2014年10月20日
第3097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

■［特集］ようこそ！　新しい職場へ――中途採用看護師をサポートする組織づくり……1―3面
■［寄稿］がん終末期の急変では何を考え，どう向き合うか（長谷川久巳）……4面
■［寄稿］ソーシャルメディア時代の情報リテラシー（中山和弘）……5面
■［連載］量的研究エッセンシャル……6面
■［連載］看護のアジェンダ，他……7面

特集 ようこそ！ 新しい職場へ

中途採用看護師をサポートする組織づくり

明日，私たちの病棟に中途採用看護師が入ってくる。中途採用看護師は，既に経験知や現場感覚を持っている。専門用語もわかり，基本的な接遇もできるためコミュニケーションも問題ない。あとは新しい病棟での基本的なルールを理解すれば即戦力としてすぐに活躍してくれるに違いない――。

果たして中途採用看護師はすぐ「即戦力」になり得るのだろうか？　中途採用看護師は，新たな施設に入るに当たり重圧を感じている。受け入れ側も態勢を整えなければ，職場でなじむことは難しい。中途採用看護師を迎えるに当たって，まずは職場での仲間意識を醸成し，力を引き出せる環境をつくることが必要になる。本紙では中途採用看護師の教育体制を見直し，力を引き出し，伸ばす取り組みを軌道に乗せている手稲渓仁会病院（札幌市）と済生会今治病院（今治市）を取材した。

●写真　サポート研修 III の様子。受講生同士が，心に残る「看護」を語ることで思いを共感する。「アイスブレイクを行う」ことや「休憩時間を多めにする」ことで，“同期”として自然と語り合う時間も増え，仲間意識が生まれる。コーヒーは，リラックスしてほしいというこの研修ならではの配慮。

◆「学びあい，支えあう」教育プログラムで，柔軟なサポート
（医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院看護部・北海道札幌市）

「2008年からの3年間，中途採用した看護師の5人に1人が1年未満で辞めていた」。当時の中途採用看護師の離職状況を振り返るのは，看護部長の樋口春美氏。手稲渓仁会病院（595床）は，道内では手術件数が一番多い急性期総合病院として，現在804人の看護師が勤務する（14年9月1日現在）。同院は，2008―10年の3年間に計120人の看護師を中途採用した。しかし，採用から1年未満の退職率は，中途採用看護師教育支援を始める前の08年から10年の3年間は約20％で推移。中途採用看護師の高い離職率という課題に直面していた。樋口部長は，「看護部全体が，中途採用看護師の置かれている状況を把握できず，本人に合った目標の設定が困難となっていた。結果として孤立を招き，高い離職率となって表れていたのではないか」と述べた。

●表1　中途採用看護師サポート研修体系表

研修名・目的	目標	研修概要
サポート研修Ⅰ 0.5日×1回（4月） 電子カルテ操作および院内ルール（各種マニュアル）の基礎を理解する	①電子カルテの操作方法を理解できる ②組織のルール・システムを理解できる	中途採用看護師サポートプログラムの概要，院内ルールについての講義と，実際に電子カルテを操作しながらマニュアルを確認する演習
サポート研修Ⅱ 0.5日×2回（6月・7月） 看護記録・看護診断の理解を深め，看護実践に活用することができる	①看護診断の目的と意義を学ぶ ②ゴードンのアセスメントツールや，看護診断の種類・構成要素を知る ③ゴードンのアセスメントツールを用いて事例を展開し，診断を導くプロセスを学ぶことができる	Ⅱ-①　看護診断の入門編の講義および演習問題に取り組み，看護診断の基礎的要素について学ぶ Ⅱ-②　事例を用いたグループワークで，情報の分類，仮診断，統合，問題点についてディスカッションする
サポート研修Ⅲ 0.5日×1回（9月） 体験に実践を意味付けし，自分自身を振り返り看護観を深める 中途採用看護師同士の交流を持つことができる	自己の看護を振り返り，大切にしていることに気付くことができる	看護を語ることの意味についての講義のあと，グループワークで心に残った患者とのかかわりや看護の場面について語る

そこで同院看護部は，2011年6月，副部長1人，師長2人，主任2人の計5人からなるプロジェクトチームを発足。中途採用看護師の教育を看護部全体で支援する取り組みを開始した。

受け入れ側と中途採用看護師双方の課題への取り組み

プロジェクトチーム発足以前はどのような受け入れ態勢だったのだろうか。「手掛かりがなく，まるで霧の中を歩くような感じだった」。こう話すのは，現在，看護部の教育委員長を務め各種教育部門を統括する東谷朗子師長。プログラム開始以前，病棟の中堅看護師として勤務していたころ，中途採用看護師のサポーターを任されたことがあるという。「担当した中途採用看護師は，年齢もキャリアも私より上の“先輩看護師”で，まず何をどこから伝えればよいのかわからなかった」と困惑した当時の立場を語った。教育は各部署の裁量に委ねられ，共有すべき基準もない。プロジェクトチーム発足時のメンバーの1人，青葉登美子師長は，「まず看護部内の統一した教育の基準作りが必要だと感じた」という。

すぐに離職してしまう要因は何か。その施設ならではの看護基準・手順や物品の配置，記録方法など，それまで勤めていた職場との違いはどうしても多い。培ってきた実践能力に対するプライドもあり，「できない」「動けない」という立場は自信を失わせ，挫折感を抱くことにつながる場合もある。新しい職場への適応は中途採用看護師だけではなく，受け入れ側もその支援にエネルギーを要する。

プロジェクトチームのメンバーは中途採用看護師の傾向と受け入れ側の状況をこのように分析し，双方の抱える課題に対する取り組みを始めた。

ニーズに基づく研修とスタンダードプロセス作成の2本柱

プロジェクトチームが構想したプログラムは，①中途採用看護師サポート研修（年4回）の実施（**表1**）と，②中途採用看護師教育のためのスタンダードプロセス（**2面・表2**）作成の2本柱だ。

①のサポート研修の計画づくりは，中途採用看護師を対象に意見を聞くことから始めた。アンケートでは「新人看護職員とは別枠の研修を希望」「電子カルテの違いに不安がある」「看護

（2面につづく）

10 October 2014 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部へ　☎03-3817-5657　☎03-3817-5650（書店様担当）
●医学書院ホームページ〈http://www.igaku-shoin.co.jp〉もご覧ください。

ワトソン看護論
ヒューマンケアリングの科学（第2版）
著　ジーン・ワトソン
訳　稲岡文昭、稲岡光子、戸村道子
A5　頁212　2,700円
［ISBN978-4-260-01892-0］

症状・経過観察に役立つ
脳卒中の画像のみかた
市川博雄
B5　頁120　2,500円
［ISBN978-4-260-01948-4］

〈看護ワンテーマBOOK〉
患者さんが安心できる
検査説明ガイドブック
編集　東京慈恵会医科大学附属病院グリーンカウンター
B5変型　頁176　2,200円
［ISBN978-4-260-01918-7］

〈シリーズ　ケアをひらく〉
クレイジー・イン・ジャパン［DVD付］
べてるの家のエスノグラフィ
著　中村かれん
監訳　石原孝二、河野哲也
A5　頁296　2,200円
［ISBN978-4-260-02058-9］

公衆衛生実践キーワード
地域保健活動の今がわかる明日がみえる
編集　鳩野洋子、島田美喜
A5　頁208　2,800円
［ISBN978-4-260-02044-2］

緊急度・重症度からみた
症状別看護過程＋病態関連図（第2版）
編集　井上智子、稲瀬直彦
A5　頁1,120　5,000円
［ISBN978-4-260-02071-8］

〈好評発売中〉

ユマニチュード入門
本田美和子、イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ
A5　頁148　2,000円
［ISBN978-4-260-02028-2］

フィジカルアセスメント ワークブック
身体の仕組みと働きをアセスメントにつなげる
山内豊明
B5　頁136　1,800円
［ISBN978-4-260-01832-6］

乳癌診療ポケットガイド（第2版）
監修　中村清吾
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　山内英子
B6変　頁264　3,600円
［ISBN978-4-260-01950-7］

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

特集　ようこそ！　新しい職場へ

（1面よりつづく）

診断は難しい」などの意見が寄せられた。これらのニーズに合わせた研修計画が組まれている。

取材したこの日，「サポート研修III」，ナラティブによる自己の看護を振り返るグループワークが行われた。1年以内に入職した中途採用看護師15人が出席。師長による「看護を語ることの意味」についての講義の後，3つのグループに分かれ，これまでの看護の経験を語り合った。

参加者の1人は，「年齢や経験が異なる同僚も，看護に対する同じ思いを持っていることがわかった」と安堵の表情を浮かべた。研修の進行を務めた笠松奈津子師長は，「中途採用看護師は居場所を見つけるのが難しい。グループワークを通じ，周りに仲間がいるんだという意識が共有できたのでは」と手応えを語った。

プログラム開始後，3年間の平均離職率は大きく低下

②のスタンダードプロセスは，厚労省策定の「新人看護職員研修ガイドライン」に示された到達目標のチェック項目をベースに，同院で必要とされる要素が盛り込まれている。ここにはさまざまな工夫がある。1つは到達度の設定。4月から一斉スタートとなる新人看護職員とは異なり，入職時期や経験に違いのある中途採用看護師はそれぞれ到達度が異なる。1か月，3か月と期間を限定して目標を設定するのではなく，「ステップ」として示すことで，習得できている内容は進度を早め，立ち返る必要がある部分は時間をかけて学べるようになっている。

●写真　左から，プロジェクトチームのメンバーだった青葉師長，樋口部長，現在教育委員長を務める東谷師長。

●表2　手稲渓仁会病院看護部の中途採用看護師教育スタンダードプロセス（一部改変）

	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4	ステップ5	ステップ6	ステップ7
目標	病棟スタッフの一員として役割を認識し，患者と自分を取り巻く病院環境を知る	他のチームメンバーと協力しながら，複数の患者の看護が提供できる。報告・相談・連絡ができる	受け持ち患者の看護を指導を受けながら提供できる ＊サポーターはステップ3終了までフォロー	病棟の特徴的な看護を自立して提供できる	受け持ち患者の個別性を考えたケアプランを立案し実践できる	チーム全体の動きを視野に入れ，自分の動きを考え活動できる	自己の課題や目標を見いだしていくことができる
基本的側面	部署の雰囲気に慣れる	報告・連絡・相談ができる			患者を理解し，患者・家族と良好な人間関係を築くよう行動する	チーム医療の一員として役割を理解し行動する	組織の一員として，責任を持って行動する。主体的な自己学習の継続
技術的側面	院内の基本的技術・ルールを知る	各病棟の特徴的な看護技術の実践（入職後6か月―12か月の間に評価する） ＊病棟用ラーンシートを活用し評価する					
管理的側面	院内システム（安全管理・業務管理・情報管理・薬剤等の管理，災害防災管理，物品管理，コスト管理）を理解し，実践に活用することができる		業務の優先を考え，時間配分を考え行動する	決められた業務を時間内に終了できるよう調整し，行動する			
担当患者	担当患者の人数や対象の重症度は，各部署で決定　例）軽症→重症，予定→緊急・臨時，単純疾患→複雑疾患，クリニカルパス→それ以外						
看護記録（看護支援システム）	看護支援システムの操作を学ぶ	指導を受けながら，看護支援システムを操作する 指導を受けながら，担当する患者の看護計画の立案や開示説明，サマリーを記載する					
受け持ち患者の看護過程			指導を受けながら，看護計画を立案（開示・患者や家族と共に実践）	受け持ち患者の看護計画の立案・実践・評価を主体的に実践する			
カンファレンス	参加	患者の情報提供を行う	指導を受けながら，患者の情報提供と意見交換を行う	受け持ち患者の情報や課題を主体的にテーマに上げ，まとめていくことができる チームの一員として主体的な意見交換を行う			
夜勤		＊ステップ2の段階で夜勤を開始する また，各部署の夜勤基準に従い評価し，夜勤を開始する					
師長面談	面談（入職時）		面談（3か月目）	面談（6か月目）			

教育担当者の名称は，新人看護職員の担当が「プリセプター」と呼ばれるのに対し，中途採用看護師の担当は「サポーター」と呼ぶようにした。これは，中途採用看護師を，社会人として尊重する配慮からだ。

そして表中の大きな特徴が，入職時と，3か月目，6か月目に行われる師長との面談だ。東谷師長は「自分は気に掛けてもらえている，見守られているという安心感が，入職直後は大切」と強調した。アンケートでも，中途採用看護師が師長面談を心待ちにしている様子が浮き彫りとなっている。

中途採用看護師には5年，10年と経験を積んでいる者も多く，担当するサポーターが年下になることもある。「遠慮や戸惑いを感じさせないよう，1人のサポーターに任せ切りにするのではなく，師長，主任，スタッフらで複合的に支援できる態勢がポイント」と青葉師長。基準とともに周囲の協力があることが，受け入れ側にも安心感をもたらしている。

現在，プログラム開始から4年目を迎えた。11年度から3年間の平均離職率は13.2％にまで低下し，成果となって表れている。

「何を教えるか」から「どのように学習を支援するか」へ

この2本柱の実現に向けて，プロジェクトチームが心を注いだことがある。それは中途採用看護師教育に対し受け入れ側に十分な理解を浸透させることだ。病棟によって教育の実施に温度差があっては目的を達成できない。青葉師長をはじめプロジェクトチームのメンバーは，コンセプトを伝えるために各病棟を繰り返し行脚し，趣旨説明と要望の吸い上げを行った。こうしたプロジェクトチームによる地道な活動によって教育の基盤作りが行われ，13年度からは教育委員会に引き継がれた。その後は，新人教育や成人学習者の教育支援を包括した継続教育プログラムの一環として運営されている。

経験者を中途で採用するメリットはどこにあるのか。樋口部長は「中途採用看護師が，他施設で培った経験を活かすことで，組織の不足部分を補い，より大きな力になる」と語り，東谷師長も，「中途採用看護師から当院の良さを教えられることで，『自分たちのやっていることはそんなに良いケアだったのか』と自信につながることもある」と話す。

看護部では教育のスローガンに「学びあい，支えあう」を掲げている。個人の到達目標と自己評価を蓄積していく「Teineラン・ラン♪♪ポートフォリオ」を看護師全員が持ち，どのように学習を支援するか，中途採用看護師に限らず皆で課題を共有できるようになっている。

かつてあった，受け入れ側の「教えなければ」という気負い，中途採用看護師の「そんなことまで教えられなくても」という認識のギャップは，今はない。「組織としてどう中途採用看護師を迎え入れるかという意識が根底で共有されることが欠かせない。徐々に組織風土も変わってきたことを実感している」と樋口部長。学びあい，支えあう組織文化が，中途採用看護師を活かし，看護部全体を伸ばしていく。

ロジカルに考え、データに基づいて判断する。
師長・主任の必修スキル！

マネジメントの質を高める！

ナースマネジャーのための
問題解決術

小林 美亜
千葉大学大学院
看護学研究科
准教授

鐘江 康一郎
聖路加国際病院
経営企画室
マネジャー

師長・主任の仕事は、現場で生じる様々な問題に対し、ロジカルに考え、データに基づいて判断し、対処していくこと。本書では、問題解決術のツールや考え方を、現場の師長・主任のために７つのステップにまとめた。ロジックツリーやMECEを活用した論理的思考法からデータ分析まで、豊富な図解で誰もが実践に活かせる問題解決術を身につけることができる本。

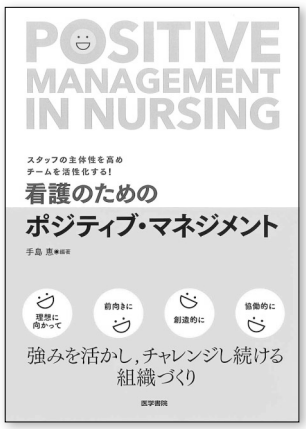
●A5　頁164　2014年　定価:本体2,400円+税　[ISBN978-4-260-01921-7]

医学書院

いまある豊かさや強みに焦点をあてたアプローチ

スタッフの主体性を高め　チームを活性化する！

看護のための
ポジティブ・マネジメント



編著　手島　恵

組織やスタッフのもつ「優れた側面、特性、強み」にアプローチした新しいマネジメント手法、それがポジティブ・マネジメント。いまある豊かさや強みを伸ばし、スタッフの主体性やモチベーションを高めることに力点を置く。と同時に、スタッフ間の関係を向上させ、組織の一体化を目指すものでもある。前向きに、活き活きとした人材育成、組織づくりに役立つ１冊。

●A5　頁208　2014年　定価：本体2,600円+税　[ISBN978-4-260-01891-3]

医学書院

◆経験者だから実現できた「中途採用者が気持ちよく働ける職場風土」の構築（社会福祉法人恩賜財団済生今治病院・愛媛県今治市）

看護部長（当時）の吉田昭枝氏には毎朝の日課があった。病棟をラウンドし，“気になるスタッフ”に声を掛けるのだ。“気になるスタッフ”には，新人だけでなく中途採用者も含まれている。フルネームで呼び掛け，「仕事は慣れた？」などと話し掛けることで，「あなたのことを大事に見守っている」という意図を伝えることが目的だ。

ある時期から，声を掛けた中途採用者からの面談申し入れが続出するようになった。話を聞いてみると，業務に対する不安，病棟スタッフへの不満，科長（師長）に対する苦言など，時に涙を流しながら吐露する。中には「辞めたい」と言い出す者もいて，それを知った受け入れ側の科長も自らを責めてしまう。部長自身も疲弊し，「何か手を打たなければ」という思いが募っていった――。

中途採用者の急増と離職

済生会今治病院は病床数191床・看護職員240人（数値はいずれも2014年4月現在）の，二次救急を担う中核病院である。当時は2006年10月の7対1看護体制取得に向けて，看護師の大幅な増員が必要となった時期だった。増員の大半は中途採用者でまかなうことになり，従来の採用枠を大幅に広げた結果，35歳程度までだった年齢制限を撤廃し，急性期病棟での経験の有無，夜勤の可否なども問わないことにした。「質的整備よりも量的整備を優先せざるを得なかった」（吉田氏）という。05年度7人だった中途採用者は，06年度に23人，07年度に16人と増員。いずれの年度も，中途採用者の平均年齢は当時既に勤務していた看護師の平均年齢（32.1歳）を上回り，およそ半数は急性期病棟の経験のない看護師という状況になった（**表**）。

それまで，中途採用者に対する教育は，①入職時配属部署でのオリエンテーション，②中途採用者用の看護技術チェックリストの活用，③全職員対象の新規採用者研修への参加義務付け（中途採用後の次年度4月に3日間）という形で実施してきた。「中途採用者のフォローアップはある程度できているので，何とかなるだろう」。この見込みは外れ，06年度は23人中6人が，07年度は16人中6人が1年以内に離職。中途採用者が定着しないことが深刻な問題になっていた。

手上げ方式でワーキング・グループを発足

吉田氏は2007年9月，看護科長・主任合同会議の場で中途採用者の離職について討議を行う時間を設けた。そこでは，看護技術チェックリストの見直しのほか，「中途採用者が気持ちよく働ける職場風土の構築」が必要との声が上がった。では，具体的にどうしたらよいか。吉田氏が大事にしたのは，当事者による主体的な変革だ。そこで，中途採用者によるワーキング・グループの発足を提案。メンバーは「手上げ方式」として，経験者だからこそわかる支援策を検討することになった。

各部署からの自薦で8人が集まり，ワーキング・グループによる検討が始まった。そこでは，「オリエンテーションが不十分」「相談役がいない」「採用者の経験・能力の情報が不十分で，どのように接していいかわからない」など，中途採用者の置かれている現状と課題が指摘された。「経験者ならこの程度はわかるだろう，と受け入れ側は思い込む。しかし中途採用者としては，たとえわかってはいても，病院のやり方があったりして戸惑っている。そのギャップに中途採用者は苦しんでいたのではないか」。そう語るのは，オブザーバーとして会議に参加した曽我部恵子氏（当時・副看護部長，現・看護部長）だ。

「辞めたい」と相談に来る中途採用者に対応してきた吉田氏も，「看護技術が習得できない」「覚えることが多い」といった言葉の背景に，「受け入れてもらえない」「人間関係が難しい」といった“本音”があることを見抜いていた。これらを踏まえ，看護部においてプログラムの作成に着手。重視したのは，中途採用者が「精神的に安全であること」である。名称を「中途採用者支援プログラム」としたのも，多様なキャリアを持った中途採用者が「精神的に安全である」ためには，「教育」や「指導」よりも「支援」の言葉がふさわしいという吉田氏の意向を踏まえてのものだ。

●写真❶前看護部長の吉田昭枝氏（右）と現看護部長の曽我部恵子氏／❷中途採用者研修。グループワーク時は，明るく和やかな雰囲気で行えるよう，お茶やお菓子などを準備する。

精神的に安全であるための「支援プログラム」

2008年2月に運用を始めた中途採用者支援プログラムでは，既存の看護技術チェックリストを収載するほか，①入職前後のオリエンテーションの具体的内容，②「担当支援者」の配置，③「中途採用者支援研修」の実施，などが定められている。

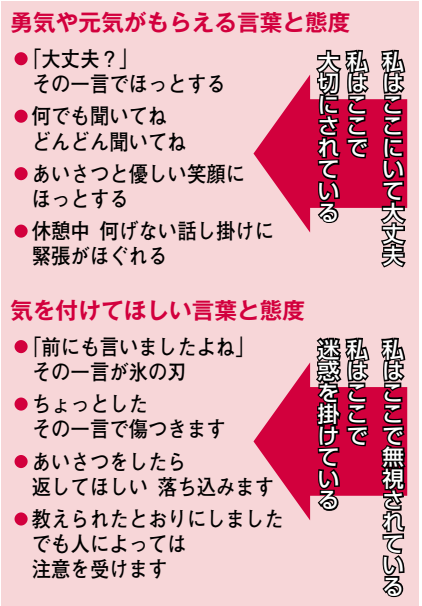
②の担当支援者は「相談役がいない」というワーキング・グループの意見を踏まえたもの。中途採用者の年齢やキャリアに合った担当支援者を，各病棟の看護科長が選任する。主任クラスや中途採用の先輩看護師がその任に当たることが多い。

③の中途採用者支援研修（年1―2回程度実施）は，中途採用者同士の交流を深めることや，お互いの思いを共有することを目的にしており，グループワークを主体としている（**写真❷**）。なお，最初の研修におけるグループワークでは，「仲間として働くときに勇気や元気がもらえる言葉と態度」「気をつけてほしい言葉と態度」をテーマに話し合い，最後に標語の形式でまとめた。これらは新人看護職の育成にも通じる内容であると判断され，ラミネート加工したものが各部署に配布され，今も共有されているという（**図**）。

こうした取り組みの結果，07年度に37.5％（16人中6人）まで達した中途採用者離職率は改善。中途採用者が定着し，現在も活躍している。中途採用者が参画する「ボトムアップ型」の変革を行ったことにより，①作業過程において周囲のスタッフに研修の意義が波及したこと（ワーキング・グループは勤務時間外の超過勤務手当支給扱い），②実務上においてもグループメンバーが各部署で支援に貢献したこと，が成功要因と吉田氏は考察する。

現看護部長の曽我部氏は，「病棟全体で中途採用者を支援するカギは，配属先看護科長のかかわり」と実感している。ある科長は，管理職となって最初に迎え入れた中途採用者の支援に失敗し，そのスタッフが退職してしまった経験を持つ。これを機に，自らの支援方法を見直し，新卒者とのかかわり方の相違，モチベーションを維持するための支援の方法などを学び，管理者としてのマネジメント・スキルを向上させた。現在その病棟は中途採用者の定着率が高い部署となっているという。

曽我部氏自身も，入職3か月ごろに中途採用者全員と面談の場を設けている。また，前任の吉田氏を見習い，毎朝の日課も継続している。“気になるスタッフ”にフルネームで呼び掛け，話し掛けるのだ。看護部長になって3年，ラウンドのさなかに中途採用者から面談を申し込まれた経験は，いまだにない。



●図　標語「職場で良い人間関係をつくるための言葉と態度」

●表　済生会今治病院における中途採用看護師の状況

	2006年度	07年度	08年度	09年度	10年度	11年度	12年度	13年度
採用人数	23人	16人	23人	3人	1人	6人	12人	12人
急性期の経験 あり：なし	11：12	8：8	13：10	3：0	1：0	5：1	9：3	10：2
夜勤（入職時） 可：不可	17：6	13：3	16：7	2：1	0：1	5：1	9：3	11：1
1年以内離職者数	4人	6人	2人	0人	0人	0人	2人	2人
離職率（1年以内）	17.4%	37.5%	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	16.7%

看護の本質を理解するためのワトソン看護論の決定版、20余年ぶりに改訂！

ワトソン看護論 第2版 ヒューマンケアリングの科学
Human Caring Science; A Theory of Nursing, 2/e（Paperback）

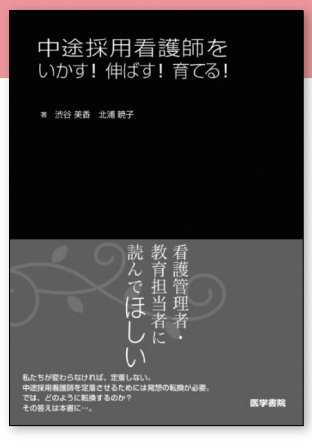
伝統的な科学・医学モデルを脱却し、人間科学・実践科学として看護学独自の学問体系の構築をめざすワトソン看護論。人間・生命の尊厳に哲学的価値をおき、道徳的・倫理的責務をもって実践する看護の本質を崇高に謳う。ケアを与える者と受ける者が一緒になって1つの事象を作り上げることで、患者の自己治癒が進むばかりでなく、看護師も自身の人間性を深めていく。そう、看護の神髄であるヒューマンケアリングの理論がここにある。

著　ジーン・ワトソン
訳　稲岡文昭　日本赤十字広島看護大学名誉学長・名誉教授
稲岡光子　公益財団法人本村看護教育振興財団 ナーシングアドバイザー
戸村道子　Adelphi大学大学院看護学博士課程／前・日本赤十字広島看護大学精神看護学教授

A5　頁212　2014年　定価：本体2,700円＋税　[ISBN978-4-260-01892-0]　医学書院

あなたの施設は経験者を採用しても定着しないってことありませんか？

中途採用看護師を いかす！ 伸ばす！ 育てる！



渋谷美香・北浦暁子

経験者であっても、施設特有のやり方についていけなかったり、職場の雰囲気に慣れなかったり、実は多くのサポートと教育が必要。個人の力量だけを頼りにしていては、いくら経験者を採用しても定着してくれない。本書では、看護管理者や教育担当者がどんなことを心がけ、どんな工夫をすればいいのか、また受け入れ側の看護師にはどんな行動や認識が必要なのかを簡潔に説明している。さらに、よくある疑問や課題をとりあげ、わかりやすく回答。看護師が定着する施設に生まれ変われる1冊。

●B5　頁108　2008年　定価：本体2,200円＋税　[ISBN978-4-260-00742-9]

医学書院

寄稿

がん終末期の急変では何を考え，どう向き合うか

長谷川 久巳　国家公務員共済組合連合会虎の門病院看護部次長／がん看護専門看護師

●長谷川久巳氏
2001年聖路加看護大大学院修了。同年虎の門病院外来チーフナース。02年には日看協よりがん看護専門看護師の認定を取得。06年同院外来管理看護師長，10年から，専門・認定等担当管理看護師長として後輩の育成を行いながら，緩和ケアチーム専従ナースとして活動してきた。14年より現職。組織横断的に動き，コンサルテーションや院内のがん医療体制作りを行っている。

高齢多死社会を迎えた現在，終末期における急変患者への対応が新たな課題の一つとなっている。今年6月に開催された第19回日本緩和医療学会（大会長＝島根大・齊藤洋司氏，神戸市）において，シンポジウム「終末期の急変を考える」が開催され，筆者は演者の一人として発言の機会を得た（本紙第3084号1面）。“終末期”と“急変”の言葉の組み合わせは，一見しっくりこない印象を持つかもしれない。しかし，急変を「病気の自然経過ではなく，予期せぬ病態の変化によって数日以内に死に至った場合」と定義付けた場合，わが国のホスピスケアを受けた患者の急変は1990年代の調査で23％[1]，42％[2]と示されている。今回シンポジウムで発表した村上真基氏（新生病院）は，所属する緩和ケア病棟での急変が，2013年度は42％であったと報告した。急変といってもすぐに死に至るものから，数日以上経過する場合もある。前者であれば心臓マッサージなどの心肺蘇生措置を行うか否か，また後者であればどの程度まで原因探索の検査を実施し対症療法を行うか否かを短時間の中で決定する必要が生じる。シンポジウムでの議論を振り返りながら，日々の実践から考えたことを述べたいと思う。

“当たり前”と思う看取りの判断基準は，慣例による場合も

シンポジウムは，事前に座長と演者間で共有された急変の仮想事例（表）をもとに進められた。議論の要点は，「急激に心肺停止に至り，患者の急変時の意思表示が明確ではない状況で，患者家族から心肺蘇生を行ってほしいという申し出があったときにどう対応するか」というものであった。この問いに対して当院（一般病院）でも同様の事例が生じた場合にどうするかを検討したところ，大多数が「心肺蘇生を実施する」と返答した。しかし，シンポジウムでは「Slow Code（形式的心肺蘇生）」あるいは「心肺蘇生は行わずそのまま看取る」が多数であり，ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する者も同様の意見であった。「Slow Code」も倫理的問題に関して議論の余地があり，今回のような仮想事例に対して明快な答えを出せるものではない。少なくとも，そのとき置かれている医療状況によって判断は異なると言えるのではないか。

●表　シンポジウムの「仮想事例」抜粋[3]

●口腔がんの60歳女性
●局所からの出血で緩和ケア病棟へ入院し出血はおさまったが，がん性リンパ管症による呼吸状態の悪化により1－2週間の予後を予測し，キーパーソンの夫とはDNAR（Do Not Attempt Resuscitate/Resuscitation）が確認された。しかし面談を行った日の夜，原疾患と因果関係のはっきりしない腹痛を訴え，血圧低下。
●家族を呼び寄せ，到着後心肺停止となったが，娘・息子は状態の変化をまだ伝えられていなかったこともあり，急変に混乱し心肺蘇生を要望。
●主治医が病院に到着するまでは20分かかる。患者・家族と面識のない当直医（他科）は院内に当直している。当直医は急変時の対応は行うが，通常の看取りに関してはオンコールの主治医が行っている。

一般的にホスピス・緩和ケア病棟は無意味な延命措置は行わず，自然な経過の中で最期を迎えることが前提で，がんにより余命が限られた人がそのことを理解し過ごす場である。ホスピス・緩和ケア病棟の場合は，急変時にどうするかという明確な患者の意思表示がなくとも，このような場を患者自身が選択しているという大前提があるという考えから，仮想事例のような場面でも「心肺蘇生は行わない」という判断に至ると考えられる。

しかし，当院のような一般病院では，DNARが明確でなければ，急変時対応として心肺蘇生を行うのが常であり，その枠組みの中で判断する。心肺蘇生のみならず，終末期がん患者に対して当然何をなすべきで何はすべきでないという判断は，個人の判断に加え，日常的な医療提供状況，すなわちそれぞれの場における文化や慣例，許容される態度など知らず知らずのうちに染みついたものに依拠していることに気付かされたのであった。

患者・家族・医療者，それぞれの認識の差を縮めるには

シンポジウムを通して，患者や家族と医療者との考えや思いは異なるということをあらためて考えることになった。特に患者が意思表示できないとき，主に家族など，患者の代理となる者の意向が重要となる。

鈴木ら[4]によると，終末期がん患者の家族の，患者の死の気付きには「患者の死は避けられないのではないか」と漠然と感じるレベルから，「死は確実に近づきつつある」と確信するレベルまでのさまざまなレベルが含まれる。さらに家族は，医師からの予後不良の説明と，死は避けられないと感じる患者の状態の変化を認識し，気付きのレベルが深まっていく。医療者から患者の死が近いであろうことや急変の可能性について説明されていても，患者の状態変化を感じ取っていなかったり，反対に患者の状態が変化しても「先生からは何も言われていないから大丈夫なのでしょう」と言う家族もいる。一方，患者自身が「家族には心配をかけたくない」と，病状について家族に知らせていないことも多く，家族は「そんなに病状が悪いとは思わなかった」と驚き，時に医療者に対する不信感を表すこともある。

仮想事例を振り返ると，家族がそれまでの経過に関与してこなかったならば，「心肺蘇生をしてほしい」という申し出も当然と考えられる。家族は患者の死を信じたくないと思い，愛する人を失う悲しみなど，さまざまな思いや反応を示す。医療者が十分説明していると思っても，家族の認識は異なるもので，医療者の考えと家族の考えは近付くことはあっても決してイコールにはならないのかもしれない。ゆえに，終末期急変の場面では，どこまで両者の認識の差を縮めることができるかが重要となる。

上述したように家族は医療者から病状の説明を受け，患者の状態を把握することになる。それを踏まえると，患者・家族とのコミュニケーションプロセスを大切にするとともに，専門家としての医学的判断，すなわち，明確にはわからないながらも予後予測を行うことや，われわれ医療者がどのような根拠や判断をもとに患者・家族と情報を共有するかを考えなくてはならないだろう。

抜けない心の棘をどうするか

仮想事例のような急変場面での看護師の判断や対応の在り方について「感情労働」の観点からも考えた。「感情労働」は，A.R.ホックシールドが提唱したもので[5]，三井による日本の看護師の調査では[6]，看護師には一定の心的状態を保てという規則と，個別の患者にコミットせよという規則があり，この規則に反して看護師の強い感情が喚起されると，感情を管理しなくてはならなくなると述べている。

仮想事例では家族と看護師のやりとりまで設定されていないが，臨床の場では急変場面の最前線に看護師がおり，個々の看護師と家族の価値の対立，加えて「なぜ何もしてくれないんだ！」といった類の言葉や，混乱する家族から辛辣な言葉を投げつけられることもあり，看護師に強い感情が喚起されてしまう。私たち看護師としても懸命に気持ちに寄り添おうとしているにもかかわらず，むしろ寄り添おうとしているからこそ，家族の言葉が私たち看護師の心に棘のように突き刺さるのである。しかし，患者の急変時には時間的猶予はない。その中で看護師は，合理的・客観的な判断をし，同時に家族の気持ちに寄り添い続けようとする。その場の相互作用の中で最善を尽くすしかないのだが，心の棘はなかなか抜けるものではない。

さらにつらいのは，時に“第2の棘”が心に突き刺さることだ。それは，身近な同僚看護師や医師，あるいは直属の上司が，出来事の後に初めて発する言葉だったりする。例えば心肺蘇生をしなかった事例の後，仲間から「なんで心肺蘇生しなかったの」と言われたとき，表現の仕方にもよるが第一声がそうであったなら，否定されたように感じ，思い悩んでしまう。つらいながらも懸命に対応した思いは表現できぬまま，さらなる棘によって痛みが広がってしまう。

＊

すぐに明快な答えが出ないような事例だからこそ，チームで振り返り整理しておくことがやはり重要になる。そこでは私たち自身が感情を癒やすとともに，客観的に出来事を見つめ，患者・家族の置かれている状況などを整理しとらえ直す必要がある。われわれ医療者に知らず知らずのうちに染みついた文化や価値観を見直すことも求められる。その際は，一般論とも照らし合わせることで多角的な観点からの状況のとらえ直しにつながるのではないかと考える。

患者の永眠後，デスカンファンレスを実施している施設も多いと思うが，次に同じような事例に出合ったときにより良い判断や行動をとれるよう，臨床の知の集積のためにもそうした機会は有用である。心身ともに負担のかかる終末期急変の対処には，心を癒やす場と客観的に事例をとらえ直す場の両者を意識した，カンファレンスなどの場を活用することが今後ますます求められることになる。

●参考文献

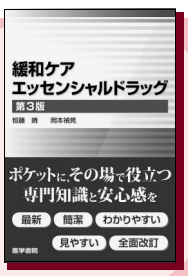
1）恒藤暁，他．末期がん患者の現状に関する研究．ターミナルケア．1996；(6)：482-90.
2）森田達也，他．終末期癌患者における経験に基づいた予後予測の信頼性．癌と化学療法．1999；(26)：131-6.
3）終末期の急変を考える，第19回緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集．2014：145-7.
4）鈴木志津枝．家族がたどる心理的プロセスとニーズ．家族看護．2003；(2)：35-42.
5）A.R.ホックシールド，石川准，他訳．管理される心――感情が商品になるとき．世界思想社；2000.
6）三井さよ．看護職における感情労働．大原社会問題研究所雑誌．2006；(567)：14-26.

ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を―緩和ケアの好評書、待望の第3版！

緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第3版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の臨床で使える1冊。今改訂では、トラマドールやメサドンなどの重要な新薬をはじめ、全51成分56製剤を厳選して収載。また、症状マネジメントの解説も全面的に改訂を行い、一段と内容が充実した。コンパクトサイズのまま、より見やすく使いやすい紙面に。緩和ケアスタッフ必携の好評書、待望の第3版完成。

恒藤　暁
京都大学大学院教授・医学研究科
岡本禎晃
市立芦屋病院・薬剤科部長／大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究科



三五変型　頁332　2014年　定価：本体2,200円＋税　[ISBN978-4-260-02023-7]　医学書院

ここをおさえる、こう伝える、検査のツボと注意点

＜看護ワンテーマBOOK＞
患者さんが安心できる
検査説明ガイドブック

一般的な検査の患者さんへの説明のツボをコンパクトにまとめた1冊。「どんな検査なの？」といった素朴な疑問から、患者さんが不安に思うこと、イメージしづらいことなど、検査に関する説明のポイントを解説。

編集　東京慈恵会医科大学附属病院グリーンカウンター

B5変型　頁176　2014年　定価：本体2,200円＋税　[ISBN978-4-260-01918-7]　医学書院

寄稿

ソーシャルメディア時代の情報リテラシー

中山 和弘　聖路加国際大学教授／保健医療社会学・看護情報学

●中山和弘氏
1985年東大医学部保健学科卒。92年東大大学院医学系研究科博士課程（保健学専攻）修了。東京都立大人文学部社会福祉学科助手，愛知県立看護大講師・助教授などを経て現職。日本保健医療社会学会評議員，日本看護研究学会評議員なども務める。研究テーマは，ヘルスリテラシー，ヘルスコミュニケーション，ヘルスプロモーション，意思決定支援。

2010年，英国の看護師が，友人のFacebookに投稿された2歳半の娘の写真を見て，眼のがん（網膜芽細胞腫）を発見し，転移を防げたというニュースが流れた。日常をシェアするソーシャルメディア（Facebook, Twitter, LINE, YouTubeなど）が，そのつながりの力を見せたもので，翌年の東日本大震災でもその活用が報じられた。

日常をシェアする習慣がトラブルに発展

一方で2011年には，米国の看護学生が，胎盤から出たへその緒をつまみあげて満面の笑顔で撮った写真をFacebookに投稿し退学になったというニュースが話題になった。それでも，学生は，「写真の投稿は教員に許可を得ていた。匿名のドナーから提供された胎盤を用いた授業でのことで，匿名性を侵害してはいない。復学させてほしい」と裁判所に訴状を出した。「胎盤を観察したあの日は，看護師として重要な瞬間だと思ったのです。なぜなら，この驚くべき臓器は子どもに，必要な全ての栄養を9か月間も提供してきたからです」と彼女は述べた。退学処分は無効となり，学生は戻れることになったが，賛否を巻き起こした。

日本でも，昨年似たようなことがあった。講義中に教員が見せた，透明な袋に入れられたがんの臓器の標本写真を撮り，「グロ注意」（グロテスクな画像などに対して注意を喚起する言葉）としてTwitterにアップしたことがマスコミに広がり，投稿した学生が退学になったと報道された。大手全国紙のなかには「看護学生，患者の臓器さらす」といったタイトルで報じたところもあった。これに対し，匿名性がある標本のため退学になる理由がわからないという意見もネット上ではあった。

「看護のために大切なことを学んだから友達や知人にシェアしたい」という気持ちにあふれていると見られるか，何の配慮もなしに単なる興味本位や習慣でアップしていると見られるのか。見る人のこれまでの経験や考え，立場によっても違って見えるだろう。そして，それがもたらした結果に対して，本人や周囲，学校や社会はどう対応していくべきなのだろうか。

英国ガイダンスのポイント

このような状況を反映して，医療者のためのインターネットやソーシャルメディアのガイダンス／ガイドラインが多く作成されてきている。英国のNurses and Midwives Council（NMC）は，次のことをすれば資格停止（学生なら資格が取れなくなる）と警告している。

- 機密性の高い情報をオンラインでシェアすること
- 仲間や患者について不適切なコメントを投稿すること
- SNSで仲間をいじめたり脅したりすること
- 患者やサービスの利用者と個人的な関係になること
- 性的に露骨なものを配布すること
- SNSを違法に使うこと

そして，より具体的なSNSでの実践ガイダンスも作成している。

- 匿名であったとしても，患者や仲間への不満などを投稿しないこと
- 患者やサービス利用者，その家族などの写真を投稿しないこと
- 内部告発に利用しないこと
- 自分のプライバシーを守るため，初期設定のままにせず，公開レベルを細かく設定すること
- 投稿した全てのものは，プライバシー設定をしたとしても，コピーができる限り一般に公開される可能性があると考えること
- 自分が攻撃のターゲットになっているとわかったら行動を起こすこと。相手をリムーブ（フォローをやめること）したりブロックしたりできるし，迷惑行為を報告する機能があると知ること

これらのなかで，忘れられがちなのは，看護師や看護学生を名乗っていても，匿名ならよいわけではないということである。看護職への信頼を低下させるものは投稿してはならないとしている。また，非公開にしていても，一般に公開される可能性を持つことも忘れてはならない。これはネットに限った話ではなく，学校や職場，居酒屋やレストランで，看護関係者とわかる人が，「ここだけの話」と言いつつ，人に聞かせられない話をしていれば同じである。

それよりむしろ，看護への信頼を高めることを考えるべきである。NMCによる雇用者と教育者に向けてのガイダンスでは，「全面禁止は推奨せず，“責任ある利用”をサポートすることが大事である」としている。そして，「多くの人が使っているので，使ったほうが個人としても看護界としても利益が大きく，SNSで看護界の存在を示したほうが，“責任ある利用”を進めることができる」と書かれている。

●図　「健康を決める力」ウェブサイト
URL＝http://www.healthliteracy.jp

ソーシャルメディアリテラシー

責任を持ってソーシャルメディアを使いこなす力は，「ソーシャルメディアリテラシー」とも呼ばれる。これまで情報リテラシーとは，自分に合った適切な情報を探して「入手」「理解」「評価」「活用」する力だと言われてきた。しかしこれでは，情報の受け手として情報を「生かす」力に限られる。ソーシャルメディアは，誰もがオープンに参加できることこそが特徴であり，情報の「つくり方」「守り方」「広め方」「つながり方」についてのスキルが必要となる。

情報の「つくり方」では，誰にとっても「生かす」ことが容易なものをつくる力が必要である。「守り方」では，個人情報や著作物などが，当初の利用目的から外れた形で「入手」されることの問題を知る必要がある。

そして，「広め方」では，自分の出す情報は，どのような人たちに「入手」「理解」「評価」「活用」され，どのような影響や反響をもたらすと考えられるかを想像できる力が求められる。ソーシャルメディアでも引用は重要で，むしろそれがリンクで簡単にできるのが特質であり，引用のない書き込みや引用先を見もしないでシェア・拡散することは，デマ防止の点からも大きな問題である。

さらに，情報のシェアによって，「つながり」ができていくが，そこで「つながり方」が問題となる。「友達」になるかならないか，個人としてつながるのか看護者としてつながるのか，つながりを深めるためにプライバシーを共有する範囲とそのメリットとデメリットを判断する力が求められる。

つながりから学び合う「場」

SNSではいわゆる「炎上」を恐れるよりも，そもそも一般社会でしてはいけないとされることについて学び合うことのほうが重要である。偏見や差別，虐待，ハラスメント，犠牲者非難なども，ネットに限った話ではない。その人個人の責任ではないこと，容易に変えられない属性や特徴をもとにした言動には敏感でなくてはならない。

ソーシャルメディアでは，良くも悪くも，普段は会えないような多様な価値観を持つ，さまざまな立場にいる人々に出会える。自分と違うから間違っていると責め自分の考えを押し付ける人，人に勝手にラベルを貼って批判する人，一人ひとりの違いを尊重して自分の思い込みに気付けたことに感謝する人などさまざまである。そこは，ソーシャル，すなわちつながりから学ぶことができる「場」（メディア）である。

看護職の責務とヘルスリテラシー

ソーシャルメディアは，不利な立場にあって沈黙していた人が声を上げられる場でもある。そのような人を発見して声を上げること（アドボカシー：代弁，権利擁護）は，看護職の重要な責務でもある。

また，健康に関する情報リテラシーは，「ヘルスリテラシー」という。これは「情報に基づいて自分で決められる力」であり，自分に合った健康の在り方を決める力であるため，「健康を決める力」と言える。信頼できる社会，つながりが健康を決めることを知っているのもヘルスリテラシーである。

世界ではすでに，ヘルスリテラシーの向上のためにソーシャルメディアが活用され始めている。筆者はヘルスリテラシーについてのウェブサイト（図）を作成しているので，ご覧いただき，「いいね！」などでつながりを広げられれば幸いである。

●参考文献

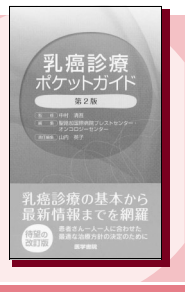
1）中山和弘．ソーシャルメディアがつなぐ／変える研究と健康――Twitterを例に考える．看護研究．2011；44（1），86-93.
2）中山和弘．基礎教育で教えなければならない情報リテラシー．看護教育．2013；54（7），550-9.

「チーム医療」が日本社会に根付いてきた今、その「チーム」のさらなる質の向上を目指して

乳癌診療ポケットガイド 第2版

わが国における乳癌罹患率は増加の一途をたどり、女性の癌罹患率の第1位、死亡数は第5位である。治療としては手術のみならず、薬物治療が日進月歩であり、新薬の導入、国際的な新しい考え方・合意事項を適正に導入し、患者の人生を共に考えたうえで、患者に最大のベネフィットを提供することがますます求められてきている。乳癌診療に携わるすべての医療者に向けて、共通認識として必要十分な情報、知見をコンパクトにまとめた書。

監修　中村清吾　昭和大学教授・乳腺外科
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　山内英子　聖路加国際病院ブレストセンター長・乳腺外科部長



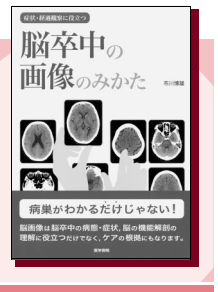
B6変型　頁260　2014年　定価：本体3,600円＋税　［ISBN978-4-260-01950-7］　医学書院

ケアに差がつく画像のみかた教えます

症状・経過観察に役立つ
脳卒中の画像のみかた

脳卒中では、診断・経過観察において、脳画像検査は欠かせません。本書では、たくさんある脳画像のうちkeyとなる7つの画像に絞って、その読み方をわかりやすく解説しました。脳の中で何が起こり、それが目の前の症状とどうつながっているのか、脳の解剖・病態・症状が脳画像を通して1本の線でつながります。

市川博雄　昭和大学藤が丘病院脳神経内科・准教授



B5　頁120　2014年　定価：本体2,500円＋税　［ISBN978-4-260-01948-4］　医学書院

量的研究エッセンシャル

「量的な看護研究ってなんとなく好きになれない」，「必要だとわかっているけれど，どう勉強したらいいの?」という方のために，本連載では量的研究を学ぶためのエッセンス（本質・真髄）をわかりやすく解説します。

加藤 憲司
神戸市看護大学看護学部 准教授

第10回

量的研究の落とし穴

去る8月23―24日，奈良市で第40回日本看護研究学会（会長＝天理医療大・中木高夫氏）が開催され，筆者も一聴衆として参加してきました。学会では，「『看護研究』の落とし穴」というシンポジウムがあり，量的研究についても取り上げられていました。そこで今回は，「量的研究の落とし穴」と題して，筆者が考える落とし穴について紙面の許す限り述べてみたいと思います。

研究上の問いはどこまで反映されているか

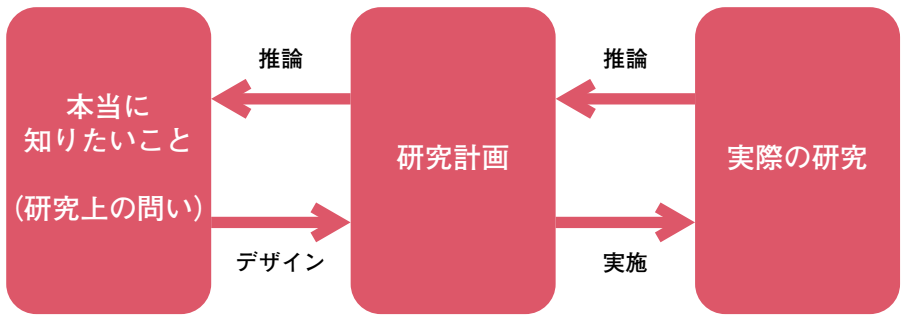
まず，**図**を見てください。これは量的研究のプロセスを3段階で図示したものです。これまでたびたび力説してきたように，量的研究の第一歩は「研究上の問い」を立てることでしたね。それは「あなたが本当に知りたいこと」に相当します。もう少し詳しく言えば，「あなたが本当に知りたい集団」における，「あなたが本当に知りたい現象」についての問いということです。でも第8回（第3089号）で述べたように，「あなたが本当に知りたいこと」はバーチャルな世界に属するものであって，それを知り尽くすことは人間の能力ではできません。そこで研究においては，実施可能な集団を選び，測定可能な現象を決め，研究計画という形にまとめます。そして計画に基づいて，実際の研究を行うわけです。

これらの3段階のプロセスを，家を建てる場合に当てはめてみると，「こんな家を建てたいなあ」というあなたの構想が研究上の問い，構想に基づいて設計図を描く（デザインする）ことが研究計画，そして設計図に従って家を建てることが研究の実施にそれぞれ相当します。ここで注意すべきなのは，研究上の問いと研究計画との間，さらに研究計画と実際の研究との間に，微妙だけれども無視できない「ずれ」があるという点です。量的研究の落とし穴は，この「ずれ」から生じるものに特に気を付ける必要があります。

図を見て明らかなように，矢印は左から右へ行ったあと，また右から左へ戻っていきます。第7回（第3085号）で述べたように，研究は循環的なプロセスだからです。左向きの矢印は2つの推論が該当します。一つは，実際の研究で得られた結果から結論を導く際の推論，もう一つは導いた結論をもっと大きな集団に適用する際の推論です。研究上の問いと研究計画との間，研究計画と実際の研究との間のずれが小さければ，左向きの推論が正しく行えるということになります。このようにずれが小さい状態のことを「妥当性が高い」と表現します。

対象者は誰を代表しているか

一つ例を挙げましょう。「冷え症」は日本人女性の2人に1人が悩んでいると言われ[2]，特に妊婦にとっては，妊娠に伴う症状と冷えが関連していることが指摘されています[3]。そこであなたは，妊婦の冷え症と生活習慣との関連について研究してみたい，と思い立ったと仮定しましょう。中でも，東洋医学で言う陰性食品（身体を冷やす食品。葉菜類・果物など）と冷え症との関連に興味を持ったとします。あなたが知りたいこと（研究上の問い）を表すならば，「陰性食品を多く摂取する妊婦には冷え症が多いのではないか？」となりますね。このとき，あなたが知りたいのは妊婦全般について当てはまることですが，日本中の妊婦を研究対象にすることなど非現実的なのは言うまでもありません。そのため，例えばあなたが勤める病院に産科があれば，そこへ来院する妊婦さんに研究への協力をお願いしようと考え，研究計画を立てるでしょう。ここで，研究上の問いと研究計画との間に，対象者のずれが生じます。第7回で述べたように，量的研究の成否を分けるカギの一つは，研究対象とする人たちの集団（サンプル）が，あなたが本当に知りたい集団（母集団）の代表と見なせるかどうかにかかっています。あなたの病院の産科に来る妊婦さんを日本全体の妊婦の代表と見なせない理由があれば，あなたの研究結果は妥当性の一種である一般化可能性を持たないということになります。



●図　研究のデザインと実施のプロセス（文献1を基に筆者が改変）

また，研究への協力を依頼した妊婦が全員協力してくれるとは限りません。ここには，研究計画と実際の研究結果との間のずれが存在します。もし協力してくれる妊婦とそうでない妊婦とで，妊娠にかかわる医学的な問題の有無に差があるとしたら，その差が結果をゆがめてしまっている可能性があります。例えば，協力を拒否した妊婦の中に医学的な問題のある人が偏っているような場合がこれに当たります。このとき，研究の妥当性が問われているということになります。もっと言えば，西洋人には「冷え症」という概念が存在しないそうです[3]。そのため，日本人から得られた知見を西洋人にも一般化が可能かどうかは何とも言えません。

測りたいものを測っているか

前節の例を使って，さらに考えていきます。冷えについての記載が西洋の教科書にないのですから，冷えを測る万国共通の物差しのようなものもありません。そうすると，何を測定したら冷えを測定したことになるのかについて，あなた自身が決めないといけないことになります。冷えを主観的なものとしてとらえるならば，冷えの自覚症状の有無について尋ねる質問紙を用いることができるでしょう。客観的にとらえようとするならば，身体の躯幹部と末梢部の体温を深部体温計で測定し，その温度差を指標とすることが考えられます[3]。このように，研究上の問いで抽象的・概念的に示されている現象を数量的に測定できるような形（変数）に落とし込むことを，「操作化」と言います。この概念と操作化した後の変数との間にずれが生じるので，そこに落とし穴の危険性が潜んでいます。つまり，測定しようとしているものと実際に測定したものとが一致しているかどうかが問われているわけです。これらが一致していれば，その測定は妥当性が高いと言えます。

この冷え症の例では，東洋医学で言う陰性食品の摂取についても何らかの方法で測定しようとしています。どのように測定したらよいでしょうか？　毎日，食べたものを日記に記録してもらう？　それを何か月も続けるのは大変です。つわりがひどければ，ほとんど食べられない期間もあるでしょう。もっと大ざっぱに，「生野菜をよく食べる」「果物をよく食べる」といった質問項目に「はい／いいえ」で回答してもらうのはどうでしょう。人によってとらえ方がまちまちだったり，同じ人でも日によって答えが変わったりする恐れはないでしょうか？　食習慣一つをとってみても，いざ測定しようと思ったら実は意外と難しいことに気付かされるでしょう。なお，同じ人に同じ測定を繰り返したら同じような結果が得られる場合，その測定は信頼性が高いと言えます。

このように，量的研究の3段階のプロセスの間に潜むずれに注意し，それをできるだけ小さくするように計画したり実施したりすることが，落とし穴に落ちるのを予防することになるのです。

以上，第6回から10回まで，量的研究における統計の各論的な内容を解説してきました。次回からは，さまざまな研究目的に応じた分析方法を各回一つずつ取り上げていこうと思います。

今回のエッセンス

- ●研究上の問いと研究計画，実際の研究とは異なる
- ●結果の一般化可能性をよく考える
- ●数量化された変数の定義に注意する

文献
1）Hulley SB, et al. Designing Clinical Research, 3ed. Lippincott Williams & Wilkins ; 2006.
2）坂口俊二．冷えについて．Biomedical Thermology．2001；21（2）：60-3.
3）中村幸代．冷え症のある妊婦の皮膚温の特徴，および日常生活との関連性．日看科会誌．2008；28（1）：3-11.

INFORMATION

平成27年度
東京女子医科大学大学院看護学研究科看護学専攻
博士前期・後期課程学生募集
専門看護師（CNS）、助産師国家試験受験資格を取得できます。お問い合わせください。

前期（募集分野 9分野）
看護基礎科学（食看護学・基礎看護学）　**看護管理学**　**看護職生涯発達学**
実践看護学Ⅰ（クリティカルケア看護学・がん看護学）
実践看護学Ⅱ（ウーマンズヘルス）　**実践看護学Ⅲ**（老年看護学）
実践看護学Ⅳ（精神看護学）　**実践看護学Ⅴ**（地域看護学）　**実践看護学Ⅵ**（小児看護学）
●募集人員：16名（男女共学）　※社会人特別選抜による募集人員を若干名含む
※実践看護学Ⅱ分野（ウーマンズヘルス）の学生定員は7名とする
●選抜方法：【一般入試・社会人特別選抜】学力試験（英語、専門科目、小論文）、面接、出願書類

後期（募集領域 9領域）
看護基礎科学（食看護学）（看護管理学）（看護職生涯発達学）
実践看護学（クリティカルケア看護学・がん看護学）（ウーマンズヘルス）（老年看護学）（解釈的精神看護学）（地域看護学）（小児看護学）
●募集人員：10名（男女共学）
●選抜方法：学力試験（英語、専門科目、論文）、面接、出願書類

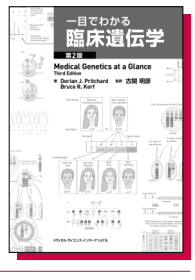
出願・試験等（博士前期・後期共通）
※出願を希望する者は予め当該分野の指導教授と面接し、今後の研究・教育について必ず相談してください。領域によっては募集しない場合があります。

	出願期間　注）	試験日	合格発表
2期	平成26年12月15日(月)より 平成27年 1月 5日(月)まで(必着)	平成27年 1月14日(水)	平成27年 1月21日(水)

大学院科目等履修制度（前期）
本制度は、社会人等に対しての学習機会の拡大、看護職の生涯学習やキャリアアップの支援、大学院博士前期課程（修士課程）の修了生に対して、日本看護協会の認定する専門看護師の資格上、さらに履修する科目が必要な場合にもフレキシブルに対応できるよう設けられた制度です。
●募集人員：若干名（男女共学）
●選抜方法：出願書類（ただし必要に応じて面接あり）
●出願期間：平成27年1月5日(月)～1月23日(金)必着

問い合わせ先　東京女子医科大学看護学部学務課 入試係
TEL. 03-3357-4801 入試係直通　E-mail graduate.bk@twmu.ac.jp

新刊
全体像を掴みポイントがきっちり理解できる入門テキスト、大幅改訂!
一目でわかる 臨床遺伝学 第2版
Medical Genetics at a Glance, 3rd Edition



▶メンデルの法則から最新のヒトゲノムまでを網羅し、遺伝学が臨床にいかに関わるかという視点で、臨床遺伝学の全体像を包括的に俯瞰する入門教科書、10年ぶりの改訂。近年の遺伝学の進展を踏まえ内容を全面更新。テーマ別に章立てを再構成し教程数、頁数ともに大幅に増加。今版より自己評価のための症例学習が追加された。医学部およびコメディカルの教科書として最適。また臨床家やコメディカルの知識の整理にも有用。

監訳：古関明彦　理化学研究所統合生命医科学研究センター 免疫器官形成グループ グループディレクター

定価：本体3,800円+税
A4　頁240　図279　4色刷　2014年
ISBN978-4-89592-790-1

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
http://www.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

看護のアジェンダ

井部俊子
聖路加国際大学学長

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118回〉

松山城と地域包括ケア

夏が終わるころから学会シーズンが始まる。第18回日本看護管理学会学術集会（大会長＝愛媛大・中村慶子）が2014年8月29―30日に愛媛県松山市で開かれた。会期前夜の理事会・評議員会から出席したため，私は道後の湯に4回もつかることができた。

学会のメインテーマは，「地域包括ケア時代の看護マネジメント」であり，第1会場では会長講演「看護の力を示す時代」を皮切りに，基調講演「我が国の医療，介護の行方」（慶大・権丈善一），教育講演「大学改革を推進するための組織マネジメント」（愛媛大・柳澤康信），教育講演「日本の社会保障制度の地殻変動を支える看護管理者」（井部俊子），シンポジウム「地域包括ケアと看護」（座長＝慶大・小池智子，尾道市立市民病院・山田佐登美）と続いた。準備された11の会場では同時並行で研究発表やインフォメーション・エクスチェンジが行われた。近年，看護系の学会はマンモス化する傾向があり，学会発表等の全体を把握することが不可能となっている。一方で，特定のテーマを追究する学術的・実践的な研究会を形成する方向性を模索する時が来ている。

まちづくりとしての築城

学会2日目は，前日の小雨模様の天候とはうって変わって晴天となった。特別講演「俳人子規は病臥の日々をいかに生きたか」（愛媛大・青木亮人）を堪能したあと，私は「坂の上の雲」に導かれるように松山城の見学を挙行した。明治24（1891）年，「松山や秋より高き　天主閣」と正岡子規は詠んでいる。

日本三大平山城（ひらやまじろ）のひとつ，松山城は加藤嘉明の手により，慶長7（1602）年から築城を開始し，寛永4（1627）年にほぼ完成した（ちなみに日本三大平山城は，松山城，姫路城と，3つ目は熊本城とも和歌山城とも言われている）。平山城とは，丘陵に築かれ，周囲に平地を取り入れた城のことを言う。加藤嘉明時代の天守は五層であったが，蒲生忠知，久松松平家と城主は変わり，寛永19（1642）年に松平定行が三層の天守に改めた。天守はのちの松平定国の代，天明4（1784）年に落雷で焼失したが，安政元（1854）年，松平勝善の代に再建され現在に至る。日本に現存する天守のうち，最も新しい時代につくられている。こんもりと茂る城山の上にそびえ立つ天守は松山のシンボルとなっている。また，天守の地下1階は八百石の米俵が積める米倉で，1年の籠城に耐えることができる。倉の周囲は，防虫のためにクスノキ材でつくられ，床には素焼きの瓦が防湿のために敷きつめられている。階段は観光用に後でつけられたものである。観光客用の入口はここから始まり，天守までいくつかの急な階段を昇降しなければならない。

嘉明は，慶長7年3月から三之丸をはじめとする武家屋敷，6月には城西・東・南の町家の地割りを行い，城下町に松前や道後からの商家や住民を移り住ませた。嘉明は寺院を城北に移し寺町をつくり，火事の類焼を防ぐという軍事上の目的を考えた。また，毎年繰り返される伊予川の氾濫に嘉明は悩まされていた。これを防止するように，と家臣の足立半右衛門重信に命じた。重信は，伊予川の流れを高井あたりから北へと変え，河口を今出の南につけ替えた。その結果，沿岸の田畑への水害は少なくなり，多くの良田が誕生した。この功績により，伊予川は重信川と呼ばれるようになった（土井中照著『松山城の秘密』アトラス出版，2011年）。

つまり，城主はお城をつくるだけではなく，人々の暮らしを守る「まちづくり」をしたのである。ここに思い至ったとき，私は松山城を訪ねた意義を見いだすことができた。地域包括ケアシステムをつくるということは，地方自治体の首長が「平成の地割り」を行い体制を整えるということであり，天守とは首長室であり作戦司令部となる。

地域包括ケアの担い手たち

ケーブルカーではなく，リフトで夏風に吹かれながら松山城を後にした私は学会場に戻った。学会最終の第18群実践報告で，私は再び感動を覚えた。

発表者の前野かつ子さん（青仁会池田病院）は，気負うことなく率直に「A地方における新人看護職員の就職先決定に影響を与える要因」を述べた。「A地方では，1施設当たりの新卒看護師は5人以下がほとんどであり，地域全体でも40人に満たなかった」ので，2011年度から新人看護職員多施設合同研修を開始した。A地方の新卒看護師を確保するために何が必要かを探るために，この合同研修に参加した新卒看護職員（n＝104）を対象に調査した。その結果，A地方に就職した理由の第1位は「奨学金の貸与」であった。新卒看護師を増やすには，「継続教育の充実」と，「実習時の対応・環境の充実」が必要とされた。さらに，A地方への就職を推奨する理由として，「先輩看護師の優しさ」があった。「A地方の看護管理者としてこれらの要因を実現し，新卒看護師を確保したい」と前野さんは結んだ。

この発表は，日本の一角で良い看護を提供しようと地道に努力している地域包括ケアの担い手たちを認め，讃える機会となった。

@igakukaishinbun
本紙編集室でつぶやいています。
記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

医療者と患者・家族のふたつの目線で、なっとくのケアを探そう
患者の目線
医療関係者が患者・家族になってわかったこと
村上紀美子　編
医師、看護師、看護教員など20名の医療関係者が、自身の患者・家族体験をもとに、医療者の事情と患者・家族の本音のふたつの目線から、「なっとくのケア」へのヒントを語る。
●B6　頁268　2014年
定価：本体1,800円＋税
[ISBN978-4-260-02021-3]
医学書院

ユマニチュード通信

認知症ケアの新しい技法として注目を集める「ユマニチュード」。フランス発の同メソッドを日本に導入した経緯や想い，普及に向けての時々刻々をつづります。

本田 美和子
国立病院機構東京医療センター総合内科

その4

始まりは，観光代わりの半日研修

前回は，ジネスト先生・マレスコッティ先生による，日本におけるユマニチュードの実践についてご紹介しました。日本の患者さんに対して，通訳を通じたケアであっても効果が十分あることはわかってきましたが，この技術を現場で働く看護師や介護士，医師にどのように伝えていくか，その方法を考える日々が続きました。

実は，私にはもう一つ興味を持っている事柄があります。高齢者の入院時に高頻度で起こりやすい「せん妄」の予防プログラムです。現在ハーバード大教授であるシャロン・イノウエ先生が，イェール大時代に始めたこのプログラムはHospital Elder Life Programといい，頭文字をとってHELPと呼ばれています。当初はイノウエ先生がプログラム全てを統括していましたが，規模の拡大に従って，現在は米国内の大学病院や地域の中核病院がリーダーシップをとる拠点システム（Center of Excellence）で運営されています。私は米国で働いていたときにイノウエ先生と知り合う機会を得て，その後も交流が続いていました。拠点の役割を担っているのは基本的に大学や病院なのですが，日本では私が個人的に担うことになり，運営マニュアルの日本語化や導入を希望する施設のお手伝いなどをやっています。「週刊医学界新聞」でも，このプログラムについてご紹介したことがあります（第2950号寄稿「入院中の高齢者のせん妄をボランティアの介入で防ぐ」）。

米国では，HELPを導入している施設や興味を持っている方々を対象にHELP会議が年に1回開催されていて，私も都合のつく限り参加しています。東京医療センターの総合内科では，高齢者医療に理解を示す医師・看護師がたくさんいて，2012年春のHELP会議には看護師と後期研修医を派遣することになりました。HELPの特徴は高齢者の状況に対する非薬物的なアプローチにありますが，「これはユマニチュードにも共通する要素があるね」とフランスからジネスト先生も参加されることになりました。また，認知症の「回想法」の第一人者である黒川由紀子先生（上智大教授・臨床心理士）も来てくださることになり，たいていはひとりで海外に出張することが多かった私にとって，大勢での，とても楽しい学会参加になりました。

会議のスケジュール上，ある日の午後は自由時間が取れることになりました。「観光にでも行きましょうか?」とグループのみんなに聞いてみると，「せっかくジネスト先生がいらっしゃっているので，観光に行く代わりに，ユマニチュードの基本を教えていただけないでしょうか」と看護師さんから提案を受けました。黒川先生と私が通訳をしながら，日本の看護師向けに初めてのユマニチュード研修が始まりました。

滞在先のホテルのベッドを使っての半日の研修では，部屋への入り方，ベッドへのアプローチ，体位の交換の3つを集中して学びました。看護師も後期研修医も真剣に何度も動きを繰り返します。ジネスト先生は動きだけではなく，「なぜこれが必要か」というケアの基本的な考え方にまでさかのぼりながら熱心に教えてくださいました。

「さあ，もう疲れたから夕食に行きましょう」となったとき，ジネスト先生が私にお尋ねになりました。「この看護師さんたちは，特別な人なのですか?」。とっさには質問の意味がわかりませんでした。「いいえ，ごく普通の，急性期病院の総合内科病棟に勤務している看護師さんですよ。どうしてですか?」「フランスでは教えるのに少なくとも3日はかかる内容なのに，彼女たちは半日でほとんど全てを身につけることができたから，特別な人なのかと思った」と，ジネスト先生は驚いたご様子でした。「とても優しくて有能な看護師さんであることは間違いないですが，このような方は日本の病院にはたくさんいらっしゃいます」と私は答えました。「とても教えがいがある。このような看護師さんに対して研修を行うのであれば，きっとケアの質を上げることができると思う」と言うジネスト先生に対して，私は思わず，「では，今年の夏に時間をつくっていただけませんか。日本の看護師さんにユマニチュードを教えてください」と頼んでいました。

そうして2012年の夏，東京医療センターで第1回ユマニチュード研修が開催されました。

ユマニチュードに関するお知らせを，ジネスト・マレスコッティ研究所日本支部のウェブサイト（http://igmj.org）から発信しています。

魔法？　奇跡？　いえ「技術」です。
ユマニチュード入門
「この本には常識しか書かれていません。しかし、常識を徹底させると革命になります。」―認知症ケアの新しい技法として注目を集める「ユマニチュード」。攻撃的になったり、徘徊するお年寄りを“こちらの世界”に戻す様子を指して「魔法のような」とも称されます。しかし、これは伝達可能な《技術》です。「見る」「話す」「触れる」「立つ」という看護の基本中の基本をただ徹底させるだけですが、そこには精神論でもマニュアルでもないコツがあるのです。開発者と日本の臨床家たちが協力してつくり上げた決定版入門書！
本田美和子
国立病院機構東京医療センター
イヴ・ジネスト
ジネスト-マレスコッティ研究所長
ロゼット・マレスコッティ
ジネスト-マレスコッティ研究所副所長

A5　頁148　2014年　定価：本体2,000円＋税　[ISBN978-4-260-02028-2]
医学書院

シリーズ　ケアをひらく

クレイジー・イン・ジャパン
べてるの家のエスノグラフィ

中村かれん　［DVD付］　最新刊

インドネシアで生まれ、オーストラリアで育ち、アメリカで映像人類学者となり、今はイェール大学で教える若き俊英が、べてるの家に辿り着いた――。7か月以上にも及ぶ住み込み。10年近くにわたって断続的に行われたフィールドワーク。彼女の目に映ったべてるの家は果たしてユートピアかディストピアか？　べてるの「感動」と「変貌」を、かつてない文脈で発見した傑作エスノグラフィ。付録DVD「Bethel」は必見の名作。

●A5　頁296　2014年　定価：本体2,200円＋税
[ISBN978-4-260-02058-9]

カウンセラーは何を見ているか
信田さよ子

「聞く力」はもちろん大切。しかしプロなら、あたかも素人のように好奇心を全開にして、相手を「見る」ことが必要だ。では著者は何をどう見ているのか？ そして「生け簀で自由に泳がせて生け簀ごと望ましい方向に移動させる」とはどういうことか？　若き日の精神科病院体験を経て、開業カウンセラーの第一人者になった著者が、身体でつかみ取った「見て」「聞いて」「引き受けて」「踏み込む」ノウハウを一挙公開！

●A5　頁272　2014年　定価:本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-02012-1]

シリーズ一覧

坂口恭平　躁鬱日記　坂口恭平
●A5　頁298　2013年　定価：本体1,800円＋税
[ISBN978-4-260-01945-3]

摘便とお花見　看護の語りの現象学
村上靖彦
●A5　頁416　2013年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-01861-6]

当事者研究の研究　編集　石原孝二
●A5　頁320　2013年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-01773-2]

弱いロボット　岡田美智男
●A5　頁224　2012年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-01673-5]

ソローニュの森　田村尚子
●B5変型　頁132　2012年　定価：本体2,600円＋税
[ISBN978-4-260-01662-9]

その後の不自由
「嵐」のあとを生きる人たち　上岡陽江＋大嶋栄子
●A5　頁272　2010年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-01187-7]

《新潮ドキュメント賞受賞》
リハビリの夜　熊谷晋一郎
●A5　頁264　2009年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-01004-7]

《大宅壮一ノンフィクション賞受賞》
逝かない身体　ALS的日常を生きる
川口有美子
●A5　頁276　2009年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-01003-0]

技法以前　べてるの家のつくりかた
向谷地生良
●A5　頁252　2009年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-00954-6]

コーダの世界　手話の文化と声の文化
澁谷智子
●A5　頁248　2009年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-00953-9]

ニーズ中心の福祉社会へ
当事者主権の次世代福祉戦略
編集　上野千鶴子＋中西正司
●A5　頁296　2008年　定価：本体2,200円＋税
[ISBN978-4-260-00643-9]

発達障害当事者研究
ゆっくりていねいにつながりたい
綾屋紗月＋熊谷晋一郎
●A5　頁228　2008年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-00725-2]

こんなとき私はどうしてきたか
中井久夫
●A5　頁240　2007年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-00457-2]

ケアってなんだろう　編著　小澤　勲
●A5　頁304　2006年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-00266-0]

べてるの家の「当事者研究」
浦河べてるの家
●A5　頁310　2005年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-33388-7]

ALS　不動の身体と息する機械
立岩真也
●A5　頁456　2004年　定価：本体2,800円＋税
[ISBN978-4-260-33377-1]

死と身体　コミュニケーションの磁場
内田　樹
●A5　頁248　2004年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-33366-5]

見えないものと見えるもの
社交とアシストの障害学　石川　准
●A5　頁272　2004年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-33313-9]

物語としてのケア
ナラティヴ・アプローチの世界へ　野口裕二
●A5　頁220　2002年　定価：本体2,200円＋税
[ISBN978-4-260-33209-5]

第2回日本医学ジャーナリスト協会賞(2013)大賞受賞

驚きの介護民俗学
六車由実

●A5　頁240　2012年
定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-01549-3]

べてるの家の「非」援助論
そのままでいいと思えるための25章
浦河べてるの家
●A5　頁264　2002年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-33210-1]

病んだ家族、散乱した室内
援助者にとっての不全感と困惑について　春日武彦
●A5　頁228　2001年　定価：本体2,200円＋税
[ISBN978-4-260-33154-8]

感情と看護
人とのかかわりを職業とすることの意味　武井麻子
●A5　頁284　2001年　定価：本体2,400円＋税
[ISBN978-4-260-33117-3]

あなたの知らない「家族」
遺された者の口からこぼれ落ちる13の物語
柳原清子
●A5　頁204　2001年　定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-33118-0]

気持ちのいい看護　宮子あずさ
●A5　頁220　2000年　定価：本体2,100円＋税
[ISBN978-4-260-33088-6]

ケア学　越境するケアへ　広井良典
●A5　頁276　2000年　定価：本体2,300円＋税
[ISBN978-4-260-33087-9]

医学書院の看護系雑誌　11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　11月号　Vol.24 No.11

1部定価：本体1,500円＋税
冊子版年間予約購読料18,170円（税込）
電子版もお選びいただけます

特集　指導者間の連携で基礎と臨床のギャップを埋める

済生会中和病院と畿央大学の互助連携
病院看護師を2年間専従で教員として大学に迎える……伊藤明子／石田めぐみ
神奈川県におけるユニフィケーションシステムの組織的運用　病院と学校の学びの共有から教育の質を向上させる……藤澤なお子／近藤美知子／和田幹子／渡辺加菜子
愛知県の「養成所・病院，看護技術ジョイント研修」　臨床に即した看護技術教育プログラムを共同で作成……村瀬裕子／小野田季子／高口みさき／木下美穂
東京都立看護専門学校運営会議の全体会ワークショップ
多様化する看護学生のありようを理解し，臨地実習を充実させる……小坂智恵子

巻頭シリーズ　うちの師長会・主任会　学習する組織をめざして⑪　筑波大学附属病院
TOPICS　ベテラン看護師研修の成果と課題　西神戸医療センターの実践から
……玉田雅美／グレッグ美鈴／林千冬／八木哉子／藤本晃代／山田照代／尾畑かおる
日本赤十字社幹部看護師研修センターにおける中間管理者教育の再編・強化…赤塚あさ子

助産雑誌　11月号　Vol.68 No.11

1部定価：本体1,400円＋税
冊子版年間予約購読料16,060円（税込）
電子版もお選びいただけます

特集　『産婦人科診療ガイドライン—産科編2014』の改訂ポイント解説

今回の改訂ポイントの概要……水上尚典
妊婦・授乳中の母親へのインフルエンザワクチン，抗インフルエンザウイルス薬投与についてのポイント……飯塚美徳
妊娠高血圧腎症（Preeclampsia: PE）の診断と取り扱い……山田崇弘，水上尚典
吸引・鉗子分娩の適応と要約について……牧野康男
子宮収縮薬使用についての改訂ポイント……水上尚典
分娩誘発の方法とその注意点は？……板倉敦夫
胎児心拍数陣痛図の評価法とその対応……葛西 路，高橋恒男

特別記事　ICMプラハ大会2014レポート［前編］
ICMプラハ大会の学術委員として3年間活動して　華やかな世界大会の舞台裏……大石時子
ICMプラハ大会での座長の経験　たくさんの人々に支えられて……横手直美
世界の助産師が知識を「共有」する場に参加して……米澤かおり

Current Focus　HPV（子宮頸がん予防）ワクチンの是非……川名 敬
連載　いのちをつなぐひとたち……高野 優さん

訪問看護と介護　11月号　Vol.19 No.11

1部定価：本体1,300円＋税
冊子版年間予約購読料13,580円（税込）
電子版もお選びいただけます

特集　これが私の訪問看護だ。
実践にみる「在宅看護学」の原点

【私の実践集】
❶利用者さんとご家族に教えてもらった訪問看護……塚田桂子
❷精神科訪問看護とホームレス状態にある方の支援……澤田絵美
❸その人らしさを支える「ガイドナース」の外出支援……松木満里子
❹自分らしく生きられる居場所を住民とともに地域につくる……繁澤弘子
❺地域連携のための事例検討会とそこから生まれた7つの地域資源……板谷裕美
❻在宅にあるたくさんの笑いを糧に次のステップへ……阿部智子
❼この20年、そしてこれからの訪問看護に思うこと……高砂裕子

「実践」を体系化する　「私の実践集」にみる訪問看護の過去・現在・未来……川村佐和子
すばらしい訪問看護の実践をどうやって第三者に伝えるか？
訪問看護活動の質評価とデータベース化の必要性……緒方泰子
よりよい実践に向けた実態調査とデータベース化の取り組み……乙坂佳代

巻頭インタビュー　マグネットステーション・50
原田訪問看護センター、コミュニティプレイス生きいき　原田典子所長に聞く
「在宅支援医療型ショートステイ」に挑む　0歳から100歳まで、医療依存度の高い人も看取りも

看護教育　11月号　Vol.55 No.11

1部定価：本体1,400円＋税
冊子版年間予約購読料16,710円（増大号を含む，税込）
電子版もお選びいただけます

特集　基礎と臨床がともに学ぶ場をつくる
自治体が協力するケースを中心に

【愛知県の試み】
自治体による　養成所・病院，看護技術ジョイント研修開催の経緯
……村瀬裕子
看護基礎教育と新人看護職員研修をつなぐ養成所・病院，看護技術ジョイント研修
ジョイント研修の実際……小野田季子，高口みさき，村瀬裕子
看護教員としてジョイント研修に参加して……鈴木さおり
【神奈川県の試み】
自治体の立場から見た　ユニフィケーションシステムの概念と今後の展開……藤澤なお子
県立看護専門学校のユニフィケーション……矢島ちあき，ハツ橋のぞみ
【東京都の試み】
都立看護専門学校が運営する学校，臨床共同のワークショップ……内糸ちえ子

特別記事　実習指導をデザインする　実習指導者による自立した実習指導過程
……岩瀬貴美子，酒井未来，大森裕子，友田尋子
看護系大学教員育成の新しい風
聖路加国際大学のフューチャー・ナース・ファカルティ育成プログラム
……松谷美和子，三浦友理子，奥　裕美

特別寄稿　看護学生への英語教育再考　前編　看護学生の英語ニーズを考える…迫　和子

保健師ジャーナル　11月号　Vol.70 No.11

1部定価：本体1,400円＋税
冊子版年間予約購読料15,420円（税込）
電子版もお選びいただけます

特集　地域包括ケア　見えてきた保健師の関わり

地域包括ケアシステム構築における保健師への期待……髙橋都子
地域包括ケアと保健師の使命……猪飼周平
垂水スタイルの地域包括ケアシステム構築をめざして　地域包括ケアを支える市町村保健師の役割……堀之内貢子
地域包括ケアを支える保健師の役割　北九州市の施策形成への関わりを中心に……清田啓子
地域包括ケアシステム構築に向けての保健所の役割と保健師活動　富山県砺波厚生センターの取り組みを中心に……石丸敏子／福井貴実子
市町村が果たす医療・介護提供支援　柏市の訪問看護支援の取り組みから
……梅宮千穂／吉田みどり／真貝和江／石原昌子／木全真理／吉江悟

Pick Up　兵庫県職員OB・OGによる「シニアはつらつ応援事業」
いくつになっても保健師は保健師!!……濱口清子

Focus　オーストラリアにおける子育て支援政策の実際
オーストラリアからの調査報告……川崎千恵／大澤絵里

研究　心のケア活動の視点から考える被災地における望ましい支援のあり方
東日本大震災被災者への面接調査からの一考察……櫻木初美／田城孝雄

連載　ナカイタ発　保健師へのつぶやき・17　日本看護学会「ヘルスプロモーション」領域始動…中板育美

連載　［事例集］新しい健康日本21へのヒント・19
セーフティネット構築に向けた民間団体との協働　新潟市の自殺対策におけるソーシャルキャピタル醸成……青柳玲子　コメンテーター　稲葉陽二

精神看護　11月号　Vol.17 No.6

1部定価：本体1,200円＋税
冊子版年間予約購読料7,590円（税込）
電子版もお選びいただけます

緊急企画　これがユマニチュードだ!
開発者イヴ・ジネスト氏の講演録

目ウロコ座談会　教えて！ 達人たち
ストレングスモデルが医療に入ると、どんないいことがあるの？
……萱間真美×仲野栄×原子英樹×中嶋康子

特別記事　**「精神科医が記載する書類」で知っておきたいこと**
医療保護入院、自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳……山﨑正雄

医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23　［販売部］TEL：03-3817-5657　FAX：03-3815-7804
E-mail：sd@igaku-shoin.co.jp　http://www.igaku-shoin.co.jp　振替：00170-9-96693

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