2024年6月11日
第3562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]ジェネラリストであるということ（藤沼康樹,岩浪悟）……1―2面
■[対談]失敗しない臨床留学の進め方（筒泉貴彦,山田悠史）……4―5面
■[座談会]迫る2025年問題――訪問看護が提供し得る価値を問い直す（山田雅子,高砂裕子,平原優美）……6―7面

対談

ジェネラリストであるということ

現代日本のプライマリ・ケア医は，医学的な知識・経験だけではハンドリングの難しい問題に直面することが増えています。そこで本紙では，新刊『「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』（医学書院）にて，複雑困難な健康問題に深くアプローチする“新たな医師像”を提示する藤沼氏，総合病院の救急・総合診療科で働く傍ら，地域のクリニックでの外来診療，在宅医療まで幅広く患者を診る岩浪氏による対談を企画。ジェネラリストとして患者にかかわることの諸相を探りました。

藤沼　僕は医師になってもう40年。今振り返ると最初に出会った指導医が非常にジェネラルな考え方の持ち主で，その影響もあって家庭医療，プライマリ・ケアと呼ばれる領域で活動してきました。岩浪先生はどういった経緯で総合診療を専門とすることになったのですか。

岩浪　初期研修での学びを深めたいと考え，教育で有名な都立多摩総合医療センターの門を叩いたところ，入職後に開設された総合診療科に誘っていただいたためです。総合診療を選んだ背景には，初期研修医の頃に覚えた違和感の影響もあるかもしれません。教科書で学んだ症状，例えば心筋梗塞を臨床で目にした際に沸き立つ同期を横目に，目の前の患者さんは苦しんでいるのに……と乗り切れない自分がいました。

藤沼　学習した医学的知識を患者を通じて確認することへの違和感は，僕も共感するところです。今回の書籍タイトルにも入っている「卓越したジェネラリスト診療」とも関連する話ですが，医学的な知には普遍性があります。例えば心筋梗塞を起こした場合の心電図は，AさんとBさんで基本的に同じだと考えます。だから学んだ知識を目の前の患者に適用できるわけです。しかし，実際に診療を通して患者に向き合う中で，そこにある個別性にもまた気付く瞬間があります。同じ心不全でもAさんとBさんで生活の中での困り事が異なることは当然あり得ます。

「卓越したジェネラリスト診療」は，患者の個別性に寄せた診療ができることを指します。僕はそうした診療がジェネラリストの本道だと考え，そのための方法論の言語化を書籍内で試みました。個別性が特に大事になってくるのは，一見何が問題かわからない未分化な健康問題を抱えた事例，複数次元の問題が複雑に絡み合った困難事例，多疾患併存などの場合です。

私生活に浸み込んでくるジェネラリストという仕事

岩浪　個別性というものを考えたとき，医療者がかかわったことで患者，周囲の人間を含めて何か“いい感じ”になっていると感じることがあります。

藤沼　“いい感じ”，確かにありますね。well-beingとは異なるし対応する英語は思いつかないけれど，いい具合に進んでいるなとの実感はよくわかります。

岩浪　そうした“いい感じ”も含んだ個別の医療に関しては，標準化も言語化もなされず，まだまだ“自分流”で行われている部分が大きいのではないかと感じています。

藤沼　そう思います。医師の資質や性格，価値観といったものが，個別性に寄せた診療にはダイレクトに反映されますから。しかし，言語化しないと人に伝えられないし，知として蓄積することもできないです。個別性の高いケアを，単に「性格の良い先生」に還元したくないですね。

岩浪　一方で，サイエンスとしての医学，普遍的な知は，随分標準化が進みました。現在では多くの医師が研修医の頃から身に付けられるスキルとして定着してきた感があります。

藤沼　EBMのムーヴメントに関しては，福井次矢先生がDavid Sackettの『Clinical Epidemiology』を日本で紹介したのが1980年代の後半で，それ以来ガイドラインの整備を含めた医療の標準化は大きく進みました。その一方で，近年は個別性にもスポットが当たるようになってきた流れかと思います。

岩浪　総合診療以外の分野が“自分流”になりにくいのは，科学的な側面が比較的大きくて，標準化がなされているからです。職業人として，そうした専門性を高めたくなる気持ちも理解できる部分があります。

藤沼　専門医制度はよくできたシステムで，それにのっとって訓練を積むと，いわゆるやぶ医者にはなりにくいんです（笑）。例えば，年々手技が下手になる消化器内視鏡専門医の存在は想定しにくい。ある特定の領域の仕事をエクスクルーシブに行うということは，特定の医学的知を何度も繰り返し適用するということで，毎日の仕事が生涯学習になっているわけです。

岩浪　何でも相談に乗りますよと看板を掲げるジェネラリストはその反対で，非常にインクルーシブな仕事である分，何がやってくるのか予想できない大変さがあります。

藤沼　仕事と私生活を完全に切り離すことが難しいとも言えます。診療にやって来た患者とのコミュニケーションが，医療者である以前の，一個の人間としての自分の人生に影響を及ぼすわけです。それを面白いと思えるかが，ジェネラリストに向いているかどうかの分水嶺なのかもしれません。

岩浪　わかります。自分自身が置かれた状況と同じ地平にある悩みを抱えた人が患者として目の前にやって来て，身につまされることもしばしばです。夫婦問題で悩んでいる方から「先生はそんなことなさらないでしょうけれど，うちの夫はこうなんです」と相談されたときに，「いや，私もそういうときがあります……」と返さざるを得ない場面もありました。臨床で伺う話と自分の生活が容易に接続するといいますか。

藤沼　自身の人間としての時間的蓄積，人生経験のようなものが生きる場

（2面につづく）

今月の新刊書籍　医学書院

医学 看護 リハ
今日の診療プレミアム Vol.34 DVD-ROM for Windows
DVD-ROM　定価：85,800円［本体78,000＋税10%］
［ISBN978-4-260-05622-9］

医学
〈ジェネラリストBOOKS〉総合内科対策本部 これってどうする!?
編集 横江正道
A5　頁372　定価：4,950円［本体4,500＋税10%］
［ISBN978-4-260-05659-5］

医学
医師による医師のためのChatGPT入門 臨床がはかどる魔法のプロンプト
大塚篤司
A5　頁208　定価：3,850円［本体3,500＋税10%］
［ISBN978-4-260-05695-3］

医学
皮膚科手技大全［Web動画付］
編集 大塚篤司
B5　頁208　定価：8,250円［本体7,500＋税10%］
［ISBN978-4-260-05483-6］

医学
乳癌診療ポケットガイド（第3版）
編集 聖路加国際病院ブレストセンター・オンコロジーセンター
責任編集 吉田　敦／扇田　信
編集協力 梶浦由香
B6変型　頁280　定価：4,180円［本体3,800＋税10%］
［ISBN978-4-260-05615-1］

医学
細胞診のベーシックサイエンスと臨床の実際
編集 坂本穆彦
B5　頁264　定価：11,000円［本体10,000＋税10%］
［ISBN978-4-260-05587-1］

医学
こんなときどうする!? 整形外科術後リハビリテーションのすすめかた 第2集
監修 竹林庸雄
編集 三木貴弘／渡邊勇太
B5　頁504　定価：7,150円［本体6,500＋税10%］
［ISBN978-4-260-05369-3］

リハ
臨床検査技師国家試験問題集 解答と解説 2025年版
編集「検査と技術」編集委員会
B5　頁216　定価：3,300円［本体3,000＋税10%］
［ISBN978-4-260-05709-7］

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実践マニュアル
編集 若林秀隆／前田圭介／上島順子／井上達朗
B5　頁208　定価：2,640円［本体2,400＋税10%］
［ISBN978-4-260-05625-0］

医学 看護
小児緩和ケア こどもたちに緩和ケアを届けるために大切にしたいこと
余谷暢之
A5　頁256　定価：2,970円［本体2,700＋税10%］
［ISBN978-4-260-05624-3］

看護
〈シリーズ　ケアをひらく〉安全に狂う方法 アディクションから掴（つか）みとったこと
赤坂真理
A5　頁260　定価：2,200円［本体2,000＋税10%］
［ISBN978-4-260-05693-9］

対談　ジェネラリストであるということ

●ふじぬま・やすき氏

1983年新潟大医学部卒。東京都老人医療センター（当時），生協浮間診療所所長などを経て，2006年より現職。15〜17年千葉大大学院専門職連携教育研究センター特任講師。専門は家庭医療学，医学教育。近著に『「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』（医学書院）。

●いわなみ・さとる氏

2014年山梨大医学部卒。16年社会医療法人社団順江会江東病院にて初期臨床研修を行う。東京都立多摩総合医療センター内科後期研修プログラムを修了後，20年より現職。その他，武蔵国分寺公園クリニック，ファミリーケアクリニック吉祥寺，吉祥寺南病院と地域の一次，二次，三次医療機関で勤務し，地域を縦断した働き方をめざしている。

（1面よりつづく）

面もままありますね。定年退職した夫が自宅に長時間いることで夫婦関係が悪化することはライフサイクル論上普遍的な現象として指摘されていますが，「しがみついてでも仕事をしたほうが良いです」なんてアドバイスは，若い医師だとしづらいでしょうから。

　でも，先ほどの例で，自分も例外ではないと岩浪先生が謙虚に話している間に，患者がじっと話を聞いているだけかというと実はそうではなくて，患者の中では無意識下にリフレクションのサイクルが回っていて，自分なりの気付きを得ているものです。医師が患者の話を謙虚に聞いて，そこから学んだり自分の話をしたりすること自体にヒーリング効果があるのではと僕は思います。医師側の年齢に関係なく実践可能な，ポジティブなかかわりです。

岩浪　案外役に立てていたのでしょうか。

藤沼　すぐに診断推論を発動するのではなく，ひとまず行う通り一遍の質問や身体診察をDonner-Banzhoffは“triggered routine（トリガー・ルーチン）”と呼びますが，そのプロセスの中で，患者自身の自分の状態に関するリフレクションが進むと僕は考えています。それに似た作用があったのではないでしょうか。

ごく普通の日常を繰り返すことが大切

岩浪　いま話題に挙がったライフサイクル論に関連して，藤沼先生が講義でおっしゃっていた「80歳代以降の人生ステージにおいては，同じ日常を繰り返すことに価値が出てくる」という話が印象的でした。

藤沼　今回の書籍でも，複雑困難事例に取り組み始める最初の一歩として，患者が毎日“ルーチン”として行っていることを探り出しましょうという提案をしています。

岩波　何か根拠となる研究があるのですか。

藤沼　人生の先行きが短くなった悪性腫瘍患者を対象に，生活の中で何を大切にしているのかをインタビュー調査した総合診療医による博士論文があります〔Health（London）．2010［PMID：20164165］〕。その医師が調査開始前に想定していたのは，最期にやっておきたいことを実現するといった回答でした。しかし蓋を開けてみると，彼らが一番大切にしていたのは，朝起きてパン屋に赴いてパンを買うことなど，ごく普通の日常だったのです。

岩浪　オーディナリーライフが大事だとの結論に至ったわけですね。そうしたルーチンを継続できるよう支えることが医療者の役割と言えそうです。

藤沼　ここのところ僕が診ていて最も印象に残っているのは，90歳代で単身生活をされている患者さんです。少し動くのも大変な体の状態にもかかわらず，僕が往診すると毎回必ず玄関先まで送迎をしてくれるんですね。つらそうだし無理をしなくていいですよとお伝えしたところ，「先は長くないけれど，自分の体を使い切って死ぬことを目標にしている」と話してくれました。それを聞いて，なるほどそういう考え方があるのかと得心しました。最期は状態の予測も難しい中ご本人の希望もあり自宅で亡くなったのですが，おそらく毎日の生活の中で自分の体を使い切りたいということだったのでしょう。

岩浪　実存的なテーマですね。

藤沼　そうです。医師は診療を通して，実存的な問題に関する質問を受けることがよくあります。その際に，どういう価値観をもって対応するのか。そうした相談業務を僕は「普通の相談」と呼んでいます。これは患者の個別性とも密接に結びついていて，僕としては「普通の相談」についてカンファレンスを行いたいくらいです。

岩浪　そういうカンファレンスはあまり行われないですよね。

藤沼　若い先生だとコミュニケーション能力で丸め込もうとすることもありますね。「そうお考えなんですね」とか言いながら上手に丸めて帰してしまう，といった対応。

岩浪　私はまさにその類でした。師である名郷直樹先生から「そうやってまとめようとするのがよくない」と何度も叱られたことが，臨床医としての原体験にあります。

藤沼　良い話ですね。「普通の相談」に対応することは，医師がヒーラーになることにつながると考えています。地域や共同体の中にあるヒールのリソースは特に都市部では徐々に減っていますから，医師がヒーラーとしての役割を担うにはどうすればいいのか，ヒーラーである医師をいかに養成できるのかに，個人的に強く関心を引かれます。

症状をコミュニケーションツールにヒーリングへとつなげる

岩浪　ヒーラーとしての医師，重要な観点だと思います。何かふと困ることがあったときに，気軽に相談できる場所が身近には案外なくて，その役割を医療機関が担っている側面があるのではないでしょうか。

藤沼　健康問題ではないかもしれないが少しつらくて……とやって来る患者をプライマリ・ケアではよく見かけます。本当に多種多様な相談が持ち込まれるのです。

岩浪　医療機関で診るには医療化する必要があるから，何かしら症状がなければならない。逆に言うと，症状さえあれば医療機関にかかれます。

藤沼　おっしゃる通りで，症状はコミュニケーションツールなのですよね。膝が痛くて注射してほしいとやって来た患者の目的が全く別のところにある，といったことも当然あり得ます。もちろん診断をつけて医学的対応をするわけですが，医療機関にかかった理由が別のところにあるならば，話を聞いてこそヒーリングにつなげることができます。

岩浪　救急にもそうした側面があると思います。生活問題と考えられる例がいくらでも持ち込まれる。ですから，そうしたケースへの対応に悩む医師は少なくないはずです。

　私自身が対応に悩んだケースについて相談させてください。年に1回程度Japan Coma Scale 3桁の混迷状態になって救急搬送されてくる60歳代の男性です。私が当直で担当したのでCTを撮ったり腰椎穿刺をしたりしたものの，大きな問題はありませんでした。院内にいるうちに状態が良くなってきたので少し話をしてみましたがその時はなかなか打ち解けられず，後日改めてお話を聞いたところ，若年性アルツハイマー病を患った妻がいて，彼女が夜中に歩き回るのが心配で眠れず，医療機関にかかると睡眠薬を処方されるけれども妻を見れなくなるから服用はできないとのことでした。妻を預けられる場所もほとんどなく，先の見通しを立てるのが難しかったです。

藤沼　興味深い事例ですが，若年性アルツハイマー病という部分に引っ掛かりを感じました。通常のアルツハイマー病に比べて，介護者の実存的懸念が大きいためです。わかりやすい例として渡辺謙主演の映画『明日の記憶』が挙げられますが，疾患当事者も世界の見え方が変容することで苦しみますし，それを傍で見ている介護者もまた苦しむわけです。僕なら病初期の話，診断が下される前後の話を聞くかもしれません。すごく大変だったんじゃないですかって。

岩浪　実際に大変だったのでしょうね。

藤沼　そう思います。

岩浪　今でも月に一度来院されて，「月に一回先生に会うのが楽しみなんです。もう一月頑張れます」と言ってくれるのですが，ただ話を聞いて，楽しみだなんて言ってもらってありがとうございますと伝えて，それくらいなんです。何もできていないといいますか。

藤沼　でも，ヒーラーってそれくらいのことなのではないでしょうか。話を聞いてくれる場所が他にないのだと思いますよ。医療者が一対一で話を聞いてくれているという状況は，目の前の一人の人間が自分にだけ集中してくれていることを意味します。他のことを考えながら話を聞いているのではなくて，自分に集中してくれている。マインドフルネスでいうところのプレゼンスですね。「今・ここ」を共有している状態が，ヒーリングとして大きな意味を持つわけです。

岩浪　患者さんとしては，普段の生活では常に妻の存在があって，自分の時間も自分だけの時間ではないのだと思います。真に自分の時間を持つことが難しい。

藤沼　こうした例で僕が他に気を付けるのは，病気を患っていたとしても，妻がいてくれて良いことが絶対にあるはずだとの前提に立つことです。ちょっと普通とは異なる介護者―被介護者関係があったら，「奥さんのことを愛していますか」と聞いてみると，患者はたいていその話に乗ってきます。「まあ，昔はね」なんて言いつつ，こちらが「奥さんがいてくれて何か良いことってあるんですか」など尋ねてみると，「やっぱり安心するよね」と返ってきたり。妻・夫がそこにいること自体がおそらくルーチンになっているのですね。介護も双方向的なものなので，被介護者から与えられているものもあることに，リフレクティブに気付くことができるはずです。「普通の相談」の中で，そうしたリフレクションを促せるといいのかもしれません。

＊

藤沼　医療者と患者が，よくわからない症状についてあれこれ話す中で，互いがとりあえず納得できる落としどころを見つける，意味を立ち上げる作業が進行していきます。センスメイキングと言って，ある一定の解釈を与えてしまうのですね。いわゆる医学的診断ではありませんが，医療的でないアプローチにおいて，極めて重要だと僕は考えています。

岩浪　問題を問題化しないアプローチ，問題解決しようとしないアプローチでなければうまく取り扱えない問題があると，最近はよく考えます。そうしたアプローチは必要であるだろうと思う一方で難しいとも感じていたので，本日はたくさんの有益なヒントをいただけました。（了）

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

卓越したジェネラリスト診療入門
複雑困難な時代を生き抜く臨床医のメソッド

藤沼 康樹
医療福祉生協連 家庭医療学開発センター

詳細はこちら

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

目次

第Ⅰ章　プライマリ・ケア外来の一般要件
「臨床診断」の技芸／「外来診療」を構造化する／「家族」を診る方法／外来診療におけるクリニカル・スキルズ／プライマリ・ケアにおける「治療学」

第Ⅱ章　卓越したジェネラリスト診療の実践
なぜ「卓越した」ジェネラリスト診療か／医学的治療が問題解決にならない場合：「病い」へのアプローチ／「患者中心」の診断推論「複雑困難事例」へのアプローチ／「マルチモビディティ」へのアプローチ／「下降期慢性疾患」へのアプローチ／診察室から地域への“水路”としての「社会的処方」／プライマリ・ケアにおける「回復」の構造

第Ⅲ章　卓越性を支える「チーム」と「教育」
地域医療における「チームワーク」／「振り返り（省察）」と実践をつなぐ方法／ジェネラリストの教育・生涯学習

おわりに
これからのジェネラリスト診療

●A5　頁296　2024年　定価：4,400円（本体4,000円＋税10%）［ISBN978-4-260-05354-9］　医学書院

糖尿病診療のプライマリ・ケア 今，求められる役割とは

interview **岩岡 秀明氏**（鎗田病院糖尿病・内分泌内科 部長）**に聞く**

●いわおか・ひであき氏
1981年千葉大医学部卒。千葉大病院第二内科（当時），成田赤十字病院内科，船橋市立医療センター代謝内科などを経て，2023年より現職。日本糖尿病学会専門医・研修指導医，日本内分泌学会専門医，日本内科学会総合内科専門医。著書に『糖尿病・内分泌疾患の常識＆非常識』（医学書院）ほか多数。

プライマリ・ケア領域において糖尿病は頻回に遭遇する疾患である。近年は新薬の増加を背景に治療の選択肢が広がっており，患者ごとに最適な選択を見極めるには情報のアップデートがますます欠かせなくなっている。生活習慣の改善から薬物療法の実践までを幅広く，長期的に管理していかなくてはならない糖尿病診療において，非専門医がおさえておくべきポイントを『糖尿病・内分泌疾患の常識＆非常識』（医学書院）にまとめた岩岡氏に話を聞いた。

治療薬の多様化がもたらした糖尿病診療の進歩

――岩岡先生のキャリア初期から現在まで，糖尿病の治療はどのように変わってきたのでしょうか。

岩岡　私が初期研修医だった1980年代半ばはヒトインスリン製剤が認可されたばかりでした。それまではウシ由来のインスリン製剤が主に使用され，経口薬の選択肢はスルホニル尿素薬（以下，SU薬）しかありませんでした。とにかく血糖値が下がればそれでいいと考えられており，糖尿病診療全体の黎明期だったと言えます。

その後，α-グルコシダーゼ阻害薬やグリニド薬，DPP-4阻害薬など，次々に新しい薬が出てきました。現在はGLP-1受容体作動薬とSGLT2阻害薬の2つが大きな存在感を放つ時代です。治療薬の多様化によりインスリンの分泌促進やインスリン抵抗性の改善がさまざまなかたちで可能になっただけでなく，インスリン以外のアプローチによって血糖の改善が図れるようにもなりました。薬物療法が進歩したおかげで，糖尿病を治せるとまでは言えずとも悪化させずに管理することが可能になり，患者の平均寿命も糖尿病を持たない場合とほとんど変わらない時代になってきた[1]ことは非常に感慨深いです。

一方で，患者の状態とそれに応じた治療法の組み合わせは無数にありますから，糖尿病の専門医でなければ判断に迷ってしまうケースも出てきています。

――プライマリ・ケアの現場において糖尿病は頻繁に出合う疾患です。日常診療ではどのようなことを心がけるべきなのでしょう。

岩岡　「低血糖を起こさない」「体重を増やさない」「心血管イベントを抑える」という治療薬選択時の三大条件を踏まえ，年齢や体重，血糖値の状態を含め患者の状態を丁寧に分析し，慎重に検討することです。血糖値を下げるためにとりあえずSU薬を処方する医師もいますが，副作用で低血糖に陥ることもあり，服薬自体に恐怖感を抱いた患者が治療をドロップアウトしてしまう可能性もあります。

糖尿病は患者数が非常に多く，専門医が全ての患者を診ることは現実的ではありません。プライマリ・ケア医がこうしたポイントを押さえて診療できると重篤な症状の発生や急変に至るリスクは大幅に下がりますから，専門医はマネジメントが難しい症例に注力しやすくなります。

全身感染症，糖尿病性ケトアシドーシス，高浸透圧高血糖状態	救急科 and/or 糖尿病専門医 and/or 感染症科に全例紹介
1型糖尿病疑い	糖尿病専門医に原則全例紹介（緩徐進行1型なら不要な場合もあり）
治療入院が必要	自院で不可能な場合は紹介
インスリン4回注射の導入	自院で不可能な場合は紹介
妊娠希望者および妊婦	糖尿病内科，産婦人科，眼科，小児科の全てがそろっている病院に紹介

●図　糖尿病専門医・救急科への紹介ポイント（『糖尿病・内分泌疾患の常識＆非常識』96頁をもとに作成）

自院での対応が難しければ躊躇せずにコンサルトを

――専門医への紹介を検討する際のポイントについて教えてください。

岩岡　各プライマリ・ケア医の糖尿病診療への習熟度でも異なりますが，患者の血糖値や全身状態を踏まえ，自院での対応が難しいと判断した際はすぐに専門医につなぐことが重要です。書籍『糖尿病・内分泌疾患の常識＆非常識』では専門医への紹介に関するポイントをまとめています（**図**）。

――さまざまなケースでコンサルトが必要になるのですね。

岩岡　はい。緊急の治療・入院が求められるような場合はもちろんですが，1型糖尿病が疑われる患者もまずは全例紹介すべきです。また，治療を継続する中で経口薬からインスリン製剤への切り替えが必要になった患者についても，自院でインスリン導入を行っていないのであれば専門医に紹介する必要があります。コンサルトを躊躇して経口薬での治療を継続した結果，糖尿病の状態が悪化するということがあってはなりませんからね。

疾患状態，処方を総合的に管理する

――2019年の「国民健康・栄養調査」によると，「糖尿病を強く疑われる者」の割合は70歳以上では20％を超えていることが明らかになりました。糖尿病患者の高齢化に伴う問題について教えてください。

岩岡　大きなトピックとして，高齢者においては糖尿病だけでなく脳卒中や腎機能低下，認知症などさまざまな疾患や身体機能の低下が併存するマルチモビディティの問題があります。そうした患者は複数の医療機関に通院していることが多く，ポリファーマシーの問題を抱えがちです。処方薬が多すぎることで健康上のリスクが生じるのはもちろん，経済面でもデメリットが大きいです。これらの問題は個々の診療科ではなかなか解決しづらいでしょう。

――今後はどのようなことが求められてくるのでしょうか。

岩岡　マルチモビディティについては介入する疾患に優先順位をつけて中長期的な治療プランを立てなくてはなりませんし，通院先を見直したり，薬を整理したりすることでポリファーマシー状態を改善する必要があります。治療を進める中では糖尿病の専門医にコンサルトすべきケースも出てくると思いますが，専門医による治療が終われば再びプライマリ・ケア医が診療する，といった診療連携の形もあり得るでしょう。糖尿病との付き合いは長期間にわたります。基本的には通い慣れた医師に一元的に診てもらえることが，患者の安心感や総合的なメリットにつながるはずです。すなわち，患者の持つ疾患や使用する薬をプライマリ・ケアの段階で医師が総合的に管理することの重要性が今後はますます高まっていくでしょう。

＊

岩岡　糖尿病は国内患者数が予備軍も合わせると約2000万人と推定されており，日本人の国民病とも言える疾患です。治療方法は多岐にわたり，長期的な治療・管理を要する慢性疾患でもあることから，診療に難しさを感じる医療者も少なくないと思います。しかし見方を変えれば，治療だけでなく生活のアドバイザーとしてもコミットできるという意味で，プライマリ・ケアが果たす役割は非常に重要で，やりがいも大きいはずです。もちろん，必要に応じて専門医と適切に連携することもプライマリ・ケアの大切な役目です。

このたび出版した『糖尿病・内分泌疾患の常識＆非常識』では日常診療の中で生じる疑問や困りごとを解決するためのポイントをまとめています。医師に限らずあらゆるメディカルスタッフの皆さんに参考にしていただければ幸いです。（了）

●参考文献

1）日本糖尿病学会「糖尿病の死因に関する委員会」．アンケート調査による日本人糖尿病の死因――2011～2020年の10年間，68,555名での検討．糖尿病．2024；67（2）：106-128.

医学書院
ジェネラリストBOOKS
糖尿病・内分泌疾患の常識＆非常識
著 岩岡 秀明／中山 久仁子
●A5　2024年　頁260　定価：4,180円（本体3,800円＋税10％）［ISBN978-4-260-05479-9］
詳細はこちら▼

糖尿病・代謝・内分泌疾患の
あんな疑問＆こんな疑問、岩岡先生に聞いてみよう！

糖尿病・代謝・内分泌疾患の診療情報，的確にアップデートできていますか？ 昔の常識のままでは，あっという間に非常識な診療になっているかもしれません。糖尿病，高尿酸血症，内分泌疾患（甲状腺疾患，副腎疾患，骨粗鬆症，SIADH，高カルシウム血症）の最新情報と，現在の常識＆非常識をわかりやすくまとめました。ジェネラリストのさまざまな疑問，岩岡先生に聞いてみよう！

目次
第1章　代謝疾患編
●糖尿病
●高尿酸血症・痛風
第2章　内分泌疾患編
●甲状腺疾患
●副腎疾患
●骨粗鬆症
●比較的まれだが重要な内分泌疾患

for Residents

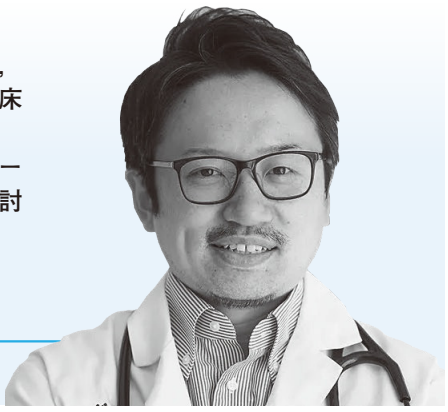
対談 失敗しない臨床留学の進め方

臨床留学は医師としてのキャリアだけでなく，人としての成長にもつながります。一方で，留学先での働き方や，現地での生活になじめず挫折してしまう人も少なくありません。臨床留学を実りあるものにできる人とそうでない人の違いはどこにあるのでしょうか。

多くの留学生を輩出し自らも米ハワイ大学に留学した経験を持つ筒泉氏と，米ニューヨーク市・マウントサイナイ医科大学で臨床に従事する山田氏の対談を通じて，臨床留学を検討する際に求められる心構えを考えました。

筒泉 貴彦氏
高槻病院総合内科 主任部長

山田 悠史氏
米マウントサイナイ医科大学
アシスタント・プロフェッサー



筒泉　大学6年生のときに神戸大学が設けていた1か月間の短期留学プログラムでハワイを訪れたことが臨床留学を志したきっかけです。ニューヨークやタイも留学先の候補としてありましたが，ミーハーだった私はハワイを選びました。そこで医学教育や臨床で行われる医療の質の高さを目の当たりにして，ここで内科医としての研鑽を積みたいとの思いを抱きました。その短期留学プログラムを終えた後，USMLE（米国の医師国家試験）の勉強と，日本の研修医としての努力を並行して行い，卒後6年目からハワイ大学の内科研修プログラム（UHIMRP）のレジデントとして臨床留学することができました（**写真1**）。

山田　私は医学部に入学してから，医師になること以外で何かをやり遂げたいと考え，USMLEの対策本と『六法全書』を買って，米国の医師免許か，弁護士資格のどちらかにチャレンジしようとしていました。勉強を進めていたところ，自分は医学が好きだと改めて自覚したことから米国医師免許の取得に舵を切りました。

臨床留学は成長するための一つの選択肢

筒泉　山田先生は大学在学時からUSMLEの勉強をされていましたが，渡米したのは卒後7年目でしたね。

山田　とんとん拍子で行けば卒後2，3年目から臨床留学できそうですが，研修医としての生活自体が楽しく充実していたので留学への興味がいったん薄れました。臨床留学を再び考えるようになったのは後期研修中です。それまで面白いように医師としての飛躍的な成長を感じて充実感を抱いていたものの，徐々に陰りが見えてきました。そうした時に大学院へ進学し博士号を取得する人もいますが，私は学生時代にUSMLEのステップ1を取得していたこともあり，初心に帰って臨床留学について考えるようになりました。ちょうどそのタイミングで藤谷茂樹先生（聖マリアンナ医大）に出会い，「USMLEを取っているのに渡米しないなんてもったいない」と情熱を持って声を掛けられ，背中を押される形で，当時練馬光が丘病院総合内科のプログラムディレクターを務められていた筒泉先生の下で2年間トレーニングを積んで留学に至りました。タイミングや人との出会いが私を米国に導いたのです。

筒泉　私と出会う前から山田先生は総合診療に軸足を置かれていました。総合診療を学ぶことも米国留学のモチベーションだったのでしょうか。

山田　はい。今でこそ多くの病院に総合診療科が立ち上げられましたが，私が初期研修医の頃はほとんどありませんでした。総合診療のスキルを伸ばしながら自らのキャリアパスを歩もうと思ったときに，総合診療が分野として成り立っている米国で学ぶことは自分のビジョンと合致していました。

筒泉　山田先生は臨床留学を自らの成長に生かせていると思います。もちろん日本国内だけでも成長できる機会はたくさんあります。一概に米国と日本どちらが良いかという話ではありませんが，自分のやりたいことと，それを提供してくれる環境とのマッチングが重要なのであり，それが国内であっても，どこの国でも良いと思います。私の友人である心臓血管外科医のうち何人かは，オーストラリアやタイに武者修行として留学しています。加えて，医学部に入学してすぐに米国医師免許や弁護士資格のための勉強をしようなんて普通は思わない中でプラスアルファを求めてきた山田先生にとっては，努力している人のほうがより報われる環境も向いていたのだと思います。日本の組織はどうしても年功序列や平等性を意識するところがあるので，高みをめざして何かスペシャルなことをしたい人には，海外の環境は合っています。山田先生は今も米国で過ごされていて，環境としてはどうですか。

山田　診療科や働く地域によっても変わりますので，全てを反映した言葉にはならないものの，異動したり帰国したりする理由が何も見つけられないほど今の病院に満足しています（**写真2**）。日本では2024年から始動した働き方改革の面でも米国は先進的で，医師が守られている点が大きな違いかと思います。

筒泉　私も留学によって20〜30年前に米国の働き方改革を見ていて，日本の働き方改革を考えるに当たっての道標をいただきました。また，日本と米国それぞれの研修医を経験して，井の中の蛙とならず世界という大海を知ることができたように思います。同じ病気を見ているはずなのに重症度分類も，治療指針とそこに至った根拠の考え方も全部がとにかく違って，それを直に学べたことで医師としての視野が広がりました。昨今はインターネットで日本との違いは調べられますが，実際に体験するのとでは理解度が異なります。

留学による成長は生活面でも実感しました。自分と肌の色，国籍，宗教，言語が違う人たちとかかわるというのは，日本語ネイティブで容姿も似通った人が大半を占める日本での生活と全く異なります。家族とも異なる環境での生活をお互いに頑張っていこうとラポールも深まりましたし，自分の人生の中でスペシャルな期間となりました。

山田　私も医師としての成長と，人間としての成長の両方を感じています。ニューヨークは世界でも有数の多言語・多国籍の都市なので，時に英語ですら使いものにならないこともありました。診療では6言語の通訳を使う日もあり，時間もかかるため大変ですが，学びもすごく大きいです。これまでの人生でいろんなことを知った気になっていましたが，何も知らなかったのだと日々思い知らされています。痛みは伴いますが，異国での経験に自分の人間的な器を大きくしてもらったり，懐を深めてもらったりと，成長の機会を与えてもらっているような気がしています。

モチベーションとビジョンの有無が成功への分かれ道

山田　かつての私がそうだったように，臨床留学の準備のために筒泉先生の下を訪れた方は何人もいたはずです。そうしたご経験から，留学を実りあるものにできる人，そうでない人とさまざまなケースを見ていると思います。一緒に医師として仕事して，生活をして見えてくる傾向の違いを感じられたことはありますか。

筒泉　何が何でもやり切るという胆力と覚悟，何をしないといけないのかを冷静に分析する力が，成功と失敗の分かれ目かなと思います。どこかで「もういいや」と手を抜いてしまったり，自分のスタイルに固執してしまったりする人には，うまくいかない傾向が見

●写真1　米ハワイ大留学時の同期との集合写真。上段右から2人目が筒泉氏。

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！

THE 内科専門医問題集 Ver.2 WEB版付

チーフエディター 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

1 総合内科Ⅰ Ⅱ Ⅲ・消化器・循環器　B5　頁416　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416　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　頁416　定価：7,480円（本体6,800円＋税10%）[ISBN 978-4-260-05097-5]

▼オンラインでトータルで学びたい方は▼
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
要望に応え最新収載問題数を大幅にUP
◀こちらにアクセス！
医学書院　WEB内科塾
https://www.igaku-shoin.co.jp/webnaikajuku
医学書院

られます。極論，自分のスタイルを悔しくても曲げられる覚悟がないと独りよがりになってしまう危険性がある。勘違いしてならないのは，海外の臨床留学プログラムが，「喜んで来てください」というスタンスではないことです。最低限，各施設が求める基準を満たさなければなりません。その基準を満たすために前述した能力が必要になるのだと思います。

山田　同感です。米国で常勤医師になって以降すごく感じるのは，常に360度から評価され続けるプレッシャーに打ち勝たなければならないことです。1年間で診た患者数，自分が上げた売り上げ，教えた研修医の数とその研修医たちからの評価，発表した論文数，全てが細かく点数化されて位置付けが決められます。精神的なタフさもなければなかなか生き抜けません。そういう意味でも，事前の臨床留学に対するモチベーションや覚悟の違いは，留学後の成功にも結び付くのかなと思います。

筒泉　山田先生を含めて留学を希望する方にたくさん会ってきて，留学してからのビジョンを持っている人はうまく行っているように思います。一方で，留学することがゴールになっていて，米国留学をステータスとして，それ自体が日本で医師をしているよりも上位のスペックだと勘違いしている人も少なからずいて，彼らの多くは留学してもうまくいっていないように見えます。臨床留学はかなり大変です。海外の医師免許を取得すること，異なる国で医師として生き残ることだけでなく，家族も含めて今ある環境を日本に置いて行くのは大きなストレスになります。そうしたストレスを乗り越えるには，相応のモチベーションと緻密なビジョンが求められます。

山田　それ以上賛同できないぐらい首を縦に振って聞いてしまいました。まさに，憧れだけではやっていけません。準備の大変さもさることながら，留学してからの理想と現実とのギャップや生活面での苦労に打ち勝たなければならないからです。そうした苦労を乗り越えられず，帰国してしまう方も実際にいらっしゃいます。

筒泉　確固たるモチベーションとビジョンを持っている人は，たとえ走り出しが良くなくても絶え間なく成長しています。童話『うさぎとかめ』のように，スペックがどれだけ高くてもモチベーションが維持できなくなると途中で失敗してしまう。臨床留学は成長するための手段であってゴールではない。自分にとっての適切な成長への道筋を描けているかが，臨床留学の成功に向けて一番大切なことだと思っています。

人生の転機となる偶然の出会いは「場所がつくる」

筒泉　ただ，山田先生をはじめとする臨床留学を経験した優秀な医師に憧れ，モチベーションやビジョンを持たずとりあえず留学しようと考えてしまう人がいるのもまた事実です。憧れの対象とされる彼らの能力は，必ずしも留学だけで培われたわけではないことをどう伝えれば良いのか。臨床留学の先輩という立場で，うまくいかなくなる人を見るのは忍びなく，いかに彼らを導くべきか日々悩んでいます。

山田　確固たるモチベーションやビジョンが，留学前に必ずしも見つかっていなくても良いのかなと思うようにもなりました。筒泉先生のお話と，先ほど私が話した「憧れだけでは留学できない」との話と矛盾してしまいますが，慎重に道を選ぶだけでなく留学に興味を持ったらチャレンジしてもらいたいですし，私も応援したいという気持ちを持ちました。

筒泉　気持ちに変化があった出来事などがあるのでしょうか。

山田　卒後早くして，ビジョンもなくとりあえずのように留学され，途中で帰国してしまう人を見る一方で，米国に来たからこそ本当にやりたいことが見つかったという人も少なくないからです。人や物事との出会いはオンライン上でもできますが，そのほとんどが計画的なものです。人生の転機となる偶然の出会いは「場所がつくる」ものだというのを，これまでの人生を振り返って感じています。日本で生活して，自分がやりたいことに出会えなくても，場所を変えれば人生をも大きく変えることがあり得るはずです。

筒泉　なるほど。私は今，「留学を応援している人に失敗してほしくない」との思いからかなり慎重に準備を手伝っておりその立場上，保守的になってきていますが，自身を振り返ってみればハワイと聞いて行ってみたかっただけの若造だったので，「おまえこそ計画性がないじゃないか」と言われたら何も言い返せません。自分の夢というのは諦めてはならず，その夢に対して情熱が先にきてビジョンが足りてない人の中には，確かにニューヨークなど海外の風を感じて，本当にやりたいことを見つけることで急激な成長を遂げるタイプの人もいると思います。だからこそ，そういう人を大切にしたいし，たとえ今の試験結果が悪いからといって留学を止めるようなことは簡単にしてはいけませんね。

チャレンジしてみようと思った人は選ばれし人

山田　失敗しないためにはモチベーションやビジョンが大切なことが一面では真実である一方，失敗しても大丈夫というマインドでも良いのではないでしょうか。「失敗しないように」と思ってしまうと，チャレンジできなくなる。それで留学を諦めてしまうのはもったいない。興味があって留学しようと思ったら，ぜひチャレンジをしてほしいと思いますし，私が藤谷先生や筒泉先生に出会ったようにサポートしてくれる人は探せば周りに数多くいるはずです。

米国の例になりますが，キャリア形成は失敗を前提とした仕組みがあります。周りの同僚に話を聞くと，必ずと言ってよいほどどこかで失敗しているものの，その後に良いポジションや成功をつかんでいます。失敗しても成功をつかんだ人が周りに多くいるからこそ，みんなチャレンジできる。「失敗を恐れて何かをしない人」よりも，「失敗するかもしれないけどチャレンジする人」を後押しする，そういう環境が米国にはあります。とにかく動かないと何も始まらない。興味があってチャレンジしてみようと思った人は，それだけである意味選ばれし人なので，失敗しても良いからチャレンジしてみようと飛び込んでもらいたいです。

筒泉　今の山田先生のお話は，非常に本質を突いていると思います。私の人生も失敗だらけですが，そこから得られたこともたくさんあるので，私は失敗することが全然怖くないです。失敗はみんな嫌なものですが，大切なのは致命的な失敗をしないようにすること。そのために，自分をサポートしてくれる味方を作ってほしいです。臨床留学は一人で成し遂げることが難しいプロジェクトなので，サポートしてくれる人の存在が欠かせません。あなたのことをサポートしようと思ってもらうためにも，なぜ留学をしたいのか，相応のリソースを投下するだけの価値があるのか，本当にやる気があるのかといった自身の留学に対する気持ちを整理して，人に伝えられるようになることが必要だと思います。サポートを得られるかどうかの分かれ道になりますから。まずは自分の気持ちを整え，他人にしっかり伝えてサポートを受けながら進められると，難易度は高いけれども，自らを成長させられる良い機会になると思います。本気でチャレンジしてみてください。　（了）

●つつみ・たかひこ氏
2004年神戸大医学部卒，同大病院にて初期研修。淀川キリスト教病院，神戸大病院での後期研修を経て，09年より米ハワイ大内科レジデントプログラムで留学。12年に帰国後，練馬光が丘病院にてプログラムディレクターとして総合診療科の立ち上げ，15年には明石医療センターの総合内科の立ち上げに従事する。17年より現職。総合内科専門医，米国内科専門医，米国内科学会上級委員。編著に『THE内科専門医問題集』シリーズ（医学書院）ほか。

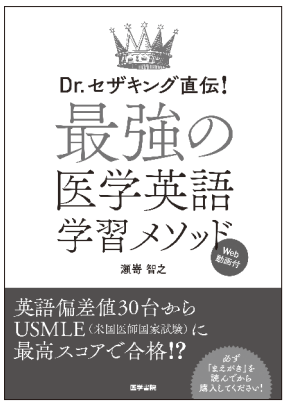
●やまだ・ゆうじ氏
2008年慶大医学部卒。東京医歯大病院にて初期研修修了。川崎市立川崎病院総合内科，練馬光が丘病院総合診療科を経て15年に渡米。米マウントサイナイベスイスラエル病院にて内科レジデントとして勤務する。18年埼玉医大病院総合診療内科の助教として帰国した後，20年に再度渡米し現職。総合内科専門医，米国内科専門医。編著に『THE内科専門医問題集』シリーズ（医学書院）ほか。

医学書院IDの登録はお済みですか？
最新の医学界新聞がメルマガで届きます
登録はこちらから▶
www.igaku-shoin.co.jp/guide/igs-id

●写真2　研修医時代、病棟のスタッフとの写真

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
大塚篤司
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る。本書は、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する。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。コピペでそのまま使える、著者秘伝のプロンプトを集めたWeb付録付。

A5　頁208　2024年　定価：3,850円[本体3,500円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05695-3]　医学書院

基礎英語力から医学英語の最たる領域まで、Dr. セザキングが最強の勉強方法を伝授！　医学書院
Dr.セザキング直伝！
最強の医学英語学習メソッド　Web動画付
瀬嵜 智之


英語偏差値30台からUSMLE（アメリカの医師国家試験）に最高スコアで合格!?　文法や発音、リスニングなどの基礎的な英語力から、医学英文読解や英語診察といった医学英語の最たる領域まで、英語がトコトン苦手だったDr.セザキングだからこそ到達した、最強の勉強方法を伝授！
付録には参考書や塾のお役立ち一覧表、USMLE受験モデルスケジュールなどを収載。さらに購入者限定「英語診察フレーズ」Web動画付き！
詳細はこちらから
A5　頁264　2020年
定価：3,740円（本体3,400円＋税10%）
[ISBN978-4-260-04174-4]

for Nurses

座談会

迫る2025年問題
訪問看護が提供し得る価値を問い直す

2022年度中に新規で立ち上げられた訪問看護ステーションは約2000施設であった反面，800施設近くが事業の廃止もしくは休止に追い込まれた[1]。背景には，後継者問題を含めた人材不足，事業所増による利益率の低下，管理者の経験不足など，複数の問題が存在し複雑に絡み合っている。高齢化の進展に伴う利用者数の増加，また在宅療養の流れがさらに加速する近い将来，訪問看護を日本全国にあまねく提供していくには何が必要で，どのようなシステム作りが求められるのか。訪問看護師等のリカレント教育に携わる山田氏を司会に，全国訪問看護事業協会の高砂氏，日本訪問看護財団の平原氏が意見を交わした。

山田　団塊の世代が後期高齢者になる2025年をめがけて，訪問看護の変革のために日本訪問看護財団，全国訪問看護事業協会，それから日本看護協会の訪問看護関連3団体は，「訪問看護アクションプラン2025」（MEMO，https://bit.ly/3WWxCTp）を2014年に策定しました。訪問看護制度が創設された1990年代前半の黎明期から活躍する第1世代と呼ばれる訪問看護師たちが引退し始めた現在，長年にわたり訪問看護をリードしてきたお二人に，これまでを振り返りながら，訪問看護の未来を語っていただきましょう。

訪問看護領域への他業種からの参画

山田　さて，アクションプランが想定していた2025年が来年に迫っています。まずは本プランの評価をしていきましょう。高齢化率の上昇に伴う利用者増に対応するため，訪問看護師の「数」を増やすこと，そしてその「質」の向上をめざすことが同プランの主な目標に据えられています。お二人は達成度をどうみていますか。

高砂　アクションプランでは12万人の訪問看護師の確保が掲げられており，2020年時点で約9万人となりました。プランが策定された2014年から倍増はしましたが，目標値には今一歩届かないと考えています。

山田　目標に届かないとはいえ，訪問看護の従事者数が大幅に伸びています。その理由はどこにあるのでしょうか。

高砂　2012年の診療報酬と介護報酬の同時改定を機に制度が見直され，在宅医療の推進と相まって一つのビジネスモデルとして普及したことが理由の一つに挙げられるでしょう。それまでは「訪問看護を実践したい！」という看護師の熱意でステーションが開設されていたケースが多かったものの，医療以外の民間営利法人の参入が増加しました。

平原　同時期には日本訪問看護財団にも他業種からの開設方法に関する問い合わせが相次ぎました。そうした他業種から参画する方は，地域における看護のニーズを敏感に察知し，開設を検討していたのです。中でも印象的だったのは，ガソリンスタンドを閉鎖して訪問看護ステーションを開設したいと希望された，地方に住む男性からの問い合わせです。訪問看護とはどういうものかという基本的な部分から相談が始まり，2時間ほど電話でやり取りをしました。

山田　その男性は，どのような期待から訪問看護ステーションの開設を検討されていたのでしょう。

平原　地域の健康管理です。ガソリンスタンドからの風景を何十年と見続けてきたことから，「いつもこの時間に横切るおばあさんが今日はいないぞ」といったまちの変化や，常連の方と給油中に健康に関する立ち話をする中で，ケアのニーズを感じ取ったようです。

山田　アクションプランでも言及されている地域包括ケアの文脈にも読み替えられますね。

平原　まさにそうです。残念ながら開設には至らなかったようですが，繊細に地域住民の変化を気にかけ，まちを愛しているように感じました。「ステーション運営はもっと柔軟に考えていいのか！」とハッとさせられたことを覚えています。

利用者からも家族からも頼りにされる看護師となるために

山田　全国訪問看護事業協会では毎年訪問看護ステーション数を調査しているのですが，お二人が指摘されたように他業種からの新規参入が増えていることもあってか，2022年度には新たに約2000の訪問看護ステーションが誕生しました[1]。しかし，その裏では800施設ほどが廃止・休止を選択しており，その理由の一つには人材不足が考えられています。

高砂　けれども訪問看護をやりたいと希望する看護師は意外と多く，自身が働いている領域外での就業意向を聞くと，「訪問看護などの在宅医療・看護」を希望する方は年代問わず6割ほど存在することが調査によって明らかになっています[2]。他の領域と比較しても高い数値です。

平原　この前体調を崩して入院をしたのですが，訪室してくれた看護師が訪問看護に興味がありますと声を掛けてくれました。訪問看護でどのようなケアが提供されているのか想像がつかず，働き方を含めて興味があるとのこと。実際，訪問看護の領域に就職される方の多くは病院での勤務経験のある転職者の方です。

山田　ただ，病院とは就労環境が全く異なるために，同じ看護を持ち込めずギャップを抱く看護師も多いです。定着を見据えて，新任の訪問看護師への教育で注意されていることはありますか。

平原　看護師としての価値観を変えてもらうことです。

山田　それはどういうことですか。

平原　一つエピソードを紹介します。ある病院の優秀な看護師が訪問看護の研修を行った際，利用者に対して生活習慣の改善を提案したところ断られてしまったという出来事がありました。この看護師は断られたことに驚いて，「自分はもうやっていけない」と吐露したようです。しかし，われわれ訪問看護に長年従事している者にとっては，利用者に提案を断られるのは日常茶飯事です。「この方法はどうですか？」と代替案を提示していくのも訪問看護師の一つのスキルだと考えています。

山田　病院の患者さんは，医療者の言うことに我慢して従っている面が少なからずありますよね。

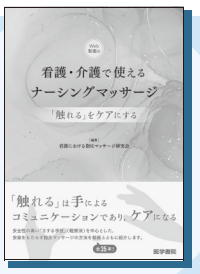
平原　ええ。医療者の思惑通りに動いてもらうことを善としてとらえた場合には，妥協案を提示する訪問看護の接し方は悪に映ってしまう可能性はあります。しかし，断られて成果を上げられないよりは，利用者の暮らしや考え方に合わせてできる範囲のことに取り組んでもらい，少しでも状態を改善させるように働きかけるのも重要です。業務的にしつこく指導をしても「はい，はい，わかりました。家ではお酒を飲みません」と，その場しのぎの返事が返ってくるようになるだけで，在宅療養の場合はいくらでも隠れてできてしまいますから。これでは健康状態が悪化していく一方です。こうした看護師の想いと利用者の考えのすれ違いが起こってしまうと，しまいには「看護師さん忙しそうなのであとはやって

MEMO　訪問看護アクションプラン2025

団塊の世代が後期高齢者の年齢に達し医療や介護などの社会保障費の急増が懸念される2025年問題。この問題に対して関連3団体（日本訪問看護財団，全国訪問看護事業協会，日本看護協会）が，訪問看護を担当する事業者・職員が取り組むべき事項について訪問看護のめざす姿とその実現に向けた行動計画をまとめたもの。①訪問看護の量的拡大，②訪問看護の機能拡大，③訪問看護の質の向上，④地域包括ケアへの対応の 4項目から構成され，国民に訪問看護を知ってもらうためのツールとしての役割も担っている。

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
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！
見つかる！　わかる！　活用できる！
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
身寄りがない人　刑余者
自然災害等被災者　LGBTQ　…等
全頁カラー!!

詳しくはこちら
B5　頁312　2024年　定価：3,300円（本体3,000円＋税）
［ISBN978-4-260-05590-1］
医学書院

触れること、さすることは確かにケアになる
看護・介護で使えるナーシングマッサージ［Web動画付］　「触れる」をケアにする
目の前にいる苦痛を抱えた人をなんとかしたいという思いで研究されてきたナーシングマッサージは、ケア場面で触れることがどんな意味をもつのかという原点に立ち戻り、試行錯誤を繰り返した結果、軽擦法（さする技術）を中心とする手技に進化した。本書では、触れることの意味をはじめ指圧マッサージの基本から安全に実施できる手技までを紹介し、看護師・介護士の手がケアの道具になることが伝えてられている。
編　看護における指圧マッサージ研究会

B5　頁136　2024年　定価：2,970円[本体2,700円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05373-0]
医学書院

おきますね」と家族にも言われ，頼りにされなくなってしまう場合もあります。

高砂　一方で，利用者からも家族からも頼りにされる看護師もいらっしゃいますよね。

平原　もちろんです。そうした看護師の様子を観察すると，感情を吐き出せる雰囲気を作り出していたり，予定していた訪問時間を超過してしまうほどに利用者や家族の話を聞いていたりするなど，利用者にとって何が最善かを常に考えてケアをしています。訪問看護に限って言えば，教科書通りにテキパキとケアを提供するだけが全てではないのかもしれません。

山田　同感です。でもこのような訪問看護師として必要なマインドは，教育プログラムに明文化されていることは少ないです。

高砂　マインドを涵養するには先輩訪問看護師との複数回にわたる同行訪問が大切になってくるのでしょう。どのようなケアを提供しているのかを目で見て，直接感じながら吸収していくことが求められます。

ニーズに沿ったケア実践は訪問看護の価値創出につながる

平原　今話したような利用者のニーズに沿った丁寧なケアを続けていれば，訪問看護の質・価値を向上させることができるはずです。しかしながら，どうしても利用者個人の満足度は周囲に広まりにくく，訪問看護の価値を地域に示しきれていないステーションが多いと推察します。

山田　何か策はあるのでしょうか。

平原　利用者だけでなく，ステーションを紹介してくださるケアマネジャーや病院の退院支援看護師などからの評価を大切にすることです。「患者さんの自宅近くであればどの施設でもいいか……」と思ってたまたま声をかけたステーションで，「おっ！！」と思わせる想像以上のケアが提供されていたならば，「あそこのステーションの看護師さんは良かった！」と記憶に残り，その後の関係も続きやすくなります。看護技術を丁寧に実践するステーションは，そうした口コミが広がりやすいです。

山田　血圧を測って「今日は高いですね。ちょっと塩分多かったですか」と定型的な会話をしてデータ取得のみで帰ってしまうのではなく，「1週間，頑張って暮らしていらっしゃいましたね。家族の人も大変でしたね」といった心配りを見せた上で，「爪がちょっと伸びていますから切りましょうか」と一言添えるだけでも利用者・家族に与える印象には大きな差を生みます。ケアの価値を高めるにはこうした心配りが必要であり，細やかな配慮を利用者は敏感に感じ取っています。

高砂　最近では，利用者たちが心地よいと思うケアを実践するベテランの看護師にペンダント型のカメラを装着してもらうことで，提供しているケアを可視化して教材にする動きも出てきました。

山田　興味深い取り組みですね。看護の質においては病気の状態といった医療的ニーズをどう評価し対応するかが問われやすいですが，看護師でなくともできることを，看護師が自分の役割としてどれだけ実践できるかが同時に問われているはずです。

持続的なステーション運営を見据えた支援を

高砂　全国訪問看護事業協会に最近寄せられた相談で気がかりだったのは，管理者の突発的な都合で閉鎖を検討していたステーションに伴う事案です。閉鎖の相談自体はよくあるのですが，そのステーションが地域の中で唯一の訪問看護ステーションであったことが問題でした。この場合は地域のインフラとしての役割も含まれるため，行政とも相談の上で何とか継続する方向を模索することになったのです。本ケースでは給与の一部を行政が補填してくれたこともあり，近隣の医療機関から看護師に出向していただくことで事業を継続できたのですが，数か月後にも別の自治体で同様の相談があり，こちらはステーションが継続できなくなってしまいました。こうした案件が立て続けにあったので，訪問看護の将来が少し心配になっています。

山田　近年ではこのように事業承継，M&Aが行われるステーションも増えてきましたね。

高砂　はい。「目の前の患者さんを見て良い看護を提供すべく頑張ってきました。もちろん地域における多岐にわたる看護ニーズにも対応しています。しかし，地域医療崩壊の危機など，次世代までを視野に入れると，これからどうすればいいでしょう」という相談も頻繁に受けます。これまでは「良い看護」を提供するための方法論や訪問看護事業所の運営を熱心に伝えてきましたが，地域の中でのステーションの在り方，また訪問看護師の働き方という面についても併せて情報提供をしていかなければならないのだと気づかされました。

平原　ステーションが5年先，10年先も見据えた経営となっているのかを考えることも，管理者の大事な役割の一つとなりそうですね。

高砂　その通りです。第8次医療計画では，在宅医療の提供体制を構築するための機能として訪問看護ステーションの存在が重要視されています。また2024年6月に訪問看護レセプトの電子化も開始されることから，先ほど話した地域性の問題はより一層可視化されるようになると期待しています。こうした情報をもとに，行政側も訪問看護に関心を持って積極的な対策に乗り出してもらいたいです。

期待される訪問看護ステーションの多機能化

山田　「地域」という言葉が出てきたように，その土地で長く訪問看護を実践していくには利用者だけでなく地域にも目を向けなければならず，さまざまなニーズに応えていく必要があります。近年，利用者の背景が多様化していることもあり，訪問看護の多機能化が求められるようになってきました。高砂さんのステーションは，2013年度老人保健健康増進等事業の「訪問看護ステーションの多機能化に向けたモデル事業」に選ばれ，多機能化を実施したと伺っています。感触としてはどうだったのでしょう。

高砂　仮称・総合ケアステーションとして多機能が備わったステーションで一元的にケアを提供できることが有用なのは明らかで，大きなメリットに感じます。ですが管理栄養士や歯科衛生士といった職種が現行制度では訪問看護ステーションの従事者に位置付けられておらず，制度を超えた形で連携をせざるを得ないため苦労をしました[3]。報酬体系の在り方などを検討していく必要があると考えます。

平原　連携するにもさまざまなコストがかかりますからね。新たな職種の人件費を用立てることは経営的に負担が大きすぎる施設が多いと思うので，例えば地域全体で契約をして各施設の負担を減らす工夫を凝らし，機能を拡大するのも一手です。また，障害を持つ方の高齢化や医療的ケア児の在宅移行の推進の流れもありますので，そうした方々を地域ぐるみでケアできるような機能拡大の方向性も併せて考えていきたいところです。

山田　先日，80歳を超える独居の叔母が病院で目の手術をする際，退院後の日常生活はどうするのか，点眼は一人でできるのか，退院後の初回の外来に誰が連れていくかなど，術後のことが全くアレンジされていない状況に出くわしました。これらの問題を誰も気にしていなかったのです。病院の入退院支援室と，地域にある多職種・多機能がパッケージ化された総合ケアステーションのような窓口が連携・協働することで，高齢独居であっても退院後に治療と暮らしを総合的に支えることが可能になるように思います。これからの病院―地域間の連携の在り方も考えていかなければならないでしょう。

平原　その際に並行して検討すべきなのは，多機能を訪問看護ステーションが有する意義を主張していくための材料づくりです。実際，看護と介護を一体的に提供する看護小規模多機能型居宅介護（看多機）は看取り率が自宅よりも高いとの調査結果[4]もあり，全年齢の全疾患・障がいによる療養生活支援を専門とする訪問看護師が，命と暮らしにかかわる支援事業を一体的に行うことは地域住民のニーズに合致するのではないでしょうか。

高砂　併せて看看連携の新たな形も模索するべきです。スキルの高い看護師が在宅で直接ケアを提供することも大事だとは考えますが，病院にいる専門看護師や認定看護師，特定行為研修修了者といった専門性の高い看護師との密な連携により，専門性の高い看護を在宅で提供する手もあるはず。病院看護師の地域化と言えるのかもしれません。専門性の生かし方の一つとして考えていく意義がありそうです。

＊

山田　訪問看護の量の確保，質の向上，そして多機能化の話題について高砂さん，平原さんに語っていただきました。これからの看護は，これまで以上に，型にはまらない，自由な発想で，人々の暮らしに寄り添って活動していくことが求められていくでしょうね。診療報酬や介護報酬の縛りにとらわれず，その枠を超えたアイデアが思いついたならば，勇気を持ってチャレンジしていくことが期待されているように思いました。本日はありがとうございました。（了）

●やまだ・まさこ氏
1986年聖路加看護大（当時）卒。新卒時から聖路加国際病院公衆衛生看護部で訪問看護等に従事し，セコム在宅医療システム株式会社，セコメディック病院看護部長を経て，2005年厚労省医政局看護課在宅看護専門官。07年より聖路加国際大教授となる。現在は訪問看護師等のリカレント教育を中心にかかわる。日本在宅看護学会理事長。地域看護専門看護師。

●たかすな・ひろこ氏
1982年京都第一赤十字看護専門学校卒業後，京都第一赤十字病院で勤務。94年から横浜市医師会訪問看護ステーションで訪問看護師となり，翌年に開所した南区医師会訪問看護ステーションで訪問看護師・ステーションの管理者を務める。横浜市在宅医療連携拠点事業の相談員などを経て，16年には神奈川県看護章を受賞。全国訪問看護事業協会では訪問看護師の研修事業に携わりつつ，理事，常務理事を経て21年より副会長を担う。

●ひらはら・ゆみ氏
1987年島根県立総合看護学院保健学科卒。島根県立中央病院に4年間勤務した後，梶原診療所で訪問看護を行い，ふれあい訪問看護ステーションを開設，所長となる。2006年訪問看護認定看護師を取得，同年6月よりあすか山訪問看護ステーション所長。同ステーション統括所長，事務局次長を経て，22年より現職。18年首都大東京（当時）大学院人間健康科学域看護学博士課程修了。博士（看護学）。在宅看護専門看護師。

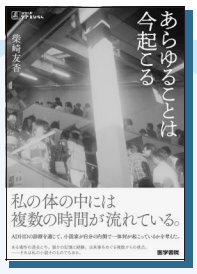
●参考文献・URL
1）全国訪問看護事業協会．令和5年度　訪問看護ステーション数　調査結果．2023.
https://x.gd/Fwdrs
2）日本看護協会医療政策部（編）．2017年看護職員実態調査．2018.
https://x.gd/kr2QN
3）全国訪問看護事業協会．訪問看護ステーションの多機能化に向けたモデル事業　報告書．2014.
https://x.gd/pW1Yh
4）厚労省．平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（1）看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業．2016.
https://x.gd/FBJaF

私の体の中には複数の時間が流れている。

＜シリーズ　ケアをひらく＞
あらゆることは今起こる

眠い、疲れる、固まる、話が飛ぶ、カビを培養する。それは脳が励ましの歌を歌ってくれないから？――ADHDと診断された小説家は、薬を飲むと「36年ぶりに目が覚めた」。私は私の身体しか体験できない。にしても自分の内側でいったい何が起こっているのか。「ある場所の過去と今。誰かの記憶と経験。出来事をめぐる複数からの視点。それは私の小説そのもの」と語る著者の日常生活やいかに。SFじゃない並行世界報告！

柴崎友香



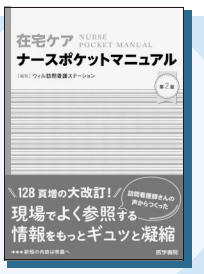
A5　頁304　2024年　定価：2,200円[本体2,000円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05694-6]　医学書院

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！

在宅ケアナースポケットマニュアル　第2版

【128頁増の大改訂】訪問看護師の声からつくったポケットマニュアル。在宅の現場で頻繁に参照する情報や、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ができる、実用的な1冊。

編集　ウィル訪問看護ステーション



A6　頁392　2024年　定価：2,200円[本体2,000円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05333-4]　医学書院

寄稿

ハワイ州におけるCOVID-19対応
社会の多様性を尊重した健康危機管理をめざして

岡田 悠偉人　ハワイ大学がんセンターがん疫学部/疫学専門家

筆者はハワイ州による新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策チームの一員として，多様な人種と文化が共存する地域の健康危機対策を指揮した。今回はその経験を振り返り，多様化する社会における健康危機管理の視点を共有したい。

COVID-19の感染拡大と対策チームの動き

ハワイ州におけるCOVID-19対応を時系列に振り返る（**表**）。2020年2月，日本人観光客がハワイ州における最初のCOVID-19感染者と認定され，3月からは州知事の命令により国際線の停止とハワイ州全土のロックダウンが実行された。ハワイ州住民は高齢者が多く，島しょ群で医療資源が限られているため，その後も最大限の感染対策を講じることが決定された。官民の病院が連携し，病院ごとに機能と汚染度を分けて地域全体でゾーニングする方法が採用され，地域医療管理においては中核病院の緊急でない手術を停止して一部の病床をCOVID-19患者専用とした。また，出生率が高いハワイ州では母子保健の継続も重要であり，公衆衛生機関の役割を再構築し感染対策と並行して対応に当たった。ハワイ州は主要な医療機関の数が少ない反面，各病院に疫学部門があり，スムーズかつスピーディーに感染対策と病床管理を進めることができた。

一方，突然の渡航制限やロックダウンなどの大規模な感染対策による深刻な社会的影響も散見された。州GDPの約25％を占める観光産業が全て停止して失業率は20％まで上昇。学校教育も中断されたので相対的貧困層の児童が給食にアクセスできなくなり，家庭経済と栄養状態が懸念された。こうした背景から，COVID-19対策チームはハワイ州内の健康格差，特に社会的脆弱性を有する層と向き合うことも重要な業務の一つとなり，近隣のクリニックやNPOと協力して食料や生活必需品，教材の配給を行った。

迅速な対応が功を奏し第1波では感染拡大を抑え込むことに成功したが，ロックダウンが解除されて屋外に人が集まるようになると，2020年8月には第2波として感染者数が1日に200例を超えるようになり，ホノルル市による2回目のロックダウンが実施された（**写真**）。

日本からの渡航者に対する検疫免除プログラムの導入

2020年9月になると感染拡大も落ち着き，COVID-19対策チームの役割も感染対策から社会活動の再開支援へと劇的に変わった。観光産業を一刻も早く再開させて経済を安定させることが社会的な課題であり，筆者は渡航再開に関するアイデアをまとめて，知事室に提示した。その後知事と副知事からの推薦を得て，法務部と一緒に関連法の調整を行い，州議会にて日本とハワイの渡航再開に向けた検疫免除プログラムが承認された。このプログラムでは，日本で指定医療機関を設定し搭乗72時間前のPCR検査による専用の陰性証明書を提示すれば，ハワイ到着後の14日間の検疫を免除とした。国立国際医療研究センターや聖路加国際病院を含む13施設の協力を得て，2020年11月に検疫免除プログラムの初便がホノルル空港に到着し，約7か月ぶりに渡航が再開された。その後この制度は，日本を含む世界各国が国際移動にて活用するシステムとして標準化されていった。疫学専門家の提案に真摯に耳を傾け，権限委譲して政策を進める州政府の柔軟なリーダーシップは，健康危機においては大きな強みとなった。

ワクチンの大規模接種では多様な文化・人種が考慮された

2020年12月には医療者向けのワクチン接種が開始され，続けて一般市民向けの大規模接種が行われた。ハワイ州は日系人，白人，ネイティブ・ハワイアン，アジア人，黒人など人種と文化が多様な地域であり，ワクチンに関する説明や接種では同じ人種の医療者を配置して，ワクチン接種率の向上に努めた。特にネイティブ・ハワイアンは独自の地域体制があり，ネイティブ・ハワイアンの医師や看護師を派遣して長老と議論を繰り返し，最終的には大規模接種の許可を得ることができた。ホノルル市ではワクチンカードを提示すると外食やイベント参加といった日常生活を可能とするなど，ワクチン接種率のさらなる向上につなげた。

2021年3月になると米国本土からハワイ州への観光客がCOVID-19流行前の水準の120％まで急激に回復し，失業率も4％まで低下した。学校教育もマスク着用を義務として再開され，地域との協働にてロックダウンから約1年でコロナ禍以前に近い社会に戻ることができた。2024年現在はCOVID-19前と同水準で観光客を受けていており，さらに深いハワイ文化が体験できる持続可能な観光が提供されている。

多様な社会における健康危機管理体制の構築に向けて

近年は日本でも健康格差の拡大や在留外国人の増加が進み，多様性を前提とした健康危機管理がますます必要となってきている。そこで，ハワイ州におけるCOVID-19対応から学んだ，社会の多様性を前提とした健康危機管理におけるポイントを3つ共有したい。

まずは社会的決定因子を中心としたハイリスク層の同定である。南国リゾートに見えるハワイ州にも相対的貧困の中で生活する集団が複数存在しており，彼らに対する支援が感染拡大を予防し，医療資源の確保につながった。平常時には可視化されにくい集団のため，積極的な地域巡視と予防的な健康相談を開始している。

次に医療以外の部門との強い連携である。ハワイ州では主に経済的事情から観光産業を再開する以外の選択肢はなく，また教育に対する地域のニーズが強かった。筆者も自ら観光局や教育局の会議に参加して情報共有を行い，保健局にて部門間の調整を行った。健康危機の際には医療以外の資源をいかに有効活用できるかが早期復興の鍵となり，各組織を横断的に調整できる人材を教育する必要がある。

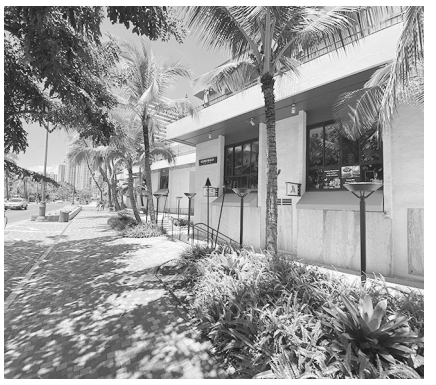
最後は，文化の継承という観点である。ハワイ州では文化の継承こそがCOVID-19における最大の課題と認識され，サーフィンやフラダンスといった伝統的な活動の維持や，ワクチン接種の際に同じ人種を配置するなど，文化に配慮した公衆衛生政策を実施した。ロックダウン中も，例外としてサーフィンは可能であったことは明記したい。医療の中に文化があるのではなく，文化の中に医療がある。2023年8月に発生したマウイ島のラハイナ火災でも同じモデルを使って，地域復興を支援している。

＊

COVID-19の流行においては医療だけでなく地域全体として，どのような社会をめざすのかが問われた。COVID-19への対応を振り返り，新しい公衆衛生モデルを抽出することで，より美しくなったハワイ州に今後も貢献していきたい。

●おかだ・ゆいと氏

2008年沖縄県立看護大卒。10年聖路加国際大国際看護学修士課程修了，18年米ハワイ大学公衆衛生学修士課程修了，24年同大疫学博士課程修了。16年より現職。COVID-19流行下ではAmazon日本法人の感染対策責任者を務め，日本では観光庁や青森県のガイドライン作成に携わり，ねぶた祭りを再開させた。NEW NURSING株式会社代表取締役。



●写真　ロックダウン中のワイキキの様子
人通りが少なく，治安悪化を懸念して店やホテルなどが板張りされた。

●表　2020～21年にかけてのハワイ州におけるCOVID-19対策チームの動き

2020年	2月	日本人観光客がハワイ州で最初のCOVID-19感染者と認定される（第1波）
	3月	ハワイ州全体がロックダウンとなり，観光産業が停止
	4月	ホノルル市が公共の場でのマスク着用を義務付ける
	5月	ハワイ州全体でロックダウンが解除
	7月	規制が緩和されて，独立記念日に屋外に多くの人が集まった
	8月	新規感染者が200人を超えて，病床稼働率が100％を超える（第2波） ホノルル市による2回目のロックダウンとなる
	9月	ホノルル市によるロックダウンが解除される 社会活動を再開させるための指針が示される
	11月	日本から検疫免除プログラムの初便がホノルル空港に到着
	12月	医療者向けのワクチン接種が開始
2021年	3月	ホノルル市でマスク着用を条件に全ての社会活動が可能となる
	4月	ハワイ州におけるワクチン接種率が50％を超える

本紙編集室ではX（旧Twitter），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。

なぜこの薬？ 副作用は？ アセスメントのポイントは？ 第4版ではさらにわかる！

がん疼痛緩和の薬がわかる本 第4版

好評書として定着した本書が、さらにわかりやすく改訂された。がん疼痛緩和の薬の効用や副作用、アセスメント、選択・使用の考え方がわかりやすく解説され、症例が豊富にあげられているので、より理解が進む。がんの痛みの理解から、非オピオイド鎮痛薬、オピオイド、鎮痛補助薬まで取りあげた、臨床のエッセンス満載の1冊

余宮きのみ

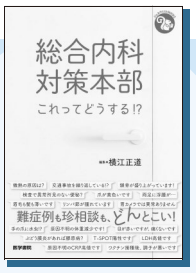
A5　頁312　2024年　定価：2,640円[本体2,400円＋税10％]　[ISBN978-4-260-05661-8]　医学書院

総合内科って、大変だけど面白い。難症例も珍相談も、どんとこい！

＜ジェネラリストBOOKS＞
総合内科対策本部 これってどうする!?

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

編集　横江正道



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

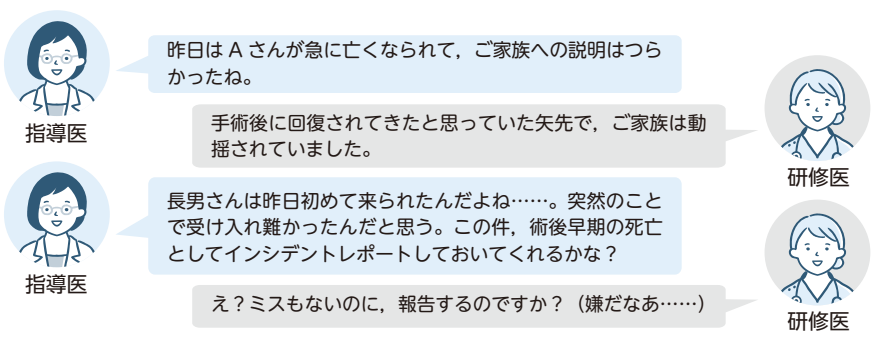
レジデントのための 患者安全エッセンス

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3回 病院の安全管理部門がインシデントレポートを求める理由がわからない

執筆　松村 由美　京都大学医学部附属病院医療安全管理部 教授



10人に1人が医療によって害を受けている

インシデントレポートは，エラーの告白ではなく，病院システムのほころびや問題点の発見報告であり，医療プロセスの改善戦略の1つです。患者の身体所見や検査を行い異常の有無を調べ，治療するか，経過観察するかを医師が判断するのと同じように，病院の安全管理部門はインシデントレポートをシステムのほころびの結果として表れた「症状」だととらえ，原因に対する「治療」が必要かどうかを判断し行動します。医療者の一人ひとりが，医療にかかわることに人生の意義を感じ，やりがいのある仕事だととらえ，人の命に違いをもたらす（註），という3つの価値観を共有し，インシデントレポートを使いこなせるようになれば，病院のあちこちで質改善のはずみ車が回りだすことでしょう[1]。インシデントレポートの提出数が多いチームは，インシデントレポートがシステム改善ツールだと知っています。安心してインシデントを共有できる環境が構築され，チーム内でのコミュニケーションが活発で改善を継続する能力もあると，高いパフォーマンスを発揮できるのです[2]。

ここで，インシデントの定義を確認してみましょう。「通常医療行為からのあらゆる逸脱のうち，患者に害を及ぼした，もしくは害のリスクがあったもの」（WHO）[3]，「予期しなかった，あるいは回避可能な出来事のうち，患者，患者家族，介護者，従業員，あるいは，訪問者に害による死亡，害，傷害をもたらしたもの」（英国）[4]，「患者に傷害や損害を及ぼしたり，及ぼしたりしそうになった予想外の出来事であり，ニアミスを含む」（豪国・ニューサウスウェールズ州）[5] との説明が各所でなされています。どの事象をインシデントとするかに若干の差はあるものの，「医療を提供したことで害が発生したら，報告し学習しましょう」とのメッセージはいずれの指針でも共通しています。患者さんに良い結果をもたらそうとして逆に悪い結果になったのであれば，どこかに問題があり，それを改善させるためのはずみ車を回すことが求められます。10人に1人が医療によって害を受けているとされる現在[6]，患者の害に気づくのは，最前線で働く医療者であり，研修医の皆さんも例外ではありません。

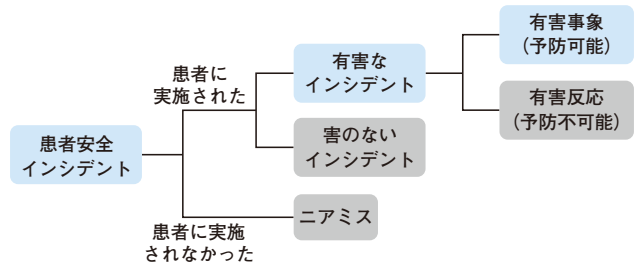
レジデントが個々人でできる患者安全対策

● 冒頭の会話を分析する

冒頭の研修医は，インシデントレポートはエラーがあった時のみ報告されるものであり，恥ずかしいこと，非難されることだと思い込んでいました。以前はそのような認識がなされていたかもしれませんが，この20年間で考え方は確実に変わってきています[7]。特に，医療に起因した予期せぬ死亡を報告する「医療事故調査制度」（https://bit.ly/3UFAqTz）は，私たち医療者にさまざまな気づきをもたらしてくれました。再発防止策が提言され，日本中のあちこちで，はずみ車が回り始めています。

● 効果的なインシデントレポートをするための具体的な工夫

日常業務中にうまくいっていないと感じることがあれば報告をしてみましょう。現場の状況全てを医療安全管理者が把握できているわけではないため，最前線の医療者からもたらされる情報は重要です。冒頭のケースは術後早期の死亡であり，医療者も家族も予期していなかったことから，インシデントレポートの提出による医療プロセスの検証が推奨されます。①予定した行動（意図したこと），②今回の行動（実施したこと），③考えられる背景要因，④患者の害の有無の4項目を意識して報告すると良いでしょう。背景要因がわかれば，その要因をどう取り除くべきかを検討できます。迷った際は，医療安全管理部門と一緒に取り組んでみましょう。下記に記載例を掲載しました。ぜひ参考にしてみてください。



●図　WHOによるインシデント分類（文献3をもとに作成）

記載例

左上葉肺癌があり，術前のCT検査では間質性陰影を認めていたが軽度のため手術可能であると判断した（①）。胸腔鏡下腋窩小開胸併用左上葉切除，縦隔リンパ節郭清術を施行した。術後5日目，経過良好であり胸腔ドレーンを抜去した。その夜，呼吸状態悪化を認め酸素吸入で対応したが，術後6日目の朝にはリザーバー付きマスクで酸素10 L/分の投与が必要な状態となった。

CT検査にて間質性肺炎の急性増悪と診断し，呼吸器内科にコンサルトして直ちにステロイドパルス療法を開始した。ICUへ転棟し，人工呼吸管理を開始。回復の兆しがあったものの，術後10日目に突然下血し，出血性ショックに至り，死亡された（②）。

死亡に至った背景要因として術前に潜在的にあった間質性肺炎が考えられる（③④）。

＊

解説：間質性肺炎が手術により急性増悪するリスクを術前に患者家族と共有できていたら，冒頭のように家族が苦しい思いをすることはなかったかもしれません。

◆インシデントレポートの対象となる害

インシデントレポートの分類は統一されていませんが，一例としてWHOの分類を示します（図）[3]。日本では患者に発生した害の大きさによって，より細かく分類されることが多いようです。害の中には，予防可能なものもあれば，そうでないものもあります。例えば抗がん薬の有害事象（全身倦怠感，吐き気や脱毛等）の多くは，（予防措置をとったとしても）完全に予防できるものではありません。しかし過剰投与によって害を与えたのであれば，予防可能な害として対策が必要です。

医師が間違えて過量処方しても，薬剤師が気づき疑義照会をすることで正しい量に変更された場合，ニアミス報告に分類されます（図）[3]。そうしたミスが起こりにくいように，現在は体重や体表面積当たりの投与量の範囲を薬剤ごとに決め，逸脱したオーダーがなされないよう対策している医療機関が多いです。ただし，システムも万全ではないので，ほころびを発見したら報告する必要があります。

研修医が患者に侵襲的な処置を行うこともあるでしょう。指導医の監督下で行うものもあれば，そうでない場合もあるはずです。学習中の処置の未熟さはやむを得ませんが，患者への害が起こらないような工夫が求められます。けれども，そのシステム構築は難しいです。学びの段階にも個人差があるため，一律に手技を禁止したり，手技をさせたりというわけにもいきません。自分の限界を知り，必要な支援を自ら求めることも力量の1つと言えます。

研修医のその後

研修医は，多重業務の中でやるべき業務を忘れてしまうことがあり，患者さんや周囲の医療者に迷惑をかけていたことに申し訳なさを感じていたようです。インシデントレポートについても，自分のエラーを報告する制度であるという理解をしていました。指導医との対話を通じ，医療のプロセスを改善することによって患者さんも医療者も守られるという考えに共感し，インシデントレポートへのネガティブな考え方を改めてくれたようです。

覚えておこう！

- インシデントレポートは，医療によって患者に害が生じた（生じそうになった）という報告です。インシデントから学び，医療の質を向上させることを目的とします。
- インシデントレポートは，医療システムの現状を分析できる重要なツールです。

註：医療は，単に病を治癒したり，制御したりするためだけのものではなく，治らない病であっても，医療を受けるプロセスの中で自身の生について深く考えたり，人生の意味を見いだしたりするきっかけになります。それが「人の命に違いをもたらす」という言葉の意味です。

●参考文献・URL

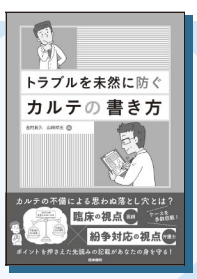
1）クイント・ステューダー．エクセレント・ホスピタル――メディカルコーチングで病院が変わる．ディスカバー・トゥエンティワン；2011．pp11-40.
2）エイミー・C・エドモンドソン．恐れのない組織――「心理的安全性」が学習・イノベーション・成長をもたらす．英治出版；2021．pp11-22.
3）WHO. Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems：Technical report and guidance. 2020.
https://bit.ly/4dgh6Uh
4）NHS England. Incidents.
https://bit.ly/3JHn56P
5）New South Wales Clinical Excellence Commission. Open disclosure. 2023.
https://bit.ly/3QpQRkc
6）WHO. GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030：Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021.
https://bit.ly/4deB4P4
7）WHO. Patient Safety Curriculum Guide：Multi-professional Edition. 2011.
https://bit.ly/3UmDqCU

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

トラブルを未然に防ぐカルテの書き方

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

編集　吉村長久　山崎祥光



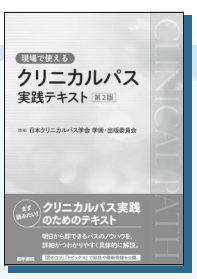
B5　頁216　2022年　定価：3,960円[本体3,600円＋税10%]　[ISBN978-4-260-04806-4]　医学書院

学会のオフィシャルテキスト第2版。進化し続けるパスの最新情報を収載。

現場で使える
クリニカルパス実践テキスト　第2版

まさに“現場で活かす”パス実践のノウハウを詳細かつわかりやすく解説。クリニカルパス学会主催の過去の教育セミナーから好評だったテーマを中心に、多くの地域・医療機関で明日から即検討できる手法をまとめた。また、パスの教育や組織作り、電子パスや連携パスの最新の活用法、そして今後期待される新たなパスの領域も盛り込んだ。現場での秘策や情報は「匠のコツ」「トピックス」として開示。パスに関わる多くの医療者必読書。

監修　日本クリニカルパス学会 学術・出版委員会



B5　頁180　2021年　定価：3,850円[本体3,500円＋税10%]　[ISBN978-4-260-04641-1]　医学書院

めざせ「ソーシャルナース」!

社会的入院を看護する

石上 雄一郎
飯塚病院連携医療・緩和ケア科

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

第14回 意見の対立をどう乗り越えるか？ ⑥家族内の意見が対立する場合

CASE

パーキンソン病の85歳女性。誤嚥性肺炎で入院し，抗生剤治療を行ったものの，嚥下機能が低下して食事が取れない状態となっていた。患者本人は現在，発語がなく意思が不明である。今後の治療方針について経管栄養を行うか，家族面談を行った。本人と同居し介護をしている次男は，経管栄養を希望した。一方，見舞いに来た長男は管につながれて生きていくのはかわいそうだから経管栄養をしないでほしいと希望している。家族内での意見の対立に担当看護師はモヤモヤしていた。

ケアに関する希望の食い違いや，悪い結果を受け入れる家族とそうでない家族がいるなど，家族内の意見の対立はよく経験する。こうした意見の対立の多くは，意思決定に複数の家族が関与していることに起因しており，病気とは無関係に対立する家族間の問題の再燃・悪化によるケースもある。また，時々しか介護をしてくれない家族への不満など，介護者と意思決定者が異なる時にも対立が起こりやすいため慎重な対応が必要となる（**図**）[1]。これらの意見の対立はいずれ人間関係の対立につながる。詳しくは第9回（本紙第3550号）を参照していただき，気をつけてもらいたい。

「家族内のトラブルは医療と関係ない」と怒らない

緩和ケアを受けている患者の5人に1人が家族の中で問題を抱えているとされ，メンバー間で意見が対立している家族は複雑性グリーフのリスクが高いことが知られている[2]。特に代理意思決定者が法律的に決まっていない日本では，医療者と患者本人と患者家族の3者のコンセンサスで意思決定されることが多いため，患者家族内で意見が対立していると治療方針の話し合いの上で大きなハードルになる。

双方の家族の意見を聞き，多方向の肩入れをする

医療者が，対立する家族間のどちらか一方の肩を持たず，「それぞれ一理ある」というスタンスで共感的に等しく話を聞いていくことは重要である。可能であれば，面談に出席している家族全員が発言できる機会を作る。ただし，八方美人に同調するのではなく，それぞれの意見の真意を聞くことに力を尽くしてほしい[3]。

配慮するポイント

1）家族間の関係性を把握する。「仲が良いか」を尋ねる

家族内で全く意見が共有されない場合や，複数の家族から別々に病状説明の依頼が来る場合は家族内の対立が隠れていることがある。そうしたことが考えられる場合，筆者はダイレクトに「仲が良いか」を尋ねることにしている。仲が良いと即答された場合は問題ないが，答えに窮する場合には仲が悪いかもしれない。通常，家族内の不仲を他人に話したい人はあまりいない。この質問は仲が悪い理由を知ることが目的ではない。この質問をきっかけに実際の家族関係や過去の重大イベント，家族内の意思決定スタイルがわかり，意思決定支援に役立つことがある。初回の面談は，何かの意思決定を迫るのではなく，家族システムとメンバーの把握に焦点を当てることになる。

・変な質問で申し訳ないのですが，家族さん同士は仲が良いほうですか？
・時々仲が悪くて何年も話してないという関係の家族さんがいて，そうした場合には意見をまとめるのが難しいので心配してお聞きしようと思いました。

2）意思決定のキーパーソンにも面談に来てもらう

もちろん家族面談の中で一致団結して，家族内で折り合いをつけられることがベストではある。しかし実際は長年の対立関係により，面談の予定が合わないことや予定を組んでもキャンセルされることも多い。医療者が介入しても仲良くならないという前提で無理に家族内の対立を解決しないほうが良いだろう。家族療法という家族システムに対する心理療法も存在するが，専門家も少なく，急性期医療の現場で数日から数週間で行うことは非現実的であると筆者は考える。

患者本人が自分の代わりに医学的な判断を任せられる家族メンバーをすでに決めている場合はそれに従うのが良いだろう。決まっていない場合は，家族内での情報伝達が伝言ゲームのようにうまくいかないことを念頭に置いてなるべく同時に話しを聞いてもらい，初回の面談で意思決定の窓口となる家族を選定し可能な限り説明内容を紙に書いて渡したほうが良いだろう。

・家族内でいろいろな事情があるのはよく伝わってきました。一方現実的には，話し合いを進める上で，全員の納得は難しいと感じます。私たちが大事なことを話す窓口は○○さんが中心ということで進めて良いでしょうか？
・説明内容は印刷しておりますので，それを渡して伝えてもらえますと助かります。

3）ファシリテーション力が必要

面談中に家族の対立が表面化した場合，医療者がフリーズしてしまうことがある。医療者は家族面談においてただ話を傾聴するだけでなく，本筋から逸れないように話を前に進めるファシリテーション力が必要となる[4]。

話が長い場合は話題を転換し，主導権を握り直す必要がある。時間の制限がある旨を伝えることも有効である。

・とても大事な話をしていただきありがとうございます。お時間の関係でいったん，話を戻させてください。今後の治療方針ですが……

家族内で言い合いになってしまう場合は一度話し合いを止めて，軌道修正する必要がある。家族メンバーの名前を呼ぶことで冷静になってもらうのも一つの手だろう。

・なるほど。長男さんと次男さんではいくつか意見の違いがあるようですね。お二人とも熱心に本人さんのことを考えてくださっているからこそ，気持ちがぶつかるのかもしれません。いったん，以前のことは置いておいて，「今の本人さんがどう過ごすのが良いのか？」に話を戻しますね。

実際に援助することなく意見のみする家族から，やや無責任な要求を時折受ける。そうした場合は自分事として責任を持った援助をしてもらうよう交渉することがある。医療者は非現実的な要求を全て受け入れる義務はない。

・長男さんがお母さまを家に連れて帰りたいという思いはよく伝わってきました。一方で実際介護されている次男さんは限界と感じます。今のままだと再入院がとても心配です。

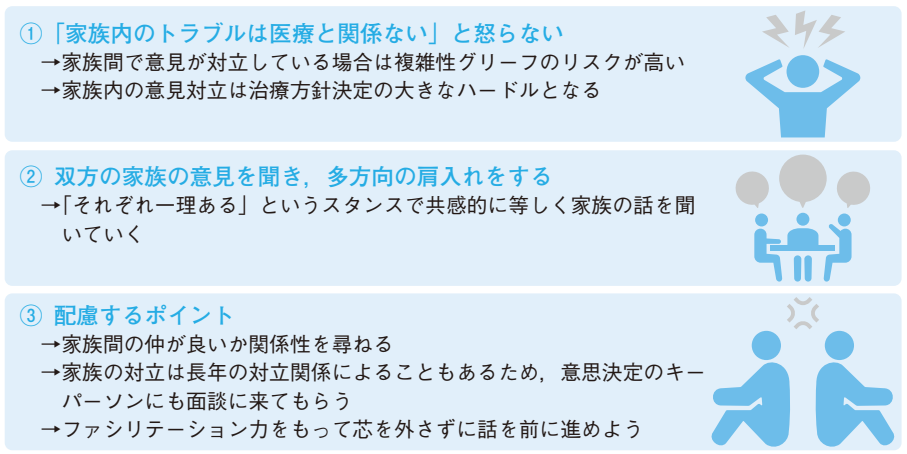
家族全員が納得できないことは残念ながらある。しかし，解決できない対立があることも認識し，その中でベストを尽くすことが重要だ。

CASEのその後

長男と次男との間で情報共有がされておらず，仲が良いか聞いてみたところ，ほとんど会話がない状況が判明した。次男は母親の介護をしているが，長男は全く介護をしていなかったようだ。長男が次男に母親の介護についていろいろと注文をつけたことがきっかけで何度か喧嘩をした経緯もわかった。双方の意見を聞いた上で，家族面談を再度行う方針となった。

看護のPOINT

- メンバー間で意見が対立している家族は複雑性グリーフのリスクが高いと言われている。患者家族内で意見が対立していることは治療方針決定に大きなハードルとなる。
- 家族面談ではそれぞれの意見を共感的に等しく聞いていく。意見の対立が見られる場合は，その真意を聞くことに力を尽くす。
- ①家族間の関係性を把握すること，②意思決定のキーパーソンにも面談に来てもらうこと，③ファシリテーション力を持って家族面談での話を前に進めること，の3点に配慮する。



●図　家族内の意見が対立している場合のポイント

●参考文献
1）J Adv Nurs. 2003［PMID：12581097］
2）J Clin Oncol. 2016［PMID：27069071］
3）平木典子．「多方向への肩入れ」というスタンス．精神療法．2021；47（6）：750-2.
4）平石直之．超ファシリテーション力．アスコム；2021.

「何となく」から卒業しよう！

心理社会的プログラムガイドブック

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

池淵恵美

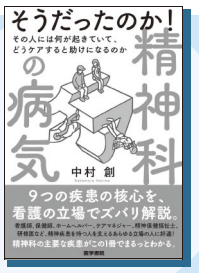
A5　頁216　2024年　定価：2,750円[本体2,500円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05591-8]　医学書院

精神科の病気を理解したいすべての人へ

そうだったのか！ 精神科の病気　その人には何が起きていて、どうケアすると助けになるのか

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

中村　創



A5　頁184　2023年　定価：2,200円[本体2,000円＋税10%]　[ISBN978-4-260-05478-2]　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234回〉

天使の終焉

「コロナ」と書いて「コドク」と読む。2019年12月，悪性リンパ腫と診断されて4か月半の入院を経験した笠井信輔氏（アナウンサー）は，雑誌『看護』（2023年9月号）のコラム欄「生きるということ」の冒頭に書いている。入院当初は大勢の友人，知人が見舞いに来てくれたけれど残りの3か月半はコロナのまん延により家族ですらほとんど見舞いに来ることができず，厳しい抗がん薬治療の中で，孤独の苦痛は大変なものだった。その孤独を救ったのが，病棟の22人の看護師たちであったという。彼は看護師たちを「優しさで孤独を癒す白衣の天使」とたたえた。

看護師は“天使以上の存在”

さらに彼は，「私が入院した病院の看護師さんたちは“天使以上の存在”だった」として，その根拠となった経験を記している。それらを要約すると，まず，抗がん薬の5日間連続投与が行われる6クールの中で起こるさまざまな副作用の症状に精通していて的確な処置をしてくれたこと，眠れず，痛みやむかつきで苦しむ夜には，温かいタオルをお腹に当ててくれたり，腰をもんでくれたり，薬をもってきたりしてくれたこと，深夜に大量失禁をしてしまった日，下半身はずぶぬれの状態で恥を忍んでナースコールを押し，恥ずかしさが頂点に達した次の瞬間，若い看護師Hさんがやって来て，「よかったですね，泌尿器の調子が戻ってきたんですね」と声をかけてくれたこと，などを挙げている。

彼は，こうした体験から，夜間に医師は不要，看護師がいればそれでいいと感じたことや，さまざまな副作用への対応は，優しさだけでは不十分であり，看護師は抗がん薬の豊富な知識が求められていることを身をもって知ったという。また，おねしょをして褒められたのは人生で初めてとした上でこうも述べる。あの時に，「大丈夫ですよ，よくあることですから」では，「普通の天使」である。しかし，排尿障害で尿が出にくいことに苦しむ私の状態を的確につかんでいたからこその反応であり，「病気がよくなっている証拠だったのだと私の心は一気に軽くなり，前に進む気持ちが強くなりました」と記している。

ほんとうの看護を語ろう

先日，笠井さんの看護体験をもとに看護を考えようという企画があり，4人の看護師が集まった。笠井さんは前述した体験をわれわれに紹介してくださり，そこでの看護師はまさに「白衣の天使」であったと話された。彼が口にする「白衣の天使」は，集まったわれわれへの最上級の賛辞であった。

しかしながら，「われわれ」は「白衣の天使」を手放しで受け入れなかった。その奇妙な雰囲気を察知した笠井さんの反応は早かった。「白衣の天使」と言われることを，看護師たちは歓迎していないのだと。

『超人ナイチンゲール』（栗原康著，医学書院，2024年）の第5章のタイトルは「白衣じゃねえよ，黒衣だよ」である。そこには以下のように記されている。

> ナイチンゲールといえば，ランプというイメージがうまれる。「ランプをもったレディ」。そのすがたが天使っぽいからか。ついたあだ名は「クリミアの天使」。のちに看護師といえば「白衣の天使」になっていく。しかしこの「天使」には，あきらかに男をやさしくつつんでくれる女性というニュアンスがこめられている。夫に従順で，なにがあっても無償の愛で支えてくれる「家庭の天使」。それが女性らしさであるかのようだ。家父長制かよ。だけど，ナイチンゲールはちがう。そもそも服装が白衣ではない。黒衣なのだ。まるで死者たちを弔っているかのように。あるいは，黒はなにものにも染まらない。（中略）あらゆる支配を破壊せよ。ハンマーをもった天使。白衣じゃねえよ，黒衣だよ。

話を戻そう。

笠井さんがわれわれに感謝の意をこめて発した「白衣の天使」は，われわれの認識を別の文脈に向かわせることになった。彼が入院中に体験した，看護師たちの対応は看護学の知識と技術に裏づけされた看護ケアなのである。それは「白衣の天使」などといった象徴をもち出す必要はないのである。

われわれが到達した結論はこうである。つまり世の中の人にもっと看護のほんとうの姿を知ってもらわねばならない。看護とは何かが十分に知れわたっていないために，あるいは医師の後ろにそっと立っている人というイメージが強いために，ほんとうの看護を体験すると，その偉大さに圧倒されてしまい，それらが「白衣の天使」という言葉に収束されてしまうのである。

そこで私は，今から22年前に手にした『沈黙から発言へ――ナースが知っていること，公衆に伝えるべきこと』（バーニス・ブレッシュ/スザンヌ・ゴードン著，早野真佐子訳，日本看護協会出版会，2002年）を再び開くことになった。第4章のタイトルは「あなたの仕事を世の中の人々に伝えよう」である。そこにはこうある。

> 看護について公衆に語ることは，それほど特別な努力を必要とするわけではない。専門的な広報の知識を必要とするわけでもない。日常生活の中で人々を啓発していけばいいのだ。まず，身近なところで看護を語ることから始めよう。その経験を積んでおけば，マスコミや政治家に向けても語りたいと考えるようになった時に，必ず役に立つはずだ。

そして，われわれは，次のステップとして，『実は看護師は白衣の天使ではなかった』という本を書こうではないかということにして，意気揚々と解散したのである。

医学書院の書籍・雑誌の電子版を配信しています。
isho.jp
医書ジェーピー株式会社

看護教員のための
オンライン
プラットフォーム
NEO Nursing Education Online
個人版
法人版
NEOは まなぶ つながる ひろがる をコンセプトにした
看護教育・研究について学べるオンラインプラットホームです。
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
雑誌 動画 セミナー が オールインワン
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

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12回（最終回）　メンタルケアを生活の一部として身近なものへ

あっという間に本連載も最終回を迎えました。今回は，これまでに連載内で提案してきたアニメ療法の可能性を前提に，皆さんに課題を共有して連載を締めくくりたいと思います。思う存分に想像力を膨らませて，未来のメンタルヘルス，well-beingについて妄想してほしいです。社会変革は妄想から，科学者の白昼夢から生まれると言っても過言ではないと筆者は考えています。

さて，今まで話したアニメ療法の特徴には，私たちの身近な存在であること，メンタルケアに予防的にかかわれることなどが挙げられました。「身近」というのは，換言すれば「わざわざ診療所に行かなくても済む」メンタルケアであることを指します。昨今精神医学と心理学の研究分野では，remote，virtual，internet-deliveredといった語の使用が急増しています。リモートメンタルケアの手法が人気を集めているためです。

連載第8回でお話しした認知行動療法（CBT）が持つリモート性と予防的な意味について少し話を広げたいと思います。現代では，メンタルヘルスを理解し支援を強化するために，生物・心理・社会（bio-psycho-social）モデル[1]を用いることが一般的です。その中でもCBTは心理学的理解と支援を提供する主要な手段の1つとなります。CBTは，日常生活習慣の改善から精神疾患に対する専門的介入まで，その有効性から世界中で用いられる心理学的アプローチとなり，対面・リモートの両方はもちろん，集団で，書籍を用いてなど，さまざまな形態で実施されています[2]。そのため，アニメ療法はCBTの未来の姿としても考えられます。

なぜリモートメンタルケアが急増しているのでしょうか。メンタルヘルス上の悩みがあっても患者が臨床医のもとを訪れない，あるいは訪れても悩みを相談しようとしない問題は以前から存在しており，サービスギャップ（メンタルヘルスサービスの必要性と利用率の差）が示唆されています[3]。そこには，支援提供者がサービスを必要とする人に到達できない問題と，サービス利用者がサービスにアクセスできない問題があります。前者ではサービス提供に関するプライバシーやコスト，後者では精神医学や精神病にまつわるスティグマ，支援へのアクセス方法に関する選好の壁などが要因と思われます[4]。近年，サービスギャップを埋めるために，双極症[5]，不安障害[6]，うつ病[7]，治療アドヒアランス[8]，一般的な感情の悩み[9]など，さまざまな問題を解決する手段として，インターネットを利用したCBT（ICBT）が利用されるようになりました。Anderssonによると，セラピストによるICBTは抑うつ，不安，身体症状の領域において対面式CBTとほぼ同等の有効性を示しています[10]。しかし，セラピストによらないICBTはセラピストによるICBTに比べて有効性が低く，脱落率が高いとされます。精神療法は対面かオンラインかにかかわらず効果を発揮するかもしれませんが，人間による何らかの補助が重要なのです。Hugueらによるうつ病関連のセルフヘルプスマートフォンアプリのシステマティックレビュー[11]では，社会的な需要もアプリの数も多いにもかかわらず，エビデンスに基づいた適切なCBTアプリがほとんどありません。私たちにはリモートを毛嫌いする側面があるのかもしれません。

「インターネット経由のメンタルケアは，ガイド（生身のカウンセラーもしくはAI）があれば，身近で，アクセシビリティもあり，メンタルヘルスの予防に使うことができる」。これが真実であれば，internet-deliveredな，リモートのアニメ療法の前途は有望と言っても良いのではないでしょうか。

皆さんはどのような精神科医療の将来を妄想しますか？

参考文献

1）Science. 1977［PMID：847460］
2）Westbrook D, et al. An introduction to cognitive behaviour therapy: skills and applications, second edition. SAGE Publications；2011.
3）Community Ment Health J. 1985［PMID：4075773］
4）JMIR Ment Health. 2018［PMID：30064969］
5）Bardram J, et al. Designing mobile health technology for bipolar disorder：a field trial of the Monarca system. Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems. 2013.
6）Coyle D, et al. Exploratory evaluations of a computer game supporting cognitive behavioural therapy for adolescents. the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems. 2011.
7）Doherty G, et al. Engagement with online mental health interventions：an exploratory clinical study of a treatment for depression. the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems. 2012.
8）Matthews M, et al. In the mood：engaging teenagers in psychotherapy using mobile phones. SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems. 2011.
9）Rennick-Egglestone S, et al. Health Technologies 'In the Wild'：Experiences of Engagement with Computerised CBT. the 2016 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems. 2016.
10）Andersson G. The Internet and CBT：A Clinical Guide. 2014；CRC Press.
11）PLoS One. 2016［PMID：27135410］

視点　頭部外傷の神経病理診断標準化に向けた取り組み

新井 信隆　東京都医学総合研究所 特別客員研究員

第65回日本神経病理学会総会学術研究会（下関市，2024年5月16～18日）において，シンポジウム「今こそ頭部外傷の神経病理について考えよう――司法制度におけるその重要性と将来の展望」が行われた。本企画は，頭部外傷の法医鑑定にかかわる神経画像所見や神経病理所見の最新の知見と課題，および刑事裁判の現状にフォーカスした画期的なものであり，法曹界も含めた実務専門家が登壇する本邦初とも言える内容であった（表）。本稿では，背景にある医学的，社会的な課題に触れつつ，このたび日本神経病理学会において設置された，頭部外傷の神経病理診断の指針を発信する委員会の活動についても紹介する。

乳幼児の虐待を想起する頭部外傷には，揺さぶられっ子症候群（shaken baby syndrome），虐待による乳幼児頭部外傷（abusive head trauma in infants and children）という用語があり，状況を示唆する臨床診断として使われる一方，死亡事例では，認められた病変が揺さぶりや虐待によるものなのか確定診断を行うことは難しいという指摘もある。例えば，軸索の一部が腫大する病変である軸索腫大は，外的ストレスでも，脳梗塞などの虚血やその他の疾患でも認められる。しかし，そういった非特異的な側面を理由に，軸索腫大が外傷の有無や程度の判定に無力であると過小評価するのは本末転倒である。むしろ，腫大の形状やβAPP（amyloid-β precursor protein）などの分子組成，分布様式などを詳細に解析しさえすれば，外傷か否かを相当な確からしさで診断することは難しくない。ただ，医学的な知識や経験を要するハードルの高さゆえ，現状では全ての関係者の共通認識となっているわけではないことから，関係者の解釈においても飛躍や誤解が生じかねない懸念もある。

上記は一つの例示であるが，冒頭で紹介したシンポジウムでは，硬膜下血腫の発生メカニズムに関連する硬膜境界細胞層の解剖学的知見，生じた事象を時間的・空間的な先入観に左右されずに検討する重要性，軸索におけるβAPP表出の解釈法，高度な医学的知識を必要とする裁判の難しさと制度の課題など，今日的な問題点が浮き彫りにされた。

また，これらの共通認識を広く一般にも浸透させるべく，日本神経病理学会では，頭部外傷病理診断委員会（筆者が委員長を務める）を2024年5月に設置したばかりである。頭部外傷を取り巻く情勢は多岐に渡ってきており，上記した病態だけでなく，軽度外傷性脳損傷（mild traumatic brain injury），慢性外傷性脳症（chronic traumatic encephalopathy）などの診断標準化にも課題が残されている。本委員会では，これらも含めて，丁寧な説明とともに頭部外傷の神経病理診断の指針を発信していきたいと考えている。

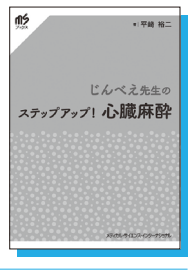
●あらい・のぶたか氏/1982年横市大医学部卒。東京都神経科学総合研究所，東京都医学総合研究所研究員，副所長等を経て，2021年株式会社神経病理Kiasma&Consultingを起業する。同社代表取締役。日本神経病理学会名誉会員。東京都医学総合研究所特別客員研究員，東京医歯大法医学分野非常勤講師，東京都監察医務院特別講師等を務める。近著に『神経病理インデックス 第2版』。

●表　シンポジウムの概要

企画者：原田 一樹　座長：原田 一樹，新井 信隆（筆者）
頭部外傷の神経病理学的検索：その現状と問題点（イントロダクション） 原田 一樹（福島県立医科大学法医学講座）
硬膜境界細胞層（dural border cell layer：DBCL）からみた中村Ⅰ型乳幼児急性硬膜下血腫の発生機序 宇都宮 英綱（白十字病院放射線科・高度画像センター）
刑事事件の法医鑑定における神経病理学的検索の実際 鵜沼 香奈（東京医科歯科大学法医学分野）
頭部外傷における軸索障害の病理学的評価 新井 信隆（株式会社神経病理 Kiasma&Consulting）
虐待による乳幼児頭部外傷（abusive head trauma：AHT）の刑事裁判について 掛布 真代（関あさくら法律事務所）

新刊　心臓麻酔の経験知、本っ気で伝えます

じんべえ先生のステップアップ！心臓麻酔



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

著：平﨑裕二　済生会宇都宮病院 麻酔科

定価7,150円（本体6,500円＋税10%）
A5　頁376　図101・写真45　2024年
ISBN978-4-8157-3107-6

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.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

神経病理インデックス

第2版　新井 信隆

神経病理を学ぶなら、まずこの1冊から。

●B5　2023年　頁272
定価：11,000円（本体10,000円＋税10%）
［ISBN978-4-260-05252-8］

▶神経病理の森を迷わず進むための羅針盤として圧倒的な支持を得た定番書が18年ぶりに待望の改訂。
▶神経病理学のエキスパートとして長年の経験から得られた膨大なコレクションの中から「これぞ」という写真を厳選して掲載。
▶改訂にあたり300点近い写真を新たに追加。簡にして要を得た解説が初学者にもわかりやすい。
▶最短ルートで神経病理の最高峰を一望できる1冊。

詳細はこちら

目次　脳の肉眼観察／染色法／総論／各論

医学書院

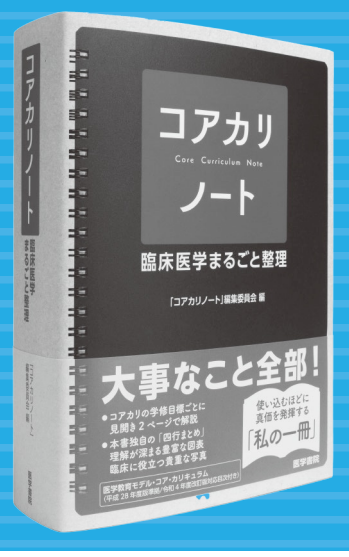
使ってみた！　使ってみたかった！

コアカリノート 臨床医学まるごと整理

編集 「コアカリノート」編集委員会

コンパクトな判型ながら枕にもなる厚さ。臨床医学の“コア”をギュッと詰め込んだらこんなかたちになりました。全領域をキレの良い文章と膨大な数の図表でまとめた，類を見ない新しいスタイルの書籍です。読み方・使い方はあなた次第。医学生・研修医の方々に活用の仕方をお聞きしました。

▼詳細はこちら



■A5　2024年　頁2016　定価：19,800円（本体18,000円＋税10%）［ISBN978-4-260-04864-4］

国試に向けて押さえておきたい臨床医学を網羅！

門松 咲南 国際医療福祉大学6年生

国試に向けて，「重要なのに知らなかった」という知識は絶対になくしたい。自分だけ知らない知識があるのは最も怖いことだと思っているので，臨床医学が網羅されている『コアカリノート――臨床医学まるごと整理』を読み込みさえすれば自分は**全て知っているという自信を持った状態で国試に臨める**と思います。

各項目の冒頭にある「四行まとめ」を国試までに頭に入れるという学習法は効果的な気がします。そうすることで各学修項目の要点を自分で列挙できるようになり，確実に力が付くと思います。**なにより各学修項目が見開き1ページで収まっている構成が使いやすい**。左ページの「四行まとめ」と「本文」で解説が完結されていて，右ページの図表がその理解を助けてくれます。

辞書のように活用できる！

佐々木 大輔 島根大学4年生

国試ベースではなく，文部科学省が定める**『医学教育モデル・コア・カリキュラム』に基づいているという点で安心感**があります。特に臓器別で縦割になっている項目立てが良く，心不全であれば「こういう病態と症候である」ということがまとめられているので，臨床医学の講義で辞書のような活用もできそうです。

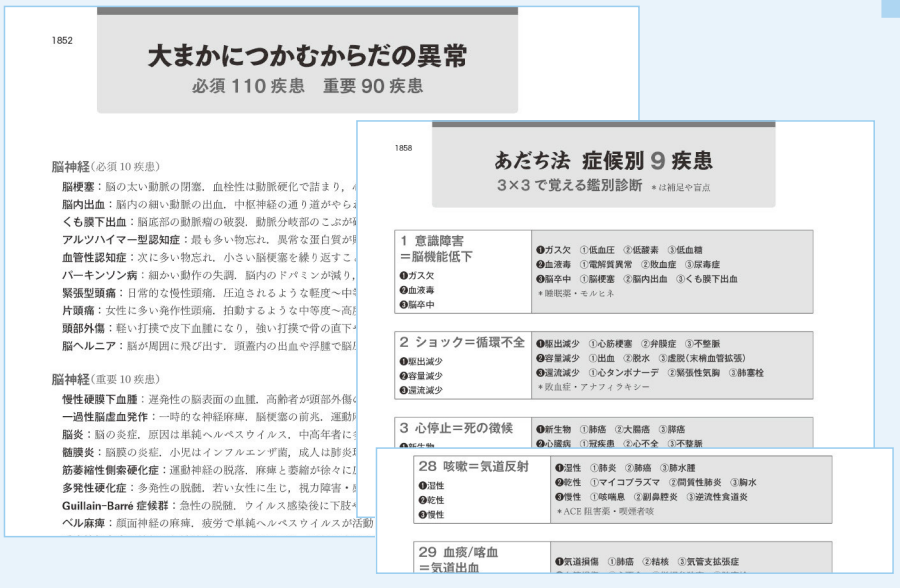
私は臨床推論サークルを運営していて，臨床推論をするにも疾患の理解がないとできない側面があるので，**体系的に臨床医学を学ぶのにうってつけ**なのかなと思います。臨床推論や臨床医学につながる使いやすさがある一冊です。

卒後も使える，臨床につながる一冊！

岡 ひなた 高槻病院（2024年卒）

全分野が一冊にまとまっているのがありがたい。医学書の多くは専門性の高さから分野ごとに分冊されていて，学生時代は何冊も持ち歩くのが大変でした。**CBT や国試に向けて押さえておきたい疾患が体系的にまとめられている**のでこの一冊で大丈夫です。

今年から初期研修に出て，「咳をしている」といった症候からどの疾患かを考えることに困ることもあります。そうした際に巻末付録の「大まかにつかむからだの異常――必須 110 疾患 重要 90 疾患」と「症候別 9 疾患 3×3 で覚える鑑別診断」が有用で，**卒後にも活用できると思いますし，医学生には OSCE の対策にも使える**のではないでしょうか。



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

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

ミニマル発生学

岡 敦子●著

B5・頁168
定価：3,740円（本体3,400円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-04938-2

評者 市原 真
札幌厚生病院病理診断科主任部長

医師21年目である私の手元には，発生学の本がぜんぜんなかった。唯一持っていたのは，学生時代に購入した『ラングマン人体発生学　第7版　日本語版』（医学書院 MYW，1999年3月発刊の第5刷）だけ。発生学の本なんてなくてもいいでしょ，現役医師なら一冊あれば十分でしょ，と，慰めてくださる方もいらっしゃるかもしれない。でも，少なくとも私は，臨床に暮らす日々でずっと不全感を抱いていた。

「近年のトピックスとして中腎様腺癌が挙げられ……」

「中腸由来の神経内分泌腫瘍は後腸由来のものとは異なり……」

「膵臓の divisum では腹側膵と背側膵の癒合が……」

「脊椎に発生した脊索腫が……」

「母斑細胞は由来が神経堤なので免疫組織化学で S-100 が陽性となり……」

成人の体の中に「ない」構造の名前が出てくると，途端に硬直してしまう。脊索って脊髄と違うんだっけ（※違います）。神経堤って神経管と違うんだっけ（※違います）。

ラングマンのとなり

発生学の試験前に詰めこんだ知識のほとんどはすっかり萎縮した。それは発生の過程の中で「役目を終えたから合目的的に退縮した」のとはわけが違う。本当は今も使える知識なのに，長いこと用いずにいたから廃用性に萎縮したのだ。

無自覚だったわけではないし，危機感がなかったわけでもない。「どこかで一度，発生学をやり直さないといけない」という気持ちはずっとあった。たまには必要に駆られてググったりもした。でも，ふしぎなことに，発生学はググってもよくわからないのだ。基礎的な単語の意味や簡単なシェーマなどはすぐ見つかるのだけれど，それらを有機的に結んで「知恵」にする作用がオンラインではうまく働かない。

だから私は本書に飛び付いた。「ミニマル」すなわち必要最低限の知識だけ書いてあるということか。謙虚だなあ。でもちょうどいいや。読み始めてしばらくして気付く。あれ，発生学でこんなに分子生物学的な知識を使ったっけ？　分子発生生物学だって？

当たり前のことだが発生学もまたこの20年で進歩していた。今の学生が聞いたら笑うだろうけれど，おじさんは Hedgehog ファミリーも Wnt ファミリーも発生学と組み合わせて学んだことはなかったのである。発生学の本で，腫瘍学で聞き慣れた遺伝子の話を踏まえて網羅できるというのはうれしい誤算だ。イラストは美しい。文面は「学生向け」と言いつつ決して簡単すぎないし媚びていない。ミニマル（最低限）というのはミニマム（最低の）という意味ではない。これくらいは最低限知ってないと，今の時代に医師をやっていけない，という意味。

買って長く手元に置いておきたい本と，借りて済ませてしまえる本というのがある。一度目を通せば後は売り払ってもいい本というのもたくさんある。でも，発生学は手元に長く置いておけば何度でも活用することができる類いの学問だ。24年にわたってあちこちの本棚に連れ回した孤独なラングマンのとなりに，ついに新顔がやってきた。

ジェネラリストのための内科診断リファレンス 第2版

酒見 英太●監修
上田 剛士●著

B5・頁1200
定価：11,000円（本体10,000円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05237-5

評者 徳田 安春
群星沖縄臨床研修センター長

10年前にも本書の書評を書いた。本書を読んだ感想をまとめると，本書はシステム2的な分析的推論を行うための当時最強のツールであり，EBM実践のためのクイックなデータブックである，であった。臨床疫学の各論必携本と呼んでもよい。

診断エクセレンスをめざすジェネラリストが待っていた改訂版が出た

あれから10年，われわれジェネラリストが待っていた第2版がついに出た。待ちこがれていた理由は，医学は日進月歩で変化し発展するからだ。新たな疾患概念や病歴，身体所見，そして診断検査のデータを供給する論文が無数に出版されている。3万もの論文の中から新しくかつ重要な情報を追加してくれている。

本書の改訂でさらに注目すべきは，上田剛士先生流クリニカルパールが随所に記載されていることである。総合内科と救急の現場で研修医や専攻医を直接指導するジェネラリストが日々直面し解決してきた臨床問題への最適解がパールとなって輝いている。加えて，重要論文の写真のサイトへ飛べるQRコード等も付いており，学習者を助けてくれている。

疫学データも常に変化する。さまざまな症候の鑑別診断で挙げられる重要疾患の事前確率も変化する。最新の臨床疫学データを用いてEBMを実践したいと思う人々には，この改訂版を病棟，外来，自宅に置いておくことをおススメしたい。

最近，診断エクセレンスへの関心が集まっている。患者の健康問題の診断を正確かつタイムリー，そして効率的に実践するプロセスのことだ。これを実現するために現場の医師に求められるのは，アートとサイエンスの卓越した実装である。つまり，患者さんに共感を持って医療面接と身体診察を実施し，臨床疫学データに基づく臨床推論を正確かつ迅速に行うことだ。

診断エクセレンスのための実装はそう簡単ではないが，本書を活用することが助けになる。特に，本書を参照する習慣を身につけ，最新の臨床疫学データとクリニカルパールを迅速に取り出すことで，アートとサイエンスにおける卓越した実装につながるだろう。

医学書院 AD BOX
各雑誌の広告媒体資料・目次内容を掲載しております。
医学書院ADBOX　検索

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下さい▶

公衆衛生 Vol.88 No.7　定価 2,750円
公衆衛生における行政とアカデミアの連携の在り方
海外の実例と我が国の課題

medicina Vol.61 No.7　定価 2,970円
この1冊でもう安心！
内科医が押さえておきたい「しびれ・ふるえ・めまい」の診かた

総合診療 Vol.34 No.6　定価 2,860円
医師のウェルビーイング

胃と腸 Vol.59 No.6　定価 3,520円
内視鏡治療後サーベイランスの現状
異時性多発病変を中心に

BRAIN and NERVE Vol.76 No.6　定価 3,080円
注意と注意障害

精神医学 Vol.66 No.6　定価 3,080円
精神疾患の気づきと病識

臨床外科 Vol.79 No.6　定価 3,080円
結腸左半切除を極める

臨床整形外科 Vol.59 No.6　定価 2,970円
TKAにおける最新Topics

臨床婦人科産科 Vol.78 No.6　定価 3,080円
子宮頸がん撲滅へ向けた戦略
ワクチンと検診の新たなトレンドは？

臨床眼科 Vol.78 No.6　定価 3,190円
第77回日本臨床眼科学会講演集（4）

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.96 No.7　定価 3,080円
他科はこう診る！
耳鼻咽喉科・頭頸部外科の症候

臨床泌尿器科 Vol.78 No.7　定価 3,190円
キャッチアップ精巣腫瘍
今，知っておくべき進歩

総合リハビリテーション Vol.52 No.6　定価 2,640円
NICUからのリハビリテーション

理学療法ジャーナル Vol.58 No.6　定価 2,090円
足病
あしを救って機能も救うために

臨床検査 Vol.68 No.7　定価 2,530円
骨髄腫と類縁疾患の検査学

病院 Vol.83 No.6　定価 3,300円
人を重視した病院組織マネジメント

看護管理 Vol.34 No.6　定価 1,760円
2024年度診療報酬改定
流れを読み，今後に備える

看護教育 Vol.65 No.3　定価 2,860円
誰一人取り残さない看護教育を目指して

保健師ジャーナル Vol.80 No.3　定価 1,760円
元気に働き続けるために
自分らしいキャリアデザインを

助産雑誌 Vol.78 No.3　定価 1,980円
保険適用の議論の前に知っておきたい
出産とお金のはなし

看護研究 Vol.57 No.3　定価 2,200円
EBPから実装へ2
実装科学と社会への普及

■定価は税込み価格

造血細胞移植ポケットマニュアル　第2版

国立がん研究センター中央病院 造血幹細胞移植科●編
福田 隆浩●執筆

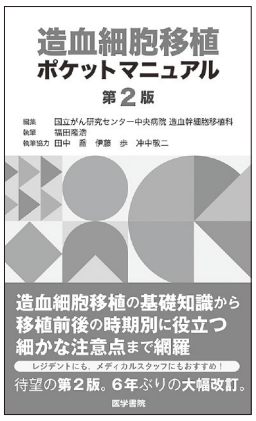
B6変型・頁680
定価：5,280円（本体4,800円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05270-2

評者　豊嶋 崇徳
北大教授・血液内科学

造血細胞移植は白血病など血液がんや難治性血液疾患に対する根治をめざした強力な治療法です。その反面，移植を受ける患者さんの病状や社会的状況は多種多様であり，個々の患者さんごとに最適な移植方法や管理方法を選択する必要があります。また，強力な治療であるが故に合併症も多彩で全臓器に及び，全身管理の高度な知識と経験が必須です。特に細々した部分ではエビデンスに乏しく，経験に基づいた「さじ加減」が移植成績を左右することになります。

初版が世に出たのは2018年です。白衣のポケットに入るサイズでありながら500ページに及び，移植の準備から，入院後，退院後のフォローに至るまで，ほぼ全てが詳細に網羅され，日本中の移植病院の現場で愛用されました。それから6年が経過し，移植適応，移植方法も大きく変化し，新たな薬剤も多数発売されました。そして今回，待ち望まれた「第2版」が刊行されました。新たに追補編として，同種移植後の時期別注意点，CAR-T療法が取り上げられ，一気に680ページへとボリュームアップしました。その結果，造血細胞移植の基礎知識から移植前後の時期別に役立つ細かな注意点まで網羅され，医師のみならず，看護師，移植コーディネーター（HCTC），薬剤師，栄養管理師，リハビリなど，多職種のスタッフの座右の書として必携の一冊となっています。

基礎知識から移植前後の時期別に役立つ細かな注意点まで網羅



異常値の出るメカニズム　第8版

山田 俊幸，本田 孝行，小谷 和彦●編

B5・頁352
定価：6,820円（本体6,200円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05385-3

評者　大西 宏明
杏林大教授・臨床検査医学

本書は，多言を弄するまでもなく，わが国における検体検査分野の解説本として長きにわたり広く読み継がれている代表的な名著である。今版においても，初版から一貫する「異常値が出るメカニズムを学ぶことで，検査値と疾患への理解を深める」という編集方針は保ちながら，名著の名に胡坐することなく，貪欲に新たな挑戦が行われており，医師や臨床検査技師をめざす学生などの初学者から臨床検査の教育にあたる専門家まで，日常的に検体検査にかかわる者にとって必携の書となっている。

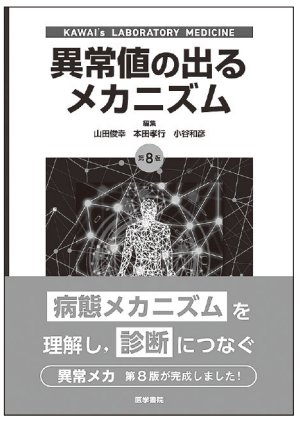
新規検査項目としては，血液学分野において近年日常的に検査されるようになったvon Willebrand因子，ADAMTS13活性，HIT抗体，トロンボモジュリンなど，生化学分野では新規検査項目が多く導入された肝線維化マーカー，そして遺伝子関連検査分野ではマルチプレックスPCRやマイクロサテライト不安定性検査などが新たに解説されている。また，最新の研究成果に基づく新たな知見も，さりげなく取り入れられているのがうれしい。

注目すべきは，基本的検査と二次的検査を分けていた前版のスタイルをあえて崩されたことだろう。例えば前版において甲状腺関連ホルモン以外のホルモン検査は基本検査に準ずる検査とされていたのはやや違和感があったが，これはおそらく「基本的検査と二次的検査」というスタイルの統一化が生みだしたもので，今回の改訂ではそのような違和感は解消された。しかしこの改訂は，そのような形式的な意味での是非を超えた，本書のコンセプトにもかかわるものであるように思われる。本書がめざしているものは「検査値が異常となるメカニズムの解説」であり，検査値の異常を「病気のマーカー」としてとらえる見方とは大きく異なるものである。「基本的検査」という言い方には，多分に「最初に行うスクリーニング的検査」という意味が含まれているが，それはあくまで診断を効率的に行うために慣習的に用いられる検査の順序であり，異常値の生じるメカニズムの本質と関係がない。例えば，検査の順序としてはLDが基本的検査でLDアイソザイムは二次的検査かもしれないが，溶血でLD_1が上昇することはLDの上昇より二次的であることはまったくなく，むしろLD_1の上昇が一次的である。

この，「異常値を生むメカニズム」を重視する方針は，本書の特長として随所に現れていると思われる。例えば，検査で重視される特異度・感度の情報がごく限られた項目にしか記載されていないが，これも，検査値を単なる「マーカー」としてとらえ，より特異度・感度が高くなる検査の組み合わせを探すといった見方を，本書は主題としていないことを示すものであると思われる。また，読者の理解を助けるためさらに充実された，視覚に訴える図表の数々，特に初版編者河合忠先生直伝の図の多くが，人体や臓器を含むものであることも，異常値を「マーカー」でなく，体や臓器とその異常が必然的に生み出している「現象」として捉えていることの表れであろう。

本書でより明解に記述されることとなった異常値を生むメカニズムについて，読者には十二分に堪能していただきたい。

検査の異常値から病態を解き明かす屈指の名著の最新版



がん薬物療法副作用管理マニュアル　第3版

吉村 知哲，田村 和夫●監修

B6変型・頁416
定価：4,400円（本体4,000円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05367-9

評者　入江 佳子
虎の門病院・がん看護専門看護師

がん薬物療法は近年ますます複雑になり，投与管理はもとより副作用管理に的確な判断が求められています。副作用に対しては症状の有無だけでなく，タイムリーに重症度を評価し，その後の経過の見通しを立てながら対応していく必要がありますが，昨今では従来の殺細胞性抗がん薬の併用療法に加え，分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害薬も加わり，有害事象の原因の特定は困難を極めています。

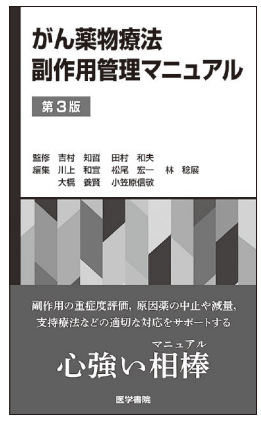
本書では，症状別に抗がん薬のアセスメントや対策のみならず，ルールアウトすべき疾患・病態について丁寧に解説されており，初心者からベテランまで有用なガイドになります。また，臨床でよく出合う，いわゆる「あるある症例」が取り上げられ，そのポイントが解説されています。かかわった患者を想起しながら学べるため，知識・スキルのアップデートはもちろんのこと，実際に副作用マネジメントに難渋する患者に出会った際の，まさにマニュアルとして活用できます。

今回の第3版では，治療による生活への影響として，生殖機能低下と外見の変化について掲載されています。これらは妊孕性温存やアピアランスケアとして，がん対策推進基本計画の重点課題に挙げられており，読者は本書から有益な示唆を得ることができます。特に看護師は，患者から脱毛や生殖機能への影響に関する相談を受ける機会が多く，妊孕性温存やアピアランスケアに関してすぐに調べられるツールは必須です。

また，抗がん薬の有害事象のアセスメントに必要な医薬品情報の活用に関して解説されている点も本書の魅力の一つです。がん薬物療法の副作用管理（マネジメント）に関与する看護師にとって，インタビューフォームや適正使用ガイドの活用の仕方を知ることができ，非常に有用です。

各項で設けられている，“Clinical Pitfalls & Pearls”や症例の解説で示される“Tips”も役立つものが多く，アセスメントの参考になるので，個人購入だけでなく，外来化学療法室や各病棟に一冊ご準備されることをおすすめします。

初心者からベテランまで有用なガイド



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！

MEDSIの雑誌　最新号のご案内

新刊 BeyondER ビヨンダー

特集1　使命と収益のハザマ
特集2　敗血症
Vol.2-No.4　2023
一部定価：3,200円
（本体3,520円+税10%）
ISBN978-4-8157-2062-9
年間購読料：13,640円
（本体12,400円+税10%）
（2024年版）
↑詳しくは

新刊 INTENSIVIST インテンシヴィスト

特集：ショックのPatient Journey
Vol.16-No.2　2024
一部定価：5,060円
（本体4,600円+税10%）
ISBN978-4-8157-2080-3
年間購読料：19,360円
（本体17,600円+税10%）
↑詳しくは

新刊 Hospitalist ホスピタリスト

特集：ホスピタリストのための栄養療法
Vol.11-No.3　2023
一部定価：5,060円
（本体4,600円+税10%）
ISBN978-4-8157-2045-2
年間購読料：19,800円
（本体18,000円+税10%）
（2024年版）
↑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.medsi.co.jp　E メール info@medsi.co.jp

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

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

〔広告取扱：㈱医学書院販売・PR部広告担当　☎(03)3817-5696/FAX(03)3815-7850　E-mail：pr@igaku-shoin.co.jp〕