

2011年10月24日

第2950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 (社) 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

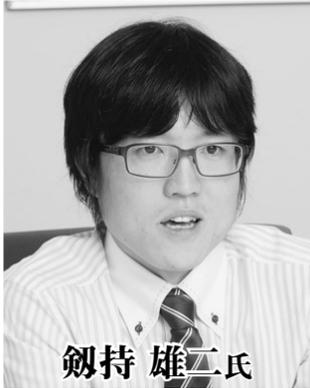
今週号の主な内容

- [座談会]せん妄ケアは丁寧な看護実践(卯野木健、剣持雄二、小松由佳、茂呂悦子)
■[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(本田美和子)
■[連載]キャリア発達支援
■[連載]フィジカルアセスメント
■[連載]看護のアジェンダ,他

急性期領域だからこそ、患者のサインを見逃さない

座談会

せん妄ケアは丁寧な看護実践



剣持 雄二氏

東海大学医学部付属八王子病院
集中ケア認定看護師



小松 由佳氏

東京慈恵会医科大学附属病院
集中ケア認定看護師



茂呂 悦子氏

自治医科大学附属病院 急性・重症患者
看護専門看護師, 集中ケア認定看護師



卯野木 健氏(司会)

筑波大学附属病院副看護部長

“予防が第一”と言われるせん妄へのケア。入院・治療の開始時点から発症のリスクをアセスメントし、せん妄の要因を取り除くことが重要とされる。しかし、多様な症状があり発症メカニズムも複雑、ケアの成果も見えにくいせん妄への対応は、同時にスタッフの疲弊も招きかねない。そこで本座談会では、急性期領域におけるせん妄に焦点を当て、より効果的なかかわり方について、4人のエキスパートにお話いただいた。

卯野木 せん妄は従来、環境要因や精神的な問題によって発症すると考えられてきました。しかし、近年せん妄に関する研究が進み、そのメカニズムは多様であり、さまざまな身体的な原因が複雑に絡み合って起きることが明らかになってきています。例えば、ICUで見られるせん妄と高齢者施設等で見られるせん妄は、症状は同じであっても異なるメカニズムによって起こっていると考えられます。また、同じICUに入院中の患者さんでも、そのメカニズムが異なっている場合もあります。

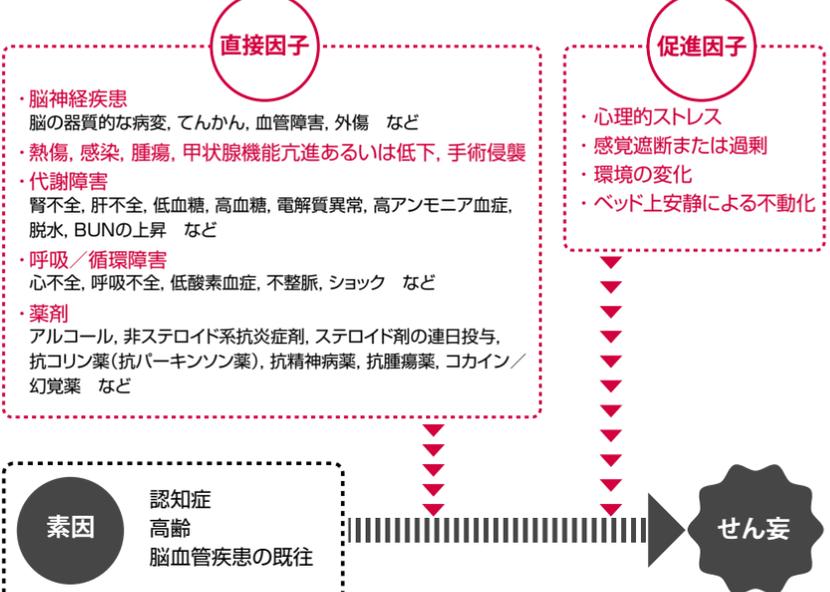
ただ、せん妄に関する知見は、まだまだ限られているのも現状です。本座談会では、そうしたなかで、せん妄を予防・早期終息させるために看護師に求められる役割について、議論したいと思っています。

なぜせん妄が生じるのか

卯野木 まず急性期領域で見られるせん妄にはどのような特徴があるでしょ

うか。
剣持 現在急性期領域では、せん妄は急性脳機能不全ととらえられています。生体に外傷や手術、感染などの侵襲が加わると、生体防御反応としてサイトカインが産生されます。この反応が過度に起きると多臓器不全を来しますが、せん妄はそれが脳に起きたものだと考えられているのです。特に低活動型せん妄は敗血症や急性大動脈解離など重症の患者さんに多い印象を持っていますが、いかがでしょうか。

小松 おっしゃるように、当院でも一次的にショック状態にあった方や敗血症、低酸素血症に至った方、特に急性大動脈解離や急性心筋梗塞など全身性炎症反応が高い方の発症率が高いです。このような患者さんは、鎮静・鎮痛薬、抗コリン薬などの薬剤を用いることが多いのですが、薬剤が要因となるせん妄もありますね。特に深い鎮静をかけていたり、ミダゾラムなどベンゾジアゼピン系鎮静薬が投与されている患者さんにせん妄が多い印象があり



●図 せん妄の因子となる要因 (『看護ワンテーマBOOK』せん妄であわてない)より改変)

ます。
茂呂 ただ、多臓器不全や薬剤だけが原因であるなら、身体機能が回復すればせん妄も治って当然ですが、そうとも言えない場合もあります。
卯野木 やはりさまざまな原因が複雑に絡んでいるのでしょうか。例えば、認知症、高齢、脳血管疾患の既往などは、せん妄発症のリスク因子とされています(図)。

茂呂 それに加え、従来言われているように、やはり環境の変化もせん妄の発症の促進因子と言えますね。ICUから一般病棟に移ったことで夜間せん妄を発症する場合などもその一例です。
剣持 身体拘束も、せん妄を助長する原因の一つではないでしょうか。先日、どうしても自己抜管を試みてしまう患

(2面につづく)

October 2011 新刊のご案内 医学書院
Clinical Data Book [Compact Edition] (6th Edition)
Clinical Pharmacology (3rd Edition)
Neuroscience and Spirituality
Team Support for Breastfeeding
Essential Drugs for Palliative Care (2nd Edition)
Mental Health
Manual for Pediatric Health Examination (4th Edition)
Emergency and Critical Care: Symptom-based Nursing Process and Disease Correlation Diagram
Women's Cancer Palliative Care
Urgency and Critical Care: Symptom-based Nursing Process and Disease Correlation Diagram
I Chose to Be a Nurse

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

座談会 **せん妄ケアは丁寧な看護実践**

＜出席者＞

●**卯野木健氏**

千葉大看護学部卒。卒業後、聖路加国際病院救命救急センターに勤務。在職中に筑波大大学院人間総合科学研究科機能制御医学専攻博士課程修了。聖路加国際病院副看護師長を経て、2006—7年ヴァージニア州立大博士研究員。聖路加看護大助教、准教授を経て11年4月より筑波大病院看護部長、6月より現職。同じ意識レベルでも自己抜管する人とならない人がいることに気づき、せん妄に興味を持つ。著書に『ナースのための新しいモニター心電図の知識』（共著、誠文堂新光社）など。

●**剣持雄二氏**

北里大看護専門学校卒。卒業後、女子医大病院救命救急センターICUに勤務。2003年より現職。院内では、RST（呼吸サポートチーム）、RRT（院内急変対応チーム）、VAP（人工呼吸器関連肺炎）チームのメンバーとして活動している。「せん妄のケアは看護の醍醐味です。やるしかない!!!」

●**小松由佳氏**

聖隷学園浜松衛生短大卒。慈恵医大病院へ入職。2006年同大学院医学研究科看護学専攻修士課程修了。入職以来、看護師の力でせん妄を予防・回復させる方法を模索している。最近では、せん妄発症後の認知機能障害残存により、退院、社会復帰できない患者を目の当たりにして、急性期領域におけるせん妄予防の重要性を感じている。著書に『動画でわかる人工呼吸器管理とケア』（共著、中山書店）。

●**茂呂悦子氏**

自治医大看護短大卒。同大病院へ入職。2009年自治医大大学院看護学研究科修士課程修了。ICUに勤務していた際、トイレ介助をした患者に離棟を囮られたことをきっかけにせん妄に興味を持つ。近著に『看護ワンテマBOOKせん妄であわてない』（編著、医学書院）。

(1面よりつづく)

者さんがいたのですが、抑制帯の装着を本人が望まず、鎮静薬の投与も医師から止められていたもので、夜勤の間、看護師がずっと交替で付き添っていました。その後、日勤帯になって、患者さんをそばで看ることができなくなり、安全性を考慮に入れて身体拘束したのですが、結局その患者さんは興奮状態になってしまったんです。
小松 特に上肢、手指を抑制されている患者さんは、不穏・興奮状態になる

ことが多いです。患者さんの立場から考えると、人工呼吸器が装着されていること、胃チューブが挿入されていることは不快であり、それらを自らの手で取り除くことができないのが非常に苦痛な体験となるのでしょうか。それがストレスとなり、不穏や興奮状態として表出してくるのだと思います。
茂呂 安全面から考えて、どうしても身体拘束が必要な場合もありますが、それによって医療者と患者さんの信頼関係が失われる。「何かよくないことをされている」と患者さんに不安を抱かせてしまうのかもしれないですね。

予防・治療につなげるためのスクリーニング

卯野木 せん妄に関する新たな知見でもう一つ重要なのは、せん妄がICU在室日数・入院日数の延長、退院後6か月での死亡率の独立予測因子であると報告されるなど、せん妄と患者の予後の関連性が明らかになってきたことです。65歳以上のICU入室患者のせん妄発症率は70%に上るとの指摘もあるなか、早期発見が非常に重要な課題と言えます。ただ実際にはせん妄の多くが見逃されてはいないでしょうか。
茂呂 活気がなくウトウトしている低活動型せん妄は、あたかも穏やかに寝ているかのように見えてしまいます。「死にたい」「もういい」など、患者さんから悲観的な言葉が発せられることで看護師の関心が向く場合もありますが、やはり圧倒的に見落とされていることが多いと感じます。
卯野木 ICUの患者に生じるせん妄について、混合型せん妄54.1%、低活動型せん妄43.5%、過活動型せん妄1.6%、というデータも報告されています。割合から考えても低活動型せん妄はかなり多いはずですね。

せん妄を発症すると注意力が障害され、危険に対する認識が困難になるので、低活動型であっても転倒・転落したり、身体を不用意に動かしてドレン・ライン類が抜けてしまうなど、何かしらのインシデントに遭遇しやすくなります。せん妄による二次的な障害を引き起こさないためにも、患者さんの状態をアセスメントし、その要因を取り除く必要があります。そのために、現在急性期領域で有用なアセスメントツールとして活用されているのがCAM-

ICUとICDSCです(MEMO)。これらを用いたせん妄評価の重要性は認識していても、日常的に活用できないという悩みも臨床現場では多いようです。
茂呂 当院ではCAM-ICUによる評価が定着するまでに3—4年かかりました。CAM-ICUは簡単な絵や質問を通してアセスメントするので、特に意識が清明な患者さんにそのような質問をすることに抵抗を感じるスタッフも多かったようです。そこで、アセスメントの必要性や測定方法の解説を再度行うとともに、ICU入室前のオリエンテーションにせん妄評価についての説明を追加し、スタッフの意識向上に努めました。
卯野木 教育的にかかわることで、定着させていったのですか。
茂呂 はい。職場への定着に重要だったことがもう一つあります。評価結果の医師との共有です。「夜間に鎮静薬をどう使うか」「昼間の過活動型せん妄にどう対応するか」など、医師との協働場面で評価結果が活用されるようになったことで、スタッフのモチベーションアップにつながったと思います。

ルーティンワークに取り入れる

卯野木 剣持さんのところは全例スクリーニングを行っていますね。
剣持 当院では以前、患者さんが何か問題を起こす度にすぐに「せん妄」と評価し、身体拘束してしまうことが多かったんです。挿管チューブやラインが入っている場合には、それしか手段がない場合もありますが、ベテランが受け持っていて自己抜管されてしまう。そのようななかで、「抑制の仕方をもっと検討したほうがいいのではないか」「患者さんが抜管する原因は何なのか」という議論が起き、せん妄の症状や見分け方について考えるようになりました。そうして3年前からICDSCを用いた全例スクリーニングを開始しました。
「せん妄は見逃されやすい」という前提があります。ただアセスメントツールを導入するだけでは、スタッフの能力によって、「この患者さんにはスクリーニングを行って、この患者さんには行わない」と主観が入る可能性があります。そこで、全例にルーティンで実施することに意味があると考えました。そのための工夫として、スタッフの関心が高い身体拘束の必要性を判定するチェックリストとセットで行えるようにし、業務に組み込んでいったんですね。

日常的な全例スクリーニングにより、患者さんが困っていることについて、スタッフ間で議論する機会が増えたと感じます。患者さんへの関心が高まるという意味でも有用ではないでしょうか。
茂呂 アセスメントツールは、患者さんの行動が本当にせん妄によるものな

のかを判断する際にも活用できます。いろいろしている、チューブやカテーテルをしきりに触るなど、せん妄で見られる症状を目にすると、すぐにせん妄と決め付けていないでしょうか。認知はしっかりしていても、自分の欲求が伝わらないことへのいら立ちや怒りを表出している場合もありますから、「何か変だな」と思ったら、アセスメントする習慣をつけることが大切です。

治療とケアを切り分けない

卯野木 次に、具体的なせん妄ケアについての話題に移りたいと思います。
小松 ケアでまずおさえなければいけないのは“全身管理”です。ICUの看護師は、ごく当たり前に行っていることですが、“全身管理”とひと言と言っても、意識的に観察をし、判断していく過程が非常に重要です。先ほどのお話にあったように、せん妄を発症するような患者さんは、全身性の炎症反応があり重症度が高いことが多いので、フィジカルアセスメント、バイタルサイン、水分バランス、出血を含む排泄量、尿量、血液ガス分析、電解質を含む血液データなどを基にした観察と判断が不可欠です。そして、異常と判断された場合には医師と相談しながら、できるだけ早く正常に戻すことを検討し、実践することが大切と言えます。
卯野木 ICUでは、治療とケアを切り分けて考えるのではなく、患者さんのすぐ近くにいる看護師が「背後に低酸素血症が隠れているのではないか」「循環器系に何か問題が起きているのではないか」など、患者さんの状態を観察し常に考える姿勢を持つことが不可欠です。せん妄や不穏の背後に生理学的な問題がないかどうか、まずは疑ってほしいですね。

特に重症の患者さんは低酸素血症が進行すると、急激に意識障害や認知機能障害が生じます。呼吸困難感を和らげるために酸素マスクを装着しても、マスクに圧迫感を感じ興奮状態になって外してしまう場合もあります。その結果、よけいに低酸素血症が悪化するというループが起きているのです。
では、薬剤関連のせん妄に対しては、どのように対応していますか。

茂呂 ベンゾジアゼピン系鎮静薬は大量投与、長期にわたる投与、急激な離脱などにより、急性離脱症状が現れるとされています。また、せん妄だけでなく、退院後の認知機能障害の危険因子とも考えられています。ですから、ベンゾジアゼピン系鎮静薬が投与されていてせん妄を発症している患者さんを発見したら、医師に報告して鎮静薬の変更を検討すべきです。
卯野木 せん妄をコントロールしようとしてさらに鎮静薬を投与し、かえって症状を悪化させている場合もあります。ですから、鎮痛・鎮静薬を必要最

●**MEMO**

- **CAM-ICU** (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) 鎮静評価 (RASS) とせん妄評価の2段階で行う。せん妄評価では、①精神状態変化の急性発症または変動性の経過、②注意力欠如、③無秩序な思考、④意識レベルの変化、の4項目をみる。
- **ICDSC** (Intensive Care Delirium Screening Checklist) 8時間、または24時間以内の情報に基づきせん妄の有無を評価。①意識レベルの変化、②注意力欠如、③失見当識、④幻覚、妄想、精神障害、⑤精神運動的な興奮あるいは遅滞、⑥不適切な会話あるいは情緒、⑦睡眠/覚醒サイクルの障害、⑧症状の変動、の8項目をみる。
- **RASS** (Richmond Agitation-Sedation Scale) 鎮静の状態を+4(闘争的)～-5(無反応)の10段階に分け、0～+4では患者を観察する、-1～-3では呼びかけ刺激を与える、-4、-5では身体刺激を与える、ことにより評価する。

シリーズ《看護ワンテマBOOK》

何か変...?

せん妄であわてない

茂呂悦子 編著

見逃さない! もう迷わない!

はっきりわからない、どうしたらいいか迷う、何か変...せん妄ケアの“もやもや”を、豊富なチャートや図版でスッキリ解決。せん妄とは何か? どうやって見きわめるか? 実際にどう対応するのか? 具体的な対応・ケアの方法、症状別、患者の状態別のケアの流れが現場的視点でイメージできる。

目次

- ここが知りたい! せん妄とは何なのか
- まずこれだけは! せん妄患者への対応
- これってせん妄? せん妄の見きわめ・予測のツボ
- せん妄のケアに強くなる
- 不安解消!! 対象・ケース別せん妄の対応

事例1 術後患者のせん妄
事例2 人工呼吸器装着中の患者のせん妄
事例3 敗血症患者のせん妄
事例4 脳血管疾患患者のせん妄
事例5 認知症患者のせん妄

●B5変型 頁128 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01434-2]

急性期領域だからこそ、患者のサインを見逃さない 座談会

小限にとどめることや、状況に応じた用量調節も必要です。

茂呂 あらゆる手を尽くしても状態が改善されない場合、看護師が疲弊してしまうこともありますね。

卯野木 確かに、そのような状況に陥ると医師はますます薬剤に頼りがちになってしまいます。実際、医師が患者さんの鎮静を深くすることを考えるのは、「鎮静が浅いと患者さんが暴れて看護師が困るから」という理由が大きいです。

小松 医師と看護師間で、鎮静の目安の擦り合わせを行うことも一つの方法ではないでしょうか。当院のICU、CCUでは、必ずしもせん妄予防の観点からだけではありませんが、医師と看護師の間でコンセンサスを取得、鎮静を極力浅く維持するように徹底しています。ICUではRASSで「0(覚醒しており穏やか)～-2(軽度鎮静)」、CCUでは「0～-3(中等度鎮静)」を目安にしています(MEMO)。

茂呂 1日中徹底しているのですか。小松 基本的には昼夜問わず維持していますが、CCUでは朝のカンファレンスで病態を判断した上で、鎮静の目安を決定しています。また、「ゆっくり休みたい」と希望される場合や、人工呼吸器管理下(自発呼吸設定下)にて呼吸仕事量増大、呼吸筋疲労を起こしている場合にはいったん休息も必要になるので、一時的に鎮静を深くする場合もあります。

「寝た」感覚を取り戻す

茂呂 せん妄に随伴する症状の一つに睡眠-覚醒サイクルの障害がありますが、私は患者さんが「十分に寝た」感覚を得ることが意外に大事なのではないかと考えています。夜間に-3でコントロールしていても、「寝た気がしない」という患者さんは多いですね。それが結果的に「疲れがとれない」ことにつながっている気がします。

小松 確かにそうですね。看護師が観察していて、患者さんの目が閉じていかにも眠れているように見えるときがあります。しかし、翌朝患者さんに「昨日はよく眠れたようですね」とお声掛けすると、「まったく眠れなかったよ」と返答されることが多いです。

卯野木 深い鎮静をかけていると、麻

酔と同じように、寝ている間の記憶がないのではないのでしょうか。パソコンに例えるなら、シャットダウン後に再起動したような感じですね。一方、通常の睡眠はいわばスタンバイ状態で、何となく時間が過ぎている感覚がある。そう考えると、患者さんの「寝た気がしない」という訴えに対しては、鎮静薬や睡眠薬ではあまり効果がないのかもしれない。

茂呂 何か処置をしたときに時間を伝えることで、「ああ、こんなに寝たんだ」という感覚が得られる場合もあるかもしれないですね。

卯野木 そうですね。ICUで鎮静をかけられている患者さんは断続的に寝たり起きたりを繰り返していますし、ICU自体がもともと時間の感覚を得られにくい場だと言われます。何か工夫していることはありますか。

小松 当院ICUでは、各病室の患者さんが休んでいる位置から、目視できる位置に時計を設置しています。これは、改装する際にこだわった点とも言えます。また、テレビも設置してもらいました。時計で時間がわかったとしても午前中なのか、午後なのかわからなくなってしまう方が多いですね。そんなとき、テレビを観て「これは朝の番組だから午前の10時だね」など自分の力で理解することができるようです。

患者の意欲を引き出すかわり

小松 入院中の患者さんは誰しも不安を抱いていると思いますが、私はせん妄の方はその不安の程度がより大きいのではないのかという印象を持っています。ただ、医師と話す「不安が強い患者さんがせん妄を発症しやすいのなら、抗不安薬を投与したら効果があるのかなあ」など、どうしても薬剤による治療がまず挙がってきます。もちろんそれも重要ですが、私たちが看護師として実践しているのが、人工呼吸器装着中の患者さんでも状態が安定していればなるべく外に出ることです。

ICUという閉ざされた空間から、外に出て自然な光や風を肌で感じる。まぶしさのあまり目を細めたり、「外は寒いなあ」と掛けものを調整する言動があったり、笑顔が見られるなど、ICUでは無表情だった患者さんにもその人らしさが出てくるという実感があ

ります。患者さん自身が自分で何かをしようとする力、いわば「生きる力」が湧くのではないのかと思っています。剣持 外に出られない患者さんの場合は、ベッドの向きを変えて外の景色を見られるようにしたり、光を感じられるようにすることも効果的ですね。

小松 患者さんの自立を促すことも大切です。起きる、立つ、歩くといった基本的な日常生活動作もその一つですが、タオルで手を拭く、口を拭く、歯磨きをする、体位変換を行うなど、自分自身でできることはなるべくやっていただくようにしています。

茂呂 そうすることで、リハビリテーションにもつながりますね。ほかにも、髪をとく、ティッシュをとる、テレビのリモコンを操作する、などの日常動作は比較的取り入れやすいのではないのでしょうか。

卯野木 せん妄のケアの効果に関しては、十分な検討がなされていないのが現状です。せん妄だから症状が出たのか、症状が出たからせん妄になったのか、因果関係もなかなか突き止められない。どのようなケアを行えばよいのか、悩む場面もあるかもしれません。ただ、ICUは患者さんにとって非日常的な空間ですから、大きなストレスとなるのは確かです。環境調整は看護師の重要な役割と言えますね。

休ませるとき、動かすときのタイミングが重要

卯野木 早期に離床し、身体を積極的に動かすことは重要ですが、身体を起こす時期と安静を優先すべき時期があるようにも思います。そのあたりはどのように見極めていきますか。

茂呂 ご指摘のように、私も休みを優先する時期、アクティブに介入する時期、情報提供量を増やす時期など、患者さんの状態に沿った対応が必要だと考えています。特に低活動型せん妄の場合、「起こさなければいけない」と言われることが多いですが、単に活気がないのではなく、非常に疲弊している場合もあります。そこが見落とされちゃうと、ケアとしてはミスマッチになってしまう。とは言え、ずっとベッドに寝ていては回復を遅らせてしまうので、さじ加減が難しいですね。

剣持 実は先日、私の家族がICUに入

院したのですが、声をかけたり、刺激を与えたりしてなるべく起こすよう心がけていました。そうしたら、病棟に移ってから「ICUのことは一切思い出したくない。なぜそんなに声をかけてくるのか」と言われてしまったんです。

ICU退室後のほかの患者さんを訪問しても思いますが、可能な限り起こしたり、記憶をはっきりさせたほうがいいかと言うと、必ずしもそうではないこともあるのではないのでしょうか。特に鎮静の管理が悪かった場合は、ICUでの嫌な体験が記憶に残り、患者さんが元気になるって現実を見ようとしたとき、混乱しているように思います。

茂呂 患者さんが「大事にされている」という感覚を持てるかかわりが重要ですね。認知機能がどの程度障害されているのかによって、提供する情報量も提供の仕方も考慮しなければいけない。いかに患者さんの意向を尊重しながら進められるかという視点が不可欠だと思います。

卯野木 同時に、疼痛、呼吸困難感、倦怠感など、疾患・病態や治療処置によって生じる身体的苦痛を取り除いていく。ケアの工夫と同時に、医師との協働によって身体的な問題にアプローチしていくことが重要です。

*

卯野木 これまでのお話を振り返ると、せん妄ケアは看護そのものだと感じます。

茂呂 そうですね。いちばん丁寧な看護ケアかもしれません(笑)。

小松 看護ケアの方法に「こうすべき」という唯一のものはなく、個々の患者さんに寄り添い、心地よい情動的サポートを提供することが、せん妄ケアとしての答えを導き出すヒントになるのだと思います。

剣持 当院では昨年、有志による「せん妄チーム」を結成しました。チームメンバーは新人から中堅・ベテランなどバラエティーに富んでおり、定期的にせん妄に関するカンファレンスを行い、臨床実践に生かしています。今年からはポータブルテレビをはじめ、アメニティーを増やすべく活動しています。せん妄のケアは時間や体力を要し、「しんどい」ので、チームで協力し合いながら継続していくことも大切です。(了)

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する

クォーター・マガジン

INTENSIVIST

2011年 第4号発売

- 季刊/年4回発行 ●A4変 200頁
●1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
●年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%)
※年間購読は送料無料、約4%の割引

特集 急性肺炎

編集委員

- 藤谷茂樹 聖マリアンナ医科大学救急医学
讚井将満 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
林淑朗 Royal Brisbane and Women's Hospital, Department of Intensive Care Medicine / The University of Queensland, Centre for Clinical Research
内野滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会(JSEPTIC)」の活動をベースに、年4回発行。
●毎月1つのテーマを決め、最新のエビデンスに基づいて、現在わかっていること/わかっていないことを検証、徹底的に解説。施設ごとに異なる診療を見直し、これからの集中治療のスタンダードを提示する。

- 重症患者の治療にあたる医師として最低限必要な知識を手中に収めるべく、テーマは集中治療にとどまらず、内科、呼吸器、救急、麻酔、循環器にまで及び、ジェネラリストとしてのインテシヴィストを追求する。
●集中治療専門医、それを目指す若手医師をはじめ、専門ナース、臨床工学技士、さらには各科臨床医に対し、集中治療を体系的に語り、議論し、意見交換ができる共通の場(=アゴラ)を提供する。

Table with 4 columns: 2009年, 2010年, 2011年, 2012年(予定). Rows include ARDS, Sepsis, AKI, Infection Control, end-of-life, etc.

新シリーズ 看護ワンテーマBOOK

「新しいこと勉強したいけど時間がない」というナースに朗報! 知りたいことをピンポイントに学べる新シリーズが登場 現場で役立つ最新の実践知識を、豊富な写真と図で徹底解説!

がん専任栄養士が患者さんの声を聞いてつくった 73の食事レシピ. 川口美喜子・青山広美. B5変型 頁128 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01477-9]

せん妄であわてない. 編著 茂呂悦子. B5変型 頁128 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01434-2]

説明できる エンゼルケア 40の声かけ・説明例. 小林光恵. B5変型 頁128 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01436-6]

見てできる褥瘡のラップ療法. 編著 水原卓浩. B5変型 頁128 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01315-4]. 成果の上がる口腔ケア. 編著 岸本裕充. B5変型 頁128 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01322-2]. 退院支援実践ナビ. 編著 宇都宮宏子. B5変型 頁144 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01321-5]

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 HELP (Hospital Elder Life Program) を始めませんか?

本田 美和子 国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター

せん妄は、急性に発症する意識レベルの低下や変動、または注意力の散漫を呈する病態です。特に入院に伴って高齢者に起きやすいことが知られています。入院中にせん妄を合併した高齢患者の1年以内の死亡率は35—40%にも上り¹⁾、いわば予後不良の急性脳不全ともいえる疾患です。しかし残念なことに、この病態は予防や治療が可能であることが十分に理解されていないのが現状です。

せん妄は、入院中の高齢者に25—40%もの高率で合併します²⁾。せん妄がもたらすものは単なる意識レベルの変化だけではありません。それが原因となって起こる、入院期間の延長、転倒などの入院中の院内インシデントの増加、これらに伴う医療費の上昇、せん妄を発症した患者の対応に追われる医療スタッフの疲弊やそれに引き続く看護師の離職など、その影響は極めて広範にわたっており、医療の現場に大きなインパクトを与えています。

まずせん妄かどうかを診断する

せん妄の診断に特別な検査は必要ありません。最も重要なのはベッドサイドでの観察です。しかし、症状が変動しやすいこと、認知症の合併や疾患そのものに対する理解不足などによって、診断をつけることが困難なこともあります。この状況を踏まえ、医療スタッフが誰でもせん妄の診断ができるよう、米国ハーバード大学のSharon Inouye氏が1990年に開発したConfusion Assessment Method (CAM)は、①急性の発症と症状の動揺、②注意力の欠如、③思考の錯乱、④意識レベルの変化、の4つの項目のうち、①+②+③または①+②+④を満たせばせん妄と診断する、という簡便な診断ツールです。これはベッドサイドで医療スタッフは

誰でも実施でき、所要時間も5分程度と簡便なことから、現在世界の医療現場で広く利用されています^{3,4)}。

患者の「不穏」にお困りの医療機関はたくさんあることと思います。もしかするとその病態は、予防や治療が可能なせん妄かもしれません。まず必要なのは、患者がせん妄であるかどうかの診断です。CAMを利用することで、看護師による診断も容易になりました。この疾患が自分たちの職場に存在することが明らかになれば、その予防・治療の計画も立てやすくなります。

前述のInouye氏は、ご自身の研修医時代の経験から、高齢者のせん妄をテーマとして研究を続けています。研究の成果の一つとして発表された、入院中の高齢者のせん妄を防ぐプログラム(Hospital Elder Life Program; HELP)は、当時Inouye氏が在籍していたイェール大学で始まり、その驚くべき効果の高さから、2000年代に広く全米の病院に導入され始めました。本稿ではこのプログラムについて紹介します。

“祖父母を訪ねた孫”のようなかかわり方

HELPの基本理念は、「患者さんのベッドサイドに十分にトレーニングを積んだボランティアを派遣し、ごく普通の世間話をしたり、要望を尋ねてお手伝いをすることでせん妄発症を防ぐ」というとてもシンプルなもの。ボランティアは医療にかかわる行為を行いません。ボランティアの活動内容についてはHELP本部が作成したマニュアルに詳細が記されていますが、「孫がおばあさんのお見舞いに行ったときのお手伝い」を思い浮かべるとよいかもかもしれません。

マニュアルに定められている具体的な活動には、①朝・昼・晩の3シフト

●表 HELPの骨子

- ①毎日ベッドサイドにボランティアを派遣。ごく普通の世間話をしたり、要望を伺って実行する。医療行為はしない
- ②適度な刺激のある毎日の活動
- ③毎日の運動療法
- ④薬に頼らない睡眠プロトコルの実施
- ⑤視覚・聴覚の評価
- ⑥食事介助プログラム(直接介助はしない)
- ⑦専門チームによるアプローチ
- ⑧介護者への教育
- ⑨地域との連携

にそれぞれボランティアを派遣、②シフトごとの訪室時間は15分程度、③ボランティアはまず自己紹介をして、今日の日付、担当看護師などを確認し、患者が自分の状況を把握するのを手伝う、④患者本人の要望に応じて、お話をしたり、お茶を用意したり、室内での軽い運動を手伝ったりする、⑤医療行為や食事の直接介助などは行わない、などがあります。その他のプログラムの骨子については表に示します。

HELPのいちばんの特徴は、プログラム運営がElder Life Specialistと呼ばれるコーディネーターと看護師に任されていることです。医師はプログラムの責任者として相談に乗り、必要な援助を行います。コーディネーターはボランティアの採用、トレーニング、スケジュール調整などを行い、看護師は入院患者がHELPに参加したほうがよいかについて判定、また日々変化する患者の臨床状況からその日のボランティア活動の可否について判断し、コーディネーターと連携をとります。

HELP導入の成果

2000年に初めてこのHELPに関する



●本田美和子氏

1993年筑波大医学専門学群卒。国立東京第二病院、亀田総合病院、国立国際医療センターに勤務。98年より米国トーマス・ジェファソン大内科レジデント、コーネル大病院老年医学科フェローを経て現職。本年11月より国立病院機構東京医療センター総合内科(予定)。「病気とともに健康に暮らす」ことに興味を持ち、米国滞在時よりInouye氏のもとでせん妄や高齢者機能評価について学ぶ。

HELPについてのお問い合わせは下記へ。
Mail: honda-1@umin.ac.jp

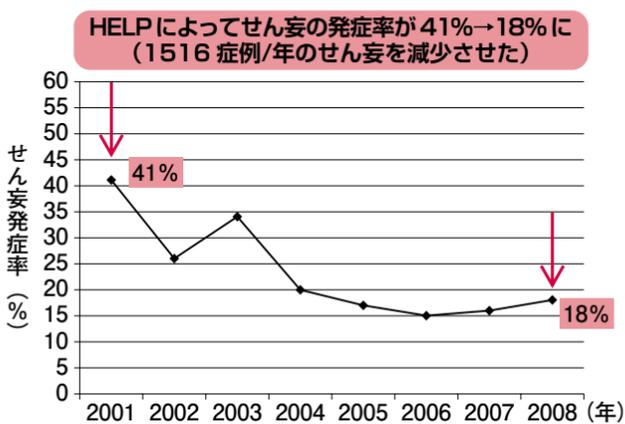
る論文⁵⁾が発表されて以降、米国内にとどまらず、欧州、オーストラリア、台湾などさまざまな国に導入されています。その理由はとても簡単で、このプログラムの導入によって、入院中の高齢者のせん妄発症率の減少、入院期間の短縮、医療費の削減、患者満足度の上昇、というような非常に好ましい結果が生まれたからです。その成果については次々に論文となって発表されています。最も新しい文献として本年ピッツバーグ大学から発表された結果を図1、2に示します⁶⁾。

HELPでは、各病院のHELP担当者がとても密接なネットワークをつくって互いに助け合って活動しています。本部はハーバード大学にありますが、新たに拠点システムがつけられ、イェール大学、ピッツバーグ大学などがその地域のリーダーとなってプログラムの普及に貢献しています。

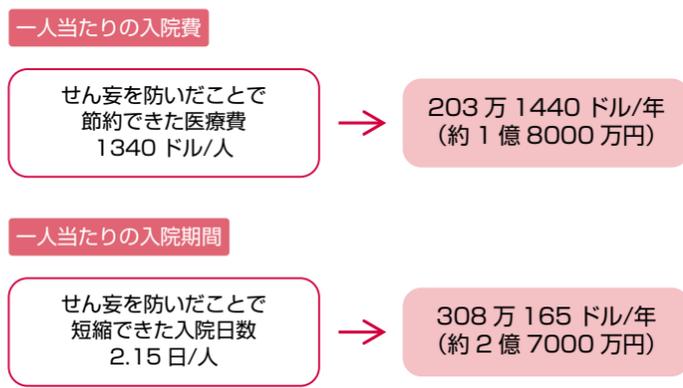
日本では現在いくつかの病院がHELPの導入を検討中で、マニュアルの翻訳も進められています。HELPは登録するだけで、無料でマニュアルなどの資料を入手できます。日本での導入に関してはInouye氏と相談し、筆者が日本窓口としてお手伝いしています。もしHELPについてご興味をお持ちの医療機関がありましたら、どうぞ筆者までご連絡ください。

●参考文献

- 1) Moran JA, et al. Delirium in the hospitalized elderly. Aust J Hosp Pharm. 2001; 31(1): 35-40.
- 2) Inouye SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. Am J Med. 1994; 97(3): 278-88.
- 3) Inouye SK, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990; 113(12): 941-8.
- 4) Wong CL, et al. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. JAMA. 2010; 304(7): 779-86.
- 5) Inouye SK, et al. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. J Am Geriatr Soc. 2000; 48(12): 1697-706.
- 6) Rubin FH, et al. Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. J Am Geriatr Soc. 2011; 59(2): 359-65.



●図1 HELPのせん妄予防効果(文献6より)



●図2 HELPの医療費削減効果(文献6より)

バイタルサインでここまでわかる!

<JJNスペシャル> アセスメント力を高める! バイタルサイン

バイタルサインを詳しく知れば、こんなことまでわかるんです! ナースには近年ますますアセスメント力が求められています。本書ではバイタルサインの正しい測定方法、臨床でのいかり方をオールカラーの豊富なビジュアルでわかりやすく解説していきます。看護学生や新人ナースの臨床への橋渡し、現場ナースの実践力のアップに最適な1冊。

徳田安春
筑波大学大学院人間総合科学研究科臨床医学系教授



その言葉に患者が傷つくのを知っていますか? 亡くなる患者にどんな言葉をかけますか?

ことばもクスリ 患者と話せる医師になる

あなたの何気ないその一言に、患者さんは喜んだり傷ついたりしています。医療職の言葉には強い力があり、とくに医師の言葉は絶対です。本書では病院に寄せられた苦情や多くの症例をもとに、医療現場で使われている言葉の問題点を示します。苦情を目の当たりにするのは勇気がいりますが、言葉をうまく使いこなせれば、特別な医療技術を使わなくても患者さんを元気にできるかもしれません。「言葉」は重要なのです。

編集 山内常男
健愛会柳原診療所所長



看護師のキャリア発達支援

組織と個人、2つの未来をみつめて

第7回

組織ルーティンを超える行動化(3)

前回、「組織ルーティンを超える行動化」の促進要素として、「組織ルーティンへの疑問や葛藤の再意識化」と「裁量時間の確保」を紹介した。裁量時間の確保には、「組織ルーティンの学習」によるタスク遂行力の獲得が不可欠であったが、フィールドワークで出会った看護師たちは、ほかにもさまざまな方法を用いていたので、紹介したい。

◆裁量時間の確保(つづき)

あらかじめ手を打つこと

起こり得ることを予想し、あらかじめ手を打つことで問題の発生を予防することも、裁量時間の確保につながっていた。ある病棟の看護師らは、X医師に何度も指示確認の電話をしたり、約束の時間に処置の準備をして待たされたりしていた。

その中で看護師Iさんは、X医師に依頼したい指示書や静脈注射をまとめて準備しておき、X医師が病棟に来るとすぐにそのセットを渡した。そして、X医師が静脈注射をし、指示書を書いて帰ろうとしたのを見逃さず、その場で内容を確認して指示漏れや処方漏れを指摘し、さらに患者の今後の経過を予測して、疼痛時や吐き気時の臨時指示も出してもらった。Iさんは、患者に必要なものも事前に予想し、準備していた。こうして他者に振り回されたり対応に追われることを回避して節約してつくった時間も、Iさんの裁量時間となっていた。

スケジュールリングの主導権を持つ

固有ルールを実現する時間を確保するために、数日単位で時間の配分を考えることも行われていた。



今日はこの患者さんに集中的にかかわって、こっちは患者さんはさっと済ませて。明日は逆にしよう。

また、「14時のお風呂を14時半にずらしてもらえるか、患者さんに交渉する」など、職員間だけでなく、患者とも交渉して効率的な時間割を組むことで、裁量時間を確保することもあった。

勤務時間外の実践と負担とのバランス

これらの方法で、ある程度裁量時間を捻出できても、個別に割り当てられたタスクを終えた看護師は通常病棟の共有タスクを担うことが組織ルーティンとなっており、自分の固有ルールを実現するために使える時間は限られて

いた。そのため、残業してでも実践する覚悟が必要であった。最初は充実感が負担感を上回るが、継続して行うにはオンとオフのバランスをとる必要も出てくる。残業して固有ルールの実践を続けていたKさんは、自分がひどく疲労していることに気が付き、区切りをつけて働くようにしたと語った。

周囲の看護師の力を使う

周囲の力を使うと、組織ルーティンを超える実践の継続がより容易となった。忙しい時間帯でも患者を車椅子で散歩に連れ出すなど、日常的に組織ルーティンを超えた実践をしていたAさん(連載第5回、第2942号参照)は、病棟の共有タスクや自分に割り当てられたタスクの一部(受持ち患者の保清)を他の看護師に任せることを認容していた。

◆一歩踏み出す決意

さて、組織ルーティンを超えた実践は、その病棟の看護師らに同調せず、病棟の安定した行動パターンを乱すことでもある。そのため、看護師には「組織ルーティンへの疑問や葛藤の再意識化」「裁量時間の確保」に加え、「一歩踏み出す決意」も必要であった。

受け入れられるという確信

先ほどのAさんにも当てはまるが、一つの病棟に長く所属すると、組織ルーティンの習得により周囲から一人前として認められ、同僚や他職種とも親しくなり、次第に後輩も増える。そのため、組織ルーティンと異なる行動をしても自分は許される、受け入れられるという見通しを得ることができた。

看護師Lさんは「先輩っていう立場になったから、今はやりたいことをやらせてもらえる」と笑って話した。また、「主任は悪いことは悪いって言うってくれるから安心」とも言う。的確なフィードバックにより、「受け入れられる範囲」を外れないという安心感も大切なのだろう。

調和を乱してでも遂行する決意

「反感を買うかな」「ちょっと悪いな」など、周囲の看護師から好意的に受け止められないことを覚悟しながら実践をする場合もあった。患者の症状に不安を感じたら通常の報告ルートを逸脱してでも医師に訴えていたCさん(第5回参照)は、「憎まれ役になってもいいから、私は言ってしまう。患者さ

多くの看護師は、何らかの組織に所属して働いています。組織には日常的に繰り返される行動パターンがあり、その組織の知恵、文化、価値観として、構成員が変わっても継承されていきます。そのような組織の日常(ルーティン)は看護の質を保证する一方で、仕事に境界、限界をつくります。組織には変化が必要です。そして、変化をもたらすのは、時に組織の構成員です。本連載では、新しく組織に加わった看護師が組織の一員になる過程、組織の日常を越える過程に注目し、看護師のキャリア発達支援について考えます。

武村雪絵

東京大学医学研究所附属病院看護部長

んを守るために」と話した。Cさんには、調和を乱してでも行動するのが使命だという信念があった。

一方、直接ケアの多い病棟でゆっくり患者の話を聞くことを始めたBさん(第5回参照)は、周囲の看護師との調和を重視していなかったことが組織ルーティンと異なる実践を後押しした。



自分は部外者だっという意識があつて、この病棟の一人の看護師なんだという感覚がないんですね。溶け込んで周りに流されてまいって、そういう気持ちでやってきたから。

周囲の協力を引き出す

周囲の看護師を巻き込む力があれば、一人ではできない実践も可能になる。看護師Mさんは、皮膚トラブルのある患者について、その病棟では例外的ではあるが、毎日介助入浴するよう他の看護師に働きかけた。

変化を起こす役割の自覚と承認

主任や副看護部長など何らかの役割に就いている場合は、組織ルーティンに変化を起こすことが自分の役割だと認識しており、周囲や上司もその役割を認めていることから、新しい病棟に異動した場合も比較的早期から組織ルーティンとは異なる行動を起こしていた。

転換プログラムが必要

このように、「組織ルーティンを超える行動化」には、「組織ルーティンへの疑問や葛藤の再意識化」「裁量時間の確保」「一歩踏み出す決意」が重要であった。「裁量時間の確保」には「組織ルーティンの学習」が有効であり、また、「組織ルーティンの学習」を終えていると、周囲の看護師から一人前と認められ、一歩踏み出すことも容易になった。「組織ルーティンの学習」は、「組織ルーティンを超える行動化」の前提といえる。

しかし、「組織ルーティンの学習」は、チームの一員になりたいという思いに動機付けられ、組織ルーティンへの疑問や葛藤を処理しながら進めるものであり、これらの「組織ルーティンの学習」の促進要素は、「組織ルーティンを超える行動化」の阻害要素となる。そのため、「組織ルーティンの学習」の終盤に、組織ルーティンへの疑問あるいは固有ルールを再意識化させるプログラム、また、チームの一員になることから患者アウトカムに関心を移

し、チームとの調和を乱してでも行動する覚悟を持たせるプログラムが必要だと思われる。

Dreyfus モデルでは第3段階に後退?!

状況把握と意思決定の方法の違いに着目して熟達を考えたDreyfusモデル¹⁾では、「組織ルーティンを超える行動化」はどこに位置付けられるのだろうか。Dreyfusらは、第2段階(新人)までは教えられたルールや手順を適用するため行動の結果にあまり責任を感じないが、第3段階(一人前)になると、苦勞して計画を選択するため結果に責任を感じ、よい結果が出ると満足感が大きく強く記憶されると述べている。また、「問題解決」は第3段階の思考プロセスだと指摘している。「組織ルーティンを超える行動化」では、意識的で合理的な問題解決思考による意思決定を行い、結果を確認して充実感と自信を得るなど、Dreyfusモデルの第3段階の特徴を示していた。

一方、「組織ルーティンの学習」を終えたところで安定した看護師は、通常その病棟で起こることには、複雑なことでも半ば自動的に対処するなど、Dreyfusモデル第4段階(中堅)以上の特徴を示すことも確認された。状況把握と意思決定の自動化、迅速さという点では、「組織ルーティンを超える行動化」を始めた看護師より優位なのである。

このことは、「組織ルーティンの学習」だけでも技能の遂行の速さと正確さが優れた「手際のよい熟達者」²⁾に到達できるが、その後、自律的な問題解決過程である「組織ルーティンを超える行動化」を経なければ、状況の変化に柔軟に対応して適切な解を導くことができる「適応的熟達者」²⁾に到達できないことを示唆しているのかもしれない。Dreyfusモデルで後退したとしても、「組織ルーティンを超える行動化」は、専門職の発達における大きな前進だといえる。

*

今回は、第3の変化「組織ルーティンからの時折の離脱」を紹介したい。

●文献

- 1) Dreyfus HL, ほか著. 椋田直子訳. 純粋人工知能批判——コンピュータは思考を獲得できるか. アスキー出版局; 1987.
- 2) 波多野諒余夫ほか. 文化と認知. 坂本昂編. 基礎心理学講座第7巻. 思考・知能・言語. 東京大学出版会; 1983.

母乳育児を成功に導くバイブル

UNICEF/WHO 赤ちゃんとお母さんにやさしい母乳育児支援ガイド アドバンス・コース

「母乳育児成功のための10カ条」の推進

UNICEF/WHOが2009年に改訂した「赤ちゃんにやさしい病院運動」の教材セットは、既刊『ベーシック・コース』で一部が発表されているが、待望の続編である「アドバンス・コース」が翻訳された。本書は主に病院長や管理職向けにまとめたものであるが、母乳育児支援を推進し、維持するためのスタッフ教育にも役立つ。母乳育児に関する世界の広範囲で行われた調査と、根拠となる文献が示され、母乳育児支援の心強い味方だ。

訳 BFHI 2009 翻訳編集委員会



助産師だけでなく、医師でもない「チーム健診」がキーワード

チームで支える母乳育児 「赤ちゃんにやさしい病院」の取り組み

母乳育児を母子のために推進したいが、施設内スタッフの意識を統一し、足並みを揃えるのはなかなか難しい。そこで、BFHIに認定されている日本赤十字社医療センターが、どのように施設全体で母乳育児支援に取り組んでいるか、助産師、産科医師、新生児科医師など個々の立場からの実践報告を運営のヒントとしてまとめた。助産師と産婦人科医師が協働する「チーム健診」が、良質な妊産婦ケアと、母乳育児成功の鍵を握る。

編集 杉本充弘
日本赤十字社医療センター小児センター長
執筆 日本赤十字社医療センター
BFHI推進委員会



小テストで学ぶ“フィジカルアセスメント” for Nurses

第13回 入院中の症状・症候④

患者さんの身体は、情報の宝庫。“身体を診る能力=フィジカルアセスメント”を身に付けることで、日常の看護はさらに楽しく、充実したものになるはず。そこで本連載では、福知山市民病院でナース向けに実施されている“フィジカルアセスメントの小テスト”を紙上再録しました。テストと言っても、決まった答えはありません。一人で、友達と、同僚と、ぜひ繰り返し小テストに挑戦し、自分なりのフィジカルアセスメントのコツ、見つけてみてください。

川島篤志 市立福知山市民病院総合内科医長 (fkango@fukuchiyama-hosp.jp)

問題

■頭痛

- ⑭ _____障害や_____症状が出ているときの頭痛はもちろん緊急事態である。(嘔気を伴わない)_____と頭痛がある場合も、頭蓋内圧が_____になっている場合がある。ちなみに精神的な要因以外の過換気の原因として重要なものには、_____がある。
- ⑮「緊急性を要する二次性頭痛(くも膜下出血など)で

はない]可能性を問診で高めたいときには_____と
いった質問をするとよい。

- ⑯ 機能的頭痛のうち_____の場合、適切な診断を受けているか否かも参考のため聴取する。片頭痛の診断を受けているときには、トリプタン系の頭痛薬(1錠約_____円)を持っていることが多い。
- ⑰ 鼻閉症状のある患者さんでは、_____による頭痛の場合がある。診察ではわからないこともあるため、_____科への相談も提案するとよい。

- ⑱ 眼の症状を訴える頭痛では_____発作に注意する。これは眼科的な緊急症の1つであるため、可能ならば_____の左右差、_____の濁りなどを診られるとよい。_____を伴うこともある。

★あなたの理解度は? RIMEモデルでチェック!
R_____+I_____+M_____+E_____ = 100
Reporter(報告できる)/Interpreter(解釈できる)
/Manager(対応できる)/Educator(教育できる)
※最も習熟度が高いEの割合が増えるよう、繰り返し挑戦してみてください。

解説

「入院中の症状・症候」の小テストも最終回となりました。今回は、頭痛について学びます。

■頭痛

⑭ 頭痛を訴えて受診した人は、よく「血管が切れたかと思って……」と言いますが、医学に100%確実なことがないとはいえ、実際に脳血管障害であるケースはまれです。逆に意識障害や、神経巣症状(運動/感覚麻痺やろれつ困難など)があるときの頭痛では、頭蓋内の病変を疑うのは難しくありません。嘔気を伴わない嘔吐は、消化管由来というより、中枢神経系障害によるものが想定されます。神経巣症状が把握しにくい小脳疾患もそうですし、頭蓋内圧亢進もその一つです。

頭蓋内圧が高いと、血管拡張作用のある二酸化炭素を血中から吐き出そうとして、自然と過換気になります。脳神経外科手術後、人工呼吸器の設定を過換気気味にするのと同じ仕組みです。「過換気=頭痛の不安からくるもの」と決めてかかる前に、緊急性の高い疾患を考えてみる必要がありますね。

ほかに過換気を来す状態としては、代謝性アシドーシスの代償、つまり重症の敗血症や糖尿病ケトアシドーシスなどがありますので、やはり全身状態の観察も必要になってきます。

頭痛で脳腫瘍などを心配する人も比較的多いと思いますが、脳腫瘍自体がまれである上、脳腫瘍での頭痛は一般的に朝に起きる(就寝中に二酸化炭素がたまって、頭蓋内圧が高くなることにより頭痛で目が覚める)こともTipsとして知っておくとよいでしょう。

⑮ 問診では、疾患の発症形式に注意しています。急性発症と突然発症の違いは意識していますか?

突然発症(Sudden onset)は「〇時〇分に起こった」ものを指しますが、常に時計を見ているわけではないので、「△△を見ているとき」「◆◆をしているとき」という表現のほうが聞き出しやすいかもしれません。もしくは“症状がゼロから突然最大になった(0

から100になった)”時点を、グラフに書いて示してもらうのもよいでしょう。突然発症は、何か切れた・詰まった・潰れた・破れたことを意味していると考えます。となると、突然発症の頭痛は怖い印象がありますね。

「①経験したことのない最悪の頭痛か(最悪)、②増悪しているか(増悪)、③突然発症か(突然)、のどれにも当てはまらなければ、危険な頭痛である可能性は低い」と、生坂政臣先生(千葉大総合診療科)らがまとめられています[馬杉綾子, 他. 一般外来での頭痛診断における“最悪”“増悪”“突発”の問診の有用性(和文タイトル). 日本頭痛学会誌. 2006; 33(1): 30-3]. これはあくまで一般外来を対象にしたデータですが、入院中や救急外来時にも応用できそうです。皆さんは、どう思われますか?

⑯ 「片頭痛」と自己判断しただけで、きちんと診断を受けていない人は多いと思われれます。一方で、片頭痛を適切に診断していない医師が少なくないのも現状ではないでしょうか。

片頭痛は日常生活に支障が出る頭痛で、適切なコントロール(予防と発作時の対応)が重要になります。そのKey Drugが、トリプタン系の頭痛薬です。内服や経鼻投与などさまざまな種類がありますが、“高い薬”(薬価で1錠1000円前後、発作時には2つ使うこともあり)ですから、そうした薬の服用が、適切な診断を受けているか否かの目安になります。

スクリーニング用の質問もありますが、受診するかどうか最終的に決めるのは患者さん自身なので、個人的には適切な医療機関の受診が重要と伝えるだけでもよいのではないかと思います。インターネットが使える患者さんなら、間中信也先生(温知会間中病院)の「頭痛大学」(<http://homepage2.nifty.com/uoh/index.html>)の閲覧を勧めるだけでも、十分な助けになると感じます。

⑰ 副鼻腔炎は、前頭洞や上顎洞といった表面から圧痛を確認でき

ることもありますが、蝶形骨洞や篩骨洞といった奥まった場所で、身体診察では圧痛が確認できない場合もあります。副鼻腔の透過性の低下を確認する手技もありますが、暗室で行う、光源を必要とする、といった条件があることから、一般的にはできないものと考えてください。そうした設備が整った大学病院の診察室を見学したこともあります。なかなか難しいようです。

感冒症状が軽快した後に頭痛が起きる(Double sickening)ことから「数日前に感冒症状がなかったか」といった病歴や「頭を下げると頭痛が増強することがないか」なども確認するとよいでしょう。副鼻腔炎の評価法(画像)やその治療法は、医師間でも統一されていない印象もありますが、耳鼻科や耳鼻科領域に詳しい医師に相談するのも大切です。受診の必要性の有無について、主治医に確認してもよいかもしれません。

⑱ 緑内障発作は、失明に至る可能性のある緊急疾患です。眼の所見はなかなか冷静に診られないかもしれませんが、瞳孔の左右差(患側で散大)、角膜のにごり、そして普段とは違う充血(毛様充血:角膜に接する部分に顕著、詳しくは成書参照)などを確認できるようになるとよいですね。筆者もこれまでに2例、入院中の患者さんの緑内障発作に遭遇したことがあるのですが……恥ずかしながらあまり所見を覚えていません。

緑内障は、頭痛・眼痛・視力低下だけでなく、嘔気・嘔吐を伴うこともあります。薬剤の副作用や精神的なストレスなどから発症することもあるので、院内でも油断なりません。眼科が院内にない場合でも緊急の対応が必要なので、患者さんと最初に接する可能性の高い、看護師さんの意識付けがより重要になってくるかもしれませんよ。



「入院中の症状・症候」の小テストを受けた、当院看護師の感想です。



小テストを受けて…

日々、患者さんとかかわるなかで、「痛みがある」「吐き気がある」などの症状が出た場合、指示に従っていました。薬剤などを使用し、患者さんの苦痛を取り除くことは必要なことだと思います。しかし、指示どおりだけでなく、患者さんに何が起きているのかを症状からアセスメントしていくことが重要であるとあらためて学びました。これを生かし、症状・症候から何が起きているのかを考え、予測をもった看護が提供できるように、知識を増やすとともに技術も身につけていきたいと思っています。

病棟担当看護師(主に消化器内科)・柏原静香

当院のHP内には「きいてナ～すみてな～ス(<http://www.fukuchiyama-hosp.jp/kouhoushi/kitemite.htm>)」という看護部の情報コーナーがあり、活動内容や院内紹介などがほぼ年4回ペースでアップされています。新人看護師の本音なども掲載されており、看護学生などの参考になっているようです。卒後2—3年目の若い看護師が記者となり原稿を作成しているの、大変親しみやすい内容になっていると思います。ぜひのぞいてみてくださいね。

＊質問・感想募集します＊

今回までの13回の連載で「Vital sign」「循環・呼吸」そして「入院中の症状・症候」と3つの小テストが終了し、折り返し地点に到達しました。そこで、これまでの連載内容に関するご質問や、実際に小テストを使ってまでのご意見・感想を大募集します!

E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp

Twitter: @igakukaishinbun

までお気軽にお寄せください。また、小テストの原本を希望される場合もご連絡ください。なお連載後半では、「緊急時の対応」「チューブ管理」「全体の観察・ADL」等の小テストを予定しています。引き続き、一緒にがんばりましょう。

新しい問題も、いまま変わらない問題も、わたしはこうして解決してきた!

わたしがもういちど看護師長をするなら

助産師、看護管理者として30数年間、患者に接しながら現場のマネジメントに携わってきた、日本看護協会会長によるマネジメント実践書。現場の多くの管理者がぶつかる問題や悩みについて、自身の経験を振り返りながら解説。単なるスキルではなく、何のためにどのように乗り越えていくのかを、エピソードを交えて、発想の仕方を日常のことばで語る。

坂本すが 日本看護協会 会長

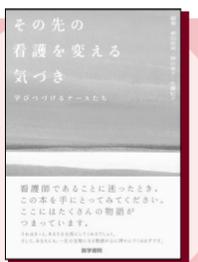


あなたの看護は自分の、そして患者さんの宝物

その先の看護を変える気づき 学びつづけるナースたち

第1部「気づきの力」を養うこと、第2部の体験を「概念化」すること、また第3部の「暗黙知」を「形式知」に変えることは、その先の看護を変えることにつながる。それぞれ表現は異なるが、自分の看護実践はどんな意味があったのかを自覚するのは、非常に重要であるということだ。それぞれの物語は、客観的に自分の看護実践を見つめることで核となるものに気づく過程が表現されており、それを編者が講評し、意味付けをしている。

編集 柳田邦男
ノンフィクション作家
陣田泰子
済生会横浜市南部病院
佐藤紀子
東京女子医科大学教授
看護学部成人看護学/看護職生涯発達学



看護のアジェンダ

井部俊子
聖路加看護大学学長

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82回)

Team-Based Learning の試行

大学は、学生の夏期休暇中に、看護職向けの継続教育を実施している。認定看護管理者ファーストレベル講習の教育課程責任者である私にとって、8月下旬から9月は臨床家(2011年度受講者は97人)と議論を交わす重要な時期である。最近の傾向として、認定看護師や専門看護師が看護管理に乗り入れてくる。なぜそうするのか、資格を取るために複数回にわたって現場を離れることは社会的損失ではないのかと問うと、「いや、そんなことはない」と彼女たちは反論する。

認定看護管理者制度

看護職以外の読者のために、認定看護管理者制度の概略を記す。

日本看護協会は、1993年から看護管理者教育と資格認定制度(1998年に認定看護管理者制度と改称)を発足させた。認定看護管理者教育課程は、ファーストレベル(150時間)、セカンドレベル(180時間)、サードレベル(180時間)があり、実務経験5年以上の看護職が受講できる。認定看護管理者カリキュラム基準を満たしていると判断された教育機関が教育を行う。2011年1月現在、認定看護管理者教育機関は61施設であり、ファーストレベル55課程、セカンドレベル55課程、サードレベル13課程の計123課程となっている。主として都道府県看護協会が教育を担っていた時代から、現在は看護系大学の開講が増加している。なお、看護管理経験者や大学院で看護管理等を専攻した者は、全課程を修了せずに認定審査を受けることができる。資格認定を受けた者は5年ごとの資格更新審査を受けなければならない。2011年9月現在、1339人の認定看護管理者が登録している。

TBLの採用

ファーストレベルの教科目は、看護管理概説(15時間)、看護専門職論(30時間)、ヘルスケア提供システム論(15時間)、看護サービス提供論(45時間)、グループマネジメント(30時間)、看護情報論(15時間)で構成される。

私は毎年いくつかの授業を担当している。今年の新メニューは、看護サービス提供論の一環として「交代制勤務と夜勤」を組み込んだことである。受講生には事前課題として、『ルールがわかれば変わる 看護師の交代勤務』(佐々木司著、看護の科学社、2011年)を学習してくることを課した。次に、2時間半の授業時間をどのように効果的に使うかということを考えて。講師が一方向的に「講義」をするというこれまでのやり方に不全感を感じていた私は、この夏に本学のFD研修会で学んだTeam-Based Learning(TBL)を採用することにした。

多人数でも可能なグループ学習の原則と学習活動プロセス

TBLは「チーム基盤型学習」と訳され、1970年代後半にLarry Michaelsonが着想したものである¹⁾。彼は、オクラホマ大学ビジネススクールの教育スタッフとして、学部の定員増によって40人から120人までのクラスを担当することになった。そこで、知識を「応用する」ことのできるグループ学習を多人数のクラスでも可能とする方略を考えました。

TBLには4つの原則がある。原則1は、グループは適切に編成し、かつ運営すべし。原則2は、学生が自分の学習の質かつグループの学習の質に責任を負うべし。原則3は、学生に即時にかつ頻回にフィードバックすべし。原則4は、学習を促し、かつチームの成長を促進するチーム課題を与えるべし、である。

チーム基盤型学習の学習活動プロセスは、個人学習(予習)に続いて、個人テスト、チームテスト、アピールの時間、教員による口頭のフィードバックの後に、応用重視の演習を行う。

「交代制勤務と夜勤」のクラスでは、冒頭に個人でテストを行い、それらをもとにチームで討論してチームの回答を作成し発表する。チームごとに「なぜそう考えたのか」をアピールし教員がコメントする。そして、提示された課題にチームで取り組む。私が作成した「準備課題テスト」と「チーム討議課題」を図に示す。この方法の手ごたえにわくわくしている。

参考文献

- 1) Larry K. Michaelson 編著、瀬尾宏美監修。TBL—医療人を育てるチーム基盤型学習。シナジー；2009。

精神科退院支援ハンドブック

ガイドラインと実践的アプローチ

井上 新平, 安西 信雄, 池淵 恵美 編

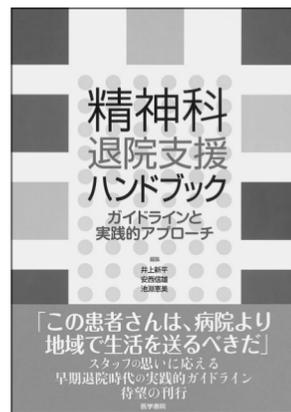
B5・頁284
定価3,990円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01234-8

【評者】 萱間 真美

聖路加看護大学教授・精神看護学

ガイドラインは何のために作るのだろうか。ケアの質を保ち、根拠を示し、ケア対象者にとって最良の結果をもたらすためである。私自身も、これまで

現在入手し得る
最新・最良の実践ガイドライン



いくつかのガイドライン開発を試みたことがある。作る側には緻密で膨大な作業量が要求される。いったん提示すると、専門家から多様な意見をいただくことが多く、その統一に苦勞する。最新の知識はたちまち過去のものとなって、更新が必要となる。それら幾多の困難を経てガイドラインが世に出たとき、意外な反応を得ることがある。それは、「私たちが管理者や経営者にケアの必要性を説明するとき、自分たちの考えだけでは取り上げてもらえない。しかし、ガイドラインとして形になったものを示すことで権威付けがされ、具体的な検討に結び付く」というものだ。そうか、そんな使い方をしてもらえるのだと、新鮮な気持ちを持つことがある。

本書には、わが国の精神保健医療福祉領域における豪華絢爛なメンバーによって、現在入手し得る最新の、そして最良のガイドラインが提示されている。治療体制作り、退院困難要因の評価方法、退院支援プログラム、薬物療法、病棟での退院支援計画、退院コーディネートとソーシャルワーク、家族ケア、退院支援グループ、治療共同体、そして包括型地域生活支援プログラム(ACT)。退院支援を行おうとする人たちが求める、おそらくすべてのニーズに対応できるメニューがそろっている。誰もが名前を知っている、その領

域のエキスパートが満を持して提示する実践のガイドラインは、新しい動きを始めようとする人たちを支え、具体的な検討に結び付ける力を持つであろう。

さらに、私自身にとって興味深かったのは、それぞれのエキスパートがプログラムを支える裏話や、時に持つ弱点についても率直に語っていることであった。会議や研究の場で一緒にすることがあっても、なかなか裏話までをする余裕はなく、弱点を語れるほど、信頼できる、リラックスした場であることは少ない。本書では、志を共有する仲間に向け

た、虚心坦懐な打ち明け話を読むことができる。「地域に行くことをアウトリーチと呼ぶが、私たちににとっては病院に出かけて地域を持ち込むことこそアウトリーチだ(巣立ち会方式)」対象者をもっと地域全体に広げてゆきたい。しかしケアにおいて保障される必要がある点は明確である(ACT-J)」というような本音は、会議の席で強気と感じるエキスパートの発言の、背骨を支えている考え方なのであろう。

本書は、退院支援の初心者には多様なメニューを提示してより豊かなケアの世界に誘うものであり、さらに深く退院支援を阻む問題に分け入っていきこうとする者には、何が課題なのかをディープに示してくれる。編者である3人の先達の豊かな経験と包容力が、こうした幅広い知識提供の場を支えているのだと感じる。精神障がい者の地域生活を考えるすべての場で活用できる、良書であり、名著である。

■準備課題テスト(一部抜粋)

- I. 3 交替勤務について正しいものはどれか(正解1, 3, 4)
 1. 日本医労連の調査では、2交代勤務は2010年には25.5%であり、16時間夜勤が大部分である。
 2. 世界中どこでも16時間夜勤は行われている。
 3. 日勤-深夜は、「睡眠禁止帯」があるため問題である
 4. 仕事の緊張からのクールダウンには90分必要であるから、準夜-日勤は有害である。
- II. 夜勤の社会的価値について正しいものはどれか(正解1, 2, 3)
 1. 働き方を点検する社会的価値は、安全性、健康性、生活性である。
 2. 「緊急性」とは、その仕事にとってどの価値を優先させるかということである。
 3. 「実感性」とは、最も身近に感じる社会的価値のことである。
 4. 「緊急性」では生活性が、「実感性」では安全性が優先される。

■チーム討議課題

交代制勤務と夜勤について、労働科学の知見に基づいた改革を行うための課題を示し、取り組みの手順を考えてください。

● 図 TBL形式の講習「交代制勤務と夜勤」で筆者が用いた課題

医学部再入学支援

編入学試験制度の利用による再出発を支援します。(東京・大阪)

www.seiko-lab.com

(株)清光教育総合研究所
スクール事業部 清光学院本部
〒530-0047
大阪府大阪市北区西天満3丁目4-5
西天満ワークビル3F
TEL(06)6363-5541(代)

病院早わかり読本

第4版 編著 飯田修平

患者さんが安心して受けられる医療の提供には、何よりも医療のしくみの正しい理解が求められる。その実践の過程から「医療における信頼の創造」を実現するために、医療に携わるすべての新人スタッフがまず知っておくべきことを、コンパクトかつすぐに理解できるようまとめ大好評であり続けたベストセラー最新改訂第4版。近年さらに変化の激しい医療制度改革に対応し全面的に内容を刷新。

● B5 頁276 2011年 定価2,310円
(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01238-6]

医学書院

実践ストレスマネジメント

「辞めたい」ナースと「疲れた」師長のために

久保田聡美

A5 頁176 2010年 定価2,310円(税込)
[ISBN978-4-260-01190-7]

医学書院

帝京平成看護短期大学

〒290-0192 千葉県市原市ちはら台西6丁目19番地

専攻科 助産学専攻

■ 修業年限: 1年課程 ■ 入学定員: 20名 ■ 納入金: 2,129,520円(入学金含む)

■ 入試日程

	出願期間	試験日
推薦入試	平成23年10月31日(月)~11月17日(木)	11月19日(土)
一般入試I期	平成24年1月10日(火)~2月3日(金)	2月5日(日)
一般入試II期	平成24年2月13日(月)~3月2日(金)	3月4日(日)

■ 選考方法

- ◆書類審査
 - ◆面接
 - ◆学科試験
- 学科試験内容
- 必須科目: 母性看護学
 - 選択科目: 基礎看護学・成人看護学・小児看護学(3科目より1科目を選択)

■ 資料請求: <http://www.thjc.co.jp> ■ お問い合わせ: TEL: 0436-74-8881





医学書院 看護特別セミナー 「パトリア・ベナー博士来日講演会」

講師：パトリア・ベナー博士 (UCSF名誉教授)
Patricia Benner, RN, PhD, FAAN : Fellow of the American Academy of Nursing
座長：南 裕子先生 (高知県立大学学長)
通訳：早野 ZITO 真佐子先生 (医療福祉ジャーナリスト)

ベナー先生からのメッセージ

日本の看護師の皆さんへ
この11月に皆さんとお会いできることを、心から楽しみにしております。また、日本の皆さんが経験した震災の痛みはいかばかりとお察し申し上げますとともに、復興をお祈り申し上げます。私の住むカリフォルニアも地震の多い地域ですから、5分間も！地震が続いたなんて、どれほど恐ろしいことかと、何度も何度も思い出しては心を痛めています。地震や津波、引き続いて起きた原子力発電所の事故などのニュースはいずれも拝見しました。そして、日本の皆さんの勇気、他者を守るために自分自身の安全を犠牲にするのも厭わぬ多くのヒーローがいることに、驚嘆しています。
私は知っています、傷ついた人たちのケアに当たるために、非常に長い時間活躍することが多くの看護師に求められていることを。11月の講演では、皆さんと共に過ごし、皆さんと共に未来を見つめることができることを期待しています。心から敬意を表して。
パトリア・ベナー

開催日・会場

- 横浜** 2011年11月12日(土) パシフィック横浜会議センター 1階メインホール
主な対象：臨床看護師
テーマ：看護実践における臨床的推論と臨床知を、いかに育てるか
(Developing Clinical Reasoning and Clinical Wisdom in Nursing Practice)
- 横浜** 2011年11月13日(日) パシフィック横浜会議センター 1階メインホール
主な対象：看護教員
テーマ：看護学生が看護師らしく考えて行動するためには、どう教えるか
(Teaching Nursing Students to Think and Act Like a Nurse)
- 京都** 2011年11月19日(土) 国立京都国際会館アネックスホール
主な対象：臨床看護師、看護教員
テーマ：看護教育と看護実践において、臨床的な知識を発達させるには
(Clinical Knowledge Development in Nursing Education and Practice)

時間：いずれも13:00～16:30 (開場は12:00) ※今回の来日に合わせて出版する「ベナー ナースを育てる」(パトリア・ベナー博士編集、早野ZITO真佐子先生訳)を先行販売の予定。
参加費：10,000円(税込・資料代含む)

＜お申し込み方法＞
インターネットにて下記のセミナー受付専用ページよりお申し込みください。
(携帯からも可) (セミナー事務局：(株)東広社のページとなります)！
<http://www.tokosha-seminar.com/> または QRコード

●お申し込みの際、参加費のお支払い方法(銀行振り込み口座)をお知らせいたします。振り込み手数料はお客様ご負担となります。入金確認後、受講票を送付させていただきます。当日はその受講票をご持参ください。
●定員に達した時点で受付を終了します。予めご了承ください。
●お申し込みの際にいただいた個人情報は、受講票の送付・受付確認などセミナー運営に必要な範囲で使用いたします。また、株式会社医学書院ではセミナー終了後も個人情報を保有し、今後のセミナーや新刊の案内に利用させていただく場合がございます。予めご了承ください。

内容に関するお問い合わせ先
株式会社 医学書院PR部
「医学書院 ベナーセミナー」係
TEL 03-3817-5696

お申し込みに関するお問い合わせ先
株式会社 東広社「ベナーセミナー」係
TEL 03-6427-1252
(平日9時～17時)

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。下記定価はすべて消費税5%を含んだ総額表示になります。

看護管理 11月号 Vol.21 No.12 一部定価1,575円
冊子体年間予約購読料18,450円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集 患者安全と医療の質改善は「医療の根幹」
JCI受審の決断から組織が変化するまでのプロセス
NTT東日本関東病院のチャレンジ

世界標準の医療を提供するという JCI受審の目的と成果 落合慈之
JCI受審のマネジメントのポイント 秋山剛
世界基準で考える看護の新たな視点 JCIが私たちに求めていること 木下佳子
国際患者安全目標(IPSG)の達成に向けて 医療安全管理室の取り組み 栗原博之
JCI受審を通して見たより安全な感染対策の考え方 縣智香子
薬剤部が受審に向けて構築した体制の実践 折井孝男, 岡澤美貴子
JCI審査の準備の流れ 野村英雄
JCI受審5日間の実際 審査員は厳しい評価者であり、教育者であった 高橋恵子
受審を終えて 井手尾千代美

特別記事
【対談】病院と在宅をつなぐ医療・ケアを共創する① 少子多死社会における看護のあり方として私たちが描いている姿、そして夢 秋山正子, 宇都宮宏子
看護における広報戦略 患者が必要とする情報提供の課題と展望 鈴木浩美, 大串正樹
看護師の意識改革により実現した経営改善の実践 松阪市民病院の赤字体質からの脱却 世古口務, 真砂由利, 石田由紀子, 堀畑利治, 桜井正樹, 小倉嘉文

訪問看護と介護 11月号 Vol.16 No.11 一部定価1,260円
冊子体年間予約購読料13,200円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集 わが家で看取る
当事者として在宅で

母を看取って 訪問看護経験は役に立ったか 眞島千歳
父を看取って 親子は選べない関係ですから 宮子あずさ
夫を看取って 多田富雄の「闘争」を支えた9年間 多田式江 (聞き手)本誌編集室
妹を看取って 看護師一家の10年 ケアを支えた訪問看護の力 諸橋由美子
「家族看護学」に学ぶ 訪問看護ができること 小林奈美
最期の63時間 自宅でおくるとき 諸永裕司

特別記事 「介護保険法等の一部を改正する法律」の意味
「重度者」を支える「地域包括ケアシステム」確立の可能性 高野龍昭

実践報告 特養におけるたん吸引と経管栄養の指導のための研修会
大阪府看護協会「特別養護老人ホームに勤務する指導看護師養成研修」を開催して 八尾英人ほか

看護教育 11月号 Vol.52 No.11 一部定価1,470円
冊子体年間予約購読料16,250円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集 さまざまな立場からの
国試対策

国家試験対策を学校としてどう進めるか 柴田淑子
初めての国家試験を体験して 国家試験支援室の活用 森 圭子/三井明美
定時制進学コースにおける国試対策 大東佐枝美
これからの国試対策 学生支援から学生の自主的な取り組みをめざして 宮堀真澄

焦点 【インタビュー】厚生省看護研修研究センターが果たした役割
..... 伊藤暁子 (聞き手)本誌編集室

新連載 沖縄から漕ぎ出す「島しょ保健看護学」の船出 野口美和子/大湾明美

助産雑誌 11月号 Vol.65 No.11 一部定価1,365円
冊子体年間予約購読料15,600円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集1 ICM大会2011レポート
世界で期待が高まる助産師の役割とは

第29回ICM(The International Confederation of Midwives)評議会報告
..... 江藤宏美/加納尚美

今ほど助産師が求められている時はない、チャンスを見逃さず助産を強化しよう!
第29回ICM大会のアウトライン 大石時子
南アフリカの医療事情 McCord Hospitalと1000Hills Community Helpersを訪れて 春名めぐみほか
姉妹のような関係 オランダとシエラレオネの助産師協会の取り組み 大賀明子
ビバ、世界の助産師たち!! アフリカ助産師のパワーを感じたICM南アフリカ大会 新福洋子
ICMダーバン大会に参加して ICM大会長 Deliwé Nyathikaziさんとの誓い 李 節子
ICM大会参加レポート 見たこと、考えたこと、そして明日から 芦田沙矢香

特集2 母子の健康と環境影響
どこまでわかっているの? どう答えればいいのか?

母子の健康と環境影響について わかっていること、いないこと 森 千里
母子への環境影響Q&A お母さんからの質問にどう答えるか 佐藤 洋ほか

海外レポート
英国の周産期施設と助産師養成大学の訪問記 [その2]助産師養成大学編 茅島江子ほか

保健師ジャーナル 11月号 Vol.67 No.11 一部定価1,365円
冊子体年間予約購読料15,000円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集 危機介入事例における
人権保護

精神保健領域における危機介入の事例
通報、情報提供事例から考える 山野井尚美
精神保健分野における危機介入と人権保障 池原毅和
感染症における危機介入の事例
神戸市における2009年新型インフルエンザ対応について 池田敦子
感染症対策における介入の根拠および解釈 川本哲郎
児童虐待における危機介入 児童相談所保健師の役割について考える 柴山陽子
児童虐待事例における危機介入と人権保護 法的根拠および解釈 野村武司

FOCUS 大規模避難所のノロウイルス感染拡大を防ぐ
東日本大震災における福岡県の支援活動から 加藤由美子/掛川秋美
東日本大震災から見たもの 南相馬市での活動で感じた保健師力 工藤裕子

TOPICS 日韓地域看護学会共同学術集会から得られたもの 金川克子ほか

「まちづくり」の現場
■PICK UP 「元気なべっぴん」わくわくホットに暮らせるまちをめざして
温泉を活用した水中運動教室の取り組み 甲斐慶子ほか

精神看護 11月号 Vol.14 No.6 一部定価1,260円
冊子体年間予約購読料7,380円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集1 死なせない 積極的にかかわる自殺予防
積極的にかかわるために 岩本知恵美
自殺予防人材養成プログラムの要点を具体的に紹介します 衛藤暢明

特集2 精神科看護師が読んでおくべき
『災害時のこころのケア』

サイコロジカル・ファーストエイドには何が書かれているか 明石加代
現場で「そばにいられる人」であるために 菅間真美
最前線の地域から伝えたいこと 米倉一磨

研究報告 精神科病院はどのようにして時代に生き残るか?
..... 太刀川弘和/井口俊大/高木善史/栗理美沙/土井永史

焦点 世界へ飛ぶ精神科看護師 イギリスの「地域精神科看護師」とは 川野雅資/片山典子
焦点 巨大精神病院建築 アサイラムの時代 風野春樹
勉強 がん性疼痛への認知行動療法 古川洋和
寄稿 統合失調症の姉 高崎麻菜
発見 日本精神科看護学会の会員企画セミナーが面白い

新連載 人間関係のお悩みQ&A 趙岳人
好評連載 第15回精神科認定看護師認定試験問題 解答と解説③認定試験研究会
宮子あずさのサイキアトリップ【最終回】 宮子あずさ