

2017年11月27日

第3250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

- [対談]みんなで育てる! 新卒訪問看護師(山田雅子, 小瀬文彰)/グローバルナーシングリサーチセンター設立……1-2面
- [寄稿]「抑制しない看護」を今こそ実現しよう(嶋森好子)……3面
- [連載]看護のアジェンダ/第30回日本サイコソシオロジー学会……4面
- [連載]行動経済学×医療……5面
- [連載]院内研修の作り方・考え方……6面

対談

# みんなで育てる! 新卒訪問看護師

## 病院・教育機関は何ができるか



山田 雅子氏

聖路加国際大学大学院看護学研究所  
在宅看護学分野教授



小瀬 文彰氏

ケアプロ訪問看護ステーション東京/  
全国新卒訪問看護師の会代表

地域包括ケア時代を迎え、地域の看護人材の育成は急務となっている。その一つが、新卒の訪問看護師を育てるシステムの構築だ。地域で支える医療を提供するために、新卒訪問看護師の育成に病院や教育機関はどんな役割を果たせるか。

本紙では、新卒訪問看護師の採用・教育の実態調査やプログラム作成にかかわってきた山田雅子氏と、新卒で訪問看護師になって5年目の小瀬文彰氏を迎え、新卒訪問看護師の教育の実態を聞いた。両氏の語りからは、新卒訪問看護師から始まるキャリアの魅力と、主体的な学びに不可欠な地域の協力の重要性が見えてきた。

山田 小瀬さんは新卒で訪問看護師になって5年目でしたね。30年ほど前、実は私も今で言う「新卒訪問看護師」でした。当時は制度として「訪問看護」が整う以前なので厳密には異なるものの、新卒で配属された聖路加国際病院公衆衛生看護部で、私は今の保健師と訪問看護師を兼ねたような役割を担っていました。そうした経験から、新卒からでも訪問看護はできるという思いをかねてより持っていました。

### 地域の訪問看護師育成には、 病院の意識改革が鍵

山田 しかし最近に至るまで、新卒訪問看護師は珍しい存在でした。学生が興味を持っていないというわけではありません。日本看護系大学協議会が2001年に行った「看護系大学学生の卒業後の進路希望に関する調査」によれば、看護系大学卒業生で「訪問看護事業所等への就職を希望する」と回答した人は19.6%と、5人に1人が関心を持っています。小瀬さんが新卒で訪問看護師になった5年前にも、関心を持つ人は周囲にいたでしょうか?

小瀬 そうですね。知り合いに新卒訪問看護師になった人は1人もいませんでしたが、在宅看護実習で、病气や障害を持ちながらも自宅で楽しそうに暮らす人々の姿を目にして、「訪問看護師、いいよね」と話す友人たちは多かったです。でも結果的には一様に病院就職を選んでいて、「まずは病院で経験を積んでから」という感じでした。

5年前、ある病院看護部長の方と話して、「訪問看護では急変対応などを

学べないから、新卒は病院に就職しなさい」と言われたことが印象に残っています。訪問看護ステーションの管理者の多くも新卒採用について考えてはいたと聞きましたが、「本当に教育できるのか」という問いに答えを出せていない状況だったように感じます。

山田 将来的には訪問看護にかかわりたくても、病院就職のイメージや、当時は訪問看護ステーションでの新卒教育体制に不安を覚えたことなどもあって、病院へ就職してしまったのでしょうか。でも、訪問看護関連団体が「新卒はNo!」という姿勢だったのは過去の話です。地域で、「支える医療」を実践するため、訪問看護ステーションは新卒を育てる方向へと徐々に動き始めました。

小瀬 学会や研修会などでも、「どう教育していけばよいか」にテーマが変わってきた感触があります。というのも、日看協、日本訪問看護財団、全国訪問看護事業協会の発行した「訪問看護アクションプラン2025」では訪問看護師の数を現在の約3倍の15万人にすることを目標に掲げています。この中には、新卒者の就業の必要性和教育

モデルの確立が明記されているのです。

実際に新卒訪問看護師は増えてきています。新卒訪問看護師同士での交流などを目的とした「全国新卒訪問看護師の会」(MEMO)を組織し、代表をしているのですが、私が知る限りで2017年度は50人の新卒訪問看護師が誕生しています。

山田 「訪問看護アクションプラン2025」では、医療機関と訪問看護ステーションによる相互の人材育成システム構築にも言及しています。地域の訪問看護師を育てることは、その地域で連携して医療を提供している病院にとってもひとつとはありませんし、地域に貢献すべき教育機関の務めでもあります。

### 病院には訪問看護師の 主体的な学びを支援してほしい

小瀬 山田先生のおっしゃる通り、新卒として就職し、一人で訪問できるようになり、さらにスキルアップする過程で、病院や教育機関の支援があった

(2面につづく)

### MEMO 全国新卒訪問看護師の会

新卒で訪問看護師になった当事者の団体で、2015年に小瀬氏を中心となって組織された。「新卒訪問看護師を当たり前のキャリアにする」を活動目標に掲げている。現在、5つの壁(①一般的に新卒は病院就職というイメージがある、②新卒募集情報の不足、③周囲の反対、④ステーションの採用・教育体制不足、⑤新卒訪問看護師同士のつながり不足)があると分析。全国各地で定期的に勉強会・研修を行い、情報交換や悩みを打ち明ける場を作っている。現在80人が所属。

November  
2017

## 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 ☎03-3817-5650  
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

### 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  
A5 頁192 3,500円 [ISBN978-4-260-02852-3]

### 臨床検査データブック【コンパクト版】 (第9版)

監修 高久史磨  
編集 黒川 清、春日雅人、北村 聖  
三五変型 頁406 1,800円 [ISBN978-4-260-03435-7]

### (ジェネラリストBOOKS)

### 認知症はこう診る 初回面接・診断からBPSDの対応まで

編集 上田 諭  
A5 頁264 3,800円 [ISBN978-4-260-03221-6]

### (ジェネラリストBOOKS)

### いのちの終わりにどうかかわるか

編集 木澤義之、山本 亮、浜野 淳  
A5 頁304 4,000円 [ISBN978-4-260-03255-1]

### 精神障害のある

### 救急患者対応マニュアル (第2版)

上條吉人  
B6変型 頁304 3,800円 [ISBN978-4-260-03205-6]

### 誤嚥性肺炎の予防とケア

### 7つの多面的アプローチをはじめよう

前田圭介  
B5 頁144 2,400円 [ISBN978-4-260-03232-2]

### つらいと言えない人がマインドフル ネスとスキーマ療法をやってみた。

伊藤絵美  
四六判 頁272 1,800円 [ISBN978-4-260-03459-3]

### 看護における クリティカルシンキング教育

### 良質の看護実践を生み出す力

楠見 孝、津波古澄子  
B5 頁162 2,500円 [ISBN978-4-260-03210-0]

### 根拠と事故防止からみた

### 基礎・臨床看護技術

### (第2版)

編集 任 和子、井川順子、秋山智弥  
編集協力 京都大学医学部附属病院看護部  
A5 頁868 5,500円 [ISBN978-4-260-03219-3]

### イラストでまなぶ解剖学

### (第3版)

松村譲児  
B5 頁296 2,600円 [ISBN978-4-260-03252-0]

<出席者>

●やまだ・まさこ氏

1986年聖路加看護大(当時)卒。新卒時に聖路加国際病院公衆衛生看護部で訪問看護に携わる。セコム在宅医療システム株式会社(当時)、セコムメディック病院看護部長、厚労省医政局看護課在宅看護専門官を経て2007年より現職。

●おせ・ふみあき氏

2013年慶大看護医療学部卒。同年よりケアプロ株式会社在宅医療事業部に初の新卒訪問看護師として入社。2年目に初めて知り合った新卒訪問看護師が自分と同様の悩みを持つことを知り、15年1月、当事者団体として「全国新卒訪問看護師の会」を立ち上げた。

(1面よりつづく)

からこそ学べたこともありました。訪問看護師の声を聞いて、学びの場を作っていただけのはうれしい限りです。

山田 小瀬さんはケアプロ訪問看護ステーション東京初の新卒訪問看護師でしたよね。試行錯誤しながら育ってきたことでしょうか。どのような教育を受けてきたのですか？

小瀬 基本的には訪問看護の同行と振り返りを繰り返し、演習可能な手技は事業所で練習しました。その後、訪問しながら自分に足りないと感じたことを提案し、ステーションに掛け合ってもらって、病院や大学のシミュレーションセンターに協力してもらったのです。在宅では慢性疾患で安定期の患者さんがほとんどで、特に新卒者は急変対応など、在宅であまり経験しない事例には対応力が不足してしまいがちです。病院ではICUや病棟を見学し、夜間救急の様子も見ていただきました。大学ではシミュレーション機器を用いて心肺蘇生トレーニングを受講しました。

山田 在宅だけでは学ぶことが難しいものに対しては、病院や教育機関に後押ししてほしいですね。聖路加国際大では「オーダーメイドで学ぶ訪問看護」という生涯教育プログラムを開講しています。ステーションの求めに応じる形で、例えばインスリン注射やおむつ交換といった技術について、豊富な教育資源をフル活用し、実物を使って、納得するまでとことん練習できる人的・物的環境を提供しています。

新卒者を採用する側にとっては採算性も気掛かりなところ。看護師の技術力だけでなく、「頭数」で診療報酬を得られる病院とは違い、訪問看護師は「1人で稼ぐ力」が求められます。この点が新卒者の採用を困難にする大きな課題でした。小瀬さんはこれについて分析していましたよね。

小瀬 結論として、マイナスがずっと続くわけではありません。育成のペースにもよりますが、新卒でも9か月で損益がプラスに転じ、18か月前後で採用・育成のコストを回収することができます<sup>1)</sup>。しかし、大多数のステーションは小規模で、これらのコストや教育の時間を割くことのハードルは高く、公的な支援の必要性を感じます。

また、1~3年目までの育成支援から発展し、今後は長期的なキャリアの

視点を持った支援が必要だと感じています。例えば、病院では当たり前に行われている、後輩の育成やリーダーシップ、マネジメント力向上のための研修です。新卒訪問看護師がこれらの機会を得られるシステムを、他のステーションや病院・教育機関などと協力し、共に作っていきたいと思います。

「支える医療」を実現する、訪問看護から始まるキャリア

小瀬 話は変わりますが、新卒で訪問看護師になって印象的な思い出があります。1年目の頃、病院に就職した同期と看護について話し合っ、価値観が全然違って驚きました。私は個々の訪問先の利用者さんにどうケアをしたらよいかについて悩んでいたのですが、病院では業務を時間内でどう終わらせるかが一番の悩みだと言うのです。患者さんともっと話し、寄り添いたいという気持ちを持っているとは思いますが……。

山田 寄り添いたい気持ちは病院看護師にもあるでしょう。私が病院看護部長だったとき、「寄り添う看護をしたいのに、業務が忙しくてできません」と看護師に訴えられたことは何度もあります。でも、いざ実践してみるように時間を取って促しても、うまくできないんです。業務に追われるあまり、寄り添う方を学ばないまま育ってしまったのだらうと思います。

小瀬 在宅で利用者のご家族が想いを打ち明けてくれたことがあります。おむつの当て方に自分なりの方法があったその方は、病院看護師と訪問看護師のケアの違いに触れて、「入院した病院では画一性が重視され、ケアの方法がなかった。知識や経験の押し付けではなく、訪問看護師のように一緒に考えてくれる看護師が増えてほしい」と話していました。私は当時1年目でしたが、在宅での経験を通じて、ケアは看護師が一方向的に提供するものではなく、利用者と一緒に考えて決めていく過程が重要だと、この経験を振り返るたびに思います。

山田 「一緒に考える」ことは援助者としての基本姿勢だと私も考えています。病院での看護は、標準化や効率化をめざして、時に患者さん不在になっていませんか。クリニカルパスや標準看護計画にあることが「正しい看護」で、それから外れることは、たとえ患者の希望でも間違いであり、やってはいけないという観念に強く縛られていますか……と、私は問い掛けたいです。病院で患者は、いろいろな選択肢があることを知らされないまま我慢しています。

訪問看護が対象とする患者は自由に生活している人々であって、そこに正しい生活、正しくない生活はありません。「死んでもいいから風呂に入りたい」という方のニーズをどうにかかなえようとするのが訪問看護であり、そ

グローバルナースングリサーチセンター設立

東京大学大学院医学系研究科附属施設として、グローバルナースングリサーチセンター(以下、GNRC)が2017年4月に設立された(センター長=真田弘美氏)。10月11日に、その設立記念講演会が学士会館(東京都千代田区)にて開催された。国内外から約185人が参加した講演会は、GNRCのめざすグローバル性を重視し全て英語で行われた。



●真田弘美氏

◆異分野融合と研究者育成をめざす、日本初の看護研究センター

GNRCは異分野融合型イノベティブ看護学研究的推進とグローバルに活躍する若手看護学研究者の育成を目的に設立。ケアイノベーション創生部門と看護システム開発部門の2部門で構成される。

講演会では、東大大学院医学系研究科の宮園浩平研究科長によるあいさつと来賓祝辞に続き、米国国立看護研究所(NINR)のPatricia Grady所長によるビデオメッセージが上映された。Grady氏は、「看護研究の発展とヘルスケアの改善という共通の目標に向かって、共に歩んでいこう」と呼び掛けた。

続いて真田氏がGNRC設立の経緯を説明。少子超高齢社会を迎えたわが国では「治す医療」から「支える医療」への転換が求められている。こうした中で真田氏は、健康寿命を延伸し国民の自律的な生活を支える「ケア社会」の実現のために、看護学と



●Patricia Grady氏のビデオメッセージ上映の様子

異分野の融合研究を推進し、新しい技術やシステム開発などの「ケアイノベーション」が必要だと述べた。GNRCでは今後、研究環境の整備や人材育成を進めていくという。

講演会ではこのほか、各部門の紹介、Claudia Kam Yuk Lai教授(香港理工大)とChristine Moffatt教授(英国ノッティンガム大)による講演、若手研究者3人による研究報告などが行われた。

の方法は患者と共に考える姿勢がないと成功しないのです。それを踏まえて、私は新卒で訪問看護師から始まるキャリアが広がることで、今、必要とされている「支える医療」の実践者として、より多様な力を発揮できる看護人材が増えるに違いないと考えています。

「看護師だけど一住民」という、援助者に不可欠な感覚を持って

山田 看護師が病院から訪問看護に行っていた草創期を知る者としては、今は病院看護師と訪問看護師の価値観が、まるで全く違う職種のように離れてしまったことを残念に感じています。病院看護師には、退院時に訪問看護につなぐことを考えるだけでなく、地域にもっと出る経験をしてもらいたいと思っています。実際に、病院の看護管理者でさえも、訪問看護師と話した経験がない人は結構多いのです。

小瀬 若手の訪問看護師が増えてきたことで、病院看護師と訪問看護師の関係も少しずつ変わっていくのではないのでしょうか。

私の所属するステーションでは、都内の大学病院との看連携で、病院の退院リンクナースと訪問看護師の勉強会を行っています。看護師としての経験年数が同じくらいだという理由もあり、双方から多くの質問が出る勉強会となりました。

山田 直接顔を合わせる取り組みを通じて病院看護師と訪問看護師、お互いをもっと身近なものになってもらいたいですね。

小瀬 お互いの役割の理解を助けることに加え、病院看護師と地域の訪問看

護師が気軽に話せる関係を築けることは連携する上で大きな魅力になるのではないかと考えています。お互いの良いところを理解し、吸収していくメリットがあると期待しています。

\*

小瀬 さらなる高齢化が進む社会で、地域の医療を支える人材確保としても、新卒訪問看護師のキャリアを考えることは重要になります。何のために、どういう看護師を育てていくのか常に立ち戻りながら、この流れを盛り上げていきたいと新卒で訪問看護師になった立場から思います。

山田 地域包括ケア時代の社会に求められるのは、地域を知り、その地でそのときに必要な看護を実践できる人材です。一住民だけど看護師、看護師だけど一住民。このような感覚を持って、地域に溶け込む看護を提供できる人は欠かせないものです。ステーションだけでなく、病院、教育機関が一緒になって、継続的に新卒訪問看護師を育てていく。「支える医療」に幅広くかかわることのできる看護人材の育成と確保に、病院や教育機関が果たすべき役割は大きいことを、あらためて強調したいです。今は、新卒訪問看護師を育てる「芽」が出たところ。それが葉っぱになり、花が咲くよう、取り組みを続けたいと思います。(了)

●参考文献・URL

1) きらきら訪問ナース研究会。地域で育てる新卒訪問看護師のための包括的人材育成ガイド。https://www.zenhokan.or.jp/pdf/guideline/guide10.pdf

●「訪問看護と介護」誌22巻12号(2017年12月)は、看護基礎教育での新卒訪問看護師育成をめぐる特集。小瀬氏も登場!(詳細は本紙8面広告にて)。

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

サルコペニアに対し有用なリハビリテーション栄養の基本的知識、実践を解説する1冊。臨床では「とりえず安眠・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!

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



看護研究に必要な基本から最新の知識まで、この1冊で!

黒田裕子の看護研究 Step by Step 第5版

今日の看護研究に求められる知識の全体像を、研究指導の経験が豊富な著者が語りかけるように解説! 一見「高度」と思われる内容であっても、著者自らの体験や研究指導のなかで遭遇した事例をふんだんに用いながら解説しているため、実際のイメージをもちながら理解できる点が大きな特徴。近年の急速な看護研究の進歩を反映し、質的研究、研究デザイン、研究計画、研究倫理、新しい研究なども最新の動向が示され、記述もさらに充実。

黒田裕子 看護診断研究会・代表



## 寄稿

# 安全で質の高い看護を急性期病院で提供するために 「抑制しない看護」を今こそ実現しよう

嶋森 好子 岩手医科大学看護学部学部長・共通基盤看護学講座教授

急性期病院では、侵襲性の高い処置やケアが行われ、生命にかかわるライン類が装着されていることから、「患者の安全確保」を理由に患者を抑制することがある。しかし、入院して手術を受けた高齢患者が、回復後も「抑制されたトラウマ」から抜け出せず、せん妄状態が続くことがある。

筆者と野村陽子氏(岩手医大地域包括ケア講座教授)は座長として、第35回日本看護科学学会学術集会(2015年12月5~6日)の交流集会「急性期病院における認知症高齢者看護の支援体制を考える」を、続いて翌年の第36回同学術集会(2016年12月10~11日)の交流集会「急性期病院における認知症高齢者看護の新たな対策を考える」をそれぞれ開催した。

この2回では、急性期治療の場で認知症高齢者に抑制を行わないために、どのような支援を行っているかを紹介した。例えば、急性期病院で認知症カフェを立ち上げた事例や、病院で問題行動を起こす認知症患者も早期の退院によって自宅で問題なく生活できるといった訪問看護ステーション管理者からの報告などである。これを受け私は、抑制を行わなくても安全なケアを提供できるとの確信を得た。

## 抑制廃止の鍵を握る看護管理者

交流集会の経験から、急性期病院で抑制しないケアを提供するには、看護管理者が決断しなければ解決できないと考えた。そこで、第21回日本看護管理学会学術集会(2017年8月19~20日)では、「急性期医療現場で、認知症状を呈する患者に『抑制しない看護』を実現する——看護管理者の取り組みとシステム化」をテーマに指定インフォメーション・エキステンジェを開催した。

引き続き筆者と野村氏が座長を務め、4人の演者が発表した。初めに老人看護専門看護師の日向園恵さん(石巻赤十字病院)が自身の調査結果<sup>1)</sup>から、看護職位によって抑制に関する認識に違いがあることを紹介した。看護部長と現場の看護スタッフの抑制廃止に関する認識が同様に「どちらともいえない」との傾向に対し、看護師長は抑制が必要と考える割合が高いとの結果が示唆された。日向さんは「分析は今後行う予定だが、抑制廃止の鍵を握るのは看護師長」との認識を示した。

次に、吉村浩美さん(聖隷三方原病院総看護部長)から、自身が評議員を務める日本老年看護学会が公表した

「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」立場表明<sup>2)</sup>の内容と意義が紹介された。この表明は、「認知症ケアの原則に基づき、急性期病院で働く看護師(看護職者)に対して看護の方向性を示すとともに、医療・ケアチームの連携協働を図り、かつ急性期医療を受ける認知症高齢者とその家族の安心と安寧を保証する看護を推進すること」を目的に発表された。

抑制の弊害は、身体的に「関節拘縮、筋力低下、褥瘡、(中略)食欲低下や便秘、失禁などさまざまな症状を引き起こす」ことにある。また、「怒り、屈辱、あきらめ、不安といった精神的な弊害がおこり、せん妄やBPSDの要因となる」とされ、「向精神薬を使用する場合には誤嚥や転倒といった影響」が心配される。さらに「ケア提供者のケア意欲を低下させる」と記され、患者の心身のみでなく、看護職自身にも影響を与えると指摘した。

## 病院内の共通認識が必要に

続いて、2人の看護管理者が抑制廃止の取り組みを報告した。初めに、桑原安江さん(京都市立病院副院長・看護部長)が「抑制に依存しない看護への道」と題して発表を行った。現在、同院全体で「抑制低減」に取り組んでいる。転倒・転落の数は多少増えたが、損傷レベルに変化がないことを紹介し、抑制しなくても重大事故には至っていないと報告した。

桑原さんはかつて京大病院で、筆者と同じ時期に専任医療安全管理者として働いていた経験を持つ。患者の安全確保に関心があり、抑制廃止が患者の事故発生に必ずしもつながらないとするデータをしっかり取っていた。筆者の経験でも、抑制や4点柵の設置により、抑制を外したり高い柵を超えようとしたりして、かえって大きな損傷が生じたことがあった。

小藤幹恵さん(金沢大病院看護部長兼副院長)からは、「高度急性期医療の場での抑制しない看護へのチャレンジ」と題し、ICUも含む抑制ゼロに向けた挑戦の経過が紹介された。同院の取り組みは2007年に始まり、看護部理念との関連の明確化や、医師も含めた多職種との連携などさまざまな取り組みがなされた結果、大学病院の全病棟で「抑制ゼロ」を達成した。

実現の過程で得た、患者・家族からの感謝の手紙を紹介するなど、共感を得る発表となった。詳細は『看護管理』誌<sup>3)</sup>にも紹介されている。

## 「安全確保のための抑制」とはならない

参加者とのディスカッションでは、質問は次の2点に集中した。

1つは、せん妄などを起こしている患者を本当に抑制せずにケアできるのかというものだ。抑制廃止を実践する2人は、「抑制をしなければ見守る人が必要になる」「その応援は院内の各職種から支援を受けられる体制とし、必要な支援を行うシステムを作ることで見守りを実現した」と回答。看護師を増員せずにそれは達成できたのかという質問に対しては、一時的に夜勤の人員を増やすも、全体の増員はしていないとのことだった。

両者の看護部では、抑制廃止を病院の課題として取り上げており、多職種の協力が得られるように働き掛けている。そのため、スタッフも安心してケアを行っているという。桑原さんからは、急きょ夜勤支援に入った師長も見守りの意識が共有されており、夜間に「風呂に入る」と言って裸になろうとする患者を抑制せずに見守っていたところ、そのまま落ち着いて入眠したという例が紹介された。

もう1つは、「事故が起きたらどうするのか、その責任はだれが負うのか」というものだった。同じく2人からは、「抑制がかえって大きな問題や障害を起こすことがあり、抑制せずに見守ることによって患者の安全を脅かす事態は生じていない」との見解が示された。参加者からは、「これまで、『患者の安全確保のために抑制をする』と考えていた自分の考えは間違いだった」と確認する発言があった。これは、重要な発言だと考える。「安全確保と抑制ゼロ」は同じ次元で考えることで質の高いケアを実現できるのであって、「安全確保のために抑制」とはならないはずだと筆者はあらためて確認した。

抑制は、相手が自由に動く権利(人権)を剥奪する極めて重大な行為である。そのため、抑制した場合は、責任は抑制した医療者(病院)側に全面的にある。抑制によって有害事象が起こる可能性もあり、安全確保には見守りが必須となる。であるならば、抑制しないで見守るほうが看護師のジレンマも少なくなるのではないかとこの体制の確保が看護管理者の責任である。

## 急性期病院は抑制廃止に本腰を

これまでの議論から、「抑制しない

●しまもり・よしこ氏  
1968年川崎市立看護学院卒、71年神奈川県立看護専門学校公衆衛生学科卒。女子栄養大学栄養学部二部栄養学科、放送大教養学部を卒業。川崎市立川崎病院、東京都済生会中央病院、同島病院などを経て、99年日本看護協会常任理事。2002年京大病院看護部長、07年慶大看護医療学部教授、10年東京都看護協会会長。16年より岩手医大看護学部の設置準備に携わり、17年より現職。日本臨床看護マネジメント学会理事、医療の質・安全学会理事など役職多数。



## ●表 抑制しない看護の実現に向けて

- 1) 看護管理者のトップが抑制廃止を決断
- 2) 看護部目標として設定
- 3) 何が抑制であるかの明確化と実態の可視化(日々抑制の数を報告して確認する)
- 4) 抑制が起きる状況の明確化(どんな場面で抑制がどのように開始されるか)
- 5) 抑制によって生じる問題の明確化(患者およびケア提供者に与える心身への影響)
- 6) 高齢者ケア、せん妄などの発生要因と対応についての理解のための研修
- 7) 抑制が倫理的な問題であることの明確化と看護部スタッフ間でのディスカッション
- 8) 抑制廃止で起きる事故やリスクの危惧への具体的な対応(看護部内および病院全体での支援体制作り等)
- 9) 病院全体の課題として取り上げる働き掛けと多職種の支援
- 10) 患者・家族のプラス反応のフィードバックによる、専門職としての自己効力感の高揚(院内全職種)

看護」の実現に必要な取り組みを整理すると、表のようにまとめられる。

1999年から2000年に看護師がかかわる重大な医療事故が発生し、医療安全への取り組みが本格化された。医療法やその施行規則が改正され、医療安全に関する制度は大きく変わった。筆者がプログラム作成にかかわった<sup>4)</sup>、行政処分を受けた看護師等の再教育でも当初、教育を受ける者の3分の1が事故の当事者だったが、今日では1人または0人となり、事故の法的責任も個人から組織になるなど、その様相は大きく変わっている。「安全のために抑制を行う」との考えに看護職が縛られることなく、質の高い安全な看護の提供のために「抑制を廃止する」方向へとパラダイムシフトが必要である。急性期病院における抑制廃止が推進されることを期待したい。

## ●参考文献

- 1) 日向園恵, 他. 地域医療支援病院における高齢患者への身体拘束に関する看護職の認識——看護部長・看護師長・看護スタッフの調査より. 第47回日本看護学会—看護管理—学術集会抄録集; 2016: 469.
- 2) 日本老年看護学会. 「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明. 2016.
- 3) 小藤幹恵. 患者の心と深く響き合うことが、看護の専門性を高める——看護部全体で取り組む「抑制しない看護」に向けたチャレンジ. 看護管理. 2017; 27(1): 26-30.
- 4) 嶋森好子. 平成19年度厚労科研事業総括・分担研究報告書. 行政処分を受けた看護師等に対する再教育プログラム作成に関する研究(主任研究者 嶋森好子). 2008.

看護学生必携の簡便な事典。知っておくべき医学・看護の用語を豊富な図を用いて解説

## 図解 看護・医学事典 第8版

教科書のあちこちに出てくる医学・看護用語を簡潔に解説した看護学生必携の小事典。今回の改訂では本文970ページに図表873枚を挿入。見て分かる事典を目指すとともに2色化によりさらに使いやすく引きやすい事典を心がけた。巻頭のカラー図譜では、覚えておくべき解剖学的知識を整理。冒頭の略号一覧は、略語辞典としても有用。

監修 井部俊子  
聖路加国際大学名誉教授・  
井部看護管理研究所代表取締役  
眞輪良行  
みさと健和病院救急総合診療研修顧問  
編集 「図解看護・医学事典」編集委員会



人を助けるひとは、なぜ自分を助けられないのか。

## つらいと言えない人がマインドフルネスとスキーマ療法をやってみた。

「感情を出す人をレベルが低いと見下す」「オレ様」開業医のヨウスケさん。「他人の世話ばかりしてしまう」「いい人」心理士のワカバさん。本書に登場するふたりは、一見対照的ですが、意外な共通点があります。どちらも「つらいと言えない」のです。いえ、もしかして医師・看護師をはじめとする援助専門職は、みなこの「病」を持っているのかもしれない。そんな人たちが、マインドフルネスとスキーマ療法をやってみたら……。

伊藤絵美  
洗足ストレスコーピング・  
サポートオフィス所長



# 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155回)

## 辞め方の美学

先月、ある病院の事務局長から電話があった。看護部長が「辞めます」と言ってきた。翌日、事務局長が慰留したところ、「(看護部長を)やっていきます」と答えたという。つまり、この看護部長は一日にして辞意を撤回したわけである。

「辞めます」を交渉の道具として使う看護管理者もいる。自分が要求していることが通らないと「辞めさせていただきます」と頻りに軽々と口にする師長に対し、私は看護部長としていさめたことがある。さらに、「次に辞めるといときは本当に辞めなければなりません」と申し渡した。それから数か月後、彼女は退職した。

新たに看護部長となったAからの“相談”がメールで寄せられる。副看護部長であったAを看護部長に推挙した前看護部長は年度末で退職するものとAは思っていた。しかし、“顧問”として残留し、いろいろと院政を敷いた。つまり、引退したはずの人がなお実権を握って取り仕切っているのである。組織図上はAの部下となるはずの副看護部長が、前看護部長の非公式指示を受ける。新年度になったのにAの体制が構築できないのである。

### 看護部長時代の苦い経験

私自身の苦い経験もある。私は看護部長を退任すると決断したあと、退職日を年度末の3月31日とせず、新年度に入った4月末とした。後任人事の決定が遅れていたこともあって、新入職員のオリエンテーションなどを行い、新年度の体制を整えて退職しようという“配慮”であった(内心、看護部長職に未練があったからだ)。今では考えている。この配慮は不要であったと、後にある病棟師長に聞かされた。新年度は新しい体制で出発したほうがやりやすいというのである。よかれと思ってやったことがあだになるとはこういうことであると実感した。辞める

ときは潔く辞めなければならないと思った。

### 部門トップが辞める際の4箇条

今回の「看護のアジェンダ」は、部門のトップが辞める際の美学を考えた。引き際の美学である。

前述した3つの事例から次のような教訓が導かれる。

1) 看護部長が組織人として辞意を表明したら、それは撤回すべきではない。

翌日に「そんなこと言わずに続けてください」と上司に言われたからと、簡単に「辞めるのをやめる」のは美しくない。そもそも、引き留められて残るのならば辞意を公に伝えるべきではなく、その前に、個人的に打ち明けて

もよい人に相談するとよい。「看護部長」として「事務局長」もしくは「病院長」に辞意を表明したら、辞めなければならないのである。

2) 辞意を駆け引きに用いるべきではない。

ものごとがうまくいかないから辞めてやるという態度はいささか幼稚である。それだけでその人の能力や人柄が評価される。決して高い評価にはならないであろう。部下の信頼が低下するのも必須である。常に「辞める」を口にする上司を、リーダーとして認めることはできない。

3) 職位を辞すということは、職位に付随する職権(職能)を手放すということである。

私が反省しているように、未練がましく在職の期間を延長したり、Aの上司のように失ったはずの権限を行使すべきではない。新体制を心配するならば、自分の在職期間中に補強をしなければならぬ。Aの上司はしかるべき席(会議)で権限委譲を表明せず、Aはどう振舞ったらいいのかとまどっていた。

4) 職位を辞すという決断は覚悟である。

定年で辞める場合、任期満了で辞める場合などは辞す時期が外的な要件で

決められており、特別なことがない限り、そのルールに従うことになる。一方、職位を辞すことを自律して決断している人も多い。自分の体力や能力の限界、家庭の事情、組織の状況、人間関係、病院長の信念との不一致など複雑に絡み合って、「自分はこの職を辞める」決断をする。

決断するまでの期間は人によってさまざまであろうが、しばらくの間「迷いの期間」があり、心理的に不安定となる。その迷いを他人に話して気持ちを整理する人もいれば、自らの中で悶々としたあと決断する人もいる(私の場合はやたらにおみくじを買って求める)。迷いを口にする際の相手は、組織の外部にいる人で口が堅い人を勧めたい。十分に迷うことをすると、どこからか決断の“お告げ”がくるものである。

定年後の人生をつづった内館牧子著『終わった人』(講談社、2015年)が話題になった。著者はあとがきで「重要なのは品格のある衰退」であるとし、「衰え、弱くなることを受けとめる品格を持つこと」の重要性を指摘している。

## 第30回日本サイコオンコロジー学会 第23回日本臨床死生学会合同大会開催

第30回日本サイコオンコロジー学会と第23回日本臨床死生学会の合同大会(会長=埼玉医大・大西秀樹氏)が10月14~15日、きゅりあん(東京都品川区)にて開催された。本紙では、高齢がん患者と家族の意思決定支援について議論されたシンポジウム「高齢がん患者の治療をめぐる——意向の異なる患者と家族を支援すること」(座長=北里大大学院・岩満優美氏、神奈川県立がんセンター・横尾実乃里氏)の様態を報告する。

### 医療者は患者と家族の橋渡しを

緩和ケア医の松本禎久氏(国立がん研究センター東病院)は、「(高齢がん患者の)本人は抗がん剤治療を希望しないが、家族が希望する」事例を想定し、医療者の支援を検討した。高齢がん患者の問題は、身体的な脆弱性や認知機能低下・認知症をはじめ、抑うつ、社会・経済的背景に至るまで多岐にわたる。患者の理解・認識・論理的思考・選択の表明から意思決定能力を把握し、治療方針を決めていく過程では、家族や主治医にも葛藤が生じる。そこで、緩和ケアサポートチームが患者・

家族・主治医それぞれの「語り」を聞き、一緒に考え決定していく支援が重要だという。「個々の高齢がん患者の背景を理解し、正しい医療情報を伝えた上で合意形成のプロセスを積み重ねることを心掛けたい」と強調した。

木野美和子氏(筑波メディカルセンター)は、意思決定支援についてリエゾン精神看護専門看護師の立場から発表した。急性期病院の一般病床高齢者入院患者の52.3%に認知機能低下の恐れがあるとされる[古田光, 他. 総病精医. 27(2); 2015: 100-6.]。患者が納得する自己決定を行うには、治療・療養を事前に話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)が重要と説明。



●大西秀樹会長

ある事例では、対症療法施行後に全身状態が安定した際、患者が落ち着く時間帯に心地よいと思える環境で希望を聞いたことで、患者の意向を家族に伝えられた経験を語った。「看護師は、患者の思いを家族へ橋渡しする役割がある」と述べ、「最善の選択だったと保証し支持することが、患者・家族の自己肯定につながる」と語った。

鳥取県立中央病院がん相談支援センター相談員で臨床心理士の藤松義人氏は、担当医から認知機能評価の依頼を受けた高齢がん患者の事例を紹介した。その経過から、治療に対する患者の理解度について担当医・医療スタッフはもちろん、家族にも情報共有を図ることが大切になると指摘。家族支援は患者に比べサポート資源が少ないため、がん相談支援センターなど利用しやすい場が重要になるという。家族への支援では、「近い将来と遠い将来」の見通しを説明し共有していくことがポイントになるとの見解を示した。

**2018年度 第5期生 受講者募集**

**日本財団在宅看護センター 起業家育成事業**

あなたの起業を応援します

地域の暮らしを守る在宅医療を担う事業所(訪問看護ステーション等)を運営するための経営力・判断力・コミュニケーション力・コーディネーション力を養成します

2017年11月より応募受付開始 ●受講期間:2018年6月~2019年1月(8ヵ月間)  
●受講料:40万円(税込)

★応募条件★

- 10年程度の臨床経験をもつ看護師。訪問看護、在宅看護経験があれば望ましい
- 研修終了後、おおむね1年以内に起業をする方、または、現在、在宅/訪問看護事業所に勤務し、当該施設の機能強化を目指す立場にある方

受講・開業に際して各種支援制度あり

受講中は、家賃・交通費の補助、起業時には、開業支援として機材を含む事務所整備、また、開業後の車両提供もあります(本制度には申請条件や審査があります)

詳しくはホームページから <http://www.smhf.or.jp/hospice/zaitaku/>

Sasakawa Memorial Health Foundation 公益財団法人 笹川記念保健協力財団 事業部  
〒107-0052 東京都港区赤坂1-2-2 日本財団ビル5階  
TEL 03-6229-5390 FAX 03-6229-5395  
Email smhf\_home-nursing-cc@tnfb.jp

これからのシームレス教育を先取りした  
実用的な“看護技術テキスト”

根拠と事故防止からみた

**基礎・臨床看護技術** 第2版

編集 任 和子・井川順子・秋山智弥  
編集協力 京都大学医学部附属病院看護部

新人看護師の技術能力に関して、臨床現場が期待しているものとのギャップが指摘されて久しい。本書は、「基礎教育と臨床の橋渡し」を目標に、基礎看護技術の内容はもちろん、臨床現場で実際に行われている看護技術も幅広く網羅。写真と動画で看護技術の細かい手順を目で見て理解できる。「経過別のPOINT」「根拠」「コツ」「注意」「Safety Check」など、押さえるべき情報も豊富に掲載。看護技術の全てが詰まった1冊。

●A5 頁868 2017年 定価:本体5,500円+税 [ISBN978-4-260-03219-3]

医学書院

### 「HPVワクチンの副反応が怖い……」

子宮頸がん予防のための HPV ワクチンの接種率は、ワクチン接種に最も望ましい第7学年(中学1年生)において2012年には65.4%でしたが、その後の副反応報道と国の積極的な接種勧奨の一時差し控えを受けて2013年には3.9%になってしまいました<sup>1)</sup>。

HPV ワクチンがどのようにとらえられているかを調べるために、われわれの研究グループでは、接種対象世代(小学校6年生~高校1年生)で HPV ワクチン未摂取の娘を持つ母親(n=2060)に対してインターネット調査を行いました<sup>2)</sup>。現状で接種の意向がある方は12.1%でした。「国による積極的な接種勧奨が再開したら」という前提を加えて接種の必要性に関する教育的なメッセージを読んでもらったところ、接種する意向の方は27.3%になりました。この結果から積極的な接種勧奨が再開されても70%以上は接種を見送ると考えられます。

理由を探るため、いくつかのメッセージを提示しました。メッセージの1つは、「日本でも、接種を受けた方のうち99.993%の方は、重篤な副反応などなく、健康に暮らしています」でした。メッセージに対する印象をインタビューすると、多くの方が「不安は軽減された」と回答しましたが、「逆に0.007%の人は重篤な副反応が出るのだと不安を感じる」という意見も複数ありました。また、「ワクチンを受けて将来の心配を減らすこと」よりも、「ワクチンを打つことで何かが生じること」のほうが怖い。「確率は低いと理解したが、以前テレビで見た映像が衝撃的だった」という反応がありました。

### 起こる確率が低いもののほうが怖い？

この現象は、Kahneman & Tversky のプロスペクト理論<sup>3)</sup>に含まれる、「微小確率の過大評価」を使って考えられます。例えば、自動車事故と航空機事故のどちらが怖い？ という質問に対して、多くの人が航空機事故のほうが怖いと答えると思います。しかしデータに基づいて「合理的に」判断すると長距離移動では航空機に乗ったほうが安全であることがわかっています。それでも、普段自動車に乗っているときには、「自分が事故に遭うはずがない」と多くの人が思いますが、航空機に乗っていて大きく揺れた場合には「落ちるんじゃないか！」と不安を感じます(筆者自身も)。このような心理は確率の比較からは説明できません。行動経済学では図のような関数を使ってこの現象を理解します。

# 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4回

なぜ私たちの意思決定は不合理なのか？

### 微小確率の過大評価 HPVワクチンの副反応はなぜ怖い？

#### システム1 優位が確率の過大評価を生む

45度の直線は主観確率と客観確率が完全に一致する合理的確率評価、逆S字の曲線はプロスペクト理論における主観確率と客観確率の関係です。直線と曲線が交差するところが参照点です。参照点の値は、多くの場合0.3だと言われています。

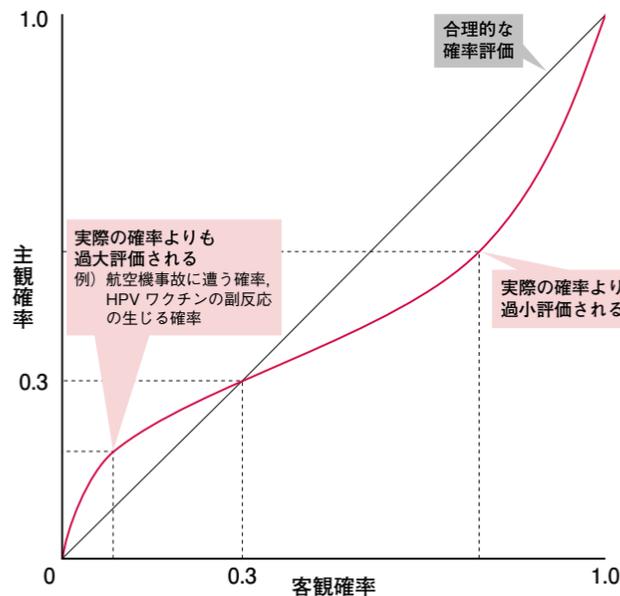
「微小確率の過大評価」が引き起こされる原因は何でしょうか。Kahnemanは、人間の意思決定プロセスを説明する仮説理論として、直感的・感情的で「早い」判断を行うシステム1と、理性的・計画的で「遅い」判断を行うシステム2による2重プロセスが意思決定にかかわっていると考えています<sup>4)</sup>。確率の過大評価は、システム1の活動が優位なことで生じると解釈されています。

このシステム1の活動により、不確実な見込みを評価するとき、鮮明かつ印象的(流暢性・鮮明性・認知容易性)に結果がイメージされる場合には、確

率の数値が果たす役割よりイメージが果たす役割のほうが大きくなります。さらに「100人に1人」と言われるよりも「10万人に800人」と言われたほうが確率を大きく感じてしまう「分母の無視」と呼ばれるバイアスでも、確率の過大評価が生じます。

HPV ワクチンの場合、最も影響しているのは、報道で示された副反応に関する映像や具体的記述だと考えられます。報道は対象者の母親の記憶に鮮明に残り、副反応が生じる客観確率0.007%に対して非常に大きな過大評価を引き起こしているのではないのでしょうか。「100人に1人が子宮頸がんになるリスクがあり、ワクチンを接種することで避けられます」というメッセージを提示しても、子宮頸がんになることのイメージの鮮明性が、報道による副反応のイメージの鮮明性よりも圧倒的に劣っています。

この現象は、HPV ワクチンに限らず、日常の診療において治療の効果や副作用のリスクの説明を確率で説明してもなかなか納得が得られなかった



●図 プロスペクト理論における主観確率と客観確率の確率関数

り、本当に必要な治療を受療してもらうための説得が受け入れられなかったりすることの共通した背景ではないかと考えられます。

#### システム2 優位をめざし、比較による合理的判断を促そう

このような状況で医療者が患者とのコミュニケーションで気を付けるべきことは、以下のとおりです。

まず多くの場合、患者はシステム1が優位な状態です。客観的、合理的説明をそのまま理解することはできず、感情に沿った方向に過大評価します。特に恐怖や不安という感情は、システム1を優位にします。この感情を適切にコントロールすることが必要です。そのためには、患者に恐怖や不安をもたらしている原因について、まずは共感的に理解と保証を与えます。さらに、積極的な傾聴により話を聞き出し、それらを言語化・可視化していきます。これにより、患者は安心感を得られ、恐怖や不安の背景が言語的に取り扱えるようになります。このようにしてシステム2 優位の状態をめざします。

システム2 優位の状態となったら、話題にしたい治療法や副作用について、1つのシナリオで示すのではなく、他のシナリオも用意して提示します。確率やリスクを他のものと比較可能にすることで、客観的、合理的な根拠を吟味して判断できるようになります。

患者に恐怖や不安をもたらす情報は世の中に溢れています。そのため、一度システム2 優位の状態をつくることができても、次の診察では再びシステム1 優位に戻っているかもしれません。システム1 優位からシステム2 優位に導く作業は、患者との長期的なコミュニケーション戦略の中で粘り強く行われなければいけません。

### 今回のポイント

- 客観的には起こる確率の非常に小さいことが、主観的に過大評価されることがある。
- 示される結果が鮮明かつ印象的(流暢性・鮮明性・認知容易性)にイメージされる場合、確率の過大評価が生じやすい。
- 過大評価が生じている患者に対しては、まず背景となる感情を適切にコントロールする。
- 感情的判断(システム1) 優位から理性的・客観的判断(システム2) 優位に導いてから、複数のシナリオで情報提示する。

#### 参考文献

- 1) Am J Obstet Gynecol. 2015 [PMID: 25434842]
- 2) BMC Public Health. 2016 [PMID: 27663658]
- 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) 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.

**自治医科大学 看護師特定行為研修 平成30年4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動脈血液ガス分析関連 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1月18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(10,000円/科目)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。

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

ポジティブな感情あふれる組織をつくる実践知とリーダーシップ

### 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

なぜ計画通りに組織変革が進まないのか。取り組みに対するネガティブな感情をポジティブに転化し、自ら目標に向かって変化していきける組織へ導くために必要なリーダーの心構えを考察。組織変革を成し遂げた事例を詳細に紐解きながら、型にはまったノウハウではない、ドラッカー時代から説かれてきた古くて新しい「看護管理者の役割」の本質を明らかにする。指示命令型のマネジメントを脱し、一歩先のマネジャーを目指す方へ。

市瀬博基  
東京外国語大学非常勤講師

参考文庫  
1) Am J Obstet Gynecol. 2015 [PMID: 25434842]  
2) BMC Public Health. 2016 [PMID: 27663658]  
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) 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.

A5 頁256 2017年 定価:本体2,600円+税 [ISBN978-4-260-03216-2]

医学書院

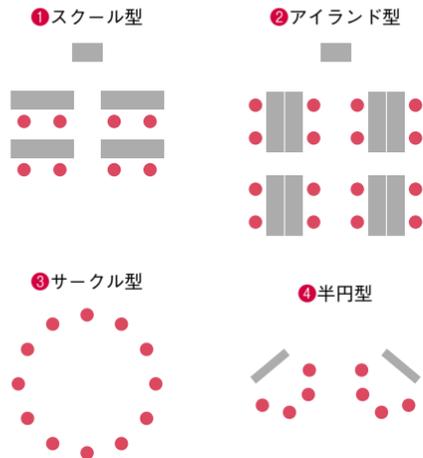
# 院内研修の 作り方・考え方

臨床現場で行われる研修会や勉強会をより効果・効率・魅力的な内容にするために、インストラクショナルデザインを用いた研修設計をご紹介します。初めて教育委員を任された「はじめさん」、頼れるベテラン看護師「ゆう先輩」と一緒に、教育を専門に学んでいなくても自信を持って教えられるスキルを学びましょう。

第 8 回

## ファシリテーション、できていますか？

政岡 祐輝 国立循環器病研究センター副看護師長  
熊本大学教授システム学研究中心連携研究員



●図1 机・椅子の配置例

- ①主に講義形式で選択する。Think pair shareといった隣同士の意見交換も可能。
- ②グループワーク中心の研修で用いる。
- ③学習者全員の顔が見えることが特徴。自己紹介や意見交換、対話重視の学習活動に最適。
- ④ホワイトボードに意見を書き出し、学習を進めていく際に利用する。いずれも学習目的に合った配置が重要になる。研修中に変更するなど、工夫したい。

なども加えると、場も和みます。

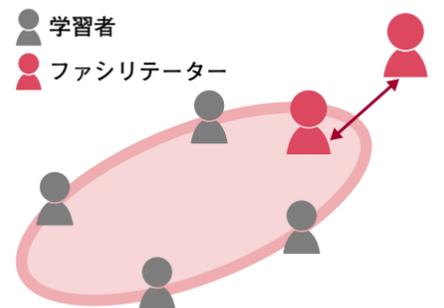
主体的な参加を促すには、学習者同士の距離感も考慮しなければなりません。また、ファシリテーター自身がグループの輪の中に立つのか、グループの輪の外に立つのかといった「立ち位置」もとても重要です(図2)。

これまで多くのグループワークを見てきた経験上、グループの輪の中にファシリテーターが入り続けると、発言のほとんどがファシリテーターになりがちで、発言するたびに参加者がファシリテーターの顔を確認するといった“ファシリテーター依存”の状態に陥りやすいです。輪の外に立つことを不安に思うファシリテーターもいるかと思いますが、輪の外から「皆さんどう考えますか」と投げ掛け、学習者同士の対話や討議が交わされるようにするとよいでしょう。参加者同士の自然な発話を生むはずですが。

### 「問い作り」と 問いの「見える化」

参加者に何かを考えさせる際、文章か口頭で問いを与えることから始まりますね。では、この問いをどう立てるか。ここがファシリテーションの役割の中でも特に重要となります。学習目標を達成させるために、グループワークでどのようなことを、どんな順番で考えていけばよいかを事前に明確にしておく必要があります。そして学習者に対し、今、何を考えればよいかを明快に伝えます。この問いが不明瞭では、研修中にファシリテーターが逐一説明するハメになってしまいます。明快な問いが与えられていれば、学習者はそれに合わせて考えを導き出すことができるのです。

無言の時間があると不安に駆られ、ファシリテーターが話し出してしまふなんてことはありませんか？ 安易にファシリテーターが声を発してしまうと、学習者の思考を遮ることになって



●図2 ファシリテーターの立ち位置

学習者が“ファシリテーター依存”にならないよう、適宜輪の外から声掛けや発問をする。

しまいます。場合によっては「答えまで言ってしまった」という場面も見受けられます。これではファシリテーターは学習の支援者ではなく、学習者の考える機会を奪う“学習泥棒”になってしまいますね。無言であっても、学習者の頭がアクティブに思考してさえいれば良いのです。

私も無言の時間があるとつい話し出しそうになりますが、学習者を信じてぐっと待つことで、学習者が発言し始めることがほとんどです。思考停止に陥っていたり、混乱したりしている場合にのみ、学習者にはそれを解消するヒントを与えましょう。明らかに学習目標からそれた判断をしている場合などは、フィードバックを与えることも必要です。中には、他者のことを考えずに1人で話し続ける人がいるので、その場合は他者が発言できるようコントロールします。複数のグループをファシリテートする際は、机と机の間を歩いて観察する「机間巡視」をしながら、グループのやりとりに聞き耳を立てて状況を把握するように努めましょう。

対話や討議を活性化させるポイントは、問いに対する参加者の回答をホワイトボードや模造紙などに記録し「見える化」することです。記録の方法は文字でも図でも構いませんし、内容によって色を変える工夫もよいでしょう。見える化されることで視覚的に確認でき、他者との差異の認識や同じ点の同定ができて分析しやすくなります。

\*

学習目標を達成するには、毎回強調しているとおり綿密な学習プログラムを設計することが何より重要になります。それを念頭に置いて、研修当日は学習者の状況をアセスメントしながら柔軟な対応で研修を進めることがファシリテーターには求められます。ぜひ、気負わずに学習者の主体的な学びを引き出してみてください。

### 教え方のポイント

- ① 研修設計時に、社会的な手抜きが起こらず、安心して発言できる場作りに対する方略を考えておく。
- ② 学習目標の達成につながる明確な問い掛けを準備し、明快に伝える。

はじめさん ゆう先輩

### ゴールは「学習を起こすこと」

今日の研修でグループワークがあって、ファシリテーターを務めたんですが、うまくいかなかったんです。

何がうまくいかなかったの？

いろいろと発問をしたんですけど、出てほしい意見がなかなかなくて。発言してくれた人もグループの中の特定の2人くらいで、ディスカッションにならなかったんです。

どんな質問や声掛けをすればよかったのか途中でわからなくなりました。

ファシリテーション(facilitation)は、近年看護の領域でも注目されている言葉で、耳にしたことのある方も多いと思います。日本ファシリテーション協会はファシリテーションについて、「人々の活動が容易にできるよう支援し、うまくことが運ぶよう舵取りすること。集団による問題解決、アイデア創造、教育、学習等、あらゆる知的創造活動を支援し促進していく働き」と説明しています。指導者がファシリテーションの技術を身につけることで、学習者の学習効果を最大限にまで引き上げることができるのです。

ファシリテーションのゴールは「学習を起こすこと」。ファシリテーターは単なる観察者でも講演者でもありません。ファシリテーターに求められる役割は、学習活動の障害を取り除き、学習者がミスを恐れず挑戦できる快適で支援的な環境を整えること。そして学習者全員が主体的かつバランスよく参加できるように支援することです。

その場での声掛けや問い掛けをどうやればいいのか難しいです。

そっか。はじめさんは、ファシリテーションってグループのメンバーに対して行う声掛けや質問のことだけだと思ってないかな？

えっ!? そうじゃないんですか？

今回は、これまでの筆者の経験も踏まえながら、研修におけるファシリテーションの役割で重要となるポイントをいくつか紹介していきます。

### 学びが促進される「場作り」

場作りには、物理的な場作りと心理的な場作りがあります。物理的な場作りは、学習方法に合わせて机や椅子、ホワイトボードの配置などを考えることです(図1)。

心理的な場作りは、「グループメンバーの誰かが意見を考えるからそれに便乗すればいいだろう」といった、参加者のいわゆる「社会的な手抜き」を防ぐことが目的の一つです。その上で学習者が考えや意見を安心して気兼ねなく発言できる安全な環境を作り、主体的な参加を促すことをめざします。社会的な手抜きは、グループサイズが大きくなればなるほど発生してしまいます。グループダイナミクスを考えると適当なサイズは5~6人と言われますが、経験的に3~4人がちょうど良いサイズです。

安全な環境を作るには、「他者の話は最後まで聞く」「他者の発言に対して否定はしない」などのグラウンドルールを作って提示したり、グループメンバー同士での自己紹介(チェックイン)やチームビルディングゲームを行ったりします。自己紹介では、氏名や所属だけでなく、趣味や最近のマイブーム

知識・技術の修得をめざす教育から、思考力・学びの態度をはぐくみ支える教育へ

## 看護におけるクリティカルシンキング教育 良質の看護実践を生み出す力

看護師が自ら考え行動し、良質な看護を提供するうえで、クリティカルシンキング(批判的思考)は欠かすことのできない力の1つ。本書では、その思考力と態度の育成方法について、看護学、心理学の両分野から検討し、実践事例にもとづいて解説する。知識・技術の修得を目標とする従来の教育から、思考力・学びの態度をはぐくみ、学生自身の成長を支える教育へ。変わりゆく現場で日々模索を続けるすべての看護教育者、必携の書。

楠見 孝 京都大学大学院教育学研究科 教授  
津波古澄子 共立女子大学看護学部 教授



あなたにできること、たくさんあります！

## 誤嚥性肺炎の予防とケア 7つの多面的アプローチをはじめよう

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

前田圭介 愛知医科大学緩和ケアセンター講師



# Medical Library

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部(03-3817-5650)まで  
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

## 組織で生きる 管理と倫理のはざま

勝原 裕美子 ● 著

四六判・頁328  
定価:本体2,700円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03101-7

本書は、看護管理者がそれぞれの立場で、例えば看護部長でも看護師長でもその役割について、あらためて熟考することが求められる書です。看護管理者が組織内で担うべき役割、そしてリーダーとしてどのような行動指針を持つべきか、行動するために選択するという意思決定プロセスについて、その構造も含めて、読者に問い掛け、ふに落ちるようにナビゲートしてくれます。

### 看護管理行動一つひとつに関与している倫理への気付き

多数の看護管理者の管理場面事例を用いて、看護管理行動と倫理について解説されています。役割や行動、行為の選択の一つひとつに、倫理が関与していることの気付きを与えてくれます。著者は、「いくら卓越した技能や知識をもっていても、そこに倫理性が伴わなければ、よい仕事とはいえない」(p.9)と先達の研究を紹介しながら、「よい仕事と倫理の関係」、また「よりよく生きること」「よりよく生きたいということ」について問いかけます。そして、よりよく生きるとはどのようなことを指すのか、よい仕事とはどのような状況下にあるのか、看護管理者に投げかけてくるのです。

「組織のはざまにいる看護管理者」へ、組織で生きるということ、看護管理を担うということ、よりよく生きていますか? よい仕事をしていますか? と問いかけています。この問いに私たちは、どのように答えたらよいのでしょうか。その解は、第11章「倫

### 倫理的意決定プロセスを ふに落ちるようにナビゲート



理的問題をくぐって形成されるキャリア」から、よりよく生きるためのヒントを得ることができるように思います。選択し決定したことは、内省を通して経験に

事例として登場する多数の看護管理者の語りは、選択すること、決めること、つまり意思決定することの困難さと責任について、振り返ることの意味を教えてください。意思決定した後に、つまり「選択した」「決めた」後にどうするか、そのままでは、よりよく仕事をしたことにはならない、内省を経て経験にしなければならぬと説きます。次の倫理課

題への向き合い方を説きつつ、内省することの必要性に著者は気付かせてくれます。自分自身の行動や行為、言語に対する覚悟を持たせられると言ってもよいかもしれません。

第12章「管理者の倫理的意決定プロセスモデル」を用いた事例検討は、内省して経験に昇華するための「道しるべ」になることは間違いないでしょう。ここで示された枠組みによって、看護管理者として意思決定したプロセスが整理しやすくなります。漠然としていたことも明確になってくるのが実感できると思います。プロセス重視という考え方も、論理を整理して筋道を立てるといふ点から大いに役立つのではないのでしょうか。

今後も著者が、この組織と倫理の研究を続けてくださるのならば、二重権限構造に潜む倫理課題に取り組んでほしいと思いました。看護管理者のみならず、病院という組織に潜む権限構造のはざままで、ジレンマとともによりよく仕事をしようがんばっている第一線の看護職が多数にのぼるからです。

本書で、「やらまい勝ちゃん」(著者が前職でつづっていた大人気ブログ)が、看護管理者にたくさんの勇気をくれます。

評者 福井 トシ子  
日本看護協会会長

## 質的研究 Step by Step 第2版 すぐれた論文作成をめざして

波平 恵美子 ● 著

B5・頁152  
定価:本体2,600円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02832-5

評者 小田 博志  
北大大学院教授・人類学

評者がまだ質的研究の「し」の字もわからない頃、特に困っていたのは「質的研究のイメージが湧かない」ことであつた。「質的研究」と言われても、漠然と「質的研究をイメージできる好著」(研究参加者)の選択基準の適切さ/データの真正性」である。これこそ著者の独壇場と言える。この白眉の部分ぜひご覧いただきたい。ここから事例を深く読むとはどういうことかわかるはずである。また文脈理解の意味を学ぶこともできるだろう。何より「予想しない発見」という質的研究の魅力が、説得力を持って伝わってくる。

事例は「単なる事例」ではない。私たちは常に個別の「事例」として生きている。かけがえのない具体的な人生を、周りの人々や、自然環境とのかかわりの中で生きている。それは決して性別や年齢や職業などの抽象的な「変数」に還元できない。けれども「科学」の名の下に、具体的な生を「変数」にまで切り詰めて、計測の対象とする「研究」がこれまで幅を利かせてきた。質的研究とはこの傾向に対し、研究を具体的な生の現場に取り戻そうとする「運動」なのだと言評者は考えている。ちょうど現象学が哲学において「生活世界」へ立ち戻ることを提唱する運動であったように。この点で本書が現象学を質的研究の基礎となる立場として位置付けていることは卓見である。

用語解説やブックガイドなども懇切丁寧。第2版として内容は全面的に刷新されている。質的研究の初学者がまず手に取るべき一冊として推薦したい。

である。評者が本書を読んで個人的に感銘を受けた箇所は、特にp.107~110にかけての項「研究協力者(研究参加者)の選択基準の適切さ/データの真正性」である。これこそ著者の独壇場と言える。この白眉の部分ぜひご覧いただきたい。ここから事例を深く読むとはどういうことかわかるはずである。また文脈理解の意味を学ぶこともできるだろう。何より「予想しない発見」という質的研究の魅力が、説得力を持って伝わってくる。

事例は「単なる事例」ではない。私たちは常に個別の「事例」として生きている。かけがえのない具体的な人生を、周りの人々や、自然環境とのかかわりの中で生きている。それは決して性別や年齢や職業などの抽象的な「変数」に還元できない。けれども「科学」の名の下に、具体的な生を「変数」にまで切り詰めて、計測の対象とする「研究」がこれまで幅を利かせてきた。質的研究とはこの傾向に対し、研究を具体的な生の現場に取り戻そうとする「運動」なのだと言評者は考えている。ちょうど現象学が哲学において「生活世界」へ立ち戻ることを提唱する運動であったように。この点で本書が現象学を質的研究の基礎となる立場として位置付けていることは卓見である。

用語解説やブックガイドなども懇切丁寧。第2版として内容は全面的に刷新されている。質的研究の初学者がまず手に取るべき一冊として推薦したい。

## 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、未知に挑む。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

IV

The ratio of we's to I's is the best indicator of the development of a team.

—「私」というより「私たち」と使っている割合が、チームの発展を示す最もよい指標である

ルイス・B. イルゲン, 俳優

「グループ」と「チーム」の違いは何であろうか。個人としてのプロが集まりグループはできるが、チームとしてのプロとは言えない。チームトレーニングなどによって、真のチームとして協働することで、チームとしての「私たちの」パフォーマンス(チーム力)は向上する。

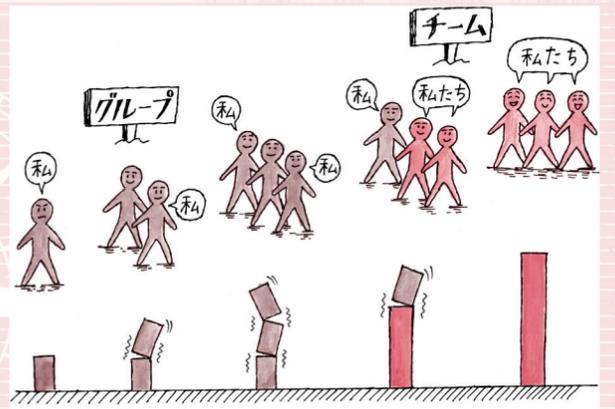


イラスト 萩原 亜紀子

やってみたら「逆向き設計」だった! ——看護教育カリキュラムの新時代到来

## 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

やってみたら「逆向き設計」だった! 現場で求められる看護実践力とは何か。そもそも教育とは、学びとは、評価とは何かという根源的問いからカリキュラム再構築を追求してきた看護教育者が、気鋭の教育学者と協働し、同じゴールを目指したその背景を初解説。なぜパフォーマンス評価が看護基礎教育に必要で、ルーブリックが看護養成の場で有効なのかがこの1冊でわかる実践的ガイドブック。領域別実習例やQ&Aも充実。

糸賀 暢子  
あじさい看護福祉専門学校看護学科・学科長  
元田 貴子  
あじさい看護福祉専門学校看護学科・専任教員  
西岡 加名恵  
京都大学大学院教育学研究科教育科学専攻  
教育方法学講座・教授



本紙編集室では Twitter, Facebook にて、  
毎週火曜日に更新情報をお知らせしています。

@igakukaishinbun

記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

「なんとなく変なんだけど…これって緊急事態かな?」という悩みに修造医師が答えます

## この熱「様子見」で大丈夫? 在宅で出会う「なんとなく変」への対応法

本書は、「訪問看護と介護」の連載「これって急変? なんとなく変への対処法」に加筆・修正されたもの。日々の訪問看護で悩むひろみ看護師やもえ看護師が、在宅医療に熱い修造医師とのやりとりから、「様子見でいいのか」「救急対応が必要なのか」の見分け方や対応の仕方、さらに医師や他職種とのコミュニケーションのコツを学んでいく。よくあるケースや稀なケースも交えながら、こんなときどうする? を解説。

編集 家 研也  
聖マリアンナ医科大学総合診療内科・講師



「多死社会」で役立つ終末期の実践ガイド



いのちの終わりに どうかかわるか

編集 木澤義之・山本 亮・浜野 淳

総合診療医や内科医、およびそれを取り巻くメディカルスタッフに求められるエンドオブライフ患者へのかかわり方の知識とスキルをまとめた1冊。患者の同意から予後予測、患者・家族との話し合い、起こりうる症状、臨終時の対応まで、余命数か月の患者に起こること、および求められる対応を網羅。来る「多死社会」に役立てられる新たな実践的ガイドとなること間違いなし!



●A5 頁304 2017年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03255-1]

「わかってくれる人」に、私はなりたい

死を前にした人に あなたは何ができますか?

小澤竹俊

看取りの現場では、答えることのできない問いを突き付けられる。「下の世話になるくらいなら、いっそ死にたい」「どうしてこんな目に合うの?」。そこでは説明も励ましも通用しない。私たちにできるのは、相手の話を聴き、支えを見つけること。言葉を反復し、次の言葉を待つこと。それは誠実に看取りと向き合ってきた在宅医がたどりついた、穏やかに看取るための方法。死を前にした人に、私たちににはできることがある!



●A5 頁168 2017年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-03208-7]

医学書院の看護系雑誌 12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。

保健師ジャーナル Vol.73 No.12 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

看護管理 Vol.27 No.12 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

訪問看護と介護 Vol.22 No.12 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

助産雑誌 Vol.71 No.12 1部定価:本体1,400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

看護教育 Vol.58 No.12 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

看護研究 Vol.50 No.7 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



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 [販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp