2025年6月10日
第3574号

月刊（毎月第二火曜日発行）
発行＝株式会社医学書院
〒113-8719　東京都文京区本郷1-28-23
TEL（03）3817-5694　FAX（03）3815-7850
E-mail：shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY〈出版者著作権管理機構 委託出版物〉

医学界新聞

医学書院　www.igaku-shoin.co.jp

今月号の主な内容

■[対談]#SNS時代の医療機関サバイブ 鍵を握る広報戦略にどう向き合うべきか（町田詩織,岸拓弥）…… 1―2面
■[座談会]多様化する医師のキャリアプラン（後藤匡啓,三澤園子,矢吹拓,鎌形博展）…… 4―6面
■[寄稿特集]Sweet Memories（近田真美子,岡山久代,岩間恵子,川岡和也,本田和也,榊原千秋）…… 7―9面

対談

#SNS時代の医療機関サバイブ
鍵を握る広報戦略にどう向き合うべきか

病院・学会・研究機関など，あらゆる医療機関が「公式アカウント」を開設するようになり，SNSは個人の発信ツールだけでなく広報の手段としての顔も持つようになりました。集患・採用といった経営的観点からも医療機関にとっての広報活動の価値が増す今，SNS活用を含めた広報戦略を見つめ直す意義が高まっています。

総合病院の広報担当者であり『医学界新聞プラス』でSNSを用いた広報戦略に関する連載（右記QRコード）を執筆していた町田氏と学会の情報広報部会長を務める岸氏の対談を通じ，医療機関が生き残るための広報戦略の視点を探りました。

町田　私は湘南藤沢徳洲会病院のマーケティング課で，主にInstagramを活用した広報業務を担当しています。以前は製薬企業にMRとして勤務しており，縁あって2013年に現在の職場へ入職し，全く経験のない広報業務を1から勉強しつつ担当してきました。今年の5月まで『医学界新聞プラス』で連載していた『SNSで差をつけろ！医療機関のための「新」広報戦略』は，そうした経験の中で得たSNS運用のノウハウや考え方を解説したものです。

岸　町田さんの連載は以前から拝読していました。ネットでよく見かけるSNS運用のキラキラした成功事例の紹介とは異なり，日々の地道な運用とSNSツールの緻密な分析に基づいた実践的な内容で，非常に勉強になりました。私自身も日本循環器学会の情報広報部会長を務めており日頃からXを活用しているので，今日はお互いの知見やSNS担当者だからこその悩みなどを共有できればと思います。

医療機関が公式アカウントを持つ意義

町田　総合病院やクリニックがSNSアカウントを持つ理由は，採用と集患に大別できると考えています。私がマーケティング課に配属された2015年頃，当院では集患を目的にXとLINEを運用しており，市民公開講座などイベントの告知に活用していました。

岸　配属当初はInstagramの運用をしていなかったのですね。

町田　はい。周囲には「集患にInstagramを活用してはどうか」とよく言われたものの，当時のInstagramは今以上に若い世代向けのイメージが強く，患者のボリューム層である高齢者に訴求するには適さないと判断し，あえて使用していなかったのです。しかし，コロナ禍で看護師が不足し新たな人員確保が急務となった際，Instagramのメインユーザーと当院が求めている人材の層が重なっているのではと思い至り，採用を目的としてInstagramのアカウントを開設しました。

岸　ターゲットや目的に合わせてツールを選択するのは重要な視点だと思います。日本循環器学会は，会員あるいは本会に興味を持っている医療者の方に向けて学術集会開催期間の情報共有やガイドラインの内容などを発信しており，情報の拡散性を重視してXを主に活用しています。

町田　医療者ではない方に向けた発信は行っていないのですか。

岸　そうなんです。これは私見ですが，誰がどういうとらえ方をするかわからないXにおいては，学会が一般の方向けに医療情報を発信するのはリスクが高いと考えています。そのため日々のツイート数やフォロワー数の増減はそこまで重要視していません。SNS運用の目標達成度合いを測る定量的な指標（KPI）には，X経由で学会のWebサイトを訪れてガイドラインのページを参照した，あるいはガイドラインをダウンロードしたユーザーの数を用いています。投稿する際は患者さんを含めあらゆる方が目にする可能性を考慮して内容や文面を確認しているものの，ターゲット設定は非常に内向きに設定している形です。一方で，学会のような団体が現代社会の中で存在意義を発揮するにはWebサイトを開設するだけでは不十分であり，主体的な発信ツールであるSNSの活用は必須であるとも考えています。

SNSは魔法の道具じゃない！

岸　個人ではなく医療機関や学会が公式にSNSを始める際は，そのアカウントで「誰に何を伝え，何を実現したいのか」というコンセプトを明確にすることが大前提だと思っています。しかしSNS運用に関する相談を受けていると，その前提すら曖昧なまま運用を開始しているケースが想像以上に多いことに驚きます。

町田　目的を突き詰められていないアカウントは投稿内容にもそれが表れているように思いますし，結果にもつながっていない印象があります。他の施設がSNSをやっているから，時代的にSNSを使う流れだからとの理由でとりあえずアカウントを開設するパターンも珍しくなく，アカウントを作って満足してしまうのかもしれません。SNS運用は目的の明確化のレベルが明暗を分けると言っても過言ではないので，前提の部分をおざなりにしてしまうのはもったいない限りです。

岸　アカウントを作る前に考えるべきことは山ほどあり，目的によって使うべきツールも変わる。運用開始後はさまざまなリスクを考慮しながら継続的に投稿し，成果を出すために試行錯誤しなくてはならない……。実際に公式の立場でSNSを運用してみて痛感するところですが，SNSって，アカウントを作るだけで素敵な効果が得られる魔法の道具では全くないんですよね。

町田　本当にその通りです。運用を継続するには相当な時間と手間がかかる上に，SNS自体が別の業務を代替することはほぼありません。一般的に担当者の業務量は単純に増加します。しかし，誰でも簡単に手を出せることもあり，SNSは「手軽で効率的なもの」と思われがちなのでしょう。私が病院

（2面につづく）

今月の新刊書籍　医学書院

医学 看護 リハ
今日の診療プレミアム Vol.35 DVD-ROM for Windows
DVD-ROM　定価：96,800円［本体88,000＋税10%］
［JAN4580492610650］

医学
フィジカル大全 読んで，見て，聴いて，身体診察を完全マスター
編集 石井大太／徳田安春
B5　頁472　定価：7,700円［本体7,000＋税10%］
［ISBN978-4-260-05731-8］

医学
Dr. セザキング直伝！ 最強の医学英語学習メソッド（第2版）
瀬嵜智之
A5　頁288　定価：3,960円［本体3,600＋税10%］
［ISBN978-4-260-06152-0］

医学
発達とトラウマから診る精神科臨床
青木省三
A5　頁240　定価：3,520円［本体3,200＋税10%］
［ISBN978-4-260-06216-9］

医学
救急救命士によるファーストコンタクト［Web動画付］ 病院前救護の観察トレーニング（第3版）
郡山一明
B5　頁160　定価：3,080円［本体2,800＋税10%］
［ISBN978-4-260-06031-8］

医学
動画・音声付臨床問題 教材作成ガイド 次世代医師国家試験を見据えて
編集 松山　泰
B5　頁184　定価：8,800円［本体8,000＋税10%］
［ISBN978-4-260-05981-7］

医学
胃がん検診のための胃X線検査マニュアル 2025（改訂第3版）
編集 日本消化器がん検診学会胃X線撮影法ガイドライン改訂版編集委員会
A4変型　頁88　定価：3,850円［本体3,500＋税10%］
［ISBN978-4-260-05691-5］

医学 リハ
病態・類似疾患別 心エコー図検査のルーティン［Web動画付］
編集 小谷敦志
執筆 OSAKA心エコー研究会
AB判　頁296　定価：6,820円［本体6,200＋税10%］
［ISBN978-4-260-05979-4］

リハ
臨床検査技師国家試験問題集 解答と解説 2026年版
編集「検査と技術」編集委員会
B5　頁216　定価：3,300円［本体3,000＋税10%］
［ISBN978-4-260-06242-8］

看護
「生きる！」を支えるACP
編集 竹之内沙弥香／森　雅紀
B5　頁280　定価：2,860円［本体2,600＋税10%］
［ISBN978-4-260-06156-8］

看護
私的高齢者ケア論 リアルな老いから考える，新しいケアのかたち
川嶋みどり
B6　頁184　定価：2,200円［本体2,000＋税10%］
［ISBN978-4-260-05617-5］

看護
学習指導案ガイダンス 看護教育を深める授業づくりの基本伝授（第2版）
池西静江／石束佳子／藤江康彦
B5　頁232　定価：3,300円［本体3,000＋税10%］
［ISBN978-4-260-06183-4］

〔広告取扱：㈱医学書院販売・PR部広告担当　☎（03）3817-5696/FAX（03）3815-7850　E-mail：pr@igaku-shoin.co.jp〕

●まちだ・しほり氏
製薬会社MR，フリーランスを経て，2013年湘南藤沢徳洲会病院に入職する。マーケティング課で広報誌を担当後，21年2月に同課責任者に就任。24年4月より現職。21年6月から職員採用を目的に開始したInstagramは3年間でフォロワー数1万人超えを達成。看護師，研修医，薬剤師などの採用に成功。病院広報アワード2023SNS部門最優秀賞受賞。医療従事者向けの雑誌記事の執筆，院内外での勉強会講師，メディア施策等で幅広く活動中。
X ID：@MACHY_pr

●きし・たくや氏
1997年九大医学部卒。2014年同大大学院医学研究院先端心血管治療学講座准教授，同大循環器病未来医療研究センター部門長を経て，19年国際医療福祉大福岡保健医療学部教授に就任。20年から現職。SNSを活用した医学系学会における情報発信の先駆けとして注目される日本循環器学会の情報広報部会長を務める（X ID：@JCIRC_IPR）。その他，領域および国内外を問わずさまざまな医療系学会の運営に携わる。
X ID：@tkishi_cardiol

（1面よりつづく）

の広報担当としてのSNS活用に関する講演を行った際にも，「業務効率化にはならないんですね」と残念がるコメントをいただいたことがあります。確かにSNSは個人が情報の受け手側で利用する分には気軽で便利なツールです。しかしいざ発信側になると想像以上に泥臭い努力が求められ，それに見合うだけの成果を得る難易度も高いものだと認識しておくことが大切です。

「若いからSNS担当」はうまくいかない典型的なパターン

町田　医療機関がSNSを使うことが一般的になった現在も，ビジネスや医療への活用に否定的な見方は根強く存在しています。私自身，院内の協力を得られるようになるまで相当苦労しました。カジュアルなイメージが先行してしまい周囲の協力をなかなか得られず，もどかしい思いをしている担当者は多いのではと想像します。

岸　目的を持って真面目に発信していても，SNSに注力しているだけで暇人だと思われることもありますからね……。私が学会の公式アカウントを活発に動かそうと提案した際も，当時の理事会で大反対を受けました。

町田　岸先生はどうやって周囲の理解を獲得されたのですか？

岸　まずは軽い気持ちで提案しているわけではないと示すために，学術活動としてSNS運用を行うと宣言しました。どういうことかと言うと，私が広報担当になってから，日本循環器学会のSNS活動は全て論文化しているのです。またそれと関連して，先ほど述べたようなKPIをしっかり設定し，効果測定を怠らないことも約束しました。あとは注意深く運用し絶対に炎上しないように心がけること，SNS運用を通して学会員のSNSリテラシー向上を図っていくことなどもメッセージとして伝えた結果，次第に賛同を得られたと記憶しています。

町田　素晴らしいですね。お話を伺っていると，学会の理事会とのコミュニケーションに慣れていらっしゃる岸先生だからこそ，うまく運用が続いているのだろうと感じます。いざSNSを始めようとしたとき，SNSは若い人たちのツールとのイメージから若手を担当者に任命する組織が散見されますが，うまくいかない典型的なパターンだと個人的には考えています。ある程度のポジションがあったり年齢が若すぎなかったりするほうが組織内での権限もあり，他部署や上層部との連携も取りやすいので，若手を任命するよりうまく運用できる可能性が高いと思っています。

岸　それは間違いないです。ツールとしてのSNSに慣れていることと，公式アカウントの責任者として適格であることは全く次元が異なります。安易に始める組織にとっては意外な落とし穴になっているかもしれません。それこそ少しでも炎上しようものなら組織の中で孤立してしまうリスクもありますから，若手にある程度任せるとしてもベテランが責任を取れる立場にいてあげるのがベターな運用スタイルでしょう。

広報の質を持続可能にするには

岸　SNSに限らない医療機関の広報業務に関して，町田さんのお考えをぜひ伺いたいことがあります。医療機関の中で広報人材の育成は可能なのか？という問題です。広報業務の特徴として，熱意を持って一生懸命やる人がとにかく1人いないとそもそもうまくいかない反面，その人があまりにも頑張ると属人的になりすぎてしまい，他の担当者になった際の再現性が低下する側面があると感じています。この問題をどう解決していくべきかが，私自身の現在の悩みでもあります。

町田　難しい問題ですね……。個人的には，体系的な教育システムを単独施設内で作って広報人材を育成するのは現実的でないように思います。待遇の問題などもあり，そもそも広報をやりたいと思って病院の事務職に応募する方があまりいない実情もあります。私も初めは医師事務作業補助者として入職しており，広報担当者になったのは半ば偶然のところがあります。

岸　やはりそうですか。私も組織内で広報人材を育成するのは難しいと考えています。ただ他に良い方策があるかと言われると思い浮かばないのが苦しいところです。当学会の情報広報部会では医療業界の外から優秀な広報人材を引き抜いて業務の質向上を図っていますが，いつもタイミングよく人材が見つかるわけではないので，この方法も継続性には欠けると感じています。

町田　広報業務の外注，あるいは異業種からの採用は属人化や質の低下を防ぐ一定の解ではあるでしょう。また最近はAIやITツールがかなり進化しているので，それらをうまく活用していかに省力化，自動化できるかも重要だと思います。個人的な話をすると，当院の採用に関する広報業務についてはほとんど私1人で担当しており，後進に当たる方も現時点ではいないので，1人でできることを増やすためにひたすらAIを勉強しています。

岸　確かに，ツールによる自動化は今後さらにキーワードになりますね。当学会のXはもともと私が投稿をしていたものの，今後同じ投稿頻度を他の医師に引き継いでもらうのは難しいだろうと思い，AIで全て自動投稿できるように整備しました。理事会では「もし今日僕が倒れても，うちのXは続きます」と冗談交じりに伝えています。

町田　また病院に限って言えば，どこまでその施設が広報の重要性を認識していて，そこにリソースを割けるかによっても持続性の可否が大きく変わるのだと思います。院内で広報業務自体が軽視されていては協力者も得にくいですし，活動に対して周りが認めてくれる，担当者がさらに頑張る，質が上がる，という好循環が生じず広報人材が育たないままです。もちろん病院の本業は医療の提供であり，広報の優先度が相対的に低くなってしまうのは仕方ない面もあります。そういう意味では，数字で示せるような成功事例を広報担当者がなんとか1つでも生み出し，それをもとに院内で広報の価値をPRしていくことがきっかけとして必要なのかもしれません。

広報への注力こそ医療機関が生き残る道

岸　学会や病院は，つい最近までは絶対に潰れないイメージを持たれている節もあったと思います。しかし実際には簡単になくなり得る時代が来ていて，組織の運営者はより強い危機感を持って，今後どう生き残っていくかを戦略的に考えていかなければならないと感じています。その上で，医療機関の運命を決めるのは広報への注力度合いかもしれないと思うのです。患者さんや求職者，あるいは若手医師にとって魅力的と認識してもらうためのPR方法を突き詰めて考えていない施設・団体は，今後淘汰されていくでしょう。

町田　私は広報の本質は行動変容だと考えています。一般的な企業のマーケティングとは異なり医療機関にとって行動変容を起こすことがいかに難しいかを認識することが，広報に注力する第一歩です。お店でちょっとした日用品を買うのとは異なり，患者さんは自分の命を預ける気持ちで病院を選びますし，リクルートの場合も自分の人生の一部を病院に預けることになります。行動変容にかかる重さが全然違うからこそ，本気でやらないと成果は出ないことを知ってほしい気持ちがあります。

岸　その本気度が，SNS運用の明確な目的意識などにも表れるのでしょう。例えば美容系のクリニックなど自由診療がメインのところは，集患が自分たちの生存に直結しているのでSNSにものすごく力を入れていますよね。そのまま運用スタイルをまねることはできずとも，保険診療を行う病院も見習うべき点が多い気がします。

町田　SNSが広報のゲームチェンジャーになったように，今後はAIの活用がどんどん進むと思われます。すでにSNSやITツールを駆使して広報に注力している施設とそうでない施設では，差がますます開いていくことは間違いありません。

岸　町田さんと今日お話してみて，それぞれの環境は違えど，お互いの根底にある広報への考え方やマインドに一致する部分が多いと感じました。病院にしろ学会にしろ，生き残りのために鍵を握るのは広報であることを組織のマネジメント層が認識して，そこに対する投資なりサポートなりを充実させていくことが今後の課題と言えそうです。広報を頑張ることで最終的にはみんながハッピーになると信じ，先を見据えた活動を続けていきましょう。

（了）

よい病院はどうあるべきかを研究する 病院
2025年5月号
Vol.84 No.5

特集
まちづくりの中核としての
中小病院経営戦略

［月刊］1部定価：3,300円（本体3,000円＋税10%）
医学書院

主要目次
●中小病院経営戦略としてのまちづくり／松原 由美
●地域文化を創設するごちゃまぜ中小病院経営戦略／田中 志子
●「自宅で自分らしく死ねる」文化の創造
—医療法人社団焔（TEAM BLUE）の取り組みと展望／水野 慎大
●御用聞きが守る地域包括ケア／青木 慶哉
●病院が地域をデザインする
—「究極の地域医療」を目指す
都市型中小病院の挑戦／梶原 崇弘
【Interview】
郡部における中小病院によるまちづくりと経営戦略／
藤井 将志×松原 由美
【報告】病院における共同購入への期待／西川 隆久

詳細はこちら

寄稿

臨床におけるエルダースピークの問題点

大庭 輝　弘前大学大学院保健学研究科 教授

高齢者に対する不適切なコミュニケーション法

私たちは日常の中で特段意識することなく他者とコミュニケーションを行っているが，会話をするには実は高度な認知機能の活用が求められる。相手の声に意識を向ける必要があり（注意），話の内容を覚える必要もある（記憶）。言葉の背後にある相手の感情を推測することも求められ（社会的認知），相手の話を聞きながら適切な応答を考えなくてはならない（遂行機能）。

加齢や認知症により認知機能が低下すると，他者と意思疎通がうまくいかなくなることが増える。そうした状況にある高齢者に対して，子どもに接するような態度で会話をしている人をしばしば見かけることがある。それは家族介護者のような一般の人のみならず，専門職であっても，である。このような高齢者に対する不適切なコミュニケーション法の一つとしてエルダースピーク（Elderspeak）が知られている。本稿ではエルダースピークとは何か，臨床における問題点およびその対策について紹介する。

「行き過ぎた配慮」であるエルダースピーク

エルダースピークは以下のように定義される。

> 高齢者に対して用いられるコミュニケーション上の過剰な配慮の一種であり，次の特徴がある。子どもに用いるような不適切な語彙の選択や誇張されたプロソディが明らかである。潜在的な年齢差別的なステレオタイプに起因する。ケアの表現やコントロールの行使，理解の促進を目標に行われる。高齢者においてはネガティブな自己認識を，認知症の人においてはチャレンジング行動（註）を引き起こす可能性がある[1]。

耳が遠い人には声が届くよう大きめの声で話すように，通常のコミュニケーションの中でも何かしらの配慮が行われていることは少なくない。しかし，エルダースピークは「行き過ぎた」配慮という点で，通常のコミュニケーションにおける配慮とは区別される。

ケアに対する拒否的な行動を出現しやすくする

エルダースピークがケアに及ぼす影響については，米国カンザス大学のWilliamsらの研究グループが精力的に知見を積み重ねている。彼女らの研究から，エルダースピークは特に認知症の人に対して用いられた場合にネガティブな影響を及ぼすことが明らかになっている。例えば，Williamsらは20人の認知症の人と52人の看護職とによる80回のケアのやり取りを分析し，認知機能障害が強いほどエルダースピークが使用されやすいことを示した[2]。また，通常のコミュニケーションによるやり取りに比べて，エルダースピークの使用は職員をつかんだり叩いたりするなどのケアに対する拒否的な行動をおよそ2倍出現させやすくすること，エルダースピークは認知症の人が拒否的もしくは協力的といった様子を示している時よりも，特定の行動をしていない通常のやり取りの際に生じやすいことを明らかにした。

また，16人の認知症の人と53人の看護職により行われた，11時間近くに及ぶ88回のやり取りを分析したShawらの研究では，エルダースピークは総記録時間の11.7％（range＝0.0～57.4％）で用いられており，やり取りのうち43回（48.9％）はケアに対する拒否的な行動を示していた[3]。この研究ではエルダースピークとケアに対する拒否的な行動の関連も解析しており，エルダースピークを10％減少させると拒否的な行動が77％減少することが示された。さらには，疼痛がある認知症の人へのエルダースピークの使用は，ケアに対する拒否的な行動をより強めていた。

これらの研究結果は，配慮のつもりで行っているコミュニケーションの工夫が，実際には認知症の人とのやり取りにおいて悪影響を及ぼしていること，エルダースピークの改善がより良い認知症ケアの実践に不可欠であることを示している。

自身のコミュニケーションを振り返ってみる

エルダースピークの厄介な点は，定義にもあるように「配慮」として行われていることにある。つまり，エルダースピークは「善かれと思って」用いられているのである。背景には高齢者に対する差別や偏見であるエイジズム，すなわち「高齢者は能力が衰えている，誰かの助けがないと暮らしていけないだろう」といったネガティブな認識があると考えられている。しかし，エルダースピークを用いている当の本人は自身が抱いているエイジズムに気づいていないため，エルダースピークは「善意あるエイジズム（Benevolent ageism）」と皮肉的に呼ばれることもある。この厄介なエルダースピークを改善するにはどうすればよいのだろうか。

幸いにも，エルダースピークは自身のコミュニケーションを振り返ることで比較的容易に気づくことができる[4]。例えば，コミュニケーションをとる上で，相手が認知症の人の場合と，家族や友人，同僚などの場合で話し方が変わっているようであれば，エルダースピークを使用している可能性がある。認知症の人と2人だけで話している場合と，上司や同僚，家族介護者に会話を聞かれている状況で話し方が異なる場合には，エルダースピークの可能性が高いだろう。少なくとも，高齢者とのコミュニケーションの中で何かしらの配慮を行っている時にはエルダースピークになっていないかを省みることが大切である。エルダースピークの背後にあるエイジズムが年齢に基づいて生じる以上，年を取れば誰もがエイジズムを向ける側から向けられる側になる。いつか自身が当事者となった時に，どのようなコミュニケーションを望むのかを想像してみるのも良いかもしれない。

加齢のポジティブな側面を知る

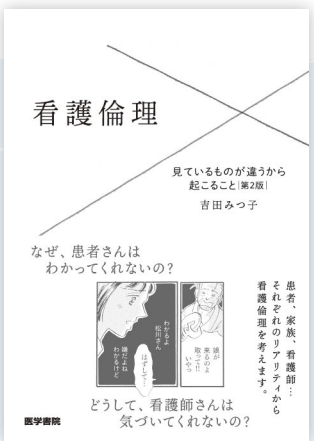
臨床現場で働く専門職は何かしらの疾患を抱えた人とかかわっている。このような状況の中では，病気がちで，弱々しいといったネガティブな高齢者像を強めるばかりでエイジズムを改める機会が乏しい可能性がある。エルダースピークを減らすには，臨床現場における教育研修機会の確保だけでなく，専門職教育の課程において加齢における身体的・心理的・社会的変化について学ぶ機会や，地域で暮らす元気な高齢者と接する機会を増やし加齢のポジティブな側面について理解を深める，といった長期的視野に基づく対策も必要であろう。

註：認知症の人が直面している困難を解決しようと試みている行動のことを指す。例えば，ケアへの拒否や帰宅願望はケアする側にとっては困る行動であるが，認知症の人の視点に立てば不快感や孤独感を和らげるために行っていると考えることができる。

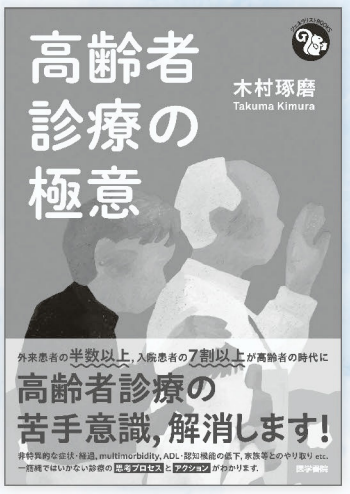
●おおば・ひかる氏

弘前大学大学院保健学研究科心理支援科学専攻教授。公認心理師，臨床心理士，日本老年精神医学会認定上級専門心理士。博士（人間科学）。専門は老年臨床心理学。日本老年行動科学会理事，日本老年臨床心理学会評議員，日本臨床心理士会高齢者福祉委員会委員などを務める。主著に『心理学のプロが教える――認知症の人のホントの気持ちとかかわり方』（中央法規出版）。

●参考文献
1）Innov Aging. 2021［PMID：34476301］
2）Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2009［PMID：18591210］
3）J Am Geriatr Soc. 2022［PMID：35642656］
4）J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2005［PMID：15960030］

患者のリアリティから、看護倫理を問い直す
看護倫理　見ているものが違うから起こること　第2版
吉田みつ子
なぜ患者さんはわかってくれないの？
それは、患者が見ている世界と、看護師の見ている世界が異なるから。看護師と患者の体験世界の違いがどこから生じ、論点がどこにあるかを考えることが、倫理的な看護の第一歩です。
「あとでっていつ？」「決めつけないで」――患者さんの声の背景には、大切なストーリーがあります。漫画を通じ、患者、家族のリアリティを体験してください。
視点を変えて看護倫理を考える『看護倫理』の第2版。


目次
Chapter1 社会から求められるプロフェッショナリズム・自己研鑽
Chapter2 高度な技術化、ケアシステムの中での看護
Chapter3 ケアの質の保証と安全
Chapter4 患者の苦痛に向き合う
Chapter5 患者の希望、家族の思いに看護師がどこまで踏み込むか
▶詳細はこちら
A5　頁224　2024年　定価：2,530円（本体2,300円＋税10%）［ISBN978-4-260-05697-7］
医学書院

高齢者診療の苦手意識、解消します！
一筋縄ではいかない診療のノウハウをまとめました
高齢者診療の極意
木村 琢磨


詳しくは▼
高齢者診療の苦手意識、解消します！ 非特異的な症状・経過、multimorbidity、ポリファーマシー、ADL・認知機能の低下、家族や他職種とのやり取り、社会的支援など、一筋縄ではいかない高齢者診療の思考プロセスとアクションをまとめました。外来患者の半数以上、入院患者の7割以上が高齢者の時代に必携の書です。
●A5　2022年　定価：4,400円（本体4,000円＋税10%）［ISBN 978-4-260-05027-2］
医学書院

for Residents

座談会

多様化する医師のキャリアプラン

医療機関の経営危機が相次いで取り沙汰される中，将来を案じる若手医師の声が日に日に増している。これからの医師はどのような未来をたどることになるのだろうか。本座談会では，大学病院・市中病院・開業・企業への就職など，さまざまな医師のキャリアパスを紹介しつつ，苦悩や葛藤を抱えながら自ら道を切り拓いてきた医師たちのリアルを紹介したい。彼らの等身大の言葉から，あなたらしい未来を築くヒントが見つかるはずだ。

後藤　ここに集まっている先生方は，各分野で活躍され，結果を残してきた，ある意味「尖った」医師たちです。しかし，一見すると輝かしいキャリアを歩んでいる人でも，時に悩み，苦しみながらキャリアを選択してきた過去があると思います。本座談会では，さまざまな経験を積んだ医師たちの等身大の姿をまずは共有し，これからの医師のキャリアについてお話しできればと思います。まずは皆さまのキャリアについて紹介していただけますか。

「尖った」人たちのキャリア選択の裏側をのぞいて見る

◆大学病院：三澤先生の場合

みさわ・そのこ/1999年千葉大卒。関連病院にて研修後，千葉大大学院医学研究院神経内科学教室の助教に就任し，17年に准教授就任。医局長を計5年間務める。25年より現職。13年女性医師支援のために「立葵の会」を設立，18年には医師がリーダーシップやマネジメントを学べる場「育星塾」の発起人に。22年慶大大学院健康マネジメント研究科修士課程修了。09年に第1子，15年に第2子を出産する。

三澤　医学部を卒業し研修を修了した後は，「周りの医師たちが大学院に行くから」という受け身の理由で進学を決めました。変化があったのは大学院を修了した2006年です。当時はアカデミアに女性医師がほとんどおらず，出産後に医局を離れてしまう方も少なくありませんでしたが，指導教員から「もう少し研究を続けてみないか」と声をかけられ，大学に残り研究を継続することにしました。そこからは，POEMS症候群やギラン・バレー症候群などの医師主導治験に携わる傍ら，女性医師が働き続けられるように環境の改善をめざす活動や若手のキャリアサポートなども続けてきました。

後藤　ロールモデルとなる方が少なく大変だったのではないでしょうか。

三澤　所属していた医局では教員を務めながら出産した医師はいなかったため，暗中模索の日々でしたね。周りも私のことをどう扱って良いのかわからなかったと思います。

矢吹　キャリア形成には，明確なゴールは持たず川の流れに身を任せるように目の前の状況にうまく対処しながら進んでいく川下り型と，明確なゴールを定めてそこに向かって一歩一歩進んでいく山登り型があると聞きます[1]。三澤先生の生き方は後者のタイプに私には見えました。

三澤　以前読んだ書籍『7つの習慣』で提唱されていた「習慣2　終わりを思い描くことから始める」を参考に，最終目標を明確に定め，そこから逆算して行動することを意識してきました。このように考えるようになったのは医師主導治験を経験してからです。ゴールにたどり着けず目標を修正しなくてはいけないこともありますが，少しでもよい着地点へ近づけるよう常に思考を巡らせることを心がけています。

◆市中病院：矢吹先生の場合

やぶき・たく/2004年群馬大卒。前橋赤十字病院にて初期臨床研修修了後，東京医療センター総合内科の後期研修を経て，11年より栃木医療センター。25年より現職。同センターではジェネラリストが中心となった幅広い内科診療を実践している。家庭医療専門医，総合内科専門医。

矢吹　医学部を卒業したのは初期臨床研修が必須化された2004年です。実はその影響をかなり受けています。学生時代から漠然と小児科医をめざしていたものの，臨床研修の必須化によってストレートには小児科に進めないことがわかったのです。ローテーション研修によって複数の診療科を見て回ることになったのですが，さまざまな疾患を診るうちに，「将来小児科医になったら診なくなる疾患が半分くらいあるな」と，ふと思ったのです。ある程度一般的な疾患は診療できる医師になりたいとの考えが根底にあったため，小児科医ではなく総合診療・総合内科医という道を選択しました。

もう1つの岐路は後期研修の修了時です。研修先に残って後進を育てるべきか，別の市中病院に移ってステップアップするべきか悩みました。

後藤　大学に進む選択肢はなかったのですか。

矢吹　アカデミックキャリアを積み上げるより，できるだけプライマリに近い環境で仕事がしたいと考えていたために，その選択肢はありませんでした。後期研修中に国立病院機構同士のつながりから栃木医療センターに診療スタッフとして3か月派遣されることがありました。実際赴任してみると，都心部での診療と，専門医数の少ない地方での診療スタイルの違いに気づき，地方での診療にやりがいを感じたので す。キャリアの先行きは何も見えていませんでしたが，それまで学んできた総合内科の知識がどこまで生かせるのかとワクワクする気持ちもあり，散々悩んだ末に飛び込んでみようと決意を固めました。それが現在の職場です。

後藤　最後に進路選択の背中を押したものは何でしょうか。

矢吹　その地域，その病院に「必要とされている」と感じたことが大きかったです。内科医が数人しかいない状況で大変な思いをしながら医療を提供しているスタッフの姿を目の当たりにし，地方の医療ニーズに応えるのが自身の役割だと思いました。

後藤　かれこれ15年近く同じ病院に勤めていらっしゃいます。市中病院に勤める方の中ではめずらしいタイプのように感じました。

矢吹　確かに長いですね。けれども，ずっと同じことをしているわけではなく，時期によってコミットする内容が変わっています。最初の5年はがむしゃらに臨床をしていた時期で，臨床の幅を広げることを意識していました。いま振り返ると相当ハードな日々でしたが，その経験が自分の血となり肉となっていることに気づかされます。その後は専攻医教育に携わったり，研修プログラムの策定に携わったりする時期があり，現在はその活動が軌道に乗ったことで当科は30人を超える大所帯になりました。私の業務もマネジメント業にシフトしつつあります。ただ，個人的には現場で働きたいタイプですので，プレイヤーとマネジャーの仕事の割合をどう配分するかには悩んでいます。私自身が実践してしまうと，後進の成長を阻んでしまう恐れもあり，ジレンマの日々です。

◆開業・ビジネス：鎌形先生の場合

かまがた・ひろのぶ/2003年明治薬科大を卒業後，MRとして製薬企業に入社する。その後，北里大医学部に編入し，調剤薬局等で勤務しながら11年に卒業。都立多摩総合医療センター，東京医大病院救命救急センターに勤務。17年慶大大学院にてMBAを取得。大学発ベンチャーの立上げを経て，19年に街のクリニック立川・村山を開業，20年より現職。5院を経営。23年には株式会社ENを起業。

鎌形　私は薬学部を卒業した後，MRとなりました。キャリアチェンジは社会人3年目の25歳の時です。2人の同僚が病いによって相次いで亡くなりました。いつ死に直面するかわからない現実を垣間見て真剣に生きなければなら

毎日の診療がちょっとラクになる、そんな診療のライフハックを集めました

＜ジェネラリストBOOKS＞
診療ハック　知って得する臨床スキル125

毎日の診療がちょっとラクになる、そんな診療のライフハックを集めました。診療前の準備、問診のポイント、診察のワザ、検査のコツ、治療・処方のコツ、看取り時の心得、患者（家族）への説明の仕方、コミュニケーションスキル、マネジメントスキルなど、ここでしか読めない「臨床の知恵」が満載です。本書を読めば、その悩みが解決するかもしれません。

編集　矢吹　拓

A5　頁352　2025年　定価：4,620円[本体4,200円＋税10%]　[ISBN978-4-260-06018-9]　医学書院

理想の回答に導く最短ルート！あなたも今日からプロンプトマスターに

医師による医師のためのChatGPT入門
臨床・研究を変える究極のプロンプト500選

好評を得た『医師による医師のためのChatGPT入門』のシリーズ派生作。臨床や研究・教育の医療現場ですぐに使える厳選した500のプロンプト（命令文）を収載。テーマごとにChatGPTの回答例や効果的な活用ポイント、プロンプトアレンジのコツを紹介。すべてのプロンプトはWeb付録からそのままコピペして活用できる。手軽なサイズで生成AIの便利さを身近に感じ、圧倒的な日常業務の効率化へと導く最強ガイド。

大塚篤司

B6変型　頁280　2025年　定価：3,960円[本体3,600円＋税10%]　[ISBN978-4-260-06180-3]　医学書院

ないと思い直し，世の中の役に立つこと，やりたいと思ったことに挑戦しようと決意して医学部に編入したのです。もともとバイオ医薬品を取り扱う製薬会社に在籍していたため，がん治療に携わりたいとの気持ちがあったものの，私も矢吹先生同様，研修中にさまざまな診療科を経験するうちに救急領域に関心を持つようになり，東京医科大学の救命救急センターに入職しました。

業務の一環でDMATや国際緊急援助隊にも参加していたのですが，次第に防災や災害に対するレジリエンスなどの研究にも携わるようになり，最終的には医療政策や病院経営などにも関心領域が広がって，MBAを取得するに至りました。その後は認知症リスクの早期診断AIを開発する企業の立ち上げや，医療機器の開発プロジェクトに携わり，現在は開業医をする傍ら医師×医療機関のマッチングプラットフォームを立ち上げたり，社会的にインパクトを与えるような技術開発（ディープテック）の事業にも関心を向けたりしています。

後藤　臨床とビジネスの比重はどのように考えていますか。

鎌形　現在は週に一度しか臨床に出られていないものの，臨床が好きで，完全に手放したくないとの思いがあります。その一方で，医療法人の経営者として「良い医療を提供する組織にしたい」「成果を挙げたい」との思いもあります。自分自身，経営者，医師としてはそこそこのレベルです。各分野で見れば自分よりも優れている人はたくさんいます。ですが，臨床や経営，または政策まである程度理解している人はそこまで多くありません。そうした立ち位置で，自分だからこそできることを世の中に発信したいと日々考えています。

◆スタートアップ・企業：後藤先生の場合

ごとう・ただひろ/2008年福井大卒。同大病院で臨床研修修了。亀田総合病院，千里救命センターなどで臨床業務に従事し救急科専門医を取得。15年に渡米し，ハーバード大公衆衛生大学院修士課程に進学すると同時にマサチューセッツ総合病院救急部で臨床研究に携わる。東大大学院での研究員を経て，20年にTXP Medicalに入社しChief Scientific Officerに就任する。25年より現職。

後藤　私はER型救急医として臨床経験を積んできました。研究に関しては，論文に名前が掲載されるのがカッコいいなという俗物的な理由で臨床研究に関心を持っていたところ，メンターであった長谷川耕平先生（現・米ハーバード大学医学部教授）から「臨床研究を本気でやるならアメリカに来ないか」と誘われ渡米をしました。けれども周りは優秀な研究者ばかりで英語も通じず全然駄目でしたね。特に最初の一年は研究も成果が出ず，心が折れそうな日々でした。さらに困ったのは帰国後の身の振り方です。勢いで渡米したので，いつ，どこに帰るか。医局派遣で留学していれば帰国後のポストはある程度保証されているものの，私は医局を辞めて留学したので，臨床に復帰するか，研究を続けるかで道に迷いました。結局は福井大学・東京大学の研究員として帰国しましたが，モラトリアムのような感情を抱いていました。

鎌形　その後，企業に就職されたのですよね。

後藤　ええ。京都大学のポストが内定していたのですが，就任3か月前にその話が白紙となり困っていたところ，声を掛けていただいた救急領域の医療データを取り扱うTXP Medical社に就職することになりました。専門分野が一致しており，データを生み出すビジネスと研究がハマれば面白いだろうと考えたからです。しかしながら当時はまだ，医師の企業への就職に対してネガティブなとらえられ方をされることも多かったです。私自身もどこか割り切れないところがあり，就職してからしばらくは「TXP Medicalの社員です」とは胸を張って言えない自分がいました。幸い研究に対して情熱的だった社長と，優秀な仲間に恵まれ結果を出すことができました。ただ，研究と教育を続けるにはアカデミアのほうが良いと考え，現在のポジションにつながっています。

キャリアの転換点としての40代

後藤　まさに四者四様ですね。各先生のキャリアを聞いて気になったことはありますか。

鎌形　先生方はキャリアにおける年齢の問題をどうとらえているのでしょう。ここまで話してきたように，私は変わったキャリアを歩んできたこともあってか，海外のファンドや製薬企業を含めて多くの企業から転職の誘いをもらっていたのですが，この数年でそうした話がパッタリ無くなりました。これまで歩んできた自分の生き方自体に全く後悔はないものの，年齢的な問題が大きく関係しているのだろうと少し寂しさを覚えます。

後藤　私は40歳を超えてから体力が落ち，若い頃のように物事に集中できなくなることが増えました。今からキャリアを大きく転換するのは難しいという感じはします。

矢吹　私も40歳が1つの節目でしたね。「四十にして惑わず」という言葉もありますが，キャリアだけでなく，スキルや知識の面でも一通り経験を積み，管理職的な立場にもなりましたので，転換点として意識をしました。その上で，キャリアの終わりを意識し始める時期でもあります。65歳定年という考え方は薄れつつあるものの，医師のキャリアが24歳で始まったと仮定すると，現在45歳の私はちょうど中間地点です。他の人のキャリアを見て，「これで良かったのだろうか」「もっとできたのではないか」といった虚無感に襲われ，気持ちの整理が必要になることもあります。

後藤　鎌形先生はアクティブに挑戦する日々を送っている印象を持っていますが，終わりを意識することはあるのでしょうか。

鎌形　個人的にはあと5年から10年でビジネスマンとしては一区切りをつけたいと思っています。その後は後進の育成，支援に携わりたいです。学校教育にも興味があります。

三澤　私もキャリアの終わりを意識する年齢になってきました。この歳で新しいことに挑戦できるのか？との気持ちも芽生える中で，新しい職場に，教授として移ることになりました。気持ちを新たに頑張らなければと思っています。伊能忠敬が50歳を過ぎてから日本地図を作り始めたという話を教えてくれた方がおり，それが今の心の支えです。

医局制度はキャリア形成にとって本当に悪なのか

三澤　医師のキャリアを考える上で，医局の問題を避けては通れません。私の持論としては，人材育成のために，そして地域医療を守るために医局の存在は今でもやはり重要だととらえています。一方で，人材の流動性を阻害している面もあり，進化すべき点もあるように感じています。皆さんには，医局はどう見えていますか。

鎌形　とりわけSNS上では医局に対して悪いイメージが先行しがちですが，私自身はあまり悪いイメージを持っていません。というのも，私は東京医科大学救急・災害医学分野の医局に現在も在籍しています。歴史が浅いこともあり，来るもの拒まず，去るもの追わずという環境で，居心地の良さにつながっています。独特なキャリアを歩む私の存在が後輩の刺激になると教授も言ってくれているので，若手の先生にも積極的にアドバイスを送るようにしています。

三澤　なるほど。ちょっと意外でした。

矢吹　市中病院である当院の内科は医局派遣がほぼありません。ですので，個々人の人生設計によって在籍者が容易に変わってしまいます。長期的な視点で体制を検討することが難しいのです。そうした意味では，若手が定期的に循環し，成長して，大学に戻る，あるいは地域に出ていくシステムが構築されている医局の意義を感じます。けれども若手の働き方が多様化し，医局が人材を安定的に供給しにくい時代になりました。また，いわゆるメジャー科に進む若手医師は減少傾向で，地域医療を担う医師数自体が減っているのは大きな問題であり，医局の未来を案じてもいます。

後藤　昨今は自身のQOLを重視する方が特に増えており，地域に派遣されることや働き方，収入面にネガティブな感情を抱く若手も多いです。一方で，医局に所属せず，キャリアを自身で切り拓いていくことにはかなりの労力を要します。「こうしたら良いよ」と，ある程度キャリアのレールを敷いてくれる医局の存在はありがたい側面もあると思うのですが。

鎌形　医師キャリアの基本路線として医局は良い組織だと思っています。臨床・研究・教育の面でロールモデルとなり得る先輩もいますし，自身の適性や興味をじっくり見極めるという点でも有用でしょう。しかし地域偏在の課題を解消させるための機能を医局に求めていることが，医局という組織に負のイメージを持たせる源泉になっています。

三澤　人事面の役割を医局から切り離せるのであれば，こんなに楽なことはないです。医局人事の大変さは身に染みてよくわかります。しかし，特定機能病院の要件の1つに医師派遣の取り組みを評価することが現在議論[2]されているように，国の方針としては医師の偏在対策を医局に求めようとしている状況です。

後藤　医局に対する逆風が明らかな中で，三澤先生はなぜ教授をめざしたのでしょうか。

三澤　仕組みを変える側になりたかったからです。これまで20年以上アカデミアで働き，仕事と育児を両立しながら，余裕のない日々を過ごしてきました。でも，こうした働き方を今の若手医師たちはもはや望んでいません。重厚長大を良しとしてきた従来の業務の在り方や仕組みを見直し，効率化していくことが急務だと感じています。日本の医学・医療が今後も持続可能であるよう，時代に合った進化をする必要があります。教授という立場を生かして，その変革に取り組んでいきたいです。

起業/就職という選択肢

後藤　以前は製薬企業をはじめとした一般企業に医師が進むことに否定的な印象を持つ方が多かったものの，今はその認識も改められつつあります。

三澤　若手の中で企業への就職は先進的なキャリアととらえる方も増えていますよね。

後藤　はい。しかしながら，競争が激しくなっていますし，収入面だけで言えば，臨床医として勤務するほうが稼げるかもしれません。もちろん，やりがいがあって，チャレンジしたいのであれば問題ないでしょう。ですが実際は，「こういうことをやりたかったわけじゃない」とギャップを感じて臨床に戻る人も少なからず存在し，もう少し事前にリサーチすべきだったのではと思うこともしばしばです。

鎌形　医師免許取得後，研修をせずにそのまま起業や就職をする方も増加傾向にあります。後藤先生にはどう見えているのでしょう。

医学書院 Webセミナー　ジェネラリストNAVI Presents『フィジカル大全』出版記念　受講料 無料

オンライン直伝！ベッドサイド・フィジカル！2025

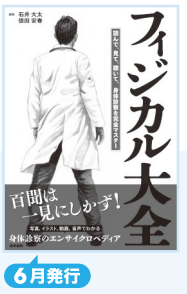
対象　医師（内科医、総合診療医、プライマリ・ケア医、家庭医など）、研修医、看護師、PT・OTなど

日時　2025年7月15日（火）19：00～20：30

上記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

詳細はこちら

講師
徳田安春 先生　群星沖縄 臨床研修センター
石井大太 先生　聖マリアンナ医科大学 総合診療内科
矢吹拓 先生　独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター内科
平島修 先生　徳洲会奄美ブロック 総合診療研修センター
鈴木智晴 先生　浦添総合病院 病院総合内科



6月発行
フィジカル大全
読んで、見て、聴いて、身体診察を完全マスター

後藤　起業やスタートアップ企業への就職は選択肢の1つではあると思います。ただし，生存バイアスの世界であることを忘れてはなりませんし，起業するのとスタートアップに就職するのは全く別です。

鎌形　インターンを希望する医学生も増えていますよね。特に都市部の医学生を見ていると，意識が大きく変わっている印象です。

後藤　医療DXといった医療現場以外で医師が社会貢献できることに気がついて，興味を持つ人が増えているのでしょう。医療業界全体の停滞感も相まって，「新しいことを始めなければ」と切迫感を抱いているようにも見えます。

鎌形　やりたいことが明確なら，すぐに起業すれば良いと思います。けれども何となくかっこいいかもという雰囲気や，現状からの逃避で起業や転職をするのは止めておいたほうが無難でしょう。

後藤　医学生や若手医師から起業したいと相談を受けることもあるのではないですか。

鎌形　ええ。そうした方々には専門医資格の取得の推奨や，開業医や勤務医としてある程度収入を維持しながら，自分の事業アイデアの検証を進めるべきだとアドバイスしています。大事なことは，特に起業前後には経済的な守りを固めながら戦うことです。

後藤　同感です。今後どうなるかわかりませんが，起業を支援する大学も現れてきました。ただ起業自体は，臨床医でなくてもできることです。臨床医だからこそのニーズを見つけて起業するほうが成功しやすいですし，面白いのではないかと感じています。もちろん，そうでなくても大成功するスタートアップはありますが，それはごく一部で，一般的な医師の感覚を持っていると逆に厳しいかもしれません。

どんな未来が訪れても生き残れる実力を

後藤　これからの医学・医療の未来を担う若手に，最後に伝えたいことはあるでしょうか。

矢吹　エールを送りたいのは現時点で進路に迷っている方です。目標が明確で自分の道を突き進んでいる人がキラキラして見えたり，羨ましく感じたり，影響を受けたりすることもあるでしょう。私自身もそのタイプの医師でしたので，痛いほど気持ちがわかります。そうした方々には，「自分探すな，職探せ」という，恩師である尾藤誠司先生（野村病院）の言葉を贈りたいです。「自分のやりたいことは何だろう」「本当に合うものは何だろう」と自分探しを始めても混迷を極めてしまいます。そういう時は，とりあえず目の前のことに真摯に取り組み，その中でやりたいことを見いだせばいいのです。

鎌形　「箱から飛び出してもいいんだよ」と伝えたいです。分野の枠組みを飛び越えるのに，臆病になる必要はありません。日本から飛び出すという選択肢もあります。あまり枠組みにとらわれずチャレンジしてください。

三澤　保険診療は現状のままではいずれ限界を迎えるでしょう。一方で「ヘルスケア」という視点でとらえれば，その可能性は無限です。この広大な領域で活躍する上で，医師としての知識や資格は強力な武器になります。どんな未来が訪れても生き残れる実力を身につけ選択肢を広げておくことが，今の若手にとっては重要です。アカデミアは，そのための準備や土台づくりに適した環境です。未来がどう変わろうとも，人が健やかに幸せに生きたいと願う気持ちはなくなりません。つまり私たち医師へのニーズは必ずあります。私の医局では，そうした未来に備えたキャリアサポートができればと考えています。

後藤　自分が楽しいと思うこと，やりがいのあることを大切にしてほしいです。その軸を失うと，「自分の人生は何だったのだろう」という後悔につながります。そして医師免許を取得したからには，医師にしかできない臨床に一度は真摯に取り組み，できるならば専門医を取得するステップを踏んでほしいと思います。臨床を離れた今，余計にそう感じます。その先の人生は，自分の興味のある分野に進めば良いですし，時には，なるようにしかならないと割り切ることも大切でしょう。将来の医学・医療の未来を担う皆さんを応援しています。（了）

●参考文献・URL
1）大久保幸夫．日本型キャリアデザインの方法．経団連事業サービス；2012.
2）厚労省．特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会．
https://bit.ly/4jkyCIH

医師が用いる血液型占いとは　酒飲みに麻酔は効きますか？　“3秒ルール”は本当ですか？
そのトリビアは、単なる迷信ではなく、医学的根拠があるのです！
明日からの診療にきっと役立つ！
医学のトリビア
エビデンスに基づく
患者さんからの
シンプルな質問への答え方
著 上田 剛士

食後に走るとなぜお腹は痛くなる？　夫婦が似るならペットも似る　サウナは身体に良いのですか？
雑誌「総合診療」の好評連載を単行本化。日常診療におけるシンプルかつ素朴な疑問には実は医学的な価値の高いものが少なくありません。いわば医学トリビアについて、科学的根拠をもとに解説することで、理解や知識を深め、好奇心を満たして頂きたい。またそのトリビアを披露することで、患者さんとのコミュニケーションや生活指導にもぜひ役立てて頂きたい。看護師、栄養士、薬剤師などメディカルスタッフの方々にもおすすめ。
目次
第1章　医学的な都市伝説を暴け
第2章　身体の健康に関するトリビア
第3章　日常生活や行動に関するトリビア
第4章　食事や薬に関するトリビア
第5章　その他のトリビア
詳細はこちら▶
医学書院
■A5　2025年　頁304　定価：3,080円
（本体2,800円＋税10%）［ISBN978-4-260-05774-5］

視点　医療者だけでは救えない！　心臓突然死を減らす社会的アプローチ

西山 知佳　日本循環器学会救急啓発部会 委員

心臓突然死を予防したい。心臓突然死で大切な人を亡くす家族・友人の悲しみを減らしたい。そんな思いから日本循環器学会救急啓発部会は，「市民意識の向上による心臓突然死減少へのアプローチ」と題するステートメントを日本語，英語の両言語で発表しました[1, 2]。医療が進歩した現在においても，心停止はいったん起こってしまうと救命が極めて難しい現実があります。一方で救える命も確実に存在します。例えば「前兆に気づき早く受診する」「AEDを使える環境と人を増やす」「居合わせた市民が心肺蘇生を行う」といった備えと行動です。

本ステートメントは，心臓突然死の予防と対応に関する取り組みを，①国内外のエビデンス，②地域や現場での具体的な実践例，③政策への提言，④今後の課題という4つの柱で構成され，「自分でできる行動」を皆さんが見つけられるようにしています。

本ステートメントは全7章から成ります。ポイントは図および下記に示す通りです。

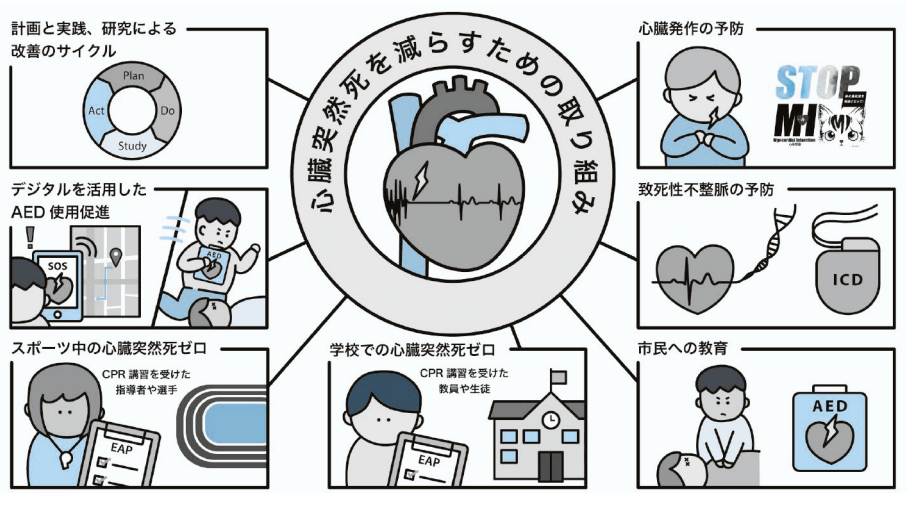
第1章　ステートメント作成の背景
第2章　急性冠症候群による心停止の前駆症状と受診の促進，心筋梗塞予防キャンペーン（STOP MI）の紹介，致死性不整脈による心臓突然死の予防
第3章　市民への心肺蘇生教育
第4章　学校で発生する心停止への備えとしての児童生徒や教職員へのBLS教育，心臓検診，緊急対応計画（EAP）策定
第5章　スポーツ現場における心停止対応
第6章　市民の救命行動を支援するデジタル技術を活用したAED搬送アプリなど新たな仕組み
第7章　客観的データと評価に基づく改善および今後の政策立案

どの章にも共通していることは，「心臓突然死を予防する主役は市民，医療者だけでは救えない」というメッセージです。市民が前駆症状に気づき受診行動につなげられるよう，目の前の患者やその家族に対してわかりやすく情報を伝えることは，医療者に求められる大切な役割です。さらに病院の外にも目を向け，市民が命をつなぐ役割を果たせるよう地域や学校，職場で心肺蘇生やAEDを使える人を育てる取り組みを支援し，正しい知識を社会全体に広げ命を守る文化を築いていくことも医療者に求められている重要な役割です。

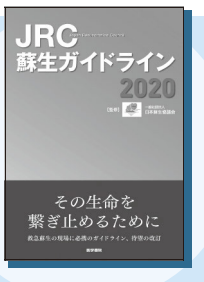
日本語版は平易な表現とイラストで，循環器専門医だけでなく，看護師，救急隊員，保健師，教員，行政職，スポーツ関係者，そして市民にも読みやすく工夫されています。「自分にできることはあるだろうか」と思った方，さあ今すぐ携帯を取り出してQRコードからステートメントをご一読ください。あなたの行動が大切な命を守る一歩につながります。

●参考文献・URL
1）日本循環器学会救急啓発部会．心臓突然死を減らすための取り組みに関するステートメント．2025.
https://www.j-circ.or.jp/committees/yobou/
2）Circ J. 2025［PMID：39721709］

●にしやま・ちか氏/2002年滋賀医大看護学科卒。大津赤十字病院で看護師として勤務した後，京大大学院医学研究科社会健康医学系専攻へ進学し，専門職学位課程，博士後期課程修了。米ワシントン大ハーバービュー・メディカルセンターでのリサーチフェローなどを経て，19年より京大大学院医学研究科人間健康科学系専攻クリティカルケア看護学分野准教授。心臓突然死の疫学研究，特に市民への心肺蘇生教育についての研究に携わり，国内外の心肺蘇生のガイドライン作成や市民への心肺蘇生の普及に従事している。



●図　心臓突然死を減らすための取り組み（制作：日本循環器学会救急啓発部会）

救急蘇生の現場を支える基本のガイドラインが5年ぶりの改訂
JRC蘇生ガイドライン2020
日本蘇生協議会による救急蘇生のガイドラインが5年ぶりに改訂された。編集委員会、作業部会による徹底した議論によって検討され、まとめられたガイドラインは、蘇生現場のコンセンサスとしてまさに必携の書である。すべてGRADEによる評価を採用した国際基準のガイドラインである。新たに「妊産婦の蘇生」「海外での課題」の章を追加し、補遺にはCOVID19への対応をまとめた。救急蘇生の現場で奮闘するすべての人へ。
監修　日本蘇生協議会


A4　頁532　2021年　定価：5,500円[本体5,000円＋税10%]　[ISBN978-4-260-04637-4]
医学書院

for Nurses

寄稿特集

Sweet Memories

うまくいかない日々も，きっと未来につながっている

春に入職してから1か月あまり。少しずつ仕事に慣れてきた一方で，「自分だけができていない気がする」「この先，本当にやっていけるのかな」と不安を抱えている新人ナースの方は少なくないと思います。今，現場で頼れる存在となっている先輩ナースたちも，かつては同じように戸惑い，つまずきながら一歩ずつ前に進んできました。

本特集では，そんな先輩ナースから「新人時代の失敗談」を紹介していただきました。未来のあなたにきっとつながる，温かい言葉の数々をぜひ受け取ってください。

こんなことを聞いてみました
❶新人ナース時代の「今だから笑って話せるトホホ体験・失敗談」
❷忘れ得ぬ出会い
❸あの頃にタイムスリップ！思い出の曲とその理由
❹新人ナースへのメッセージ

近田 真美子
大阪成蹊大学看護学部
看護学科 教授

患者さんの話を聴きすぎたが故の失敗

❶「いつか行きたい！」と考え，希望調査の第5希望にこっそりと書いた精神科病棟。「希望者があなたしかいなかったから」というあっけない理由で精神科開放病棟への配属が決まり，看護師としてのキャリアをスタートさせました。新人時代というのは，今後の看護観を育む大切な時間だったんだなぁ……と今になって思います。

多くの新人看護師同様，私もたくさんの失敗を経験しました。看護技術がうまく習得できない，患者さんの容態が急変しても先輩のようにテキパキと対応できないというのはもちろん，精神科ならではの苦労もありました。

例えば，入院中のアルコール依存症の患者さんたちは私が新人看護師だとわかると，身体症状を訴えつつ睡眠薬が欲しい等，さまざまな要求を突き付けてきました。新人なので，訴えの背景に飲酒欲求があることを想像できず，懇切丁寧に話を聞き頓服薬を渡し，翌日先輩看護師に対応について苦言を呈されることが何度もありました。その後，病棟医がアルコール依存症の患者さんに，「近田看護師さんは，新人さんだから嘘つかないであげてね。ちゃんとしらふで話すための練習相手だと思ってね」と，うまく役割を付与してくださいましたが……。

他にも，日勤帯で担当していた統合失調症の患者さんの話に聞き入ってしまい，ナースステーションに戻ってくるよう看護師長から呼び戻されることが何度もありました（これには，患者さんからもよく笑われておりました）。

つまり，新人時代の私は，患者さんの話を丁寧に聴きすぎるが故，患者さんの病いをかえって助長させたり，チーム全体の動きが見えなくなったりするといった失敗をたくさん経験してきたのです。裏を返せば，新人である自分には，患者さんの話を聴くことしかできないとの思いがあったのかもしれません。

❷学生時代に受け持たせていただいた患者さんと病棟で再会できたことです。この患者さんは，リストラに遭い統合失調症を発病された方で，ストレスがかかると妄想様の言動が生じるため長期入院となっていました。ただ，私には学生時代同様，父親のようなまなざしで接してくださり，精神の病いが決して特殊なものではなく，誰にでも起こり得るものであることを教えてくれたのです。

病棟の精神科医には，専門職として「すべきこと」と「してはいけないこと」の境界を常に見極める姿勢を学びました。病棟の規則やルールを遵守する以前に，そもそも私たち専門職の行為が，患者さんにとってどのような意味があるのかを常に問い，考えて，実践に落とし込んでいくことの大切さを教えていただきました。

❹不安もあると思いますが，1年目は看護師としてうまく振る舞えなくて当然です。うまくやろうとするよりも，まずは，できるだけ職場の人とコミュニケーションを図り自分の存在を知ってもらうこと，助けてくれる宛先を増やしながら場に慣れることが大事です。そして，自分を褒めてあげること！少しゆとりが持てるようになったら，患者さんにとって自分が良き支え手となれているのか振り返りつつ，看護師としての自分をゆっくり成長させていくと良いと思います。

岡山 久代
筑波大学医学医療系 教授/
同大学医学群看護学類長

分娩室勤務初日，頭が真っ白になった分娩介助デビュー

❶私は，学生時代から分娩介助させていただいたお産を「My分娩台帳」に記載しています。日付，かかわった助産師や医師の名前，いただいたアドバイス，感じたこと，失敗してしまったことなどを日記のように書き留めています。今回の原稿執筆に当たって，これを読み返しています。懐かしい思い出と苦い記憶がよみがえってきますが，初心に返るという意味で良い機会をいただいたと思っています。

1993年の京都大学医学部附属病院産科分娩部・未熟児センターへの入職が，私のキャリアのスタートです。入職を決めた理由は，実習でお世話になった親しみのある病院であり，自律した先輩方がかっこよくて，いつか自分もあんなふうになりたいと思ったためです。当時の新人は，1週間程度の集合研修を受けて，その後に配属先での研修を受けました。

研修が終了し，初めての分娩室担当の日のことでした。「今日は先輩について分娩室担当の仕事を覚えよう」と思いながら出勤すると，分娩経過中の産婦さんがいらっしゃいました。先輩が「分娩介助のやり方を思い出すために一度見学してから実際に介助するのが良いけれど，私がサポートするから一緒にお産をとろう。実習の時を思い出して」と後押ししてくださり，私がその産婦さんを受け持つことになりました。経過は順調で，数時間後に子宮口全開大となりました。私は先輩に言われるまま分娩に必要な器具のセットを開いて，周囲が誘導する呼吸法に合わせて，ただ手を添えるだけの分娩介助をしました。My分娩台帳には「就職して勤務初日に思ってもみなかったお産。何もわからないまま，スタッフの皆さんの協力のもと介助しました……」と書かれていました。頭が真っ白になり，十分な声かけもできず，言われるままに動いた助産学生のような分娩介助でした。先輩からは，「最初は誰でもこんな感じよ。これから頑張って磨いていけばいいから」と声を掛けていただいたのですが，学生時代の最後に介助した10例目から少しも成長してない（むしろ後退している）自分がふがいなく，苦くて落ち込むばかりの分娩介助デビューでした。

❷病棟には助産学生が実習に来ていましたし，同期の新人助産師は5人でしたので，1年目に自分が分娩介助できたのは15例だけでした。「このままでは自律した助産師には永遠になれない。何か手を打たないと。何でもいいから分娩にかかわろう」と考え，作戦を立てました。例えば，先輩が学生に指導されている様子をこっそりとのぞき見したり，分娩記録をみながら「なぜ先輩はこの時にこのアセスメントをされたのですか？」と質問したりして，色々な場面で教えていただきました。今思うと，苦くて落ち込むばかりの分娩介助デビューと，少しでも分娩にかかわるという作戦が成長するための基盤になったのかなと思います。

当時一緒に働いていた憧れの先輩と

（8面につづく）

1シートで思考を「見える化」！
『意思決定支援ツール OOVL活用入門』刊行記念セミナー
患者・家族・医療職の納得性の高い意思決定につながる
OOVLを学ぼう
受講料 無料
参考図書

講師
内橋 恵 先生
脳卒中と栄養ケア
在宅支援Nurture 代表
日時
2025年6月26日（木） 19:00～20:00
＊リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定。
対象 臨床看護師、看護管理者、看護教員、その他医療職
医学書院

for Nurses

岩間 恵子
ペース大学 助教授／マウント サイナイモーニングサイド病院 臨床看護師

天使のようなプリセプターとの出会い

❶❷米国のGallup社による世論調査Gallup-Pollにおいて，看護師は誠実さと倫理に長け，最も信頼される職業として，過去23年間連続で1位に輝き続けています。私たちはこの職業に誇りを持ち，看護に力を注いでいます。しかしその裏には，日々の努力と苦労が繰り広げられているのです。

私も，涙と汗を流しながら一人前に成長した看護師の1人です。米国でスタートした新人時代は，毎日自分のできなさに落胆し，反省の連続で帰宅の途につきました。自宅へ向かう車の中であまりにも考え込んでしまい，時速20 kmでハイウェイをのろのろと運転し，警察官に止められてしまったことさえあります。

急性期医療の総合病院で新人看護師として働き始め，言葉の壁と文化の違いに適応するのはとても難しいことでした。その中で，ロールモデルとして私の成長を支えてくれたのが，プリセプターのロゼラです。ロゼラはイタリア系アメリカ人で，50歳代のベテラン看護師でした。物腰が柔らかで，患者さんに対しても優しいまなざしで接し，いつも落ち着いて仕事をこなす。彼女が慌てて走る姿を見たことがありませんでした。そして，私の拙い英語にも辛抱強く耳を傾けてくれ，看護の手順についても1つひとつ丁寧に教えてくれました。

新人教育も終わりに近づき，英語，看護スキルともに通常の業務をこなすことができるレベルまで上達したある日，担当する患者さんが亡くなりました。家族が急いで駆けつけたのですが死の瞬間には間に合わず，その悲しみを想像して心が痛みました。しかし，それ以上にショックを受けたのは，悲しむ家族に言葉の1つもかけられず，ただ突っ立っているしかできなかった自分自身に対してです。ちょうどその時，ロゼラが静かにやってきて，家族の悲しみを和らげる心優しい言葉をかけました。その言葉はまるで魔法のようで，家族の心を癒やし，笑顔さえも見ることができました。その瞬間，どんなに頑張っても越えられない言葉と文化の壁に直面し，無力な自分が情けなく，この地で看護職としてやっていくことへの限界を感じました。

家族が去った後，私はそのまま看護師長の所へ行き，辞めたいと伝えたのです。それを聞いたロゼラが，また静かに近づいてきて，「気の利いた言葉を言うことは大切なスキルじゃないのよ。言葉が出なければこうすればいいの」と言って，私をぎゅっと抱きしめ，ハグは万国共通の言葉だと教えてくれました。そういえば，彼女は患者の家族のことも優しくハグしていた，と思い出しました。あの時の温かい彼女の手を今でも忘れることはできません。気の利いた言葉を言いたいなんて安っぽいことを考えていた私の価値観は大きく変わりました。その後，ハグは私の心を伝える大切なコミュニケーション手段になると同時に，自信を持って患者やその家族と接することができるようになりました。

もしロゼラがプリセプターでなかったら……と考えることが今でもたびたびあります。私が他の病院に移ってから，なぜか彼女とは音信不通になってしまいました。インターネットやFacebookで検索しても探すことができず，悔やまれます。彼女は，私のためにこの地上に降りてきた天使だったのではないかと思えて仕方がありません。

❹新人看護師として難しさを感じることが多い中，技術と知識だけでなく，気持ちを示す非言語的コミュニケーションも看護に取り入れてみましょう。そして，プリセプターとの出会いも大切にしてください。その人は，あなたのための天使かも知れません。

（7面よりつづく）

は，今もつながっています。今はお互い教員になっていますので，学会で一緒になった折には，苦すぎる分娩介助デビューのこと，仕事帰りに焼き肉を爆食いしたことなど，お酒を飲みながら話しています。憧れの先輩に近づきたい気持ちは今も変わりません。これからも置いて行かれないように走り続けたいと思っています。

❸入職当時にはやった曲の中で，特に印象に残っているのはZARDの『負けないで』です。この曲は，頑張る気持ちを高めてくれるので，当時もよく聴いていました。今でも「がんばるぞー」と思うときには，自然に口ずさんでしまいます。新人時代の苦い経験を乗り越えるための励ましの曲，そして今も走り続けるためのパワーの源となる曲として，心の中に住み着いています。

❹新人の皆さん，苦い経験や落ち込む体験は大事なことです。体験には意味があり，必ずそこから得られることがあります。自分がなりたい姿を思い描いて，少しずつ前進していってくださいね！　なお，「My分娩台帳」はCLoCMiP レベルⅢ認証申請の時に役立ちました。皆さんにもご自身のポートフォリオの作成をお薦めします。

川岡 和也
島根県健康福祉部健康推進課がん対策推進室 主任保健師

ご縁も，失敗も，感情も一緒に“えっほ えっほ”

❶「ここのあたりだと思うんだけどなぁ……。あと2分で約束の時間だよ……」。その時の私は，手に汗を握りながら涙がこぼれそうな気持ちで，何度も同じ道を行ったり来たりしていました。

私は新卒で島根県に所属する保健師となり，出雲保健所の心の健康支援課に配属されました。配属から半年ほどたった頃，初めて“ひとりで”ご自宅への訪問を任されました。訪問の目的や確認事項などは，上司と一緒にしっかり準備して，訪問のイメージもバッチリです。上司から「家の場所は確認した？」と聞かれ，「はい！　大丈夫です！　任せてください！（若者はGoogleマップを使えるんだぜ？）」と元気よく公用車に乗り込み，出発！……しかし，Googleマップが案内してくれた場所には，訪問対象者のお名前の表札が見当たりません。

この時点ですぐに職場に電話をかけて確認すればよかったのに，「大丈夫！」と言ってしまった手前，余計なプライドが邪魔をします。車を降りて，周囲をウロウロ……。少し走らせてから車を降り，またウロウロ……。何度繰り返しても，目的の表札とは出合えません。

そして，ついに訪問時間の2分前。ようやく観念して，職場に電話をかけました。「すみません。大丈夫とお伝えしたのですが，Aさんのお宅にたどり着けません。助けてください（涙）」。上司「ゼンリン地図で調べたんじゃないの？」。私「……ゼンリンって，なんですか？」。上司「……」（後から知ることになります。地方での住所探しは，Googleマップではなく“ゼンリン”が必須だということを）。その後，職場でゼンリン地図を確認してもらい，正しい場所を教えてもらってようやく無事に訪問ができました。10分遅れての訪問となりましたが，事前にしっかり準備をしていたおかげで内容自体はうまく進められたかな，と思っています。

職場に戻ってからは会議も研修も訪問も「準備が9割！」とこっぴどくご指導いただきました。今ではその言葉を笑いながら後輩たちにも伝えています。

新人時代には，「うまくやりたい！」という気持ちが空回りすることもたくさんありますが，そんな時こそ先輩たちの言葉に耳を傾けて具体的に確認すること。そして「準備すること」が自分自身の安心にもつながるんだなあと実感しています。

皆さんも心に刻み，ご唱和ください！　「準備が9割！！」。

❷私は職場の上司や同僚に恵まれていましたが，それ以上に“関係者”とのご縁に本当に恵まれていました。配属されたばかりの頃，あいさつ回りをする中で，後に「この人が師匠だ」と心の中で決めることになる相談支援専門員さんに出会いました。その方は，保健師資格をお持ちであることに加えて精神科認定看護師でもあり，まさに“実践と理論のプロフェッショナル”。新人である私に，任意団体が主催する事例検討会への参加を勧めてくれました。そこから月に一度の事例検討会への参加が始まり，約6年間，毎月のようにアセスメントとファシリテーションのスキルを鍛えてもらいました。

たくさんの言葉をいただいた中で，今でも心に強く残っているのが，このひと言です。「保健師は企画力がないと役に立たん。あんたは，企画力では誰にも負けん保健師にならんと許さんけんね」。

当時はピンと来なかった“企画力”という言葉。しかし今では，「現状をしっかり把握・分析した上で，未来を構想し，その差分を埋めるためのアイデアを戦略に変え，周囲の共感を生み，行動をデザインする力」だと思っています。

まだまだ道の途中ではありますが，新任の頃に“企画力”という言葉を教えてもらったことが，今も私の保健師としての土台になっています。人との出会い，言葉との出合い。その1つひとつに，いつまでも感謝と敬意を忘れずにいたいと改めて感じています。

❹ここでは書ききれないような，sweetとはほど遠いbitterなことも，たくさん経験してきました（笑）。少しずつ年を重ねる中で思うのは，若い頃の失敗って，そのときは落ち込むけれど，長い目で見れば“うまくいくための経験”だったんだな，ということです。

働いているとイライラしたり，悲しくなったり，楽しくなったり，うれしくなったり，本当にいろんな感情が湧いてきますよね。でも最近，その“感情の振り幅”こそが，患者さんや地域の方とかかわるときの彩りになっている気がしています。

失敗したことも，感じたことも，全部が看護・保健の仕事につながっていると思うと，自分らしく“えっほ えっほ”と歩き続けることが，一番大事なんじゃないかと思うんです。新人の皆さんも，自分のペースで，自分の感情も大切にしながら，一歩ずつ“えっほ えっほ”と進んでいってくださいね。

そんな考え方があったんだ！　地域の困難事例に「あんな手・こんな手」を提案。

精神疾患をもつ人への支援で、壁にぶち当たったら読む本 巻きかえしの技教えます

どうすればよかったかーーー。あの達人だって、新人時代はたくさんつまずいていたのです。ベテランになっても、やっぱり難しいケースには遭遇します。大事なのは、振り返り、学ぶ勇気なのです！本書では著者とその同僚が、自分たちがつまずき苦戦してきた事例を（恥をしのんで）公開します。そして「今ならこうやって巻きかえす」という考察・提案を記します。地域で支援・ケアを提供する人に必携の書。あなたの孤独を癒します。

著　小瀬古伸幸
執筆協力　進あすか

B5　頁184　2025年　定価:2,310円[本体2,100円＋税10%]　[ISBN978-4-260-06218-3]　医学書院

知らないままで、終わらせない。

走り続けた看護師たち 新型コロナウイルス感染症パンデミックで起きたこと

2020年、日本中を覆った新型コロナウイルス感染症パンデミック。
医療は逼迫し、感染への警戒はケアのあり方を大きく変えた。
透析病棟、産婦人科病棟、訪問看護……それぞれの現場で何が起きていたのか。
看護師自らが取材して描いた、戸惑い、悩み、傷つきながらも闘った看護師たちの記録。

あさひ　ゆり

A5　頁152　2025年　定価:1,980円[本体1,800円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05778-3]　医学書院

Sweet Memories——うまくいかない日々も、きっと未来につながっている

本田 和也

純真学園大学大学院保健医療学研究科看護学専攻診療看護師（NP）コース 講師

失敗は人生の味つけ 二倍三倍の努力があなたを育てる

❶看護師としてのキャリアが始まったばかりの春。私は手術室に配属となり，先輩たちのように動けない自分に焦り，不安を抱えていました。「なんで自分だけこんなに要領が悪いのだろう」「このままで看護師としてやっていけるのか」。自信のなさや不安と毎日向き合いながら，もがいていました。そんな新人時代，私には今でも忘れられない大失敗があります。

その日は，ベテランの先輩看護師と2人で手術室の夜勤を担当していました。初めての夜勤です。夜明け前，長い廊下の両端から中央に向かってモップがけをする作業が始まります。私は近くにあった液体を「洗剤かな？」と勝手に思い込み，先輩に「これ使いますよね？」と尋ねたものの，返事を待たずにモップのタンクに謎の液体を投入。真面目に，丁寧に，隅々まで，1時間近くモップをかけました。「よし，完璧！」と達成感に満ちていたその朝，床はピカピカ……ではなく，日勤の始業の頃にはなぜかベタベタに。出勤してきたスタッフたちが「床が……ベタベタする！」と一斉に声を上げます。なんと，私は手術機器を洗浄するための強力な洗剤で床を拭き，ワックスを一気に剝がしてしまっていたのです。看護師長は頭を抱え，先輩たちは「本田くん……良くも悪くも真面目だよね」「普段掃除しない隙間までキレイにベタベタだね」と苦笑い。しかしこの一件がきっかけで，私は周囲に「おっちょこちょいだけど誠実な人」として覚えてもらえるようになりました。

その頃，もう1つの大失敗が待っていました。新人研修に向かう途中，手が滑って落としたクリアファイルが，まさかのエレベーターの隙間に吸い込まれたのです。資料は消え，エレベーターは使用不可に。あぜんとする職員たちの視線が私に突き刺さる中，エレベーターに乗っていた医師や看護師の先輩方が「逆に才能かもね。こんなこと，普通は起きないよ」と笑いながら冗談まじりに一言。張りつめていた私の心をふっと緩めてくれました。完璧じゃなくていい。失敗から何かを得ていけばいい。そう思えるようになったのは，あのときのまなざしと声があったからだと思います。

❷そんな失敗だらけの新人の私を支えてくれたのが，プリセプターの存在でした。指導は簡潔で，説明は最小限でしたが，それでも常に大切な視点と優しいまなざしで私をサポートしてくださる人でした。

数日後に手術介助を控えたある日，プリセプターに「脳腫瘍の手術？　皮膚切って，腫瘍とって，閉じるだけよ。難しく考えすぎないで」と言われ，当時は「いやそれ皮膚腫瘍と同じ説明じゃ……」と返した記憶があります。しかし，その言葉は不思議と胸に残りました。

そうした日々を重ねるうちに，私はただ“教えてもらう”だけでなく，自分で調べ，考え，深める力を身につけていったのです。知らないなら自分で調べてみる。どうしてもわからないことは，どこがわからないのかを整理してから質問する。難しく考えすぎず，一方で深く理解しようとする姿勢を持つ。これらが，今の私の土台になっています。プリセプターとの出会いがあったからこそ，私は看護師としてだけでなく，“自分で学ぶ人”として成長できたと思っています。今も変わらず，その姿勢が自分の根っこにあります。

❹今春，私も皆さんと同じ“新人”になりました。診療看護師（NP）の育成という新たな使命を担う，看護教員としての第一歩です。

これまで私は，長崎県で約20年間地域医療に従事してきました。地元の人々を看護の力で支えたい，お世話になった皆さんに恩返しがしたいという想いが，私の原点でした。だからこそ，長崎を離れて新しい土地に移り，仕事内容や役割も変わることに，大きな不安がありました。けれど，不思議と怖くはありませんでした。なぜなら，これまでにたくさんの大失敗とその失敗の意味を考える経験してきたからです。失敗を乗り越えてきた経験が，変化や挑戦への耐性を少しずつ育ててくれたのだと思います。

そして，私が大切にしているのは“交流の力”です。交流とは，ただ会話をすることではありません。「相手を知ろうとすること」「自分を伝えること」「一緒に学ぼうとする姿勢」だと考えています。これらの積み重ねが，誰かとの信頼を育みます。清潔感のある服装，明るい表情，丁寧な言葉遣い。その一つひとつが，交流のきっかけや第一歩になります。初対面の機会をこれから多く経験されていくと思いますが，この考え方を忘れずに過ごしていただきたいです。

失敗は，人生の“味つけ”です。他人の二倍，三倍努力して身につけた経験には深みがあります。だからこそ，看護師としてだけでなく，人としても“味のある人生”を送ることができるのだと思います。新人の皆さんも，どうか焦らずに，一歩ずつ歩んでください。皆さんが今感じている不安や経験した失敗も，きっと未来のあなたを育ててくれる“材料”になります。少し先の未来で，日本の看護を共に盛り上げられたらいいですね。

榊原 千秋

合同会社プラスぽぽぽ/うんこ文化センター
おまかせうんチッチ 代表

全ての人が気持ちよく排泄できる社会をつくろう

❶❷小学2年生の時，ひとりっ子だった私に弟が生まれました。1970年のことです。新生児訪問に来た保健師さんが，生まれたばかりの弟をつりばかりのハンモックに大切に乗せて体重を量る姿に後光が差して見えました。その日，町役場の保健師になると決めてから気持ちがぶれることはなく，1983年に保健師として町役場に入職しました。あの日の弟の体重を量った保健師である石田さんと一緒に家庭訪問や健康教室に出かけた日々は，私の宝物です。

1988年，結婚を機に愛媛県から石川県小松市に移住し，老人ホーム併設のデイサービスで勤務することになりました。介護福祉士制度がない時代，寮母である先輩から，見よう見まねで手技を学びました。オムツから溢れる尿と便に手も足も出ず四苦八苦する日々は，人生のどん底でした。そんな中，排泄ケア研修会に参加し日本コンチネンス協会の西村かおるさんと出会いました。「排泄障害には必ず原因があり，アセスメントが重要」「全ての人が気持ちよく排泄できる社会をつくろう」。コンチネンスケアとの出会いは，どん底だった私にとって一筋の光であり希望でした。この希望の延長線上に，「おまかせうんチッチ」「POOマスター」(註)が生まれるのですから，人生って面白い！

1989年，「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」（ゴールドプラン）により在宅福祉が推進されたこともあり，私は在宅介護支援センターの保健師となりました。その後，介護保険制度が始まり，ケアマネジャーになったばかりのある日のことです。長いお付き合いになる80代の難病を患う男性に「あんたはケアマネかなんかになったかもしれんが，これまでのようにちゃんと人として接してもらわんと困る。嫁さんの話を聞くのもええが，わしがここにおることを忘れとらんか！」と叱られました。ケアプランを持参し，ご家族に「ここに印鑑をお願いします」とお願いしていた私はドキッとしました。私が代表を務める訪問看護ステーション「ややのいえ」の理念である「とことん当事者」「人として出会う」「自分ごととして考える」「十位一体のネットワーク」は，この方から学ばせていただいた教訓です。

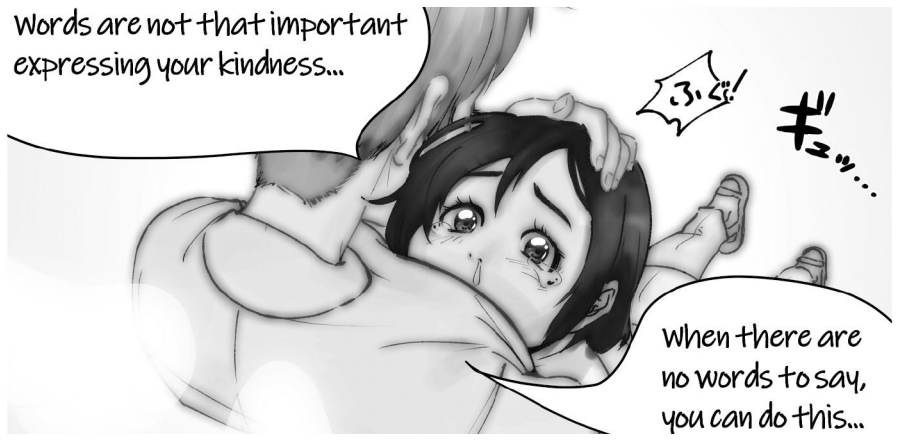
❸学生時代は，私も聖子ちゃんカットでミニスカートだったんです。夫とは学生時代を過ごした松山で出会いました。母が脳腫瘍で入院したり，夫が就職し遠距離になったり……。サザンオールスターズの『いとしのエリー』を聞くと，学生時代のほろ苦い気持ちを思い出します。

❹現在，やなせたかしと妻のぶをモデルとしたNHK連続テレビ小説『あんぱん』が放映されています。中学生の頃，彼が編集長を務めた月刊『詩とメルヘン』（1973～2003年）に夢中になりました。やなせたかしは「誰かを喜ばせることが生きる意味」「絶望のとなりは希望」と語っており，どんなに苦しくてもその先には「希望」があるのだと私は学びました。

また，ドイツ出身のユダヤ人哲学者ハンナ・アーレント（1906－1975）は，労働（Labor）は，肉体的・知的に働いて金銭を得て必要最低限の生命維持と生活保障を得ること，仕事（Work）は，人間自らの創造性・思考能力を具現化し新たな事物を作り出すこと，活動（Action）は，人間関係の中で自己を表現し他者と協働で何かを成し遂げることと定義し，活動（Action）こそが「希望と信頼」を生み出すと説いています。希望は「CO-BECOMING」。さあ，ご一緒に何かを成し遂げましょう！

こんなことを聞いてみました
❶新人ナース時代の「今だから笑って話せるトホホ体験・失敗談」
❷忘れ得ぬ出会い
❸あの頃にタイムスリップ！ 思い出の曲とその理由
❹新人ナースへのメッセージ

註：「おまかせうんチッチ」は，地域における排泄ケアの相談対応や，排泄ケアのプロフェッショナルである「POOマスター」（榊原氏が設立した民間認定資格）の育成に取り組む活動。

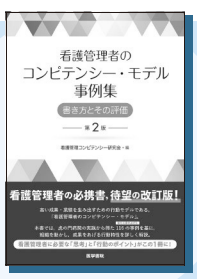


看護管理者に必要な「思考」と「行動のポイント」がこの1冊に！

看護管理者のコンピテンシー・モデル事例集 第2版 書き方とその評価

高い成果・業績を生み出すための行動モデルである，「看護管理者のコンピテンシー・モデル」。本書では，虎の門病院の実践の中で新たに磨き上げた116の事例を基に，組織を動かし，成果をあげる行動特性を詳しく解説する。看護管理者の必携書，待望の改訂版！

編　看護管理コンピテンシー研究会



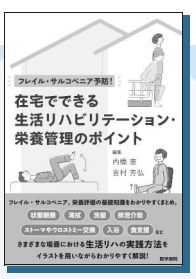
B5　頁156　2025年　定価：3,300円[本体3,000円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05762-2]　医学書院

在宅で行う生活リハビリテーション、栄養管理のポイントをまとめた実践書

フレイル・サルコペニア予防！
在宅でできる生活リハビリテーション・栄養管理のポイント

フレイル・サルコペニアを予防するために在宅で行う生活リハビリテーション、栄養管理のポイントについて、わかりやすい文章、豊富なイラストを用いて解説した実践書。状態観察、清拭、洗髪、排泄介助、ストーマやウロストミー交換、入浴、食支援など、さまざまな場面における生活リハビリテーションの実践方法がよくわかります。

編集　内橋 恵
吉村芳弘



A5　頁120　2025年　定価：2,200円[本体2,000円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05362-4]　医学書院

寄稿

複雑化する循環器疾患患者の精神的ケアに欠かせないサイコカーディオロジーの視点

庵地 雄太　日本サイコカーディオロジー学会 副代表理事/国立循環器病研究センター 心不全・移植部門 心理療法士

1948年に発効されたWHO憲章の前文では，健康の定義を「健康とは，病気でないとか，弱っていないということではなく，肉体的にも，精神的にも，そして社会的にも，すべてが満たされた状態にあること」としています[1]。この定義は循環器疾患患者に対する治療やケアの最終的な目標でもありますが，皆さまが日々接する患者は，「肉体的にも，精神的にも，社会的にも満たされた健康的な状態」にあるでしょうか。

低侵襲治療技術の開発，新薬の登場，デバイスの進化，運動療法や食事療法の充実など，患者の肉体的側面における健康へのアプローチは近年劇的な進展を遂げてきました。一方で，精神心理的・社会的側面における治療，ケア，支援については，依然として発展途上の段階にあります。

今回は，多様化する循環器疾患患者の「健康」をめざすうえで不可欠な視点であるサイコカーディオロジー（psychocardiology）について解説していきます。

日本におけるサイコカーディオロジー発展の歴史

サイコカーディオロジーとは，循環器疾患を有する患者のメンタルヘルスに関する学術領域を指す言葉です。類義語として「cardiac psychology」や「behavioral cardiology」などがあり，日本語では「循環器心身医学」と呼ばれています。

実は日本は，諸外国に先駆けて循環器心身医学の発展に取り組んできた国の1つです。1950年代，虚血性心疾患の患者に絶対安静が推奨されていた時代に，久留米大学の木村登氏が積極的運動療法を提唱され今日の心臓リハビリテーションへと発展しました[2]。その後，行動特性や性格が虚血性心疾患の原因や増悪因子となる可能性についての研究が世界的に進展し，1972年には日野原重明氏，石川中氏，鈴木仁一氏ら3人の大家によって，循環器心身医学の発展を目的とした「循環器PSM（psychosomatic medicine）の会」が設立されました。

その後，抗血栓療法やカテーテル治療，心不全治療薬など治療技術が発展するスピードに心身医学は追いつけず，人々の関心も次第に薄れていきました。しかし2007年，日本循環器学会から「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」が公表され，心血管疾患患者の身体的・心理的・社会的・職業的状態の改善が目標として明記されたことが転機となり，再びサイコカーディオロジーへの関心が高まります。さらに少子高齢化の深刻化とともに「心不全パンデミック」と呼ばれる時代に突入し，生命予後の改善に加えて健康寿命の延伸が日本の核心的目標と位置づけられるようになりました[3]。

うつ/認知症を併存する心不全患者のケアにおける課題

現在，サイコカーディオロジー領域の実践および研究において特に期待と関心が高いのは，「うつ」と「認知症」です。

うつは65歳未満の心不全患者の3分の1以上が併発するとされる，一般的な併存疾患です。その併存率は慢性腎臓病に次いで高く，慢性閉塞性肺疾患よりも高いことが示されています[4]。さらに，うつは独立した予後悪化因子であり[5]，心不全の重症度とうつの併存率は有意に関連していることも明らかになっています[6]。

また，循環器疾患に併存するうつは療養指導や疾病教育の効果を低下させ[7]，療養行動にも悪影響を及ぼします[8]。そのため，うつを早期に発見し治療することが，日本の心不全診療ガイドラインをはじめ，さまざまな場面で推奨されています[9]。

しかし，心不全に併存するうつを見極めることは決して容易ではありません。たとえば，ガイドライン等で推奨されているうつのスクリーニングツールPHQ-9（Patient Health Questionnaire-9）を用いると，多くの患者が睡眠の質の低下や倦怠感に関する項目に該当すると回答します。これらの症状は心不全そのものの症状と重複するため，原因がうつにあるのか，心不全にあるのかを見分けることは非常に困難です。実際，心不全患者におけるうつの検出率は約50%とされていますが，このうち「うつと判断されなかった」患者の約6割が，その後も数週間にわたってうつ症状を持続させていたとする報告もあります[10]。

さらに近年では，精神科医をはじめとするメンタルヘルス専門職から，臨床上の「うつ」症状と，診断名としての「うつ病」が循環器領域で混同されていることへの懸念が示されており，うつに関する正確な理解が求められる課題として浮かび上がっています。

次に認知症についてです。認知症は65歳以上の心不全患者の4人に1人以上が併発する併存疾患であり，その併存率は心房細動とほぼ同程度です[4]。

現在，精神科領域では，認知症は軽度認知障害（MCI）やせん妄を含む神経認知障害群（NCD）として扱われています[11]。NCDは，生命予後や再入院のリスク要因であることが明らかになっており[12]，日本の各種ガイドラインにおいてもスクリーニングの必要性が明記されています[9]。

しかし実際には，心不全患者に併存するNCDが適切に認識されている割合は2割程度にとどまるとの報告もあり[12]，現場での認識不足が課題となっています。また，せん妄に関しては国内の調査で循環器内科医と精神科医の診断が一致した割合が50.6%であったとの報告もあり[13]，診断の困難さが浮き彫りとなっています。

このように，循環器疾患に併存するうつや認知症の早期発見が重要であることは広く知られている一方で，スクリーニングや診断の困難さがその障壁となっているのが現状です。さらに，心不全に併存するうつや認知症への治療および介入については，症状やQOLの改善に関する報告はあるものの[14, 15]，生命予後の改善に直結するエビデンスは得られておらず，系統的な治療体系の構築・確立も，もう1つの重要な課題となっています。

循環器疾患患者のメンタルヘルス改善に向けて

では，これらの課題をどのように解決していけばよいのでしょうか。1つのアプローチとして現在取り組まれているのは，プラットフォームの構築です。

2013年，国立精神・神経医療研究センターを中心に，6つのナショナルセンターが「身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発に関するナショナルプロジェクト」を展開しました。このプロジェクトにおいて循環器領域では，国立循環器病研究センターと国立精神・神経医療研究センターが協力し，循環器科と精神科の2つの領域をつなぐ人材の育成に取り組みました。この取り組みは，循環器PSMの会を源流とする日本サイコカーディオロジー学会へと引き継がれ，現在も議論や取り組みが続けられています。

前述のとおり，循環器内科の医師やスタッフのみでスクリーニングや介入を含めたメンタルヘルスケアに対応するには限界があります。うつや認知症を専門とする精神科領域の医師や専門職との連携は，これらの課題を乗り越えるために不可欠です。しかし，すでに良好な診療連携が構築されている医療機関は極めて少数であり，多くの医療機関では連携が必要だと認識していても診療科同士のコミュニケーションがうまく取れておらず，いつ，どこで，どのように連携すればよいのか，具体的な施策までは踏み切れないという問題が生じています。

このような状況を受け，日本サイコカーディオロジー学会では，循環器科と精神科の医師・スタッフがフラットな関係で対話やコミュニケーションを行える機会や場を設け，そこから両科をつなぐ人材を育成していくことをめざして活動しています。

＊

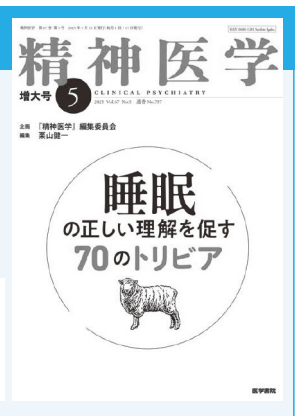
循環器疾患患者のメンタルヘルスに関してはうつと認知症を中心にお話ししましたが，サイコカーディオロジーが対象とする課題はこれらにとどまりません。たとえば，ジェンダー，ライフサイクル，ライフイベント，健康の社会的決定要因（SDH）など，多岐にわたる視点や背景が含まれます。高齢化が進み，多疾患を併存する患者が増加する昨今，循環器疾患の治療はますます複雑化しています。こうした現代の循環器診療において患者の「健康」を真に実現していくためにも，サイコカーディオロジーの視点と取り組みは，今後さらに重要性を増していくでしょう。

●あんち・ゆうた氏
2007年に川崎医療福祉大を卒業後，兵庫県立姫路循環器病センター（現・兵庫県立はりま姫路総合医療センター），公益財団法人慈愛会奄美病院，医療法人社団顕鐘会神戸百年記念病院などを経て，19年より現職。循環器緩和ケアや心臓リハビリテーションを軸足として，循環器疾患患者の精神・心理・社会的問題の解決や軽減をめざしている。公認心理士。

●参考文献・URL
1）日本WHO協会．健康の定義．https://bit.ly/4k2nGRa
2）日本心臓リハビリテーション学会．https://bit.ly/4mjkhik
3）日本脳卒中学会，日本循環器学会．脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画．2016．https://bit.ly/3SFkgaS
4）J Card Fail. 2022［PMID：35378257］
5）JAMA. 1993［PMID：8411525］
6）Eur Heart J. 2005［PMID：16143708］
7）Patient Educ Couns. 2020［PMID：31964579］
8）Focus（Am Psychiatr Publ）. 2016［PMID：31975803］
9）日本循環器学会，日本心不全学会．2025年改訂版心不全診療ガイドライン．2025．https://bit.ly/43vmT5k
10）Am J Psychiatry. 1997［PMID：9326819］
11）日本精神神経学会．DSM-5-TR精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院．2023．
12）Am J Med. 2013［PMID：23331439］
13）Biopsychosoc Med. 2020［PMID：32760437］
14）JAMA. 2003［PMID：12813116］
15）Geriatr Nurs. 2023［PMID：37127014］

新刊
"NYSORA© 教科書"をより使いやすく、コンパクトに
NYSORA© 神経ブロックマニュアル
NYSORA© Nerve Block Manual, First Edition
▶日本区域麻酔検定試験（J-RACE）の参考テキストに指定されているNYSORA©の教科書『NYSORA© Hadzic's 超音波ガイド下末梢神経ブロックと解剖』の要点をまとめて直感的な理解をさらに容易にしたマニュアル。有効性と臨床応用性が確証されている26のブロックに関して、統一感のある秀逸なカラー解剖図、解剖学的構造物がわかりやすく描出された超音波画像とその画像をカラー化したイラスト（Reverse Ultrasound Anatomy）を用いて解説し、最後にポイントとフローチャートで簡潔にまとめる。ハンディサイズで手術室にも携行可能。麻酔科医・整形外科医など、神経ブロックに関わる医師に役立つ。

監訳：村田寛明　長崎大学大学院 麻酔集中治療医学
森本康裕　医療法人社団 宇部中央病院 麻酔科
詳しくは→
定価7,150円（本体6,500円+税10%）
A5　頁272　図193　2025年
ISBN978-4-8157-3129-8
MEDSi　メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033　東京都文京区本郷1-28-36
TEL.(03)5804-6051　FAX.(03)5804-6055
https://www.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

精神医学　増大号　Vol.67　No.5　2025年5月号
特集
睡眠の正しい理解を促す70のトリビア
企画　『精神医学』編集委員会
編集　栗山健一
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
睡眠・覚醒障害研究部
詳細はこちら

■定価：5,610円（本体5,100円+税10%）　医学書院

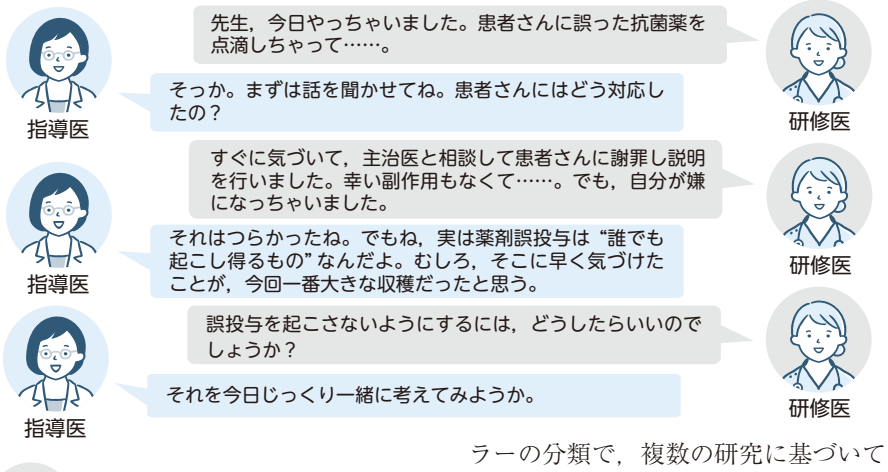
レジデントのための 患者安全エッセンス

編集
栗原　健　名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部
小泉 俊三　医療安全全国共同行動 議長

経験が浅いにもかかわらず責任が重くのしかかる研修医にとって，「患者へ安全な医療を提供し，なおかつ，いかに自分自身の身を守るのか」は至上命題です。本連載では，現場で患者安全を実装するための，より具体的・実践的な技法を伝えていきます。

第14回 患者への薬剤の誤投与を防ぎたい

執筆　矢吹 拓　栃木医療センター内科 部長



思っているよりもクスリのリスクは多い

薬剤エラーは，医療安全上，極めて頻度が高いインシデントの1つです。古い報告ではありますが，米国の前向き観察研究[1]では，入院患者のうち6.5％が何らかの薬剤有害反応（Adverse Drug Reaction）を経験していると報告されています。また，近年英リバプール大学の緊急入院患者を1か月間調査したところ，ADRが確認された入院例は18.4％に及び，そのうち90％以上でADRが直接的あるいは間接的な入院原因になったと報告されています[2]。日本の医療事故調査制度のデータでは，投薬・注射関連の医療事故は全体の約5％です[3]。大変残念ではありますが，薬剤エラーは誰もが直面し得る問題と言えるでしょう。

薬剤エラーには典型パターンがあります。**表1**[4]はよく用いられる薬剤エラーの分類で，複数の研究に基づいて分類をしています。Wrong ～が覚えやすいですよね。**表2**は薬剤使用プロセス別の代表的な薬剤エラーです。こちらでは，薬剤が処方されてから与薬までの一連のプロセスが確認でき，エラーの起こるタイミングから薬剤エラーを理解できます。薬剤エラーは，処方時，調剤・準備時，投与・管理時それぞれで起こり得るものであり，医師だけでなく，薬剤師や看護師なども関与する可能性があることを示唆しています。

薬剤エラーにはさまざまな種類がありますが，多職種でエラーに気づける仕組みが必要です。医師が処方し薬剤師が調剤する医薬分業はまさに薬剤エラーを予防するための代表的な仕組みと言えるでしょう。前半で紹介したADRの報告においても，エラーの予防可能性について言及されており，米国の報告では42％[1]が，英国からの報告でも40.4％[2]が予防可能と判断されています。

●表1　薬剤エラーおよび代表的な分類（文献4をもとに作成）

エラーの分類	内容	具体例
Omission error	必要な薬剤を処方しなかった	抗凝固薬のオーダー漏れ
Wrong drug	別の薬を処方した	名前の類似した別の処方薬を誤って処方
Wrong dose	投与量のエラー	小児に成人量を処方
Wrong route	投与経路のエラー	筋注薬を静注で投与
Wrong time	投与タイミングのエラー	8時間ごとのはずが1日1回
Wrong patient	患者間違い	同性の別患者に与薬
Monitoring error	効果や副作用の観察不足	腎機能低下に気づかず通常量を処方
Documentation error	記録のエラー	投与したが記録がない 記録は残っているが服用していない

●表2　薬物使用プロセス別の代表的な薬剤エラー

段階	主なエラーの種類	具体例
処方	処方のエラー	適応外，禁忌薬，過量，相互作用の見逃し
調剤	調剤のエラー，記載ミス	取り違え，ラベル誤記，薬歴確認ミス
準備	希釈・混注のエラー	濃度希釈のエラー，混注禁忌薬の併用
投与	投与のエラー	投与経路のエラー，投与量・タイミングの間違い，患者取り違え
服薬管理	服薬アドヒアランス不良	飲み忘れ，自己判断での中止，患者自身が飲み方を間違える

①「これから投与します」と宣言する
●まず投与する人（投与者）が，以下の情報を口頭で読み上げる。
薬剤名（Drug Name），用量（Dose），投与経路（Route），投与速度（Rate），投与理由（Reason）
●その上で「アレルギーや副作用の懸念はありますか？」と問い掛ける。
②クロスチェック
●もし懸念がなければ，第2の確認者（以下，確認者）または投与者本人が以下をチェックする。
薬剤の濃度（concentration），実際に投与する量 or 錠剤の数，実際のバイアルやパッケージを目視確認（可能なら確認者が望ましい）
●その後，確認者は「どうぞ，投与してください」と伝える。
投与者が「○×量を投与します」ともう一度確認し，最終的に「確認OKです」というやり取りを行い終了する。

●図　Medication Safety Cross Check の具体例

レジデントが個々人でできる患者安全対策

● 冒頭の会話を分析する

薬剤エラーは，誰にでも起こり得ます。だからこそ大切なのは，できるだけ早く気づくことです。早期に対応できれば，大事に至る前にリカバリーできます。日ごろから確認の習慣を持ったり，周囲と声をかけ合ったりすることで，ミスはぐっと減らせます。安全はチーム全体で支えるものです。そうした点では，研修医がミスに気づき，振り返る機会があったのは良かったと言えるかもしれません。

● まずは「処方しない」という選択肢

特に高齢者では，「何となく」処方されている薬がリスク源になりがちです。英国の研究[2]では入院に関与した薬剤の代表格として，利尿薬，ステロイド吸入薬，抗凝固薬・抗血小板薬，プロトンポンプ阻害薬，抗がん薬，降圧薬を挙げています。また，NSAIDsやベンゾジアゼピン系睡眠薬，抗精神病薬などはハイリスク薬剤であり，高齢者に対しては避けるべきとされています。「処方しない」選択肢を普段から持つべきでしょう。またポリファーマシー（多剤併用）による有害事象のリスクは，薬剤数が増えるごとに指数関数的に増加することが知られており[5]，用量調節や薬剤相互作用にも注意が求められます。特に薬剤相互作用の観点からは，入院中に治療薬として新規処方される薬剤と，元々服用していた薬剤の飲み合わせの確認は重要です。「薬を増やすより減らす努力をする」ことも欠かせません。“Less is more”の視点が大事ですね。

● 処方時チェックは多職種で！

冒頭の事例でもそうですが，薬剤エラーにはチェック機構が必要です。用量や相互作用は薬剤師が，服薬アドヒアランスや患者誤認は看護師がチェックしてくれます。時には患者本人も巻き込み，「複数の目」で薬剤エラーを防ぐ取り組みを行うとよいでしょう。

アプローチの1つにMSCC（Medication Safety Cross Check）があります。同手法は2人体制での薬剤のクロスチェック手順です。薬剤の取り違え防止や重複・禁忌投与のチェック，緊急薬剤（抗菌薬，抗凝固薬など）の投与時などに有効で，救急外来やプレホスピタルで用いられます。**図**に具体的な方法を示します。薬剤処方において「医師が全て責任を負う」ではなく，チームでリスクを低減する感覚が重要です。

一方で処方薬そのものの間違いは，あくまで医師に起因することが多いです。処方量や投与経路が間違っていなければ多職種でのカバーは難しく，オーダー時の間違いが起こらないシステム対応などが有用かもしれません。また，普段から薬剤師や看護師と良好な関係を築いておくとエラーを指摘してもらいやすくなるはずです。

● ケア移行時の課題

入退院，施設間移動，主治医変更などのケア移行時は薬剤誤投与が起こりやすいタイミングです。この時期にミスが起こる理由には，薬歴情報の欠落，変更指示の伝達ミス，ダブル処方（前医・現医の重複）などが挙げられます。現在マイナンバーカードを用いた薬剤情報共有などが実装されてきているものの，それでもまだまだ煩雑ではあります。ケア移行時のエラーを防ぐには，退院サマリーへの薬剤情報記載，お薬手帳の活用，退院時の薬剤師面談などが効果的です。また，患者自身も服用している薬剤を把握する必要があり，医師としては患者の理解度を都度確認することが重要になります。

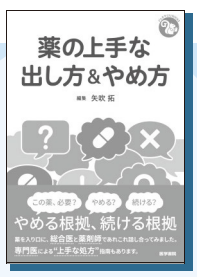
研修医のその後

冒頭の出来事から数週間が経過し，研修医は「本当にこの薬必要かな？」と処方時に必ず一呼吸を置くようになりました。薬剤師にも「これ，相互作用大丈夫ですか？」と聞く癖もついたようです。誤投与の一件を糧にして，患者に安全に処方できるよう細心の注意を払って日常診療に当たっています。

覚えておこう！

- 誰もがリスクにさらされていると認識しましょう。薬剤誤投与は誰にでも起こり得ます。
- ポリファーマシー回避，多職種連携が誤投与を防ぐカギです。処方しない勇気と，チームで守る目を持ちましょう。
- 移動・退院時は薬剤情報の共有を徹底しよう。ケア移行時こそ要注意。

●参考文献・URL
1）JAMA. 1995［PMID：7791255］
2）BMJ Open. 2022［PMID：35788071］
3）日本医療安全調査機構．医療事故調査・支援センター2024年　年報．2025. https://bit.ly/43nEN97
4）Clin Interv Aging. 2016［PMID：27382268］
5）Expert Opin Drug Saf. 2014［PMID：24073682］

やめる根拠と続ける根拠、薬を入り口に語り合います。専門医による上手な処方指南も！
＜ジェネラリストBOOKS＞
薬の上手な出し方＆やめ方
なんとなく出し続けていたこの薬、他科でもらっているあの薬、必要？やめる？続ける？　薬を入り口に、総合医と薬剤師であれこれ話し合ってみました。「やめる根拠」と「続ける根拠」、「上手な処方」や「減薬」のヒント、そして薬の話にとどまらず「診療のコツ」がそこここに。専門医による「上手な処方指南」もあります。
答えは1つではない。正しい答えがあるとも限らない。けれど、考え続ける先に道はある。
編集　矢吹　拓


A5　頁322　2020年　定価：4,400円[本体4,000円＋税10％]　[ISBN978-4-260-03959-8]　医学書院

その情報、正確に伝わっていますか？
外来・病棟・地域をつなぐ
ケア移行実践ガイド
救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ――。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。
編集　小坂鎮太郎
松村真司

B5　頁184　2022年　定価：3,850円[本体3,500円＋税10％]　[ISBN978-4-260-04885-9]　医学書院

応用倫理学入門

科学技術に伴う諸問題を考える

再生医療，生殖医療，遺伝子操作といった科学技術によって，人々の生活や健康，命の在り方は大きく変わりつつあります。そうした技術は人間に恩恵を与えると同時に，倫理的問題ももたらすものです。本連載では，科学技術がもたらす倫理的問題を深く考えるうえで必要な考え方・基礎知識・思考法などをお伝えします。

澤井 努 広島大学大学院人間社会科学研究科 特定教授

第10回 再生医療の倫理

現在開催中の大阪・関西万博では，最先端の医療技術を象徴する展示として，大阪大学などが開発した「動くミニ心臓」が注目されています。これは後述するiPS細胞などを体外で培養して拍動する心臓組織を再現したもので，実際の心臓と同じようにリズミカルに動く様子が公開されています。この技術が今後さらに発展し，臨床応用が進めば，心不全をはじめとする難治性疾患に苦しむ患者に新たな治療手段を提供することが期待されます。かつて「夢の技術」と呼ばれた再生医療は，このような画期的な研究の積み重ねにより，実用化に向けて着実に前進していると言えるでしょう。

再生医療とは，損傷した細胞・組織・臓器の機能を回復させることを目的とした医療技術です。とりわけ注目されているのがiPS細胞です。体細胞に複数の遺伝子を導入して人工的に多能性を獲得させたこの細胞は，患者自身の細胞を使用することで免疫拒絶反応を抑えられると期待されています。

iPS細胞を用いた神経系疾患の臨床研究

2025年4月，実際にiPS細胞を用いたパーキンソン病の臨床研究が進行しているとの報道があり，根治が難しいとされてきた神経変性疾患においても，再生医療の実現性が高まっていることが示されました。以下では，Aさんの仮想事例を手がかりとして，再生医療が直面する代表的な倫理的課題について検討していきます。

30代前半のAさんは，数年前に若年性パーキンソン病を発症しました。動作緩慢や振戦などの症状が徐々に進行し，複数の薬物療法を試みても十分な改善が得られず，日常生活にも支障を来していました。そのような状況のなかで，主治医からiPS細胞を用いたパーキンソン病の臨床研究（治験）への参加を勧められます。主治医の説明によると，iPS細胞から作製したドーパミン神経細胞を脳内に移植することで，症状が大幅に改善する可能性があるようです。しかし，まだ研究段階であるため，長期的な安全性や有効性については十分な検証が行われていません。また，高額な費用や長期にわたる通院が必要になる可能性もあるとのことです。Aさんは治療への大きな期待を抱きつつも，未知のリスクに対する不安との間で揺れ動いています。

安全性と長期的予後の不確実性

再生医療は，細胞工学やゲノム編集技術の飛躍的な進歩を背景に，臨床応用に向けて急速に進展しており，その実用化が人類にもたらす恩恵は計り知れません。一方で，移植後に起こり得る長期的な変化を十分に追跡できる症例数は限られており，実用化に向けては，安全性と有効性を裏づけるデータが完全に揃っているとは言い切れない面もあります。例えば，体内に移植された細胞が腫瘍化して異常増殖したり，本来意図していた組織とは異なる組織に分化して臓器の機能を阻害したりするリスクがあります。また，免疫反応や炎症によって，二次的な障害が引き起こされる可能性も指摘されています。さらに，細胞の製造工程や輸送過程におけるわずかな変化が移植後の挙動に大きく影響することもあり，動物実験で安全性が確認された手法が，必ずしもヒトで同様に再現されるとは限りません。実際に，未承認の治療を海外で受ける「幹細胞ツーリズム」では，科学的に確立されていない治療による重篤な合併症が報告[1]されており，安全性への懸念が抽象的な議論にとどまらないことを示しています。

こうした現状を踏まえると，Aさんのように症状の改善を強く望む患者であっても，科学的な検証が十分でない段階で，どこまでリスクを受け入れられるかという葛藤に直面せざるを得ません。医療従事者には，前臨床試験や既存の臨床データに基づいて，期待されるベネフィットと潜在的なリスクを正確かつ分かりやすく伝え，患者自身が適切な自己決定を行えるよう支援する責務があります。また，治験段階においては，長期的な経過を観察するための患者レジストリの整備や，電子カルテを活用したフォローアップ体制を構築し，予期せぬ副作用が生じた場合には，迅速に報告・共有・対応できる倫理的・制度的な枠組みを整える必要があります。このような多層的な安全管理と透明性の高い情報公開があって初めて，再生医療は社会的信頼を獲得することができるでしょう。

経済的格差と費用負担

再生医療は，個別化された細胞製造や厳密な品質管理が不可欠であり，研究開発費や細胞培養にかかるコストが非常に高額になります。また，治療法として実用化されたとしても，公的保険や先進医療制度でカバーされるまでの「空白期間」には，患者が数百万円から数千万円に及ぶ自己負担を余儀なくされるおそれがあります[2]。Aさんの場合も，治験段階のため保険適用の見通しが立たず，必要な費用の総額は不透明です。そのため，経済力の差がそのまま治療機会の格差につながる可能性があります。さらに近年，難病当事者が治療を求める切実さにつけ込み，科学的根拠が乏しい幹細胞治療を自由診療として高額で提供するクリニックが国内外で増加し，批判を集めています。再生医療を公平かつ持続可能な正規の医療として定着させるには，公費や官民ファンドを活用して患者の負担を軽減する措置，高額療養費制度や先進医療制度への迅速な組み込み，費用対効果の評価に基づいた価格上限の設定など，価格の透明性と予見性を高める制度設計が求められます。

同時に，科学的根拠のない高額な自由診療に対しては，広告規制の強化や実態調査を徹底する[3]とともに，臨床試験の登録情報や治療成績を公的データベースで可視化し，患者が適切に判断できるような環境を整えることも不可欠です。また，希少疾患については，国際基金を活用し各国間で費用を分担する仕組みも考えられます。こうした対策を総合的に推進し，価格の妥当性とアクセスの公平性を同時に確保しなければ，再生医療は「技術があっても受けられない高額医療」にとどまりかねません。社会的受容性と持続可能性を高めるためにも，これらの制度的対策を一体的に進めることが求められます。

研究対象と臨床応用の境界

再生医療は，基礎研究と臨床応用のあいだに厳密な「橋渡し」の段階を設けることで安全性を担保することが原則です。しかし，メディアがセンセーショナルに成果を報じるたびに患者の期待が過剰に高まり，「自分もすぐに受けられるのではないか」という錯覚が生じやすくなります。十分な前臨床評価や倫理審査，段階的な治験を経ずに治療が提供されると，有害事象が発生した際に患者を守る救済制度や因果関係を検証するためのデータ収集体制が整わないまま医療行為が先行してしまうおそれがあります。とりわけAさんのような治験参加者は，「研究協力者」と「治療受益者」という二重の立場に置かれるため，研究参加によって必ず治療効果が得られると誤解する「セラピューティック・ミスコンセプション（therapeutic misconception）」に陥りやすく，実際のリスクを過小評価しがちです[4]。そのため医療従事者には，研究と治療の目的・手順・補償体制の違いを平易な言葉で繰り返し説明することが求められます。また，個別の患者への説明にとどまらず，社会全体に向けて研究成果を発信していく姿勢も必要とされるでしょう。

さらに，基礎研究の成果を臨床に移行する際には，細胞調製プロトコルの再現性や製造ロット間の差異，無菌性や遺伝的安定性などの品質管理指標を国際的な基準に基づいて第三者機関が評価し，その結果を透明性の高いデータベースで逐次公開することが不可欠です。また，初期段階の移植で観察された効果についても，偽薬対照試験やRCTを通じた検証的評価を経なければ，治療法として確立したとは言えません。研究段階で得られた安全性・有効性に関する情報を患者レジストリに集約し，リアルワールドデータとして解析する仕組みを整備すると同時に，合併症が生じた場合には保険外併用療養や医療安全支援センターを通じた救済措置が速やかに発動できるよう，体制を整える必要があります。このような段階的な検証とデータ共有，患者への継続的な情報提供が相互に補完されてこそ，再生医療は社会的信頼を維持・強化し，安全な形で臨床に根付いていくでしょう。

*

再生医療を特別な治療から，誰もが安心して受けられる身近な医療へと発展させるには，次の三つの取り組みが不可欠です。第一に，治療を受けた患者さんを長期的にフォローアップし，安全性や有効性を継続的に評価できる仕組みを確立すること。第二に，公的保険や先進医療制度を柔軟に活用し，社会全体で医療費を支えることで，誰もが公平にアクセスできる環境を整えること。第三に，研究と治療の境界を明確化し，患者が正確かつ十分な情報に基づいて自己決定を行えるよう支援することです。医療は，単に技術の進歩だけでなく，それを受け入れる社会の理解と信頼があってこそ持続的に発展します。未来の再生医療が社会に根付き，全ての人々にとって希望ある選択肢となるには，科学，政策，市民が対話と協働を積み重ねることが何より求められるでしょう。

今回のPOINT

- 治療を受けた患者の長期的フォローアップ，安全性・有効性を継続的に評価する仕組みが必要。
- コストが高額なため，誰もが公平にアクセスできる環境整備が必要。
- 正確かつ十分な情報に基づく意思決定支援が求められる。

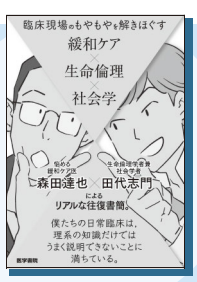
●参考文献
1）Stem Cells Transl Med. 2018［PMID：30063299］
2）Cell Stem Cell. 2016［PMID：27374789］
3）Interact J Med Res. 2016［PMID：27222494］
4）IRB. 2004［PMID：15069970］

僕たちの日常臨床は、理系の知識だけではうまく説明できないことに満ちている。

臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学

患者は余命を知りたいのに、家族が反対するのはなぜ？　患者が頑なに貫いてきた面会拒否は、亡くなった後も続けるべき？
緩和ケアの日常臨床は、答えに辿りつかない「もやもや事例」に満ちている。
悩める緩和ケア医・森田達也と、生命倫理学者兼社会学者・田代志門によるリアルな往復書簡が、臨床のもやもやを解きほぐす！　文系×理系の視点で「それでどうするの？」から「なんでそうなるの？」までを考える、ゆるくて深い越境の書。

森田達也
田代志門



A5　頁212　2023年　定価:2,640円[本体2,400円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05055-5]　医学書院

哲学の扉を、開けてみる。

医療・ケア従事者のための
哲学・倫理学・死生学

臨床では、常に「どうしたらよいか」を判断する場面に出合います。状況を適切に把握し、的確に実行に移す力が医療・ケア従事者に求められているのです。
自らの実践を振り返り、ケアする姿勢と専門的知識や個別状況を把握し整理するために。哲学と倫理学、そして死生学の新しい扉が開きます。

清水哲郎

B5　頁284　2022年　定価:2,860円[本体2,600円＋税10%]　[ISBN978-4-260-04946-7]　医学書院

看護のアジェンダ

井部俊子
株式会社井部看護管理研究所
聖路加国際大学名誉教授

看護・医療界の“いま”を見つめ直し、読み解き、未来に向けたアジェンダ（検討課題）を提示します。

〈第245回〉

丸腰で向き合う

2025年4月，医学書院で25年間〈ケアをひらく〉というシリーズの編集を担当されていた白石正明さんが，岩波書店から本を出したと人づてに聞いたので，これは読まねばなるまいと書店へはせ参じた。

「理解されるということは最大のケア」

白石さんは，2000年に『ケア学』（広井良典著）という本を世に出してから，2024年に定年退職するまで43冊を刊行した。シリーズは現在も続いていて，2025年3月時点で計50冊を数えると，著書『ケアと編集』（岩波新書，2025年）で書いている。医学書院を定年退職するに当たって，雑誌『精神看護』（2024年3月号）で〈ケアをひらく〉の一冊一冊について語った記事を読んだ岩波書店の奈倉龍祐さんに声をかけていただいたことがきっかけで，この本の執筆が始まったという。これで，出版社が医学書院ではなく岩波書店になったという点について私の合点がいった。

白石さんは「あとがき」で奈倉さんに対してこう書いている。「編集者の本を作る編集者は手の内が見透かされているようで，なかなかやりにくいと思う。しかしベイトソンやバフチンに関連した書をいくつか担当された奈倉さんの“ケア”と“編集”への着目と，その理解力には大いに助けられた。この本を書きながら，理解されるということは最大のケアなのだと知った」。私はこの「理解されるということは最大のケア」にはっとさせられ，深くうなずいた。

白石さんが「わたしの編集の先生」としている方が，北海道浦河町にある精神障害者の生活拠点「浦河べてるの家」のソーシャルワーカー・向谷地生良さんである。こうして私は，〈ケアをひらく〉シリーズの最新刊『向谷地さん，幻覚妄想ってどうやって聞いたらいいんですか？』（聞き手：白石正明）を読む運びとなった。

なんとか丸腰で人に対する

向谷地さんと白石さんの対話が面白い。山姥（やまんば）が天井のところにいて，いつも自分を見張っているという，見かけはしゃきっとした好青年の話がある。向谷地さんは（声を少し低めて）「私はじつは○○さんと同じような大変な圧迫を経験した人たちに教えてもらいながら，そういう人たちが安心してこれからがんばっていくために，いろいろ参考になるようなことはないかなってことを，みなさんと一緒に考えたり研究するために，ここに勉強にきてる者です」と，自己紹介をして“研究会”が始まる。以下は“研究会”で繰り広げられる対話である。一部簡略化して本文（29〜31頁）から引用する。

「病室にいても大変なことっていうか，いろいろ圧迫があるってうかがったんですけど，今も変わりないですか？」
「今も山姥にやられて困ってるんだ」
「山姥ですか！　日本昔話とかに出てくるような？」
「そうだよ」
それを聞いて，参加しているスタッフが「すいません，その山姥ってどんな方なんですか？」と聞くと，彼は絵を描いた。（「山姥は殺人鬼で，50〜60人が群れをなしている。14〜15人でひとつの軍団を作っていて，これが世代交代して，インベーダー化するって言うんですよ」と向谷地さんが説明する。）
「おいくつのときからこの山姥にやられているんですか？」
「5歳のときから」
「5歳ですか〜」
「山姥がいるってどうやってわかるんですか？」
「あ，いたのね」って気配でわかる。（この方はお母さんに暴力をふるって入院となっているのだ。）
「こいつが母さんを襲った」
「そんな山姥ならいないほうがいいですよね。帰ってくれとか言うんですか？」
「いや，わからないけど，つい呼んじゃうんだよね」
「へぇ〜，そうですか。この山姥って，あなたの人生をいろいろ狂わせたわけでしょう？」
「だから戦争をしてきたんだ」
「どういうときに山姥を呼ぶんですか？」
「お腹が空いたときとか，体調悪いときとか，鬱っぽくなったときについ呼んでしまう」
「へぇーっ」

こうして彼の世界を分かち合っていくと，彼のなかに変化が起きてくると向谷地さんは言う。山姥が出てきても，言葉で反撃しても自分から山姥にアクセスしないようになってくるのである。

「山姥のことは公安警察に任せることにしたんだ」と言い出した後（彼はそれを「無血革命」と言う），彼は突然，山姥に結婚を申し込まれる。しかし「山姥も80歳で先長くないから」と考え，結婚の申し込みを断る。「このあたりから，彼は自分の退院のことを言い始めたんですよ」と向谷地さんは語る。山姥を相手にしないというあしらい方に変わってきたと。

そして，向谷地さんは，オープンダイアローグで大事なポリフォニーについて説明する。「やっぱり人って，他人と常に触れ合いながら，揉まれながら，だんだん人になっていくわけです。（中略）だけど今の時代どういうわけか，とげとげしたままで，ずっと丸くなるチャンスがないまま大人になって，生きづらさをかかえてる人たちがいる」。さらに，「対話ってある意味で，こすれ合いです」。

さらにこうも言う。「アセスメントって普通，専門家が，自分たちの持っている尺度に照らし合わせて物事をいわゆる客観的に見極めようとする目的で行うと思うんですけど，当事者研究もオープンダイアローグも，そういう意味でのアセスメントは行わない」。「オープンダイアローグや当事者研究が目指そうとしている専門性って，むしろ徹底してそういうものを置いて，なんとか丸腰で人に対して向き合っていくようなもの」。

この言葉に触れて，私も強く思った。看護師も，この丸腰で相手に向き合いたいものだと。

失われつつある看護の本質を取り戻すために

NEOセミナー「看護の本質を語る，ともに考える」の話題より

2025年5月10日，医学書院の運営する看護教育・研究のためのオンラインプラットフォームNEO（Nursing Education Online）が主催するセミナー「看護の本質を語る，ともに考える」が，医学書院（東京都文京区）にてハイブリット形式で開催された。一般社団法人日本て・あーて，TE・ARTE，推進協会代表理事の川嶋みどり氏と，文化人類学者の波平恵美子氏が登壇し，看護の本質とは何かをテーマに講演を行った。

●写真　講師を務めた川嶋みどり氏（左），波平恵美子氏（右）

◆“触れる”ケアこそ看護の本質

川嶋氏の講演は，「ふれて心の声を聴く看護師の手」をテーマに行われた。同氏は，人と人との触れあいが希薄になった現代社会，特にCOVID19パンデミックに伴うソーシャルディスタンスの影響を背景に，看護師が患者に「触れない」傾向が強まっている現状に危機感を抱く。患者に直接“触れる”ことこそ看護の本質であり，看護独自の安楽ケアであるとその重要性を強調した氏は，「そばにいて，触れて，聴く」という行為を総合して「て・あーて」と称し，「看護師の手には患者の訴えを感じ取る力がある」と，手を用いたケアの重要性を訴えた。

続いて波平氏は，文化人類学者である自身と看護とのかかわりを「不思議な縁」と表現し，半生を振り返った。大学院生時代，担当教授の紹介により看護専門学校で文化人類学の講義を担当したことが波平氏と看護教育の出合いだ。その後も看護師養成校で教鞭をとりながら，医療人類学の研究に取り組み，多くの医療者との交流を重ねてきた。「医療者ではない私が看護，医療の世界に長くかかわり続けてきたからこそ見えてくるものがある。不思議な縁に導かれる中で出会った看護師たちに多くのことを学ばせてもらった」と自らの思いを語った。

◆2大看護業務の間に生じた歪み

対談では，「看護の世界が変化する中で看護の本質がどう保たれるのか」との問いが波平氏から投げかけられた。これに対し川嶋氏は，本来の看護とは人間の生命力に働きかけ，生きる営みを支えることであり，医療の枠組みよりもはるかに大きいものであるとした上で，その本質は時代・環境の変化に左右されないことを強調した。こうした看護の本質は看護師の2大業務のうち「療養上の世話」により実現するが，近年の看護師を取り巻く環境の変化は「診療の補助」への偏重を助長しているとも主張し，本来の看護ができない葛藤を少なくない看護師が抱えている現状を憂慮した。この現状を踏まえて，「今は看護師不足ではなく『看護不足』の時代。看護本来の仕事を取り戻す必要がある」と川嶋氏は語った。

波平氏から続けて「実際の現場で本来の看護を実現しきれていないのはなぜか」と問いかけられた川嶋氏は，「約170万人いる看護師たちが現状を黙って受け入れる“サイレント集団”にとどまっていること」を理由として挙げた。優れた実践をしている訪問看護ステーションを紹介しながら，看護師同士で議論し，疑問に思ったことには声を上げることの大切さを訴えた。

参加者からは，「個人行動ではなく看護師全体で，本来の看護をする輪を広げていかなければならないと感じた」「私は業務ではなく看護をしているという意識を持てるように，看護を語る機会を現場で増やしたい」といった感想が寄せられ，セミナーは盛会のうちに終わった。

＊

本セミナーのアーカイブ動画はNEO（右記QRコード）にて会員登録者向けに現在公開中。本セミナー他，看護教育・研究に関するさまざまなコンテンツもご覧いただけます。

私的高齢者ケア論
リアルな老いから考える、新しいケアのかたち
川嶋みどり

■B6　2025年　頁184　定価：2,200円（本体2,000円+税10%）［ISBN978-4-260-05617-5］

医学書院

94歳、看護師。
当事者として考える、これからの高齢者ケア

高齢者は同質な老年期集団ではない。
当事者として経験する「老い」は、こんなにも多彩で、新鮮な驚きに満ちていた。
自らの加齢による変化を辿りながら、長年の看護師としての経験、老年看護学担当教員としての視点を重ねて高齢者ケアを捉え直す、個人的かつ主観的な高齢者ケア論。

目次
序　章　多様な高齢者像
第1章　高齢者の生活と生活行動
第2章　高齢者の心身の不具合
第3章　高齢者の思いと行動
第4章　認知症も和らぐ老いの輝き——長期記憶のサブシステムから
第5章　高齢者の自助と共助

詳細はこちら

Medical Library 書評 新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは，医学書院販売・PR部（03-3817-5650）まで
なお，ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

ことばにしてみた　訪問看護の看取り

鈴木 沙織●著

A5・頁136
定価：1,980円（本体1,800円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05772-1

評者　新城 拓也
しんじょう医院院長

医療者は現場で演劇をする

本書は，訪問看護師が療養者の傍らで何を思い，何をし，どのような言葉を掛けているのかを丁寧にたどった一冊である。

医療者にとって患者との出会いはいつも突然であり，互いに選び合うことはできない。病気の種類もさまざまであり，家族関係や在宅での療養環境も多種多様だ。だからこそ，「手のかからない，いつもと同じ患者」など存在しない。一人ひとりが異なる旅路をたどり，死という未知の経験に向き合っていく。そのプロセスはしばしば苦痛を伴い，どれほど経験と技術があったとしても，医療者はその重みに圧倒される。看取りの現場は，慣れなど通用しない。現場に立ち続ける私自身も，毎回疲労し，逃げ出したくなることがある。きっと，患者や家族も同じように「逃げたい」と思っているに違いない。それでも誰も逃げることはできず，ただ困難な日々を共に歩むしかないのだ。

本書では，出会いから死別に至るまで，訪問看護師がどのように状況をとらえ，行動し，言葉を紡いでいくのかが，段階ごとに細やかに描かれている。初対面では距離感をはかりつつ，時に思い切って踏み込み，相手の思いに触れ，意味を伝える言葉で説明する。日々のかかわりを積み重ねる中で，変化の兆しを逃さず，患者や家族の変化に応じて対応していく。終末期には安楽なケアを提供し，死が迫る中での不安や苦しみを和らげ，看護師としての最後の役割として死後のケアまで丁寧に行う。その全てが，「その人らしい最期」を支える営みとして描かれている。

著者は，看護師の「大丈夫」という一言が療養者や家族の不安を安心へと変えることがあると述べている。「大丈夫」は，看護師にとっての“魔法の言葉”かもしれない。私自身もよく「大丈夫」と口にする。しかし，私が指導してきた若い医師たちは，「無責任にそんなことは言えない」と口を閉ざしてしまうことが多い。誠実さゆえに，毎日どのように病状が進行しているかを冷静かつ医学的に説明することに終始してしまうのだ。だから私は彼らにこう伝えてきた。「治るから大丈夫」ではなく「苦しまないから大丈夫」と，同じ「大丈夫」でも何が大丈夫なのかを理解し，言葉として使えるようになるべきだと。そしてその「大丈夫」は，自分自身が一番近くで聞いている。苦しい現場に立ち続ける医師自身も，その言葉に励まされる。これは医療者自身にとっての“魔法”でもあるのだ。

私は常々，医療の現場は「舞台」であると感じている。看取りの現場で医療者が使う言葉の一つひとつは，日々手入れし，磨き続けなければならない。即興ではなく，きちんと準備された脚本が必要だ。思いつきの言葉は，時に人を傷つける。短くても，心に届き，相手を支える言葉には，積み重ねと訓練が必要だ。本書に綴られているのは，そんな言葉たちの一つひとつであり，まさに看取りの現場で繰り広げられる温かな舞台のための，優れた脚本なのである。

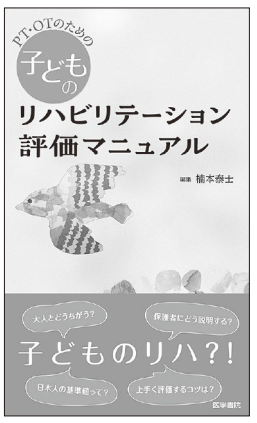
PT・OTのための子どものリハビリテーション評価マニュアル

楠本 泰士●編

B6変型・頁344
定価：3,960円（本体3,600円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05775-2

評者　新田 收
アール医療専門職大リハビリテーション学部学部長

地域へ発展する新時代を見据えた子どものリハビリテーション評価マニュアル



書籍『PT・OTのための子どものリハビリテーション評価マニュアル』を拝読しました。コンパクトな書籍でありながら，内容は充実したものでした。発達理論をベースとしながら，子どもをどのようにとらえたら良いのかについての解説から始まっています。この点は人間発達学の領域であり，臨床を続けているとふと忘れてしまいそうな，基礎科目とも言えるものです。臨床家を対象とした書籍でありながら，こうした基礎領域をしっかり押さえていることが素晴らしい点です。さまざまな評価は，こうした基礎領域の理解があって，初めて有用な結果を見せてくれます。

続いて，病院，訪問，学校，就労支援といった臨床現場ごとに役割の解説があります。現在，PT・OTの職域は拡大しています。地域や学校で働くPT・OTも増加傾向にあります。しかし，PT・OT養成校の講義で取り上げられる臨床現場は，病院がほとんどであり，地域や学校については，自らの経験を基に講義をすることができる教員が決定的に不足しています。本書は，こうした教育課程における知識を補っています。そして，臨床現場で働くための実践的な視点を提供しています。

本書を編集した楠本泰士先生は，病院で長年勤務した後，大学教員をしながら，地域で子どもとのかかわりを継続しておられます。臨床の大ベテランであり，地域における活動の先駆者です。そして，教育者です。楠本先生が，自らの経験に基づき編集されているので，非常にわかりやすく，現場に即したものとなっています。

書籍の本体は実に幅広い評価法，評価データの解析となっていました。扱う評価データは，バイタル，睡眠，栄養といった基本データを含んでいます。PT・OTがつい見過ごしてしまうようなデータですが，臨床では理解しておかなくてはならない点です。ここまで網羅した解説書は少なく，楠本先生の編集の意図がうかがわれます。

さらに，子どもの心身，活動，参加にかかわる評価が解説されています。項目としては，姿勢，感覚などから，体力，ADL，地域参加といったように，非常に幅広く，それぞれの評価尺度は最新のものが含まれており，しっかりとエビデンスにも触れています。

子どもに関するPT・OTの職場は変化しています。地域に展開する訪問リハ，放課後デイサービスといった，臨床現場に対するニーズは増加しています。短い経験年数，あるいは新卒で，こうした現場に配属されるPT・OTも少なくありません。本書はこうした新人に，またベテランのPT・OTに対しても，知識を確認するための大きな助けになると信じます。ぜひ手に取っていただくことをお勧めします。

医学書院
今月の雑誌 特集一覧
各商品の詳細は弊社ウェブサイトをご覧下さい▶

公衆衛生 Vol.89 No.7　定価 2,750 円
女性の生涯を通じた健康を支える
月経困難症・PMS・更年期障害への取り組み

medicina Vol.62 No.7　定価 2,970 円
精神科×内科
患者と家族を支えるために
知っておきたい見えない“こころ”のこと

総合診療 Vol.35 No.6　定価 2,860 円
シマから学ぶ、
プライマリ・ケアの未来
いざ、素晴らしき離島医療の世界へ

胃と腸 Vol.60 No.6　定価 3,630 円
非乳頭部十二指腸浸潤癌の
臨床病理学的特徴

BRAIN and NERVE Vol.77 No.6　定価 3,080 円
精神科と脳神経内科の狭間で

精神医学 Vol.67 No.6　定価 3,080 円
時代とともに変わる精神疾患
その変化の本質を理解する

臨床外科 Vol.80 No.6　定価 3,080 円
骨盤内臓全摘術のすべて

臨床整形外科 Vol.60 No.6　定価 2,970 円
仙腸関節を科学する

臨床婦人科産科 Vol.79 No.6　定価 3,080 円
ARTの周産期予後への影響

臨床眼科 Vol.79 No.6　定価 3,190 円
第 78 回日本臨床眼科学会講演集 (4)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.97 No.7　定価 3,080 円
甲状腺がん診療虎の巻
エキスパートが答える Clinical Question

臨床泌尿器科 Vol.79 No.7　定価 3,190 円
神経因性膀胱の診断・治療、
そしてケア
患者さんの悩みに対峙する

総合リハビリテーション Vol.53 No.6　定価 2,640 円
生成 AI が拓く
リハビリテーション医療の新境地

理学療法ジャーナル Vol.59 No.6　定価 2,090 円
脳卒中片麻痺
理学療法の歩みと最新の取り組み

臨床検査 Vol.69 No.7　定価 2,530 円
自己抗体検査のアップデート

病院 Vol.84 No.6　定価 3,300 円
検証 地域包括医療病棟

看護管理 Vol.35 No.6　定価 1,870 円
看護師長のための
組織分析と目標設定
スモールステップで把握する課題の本質

看護教育 Vol.66 No.3　定価 2,860 円
看護教育 DX を進めるための
ビジョンと構築／
看護教育における
コンセプト学習の可能性

保健師ジャーナル Vol.81 No.3　定価 1,760 円
介護予防・日常生活支援総合事業の
充実と地域共生社会の実現

助産雑誌 Vol.79 No.3　定価 2,090 円
産む人と家族の選択肢を増やす
「女性のための妊娠・出産の
ガイドライン」臨床での活用

看護研究 Vol.58 No.3　定価 2,200 円
エビデンスを臨床現場に活用し、
ケアの質を改善する
Doctor of Nursing Practice
「研究」と「実践」をつなぐ
高度実践看護師の新たなチャレンジ

■定価は税込み価格

感染症薬学のひきだし
疾患・治療・制御の基本から応用まで

松尾 宏一，川上 和宣，中野 貴文●編

B5・頁512
定価：5,280円（本体4,800円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05784-4

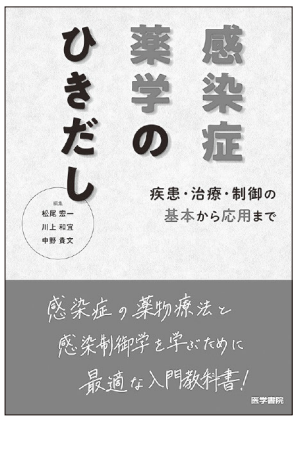
評者　**青木 洋介**
なゆたの森病院長／前・佐賀大医学部教授

「学習成果を実社会で発揮するためには，継続的な脳への情報の input に加え，脳内に蓄えられた知識を適時・適格に output することのできるスキルも同様に不可欠である」〔Benedict Carey（註）. How We Learn――Throw out the rule and unlock your brain's potential. Random House. 2014〕。

この「Input」と「Output」の双方を司るために必要なのが脳の中の“ひきだし”に相当するのではないか。専門家になっていく過程で多くの情報（知識）を修得し，その時点まで培った知識体系の中で意味付けをし，自分の知として咀嚼・収得としたものを系統的に管理するスペースが“ひきだし”である。普段は意識上になくとも，目前の課題に対応するひきだしを開けることで，その場面で必要とされるセオリーや問題解決の糸口を自ら取り出すことができる。優れた専門家は，ひきだしの中身のみでなく，ひきだしの組み方自体も必要に応じて更新し，体系だった思考回路を update し，常に実践的であろうと心掛ける。

本書『感染症薬学のひきだし』は，“ひきだし”と名のつくとおり，学習者が知識体系を整理し，機動性を持たせることを支援してくれるテキストである。感染症の総論および疾患各論，抗微生物薬の各論，そして感染制御と，大きな4段のひきだしからなり，感染対策チーム（infection control team：ICT）機能の全体をカバーする構成になっている。全ての各論（1～39）においてサブテーマが記載されており――例えば「26. その他の抗菌薬」の副題は，“使いこなせば便利な名脇役たち”である――，これらが新作映画のキャッチコピーのように，早く中身を見たくなる気持ちにさせてくれる。

感染対策チーム（ICT）の全職種が共有できるテキスト



いずれの各論も冒頭の「はじめのひきだし」は非常に重要で，後に続く詳細な facts の学習内容を俯瞰する道標的役割を果たしている。さらに「ステップアップのひきだし」は，最新のトピックスや専門的に特化した知見が紹介されている。これは執筆担当者が重視する事項が何であるかを示しており，同分野にいそしむ自分以外の専門家がひきだしに格納している智恵を知ることにもなり，興味深い。同時に，読者のひきだしの中身も細部にわたり充実することが期待される。

『感染症薬学』と題された本書であるが，感染症の治療薬（3段目）は当然ながら，感染症各論（2段目）の内容も過不足なく記載されている。4段目の感染制御学は図説や写真も多く，施設内感染対策の保守点検に活用することができる。さらに巻末の付録では，予防接種が類別化されており，各ワクチンの接種時期，接種法について丁寧に表記されている。このように，全体を通して本書はとても実用的なものとなっている。

『感染症薬学のひきだし』は ICT の全職種が共有できるテキストである。時間をかけてでも皆で読み上げることができれば，チーム力が向上し，個々の患者さんの診療の質向上に十分に貢献できることが期待される。各自の知的“ひきだし”を構築しながら，ぜひ読み進めていただきたい一冊である。編集・編集協力の先生方の手腕に敬意を表したい。

註：ベネディクト・ケアリー（1960年～）はニューヨーク・タイムズの医療・科学担当記者。

災害支援における多職種連携
保健・医療・福祉活動の総合調整をめざして

小井土 雄一，石井 美恵子●編

A5・頁264
定価：3,080円（本体2,800円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05753-0

評者　**石井 正**
東北大病院総合地域医療教育支援部部長

本書は，近年の災害対応における多職種協働の実践と課題を体系的にまとめた，極めて実践的かつ意義深い一冊である。

私は2011年の東日本大震災において，最大被災地の一つである石巻医療圏で宮城県災害医療コーディネーターとして，支援医療救護班で構成された「石巻圏合同救護チーム」を立ち上げ，地域災害医療の現場指揮に当たった。そのとき痛切に感じたのは「一つの職種，一つの組織では災害には立ち向かえない」という現実であった。すなわち，避難所巡回診療などの医療提供だけでなく避難所の健康支援，仮設住宅への移行，慢性疾患患者のフォロー，福祉的ケア，精神的ケア，そして地域全体の情報調整――被災者の健康を守るためにはこれらの保健福祉領域のサポートは必須なのだが，それを円滑に遂行・調整していくためには看護師，保健師，薬剤師，社会福祉士，行政職，自衛隊，NPO，地元住民といった多様な立場の人々の力が必要だったのである。

本書が優れているのは，第一に，そうした災害支援の実際における「多職種の力」について，読者がイメージしやすいように，支援チーム・職種ごとにその発足経緯を含めて具体的に紹介している点である。中でも DMAT，DPAT，DHEAT などの専門チームの活動や，各種学会の災害支援活動などについて非常にわかりやすく述べられている。第二に，救護所，病院，避難所など災害支援の「場」ごとに多職種連携による支援の取り組みについても述べられている点である。第三に，ジェンダー視点に立った配慮，メンタルヘルス，災害関連死など，災害支援にかかる課題ごとに支援の在り方についても言及をしている点である。本書はこれらのことがよく整理された形で構成されているので，生きた実践書としての役割を十二分に果たしているといえる。

一つの職種，一つの組織では災害には立ち向かえない

効果的な多職種連携体制を構築するためには，互いの職能の背景や制度，価値観を理解し，橋渡しをすることが求められる。私自身，震災当時，前述のように行政と医療，医療と福祉のあいだをつなぐ役割を担わざるを得なかった。これは，災害時に限らず平時の地域包括ケアの実践にも通じる本質的な視点であり，本書がその重要性を繰り返し強調している点は評価に値する。

また，COVID-19という新たな健康危機における多職種連携の課題と対応が章立てて取り上げられている点も，斬新である。パンデミック下では従来の災害対応の枠組みでは対応しきれない複雑性が顕在化した。本書はそうした新たな局面に対しても，多職種の柔軟な協働と相互理解の重要性を説いている。

災害は必ずまた起こる。そのとき，私たちはよりよい連携のかたちを探求し続けなければならない。その意味でも本書は，災害医療に従事する全ての医療従事者のみならず，現場で迷いながらも人びとのいのちと暮らしを支えようとする支援者たる行政職，教育者，地域福祉に携わる人々にとっても，大きな学びと示唆を与えてくれる書となろう。

本紙編集室では X，Facebookにて，更新情報をお知らせしています。
X @igakukaishinbun
記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

『「21人の作業療法士」とひらく，私らしいキャリア』Webセミナー
受講料 無料
ここでしか話せない，
起業家たちのリアルなストーリー
講師
仲地宗幸先生 合同会社キングコング
仲間知穂先生 株式会社YUIMAWARU
司会 元廣 惇先生 株式会社Weave，株式会社Canvas
司会 爲國友梨香先生 株式会社Weave，株式会社Canvas
対象 作業療法士ほか医療従事者全般
参考図書

2025年7月3日木
19:00～20:30
＊上記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。
医学書院

医学界新聞プラス からのお知らせ
医学界新聞編集室がお届けするWeb限定コンテンツ『医学界新聞プラス』。
Webならではのオリジナルコンテンツを随時更新中です。
ぜひご覧ください！
連載 研究者・医療者としてのマナーを身につけよう
知的財産Q&A
執筆：小林 只 氏
（株式会社アカデミア研究開発支援 代表取締役社長／医師・一級知的財産管理技能士）
外科研修のトリセツ
執筆：髙見 秀樹 氏
（名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア支援センター）
畑中 勇治 氏
（岐阜大学医学部附属病院消化器外科）
須田 光太郎 氏
（済生会宇都宮病院外科）
読むだけで自信がつく！
救急画像診断のスキルアップ講座
執筆：放射線科医アレキ（渡邊 義也）氏
（国立病院機構災害医療センター放射線診断・IVR科）
今すぐcheck!
こちらも要チェック！
▶▶▶SNSで差をつけろ！医療機関のための「新」広報戦略
▶▶▶アニメーションで学ぶ心エコー

最新情報をいつも手元に。診療データベースの決定版

今日の診療

▶プレミアムWEB　▶ベーシックWEB

AI実装！ 診断アシスト機能

症状・症候から疑われる疾患の候補を表示！

今日の診療　個人向け

持ち歩きダウンロード機能

「今日の治療指針」+「治療薬マニュアル」をオフライン利用できる！

医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 ［WEBサイト］https://www.igaku-shoin.co.jp
［販売・PR部］TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7805 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp

〔広告取扱：㈱医学書院販売・PR部広告担当 ☎(03)3817-5696/FAX(03)3815-7850 E-mail：pr@igaku-shoin.co.jp〕