

2019年3月18日

第3314号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
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

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [対談] 高齢者向け住まいでの看取り(高山義浩, 下河原忠道)…………… 1—2 面
- [寄稿] 在留外国人を地域で診る(沢田貴志)…………… 3 面
- [寄稿] ICUのない病院での重症患者管理の実態(岩下義明)…………… 4 面
- [連載] 診断エラー学…………… 5 面
- MEDICAL LIBRARY/第34回日本静脈経腸栄養学会,他…………… 6—7 面

老いと死を受け入れ, 支える

対談 高齢者向け住まいでの看取り



高山 義浩氏

沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科医長

下河原 忠道氏

株式会社シルバーウッド 代表取締役

高山 私は2010年から沖縄県立中部病院で内科医として診療に当たりながら、県職員として地域の医療改革にかかわっています。その間に、厚労省で地域医療構想のガイドラインづくりにも携わりました。臨床と行政の経験を生かして、暮らしの現場と医療提供体制の橋渡しとなるべく、さまざまな課題に取り組んでいます。

中でも「看取りができる地域づくり」は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて重要なキーワードです。今日は、自宅や医療施設以外の新たな看取りの場として注目される、高齢者向け住まいについて考えます。

暮らしの中にある死

下河原 私は「銀木屋」というサ高住を運営しています。高齢者向け住まいに暮らす方々の「住み慣れた場所で自然な最期を迎えたい」とのニーズは高く、銀木屋では看取りの体制を整えています。しかし、看取りができる高齢者向け住まいは少ないのが現状です。いよいよ、という状況になると、本人の希望にかかわらず救急搬送する施設が多いのです。

高山 私は昨日、銀木屋を見学させていただきました。偶然にもその日、亡くなった方がいらっしゃいましたね。

下河原 はい。

高山 ご遺体が安置されている部屋も見せてもらいました。病院では多くの場合、人目につかない霊安室へとすぐ

に移送します。一方、銀木屋では驚くことに、フロア中央の共有スペースにご遺体を安置しておられました。職員や他の入居者の皆さんは会釈をして、その部屋の前を通り過ぎていきました。

「明日、皆でお別れの会をやるんですよ」と施設長がおっしゃっていました。施設全体で入居者を最期まで、そして亡くなった後も大切にすることが伝わってくる光景でした。

下河原 看取りをする高齢者向け住まいの中には、亡くなったことが他の入居者たちに知られないよう、ご遺体を夜間に裏口から運び出すところもあると聞きます。

一方、銀木屋では死をタブー視せず、生活の延長にある自然なものと考えています。入居者さんも、この考え方を受け入れてくださっていますね。

「私の時も、よろしくね」。そんな言葉を、銀木屋の入居者さんがよく掛けてくださいます。皆さん高齢だからか、私たちよりも死を身近に感じ、死について普段からよく考えているようです。それなのに死をあまり表に出さないようにするのは、気を使い過ぎだったのかもしれない。

高山 私も訪問診療で高齢者向け住まいでの看取りにかかわっていますが、他の入居者が「あのおばあちゃん、どこに行ったの?」と不安がることがあります。職員は「病院に入院しているんですよ」と言い訳をするけれども、いつまでたっても帰ってくることはありません。死を隠すことで、「亡くな

超高齢社会の今、看取りの場の確保が課題となっている。多くの人々が持つ「住み慣れた場所で最期を迎えたい」との希望をかなえるため、自宅だけでなく、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅(以下、サ高住)等の「高齢者向け住まい」も看取りの場のひとつとして注目されている。

高齢者向け住まいを「ついのすみか」にするには、どのような課題があるのか。沖縄県で医療・介護連携に尽力する医師の高山氏と、サ高住の経営者として介護の新たな形を模索する下河原氏が、高齢者向け住まいでの看取りの在り方を議論した。

ったのかな」「私もそんなふう消えていくのかな」と入居者の方々が感じているとすれば、それは大変な恐怖だと思います。

下河原 慣れ親しんだ人々に囲まれ、温かく送り出される仲間を見ることで、高齢者向け住まいで人生を全うするイメージができていくのでしょうか。そのイメージを持って生きるのと、「最期はどうなってしまふだろう」と不安を抱えて生きるのでは、生活の質は全く違うものになるはずですよ。

高山 病院では比較的短期間で看取りますが、高齢者向け住まいでは仲間との長い暮らしがあります。人生を一緒に過ごしてきた仲間が、互いの老いと死を確認し合いながら暮らしていくのは、当然のことなのかもしれませんね。

リアルな体験と学びで主体的な関与を呼び起こす

下河原 慣れ親しんだ住まいで自然な老衰死を迎えることができる。これが、銀木屋が重きを置く価値のひとつです。しかし一般的には、「看取りは医療の仕事だから」と尻込みする介護職が多いのも事実です。

そこで、2018年度から厚労省の支援を受けて「高齢者向け住まいにおける看取り等の推進のための研修に関する調査研究事業」(以下、研修事業)を始めました。高山さんにもご協力いただき、看取りの意義やケアの具体的な方法について、介護職向けの研修プ

ログラムを開発しています(2面・表)。

高山 すでに沖縄県内の7か所の高齢者向け住まいで研修を実施しました。この研修は現場のニーズに合致した内容で、参加した介護職からは絶賛の声が挙がっています。

下河原 研修の要となるのは、心肺蘇生のVR(バーチャルリアリティ)コンテンツです。骨が折れてしまうほど激しい心臓マッサージや電気ショックのドーンという衝撃など、救急医療の処置を患者目線で体験できます。高山さんの協力で、沖縄県立中部病院の救命救急センターで撮影させていただきました。

高山 VRを体験する介護職の様子を見て、逆に私はびっくりしました。医療現場を知る者なら当たり前だと感じていた光景が、これほどのインパクトを与えるとは思いませんでした。医療と介護の日常には、まだまだ距離があるようです。

下河原 高齢者向け住まいでの看取りを実践するには、ケアの技術や知識の研修はもちろん、介護職が主体的に看取りにかかわる文化の醸成が欠かせません。「看取りは医療に任せればよい」「私には関係ない」と思っていた介護職にも、VRでのリアルな体験をきっかけに、高齢者のために何ができるのかを主体的に考えてほしいのです。

高山 介護職による主体的な関与は重要な視点ですね。看取りのできる施設

(2面につづく)

多死時代のプライマリ・ヘルスケア、その答えは暮らしのなかに

地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をともに生きる

世界の貧困・紛争をテーマにさすらった若者が、医師となって、佐久で若月俊一の魂に出会った。沖縄にあっても地域医療の前線にあり、時に霞が関のミッションを帯びて奔走し、どの現場でも汗を掻き続けるその目に「地域包括ケアシステム」の実像はどうか。この国のかたちをどう模索しているのか。診療の傍ら多方面に発信する著者による、現代に古い病むひとを支えたいすべての医療者に捧げる提言の書。

高山義浩



ケアする人を支えるのは学びの場だ

在宅医療カレッジ 地域共生社会を支える多職種の学び21講

首都圏最大級の在宅医療ネットワーク 医療法人社団悠翔会が提供する、医療・介護の多職種のための学びのプラットフォーム「在宅医療カレッジ」。多方面で活躍するトップランナーが「教授」として登壇し、満員続きの人気講義を精選して再現！[2015-2017年開催分] Facebook1万人を超えるメンバー、そして地域包括ケアを実現して患者・当事者と共に生きる社会ではたらき続けたい全国の専門職に贈ります。

編集 佐々木淳





●たかやま・よしひろ氏

1995年東大医学部保健学科卒業後、フリーライターとして世界の貧困と紛争をテーマに取材。2002年山口大医学部医学科卒業後、佐久総合病院総合診療科にて地域医療に従事。08年厚労省健康局結核感染症課。10年沖縄県立中部病院感染症内科、11年に地域ケア科を立ち上げ在宅緩和ケアに取り組む。14年厚労省医政局地域医療計画課、15年より現職。沖縄県地域包括ケアシステム推進会議部会長。『地域医療と暮らしのゆくえ』(医学書院)など著書多数。

(1面よりつづく)

数を単に増やすためなら、経済的なインセンティブを付けなければいけません。しかし、儲かるなら看取りをやってもいいという社会になったら最悪だと私は思います。

下河原さんは、全ての高齢者向け住まいで看取りができるべきと考えていますか。

下河原 全てで行う必要はないと思います。看取りは、普段のケアがきちんとできた上で初めて実践できるものです。看取りの部分だけを切り取って推進するのは、むしろ危険です。

高山 同感です。では、高齢者向け住まいで看取りを実践するには何が必要でしょうか。

下河原 最も重要なのは「やる気」だと感じます。高齢者向け住まいを対象にしたアンケートでも、看取りに積極的なキーパーソンがいる施設ほど看取り率が高いとの結果が出ています¹⁾。

高山 やる気はありながらも実践できていない施設をいかに支援するかがポイントですね。

下河原 はい。さまざまな施設で研修を実施してみると、「本当は看取りを实践したかったんです」「高齢者の願いをかなえたいんです」とおっしゃる介護職にたくさん出会います。介護職に学びの機会をつくることで、看取りケアへの主体的な関与を呼び起こせると考えています。

暮らしの視点から、多様な選択肢を

高山 住み慣れた地域に暮らし続けたいとの希望を持つ人は確かに多いです。しかし実は、「住み慣れた地域の施設には入りたくない」と考える人も少なからずいます。車椅子で介護を受ける姿を昔なじみの人に見られたくないとおっしゃるのです。介護を受けるのは落伍者だというスティグマがあるかもしれません。

誰も老いて、障害を抱え、やがて死に逝くものですが、その受け止め方は多様であり、時間とともに変化します。住み慣れた地域での暮らしだけでなく、いろいろな選択肢を準備しておく必要があります。

下河原 そうですね。私自身は高齢者向け住まいでの看取りを推進する立場ですが、高齢者向け住まいが誰にとっても最適な場所だと言うつもりはありません。ただ、選択肢が少ない現状は変えていかねばならないと考えています。

高山 高齢者の暮らしの場には、医療療養病床や介護療養病床、介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームなどがあります。施設基準が細かく定められており、医療者からすれば多くの選択肢があるように見えます。しかし高齢者には、医療療養病床も介護療養病床も、あるいは急性期病院も、全て「病院」として見えているでしょうね。

下河原 高齢者向け住まいにも介護付き有料老人ホームや住宅型、グループホーム、サ高住など多くの種類がありますが、利用者はその差をあまり感じないと思います。

高山 高齢者にとっては制度上の分類よりも、そこでどのような暮らしができるかが重要です。下河原さんはどのような考え方でサ高住の運営に取り組

んでいますか。
下河原 「サ高住をやっている」というよりも「銀木犀をやっている」という感覚に近いですね。サ高住の固定観念にとらわれず、私たちの医療・介護への向き合い方や価値観を前面に打ち出しています。そして、それに共感した方がお住まいになってくださる。この循環ができてつあるのです。

高山 高齢者の暮らしの視点に立って、どれだけ多様な選択肢を準備できるか。これが、私たちの世代が取り組むべきことですね。

高齢者の本当の願いを多職種で支えるために

高山 高齢者の暮らし方を決める際に、特に日本では注意すべき点があります。それは、本人の意思を優先する決定が、その人にとって最も幸せな選択肢とは限らないということです。

下河原 どういう意味ですか。

高山 個人主義が浸透している欧米などでは、本人の意思を最優先するのは当たり前のことでしょう。しかし、日本の高齢者は「あなたがこうしたいと言ったから、こうします」と言われるのがつらいのです。自分の意向によって家族や介護職を困らせていないかを気にしています。本当の安心とは「後のことはお前たちに任せよう」と言える環境なのかもしれません。

下河原 なるほど。銀木犀の入居者で「私、ここにいていいのかな?」と言う人は確かに多いです。「いいですよ。ずっとここにいてくださいね」という職員の言葉で、安心した表情になりますね。

高山 本人の意思はもちろん大切ですが、こうした受動的な文化にもきちんと配慮しながら、暮らし方を一緒に考えていくことが重要ではないでしょうか。「私はここで最期まで暮らしたい」との明確な意思を本人から引き出そうとするのではなく、「ここにいてほしい。あなたの最期まで、そばにいたい」と周りの人が語り掛け、本人がうなずく。これが日本人にとって理想的な意思決定プロセスではないかと思えます。

下河原 日々の暮らしから高齢者の本当の願いを感じ取る必要があります。そのためには、最も近くでケアする介護職の果たす役割が大きそうです。

高山 ええ。私自身、治療方針を決める際、介護職の意見に助けられたことが何度かあります。足の慢性骨髄炎を患う90代女性がいました。MRSAが起炎菌であり、足を切断するしか完治する見込みはありませんでした。その方針に本人も家族も納得しており、準備を進めていました。

ある日、入所していた施設の介護福祉士さんが病院に連れて来て、本人と話をされました。そして帰りがけ、私に耳打ちしたんです。「あの方、本当は足を切るのに納得していませんよ」と。
下河原 ファインプレーですね。

高山 医師や看護師には言えなかった



●しもがわら・ただみち氏

1992年より父親の経営する鉄鋼会社に勤務し、98年に渡米。カリフォルニア州のオレンジ・コースト・カレッジでスチールフレーミング工法を学び、帰国後2000年に株式会社シルバーウッドを設立。11年にサ高住「銀木犀」を開設。地域住民との交流や食へのこだわり、子どもたちも遊びに来る多世代型住まいづくりなど、高齢者住宅のイメージを革新している。16年には社会における認知症のイメージを変えるべく、VR認知症プロジェクトを開始。

本当の気持ちを、一緒に暮らしてきた介護福祉士には打ち明けることができたんですね。結局、ご家族も交えて改めて相談し、切断しない方針として治療を継続しました。その後、完治はしませんでした。住み慣れた施設で長く暮らしていただけた。

下河原 高齢者は医療職の意見に合わせることでポロッと出る本音や希望を介護職がすくい上げ、多職種で共有できるといいですね。

高山 急性疾患であれば、治すことを優先させれば良く、医学的な根拠に基づいたアプローチで誰しも納得します。しかし、慢性疾患や看取りへのプロセスについては、生活を支えてきた介護職にこそ本人の選択を支援する役割があるのでしょうか。

*

下河原 介護職は医療職とは違い、介入によって生存期間を延ばすことは難しいかもしれません。しかし、残された日々を命を吹き込むことはできるはず。生きる時間の長さではなく、どれだけ質の高い生活を実現できるか。それを目標にこれからも取り組んでいきたいと思えます。

高山 病院で看取ることが当たり前の時代から、今、地域での看取りが広がっています。とはいえ、家族だけで看取っていた昔の方法に戻るわけではありません。医療や介護の専門職の支えの中でどのように死を迎えるのか。これが、今の時代の私たちが取り組むべき新しい課題なのです。(了)

●参考文献

1) 野村総研. 高齢者向け住まいにおける認知症ケアや看取り、医療ニーズ等の重度化対応へのあり方に関する調査研究報告書. 2017. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/72_nomura.pdf

●表 高齢者向け住まいでの看取り研修プログラム
全体で180分の研修には、VRコンテンツ4本の体験が含まれる。

- ① 看取りとは何か? (20分)
看取りを推進するための現状の課題の共有、できない理由を並べる状態からの脱却
- ② 介護職が自信を持って看取りケアにかかわるために (30分)
介護職が代弁者の一人として役割を持つ
- ③ 本人の意思の把握とその対応方法 (25分)
- ④ 看取りのプロセスにおける不安解消 (20分)
例: 夜勤で訪室したら息が止まっていた(止まりそう)になっていたときの対応等
- ⑤ 自然な死を迎えるときに生じる具体的症状の解説と対応方法 (20分)
医療に頼るか、ケアに頼るか
- ⑥ 家族への対応 (20分)
- ⑦ 看取りにおける医療機関との連携と多職種連携 (25分)
看取りケアとグリーンケア、エンゼルケアの実際等
- ⑧ 看取り後のふり返り (20分)

「看護とは何か」を問いつけた訪問看護師の実践の日々

「家に帰りたい」「家で最期まで」をかなえる 看護の意味をさがして

訪問看護ステーション立ち上げから20年、看護師として働きはじめてから27年の著者が綴る、多くの患者・家族との出会いと別れ。「家に帰りたい」「家で最期まで」を叶えるために奮闘してきた著者の実践は、読者に感動と勇気を与える。看護とは何か、看護師の存在する意味が問われている今、訪問看護師、病院・施設勤務の看護師だけでなくケアマネジャー、在宅ケアに携わる全ての職種の人にお薦めの書。

藤田 愛



高齢者医療は、ものがたりがつかなく絆から

ナラティブホームの物語 終末期医療をささえる地域包括ケアのしかけ

超高齢・多死社会を迎えたこの国で、人が安心して死ぬ住まいをめざしたチームが富山県砺波市にある。家庭のような病院をめざした医師と、患者固有の物語に添ったケアを追求する看護師と介護福祉士たち。2010年開設以来、全国から熱い注目を集めるナラティブホームはどのように誕生し、日々運営されているのか。さらにその診療、看取り、エンゼルメイク、葬儀、アルバム作りまで、医療者の実践の詳細を1冊にまとめた。

佐藤伸彦



寄稿

在留外国人を地域で診る

沢田 貴志 神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所 所長

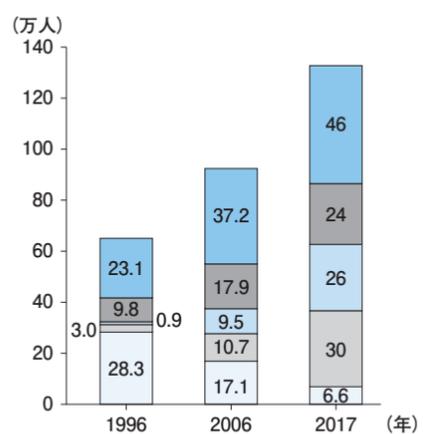
少子高齢化の日本で働く若い世代の外国人人口は増加を続けており、この4月から特定技能という新たな名称の外国人労働者の受け入れが開始される。

私が働く横浜市の港町診療所では、地域の相談機関などの要請に応える形で1990年代から外国人患者の受け入れに積極的に取り組んできた。また、自治体の医療通訳制度の構築や多言語での結核・感染症対策などにも協力を行ってきた。近年、観光客などの訪日外国人への対応が政策的に取り組まれるようになってきたが、日本で働き、経済を支えている在留外国人に健康格差が生じないような施策が急務である¹⁾。そこで本稿では、地域の医療機関において出会う機会の多い在留外国人への医療について述べる。

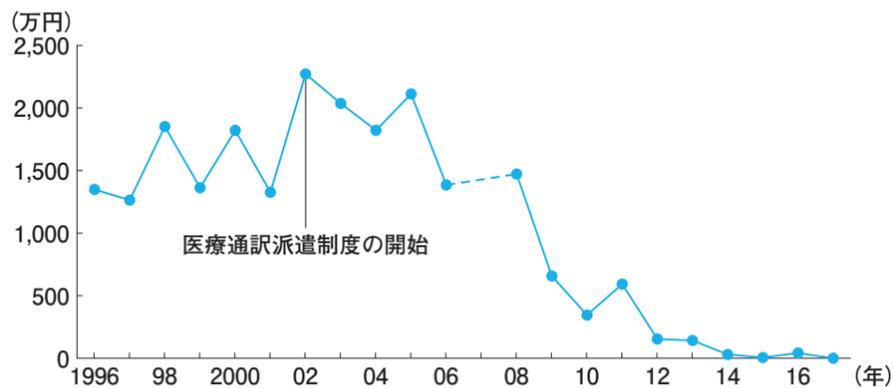
医療通訳制度化は世界の潮流、日本国内の状況は？

医師による外国語での対応や医療通訳を介した診療を行っている私たちの診療所には、日本語が不自由な外国人が多数来院しており、外来患者の約2割が外国人である。問診で診断がつく病気でありながら、6か所の医療機関を経てきた患者さんがいれば、適切な医療を行っていた前医に対して誤解に基づく不満や不信を抱えてしまっていた人もいた。通訳不在により医師・患者の双方に不利益が生じているのは残念なことである。医療通訳の支援の重要性は病気が重くなるほど高くなり、2013年にエイズ診療拠点病院を対象にした調査では、外国人患者の診療で最も困難を感じる点は言葉の障壁であった²⁾。

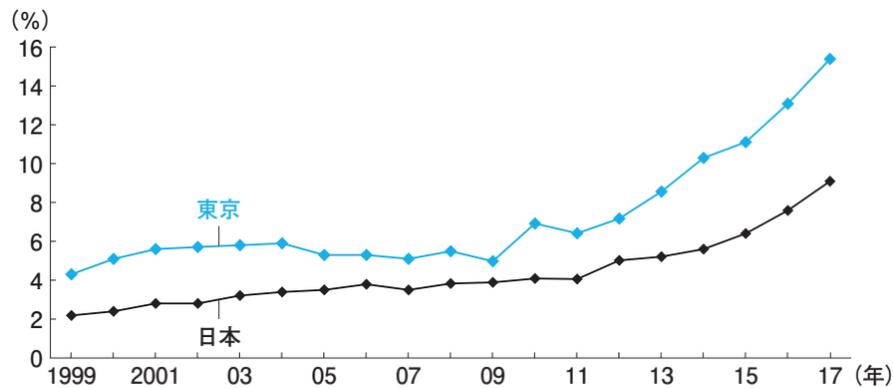
OECD(経済協力開発機構)諸国の多くでは、移民の増加に対応し公的な



●図1 在留資格別外国人労働者数の動向 厚労省「外国人雇用状況」、法務省「出入国管理統計」より筆者作成



●図2 神奈川県の外国人未払い医療費補填事業による財政支出の推移 神奈川県資料より筆者作成



●図3 結核新規登録数に占める外国生まれの割合の変遷 公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター (http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/) より

サービスで通訳を利用できるようにしている。米国では連邦政府の補助金を受給している医療機関は医療通訳制度を整えることが義務化されており、通訳の利用に患者負担はない。

日本ではこうした公共目的の医療通訳派遣はあまり普及していないが、神奈川県では自治体とNPO、病院の連携で2002年に医療通訳派遣制度が導入されている³⁾。訓練された医療通訳の利用には一定の経費がかかるが、ひとたび通訳が利用できるようになると診療が円滑になる。制度に加わる病院は60以上にのぼり、2017年度の派遣実績は7000件を超えた。同様の制度は愛知・三重など他県に広がっている。また、東京・大阪では結核対策に特化した通訳派遣制度が自治体とNPOの連携で実施されている⁴⁾。

効果が現れた 神奈川県の医療通訳制度

少子高齢化の中で外国人人口は急速に増加しており、どの地域でも医療機関に対する言葉の支援が必要な状況となっている。もちろん米国のような医療通訳制度が短期間で整備できるわけではないため、急な受診にも対応できる遠隔通訳などを含めた段階的な体制の整備が必要だろう。

これまでに、どのような立場の外国

人人口が増えているのか図1を見ていただきたい。1990年代には在留資格のない外国人が就労外国人の4割程度を占める状況にあったが、その後減少。2000年代は、日系人や日本人配偶者、高度技能の外国人など、在留資格が安定し家族の同伴が許される外国人が労働者の多数を占める状況となっていった。

しかし、リーマンショックや東日本大震災を経て状況が変わり、2012年ごろから技能実習生と日本語学校生の中には多額の借金をして来日している人が多い。雇用環境が厳しく病気で欠勤が続けば簡単に仕事を失ってしまう。単身で来日し在留が許される数年の間に借金を返済しなければならない。不安定な生活環境の中でストレスによる症状が身体化して不定愁訴となりがちであり、その訴えも文化的な背景で日本人とは異なることもある。複雑なコミュニケーションを要する場合や、重篤な疾患の告知・侵襲を伴う検査や入院の説明など、遠隔通訳ではなく医療通訳の同席が必要となる場面も多い。

また、経済的な背景や労働環境を踏まえた患者相談ができるよう、病院ソーシャルワーカーや地域の外国人相談窓口との連携も大切である。神奈川県では、全ての2次医療圏に参加病院が配置されるよう医療通訳制度の普及

●さわだ・たかし氏
1986年千葉大医学部卒。
東京厚生年金病院(当時)を経て、91年より港町診療所に勤務。2006年より現職。多数の外国人患者の診療に携わりながら、シェア=国際保健協力市民の会で在留外国人の医療相談、MICかながわにて医療通訳の育成にもかかわる。09年タイ国王よりディレクナボン勲章を受章、13年には第16回秩父宮妃記念結核予防功労賞を受賞している。



を2002年から行い、病院側の窓口を医療ソーシャルワーカーとしてきた。図2のとおり2002年の開始を境に自治体が医療機関に補填をする未払い医療費の必要額が大きく減少しており、医療通訳と相談体制の整備が外国人診療の円滑化に役立っていると考えている⁵⁾。

結核対策に不可欠な、外国人の療養環境の整備

通訳や相談の体制が整わなければ深刻な事態となることが予測されるのが、結核や感染症対策である。図3のように結核患者に占める外国生まれの割合が急増している。その主な理由が技能実習生や日本語学校生など不安定な立場で働く外国人の増加である。私たちのもとに保健所などから寄せられる相談の中にも、排菌していないにもかかわらず解雇され帰国させられる技能実習生の例がしばしばある⁶⁾。借金を残して帰国させられるのであれば、生活苦からの失踪や受診をためらい重症化するなどの問題を引き起こし、結核のコントロールを困難にする。

このように課題が多い技能実習生制度は今後、介護の現場にも多数入ってくる予定であり、もはや私たちにとって無縁ではなくなっている。外国人の労働力が日本の社会の維持に不可欠となった今、労働力だけを受け入れて人を大切にしないのでは、国際社会の信用は得られない。外国人の早期の受診を助け健康を維持することは、外国人のみならず日本の社会全体に役立つことである。医療現場が外国生まれの住民にしっかり対応できるよう、行政や企業にも支援を求めていきたい。

●参考文献・URL

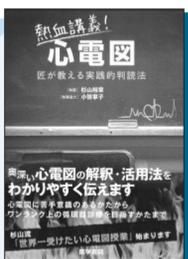
- 1) Lancet. 2019 [DOI: 10.1016/S0140-6736(19) 30215-6]
- 2) 沢田貴志, 他. エイズ診療拠点病院全国調査からみた外国人の受療動向と診療体制に関する検討. 日エイズ会誌. 2016; 18 (3): 230-9.
- 3) 岩元陽子. 神奈川の医療通訳派遣システム——16年間を振り返って. 自治体国際化フォーラム. 2017; 338: 11-2.
- 4) 沢田貴志. 外国人の結核への新たな取り組みとしての通訳派遣制度. 結核. 2012; 87 (4): 370-2.
- 5) 沢田貴志. 「外国人労働者の医療問題」を未然に防ぐ方法. 東洋経済オンライン. 2018. https://toyokeizai.net/articles/-/254695
- 6) 沢田貴志. 在留外国人の健康支援がなぜ重要か. 保健師ジャーナル. 2019; 75 (1): 13-8.

心電図“以外”の情報も踏まえて心電図を読む—臨床で本当に使える判読法を伝えます

熱血講義！心電図 匠が教える実践的判読法

心電図の達人とは、心電図ですべてを語る人ではなく、心電図の異常所見を拾い上げたうえで、患者の訴えと他の所見を総合して病態を把握し、的確な治療につなげる人のこと。「Vサイン! ABCDE法」をかけたことばに、代表的な不整脈・波形異常から病態を考える熱血10講義をクリアすれば、臨床力アップは間違いなし。「小笹流 私はこちら読む」でポイントを整理して「確認テスト(解答と解説つき)」を終えるころには、あなたも心電図が読みたくなっているはず。

執筆 杉山裕章
執筆協力 小笹寧子



循環器診療の最新かつ実践的な情報を網羅！

レジデントのための循環器疾患診療マニュアル

高齢化社会の進展と診断・治療の技術進歩により、循環器疾患の診療は近年めまぐるしい変化を遂げている。本書はその最新の状況をふまえ、レジデントが遭遇しうる主な循環器疾患について、問診、検査、診断から治療(一般的な薬物治療も含む)まで、研修医に必要な実践的診療情報を網羅し、最低限知っておきたい臨床上のノウハウについてポイントを絞って解説した。

監修 刈尾七臣



寄稿

ICUのない病院での重症患者管理の実態

岩下 義明 (三重大学医学部附属病院救命救急・総合集中治療センター助教)

「〇〇病院はまたこんな患者を送ってきた」「〇△病院は何でもっと早く患者を送ってこないのかな」などといった会話をしたことはないだろうか。忙しい病院の救急外来で働いていると、紹介元病院に対する愚痴が思わず口をついて出てしまう。しかし、中小病院には中小病院の事情があって、紹介を悩んでしまうこともあるのではないかと、私はふと思い始めた。

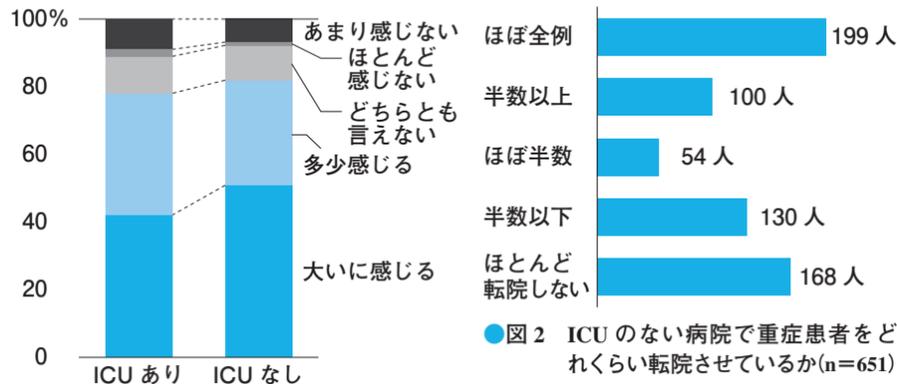
紹介が遅れるのには 中小病院なりの事情がある

2010年に私は、当時所属していた大学病院から、同じ市内にある250床ほどの、救急科もICU(集中治療室)もない病院に異動した。そこで思い知ったのは、紹介するタイミングの難しさである。紹介したいと思っても、「紹介理由を明確に伝えることができない」「何科に頼んでよいかわからない」「高齢過ぎて頼むのは申し訳ない」「自分が長く診ていた患者で今さら他人に頼みにくい」などなど、さまざまな障壁があった。

そんな折、日本の一般病床数当たりのICUの病床数は、他の先進諸国と比較して圧倒的に少ないという論文¹⁾を読んだ。以後、「日本のICUの病床数が少ないことにより、どのような問題が発生しているかを学術的に明らかにし、日本のICUの病床数を今後どうしていくべきかを論じる基礎資料にしたい」と考えるに至った。

まず取り組んだのは、ICUのない病院に勤務する医師・看護師へのアンケート調査だ²⁾。医師13人、看護師98人(有効回答:医師8人、看護師93人)に対し、「重症患者を診る頻度はどれくらいか」「重症患者を診る際に不安を感じるか」「重症患者のうちどの程度を転院させているか」「転院させなかった理由はどのようなものが多いか」などを回答してもらった。

結果は、看護師の84人(90%)、医師の8人(100%)が「重症患者を診る際に、不安を多少または大いに感じる」と回答した。しかし、「重症患者のうちどの程度を転院させているか」という問いに対しては「ほとんど転院させていない」という回答が看護師71人(76%)、医師4人(50%)もあった。転院させなかった理由は「病態



●図1 重症患者を診療する際に不安を感じるか(文献3より改変, 図2も)

が重症過ぎること」や「患者が高齢であること」が医師・看護師とも多く、「受け入れ先が見つからない」とする回答は少なかった。

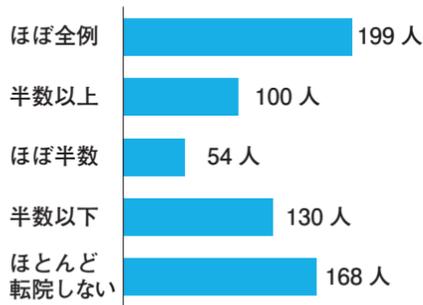
ICUのない病院でも重症患者は発生してスタッフは不安を抱えているが、転院は躊躇するという苦しい現状が、本調査から明らかになった。しかし、一施設での小規模な経験に基づく回答にすぎず、学術報告としては不十分である。投稿したいくつかの雑誌からは、「全国規模での調査を行うように」との指摘を受けた。

重症患者管理に不安を感じながらも転院させられない

全国規模での調査を個人でどう行えばよいかかわらず、日本集中治療教育研究会(JSEPTIC)の臨床研究委員会に相談を持ち掛けた。そこでの検討を経て、より大規模な実態調査を実施することができた³⁾。

メディア社のアンケート会員登録をしている約5万人の医師会員にwebアンケートを送付し、1025人から回答を得た。うち651人がICUのない病院に勤務していた。ICUのない病院勤務の医師のうち65人(10%)が1年間に11人以上の人工呼吸器装着患者を診療していた。ICUのない病院勤務の医師のうち「大いに」「多少」を合わせると523人(80.3%)が重症患者管理に不安を感じていると答え(図1)、「重症患者のうち転院させる患者の割合は半数以下」「ほとんど転院しない」と回答した医師は298人(45.8%)にのぼった(図2)。

この調査により、ICUのない病院でも重症患者は発生し、医師はその診療に不安を感じながらも転院は多くは行っていないという状況は、全国的にもみられることがわかった。さらに、重症患者の内容として、多くの人工呼吸器装着患者がICU外の環境で管理さ



●図2 ICUのない病院で重症患者をどれくらい転院させているか(n=651)

れていることもわかった。

人工呼吸器装着患者の約半数はICU以外の病棟で管理!?

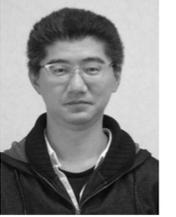
前述の調査はあくまで医師の感覚的な回答に基づくアンケートにすぎず、ICUのない病院で実際にどれくらいの重症患者が管理されているかが明らかになったとは言えない。そこで、人工呼吸器装着患者に着目し、京大大学院・今中雄一教授(医療経済学)のご指導の下、同講座の持つQIPというデータベースを使用した研究を行った⁴⁾。

急性期の人工呼吸器管理を3日間以上行った患者(18歳未満、入院期間が60日を超える者、主要な病名に癌が入っている者を除く)について、ICUに1度でも入室した患者(ICU群)と1度もICUに入室していない患者(非ICU群)がどの程度の割合で存在するかを確認し、さらに転帰や標準的な集中治療管理が行われたかどうかなどを比較した。2010~12年に対象となった患者3万8291人中、非ICU群1万7775人、ICU群2万516人(46.4% vs. 53.6%)であった。

ただし、この数値には少し説明が必要である。まず、ICUの定義はDPCコードの特定集中治療室管理料もしくは救命救急入院料を取得したもの、すなわち、同加算を算定していない院内の重症患者を集めたユニットは非ICUに分類されている。また、人工呼吸器管理の定義もP/F比300以下の非侵襲的人工呼吸管理患者を含んでいる。解析がDPCデータに基づくものであり、このような制限はあるが、それらを考慮に入れても非ICU群の割合の高さには驚かされる。

そして、非ICU群はICU群に比べ、有意に患者の平均年齢が高く(72.8 vs. 70.2, P<0.001)、人工呼吸器日数が長く(11.7 vs. 9.5, P<0.001)、病院内

●いわした・よしあき氏
2006年島根大医学部卒。島根県立中央病院、北里大病院、山形大病院、東北中央病院を経て11年より現職。モットーは、地味な地方の救急診療の現場から世界を驚かす仕事をする。[一時バーンアウト気味でしたが、最近は少し復調して、また頑張ろうかな、どうしようかな、と考えているところです]。



死亡率が高い(41.4% vs. 38.8%, P<0.001)という結果であった。さらに、経腸栄養やストレス潰瘍の予防などの一般的な集中治療管理は非ICU群では少ないという結果であった。多変量解析でも、ICU入室が病院内死亡率を有意に低下させる可能性を示した(オッズ比0.71, 95% CI: 0.68-0.75)。

本検討ではAPACHE IIなど入院時の重症度を評価するデータや人工呼吸器設定のデータが存在しないなど、多くの研究上の限界はある。それでも、この研究により、ICUと認定されていない施設で多くの人工呼吸器装着患者が管理されていることが明らかになり、その予後はICUと認定されている施設に比べ悪い可能性があることを示したのは意義が大きいと考える。

ICUで管理すれば救命・社会復帰できた患者がいるのでは?

日本のICUの実態を描き出したこれらの研究から危惧するのは、日本ではICUと認定されている病床数は少なく、転院は不十分で、これにより不利益を被っている患者が存在する可能性があることである。

われわれの研究は、入院時の重症度の指標が存在しないため、単に高齢で重症過ぎる患者が終末期管理目的でICUのない病院で管理されているだけなのかもしれない。しかし、最も危惧するのは、非ICUで管理されているこれらの重症患者のなかに、本来はICUで管理すれば救命・社会復帰できたにもかかわらず、ICUのない病院であったため適切な集中治療が受けられず亡くなった患者が存在する可能性がある。

日本のICUを今後どのように整備していくべきか。これらの研究を土台に議論してほしいと考える。また救急・集中治療医としては、中小病院がICUのある病院に患者を紹介しやすくするためにはどうしたらよいかを考えていく必要がある。

●参考文献

- 1) 内野滋彦. わが国の集中治療室は適正利用されているのか. 日集中医誌. 2010; 17(2): 141-4.
- 2) 岩下義明, 他. ICUのない病院における重症患者管理に関するアンケート. 日臨救急医会誌. 2013; 16(2): 152.
- 3) 岩下義明, 他. 集中治療室のない病院における医師の重症患者管理に対する意識調査. 日救急医会誌. 2016; 27: 175-83.
- 4) Crit Care. 2018 [PMID: 30514327]

「まずは、ここから」。初心者が身につけたい人工呼吸管理のポイントがこの1冊に!

人工呼吸管理レジデントマニュアル

「まずは、ここから」。人工呼吸器の操作方法、基本モード、NIV、HFNC、気道抵抗とコンプライアンス、鎮痛・鎮静、呼吸器離脱、疾患別の呼吸器設定例、アラームとトラブルシューティング、患者-人工呼吸器間の非同調、食道内圧モニタリング……。初心者が身につけたい人工呼吸管理のポイントがこの1冊に!

編集 則末泰博



本紙編集室のFacebookページです。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

医学界新聞 Facebook 検索

グローバルスタンダードを超える!?
好評 “純国産”集中治療本

重症患者管理マニュアル

▶ 重症患者管理において頻度の高い疾患・病態を中心に取り上げ、日々の臨床、ベッドサイドでの検証を踏まえて、診断・治療のより所となる知識をまとめた実践の手引。ガイドラインやエビデンス偏重にならず、しっかりとした患者評価と最適な治療を実現するために、病態生理の理解も含めたベストバランスを提示。医学生・研修医から指導医までの幅広い対象に、重症患者管理のスタンダードとなる知識と診療の指針を提供する。

※文献リストや関連URLは関連書籍「総合内科病棟マニュアル」同様QRコードでリンクされ、MEDSI Webサイトにて閲覧できます

編集: 平岡栄治 (東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科)
則末泰博 (東京ベイ・浦安市川医療センター呼吸器内科/救急集中治療科)
藤谷茂樹 (聖マリアンナ医科大学救急医学/東京ベイ・浦安市川医療センター)

定価: 本体6,500円+税
A5変 頁712 図・写真250 2018年
ISBN978-4-8157-0126-0

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
TEL. (03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

ケースでわかる 診断エラー学

「適切に診断できなかったのは、医師の知識不足が原因だ」——果たしてそうだろうか。うまく診断できなかった事例を分析する「診断エラー学」の視点から、診断に影響を及ぼす要因を知り、診断力を向上させる対策を紹介する。

綿貫 聡

東京都立多摩総合医療センター
救急・総合診療センター医長

第3回

徳田 安春

群星沖縄臨床研修センター長

診断エラーの予防：認知バイアス①

ある日の診療

○月△日、救急外来の準夜勤の終わり際の出来事である。この日は、日勤帯から救急外来で勤務を続け、勤務開始から15時間がたっていた。間が悪いことに朝から遅刻し、上級医に怒鳴られた。食事は朝食と昼食を取り損ねたままだ。多数の患者を診続け、頭は働いていない状態だった。しかしながら疲労のピークを超えたのか、身体は非常によく動く感じがした。

新たな患者の来院に、「私もまだまだ若いな、もうちょっと頑張ろう」と診療に勇んで入った。50代の男性が息切れを主訴に救急車で来院。背景に統合失調症があり、以前は頻回に救急外来を受診していた。バイタルサインでは若干の頻呼吸を認め、SpO₂が少し低いような気がしたが、その他は異常を認めない。身体所見では、胸部聴診上心音・呼吸音は正常で、胸部単純X線写真では肺野に浸潤影を認めなかった。患者に対して若干の陰性感情を抱きつつ、「身体的に問題はないため、ご帰宅ください」と、まだ苦しそうな患者に説明をしようとしたところ、深夜帯の当直医Aに呼び止められた。

診断エラーの予防には3つの対策が考えられる。認知バイアスへの介入、システムへの介入、患者との協同関係の構築である。今回は認知バイアスへの介入について解説する。

まずは自身の状況のメタ認知から

認知バイアスを受けやすい状況については研究が進んでいる。例えば、次のような状況がある¹⁾。

身体的・精神的な疲労

疲れている、眠れていない
許容量を超えている

感情の問題

患者に対して感情が生じている

診療のフローの問題

診察時に邪魔が入っている
引き継ぎ患者の診療
診断を決めつけている

身体的・精神的な疲労に関しては、まずは自分の身体・精神の状況の把握から始めたい。自身の状況のメタ認知に有用な「HALT method」をご存じだろうか。これらの項目に当てはまるときはHALT(止まる)が必要であることから、HALT methodと名付けられた。

Hungry 空腹
Angry 怒り
Late 遅刻
Tired 疲労

4項目はいずれも医療者の判断能力を低下させ、患者の安全に影響を与える可能性がある。海外におけるregistered nurse(登録看護師)の勤務形態を調査した研究では、エラーの発生率は、勤務シフトが12時間以上、超過勤務

の発生、週40時間以上の勤務によって有意に高くなると示された²⁾。また、不十分な睡眠時間はシフト勤務者のエラーを増加させる可能性があり³⁾、睡眠不足は認知機能の低下、注意力の低下、情報を一時的に保つワーキングメモリを損なう恐れが指摘されている⁴⁾。

「HALT method」に基づく チェックリストの活用を

HALT methodの実践例を挙げる。英NHSのGuy's HospitalとSt Thomas' Hospitalでは、2017年3月17日、World Sleep Dayにちなんでnew HALT campaignを始めた。医療者の勤務中の休憩を勧め、健康とwell beingの改善を目的としたワークショップとレクチャーを開催した⁵⁾。

その中に、日本の医療現場の勤務者、管理者にとって有用な提案があるので紹介したい(表1)。いずれもHALT methodを実践する内容である。

忙しい診療環境では、勤務者は休憩の取得を遠慮しがちである。しかしながら、食事を取ったり、トイレに行ったりすることも患者安全の一環ととらえ直してはどうだろうか。医療者が忙しく働き、切れ目なく来院する患者に休まず対応することは一見勤勉に見えるが、患者安全の観点からは見直す必要があるかもしれない。

また、夜間の救急外来診療においても可能な限り複数人の勤務者を配置してシフト制を導入したい。最低限、数時間はPHSが鳴らないインターバルを確保し、安静を得られるスペースを確保することは重要と思われる。

●表1 new HALT campaignでの提案内容(文献6より)

勤務者に対して
・休憩を計画する：業務開始時に休憩を計画し、5時間以上の連続勤務を避け、20分の休憩を入れるように調整する。
・チームとして働く：休憩が取れるようにお互いにサポートする。疲労困憊に陥る前に休憩を取る。
・“Take a break” cultureを浸透させる：マネジャーとチームリーダーは勤務者が休憩を取ることが可能となる環境を構築すべきである。
特に夜勤者に対して
・よく食べ、水分を摂取する：通常の食事摂取パターンを保つよう努力し、バランスの取れた食事を摂取する。
・良い環境を整える：臨床現場での光量と騒音を最小限にする。
・短い仮眠を取る：休憩時間に15~20分程度の、回復目的の仮眠を取る。アイマスクと耳栓を使用する。
管理者に対して
・効率的なローテーションを計画する：日勤と夜勤のシフトの交換を可能な限り少なくする。
・夜間の勤務環境を整える：「夜間の病院」で働くことに対するチームベースのアプローチを推奨する。邪魔の入らない休息を許すような、柔軟性のある優先順位の明確な勤務を推奨する。
・休憩エリアの環境を整える：夜勤のスタッフが休憩を取るエリアのことで、快適な椅子と静かな部屋を提供することであり、単にベッドを配置することではない。

●表2 決定疲労を避ける4つの方略(文献8より)

決定を委任する：決定の数を減らすのが最良の防御である。多職種をリソースとして活用する。
決定を延期しない：方針を変えない情報は待たない。先送りしない。
事前に決める：非常用プランを持っておく。施設に適切なプロトコルがあれば活用する。
休憩する：休憩できる機会に休憩する。疲れ、空腹になると意思決定が困難になる。

勤務者の体調が悪くても見た目には判断が難しいことが多い。私(綿貫)の個人的な見解として、若い医師は体調が悪くても無理する傾向がある。管理者は意識的に声掛けを行い、勤務者の体調に応じて勤務量を調整するなど、適切に対応する必要がある。

意思決定を繰り返すことも、 判断力低下の原因に

続いて、決定疲労(decision fatigue)という概念を紹介したい。心理学研究では、意思決定を繰り返した後に、自己制御能力が衰えるとわかっている⁷⁾。一例では、裁判所の裁判官はセッションが重なるにつれて、複雑な判断を伴う仮釈放ではなく、簡単もしくは保守的な選択をしやすいかたという報告がある。

臨床医は日々の患者ケアの中で意思決定を繰り返す。意思決定の蓄積は臨床医の能力をむしろ、不適切な選択を起こす可能性がある。

決定疲労を避ける方略には表2がある。「判断したり決定したりすることは、高次の、大切な業務である」という言葉を、私の前職の上司はことあるごとに述べていた。実際に、救急外来やプライマリ・ケアの現場などで、不確実な病態に向き合い、判断することは非常に負荷のかかる作業である。これを第一に認識すべきである。

「(必要性は薄いけれど、)念のため〇〇しておこう」という、判断を先送りする魔法の言葉がある。しかし、検査やコンサルテーションを行う前に判断できるならば、余計な情報は増やさないうえに基本的には良い。情報が増えたと、その中から有用な情報を抽出する作業が必要になるからだ。検査やコンサルテーションは、あくまで判断が変わり得る場合のみ追加するように、優れた指導医の診療から学び、向上する必要がある。

意思決定を繰り返すと、ロールプレイングゲームで例えるなら「魔法使いのマジックポイント(MP)切れ」のような状況に陥る。身体は動くのに頭

が働かない。では、MPが切れたらどうすればよいだろうか? ご存じの通り、おとなしく宿屋で寝るしかないのである。寝ないで仕事を続けることもできるだろうが、効率が悪くなり、診断エラーにもつながり得る。

診療その後

深夜帯の当直医Aは、自分より2年経験の長い信頼できる医師である。見かねたAが、「君は疲れているみたいだから、もう一度私が診察してみるよ、いいかな?」と発言。言葉に甘えて仮眠を取った。

翌朝、Aを訪ねると、「例の患者さん、COPDの急性増悪だと思う。呼気時に軽くwheezeがあつて、軽い労作でSpO₂が下がるし。当直の内科医と相談し、入院してもらった」「小耳に挟んだけど、朝から遅刻して、食事も取らずに頑張っていたんだって? あまり無理しないほうが良いと思うぞ!」と言われ、全てお見通しのAに恐縮しきりであった。

今回の学び

- 自らの状況を客観視するのに、HALT methodは有用なツール。
- 医療者が切れ目ない患者の来院に休まず対応し続ける態度は、診断エラー学の観点からは問題がある。
- 判断・決定を繰り返すことで認知能力や自己制御能力は損なわれる。回復手段は適切な食事と休息。

参考文献・URL

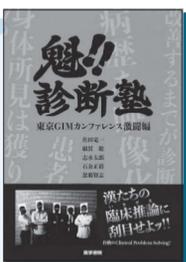
- 1) BMJ Qual Saf. 2013 [PMID: 23882089]
- 2) Health Aff (Millwood). 2004 [PMID: 15318582]
- 3) Sleep. 1988 [PMID: 3283909]
- 4) Neuropsychiatr Dis Treat. 2007 [PMID: 19300585]
- 5) Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust. Guy's and St Thomas' staff encouraged to take regular breaks in new HALT campaign. 2017. <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/news-and-events/2017-news/march/20170317-halt-campaign.aspx>
- 6) Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust. HALT, take a break. 2017. <https://www.guysandstthomaseducation.com/wp-content/uploads/2017/06/handout-take-a-break-flyer-final.pdf>
- 7) J Pers Soc Psychol. 2008 [PMID: 18444745]
- 8) NEJM Journal Watch. Fighting Decision Fatigue. 2016. <https://blogs.jwatch.org/frontlines-clinical-medicine/2016/10/19/fighting-decision-fatigue/>

我らに診断できぬものなし!

魁!! 診断塾 東京GIMカンファレンス激闘編

東京GIMカンファレンスで実際に提示された症例を題材に、某名作漫画を愛する5人の医師が繰り広げる熱いclinical problem solving! 『medicina』誌で好評を博した異色連載を書籍化。

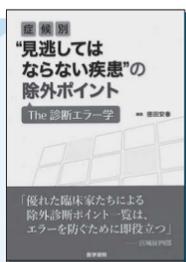
佐田電一
綿貫 聡
志水太郎
石金正裕
忽那賢志



「重篤疾患をどう除外するのか」のポイントが明快、診断エラー防止に即役立つ

症候別 “見逃してはならない疾患” の除外ポイント The 診断エラー学

編集 徳田安春



徳田安春先生編集による診断エラー学の決定版! 主要な40症候における重篤疾患を「どう除外するか」という“除外診断のポイント”が明快にわかる。各症候について、①「見逃してはならない疾患」のリスト、②各疾患についての除外ポイント、③見逃すほどの程度危険か、④まとめとパープル、で構成されており、診断エラーを防ぐための、優れたエキスパート診断医による的確なアドバイスが即役立つ!

Medical Library

書評・新刊案内

新生児学入門 第5版

仁志田 博司 ● 編
高橋 尚人, 豊島 勝昭 ● 編集協力

B5・頁456
定価: 本体5,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03625-2

【評者】 中村 肇
神戸大名名誉教授

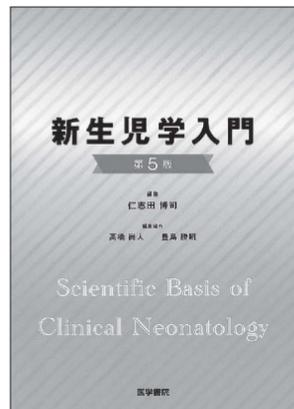
『新生児学入門』は、1988年に初版が出版されて以来、この30年間に版を重ねてきました。このたび第5版の出版に至ったことは、仁志田博司博士の新生児学への変わらぬ熱い思いにより成し遂げられた偉業です。仁志田先生は、1970年代初頭に米シカゴ大で学ばれた最先端の新生児学をわが国に紹介され、その後も絶えず日本の新生児学・新生児医療発展におけるリーダーとして活躍してこられました。

本書は、単に新生児学の知識や技術的な指導書としてだけでなく、新生児学の持つ機微、奥深さが実に巧みに表現された名著として

て、新生児医療に携わる医師の座右の書として欠かすことのできない一冊となっています。これは、日本国内はもとより海外からも新生児科医を志望する多くの若い小児科医に対し、東女医大母子総合医療センター新生児部門のトップとして仁志田先生がこれまで尽力されてきた、豊富な指導経験に基づくものといえます。

とりわけ、仁志田先生自らが執筆されている、「第5章 母子関係と家族の支援」「第6章 新生児医療とあたたかい心」「第7章 新生児医療における生命倫理」「第8章 医療事故と医原性疾患」の4つの章では、この半世紀の間に急速に発展した新生児医療の光と影、そして、救命の新生児医療

救命から育てる医療へ、 新生児学の進化と 奥深さを巧みに著す



から育てる新生児医療への進化の中で、医師として、人間として、われわれが考えなければならない難しい問題を平易に解説されており、初心者だけでなく、経験ある新生児科医にとっても、自らの考えを整理する上で大いに役立ちます。

今版では、仁志田博士の薫陶を受けた新生児学のが国のトップリーダーとして活躍している小児科・新生児科医により、新生児の特徴である発達生理、適応生理を中心に、病態生理の最新の情報までもが網羅されており、単に入門書というだけでなく、臨床現場においても役立つものとなっています。

新生児期は、子宮内生活から子宮外生活へと大きく変化する時期であり、人の生涯で最もリスクの大きな時期でもあり、うまく環境に適応しなければ、脳とこころの発達に重大な障害を引き起こします。新生児学は、子どもの健全な成長・発達をサポートする学問です。新生児医療に携わる医療者にとって、医学的知識だけでなく、人文科学までもの広い一般教養 (liberal arts) が不可欠であり、科学と心を育む教養 (science and art) の持つ意味の重要性がますます大きくなってきているとの仁志田博士のお考えには大いなる共感を覚えます。

飛躍的な発展を遂げてきた新生児学の進歩を学ぶだけでなく、次世代における新生児学の在り方を考える上で、ぜひ多くの方々にも本書を読んでいただければ幸いです。

研究の育て方 ゴールとプロセスの「見える化」

近藤 克則 ● 著

A5・頁272
定価: 本体2,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03674-0

【評者】 和座 雅浩
各務原リハビリテーション病院副院長

本書はまず「研究とは何か」の概説から始まる。研究とは、何らかの新規性があり、今まで知られていなかったことを明らかにすること、新たな因果関係や分類を見いだしたり、当然と思われていた常識を覆したりすることとされている。研究を志す者は、研究と勉強の違いをよく理解しておかないと研究現場で仕事を続けることは到底困難との忠告ともいえるが、研究を続けることのやりがいと社会的価値とともに、それを成し得るための厳しさも伝えたいという、後進に対する思いやりとエールだと感じた。また研究という言葉はとてども曖昧に利用されており、医療機関においても混乱の原因ともなっているが、この書籍により、研究の分類とともによく理解することができた。

各章に掲載されているチェックリストは、研究の立案から遂行、データ収集から解析、そして論文化に至るまでの重要事項が、ステップごとにくまなくリストアップされている。それぞれの段階で、特に初心者が陥りやすい事項も網羅されており、ここまで詳細に実践的な内容が教示されている指南書を拝読できたのは初めてで、20年にわたり60人余りもの大学院生を指導されてきた豊富な教育経験に基づいた、その教える手法に感服した。私自身、今後新たな研究を立ち上げる際には、本書の手順を踏みながら進めていきたいと思う。

客観的で論理的な思考ができるようになるためのエッセンスとして、私には特に第17章の「考察・結論の考え方・書き方」で解説されているSWOT分析が非常に参考になった。論文作成時に初心者が一番頭を悩ませるのは考察であるが、客観的に結果を分析し自己の研究意義と有用性を「見える化」

するには絶好の分析法であり、一読をお勧めしたい。一貫した論理で説得力のある考察ができるか否かは、研究者にとって必須の資質であることも、より理解できると思う。

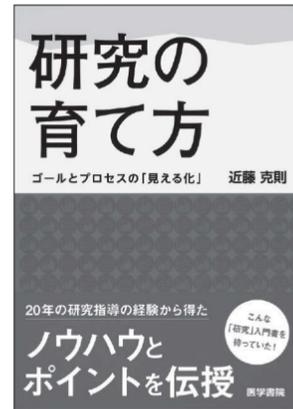
各コラムには、研究におけるトピックや、臨床統計学の理解には必須でも初心者にはわかりにくい用語がわかりやすい事例で解説されていて、楽しく読める。研究に対する初心者への不安を、うまく払拭する工夫も随所に感じられた。私的には特に「ポートフォリオ登場の背景」(p.230)のコラムが印象的であった。

著者がリハビリテーション科医師として、健康長寿社会の実現のための科学的な基盤作りに尽力された「あとがき——私のポートフォリオ」(p.243)には、医師として心から敬服するとともに、いつか自身も著者のような医師ポートフォリオを描けるようになりたいと思った。

第23章の「臨床と研究の両立」(p.226)は、臨床家にとっては永遠のテーマともいえるが、この2つを両立させることのやりがいと意義が、著者自身の医師キャリアに基づいて、このセッションで力説されている。「研究のプロセスは楽しいことばかりではないが、壁を突き抜けたときの快感や達成感、(少なくとも筆者にとって)他では得難いものである」(p.231)には、大いにエンカレッジされた。特に将来「論文も書ける臨床家」をめざしたい若手医師には、著者が伝えたいこのスピリットを学ぶべきであると思う。

実は私は、著者の「研究の見える化」の教育を享受している一人であり、その恩恵にあずかり、当院のリハビリテーション臨床研究の一つを、先日ある米国誌に採用してもらうことができた。著者は千葉大に赴任後も、若手

これから臨床研究を志す 若手研究者・臨床家の The 指南書



@igakukaishinbun

プラチナファミリー 新刊



著 岡 秀昭 埼玉医科大学総合医療センター 総合診療内科 / 感染症科

目次 感染症診療の8大原則 | 第1章 感染症治療薬 | 第2章 微生物からのアプローチ | 第3章 病態・臓器別のアプローチ

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。改訂に際し約40頁増ながらコンパクトさを堅持、さらに完成度を増した。今版も文字が大きくなって読みやすい拡大版『感染症プラチナマニュアル2019 Grande』を同時発売。美しい写真が収載された『微生物プラチナアトラス』とのリンクも継続。

定価: 本体2,000円+税
三五変 頁448 図9 2色 2019年 ISBN978-4-8157-0145-1

好評
プラチナ
ファミリー

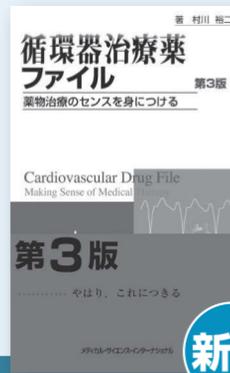
微生物
プラチナアトラス
著 佐々木雅一 編著 岡 秀昭
定価: 本体4,500円+税

精神診療
プラチナマニュアル
著 松崎朝樹
定価: 本体2,000円+税

精神診療
プラチナマニュアル
Grande [グランデ]
著 松崎朝樹
定価: 本体3,500円+税

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL. (03)5804-6051 http://www.medisi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03)5804-6055 E-mail info@medisi.co.jp

循環器治療薬ファイル



第3版 薬物治療のセンスを身につける

「その状況では何を考えて治療するか」「その薬をなぜ/どのように使うのか」という処方前の考え方を、病態、薬剤の両面からのアプローチで解説。エビデンスだけでなく著者の考え方・使用経験を交えて、現場で知りたいポイントをストレートに提示、村川先生ならではのフレンドリーかつ超絶的な筆致で読まざるを得ず。改訂に際し、約40頁増。専門医のみならず、一般内科をはじめ広く日常的に循環器治療薬を使う臨床医・研修医必携の手引。

著 村川裕二 定価: 本体7,000円+税
A5変 頁400 図50 2019年
帝京大学医学部附属溝口病院第4内科教授 ISBN978-4-8157-0151-2

新刊

やはり、これにつきる!

村川ワールドの原点、7年ぶりに改訂

好評 “ファイルシリーズ”

不整脈治療薬ファイル ●定価: 本体5,000円+税

エクスプレス循環器病ファイル ●定価: 本体4,500円+税

循環器病態学ファイル 第2版 ●定価: 本体5,000円+税

サブウェイ循環器病ファイル ●定価: 本体4,500円+税

ECG ケースファイル ●定価: 本体5,000円+税

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 http://www.medisi.co.jp
FAX. 03-5804-6055 E-mail info@medisi.co.jp

救急整形外傷レジデントマニュアル 第2版

田島 康介 ● 著

B6変型・頁192
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03688-7

田島康介先生に初めてお会いしてから約7年が過ぎました。その当時、田島先生はちょうど、大学で整形外科から救急科に出向されておられ、ひたむきに整形外科外傷に取り組んでおられました。その様子を知っている者からすると、今回出版された『救急整形外傷レジデントマニュアル 第2版』は、ほとんどの内容が、先生ご自身が日々の診療の中で経験されたことを中心に書かれたものであると推察できます。

理路整然とした研究発表をされておられた田島先生のことを思い、期待をしつつページをめくると、創傷処置に始まり、シーネの当て方、関節穿刺、爪下血腫の除去の仕方まで、さらには軟部組織損傷、脱臼、骨折、非外傷性疾患、小児関連、高齢者関連へと続いています。時折、著者の推奨する方法などを詳しく説明しながら、POINT、MEMOなどのわかりやすい解説もあり、心を惹きつけられました。読み終えた後で、「整形外科を専門としない救急医でも読みやすい内容となっている。いや、これは一人当直をする整形

【評者】 峰原 宏昌

北里大病院講師・救命救急・災害医療センター

外科レジデントにもぜひ読んでほしいマニュアルだ」と直感しました。

救急医のみならず、 一人当直をする 整形外科レジデントにもぜひ

「第2版の序」の田島先生のメッセージにもあるように、救急医と整形外科医はお互いの治療の常識が若干異なる部分があるようです。救急整形外傷患者の初療にかかわる医師やその状況(勤務体制・人数)は、施設によって異なっています。整形外科医が初療に参加できない状況や施設もあるでしょうし、整形外科医でさえ見落とししてしまう外傷もあるかもしれません。しかし、どのような状況下でも外傷患者を治療するチームとしてぜひとも他科の考えを理解して横断的な知識を身につけていただきたいと思います。言うまでもなく、整形外傷における初療は非常に重要であり、重度外傷に限らず、2次救急レベルの外傷でさえ、時に初療の選択がその患者の人生を決定付けてしまうことがあるからです。その初療の選択の際に、このマニュアルが非常に力を発揮するのではないのでしょうか。

研究者の臨床研究を指導する研究会を、定期的に名古屋でも開催されている。私は幸運にも、日本リハビリテーション医学会の専門医研修会で、著者よりレクチャーいただける機会を得たことをきっかけに、今でもこの会に紛れ込ませていただいている。私はこの会を近藤研ミーティングと勝手に命名しているが、全国の研究機関、医療機関に属する臨床家がそれぞれの研究テーマを持ち込み、著者監修の下、活発なディスカッションが行われる、まさに研究の方向性と論理を明確にする「見える化」が行われている現場であり、毎回この会の参加を楽しみにしている。以前、この会で著者から、研究デザインの不出来やデータ収集の甘さの指摘とともに、「一般病院で臨床研究・英語論文投稿なんて、どうしてそんな大変なことをするのか? 本当にできるのか?」と質問された時には、自身の浅学に随分へこんだが、本書を

拝読し終えた後、それくらい緻密な準備と段取りで「研究が見える化」して進めていかないと、ゴール到達は困難だとの教えであったことに気付いた。門戸外の私に対しても、親身に指導して下さった著者の教育熱には、この場をお借りして心より謝意を申し上げます。

本書のメインメッセージの一つと思われる「よい研究は、質の高い臨床や健康長寿社会の実現のために必要で、普遍的な価値がある」(p.231)は、若手研究者・臨床家の研究マインドを大いにかき立てるフレーズであり、ここにも記載させていただきたい。本書はフィールドを問わず研究を行うことの意義と目的、そしてそれを達成するためのノウハウが懇切丁寧に記載されたまさに The 指南書であり、一人でも多くの研究者・臨床家が本書を読まれ、実りのあるキャリアを形成されることを心から祈念する。

内科レジデント マニュアル 第9版

編 聖路加国際病院 内科研修専門委員会

聖路加国際病院内科における 標準化医療と実用性を兼ね備えた 真のマニュアル本

研修医の定番が内容を一新。「夜間の緊急処置や入院時の初期対応を、研修医が安全に実施できる実用性の高いマニュアル」であると同時に、聖路加国際病院内科専門研修委員会の精査・承認を経て、同院内科の標準化医療を提示する「手順書・指針」でもある。単なる参考書を超えた1冊!

こちらから本書の立ち読みができます。
書影の下にある[立ち読み]アイコンをクリックしてください
<http://www.igaku-shoin.co.jp/bookDetail.do?book=93182>



● B6変型 頁480 2019年 定価:本体3,400円+税
[ISBN978-4-260-03613-9]

医学書院

NST 専門療法士の上級資格を新設 第34回日本静脈経腸栄養学会の話題より

日本静脈経腸栄養学会が栄養サポートチーム (NST) 専門療法士制度を創設し、2004年に最初の認定を行ってから14年が経過。学会ではこのたび、疾患領域別の新たな認定制度を新設することを決定した。第34回日本静脈経腸栄養学会学術集会(日時:2月14~15日、会場:グランドプリンスホテル新高輪、他)の会期中



●シンポジウムの模様

に開催されたシンポジウム「日本静脈経腸栄養学会 臨床栄養代謝専門療法士(仮称)制度の誕生」(司会=北里大・比企直樹氏、大阪国際がんセンター・飯島正平氏)において、新制度の概要が明らかにされた。

◆専門領域は9領域、暫定認定期間を経て本認定は2024年開始

臨床栄養代謝専門療法士(仮称)制度はNST専門療法士の上級資格として位置付けられ、領域分類としては①がん専門療法士、②肺疾患専門療法士、③肝疾患専門療法士、④腎疾患専門療法士、⑤リハビリテーション専門療法士、⑥在宅専門療法士、⑦小児領域専門療法士、⑧摂食嚥下専門療法士、⑨周術期・救急集中治療専門療法士の9領域から成る。NST専門療法士の資格保持者は9つの専門領域から自ら専門としたい領域を選択し、取得申請を行う(1回以上の更新認定を受けたNST専門療法士が対象、取得領域は1人1領域に限定される)。

シンポジウムでは、司会の比企氏・飯島氏が新制度の概略を説明した。新制度は当面の間は9領域で進めるが、今後さらに領域を増やす可能性もあるという。比企氏は「自身が選択した領域の専門性を向上させることが、学会員の人材育成にもつながる」と強調した。その後には医師・看護師・管理栄養士・薬剤師の演者が、それぞれの立場から新制度への期待を語った。

本資格の認定は2024年(申請開始は2023年)に始まり、2019年から5年間の暫定認定期間が設けられる(要件等の詳細は学会ウェブサイトに掲載予定)。がん専門療法士の認定を皮切りに、その他の領域についても順次スタートする見込みだ。

*日本静脈経腸栄養学会は、2020年1月に「日本臨床栄養代謝学会」に改名される。

第9回

震えと振るえ

書 大山九八

漢字から見る
神経学

福武敏夫
東田メデイカルセンター 脳神経内科部長

..... 普段何気なく使っている神経学用語。その由来を考えたことはありますか? 漢字好きの神経内科医が、数千年の歴史を持つ漢字の成り立ちから現代の神経学を考察します。

日本では tremor の訳語として「振戦」が定着していますが、中国では「震顫」という難しい漢字が当てられています。パーキンソン病 (Parkinson's disease) の最初の名称は shaking palsy であり、これには1925年頃から「振顫麻痺」が当てられて1950年代まで使用されました。症状としての「振顫」も1960~70年代まで用いられました。

「振戦」の「戦」は戦うの意ではなく、「おののく」という意味から来ており、戦々恐々という熟語もあります。「戦」か「顫」かには立ち入らないことにして、運動異常症としてのふるえには「震え」か「振るえ」のいずれが適切かを考えます。

「震」と「振」に共通の「辰」は二枚貝が殻から足を出している形で、ふるえるくちびる(唇)の意味を持ちます。「震」は雨+辰からなり、「震」は雷雨が人を驚かせるさまから自動詞の「ふるえる」ことを表し、地震、震動、震撼などの熟語があります。「振」は手+辰からなり、「ふる」ことを表します。手部の漢字を、持つ、打つ、投げる、払う、抑える、招く、拡げる、抱く、握る、撮るのように並べますと、全て手の動作を表現する他動詞です。

意図しないふるえには自動詞の「震」を当てるほうが適切と思われる。「振戦」に代えて「震戦」を推奨したいです。「震戦」は1891年から用例があり、最近でも用いられています。

ところで、「振る」はミタマノフユ(神的な霊力)のフユの同根語とされ、物を揺り動かして霊威を招き寄せ、霊力や生命力を呼び起こすことを表します(『万葉語誌』筑摩書房、2014年)。古代語から考えれば、「振る」は「経る」、「古」、「旧る」、「触る」、「降る」(いずれも読みはフル)などと関連があり、フルは霊力の依り憑きを表す語であったらしいのです。

“POWERの原則”で、ワンランク上の論文を目指す

国際誌にアクセプトされる医学論文

一流誌査読者調査に基づく「再現性のある研究」時代の論文ガイド 第2版
Publishing Your Medical Research, 2nd Edition

▶ 国際的医学雑誌査読者への調査結果から200以上の原則を導き出し、論文作成の指針を提示したロングセラー、19年ぶりの改訂。POWERの原則(計画Planning・観察Observing・執筆Writing・編集Editing・修正Revising)として5つの部に分けて解説。改訂に際し「再現性のある研究」という概念に基づき再構成。論文作成のハウツー本とは一線を画し、論文にする価値のある研究をいかに科学的に計画・実施するかに関しても懇切丁寧に詳述。「よい研究」に基づいた論文を目指す人のための指南書。

訳: 木原正博 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野教授/
京都大学グローバルヘルス学際融合ユニット長
木原雅子 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野准教授/
国連合同エイズ計画共同センター長

定価: 本体4,600円+税
B5 頁352 図56 2019年
ISBN978-4-8157-0152-9

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

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

Minds

Minds (マインズ) は、厚生労働省
委託事業:EBM(根拠に基づく医療)
普及推進事業の愛称です。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

病気のことや治療法についてもっと知りたい時

「診療ガイドライン」なら Mindsへ

無料で!

「診療ガイドライン」を 公開

Mindsガイドラインライブラリ上で、
調べたい疾患名を入力し検索すると、
その疾患に関連した「診療ガイドライン」
を閲覧することができます。

信頼できる!

質の高い 医療情報の提供

Minds(マインズ) が公開している「診
療ガイドライン」は、医学的根拠に基
づいて作成され、評価・選定を経て、
掲載されています。

わかりやすい!

診療ガイドライン解説

診療ガイドラインを、一般的なわかり
やすい言葉やイラストを用いて、解説
しています。

パソコン、タブレット、スマートフォンから、
だれもがいつでも無料で閲覧することができます。

「診療ガイドライン」のネット図書館

Minds ガイドラインライブラリ

<https://minds.jcqhc.or.jp/>

マインズ ガイドライン 検索

