

2024年5月14日

第3561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

- [寄稿特集] Sweet Memories(山岸暁美, 新井陽子, 小笹由香, 村岡修子, 岩本大希, 内橋恵) 1-3面
- [座談会] 災害時の「食べる」支援を考える(前田圭介, 坪山(笠岡)直代, 中久木康一) 4-5面
- [対談] 循環器内科の学びかた・教えかたを先輩に聞いてみた。(佐藤宏行, 上原拓樹) 6-7面

寄稿特集

Sweet Memories



転んだ数だけ立ち上がる 初めの一步をいま踏み出そう

日勤でのひとり立ち, 初めての夜勤。この春から入職した新人ナースの皆さんにとっては, 毎日が不安や緊張, 失敗と反省の連続ではないでしょうか。「先輩みたいに自分もテキパキ仕事ができるようになるのだろうか」「この仕事, 自分に向いているのかな」と悩むこともあるかもしれませんが, それは誰もが通る道です。

多くの苦い経験から何度も立ち上がってきた先輩から, 新人の皆さんへの応援歌が届きました。

山岸 暁美

コミュニティヘルス
研究機構 機構長・理事長
慶應義塾大学公衆衛生学教室



金髪のまま病棟にごあいさつ

①「明日までに髪を黒く染めてきます! 秩序を乱し申し訳ありませんでした!」。師長会議で, 顔厚忸怩, 深々と頭を下げたのは, 金髪の私でした。英国での半年余りの調査事業の任務を完了して帰国後, 某ナショナルセンターにも籍を置きつつ, 退院支援関連の実践と研究を担当することになった初日の話です。

そもそも, 英国滞在中に白髪染めに美容院へ行ったところ, 美容師さんから「私, 黒髪を染めたことないけど, うん, きっと大丈夫」と言われた時点で「ヤバイ!」と思いましたが, 時すでに遅し, 見事な金髪に! もろもろの事情により帰国が後ろ倒しになったことから, 染め直す間もなく勤務初日を迎えてしまったのです。

午前中, 各病棟にごあいさつに回り, 看護部長室に入るや否や「あ, あなた, その髪(絶句)」。この時の看護部長の

ハトが豆鉄砲をくらったような顔は一生忘れません。『金髪の人には悪い人ではなさそうだが, あの髪は何とかしてもらわないと!』と電話が鳴りっぱなしよ」と言われました。

そんな訳で, 師長会でお詫びして, その日のうちに美容院に駆け込んだのでした。

②心疾患を患い, 入退院を繰り返していた企業戦士のAさん。ある退院を境にパタリと入院されなくなったのです。ある日, 私は外来でAさんにバツリお会いしました。「あなたが教育担当していた新人看護師のBさんいるでしょ(私がBさんのプリセプターだった)。Bさんはお元気ですか? 彼女が2年前の退院の際に, 僕にいろいろ薬やら食事やら, 最新の知見も交えて生活上の留意点を教えてくれたんですよ。僕は, 『毎回, 退院のたびに聞かされているし, また悪くなったら入院するのでよろしく』と, 言わば投げやりに彼女に礼を言ったわけです。そしたら, 彼女, 目にいっぱい涙を浮かべて, 『わかりました。でも, 私は入院するほど苦しい思いをAさんにしてほしくありません。入院によってAさんのやりたいことや普段の生活が妨げられないよう, 少しでも元気に過ごして欲しいんです。奥さまも入院の

たびに心を痛めておられます。Aさんのことを大切に思い, またAさんの夢を応援したいという人たちが周りにもいらっしやいます。私もその一人です』って声を震わせながら言われてね。そして, 彼女, 自宅での療養のポイントをまとめた手書きのパンフレットをそっと置いていった。それを読みながら, 本当に思うところがあつたよ……。僕が好きだと話したコスモスのイラストがあちこちにちりばめられていた。その退院から僕は, いろいろと生活を再構築する形で彼女の作ってくれたパンフレットの内容を遵守し, こうして元気に過ごしているってわけです。Bさんはあの頃, 入職して半年くらいだったかと思うけど, 彼女は今もなお, 僕にとって最高の看護師さんなんです。僕ね, 退院してから夢だった新規事業を立ち上げました。それが成功したら『あなたのおかげで僕は人生を仕切り直してきた』って彼女にお礼を言いに行きたいと思っています。

B看護師は, 人として真正面からAさんに向き合い, 彼の心を動かしたのでしょうか。私も「ケアとは何か」を新人だった彼女から改めて教わった気がします。

③職場に向かうため家のドアを開けた瞬間にイヤホンから流していたのはサ

こんなことを聞いてみました

- ①新人ナース時代の「今だから笑って話せるトホホ体験・失敗談」
- ②忘れ得ぬ出会い
- ③あの頃にタイムスリップ! 思い出の曲とその理由
- ④新人ナースへのメッセージ

ザンオールスターズの『希望の轍』でした。イントロの疾走感のあるピアノソロと「Hey!」という桑田さんの声を聴いて, 自分を鼓舞していました。過去を肯定して未来へ向かって走っていく爽やかさと切なさ, 歩み, そしてできた轍は未来の希望につながっているのだと思わせてくれる, 今も大好きな曲です。

④制度化, 機械化が進み, 効率化や生産性ばかりが問われる医療・ケア現場は「人間性に欠ける場」になってしまいがちです。さまざまな思いの中にいらっしやる患者・利用者さんやそのご家族を慰め, 励まし, 癒すことのできる「ケア」を私たち看護師が軽視したり, 手放したりすることがあってはならない。これが未来のケアを担う大切な存在である新人の皆さんにお伝えしたい私からのメッセージです。

(2面につづく)

今月の新刊書籍 医学書院

医学 「卓越したジェネラリスト診療」入門
複雑困難な時代を生き抜く臨床医のメソッド
藤沼康樹
A5 頁296 定価: 4,400円[本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05354-9]

医学 末梢神経病理
どう作り, どう読み, どう臨床に生かすか
神田 隆/佐藤亮太
B5 頁200 定価: 11,000円[本体10,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05620-5]

医学 脳腫瘍臨床病理カラーアトラス(第5版)
編集 日本脳腫瘍病理学会
編集委員 園田順彦/成田善孝/小森隆司/横尾英明
A4 頁248 定価: 22,000円[本体20,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05329-7]

医学 がん薬物療法のひきだし
腫瘍薬学の基本から応用まで(第2版)
編集 松尾宏一/緒方憲太郎/林 稔展
B5 頁568 定価: 5,830円[本体5,300+税10%]
[ISBN978-4-260-05356-3]

看護 がん疼痛緩和の薬がわかる本(第4版)
余富きのみ
A5 頁312 定価: 2,640円[本体2,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05661-8]

看護 対話でリカバリーを支える
ストレングスモデル実践活用術[Web動画付](第2版)
萱間真美
B5 頁144 定価: 2,420円[本体2,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05619-9]

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

看護 看護のための授業づくりガイド
[Web付録付]
服部律子/任 和子
A5 頁152 定価: 2,750円[本体2,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05316-7]

看護 教材づくりガイダンス
看護現場と学習者をつなげる応用伝授
編集 池西静江/石東佳子
B5 頁144 定価: 2,970円[本体2,700+税10%]
[ISBN978-4-260-05618-2]

看護 2025年版 准看護師試験問題集
編集 医学書院看護出版部
B5 頁476 定価: 3,960円[本体3,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05382-2]

看護 <シリーズ ケアをひろく>
あらゆることは今起こる
柴崎友香
A5 頁304 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05694-6]

看護 君はどんな看護師になるのだろう
多様な価値観と向き合う、
これからの看護師に必要な知識と教養
編集 高橋優三
著 岡本華枝/宮田靖志/藤野ユリ子/内藤知佐子
B5 頁120 定価: 2,420円[本体2,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05378-5]

新井 陽子

群馬大学大学院
保健学研究科 教授



私だけが生まれたての赤ちゃんを素手で

①今から約30年前の新人時代……。すでに忘却の彼方となっていますが、その中でも記憶に残っているのは、ある週末の朝の、路上で墜落産した母子の搬送依頼にまつわる体験です。新人の私は、先輩にサポートしていただきながら対応することになりました。救急隊からの情報は「母親は当院未受診の初産婦であり、生まれた赤ちゃんは元気に泣いている」との情報だけでした。私は、妊娠週数不明であること、生まれた赤ちゃんが低体温の可能性があることなどを想定し、すぐに小児科医の診察とNICUへの入室準備の必要性を考えました。血液検査をしていないことは明白なので、感染症の可能性を考えて、分娩室の準備も行いました。そう、ここまでは1年生なりに頑張っていたのです。

その後、救急隊が到着したと連絡があり、病棟の入口で待っていました。救急隊が移送しているストレッチャーには母親が横たわり、保温用のアルミシートにくるまって元気に泣く赤ちゃんがいました。すぐに赤ちゃんを預かり新生児科医と状況を確認してNICU病棟に移送し、分娩室に戻ってきました。その時に、ふと周りを見ると、先輩はガウンと手袋をしています。私は素手で赤ちゃんを触っていました……。当時は、現在行われているような標準予防策(スタンダードプリコーション)という考えがまだなかったので、出血や羊水にまみれた状態の赤ちゃんを素手で触っていました。とはいえ、今回は感染症未検査です。生まれ

たての赤ちゃんを目の前に慌ててしまい、普段通り素手で対応してしまいました。

新人の自分に対して、「アセスメントは頑張ったのに、最後の最後にツメが甘かった!」と今なら笑って言えますが、その当時は、不安でしようがなかった私があります。皆さん、緊急時こそ基本に忠実に対応することが重要です!

②先輩方との出会いは忘れ得ぬ出会いです。最初の夜勤の時、準夜勤のあとに食事に連れて行っていただいたこともあります。夜の12時を過ぎての食事、それもかなりヘビーな中華や串揚げなどです。でも、夜勤後はどんなにつらい思いをしても先輩方と話すことでクールダウンでき、気持ちを切り替えて帰宅できたことを覚えています。そして、その先輩方は私たち新人が失敗すると、上司には「自分の指導が悪かった」と謝罪してくださっていました。先輩に申し訳ないと思いながら、自分自身を省みる機会としていました。自分もそんな先輩になりたいと、今でもロールモデルにしています。

③米米CLUBの「浪漫飛行」。長期休暇がもらえるようになったら、CMのように綺麗な海がある場所に旅行に行きたいと憧れていたのを思い出します。カールスモーキー石井さんの声も好きでした。

④初めての時は上手くいかないこともたくさんあります。安心して周囲を頼ってください。今たくさんできるように見える先輩たちも最初は何もできませんでした。先輩たちも同じ道を通っていますので安心してくださいね。そして、on/offの切り替えはしっかりと! お休みの日は、全てを忘れて遊びましょう。気分転換は仕事をしていく上でとても大切な要素だと思います。ちなみに、私はライブに行くのが今でも楽しみです。

小笹 由香

東京医科歯科大学大学院
保健衛生学研究科 准教授



自信がなかったら、口に出して聞いてみよう!

①助産師として勤務しようと意気込んでいた新人の私は、あっさり内科病棟に配属となりました。毎日ナースステーションの本棚から参考書を取り出し、新しく入院となる患者さんに関する情報収集を試みる日々でした。そしてある時、事件は起こりました。先輩が親切にも、「糖尿病の患者さんの自己注射、見たことないよね? とりあえずインシュリン用意してきて!」と、ケアに同席するよう声を掛けてくれたのです。「インシュリンって冷蔵庫にあるよね。自己注射の注射器って細いし、針もすごく細いはず。もしかしたら患者さんのところにある注射器に移し替えるのかな」と考え、18Gの針でインシュリンをバイアルから全量(10mLくらい)吸出し、意気揚々とベッドサイドに行きました。病室に着くなり私が手に持つシリンジを見て、親切な先輩の顔がみるみる赤黒くなりました。患者さんも驚いているなと思った瞬間、「とりあえずナースステーションに戻って!!!」と、すごい剣幕で言われました。ナースステーションに戻ってからは、もちろん大目玉です。「小笹さん、患者さんを殺す気なのっ!」。そうですよね。さすがに新人の私でも全量を注射しようとは考えていませんでしたが、先輩や患者さんからすれば、そのように見えても不思議はありません。しどろもどろになりながら何とか弁明したところ、先輩がホッとした顔をして「わからないことがあったら、ちゃんと事前に聞いたり、準備したりしなくちゃ。患者さんだってビックリするもの」と言われました。

取り返しのつかないインシデントとなる可能性があったことを、肝に銘じた事件でした。自信がなかったら、口に出して聞いてみよう!

②そんな内科病棟時代に、ある2型糖尿病の男性患者さんを受け持ちました。「歩きましょうね、お食事は考えましょうね」と、新人の私がどんなに説明しても、ニコニコ受け答えしてくれるものの、ちっとも改善の余地がない。まさに「生活習慣による病いなのだ」と理解させられる、そんな受け持ち体験でした。ほどなくして産科病棟に異動し、妊娠性糖尿病の悪化もあって、帝王切開となった褥婦さんを受け持ちました。「なんかやっぱ、ごはんとかやめられないのよね。前の子の後も大丈夫だったし」と、とても楽観的でした。「困ったなあ。わかってもらえるためにできることないかなあ」などと、病棟の廊下で思案しながら歩いていると、内科病棟時代の受け持ちだった先の男性が前から歩いてこられました。「お久しぶりですね、どうされたのですか?」と聞くと、娘が帝王切開で2人目を生んだので、会いに来たとのこと。そうです。あの糖尿病の男性患者さんの娘さんが、妊娠性糖尿病で帝王切開になった方だったのです。不本意ながら内科病棟に配属になったことは、「産科だけわかればいい」と考えそうになっていた私に「親子とは、生活習慣とは」ということを考えさせてくれる貴重な体験のためだったのだと思います。

③藤井フミヤの『Another Orion』。当時の個人的な心情と合っていたからでしょうね(笑)。

④「人生はみんな正解」と、亡き父がよく言っていました。どのような経験も、きっとみなさんを形成する、大切なコト、時間、モノ、ヒトとつながるのではないかなと思います。いろんな世界を見て、聞いて、歩んで、時には休んだりしてくださいね! 反省はしても、後悔はしないでください!

村岡 修子

NTT 東日本関東病院
看護部 副看護部長



“わしゃっと”下血、それってどのくらいの量?

①遅出業務を担当していた時、「紙パンツに血液が少量付着していました。便は茶色の水様便です」と日勤の先輩看護師から申し送りがあった患者さんがいました。その言葉が気になったため勤務終了間際に訪室したところ、患者さんの様子が何かおかしいと感じました。「紙パンツを見せていただいてもよろしいですか」と問いかけたところ、うなずきがあったので布団を外しました。すると、大量の血で汚染されたタオルケットと紙おむつから漏れ出

た大きな血塊を目の当たりにしました。

驚いた私は、すぐに先輩看護師のところに駆けつけ、「〇〇さん、下血しています」と報告しました。「どのくらい出血している?」と先輩から質問があったため「いっぱいです」と回答しました。先輩は怪訝な顔をして、もう一度「どのくらいなの?」と私に尋ねました。わたしは真顔で“わしゃっと”です」と両手を広げてジュスチャーを交えて伝えました。そんな私に、「“わしゃっと”ってどのくらいなんだ」とつぶやきながらも、すぐに患者さんの部屋へ行き、バイタルサインを測定し医師へ報告していた先輩の姿は今でも覚えています。ちなみに先輩は、「先生、〇〇さんですが、タオルケット半分を汚染するほどの大量の下血と紙パンツからはみ出るほど大きな血塊が出ています。血圧も低下しています」と報告し指示を仰いでいました。

その後、職場でしばらくの間“わし

ゃっと”という言葉が意味なく使用され、先輩方にいじられたのは言うまでもありません。

②新人の頃、「君は将来、看護師長になるね」と言ってくれた患者さんがいました。つらいときはその言葉を思い出して頑張り、本当に看護師長になりました。

また、中堅の頃、「気骨がある資料と説明だけど、みんなを引き付ける何かがあるといいんじゃない?」と仰ってくださった某大学病院の医療情報部部長には今でも感謝しています。まだまだ先生の域には達していませんが、講演の機会をいただくことが増えてきました。

③新人から現在に至るまで好きな曲は、サザンオールスターズの『希望の轍』です。「夢を乗せて走る車道~明日への旅~」で始まるこの曲を聞くたびに、看護師になると決断した時の情

熱を想起し、明日は明日の風が吹く、先に進もうという気持ちになります。

④臨床現場では、たくさんの人との出会いがあります。その出会いの中では、楽しい経験だけではなく苦しい経験もあります。しかし、その経験は私たちには大切です。特に苦しい経験や困難を乗り越えたときの体験を得ることは、疾患や障がいをもつ患者や家族と向き合う際にいかされることでしょう。看護には、理論やエビデンスは不可欠です。しかしながら、看護アセスメントや実践にはエビデンスだけではなく、患者の価値観や看護師の感性、経験も重要と考えます。経験を積むためには失敗を恐れず、新しいことにチャレンジしましょう。また、看護以外の世界にも視野を広げて、他の産業や国から看護を俯瞰的にみてみましょう。新しい発見や気づきが、皆さんを待っています。



医療福祉サービスガイドブック 2024年度版

医療福祉サービス ガイドブック

2024

年度版

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

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

見つける! わかる! 活用できる!

全頁カラー!!



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



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

岩本 大希

WyL 株式会社代表取締役



失敗は愛嬌と元気の良さでカバーしましょう

① 新たに入職された皆さんおめでとうございます。私は新卒時、相模原にある北里大学病院の救命救急センターでデビューをしました。卒業した大学とは全く別の場所・コミュニティでやっていくぞという気持ちで胸いっぱいでした。ところが、私はまあまあポンコツでそんなに仕事ができるほうではないことを自覚していく日々でした。特に「細かいことは気にしないぜ!」という性格の私にとって、細かい管理や気遣いが重要なこの仕事は真逆の性質であると、就職してから気づかされるくらいにはのんびりしていました。仕事自体は楽しく、日々厳しくも優しい先輩から指導を受けつつも、毎日小さな失敗をたくさん重ねていました。特に、同じミスを繰り返すこともあり、「同じことを何度言われるのか?」と自分自身にゲンナリすることもありました。だからこそ、今は指導する側になって、当時の自分を思い出しながら「10回同じことを聞かれても(指導しても)気持ちよく答えよう」という10回ルールを肝に銘じています。

病院内での失敗は数知れない自分ですが、仕事がそんなにできなくても、「愛嬌があり元気よく素直でいることでちゃんと周囲は認めてくれる」と皆さんにお伝えしたいです。自分は愛嬌でカバーするしかない面もあったので、仕事を頑張りつつ明るくポジティブに過ごし、飲み会などにも積極的に参加して一人の人間として気に入ってもらうことを大事にしていました。そうすると、仕事ができない奴なりに先輩たちも可愛がって教えてくれることが増え、仕事面でも成長できる機会につながっていきます。ただし、この方法は諸刃の剣でもあります。(お酒が好きなのもありますが)積極的に先輩たちや同期たちと飲みに行きすぎて、前後不覚になるまで酔い雨のなか駅前のロータリーで寝てしまい、寝坊して日勤に間に合わずにしこたま叱られる

こともありました。また、腰痛予防には筋トレがいいと先輩から聞き、その後ジムに通い始めたことをやや自慢げに語っていたら、筋トレ中にぎっくり腰で動けなくなり1週間勤務できなくなったこともあります。自分が上司であれば「調子いいのいい加減にしとけよ〜」と小言を言いたい新人だったと思います。皆さんにはほどほどに良いバランスでやっていただければ幸いです。

② 三次救急だったので外傷の患者さんもたくさん運ばれてくるのですが、なかでも自分と同じくらいの年齢の男性がバイク事故で運ばれてきたのをよく覚えています。その頃は自分もバイクに乗っていたこともあり、とても印象的でした。大変な事故と怪我、そして壮絶な治療を乗り越えなんとか回復し、その後転院・退院したあと病棟に遊びに来てくれました。病院で働いていると退院した後のことを知る事ができないので、その後の生活を想像することが難しいのですが、この方との出会いを通じて、退院してもその方の人生は続くのだよな、と当たり前のように感じたり、患者と医療者という枠を超えて関係が続いていくというのは素敵なことなんだな、と今の仕事に通じる感情を抱いたりしたことを覚えています。

③ Nujabes×Shing02の『Luv (sic)』。Nujabesが好きだったのと、その頃の失恋を重ねて。

④ 繰り返しになりますが、仕事は誰しもがいきなりできるなんてことはないです。僕のようにポンコツで仕事ができなかったとしても、愛嬌があり元気よく素直でいることは、どの職場でも重要なことだと思います。綺麗事ではなく、そうすることにより自分の技術だけで解決できない場合も周囲に助けられ、結果的に仕事の成果も上がっていくからです。なんなら、仕事がどれだけでも攻撃的でネガティブで怒りっぽい人は組織にも関係者にもあまり歓迎されませんし、長期的に評価されず成果を出せません。そして重要なポイントは、仕事における愛嬌や元気の良さや素直さ、ポジティブさは、持って生まれた気質や性格ではなく努力で実現できる点です。なので、機嫌良く楽しく働けるよう、前を向いて楽しんでください(飲み会に参加せよ!という意味ではありません)。

内橋 恵

Nurture 代表



虫!? カン違い大事件

① 夜勤の見回り中、腹部に皮膚潰瘍が形成されていた患者から「お腹が痒いから見てほしい」と言われ、ガーゼを剥がして観察。すると白くうごめくのが見え、「虫が湧いている!?!」と思った私は、すぐさま当直医師に電話し、仮眠中の先輩ナースを起こしに行った。よほど気が動転していたのか、病室に運ぼうとした処置カートをガンッと壁にぶつけてしまうという最悪の状況。実際は人工血管が潰瘍部分から表出していて、それを虫と勘違いしただけだった……。

その後のステーションでの重苦しい雰囲気は、思い出すだけで今も震える(笑)。とても謝罪を言い出せる雰囲気ではなく、先輩ナースからの「なぜ虫とアセスメントしたのか、正直にカルテに記録しなさい」という指示に、ただただ涙を流しながら従った。実は人工血管に置換されていることはカルテに記録があったのだが、当時、医師は自筆かつドイツ語で記録するため、字が汚くて読めなかった(そもそもドイツ語の「人工血管」なんて知らない)。当然これらの言葉はメガトン級の重りをつけて飲み込んだが、読みづらいことを言い訳に、先輩ナースが書く看護記録だけで情報収集していた私、後先に立たず……。

夜勤が明けると師長から当然のごとく呼び出しを受け、「本当に虫だったとしても、慌てて対応することがどれだけ患者さんを不安にしたか分かる? 看護婦には、冷静さが求められるのよ」と注意された。新人ナース時代の失敗談は数多くあるが、30年以上たっても昨日のこのように思い出されるのはこの件しかない。当時は、失敗というより事件ぐらいのレベルで怒られた。

この事件以降、私の観察力への信用はガタ落ち。タール便を報告すれば「黒色便じゃなくタール便? その違いを説明して」と言われ、あるいは捻髪音を報告すると「どの部位だった?」と

質問の嵐を受けた。必然的に勉強をする羽目に(トホホ)。その時のメモ帳はすっかりボロボロになったが、今もかけがえのない相棒である。

② 格好をつけているようだが、本当に全ての患者さんとの出会いが忘れられない。

採血を失敗しても「何度でも刺したらええ、新人の時は失敗するものや」、剃毛に時間がかかっても「丁寧にありがとな」のように温かい言葉をもらうこともあった反面、「採血下手やな、違う人にならな」「遅い、早よして」と言われ、表情が強張ったこともある。でも、後から「さっきはキツイ言い方してごめんな」「いい看護婦さんなりよ」と声をかけられたことも。振り返ると、患者さん1人ひとりの言葉が、スポンジに水が少しずつ染み込むように私の看護観を形成したと思う。何度も看護の仕事辞めよう、来月こそ退職しよう決心したこともあったが、結局、患者さんの「ありがとう」の言葉に励まされ、看護を続けて来られた。

③ PRINCESS PRINCESSの『M』一択(笑)。国試直前に友達が失恋をして、一晩中ドライブに付き合った時にかかっていた曲で、友達の涙にもらい泣きしながら、ナースになって、もっと良い彼氏見つけて見返すや、絶対国試受かるなと、猛烈に勉強した。

④ 「大きな意味で看護に間違いはない」。いつも新人ナースに贈る言葉である。正解か? を気にする必要はなく、自分らしくのびのびと看護を楽しんでほしい。あなたの誠実さは患者さん本人が一番わかっている。失敗しても患者さんに許されるナースであれ。You can do it!

註: 会話文中に「看護婦」とありますが、当時の表現をそのまま使用しています。

こんなことを聞いてみました

- ① 新人ナース時代の「今だから笑って話せるトホホ体験・失敗談」
- ② 忘れ得ぬ出会い
- ③ あの頃にタイムスリップ! 思い出の曲とその理由
- ④ 新人ナースへのメッセージ

在宅の現場でよく参照する情報をこの1冊に“もっと”ギュッと凝縮!

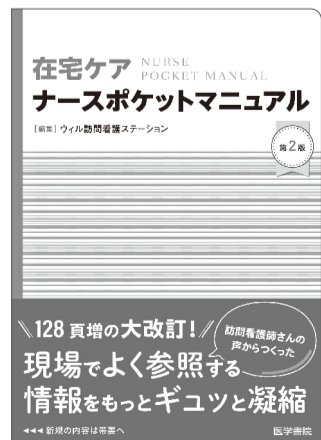
128頁増の大改訂!



在宅ケア ナースポケットマニュアル

[編集] ウィル訪問看護ステーション

第2版



訪問看護師の声からつくったポケットマニュアル。在宅の現場で頻りに参照する情報や、ケア・指導のポイント、あると便利なスケール・データを網羅的に掲載。何か困った時やうっかり忘れてしまった時に、その場でパッと開いて、欲しい情報にすぐにあたることのできる、実用的な1冊。

Contents

ケア・処置別 / 健康障害別 / 現場において重要な情報 / 社会保障・社会資源 / よく参照するスケール・ツール、情報

A6 頁392 2024年
定価: 2,200円(本体2,000円+税10%)
[ISBN 978-4-260-05333-4]

医学書院

ナース ポケットマニュアル

NURSE POCKET MANUAL

[編集] 北里大学病院看護部

第2版

- ▶ 第2版では新人・若手看護師にとってニーズの高い項目を新たに追加!
- ▶ 北里大学病院の認定看護師・専門看護師による臨床の視点も豊富に盛り込まれています
- ▶ 手元にあると便利な情報や、頻りに参照されるスケール・データなどの情報を手軽にチェックできます
- ▶ カバンや白衣のポケットに入れて持ち歩けます



A6変型 頁148 2024年
定価: 1,650円(本体1,500円+税10%)
[ISBN 978-4-260-05437-9]

Contents

急変対応 / 症状別急変対応 / 循環 / 呼吸 / 代謝 / 栄養 / 排泄 / ADL / 疼痛 / 皮膚 / 精神・意識 / 感染管理 / ケア・処置 / 検査・薬剤



頻りに参照する情報をその場ですばやく確認できる。
コンパクトなのに即戦力となる1冊

医学書院

座談会 災害時の「食べる」支援を考える



坪山(空岡) 宜代氏
医薬基盤・健康・栄養研究所
国際災害栄養研究室長

前田 圭介氏 司会
愛知医科大学
栄養治療支援センター 特任教授

中久木 康一氏
東北大学大学院歯学研究所
特任講師

「災害時には、日々の暮らしの中で意識されることなく行われている『食べる』という行為が突然途絶えてしまうことによって、栄養上の問題を抱えていなかった高齢者に問題が生じる可能性が高くなる」と、災害時支援に注力する老年科医・前田氏は語ります。続発症としての肺炎等を防ぐには、「食べる」支援を通じた包括的で多面的なケアが必要です。

本紙では、前田氏と同様にそれぞれの専門性から災害時支援に携わる管理栄養士の坪山氏、歯科医師の中久木氏を加えた3氏による座談会を企画。災害時における「食べる」支援とはどのようなことなのかを確認するとともに、課題や展望も含めて幅広く議論してもらいました。

ろでしょうか。

私が気になるのは、避難所では高齢者は静かに、おとなしくしがちだということ。大規模災害が起こって住民の大半が避難所に入るようなケースでは、現場は非常に混乱しています。声の大きい方がいる一方で、遠慮してしまって普段なら周囲に伝えられる困り事を抱え込んでしまう高齢者も少なくないです。

坪山 遠慮をしてしまう高齢者は本当に多いです。例えば高齢者は排尿回数が増えると言われてますから、限られた数のトイレを自分が何度も使うことや夜間に移動することで周囲に迷惑をかけていると考えてしまうなど、いろいろな意味で我慢してしまっているのだと思います。

前田 排尿回数を減らすために飲む水の量を減らしているという話は毎度耳にします。

中久木 被災時に骨折してしまい、付き添いなしではトイレに行けなくなってしまったから、1日2回の排尿で済むようにコントロールしながら水を飲んでいるという話を聞いたことがあります。

坪山 水だけでなく食事を制限する方もいます。皆さん、なるべくトイレに行かずに済むようにと工夫をするのですよね。これまでの災害でも不衛生なトイレや仮設トイレを使いたくないために、同様に飲水・食事の制限をしている避難者がいたことを論文でも報告しています¹⁾。体重減少もみられました。

前田 そうした状況に鑑みても、避難所での栄養サポートは必須です。高齢者にケアの目が行き届かなくなると水分・栄養摂取が足りずに栄養問題が発生し、口腔衛生も悪くなります。低栄養と口腔衛生の悪化が組み合わさると、続発症として肺炎を起こし得ますし、その他感染症や血栓症も起こしやすくなるのです。栄養サポートがスタンダードなものになる必要があると強く思います。

生活の一部としての「食べる」を支える

坪山 栄養サポートと言うよりも、「食

べる」サポートと表現したほうが良いかもしれません。

前田 そうですね。「栄養」という語と「食事」という語では示す範囲が異なり、栄養(nutrition)への介入方法の1つとして食事(diet)があります。「栄養」と表現すると栄養士だけが処理すればいいとの勘違いをされがちなところを、「食べる」と表現することで、食べ物それ自体についてはDietitianである栄養士が関与して、食べることにまつわるその他の部分については他職種のかかわりが必要であるとのニュアンスが出るわけです。

坪山 その意味で、中久木先生が日本災害医学会内に立ち上げた「災害時『食べる』連携委員会」の存在意義は大きいです。「食べる」ことの連携を前面に打ち出してくれましたから。

中久木 食べるという行為は、多くの人が普段あまり意識しないで、当たり前のこととして行っています。生活の中で外食をする、もしくは食材を買ってきて自分で調理をして食べる。自分が食べやすいもの、食欲が湧くものを選んで作ったり食べたりして、日々暮らしています。そうした環境が瞬時に全て失われるのが災害時の特徴です。避難所に入所する人はもちろん、自宅避難だとしても調理のための食材が入手しづらくなります。

被災時に食欲が湧きにくくなる背景には、あくまでも空腹を満たすための食事環境しか提供されないことがあるはずです。避難所で最初に供給されるのは大抵つかんで食べられるおにぎりやパンで、それを床に座って食べるわけですが、大半の高齢者の普段の食事風景からはかけ離れています。「食べる」という生活の一部を再開するには、配給のような炊き出しでは不十分なのです。

前田 災害によってもたらされる高齢者のそうした状況は、近年ではanorexia of agingと呼ばれています。加齢によって食欲不振が引き起こされやすくなるのです。新しいトピックのため病態や機序に関して多くの研究があるわけではないですが、心理的な変化が原因にあると考えられています。加齢により性ホルモンの分泌量が低下

避難所における高齢者の栄養問題

前田 まずは災害時の栄養問題がどういったものなのかについて確認できればと思います。大きな災害が起こると、その地域にいる住民のほぼ全員が避難所に身を寄せることになります。そうした住民の大半は、入院したり介護施設に入ったりしている人を除いて、基本的に栄養上の問題を抱えてはいません。ですが、そうした問題のない人たちのうち、高齢者に関しては、避難所に生活の場を移すことで栄養問題を抱えるリスクがぐんと上がると個人的に確信しています。

坪山 私もそう思います。リスク上昇の原因についてはどうお考えですか。

前田 避難所への入所が生活環境を一変させ、食行動を大きく変えるためでしょう。高齢者の場合、食行動の変化は「食べない」という方向に出ることが多いです。摂取栄養量が減るわけですね。加えて、避難所生活では動く機会が減少します。活動量が下がると栄養状態はさらに悪くなります。また、高齢者はもともとフレイル、そこまでいかなくともプレフレイル状態にある人も結構な数いますから、そうした人たちが避難所でリスクにさらされることで栄養問題が顕在化する側面もあります。

中久木 避難所生活が、栄養面に関する負の連鎖を引き起こすといったこと

COLUMN 災害時の避難所における食事提供

指定避難所における食事は、避難所を管理している自治体を中心となり提供されます。災害初期の食事は、避難者自らが持参した食料や自治体の備蓄で対応するため保存性の高い食品が中心です。大規模災害時には、要請を待たずにプッシュ型支援で食料が届き、その後、被災地からの要請に基づいて、プル型の食料支援が行われます。炊き出しや弁当等で栄養改善が図られ、災害救助法が適用されると1日1人当たり1230円が給与されます。この金額には燃料費や調理器具等も含まれますが、困難な場合には特別基準も適用され増額される場合もあります。支援者の食事は対象となりません。避難所等での炊き出しが長期化する場合には、できる限りメニューの多様化、適温食の提供、栄養バランスの確保等、質への配慮や管理栄養士等の専門職の活用も重要となります。

あなたにできること、たくさんあります！

誤嚥性肺炎の予防とケア 7つの多面的アプローチをはじめよう

高齢社会で増加の一途をたどる誤嚥性肺炎。誤嚥性肺炎を予防し、最良の治療効果をもたらすために、ケア提供者が行うべきことは何か？本書では、3つの柱(口腔ケア・リハビリテーション・栄養管理)+3つの工夫(食形態・ポジショニング・薬剤)+食事介助技術から構成される7つの多面的アプローチを紹介。あなたにできることがみえてくる1冊！

前田圭介



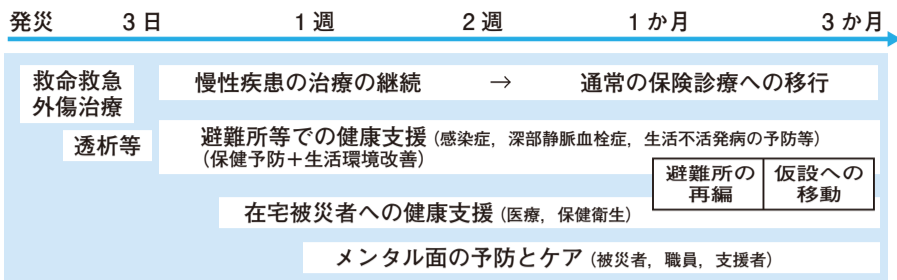
“シンプルで読みやすい” IVRに関わる医療職必携の1冊

IVRマニュアル 第3版

IVR手技を横断的、網羅的に解説した定番書の改訂第3版。今回の改訂では、新たなIVR手技を多く取り入れるとともに、肝細胞癌に対する肝動脈塞栓術や、緊急出血に対する動脈塞栓術といった基本的なIVR手技も最新の情報にアップデートした。IVRに関わる医師、診療放射線技師、看護師必携の1冊。

編集 山門亨一郎
中塚誠之
杉本幸司
田中利洋
山本 晃





※避難所等における食・栄養面の支援に関して (編集部追記)

発災直後には、備蓄や支援物資から「食べられるもの」が提供されます。続いて、調理場所や物資を確保して、調理された食事や弁当が提供されるようになります。これらと並行して、食事の栄養バランスの確保や、それぞれの要配慮者に対応した食事の提供や食べられる環境づくりなどの支援を通じて、栄養を確保して健康を保つ取り組みが行われる必要があります。

●図 発災後の保健医療のニーズの経時変化 (文献2より一部抜粋)

し、生理機能も変わっているという予備力の低下した状態で、環境が大きく変わることによって心理的反応として本人の自覚の有無にかかわらず食欲が落ちる。坪山 確かに、避難所での生活が長引くと、食支援のニーズが一番増えてくるのは高齢者です。

前田 高齢者ではない人たちはお腹が空けば何かしら食べ始めますから。しかし、高齢者はそうではない。

坪山 そうして食べないでいると、時間の経過とともに状態がどんどん悪い方向にいつてしまいます。

前田 先ほども触れましたが、栄養状態が悪くなって、それによって活動量も心理的な面もマイナスに向かうといった負のサイクルが引き起こされます。フレイルでは低栄養による身体機能の低下に伴う活動量低下でより一層低栄養が進行するという負のスパイラルに注目が集まっていますが、食べる領域でも同様のことが起こっているのでしょうか。

中久木 だからこそ、災害の初発対応が重要になるのだと思います。能登半島地震で二次避難をする前のタイミングで高齢者施設を訪れた際、泊まり込みの24時間体制で働いている介護士さんたちの話では、発災後1週間で全体に入居者が瘦せた実感があるとのことでした。それとともに、入れ歯も合わなくなってきたとのこと。入れ歯が合わないと食べられなくて、余計に痩せていくという負のサイクルがあります。

坪山 栄養士からも歯科のニーズが挙げられることが多いです。

中久木 これだけの変化が1週間で起こるのだと驚きました。

前田 そういった現場の実感を、アンケート調査などを行って論文化していく作業が今後必要なのかもしれませんね。

栄養とは人であるという視点

坪山 栄養評価の方法についても話したいです。私は米国の急性期病院でインターンのような立場で働いた経験があるのですが、そこでは栄養評価に当

たって患者さんが食べた量を一切見ていませんでした。食べた物は吸収されて体の一部になっているため、体の状態を確認したり、臨床検査値で栄養評価を行ったりしていたのです。一方、日本では、食べ物自体が持つ栄養にフォーカスしている印象があり、もっと人を見なければ栄養状態を判定できないだろうと私は考えています。ですから災害栄養の研究・支援に関しても、人の状態をどう改善するかとの視点を持って臨んでいます。

前田 同感です。栄養とは栄養状態であり、人なのだという視点こそが大切です。

中久木 災害時の支援においては、十分な食事量が確保できているのかとの視点と、被災者がどういう栄養状態にあるのかとの視点、それぞれからの評価項目を考える必要があると思います。坪山 どちらも見なければならぬのでしょうか。

中久木 あとは、個人レベルで、それぞれがどのくらい食べられているのかを評価したいところですが、なかなか難しいのが実情です。

前田 評価を行うスキルを持った支援者が必ずしも食事のタイミングで避難所にいるわけではありませんからね。後から気になる人に尋ねても、「大丈夫です」と言われてしまうとそれ以上のことはわからない。

個人レベルでの評価が難しいとなると、高齢者など災害弱者とされる集団に目を向けて、集団単位で食べている量や運動量に注視するといったかわりを保持し続ける形でのケアが考えられるのではないのでしょうか。リソースが限られた中では選択と集中が必須です。高齢者、少なくとも災害時要配慮者を対象として選択し、広い意味での食べる支援に集中することで、続発症を効果的に予防できます。最終的には避難所設置後の初期段階から食べる支援が標準化される方向に事を進められると理想的です。

中久木 そうした提案を出せるよう「災害時『食べる』連携委員会」で動いていけると良いだろうと思います。

坪山 加えて、食事面での支援の重要

性を周知する活動も必要と考えます。私が災害支援に携わって13年がたちますが、災害時、食事は後回しにされがちだと常々感じています。医療が優先されるのは当たり前ですが、施された治療が効果を発揮するには、患者の身体が栄養面で充実している必要があると考えます。

中久木 今は医療のフェーズであって食事のフェーズではないといった雰囲気はよく見られるかもしれません。

坪山 最近少しずつ変わってきていますがまだまだ後回しである状況には変わりがないので、食べることは生命の根幹であって、治療の基本でもあることを多くの医療者に認識してもらいたいです。

前田 栄養や食べる支援を行っている人たちは、ハイリスク者を病気にしないために予防的にかかわろうとしています。すでに病気の人を対象に治療を行う医療班とはアプローチしている場所が違うわけですから、うまくすみ分けながら支援に当たれると良いですね。

非スペシャリストの訓練で 発災直後のニーズをカバーする

中久木 大規模災害発生直後から現場で医療支援を行う人員の多くをDMAT (Disaster Medical Assistance Team: 災害派遣医療チーム) に頼っていることも、食べる支援が後回しにされがちなことと関係していると考えます。DMATの構成員は基本的に病院で働く医療者ですから、普段から在宅医療に携わっている医療者と比べると、生活レベルの評価の視点はどうしても限定的になってしまいがちかもしれません。

前田 それは老年科と臓器別診療科の視点の違いと同じことですね。どちらが良いという話ではなく、単純に見ているものが違っている。

坪山 避難所は生活の場ですから、災害の直後に現場に入る医療者には、対象者がどのように食事をしているかを見ていただきたいです。食べ物がそこにあるから大丈夫、ではなく、その一歩先を見られるようになると、避難生活は変わると思います。

中久木 普段在宅医療に従事しているスペシャリストほど、災害時すぐには現場に来られないですからね。在宅医療は少人数で回していることが多い上に患者との関係の個性が高く、担当者が穴をあける際の調整に時間がかかります。

前田 スペシャリストがすぐには現場に行けないジレンマがあるということは、スペシャリストではない人たちの教育するための災害用プログラムの重要性が増すわけですね。

発災からの1~2週間 (DMATが引き上げるくらいまでの期間) だけでもいいので、在宅医療のスペシャリスト

<出席者>

●まえだ・けいすけ氏

1998年熊本大医学部卒。2005年よりへき地病院、急性期病院、介護施設、回復期リハビリテーション病院等で診療。11年玉名地域保健医療センター摂食嚥下栄養療法科NSTチェアマン。17年より現職。著書に『SMARTなプレゼンていこう!』(医学書院)など。

●つばやま(かさおか)・のぶよ氏

1997年高知医大(当時)大学院卒。99年国立健康・栄養研究所に入所後、米ハーバード大医学部、米国公衆衛生研究所(NIH)へ研究留学。2018年より現職。管理栄養士。博士(医学)。監著に『災害・緊急時の食と栄養——いますぐ知りたいアクションQ&A』(医歯薬出版)など。

●なかき・こういち氏

1998年東京医歯大卒。2009年同大大学院医歯学総合研究科顎顔面外科学分野助教などを経て、24年より現職。博士(歯学)。編著に『災害歯科医学』(医歯薬出版)、共著に『災害時の歯科保健医療対策——連携と標準化に向けて』(一社出版)など。

の代わりができるような人材が増える」と理想的です。2週間くらいあれば、スペシャリストが現場に入る調整もつくでしょうから(図)2)。

中久木 そうした人材が増えることは、スペシャリストが現場入りした後も有効です。自身で判断はできなくても、スペシャリストから指示されたことを高いレベルで理解しながら実施できる人材がいるだけでスムーズさが随分と違いますから。共通言語を持つようなイメージでトレーニングできるのではないのでしょうか。

前田 食べる支援に関しては、もともと生活していた人たちの生活をただ継続させればいいだけですので、専門の医療者が行う必要すらないとも言えます。もちろん専門の医療者がかわれるのがベストですが、人手が足りないときには避難所運営者が旗を振るなどして非医療者がかわってこれれば良いと考えています。

坪山 私は「災害時の支援は30点でいい」と、災害支援トレーニングで伝えています。情報も物資も人手も不十分な環境で、専門職に限らず全ての人がかかわり、少しでも事態を前進させることに意味があると思っています。

前田 発災から最長2週間くらいの時期を、災害時要配慮者の生活に気を配りながらいかに乗り切るか。そのための仕組みを構築していきたいです。

(了)

●参考文献・URL

1) 上田咲子, 笠岡(坪山) 宣代, 他. 東日本大震災の避難所等における栄養士から見た衛生問題——食料の有効利用, 食中毒の予防, 給排水環境の改善に向けて. Jap J Disaster Med. 2020; 25 (1): 1-11.

2) 日本公衆衛生協会, 全国保健師長会. 災害時の保健活動推進マニュアル. 2020. <https://bit.ly/4aKj65z>

医学書院 無料 Webセミナー

ジェネラリストNAVI Presents

どう診る? どう処方する?

日時
2024年6月11日(火) 19:00~20:30

*上記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

詳細・申込は
こちらから↓



症状があるけれど、異常はない。標準治療を行っていても解決が難しい、標準治療がない症候がある。そんな時こそ漢方の出番。本セミナーでは、遭遇頻度の高い消化器症状を例にとりながら、東洋医学的な診かたのポイントを解説。漢方薬の上手な取り入れ方も伝授します。

対象 臨床医、看護師、
薬剤師

受講料 無料

講師

吉永亮先生

飯塚病院東洋医学センター 漢方診療科

講師

中野弘康先生

竹山病院 内科

腹部症状への漢方活用術

for Residents

対談 循環器内科の学びかた・教えかたを先輩に聞いてみた。



佐藤 宏行氏
東北大学大学院医学系研究科
先制循環器医療学専攻 助手

上原 拓樹氏
北海道大学大学院医学研究院
循環器病態内科学教室

佐藤 今回の対談に臨むに当たって上原先生が執筆された『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。』を読ませていただきました。循環器内科をローテート中の研修医が抱きやすい100個の疑問に対してきめ細かな解説がされていて、私自身、大変勉強になりました。そもそも上原先生は、循環器内科のどの部分に惹かれたのでしょうか。

上原 デバイスや薬物療法の進歩に伴い、疾患によっては状態の悪い方でも元気に歩いて自宅へ帰れるほどに治療成績が近年向上してきたことが、循環器内科を選んだ理由の一つです。また、終末期医療や慢性期の予防にも携われるなど、提供できる医療の形に幅があり、どれだけ学んでも尽きることがない点に惹かれました。

佐藤 自らの手で治療介入ができる側面もあれば、心不全や心房細動の予防、動脈硬化のリスク管理、救急医療など、循環器の知識はさまざまな場面で役に立ちやすいですね。患者数も他の診療科と比較して多いために、地域連携

の面でも循環器医は活躍しやすいと言えます。

上原 そうですね。将来的に循環器内科へ進まない方にとっても、こうした幅広い循環器の知識は有用でしょう。

循環器内科をローテートする研修医は何に困っている？

上原 一方で、今話題にしたように循環器内科が取り扱う領域は広大であり、全ての知識をカバーすることはなかなか難しいです。

佐藤 その点では、日本循環器学会が無料で公開するガイドラインは心強い味方です。

上原 ええ。大変わかりやすく内容もまとまっていて、循環器内科医として診療に当たる際はとても頼りになる代物です。けれども研修医にとって使いやすいものと問われるとやや疑問を抱きます。例えば心不全の患者さんを受け持った際、心房細動や心筋症の可能性も考えた時に、それぞれの疾患に対してガイドラインが存在することか

循環器内科領域は、心不全・不整脈・虚血性心疾患・弁膜症などの多様な疾患を包含し、またその診断・治療に有効なモダリティも多岐にわたることから、勉強方法に迷う研修医の方が多いのではないのでしょうか。そうした研修医をサポートすべく、このたび『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。』(医学書院)が出版されました。そこで今回、X(旧・Twitter)、YouTubeなどのSNSにて「うし先生」として発信を続ける同書執筆者の上原拓樹先生と、循環器領域において研修医教育に長年携わってきた佐藤宏行先生との対談を通じて、ローテート中の過ごし方や研修医としての心得を伺いました。

ら、欲しい情報にすぐにたどり着けず、四苦八苦しながら調べている姿をよく見かけました。診療ガイドラインはとも有用ですが、循環器を学ぶための入り口としてはやや不向きではと個人的に考えています。

佐藤 難しい問題ですね。ただ、その他に頼れる質の担保されたアクセスしやすい資料があまりないというのも事実です。家に帰って一息ついた時や、当直の空き時間などに気軽に目を通せる資料が手元にあると、ベッドサイドでの研修が面白く感じるようになると思います。座学と実践のバランスをどう保っていくかが大事なのでしょう。

上原 まさにそこが今回出版した書籍でコンセプトに据えた点です。循環器内科のローテート時に必要な最低限の知識を網羅し、パッと理解できるように「臨床に近い」書籍になることをめざしてまとめました。

佐藤 「臨床に近い」とはどういう意味ですか。

上原 臨床現場での肌感覚と言い換えられるかもしれません。臨床医が何を考えて診療に当たっているのかという思考の言語化を目標にしました。例えば直接経口抗凝固薬(DOAC)を使うようになった時に、ガイドラインを参照すると選択できる4剤(ダビガトラン、リバーロキサバン、アピキサバン、エドキサバン)は並列表記されていて、経験のない研修医は「結局どれを使えばいいのだろう」と迷ってしまいます。ですので今回まとめた書籍では、4剤に関するエビデンスの紹介と併せて、私がどう考えて薬剤選択しているかを

具体的に解説するようにしました。

研修医のキャラクターに合わせた個別化指導

佐藤 では教える側の目線から循環器内科の世界を見たらどうでしょう。研修医が循環器内科をローテートする期間は数週間です。教えることが膨大だからこそ、何を、どこまで教えるべきか悩む指導医も多いはず。前任の勤医協中央病院で上原先生が研修医教育に深く携わられていた際、意識していた点はありましたか。

上原 ローテーションしてきてからの2~4週間程度は投資期間だととらえて、各研修医のキャラクターの把握に時間をかけることです。具体的には、患者さんとの付き合い方のスタイル、循環器内科との相性、ローテート中にどんなことを勉強したいのかなど、研修医と対話する機会を設けながら判断し、教える内容や受け持ち患者数(3~6人程度)に差をつけて指導するようにしていました。

佐藤 患者さんを割り当てる時は、さまざまな疾患の方を受け持てるようにされているのでしょうか。と言うのも、以前勤めていた手稲仁仁会病院においては各研修医の関心度合いに基づいて同じく3~6人の患者を受け持ってもらっており、心筋梗塞後の二次予防を考慮すべき患者さん、Stanford B型の動脈解離の患者さん、心不全の患者さん、術前の弁膜症の精査の患者さんなどのバリエーションを持たせていたからです。そうした診療を通じて、マネジメント時の優先順位のつけ方や、患者家族とのやり取りも学

●うえはら・ひろき氏
2015年北大医学部卒。勤医協中央病院で初期研修を修了。17年より同院循環器内科に所属。循環器診療と研修医教育を行う傍ら、SNSで「うし先生」として初学者向けの情報発信を行い、X(@muhammedi_ali)のフォロワーは1万4000人、YouTubeのチャンネル登録者数は1万2000人を超える。24年4月より現職。著書に『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。』(医学書院)。

●さとう・ひろゆき氏
2011年東北大学卒。武蔵野赤十字病院にて初期研修、内科後期研修修了後、14年手稲仁仁会病院循環器内科。22年より現職。U-40心不全ネットワーク2022-23年代表幹事。編著に『循環器のトピックス』(メディカル・サイエンス・インターナショナル)。X ID: @foreverhero0819

循環器ローテ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。

上原拓樹

「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、循環器ローテで出てくるギモンに、あの「うし先生」がわかりやすく解説!

第1章 循環器病棟に行く前に、ちょっと聞いてもいいですか?
第2章 病棟配属スタート! まずはこれだけ教えてください!
第3章 業務にも慣れてきました! でもこういう場合はどうしたら……
付録 ハッシュタグ索引

B5頁216 2024年 定価:4,950円(本体4,500円+税10%) [ISBN978-4-260-05621-2] 医学書院

あなたを変える、
医師としてのビジネススキルとマナー集

レジデントのためのビジネススキル・マナー

医師として成功の一步を踏み出す仕事術

松尾 貴公 55

汎用スキル マナー #名刺
#心構え #院内コミュニケーション
#挨拶 #珠玉のスキル
#医師として差がつくスキル

一生使える、医師として成長するためのビジネススキルとマナーを集めました!

なかなか教えてもらえない、院内でのコミュニケーション、電話対応、メールの短縮方法、学会での自分の売り込み方、カンファレンスでの質問ポイントなど、忙しい研修でも無駄なくソツなくこなせるビジネススキル集。

白衣やスーツの着こなし、名刺の渡し方、正しい敬語や目上の人とのタクシーの乗り方など、マナーについても詳しく学べます。

目次
1章 社会人としての基本スキル・マナー
2章 医療者としての必須スキル・マナー
3章 病院外での応用スキル・マナー
4章 医師として差がつく汎用スキル

A5 頁224 2024年 定価:2,970円
(本体2,700円+税10%) [ISBN978-4-260-04795-1] 医学書院



●写真 研修医が簡易的なシミュレーションキットを用いて冠動脈造影検査の練習をする様子(上原氏提供)

んでもらおうとの狙いがありました。上原 勤医協中央病院でも同様のスタイルを取っており、多彩な症例から学びを得られるように振り分けていました。佐藤 やはりそうですか。臨機応変な対応が身につくやすいので、研修医にとっても貴重な経験になりますよね。上原 もう1点意識していたのは、手技を教える際の工夫です。手技の勉強は見学だけではどうしても面白くありません。そこで、全てのカテーテル検査・治療の基礎になると言える冠動脈造影検査を習得してもらうための練習用の動画と簡易的なシミュレーションキット(写真)を作成し、古くなったカテーテルを利用して実際に手を動かしてもらう研修を取り入れました。14人の初期研修医を対象に実技訓練を実施したところ、シース挿入から両冠動脈造影まで一人で完遂できた症例は68件中57件(83.8%)と、高い手技完遂率となっています¹⁾。佐藤 素晴らしいです。冠動脈造影検査はリスクがやや高いために研修医に実施させたくないと思える指導医も多いと思いますが、入念な事前シミュレーションがあれば十分に研修医でも行えるのですね。上原 はい。ただし、習得するには数多くの練習をこなす必要があります。業務量の増加は明白ですので、手技の習得は強制していませんでした。そのため希望する研修医には事前に確認を取っていましたが、意外にも「やります!」と言ってくれる研修医が多いことに驚きました。手技に携われることで、研修のモチベーションアップにもつながっているようです。

動画教材を活用して 研修医も指導医も Win-Win に

上原 今回の対談のテーマである教育

について深く考えるようになったのは、自分の時間をある程度持つようになった医師6年目の2020年頃です。もともと教育に携わるのが好きだったことでもあります。コロナ禍で対面講義が難しい状況であったことに加え、教育に注力することで科としてのボトムアップが図れ、自身の仕事も楽になり、楽しく働けるようになるだろうと考え、これまで定期的に行ってきたレクチャー動画をテーマごとに10~15分程度にまとめ、YouTube(<https://www.youtube.com/@haraki0921>)へアップし始めました。研修医には事前の視聴をお願いすることでポイントを押さえてもらい、ベッドサイドでの実践に焦点を当てた教育に注力できるようになりました。研修医の知識の定着スピードも早まった印象があります。指導医側は録画をする際の一度の講義で十分であり、研修医側は好きな時に何度も見られる。動画によるレクチャーは、双方にとってWin-Winであると感じます。

佐藤 昔は私も研修医に対して対面でレクチャーしていたのですが、毎年継続して教えることの難しさを痛感していました。内容の練られたレクチャー動画を一本作り、自由な時間にいつでも見られるコンテンツにすることは、現在求められている働き方改革の文脈でも有用で、積極的な活用を視野に入れるべきでしょう。日本循環器学会の教育研修部会においても、若手・中堅の医師が心電図や心不全に関する講義をYouTube上で行う「循環器ベストティーチャーシリーズ」(通称BTS, <https://bit.ly/3vVho22>)が始動しました。私も講師の一人として参加していますが、部会が想像していた以上に多くの方にご覧いただいているようです。使われ方もさまざまであり、予習だけでなく、復習教材として利用している方もいるそうです。

上原 動画は復習のコンテンツとしても有用ですね。悩ましい症例や経験の少ない症例に遭遇した際、「YouTubeのこの動画を見ておくと勉強になるよ」と声がけするようにしています。とりわけ現代の研修医たちは、良いコンテンツを教えてあげれば、しっかり学んでくれる方が多いです。時機をとらえた的確なアドバイスも指導医には求められる素養でしょう。

ローテーション中の2年間を 過ごす上での心得

佐藤 循環器内科に限らず、ローテーション中はさまざまな診療科の基礎を唯一学べる時期ということもあり、長い医師人生を送る上で大切な期間と言えます。その一方で自身を取り巻く環境が短期間で目まぐるしく変わることから、研修医にとってストレスフルな期間でもあるのでしょうか。自身の体験を振り返ってみても本当に大変でした。だからこそ、研修期間である2年間全てで全力投球する必要はないと考えています。抜くところは抜いて、頑張るところは頑張るという気持ちで取り組んだほうが精神的にも楽だと思います。

上原 同感です。研修期間中は職場が毎月変わる感覚であり、ストレスがかりやすいことは想像に難しくありません。無理をしないことは大切です。

佐藤 そうした時期を乗り越えるには同期を頼ることも必要でしょう。1人で勉強しきれないことを教えたり教わったり、日々の体験を同期とシェアしていくことは貴重な時間です。「同期とだからできること」を大事にして2年間を過ごしてほしいですね。

上原 そしてさらに重要なのが、どの診療科に進んだとしても求められる臨床業務の基本的な事項を2年間で押さえること。病棟の患者さんを受け持った時に何をまず確認すべきか、インフォームドコンセントをいつするか/どう行うかといったことです。3年目以降に手取り足取り教えてもらう機会はほとんどなくなり、年次を重ねると質問もしにくくなります。ローテート中にたくさん質問をして基礎固めしておくことが求められるでしょう。

佐藤 その上で、もし将来的に循環器内科を進路として選択するならば、一つ得意となるものをローテート中に見つけたいものです。エコーや心電図、カテーテル手技、病態で言えば不整脈や虚血などです。私は心電図が好きで循環器にのめりこみました。自身のアイデンティティーとなる得意なことを何か一つ見つけることは、キャリアを考える上で大切です。そこを切り口に深掘りしていくのがいいのでしょう。上原 「内科」というジェネラルな部

分を押さえつつ、専門性を身につけて成長していくことは必要不可欠ですね。

施設や職種を超えたつながりを

佐藤 もう1点付け加えるとしたら、自身を客観的に見直すための対外的な交流を持つことです。手軽な方法の一つはSNS。循環器領域で言えば、不整脈診療を学ぶ場としてのEP大学(<https://ep-university.net/>)や、40歳以下の若手医師をターゲットとしたU-40心不全ネットワーク(<https://u40hf.com/>)など、施設を超えて同世代の医師とつながれる機会があります。上原先生は、現在Xで1万4000人を超えるフォロワーがいらっしゃいますよね。SNSで学術的な発信をしていこうと決めたまっかけは何だったのでしょうか。

上原 研修医になったタイミングで一度更新をストップしていた趣味用のXアカウントを、YouTubeにレクチャー動画をアップするようになった2020年頃から動画の宣伝目的で再開させたことです。すると、循環器領域のベテランの先生がXで発信されていることに気が付いたり、アップした動画についてコメントをもらえたりして内容をブラッシュアップできるなど、SNSを積極的に活用していく意義を見いだしました。そこからは私も他者と交流するためのツールとして活用しています。

佐藤 SNSでは医師だけでなく、多職種の方ともつながることが出来ますよね。そうした方々と学会場で対面できると喜びもひとしおです。さらに言えば、著名な海外誌がアカウントを持って発信をしており、運が良ければ論文の著者とSNS上で交流することもできます。私自身、SNSの運用方法はまだまだ手探りですが、今後も活用していきたいと考えています。

上原 ネットワーキングに興味がある人は、その後のキャリアを考えていく上でも意義深いものになると思いますので、若いうちからどんどん飛び込んで見識を広げてみてください。応援しています。(了)

●参考文献

1) 上原拓樹, 他. 初期研修医に対して動画と簡易シミュレーターを用いた冠動脈造影指導の有効性. 心臓. 2024; 56(4): 377-84.

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.6 定価 2,750円

感染症法2類相当時代のCOVID-19対策レビュー
次のパンデミックに備えて

medicina Vol.61 No.6 定価 2,970円

睡眠にまつわる
疑問にすべて答えます!
あなたの患者の睡眠中に
何が起きているかもしれない

総合診療 Vol.34 No.5 定価 2,860円

優柔不断にサヨウナラ!
あなたの「臨床判断力」を高める
ケーススタディ11選

呼吸器ジャーナル Vol.72 No.2 定価 4,510円

気管支拡張症
温故知新注目され始めた一大カテゴリー

胃と腸 Vol.59 No.5 定価 3,520円

胃・十二指腸神経内分泌腫瘍(NEN)
up to date

脳神経外科 Vol.52 No.3 定価 6,490円

脳血管内治療に必要な血管解剖学

増大号 BRAIN and NERVE Vol.76 No.5 定価 6,490円

末梢神経・筋肉の自己免疫性・
炎症性疾患ハンドブック

増大号 精神医学 Vol.66 No.5 定価 5,610円

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

臨床外科 Vol.79 No.5 定価 3,080円

進化する外科教育と
手術トレーニング

増大号 臨床整形外科 Vol.59 No.5 定価 6,490円

絶対! 整形外科外傷学

臨床婦人科産科 Vol.78 No.5 定価 3,080円

異常子宮出血(AUB)の
診断と治療
婦人科診療の基本を鍛える!

臨床眼科 Vol.78 No.5 定価 3,190円

第77回日本臨床眼科学会講演集(3)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.96 No.6 定価 3,080円

上手にやろう 外来処置と小手術

臨床泌尿器科 Vol.78 No.6 定価 3,190円

泌尿器科医のための核医学
正しく理解して潮流に乗れ!

総合リハビリテーション Vol.52 No.5 定価 2,640円

回復期リハビリテーション医療を
推進するチームアプローチ

理学療法ジャーナル Vol.58 No.5 定価 2,090円

“行為”の回復のための理学療法

臨床検査 Vol.68 No.6 定価 2,530円

免疫・アレルギー性肺疾患と検査

病院 Vol.83 No.5 定価 3,300円

働き方改革を乗り越える
組織変革と人材育成
エイジダイバーシティの価値を引き出す

看護管理 Vol.34 No.5 定価 1,760円

「組織開発」「人材育成」と
「ウェルビーイング」を学び、
よりよい組織と人を育てる
「看護管理者フェス」レポート

精神看護 Vol.27 No.3 定価 1,650円

精神療法的排便ケア
便のことに首がつっこめる看護師の実践

訪問看護と介護 Vol.29 No.3 定価 1,650円

心不全増悪の生活要因を
解消する68のアイデア

■定価は税込み価格

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2回 患者安全の学び方と実践の仕方

執筆 和足 孝之 京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センター准教授

はあ……。当直明けに勤務を続けていたら、患者さんの採血を取り間違えました。看護師長から「インシデントレポートを書くように」と、こっぴどく怒られて……。インシデントレポートも面倒くさくて二重につらい。



研修医

わかるよ。面倒だと感じるよね。



指導医

大体、インシデントの扱い方からネガティブな雰囲気を感じます。つるし上げられる感覚で。どうせ改善なさそうだし。



研修医

どうしたらその原因を改善できるかを本来は考えなければならぬよね。でも次からのエラーを予防するための大事な作業だから。実は、患者安全の活動には学問としての実践のノウハウがあるんだよ。



指導医

そうなんです？ 患者安全って、学ぶというより管理するための方法という印象を持っていました。



研修医

研修医の日常に密接に結びつく患者安全

何を隠そう筆者も研修医の時、「患者安全(医療安全)」という言葉を知ると、どうも息苦しく、堅苦しく、罰則や叱責といったネガティブな印象を持っていました(恥ずかしい限りです)。患者安全学は、学問としては歴史が深いようで浅く、1990年代後半に米国医学アカデミー(IOM)が発表した「To Err is Human」という報告書が世界のランドマークとなり、注目されるようになりました。同報告書では、予防可能な医療エラーにより推定で毎年4万4000~9万8000人の患者が米国で亡くなっているとされ、政策レベルでの研究の推進や医療関係者の安全活動を活発化させる引き金になりました。結果的に患者安全学は、政策や戦略に導入することを目標に、エラーの原因を特定したり、安全性の指標を開発したりする学問として発展してきたのです¹⁾。最近では、医療が潜在的に持つ有害性から、患者安全学を学ぶことは治療学を学ぶ以上に重要であるとの声も大きくなってきています。

政策などという言葉を使うと、研修医の日々の業務とはかけ離れたものと感じるかもしれません。けれども患者安全は、医療者としてのわれわれの日常に密接に結びついているものばかりです。具体例を挙げてみましょう。米国では2011年、卒業後医学教育認定評議会(ACGME)により研修医の連続勤務時間の制限が始まりました。この勤務時間の改革に伴い、インシデントやアクシデントの発生率に変化があったのか、つまり、改革の前後で良い効果をもたらしたのかどうかを検証した研究があります²⁾。研究に参加した研

修医は合計1万4796人。潜在的な交絡因子を調整し研修医の働き方改革前後での変化を比較したところ、働き方改革実施後は研修医が報告した重大なエラーのリスクが32%低下、予防可能な有害事象のリスクも34%低下、さらに患者の死亡につながるエラーのリスクが37%低下しました。これらの結果から、研修医の労働時間の管理が医療過誤リスクを顕著に低減させる効果が示唆されています。

また一方で、長時間労働による有害性は、医療提供者側のみならず患者側にもより一層明らかにされるべきであることが、多くの海外文献で述べられてきました^{3,4)}。働き方改革が進む昨今の日本においても他人事ではなくなってきており、有害事象発生やうつ病発症などの事象と研修医の労働時間との関連を調査する研究が必要なのは明らかです。もちろん、研修医だけでなく、指導医や他職種でも同様の研究が求められるでしょう。

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

インシデントレポートに対して研修医が用いていた「面倒くさい」「ネガティブな雰囲気」などの言葉は、医療の現場で日常的に観察されることです。われわれが初期研修医5810人を対象に行った全国調査では⁵⁾、3086人(53.1%)が過去1年間にインシデントレポートを提出した経験がありませんでした(表)⁵⁾。この割合だけ見ると、初期研修中に腰椎穿刺や気管挿管を経験した人よりも少ない可能性すらあります。

しかしながら、単に研修中にインシデントとの遭遇が少なかったのではな

●表 インシデントの年間遭遇回数とインシデントレポートの年間提出回数(文献5をもとに作成)

日本の研修医5810人を対象にインシデントの年間遭遇回数とインシデントレポートの年間提出回数の関連を調査したところ、3086人にレポートの提出経験が一度もなかった。また、インシデントに遭遇しているにもかかわらず、報告していない研修医がいることが明らかになった(マーカー部)。

インシデントの年間遭遇回数	インシデントレポートの年間提出回数							
	件数	0	1	2	3	4	5以上	合計
0	1,244	86	19	2	1	9	1,361	
	91.40%	6.32%	1.40%	0.15%	0.07%	0.66%		
1	1,010	760	72	17	12	36	1,907	
	52.96%	39.85%	3.78%	0.89%	0.63%	1.89%		
2	559	371	269	29	15	40	1,283	
	43.57%	28.92%	20.97%	2.26%	1.17%	3.12%		
3	140	116	99	93	12	29	489	
	28.63%	23.72%	20.25%	19.02%	2.45%	5.93%		
4	26	20	18	20	34	11	129	
	20.16%	15.50%	13.95%	15.50%	26.36%	8.53%		
5以上	107	95	70	58	23	288	641	
	16.69%	14.82%	10.92%	9.05%	3.59%	44.93%		
合計	3,086	1,448	547	219	97	413	5,810	

いかとの仮説も立てられます。そこで、研修医それぞれのインシデントの年間遭遇回数と年間のインシデントレポートの提出回数を併せて比較しました。すると、インシデントに遭遇しているにもかかわらず、実際には報告されていない例があることが明らかになりました(表)⁵⁾。

医師によるインシデントレポートの提出数が少ないことは世界的にも問題になっています。さらに言えば、より経験が乏しく小さなエラーが発生しやすい研修医からの報告が少ないことは、その施設でエラーが生じる根本的な原因を見つけて改善策を講じる機会を失っていることになってしまうのです。

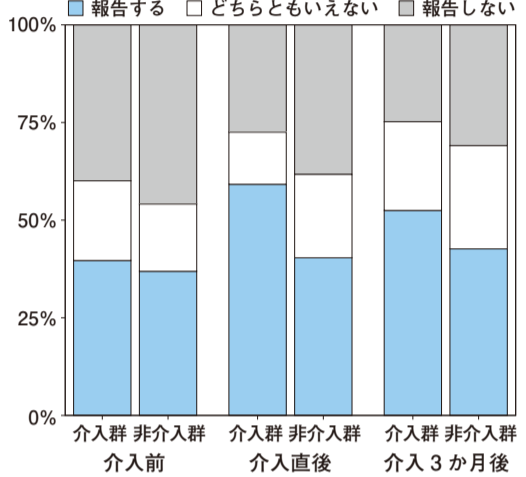
●研修医へのインシデントレポート教育に科学的効果はあるのか?

そもそも論ですが、インシデントレポートに患者安全教育の効果が本当にあるのでしょうか。オランダで実施された患者安全教育の介入研究では、教育介入をしない群と比較して、教育介入群の3か月間における知識の定着はもちろん、インシデントレポートに対する姿勢についてもポジティブな影響が維持されていることが明らかになっています(図)⁶⁾。教育研究で研修医の知識の向上だけを比較する研究は多いものの、本研究のように教育アウトカムとして重要な指標の1つである「その後の態度・姿勢」を評価しているのにはとても好感が持てます。口を酸っぱく「インシデントレポートを提出するように!」と指導することが教育ではなく、なぜそれが重要であり必要なのか、どのような事例で提出すべきなのかを情報提供し、行動変容を促すことが重要なのでしょう。

研修医のその後

冒頭に示した研修医はこれまでインシデントレポートについてネガティブな印象を持っていましたが、指導医がレポートの重要性についてレクチャーを行

Q. 当該事例を報告しようと思いますか?



●図 患者安全に対する教育介入の有無による変化(文献6をもとに作成)

あるインシデントに対して報告するかどうかを研修医に質問したところ、教育介入をしてから3か月が経過しても患者安全教育を受けた研修医のインシデントレポートへの関心は下がっており、ポジティブな影響が維持されていることが明らかになった。

った結果、罰則ではなく、病院を改善していくためのプロセスだと理解できるようになりました。また積極的にインシデントレポートを行った研修医を表彰するインシデントレポートチャンピオンシップを新たに設けたところ、研修医たちの視座が引き上げられ、病院の病巣を診断するように意識的に原因分析が行えるようになりました。

覚えておこう!

- 患者安全学は、病院や施設を患者だととらえた場合に、その組織の病巣を診断し治療するポジティブな学問です。
- 患者安全学は比較的新しい学問ですが、今後確実に重要になります。研修医が医師として成長していく過程で極めて重要な教育の一つです。

●参考文献

- 1) J Hand Surg Am. 2018 [PMID : 29421067]
- 2) BMJ Qual Saf. 2023 [PMID : 35537821]
- 3) Ann Thorac Surg. 2013 [PMID : 23336899]
- 4) BMC Med. 2010 [PMID : 20515479]
- 5) PLoS One. 2022 [PMID : 36455042]
- 6) BMC Health Serv Res. 2011 [PMID : 22151773]

新刊 世界で一番使われている解剖学テキスト、待望の改訂

臨床のための解剖学 第3版

Moore's Clinically Oriented Anatomy, 9th Edition

監訳: 佐藤達夫
東京医科大学 名誉教授/東京有明医療大学 名誉学長
坂井建雄
順天堂大学保健医療学部 特任教授/
順天堂大学大学院医学研究科解剖学・
生体構造科学 特任教授

定価15,950円(本体14,500円+税10%)
A4変 頁1168
図2092・写真508・表110 2024年
ISBN978-4-8157-3095-6

新刊 人体発生学の世界的名著、8年ぶりの改訂

ラングマン人体発生学 第12版

Langman's Medical Embryology, 15th Edition

訳: 山田重人
京都大学大学院医学研究科教授/
京都大学先天異常常規標本解析センター教授
安田峯生
広島大学名誉教授

定価9,350円(本体8,500円+税10%)
B5 頁464
図333・写真187 2024年
ISBN978-4-8157-3096-3

新刊 アトラス・テキスト双方の内容を兼ね備えた定評ある組織学入門書、10年ぶりの改訂

ガートナー/ハイアット組織学 第4版

Gartner and Hiatt's Atlas and Text of Histology, 8th Edition

監訳: 川上速人
吉林大学医学部顕微解剖学教室 客員教授
松村謙児
吉林大学医学部内臓解剖学教室 客員教授

定価10,450円(本体9,500円+税10%)
B5 頁680 図849 2024年
ISBN978-4-8157-3102-1

ピットフォールにハマらない ER診療の勘どころ

ER診療に潜むあなたのピットフォール(落とし穴)を君は見抜けるか? エビデンスやちょっとしたコツを知り「勘どころ」をつかめば、明日からのER診療が待ち遠しくなること間違いなし!

徳竹 雅之 救急・集中治療医

最終回 尿管結石の疼痛管理から学ぶ! 第24回 ERにおける鎮痛のためのヒント集

私自身が尿管結石の疼痛に悩まされたことがありますし、救急医としても患者さんが激しい痛みを訴える姿を数えきれないほど見てきました。連載最終回である今回は、尿管結石による腎臓痛への対応方法を通じて、ERでの鎮痛のポイントをシェアしたいと思います。鎮痛薬は、使わない日がないくらい一般的なため、あまり勉強したことがなく上級医に言われるがまま「一子相伝」の伝統的な方法に従って使用している方もいるかもしれません。日常診療では医師の興味は確定診断することに向かいがちですが、目の前の患者さんの声に耳を傾けて、副作用を最小限に抑えた迅速かつ効果的な鎮痛が行えるようにしていきましょう。

痛みの根源を知る

まず、尿管結石がなぜそんなに痛いのかを理解することが重要です。結石が尿の流れを阻害することで尿管が伸展されプロスタグランジンの放出が促されます。これにより血管拡張や利尿が誘発されることで腎内圧が上昇し、結果的に疼痛を引き起こされるとされています。

なお、尿の産生は日中に上昇し夜間に低下するという概日リズムがあります。夜間に尿が濃縮される結果として尿管結石が生じることが多いと考えられています。面白いことに、尿管結石による疼痛を発症するピーク時間は朝の4時32分とされています¹⁾。朝方に腰を押さえてやってくる患者は尿管結石かも!?(重要な疾患を見逃さないよう注意!)

痛みのマネジメントの基本 multimodal approachの実践

痛みのマネジメントには、1種類の薬物療法だけでなく、異なる作用機序を持つ鎮痛薬を組み合わせたり、非薬理的手法や局所麻酔などを併用したりする multimodal approach が推奨されます。効果を最大限、副作用を最小限とするための手法です。患者さんの状況に合わせて最適な方法を組み合わせて選択しましょう(表はQRコードを参照)。

◆NSAIDs

尿管結石の疼痛管理における第1選

択薬はNSAIDs(Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs)です。オピオイドをはじめとした他の薬剤と比較して少なくとも同等の効果があり、有害事象発生率(特に嘔気や嘔吐)が低いことが特徴です。NSAIDsはCOX-1およびCOX-2を阻害することによりプロスタグランジンの産生を抑え、尿管平滑筋を緩めることで鎮痛作用を発揮します。36件のRCT、4887人を対象とした2018年のメタ解析では、NSAIDsはアセトアミノフェンやオピオイドと比較して、30分時点での疼痛軽減に効果的であり、追加の鎮痛薬を必要とする割合も少なかったと報告されています²⁾。

投与経路も考慮する必要があります。静脈内投与は迅速に鎮痛効果を発揮しますが、有害事象のリスクが少し高まります(その上、日本の添付文書では尿管結石への静脈内投与は適応がありません)。一方、直腸投与は経口投与が困難な場合の良い選択肢で、尿管結石の際には嘔気・嘔吐を伴うことが多いためリズナブルな選択肢になるでしょう。筋注も◎です。オピオイドやアセトアミノフェン点滴静注と比較して迅速かつ十分な鎮痛が期待できます³⁾。

しかし、NSAIDsは万人向けではないのが注意点です。特に消化器(消化性潰瘍)、心血管(心筋梗塞、心不全など)、腎臓(急性腎障害)への影響が致命的にならないか、立ち止まって考えなければなりません。消化性潰瘍はNSAIDs使用から最短7日間で発症することがあり、短期間での使用を心がける必要があります。消化性潰瘍リスクがある場合(消化性潰瘍既往、高齢者、抗凝固薬やステロイドの常用者)には、COX-2阻害薬であるセレコキシブを選択しましょう。心臓への影響も重大で、こちらもNSAIDs投与から1週間程度で心筋梗塞リスクが上昇します。いずれのNSAIDsを使用しても急性心筋梗塞への進展リスクは変わらないようですが、機序から考えてCOX-2阻害薬は少し旗色が悪く使用しづらい印象を持っています。冠動脈疾患をはじめとする心血管疾患のリスクが高い患者には処方されたほうが賢明です。また、高齢者+ACE阻害

薬常用者では特に急性腎障害のリスクがあります。既存の腎障害がある場合や脱水がある場合にも避けたほうがいいでしょう。イブプロフェンは比較的腎臓への影響が少ないとされていますので、どうしてもNSAIDsの処方が必要な場合には検討してみてもいいと思います。それぞれの臓器特異的なリスク因子を把握して、適切なNSAIDs処方ができるようになると一人前ですが、特に併存症が多い高齢者には合併症に関して「あちらが立てばこちらが立たぬ」な薬剤で使いにくいです。投与するなら短期間のみにしておきましょう。

◆アセトアミノフェン

腎臓痛に対しては、NSAIDsへの禁忌がある場合にアセトアミノフェンが代替として使用されることがあります。ER診療全般の疼痛管理において第1選択薬となること間違いなしのアセトアミノフェンも、尿管結石においてはせいぜい二番手です。NSAIDsには敵いません。「とりあえずアセリオ[®]」では不十分ですよ! オピオイドとの比較では、矛盾する結果が複数報告されています⁴⁾。他の鎮痛薬と組み合わせる multimodal approach においては最も使いやすい薬剤の1つです。特にNSAIDsとの相乗効果があることは覚えておきましょう(OTCのパファリン[®]プレミアムにはそれぞれ1:1で含有されていますね)。

投与経路についてはERでは点滴静注が一般的ですが、有効性や作用発現に関して経口投与に対する点滴静注の優位性がないのは豆知識だと思います。アセトアミノフェンに限った話ではありませんが、特に忙しいERでは、ルート確保が必要な静脈内投与だけではなく、経口投与や経直腸投与、筋肉注射など、より簡便な代替経路が使用できないか考えて動きましょう。

注意すべきは肝障害がある患者です。ただし、肝疾患があるからといってアセトアミノフェンが禁忌になる、というのは誤解です。慢性肝疾患があるろうともアルコール摂取がない場合には有効かつ安全性が高いとされています。CTP(Child-Turcotte-Pugh) class Aであれば1日4gまで、CTP class Bであれば1日3gまでは許容範囲と考えられています。アルコール摂取がある慢性肝疾患やCTP class Cでは最小限の使用にとどめ、せいぜい1日2gまでの使用とすることが提案されています⁵⁾。

◆オピオイド

NSAIDsが禁忌であったり効果が不十分であったりする場合に考慮します。呼吸抑制や低血圧などに注意が必要であり、あまり実用的な選択肢ではありません。夜間にはオピオイド処方できない施設もあるかもしれませんが、後述する治療を試みても十分な除痛ができない場合には multimodal approach の一環として使用するのが現実

的です。一応、NSAIDsとオピオイドの併用はいずれかの薬剤を単独で使用した場合と比較して優れた鎮痛効果が得られて、有害事象も少ないことが報告されています⁶⁾。

◆マグネシウム

NSAIDsやオピオイドに抵抗性の腎臓痛に対する第2選択薬としての有効性が報告されています⁷⁾。平滑筋弛緩作用とNMDA受容体拮抗作用により疼痛の神経伝達が遮断されるという機序が推定されています。妊婦や心血管系リスクが高い患者に対しては使用を検討してよいでしょう。

◆滅菌水皮内注射

意外なことに、滅菌水皮内注射は腎臓痛に対して非常に効果的であるとされ、NSAIDsやオピオイド、アセトアミノフェンと同等の効果が報告されています⁸⁾。方法はとっても簡単! 患者さんが最も疼痛を感じている部位を広く消毒し、インスリン1mLの注射針を用いて滅菌水を0.5mLずつその周囲4か所に皮内注射するだけです。15分以内に疼痛緩和が始まります。この治療法は合併症がほとんどなく忍容性が高いため、妊婦や心血管系リスクを持つ患者などに対する有効な治療選択肢になりますので、ぜひ試してみてください。

今回の勘どころ

腎臓痛にはなんといってもNSAIDsが第1選択!

オピオイドやアセトアミノフェンはあくまで第2選択。NSAIDsへの禁忌がある場合に検討しよう。

マグネシウムや滅菌水皮内注射は補助治療として有効!

*

2年間にわたる本連載は、これにて終了となります。ERでの診療に多くの時間を費やしてきた中で、ER診療におけるピットフォールに陥りやすい項目について、私なりの視点で自由に書かせていただきました。この旅路を共にしてくださった読者の皆さまに、心から感謝申し上げます。SNSや現場からの数多くの応援メッセージが、常に私の励みとなっております。今後は、実際の医療現場や別の誌面などを通じて、また皆さまとお会いできることを楽しみにしております。

参考文献・URL

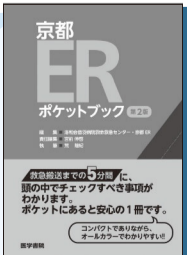
- 1) BMJ. 2002 [PMID : 11923160]
- 2) Eur Urol. 2018 [PMID : 29174580]
- 3) Lancet. 2016 [PMID : 26993881]
- 4) Am J Emerg Med. 2020 [PMID : 32349890]
- 5) Hamilton JP, et al. UpToDate[®]. Management of pain in patients with advanced chronic liver disease or cirrhosis. 2023. <https://bit.ly/4aVe0mp>
- 6) Bull Emerg Trauma. 2017 [PMID : 28795060]
- 7) Medicine (Baltimore). 2020 [PMID : 33181719]
- 8) J Emerg Med. 2024 [PMID : 38267297]

救急診療のバイブルとして、ぜひ白衣のポケットに!

京都ERポケットブック 第2版

ER研修の壁を乗り越えるサポーターとして、上級医の頭の中を言語化してコンパクトにまとめるという趣旨はそのままだに、第2版では日々の臨床の中で研修医との対話を通じて浮かび上がった皆が讀くERでのポイントを意識して改訂。また主語別アプローチの「アタマの中」は文字+イラストやフローで図示し、緊急性の高い病態対応の大きな幹をイメージ化し捉えやすくすることを旨とした。

編集 洛和会音羽病院
救命救急センター・京都ER
責任編集 宮前伸啓
執筆 荒 隆紀

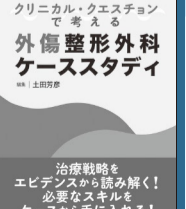


外傷整形外科の最適解を症例と文献から読み解く

クリニカル・クエスチョンで考える外傷整形外科ケーススタディ

外傷整形外科に必要なスキルと質の高い治療戦略を学ぶ1冊。実際の症例とエビデンスをベースに、若手医師が臨床現場で悩むこと・困ることをクリニカル・クエスチョンで整理し、豊富な文献を読み解き治療の最適解を模索する。読者はハイレベルな外傷治療を疑似体験できる。「臨床家の視点」では、エキスパートの目と経験を通して臨床的センスのさらなるレベルアップを促す。整形外科医必携。

編集 土田芳彦



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13回

意見の対立をどう乗り越えるか? ⑤患者の意向が家族の説得により変わるとき



CASE 大腸がんステージ4の75歳女性。夫と2人暮らしで息子が遠方に住んでいた。抗がん薬治療を行っていたが、効果がない状況となっており、「抗がん薬の治療は本当に大変だったからやめたい。夫と家で苦痛なく過ごせたらそれでいい」と本人は述べていた。この発言を受けて今後の治療方針を話し合うため患者家族も交えて面談したところ、「できる限り息子のために抗がん薬治療を継続したいので、他の病院を受診したい」と患者本人が表出する気持ちが変わっていた。この気持ちは患者の本心なのか、担当看護師はモヤモヤしていた。

今回は、患者の意向が家族と話した後に急に変わるケースを考える。患者の意思は家族から「不当な影響」を受けることがあると言われている^{1,2)}。例えば「本人が話せる状態であるのに、一緒に来ている家族が一方向的に話し、本人が話せないケース」「元気でいてほしいからと家族が治療をお願いしているケース」「年金や保険金の受領など金銭的な理由で家族が治療を希望するケース」などさまざまである。こうしたケースに直面した際、医療者もまた感情的になりやすいため、慎重に対応したい(図)。

「どうして本人の意向を無視するのか」と感情的にならない

医療者は自分から見えていない世界があることを認識する必要がある。患者は家族・社会の中で生きているため、本人の意向以外も意思決定に大きく影響し、本人の気持ちより家族の気持ちを優先する自由が当然存在する。特にアジア圏では「関係性の自律」という概念も浸透しており、自己決定より家族との和を重んじることはよくある。患者自身の自由よりも、家族に負担をかけたくないという思いが優先されるのかもしれない。

患者・家族のつらさや気持ちが揺れている経緯を聞く

家族はモビールにたとえられることがある。家族の悲しみは本人にも影響し、患者家族の気持ちが揺れたら患者本人も揺れることがある。家族を悲しませたくないという理由で治療を選択している場合もある。「とても熱心な

ご家族さんだと感じました。どんなご家族さんですか?」と、家族が同席していない時に患者本人の気持ちや、家族への気持ちを聞くことや、家族との話し合いに至る経緯と内容を探ることは重要である。

配慮するポイント

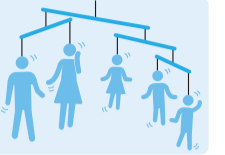
より良い意思決定をするためには、家族システムの把握と、家族メンバーの人となりを知ることが必要となる。

1) 家族の力関係・ジェノグラム(家族図)・家族の病気を把握しよう

家族の意見や悲しみはメンバーにより異なり、家族内の力関係(ファミリーダイナミクス)も影響する。普段どのようなコミュニケーションをとっているのか、誰が意思決定をする役割にあるのかを特定することは重要だ。患者を介護しているメンバーと、意思決定をするメンバーが違うこともある。家族内で最も長く一緒にいるからという理由で付度され妻がキーパーソンとなっているが、実際は話についていくのがやっとならぬ他の家族メンバーと相談を進めていることもある。その過程で間違えて本人の意思が家族内に伝わることも経験する。家族内での意思決定はみんなで決めるのか、1人で決めるのかも家族によりそれぞれである。日本では代理意思決定に関する法律はなく、「誰が最も頼りになるのか」と聞いたとしても、はっきりと答えられる患者は少ない。とは言え、患者も1人では意思を決めたくないため、家族全員と話し合った上で、コンセンサスを取りたいとなるのが筆者の経験上は多い。

家族のメンバーが多い時は、ジェノ

- ① 「どうして本人の意向を無視するのか」と感情的にならない
 - 医療者に自分が見えていない世界があることを認識する
 - 患者自身の自由よりも、他人の迷惑にならないことを優先してしまうことがある
- ② 患者・家族のつらさや気持ちが揺れている経緯を聞く
 - 家族を悲しませたくないという理由で、治療を選択している可能性がある
- ③ 配慮するポイント
 - 家族の力関係・ジェノグラム(家族図)・家族の病気を把握しよう
 - 治療方針と家族の意向が利益相反している場合は慎重に判断する
 - 家族による不当な影響がある場合、一度で決めずに再度話し合いの場を設ける



●図 患者の意向が家族の説得により変わる場合のポイント

グラム(家族図)を書くことをお勧めする。遠方にある家族が病状を共有されていないケースもあり、そうした場合には積極的に病状の共有をしたほうが良いだろう。また離婚・再婚などが関係して、もともと家族間で仲が良くない緊張関係にある場合は意見が食い違いやすい。家族の高齢化が進んでいる場合は、家族のうち誰かががんの治療をしていることもあれば、認知症、精神疾患、発達障害などを抱えていることもある。家族のヘルスリテラシーを確認する過程で、家族の仕事や生活背景をある程度探れると良いだろう。もし理解が悪い家族だと感じたとしても、こちらの説明が悪いかもしれないという考えは忘れてはならない。

- ・普段、家族の中で何かを決める時に一番意見が大きいのとはなたですか?
- ・遠方のご家族さんとはどの程度、病気のことは話をされていますか?
- ・主治医の先生からはどのような説明をされましたか?
- ・家族の中でご病気を抱えられている方はいないですか?
- ・ご家族さんは何のお仕事をされていますか?

患者家族との面談での tips として、紙に書いて説明することもお勧めしたい。紙に書くことで説明した内容が記録として残り、相手に定着するだけでなく、その内容を他の家族とも共有できる。また説明した紙を撮影してもらい、SNSで伝達してもらおうと内容が誤って伝わるのが減るだろう。

2) 治療方針と家族の意向が利益相反している場合は慎重に判断する

家族の判断は適切なのか?と迷うケースがある³⁾。基本的に患者家族の役割は、本人の意思を代弁することや、本人の人となり伝えてもらうことなので、家族の願望は本人の願望を上回るものではない。特に経済的な理由による治療の中止や継続の希望には注意が必要であろう。家族が本人の意思を無視して金銭的な搾取をしている場合には経済的虐待にも当てはまり得る。その場合は、推測ではなく事実を可能な限り確認した上で、倫理委員会などで家族の意見が本人の代弁者として適切なのか、慎重に議論することが妥当であろう。

3) 家族による不当な影響がある場合、一度で決めずに再度話し合いの場を設ける

家族による不当な影響が見られた場合、患者がどのように優先順位をつけたのかを明確にすることや、患者家族の感情を吐き出してもらい冷静な状態で再度一緒に判断してもらえると良いだろう。一方、家族のシステムが急に変わることはなく、患者本人が家族の意見に譲歩する権利もある。

CASEのその後

急に気持ちが変わった理由を担当看護師が尋ねると、息子から「母に死なれたら生きていけない。僕のために治療を頑張ってほしい。置いていかないでほしい」と涙ながらに説得され、治療を受けないと息子がかわいそうという気持ちに変化したとの経緯が明らかになった。

担当看護師は息子の予期悲嘆のケアが必要であると考え、息子へ連絡して思いを聞いた。また患者本人には家族がいなくて「どんな家族なのか」「普段はどのようなコミュニケーションをしているのか」を聞いた上で、家族面談を再度行う予定とした。

看護のPOINT

- ・「どうして本人の意向を無視するのか」と感情的にならない。
- ・患者・家族のつらさや気持ちが揺れている経緯を聞く。
- ・家族システムと家族メンバーを理解をする。治療方針と家族の意向が利益相反している場合は慎重に判断する。不当な影響がある場合には一度で決めずに再度話し合いの場を設ける。

●参考文献・URL

- 1) J Oncol Pract. 2017 [PMID : 28829694]
- 2) J Palliat Med. 2022 [PMID : 35647638]
- 3) Intensive Care Med. 2012 [PMID : 22885651]
- 4) 日本臨床倫理学会. POLST (DNAR 指示を含む) 作成に関するガイドンス. https://c-ethics.jp/assets/file/polist/polist_guidance.pdf

Grande版
A5変 頁304 図15 2024年
ISBN978-4-8157-3098-7
定価: 3,960円 (本体 3,600円+税10%)

通常版
三五変 頁304 図15 2024年
ISBN978-4-8157-3097-0
定価 2,420円
(本体 2,200円+税10%)

新刊

精神診療 プラチナ マニュアル

第3版

著 松崎朝樹
筑波大学医学部系臨床医学域
精神神経科講師

胸を張って改訂!

このあたりまでは
知っておいた方が
良いだろう

わかりにくい精神科を
さらにわかりやすく。

精神科医・精神科以外の医師・
看護師・薬剤師・心理職・初期研修医・
医学生のみならずへ

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

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

第76回日本産科婦人科学会学術講演会開催

第76回日本産科婦人科学会学術講演会(学術集会長=東大・大須賀穰氏、右写真)が4月19~21日、大須賀穰会長(東大:右写真)のもと、「ともに歩む、広がる産婦人科の未来へ」をテーマにパシフィコ横浜ノース(横浜市)で開催された。本紙では、生涯研修プログラム「産婦人科における遺伝学的検査」(座長=東大・織田克利氏)の様態を報告する。



◆さらなるエビデンスの拡充と運用体制の整備が望まれる遺伝学的検査の実態

最初に登壇した昭和大学の小出馨子氏は、非侵襲性出生前遺伝学的検査(NIPT)に関連する制度および実施体制を主題に発表した。NIPTは2013年に運用が開始されて以降、未認証施設での実施や認証施設の地域偏在が問題視されてきた。こうした課題を解決すべく2022年7月より開始された新たな実施体制下では、出生前検査を希望する妊婦に正しい情報提供と遺伝カウンセリングに基づいたNIPTの提供をより多くの施設で行えるよう制度設計がなされた。

新体制開始後は認証施設数増により検査へのアクセスは改善された一方、妊婦とその家族が出生前検査について正しく理解した上で適切な選択ができるような、継続的かつ専門的なケアの充実については課題が残ると氏は指摘し、行政や医療機関が妊婦を中心にといったサポート体制を構築することが重要だと語る。リーフレットを活用した適切な情報提供、妊婦の不安をくみ取りながらしっかりと受け止め、非指示的な態度で自律的な決定プロセスに寄り添う遺伝カウンセリングマインドを携えた傾聴の姿勢が全ての産科医療機関に求められていると参加者に訴え、発表を終えた。

レディースクリニックコスモス高知の桑原章氏は、着床前遺伝学的検査(PGT)の実施に関するこれまでの経緯と課題を説明した。PGTは重篤な遺伝性疾患の判別を目的としたPGT-M、胚移植1回当たりの妊娠継続率向上を目的として胚の染色体の数を調べるPGT-A、構造を調べるPGT-SRの3種類に分けられ、2022年4月から生殖補助医療が保険適用となったことを背景に、生殖補助医療関連技術として重要な位置を占めている。実際、生殖補助医療による妊娠においてPGT-Aを実施し正倍数性の胚を得られた場

合、着床率・流産率は年齢による影響をほぼ受けないことが日本産科婦人科学会のPGT-A特別臨床研究で明らかになるなど、エビデンスも積み上がり始めた。その一方で桑原氏は、「PGTは万能でなく、生殖補助医療における流産率、未着床率については依然として高い」とし、今後さらなるエビデンスの拡充が待たれると締めくくった。

◆全ゲノム解析時代を念頭に置いた遺伝学的検査の臨床実装

「ゲノム情報に基づいたがん発症予防が可能になれば、国民にがんゲノム医療が普及しやすくなる。そのためにも多遺伝子パネル検査(MGPT)の臨床導入は必須だ」と述べたのは平沢晃氏(岡山大)である。MGPTは遺伝学的検査の1つであり、単独遺伝子検査では同定されない遺伝子を同時に検出することができるだけでなく、単独の遺伝子を複数回調べるよりも安価に受検可能だ。

MGPTにはこうしたメリットがあるものの、日本では2024年4月時点で保険診療の適用外であり(註)、薬機法の承認を得たMGPTが存在しないなど課題も多いと平沢氏は問題視する。またMGPTをめぐる国内の動向として、日本遺伝性腫瘍学会が2024年度中に遺伝性腫瘍に関するMGPTの症例選択基準や管理指針を定める方針であることや、一部のガイドラインでMGPT推奨が始まっていること、人間ドックでのMGPT導入事例など臨床実装に向けた動きがあることを紹介し、遺伝性疾患に関連して急速に変化する社会情勢や価値観に対応していくことが喫緊の課題であるとの考えを示した。

註:医療費控除の対象となる場合があり、一部の民間保険(がん保険)で給付対象となることもある。

心の不調に対する「アニメ療法」の可能性

パントー・フランチェスコ 慶應義塾大学病院精神・神経科学教室

現代社会において心のケアが大きな課題であることは誰の目にも明らかです。本連載では、文化精神医学の観点から心の不調についての考察を行った上で、そうした不調に対処するための物語療法、ひいては筆者が新たに提唱する「アニメ療法」を紹介します。イタリア出身の精神科医である筆者から見た日本アニメの可能性とは。

第11回 「アニメ療法」の今後の展望・期待

架空のキャラクターが相手でも、彼らの感情表現や行動から鑑賞者が影響を受ける可能性があることは、前回までに確認したアニメ療法の基礎的な部分で十分に見えてきました。架空の存在に対して感情移入をして自己変容が促されれば、他者への共感や自身の悩みへの意識が高まることでしょう。

ポストコロナの社会では「リモート」「デジタル」「AI」等について考える意義が一変したと言っても過言ではありません。上記のテクノロジーの可能性が展開される中では、人との隔たり、孤独は特に日本のような先進国において重大な社会課題となります。サービスの無人化・自動化が日に日に増加して効率性ばかりが求められる中、悩みを抱えたり、気持ちが浮き沈みしたりしても、そうした思いを他人に打ち明けられないこともあるでしょう。働き盛りの若者は、己の心に秘めた負の感情のはけ口を失いつつあります。

そうしたニーズを満たすには、アニメ療法の実装が役に立つでしょう。しかし、理論的に成立したとしても、実装に向けての課題は多々残っています。まず、アニメ療法を展開する舞台を具体的に考えなければなりません。一つの展望として、バーチャル空間におけるキャラクターとの個別化された交流が想定されます。この場合、理想的なプラットフォームの候補に、社会的なかわりに似た活動を展開できるバーチャル空間であるメタバースが挙げられます。バーチャルであるからこそ、現実における物理的な限界がなく、架空のキャラクターと話し合ったり、現実にはない場面を生じさせたりできます。フィクションの良さを生かすアニメ療法にとって、もってこいのテクノロジーと言えるでしょう。

メタバースを形成するテクノロジーとして、AR (Augmented Reality: 拡張現実)、MR (Mixed Reality: 複合現実)、VR (Virtual Reality: 仮想現実)があります。3つを合わせてXR (Extended Reality: クロスリアリティ)と言います。これらは「没入型技術」とも呼ばれており、ユーザーを完全にのめり込ませる力を持つのです。こうした技術をアニメ療法に生かすには、継ぎ目がわからないほど滑らかに組み合わせることが前提となります。また、架空のキャラクターが話し相手になった場合アバターとして表示されると思われますが、バーチャル空間特有の倫理的・技術的課題があり得ます。

これらの技術がもたらす利点は多く、豪エディスコワン大の調査によると、約30%の人がVRアバターに対して己の悩みを話すことを、現実のカウンセラーに対して話すのと比べて好むことが明らかになりました¹⁾。一方で、リスクと後遺症もあります。一例として挙げられるのは、学校の授業、打ち合わせなどにリモートで参加し続けることによるZoom fatigue (遠隔会議の長期化に伴う疲労感)です²⁾。加えて、XRの使用に伴う大きな問題として、心的外傷後ストレス障害(PTSD)が長期化する可能性があります。短期的な後遺症の場合は把握しやすく、対処も可能ですが、長期的な後遺症の場合は、少なくとも現時点では、実証的に研究することは容易ではないと思われ

ます。アニメ療法を実装するに当たって、私たちは下記のような問題について検討し続けなければなりません。

- ・バーチャル・キャラクターがリアルであればあるほど、人々はより信頼するのだろうか? それとも不気味の谷(連載第10回参照)の問題から、逆に非現実的な部分もあるほうが良いだろうか?
- ・リアルであるほど、現実とバーチャルの区別がつかなくなるのか? それとも私たちは区別をつけながら技術を使いこなせるのか?
- ・没入感があればあるほど治療効果も高くなるのかもしれないが、かえって後遺症が強くなる可能性もあるのだろうか?

将来的に、こうした問いの答えを模索しながら新しい道に乗り出すことは避けることができないでしょう。

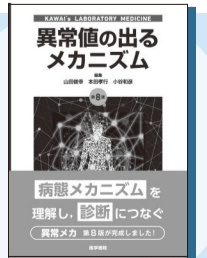
参考文献・URL
 1) Rogers S. Virtual Reality could help make therapy easier. Edith Cowan University. 2022. <https://www.ecu.edu.au/newsroom/articles/research/virtual-reality-could-help-make-therapy-easier>
 2) Neshet Shoshan H, et al. Understanding "Zoom fatigue": A mixed-method approach. Appl Psychol. 2022; 71 (3): 827-52.

おなじみ「異常メカ」の第8版。検査で得られた情報を適切な診療につなぐ力をつける本

異常値の出るメカニズム 第8版

検査値が異常になるメカニズムの理解に焦点をあてた臨床検査の教科書。日常診療で広く使われる検査や、患者に負担の少ない検査から得られる医療情報を資源として病態の実情をとらえ、診療に活かす方策に到達するための知識と考え方を提供する。第8版では全体を再点検し、基本的検査と二次的検査の線引きを排し順序や解説量でメリハリをつけ、ページを増量した。医学生、研修医、臨床検査技師、生涯学習を続ける医療関係者向け。

編集 山田俊幸
 本田孝行
 小谷和彦

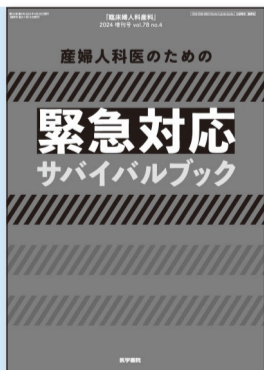


雑誌 臨床婦人科産科のご紹介

- ◆産婦人科臨床のハイレベルな知識を、わかりやすく読みやすい誌面でお届け
- ◆最新ガイドラインの要点やいま注目の診断・治療手技など、すぐに診療に役立つ知識をまとめた特集、もう一步踏み込んで詳しく解説する「FOCUS」欄、そのほか連載も充実。

最新号 増刊号

産婦人科医のための緊急対応サバイバルブック



●月刊、合併増大号と増刊号を含む年12冊
 通常号定価: 3,080円(本体2,800円+税10%)
 合併増大号定価: 4,290円(本体3,900円+税10%)
 増刊号定価: 9,460円(本体8,600円+税10%)

詳しくはこちらからご覧ください



年間購読なら送料無料

医学書院

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233回)

マティス「ロザリオ礼拝堂」の旅

2024年3月20日午前10時15分、私はついにロザリオ礼拝堂に立った。

これは2023年春に、東京都美術館で開催されたマティス展の会場の一角に流されていた動画を見て、ロザリオ礼拝堂の美しさに魅了され、いつか本物を見たいという私の持続した情熱によって実現したものである。実は、2024年2月14日～5月27日まで国立新美術館で企画展〈マティス 自由なフォルム〉を開催中である。ここでも、「マティスが最晩年にその建設に取り組んだ、芸術家人生の集大成ともいえるヴァンスのロザリオ礼拝堂にも着目し、建築から室内装飾、祭服に至るまで、マティスの至高の芸術を紹介いたします」とあり、私は少し慌てて、国立新美術館にも訪れた。しかし、展示されているロザリオ礼拝堂は、私の本物を見たいという欲望を覆すものではなかった。

『地球の歩き方 フランス 2024～2025年版』(Gakken)では、ロザリオ礼拝堂があるヴァンスを次のように紹介している(490頁)。「ヴァンスは、コート・ダジュール独特の中世の村だが、生活の匂いがほどよく感じられる気持ちのいい村だ。村外れには、画家マティスが造り、自ら『陽気さのあふれた教会、人々を幸せにする空間』と評したロザリオ礼拝堂がある。シェロの木に囲まれひっそりたたずむ小さな礼拝堂へは、村の中心から歩いて15分くらい。彼は晩年の4年間をかけて、この礼拝堂を制作した」。さらに旅行者を次のように誘う。「内部には、選り抜かれた3色(ウルトラマリンブルー、濃い緑色、レモンイエロー)で構成されたステンドグラス、そこから

差し込む陽光を受ける白いタイル、そして壁面には黒の素描『十字架の道行』と『聖ドミニク』の図。すべての色彩が完璧といってもいいくらい調和して、とりわけ黒い太い線が全体の明るさを決めて殺してはいないのは驚きだ。マティスは黒という色を最もよく理解した人だったに違いない(この記述は秀逸であるとのちに思う)。

冬の午前11時のロザリオ礼拝堂にて

何かのガイドブックで得た、ロザリオ礼拝堂は冬の午前11時が最もすてきであるという情報にこだわった私は、日本人ガイドのアキラさんに依頼して、滞在2日目を迎えたニースのホテルを朝9時に出発した。ニースには海岸沿いに全長3.5kmの大通りがある。1820年、在留イギリス人たちの出資によって造られたため、「プロムナード・デザングレ(イギリス人の散歩道)」と名づけられた。プロムナードを抜け、路上駐車で混雑する狭い通りを抜け、卓越したドライブ技術と、ニースの歴史を語るアキラさんのガイドに導かれて、約1時間でロザリオ礼拝堂に到着した。

そこは、「アンリ・マティスが手がけたヴァンスのドミニコ派ロザリオ礼拝堂」であった。売店に日本語訳の冊子が販売されていた。その冊子には以下のように記されていた(抜粋)。

私は、私の礼拝堂に入る人たちが清められ重荷から開放されることを望む。

この礼拝堂は、壁の圧迫感による重圧を感じない空間であるという印象を与え

はするが、わずかに奥行き15メートル、幅6メートル、高さ5メートルである。

青いガラスの成分により、日のある間は、太陽がステンドグラスを通して白い床に薄紫から紫の光の点を投影し、冬の間はそれは反対側のセラミックの上まで届く。そして光沢のない黄色はオークル色の反射を創り出す。

祭壇背後の奥に位置するメインのステンドグラスは、「命の木」と題されている。

アンリ・マティスは、花をつけたウチワサボテンをテーマに選んだ。このサボテンは不毛な砂漠にも生えて、花を咲かせ実をつけることから、忍耐力と生きる意志のシンボルと考えたのである。

2つの窓には、両側にドレープをなして垂れる黄色いカーテンが描かれている。オルガンのパイプを思わせる15の窓。アンリ・マティスはここでも植物のモチーフである椰子の葉を選び、2つの部分でそれぞれバランスに変化を持たせている。

空にはマティスのデザインによる青と白の屋根がくっきりと浮かび上がる。

「私はこの十字架が、軽やかな祈りのように、煙のように高く、空に上ることを願う」アンリ・マティス(1869-1954)

レイト・ワーク

羽田空港からパリ/シャルル・ド・ゴール空港までおよそ15時間、そこからさらにニース/コート・ダジュール空港まで1時間半をかけて、ロザリオ礼拝堂に旅した理由がもうひとつあった。それは、大江健三郎の『親密な手紙』(岩波書店、2023年)で言及される「晩年の仕事」についてであった。「この十五年ほどは敬愛する友人の死にあうことが続き、もとより自分の老齢化の自覚もあって、先行者のひとりエドワード・W・サイードの『晩年のスタイル』は原著と翻訳(岩波書店)ともにまさに枕頭(ちんとう)の書である(40頁)」(註)。

サイードの『晩年のスタイル』(岩波書店、2007年)において大橋洋一は訳者あとがきで次のように記している。

「“late”に『遅れた、時宜を得ない』という意味が挙げられよう。たとえ時代の最先端を走っていると自負している人物でも、あるいは時代とともにあることを実感している人物でも、人生のある時期から、自分が時代とずれていく、時代に取り残されている、時代についていけないという不安にかられはじめる」。そこで、再び時代の先頭に立とうとする人もいれば、時代に逆らおうとする人もいる。「そのような人たちは晩年の反逆者たちであり、“late style”とは『抵抗のスタイル』でもある」。さらに「死を前にした人間が、時代とのズレを意識しつつ、時代に抵抗し続けること、円満な和解と完成と達成に逆らい続けること、これが“レイト・スタイル”である」と指摘する。

私にとってロザリオ礼拝堂への旅は、まだ未完である。

註：枕頭の書とは、死ぬ間際に病床のかたわらに置いていたり、読みかけていたりした本のこと。

本紙の人気連載が書籍化!

「型」が身につくカルテの書き方
佐藤健太
「基本の型」の部で、SOAP形式や問題リストなどのカルテ記載法のエッセンスを、「応用の型」の部では、外来・救急などセッティング別のカルテ記載法を習得できる。
●B5 頁140 2015年
定価: 3,080円(本体 2,800円+税10%)
[ISBN978-4-260-02106-7]

今日から使える医療統計
新谷 歩
“できるだけ数式を使わず”に今日から使える統計学の知識を、読み物形式で伝授。論文を紐解くための統計学の極意がここに。
●A5 頁176 2015年
定価: 3,080円(本体 2,800円+税10%)
[ISBN978-4-260-01954-5]

医学書院

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

NE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 ▶ 雑誌「看護教育」も閲覧可能 **2024年1月より**

POINT 3 ▶ ゼミの開催・授業で使える資料も収録

雑誌 + セミナー + 動画 が オールインワン

2月から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

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

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

これだけは気をつけたい! 高齢者への薬剤処方 第2版

今井 博久 編

B6・頁432
定価:4,840円(本体4,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05273-3

本書は好評だった初版から10年を経て、紙幅も大幅に増して掲載薬剤数も充実して刊行された待望の改訂版である。

2008年に米国のBeers博士との共同研究で今井博久先生らが発表した「日本版ビーズ基準」をベースに、高齢者に避けるべき薬剤の紹介とそれに対する代替薬の提示、その使用法を解説するのが初版の大きな特徴であった。今回はさらに、有用な情報が追加で盛り込まれている。まず、高齢者のコモンディーズである心不全、腎不全、認知症、転倒などを持つ患者に対して避けるべき薬剤が新たに提示された。加えて、多疾患合併が一般的な高齢者に、相互作用を惹起しやすい薬剤についての情報も掲載された。

評者のようにプライマリ・ケア医として外来診療、在宅診療に取り組む際に遭遇する一番の課題は、診療時間の多忙さである。例えば、高血圧、糖尿病、脂質異常症、脳梗塞後遺症、高尿酸血症、神経因性膀胱にて受診する高齢患者がいたとする。7種類ほどの薬剤が投薬されており、その中でシロスタゾールが脳梗塞の再発抑制目的で処方されていたとしよう。診察の中で糖尿病の検査データを確認し、内服状況

薬剤処方の危険を見抜くための感度を高める



をチェック。さらには、脳梗塞後遺症による神経因性膀胱の影響で夜間の頻尿が目立ち、歩行の不安定性もあって転倒する機会が増えていることを踏ま

え、介護保険を利用した手すりの設置や段差の解消をケアマネジャーに依頼する。10分程度の診療でこうしたマルチタスクを行うわけだが、この患者が下腿浮腫と労作時の呼吸苦を訴えて心エコーで心不全が指摘されたとしたらどうするか。この際に、避けるべき薬剤があると速やかに認識するのは簡単なことではない。

本書では高齢者の心不全でシロスタゾールがもたらす頻脈や催不整脈作用を踏まえると、中止が望ましいことが紹介されている。そして、代替薬としては少量アスピリンやクロピドグレルが提示されている。既に処方されている薬が、新たな健康問題によって避けるべき位置付けとなった場合に気付くのは難しい。本書ではそうした気付きのきっかけとなる知識がわかりやすく整理されている点が実にありがたい。

同じく、相互作用についても日本のように多くの診療科でさまざまな投薬がなされているのが一般的な環境では、他科から新規に処方された薬を確認した時点で相互作用にすぐに気付く

【第12回(最終回)】人工呼吸

「人工呼吸」と聞いて、大半の人は機械を用いる換気を思い浮かべるだろう。しかし、救急場面で、器具なしに口対口で息を吹き込むのも立派な「人工呼吸」である。機械を用いない「人工呼吸」として1858年に考案されたシルベスター法は、患者を仰臥位にして両腕を頭上に挙げて吸気を助け、胸部を圧迫して呼吸を促す方法だ。現在では口対口のほうが効果的と判断され、場合によっては胸部圧迫も行われない。

人工呼吸の際に何か器具を用いる手法は、ギリシャの医師であるガレノスが動物の喉頭から葦の茎を差し込む方法を述べたとされ、16世紀にはベルギーの解剖学者であるヴェサリウスが開胸した動物の気管切開口に葦の茎を挿入し、ふいごにより間欠的に空気を送り込むことで、動物の生存を得たとされる。これはなんと機械的間欠的陽圧換気(IPPV)のはしりである。

『新華外来詞詞典』では、本邦における「人工呼吸」の初出文献として『日本国語大辞典』を引いて1899年の『風俗画報』という一般雑誌を挙げている。Google Scholarで検索すると、1889年の『順天堂医学』の論文が初出である(その「人工呼吸」はシルベスター法である)。『新華外来詞詞典』によると、中国での初出は1904年の『日游筆記』(王景禧)である。

ヴェサリウスの後、気道確保の技術や器具がないため、陽圧換気法は発達しなかったが、18世紀半ばには溺水者の蘇生法として一時普及した。しかし、過度な加圧による肺泡破裂から死亡例が出たために同法は使われなくなった。その後、20世紀前半に胸壁外に陰圧をかける大掛かりな「鉄の肺」が開発され、20世紀半ばのポリオの大流行時にそれらが活躍した。しかし、その後「鉄の肺」が不足したため手術室から麻酔器が持ち出され、代わりに気管内挿管/気管切開+用手的バッグ換気がなされた。その結果、そうした間に合わせによる患者のほうが生存率が高く後遺症も少なかった(諏訪邦夫:人工臓器, 1989; 18(4)1467-73)。その後の「人工呼吸」は陽圧換気法が主流となり、機械も年々小型化している。現在では気管内挿管/気管切開なしでの非侵襲的陽圧換気法(NPPV)からCOVID-19感染重症者で話題になったECMOまで、人工呼吸には多様な方法が用いられる。

以上で、私の2度目の漢字シリーズを終了する。中国の漢字が本邦で新しい「熟語」となって逆輸出されていったのは多くの賢人による努力の賜物である。

福武 敏夫
亀田メディカルセンター 脳神経内科部長



漢字好きな神経内科医が、中国に逆輸出された漢字医学用語の語源を探ります。

ことも容易ではない。本書を活用することで、新規処方による変化に対応できるメリットも大きいだろう。

このように、疾患とリンクした避けるべき薬剤一覧、さらには相互作用を起しやすい薬剤の一覧が頭に入っていることは、多忙な診療の中で効率良

く薬剤を選択する大きな武器になる。現場の第一線で活躍する臨床医の皆さんには、ぜひ本書を手にとって、危険を見抜くベースラインと感度を高めていただきたい。まさに「使える」テキストである。

Web限定 医学界新聞プラス
今すぐ check!
医学書院の話題書、発売前の新刊内容を無料で公開!

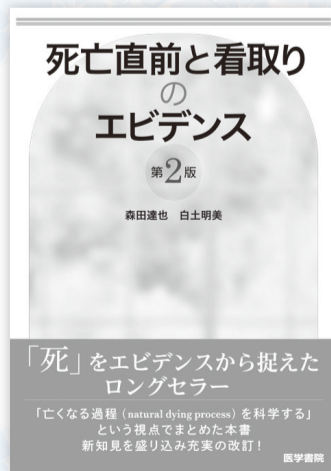
亡くなる過程を科学する

死亡直前と看取りのエビデンス

第2版

森田 達也/白土 明美

「亡くなる過程(natural dying process)を科学する」という視点を国内で初めて提供した書籍の第2版。今改訂では、初版刊行以降の国内外における新たな研究知見をふんだんに盛り込み、著者自身の経験に根差したわかりやすい解説とともに、新たな知見がどのように臨床に役立つのかにも重点が置かれている。「死亡直前と看取り」に携わるすべての医療職者に向けた待望の改訂版、ここに堂々の刊行!



- 目次 第1章 死亡までの過程と病態
- 第2章 死亡前後に生じる苦痛の緩和についてのエビデンス
- 第3章 望ましい看取り方についてのエビデンス



副作用の重症度評価、原因薬の中止や減量、支持療法などの適切な対応をサポート!

がん薬物療法 副作用管理マニュアル

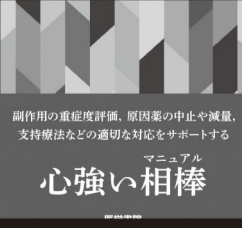
第3版

監修 吉村知哲 田村和夫

がん薬物療法 副作用管理マニュアル

第3版

監修 吉村 知哲 田村 和夫
編纂 川上 和直 松尾 浩一 林 健嗣
大橋 賢真 小笠原健哉



がん薬物療法で直面する有害事象をテーマに、その早期発見、重症度評価、原因薬の中止や減量、支持療法など、臨床で役立つポイントをギュッと凝縮。原因薬と発現割合、好発時期、リスク因子の他、irAEの情報も充実。症状別の各論では「抗がん薬の副作用が疑われた症例」「それ以外の原因が疑われた症例」の2パターンを掲載。総論では新たに「生殖機能(妊孕性)低下」と「外見の変化(アピラランスケア)」の章を立項した。

詳細はこちら



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

看護教員のためのデジタルツール活用法

[Web動画付]

動画で学んでオンライン授業の質向上!

板谷 智也 著

B5・頁136
定価:2,860円(本体2,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05379-2

【評者】真田 弘美
石川県立看護大学長

「教育のDX化はもう耳にタコができるほど聞いていますが、いまだにパワーポイントの録画から進化せず、自身の講義に満足できない教員が多いことか!」今回の評は、まさに今でも講義室で80人以上の学生の前で画一的な授業をしている自身への自責の念を込めて書いています。

COVID-19の流行により、われわれはICTを活用した教育を余儀なくされ、知識もデバイスもそろわない中で大きな課題に直面しながら授業を実践しました。しかし第5類感染症に分類されたことをきっかけに、ほとんどが対面授業に戻ってしまいました。それはなぜでしょうか?われわれのような熟練教師は、基本的にデジタルツールに弱いからでしょうか。あるいは、「対面教育こそが学生の反応を確認でき、個々に最適な教育を提供できる」と神話のように信じているからでしょうか……。

私自身、デジタル教育と対面教育の違いは、その臨場感にあると信じてきましたが、本書はその思い込みを覆してくれました。紹介されたデジタルツールの有効性もさることながら、チュートリアル教育のように傍らに寄り

添ってくれるという感覚、そしてさまざまな動画などの媒体を使って情報を獲得していく合理的かつ自律的な手法が本書には満ちていて、満足度は事前の想像を超えました。

COVID-19流行時、学内演習しかできなかった学生たちのために、当時はオンライン教育の未経験者でありながら、急ピッチで対応を迫られ、試行錯誤しながらデジタルツールを使った教育方法を蓄積してくれたのが、この著者です。本書は、彼だけでなく、学生のために右往左往しながら教材づくりに尽力してくださった若手教育者全体の英知が統合された新教材作成テキストとして、痒いところに手が届くようにノウハウがわかりやすくまとめられています。

本書においては、まずは紙面を先に読むのではなく、それぞれのテーマの映像から見ることをお勧めします。書籍を開いてみると、Zoomやパワーポイントはともかく、それ以外に聞き慣れない方法や機器の名前が出てきます。ですから、実際に説明、活用している動画を先に見て、それから、なぜこれらが教育に効果的なのかをより理解するために紙面を読むと良いでしょう。

デジタルツールが苦手な人から熟達者まで、まず映像から見て学べる良書



看護教育のための自己点検・評価・改善 現場発のカリキュラム・マネジメント

糸賀 暢子, 山口 麻起子, 西岡 加名恵 著

B5・頁388
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05366-2

【評者】藤原 恭子
国立教育政策研究所教育課程研究センター
研究開発部教育課程調査官

「実習は、とっても楽しい」「患者さんが変化していく姿をみることで、やりがいを感じる」と、笑顔で看護を語る学生さんたちの姿に驚愕し、「私もこんなポジティブな看護教育がしたい!」と強く思ったのが15年ほど前。私が、著者の勤務校を初めて訪れた際のことだった。それから、著者たちが手がける学生さん中心の教育活動の過程を追いかけるようになった。自らも「逆向き設計論」やパフォーマンス評価を学び、ひたすら実践と失敗を重ねながら、今に至っている。2017年に刊行された前著『看護教育のためのパフォーマンス評価』に無数の付箋を貼り込み、ボロボロになるまで活用してきた。本書は、著者たちのその後の実践をまとめた統編的な位置付けの成果物として、コロナ禍を経て出版されたものである。私も、多くの看護学校の先生方と同じようにこの出版を心待ちにしていた一人である。

看護教育のめざすべき姿がここにある



勉強し、少しでも良い看護ができるように取り組んでいったこと。また、そうした段階に至る上で、学内で演習として行うパフォーマンス課題への真摯な取り組みがその後の自信につながったことなど、いきいきと話してくれた。何より、学びを共にした仲間からのパフォーマンス課題に対する評価が記された付箋が励みとなったのだと、まるで宝物を見せるかのように各人の成長ポートフォリオも嬉しそうに見せてくれた。これこそ私が願う、学習者が自律した学びに向かう姿勢の現れである。

また、看護師を育てるためには、単に教員一人ひとりの授業改善だけでなく、学校全体のカリキュラム・マネジメントが必要不可欠である。本書には、そうした改革を行う際にも、手順ではなくあくまで看護の本質に対する問いを軸に考えていくプロセスが丁寧に示されている。評価が変われば必然的に授業は変わる。今こそ、看護基礎教育の場においても真に患者の幸せを中心とした授業設計をすべき時が来ていると実感している。その方向性を見いだすきっかけが、本書には多数のエピソードとともに紹介されている。患者に寄り添い、本当の意味で、看護を実践できる看護師を育てたいと願っている先生方の背中を押してくれる心強い一冊である。

私も再び看護を教えることができる日を心待ちにしながら、全国の先生方と共に、「学生にどんな看護をしてほしいのか」「看護とは何か」の問いに対して、しっかり向き合っていきたいと思う。

ページをめくるたびに、自分のこれまでの授業改善のプロセスと重なり、一つひとつの言葉が心に刺さり、まさに自己点検・評価をしながら、どう改善していけばよいかをイメージし、丁寧に読み進めていくことになった。また先日、縁あって著者たちの勤務校を訪問し、卒業を間近に控えた学生3人から話を聞かせてもらった。いざ臨地実習に出るまでは日頃教壇で口うるさい先生たちに反発の思いしかなかったが、実習現場で「看護のプロ」として患者に向き合う姿に感動し、そこから先生の言葉の意味が理解でき、自分で考え、行動できるようになったこと。実習を重ねるごとに患者さんのために

これを私は繰り返しました。そこで感じたのは、デジタルツールの活用方法や注意点の解説と同時に看護教育の方法論までも言及した非常に実践的な書籍であるということです。ですから本書は、初心者から上級者まで幅広い層に対応しますが、特にデジタルツールが苦手な人にもお勧めです。

各章内もレベル別になっていますが、第1章から第6章に進むにしたがって、さらにどんどんレベルが上がっていきます。私は第5章までは自力で使えそうだと思いますが、読者の中には第6章まで使いこなせる方も出て

くるでしょう。学生に貢献できる機器がここまで開発されたことに驚くとともに、この新しい教育に対応するスピード感は、必ずや学生を満足させるに違いないと確信します。

そして、われわれ熟練者が心配しなくても、本書で用いられているようなデジタルツールは、学生が自ら作成し、自立・自律的に学習するのに用いることになるでしょう。これがきっと、著者の考える教育の将来像なのではないかと感じざるを得ません。

●お願い—読者の皆様へ

弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください。

記事内容に関する件

☎(03)3817-5694/FAX(03)3815-7850 「医学界新聞」編集室へ

送付先(住所・所属・宛名)変更および中止

FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務課へ

書籍のお問い合わせ・ご注文

お問い合わせは☎(03)3817-5650/FAX(03)3815-7804 医学書院販売・PR部へ

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。

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

臨床疑問を解決する Point-of-Care 超音波 [Web動画付]

Ultrasound for Primary Care

監訳:上松東宏 名古屋大学大学院医学系研究科
医療の質・患者安全学講座/
豊田地域医療センター 総合診療科
山田 徹 東京医科大学 総合診療科

定価9,350円(本体8,500円+税10%)
A4 頁316 図140・写真443
2024年 ISBN978-4-8157-3105-2

詳しくは

循環は、液体・器・電線の「足し算」である!

血行動態ハンドブック

—Step by Stepで理解する体内循環

編集:永井利幸
北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学
香坂 俊
慶應義塾大学医学部 循環器内科学

定価4,950円(本体4,500円+税10%)
菊判 頁208 図156 2024年
ISBN978-4-8157-3099-4

詳しくは

小児の救急・集中治療における
実臨床の知識を提供する、シリーズ第8弾

小児救命救急・ICUピックアップ

⑧外傷診療

編集:日本小児集中治療研究会
責任編集:井上信明
国立国際医療研究センター
国際医療協力局 人材開発部研修課

定価4,730円(本体4,300円+税10%)
B5 頁248 図97 2024年
ISBN978-4-8157-3104-5

詳しくは

こどもの入院管理ゴールデンルール

笠井 正志, 黒澤 寛史, 上村 克徳 ● 編

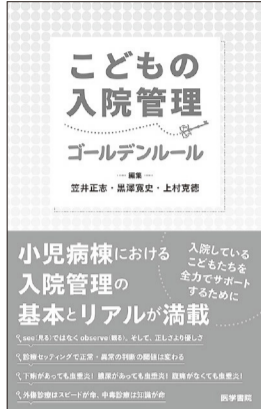
B6変型・頁312
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05078-4

評者 山下 由理子

松戸市立総合医療センター小児科・小児集中治療科

小児科の世界に足を踏み入れた後に、網羅すべき範囲の広さに絶望したことがある人はきっと少なくない。皮膚疾患から先天性心疾患まで、風邪っぴきから最重症患者まで、専門家の力を借りるとはいえども主治医として対峙しなくてはならない。成書を熟読すべきなのはわかっているが、次々に訪れる患者の対応をしながらではとても勉強が追いつかない。すがる思いで白衣のポケットに入れた“あんちょこ本”は助けてくれるはずだ、書いてあるのは初手のみ。その後の“診かた”はローカルルールかフィーリングに任せる。後に上級医に「ちゃんと診なさい」と叱られることになるが、「その“ちゃんと”がわからないのよ？」と心の中で呟いたことがあるのは私だけではないだろう。

真の小児科医になるための奥義が詰まったコーチング書



筋トレを終えた後に、ベッドサイドに向かい診療を開始する。第2章からは具体的に「どう診るか」について記載されている。出合い得る全ての疾患について学ぶことはもちろん不可能だが、「たまたま遭遇するけど知識があやふや」系の疾患が網羅されており、かゆいところに手が届く本である。さらに、本書は診断・治療の情報に加えて、時間経過で何を観察し、留意し、次来る事態に備えて準備すべきなのかに重点を置いているところが特徴的である。コンパクトながら、他書では省かれた、主治医としての奥義を教えてください、

もはや参考書というよりコーチング書なのではないかと思う。第5章では基礎疾患や有している医療デバイスごとの管理方法について、第6章では感染管理について記載されている。どちらも日常診療では必須の知識でありながら、効果的に学ぶ機会が少ない分野であり非常に勉強になる。

本書はすぐに使える tips や経験に裏打ちされた pitfall がふんだんに盛り込まれているが、おそらく読んだだけで診療できるような気にさせることが本書の狙いではない。ゴールデンルールを胸に真摯に診療を続けることで、環境に慣れて表面的に診られるようになった「なんちゃって小児科医」ではなく、どのような環境・疾患であっても責任を持って患児に向き合うことができる「真の小児科医」になれるのではないか。そうなったころには、本書の内容を鵜呑みにするのではなく、あえて疑問を見つけて調べたり、自分たちの施設でどう当てはめるかを議論したりして、小児医療をより一層進化させることができるだろう。それこそが、著者たちの真の狙いかもしれない。

PT・OT・STのためのこれで安心 コミュニケーション実践ガイド 第3版

山口 美和 ● 著

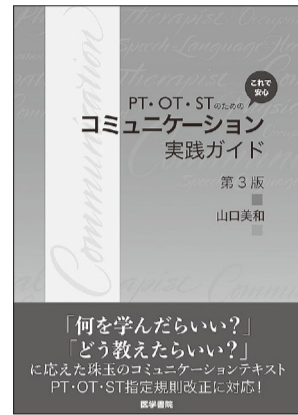
B5・頁304
定価:3,300円(本体3,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05351-8

評者 飯塚 照史

奈良学園大教授・作業療法学

「コミュニケーションは経験によって洗練される」との認識は誤りではないだろう。確かに特別な指導を受けずとも長けた人はいる。しかしだからといって養成教育に携わる者として、実習で指摘を受けた学生に“経験を積んだらできるよ”というのでは状況は変わらない。さまざまな情報に簡単にアクセスできるようになった現代において、正しい情報を正しく伝えることは重要である。ましてや患者中心の医療(医療情報を共有し患者の“個”を尊重する医療)となった医療現場において、正しい情報を共有するためのコミュニケーションの重要性は非常に高いと言っても過言ではない。

学生・新人からベテランまで必携のコミュニケーションの実践書



有し相互理解を目的としたコミュニケーションが成立するための条件を知識として有することは、実践力の向上に資すると言える。一例を示すならば、病的体験に“共感”を示す医師における患者満足度が高いというエビデンスは、コミュニケーションを洗練することにつながるのではないだろうか。すなわち、冒頭で述べたようにコミュニケーションは“経験を積んだらできるよ”ではなく、涵養すべき必須の知識と技術であることに疑いの余地はない。

本書を眺めれば、リハビリテーション関連職種で想定される場面におけるコミュニケーションの知識が網羅され、さらに演習を通して理解が深まるよう構成されている。著者の山口美和氏の信念として“自分も相手も大事にする”という「肯定的相互尊重」は本書の骨格であり、人間愛、倫理観、自律性を柱としてコミュニケーション能力があることを教えてくれる。これに基づいて『学内編』においては自身を理解し、円滑なコミュニケーションの前提となるエッセンスが示され、学生あるいは新人教育に有用な構成となっている。さらに『臨床編』では、マナーや医療面接あるいは疾患の特徴を踏まえたコミュニケーションについて解説されており、現場に身を置くビギナーからベテランにも必携の書となっている。今やコミュニケーションは医療現場にとって重要なキーワードであり、これの洗練化は医療者にとって責務である。本書を手取ることで、その意識が強くなることは間違いない。

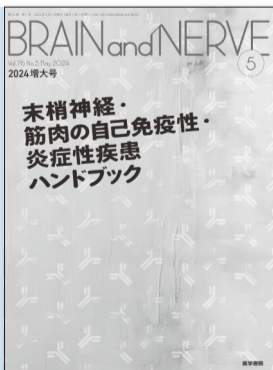
コミュニケーションとは“相手を納得させる”といった会話術に限定されるものではなく、情報を適切に対人あるいは対社会に伝えるプロセスそのものを指す。例えば、「花見」と言えば桜の花の下で宴会をするイメージを持つであろう。しかし、日本を母国としない者は、単に花をじっと見ている姿を想像するかもしれない。つまり、会話は成立するが適切な情報は相手に伝わっておらず、これは前提としての共通理解が欠落していることが一因となっている。同様なことは医療現場でも起こっているものと想像される。脳や脊髄といった中枢神経の損傷に由来する麻痺は一定程度の改善を示すこともあるが、多くの場合は後遺症として残存する。これを背景として持ち合わせる医療者の「麻痺はよくなりますよ」という言葉は、患者は「完治する」ととらえるかもしれない。

以上を踏まえれば、正しい情報を共

雑誌 BRAIN and NERVE のご紹介

- ◆脳・神経を基礎と臨床から追究する、MEDLINE 掲載雑誌
- ◆時宜をとらえたテーマを深く掘り下げる「特集」、最新の動向をキャッチアップする「総説」や連載で神経学、神経科学の知見をわかりやすく紹介
- ◆投稿論文も英語、日本語の両方で募集中

最新号 増刊号 末梢神経・筋肉の自己免疫性・炎症性疾患 ハンドブック



●月刊、増大号1冊を含む年12冊
通常号定価: 3,080円(本体2,800円+税10%)
増大号定価: 6,490円(本体5,900円+税10%)



年間購読なら送料無料で

医学書院

雑誌 臨床泌尿器科のご紹介

- ◆泌尿器科診療にすぐに使えるヒントを集めた「特集」、話題のテーマを掘り下げる「総説」、そして、全国から寄せられた投稿論文を厳選して紹介
- ◆書籍規模の増刊号は、「外来」「処方」「検査」「手術」などを網羅的に解説し好評です!

最新号 増刊号 薬の使い方がすぐわかる 泌尿器科 処方ガイド



●月刊、合併増大号と増刊号を含む年12冊
通常号定価: 3,190円(本体2,900円+税10%)
増刊号定価: 9,020円(本体8,200円+税10%)



年間購読なら送料無料で

医学書院

内科専門医受験に大好評の臨床問題集が
3巻本にパワーアップして新登場!

THE 内科専門医問題集

編集 筒泉 貴彦

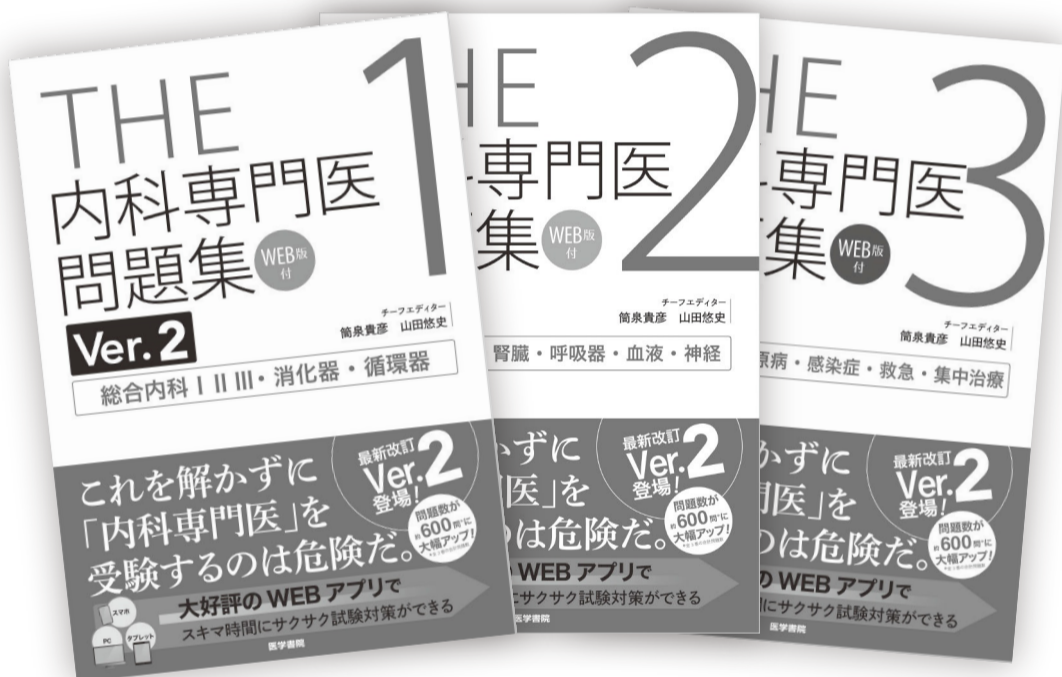
愛仁会高槻病院総合内科

山田 悠史

マウントサイナイ医科大学老年医学・緩和医療科

Ver.2

WEB版付



- ▼ エディターチームが専門医カリキュラムから内科専門医試験必出のトピックを厳選!
- ▼ 日米欧の最新ガイドラインとエビデンスを踏まえ、かつ実臨床に即したコンセンサスにより作成された良質の臨床問題は充実の約600問! (連問形式を含む全3巻の合計)
- ▼ すべての問題は内科系専門医試験に準拠した構成と出題形式により作成!
- ▼ 内科専門医試験全体の約60%を占める臨床問題対策の最強ツール、待望の第2弾

1 総合内科 I II III・消化器・循環器

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

2 内分泌・代謝・腎臓・呼吸器・血液・神経

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

3 アレルギー・膠原病・感染症・救急・集中治療

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



リニューアルして3月開講! 要望に応え最新収載問題数を大幅にUP

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

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