

2024年7月9日

第3563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] 手技ってどう学ぶ？ どう教える？（大塚篤司, 坂本壮, 山本健人）… 1—2 面
- [対談] 研究という営みを再考する（西村ユミ, 小熊英二）…………… 4—5 面
- [座談会] 生涯スポーツとして楽しむパラスポーツ（高岡徹, 和田恵美子, 滝澤幸孝）…………… 6—7 面

座談会

手技ってどう学ぶ？ どう教える？



坂本 壮氏
総合病院国保旭中央病院
救命救急科 医長

大塚 篤司氏＝司会
近畿大学医学部
皮膚科学教室 主任教授

山本 健人氏
国附興風会医学研究所北野病院
消化器外科

大塚 私が研修医の頃は、皮膚科手技に関して体系的な勉強をする機会がなく、上級医の行う手技を観察し、見よう見まねで実践していました。それほど侵襲性が高くないという皮膚科の手技の特性はあるものの、上級医の実践する手法が本当に正しいのだろうか

の不安が拭えず、皮膚科手技に特化した成書もなかったため、何を参考に勉強すべきかも当時はわかりませんでした。『皮膚科手技大全』（医学書院）をこのたび出版したのも、そうした若手時代の体験に基づいています。

一期一会の技術を盗んだ時代から、何度も動画を見返して学ぶ時代に

大塚 皮膚科で行われる主な手技には皮弁や植皮、レーザー治療などがありますが、救急科はどのような手技が代表的なのでしょう。

坂本 研修医が押さえないといけない主な手技と言うと、まずは気管挿管が挙げられます。あとは胸水や腹水に対する穿刺や中心静脈（CV）の確保といった挿入手技ですね。これらは最終的にどの診療科に進んだとしても、医師として最低限身につけておくべき手技の代表例とも言えます。

大塚 最低限マスターしておかなければならない手技の数は、従来と比較して増えているのでしょうか。というのも、医学の進歩に伴って覚えなければならない知識は年々増加しています。

坂本 数自体に変化はありません。しかし実施するためのハードルが高くな

っている印象があります。

山本 同感です。昔はトライ・アンド・エラーで実践していく空気感がありましたが、そのハードルが年々高くなっています。この傾向は安全面を考慮してのものでしょうか。

坂本 CV カテーテル挿入を例に挙げると、施設による違いはありますが、シミュレーターを用いた試験を行って合格した人が行うこと、まずは首から挿入すること、挿入時にはエコーを用いることなど、複数の条件が課されています。

山本 手技を学ぶ際の近年の外科領域の大きな変化を付け加えるとするれば、多くの人が動画で手技を学ぶようになったことが挙げられます。手術中に一期一会の技術を盗んだ時代から、何度も動画で手技を見返せる時代が変わってきま

「いまだに苦手に感じる手技があります」。こう語るのは、不安を抱きながらも上級医の見よう見まねで手技を覚えていくしかなかった研修医時代の体験に基づき、書籍『皮膚科手技大全』（医学書院）を編集した大塚篤司氏。同書はベテラン皮膚科医が編み出した正しい「型」を紹介することで、手技習得に励む若手医師の理解度を深められるよう工夫されています。今回は同書の発刊を記念し、手技を行う機会の多い救急領域、外科領域から、それぞれ坂本壮氏、山本健人氏に参画していただき、手技教育にまつわるあれこれをお話ししてもらいました。

した。動画コンテンツも増え、当然ながらその映像も高画質になり、最近では VR で手技を学ぶ人も登場しています。以前に比べて手技が上達しやすい環境になっていることは間違いないでしょう。

若手が手技に集中できる環境を上級医が作り出す

大塚 全国各地で研修医を対象に勉強会を開催されている坂本先生は、どのようなポイントを意識して手技を教えているのでしょうか。

坂本 目の前で起こる全ての事案をいかに自分ごととしてとらえてもらうかです。特に救急の場合だと突発的に対応しなければならぬ事案が多く、いざという時に動ける医師に育ってもらいたいためです。

外科の場合は予定手術が主であることが多いために、事前準備は念入りに行われていると想像しますが、手技を教えるに当たって救急科との違いはあるのでしょうか。

山本 手術中は患者さんが全身麻酔下にあることが多く、患者さんの覚醒下で手技を教えないといけない救急科をはじめとした他の診療科とは異なる部分と言えるでしょう。限られた手術時間の中ではありますが、「上級医が手技をレクチャー⇒若手医師が実践⇒フィードバック」というフローを繰り返し行いやすいです。

坂本 なるほど。手技を教える際のリカバリーについてはどうでしょうか。経験の浅い若手医師が行う基本的な手技は、よほどのことがない限り患者さんが一大事に陥ることはありません。実施に当たっては安全面が配慮され、なおかつハイリスク症例は上級医が行うためです。リカバリーをどこまで事前に考慮していますか。

山本 実施に伴って発生するエラーに

は、フルリカバリーできるもの、リカバリーできるけれども患者さんに何らかのマイナスが発生するもの、リカバリーできないものの3段階があると考えていますが、フルリカバリーできるエラーに関しては、許容範囲を広げて腰を据えて教育しています。言い換えれば、上級医がリカバリーできる範囲にエラーをとどめる必要があるということです。何かエラーが起きた場合にはすぐにサポートに入れるよう、常に先読みしながら手術に参加しています。

坂本 実施前の準備は大事なポイントですよね。例えば外傷患者の搬送連絡を受けた時に、気管挿管といった処置が必要だと予め想定ができていれば、手技に必要な物品を揃えるよう指示しています。その場であれもこれもと追加で対応していく足し算の対応よりは、不要なものを取り除いていく引き算で考えるほうが迅速かつ柔軟に対応できるからです。

大塚 研修医の頃からそうした意識を持たれていたのですか。

坂本 吸引機器の準備をしていなかったり、気管挿管を行いやすくするために頭の位置を調整する枕の準備を怠っていたりなど、至らない部分も多々ありました。こうした細かな部分を上級医や看護師が知らず知らずのうちにフォローしてくれていたのだと、年次を重ねてから気が付きましたね。若手時代に手技だけに集中できていたのはそのおかげでしょう。今では、その役回りを私がするようになったので感慨深いです。

手技に自信がないなら積極的に具体的な質問を

大塚 坂本先生、山本先生のような指
(2面につづく)

「医学界新聞」月刊化に伴うアンケートご協力をお願い

本年4月より弊社・医学界新聞が月刊化したことに伴い、より良い紙面づくりのためのWebアンケート調査（右記QRコード）を実施いたします。関心をお持ちのトピックスやご意見・ご要望などをぜひお聞かせください。

アンケートにご協力いただいた方の中から抽選で80名様に、医学界新聞にゆかりのある指定書籍の電子版（医書.jp）、もしくはQuoカードペイ1000円分を差し上げます。紙面充実のために、ご協力のほどよろしくお願いいたします。



今月の新刊書籍 医学書院

医学

神経眼科学を学ぶ人のために（第4版）

三村 治

B5 頁 400 定価：10,450 円 [本体 9,500 + 税 10%]
[ISBN978-4-260-05698-4]

リハ

見て学ぶ 一般検査学アトラス 外観検査から顕微鏡検査まで

編集 宿谷賢一

B5 頁 240 定価：5,940 円 [本体 5,400 + 税 10%]
[ISBN978-4-260-05663-2]

医学

看護

リハ

今日の診療プレミアム Vol.34 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM 定価：85,800 円 [本体 78,000 + 税 10%]
[JAN4580492610636]

座談会

手技ってどう学ぶ？ どう教える？

●おおつか・あつし氏

2003 年信州大卒。スイス・チューリッヒ大病院客員研究員、京大医学部外胚葉性疾患創薬医学講座（皮膚科兼任）特定准教授を経て、21 年より現職。がん・アレルギーのわかりやすい解説をモットーとし、コラムニストとしても活躍する。『まるとアートビー』『医師による医師のための ChatGPT 入門』（いずれも医学書院）など著書多数。若手時代、手技に苦手意識を持っていたことから、このたび『皮膚科手技大全』（医学書院）を上梓した。

X (旧 Twitter) ID：@otsukaman



●さかもと・そう氏

順大を 2008 年に卒業後、同大附属練馬病院救急・集中治療科へ入局する。救急科専門医、集中治療専門医を取得した後、在宅医療・地域医療を学ぶため西伊豆健育会病院内科へ。19 年より現職。救急診療の最前線で活躍する傍ら、後進の育成にも尽力する。編著書に『救急外来、ここだけの話』『内科救急のオキテ』（いずれも医学書院）など。

X ID：@Sounet1980



●やまもと・たけひと氏

2010 年京大卒。後期研修までの 5 年間を神戸市立医療センター中央市民病院で過ごし、その後北野病院で外科医として勤務する。17 年京大大学院医学研究科消化管外科学へ進学し、21 年に博士号取得。同年より現職。研修医時代は内科医志望だったが、手技好きが高じて外科医の道へ。『レジデントのための専門科コンサルテーション』（医学書院）など編著書多数。

X ID：@keiyou30



(1 面よりつづく)

導医からの手厚いサポートがあると手技を勉強する際に安心感を得られるものの、「本当に自分ではできるようになるのか」「独り立ちできるのか」との不安も同時によぎります。先生方も若手の頃は不安を抱いていたのでしょうか。

坂本 研修医の頃は自信がなく怖かったです。不安が 80、自信が 20 ぐらいの割合でしょうか。けれど、どんな手技でも一例目を経験できると達成感を味わえます。「CV をやった」「A ラインを確保できた」「挿管した」。そうした積み重ねが自信につながっていききました。自信がついたと口にはできるようになったのは、状況に応じて幾通りもの対応が提案できるようになってからです。

大塚 先ほどの事前準備の話にもつながってきますね。

坂本 その通りです。ですが、気管挿管や腰椎穿刺といった基本的な手技を一発で決められない時が今でもあります。うまくいかなかった際の対処法はいくつか持ち合わせているものの、それらを実践しても思うようにいかない時は、潔く手を変えるようにしています。どれだけ研鑽を積んでもうまくいかない時があるというのは身をもって伝えていきたいですし、最後の砦のよ

うに扱われてしまうと私自身も少しづらい部分がありますからね。

山本 私も不安が多いほうで、独り立ちできる日が来るのだろうか、研修医の頃はいつも考えていました。大塚先生はどうでしたか。

大塚 いまだに苦手を感じる手技があります。その一つが直接検鏡という顕微鏡で病原体を確認する手技です。この手技で困るのは、病原体が見つからなかった時。「おかしいな……」と思いつながら顕微鏡を何度のぞいても見つからず、検体の採取が不適切だったのか、それともプレパラート上にたまたまいないだけなのかと、疑心暗鬼になって時間があつという間に過ぎていきます。病原体がないことを証明するのは至難の業であり、苦手意識が募っていききました。経験を積み重ねる中で、「上級医もこの辺で線引きをしているのかな」との感覚に気づいてからは苦手意識も薄まりましたが、ある程度感覚で対応しなければならない手技は勉強しにくいと言えます。何か解決策はあるでしょうか。

山本 手技に自信がない時代は、質問上手になることが上達への近道です。こんな簡単なことを聞いていいのかなと遠慮せずに、積極的に質問していくべきでしょう。その際に気を付けたいのは質問の仕方です。上級医に言語化を委ねる「どうやればいいんですか？」といった大まかな質問ではなく、「この部分がこういう理由でうまくいかないのですが、先生はどのような点を意識されていますか？」と、具体的な質問をすると良い回答が返ってきます。

大塚 確かに重要なポイントですね。器用な人ほど感覚的にできてしまいがちであり、教える時に細部の説明が省略されやすいため、教わる側の先生が「ここがわからないです」「できないです」と切り出してくれたほうが、教える側もハッと気づくきっかけになります。

山本 多くの後輩に手技を教えていると、手技習得に際してのラーニングカーブが一樣でないことがよくわかります。カーブが緩やかな人ほど、上級医が積極的に関与し、手技の向上に努めていく必要があるでしょう。

進む、手技教育の標準化

大塚 今話題に上がったように、手技の習得に当たっては皆が同じ部分でつまずくとは限らず、学ぶ側も教える側も個別に対応を考えなければなりません。そうした中で、手技教育の標準化は実現し得るのでしょうか。今回、書籍を編集する時に悩んだポイントでもあります。簡単な手技でも個性があって、流派も存在するからです。皮膚科の手技の標準化はこれからですが、先生方の領域ではどうでしょう。

山本 外科領域ではずいぶん前から標準化に向けて動いてきました。特に腹腔鏡手術が全盛になってからは手技書の作成を行う施設も多くなり、学会主導で術式の標準化が進められてきました。例えば日本内視鏡外科学会が技量を認定する「技術認定制度」では、審査を受ける際に手術動画が無編集のまま提出する必要がある、合格には標準的な手技の習得が必須です。

坂本 救急領域で近年話題なのは、エコー手技の標準化です。今はポータブルエコーが当たり前で、聴診器代わりにマイエコーを持つ人も増えてきました。こちらも日本救急医学会主導によって診療指針となる『救急超音波診療

ガイド』（医学書院）が発行されましたので、診療時に最低限確認すべき項目などの統一がめざされています。

大塚 そのような動きが進んでいるのですね。しかしながら、全ての手技が標準化できるわけではないとも感じています。

山本 特に私の専門とする消化器外科領域は疾患人口が多いこともあり、誰もができる手技を広く普及させることが命題になります。「この人しかできない手技」を、「誰もができる手技」に変えていくことが大切ではないかと思います。たとえ高難度の手術であっても、誰もが安全かつ確実に行える手法をめざすべきなのは同じです。

先手を打って、少ないチャンスをものにしていく

大塚 そろそろ時間が迫ってきましたので最後の話題です。指導する立場になった坂本先生、山本先生も、技術のさらなる向上に向けて日々手技を磨かれている最中かと思います。何に気を付けて研鑽に励んでいるのでしょうか。

若手時代とは意識が変わっていますか。

坂本 最近はレアケースへの対応を意識して日々の臨床に従事しています。具体的には、毎週のように出合うわけではない輪状甲状靱帯切開などの対応です。まだまだこれらの手技については研鑽の機会が足りていないと感じており、そうした手技を適用しなければならない患者さんが運ばれてこないことを内心祈りながら過ごしています。

大塚 先生でもそう思うんですね。

坂本 ええ。ただ、そうも言っていないので、手技動画を見てイメージを膨らませたり、不測の事態が起こった場合の他科との連携体制を定期的に確認したりして備えています。

大塚 山本先生はどうですか。

山本 外科領域の技術の研鑽は、頂上が見えないぐらいに高い山を登り続けるようなのだと私は感じています。昨日よりも今日、今日よりも明日、さらに向上したいと思って研鑽に励んでいます。幸か不幸かコロナ禍で Web セミナーを通じてエキスパートのレクチャーを見られる機会も格段に増えたために、デバイスの使い方や手術の進め方を学びやすくなりました。また、中堅外科医になると、助手として術者にどのようなサポートをするか、といった指導者の視点を学ぶことも大切です。

大塚 ありがとうございます。それではそんなお二人から、これから手技を向上させていこうと研鑽に励む若手の先生方へアドバイスをもらえますか。

坂本 冒頭で触れたように、昔に比べて手技の実践に至るまでのハードルが高くなっています。そのため「手技にトライさせてもらうには何をすべきか」を常に考えて動く必要が出てくるでしょう。何のために手技をするのか、

そしてその説明を患者にできるかは重要です。また、客観視によって気が付くこともたくさんあるので、同期が実践している姿を観察することも成長の糧になります。

その一方で、働き方改革の事情もあり、研鑽の時間を確保しにくくなっているのも現実です。限られた時間を最大限活用するべく、身の回りで入手可能な手技動画を活用して事前にイメージし準備しておくのは一手であり、実践後には必ず復習の上、フィードバックをもらうべきです。その繰り返しで、手技の向上につながります。

山本 坂本先生と同じことを考えていました。やはり近年は若手に与えられるチャンスが少なくなっています。だからこそ、少ない機会を自分のものにするための予習と復習が必要なのです。この反復の有無でその後の成長度合いが大きく異なります。もちろん、そうした営みの中でも患者さんの安全性への配慮は非常に大切です。手技にトライすると言っても、その対象にあるのは患者さんの体です。もし自分が患者さんだったらと考えながら手技に当たってほしいですし、自信がない時、不安な時は必ず上級医を呼び、指導を仰いでほしいと思います。

*

大塚 本日は救急科の立場から坂本先生、外科の立場から山本先生をお呼びして手技に関する話を伺いました。近年は AI やロボット技術の台頭も目覚ましく、今後手技に与える影響も少なくないでしょう。特に皮膚科領域においては、診断面の面では皮膚科専門医よりも AI のほうが優れているとする報告 (PMID：38744955) も発表されており、皮膚科医として生き残るには手技が必要不可欠です。そうした文脈の中で、今回出版した書籍『皮膚科手技大全』が多くの方々に役立つものになればこの上ない喜びです。手技動画も収載されていますので、視覚的にも勉強になると思います。ぜひ活用してみてください。

(丁)

正しい「型」が身につけられる。自分の「技」に自信が持てる。

皮膚科手技大全

【Web 動画付】

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

編集 大塚篤司

B5 頁208 2024 年 定価:8,250円[本体7,500円+税10%]

[ISBN978-4-260-05483-6]

医学書院

ChatGPTを使えば、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

大塚篤司

A5 頁208 2024 年 定価:3,850円[本体3,500円+税10%]

[ISBN978-4-260-05695-3]

医学書院

寄稿

市中病院におけるロボット支援下手術の効率化と費用対効果の向上

坂本 育子 山梨県立中央病院婦人科 部長

手術支援ロボットは、従来の開腹手術や腹腔鏡下手術と比較して、低侵襲で精密な手術を可能にする革新的な医療機器として、外科医療にパラダイムシフトを起こした。しかし、高額な導入費用に加え、ロボット自体の維持管理費や手術で使用する消耗品の費用などランニングコストも高額であるという課題を抱えている。特に、限られた経営資源の中で医療を提供する地方病院において、高額な医療機器の導入は容易ではなく、その費用対効果を十分に検討する必要がある。

本稿では、当院婦人科における手術支援ロボットの効率的運用と費用対効果向上のための多角的な取り組みについて報告し、地方病院におけるロボット支援下手術の普及に向けた課題と展望を考えたい。

病院経営上の課題

婦人科で一般的な手術である子宮摘出術は、従来経陰あるいは開腹術で行われてきた。近年では低侵襲性と合併症の少なさから腹腔鏡手術に移行してきているものの、腹腔鏡器械の技術的限界などにより手術が制限されることも多い。一方、ロボット支援下手術は腹腔鏡下手術と比較して、3D 拡大視野による鮮明な術野、手ぶれ防止機能による安定した手術操作、人間工学に基づいたコンソールによる術者の疲労軽減など、多くの利点が注目されている。これらの利点により、手術時間の短縮、出血量の減少、合併症リスクのさらなる低減、術後の疼痛軽減、早期回復などが期待されている。当院は 2016 年に手術支援ロボット「da Vinci® Xi Surgical System」を導入した(写真)。18 年に子宮良性腫瘍、悪性腫瘍（子宮体がんに限る）におけるロボット支援下手術が保険収載となったことを機に、当院の婦人科領域でも積極的にロボット支援下手術を行うようになり、その件数は年々増加傾向である。しかし、高額な導入・運用コストや

ロボットのセッティング・ドッキングに時間がかかることによる手術時間の延長などの課題もある。これらの課題を克服するには手術室全体での取り組みが必要不可欠であると考え、ロボット支援下手術をより安全で効率的に、そして多くの患者に提供することをめざして院内で検討を進めていた。

多角的な戦略による効率化と、費用対効果向上への取り組み

ロボット支援下手術の推進について院内のコンセンサスを得るには、費用対効果の向上が不可欠である。当院では、手術支援ロボットを「高価な医療機器」としてではなく、「汎用性の高い医療機器」としてとらえ、以下の取り組みを通じて、費用対効果の高い運用モデルの構築をめざした。

①手術工程の見直し：手術時間の短縮と標準化を達成するため手術工程を詳細に分析し、患者が退室してから次の手術患者が入室するまでの工程に最も時間を要していることを特定した。

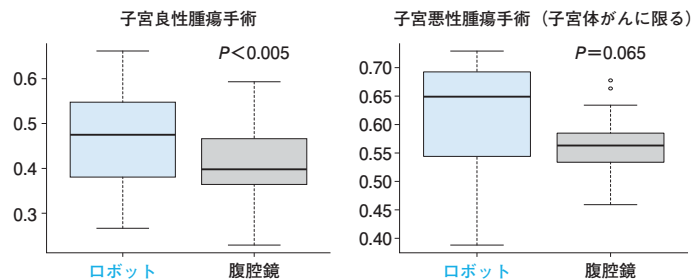
②手術工程の見直しと手技の標準化：手術工程を見直した結果をもとに、使用する鉗子の種類を限定し、手術手技の標準化を行った。鉗子の種類を限定することは手術の煩雑化を避け、ヒューマンエラーを減らすことにもつながった。また、ロボット支援下手術では 3D 拡大視野により出血が強調されやすいため、出血を最小限に抑える術式に変更することで手術時間と、患者の回復期間の短縮を図った。

③術中トラブルの共有：術中トラブルについてのミーティングを定期的に行い、情報共有と対策を行った。

こうした取り組みを始め、1 年後には手術間の入替時間を 50～60 分短縮でき、手術時間も 50 分前後短縮した。それにより業務時間内に行える手術件数が 1 日当たり 2 件ほどから 4～5 件まで増加させることができ、手術効率の大幅な改善を達成した。さらに、手術の効率化と並行して、経済効果につ

●さかもと・いくこ氏

2002 年筑波大医学専門学群卒。国立病院機構名古屋医療センターなどを経て、07 年から山梨県立中央病院に勤務。17 年より現職。産婦人科専門医。日本ロボット外科学会国内 A 級専門医。



●図 ロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の利益率の比較

縦軸は病院収入における純利益の割合を示す。ロボット支援下手術の利益は腹腔鏡下手術と比較して同等あるいはそれ以上の利益をもたらす。

いて診療報酬、材料費、人件費などを考慮し、ロボット支援下手術 1 件当たりの利益を算出し分析を行った。ロボット支援下手術のコストは腹腔鏡手術より高額であるとの報告¹⁾がある中で、当院のロボット支援下手術は従来の腹腔鏡下手術と同等、あるいはそれ以上の利益をもたらしていることが明らかになった(図)。これは、手術時間の短縮や材料費の削減など、さまざまな要因が複合的に作用したためだと考えている。

ロボット支援下手術をより身近な医療へと転換するために

当院では、手術支援ロボットの導入以降、効率的運用と費用対効果の向上に向けた多岐にわたる取り組みを実施してきた。当院のような取り組みはロボット支援下手術をより身近な医療へと転換できることを示唆している。当院では、2023 年 11 月に、新たに「Hugo™ RAS」を導入し運用を開始した。Hugo™ RAS は、4 本のアームが独立して動作することが特徴で、アーム配置の自由度が高く鉗子の干渉を最小限にできるメリットがある。また、オープン型のコンソールを採用しており、手術台のアームの動きを直接確認しながら手術を行うことが可能であ

る。da Vinci® Xi での運用経験を生かしながら、Hugo™ RAS においても効率的な手術の実施をめざし、ロボットの種類に関係なく低侵襲で安全な手術が行えるよう、手技の開発や費用対効果を考慮した運用体制の構築を検討している。

近年、AI や触覚フィードバックシステムを搭載した、より高機能な手術支援ロボットの開発が進んでいる^{2~4)}。これらの技術革新は、手術の安全性や精度をさらに向上させ、患者の負担軽減にも大きく貢献することが期待される。今後も最新の技術や情報を積極的に導入し、患者さんにとってより質の高い医療を提供できるよう、努力を続けたい。

●参考文献

- 1) Int J Med Robot. 2022 [PMID : 34655461]
- 2) Thai MT, et al. Advanced Intelligent Systems for Surgical Robotics. Advanced Intelligent Systems. 2020 ; 2 (8) : 1900138.
- 3) Int J Med Robot. 2015 [PMID : 25328100]
- 4) Minim Invasive Ther Allied Technol. 2014 [PMID : 24328984]

医学書院のセミナー

https://www.igaku-shoin.co.jp/seminar



●写真 da Vinci® Xi Surgical System を用いた婦人科手術の様子



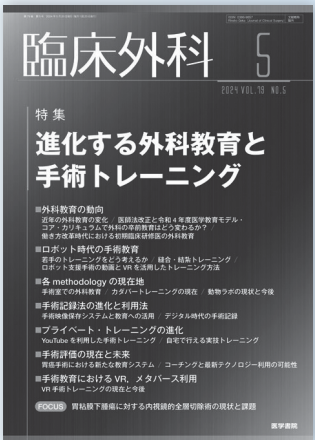
“外科医が最も知りたいこと”に迫る

臨床外科

2024 年 5 月号 Vol.79 No.5

進化する外科教育と手術トレーニング

- 特別付録 Web動画付き
- 外科教育の動向
 - ロボット時代の手術教育
 - 各 methodology の現在地
 - 手術記録法の進化と利用法
 - プライベート・トレーニングの進化
 - 手術評価の現在と未来
 - 手術教育における VR, メタバース利用



定価：3,080 円（本体 2,800 円＋税 10%）
月刊、増刊号を含む年 13 冊

年間購読	
冊 子	45,540 円（本体 41,400 円＋税 10%）
電 子	43,824 円（本体 39,840 円＋税 10%）
電子＋冊子	47,740 円（本体 43,400 円＋税 10%）



雑誌の詳細は
こちらから

医学書院

新刊

心臓麻酔の経験知、本っ気で伝えます

じんべえ先生の
ステップアップ! 心臓麻酔

▶ エキスパートのノウハウを学べる MS (麻酔に差がつく) ブックスシリーズの第 2 弾。心臓麻酔の基本的な流れから標準的な術中管理方法、そして困難症例まで、段階を踏んで理解できる 5 Step で構成。エビデンスにもとづく麻酔の理論と著者の経験にもとづく臨床のコツを交えた明瞭な解説は統一感があり読み進めやすい。心臓麻酔デビューを終え、さらに踏み込みたい麻酔科医必読の書。「じんべえ先生」の呼び名の由来となったコラムも収載。

著：平崎裕二 済生会宇都宮病院 麻酔科

定価 7,150 円（本体 6,500 円＋税 10%）
A5 頁 376 図 101・写真 45 2024 年
ISBN 978-4-8157-3107-6

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.meds-i.co.jp
FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@meds-i.co.jp

for Nurses

対談

研究という営みを再考する



小熊 英二氏
慶應義塾大学総合政策学部 教授

西村 ユミ氏
東京都立大学健康福祉学部 /
人間健康科学研究科 教授

看護師を含む医療職は、臨床で働きながら研究者として論文を書くことを求められることが少なくないです。一方で、論文とは何か、引いては研究とはどういった営みなのかについてクリアな見通しを持たないまま研究に勤しんでいる方も少なからずいらっしゃるのではないのでしょうか。小熊英二著『基礎からわかる論文の書き方』（講談社）¹⁾は、実際の論文の書き方にとどまらず、研究とは何か、学問とは何かを明快に伝える好著です。本紙では、長く看護研究に従事しながら多くの学生の研究指導を行ってきた西村氏と小熊氏による対談を企画。学問という営みを鳥瞰的に眺めることで、研究に臨む医療者が自身の立つ場所を改めて確認できる内容をめざしました。

果、診断や治療のアプローチ法もまるで異なってきます。しかし「命とは何か」は論証の対象にはならないため、どちらが正しいとは言えない。同様に、ユークリッド幾何学と非ユークリッド幾何学は前提が違う別の学問体系であって、どちらかが「正しい」わけではありません。

臨床での実感を明らかにするための研究デザイン

小熊 西村さんの研究遍歴としては、最初に生理学的なアプローチを取って、そこから臨床のほうに移っていったとのことでした。生理学的に得られるデータを組み立てるのでは、ご自身の知りたいことにたどり着けないと考えたのでしょうか。

西村 大枠ではそうなります。私の関心は、意識障害により他者との交流が不可能になってしまったとされている、いわゆる「植物状態」の患者さんと看護師の間にある何らかのコミュニケーションを明らかにすることにありました。初めは微細な心拍変動のぶれや脳波を計測するといった生理学的手法で患者の意識を測定しようとしたものの、うまくいきませんでした。

小熊 つまり、狭義の科学的方法では観測できなかった。

西村 因果関係も法則も見つからず、いろいろな測定器を付けることで患者さんも嫌がっているようにしか思えなくて、患者意識の測定という方法を断念するに至りました。

小熊 そこで、実際に患者―看護師間でコミュニケーションが成り立っているように見える事例を研究することで調べようとしたと。

西村 コミュニケーションが成立していると感じている看護師たちが実際に何をどう感じているのか、どんな経験をしているのかを手掛かりに、患者さん側のことを知ろうと考えました。

小熊 そこで応用したのがメルロ＝ポンティの現象学だったわけですね。

西村 はい。現象学では、知覚された経験をそれ自体として存在するもので

はなく、「それを思ったり感じたりする人間の側の志向との関係の中で現象すること」としてとらえます。患者―看護師間でのコミュニケーションについても、そうした関係を持ち得るか否か、看護師の知覚に客観的な根拠があるか否かではなく、かかわり合いの中で看護師に感じ取られること、つまり看護師にとっての現れそれ自体から出発することを重視します。このような考え方は、「思い込み」と切り捨てられがちな看護師たちの経験に新たな角度から光を当ててくれました。

小熊 現象学を説明する例え話として“木が動くから風が吹く”というものがあります。私たちが観測できるのは木が動いたり、頬が冷たかったりすることだけで、その原因を「存在する」と想定してそれを「風」と呼んでいる。しかし風そのものは目に見えない。同様に、人間に問い掛けて反応があればそこに意識があると想定できるわけですが、意識そのものを観測することはできません。

西村 にもかかわらず、私たちが風や意識というものがあると認識してしまうのはどういうことかを問うたのが現象学です。

小熊 西村さんの著書『語りかける身体―看護ケアの現象学』（ゆみる出版）²⁾からは、そうした研究ビジョンが明確に読み取れました。正しく科学的な研究だと思います。

西村 何をもって科学的と言えるのでしょうか。

小熊 先ほどもお話ししたように、ある前提を置いて、その前提のもとに論理体系を作ったり、観測された事実を積み上げたりするのが学問です。そうした論証の過程と結果の公開、相互的な追検証により近代科学は成立し、進歩してきました。西村さんの研究は、「植物状態」の患者にも何らかの形で「意識」があることを前提に、観測した事実を積み上げて患者―看護師間にあるコミュニケーションを緻密な構成で示してみせている。その点で、極めて学問的、科学的であると私は思いました。

小熊 私はさまざまな種類の研究をしてきましたが、基本的には社会というものを考えてきました。「日本人」とされる人々が集団的に存在するのかどうか、存在するとして、彼らは一体どんな集合的な意識を持っていたのかといった事柄です。

西村 私は学部を卒業してから2年間臨床で看護師として働いて、大学で助手をしてから修士、博士課程へと進みました。修士課程では生理学的な研究を行っていましたが、博士課程では生理学から看護学に戻ってきて、人文学の知識を取り込みながら、臨床で起きている物事について考える方向にシフトしていった次第です。

まず何かしらの前提を置くのが学問

小熊 本日の対談は、西村さんへの問いから始めたいと思っているのですが、よろしいですか。

西村 ええ。お願いします。

小熊 命って、存在するのでしょうか。

西村 ……難しい問いですね。しかし、存在するとは思います。

小熊 では、命は科学的に観測できるのでしょうか。

西村 それは難しいのではないのでしょうか。

小熊 なぜですか。

西村 命を何かであると仮定すれば観測可能です。生物の行動等、観測できる側面はたくさんありますから。けれども、行動や代謝、応答などは命そのものとは言えません。

小熊 そうですね。命は観測できない。しかし、あるということを前提にしないと、さまざまな事象が説明できない。そういうものだと私は考えています。

西村 看護学や医学は、命があることを前提にしないと取り組みません。治療の最終目標は命を救うことですから。

小熊 そこが看護学、医学の面白いところだと思います。経験的には観測できないことを前提にしないと成り立た

ない学問なのです。しかし私が考えるに、現実世界を扱うあらゆる学問は、同様に観測できない前提を置いているのです。

西村 小熊さんが専門とする社会学もそうなのですか。

小熊 ええ。社会そのものは観測できません。人々の行動のある側面は観測できるけれども、それがイコール社会ということにはならない。

西村 では、政治や経済も同じですね。

小熊 そうなります。存在するかはわからないけれど、それがあることを前提にしないと学問ができないというわけです。

多くの人が義務教育の数学の中で学習するユークリッド幾何学は、5つの公理（公準）を前提に置いています。「全ての直角は互いに等しい」「任意の2点が与えられたとき、それらを端点とする線分を引くことができる」などです。これらの公理から出発して、「三角形の内角の和は2直角（180度）である」といった論証を行います。しかし公理そのものは証明の前提であって、証明の対象にされることはありません。同じように、命の存在は看護学、医学の前提であって、証明する対象ではないと言えるでしょう。

そのように、ある前提の上に体系的に築き上げられるものをアリストテレスは「学（エピステーメー episteme）」と呼びました。現代では「学問体系（ディシプリン discipline）」という言葉がそれに相当するでしょう。「ディシプリン」は特定の学問体系を指すだけでなく、それを教え込む「訓練」「規律」といった意味でも使われます。指導教員を選んで弟子入りし、特定の学問体系にのっとった訓練を受けることは、現代の大学院でも広く行われています。

西村 学問体系が異なればその前提もまた異なる。当然、それに応じて採るべき方法論も変わるというわけですね。

小熊 その通りです。例えば西洋医学と東洋医学では「命」や「健康」についての考え方が違いますから、その結

現象学的方法を用いた看護研究を理解するための1冊

現象学的看護研究 理論と分析の実際

質的研究の代表的な手法の1つである現象学的研究について、基礎となる理論から具体的な分析の実際までを解説。カラー別冊「現象学的方法を用いたインタビューデータ分析の実際」では、実際の分析の流れがみえてくる。難解といわれる現象学的方法を用いた看護研究に取り組む研究者はもちろん、大学院生にも必読の1冊。

編集 松葉祥一
西村ユミ



看護研究に必要な基本から最新の知識まで、語りかけるように解説！

黒田裕子の看護研究 Step by Step 第6版

今日の看護研究に求められる知識の全体像を、研究指導の経験豊富な著者が語りかけるように解説！ 一見「高度」と思われる内容であっても、著者自らの体験や研究指導のなかで遭遇した事例をふんだんに用いながら解説しているため、実際のイメージをもちながら理解できる点が本書の特徴。近年の急速な看護研究の進歩を反映し、質的研究、研究デザイン、研究計画、研究倫理、新しい研究など最新の動向が示され、記述もさらに充実。

黒田裕子





●にしむら・ゆみ氏

1991 年日赤看護大卒。神経内科病棟勤務を経て、97 年女子栄養大学院栄養学研究科（保健学専攻）修士課程修了。2000 年日赤看護大学院看護学研究科博士後期課程修了。同大講師、静岡県立大助教授、阪大コミュニケーションデザイン・センター准教授を経て、12 年より現職。『語りかける身体——看護ケアの現象学』（ゆみる出版、講談社）、『看護実践の語り——言葉にならない営みを言葉にする』（新曜社）など著書多数。近年の研究テーマは、地域包括ケアに対応する急性期病院の協働実践ワークなど。

科学は曖昧さから逃れられない

小熊 私なりの翻訳をすると、西村さんが研究を通じて確認したのは「ウェルビーイング」、つまり「善く well 在ること being」とは何かということでもあるのではないのでしょうか。いわゆる健康状態に戻る可能性は低いかもしれない。けれど、その状態なりの「善い在り方」とは何かを考えた研究なのかなと。

西村 なるほど。たとえ回復の見込みが少なかったとしても患者さんにとってより善い状態を実現するにはどうすればいいのか、との問いは確かに研究の基盤にありました。

小熊 80 歳の「健康」は 20 歳の「健康」とは違います。「健康」や「治る」ということは数値だけで示せるものではない。たとえ数値が良くなくとも、患者や家族が相互行為やコミュニケーションを通して「治った」と合意できたときに達成されるものです。西村さんの研究デザインでは、収集できるのは数値ではなく、「意識障害の患者さんと心が通った気がする」といった医療者の語りになるわけですが、それはそれで一つの立派なデータと言えます。

西村 調査の中で、フィールドである病院内のさまざまな医療者に話を聞きましたが、中には、意識障害の患者さんとの意思疎通があるのはなんとなくわかる気がするものの、自身は科学者のため測定不可能で目にも見えないことに言及するのは難しいとおっしゃる医師もいました。患者さんとの間の機微は受け持ちの看護師にしかわからない部分も多く、通じ合えている程度が個々人で異なるので、どの程度でわかったと表現していいのが難しくもあるのだろうと思っていました。

小熊 しかし本来、科学は曖昧な部分から逃れられません。ある理論的前提のもとに観測結果を集めて、それを数値化したデータをその理論の論理体系に乗せることはできます。しかし、理論の前提そのものは数値として共有できるものではない。数学のように現実から切り離された論理体系は別ですけども、現実の現象を相手にする科学ではそうはいきません。

西村 現場に近いところほど論理的に共有できない曖昧な部分が多くなるのはわかります。でも反対に、現場ではそうした難しい共有を高度な水準で達成しているのではとの思いもあります。

小熊 現場、つまり人間が生きている世界ではそれが成立しています。人間は数式ではなく自然言語で意思疎通を図っている。つまり、意味が曖昧な記号をやりとりしているのですが、それでもコミュニケーションが成立しています。なぜそんなことが実現しているのかわからないけれど、できているのです。

こんな形で成立している現実世界を相手に科学がデータを集めている限り、2 つの次元で曖昧さから逃れられません。1 つ目は、症状や患者の言葉といった形で表出した観測結果を数値としてデータ化する段階で生じる曖昧さ。2 つ目は、学問が最初に置く「命」「社会」「経済」といった前提の持つ曖昧さです。研究というものは、現実を観察する部分と、観察された現実を数値化して論理操作を行う部分の両輪で回っています。その 2 つを分業することはできるだろうけれど、全過程を数値と論理で貫徹するのは不可能です。

西村 看護学や医学の場合、現実から得たデータを処理する部分は論理的に行えるけれども、次にそこから得たエビデンスを現実に適用する段でまたしても曖昧な世界に戻って行かざるを得ません。両方がないと成り立ちませんね。

小熊 両方とも必要ですし、そこに優劣はありません。現実を説明するには、協力する必要があります。

研究手法とは流派であり、道具でしかない

西村 看護学では、研究は量的研究、質的研究の 2 つに大別して考えられることが多いです。一方で、医学において EBM が普及してから看護実践や研究においても EBN、EBP が広く根付きつつあります。EBM の考え方では RCT のエビデンスレベルが最も高いとされ、それを受けて医学、看護学の研究においても量的研究への価値の偏重があるように感じています。そのような状況を小熊さんはどう考えられますか。

小熊 症例研究から RCT、そして RCT メタアナリシスという段階は、現実の質的な観測から得られたデータを

数値化・論理化していく段階とも言えます。しかしこれは分業であって、どちらが偉いということではない。

科学の画期的な進歩は、それまでの理論体系（パラダイム）では説明できない現象を説明しようとしたときに起こりました。つまり現実を観測する現場からのフィードバックがないと、理論の進歩は止まってしまいます。統計的には例外とも言える、めったに観測されない現象を無視していたら、科学の進歩はなかったでしょう。

西村 臨床現場の調査を行う者としては、現実世界にある法則性を取り出そうとするのが科学だと感覚があります。反対に、所与の法則性に社会のほうが従う、現実世界が論理体系に沿っているはずだとの考え方もあるのでしょうか。

小熊 皮肉な話ですが、学問としての完成度を徹底して追究すると科学ではなくするという側面があります。論理体系の構築を徹底しようとする、現実を無視するほうが簡単だからです。

中世ヨーロッパのスコラ学などはまさにその典型で、論理体系を築くことを重視して現実を説明できるかどうかに関心がなかったとされています³⁾。しかし、論理体系よりも現実のほうが優位だと決断したところで近代科学が始まりました。

西村 現実をどれだけ説明できるのが、科学としての学問にとって大切だということですね。

小熊 そう思います。天動説は、論理体系としては相当の完成度を持っていました。しかしそれが地動説に取って代わられたきっかけは、地球から見た惑星の運行、つまり現実の現象をうまく説明できなかったことでした。

西村 量的研究への価値の偏重があるとして、そこにはどのような原因があると思いますか。

小熊 単なるはやりということに加えて、即物的な理由もあるのではないのでしょうか。集めたデータを統計的に処理して一定の形式に沿って書けば論文を大量生産しやすいですし、大学院生の指導や論文審査も行いやすいですから。

西村 大学院への進学率が上昇し、効率的に学生指導しなければならないという必要性が理由に挙げられるかもしれないということですね。

小熊 留学生がたくさんやって来る米国などでは英語を母語としない学生が多くいるわけで、そうした学生には量的な研究のほうが与しやすいといった事情もあるのではないのでしょうか。ただ、公平を期すために申し上げますと、一定の型に沿って書いてしまえばそれで良いといった量産型の論文は、質的研究でも少なからず存在するのではと私は思います。

西村 おっしゃる通りで、必ずしも量的研究だけの問題ではありません。例えば方法論として現象学的方法やグラ



●おぐま・えいじ氏

1987 年東大農学部卒。出版社勤務を経て、東大大学院総合文化研究科国際社会科学専攻博士課程修了。博士（学術）。専門は歴史社会学。97 年慶大総合政策学部専任講師、2000 年同大助教授を経て、07 年より現職。『単一民族神話の起源——〈日本人〉の自画像の系譜』『〈民主〉と〈愛国〉——戦後日本のナショナリズムと公共性』（いずれも新曜社）、『基礎からわかる論文の書き方』（講談社）など著書多数。近年の研究テーマは、雇用・自営・公務セクターから構成される日本の不平等レジームの国際比較と歴史。

ウンデッド・セオリー・アプローチ（GTA）に沿ってさえいけば良いといった考えで研究を行うのでは本末転倒だと思います。研究手法が確立されると、そうした事態が起こりがちなかもしれません。

小熊 研究手法は研究の道具でしかないです。特定の研究方法を用いていれば立派な研究だというようなことは、特定の医療機器を使っていれば名医だということと同じくらいあり得ないでしょう。RCT でも GTA でも、それは同じではないのでしょうか。

*

小熊 一定の手続きに沿って、調査を着実に積み重ねていくことは大切です。とはいえ、型通りの方法で集めたデータをもとに、型通りの形式で書く論文は、AI でも書けるようになるはずです。一方で画期的な研究というのは、例外的な現象に注目して意味を与えるところから生まれます。それは人間にしか行えません。

西村 小熊さんの著書を読んでいて、また本日お話をされていて、並立するさまざまな学問体系の存在を認識しつつ、研究や科学といった営みを少し引いた目線で眺めることは、自身の立ち位置をクリアに認識することにつながりますし、学際的研究を行いやすくする効果もあると感じました。小熊さんの見ている時間軸の長さに驚いた対談でもありました。ありがとうございました。（了）

●参考文献

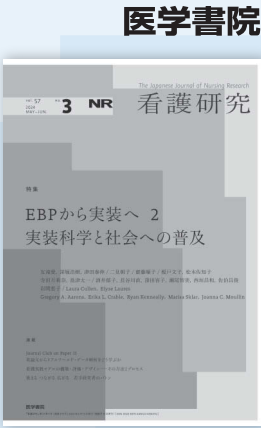
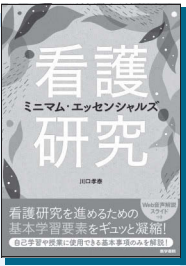
- 1) 小熊英二. 基礎からわかる論文の書き方. 講談社；2022.
- 2) 西村ユミ. 語りかける身体——看護ケアの現象学. ゆみる出版；2001. 講談社；2018.
- 3) 中山茂. 歴史としての学問. 中央公論社；1974. pp97-8.

これをおさえれば、看護研究がスムーズに進む！

看護研究ミニマム・エッセンシャルズ

看護研究を進めるために知っておきたい基本的な要素（ミニマム・エッセンス）を抜き出してまとめ、著者が実際に授業で活用してきたように、読者が自己学習できるように再構成。初学者には研究を始めるにあたって学ぶべき事項の総論として、すでに研究に取り組んでいる人にはより深めるための道標として、活用してもらえる。また、Webサイトより音声解説スライドを見ることができ、活用の幅を広げることができる仕様となっている。

川口孝泰



生涯スポーツとして楽しむ パラスポーツ

和田 恵美子氏

近森リハビリテーション病院 院長

滝澤 幸孝氏公益財団法人 日本パラスポーツ協会
スポーツ推進部 部長**高岡 徹氏＝司会**

横浜市総合リハビリテーションセンター センター長

高岡 パラスポーツは、パラリンピックで見るアスリートレベルにとどまらず、レクリエーションレベルまで広く行われています。本日はパラスポーツ医の資格を取得されている和田先生と、日本パラスポーツ協会の滝澤様と共に生涯スポーツとして楽しむパラスポーツをテーマに話したいと思います。

和田 リハビリテーション科の外来患者がアーチェリーを始めたことがきっかけでパラスポーツと出会い、今では障がいのある方と一緒にアーチェリーをしています(写真1)。また、東京パラリンピック2020の開催に併せてパラスポーツ医の資格を取得しました。あいにくコロナ禍による影響でパラリンピックには参加できませんでしたが、パラスポーツ医の研修で学んだことは今でも日々診療に生きています。

滝澤 私は日本パラスポーツ協会ではパラスポーツ推進・振興をめざし、各都道府県のパラスポーツ協会ははじめ関係団体の皆さまと事業を運営したり、パラスポーツ医、パラスポーツトレーナー(MEMO)などの資格の認定や養成に携わったりしています(写真2)。本日は広くパラスポーツ協会の取り組みや、私のこれまでの経験からお話しできればと思います。

ハードとソフトの両面から パラスポーツを支える

高岡 各地域においてパラスポーツを

取り巻く環境はどのようなもので、医療者はそこへどのようなかわりができるのでしょうか。

滝澤 全国47都道府県全てと、10の政令指定都市にパラスポーツ協会があり、そこが地域におけるパラスポーツ振興の統括組織になります。障がいのある方がスポーツをするための施設といったハード面と、地域組織・団体と共にパラスポーツを指導・支援するためのソフト面の両面からパラスポーツ振興に取り組んでいます(図)。当協会が力を入れて養成と認定を行っているパラスポーツ医、パラスポーツトレーナーは主に医療者を対象としており、和田先生をはじめ有資格者の方々には各地域でご活躍いただいています。

和田 当院の位置する高知県ではパラスポーツの参加者が少ないため、競技によっては健常者の方と一緒に活動している現状があります。特にアーチェリーは健常者とルールの区別もないので一緒に活動しやすい競技です。地方ならではの、全体の競技人口も少ないので障がいのある方に指導を行ってもらうこともあり、フラットな関係が築けています。

高岡 私が所属する横浜市総合リハビリテーションセンターでは、同じ事業団が運営する障がい者スポーツ文化センター横浜ラポールで障がいのある方のスポーツ導入に取り組んでいます。また、当センターではパラスポーツ普及のための研究開発もしており、競技

用の電動車いすを買わずともサッカーが手軽に楽しめるよう、普段お使いの電動車いすに取り付けられるフットガードの開発などもしています。

社会参加の一つの手段

高岡 医療者の立場から、障がいのある方が生涯を通してパラスポーツに取り組むことにどのような効果があるかと考えていますか。

和田 パラスポーツが運動のモチベーションになることです。私はパラスポーツに出会うまで外来で「運動してくださいね」と気軽に言っていたのですが、何のために運動するのかとの視点を持っていませんでした。無目的に一人で行う運動は続かないものですが、試合で良い成績を出すため、運動サークルで楽しむためなら、ちょっとしたトレーニングを続けられる人はたくさんいます。

滝澤 かつてパラスポーツセンターに勤務していたとき、脳血管疾患により片麻痺のある方が、麻痺側、健側への加重バランスをコントロールしながら「今日は30回までラリーを続けよう」と目標を持って卓球に取り組まれました。卓球台に寄りかかりながら球を打つところから、卓球台から離れる、左右に動くといった具合に段階的に目標を立てていました。加えて、利き腕側が片麻痺となった方が「卓球での利き手交換を通じてプレーするときに自

分の体をどう動かし使っていくのかを習得できた」と言われており、リハビリテーション効果もあるのではないのでしょうか。

高岡 そうした効果も期待できると思います。パラスポーツをうまく治療にも活用しながら、運動・スポーツを継続していただけると理想的です。

私はパラスポーツの本当の魅力は、障がいのある方が社会参加して誰かとつながることではないかと考えています。横浜ラポールは障がい者のスポーツ施設であるものの、絵画や陶芸、調理など文化的な活動もでき、多くの参加者がいらっしゃいます。

和田 社会的に活動できる場があることで、障がいのある方の心の持ちようが前向きになることは実感しています。何もする意欲のない高次脳機能障がいの方が、精神障がい者がサッカーをするソーシャルフットボールチームに入ってから、活動日だけは自分でカレンダーに書いたり、サッカーでの出来事を報告してくれたりするようになりました。

滝澤 参加する中で話をする仲間ができ、仲間のいるサークルがあることで自分から参加して運動しようという気になるものです。運動後にラウンジでサークル仲間とコーヒーを飲んでお喋りすることを一番の楽しみとされる方もいます。こうした場をもっと増やせるようにしたいです。

和田 一方、まだまだハード面でのバ

MEMO パラスポーツ医・パラスポーツトレーナー

パラスポーツ医：障がい者のスポーツ・レクリエーション活動において、さまざまな疾患や障がいに対応し、安全にスポーツに取り組むための効果的な医学的サポートを行う。また、関係団体と連携して障がいのある方のスポーツ実施における健康維持・増進、競技力の向上を医学的な視点から推進する役割を担う。登録者は616人(2023年12月31日時点)。

パラスポーツトレーナー：質の高い知識・技能、障がいに関する専門的知識を有し、障がいのある方の健康管理やスポーツ活動に必要な安全管理、また、アスレティックリハビリテーションやトレーニング、コンディショニング指導等を通じて協会や関係団体と連携して競技力の維持・向上を支援する役割を担う。登録者は242人(2023年12月31日時点)。

ガイドラインじゃ解決できぬ臨床課題に答えるエキスパートジェネラリストのメソッド集

「卓越したジェネラリスト診療」入門 複雑困難な時代を生き抜く臨床医のメソッド

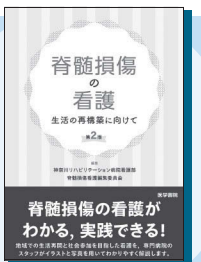
マルチモビディティ、下降期慢性疾患、複雑困難事例、心理・社会的問題、未分化健康問題…。現代の臨床医は外来で、ガイドラインや医学的知識だけでは太刀打ちできない、さまざまな患者・家族の健康問題に直面する。そんな時、医師として、どう考え何ができるか? 日本のプライマリ・ケアと家庭医療学を牽引してきた著者が、そのメソッドを開示し“新たな医師像”を提示した。藤沼康樹氏の現時点での集大成、待望の単著。

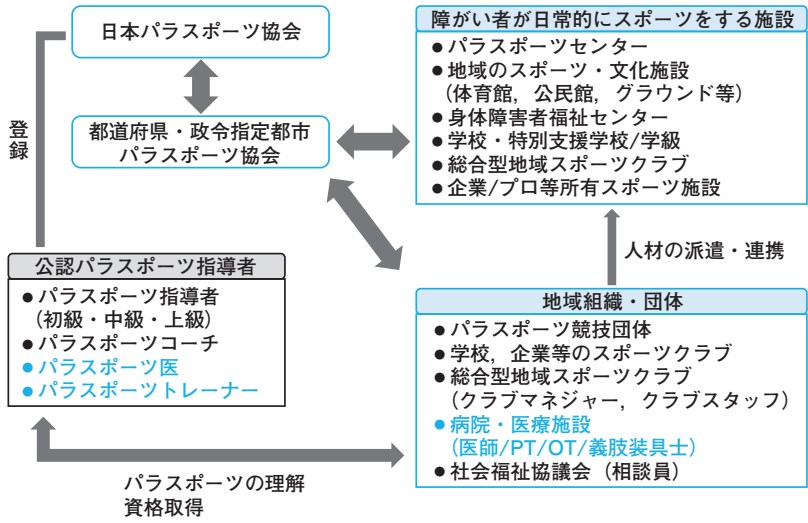
藤沼康樹

脊髄損傷者の社会参加を目指した看護を解説する実践書!

脊髄損傷の看護 第2版 生活の再構築に向けて

脊髄損傷は重症だった時代から、治療の進歩による軽傷化および患者の高齢化の時代へと変化しています。本書はそのような変化を受け、『生活の再構築に向けて』をコンセプトに、脊髄損傷者の地域での生活再開と社会参加を目指す、個別性を重視した看護を解説しています。脊髄損傷者の援助に関わる病院看護師と地域で活躍する医療者、そして患者・家族の方へ。

編集 神奈川リハビリテーション病院
看護部脊髄損傷看護編集委員会



●図 地域におけるパラスポーツの振興を図るための連携・協働のイメージ
主に医療者がかかわる内容を色文字で示した。

リアを感じることがあります。PTの方を中心に医療依存度が高いお子さんへのヨガや遊び場教室も開催されていますが、一般のスポーツ施設を借りようとすると施設側が不安に感じることもあります。

滝澤 現在、既存の一般スポーツ施設でも障がいのある方が安心して利用できるように環境整備する動きがあります。まだ議論の途中ではありますが、

一つの施設に全ての機能を備えられなくても、別々の体育館、プール、トレーニングルームの三つの施設が連携・協働し、それを総称して「障害者スポーツセンター」とする構想です¹⁾。また、施設の整備が追いついていなくても周囲のフォローで安心してスポーツができることもありますし、健常者の中で障がいのある方も一緒にスポーツができる仕組みづくりも重要だと考えています。

求められる医療とスポーツの橋渡し

高岡 先天性障がいの方は親のネットワーク等でパラスポーツができる場所やサークルを知っていることも多いですが、脳卒中や脊髄損傷、交通事故等による中途障がいの方はパラスポーツという選択肢を知らない方も少なくないように思います。また、途中で障がいに直面してから「パラスポーツをする」までを考えると、医療での治療からスポーツへの参加の間には相当なギャップがあり、この間を誰がどうつなぐかに課題があるように思います。

和田 障がいがあっても運動・スポーツができるのだといかに感じてもらえるかですよね。特に中途障がいの50歳代以降の方は「自分はスポーツをする年齢ではない」との先入観を持たれることが多いです。当院は訪問リハビリテーションも行っており、社会に出るという目的設定の選択肢にパラスポーツを活用しています。実際にプールへ帯同して、どう着替え、入水し、泳ぐかを見るなどしています。

この座談会前に横浜ラポールを見学して、トレーニングジムが実際にスポーツする体育館やグラウンドと同じ施設にあって、運動・スポーツをするための基礎体力向上にうまくつながっていて理想的でした。一般的なケースだと、トレーニングする場所が介護保険のデイサービスになってしまい、スポーツする場所までたどり着きません。ジムでの運動だけだと嫌になって、続かないのです。

高岡 当センターでは横浜ラポールか

らスポーツ指導員を一人専属で派遣してもらい、医療の範疇での体育オーダーも導入しています。どうしても一人の方を外来でずっと診療することはできないので、うまく横浜ラポールにつなげていったん医療からは離れ、機能的な問題や気になることがあれば改めて相談していただけるような連携を取っています。

滝澤 途中で障がい直面して、今までの生活が大きく変わってしまう方たちにいきなり「パラスポーツやってみようか?」とは言いつらいと思います。色んな方と一緒に楽しくするための娯楽としての運動・スポーツ、レクリエーションとして考えてほしいです。医療者の皆さんには、障がいのある方とそのご家族に、「ここに行けばこんな事ができるよ」と情報を提供し、つなげる役割をお願いしたいですし、われわれもそのための情報提供をさせていただきたいと思っています。

医療者にもパラスポーツを知って体験してほしい

高岡 障がいがない時はパラスポーツに縁はありませんからね。障がいのある方々をパラスポーツにつなぐためにも、われわれ医療者がパラスポーツを知る必要があると考えます。体験することで医療者にも学びはきっとあるでしょう。

和田 私は障がいのある方とのアーチェリーを通して本当の意味でのADL

支援を知りました。車いすから高い位置の矢取りができないときに、良いことだと思いつい介助していましたが、取れる範囲は本人が自力で取らないと、筋力が落ちてしまうのです。矢を打っているだけでは駄目で、的まで30メートル車いすを漕いで、矢を引き抜くまでしないといけません。医療者はつい介助してしまいますが、パラスポーツセンターの指導員の皆さんは、介助は最低限にしているその加減が上手でした。

滝澤 私がパラスポーツ医の養成講習会で障がいのある方の活躍について話をすると、病院での患者としての姿しか知らなかった先生方はその変化に驚かれることが多いです。車いすで機敏に体育館を駆け回る姿だけでなく、体育館までも一人で車から降り、生活用車いすから競技用車いすへスムーズに乗り降りする姿が印象的なようです。高岡 社会に出てからそうした残存能力を最大限発揮している姿は、病院でのADL支援だけでなく、運動・スポーツをしているからこそでしょうし、トップアスリートレベルの動きができる人だけでなく全ての障がいのある方に見られます。診療ではつい麻痺がどうか、装具がどうかのお話に終始してしまいがちですが、パラスポーツの魅力や可能性を知っていると提案してみようと思えますよね。そのためには学生時代から教育の一環として、パラスポーツに触れてもらえると良いかと思います。当センターに実習に来る医学生には必ず横浜ラポールを見学してもらい、障がいのある方のチームとボッチャを対戦することもあります。

和田 何かのきっかけがないとパラスポーツの魅力を知ること、パラスポーツセンターに行くこともありませんからね。医学部やPT、OTの養成校で授業の一環として、パラスポーツを見たり体験したりすることはとても有意義だと思います。加えて、いま臨床に携わる先生方が気軽にパラスポーツを知る機会はあるのでしょうか。

滝澤 当協会のホームページ（<https://www.parasports.or.jp>）では、障がいのある方がパラスポーツを行う際にどのような種目があるか、地域でパラスポーツを推進する組織の情報のほか、パラスポーツ指導者養成講習会や全国障害者スポーツ大会に関する情報などを紹介していますので、ぜひ見ていただければ和田先生のように自らもされる競技で医師・患者の垣根なくスポーツをされたり、時間があれば大会に顔を出して応援されたりと、各地域でパラスポーツにかかわっていただけたらうれしいです。

＊

和田 医療でのリハビリテーションは入院・外来ともに時間的余裕がなくなっています。医療者のパラスポーツへの関わりは減っていますが、興味のあ

●たかおか・とおる氏

1987年横浜大医学部卒。神奈川リハビリテーション病院、横浜市障害者更生相談所・所長などを経て2012年より横浜市総合リハビリテーションセンター。20年より現職。リハビリテーション科専門医。編著に『標準リハビリテーション医学 第4版』『社会活動支援のためのリハビリテーション医学・医療テキスト』（いずれも医学書院）ほか、『総合リハビリテーション』誌の編集委員も務める。



●わだ・えみこ氏

1998年杏林大医学部卒業後、医療法人近森会に入職する。2009年近森リハビリテーション病院リハビリテーション部長を経て、16年より現職。リハビリテーション科専門医。18年にはパラスポーツ医を取得する。週末には障がいのある方と一緒に学生時代に行っていたアーチェリーを楽しむ。



●たきざわ・ゆきたか氏

1994年東海大体育学部卒業後、国立障害者リハビリテーションセンター学院リハビリテーション体育学科に入学し、障がい者スポーツを学ぶ。大阪市（長居・舞洲）障がい者スポーツセンターで勤務後、2003年より日本パラスポーツ協会に入職。大会運営や選手強化に従事した後、08年より現職。パラスポーツ指導者の養成など、国内のパラスポーツ振興に取り組む。



るスポーツがあればぜひ一度遊びに行くところから始めてほしいです。

滝澤 地域で障がいのある方が、医療・リハビリテーションの延長として、運動・スポーツ現場につながり健康で豊かな生活が送れるように、医療・福祉と運動・スポーツの関係者が連携できる体制整備をしていきたいと考えております。

高岡 この座談会を通してパラスポーツは楽しみでもあるし、トレーニングにもなると改めて魅力を認識しました。一方でまだまだパラスポーツを知らない障がいのある方たちも、医療者もたくさんいらっしゃるのではという課題も見えてきました。われわれ医療者がもっとパラスポーツを知って触れ合う機会を増やしていけるように努力したいと思います。

本日は身体機能に障がいのある方が中心のお話になってしまいましたが、機能障がいの方がより重度な方や、知的障がい、発達障がいのある方が参加できるスポーツ活動なども考えていかなくてはなりません。本日の座談会が医療者の皆さんへの良いアピールとなることを期待いたします。（了）

●参考文献・URL

1) スポーツ庁。スポーツ審議会健康スポーツ部会障害者スポーツ振興ワーキンググループ中間まとめ。2023。
<https://bit.ly/3Vt6oCO>

リハビリテーション領域をリードする総合誌

総合リハビリテーション

2024 年 06 月号 Vol.52 No.6

月刊、年12冊

定価：2,640 円（本体 2,400 円＋税 10%）

年間購読

冊 子 29,040 円（本体 26,400 円＋税 10%）

電 子 27,720 円（本体 25,200 円＋税 10%）

電子＋冊子 32,340 円（本体 29,400 円＋税 10%）

雑誌の詳細はこちら



総合リハ

総合リハビリテーション

特集 NICUからのリハビリテーション



特集

NICUからのリハビリテーション

ハイリスク児の臨床的疫学 平野 慎也

成育環境が将来の疾病リスクに与える影響—DOHaD 学説とは 中野 有也, 他

NICU における理学療法の役割 守岡 義紀, 他

NICU における作業療法の役割 行 功一郎, 他

NICU におけるこころのケア—心理士の視点から 池田 夏葉

NICU におけるファミリーセンタードケア 豊島 勝昭

ハイリスク児のフォローアップ 石井 のぞみ



実践講座 パラスポーツの魅力を伝えるには?④ 掲載!

医学書院

寄稿

小児緩和ケア診療加算の新設から考える こどもたちに緩和ケアを届けるために大切なこと

余谷 暢之 国立成育医療研究センター総合診療部緩和ケア科 診療部長

小児医療の発展とともに、これまで根治が難しかった疾患に対する治療の選択肢が増えていきます。それに伴い、慢性的に医療を必要としながら生活することが増加しました。例えば、2021年時点で在宅医療的ケア児の数は2万180人であり、これは15年前の2倍近くに当たります。中でも人工呼吸を必要とするこどもの数は5214人に上り、これは15年前と比べて約10倍に相当します。こうした変化を背景に、穏やかに過ごすことを支える緩和ケアの役割は、小児医療の中でますます大きくなってきています。

小児緩和ケア診療加算の新設

そういった社会状況の中で、令和6年度の診療報酬改定では小児緩和ケア診療加算が新設されました。その算定基準をまとめています(表)。加算のポイントは以下です。

1つ目は、緩和ケアチームは「小児科経験を有する医師及び看護師を含む」ものとされたことです。わが国の緩和ケアチームの多くは成人を対象としているため、小児患者の診療はややハードルが高いかもかもしれません。そのハードルを少しでも下げられるように、日本緩和医療学会は2021年に『緩和ケアチームが小児患者にかかわるためのハンドブック』を作成しました。その中には、小児領域の文化ともいうべき特殊性や、こどもへのかかわり方における工夫などが記載されています。こうした活動のおかげか、小児がん患者に対する緩和ケアチームの介入件数はここ数年で1.5倍に増加しており(図)、小児領域特有の文化を知ることが介入のハードルを下げている可能性が示唆されています。今回の小児緩和ケア診療加算の中で求められている「小児科経験を有する医師及び看護師」がチームに加わることは小児領域

●表 令和6年度診療報酬改定で新設された小児緩和ケア診療加算の概要(筆者抜粋)

小児緩和ケア診療加算(1日につき)700点
[算定要件]: 届出医療機関(小児科経験を有する医師及び看護師を含む緩和ケアチーム設置)において、緩和ケアを要する15歳未満の小児患者に対して、必要な診療を行った場合に算定可。
◇小児緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の15歳未満の小児患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者又は家族等の同意に基づき、症状緩和に係るチーム(以下「小児緩和ケアチーム」という。)による診療が行われた場合に算定する。
◇末期心不全の患者とは、以下のアとイの基準及びウからオまでのいずれかの基準に該当するものをいう。
ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
ウ 左室駆出率が20%以下であること。
エ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
オ ウ又はエに掲げる状態に準ずる場合であること。
◇小児緩和ケアチームは、必要に応じて家族等に対してもケアを行うこと。

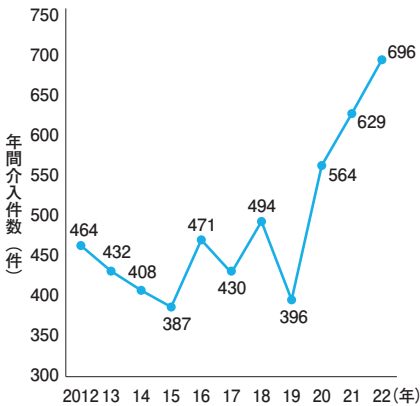
特有の文化の理解につながり、今後ますます介入がしやすくなるのではないかと期待しています。

2つ目は、末期心不全に関する基準の明記です。これまでは緩和ケア診療加算の中に小児患者も含まれていたことで、小児特有の疾患に対して加算が算定できないジレンマがありました。末期心不全も2018年に緩和ケア診療加算の対象疾患となりましたが、その基準は成人の心不全を想定して作られていたため、先天性心疾患がほとんどである小児患者は適応にならないことが多いのが実態でした。今回の改定では、小児緩和ケア診療加算の中の末期心不全の基準は成人の基準と異なるものとなっており、小児の先天性心疾患患者でも一部の患者に対しては算定ができるようになっていきます。

そして3つ目は、「家族へのケアを行った場合の評価」にも加算が適用されることです。こどもと家族は1つのユニットであり、家族支援も重要です。これらの点を確認するだけでも、成

●よたに・のぶゆき氏

2004年大阪市大医学部卒。初期臨床研修修了後、06年から国立成育医療センター(当時)で小児科専門研修を行い、その後スタッフとして救急、総合診療に従事。14年より神戸大病院の緩和ケアチームにて成人の緩和ケア診療に携わる。同年大阪市大大学院博士課程修了(公衆衛生学)。17年より現職。著書に『小児緩和ケア——こどもたちに緩和ケアを届けるために大切にしたいこと』(医学書院)。



●図 小児がん患者に対する緩和ケアチームの介入件数(日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録結果をもとに作成)

赤ちゃんも同じなのではないか。そう思ってこどもと向き合うと、苦悶の表情を時折浮かべる様子をとらえることができました。また、思春期前のこどもは行動や感情のコントロールをつかさどる前頭前野の発達が十分でないため、痛みが強いと理性的に対応できず、訴えが激しくなる場合があります。状況にそぐわないほど激しく痛みを訴えていると、どうしても精神的な要素が大きいのではと考えがちですが、基本に立ち返り画像所見や診察所見から原因を考えて痛みを評価することで、そこにある痛みの原因に気づくことができました。そうした経験から、緩和ケアの専門家が小児医療チームと協働することが今後増えていくことで、新しい気づき生まれ、それがこどもたちの「よく生きる」を支えることにつながるのではないかと期待しています。

*

かつて小児緩和ケアの対象の多くはがんをもつこどもたちでしたが、現在欧米では、小児緩和ケアチームがかかわる対象疾患のうち、がんは2割程度と報告されています¹⁾。今回、小児緩和ケア診療加算が成人の加算と別建てで設定されたことで、染色体異常や神経疾患など緩和ケアニーズの高い小児特有の疾患に対する加算についても、今後の診療報酬改定で検討するための基盤ができたといえます。今回の改定を契機に、こどもたちに緩和ケアが届けられる機会が増えることを願っています。

●参考文献・URL

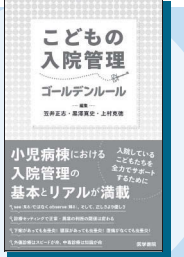
1) Pediatrics. 2011 [PMID : 21555495]

小児病棟における入院管理の基本とリアル。こどもたちを全力でサポートするために

こどもの入院管理ゴールデンルール

小児病棟の入院管理に必要な知識を簡潔にまとめました。「see(見る)」ではなくobserve(観る)。そして、正しさより優しさ「診療セッティングで正常・異常の判断の閾値は変わる」「No assessment, no test」「下痢があっても虫垂炎! 膿尿があっても虫垂炎! 腹痛がなくても虫垂炎!」「外傷診療はスピードが命、中毒診療は知識が命」など、実践に裏打ちされたゴールデンルールが満載です。

編集 笠井正志
黒澤寛史
上村克徳

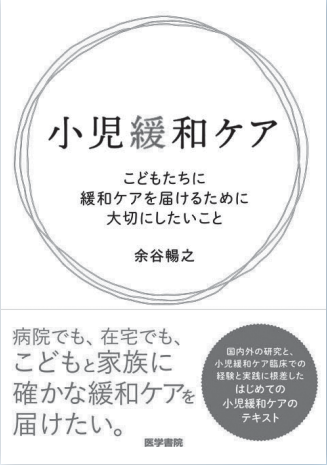


内外の研究に根差した、はじめての小児緩和ケアのテキスト

小児緩和ケア 余谷 暢之

こどもたちに緩和ケアを届けるために大切にしたいこと

緩和ケアを必要とするこどもは、病院でも、在宅でも、確実に増えています。生命の危機に直面する疾患を持つこども、痛みや呼吸困難などつらい症状を抱えるこども、そしてその家族には、確かな緩和ケアが必要です。症状緩和のための知識と技術、意思決定支援の考えかた、疾患ごとの緩和ケアの進めかたを国内外の研究を踏まえてまとめた、はじめての小児緩和ケアのテキスト。経験則を超えて、小児緩和ケアの専門性を高めるために。



書籍の詳細はこちら



- Chapter I 小児緩和ケアの考えかた
Chapter II 症状緩和
Chapter III 意思決定支援
Chapter IV 疾患・部門ごとの緩和ケアの特徴

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 4 回 多職種チームで患者・家族に上手に説明したい

執筆 荒神 裕之 山梨大学大学院総合研究部医学域医療安全学講座 教授



指導医

緊急入院した患者さんの維持透析治療の説明、どうだった？

それがやはり拒否されてしまって……。1 時間以上、患者さんに血液透析の必要性や中止のリスクを説明したのですが理解してもらえませんでした。



研修医



指導医

患者さんに説明する際、ご家族や看護師さんに同席してもらったかな？

ご家族は都合がつかなくて、看護師さんも別の入院対応で忙しいそうだったので、患者さんと先輩の専攻医と 3 人で個室に移動してお話しました。



研修医

行ったり来たりで 統合的な理解をめざす

インフォームド・コンセント（IC）は「医療者から治療方針についてリスクと利益に関する十分な説明を受けた上で患者が同意するプロセス」^{1,2)}です。医学的適応性、医術の正当性ととともに医療行為を適法化する要件の 1 つであり³⁾、患者の同意が得られない、あるいは拒否を受けた医療行為は、原則として行うことができません。同意の撤回も自己決定の 1 つです。例えば、患者の同意の下で行われていた血液透析を患者が新たに拒否した場合、実施を見合わせる（註 1）ことになります。全国規模の調査⁵⁾では、47.1% の透析施設に透析を見合わせた経験があり、見合わせた患者の 89.7% が高齢者、46.1% が認知症患者でした。一方で、透析を見合わせた患者の 7.5% が透析を開始、あるいは再開したことが明らかになっています。また、意思決定プロセスの提言⁶⁾に準拠しない透析の見合わせが 23.4% を占め、人生の最終段階ではない患者本人の強い意思と家族等の同意による見合わせにより、医療チーム（註 2）が難しい判断を迫られ苦悩している現状が示されています⁵⁾。こうした意思決定プロセスで特に重要なのが、患者との共同意思決定（SDM）です。SDM は多様な側面がある概念ですが⁸⁾、医学情報と患者の価値観、選好に基づき、医療者と患者が協働して、患者にとって最善の決定を下すに至るコミュニケーションのプロセス⁹⁾を意味しています。医師が良いと考える医療を患者が受け入れなかった今回の事例のように、SDM の実践には困難がつきものです。医師と患者が共に「病気」に向かい合っている、医学的な「疾病」として診る医師と「病いの経験」をしている患者の間には、大きな認識の隔たりがあるからです。また両者の健康観は、健康をめざして制限止むなしと考える

医師と、極力制限を受けずに健康になりたいと望む患者との間で真逆の方向にあります。この両者が統合的な理解に至るには、図 1¹⁰⁾に示す通り、行ったり来たりの模索のプロセスが欠かせません。

レジデントが個々人で できる患者安全対策

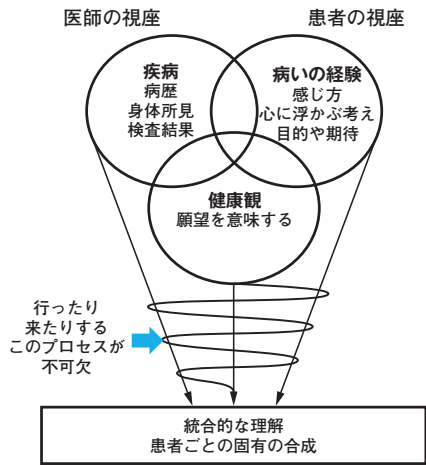
● 冒頭の会話を分析する

冒頭に提示した専攻医と研修医は、統合的な理解に至るまでの行ったり来たりの模索の中で、透析を拒否する患者に対して透析の必要性を熱弁し、透析再開の説得に傾倒してしまいました。1 時間以上、医師 2 人がかりで説明を続けた結果、「透析をすべき/したくない」という白か黒かの真っ向対立（白黒対立）の悪循環に陥ってしまい、かえって患者の頑なな態度を強化した可能性があります。仮に、患者の透析拒否の訴えの背後にある患者の欲求（潜在的な欲求）に関心を向けられていれば、白黒対立が和らぎ、新たな問題解消の道筋（第 3 の道）を創出できていた可能性があります。

● 患者と家族と医療者が同じ方向を向くための努力を

患者との間で白黒対立が生じたと感じたら、まずは一呼吸おいて、相手が「なぜ」そのように考えたのか、潜在的な欲求に関心を向けてみましょう。この際に重要なのは、患者の考えや想いを受け止めるために医師としての自分の考えをいったん、棚上げすることです。自分の考えに固執してしまうと相手の考えを受け止めて理解する余裕が失われてしまいます。

次に、患者の考えや想いを尋ねてみましょう。このとき、「なぜ透析を拒否するのか」のように直接的に理由を尋ねると、尋ねられた患者の側が自分と異なる考えを持つ医師から責められたように感じる場合があります。そこで、「何が透析を受けない判断に影響していますか」のように、Why でなく What で、



● 図 1 疾病、病いの経験、健康観の統合的理解のためのプロセス（文献 10 をもとに作成）

かつ直接的でなく間接的に尋ねることで患者側にも考える余裕が生まれ、自らの考えを答えやすくなります。患者に尋ねる役割を他の職種と分担することもある有益な方法です。白黒対立が生じている当事者同士の対話では、中間的な第三者を介すると当事者の理解が深まるきっかけを得られます¹¹⁾。代表的な職種は看護師です。患者が医師である私には語らなかったことを病棟看護師から伝え聞く経験もままあります。入院生活で患者との距離感も近い看護師をチームの一員に迎えることは問題解消への近道でしょう。他方、患者の療養に家族の理解や協力は不可欠ですが、適度な距離感が必要です。家族の考えや想いが先走り、患者の考えや想いを抑圧してしまうことがあるからです。家族の理解を得るための努力は重ねつつ、患者と家族と医療者が、患者の価値観や関心事、問題・課題を中心に据えて同じ方向を向くことが求められます（図 2）。最後に、白でも黒でもない第 3 の道の創出（co-creation）の試みです。ここまでのプロセスの中で、相互の対話を通じた認知の変容が各当事者に生じます。つまり医師の側で「透析拒否患者」というレッテルが薄らぎ、説得という姿勢を手放す（letting go）¹²⁾ことができてはじめて、患者の潜在的な欲求や願望の理解を基盤にした問題解消方策の模索につながっていきます。



研修医のその後

研修医は、看護師に同席を依頼して患者の考えや想いを改めて尋ねてみました。患者は、緊急入院後に硬いベッドで過ごしていたこと、夜間も断続的に鳴り響くアラーム音で何度も中途覚醒していたこと、嗜好に合わない病院食のこと、COVID-19 対策の面会禁止で話し相手がおらず孤独を感じていたことなど、入院療養にまつわるさまざまな苦痛を抱えていました。研修医は、これらの話を踏まえた上で、家族と看護師にも参加してもらい、専攻医と共に透析見合わせについての話し合いの場を患者と設けました。その結果、かかりつけの透析クリニックに一度戻っ



● 図 2 患者や家族も含めた多職種チームで取り組む SDM

て透析を再開した上で、今後の治療方針を改めて相談することになりました。



覚えておこう！

- 医療者と患者では「病気」や「健康観」の認識に大きな隔りがあることから、統合的な理解のために行ったり来たりのプロセスが欠かせない。
- 患者の考えや想いは Why でなく What で、かつ直接的でなく間接的に尋ねる。
- IC を医師だけで抱え込まず、患者や家族も含めた多職種チームで取り組む SDM の視点を持つ。

註 1：透析中止の判断ではなく、透析を一時的に実施せずに、病状の変化によっては透析を開始する、または再開する意味がある用語⁴⁾。
註 2：「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」⁷⁾では、「人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである」と示されている。

● 参考文献・URL

- 1) WHO. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1 : final technical report January 2009. 2010. <https://x.gd/uuXs2>
- 2) 日本医療安全学会/医療の質・安全学会合同用語編纂委員会. 医療安全用語集 第 1 版. 2023. <https://x.gd/IYeyY>
- 3) 甲斐克則. 医事刑法への旅 I 新版. 成文堂. 2006 ; 32-9.
- 4) 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言作成委員会. 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 日透析医会誌. 2020 ; 53 (4) : 173-217.
- 5) 岡田一義. 日本透析医学会「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」その後の実態調査. 日透析医会誌. 2019 ; 34 (1) : 110-6.
- 6) 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ. 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 日透析医会誌. 2014 ; 47 (5) : 269-85.
- 7) 厚労省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2018.
- 8) 石川ひろの. Shared Decision Making の可能性と課題——がん医療における患者・医療者の新たなコミュニケーション. 医療と社会. 2020 ; 30 (1) : 77-89.
- 9) 小松康宏. 共同意思決定（SDM）の具体的な実践方法. Animus. 2022 ; 27 (4) : 10-15.
- 10) Stewart M, et al. Patient-Centered Medicine : Transforming the Clinical Method, 3rd ed. CRC Press. 2013.
- 11) PLoS One. 2021 [PMID : 33566830]
- 12) 中土井僚. 人と組織の問題を劇的に解決する U 理論入門. PHP 研究所. 2014 ; 215-16.

医療者が知っておきたい法知識をわかりやすく解説した好評テキストの改訂版。

医療法学入門 第3版

医療者が知っておきたい法知識を、医師と弁護士両方の資格をもつ著者らが豊富な事例をもとに説き起こす。今回の改訂では、第2版刊行以降の法制度の改正を反映して、記載を見直し、収載事例の差し替えを行った。また、近年、注目を集めている「医師の働き方改革」にも言及した。訴訟が身近になったいま、自信を持って医療を提供するために必読の1冊。

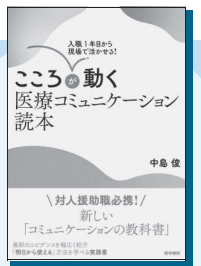
大磯義一郎
大滝恭弘
荒神裕之

対人援助職必携！ 全く新しい「エビデンスで身に付けるコミュニケーション読本」

入職1年目から現場で活かせる！ こころが動く医療コミュニケーション読本

「週刊医学界新聞」の人気連載に大幅加筆、書き下ろしを加えて書籍化。新進気鋭の研究者である著者ならではの視点で、最新の研究内容やホットトピックを豊富に盛り込み、21のテーマを通じて「こころが動く」方法論をプラクティカルに体得できる実践書。入職1年目からベテランまで、全ての対人援助職が現場で活かせる内容となっている。これからの医療コミュニケーションは「経験則」ではなく、「エビデンス」で身に付ける！

中島 俊



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 1 回

患者に安全な医療を提供するうえで、身体は資本！

執筆 関 恵子 滋賀県立大学人間看護学部 講師



ほとんどの看護・介護従事者が経験する腰痛問題は、医療安全・職防止の観点からも深刻な問題であり、以前より労働衛生上の課題と言われています。臨床現場では鎮痛薬の服用やコルセットの着用で腰痛に耐えながら患者さんのケアを最優先している方も多くいます¹⁾。しかし、腰痛を予防する方法はいまだ確立されていません。筆者は、腰痛予防だけでなく症状緩和の手法を確立することも急務であると考え、看護師、助産師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の資格を有していることを生かして、腰痛に苦しむ看護従事者の声を聞き、腰痛予防・緩和ケアの研究をしています。

本連載では、看護師の腰痛問題の現状と、腰痛予防・改善に向けたこれまでの取り組みや、臨床現場で明日から実践できる腰痛予防・緩和ケアについてご紹介します。

増加の一途をたどる看護・介護従事者の腰痛発生件数

厚労省が調査した「令和 4 年業務上疾病発生状況」²⁾によると、4 日以上 の休業を要した業務上の負傷に起因する疾病発生件数は延べ 7081 件、うち腰痛の発生件数は 5959 件と全体の 84.2% を占めており、腰痛はわが国の主要な職業病と言えます。

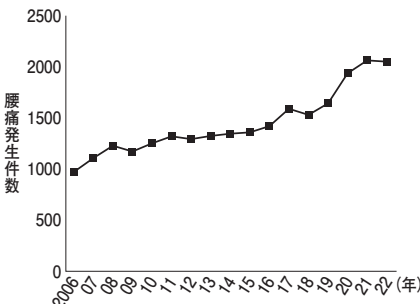
業種にかかわらず仕事による腰痛を防ぐため、1994 年に「職場における腰痛予防対策指針」が制定され、腰痛の原因となる重量物を取り扱う事業場などに対して啓発や指導が始まりました。腰痛発生件数が多かった製造業を中心とした有痛発生件数は減少傾向にあるなか、医療施設や社会福祉施設といった保健衛生業では、入院患者の高齢化が進み、その介助度の高さも相まって増加の一途をたどっています (図)²⁾。

腰痛は心身の健康を害するだけでなく、腰痛により動作制限が生じうること、看護・介護援助時間の延長や痛みに耐えながら援助を実施することに

つながり、看護・介護の質の低下を招くことが研究により明らかにされています³⁾。

求められる社会・組織的な腰痛予防対策

筆者は看護従事者の腰痛予防・緩和に向けた今後の看護研究課題の明確化および看護実践への示唆を得るために、過去 20 年間 (1999～2019 年) に発表された 90 本の論文の検討を行いました¹⁾。看護従事者が行っている腰痛緩



●図 保健衛生業における業務上腰痛発生件数の年次推移 (文献 2 より)

腰痛リハの定番書、待望の改訂第 2 版

非特異的腰痛の運動療法

【Web 動画付】

病態をフローチャートで鑑別できる 第 2 版

荒木 秀明

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

今なぜ腰痛が問題なのか？／腰痛を理解する一構造・機能と病期の関係／腰痛をみわけの一診断的トリアージ／非特異的腰痛を評価する一理学療法アプローチ／多裂筋・腹横筋の運動療法とホームエクササイズ／胸腰筋膜の運動療法とホームエクササイズ／大腰筋の運動療法とホームエクササイズ／非特異的腰痛の治療理論の変遷とシステムティック・レビュー



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

詳細はこちら



医学書院

和ケアは、ボディメカニクスの活用と生活の工夫が大半を占めており、次いで何もしない、薬物治療、コルセットや腰痛ベルトの着用が報告されています。腰痛ゼロに向けては、こうした個人レベルの取り組みだけでなく、社会・組織的な腰痛予防・緩和ケアも求められます。介護分野では令和 3 年度介護報酬改定による介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の算定要件の一つである「職場環境等要件」に基づく取り組みとして、「介護職員の身体負担軽減のための介護技術の修得支援、介護ロボットやリフト等の介護機器等導入及び研修等による腰痛対策の実施」が設けられ、組織単位での腰痛予防対策が推進されています⁴⁾。看護分野でも同様に社会的な後押しが期待されます。

また、病院組織で取り組むべき対策として、「職場における腰痛予防対策指針」が 2013 年に全面改訂され⁵⁾、患者の移乗介助時の負担軽減につながる福祉機器や用具の導入、全国各地での腰痛予防対策講習会の実施などが推進されました。しかし、組織的な腰痛予防対策に関する取り組みを行っている病院は 38.1% であり、具体的な取り組みは、腰痛予防教育・研修が 62.8% で、作業標準 (動作、姿勢、手順、時間等) に関して策定されている標準的な作業内容) の策定を行っている病院は 10.4% と少なく、病院単位での具体的な対策が求められています^{1, 6)}。本連載では今後、「職場ですぐに導入できる腰部負担計測器の開発とその効果」「病棟看護管理者に求められる腰痛のある看護師のマネジメントのあり方」についてもご紹介していきます。

腰痛の原因に基づいた効果的なセルフケアを

看護・介護従事者の腰痛の要因としては、①動作要因、②環境要因、③個人的要因、④心理・社会的要因があり、単独の要因で腰痛が発生することはまれで、いくつかの要因が複合的に関与していると言われています⁷⁾。看護・介護従事者が日々行う移乗、清拭、おむつ交換、排泄介助といった生活援助場面で頻回に発生する人力による人の抱上げ作業、長時間の静的作業姿勢 (姿勢拘束)、不自然な姿勢、急激又は不用意な動作は、①動作要因に該当し、腰部の筋肉や骨格部分への負担から腰



●写真 腰部の筋肉や骨格部分へ負担がかかり、腰痛の原因となる看護ケア動作の例

痛発生の大きな原因となっています (写真)。

◇体幹の柔軟性を向上させる

腰部の筋肉や骨格部分への負担軽減に向けて、体幹の柔軟性向上は有効です。体幹の柔軟性を向上させることで腰背部の筋緊張を緩和させ、車椅子やトイレ介助等での急激な腰背部の筋緊張により生じる急性腰痛の予防につながります。ストレッチを中心とした腰痛予防体操は体幹の柔軟性を向上させると報告されており⁸⁾ 勤務開始前、昼休憩後、勤務終了後の短時間で実施可能、かつ低コストで職場導入しやすいことから、看護・介護現場でも注目されています。

◇腰痛予防・緩和のための看護マッサージ確立に向けて

筆者はあん摩マッサージ指圧の基礎理論より、看護師の腰痛緩和セルフケアとしてマッサージは非常に効果が期待されると考えており、筋肉を揉みほぐし筋組織の循環促進効果が得られる“あん摩の揉捏法”に着目した、看護師が自ら実践可能なマッサージ方法の検討とその効果に関する基礎的研究を行っています。

今後、本連載では腰痛の原因となる腰部筋疲労を翌日に持ち越さず、腰痛が起きにくい身体づくりに役立つセルフケアとして、病院や自宅で明日から実施できる手軽なマッサージやお灸を使用した養生法もご紹介します。

●参考文献・URL

- 1) 関恵子. 他. 看護師の腰痛に関する文献検討と腰痛予防・改善に向けた今後の課題. 日本看護研究学会雑誌. 2023; 46(1): 99-114. <https://bit.ly/45nW8yY>
- 2) 厚労省. 業務上疾病発生状況等調査. <https://bit.ly/3XtUqKP>
- 3) J Occup Health. 2019 [PMID: 30953383]
- 4) 厚労省. 「職場における腰痛予防対策指針」を参考に介護職員の腰痛対策に取り組みましょう. 2021. <https://bit.ly/4ciY3qS>
- 5) 厚労省. 職場における腰痛予防対策指針. 2013. <https://bit.ly/3xclxPK>
- 6) 日本看護協会. 腰痛予防対策について. <https://bit.ly/3yUWv8d>
- 7) 厚労省. 医療保健業の労働災害防止 (看護従事者の腰痛予防対策). 2014. <https://bit.ly/3XjNlft>
- 8) 小林たつ子. 他. 看護職の腰痛予防のための体操を勤務時間内に取り入れた成果の検討. 山梨県立大学看護学部紀要. 2012; 14: 21-32.

●せき・けいこ氏

看護師・助産師資格を取得後、京都仏眼鍼灸理療専門学校に進学し、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の資格を取得する。滋賀県内の病院で勤務後、滋賀県立大学大学院人間看護学研究科修士課程に進学し 2013 年修了。修士 (看護学)。同大人間看護学部助手などを経て 19 年より現職。病院に看護・介護従事者の腰痛予防・緩和のためのメンテナンスルームを作ることめざし、腰痛予防・緩和ケアの効果検証を行っている。



慢性痛のメカニズムを解き明かす。国際的潮流を踏まえた最新版

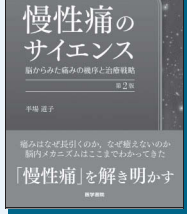
慢性痛のサイエンス

第 2 版

脳からみた痛みの機序と治療戦略

「痛みの定義」の改訂、Nociplastic Pain (「痛覚変調性疼痛」) の定義といった、国際的な潮流を反映して全面改訂。慢性痛のメカニズムを脳科学的視点から丁寧に解き明かす。第 7 章「神経変性疾患と慢性炎症」では慢性痛を訴える難病患者の脳を、また新規 8 章「腸脳連関」では腸が脳に与える影響といった、慢性痛のミッシングピースを大胆に考察して大幅加筆。慢性痛患者に携わるすべての医療者必読の書。

半場道子



A5 頁 296 2023 年 定価：3,960 円 [本体 3,600 円 + 税 10%] [ISBN978-4-260-05076-0]

医学書院

めざせ「ソーシャルナース」!

社会的入院を 看護する

石上 雄一郎

飯塚病院連携医療・緩和ケア科

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

第 15 回

怒っている患者にどう対応するか？ ①医療者自身の怒りのマネジメント



子宮がんステージⅣの75歳女性。痛み自体は気にされていないが、「今後どうなっていくのか?」という不安をとて強く抱かれている。本人は家に帰りたいと希望されているものの、娘さんは仕事をしているため在宅医療に対する抵抗があり、入院が続いていた。女性は娘さんによく電話をしていた。あるとき娘さんが病棟へやって来て「『痛みも取ってくれないし、病院は何もしてくれない』と母が言っていた」と看護師に怒りをぶつけた。さらに「先日病院へ行ったときも、持ち込みの備品が全然減っていなかった。もっとケアをちゃんとしてほしい」と言われ、看護師はやり場のない怒りを感じていた。

このようなケースだと、それを言うのなら「自分でみられたらどうですか?」と怒りたくなるかもしれない。怒っている患者を見たら、医療者は“自分に非はない”とつい防御的になる。しかし、怒っている相手に対して言い訳をしたり、事細かく事実関係を釈明したりすることは逆効果だ。相手が怒っている時は、どちらに非があるかの判断はせず、まずは相手と自らのイライラをなだめることが必要となる。

第9回(本紙第3550号)で紹介したように意見の対立をひもとく3ステップは、まず自分の感情に向き合うことから始まる。医療者がイライラし、自分の感情にとらわれている段階では、好奇心を持って「なぜそう思うのか?」と聞くことができないからである。今回は医療者が怒りとうまく付き合う方法について共有する。

怒りは二次感情

医療者は自分の感情に反応しないようトレーニングされているものの、医療者も人間であり、怒りの感情を抱くのは当然のことである。苦手な患者は誰にでもいる。「怒り」は危険に晒された時に大事なものを守るための自然な感情と言われている。

医療現場で生じる怒りの原因はさまざまである。感情、状況(睡眠不足、空腹、疲れ)、疾患(せん妄、認知症)、パーソナリティなどが複合した結果、二次感情として怒りが発生する¹⁾。

アンガーマネジメントのスキルを身につける

アンガーマネジメントは1970年代

に米国で生まれた「怒りで後悔しない」ためのスキルである。怒らないことが目標ではない。怒るべきことには上手に怒り、「まあ許せる」程度の怒る必要のないことに怒らないようにするスキルである²⁾。なぜ医療者がそこまで考えなければいけないのかと考える人もいるだろう。患者の対応だけでなく、医療者の教育においても「感情をぶつけるのは教育とは言わない」と語られることもある³⁾。怒りの感情を表に出すと損をする。怒る人は嫌われて人が寄ってこなくなり、孤立して疲弊していく。感情をうまく扱うことができたほうが長い目で見て也得をすると筆者は考える。

1) 生理的欲求をまずは満たす

イライラした時にはまず生理的な欲求を満たしてもらいたい。睡眠不足であれば15~20分程度の短時間の昼寝(パワーナップ)をとる⁴⁾。空腹時は何かを食べて、トイレを我慢することはない。生理的欲求が満たされるだけで、怒りが落ち着くこともある。

2) 医療者自らの“べき”思考に気づく

思考のコントロールと行動のコントロールは普段からの心構えとしてとても重要だ。「〇〇すべき」「××するのが当たり前だ」という言葉は自分の願望や理想であり、その理想と現実とのギャップで怒りが生まれる。例えば、「本人の価値観を優先すべき!最期は家族が見るのが当たり前」という言葉は、患者家族の多様性を許容できていない。「べき」という言葉は自分の価値観が入っているかもしれないので注意しよう。「まあ許せる」と寛容になれる幅を広げることで働きやすくなる。

3) コントロールできないことは手放す

医療者ができる行動としては「コン

① 怒りは二次感情

→怒りで後悔しない

② アンガーマネジメントのスキルを身につける

→まずは生理的欲求を満たすことで怒りを落ち着かせる
→医療者自らが無意識に行っている“べき”思考に気づく
→コントロールできないことは手放す
→医療者自身が健全な境界線を養う

③ 目の前で患者や家族が怒った場合

→6秒数えて待つ。反射で思ったことをすぐに言わない
→タイムアウトして、いったんその場から離れる
→深呼吸して落ち着きを取り戻す

●図 医療者自身の怒りのマネジメントにおけるポイント

「コントロールできないことは手放す」ことである。医療者が患者とその家族に対して責任感を持つことは素晴らしいが、一方で家族の歴史や経済的な部分は解決できない問題も多い。そのような時には「ベストを尽くした。見捨てることはなく、また話ができるチャンスが来たときに考える」という姿勢でいたい。

4) 健全な境界線を養う

医療者自身が健全な境界線を養い、ラインオーバーしないこと。相手が自らのラインを超えた時に気付けることは医療者を続けるためにも重要だ。

目の前で患者や家族が怒った場合

とっさの怒りに対するコントロール法はいくつか引き出しがあると良い。

1) 思ったことをすぐに言わない

怒りの感情のピークは6秒と言われている。前頭葉の理性が働くまでに6秒かかるため、反射で思ったことをすぐに言わないことは重要だ。その間に、頭の中で数字を数えることで怒りにフォーカスしないこともできる。

2) タイムアウトする

タイムアウトをとり、いったんその場から離れることでクールダウンするのも1つの手段である。逃げるのか?と思うかもしれないが、戦うことよりはるかにましである。

・なるほど。そのように思われるのも当然だと思います。いったん、その時の状況を確認いたします。少しお待ちください。
・とても大事なことなので、メモをとってきます。少しお待ちください。

3) 深呼吸する

タイムアウトした後は、深呼吸をする。1回息を吸って吐くまでの間、呼吸に意識を集中させることで、副交感神経が優位になり落ち着きを取り戻す方法である。GoogleのSerach Inside Yourselfを開発したChade-Meng Tanは10秒間の深呼吸だけでもリラックスと活力を同時に得ることができると述べている⁵⁾。また手を洗う行為もクールダウンになり、身体感覚に意識を向けられる有効な手段である。

今回は患者とその家族に怒りに対する医療者自身のマネジメントについて

述べた。今回は実際に怒っている患者と向き合うポイントについて共有する。

CASE のその後

娘さんから怒りをぶつけられ、看護師もまた自身の怒りに気づいた。反射的に釈明をしないように努めた。ケアの内容を責められているのではなく、今の状況で娘さんが何もできないことに対する悲しみの二次感情として怒りを感じ医療者につけているのだろうと解釈した。「申し訳ありません。そうしたことを言われていたのですね。娘さんもしんどかったと思います。お母さまの痛みの状況について、過去のカルテをすぐに確認しますので少しお待ちください」と伝えいったんタイムアウトした。その間に深呼吸して落ち着きを取り戻し、上司に報告を行った。

看護のPOINT

- 怒っている相手に対して言い訳をしたり、事細かく釈明したりすることは逆効果である。感情を鎮めることを優先しよう。
- 生理的欲求をまずは満たす、自らの“べき”思考に気づく、コントロールできないことは手放すなどアンガーマネジメントのスキルを身につける。
- 怒りをコントロールする引き出しを持っておく。

●参考文献・URL

- 1) Rebekah WC. Dealing With the Angry Dying Patient. 2019. <https://bit.ly/3VKR30G>
- 2) 安藤俊介. 図解アンガーマネジメント入門「怒り」が消える心のトレーニング. デイスクヴァー・トゥエンティワン; 2018.
- 3) 寺澤秀一. 寺澤流アンガーマネジメント御法度. 日本医事新報社(編). 医師のためのアンガーマネジメント. 日本医事新報社; 2019. pp128-30.
- 4) 谷明洋. 睡眠学者・柳沢正史が教える「よりよい睡眠のための12箇条」. <https://www.suimin.co.jp/column/MY12>
- 5) チャディー・メン・タン, 他. サーチ・インサイド・ユアセルフ——仕事と人生を飛躍させるグーグルのマインドフルネス実践法. 英治出版; 2016.

精神科の病気を理解したいすべての人へ

そうだったのか! 精神科の病気

その人には何が起きていて、どうケアすると助けになるのか

精神科における主要な9つの疾患(統合失調症、うつ病、双極症、依存症、パーソナリティ症、発達障害、認知症、強迫症、不安症)の核心を、看護の立場でズバリ解説。どういったかわかりが相手を助けるのが、根拠とともに理解できる。精神疾患を持つ人を支えるあらゆる立場の人が押さえておきたい1冊!

中村 創



ディケアで40年以上にわたり精神疾患リハビリテーションに取り組んできた著者が、心理社会的プログラムをどのように実践すればよいかを丁寧に解説する。さまざまなプログラムを「対人交流・課題達成」「身体活動・言語」の軸で分類・整理し、その使い方を伝授。急性期病棟、慢性期病棟、外来、ディケアなど場面別での使い分けについても詳しく手ほどき。これから始める人も、現場で困っている人も誰が読んでも気づきがある1冊。

池淵恵美



看護のアジェンダ

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235回〉

「関心領域」の無関心

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

自然に囲まれた穏やかな場所、鳥はさえずり、夫婦と子どもたちが川遊びをして、休日を過ごしている。

翌朝、家族は庭で父にサプライズの誕生日プレゼントを披露する。3人乗りのボートだ。今日も空は青く、子どもたちは学校へ、父は仕事に出かけて行く。

母は家で女たちと服の山から自分が選んだ服について談笑する。同じ頃、父は家に客を招き、仕事について打ち合わせる。彼らがめざすのは、二つの焼却炉を稼働させ、効率よく“荷”を焼却することだ。

父の誕生日を祝うため、軍服を着た男たちが邸宅に集まってきた。彼らは司令官に仕えることを光栄だと言い、固い握手を交わす。

陽が落ち、今日も一日が終わろうとしている。子どもたちはベッドに入り、誰のものかわからない歯で遊んでいる。寝室では夫婦が語り合い笑い声が絶えない。

壁一枚で隔てられた二つの世界

彼らの家の庭には壁があり、その向こうには同じ建物が規則正しく並んでいる。穏やかに時間が過ぎていく邸宅の壁の向こうに並ぶ建物からは煙が上がり、時おり銃声と叫び声が聞こえる。しかしそれらの音に誰も関心を示さない。女たちが談笑しながら手にしている服はかつてユダヤ人のものだった。規則正しく並んでいる建物はアウシュビッツ強制収容所である。ルドルフ・ヘス(アウシュビッツ強制収容所所長)は殺戮の効率化に邁進し、その妻ヘートヴィヒは収奪によって得られた衣類を自慢する。昼夜を問わずに聞こえる怒声、叫び声、銃声、そして立ち昇る煙。川を流れる灰を象徴する不協和音と光の明滅は、観客の心をわしづかみにし、かき乱す。

ヘートヴィヒは、自身の母を邸宅に呼び寄せ、庭を案内する。彼女が設計し、植栽し、プールや温室まで設置した楽園のような庭は、健康で幸せな、夢にみた暮らしの象徴であった。

その庭で、ヘスは妻に転属が決まったことを打ち明ける。しかし彼女は怒り、一緒には行かないと宣言し、夫婦の間に亀裂が入る。

それでも日常は続く。壁一枚で隣り合っている二つの世界がある。しかし、収容所内部における残虐行為は、直接的には描写されない。その存在は、反復される光と音の存在と不在、大量に

積みあげられた古びた靴によって印象づけられる。

私たちの“いま”を映し出す

日本で公開された映画『関心領域』は、英語原題『The Zone of Interest』の直訳であり、強制収容所周辺領域を指す当時の用語である。ヘスとその家族らは、明確に認知し加担している虐殺にはまったく「関心」を示さず、終始自分の快適な居場所としての自宅(領域)を気にし続ける。「すなわち虐殺と略奪に自ら参加する行為は紛れもなく凶悪でありながら、彼らの感性と価値観はまるで普通の人間に思える。そして、極限とも言える残虐行為をはたらきながら、“正常な”市民のように振る舞う姿にこそ、彼らの真の悪辣さと、強烈な不快感を感じ取る」と、映画パンフレットで小説家・逢坂冬馬氏は解説している。

ユダヤ系英国人のジョナサン・グレイザー監督は、アカデミー賞授賞式会場でのスピーチでこう述べる。「私たち作り手の選択はすべて、“いま”を映しだし、対峙するためになされました。『あの時彼らが何をしたのかを見る』と言うためではなく、『いま私たちが何をしているのかを見る』と言うためのものです。私たちの映画は人間性の喪失が最悪の結果を生むことを示しています。それは私たちの過去と現在全てをかたちづくってきました」。

「天声人語」(2024.5.29)によると、ヘスは敗戦後に捕まり、絞首刑となった。所長時代の心境を書き残した手記でこう述べる。「ガス室や、火葬に立ち会っていると、しきりに妻や子どもたちのことが思い出されてくるのだが、それが、眼前の光景にどうしても結びつかないのだ」。そして、「天声人語」はこう締めくくる。壁の向こうに関心を持たない。叫びを聞き流す。何も考えない。どれも日常的にやっていた。だが、壁はいつでも崩壊する。「警告された気がする」と。

確かに、われわれの今は、あのような無関心な生活をしているのかもしれない。ガザの子どもたちが血を流して泣き叫んでいても、ウクライナの人々が愛する人を失い慟哭していても、胸のざわつきを封印して、どうしようもないのではないかと自己弁護しながら、自らの日常に戻っている。

視点

現場重視の新たな教育方法となる「出前授業」

大野 由美子 大阪大学医学部附属病院緩和医療センター 副看護師長



昨今、看護師の勤務形態の変化によって業務時間外の勉強会や院外研修会参加の負担に対する懸念の声が高まっている。当院でも各部署で基本的緩和ケアを推進している緩和ケアリンクナースから、勉強会支援へのニーズが高まっていた。このニーズに応える方策として、緩和医療センターでは、看護師たちが現場に出向き、緩和ケアの知識を提供する「出前授業」という取り組みを開始した。

出前授業で大事にしているコンセプトは、「業務時間内の15分間に、テーマと日時は現場の希望に合わせて、3人という少人数から対応する」である。業務時間内の15分間としたことで、受講者は日勤の合間に効率良く学習できる。また、短時間で満足度の高い授業を行う工夫として、テーマに関する代表的な事例をあらかじめ依頼者に挙げてもらうことで事例を通して理解ができるようなコンテンツを作成するほか、依頼者の意図を汲んだ内容になるよう事前に打ち合わせも重ねる。用いるスライドは質を保証できるよう、最新のガイドラインや関連学会の論文を参考に緩和医療センターの3人の看護師で作成している。実施後は、依頼者と受講者に簡単なアンケートを行い、結果を次に生かすようにしている。

当センターでは、出前授業のコンセプトを盛り込んだポップなポスターを作成し(図)、気軽に依頼してもらえよう、緩和ケアリンクナース会と院内の看護関連の会議で周知している。2022年から開始した出前授業は病棟、外来、中央部門の副看護師長や緩和ケアリンクナースからの依頼を受けて、初年度11件、次年度15件が行われた。テーマの多くが現場の困りごとに関するもので、がん疼痛や呼吸困難、口内炎などの症状マネジメント関連、アドバンス・ケア・プランニングやAYA世代のがん患者に対する緩和ケアの重要トピックス、小児やICUの緩和ケア、若年性ALS患者の緩和ケアなど、多様な内容であった。

出前授業の成果として、アンケートでは理解度や有用性において全員から肯定的な評価があり、「気軽に参加できる」「病棟の患者に活かせる」「経験年数やクリニカルラダーに関係なく受



●図 出前授業周知のためのポスター

けることができる」「短時間で終わる」「自分の疑問が解決できる」「知りたいところがピンポイントで聞ける」のいずれかにメリットがあると回答があった。自由回答では、「患者の症状の理解が深まった」「AYA世代患者へのハードルが下がった」「患者に用いようと思った」などがあった。さらに副次的な成果として、部署の困りごとについてスタッフと当センター看護師で対話する機会が得られたと筆者らは振り返っている。

出前授業は、現場の困りごとにより即したテーマ設定かつスタッフの課題に焦点を絞った学習内容を実際の事例を通して学ぶことで、患者ケアへの適応性が高くなると考えられる。また、テーマ設定から内容作成、授業開催までの意見交換を重視したことで、他部署のスタッフとの対話が自然に促進された。患者への実践から学ぶプロセスは、省察を促進する機会ともなり、臨床推論や臨床判断を磨く機会ともなり得ると考えている。

●おおの・ゆみこ氏/1989年阪大医療技術短大(当時)を卒業後、阪大病院に入職。97年臨床を離れ阪大医学部保健学科に編入、2001年大阪府立大大学院看護学研究科(当時)を修了し、阪大病院に復職する。03年がん看護専門看護師の認定を受け、緩和ケアチームの立ち上げに携わる。21年より緩和医療センターで部署を横断したコンサルテーション活動や専門的緩和ケアの提供をしている。修士(看護学)。

看護教員のための
オンライン
プラットフォーム



Nursing
Education
Online

個人版

法人版

詳しくは
Webサイトを
ご覧ください



医学書院

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

書評新刊案内

医学研究のための
因果推論レクチャー

井上 浩輔, 杉山 雄大, 後藤 温 ● 著

A5・頁192
定価:4,400円(本体4,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05375-4

本書の執筆者である井上浩輔先生、杉山雄大先生、後藤温先生の3先生は、人間・人間集団・社会を対象とするパブリックヘルス、ヘルスサービス、疫学分野において、最も目覚ましい活躍をされている気鋭の医学研究者です。本書は、先生方自身の高いレベルでの研究成果に基づき、近年世界的に関心が高まっている因果推論の最前線の知見を入門から専門レベルまで解説された充実の一冊です。

医学における因果推論は、古典的には単一病因説に始まり、多要因病因論から、1964年に米国公衆衛生総監（Surgeon General）によって取りまとめられた「喫煙と健康」報告書の5基準（一致性、強固性、特異性、時間性、整合性）、1965年に英国の統計学者Bradford Hillsによる9視点（関連の強さ、一貫性、特異性、時間的先行性、生物学的勾配、可能性、合理性、実験的証拠、類推）が示され、その後、米国の疫学者Kenneth J. Rothmanがパイモデルを提案しました。近年では、利用可能な大規模データベースの充実と、ランダム化比較試験が困難な状況での観察研究の意義が見直される流れの中で、解析手法の高度化とともに、因果推論の方法論が大きく発展しました。

本書は総論・各論・まとめの全19

評者 中山 健夫
京大大学院教授・公衆衛生学・疫学/
同大病院倫理支援部部長

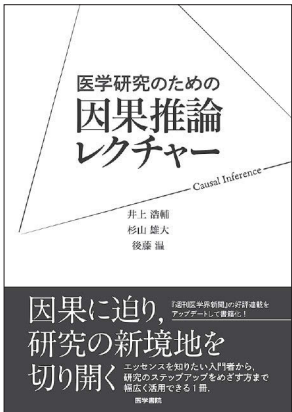
章と、6つの魅力的なコラムからなります。第1章「因果推論で医学研究を身近で素敵なものに!」では次のように述べられ、読者は奥深く、魅力ある因果推論の世界に誘われます。

「因果推論を学ぶことで、科学的な良い研究デザインの想起が可能になり、結果的に研究が『身近』になるのです。さらには、行う研究の質が高く、臨床的な示唆に富み、興味深い『素敵』なものになると期待できます」と記され、次のように観察研究のエビデンスを適切に咀嚼する穏健な姿勢」を会得し、「科学的で節度のある『ふむふむの境地』をめざして、私たちと一緒に因果推論を学んでいきましょう」。

総論におけるDAG（非巡回有向グラフ）の活用と反事実的思考による潜在アウトカムを起点とし、各論では層別解析から多変量回帰モデル、傾向スコア分析、逆確率重み付け、G-computation、効果修飾、異質性、因果媒介分析、バイアス分析、操作変数法、メンデルランダム化、差分の差分法、分割時系列分析、回帰不連続デザイン、中間因子にかかわる一般化フロントドア基準、機械学習の応用など、意欲ある研究者が待ち望んでいた内容が網羅されています。

まとめの第19章「因果推論の理解

奥深く、魅力ある因果推論の
世界へと誘う



看護のための授業づくりガイド[Web付録付]

服部 律子, 任 和子 ● 著

A5・頁152
定価:2,750円(本体2,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05316-7

評者 佐藤 浩章
大阪大学学際大学院機構教授

本書は、看護教員が授業を実施するためのガイドブックである。評者は長らく大学教員の能力開発業務を担当しているが、看護教育分野の実践と研究

新任からベテランまで世代を
超えて役立つガイドブック



の豊かさには感嘆する。看護教員のための授業づくりに関する類書は他にもあるが、本書は中でもユニークな特徴を持っている。新任看護教員が思いつく、授業にかかわる素朴な30の問いにベテラン教員が直接丁寧に答えるような、Q&A形式で構成されている。その問いは、「アクティブ・ラーニングってなんですか?」「筆記試験ってどうやってつくればいいのでしょ

うか?」というような分野を越えて新任教員が抱きそうなものもあれば、「学生同士で演習すると真剣味に欠けるのですが、何かいい方法はありませんか?」「演習の振り返りってどうすればいいのでしょうか?」というような、看護教員がよく遭遇する場面に対応したものもある。

それらの問いに対応する答えは、教育学や心理学の理論やツールに基づくものが多く、その信頼度も高い。ケラーのARCSモデル、ダニング・クルーガー効果などの専門用語や、ループリック、リフレクティブサイクルなどの

ツールも平易に学ぶことができる。一方、本書の随所には著者らの長年の教育実践に裏付けられた記述もあり、有用度も高い。さらにWeb付録（閲覧

するには書籍ごとに発行されているシリアル番号が必要）には、シラバスやコマシラバス（授業計画）、ループリックなどの資料の他、紙面では伝わりにくい、オンライン授業の方法に関する動画資料などが収載されている。

本書の冒頭には、本書が「教員になったばかりのときを振り返り、こんなことが知りたかったな、こんなことを知って

いるとよかったなと思ったことを詰め込んだ」ものであると書かれている。この裏には「最低限このくらいのことは知っておいてね」「知らないと苦労するよ」という先輩看護教員からの愛に溢れたメッセージがある。

もちろん新任看護教員が手元に置いておくには最適な書籍ではあるが、中堅・シニア教員が自らの教育実践を振り返るためのチェックリストとして、あるいは新任教員のメンターをする際のガイドとしても活用できる。世代を超えた多くの看護教員に手にとっていただきたい書籍である。

を深め、人と社会が健康な未来の実現を」では、因果推論がどのように医学研究に貢献し、人々の健康の向上に寄与できるかが語られています。これは、本書が単に理論の紹介だけでなく、どのように社会的課題の解決に役立てていくかを考えて続けたいとする3先生の熱意と真摯さが伝わる内容で、大いに感銘を受けました。

1990年代の終わりに、先生方と同じ米国カリフォルニア大ロサンゼルス校（UCLA）に留学中だった評者は、

刊行されたばかりのRothmanの“Modern Epidemiology”第2版（DAGはまだ記述がありませんでした）に、同書の共編者で『因果推論レクチャー』にも登場するSander Greenland教授からサインと激励のお言葉をいただいたことを懐かしく、うれしく思い出しました。

本書は今日の医学研究者の期待に応え、さらなる高みに導く素晴らしい書籍です。多くの方々が手にされることを願い、推薦いたします。

医学書院

今月の雑誌 特集一覧

各商品の詳細は弊社ウェブサイトをご覧ください▶



公衆衛生 Vol.88 No.8 定価 2,750 円
大規模イベントがやってくる！
安全な開催に向けた備えと
健康な地域社会の構築

medicina Vol.61 No.8 定価 2,970 円
“とりあえずスタチン”から脱却！
動脈硬化性疾患一次予防・最新の
考え方

総合診療 Vol.34 No.7 定価 2,860 円
どうする!? 健診異常
これってホントに異常なの？ どう説明する？

循環器ジャーナル Vol.72 No.3 定価 4,510 円
心房細動
予防・早期発見・治療の進化

胃と腸 Vol.59 No.7 定価 3,520 円
虚血性腸病変を整理する

脳神経外科 Vol.52 No.4 定価 6,490 円
髄膜腫の現在
最新の知識を活かした最善の治療のために

BRAIN and NERVE Vol.76 No.7 定価 3,080 円
ニューロ・パイオイメージング
技術と応用

精神医学 Vol.66 No.7 定価 3,080 円
アディクション
コロナ禍で変わったこと、変わらないこと

臨床外科 Vol.79 No.7 定価 3,080 円
外科医が知っておくべき
肝胆膵腫瘍に対する薬物療法

臨床整形外科 Vol.59 No.7 定価 2,970 円
大規模レジストリーによる
整形外科リアルワールド
エビデンス構築

臨床婦人科産科 Vol.78 No.7 定価 3,080 円
臨床力をグッとUPさせる
「貧血」の知識
鉄代謝の基礎から管理・治療の具体策まで

臨床眼科 Vol.78 No.7 定価 3,190 円
第77回日本臨床眼科学会講演集(5)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.96 No.8 定価 3,080 円
必携！唾液腺診療 虎の巻

臨床泌尿器科 Vol.78 No.8 定価 3,190 円
前立腺肥大症の
トランスフォーメーション
低侵襲的外科治療の台頭

総合リハビリテーション Vol.52 No.7 定価 2,640 円
脳卒中上肢機能の徹底改善

理学療法ジャーナル Vol.58 No.7 定価 2,090 円
視覚障害を併存する対象者の
理学療法を考える

臨床検査 Vol.68 No.8 定価 2,530 円
超音波検査士に必要な
医用超音波の基礎

病院 Vol.83 No.7 定価 3,300 円
病院経営を科学する

看護管理 Vol.34 No.7 定価 1,760 円
病院と地域を横断して働く
看護師の育成
神奈川県内の看護師の新たな働き方モデル

訪問看護と介護 Vol.29 No.4 定価 1,650 円

2024 年度 同時改定！
どう受け止めた？ これからどうする？

精神看護 Vol.27 No.4 定価 1,650 円
動画教材 実習前に！ 院内研修に！
関わり・対話で、判断に迷う
ビミョーな場面、あなたならどうする？

■定価は税込み価格

Medical Library

書 評 新 刊 案 内

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

教材づくりガイダンス 看護現場と学習者をつなげる応用伝授

池西 静江, 石束 佳子 ● 編

B5・頁144
定価:2,970円(本体2,700円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05618-2

近年、看護教育においても、「アクティブ・ラーニングが大切だ」と叫ばれる時代になりました。これは、単に話し合えばよいというのではなく、実技を含めて教えればよいという意味でもありません。看護の理論と現場での実践・経験が1つになって、学生の深い学びを実現することが、アクティブ・ラーニングでは重要です。

看護教育を担う教員の多くは、看護師として医療現場で多くの経験を積んできた人であると思います。そして、看護教員になろうと一念発起して、看護学校で勤め始めた人は、「これまでの自分の経験を、次の世代を担う若い人に伝えていくことができればよい」という思いを抱いて、医療の現場からいったん離れ、教育の現場に足を踏み入れるのだと思います。

しかし、いざ看護教員になって学生を前にして授業を行うことになると、テキスト(教科書)に書かれている内容を教えるだけで精一杯となり、「なかなか医療現場のコツまで教えてあげられない……」といった状況に追い込まれることも多いのではないのでしょうか。

本書は、こうした悩みを持つ看護教員に向けて、学問(テキストに書かれ

ている内容)と医療現場の生きた教材を結び付け、看護師としての確かな力を身につけさせることができる内容がたくさん掲載されています。まさに、

評者 新井 英靖
茨城大教育学部教授

本書にはアクティブ・ラーニングから導かれた成果が示されており、理論と実践を常に往還しながら学ぶことができる書だといえるでしょう。

また、本書に貫かれている基本的なスタンスは、「看護学のことは、看護場面を教材にして考えよう」という著者たちの思いに基づいています。看護師になるために学習している学生からすれば、こんなにわかりやすい教材はありません。ところが、教える側からすると、学問と医療現場が適切に結び付く素材を見つけ出すことはそれほど容易なことではなく、こうした本は思いのほか執筆するのが難しいものです。

こうした本が刊行できたのは、編者の池西静江、石束佳子両先生はじめ、看護師としての経験、看護専門学校での指導経験、看護教育学の確かな知見、この3つの側面を融合できる執筆者がそろったからだと考えます。この意味において、本書は看護教育にとって、とても貴重な一冊だと考えます。本書を活用して実際に看護学校など

事例を通して理論と実践の 両方を学ぶ看護教育の好著



末梢神経病理 どう作り,どう読み,どう臨床に生かすか

神田 隆, 佐藤 亮太 ● 著

B5・頁200
定価:11,000円(本体10,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05620-5

評者 井上 聖啓
福島医大会津医療センター特任教授

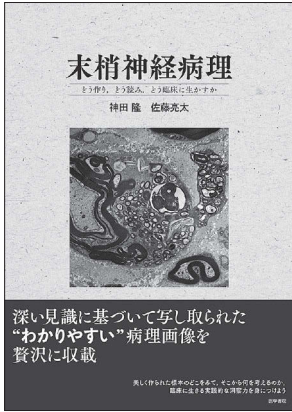
2022 年、神田隆編集『末梢神経障害——解剖生理から診断、治療、リハビリテーションまで』が医学書院から上梓されました。末梢神経疾患を語る上でその組織学的、病理学的知見は論をまたず極めて大切です。それ故に、前著『末梢神経障害』の中でも15ページを割いてそのエッセンスが記載されていました。今回、この部分が180ページに拡大され1冊の本となりました。題して『末梢神経病理——どう作り、どう読み、どう臨床に生かすか』、著者の膨大な経験と知見に基づいた教科書が生まれました。

「神経生検とはどういうものか」から始まり、標本作成の「手技」、さらに標本作成上の「アーチファクト」、その「正常像」、時に生検時に皮膚、筋まで採取する指南まで含めて、著者自身の生検に対する“考え方と姿勢”がにじみ出る記載に引き込まれます。

標本の顕微鏡写真はハガキ大で、色彩も自然で焦点もよく合って、これが見開きに4枚並び、その全てが何かを訴えかける写真で、まるで美術書のようでもあります。形態学の図譜としては一級です。

読者にはまず、総論の約70ページを熟読されることをお勧めします。病理形態学は、時に「絵解き」のような一面があります。本書の写真一つひとつを頭にたたき込む。目を閉じて写真が浮かぶように何回も時間をかけてよく見る。この姿勢は顕微鏡を見るときにも、さらに患者を診るときにも当

まるで美術書、 一級の形態学図譜



てはまることでしょうか、それくらい本書に使われた写真は1枚1枚が見る者を魅了し、自然と脳裏に焼き付くものばかりです。教育的であり、応用が効き、頭にたたき込んでおくに値するものばかりなのです。

各論では、日常臨床の場で、そうめったには遭遇しない症例も多く取り上げられています。このような疾患を丸暗記して覚えておくことは、味気なく、つらいものですが、神経生検標本の特徴を画像的、視覚的に覚えておけば、より身近なものに感じられるかもしれません。教科書を読んだだけでは疾患概念は

単なる知識でしかありません。さまざまな症例を実体験して初めて疾患の本質が記憶されるものです。ですから、この図譜を「見る」という視覚体験を通して記憶してしまえば、しめたものでしょう。これらの写真はどれも美しく、その特徴をとらえきっているからです。

この本は図書館などで時々見る本ではありません。座右に置いて、時間のあるときに、どのページでもよいから写真を眺めて、頭に刻み込むことを目的とした書物なのです。

神田隆、佐藤亮太両先生は、多くの神経疾患を、神経生検を通して身近なものとしてとらえてこられたことと思います。いまその蓄積をこの書籍の中で、私たちの前に公開していただいたことに敬服するとともに感謝する次第です。大いに活用させていただきたいものです。

で授業をする場面では、看護学の理論を伝えた上で看護場面を例示すること、もよし、看護場面を先に読ませた上で、看護理論を含めて学生同士で話し合う

もよし、さまざまな授業の展開がイメージできる汎用性の高いガイドブックが世に出たと思います。

精神医学

増大号

2024 年 5 月号
Vol.66 No.5

医学書院

精神科診療における 臨床評価尺度・検査を極める ——エキスパートによる実践的活用法

特集

企画 『精神医学』編集委員会

編集 数井裕光

序章

心を測る、その前に
——臨床評価・検査実施の留意点

I 章

疾患横断的で基本的な評価尺度・検査

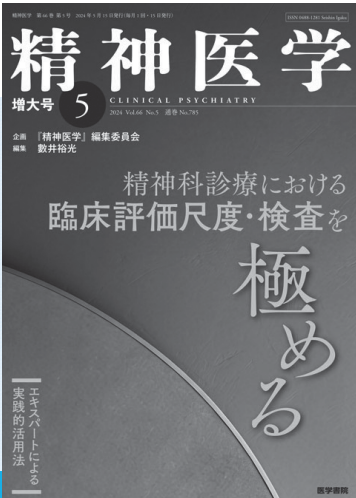
II 章

疾患別の評価尺度・検査

III 章

臨床場面別の活用法

雑誌の詳細はこちら



定価: 5,610 円 (本体 5,100 円 + 税 10%)

医療福祉サービス ガイドブック

2024
年度版

編集: 鈴木 豊 / 河村 愛子 / 小林 夏紀 / 関田 歩 / 平林 朋子

見つける! わかる! 活用できる!

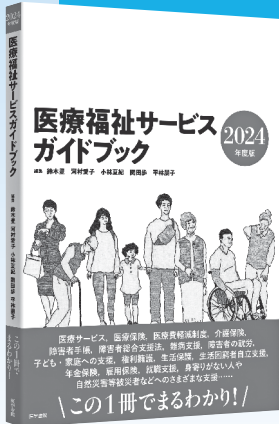
全頁カラー!!

- 医療サービス 医療保険
- 医療費軽減制度 介護保険
- 障害者手帳 障害者総合支援法
- 難病支援 障害者の就労
- 子ども・家庭への支援 権利擁護
- 生活保護 生活困窮者自立支援
- 年金保険 雇用保険 就職支援
- 身寄りがいない人 刑余者
- 自然災害等被災者 LGBTQ ... 等



詳しくはこちら

B5 頁312 2024年 定価: 3,300円(本体3,000円+税)
[ISBN 978-4-260-05590-1]



臨床等で経験を重ねる執筆陣が、
患者やサービス利用者を支援する人のために
編集した、医療関係者必見の1冊!

医学書院

発達障害Q&A

臨床の疑問に答える104問

金生 由紀子 ● 編
今村 明, 辻井 農亜 ● 編集協力

B5・頁368
定価: 6,600円(本体6,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05436-2

とても読みやすい本になっているとの第一印象を持った。本書で特筆すべきは、本書がQ&A形式で書かれており、しかも「Q」の質問文がわかりやすく実際の言葉で表現されており、誰にもなじみやすい点である。そのため本書を手にした当事者とその家族などの素人の方々にとても以前から聞いてみたかった疑問点があちこちに散らばっているように感じと思う。そのことについてまえがきでは編集をされた金生由紀子先生が本書の来歴として『精神医学』という雑誌で一般臨床の医師から質問を募りそれを「Q」とし、編集委員会で「A」を執筆する専門家に依頼するといったこれまでにない手法で作成されたと説明されている。このようなユニークかつ卓越した手順は結果的に相応の時間と労力を要

抵抗感なくQからAまで頭に入ってくる心地よさ



したものと思像するが、その成果が本書にギュッと詰まっていることがよくわかる。読んでいて抵抗感なく「Q」から「A」の最後まで頭に入ってくるのがとても心地よい。まさに発達障害にかかわる人々にとっての福音書といえるだろう。また、巻末の索引は臨床家にとって重宝する部分だ。私はこれまで気分障害の患者の復職支援(リワーク)に関与してきたが、うつ病や双極症を併存した神経発達症をはじめ、職場でのコミュニケーション障害を契機とする不適応が休職の原因とされる社員がとても多いことを実感している。

きっとリワークを実践している精神科医にとっても座右の書の一冊となるのは間違いないと実感した。

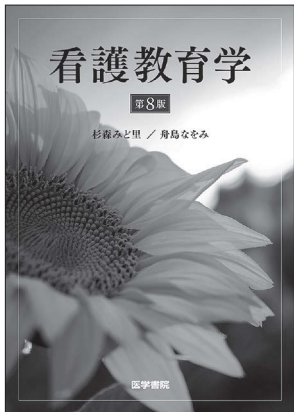
看護教育学 第8版

杉森 みど里, 舟島 なをみ ● 著

B5・頁728
定価: 6,050円(本体5,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05336-5

本書『看護教育学』の初版出版は1988年であり、当時、大学院受験を決意したばかりの評者にとって、その内容は十二分に読み応えがあった。著者(杉森みど里氏)は、その序に「看護教育学はやっと種をまいたばかり」と述べており、そのボリュームは、A5判、全286頁であった。それから36年、第8版は、B5判、全728頁と、明らかにそのボリュームを増した。第8版の文字通りの「重み」は、36年間を通し、著者らが看護教育学の研究に心血を注いだ結果であり、看護教育学の種が芽吹き、根を張り、葉を茂らせ、実を育て、着実に発展してきたことを表す。研究者としての在り方をこのような形で示してくださっている著者らに、心からの敬意と感謝を伝えたい。

時を経て看護教育学の種は実を結び発展した



第8版を手にし、すぐに気付く第7版からの変更点は、その構成である。第7版の第1章は、第8版の「序章『看護教育学』創造への道」に引き継がれた。新たな研究成果の加筆とともに、看護教育学発展のための課題が具体的に提起されており、その向こうに、課題に挑み続ける研究者らの姿が見える。また、第7版の第2章から7章は、第8版の「第1部 看護教育学・総論」(全5章)、「第2部 看護教育学・各論」(全3章)に整理された。第1部は「看護教育学」概論、看護教育制度論、看護学教育課程論、看護学教育評価論、看護学教育授業展開論を、第2部は、看護基礎教育論、看護卒後教育論、看護継続教育論を含む。

当然のことながら、第8版は、第7版からの内容充実が図られた。それは、

がん患者の皮膚障害アトラス

宇原 久 ● 編著

B5・頁432
定価: 14,300円(本体13,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05084-5

評者 山崎 直也

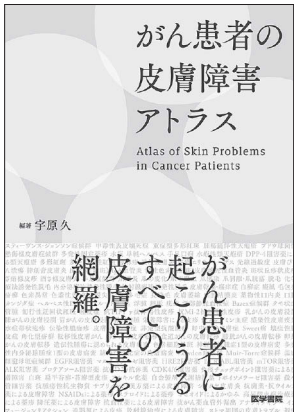
国立がん研究センター中央病院皮膚腫瘍科長

本書を一目見て虜になりました。大変な驚きでした。需要がありながら今までに無かった本当に欲しかった一冊です。

がん患者にはがんそのものの進行によって起こる皮膚症状と、各種治療によって起こる皮膚障害があります。かつて、いわゆる抗がん薬治療で患者さんが良く知っていて恐れている副作用といえば、脱毛と悪心嘔吐がその代表でした。ところが21世紀になって、分子標的薬が次々に登場し、2010年代には免疫チェックポイント阻害薬の進歩によって免疫療法がはっきりとがん治療の太い柱になるに従い、がん薬物療法の副作用は様変わりし、皮膚障害は、その代表的なものの一つとして注目されるようになりました。しかし、各種臓器がんの治療医は皮膚障害の診断治療にまで手が回りませんし、逆に皮膚科医が日進月歩の多くの新規抗がん薬の皮膚障害マネジメントを的確に行うことは大変困難であるといわざるを得ませんでした。本書はその問題を一気に解決してくれる一冊です。

皮膚障害、皮膚疾患はその大部分が生命にはかかわらないものであることからどうしても軽くみられがちです。近年では“アピアランスケア”ということを目にする機会が増えました。が

がん皮膚障害の現場へ強力推薦! 私も虜になりました。



ん治療が外来へとシフトし、がん患者が社会とのかかわりを保ちながら治療を始め、長く継続することがとても増えてきました。直接生命を脅かさなくても外見の変化ががん患者の社会的な健康を脅かすことを考えなければなりません。もちろん見逃せば生命を脅かすいくつかの重症皮疹を早期に診断することも重要です。

本書はがん患者に何らかの皮疹が出現したときの基本的な考え方、重症度別の特徴的な所見と対応の方法から始まって、近年の分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬による皮膚障害に関する最新

の知識だけでなく、従来の細胞障害性抗がん薬や鎮痛薬などの支持療法による皮膚障害、つまりいわゆる薬疹も改めて勉強できる構成になっています。その上がんの進行そのものによって皮膚が障害を受ける場合や内臓がんに伴伴するデルマドロームとしての皮膚症状、さらにウイルス、真菌、細菌による感染症そして粘膜の障害まで豊富な臨床写真を使ってわかりやすく示されており、本書は内容の濃さとボリュームで群を抜いています。がん患者に起こり得る全ての皮膚障害をこれほど網羅した書籍は初めてです。臨床の現場で活用できる非常に実践的な一冊として強くお勧めいたします。

研究成果に根ざした新たな知識の加筆、各知識が持つ看護学の実践や教育といった現実社会にとっての意味の解説、そこから見えてくる問題の提起などに及ぶ。第2部 第7章の看護卒後教育論は、第8版で初めて系統的に論述された内容であり、評者は、看護卒後教育に携わる看護学教員として、食い入るようにその内容を読んだ。随所に挿入された新たな図表は、複雑な知識の理解と思考の深まりを促進する。全ての図表が、伝えるべき内容の正確さとわかりやすさを妥協なく追求した結果であることは明白である。

第8版を読むことは、初版から変わることのない「看護教育学」への著者らの信念に触れることであり、「看護学の教育も研究も、その先に看護の対象となる人々を常に見すえて進める必要がある」という大前提の再確認にもなる。

4月、新年度が始まり、評者も、学年が進んだ学生たちへの看護教育学の

授業が始まる。本書を傍らに準備を進めつつ、今年度はどのように授業を展開できるだろうかと想像を巡らせるのは楽しい。

保健師助産師看護師学校養成所指定規則は、看護教育学を看護職者になるための必須学習内容とは定めておらず、看護教育学の知識にまだ触れたことのない看護職者も多いと推察する。しかし、看護教育学の知識修得は、全ての看護職者にとって有益である。本書を読むことは、自らを、また看護職者の学習や教育を再考する機会になるに違いない。多くの皆さまが手にされることを願っている。

医学書院の書籍・雑誌の電子版を配信しています。



isho.jp

医書ジェーピー株式会社

「とりえずあててみる」は卒業しよう!
「臨床のどんなシーンで、どう使ったらよいか」がよくわかる

臨床疑問を解決する Point-of-Care 超音波 [Web 動画付]

Ultrasound for Primary Care

監訳: 上松東宏 名古屋大学大学院医学系研究科
医療の質・患者安全学講座/
豊田地域医療センター 総合診療科
山田 徹 東京医科歯科大学 総合診療科
定価9,350円(本体8,500円+税10%)
A4 頁316 図140・写真443
2024年 ISBN978-4-8157-3105-2



詳しくは



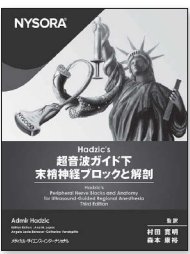
区域麻酔のバイブル、待望の日本語訳

NYSORA Hadzic's 超音波ガイド下末梢神経ブロックと解剖

Hadzic's Peripheral Nerve Blocks and Anatomy for Ultrasound-Guided Regional Anesthesia, 3rd Edition
監訳: 村田寛明
長崎大学大学院 麻酔集中治療医学
森本康裕
医療法人社団 宇部興産中央病院 麻酔科
定価19,800円(本体18,000円+税10%)
A4変 頁424 図364 オールカラー
2024年 ISBN978-4-8157-3103-8



詳しくは



全面改訂! 1ステップずつ操作を図解
生命科学研究で第一歩を踏み出すとき!
さらに効率アップするためにも!

生命科学研究のためのデジタルツール入門 第2版

結果に差がつく使いこなす術

監修: 坊農秀雅
広島大学大学院統合生命科学研究科
ゲノム編集イノベーションセンター 教授
小野浩雅
プラチナバイオ株式会社
事業推進部ディレクター/
広島大学ゲノム編集イノベーションセンター
定価3,630円(本体3,300円+税10%)
AB 176頁 図338 2024年
ISBN978-4-8157-3106-9
*「生命科学データベース・ウェブツール」改題



詳しくは



PCでも、タブレットでも。最新の診療情報をいつもお手元に

今日の診療

▶ プレミアムWEB ▶ ベーシックWEB

私の
診療助手は、

AI。

AI実装! 診断アシスト機能

症状・症候から疑われる疾患の候補を表示!

🔍 今日の診療 個人向け

持ち歩きダウンロード機能

「今日の治療指針」+「治療薬マニュアル」をオフライン利用できる!



医学書院

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