

2025年5月13日

第3573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

- [対談]実践の向上,人々のウェルビーイングを見据えた看護研究に向けて(坂下玲子,友滝愛)…………… 1—2面
- [座談会]どう動く? どう導く? プレイングマネジャーが直面する働き方改革(藤川葵,後藤礼司,近澤研郎,近藤敬太)…… 4—5面
- [寄稿特集]院内を駆け回るための18の“Tips”(辰巳陽一,丸山和希,門村将太,木村泰,松田奈々,平野匠)…………… 6—8面

対談

実践の向上,人々のウェルビーイングを見据えた看護研究に向けて



友滝 愛氏

東京大学大学院医学系研究科
社会連携講座ナースングデータ
サイエンス講座 特任准教授

坂下 玲子氏

兵庫県立大学 理事兼副学長/
看護学部 教授

坂下 このほど私が監訳を務める書籍『ポーリット&ベック看護研究 第3版』（医学書院，原書第11版）が上梓されました。「黒本」の愛称で，多くの看護研究者や大学院生，教員によって読み継がれてきた一冊です。本日は気鋭の看護研究者である友滝愛先生をお迎えし，本書についてはもちろん，看護研究全般にわたって広くお話しできればと思っています。

友滝 私は「臨床と研究の橋渡し」をモットーに，研究を通じた臨床現場の改善・医療の質向上をめざして活動しています。今回の書籍新版では，私の活動に深くかかわる章も新たに加わっており，対談にお声掛けいただけて光栄です。ありがとうございます。

実践の向上を見据えた看護研究

坂下 友滝先生は，どのようにして研究の道に進まれたのですか。

友滝 短大で看護師資格を取得した後，学士編入を経て，東京大学医学部附属病院で働きました。私は小児外科・HCU病棟に配属されましたが，今でも印象に残っているのは，医師の考える治療方針と家族の希望が異なるときに，双方をつなぎ，意思決定のプロセスに伴走する，まさに共同意思決定を支える専門看護師の先輩の姿で

す。そういった先輩たちのケアを間近で見て，臨床でのすばらしい実践を広める方法の1つとして，私は研究のほうからアプローチしたいと考えた次第です。

坂下 私も似たところがあります。臨床の技と科学をどう統合して新しい知を生んでいくかを自身のライフワークとして研究に従事してきました。本学看護学部では2014年に臨床看護研究支援センターを立ち上げ，臨床と教育の連携による看護実践の質向上をめざしています。

友滝 先生は東京大学と日本看護協会により開設された社会連携講座に在籍されていますが，どのような研究をされるのですか。

友滝 今年1月に開設された講座で，看護に関するリアルワールドデータを利活用したエビデンスの創出・データベースの構築，看護のデータサイエンス人材の育成等を軸に活動しています。今回の書籍でも，電子カルテ内の記録を活用したデータ収集について触れられていて，看護研究の方法の1つに既存データの利活用が位置付けられていることを，改めて感じました。

「一般化」と「適用」のバランスを取りながら知の蓄積を

友滝 今回の書籍新版で，ポイントに

多くの看護研究者や大学院生を中心に長年読み継がれてきた書籍『ポーリット&ベック看護研究』。看護研究の全容をつかもうとする挑戦には，果てしない大海原に漕ぎ出すに等しい困難があるわけですが，本書は航海を可能とする羅針盤のように，研究に臨む人たちの道標となってきました。このたび本紙では，書籍新版の出版を記念して，監訳者の坂下氏，Evidence-based Practiceを軸に活動を続ける友滝氏による対談を企画。書籍新版についてはもちろん，看護研究全般にわたって広くお話しいただきました。

なる部分を教えてください。

坂下 新版の焦点は，複雑な看護現象を研究という活動でどのように解き明かし，実践の質向上につなげていくかにあると考えています。そうした方針の具体的な表れとして，EBP（Evidence-based Practice）の推進が貫かれています。先ほどリアルワールドデータのお話がありましたが，リアルワールドに貢献できる知をいかに構築していくかが大きなポイントとして存在します。また注目すべき点として，質的研究および混合研究といった，量的研究以外の記述も充実しました。加えて，新版の新しい方向性として，デジタルを活用したデータ収集法やビッグデータの活用法，臨床現場での研究や質改善が論じられています。特に質改善には丸ごと一章が費やされていますから，ぜひご一読いただきたいです（「第12章 質改善と改善科学」）。

友滝 坂下先生の中で特に印象に残っている章はありますか。

坂下 今版で新たに追加された「第31章 適用可能性，一般化可能性，関連性：実践に基づくエビデンスに向けて」は，研究成果をどう現場に適用していくのかを取り扱う章であり，チャレンジングな内容で印象に残っています。「一般化可能性」は母集団に関連する用語で，研究結果が，研究対象者以外の集団にも広く当てはまるかを示します。対する「適用可能性」は，研究によって示されたエビデンスが実際に個人や地域集団へ適用できるかを示します（2面・図）。「一般化」と「適

用」は異なる概念のため，両者のバランスを取りながら知の蓄積をどう推進していくかが問われるわけです。同章では，研究エビデンスの適用可能性と関連性に注意を払うべき理由を説明した上で，いくつかの提案を行っています。

友滝 プレジジョンヘルスケア（註）の考え方に強く結びつく章ですね。

坂下 ええ。従来のエビデンスは一般化された集団の平均値を扱ってきたものの，その人にとって最適化されたヘルスケアが提供されるべきであるとの考えを重視しているところが，書籍新版の新しい点だと考えています。

理論的枠組み＝立場表明

坂下 加えて言うならば，私が本書の中で読者に最も読んでいただきたいのは「第6章 理論的枠組み」です。これは旧版の頃から存在する章で，本書では研究の理論的枠組みが重要視されています。看護研究に取り組むことを通じてどうしたら看護実践の質が向上するのだろうかとかさまざまに悩んでいた人にこそ，この章の真価が伝わるのではないのでしょうか。

友滝 世の中で起きている事象を研究という形でとらえようとするとき，看護学研究者にとって理論的枠組みは，その事象を解釈していく道を照らしてくれるようなイメージを抱いています。坂下先生の考える，看護研究にお

（2面につづく）

今月の新刊書籍 医学書院

医学 こどもの整形外科疾患の診かた
【Web動画付】
診断・治療から患者家族への説明まで
（第3版）

編集 亀ヶ谷真琴
編集協力 西須 孝／都丸洋平
B5 頁480 定価：10,340円【本体9,400＋税10%】
[ISBN978-4-260-06023-3]

医学 「考える」外傷整形外科！

土田芳彦
B5 頁464 定価：11,000円【本体10,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-06024-0]

医学 誰も教えてくれなかった足の外科
【Web動画付】
NIKIメソッドによる治療戦略

仁木久照
B5 頁304 定価：13,200円【本体12,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05743-1]

医学 皮膚病理診断リファレンス
（第2版）

安齋真一
A4 頁552 定価：24,200円【本体22,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05980-0]

医学 医療者のための結核の知識
（第6版）

編集 四元秀毅／山岸文雄
執筆 永井英明／長谷川直樹／露口一成
B5 頁232 定価：3,960円【本体3,600＋税10%】
[ISBN978-4-260-05978-7]

医学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
レジデントマニュアル
（第2版）

監修 伊藤壽一／大森孝一
編集 橋谷一郎
B6変型 頁480 定価：5,500円【本体5,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-06012-7]

医学 研修医のための精神科ハンドブック
（第2版）

編集 日本精神神経学会卒前医学教育・卒後臨床研修委員会
B5 頁168 定価：3,850円【本体3,500＋税10%】
[ISBN978-4-260-06157-5]

看護 看護管理者のコンピテンシー・
モデル事例集
書き方とその評価
（第2版）

編集 看護管理コンピテンシー研究会
B5 頁156 定価：3,300円【本体3,000＋税10%】
[ISBN978-4-260-05762-2]

看護 2026年版 准看護師試験問題集
10年分の過去問データ【Web付録付】

編集 医学書院看護出版部
B5 頁472 定価：3,960円【本体3,600＋税10%】
[ISBN978-4-260-05769-1]



●ともたき・あい氏
2002 年広島県立保健福祉短大看護学科（当時）卒。東大医学部健康科学・看護学科（当時）へ学士編入し、その後看護師として2年間の臨床経験を経て、研究を通じた臨床現場への貢献に関心を持つ。東大大学院修士課程で疫学・生物統計学を学んだ後、臨床医主導の臨床研究、症例レジストリ事業等に携わる。15 年より看護系大学教員となり、看護師の EBP をテーマにした研究やリアルワールドデータを活用した研究に取り組む。20 年千葉大大学院にて博士（看護学）を取得。25 年より現職。

(1 面よりつづく)

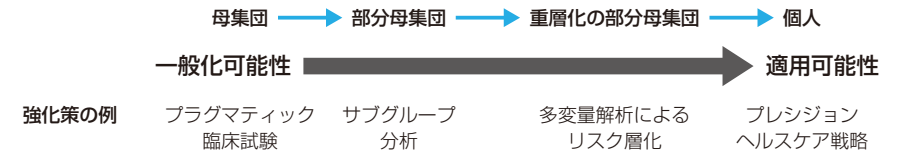
ける理論的枠組みの位置づけや意義をお伺いしたいです。

坂下 私は看護研究を、看護現象を扱う研究と位置づけています。そこで「看護現象とは何か？」ということですが、現象とは、人間が知覚する全ての物事を指します。今ここで私と友滝先生が対話しているのも一つの現象で、それは多様な面を持っています。その現象を友滝先生の立場からとらえることもできれば、私の立場からもとらえられる。看護にまつわる現象も多様な局面を持っています。看護は行為であり、その場その場でプロセスとして消えていく現象です。看護研究とは原則、そうした看護現象を扱っているものと考えます。

そうすると、自分がとらえた現象と他の誰かがとらえた現象はおそらく異なるはずなのに、それを同じものとして進んでいくリスクがあります。その点を明確にするには、対象とする現象をどうとらえ分析を進めていくのかについて、立場表明が必要です。その立場表明こそが、理論的枠組みだと私は考えています。そうした枠組みを持たないと、研究という長い道のりの中で迷子になりかねません。

友滝 看護職ではない人が看護のマインドを持って行う行為は、看護研究の対象に含めてよいのでしょうか。

坂下 含めてよいと私は考えます。ただし、学問としては専門性に注目するので、看護職が提供する専門的な活動が中心になるはずです。一方で、ケアはもっと広い概念だと考えます。そもそもなぜ看護職の働きが評価されにくいかというと、古来から家庭内で行わ



●図 一般化可能性と適用可能性（『ポーリット&ベック看護研究 第3版』, 690 頁より転載）

エビデンスが一般化可能なものから適用可能なものへと移行する仮想の連続体を示している。図の下部は、研究者がこの連続体に沿って使用できる戦略の例を示している。

れてきた行為を含んでいて、その専門性が見えにくいからです。病人にご飯を食べさせることは「誰にでもできる」と考えられがちだけれど、そのような行為を専門性を持って行うことでアウトカムが全然違ってきます。そのことは、看護実践の「可視化」が問われていることとつながっているはずです。

臨床と研究をどうつなげていくのか

友滝 おっしゃるように昨今、看護の可視化との表現を目にする機会が増えました。私自身、現在、リアルワールドデータを活用した看護の可視化、特に定量的なデータを使った研究にチャレンジしています。ただし、データ化された時点で、実際に起きている現象の側面を、ある視点に基づいて切り取っているに過ぎないこともあるので、ただ分析をすればよいのではなく、データの背景を丁寧に理解することが重要だと感じます。

坂下 データ分析のみによって可視化を行おうとするのは難しいでしょうね。求められている可視化とは、看護の行為、判断、価値を見える形にすることかと思います。そうであるならば、量的研究、質的研究の両方のアプローチが必要になるはずです。

量的研究は、現象をとらえて、そこに登場する変数が明らかになって初めて生きてくるものです。ストーリーがないまま、つまり仮説がない段階でやみくもにビッグデータを解析したところで意味のある成果は得られないでしょう。一方、現象の中の重要な概念を抽出し仮説を築くのが質的研究で、質的研究が積み重なることで理論が構築されるのだと私は考えています。ですから、可視化を行うのであればまずは熟練した看護師への聞き取りや観察から現象をみていくことです。そうした研究はすでに行われているものの、課題は、その結果が臨床の方にも伝わる言葉で表現されていないことにあります。

友滝 看護の可視化は量的研究と質的研究の両輪で、ということですね。研究から得られた知見を、実践のエビデンスとして臨床現場で落とし込んでもらえるよう発信していくことが、研究者には求められているのだと思います。臨床家と研究者が対話を継続していくことについて、今後より一層取り

組んでいきたいと考えています。

坂下 臨床と研究の間の架け橋として私が期待しているのは専門看護師（CNS）です。院内に一定数 CNS がいることで大学と病院の共同研究がスムーズに進みますし、臨床での研究成果の活用も促進されるのではないかと思います。彼らをキーパーソンにして、どのような研究が医療界では行われている、どのようなエビデンスを臨床に取り入れればいいのかがわかる方、特に管理者が臨床に増えていくと良いのではないかな。

読み返すごとに学びがある

友滝 そうした臨床での EBP の推進が書籍新版では貫かれているとのことでした。一方で、臨床研究を始めようとする人には本書はハードルが高いとも思います。

坂下 いきなり本書をひも解くのはつらいでしょう。

友滝 それでは、どのような人がどのような使い方をすると良いのでしょうか。

坂下 基本的には、研究者や大学で研究を始めようとする方向けの書籍だと考えています。使い方としては、全体を通読するよりも、辞書的に必要な箇所をピックアップして読むのがいいのではないのでしょうか。読めば随所に有用なことが書かれてはいるのですが、なかなか全体を読破するのは簡単ではないというのが正直なところですよ。

友滝 わからない箇所があっても、学びを深めてから読み返すと「なるほどそういうことか」と実感できるのが本書ではないかと思います。私の専門分野に関する章にも、「このことも書いてある！」と思う箇所が随所にありますし、本書で取り上げている研究方法論の網羅性にも驚かされます。ただ、こういったことは、初学者のときにはわからなかったと思います。

坂下 何度も読み返すことには大きな意味があると思います。私はナイチンゲールの『看護覚え書』を読み返すたびに新たに感動するのですが、本書も同様に、自身の成長に伴って、読んでいて心に響く箇所が変わってくるのだと思います。

友滝 そういう意味では、研究者の生涯学習にも最適ですね。

坂下 いったんは自分で研究をやってみて、壁や限界にぶつかって、それか



●さかした・れいこ氏
1985 年東大医学部保健学科（当時）卒。90 年同大大学院医学系研究科保健学専攻博士課程修了。博士（保健学）。口腔保健を専攻し、食環境と発達に関する研究を主に行ってきた。現在は研究の範囲を高齢者に広げ、その人の内なる力を強める支援を模索している。92 年鹿児島大歯学部助手、99 年筑波大病院副看護師長、2001 年兵庫県立看護大（当時）助教授等を経て、05 年より現職。21 年より副学長を兼任。23 年、Fellow of American Academy of Nursing (FAAN) の称号を授与される。

ら本書に戻ってくると、読んでいて刺さる箇所が増えるはずですよ。研究手法にとどまらず、研究中に存在する落とし穴もきちんと示してくれていますから。そういう意味で、研究という長いトンネルの中で出口がなかなか見えずにもがいている最中に読み返すことで、何を大切にしなければならないのかについて示唆をもらう……といった使い方もできると思います。

※

友滝 看護は様々な人々を対象としますが、生きづらさを感じる方や、治療や療養でつらい思いをされている方も多くいらっしゃる。そのような中で、対象者のいま、そのときを支え、ひいてはその後の未来をも支える看護職の実践をデータで示し、研究結果をエビデンスとしてまた臨床に戻していけるよう、これからも研究に取り組んでいきたいと思っています。

坂下 研究に取り組むに当たっては、何のためにその研究をするのかについて、今一度自問してみてもいいですよ。答えとしてそこにあるのは患者さんやご家族の笑顔だと良いですね。そうした人々のウェルビーイングに貢献したいという熱意が、良い研究を導くのではないかと考えています。（了）

註：個々の患者に最適なヘルスケアを提供することをめざし、遺伝情報、ライフスタイル、環境要因などを基に、患者一人ひとりに合わせた治療・予防・健康管理を行うアプローチ。従来の一般化された画一的な医療ではなく、その人にとって最も効果的な医療を追求する。

ポーリット&ベック
看護研究

第3版

著 D. F. ポーリット / C. T. ベック
監訳 坂下 玲子
訳 坂下 玲子 / 谷田 恵子

詳細はこちら

詳細はこちら

B5 2025 年 頁 840
定価:10,780 円 (本体 9,800 円 + 税 10%)
[ISBN978-4-260-05706-6]

Nursing Research
Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice
11th Edition
Dorothy F. Polit & Cheryl Tatano Beck

ポーリット&ベック
看護研究

第3版

監訳 坂下 玲子
訳 坂下 玲子 / 谷田 恵子

看護研究の大海原を
見晴らす

待望の改訂、新訳で登場

医学書院

初学者にとって、看護研究の全容を掴まんとすることは、果てしない大海原に漕ぎ出すに等しい困難がある。航海を可能とする羅針盤のように、本書は看護研究に臨む皆さんの道標となるだろう。明瞭な「新訳」により、さらに可読性が増した本書は、これまで以上に多くの読者の支えとなることは間違いない。

「新訳」で生まれ変わる看護研究の羅針盤

目次	第Ⅰ部	看護研究とエビデンスに基づく実践の基礎
	第Ⅱ部	看護におけるエビデンス生成のための概念化と研究計画
	第Ⅲ部	看護のエビデンスを創出する量的研究のデザインと実施
	第Ⅳ部	看護におけるエビデンス生成のための質的研究の設計と実施
	第Ⅴ部	看護におけるエビデンス生成のためのミックス・メソッド研究の設計と実施
	第Ⅵ部	看護の実践のためのエビデンスの確立

寄稿

VExUS：輸液耐性が注目される今だからこそ
一歩先の POCUS を

柴崎 俊一 ひたちなか総合病院総合内科/救急センター長

皆さんは VExUS (Venous Excess Ultrasound) という言葉をお聞きになったことがあるでしょうか。Beaubien らによって 2020 年に開発されたもので、POCUS (Point of care Ultrasound) の延長線上にあるエコーの技術の 1 つです¹⁾。集中治療領域を中心に、過剰輸液は害であるという近年のトレンド²⁾とも相まって、重症患者はもちろん、心不全、腎不全などの領域でその有用性がさまざま報告され始めています。本稿では、筆者がほぼ毎日使用する VExUS の有用性を含めた概要をお伝えします。

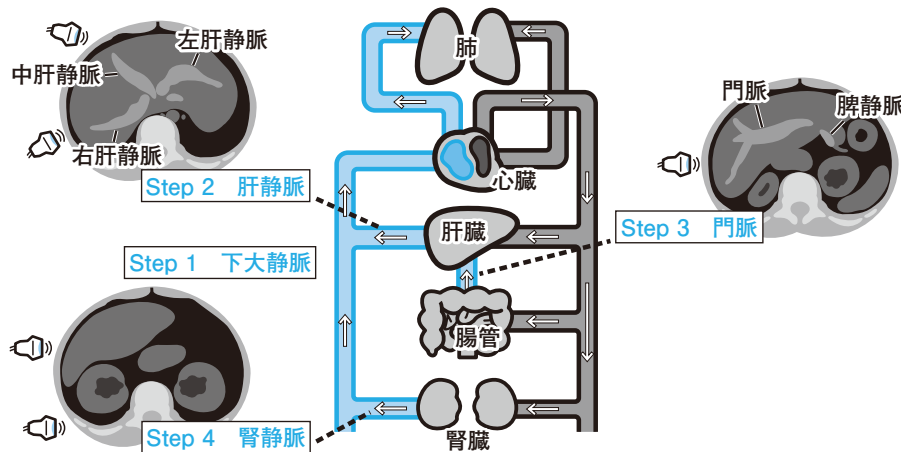
右心系のうっ血を総合評価する

VExUS は POCUS の延長線で、ドプラ波形を計測し、右心系のうっ血(体うっ血)の程度を半定量的に評価する方法です。Beaubien らによって示された原法では、まず下大静脈 (IVC) 径を評価し、21 mm 以上に拡張していれば、肝静脈、門脈、腎静脈(主に腎の葉間動静脈)についてドプラで波形を計測します(図 1)³⁾。その波形のパターンをスコア化し、最終的に合算して右心系のうっ血を総合評価するという方法です(図 2)³⁾。

「血行動態を評価するだけなら IVC 径だけで十分では？」と思う読者もいるかもしれませんが、この複数指標を組み合わせることこそが VExUS の最大のポイントです。心不全を胸水や浮腫だけで診断せず、複数項目で総合判断を下すように、血行動態の評価はそう単純ではありません。IVC 径は、呼吸努力が強いと呼吸性変動も強まるため大きく影響されるほか、腹水などの腹腔内圧、IVC のコンプライアンスにも影響されるために、単一の指標では解釈を誤ることがままあります。こうした課題を克服するために複数の指標を組み合わせるのです。実際、心不全患者に対し右心カテーテル検査をゴールドスタンダードにしたところ、右房圧上昇(≥12 mmHg)の予測における VExUS の AUC(area under curve)は 0.99 と極めて高く、IVC 径や IVC 呼吸性変動よりも優れた精度でした⁴⁾。

こんな時に VExUS！

心不全や腎不全、重症患者での体液管理に関する知見が集まり、その有用性が注目されています。例えば心不全は静脈系のうっ血が臓器障害の主因となりますが⁵⁾、VExUS はその重症度を半定量的に評価できます。実際、急性心不全で入院した患者を対象とした研究では、初回評価で VExUS スコア Grade3 (重度うっ血) とされた群は入



●図 1 VExUS のイメージ (文献 3 をもとに作成)

Step 1	下大静脈 (IVC) $\geq 21\text{mm}$ か？			
	Normal	Mildly Abnormal	Severely Abnormal	
Step 2 肝静脈の ドブラ	 S > D	 S < D	 S 波の向きが逆転	
Step 3 門脈の ドブラ	 変動率が 30%以下	 変動率 30~49%	 変動率が 50%以上	
Step 4 腎静脈の ドブラ	 常に血流あり	 血流が断続的で二相性 (収縮期と拡張期)	 血流が断続的で一相性 (拡張期のみ)	
解釈	Grade 0 (うっ血なし) IVC < 20mm	Grade 1 (軽度のうっ血) ① IVC $\geq 21\text{mm}$ + Normal ② IVC $\geq 21\text{mm}$ + Mildly Abnormal	Grade 2 (中等度のうっ血) IVC $\geq 21\text{mm}$ + 1 つの Severely Abnormal	Grade 3 (重度のうっ血) IVC $\geq 21\text{mm}$ + 2 つ以上の Severely Abnormal

●図 2 VExUS スコアの解釈 (文献 3 をもとに作成)

院中死亡や早期再入院率が有意に高く、Grade3 未満の患者では死亡例がみられなかったと報告されています⁵⁾。

また、腎機能が悪化している心不全では、原因が低心拍出か、腎うっ血か判断に悩むこともあるかもしれません。その際に VExUS で右心系のうっ血が強いと判断できれば、うっ血腎の可能性が高いと判断できます⁶⁾。より積極的な利尿薬、場合によっては限外ろ過での除水という戦略が自信を持って取れるかもしれません。

このように従来の指標でとらえにくい右心系のうっ血の程度を VExUS が可視化し、急性腎障害 (AKI) 予測や利尿介入のガイドとして有用であることが示唆されつつあります。何より、VExUS は POCUS の延長であり、ベッドサイドで非侵襲的にできること、繰り返しできることが強みです。そのため筆者は、治療介入により重症患者や

心不全患者の血行動態がどう変化するかを若手医師に勉強してもらう意味でも積極的に VExUS を活用しています。

限界やピットフォール、
だからこそそのさらなる発展性

聡明な読者は上述の記載でお気づきの通り、VExUS の現時点での知見はうっ血腎による AKI 関連をアウトカムにしたものがほとんどです。現時点では VExUS をガイドにした管理で死亡率が改善するなどのデータはありません。また、患者背景も心疾患や腎疾患を持つ層であることが多く、例えば、シンプルな敗血症性ショックなどは十分に研究はされていません。現在、VExUS をガイドにした敗血症治療の RCT がいくつか走っているのも^{7, 8)}、その結果が待たれるところです。

また、IVC 径単独での評価は時に解

プローブを握る前にこの 1 冊！

レジデントのための腹部エコーの鉄則 [Web動画付]

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

編集 亀田 徹



●しばざき・しゅんいち氏

2010 年筑波大卒。諏訪中央病院にて初期研修、内科後期研修修了後、同院総合内科、腎透析糖尿病科にて勤務する。ひたちなか総合病院救急・総合内科の立ち上げのため 17 年に赴任し、23 年より現職。



釈を誤るように、肝静脈、門脈、腎静脈のドプラ波形のパターンをそのまま VExUS スコアに当てはめられないケースもあります。肝静脈であれば重度の三尖弁逆流や慢性の肺高血圧などの右心系の疾患がある時、門脈であれば肝硬変、腎静脈であれば末期腎不全などがある時です。これらの疾患がある場合、それぞれの静脈の VExUS スコアが実際の血行動態的うっ血と相関しない可能性が指摘されています³⁾。だからこそ複数の項目を組み合わせる意義があるのです。

さらに、判定できない項目があれば、大腿静脈や内頸静脈、脾静脈などの他の静脈を用いて評価する extended VExUS という動きも出てきています⁶⁾。POCUS の一種、FAST(focused assessment with sonography in trauma)が肺まで評価する eFAST に拡張され、さらに RUSH (Rapid Ultrasound for Shock) exam のようなプロトコルまで発展したように、VExUS もさらなる発展を遂げるのかもしれません。

自施設でも VExUS を始めてみたいと思ったら

VExUS は POCUS の延長です。細かい注意点はありますが、まずは「ちょい当て」してみても、感触を試すことが最も大事です。心臓のプロブ(セクタープロブ)と腹部のプロブ(コンベックスプロブ)があり、ドプラ測定ができるエコーがあれば、今すぐにでも開始できます。普段から POCUS を実施している方であれば、数回の練習をすればできるようになるでしょう。ドプラ測定が障壁かもしれませんが、普段ドプラ測定をしている臨床検査技師や循環器科の医師に教えてもらうのが一手です。紙幅の関係で一つひとつの細かいポイントをお伝えできませんので、代わりに Assavapokee らの総説⁹⁾をご紹介します。この総説は写真がとて多く、どこにプローブを当てるか、ドプラ波形の解釈の基本などから丁寧に解説されています。実際、筆者も専攻医の指導で紹介する文献です。ぜひ目を通してみてください。

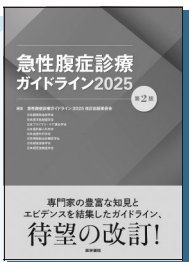
●参考文献・URL

- 1) Ultrasound J. 2020 [PMID : 32270297]
- 2) Kidney Int. 2009 [PMID : 19436332]
- 3) Dinh V. VExUS Ultrasound Score—Fluid Overload and Venous Congestion Assessment. POCUS 101 <https://bit.ly/3Xti60T>
- 4) J Clin Med. 2025 [PMID : 40004865]
- 5) Eur Heart J Open. 2024 [PMID : 39234262]
- 6) World J Crit Care Med. 2024 [PMID : 38855280]
- 7) POCUS J. 2023 [PMID : 37152345]
- 8) BMJ Open. 2023 [PMID : 37487682]
- 9) Ultrasound J. 2024 [PMID : 39560910]

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

急性腹症診療ガイドライン2025 第2版

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

編集 急性腹症診療ガイドライン
2025改訂出版委員会

座談会 どう動く？ どう導く？ プレイングマネジャーが直面する働き方改革



2024 年 4 月に医師の働き方改革が施行されてから 1 年が経過しました。読者の皆さんの働き方は、職場は、QOL は、果たしてどう変わったでしょうか？

医師の長時間労働の是正やタスク・シフト/シェアの推進をはじめ、あらゆる医療従事者を巻き込んだ改革が現在も進んでいます。本紙では、かつて厚生労働省で働き方改革の施策を担当していた藤川氏を司会に迎え、自身の臨床・研究業務に加え若手の教育や管理者としての働きも求められる中堅医師、いわゆる“プレイングマネジャー”世代の 4 人による座談会を企画。働き方改革の影響をどう受け止め、現状にいかなる課題を感じているのか。管理者としての苦悩から自身のキャリアの展望までを、本音で語っていただきました。

せすぎないことを指導医に徹底しており、たとえ自発的に残っている方だとしても強制的に退勤していただくようにし、当直明けも必ず朝に帰れるよう調整しています。そうした働き方がある程度定着してきているために、プライベートの時間を犠牲にして業務に打ち込むような働き方をする研修医は極めて少なくなったと感じます。これはもちろん労務管理の面ではポジティブな変化なのですが、働きすぎないことを重視するあまり、とにかく圧倒的に自己研鑽が不足しがちな昨今の風潮に焦りも感じます。長期的なキャリア形成の視点でも心配ですし、今後負荷の大きい仕事に直面した際、それに耐え得る力がどれほど養われているのか疑問視せざるを得ません。

近澤 できるだけ働かず、タイムパフォーマンス・コストパフォーマンスよく生きたいとの考えが若い世代に増えているのかもしれませんが。これは何も医師に限った話ではなく、あらゆる業種に共通する事象なのでしょう。ただ医師の場合は専攻医になると業務の負荷や時間外労働がいきなり増加するので、その変化に苦しむ方も多いですよ。

後藤 はい。実際変化に対応しきれないケースはよくあるので、中間管理職であるわれわれが業務を代わります。さらに循環器内科特有の課題で付け加えると、宿日直許可の運用も不完全な面が多いと言えます。働き方改革が進んで、トータルで見れば自身の業務負荷は増え、QOL は下がったと感じるのが正直なところ。当院は来年からのチーム制の開始に向け、院内のルールやシステムを現在整備している段階ですので、仕組みが整ってさらにそれが文化として全体に浸透するまでは、今の苦しさが続きそうです。

“休まず働く”は美徳じゃない！

藤川 働き方改革の中では時間外・休日労働のほかに有給取得率も重要な指

標とされています。仕組みづくりも含め、皆さんの職場の状況を教えてください。

近澤 当院では夏休みはもともと 1 週間だったところにさらに休日が 1 週間プラスされ、今年度から計 2 週間になりました。その休暇期間の中で有給を消化してもらう形です。当然私を含め管理職もそのルールに従っていますし、2 週間休む人がいる前提で外来や手術を調整するシステムが整備されています。

後藤 素晴らしいですね。当科の場合は休みを取りやすい職場に整えたいと思いつつも、「休まず働くことが美徳である」との考えを持った方もいまだに一定数おり、どう意識改革をすべきか苦心しています。中間世代が休まないとの下世代も休みづらくなりますから、解決策を皆さんにぜひ伺いたいです。

近藤 そうした方には、まずは「仲間のためにも休んでくれ」と組織のリーダーが伝え続けることが重要だと思います。ワーカホリックな方はどの職場にもいるものですが、本人がそのつもりでなくても休みにくい雰囲気を作り出してしまいかねません。あとは職場内での有給消化率を可視化することも一手だと思います。当院の場合は医局で LINE WORKS を活用しており、全員が閲覧できるグループで有給消化が不足している方の一覧が共有され、有給取得を呼び掛けるシステムになっています。

藤川 可視化は大切ですね。私もチーフレジデント時代、各人の有給消化率を表にして壁に貼り付けていました。休みづらい雰囲気が原因で医局を辞めってしまう人が現れれば病院にとって損失ですし、その雰囲気に付随した言動がパワハラととらえられてしまう例もあります。少なくとも経営層や診療科の長は毅然とした対応が必要であり、休みを取りやすい環境を整えることは組織全体の問題なのだと院内で共通認

藤川 2024 年度から開始された医師の働き方改革では、時間外・休日労働の上限は原則として年間 960 時間（A 水準、表）に定められました¹⁾。上限が 1860 時間まで認められる特例水準（連携 B・B・C 水準）の適用は全国で約 500 施設にとどまり、一番多い東京でも 50 施設程度です。特定の診療科、あるいは特定の施設では医師が制度の上限である月 155 時間に近い時間外・休日勤務を余儀なくされる例も見られるものの、労務管理の厳格化もあり、蓋を開けてみれば多くの医師がこの基準内に収まっているようです。制度施行前に懸念された地域医療の急激な崩壊も現時点では顕在化していませんが、社会構造や医療ニーズの変化と本気で向き合い日本の医療を抜本的に変えないといけない、そのスイッチが押された 1 年だったように感じています。

今日は臨床・研究のプレーヤーとして第一線で活躍する一方、中間管理職として現場の取りまとめや組織のマネジメント業務も担う、まさに働き方改革のど真ん中にいる先生方にお集まりいただきました。

改革から 1 年 労働時間ビフォーアフター

藤川 まずはこの 1 年で先生方の職場

がどう変わったかを伺いたいです。

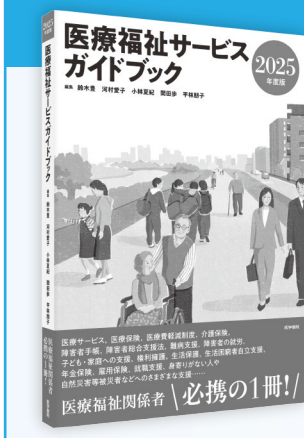
近澤 当院の産婦人科はもともと働き方改革に積極的だったので、この 1 年で何かが大きく変わったということはありませんでした。患者数や手術の状況次第で波こそあれど、基本的にどの医局員も 18 時台には終業しています。明確に変わったのは研修医の労務管理です。病院の方針として 17 時ぴったりに退勤してもらうようになりました。残業をして手技を学びたい、手術を見たいといったやる気のある方は例外ですが、定時を過ぎれば研修医からの苦情につながるケースもありますので、時間外になれば他のスタッフで業務を引き継いで対応しています。

近藤 自身の働き方はさほど変わっていません。しかし若い世代の労働時間に対する意識は私たちの世代と全く異なると実感しています。中には「定時を過ぎる」こと自体に抵抗を感じる方もいますから、どこまでが義務的でどこまでが自主的なのか、業務の線引きをかなり意識するようになりました。当院は専攻医数が 1 学年当たり 20～30 人と人数が多いので、事務処理能力が高い医師に事務方との連携や研修医の労務管理をしてもらいながら、過剰に働きすぎの方が出ないようにする仕組みをこの 1 年で整えました。

後藤 当院では研修医に時間外労働さ

●表 医師の時間外労働の上限規制（文献 1 をもとに作成）

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休憩時間の確保
A 水準（一般労働者と同程度）	960 時間		努力義務
連携 B 水準（医師を派遣する病院）	1860 時間 (各院では 960 時間)	義務 (健康状態を 医師が チェック)	義務
B 水準（救急医療等）	1860 時間		
C-1 水準（臨床・専門研修）	1860 時間		
C-2 水準（高度技能の修得研修）	1860 時間		



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、医療福祉関係者必携の1冊！

医療福祉サービスガイドブック 2025 年度版

編集 鈴木 豊 / 河村 愛子 / 小林 夏紀
関田 歩 / 平林 朋子

■B5 頁 336 2025 年 定価：3,300 円（本体 3,000 円＋税）
[ISBN978-4-260-06026-4]

医学書院

- 社会保障制度 医療サービス 医療保険 医療費軽減制度
- 両立支援 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 への支援 等

識を持つことが肝要だと思います。
近澤 同感です。当科では働き方改革に対して教授の理解があったので以前から休みにくい雰囲気はありませんでしたが、最近は休みの間に行った旅行の写真を見せ合うなど、「休み＝楽しいもの、気軽なもの」とする雰囲気の醸成もより意識するようになりました。制度を整備するだけでは行動変容につながらないケースもありますので、休まないことを美德としない空気を、管理職側から作らねばとの思いがあります。

ICT による効率化のために、
求められる業務の標準化

近藤 今後確実に人口が減少していくことを考えると、働き方改革を進める上では ICT ツールの活用による業務の効率化が欠かせないと考えています。当院は中小病院のため、新しいツールをとにかく試して効果がなければすぐにやめるというサイクルを回しやすいのが利点です。例えば現在は、患者さんとのやり取りを録音し、それをもとに生成 AI が自動的に SOAP の形式にまとめてくれるソフトウェアを外来と在宅で試験的に利用しています。また PHS を廃止し 1 人 1 台 iPhone を配布して、先ほど述べた LINE WORKS を導入したことも申し送りや連絡事項共有の負担軽減に効果が大きかったです。
藤川 勤務していた聖路加国際病院では、どの診療科も Microsoft Teams（以下、Teams）を使っています。Teams を開けば患者の情報や申し送り内容はほとんど把握できるようになっており、チャット機能を LINE のように用いて連絡事項のやり取りをしています。ただし、患者さんのカルテ情報が Teams に自動で反映されるわけではないので、電子カルテと Teams で入力が二度手間になってしまう点はデメリットかもしれません。
近澤 その手間を省く目的もあり、当院では患者情報は電子カルテへの記入に一元化しています。申し送り自体はしっかりと口頭で伝える場を設け、不明な点や困ったことがあれば電子カルテを確認してもらえば基本的には OK というスタイルです。将来的に電子カルテがクラウド化されれば、二度手間の問題も解消されてどの施設でもスムーズに申し送りが行えるでしょう。
後藤 当院は今のところガラケー（PHS）を利用しており、最近ようやく iPhone 導入の話が大学側から始まった状況ですので、ICT 活用はまだまだこれからといったところです。効率化を進めるに当たっては、そもそも業務の「標準化」が前提になってはならないと強く感じています。例えば申し送りのシステムを整えるにしても、ツールやプロセスの前にそもそものカルテ記載を標準化しなくては意味がありませんし、ツールを導入するには職

員間の IT リテラシーの格差が障壁となることもあるので、その是正が必要になります。
近藤 ICT を活用したらそれで全てうまくいく、ということは決してありませんよね。事前の土壌づくりが重要とのご指摘はもっともだと思います。後藤先生自身が標準化のために取り組まれたことがあれば教えていただけますか。
後藤 カルテの標準化に関して言えば、院内で設けられている「ベストカルテ賞」（註）を私が受賞することから始め、まずはスタンダードとしてあるべき形式を全体に示しました。「必ずプロブレムリストを記載し、次に重要事項をまとめ、入院経過まで記入した状態にする。それを貼り付けたらサマリーになるから、これを毎日やってほしい」と口酸っぱく教育していますが、定着させるのはなかなか大変です。

研修医の労務管理と
成長機会のジレンマ

藤川 プレイングマネジャーは働き方改革の実行と並行して、若い世代への教育も常々求められていると思います。この点で感じられている難しさや課題があれば教えてください。
近藤 冒頭で後藤先生も言及されていましたが、規定の労働時間内で働くことを優先しすぎた結果、本来研修医の頃に積むべき研鑽や成長の機会を逸していると感じるケースはあります。例えば私が専門としているプライマリ・ケアの領域では、患者さんの治療や生活の質の改善に長期的にコミットする「継続性」がコンピテンシーの中でも重視されます。疾患とは関係のないコミュニケーションも含めて全人的に患者さんと深くかかわることが継続性を学ぶためには重要であり、初期研修の頃に学んでこそ成長につながるはずです。また、プライマリ・ケアの領域を面白いと感じるきっかけにもなると思っています。ですから定時上がりに縛られてしまい、成長機会がなかなか得難い環境になってきていることに歯がゆさを感じますね。
後藤 当院だけではないと思いますが、働き方改革の中で医療の質や患者安全を保つため、研修医“非”依存型の病院ができてしまっているの、研修医が責任ある業務を経験する機会が減り、気の毒に感じることもさえあります。例えば夕方に輸血を実施した後、本来なら 1～2 時間の観察が必要ですが、それをせずに定時で退勤してしまう。そうすると何か問題が起きても翌日までわかりません。結局、その後の対応は全て上級医が行うことになります。良くも悪くも、その場に研修医はいないのです。
近澤 自身の患者に対して責任を負う機会が失われていますよね。労働時間の話でも触れましたが、専攻医になるといきなり責任が大きくなるので、研

修医時代にあまりにも負荷の軽い経験しか積んでいないと、その後は本当に苦勞すると思います。
後藤 病院側が過保護になりすぎていくことも問題です。研修医の業務で何か問題が起こっても、当人の技術や知識の不足ではなく、システムの不備や指示の不透明性に原因があるとみなされがちです。挑戦をする、失敗をする、そして失敗から学び新たに挑戦するという経験のサイクルが生まれにくくなっていると感じます。
近藤 システムに守られすぎているがゆえに成長機会が不足してしまったり自分で考えて行動する力が培われにくかったりするのは、働き方改革が抱えるジレンマかもしれませんね。

プレーヤーとして、マネジャー
として見据える今後のキャリア

藤川 私自身、もともとは肝胆脾外科医としてのキャリアを歩んでいたところ、偶然経験したマネジメント業務にとってもやりがいを感じて働き方改革推進に携わった経緯があります。今後も臨床医としてだけでなくマネジャーの経験をさらに積んでいきたいと考えています。皆さんはご自身の今後のキャリアについてどのような考えをお持ちでしょうか。
後藤 自身の現状を分析すると、技術的には 1 つのピークを迎えており、循環器領域は新しい治療法が次々に出てきているため、キャリアの中で最も面白い時期と言えます。その上で、これまでは臨床と教育に注力してきたため、アカデミアにいる身としても研究にはより力を入れていきたい思いがあります。ただ、そのためには現在の業務を整理して自己研鑽の時間を捻出する必要があります、それがなかなか思うようにいっていないのが実状です。今が一番楽しく、そして一番悩んでいる時期と言えるかもしれません。
近藤 総合診療という領域でキャリアを積むことは、いわゆるスペシャリストの先生方のように専門的な技術や知識を積み上げていくのではなく、医師としてできることをまんべんなく広げていくイメージだと考えています。自分としてはその中の 1 つに臨床家としての診療業務があり、マネジメント業務があり、後進の教育があります。今後何かに絞るのではなく、ジェネラリストとしての成長を続けながら地域や世界に貢献していけるような活動をずっと続けていく気がしています。
近澤 今は関連病院の人事・教育と研究という目の前の仕事に注力しつつ、今後どのような状況になっても困らないよう、自己研鑽だけは常々意識しています。自身も経験しましたが、40 歳前後の医師は技術的なピークを迎えたり研究テーマがひと段落したりと、何かとミドルエイジクライシスに陥るきっかけが増えます。例えるなら『ド

●ふじかわ・あおい氏
2011 年久留米大医学部卒。聖路加国際病院にて外科系臨床研修医を経た後、13 年から同院消化器・一般外科に所属。21 年 2 月から厚労省医政局医事課にて医師の働き方改革の施策を担当し、全国へ足を運び施策周知に奔走。24 年から聖路加国際病院一般内科、25 年 4 月から現職。修士（公衆衛生学）。

●ごとう・れいじ氏
2007 年藤田医大卒。常滑市民病院にて初期研修の後、09 年から同院循環器内科・血管外科・感染対策チームに所属。12 年総合大雄会病院 循環器内科・感染症科、臨床研修プログラム委員。20 年 4 月愛知医大循環器内科助教。22 年から現職。循環器内科専門医、総合内科専門医、インфекションコントロールドクター、医学博士。

●ちかざわ・けんろう氏
2007 年東京医歯大（当時）卒。09 年自治医大入局。同大附属さいたま医療センター助教・講師などを経て、23 年から現職。産婦人科医専門医、婦人科腫瘍専門医。専門は婦人科腫瘍、腹腔鏡手術、手術解剖、臨床疫学。博士（医学）。

●こんどう・けいた氏
2014 年愛知医大卒。トヨタ記念病院にて初期研修、藤田医大総合診療プログラムにて後期研修を修了。現在は豊田市を中心に約 750 人に在宅医療を提供している。夢は愛知県豊田市を「世界一健康で幸せなまち」にすること。まちに出る「コミュニティドクター」としても活動している。23 年から現職。

ラゴンクエスト』で、魔王を倒した後の世界をもう 1 回プレイしている気持ちになるのです。それを防ぐには何かしらの目標を自分の中に持ち続けることが大切ですし、ミドルエイジクライシスを迎えたときに乗り切る地力をつけるためにも、若い世代には優しい環境に甘えすぎず、10 年、20 年先を見越した働き方をしてほしいと思っています。
藤川 今日皆さんとお話して、たとえ働き方が変わったとしても、向上心を持ち続ける方は日々成長し、医師としての実績も積み上がっていくのはこれからも変わらないのだろうと再認識できました。労働環境の改善が全ての世代の医師、引いては患者の利益につながるよう、これからも頑張っていきたいですね。（了）

註：愛知医科大学病院で 2020 年度から導入された制度であり、各診療科で記載されたカルテを「チーム医療」「医療安全」等の観点から評価し、他の模範となり得るものを選出。特に優秀であると評価されたカルテを作成した医師を表彰するもの。

●参考文献・URL
1) 厚労省。医師の働き方改革概要。2024。
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001129457.pdf

世界でも日本でも最も有名なバイブル的テキスト、待望の改訂

新刊 トンプソン&トンプソン 遺伝医学・ゲノム医学 第3版

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

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

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

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

詳しくは→

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

世界的に圧倒的な知名度を誇る「定本テキスト」、待望の改訂

新刊 ギルバート発生生物学 第2版

Developmental Biology, 13th Edition

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

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

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

詳しくは→

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

院内を駆け回るための 18の“Tips”



医師としての輝かしいキャリアの第一歩を踏み出した新研修医の皆さんにとって、この1か月間はどのような日々だったでしょうか。一人でできることが少しずつ増え、「楽しい」と感じる機会もきっと多くなってきたことでしょう。しかし、時には困難も待ち受けているのが人生です。壁にぶつかった時、悩んだ時は、頼りになる先輩医師や同期、そして院内にいる専門職の方々からの知恵を借りることも一手です。

そこで今回は、研修医とのかかわりの深い各部門の専門家6人に、病院内で活躍する研修医になるための“Tips(ヒント)”を3つずつ伝授してもらいました。

医療安全

辰巳 陽一

近畿大学病院
安全管理センター・
医療安全対策部



Tip 1 「私の言っていること、わかりますか？」——それ、患者さんにも自分にも聞いてみて

医師として説明の機会が増えてくると、「わかりましたか？」と形式的に尋ねてしまっている自分に、いつか気づく日がやってきます。しかしインフォームド・コンセント(informed consent: IC)の本質は、「インフォーム(説明)」ではなく、「コンセント(理解と納得)」にあります。伝わっていないければ、説明したことにはなりません。つまり、医療者はICを「する」ことはできず、ICを患者から「もらう」、あるいは「してもらう」しかありません。

そもそも、医師自身が十分に咀嚼できていない専門用語を、患者が理解できるはずありません。例えば「挿管」という言葉です。医療者にとっては日常用語でも、患者からすれば、ニュースで度々話題に上がる密入国者の強制「送還」や、「AとBの『相関』関係」という意味しか思い浮かばないかもしれません。

人は、一度わかってしまうと、わからなかったときのことを忘れてしまう生き物です。「同意書にサインをもらうこと」がゴールではなく、「どう理解されましたか？」と確かめることがICの本質です。その第一歩として、自分が使っている言葉を丁寧に解きほぐし、相手に伝わる言葉に言い換える練習から始めてみましょう。

Tip 2 「私って、心理的に安全ですか？」——沈黙はチームの空気を映す鏡

「こんなこと聞いたら怒られるかも」「これって言わないほうがいいかな」。そんなふうに感じたことがあれば、そこには心理的に安全でない“小骨”が喉にひっかかっているかもしれません。心理的安全性は「仲がいいこと」では

なく、「間違いや疑問を口にできる、ダメ出しできる空気」です。研修医が「わからない」と言えない環境では、小さなミス、小さな掛け違えが大きな事故につながります。「安心して発言できる場所に自分はいらぬだろうか」。そう自身に問いかけることから、安全なチームづくりが始まります。そして、誰かの一言に耳を傾ける余白を持つことが、次の仲間の声を引き出します。

Tip 3 「掃除のおっちゃんに、あいさつできますか？」——あなたの無意識が、チームの意識をつくります

清掃スタッフや警備員、事務職員など、病院にはさまざまな職種がかかわっています。彼らは医療行為こそ行いませんが、日々の現場を支える“見えないチーム”の一員であり、時に最初に異変に気づく人でもあります。「おはようございます」と自然に声をかけられるかどうかは、あなたがその人を“人として”見ているかどうかの証(あかし)です。そして、その関係性が、いざという時に声をかけてもらえるか、見過ごされるかを左右します。

この問いは、「今しているか」「意識すればできるか」ではなく、「当たり前のようにできるか」を問うものです。医師になって1年もすると、天上界に居る自分に気づく方もおられることでしょう。肩書きや役割を越えて、誰にでも敬意を払えること。それが医療者としての土台であり、安全文化の第一歩です。医師以外に、周りにどんな人たちがいて、どんな風に支えてくれているのか、その空気を感じることができるアンテナを、まず組み立ててみてはどうでしょう？

●新研修医への一言メッセージ

説明は、伝わり理解してもらい初めて説明になります。安心は、声に出して言えたときに初めて生まれ、敬意は、声をかけて相手を知ったその瞬間に生まれます。そして、医療は、人と人のあいだにあります。これから訪れる忙しい日々の中でも、どうか、言葉の行方を忘れずに。応援しています。

研修担当事務

丸山 和希

利根中央病院医局事務課長



Tip 1 返事は「YES」か「ハイ」か「喜んで」

日常の研修、診療業務に加え、とにかくさまざまなタスクが研修医の皆さんには集まってきます。カンファレンスでの症例提示、他職種向けのレクチャー、学会発表の準備や合同説明会での病院紹介、実習生がいればその対応、施設によっては患者さんや地域住民向けの講演などです。無理難題やオーバーワークな状況でも引き受けろとは言いませんが、頼まれごとは積極的に引き受けていただきたいと思います。

他者に向けて話す＝アウトプットの経験は、自身の学習のきっかけや知識の整理につながります。また頼まれごとを引き受けることで信頼の獲得にもつながり、その後の研修にも良い影響を及ぼすことでしょう。全ては「経験」です。雑用と思えばそれまでですし、どうせやるのであれば、与えられたタスクを自身で「意味のあるもの」に昇華させ、前向きに取り組んでみましょう。

Tip 2 その街の「住民」になってみよう

今の病院は、何を理由に選びましたか？指導体制や研修環境、専門研修を見据えて、あるいは2次募集で……と、さまざまな理由があると思います。

多くの人が2年間(たすきがけでは1年間)、その街で診療することになります。病院は基本的に具合が悪くなった患者さんが来るのを「待つ」ところです。ぜひ自分の足で街に繰り出し、その医療圏や生活圏を多角的に見てみましょう。医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版)¹⁾でも「総合的に患者・生活者をみる姿勢」が問われています。スーパーや日用品店はどこにあるか、バスや電車など公共交通機関はどんな状況か、地域の産業や名産は何か、観光ス

ポットは何があるのか。多くの場合、患者さんや他職種のスタッフはその地域の「先輩」です。そうした方々との共通言語が増えることは信頼関係の構築につながりますし、患者さんの生活を具体的にイメージできることが診療面で役立つこともあるでしょう。

Tip 3 もう1人の「自分」を用意しよう

就職してしばらくの間は、慣れない環境と医師としての責任、命に向き合うプレッシャーで心身ともに疲弊することと思います。一説では研修医の20%が抑うつ状態を呈し、1%が研修中断を経験しているといった報告もあります²⁾。

働き方改革もあり、研修医だからといって24時間365日呼び出されるという時代ではなくなったと思いますが、社会人1年目では息抜きや休みの取り方・使い方で苦慮する研修医も多いのではないのでしょうか。ON/OFFの切り替えは精神衛生を保つために重要なものの、その方法は誰かが教えてくれるものではありません。自分なりにリフレッシュするための方法や場所を用意しておきましょう。読書が趣味なら落ち着ける公園やカフェを探したり、お酒が趣味ならお気に入りの居酒屋やバーを見つけたり、運動が趣味なら地域のサークルやクラブチームに参加したりと、「自分を解放」できる方法や場所をぜひ見つけてください。

●新研修医への一言メッセージ

研修担当事務は、研修医の皆さんが無事に研修を修了できるようにサポートすることが任務です。仕事でも、プライベートでも、何か困ったことがあればまずは相談してみてください。

●参考文献・URL

- 1) 文科省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年度改訂版). 2022. <https://bit.ly/3R5ZZuw>
- 2) 瀬尾恵美子, 他. 初期研修における研修医のうつ状態とストレス要因、緩和要因に関する全国調査——必修化開始直後との比較. 医教育. 2017; 48 (2): 71-7.

『WEB 内科塾』無料トライアルで視聴可能！「THE 内科専門医問題集『見るラヂオ』」講義動画



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

WEB 内科塾 無料トライアルで視聴いただけます。二次元バーコードからご確認ください▶

内科系専門医試験対策のための
オンライン問題集

WEB 内科塾



医学書院

薬剤師

門村 将太

JCHO 北海道病院薬剤部
副薬剤部長



Tip 1 人は誰でも間違える。だから処方する前に DI を確認しましょう

『To Err is Human』（人は誰でも間違える）はご存じの方も多いと思います。これは、米国医療の質委員会・医学研究所がまとめた医療事故に関する報告です¹⁾。この報告の中には、医薬品過誤の事象も含まれています。こうした医療事故が発生するのは米国だけに限りません。日本でも研修医が処方あるいは投与した医薬品過誤による死亡事例が報告されています。例えば持参薬にあった関節リウマチに用いるメトトレキサートの用法用量の指示誤り（週 1 回のところ連日投与）²⁾、脊髄造影を行う際にイオトロランを尿路に用いる造影剤アミドトリゾ酸と取り違い投与³⁾した死亡事例があります。これらの事例は、事前確認さえ十分に行っていれば防げた「予防可能な薬剤有害事象」と考えられています。

では、どうすれば医薬品過誤を防げるのか。1つの方法は、医薬品情報（drug information：DI）を確認することです。現在、多くの病院では DI を電子カルテ等から閲覧可能です。初めての処方や投与時、あるいは患者さんの持参薬で知らない医薬品があった時には DI に目を通す癖をつけましょう。

Tip 2 医薬品は患者によって体内動態や作用強度が異なる

医学生時代におそらく臨床薬理学という講義があったはずです。その中で薬物動態について学んだことを覚えているでしょうか。医薬品のうち、内服薬は胃や腸で成分が吸収され肝臓を通過した後に、また注射薬は血中に入った後に、心臓を介して全身に分布、その後水溶性薬物は腎臓を介して尿中へ、一方の脂溶性薬物は肝臓で代謝され胆管などを介して便中へ排泄されます。薬物の排泄速度は全身クリアランス（CL_{total}）と呼ばれ、腎クリアランス（CL_r）と肝クリアランス（CL_h）、その他のクリアランスの総和として表現されます。

腎機能が低下した患者は CL_r が低下

しているので、腎排泄の割合が高い（腎排泄型）薬を常用量で投与すると、蓄積性副作用が起こりやすくなります。一方、肝機能が低下した患者は CL_h が低下しているので、肝代謝の割合が高い薬を常用量で投与すれば、同様に副作用が生じやすいです。肝代謝型薬剤が少し厄介なのは、肝機能が低下していなくとも、併用薬が肝代謝を阻害して CL_h を低下させる場合があることです。これを薬物間相互作用（drug-drug interaction）と言います。

このように医薬品は、患者の併存疾患や併用薬により、薬物動態が異なり、結果として作用が強まるおそれがあることを覚えておきましょう。

Tip 3 さまざまな専門職の役割を知って、より良い関係構築を

医師にしかできない業務はたくさんあります。しかし、他職種でも実施可能な業務も一部あり、その業務を委託する、タスクシフト/シェアが近年進んできています。つまり医師には俯瞰的な視点で各職種の役割を理解することも求められているのです。Tip 1 および 2 で述べた内容を網羅的に理解することは多忙な医師には難しいかもしれませんが。そこで薬剤師の出番です。臨床研修病院の多くには病棟薬剤師が配置されていると思われます。「DI を見てもよくわからない」「この薬どうオーダーすれば？」など、困った時はぜひ病棟薬剤師に相談してみてください。医師からの問い合わせは、そこで働くスタッフの知識やスキルアップ向上にもつながります。ぜひ他職種との win-win の関係を構築しましょう。

●新研修医への一言メッセージ

臨床現場において、「知らないことを知らなかった」で許されるのは研修医のうちです。なぜなら指導医や担当責任医師がいてくれるからです。

あらゆる職種に言えることですが、もしも知らないことが出てきた時には、知らないことを放置せずに自身で調べる、もしくは知識のある人に聞きましょう。研修医にとって知らないことは恥ではありません。知らないことがあるということを知る、すなわち「無知の知」にまずは気がついてください。医療職は、生涯勉強、生涯研鑽ですね。

最後に、研修医の皆さん、薬剤師をぜひよろしく願いいたします。

理学療法士

木村 泰

練馬光が丘病院
リハビリテーション室
室長補佐



Tip 1 適切なリハ処方で入院関連機能障害を予防しましょう

急性期病院での診療では、入院の原因となった疾患の治療だけでなく、患者の廃用予防も考慮する必要があります。特に高齢者では、入院前から身体的、社会的、認知的フレイル（虚弱）を抱えていたり、多疾患併存状態であることが多いため、急性期疾患の治療や手術がうまくいった場合でも、日常生活動作能力が低下し自宅への退院が困難になったり、要介護状態に陥ったりすることがしばしばあります（入院関連機能障害）。これを避けるには、入院早期からリハビリテーション（以下、リハ）の必要性を見極め、積極的に介入することが重要です。

研修医の皆さんは、病棟で患者を担当する際、その患者にとってリハが必要かどうかを悩むことがあるかもしれません。その際は、指導医だけでなく、リハ部門のスタッフにも相談してみましょう。また、自施設のリハ部門における疾患別リハの施設基準や対応可能な疾患・病態、実施可能な検査、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が担う役割や得意分野についても理解しておく、より円滑な連携が可能となります。さらに、自施設のクリニカルパスや安静度に関するルールなどについても確認しておく、治療の進行についての判断がしやすくなります。

Tip 2 リハ職種との連携で診療の質を向上させよう

研修医の皆さんは、診断・治療の過程で医師、看護師、リハ職種をはじめとするメディカルスタッフと多くの場面で連携し、協働する必要があります。リハ職種は、特に患者の生活動作や運動負荷時の呼吸循環応答を把握しているため、情報共有を行うことで診療の

質が向上する可能性があります。

例えば、「病棟でどこまで歩けるか？」や「嚥下の状態はどうか？」といった確認は、治療方針や退院計画の精度を高めます。これらの確認が不足していると、退院後に患者が困難を抱えることになります。また、入院後に生じた医師が把握していない症状や、治療効果としての動作の変化についても情報共有をすることで、診断エラーの予防にもつながります。リハ職種との密接な連携は、患者の治療経過をより包括的に把握するために欠かせません。

Tip 3 合言葉は「患者中心性」

一方的な指示やとりあえずリハオーダーを出すのではなく、「どうすればより良いケアができるか、患者にとって最適なゴールは何か」を一緒に考え、お互いの診療が円滑に進むように協働する姿勢が大切です。時に意見が対立することもあるかもしれませんが、研修医もリハ職種も「患者を良くする」という目標は共通しています。そのため、お互いの職種背景を理解し、その特性を尊重しながら意見を交わすアサーティブコミュニケーションを活用して一緒に解決策を見つけていきましょう。

研修医の皆さんは今後、複雑な社会的背景を有した患者や医学的改善が困難な患者に直面することもあるかと思っています。リハ職種は患者と多くの時間を共有するため、背景やニーズ、価値観、心理状態などのナラティブな情報を詳細に収集しており、治療計画における貴重な情報源です。リハ職種と情報を共有し、患者にとって最適なゴール設定を一緒に考えていくことが、患者中心の質の高いケアの提供につながります。

●新研修医への一言メッセージ

担当患者のリハの場にぜひ顔を出し、リハ職種と積極的にコミュニケーションをとってみてください。診断や治療における重要な情報が得られるだけでなく、患者さんのリハへの参加意欲も高まります。これにより、院内でリハ職種からだけでなく、患者さんからも信頼される医師へと成長できると思います。

●参考文献・URL

- 1) Institute of Medicine. To Err Is Human：Building a Safer Health System. 2000 [PMID：25077248]
- 2) 医療事故調査・支援センター。薬剤の誤

投与に係る死亡事例の分析。2022.

<https://bit.ly/42gCu8m>

- 3) 医療安全全国共同行動。イオン性ヨード造影剤（ウログラフィン® 等）の誤投与・流入による有害事象。2018. <https://bit.ly/42Rsqms>

豊富なエビデンスとイメージしやすいイラストで、ポイントが頭に入る、しっかり残る！

医薬品情報のひきだし

監修 奥田 真弘
執筆 村阪 敏規
執筆協力 妹尾 昌幸

詳細はこちら



PPI の副作用で下痢が発現する理由は？アセトアミノフェン経口製剤は空腹時に服薬できる？錠剤を粉砕したときの重量ロス？本書はこんな臨床現場で迷いがちな薬の疑問を迅速・的確に解決するための情報が詰まった「ひきだし」です。大学病院で DI 実務の経験を重ね、現在 web サイト“CloseDi”を主宰する気鋭の若手が執筆。医学論文、医薬品添付文書、IF に基づく解説が豊富で DI 実務の考え方も楽しく学べます！

■B5 2020 年 頁 326
定価：3,960 円（本体 3,600 円＋税 10%）
[ISBN978-4-260-04308-3]

医学書院



目次

- 1 項目 薬学的な思考
 - 2 項目 換算
 - 3 項目 服薬タイミング
 - 4 項目 小児
 - 5 項目 腎機能
 - 6 項目 在宅医療
 - 7 項目 粉砕・一包化・簡易懸濁法
 - 8 項目 安定性・製剤特性
- 付録

医師が用いる血液型占いとは

酒飲みに麻酔は効きますか？

“3 秒ルール”は本当ですか？

そのトリビアは、単なる迷信ではなく、**医学的根拠** があるのです！

明日からの診療にきっと役立つ！ 医学のトリビア

エビデンスに基づく
患者さんからの
シンプルな質問への答え方 著 上田 剛士

食後に走ると
なぜお腹は痛くなる？

夫婦が似るならペットも似る

サウナは身体に良いのですか？

雑誌「総合診療」の好評連載を単行本化。日常診療におけるシンプルかつ素朴な疑問には実は医学的な価値の高いものが少なくありません。いわば医学トリビアについて、科学的根拠をもとに解説することで、理解や知識を深め、好奇心を満たして頂きたい。またそのトリビアを披露することで、患者さんとのコミュニケーションや生活指導にもぜひ役立てて頂きたい。看護師、栄養士、薬剤師などメディカルスタッフの方々にもおすすめ。

医学書院

■A5 2025 年 頁 304 定価：3,080 円
（本体 2,800 円＋税 10%）[ISBN978-4-260-05774-5]

目次

- 第 1 章 医学的な都市伝説を暴け
- 第 2 章 身体の健康に関するトリビア
- 第 3 章 日常生活や行動に関するトリビア
- 第 4 章 食事や薬に関するトリビア
- 第 5 章 その他のトリビア

詳細はこちら▶





看護師

松田 奈々

藤田医科大学病院 FNP 室 診療
看護師/同大学保健衛生学部看護
学科総合生命科学分野 講師

Tip 1 名前を覚える・あいさつ

一度しか会ったことのない人に名前を呼んでもらえてうれしさを覚えた経験がある人もいないのでしょうか。また、会った時に「〇〇さん！おはようございます！」と元気よくあいさつされて、気持ちが良いなと思ったことはありませんか？ 人間関係を良好にするコツとして「人の名前を呼ぶ、あいさつをする」とよく記載されていますが、臨床で忙しかったり、かわる対象が多くなったりすると容易ではない時があります。自身の言動を振り返ってみてください。案外できていないこともあります。余裕がないときこそ心がけてみましょう！

あなたにとっては「患者さん」「看護師さん」「リハビリさん」かもしれませんが、相手からみれば、患者さんの「主治医」です。あいさつなどの何気ない会話が信頼関係の一步となります。

Tip 2 人として、今の表現は良かったのか？

医師となり医療に携わると、たくさんの人とかわかります。患者、家族、看護師、薬剤師、セラピスト、医療ソーシャルワーカーなど挙げるとときがありません。みんな専門性が違いますし、話す内容や伝わる内容が個々で違います。医師は医師でしか理解できないことがあるように、相談相手によっては表現を変えることも必要です。また、

忘れてならないのは、話している内容もしかたりますが、話している時の身振り・手振り・表情一つで印象が変わることです。医師は人に指示することが多くなります。よりスムーズに円滑な仕事ができるよう、相手の目線に立ち、コミュニケーションをとってみましょう。

Tip 3 人気の先生を見習うべし！

「あの先生、看護師さんから人気なんだよね～」と耳にしたらチャンスです。その先生の仕事のやり方やコミュニケーションのとり方などの極意を盗むか、その先生に直接聞いてみましょう。全てをまねする必要はありませんが、「素敵だな」と思ったエッセンスを自身に取り込んでみてはどうでしょうか。実は、かく言う私も医師からコミュニケーションの極意を盗んだ一人です。ある日、看護師からの電話の最後に「わざわざありがとうございます」と医師が一言付け加える姿を見かけました。その医師に「なぜ『わざわざありがとうね』というのですか？」と質問したところ、「報告しにくい医師になってしまったら大事なことを報告してもらえなくなるから」と答えてくれたのです。「なるほど！」と納得したと同時に、「良い先生だなあ」と感嘆したことを今でも覚えています。

●新研修医への一言メッセージ

私は看護師の経験を持ち、医師をはじめ多職種と協働する診療看護師(NP)として働いています。さまざまな狭間にいる職種だからこそ、勤務する上でより気を付けていることを書かせてもらいました。誰にでも好かれることは難しいですが、できるだけ嫌われないことは努力できるかもしれません。一緒に頑張りましょう！



臨床工学技士

平野 匠

大阪大学医学部附属病院
臨床工学部 主任

Tip 1 臨床工学技士は「医療機器のお医者さん」

以前私は、看護助手さんに「臨床工学技士は『医療機器のお医者さん』だよ」と言われたことがあります。臨床工学技士は人工心肺装置や血液浄化装置、人工呼吸器などを取り扱うイメージを持たれている方も多いと思いますが、医療機器の保守管理業務も非常に大切な業務の1つです。医療機器を問題なく使用するには日常点検や定期点検が必要です。特に医療機器のトラブルは、処置や治療に多大な影響を及ぼす可能性があります。臨床工学技士に保守管理を事前に相談されていれば、原因究明の一助になるかもしれません。

また本体だけでなく、医療機器の使用に必要な専用の付属品や消耗品もあるので、それらの保守管理や在庫管理もわれわれ臨床工学技士の仕事です。これらは医療機器にとっての健康診断に当たっていると思っています。医療機器の不具合の多くは軽微ですが、重大な不具合でも臨床工学技士であれば調整や修理が可能な場合が多くあります。言わば、医療機器にとっての処置や治療です。

医療機器の保守管理や不具合が生じた時はもちろん、そうでなくてもお困りの際は「医療機器のお医者さん」である臨床工学技士にぜひ相談してみてください。

Tip 2 新しい医療機器の導入時は臨床工学技士への事前相談を忘れずに！

新しい医療機器の導入時にも臨床工学技士がお手伝いできることがあります。例えば医局や所属部署で新しく医療機器を導入することになったとしましょう。よくあるのが、看護師などの関連職種が、導入されたこと自体を知らない、もしくは操作方法を詳しく知らないケースです。新規導入の情報を事前に共有していただければ臨床工学技士が力になれるのですが、特に情報がもたらされていない場合、使用方法がわからなくなった時、あるいは使

用中にトラブルが発生してしまった時に臨床工学技士にトラブル対応を求められてもすぐに解決できないことがあります。そのため新しい医療機器の導入を検討する場合は、保守管理を担当する臨床工学技士に事前にご相談ください。必ず力になってくれるはずです。

Tip 3 医療機器と友だちになってください

皆さんが普段使用しているスマートフォンに比べると、医療機器にできることは限られています。なぜなら医療機器にはそれぞれの役割が明確に存在しているからです。メーカー側も簡単に操作できるよう開発に注力しています。しかし、初めて使用する医療機器に関しては使用前に必ず取扱説明書に目を通すよう心がけてください。できれば取り扱いに関する勉強会も受講するようにお願いします。勉強会の開催は臨床工学技士もお手伝いできるはずですので、ぜひお声がけください。

なぜここまで念押しするかと言うと、医療機器の仕様をきっちり理解することが皆さんの業務の大きな助けになるからです。医療機器によっては好みの設定（個人設定）が登録できる機能もありますので、処置や治療をより快適に行えることもあるでしょう。また、取り扱いに熟練が必要な医療機器に関しては、継続した勉強会の開催も重要です。ぜひ医療機器のことを理解して友だちになってください。

●新研修医への一言メッセージ

今回は、当院の臨床工学部が開催している「OpenME」という小規模勉強会での質問や、臨床現場で医師から受けた指示・依頼、また他職種からの相談内容などを踏まえて記述をしました。臨床工学技士は院内で多くの診療科とかかわりながら業務していますので、日頃からのあいさつはもちろんですが、他職種と同じように業務依頼や相談などのコミュニケーションをとっていただければありがたいです。

現代の医療現場には、医療機器はなくてはならない存在です。また最近ではロボットを使用する手術も増えてきています。それらの医療機器の操作や保守管理を行う臨床工学技士を皆さんの仲間に入れていただければ非常に強い戦力になるはずです。これからどうぞよろしくお願いします。



その情報、正確に伝わっていますか？

外来 病棟 地域

をつなぐ

編集 小坂鎮太郎
松村真司

ケア移行実践ガイド

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ――。

1 人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを 1 冊に凝縮しました。

詳細はこちらから▶

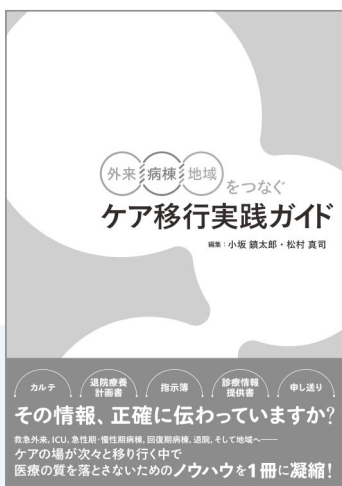


●B5 頁 184 2022 年

定価：3,850 円 (本体 3,500 円＋税 10%)

[ISBN 978-4-260-04885-9]

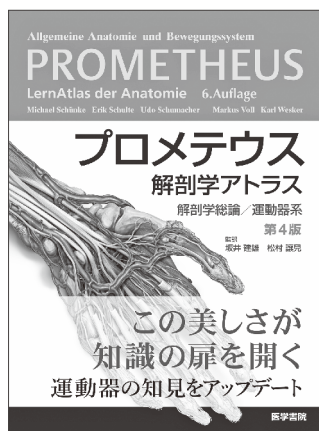
医学書院

解剖学を美しく学ぶ。
定番書にして最高峰の一冊

医学書院

待望の
改訂！プロメテウス
解剖学アトラス監訳：坂井 建雄
松村 譲児

解剖学総論／運動器系 第4版



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

目次
A 解剖学総論 | B 体幹 | C 上肢 | D 下肢A4変形 2025年 頁644
定価：14,300円 (本体13,000円＋税10%)
[ISBN 978-4-260-05630-4]

寄稿

子どもの自殺の動向と対策

日本では 1 週間に約 10 人の小中高生が自殺している

長沢 崇 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科 医長

増加傾向にある子どもの自殺

子どもの自殺が増加傾向にあり、深刻な社会問題となっている。自殺は原因・背景が多様かつ複合的で、複数の要因が連鎖して生じるとされるが、子どもの自殺の特徴として、衝動性が高いこと、原因・動機が不詳である場合が多いこと、特定した原因・動機としては家庭と学校の問題が多いこと、学校の休み明けに自殺者数が増加することなどが知られている。また自殺意図が明確でない、遺書がなく理由や背景の分析が難しい、両親の精神的健康の影響を受けるといった報告もある¹⁾。コロナ禍では家庭環境の変化に伴う家庭内葛藤の増加や、学校環境の変化による居場所喪失との関連について言及された。また「群発自殺」に象徴されるように子どもは他者からの影響を受けやすく、旧来メディアの影響が指摘されているが、急速に普及する SNS などソーシャルメディアの影響についても検証が必要と思われる。

厚労省、警察庁による「令和 6 年中における自殺の状況」²⁾の報告によれば、2024 年中の自殺者数全体は 2 万 320 人と前年比で 1517 人減少し、1978 年の統計開始以降 2 番目に少なかった。一方で小中高生の自殺者数は 529 人と前年比で 16 人増加しており、データが把握可能な 1980 年以降で過去最多の数値となっている。少子化が進む中での数値であり、比率を考慮するとより深刻な状況であることがわかる。属性別では小学生 15 人、中学生 163 人、高校生 351 人、性別で男性 239 人、女性 290 人であった。また、月別では 9 月が最も多く 59 人であった。2023 年 6 月に「こどもの自殺対策緊急強化プラン」が取りまとめられ、国として自殺対策を強力に推進する方向となったが、残念ながら 2024 年は過去最多の小中高生が自殺しており、

日本では 1 週間に約 10 人の小中高生が自殺していることになる。小中高生のうち男性は 2019 年、女性は 2020 年に自殺者数が急増したことが知られているが、その後女子中高生の自殺者増加傾向が顕著になったことは注目すべき問題である（図）²⁾。

自殺の原因・動機と手段

警察庁の自殺統計原票では、自殺の原因・動機を「家庭問題」「健康問題」「経済・生活問題」「勤務問題」「交際問題」「学校問題」「その他」「不詳」に分類しているが、2024 年の小中高生の自殺においては「学校問題」が 272 件と最も多く、次いで「健康問題」164 件、「家庭問題」108 件であった。「学校問題」の中では「学業不振」65 件、「学友との不和（いじめ以外）」60 件の順に多かった。なお小学生、中学生、高校生そして性別で分けると原因・動機の傾向は異なっている。

次に自殺の手段について述べる。東京都 23 区内において検案を行う東京都監察医務院の統計データベース「令和 5 年版統計表及び統計図表」³⁾によると、2022 年の自殺 1615 件のうち 10～14 歳が 11 件、15～19 歳が 50 件となっている。そのうち 10～14 歳の自殺手段は縊死 4 件、飛降 3 件、交通機関 3 件、焼身・熱傷 1 件であった。15～19 歳においては、縊死 30 件、飛降 11 件、その他化学物質・有害物質 3 件、溺死 3 件、交通機関 2 件、催眠剤・向精神薬等 1 件であった。

大人 1 人ひとりができること

上述した通り小中高生の自殺者数増加は非常に危機的な問題であり、今後要因分析や対策の効果検証を行いつつ、国全体で「こどもの自殺対策緊急強化プラン」の取り組みが推進されることが重要である。なお、同プランに

は、子どもの自殺の要因分析、自殺予防に資する教育や普及啓発等、自殺リスクの早期発見、電話・SNS 等を活用した相談体制の整備、自殺予防のための対応、遺された子どもへの支援、子どもの自殺対策に関する関係省庁の連携及び体制強化等の施策が含まれ、ロードマップも設定されている。

それではわれわれにできる対応は何であろうか。まず、大人たち 1 人ひとりが家庭内や周囲にいる子どもたちの声を聴き、寄り添い、受け止め、子どもたちの悩みやサインに気づく必要がある。そして教育、保健、福祉など各分野に役割があり、各機関でしかできないこと、それぞれの立場だからこそできることがある。例えば、子どもたちが多くの時間を過ごす学校における相談体制の充実や自殺予防教育の推進など、各機関において自殺リスク低下に向けた効果的な取り組みが求められている。その上で、家庭や学校、地域社会で心配な言動を示す子どもに対しては、教育、福祉、医療、保健、警察など多職種、多機関が連携し、支援体制を構築することが重要であろう。

医療が果たすべき役割

そうした支援体制の中で、医療は子どもの自殺にどのように対応していくべきであろうか。子どもの愁訴や状況によって対応する診療科が異なるのは当然だが、子どもの自殺には神経発達症やうつ病、統合失調症、不安障害、摂食障害、物質関連障害などの精神疾患、いじめや児童虐待、その他の逆境的小児期体験(ACEs)も関連しており、児童精神科医療に大きな役割が期待されていると考える。

当院は日本最多の児童精神科病床を有し、希死念慮を訴える子どもたちや自殺企図歴のある子どもたちなど、多くの子どもたちの入院治療を行っている。また上記のような子どもたちの全てが入院するわけではなく、外来においても日々自殺リスクのある子どもたちに対応し続けている。東京都では外来、入院共に児童精神科医療を提供する医療機関が増加傾向にあるが、全国的には地域偏在の問題が大きく、専門医療機関は不足している。残念ながら子どもの自殺を含めた、子どものこころの問題の多様なニーズに応える児童精神科医療体制は全国的に十分とは言えない。特に児童精神科入院治療は全国的に需給バランスが破綻しており、人的資源も十分でない。自殺関連行動だけでなく多種多様な情緒・行動の問題を呈する子どもたちの入院依頼が寄

●ながさわ・たかし氏

2001 年千葉大医学部卒。同年慶大医学部精神・神経科学教室入局。同大病院精神・神経科、立川病院精神神経科、駒木野病院を経て、17 年より東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科に勤務。19 年より現職。22 年より同診療科責任者。日本児童青年精神医学会代議員。



せられ、当科も医療崩壊と言っても過言でない状況に陥ることがある。子どもの自殺が増加している現在、児童精神科医療に従事する一部の専門家だけでなく、小児科、精神科、総合診療科、救急科などの多診療科、加えて多機関の連携がより進み、かつ医師のみならず多職種チームで子どもの自殺関連行動に対応していくことが重要と考える。専門家による支援だけでなく、悩んでいることを相談できる非専門家、専門機関につながるまで伴走する非専門家の存在が重要なのは間違いない。

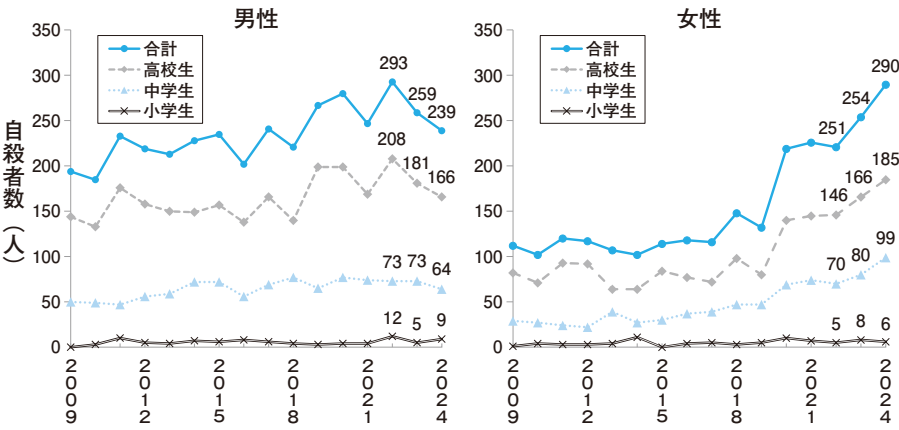
もちろん専門家である児童精神科医の力量が問われていることは言うまでもない。子どものこころ専門医は年々増加しているが、「死にたい」子どもたちの診療は決して簡単なものではない。子どもだけでなく家族へのアプローチや支援も不可欠である。子どものこころ専門医制度の本格的な研修が 2022 年度から開始されたが、「死にたい」子どもたちに対峙できる臨床家の育成は進んでいるのだろうか。今後はより研修内容や研修の質が重要となるだろう。今後、各地域で子どものこころの問題に対応する専門家がさらに増加し、自殺関連行動を示す子どもたちの診療体制が充実することが望まれる。報道される自殺者数は「氷山の一角」であり、海面下には多数の自殺関連行動を呈する子どもたちがいることを忘れてはならない。

*

コロナ禍で世界的に子どもの不安障害やうつ病、摂食障害等が増加したように、社会の変化や混乱は確実に子どもたちのメンタルヘルスに影響する。不安定な国際情勢、気候変動、自然災害、少子高齢化など子どもたちを取り巻く社会には課題が多く、今の子どもたちはこれらの諸課題をどのように感じているのだろうか。今まさに社会全体が、そして医療現場が、子どもたちのメンタルヘルスの問題に注力すべき時代になっていると考える。なお「自殺総合対策大綱」（2022 年）でも触れられているが、WHO は「自殺はその多くが防ぐことのできる社会的な問題」と明言している。

●参考文献・URL

- 1) 若年者の自殺対策のあり方に関する WG. 若年者の自殺対策のあり方に関する報告書. 2015.
- 2) 厚労省自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課. 令和 6 年中における自殺の状況. 2025. <https://bit.ly/42509IL>
- 3) 東京都監察医務院. 統計データベース令和 5 年版統計表及び統計図表. 2024. <https://bit.ly/4loqau8>



●図 小中高生別、性別自殺者数の年次推移（文献 2 より）

精神医学

2025 年 2 月号 (Vol.67 No.2)

特集

若者の自殺対策

精神保健の専門家としてリスクをどう捉えて対応するか

企画 明智 龍男

AYA 世代という若い世代に絞って、その自殺の実態や対策について、第一線で活躍しておられる精神科医に加え、学校教育における精神保健に造詣が深い専門家が執筆。精神保健の専門家が知っておきたいことをまとめ、また精神保健に従事する職種にできることを考える機会としたい。

■定価：3,080 円 (本体 2,800 円＋税 10%)

詳しくはこちらから

精神医学

2

若者の自殺対策

精神保健の専門家としてリスクをどう捉えて対応するか

明智 龍男

医学書院

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

子どものための精神医学

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

滝川一廣

A5 頁464 2017年 定価:2,750円[本体2,500円＋税10%] [ISBN978-4-260-03037-3]

医学書院

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 13 回

外科研修時、手術に入るときに安全対策を意識したい

執筆 渡谷 祐介 山口大学医学部付属病院医療の質・安全管理部 特命教授



指導医

今朝のカンファレンス後に手術室に集合するよう指示を受けてきました。本日はよろしくをお願いします。



研修医



指導医

こちらこそよろしくをお願いします。さて、カンファレンスで提示された今日の症例は左右どちら側の手術を行う予定か把握していますか？



研修医

実はうろ覚えで……。あまり自信がありません

そうですか、でもここまでで手術の 80% はもう終わっているのですよ。



研修医

え、まだ手術も始まっていないのにどうのことですか？



指導医

さあ、まずはタイムアウト（皮膚切開前にチーム全員が一旦手を止め、患者や手術内容を確認する作業）が始まりますから一緒に確認していきましょう。



手術では、「準備」と「確認」が最も大切

薄暗い手術室の真ん中に無影灯の光を浴びた患者が横たわっている。そこに術衣をまとった執刀医（主人公）が登場し、場に緊張感がみなぎる。主人公がただ一言「メス」と発すると、壮大な音楽と共に手術が始まる。術中、あるスタッフのふとした所作で大きな出血が起こるが、主人公の非凡な手技で止血を得る。手術が一段落すると「あとはよろしく」と一言残し主人公は立ち去る――。

上記は一昔前の医療ドラマの流れかもしれませんが、手術ほど一般のイメージと現実が乖離した医療行為はないように思います。実際の手術では、患者初診時から始まる周到な「準備」と、術中だけでなく周術期のさまざまなタイミングで行われる「確認」を、多職種連携のもと地道に積み重ねる過程の中で患者の安全を確保しつつ目標への到達をめざします。決して 1 人の卓越した技術で成り立つではありません。手術に携わる全てのスタッフが良いチームの一員として行動する意識が求められます。当然研修医の皆さんも大切なチームメイトの 1 人なのです。



レジデントが個々人でできる患者安全対策

●冒頭の会話を分析する

やる気に満ちた研修医でしたが、左右どちら側の手術を行う予定かを把握できていないなど、準備が十分にできているとは言えませんでした。「(カンファレンスまでの時間で) 手術の 80% はもう終わっている」と指導医は謎の言葉を残し、研修医をタイムアウトに誘います。さて、本稿でお伝えする「準備」と「確認」とは何でしょうか？

●術前の「準備」として手術適応、予定術式、合併症リスク評価・対策を把握する

鳥取大学医学部附属病院医療安全管理部の谷口雄司教授は、「イメージできたら手術の 8 割は成功」、逆に「イメージできない手術ほど怖いものはない」と述べ、同院の武中篤病院長は「手術前のブリーフィングで、9 割手術は終わっている」と語っています¹⁾。手術と言うと卓越した手技や新しい医療機器に注目が集まりがちですが、両氏の指摘は手術前のイメージやブリーフィング等、「準備」の大切さを説いた寸言と言えます。

手術は侵襲を伴う医療行為であり、

理論を知り実践に生かす基本手技の

ルール

コツ・勘所

上達法

切る・縫う・結ぶ・止める

Web 動画付

外科基本手技＋応用スキル

小坂 眞一

外科手術の基本手技「切る」「縫う」「結ぶ」そして「止める」の原理とテクニックを一から解説。著者が実演・レクチャーする動画(86本)が記載内容の理解を促す。初心者のもとより経験を重ねた外科医も目から鱗が落ちる知見が満載。

- 第 1 章 手指の機能と特性
- 第 2 章 外科医が知るべき基本原理
- 第 3 章 切る
- 第 4 章 縫う
- 第 5 章 結ぶ
- 第 6 章 止める

書籍の詳細はこちら



●B5 2021年 頁220
定価:6,600円(本体6,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-04285-7]

医学書院

●表 手術における多職種による患者安全対策（文献 11 をもとに作成）

- ☐手術室入室前のリストバンド装着と、麻酔導入前の患者確認
- ☐院内で統一された方法での手術部位マーキング
- ☐執刀前の誤認防止を目的としたタイムアウト
- ☐予測可能なリスクの評価とチーム内情報共有、対策準備
- ☐異物遺残防止のため施設で標準化したカウント法の実施と施設基準に則った X 線撮影を組み合わせた確認
- ☐手術検体を入れた容器の患者情報確認
- ☐執刀前の手術チームでのブリーフィング（事前の打ち合わせ）
- ☐患者退室前の手術チームでのデブリーフィング（術後の振り返り）

本質的に患者に害を及ぼし得るものです。研修医の皆さんには、術前検討会の中で何が議論され、決定されているのかという過程をつぶさに経験してほしいと思います。具体的には、①なぜ手術が必要なのか（手術適応）、②どのようにアプローチし目的を達するのか（術式の選択）、③その手術に伴う危険性は何か、どう対処するか（合併症リスク評価と対策）です。こうした内容が術前検討会で真摯に議論され、患者の安全を最優先とした最終的な外科治療方針が決定されます。

また、研修医の皆さんがプレゼンテーションを担当する機会もあるでしょう。きつと時間も限られていますから、上記①～③のポイントを押さえた簡潔な資料を準備できると十分な発表になると考えます。各種テキストやガイドライン、質の高い論文で学びを深めた上で自分の考えを持ち、積極的に議論に参加できるようになればベストです。

●研修医も手術チームの一員として「確認」業務に参画する

世界に目を向けると、手術にかかわる有害事象について、開発途上国では主な手術に関連した死亡率が 5～10%²⁻⁴⁾、先進国でも重大な合併症発生率が入院手術全体の 3～22%、死亡率が 0.4～0.8% で、しかも有害事象全体の約半数が回避可能であったと報告されています^{5, 6)}。手術にかかわる回避可能な有害事象を減少させ手術の安全性を高めることが世界的な課題です。

WHO は「安全な手術が命を救う (Safe Surgery Save Lives)」プログラムの中で、2008 年に「手術安全チェックリスト (第 1 版)」を発表しました。これは、手術室でチームが確認作業に使用することを目的に、1 ページに簡潔にまとめられたものです。麻酔導入前（サインイン）、執刀前（タイムアウト）、退室前（サインアウト）のタイミングにおいて、研修医を含むチーム全員で合計 19 の項目をチェックし、漏れのない確認作業を進めるなかでチームワークを育てるものです⁷⁾。決して込み入った内容をチェックするものではありませんが、世界の 8 都市、8 病院でチェックリストの導入前後の比較をしたところ、手術関連死亡が 1.5% から 0.8% ($p=0.003$) に、手術合併症が 11.0% から 7.0% ($p=0.001$) にそれぞれ有意に低下したと報告され、チェックリストの有用性が示されました⁸⁾。

2009 年には「WHO 安全な手術のためのガイドライン 2009」⁹⁾（日本語版は日本麻酔科学会により翻訳¹⁰⁾）が発刊され、安全な手術に関する 10 の目標と、それを達成する手法として「WHO 手術安

全チェックリスト (改訂版)」が紹介されています。なお本邦の「手術医療の実践ガイドライン (改訂第三版)」でも、各施設において WHO 手術安全チェックリストの効果的な使用を推進することと提言されています¹¹⁾。具体的内容の一部をまとめ、表に示します。外科研修開始に併せ、これらのガイドラインをぜひ一読されることをお勧めします。



研修医のその後

「準備」の重要性を理解した研修医は、術前検討会のプレゼンテーションを早速任され、先輩の指導の下、手術適応、予定術式、合併症リスク・対策を簡潔にまとめ発表できるようになりました。また、研修医は「確認」の重要性を認識し、手術室でのタイムアウト時はチームの一員として積極的に役割を果たし、他のスタッフにも認知されるようになりました。手術手技の習得はこれからですが、指導医の手法やエキスパートの手術動画を参考にドライラボも活用して良いイメージを形にしようと頑張っています。



覚えておこう！

- 手術では、「準備」と「確認」の地道な積み重ねのもとで患者の安全が確保されていることを理解しましょう。
- 手術適応、至適術式、手術に伴う合併症リスクと対策をチームで検討し、手術に向けた「準備」を進めましょう。
- タイムアウトは手術合併症や死亡を低減するのに有効です。研修医も決して形骸化させず多職種と協働して何度でも確実に「確認」を行いましょう。

●参考文献・URL

- 1) 谷口雄司, 他. 手術医療における質と安全——医療安全の視点から. 日手術医学会誌. 2024 ; 45 (2): 182-6.
- 2) Bull World Health Organ. 2000 [PMID : 11143193]
- 3) Br J Surg. 2002 [PMID : 11851674]
- 4) World J Surg. 2002 [PMID : 11910489]
- 5) Surgery. 1999 [PMID : 10418594]
- 6) Int J Qual Health Care. 2002 [PMID : 12201185]
- 7) 西脇公俊. 行動目標 S 安全な手術——WHO 指針の実践. 医療安全全国共同行動技術支援部会 (編). 患者安全・医療安全実践ハンドブック. MEDSi. 2022 ; 275-92.
- 8) N Engl J Med. 2009 [PMID : 19144931]
- 9) WHO. Safe Surgery. 2009. <https://bit.ly/3XTXDTe>
- 10) 日本麻酔科学会. WHO 安全な手術のためのガイドライン 2009. 2015. <https://bit.ly/4j3txFc>
- 11) 菊地龍明, 他. 手術医療の実践ガイドライン (改訂第三版) 第 2 章 医療安全. 日手術医学会誌. 2019 ; 40 (suppl) : S13-28.

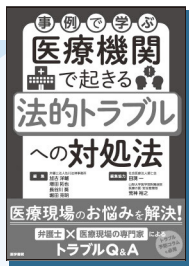
弁護士×医療現場の専門家による法的トラブル Q&A !

事例で学ぶ

医療機関で起きる法的トラブルへの対処法

病院、クリニックでは日々様々なトラブルが生じている。本書は具体的な事例を紹介しつつ、トラブルへの対処や予防の方法を、Q&A形式でわかりやすく解説する。弁護士の豊富な実務経験をもとに、医療現場の専門家の視点も加わり、最新の法改正やトピックにも対応。医療事故や労務管理のみならず、SNS、サイバー攻撃、医師の働き方改革など多岐にわたるテーマを取り上げている。医療現場のお悩み解決に役立つ一冊。

編集 加古洋輔
増田拓也
長谷川葵
堀田克明
編集協力 田淵 一
荒神裕之



B5 頁240 2024年 定価:4,400円[本体4,000円+税10%] [ISBN978-4-260-05701-1]

医学書院

応用倫理学入門

科学技術に伴う諸問題を考える

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

澤井 努 広島大学大学院人間社会科学研究所 特定教授

第 9 回 脳神経科学の倫理——脳への直接的な介入をする新技術が提起する課題

近年、脳神経科学分野における急速な技術革新により、脳と外部機器を直接接続するブレイン・マシン・インターフェース(Brain-Machine Interface：BMI)や、深部脳刺激(Deep Brain Stimulation：DBS)などが、実際の臨床現場で応用され始めています。これらの技術は、難治性の運動障害や意思疎通に困難を抱える患者に対し、新たな治療や生活支援を提供する可能性を秘めています。その一方で、脳を直接的に操作・制御するこれらの技術は、プライバシーの保護、自己同一性や人格の尊厳の維持、治療適応範囲の拡大、インフォームド・コンセント(IC)の在り方など、従来の医療とは質的に異なる倫理的課題も提起しています。テクノロジーの利便性を最大限に活用しつつも、人間の尊厳を守り、公平で安全な利用を保証する視点が、医療従事者には求められます。本稿では、BMIとDBSに焦点を当てながら、脳神経科学技術(ニューロテクノロジー)の特徴を整理するとともに、それらに伴う主な倫理的課題を概観します。

BMI, DBS の概要と想定される懸念

BMI は、脳の神経活動を直接計測し、その信号を外部機器に伝達することで、コンピュータやロボットアームなどを制御する技術です。四肢麻痺を抱える患者がロボットアームや車椅子を操作する研究や、言語障害のある方が脳信号を用いて意思疎通を行う技術開発など、さまざまな応用が進められています。BMI に用いられる脳活動の計測手法には、頭皮上に電極を装着して脳波(EEG)のような電気的活動を計測する非侵襲的手法と、脳皮質上や深部に電極を埋め込むような侵襲的手法があり、それぞれの方法で精度とリスクが異なります。近年では AI 技術の進展により脳信号の解釈精度が向上し、BMI の実用化が加速しています。DBS は、脳の特定部位に電極を埋め込み、電気刺激を与えることで神経回路の活動を調整し、症状の改善を図る治療法です。主にパーキンソン病、本態性振戦、ジストニアなどの運動障害に対して用いられています。DBS は可逆的であり、刺激パラメータの調整が可能のため、患者の状態に応じた柔軟な対応が可能です。日本では

2000 年に保険適用となりました。

こうした技術は、脳を直接または間接的に操作する点で、従来の医療行為とは異なる特徴を持ちます。特に脳への直接介入は、身体的リスクのみならず、人格や精神的側面への影響をもたらす可能性があるとの懸念されており、倫理的に慎重な検討が必要とされます。

倫理的課題

プライバシーと情報セキュリティの課題

BMI においては、脳波や神経活動を解析することで、個人の思考や意思を読み取る可能性があります。現時点では具体的な思考内容を完全に読み取することは難しいとされていますが、脳の活動パターンから個人の感情や意思決定の傾向を推測する研究が進展しています。また、BMI と外部機器がネットワークに接続される場合、サイバーセキュリティの観点から、不正アクセスやデータ漏洩のリスクが高まります。脳神経データは極めてセンシティブであるため厳重な管理が必要です。医療従事者としては、患者の脳神経データを含む個人情報に厳重に管理するとともに、利用目的や研究終了後のデータの廃棄方法などを明確化し、患者から適切に IC を取得することが求められます。

自己同一性および行為者性への影響

DBS はパーキンソン病などの運動障害の症状を劇的に改善することがありますが、刺激の設定によって患者の情動や衝動性が変化し、結果として「自分らしさ」を失ったという症例報告もあります¹⁾。また、BMI に関しても、外部機器を介した意思決定や行動の制御プロセスが、患者自身の主観的な「行為者性(agency)」を損なう可能性があります。患者本人は「自分が操作している」と感じていても、実際には機械のアルゴリズムや外部の要因がその意思決定に大きく関与している可能性があるからです。このように、脳へ直接介入する技術が自己同一性や自由意志の概念を揺るがすことは倫理的に極めて重要な問題であり、技術の発展に伴ってさらに掘り下げて議論すべき課題と言えます。

IC とリスク・ベネフィット評価

BMI や DBS は比較的新しい技術のため、長期的な安全性や有効性に関する十分なエビデンスがまだ揃っていま

せん。また、予測が難しい副作用や精神面への影響も完全には把握されていません。被験者や患者は高度に専門的で、リスクも不確実な技術に挑むことになるため、医療従事者は患者や家族との対話を重ね、治療方針や期待できる効果について正確に情報を提供するとともに、科学的事実と不確定要素を誠実に伝える必要があります。

イーロン・マスク氏が 2016 年に設立した Neuralink のように先進的な研究を進める企業があり、メディアで過度に期待が煽られることがあります。患者が革新的な技術に全てを賭けてしまい、リスクを軽視することがないよう、冷静なカウンセリングが求められます。また対象者が意思決定能力に問題を抱える場合(重度の知的障害がある人や小児など)、代理人の同意や倫理委員会での厳格な審査が不可欠です。**適用範囲の拡大と社会的影響**

BMI や DBS の技術的な応用範囲は、運動障害や精神疾患の治療にとどまらず、エンハンスメント目的の利用も想定されています。例えば、身体能力や認知能力の強化目的で BMI を利用したり、感情や気分の制御を目的として DBS が一般化したりする未来が想定されます。このような治療を超えた技術の利用には、大きな倫理的懸念が伴います。医療従事者としては、技術の恣意的な利用や差別を生まないように配慮するとともに、どのように適用範囲を制限すべきか、どこまでが医療行為として正当化されるのかについて社会的な議論を踏まえて明確にする必要があります。また、こうした高度な医療機器や専門的技術には多額の費用がかかるため、経済的・地域的格差が生じる可能性があります。一部の人々だけが高度な先進医療にアクセスできるという状況は、公平性・正義の観点から問題視されます。社会全体で公平なアクセスを保証できるように、医療保険制度や公的助成の仕組みを整える努力が求められます。

責任の所在と医療者の役割

BMI を介したロボットアームが患者本人の意図に反して動作したり、DBS の刺激設定により患者が予期しない異常行動を起こしたりした場合、その責任は誰がどのように負うべきでしょうか。技術開発者なのか、医療従事者なのか、あるいは患者本人なのか。脳神経科学技術では、患者の意図や行為者性が曖昧になる状況が生じやすく、従来の医療過誤や責任論の枠組みでは十分に対処できないことも考えられます。また、科学研究や臨床医療に求められてきた専門家としての規範・慣習が、民間企業が主導する脳神経科学技術の研究開発にそのまま適用できないという課題もあります。通常、ヒト対象研究は臨床試験登録サイト(Clinical-Trials.gov など)でプロトコルが公開されますが、上述の Neuralink は現時点で試験登録をしておらず、研究内容の詳細をほとんど公表していません。マスク氏自身の SNS で進捗を発信す

る手法を取っており、専門家からは外部の監視を避けているとの批判の声も上がっています。

医療従事者としては、少なくとも現行の法的・倫理的枠組みを理解した上で、責任の所在に関する議論を注意深く見守り、患者にリスクを適切に伝えるとともに、安全管理体制の整備に努める責任があります。

脳神経科学技術の倫理的活用に向けて

本稿で述べたように、BMI や DBS といった脳神経科学の新技術は、患者の身体機能や意思疎通能力を飛躍的に高める可能性がある一方、脳への直接的な介入であるがゆえに、従来の医療とは質的に異なる課題を提起します。治療効果と安全性についてのエビデンスが十分に確立していない段階では、患者や家族が過度な期待を抱いたり、未知の副作用や人格の影響を見落としてしまったりする危険も考えられます。さらに、日常の行為や感情が技術的要因によって変化する状況は、自己同一性や自由意志、責任の所在など、従来の医療責任論だけではとらえきれない論点を浮き彫りにします。加えて、エンハンスメント目的での利用や経済的格差によるアクセスの不平等が拡大すれば、社会全体での規範や制度の整備が一層求められるでしょう。

こうした状況下で医療従事者が担うべき重要な役割は、まずテクノロジーの特性と限界を正しく把握し、リスクとベネフィットを率直かつ丁寧に患者へ説明することです。その上で、患者の価値観や生活背景を踏まえながら十分に対話し、「なぜこの治療を選ぶのか」という根源的な疑問を患者とともに考え、意思決定を支援する姿勢が欠かせません。また、法制度やガイドラインの整備にかかわる議論にも主体的に参画し、先進技術による恩恵を社会全体で公平に享受できる仕組みづくりに貢献することも期待されます。今後は研究と臨床の両面で慎重に情報を集積し、社会的議論と連携しながら、真に患者の人生に寄り添うかたちで技術を活用していくことが、医療従事者のみならず社会の構成員全体にとっての重要な使命と言えるでしょう。

今回の POINT

- BMI や DBS といった脳神経科学の新技術は、脳への直接的な介入を伴うために、従来の医療とは質的に異なる課題を提起する。
- テクノロジーの特性と限界を正しく把握し、リスクとベネフィットを率直かつ丁寧に患者へ説明することが医療者には求められる。

●参考文献

1) Gilbert F, et al. I Miss Being Me : Phenomenological Effects of Deep Brain Stimulation. AJOB Neurosci. 2017 ; 8 (2) : 96-109.

新刊

2週間でエコー走査の基本をマスターできる

がつくんといっしょ
エコー解剖のひろば

著: 石田 岳
定価4,180円(本体3,800円+税10%)
B5 頁160 図146 2025年
ISBN978-4-8157-3127-4



↑
詳しくは



新刊

感染症コンサルトのよくある疑問を解決!

Q&Aで学ぶ感染症コンサルト

The Infectious Diseases Consult Handbook: Common Questions and Answers

訳: 渋谷 寧
定価5,500円(本体5,000円+税10%)
A5変 頁362 図5 2025年
ISBN978-4-8157-3121-2



↑
詳しくは



新刊

幅広い分野のさまざまなニーズに応える、臨床試験の道しるべ

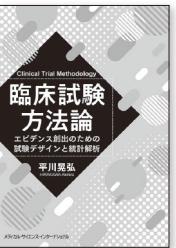
臨床試験方法論

エビデンス創出のための試験デザインと統計解析

著: 平川晃弘
定価3,520円(本体3,200円+税10%)
A5 頁176 図52 2025年
ISBN978-4-8157-3122-9



↑
詳しくは



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

看護のアジェンダ

井部俊子
株式会社井部看護管理研究所
聖路加国際大学名誉教授

看護・医療界の“いま”を見つめ直し、読み解き、未来に向けたアジェンダ(検討課題)を提示します。

〈第244回〉

名前のない重要な作業

2025 年 4 月初旬、私は、ある大学病院の朝のナースステーションに立った。60 床の病棟は A チームと B チームに分かれ、その名のとおりナースステーションは「ナース」で埋まっていた。この病棟は、フルタイム勤務の看護師が 33 人、時短勤務の看護師が 2 人、看護助手が 4 人で構成される。病棟師長が作成した勤務表にしたがってスタッフは出勤してくる。夜勤者は朝の引き継ぎをして帰る。日勤者は割り当てられた患者を担当し、定められた業務を行う。そこには「筋書き」がある。

今回、私が注目したのはこの筋書きである。病棟という舞台で全ての出演者がうまく演じるには優れた筋書きが準備されている必要がある。この病棟の筋書きは A4 判くらいの大きさの、ひもつきの、ホワイトボードであった。この質素なボードに日勤者の筋書きのあらましが載っているのである。ボードにはその日の勤務者の名前が並んでいて、各人が担当する病室番号が示される。勤務するナースの名前の下には線が引かれていて、あるナースとナースがバディであることをそっと示している。生成 AI Gemini によると、バディ (buddy) とは、「友人同士や仕事のパートナーなど、信頼できる関係性を表現する際に用いられる」とあり、相棒、仲間、親友などの意味があるとのことだ。バディは原則として二人一組

のペアに対して使う表現であるが、同士、仲間といった表現は男性間のみで使うとも説明される。となると、病棟の筋書きにはバディではなくペアのほうが適切かもしれない。しかし、ペアは二人組を意味するが、この病棟の筋書きには相棒を三人組と示している箇所もある。それゆえ、私は使い古された「ペア」ではなく「バディ」を使ってみようと考えたわけである。

チームリーダーによる筋書き作り

病棟の毎日の筋書きを作るのはチームリーダーである。チームリーダーは、看護師長でもなく、副師長でもなく、主任でもない。つまり役職者ではないスタッフが、リーダーとして極めて重要な作業を行っていることを、組織はどの程度認識しているのだろうか。

リーダーの筋書き作りを分解してみよう。まず、当該日に誰がメンバーとして出勤するかを確認する。次に、各看護師の能力を査定する。このところ休みが続いていたか、日勤だったかなど前後の勤務状況を把握する。その上で受け持つ病室を決める。病室番号はそうあっさりと決めることはできない。どのような患者がいるのか、重症度や重要な治療・処置、手術、入院や退院など複数の情報を頭に入れて判断

する。しかも、看護師の動線を考えてできるだけ効率的に動けるよう病室を筋書きに配置する。この病棟は一列に長い構造なので、担当する病室間の距離が遠いと動線ロスが発生するからである。こうして日勤ナースがどの病室を受け持ち、誰と組んで仕事をするかを決める。

ナースステーションの外でも動きがある。医師の回診が始まった。4～5 人の医師集団が病室を訪れている。しかしナースの筋書きには入っていないようである。この病棟の筋書きは、看護師専用であり他職種は含まれていないことがわかる。ナースステーションはナース用で、別室に医師の部屋があることも分断の原因かもしれない。

リーダーは、筋書きがうまく機能するように、チームメンバーに患者情報の確認を短時間で行い、続いてバディで情報交換を少し丁寧に行って、ナースステーションを出てゆく。しばらくすると、時短勤務のナースが出勤してくる。チームリーダーは再び電子カルテを見ながら患者情報を伝え、さらに管理的な事柄も伝える。一人の時短勤務者との接点は、他のナースと比べると長い。

サプライチェーン管理としての筋書き

チームリーダーが行う筋書き作成は、ビジネス用語である「ロジスティクス」に相当すると考えられる。生成 AI Gemini は次のように説明する。「ロジスティクスとは、商品の調達から販売、廃棄に至るまでのサプライチェーン全体を管理する経営手法であり、ビジネス全体の最適化を目指す。ロジスティクスの実践によって、素材・生産・流通・販売のすべての段階が円滑

につながり、ミスや無駄を最小限に抑えることができる。ロジスティクスを効率的に運用するためには、売れ筋商品の把握が重要である。消費者の注文内容や、倉庫で保管している商品の在庫状況についてリアルタイムで把握することが大切である」。

チームリーダーが毎日の病棟の筋書きを作ることは、看護サービスを提供するというサプライチェーンを管理することである。ロジスティクスの実践によって、素材 (看護師)、生産 (看護サービスの提供)、流通 (チームワーク)、販売 (患者へのケア) の全ての段階が円滑につながるのだと置き換えることができる。ロジスティクスを効率的に運用するには、売れ筋商品の把握が重要であるとの指摘は、「患者のニーズを知ることが重要である」と読み替えることができよう。

チームリーダーの筋書き作りは、看護サービスサプライチェーンにおいて極めて重要な作業であり、学問的にも実践的にももっと注目すべき領域である。ということに、ハタと気づいたのだ。チームリーダーの多くが重荷に感じていて、できれば逃げ出したいと思う「名前のない重要な作業」を抽出して、システムエンジニアを巻き込んで効率化を行う必要がある。これは看護師長と看護部長の責務であろう。筋書きは、患者にかかわる医師をはじめ他職種と共有すべきであり、とりわけサービスの受け手である患者には公開すべきであろう。

本紙編集室では X, Facebook にて、更新情報をお知らせしています。

 @igakukaishinbun 

記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

看護教員のための
オンライン
プラットフォーム

NE



Nursing
Education
online

個人版

法人版

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。

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

2023 年度はのべ 7,000 名以上にご参加いただきました。

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

個人での契約も可能になりました！

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

雑誌

動画

セミナー

が

オールインワン



詳しくは
Web サイトを
ご覧ください

医学書院

Medical Library

書評新刊案内

Facial Danger Zones日本語版 （フェイシャルデンジャーゾーン）[Web動画付] 手術・注入療法・非侵襲機器療法を安全に行うために

Rod J. Rohrich, James M. Stuzin, Erez Dayan, E. Victor Ross ● 原書編集
宮脇 剛司, 石田 勝大 ● 監訳
西村 礼司 ● 訳者代表

A4・頁160
定価：22,000円（本体20,000円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05739-4

評者 松浦 一登
国立がん研究センター東病院頭頸部外科科長

最初に本書を手にとった時に「きれいな本だな」といった印象がとても強かった。一見すると美術書のような雰囲気であるが、その表題は『Facial Danger Zones』！

本書は、もともとフェイスリフトを施行する際のリスク回避のために執筆されたものである。われわれ、耳鼻咽喉科・頭頸部外科医にとってはなじみのない手術手技であるが、顔面神経の走行やその保護、顔面の血管走行に重点を置いた記載がされており、その詳細な記載は顔面・頸部の手術をする者にとって新たな発見を与えてくれる。

本書の最大の特長は美しい絵図と手術写真、わかりやすい解説にある。解剖学的構造は精細なイラストと鮮明な術野写真を用いて示されており、視覚的に理解しやすい。また、各チャプターに二次元バーコードが付されており、動画を通じて手術手技や解剖のキモを確認できる点もありがたい。実際の術野での神経の位置関係や注意すべきポイントを動画で確認できることは、外科医にとって大きな学習効果をもたらすだろう。

頭頸部腫瘍の治療が柱である頭頸部外科においては、腫瘍切除後の機能温

存が重要であり、特に顔面神経の損傷は患者のQOLに重大な影響を与える。本書では、第Ⅰ章で顔面神経の各枝の解剖学的位置、危険領域（Danger Zones）の詳細な記載と共に、顔面の「層構造」を意識することで神経損傷のリスクを最小限に抑える戦略が解説されている。これは神経温存を考慮した手術計画の立案に大いに役立つ知識であり、形成外科医や美容外科医のみならず、頭頸部外科医にとっても極めて実践的なガイドとなる。

第Ⅱ章では顔面の血管分布に関する詳細な記載があり、これが顔面皮膚切開を伴う手術において重要な示唆を与えている。動静脈の走行を正確に理解することで、皮膚切開時の血流障害による壊死を防ぐことが可能となる。特に、頬部や口周囲の血流支配についての知識は、局所皮弁を用いる手術を行う際に有用であり、血行障害を回避するための戦略を立てる上で役に立つ。

最終章では「エネルギーデバイス」に関する解説がなされている。これらの機器は主に美容形成外科で使用されるものであり、われわれが直接使用する機会は少ないかもしれない。しかし、本章で述べられている「安全性を最大

危険地帯を走り抜け、 患者さんの笑顔を守ろう！



今日から使える医療統計 第2版

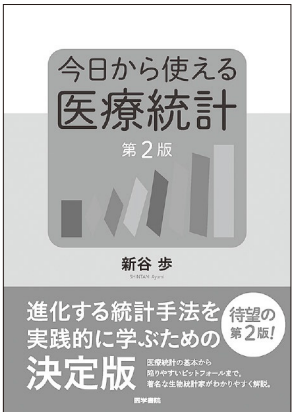
新谷 歩 ● 著

A5・頁248
定価：3,740円（本体3,400円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05758-5

評者 重見 大介
株式会社Kids Public産婦人科オンライン代表/
日医大女性診療科・産科

本書は、生物統計家のエキスパートである新谷歩先生が2015年に刊行した初版を大幅にアップデートした第2版である。初版は「数式をできる限り避ける」という大きなコンセプトの下、基礎知識から実践編まで体系的にわかりやすくまとめられており、多くの医療者に愛読されてきた名著だ。約10年ぶりの新版ということで、期待が膨らむのは当然だろう。

医療統計の基礎から実践まで体系的に学べるバイブル



第2版では、初版よりおよそ70頁増の248頁となり、内容が大幅に充実している。新たに追加された項目も多く、リスク比やオッズ比、回帰分析のメカニズム、欠損値の補完、繰り返し計測したデータの扱い方、さらにはベイズ法など実践的トピックがわかりやすく解説されている。

私自身、臨床研究を始めた当初は「リスク比とオッズ比の違い」を十分に理解できていなかったが、近年は「研究成果を示す際に最適な指標を選ぶこと」の重要性が高まっており、リスク比を示すのかオッズ比を示すのかなどしっかり検討する必要性をあらためて感じている。また、「P値の正しい理解と使い方」や「欠損値をどう取り扱うか」は、論文を読む上でも臨床研究を進める上でも避けては通れない問題である。まだ自信が持てていない方には本書の一読を強く勧めたい。さらに、近年の観察研究でよく用いられる「傾

限に高める」というフィロソフィーは、頭頸部外科領域においても共通する概念である。

本書を貫いている優れた点は、Safety-IとSafety-IIの視点を自然に包含していることである。従来の「危険を回避する（Safety-I）」という観点にとどまらず、「いかに手術をより安全に、かつ効率的に進めるか（Safety-II）」という視点からの工夫が随所にみられ

向スコア」や「混合効果モデル」についても丁寧に触れられており、臨床研究でのより広い応用が可能になるだろう。

全体を通して図表が豊富に使われている他、ビジュアル面もより洗練されている。初版よりも濃いブルーを配色に取り入れるなど、視覚的にもわかりやすく工夫されている上、サブタイトルを効果的に用いた構成が読みやすさを一層高めている。こうした細かな改善により、本書は内容のみならずレイアウトやデザイン面でも格段にわかりやすくなったと感じた。

加えて、第2版の巻末には、新谷先生がこれまでに公開してきた100本以上のYouTube動画の二次元バーコードが掲載されていて、スマホからすぐにアクセスできる。視覚と聴覚でも学べるコンテンツを提供できるのは、新谷先生ならではの強みだろう。ちなみに、日本語の動画で再生数トップ3は①「EZR使い方」、②「基礎科学のための統計チェックリスト」、③「傾向スコアの使い方とコンセプト」だった（閲覧時点）。本書を読んでいてわかりにくかったトピックがあれば、ぜひ動画をチェックしてみることをお勧めする。本書が多くの医療者や研究者にとって、新たな“バイブル”となることを心から期待している。

る。術野の展開方法、組織の牽引や剥離の工夫、各種エネルギーデバイスをを用いる場合の安全への配慮など、臨床の場で即座に役立つ情報が盛り込まれている。頭頸部外科領域において機能温存を重視する外科医にとって、本書は解剖学的知識を深めるための優れたリソースであり、手元に置いておく価値のある一冊である。

医学書院

今月の雑誌 特集一覧

各商品の詳細は弊社ウェブサイトをご覧ください▶



公衆衛生 Vol.89 No.6 定価 2,750 円
新時代の歯科口腔保健
ライフコースアプローチを
踏まえた健“口”施策

medicina Vol.62 No.6 定価 2,970 円
抗菌薬の選び方・変え方・やめ方

総合診療 Vol.35 No.5 定価 2,860 円
ウォーター・ウォーズ
カラダの中の“水”と病気

呼吸器ジャーナル Vol.73 No.2 定価 4,510 円
間質性肺炎と肺がんのMDD
専門家チームで進める“最適化”

胃と腸 Vol.60 No.5 定価 3,630 円
消化管感染症の病態と
画像診断 update
一症例問題で応用力をつける

脳神経外科 Vol.53 No.3 定価 6,490 円
もやもや病のすべて

増大号 BRAIN and NERVE Vol.77 No.5 定価 6,490 円
遺伝性神経疾患ハンドブック

増大号 精神医学 Vol.67 No.5 定価 5,610 円
睡眠の正しい理解を促す
70のトリビア

臨床外科 Vol.80 No.5 定価 3,080 円
外科医が知っておくべき
肝切除の基礎知識・基本手技

増大号 臨床整形外科 Vol.60 No.5 定価 6,490 円
あなたの整形外科診療が変わる
差がつく画像診断技術
単純X線からAIまで

臨床婦人科産科 Vol.79 No.5 定価 3,080 円
知っておくべき
婦人科腫瘍の臨床試験
専攻医必携マニュアル

臨床眼科 Vol.79 No.5 定価 3,190 円
第78回日本臨床眼科学会講演集(3)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.97 No.6 定価 3,080 円
緊急気道確保せよ
耳鼻咽喉科頭頸部外科医に求められる
Decision & Skill

臨床泌尿器科 Vol.79 No.6 定価 3,190 円
激動！膀胱癌薬物治療

総合リハビリテーション Vol.53 No.5 定価 2,640 円
医療と福祉の工学連携

理学療法ジャーナル Vol.59 No.5 定価 2,090 円
機能解剖学に基づく
疾患別理学療法

臨床検査 Vol.69 No.6 定価 2,530 円
エキスパートから学ぶ
臨床から求められる超音波検査

病院 Vol.84 No.5 定価 3,300 円
まちづくりの中核としての
中小病院経営戦略

看護管理 Vol.35 No.5 定価 1,870 円
育ち合う組織をつくる
新人と教育担当者を支える体制の再構築

精神看護 Vol.28 No.3 定価 1,650 円
鍼灸は、なぜ「うつ」に
効くのだろうか
心身不調改善のツボはここだ！

訪問看護と介護 Vol.30 No.3 定価 1,760 円
これだけは押さえておきたい
訪問看護に来て
いきなり必要になる
看護技術 第2弾

■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

《標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野》 人間発達学 第3版

加藤 寿宏, 松島 佳苗 ● 編

B5・頁304
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05703-5

医学書院から発刊された『人間発達学 第3版』は、理学療法士や作業療法士をめざす学生のみならず現職者にとっても、発達の基礎を学ぶ上で欠かせない一冊です。本書は、従来の発達学の枠を超え、運動機能、認知機能、心理社会的機能の三つの視点から、人間の発達を多角的に解説しています。特に、発達のメカニズムを理解することに重点が置かれており、臨床における応用力を高める内容となっています。

本書の大きな特徴の一つは、発達過程の詳細な記述とその構成のわかりやすさです。例えば、乳児期から学齢期にかけての運動発達に関する章では、つかまり立ちから歩行獲得に至るプロセスを段階的に説明しており、発達の流れを縦断的かつ横断的に理解できるよう工夫されています。さらに、発達段階ごとの重要なマイルストーンが明確に示されており、臨床現場での評価や介入に役立つ実践的な知識が得られる点も魅力的です。

また、本書の大きな特長として、130 本ほどの動画コンテンツが Web 付録として収載されている点です。発達を学ぶ上で、文字や静止画像だけではとらえにくい動きの変化を、動画によって直感的に理解できるのは大きな

【評者】井上 和広

北海道立子ども総合医療・療育センター
リハビリテーション課

利点です。特に、新生児の原始反射や乳児の姿勢制御の発達など、実際の臨床評価で求められる知識を、具体的な動画を通じて学べる点は、教育的価値が高く、現職者にとっても再確認できる内容となっています。

近年、小児リハビリテーションの対象となる子どもたちが有する疾患は、脳性麻痺のみならず、骨・関節疾患や神経・筋疾患、発達障害や染色体異常、先天異常、呼吸・循環器疾患など多種多様化しています。また、障がいを持つ子どもたちの支援の場も、家庭だけでなく、施設、病院、保育園、幼稚園、発達

支援センターや児童デイサービス、学校といった教育機関など多岐にわたり、ライフサイクルに合わせて、かわる職種も変化していきます。そのような現状からも、本書を通じて、発達の基礎を多角的、包括的にとらえることが重要であり、子どもへの直接的な支援だけではなく、家族指導や家族支援、多職種連携における情報共有や指導などにも効果的に使用できる内容だと考えています。

『人間発達学 第3版』は、発達の基礎を学ぶ全ての人にとって価値のある一冊であり、学生にとってはわかりやすく、臨床家にとっては実践に即し

発達の基礎と臨床に役立つ 実践的知識が得られる一冊!



消化器外科のリハビリテーション 医学・医療テキスト

日本リハビリテーション医学教育推進機構（一般社団法人）、日本リハビリテーション医学会（公益社団法人）●監修
久保 俊一, 山上 裕機 ●総編集
安保 雅博, 城戸 顕, 酒井 良忠, 篠田 裕介, 田島 文博, 西田 佳弘, 三上 幸夫, 美津島 隆 ●編

B5・頁308
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05345-7

【評者】水間 正澄

医療法人社団輝生会理事長

リハビリテーション医療は、回復期リハビリテーション病棟の制度化を機に急速に広がりを見せてきた。しかし、急性期病院でのリハビリテーション医

療提供体制は十分とはいえず課題とされてきた。診療報酬においても急性期での早期リハビリテーション治療を促す改定がなされ、がん医療では「がん患者リハビリテーション料」が認められ、その要件としての研修事業によって全国の急性期病院におけるがん患者の外科手術後のリハビリテーション医療の普及が図られてきた。近年は急性期治療後の速やかな在宅復帰が一層重視され、入院における早期かつ集中的なリハビリテーション医療提供体制の充実に期待が寄せられている。

このような現状において、本書の刊行は消化器外科領域における術後の速やかな在宅復帰をめざした早期からのリハビリテーション医療の充実という課題解決に向けて時宜を得たものであるといえる。

本書では、リハビリテーション医学・医療の最新の知見から始まり、外科手術の術前術後にリハビリテーション医学・医療がかかわるべき内容がさまざまな側面からわかりやすく解説されている。消化器外科の先生方には術前および術後早期からのリハビリテーション医療がなぜ必要で、どのような

内容が豊富であり、専門職の知識を深めるための優れた参考書となり得ます。動画コンテンツを活用した学習効果の向上や発達のメカニズムへの深い理解、最新の研究成果の反映といった

効果をもたらすのかが理解いただけるであろう。さらには、周術期以降の回復期そして在宅生活に向けたリハビリテーション医療の取り組みも取り上げ

られており、回復期のリハビリテーション医療機関との連携や退院後の診療などにも役に立つ内容も含まれている。

本書は、消化器外科患者のリハビリテーション治療に携わるリハビリテーション科医をはじめチームスタッフにとっては、消化器外科の概要と治療法の現状を知り、知識を整理し、治療の現場に生かすことができるであろう。代表的な消化器が

ん患者の術後リハビリテーションにおける重要なポイントが簡潔にまとめられており、消化器外科治療チームとリハビリテーション治療チームとが共有することにより、よりよいチーム医療の実践にもつながる。

本書を通して、消化器外科チームの医師やスタッフには、活動を育む医療であるリハビリテーション医療の幅広い役割とその効果について認識を深めていただきたい。リハビリテーション医療チームの医師やスタッフには、日々進歩する消化器外科の最新情報をもとに、術前および術後早期からのリハビリテーション医療がより安全かつ効果的に実践されることを願っている。

点において、本書がさまざまな形で、小児リハビリテーションの充実、発展、さらには障がいを持つ子どもたちや家族の健康と幸福に影響、貢献していくことを期待しています。

知識を整理し、 治療の現場に生かす



おーつか先生と学ぶ

著 大塚 篤司

ChatGPT入門

3冊

医学書院



最新刊・シリーズ派生作

4月上旬発売予定!

理想の回答に導く最短ルート!
あなたも今日からプロンプトマスターに

医師による医師のためのChatGPT入門
臨床・研究を変える究極のプロンプト500選



- 臨床や研究・教育の医療現場ですぐに使える厳選した500のプロンプト(命令文)を収載。
- テーマごとにChatGPTの回答例や効果的な活用ポイント、プロンプトアレンジのコツを紹介。
- すべてのプロンプトはWeb付録からそのままコピーして活用できます。
- 手軽なサイズで生成AIの便利さを身近に感じ、圧倒的な日常業務の効率化へと導く最強ガイド。

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

シリーズ第2段

最新・最良の生成AIをフル活用して、
日常臨床の質を向上させよう

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



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

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

シリーズ第1段

ChatGPTを使いこなせば、
あなたの臨床がもっと楽に。もっと効率よく。

医師による医師のためのChatGPT入門
臨床がはかどる魔法のプロンプト



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

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

漢方を交えた医療論 和漢診療学からの提言

寺澤 捷年 ● 著

A5・頁240
定価：5,500円（本体5,000円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05741-7

本書には評者と同世代の漢方医の名前が何人も出てくる。評者は四半世紀にわたり寺澤捷年先生の著作に学んでいるのであるが、この世界でいかに多くの後進を教え導いておられるのかを改めて思い知らされた。

「桃李成蹊」のたとえのごとく、寺澤先生の著作や講演はどんな読み手・聞き手をも惹きつけてやまないものがあるが、その魅力はいったいどういったところにあるのだろうか——それは明晰でわかりやすく、どこか親しみやすい「語り口」にあるように評者は思う。

……二二歳の男性患者。頭部打撲後の脱毛症の症例を記します。職場での精神的ストレスが強く、上司との関係も良くなかった（後日談）そうですが、二週間前、棚から8kg程の商品を下ろそうとしたときに、運悪く、段ボール箱の角が頭頂部に当たったのです。「コブ」は比較的厚みのある皮下血腫ですが、日を追うごとに頭髪が脱落して円形の脱毛症になってしまいました……

症例提示はしばしば冷たい事実の羅列になりがちで、それは「科学性」「客観性」を保つ上で仕方のないことであるが、寺澤先生の症例の描き方は生き生きとしており、患者の顔つきやしぐさまで目に浮かぶようである。

以前、寺澤先生のお弟子さんから、次のような話を伺ったことがある。先生は講演だけでなく、落語をお演りになることもできる。車を運転されるときは必ず古典落語の録音を流して、嘶の稽古に余念がないのだとか……。だから、先生の“語り口”は魅力的なのか、と感心したものだが、最近になり「いやいやそれだけではない……」と思い直すようになった。

漢方の世界には「親試実験」という

言葉がある。自分の目や手で確かめた事実を最も信頼できる立脚点とし、全ての議論をそこから出発させようという学問的態度を意味する。これは中国

で発展した観念的なものの見方に対するアンチテーゼであり、日本の漢方医は理屈のフィルターを取り払って目の前のヴィヴィッドな現実をじかに感じ取る、その“肌触り”を重んじてきた。長年にわたる研究の中で寺澤先生は早くから日本漢方のそういった特質を見抜き、ご自身で体現されているからこそ、治療経験の「語り」が輝きを放つのではないだろうか……。

しかし本書では、その「語り」の中にいくばくかの陰りがさしているように見える。これまで、度重なる漢方薬の保険収載外しの動きや、漢方薬を処方すればするほど差損が生じる「逆ザヤ」問題をなんとか乗り越えてきたが、COVID-19 パンデミックの後で起こったのが漢方薬の供給不足である。他方で医師の知識不足から不適切な漢方薬の処方も横行しており、寺澤先生はこうした現状に強く警鐘を鳴らしている。

ひょっとすると、もはや医療を提供する側とその恩恵にあずかる側の合意だけでは、漢方が存続できない時代に入りつつあるのかもしれない。もしそうであるとすれば、漢方や医療に関心を示さない「外部」にも働きかけ、日本の伝統医学の大切さを知ってもらうことが必要だということになる。そのためには、「親試実験」から一歩進み出て、新たな「観念」や「理論」で武装しなくてはならないのだろうか。

寺澤先生はその方向性を本書の後半部分で指し示している。欧化政策を急ぐ明治新政府が西洋医学中心の医制を定めたちょうど150年前、旧弊とされた伝統医学は、今や世界保健機関

Dr. 平澤俊明の白熱講義実況中継 胃SEL/SMTの診断と治療

平澤 俊明 ● 著
高松 学 ● 病理監修B5・頁328
定価：7,920円（本体7,200円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05732-5● 評者 平澤 欣吾
横浜市大附属市民総合医療センター内視鏡部部长

平澤俊明先生の著書『Dr. 平澤俊明の白熱講義実況中継 胃 SEL/SMT の診断と治療』に出合ったのは、2024年のJDDWの書籍販売コーナーである。赤い表紙が目を引く本書は、その人気を反映するかのように最前列に展示されていた。俊明先生がこの書籍を執筆されたという噂を耳にしたとき、「SMTだけの書籍？ かなりニッチなところを攻めたなあ」という印象を受けた。しかしながら、いざ手に取ってみると、その印象は「すげえ面白い」に一変したのである。

本書の書評を執筆する機会をいただいたのは、僭越ながら私が同じ“平澤”という姓を名乗っているからか、あるいは胃 SMT に対して EFTR（endoscopic full thickness resection）を実施しているからかはわからないが、いずれにせよ、このような貴重な機会をいただいたことに感謝の念を抱いている。

もともと国際的には SEL（subepithelial lesion）という用語が使用されていたが、本邦では SMT（submucosal tumor）が主流であり、最近ではこの呼称も少しずつ統一されつつある。本書の冒頭部分では、SEL と SMT という2つの表現の定義や違いが非常に丁寧に説明されており、多くの医師が抱えていた「もやもや」を見事に解消してくれる。この書名が「SEL/SMT」となっているのは、現在も SMT という表現に慣れ親しんでいる国内医療現場への配慮と、両者の違いを明確にする意図が込められているのだろう。

GIST（消化管間質腫瘍：gastrointes-

tinal stromal tumor）を代表とする筋層由来の腫瘍は狭義の SMT に該当するが、俊明先生の狙いは単にこれらを解説することではないだろう。推測するに、SMT 様の形態をとる腫瘍、すなわち SEL には多くの鑑別診断が存在し、それを正確に診断することの重要性や面白さを、著者自身の経験を通じて伝えたかったのではないだろうか。「これなんだろう？」と疑問を抱いたとき、とことん追及する俊明先生の姿勢が随所に表れており、本書では多岐にわたる鑑別診断が体系的かつ網羅的に記載されている。

「SEL には癌が含まれる」という事実をここまで明確に示した書籍は今まで存在せず、これだけでも本書の価値は極めて高い。

さらに特筆すべきは、「画」の美しさである。内視鏡写真、病理組織、シエーマに至るまで、全ての画像の質が非常に高い。ただ眺めているだけでも興味深く、さらにその画像に「腹落ちする解説」がついているのだからたまらない。なぜその腫瘍が SEL といった特殊な形態をとるのか、その詳細な解説はまさに「腹落ち」そのものである。パッと開いたページの画像を見て、「これはなんだ？ へえ、なるほど！」と思わず感嘆する瞬間が何度も訪れる。これだけの症例を集め、それを解説できるだけの高品質な画像をそろえるには、相当な労力がかかったであろうことは想像に難くない。

本書は、SEL という枠組みにとどまらず、胃腫瘍全般における名著といえる一冊である。

（WHO）の国際疾病分類第11版（ICD-11）の体系に採り入れられ、その経済合理性に注目し費用対効果を検証する研究がなされるなど、普遍的な価値を持つものとして再評価する機運が世界中で高まっている。だが、それに呼応する国内の動きはまだまだ鈍いと言わ

ざるを得ない。日本の医療の美点を自らみすみす放棄してしまうようなことにならないようにするために、本書のメッセージは医療人にはもちろん、博く「外部」の人々にも届けられなくてはいいけない。

●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売・PR部まで

☎ (03) 3817-5650 / FAX (03) 3815-7804

なお、ご注文につきましては、最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店にて承っております。

ご登録をおすすめします！ 医学書院 ID

医学書院 ID のご登録で

医学界新聞を全文閲覧いただけます

あなたにぴったりの情報をお届けいたします

医学界新聞のメールマガジンも
毎週配信

医学書院 ID とは

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

詳しくは
こちらから

医学界新聞プラスリニューアルのお知らせ

「医学界新聞」編集室がお届けするWeb限定コンテンツ「医学界新聞プラス」がリニューアルしました。今後もコンテンツを拡充予定ですので、ご期待ください！

SNSで差をつける！医療機関のための「新」広報戦略

執筆：町田 詩織 氏（湘南鎌沢徳洲会病院マーケティング課 主任）

アニメーションで学ぶ心エコー

執筆：松永 圭司 氏（香川大学医学部附属病院抗加齢血管内科 助教）

外科研修のトリセツ

執筆：高見 秀樹 氏（名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア支援センター）

畑中 勇治 氏（岐阜大学医学部附属病院消化器外科）

須田 光太郎 氏（済生会宇都宮病院外科）

読むだけで自信がつく！救急画像診断のスキルアップ講座

執筆：放射線科医アレキ（渡邊 義也）氏（国立病院機構災害医療センター放射線診断・IVR科）

今すぐ
check!

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