

2018年7月23日

第3282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

- [インタビュー]NANDA-Iの国際戦略(上鶴重美)/NANDA-I 2018年大会... 1-2面
[連載]看護のアジェンダ/[連載]医療安全コンパス(終)... 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(終)... 5面
MEDICAL LIBRARY... 6-7面

NANDA-Iの国際戦略

組織基盤・研究拠点を整備し、世界にひらかれた学術団体へ

interview 上鶴重美氏(看護ラボラトリー代表/NANDA インターナショナル理事長)に聞く

看護診断用語の標準化と体系化に取り組む国際的な学術団体「NANDA インターナショナル(NANDA-I)」は、現在、世界27か国の会員が参加し国際化が進む。かつて北米を中心に開発された看護診断は20以上の言語に翻訳され、世界各国において看護の臨床、教育、研究に用いられている。

そのNANDA-Iで今リーダーシップを発揮するのが、2016年5月にアジア人として初めて理事長に就任した上鶴重美氏だ。NANDA-Iの組織基盤の安定化をはじめ、大学と連携した研究機関の創設、看護診断のエビデンス強化に向けた委員会活動の刷新など、NANDA-Iの国際化に対応した改革を次々に推し進める。理事長就任から2年。これまでの成果と今後の展望を聞いた。

看護の高度化・専門化とともに進む国際化

—看護診断開発にかかわる国際的な学術団体であるNANDA-Iの、世界での位置付けをお話してください。

上鶴 1982年に北米看護診断協会として設立されたNANDAは、近年国際化が急速に進んでいます。初期の看護診断は北米の看護師中心に開発されてきましたが、北米以外の看護師の増加を受け、2002年にNANDA-Iに改称して国際組織となりました(表)。会員数は現在212人。内訳は北米が40%、中南米30%、欧州25%、アジ

●表 NANDA-Iの沿革

Table with 2 columns: Year and Event. 1973 全米看護診断分類会議開催(以降、隔年で開催継続)
1982 北米看護診断協会(NANDA)設立
1993 『NANDA看護診断 定義と分類 1992-1993年』原書出版(邦訳は1994年刊行)
2002 NANDA インターナショナル(NANDA-I)に改称、国際組織に
2016 理事長に上鶴重美氏就任(2012年に次期理事長に選出)
2018 米ボストン・カレッジ看護学部研究所を開設

アが5%、アフリカはナイジェリアの方が1人と、北米以外が実に6割を占めます。NANDA-I看護診断は20以上の言語に訳され、全ての大陸で教育、臨床、研究に活用されています。

—各国への普及はどのような経緯で進んだのでしょうか。

上鶴 NANDAはもともと、海外展開に特に積極的だったわけではありませんでした。私が入会した1993年当時、米国・カナダ以外の会員は“国際会員”の枠で、カンファレンスの発表日も別に設けられていたほどです。

—それでも、近年急速に国際化が進んだのは、どのような背景があると考えますか。

上鶴 各国の看護教育が高等教育として行われるようになり、看護の高度化・専門化が進んでいることです。特に、発展途上国だった国々が経済成長を遂げ、看護教育にも力を注ぎ始めている点が顕著です。

例えば、東欧やアジア諸国では看護教育の大学化と同時に看護診断の根が広がっていますし、教員の昇進審査が厳しい中南米では、看護診断の研究を業績にしようと積極的に取り組む方が増えています。看護の専門性をいかに追求めるか。その姿勢が、看護診断への注目と理解に結び付く傾向が強いと感じます。

—海外展開にどちらかというと消極的だったNANDAがこれだけ世界に広がったのは、潜在的なニーズがあり、看護の普遍的な問題に対応する手立てとして活用されたからでしょうか。

上鶴 そうですね。やはり大きな転換点は、90年代から社会全体にIT化の波が押し寄せたことです。医療情報の電子化が進む時代の流れを背景に、「看護の言語化」と「看護用語の標準化」が脚光を浴びました。医療現場にはコンピュータが次々と導入され、情報処理のために標準化された言語を収載する必要が生じたためです。日本でも、看護の専門性や独自性を追求する方向性が重なり、看護診断の可能性に期待と注目が集まったのだと言えます。

診断のエビデンス強化が課題に

—現在、『NANDA-I看護診断 定義と分類』の原書は11版を重ね、244の看護診断を提供しています。定期的に行われる改訂作業はどのようなプロセスで進められていますか。

上鶴 これまでは、10人ほどの会員で構成される診断開発委員会で審査し、最終的にNANDA-I会員による投票で採択していました。しかし、そのプロセスには課題があるのではないかと、理事会の議題に上るようになりました。

—どのような課題でしょうか。

上鶴 診断開発委員会の委員は立候補制で、定員に満たなければ信任されるため、必ずしも適任とは言えない方も就任していました。新規の看護診断の採否は会員の決議事項にもかかわらず、一部の会員しか採決に参加しない、あるいは自分の専門領域以外の看護診断について判断していた点なども課題でした。長年続けられた方法には限界



●かみつる・しげみ氏

千葉大教育学部特別教科(看護)教員養成課程卒業後、国内の病院勤務を経て渡米。米ケース・ウェスタン・リザーブ大大学院修士課程修了。米国看護師免許を取得し、米国内の大学病院に勤務。米ボストン・カレッジ大学院博士課程では看護診断の世界的権威であるゴードン博士に師事し、学術博士号取得。帰国後、長野県看護大大学院助教授、国立看護大学校教授を経て、日看協政策企画室に勤務。2004年に看護ラボラトリーを設立、現在は看護コンサルタントとして国内外で活動中。NANDA-Iでは2010~14年診断開発委員長、12年フェロー、16年5月に理事長に就任(20年5月まで)。「NANDA-I看護診断 定義と分類 2018-2020 原書第11版」(医学書院)の原書編集と翻訳に携わる。

が生じていたため、新しいステップの構築に取り組んできました。

—改善をどう進めていますか。

上鶴 まず、今年から診断開発委員会の委員は担当理事が指名する形に変更しました。これによって、看護診断の構造や概念を十分に理解している委員による審査が可能になります。また、

(2面につづく)

July 2018

新刊のご案内

医学書院

●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。

KTバランスチャート エッセンスノート

小山珠美、前田圭介 A5 頁144 2,000円 [ISBN978-4-260-03619-1]

おだん子×エリザベスの急変フィジカル

志水太郎 A5 頁122 2,200円 [ISBN978-4-260-03543-9]

(シリーズ ケアをひらく)

どもる体

伊藤亜紗 A5 頁264 2,000円 [ISBN978-4-260-03636-8]

大人の発達障害って そういったことだったのか

宮岡 等、内山登紀夫 A5 頁330 3,000円 [ISBN978-4-260-03616-0]

その後

精神科ならではのファーストエイド

搬送時サマリー実例付 中村 創、三上剛人 B5 頁168 2,400円 [ISBN978-4-260-03589-7]

精神科身体合併症マニュアル(第2版)

監修 野村総一郎 編集 本田 明 B6変型 頁448 4,500円 [ISBN978-4-260-03545-3]

医療管理

病院のあり方を原点からひもとく 池上直己 A5 頁172 3,200円 [ISBN978-4-260-03611-5]

トワイクロス先生の緩和ケア

QOLを高める症状マネジメントと エンドオブライフ・ケア 編集 Robert Twycross, Andrew Wilcock 監訳 武田文和、的場元弘 A5 頁440 3,400円 [ISBN978-4-260-03550-7]

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へ

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

看護医学電子辞書12

電子辞書 価格55,500円 [JAN4580492610254]

interview NANDA-Iの国際戦略

(1面よりつづく)

専門領域の看護診断については、その領域に詳しい会員や専門家からなるタスクフォースを委員会とは別に設置し、審査の精度を上げます。さらに、パブリックコメントにより、会員以外の利用者にも広く意見を求めることも検討しています。

——新規採択や改訂が必要な項目はどのように判断されているのですか。

上鶴 新規の提案や改訂案は、会員・非会員問わず常に受け付けています。ところが、改訂にかかわる基準は実は曖昧なまま今に至っています。提案があれば、診断を新しく追加したり定義を見直したりしていましたが、特に提案がなければ改訂されてこなかった。そのため、エビデンスレベルを導入した2002年以前に採用された看護診断の中には、エビデンスレベルがはっきりしないまま今なお手付かずの診断が、実に70以上もあるのです。

——「2018-2020年版」では、改善されなければ「2021-2023年版」で削除すると、該当の診断に記載されています。上鶴 洗練作業は喫緊の課題のため明示しました。世界中で評価を受けている診断だからこそ、エビデンスのさらなる強化を図らなければなりません。——次の出版までに70もの看護診断についてエビデンスを検証するのは膨大な作業を要すると思います。「2018-2020年版」で改善を呼び掛けるものの、検証の手が回らない診断は本当に削除されるのでしょうか。

上鶴 実は手を打っています。検証作業への協力を世界に要請する一方、対象の70余りの看護診断全てについて担当を決め、検証を依頼する予定です。一定のレベルをクリアしない診断は削除されますが、「2021-2023年版」では全ての看護診断のエビデンスレベルをより明確に示すことができるようになると考えています。

組織基盤の安定化へ改革進む

——看護診断の改訂は今後もテーマであり続けるわけですね。質の維持・向上を持続的に図るため、理事長としてどのような改革をお考えですか。

上鶴 NANDA-Iの組織安定化と人材育成です。組織の安定性を図る上で大

きな壁となっていたのが財務状況です。NANDA-Iの根幹でもある看護診断開発には研究資金が不可欠です。にもかかわらず、長年、財政基盤が脆弱でその確保に着手できていませんでした。——それはなぜでしょう。

上鶴 NANDA-Iでは知的財産権の管理体制が整わず、無断使用への対策が遅れていたからです。また、研究資金の獲得申請ができない公益法人区分でもあるため、資金集めが進んでいませんでした。

——打開策はありますか。

上鶴 現在のところ、知財管理は出版社と契約し強化したことで、組織の財務状況は劇的に改善しています。その上で、研究資金獲得には大学との提携を図ります。大学に設置した研究所を通じ、研究資金や研究者を集める予定です。研究拠点ができることで、看護診断研究の進展に加え、教育機関として後継者を育成できるメリットも生まれます。

——連携に向けた進捗はいかがですか。

上鶴 2016年に公募を行い公平な審査を経て、2017年、米国ボストン・カレッジ看護学部との提携が決まりました。そして、2018年6月、NANDA-I研究所として「マージョリー・ゴードン臨床推論と知識開発プログラム」を正式にオープンしました。

——具体的にどのような連携を想定しているのでしょうか。

上鶴 同研究所を介して獲得する研究資金をもとに、看護診断の研究に関与する常駐の研究者を配置します。大学院生向けの奨学金制度も創設し、研究に関与しながら人材育成を図ることも構想しています。

質の高い診断開発を継続できる組織へ

——財政基盤の安定と研究拠点の確保で、組織運営の幅も広がりそうです。

上鶴 教育面では、大学に既に整備されている教育プラットフォームを活用し、NANDA-Iの教材を世界に配信したいと考えています。NANDA-Iは教育研究委員会を中心に、看護診断の利用に資するさまざまな教材を作成してきました。日の目を見ずに蓄積されている素材が有効活用できるでしょう。——組織の継続性の観点から、NAN

看護診断開発の強化と洗練を宣言 NANDA-I 2018年大会、米ボストンで開催

NANDA International (以下、NANDA-I)の2018年大会が6月13~15日、米国・ボストンにて開催された。大会のテーマは、「看護診断と知識開発——新たな幕開け (Nursing Diagnosis and Knowledge Development : New Beginnings)」。



●上鶴重美理事長

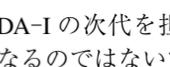
◆日本人2氏が受賞 さらなる看護診断の充実をめざして

上鶴重美理事長の開会のあいさつの後、NANDA-Iとボストン・カレッジ看護学部とが共同運営する研究所「マージョリー・ゴードン臨床推論と知識開発プログラム」(The Marjory Gordon Program for Clinical Reasoning and Knowledge Development)の展望が発表された。ボストン・カレッジの協力を得て、エビデンスレベルが現在不確かである70以上の看護診断についての研究や、教材開発に力を入れ、NANDA-I看護診断の開発と洗練をより強化していくことが宣言された。

レセプションでは、NANDA-Iのオフィシャルジャーナルに投稿された論文の中から、下舞紀美代氏(関西看護医療大)他による『日本におけるNANDA-I看護診断“死の不安”を選択することの困難さ』(Int J Nurs Knowl. 2018 [PMID: 27650909])が編集長賞(Editor's Award)に選ばれた。また、看護教育における看護診断の普及に貢献したとして、大島弓子氏(豊橋創造大)がメンター賞(Mentor Award)を受賞した。

最終日には、医学診断を中心に多職種チームケアが展開される現状が指摘された。今後は看護診断と在院日数や死亡率・再入院率などのデータを結び付けて、看護ケアの効果を検証する研究の必要性が確認され、閉会となった。

●メンター賞を受賞した大島弓子氏



●メンター賞を受賞した大島弓子氏

DA-Iの次代を担う人材育成も重要になるのではないのでしょうか。

上鶴 若手研究者にはボストン・カレッジの大学院に進学し、またボストンとして研究所を利用しながら研鑽を積んでほしいですね。早い段階からタスクフォースなどの実務にも関与してもらい、経験を積みながら得意とする領域を伸ばしていく。そして、いずれはNANDA-Iの中核に参画してもらいたいと考えています。

——上鶴先生のように、国際学術団体で活躍する日本人が後続くための期待はありますか。

上鶴 国内では看護系大学院が急増し、海外で学ぶ学生が少なくなっている印象を受けます。世界で渡り合うには、最低限英語の力が必要です。大学院在籍中の1年間、海外の大学で単位を取得することも国の戦略として検討しなければ、世界で活躍できる人材は育たないと危機感を持っています。日本の大学院生や若手研究者には、もっと海外に目を向けチャレンジしてほ

しいと思います。——理事長の任期は残すところ2年となりました。NANDA-Iのさらなる発展に向け、抱負をお願いします。

上鶴 NANDA-Iの将来を見据え検討してきたこの2年間の取り組みが、いよいよ本格的にスタートします。悲願であった大学との連携が実現したこの先、それが実を結ぶような道筋を残りの任期中に示したいと考えています。連携大学もボストン・カレッジ1大学にとどまるのではなく、軌道に乗れば各国の大学にネットワークを広げていきたいですね。

今後ますます国際化が進む現状に即し、NANDA-Iも“北米”のニュアンスが強い今の名称から、“International Nursing Knowledge Association (INKA)”へ変更する手続きが進みつつあります。より世界にひらかれた学術団体として質の高い看護診断を開発し続けられ、世界中の看護師がさらに注目してくれる。そう信じて取り組んでいきます。(了)

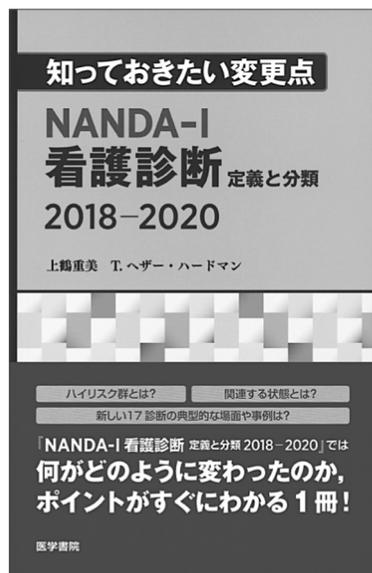
何がどのように変わったのか、ポイントがすぐにわかる1冊!

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

『NANDA-I』原書11版は何がどのように変わったのか?本書はそのポイントがわかる1冊。注目の看護診断を補助する新カテゴリーの「ハイリスク群」「関連する状態」を解説。また、看護診断の根拠とした診断指標・危険因子・関連因子が、アウトカム・介入にも連動することが一目でわかる「臨床推論モデル」を新たに紹介。新しい17の看護診断については、典型的な事例を提示する。

●A5変型 頁112 2018年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-03610-8]



NANDA-I 看護診断のオフィシャルブック最新版!

NANDA-I 看護診断 定義と分類 2018-2020 原書第11版

原書編集: T.ヘザー・ハードマン / 上鶴重美

訳: 上鶴重美

NANDA国際ナショナルで承認された看護診断を収めたハンドブック。17の新しい看護診断を追加、72の看護診断が改訂されたほか、各診断に「ハイリスク群」「関連する状態」が新設され、より診断の精度が高まる形に変更された。臨床推論やNANDA-I看護診断に関するよくある質問と回答(FAQ)などの解説もさらに充実。臨床でのレファレンスに、また看護診断の学習に役立つナース必携の書。

●A5変型 頁616 2018年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-03443-2]



看護のアジェンダ

井部俊子
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163回〉

考察『本当の看護を求めて』

本連載に関連した講演依頼が山口県看護協会から届いた。次のような文面であった。「週刊医学界新聞に連載されている『看護のアジェンダ』の第149回『本当の看護を求めて』を拝読し、5点の指摘内容に共感いたしました。(中略)看護の対象者と看護を提供する看護職の双方を守っていくために、現在の課題を整理し、どのように取り組んでいくのか、その方法についてご教示いただければと思います」。

私は勇んでこの依頼を引き受けることにした。そして講演のタイトルを「看護のアジェンダ第149回『本当の看護を求めて』を考察する」と決めた。そういえば私はコラムで問題提起だけをしてそのまま放り出している、と気付いたからである。

臨床看護の「プロブレムリスト」および「対策の考察」

『本当の看護を求めて』(本紙第3225号)では、私自身が看護に対して「暗澹たる気持ちになっている」と述べ、さらに続けて「劣悪なケアで住民が脅かされているだけでなく、看護師自身も状況に飲み込まれそうになっている」と書いた。そして、いくつかの具体的な事例を挙げた。例えば、「問題のある」認知症高齢者の見立てが違っていったこと、入院中に実施される不適切な排泄ケア、あてにならない退院時要約(サマリー)、若手看護師が告発する身体抑制の実態などである。

続けて「こうした状況は何を意味しているのだろうか」と問題提起した上で、私は5点を指摘した。いわば、「臨床看護のプロブレム」である。本稿ではそれらをプロブレムリストとして整理し、対策の方向性を「考察」したい。

プロブレム1: さまざまな要因で臨床ナースのウデが落ちている

→臨床ナースのウデを上げるため、以下を提案する。

- ①顧客は誰か。われわれは誰のために、何のために存在するのか。原点を確認しよう。
- ②定型化されたものを疑う。パスに従うだけでいいのか。
- ③「入院時に退院計画を」から「(入院前の)外来で退院計画を」にしよう(これは厚労省の施策となったので、すぐにでも実施可能である)。
- ④『入院時のチェック』(本紙第3172号)を「業務」から「ケア」に転換させよう。

プロブレム2: インシデント発生を防ぐための効率性と安全性の過度な追求

→「効率性と安全性の過度な追求」をしていないか、立ち止まって考えよう。

- ①われわれの判断や行為が、患者の尊厳や安楽を奪っていないかを考えよう。
- ②家族を巻き込んでケアをすることを考えよう。家族をケアの「対象」ではなく、「ケア提供者の一員」とすると、われわれはもっと楽になると思う。

プロブレム3: 権威にあらがえない若手看護師の悲哀

→一人ひとりが専門家としての意思決定にもっと確信を持とう。

- ①若手看護師も、若手でない看護師も、学習したことを活かそう。今まで参加した数多くの「研修」や頁をめくった「文献」、そして何よりも実践から体得した「経験」があるではないか。
- ②アサーティブに意見を述べよう。アサーティブなコミュニケーションの極意は、「私はこう思う」というI(アイ)メッセージである。主語はあくまで「私は」であり、「あなたは」ではない。
- ③理不尽な「指令」に反論しよう。たとえ指令が、上司や怖い先輩から発せられたとしても、自身の倫理観に反する事柄には反論する義務がある。「私は反対です。なぜならば……」と言う。ここから創造的な議論が始まる。

プロブレム4: 関心が(稼働率や収益と

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。そんな言葉を紹介いたします。

種田憲一郎 国立保健医療科学院

XII 最終回

The truth of the matter is that you always know the right thing to do. The hard part is doing it
——実のところ何をすべきかは常にわかっている。難しいのはそれを実行することだ

ノーマン・シュワルツコフ、米国の陸軍大将(1934~2012)

慣れ親しんだ現状を変える行動を起こすことは難しい。まるでギャップがあるかのように。「言うは易く行うは難し」である。これを飛び越える方法には、危機感を高め共有することがある。できれば仲間と楽しく挑戦しよう。

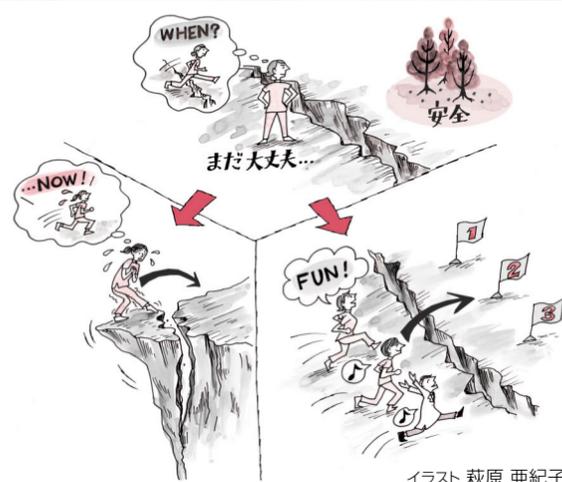


イラスト 萩原 亜紀子

いった) 経営にシフトしがちな看護管理者の志向

→看護管理者のミッションは何かを立ち止まって考えよう。

- ①看護管理者の使命は、提供する看護サービスの質を保証することである。
- ②そのための「知のプロデューサー」になること。
- ③看護師長は、自分の病棟の患者がどのような体験をしているかを知っておくこと。そのためには「歩き回り」や「対話」が必須である。
- ④看護部長は、看護師長やスタッフの、そして患者のホンネを聴く機会を設け、社会の変化をとらえるアンテナを高くしておくこと。
- ⑤看護部は、看護師たちを引き付ける14の要因(マグネティズム)を認識し、組織づくりの方向性を固めておく。

プロブレム5: 臨床における適切なフィードバックの欠落

→訪問看護師は患者のホンネを聴いている。訪問看護師や他職種からのフィードバックを受けてお互いから学ぼう。

- ①入院は入院、訪問は訪問と、お互いの領域を侵さないようにしているのもうやめよう。耳がイタイことを喜ん

で聴くことにしよう。

- ②病院のカンファレンスに訪問看護師が参加し、訪問看護ステーションのカンファレンスに病院看護師が参加しよう。
- ③病院看護師は、自分の担当した患者のその後の生活を知るために訪問看護師に同行しよう。
- ④そのためのしくみ作りをしよう(最も肝心なことは、ケアを提供した相手に評価を求めることである)。

*

「ベッドサイドに立つ人たちというのは、電車内で急病人が出たら、迷いなく手を差し伸べられる。駆けつけて必死に働く。人として高級で、格が違っていると感嘆しました。(中略)全然けち臭くないんです。圧倒的な贈与の世界に生きている。贈与というと一方的に与えているように聞こえますが、逆にたくさんの何かをもらっているという感覚も、同時に持っている。謙虚なんです。そういう人間の大きさに、やられました」(朝日新聞2018年4月28日付「フロントランナー」編集者・白石正明さん ケアの可能性広げるキラバス)という、われわれへのエールに込めよう。

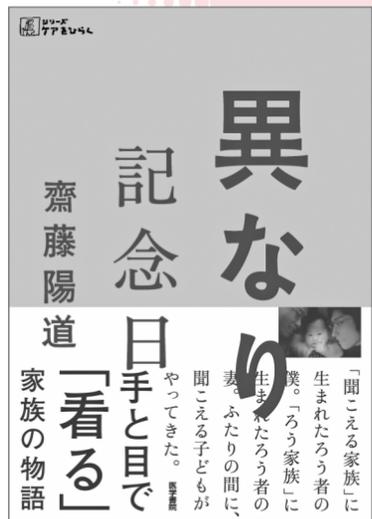
手と目で「見る」とはどういうことか。

《シリーズ ケアをひらく》 異なり記念日



齋藤 陽道

「聞こえる家族」に生まれよう者の僕と、「ろう家族」に生まれよう者の妻。ふたりの間に、聞こえる子どもがやってきた! 身体と文化を異にする3人は、言葉の前にまなざしを交わし、慰めの前に手触りを送る。見る、聞く、話す、触れることの〈歓び〉とともに。「異なる身体」をもった者同士が出会うときの作法を、私たちはどれだけ知っているだろうか——そんな問いに誘われる、ケアが発生する現場からの感動的な実況報告。



●A5 頁240 2018年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-03629-0]

食べる力を高めるための包括的評価がこれでできる!

KTバランスチャート エッセンスノート

小山 珠美 / 前田 圭介

KT(口から食べる)バランスチャート(KTBC)を用いた評価と支援のポイントをぎゅっと凝縮。評価基準となる13の視点それぞれについてイラストが加わり、視覚的な理解が深まります。加えて、第3章ではさまざまな事例を用いたワークシートを掲載。ケースに合わせた評価・アプローチを繰り返し学べます。はじめてKTBCを学ぶ方から、もう一度ポイントをおさえたい方まで、幅広い層におすすめしたい1冊。



●A5 頁144 2018年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-03619-1]

今日から始める リハ栄養

第6回

認知症による 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 古谷房枝 千葉県千葉リハビリテーションセンター
協会認定回復期リハビリ認定看護師/NST 専門療法士

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。

症例

70代男性。記憶障害(FAST stage 3)¹⁾がありながら家族と同居していた。食思不振が続く、両側肺炎の診断でA病院に入院。入院時より介護抵抗と食事を食べないなどの食行動異常があった。食事摂取量は1~2割程度で、末梢静脈栄養(PPN)を併用し、1日摂取エネルギー量は500kcal前後。高齢で認知症があるため、経管栄養などによる十分な栄養投与に主治医は消極的であった。そのため、2か月後に家族の希望で、認知症専門のB病院に認知症の治療と経口摂取に対するリハ目的で転院となった。

【転院時所見】身長160cm、体重32.7kg、BMI12.8kg/m²、A病院入院中、体重は約8kg減少(減少率20%/2か月)。声掛けに開眼するも、すぐに閉眼。ADLは全介助。握力は右10/左9kg。下腿周囲径は左右20cm、Alb2.5g/dL、Hb9.7g/dL、ChE97U/L、BUN33mg/dL、P4.0mg/dL、K4.4mEq/L、CRP19.61mg/dL、口腔内および皮膚乾燥著明。胸部X線写真では両側に肺炎と右胸水貯留の所見あり。低栄養と廃用が著しく、全身管理のため中心静脈カテーテルを挿入。介護抵抗が強く、経鼻チューブより抑肝散とメマンチン塩酸塩を投与。FAST stage 6e、MMSEは評価できない。

多視的な観察が重要な 認知症のリハ栄養

認知症の人の食支援は、多くの領域で対応の難しさが問題になっています。2018年6月に、認知症の人の意思決定支援に関するガイドライン²⁾が策定され、「食べる」ことについて、本人の意思をどうとらえるかが問われています。しかし、心身の変調や生活環境の変化は、認知症の人の中核症状や周辺症状を増悪させ、食行動異常などに現れます。また、入院中は自己抜針や転倒といった安全を守るための対応が優先され、食支援の遅れにつながりがちです。

山田³⁾は「サイエンスの視点」「アートの視点」「生活リズムの視点」という3つの視点から評価することを提案しています。サイエンスは、摂食嚥下障害や認知症の病気を理解して支援する視点であり、アートは、食生活史や価値観をもとに、その人にとっての食事環境を整える視点です。生活リズム

は24時間の生活の中で、睡眠・覚醒や休息・活動、排泄などを含めて食事をとらえていく視点です。

薬剤による過鎮静や寝たきりの状態での栄養管理では、脂肪肝や下痢嘔吐などの消化器症状が認められることがあります。また、サルコペニアは独立して認知機能低下と関連していません⁴⁾。栄養や活動の介入の遅れによる医原性サルコペニアが、認知機能低下を助長して「食べられない」状態にしているか、「食べない」は本人の意思なのか、認知症の人の食支援については多視的な観察や評価、本人・家族の希望などを含めた方向性が求められます。

リハ栄養ケアプロセスで、 どう進める？

24時間生活を観察できる看護師は、これまでの食生活や食事環境を踏まえて、認知症の人の「食べられない」「食べない」問題に対して、多視的に観察し、原因を推測します。そして多職種

とともにリハ栄養の視点で評価・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

【栄養障害】前医では1日摂取エネルギー量は500kcal程度。入院時の血液検査と身体測定を含む栄養評価で、「飢餓」「侵襲」があり、高度の低栄養と診断

【サルコペニア】下腿周囲径や握力の計測から、筋肉量・筋力の低下、ADL全介助から、身体機能低下があり、サルコペニアの診断

【栄養素摂取の過不足】前医では介護抵抗や食行動異常により経口食は1~2割で進まず、PPN併用で摂取エネルギー量は500kcal程度。全ての栄養素が摂取不足

本症例は、明らかな摂食嚥下障害はありませんでしたが、肺炎に加え、食行動異常拒食(栄養)、それに伴う身体機能低下(活動)により、医原性のサルコペニアが強く示唆されます。早期の介入が必要です。

③リハ栄養ゴール設定、④リハ栄養介入

患者は認知障害がありましたが、入院前は家族の支援を受けながら自宅で生活していました。再び経口摂取ができ(家族の希望)、自宅退院(本人の希望)することをめざし、以下のように目標を設定しました。

【短期目標(1か月)】中心静脈栄養(TPN)を経て、必要エネルギー量(1600kcal/日)を経管栄養併用で経口摂取できる。本人のペースに合わせたケアの実施で介護抵抗が減る。短時間・頻回離床ができる。2kg以上の体重増加
【長期目標(3か月)】経口で必要エネルギー量(1800kcal/日)が取れる。介助歩行でトイレまで行き、失禁がない。体重増加2kg/月以上

⑤リハ栄養モニタリング

消化器症状の有無、認知症による周辺症状、活動状況とともに体重の推移、血液データなどをモニタリングします。また、生活のリズムや食事環境について多職種で検討し、介入内容について修正を行います。

看護診断と看護の実際

#1 栄養摂取消費バランス異常：必要量以下

【診断指標】食物摂取量が1日当たりの推奨量よりも少ない

【関連因子】認知機能低下に起因する拒食で、食物を摂取できない。不十分な栄養管理で食事摂取量の不足。廃用で筋力の低下による易疲労性

◆目標

・経管栄養を併用のもと、1日の必要エネルギー量1600kcalを経口で摂取できる(1か月)

◆介入内容

・体重や血液検査の推移から、栄養提供量・

活動(リハ)強度を検討

- ・口腔ケア、排便コントロールの実施
- ・摂食嚥下に対する間接・直接訓練の実施(ST)
- ・車椅子への移乗、歩行導入訓練(PT/OT)
- ・食に対する本人の思いを聴取、食環境の整備
- ・周辺症状の観察と医師との薬剤調整

生命の危機的状態でしたが、本人・家族の希望や介護抵抗などの意思表示が見られたことから、refeeding症候群に注意しながら、TPNで全身管理を開始しました。

介入後の経過

早期よりST訓練を行っていましたが、経口摂取が進まず、本人と相談の上、2週目より経口摂取ができるまでは経管栄養(1600kcal/日)を継続しました。また、当初より看護師とリハスタッフは、本人のペースにできるだけ合わせたケアや離床、リハを実施しました。時間が経っても、できることは本人にやらせてもらうことで、「なじみの関係」が徐々に構築され、介護抵抗はなくなりました。

3か月目に入ると経口摂取量は増えましたが、「以前から朝食は食べない」という本人の強い希望で、必要量の摂取確保のため、本人・家族の同意のもと胃瘻造設。朝食は栄養剤(600kcal)注入、昼・夜のみ経口食(1200kcal)となりました。炎症所見の改善に時間を要しましたが、4か月後に体重40kg(+8kg)、Alb3.0g/dLと改善し、6か月後の退院時は、体重45kg(+13kg)、Alb3.5g/dL、MMSE18点(入院1か月から5点改善)、FAST stage 4、排泄も自立となり、歩いて自宅に戻りました。

今日からこれを始める！

- 認知症の人は、病気や環境の変化により、「食」に影響を及ぼしますが、多くの場合自ら訴え、改善することはできません。そのため看護師による食支援では多視的な観察と評価が重要です。
- 高齢だから、認知症だからと安易にとらえず、24時間生活を看護する(みまもる)看護師は、多職種と情報共有し、患者・家族の希望に沿える方向性や介入方法を検討しましょう。
- ADL・QOLのために栄養と活動(リハ)のバランスを考えて進めていきましょう。

●参考文献・URL

- 1) 山口晴保編著。認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント。第3版。協同医学出版社：2016。
- 2) 厚労省。認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン。2018。<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
- 3) 山田律子。認知症の人の食事支援BOOK。中央法規出版：2013。
- 4) J Am Med Dir Assoc. 2016 [PMID: 27816484]

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

●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「とりあえず安静・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

精神科で発生したファーストエイドの26場面をシミュレーション

精神科ならではのファーストエイド 搬送時サマリー実例付

自傷他害、あるいは事故など、精神科でファーストエイドが必要になった実例をリアルに写真で再現し、いざという時にどう対応するかをシミュレーションするための本。医療的に何をすべきか、とっさの声かけ、望ましい態度、避けるべき言動がわかる。搬送時に送るサマリーの実例付。

中村 創
三上剛人



医学書院

**価値の基準が違くと、
計画の話し合い方も異なる**

医療者 今から抗がん薬治療を行います。治療の継続が困難になったときのことについて、あらかじめ相談しておきたいですか？

患者A 仕事や家族の今後のことはできるだけ考えておいたほうがいいと思うので、ぜひ相談させてください。

患者B いえ。今は治療のことだけを考えたので、その先のことは考えられません。

患者C(高齢) もう年齢も年齢だし、副作用などしんどいことはできるだけ避けたいので、正直あまり治療を受けたくありません。

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

なぜ私たちの意思決定は不合理なのか？

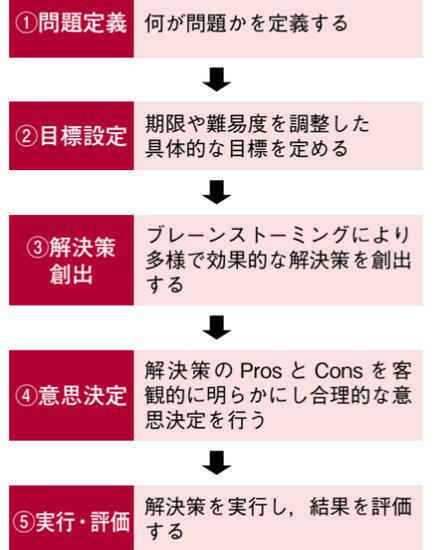
平井 啓

大阪大学大学院人間科学研究科准教授

第12回
(最終回)

問題解決療法

アドバンス・ケア・プランニングの支援は「問題解決」支援



●図 問題解決療法のステップ

ずしもふさわしいとは限りません。患者にとって適切な「問題解決」に導くためには、その状況を患者が認識できるように情報提供を行うことが前提となります。つまり、その状況に適応的な参照点を患者が持っているに越したことはありません。患者Bのタイプの人は、参照点を移動させるコミュニケーションを試みる必要があります。患者Cのタイプの人にはポジティブフレームのメッセージを使い、治療のゴールを明確に伝えることが必要になります。このように、本連載で見てきた「ナッジ」や「フレーミング効果」といった行動経済学的手法を用いたコミュニケーションによって、患者の問題解決を支援することができます。

今回のポイント

- 同じ状況でも患者の意向は参照点の位置で異なり、さらにさまざまなバイアスの影響を受ける。
- ACPとは患者の「意向を明らかにし計画を立てる」という難度の高い作業であり、その支援には「問題解決療法」が有効である。
- 問題解決療法における「問題」は、そうありたいと思う状態と現在の状態の不一致として定義される。
- 患者の「どうしたいのか」を明らかにしないと問題の定義や目標設定ができない。
- 医療者は、患者の「問題解決」を支援するコンサルタント・チームとして振る舞うべきである。

参考文献

- 1) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編: 2018.
- 2) BMJ. 2010 [PMID: 20332506]
- 3) Palliat Support Care. 2011 [PMID: 21352613]
- 4) Semin Respir Crit Care Med. 2012 [PMID: 22875386]
- 5) Jpn J Clin Oncol. 2012 [PMID: 23081984]

本連載では、患者と医療者のコミュニケーションで生じるさまざまなバイアスを行動経済学の観点から紹介してきました。その中でも、第3回(第3245号)で扱ったように、それぞれの患者が持つ価値の基準である参照点の違いにより、同じ状況でも、患者の反応や医療者とのコミュニケーションが大きく異なることを見てきました。

この場面での患者Aは、「がんにより死ぬかもしれない」という自らにとって最悪の状況を想定した参照点を持ち、今後について考えようとしています。恐らくほとんどの医療者が患者に期待する反応です。この会話の後、療養場所の選択や「終活」と呼ばれる自身の最期に向けたさまざまな準備を含めた、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)がなされるでしょう。

一方で、患者Bは「治療をしてがんを治す」、すなわち「治るための治療をしている現状を維持したい」という参照点から医療者の説明を受け取り、反応しています。つらい現実(損失)に直面することへの回避ととらえられるかもしれませんが、参照点が変わらないままだとギャンブルとなるような治療を選択したり、将来の変化に備えた具体的な準備につながるコミュニケーションができないまま終末期を迎えたりしてしまうかもしれません。

最後の患者Cは、「治らなくてもいいから副作用のない現状を維持したい」という参照点です。高齢なこともあり、これまでにいろいろな病気の治療経験があったり、家族や友人のつらい闘病の様子を身近で見聞きたりしてきたためと考えられます。もしかすると、「がん放置理論」を聞いていることなども影響しているかもしれません。この場合、抗がん薬治療が必要な場合でも、治療を拒否する可能性があります。

ACPの行動経済学的難しさ

ACPは人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプ

ロセスです¹⁾。通常のケアに加えてACPを促す介入を行った無作為化比較試験では、患者の希望するケアが行われることで終末期医療の質が改善され、患者と家族の満足度が向上したと報告されています²⁾。この研究では、ACPにおいて看護師などの訓練されたファシリテーターの存在、家族も含めた患者中心のディスカッション、医師に対する体系的教育などが重要でした。それらによって患者の意思決定をサポートし、必要な医療行為などの情報を提供することができたと考えられます。

しかしながら、ACPを全ての患者に適用するのは難しく、英国でも半数程度の実施率であったとの報告もあります³⁾。この理由は、行動経済学的に説明できます⁴⁾。

健康なときには、終末期の意向を尋ねられることはほとんどなく、自分の意向が適切なものであるかのフィードバックを得る機会もありません。そのため患者は、「どうしたいですか?」と医療者から意向を尋ねられて初めて、そのとき持っている知識を使って、「終末期のケアをどうしてほしいのか?」を考え、意向として表現します。その意向はあらかじめしっかり考えて用意したものでないため、「よく考えたら違った」と意向の修正があったり、病状や環境の変化などの検討が不十分だったりして、また新たに別の計画を立てなければいけなくなります。

この「意向を明らかにし、計画を立てる」という作業は、後述の「問題解決」に当たる、知的難易度の高い作業です。一人で行うことは誰でも難しいため、前回(第3278号)示したように、その作業をサポートする「コンサルタント」が必要となります。

「どうしたいのか」の明確化が問題解決の第一歩

意思決定に影響を与えるさまざまなバイアスをコントロールし、個人の間

題解決を支援するための心理療法プログラムとして「問題解決療法」があります。問題解決療法は図に示した5つのステップで構成されます。

問題解決療法で最初に定義すべき「問題」とは、何らかの障害により、そうありたいと思う状態(What I want)と現在の状態(What is)が不一致であり、効果的な解決策(コーピング)がとれない状態のことです。つまり、最初のステップにおいて患者の「どうしたいのか(What I want)」を明らかにしないと、問題の定義や目標を設定できないのです。先述したように、患者の「どうしたいのか」はもともと明確に言語化されているわけではないため、それを他人にすぐ伝えることは難しいです。医療者が、患者の「どうしたいのか」を引き出すには、患者の価値観や参照点がどこにあるかを意識した質問を先にする必要があります。

また、患者から「どうしたいのか」を引き出せたとしても、患者が少し時間をかけて考え直す機会を与えることが重要です。「あのときはそう言ったけど、考え直したら違うかもしれない」と感じることは誰しもあります。その内容によっては、より適切に対応できる人を紹介することも重要です。その意味で、医療者は患者の「問題解決」を支援するコンサルタント・チームとして振る舞うべきであると言えます。

筆者は、乳がん患者を対象とした問題解決療法プログラムの開発に携わり、意思決定を支援してきました⁵⁾。実際の例で、問題解決療法を受けた乳がん患者さんは、治療のことと家族の人間関係の問題が混ざっていることで、治療の意思決定がうまくできない状態でした。そこで問題解決療法を行い、家族の人間関係の問題を取り出して扱ったことで、治療の意思決定を主治医と相談し、決めることができました。

さらに、冒頭の事例のように、患者の「どうしたいのか」がその状況に必

しゃべれるほうが、変。

<シリーズ ケアをひらく>

どもる体

何かしゃべろうとすると最初の言葉を繰り返してしまう(=「連発」という名のバグ)。それを避けようとすると言葉自体が出なくなる(=「難発」という名のフリーズ)。吃音とは、言葉が肉体に拒否されている状態です。しかし、なぜ歌っているときにはほもらないのか?なぜ独り言だとどもらないのか?従来の医学的・心理的アプローチとはまったく違う視点から、徹底した観察とインタビューで吃音という「謎」に迫った画期的身体論!

伊藤亜紗
東京工業大学リベラルアーツ研究教育院
准教授



ここにもあります、勤所
重症患者管理のオキテを知ってパワーアップ

人工呼吸器の本 アドバンス
The Advanced Ventilator Book

▶人工呼吸管理における人工呼吸器の使い方について、具体的かつ実践的にまとめられたガイドブック。まるで優れた指導医に教えてもらっているように親しみやすく、ポイントがわかりやすい。「エッセンス」編は初期設定から基本的な管理方法までの最低限の必要事項を解説。「アドバンス」編はより重症な患者への対応について解説。ICUに関わる医師や呼吸器科医、研修医、また呼吸療法士を目指す看護師・コメディカルなど、人工呼吸管理に携わる医療者必読。

著: 田中竜馬
Medical Director, Intensive Care Unit, Pulmonary & Critical Care Medicine, Intermountain LDS Hospital, Utah, USA

定価: 本体2,000円+税
A5変 頁128 図18 2018年6月発売
ISBN978-4-89592-909-7

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

Medical Library

書評・新刊案内

《看護教育実践シリーズ3》 授業方法の基礎

中井 俊樹 ● シリーズ編集
中井 俊樹, 小林 忠資 ● 編

A5・頁200
定価: 本体2,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03202-5

文部科学省は、看護教育をレベルアップするための切り札「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」において、看護系人材として求められる基本的な資質・

教育学と看護教育のコラボ

能力は9つと明言した。今後、各大学はカリキュラムの改正準備を行う中で、これらの資質・能力をどの科目でどのように教えて獲得させるか考えなければならない。変革を迫られたこの時期に、タイミングよく本書が上梓された。

本書は、教育学の視点から看護教育について幅広く解説する「看護教育実践シリーズ」(全5冊)の中の一冊である。授業方法に焦点を当てたのが本書であり、シリーズの第一弾として発行された。

内容は3部から構成されている。第1部は授業方法の意義と指針の総論。看護教員は、看護学の専門知識と教育学の知識の両方を身につけることが肝心であると論ずる。学生は高卒の伝統的學生のみならず職業経験のある者がおり、学習意欲や学習習慣に差があるなど多様性に富んでいる。教員は自身の偏見に敏感になり、全ての学生の学習を素直に尊重する姿勢を持つ必要を述べている。また、授業は授業の型(導入・展開・まとめ)の各パートの持つ役割を認識し、学生の興味や関心を喚起するような展開をして、学習を評価することが大事と説く。

第2部は授業の技法について紙面が多く割かれている。授業の技法には、説明、発問、スライド、板書、教材などがある。技法を適切にチョイスすることが授業の成功の要素であるとし

て、それぞれについて詳しい解説がある。発問を例にとると、例えば看護教育の目標「人間の生命と権利を尊重する態度」を学ばせようとするとき、これは教員が一方向的に押し付けて身につくものではない。発問を工夫することで学生は深く考えたり、自分なりの答えを見つけたりできる。発問は学習意欲を喚起したり、思考を焦点化したり拡散したり、揺さぶったりと学習を促進する機能を持っているのだ。

第3部はさまざまな場面での授業の工夫を述べている。1回の授業の構成は、前述の授業の型と同じであるが、15回のコマも同様である。初回の授業では、学生のレディネスやアクティブラーニングが可能かどうかの学生の汎用的能力を確認してからスタートするのが肝心で、最終回は習得できた知識や技術、習得できていない内容についても列挙させ、振り返りを通して学生自身に今後の学習の指針を立てさせる。また学生に高等教育機関に属する者としての知的誠実性を求めることも忘れてはならないと、きめ細かい対応を説く。

付録に授業に役立つ資料と用語集があり、著者らの優しい配慮を感じる。一読して感動するのは、教育学の専門家が体系的に授業の基本を押さえた上で、看護教育のオーソリティーたちとコラボして具体を展開しているため、身近で説得力があることだ。近年の理論を踏まえた「看護授業論」であり、活用すればその価値にも気付くはずである。

評者 網野 寛子
帝京平成大学教授/看護学科長

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 ● 著

A5変型・頁112
定価: 本体2,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03610-8

評者 富澤 登志子
弘前大大学院准教授・看護学

3年ごとのNANDA-Iの看護診断の改訂がいよいよやってきました。改訂のたびに、「何がどう変わったの?」と不安になっていらっしゃるいませんか?

本書は、NANDA インターナショナル理事長の上鶴重美氏および専務理事のヘザー・ハードマン氏によって『NANDA-I 看護診断定義と分類 2018-2020 原書 第11版』における前回からの変更点、新たな診断のポイントがダイレクトにまとめられた解説書です。特に新たに加わった診断については具体的な事例と看護介入や看護アウトカムが丁寧に説明されていますので、これまで臨床や教育で看護診断していらっしゃる皆さまの疑問を解決してくれる一冊といえます。

まず第1章「何がどう変わったか」では、前回の定義と分類からの変更点が示されています。ヘルスプロモーション型看護診断の定義の変更、これまで看護介入によっても取り除いたり、修正できない関連因子や危険因子に関する新たな分類などが紹介されており、NANDA-I 看護診断ユーザーへのわかりやすい解説が添えられております。前回の改訂からさらにエビデンスレベルが上がり、社会問題や各国の問題なども加味されて、バージョンアップされたことがわかります。

今回、第3章「臨床推論モデル」では、上鶴氏が開発した臨床推論モデルの解説も含まれており、実際に看護診断をしていく上でサポートしてくれる枠組みを学ぶこともできます。臨床推論モデルは看護診断にかかわる診断指標、関連因子、アウトカムなどの関連性を図式化し、診断とケアの関連性や方向性を明確にすることができます。このモデルは、正確な看護診断だけで

NANDA-I看護診断の 変更点や新たな診断の ポイントがよくわかる



なく、妥当な看護目標やアウトカムの設定、看護介入をシステムティックに導く秀逸なモデルです。看護学生や新人の看護職の方からアウトカム設定が

難しいという話をよく聞きますが、論理的思考の過程を図式化していくので初学者にもぜひお勧めしたいです。

また、第4章「クイックマスター! 新看護診断17」では、新たに採用された看護診断について、定義およびモデルケース、そしてそのモデルケースを臨床推論モデルで説明し、看護診断、目標、主なアウトカム、看護介入について、その関連性を明確に示しています。新しい診断では

ありますが、具体的な概念がしっかりとイメージできるように説明されています。看護基礎教育の中では、これまで医学診断や疾患別の看護ケアに多くの時間が割かれており、看護診断にある「概念」を学ぶ機会がありませんでした。看護の独自性でもある看護診断の核となるのは診断概念です。本書によって診断の背景への理解が深まり、具体的なイメージを持つことが可能となるでしょう。

看護職の臨床判断とケアの根拠として1970年代から導き出されてきた看護診断は今回の改訂で244となりました。目まぐるしく変わる社会の情勢に、看護のニーズや在り方も少しずつ変化しています。質の高い看護ケアを行っていくためには、専門職である看護師が独自性を持って臨床判断し、適切な看護ケアを実践していくことが不可欠です。コンパクトに要点が押さえられた本書は、質の高い看護をめざし臨床で努力されている看護職の皆さま、看護学生が理解できるように教授する看護教員の皆さまにとって、すぐに活用できる一冊になっています。

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 桑田 美代子
青梅慶友病院/よみうりランド慶友病院看護介護開発室長

「桑田さんから紹介された小川朝生先生の本、面白くてもう2回も読んだわ。認知症のことわかっていると思っ

組織全体で認知症ケアに 取り組む時代が到来した

ていたけど、改めて勉強になった! すごく読みやすいのよ」と、当法人の看護部長が意気揚々と語ってくれた。面白かったという点は以下の通りである。認知症に関する知識の整理につながった。随所に「ポイント」として、重要な点が簡潔にまとめてあるのも理解の助けになった。そして、皆が疑問に思うことに答えるような書き方になっている。急性期・一般病院で日常起こっている現象だから、「ある・ある」と自然に頭に入る。小川先生の講義を聞いている印象さえずると語っていた。

認知症患者は、「大変な患者」の一言で語られてしまう現状もある。スタッフは忙しいので対応しきれない。そ

して、ケアする側が大変と受け取れば、それは「不穏」、「問題」と表現され、その理由に目が向けられない。ケアする側が不安や混乱を増強させていることに気付いていない。だから、根本の原因解決となる対応にはつながらない。本書は、その根本原因の解決につながる知識、現象の見方が書かれている。認知症をもつ人の生活のしづらさ、苦痛や不安に焦点を当て、認知症の知識に基づき、その原因がひもとかれている。だから、「なるほど、そうなんだ!」と合点がいくのである。見方が変わると、現象の受け止め方も変わり、ケアする側の気持ちにも余裕が出てくる。

本書の構成を紹介すると、序章「今急性期病院で起きていること」、1章「一般病院における認知症の問題」、2章「急性期病院における認知症の問題

の現れ方」、3章「認知症を知る」、4章「認知症の人が入院時に体験する苦痛・困難とは」、5章「急性期・一般病院で求められる認知症ケアとは」、6章「認知症・認知機能障害をアセスメントする」、7章「認知機能障害に配慮したコミュニケーション」、8章「認知症の人の痛みを評価する」、9章「食事の問題」、10章「行動心理症状(BPSD)の予防と対応」、11章「認知症の人の治療方針を考える(意思決定支援)」、12章「せん妄を予防しよう」、13章「認知症の退院支援: ケアの場の移行を支える」、14章「患者・家族への心のサポート、社会的支援を提供する」となっている。もちろん、序章から読むのも良いが、私はまず3章と4章を一読し、日頃の実践を想起しながら、最初から読み進めるとより理解が深まるように思う。また、最近「意思決定支援」に注目が集まっている。しかし、認知症患者の意思決定支援は、認知症の知識がなくて行えるわけがない。ケアする側が認知症のことを知って初めて支援できる。本書は、そのた

めの基本的知識が系統的に書かれている。

本書は、急性期・一般病院という「場」に関係なく、誰が手に取っても読む価値がある。その中で、私が最も読んでいただきたいのは、急性期病院の看護管理者の皆さんである。その理由は、看護管理者の方たちの認知症に対するケアの考え方が、スタッフに大きな影響を与えるからである。認知症患者の対応に、倫理的ジレンマを感じているスタッフも少なくない。組織全体で認知症ケアに取り組む時代が到来している。本書は必ず役立つ一冊である。

◎本紙の人気連載、待望の書籍化!
看護のアジェンダ
井部俊子
●A5 頁372 2016年
定価: 本体2,500円+税
[ISBN978-4-260-02816-5] 医学書院

ポケット医学英和辞典 第3版

泉 孝英 ● 編
八幡 三喜男, 長井 苑子, 伊藤 穰, Simon Johnson ● 編集協力

新書判・頁1282
定価: 本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02492-1

評者 福澤 利江子
筑波大大学院助教・国際看護学

わからない言葉があればすぐにスマホやパソコンで検索して(それも無料で)調べる習慣がついている私たち。医学英和辞典を手元に置く必要があるのかと時代錯誤に思えるでしょう。日進月歩の医学分野で一般的に使われる用語を約7万語に集約し、それも、医学だけでなく薬学・検査・看護・介護の分野でも使えることをめざして作られたなんて、そんな辞書が可能なのだろうか?これがこの辞書を知った時の私の初めの正直な気持ちでした。同時に、インターネット上の情報収集は、いくら便利で、頻りに利用し、その場は用を足しても、

断片的で頭の中を素通りする気がして、専門用語が自分の言語体系として血肉になる感覚が得られにくいことが、以前から気になっていました。

本書はポケット判でとてもコンパクトなので手に収まりが良く(手触りも良く)、机上でもまったく邪魔になりません。何よりも、充実した内容と、印象強く理解を助け知識を増やす効果にはただただ驚いています。それに、医学以外の領域にも深い関心と配慮が本真に向けられているのです。

例えば、“nurse”(看護師)という言葉ひとつをとっても、“community nurse”(地域看護師)と“public health nurse”(保健師)の区別が的確です。“assistant nurse”(看護助手)・“practical nurse”(准看護師)・“registered nurse”(看護師)・“nurse practitioner”(ナースプラクティショナー)の区別や表記、さらにリエゾンナース、リンクナースなどの近年使われるようになった用語にもわかりやすい説明が付いています。

続いて次の“nursing”の項にも、“nursing home”(老人保健施設)や“nursing ethics”(看護の倫理)など、日本語でなじみがあっても英訳しにくいような

言葉がきちんと載っています。かといって、医療者におもねるのではなく、nursingのそもそもの意味は「(1)授乳、(2)看護、養育」というように、社会常識的な見解も端的に示しています。

私自身は助産学が専門なのですが、“uterus”(子宮)の項には、フランスの産科医の名前にちなんだクヴレール子宮、重複子宮・中隔子宮・単角子宮の定義など、医学事典でもないのに、図もないのに、短い言葉だけで明確に定義されているのです。他にもBCGワクチンは昔は経口投与も行われていた、など、非医療者にもわかりやすい言葉で、読者の興味を引く記述にも惹かれ、ページを開き読むたびにすっかり好きになりました。

このコンパクトさの奥にいかほどの配慮や努力があるのだろうかと感じ入るばかりですが、本書の背景を知り納得しました。日本が戦後に米国から情報を輸入し医学が大きく発達した最中(1967年)に本書の初版は刊行されており、その後も50年間の時代の変化に合わせた改訂がされ、由緒ある、長い歴史を持つ辞書なのでした。さらに、“The New England Journal of Medicine”を毎号読破していた医師による綿密なアドバイス、本書の編纂のために日常生活態度から改め、診療の合間に執筆した故・渡辺良孝医師の熱意が込められ、その後も引き継がれて本版に至っているそうです。

おそらく今後、医療系の電子辞書などの電子媒体にも今回の新たな版が反映されていくことも楽しみです。でも、この時代にあえて紙の医学英和辞典を手元に一冊置くことで得られる思わぬ勉強効果と楽しみも、読者の皆様とぜひ共有できれば幸いです。

充実した内容と、理解を助け知識を増やす効果に驚く



《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

評者 小澤 恵美
昭和伊南総合病院/皮膚・排泄ケア認定看護師

日常生活を普通に行っている方でも、「便がうまく出ない」「便が気になって仕方がない」という状況はあるだろう。病院では、便秘に伴う下剤や、下痢による皮膚障害、

ストーマケアに関する相談が多く、退院後も移動した施設や訪問看護師から排便ケアについて相談が寄せられることがある。排便は、QOLにかかわる重要なことだとうかがえる。

医療が高度化し、短期入院や外来通院治療も多くなる中で、排便ケアに関する知識も向上させる必要がある。中でも、がん患者数は増えているため、がんならではの排便ケアの

ポイントを押さえておくべきである。排便についての基礎的知識を「知らなかった!」という医療者も意外と多い。本書のようなわかりやすく根拠を押さえた書籍が求められていると感じる。

第1章「がん患者の排便ケアに必要な基礎知識」では、排便のメカニズムとその障害、排便障害の原因やアセスメントツールが紹介され、これらは明日から使えるものだ。また、排便障害の治療についても、オピオイドや抗がん薬に伴う便秘・下痢や手術後の排便障害など状況別にわかりやすく説明されており、「なぜ、どうして」が理解しやすい。

次章からはケアにかかわる内容が詳しく説明されている。第2章「がん治療における排便ケア」では、化学療法に伴う下痢と便秘、放射線療法における排便ケアが紹介されている。排便姿勢といったセルフケア支援や、二次的

ポイントを押さえておくべきである。排便についての基礎的知識を「知らなかった!」という医療者も意外と多い。本書のようなわかりやすく根拠を押さえた書籍が求められていると感じる。

第1章「がん患者の排便ケアに必要な基礎知識」では、排便のメカニズムとその障害、排便障害の原因やアセスメントツールが紹介され、これらは明日から使えるものだ。また、排便障害の治療についても、オピオイドや抗がん薬に伴う便秘・下痢や手術後の排便障害など状況別にわかりやすく説明されており、「なぜ、どうして」が理解しやすい。

次章からはケアにかかわる内容が詳しく説明されている。第2章「がん治療における排便ケア」では、化学療法に伴う下痢と便秘、放射線療法における排便ケアが紹介されている。排便姿勢といったセルフケア支援や、二次的

ポイントを押さえておくべきである。排便についての基礎的知識を「知らなかった!」という医療者も意外と多い。本書のようなわかりやすく根拠を押さえた書籍が求められていると感じる。

第1章「がん患者の排便ケアに必要な基礎知識」では、排便のメカニズムとその障害、排便障害の原因やアセスメントツールが紹介され、これらは明日から使えるものだ。また、排便障害の治療についても、オピオイドや抗がん薬に伴う便秘・下痢や手術後の排便障害など状況別にわかりやすく説明されており、「なぜ、どうして」が理解しやすい。

次章からはケアにかかわる内容が詳しく説明されている。第2章「がん治療における排便ケア」では、化学療法に伴う下痢と便秘、放射線療法における排便ケアが紹介されている。排便姿勢といったセルフケア支援や、二次的

障害の予防・対策などのケアのポイントを知ることができる。

第3章「進行がんに伴う排便ケア」として、播種性病変やオピオイド使用時の便通対策が述べられているが、下剤の効果時間などをまとめた表がわかりやすい。下剤についての基本的なことから留意点まで理解できる内容となっている。下血の項では、精神的な援助まで言及されており、ケアの質の向上につながる内容である。

第4章「下痢・便秘に伴うスキントラブルのケア」では、アセスメント項目の他、予防的ケアやスキントラブル時のケアについて、具体的に使用製品も紹介されているため、すぐに現場で取り入れられる。

第5章「消化管ストーマ造設患者のケア」では、術前からストーマ閉鎖術前後のケア、緩和ストーマを造設する患者のケアや社会保障についてまでカバーされており、先を見越したケアの実践に生かせる内容である。

第6章「療養生活の支援」では、排便障害専門外来や栄養管理についてメニューも紹介されている。また、排便ケアにおけるチーム医療の実際として、事例を用いた具体的な介入例もあり、チーム医療の重要性も理解できる。

このように、本書はがん患者の病態や治療を踏まえたケアが展開されている。病院・施設・在宅などさまざまな療養場所で活用できる心強い一冊である。

さまざまな療養場所で活用できる心強い一冊



●お願い—読者の皆様へ
弊紙記事へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください。
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室

医学書院 看護系セミナーのご案内

詳しくは、弊社セミナーサイトをご覧ください ▶ <https://seminar.igaku-shoin.co.jp/>

◆看護教員「実力養成」講座2018

就職後のリアリティショックを乗り越えるために！ 医療安全をどう教えるか

メリハリをつける、応援を呼ぶ、そして論理的に考えさせる医療安全教育

新人看護師のリアリティショックをどう乗り越えさせるかは、基礎教育の教員にとっても重要な課題です。リアリティショックを乗り越えるために欠かせない医療安全教育について「①リスクの大きさによりメリハリをつける」「②応援を呼ぶべきか否かの判断を教える」「③論理的に考えさせる」の3パートに分けて学びます。

大阪 日時: 2018年10月27日(土) 13:00~16:30
会場: 新梅田研修センター 新館2階Gホール

東京 日時: 2018年11月3日(土) 13:00~16:30
会場: 全社協尾尾ホール(新霞が関ビル1階)

講師: 川村 治子先生 | 定員: 各200名 | 対象: 主に看護教員 | 受講料: 5,000円(税込)

経験に焦点を当てた実習の展開を学び、
リフレクションできるワークショップ

経験型実習教育ワークショップ! 臨地実習での学びを学生個々の課題と 実習目標につなげるために

日時: 2018年9月8日(土) 13:00~17:00
会場: 東京都文京区・医学書院 本社2階

講師: 安藤 史子先生 / 北川 明先生

定員: 60名

対象: 看護教員、臨地実習指導者

受講料: 6,000円(税込)

効果をもたらすためにどんなことができるのか
グループワークを体験し、その効果を実感!

“グループワークの達人”になるための第一歩

日時: 2018年9月22日(土) 10:00~16:30
会場: 東京都文京区・医学書院 本社2階

講師: 三浦 真琴先生

定員: 60名

対象: 看護教員

受講料: 8,000円(税込、昼食込)

◆ナーシングカフェ

関係性システムから創る 看護チーム

メンバーの強みや個性を活かしながら、チームとして自走し成長するためのサポートを行うシステム・コーチング®のエクササイズを体験。チームリーダーとしての自身を見つめ、ワークや対話を通じてさらに生き生きとしたチーム創りへの視点や考え方を学び合い、深めます。

日時: 2018年10月27日(土) 13:00~17:00
会場: 東京都文京区・医学書院 本社2階

ファシリテーター: 原田 直和先生 / 田波 あづさ先生

定員: 60名

対象: 看護管理者、看護教員ほか人材育成・チーム医療に携わる看護職の方々

受講料: 10,000円(税込)

※月刊「看護管理」の年間購読者(個人)の方は5,000円

「患者さん視点での看護師」をVRで体験できる!

VR×看護教育 患者の立場に立てる教育をめざして

日時: 2018年10月6日(土) 13:00~17:00
会場: 東京都文京区・医学書院 本社2階

講師: 下河原 忠道先生 / 山川 みやえ先生 / 内海 桃絵先生

定員: 60名

対象: 看護教員、病院管理者・研修担当者

受講料: 8,000円(税込)

※月刊「看護教育」年間購読者(個人)の方は3,000円

わが国の教育学研究の第一線にあり、看護教員と
協働されてきた講師による参加型セミナー

看護の実践力を育てる! パフォーマンス評価の考え方と 進め方

日時: 2018年12月8日(土) 13:00~17:00
会場: 東京都文京区・医学書院 本社2階

講師: 西岡 加名恵先生

定員: 80名

対象: 看護教員

受講料: 6,000円(税込)

国内最大級の総合診療データベース



今日の診療 28

プレミアム

Vol. 28

DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium

●DVD-ROM版 2018年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610261]

収録内容

- ① 今日の治療指針 2018年版 Update
- ② 今日の治療指針 2017年版
- ③ 今日の診断指針 第7版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第7版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第16版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2017-2018
- ⑧ 治療薬マニュアル 2018 Update
- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針 第2版
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第3版
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版

*書籍とは一部異なる部分があります

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索

スマートフォンやタブレット端末でも利用可能な「Web閲覧権」付

『今日の診療プレミアムWEB』をスマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」が付いています。

※『今日の診療プレミアムWEB』をご利用にあたって、「医学書院ID」に本商品の登録が必要です。「Web閲覧権」の有効期間は、登録から1年間です。登録は、2019年4月30日で締め切らせていただきます。※『今日の診療プレミアムWEB』ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。



DVD-ROMドライブをお持ちでなくても、インストール用ファイル一式をダウンロードし、ハードディスクにインストールすることができます。

*この場合も、パッケージ(DVD-ROM)をお買い求めいただく必要がございます。
*ダウンロードにあたって、「医学書院ID」への本商品の登録が必要です。

詳しくは、『今日の診療』特設サイトへ

today'sdt.com

医学書院の看護系雑誌 8月号

http://www.igaku-shoin.co.jp/ HPで過去2年間の目次がご覧いただけます。

看護管理 8月号 Vol.28 No.8 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 多様性をいかに組織 成果につなげるダイバーシティマネジメント

【対談】多様性をいかに組織とは 「関わりあう職場」のマネジメント
 ……鈴木竜太、松浦正子

多様化する組織における管理者の役割 個と集団のリーダーシップ ……谷口真美

2025年、人材不足をどう乗り越えるのか? モザイク型の人材マネジメント ……中村天江

なぜ看護におけるダイバーシティが重要なのか
 北米での看護管理の経験をふまえて ……竹熊力ツマタ麻子

巻頭 ▶ 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⑩
 聖隷クリストファー大学大学院



助産雑誌 8月号 Vol.72 No.8 1部定価:本体1,500円+税 冊子版年間購読料:本体14,880円+税 電子版もお選びいただけます

特集 「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」 院内助産の拡大を目指して

【院内助産・助産師外来ガイドライン2018】の内容と解説
 ……早川ひと美/山西雅子

院内助産・助産師外来推進のための厚生労働省の取り組み ……大屋麻衣子

助産外来・院内助産に関するヒヤリング調査からみえてきたもの ……片岡弥恵子

【座談会】院内助産拡大への期待と課題 新ガイドライン策定にかかわった立場から
 ……高橋弘枝/中井章人/藤井知行/森本俊子

院内助産担当者としての責任と意思をもち続けて 公立八鹿病院の院内助産システム
 ……小谷真知子

大学病院での安全で快適なお産を実現 滋賀医科大学医学部附属病院の院内助産システム
 ……白井康恵/野田みさを/西川早織/平本留見/中野育子

産科部門全体で「安全な環境での自然な出産」を実現 JCHO北海道病院の院内助産システム
 ……白井紀子

特別記事 ▶ 「マイ助産師」の国 ニューゼalandを訪ねて ……河合 蘭

TOPICS ▶ 「アドバンス助産師」商標登録までの道のり ……堀内成子



訪問看護と介護 8月号 Vol.23 No.8 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 看護小規模多機能型居宅介護で 質の高いケアと経営を両立させる 調査結果と現場からみえてきたポイント

経営実態調査からみえてきた看護小規模多機能型居宅介護のポイント ……福井小紀子

【レポート①】小多機から看護小規模への移行 開設以来離職率ゼロ、登録待ち利用者も出る看護小規模「森のくまさん」 ……佐古田専美さん、相川哲朗さん

【レポート②】訪問看護ステーションから看護小規模への移行 訪問看護で培った地域の信頼を活かして「介護職中心」で取り組む看護小規模「むすんでひらいて」…福田裕子さん、福田光宏さん

【レポート③】共生型サービスとサテライト看護小規模への挑戦 0歳から100歳まで、地域をまるごと支える看護小規模「ナーシングホーム岡上」 ……林田奈緒美さん

「在宅ケア」を核に連携、協働を 在宅医からみた看護小規模運営の勘所 ……斎藤忠雄

中重度者も、最期まで家で データでみる看護小規模の現状と今後の展望 ……沼田美幸

特別記事 ▶ 「トータル・サポート・マネジャー」を育てる 訪問看護の充実、チーム医療の質向上をめざす取り組み ……佐藤悦子

特別記事 ▶ 市民による意思決定支援 ミアラバマ大学レイ・ナビゲーターの取り組み ……横山太郎



保健師ジャーナル 8月号 Vol.74 No.8 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 多職種連携で取り組む 児童虐待防止対策

児童虐待防止対策の推進について 法改正と関連施策の動き ……宮腰奏子

死亡事例の検証を踏まえた今後の児童虐待防止対策への期待…秋山千枝子

児童相談所の保健師活動 神奈川県における実践から ……宮崎 晃

【岩手県の取り組み】岩手県児童虐待防止アクションプランと保健師の活動…佐藤綾子、吉田まゆみ

【石川県南加賀保健福祉センターの取り組み】虐待への予防的な関わりを目指して
 行政が支える多職種連携の仕組みと県立保健所の取り組みの実際 ……沼田直子

【立山町の取り組み】児童虐待防止対策 切れ目のない支援と要保護児童対策協議会の機能強化…高三由紀子

0歳0か月0日目の虐待死をなくしたい 「にんしんSOS東京」での妊娠葛藤相談の現場から…土屋麻由美

PHOTO ▶ 民間企業と連携し、市民の健康づくりを応援 岡山丸ごと! 健幸ポイントプロジェクト

特別記事 ▶ 統括的な役割を担う保健師の配置について ……加藤典子



看護教育 増大号 Vol.59 No.8 1部定価:本体2,200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 実習指導 虎の巻

第1部 実習指導で大切なこと
 【座談会】実習指導の魅力と課題を共有し、「これから」を考える…池西静江、任和子、水方智子/実習指導はおもしろい!現場のピンチをチャンスに変えていこう…大池美也子/1人ひとりの学生と向き合うために 指導案と指導記録作成のススメ…山口みり

第2部 ここが知りたい実習指導
 教員の「看護師としての役割」と「教える役割」で迷ったら…奥裕美/看護過程と実践がズレているときのヒント…秋元恵子/マニュアル通りにしか動けない学生。どうすれば実習を学びにつなげられる?…高橋聖子/教えたはずのことを学生が「習っていない」といったら…野村明美/実習グループ運営がうまくいかない!どうする?…保田江美/他

第3部 実習施設との協働に向けて
 臨床の方は忙しいので声がかかりにくい…正藤倫音/教員も慣れない実習先で、技術教育が充分にできない…岩崎詩子/他

第4部 実習指導の理解をさらに深める
 「経験型実習教育」のススメ…安酸史子/現場での体験こそ最高の教材 「実習指導を通して伝える看護 看護師を育てるひとたちへ」で伝えたいこと…吉田みつ子/『看護教育のためのパフォーマンス評価 ルーブリック作成からカリキュラム設計へ』に込めた実習指導の極意…糸賀暢子



看護研究 増刊号 Vol.51 No.4 1部定価:本体1,900円+税 冊子版年間購読料:本体12,060円+税 電子版もお選びいただけます

特集 看護の未来を創造する アクションリサーチ 人々とともに、人々のために

アクションリサーチの意義と魅力
 人々とともに、人々のためにある研究方法 ……筒井真優美

アクションリサーチの方法 ……草柳浩子

看護におけるアクションリサーチの研究動向 ……山内朋子

アクションリサーチの実際と成果 ……江本リナ

Unitary Caring Science as Sacred Science: Social/Sacred Action Research/神聖なる科学としての統一的なケアリングサイエンス 社会的/神聖なアクションリサーチ…Jean Watson

もう1つのアクションリサーチ Margaret Newman 健康の理論に基づいたミューチュアル・アクションリサーチ(MAR)研究事例 ……遠藤恵美子、三次真理

フィールドにおいてアクションリサーチのもたらす意味 科研と博士論文の取り組みを通じて…伊藤久美

コミュニティにおけるアクションリサーチ ……袖井孝子

ナラティブとアクションリサーチ ……やまだ ようこ



次号特集 (Vol.51 No.5) **ケアの意味をみつめる事例研究** 一事例を対象とした新たな質的研究方法の開拓 ……山本則子ほか



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