

2025年4月8日
第3572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

- [座談会] 市中病院での診療参加型実習を充実させるために(石丸裕康, 尾原晴雄, 谷崎隆太郎, 深田絵美)…………… 1—2面
- [対談] 意思決定支援ツールOVLを看護の実践に生かす(内橋恵, 青山ヒフミ)…………… 4—5面
- [座談会] 腹痛診療アップデート(三原弘, 亀井誠二, 高山祐一, 亀田徹)…………… 6—7面

座談会

市中病院での診療参加型臨床実習を充実させるために



谷崎 隆太郎氏
市立伊勢総合病院
内科・総合診療科 副部長

尾原 晴雄氏
沖縄県立中部病院内科 部長
臨床研修センター長

深田 絵美氏
大同病院卒後研修支援センター
副センター長

石丸 裕康氏＝司会
関西医科大学総合診療医学講座
理事長特命教授
同大学香里病院総合診療科 部長

診療参加型臨床実習（MEMO）によって、医学生の卒前・卒後の養成を一貫して行う必要性が高まっています。市中病院は頻度の高い症候・疾患を有する患者が多いなど大学病院と異なる教育環境・効果があるものの、プログラム構築、病院の受け入れ体制などの課題から十分に実践できている病院はそう多くありません。市中病院で診療参加型臨床実習をすることによる医学生・病院双方への影響を示すとともに、実習の充実に向けたカリキュラム作成と学生とのかかわりのヒントを探りました。

務員として、研修医や専攻医のお世話をしたり、相談に乗ったりしてきました。診療参加型臨床実習が盛んになってからは愛知県内の大学を中心に複数大学から学生を受け入れ、実習期間を学生が過ごしやすいよう研修センターの事務員皆で工夫しています。

石丸 ありがとうございます。皆さんは市中病院での診療参加型臨床実習について、学生にどのようなメリットがあるとお考えでしょうか。

尾原 教科書で学んだ頻度の高い疾患を幅広く経験できることだと思います。

谷崎 同感です。市中病院に来られる患者は相対的に重症度が低いため、学生が診療に参加できるチャンスが多いです。最先端の医療を提供する大病院になればなるほど学生が手を出せる領域が狭まってしまうので、「診療参加」するには市中病院はうってつけです。また市中病院は高齢患者が多く、標準医療を提供しようとしても、それが必ずしも本人の安楽や幸せにつながらないといった倫理的な問題に直面する機会も多々あり、医学以外の視点から人を診る方法も学べるはずです。

石丸 確かにそうですね。専門性の高い患者を診る大学病院も当然重要であるものの、医療の多様なニーズに触れられるのは市中病院で実習することの価値と言えます。

研修医のリクルートや、診療体制の充実にもつながる

石丸 深田さんには指導医とは異なる視点からの気づきをお話していただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

深田 卒後に自分が成長できる病院を見極められるメリットもあると思います。病院見学とは違い、指導医の人柄や院内の雰囲気を感じ取れます。病院側にとっても学生が研修医として戻ってきけるとうれしいです。

谷崎 当院も診療参加型臨床実習で来た学生が、研修医や専攻医として戻ってくるケースが増えつつあります。

尾原 複数大学から受け入れていると、学生同士でどの病院のどこがいいといった情報交換している姿をよく見かけます。

石丸 病院側のメリットは他にもありますか。

尾原 学生の診療参加が真に実現できていれば戦力としてカウントできる点が挙げられます。

谷崎 おっしゃる通りで、私は学生がチームにいて主

に①指導者自身の学習意欲の維持、年配スタッフへの精神的刺激、②初期対応、カルテ記載

(2面につづく)

MEMO 診療参加型臨床実習

学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学ぶことを目的としている。臨床実習開始前 OSCE（客観的臨床能力試験）に合格し、臨床実習に必要な医学知識および技能を有する学生がその対象となる。

市中病院ではコモンな症候・疾患を数多く経験できる

石丸 施設によって受け入れている大学数・学生数は異なります。自己紹介も兼ねて各病院の状況を教えていただけますか。

尾原 当院は臨床研修の歴史が長いこともあり、学生の教育にもかなり早い

段階から力を入れています。地元の琉球大学との強いつながりもあって、琉球大学の全学生のほか、全国およそ10大学から選択実習という形で毎月20人前後の学生を受け入れています。私は臨床研修センター長として、研修医教育だけでなく学生実習の責任者としても教育に携わっています。

谷崎 私は前所属の名張市立病院のときから三重大と教育面で連携しており、所属が変わった今も継続して同大学の学生を中心に、毎月2～3人を受け入れています。5年生を対象とした4週間の家庭医療学実習のほか、6年生を対象とした3～4か月間の長期間滞在型地域医療実習（Longitudinal Regional Community Curriculum：LRCC）のカリキュラムを整備してきました。

深田 私は卒後研修支援センターの事

今月の新刊書籍 医学書院

医学
看護
リハ
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

大塚篤司
B6変型 頁280 定価：3,960円【本体3,600＋税10%】
[ISBN978-4-260-06180-3]

医学
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

上田剛士
A5 頁304 定価：3,080円【本体2,800＋税10%】
[ISBN978-4-260-05774-5]

医学
(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

編集 矢吹 拓
A5 頁352 定価：4,620円【本体4,200＋税10%】
[ISBN978-4-260-06018-9]

医学
標準生理学
(第10版)

監修 大森治紀／大橋俊夫／河合康明／黒澤美枝子
編集 鯉淵典之／伊佐 正／河合佳子／八木田和弘／
横山詩子／久場博司
B5 頁1176 定価：13,200円【本体12,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05588-8]

医学
標準皮膚科学
(第12版)

編集 石河 晃／奥山隆平／阿部理一郎
AB判 頁648 定価：9,900円【本体9,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05710-3]

医学
産婦人科外来処方マニュアル
(第6版)

編集 青野敏博／荷原 稔／岩佐 武
B6変型 頁224 定価：3,740円【本体3,400＋税10%】
[ISBN978-4-260-05744-8]

医学
肝癌診療マニュアル
(第5版)

編集 一般社団法人 日本肝臓学会
B5 頁480 定価：4,950円【本体4,500＋税10%】
[ISBN978-4-260-05742-4]

医学
SHDインターベンション
コンプリートガイド
(第2版)

監修 NPO法人 ストラクチャークラブ・ジャパン
編集 有田武史／原 英彦／林田健太郎／赤木禎治／
白井伸一／細川 忍／森野慎浩
B5 頁496 定価：15,400円【本体14,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05234-4]

医学
苦手な人もこれで安心！
4つのStepで考える
てんかんの精神症状

兼本浩祐
A5 頁208 定価：3,850円【本体3,500＋税10%】
[ISBN978-4-260-06176-6]

医学
リハ
(シリーズ・高次脳機能の教室)
記憶障害の診かた

シリーズ編集 河村 満
著 石原健司
A5 頁192 定価：3,850円【本体3,500＋税10%】
[ISBN978-4-260-06030-1]

医学
疾患・病態を理解する
尿沈渣レファレンスブック

編集 宿谷賢一
編集協力 下澤達雄
B5 頁240 定価：5,940円【本体5,400＋税10%】
[ISBN978-4-260-05783-7]

医学
看護
リハ
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

編集 内橋 恵／吉村芳弘
A5 頁120 定価：2,200円【本体2,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05362-4]

リハ
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

編集 楠本泰士
B6変型 頁344 定価：3,960円【本体3,600＋税10%】
[ISBN978-4-260-05775-2]

医学
看護
リハ
医療福祉サービスガイドブック
2025年度版

編集 鈴木 豊／河村愛子／小林夏紀／関田 歩／平林朋子
B5 頁312 定価：3,300円【本体3,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-06026-4]

看護
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

著 小瀬古伸幸
執筆協力 進あすか
B5 頁184 定価：2,310円【本体2,100＋税10%】
[ISBN978-4-260-06218-3]

看護
ケアの意味を見つめる事例研究
看護実践の知を探究する研究方法論

編集 山本則子／柄澤清美
編集協力 「ケアの意味を見つめる事例研究」検討グループ
B5 頁224 定価：3,300円【本体3,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05711-0]

看護
N-Nav
2026年版 看護師国家試験問題集
[Web電子版付]

編集 『系統看護学講座』編集室
編集協力 「ケアの意味を見つめる事例研究」検討グループ
B5 頁1684 定価：6,490円【本体5,900＋税10%】
[ISBN978-4-260-05767-7]

看護
N-Nav
2026年版 保健師国家試験問題集
[Web電子版付]

編集 『標準保健師講座』編集室
B5 頁592 定価：4,400円【本体4,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05768-4]

●いしまる・ひろやす氏

1992 年阪大卒。天理よろづ相談所病院で研修した後、同院に勤務し救急診療部部长、総合診療教育部副部长を担う。その間、研修医教育のみならず、医学生の診療参加型臨床実習にも携わる。2021 年より関西医大にて卒前教育にもかかわり、卒前・卒後の医師養成を一貫して行うべく活動する。

●おばら・はるお氏

2000 年鳥取大卒。沖縄県立中部病院で研修後、沖縄県立八重山病院を経て、06 年より米ボストン大総合内科クリニックフェローとして留学。08 年沖縄県立中部病院へ戻り、指導医として勤務する傍ら、21 年に岐阜大学大学院医学教育学博士課程を修了する。23 年からは臨床研修センター長として臨床研修と医学生実習の責任者を務める。日本医学教育学会理事、同学会教育病院・診療所委員会委員長。

●たにざき・りゅうたろう氏

2006 年埼玉医大卒業後、坂総合病院で研修を始める。その後、岐阜大高次救命治療センター、国立国際医療研究センター病院感染症フェローを経て 15 年に名張市立病院にて勤務した後、19 年より現職。約 10 年間、三重大の医学生を中心に診療参加型臨床実習を受け入れ、臨床と教育に日々取り組んでいる。

●ふかだ・えみ氏

2002 年より国立病院機構名古屋医療センターの卒後教育研修センターに勤務し、16 年より現職。臨床研修担当の事務として多くの研修医や専攻医のサポートにかかわるだけでなく、診療参加型臨床実習の受け入れに当たって大学との調整や、医学生の実習期間中のホームとしての役割を担う。

(1 面よりつづく)

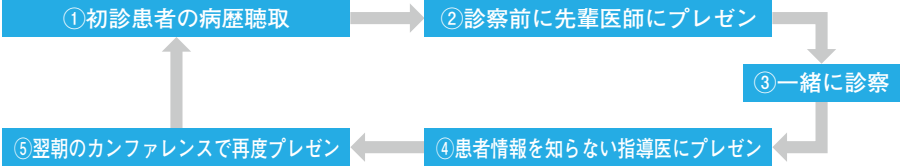
の負担軽減、③組織内で教育文化が根付くことによる研修医リクルートへの好影響、があると思います。

石丸 研修医が育つと診療面で戦力となり病院が活性化したという経験は誰しもあるはずです。学生にも同様に戦力となるまで実習で指導できると理想的ですが、数週間では難しいのも現状であり、指導側の工夫が必要となります。学生への指導で心がけていることはありますか。

谷崎 態度面の教育を最も重視しています。患者さんにため口で話しかけないといった基本的な診療での態度だけでなく、医療チームの一員としての態度も含まれます。次にメンタル面の指導も重視しています。学生は受験などで誰かと比べられて育ってきた背景があるので、他人と比較して落ち込むケースが多いです。「目標は高いほうがいいけれど、誰かと比較するのではなく、過去の自分と比較せよ」と繰り返し伝えています。

尾原 実習に来る学生は OSCE (客観的臨床能力試験)に合格しているので、診療のひな型はある程度できるという前提で接するようにしています。もちろん試験と現場の違いはあるので、その溝を埋められるようサポートしています。一方で、市中病院の指導医たちは現代の卒前教育でどこまでのレベルに達しているのかについて理解が十分でなく、学生の力を低く見積もっている可能性があるかとみています。

深田 同じ課題を抱えています。学生を受け入れてくれる診療科には、OSCE を合格した学生であることを伝



●図 沖縄県立中部病院内科での外来実習サイクル

毎日 1 人の初診患者を担当し、①病歴聴取を行いカルテ作成、②診察前に先輩医師へプレゼンし、フィードバックを受ける、③一緒に診察、④診察後に別の指導医にゼロベースでプレゼンを行い、プレゼン方法、カルテ記載事項、聴取すべき事項などのフィードバック受けてカルテをまとめる、⑤翌朝のカンファレンスで再度プレゼンをしてフィードバックをもらう。4 週間の外来実習のうち最初の 2 週間は病歴聴取のみ行い、後半の 2 週間は身体診察も行う。

えています。医師の全員が学生の能力を正しく把握できているとは思いません。OSCE に合格した時点で担保されているレベルがどの程度であるかを知ってもらう必要性を感じます。
石丸 大学病院とは異なり、市中病院の医師は自ら情報を捕まえようとしないう限り、卒前教育の情報は入ってきませんからね。指導医養成のワークショップでテーマに含めてもらえると関心も高まるのではと考えています。

経験とフィードバックの
繰り返しが成長の鍵となる

石丸 学生への指導内容の困りごとに医行為の扱いがあります。医療安全への意識が厳しくなっている中で、手技的な経験を学生に積んでもらうのは難しいものです。

尾原 同感です。侵襲的な手技の実施はハードルが高いので、病歴聴取やプレゼンといった医師としての基礎を中心に経験を積んでもらっています。

谷崎 今日この座談会にいるわれわれは総合診療の分野にいるため、普段の診療がそのまま学生への教育とリンクしています。一方で治療や検査が主の専門診療科では、その難度から学生が手を出しにくい状況であることが多いです。コンサルテーションのタイミングや、一次・二次予防はどうするかを学生と考えると良いのかもしれません。
深田 指導医や病院側は医療安全に配慮する一方で、学生からは手技を経験したいという希望が多いです。手技を経験するしないにかかわらず、実習を通してどれだけ成長したかの可視化は学生にとっても重要だと感じています。

石丸 成長を可視化するという意味で、指導医によるフィードバックは重要です。フィードバックで意識していることがあれば共有してください。

深田 当院ではサインインとサインアウトの時間を定めてもらうことから始めています。朝と夕方の 1 日に 2 回、指導医が学生の取り組みを把握できると、適切なフィードバックにもつながっていくと期待しています。

谷崎 頻回のフィードバックは欠かせません。指導医は学生に「この知識が必要だから調べておいて」とよく言いますが、言いつばなしにすると学生はやる気をなくすので、次の日に「あれどうだった？」って聞いてあげることを忘れないようにしています。

尾原 フィードバックを多く受けられ

るよう実習をデザインすることもわれわれ病院側の大切な役目だと考えています。当院の総合内科では 4 週間の外来実習を行っており、図に示したサイクルを毎日 1 人の初診患者を担当しながら繰り返しています。

谷崎 とても良いですね。外来実習は重要であるものの、どうしても時間がふんだんにある病棟実習が主になりがちです。そうした外来実習のシステムがあると実習期間の後半には相当の実力が付いているのではないのでしょうか。

尾原 ええ。実習期間が終わる頃には、学生が仕上げたカルテは、ほとんどそのまま使えるレベルになります。学生によって実習開始時の能力はさまざまですが、最終的には期待するレベルまで到達してくれます。

石丸 実習期間というのも実習の充実度における重要な要素だと思います。冒頭で触れられた LRCC について谷崎先生から紹介していただけますか。

谷崎 長期間同じ地域に滞在するという点を活用し、地域の施設にも協力を仰ぎながら、介護老人保健施設実習や往診といった病院外のリアルな地域医療も経験してもらっています。LRCC は長期間プログラムのため多くの学生を受け入れられない側面があるものの、学生は大きく成長しますし、その成長は研修医の刺激にもなっています。
尾原 当院にも合計すると数か月になるほどリピートして実習に来てくれる学生がいますが、LRCC のように連続して実習できるのは理想的です。

大学と市中病院の双方の理解
と協力が欠かせない

深田 話は逸れますが、長期滞在する学生や遠方の学生の宿舎についてはどうされていますか。当院では宿舎を準備できないため、近隣大学や実家が近くの学生がほとんどです。

谷崎 当院は医師宿舎に空きがあるので、希望者はそこに泊まってもらっています。どの病院でも対応できるわけではありませんし、宿舎があっても基本的には研修医優先ですからね。

尾原 当院も宿舎の手配はしていません。大学によっては補助があると聞きますが、基本的には学生が自腹で押さえています。

石丸 大学の診療参加型臨床実習への支援体制を期待したいところですね。

尾原 ええ。さらに大学側への要望を挙げるなら、診療参加型臨床実習がで

きる病院の枠を広げてほしいとの想いがあります。大学によっては関連病院を中心に決められた病院でしか実習できないと聞きます。各大学の位置する地域で市中病院と実習に向けた調整ができると望ましいのではないかと思います。

石丸 大学との調整役を担う深田さんから見て、大学との関係性はいかがですか。

深田 診療参加型臨床実習に関する会議も定期的に開催されているほか、学生への事務連絡も一括して学務課が窓口として受けてくれるなど良い関係性を築けていると思います。最近では、希望する経験などが書かれた学生の自己紹介書を送ってくださる大学も増えており、診療参加型臨床実習を充実させたいという大学の気持ちを強く感じています。その一方で、病院側の意識も変える必要があります。研修医教育の重要性は浸透してきているものの、学生を教えることについても院内に発信していかなければと考えています。

尾原 そうですね。当院では屋根瓦方式の教育体制があり、医学生の対応は研修医に任せがちな雰囲気があるので、指導医側の学生実習への意識を高めていきたいと感じています。研修医のリクルートにもつながっていると目先のメリットも伝えながら、診療参加型臨床実習の重要性を理解している人が発信し続けるしかないのでしょう。卒後研修委員会と同様に診療参加型臨床実習の委員会を組織したり、学生向けのレクチャーで各科に協力してもらったりしています。市中病院における診療参加型臨床実習の充実に当たっては、病院側と大学側の双方の理解と協力は欠かせません。

谷崎 診療参加型臨床実習が充実した市中病院が一つでも多く増えることを期待しています。良い実習を展開すると意欲ある優秀な学生が集まってくれますが、短期的に見れば学生間の格差が広がるという負の側面もあります。どの病院でも充実した実習が展開されることで、長期的には全学生の底上げにつながると信じていますので、体制の充実に今後も励みたいと思います。

石丸 診療参加型臨床実習の充実には一定量の経験と頻回のフィードバック、外来のプレゼンや初診アセスメントができるといった明確なアウトカムが欠かせません。市中病院は研修医や専攻医が前線で活躍しているところが多く、屋根瓦式を組んで彼らが学生を教える環境を整えやすいというメリットがあると思います。また今後は実習の場が病院にとどまらず地域の診療所や社会福祉施設などに広がり、学生が医療現場の多様性に触れ、医療の全体像を理解することにつながるはずです。充実した研修が各施設で展開されることを期待しています。

●参考文献・URL

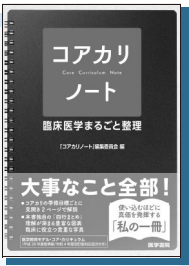
1) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会. 医学教育モデル・コア・カリキュラム令和 4 年度改訂版. 2022. <https://bit.ly/3YCOKYM>

自分流の使い方ができる “臨床医学全一冊”

コアカリノート 臨床医学まるごと整理

臨床医学全分野のエッセンスを 1 冊に凝縮！ 医学生が卒業までに修得すべき事項を示した「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に準拠し、学修目標ごとに見開き 2 ページで完結する構成。要点を箇条書きのスタイルでまとめた文章（左ページ）と関連図表（右ページ）が、効率的な知識の整理、記憶の定着を促す。“マイノート”として徹底的に使い込んでいただきたい 1 冊。（本文執筆：安達洋祐）

編「コアカリノート」編集委員会

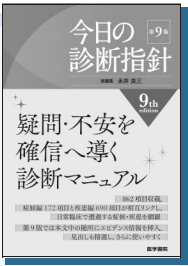


臨床の場で必要な情報に「いま」「すぐに」アクセスできる診断マニュアル 第9版

今日の診断指針 ポケット判 第9版

本邦最大級の診断マニュアルの全面改訂第9版。症候編172項目と疾患編690項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する疾患の診断に必要な情報をコンパクトに提示。専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、各診療科の疾患を1冊に網羅。第9版では、診断に関するエビデンス情報も随所に追加。新見出しとして「専門医へのコンサルト」を収載。

総編集 永井良三



国際水準の医師育成をめざす認証評価

ACGME-I 認証を取得した亀田総合病院の歩み

interview 野木 真将氏（医療法人鉄蕉会亀田総合病院総合内科 部長/米クイーンズメディカルセンターホスピタリスト部門長・アソシエイトメディカルディレクター）に聞く

亀田総合病院が、卒後教育の国際的認証機関である ACGME International（ACGME-I）の施設認証を、国内で初めて取得した。この快挙は、同院の研修体制が国際的な水準に到達していることを示す証となる。認証取得を主導した野木真将氏へのインタビューを通じて、その舞台裏を聞いた。

——まずは ACGME-I 認証がどのようなものかについてお聞かせいただけますか。
野木 米国にはレジデンシーとフェローシップに提供される卒後教育を監査・評価する卒後医学教育認定評議会（ACGME）という第三者機関があり、同機関の認証によって全米の臨床研修の質の担保がなされています。当院が今回取得したのは、その国際版です。これまで 12 か国の施設が認可を受け、当院が 13 か国目となる日本初の施設になりました。

——受審のきっかけを教えてください。

野木 長年勤務をしていたハワイ大学での経験です。同大が ACGME の認可を維持しようと努力している姿を見て、第三者による監査・規制が研修内容を改善する実感を得ました。臨床研修病院のあるべき姿だと感じましたね。また、私が修士課程で日本の医学部の国際認証評価に関して研究をしていたこともあり、当院に着任する際に行われた病院側との話し合いの中で、日本にまだ前例のなかった ACGME-I による卒後研修の国際認証の取得を目標に掲げることになりました。日米で卒後医学教育に従事する自分に適したプロジェクトだとワクワクしました。それが約 1 年半前の出来事です。

受審に当たって事務局に連絡をしたところ、当院が日本で初めて認証へ挑戦するということもあり、申請前に ACGME-I のプレジデント自ら来日され、意見交換をする機会をいただきました。認証取得に向けた本気度を確認する意図も含まれていたと思います。その後、意見交換した内容を踏まえた本格的なプロジェクトチームを立ち上げ、院内の規約や体制を見直し、申請書を提出したのが 2024 年 11 月です。今年 1 月に開催された ACGME-I の会

議で検討され、施設認定を受けました。

キーワードは「継続的な教育の質改善の体制作り」

——先ほど「監査・規制が研修内容を改善する」との発言がありましたが、ACGME-I の申請書¹⁾に目を通すと、非常に細かなルールまで設定することが求められていることがわかります。

野木 教育の質をどう保証するかを、いかに客観的に示せるかが認証取得の鍵になります。そこで行ったことの 1 つがガバナンスや院内規約の見直しです。当院には研修医を統括する卒後研修センターが以前から設けられていた一方で、90 人近く在籍する専攻医は各診療科が監督しており、診療科を横断した組織がありませんでした。今回、卒後研修委員会（GMEC、図）という研修体制全体を統括する委員会を立ち上げ、専攻医教育にかかわる全ての規約の改定と承認をしていきました。

——GMEC ではどのような内容が検討されるのでしょうか。

野木 まず検討したのは採用過程です。採用予定医師の身元の確認方法、宿舍や当直室の整備状況、給与の話題まで幅広く議論しました。他にも、もしもハラスメントが起こった際の対応プロセスや、研修医・専攻医に低評価が下った際にどうサポートするのかなども検討事項の 1 つです。こうした院内規約を国際水準まで引き上げられるように見直していきました。

並行して進めたのは研修医・専攻医の評価体制の改革です。評価体制がもともなかったわけではありませんが、客観的な指標を用いることや、マイルストーン・コンピテンシーに基づく評価システムの導入など、根本からカリキュラ

ムを考え直す機会になりました。また、連携施設で研修が実施されることもあるために、システムを当院のみが整えるだけでは不十分です。そのため連携施設と協定書を締結し、十分な研修体制を整備していることの証明としました。こうした院内・外への透明性確保は、ACGME-I 認証の特徴と言えます。——一方で全てを国際水準に揃えてしまうと、日本独自の研修システムと齟齬が出る部分もあるはずです。

野木 そこは ACGME-I と調整が必要だったことの 1 つです。専門医制度の概略など、丁寧に説明を行うことで日本の卒後教育のシステムを理解いただけたように感じています。他方、各国で義務化されている研修システム自体は尊重されることから、全てを国際水準にしなければならないわけではありません。この点は国際認証のユニークな点ですね。時間と根気のかかる作業でしたが、日本初の試みということでやりがいを感じていました。

海外志向の医師へのメリットも

——今後のビジョンを教えてください。

野木 今回得られた認証は施設認定ですので、次は診療科レベルでのプログラム認証を受審できればと考えています。まずは私が部長を務める総合内科をはじめいくつかの診療科で検討していく予定です。施設認定の更新も 2 年後に行われます。年次評価も判定基準に加味されるため、今回認められたシステムが院内で機能しているのかを確認しつつ、アップデートしていきます。

また認証の副次的効果に、当院の卒後教育の質の高さを世界に対して証明できたことが挙げられます。と言うのも、日本で展開される卒後教育の内情

●のぎ・まさゆき氏

2006 年京府医大卒。研修修了後、11 年に渡米しハワイ大内科レジデント。14 年同プログラム内科チーフレジデント。その後レジデントへの教育アテンディングとして勤務しながら英キール大で医学教育修士課程を修了。現在は亀田総合病院総合内科部長を務める傍ら、米クイーンズメディカルセンターホスピタリスト部門長・アソシエイトメディカルディレクターとしても勤務する。著書に『チーフレジデント直伝！デキる指導医になる 70 の方法』（医学書院）。



を示した英語論文は少なく、どのような体制で医師が研鑽をしているのか、海外からはわかりづらいのです。そうした中で今回の認証は、一定の水準の教育を受けたことを示す証となるために、研修修了者にも利点があるはずです。——つまり、将来もしも海外に留学するとなった時のアドバンテージになり得ると。

野木 評価時の判断材料の 1 つにはなるでしょう²⁾。現在は ACGME-I 認証施設でプログラムを修了した医師が米国のフェローシップに応募する際に ACGME のプログラムを修了したレジデントと同等の扱いはされませんが、将来的には同等とみなされる可能性もあります。海外留学を希望する医師は後を絶ちません。そうした海外志向を持った方々に当院に目を向けてもらいつつ、最終的には同様の国際認証評価を受審する施設が国内に増えればと期待しています。厳しい基準をクリアする施設が増えれば、日本の卒後教育は、より安全で質の高い体制になっていくと信じています。このような前例は、航空安全、食品安全、建築基準、公害対策などの分野ですでに実現しています。そのためにもまずは当院での経験を通じて、認証評価という規制が卒後医学教育にどう影響を及ぼすのかを検証し、「亀田モデル」というケーススタディとして発信をできればと考えています。

●参考文献・URL

- 1) ACGME International. General Requirements. <https://bit.ly/3XWUPoh>
- 2) J Grad Med Educ. 2024 [PMID : 38993321]

世界標準を学び、さらに質の高い卒後教育の実現を

亀田 俊明（医療法人鉄蕉会亀田総合病院 病院長）

当院はこれまで、初期研修および後期研修において質の高い教育環境の提供に力を注いでまいりました。その中で、私たちの研修プログラムが国際的にどう評価されるのかを客観的に確認する必要があると考え、ACGME-I 認証の取得に向け取り組んでまいりました。このプロセスは、私たちが世界の医学教育の標準を学び、自院の教育内容が国際的な基準と照らし合わせて適切であるかを検証する貴重な機会でもありました。私たちの医学教育が世界の潮流から乖離していないかを確認し、自信を持つための重要なステップであったと考えます。

医療法人鉄蕉会のルーツは江戸時代初期にさかのぼります。医業を営むとともに地域の子弟教育に尽くすなど、臨床と教育を両輪に、医学教育の重要性を深く認識し、これまで一貫して教育の質向上に取り組んでまいりました。その理念を共有し、情熱を持って指導に当たる医師が多く在籍することも当院の強みの 1 つです。

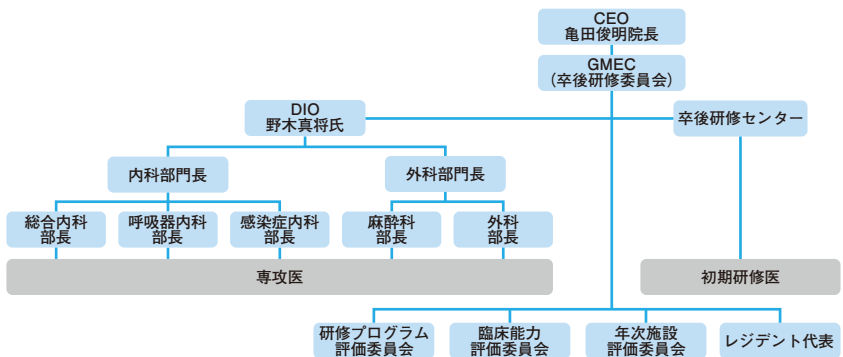
今回の ACGME-I 認証の取得は、私たちの努力が国際的に認められたことの証であり、大変喜ばしく思います。同時に、総合内科の野木真将部長や国際関係部を筆頭に院内の多くのスタッフが一丸となってこの挑戦に取り組み、成果を上げられたことを誇りに思います。これを機に、さらに質の高い医師の卒後教育の実現に向けて今後も尽力してまいります。



●かめだ・としあき氏/2008 年川崎医大卒。臨床研修修了後、糖尿病・内分泌を中心にさまざまな施設で研鑽に励み、15 年亀田総合病院糖尿病内分泌内科へ入職。20 年より現職。

●図 亀田総合病院における GMEC の体制

指定機関教育責任者（designated institutional officer：DIO）として野木氏が GMEC の運営・企画を担当。院長や各診療科の部長、卒後研修センター長をはじめ、研修医の代表者なども参画をする。1～3 か月に 1 度開催され、研修に関連した課題についての意見交換を行う。



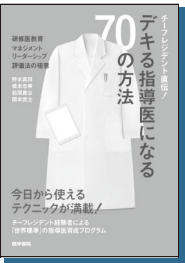
今日からあなたも「名指導医」です！

チーフレジデント直伝！デキる指導医になる70の方法

研修医教育・マネジメント・リーダーシップ・評価法の極意

指導医に必要なリーダーシップ、マネジメント、教育スキル、メンタリングなどを Q&A 方式で解説。臨床での指導テクニック、カンファレンス運営、プレゼン指導、カリキュラム作成、クラウドサービス、SNS などの IT 技術といった具体的なテクニックを幅広く紹介。パンデミック下での新しい研修スタイルの提案も収録。米国で学んだ著者らによる、経験と実績に裏打ちされた指導医育成プログラムで、あなたも「名指導医」になれる！

野木真将
橋本忠幸
松尾貴公
岡本武士





亀田医療大学大学院
博士後期課程DNPコース
Doctor of Nursing Practice

DNP開設記念
キックオフシンポジウム
8/30(土)13:00～15:30
亀田医療大学 横渚キャンパス
学生開館4F みずきホール
参加費無料 / オンライン・対面 / オンデマンド配信



学校法人鉄蕉館 亀田医療大学
TEL:04-7099-1211



明日の臨床に役立つ！内科医のための総合サイト
ジェネラリストNAVI

忙しい日常診療のちょっとした
スキマ時間でも読める、
明日から役立つコンテンツを
豊富に掲載！



医学書院



実現可能性が点数化されます（⑤）。これらの点数を参考にしながら、最終的な意思決定（どの選択肢を選ぶのか）を行うわけです。

青山 このケースでは点数が最も高くなった「ミスド」を選択しましたが、必ずしも点数が最も高い選択肢に決定すればいいというわけではありません。「点数が高い＝正解」ではないですからね。

内橋 OOVL 表を使って思考を整理してみると、意外な選択肢の点数が高く出ることもあります。最終的な判断を下すための材料を作るイメージで、表を作成するとよいと思います。そのため、表の全てを埋めなくても問題ありません。

短時間で落としどころを見いだせる

青山 内橋さんは、OOVL のどういった点が臨床看護師に向いているとお考えですか。

内橋 業務量が多く、意思決定支援に割ける時間が限られている中、短時間で意思決定プロセスを視覚化した表に落とし込める点です。意思決定支援に必要な患者周辺の情報は看護師が一番持っているけれど、とにかく日々の業務に追われていて時間がない。そうした状況に、方法論がシンプルでわかりやすく、簡便に使える OOVL がフィットします。

青山 使い勝手がいいわけですね。時間内に決められるということは、今現場で最も求められていることなのかもしれません。限られた時間の中で、という点に関連して、ある程度の落としどころをいったん見つけるといった使い方ができるのが魅力とも言えます。

内橋 そうですね。私が忘れられない

事例の一つに、どう考えても自宅療養は難しいと思われるけれど、ご本人がどうしても自宅に帰るのだと諦めなかったケースがあります。その方の治療方針について OOVL 表を使って検討したところ、自宅療養の点数はかなり低かったです。でもご本人の強い希望で、さまざまなサービスを導入して自宅に帰ることになって、その際には一緒に考えながら作った OOVL 表も持ち帰っていただきました。

後日、地域連携に携わるケアマネジャーさんからその方のお話を伺ったのですが、自宅に帰りはしたものの、ADL の低下などもあり日常生活を維持できず、やはり自宅療養は難しいという結論に至ったようです。今後の相談をする際に、OOVL 表を持ち出してきて、今度はこの表の中から別の選択肢を選びたい旨をお話しになったとのことでした。OOVL が次の選択を考えるひとつの目安になったのだと思います、うれしく感じました。

青山 意思決定支援は、選択肢を一度決定してそれで終わりではありませんからね。患者さんの置かれている状況が変われば、どういう選択肢を採るべきかを改めて考えなければなりません。ですから、OOVL 表を用いて問題を整理し、それを手元に置いておけば、再検討する際の資料としても使えるわけです。同じ問題にぶつかったとき、何度でも使えます。

考え抜いて選んだからこそその納得感

内橋 状況に合わせて思考を深めていく使い方も可能です。例えば OOVL を使用していったん表が完成したとして、患者さんやご家族の誰かがしっくりきていない、納得しきれていない部

分があった場合、リスクとベネフィットを説明しつつそれぞれの意見に耳を傾けながら、判断基準や重みづけなどをその場で部分的に調整していくことができます。

青山 固定的なものではないということですね。暫定的な答えをひとまず出すためのツールといえますか。加えて、表として書き出す過程が、自分自身の価値観を洗い出す契機となる側面もあります。「自分はこういった部分を重要だと感じるのだな」と言語化する助けになってくれるのです。

内橋 患者さんやご家族、医療者でそれぞれ大事にしたいポイントは異なります。看護師は安全にこだわるけれど、患者さんとしては安全も大事だけどそれだけじゃなくて犬の散歩をしたいとか、晩酌が楽しみだとか、個別の価値観があります。同時に関係する家族や多職種それぞれの価値観を表に落とし込むことで、より良い意思決定につながられるはずです。

青山 自身の価値観を洗い出した上で選択を行うわけですから、その後の後悔が少なくなる面もあるかと思います。内橋 同感です。腓体部に腫瘍が見つかった 30 歳代女性の事例で、どの病院にかかるのか、手術を受けるのかどうかについて OOVL で考えたことがあります。早期発見ということもあり、医療者側でも手術を受けるか様子を見るか意見が分かれていました。患者さん本人は水着を着ることや友人と浴場施設に行くことなどを考えるとお腹に傷が残るのが気になるなど、手術をためらう要因がいくつかあるようでした。まず「通いやすさ」「手術件数」などを判断基準として病院を決定後、さらに手術をするかどうかについて思考を整理しました。この事例の場合、OOVL 表は問題別に 2 枚作成した形です。最終的に手術を受けることを選択しましたが、チューブ入れ替えによる痛みや創痛がつかったようで、OOVL を使って決定していなかったら手術したことを後悔したかもしれないとおっしゃっていました。「手術する」「手術しない」が同点で、要素を見比べながら考え抜いた上で選んだからこそ後悔がないのだと。

青山 自身の選択に納得感を持てているということですね。頭の中を整理して、表の形で「見える化」する OOVL

<出席者>

●うちはし・めぐみ氏

藤森看護専門学校（当時）を卒業後、姫路聖マリア病院に入職。訪問看護ステーションに勤務後、順心病院に入職。2016 年に脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を取得し、順心リハビリテーション病院へ異動。21 年甲南女子大看護研究科博士前期課程修了。現在も研究生として在籍中。19 年コンサルタントナスとして Nurture（ナーチャー）を起業し現在に至る。

●あおやま・ひふみ氏

1972 年徳島大教育学部看護教員養成課程卒。93 年関西大社会学研究科修了。修士（社会学）。72 年淀川キリスト教病院入職、教育担当副看護部長などを担当。97 年大阪府立看護大（当時）へ。大学統合後、大阪府立大（当時）看護学部学部長等を経た後、甲南女子大に勤務。その後 2022 年より現職。プロボノとして地域の健康教育にもかかわっている。

を使うメリットの一つだと思います。

*

内橋 OOVL に関して講演をしていると、「どんな事例に向いているのですか」といった質問をいただくことがたびたびあります。私としては、6 年間 OOVL を使ってきて、向いていない事例があると思ったことはありません。極めて汎用性の高いツールだと考えています。

青山 適用が難しいと感じる場合があったとすれば、それは問題の切り分けができていないのかもしれませんが。OOVL 表を作成するに当たっては、問題の一つに特定することが前提となります。一つの問題につき一つの表を作るのが原則です。複数の問題が混在していると表作成が難しくなりますから、今一度何が問題とされているのかを整理する必要があるでしょう。

内橋 意思決定と言っても、特に退院支援においては、その人の置かれた経済状況や環境によって選ぶことのできる選択肢はある程度決まってきます。今現在、脳卒中患者・家族の意思決定に当たって、判断基準（成果）の特定を大枠で事前に用意できるよう研究を進めています。普遍的な部分を既存の選択肢から選んで、その上で患者さんごとの個別性を付加する使い方を想定しています。一人でも多くの方が、納得性の高いより良い意思決定を行えることを願っています。

●参考文献

1) 内橋恵，青山ヒフミ．意思決定支援ツール OOVL 活用入門．医学書院；2025．

誰の意思決定支援：自分自身

① 問題の特定 バス乗車までの 30 分、 学会資料の再確認に 適した場所はどこか	③ 判断基準（成果）の特定						
	落ち着ける	明るい	飲み物	手軽	空気がよい		
④ 判断基準（成果）の重みづけ ② 選択肢の列挙	+++ (×3)	++ (×2)	+ (×1)	++ (×2)	+ (×1)		
駅の椅子	× (1×3=3)	○ (3×2=6)	△ (2×1=2)	○ (3×2=6)	○ (3×1=3)	20	⑤ 実現可能性
スタバ	○ (3×3=9)	△ (2×2=4)	○ (3×1=3)	△ (2×2=4)	△ (2×1=2)	22	
マクド	○ (3×3=9)	○ (3×2=6)	○ (3×1=3)	× (1×2=2)	△ (2×1=2)	22	
ミスド	○ (3×3=9)	○ (3×2=6)	○ (3×1=3)	○ (3×2=6)	○ (3×1=3)	27	

重みづけ：最も重要→+++（×3）、2 番目に重要→++（×2）、3 番目に重要→+（×1）
実現可能性：実現する→○（3）、まあまあ実現する→△（2）、実現するかどうかわからない→×（1）

●図 2 OOVL を用いた事例「カフェの選択」（『意思決定支援ツール OOVL 活用入門』p8 より）
各項目を順に埋めていった表。点数は「ミスド」が一番高くなった。

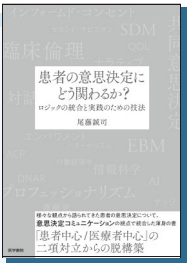
さあ、意思決定のテーブルへ。「患者の意思決定」の理論と実践を 1 冊にまとめました

患者の意思決定にどう関わるか？

ロジックの統合と実践のための技法

意思決定の連続である医療職の仕事。臨床倫理、EBM、プロフェッショナリズム、SDM、ナラティブなど、これまで様々な切り口で示されてきた理論をもとに、「患者にとって最善の意思決定」に専門家としてどのように考え、関わっていくかをまとめた渾身の書。AI の発展、新型コロナの流行など、社会が変わっていくなかで、これからの患者-医療者関係の在り方を示す 1 冊。さあ、意思決定のテーブルへ。

尾藤誠司



NANDA-I 看護診断のオフィシャルブック最新版

NANDA-I 看護診断 定義と分類

2024-2026 原書 第13版

原書編集 T.ヘザー・ハードマン／上鶴 重美／カミラ・タカオ・ロペス

訳 上鶴 重美

- ▶56の新しい看護診断を追加、123の看護診断を改訂。
- ▶診断の軸構造を大幅に改訂し、各診断に一貫した軸値を割り当てた。
- ▶診断指標は、MeSHの用語を使用することで、明瞭性・一貫性が高まった。
- ▶アセスメントから適切な看護診断確定までのプロセスについての解説も充実。
- ▶臨床でのレファレンスに、また看護診断の学習に役立つナース必携の書。

■A5 2025年 頁720 定価：3,630 円（本体 3,300 円＋税 10%）[ISBN978-4-260-05712-7]



詳細はこちら



座談会

腹痛診療アップデート

「急性腹症診療ガイドライン2025」をひもとく



三原 『急性腹症診療ガイドライン 2025 第2版』¹⁾は8つの関連学会(註)から専門家が集結し、豊富な知見から内容がアップデートされました。私は日本腹部救急医学会から参加し改訂委員会の委員長を務めました。本日は改訂委員会のメンバーから同じく日本腹部救急医学会の高山先生、日本超音波医学会の亀田先生、日本医学放射線学会の亀井先生にお越しいただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

腹痛診療でも重要度を増す 画像診断技術

三原 初版となる『急性腹症診療ガイドライン』が刊行されてから10年が経過し、ようやく改訂の運びとなりました。この間、急性腹症診療にはどのような変化があったのでしょうか。まずは外科の観点から伺えますか。

高山 画像診断技術の進化は特筆すべきでしょう。CTやMRIの診断精度が飛躍的に向上したことで、従来は手術しか選択肢がなかった病態の患者に対しても保存的治療で改善を図れるケースが増えました。より侵襲度の低い治療で対応できるようになってきたことは、患者にとってもメリットが大きいと感じています。

亀田 画像診断技術という点では、超音波診断、特にベッドサイドで行われる point-of-care 超音波(POCUS)の概念がここ数年で普及してきました。私自身、救急医として活動する中で超音波診療の有用性に注目し、2000年代初頭からERやICUでの超音波活用に取り組んできました。当時は急性期診療で超音波検査に関心を持つ医師は限

られ、もどかしさも感じていましたが、2011年にThe New England Journal of Medicine (NEJM)でPOCUSが取り上げられた²⁾のを契機に国内でも広まり始め、現在では急性腹症診療での超音波活用法をレクチャーする機会も増えました。しかし研修医の超音波検査の実施率は依然として低いままです。で、今後さらなる普及に努めていきたい所存です。

亀井 超音波検査が普及しきっていない背景には、CT、特にマルチスライスCTがこの10年で急速に広まった影響があるのかもしれませんが、一方で、あまりにも安易にCTが行われすぎている状況も招いています。亀田先生がおっしゃるように今後は超音波検査の教育にも注力していくべきでしょう。

また画像診断に関連して付け加えると、せっかくCT、MRIが撮影されても、夜間・休日などの時間外だった場合、画像診断専門医による読影が行われず、ときには重篤な疾患が見落とされている、という事態は10年前と変わらず見受けられます。急性腹症診療をアップデートしていくには、こうした課題にも向き合っていくなくてはなりません。

8つの学会が結集した ガイドライン改訂委員会

三原 ガイドライン改訂の話題にも触れていきたいと思います。今回、初版制作に携わった5つの学会に加えて、新たに日本病院総合診療医学会、日本超音波医学会、日本超音波検査学会を迎え、計8学会で知見を共有し合いながら改訂作業を進めました。3学会が

突然発症の腹痛、いわゆる急性腹症を訴える患者に遭遇することは珍しくありません。その原因・症状は多岐にわたるものの、中には重篤な疾患が隠れている場合もあり、迅速かつ的確な診断と対応が求められることから、苦手意識を持つ医師も少なくないはず。

8つの学会(註)が協働して急性腹症の診療の基準を示した『急性腹症診療ガイドライン 2025 第2版』(医学書院)の発行に当たり、本紙では改訂委員会のメンバーによる座談会を企画。改訂のポイントから急性腹症診療における科学的知見の発展までを幅広く語り合いました。

加わったことの意義を、皆さんはどうとらえていますか。

亀田 今回から日本病院総合診療医学会が加わったことで、急性腹症をジェネラルに分析する視点がより強化されたことは間違いないでしょう。疾患名の診断がついていない中で臨床推論を働かせて必要な検査を検討し、治療までの見通しを立てていく役割は本領域で欠かせません。

亀井 そうですね。今回のガイドライン改訂のように救急診療が絡む標準化の議論に当たっては、各領域の専門家だけではどうしても議論が偏ってしまう可能性があります。最近は専門化が進みすぎてそのリスクがより顕著になっていると感じるので、総合診療のように横断的な考え方を持つ医師がますます求められていくでしょう。

高山 新たに加わっていただいた3学会は外科の立場では普段なかなかかわる機会がないので、そうした先生方と急性腹症診療について議論できた経験自体も貴重でした。日本産科婦人科学会の先生と超音波関連の先生方が経腹・経膈エコーの議論をされていたのも印象に残っています。個人的には、亀田先生が先ほど触れていたPOCUSの有用性を学べたことが意義深かったです。日本超音波医学会、日本超音波検査学会が加わったことで本ガイドラインには超音波検査に関する記述が充実しましたし、超音波検査よりどうしてもCT検査ファーストになりがちな自施設にも、今回得た知見を還元したいとの思いがあります。

三原 確かに、複数の診療科の医師が急性腹症診療に関して侃々諤々と議論している場面は普段なかなか見られませんが、ガイドラインの制作過程を通じてそうした交流の場ができたのも印象的です。いい意味で刺激を受けた委員は多いでしょうし、ガイドラインもより多角的な視点を踏まえた内容になったとの自負もあります。

初版よりも臨床の視点に 根差したアップデート

三原 今回の改訂において、思い入れのあるアップデート点があればぜひお聞かせください。

高山 腸閉塞とイレウスに関連する用語の整理ですね(表)²⁾。今回は厳密にそれぞれを区別しました。例えば絞扼性イレウスを絞扼性腸閉塞症にするなど、具体的なレベルにまで言及して個々の用語を定義しました。保険病名が変わっていないために日本では学会発表や論文、教科書などにもイレウスという表現が根強く残っていますが、こうしたガイドラインからの提言などを積み重ねて見直されていくことが大事だと思います。また虫垂炎についても、国内ではカタル性、蜂窩織炎性、壊疽性と分類されてきましたが、これらはあくまでも組織学的な分類でしたので、今回は海外に準じて臨床的な視点に立脚し、単純性、複雑性、汎発性腹膜炎という分類を採用しました。診断だけでなく治療法にも直結する、より臨床的なガイドラインになったと感じています。

亀井 画像検査の項目も、より臨床的な視点に立ったアップデートがなされました。初版のクリニカルクエストは「単純CTが有用な疾患は」「造影CTはどのような場合に撮像するか」のように比較的ざっくりとした内容のものもありましたが、そもそも急性腹症患者に対して単純CTを行うことは意義があるのか、あるいはどういう場合に造影CTを追加すべきなのかといったように、より現場の視点に即したものになるように意識しました。

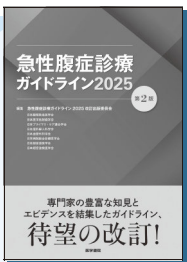
亀田 救急医療に長年従事してきた身としては、単純CTと造影CTに関する考え方が現場に即したプラクティカルな視点で示されたことをありがたく感じています。例えば急性虫垂炎を疑った場合は単純CTだけで良いのか否か。あるいは尿管結石を疑う場合はど

急性腹症に的確に対応するためのガイドライン、関連学会の知見とエビデンスを集めて待望の改訂！

急性腹症診療ガイドライン2025 第2版

臨床で遭遇する機会の多い急性腹症患者に対する診療ガイドライン。症状と初期対応を重視し、限られた時間の中で的確に対応するための情報を盛り込んだ。疫学、問診、身体所見、検査の記載も充実。関連学会(腹部救急医学会、医学放射線学会、プライマリ・ケア連合学会、産科婦人科学会、血管外科学会、病院総合診療医学会、超音波医学会、超音波検査学会)の専門家の豊富な知見とエビデンスを結集したガイドライン、待望の改訂！

編集 急性腹症診療ガイドライン
2025改訂出版委員会



プローブを握る前にこの1冊！

レジデントのための腹部エコーの鉄則 [Web動画付]

解剖学的知識、走査法といった基本から、画像の解釈、病態の把握、そして日常臨床でよく出会うものの、実はどこにも対応法が載っていないものまで、腹部エコーを行ううえで知っておきたい“鉄則”をまとめた1冊。悩みがち・迷いがちなテーマを中心に取り上げ、症例をもとに実践的な対応策を示す。実践編1「超音波解剖とプローブ走査法」では、丁寧な解説とWeb動画でハンズオンセミナーのように走査のコツを修得できる。

編集 亀田 徹



●表 腸閉塞症とイレウス関連の用語の整理（『急性腹症診療ガイドライン 2025 第 2 版』，29 頁より）

	現在，使われている用語	急性腹症診療ガイドライン改訂版の提言	英語
病名	大腸癌イレウス	閉塞性大腸癌	malignant large bowel obstruction
	癒着性イレウス	癒着性腸閉塞症	adhesive small bowel obstruction（ASBO）
	絞扼性イレウス	絞扼性腸閉塞症	strangulated intestinal obstruction
	複雑性イレウス		
	閉塞性イレウス	単純性腸閉塞症	simple intestinal obstruction
	単純性イレウス		
	胆石性イレウス	胆石性腸閉塞症	gall stone ileus
	糞便性イレウス	糞便性腸閉塞症	fecal intestinal obstruction
	術後イレウス	術後の腸管癒着によるもの： 癒着性腸閉塞症 術後に腸管の機械的閉塞がないもの： 術後イレウス	癒着によるもの： adhesive small bowel obstruction（ASBO） 機械的閉塞がないもの： postoperative ileus（POI）
	偽性イレウス*	偽性腸閉塞症	intestinal pseudo-obstruction（IPO）
機器名	イレウスチューブ	経鼻小腸減圧チューブ，ロングチューブ	long intestinal tube, long tube
	経肛門的イレウス管	経肛門的減圧チューブ	transanal decompression tube（TDT）

*：医学中央雑誌で“キーワード：偽性イレウス”で検索すると，1983～2023 年に 4 例の症例報告があり，全例が続発性の慢性偽性腸閉塞症（chronic intestinal pseudo-intestinal obstruction：CIPO）であると思われる症例であった。

うか。こうした臨床に生きる判断基準を示せたことは現場の医療者にとって意義が大きいでしょう。

三原 画像検査の項目に関しては，NEJM で「急性腹症には造影 CT が第一選択だ」と主張する論文が発表されたことも記憶に新しいです^{3,4)}。この点についてはどのように考えていますか。

亀井 ほとんどの疾患で，造影 CT を撮影したほうが情報量が多いのは間違いありません。しかし，急性腹症と一口に言っても重症度には幅があり，単純 CT で診断が可能な症例もあることから，状況によっては過剰な検査になります。上述の論文では単純 CT のみの場合に見落としが 30％増えるとの指摘がありましたが，見落とされた疾患はほとんどが重篤なものでなく，緊急性も低いものが中心だったため，必ずしも造影 CT が必須ということにはならないでしょう。超音波の活用も含め，侵襲の少ない検査から段階を踏んでいくというのがやはり重要なのだと思います。

超音波検査のさらなる普及と教育体制の拡充に向けて

亀田 私は本日のメンバーの中で唯一初版の制作にはかかわっていませんが，今回参画させていただいて，POCUS の概念をガイドラインに盛り込んだことが 1 つ大きくアップデートされた点だと考えています。これから救急診療，急性腹症に携わる医師が，どのように超音波検査を実施するかを学ぶ際のスタンダードを示せたはずです。このガイドラインを通じて POCUS がますます広まっていくのではとの期待も持っています。

一方で先ほども触れましたが，普及のための教育体制の拡充にはまだ課題が多いです。今回のガイドラインでは，POCUS において臨床医が超音波検査の専門家と同等の能力を得るには各部位 50 例程度の経験を積むことが必要

であることを示しました。50 例は最初の段階としては適切な数字なのですが，海外ではコンピテンシーにより重きを置いて評価すべきとの考え方も出てきているので，今後国内で議論していかなくてはならないと考えています。高山 患者数や指導方法の差異などは当然施設ごとにはばらつきがありますから，50 例をどう経験させるのか，あるいは超音波検査をどう指導していくかについても継続的に考えていかねばなりませんね。外科医は使用場面に限られる部分もありますが，例えば胆嚢炎では CT だけで壁肥厚を診断して，超音波検査をしないケースを時々見かけます。ですが陰性胆石の可能性は常に考慮しなくてはなりませんので，救急では必ず CT に加えて超音波検査も実施して診断することを常々教育しています。

亀井 若い医師は超音波検査に対して難しく考えすぎないでほしいとの思いがあります。検査の順番も必ずしも超音波が先でなくてもいいと思います。例えば，CT 検査で胆石が見つかったらそれを超音波検査で確認するだけでも，技術の習熟につながると思います。また保存的治療のために入院した患者さんの回診の際に通常の診察だけではなく超音波を当てることで，腹水の増加など病態の悪化を疑う変化に気づき外科的介入につながる可能性もあるはずです。超音波検査だけで全てを診断するのではなく，診療の一助とらえて積極的に活用してほしいです。

三原 確かに，私自身も超音波検査だけで診断することはないものの，超音波をまず当てることによって疾患の方向性を含めその後の見立てをある程度描くことが多いです。その後 CT を撮るにしても，他科にコンサルトしたほうがよさそうか，あるいは帰してよい疾患なのかについて見通しを持って超音波検査をすることで，診療にかかる全体の時間を短縮できるかもしれないと感じます。

亀田 特に若い人は超音波検査の技術

が上達すればうれしいでしょうし，使用機会がますます増えるツールだと思います。一方で，疾患の見逃しリスクや，超音波検査をやることでさらに次の検査が増えるかもしれない懸念もあるでしょう。今後教育を進めていく上では，病歴聴取や身体所見，血液検査，CT 検査等も含めて，一連の臨床推論の中に超音波検査をどのように位置付けるかを明確化し，共有していくことが必要なのかもしれません。

急性腹症診療の地域連携促進のために

三原 第 2 版では急性腹症診療における地域連携の部分を十分に深掘りできなかったため，次回改訂までの宿題ととらえています。

高山 医療機関同士の連携は今後ますます求められてきますが，現状はまだです。特にプライマリ・ケア医が急性腹症の患者さんを診察した場合，専門医や救急医との連携が不可欠になるものの，プライマリ・ケア医側が連携を主導することはなかなか荷が重いです。そういう意味では連携先の病院がイニシアチブを取るほうが進みやすいでしょうから，日本病院総合診療医学会からの知見も得ながらガイドラインとして有意義な提言ができるよう検討を進めていきたいですね。

亀田 同感です。また，地域連携を強化するには医療機関同士の情報共有が不可欠であり，IT 技術を活用した情報共有の仕組みづくりが重要だと考えています。具体的には電子カルテの共有や地域医療連携システムの活用です。急性腹症に関しては画像診断に関する情報も重要な共有事項だと考えます。過去の画像を容易に閲覧・共有できるシステムが整えば，現場の医療従事者の負担も大きく減るでしょう。

亀井 画像診断に関連して言えば，放射線診断医の数が全国的に足りていないことが，地域連携を進める上でも大きな懸念点です。今後も救急医やプラ

●みはら・ひろし氏

2002 年富山医薬大（当時）卒。同大内科学第三講座（消化器内科）入局。08 年生理学研究所・岡崎統合バイオサイエンスセンター細胞生理研究部門に国内留学。15 年富山大医学部医学教育センター助教。21 年同大医師キャリアパス創造センター副センター長。22 年 9 月から現職。急性腹症診療ガイドライン 2025 改訂出版委員会では委員長を務めた。



●かめい・せいじ氏

1994 年徳島大医学部卒。2001 年より愛知医大放射線科。14 年から現職。放射線科専門医，日本医学放射線学会診断専門医，日本 IVR 学会専門医，腹部救急認定医・教育医。第 44 回日本腹部救急医学会総会イメージ・インタープリテーション・セッションでは最優秀賞を受賞。



●たかやま・ゆういち氏

1995 年名大医学部卒。同大腫瘍外科学教室に入局。日赤愛知医療センター名古屋第一病院，名古屋第二病院などで勤務したのち，2010 年 7 月から大垣市民病院にて勤務。20 年 4 月から現職。年間全身麻酔手術約 1600 件，うち緊急手術約 500 件を統括する。『Acute Care Surgery 認定外科医テキスト』（へるす出版）など書籍の執筆も手掛ける。



●かめだ・とおる氏

1996 年北大医学部卒。救急・集中治療・超音波検査の研修後，超音波検査をサブスペシャリティとして救急医療に長年従事。日本超音波医学会指導医，日本救急医学会指導医，日本ポイントオブケア超音波学会代表理事。『救急超音波診療ガイド』『レジデントのための腹部エコーの鉄則』（いずれも医学書院）など編著書多数。



イマリ・ケア医，総合診療医が自分たちで暫定的に読影せざるを得ない状況が続くでしょう。研修医の段階から読影法をしっかりと教育して全体のスキルを底上げしていくことが，地域全体として急性腹症の診療体制を盤石にするために不可欠と言えます。

三原 改訂委員会の関連学会をはじめさまざまな知見を共有し合いながら，長い目で見て環境を整えていきたいですね。本日はありがとうございました。（了）

註：2015 年に発刊された初版の作成には日本腹部救急医学会，日本医学放射線学会，日本プライマリ・ケア連合学会，日本産科婦人科学会，日本血管外科学会の計 5 学会が携わった。今回の第 2 版改訂出版委員会には新たに日本病院総合診療医学会，日本超音波医学会，日本超音波検査学会を関連学会として迎え，計 8 学会が協働して改訂に取り組んだ。

●参考文献

- 1) 急性腹症診療ガイドライン 2025 改訂出版委員会（編）. 急性腹症診療ガイドライン 2025 第 2 版. 医学書院；2025.
- 2) N Engl J Med. 2011 [PMID：21345104]
- 3) N Engl J Med. 2024 [PMID：38959482]
- 4) JAMA Surg. 2023 [PMID：37133836]

CT から，緊急処置・手術が必要な症例を見極める！

連続スライスで学ぶ レジデントのための急性腹症の CT 【Web 付録付】

外科医が伝える急性腹症診察のポイント。緊急の処置・手術が必要な症例を見極めるため，CT 診断の要諦をレクチャーする。診断の決め手となる画像だけでなく，連続した CT 像を多数提示。病歴と CT 像から診断を試みることができる構成。さらに，紙面に掲載できなかった連続画像をウェブ上のビューワで確認できる。必修の症例，難易度，頻度等が示され，効率よく学べる構成。救急外来で慌てない実力を付ける“使える”一冊。

編集 三浦 晋



B5 頁 280 2023 年 定価：4,950 円 [本体 4,500 円＋税 10%] [ISBN 978-4-260-05092-0]

医学書院

CT を撮ってもわからない時に手にして下さい。

急性腹症の診断レシピ 病歴・身体所見・CT

急性腹症を「上腹部痛」「下腹部痛」「腹部全般痛」の 3 つのカテゴリに分けて考え，それぞれで早期診断すべき重要疾患を，年齢，性別と基礎疾患からのアプローチ方法について解説。「CT の活用法」「診断がつかない場合の考え方」の章も設け，筆者のライフワークである急性腹症に正面から取り組んだ意欲作。This is the way of decision making in an acute abdomen!

窪田 忠夫



A5 頁 320 2023 年 定価：4,950 円 [本体 4,500 円＋税 10%] [ISBN 978-4-260-04974-0]

医学書院

寄稿

能登半島地震による被災者の口腔への影響と、地域で連携した「食べる」支援の継続

中久木 康一¹⁾，長谷 剛志²⁾

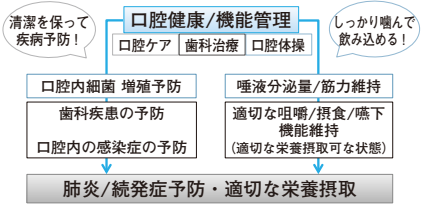
1) 東北大学大学院歯学研究科災害・環境歯学研究センター 特任講師，2) 公立能登総合病院歯科口腔外科 部長

災害時の口腔健康支援と「食べる」支援の連携の必要性

災害時には多様な保健医療支援活動が行われる。医療救護というよりも生活支援に近い健康維持活動もある。歯科においては、地域の歯科診療所が再開するまでは除痛や咀嚼の回復のための応急歯科診療支援も行うが、同時に、過去の大規模震災において災害関連死の3割近くを占めてきた肺炎を予防するための歯科保健活動も行われる。口腔衛生を維持する口腔ケア・用品の提供や指導は歯科疾患や誤嚥性肺炎の予防を、そして口腔機能を維持する口腔健康体操はオーラルフレイルの予防や適切な栄養摂取を通じた健康の維持を目的としている(図1)。2024年能登半島地震後の対応においては、JDAT(Japan Dental Alliance Team：日本災害歯科支援チーム)の派遣による被災地での歯科保健活動を中心とした支援は1月中旬から3月中旬にかけて行われ、歯科診療支援や1.5次避難所支援は4月末まで継続された。

被災後のインフラが整わない生活は、誰しもが体調を崩しやすくなる。普段から医療やケアを受けていた高齢者や有病者・障害者などの災害時要配慮者が、被災によって医療やケアを受け続けられなければ体調管理は困難となる。逆に言えば、被災時に地域における医療やケアの提供体制がなるべく落ちないようにする対策とともに、被災時にどう補うのかという検討や準備がなければ、災害関連疾病の発症は防ぎ得ない。また、被災に特徴的な健康課題もあり、これらに地域で対応するには、普段からの健康支援における多職種連携が成り立っていることが肝要である。そのようなネットワークがあって初めて、外部からの支援も効率的に活用できると考える。

こうした背景から、日本災害医学会では2023年より“災害時「食べる」連携委員会”を立ち上げ、地域において多職種による災害時の「食べる」支援の連携を構築するための研修会を試行している。(執筆：中久木)



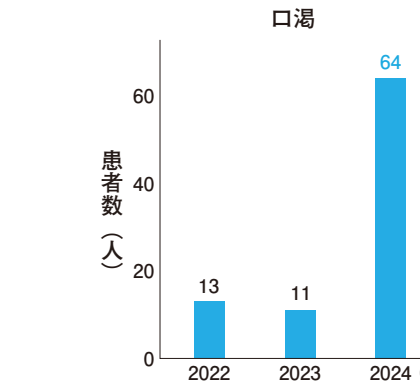
● 図1 災害時の口腔健康管理/口腔機能管理

能登半島地震後に増加した口腔症状や疾病と、口腔ケア

能登半島の付け根とも言える石川県七尾市に位置する公立能登総合病院歯科口腔外科には、発災後、さまざまな口腔症状を訴える被災者が受診した。なかでも、口渇(口腔乾燥)と口内炎を訴える患者数は震災前の同時期と比較して顕著に増加した(図2)。口渇は発災後2か月間で64人(男性25人、女性39人)が受診し、過去2年間の同時期と比較すると約6倍となった。これは、震災による極度の緊張や長期間(約3か月間)続いた断水のストレスと余震の緊張により誘発されたものと考ええる。

加えて、ストレスにより急激にビタミンB群が消耗するため、口内炎を訴える患者数も例年の同時期と比較して約2倍(29人：男性9人、女性20人)となった。いずれの所見も年齢はおおむね40～60歳代に集中していた。倒壊した自宅の修繕や引っ越し、子供の教育、親の問題、生業の再建など、震災後の生活に対する不安やストレスを最も受けたのは、責任世代とも言われる中年層であったと推察される。さらに、インスタント麺や菓子パンなど加工食品を中心とした食事が連日続き、食欲が減退する傾向にあったと考える。そして、被災者の口渇や口内炎により口腔環境が悪化したこと、ストレスにより消化管の蠕動運動が抑制されたことが「食べる力」の低下要因として被災後の食生活に影響を及ぼし、便秘や脱水、低栄養につながるケースも見られた。

一方、長期化する断水の影響により十分に口腔ケアをできない状況が続いた。断水による節水意識から生活の中でも歯磨きの優先度が低下し、特に高齢者を中心に誤嚥性肺炎の増加が懸念された。実際に、誤嚥性肺炎と診断され、当科に口腔ケア依頼となった患者



● 図2 能登半島地震後に増加した口腔の主訴
公立能登総合病院歯科口腔外科における1月1日～2月29日の2か月間の受診数。

数は発災後2週間で新規19人(例年の約3倍)に上った。そのうち、断水のため口腔ケア未実施期間が1週間以上続いていた患者が19人中7人存在した。

水の確保には苦慮したが、入院患者193人(発災当時)の口腔ケアに関しては院内にある非常用備蓄水の使用優先順位を上げてもらい、栄養管理とともに積極的に取り組むことができた。これは、平時より院内活動の一環として多職種で構成される摂食機能療法委員会、NST(栄養サポートチーム)や食支援プロジェクトチームの意識の高さと「周術期等口腔機能管理」の徹底が病棟で周知されていた証しと考える。とはいえ、限られた備蓄水の中で口腔ケアを継続するには、先々を考えて工夫が必要であった。そこで、歯科医師と歯科衛生士が手分けして各病棟の看護師に口腔清拭シートや希釈不要の含嗽剤、保湿剤を併用し、なるべく水を節約する方法を指導しながら入院患者の口腔ケアに従事した。

地域における中長期的な「食べる」支援の継続

避難所から徐々に仮設住宅へと被災者の移行が始まった震災4か月後より、医療的専門チームとは別に、口腔管理と食事、運動を一体とした活動を展開した。災害サイクルの急性期にみられた前述の口腔衛生環境の変化のみならず、平時に比べ質の低下した食生活によって経時的に口腔機能の低下が懸念されたからである。これを総合的に評価して活動するには多職種で多角的に議論できるチーム編成が必要となる。

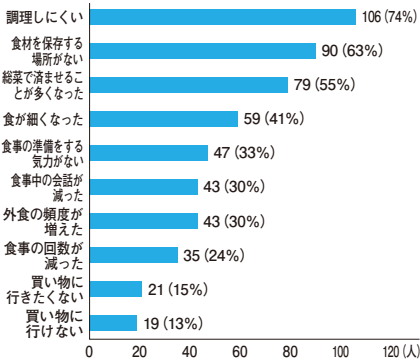
そこで、被災地域の仮設住宅において新たなコミュニティが構築される中、能登地域の歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士、看護師、臨床検査技師ら多職種で構成されたボランティア食支援チーム「食力の会」が

● なかくき・こういち氏

1998年東京医歯大(当時)歯学部卒。2002年同大大学院修了。06年同大大学院歯学総合研究科顎顔面外科学分野助教等を経て、24年より現職。04年の新潟県中越地震より災害支援にかかわり、06年より厚労科研などで災害時の歯科保健医療支援体制の構築に携わる。日本歯科医師会等とともに全国统一した体制や研修の構築、日本災害医学会では「食べる」支援の連携研修会を進めている。

● はせ・たかし氏

2001年北海道医療大歯学部卒。06年金沢大学院医学系研究科修了。09年公立能登総合病院歯科口腔外科医長等を経て、15年より現職。口腔外科専門医である傍ら、摂食嚥下診療をはじめ地域の食支援活動や訪問診療にも従事する。特に、代表を務める「食力の会」では、「かにやしろえびノート」や「食形態マップ」を作成し、病院と高齢者施設・居宅を一体とした食支援の展開を行っている。



● 図3 仮設住宅での「食生活」で震災前と比べて変化したこと

アンケート実施期間：2024年7月1日～10月1日の3か月間。七尾市・志賀町・輪島市内の仮設住宅で生活する被災者163人を対象に実施され、食生活に不自由を感じていたのは144人だった。

中心となって仮設住宅を巡回することとなった。「食力の会」は、私が代表として2011年に発足し、平時より地域の摂食嚥下障害を抱えた患者の診療連携をはじめ、食生活の改善やフレイル予防にも精力的に取り組んでいる。

七尾市、志賀町、輪島市の仮設住宅を訪ね、協力の得られた被災者163人を対象として食事に関する聞き取り調査を行ったところ、144人(88%)が仮設住宅での食生活に不自由を感じていた。理由として上位より順に、調理しにくい、食材を保管する場所がない、コンビニやスーパーの総菜で済ませることが多い、食が細くなったと続き、中には買い物難民となっている人もみられた(図3)。このように食事環境の問題から食事内容も単調になりがちで、麺類やレトルト食品など手軽に調理できる食品に偏っている被災者も多い。

口腔機能を評価したところ、咀嚼力や口腔粘膜湿度、舌圧が低下しているケースもみられ、現在、「食力の会」と石川県歯科医師会や歯科衛生士会、栄養士会が協同し、仮設住宅を巡回して集いの場を定期的に企画し、口腔機能と食事(栄養)・運動について講話や体操教室、栄養補助食品を提供している。

今後も、復興に向けて変化していく地域の状況に合わせつつ、継続していきたい。(執筆：長谷)

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！

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

要介護高齢者の日常生活活動および栄養状態、摂食嚥下や口腔内の問題は、相互に関連・影響するもので、単独介入ではなく、多職種による一体的な複合的介入こそ最も効果があると考えられてきた。しかし、その効果を検証した研究は少なく、ガイドラインも無かった。自立支援・重度化防止に向け、CQ11問・BQ21問を含む、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国内外初のガイドライン、ここに堂々刊行！

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)

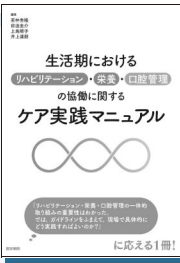


「ガイドラインをふまえて、現場で具体的にどう実践すればよいのか？」に応える1冊！

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実践マニュアル

『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』が発行されました。その重要性は分かったものの、どのように取り組めばよいか——その疑問に本書は応えます。リハビリテーション、栄養、口腔機能のみならず、食べる機能、認知機能、メンタルヘルス、処方薬、社会面などの評価・ゴール設定・介入・モニタリングをわかりやすく解説。要介護高齢者のケースに応じた実施計画書の例も掲載。

編集 若林秀隆
前田圭介
上島順子
井上達朗



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 12 回

外科研修時の病棟回診や処置でのエラーを防ぎたい

執筆 田中 和美

群馬大学大学院医学系研究科医療の質・安全学 教授



指導医

おととい手術された A さんですが、今朝の回診でエピカテ（硬膜外カテーテル）を抜いておきました！

あれ？ A さんは今日抜く予定になっていたっけ？

看護師さんから「エピ（硬膜外麻酔）が空になったので抜いてほしい」と言われて、空ならば早く抜いたほうが感染のリスクも低くなるかと思って抜いてしまいました。

A さんは肺塞栓症予防でヘパリンカルシウムを打っていたと思うけど、エピカテを抜いたのは今朝の分を打つ前だったかな？

そうなんですか？ それは確認していませんでした……。



研修医



研修医



研修医



リスクは「手技」以外のところにも潜んでいる

2 年間の初期臨床研修プログラムでは、各診療科でさまざまな手技を学びます。その中でも外科研修は、手術手技をはじめとして多くの手技を経験できる期間と言えるでしょう。また、外科症例を通して診断や検査、周術期管理、化学療法、終末期のケアなど、非常に多くのことを学べる期間でもあります。一方で、日本医療機能評価機構が行った医療事故情報収集等事業の報告によると、2023 年に発生した事故等事案のうち、「治療・処置」に該当する事案は 31.9% に上り¹⁾、例年約 3 割を占めています。すなわち外科研修は、学ぶことが多い反面、リスクも高い現場と言え、ローテート時には特に注意が必要です。

では、どうしたらリスクを極力減らせるでしょうか。従来、外科的処置や侵襲的処置に伴う有害事象は、実施者の技量に直接関係する、あるいは患者さんの状態や年齢に起因するケースが多いと説明されてきました。しかし Vincent らは、外科的処置やその他の侵襲的処置後の有害な転帰には、現場環境のデザイン、現場とそこで働く人との相互関係、チームワーク、組織文化といった要因も関連していると主張しています²⁾。

「WHO 患者安全カリキュラムガイド：多職種版」では、侵襲的処置に伴って発生する有害事象の 3 つの主な原因として、①不良な感染制御、②不十分な患者管理、③処置の開始前、実施中および終了後における医療提供者のコミュニケーションの失敗を挙げています³⁾。ここで特に注目したいのは③です。テクニカルスキルの代表格である「手技」を学ぶ場において、安全の

ために最も気をつけなければならないものの一つがノンテクニカルスキルであるということです。逆に言えば、ノンテクニカルスキルをしっかり学べば、手術や侵襲的処置はより安全に行えるようになります。もちろんノンテクニカルスキルを身につけてもテクニカルスキル自体は上達しませんので、どちらもトレーニングを行うことが重要です。どちらが欠けても安全で質の高い医療の提供につながらないことは理解しておきましょう。

●「抜く」処置には危険がいっぱい

冒頭の事例では硬膜外カテーテルを取り上げましたが、この他にも外科研修では中心静脈（CV）カテーテルやドレーンを「抜去する（抜く）」処置を経験することがあるかもしれません。これらを「留置する」手技に比べると「抜く」手技は軽視されがちですが、実は危険がいっぱいです。例えば CV カテーテルは座位で抜くと空気塞栓を起こすことがありますし、ドレーンは抜くタイミングを誤るとドレナージが不十分で感染を起こしたり、再挿入が必要になったりすることもあります。「このくらいならできそう」と思う手技でも、状況や手順の確認を怠らないように注意が必要です。



レジデントが個々人でできる患者安全対策

●冒頭の会話を分析する

看護師から依頼されたことで「抜去しても良い患者さん」であると思い込み、本当に抜去しても良いかどうか自分で確認することを怠ってしまいました。加えて、「自分にもできる手技なので頼まれたんだ」とうれしくなって慎重さを欠いてしまったのかもしれません。あるいは、「自分より経験豊富な看護師が言うのだから従わなければ

……」との気持ちになってしまった可能性もあるでしょう。また、やや得意気に指導医に報告をしていることから、長期留置による感染のリスクに配慮できたことを指導医に褒めてほしかったのかもしれません。指導医にヘパリンカルシウムを投与中であることを指摘されて、自身が確認していなかったことを研修医は後悔していることでしょう。

●ノンテクニカルスキル“も”磨く

ではどうすればよかったのでしょうか。本事例では、「硬膜外カテーテルを抜去する」という手技の遂行自体に問題はなく、確認不足や思い込み、コミュニケーションの失敗などがエラーの原因と考えられます。まさにノンテクニカルスキルですね。ノンテクニカルスキルは状況認識、意思決定、チームワーク、コミュニケーション、リーダーシップ、ストレス管理等に分類されます⁴⁾。以下に具体的な対策をお示しします。

状況認識：まずは状況を正確に把握することが大切です。たとえ自分が受け持つ患者であったとしても、現在の患者の状態、薬の投与状況、各専門職の見解などを診療録で必ず確認しましょう。今回の事例では、術後であることを研修医は把握できていたものの、肺塞栓症予防のためにヘパリンカルシウムが投与されていることを知りませんでした。処置におけるエラーを防ぐには個々の患者の状況を正確に把握し、それに応じて対応を変える必要があります。実施前には一度立ち止まり、考えることがとても大切です。

コミュニケーション：今回の事例において研修医は、看護師に依頼されたので実施して良いこと（＝実施しなければならないこと）と思い込んでしまいました。「抗凝固療法はしていませんか？」あるいは、「抜いても大丈夫な方でしたっけ？」と質問するだけでも、お互いに状況を確認できたはずですが、研修医が確認を怠ってしまったように、看護師もヘパリンカルシウムを投与していることをうっかり忘れていたのかもしれません。一度立ち止まり、お互いに声を掛け合うことで重要な気付きを得られるケースはよくあります。また、普段から些細なことでも患者の情報を共有し合うことも大切です。自分が知らない情報を得られたり、認識の違いを修正できたりしますので、コミュニケーションを意識しましょう。

●他施設、他病棟での経験を伝えてみよう

研修医はさまざまな診療科、病棟をローテーションします。中には複数の施設で研修する方もいるでしょう。また、出身大学での臨床実習の経験も記憶に新しいはずですが、少し高度な対策法ですが、もしこれまでの経験で良い対策が取られていたところを思い出した場合、ぜひその経験を周囲に共有してみてください。例えば当院では、硬膜外カテーテルを挿入した後に貼る固定のための透明フィルムの上に、シー



●写真 群馬大学医学部附属病院で行われるインシデント防止の取り組み

硬膜外カテーテルの挿入後に貼付する透明フィルムの上にシールを貼り、抗凝固療法中にうっかりカテーテルを抜去しない工夫を施している。

ルを貼って注意喚起を行っています（写真）。このフィルムは、抜去しようとした時に必ず剥がすことになりますので、抜去時の確認につながります。シールを貼るようになってから、抗凝固療法中にうっかりカテーテルを抜去してしまうインシデントは無くなりました。さまざまな施設、部署での良い取り組みを研修医から教わることはよくあり、医療安全の観点からはとても助かりますので、皆さんの経験をぜひ伝えてほしいです。



研修医のその後

指導医と一緒にヘパリンカルシウムの投与状況を確認すると、幸いなことに当日朝にはまだ投与されていませんでした。その後に入院してくる手術患者については、研修医はより一層状況把握に努めるようになりました。翌週手術を受けた患者 B さんの硬膜外カテーテルを抜去してほしいと看護師から頼まれた際には、まずその場で看護師に抗凝固療法の有無を尋ねた後、抗凝固療法が行われていないことを自分でも診療録を確認した上で抜去を行いました。

しっかりと状況把握した上で処置を行ったことで、上級医からは「安心して任せられる」と褒められ、看護師からもより信頼されるようになりました。



覚えておこう！

- 外科研修では、「手技を行うこと」に意識が行きがちになることを自覚しましょう。特に「抜く」処置には注意！
- 患者個別の背景が治療や処置に及ぼす影響を理解し、常に状況把握を行うことが大切です。医療者間でのコミュニケーションを密にとり、思い込みで済まさないようにしましょう。
- 他のローテート場所で経験した良い取り組みをぜひ周囲に伝えてみてください。

●参考文献・URL

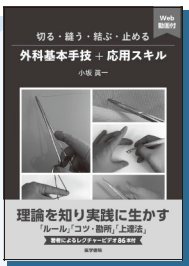
- 1) 日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業 2023 年年报. 2024. <https://bit.ly/41WDheg>
- 2) Ann Surg. 2004 [PMID : 15024308]
- 3) WHO. WHO 患者安全カリキュラムガイド：多職種版 2011. 2011. <https://bit.ly/3FJoBxa>
- 4) ローナ・フィリン, 他. 現場安全の技術——ノンテクニカルスキル・ガイドブック. 海文堂出版；2012.

理論を知り実践に生かす基本手技の「ルール」「コツ・勘所」「上達法」

切る・縫う・結ぶ・止める 外科基本手技+応用スキル [Web動画付]

外科手術の基本手技「切る」「縫う」「結ぶ」そして「止める」の原理とテクニックを一から解説。「なぜそうするのか」「どうすればスムーズに行えるのか」を理論的に説き起こす。手術器具の特性、術中の一つ一つの動きの意味を明らかにし上達の勘所を教示。著者が実演・レクチャーする動画（86本）が記載内容の理解を促す。初心者（はもとより経験を重ねた外科医も目から鱗が落ちる知見が満載。

小坂真一



初版から10年経ちました プラマニユはこれからも現場の変化とともに

感染症プラチナマニュアル Ver.9 2025-2026

▶感染症診療に必要なかつ不可欠な内容をハンディサイズに収載。必要な情報のみに絞ってまとめ、臨床における迷いを払拭する。Dr.岡・執筆協力者31名による大改訂、全体で40ページ増。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の記述を刷新（ワクチン、予防の項目もアップデート）。新規ガイドライン（敗血症、感染性心内膜炎など）と臨床に直結する新旧の主要論文約300本分の情報を更新。『微生物プラチナアトラス 第2版』と『ASM臨床微生物学プラチナレファランス』とのリンク継続。拡大版（Grande）も同時発売。職種・年代問わず、すべての医療者のみなさまに。

著：岡 秀昭 埼玉医科大学教授 / 総合医療センター 病院長補佐

定価2,750円（本体2,500円+税10%）
三五変 頁676 図9 2色
ISBN978-4-8157-3123-6 2025年2月発行

詳しくは→



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 <https://www.medsi.co.jp>
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

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 特定教授

第8回 臓器移植の倫理（2）——新たな技術が拓く未来

新たな臓器移植技術は、慢性的な臓器不足の解消に大きな可能性をもたらす一方、動物の利用をめぐる根本的な倫理的課題や技術の社会的受容の課題を提起しています。今回は、30年後の未来を展望し、異種移植や動物体内で作製されたヒト臓器の移植について、生命倫理、動物福祉、患者の権利保障、公平性といった多角的な視点から、未来の移植医療の方向性を考えていきたいと思います。

30年後の未来

今から30年後の2055年、腎不全を患うAさん（55歳、男性）は、総合病院で人工透析を受けながらドナーを待っています。この時代では、移植用の臓器不足が大幅に改善され、Aさんには次の2つの方法が提示されます。「拒絶反応を抑えた遺伝子改変ブタの腎臓を移植する」方法Xと、「Aさん自身の細胞を使い、ブタの体内で腎臓を育てて移植する」方法Yです。いずれも数か月以内に移植が可能だと聞き、Aさんと家族は安堵します。しかし同時に、「動物を犠牲にすることへの戸惑い」や「移植後にブタ由来の臓器が自分の体内にあることへの抵抗感」も抱えています。

主治医は次のように説明します。方法Xでは、移植される臓器こそブタの腎臓ですが、最新の技術で拒絶反応を大幅に軽減しており、安全性が確立されています。これに対して方法Yでは、Aさんの細胞をもとにブタの体内で腎臓を育てるため、移植臓器はあくまでAさん自身の細胞から作られた腎臓です。また、方法Xと方法Yのどちらについても、提供手術の際にはブタに十分な麻酔を施すなど動物福祉に配慮し、また移植に用いられた動物への慰霊式も定期的に行っているとのこと。

さらに、臓器移植を専門とする倫理カウンセラーから、「動物が人の意識を持たないよう科学的・法的に対策が取られている」「臓器を提供するブタは適切な環境で飼育・生産されている」など、詳しい説明も受けました。こうした情報を踏まえ、最終的に方法Yを選択することにしたAさんは手術を受け、移植した新しい腎臓も順調に機能しています。

異種移植と動物体内で作製されたヒト臓器の移植

異種移植とは、ヒト以外の動物（主にブタ）の臓器を人に移植する技術です。かつては免疫拒絶反応や未知の感染症リスクが大きな懸念でしたが、近年の遺伝子編集技術（CRISPR-Cas9など）を用いることで、ブタの臓器をヒトに適合させる研究が急速に進んでいます。具体的には、拒絶反応の原因となる分子の除去や、ブタ細胞に潜むウイルスの不活化が進められています。2022年には、アメリカで遺伝子操作したブタの心臓を末期の心臓疾患患者に移植する世界初の手術が行われ、大きな注目を集めました。

動物体内で作製されたヒト臓器の移植は、ヒトの細胞で作られた臓器を動物の体内で育てて移植するという別の方法です。まず、あらかじめ特定の臓器が形成できないよう遺伝子操作した動物の胚（胚盤胞）を用意します。その胚にヒトの多能性幹細胞（例：iPS細胞）を注入すると、動物の胚は自分で作れない臓器の「空き領域」にヒトの細胞を取り込み、ヒト細胞で形成された臓器を持つキメラ動物が生まれます。実際にこの方法によって、マウス体内で育てたラット由来の膵臓を移植することに成功しているため、ブタなどの大型動物でヒトの臓器を移植することも期待されているのです。

生命倫理と動物福祉をめぐる課題

新たな臓器移植技術には、人の生命観のみならず、動物の福祉や権利にも深くかかわる課題があります（臓器移植をめぐる一般的な倫理的課題については連載第7回を参照）。例えば異種移植では、ブタなどの提供動物が無菌環境で飼育され、人工授精や帝王切開で繁殖されるほか、移植に適した臓器を得るための外科的処置や採血が繰り返されます。その過程で動物に大きな負担や苦痛が伴うため、「たとえ人を救う目的でも、動物に多大な苦痛を与えてよいのか」、そして「そもそも動物を単なる臓器源として扱ってよいのか」という疑問が生じます。さらに、移植用臓器を多く確保するために大規模飼育や処置が必要になった場合、現代の動物実験で守るべきとされている

3R〔代替法の活用（Replacement）、使用数の削減（Reduction）、苦痛の軽減（Refinement）〕の考え方を徹底することが一層難しくなり、議論の焦点となります。

動物の胚にヒト細胞を注入して臓器を育てる技術に対しては、「動物が人に近い特徴や高い知能を持つようになったらどうするのか」という懸念が根強く、とりわけ動物の脳や生殖細胞へヒト細胞が入り込む可能性を心配する声もあります。そのため日本では、「人の外見や高次脳機能をもつ動物」の作製を禁じています。

こうした技術をめぐる社会的議論では、「人の利益のためでも動物の犠牲は厳しく制限すべきだ」と主張する（義務論的な）立場がある一方で、「慢性的な臓器不足を解消し、人々の幸福に資するためなら、一定の条件下で動物の犠牲を容認すべきだ」と論じる（功利主義的な）立場もあります。技術の進歩が期待される一方、人の延命と動物の福祉・権利をどう両立させるかは社会全体の課題です。この課題に答えるには、動物が被る苦痛をどこまで倫理的に正当化できるのか、また人と動物の細胞が混ざることをごどこまで許容するのかという根源的な問いに向き合う必要があるでしょう。

社会的受容、患者の権利、公平性・長期的支援体制

新たな技術の導入には、まず社会全体がそれを受け入れられるかが大きなポイントになります。動物の臓器をヒトの体に入れることに対しては、「命を救うためなら仕方ない」という理解が広がる一方で、「動物を利用することに抵抗がある」「そもそもブタの臓器を移植するのは気味が悪い」「人と動物の境界を乱してよいのか」といった声もあります。また、宗教上ブタを不浄とみなす考え方や、心臓移植が始まった頃のように臓器移植自体への不安も根強いでしょう。実際、筆者のグループが実施した過去の市民調査^{1,2)}では、「動物の体で育てた人の臓器の移植」に約6割が賛成する一方、「動物の脳や生殖細胞に人の細胞が混ざる」ことには強い不安を示すこともわかっています。こうした状況を踏まえ、専門家や医療従事者はメリットだけでなく、リスクや倫理的問題についても伝え、社会との対話を重ねる必要があります。もし新たな感染症の発生など安全性を揺るがす事件が起これば、世論が一気に拒否へ向かう可能性もあるため、情報開示やリスク管理が極めて重要です。

次に、実際に治療を受ける患者や家族の権利保障も大きな課題です。異種移植などの先端医療は、通常の治療が効果を失った末期患者を対象に始まる 경우가多く、患者は他に方法がない状態で高リスクの治療に同意するかどうかを判断せざるを得ない場合があります。このとき医療従事者は、患者が置

かれた状況に配慮しつつ、未知のリスクや術後の長期的な制約をしっかりと説明し、十分な納得を得た上で治療を受けてもらうようにしなければなりません。特に動物由来の臓器では、新型ウイルスやプリオン病など公衆衛生にかかわるリスクがゼロとは言えず、そのため患者や家族が生涯にわたり定期検査を受けなければならなくなったり、献血など一部の行為が禁止されたりする可能性があります。これは事実上、患者が「研究対象者」として研究に一生参加し続けること、つまり通常の被験者とは異なり自由な意思で参加を中止できないということを意味します。この点も、異種移植などの先端医療を受ける患者の利益・権利を守る上で、倫理的に重要な課題の一つでしょう。

患者の治療機会や経済的負担の公平性（分配的正義）も無視できません。こうした先端医療は高額になる傾向があり、もし保険制度や公的支援が不十分なら、一部の富裕層だけがアクセスできる特権的医療になりかねません。また、手術後の長期モニタリングや制約への理解を深めるために、心理的・倫理的サポートを提供するカウンセリング体制を整備する必要性も生じるでしょう（現在の遺伝カウンセリングが類例としてイメージしやすいかと思われます）。中には「動物の臓器を体内に移植したことで自分が変わってしまうのでは」といった不安を抱える患者もいると考えられるため、そうした気持ちに寄り添う必要があります。人の延命と動物福祉を両立させながら、誰もが適切に新技術を利用できるシステムを確立することが、今後の大きな課題となるでしょう。

移植医療の今後の在り方を左右するのは、技術そのものだけでなく、それを扱う私たち一人ひとりの価値観や倫理観とも言えます。臓器不足という大きな課題に対し、新たな科学技術と倫理的思考の両面から立ち向かうことで、誰もが安心して必要な医療を受けられる未来を共に実現していくことが求められます。

今回のPOINT

●異種移植や動物体内で作製されたヒト臓器の移植は、生命倫理、動物福祉、患者の権利保障、公平性等の観点からの検討が必要になる。

●人の延命と動物の福祉・権利をどう両立させるかが課題である。

●患者に対しては未知のリスクや術後の長期的な制約について、十分な納得を得た上で治療を受けてもらう必要がある。

●誰もが適切に新技術を利用できるシステムを確立することが望まれる。

●参考文献

- 1) Regen Med. 2017 [PMID : 28332949]
- 2) Stem Cells Transl Med. 2017 [PMID : 28696005]

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

あさひ ゆり

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こっていたのか。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。



新刊

世界的に圧倒的な知名度を誇る「定本テキスト」、待望の改訂

ギルバート発生生物学

Developmental Biology, 13th Edition

▶古典から現代的トピックまで、発生生物学を体系的に解説したロングセラー、10年ぶりの改訂。「ヒト初期胚発生」の章が新たに追加され、共著者バレン博士による植物に関する知見も盛り込まれた。わかりやすい・親しみやすい文章、410点もの美しい写真という本書の特長は堅持しつつ、913点の図については大幅に改訂・アップグレード。今版より章の冒頭で重要なポイントを箇条書きで列挙、また動画などのオンラインコンテンツも提供。生物・農学などバイオ系や、医学・薬学・歯学系・獣医学などの学生、研究者に最適。

監訳：阿形清和 基礎生物学研究所 所長/京都大学 名誉教授
高橋淑子 京都大学大学院理学研究科 教授

詳しくは→

定価13,750円(本体12,500円+税10%)
A4変 頁992 図913・写真410 2025年
ISBN978-4-8157-3126-7

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



第 9 回

最終回 腰痛を抱える看護師へのマネジメントの在り方

執筆 村川 弥生 滋賀県立大学人間看護学部 助手

関 恵子 滋賀県立大学人間看護学部 講師

今回のねらい



看護・介護現場における腰痛対策は、個人の取り組みだけではなく、組織的な取り組みも欠かせません。腰痛健診や福祉用具の使用に関する研修を毎年実施したり、腰痛有症者の腰部負担業務を周囲が助け合うマネジメントをしていたりしても、結局は腰痛を再発している現状があります。最終回では、看護管理者に求められる腰痛予防のためのマネジメントの在り方を研究する村川先生にご紹介していただきます。所属部署および所属施設での腰痛状況の確認、部署内での腰痛予防・改善に向けた話し合いの第一歩を踏み出す機会になれば幸いです。（関恵子）

厚生労働省は腰痛予防対策に取り組むべく、2013 年に「職場における腰痛予防対策指針¹⁾」を示しました。しかし、10 年以上が経過した今も病院組織としての腰痛対策は十分に進んでおらず、腰痛を抱える看護師は依然として多い現状があります²⁾。そこでスタッフと職場の腰痛対策の現状を明らかにすることを目的に、300 床以上の病院で現場をマネジメントしている 10 人の師長を対象にインタビュー調査を行いました（註）。

本稿ではインタビューを通して見えてきた、マネジメントの現状と悩みを示すとともに、明日から始められるマネジメントのヒントを共有します。

看護師長の腰痛対策マネジメントの実態

多くの看護師長が腰痛を抱えながら働くスタッフの存在を把握していること、自身の経験やスタッフの腰に負担をかけている要因の推測に基づいて腰痛の症状や治療に合わせた勤務調整、福祉用具の使用や複数人での介助の推進、他病棟との人員連携などのマネジメントを行っていることが、インタビューによって明らかとなりました。

またスタッフの腰痛の要因として、「自分のことは我慢して後回しにしよう。少しくらい無理をしても大丈夫」との責任感や自己犠牲の精神から、腰部負担に耐え続けていることもあると推測し、腰痛の訴えがなくても普段からスタッフの様子を気にかけるといった心理面のマネジメントを独自に行う師長もいました。

インタビュー調査だけでなく先行研究³⁾からも看護師長による腰痛対策マネジメントの必要性が指摘されており、今後その数が増えていくことを期

待しています。

病院組織とスタッフとの はざまでの悩み

腰痛を抱えながらの看護業務は患者安全や看護の質低下だけでなく、場合によっては離職にもつながります。看護師長はスタッフの健康管理も自らの役割であると認識しているものの、病院としての腰痛予防の対策や教育体制がないなか、病院組織と腰痛を抱えるスタッフとのはざまでマネジメントに悩んでいることも見えてきました。一方で腰痛を抱えるスタッフに配慮したマネジメントを行うに当たって、具体的な対策や対応方法の明確な指針を持っていないことや、腰痛を持つスタッフへの配慮による他スタッフの負担増加・不公平感をも考慮したマネジメントへの悩みが聞かれました。そうした腰痛を抱えたスタッフへのマネジメントの難しさから腰痛予防の重要性を認識し、安全衛生教育の充足と労働安全衛生マネジメントシステムの必要性を感じている師長の声もありました。

腰痛経験者の約半数が看護師になって 3 年以内の早期に腰痛を発症していることから⁴⁾、病院での腰痛予防対策は重要です。腰痛予防対策は病棟師長だけでなく看護部をはじめ病院全体での教育と管理体制の構築が求められます。患者やその家族のためにどうすべきだけでなく、自分自身の身体を大切にすることの教育を定期的な講義や啓発で提供していく必要があると筆者は考えます。

評価と改善によって 取り組みの見直しを

明日から取り組めるマネジメントをまとめました（図）。スタッフが心身

①病棟の腰痛状況の把握

担当フロアの腰痛者の人数、特定のケアにおける腰痛の自覚状況、介助人数と痛みの関係などを把握する。

②腰痛ヒヤリハット報告の導入

腰痛を感じた際に具体的な状況（「どこで」「何をしている時に」）を記録するノートを作成することで、腰痛のリスクが高い業務や場面を特定する⁵⁾。

③腰痛リスク評価と対策検討の場の設置

得られた情報をもとに具体的な解決策を話し合う場を設ける。

④既存対策の評価と継続的改善

スライディングシートの使用、ベッドの高さ調整など、既に行われている腰痛対策が適切に実施されているかを評価し、対策の見直しや改善を行う。

⑤腰痛に関する知識・意識向上

腰痛に関する研修機会を定期的に設け、入職時研修で学んだ知識の再確認や自己流ケアの問題点を指摘し、正しい知識の定着を促す。

⑥外部研修への参加促進

厚生労働省や中央労働災害防止協会などが提供している腰痛予防研修情報を収集し参加を促す。

●図 明日から取り組める腰痛対策のマネジメント

の不調を言い出しやすい関係性や環境づくりと合わせて重要なのは、現在行っている労働安全衛生マネジメントの評価と改善です。インタビュー調査から、腰痛予防のためのマネジメントを行っていても、実施したことの評価・改善は十分ではなく、継続的・体系的な取り組みには至っていない施設が多くありました。改善策として、看護師の腰痛をメンタルヘルスケアと同様にスタッフの健康管理の一つとしてとらえ、腰痛の有無に関する定期的な問診や腰痛予防体操の実施などに取り組むことがあると考えます。腰痛の発症要因や予防方法に関する教育の充足によって、スタッフの腰痛に対する認識を統一させ、看護師自身が健康に働ける職場づくりをめざしましょう。

（執筆：村川弥生）

*

看護・介護する人の腰痛ゼロの社会をめざして、腰痛予防・緩和のセルフケアを中心に紹介してきた本連載も今回で最終回となります。腰痛の原因となり得る看護動作や、その具体的対策は十分に共有されていません。本連載で紹介してきた腰痛予防教育システムの活用や、セルフケアとして実践可能なマッサージ、お灸、鍼の活用を改めて振り返っていただき、「腰痛を予防していこう！ 明日に腰部負担を持ち越さない身体づくりをしていこう！」という意識を個人だけでなく組織単位で持っていただけますと幸いです。

また筆者の所属する滋賀県立大学の腰痛予防・緩和ケア検討チームでは、腰痛予防・緩和に関する教育は臨床現

場だけでなく、看護師や介護士をめざす基礎教育の段階から行い、腰痛への意識を高めることが大事だと考えています。患者さんのケアを行う上での看護・介護職者のための腰痛予防行動の習得、緩和のためのセルフケアを学べる環境整備が全国で進むよう、教育と研究を推進していきたいと考えています。

このような連載の機会をいただき不安もありましたが、多くの方に腰痛への関心を持っていただき、お声がけしてくださる方や、お電話をくださった方もおられ、たくさんの人とのご縁を結ばせていただくことができました。これまでご覧いただきありがとうございます！（執筆：関恵子）

註：伊丹君和氏（滋賀県立大学）と村川弥生氏が行ったインタビュー調査は、現在結果をまとめた論文を投稿中である。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省. 職場における腰痛予防対策指針. 2013. <https://bit.ly/3xclxPK>
- 2) 厚労省. 業務上疾病発生状況等調査. 2023. <https://bit.ly/3XtUqKP>
- 3) 鈴木聡美, 他. 病院に勤務する看護師の腰痛と体位変換・移乗介助の援助状況との関連. 三重看大紀. 2017; 21: 69-82.
- 4) 星野直恵, 他. 病棟に勤務する看護職者の「作業関連性腰痛」に関連する要因の検討. 社医研. 2020; 37 (1): 35-44.
- 5) 村川弥生, 他. 在宅療養者と施設入所者を援助する看護・介護職の腰痛実態および腰痛の起こり方と腰痛発症時の姿勢との関連. 日看技会誌. 2023; 22: 77-87.

解剖学を美しく学ぶ。 定番書にして最高峰の一冊

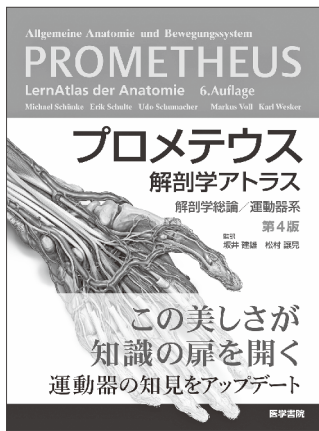
医学書院

プロメテウス 解剖学アトラス

待望の
改訂！

監訳：坂井 建雄
松村 譲兒

解剖学総論／運動器系 第4版



- ・解剖学アトラスの最高峰が待望の改訂。
- ・第4版では「筋膜」「肘関節の画像診断」など、近年の医療に合わせた項目を新規収載。
- ・読者の理解を深めるため、イラストの美しさを追求、解釈が変遷する細かな変化にも対応し、内容面にもさらなる磨きがかかっている。
- ・職種を問わず、人体の構造を学ぶすべての人に。

目次

A 解剖学総論 | B 体幹 | C 上肢 | D 下肢

A4変形 2025年 頁644
定価：14,300円（本体13,000円＋税10%）
[ISBN 978-4-260-05630-4]



世界でも日本でも最も有名なバイブル的テキスト、待望の改訂

トンプソン&トンプソン 遺伝医学・ゲノム医学 第3版

Thompson & Thompson Genetics and Genomics in Medicine, 9th Edition

▶定評ある遺伝医学の体系的・包括的テキスト、8年ぶりの改訂。全面的に情報が更新され約100頁増、ゲノム医療に関する内容が格段に充実したことを踏まえタイトルを変更。遺伝子やゲノムの知識を医療にどう応用するか、世界の潮流を本書で一望できる。シーケンシング技術や統計学・情報学的手法、エビジェネティクス、また、集団間の遺伝的差異やバリエーションの定義、CNV、非コードRNAなどの解説を拡充。巻末の症例提示ページは今版より各症例ごとに家系図を追加。患者ポートレートも刷新。



日本語版監修：福岡義光 信州大学 医学部遺伝医学教室 特任教授
監訳：櫻井晃洋 札幌医科大学 医学部遺伝医学 教授

詳しくは→

定価12,100円（本体11,000円＋税10%）
A4変 頁752 図356・写真167 2025年
ISBN978-4-8157-3125-0

MDSi 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 https://www.medsici.jp
FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

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243回〉

申し送りの価値

このところ、勤務交代時に行う「申し送り」に関心を持っている。電子カルテが一般的となり、「カーデックス」なるものが姿を消した現場の申し送りには、単なる情報伝達のみならず、もっと深い意味があるのではないかと考えるからである。

そこで、まず「申し送り」について言及されている“文献”をひもとくことにした。

申し送りの風景

宮川香子さんが「申し送りの光景」¹⁾と題してつづった、開放病棟で夜勤をされていたときの思い出話である。「朝の申し送りを始めます」と夜勤者から号令がかかると、詰所の小窓やドアが閉められる。これは個人情報が出ないようにという配慮なのだが、どんな話をしているのか気になる患者がウロウロする姿が「見受けられた」というのである。「聞き耳をたてて、両耳を交互に窓に近づけていたり、しゃがんで小窓をゆっくり少し開けて内容を聞こうとする患者」もいた。それを見つけた看護師が小窓を閉めると、患者はそっと窓を開ける。看護師はそれを見つけて窓を締める“イタチごっこ”が展開されたという。

申し送りのあとに、数人の患者がニコニコしながら看護師に近づいてきて、申し送りのときに髪をずっと触っている看護師、あくびをしている看護師、眉毛がない看護師がいたことを知らせ、こう付け加える。「あのな、看護師は患者をみてると思ってるやろ。オレら患者もよく看護師を観察してるんやで。動物園のオリのなかをみてるのと一緒に、朝の集まりはみてるおもしろいわ」。宮川さんは、個人情報に配慮した看護師の行為がどこまで患者に理解してもらえているのだろうか、聞こえなかったから(窓を)開けて話をしてほしいという患者にどう対応すべきであったのかと“今さらながら”振り返る。「よかれと思って行っていた配慮に説明不足があり、相手がどんな気持ちになるかの想像力も不足していた」と反省している。

私にも病棟師長(当時、ヘッドナースと称していた)として申し送りを取りしきっていた時期がある。ある朝、5階外科病棟のエレベーターを降りてナースステーションに近づくと、何やらつぶやきが聞こえてくる。カーデックスを開いて準備している夜勤者に、何をしているのかと問うと、申し送りの練習をしているとのこと。ヘッド

ナースにつつまれないための予行演習だというのである。スタッフが患者情報の把握と伝達に心血を注いでいたことを昨日のこのように思い出す。

「職業的に制度化された会話」としての申し送り

看護師がナースステーションに集まって行われる申し送りに費す時間が長いことが問題となり、「ベッドサイド申し送り」に移行しようという動きが起こった。

ベッドサイド申し送り (bedside handoff) の方向性を探る報告²⁾によると、利点は、①患者満足度の向上、②看護師満足度の向上、③医療安全の強化、④効率的な申し送りシステムの構築であった。課題は、①患者への配慮の改善、②患者参加の促進、③スタッフへの教育改善、④申し送り内容の改善であった。

一方、経済連携協定 (EPA) によって受け入れるインドネシア、フィリピン、ベトナム人看護師候補生に向けた専門日本語教育の内容や教材整備の必要性が増しており、その基盤となる医療現場の会話に着目した研究がある³⁾。その研究によると、勤務交代時に行う「申し送り」は、「看護師が勤務交代時に集まり、入院患者についての情報を制限時間内に報告するものであり、正確で迅速な情報伝達が求められる会話」とされる。

申し送りは、「職業的に制度化された」会話として位置づけられる。しかし、実際の申し送りは、「対話的部分」が少なからず観察され、「独話的部分」から「対話的部分」へ、あるいは「対話的部分」から「独話的部分」への移行が極めて円滑に進められている。こうした「談話交替」の様相を探ることで、情報伝達上の働きを明らかにしようとする試みは興味深い。以下の申し送り例(文献3より)を見てみよう。

発話番号	発話者	発話内容
126	A	バイタルのほうですけどね、血圧 120 台
127	A	熱発 (ねっばつ) なくて 6 度 7 分
128	A	パルスは 95 から 97% でとってます
129	A	あとね、昨日の 8 時の時点でね、おしっこみたら、尿漏れしとって (笑い) よう見たらね、バルーン、クランプしたままやったんや
130	A	
131	F	誰?

金原一郎記念医学医療振興財団助成金

◆第9回生体の科学賞は熊本大の中尾光善氏に

第9回生体の科学賞授賞式が3月6日、医学書院(東京都文京区)にて行われた。本賞は金原一郎記念医学医療振興財団(代表理事＝上武大・澁谷正史氏)の基金をもとに、2016年度に創設。基礎医学医療研究領域における独自性と発展性のあるテーマに対して、研究費用全般への支援を目的に、1件500万円の助成を行うものである。

今回は、中尾光善氏(熊本大発生医学研究所)による「エピゲノム機構による細胞制御と病態の分子基盤」が受賞した。

あいさつに立った氏ははじめに、「健康とは何か」について考察。同じ遺伝素因を持つ人でも環境要因や生活習慣によって健康から病気まで幅広くバリエーションを生じるのは、エピゲノムで形成される体質に起因すると考えられるとした。受賞の契機となった研究では今後、環境因子が細胞・個体に作用してエピゲノムの特性を転換し、健康や疾患感受性につながる基本メカニズム、およびその評価・制御技術の創出をめざしていく。「エピジェネティクスは『生体の科学』そのものであり、今回の受賞をひととき感慨深く思っている。本研究が進展することで、将来の医学・医療の進歩につながることを期待している」と語り締めくくった。

澁谷氏は代表理事の立場から、「研究者を取り巻く状況は厳しさを増すばかりだが、今回の受賞を糧として、中尾先生が大いに活躍されることを祈る」と激励の言葉を述べた。

◆第77回認定証(研究交流助成金・留学生受入助成金)贈呈式

金原一郎記念医学医療振興財団は3月6日、医学書院にて第77回認定証贈呈式を開催した。同財団は基礎医学の振興を目的に、助成金を年に2回交付している。下期である今回は、海外で行われる基礎医学医療に関する学会等への出席を助成する研究交流助成金と、基礎医学医療研究を目的に日本へ留学する大学院生等を助成する留学生受入助成金が交付された。今回の助成対象者は16人で、贈呈式には研究交流助成金対象者代表の石坂彩氏(東大医科研)、野口玲氏(国立がん研究センター)の2人が出席した。

開会に際し、金原優同財団業務執行理事(医学書院)が、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継いで設立された同財団の概要を紹介。「今回の助成金を研究の増進・進展に役立て、今後さらに活躍してほしい」と呼びかけた。

研究交流助成金交付対象者を代表して、HIV感染症の進行における腸内細菌叢の役割について研究する石坂氏があいさつに立った。氏は本年3月にアメリカ・サンフランシスコにて開催されるThe 32nd Conference on Retroviruses and Opportunistic Infectionsへの参加を予定しており、「基礎研究と臨床研究の最新データが議論される活気ある学会で新しい情報を得ることを今後の研究の糧としたい」と意気込みを語った。

続いて、留学生受入助成金対象者を代表して Khurelbaatar Anir 氏がビデオメッセージにあいさつした。氏はモンゴル国立医科大学を卒業後、動物実験による脳のストレス応答系の基本的なメカニズムを研究するために2020年に来日。自治医科大学の神経脳生理学部門で博士号を取得し、この4月から同大学の博士研究員として研究を継続する。今回の助成金の交付に感謝の言葉を述べた後に、「日本で培った知識とスキルを生かし、母国の科学発展に貢献したい」と今後に向けた決意を表明した。

*同財団助成金の詳細については、同財団ウェブサイト(<https://www.kanehara-zaidan.or.jp/>)掲載の助成事業募集要項を参照されたい。



●写真 中尾光善氏



●写真 贈呈式には、16人の交付対象者のうち2人が出席した。

132	A	CCさん
133	A	多分、リハビリカー、なんか、かな
134	A	行って、バルーンそのままチップしたまま(笑い) // やって、本人も、ちょ、ちょっと何か痛かったみたいで
135	F	/ (笑い)

126-129: 独話的部分, 130-135: 対話的部分。

つまり、報告者が談話交替管理を含めて主導権を握ることで、申し送りを目的に沿った会話にしているのである。さらに、口頭による申し送りが多くの病院で続けられていることから、「対話的部分」の持つ情報伝達上の意義を明らかにしたいと考察している。

本稿ではここまで、勤務交代時に看護師が複数集まって行われる“儀式”を患者たちは興味深く観察していること、申し送りに費す時間を削減しようとしてベッドサイド申し送りに移行しようとしたこと、さらに申し送り時の会話が専門日本語教育の研究対象にな

っていることを報告した。

こうした現象の中核にある論点は、「情報をどのように“伝達”するか」である。しかし申し送りには、冒頭で述べたとおり情報伝達のみならず、もっと深い意味があるのではないかと。以下、私の仮説である。仕事はじめにチームメンバーがそろってお互いの心身の状況を確認し、勤務帯で共働するチームビルディングを行うこと、患者の診かたや思考発話を他者から学ぶこと、対話的会話によって世相を知ることなど、すべて On the job training (OJT) の機会となることである。となると、もう少し申し送りを追求する価値がありそうである。

●参考文献・URL

- 1) 宮川香子. 申し送りの光景. 精神科看護. 2024; 51 (13): 25.
- 2) 屋敷有沙, 他. 病棟看護師の勤務交代時におけるベッドサイド申し送りに関する文献研究. 日保健医療行動会誌. 2017; 32: 42.
- 3) 永井涼子. 看護師による「申し送り」会話の談話交替管理——スタイルシートを中心に. 日本語教育. 2007; 135: 80-111.

医学書院 NEO セミナー

看護の本質を語る、ともに考える

日時 2025年5月10日土 13:00~16:00

対象 看護師(看護教員、管理者含む)

講師



川嶋みどり先生
日本赤十字看護大学
名誉教授
健和会臨床看護学研究所
所長
日本で・あーて,TE・ARTE,
推進協会 代表理事



波平恵美子先生
お茶の水女子大学
名誉教授

配信(Web)開催

受講料: 11,000円/名
*NEO有償契約校・契約者は無料



現地(対面)開催

会場: 医学書院本社 2階会議室(東京都文京区本郷1-28-23)
定員: 50名(先着順)
受講料: 16,500円/名
*NEO有償契約校・契約者は5,500円



看護教員のための
オンライン
プラットフォーム

NEO Nursing Education Online

個人版 法人版

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。

書評新刊案内

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

日高 庸晴 著

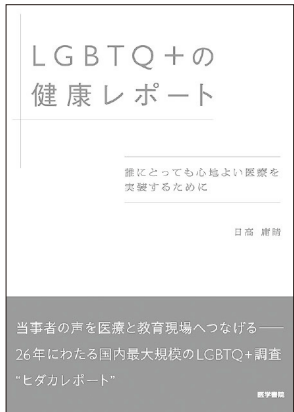
A5・頁264
定価：2,860円（本体2,600円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05616-8

歴史に残る 1 冊である，ということ
をまず述べたい。歴史が動く時がある。
その渦中に居る時，たった数年間で世
の中が変わった，とわれわれは実感す
る。しかし，その動き
の速さに流されながら
「世の中は変わった」
と，わかったように納
得してはいないだろう
か。

本書はまさに LGB-
TQ+ について世の中
が大きく変わっていく
さなかに出版された
が，著者による科学的
な検証の端緒は 27 年
前にさかのぼる。精緻
で科学的な視点で丹念
にデータを集積し，経
時的にそれを分析した
結果の重さは，潮目が
大きく変わる時期においてその価値は
一層大きい。

そして，科学的，歴史的な価値のみ
ならず，私は著者の一貫した考え方に
非常に感銘を受ける。それは「社会的
に可視化困難であるとは，つまり存在
そのものが見えにくいことを意味する
が，だからといって社会的に存在して
いない訳では決してない。（中略）存在
が可視化されないことによっていつ
までも現状が把握されず，その結果と
してニーズがあるにもかかわらず公の
施策の対象となりにくいという現実で
ある」（「はじめに」）という文章に端
的に表れている。見えにくいからない
のではない。見えにくいから見なくて
よいのではない。その信念に触れ，特

世の中が変わる以前からの
丹念な科学的データの集積



評者 片岡 仁美
京大医学教育・国際化推進センター
副センター長

に医療にかかわるものとして背筋を伸
ばさざるを得ない。

本書には本来悩みや苦しみをもって
訪れる方の癒しの場であるはずの病院

が，LGBTQ+ の 方 に
とっては期待とともに
「恐れ」を抱く場であ
ることを多くのデータ
とともに示している。
性的指向は隠すことも
話すことも不安が伴
う。これらのことが受
診を控えることにつな
がることも少なくなく，
無理解による辛い
体験はさらに受診への
障壁を大きくする。自
身も患者の立場になっ
た時，医療従事者の何
気ない一言をどんなに
深く受け止めてしま

かということを経験した。LGBTQ+
の方が受診そのもののハードルを乗り
越え，勇気を振り絞って自身の奥深い
部分まで開示して，そこで理解が得ら
れなかったら，その失望と苦痛はいか
ほどだろう。

著者は，「専門職として医療従事者
に求められること」という第 6 章の冒
頭で「個々の患者はさまざまな生活実
態や背景を持ち，その背景の 1 つに性
的指向やジェンダーアイデンティティ
を含むセクシュアリティの多様性があ
る。そしてそれらは，人格形成の根幹
をなす基本的人権の 1 つであることを，
医療従事者は認識する必要がある」
（p.121）と述べている。患者の背景を
理解する必要がある，ということをし

在宅医療ケアのための
手技・デバイスマニュアル

荒 隆紀 著

A5・頁184
定価：3,850円（本体3,500円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05444-7

評者 樋口 秋緒

社会医療法人北農会恵み野
訪問看護ステーション「はあと」管理者/
保健師/診療看護師（NPプライマリ・ケア分野）

この本は，在宅医療にかかわる全て
の事業所，特に訪問看護ステーション
全てに置いてほしい一冊だ。

いや，置くだけでなく，ボロボロに
なるまで使ってほしい
本かもしれない。

もっと言うと，「手
技・デバイスマニユアル」という題名ではあ
るが，手技＝手順書で
はない。看護手順書
のように，細かな処置
の手順が書かれている
わけではないが，日常
管理における留意す
べき点，医療職・看護
職として診るべきエ
ビデンスに則って記
載されていて説得力
のある内容であり，し
かも在宅ならではの
ポイント解説付き。
なので，訪問の現場
に持ち歩いて活用し
たい一冊なのだ。

評者は長年，訪問看護や看護小規模
多機能型居宅介護に携わっている診療
看護師（NP）だ。日本ではまだ国家
資格化はされていないが，より高度な
医学・看護アセスメントを学び患者
さんのケアに還元で
きるようにと，今は
多くの大学院にて
診療看護師（NP）
コースが開講されて
いる。そこでは，
「今までこうだった」
「私はこうやって
きた」では通用しな
い。この診療看護
師（NP）コース履
修中は「なぜそれ
が必要なのか」「な
ぜ?」「なぜ?」と
ずっと問われ，今ま
での知識や持ってい
る看護書だけでは
到底解決できない
多くのことにぶつ
かった。その頃この
本があったら，もう
少し楽できたのに
（笑）。以降，後輩
たちの育成に携わ
り，気管切開カニ
ューレ，膀胱瘻カ
テーテ

たちは意識すべき，したいと思っ
ている。しかし，そ
のためにはいつも
自分が見えてい
るものは十分だ
ろうか，と振り
返ることが必要
である。患者の

の交換や管理につ
いて伝授する機
会をいただいた
が，その準備に
おいても，手
技だけでなく，
診療看護師（NP）
として知ってお
くべき裏付け（エ
ビデンス）を伝
えたく，あの
本この論文とた
くさんの書物を
あさっていた。
それがこの一冊
ではほぼ賄える
のだから，間違
いなく「待って
いました！こん
な本」なのだ。

本の構成は，在宅
デバイス学と在宅
手技学の二つに
分類されており
，どの項におい
ても実際の手技
が記されている
。特に目を引い
たのは，人工呼
吸器の項で，加
温加湿器や吸引
器の扱いも取り
上げていること
である。特に

痰吸引は看護学
生のと時から学
ぶ項目だが，加
湿器と絡めて説
明されているの
で改めて勉強に
なる。

在宅手技学の項
では，トリガー
ポイント注射や
腹腔穿刺，胸腔
穿刺が取り上げ
られている。こ
れらの処置は，
看護師が実践す
ることはできな
いが，訪問先で
腹水や胸水除去
の必要性やタイ
ミングなどをア
セスメントする
際の指南にもな
り，患者さんや
ご家族に説明す
る時の具体的な
イメージ共有に
活用できて，そ
れは安心の提供
につながる。

医療が病院から
在宅へ切り替わ
ろうとしている
昨今，住み慣れ
た地域で安心安
全な療養生活を
支えるべく医療
従事者にとって
，医療の質の担
保と向上の取り
組みに飽くこと
はない。この本
に出合ったこと
に感謝し，これ
を機に，一層，
在宅療養支援チ
ームの一員とし
て精進していき
たいと思った。

切な部分に触れ
ることの重さを
本書を通して改
めて問われた気
がした。本書に
込められた思い
をわれわれは深
く受け止めたい。



おーつか先生と学ぶ

著 大塚 篤司

ChatGPT入門

3冊

医学書院



最新刊・シリーズ派生作

4月上旬発売予定！

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



- 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ます。
- 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。

◆B6変形 2025年 頁280 定価：3,960円（本体3,600円＋税10％）
〔ISBN 978-4-260-06180-3〕

シリーズ第2段

最新・最良の生成AIをフル活用して、
日常臨床の質を向上させよう

医師による医師のためのChatGPT入門 2
臨床現場ががらりと変わる生成AI実践術



- 前作以降の生成AIの加速度的な進歩を踏まえうえで、ChatGPTはもとより、Gemini、Claudeを中心に日常業務での最新の活用方法を解説。PoeやNoLangなどの次世代AIの数々も紹介します。
- 前作同様、おーつか先生から大学院生・花咲アイさんへのレクチャー形式で展開。
- 生成AIの現在をやさしく楽しく理解できます。

◆A5 2024年 頁200 定価：3,850円（本体3,500円＋税10％）
〔ISBN 978-4-260-05765-3〕

シリーズ第1段

ChatGPTを使いこなせば、
あなたの臨床がもっと楽に。もっと効率よく。

医師による医師のためのChatGPT入門
臨床がはかどる魔法のプロンプト



- ChatGPTの登場後、難しそうと敬遠する医師がいる一方、日常業務を効率化し生産性を上げている医師もいます。
- ChatGPTに苦手意識のある医師や研修医に向けて、ChatGPTを中心とした生成AIの基本的な使い方から日常業務での活用法に至るまで具体例とともに解説。
- おーつか先生から研修医・花咲アイさんへのレクチャー形式で展開。
- コピペでそのまま使える、著者秘伝のプロンプトを集めたWeb付録付。

◆A5 2024年 頁208 定価：3,850円（本体3,500円＋税10％）
〔ISBN 978-4-260-05695-3〕

書評新刊案内

乳幼児健診マニュアル 第7版

福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会 ● 編

B5・頁178
定価:3,520円(本体3,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05756-1

評者 永光 信一郎
福岡大主任教授・小児科

2023 年 4 月にこども家庭庁が創設されて以来、子ども政策にかかわる事業が積極的に推進されています。その1 つが効果的な乳幼児健診の拡充で、2024 年 1 月から 1 か月児健診と 5 歳児健診が母子保健医療対策総合支援事業となりました。1 か月児健診は乳児早期の疾病および異常を早期に発見し適切な指導を行い、さらに養育環境の評価と、養育者への育児に関する助言を行う目的で実施され、5 歳児健診は成長・発達に影響を及ぼす発達障害の早期発見・支援と生活習慣に関する指導を目的としています。

福岡地区小児科医会

では、40 年以上前より、4 か月、10 か月、1 歳 6 か月、3 歳の公費で実施する悉皆の乳幼児健診以外に、1 か月、7 か月、12 か月、2 歳、4 歳、5 歳、6 歳の乳幼児健診を、希望者を対象に実施していました。1992 年の初版以来、本マニュアルは最新の情報に改訂され、かつトピックスを掲載しながら、このたび第 7 版を発刊することになりました。今までの健診事業で培われた知見がこのマニュアルに詳細にわかりやすく記載されています。

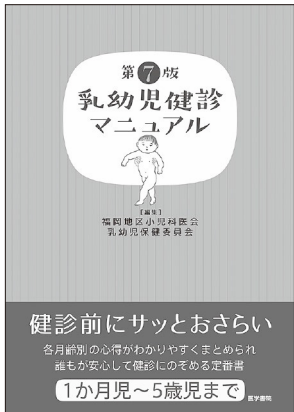
今後、かかりつけ小児科クリニックや病院小児科で提供していく医療サービスは、大きく変革していきます。病気の子の治療だけではなく、子どもの健康のヘルスプロモーションを担う役割がますます増して、生物学的・心理

的・社会的課題に起因する疾病の未病対策を提供していくことが重要になります。本書は、健診における理解的所見の取り方、発達診断学的診察の仕方はもとより、子どもの心の問題やきょうだい児、養育者の健康、家庭環境など、子どもの健康を決定する社会的要因(social determinants of health)のアセスメントについても詳細に記されており、乳幼児健診に関わる医師や保健師、看護師にとって必携の書となります。月齢別の健診のしかたの項目では、1 か月児健診が今後、かかりつけ医による子育て支援の起点となることから、拡大新生児マスキリーニング、新生児聴覚マスキリーニングなども含め、保健指導の要点が詳細に記されています。

また、2022 年の児童福祉法の改正により、市町村に新しく設置された「こども家庭センター」のことも明記されています。出産後の母親(養育者)のメンタルヘルス支援が重要視されている中、精神面から直接的に母親(養育者)に介入しても心を閉ざされて支援が難しい場合もありますが、本書に記されている栄養指導、事故予防や予防接種の説明、スキンケアなど保健指導を通して、間接的に母親(養育者)の精神面の評価や支援をしていくことも大切と思われます。

乳幼児健診の拡充が、今後の子ども政策の中心として展開されたとき、子

生物学的・心理的・社会的視点から乳幼児の成長と発達を記した健診マニュアルの成書



Evidence Basedで考える認知症リハビリテーション2
BPSDの評価と介入戦略[Web動画付]

田平 隆行、田中 寛之 ● 編

B5・頁280
定価:4,400円(本体4,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05669-4

評者 友利 幸之介
東京工科大教授・作業療法学

本書は、認知症の行動・心理症状(BPSD)、例えば興奮、怒り、うつ、不安、徘徊といった「ブラックボックス」に対し、エビデンスに基づく明確な視座から理解と介入の手掛かりを示した、本邦初の書籍といえるでしょう。

ここ 10 年ほどで認知症者に対する非薬物療法に関する研究は格段に進歩し、作業療法の効果も示されています。しかし、その事実が本邦の作業療法士には十分に浸透しておらず、いまだ認知症者の支援は経験則に基づいて行われることが多いのが現状です。このエビデンス-実践ギャップ(Evidence-Practice Gap)をどうにか解消できないかと私も考えていたところ、本書がまさにその問題に答えてくれました。

いくらエビデンスで効果があるとされる介入でも、認知症者への支援は個性が非常に高く、結局は対象者一人ひとりをどのように理解するかが重要になります。システムティック・レビューで「この介入には統計的に効果があります」と言われても、臨床家にとって現場で即座に活用できる内容(情報量)ではありません。つまりエビデンスと臨床の間を埋める「翻訳作業」が必要です。

そこで本書では、認知症者の BPSD の理解に焦点を当て、現時点で得られている最新かつ膨大なエビデンスを基に、BPSD の病態や症状の解説から始まり、BPSD の各症状に対応する 28 の評価方法と 12 の介入法が紹介され

どもたちの健やかな成長と発達を地域で見守っていく観点から、個別健診の割合が増えていくことが予想されま

ています。紹介されている図表も多く、個人的にはリーズニングを促すためのフローチャートが BPSD の理解を容易にしていると感じました。評価表も多く取り上げられており、エビデンスに基づく実践の第一歩として、BPSD の定量化から始める際にも役立つでしょう。ここまで既に、エビデンスと臨床の間を埋める「翻訳作業」としては十分な内容ですが、さらに本書の新たな取り組みとして、各章において Web 上で視聴可能な著者陣による動画解説が提供されており、紙面の内容を視覚的・聴覚的に補完する工夫もされています。

このように、認知症リハビリテーションを経験則から脱却して科学的に解明していきたいという編者や著者たちの熱量が、本書の至るところから伝わってきます。ここまで膨大なエビデンスを、①BPSD 総論/基礎的知識、②BPSD の種類/評価/介入戦略、③BPSD の介入手順/具体的方法論、と理解しやすい流れで、かつ統一感のある構成に仕上げた皆さまの尽力に、心からの敬意を表します。

総じて、本書は認知症リハビリテーションにかかわる全ての医療従事者にとって、前作『Evidence Basedで考える認知症リハビリテーション』(医学書院)に続き(前作以上に!?)、欠かせない一冊になることは間違いありません。特に作業療法士には、本書を読み込み、認知症チームを牽引する役割を担ってくれることを期待しています。

す。その際にも、本書はこれから小児科医をめざす若い医師の育成に寄与することと思います。

BPSDの「ブラックボックス」に挑む:エビデンスに基づく新しい実践ガイド



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.89 No.5 定価 2,750 円
傷害予防
事故による健康被害の予防を目指す
公衆衛生アプローチ

medicina Vol.62 No.5 定価 2,970 円
スクリーニング血液検査の
素朴な“?”から始める
“深み”のある日常診療

総合診療 Vol.35 No.4 定価 2,860 円
内分泌疾患の
常識チェック 40 問 めざせ黒帯!

循環器ジャーナル Vol.72 No.2 定価 4,510 円
心電図ブレイクスルー
ここまできた!
活用と理解、診断力の最新知見

胃と腸 Vol.60 No.4 定価 8,250 円
消化管癌の深達度診断 2025

BRAIN and NERVE Vol.77 No.4 定価 3,080 円
脳死について知る

精神医学 Vol.67 No.4 定価 3,080 円
現代カルチャーと
若者のメンタルヘルス
デジタル情報社会における心の理解と支援

臨床外科 Vol.80 No.4 定価 3,080 円
見せましょう!
外科治療における栄養療法の底力

臨床整形外科 Vol.60 No.4 定価 2,970 円
創外固定を上手に使いこなす

臨床婦人科産科 Vol.79 No.3 定価 3,080 円
新診断基準となった PCOS
治療と管理のフロントライン

臨床婦人科産科 Vol.79 No.4 定価 9,460 円
これだけは押さえない
最重要疾患の病態・診断・治療法

臨床眼科 Vol.79 No.4 定価 3,190 円
第 78 回日本臨床眼科学会講演集 (2)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.97 No.4 定価 3,080 円
これだけは知っておきたい
補聴器診療 ABC

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.97 No.5 定価 8,910 円
臨床ですぐ役立つ!
診療ガイドライン・手引き・指針
のポイント解説

臨床泌尿器科 Vol.79 No.4 定価 9,020 円
泌尿器科手術ヒヤリ・ハット
トラブル対処法 109 の知恵

臨床泌尿器科 Vol.79 No.5 定価 3,190 円
シン・泌尿器科当直医マニュアル
(外来編)

臨床皮膚科 Vol.79 No.5 定価 7,590 円
最近のトピックス 2025

総合リハビリテーション Vol.53 No.4 定価 2,640 円

小児整形外科疾患の
リハビリテーション治療

理学療法ジャーナル Vol.59 No.4 定価 2,090 円
スポーツパフォーマンス改善を
めざすプロフェッショナルの視点

臨床検査 Vol.69 No.5 定価 2,530 円

ISO 15189 : 2022
第 4 版 取得マニュアル

病院 Vol.84 No.4 定価 3,300 円

GX と医療の未来
グリーン・トランスフォーメーション入門編

看護管理 Vol.35 No.4 定価 1,870 円

看護管理者と事務部門の
協働による質改善・経営貢献

看護教育 Vol.66 No.2 定価 2,860 円

シン・教務主任
これからの学校管理者に求められること

保健師ジャーナル Vol.81 No.2 定価 1,760 円

取り組みもう、事例検討会
効果的な運営とファシリテーション

助産雑誌 Vol.79 No.2 定価 2,090 円

「私のお産」はみんな違う
それぞれの背景、経験、想いを聴いた
ロングインタビュー集

看護研究 Vol.58 No.2 定価 2,200 円

スコーピングレビュー／
系統的レビューの報告ガイドライン

■定価は税込価格

インターライ方式 看取りケアのための アセスメントとケアプラン

Trevor Frise Smith, ほか ● 著
池上 直己 ● 監訳
佐々木 晶世, 石橋 智昭, 高野 龍昭, 二宮 彩子, 廣岡 佳代, 五十嵐 歩, 小野 恵子,
金田 明子, 土屋 瑠見子 ● 翻訳

A4・頁152
定価:3,740円(本体3,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05771-4

評者 近藤 克則
千葉大予防医学センター特任教授/
医療経済研究機構研究部長

「団塊の世代」が後期高齢者になる
2025 年となった。今後さらに高齢化
が進み、日本は多死社会へと向かって
いく。そこでは、従来からの要介護高
齢者のケアマネジメントに加え、看取りケ
アの質向上が社会的な課
題となる。この課題に
取り組むために出版さ
れたのが本書である。

作成したのは、20
か国の研究者（フェ
ロー）で構成される
interRAI（インター
ライ）である。インター
ライ方式（旧 MDS 方
式）は、約 40 か国で
利用されている国際標
準のアセスメントツ
ールであり、本書の監訳
者である池上直己氏
（慶大名誉教授）がインターライのフ
ェローとして開発段階からかかわって
こられた施設版と居宅版は、すでに医
学書院から翻訳出版されている（『イ
ンターライ方式 ケア アセスメン
ト——居宅・施設・高齢者住宅』）。

本書は、同方式の緩和ケア（Palliative
Care：PC）版の日本語訳である。緩
和ケアや看取り期の成人のニーズを包
括的に評価するために開発され、7カ
国での試用を経て、多くの国で利用さ
れてきた実績がある。「第1章 アセ
スメントの利用に際して」ではアセス
メントの基本原則、アセスメント表と
その使用方法などが説明され、その後
に「第2章 アセスメント表の記入要
綱」「第3章 CAP（ケア指針）」が続
くという構成になっている。

◆アセスメントからケアプラン作成まで
を構造化

インターライ方式の特徴は、アセスメ
ントからケアプラン作成までがシステマ
ティックに構造化されていることである。
17 セクションから成るアセスメント

表を、77 ページに及ぶ詳細な記入要
綱に従い記入して、CAP 選定表の該
当項目を見ると、参照すべき CAP が
わかる。せん妄から睡眠障害まで、8

つに分かれた CAP ご
とに示されているガイ
ドラインを読んで、ケ
アプランを作成できる。

CAP には、痛み・
呼吸困難・褥瘡など
のように対応すべき
かはもちろん、残され
た家族に対する支援の
方法などについても解
説されている。教科書
のように読むだけでなく、利用者をアセスメ
ントし、該当する
CAP を読むことで、
実践を通じて学べるよ
うになっている。その
ため、アセスメントとケアプラン作成
のためのツールでありながら、研修教
材や、離れて暮らす家族との情報共有
ツールとしても利用できる。

◆利用者と家族の意向に沿った看取りケ
アの提供に

インターライ方式はいずれも ICF
（国際生活機能分類）の枠組みに準拠
した包括的なアセスメントツールであ
り、施設版、居宅版、PC 版などのそ
れぞれに共通の項目と定義などが用い
られ、互換性がある。併せて利用すれ
ば多職種協働によるシームレスなケア
が期待できる。

本書の出版に当たっては、日本の介
護現場に即した表現の工夫、事例の加
筆修正、日本国内のガイドラインなど
が反映されているという。また、アセ
スメント項目 A10「本人のケアの目標」
において「サービスを受けることによ
って実現したいことはありますか」と尋
ねるなど、看取り期のニーズを把握し、
CAP に沿ったケアプランにすること
で、ACP（アドバンス・ケア・プラン

Dr. 平澤俊明の白熱講義実況中継 胃SEL/SMTの診断と治療

平澤 俊明 ● 著
高松 学 ● 病理監修

B5・頁328
定価:7,920円(本体7,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05732-5

評者 比企 直樹
北里大主任教授・上部消化管外科学

本書は、これまで体系立てて語られ
ることが少なかった胃 SEL（subepithe-
lial lesion）および SMT（submucosal
tumor）の診断と治療に関する初めて
の本格的な教科書と言
っても過言ではありま
せん。胃 SEL/SMT は
粘膜下に潜む病変であ
るため、その診断はし
ばしば困難を極めま
す。加えて、適切な治
療を選択し実施する上
でも高い専門性が要求
されます。本書では、
こうした課題に対し
て、粘膜を切開したり、
穿刺したりといった通
常の診断法とは一線を
画すアプローチが丁寧
かつ具体的に解説され
ています。

胃 SEL/SMT と一口に言っても、代
表的な消化管間質腫瘍（gastrointestinal
stromal tumor：GIST）だけでなく、場
合によっては胃癌など多様な病変が含
まれます。そのため、的確な診断が極
めて重要となります。本書では、この
多様な病変の特性を正確に把握し、診
断に結び付けるための「実践的なコツ」
を、著者である平澤俊明先生ならではの
臨場感あふれる講義形式で学ぶこと
ができます。このアプローチにより、
経験の浅い医師から熟練した医師ま
で、誰でも胃 SEL/SMT の正しい診断
方法を習得できる構成となっています。
さらに、治療法についても、胃
SEL/SMT の位置が胃壁内に隠れてい
るため、外側からのアプローチでは病
変の同定が困難であり、過剰または不
十分な切除が起こりやすいという課題
があります。本書では、こうした課題
を克服する手段として、腹腔鏡内視鏡
合同手術（laparoscopic and endoscopic
cooperative surgery：LECS）をはじめ

とした先端的な手技が、具体例ととも
にわかりやすく説明されています。
LECS は、私ががん研有明病院に在籍
していた際に、平澤先生と共に開発し
た画期的な手術手技で
す。当時、この手技は
一部の医師から批判を
受けたこともありまし
たが、平澤先生は常に
その価値を信じ、改良
を重ね、今日の安全か
つ効果的な手技へと進
化させる中心的な役割
を果たされました。特
に、内科からの提案や
共同研究によって、合
併症の発生をゼロに抑
えることができたの
は、平澤先生のたゆま
ぬ努力の賜物です。

LECS は一見すると
簡単で患者さんに優しい手技に見えるか
もしれませんが、実際には噴門付近や幽
門直下、さらには食道に接する病変など、
高度な技術が要求されるケースも多く
存在します。こうした難所においても、
平澤先生は適切なアプローチ方法を開
発し、外科医が自信を持って手術に臨
める環境を築きました。このように、
LECS の発展に多大な貢献をした平澤
先生の経験が凝縮された本書は、まさ
に「手技開発に根差した知恵と情熱が
結晶化した名著」と言えるでしょう。
胃 SEL/SMT は GIST に違いない、
LECS は簡単な手技にすぎない——こ
のような固定観念を持つことは非常に
危険です。本書を通じて、平澤先生の
魂がこもった講義を追体験すること
で、診断・治療の一つひとつに込めら
れた深い考察と技術の真髄を学び取っ
ていただきたいと思います。この一冊
が、読者にとって胃 SEL/SMT の診断
および治療技術を磨く上での確かな道
しるべとなることを確信しています。

ニング）にも対応した利用者と家族の
意向に沿ったケアの提供が期待できる。
評者らは、インターライ PC 版
（MDS-PC）の存在を知って日本語版
を作成し、国内の病院やホスピス、特
養、居宅などで余命 6 か月以内の利用
者 71 事例で使用してもらったことが
ある。その結果、使用後に 11 事例の
ケアプランが変更され、ケアの質評価

にも有用である可能性を報告した¹⁾。
年間 170 万人が死亡すると推計され
ている 2040 年に向けて、本書が広く
利用され、日本の看取りケアの質が向
上することを願っている。

●参考文献

1) 杉本浩章, 他. 緩和ケア用 MDS-PC 日
本語版の信頼性と有用性. 病院管理. 2007 ;
44 (3): 243-51.

ご登録をおすすめします！
医学書院 ID

医学書院 ID のご登録で

医学界新聞を全文閲覧いただけます

あなたにぴったりの情報をお届けいたします

医学界新聞のメールマガジンも
毎週配信

医学書院 ID とは

医学書院 ID は、ウェブサイトをはじめ、医学書院の電子
コンテンツなどインターネット上で提供する各種サービス
を便利にご利用いただける認証システムです（登録無料）。

詳しくは
こちらから



医学書院
ウェブサイトで
何ができるの？

医学界新聞

閲覧

学会情報

check

書籍

立ち読み

医学界新聞プラスリニューアルのお知らせ

「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」がリニューアル
しました。今後もコンテンツを拡充予定ですので、ご期待ください！

SNSで差をつける！医療機関のための「新」広報戦略

執筆：町田 詩織 氏(湘南藤沢徳洲会病院マーケティング課 主任)

アニメーションで学ぶ心エコー

執筆：松永 圭司 氏(香川大学医学部附属病院抗加齢血管内科 助教)

外科研修のトリセツ

執筆：高見 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)

煙中 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!



『WEB 内科塾』 無料トライアルで視聴可能！

「THE 内科専門医問題集『見るラデオ』」 講義動画



ケアネットの人気番組「THE 内科専門医問題集『見るラデオ』」の講義動画が、
『WEB 内科塾』『THE 内科専門医問題集 Ver.2 WEB 版』で視聴できるようになりました。



WEB 内科塾 無料トライアルで視聴いただけます。

下記の URL、二次元バーコードからご確認ください。

<https://www.igaku-shoin.co.jp/special/naikasenmoni/>



オンラインでトータルに学習できる 内科系専門医試験対策！

内科系専門医試験対策のための
オンライン問題集

WEB 内科塾

WEB 内科塾は『THE 内科専門医問題集 Ver.2』1～3 巻を含む
約 1,500 問もの臨床問題を収載したオンライン問題集です。

新内科専門医試験、総合内科専門医試験、認定内科医試験、総合診療専門医試験など
内科系専門医試験対策はもちろん、生涯学習の教材としてもご利用いただけます。



内科専門医受験に大好評の臨床問題集

THE 内科専門医問題集

チーフ
エディター

筒泉 貴彦
山田 悠史

愛仁会高槻病院総合内科

マウントサイナイ医科大学老年医学・緩和医療科

1 総合内科 I II III・消化器・循環器

■ B5 頁 422 定価：7,480 円（本体 6,800 円＋税 10%）[ISBN 978-4-260-05095-1]

2 内分泌・代謝・腎臓・呼吸器・血液・神経

■ B5 頁 458 定価：7,480 円（本体 6,800 円＋税 10%）[ISBN 978-4-260-05096-8]

3 アレルギー・膠原病・感染症・救急・集中治療

■ B5 定価：7,480 円（本体 6,800 円＋税 10%）[ISBN 978-4-260-05097-5]



詳しくはこちらから▶

<https://www.igaku-shoin.co.jp/special/naikasenmoni/>



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [ウェブサイト]<https://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp