

2018年5月28日

第3274号 for Nurses

週刊（毎週月曜日発行）
購読料1部100円（税込）1年5000円（送料、税込）
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

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [鼎談] 縛らない医療, ひらかれた看護 (中田信枝, 中西三春, 中村ゆきえ) / [連載] 看護のアジェンダ…………… 1—3 面
- [連載] 今日から始めるリハ栄養………… 4 面
- [連載] 行動経済学×医療…………… 5 面
- MEDICAL LIBRARY / [連載] 医療安全コンパス…………… 6—7 面

鼎談

縛らない医療, ひらかれた看護 尊厳あるケアのために



中村 ゆきえ氏

金沢大学附属病院 看護部
キャリア開発センター 看護部長

中田 信枝氏

東京都立松沢病院
看護科主任

中西 三春氏

東京都医学総合研究所
精神行動医学研究分野 心の健康プロジェクト
精神保健看護研究室 主席研究員

身体抑制（身体拘束）への社会的な関心が高まっている。厚生省調査（精神保健福祉資料）によれば、精神科病院における身体拘束は10年余りで倍増したことが明らかになった。この背景としては身体的治療を要する高齢者や認知症患者の増加が指摘されており、急性期病院も同様の課題を抱えている。

本紙では、身体抑制（身体拘束）の最小化に取り組む金沢大学附属病院と都立松沢病院の看護師、および認知症研究者による座談会を企画。先駆的施設の取り組みから学ぶとともに、日本全国で「縛らない医療」の実践を普及させるための方略を探った。

中村 金沢大病院では一般病棟および精神科病棟での身体抑制（抑制帯の使用）が2016年2月にゼロとなり、ミトンやセンサーマット、監視カメラの使用も激減しました。その経緯は連載「看護のアジェンダ」（本紙第3252号）の中でも主に看護管理の視点から紹介されていましたが、私は病棟看護師の立場から改めて振り返ります。

認知症患者に対するケアの工夫、臨床倫理に基づく看護実践

中村 当院における身体抑制最小化の取り組みは、看護部年度目標として身体抑制減少が掲げられた2014年度に本格化しました。

当時私は精神科病棟に所属していましたが、認知症患者への行動制限が漫然と行われている現状がありました。介護保険施設では原則縛らない方向性に変わってきたのに、なぜ病院で同じことができないのか。そんな疑問から調べてみたところ、抑制や隔離に至る理由として最も多かったのは迷惑行為でした。「でもそれは縛る理由になるのか？」という問題意識を持ち、皆で共有し、ケアの工夫を始めました。認知症患者に対する成功体験が積み重なったところで、他の精神疾患にも対象を広げて、徐々に抑制が減っていったという経緯です。

中田 当院の場合もまずは認知症病棟から始まり、それに刺激を受けて他の病棟も取り組むようになりました。認

知症患者から始めるのは効果的なのかもしれません。

中西 示唆的ですね。認知症は施設や病院、診療科を問わず、あらゆる場面で遭遇しますから、医療保険と介護保険の不整合、診療科ごとの取り組みの差異が表出しやすいのでしょうか。

その不整合に気付いた上で、ケアの工夫を始めたのが重要な点だと思います。単に身体抑制を禁止するだけでは結果的に他の手段による制限が増えてしまう現象が世界中で起きています。「ご本人はどういう生活をしたのか？今の状況は？そのギャップはどうしたら埋まるのか？」。抑制を減らすためには、これらの丁寧なアセスメントが必要で、それはまさに看護の腕の見せ所ではないでしょうか。

中村 看護部目標として2014年度と15年度は身体抑制数の減少が掲げられていたのですが、16年度は「尊厳ある方への看護であることを実践にあらわす」となりました。私たちは「尊厳ある方への看護」を意識することで、数にこだわるのではなく、専門職としての看護を深めることができたのだと思います。

この10年ほど、組織を挙げて臨床倫理に関する学習や実践を継続してきたことも大きな要因です。その一環として、2015年には臨床倫理コンサルティングチームが設置され、専従の副看護部長が院内ラウンドを行い、病棟カンファレンスに参加するようになりました。困ったことがあればすぐに相

談できるようになり、必要時には多職種を含む倫理カンファレンスを実施され、そこで解決策が見つかることも増えました。

中西 なるほど、日常の看護実践のなかに臨床倫理が組み込まれるのですね。身体抑制の最小化に取り組む過程ではスタッフがひとりで不安を抱え込んでしまう場面がおそらくあるでしょうから、組織的なサポート体制を構築することは大切です。

一般病院の認知症疑い患者への身体拘束実施率は45%

中西 私からは一般病院における認知症ケア調査の結果をご紹介します¹⁾。概要は表1（次頁）のとおりです。未診断の認知症患者の存在が以前から指摘されており、この調査では事前に定義付けした上で「認知症疑い」の分類を用いています。結果として、一般病院の入院患者の14.6%、認知症疑いの患者に限れば44.8%が調査日時点で身体拘束を受けているという結果でした。

さらに分析すると、身体拘束の様態としては「ベッド柵」が多くなっています。これはおそらく、施設によって身体拘束のとらえ方が違うことが影響しているからでしょう。拘束の理由も併せて聞いているのですが、「リスクがある」というのは、「実際に事故があったわけではないけれども、リスクがある状態だと判断した」という意味です。つまり「このままいくと自己抜

去しそうだと思ったから」という身体拘束が14.0%、「実際に自己抜去をしたから」という身体拘束が9.6%です。

表2（次頁）は、身体拘束の実施との関連を示した解析結果です。認知症ケア加算を算定している病棟の身体拘束実施率は、算定しない病棟の0.76倍でした。実際の割合で示すと、「認知症疑い患者の45%で実施」に対して、「認知症ケア加算を算定している病棟でも42%」です。つまり、認知症ケア加算の算定で身体拘束の実施率は低くなるのですが、効果は限定的であると考えられます。

病床機能でみると回復期よりも急性期が、また診療科別でみるとリハビリテーション科や脳神経外科での身体拘束実施率が高くなります。医療的処置の種類とも関連しているのでしょうか。「認知症の診断なし」だと認知症疑いであっても実施率が下がるのは診断名の有無が拘束の判断に影響を与えるためかもしれません。ただ、これは今後さらなる研究が必要な点です。

中田 認知症ケア加算を算定している病棟でも42%という割合は、予想以上に高いですね。

中西 医療従事者の意識変容を促すだけでは限界があって、新たな政策的アプローチが必要なのかもしれません。病院属性の多くは身体拘束と有意な関連を示さなかったことから、診療の構造そのものを変える必要性を感じてい

（2面につづく）

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ（http://www.igaku-shoin.co.jp）もご覧ください。

新刊のご案内

医学書院

呼吸音聴診ガイドブック

見る・聴くWeb付録付
山内豊明
B5 頁96 2,300円 [ISBN978-4-260-03159-2]
サンプル動画配信中。医学書院Webサイトを参照ください。

看護を教える人のための 経験型実習教育ワークブック

編集 安藤史子、北川 明
B5 頁192 2,700円 [ISBN978-4-260-03591-0]

実習指導を通して伝える看護 看護師を育てる人たちに

吉田みつ子
A5 頁176 2,300円 [ISBN978-4-260-03529-3]

医療福祉総合ガイドブック 2018年度版

編集 NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会
A4 頁312 3,300円 [ISBN978-4-260-03586-6]

知っておきたい変更点 NANDA-I看護診断 定義と分類 2018-2020

上鶴重美、T・ヘザー・ハードマン
A5変型 頁112 2,000円 [ISBN978-4-260-03610-8]

看護診断 第23巻 第1号

編集 日本看護診断学会
B5 頁72 2,800円 [ISBN978-4-260-03585-9]

2019年版 系統別看護師国家試験問題集 必修問題・過去問題・国試ででたBOOK

「系統看護学講座」編集部 編
B5 頁1896 5,400円 [ISBN978-4-260-03568-2]

2019年版 保健師国家試験問題集

「保健師国家試験問題集 電子版」
「国試直前チェックBOOK」付
「標準保健師講座」編集部 編
B5 頁752 3,500円 [ISBN978-4-260-03572-9]

2019年版 准看護師試験問題集

医学書院看護出版部 編
B5 頁576 3,400円 [ISBN978-4-260-03555-2]

<出席者>

●なかた・のぶえ氏

横浜市大文理学部卒。一般企業勤務を経験後、阪神・淡路大震災で被災したのをきっかけに横浜市病院協会看護専門学校入学。卒業後は精神科病院および総合病院精神科を経て、2008 年都立松沢病院へ入職。スーパー救急病棟・身体合併症病棟・認知症病棟を経て、現在はスーパー救急病棟に所属。14 年より現職。精神科認定看護師。被災地支援にも携わる。

●なかにし・みはる氏

東大医学部健康科学・看護学科卒。同大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻精神保健学分野博士課程修了。医療経済研究機構研究部主任研究員などを経て 2015 年より現職。主な研究領域は認知症ケアの政策研究。近年は認知症施策に関する国際比較を行っており、G8 認知症サミットを受けて設立された世界認知症審議会にも準会員として参画している。

●なかむら・ゆきえ氏

石川県立総合看護専門学校卒。精神科病院勤務の後、「身体疾患も看ることのできる精神科看護師」をめざして 2002 年に金沢大病院入職。外科系・内科系病棟を経て精神科病棟配属。その後、神経内科を主とする混合病棟に所属し、院内の臨床倫理コンサルティングチームのリンクナースとして活動。18 年より現職。精神科認定看護師。精神科リエゾンチームでの活動も行う。

(1 面よりつづく)

ます。

日本の診療構造で難しいのは、医療保険と介護保険が連動していない点です。例えば、介護保険の利用者が入院すると、ご本人とケアマネジャーのかかわりがいったん切れてしまう。これが英国だと、自治体職員がソーシャルワーカーのような立場で入院中から退院後の生活まで継続フォローする仕組みになっています。そのほうが、治療やケアの目的を共有しやすいと思うのです。

「医療安全の壁」を前に問われるトップの姿勢

中田 ここまでの論点も踏まえつつ、都立松沢病院における取り組みをご紹介します。精神科病院における身体拘束の急増が注目されるなか、当院では身体拘束を年々減少させ、2011 年度と比べると 17 年度は 83% 減となりました。

これまでを振り返ると、身体拘束を最小化する上で 3 つの壁がありました。まずは「医療安全の壁」です。何か事故が起きると経過や原因を問われ、管理者にそのつもりはなくても、スタッフは自責の念に駆られてしまう。報告書類の提出は心理的負担が大きいいし、訴訟のリスクだってある。「自分の勤務中には転んでほしくない」「点滴を抜いてほしくない」という心情が強くなり、防衛的になっていたときもありました。

2012 年の新棟移転時に現院長（齋藤正彦氏）が就任し、病院トップから行動制限最小化の指針が示されたのが転機でした。医療安全対策も根本的に

●表 1 一般病院における認知症ケア調査の概要

日本における状況と調査目的	
介護保険下では「身体拘束ゼロへの手引き」（厚労省、2001 年）を踏まえて身体拘束が原則禁止となる一方、医療保険下では一般病棟の多くで身体拘束が実施されている。2016 年度診療報酬改定により「認知症ケア加算」が新設され、身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成すること、身体的拘束の実施は減算という政策誘導がなされた。そこで、一般病棟における認知症患者への身体拘束の実施状況と認知症ケア加算の効果を検証する目的で調査を実施した。	
調査方法	
全国の急性期および回復期機能の病床を有する病院（100 床以上）を対象とした自記式質問紙調査。	
結果	
【回収状況】	
1171 病院、2926 病棟、患者調査票 2 万 9088	
【身体拘束の実施状況】＊「身体拘束」の定義は「身体拘束ゼロへの手引き」で示された 11 行為	
1859 病棟の入院患者 7 万 1381 人中 1 万 409 人（14.6%）	
認知症疑い患者 1 万 7508 人中 7852 人（44.8%）	
患者調査票（データに欠損がない 2 万 3539 人）のデータ解析	
【身体拘束の形態】	
ベッド柵（68.6%）、拘束帯・ベルト（28.0%）、抜去等防止の手袋（25.6%）、転落防止で縛る（16.1%）、介護衣（12.6%）、抜去防止で縛る（11.2%）	
【身体拘束の理由】	
転落のリスクがある（47.4%）、自己抜去のリスクがある（14.0%）、自己抜去をした（9.6%）	

見直され、「現場を萎縮させないリスクマネジメント」というメッセージが職員に対して送られました。院長からは、「何かあれば私が責任をとるから」という話まで出ました。ただそうは言っても、最初のころは職員も半信半疑でした。そこから何年もかけ、現実には事故が発生した際の病院の姿勢を垣間見たりするなかで、職員の意識が徐々に変わってきたように思います。

中西 身体拘束の最小化に成功した精神科病院の共通要素を分析したレビュー論文があるのですが、組織としての意思決定と病院トップの関与がまず初めにない限り、その後の取り組みがうまくいかないことが指摘されています²⁾。まさに松沢病院の話に重なりますね。

中田 職員は常に事故と隣合わせの現場にいて患者の安全と尊厳との間でジレンマと闘っていることを、病院幹部や医療安全部門の担当者が理解して、相互の信頼関係を構築することが必要だと感じます。

「治療の壁」に医師と看護の連携、QOL の視点が不可欠

中田 次が「治療方針の壁」です。治療内容によっては、身体拘束せざるを得ない場合もあります。以前当院の精神科急性期病棟では、入院時に不穏・興奮が激しいときは身体拘束をすることがありました。しかし「治療開始時に身体拘束はしない」という治療方針の転換があり、医師の間で定着していくことで、急性期病棟の身体拘束は 6 年間で 84% 減少しました。夜間救急の場合も、生命の危機的状態以外は、まずは隔離で様子を見ていくようになりました。

最後まで難しかったのは、カテーテルや人工呼吸器などの医療処置が実施されている身体合併症病棟です。ここでは、精神科医と身体科医が連携し、看護師からの提案も含めて治療の選択肢を広げることで身体拘束を減らしています。例えば、24 時間連続の点滴を、看護配置の多い日勤帯に終了するよう

に時間変更し、拘束を行わずに過ごすことが可能になったケースもあります。また、終末期に関しては、延命を第一と考えず、患者が苦しまず、安らかな最期を迎えるために何をすべきかを、家族を含め医師・看護師が何度も話し合い、拘束を必要とするような処置はせずに済むケースもあります。

中村 いずれにしても、医師の協力は不可欠ですね。当院でも理解がどうしても得られず、医師が看護部へ説明を求めたことがありました。そのときは小藤幹恵・前看護部長自らが「抑制ゼロをめざしているのではない。患者の最善を話し合いたいのだ」と伝えたことで、医師との関係が改善され、協力を得られたことがありました。

中田 生命を維持することも大切ですが、患者の QOL まで含めた治療・ケアを意識する必要があるって、特に終末期はそう感じます。“人生の最期をどう迎えるか”を踏まえた根本的な意識改革が、医療者だけでなく家族まで含めて求められています。

中西 私の研究領域である認知症対策においても、WHO 認知症会合などの場で「認知症緩和ケア」の確立を重視する声明が出されるようになってきました。つまり、認知症をターミナルな疾患として認識し、治療・ケアの優先度やゴールを見直そうという提唱です。「何のために治療・ケアを行うのか」という視点を、個人ではなくチームで共有することが今後重要性を増します。お二人の病院では本来の看護ができているからこそ、現場に自信が醸成され、医師に対しても意見が言える。他の病院の看護師を勇気付ける話です。

「心の壁」と向き合う

中田 最後に残るのは、実は「心の壁」です。これは当院の院長が話していることなのですが、松沢病院は 100 年以上前、呉秀三（1865～1932 年、近代精神医学・医療の創設者）が院長だった時代に身体拘束を禁止しています。しかし、100 年を経て身体拘束が増加し、そしてまた減らした。私たちはな

●表 2 身体拘束の実施との関連

	オッズ比	95%信頼区間
認知症ケア加算算定病棟	0.76	0.63-0.92
認知症の診断なし	0.43	0.40-0.47
病棟属性		
病床機能：急性期	2.03	1.54-2.69
リハビリテーション科	1.50	1.03-2.19
脳神経外科	2.29	1.64-3.21
病院属性		
リエゾン精神科医	0.76	0.61-0.95

ぜ同じことを繰り返すのでしょうか。

いくら研修や啓発活動を行っても効果は一時的なもので、今後何かのきっかけで――例えば事故が起きて裁判で有罪判決でも出たら、身体拘束がまた増え始める可能性はあるんですよね。人は不安や恐怖を感じると、それらを排除するために安全策を取りたくなります。きっと最終的な壁は自分の心の中にあって、医療者は常にそのことを自覚してケアに当たらなければならないと思っています。

中西 ご指摘のように、研修で動機付けしても職場に帰ると元通りになる現実があり、諸外国も同様です。これでは、現場の看護師にストレスを与えるだけになりかねません。

中田 「身体拘束は非人道的」という風潮が高まるなか、治療のためにやむを得ず、つらい気持ちで拘束を続ける看護師が今も全国にたくさんいるわけです。時には「やめてくれ！ 何で縛るんだ！」と患者から罵声を浴びながら、患者の陰性感情に一晩中向き合うこともある。何とか自分の感情を抑え込んで看護の仕事をしている現状も、理解しないといけません。

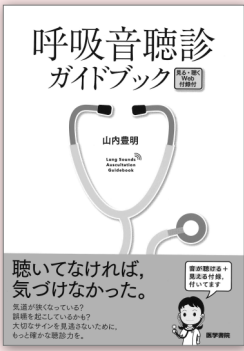
中村 患者を縛りたいと思って看護師になる人はいませんよね。私が新人看護師のころは、夜勤に入る準備として縛り方を教わりました。「看護師はこんなことをしなければならないのか」と複雑な気持ちになったことを覚えています。その後、当院で働く中で「看護をしている」という実感が持てるようになり、今は恵まれた環境にあると思っています。抑制ゼロにこだわるのではなく、「縛らない選択肢もある」くらいの気持ちで取り組むのが良いのかもしれない。

中田 冒頭でお話があったように、数を減らすことよりも大事なのは「尊厳あるケア」だと思います。私自身、精神科認定看護師として長年この問題に取り組むなかで気付かされたことです。

中村 取り組みの過程では、暴力を受けたりしてつらい思いをすることもありますよね。そんなときは、意識的に同僚に話して感情も吐き出すようにしています。経験のない看護師はつらい目に遭うと自分の看護が悪いせいだと思ってしまうので、同じ経験をしていることを伝えて、「自分だけじゃなかった」「話していいんだ」と感じてもらうのが目的です。

中田 私も認知症病棟にいたころは、患者に怒鳴られたり、時には暴力を受けたりすることもありました。患者ノ

大切なサインを見逃さないために、もっと確かな聴診力を。



呼吸音聴診ガイドブック

見る・聴く
Web付録付

著 山内豊明 放送大学大学院教授 生活健康科学プログラム

● B5 頁96 2018年 定価・本体2,300円＋税 [ISBN978-4-260-03159-2]



呼吸音が生じるメカニズムと
実際の音がつながる！

書籍と連動した特設サイトで
動画や音声を視聴できます！

特設サイトへの
アクセスは… 書籍に記載されているQRコードを読み取り、
付属のIDとパスワードを入力してください。

サンプル動画
配信中!!



医学書院



2018 年 3 月末に、聖路加国際大学紀要 4 巻が届いた。28 編から構成される教員の研究・実践報告は例年以上にボリュームがあった。「短報」には、5 編の「3 年次編入」に関する論文が載った。それらは、聖路加国際大学看護学部が取り組んできた新たな制度についての準備段階から、開講後半年の教育実践の内容や課題を示すものであった。

本稿では、5 編の報告を概観し、看護学速習プログラムに関心を持っている看護系大学の関係者に供したい。

保助看法改正を契機に 編入制度の見直しへ

まず、看護学速習プログラムの開設に至るまでの準備段階の報告である¹⁾。米国では、1971 年にセントルイス大学がはじめて看護学速習プログラム（Accelerated Bachelor of Science in Nursing program：ABSN）を開設した（紀要では「看護速習プログラム」と表記されているが、本稿では Bachelor の意をくんで「看護学速習プログラム」

を用いることとした）。米国では看護師不足と経済低迷による高い失業率を解決する施策として看護学速習プログラムが推進され、2012 年までに 230 課程となった。その後 11～18 か月で看護師を育成するコースが 293 課程、修士号を取得できる 3 年制コースが 62 課程となり、看護学士課程を持たない 4 年制の大学もあるという。

聖路加国際大学の編入制度は、看護系短期大学卒業生を対象に開始された。1997 年には他分野の学士号を持つ大学卒業生を対象とした学士編入制度に変更となった。当時、保健師助産師看護師法（保助看法）では看護師国家試験受験資格を得るには 3 年以上の教育期間が求められていたため、学士編入学は 2 年次への編入とし、今日まで続いていた。2014 年の保助看法改正により、「大学において看護師になるのに必要な学科を修めて卒業した者」（第 21 条 1 項）が加わり、この項では「3 年以上」という教育期間が削除されたことにより、わが国での看護学速習コースが可能になったのである。聖路加国際大学ではこのコースの

減少の効果を検証していくことも必要かもしれません。当院の場合、身体拘束の減少とともに、どの病棟も在院日数が短縮しています。要因の検証はこれからですが、拘束をしないことで ADL 低下や拘束による心理的ダメージが防げることも関係していると思います。

事故に関していえば、インシデント数は確かに増えましたが、アクシデント数は以前と変わっていません。つまり、拘束してもしなくても、大きな事故の件数は変わらなかったのです。もちろん、拘束しないためのケアの工夫を行った上でのことです。こういったデータが可視化されると、他の施設で取り組む際の後ろ盾になるように思います。

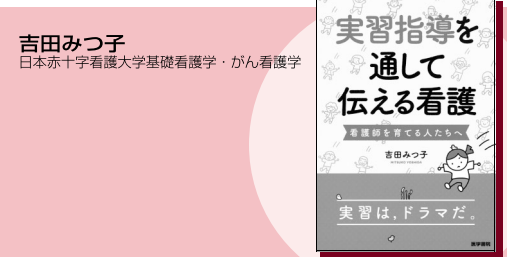
中西 私の役割としては、特定の人たちの頑張りに依存しない構造をつくるために、調査研究を続けていくことです。それと併せて、お二人のように現場からの情報発信を継続することが、変革の力になるのだらうと思います。（了）

●参考文献
1) Int Psychogeriatr. 2017 [PMID：29122058]
2) Int J Ment Health Syst. 2017 [PMID：28503194]
3) Int J Geriatr Psychiatry. 2018 [PMID：28857263]

実習は、ドラマだ！

実習指導を通して伝える看護 看護師を育てる人たちへ

患者さんの苦痛を直視できない、「情報収集」で手一杯、報告のときに緊張しすぎる…、実習中の学生の気持ちは右へ左へと揺さぶられます。カンファレンスでの沈黙、臨床経験の少ない分野での実習指導…、教員や指導者も悩みます。でもそれは、机の上では学べない看護の価値や意味を学生に伝えるチャンスです！リアルな実習場面から「実習指導とは何をするものか」に考えを巡らせる、“ナラティブな”実習指導の本。



ニーズ調査を 2015 年に行っている。オープンキャンパスとウェブサイトでアンケート調査（n=437、平均年齢 28.5 歳）を行ったところ、「看護学速習コースが開設されたら入学したい」と回答した者は 279 人（64％）であった。進学において重視する項目は、①環境（95％）、②最短年限で学びたい（58％）、③働きながら学びたい（50％）、④学費を考慮する（22％）であった。

カリキュラム構成と 学習支援体制

看護学速習プログラムの検討は 2013 年度から開始された。学士 3 年次編入のカリキュラム作成に当たり、初年度の過密性の緩和、必修科目単位数の少ない最終学年の学習意欲保持、成人学習理論に基づいた主体的な学習方法の導入が課題となった。そこで、最初の講義 4 科目を除いて、編入生は別クラスで授業を行うこと、学習の順序性を保つこと、専門科目は理論と演習・実習が短い時間で連動するように配置するとともに、実習は 2 年間でまんべんなく配置することとした。具体的には、看護学が扱う現象と方法論を理解するための事例を用いた学習、基礎看護学領域の複数の科目統合²⁻⁴⁾、成人看護学実習（慢性期）と老年看護学実習との協働、理論学習と実習による体験学習の連続性が考慮された。

カリキュラムは、形態機能学、形態機能学演習、ヘルスアセスメント方法論の 3 科目を統合して統合科目Ⅰ（7 単位）とした。授業は事例を用いて展開し、講義に加えて、①臓器の観察実習、②自身の生理的データの測定演習、③ヘルスアセスメント演習を組み合わせ、模擬患者を活用した実践的演習も導入された。さらに、People-Centered Care Nursing（PCCN）論、看護展開論、基礎看護技術論Ⅰ、基礎看護技術論Ⅱ、コミュニケーション実習、基礎看護技術実習を統合して統合科目Ⅱ（10 単位）とし、最後に看護展開論実習（2 単位）を行うこととした。

統合科目Ⅰでは、「日常生活行動」の学習に事例が用いられた。例えば、「食べる」を学ぶために、からだの構造と機能を理解し、アセスメントの視点と技術を検討し、模擬患者に実践するという方法を取った。

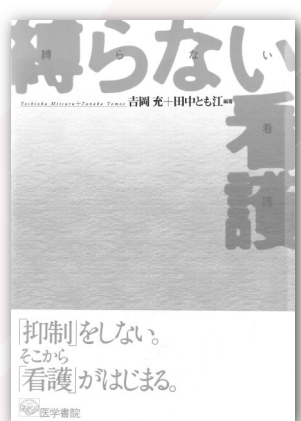
学習支援体制を強化するため、看護学速習コース専任助教 3 人とコース統

括責任者を配置し、アドバイザー制度を確立した。24 時間開館している図書館、専任助手の指導の下、看護技術を自己学習できる実習室、さらに、自宅等からアクセスできる電子ジャーナルや看護技術動画教材システム、e-ラーニングシステムも整備した。

編入生が取得しなければならない科目の単位は、入学前の既修得単位認定に左右される。認定単位数の下限は教養科目の 28 単位である。教養科目以外で認定対象となる基礎科目は、形態機能学、形態機能学演習、生化学、栄養学、病態生理学、疾病・治療各論、生涯発達論Ⅱ、メンタルヘルスと家族、集団力動論、セクシャルヘルス、生命倫理、薬理学、感染症学、公衆衛生学・疫学、健康社会学、保健統計学であり、単位数の合計は 31 単位となる。なお本学の建学の精神にかかわるキリスト教概論（教養科目 2 単位）は必修科目とした。編入生は 2 年間、学修に専念することが求められた。

紀要では、看護学速習プログラムを導入して半年間の評価が報告される⁵⁾。初年度に入学した定員 30 人の学生は、平均年齢 30 歳、76％が職業経験を持っているが、医療関連の経験者は少なく、文系の出身者が多い。彼らは、学習意欲が高く、社会的スキルや批判的思考力に長けている一方、「既に修得した専門分野に看護学を加え統合していく作業は、“獲得と喪失”のプロセスであり、楽しくもあり苦痛でもある」と報告者は記している。

●参考文献
1) 長松康子，他．学士編入 2 年制コース開設に至るプロセス．聖路加国際大学紀要．2018；4：98-102.
2) 加藤木真史，他．第 3 年次学士編入における形態機能学・形態機能学演習・ヘルスアセスメント方法論の統合．聖路加国際大学紀要．2018；4：103-8.
3) 大久保暢子，他．学士 3 年次編入における形態機能学・形態機能学演習・ヘルスアセスメント方法論の統合——第 2 報 授業の展開の紹介．聖路加国際大学紀要．2018；4：117-21.
4) 縄秀志，他．実践報告：聖路加国際大学第 3 年次学士編入制度——統合科目②の概要と課題．聖路加国際大学紀要．2018；4：113-6.
5) 下田佳奈，他．実践報告：聖路加国際大学 3 年次学士編入制度——開始から半年間のプロセス．聖路加国際大学紀要．2018；4：27-32.
＊いずれも聖路加国際大学機関リポジトリ（URL＝http://arch.luke.ac.jp）にて公開予定



●A5 頁276 1999年
定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-33017-6]

縛らない看護

編集 吉岡 充／田中とも江

抑制はずしのノウハウを具体的に解説

「抑制」をしない、そこから「看護」がはじまる。
いま問題は「どうすれば抑制をなくすることができるか」だ。
「縛らないですむ方法を考えることが看護そのものだった」と気づいた看護者は元気になれる。

精神看護

2017年09月号
[通常号] [Vol.20 No.5]

特集1 増え続ける身体拘束に歯止めを！
松沢病院はこのような取り組みました／中田信枝

特集2 スプーン介助を変えれば、食べる力は復活する／佐藤良枝

●隔月刊、年6冊
●2018年 1部定価：本体1,300円＋税



今日から始めるリハビリテーション栄養

第4回

誤嚥性肺炎による
医原性サルコペニア

監修 若林秀隆・荒木暁子・森みさ子
今回の執筆者 松尾晴代

鹿児島市医師会病院
摂食・嚥下障害看護認定看護師/NST 専門療法士

症例 70歳代男性。狭心症、うつ血性心不全、誤嚥性肺炎で入院。入院時から発熱、喘鳴、SpO₂低下を認め、呼吸管理を開始。輸液や抗菌薬を投与している。栄養管理は輸液と経口摂取を併用。入院4日後に肺炎は改善したが、痰の自己喀出力が弱く、湿性咳嗽やむせ、疲労感を認め食事摂取量は3割程度。

【入院時所見】身長154.5 cm、体重40.7 kg、BMI 17.0 kg/m²。握力は右13.5 kg、左11.0 kg、下腿周囲長27 cm、上腕周囲長21 cm。Hb 8.5 g/dL、Alb 2.4 g/dL、リンパ球数1050/mm³、CRP 8.5 mg/dL、EF（左室駆出率）52%、皮膚の乾燥あり。バーセルインデックス（ADL評価）は15点で、排泄・移乗動作は全介助。呼吸困難感と疲労感で耐久性が低く、座位保持が困難。MNA[®]-SF（簡易栄養状態評価表）2点で低栄養と判定。咀嚼や食塊形成に時間を要し、食物の送り込みは可能なものの、口腔内乾燥、咽頭に痰と唾液貯留を認める。

早期経口摂取が重要な誤嚥性肺炎のリハ栄養

誤嚥性肺炎では経口摂取量が低下し、低栄養や脱水、摂食嚥下機能低下を認めることがあります。肺炎で入院する嚥下障害患者は、高齢でADLが低く、低栄養で合併症が多いです¹⁾。経口摂取を禁止すると肺炎治癒までの期間が長くなり（禁食群13日、早期経口摂取群8日）、摂食嚥下機能が低下します²⁾。

また、不適切な栄養管理や長期臥床、廃用性筋萎縮は二次性サルコペニアやADL低下の原因となります。絶食下での電解質輸液投与だけでは、侵襲や消耗、リハによる消費エネルギー量増大で飢餓が進行してしまいます。そのため看護師には、呼吸数や脈拍、食欲低下、体重減少、活動量、筋量や脂肪量、浮腫などの観察が求められます。低栄養の原因を把握して、総合的な判断のもと栄養評価を行い、適切な栄養療法を提案します。

食事や排泄、清潔援助の中で、起き上がり動作や座位・立位保持などの介入を行います。特に早期経口摂取が重

入院したときよりも機能やADLが低下して退院する患者さんはいませんか？その原因は、活動量や栄養のバランスが崩れたことによる「サルコペニア」かもしれません。基本的な看護の一部である「リハビリテーション栄養」をリレー形式で解説します。

要³⁾で、嚥下リハが誤嚥性肺炎患者の早期経口摂取自立につながります⁴⁾。むせの有無や頻度、喀出力や湿性嗝声、口腔内環境、食事時の姿勢や摂取量に注目し、栄養摂取方法や必要量、食形態を決定します。

リハ栄養ケアプロセスで、どう進める？

肺炎後の廃用症候群高齢者では、92%にサルコペニアを認めます⁵⁾。適切にリハ栄養を実践し、栄養管理と運動、経口摂取で栄養状態やADL改善、摂食嚥下機能の維持・向上を図ることが肺炎の治療とともに重要です。リハ栄養の実践では、看護師は看護診断のもと評価・診断、ゴール設定、介入、モニタリングを行います。

①リハ栄養アセスメント・診断推論、②リハ栄養診断

疾患、活動状態や生活背景から、栄養障害、サルコペニア、摂食嚥下障害、栄養素摂取の状態を評価します。

【栄養障害】血液検査と栄養評価で飢餓と侵襲があり、高度の低栄養と判断

【サルコペニア】筋量、筋力、身体機能低下があり認める

【摂食嚥下障害】誤嚥性肺炎、嚥下機能低下があり認める

【栄養素摂取の過不足】食事摂取量が3割（約400 kcal）で、タンパク質、脂質、糖質の摂取不足と判断

本症例はサルコペニアの可能性が高いと判断しました。医原性サルコペニア予防のために、早期介入が必要です。

③リハ栄養ゴール設定、④リハ栄養介入

予後予測に基づき、ゴール設定と介入方法の計画立案を行います。最終目標は栄養改善だけではなく、治療予後、ADL、QOLの改善です。

【短期目標(1か月)】原疾患の治療継続。食事摂取量7割（約900 kcal）以上、体重1 kg増加（41 kg台に）。病棟内のトイレまで歩行器で移動できる

【長期目標(2か月)】原疾患の状態安定。必要エネルギー量（1400 kcal以上）を経口摂取できる。嚥下調整食から軟飯・軟菜を摂取し、独歩で施設退院できる

【介入】嚥下機能評価に基づき、嚥下調整食（『日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013』⁶⁾コード2：ペースト食）900 kcalが提供され、食事と輸液で投与水分量は約1500 mL、介入時の経口エネルギー摂取量は約400 kcal

⑤リハ栄養モニタリング

介入後の状態と臨床経過を再評価し、介入を継続するか否かを検討します。体重、目や頬周囲の脂肪量減少の有無、上腕・下腿周囲長、栄養指標データ（Alb、CRP、Hb、リンパ球数など）の確認、歩行距離や活動量の変化、食欲の有無や食事摂取量、偏食の有無と程度を観察します。

看護診断と看護の実際

本症例におけるリハ栄養の実際を紹介します。呼吸・循環、水分・栄養摂取、運動・休息における評価と問題点、そして看護診断は以下の通りです。

#1 栄養摂取消費バランス異常：必要量以下

【診断指標】誤嚥、むせがある。水分や摂取量が不足、低栄養状態

【関連因子】BMI低下、皮膚の乾燥、喀出力、嚥下機能の低下。必要量の摂取不足、口腔内が汚れやすい、四肢の筋量・筋力低下、座位保持や歩行ができない

- ◆目標
 - ・一定の水分や食事（1400 kcal以上）が摂取できる
 - ・誤嚥を起こさず自助具を使用して自己摂取できる
- ◆介入内容
 - ・体重値、検温値、血液検査、水分や摂取量の変化を観察
 - ・観察結果から、栄養・水分量・リハ内容を検討
 - ・摂取量が増える献立や食事回数を検討
 - ・甘味系の補助食品や持ち込み食（カステラ・甘納豆など）の導入
 - ・嚥下しやすく誤嚥を起こしにくい姿勢調整
 - ・ベッドやリクライニング角度を高くし上

- 体を起こす
- ・嚥下のベース、食物残渣やむせの有無の観察
- ・自助具を使用し食べることに集中できるようにする
- ・口腔ケアの実施と唾液分泌促進、清潔状態の保持
- ・食事摂取方法を見える位置に提示

#2 活動耐性低下

【診断指標】呼吸困難感、疲労感、座位保持困難。臥床状態。侵襲

【関連因子】筋量・筋力、呼吸機能、運動機能低下。低栄養。ADL全般が行えない、活動量の低下

- ◆目標
 - ・独歩で洗面や歯磨き、トイレで排泄動作が行える
 - ・基本的動作が行え、独歩で施設退院できる
- ◆介入内容
 - ・関節可動域、四肢筋力などを観察
 - ・自己動作を確認、口腔ケアや洗面は洗面台で行う
 - ・自己で食具や飲料準備を行う
 - ・検温時や、衣類の着脱時に関節を動かす
 - ・検温値や耐久性を観察し、トイレに行くなどの動く機会を作り、歩行距離を延ばす
 - ・ゲームや手遊び、趣味など関心を持てる活動に誘う
 - ・車椅子移乗、四肢体幹の運動や嚥下体操を行う

介入は日常活動を通して自立度を高め機能を維持することが大切であるという考えのもと行いました。

患者・家族の希望は経口摂取とADL改善でした。低栄養患者では、栄養を考慮せず強度の高い運動療法を実施すると筋量が減少してしまいます。リハと栄養管理は機能維持を優先しました。誤嚥性肺炎は治癒し、栄養状態改善は不十分なものの、四肢の筋量・筋力低下、体重減少は認めませんでした。2か月後には必要摂取量を普通食（1600 kcal）で摂取、排泄行動は自立。座位保持や起居動作の回数や時間が増え、活動性が高まりました。積極的に病棟内の行事にも参加し、独歩で施設退院しました。

今日からこれを始める！

- 栄養状態や身体機能維持・改善のため、単回評価や計画立案だけではなく、定期的な評価と計画修正をしましょう。
- 体重や活動量などに注意し、エネルギー量を見直しましょう。
- 栄養管理とリハは同時に進めましょう。

- 参考文献
 - 1) Age Aging. 2010 [PMID : 19561160]
 - 2) Clin Nutr. 2016 [PMID : 26481947]
 - 3) J Am Geriatr Soc. 2015 [PMID : 26480980]
 - 4) Geriatr Gerontol Int. 2015 [PMID : 25109319]
 - 5) Clin Nutr. 2017 [PMID : 28987469]
 - 6) 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013. 日摂食嚥下リハ会誌. 2013 ; 17 (3) : 255-67.

サルコペニアを予防するポイントはリハ栄養！

サルコペニアを防ぐ！
看護師による
リハビリテーション
栄養

監修 若林秀隆
荒木暁子
森みさ子

“とりえず禁食・安静”!?
リハと栄養、足りていますか？

●A5 頁244 2017年
定価:本体2,600円+税
[ISBN978-4-260-03225-4]

編集 若林秀隆 横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科講師
荒木暁子 公益社団法人日本看護協会常任理事
森みさ子 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院看護部、NST専門療法士

臨床では“とりえず安静・禁食”という指示により、医原性サルコペニアが生じている実態がある。そういったサルコペニアにはリハビリテーション栄養が有用であるとされ、アセスメント・診断推論、診断、ゴール設定、介入、モニタリング等のリハ栄養ケアプロセスが大切であり、看護師の果たす役割は大きい。リハ栄養を実践するための必携書！

医学書院

臨地実習ケーススタディの決定版！ 看護師がができる学習者中心の支援をワークしよう

看護を教える人のための
経験型実習教育ワークブック

看護基礎教育の山場である臨地実習。初めてづくしの体験に緊張し、不安を抱える学生を支援するために、看護教師はどのように関わることが効果的か。本書は、看護を教える人がその教師力を高めるための理論である経験型実習教育に基づいて研修（ワーク）することができる、教育現場でコモンな28の事例を収載した。様々な経験を土台に羽ばたいていく学習者たちとともに、教師自身が成長するための支えとなるワークブックである。

編集 安酸史子 関西医科大学看護学部 教授
北川 明 帝京平成大学ヒューマンケア学部
看護学科 教授

看護を
教える人
のための

経験型実習教育

28の事例

B5 頁192 2018年 定価:本体2,700円+税 [ISBN978-4-260-03591-0]

医学書院

その判断に、 バイアスの影響は……

〈場面 A〉

患者 今の治療とは違う新しい方法があるって聞いたのですが、それを受けられないのでしょうか？

医療者 だめです。今の治療法が最もよい方法なんです。以前、これでもよかった患者さんがいます。

〈場面 B〉

医療者 あの患者さん、痛みが出てきたようですし、そろそろ緩和ケアチームにコンサルテーションを依頼したほうがよくないですか？

同僚医療者 いや、今は治療の途中だし、痛みも一時的かもしれない。まだ依頼しなくても大丈夫だよ。

〈場面 C〉

患者 この治療を続けて本当に意味があるのでしょうか？

医療者 せっかく続けてきたから、もう少し続けてみましょう。

このような3つの場面は、バイアスが意思決定や行動に影響を与えている3つの典型的な例です。医療者自身にバイアスがあると、患者の意思決定にも大きな影響を与えます(図)。今回は、これまでの連載で挙げてきた行動経済学の概念を復習しながら、各場面でのようなバイアスが生じているか、また各バイアスがなぜ生じるのか整理してみます。

身近な情報は優先されやすい

多くの人は、意思決定において身近で目立つ情報を優先して用いてしまう傾向を持ちます。それにより生じるバイアスを利用可能性バイアスと呼びます¹⁾。例えば、怪しげな健康食品でも、目を引く広告だったり何度も見掛けたりすると、つい利用してしまいます。

医療者のような専門家は客観的な情報に日頃から慣れ親しんでいるので、一般の人に比べると利用可能性バイアスは生じにくいといわれています²⁾。しかし医療者でも、治療法がうまくいかなかった事例をたまたま経験していると、それが最も望ましい方法でも目の前の患者さんへの適応をためらうことは十分にあり得ます。

医療におけるエビデンスは、利用可能性バイアスを補正するための一つの手段です。一方で、エビデンスのみでは判断しきれない個別事例の対応や、研究の進展によりエビデンスの更新があった際などには、かつて根拠としていたエビデンスが、利用可能性バイアスや後述する現状維持バイアスの形成につながる場合があります。

現状は変えたくない

現状維持バイアスとは、現状を変更するほうがより望ましい場合でも、現状を変えようとししない性向のことです³⁾。第3回（第3245号）で説明し

行動経済学

患者の意思決定や
行動変容の支援に困難を感じる
医療者は少なくない。

本連載では、問題解決のヒントとして、
患者の思考の枠組みを
行動経済学の視点から紹介する。

医療

平井 啓

大阪大学大学院人間科学研究科准教授

第10回

なぜ私たちの
意思決定は
不合理なのか？

自身の行動経済学的特性を知る 大きな影響を与える3つのバイアス

たように、参照点（現状）からの変化を損失と感じるとき、損失回避のために現状維持バイアスが生じます。「続けてきたことを変えたくない」と思うのは自然なことですが、新しい治療法が開発されたときやこれまでの治療法に効果がないとわかったときは、方針を変えなければ患者さんに不利益を生じさせ続け、利益を奪うことになります。特に、自分が得意とする方法を変えることには大きな抵抗を感じがちです。そのような場合、現状から一旦距離を置き、中立的な態度で新しい情報を取り入れ吟味することや、他人の意見を聞くことが重要になります。

せっかく○○したんだから

普段からわれわれは「せっかく○○したんだから」という表現を使います。これはサunkコスト（埋没費用の）バイアスの現れと考えられます。サunkコストとはすでに払ってしまったコストのうち、将来に生み出される新たなコストに影響を与えないコストのことです³⁾。例えばギャンブルで、「今までに2万円つぎ込んできたから」と、さらに勝負に出ることがあります。しかし、次の賭けの勝敗に対して今までいくら使ったかは関係ありません。また、もし次の賭けに勝っても、すでに使った2万円は取り戻せるわけではありません。医療の場合は、長期の治療の積み上

げが予後に影響するものとそうでないものがあります。例えば、QOLの維持向上を目的とした治療に移ることが望ましいにもかかわらず、積極的な治療を継続してしまう場面では、このサunkコストバイアスに影響された意思決定が行われているように思います。サunkコストバイアスは患者・家族への影響がより強いですが、医療者も注意する必要があります。

自分自身のバイアスに 気付く方法

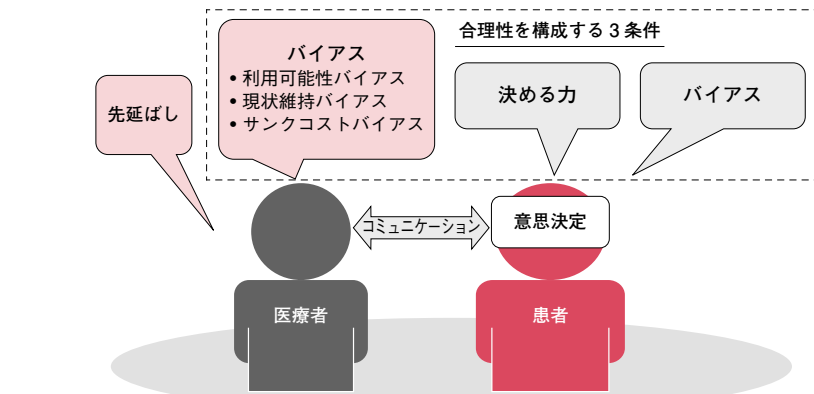
前回(第3270号)の先延ばしの予防と同様に、自分が持つバイアスへの対策の基本は、当たり前ですが、自分自身の傾向を知ること、気付くことです。心理学にセルフ・モニタリングという概念があります。セルフ・モニタリングとは自分の行動や、自分が他者に与えている印象を客観的に観察し、それを適切にコントロールしようとする技術で、認知行動療法において広く用いられています⁴⁾。通常は、まずモニタリングの対象となる思考や感情に気付き、次にそれを記録します。ぜひ、本稿で提示した3つのバイアスと先延ばしをターゲットとして、自分の日常生活を確認することから始めてみてください。ほぼ全ての人がこれら4つの行動経済学的特性の影響を受けています。それを前提に自らを振り返ると、

今回のポイント

- 医療者は、意思決定に自身のバイアスが影響することを認識する必要がある。
- 注意すべき主な行動経済学的特性は、「利用可能性バイアス」、「現状維持バイアス」、「サunkコストバイアス」の3つのバイアスと、「先延ばし」である。
- バイアス対策の第一歩は、セルフ・モニタリングし、自らのバイアスに気付けるようになることである。
- バイアスの対策には、自分の行動を取り巻く環境を構造化することも有効である。

参考文献

- 1) ダニエル・カーネマン著、村井章子訳、ファスト&スロー あなたの意思はどのように決まるか？（上）、早川書房：2012。
- 2) EM Caruso. Use of experienced retrieval ease in self and social judgements. J Exp Soc Psychol. 2008; 44 (1): 148-55.
- 3) ダニエル・カーネマン著、村井章子訳、ファスト&スロー あなたの意思はどのように決まるか？（下）、早川書房：2012。
- 4) 下山晴彦編。認知行動療法——理論から実践的活用まで。金剛出版：2007。
- 5) 池田新介。自滅する選択——先延ばしで後悔しないための新しい経済学。東洋経済新報社：2012。



●図 患者の意思決定に影響を与える医療者自身の行動経済学的特性

学びつづける人のベストパートナー

看護医学電子辞書12

看護に必要な情報を、すばやく簡単に！

＊本機は、カシオ電子辞書「EX-word DATAPLUS10」に対応しています。＊保護フィルム等の別売品は、カシオオンラインショップ(e-casio)をご利用ください。

話題の「**広辞苑**」最新版や「**看護大事典**」などの定番辞書はもちろん、

「**保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成30年版**」などを収載して国家試験対策を強力にサポート！

学習機能を一層強化した全60タイトル。「**動画で学ぶ看護技術**」は実習で役立つ60の看護技術を収載。



好評
発売中

IS-N12000

価格：本体55,500円＋税

[JAN4580492610254]

●製造元：カシオ計算機株式会社

医学書院

Medical Library

書評新刊案内

看護教育のためのパフォーマンス評価 ループリック作成からカリキュラム設計へ

糸賀 暢子, 元田 貴子, 西岡 加名恵 ● 著

B5・頁200
定価: 本体2,700円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-03199-8● 評者 森田 敏子
徳島文理大学大学院教授・看護教育学

2017年現在、パフォーマンス評価は看護教員の大きな関心事である。教育の場で学習者のパフォーマンスを測る能力が求められている。

昨夏上梓された本書『看護教育のためのパフォーマンス評価——

ループリック作成からカリキュラム設計へ』は、その分野のバイブルの一冊になる可能性を秘めている。

ある昔のこと、岐阜県には「名もなき池」があった。いつしか、その「名もなき池」に地域の人々が高賀山から湧き出る清水をため、色とりどりの鯉が放たれるようになった。そのことで、今ではモネの絵画のように美しい名勝地として知られる存在になっている。本書の表紙は、その池の写真で飾られている。まさに、名もなき池＝教育機関から、湧き出る清水＝看護学生の無垢な学びの心によって、色とりどりの鯉＝「逆向き設計」によって生み出されたパフォーマンス評価を経て、看護本来の心を育み果立っていった卒業生たちを象徴している。

本書には、パフォーマンス評価の重要性を教えてくれる象徴的な仕掛けがもう一つある。それは、各章の扉にさりげなく紹介されている学生たちの実際の記録である。その記録は、学生が臨地実習で経験したからこそ学び得たことであり、教訓とも言えるものである。だからこそ、おのずと説得力が増してくる。本書の「はじめに」では、「教員を励まし、駆り立ててくれた」と記されている。他にも例えば、「良い実習をできるか、というのは後からついてくるものであり、それを目的と

しているのではないことに気づいたときから、より患者さんのことをしっかり考え、関わるようになった」(第2章)、「人は、誰かに関心を持たれているとき、自分を認識できる。自己決定ができるようになる。自分の力を最大限に発揮できる。看護師が患者さんに関心を持つことは、どの健康段階においても最も重要である」(第4章)、「患者さんに『できますか?』と聞くのではなく、ケアしている中で自ら見つけることが大切になると気づいた」(第6章)というように、学生の本心が表現されている。教員が、このような学生の学びを見逃さず、価値あるものとして受け止めてきたからこそこのレガシーである。

上に述べた2つの象徴的表現から、本書の意図がおのずと読者に伝わってくる。本書は、「逆向き設計」の思考がその根底を貫いている。だからこそ、パフォーマンス評価って何? そもそも「逆向き設計」って何なの? と教員の興味をそそる。

本書を手にとった読者は、自分の興味・関心のある章から読み進められるとよいだろう。読む順番は気にしなくて構わない。どの章から読み進めても、結局、他の章も読みたくなり、パフォーマンス評価って何? そもそも「逆向き設計」って何? という疑問が氷解されるようになっていく。本書を読んだ教員がすぐにでも行ってみたくすることは、自教育機関における「逆向き設計」を根底に据えたパフォーマンス評価であり、本書を片手にそれに挑戦する教員の姿が目に見えよう。

本書を手にとった読者は、自分の興味・関心のある章から読み進められるとよいだろう。読む順番は気にしなくて構わない。どの章から読み進めても、結局、他の章も読みたくなり、パフォーマンス評価って何? そもそも「逆向き設計」って何? という疑問が氷解されるようになっていく。本書を読んだ教員がすぐにでも行ってみたくすることは、自教育機関における「逆向き設計」を根底に据えたパフォーマンス評価であり、本書を片手にそれに挑戦する教員の姿が目に見えよう。

あなたの患者さん,認知症かもしれません

急性期・一般病院におけるアセスメントからBPSD・せん妄の予防、意思決定・退院支援まで

小川 朝生 ● 著

A5・頁192
定価: 本体3,500円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02852-3● 評者 渡邊 眞理
横浜市大教授・がん看護学/がん看護専門看護師

日本は超高齢社会を迎えており、医療の現場では既にその波が押し寄せ、高齢患者が急増しています。医療の現場では平均在院日数が短縮する中、時間に追われながら入院患者の対応をしているのが現状です。そのような状況で本書の『あなたの患者さん, 認知症かもしれません』というタイトルは、とても気になりました。

一般病院に入院中の2～6割の患者に認知症が疑われます(本書p.9より)。患者の入院生活を通じて「なにか変?」という違和感を抱きながらも高齢者だから……と認知症を見過ごすことも多くあると思います。

本書は急性期・一般病院での認知症のアセスメント、BPSD(行動心理症状)・せん妄の予防、意思決定・退院指導まで丁寧にわかりやすく紹介されています。例の一つに認知症を知るための3つの段階が記載されています。この3つの中でも複数の認知機能障害を理解することで認知症(かもしれな

い)の患者が体験している症状を理解することができます。あわせて認知症(かもしれない)患者にかかわる際のポイントなど多くの示唆を得ることが

でき、患者・家族の苦痛を軽減できるヒントがたくさん詰まっています。

本書を通じて、一人ひとりの患者の権利を尊重し、個別的なケアをするという基本について考える機会となりました。それは特に意思決定支援や認知症の告知の方法について記されている章でした(11章, 14章)。また、タイトルと同様に語り掛けるような文章であること、ポイントが要

所に記されており、とても読みやすくなりやすいのも本書の特徴です。

今後さらに増加する認知症患者に適切な医療が提供できるように、急性期・一般病院に勤務する医療関係者のみならず、多くの医療機関の、看護職や医療スタッフに活用していただきたい一冊です。

看護管理者のための組織変革の航海術 個人と組織の成長をうながすポジティブなリーダーシップ

市瀬 博基 ● 著

A5・頁256
定価: 本体2,600円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-03216-2● 評者 村田 由香
日本赤十字広島看護大教授・学部長

重要なのは前向きな態度と心構え

看護管理者が組織変革を起こすために、今ある従来の方法を否定せずにそれ以上の成果を求めて

チャレンジするには、柔軟な思考と時間、エネルギーが必要です。

だからこそ、管理者の前向きな態度と心構えが重要になります。一方で変革を起こすことは組織内のメンバーにとっては負担になり、抵抗勢力もあるなど、葛藤が起こることも否めません。

組織変革には、これらを乗り越えるために管理者がどのようにかじ取りをしていくのかという課題がつきものです。本書は、組織変革をどのように進めていけばよいのかを、読者に柔らかく語り掛けるようにわかりやすくひも

といています。著者の市瀬博基氏が「まえがき」に述べているように、本書は「すぐに役立つノウハウ」があるようなハウツー本ではありません。組織は、さまざま

な考え方や価値観を持った人々の集合体であり、その一人ひとりがどのように合意して「行動」に変化を起こし、

かじ取りをするリーダーと協働していくか、どう荒波を乗り越えるのか、本書はその

方向性を示しています。そういった意味で、「航海術」とタイトルを付けられていることにとても納得できます。インタビューで明らかになった管理者の役割

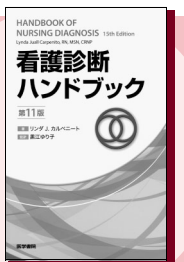
本書の第1章では、組織変革の特質とプロセスを考える上での理論的枠組みが示され、第2章以降では4つの施設で変革のリーダーとなった人々へのインタビューを通して、組織変革の過程が丁寧に解説されています。また、その背景にあるエンゲストロームをはじめとする理論的枠組みに照らしながら、取り組みの過程がわかりやすく説明されています。

第7章では、これらの事例の考察ノ

臨床で活用できる看護診断の解説書、待望の改訂版!

看護診断ハンドブック 第11版

リンダ J. カルベニート著『Handbook of Nursing Diagnosis 15th ed.』の翻訳書改訂11版。NANDA-I看護診断および原著者が有用と考える看護診断の基本情報(定義、診断指標、関連因子)、NOC(看護成果分類)、NIC(看護介入分類)、さらに具体的な看護介入まで示した書。似たような看護診断の使い分けや、臨床での使い方も解説。臨床でいかに活用し、看護介入につなげるかまでがわかる。

著 リンダ J. カルベニート
監訳 黒江ゆり子
岐阜県立看護大学教授・学長

A5変型 頁908 2018年 定価: 本体3,800円＋税 [ISBN978-4-260-03451-7]

医学書院

必要な医療福祉サービスが
見つかる! わかる! 活用できる!

医療福祉 総合ガイドブック 2018年度版

編集 NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会



医療福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2018年度版。最新情報のフォロー、解説の見直しなどでより理解しやすい内容に!

医療保険、生活保護、年金保険、介護保険、障害者総合支援法、子どものいる家庭への支援、自然災害に対応する支援等、全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービスまで幅広く網羅。利用者からの相談に素早く、より確実に対応したい、医療福祉関係者必携の1冊。

● A4 頁312 2018年 定価: 本体3,300円＋税
[ISBN978-4-260-03586-6]

医学書院

《がん看護実践ガイド》 病態・治療をふまえた がん患者の排便ケア

一般社団法人 日本がん看護学会 ● 監修
松原 康美 ● 編

B5・頁192
定価：本体3,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02777-9

がん罹患数の増加と5年相対生存率の上昇に伴い、がんと共存しながら生活している人は多くなり、その人らしさを維持できるよう支援することが求められています。

がんの進行やがん治療における副作用に伴う症状は多様であり、その一つに排泄障害があります。排泄はあまりにも身近な行為であり、それゆえに障害を伴うとQOLに大きな影響を及ぼします。特に、排便障害は本人だけでなく、共に生活する家族や介護者に与える影響も大きいので、予防的または早期改善に向けた介入が必要です。一方で、排便障害は人の尊厳を脅かしかねないものであり、その悩みを打ち明けられない人は少なくありません。私たち医療者には、排便障害について意図的に患者と向き合う姿勢が必要であると考えます。排便障害や排便ケアに対する知識を深めることにより、自信を持って、排便障害のリスクを有するがん患者にかかわることができます。その一助になるのが本書です。

本書は、全6章で構成されています。排便と排便障害の基礎知識に始まり、化学療法と放射線療法による影響と排便ケア、がんの進行に伴う症状に対する排便ケアが示されます。さらに、スキントラブルに対するアセスメントやケアの実際、消化管ストーマについては、術前から社会復帰まで一連のケアが具体的に紹介されています。緩和ストーマを造設する患者のケアが紹介さ

● 評者 清藤 友里絵
東邦大医療センター佐倉病院看護師長/
皮膚・排泄ケア認定看護師

れていることも特徴的です。また、療養生活の支援として栄養管理についても学ぶことができます。がんと共存する患者の排便障害と排便ケアが網羅されており、第1章からじっくり学ぶことはもちろんですが、項目ごとにポイントがまとめられているため、目の患者に必要な介入の項目から読み始めても、十分理解できます。私は皮膚・排泄ケア領域の専従看護師として活動しており、病棟回診や外来で排便障害によるスキントラブルやストーマトラブルに対するケアを実践・指導しています。便失禁によるスキントラブル

がなかなか改善しないと回診で相談を受け、現状のケアにもうひと工夫するようアドバイスし、スキントラブルが改善したケースは多くあります。本書の第4章「下痢・便失禁に伴うスキントラブルのケア」と第5章「消化管ストーマ造設患者のケア」では、この「ひと工夫」がとてもわかりやすく描かれています。ここではあえて「描く」と述べます。それは、写真やイラストに加え具体的な説明により直接指導を受けているかのように細かなテクニックが理解でき、即実践可能だからです。基礎から応用までわかりやすくまとめられているため、経験の浅い看護師でも理解しやすく、また、指導的な立場であるリーダー看護師が知識や技術を再確認することにも役立つことでしょう。病院だけでなく、在宅や施設などでも活用できる一冊です。

ンスや施設内研修を通して、多くの組織変革のきっかけづくりにかかわってきました。本書を読んで、あらためて、これまでにかかわった組織がどのように変革を起こして目標地点に到着したのか、次の改革の航海を始めているのかを伺ってみたいと強く感じています。働き方改革の推進をはじめとする社会の変化、医療現場の著しい変革の中、2018年度診療報酬改定も行われました。組織のかじ取りをするリーダーたちはまた新たな目標地点への出発の準備をされていると思います。自組織に、しなやかにポジティブに変革を起こしたい、新しい風を吹かせたいと悩んでいる看護師長だけでなく、組織の中核となっているスタッフの方々にもお勧めしたい一冊です。

《看護教育実践シリーズ 2》 授業設計と教育評価

中井 俊樹 ● シリーズ編集
中井 俊樹、服部 律子 ● 編

A5・頁200
定価：本体2,400円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-03544-6

● 評者 前田 和子
千葉科学大看護学科長

看護教育を担う教員や臨床指導者、院内研修担当者の中には、雑誌の記事や看護教育関連の報告書、研修・講演などで出てくる、「シラバス」「インストラクショナルデザイン」「アクティブラーニング」「ポートフォリオ」「ルーブリック」「ティーチングポートフォリオ」など次々に出てくる目新しく耳慣れない用語に、いったい何のことか、授業や研修にどう生かせというのかと、戸惑った経験を持つ方が多いのではないしょうか。本書はそのような看護教育に関心の高い方の期待に応える待望の書です。

看護系の専門学校や大学で行われている看護教育（大学院教育を含む）は高等学校以上を卒業した学生を対象に行われる教育であるため、「高等教育」に位置付けられています。近年、わが国でも高等教育の改革が叫ばれて、あらゆる学問（専門）分野で「教育の質」を公的に評価するシステムが確立されつつあります。そのために教育現場では、授業や成績評価の方法などの改善の動きが急に活発になりました。その結果、冒頭で紹介したカタカナの用語、つまり新しい教育学の用語が次々に紹介されるようになりました。

本書は、看護教育実践シリーズ全5巻中の第2巻で、シリーズの編者でもある愛媛大教育・学生支援機構の中井氏が、奈良学園大看護学科の服部氏とともに編集に当たり、6人の教育学の専門家と3人の看護教育者が執筆して

います。このような教育学者と看護教育者の協力により、難しい教育学用語や概念がわかりやすく説明され、それぞれの実例や資料が多数掲載されています。また、本書は授業設計、教育評価、授業改善の3部から構成されています。第1部ではシラバスの作成に欠かせない学習目標（到達目標と方向目標）の設定から学習活動の配列、学習方法の選び方、複数教員による授業設計までが記されています。第2部では教育評価の基本と、筆記テスト（客観テストや論述テスト）、実技テストなどさまざまな試験の作成方法、レポートなど成果物による評価と評価基準の可視化が紹介され、第3部では授業改善の方法について述べています。

本書は、看護教育を担当する読者が高等教育にふさわしい授業を実際に準備するのに役立つ実用書になっていますが、私が考える本書の最も有用な活用方法は、教育現場だけではなく、職員研修が欠かせない臨床現場でも、組織単位で行うFD（職員の能力開発を目的とした研修）の教科書とすることです。そして、1回だけの講演形式ではなく、「授業や研修の評価基準を作成してみよう」などのテーマで複数回のグループワークを実施し、発表し討議することを提案します。これにより、教員や職員の教育に関する知識を更新するだけでなく、組織としての教育力も必ず高まることでしょう。

医療安全コンパス

チームの「輪」を描き、和を強める。「道」を示唆して、未知へ挑む。そんな言葉を紹介します。

種田 憲郎 国立保健医療科学院

X

TEAM = Together Everyone Achieves More

—— 一緒に皆で取り組めば、達成できることはさらに大きい

作者不詳

「グループ」と「チーム」の違いは料理とも似ている。料理の材料を集めたら「グループ」はできる（I. 形成期）。しかし、おいしい料理（大きな成果）を生み出すには、手間暇をかけて（II. 混乱期とIII. 統一期）、個々の材料を生かした真に機能（IV）する「チーム」が必要である。



イラスト 萩原 亜紀子

指導医と研修医のコラボによる、現場で役立つ「医療安全」本

ワシントンマニュアル 患者安全と医療の質改善

The Washington Manual® of Patient Safety and Quality Improvement

▶ 世界で圧倒的な支持を受ける「ワシントンマニュアル」シリーズに「医療安全」が新登場。各章ごとに症例と問いかけを提示して、基本的な考え方から臨床現場での具体的なアプローチ、役立つ情報やツールを簡潔にまとめる。指導医と研修医がペアとなって執筆するシリーズの伝統は健在。ワシントン大学で研鑽を積んだ監訳陣が贈る、日々医療エラーと隣り合わせの医師、看護師に おすすめの1冊。

監訳：加藤良太郎 板橋中央総合病院 副院長/総合診療内科 主任部長
本田 仁 東京都立多摩総合医療センター 感染症科 医長

定価：本体5,000円＋税
A5変 頁448 図・写真54・表79 2018年
ISBN978-4-89592-904-2

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 http://www.medsi.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp



自治医科大学
看護師特定行為研修

平成30年10月期研修生募集

研修で取得できる特定行為 ①呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ②呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ③呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 ④循環器関連 ⑤胸腔ドレーン管理関連 ⑥腹腔ドレーン管理関連 ⑦ろう孔管理関連 ⑧栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連 ⑨栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 ⑩創傷管理関連 ⑪創部ドレーン管理関連 ⑫動脈血ガス分析関連 ⑬透析管理関連 ⑭栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ⑮感染に係る薬剤投与関連 ⑯血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ⑰循環動態に係る薬剤投与関連 ⑱精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 ⑲皮膚損傷に係る薬剤投与関連

募集定員……………30名（各特定行為区分の受け入れ数は1実習期間で概ね5名程度）
出願締め切り……………平成30年7月12日（木） 当日消印有効
受講資格……………次の要件のすべてを満たしていること
1）看護師免許を有すること 2）看護師の免許取得後、通算5年以上の実務経験を有すること
3）所属長（看護部長あるいは同等職位以上の所属長）の推薦を有すること
納付金（消費税込）……………①入講納付金 20,000円 ②共通科目受講料 一括380,000円 ③希望する区分別科目の受講料（別途設定）
※実技試験を要する区分別科目においては、別途実習教材費がかかります。

人材開発支援助成金、専門実践教育訓練給付金制度の対象となります。

問合せ先 自治医科大学看護師特定行為研修センター http://www.jichi.ac.jp/tokutei/index.html
〒329-0498栃木県下野市薬師寺3311-159 TEL:0285-58-8932 E-mail:j-endure@jichi.ac.jp

◎この1冊で自信がつく、国試対策の決定版！

2019年版

系統別 看護師
国家試験問題集

必修問題・過去問題・国試ででたBOOK

編 『系統看護学講座』編集室

必修問題11年分、過去問題6年分を系統別+テーマごとに配列。予想問題と用語解説で新出題基準への対策も万全！「国試ででたBOOK」「国試クイックチェック」、本番形式の模擬問題、「計算問題を完全マスター!」「図で覚える統計データ」も収載。

●B5 頁1896 2018年
定価：本体5,400円＋税
[ISBN978-4-260-03568-2]



◎掲載問題数860問！ 付録電子版つき

2019年版

保健師
国家試験問題集「保健師国家試験問題集 電子版」
「国試直前チェックBOOK」付

編 『標準保健師講座』編集室

第98～103回試験と最新104回試験の全問題を完全解説。「予想問題」を加えて教科別に掲載。『標準保健師講座』とのリンクで知識の整理も万全。短時間で活用できる「国試直前チェックBOOK」も好評。

●B5 頁752 2018年
定価：本体3,500円＋税
[ISBN978-4-260-03572-9]



◎最新の試験問題+900問の精選問題を収載

2019年版

准看護師
試験問題集

編 医学書院看護出版部

2018年に全国都道府県で実施された全問題900問を地域別に収載。また、2014～2016年度試験問題から精選した900問を科目別に整理し、受験対策や重要事項とあわせて自己学習に役立てられるようにまとめた。各科目の専門家による解答と解説付き。

●B5 頁576 2018年
定価：本体3,400円＋税
[ISBN978-4-260-03555-2]



医学書院の看護系雑誌 6月号

<http://www.igaku-shoin.co.jp/> HPで過去2年間の目次がご覧になれます。

看護管理 6月号 Vol.28 No.6

1部定価：本体1,500円＋税
冊子版年間購読料：本体16,920円＋税
電子版もお選びいただけます特集 「高齢者の治療選択」を支える
患者にとっての最善を見据えて

地域包括ケアシステムに求められる急性期看護とは何か

「地域生活へ戻るための支援」を目指して……………島田千穂

【実践報告】

超高齢認知症患者への検査継続は患者の益となるのか……………木村陽子
脳神経外科病棟の看護師による摂食機能療法 早期介入で在宅復帰を支える……………堤福子
在宅酸素療法を導入し、在宅復帰できた高齢患者への退院支援……………千田真子
終末期を前にした「家族の揺れる思い」にどう寄り添うか……………奥田あゆみ
超高齢者の退院支援 地域包括ケア病棟における患者が望む生活をかなえる実践……………奥田あゆみ

【座談会】地域包括ケアシステムにおける高齢者への急性期治療の選択支援

患者が望む退院後の生活、患者にとっての最善を見据えて……………青木由香、井上由美子、島田千穂ほか
超高齢患者や認知機能が低下した患者への急性期病院におけるケア・医療のあり方を考える……………伊東美緒

巻頭シリーズ 大学院で学ぶ看護管理学 現場の実践から新たな「知」を生むために⑦ 四国大学大学院

特別記事 地域包括ケア時代のクリニカルパス その意義と教育の重要性……………齋藤登



訪問看護と介護 6月号 Vol.23 No.6

1部定価：本体1,400円＋税
冊子版年間購読料：本体12,600円＋税
電子版もお選びいただけます特集 人生100年時代の地域包括ケアへ向けて
2018年同時改定を現場でどう活かす？

同時改定が描く地域包括ケアの姿と“その先”にめざすもの

人生100年時代に向けた社会保障を展望する……………香取照幸

2018年度同時改定 訪問看護関連の変更と現場への影響……………佐藤美穂子

【キーワードで読む同時改定】

「機能強化型訪問看護管理療養費3」の創設背景と今後の展望……………齋藤訓子
「介護医療院」の新設によって、高齢者の住まいはどうか……………井上由起子
「入退院支援加算」「訪問看護情報提供療養費」「退院時共同指導加算」によって、病院と地域の連携はどうか……………角田直枝

【同時改定を受けて、現場で変わること・変わらないこと】

訪問看護への期待が加速し、ケア提供体制が変わる……………藤野泰平

介護支援専門員として「その人としての生き方」の評価こそ大切にしたい……………鐵宏之

かかりつけ医機能の強化で地域連携の推進に期待する……………紅谷浩之

【資料】2018年度診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬同時改定のポイント

……………社会保険旬報編集部



看護教育 6月号 Vol.59 No.6

1部定価：本体1,500円＋税
冊子版年間購読料：本体15,540円＋税
電子版もお選びいただけます特集 身体拘束から考える
基礎教育と臨床の関係

【インタビュー】拘束という慣習を乗り越えるために 酒井郁子先生に聞く

看護師の変遷する拘束像 学生から新人看護師、指導的立場へ……………中野真理子

【座談会】看護学生にとっての身体拘束 現実・葛藤・希望

……………石島健資／沖夏穂／鈴木千春／猪熊七海／勝間田麻夏／松本ちなみ／芦田薫／中野真理子

身体拘束減少につながる精神看護学の教育とは 都立松沢病院での実習をとおして……………廣川聖子

学生・教員・病院看護部の協働によるHospital Elder Life Program in St. Luke's

(HELP in SL)の取り組み 「人が足りないから拘束する」への問いかけ……………亀井智子

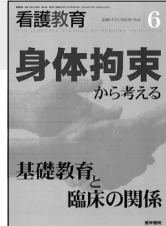
特別記事 看護師学校養成所2年課程(通信制)における臨地実習のあり方に関する調査報告……………奥裕美／井部俊子

スクランブルゾーン 看護基礎教育における初年次教育としての協同学習の導入

前編 なぜ導入したのか、その理論的背景……………鮫島輝美

スクランブルゾーン 大学教員として注目すべきIR(Institutional Research)の動きと機能

「内部質保証に資するIRの機能・動向・実践事例」セミナーに参加して……………真鍋知子



保健師ジャーナル 6月号 Vol.74 No.6

1部定価：本体1,400円＋税
冊子版年間購読料：本体14,280円＋税
電子版もお選びいただけます特集 本場フィンランドのネウボラから学ぶ
これからの子育て世代包括支援

ネウボラで活躍している保健師から学ぶ子育て世代包括支援センターの

在り方……………横山美江

フィンランドにおける妊産婦・子どもネウボラにおける活動……………トゥオヴィ・ハクリネン

実体験から語るフィンランドのネウボラ……………マルクス・コッコ

子育て世代包括支援センターの動向と母子保健との関わり……………佐藤拓代

【豊中市の取り組み】地区担当保健師の活動強化と妊娠期からの多職種との連携支援……………岸田久世、横山美江

【梶原町の取り組み】地区担当保健師制の強化 切れ目ない支援の実現へ……………畠山典子、他

【大阪市港区の取り組み】ネウボラのエッセンスを取り入れた地区担当保健師による継続支援

システムの構築……………福永淑江、横山美江

PHOTO “スクワット・チャレンジ”による運動習慣形成

大田区と東京都健康長寿医療センター研究所の共同による取り組み

特別記事 保健師活動におけるポジティブ心理学の可能性……………秋山美紀



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