

2024年9月10日

第3565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

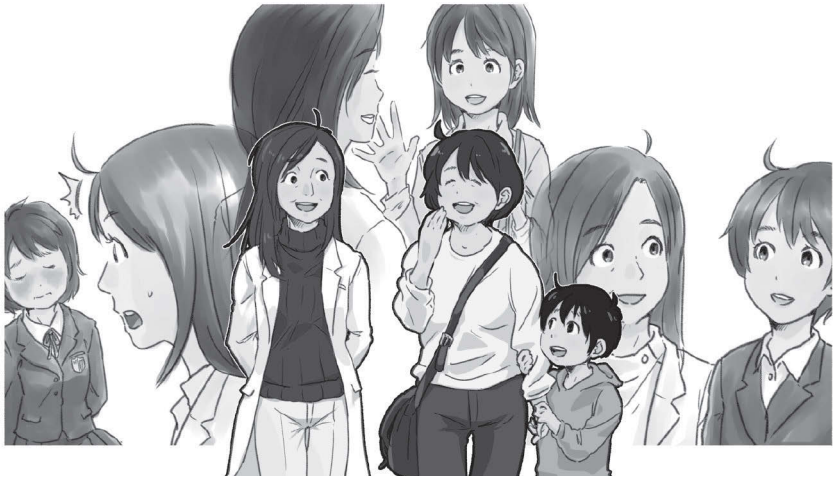
www.igaku-shoin.co.jp

今月号の主な内容

- [寄稿特集]私を変えた、患者さんの“あの一言”(吉岡成人、小倉加恵子、金子祐子、余宮きのみ、多胡雅毅、能瀬さやか)……1—3面
- [座談会]治療と就労の両立に医療機関は何かできるか(安藤明美、遠藤源樹、錦戸典子、海永千怜)……4—5面
- [座談会]ルーブリックの意義と活用の実際(北川明、日高艶子、正野逸子)……6—7面

寄稿特集

私を変えた、患者さんの“あの一言”



日々の臨床現場で交わす会話が患者さんにとって励みや救いとなり、生きる力につながることは少なくありません。同じように、患者さんの何気ない一言が、時として医療者の心やその後の道に大きく影響を与えることもあるでしょう。

本企画では、これまで多くの患者さんたちと言葉を交わしてきた先生方に「今も心に残り、自分の医師人生に影響を及ぼしている患者さんの“一言”」にまつわるエピソードをお寄せいただきました。

吉岡 成人

NTT 東日本札幌病院
院長



「先生、私悔しい……」

ナースステーションで診療記録を記載しているときの事です。病棟の受付を担当しているスタッフから受話器を受け取ると、電話交換手が「患者さんからのお電話です。おつなぎします」と伝えました。20年以上も前のことです。当時は不審電話もあまりなく、患者さんから主治医に直接連絡があることは珍しいことではなかったように記憶しています。

20歳代前半の女性で1型糖尿病の患者さんからの電話でした。

「吉岡です」と答えると、「先生、私悔しい……。忙しいときに電話をしてごめんなさい。でも、先生に聞いてほしいの……」とのことでした。わずかな沈黙の後で、市役所の採用試験の面接の席で人事担当者から「あんたは糖尿病でインスリンを注射しているんだよね。糖尿病は自己管理能力のない人になる生活習慣病で、しかもインスリンは低血糖を引き起こす危ない薬だ。それを1日に4回も注射しているなんて危険極まりない。幸いあんたは見て

くれもいいし、仕事なんて考えないで、同じ病気の男を見つけて、早く結婚でもしたほうが良いんじゃないか」と言われ、とても悔しかったと涙ながらに伝えてくれました。話を聞いていて、途中から吐き気を催すほどの嫌悪感を覚え、激しい怒りが湧きました。

1型糖尿病の発症に生活習慣は関連がありませんし、内因性インスリン分泌能が枯渇した状態で、インスリンの頻回注射を行うことは生命の維持に必須な治療です。かわいい顔をしているから、同じ病気の男と結婚して家事をしているというのは暴言以外の何ものでもありません。しかし、当時の私には「つらかったね……。誤解だよ。あまりにもひどい……」と繰り返すことしかできませんでした。

患者さんを力づけることもできなかった私は、ある新聞社の編集局宛てに、1型糖尿病の患者さんに対しての社会におけるいわれない差別の現状について知ってほしいという内容の手紙を書きました。すると数日後に新聞社から連絡があり、500字程度の短い文章にまとめてもらえれば、読者からの「声」という欄で掲載したいとのことでした。やり場のない憤りを原稿用紙1枚程度にまとめることは難しかったのですが、感情を抑えたコンパクトな原稿を送付しました。翌々日には新聞社から電話があり、担当者が若干の手を加えた形で掲載されました。

小倉 加恵子

鳥取県福祉保健部・子ども家庭部/中部総合事務所倉吉保健所/鳥取県立鳥取療育園



「先生、大好き」

小児医療に携わる者であれば、幼い患者からこうした言葉をかけられることは少なくないだろう。たくさんの語彙を持たない時期である。「大好き」にもいろいろな意味が内包されている。また、彼・彼女らの評価ポイント

私が医師となり内分泌代謝分野の専門医となった1990年代はインスリン製剤も注入デバイスも不十分なもので、血糖の管理状況を良好に保つことは極めて困難でした。若い1型糖尿病の患者さんは常に低血糖、高血糖を気にかけ、1型糖尿病であることを隠さなければ就職が難しい時代でもありました。いまでも、生命保険に加入することが難しい、住宅を購入しようと思っても銀行でローンを組めないことがあるなどの現実があります。

日本糖尿病学会では2020年頃から糖尿病を持つ人たちへのスティグマが大きな社会問題であるとして、2024年の年次学術集会においては患者さん

は、提供した医療に関係しないことが多い。が、どんな意味、評価にせよ、一医療者としてその言葉をうれしく思い、仕事のやりがいをも感じるものである。

ありがたいことに私も、こうした声をかけてくれた患者さんが幾人かいる。その中に、胸の深くに刺さった「先生、大好き」がある。

私は卒業大学にある小児神経の専門診療科に入局した。研修は小児神経学の臨床から始まり、半年後からは小児科ローテーターとして身体疾患の臨床

(2面につづく)

たちと共に考えるセッションが設けられました。しかし現実の社会には、いくつもの解決すべき大きな問題が横たわっています。

40年を超える臨床医としての毎日の中で、「先生、私悔しい……」というひと言は忘れられない言葉です。“Language matters, language reflects attitude, language creates reality (言葉は重要であり、言葉は態度を反映し、言葉は現実を創り出す)”などとも言われますが、患者さんとの言葉のやりとりを大切にする感性は、臨床に携わる医師にとっては欠くべからざるものではないかと思います。

おかげさまで医学書院は創業80周年を迎えました



80th Anniversary
1944-2024

医学書院

医学書院は1944年の創業以来、一貫して医療専門書出版社として研究や臨床に携わる方々、そしてそれを志す学生の皆さんに、常に最新の医学・医療情報を書籍や雑誌などの形態で発行、提供してまいりました。

2019年以降、世界は新型コロナウイルス感染症によるパンデミックという未曾有の事態により人命がおびやかされ、社会活動が停滞し、人と人との繋がりが寸断されました。

コロナ禍は私たちの生活や社会に大きな変化をもたらしました。情報のデジタル化や伝達方法のオンライン化が急速にすすみ、近年はAIをはじめとする先端技術が社会実装の段階に達しつつあります。私たち医療専門出版社もこの社会の変

化に柔軟に対応し、最新の手段や手法を自らの役割に取り入れていくことが求められています。その際に常に念頭においているのは「専門書出版社としての役割と責任を自覚し、医学・医療の進歩に必要な専門情報を的確に伝え、医学・医療の発展と社会の福祉に貢献する」という当社の使命です。

これからもこの使命に基づき、最新の伝達手段や様々な手法を積極的に取り入れながら、膨大な医療情報を整理して研究や医療に携わる方々により迅速かつ正確に伝えることで、医学・医療のさらなる進歩に貢献することを目指してまいります。

代表取締役社長

金原 俊

寄稿特集

金子 祐子

慶應義塾大学
リウマチ・膠原病内科
教授



「先生との付き合いも四半世紀になったね」

40歳代の全身性エリテマトーデスの女性。発症したのは彼女が高校生のときで、私もリウマチ・膠原病を専攻し始めたばかりの専修医でした。症状がやや非典型的だったため、リウマチ・膠原病内科を受診するまでに時間を要してしまい、具合が悪いだけでなく診断がつかないことにも大きな不安を抱いていました。私の外来を受診したときは、ループス腎炎によるネフローズ症候群も発症していて、専修医の私でも重症度がわかる状態で、すぐに入院していただきました。指導医と相談しながら、全身性エリテマトーデスと診断し、速やかにグルココルチコイドの大量投与による治療を開始しました。

当時は卵巣機能障害リスクのあるシ

クロホスファミドが標準的に用いられる免疫抑制薬で、使用を伝えた際は未来の挙児より命と腎臓のほうが大事だからと、涙ぐみながら決意してくれました。彼女が治療を頑張るそばで、お酒好きのお父さんは断酒して回復を祈りました。その後、治療が奏功して完全寛解を達成することができました。

あれから25年もの年月が過ぎました。彼女は大学生になり、就職し、結婚し、2児の母になりました。その間、ずっと私の外来に通院してくれており、彼女が先日外来で発したのが「先生との付き合いも四半世紀になったね」です。多臓器障害を来す全身性自己免疫難病であるリウマチ・膠原病は治療も進歩して予後は格段に改善しましたが、依然として治癒は困難で、慢性経過をたどります。私自身、自己免疫病態、全身を診る診療科、慢性疾患などの側面に興味をもって選択した専門領域でしたが、患者さんの人生と伴走する診療科であることを改めて意識したひと言となりました。また、治療方針は、長期的な視野で患者さんの20年後、30年後、さらには50年後を意識して検討しなければいけないと、気を引き締め直しました。

った空をただ見上げていたのか……。臨床現場に出たばかりの研修医にとって、ある種の心的衝撃であった。それからは、以前にも増して病棟に足を運ぶようになった。

私がAちゃんを担当したのは、一連の治療の終わり近くであったため、その後まもなく寛解、退院となった。軽やかな夏服を着て、はつらつとした声でお礼を言い、明るい日差しの中に駆け出した様子が印象に残っている。

翌年、私は関連病院で研修することになり、大学附属病院から離れた。ある日、かつての指導医から連絡があった。Aちゃんが腫瘍を再発し、再入院しているが回復が見込めない状態であると。すぐに会いに行かねばという衝動が湧き上がった。一方で、会っても何ができるわけでもなく、どのような立場で顔を合わせばよいかわからない不安や、何様のつもりで会いに行くのか？という理屈っぽい自分がブレーキをかけ、病室を訪問できたのは連絡から数日たった週末だった。

余宮 きのみ

埼玉県立がんセンター
緩和ケア科 科長



「お願いします」

ある80歳代の胃がん末期の男性患者さんの、亡くなる3日前、最期の言葉でした。

その患者さんと出会ったのは、私が緩和ケア医になって2年目の頃です。がん患者さんの苦痛をできるだけ緩和することをめざし、まい進していた時期でした。

その方は積極的ながん治療が終了した後、私の緩和ケア外来に通院する、お元気な方でした。がん疼痛があっても鎮痛薬を使用したがらず、外来を訪れるたびに痛みを訴えては、鎮痛薬を拒否しておられました。そのことに対して、「痛みは取り除くべき」と漠然と考えていた当時の私は、無意識に「患者は病状を理解して、準備すべき」と考える傾向があったように思います。これは、患者の個別性を考えない医師の独り善がりです。

今思えば、この方は最期まで希望をもって、死を意識せずに生き抜きたかったのでしょう。しかし当時の私は、この患者さんに対してやりづらさを感じていました。

しばらくしてこの方は病勢が進んで入院し、いよいよ重度の痛みに苦しむようになりました。それでもなお、鎮

痛薬を拒否されました。亡くなる3日前、その方の傍らに座り、痛みに対して「どうしますか」と尋ねる私。長い沈黙（と感じた）の後、患者さんが発した言葉、それが「お願いします」でした。

その言葉は、まるで「私」に、あるいは「激痛」に対して敗北したかのような、白旗を上げたような言葉に聞こえました。その後、オピオイド注射を開始し、患者さんは苦痛なく亡くなりました。一言も発することなく。

亡くなった後、今度は私が深い敗北感を覚えました。勤務時間中でしたが、一人になれる場所に行き、緩和ケアの目的は一体、何なのだろう？ 私は何が間違っていたのか？と自問自答しました。そして、「緩和ケアは、患者の満足を得るためにある」という結論を見いだしました。

このことがはっきりわかっていれば、この患者さんとの信頼関係を築いて早期にオピオイドを開始することができ、こんなにも痛みに苦しむことはなかったのではないかと思います。

この出来事は私の医師としての最大の失敗の1つであり、その後の私を大きく変えました。鎮痛薬で鎮痛することは敗北ではないこと、むしろ希望であること、「希望とともに鎮痛薬を処方する」ことを追求する出発点になりました。「質の高い医療には患者との信頼関係が必要不可欠」。言葉にすると当たり前のことですが、それ以来このことを徹底的に追求している私の心には、敗北感に満ちた「お願いします」があります。

案内された病室はクリーンルーム仕様の個室で、ビニールカーテンが二重にかけられていた。その向こうに、Aちゃんが見えた。たくさんの管がつながり、ガーゼや包帯が顔や体を覆っている。私に気づいたAちゃんは、出血斑がいくつもある青白くか細い手をこちらに伸ばした。そして私にかけた言葉が「先生、大好き」であった。

あれから年を経て立場も変わり、いろいろな役職もいただくようになった。ややもすると情性や慢心が顔を出してくる。そんな時、胸に刺さったあの言葉が、私を立ち止まらせ、自省さ

せる。これまで多くの患者さん・ご家族から、得難い多くのことを学び、経験させていただいた。与えられるばかりになっていないか、何か返せているのか、何が返せているのか、返せるように努めているか。研修医の私にAちゃんが見いだしてくれたものを、今も持ち続けられているだろうか。

Aちゃんが最後に私にくれた言葉は、自分軸を見失わないために必要な楔となり、今も胸の深くに刺さっている。

精神医学を超えて、緩和ケア臨床の混沌を探しにいく

死を前にしたひとのこころを読み解く
緩和ケア÷精神医学

森田 達也
明智 龍男

終末期の不安やうつは治療できる？
患者の「自己決定」は本当にある？

——死を前にしたとき、ひとのこころには予測不能な現象が起こる。

精神医学はそれをどうとらえるのか。緩和ケアは何を、どこまで、できるのか。その先の混沌を探る、緩和ケア医と精神科医の濃密かつ親密なダイアログ。

目次

Part I 死を前にしたひとのこころ

Part II 死を前にしたひとのこころを支えるための方法

Part III 患者・医療者関係と意思決定

書籍の詳細は
こちらから

医学書院

A5 2024年 頁264 定価：2,750円(本体2,500円+税10%)
[ISBN978-4-260-05606-9]

行ってきます！—精神医療を刷新する意外な到達点。

シリーズ
ケアをひろく

異界の歩き方

ガタリ・中井久夫・当事者研究

著 村澤 和多里 村澤 真保呂

精神症状が人をおそうとき、世界は変貌する。異界への旅が始まるのだ。そのとき〈旅立ちを阻止する〉よりも、〈一緒に旅に出る〉ほうがずっと素敵ではないだろうか。フェリックス・ガタリの哲学（「機械」！）と、べてるの家の当事者研究（「誤作動」！）に、中井久夫の「生命」への眼差しを重ね合わせると、新しいケアとエコロジーの地平がひらかれてくる！ これまで交わらなかった三者による、発見と生成と意外な到達点。



良い旅を！

書籍の詳細は
こちらから

医学書院

A5 2024年 頁280
定価：2,200円(本体2,000円+税)
[ISBN 978-4-260-05734-9]

私を変えた、患者さんの“あのひと言”

多胡 雅毅

佐賀大学医学部附属病院
総合診療部 教授

「自叙伝ば書くけん、楽しみに待ってっね！」

臨床研修を終えて数年が経過し、ある程度の方が一人でできるようになった頃のことだ。50 歳代の男性患者で、先天性の筋疾患を抱えていた彼は、四肢の筋力低下により寝たきりで、車椅子での生活を余儀なくされていた。移動や移乗を含め、日常生活動作はほぼ要全介助の状態だった。彼は心不全と肺炎で入退院を繰り返し、高血圧や糖尿病など複数の合併症も抱えていた。さらに腎機能も悪く、私は治療に非常に難渋していた。彼は半世紀にわたる闘病生活の中で、自分なりの生活や治療スタイルを確立していた。医師の指示に従うだけでなく、内服薬を自己調節し、食べるものを選択して、さらには独自の方法でリハビリを行うなど、医師から見ると決して良い患者とは言えなかった。若かった私は当初、彼に対して少しネガティブな感情を抱いていた。しかしながら、彼を数か月担当し、時間をかけて会話を重ねるうちに、私は彼のこだわりや価値観がわかるようになってきた。彼は笑顔で「病気は個性」と断言していた。そして、これまでの闘病生活の中で自身としっかりと向き合い、自宅で大切な家族と共に自分らしく前向きに生きることに関心を持って見いだしていたのだ。なによりも彼は頭脳明晰で、発する言葉がユニークで魅力的な男性であった。こうしたかわりを経て治療の必要性をしっかりと説明し、彼に理解してもらうことで、良好な医師－患者関係を構築することができた。

そんな彼がある日の外来で、「自叙伝ば書くけん、楽しみに待ってっね！」と笑顔で言った。私はとても驚愕した。なぜなら彼は一人ではペンを握ることすらできず、他人に座位をとらせてもらい、ペンを握らせた腕を手帳の上に置いてもらわないと執筆できない状況だったからである。この途方

もない不可能への挑戦とも受け取れる彼のひと言は、私の心に深く響いた。

また、「諦めたらいかん！」が彼の口癖でもあった。彼は何事にも前向きで、その口癖の通りに諦めない精神を備えていた。そのおかげでこれまでの人生でも多くの困難を乗り越え、強く生きてこられたのだろう。そして、自分が諦めずに必死に生きた証を書籍として残したいという想いが、彼の残された人生への気力と活力の源になっているのだと感じた。病状が思わしくないうちにもあったが、彼は全身全霊を込めて執筆を進め、私は主治医としてできる限りサポートした。そして、彼はついに自叙伝を書き上げ、うれしそうに手渡してくれた。そのときの満足げで、どこか誇らしそうな彼の笑顔が今でも目に浮かぶ。その後も、私は病状について彼とさまざまな議論をしつつ闘病生活をサポートしたが、残念ながらその数年後に永眠された。

彼の言葉から、私は決して諦めずに努力し続けることの重要性を学んだ。当時の私は診療のみに注力し、大学教員としての職責を果たすことができていなかった。私の幼少期からの座右の銘は「継続は力なり」であったが、彼の生き方に接することで、それをより強く意識するようになった。以降、私は教育や学術活動に一生懸命に取り組む、苦手だった英語学習も現在まで毎朝、何があっても欠かさずに続けることができている。さらに彼は私に、患者には患者自身の人生があり、そこに何よりも大切なものがあるのだという医師として認識すべき当然の事実を改めて教えてくれた。若いうちは、患者を何でも型にはめ、あるいは患者を疾患の一例としてとらえ、効率よく業務を行うことが最善だと信じ込み、オーダーメイドの医療は時間の無駄だと思うこともあった。ただ、どんなに良い薬を処方し、どんなに良い指導をしても、患者が薬を内服せず、自身の行動を変えなければ医療はうまくいかない。われわれ医療者は、このような当たり前のことを、忙しさにかまけて忘れてしまっていないだろうか。医師として本当に大事なことに気づかせてくれた彼のことを、彼が命がけで書き上げた自叙伝を読みながら、私は今でも思い出すのである。

能瀬 さやか

ハイパフォーマンススポーツセンター
契約研究員/国立スポーツ科学センター
スポーツ医学研究部門 婦人科

「当時の周りの大人たちを恨んでいる」

現役を引退した 20 歳代の元女性アスリート。現役中から厳格な体重管理を強いられ、低体重と無月経であったが医療機関を受診せず、本人も月経はないほうが楽だと思っていた。引退後数年かかりようやく自然月経は再開したものの、骨粗鬆症と診断された。20 歳代に入ってから薬物療法を継続しているが、骨密度は上昇していない。

最大骨量獲得前の 10 歳代で長期間の無月経や低体重を認める場合、骨粗鬆症のリスクが高く、20 歳以降で体重増加や月経再開を認めても骨密度が同年齢の女性の平均値まで回復する例は少ない。つまり、このようなアスリートは、骨粗鬆症を一生抱え生活していくことになる。「当時の周りの大人たちを恨んでいる」。この言葉は、ある日、骨粗鬆症の治療で通院中に彼女が言ったひと言だ。

大人が子どもに正しい知識を伝えることの大切さとその責任、そして未来ある子どもたちの異常を早期にスクリーニングする体制づくりの重要性を、彼女の言葉から改めて痛感した。最終的に自分の身体を守るのは自分だけであるため、決して他人任せにしないこともまた重要だ。彼女に対してはコーチだけでなく、保護者ですら現役中は競技を優先し減量を勧めていた。正常を知らないため異常に気付いていないケースも多いが、自分の身体の異

常を正確に察知し、周囲に自分から伝えられるような教育も必要だと感じた。

この元アスリートは、その後無事妊娠、出産することができた。出産報告のお手紙には、「無月経のほうが楽だと思っていたのは間違いだった」とつぶられていた。現役時代から 10 年以上かけて、無月経を治療することの本当の意味を彼女に理解してもらえた気がした。

もう一つエピソードを紹介したい。2012 年に国立スポーツ科学センターに着任し、本格的にスポーツ医学に触れる機会を得た。着任後、産婦人科医として最初に診察したトップ選手から「次のオリンピックは、月経が重ならないようになんとかしたい！」と言われた。当時、産婦人科医としてスポーツ医学の道に足を踏み入れたものの、本当に必要があるのか、私がやるべきことはあるのかと不安に思いながらも着任したことが思い出される。当時、女性トップアスリートの婦人科に関する問題についての調査を行うと、さまざまな課題が明らかになってきた。約 700 人中 91% のトップアスリートが月経周期と主観的なコンディションの変化を自覚していること、70% 近くの選手に月経前症候群の症状がみられること、試合や練習日程に合わせて月経をずらせることを知らないトップ選手が約 70% もいること……。そんな現状が明らかになった頃に聞いたこの選手の言葉は、産婦人科医としてスポーツ医学の分野でやるべきことがあると決意するきっかけとなった。

この選手は今、現役を引退し指導者として活躍している。指導中の女子選手が月経関連の症状を訴える際には、自身の経験を生かし、積極的に受診を勧め産婦人科医へつなげる役割を担ってくれている。



検査と技術

9月・増大号 Vol.52 No.9 2024 医学書院

増大
特集

臨床医に伝わりやすい

検査報告書と
パニック値報告の心得

- 1 章 総論
- 2 章 一般検査
- 3 章 血液検査
- 4 章 臨床化学・免疫検査
- 5 章 輸血検査
- 6 章 遺伝子・染色体検査

詳細はこちらから



■増大号定価：5,500 円（本体 5,000 円＋税 10%）

通常定価：1,870 円（本体 1,700 円＋税 10%）

年間購読なら送料無料でお届けします！

冊 子 27,984 円（本体 25,440 円＋税 10%）
電 子 27,984 円（本体 25,440 円＋税 10%）
電子＋冊子 33,484 円（本体 30,440 円＋税 10%）

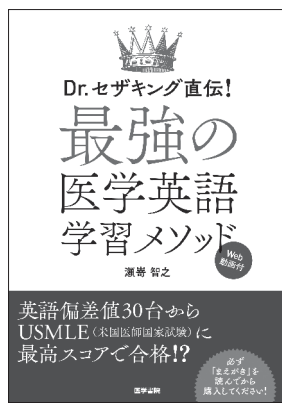
基礎英語力から医学英語の最たる領域まで、 医学書院

Dr. セザキングが最強の勉強方法を伝授！

Dr.セザキング直伝！

最強の医学英語
学習メソッドWeb
動画付

瀬 寄 智 之



英語偏差値 30 台から USMLE（アメリカの医師国家試験）に最高スコアで合格!? 文法や発音、リスニングなどの基礎的な英語力から、医学英文読解や英語診察といった医学英語の最たる領域まで、英語がトコトン苦手だった Dr.セザキングだからこそ到達した、最強の勉強方法を伝授！
付録には参考書や塾のお役立ち一覧表、USMLE 受験モデルスケジュールなどを収載。さらに購入者限定「英語診察フレーズ」Web 動画付き！

A5 頁 264 2020 年
定価：3,740 円（本体 3,400 円＋税 10%）
[ISBN 978-4-260-04174-4]

詳細は
こちらから

治療と就労の両立に医療機関は何ができるか

安藤 明美氏＝司会
安藤労働衛生コンサルタント事務所海永 千怜氏
東京北医療センター総合診療科遠藤 源樹氏
東京産業医学情報センター 所長錦戸 典子氏
東海大学医学部看護学科
客員教授

安藤 近年、労働者人口の減少に伴い、治療と就労の両立支援の重要性が増しています。両立支援においては企業の産業医や産業保健師が中心的な役割を担っているものの、全労働者の約6割が産業医・産業保健師の在籍しない中小企業で働いています。こうした現状の中、一人ひとりに適した両立支援を行うことは産業医・産業保健師のみならず全ての医療者に求められています。

私はプライマリ・ケア医と産業医それぞれの経験を生かした産業保健活動を行っています。本日は産業医の遠藤先生、産業保健師の錦戸先生に加え、臨床医の立場から総合診療科で働く海永先生に参加していただき、治療と仕事の両立で悩む方々にどのような手を差し伸べていけるのかをお話しできればと思っています。

身近な疾患こそ両立支援が求められる

安藤 はじめに、臨床医の素直な気持ちとして海永先生は両立支援にどのようなイメージを持たれていますか。

海永 「職場での健康診断の結果、紹介状を持って2次精査で来られた方を診療するもの」というイメージを持っていました。自覚症状もなく、受診するよう言われて来られる方もいます。血圧や栄養面など予防的な指導をするものの、再診時に変化が見られないことも多く、職場の産業医や産業保健師と連携しなければならぬの思いを抱えています。産業医や産業保健師がいない中小企業で働く人は多いので、受け持ちの患者が仕事を続けられるようかわるの必要性を感じていますが、十分にできていません。

錦戸 産業医や産業保健師が企業にいますと、患者本人の背景や価値観を聞きながら、仕事を続けるための予防も含めた支援をじっくり行えます。ただ、治療を主とする臨床医が就労に関する側面まで対応することの難しさはとても理解できます。

安藤 私は“働く世代”の最初の相談先となり得るプライマリ・ケア医は両立支援の受け皿になると考えています。遠藤先生はこれまで多くの両立支援研究をされています。両立支援の現状と、プライマリ・ケア医のかかわりについてどうお考えでしょうか。

遠藤 がん領域では両立支援が進んでいます。がん領域では両立支援が進んでいますが、それでもまだ必要とする方に行き届いているとは言えません。両立支援の対象となる疾患で最も多いのがメンタルヘルス不調で、次いでがん、脳卒中、心筋梗塞となります。がんに関しては、がん診療連携拠点病院が全国に約400か所あり、院内のがん相談支援センターなどで両立支援に取り組むやすい環境があります。

一方で、メンタルヘルス不調は大病院でなくクリニックで治療することが多く、また他の疾患であれば初めは大病院で治療しても徐々に地域移行していくので、組織的に取り組んだ経験のないプライマリ・ケア医はどのように両立支援すれば良いのか手探りなのかもしれません。

安藤 同感です。認知症、心不全、糖尿病といったプライマリ・ケア医にとって身近な疾患こそ両立支援が求められ、積極的にかかわることが期待されますので、関心を持ってもらいたいです。

多職種で協働し、診療報酬も取りにいく

安藤 しかし、両立支援の全てを医師だけで行うには無理があります。どのような職種や組織と連携すれば、多くの医療機関で両立支援が活性化されるのでしょうか。

海永 プライマリに患者とかかわる機会の多い看護師との連携は想像が付きやすいです。加えて、入院中はセラピストの方々も日常的に復職を視野に入れたかかわりをしていただいているので、一緒に取り組んでいけるのではないのでしょうか。看護師やセラピストとは日ごろから「お家に帰るために」ど

メンタルヘルスの問題やがん、脳卒中、心筋梗塞といった病の治療と職業生活の維持を両立させるために、一人ひとりに適した支援が求められる。一方で、こうした支援を求める方は年々増加し、扱うべき問題も多様化していることから、中心的な存在として従来対応に当たってきた産業医だけではカバーできなくなってきた。また、全労働者の約6割が産業医・産業保健師の在籍しない中小企業で働いていることも、この問題を複雑化させる要因となっている。本紙では、総合診療医として長年従事し、産業医としても活躍する安藤氏を司会に、両立支援を研究する産業医の遠藤氏、産業保健師の錦戸氏、総合診療医の海永氏による座談会から両立支援のヒントを探った。

うすれば良いかを話し合っています。この話し合いに「働くこと」をプラスできないかと思いました。

錦戸 医療ソーシャルワーカー（MSW）の方がいらっしゃる病院ではMSWを中心に両立支援することも欠かせません。現在、治療と就労の両立への指導や情報提供をすることで「療養・就労両立支援指導料」として診療報酬加算を算定できますので、医師だけでなく看護師やMSWとも連携して病院規模で取り組めると良いですね。遠藤 両立支援が進むがん相談支援センターでの経験でも、看護師やMSWとの連携があって成り立つことを実感しました。両立支援が機能している病院の中には看護師やMSWが医局会などに顔を出して多職種間での信頼関係を構築した上で、積極的に就労支援の連携を取り、診療報酬も取りにいくようにされている施設もあります。

海永 両立支援によって診療報酬加算を算定できること、恥ずかしながら今まで知りませんでした。

安藤 いえ、知らない先生が大半だと思います。メンタルヘルス不調はまだ加算の対象ではないのですが、内科系の疾患や若年性認知症では加算が付きました。臨床医の皆さんは治療や診療のガイドライン、診療報酬改定に関する情報は関心も高く知る機会が多いのですが、両立支援に関する情報は触れる機会も少なく、今日を機に知ってい

ただけてうれしいです。

錦戸 治療と就労の両立支援について情報提供する際、全国47都道府県にある産業保健総合支援センター（<https://bit.ly/4dEggjB>）では保健師が会社に訪問し個別調整する支援を行っていることや、勤務する会社が協会けんぽに加入していればその保健指導も頼りにできることも知ってほしいですね。ぜひ患者本人にその情報を伝え、会社経由で産業保健総合支援センターへ相談することを勧めてもらえれば、その人に適した働き方や職場としての適切な配慮の方法を見いだせるのではないのでしょうか。

海永 患者本人に産業保健総合支援センターへの相談を提案するのが正しい紹介ルートなのでしょうか。医療機関から産業保健総合支援センターへ直接「この人の支援をお願いします」と紹介できるとスムーズに思いました。

錦戸 基本的に患者本人と職場の承諾が必要となりますので、医療機関から直接センターへの紹介はできません。

安藤 これは臨床と産業保健の考え方の大きな違いです。臨床では治療を目的として医療機関の間で連携することや紹介状を書くことは抵抗なく行われていると思います。しかし、産業保健の領域では緊急時を除き全て本人の同意と署名が必要となるのです。このため両立支援においてもまずは患者本人が動くことが求められます。

患者本人だけでなく、会社への支援も欠かせない

錦戸 ここまで患者本人への就労支援を中心にお話してきましたけれども、両立支援には就労環境・条件をどう配慮すべきなのかの側面が不可欠です。その意味で会社側への支援も忘れてはなりません。

安藤 おっしゃる通りです。復職に当たって「時短勤務が望ましい」「夜勤は控えたほうが望ましい」といった配慮事項を付けても調整可能な職場ばかりではありませんし、会社への影響も大きくなってしまいます。職場が医療機関からの助言として参考にするのが意見書です。そして意見書でありがちなのは働けない状態なのに「働けま

す」、働ける状態なのに「まだ働けません」など、患者本人の言うとおりに書いてしまうことです。

錦戸 患者本人の言うとおりに書いてしまうのはメンタルヘルス不調のケースで多いように思います。私も企業で産業保健師をしていたときに、まだ回復されてないと思われる方が「もう働ける」といった旨の意見書をもらってきて、精神科の主治医と産業医との意見が食い違うことがありました。身体系の疾患は症状や経過がわかりやすいので医学的所見から就労環境・条件など配慮事項を書けますが、メンタルヘルス不調はそれが難しいのだと思います。

今月の新刊書籍 医学書院

医学
看護
リハ 事例で学ぶ
医療機関で起きる法的トラブルへの対処法

編集 加古洋輔／増田拓也／長谷川葵／堀田克明
編集協力 田淵 一／荒神裕之
B5 頁240 定価：4,400円【本体4,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05701-1]

医学
看護
リハ 保存から術後まで
脊椎疾患のリハビリテーション[Web動画付]

監修 星野雅洋
編集 古谷英孝
B5 頁388 定価：6,820円【本体6,200＋税10%】
[ISBN978-4-260-05607-6]

医学
リハ 神経システムがわかれば
脳卒中リハ戦略が決まる（第2版）

手塚純一／増田 司
B5 頁296 定価：5,280円【本体4,800＋税10%】
[ISBN978-4-260-05700-4]

医学
看護
リハ 〈看護管理まなびラボBOOKS〉
組織の力学
パワーを掌（つかさど）る
成功し続けるための組織行動論

高岡明日香
A5 頁232 定価：3,080円【本体2,800＋税10%】
[ISBN978-4-260-05740-0]

医学
看護 いのちに驚く対話
死に直面すると、私たちは何を語り合えるのか

岡田 圭
A5 頁240 定価：2,420円【本体2,200＋税10%】
[ISBN978-4-260-05745-5]

医学
看護
リハ 〈シリーズ ケアをひろく〉
異界の歩き方
ガタリ・中井久夫・当事者研究

村澤和多里／村澤真保呂
A5 頁280 定価：2,200円【本体2,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05734-9]

●表 意見書に記載する際に参考となる社内制度を踏まえた、医学的理由から配慮が望ましい事項の例（『事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』，20 頁をもとに作成）

	配慮の例
作業場の調整	休憩室の整備をする、椅子の配置をする、暑すぎない・寒すぎない環境を整備する、定期的に換気する、分煙・喫煙環境を整備する、定期的に換気する、等
作業内容の変更	休憩を取りやすい環境を整備する、残業を免除する・短時間勤務を許可する、交代制勤務・夜勤を免除する、出張を免除する、身体的負担・精神的負担が大きい作業を免除しほかの作業を任せる、ひとり作業を免除する、等
スケジュールの調整	治療のスケジュールに合わせて勤務形態を検討する、納期の短い仕事を任せない、等
事業内ルールの変更	制服以外の衣服の着用を許可する、職場の相談先を明確化する
本人が安心できる環境整備	有給休暇を取得しやすい環境を整備する、必要な配慮について定期的に確認する、等
移動に関する調整	安全な移動手段を提供する・確保する、車いすで移動できる環境を整備する、移動が少なくなるよう配置する、等
視覚障害・色覚障害・聴覚障害に対する対応	拡大ソフト・拡大鏡を準備する、夜間の業務を制限し日中の業務を準備する、色覚特性に応じた色を利用する、等
内服・食事・血糖管理等に関すること	間食・補食を許可する、内服・血糖測定・インスリン自己注射・成分栄養剤を摂取するなどの清潔な場所を提供する
アピアランス（外見）ケア	対人業務が少なくなるよう工夫する、メイクできる部屋を準備する、更衣室を一人で利用できるよう工夫する
補助具・マスクの使用	電動ファン付き呼吸用保護具を準備する、等
その他	困ったときに申し出をしやすい環境を整備する

安藤　そうですね。メンタルヘルス不調は対応を分けて考えたほうが良いので、ここでは身体系疾患を前提に話を進めましょう。いま錦戸先生から「就労環境など医療的な配慮事項」を意見書に記載できるとの話がありました。私も産業保健の勉強を始めるまでは、職場が必要とする情報がわからず、また必要以上に書いてしまうと逆にその人が働けないことの証明になってしまうので意見書をどう書くべきなのかよく悩んでいました。理想的な意見書とはどのようなものなのでしょう。

遠藤 診断書や意見書では、医療現場で用いられる「疾病性の言葉（病名、症状などの医学用語）」を、職場における「事例性の言葉（職場での配慮事項）」に翻訳することが重要です。次のケースを例に説明します。

工場勤務で主に立ち作業をしている 40 代の男性。大腸がんと手術をして復職後、倦怠感があり（気力・体力が追いつかず）、突発休や早退、下痢で作業を離れて何度もトイレに行くことが続く。

この突発休、早退等が「事例性がある」と言います。職場は「事例性がある」と何らかの対応が求められます。この際、「一日に5〜10回程度、トイレで離席する可能性がある」「立ち作業ではなく座り作業（身体に負荷が少ない作業）で、残業などを避けたほうが望ましい」など、「疾病性の言葉」を「事例性の言葉」に翻訳して意見書が記載されていると、職場はどう配慮すべきかを考えやすくなります。

意見書を書く際に両立支援ガイドラインを活用する

海永 意見書を書く時に参考にできる資料はありますか。

錦戸 厚労省がまとめた『事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン（令和6年3月版）』（<https://bit.ly/46EupL7>）は参考になると思います。このガイドラインには意見書を書く際の様式例や、企業による配慮が望ましい事項の例がチェックリストのように分類されてまとめられています（表）。

海永 これは便利ですね。私の場合、脳卒中からの仕事復帰をめざしている患者本人やその職場から、どこまで仕事ができるのかと相談を受けることがよくあります。そうした相談へ答える際に参考にできそうです。

速藤 医師の働き方改革の観点からも、両立支援ガイドラインの活用を期待しています。以前、医師の働き方改革の研究事業に従事した際、夕方以降など、外来が空いている時に診断書や保険会社の書類を作成している医師が少なくありませんでした。そこで医師の負担を少しでも軽減できるよう、症状と仕事内容に関するチェックを入力するだけで、就労に関する意見書案が『事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』の様式で作成できる「就労意見書作成支援ソフト」を開発しました。参考となるフォーマットや支援ソフトがあることで看護師やMSWが下書きをして最後に医師が仕上げるなど組織的な業務分担もできるのではと思います。

海永 書類作成の業務は、自科の医療事務スタッフが下書きしてくれるよう体制整備されているので、両立支援でも業務分担はスムーズにできそうです。医療事務スタッフの業務負担を増してしまうことになりますが、参考となるフォーマットがあるとその負担はかなり抑えられるように思いました。

安藤 そうだと思います。それらに沿って意見書を書いてくださると、企業も職場環境を配慮しやすいでしょうし、医療者側の負担も抑えられます。一方でこうしたガイドライン等の存在を知らない医師も多くいらっしゃるかと想像します。私は臨床医と産業医が連携して産業保健が必要とする情報が共有されると、より良い両立支援が実現するのではと期待しています。

医師も両立支援の対象である

安藤 最後に、医療者自身も両立支援を受ける側の対象だということを知ってほしいです。医療者は治療するだけでなく、自らが治療を受けるときがあります。こうした時に、ぜひ職場と業務を調整していただきたいです。

海永 最近は不妊治療を受ける医師も増えてきて、一時的な時短勤務といったように融通が利かせられると良いと思います。また男女問わず何らかの病気やメンタルヘルスで、体調が芳しくない方はいらっしゃると思いますので、全医療者が自らも治療と就労の両立を意識できれば良いですね。

安藤 はい。両立支援は、わが身を守ることににつながるものです。ぜひ臨床の先生方にも積極的に自分事としてもとらえかかわっていただければと願っています。

海永 両立支援はこれまでなじみのない領域でしたが、この座談会を通して視野が広がり、多くのヒントをいただきました。まずは私が所属する総合診療科内から学んだことを院内に伝えていきたいと思います。

錦戸 病気を患い、両立支援がうまくいかないまま復職しても、満足に働けなければ仕事を辞めようかと患者本人が思うってしまうこともあるでしょう。労働者人口が減少している時代なので、そうなってしまっただけ社会としてもマイナスです。働きたいという意志がある方ができるだけ健康を長く保って働けるよう、産業医、産業保健師と臨床医がともに連携して、患者と職場を支えていけると良いと思います。

遠藤 わが国の労働者は 6000 万人と言われ、昔に比べて女性やシニアの方も働く社会に変わってきました。皆、生きていく中で必ず「病気になり」「老いて」いきます。人生 100 年時代と言われる現代は、病気を治療しながら働くことが当たり前になっていくでしょう。産業医と臨床医が一緒になって治

<出席者>

● **あんどう・あけみ氏**
2001年島根大卒業後、岡大病院、生協淳間診療所で総合診療医として従事する。
13年に労働衛生コンサルタント資格を取得する。その後中小〜大企業の嘱託産業医を経て、22年より現職。現在は、IT企業の統括産業医を務め、家庭医療、社会医学などの幅広い医学知識を生かした産業保健活動を行う。編集に『ブライリ/ケア医のための 働く世代のみかた』（南山堂）。

●えんどう・もとき氏
2003年産業医大卒業後、
JR 東京総合病院を経て、
05年ここからたの元気プ
ラザ、08年 NTT 東日本専
属産業医を務める。14年よ
り東京女子医大助教、17年
順大准教授を経て、24年よ
り現職。人事院健康専門委員、東京都が対
策推進協議会専門委員、北里大非常勤講師等
を兼務。専門は産業医学。著書に『治療と就
労の両立支援ガイドンス』(労務行政)など多数。
土屋健三郎記念産業医学推進賞、日本医師会
医学研究奨励賞など受賞歴多数。

●にしきど・のりこ氏
産業保健師として10年間
IT企業に勤務後、1997年
聖路加看護大(当時)准
教授, 2002年東大准教授,
04年東海大教授を経て24
年より現職。産業医や産業
保健師がいない中小企業で
働く方の健康確保をテーマに、治療と仕事の両
立支援等の研究を行う。編著に『企業のための
がん就労支援マニュアル——病気になっても
働き続けることができる職場づくり』(労働調査
会)ほか。

● **かいなが・ちさと氏**
2014 年長崎大卒業後、佐久総合病院/佐久医療センターで初期研修、地域医療振興協会「地域医療のススメ」で後期研修を修了し20 年より現職。家庭医療専門医、総合内科専門医。臨床医として急性期病棟/外来診療に従事するなかで、患者さんを「まるごと診る」には、「具体的にどんな働き方や仕事をしているか」への想像力が大切であることを実感している。自身もタイムマネジメントやワークライフバランスにもがく働き世代。

療と就労の両立を支えていけば、職場と患者にとっても最適な「最大公約数（職場での配慮）」を見つけられるのではないかと期待しています。

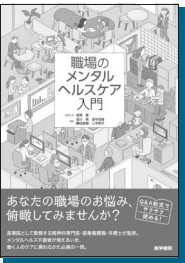
安藤 臨床医にとって日常診療で両立支援の意識を持つことは容易ではないかもしれません。しかし、患者のかかりつけ医となるプライマリ・ケア医がそのような意識を持っていてくれることは働く世代には大変心強いことです。治療と就労の両立に悩んでいる皆さまに寄り添うことは労働年齢人口がどんどん減少しているわが国において重要ですし、働く世代の健康保持増進は将来の重症な患者を減らすことにつながるという意識も持っていただけると幸いです。

(了)

職場のメンタルヘルスケア入門

職場のメンタルヘルスケアに関して「知っておきたいこと」を「実践的」に「コンパクトに」分かりやすく解説します。産業医として勤務する精神科専門医、産業看護職、介護士がタッグを組み、Q&A形式で最新の知見に即して職場のお悩みを解決します。産業医・産業保健スタッフのみならず、職場のメンタルヘルスケアに関わる方にとって必携の一冊です。

編集代表 宮岡 等
編集 淀川 亮
田中克俊
鎌田直樹
三木明子



B5 頁256 2023年 定価:3,740円[本体3,400円+税10%] [ISBN978-4-260-05319-8]

医学書院

医療福祉サービスガイドブック 2024年度版

様々な人の生活を支え、支援する医療福祉サービスを解説したガイドブックの2024年度版。最新情報をフォローし、医療福祉サービスをわかりやすく解説！ 医療保険、介護保険、障害者総合支援法、子どものいる家庭への支援、生活保護、年金保険等、医療福祉サービスを幅広く網羅した、医療福祉関係者必携の1冊。

編集 鈴木 豊
河村愛子
小林夏紀
関田 歩
平林朋子



B5 頁304 2024年 定価:3,300円[本体3,000円+税10%] [ISBN978-4-260-05590-1]

医学書院

ルーブリックの意義と活用の実際



日高 艶子氏
聖マリア学院大学看護学部
Provost(学事顧問)/
ロイアカデミア看護学研究
センター長



北川 明氏 = 司会
順天堂大学保健看護学部 教授



正野 逸子氏
令和健康科学大学
大学院設置準備室長/特任教授

看護教育においても普及し、広く知られるようになったルーブリック。学生の実技テストやレポート課題の評価は従来行われてきたことであるため、ルーブリックによって評価基準を明確化することの意義に、しっくりこない先生もいらっしゃるかもしれません。このほど上梓された書籍『看護を教える人のためのルーブリック導入講座』¹⁾ (医学書院) は、ルーブリックの具体的な作成・活用方法はもちろん、その意義や背後にある考え方も含めて、総合的に学ぶことのできる入門書です。本紙では、書籍執筆者の北川氏と、長年看護教育に携わる日高氏、正野氏による座談会を企画。教育を通じて感じるルーブリックの意義や活用の実際についてお話しいただきました。

回北川先生が『看護を教える人のためのルーブリック導入講座』を上梓されたことには意義があると感じました。

書籍の中に書かれている「ルーブリックをつくることは、学生のためになるだけでなく、教員が教育と向き合うために必要なツールである」との言には賛同するところです。ルーブリック作成は単にチェック項目を挙げていくだけの作業にとどまらず、選んだ項目には自分自身の教育観が反映されます。作成後に見直すことでリフレクションする効果を有しているのです。学生に何ができるようになってほしい、こういう看護師に育ってほしいとの教員の願いや思想が込められているのがルーブリックです。

北川 同感です。特に長期的ルーブリックでは顕著なのですが、1年後に何を知って何ができるようになってほしいのか、具体的なイメージをしながら作っていくことになります。教育を深く考えるきっかけになるはずです。

正野 長期的ルーブリックについては重要であるにもかかわらず、あまり作成されていない現状があります。目の前の学習課題についてルーブリックを作成するのにとどまらず、学校を卒業して現場に出た際に看護職としてどのような知識・技術・態度を身に付けておかなければならないのかから逆算した長期的な視点を、教員は持たなければならないのではないのでしょうか。

日高 同時に、ルーブリックは学生―教員間の優れたコミュニケーションツールにもなり得ると感じています。ルーブリックの項目を確認することで、教員が自分に何を期待しているのかを学生が知る。それに応じて学生がパフォーマンスし、教員もまたそれに応じて。そうした一連のコミュニケーションの基点になるのではないかなと。

正野 ルーブリックを使って形成的評価を行うことで、学生―教員間の認識のズレを是正できるのもポイントだと思います。共通認識を持って学びに向かえるようになりますから。また、自身の評価に納得しない学生や親御さんに対しても、ルーブリックを手元に置いて一つひとつの項目をともに確認することで事なきを得るケースも存在します。

日高 一方、ルーブリックが学生の思考力を奪うのではといった指摘もあるようですが、その点について北川先生はどうお考えですか。

北川 ルーブリックの中の項目として、ある種の答え（患者をアセスメントするときに見なければならない、どう考えなければならない等）を必要なものとして挙げてしまうと、学生が何が必要かを自身で考えなくなるのでは、との指摘はありました。ごもっともではありますが、学年が浅いうちはそういう指示的なルーブリックがあってもいいのではと考えています。1～2年生のうちは、わかりやすいルーブリックで思考訓練を行って、学年が上がるにつれて抽象度を上げていくようなスタイルもあり得るのではないのでしょうか。

継続的なブラッシュアップでズレを小さくする

日高 重要なポイントとして、ルーブリックは一度作れば終わりというものではない点が挙げられます。完成したルーブリックに満足しないこと、課題を精査してより良いルーブリックにブラッシュアップすることの必要性を、実際に運用する中で感じました。

北川 実際に採点した結果を今一度見直して、教員の印象とのズレが生じていないか、同一の成果物を評価するに当たって教員間での採点結果に差が生じていないか確認することは必須です。前者のズレでは教員の意図が課題の表記やルーブリックに反映されていない可能性があります。後者の差は、ルーブリックの段階付けに抽象的な表現が含まれていることでも引き起こされるので、要注意です。加えて、採点結果の一覧を確認した上で、成績不良者の多い項目のルーブリックの表現がわかりにくいかなを確認して、学生にとって理解しやすいものにブラッシュアップしていけると良いでしょう。

正野 おっしゃるように、学生全体のルーブリック評価が悪い項目があったときは、ルーブリックの表記に原因がある可能性が否めません。教員が意図するところと学生がルーブリックを読んで理解するところが食い違っている

北川 私がルーブリックと出会ったのはおよそ10年前のことです。防衛医科大学校の看護学科設置準備室に在籍していた当時、カリキュラムを具体的に策定する中で、ディプロマ・ポリシーをいかに達成するかを描くための長期的ルーブリックを作成しました。

日高 私は、聖マリア学院大学でカトリックの愛の精神を基盤とした看護専門職者を育成するためのカリキュラム構築に携わって参りました。教育評価とそれに伴う責任について常日頃考える中で、ルーブリックの必要性を強く感じ、推進してきた次第です。

正野 産業医科大学や西九州大学で、看護学科のカリキュラム改正や構築に携わってきました。専門は在宅看護学と家族看護学ですが、特に在宅看護学では看護過程演習・実習を複数の教員が担当するため、評価がずれないようにルーブリックを活用してきました。また、学生の主体性を育成するための方法としても、ルーブリックの活用を推奨しています。

要素を切り分けて評価し、統合する

日高 まずはルーブリックがどのようなものかについて、北川先生から簡単に説明していただけると良いのではないのでしょうか。

北川 現在の教育においては「何を教えるか」よりも、学習者が「何をできるようになるか」という能力の育成が重要視されていますが、その能力を評価するものとしてパフォーマンス評価が存在します。パフォーマンス評価は、評価対象が学習者のふるまいや成果物であり、学習者の反応には多様性や幅が生じますから、目標の達成・未達成の二分法での評価が困難です。そのため教員による質的な判断が求められるわけですね。そして、そうした質的な評価はずれやすい。人の間での評価のズレ、同じ人の中での時期による評価のズレなどをなるべく小さくすることを目的に使われるのがルーブリックです。

正野 いずれのズレも、現場で学習評

価を行う中で痛感するところです。レポート採点をしていても、複数人の教員がいると、同じレポートに対しての評価がぴったり一致することはめずらしく、1人でずっとレポート採点をしていると、一番最初に採点したレポートと最後に採点したレポートとで、全く同じ基準で評価できているのかと問われると、それもまた難しい部分があるのが実際です。

日高 面接試験でも、いくつかの部屋に分けて複数の教員が面接官を担当するスタイルがありますが、部屋ごとに評価基準が異なると、当然のことながら受験者にとって不公平なものになってしまいます。厳しい先生の部屋に当たってしまって運が悪かったね……というわけにはいきません。

北川 ルーブリックを一言で述べると、「ある課題の目標を達成させ評価するために構成要素ごとに評価基準を並べたもの」です(図)。評価対象になる能力は単純な技術ではなく、臨床のような複雑な場面において状況を正しく把握・判断し、それに応じた対応を行う複合的なものです。そうした能力を評価する場合、要素を切り分けて分析的に見ていくほうが合理的です。

正野 例えば看護技術で言うと、技術の正確性、患者さんに対する説明、声掛けや安寧への対応、プライバシーの保護、感染管理などに分けられますね。

日高 いくつかの要素に分けることで、技術は的確にできているが、患者さんへの説明や評価者への報告が適切ではなかったというように評価を行うことができます。また、学生へのフィードバックも行いやすくなることは利点と言えるでしょう。

北川 そうした有用性が、ルーブリックがさまざまな場所で使われるようになってきた理由なのかなと思います。

インタラクティブな意思疎通ツールとしてのルーブリック

日高 ルーブリックは有用であるにもかかわらず、国内に入門書が豊富にあるわけではありません。ですから、今

看護を教える人のための
ルーブリック
導入講座

【編集】北川 明

B5 2024 年 頁164
定価 2,970 円 (本体 2,700 円 + 税 10%)
[ISBN 978-4-260-05707-3]

書籍の詳細は
こちらから



看護を教える人のための
RUBRIC
ルーブリック
導入講座

【編集】北川 明

看護基礎教育の土台をつくる!!
ここからはじめる決定版!!
ルーブリックは、
学生の主体的な学びと
教員自身の成長を
ともに促すものとなる

本書は、全国の看護大学・看護学院・看護専門学校で導入されているルーブリックの
実例がダウンロードできます!!
NEO で検索しよう!!

看護基礎教育の土台をつくる！ ここからはじめる決定版！

現代の高等教育機関において標準的に導入され、**看護師養成機関**においても**看護実践能力を評価**するツールとして普及が進んだ**ルーブリックづくりの入門書**、待望の刊行。

構成を第Ⅰ講から第Ⅵ講に分け、初学者向けに段階を踏んで**ルーブリック全般の説明**からその**作成と導入に至る具体的な手順**を、**各領域別・汎用型**それぞれで詳細に紹介しています。

医学書院

CONTENTS

- 第Ⅰ講 基本をおさえる
- 第Ⅱ講 作成にとりかかる
- 第Ⅲ講 活用を心がける
- 第Ⅳ講 実例で学ぶ―領域別―
- 第Ⅴ講 実例で学ぶ―汎用型―
- 第Ⅵ講 発展を意識する

本書掲載のルーブリック実例がダウンロードできます！

看護教員のための
オンライン
プラットフォーム

NEO



課題 自らの看護体験をふまえて、看護とは何かをレポート用紙 4 枚以内で論ぜよ。論ずる際は資料を活用し、自らの論に説得力をもたせること。

評価観点	優秀	可	再提出	点数
レポートの体裁（10 点）	●すべて指定された書式通りに記載している	●3 か所未満、指定された書式を守っていない（－5 点）	●3 か所以上、指定された書式を守っていない（－10 点）	10
判読性（10 点）	●句読点や段落、日本語が正しく使用されており、誤字・脱字がない	●日本語の文章として不明な項目が 1～2 か所ある（－3 点） ●誤字・脱字が 1～2 か所ある（－3 点）	●句読点や段落の使用がない（－8 点） ●日本語として不正確な項目が 3 か所以上ある（－7 点） ●誤字・脱字が 3 か所以上ある（－7 点）	7
論理性（25 点）	●序論、本論、結論と文章が構造化されている ●論旨に一貫性がある	●論旨は一貫しているが、序論、本論、結論と文章が構造化されていない（－7 点）	●序論、本論、結論と文章が構造化されていない（－7 点） ●論旨に一貫性がない（－18 点）	7
看護体験の意味づけ（35 点）	●自らの看護体験を記載し、その体験の意味を考察している ●体験をもとに看護とは何かについて論じている	●自らの看護体験を記載しているが、その意味を考察していない（－15 点） ●看護とは何かを論じているが、看護体験がもとになっていない（－15 点）	●看護体験を記載していない（－35 点） ●看護とは何かを論じていない（－35 点）	20
資料活用（20 点）	●自らの論を補強するために、根拠ある資料を引用している ●すべての資料が論を補強するために有効である	●資料の信頼性が低いものが 1～2 か所ある（－10 点） ●資料が論を補強するためのものになっていないか所が 1～2 か所ある（－5 点）	●資料を使用していない（－20 点） ●信頼性の低い資料が 3 つ以上ある（－15 点） ●3 か所以上、資料が論を補強するためのものになっていない（－10 点）	0

* 観点ごとのマイナスの合計は、その観点の配点を超えないものとする。（合計 44 点）

●図 ルーブリックを使った採点例（『看護を教える人のためのルーブリック導入講座』、47 頁より）

図中の青囲みは採点結果（教員による評価）を示す。

ケースがあるからです。

北川 ルーブリックは教員と学生がともに使用するものですので、教員の意見だけではなく、学生の意見も適宜聞きながらブラッシュアップしていくのが望ましいです。

日高 学生と教員間でのズレを軽減する方法は何かありますか。

北川 前提として、評価基準をできるだけ詳細に記載すること、学生が読んで理解できる言葉を使うことが必要です。その上で、先ほど日高先生が指摘されたように、授業の中で、教員がどのような能力を伸ばそうとして課した課題であるのか、学生に何を求めているのかといったことを説明・共有するのが有効かと思います。満点を取れるパフォーマンスや成果物を教員が提示するのも良いですね。総じて、学生—教員間での共通認識を構築するようなコミュニケーションを取ることが重要だと言えるでしょう。

正野 課題の意図を共有することは、教員間でのズレを小さくすることにも役立ちそうです。

北川 そうですね。加えて、評価尺度ごとに該当する「アンカー」と呼ばれ

る成果物を確認することも、ズレの軽減に資するかと思います。

ルーブリック作成を通じて教育観を改めて考える

正野 ルーブリックを運用する中で難しいと感じる点について相談させてください。段階を付けるに当たって「ほとんど」「概ね」「やや」「あまり」といった程度を表す形容詞・副詞の使用を避けるようにとよく言われますよね。北川 確かに、そうした語は抽象的で、段階の判別に一貫性を持たせることが難しくなる要因なので、避けるほうがベターではあります。多用すると、信頼性の高い評価が難しくなってしまう。

正野 しかし、そうした表現を使わざるを得ないと思われるような場合もあるって、使わないほうが良いのだらうけど、使うしかないのでは……と逡巡してしまいます。

北川 そうした表現を使う場合、教員同士で話し合って、それぞれの段階をどう切っていくのか、擦り合わせを行うしかないのかなというのが正直なと

ころです。ただ、例えば「概ねできて」と表現する場合に、一体どの部分が欠けていて、「完全に」ではなく「概ね」なのかを明確にして、言語化したほうが良いのも事実です。評価要素を切り分けてなるべく具体的な表現に落とし込む努力を行う一方で、それが難しい場合には思い切って「概ね」などを使ってしまうのも一考でしょう。

今の話からもわかるように、ルーブリックを作成することは労力のかかる大変な作業なのです。しかし、教育に大きな効果をもたらしてくれることもまた事実で、私が実感しているのは、学生の能力全体のベースアップに確実につながっているということです。記録用紙と目標しかなかった時代には、かなり基本的な部分から指導しなくてはいけないケースもちらほらあったのですが、ルーブリックを使うようになってから、些事の指導に手を取られることがなくなって、本題にすぐに入っていけるようになりました。

日高 私がルーブリックを導入して感じる変化は、学生に対して評価結果をすぐにその場で返せるようになったことです。フィードバックを素早的確

<出席者>

●きたがわ・あきら氏
阪大医学部保健学科看護学専攻卒。5 年間の臨床経験の後、2004 年広島県立保健福祉大（当時）看護学科助手、13 年防衛医大医学教育部看護学科設置準備室准教授などを経て、21 年より現職。『看護を教える人のためのルーブリック導入講座』『看護を教える人のための経験型実習教育ワークブック』（いずれも医学書院）など編著多数。

●ひだか・つやこ氏
聖マリア看護専門学校、久留米大文学部人間科学科心理学系コース卒。福岡大大学院人文科学研究科教育専攻修了。2003 年鳥取大医学部保健学科助教授、07 年聖マリア学院大看護学部准教授、教授、学部長を経て、24 年より現職。19 年より Roy Adaptation Association-International Executive board member。著書に『脳卒中リハビリテーション看護 Case Study——セルフケア再構築の成功事例から学ぶ!』（メディカ出版）など。

●しょうの・いつこ氏
神奈川県立看護教育大学校（当時）卒。筑波大大学院教育研究科修了。1997 年産業医大産業保健学部助教授、2012 年同大教授等を経て、24 年より現職。編著に『看護実践のための根拠がわかる在宅看護技術 第 4 版』『関連図で理解する在宅看護過程 第 2 版』（メヂカルフレンド社）。

に行えることで、課題改善に向けての学生の理解が促されました。また、再評価に向けて努力すべきポイントが明示されますから、フィードバック後の伸びも大きい。できていなかった部分が着実にできるようになっていきます。成績向上の推移が目に見えてわかるので、学生も教員もうれしく、モチベーションが上がっているのを肌で感じます。

正野 モチベーションの向上は私も感じるところです。単に知識や技術を身に付けさせるだけでなく、それらが学生の中に根付き、生きる中で使えるようにすること、長期的な視座で看護職として成長させていくことこそが教育であると考えているのですが、ルーブリックはそのための一つの方法です。

日高 評価ツールの背後にある、教育する側がどのようなミッションのもとに何を目指して教育内容を検討しているかが重要であると私は思っています。それはつまるところ、各大学のミッションに基づくディプロマ・ポリシーとカリキュラム、そして教員のパッションであるはずです。

北川 そうですね。ルーブリックを作成することは、教員の中にある理想的な学生像、看護師像を具体化・言語化することであり、教育そのものを突き詰めて考えていくことにもつながります。差し当たっては目の前の教育をより良くするためのルーブリック作成が、看護教員の皆さんが自身の教育観を改めて考える契機となれば、それはとても素晴らしいことだと思います。今回上梓した書籍も、そのための一助としていただければ幸いです。（了）

●参考文献

1) 北川明（編）. 看護を教える人のためのルーブリック導入講座. 医学書院；2024.

看護教員のための
オンライン
プラットフォーム

NE

Nursing
Education
Online

個人版
法人版

詳しくは
Web サイトを
ご覧ください



医学書院

NEOは まなぶ つながる ひろがる をコンセプトにした
看護教育・研究について学べるオンラインプラットフォームです。

寄稿

在宅医療ケアにおいて、手技・デバイス管理に精通することの重要性

荒 隆 紀 医療法人おひさま会 最高人事責任者

現在、国内の医療サービスは受ける場所によって、外来医療、入院医療、在宅医療、オンライン診療の4つに大きく分かれる。中でも、厚労省が発表した在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移(図1a)¹⁾によると、在宅医療を受ける患者数は年々増加していることがわかっている。2019年の調査では、在宅医療を受ける約9割を75歳以上の後期高齢者が占める(図1b)¹⁾が、小児や若年者についてもその数は年々増加しているため、年齢や臓器に関係のない幅広い疾患対応が必要となってきた。

しかし、疾患対応のみならず、「患者に装着された医療デバイス管理や手技対応」も大切な論点となる。近年の医療レベルの向上に伴い、在宅医療の現場で医療機器や医療材料を必要とする医療依存度の高い患者は増加した。また、地域包括ケアシステムの下、地域医療が「病院完結型」から「地域完結型」へと切り替わるように2024年の診療報酬改定でも誘導され、自宅や施設で行われる医療の幅はますます広がっていくことが予想される。だが現実問題として、「患者に装着された医療デバイス管理や手技対応への不慣れ」が理由で、医療機関や訪問看護ステーションが在宅医療の受け入れを断るケースも一定数見受けられる。

デバイス管理、手技対応における3つの懸念

現状、在宅医療でのデバイス管理、手技対応には、以下の3つの懸念が存在すると考えている。

懸念①リソース制限

在宅医療は基本的に少人数の医療チーム(医師や看護師、医療事務)によって医療サービスが提供される。そのため、デバイス管理や手技に伴う合

併症が発生した際の対応にリソース制限があり、時に病院への迅速な相談や紹介が必要となってしまう。

懸念②医療を専門としない人々との協働

生活と医療が融合した「暮らし」を支える在宅医療では、患者、家族などの介護者、施設スタッフとともに24時間365日の生活サポートに関して協働する必要がある。医療者は彼ら彼女らからの手技やデバイスに関するケアの相談に乗る必要があるが、そうした知識をわかりやすく伝えて理解してもらうには困難さを伴う。

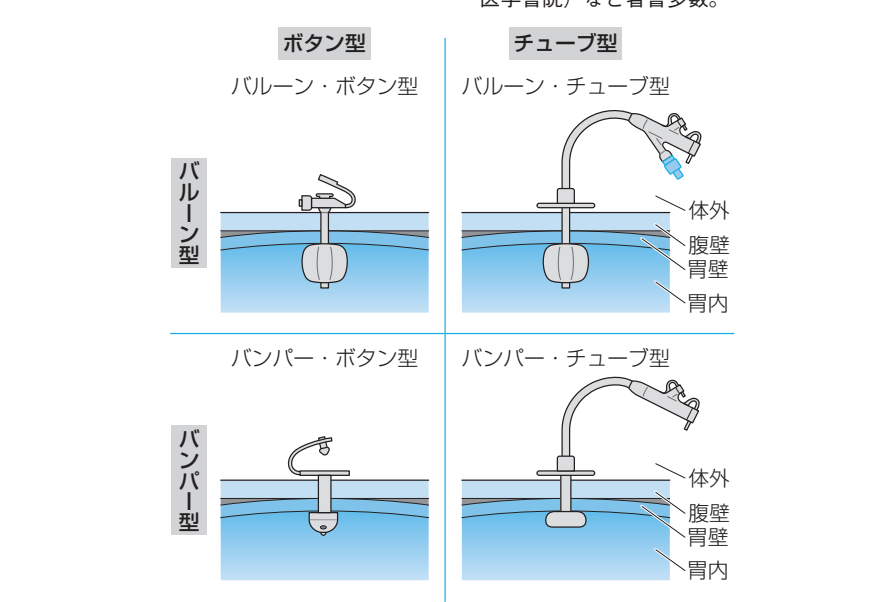
懸念③幅広い手技やデバイスに対して医療専門職自身も不慣れであること

例えば、医療的ケア児を筆頭に、在宅医療の現場では、気管切開、人工呼吸器、胃瘻、尿道カテーテルなど複数のデバイス管理や手技が要求される。しかし、多くの医療専門職のキャリアの大半が臓器別専門&病院勤務である現代においてこれら全てを経験することはまれであり、医療専門職であっても不慣れであることが多い。正直に告白すれば、筆者自身が医師7年目で在宅医療の世界に入った際に一番悩んだのが上記であった。訪問看護師や家族から聞かれる医療デバイスに関する質問対応や、訪問看護師が対応困難な尿道カテーテルの挿入・留置など、冷や汗をかきながらの対応を何度も経験したものである。

胃瘻管理において必要な手技、トラブル対応

具体例として在宅医療における胃瘻管理を考えてみたい。胃瘻患者を在宅で受け入れるとしたら、胃瘻チューブの交換対応という“手技”と、よくある合併症やトラブル“対応”が求められるだろう。

前者に関して、一般的に交換頻度は



●図2 PEG カテーテルの種類(『在宅医療ケアのための手技・デバイスマニュアル』, 27頁より)

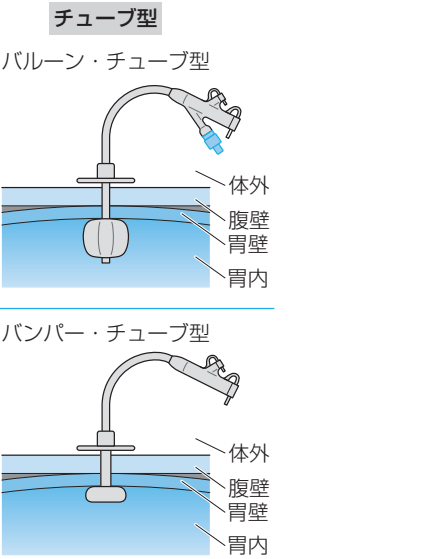
バルーン型では1か月に1回、バンパー型では4~6か月に1回の交換となっている。ただし、初回交換はおよそ6か月後となり、瘻孔が不完全なことが多いため、胃瘻造設機関での内視鏡下による交換が推奨されている。一方で、瘻孔が安定している状態での定期交換は交換キットを用いて在宅でも実施可能だが、安全かつ適切に交換するためにはガイドワイヤーの使い方や交換後の確認方法についても知っておく必要がある。よく用いられるPEGカテーテルの種類と基本構造は図2, 3²⁾に示すとおりで、取り扱い方や耐久性が異なるため、把握しておくことが望ましい。

後者のよくある合併症やトラブル“対応”に関してであれば、胃瘻患者に伴う合併症として代表的な瘻孔周囲の皮膚トラブルや胃瘻周囲の漏れ、嘔吐、下痢、便秘への対応に加え、自己抜去/事故抜去というような有事の対応も求められる。

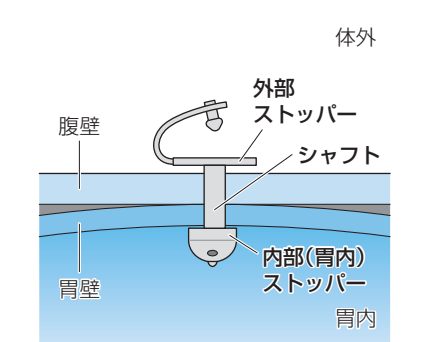
胃瘻チューブが抜けてしまった時は、型によって対応が異なる。バルーン型の場合、バルーンがしぼんで抜けたのであれば、すぐに訪問し再挿入を試みることになるが、訪問まで時間がかかる時は一時的に尿道カテーテルを入れておくこともあるのはよく知られている。しかし、尿道カテーテルのカフ先端はカテーテルが飛び出した状態になっているため、先端が胃壁を刺激し、潰瘍をつくることもあるために注意が必要である。バルーン型の自己/事故抜去を繰り返す事例では胃蠕動による陰圧で破裂しやすくなっていると考えて、入浴時などはカテーテルを輪ゴムで止めておくこともよくなされる

●あら・たかのり氏

2012年新潟大医学部卒。洛和会音羽病院にて初期研修の後、同院呼吸器内科後期研修。18年関西家庭医療学センター家庭医療学専門医コースを修了、同年より現職。『在宅医療ケアのための手技・デバイスマニュアル』『京都ERポケットブック 第2版』(いずれも医学書院)など著書多数。



●図3 PEG カテーテルの基本構造(『在宅医療ケアのための手技・デバイスマニュアル』, 27頁より)



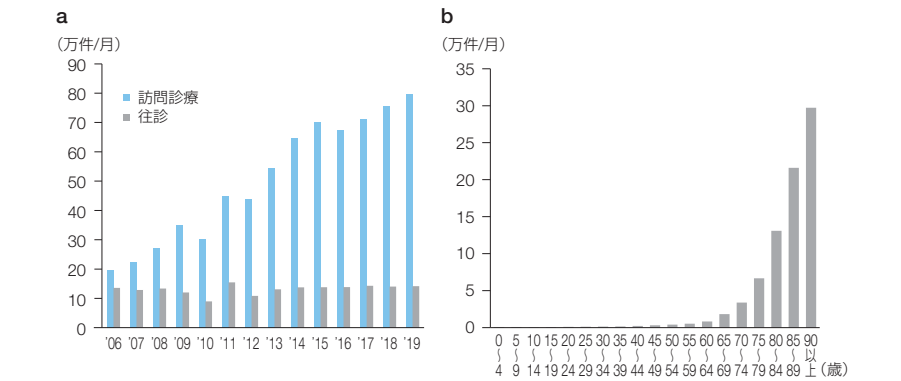
●図3 PEG カテーテルの基本構造(『在宅医療ケアのための手技・デバイスマニュアル』, 27頁より)

アドバイスである。一方、バンパー型の自己/事故抜去時は瘻孔破損の可能性があるため、内視鏡での交換を考慮して病院への紹介が必要となる。こうした判断は一度経験した医療者は慣れているが、初学者にはわかりづらい点となる。

また、これらの医療デバイスは、主に急性期病院では“治療”として導入されるものの、在宅医療では“生活を支える医療サポート”としての意味合いを強く帯びることになる。こうした「在宅ならでは」のケアに関して幅広い知識を担保するような教育プラットフォームの構築が必要だと考えている。

●参考文献・URL

- 厚生労働省. 在宅医療の現状について. 第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ参考資料. 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf>
- 荒隆紀. 在宅医療ケアのための手技・デバイスマニュアル. 医学書院; 2024.



●図1 在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移 (a) と、在宅患者訪問診療料における年齢緩急別分布 (b) (文献1をもとに作成)

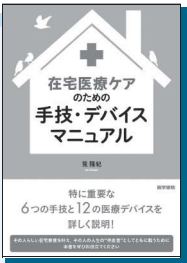
訪問診療は患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの、往診は患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問して診療を行うものを指す。在宅医療を受ける患者数は増加傾向にあり、その9割ほどを75歳以上の高齢者が占める。

その人らしい在宅医療を叶え、その人の人生の伴走者として、ともに戦う医療者のために

在宅医療ケアのための手技・デバイスマニュアル

在宅医療ケアの手技やデバイスに特化したマニュアル。現場の感覚を盛り込んだ実践的な内容の特徴とし、多くのイラスト、図表を用いて直感的に理解しやすい書を目指す。今後、地域医療は「病院完結型」から「地域完結型」へ切り替わっていくはず。在宅医、訪問看護師はもちろん、在宅医療に興味のある研修医、専攻医、さらには薬剤師、介護職、そして患者・家族にも大いに参考にして頂きたい。よく聞かれる質問への回答も収載。

荒 隆 紀

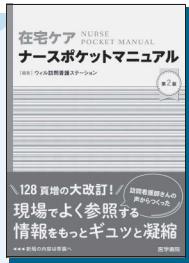


在宅の現場でよく参照する情報をこの1冊に“もっと”ギュッと凝縮！

在宅ケアナースポケットマニュアル 第2版

【128頁増の大改訂】訪問看護師の声からつくったポケットマニュアル。在宅の現場で頻繁に参照する情報や、ケア・指導のポイント、あると便利なスケール・データを網羅的に掲載。何か困った時やうっかり忘れてしまった時に、その場でバツと開いて、欲しい情報にすぐにあたることができる、実用的な1冊。

編集 ウィル訪問看護ステーション



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

第 6 回

患者に安全な医療を提供するうえで、自己管理もちょうとしたい

執筆 長崎 一哉 筑波大学水戸地域医療教育センター/水戸協同病院 総合診療科

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。

指導医

研修医

入職して半年が経過したけど、調子はどう？

仕事にはだいぶ慣れてきました。ただ、少し疲れが溜まってきたような気が……。昨日は入院患者さんの点滴を間違えて別の患者さんにオーダーしてしまいました。

指導医

研修医

薬剤師さんがミスに気付いてくれたらいいね。

そうですね。最近は長話する入院患者さんも多くて、業務時間がさらに圧迫されて大変です。もっと頑張ります……。

安全な医療を提供するためのメンタルヘルス対策

近年、COVID-19 や働き方改革をきっかけに、バーンアウトに対する注目度が上がっています。バーンアウトとは職業に関連した慢性的かつ過度なストレスにより精神的に消耗した結果、感情が枯渇し、労働意欲が低下した状態です。経験の少ない医療従事者に発症しやすく、国内の研修医の約 20 % がバーンアウトしていると報告されています^{1,2)}。

尺度としては Maslach Burnout Inventory™ が有名であり、「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感の低下」の 3 領域で評価されます。理解しづらいのが「脱人格化」ですが、これはヒトを 1 人の人格としてではなくモノとして扱ってしまう傾向を指し、相手に対するネガティブな感情や批判的な言動として現れてくるものです。仕事がいまいかない理由を自分ではなく他者に求めることによって起こる、自衛的な行動傾向だと考えられています。

バーンアウトは、うつや自殺などの精神的な問題、そして研修離脱や離職といった研修医自身への悪影響が起こり得ます。また、担当患者の医療の質や安全性に影響することが指摘されて

おり³⁾、注意力の低下や、コミュニケーション不足に起因するエラーが発生しやすくなります。米国医師を対象とした調査によると、バーンアウトしている医師は医療過誤をオッズ比 2.2 で経験しやすいと報告されていました⁴⁾。また、国内の研修医を対象とした調査においても、インシデントを多く経験した研修医はより多くバーンアウトしています（オッズ比 2.7）¹⁾。すなわち質の高い安全な医療を提供するには、メンタルヘルス対策を行うことが重要と言えるでしょう。

バーンアウトをどう防ぐ？

バーンアウトを防止するには、なぜ発生するかを知る必要があります。ここでは、仕事の量や質と与える負担を表す「仕事の要求度」と、それを支えるための「仕事の資源」の不均衡により起こると考える「仕事の要求度—仕事の資源モデル」（図）を用いて解説します⁵⁾。

● 仕事の要求度

仕事量では、長時間労働との関連が重要です。著者らが行った研修医を対象とした研究では、週 80 時間以上の労働はバーンアウトのリスクを上昇させました²⁾。一方で労働時間を短くし

ても労働量が減らなければ労働密度が高まり、強いストレスを招きます。また、責任や役割が不明瞭であることや能力を超えた仕事の要求といった「質」の面での負担も考慮が必要です。さらに、もともと研修医には「研修する」という負担があります。

● 仕事の資源

仕事の資源は、職場の資源と個人の資源に分けられます。前者は、指導医や上級医からの支援はもちろんのこと、同期や他の医療従事者からの支援があるかという点も重要です。職場の雰囲気も影響するでしょう。後者は、身体的、精神的、社会的な健康が基本です。自尊心、自己効力感、楽観性、希望、レジリエンスは心理的資本と呼ばれ、バーンアウトを起こしにくいマインドセットです。研修の真ただ中にいる研修医にはなかなか感じにくいものかもしれませんが、定期的な振り返りや成功体験を通じて、「努力すれば自分の能力は成長する」という成長的マインドセットを身につけることが重要です。

レジデントが個々人でできる患者安全対策

● 冒頭の会話を分析しよう

冒頭に提示した研修医がどのような状況に陥っていたかを考えてみましょう。研修医が行ってしまったことは、「処方の誤り」だけではなく、「患者の取り違え」を含んでおり、重大なインシデントにつながる可能性がある危険な行為でした。その背景として、「疲れている」という発言に目が留まります。疲労や睡眠不足により、注意力が低下するのは当然のことです。もう 1 点注目したいのは、「話の長い入院患者が多い」との発言です。アンプロフェッショナルな発言にも見えますが、「脱人格化」を反映している可能性があります。患者に対する態度が急に変化した研修医は注意が必要です。

● テーマごとの具体的な対策

仕事の要求度—仕事の資源モデルを踏まえた上で、バーンアウトのリスク評価（表）を行います。評価を行うタイミングは、各科のローテーション開始前です。指導医・上級医、同期や先輩研修医などからどのような研修が行われているか（例：レクチャーや勉強会の予定）について十分な情報収集を行い、仕事の内容および要求度を評価しましょう。それと並行して、誰に頼ればいいのか、誰が相談しやすそうかといった「仕事の資源」も確認してみてください。運動、睡眠、食事などの日常的な健康維持から休みの過ごし方など、プライベートの状況も確認することが大事です。

リスク評価を通じてバーンアウトの可能性が高いと思った場合は、「仕事の資源」をどう増やすかを考えましょう。指導医や上級医、職場に早めにあいさつへ行き、関係性を構築するなど対策は可能です。家族や友人に不安を

●表 バーンアウトのリスク評価シート（長崎氏作成）

仕事の 内容	どのような職務か？
	どのような勤務体系か？
	上司や同僚は誰か？
	どのような教育を受けるか？
仕事の 要求度	仕事の忙しさは？
	仕事の責任度は？
	不慣れな仕事か？
	研修や教育への負担は？
仕事の 資源	職場で誰に頼るか？
	裁量権はあるか？
	プライベートは？
	健康維持は？

共有したり、休みの日に休養が取れるように過ごしたりすることも大切です。それでも「疲れている」と感じる場合は、できるだけ早い段階で指導医に相談しましょう。休養や業務制限などの介入が必要になることがあります。 「仕事の要求度」を減らす介入は上司にしかできません。ただ、助けを求める行動には勇気を伴うことも事実です。言い出しづらければ、より学年の近い上級医や同期、家族・友人でも構いません。個人的には立場の近い研修医同士のサポート（ピアサポート）が重要だと考えています。普段から周りに目を向けて、何か違和感を覚えたらお互いに「大丈夫？」と声をかけていきましょう。

研修医のその後

指導医との面談の中で、研修医は自身がバーンアウトしている可能性とそれが診療エラーに与える影響について認識しました。その理由として研修医は、現在の診療科では担当する患者が多いことから患者管理に常に不安を抱えていること、そして学ぶトピックが多く、夜遅くまで勉強していることに思い当たりました。指導医と対策を話し合い、「担当入院患者を 5 人までに制限すること」「有給を取得し、十分な休息と睡眠を取ること」を決めました。指導医からはバーンアウトのリスク評価シートが提示され、今後のローテーションの中で活用していくようアドバイスがありました。

覚えておこう！

●バーンアウトは医師のパフォーマンスを低下させ、インシデントリスクを上昇させる。

●各科をローテーションするたびに情報収集を行い、バーンアウトのリスクを評価する。

●バーンアウトを防ぐには、ストレス対処やセルフケアに加え、周りに援助を求める行動が重要。

●参考文献

- 1) Intern Med. 2021 [PMID : 33281158]
- 2) Sci Rep. 2022 [PMID : 35739229]
- 3) J Intern Med. 2018 [PMID : 29505159]
- 4) Mayo Clin Proc. 2018 [PMID : 30001832]
- 5) J Occup Health Psychol. 2017 [PMID : 27732008]

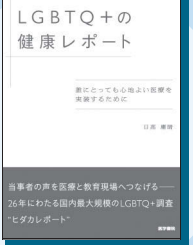
特別ではなく、1人ひとりを大切にしたいあたり前のケアを

LGBTQ+の健康レポート

誰にとっても心地よい医療を実装するために

国内でもセクシュアリティを取り巻く環境が徐々に変化している。しかし実際は、LGBTQ+当事者の方への偏見や戸惑いが存在し、世間の表向きの理解と現実のギャップは大きい。それは医療・教育現場も同様だ。そこで本書では、著者が長年にわたり行ってきた大規模調査データや当事者の語りをもとに、医療を必要としている当事者が戸惑うことなく受診できるための実装方法を解説した。調査データの一部を巻末資料として収載。

日高庸晴

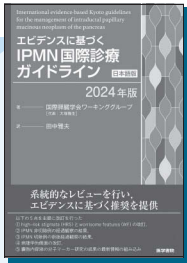


国際学会での議論を経て策定された診療ガイドラインをアップデートし、現在の理解に基づいた推奨を提示

エビデンスに基づく IPMN国際診療ガイドライン【日本語版】（2024年版）

改訂の主眼は以下の5点である。①high-risk stigmata (HRS)とworrisome features(WF)の改訂、②IPMN非切除例の経過観察の結果、③IPMN切除例の術後経過観察の結果、④病理学的側面の改訂、⑤嚢胞内容液の分子マーカー研究の成果の最新情報の組み込み。これらの点に関して系統的なレビューを行って各々を別個に出し、エビデンスに基づく推奨を提供した。

著 国際膵臓学会ワーキンググループ
【代表：大塚 隆生】
訳 田中雅夫



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所 特任教授

第2回 道徳的地位——どのような存在に、どの程度の倫理的配慮をすべきか

医療の現場において、倫理は単なる理論ではなく、日々のさまざまな実践に直結する重要な指針として機能することが期待されています。また、医療従事者、医療者を志す学生にとって、倫理的な判断力を養うことは、専門的なスキルを磨くのと同様に不可欠だとされています。

今回注目する「道徳的地位（moral status）」^{1) 2)} は、医療における意思決定や患者とのかかわり方を考える上での基本概念の一つです。医療の文脈においては、通常の患者に加え、終末期や認知症の患者、胚（受精卵）や胎児、脳死者など、さまざまな状況下にある人々の道徳的地位が問題となります。言い換えれば、多様な存在にどの程度配慮すべきかが問題となるのです。この概念は、人間だけではなく、動物、自然環境、さらには人工知能といった幅広い対象にも適用されます。

本稿では、道徳的地位の概念を概略した上で、具体的なシナリオも交えながら実践的な理解を深めていきたいと思えます。

道徳的地位の基準

道徳的地位の有無を判断するための基準は多岐にわたりますが、特に以下の三点が重要です。

1. 自律性（自己の行動を選択し、決定する能力）

この高度な認知能力を持つ存在は、「完全な道徳的地位（full moral status）」を持つとされます。自律性を持つ代表的な存在は私たちのような人間です。このほか、こうした能力を現在持たない存在であっても、今後発展させる可能性がある存在、例えば胚や胎児も、完全な道徳的地位を持つとされる場合があります。

2. 有感性（苦痛や快楽を感じる能力）

この基本的な能力を持つ存在は「ある程度の道徳的地位（some moral status）」を持つとされます。有感性を持つ存在は、苦痛を回避したいという利害関心を持っており、例えば、犬を無意味に蹴ることが倫理的に悪いとされるのは、その行為が犬自身に不当な苦痛を与えるからです。

苦痛を回避したいという利害関心を持つ存在の間では、その利害関心を平等に重視することが求められます。逆

に言えば、これは異なる存在に異なる種類の利害関心があることを意味します。例えば、人間には動物よりも広範で複雑な利害関心があります。日常生活の倫理的配慮において、動物よりも人間が優先されるのはそのためです。

一方で、脳死状態にある人や自律性を欠く新生児の道徳的地位が、有感性やある程度高度な認知能力を持つ動物個体の道徳的地位よりも高いと主張することは、論理の一貫性に欠けると判断されることもあります。「人間であること」が道徳的地位にとって重要であるとする立場（ヒトの種に属すること自体が完全な道徳的地位を付与する基準になるというもの）もありますが、これに対しては根強い反対意見があります。こうした議論を補完するのが次の基準です。

3. 関係性（他者や周囲との関係や絆）

これは、家族、友人、ペットなどとの親密な関係性、またはあるコミュニティの一員であるという事実が倫理的判断に影響を与えるというものです。この視点を導入することで、多くの人の直観にかなった「まとも」な倫理的判断を導くことが可能になります。

ここで説明した三つの基準は互いに排他的ではなく、社会において複合的に適用されることが一般的です。医療現場では、これらの基準を総合的に考慮しながら、個々の状況に応じて倫理的判断を下すことが求められます。

道徳的地位の応用例

次に、医療現場で起こり得る仮想的な事例を通じて、道徳的地位の概念が具体的にどのように適用されるのかを見ていきます。

胎児の道徳的地位と中絶

妊娠初期の A さんは、胎児に重大な先天性異常があることが判明しました。医師はその情報に基づいて、今後の選択肢を慎重に説明していますが、A さんは倫理的な理由から中絶に対して躊躇しています。

この事例においては、胎児の道徳的地位をどのように評価するかが問われます。胎児が人へと成長する潜在性を持っていることから、その生命を尊重すべきだという意見がある一方で、妊娠初期の胎児の道徳的地位を完全なものと思えない立場もあります。胎児が持つ潜在性をどの程度重視するかは、

個人の価値観や倫理観、さらに社会的・文化的背景によって大きく異なります。

また、胎児に重大な先天性異常があることが、その道徳的地位にどのような影響を与えるのかも慎重に考慮する必要があります。出生後の人の生命の価値を障害の有無で差別するのは不当とされています。しかし、出生前の時点で胎児に重大な障害があるとなっっている場合、その生命を健全な胎児と同等に扱うべきか、あるいは質的な違いがあると考えるべきかは大いに問題になるでしょう。

また、母親の権利と胎児の権利のバランスをどう取るかも検討の余地があります。通常、二つの権利が衝突する場合、どちらを優先するかは状況によって異なり、一概に判断することは容易ではありません。一般的に、A さんの自己決定権は重要な権利であり、彼女が自身の身体に関してどのような選択をするかは基本的に尊重されるべきです。胎児を出産することで A さんの健康に重大なリスクがある場合、母親の権利がより重視されるという判断は妥当と言えるでしょう。しかし、A さんに健康リスクがなく、かつ胎児が重大な先天性異常を持つ場合、母親の権利と、胎児の権利や生命の価値とのバランスを取ることは困難な問題です。

さらに、A さんと胎児との間に築かれた関係も重要な要素となります。A さんは胎児に対して「自分の子」という感覚を強く抱いているかもしれず、この関係性が A さんの倫理的判断に影響を与えていることは想像に難しくありません。このような関係が深まることで、A さんは胎児に対して一般的な胎児以上の倫理的配慮を求め、場合によっては他の人間と同等の配慮が必要だと感じるかもしれません。関係性に基づく配慮は、A さんが中絶を躊躇する一因となる可能性があります。

結論として、A さんが直面している倫理的なジレンマを解決するには、胎児の道徳的地位、母親の権利、胎児の生命の価値、A さんと胎児との関係、さらには出産後の長期的な影響（A さんの精神的健康、家族関係、キャリア形成など）といった複合的な要因を慎重に検討することが不可欠です。医療者は、A さんに十分な情報とサポートを提供し、彼女が最も納得できる決断を下せるよう支援することが重要です。

社会における多様な存在への倫理的配慮の意義

道徳的地位の概念は、医療現場を超えて、社会におけるさまざまな存在に対する倫理的配慮の基礎となります。社会において、ある存在に倫理的配慮をすることは、その存在が持つ道徳的地位を認識し、それに基づいて適切な扱いをすることを意味します。具体的には、以下のような行動が求められます。

1. 差別の禁止

ある程度の、または完全な道徳的地

位を持つ全ての存在に対して、特段の理由がない限り、その道徳的地位の程度に応じた平等な扱いを保証することが重要です。これには、人種、性別、年齢、障害の有無、種の違いなどに基づく不当な差別を排除することが含まれます。

2. 福祉や権利の保護

道徳的地位を持つ存在の権利を積極的に保護し、その権利が侵害されないよう努めることが求められます。動物の福祉や権利を保護するための法律の制定などが具体的な事例です。

3. 倫理的な意思決定

社会的に重要な意思決定を行う際には、影響を受ける全ての存在の道徳的地位を考慮に入れることが求められます。特に、現在の決定が将来に大きな影響を及ぼし得る時は、まだこの世に存在しない将来世代も倫理的配慮の対象に入れるべきだと考える人もいます（長期主義）。これは、政策立案者や企業の経営者にも強く求められる姿勢です。

*

「道徳的地位」は、医療倫理の根幹を成す重要な概念です。それを深く理解し、日々の実践に反映させることで、患者の権利と尊厳を守り、より質の高い医療を提供することが可能となります。同時に、社会全体においても、道徳的地位を持つ存在に対する倫理的配慮を実践することは、公正で持続可能な社会の実現につながるでしょう。

医療・医学研究の現場に身を置く者として、倫理的な判断力を磨き続けることは、生涯にわたる責務であると言えます。本稿で取り上げた事例のように、倫理の問題には簡単に導くことのできる答えはないかもしれません。だからこそ私たちは常に考え、対話し、より良い医療と社会を共に創り上げていく努力が求められます。

今回の POINT

●「道徳的地位」は、医療における意思決定や患者とのかかわりを考える際に役立つ。

●「道徳的地位」の有無や程度を判断するに当たっては、①自律性、②有感性、③関係性の三点が重要。

●臨床においては、複数の基準を複合的・総合的に考慮することで「道徳的地位」の有無や程度を判断する。

●「道徳的地位」は、社会におけるさまざまな存在に対する倫理的配慮の基礎となる。

●参考文献

- Warren MA. Moral Status : Obligations to Persons and Other Living Things. Oxford University Press ; 1997.
- 澤井努. 命をどこまで操作してよいか——応用倫理学講義. 慶應義塾大学出版会 ; 2021.

正しい「型」が身につけられる。自分の「技」に自信が持てる。

皮膚科手技大全 [Web動画付]

皮膚科手技を行うことは皮膚科医の日常診療に欠かせない。本書は、専門医を目指す皮膚科研修医・専攻医、ならびに若手皮膚科医が身に付けておくべき36の手技やテクニックについて、3段階のレベルに分けてエキスパートの知恵と技を紹介する。手技ごとに詳しい手順や方法を示したWeb動画も収載、より理解を深めることができる。AIには決して真似できないエキスパートの正しい「型」がわかり、自分の手技に自信が持てる。

編集 大塚篤司



B5 頁208 2024年 定価:8,250円[本体7,500円+税10%] [ISBN978-4-260-05483-6]

医学書院

新刊

圧倒的な情報量！ 麻酔科マニュアルの「第一選択」堂々の改訂

麻酔科臨床SUMノート 第2版

▶S:讃岐、U:内田、M:森本による麻酔の臨床に必須事項をまとめた国産ハンドブックの改訂版。全項目を丁寧に見直し、見開きで完結させるスタイルはそのままに、新しい薬や手技など麻酔方法のトレンドを押さえ、ガイドライン改訂に合わせた最新情報にアップデート。手術室でもベッドサイドでも、気になったことはさっとその場で確認ができる。専門医試験対策に役立つ『ミラー麻酔科学』の参照頁と専門医試験の過去問情報も更新。

編集:讃岐美智義 NHO医療センター 麻酔科
内田 整 関西医科大学附属病院 麻酔科
森本康裕 宇部興産中央病院 麻酔科

定価8,250円(本体7,500円+税10%)
B6変 頁640 図229 写真6 2024年
ISBN978-4-8157-3108-3

TEL.(03)5804-6051 https://www.medsj.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsj.co.jp

看護・介護する人の腰痛ゼロをめざして

腰痛予防と緩和のためのセルフケア

看護・介護従事者の職業病とも言われる腰痛。腰痛ゼロをめざした腰痛予防策と、あん摩マッサージ指圧・はり・きゅうの基礎理論に基づくセルフケア法を紹介します。

編集 関 恵子 滋賀県立大学人間看護学部・講師



腰痛を防ぐ姿勢改善と、デバイスを活用した医療現場での予防教育

第 3 回

執筆 伊丹 琢 明治大学理工学部電気電子生命学科 専任講師

千田 美紀子 滋賀県立大学人間看護学部 講師

関 恵子 滋賀県立大学人間看護学部 講師

今回のねらい



今回は腰痛発症メカニズムや看護師・介護士を対象とした腰痛実態調査の結果から、腰痛リスクのある具体的な看護動作と、意識すべき姿勢を示します。一方で、日々の看護実践において患者のケアと並行して自身の姿勢を意識し続けることは難しいものです。筆者らはこれまでさまざまな姿勢計測機器を開発し、自らの姿勢を把握することによる腰痛予防意識の向上効果を検証してきました。本稿から腰痛発症リスクの高い看護動作を把握し、腰痛予防につなげていただくと幸いです。（関恵子）

看護・介護業務中の姿勢不良と腰痛メカニズム

看護・介護現場で日々行う生活行動援助は、腰痛発症の「動作要因」と言われる荷重・前傾姿勢・ひねり・長時間の静的作業姿勢といった不良姿勢を伴うことが多いです。看護職者の腰痛要因となる援助に関する文献においても、移乗に関連する車椅子移乗・体位変換といった腰部への荷重やひねりの多い援助だけでなく、排泄介助、清潔ケアといった長時間の前傾姿勢を要する援助において腰痛有訴率が高いことが報告されています¹⁾。そのため援助中の荷重の制限や姿勢・環境改善が求められています^{2,3)}。

◇腰痛発生メカニズムに基づき、腰痛予防対策を考える

腰痛発生メカニズムから考えると、器質的疾患のない筋性腰痛は、前傾姿勢により腰部進展筋の内圧が高まることに起因します。腰部進展筋の内圧が高まると腰背部の筋血流が阻害され低酸素状態となり、発痛物質の生成および疲労物質の蓄積が促進されることで腰痛が発生します⁴⁾。さらに、患者の持ち上げや腰をひねるような動作が加わると、腰部の椎間関節や椎間板への負担から腰痛が発生しやすくなります。

立位において腰痛の起因となる腰背部の筋内圧は、直立姿勢（0°）から前屈 60°の間で前屈角度の上昇に従い上昇します。しかし、前屈姿勢でも手を机やベッドに置くなど体幹の荷重を分散することで筋内圧を減少できます。また座位であれば前屈によって筋内圧が上昇するものの、立位に比べるとその上昇は抑えられます⁴⁾。これらの研究結果より、清潔・排泄ケアといった立位で長時間前傾姿勢となる可能性がある場合、①ベッドの高さを調整して

前屈角度を浅くする、②体幹の荷重を分散できるよう身体の一部をベッドや柵に置く、③バイタルサイン測定や食事介助、採血といった長時間の前傾姿勢で実施する援助では可能であれば座位でのケアを推奨していくことが腰痛予防につながると言えます（図）。

患者さんの援助の際に看護師や介護士が座ってケアをしている医療現場は、まだまだ少ないのが現状です。寝たきり患者が急増している現代において、前述した3つのポイントを意識することでコストをかけず、今からでも姿勢改善に取り組みます。ぜひ、看護師にとって負担が少ないケア方法を職場として検討してもらえれば幸いです。（執筆：関恵子）

腰痛リスクのある前傾姿勢×ひねる動作を把握し通知する

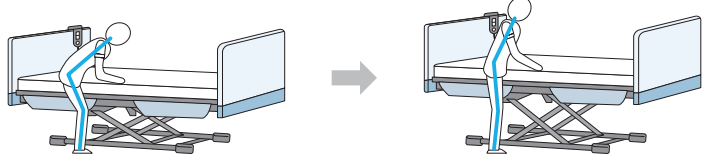
腰痛予防において、看護動作中の姿勢を意識して不良姿勢を改善しなければなりません。医療現場で常に自身の姿勢を意識するのは難しいものです。

筆者は腰痛発症リスクのある前傾姿勢や体幹のひねりを検知し、看護動作中に音または振動で伝えられる腰痛予防スマートデバイスの開発を行っています⁵⁾。このデバイスには3軸加速度センサーが搭載されており、前屈角度を 20～40°の注意角度、40°以上の危険角度、ひねりを 30°以上で危険と設定し、姿勢不良を警告します^{6,7)}。この腰痛予防デバイス活用による姿勢改善の有効性も既に検証されており、腰痛発症リスクのある姿勢でアラームが鳴った場合、その後の看護動作中の前傾角度およびひねり角度の平均値だけでなく、姿勢への意識も有意に改善されることを確認しました^{8,9)}。

◇新人看護師研修での活用

現在、腰痛予防デバイスを用いた腰

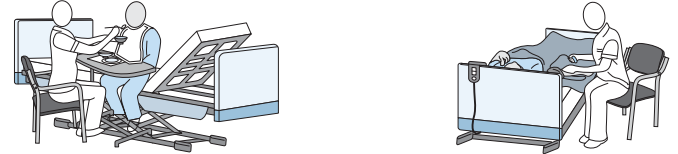
① ベッドメイキングや清拭、おむつ交換等では、ベッドの高さを調節して前屈角度を浅くする



② 清拭、おむつ交換等では体幹の荷重を分散できるよう身体の一部をベッドや柵に置く



③ 食事介助、バイタルサイン測定等において、可能であれば座位でのケアを推奨していく



●図 立位で長時間の前傾姿勢をとる際にできる腰痛予防対策

痛予防教育は、病院の新人看護師研修でも活用されています（写真）。看護師養成校における腰痛予防のためのボディメカニクス教育は、必修項目ではないため新人看護師によって知識にバラつきがあります。入職して数年以内に腰痛を自覚される方が多く、その半数は再発を繰り返し慢性化すると言われています。看護師の職業病と言われる腰痛を予防するには、養成校における基礎教育から臨床現場における研修まで、切れ目のない継続した腰痛予防教育が必要です。今後さらに腰痛予防教育に貢献できるよう、本デバイスと連動する腰痛自己管理型アプリや、病院組織等における総合管理システムの開発を進め、将来的な腰痛を未然に防ぐことを可能とする機器の開発を続けていきます。（執筆：伊丹琢）

トイレ・食事介助、おむつ交換は腰痛発症リスクが高い

筆者はある介護施設において、日勤帯における腰部前傾姿勢の測定と実態調査を行いました。介護士において、「腰痛危険角度」とされる腰部前傾角度 40°以上が占める勤務時間中の割合は、全体の 8.9±6.4%であり、特に 11：30～14：00、18：30～19：30 の勤務時間帯で高い値となりました。これらの勤務時間で行ったケアの内容について介護士に尋ねたところ、トイレ介助や食事介助、おむつ交換を主に行っていたことが明らかになりました。これらのケアでは腰部前傾角度が高く、なる可能性があり、腰痛予防教育を検討していくべきと考察しています（この研究は第 24 回 EAFONS 国際会議で発表しました）。

また、調査実施後にインタビューを行うと、「腰は常に痛い。どの時間帯が危険な角度になっているのか見て聞いてわかる」と腰痛予防意識を持つべきケアの特定がしやすく面白い。姿勢に気をつけようと思った」と感想をいただきました。腰痛発症リスクのあるケ



●写真 新人看護師研修における腰痛予防デバイスを活用した腰痛予防教育

アを自らの経験や知識から把握し対策するだけでなく、リアルタイムに姿勢角度を把握できる機器を活用することでさらなる腰痛予防効果があると期待しています。（執筆：千田美紀子）

●参考文献・URL

- 関恵子, 他. 看護師の腰痛に関する文献検討と腰痛予防・改善に向けた今後の課題. 日本看護研究学会雑誌. 2023 ; 46 (1) : 99-114.
- 厚労省 中央労働災害防止協会. 医療保健の労働災害防止（看護従事者の腰痛予防対策）. 2015.
<https://bit.ly/3XjNlft>
- 厚労省 中央労働災害防止協会. 腰痛を防ぐ職場の事例集. 2023.
<https://bit.ly/3yIRAAy>
- 紺野慎一. 筋肉の生理・病態. 菊地臣一（編）. 腰痛 第2版. 医学書院 ; 2014. 90-101.
- 伊丹琢, 他. 看護動作時における腰部負担軽減を目的とした危険前傾・ひねり姿勢を警告可能な携帯型スマートデバイスの開発. バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌. 2023 ; 25 (1) : 9-19.
- 伊丹君和, 他. 腰痛要因となる危険前傾姿勢を警告・モニタリング可能な携帯型姿勢計測器の開発. 看護人間工学会誌. 2022 ; 3 : 33-40.
- メディアロボテック. 腰痛予防スマートデバイス LBPP.
<https://bit.ly/3YxnGki>
- 前川奏子, 他. 表面筋電図を用いた車椅子移乗介助時のひねり動作と腰部負担の視覚化の試み. 医療情報学. 2010 ; 29 (6) : 235-43.
- 石堂雄大, 他. 危険姿勢を警告可能な携帯型姿勢計測装置・アプリの視覚フィードバック併用による姿勢改善への影響. バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌. 2024 ; 25 (2) : 25-33.

腰痛患者の診かたが様変わりする新たな視点が満載

腰痛 第2版

初版刊行から10年、腰痛の研究・診療は大きな変化を遂げた。編者の腰痛研究の集大成であった本書も、それに対応し大幅な改訂となったが、「腰痛を知るのではなく、腰痛をどう考えるか」というconceptは不変。カラー写真を多数収載した病態の基礎解剖から治療選択の実践までの豊富な事例はさらに充実。慢性腰痛に対する新たな視点―「解剖学的損傷」から「生物・心理・社会的疼痛症候群」へ、という新たな潮流を解説する。

編著 菊地臣一



B5 頁416 2014年 定価:9,460円[本体8,600円+税10%] [ISBN978-4-260-01915-6]

医学書院

腰痛リハの定番書、待望の改訂第2版

非特異的腰痛の運動療法【Web動画付】

第2版
病態をフローチャートで鑑別できる

非特異的腰痛の症状に応じた運動療法を解説し、好評を博した書籍の改訂第2版。今版では、「前屈動作」と「後屈動作」では鑑別できない症例に対応し、「側屈動作」と「回旋動作」をフローチャートに追加。さらに「病期別」という視点から、「急性期」「亜急性期」「慢性期」別の運動療法とホームエクササイズを、Web動画でわかりやすく解説する。また、その根拠となるメカニズムを、豊富なエビデンスをもとに解説する。

荒木秀明



B5 頁248 2023年 定価:5,280円[本体4,800円+税10%] [ISBN978-4-260-05006-7]

医学書院

めざせ「ソーシャルナース」!

社会的入院を 看護する

石上 雄一郎
飯塚病院連携医療・緩和ケア科

本来は入院加療の適応でない患者の長期入院を指す社会的入院。患者の医療的課題のみならず社会的課題もケアするために、看護師はどのような視点を持つべきか。医療と社会福祉をつなぐ「ソーシャルナース」(筆者の造語)になるために、看護師が押さえておくべき社会的入院の要点を解説します。

第 17 回 病院で困りやすい患者への対応



市中肺炎にて入院した 75 歳男性。抗菌薬投与で徐々に症状は改善し、入院 3 日目には酸素投与は 2 L となり、徐々に食事も取れるようになった。患者から看護師に「主治医から軽い肺炎だから 2~3 日入院しましょうと主治医から言われていたけれど、すでに入院 3 日が経過しており、家にいる猫の世話をするため家に帰らせてほしい」と相談があった。主治医に状況を確認したところ、「まだ不安定な状況で、入院の継続が必要」とのことです。看護師は患者への対応に苦慮していた。

病院で困りやすい患者

変わった患者だな、癖が強い家族だなと感じたことはないだろうか。こうした患者や家族への対応として、まずは①意識障害、②認知機能障害、③精神疾患/パーソナリティ障害、④発達障害特性の評価を行いたい。この中で最も遭遇する可能性が高いのは、せん妄と認知症患者であり、疾患に応じた対応が必要となる。精神疾患の既往がある場合はかかりつけ医に対応方法などを確認できる。しかし、発達障害や境界性パーソナリティ障害(註)はあくまで個人の特性であり、正常な状態と連続している。感情に配慮するような支持的な対応だけではうまくいかず、トラブルが起こりやすいため医療者は苦手意識を持ちやすい。今回は病院で困りやすい、発達障害と境界性パーソナリティ障害の患者への対応を中心に共有する。

1) 発達障害

まずは、「言っていることは間違っていないが、何かおかしい」「話が通じない」といった発達障害者とのコミュニケーションで起こりがちな事態を把握し、気づくことである。その他のケースとして、想像力を働かせるのが苦手、予定外の変更に対する融通が利かない、言葉を文字通り受け止める、こだわりが強く自分の考え方ややり方に固執するなどが挙げられる。

病院は、患者にとってわかりにくい暗黙のルールが多い。病気が今後どのようなものかの見通しは不確定であり、与えられる情報量も多いため混乱を来しやすい。発達障害特性がある患者の視点に立って評価し、対応することが求められる¹⁾。

2) 境界性パーソナリティ障害

分裂機制が特徴的で、自分も他者も

善か悪かのいずれかに二分化する。見捨てられるかもしれないとの不安から相手を試したり、他人を操作しようとしたりすることも特徴である。特定の医療者に見てもらいたいとの欲求から特例を要求することや、何度も病院へやって来て説明を要求することもある²⁾。

何が苦手かをアセスメントし対応する

1) 医療者の陰性感情を自覚する

患者と話が通じず対応が難しいと、足が遠のきがちになるのは仕方ない側面もある。医療者はこうした陰性感情を自覚し、チームで対応することが重要だ。適宜、精神科チームに協力を仰ぐことも考えたい。

一方で、〇〇障害と病名によるレッテルを貼ってしまうことには注意したい。こうしたレッテルは医療スタッフの偏見や誤解につながり、さらに対応を困難にしてしまう。大事なことは何が苦手かをアセスメントし対応することである。患者の特性により実際の対応は異なるが、ある程度気をつける点は決まっている。

2) 構造化によって視覚化する

学習環境や活動を「視覚的に」示す構造化は、自閉症教育で重要視されてきた手法で、相手が理解しやすいように伝える手法である³⁾。特に発達障害がある方には、抽象的な表現ではなく具体的で明確なコミュニケーションが必要である。「そこにある」「この間の」といった代名詞はなるべく使わず、「右側の棚にある」「2 日前の」などより具体的に示す。このときなるべく視覚情報を用いて、図や絵を用いて紙に書くことも有効だ。口頭の説明時には、本人にメモをしてもらったり、大事なところに線を引いてもらったりする。話の要

①医療者の陰性感情を自覚する

- チームで対応する
- 入り込みすぎない



②構造化によって視覚化する

- 簡潔に伝える。見通しを立てる。代名詞を使わない
- 図や絵を用いる。紙に書いて説明する。クローズドな質問をする
- 1 日のスケジュールを明示する



③その人の特性にあわせた対応

- 許容できる範囲で本人のペースに合わせる
- パターン化した流れをつくる
- 家族の協力を得る



④医療者の限界を設定する

- 医療者の対応を統一し、ルール化する
- 医療者の限界を伝える
- 自分で行えることは自分で行ってもらう。治療に協力してもらう



●図 病院で困りやすい患者への対応におけるポイント

点をつかめないことがあるので、簡潔に繰り返し、最後に要点を伝えることも役立つ。何かを問いかける際、オープンな質問は何を求められているかわからず混乱を引き起こす可能性があるため、クローズドな質問を回答への補助線としてうまく使えると良いだろう。また、予定の見通しがないと不安を抱き、急な予定の変更も苦手なため、1 日のスケジュールをあらかじめ明示する。「また後ほど伺います」ではなく「今日の〇時に伺います」などと具体的に説明を行う。予定の変更がある場合はあらかじめ伝えることも忘れてはならない。

3) その人の特性に合わせた対応

医療者が一方的に本人のペースを管理すると、混乱を来たしてしまう可能性がある。治療上許容できる範囲であれば尊重し見守る。この時、1 日の流れがパターン化できると安心しやすい。そのためには本人の特性をよく知る家族に協力してもらう方法もあるだろう。愛用品を持ち込むことや、音への過敏さがある場合は静かな個室への移動や耳栓を用意するなど対応できる。

4) 医療者の限界を設定する

特に発達障害がある場合は悪気なく不適切な行動をとることがある。その場合には行動の理由を聞くことと、適切な行動のルール化をすることが有効である。加えて医療者の限界を伝えることも行う。病院には一定のルールがあり、なるべく早期に患者が遵守すべきことを明確にする。

・〇〇ということがありました。覚えておられますか？ その時はどんなお考えだったのでしょうか？
・なるほど。それはきつかったですね。実は、他の医療者とも話してきたのですが、医療者として、〇〇の点で実は困っております。病院としては、〇〇の対応はできません。申し訳ありません。

医療者が「できること」と「できないこと」を明確にし、できないことには毅然とした対応を行う。また、「〇〇さんはしてくれたのに」とならないように、カンファレンスなどで医療者間の対応を統一することが重要だ。

境界性パーソナリティ障害が疑われる場合は、「相手に期待を持たせすぎないこと」「社会の一般的なルールで対応すること」が肝心だ。何かをしてあげたくなる気持ちをグッと堪えて、自分でできることは自分で行ってもらう。また、治療は患者と医療者が一緒に行うものであり、治療に協力してもらうことが必要との説明が必要である⁴⁾。

CASE のその後

せん妄・認知症・精神疾患の既往はなく、本人の特性が関係ありそうだと判断した。最短の入院期間を言葉の文字通り受け止めていることや、自分の治療より猫の世話を心配していることなどから、優先順位をつけるのが苦手なタイプと考えた。

現在の病状と今後の見通しのスケジュールについてわかりやすく紙面にまとめたものを準備し、説明したところ納得された。本人の気がかりを家族に伝え、家族から本人の特性で気をつけるところについて聞き、看護に生かすことができた。

看護の POINT

- ・明確なコミュニケーションによって、相手が理解しやすいように努めよう。
- ・家族の協力も得ながらその人の特性に合わせた対応をしよう。
- ・医療者が「できること」と「できないこと」を明確にし、限界設定をしよう。

註：本稿で用いられる「境界性パーソナリティ障害」は、米国精神医学会 (APA) による精神疾患診断基準『DSM-5-TR™』にて規定された「Borderline Personality Disorder (ボーダーラインパーソナリティ症)」と同義である。

●参考文献・URL

- 1) 井上真一郎。「大人の発達障害」トリセツのつくりかた。中外医学社；2020。
- 2) 春日武彦。援助者必携 はじめての精神科。第 3 版。医学書院；2020。
- 3) 一般社団法人全国地域生活支援機構。自閉症教育における「構造化」というキーワードと TEACCH プログラム。2018。https://jlisa-net.jp/zhi/zhi-kouzouka/
- 4) J Palliat Med. 2012 [PMID : 22500485]

現時点で世界一わかりやすい「オープンダイアログ入門書」です (断言！)

まんが やってみたいくなるオープンダイアログ

オープンダイアログってどうやるの？ 6編の物語と4章の解説で、オープンダイアログのエッセンスを2時間でつかめるよう構成しました。どうしたら対話を続けることができるのか、なぜ計画を立ててはいけないのか、調和を目指さないとはどういうことか。これらが納得できたら、まずはやってみてください。見よう見まねでも構いません。「対話さえ続けば、あとはなんとかなる」——これが本書の最大のメッセージです。

解説 まんが 斎藤 環 水谷 緑

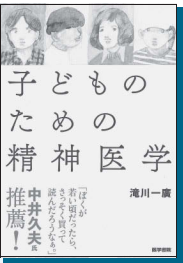


素手で読める児童精神医学の「基本書」。子どもの〈こころ〉にかかわるすべての人へ

子どものための精神医学

発達障害？ アスペルガー症候群？ 知的障害？ 自閉症？ ADHD？ LD？ とこころでスペクトラムって何？——本書を読めば、錯綜する診断名を「認識と関係の座標軸」のもとに一望できるようになる。読めば分かるように書いてある、ありそうでなかった児童精神医学の基本書。事例の機微をすくい上げる繊細な筆さばき、理論と実践の生き生きとした融合、そして無類の面白さ！ マニュアルでは得られない「納得」がここに。

滝川一廣



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237回〉

看護師と教師

2024 年 7 月、新幹線で広島を訪れた。東京から広島へは飛行機で行くものと自分の中で決めていたので、地上からアプローチするのは初めての体験であった。

広島も東京同様、うだるような暑さであった。オンラインではなく、コロナ禍前のように、全てのプログラムを対面で開催することにした「第 25 回日本赤十字看護学会学術集会」（会長＝村田由香、於：日本赤十字広島看護大学）に参加した。

人間は「トリビアルマシン」ではない

本稿では、教育講演Ⅰ「教育は無限」について報告したい。副題には「教育をめぐる『力』の問題から看護を考える」とある。講師は、教育哲学・思想史を専門とされる山名淳氏（東京大学大学院）であった。ドイツ留学の経験がある山名氏は、導入として絵本『もじゃもじゃペーター』の話をされた。自身の身なりを整えないため、もじゃもじゃ頭で、爪が伸びて指先に大きなはさみがついたような格好の男の子ペーター。不品行とその結果による悲劇の顛末が描かれた絵本で、1844 年にドイツ・フランクフルトの精神科医ホフマンが書き綴ったのだという。印象に残った講演内容を、講演集の

記述を参照しつつ以下にまとめる。

第一に、「人間はトリビアルマシンではない」ということである。トリビアルマシンとは、「こうすればそうなる」という見通しの立ちやすい手順によって一定の成果が得られる単純な仕組みのことを言う。しかし教育の対象である子どもは多様で、同じ手順を踏んだとしても一律に同じ成果を達成するわけではない。

明確には区別され得ない power と violence

教師を含む先行世代は、何とかして後続世代の「成長」を促そうと働きかけをしてきた。この働きかけの「力」は、一般に教育と呼ばれている。この力は非常にデリケートであり、望ましい結果を引き起こす力（power）と、何かを傷めてしまう力（violence）の間に大きなグレーゾーンがあり、両者は明確に区別され得ないとも言う。「あなたのためよ」が暴力的となる時がある。近年、社会全般において、経験や知識・技能の優越性を前提として、それらを持たない人々に行使される「力」が妥当なものであるかということに対する感度が高まっている。

「力」のいくらかは個人を超えたシステムに委ねられることがある。情報科学やメディア技術の発展が背景とな

って、システムの精微化が図られているが、システムもまた望ましい結果を引き起こす力と何かを傷めてしまう力の両義性を持ち得る。キーワードとなる「エビデンス」をもとに、情報ネットワークの中に入っていくことによって教師の独断から解放されるが、反面、エビデンスそのものがオーソリティになってしまう。

もう一つの道は、固有名をもった存在の「生きられた経験」へ接近することである。現象学は当事者の内側から言語化を図るアプローチである。一方、情報には情報を構成する言語と情報をはみ出す言語（詩的言語）がある。

看護をめぐる「力」を考える

今回の教育講演では、講演の開始前に A3 判 2 つ折の資料が配布された。通常、大きな会場での講演で資料を配布することは少ない。1 頁目に「本講演内容のポイント」が 5 点示されており、「看護（学）の専門家であるフロアの方々とともに考えてみたい」と、看護をめぐる「力」に講師は言及した。とかく教育講演は講師の主張を拝聴するという一方通行の内容が多い中で、山名氏の聴衆により添う姿勢に好感を持った。

それでは、その 5 点について紹介したい。文中に用いられる「教育」を「看護」に、「教師」を「看護師」に置き換え可能でしょうかと講師は問うた。

- 人間は「トリビアルマシン」ではない。教育は固有名を持つ誰かとかかわるために、無限の広がりを持つ。
- 教師も人間。有限な人間が無限の教育を営む上で重要な要素とみなされてきたのは実践経験とそれに基づく権威であった。いわく言い難い術を

有する人物が行使する＜力＞に対する信頼が教育の前提となってきた。

- 「教育」という＜力＞の暴力性が根本的に疑われた時期があった（反教育学）。その主張は図らずも現代的な感覚に共鳴している部分がある。
- 21 世紀に入って「教育」を個人の＜力＞からシステムの＜力＞に移行する傾向が強まっているように見える。この傾向に対しては賛否両論がある。
- 固有名をもった個々の人間への回帰という傾向も教育学にみられる。システムと個人の＜力＞の調整という問題が現代ではあらためて浮上している。

一通り発表が終わった後の残された 10 数分の講演時間で、講師は聴衆に対して看護の問題への翻訳をしてほしいと呼びかけた。私は講師の呼びかけにこう応えた。5 点の記述はいずれも看護師もしくは看護に置き換え可能であること、さらに、現在診療報酬改定で注目されている「身体抑制」の問題は、看護の暴力性が根本にあると考えられること。看護師はもっと患者の「生きられた経験」に接近すべきであり、患者の情報を「取ってくる」発想から転換しなければならないと考えていると発言した。

異分野の研究者とのやりとりは新たな心構えをもたらせてくれると実感した広島の旅であった。

医学界新聞 WEB版

- バックナンバーが読めます
- キーワード検索できます

www.igaku-shoin.co.jp/paper



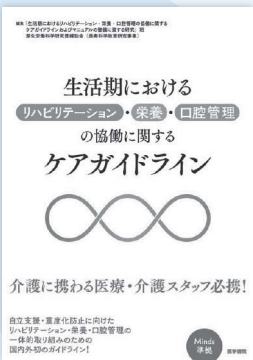
生活期における

リハビリテーション・栄養・口腔管理

の協働に関する

ケアガイドライン + ケア実践マニュアル

リハビリテーション・栄養・口腔管理の
一体的取り組みのための初のガイドライン



ケアガイドライン

編集

「生活期におけるリハビリテーション・栄養・口腔管理の協働に関するケアガイドラインおよびマニュアルの整備に資する研究」班 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

詳細はこちら



■B5 2024 年 頁 216 定価：2,860 円（本体 2,600 円＋税 10%）[ISBN978-4-260-05592-5]

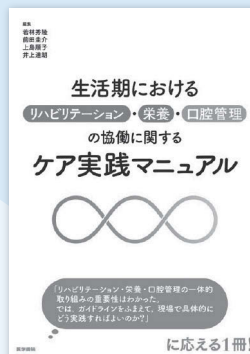
「ガイドラインをふまえて、現場で具体的に
どう実践すればよいのか？」に答える 1 冊

ケア実践マニュアル

編集 若林 秀隆 / 前田 圭介 /
上島 順子 / 井上 達朗

■B5 2024 年 頁 208
定価：2,640 円（本体 2,400 円＋税 10%）
[ISBN978-4-260-05625-0]

詳細はこちら



に答える1冊！

雑誌

看護管理のご案内

- ★社会の変化を的確にとらえながら、看護管理者として直面するさまざまな問題について解決策を探る月刊誌。
- ★看護師長を中心に主任から看護部長まで幅広い読者層に役立つ情報をお届けします。

最新号

看護管理 9

2024 年 9 月号 (Vol.34 No.9)

特集

DNP (Doctor of Nursing Practice)
の可能性

詳しくはこちらから



■月刊、年 12 冊
通常号定価：1,760 円
（本体 1,600 円＋税 10%）

年間購読なら
送料無料！

冊 子 18,876 円（本体 17,160 円＋税 10%）
電 子 18,876 円（本体 17,160 円＋税 10%）
電子＋冊子 22,176 円（本体 20,160 円＋税 10%）

看護管理者のための生涯学習プラットフォーム

— よりよい組織と人を育てる —



看護管理
まなびラボ

詳しくは
こちらから



医学書院

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

見て学ぶ 一般検査学アトラス
外観検査から顕微鏡検査まで

宿谷 賢一 編

B5・頁240
定価:5,940円(本体5,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05663-2

大学の教員として、学生、スタッフに、教科書もいいけど、「読むなら論文」と伝えてきました。教科書は査読がないので独りよがりの記述が入ります。

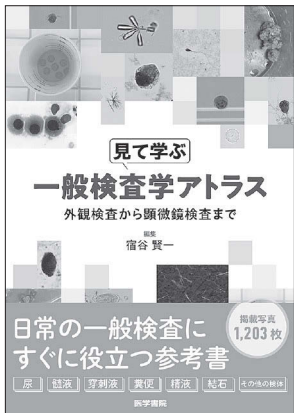
また、書いてから時間がたつため最新の情報は含まれません。SNS など無料で手に入る情報が多くなった現在、アトラスのような図表はインスタグラムのような手軽なツールに置き換わるものと考えています。

それでも教科書が作られるのは、専門の分野に特化している論文に比べて「網羅性・わかりやすさ・教育支援」があることと、ケーススタディなどが含まれたものでは臨床応用ができるからです。SNS は、「体系学的な学習」「深い理解のための解説」「長期的リソースとしての検索、安定性」といった点で書籍に劣る面があります。

学生の立場に立つと、教科書は授業や実習の補助・試験勉強・リファレンス・概念の理解、そして巻末にある問題などを使い自己評価をするのに活用できます。職場ではどのように使うかと考えると、図表は特に、卒後研修・患者教育・チームコミュニケーションに有効でしょう。

このような観点から小生はさまざまな教科書を見てきましたが、今回、宿谷賢一教授編による「見て学ぶ 一般

教科書に望むことが十分に
満たされる本を見つけました



評者 下澤 達雄

国際医療福祉大大学院教授・臨床検査医学

検査学アトラス——外観検査から顕微鏡検査まで」は上述の教科書に求められる点をほぼ完璧にカバーしているもので、学生のみならず検査室、あるい

は外来診療室に一冊置いておきたい教科書と思いました。図表は網羅的であり、代表的な写真が多く掲載されており、体系的に分類されていて読者にわかりやすくまとめられています。索引もキーワードが細かく上げられ検索しやすいため、臨床現場で困ったときのレファレンスとして使いやすくまとめられています。また実習、講義ではレファレンスとしてだけではなく、その

近辺にある図表をついでに見ることで知識を広げることが可能のように工夫されています。巻末には Web で写真を拡大参照できるクイズがあり、自己評価や試験対策に使えるものです。

解説は簡略で、忙しい合間でもエッセンスを取り込むことができます。患者指導に用いる際には専門用語をわかりやすく一般的な言葉に置き換える必要がありますが、写真はまさに百聞は一見に如かずで、患者の細胞の写真と本書にある写真を比べて見せることで患者は納得できるのではないのでしょうか？

宿谷教授の発見した尿細管再生にかかわる丸細胞について 25 ページに写

看護・介護で使えるナースングマッサージ
「触れる」をケアにする
[Web動画付]

看護における指圧マッサージ研究会 編

B5・頁136
定価:2,970円(本体2,700円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05373-0

評者 北田 志郎

大東文化大教授・精神医学・伝統医学

私たちが「東洋医学」と呼んでいるものは、中国では中医学、韓国では韓医学と呼ばれ、それぞれのヘルス・ケア・システムに確固たる地位を占めている。それらの地では西洋医学を学ぶ医学部とは別の（ただし修養年限は医学部と同等の）伝統医学の医師(中医師・韓医師)養成課程がある。そしてコメディカル・スタッフの教育においても、伝統医学が一定の割合で織り込まれている。

しかし日本では、医療系資格制度の成り立ちとも関連し、医療系教育における伝統医学の占める割合は、東アジアの中では例外的に少ない。日本看護系大学協議会会員校を対象に行われた 2016 年の調査において、「漢方医学・東洋医学」の科目を取り入れているのはわずか3.4%と、特に看護教育においては極めて手薄な状況である。

評者（医師）は大学の看護学科で、中国の中医薬大学で護理（看護）学を修めた看護教員とともに、「東洋医学」（必修）、「東洋文化と看護」（選択）の授業を担当してきた。伝統医学の考え方や手法が日本の風土、文化に根差し、対象者とその家族にとって親和性の高い体系であること、看護実践のみならずセルフケア支援・健康教育、看護師自らの健康管理にも応用し得ることなどを教えている。中でも「東洋医学的体質自己診断」と「ツボ押し体験」の授業は好評で、「家族にも伝えたい」「より深く、より実践的に学びたい」との感想が例年少なからず寄せられる。看護学生・看護職にとって伝統医学の教

真が出ていますが、まだ詳しい説明がなされていません。また、今後新規薬剤による薬剤性の細胞変化などの写真、解説が補遺として順次追加されて

育機会は少ないが、潜在的なニーズは高いことを示しているものと思われる。

本書はこの「より深く、より実践的に学びたい」ニーズに、極めて高い水準で応えた指南書である。

伝統医学の体系を本格的に学ぶ機会は、専門職であるはり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師の養成課程においてですら（他の東アジア諸国・地域と比べ）十分であるとは言えない。まして看護教育にこれを本格的に導入する余地はほとんどないように見える。しかし本書の執筆陣は、長年この問題に取り組み、看護におけ

るマッサージの意義とその実践応用について考え抜いてきた方々であり、その結論が副題「『触れる』をケアにする」に込められているように思える。「東洋医学に根差した指圧マッサージをケアとしての触れる技術ととらえ、看護の視点を踏まえたうえで、ナースングマッサージと昇華」（本書より）させることで、これを旧くて新しい看護技法としてこの国に根付かせようとする、強い意志が感じられる。

その成果は本書の豊富な写真と Web 動画とに、遺憾なく発揮されている。洗練された手技が収録されている動画と、そのエッセンスが抜き出された写真とを交互に見ることで手技が「身につく」ように工夫されている。ナースングマッサージの実技講習を授けることができる人材が極めて限られている現時点で、その限界を大いに補う教材として本書を強く推薦する次第である。

いくと最新の情報も追加され、論文に劣る教科書の欠点までもカバーできると期待される一冊です。

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ください▶



公衆衛生 Vol.88 No.10

定価 2,750 円

その政策にエビデンスはあるのか!?
根拠に基づく健康政策（EBHP）を進めるために

medicina Vol.61 No.10

定価 2,970 円

内科医が知っておくべき
ICU・ER での薬の使い方

総合診療 Vol.34 No.9

定価 2,860 円

今伝えたいクリニカル・パール
つくり方、使い方、活かし方

循環器ジャーナル Vol.72 No.3

定価 4,510 円

低酸素に打ち克つ

胃と腸 Vol.59 No.9

定価 3,520 円

食道運動障害の診断と治療

脳神経外科 Vol.52 No.5

定価 6,490 円

くも膜下出血のニューフロンティア
病態の再考と治療の進化

BRAIN and NERVE Vol.76 No.9

定価 3,080 円

治療可能な認知症としての
アルツハイマー病

精神医学 Vol.66 No.9

定価 3,080 円

身体疾患の患者・家族のこころを支える
コンサルテーション・リエゾン
精神医学

臨床外科 Vol.79 No.9

定価 3,080 円

徹底解説
大腸癌治療ガイドライン 2024

臨床整形外科 Vol.59 No.9

定価 2,970 円

変形性関節症に対する Biologics

臨床婦人科産科 Vol.78 No.9

定価 3,080 円

外来担当医として知っておきたい
婦人科腫瘍の卵巣機能・妊孕性
温存療法

臨床眼科 Vol.78 No.9

定価 3,190 円

第 77 回日本臨床眼科学会講演集 (7)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.96 No.10

定価 3,080 円

伝えたい
レジェンドによる耳科診療の極意

臨床泌尿器科 Vol.78 No.9

定価 3,190 円

アンチエイジングが
泌尿器科診療を斬る！

総合リハビリテーション Vol.52 No.9

定価 2,640 円

高次脳機能障害者を地域で支える

理学療法ジャーナル Vol.58 No.9

定価 2,090 円

最適な非対称性動作を考える

増大
号

臨床検査 Vol.68 No.10

定価 5,500 円

心電図判読のスタンダード
基本を極めて臨床で活かす！

病院 Vol.83 No.9

定価 3,300 円

持続可能な病院運営のための
コスト管理

看護管理 Vol.34 No.9

定価 1,760 円

DNP（Doctor of Nursing Practice）
の可能性

訪問看護 Vol.29 No.5

定価 1,650 円

希望実現までの思考過程を
言語化する
療養者から「〇〇したい」と言われたとき、
どうかなえる？

精神看護 Vol.27 No.5

定価 1,650 円

トラウマからの回復には
“身体・感覚”へのアプローチ

■定価は税込み価格

がん薬物療法のひきだし 第2版 腫瘍薬学の基本から応用まで

松尾 宏一，緒方 憲太郎，林 稔展 ● 編

B5・頁568
定価：5,830円（本体5,300円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05356-3

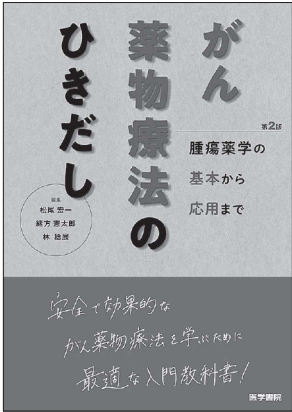
近年，新規作用機序を有する分子標的抗がん薬や免疫チェックポイント阻害薬が次々に開発されてきている。また，がん治療レジメンについても複雑化・多様化しており，単剤治療ではなく殺細胞性抗がん薬や分子標的薬などと組み合わせたがん免疫療法も臨床で広く用いられている。このように，抗がん薬の研究開発と臨床現場におけるがん薬物療法は日進月歩であり，薬剤師をはじめとするがん医療に従事している医療スタッフは，常に最新の情報をアクセスし知識をブラッシュアップしていかなければならない。

最近，2024 年度の診療報酬改定において，「がん薬物療法体制充実加算」が新設された。その算定のためには，外来がん診療において病院薬剤師が医師の診察前に，患者さんの服薬状況や副作用発現状況などを確認して，服薬指導や副作用に対する適切な支持療法を医師に処方提案することが必要とされている。このように，入院のみならず外来腫瘍化学療法においても，薬剤師が活躍できるさまざまなフィールド

評者 福土 将秀
札幌大教授・医療薬学/病院薬剤部長

と場面が着実に増えてきたことを踏まえると，がん薬物療法における薬剤師の職能と存在価値が，これまで以上に高められることが期待される。

最新のがん薬物療法の知識とスキルを最大限に引き出す！



本書は，5つのセクション「ひきだし」で構成されており，総論からはじまり，抗がん薬の各論，各がん種の概要とがん薬物療法，副作用に対する支持療法と緩和ケアに分けて，全体を通して箇条書きとして，また効果的な図表が取り入れられて，内容を理解しやすくまとめられている。特に，18章から成る4段目の支持療法については，先述のがん薬物療法体制充実加算

算の算定で求められている支持療法の処方提案能力や服薬指導スキルを高めることに役立つと考える。

最後に，がん治療にかかわる医師・薬剤師や看護師をはじめとする全ての医療スタッフにおいて，本書が，最新のがん薬物療法の知識とスキルを最大限に引き出すための一助となり，がん患者さんに対する安全な薬物療法の提供に貢献することを願ってやまない。

乳癌診療ポケットガイド 第3版

聖路加国際病院プレストセンター・オンコロジーセンター ● 編
吉田 敦，扇田 信，梶浦 由香 ● 責任編集

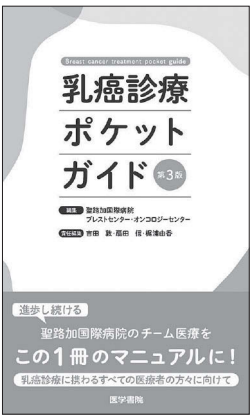
B6変型・頁280
定価：4,180円（本体3,800円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05615-1

診療現場で何かをさっと確認したい時，レジデントマニュアル，ベッドサイドマニュアル，ハンドブック，診療ガイドライン，UpToDate など，さまざまなものが利用できる。タブレット端末で読めるものや，オンラインで検索できるものは便利だし，新しい情報に対応していることも多い。とはいえ，それが本当に正しいのか，どれくらい信じて良いのか，正しいソースにアクセスできているかなど，漠然とした不安を感じることも多い。UpToDate や NCCN ガイドラインは信頼性において頼りになるものの，日本の診療体制や薬剤承認状況とは違うものであり，多

くの場合はそのままそれを目の前の患者さんには適応できない。

となれば，一冊，白衣のポケットに入れておきその場で確認できるようなもの，すなわち本書のようなポケットガイドがとても役立つ。

すぐに知りたい情報にページをめくるだけでアクセスできる



乳癌診療は診断から手術，薬物療法，放射線療法，症状緩和治療，有害事象管理，各種サポータティブケア，遺伝性腫瘍・遺伝カウンセリング，サバイバーストップまで各領域のさまざまな知識が一人の患者さんに対して必要であり，これらを記憶のみを頼りに行うことは難しい。例えば研修医であれば，B 領域ってどこだっけ……程度の疑問から，専

レジデントのためのビジネススキル・マナー 医師として成功の一步を踏み出す仕事術55

松尾 貴公 ● 著

A5・頁224
定価：2,970円（本体2,700円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-04795-1

本書は，医療の現場で働く医師が私にわたって日常的に直面するさまざまな状況において必要なビジネススキルやマナーを詳しく解説しています。

以下に，本書を読んで特に印象に残ったポイントを紹介します。

まず，敬語の使い方は医療現場で非常に重要ですが，本書の「上下逆転敬語」（p.30）の章は特に参考になりました。日常の業務で間違いやすいポイントを具体的に解説しており，私自身も気を付けなければと感じました。また，医療従事者としての院内での行動は常に見られているという点も印象的でした。こ

れは，私が勤務するハワイの病院でもよく「on-stage, off-stage」として注意喚起されるポイントです。患者や同僚に対する態度はプロフェッショナルリズムを保つために重要であると再認識しました。

さらに，院内コミュニケーションには Teams や Slack，LINE などのテキストが多用されていますが，学会や他施設との連絡には依然として E メールが重要です。本書のメール作成や診療情報提供書作成のテクニックは，効果的なコミュニケーションを図るために非常に役立ちました。経験を積むにつれ，周囲に尋ねにくくなるお看取りの際の適切な言動やフレーズもまとめられており，特に若手医師にとって貴重な情報です。

一般的なマナーについても，本書は非常に詳しく解説しています。祝儀袋やお香典の用意の仕方など，社会人として知っておくべき重要なポイントが網羅されており，これらの知識は医療現場に限らず日常生活でも役立ちま

攻医として早期乳癌適応の dose dense パクリタキセルの用量はいくつだ？ 脳転移の患者さんが救急搬送されてきたけどステロイドはとりあえずどれくらいの用量で開始するのか？ などなど，すぐに知りたい情報にページをめくるだけでアクセス可能である。

また本書は具体的な記載が多く，図表も多いので見やすい。進行局所へのロゼックスゲルを用いた親水軟膏重層法のことまで図で示されてあるものは珍しい。随所にてでくる Nurse's eye のコラムも含め，さすが聖路加国際病院の看護である。

最後にもしとりあえず立ち読みをされるのであれば，ぜひ本書の巻頭に書

評者 野木 真将

亀田総合病院総合内科部長/
クイーンズメディカルセンターホスピタリスト部門長/
ハワイ大准教授・内科学

す。また，個人的に面白かったのは，アンガーマネジメントの章（p.197）です。内容が非常に実践的で，時には家庭内でも応用できると感じました。

必読！ソフトスキルで差をつける 医師への指南書



冗談ですが，わが家の6歳児にも読ませたいと思ったほどです。

他にも，時間管理術，質問力，クレーム対応力，教えられ上手など，いわゆるソフトスキルが満載です。これらは大学では教えられませんが，臨床現場では潤滑油のように役立ちます。「暗記力」だけでは大学までしか通用せず，社会人になってから信頼を得てキャリアアップするためや，新しいプロジェクトを立

ち上げて実現するリーダーの特徴は，このソフトスキルの充実にかかっていると感じました。

本書全体の構成は簡潔で読みやすく，一気に読破することができました。各章が短く，具体例を交えた解説がわかりやすさを引き立てています。さらに，SBAR，HCAHPS，エレベーターピッチ，グラウンディング，コーピングマントラ，ストップシンキング，ブルーオーシャンなどの用語になじみがない医師は，ぜひとも本書を読むべきです。これらの用語の理解は，ビジネスシーンだけでなく医療現場でも役立ちます。

最後に，私がかつて著者に勧めたクリーブランドクリニックの YouTube 動画（p.58）が本書に取り上げられていたのは非常にうれしかったです。この点からも，著者の細やかな配慮と読者への共感が伝わってきました。総じて，本書は，医師としてのプロフェッショナルリズムを高めるために必読の一冊です。

いてある吉田敦先生，山内英子先生，中村清吾先生ら3名の歴代センター長の序文を読んでいただきたい。特に，中村先生の書かれたチーム医療十か条は歴史ある聖路加国際病院プレストセンターの真髄を現しており，必読であろう。

Web限定

医学界新聞プラス

医学書院の話題書，
発売前の新刊内容を
無料で公開！

新刊 あなたのポケットに ジェリアトリクス－老年医学－を

ポケジェリ

AGS高齢者診療マニュアル

Geriatrics at Your Fingertips,
24th Edition

監訳：山田悠史・原田 洸・榎本貴一
定価6,930円（本体6,300円＋税10％）
B6変 頁472 図11 2024年
ISBN978-4-8157-3112-0



詳しくは



新刊 非専門医にも 読みやすく わかりやすい

先生、このへんどうでしょう？ 対談から学ぶ CKD診療スタンダード

著：今井直彦・塚原知樹
定価3,520円（本体3,200円＋税10％）
四六判 頁272 図27 2024年
ISBN978-4-8157-3109-0



詳しくは



新刊 Ai（オートプシー・イメージング）の 素朴な疑問に答えます！

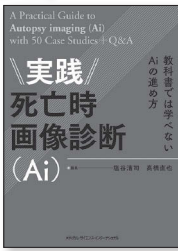
実践死亡時画像診断（Ai）

教科書では学べないAiの進め方

編集：塩谷清司・高橋直也
定価5,830円（本体5,300円＋税10％）
B5変 頁200
写真424・図4・表3 2024年
ISBN978-4-8157-3114-4



詳しくは



PCでも、タブレットでも。最新の診療情報をいつもお手元に

今日の診療

▶ プレミアムWEB ▶ ベーシックWEB

私の
診療助手は、

AI。

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