

2020年10月26日

第3393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

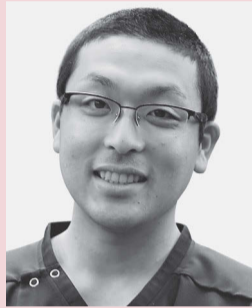
今週号の主な内容

- [対談] データで強みを可視化する(岩本大希、友滝愛) 1-2面
[寄稿] COVID-19と認知症ケア(中西三春) 3面
[寄稿] ヘルス・エスノグラフィの可能性(道信良子) 4面
[連載] 看護のアジェンダ 5面
[連載] 事例で学ぶくすりの落とし穴 6面
MEDICAL LIBRARY 7面

実践家と研究者がパートナーシップを結び

対談

データで強みを可視化する



岩本 大希氏

WyL株式会社代表取締役/
ウィル訪問看護ステーション江戸川・江東管理者



友滝 愛氏

国立看護大学校看護学部 助教

「先輩の優れた実践や、自分たちの漠然とした問題を見える化したい!」。看護師の周りには、ベッドサイドで収集される臨床データからスタッフの業務に関するデータまで、あらゆるデータが日々積み上げられています。でも、どのデータを集めて分析し、実践へフィードバックすればよいか途方に暮れてしまうのではないのでしょうか。

全国7か所の訪問看護ステーションを運営する岩本大希氏と、臨床におけるデータ活用をアドバイスする友滝愛氏の2人が、実践家と研究者がコラボレーションする新たなデータ活用の形を考えます。データと現場感覚がリンクする、一歩進んだケアを実現させるパートナーシップ関係とは?

友滝 岩本さんが、データに関心を持ったきっかけは何ですか?

岩本 利用者のアウトカムがどう変化したかを、事例でしか表せないもどかしさを感じたことです。僕らのケアは情緒的にしか語れないのか、と。

友滝 良いエピソードを可視化できず、モヤモヤする感じですね。

岩本 はい。先輩方の素晴らしい実践の積み重ねから訪問看護は間違いなく価値があると確信しているのに、それをうまく説明できないのが悔しくて。

友滝 ケアの意義を対外的に説明しようとするときに、事例だけでは説得力に欠けてしまう場面もありますよね。

岩本 診察は医師が来るし、介護はヘルパーに頼むから「訪問看護はいらない」と言われることもあります。でも、実際に体験すると「あって良かった」「なくてはならない」という反応が返ってくるんです。訪問看護の良いエピソードはたくさんあるはずなのに、看護師の介入でどう変わったかを示す客観性を帯びたデータが共有されていない。そうした現状を変えたいとの思いから、データに注目しました。

看護過程と成果を見える化する

友滝 多職種とかかわる看護師は、物事を判断する際に数値を軸に説明を求められることがあります。看護のアウトカムを説明する際に、現場でのエピソードとデータの間にある「文脈」を

できるだけ落とさずデータ化することは、特に大切にしたい点です。訪問看護の現場でデータが少ないことは、どのような点に影響が現れますか。

岩本 医師やケアマネジャーが患者・家族に訪問看護の利用を勧める際や、病院の看護師が退院調整を行う場面です。現状は、客観的なデータを参考にしたサービス間の比較が難しく、利用者が事業者を比較して選ぶ過程が基本的にありません。サービスを提供する側と選択する側の情報の非対称性が看護サービスを提供する場に現れます。すると「利用者の最適」以外の理由で選定されることが、構造上は起きてしまうわけです。

友滝 サービスを享受する患者・家族にも数値で客観的に説明をすることで、専門性や強みを事業所ごとに発揮する訪問看護ならではの良さを目を向けてもらうことができますね。利用者からのニーズは実際にありますか?

岩本 訪問看護を利用する小児の保護者は20~30代が多く情報リテラシーも高いため、SNSも使って情報収集を積極的に行っています。利用者が選択肢を得られるよう、客観的なデータから利用者目線で可視化できれば、宿泊先や飲食店を選ぶのと同じように事業所間比較ができるはずです。

その点、諸外国ではケアの客観性を確立するためにデータを提示し、看護の価値が評価されるよう努力しています。例えばオランダの訪問看護はデー

タを示すことで、国民から評価と支持を受けています。同国の成功例を再現するため当事業所は、看護の過程と成果を見える化する「オマハシステム」(註1)の日本語版を搭載したソフトウェアを開発し、基礎的なデータを取る体制を整えました。

友滝 在宅ケアのアウトカムを定量的に評価できるオマハシステムを導入した狙いは何でしょう?

岩本 自分たちの看護の過程と成果を記述し、見える化することです。日々のデータが体系的に記録されれば、課題や成果を看護師本人にすぐにフィードバックできます。患者のプランの再考や状態の変化を予測することにもつながります。熟達した看護師は皆、自分の頭の中でプランを思考しながらベッドサイドで実践していますよね。

友滝 ええ。同じ病院でも別の病棟では知られていない素晴らしい実践が多くあることを、私も臨床時代に経験しました。

岩本 そのような主観的な情報の証明が、データを集めるモチベーションになっているのです。

友滝 良いケアを広める選択肢には、研究を行って論文として世に発信するだけでなく、院内の勉強会やカンファレンスでのフィードバック、雑誌記事に載せるなど、先輩たちの優れた実践を可視化する手段はたくさんあります。

データを活用する大きな目的は、過去を振り返り、現在の立ち位置を把握し、そして未来を予測することの3つ

です。データから日々の実践を体系化していくことは、「実践の科学」と言われる看護に今後ますます求められるのではないのでしょうか。

臨床と研究のコラボレーションで有益なフィードバックを

岩本 当事業所ではオマハシステムで取得したデータを基にWyL年間レポートを毎年作成し、利用者も見られるよう公開しています(註2)。当初は、手当たり次第データを取り出し、先々のことは後で考えれば良いと楽観的に考えていました。ところがいざ取り掛かると、データの解釈やデータセットの精査まで手が回らなくて……。独学で扱える範囲を越えて壁にぶつかってしまったのです。

友滝 臨床の傍ら研究デザインや統計、バイアスまで考えながら吟味するのは労力があまりにも大きいはずですよ。

岩本 データ分析のサポートは間違いなく必要だと痛感しました。そこで友滝さんには、「外部相談支援チームメンバー」としてパートナーシップ契約を正式に結び、データの分析と評価などアウトプットの方法について相談しながら進めています。本来は対価を支払うべきですが現在のところは無償です。

友滝 今は臨床に価値あるものを生み出す土壌作りの段階です。(2面につづく)

October 2020

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。

Advance Care Planning のエビデンス

何がどこまでわかっているのか?
森 雅紀、森田達也
B5 頁204 2,400円 [ISBN978-4-260-04236-9]

病期・病態・重症度からみた 疾患別看護過程 (第4版)

+病態関連図
編集 井上智子、窪田哲朗
A5 頁2016 7,000円 [ISBN978-4-260-04245-1]

生活機能からみた 老年看護過程 (第4版)

+病態・生活機能関連図
編集 山田律子、内ヶ島伸也
編集協力 秋下雅弘
A5 頁560 3,700円 [ISBN978-4-260-04274-1]

根拠と事故防止からみた 老年看護技術 (第3版)

編集 亀井智子
A5 頁632 4,000円 [ISBN978-4-260-04326-7]

根拠と事故防止からみた 小児看護技術 (第3版)

編集 浅野みどり
A5 頁564 4,000円 [ISBN978-4-260-04325-0]

根拠と事故防止からみた 母性看護技術 (第3版)

編集 石村由利子
編集協力 佐世正勝
A5 頁544 4,000円 [ISBN978-4-260-04324-3]

Let's Listen, Speak and Learn 臨床看護英語 (第6版)

仁木久恵、Nancy Sharts-Hopko、横田まり子
A5 頁96 1,700円 [ISBN978-4-260-04198-0]

看護教員ハンドブック (第2版)

編集 古橋洋子
A5 頁160 2,500円 [ISBN978-4-260-04304-5]

定本 M-GTA 実践の理論化をめざす質的研究方法論

木下康仁
A5 頁400 3,200円 [ISBN978-4-260-04284-0]

ヘルス・エスノグラフィ 医療人類学の質的研究アプローチ

道信良子
A5 頁320 3,200円 [ISBN978-4-260-04255-0]

看護サービスの経済・政策論 (第2版)

看護師の働き方を経済学から読み解く
角田由佳
A5 頁232 3,400円 [ISBN978-4-260-04279-6]

(シリーズ ケアをひらく) やってくる

郡可へぎオ幸夫
A5 頁312 2,000円 [ISBN978-4-260-04273-4]

(シリーズ ケアをひらく) 食べることと出すこと

頭木弘樹
A5 頁328 2,000円 [ISBN978-4-260-04288-8]

NHKスペシャル 人体II 遺伝子

編 NHKスペシャル「人体」取材班
B5 頁224 2,800円 [ISBN978-4-260-04244-4]

疾患別摂食嚥下障害へのアプローチ DVD 全6巻セット

監修 藤島一郎
DVD 価格180,000円 [JAN4580492610315]

<出席者>

●いわもと・たいき氏

2010年慶大看護医療学部卒。北里大病院救命救急センター・ICUなどの看護師として従事。三次救急での看護の経験から在宅医療や訪問看護の重要性を認識し、16年に24時間365日対応の訪問看護事業を起業。現在は東京、岩手、埼玉、福岡、沖縄に7事業所を展開する。在宅看護専門看護師。『在宅ケアナースポケットマニュアル』(医学書院)を編集。

●ともたき・あい氏

2002年広島県立保健福祉短大看護学科(当時)卒。東大医学部健康科学看護学科への学士編入と看護師の臨床経験から、研究を通じた臨床現場への貢献に関心を持つ。東大大学院修士課程で疫学・生物統計学を学んだ後、臨床医主導の研究支援やデータ活用事業に携わる。15年より現職。20年千葉大大学院にて博士(看護学)取得。

(1面よりつづく)

岩本 ありがとうございます。専門家のサポートに対し、適正な対価をいずれ支払いたいと思っています。

研究者の視点から、データで注目する点をあらためてお聞かせください。

友滝 数字の背景に隠れた事業所の強みを読み取ることです。今年8月に公表されたWyL年間レポートから一例を挙げると、利用者が訪問看護を終えるまでの経過について可視化できないか注目しました。訪問看護を利用する小児の場合、本人・家族のセルフケア能力が向上し、社会とのつながりが増えることで徐々に訪問看護の手を離れていくのではないのでしょうか？

岩本 その通りです。小児の場合、訪問看護を終えられる患者とそうでない患者の2つに大きく分かれます。病院から在宅に移った時点で、いずれ訪問看護の卒業が見込める人は家族と一緒に目標やゴールを決めて開始します。

友滝 すると、終了を見据えた介入やゴールまでのプロセスから一定のパターンを抽出できれば、看護師はケアの選択肢を加えやすくなります。一方、高齢者はいかがでしょう。

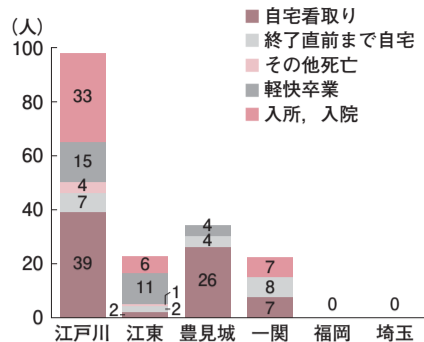
岩本 一度回復して訪問看護から離れたとしても、別の疾患を思い再開することがしばしばあります。高齢者はケアの増減が変動するため、小児のように一定の転帰をたどるとは限りません。

Nが小さいデータは価値が低い？

友滝 なぜ、小児と高齢者の違いをお聞きしたのかというと、データから浮かび上がる事業所ごとの利用者の特性やスタッフの強みを、年間レポートに反映したいと考えたからです。

岩本 質的にカテゴリーの異なるデータから、強みを伸ばせそうなデータに注目したわけですね。

友滝 ええ。例えば全国に7か所あるウィル訪問看護ステーションのうち、江戸川の利用者の内訳を見ると小児が多く、回復して訪問看護を終える方が一定数います(図)。それに加え、看取りで亡くなる方も多。これはがん患者や高齢の方も少なからずいることを示しています。ところが、このよう



●図 ウィル訪問看護ステーションの事業所別に見る訪問看護終了の分類(2019年6月~2020年5月、葛西は20年8月開設)

データから事業所ごとの特性が見える。「軽快卒業」の30人は昨年より大幅に増加。江東は卒業割合が多く、豊見城は看取り割合が多い。江戸川での小児の看取りは初めてだった。

な対象者の違いを区別せず集計した結果だけでは、事業所ごとの強みや良さの詳細を読み取れません。小児と高齢者の数や高齢者の予後の長短などが混在しているためです。

岩本 確かに、オマハシステムで取り出されるデータは、スコアの前後比較や事業所間比較ができるよう平均点で取り出されていますが、それ以上の比較は十分にできていません。

友滝 そこも実にもったいない。なぜなら、数値データを見るときは、平均値のような代表値だけではなく、データのばらつきもセットでみることで全体像を把握できるからです。

岩本 研究者の目から、事業所ごとのどのような特徴が見えましたか？

友滝 多様性に富んだケアが行われていることです。平均値は一見、高いか低いかわかりやすく判断できる反面、平均値から優劣を判断してしまいがちです。事業所ごとの比較に平均値を用いてしまうと事業所間の成績評価のようになってしまう。当然、事業所によって利用者の背景やスタッフの専門性は異なりますよね。そのような違いや多様性を、ケアのばらつきから解釈することもできます。

岩本 平均値を出す上で数(N)が大事だと思っていましたが、それよりも「ケアのバラつき」に注目したわけですか。Nが小さいデータは分析の価値が低いと思っていたのですが……。

友滝 いえいえ、たとえNが小さくても、小規模事業所ならではの課題のバリエーションから、さまざまな患者さんを多角的にケアしている様子が見て取れます。それに、一見「外れ値」とされるデータも重要な意味を持つのです。出されたスコアにどのような意味があるかを慎重に分析して見えてきたのは、バラエティに富んだ、多彩なアプローチを取るウィル訪問看護ステーションならではの実践の姿でした。

岩本 自分たちが日々、一生懸命実践してきたケアの中身が見えることで自信が持てますね！ それに、臨床を振り返る上で新たな気付きも得られました。例えば、自分たちの弱みとなりそうなケアの傾向や、逆に成果を出しているとはとても考えられない疾患群や介入に焦点を当てていたことです。

僕は研究者ではなく、あくまで実践家。友滝さんのようなアカデミアの人が臨床側の事情に沿って改善の糸口を一緒に見つけてくださるのは、本当にありがたいです。

友滝 データを基に現場へ即時性のあるフィードバックが期待されますが、簡単そうで実はとても難しい。病院ではデータを扱う医療情報部門のシステムが大きいのでカスタマイズしにくいこともありますし、訪問看護事業所でシステムを改修するには大きな費用がかかります。

データ活用でベッドサイドケアに費やす時間は増えるか

友滝 日々のケアを可視化し質の向上を追求する一方で、スタッフが疲弊しては実践に支障を来してしまいます。臨床のデータだけでなく、労務に関するデータも事業所のマネジメントの観点から重要ではないでしょうか。ウィル訪問看護ステーションでは内部のデータをどう扱っていますか。

岩本 スタッフの労務に関するデータはもちろん集計しています。例えば超勤は事業所内で毎月公表し、業務分担をスタッフで検討する際の参考としています。自分たちが理想とする運営と現実とのギャップに気付く材料になるからです。

友滝 うまくいかないと感じて、データを基に自分が主体から一度離れて見ることで客観性を帯び、俯瞰的に物事を振り返ることにつながります。

岩本 他にも当事業所では、スタッフ間のコミュニケーションを取るのに用いるオンライン上のチャット機能から、投稿数やログイン時間、アクセス数に関するデータも取得しています。すると、長時間閲覧してしまう個人のオーバーワークや、逆に必要な事項がしばらく見られていない「アクセス遅延」の状況を把握できます。

友滝 スタッフの些細な変化に対しマネージャーが一声掛けられる体制が築かれているのですね。労務データの公開は、職場の風土にも影響しそうです。

岩本 労務データの収集・分析は、訪問看護事業所に限らず、病院看護部にも共通する課題だと思います。なぜなら、患者さんに利用してもらうことと同様に、看護師が満足に働けるかどうかも問われているからです。

友滝 新卒看護師が入職を希望し、就職後も離職せず勤務を継続してもらうために病院も多大なりリソースを割いていますよね。

岩本 労務データは、他施設との競争や自施設のPRの観点から、現状を客観的に可視化する上で欠かせません。内部のデータは、採用や人材育成にも生かせるはずですよ。

友滝 臨床や労務も含め、データ活用は看護管理者の理解も一層求められるのではないのでしょうか。

岩本 おっしゃる通りです。実は以前、ある病院の看護管理者が僕に「データを扱う意義を病棟の看護師たちが理解してくれない」と吐露したのです。

岩本 だからといって、訪問看護事業所が独自にデータのアナリストを雇用するのも現実的ではありません。友滝 そこで、データから物事を整理するのを得意とする研究者が、岩本さんたちのように臨床経験が豊富な方とコラボレーションすることで、意義のあるフィードバックを実現できると思うのです。

岩本 臨床の実践家が研究者とパートナーシップを結び、臨床の強みを可視化し伸ばすのはこれからの看護に必要な取り組みと言えるでしょう。

友滝 データが大切とはいえ、必要性を強調し過ぎると「とりあえずデータを取ればいいんだ」と、手段と目的が逆になってしまうこともありますね。

岩本 それに、データばかり取っても得られる成果が見えなければ徒労感を感じ、本来の目的を果たせません。

友滝 どうアドバイスしたのですか？

岩本 看護師がベッドサイドにいられる時間がどれだけ増え、患者がどう変化したかを明らかにすることがデータを取る真の目的ではないでしょうか。

友滝 意思決定に必要なデータは取らないという決断も必要ですね。データを取って図表にまとめるだけでなく、次のアクションにつながっている情報が見直すことも重要です。

岩本 自分の軸足はあくまで実践であり、研究ではありません。研究を現場の人に一生懸命行ってもらうことはもちろん大切だと理解しています。その一方で、データを分析できるアカデミアの方と協働し、ベッドサイドケアに費やす時間がより増える取り組みが管理者には求められると考えています。

友滝 「看護研究を指導する人/される人」という枠組みに留まるのではなく、データを扱う研究者とのパートナーシップ関係の構築が望まれます。アカデミアと臨床との橋渡しができる研究者が増えることで、看護のデータ活用について新しい貢献の形が描けるのではないのでしょうか。(了)

註1:米ネブラスカ州オマハの訪問看護師協会を中心に1970年代後半から開発が始まった、ケアのプロセスと成果を定量的に記述・評価するシステム。知識、行動、状態の3項目についてそれぞれ5段階の水準で評価を行い、2時点間での変化を比較し、速やかなフィードバックを行う。

註2:ウィル訪問看護ステーションでは、オマハシステムによって定期的にスコアリングされ、平均点の前後比較がチーム内で日常的にモニタリング・公表され続けている。その平均前後比較のデータを分析し、1年間の活動を毎年公開している。

在宅の現場でよく参照する情報をこの1冊にギュッと凝縮！

在宅ケアナースポケットマニュアル

訪問看護師の声からつくったポケットマニュアル。在宅の現場で頻りに参照する情報や、ケア・指導のポイント、あると便利なスケール・データを網羅的に掲載。何か困った時やうっかり忘れてしまった時に、その場でパッと開いて、欲しい情報にすぐにあたることのできる、実用的な1冊！

編集 ウィル訪問看護ステーション



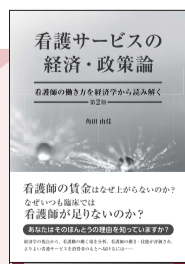
看護師の賃金はなぜ上がらないのか？ なぜいつも臨床では看護師が足りないのか？

看護サービスの経済・政策論 第2版

看護士の働き方を経済学から読み解く

看護士の働き方や技能に見合った評価は十分になされているだろうか。看護サービスの特殊性、診療報酬制度など、経済学の視点から看護職の働く場を分析して、わかりやすく解説。よりよい看護・医療が提供されるためにも、看護士の働きが正当に評価されることは不可欠であり、その方向性を経済学の視点で描き出す。

角田由佳



寄稿

COVID-19と認知症ケア

国際社会の動向とランセット報告, 日本版BPSDケアプログラムの普及について

中西 三春 東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター 主席研究員

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は、高齢者や、高血圧や糖尿病といった病態を有する者で、症状の重篤性や致死性が高まる。認知症の人は特にCOVID-19による死亡リスクが高い¹⁾。また介護施設は入居者の多くが認知症を有するため、介護施設における感染症対策が喫緊の課題となっている²⁾。

認知症の人は時に、ウイルスの伝搬を防ぐための対策を理解したり、理解したとしてもそれを覚えていたりすることが難しい場合がある。このことは翻って、介護従事者や家族介護者の感染リスクにつながっている。さらに介護施設は人が集合して生活するという構造上、感染が広がりやすく、認知症の人や身体合併症を有する高齢者が多いために感染の影響はより深刻である¹⁾。

介護施設における COVID-19 対応ガイドラインの策定状況

米国カリフォルニア大学 Global Brain Health Institute の研究チームは、2020年3月25日から4月8日にかけて36か国の研究者および6の国際機関を通じて、COVID-19関連で出された介護施設での対応ガイドラインを収集し分析を行った³⁾。集められた81のガイドラインのうち、緩和ケアに言及がないなどで60が除外され、21件が分析対象となった(筆者は研究チームの要請に応じて日本の資料を提供したが、スクリーニングの結果、分析対象からは除外された)。

対象となった21のガイドラインで、言及されていた内容はアドバンス・ケア・プランニング(n=14)、終末期における家族等の訪問・面会の制限(n=12)、病院やICUに入院させることが適切かの臨床的な意思決定(n=11)、であった。ガイドラインで対応されておらず、今後の充足が求められている内容としては、終末期の症状やニーズの全人的アセスメントと管理(備蓄されている薬を使うことについてを含む)、職員への緩和ケアの教育、緩和ケアの専門家やホスピスに送ること、アドバンス・ケア・プランニングのコミュニケーションをどう進めるか、死別後のケアを含む家族支援、そして職員への支援が挙げられた。

従前の介護政策の問題が顕在化

カナダ王立協会では2020年6月に、COVID-19が介護施設に与えた影響と、その影響の背景にあるカナダの介

護政策の課題を指摘している²⁾。協会の報告によれば、カナダではCOVID-19による死亡者の81%が介護施設で発生していた。従前からの介護政策のもとで従事者の待遇は不十分で、高齢者、特に認知症の人のニーズに対応するのに必要な人員を、介護施設が確保できない状況が長く続いてきた。COVID-19の流行により、利用者の生活の質やケアの質は隅に追いやられてしまい、それが結果として介護施設での死亡者の発生につながったと分析されている。今後の介護政策のあるべき対応として、適正な人員確保のための待遇改善に加えて、ひとりの従事者が「働く場所はひとつにすること(one work-place policy)」を挙げている。

認知症ケアにおける COVID-19 対応の推奨事項

2020年7月に英国の医学雑誌 Lancet (ランセット) が認知症予防・介入・ケアに関する国際委員会の報告の更新版を発表した¹⁾。同報告では認知症予防に関する12の改善可能なリスク要因(合計寄与率40%)が特定されているほか、認知症と診断された後のケアの在り方についても提言を行い、その中でCOVID-19への対応を示唆している。推奨事項を以下抜粋する。

COVID-19 対応の推奨事項 (ランセット 認知症委員会 2020年7月報告)

- 認知症の人に COVID-19 による重い症状が出た場合に、入院するか否かを前もって決めておく。
- 職員や利用者を施設間で移動させない。
- 職員の感染検査を定期的に行う。
- 症状のある職員は傷病手当を受けて休める体制にする。
- 酸素療法等を病院に行かなくても受けられるようにする。

推奨のひとつ「入院するか否かを事前に決める」という提言は、同報告での入院医療に対する推奨を前提にしている。ランセット報告では、認知症の人が入院すると身体機能や認知機能の低下など、さまざまな意図しない有害な影響が起こるとして、警鐘を鳴らしている。とりわけ入院時にせん妄が起こりやすく、またせん妄を経験した人は後に認知症と診断される可能性が高い。そこで同報告は、痛み、転倒、糖尿病、不衛生、感覚器の障害に対する早期の対応を行い、入院を回避することが重要だとしている。COVID-19対応の推奨「酸素療法等を病院に行かなくても受けられるようにする」も同様に、呼吸苦への対応目的で入院するこ

とがえって本人の死亡リスクを高めおそれがあるために、入院回避の対応として提言されている。

行動・心理症状への対応に 遠隔でのケア提供を推進

COVID-19に関連した場合の症状だけでなく、感染予防のため社会的にとられている方策もまた、認知症ケアの現場に困難をもたらしている。上述のランセット報告において、COVID-19への対応として対人接触の減少と物理的距離の確保が行われることにより、認知症の人の行動・心理症状が増悪する懸念が示されている。そこで、技術を活用した遠隔でのケア提供の推進が望ましいとされている。

筆者ら東京都医学総合研究所のチームが東京都と共同開発した「日本版BPSDケアプログラム」では、認知症の行動・心理症状への心理社会的対応に焦点を当て、介護従事者向けの研修とオンラインシステムの利活用を推進してきた⁴⁾。従来の研修は、東京都の補助金を受けた区市町村が主催する対面集合型の研修で行われてきたが、2020年度はCOVID-19の対策としてeラーニング研修を導入した。2020年9月末時点で80人弱がeラーニング研修を修了し、年内にさらに160人程度が受講予定である。

従来の集合型研修は2018年度の修了者が138人、2019年度は252人であった。集合型研修は1日(7時間)で、仕事の休みをとる必要があることが、受講のハードルとなっていた。eラーニング研修に移行したことは感染対策のみならず、集合型研修の受講が難しかった層にも参加の機会を広げたとと言える。

他方、事業所で利用可能な端末の数が限られている、あるいは自宅でインターネットへの接続が確保できない、という事情でeラーニング研修の受講は難しいという意見も出ている。またeラーニング研修を修了しても、オンラインシステムの利用についてはケアプログラムの実施が進まない可能性が憂慮されている。集合型研修のときからこの点は課題と認識されてきた。2018年度の集合型研修修了者138人中、実際にオンラインシステムを利用したのは87人であり、そのうちケアプログラムが求める水準に達していたのは64人(全体の46%)にすぎなかった⁵⁾。ここでの水準とは、行動・心理症状の評価とニーズのアセスメント、および心理社会的なケア計画のケアチームで

● なかにし・みはる氏

2000年東大医学部健康科学・看護学科卒。05年東大大学院医学系研究科博士課程修了。博士(保健学)取得。国立精神・神経センター(現・国立精神・神経医療研究センター)精神保健研究所リサーチ・レジデント、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構主任研究員などを経て、14年より現職。認知症、精神保健、自殺対策などの政策研究に従事する。

の話し合いを、1人の利用者につき2回以上実施することを指す。

ランセット報告でも行動・心理症状への対応として、症状を測定すること、痛みなど基本的な身体的ニーズをアセスメントしてそのニーズへの対応を第一優先にすることを推奨している。2回目以降の話し合いは、症状の変化をモニターすることで、前回の話し合いで立てたニーズやケア計画の仮説検証を行うことを意味する。

介護における IT 導入の課題

COVID-19の感染拡大以降は、対人接触を避けるために、上述のケアプログラムでもケアチームの集まりが難しい、事業所でCOVID-19の対策に追われ話し合いの時間が取れない、といった声が上がっている。東京都医学総合研究所ではZoomなどのウェブ会議を活用し遠隔で話し合いをすることも提案しているが、上述のネットワーク環境や、従事者のIT操作の習熟度といった要素が絡み、ウェブ会議の導入は容易ではないとされる。

また集合型研修では他の受講者とペアを組んで演習を行うが、eラーニング研修では受講者が1人で端末に向かって進めるため、実践へのモチベーションがわきにくいかも。eラーニング研修の修了者にならば人を介したフォローアップ・支援が必要と考えられるが、集合型のフォローアップ研修を行うのでは、感染リスク低減のためeラーニング研修を導入した意義が薄くなってしまふ。だがウェブ会議でフォローアップの研修を行うとすると、前出のIT障壁がある者は参加が難しい。

ランセット報告が推奨する「技術を活用した遠隔でのケア提供による行動・心理症状への対応」を推進するためには、介護現場のIT体制に対する施策・制度面からの支援が必要と考えられる。

● 参考文献・URL

- 1) Lancet. 2020 [PMID : 32738937]
- 2) Royal Society of Canada. Restoring trust : COVID-19 and the future of long-term care. 2020. https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB%20%2B%20ES_EN.pdf
- 3) J Pain Symptom Manage. 2020 [PMID : 32437942]
- 4) Int J Geriatr Psychiatry. 2018 [PMID : 28857263]
- 5) Scand J Caring Sci. 2020 [PMID : 32285513]

2021年度大学院生募集

※短大、専門学校を卒業された方でも、修士課程の出願が可能です(各分野の出願資格、出願資格審査要件をご確認ください)

看護学分野

看護管理学や看護教育学などをはじめとした13の研究コースを開発。さらに、実践に特化した<周産期看護学領域><公衆衛生看護学実践コース(保健師免許取得)><専門看護コース:がん・精神・感染管理・在宅>を開発し、多面的に看護学を学ぶことができます。

特定行為看護師養成分野

厚生労働省より特定行為研修指定機関として指定を受けており、特定行為研修に準拠した21区分38行為の特定行為を習得できるほか、プライマリ・ケアおよびクリティカル・周術期の両分野において専門に偏らずに活躍できる看護師の育成をめざします。

助産学分野

国家試験受験資格を取得する課程と、有資格者の実践能力の向上をめざす課程として「実践コース」また、助産領域の研究者・教育者の育成をめざす「論文コース(修士・博士)」の2つのコースを展開しています。

社会人が
学びやすい

3つの特長

- 1 大田原(栃木)・成田(千葉)・赤坂(東京)・小田原(神奈川)・熱海(静岡)・福岡・大川(福岡)の7キャンパス
- 2 多くの授業を平日の夕方以降と土曜の昼間に開講
- 3 各キャンパスを同時双方向遠隔授業システムで結び、授業をリアルタイムで受講可能

認定看護管理者
教育課程

詳細は各センターのホームページ(下記URL)をご参照ください

看護生涯学習センター(東京赤坂)
<https://www.iuhw.ac.jp/mceec/tokyo/>
九州地区生涯教育センター(福岡)
<https://www.iuhw.ac.jp/mceec/kyushu/>

お問い合わせ

TEL

MAIL

URL

東京赤坂キャンパス入試事務局

03-5574-3903

daigakuin-nyushi@iuhw.ac.jp

<https://www.iuhw.ac.jp/daigakuin/>

医療福祉の多彩なエキスパートを育てる。

国際医療福祉大学

寄稿

医療人類学と保健・医療・福祉の学際研究が開く

ヘルス・エスノグラフィの可能性

道信 良子 札幌医科大学医療人育成センター教養教育研究部門 准教授

今、地球も、地球に生きる生命も切実な事態に直面している。地球温暖化に伴う気候変動があり、新型コロナウイルスをはじめ新興・再興感染症も広がっている。人間社会はかつてさまざまな絆につながれ、大勢の人と一緒に暮らしてきたが、人と協働して生きる仕組みは今では失われつつある。

そのような中であって、人々がこれからも生命をつないでいくための力となる「生きた学問」となるために、人類学はどう発展していけばよいのかを筆者は模索している。それと同時に、人間の健康と医療をテーマとする専門領域である医療人類学が人間の生命に関心を持ち、より良い在り方をさらに追求できるものになるために人類学から独立し、ヘルス・サイエンスの領域で発展していく可能性を思考し続けている。

布を織り成すように人間の生の営みを表現する

筆者の研究のキーワードは「生命(いのち)」である。生命を支え、守り、育むというケアの視点を共通項として、生命とは何であり、どのように育んでいけばよいのかということを実験的に議論し、その先に新しい視点や方法を開いていきたい。そのような希望を込め、医療人類学の新しい質的研究アプローチである「ヘルス・エスノグラフィ」を探究している。すなわち、人間の生命を諸学問の概念で分断するのではなく、その営みの場から統合的に把握していく作業が重要と位置付けている。

筆者が大切にしていることは、人々の生きる周りの風景や、時間の流れの中で人間の生命をとらえ、その多様な営みをそこで生きる人々と共に育んでいくことである。質的研究は、資料のピースをつなぎ合わせるというよりも、複数の糸を縫い、結び、絡み、組み合わせ、特有の質感をもつ布をつくる工程に似ている。一つひとつの糸を手にし、そこにどのような思いがあったかを突き詰めていくと、人々の生命の育みとその多様な価値が明らかになる。

人それぞれの人生のストーリーラインは、その人にとってかけがえのないものであり、さらに地球という大きな環境の中で他のさまざまな事象とつながり合っている。グローバル・ヘルスや、地域医療に携わる人々が、患者、住民、そして自分自身の生命の営みを大地に描けることは重要である。



●写真 左・タイ北部の農村から都市に出稼ぎに行く人々の生活について研究するため、フィールドワークの一環で、多国籍企業の工場で働く筆者(手前から2人目、筆者提供)。右・子どもの健康とウェルビーイングに関する研究では、日本の北の島の小学校で子どもたちと過ごし、子どもの遊びから表現されるものをつぶさに見いだす(撮影・奈良美弥子氏)。



新型コロナの影響と医療人類学による質的研究の意義

新型コロナウイルス感染症の世界的な蔓延を経験し、その背景を理解し、人間と環境との関係をどのように見直すかを突き詰めるには、医療人類学の総合的な視点が重要になる。

筆者は、1997年からおよそ12年間、タイ北部の都市で、HIV感染の予防に関する調査を行ってきた。HIV/AIDSは、人類学、公衆衛生学の観点からも、新型コロナウイルス感染症との類似点がある。その一つは、人間の密な関係で広がること、もう一つは、グローバルに拡大していることである。いずれも病原体(ウイルス)が人を介して体内に侵入するため、ひとたび人間の集団に入り込めば、人から人へと広がっていく。その感染源および経路を特定することが公衆衛生学上重要であるが、特定の集団が感染を広げたと、差別や偏見の対象になりやすい。

タイ北部の農村から都市に出稼ぎに来る若い女性の工場労働者たちが、同じように出稼ぎをして性産業で働き、ハイリスク集団と特定されることになった女性たちと同一視されないように振る舞うことで感染対策が疎かとなり、かえって感染リスクを高めている状況が、筆者は明らかにした。

背景にある都市と農村の経済格差、多国籍企業の進出、工場労働に従事する若い女性の親孝行の観念、自立と誇りなどを、タイ北部の土地に位置付けてとらえることで、若い女性の振る舞いの意味、予防対策に必要なメッセージが明らかになる。筆者は、タイ北部に何度も足を運び、工場周辺の村に住み、多国籍企業の工場で働いた(写真左)。労働者たちが帰省する季節には、一緒にトラックの荷台に乗って、山間地帯にある彼ら・彼女らの家を訪れた。

このように人々の生きる「生命の景観」をできるだけ広く、そして、世界

の流れの中でとらえつつ、リスクにさらされている人、病いの床にある人、苦しみを抱えている人、死の恐れにある人などの微細な表情や身体の動きを見逃さないよう観察する。それらを通して表現される感覚や感情は、その人が生きている文化の表現様式に沿って表現されるものである。病いの経験をどの国にも通じる大きな概念で切り取って解析し、把握するには限界があることも知る。

発見する喜びをフィールドワークで得る

さらに筆者は、2010年から日本の北の島にある小さな小学校を活動の場に、フィールドワークを通じて子どもの健康とウェルビーイングに関する研究を進めてきた(写真右)。小学校の教室に机を並べて一緒に勉強し、給食を取り、放課後は遊んだ。子どもの遊びを通して表現されるものをそばで見、聞いて、感じながら受け止め、その生命がいかに育まれているかを考えながら調査している。戸外の活動では子どもの見守り役の人の考えや行動、学内の活動では養護教諭の声掛けやニュースレター、臨床の場面では医療者のまなざしなどもつぶさに見る。子どもの生命の表現と周りの受け止めは、日常行動に見いだすことができるからだ。

島では自然が子ども同士の対立を和らげ、緩衝材となっていた。昼に仲間外れになった子どもも、放課後には他の子どもたちと一緒に海辺の生物を探して遊んでいる光景が見られた。人間の営みだけを見ていては、人間の生命の真髄には到達できないことを、生活を共にすることで学んだ。

保健・医療・福祉分野の研究において、ヘルス・エスノグラフィにできることは、人間の生命と周りの土地・文化とのかかわりを繊細に読み解き、それを根拠として、人間の生命と健康について考えることである。

●みちのぶ・りょうこ氏

1995年米オレゴン州立大教養学部人類学科卒。98年お茶の水女子大大学院人文科学研究科修了。2001年同大大学院人間文化研究科比較文化学専攻単位修得退学、同年博士号(社会科学)取得。札幌大専任講師を経て、06年米エモリー大公衆衛生大学院グローバル・ヘルス学科修了。08年より現職。専門は医療人類学とグローバル・ヘルス。近著に『ヘルス・エスノグラフィ』(医学書院)がある。



そのため、ヘルス・エスノグラフィの方法では、質的資料の特徴である語りを大切にしつつも、語りの言語的分析に留まらない方法を提案している。言語は人間のコミュニケーションの手段である。一方、言語のやりとりは、人間が生きて他者と交わっていることを表しているため、言語が伝えようとすることの「意味」は日常の中で変化していく。すなわち、語りは必ずしもその人の本当の気持ちを表現しているとは限らない。語っている人の置かれた状況や、語りに込められた思いもくみ取る必要がある。話し手が沈黙した場合も、本当に伝えなかったことが行間に隠されていることがある。分析する資料を「語り」にのみ頼ったり、語りを部分に分けたりすることではつかみきれない。

フィールドワーカーは、自分のいる場所から外に出ることで、何かを発見する喜びを得て、それを豊かで幅のあるものにすることができる。子どもから大人まで、誰でも参加でき、楽しめるような質的研究の方法が、健康とウェルビーイングの研究の未来を開く。質的研究を難しい概念でとらえ、高度な解析ソフトで分析する手段もあるが、誰もが使えるもので、多種多様なもの見方や感じ方を受け入れる手作業が大切だと考えている。いろいろな人々と交流し、日々鍛錬し、やわらかくすみきった目で事象をとらえることで、技巧や技能だけでは見えてこなかった大切なことが読者に伝わるのではないだろうか。

*

このたび筆者は、人と医療のかかわりをさぐる医療人類学の方法論をまとめた『ヘルス・エスノグラフィ』(医学書院)を上梓した。本書は医学・医療系の大学で人類学の教育と研究に20年間携わってきた中で生まれた。ヘルス・エスノグラフィの実践を通して、自分の視点を省察し、対象と共に学ぶ。自分の視点と、現実を生きる人々の視点の間にずれはないか、絶えず確認し、見直していく。そこでは、細分化された学問の知識と方法を結び合わせる、学問領域を超えた努力が今まで以上に必要になる。

ヘルス・エスノグラフィの可能性が、保健・医療・福祉の実践者、ヘルス・サイエンスにかかわる研究者、これらの領域で共同研究をする人文・社会学者など、多くの人々の手で開かれていくことを期待する。

人間の生命へ 保健・医療・福祉の未来をひらく質的研究の手引書。

ヘルス・エスノグラフィ

医療人類学の質的研究アプローチ

医療人類学を基盤にする著者が提唱する「ヘルス・エスノグラフィ」のガイドブック。保健・医療・福祉領域で教育や研究活動に寄与する質的研究の方法論の入門書であり、人類学の領域で確立しているエスノグラフィをヘルスケアの領域に位置づけて展開し、その研究の実例を掲げて解説している。研究者が、新時代のグローバル・ヘルスの諸問題に対応できるツールとしておさえておきたい一冊。

道信良子



Advertisement for the book '文化人類学' (4th edition) by Tomomi Namiwa. It includes the title, author's name, publisher (医学書院), and a description of the book's content. The cover image shows the book's title and author's name.

看護のアジェンダ

井部俊子
長野保健医療大学教授
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190回〉

キャリアから抽出したエキス

コロナ禍で2020年度のオープンキャンパスは「非登校型・Web形式」で行われてきた。8月と9月は「登校型」とし、事前予約制、午前・午後の2部形式として感染対策を行った上で開催された。オープンキャンパスで来場者が関心を持つのは学生たちの説明であるが、それもやめにして、大学の教職員だけでオープンキャンパスを行った。

9月のオープンキャンパスで、私は30分の特別講演を引き受けた(午前と午後の2回講演である)。いろいろ考えた末、「医療人として仕事をするということ——私のキャリアからのメッセージ」と題した。

私のキャリア

私は看護系大学を卒業したあと、あまり就職活動もせずに「病院」に就職した。配属された外科病棟で臨床看護師として楽しくはむように仕事をした(と思いつけている)。臨床ナースとしての「修業」だけでなく、当時のおもしろい同僚たちの中でその後の人生の基盤になる多くの知恵を教わった。

自分より年上の、人生の達人であった医師たちは、教養豊かで寛容であった。医師Mは競馬のファンであり、私に競走馬の美しさから馬券の買い方まで幅広く教授してくれた。今は消滅しているが、有楽町にあった日劇ミュージックホールに団体で行き、「華麗なダンサー」たちを愛でたこともあった。今も思い出すが、医師Mは3月のある朝、ゆったりと病棟に現れ、「やあ、今日は啓蟄の日ですよ」

と言った。私はそれで、啓蟄という言葉は経産分娩のケイチツではなく、冬ごもりの虫がはい出ることだと知った。

私の18年間の病院看護師としての勤務は、ヒラの看護師から主任、師長(当時は婦長)と、管理を担うことへと急速に変化していった。知識の枯渇を感じた私は途中「休職」して2年間、大学院看護学研究科修士課程に進学した。週末に夜勤婦長をして収入を得て社会保険料を支払った。修士課程を終えて職場に戻ると内科病棟婦長を命じられた。外科系看護師と内科系看護師の気質の違いがよくわかった。修士課程で学んだ私は現実がよくみえるようになり、自由闊達な病棟作りに励んだ。

しかし、中間管理者の職権に限界を感じた私は退職を決意し、大学教育の場に身を移し、開講して2年目の看護学部の講師となった。臨床から教育へとスイッチを切り換えた。談論風発の職場は、私に教育者としての在り方を教えてくれた。実習指導という経験は、私の実習指導論の構築に十分な機会をもたらした。

「看護管理」という分野に未練があった私が次に選んだのは、大学院看護学研究科博士課程であった。2度目の大学院生は休職ではなく、もっぱら学生となった。アルバイトでお世話になった老人病院で認知症の世界を体験しケアの在り方を模索した。

「もっぱら大学院生」は3年間で切り上げ、再就職したのが45歳の時であった。看護部長・副院長として臨床現場に戻った。自分の中では8年のつもりであった(当時のクリントン米国

大統領の任期に合わせた)。しかし、職位の魅力に引きずられ、結局10年間在籍した。

中間管理者ではできなかったことが、看護部長になるとやろうと思えばできた。看護部組織を逆ピラミッド型にし、ラインアンドスタッフ組織を確立した。スタッフ機能としてリソースナースを位置付けた。当時の資料をみると、皮膚・排泄ケア認定看護師、精神看護専門看護師、感染管理認定看護師、がん看護専門看護師、呼吸ケアナース、腹膜透析(PD)ナース、治験コーディネーター、糖尿病療養指導士、集中ケア認定看護師、ディスチャージ・プランナーがいた。彼らはケア検討会を組織しリーダーとなった。キャリア開発ラダーを用いた同僚評価と人材育成を積極的に行った。看護管理者は任命ではなく自薦・他薦方式とした。

看護部長時代には日本看護協会という巨大職能組織の副会長・監事を通算16年務めた。国の審議会や検討会に出席して意見を述べるという機会は私にとって挑戦の連続であった。ここで、自己効力感を培い、度胸をつけ多くの知己を得た。課題であった博士論文を仕上げ博士課程を修了した。

ようこそ、人々のケアを仕事とする豊かな世界へ

看護管理者に終止符をうち次に選択したのは、再び大学教育の場であった。厳密にいうと教授・学長という「大学マネジメント」の仕事である。大学院生の研究論文作成にかかわる濃密な時間は新たな経験であった。相手の知的水準だけでなく生き方がまるごとわかる濃密さである。まさに体当たりである。大学マネジメントと並行して、看護系学会等社会保険連合(看保連)の代表理事として、診療報酬・介護報酬改定に関する組織基盤づくり、私立看護系大学協会の会長も務めた。

定年で大学を退き、個人のオフィスを作った。コンサルテーション活動を

しようと考えたからである。ところがその前に、新設の看護学部を立ち上げ看護学部長として、再び大学教育とマネジメントを引き受けることになり今に至っている。

私のキャリアの記述に紙面を費やしてしまったが、私の看護師としてのキャリアから抽出したエキスは以下の5点である。

- 1) 医療人として仕事をするには、好奇心を刺激し飽きることはない。
- 2) その気になれば、無職になることはない。無限にキャリア開発ができる(看護職の免許は保健師・助産師・看護師・准看護師の4種類であるが、多様な「資格」がある)。
- 3) 職業から自分の人生哲学という最大の報酬が得られる。
- 4) 知行合一(知識と行動とは一体のものでどちらが先立つとは言えない、とする王陽明の説)である。看護学は実践の科学である。

「知行合一」は、西部邁の著書『妻と僕——寓話と化す我らの死』(飛鳥新社、2008年)で知った。著者は妻の死への接近において次のように記述する。「彼女の身体の深部を苛んでいくに違いない苦痛を緩めてやるには、また彼女の心理の根底に穴を穿ちはじめていること必定の不安を軽くしてやるには、実際どうすればよいのか、途方に暮れることが多いのです。(中略)妻の面倒も看られないというのでは、僕の行ってきた言論は無意味もいいところだ、と言わねばなりませんまい」。筆者はここで中江藤樹(江戸初期の儒者)の「学問とは母親の面倒を看ることだ」を引用する。私はこの一節に出合ったとき戦慄を覚えた。自分はどうかだったのかと。

そして、最後のエキスは、

- 5) 看護の世界は「正解」がなく、グレーゾーンを歩むことが多い。

ということである。

しかし、だからこそ、私は「ようこそ、人々のケアを仕事とする豊かな世界に招きたい」と講演を締めくくった。

医学書院

からみたシリーズ

最新改訂の5冊!

豊富な写真・イラスト・動画で小児看護技術がわかる、みえる!

根拠と事故防止からみた

小児看護技術

第3版

編集 浅野みどり

小児看護では、子どもの発達段階に応じた実践が求められる、成人とは異なる点が多い。本書は写真・イラスト・動画を多用して手順を紹介。子どもや家族に説明でき、技術の応用を可能にする「根拠」、スムーズな実践を助ける「コツ」、知っておきたいポイントを解説。学習にも臨床でも頼りになる1冊。

●A5 頁564 定価:本体4,000円+税 [ISBN 978-4-260-04325-0]

疾患別看護過程の決定版!

ほしい情報がすべて揃ったオールインワンの1冊

病期・病態・重症度からみた

疾患別看護過程

第4版

編集 井上智子 窪田哲朗

病気が見える、カルテが読める「イラストでみる病態生理、症状、診断、合併症、治療、薬剤一覧」。病期・病態・重症度からみたケアのポイントがみえる「看護過程フローチャート、情報収集、アセスメント、ケアプラン、評価」。患者の全体像がみえる「病態関連図」。ほしい情報がすべて揃ったオールインワンの1冊。

●A5 頁2016 定価:本体7,000円+税 [ISBN 978-4-260-04245-1]

妊婦、産婦、褥婦、新生児それぞれに対する看護技術が、写真・イラスト・動画でわかる

根拠と事故防止からみた

母性看護技術

第3版

編集 石村由利子 編集協力 佐世正勝

母性看護では、健康問題を抱える対象のみでなく、順調な経過をたどる妊産婦・新生児を対象とすることが多い。一方で、妊娠・分娩経過では正常からの逸脱の予防、早期発見、適切なケアが欠かせない。そうした特徴を踏まえ、妊婦、産婦、褥婦、新生児それぞれに対する看護技術を広く網羅。

●A5 頁544 定価:本体4,000円+税 [ISBN 978-4-260-04324-3]

豊富な写真・イラスト・動画による解説が1冊に

根拠と事故防止からみた

老年看護技術

第3版

編集 亀井智子

高齢者のケアでは、社会的背景や身体的・心理的特徴を的確にふまえたうえで看護技術実践が求められる。本書は、全技術項目について(1)高齢者の特徴とアセスメント、(2)看護技術手順という構成で解説。手順には「根拠」「コツ」「注意」「事故防止のポイント」「緊急時対応」を豊富に記載。

●A5 頁632 定価:本体4,000円+税 [ISBN 978-4-260-04326-7]

高齢者の「もてる力」を引き出す! 老年看護過程の決定版

病期・病態・重症度からみた

老年看護過程

第4版

編集 山田律子 内ヶ島伸也 編集協力 秋下雅弘

生活機能の視点から高齢者を捉え、「もてる力」を引き出すための方法とコツを解説。カルテが読める「目でみる疾患、症状、診断・検査値、合併しやすい症状、治療法」、ケアがみえる「情報収集・分析、アセスメントの視点、ケアプラン」、高齢者の全体像がみえる「病態・生活機能関連図と看護問題」で構成。

●A5 頁560 定価:本体3,700円+税 [ISBN 978-4-260-04274-1]

事例で学ぶ

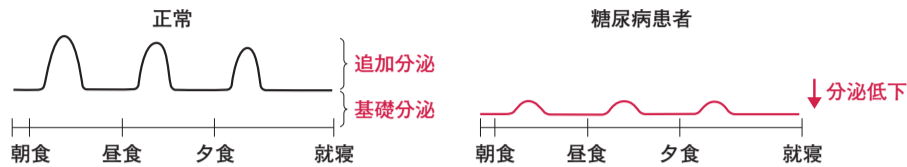
くすりの落とし穴

与薬の実践者である看護師は「患者さんを守る最後の砦」です。臨床現場で安全かつ有効な薬物治療を行うために必要な与薬の知識を、一緒に考えていきましょう。

第4回 インスリン製剤による正しい血糖コントロール

監修 柳田 俊彦
今回の執筆者 田崎 智也, 池田 龍二 宮崎大学病院薬剤部

今回は、糖尿病患者さんに対して行われるインスリン療法について紹介します。インスリンの投与は、一般的に患者さん自身によるペン型注射器デバイスを用いた投与がなされますが、適切に操作できていなければ薬の効果が十分に発揮できないため、使用に際しては入念な服薬指導が求められます。患者さんに適切なインスリン注射をしてもらうための確認ポイントを事例とともに見ていきましょう。



●図 血中インスリン濃度の変化 (文献2より一部改変)

●表 インスリン製剤の種類と特徴 (著者ら作成)

分類	投与タイミング	効果発現時間	最大効果発現時間	代表的な商品名
持効型 (基礎分泌を補充)	朝食前または寝る前 1日1回(時刻は一定)	約1~2時間 該当なし(定常状態)	明らかなピーク無し 1日通して一定の効果	ランタス® トレスーバ®
中間型 (基礎分泌を補充)	朝食前または寝る前	約1~3時間	約8~10時間	ノボリン®N ヒューマリン®N
混合型 (速効型+中間型)	朝食前30分以内	約30分	約2~8時間	ノボリン®30R インレット®30R
混合型 (速効型+中間型)	食直前	約15分	約30分~4時間	ノボラピッド®30 ミックス ノボラピッド®50 ミックス ノボラピッド®70 ミックス ヒューマログ®ミックス25 ヒューマログ®ミックス50
配合型 (速効型+持効型)	食直前	約10~20分	速効成分: 約1~3時間 持効成分:1日通して一定の効果	ライズデグ®
速効型 (追加分泌を補充)	食前30分	約30分	約1~3時間	ノボリン®R ヒューマリン®R
速効型 (追加分泌を補充)	食直前	約10~15分	約1.5時間	ノボラピッド® ヒューマログ®
新規速効型 (追加分泌を補充)	食事開始前2分以内または食事開始後20分以内	約5~10分	約1~3時間	フィアスプ®

じないことから、患者さんはこのしこりに注射してしまうことが多いため³⁾、下記のように留意点を具体的に説明してみましょう。

インスリンは腹部、大腿部、上腕に投与可能ですが、それぞれの部位で吸収速度が異なるため、毎回投与部位を変更すると効果が不安定になります。そのため腹部なら腹部と、投与部位を決めてください。また、毎回同一部位に注射をすることで皮膚が硬くなり、しこりができます。しこりにインスリンを注射しても吸収が悪く、効果が出なくなってしまいますので、しこりができた場合は、しこり以外の柔らかい場所に注射してください。注射部位を毎回2cm程度(指2本分)ずらして皮膚を休ませると、しこりができにくくなります。

◆薬剤選択

治療方針により使用製剤が変更された場合、インスリンの投与タイミングが変わることがあります。特に新規速効型インスリンは「食事開始前2分以内または食事開始後20分以内に投与」という従来の製剤とは大きく異なる投与タイミングです。現場での認知度もいまだ低く、切り替え時の与薬ミスに留意が必要です(表)。

📌 今回のまとめ

インスリン製剤は、準備から投与まで多数のステップを正確に実施することで正しい薬効を発揮します。投与中の患者の血糖コントロールが悪い時は、適切に操作できているかの確認がまず重要です。ただし、手技は正により指示通りのインスリンが投与されるようになると、急激にコントロールが改善し低血糖になる可能性もあります。血糖値の推移を見ながら慎重に投与量の再設定を行う必要があることも押さえておきたいポイントの一つです。患者さんに最も近い存在である看護師が、与薬のエキスパートとして落とし穴に気付き、適正使用につなげることが重要でしょう。

●参考文献

- 1) 日本糖尿病学会(編). 糖尿病治療ガイド2020-2021. 文光堂;2020.
- 2) 吉岡充弘, 他. 系統看護学講座専門基礎分野薬理学. 医学書院;2018:p250.
- 3) 西村博之, 他. インスリン製剤のリスクマネジメント. 薬事. 2013;55(2):212-8.
- 4) 中野玲子. インスリン療法とその管理の基本——自己注射時のピットフォール 手技説明のツボを押さえる. 薬局. 2008;59(3):396-9.
- 5) 矢部紗織, 他. インスリン注射部位におけるインスリン由来アミロイドーシスにより著しい血糖コントロール悪化を認めた1例. 糖尿病. 2015;58(1):34-40.

2型糖尿病の患者。血糖コントロールが悪化し、近医にてインスリン治療が導入された。混合型インスリン注射で加療中、血糖コントロールが悪化したため糖尿病の専門病院に紹介され、入院となった。患者は、「注射部位は同一部位に注射しないように」と近医から指導を受けていたため、基本は腹部に注射していたが、時々太ももに注射することもあった。腹部にはしこりができており、そこに注射すると痛くないので腹部に注射する時はしこりに打っていた。入院時、インスリンの針を装着した状態で注射器を持参してきており、インスリンが針先から漏れていた。また、手技を確認したところ、混合型インスリンを懸濁せず、そして空打ちをせず投与し、注入開始後すぐに抜針していることが発覚した。

📌 押さえておきたい基礎知識

慢性的な高血糖状態である糖尿病は、網膜症、腎症、神経障害などの重篤な合併症を引き起こす可能性があります。これらの合併症予防のため、糖尿病患者さんには過去1~2か月間の平均血糖値を反映する指標であるHbA1cを7.0%未満とすることが求められており¹⁾、その治療法としてインスリン投与が検討されます。

インスリン分泌パターンには、1) 1日中食事に関係なく一定量分泌される基礎分泌、2) 食事で急激に上昇する血糖値に対応するための追加分泌の2つがあります(図2)。糖尿病患者はこれらの分泌が少ないことで高血糖となるため、インスリン注射によって不足分の基礎分泌や追加分泌を補充しているのです。一方で、投与タイミング、効果発現時間、最大効果発現時間はインスリン製剤によってさまざまであり、患者さんの血糖変動に合わせた選択がなされる必要があります(表)。服薬指導の際にはぜひ参考にしてください。

📌 こんなところに落とし穴

インスリン投与においては、①注射

器、製剤の取り扱い、②注射部位、③薬剤選択の落とし穴が存在します。順を追って確認していきましょう。

◆注射器、製剤の取り扱い

今回の事例でまず注目すべきは患者さんによる注射器の取り扱いです。インスリン製剤は使用直前の針セットが必須ですが、入院時、患者さんは針を装着した状態で注射器を持参していました。針を装着した状態で温度変化が起きてしまうと、カートリッジ内圧の変化によって薬液の漏れや気泡形成が起こり得ます。特に混合型インスリンの場合、無色透明な液体である速効型成分と、白色結晶性の中間型成分が一定の割合で封入されているために、薬液が漏れると成分比が変わり、適切な効果が発揮できなくなる恐れがあります³⁾。また、混合型インスリンは、保管時に速効型成分と中間型成分が分離しているため、使用前に混和せずに投与すると安定した効果を発揮できなくなります³⁾。

空打ちをせずに投与している点も見落とせません。空打ちとは、針の取り付け時にインスリンカートリッジ内の気泡を抜き、針先をインスリンで満た

す作業のことで、正確なインスリン量を投与するために必須のステップです。針先からインスリンが出てくるかの確認は、デバイスが故障していないか、針を正しく装着できているかのチェックも兼ねています⁴⁾。さらに、注入開始後すぐに抜針している点にも注意が必要です。すぐに抜針すると過少投与につながるため、注入完了より長い時間(約10秒間)しっかり数えて抜針するよう伝えましょう。

◆注射部位

注射部位によってインスリンの吸収速度が異なることはご存じでしょうか。インスリンの血中への吸収速度は、腹部が早く、大腿部が遅いため、安定した血糖コントロールには基本的に注射部位の固定が必要となります。ただし、同一箇所インスリンを注射すると、インスリンボールと呼ばれるしこりが形成されることには注意すべきです。これは、インスリン由来のアミロイド沈着や、インスリンの脂肪細胞分化促進が原因とされており、インスリンボールに注射した場合、インスリンの吸収性が低下し、血糖コントロールが不良となります。注射時に痛みを感

救急現場こそ、緩和ケアが求められる最前線となりうる!
初療室で葛藤する医師のための基本ツールと考え方

救急×緩和ケア ファーストブック

Palliative Aspects of Emergency Care

▶cure(治療)だけでなくcare(ケア)の視点も重要な急性期重症患者を前に、医師としてどう対応すべきか? 忙しい救急外来で求められる緩和ケアの基本知識や考え方、具体的な対処法を包括的かつ簡潔にまとめた米国救急医学会(ACEP)緩和ケアセクション推薦図書。原著者は救急医としてはじめて米国ホスピス・緩和医療学会(AAHPM)の会長を務めた第一人者。徹底した蘇生行為が患者に益するかどうか終末期患者対応のジレンマに悩む、救急医療に関わるすべての医師・研修医に贈る。

監修: 坂本哲也 帝京大学医学部附属病院 病院長
監訳: 柏木秀行・船越拓・伊藤香

定価: 本体3,400円+税
A5 頁192 図7・表46 2020年
ISBN978-4-8157-0303-5

教員業務に便利な情報・知識・技法をコンパクトに凝縮!

看護教員ハンドブック 第2版

授業や実習指導、研究において看護教員に最低限必要となる情報・知識・技法を、前版同様コンパクトで簡潔な記述スタイルでまとめたハンドブック。今版では、2022年度施行の看護教育新カリキュラムに対応して改訂した。第1章では最新の法令などを反映し、第2~4章では、教員の各業務で使える、より実践的な内容を加筆した。第5章では、指導の際に留意しなければならぬパワーハラスメントについても触れている。

編集 古橋洋子

看護教員²ハンドブック

教員業務に便利な知識・技法をコンパクトに凝縮!

A5 頁164 2020年 定価: 本体2,500円+税 [ISBN978-4-260-04304-5]

Medical Library

書評・新刊案内

対話と承認のケア ナラティブが生み出す世界

宮坂 道夫 ● 著

A5・頁282
定価:本体2,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04161-4

私が、本書のタイトルになっている「ナラティブ」と出会ったのは2002年ごろだったような気がする。当時、私は『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』(医学書院, 2002)の執筆のために医学書院に足を運んでいたが、ちょうど同じころ、『物語としてのケア——ナラティブ・アプローチの世界へ』(医学書院, 2002)を書かれた野口裕二氏(東京学芸大)とも、直接お会いする機会があった。その際に「べてるは、ナラティブ・コミュニティー」という言葉を頂いたのが最初である。

◆ナラティブは実現困難な理想なのか？
本書でも触れられているように、わが国でもM. ホワイトとD. エプストンの『物語としての家族』(金剛出版, 1992)が紹介されて以来、次々に「ナラティブ」本が刊行され、すでに静かなブームとなっていたが、不勉強な私は「ナラティブ・コミュニティー」の真っただ中にいるという自覚もないままに「三度の飯よりミーティング」を理念として掲げ活動をしていた時期であった。

著者は、当時、あれほど注目され、現場を熱くした「ナラティブ」の世界が、いまだに手応えと手掛かりを失い「実現困難な理想」(本文p.2より)の域を出ないのは、なぜかと問うことから論を立ち上げている。そして、「ナラティブ」を「理想」の域から、より身近な私たちの日常の世界に引き戻し、定着させるために用いたキーワー

評者 向谷地 生良

浦河べてるの家/北海道医療大学

ドが「対話と承認」である。「ナラティブ・アプローチ」というものを、異なる階層にいる人たちが専門性の違いを超えて取り組める対話実践と位置付け、それによって心のケアに対する社会的な障壁を少しでも低くする」という本書の意図は、当事者研究という対話実践を試みてきた私自身の問題意識とも重なるものである。

◆対話と承認による変革の予感

しかし、「対話」の持つ難しさは、それが単なる「話し合い」や「傾聴」ではなく、オープンダイアログを創始したヤコ・セイツクラの言葉を借りるな

らば「人生そのものが対話」であり、「あまりにもシンプルなので、シンプルだと認識できないパラドックスがある」ことである。「ナラティブ」の概念をまとったさまざまなアプローチが、「理想」の域を出ないのは、「人は、生まれた瞬間から対話が始まる」という対話の持つ生命論的な可能性と特徴、さらにはそれを裏付ける「いかに動くか」という目に見えるシステムの変革が重要であるという理解が不十分なまま、専門家による心理的、態度的技法という枠の中でしか扱えなかったからではないか、と私は考えている。

本書が提示する「対話と承認」の視点は、私たちの医療や福祉の現場ばかりではなく、日常そのものを「民主化する」提案であり、「ナラティブ」というのは、より「ポリティカル」な目に見える変革の延長線上に立ち現れる現実であることを示唆しているように思える。

対話と承認がもたらす 日常の「民主化」



固定チームナーシング

責任と継続性のある看護のために 第4版

西元 勝子, 杉野 元子, 北神 洋子 ● 著

B5・頁288
定価:本体2,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03949-9

評者 代田 とみ子
飯田市立病院看護部長

看護提供方式である固定チームナーシングは、患者・家族に対して「継続して責任の持てる看護を提供する」ことを第一の目的として、四半世紀にわたって進化し続けている。第4版の序文で、著者らは「いつの時代にも、時代の求める看護と決して変わらない看護を見極めながら仕事をしていきたい」と記している。

固定チームナーシングは単に組織目標を達成するためのシステムではない。当院は1986年からこの方式を取り入れた。当時の看護部長は、初版が出版される以前に、提案者である西元勝子氏と出会い、この方式が紹介された書籍『看護チームの育成と運営——継続性のある看護をめざして』(医学書院, 1985)に触発されたと聞く。

当時から大方の病院では1病棟当たりの病床数が多かったため、特に新任者は病棟患者全員を把握し、安全な医療を提供することは、困難を極めていた。この看護提供方式では、高度急性期から回復期に至るまで、看護単位における患者グループ分けの工夫と看護チームの組織化が示されている。現在はPFM(Patient Flow Management)が導入され、在院日数の短縮が加速している。高齢者や合併症を持つ患者の退院支援は容易ではないが、患者グループの特徴や看護問題をとらえた看護チームが24時間を通して担当することで、早期の退院支援から、安全で責任を持った看護の実践が可能となる。

当院看護部では、1998年に前述の看護部長が長野地方会を立ち上げ、次に続く看護部長は師長会を応用した小集団活動に力を注いだ。この34年間、人材育成や目標管理、実践課題の解決、多様な働き方を認めながらメンバーとしての役割を果たすことなど、時代に適応した看護サービスとリンクさせ

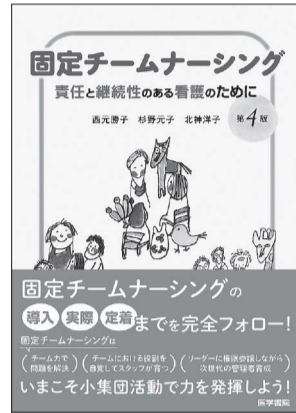
つ、固定チームナーシングの定着を図ってきた。そして今、COVID-19という有事に対応している看護部長として、第4版を手元にその真価にあらためて注目している。

危機的状況に直面し、全国の看護管理者は、職員を守りそして施設の役割を果たすために、日々心を痛めていると推察する。もちろん私もその一人である。有事だからといって、普段と全く異なる体制が整えられるわけではない。

当院では、感染症指定医療機関として受入れのための病棟を再編成した。任命された師長は新メンバーと病棟目標を作り、職員の実践能力や状況を踏まえたチーム編成、病棟内の動線とPPC(Progressive Patient Care)を基盤に患者のグループ分けを行った。病院の緊急事態を受け、短期間に部署を再構築し、配置された職員は、平時から身につけた役割を発揮しながら看護を実践している。

COVID-19の下で看護の責務を果たすため、看護提供方式の重要性をあらためて熟慮したところ、看護管理者としてこの優れた可能性を持つ固定チームナーシングを継続させていきたいと考えている。

最後に、第4版は固定チームナーシングの導入から実際、さまざまな施設での取り組みの例、さらに定着と人材育成について整理されている。自施設の看護サービスの在り方に悩み、看護提供方式に疑問を感じている看護管理者の方に、ぜひ手に取ってほしい1冊である。



世代を越え、COVID-19の下で 真価を発揮する

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

ACP、知っているようで知らないことばかりだ！

Advance Care Planningの エビデンス

何がどこまでわかっているのか？

◆森雅紀 聖隷三方原病院 緩和支援診療科
◆森田達也 聖隷三方原病院副院長/緩和支援診療科

◆B5 頁204
定価:本体2,400円+税
[ISBN 978-4-260-04236-9]

Contents

- Part I / ACPを語る上での基礎知識
- Part II / 次々と登場する ACP 介入の研究たち
- Part III / ACPに関するリアルワールドの研究
- Part IV / ACPに関わる 辺縁の研究領域
- Part V / ACPに関する日本の議論を整理するための雑談

「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人と家族、医療者が繰り返し話し合うプロセス」= ACP。でも不確実な将来を話し合うことは、誰にとっても難しい。どうやって話し合いのきっかけを作るか、どうすれば患者と家族の希望に沿った医療・ケアを提供できるか、国内外で積み重ねられてきたエビデンスが、ACPを深めるためのヒントを与えてくれる。患者と家族の幸せにつながるACP実践のために、知っておきたいことがある！

医学書院 M-GTA(修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ)の決定版！

定本 M-GTA

実践の理論化をめざす質的研究方法論

木下康仁

質的研究方法論の1つとして広く知られるM-GTA(修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ)の決定版。M-GTAの基本的な考え方と研究方法のプロセスを具体的なかつ詳細に解説し、理論面と実践面から強力にサポート。看護系大学院生や看護研究者などを中心にM-GTAのさらなる浸透を図るとともに、質的研究の未来を見据えながら、理論と実践と研究の循環の実現に向けた研究成果の産出をめざす。

◆A5 頁400 2020年
定価:本体3,200円+税
[ISBN978-4-260-04284-0]

CONTENTS

- Part 1 M-GTAの方法論的体系性
Chapter 1 グラウンデッド・セオリー・アプローチの基本特性
Chapter 2 M-GTAの方法論的基盤
- Part 2 M-GTAの分析方法
Chapter 3 分析テーマと分析焦点者の設定方法
Chapter 4 概念生成と分析ワークシートの活用方法
Chapter 5 概念比較からカテゴリーの生成方法
Chapter 6 結果図とストーリーラインの作成方法
Chapter 7 なぜ、プロセスなのか
- Part 3 M-GTAのグループワークでの学習方法
Chapter 8 グループワークでの学習の進め方
Chapter 9 グループワークと機能としてのスーパービジョン
- Part 4 質的研究とM-GTA
Chapter 10 質的データのコーディングと記述のスタイル
Chapter 11 M-GTAにおける理論と実践の関係：行為文脈設定型実装研究へ
Chapter 12 質的研究論文の査読基準作成と評価類型・改善方向の試案
Chapter 13 批判的実在論とM-GTA

カリキュラム編成準備セミナー

オンライン受講のご案内



- 第1回 指定規則改正のポイント
第2回 地域・在宅看護論の位置づけと教育内容
第3回 ① ICT活用のための基礎的能力の育成
② 専門職連携教育の理解と導入

2020年11/7(土) 第4回 カリキュラムの評価と開発

2020年11/8(日) 第5回 臨床判断能力に必要な基礎的能力の強化

上記日程の13:00~16:30にリアルタイム配信を実施。開催翌週の金曜日以降2021年3月31日までアーカイブ動画にて繰り返し視聴いただけます。



対象: 看護教員
受講料: 5回セット1施設につき50,000円
*消費税込 *資料ダウンロード式 *クレジットカード事前払い, 銀行振込



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 Vol.30 No.11
特集 セルフ・コンパッション
リーダーが自分を思いやることで組織が豊かになる

看護教育 Vol.61 No.11
特集 工夫が光る! 在宅看護演習・実習
地域とのつながりをとらえた「継続看護学実習」

助産雑誌 Vol.74 No.11
特集 母子に向けた流行感染症対策
新型コロナウイルス感染症を中心に

保健師ジャーナル Vol.76 No.11
特集 統括保健師
憧れのポストになるために

精神看護 Vol.23 No.6
特集 この人いいですよ。
あなたが仕事に関連してオススメしたいSNSの人、教えてください

訪問看護と介護 Vol.25 No.11
特集 在宅浮腫マネジメントのための新常識
利尿薬だけの対応になっていませんか?