

2024年8月13日

第3564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]対話から始まる看護管理者育成(保田江美,熊谷雅美,村田由香)…1—2面
- [対談]総合診療という終わりなき道をゆく(横江正道,瀬戸雅美)……………4—5面
- [対談]健康と自殺から考える予防的介入(玉手慎太郎,末木新)……………6—7面
- [連載]応用倫理学入門(新)……………9面

座談会

対話から始まる看護管理者育成 中小規模病院の強みを生かして



村田 由香氏

日本赤十字広島看護大学 副学長



保田 江美氏司会

国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
主任研究官



熊谷 雅美氏

康心会汐見台病院 看護部長

看護管理者のなり手がいない、次世代を体系的に育成できていない——。中小規模病院における看護管理者育成では、手本となるキャリアモデルが少ないことや、看護管理者がプレイヤーとしての役割も担うためスタッフ育成が二の次になってしまうことなどの課題がある。大規模病院よりも少ない人員、資源で、看護管理者をどう育成していくのか。看護チームのチームワークやリーダーシップ、ならびに中小企業の人材育成に関する研究を行う保田氏を司会に、大規模病院での看護部長等を経て現在は中小規模病院で看護部長を務める熊谷氏、人材育成を主要研究テーマとし、中堅看護師対象のリーダーシップ研修も行う村田氏が意見を交わした。

保田 私は人材開発やリーダーシップ論をテーマに研究しています。熊谷先生とは何度か研究等で一緒させていただいており、村田先生とは初対面ではありますが、お互いの関心領域が近いところなのでお話しできることを楽しみにしていました。

村田 リーダーシップに関する博士論文を執筆した際に、保田先生の論文を参考にさせていただきました。お会いできて光栄です。

看護管理者に求められるリーダーシップは師長や主任になってから身に付けるのではなく、後輩や新人看護師への指導が求められる中堅の頃から身に付けられると良いと考え、中堅看護師対象の研修等に携わっています。

熊谷 私は大規模病院の看護管理者、日本看護協会常任理事、大学教員を経て、現在はケアミックス型の225床の病院で看護部長を務めています。トップマネジャーとしてさまざまな環境で20年ほどキャリアを重ねてきた経験を基にお話できればと考えています。

キャリアモデルが少ない

保田 本日は中小規模病院における看護管理者育成がテーマです。『看護管理』誌で開催した「看護管理者フェス」でのアンケート結果¹⁾に目を通すと、病院の規模にかかわらず管理職になりたい人、なれる人がいないという問題が大きいように思います。中小規模病院特有の課題や背景もあるのでしょうか。

熊谷 身近にキャリアモデルが少ないことが課題にあるでしょう。これは大規模病院と比べると新卒看護師が少なく、子育て中のナースや復職した熟練ナースなど転職者が多いという背景があるのだと思います。大規模病院のよ

うに標準的なキャリアで看護管理者になった先輩が身近に多いと、キャリアモデルが見え、管理者に向けての学びの準備と動機づけがしやすいものです。しかし、こうしたことが難しいのも中小規模病院で管理者に手を挙げる人が出にくい要因かと思っています。

村田 私もそう思います。中途採用で入職した看護師は、重ねてきたキャリアも受けてきた教育も異なるので、自律してキャリアを発展させられるクリニカルラダーをどう整備すべきか、という悩みを中小規模病院の看護部長からよく聞きます。

熊谷 当院はグループ病院なので共通したクリニカルラダーが整備されているものの、3～5年目になると退職する看護師が多く、教える立場の人が少なくなるためうまく機能しているとは言えません。大規模病院でも同様に退職者が出てきますが、看護師数が少ない中小規模病院はよりその影響が大きいです。また、中小規模病院だと教育担当は兼務がほとんどなので教える側の負担が大きくなります。加えて、中小規模病院では病棟に師長と主任を一名ずつ確保することも難しく、一人で賄っているケースも多くあります。

人材不足はこの先も変わらないものとして考える

保田 中小規模病院は看護師数が十分でなく、マネジャーがプレイヤーとしての役割も担うことが多いということですね。次世代を育成する余力が十分でないためか、忙しさを理由に教育が二の次になってしまう側面もあるのでしょうか。

熊谷 おっしゃる通りです。そうなる人とは育たず看護の質も上がらなくなるので、つまるところは魅力のある職

場にならない負のスパイラルに陥ってしまいます。ただ、人を育てるのは時間がかかることなので、焦ると組織は崩壊してしまいます。一歩ずつ5年ぐらいかけて学びを身に付けてもらえれば良いという考えで管理者育成に取り組んでいます。

村田 研修など人材育成にかかる時間の確保については、施設ごとの状況や看護管理者の考え方によって差異があると感じています。私はこれまで、施設規模の異なる複数の病院で、アプリシエイティブ・インクワイアリー(Appreciative Inquiry、註1)の考え方を取り入れた「中堅看護師のリーダーシップ研修」を行ってきました。ある中規模病院では、研修時間を3時間確保していただき充実した内容で実施できましたが、別の小規模病院では、人員不足を背景に1時間半の研修時間を確保していただくのがやっとで、オンラインによる事前課題も活用しながら工夫して実施しました。働き方改革が求められる中、施設規模によらず業務時間内に研修時間を確保することは年々難しくなっていますが、看護管理者の工夫によって、教育にかかる時間をできる限り確保していただきたいと考えています。

保田 最近、看護管理者の方に研修するとき、「将来的な人口構造を見ても、おそらく日本の職場の人材不足はならない。人が少ないことを理由にして人材育成を後回しにすると、気づいたときには遅いということになりかねない」と伝えてしています。

われわれは人材開発をすれば長期的に病棟も良くなり、最終的には患者さんにとってプラスになっていくと知っていますが、多忙な日々を送る中小規模病院の看護管理者の方々に理解をしていただくのは難しいと感じることも

あります。

経験学習を全ての看護職に

保田 ただ、看護管理者の皆さんも次世代の育成について考えていないわけではなく、方法がわからなかったり、取り組んでいるけれども効果的にできていなかったりすることに頭を悩ませていることも多いはず。熊谷先生、村田先生はどのような解決策をお持ちですか。

熊谷 管理者育成における取り組みの目的を明確にし、集合研修等で振り返る機会を設けて意味づけることです。例えばeラーニングを導入しても、講義動画を見るだけでは新しい知識が定着しません。だから、「いつまでにこの講義動画を見てください」と伝えると同時に、集合研修を設けてフィードバックによる意味付けを行い、現場に生かしてもらうようにしています。

村田 熊谷先生のお話にあったように、スタッフが得た知識や経験に対してフィードバックやリフレクションによる意味付けを行っていくことは看護管理者の重要な役割ですが、高度なスキルでもあります。そこで本学では、まずは看護師長自身にリフレクションのスキルを身につけてもらおうと、看護師長向けの研修を学長の田村由美先生が実施しています。

保田 具体的にどのような研修が展開されているのでしょうか。

村田 SEA(Significant Event Analysis、註2)の手法を活用し、丁寧に管理実践を振り返ってもらっています。受講生の看護師長たちは、「聴く」ことに没頭する体験を通じて、「普段しつかりとスタッフの話を聴けていないので

(2面につづく)

今月の新刊書籍 医学書院

医学 エビデンスに基づく
IPMN 国際診療ガイドライン[日本語版](2024年版)
著 国際膵臓学会ワーキンググループ [代表: 大塚 隆生]
訳 田中雅夫
B5 頁104 定価: 4,400円 [本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05666-3]

医学 在宅医療ケアのための手技・デバイスマニュアル
著 隆紀
A5 頁184 定価: 3,850円 [本体3,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05444-7]

看護 死を前にしたひとのこころを読み解く
緩和ケア÷精神医学
森田達也/明智龍男
A5 頁264 定価: 2,750円 [本体2,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05606-9]

看護 LGBTQ+の健康レポート
誰にとっても心地よい医療を実装するために
日高庸晴
A5 頁264 定価: 2,860円 [本体2,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05616-8]

看護 ナイチンゲール『看護覚え書き』入門
平尾真智子
A5 頁128 定価: 1,760円 [本体1,600+税10%]
[ISBN978-4-260-04970-2]

看護 看護を教える人のための
ルーブリック導入講座
編集 北川 明
B5 頁168 定価: 2,970円 [本体2,700+税10%]
[ISBN978-4-260-05707-3]

●やすだ・えみ氏

慶應義塾看護短大卒業後、慶大病院に勤務。退職後、筑波大医学群看護学類に編入する。2012 年に東大大学院学際情報学府学際情報学専攻修士課程に進学し修了後、同博士課程に進学し 17 年に満期退学する。博士（学際情報学）。同年から国際医療福祉大で看護基礎教育に携わり、22 年から現職。新人看護師への効果的な支援やチームの在り方、副看護師長の育成、大学から仕事へのトランジションや中小企業の人材開発などについて研究している。

●くまがい・まさみ氏

神奈川県立看護専門学校卒。済生会神奈川県病院で臨床に従事した後、看護基礎教育や衛生行政などを経験。この間、神奈川県立看護教育大学校看護教育学科、日本女子大家政学部児童学科、横国大大学院教育研究科教育臨床修了。修士（教育学）。2003 年済生会神奈川県病院看護部長、06 年済生会横浜市東部病院看護部長。この間、東京医療保健大大学院医療保健学研究科修了。修士（看護マネジメント学）。17 年から日看協常任理事を 2 期務め、23 年から現職。認定看護管理者。キャリアコンサルタント。

●むらた・ゆか氏

山口赤十字看護専門学校卒業後、山口赤十字病院に入職する。1995 年日赤幹部看護師研修所修了。山口赤十字看護専門学校専任教員を経て、2003 年から日赤広島看護大で勤務する。その間、07 年同大大学院看護学研究科修士課程修了。19 年広島大大学院総合科学研究科博士後期課程単位取得退学。博士（学術）。22 年から現職。主要研究テーマは、人材育成（新人教育、中堅看護師）、ポジティブ・マネジメントを活用した看護組織活性化など。

(1 面よりつづく)

はないか」と気づきを深めていきます。スタッフの考えを聴き、自らの想いを伝えることが大事だとわかっている。日常業務で余裕がなく満足にコミュニケーションを図れていなかった状況に気づくといった具合です。

また、目標管理を導入して、日ごろから面接の機会を設けてスタッフの話を聴いているつもりでも、それが形式的な対話になっていないか、スタッフに意味づけができていだろうかと常に問い直すことも重要ではないでしょうか。

保田 ある研修で講師をした際に 1on1 ミーティングが話題になりました。「1on1 ミーティング」という言葉はほとんどの方が知っていたのですが、その取り組みの基盤となる「経験学習」を知っている方は数人しかいませんでした。本来、1on1 ミーティングとは、スタッフの経験学習サイクルを回すた

めのきっかけであるはずなのですが。村田 「経験学習」は当たり前のように知られていると思っていました。保田 そうなのです。その後、1on1 ミーティングについて世間の認識が気になりインターネットで調べると「上司と部下の面談の時間」とだけ書かれていて、「経験学習のための時間」とは書かれていない記事も多くありました。言葉だけが独り歩きしているように思います。

私は新人でも中堅でも、管理職でも、成長するために経験学習が最も有効な理論の一つと考えています。「何をどのように振り返るのか」「振り返ることで何をどのように見いだすのか」は繰り返し取り組み、身に付けていくべきものだと感じているところです。

中小規模ならではのスタッフとの距離感の近さを生かす

保田 中小企業の人材開発について、トップマネジャーと中間管理職の対話をテーマに調査研究を行ったとき、経営者との日々のコミュニケーションや面談頻度が上がると、経営者から助言や訓導を得られ中間管理職のマネジメント能力が高くなるという結果が出ました。この研究結果から、中小規模病院は人数が多くないからこそ看護部長やほかの管理職との距離感の近さを組織開発や人材育成に生かせるのではと考えています。

村田 たしかに中小規模病院はトップからスタッフの人たちまで顔が見えるので、コミュニケーションが取りやすい。これが一つの魅力でしょう。

熊谷 そう思います。現在勤務している病院では、部長と看護師長との距離が近いですね。私が部長室にいますと、看護師長たちが「これ、どう思われますか」とよく相談に来てくれるので、ちょっとした対話を気軽に持つことができています。対話をしてみると、取り組みの意図や次への課題をお互いに気づけるので私にとっても楽しい学びの時間です。その一方で私も、病棟に足を運びスタッフとも会話するように心掛けています。

保田 部長が病棟に来ることで、師長がそわそわしてしまうこともあるのかなと推測します（笑）。部長が現場に出てスタッフから意見を聞く上で、中間管理職となる師長とのあつれきを生まざるうまくやっていくために工夫され

ていることはありますか。熊谷 スタッフから意見を聞かれたときには、私が直接答えるのではなく現場の責任者である師長自らの言葉で答えてもらえるよう工夫しています。スタッフから聞いたことを師長に伝えて考えを聞いてみると、師長の想いがスタッフにうまく伝わっていなかったことがわかることもあります。保田 同じ部署にいますと、言葉にしくなくても雰囲気でわかるだろうといった空気感があって、師長の想いがうまく伝わっていないことはありそうですね。師長の想いをスタッフが知る機会はその多くないかもしれないので、ある意味、部長が内部者かつ外部者といった立ち場で病棟に入っていき、病棟チームをつなぐかかわりができると良いのでしょうか。

異なる世代の価値観を対話から把握し、大切にす

熊谷 加えてトップと現場との距離が近いことのもう一つのメリットは、トップ自らがモデルになれることです。私が長年の経験から伝えられることはあるはずですが、自分にできることは次世代を育てることだと思っていて、自分がかかわった後輩たちがまた次の世代を育てられると良いという考えです。さまざまな研修で、「焦点を合わせるのは次世代。次世代がどんな価値観を持っているかを知って、私たちはそこに焦点を当てて看護管理をしよう」と話をしています。次世代の価値観に合わせていくのは大変だけれども大事なことです。「私たちは昭和なんだから、もうじき終わりよ」なんて笑い話にしながらその重要性を伝えています。

保田 看護管理者育成にかかわる場面で価値観をお互い言葉にして伝えていくことの重要性を感じることが最近多いです。

熊谷 対話から相手の想いを聞いて、現場の環境や制度の改善につなげることができます。「本当はもっと勉強したいのに、時間がないからできない」とのスタッフの想いを聞き、研修制度をつくりました。そこから認定看護師を取得された方が、素晴らしい看護を展開してくれた経験があります。患者さんのために良い看護をしたいと看護師は皆思っているのだけれど、職場の環境がそれをサポートできなかった。

現場のスタッフたちがどうなりたいかという想いと、看護管理者が現場にどうなってほしいのかという想いを伝え合うことを大切にする看護管理者を育てていきたいと思っています。

なにより組織は人が創るもの。組織の一人ひとりが尊重され、健康でやりがいを感じる組織文化を醸成してもらいたい。そのためには看護管理者が覚悟を持つことだと思います。

村田 中堅看護師を対象にした研修を行っている、自分の看護観をしっかりと持っていたとしても、言語化できない、言語化する機会がない状況にあるのではと感じることがあります。私は対話によってスタッフの気付きや学びを言語化させ、それをケアの質向上につなげていくことが看護管理者の役割だと思っています。これからの中小規模病院は、患者の超高齢化、重症化により、さらに多忙になると思います。だからこそリフレクティブな看護管理者となり、スタッフのポテンシャルを高める支援をしていくことが必要となるのではないのでしょうか。

保田 学びの芽は毎日の業務の中にたくさんあるのに、それを一事例として終わらせてしまっているものが多くあると思います。短い時間でも一つひとつのことを経験学習の思考で回していくという習慣を早い段階から身に付けること、看護部長などトップマネジャーがモデルとなり自らの背中を示すことなど、中小規模病院における看護管理者の育成はあらゆる方法でできることは、その組織、部署の人しか答えを知りません。理論や先行事例を活用しながら、自分たちの人材開発の課題と解決策を諦めることなく考え、経験学習のサイクルに乗せて取り組み続けることが大切であると考えます。（了）

註 1：個人・組織の強みや成功体験について問いかけ、振り返ることで成功プロセスや工夫を発見し価値を認め、人と組織風土を改革していく対話型組織改革の手法。

註 2：重大な出来事、特に「心」を揺さぶられた出来事を選択して振り返るリフレクションの学習方法の一つ。

●参考文献

1) 「看護管理者フェス」事前アンケート結果レポート 看護管理者が抱える「組織開発」「人材育成」に関する悩み。看護管理. 2024；34（5）：370-2.

看護管理者のための
生涯学習
プラットフォーム



よりよい組織と人を育てる

看護管理 まなびラボ

最新情報は
WEBサイトを
チェック！



看護管理のお悩みやお困りごとを 一緒に解決していきませんか？

看護師長や副看護師長としての学習課題や全国の
病院看護部が共通に抱える課題など、
看護管理者同士がつながり、学び合える場、
それが「看護管理まなびラボ」です。



01

多様な オンデマンド 教材

月刊『看護管理』誌をベースに
時宜を捉えた多様なトピックス
動画や記事に加え、マネジメン
トラダーなどを参考に、看護師
長・副看護師長におさえていた
だきたい内容を体系立てて 8 つ
のカテゴリで提供。

02

学び 成長し合う イベントを開催

「オンデマンド教材」の動画
や月刊『看護管理』誌の記事
と連動した、現場の課題解決
につながるセミナーを開催し
ます（オンライン／リアル）。

03

気軽に 語り合える フォーラム機能

院内では孤独になりがちな
看護管理者が気軽に訪れて
悩みなどを語り合えるサー
ドプレイスとして、施設を
超えてつながり、学び合う
相互学習の場をつくります。

医学書院

寄稿

「この発表にCOIはありません」で済ませていませんか？

南郷 栄秀 聖母病院総合診療科 部長

患者の健康と安全を最優先に考え職務を遂行することが医師の使命である。しかし、医療の現場や研究活動において企業や外部組織とのかかわりが増える中、利益相反（Conflict of Interest：COI）は避けて通れない問題となっている。医療の信頼性や透明性を揺るがす可能性のあるCOIについては、医師一人ひとりがその重要性を理解し、適切に対処することが求められる。最近の学会発表では、タイトルスライドに続いて「本発表にCOIはありません」「演者に開示すべきCOI関係となる企業等はありません」などと掲げるのがお決まりになりつつあるが、発表時間を惜しむあまり、一瞬サブミナル的に表示するだけで次のスライドに移ってしまう演者もよく見かける。もはや広く知られるようになったCOIであるが、その開示のあるべき姿について、今一度本稿で考えたい。

利益相反の定義と分類

米国医学研究所（現・全米医学アカデミー）の定義によると、COIとは「主要な利益に関する専門的な判断や行動が、副次的な利益によって不当に影響されるリスクを生じさせる一連の状況」を指す¹⁾。COIには経済的COIと学術的COIがあり、さらには個人のCOIだけでなく、組織のCOIもある。**経済的COI**：経済的COIは、一般的にもイメージしやすく、金銭の授受を伴うCOIである。医師が患者にもたらす利益と、医師が第3者からもたらされた利益が衝突する状態、これが経済的COIである。例えば、ある患者の診療において、A薬を処方することが最適な判断であると仮定する。別のB薬を製造している製薬会社から研究費や講演料などの金銭的な利益を得ている医師が、その患者にA薬ではなくB薬を処方した時を考えよう。患者にとってベストな判断ではないB薬を処方した理由が、製薬会社から金銭を受け取ったためかどうか、実際のところは誰にもわからない。しかし、その可能性があるという状態がCOIであり、それならば製薬会社から金銭を授受しているという事実はオープンにするのがフェアであるというのがCOI開示の考え方である。**学術的COI**：COIは金銭が関係するものばかりではない。人は自身の立場や経験、これまで力を入れてきたものなどを重視する傾向にあり、それらが発言や行動に影響し得る。このようなCOIを学術的COI（または知的COI）と呼ぶ。学術的COIには、専門分野、

専門医等の資格、所属学会・組織、各種委員、従事してきた研究、作成に関与した診療ガイドラインなどが含まれる。聴衆は、演者の肩書や経歴といったバックグラウンドを把握した上で講演を聴くことで、その内容にどのようなバイアスが含まれ得るかを判断できる。そういう意味で、学術的COIの開示も不可欠である。以前から学会での教育講演やシンポジウム等で、演者紹介として座長が演者の経歴を読み上げているが、これがまさに学術的COIの開示なのである。したがって、「時間がないので演者の紹介は割愛します」と言うのは全く適切ではない。**組織COI**：公的資金が投じられている医科系大学や研究機関が、医薬品等の製造販売企業から多額の寄附金を受けたり、株式等を保有していたりする場合に、潜在的な組織COIが生じる。研究機関の意思決定者がもし組織の利益を優先する判断をしてしまうと、教育、研究、診療の公正性や信頼性を歪め、研究対象者や患者が不利益を被るリスクが高まる。特定の企業の医薬品や医療機器の販売促進にかかわれば、不当に利益を得ようとしているのではないかとの疑念が社会からも生じる。また近年、大学の寄附講座も数多く見られるが、資金を拠出している組織や団体との間でCOI状態が生じる。学会も、学術大会などの運営で営利企業からの寄付やランチョンセミナー開催などによる資金提供を受ける場合があるが、学会員への教育内容にバイアスがかかる恐れが生じ、これも組織COIの一例と言える。

COIは「自らが他者に提供する利益が第3者からの利益によって不当に影響されること」との定義から、第3者との関係を明らかにすることが必要である。時に他者に影響を与えない贈答もCOIと呼ばれるが、これは単なる「利益供与」であってCOIではない。

研究から始まり診療や教育へ

COIを巡る問題は米国から始まった。1980年に産学連携活動を強化する目的でBayh-Dole法が制定されたが、その結果しばしば被験者の利益よりも研究者の利益が優先される事態が生じた。そして1999年のゲルシンガー事件（註）を契機に、COIを適切に管理することの重要性が広く認識されるようになった。研究の文脈から生まれたCOIの概念はその後、診療や教育における医療者の行動にも影響を与えるものとして、全ての医療者が考慮すべきものにとらえられるようになった。

●表 COIの対象となる事業活動（文献2より引用、下線は筆者が加筆）

分科会が行うすべての事業活動に対してすべての参加者に、COI指針を適用する。1つの例として下記に掲げるものがある。

(1) 学術集会（年次総会含む）、支部主催の学術集会、市民公開講座などの開催
(2) 学会機関誌、学術図書などの発行
(3) 研究および調査の実施
(4) 研究の奨励および研究業績の表彰
(5) 認定医および認定施設の認定
(6) 生涯学習活動の推進
(7) 国際的な研究協力の推進
(8) その他目的を達成するために必要な事業

特に、下記の活動を行う場合には、特段の指針遵守が求められる。

(1) 分科会が主催する学術集会などでの発表
(2) 分科会発刊の学術雑誌・機関誌などでの発表
(3) 診療ガイドライン、マニュアルなどの策定
(4) 臨時に設置される調査委員会、諮問委員会などでの作業
(5) 企業や営利団体が主催・共催する講演会（Websiteでのセミナー・学術講演含めて）、ランチョンセミナー、イーブニングセミナーなどでの学術発表

各分科会のすべての会員は当該分科会の事業活動と関係のない学術活動（企業主催・共催などを問わず）においても、所属学会のCOI指針に基づき、所定の様式にてCOI状態を開示しなければならない。

わが国におけるCOI管理とその開示は、日本医学会の定める「日本医学会COI管理ガイドライン」²⁾を基本としている。各分科会（いわゆる各学会）でこのガイドラインに準拠した管理指針が定められており、おおむね統一的な対応がなされている。

あるべき利益相反の開示

「日本医学会COI管理ガイドライン」は改定を重ね、最新の2022年版では、COI開示の対象となる事業活動として表のように定めている²⁾。特に意識しておくべきは、分科会（学会）会員は分科会の事業活動と直接関係のない学術活動においても、COIの開示が必要とされていることである。つまり、学会と関係のない、大学での講義や製薬会社主催の講演会、自主的に開催している勉強会などでも、自らのCOIを聴衆に開示しなければならない。また、学術大会などで発表する際に、発表者全員に各自のCOIについて自己申告書の提出を義務付けている。そして発表時には、1枚目か2枚目のスライドで、所定の様式に従い、発表演題に関連する企業・団体などとのCOI状態について（COIがない場合でも）ある一定の時間開示しなければならないとしている。一方、企業や営利団体が主催・共催するランチョンセミナー、イーブニングセミナー、研究会や講演会においては、「座長/司会者も学術講演者と同様なスライドを用いた方式にて、関連する企業・団体の名称を聴講者に開示し、企業名を読み上げなければならない」としている。しかし、そこまで厳密に行われていないのが実態だろう。演題発表などで企業名

を読み上げる必要性までは直接的に書かれていないものの、COI開示の性質上、一瞬表示させるだけでは不十分であり、どのような関係があるか聴衆がきちんと認識できるよう口頭でも伝えるべきだろう。「本発表に関連するCOIはこちらの通りです」で済ませてしまうのは不適切なのである。また学会本体や学術大会そのものの組織COIが適切に開示されていないケースも多い。Webサイトや抄録集にわかりやすく記載しておくことも必要である。

＊

以上、COIとその開示について述べてきたが、私が本稿でCOIの開示のあるべき姿を訴えるのは、私が日本プライマリ・ケア連合学会の利益相反委員会委員長であるからに他ならない。つまり、ここにもまたCOIがあるのである。われわれもまだ発展途上ではあるが、医療の現場や研究活動においてCOIについて正しく開示されることが、広く公正な判断につながることを信じてやまない。

註：比較的軽い症状にあったオルニチン欠損症の患者が、アデノウイルスを用いた遺伝子治療の臨床試験によって重篤な感染症を引き起こし、臓器不全で死亡した事件。

本稿は第15回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会での教育講演「利益相反指針の改定で何が変わった？ 今後はどう開示すればいい？」の発表内容を中心にまとめたものである。

●参考文献・URL

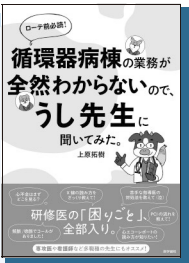
- 1) The National Academies Collection：Reports funded by National Institutes of Health. 2009 [PMID：20662118]
2) 日本医学会. 日本医学会 COI 管理ガイドライン 2022. 2022. <https://bit.ly/4cRjOiq>

循環器病棟で研修医の知りたいこと、全部入り。「うし先生」待望の初単著！

循環器病棟の業務が全然わからないので、うし先生に聞いてみた。

「頻脈/徐脈でコールがあったときの対応を知りたい！」「心不全はまずはどこを見る？」「PCIの流れを教えてください！」「病棟と外来でカルテの書き方は同じ？」「胸部X線の読み方をざっくり知りたい！」「苦手な指導医の対処法を教えてください（泣）」など、循環器研修で出てくるギモンに、あの「うし先生」がわかりやすく解説！

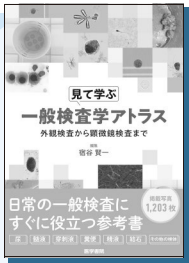
上原拓樹



日常の一般検査にすぐに役立つ参考書—多彩な写真と解説文で検体検査の知識が身につく

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



for Residents

対談

ジェネラルマインドを携えて 総合診療という終わりのなき道をゆく



伸び悩む専攻医数 総合診療の魅力を伝えるには

横江 日本専門医機構の発表によれば、2023年度の総合診療の専攻医採用数は285人でした¹⁾。全体の採用数の約3%ですから、まだまだ総合診療医を志す若手が少ないことがわかります。

瀬戸 総合診療の魅力がいまひとつ若い人たちに伝わっていないのではないかと感じています。「総合診療に関心はあるものの、何をしているのかまいちわからない」との声をよく聞きますから。

横江 学生や研修医の頃に良きロールモデルに出会えるかどうか進路選択に大きく影響するはず。大学によっては総合診療を体系的に学ぶことができないケースもあることから、具体的な医師像をイメージできず、選択肢の一つにすら入らないこともあるでしょう。この状態はもったいないとらえています。

瀬戸 教育的観点から見ても、不明熱や遷延性咳嗽などいわゆる実臨床での「症候」を切り口として学習する総合診療の考え方を大学で学ぶ意義は大きいと考えます。なぜなら卒前教育で行

われる講義は、疾患ごとに掘り下げて学習していくものが大半で、各疾患に関する深い知識を学習できるものの、症候の病態生理に基づく鑑別診断や全身的な疾患、多臓器にわたる病態の理解が不足する可能性があるからです。

横江 実際の診療でも、疾患名がはじめから明らかになっている場合は少なく、まず症候を診ることから入りますからね。初診外来や救急診療においては症候からできるだけ正確に診断を下すことが求められますが、症候学的なアプローチを重視しない教育体系では、初期診療の質が低下するリスクがあります。症候に関する幅広い理解は欠かせず、学ぶための機会の創出が重要です。

瀬戸 私が所属する湘南鎌倉総合病院総合診療科では、勉強会を兼ねつつ総合診療の面白さを気軽に体験してもらう試みとして、全国のさまざまな施設の学生からベテランまでが参加できる診断推論のケースカンファレンスを定期的に開催しています。診断困難例をじっくり扱うこともあれば、短時間でもとにかくたくさんのケースを扱うこともあり、内容の充実度に毎回好評をいただいています。

横江 私も先日参加させていただきましたが、活発な議論が展開されており、

2018年に開始された新専門医制度において19番目の基本領域に位置付けられた総合診療。しかし、総合診療に関心はあっても、その強みや役割については何となくとらえどころがないと感じる若手医師は多いのではないのでしょうか。

「ゴールが見えないこと、それこそが総合診療の面白さ」。そう語るのは、これまで総合内科医として積み重ねてきた自身の知見を『総合内科対策本部 これってどうする!?』(医学書院)にまとめた横江正道氏です。本紙では、同じく総合診療の第一線に立ち続ける瀬戸雅美氏との対談を企画し、その尽きぬ魅力に迫りました。

素晴らしい取り組みだと感じました。症例も珍しいものからメジャーな疾患までバランスよく扱われていましたね。若手医師はもちろんですが、すでに専門医としてキャリアを積んでいる医師の中にも「何となく総合診療に関心はあるけれどもよくわからない」という方は少なくありませんから、そうした層にとっても貴重な機会だと思います。

瀬戸 日本にはまだまだ総合診療医が足りません。若い医師たちに総合診療の魅力・意義深さを感じてもらうことが、今後さらに志望者を増やしていくには重要なポイントだと考えます。さまざまなかたちでリクルートに注力していく必要があるでしょう。

横江 総合診療そのものの魅力の発信と同時に、総合診療医として働くことの魅力も伝えていきたいところです。ひとえに総合診療医といっても、プライマリ・ケアを担う家庭医のような存在もいれば、へき地や離島で1人で何でも診るという方もいます。さらにはわれわれのように市中病院の中で勤務する総合診療医もいますから、活躍の場も多様です。

瀬戸 場所や状況に応じて働き方・役割を自在に変えられるのは、総合診療・総合内科分野の大きな強みですよ。ただ、それがかえってイメージのしにくさにつながっているところもあるのかもしれませんが……。

横江 働き方改革により労働時間が制限される中では、医師一人当たりの診療能力強化や診療範囲の拡大なくしては、医療全体として効率化を実現する

ことは難しいです。その点、一人二役、三役を担える可能性のある総合診療医が増加することは、時代の求めでもあらと感じています。

領域横断的な視点で 「人を診る」医療を実現する

横江 総合診療医はそもそも全体数が少ないため、実際にこの領域で働いている医師が積極的に魅力を発信していくことも必要だと考えています。瀬戸先生は現在も総合診療の臨床医として最前線で活躍されていますが、この分野のやりがいや魅力を教えていただけますか。

瀬戸 いくつかありますが、そのなかでも他科・他院で対応に難渋した悩ましい症例に対して患者の身になって診療を行い、問題解決につなげることが、私にとっては何ものにも代えがたい喜びです。総合診療では臓器専門的な観点によらず、あらゆる領域の臨床的な知識が要求され、場合によっては心理的・経済的な問題など、医学的な範囲を超えた問題に対峙することもあります。単に「病気の診断・治療をする」だけでは十分に解決したことにならない難しさが、総合診療の魅力でもあります。病気のことだけを考えて患者と向き合うことをおろそかにしてしまう医師を揶揄する言葉として「病気を診て、人を見ず」という言葉がありますが、この分野に携わっているとその言葉が戒めることの重みがよくわかります。

横江 総合的な観点・知識があるから

僕たちの日常臨床は、理系の知識だけではうまく説明できないことに満ちている。

臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学

森田 達也 田代 志門

患者は余命を知りたいのに、家族が反対するのはなぜ？患者が頑なに貫いてきた面会拒否は、亡くなった後も続けるべき？緩和ケアの日常臨床は、答えに辿りつかない「もやもや事例」に満ちている。

悩める緩和ケア医・森田達也と、生命倫理学者兼社会学者・田代志門によるリアルな往復書簡が、臨床のもやもやを解きほぐす！文系×理系の視点で「それでどうするの？」から「なんでそうなるの？」までを考える、ゆるくて深い越境の書。

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

医学書院

詳細はこちら



ジェネラリストBOOKS

総合内科対策本部

これってどうする!?

編集 横江 正道

「微熱の原因は？」
「リンパ節が腫れています」
「両足がむくみます」
「爪が黄色いです」
「鎖骨が盛り上がっています」
「眉毛も髪も薄いです」
「目が赤いですが、痛くありません」
「交通事故を繰り返しています」
「手の爪が水虫です」
「ワクチン接種後、調子が悪いです」
「原因不明のCRP高値です」
「腫瘍マーカー高値です」
「T-SPOT陽性です」
「尿の色がおかしいです」
……総合内科に寄せられる難症例・珍相談に応えます！

総合内科って、
大変だけど面白い。
難症例も珍相談も、
どんとこい！

総合内科 対策本部

これってどうする!?

***横江正道

微熱の原因は？ 交通事故を繰り返しています！ 両足がむくみます！
リンパ節が腫れています！ 爪が黄色いです！ 鎖骨が盛り上がっています！
眉毛も髪も薄い！ T-SPOT陽性です！ 腫瘍マーカー高値です！
原因不明のCRP高値です！ 手の爪が水虫です！
ワクチン接種後、調子が悪いです！

A5 2024年 頁372
定価：4,950円(本体4,500円+税10%)
[ISBN978-4-260-05659-5]

書籍の詳細は
こちらから

医学書院

目次
→ 1章 症状編——こんな受診・相談があったら、どんな対策で臨みますか？
2章 検査編——検査(値)に関してこんな受診・コンサルトがあったら、
どんな対策で臨みますか？

ジェネラルマインドを携えて 総合診療という終わりなき道をゆく



●せと・まさみ氏

1994 年東海大医学部卒。国立国際医療センター、茅ヶ崎徳洲会病院（当時）で全科スーパーローテート研修を修了したのち、湘南鎌倉総合病院内科チーフ、横須賀市立うわまち病院救急総合診療科医長、大船中央病院内科部長、湘南藤沢徳洲会病院総合内科部長などを経て現職。「子どもの頃から、いわゆる“赤ひげ”のようにどんな病気も診て治せる医者になりたいと漠然と思っており、医学的な意味での疾患だけでなく心理・社会的な部分も含めて患者さんを総合的に診て寄り添える医療に魅力を感じ、この道に進みました」

こそ導き出せる診断というのはありますよね。私が名古屋第二赤十字病院（当時）で総合内科医として勤務し始めた当時は、上司であった野口善令先生（現・豊田地域医療センター）の診療に目から鱗が落ちる毎日だったことを覚えています。領域横断的な知識の量が桁違いで、それまで消化器内科医として専門的な研さんばかり積んできた自分とは考え方がまるで違うことに圧倒されました。もともと医学生時代から、各領域の専門性の意義は理解できるものの、「医師はなぜ臓器別に患者さんを診なくてはならないのか」との疑問を抱いていたので、それが晴れたような気持ちでした。

瀬戸 医学が進化・細分化するにつれ、専門家しか知らないような知識も増え、医学の全領域を深く習得することはますます困難になってきました。故に各領域に特化した医師は当然なくてはならない存在です。しかしながら、高齢化をはじめとする社会の変化とともに患者の抱える問題も複雑性を増しており、単独の診療科だけでは対応に困るケースも増加してきています。そ

うしたときに総合診療医が介入し、各科の連携を促進する横糸としてサポートすることは今後ますます求められてくるでしょう。それぞれがお互いをリスペクトできる関係を築き、患者のために協働していくことが理想的です。

横江 同感です。医療をオーケストラに例えるならば、総合診療医の役割は指揮者に近いのではないかと思います。専門科がさまざまなある中で、各科がうまく連携していれば何も問題ないのですが、現場は必ずしもそうではありません。診療科ごとの世界があって、そこには隙間、壁が存在します。チーム医療の重要性は理解されてきたものの、チームになりきれていない、単なる“グループ診療”もたくさん見てきました。そこに指揮者として総合診療医が介在することで、各診療科の良い部分をうまく引き出し、連動させる。総合診療医は楽器のスペシャリストではないけれども、コンサート全体の良さを高めることはできるはずです。そのためには、全ての領域において 100%とはいかないまでも、可能な限り幅広く、深い知識を持とうと勉強を続けて総合的な診断能力を養うことが重要です。そういう役割を担えることも、総合診療医の大きな魅力ではないでしょうか。

ゴールがないから面白い

瀬戸 私は今年で医師 30 年目を迎えました。一般的にはベテランと呼ばれる年数です。けれども、いまだに研修医のような心持ちで日々を過ごしています。未知の知識は山ほどあり、学ぶべきことは増える一方です。いつになっても極めた気になりません。

横江 わかります！ 私も自己紹介の際は「研修医 28 年目です」と言っています（笑）。この年齢になってもなお、全くゴールが見えません。

瀬戸 総合診療の進化・発展には、医学的な知識だけではなく、例えば自分が親になったり、親を亡くしたりといった人生経験も強く反映されてきます。それ故にどれだけ年次を重ねても気づきがあるし、もしかすると死ぬまで終わりが無いのかもしれませんが。

横江 一方で若手医師からすると、「ゴールが見えない」というのはハー

ドルの高さにも感じられることでしょう。確かに、専門領域で何かを極めること、上達することの楽しみもあると思います。ただ、どこかでプラトーに達してしまい、自身の成長を実感できなくなるタイミングが訪れるかもしれません。そういう意味で、ゴールはないけれども、やればやるほど成長し続けられる総合診療は刺激的で面白いと思います。

瀬戸 逆に言えば、そう考えられる人が総合診療医に向いているのかもしれませんが。終わりが無い道を楽しむというのは、総合診療医のやりがいでもあるような気がします。

「医の原点」を学び、ジェネラルマインドを涵養する

瀬戸 今回の対談に臨むに当たり、横江先生が編集された『総合内科対策本部』を拝読しました。院内コンサルトだけでなく他院からの紹介や一般受診なども含め、総合内科に寄せられるさまざまな症例について、総合内科医による丁寧な病歴聴取を軸に診断・治療までの流れがわかりやすく解説されていました。病態からどのように疾患を想起するか、必要となる前提知識は何かなど、日常の臨床における総合内科医の頭の中を追体験できる作りとなっており、私自身も大変勉強になりました。

横江 ありがとうございます。総合内科・総合診療の臨床知は体系的に学習できる素材がなかなかありませんでしたので、今回の出版は私としてもうれしく思っています。扱っている症例は診断が難しいものから珍相談までさまざまですが、病態を俯瞰的にとらえ、問題の本質に迫る診断プロセスは日々の診療にも必ず生きるはずです。ぜひ多くの方に手に取っていただきたいです。

瀬戸 どんな症状・内容であれ、患者さんの困りごとにまずは耳を傾け、寄り添うのが医師として大切な医の心だと私は思っています。長い医師人生においては時として、病気を治しただけでは問題の解決に至らないこともあります。病気だけを診るのではなく、患者さんに興味を持ち、リスペクトし、人としてかかわる姿勢が重要です。総



●よこえ・まさみ氏

1996 年岐阜大医学部卒。名古屋第二赤十字病院（当時）で臨床研修後、同院救急部、消化器科、総合内科などに勤務する。同院国際医療救援部副部長、教育研究推進室長、総合内科部長などを経て現職。福岡赤十字病院総合診療科・教育研修推進室も兼務。『総合内科対策本部 これってどうする!?』（医学書院）ほか著書多数。「医師になった当時は総合診療・総合内科の医師はまだ少なかったです。しかし臓器の専門科医として歩むキャリアとは異なる新しい可能性を感じ、何より少子高齢化が進む今後の日本にはますますこの領域で働く医師が必要になると思い、この道に進むことを決めました」

合診療はこの「医の原点」を学ぶには最適な領域です。ゆくゆくは別の専門科に進みたいと思っている方も含めて、これからの医療を担う皆さんにはぜひとも早い段階で経験してほしいです。

横江 若い医師には自分の専門に縛られないジェネラルマインドを涵養してほしいとの思いがあります。私も初めから総合診療の道を志していたわけではないのでよくわかるのですが、臓器別の診療科ではジェネラルマインドを養う機会がなかなかありません。だからこそ、総合診療科での経験は医師としての守備範囲を確実に広げる貴重なものになるはずです。そしてもし、この領域に関心がある方、総合診療医をめざしたいという方がいれば、ぜひわれわれと一緒に、終わりなき道を歩んでいきましょう！（了）

●参考文献・URL

1) 日本専門医機構. 2023 年度 採用状況. 2023.
https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2023/04/recruit_2023_03.pdf

内科診断学の定番テキストの第4版。症候から診断に至る思考プロセスを丁寧に解説。



内科診断学 第4版

MEDICAL DIAGNOSIS

編集

福井 次矢

東京医科大学茨城医療センター 病院長／京都大学名誉教授

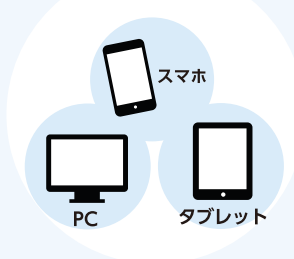
奈良 信雄

日本医学教育評価機構 常勤理事／順天堂大学医学部 客員教授／東京医科歯科大学 名誉教授

松村 正巳

自治医科大学地域医療学センター センター長／地域医療学センター総合診療部門 教授

付録として、
マルチデバイスで閲覧可能な
「web電子版」付



- ▶ 好評の「症候・病態編」では、医学生・研修医がおさえておきたい症候・病態を網羅。
- ▶ 本文オールカラー、豊富な図表とともに、症候から診断に至るまでの思考プロセスをわかりやすく丁寧に解説。
- ▶ 今版では、「症例編」の内容を刷新し、掲載症例数を大幅に拡充させ、具体的な症例を通した学びがますます充実。

詳細はこちら▼



●B5 頁1104 2024年
定価：11,000円（本体10,000円＋税10%）
[ISBN978-4-260-05315-0]

目次 I 診断の考え方 II 診察の進め方 III 症候・病態編 IV 症例編

医学書院

対談 健康と自殺から考える予防的介入

末木 私は臨床心理学を専門に、自殺や自殺予防を中心とした研究を行っています。主軸は自殺予防におけるインターネット関連技術の活用であり、NPO法人OVA（オーヴァ）の行っているインターネット・ゲートキーパーという検索連動型広告¹⁾を用いた自殺の危機介入にかかわっています。そうした研究・実践を通して、より良い危機介入の在り方を模索しているところです。

玉手 私はもともと経済思想や政治思想を勉強していて、博士号を取得した後、縁があって7年ほど東京大学の医療倫理学教室でお世話になりました。その頃から公衆衛生倫理の領域に携わるようになり、22年の末に『公衆衛生の倫理学——国家は健康にどこまで介入すべきか』(筑摩書房)²⁾を上梓したことから、その内容について医学界新聞でインタビュー³⁾を受けました。自殺も公衆衛生倫理も比較的ニッチな領域ではありますが、両者をクロスさせて考えることで、新たな展望を得られればと思います。

時代や地域によって変わる自殺への価値観

末木 自殺の研究は心理学のフィールドでありメジャーではありません。1998年の自殺者数急増、2006年の自殺対策基本法成立を受けて自殺に関する研究に関心が集まったことは確かですが、研究・実践の面で中心的な役割を担ってきたのは心理学者ではなく、地域精神保健に携わる方々でした。

玉手 そうした研究・実践において、自殺予防はどう扱われてきたのでしょうか。

末木 基本的には自殺を防ぐことを念頭に置いてあらゆる研究・実践が行われてきたと言っても過言ではないと思います。自殺を予防するにはどうすればいいのか、との観点が常にベースにあるのです。先に述べた自殺対策基本法は、国および地方公共団体が自殺対策を策定・実施する責務を有することを定めていますし、国民に対しては「生きることの包括的な支援としての自殺対策の重要性に関する理解と関心を深めるよう努めるものとする」としています。しかし、自殺は予防すべきだ・予防しなければならぬとの考え方は人類の歴史において普遍的なものではなく、地域や時代によって大きく異なります。

玉手 自殺予防は所与の前提、自明の正義ではないということですね。

末木 はい。世界的に自殺対策への関心が高まったのは1990年代で、自殺



玉手 慎太郎氏
学習院大学法学部政治学科 教授

末木 新氏
和光大学現代人間学部心理教育学科 教授

平常時からの「予防的なかわり」が前提とされる点で共通する、公衆衛生と自殺。個人の自由の尊重を基本的な価値とみなす現代社会において、予防的介入が無制限に許容されることはない。本紙では、公衆衛生倫理を専門とする倫理学者の玉手氏、自殺や自殺予防を専門に研究する心理学者の末木氏による対談を企画。ヘルスケアや自殺を考える際に生じる葛藤やもやもや感について、広く議論した。

対策国家戦略モデル作成のためのWHO専門家会議が開催されたのは96年です。予防の対象とされる以前のキリスト教圏では、自殺は犯罪同然の罪深い行為とされていまして、日本では江戸時代に近松門左衛門による浄瑠璃『曾根崎心中』の影響で恋愛心中が増加した際に心中禁止令が出され、心中既遂者の遺体や未遂者に対して処罰が行われました。しかし、さらにさかのぼると、ローマ帝国の国教とされる以前の初期キリスト教においては、自殺を罪とし罰を与えることはありませんでした。こうして簡単に過去を振り返るだけでも、自殺予防に対する考え方に時間的・地域的普遍性がないことはわかりいただけると思います。数百年～数千年後の人類社会においても自殺が予防すべきものと考えられている保証は全くないわけです。こうしたことから、「自殺はそもそも予防すべきなのか？」との問いを、常に持ち続けています。

生命の公共化と、拭いきれない違和感

玉手 ちょうど今、担当するゼミでジョン・ロック(註1)の著作を読んで

いるのですが、古典的リベラリズムにおいては個人の領域と国家の領域がはっきりと分けて考えられていたことがよくわかります。ロックは個人が不幸になることに待ったをかけるのは国家の役割ではないと明言しているのです。いわゆる公私二分論で、現代にもつながる考え方ははずですが、歴史上どこかの段階で公私を二分できない部分が生じたのだと思われます。自殺が私的問題から公的問題とされるようになったことに見られるように、われわれの生命がいわば公共化していると言っているかもしれません。

末木 生命の公共化ですか。言われてみると、そうなのかもしれません。

玉手 昔であれば、たばこを吸って結果的に肺がんになるのがそれはその人の勝手であり、他人の知るところではなかったわけです。それがいつの間にか、予防可能ながんによる経済的負担を減らすために適切な予防策を……といった方向で、公共の問題として扱われるようになりました。その基底にあるのは、われわれの身体は国家の資産、資源であり、労働力および生殖を行う再生産力として国家管理の対象とするという、フーコーの指摘した近代社会の在り方です。もちろん私的領域には

外部から口出しできない、という状況はある種の抑圧の温床としての側面を持つため、公共化が総じて問題かと言うとそうではありません。例えば家庭内における女性の抑圧を公共の問題としたフェミニズムによる公私二元論批判(註2)は、適切な指摘であったと考えます。

末木 自殺に関しても、予防を促進するためのロジックを構築してきた歴史があります。自殺直前の人間の心理状況を異常/病的なものとして、合理的な判断を下せる状態ではないから予防するといった方向の議論は随分昔から存在します。最近では、自殺者は社会的な構造によって追い込まれているのだから予防の必要があるといったロジックも目につきます。予防が大切だということ自体に異論はないものの、本当にそれでいいのか、予防に傾きすぎているのではとのもやもやを抱えています。

玉手 ヘルスプロモーションの基本もやはり予防です。しかし、国家による健康への予防的な介入が無制限に許されると考える人はほとんどいないでしょう。本人の利益になることを相手の同意なしに強制することをパターナリズムと呼びますが、無制限のパターナリズムは許容されません。日本国憲法には国民が基本的人権を有することが記されており、個々人の感覚としても個人の自由が尊重されるべきだとの考えを多くの人が持っているものと思われます。リベラリズムが基本OSとしてインストールされているような状態です。だからこそ、個人の自由を制限する予防的な介入に対して、どこか引っ掛かる感覚や気持ち悪さを抱くのではないのでしょうか。

致命的な局面ではクリシェでしゃべれなくなる

末木 気持ち悪さに関連した話題なのですが、最近は生成AIを相談事業にどこまで活用して良いのかについて考えることが増えました。「いのちの電話」の類の相談事業は、日本では1970年代から存在します。もとは死にたいと言っている人の話を聞こうというスタンスで宗教関係の方々が始めたもので、ボランティアによる草の根運動のような形でした。それが今では、一般への認知が広がるにしたがって相談件数が増加し、なかなか電話が繋がらない状態が恒常化しています。共働き世帯が増えて時間的余裕のある人が少なくなった影響などもあり、ボランティアの担い手も少なくなっているのです。

「健康格差」を学びたい人に最適な定番書、最新の知見を加えた待望の第2版！

健康格差社会 第2版

何が心と健康を蝕むのか

日本が「健康格差社会」であることを世に示した初版の発行後、社会疫学研究の進展により健康格差の存在は共通認識となり、健康格差の縮小が国の政策目標に掲げられるに至った。第2版では初版の内容を基盤にしつつ、この間に蓄積された多くの科学的知見を追加。「健康の社会的決定要因」などに関する議論の動向も解説する。「健康格差」の基本を知る上で最適な定番書。

近藤克則



精神科専門医・産業医・産業看護職・弁護士が監修。Q&A形式でサクサク読める！

職場のメンタルヘルスケア入門

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

編集代表 宮岡 等
編集 淀川 亮
田中克俊
鎌田直樹
三木明子





●たまた・しんたろう氏

2014年東北大学大学院経済学研究科博士後期課程修了。博士（経済学）。東大大学院医学系研究科生命医療倫理教育研究センター特任研究員等を経て、21年より現職。近著に『公衆衛生の倫理学——国家は健康にどこまで介入すべきか』（筑摩書房）、『ジョン・ロールズ——誰もが「生きづらくない社会」へ』（講談社）。

そうした状況があるため、生成AIを用いた相談事業の運営が現実味を帯びてきています。相談相手が生身の人間ではなくAIであったとしても、いつまでもつながらないよりはよっぽど良いのでは、との考えが私の根底にあります。しかし、技術的に可能であったとして、現実には実施してしまっているかどうか、倫理的な部分での判断がつかず、先に進めていません。自治体も事業者も、足踏みしているのが現状です。

五手 実務的なところでは、AIであることを隠して詐欺的に運用するのは論外で、AIの人格性をどう公開するのか、責任の所在をどう設定するのかをまず考える必要があります。その上で、返答に用いる語の限定や、発言内容の制限、また人命がかかっている以上、失敗事例を生まないための強固な安全策の構築など、箇条書きのチェックリストを作るのがよくある対策です。

そもそもの話として、AIによる相談に正の効果はありそうなのでしょうか。

末木 事業を行ってから効果の検証を科学的に行うことは大前提ですが、個人的な予想としては、効果はある気がしています。私、ChatGPT に質問を投げるとき、つつい丁寧語を使ってしまうんです。どことなく人らしさを AI に対して感じているのでしょうか。ですから AI から送られてきた文面だとわかっていても、利用者が救われる部分はあるのではないのでしょうか。死にたくなる理由は複雑ですが、人とのつながりがないことが大きなファクターとして挙げられます。とりえず人らしい何かから返答がくることの意味は、少なくともと考えます。

五手 なるほど。AI による相談事業について考えていて、『急に具合が悪くなる』（晶文社）⁴⁾ という書籍を思い出しました。「病」をめぐる人類学者

と哲学者の往復書簡なのですが、やり取りを重ねる間に哲学者が患っていたがんが悪化してしまいます。亡くなる最期の段階まで続いた、ぎりぎりの対話が掲載されています。その中で興味深かったのが、親しい人に致命的なことが起こるとクリシェ（註3）ではしゃべれなくなるという議論です。私たちは日常的には定型句によってコミュニケーションをとっています。風邪を引いたと聞けば、「お大事に」「ゆっくり休んでね」と返すという形で。一方で、余命数か月と宣告された人に対して「お大事に」とは言えないですよね。借り物の言葉でしゃべることが難しくなる瞬間が確かにある。それはおそらく人の魂と魂が接近する瞬間で、そのときに自分の言葉を紡いでしゃべるからこそ信頼関係を構築できるのだと思います。相手にかける言葉を真剣に考えるのは大変な作業です。定型句はそうした大変さをスキップして、コミュニケーションを円滑化しているのです。

ChatGPT 等の生成 AI は、ある種のクリシェの集合体ですよ。人々が日々用いている言葉を集積しているわけですから。そうであるからこそ、会話も上手なのです。しかし果たして、自殺を考えている人と対峙するに当たって、クリシェによる会話を提供するだけでいいのか、という疑問が一つのポイントになる気がしています。定型句で話しかけていい問題なのか。それが根源的な問いとしてあるのではないのでしょうか。

もやもや感を手放さない

末木 心理職の行うカウンセリングには、ある種のパターンが存在します。自殺対策であれば生きる方向に動機づけるなど、セラピスト側が誘導したい特定の方向づけを行う会話のテクニックです。そういう意味では定型句も用いながら会話を行っているわけで、それをAIに置き換えるという発想です。

玉手 そもそもが相談事業と言えど、クリシェで会話している部分があると。

末木 ええ。相談をさばき切れないためにいつまでも電話がつかまらないデメリットと、AIを用いる気持ち悪さやデメリット、それらを天秤にかけたときに、AIでもいいからつながるほうがまだましなのではと思ってしまう部分があります。

五手 目の前に困っている人がいるから実行するしかないのでは、と言われると、根源的議論はたいてい道を譲ります。相談電話をかけてくるような人は周りに相談できる相手がいなくて最後の手段に近い位置付けで連絡してくるわけですから、本来であれば一人の血の通った人間による人格的対応が望ましい。しかし、人的・時間的リソースが圧倒的に足りていないから、AIによる対応に踏み切る。その時、何か

亀裂を跳び越えてしまっているような気がします。現に困っている人が存在するのだから、跳ぶしかない。しかし同時に、本来跳んではいけないところを跳んでしまっているとの感覚もあるのです。

末木 私も玉手先生も必要に迫られれば最終的には跳んでしまうのでしょうか、そこには葛藤やためらいがあります。亀裂をえいやと跳び越えるために、あれこれロジックを組み立ててしまうのかもしれません。

玉手 私が個人の自由を侵害するような公衆衛生政策について考えているときにも、必要があれば実施に反対はしないけど、同時に忸怩たる思いを抱えているようなところがあります。葛藤を抱えて生きると言う和陈腐な話にも思えますが、その葛藤を持つこと自体が大事なのではと考えています。

末木 もやもやした気持ちを抱えていることが、オルダス・ハクスリーが描いたようなディストピア（註4）の到来を防ぐ側面があるのではないのでしょうか。効率的なのだからAI相談に切り替えればいいのではないかと何の躊躇もなく突き進んだ先にある世界を思うと、恐ろしいです。

玉手 一方で、そうしたもやもやに価値を見いださないという考え方もあります。もやもや感は合理性に対するノイズ、ブレーキなので削るほうが望ましいという思考です。功利主義ベースで考えるとそうした結論に行き着きやすいです。コロナ禍では明確なガイドラインが存在しないために、現場の医師が目の前の患者さんに関する判断を一手に引き受けることでバーンアウトの問題が生じました。そうしたとき、自分で決めなくて済むようにしてくれるガイドラインが存在すると確かに医師の負担は減じます。しかし、そうした葛藤を医師が手放してはいけないのではないかとの声も聞かれました。

末木 もやもや感を保持しておくためにも、政策評価を有効性とコストベネフィット分析のみによって行うのではなく、それらを評価項目の一つとして、一つひとつの政策を総合的に検討する必要があるのかもしれません。

玉手 そもそも有効性の評価すら満足にできていないのが現状ではとも思います。先は長いですが、跳ぶときは跳ぶ一方で葛藤も抱えつつ、地道に前進していきたいです。

玉手 本日はあまりお話しできませんでしたが、自殺が良いのか悪いのかという議論自体も興味深いです。自分が納得したタイミングで人生を終わらせることは不老不死よりも良いという考え方が末木先生のご著書の中で紹介されていますが、そこには強い個人主義を感じました。自分の人生としては終わりにしたいけれど、他の人のために生きなければという状況はいくらか想定できますから。



●すえき・はじめ氏

2012年東大大学院教育学研究科臨床心理学コース博士課程修了。博士（教育学）。12年と光大現代人間学部心理教育学科講師等を経て、21年より現職。公認心理師、臨床心理士。主著に『自殺学入門――幸せな生と死とは何か』（金剛出版）、「死にたい」と言われたら――自殺の心理学』（筑摩書房）など。

末木 自殺の悪さの成分の一つとして、他者への負の影響が挙げられます。逆に言うと、周囲の人たちを納得させてから実行に移すのであれば、負の影響は幾分緩和されます。

玉手　だとすると、周囲を納得させようと働きかけているうちに、それならば他者とともに生きていけばいいのでは、という気持ちが湧き上がってきそうですね。

末木 おそらく結果として予防的に働くのではないのでしょうか。だからこそ苦しくなったときに性急に事を進めるのではなく、一呼吸置いて、ゆっくり時間をかけて考えられる社会環境を作っておく必要があると、ありきたりではありますが、考えている次第です。

(了)

註1：英国の哲学者（1632-1704）。国家は国民の所有権の調整・保護のために存在するとし、個人の自由を国家が侵害しないことを主張した。

註2：第二波フェミニズムは、家族関係の在り方など「私的」とみなされていたものを、社会構造に埋め込まれた「公的」なものとして認識することを促した。「個人的なことは政治的なこと」というスローガンが有名。

註3：ありきたりな決まり文句、常套句、陳腐な表現を指す。

註4：オルダス・ハクスリー著『すばらしい新世界』は、テクノロジーの発達と管理統制による繁栄を享受する人間が自らの尊厳を見失うさまを描いたディストピア小説。

●参考文献・URL

- 1) 末木新. インターネット・ゲートキーパー事業から生み出された研究の概要について. 2022.
<https://bit.ly/3Wjexc9>
- 2) 玉手慎太郎. 公衆衛生の倫理学——国家は健康にどこまで介入すべきか. 筑摩書房; 2022.
- 3) 玉手慎太郎. 公衆衛生倫理の問題系を知る——有効な政策と自由の尊重の間. 2023.
<https://bit.ly/4fcC1s9>
- 4) 宮野真生子, 磯野真穂. 急に具合が悪くなる. 晶文社; 2019.



ポケジェリ

あなたのポケットに ジェリアトリクスー老年医学ーを

AGS高齢者診療マニュアル

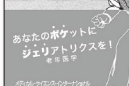
Geriatrics at Your Fingertips, 24th Edition

監訳：山田悠史・原田 洸・榎本貴一

定価6,930円（本体6,300円＋税10%）
B6変 頁472 図11 2024年
ISBN978-4-8157-3112-0



↑
詳しくは





見開きで完結、これなら読める！

遺伝医学・ゲノム医学 はじめに読む本

著：渡邊 淳

定価2,970円（本体2,700円＋税10%）
A5 頁224 図113 2024年
ISBN978-4-8157-3111-3



↑
詳しくは





これなら最後まで読める！
わかりやすさに定評あるロングセラー、
大幅改訂

ペコリーノがんの分子生物学

メカニズム・分子標的・治療

第4版

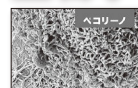
Molecular Biology of Cancer, 5th Edition
Mechanisms, Target, and Therapeutics

訳：日合 弘・木南 凌

定価5,720円(本体5,200円+税10%)
B5変 頁472
図143・写真5 2024年
ISBN978-4-8157-3113-7



↑
詳しくは



レジデントのための

患者安全

エッセンス

編集

栗原 健 名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部

小泉 俊三 医療安全全国共同行動 議長

第5回

カルテにしっかり書き、患者も自分も守りたい

執筆 綿貫 聡 東京都立多摩総合医療センター救急・総合診療科 / 医療安全対策室

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

指導医

この前は救急外来の当直お疲れさま！

指導医

カルテって、どうしても記載が抜けてしまうことがあるよね。

指導医

いやー、すごく忙しくて大変でした。翌日のカルテレビューで記載漏れが多く見つかって冷や汗をかきました。

指導医

カルテって、どうしても記載が抜けてしまうことがあるよね。

指導医

そうなんです。なるべく気をつけるようにはしているのですが……。

研修医

研修医

記載が不十分なカルテは意外と多い

診療録（カルテ）は診療経過の記録であり、作成者の行動や考えをケアチームのメンバーに伝えるためのツールでもあります¹⁾。カルテ記載は、医師法第24条で「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない」と規定され、違反した場合には50万円以下の罰金が科せられます。すなわち、医師は必要事項を適切に記載する必要があります。

これらの内容は卒前・卒後の医学教育の中でも強調され、現場の医師もその重要性を理解しているものの、実際には不十分な記載や報告の遅れが事後に指摘されるケースが多いと筆者は感じています。そうした実感を明らかにしてくれたのがカナダ発の論文です²⁾。臨床研究を行ったのは、カナダ国内の医師会員に対して医療に関連する法的な支援や助言、教育を行い、医療訴訟事例に関するデータベースも有するCMPA（The Canadian Medical Protective Association）です。この研究では、2016年1月1日～2020年12月31日までにCMPAが支援した医療法務案件3万7866件の中で、救急科の医師に関連したカルテ記載1628件について記述的調査と内容分析が行われました。

同論文では、最終的に解析の対象となった391件の中で無作為に抽出された79例について、カルテ記載に問題があるとされた内容がまとめられています（表）²⁾。カルテ記載がない/不十分であるとの指摘は計117回記録され、最も問題が多かったのは病歴、臨床検査、診断、鑑別診断などを含むケアの初期評価と精査を行う段階（n=69）でした。カルテ記載の不十分さと直接の因果は証明されていませんが、患者の状態の安定化を図るとともに、集まってきた情報の統合が行われる診療の初期段階では、担当医に認知的な負荷

が大きくかかることは間違いがありません。

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

忙しい診療の中で必要な記載が抜けしてしまうことはしばしば認められるために、何らかの対策を講じなければ改善は困難と言えます。筆者は名古屋大学で開講されている患者安全に関する教育プログラム（現・最高質安全責任者CQSOプロジェクト）を受講し、患者安全について体系的に学ぶ機会を得ました。その中で、救急外来における初期臨床研修医の診察時の併診医カルテ記載率に課題があることを確認し、記載率の向上をテーマとして改善活動に取り組みました。6か月にわたり行われた問題解決プログラムでは、現状把握として実地でのサンプルデータの測定、併診医からのヒアリングの結果をもとに、指導医を集めて要因分析を行ったところ、記載ルールの周知不足、記載を確認するタイミングの設定などに課題を見つけたことから、対策を講じて改善につなげていきました³⁾。

●カルテ記載を漏れなく、遅滞なく行うコツ

研修医が取り組みやすい具体的な対策を紹介します。

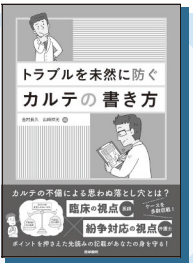
- ①勤務終了段階で自分自身のカルテレビュー：救急外来の場合、勤務時間内に詳細なカルテ記載を全例で行うことは困難なケースも多いです。勤務終了段階で、その日に自身が診療した患者の診療内容を思い起こしながら記載の確認を行うのはどうでしょうか。
- ②勤務先部署内でのカルテレビュー：当院の救急外来では、当直時間帯に記載されたカルテのレビューを翌日に行い、内容、検査結果（採血、画像）などを見直し、診療の質の向上につなげています。また、“ERモーニングレポート”という教育の場を整備し、救急外来の診療内容、プレゼンテーションや

カルテの思わぬ落とし穴とは？ ポイントを押さえた先読みの記載があなたの身を守る！

トラブルを未然に防ぐカルテの書き方

カルテ記載の思わぬ落とし穴とは？ 医療紛争・トラブルにおいてはカルテ記載が重要となるが、時間の制限があるため、書くべき場面、書くべき内容の絞りこみが必要となる。本書では紛争・トラブルになり得るケースを多数紹介し、無用なトラブルを避けるためのポイントを押さえたカルテ記載の方法を伝授。臨床（医師）と紛争対応（弁護士）の双方の視点を押さえた先読みの記載があなたの身を守る！

編集 吉村長久
山崎祥光



●表 記載が最小限、または関連する記載が不十分であったとされたカルテについての専門家からの意見（文献2をもとに作成）

診療の段階	医師のカルテ記載がない、または臨床情報の記載が不十分であった例
初期評価と精査を行う段階（n=69）	●初期評価が行われたタイミングと行われたことの詳細について記載が不十分であった。 ●病歴聴取の段階において、必要な家族歴/危険因子に関しての陽性/陰性所見の記載が行われていない。外傷の受傷機転の詳細が記載されていない。 ●異常なバイタルサインの解釈や再評価の必要性に関しての記載がない。 ●身体所見に関して、レッドフラッグサインや創傷に関する適切な所見の有無を確認したことの記述が不十分である。 ●鑑別診断が適切に想起されず、より重篤な疾患を除外するという意思決定を行うための根拠が記載されていない。 ●複合例：適切な陽性/陰性症状の記載がない、身体診察の詳細が記載されていない、馬尾症候群を除外するための画像診断を行わないことの根拠が記載されていない。
再評価および検査結果の確認を行う段階（n=17）	●その後に評価が行われたタイミングや、治療に対する患者の反応、患者の状態変化の詳細について記載が不十分であった。 ●画像診断の所見や超音波検査の解釈がなされていない。 ●異常な臨床検査値や、さらなる検査が必要かどうかに関しての解釈または詳細な記載が行われていない。 ●複合例：外傷性頭蓋内出血の患者における神経学的な再評価の詳細な記載や、さらなる画像診断が不要であることの根拠が不十分であった。
救急外来から帰宅する段階（n=10）	●救急外来への再来院を促すべき症状を含む、帰宅時指示が記載されていない。 ●処方された薬剤のリスクと禁忌に関する詳細な評価がない、または不十分である。 ●所見、治療計画、外来フォローアップの推奨に関して、患者や意思決定代行者と行われた議論に関する記載が不十分である。 ●複合例：腹痛を訴える患者の再評価を促す記載、外科的病因を示唆する徴候や症状に関しての記載が帰宅指示書にない。
コミュニケーション	医師が文書や口頭による情報伝達を記録していない、または詳細が不十分であった例 ●緩和ケアに関する話し合いを含む、ケアの目標に関する記載が不十分であった。 ●提案された処置や治療に関するリスクベネフィット、代替案を含むインフォームド・コンセント（患者に対してその内容を説明し、判断能力のある患者から許可を得ること）が行われたことの記載がない。 ●経過観察目的に一晚過ごすことについて、インフォームド・リフューザル（医療者側から十分な説明を受けた上での患者からの拒否）のための話し合いが不十分であった。 ●複合例：未解決の胸痛に関して、さらに観察を続けることを勧めるための、患者との話し合いに関するカルテ記載が不十分で、急性冠症候群を除外するための検査が完了する前に救急外来から帰宅することについて、患者へのリスクが説明されていない。
診療に関連した医師と医療従事者間とのコミュニケーション（n=7）	●医師間での引き継ぎ時に、まだ行われていない検査や再評価が必要な事象といった臨床情報のカルテ記載が行われていない。 ●アセスメントすべきことの優先順位など、医療チームでの適切な話し合いの詳細がない。 ●臨床経過を含めて、コンサルテーション、外来への患者の紹介、転院などの依頼が行われたことのカルテ記載が不十分である。 ●複合例：フォローアップの指示があるが、早急な外来での再評価を必要とする電解質異常について、かかりつけ医に注意喚起がされていない。
カルテに判読不能な内容があった（n=14）	●同業の専門家は、医師のカルテ記載が乏しく、読みにくいと意見した。 ●複合例：医師の診断を裏付けるための身体診察の詳細が、カルテ記載からは判読できなかった。

カルテ内容を確認し、フィードバックを行っています。これらの取り組みは、正しいカルテ記載が回りまわって自分の身を守ることに、そして記載内容に基づくフィードバックにより教育にもつながっていくことを目的としています。部門責任者や指導医の協力が必要になる内容ではありますが、カルテ記載の質を担保するのは個人の努力だけではどうしても限界があることから、医療機関を挙げての対策が求められると考えています。

③コミュニケーションの質改善のために患者協働を活用する：ミスコミュニケーション、コミュニケーションエラーは訴訟につながり得ます²⁾。このような課題を解決する方略として患者協働（Patient Engagement）が注目されています。具体的には、患者が理解したことを確認するために教え返してもら（Teach-Back）、患者も引き継ぎに参加する（Warm Handoff Plus）などの戦略を活用していきましょう⁴⁾。詳細は「プライマリケアにおける患者・家族との協働による患者安全改善ガイド」(右記QRコード)の内容をご覧ください。



研修医のその後

この案件以降、研修医は救急外来で

の診療が終了した段階でカルテ記載の確認を欠かさず行うようになりました。また、指導医もカルテ記載の確認とプレゼンテーションを事後に行う場を整備し、教育の場面として活用し始めたところ、救急外来での診療に対する安心感を研修医らが得られ、研修医・指導医双方に良い影響が生まれました。

覚えておこう！

- 正確なカルテ記載による関係職種間のコミュニケーションの強化を通じて医療の質を向上させることが重要であり、法的にも医師はカルテを遅滞なく記載することが求められています。
- カルテ記載が不十分であることは、診療の質の問題であり、医療法務案件につながる可能性があります。
- カルテ記載の質を担保するには、診療後の記載の確認と振り返りが重要です。

●参考文献

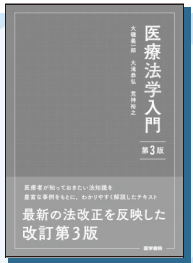
- 1) Ann Intern Med. 2015 [PMID : 25581028]
- 2) CJEM. 2023 [PMID : 37646956]
- 3) 綿貫聡. ASUIISHIに参加して得たもの。医療安全レポート。59：22-4.
- 4) 医療の質・安全学会 若手人材育成支援委員会. プライマリケアにおける患者・家族との協働による患者安全改善ガイド。2020.

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



応用倫理学入門

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

澤井 努 広島大学大学院人間社会科学研究科 特定教授

第1回 より良い社会を創るために——「倫理に答えはない」のその先へ

大学で倫理学の授業をしていると、「倫理に答えはない」「倫理は人それぞれ」という言葉を、学生が口にすることがあります。これらの表現は、倫理に関して絶対的な見方は存在しないと主張する、「倫理的相対主義」という倫理学的立場を示唆しています。しかし、私の授業に出ている学生と同じく、多くの人がその真意を十分に理解せず、「倫理に答えはない」と簡単に言ってしまうのではないのでしょうか。

1900年代以降、倫理学の一部の分野では、「倫理に答えはあるのか」「倫理は普遍的なものか、それとも個人や文化によって異なるのか」との問いが真剣に議論され、倫理的相対主義をめぐる理解も深まってきました。しかし、社会では「倫理に答えはない」「倫理は人それぞれ」という見方が依然として広まっていて、その結果、倫理をめぐる議論が「私はこう思う」と個々の意見を表明するだけの表面的なものに陥りがちです。こうした状況下で、倫理的相対主義が抱えるジレンマに留意しながら、より良い倫理の構築につながる視点を提供することが本連載の目的の一つです。

日々の臨床現場で倫理的判断を求められる医療従事者の皆さん、また将来その場に立つ医学生や看護学生の皆さんにとって、倫理の問題は日々の実践や将来の職業生活に直結する重要なテーマでしょう。以下では、従来の科学・医学・工学が提起する倫理の問題から、最先端の科学・医学・工学が投げかける新たな倫理の問題まで、幅広いトピックを扱う本連載の出発点として、まず倫理の「絶対的な見方」と「相対的な見方」の違いを簡潔に説明し、本連載のめざすところを明確にしていきます。

倫理をめぐる絶対主義と 相対主義の立場

倫理的絶対主義は、倫理が普遍的で不変の原則に基づくという見方です。医療の世界では、例えば「どんな状況下でも、患者の個人情報や医療情報を第三者に漏らしてはならない（医師の守秘義務）」「どんな理由があっても、人体の一部を金銭で取引することは許されない（臓器売買の禁止）」などがこの考え方を代表しています。これらの主張は、（ある特定の人たちにとって）文化や個人の価値観を超えて適用

される普遍的な基準として扱われています。

一方、倫理的相対主義は、倫理が文化や個人の価値観に依存し、ただ一つの絶対的な正解は存在しないという立場です。例えば、終末期医療の扱いは文化や時代によって大きく異なります。欧米では患者の自己決定権を重視する傾向がありますが、家族や共同体の意思決定を優先する文化もあります。このような違いは、倫理的判断が文化的背景に強く影響されることを示しています。そして、こうした文化差を認識・尊重できる点で相対主義には利点があります。

相対主義の落とし穴 ——「何でもあり」ではない

「倫理に答えはない」「倫理は人それぞれ」という表現は、確かに倫理的相対主義の一面をとらえていますが、多くの場合、その真意が正確に理解されていません。これらの言葉を安易に用いることで、倫理的判断の重要性を軽視したり、自身の責任を回避したりする危険性が生じます。

実際には、倫理的相対主義は「何でもあり」を意味するものではありません。むしろ、異なる価値観や文化的背景を認識し、それらを考慮に入れた上でより良い倫理的判断を行うことを求めているのです。この点を理解せずに相対主義を無自覚に採用すると、建設的な議論が困難になり、結果として患者の利益を損なう可能性があります。

倫理構成主義

それでは、倫理的相対主義の落とし穴を避けつつ、多様な価値観を尊重して建設的な議論を進めるにはどうすればよいのでしょうか。私が提案したいのは、「倫理構成主義」というアプローチです。これは、倫理を個々人や社会が共同で作りに上げていくものとする見方です。この立場は、相対主義の利点を生かしつつ、その限界を克服することをめざしています。

例えば、医療現場を倫理構成主義の視点から見ると、倫理的問題の解決は単に既存の規則を適用するだけでなく、患者、医療従事者、家族、そして社会全体が対話を通じて新たな倫理的基準を構築していく過程としてとらえ

られます。この過程では、時に激しい意見の対立が生じるかもしれません。しかし、対立を通じて、私たちは自分の価値観を問い直し、より深い理解に到達することができますと言えます。

2015 年, ある研究者が研究を目的にヒトの胚にゲノム編集を施したとする論文を発表しました。その3年後, 別の研究者が生殖を目的にヒトの胚にゲノム編集を施したことを発表しました。これらの問題に関して, 現在, 多様な意見はあるものの, 国内外で一定の答えが出ています。新たな医療技術の導入に伴う倫理的問題に直面した際, 研究開発や医療の現場, さらに社会でも「人それぞれ」で話は済みません。多角的な視点から議論を重ねることで, 国際的に, また国内的に合意形成を図りながら, 最適な倫理的基準を作り上げていく必要があるのです。

医療現場における実践——インフォームド・コンセントを例に

医療現場では、倫理的相対主義の視点が重要となる場面が数多く存在します。終末期医療や安楽死に関する議論は、その代表的な例です。例えば、カナダでは一定の条件下で安楽死が合法化されていますが、多くの国々ではそれを認めていません。これは単に法律の違いだけでなく、生命の尊厳や医療の役割に対する文化的・宗教的な価値観の相違を反映しています。

また、医療従事者は日々の臨床現場で倫理的ジレンマに直面します。例えば、認知症患者の治療方針を決定する際、患者の現在の意思と事前指示書の内容が矛盾する場合があります。このような状況下では、いつでも使える「絶対的な正解」は存在せず、目の前の患者の最善の利益を考慮しつつ、家族や医療チームとの対話を通じて、状況ごとにそれぞれ最適な解決策を見出す必要があります。

その他の実践例として、インフォームド・コンセントのプロセスが挙げられます。患者の自己決定権を尊重するという原則があったとしても、その実践方法は患者の文化的背景や個人の価値観によって柔軟に調整される必要があります。医療従事者は、患者とのコミュニケーションを通じて、その患者に最適な情報提供と意思決定支援の方法を共に構築していくのです。

倫理的相対主義と
倫理構成主義の融合

倫理的相対主義は、異なる価値観や文化的背景を認識し、尊重することの重要性を教えてくれる、大切な考え方です。しかし、それは先に述べたように、「何でもあり」を意味しませんし、そのように理解すべきではありません。特に医療現場では、多様な視点を統合し、具体的な状況に応じた最適な倫理的判断を導き出すことが求められます。そのためには、相対主義を倫理

構成主義的アプローチと組み合わせて考える必要があります。

倫理的相対主義と倫理構成主義は、一見相反するようには見えますが、実際には相互補完的な関係にあります。相対主義の視点は、異なる価値観や文化的背景を尊重し、「ただ一つの正解」にこだわらない柔軟な思考を促します。一方、構成主義の視点は、それらの多様な視点を統合し、具体的な行動指針を導き出す方法を提供します。

本稿では、「倫理に答えはない」「倫理は人それぞれ」という言葉の含意と、倫理的相対主義および倫理構成主義の重要性について確認してきました。これらの考え方を正しく理解し、実践することは、医療従事者や医学生、看護学生、ひいてはこの社会の構成員にとって極めて重要です。

これから本連載で取り上げるように、遺伝子編集技術、人工知能の医療応用、エンハンスメントなど、従来の倫理的枠組みでは対応しきれない倫理的問題が次々と登場しています。それぞれの問題に対して絶対的な答えは存在しないかもしれません。しかし、だからこそ私たちは常に考え、対話し、より良い社会を共に創り上げていく必要があります。既存の規範や法規制を所与のものとして受け入れるような思考停止を回避し、倫理を構成する実践を継続することこそが、医療の質を高め、患者の福祉を向上させる道ではないかと思います。

今回のPOINT

- 倫理的相対主義は、倫理が文化や個人の価値観に依存し、ただ一つの絶対的な正解は存在しないという立場。
- 倫理的相対主義は「何でもあり」を意味するわけではない。
- 倫理構成主義は、倫理を個人や社会が共同で作り上げていくものとする見方。
- 倫理的相対主義と倫理構成主義は、相互補完的な関係にある。

●さわい・つとむ氏

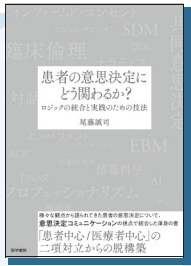
京大大学院人間・環境学研究所博士後期課程修了。博士（人間・環境学）。専門は倫理学、応用倫理学。2014年京大 iPS 細胞研究所（CiRA）特定研究員、19 年同大高等研究院ヒト生物学高等研究拠点特定助教、22 年広島大学大学院人間社会科学研究科准教授を経て、24 年より現職。20 年に第 2 回 CiRA 奨励賞を受賞する。主著『命をどこまで操作してよいか——応用倫理学講義』（慶應義塾大学出版会）は、21 年に第 16 回日本医学哲学・倫理学会学会賞を受賞した。



患者の意思決定にどう関わるか？ ロジックの統合と実践のための技法

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

尾藤誠司



A5 頁248 2023年 定価:4,180円[本体3,800円+税10%] [ISBN978-4-260-05330-3]

医学書院

看護・介護する人の腰痛ゼロをめざして

腰痛予防と緩和のためのセルフケア

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

編集 関 恵子 滋賀県立大学人間看護学部・講師



腰部負担改善をめざした腰痛予防教育システムの開発

第 2 回

執筆 伊丹 君和 滋賀県立大学人間看護学研究院 教授

今回のねらい



厚労省が『職場における腰痛予防対策指針』¹⁾を 2013 年に改訂しました。これにより、原則人力での抱え上げは行わず、福祉機器の活用を促すことで、「患者を持ち上げない！抱え上げない！」が看護・介護現場では合言葉として浸透してきています。しかし、腰痛は腰部への荷重だけで発生するものではなく、前傾姿勢や不自然な姿勢、長時間の静的作業姿勢が関与します。本稿を執筆する伊丹君和教授は、看護師が腰痛を起こしやすい姿勢すなわち“前傾姿勢や体幹部のひねり動作”に着目し、正しい姿勢で業務を行うための行動変容につながる教育システムを開発されてきました。腰痛予防教育システムは看護・介護職の腰痛予防意識・行動意欲を高めてくれます。本稿では腰痛ゼロをめざすにあたり、低コストで明日からでも実践可能な一人ひとりの腰痛予防意識・行動変容の必要性を再認識していただきたいと考えています。次稿から 2 回に分けて紹介する本教育システム活用の実例を含め、腰痛予防のための組織づくりに役立てていただければ幸いです。(関恵子)

腰痛予防は意識改善から

病棟看護師を対象とした腰痛実態調査を行った結果、腰痛発生率は 49.6%と減少傾向にあるものの、高い現状であることがわかりました²⁾。さらに、看護・介護職ともに腰痛発症時の姿勢は「中腰姿勢」「長時間の立ち作業」が多く、腰部負担から腰痛へと“徐々に”進展していることが明らかとなっていました^{2,3)}。しかし、「仕事中に腰痛を起こした場合に労災申請をしない」と回答した人の割合は看護・介護職ともに高値であり、その理由としては「仕事の原因かどうか不明だから」が最も多かった³⁾。これは看護・介護職に生じる腰痛が業務による腰部筋疲労の蓄積によって“徐々に”発症し、再発と軽快を繰り返している人が多いことに関連していると考えられます。業務上発症する腰痛が労災に該当する認識が一人ひとりないこともまた、腰痛発症率を高めている要因と考えられるのではないのでしょうか。

2013 年に『職場における腰痛予防対策指針』¹⁾は改訂されましたが、腰痛予防教育を学生時代や職場で受けたことがある方はいずれも半数以下という調査結果があり²⁾、腰痛予防に対する「意識」改善も含め、腰痛予防教育および腰痛対策を組織として行っていくことが急務であると筆者は考えています。

腰痛予防意識と姿勢改善をめざして

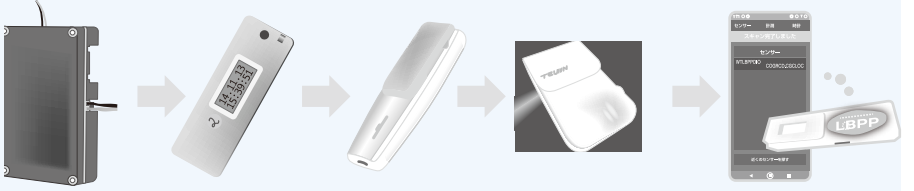
勤務中の腰部負担状態をセルフモニタリングすることは、腰痛発症リスクのある姿勢を回避する行動につながることを示唆されています⁴⁾。しかし、簡便かつ日常動作に支障なく客観的に前傾姿勢を測定可能な機器は見当たりません。そこでわれわれは、腰痛予防に対する意識改善と、看護・介護中の姿勢改善を図ることを目的に、自己の動作姿勢を客観的に評価する腰痛予防教育システムの開発を進めてきました⁵⁾。



●写真 1 装着型学習教材を用いた腰痛予防教育の様子



●写真 2 携帯型学習教材を用いた腰痛予防教育の様子



●図 携帯型姿勢計測器の変遷

いずれも腰痛発症につながる危険性がある前傾姿勢を、リアルタイムに警告・モニタリングできる携帯型姿勢計測器。胸ポケットに入る大きさで開発されており、現在はアプリと連携し警告・モニタリングできる計測器を開発している。

1) 音と視覚で腰部負担を知らせる装着型学習教材

初期に開発したのは、動作中の前傾姿勢角度および膝屈曲角度を計測するため、背部に傾斜角センサを内蔵したベストと、膝部に下肢関節角度検出用センサを装着して使用する装着型学習教材です(写真 1)。動作中の前傾姿勢角度と両膝の屈曲角度をメータおよびグラフとして同時に表示する機能を搭載しており、データ取得が始まると、各メータの下にリアルタイムの角度と、角度平均値が表示されます。看護・介護動作中の前傾姿勢角度が「腰痛危険角度」とされる 40°あるいは「腰痛注意角度」とされる 30°に到達すると本人に音で知らせる機能も搭載しました⁴⁾。また、学習者本人に対する視覚的フィードバックの効果を高めるために、前傾姿勢角度を表示するメータ内の危険角度域を赤色、注意角度域を黄色で表示して、腰部に負担がかかる危険前傾姿勢となっていることを認識しやすいよう工夫しました。

しかし、本学習教材を個人で見返りすることや、その動作映像を研修等で使用することによる効果は認められているものの、センサを背部ベストと膝部に装着しなければならないという機器の性質上、実際の看護・介護現場において日常勤務中の評価はできないという課題がありました。

2) 携帯可能な姿勢計測器の開発

看護・介護職が日常勤務中に常時携帯し、危険前傾姿勢をリアルタイムに警告・モニタリングできるよう携帯型姿勢計測器の開発と改良を筆者らは重ねています(図)。現在開発している機器は、ナース服等の胸ポケットに携帯可能なほど小型であり、体幹部の前傾姿勢角度をモニタリング、危険姿勢時に使用者へバイブレーションや音で警告するものです(写真 2)。現在、本機器の携帯の有無による勤務中の前傾姿勢角度および腰痛予防に対する意識を評価することで、有効性を検証して

いる段階にあります^{6,7)}。

客観的に自らの動作姿勢を知るために

ノーリフト(持ち上げない看護)を整備していくことと並行して行うべきことは、看護・介護職の腰痛予防に対する意識と、日常の看護・介護動作中の姿勢を改善することだと考えています。今回ご紹介した看護・介護動作中の腰痛危険前傾姿勢を認知させる姿勢計測器の活用は、腰部負担軽減につながる解決策の 1 つになると期待しています。腰部に負担がかからないような看護・介護動作姿勢を定着するには、客観的に自らの動作姿勢を知ることが重要です。そのためにも看護・介護中の腰部負担改善をめざした腰痛予防教育システムが普及し、少しでも看護・介護職の腰痛が改善されることを願っています。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省. 職場における腰痛予防対策指針. 2013. <https://bit.ly/3xcxlxPK>
- 2) 千田美紀子, 他. 病棟看護師を対象とした腰痛の実態と看護動作姿勢との関連性. 看護人間工学会誌. 2023; 4: 23-34.
- 3) 村川弥生, 他. 在宅療養者と施設入所者を援助する看護・介護職の腰痛実態および腰痛の起こり方と腰痛発症時の姿勢との関連. 日看技会誌. 2023; 22: 77-87.
- 4) 伊丹君和, 他. 看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を搭載したボディメカニクス学習システム開発とその評価. 日看研会誌. 2010; 33 (2): 95-102.
- 5) 伊丹君和, 他. ベッドメイキング動作における前傾角度に着目したボディメカニクスチェックシステムの開発. 日本教育工学会論文誌. 2009; 33 (1): 1-9.
- 6) 伊丹君和, 他. 腰痛要因となる危険前傾姿勢を警告・モニタリング可能な携帯型姿勢計測器の開発. 看護人間工学会誌. 2022; 3: 33-40.
- 7) 伊丹琢, 他. 看護動作時における腰部負担軽減を目的とした危険前傾・ひねり姿勢を警告可能な携帯型スマートデバイスの開発. バイオ・ファジィ・システム会誌. 2023; 25 (1): 9-19.

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

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

半場道子

「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。



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 16 回

怒っている患者にどう対応するか？ ②患者や家族の怒りのマネジメント



肺がん末期の 90 歳男性。薬も飲めなくなり、余命は数日かもしれないという状況であったため、娘は付き添いを希望していた。しかし、コロナ禍による病院のルールとして長時間の面会を断っていた。担当看護師は「最期の時間も一緒に過ごさせてもらえないのか？ それでも看護師か？」と家族から怒りを向けられた。病院のルールと家族の思いの板挟みとなり、なんと答えれば良いか看護師は困っていた。

医療者が患者や家族の怒りに 対応するために

患者の怒りにうまく対応できなければ、病歴や正確な情報すら引き出せず通常の医療が提供できなくなる。そして、時間とエネルギーを浪費して後味の悪さが残るだけでなく、医療者の人生にも傷跡を残し得る。まずは医療者自身が自らの怒りに向き合うことが必要であると前回（本紙第 3563 号）述べた。今回は、患者の怒りに対してどう向き合うかを紹介する（図）。

1) 怒りの原因を見極める

怒っている患者にこう答えればうまくいくという定型的な回答はない。怒っている理由により、対応は当然異なるからだ。状況から理解できることもあれば、病気が背景にあることもある。怒りを向けられると自分が責められていると感じるものだが、多くは医療者を責めているわけではない。患者の怒りの大半は恐怖・罪悪感・自責の念などの悲しみの感情から生まれる二次感情である。終末期においてはグリーフ（喪失への反応）のプロセスとして怒りが起こることは珍しくない¹⁾。また怒りには積み重ねの側面もある。目の前の患者の怒りが、過去に病院から裏切られたなどの怒りが蓄積した結果である場合もある。やり場のない怒りは医療者に向けられやすく、心理学的には「置き換え」と呼ばれる。

また、怒りの感情を表出するのでなく、無口になる、話してくれないなど、静かに怒りを表出するケースもあるだろう。そうした場合には、今までの医療への不信感や不満をオープンに聴くことが重要と考える。医療者に対する不信感を感じ取ったら、自分がいかに信頼できる存在で、患者の味方であるかを示す必要がある。不信感をオーブ

ンに語ってもらうことで信頼関係が回復し、より良いケアに向かえるだろう。
2) 感情のレベルを下げる声掛けをする

相手が感情的に高ぶっている際の釈明は逆効果である。釈明がうまくいったとしても、それまでに蓄積していた他の怒りが出てきてしまい、売り言葉に買い言葉の状況が発生してしまう。病院のルールを一方的に話してしまうと怒りが増すため、ルールは感情レベルが下がってから伝えるほうが良い。

話し方としては、相手につられずに、ゆっくりと落ち着いた口調で話すことを心がける。そしてまずは、相手の感情をドレナージすることが必要であり、できるだけ中断せずに聴くよう努める。話していくうちに相手の感情レベルは下がってくる。ここでは、NURSE スキルを存分に用いて、怒りが正当な感情であることを認め、状況を理解しようと背景を探索し、患者が勇気を出して伝えてくれたことに敬意を払う言葉を使おう（表）。

また適切な謝罪、特に共感表明謝罪も重要である。医療者は、責められないように簡単に謝ってはいけないという教育を受けてきたために、「謝っても良いのか？」と思われる方もいるだろう。患者家族からすると、こんなことになったのに、「謝罪の 1 つもない。何とも思わないのか？」という怒りにつながることもある。医療者側に何らかの問題があるときは責任を認めるような謝罪は必要だが、医療者側に大きな問題がなくても、「このような状況になって申し訳ない」と“状況”について謝ることは誠実な対応と受け取られる²⁾。この時、問題を医療者と切り離すことも意識する。「先生が治療をしなかった。看護師が会わせてくれない」という話ではなく、「病気の進行があまりに早い。コロナさえなければ」と、病気が悪いというようにとらえ直

① 怒りの原因を見極める

- グリーフのプロセスとして怒りが起こることがある
- 怒りは蓄積するため、複数の要因があり得る
- 不信感をオープンに語ってもらい、信頼関係を回復する



② 感情のレベルを下げる声掛けをする

- 相手に話してもらうことで感情をドレナージする
- NURSE スキルを使い、相手の話を傾聴する
- 共感表明謝罪を行う
- 怒りを人でなく病気に向くように言い換える



③ 怒りを収めることから医療者を守ることに目標を変える

- 個人で抱え込まず、組織として対応する
- 理不尽な要求は断る



●図 患者と家族の怒りのマネジメントにおけるポイント

●表 怒っている患者への声掛けや共感的な謝罪

声掛けの例	
NURSE	Naming 「動揺すると思います」「気持ちがついていかないですね」「私たちも心苦しいです」
	Understand 「そう思われるのも当然かと思います」「自分も同じ立場であればそう感じるかもしれません」「そんなことがあると信じられないと思うのも無理もないことかと思えます」
	Respect 「ここまで本当によく頑張ってこられましたもんね」「言いにくいことを伝えてくださりありがとうございます」
	Support 「今後はできるかぎり、そうしたことがないようにしたいと思います」「今回のようにオープンに話していただけると助かります」「不明な点は時間をとって説明します」「何でもおっしゃってください」
	Explore 「不信感のようなものがありますかね?」「もう少し詳しくお聞きしたいでしょうか?」「その時はどんな状況だったのでしょうか?」
共感表明謝罪	
「このようなことになってしまい、申し訳ありません」「期待に応えられず申し訳なく思います」「おっしゃる通りかと思えます」「ご指摘はごもっともだなと聞いていて感じました」 同僚の言動に対する謝罪 「同じ医療者として私も申し訳なく思います」「真摯に受け止め、医療者も改善したほうが良いと感じます」「今のご意見は本人にも伝えます」	

してもらえるかもしれない。

3) 怒りを収めることから医療者を守ることに目標を変える

患者の怒りが収まらない時は、「最悪の事態」を避けるマネジメントに切り替える。この場合の“最悪”とは、医療者が倒れることである。個人で抱え込まず、経験あるスタッフと一緒に組織として対応する。また「言った」「言っていない」の争いにならないように医療者の中で見解を統一した上で伝えることは重要である。

患者や家族から攻撃的な言動・ハラスメントがあるときは医療者の身に危機が迫っていると判断したほうが良いだろう。理不尽な要求は毅然とした態度で断り、第三者に介入してもらうことや、警備員の同席要請、録音なども検討する。医療者の努力にも限界がある。あまりにも的外れな怒りには適切な対応をした上で、対応し続けるか否かの境界線を引くことも必要だろう。

CASE のその後

看護師は病院のルールを一方的に押し付けず、まずは患者家族の感情に対応した。本当は家族の時間を作ってあげたくて、自らも悔しい思いをしていることを共有し、そうした感情は正常であることを伝えた。そして、コロナへの対応で面会ができないことに共感表明謝罪をした。すると、娘は「母の最期に間に合わなかったことを後悔し

ている」と涙ながらに語った。悔しい思いを話してくれたことに感謝し、今の病院のルールについて伝えた。

看護のPOINT

- 怒っている患者と家族にこう答えればうまくいくという定型的な回答はない。患者と家族の怒りの原因を見極めよう。
- NURSE スキルや共感表明謝罪を用いて、患者や家族の感情のレベルを下げる声かけをしよう。
- うまくいかないときは、医療者が倒れてしまう「最悪の事態」を避けるマネジメントに切り替えよう。

最期に立ち会うことは日本人の慣習

日本人の 92% が家族の最期の瞬間に立ち会いたいと思っているという報告がある³⁾。大切な人が息を引き取るときに立ち会い、その瞬間を見届けることは日本人の慣習ともなっている。コロナ禍で病院では面会制限があるのなら、在宅で最期を過ごしたいという人が増えた⁴⁾。家族との面会は非常に重要であり、制限を緩和する方向に進むことを願っている。

●参考文献

- 1) Am J Hosp Palliat Care. 1999 [PMID : 11094912]
- 2) 藤田眞幸. 医師として必ず心得ておくべき医事紛争回避のための視点. 医学界新聞. 2022.
- 3) 大谷弘行. 付帯 12 家族の臨終に間に合うことの意義や負担に関する研究. がん看護. 2018 ; 23 (5) : 515-7.
- 4) BMC Res Notes. 2022 [PMID : 35799212]

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



心理社会的プログラムガイドブック

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236回〉

孤独について

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

昨年、ある講演で、看護の本質は人間の、あえて限定的に言えば患者の孤独からの回避が根底にあるのではないかと、「療養上の世話」や「診療の補助」という業は、そもそも患者を置き去りにしないという考え方に基づいているのではないかと述べたことで、私はそれ以来「孤独」に関心を持ち続けている。

孤独は非歴史的なものでも普遍的なものでもない。また、単一の感情でもない。孤独は恐怖、怒り、憤り、悲しみなどさまざまな反応からなる個人的かつ社会的な感情群である。その表われ方は、エスニシティ、ジェンダー、性別、年齢のほかにも、社会・経済的階級、心理的経験、国籍、宗教など、環境によってさまざまである。孤独は心理的であるだけでなく身体的もあり、その出現は 18 世紀末にさかのぼることができる。ちょうどそのころ、独りであることの否定的な感情体験を言い表す新しい語として、「孤独」(ロンリネス)が登場した。それ以前は、「ロンリー」や「ワンリネス」という言葉は単に自分以外に誰もいないことを示すもので、それに伴う欠乏感を表すものではなかったのである¹⁾。

「一人であること」自体は問題ではない

今回は、2024 (令和 6) 年 6 月の社会保障研究会における元内閣官房孤独・孤立対策担当室長・山本麻里氏による「孤独・孤立対策の推進について」²⁾の講演内容を参照してまとめた。

孤独は主観的概念であり、ひとりぼっちと感じる精神的な状態を指し、寂しいという感情を含めて用いられることがある。孤立は客観的概念であり、社会とのつながりや助けがない、または少ない状態を指すとして、一般的なとらえ方が説明される。孤独と孤立は密接に結びついているが、孤立してい

るが孤独は感じていない、もしくは孤立していないが孤独を感じているということもあり得る。政策の対象となるのは、「望まない孤独」と「孤立」であり、「一人であること」自体が問題なのではなく、悩みや困りごとが生じた際に一人で抱え込んでしまうことによる複雑化・深刻化を問題とする。したがって、孤独・孤立対策推進法では、孤独、孤立の状態を、孤独または孤立により「心身に有害な影響を受けている状態」と定義している。

一人で抱え込むこと・悩みや困りごとの複雑化・深刻化を防ぐためには、あるいは孤独・孤立の状態にならないためには、日常にある「つながり」が必要である。例えば、雑談できる相手、一緒に趣味を楽しむ仲間、気の合う人や自分のことを応援してくれる人などの存在は、孤独・孤立の予防という観点で重要である。つまり孤独・孤立対策においては、「日常生活環境(地域社会のあらゆる生活環境)における対応」(アプローチ 1)、「つながり続けること」(アプローチ 2)、「具体的に生じた課題を解決するための緊急対応(相談支援体制等)」(アプローチ 3)が全体像である。

2023 (令和 5) 年に実施された孤独・孤立の実態把握に関する全国調査³⁾(n = 1 万 1141)によると、孤独感が「常にある」「時々ある」人の割合は 47.0%であり、同居していない家族や友人と「直接会って話す」会話が「全くない」人が 9.2%、「月に 1 回程度以下」が 40.5%であった。ちなみに英国政府の統計調査(Community Life Survey 2021/22)結果では、孤独感が「しばしばある・常にある」は 6%、「時々ある」が 19%、「たまにある」が 22%であり、年齢階級別にみると、16~24 歳の年齢階級で孤独感が高くなっている。

わが国の全国調査で孤独感を年齢階級別にみると、孤独感が「しばしばあ

る・常にある」と回答した人の割合は、20 歳代から 50 歳代で高く、男女別にみると、男性が 5.3%、女性が 4.2%であり、男性では 30 歳代および 40 歳代、女性では 20 歳代で高い。

現在の孤独感に影響を与えたと思う上位 5 項は、①心身の重大なトラブル(病気・けが等)、②一人暮らし、③人間関係による重大トラブル(いじめ・ハラスメント等)、④家族との死別、⑤生活困窮・貧困である。

孤独・孤立対策推進法の成立・施行

政府は 2021 年 2 月に孤独・孤立対策担当大臣を任命し、内閣官房孤独・孤立対策担当室を設置して、民間団体・NPO との対話や連携を開始した。同年 3 月に全省庁の副大臣を構成員とした「孤独・孤立対策に関する連絡調整会議」を立ち上げ、予算を確保して NPO 等への支援を開始した。8 月に孤独・孤立対策 Web サイトを公開し、12 月には全国調査を実施。「孤独・孤立対策の重点計画」を決定した。2022 年度は「地方版孤独・孤立対策官民連携プラットフォーム推進事業」を開始して、地方の官民連携を促進した。同年 7 月には「孤独・孤立相談ダイヤル」の開設をもって相談支援を始めた。そして 2023 年 5 月、孤独・孤立対策推進法が成立し、2024 年 4 月に施行となった。

孤独・孤立対策推進法の第一章総則第二条は、このように記される。

第二条 孤独・孤立対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

一 孤独・孤立の状態は人生のあらゆる段階において何人にも生じ得るもので

あり、社会の変化により孤独・孤立の状態にある者の問題が深刻な状況にあることに鑑み、孤独・孤立の状態にある者の問題が社会全体の課題であるとの認識の下に、社会のあらゆる分野において孤独・孤立対策の推進を図ることが重要であることを旨とすること。

二 孤独・孤立の状態となる要因及び孤独・孤立の状態が多様であることに鑑み、孤独・孤立の状態にある者及びその家族等(以下「当事者等」という。)の立場に立って、当事者等の状況に応じた支援が継続的に行われるようにすることを旨とすること。

三 当事者等に対しては、その意向に沿って当事者等が社会及び他者との関わりを持つことにより孤独・孤立の状態から脱却して日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるようになることを目標として、必要な支援が行われるようにすることを旨とすること。

2024 年は、孤独・孤立対策推進法の始まりの年である。

●参考文献・URL

- 1) フェイ・バウンド・アルバーティ(著)、神崎朗子(訳)。私たちはいつから「孤独」になったのか。みすず書房; 2023. p257.
- 2) 山本麻里。孤独・孤立対策の推進について。2024.
http://www.mcw-forum.or.jp/image_report/DL/20240612-1.pdf
- 3) 内閣官房孤独・孤立対策担当室。孤独・孤立の実態把握に関する全国調査——人々のつながりに関する基礎調査(令和 5 年)。2024.
https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu/torikumi/zenkokuchousa/r5.html

本紙編集室でつぶやいています。
記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

@igakukaishinbun



生活期における

リハビリテーション・栄養・口腔管理

の協働に関する

ケアガイドライン + ケア実践マニュアル

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

ケアガイドライン

編集

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

詳細はこちら



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

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

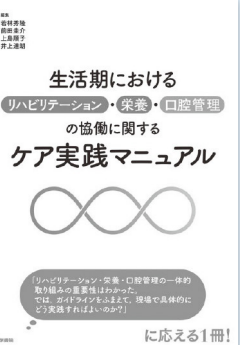
ケア実践マニュアル

編集

若林 秀隆 / 前田 圭介 /
上島 順子 / 井上 達朗

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

詳細はこちら



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。

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

余谷暢之

病院でも、在宅でも、
こどもと家族に
確かな緩和ケアを
届けたい。

国内外の研究と、
小児緩和ケア臨床での
経験と実践に根差した
はじめての
小児緩和ケアの
テキスト

書籍の詳細は
こちらから



- 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

A5 2024 年 頁 256 定価: 2,970 円(本体 2,700 円 + 税 10%) [ISBN978-4-260-05624-3]

医学書院

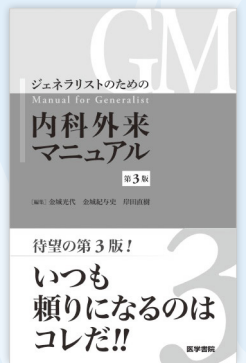
外来指導の道を拓く5ステッププリセプター

『ジェネラリストのための 内科外来マニュアル 第3版』
大活用術

岸田 直樹 総合診療医・感染症医 / Sapporo Medical Academy 代表理事

A5変 2023年 頁880
定価：6,600円（本体6,000円＋税）
[ISBN978-4-260-04266-6]

書籍の詳細はこちらから



『ジェネラリストのための内科外来マニュアル』（以下、『ジェネマニユ』）が大改訂されました。外来研修が必修化され、今後ますます外来での患者マネジメントが重要となる未来が見えていますが、**どう指導したらよいの？**と思っている指導医は多いと思います。また、かかりつけ医になるには、ジェネラルにかかわれる最低限のスキルを持った医師になることが求められ、研修医として行う外来研

修はそのための土台となるはずですが、そこで、私が**総合診療外来、walk-in 救急外来**で行っている『ジェネマニユ』を**指導のサポートに利用**した「**外来指導5ステッププリセプター**」をご紹介します。働き方改革により、より短時間での効果的な指導が求められているいま、指導医となる皆さんは『ジェネマニユ』をぜひ外来指導に活用してみてください。

外来指導5ステッププリセプターは以下からなります。

- STEP1 ▶ 診察前疾患想起訓練
- STEP2 ▶ rule in/out
病歴・身体所見チェック
—診察へGO!—
- STEP3 ▶ 診察後確率チェック
- STEP4 ▶ 検査・治療方針チェック
- STEP5 ▶ Clinical Question Exercise

STEP1
診察前疾患想起訓練（制限時間 30 秒）

- 患者を診る前に、まずは問診票だけで疑わしい疾患をパッと想起する練習をさせます。その名も「診察前疾患想起訓練」。
- その際、次のように3つ鑑別疾患を挙げるよう指示します。制限時間は30秒です。
 - ① **Primary**：可能性が最も高い疾患
 - ② **Secondary**：可能性が2番目に高いと思う疾患
 - ③ **Tertiary**：頻度は低くても見逃してはいけない重篤な疾患
- 制限時間を設けることが重要です。問診票の情報は十分ではないため、かえって悩んでしまうことも多いですが、外来ではタイムマネジメントが求められます。「最初から正解を出すことが目的ではなく、タイムマネジメントを意識してパッと想起する訓練（練習）と思ってやってごらん」と伝えましょう。
- たった3つの鑑別疾患ですが、研修医にとっては挙げるのが難しいです。この程度の重み付けがあるものでも悩むということを体感させるのが重要です。
- なぜ事前想起させるかという点、限られた外来時間の中で、疾患を予測して診察するのとしいないのでは、「病歴・身体所見をどう上手にとれるか？」の効率性が違うからです。また、疑いの目を持った診察は、疾患をとらえる感度に大きく影響します。「心内膜炎かも？」と思って聞く心雑音と、ルーチン診察での心雑音では、聞こえ方は大きく異なるでしょう。
- この時点で、挙げた鑑別疾患を指導医が修正してあげても良いで

す。また、研修医が複数いる場合には、下の年次の研修医にまずは挙げさせて、上の年次の研修医に修正してもらうとより効果的です。

STEP2
rule in/out
病歴・身体所見チェック

- 研修医が鑑別疾患を3つ挙げたら、次のように質問を投げかけます。「その疾患をrule in もしくはrule out するためにどんな病歴や身体所見を取りたいかな？」
- ここで指導医から小ネタ（風邪も胃腸炎も3症状チェック！*1 など）を教えてあげてもいいですし、疑わしい疾患の病歴・身体所見・検査・治療をシンプルに確認できるように『ジェネマニユ』の中に設けた戦略リストと一緒に確認するのも良いでしょう。
- ここまでの研修医との確認を5分以内に行った上で実際に診察してもらう、という練習を外来研修ではひたすら繰り返します。
- 疾患の想起はできても「何を聞いたら良いか？」がわからないときや、3つの鑑別すら挙がらないとき、あるいは指導医としてもはっきりとはわからないときなどにも『ジェネマニユ』の戦略リストを見てみようかと役立てることができます。

—診察へGO!—

STEP3
診察後確率チェック

- 研修医の診察が終わったら、次のように質問して診察前に想起した各疾患の確率が診察後にどう変わったかを確認しましょう。
- 「診察してどうだった？ さっき挙げた鑑別疾患の可能性は高くなった？ 低くなった？」「どうしてそう思う？」「その所見の感度・特異度は？」など。
- 診断推論をディスカッションし、診察後の鑑別疾患を整理します。
- ディスカッションを経ても病歴・身体所見が不十分であれば診察し直しになりますが、研修医だけではうまくできなかったところですので、その際は指導医も一緒に入ってあげると効果的です。

STEP4
検査・治療方針チェック

- STEP3で整理された鑑別疾患を踏まえて必要な検査をディスカッションします。じゅうたん爆撃的な検査ではなく、非侵襲的な必要最小限の検査と一緒に考えます。
- 研修医に「どんな検査が必要か」を尋ねます。さらに「なぜそれが必要か」を聞く指導効果が高まります。特に、「その検査の結果がどうだったらどうする予定？」と、検査結果も予測させ、「検査をする前から検査後の方針は基本的に決めておく」ことを指導します。検査は「どんな結果が出るかな？」という心持ちで実施するものではないことを事前に確認しておくのが効果的です。
- 風邪や胃腸炎のように、検査も不要で治療となる場合は、治療方針を確認します。その際も、『ジェネマニユ』の戦略リストの治療に関する項目が実践的にまとまっていて役に立ちます。

STEP5
Clinical Question Exercise

- 治療方針も決まればそれで終了、とするのはもったいないです。ぜひ、ここで研修医にClinical Question*2（以下、CQ）を挙げる練習をしてみましょう。
- 私たち日本人は、文章化が得意ではない傾向が文化人類学的にも指摘されています。とても良い臨床感覚を持っていても、それを文章化できないと調べられませんか、人にうまく伝えられませんか。
- ということで、私の指導では、「1症例、1CQ！」と研修医には「事前に」伝え、エクササイズと思ってやってごらん、と指導しています。
- といっても私たちは、文章化が得意ではありません。CQが出てこない精神的なプレッシャーにもなります。「かっこいい質問はいらないよ。『この用語がわからない（background question*2）』でもOKだよ」と伝えると良いでしょう。
- ここでミニレクチャーを指導医が披露する、というのも効果的です。しかし、自分ができるミニレク

チャーの引き出しがたくさんある指導医は多くはないと思います。また、時代の流れとともに研修医のニーズとはズレていることがあります。指導医がレクチャーを準備しておくのではなく、研修医のCQに答えるほうが研修医のわからないところに合わせたニーズを満たしやすいと感じます（Questionの文章化が苦手な研修医もいますので、先ほどのサポート体制が重要です）。

さいごに

- 写真は「巨大ポストイットカードを利用したミニレクチャー」の様子です。アナログな印象ですが、研修医のCQに対して板書があると効果的な場合も多々あります。ホワイトボードだと消さないといけないですが、これだと後に残せます。また、どんどん蓄積され、研修医のニーズにあった指導場所ごとの指導マニュアルが次はここから生まれるかもしれません。
- 『ジェネマニユ』をテキストに用いて指導するというよりも、『ジェネマニユ』が皆さんの研修医指導のサポート役になればうれしいなと思います。ぜひ、この5ステッププリセプターを実践してみてください。

写真
巨大ポストイットカードを利用したミニレクチャー

- *1 風邪は咳・鼻水・咽頭痛、胃腸炎は嘔吐（嘔気）・腹痛・下痢の3症状を見落とさないようにしましょう。
- *2 Clinical Questionは、大きく2つに分けられます。①background question（背景疑問）と、②foreground question（前景疑問）です。簡単な説明にはなりますが、①background questionとは、「ACPって何の略？」や「腹膜刺激徴候って何？」といった、1つの言葉の意味に関する疑問のことです。②foreground questionは、「市中肺炎の治療期間はどう設定されているんだろう？」とか「偽痛風にはナプロキセンとロキソプロフェンではどちらの効果が高いんだろう？」といった、まさに臨床研究につながるような問いになります。



医学書院

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

書評新刊案内

《ジェネラリストBOOKS》
糖尿病・内分泌疾患の常識&非常識

岩岡 秀明, 中山 久仁子 ● 著

A5・頁260
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05479-9

前半の糖尿病の食事療法を読み始めると、岩岡秀明先生が普段患者さんと笑顔で話している診察室の会話が見えてくるような気分になる。「果物は1日に握りこぶし1個分」「(コーヒーは)無糖にしないとだめだよ」「時々は記念日を作ろう」。患者さんの気持ちをおもんばかりながら、丁寧にアドバイスする様子が目に浮かぶ。そこに中山久仁子先生が誰でも抱くような素朴な疑問を投げかけ、また丁寧に解説が続く。対話形式の内容を読み進めると、いつしか自分の診療を一番底のほうからいったんすくいあげて見直しているような気持ちになった。

「あ～そうそう、そうだった」と思わせられる重要なエビデンスばかり、「最近はそうだったんだ」という新しい発見ばかり。糖尿病の薬物療法には多くのページが割かれ、丁寧に疑問に答えてくれる。意外とあいまいにしていまいがちな高尿酸血症についても言及されている。しかもこの本は糖尿病だけにとどまらず、日常でよく出合う内分泌疾患の素朴な疑問にも答えてくれている。甲状腺や副腎、日常的に出合う頻度が非常に高い骨粗鬆症。内分泌だけを特集した分厚い教科書と格闘するよりずっと、知識としてすんなり入ってくる。また会話から中山先生が普段どのような診療をされているか

も垣間見え、プライマリ・ケア医としてどこまでが必要とされているのかを確認できる。プライマリ・ケアの良き理解者である岩岡先生と、現場の家庭医である中山先生が繰り広げる言葉のキャッチボールは、まるで自分が小さなカンファレンスにお邪魔したような気持ちにさせられた。

初心者には最良の基礎学習となり、上級者には最高の復習の時間となる本



ページのところどころに指差しサインで「非常識」と書かれている。自分の診療に知らないうちに非常識が紛れ込んでないか、ドキッとします。私たちはいつも自分の診療を振り返り、update し続けないといけない。かといって、自分一人で全

てのエビデンスやガイドラインの進歩を根こそぎ見つけにくいのは難しい。この本をすらすらと読み通すと、糖尿病や内分泌疾患の「今の常識」がしっかり確認できる。そして今日からさっそく自分の診療に生かせるような内容ばかりだ。初心者是最良の基礎知識が得られ、上級者には診療の質を振り返る最高の機会をくれる。

個人的には、数多ある糖尿病治療薬の一般名と製品名、さらには先発品と後発品に分けての3割負担の場合の薬価負担額が一覧となっているところに心を打たれた。エビデンスは大事だが、糖尿病薬は高価なものも多い。この表を見ると目の前の患者さんが本当に無理をしない最適な治療を選ぶことができるのか、と自分に問いたくなる。

血液病レジデントマニュアル 第4版

神田 善伸 ● 著

B6変型・頁516
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05434-8

評者 國松 淳和

南多摩病院総合内科・膠原病内科部長

素晴らしい書籍がまた改訂された。私は総合内科、あるいは地域医療としてのリウマチ・膠原病診療をしているのであって、血液内科の専門診療をしているわけではない。

が、じつは初版から今回まで毎版購入している。いってしまえば熱心な本書の読者である。

さて、専修医でも専門医でもない私がなぜこのような専門外の本を必要とするのか。当たり前だが、知識をアップデートするためである。そこで、本書を読むなどして最近の血液学の臨床について気付いたことが2つあってそれについて述べる。

1つは、新規治療が増えたということはもちろんだが、血液病の治療として「内服薬」が明らかに増えたという点である。血液病の治療といえばとにかく入院して何本かの点滴を次々にやっていくイメージを持ってしまうが、非常にスマートな治療薬が増えてきた。外来で治療をすることの重要性、必要性はおそらく確実に高まってきていて、この点内科医にとって外来力のビルドは急務になってきている。私の場合は不明熱診療がそうで、病名なしに「とりあえず入院精査」のようにはしにくい医療制度になってきている。できる限り入院せずに解決するような外来力が望まれていることを日々感じる。

もう1つは、“地域医療 in hematology”とでもいおうか、すなわち、血液病の治療を高次機関で厳密に完璧にやるという考えとは対比的に、無治療で緩和のみというのではないものの、無理して完全寛解をめざすのではなく、生存がそれなりに延び、遠くの高次機

関に通院するのではなく自宅近くの相対的に小さく機能の低い医療機関でも実施できるような治療選択肢が増えてきた印象を抱いた点である。内服薬があるという点で1つ目と重複はするが、例えば

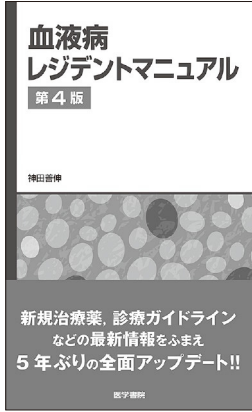
骨髄異形成症候群、慢性骨髄性白血病、慢性リンパ性白血病、真性多血症など、専門的な診断・評価・ステージングが最初には必要でも、観察や治療などは地域の病院でも可能な場面が増えてきたように思う。低リスク骨髄異形成症候群へのアザシチジンなどは、化学療法をやっている緊急採血ができるような医療機関ならば、常勤専

門医が不在でも(サポートを受けながらであれば)外来で実施可能だし、例えば慢性骨髄性白血病や慢性リンパ性白血病などは、診断も治療も外来でできる。慢性リンパ性白血病なら骨髄穿刺なしでも診断できる。データの推移、血算のパターン、細胞表面マーカー解析を見ることは通常の血液検査で実施可能である。治療に用いられるBTK阻害薬も経口薬である。また、本書にはホスタマチニブのような新規薬への言及もあって、帯にある「最新情報のアップデート」は確かななされている。なおこれも経口薬である。

必ずしも都心部の大きな高次機関の血液内科外来に頻繁に通わなくても、あるいは入院しなくても、自分の家の近くで診断・治療が受けられる潜在性を示しつつあることを、私のような専門外の医者にも察することを可能にしている本書の役割は大きい。

公園で笑顔で話すお二人のイラストがある。私もその会話に入り込んで糖尿病や内分泌の話題をもっと話してみたくなった。

なぜこのような専門外の本を私が必要とするのか



診察室でこの表を見ながら患者さんと治療法と一緒に決めていくのもいいだろう。読み終えたあとも、まだ二度も三度もおいしい本である。表紙には、

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.9 定価 2,750 円 民間の保健事業サービスの最前線 そのノウハウと役割	精神医学 Vol.66 No.8 定価 3,080 円 現代における解離 診断概念の変遷を踏まえ 臨床的な理解を深める
medicina Vol.61 No.9 定価 2,970 円 リウマチ膠原病疾患 Up To Date ! 押さえておきたい最新の診断と治療	臨床外科 Vol.79 No.8 定価 3,080 円 合併症を起こさない食道癌手術! ハイボリュームセンターの技を学ぼう
総合診療 Vol.34 No.8 定価 2,860 円 ストーン・ウォーズ 果てしなき“石”と医師との闘い	臨床整形外科 Vol.59 No.8 定価 2,970 円 脊損患者への投与が始まった 脊髄再生医療 脊髄損傷患者に希望が見えるか
胃と腸 Vol.59 No.8 定価 3,520 円 臨床と病理のマリアージュ	臨床婦人科産科 Vol.78 No.8 定価 3,080 円 婦人科領域のホルモン治療 思春期から更年期まで
BRAIN and NERVE Vol.76 No.8 定価 3,080 円 Common disease は 神経学的主戦場である ― revisited	臨床眼科 Vol.78 No.8 定価 3,190 円 第 77 回日本臨床眼科学会講演集 (6)

増大号

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.96 No.9 定価 3,080 円 嗅覚診療最前線	看護管理 Vol.34 No.8 定価 1,760 円 若手看護職のリーダーシップ教育 研修プログラムの構築 愛知県看護協会の取り組み
臨床泌尿器科 Vol.78 No.8 定価 3,190 円 ゲノムアレルギーからの脱却 泌尿器科医がぜひ知っておきたい ゲノムの知識	看護教育 Vol.65 No.4 定価 2,860 円 省察的実践を実践する 方法論・マニュアルとは異なる形の かかわり方を考えるために
総合リハビリテーション Vol.52 No.8 定価 2,640 円 障害者就労の今	実践のための協同教育 学生が意見を出し、対話を促す仕掛けづくり
理学療法ジャーナル Vol.58 No.8 定価 2,090 円 全身持久力トレーニング	保健師ジャーナル Vol.80 No.4 定価 1,760 円 こども家庭センターで発揮する、 保健師の専門性
臨床検査 Vol.68 No.9 定価 2,530 円 知っておきたい 睡眠時無呼吸症候群	助産雑誌 Vol.78 No.4 定価 1,980 円 令和のお父さんのリアル 男性目線で考える父親支援
検査と技術 Vol.52 No.9 定価 5,500 円 臨床医に伝わりやすい 検査報告書とパニック値報告の心得	看護研究 Vol.57 No.4 定価 2,200 円 質的研究活動を促進するための 資源 QUARIN-J (Qualitative Research Implementation Network of Nursing-Japan)
病院 Vol.83 No.8 定価 3,300 円 潜在医療資格者をいかに活用するか	

《ジェネラリストBOOKS》
総合内科対策本部
これってどうする!?

横江 正道 ● 編

A5・頁372
定価：4,950円（本体4,500円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05659-5

『総合内科対策本部——これってどうする!?!』は、総合内科の現場で直面する多岐にわたる難症例や珍相談に対する具体的な対応策を紹介する書籍です。総合内科の魅力や奥深さを余すところなく伝える一冊であり、総合内科医としての臨床能力を高めるのにうってつけの書籍です。

総合内科とは、多様な症状や病態を総合的に診療する専門分野であり、まさに「医療の総合力」が問われる場です。本書では「微熱が続く」「リンパ節が腫れている」「両足がむくむ」「爪が黄色い」といった症例が次々と紹介され、それに対する具体的なアプローチが述べられています。総合内科の診療現場で必要な思考過程を鍛え、ピットフォールを知るにふさわしい症例が厳選されて書かれています。

本書は症例ベース型式ですが、症例提示直後に「総合内科医の第一声」と、「対策本部としての初動態勢」が記されています。これらは優れた上級医の思考過程が反映された重要なセクションです。若手医師は自分と上級医の思考過程に違いがあるかをこの時点で確認するのも良いでしょう。

「これってどうする!?! 総合内科」のセクションでは上級医の診察風景が再現されています。どのように病歴聴取をするか、身体診察では何を確認するかに注意して読み進めると良いでしょう。

評者 上田 剛士

洛和会丸太町病院副院長/救急・総合診療科

次に症例がどのように診断・管理されたかが紹介され、最後にわかりやすい解説が付けられています。症状編には32例が紹介されていますが、いずれの症例も“奇病”に偏った選択ではなく、明日出会うかもしれないものばかりです。検査編では、15症例を取り上げています。「LDHが高い時はどうする?」「低カリウム血症はカリウム補充だけではダメ?」「腫瘍マーカー高値の時どうする?」「抗核抗体80倍だったらどうする?」など、やはりいつ遭遇してもおかしくない症例ばかりです。そういった意味では総合内科医だけではなく、研修医や医学生、あるいは臓器別専門医であっても楽しく読み進めることができると思われます。

各症例の最後には「類似症例に対応するためのステップアップ」と「総合内科対策本部として次につながるtips」というセクションがあります。これらのセクションは、一つひとつの症例経験を今後の診療につながる知識に昇華させるために重要であり、読み終わるまで気が抜けない構成となっています。

総合内科の魅力を余すことなく伝える本書は、現場での経験を知識に変え、さらなる成長をめざす医師にとって貴重な一冊です。この本を手にとること、総合内科の奥深さと面白さを感じながら、臨床力を磨いていただけることと思います。

総合内科の醍醐味が
詰まった一冊

臨床経過で診る
ぶどう膜炎・網膜炎・強膜炎アトラス

後藤 浩 ● 執筆
白井 嘉彦, 坪田 欣也 ● 執筆協力

A4・頁192
定価：13,200円（本体12,000円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05350-1

本書のページをゆっくりとめくり、サルコイドーシスやVogt-小柳-原田病、そしてベーチェット病という、いわゆる三大ぶどう膜炎をはじめ、急性網膜壊死やサイトメガロウイルス網膜炎などの特徴ある眼底写真を見るにつけ、「Reality」と「Honesty」という言葉が思い浮かぶ。「Reality」は、眼底のリアルを伝える術を知るフォトグラファーの腕から生み出され、医師との共有に至るもの。「Honesty」は、撮影時期の違いでその姿かたちは変化するものの、加工などは一切せず、そのままの姿をクオリティ高くストレートに切り取るものであ

る。もちろん、患者との共有に至るものもある。この「Reality」と「Honesty」を両立させ、しかも臨床経過を追いやすいように適切なタイミングで撮影を行い記録として残す。疾患によってはモニタージュ方式で記録している。ぶどう膜炎では、視神経乳頭と網膜周辺部の変化をとらえてなんぼなのだ。眼下の者が尊敬する著者に向かって放つ言葉ではないが、これぞ「Perfect」である。

ここまで本書の眼底写真を「Perfect」と言ってきた。どこをどう切りとってもそれは間違いない。ただ、舌の根の乾かぬうちにではあるが、深層のどこ

評者 丸山 耕一

川添丸山病院院長

教材づくりガイド
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

授業をより良いものへ——。教員であれば、それを願わない者は皆無であろう。授業とは何か。授業の本質に立ち返って、「教材」とは何か。改めて自己の教材観や授業観をふりかえり、前進する機会を与えてくれるものとして、本書をうれしく手に取った。看護学教育において求められる教材のあり方がここまで整理された書籍は、他にはないのではなかろうか。

本書は3部構成とされ、どこからでも読むことができる。ただし、概論として丁寧にまとめられた第1部から読み進めることをお勧めしたい。「教材とは何か」をおさえてから先に進むことで、教材づくりのミソが理解しやすくなるからである。付録のワークシートに対応する領域別の事例が集積された第2部はもちろん、第3部の座談会では、編者両名に加え、教材づくりに見識深い分担執筆の先生方が勢ぞろいされ、読みごたえがあった。そこから伺い知れることは、学生を知ろうとする姿勢と、それに基づく教育実践のあり方である。読者にとって自身の指導を再考できる格好の機会となるだろう。ここからも教材づくりのヒントを垣間見ることができる。アンドラゴジー（成人教育）を想起させる、教員の主体性が学生の主体性を生み出す教育現場の醍醐味が語られている。そもそも「授業」は学習の一形態であり、「臨地実習」は授業の一部であると頭では理解していたとしても、指導の実際で、教員はどのように学生に向き合っているであろうか。学習者の主体性（Student Engagement）を生かした教育

評者 吉田 文子

佐久大大学院教授・看護教育学

においては、授業づくりこそ重要であり、その架橋となる教材は、学習者の宝となる。

本書は、その取り組みの実際から考察と提言がなされており、大変わかりやすい内容になっている。読者は、本書によって看護学教育における「教材づくり」の意義を知るだけでなく、臨床における指導を想起し、教育観の再構成に至るに違いない。特に看護学教員になって経験が浅い方は、素材と教材のつながりを考察する貴重な手がかりを知るだけで、教材づくりがワクワクするものになると思う。授業は、どこかのテキストを使ってそれを伝授するだけのものではないことがしみじみわかるからである。

また、本書において編者が示す「教員には、授業で熱く語る看護実践の経験があるのに、それが、なぜ『教材』となつてこなかったのか」という問いが、「教員が持つ看護実践をそのまま（素材）では、要素が多すぎて教材としてそのまま使えない」という答えにつながり、現場で生み出された看護実践を教材にして授業することで、学生が生き生きと学べるという手ごたえから素材をどう取捨選択するかと、看護実践の教材化になるようにと、その前提知識が整理されている。

臨床から学校現場へ異動し、初めて看護を教える人、すでにより良い授業をめざしている人にはもちろん、学習者中心の教育の実現に向けて努力されている全ての先生方に必携していただきたい。教えることの専門家としての自覚を深め、進化させてくれる良書である。

ろはカメラのレンズを通過してではなく、自分自身の水晶体を通して見えた像こそがRealityであると、ぶどう膜炎診療を業としている方々の中にはそう思う人もいるはずだ。

研修医のころから、難しいケースと対峙した時こそ、ポイントとなる箇所を撮り逃さないように、眼底周辺部ギリギリを消灯時間ギリギリまで撮影したことを憶えている。いい迷惑だったかもしれない。だが、なんとかして治したいという気持ちは眼底写真の「Reality」と「Honesty」に少しは通じたことだろう。

この際だからもう一つ。デジタルの黎明期に眼科で過ごした者にとって、デジタルがアナログにどれだけ迫ることができるのか、をよく考えていた。アナログカメラで撮った眼底写真のフィルムは現像に出されてから約1週間を経て戻ってきた。一方、デジタルカ

メラには、そんなタイムラグはなくすぐに結果が出た。しかもデジタルは急速に進化し、眼底カメラを含めてあらゆる眼科機器でアナログは駆逐されていった。アナログとデジタルの違いを人間が判別できなくなるまでに至ったからだろう。

以前に著者と眼底写真についてお話しさせていただいたことがある。販売されてまだ日が浅かった広角眼底カメラが話題に上った。「広角眼底カメラ、周辺部まで撮れますけど、あれ擬似カラーですよ。フォローには使いづらいように思います」「そうだね。リアルな色ではない。蛍光眼底造影検査は良いがね」。

本書でもそのことに触れておられるが、やはり「Reality」と「Honesty」の継続性は大切で、その方向性をお二人の執筆協力者にも教えてもらっちゃったのかと思考している。

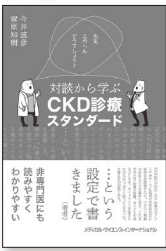
新刊 非専門医にも 読みやすく わかりやすい

先生、このへんどうでしょう？
対談から学ぶ
CKD診療スタンダード

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



詳しくは



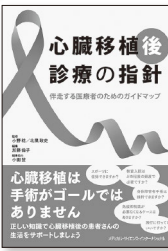
新刊 心臓移植は手術がゴールではありません
正しい知識で心臓移植後の患者さんの生活を
サポートしましょう

心臓移植後診療の指針
— 伴走する医療者のための
ガイドマップ

監修：小野 稔・北風政史
編集：加藤倫子
編集協力：小田 登
定価8,800円（本体8,000円＋税10％）
B5 頁384 図61・写真31 2024年
ISBN978-4-8157-3110-6



詳しくは



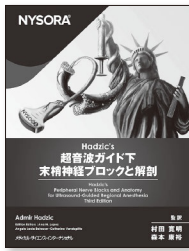
新刊 区域麻酔のバイブル、待望の日本語訳

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・森本康裕
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



個人での契約も可能になりました！

看護教員のためのオンラインプラットフォーム

NEO



Nursing
Education
online

個人版

法人版

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



雑誌

動画

セミナー

が

オールインワン



POINT 1 ▶ 収録講演動画数 300 本以上

POINT 2 ▶ 大好評セミナー、続々企画中

POINT 3 ▶ 雑誌「看護教育」も閲覧可能

POINT 4 ▶ ゼミの開催・授業で使える資料も収録



コンテンツ情報をチェックいただき、
ぜひ先生方のご指導にご活用ください

詳しくは Web サイトをご覧ください▶



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: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp