

2018年11月26日

第3299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
COPY 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]高齢者の薬と生活(秋下雅弘,長瀬亜岐)..... 1-2面
- [連載]看護のアジェンダ/日本看護学教育評価機構設立記念講演会..... 3面
- [インタビュー]臨床仏教師と「いのちのケア」(神仁)..... 4面
- [投稿]仏クレス・レオネッティ法にみる終末期医療の動向(山崎摩耶)..... 5面
- 第77回日本公衆衛生学会/[視点]これぞよいか、「情報通信機器を利用した死亡診断ガイドライン」(川嶋みどり)..... 6面

看護師の一言が大きく変える

対談

高齢者の薬と生活



長瀬 亜岐氏

大阪大学大学院連合小児発達学研究所
行動神経学・神経精神医学寄附講座助教

秋下 雅弘氏

東京大学大学院医学系研究科
加齢医学講座教授

多くの薬を併用する高齢者の増加を背景に、これまで医師・薬剤師が中心だった薬物療法に看護師がかかわることに期待が高まっている。2018年に公表された厚労省「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」¹⁾によれば、看護師の果たす役割は服薬状況の把握や薬物有害事象の早期発見にあるだろう。

本紙では、長年にわたり高齢者の薬物療法を研究し、同指針の作成にかかわった秋下氏と、急性期病院に入院する多くの高齢者への看護実践を経て、現在は臨床・教育・研究に従事する老人看護専門看護師・診療看護師の長瀬氏の対談を企画。患者の生活をみる看護師の視点が薬物療法において重要な理由が語られた。

秋下 高齢者の薬物療法を研究し始めたのは20年ほど前です。当時、上司だった鳥羽研二先生(現・国立長寿医療研究センター理事長)のもとで外来・入院高齢患者の処方データを調べ、薬物有害事象が多く発生していると知ったことがきっかけでした。以来、医師の目線で薬物有害事象やアドヒアランスの調査を続けています。社会的関心が高まるにつれて学会や講演に呼ばれる機会が増え、高齢者の薬物療法の研究はライフワークになりました。

長瀬さんは、高齢者の薬物療法に昔から関心があったのですか。

長瀬 はい、と言いたところですが、学生時代は薬理学が苦手でした。私が看護師の道を選んだ理由は、高齢者に接するのが好きだったからです。

秋下 そうですか。老人看護専門看護師の資格を取得し、前の勤務先では認知症ケアチームの一員だったそうですね。

長瀬 はい。認知症の患者さんと接しながら、多くの臨床経験を積みました。しかし、実践の中で、薬の副作用に起因する入院中のせん妄や、糖尿病治療薬による低血糖での救急受診など、薬

が高齢者に悪影響を及ぼした事例にもよく出合いました。薬が原因の有害事象が減らないことに、看護師として何ができるのか、との思いを持って今日に至っています。

減薬ありきではなく、高齢者の生活から見た適正化を

秋下 高齢患者数の増加に伴い、高齢者への処方の適正化に注目が高まっています。中でも、「ポリファーマシー」は数年前から、多剤併用による害という意味で一般に通じる言葉になりました。看護師の立場から、高齢者の薬物療法で「薬が多すぎるのではないかな」と思う場面はありますか。

長瀬 最近では、ADLと嚥下機能が低下しているのに13種類もの内服薬を処方された患者さんが来院して驚きました。他にも、認知症と診断されずいぶん経った患者さんに多くの薬が処方されていて、全ての薬をきちんと飲んでいるか疑問を感じたこともあります。

秋下 治療薬のなかった病態に新薬が

できたなどの背景から、高齢者へ処方される薬の種類は増加し続けています。しかし、薬の種類が増えるにしたがって薬物有害事象も増加する傾向にあります。6種類以上で薬物有害事象が増えるとの報告から、一般には5~6種類以上の薬の併用をポリファーマシーと呼びます²⁾。副作用を抑えるために、さらに薬が上乘せされる悪循環にも陥りやすくなります。

長瀬 ポリファーマシーの問題は、「高齢者の医薬品適正使用の指針」にも記載されていますね。

秋下 ただし、同指針で注意を促している通り、安直に「多剤併用=悪」と決めつけるべきでないことは強調したいです。同じ薬効でより安全性の高い薬に変えたり、高齢者が使用しやすい剤形を選んだりするのも処方の適正化です。減薬ありきではない視点でとらえたいのが、高齢者の医薬品適正使用です。

長瀬 適正使用の推進に看護師が関与できると秋下先生はお考えですか。

秋下 もちろんです。適正に薬を使う

には、実は患者さんの生活のアセスメントに基づく考え方が必要なのです。長瀬 例えば、糖尿病治療薬なども、1週間に1回使用するタイプの薬が出てきました。確かにその薬単独で見れば使用回数は減るでしょう。しかし、毎日服用の薬を長年併用する患者さんにとっては、週に1回の薬が新たに処方されると、使用を忘れてたり、誤って毎日使ってしまったたりする事例もあります。

秋下 指摘の通りです。医師が良かれと思って処方しても、患者さんの生活という目線からは不適切な場合があるかもしれません。薬が増える高齢者の薬物療法では特に、患者さんの一番近くで話を聞き、生活のリアルを知る看護師の協力が必要です。

残薬発見を見直しのきっかけに

秋下 具体的に、高齢者の医薬品適正使用に看護師がかかわりやすいのはどんな場面でしょうか。

(2面につづく)

November 2018

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

患者と家族にもっと届く緩和ケア
ひとつおりのことをやっても
苦痛が緩和しない時に開く本

森田達也
A5 頁272 2,400円 [ISBN978-4-260-03615-3]

看護・介護現場のための
高齢者の飲んでいる薬がわかる本

秋下雅弘,長瀬亜岐
A5 頁208 2,200円 [ISBN978-4-260-03693-1]

グループワーク
その達人への道

執筆 三浦真琴
執筆協力 水方智子
B5 頁144 2,400円 [ISBN978-4-260-03626-9]

〈看護教育実践シリーズ4〉
アクティブラーニングの活用

シリーズ編集 中井俊樹
編集 小林忠實,鈴木玲子
A5 頁196 2,400円 [ISBN978-4-260-03646-7]

看護現場を変える
0~8段階のプロセス
コッターの企業変革の看護への応用

倉岡有美子
A5 頁152 2,500円 [ISBN978-4-260-03663-4]

医療安全ワークブック
(第4版)

川村治子
B5 頁266 2,800円 [ISBN978-4-260-03588-0]

看護学生が身につけたい
論理的に書く・読むスキル

著 福澤一吉
執筆協力 山本容子
B5 頁176 2,200円 [ISBN978-4-260-03640-5]

事例をとおしてわかる・書ける
看護記録 ファーストガイド

編集 清水佐智子
B5 頁160 2,200円 [ISBN978-4-260-03660-3]

脱・しくじりプレゼン
言いたいことを言うと言わない!

著 八幡純子
著 竹本文美,田中雅美,福内史子
A5 頁192 2,600円 [ISBN978-4-260-03191-2]

新生児学入門 (第5版)

編集 仁志田博司
編集協力 高橋尚人,豊島勝昭
B5 頁456 5,800円 [ISBN978-4-260-03625-2]

座談会 看護師の一言が大きく変える 高齢者の薬と生活

<出席者>

●あきした・まさひろ氏

1985年東大医学部卒。94年同大医学部老年病学教室助手。96年米スタンフォード大、ハーバード大研究員。杏林大高齢医学教室講師、助教授。04年東大大学院医学系研究科加齢医学講座助教授を経て、13年より現職。東大高齢社会総合研究機構副機構長、同大病院副院長・老年病科科長を兼務。厚生省「高齢者医薬品適正使用検討会」構成員、「高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ワーキンググループ」主査を務めた。



●ながせ・あき氏

2002年札幌医科大学保健医療学研究科修士課程(地域看護学)修了。05年新潟県立看護大看護学部助手(老年科学)、助教を経て、13年名大大学院医学系研究科健康社会医学専攻博士課程満期退学。同年より北海道医療大看護福祉学部助教(老年看護学)、16年同大大学院看護福祉学研究科修士課程を修了し、老人看護専門看護師と診療看護師(NP)を取得。同年より愛知県内の急性期病院で認知症ケアチームを専任看護師として立ち上げ、18年より現職。



(1面よりつづく)

長瀬 入院時の持参薬の聴取など、薬のこれまでの使用状況を確認する場面です。先日、心血管疾患の既往を持つ認知症患者さんで、狭心症発作の予防に使う硝酸イソソルビドテープを225枚も入院時に持参した事例がありました。入院前の使用状況を確認すると、かかりつけ医で17種類もの薬が処方され、患者さんには薬剤管理が困難だったようです。

入院時は専門医と連携して処方を見直すチャンスです。患者さんが管理できる範囲内に処方を調整するために、本事例では循環器医など複数の医師と協力しました。1か月後、退院時には、7種類まで処方が減りました。

秋下 看護師が多くの残薬を発見した事例ですね。こんなとき、持参薬でも全ての薬を使用しているとは限らないことに要注意です。入院を機に使用を再開した結果、薬が効きすぎて有害事象に至ることもあります。残薬を見つけたときは、薬を飲ませるよりも、服薬状況の情報収集が重要です。

長瀬 入院時に限らず、外来でも似た例は起こり得ます。使い方がわからなくなったと、数か月分のインスリンの注射筒を抱えてきた認知症患者さんがいました。

秋下 どんな対応をしましたか。

長瀬 家族と共に来院してもらい、薬の管理をお願いするなど、患者さんが薬を正しく使える環境を作りました。

秋下 看護師の気付きが適正使用のきっかけになった好例ですね。

長瀬 緊急入院などに至る前に介入できました。患者さんとの会話などから、処方通りに薬を使用できていないと気付いたタイミングでの介入が重要です。

秋下 認知症の有無にかかわらず、患者さんは処方医に、薬の使用状況を正直に言いづらいものです。薬をきちんと使えていない場合、看護師が第一発見者になることは多いのです。看護師の補足説明が適正使用につながることも臨床ではよくありますね。

組織的なリスク管理と薬が生活に及ぼす影響の言語化を

秋下 今の話は残薬発見からの見直し例でしたが、処方そのものに看護師が疑問を持つ場合もあるでしょう。

長瀬 はい。ただ、残薬があった場合に比べ、処方そのものに看護師が意見するのは心理的に壁が高いです。医師と看護師の薬に関する知識量には差があるからです。

秋下 治療方針に立ち入った話になると、言いづらさがあるわけですね。

長瀬 そうです。その上、看護師は使命感の強い方が多い故、「処方された薬は、とにかく飲んでもらわなければ!」と服薬を最優先しがちな背景もあるでしょう。

患者さんが薬を服用したかどうかの記録は看護師なら誰でもできますが、薬の効果・副作用の記録は少し苦手かもしれません。看護師から処方の適正化につながる情報を提供するには、必要な知識を持って、医師の処方意図を理解し、患者さんの生活の視点からアセスメントする必要があります。

秋下 看護師個々人の課題でもありますが、処方意図を十分に看護師に伝えられていない医師にも責任はあります。有害事象が現れやすい薬は看護師への情報共有を行うなど、組織的な対策が必要と感じます。

組織的課題には、「この薬を処方通り使って良いのか?」と看護師が思っても、疑問を医師まで伝える仕組みが確立されていない状況もあるでしょう。病棟ではリスク管理をどのように行っているのですか。

長瀬 病棟でのリスクマネジメントは、点滴の自己抜去や転倒など、看護に直接かかわる重大事故の状況分析と再発防止が主になります。薬が原因になったかどうかまでの検討は不十分かもしれません。

秋下 事故の背景に薬が関係する例が多いのは事実です。安全管理の観点からも、薬が影響を及ぼした可能性まで分析してもらいたいです。

長瀬 薬がかかわる代表例は、睡眠薬の副作用による転倒です。特にベンゾジアゼピン系薬の服用後は多いです。

秋下 病院のインシデント・アクシデントの1割は転倒と言われます。ベンゾジアゼピン系薬は筋弛緩作用があり、薬物が体内に残っている早朝に転倒を引き起こしやすい特徴があります。

長瀬 その特徴を看護師もある程度は知識として持っているのに、普通に使ってしまったら現状に私は疑問を感じ

じます。秋下 わかっていても処方され、使ってしまうのには理由があります。一般病棟で物理的な拘束を原則的に行わない今、代わりに薬で転倒・転落予防を図ろうとするからです。「薬剤拘束」とも言えるベンゾジアゼピン系薬の処方を私は問題視しています。

看護師は患者さんを転倒・転落から守ろうと、薬剤拘束を促進する立場になっていませんか。夜間に起きて転倒したり、せん妄や認知症の方がベッドから転落したりするのを防ぐ目的で睡眠薬を使っても、むしろ、薬を原因とする転倒を引き起こす事態となってしまいます。

長瀬 薬剤拘束まで及ばなくても、患者さんが消灯時刻を過ぎても眠らず、起床時刻前に起きてしまう状況を見て、看護師が「眠れていない」と過剰に判断している現実はあるでしょう。そもそも70歳以上の高齢者の生理的睡眠時間は6時間未満です。消灯が21時で起床が6時。9時間の就寝という病棟のスタイルは入院前の生活とは合っていないと思います。

秋下 病院によっては消灯時刻を定めないと出てきたと聞きます。

長瀬 その考えに賛成です。夜間は看護師の人数が限られるので実現は簡単ではないかもしれません。しかし、安易に薬の助けを借りるのではなく、「午前0時まで起きていても、他の患者さんに迷惑がかからなければ良い」などと発想を切り替えてはどうでしょうか。

患者さんに対して、高齢になるにしたがって生理的睡眠時間が減るとい健康教育も必要になると思います。

秋下 そうですね。また、単に患者さんが「眠れない」と言っても、そもそも睡眠薬による治療が適正かどうかはきちんと検討すべきです。痛みなど別の原因があるときに、睡眠薬を投与しても根本的解決にはなりません。

長瀬 高齢者を見る看護師の役割は、患者さんの食事、排泄、睡眠状況を観察するだけではありません。薬が見込み通り効いているのか、副作用が患者さんの生活に影響を与えていないかどうかを注意深く見て、言語化する力が必要なのだと思います。

院内の調整役として声を上げる

秋下 では、処方に疑問を持ったとき、看護師から適正化を提案するには何に注意すべきでしょう。

長瀬 うまく声を上げるにはタイミングが重要です。せん妄や転倒が起こってしまいそうな患者さんにベンゾジアゼピン系薬などが処方されたときに、看護師から医師に再検討をお願いするのは効果が高いと思います。

秋下 リスクが想定される時、具体的に医師に伝えるわけですね。診療看護師の立場から、コツはありますか。

長瀬 治療方針に最終責任を持つ医師

の立場に寄り添うことでしょうか。発生し得る問題を話すだけでなく、「一緒に考えてもらえませんか」「他に良い薬を知りませんか」と一言添えるのです。

医師にとって、なじみのある処方を新しい処方に変えるのは簡単ではありません。医師の気持ちに寄り添うことで、円滑な提案ができる可能性が広がります。

秋下 提案の際には「高齢者の医薬品適正使用の指針」や、日本老年医学会がまとめた「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」に記載された要注意薬のリストを用いるのも良さそうですね。

長瀬 はい。ガイドラインを提示したことで、医師や薬剤師にスムーズに納得してもらった経験はあります。

秋下 指針やガイドラインの作成にかかわった立場からは、現場で有効活用してもらえればうれしい限りです。

ただ、ガイドラインを読み解き、医師に直接伝えるのは難しい場合も多いかもしれません。

長瀬 そんなときは、薬の専門家である薬剤師を介して医師に伝える手もあります。看護師にとって、薬剤師は医師より話し掛けやすい存在です。抗菌薬の適正使用では薬剤師の提案が処方変更につながることも多いですから、病棟にいる薬剤師に仲介役を頼むのも一案でしょう。

秋下 仲介してもらうだけでなく、看護師と薬剤師が相談した上で、看護師が医師に伝える方法もありそうですね。病棟薬剤師という院内のリソースを活用し、薬剤師を介して医師に処方の適正化を提案することもできますし、薬剤師が疑問に思ったことを看護師が医師に伝えることもできる。

長瀬 処方の適正化という点で、調整役は看護師の重要な役割です。

そのような観点で、今回、看護を通じてよく遭遇する重要事例をまとめたのが、『看護・介護現場のための 高齢者の飲んでる薬がわかる本』(医学書院)です。看護師が現場で「これだけは知っておきたい」知識を秋下先生にご解説いただきました。ケアを担う看護師が薬についてあと一歩踏み込めれば、患者さんの生活の視点を薬物療法に取り入れることができるはずです。

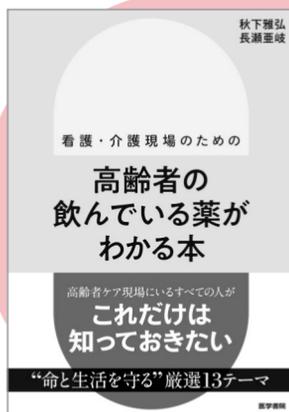
秋下 医師だけでは、高齢者の薬物療法を最適化することが難しい場合が多いです。より適切な薬物療法を提供するために、看護師の果たす役割は大きいと確信しています。(了)

●参考文献・URL

- 1) 厚生省. 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編). 2018. https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11125000-Iyakushokuhinkyoku-Anzentaisakuka/000209385.pdf
2) 日本老年医学会, 他編. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. 2015. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf

看護・介護現場のための 高齢者の飲んでる薬がわかる本

秋下雅弘・長瀬亜岐



高齢者ケア現場にいるすべての人が知っておきたい“命と生活を守る”厳選13テーマ。

「風邪薬で尿閉?」「鎮痛薬で腸管穿孔?」「食べられていないのに薬がこんなに……多すぎない?」。「フタを開けてみれば、なんと薬が原因だった」という高齢者ならではのアクシデント事例をベースに、「なぜこんなことになどうすればいいか」をプラクティカルかつ平易に解説。

●A5 2018年 定価:本体2,200円+税 [ISBN 978-4-260-03693-1]

医学書院

目次

- 1 ポリファーマシー(多剤服用による害)
2 鎮痛薬の長期服用
3 せん妄の要因となる薬
4 睡眠薬の使い方
5 抗コリン作用のある薬
6 循環器疾患に使われる薬
7 腎排泄の薬
8 糖尿病治療薬
9 嚥下にかかわる薬
10 免疫抑制作用のある薬
11 漢方薬
12 早すぎる薬剤評価に注意
13 環境の変化に注意

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167回)

武弘道のメッセージ

2018年10月に日本看護職副院長連絡協議会で講演をするため、久しぶりに『目指せ! 看護師副院長——看護師が病院を変える!』(武弘道編著、日経出版、2008年)を手にした。たちまち、人懐っこい武先生(註)の笑顔が立ち現れ、天国から「その後、どうしていますか」と問われている感じがした。武先生はひとりこの本の編集を企画し、22人に執筆を依頼し、ご自身も原稿を書いている(私も執筆者のひとりである)。

「407対227」の意味するもの

武先生は、「生涯を病院の勤務医として過ごし、看護師諸氏のサポートの下に良い医療をしようと思戦苦闘し、最後の15年は病院事業管理者として3つの県の8つの病院を経営した。病院というところを最もよく知っている医師の一人であり、その経験から“良い病院”になるには看護師を副院長にすることが必須だと考える」と冒頭で述べる。つまり、「“良い病院”であることの第一の必須条件は実力があり、やる気がある看護師がそろっていること」であり、「良い病院にしようとする看護師たちの声が病院の経営・運営に反映されねばならない」と主張する。

さらに、「大学卒の資格を持ち、とくに目立った能力を持つ看護師のみが、医師に伍して副院長になるべきという考えには反対である」とした上で、「必ず副院長になるという制度的なものにするべき」と述べる。そして、こうつけ加える。「私は看護部長や看護師長の中に、病院の副院長職を担うのにふさわしい能力と意欲を持った方々がたくさんいることを知っている」。

しかし、看護師副院長を作る上で妨げになっていることがある。それらは、①日本という異常な学歴重視社会であり、②女性蔑視社会であり、③官僚たちの無理解であり、④看護師たちの中にある自己規制であると指摘する。

2004年8月に開催された日本看護管理学会年次大会のディベートで「看護職の副院長は定着するか」が取り上げられた。肯定側ディベーターと否定側ディベーターの各3人によって、立論、反対尋問、答弁がそれぞれ行われ、最終的には会場の聴衆が判定するしくみである。双方の弁論を聞いて聴衆が下した判定は「肯定407、否定227」であった。この結果を受けて、武先生は「看護師の3分の1は看護師副院長は必要ないと思っており愕然とした」と述べ、「看護師は看護部長止まりでよい」という意見に「びっくり」している。

そして次のように武先生は断言する。「日本の病院は医師中心で動いてきた。いま、そのあり方が、地域住民や患者サイドから批判され変革を求められている。看護職に国民の期待がかけられていることを看護師一人ひとりが自覚してもらいたい」。

看護職副院長連絡協議会のこれからの10年に向けて

講演の当日、「あれから10年、看護職が副院長になって何が変わったのでしょうか」と私は会場に問い掛けた。

Aは、最初の1年は副院長という肩書きを名刺に書き入れるのをためらった。恥ずかしかったという。現在は全職員と経営のことを考えて仕事をしている。

Bは、副院長として経営会議に出席することで発言の重みが増した。看護師長のモチベーションも上がった。

Cは、副院長として正当に意見を述べるのができ、看護部の地位が上がったと思う。

Dは、副院長手当がつき、報酬が上がった。それに見合った仕事をしなければならぬと自分を戒めている。

Eは、院長の若返りということもあり、専任の副院長として頼りにされている。

日本看護学教育評価機構始動

高等教育機関における看護学教育の質保証をめざし、日本看護学教育評価機構(Japan Accreditation Board for Nursing Education; JABNE)が10月15日に日本看護系大学協議会(以下、JANPU)により設立された。11月5日に日赤看護大広尾ホール(東京都渋谷区)で開催された記念講演会の模様を報告する。

◆看護学教育の質保証への決意を胸に

開会のあいさつでJANPU代表理事の上泉和子氏(青森県立保健大)は、看護系大学数が30年で25倍に増え、人材育成、研究開発、地域貢献への成果が示されてきたと振り返った。JANPUは教育の質保証のため、2002年より分野別評価に向けた取り組みを開始。今年6月に「看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標」を公表した。氏は、「JABNEの設立により評価システムが整い、看護学教育の質向上の基盤がそろった」と、JANPU、JABNEの協働に期待を示した。

最初に講演した文科省高等教育局医学教育課の荒木裕人氏は、看護学分野における教育の質保証制度を、先行する医・歯・薬学分野と比較した。医・歯・薬学分野には各大学による自己点検の他に第三者評価機関があると指摘した上で、「対人コミュニケーションが求められる医療分野では、質の高い教育が求められる」と述べ、看護学教育分野の第三者評価機関であるJABNEの設立を歓迎した。

続いて米国の高等看護教育委員会(Commission on Collegiate Nursing Education; CCNE)のJennifer Butlin氏がCCNEの取り組みを紹介した。中でも、評価基準、ミッションとガバナンス、(親)機関のコミットメントと資源、カリキュラムと教授学習、プログラムの効果について詳細に説明した。氏は「教育評価の最大の目的は、教育の質向上のたゆまぬ努力を教育機関に促すことにある」とし、自己点検による改善点の検索、改善策立案が特に重要と強調した。また、教育の質向上の取り組みが継続的に実施されているかを評価するために、中間評価などのレポートを課しているという。

最後に、JABNE代表理事に就任した高田早苗氏(日赤看護大)が分野別評価案を説明した。評価は双方向性を重視し、受審大学の自己点検・評価とそれに基づくピアレビューの過程で、受審大学と評価者の意思疎通を図る構想だ。氏は、分野別評価を「看護学教育の質担保という社会への責任であるとともに、教育の質向上への全看護系大学の決意の表れである」と強調し、JABNEの取り組みに熱意を示した。

今後は2020年に分野別評価を試行し、その結果を受け最終的な評価基準や評価方法を決定する。2021年から本格的に実施する予定だ。



●日本看護学教育評価機構代表理事の高田早苗氏

Fは、医師の採用面接に参加している。経営会議の意向を看護部長に説明する。

Gは、副院長になって変わったのは事務方の反応であると感じる。看護部の意見を聞くようになった。

看護職副院長連絡協議会は何をすべきかについても提案があった。一つ目は、看護職副院長の実態を把握する必要があるということである。誰がどこでどのような役割を果たしているのかを調査し明らかにすること。二つ目は、看護職副院長の仕事の標準化ができることと良いということである。これによって看護職副院長の水準を維持し、社会的な位置付けを確立できる。三つ目は、看護職副院長としての研修の機会を確保することである。もはや「看護管理」の範囲では不十分であり、「病院管理」を学修せねばならない。

武先生が『目指せ! 看護師副院長』を著してから10年。長く看護職副院長連絡協議会の会長として組織を牽引してきた桃田寿津代氏の急逝をきっかけとして、この間のわれわれの歩みを総括し、看護職副院長連絡協議会の組織を強化し、これからの10年を展望する絶好の機会となった。医師でなければ病院長になれないというわが国のルールは、世界の標準でないことも知っておきたい。

註:武弘道氏(たけ・ひろみち、1937~2009年)。62年九大医学部卒、同大にて小児科学専攻。病院勤務医として米国に2度留学。93年鹿児島市病院事業管理者兼院長。その後は病院改革の手腕を見込まれて埼玉県(2001年~)や川崎市(05年~)から招聘され、病院事業管理者として公立病院の再建に尽力した。

豊かさや強みを活かし、成果を生み出す組織づくり

主体性を高めチームを活性化する!

看護のためのポジティブ・マネジメント

第2版

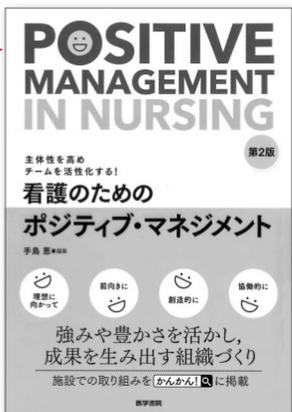
POSITIVE MANAGEMENT IN NURSING

編集 手島 恵

問題や欠点ではなく、組織やスタッフの「優れた特性、豊かさ、強み」にアプローチし、それを伸ばすことで成果を生み出す「ポジティブ・マネジメント」。組織づくりを、前向きに、創造的に、そして協働的に行ううえで役立つ1冊。

目次

- 第I章 ものの見方・考え方と看護管理・教育
- 第II章 自ら考え、行動し、助け合う文化をつくるために——ポジティブ・マネジメントの理論とプロセス
- 第III章 さまざまな手法を柔軟に組み合わせる視点——ポジティブ・マネジメントの手法
- 第IV章 事例から学ぶポジティブ・マネジメント
 - 事例1 ポジティブ・アプローチによる看護部長の能力開発と支援
 - 事例2 支援し合える関係性に着目した目標管理
 - 事例3 大切な価値の共有で、看護の質と効率の両立を実現
 - 事例4 看護師-看護補助者のチーム形成
 - 事例5 自分たちの“お宝”を見つけることが組織を動かす!
 - 事例6 施設を超えてポジティブ感情を生み出し、支え合う新人看護職員集合研修のしくみづくり



●A5 頁264 2018年
定価:本体2,600円+税
[ISBN978-4-260-03632-0]

医学書院

看護記録の悩みと苦手意識、解消します。

事例をとおしてわかる・書ける

看護記録ファーストガイド

編集 清水 佐智子

編集協力 鹿児島大学病院看護部

記録の基本を丁寧に振り返りながら、さまざまな事例の記録を会話形式で楽しく学ぶことができる。「記録を書くのはむずかしい、大変だ」と感じている看護師さんの、苦手意識を解消してくれる1冊!

目次 総論

- 看護記録とは ●記録のココが苦手! ●アセスメント再考

各論

- インシデント関連 (記録形式: 経時記録)
- 患者への教育指導関連 (記録形式: SOAP)
- 患者の状態観察、アセスメント、かわり関連 (記録形式: SOAP)
- インフォームド・コンセント関連 ●看護サマリー
- カンファレンス記録



●B5 頁160 2018年
定価:本体2,200円+税
[ISBN978-4-260-03660-3]

医学書院

臨床仏教師と「いのちのケア」

いのちの根源的な力を探し当て、強める

interview 神 仁氏 (臨床仏教研究所上席研究員/東京慈恵会医科大学附属病院スピリチュアルケアワーカー) に聞く

「こんなにつらいのに、なぜ生きなければならないのか」。患者が抱えるスピリチュアルな痛みに対し、何が出来るのかと戸惑う医療者は多いだろう。医学的アプローチだけでは解決が難しい苦悩に仏教者の立場で向き合うのが臨床仏教師(MEMO)だ。その資格制度の設立者で僧侶の神仁氏に、臨床仏教師の役割と看護に活かせる「いのちのケア」の視点を尋ねた。

——神先生の医療とのかかわりを教えてください。

神 大学卒業後、インドに留学し仏教を究めるとともに、マザー・テレサが創設した「死を待つ人の家」や「シシュババン(子どもの家)」で終末期患者や障害児のケアに携わりました。1990年代には国立台湾大病院でターミナルケアやグリーフケアにかかわり始め、活動を続ける中で台湾の臨床仏教宗教師の認定も受けました。

——日本ではどのような活動をしていますか。

神 臨床仏教研究所では、現代社会において仏教者や寺院が果たすべき役割を探求してきました。具体的な活動は、一般社会のニーズや寺院の活動実態の調査、僧侶対象の研修会開催などです。

私個人としては2016年から慈恵医大病院の緩和ケアチームに参加しています。緩和ケア医、精神科医、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどの各専門職と共に、スピリチュアルな痛みを含めた包括的ケアをめざしています。

自己存在の根源的な力「スピリチュアリティ」

——スピリチュアルな痛みとはどのようなものですか。

神 死への恐怖、人生への後悔、生きる目的・意味の喪失などがもたらす、人のいのちの有りに関する根源的な痛みです。WHOによる緩和ケアの定義(2002年)では、身体的、心理社会的問題と共にスピリチュアルな問題がケアの対象に挙げられています。

スピリチュアル(spiritual)、スピリチュアリティ(spirituality)は一般的に「霊的」、「霊性」と訳されますが、ラテン語のspiritus(=呼吸)に由来する語です。呼吸は古くから最も根源的な生命活動と考えられてきたことを

踏まえ、私はスピリチュアリティを「自己存在を成り立たしめる根源的な力」と理解し、スピリチュアルケアを「いのちのケア」ととらえています。

——具体的には何を指すのでしょうか。

神 簡単に言うならば、ベースとなる価値観です。家族の愛や神仏への信仰など人によってさまざまですが、苦しい時、悩める時、何をよりどころに判断するか。その人がその人であるために欠かせない力のことです。

——仕事や趣味の場合もありますか。

神 生きがいはなることはあります。しかしスピリチュアリティ、つまり、いのちの根源的な力とは、仕事や趣味のような目に見えやすい支えを失っても残るものです。その力を探し当て、最大限エンパワーメントするのが「いのちのケア」なのです。

傾聴で語りを紡ぎ、いのちの尊厳に気づく

——スピリチュアリティは人によって異なり、目にも見えません。「いのちのケア」では患者さんのスピリチュアリティをどのように探すのでしょうか。

神 基本は「傾聴」です。「訊く(ask)」ではなく、「聴く(listen)」。ここに寄り添って耳を傾け、患者さんの語りを紡ぎます。答えを引き出そうとするのではなく、一緒に考えるプロセスを大事にしています。

——「いのちのケア」で患者さんの様子はどう変化しますか。

神 私がベッドサイドでのスピリチュアルケアを行っている慈恵医大病院で、先日、ある女性を看取りました。彼女はキリスト教徒で、若い頃のある行いを悔やみ「死んだら神に裁かれ、地獄に落ちるのではないかと」恐れていました。私は「神様はあなたを見守ってくださいますよ」と繰り返し伝え、

一緒にお祈りをしました。彼女は次第に安心して、最期は心穏やかに旅立っていきました。

——終末期の患者さんに向き合うとき、神先生は何を大事にしていますか。

神 その人が持つ「いのちの力」を信じてことです。終末期で動けず、食事ができない状況でも「今のあなたはとても尊い」とお伝えする。いや、ご本人にそう感じていただけるように支えるのです。

生老病死の苦悩に寄り添う臨床仏教師

——「いのちのケア」の担い手として、2013年に臨床仏教師の養成がスタートしました。経緯を教えてください。

神 「葬式仏教」と揶揄されるように、現代の日本では仏教の形骸化が進んでいます。しかし、「寺院と葬儀に関する一般人の意識調査」(臨床仏教研究所、2009年)では、寺院がすべき活動として29.8%の回答者が「介護や死の看取りなど、老い・病気・死に関わる取り組み」を挙げています。ニーズがあるにもかかわらず、葬儀や法事以外で社会に貢献する寺院・僧侶はまだ少ない。そこで、台湾の臨床仏教宗教師を参考に養成を始めました。

——どのような場で活動するのですか。

神 「いのちのケア」が求められるのは、終末期にとどまりません。貧困、引きこもり、虐待、災害など、生老病死に伴う現代人のさまざまな苦悩に臨床仏教師は寄り添います。

古来、寺院は地域コミュニティの中心として医療、教育、福祉などの役割を担っていましたが、明治維新以降、役割が縮小してきました。昔の形に戻すのではなく、今度は私たちが寺院の外に出ていく。臨床仏教師は仏教者による社会貢献の新たな姿です。

——日本では、病院など公共空間と宗教はなじみにくいかもかもしれません。

神 臨床仏教師の活動は宗教活動と切り分けて行います。当然、布教はしませんし、ケア対象者の信仰する宗教や価値観を尊重します。また、医療の現場で各専門職と連携するためには、医療の知識やケアの技法が必要です。僧侶であれば簡単に臨床仏教師になれるわけではなく、特別な教育や実践を経た者に認められる資格なのです。

——今後は、臨床仏教師の数を増やしていく予定ですか。

神 単純に数を増やせばよいとは考えていません。「いのちのケア」の現場



●じん・ひとし氏

1961年生まれ。大正大、駒澤大で仏教学を専攻。87年インド国立バナーラス・ヒンドゥー大大学院へ留学。社会参加仏教(Engaged Buddhism)の立場から、仏教者としての社会貢献を追究。全国青少年教化協議会常任理事、同会付属の教育研究機関・臨床仏教研究所にて上席研究員を務める。2016年より慈恵医大病院緩和ケアチームにスピリチュアルケアワーカーとして参加。同大非常勤講師。

は真剣勝負です。何気なく放った一言が相手をさらに追い詰めてしまう可能性もあると自覚して行動しなければなりません。早急に数を増やすよりも、じっくりと輪を広げていきたいです。

そばにいて、あなたは尊い

神 臨床仏教師の数が限られる中、医療の現場で私たちの立場に近いのは看護師ではないでしょうか。患者さんの心身のケアを担い、長い時間を共に過ごす看護師だからこそ支えられるいのちがあると思います。

——看護師にも実践できる「いのちのケア」を教えてください。

神 患者さんの抱える痛みには身体的・心理社会的なものだけではなくスピリチュアルな痛みがあることを知ってください。その上で、患者さんの思いを傾聴するのです。医師には言いづらい深い苦悩を看護師には打ち明けてくれる患者さんも多いですから。

——苦悩を受け止めても「何もできない」と無力を感じることもあると思います。何が出来るのでしょうか。

神 自分のスピリチュアリティがどこにあるのかを考えてみてください。スピリチュアルな痛みは、病に苦しむ患者さんだけでなく、誰もが抱える実存的な問いです。まずは皆さんご自身のスピリチュアリティを大切に育む。これが、いのちの尊厳への気づきをもたらすケアを、自然と生み出します。

「いのちのケア」で大事な視点を最後にもう一つ。それは“Not doing, but being”。目に見える何かが出来なくても、相手の持つ力を信じて、そばにいて。それだけで、あなたは尊いのです。(了)

MEMO 臨床仏教師

生老病死に伴う現代人の苦悩と向き合い、専門的知識や実践経験をもとに行動する仏教者を認定する資格。臨床仏教研究所によって2013年から養成開始。現在、スーパーバイザーを含め15人の臨床仏教師が活動している。活動範囲は終末期ケア、貧困、引きこもり、虐待、災害など幅広い。

養成プログラムは、①仏教者としての現代社会の課題への向き合い方を学ぶ臨床仏教公開講座(15時間)、②傾聴やカウンセリングの技法を身につけるワークショップ(40時間)、③看護施設、介護施設、医療施設等での実践研修(100時間以上)の3ステップから成る。公開講座は僧侶に限らず誰でも受講可能。

自治医科大学 看護師特定行為研修 **平成31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胸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31年1月17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位以上の所属長)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

あなたの起業を応援します!

看護師が社会を変える!

詳しくは当財団HPへ <https://www.smhf.or.jp/>

日本財団在宅看護センター 起業家育成事業

2019年度受講者募集中

2019年6月~2020年1月開講

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
 TEL 03-6229-5377 FAX 03-6229-5388
 Email: smhf_home-nursing-cc@tnfb.jp

第6期生

投稿

仏クレス・レオネッティ法にみる終末期医療の動向

国立緩和ケア・終末期研究所を視察して

山崎 摩耶 前・旭川大学保健福祉学部看護学科特任教授/元・衆議院議員

わが国は超高齢社会の到来とともに多死時代に入り、終末期医療とケアは医療・看護・介護界の大きなテーマとなっている。終末期医療に関して海外の動向はどうか。筆者は2018年8月、フランス・パリにて国立緩和ケア・終末期研究所や、在宅患者が入院と同様の医療を受けられる「在宅入院制度(HAD:在宅高度医療訪問看護)」の現場を訪問し、同国の法整備の状況と、終末期医療、緩和ケアの取り組みを調査する機会を得たのでここに報告する。

フランスは、1999年に「緩和ケア権利法」が成立して以降、緩和ケアと終末期医療の現場の実情に合わせ、法改正を重ねてきた。直近の改正である2016年の「患者及び終末期にある者のための新しい権利を創設する法律(2016年法/クレス・レオネッティ法)」成立を受け、同年4月にフランス国立緩和ケア・終末期研究所が新設され、国民には終末期医療を受ける権利と自己決定権があることや、「事前指示書(directives anticipées)」「信任者(personne de confiance)」の普及、医療現場での終末期医療の支援、国内外のデータ収集などの取り組みが始まっている。

緩和ケア普及に向けた3つのミッションとは

研究所を訪れた8月31日、所長のペロニク・フォーニエ氏が私を迎えてくれた。彼女は循環器専門医であり、公衆衛生学や政治学にも精通する医師だ。フランスの臨床倫理研究センターで医療倫理や意思決定、終末期における医師・患者・家族関係などを長年研究していた氏は、2016年4月に同研究所の所長として招聘された。

「研究所の役割は『2016年法』の理念の普及とフォローアップのための調査研究にあり、政府は大きな予算を投入している」と氏は説明を始めた。「大きなミッションは3点ある。そのうち最大のミッションは、国民にはターミナルケアを受ける権利があると啓発すること。そこで、国民向けのさまざまなキャンペーンを開始している」と語り、こう続けた。「『2016年法』の理念を広めるために、国民にはまず自分の人生をどう終えたいかを考えてもらい、『事前指示書』の存在や『信任者』などの仕組みがあることを知ってほしい。そして誰もが緩和ケアを受けられる権利があると、テレビ、新聞、ウェブサイトやSNSなどを活用して周知

し、イベントも開催して国民とコミュニケーションを図っている」と話した。さらに、医師や看護師など専門職の質向上とその支援のために、オンラインコースを開設したりムックを発行したりし、ワークショップなども開催している。

第2のミッションは、終末期医療についての国内外のデータ収集と情報公開だ。EU諸国をはじめ、カナダや南米などからも情報を集め、データ不足の改善を図っている。3万もの論文が掲載されたウェブデータベースを更新し、ニュースレターを毎月発行、2018年1月には初の報告書を2冊刊行したという。

そのうちの1冊は、「事前指示書——そのポイントは何か?」とした事前指示書の普及版で、2000人の国民調査から見えてきた人々の意向(事前指示書には何を書きたいか、何を書きたくないのか、医療者に対しては患者とこの問題をどのように話すべきかなど)が盛り込まれた。

第3のミッションは、次の法改正にもつながる重要なアクションである法と制度のフォローアップで、「法施行後の現場の変化を政府に報告することが求められている」とフォーニエ氏は強調する。彼女自身、国の法制度審議にかかわるポジションにあるためだ。新法施行後、今現場では何が起きているのか。特に「緩和的鎮静(ターミナルセデーション)」の課題が多く、国民が果たして何を望んでいるかを調査している。フォーニエ氏の話聞き、緩和ケア・終末期医療の国立研究機関を有するフランスがうらやましく感じられた。

時代に即し改正重ねる、終末期医療に関する法律

ここで、フランスにおける終末期医療の法制化の変遷を振り返りたい。

1999年6月「緩和ケア権利法」が終末期医療に関する最初の法律として成立し、緩和ケアへのアクセス権と、患者が自分の治療を自己決定する権利を保障した。

2002年には、「患者の権利法:患者の権利及び保健医療制度の質に関する法律(2002年法/クシュネル法)」が成立した。国境なき医師団の医師でもあった国会議員ベルナル・クシュネルの名前を取った同法は、終末期の苦痛軽減のために治療を受ける患者の権利を定め、死亡時まで尊厳ある生を過ごせるようあらゆる方法を尽くすこと

を医療者に義務付けた。本人のオートノミーと同意を明記し、本人に代わって意思表示する「信任者」の制度が創設された。

2005年には、「患者の権利及び生の終末に関する法律(2005年法/レオネッティ法)」が成立した。医師で、当時与党国民運動連合の議員だったジャン・レオネッティが主導した法案で、議会の全会一致で可決成立している。同法の概略は、オランダのように安楽死を合法化せず「死の医療化のなかで緩和治療ケア(soins palliatifs)によって終末期をヒューマンイズム化しようとするもの」¹⁾で、同法により終末期の積極的治療の中止が認められ、患者の治療拒否の権利と事前指示書について明記された。

同法は、「『不合理な執拗さ』(une obstination déraisonnable)で治療等を行うことを医師に対して禁止し、こうした行為が無益、行き過ぎたものであるか又は生命の人工的な維持の効果しかなかった場合には、中止又は差控えが可能である旨定めた。また、重篤かつ不治の病の進行した状態又は末期状態にある患者の苦痛の緩和には、その患者の生命を短縮させる副作用を持ち得る治療法を一定の手続の下に行うことを可能とした」²⁾とされる。

フォーニエ氏は法の趣旨を次のように解説した。「同法で医師と患者、家族の合意形成を経た上で『終末期の積極的治療の中止』ができることは、医療者にとって刑事上の訴追を恐れることなくなる「Happyな決定」だった。ただし、フランスでは安楽死は「違法」だ。同法は安楽死を容認したのではなく、終末期の積極的治療を中止する場面で医療プロフェッショナルを擁護するものであり、死を選択したい患者のための法律ではない」と。

クレス・レオネッティ法は現場の葛藤にどう応えるか

その後、同法の限界と尊厳死をめぐる事件が社会問題となり、2014年7月から、右派国民運動連合のレオネッティ議員と左派の社会党のアラン・クレス議員が指名されて超党派で策定した法案が、2016年1月27日に国会で可決成立し、公布された。これが冒頭に紹介したいいわゆる「クレス・レオネッティ法」である。

特筆すべきは「緩和的鎮静」の合法化だ。緩和的鎮静は「二度と起きることのない(覚醒しない)深い眠り」を指し、次の4要件が定められている。

●やまざき・まや氏

北大医学部附属看護学校卒。1994年から2005年まで、高齢者介護・自立支援システム研究会、厚生労働省社会保障審議会・介護保険部会、介護給付費分科会、身体拘束ゼロ作戦推進会議等で介護保険制度創設にかかわる。日看協常任理事、日本訪問看護振興財団常務理事、全国訪問看護事業協会常務理事、旭川医大客員教授、岩手県立大看護学部教授、旭川大保健福祉学部看護学科特任教授を歴任。09年比例区(北海道)にて衆議院議員に初当選し、厚労委員会などに所属した。「患者とともに創める退院調整ガイドブック」(中央法規出版)など著書多数。



①ターミナル期で、短期間での死が予想されていること(短期間とは数時間から2~3日の範囲)、②何をしても苦痛が取れないこと(proportionality)、③事前指示書で患者の意思・同意が明確なこと、④眠らせることを意図し、安楽死ではない。これについては「在宅入院」の現場を訪問した際、コンサルテーションドクターのニコラス・ガンドリー氏が詳細に説明してくれた。

緩和的鎮静についてはガイドラインがあり、使用できる薬はモルヒネとミダゾラムだけである。緩和的鎮静のタイミングは①に該当する短時間の死が予想される場面で、安楽死に至る使い方はしないという。

「かつて、患者が緩和的鎮静を望んでも、安楽死はNoと法律にあり、医師は選択が難しかった。定義が明確化され、現場のジレンマに対し恩恵をもたらした」(フォーニエ氏)。

しかし、たとえ2016年法が施行されても、政治による政策決定と医療現場における終末期場面の状況には依然乖離がある。現場のジレンマや複雑な課題を把握し、実態をリサーチするのが同研究所の大きなミッションだと所長のフォーニエ氏はあらためて強調した。そしてこう付け加えた。「フランスの医師や医療界は、ゆっくりだけど少しずつ変化している」。

*

2016年のクレス・レオネッティ法施行までの変遷と、その後の動向を、現地視察から紹介した。フランスの法制化された終末期医療とケアの原則からは示唆を受けることも多いが、忘れてはならないのが、フランスでは本人の意思表示の代理人となる「信任者」などが「患者の権利法」によって整っているとの前提がある点だ。

わが国でも、尊厳ある緩和ケア・終末期医療の環境整備が急がれるが、医療専門職は議論の主導にもっと役割を發揮すべきではないだろうか。

●参考文献

- 1) 大河原良夫. フランス終末期法と「死ぬ権利」論——その枠組と展開. 福岡工業大学研究論集. 2014; 47(1・2): 11-20.
- 2) 岡村美保子. 終末期医療と「安楽死」「尊厳死」——法制化の現状. レファレンス. 2017; 793: 89-115.

「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かができますか?

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、穏やかに看取するための方法。死を前にした人に、私たちにできることがある!

小澤竹俊
めぐみ在宅クリニック院長



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

医学書院

おさえるべきマネジメントスキルを紹介

新刊 医療現場で働く管理職1年目の教科書

あなたの悩みに答える24ケース

▶管理職に求められる問題の解決方法やマネジメントスキルを医療現場特有のケースを用いて学べる入門書。対人関係、組織行動、課題達成、病院経営、自己管理におけるスキルに関して、医療現場で想定される問題に当てはめながら、会話文例や経営・経済理論を交えて解説する。ハーバード大学公衆衛生大学院で医療政策・管理学修士号を取得し、現在は臨床・経営・卒後研修管理の第一線で活躍する著者が、管理職として戦う武器を授ける。

著:小西竜太 関東労災病院 経営戦略室室長・救急総合診療科部長

定価:本体2,700円+税
A5 頁248 図28・表15 2018年
ISBN978-4-8157-0138-3

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
TEL.(03)5804-6051 http://www.medi.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medi.co.jp

第77回日本公衆衛生学会開催

第77回日本公衆衛生学会総会が10月24～26日、安村誠司学会長(福島県立医大)のもと「ゆりかごから看取りまでの公衆衛生—災害対応から考える健康支援」をテーマに開催された(会場=郡山市・ビッグパレットふくしま)。本紙では、シンポジウム「フィンランドのネウボラから学ぶ母子保健活動の評価とわが国における母子保健システムの検討」(座長=あいち小児保健医療総合センター・山崎嘉久氏、大阪市西区保健福祉センター・永石真知子氏)の模様を報告する。

健やか親子21(第2次計画)では、「すべての子どもが健やかに育つ社会」をめざして、「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」が基盤課題の1つとして掲げられている。そのモデルになったとされるのが、妊娠期から子育て期に至るまでの切れ目ない支援を重視する、フィンランド・ネウボラの保健師活動だ。同国では、1944年の法律制定によってネウボラサービスの提供が地方自治体に義務付けられた。2000年代以降は関連法の整備や国による勧告が発出され、サービスの質向上が図られている。

本シンポジウムには、フィンランド国立健康福祉研究所においてネウボラのガイドライン策定に携わるトゥオヴィ・ハクリネン氏が招聘された。同研究所では自治体を支援すると同時に、サービスの実施状況をモニターし監督局に報告する役割を担っている。ハクリネン氏は、2016～17年に行った全国調査の概要を説明した。調査の結果、ほぼ全ての自治体で勧告に沿ったサービスが提供される一方、一部の項目に不十分な点があったと考察。母子保健活動の定期的なモニタリングとフィードバックの重要性を強調した。

母子保健システムにおける 担当保健師制と家族支援強化

日本においては、「子育て世代包括支援センター」がネウボラ同様の役割を期待されており、現在は「日本版ネウボラ」を標榜する自治体も増えている。

フィンランドと日本のネウボラの違いを分析したのは、両国での国際共同研究を2007年より推進してきた横山美江氏(阪市大大学院)だ。日本版ネウボラの多くは複数の保健事業等をつなげることを「切れ目ない支援」と称しているのに対して、フィンランドでは妊娠中から同じ担当保健師が父親を含む家族全員を継続的に支援するこ



●シンポジウムの模様

とが必須となっている。後者のほうが家族との信頼関係構築や問題の早期発見・支援が容易であり、その結果としてフィンランドでは深刻な児童虐待は極めて少ないと指摘した。

では、ネウボラのエッセンスとなる「担当保健師制」と「家族支援」の強化を、日本の母子保健システムの中でどうやって構築するのか。横山氏は、妊娠届出時の担当保健師の紹介と母子健康手帳の活用が鍵になると考察。現在実施している大阪市港区との協働事業をその事例として紹介しつつ、全国的なシステム化の必要性を説いた。

子育て世代包括支援センター(法律上は母子健康包括支援センター)は改正母子保健法により位置付けられており、17年度から市町村への設置が努力義務化された。18年4月時点で約4割の市町村で設置されており、20年度末までの全国展開をめざしている。しかしながら、従来の母子保健事業との相違がわからずに戸惑う声も、自治体の関係者から聞かれる。

佐藤拓代氏(府立病院機構大阪母子医療センター)は子育て世代包括支援センターの法的根拠と機能、現在までの状況を概説した上で、従来の母子保健事業に加味すべき視点を提言した。「利用者目線」を念頭に置きながら、スクリーニング後の支援に当たる従来のハイリスクアプローチを、どんな親子も支援するポピュレーションアプローチに転換しつつ、母子への支援を家族への支援に移行する形で、母子保健事業との連携・協働を図ることが肝要であると考察した。

祝点 これではよいのか、「情報通信機器を利用した死亡診断ガイドライン」

川嶋みどり 日本赤十字看護大学名誉教授/健和会臨床看護学研究所所長



法律では、死後、遺体の火・埋葬には、医師が交付する死亡診断書を添付した死亡届が必要である。医師が死亡時に立ち合えなかった場合、死後24時間以内に診察すれば例外として交付できるとしている。在宅等では死後診察ができない場合もあり、死亡直前の患者を病院に搬送したり、在宅で遺体を長時間保存したりせざるを得ないこともある。そこで政府は、「在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため」、医師の直接診察を抜きに死亡診断書交付ができる方針(規制改革実施計画)を2016年に出した。これを受けて、厚労省医政局は2017年9月12日、「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断ガイドライン」を都道府県に通知した。

メディアは「看護師も死亡確認ができる」と報じたが、本ガイドラインには、「穏やかな看取り」とはかけ離れた見過ごすことのできない疑義がある。死に逝く人の尊厳、死別に悲しむ近親者の立場、ならびに看取り行為の中核を担う看護師の視点から述べる。

◆看取りを抜きに、異常死ありき?

ガイドラインでは死亡診断する看護師を、「法医学等に関する一定の教育を受けた看護師」としている。看護師は法医学的な机上研修の他、死体検案や解剖等の実地研修を受けなければならない。看取りのプロセスを抜きに、当初から異常死の可能性を視野に入れた「死体の検視」のガイドラインである。なお、看護では亡くなった方を死体とは呼ばない。死後もその人の人格を尊重し、「ご遺体」と称している。

◆外表検査なる、尊厳の脅かし

誰よりも人の死に出会う頻度が高く、ご遺体に対しても敬虔な思いで接してきた看護師として最も受け入れ難いのが、外表検査である。ガイドラインには、顔面、後頸部、体幹前・後面(胸・腹部、後頭部、背部、腰臀部)等を、必ず撮影し医師に送信するとある。また、死斑や各関節の死後硬直の程度など、いずれもご遺体をくまなく

チェックする必要が挙げられている。おそらく、虐待や犯罪による死の可能性を排除するためであろう。

だが、病死の場合でも重症化が長引けば皮膚がもろくなり、出血しやすくなる状態は珍しくない。通常の療養中に起きた皮膚の状態と犯罪行為等による皮膚の異常を、医師は画像上で正しく判断できるであろうか。また、生前の本人や家族は、変死や犯罪を想定した検査内容を知って同意するであろうか。死後とはいえ、全身をくまなく撮影される当事者の立場からは素直に受け入れられるものではない。

◆複雑な過程の実現可能性は

死は、いのちの最終段階での看取り行為の延長にある。看護師には、逝く人を取り巻き揺れ動く家族の思いに心を寄せながら、細やかな神経に基づく確かな対応が求められる。医師の居場所の確認、家族の事前承諾の再確認、そして前述した諸々の観察と撮影、加えて医師との双方向的通信環境の整備、ご遺体の修復とケアの実施など、複雑な過程を看護師一人で実施することは不可能である。

*

「穏やかな看取り」からイメージできるのは、死期が近づいた人の苦痛を軽減し、親しい人に囲まれて、人生の最期をその人らしく迎えられる支援である。住み慣れた場所で死にたいとの願いをよそに、誰からも看取られず亡くなる例や、老老介護で一方が知らないうちに大往生する例などが、今後大都市で増えることは予想できる。それ故に、看護師にいっそう望まれるのは、誰もが自分らしく人生最期の旅立ちができるよう支援することである。死体の検視は看護業務の範疇ではなく、死に逝く人の尊厳の立場からも疑義がある。

●かわしま・みどり氏/1951年日本赤十字女子専門学校卒。日本赤十字社中央病院勤務などを経て、2003年日本赤十字看護大学教授、11年に同大名誉教授。日本で「あーて」推進協会代表。2007年フローレンス・ナイチンゲール記章受章。

保健師ジャーナル Vol.74 No.6

特集 本場フィンランドのネウボラから学ぶ これからの 子育て世代包括支援

2017年4月から子育て世代包括支援センターを市町村に設置することが努力義務とされた。本特集では、フィンランドのネウボラの保健師活動を参考にしながら、これからの子育て世代包括支援の在り方を考える。

- ネウボラで活躍している保健師から学ぶ子育て世代包括支援センターの在り方……………横山美江
- フィンランドにおける妊産婦・子どもネウボラにおける活動……………トゥオヴィ・ハクリネン
- 実体験から語るフィンランドのネウボラ……………マルクス・コッコ
- 子育て世代包括支援センターの動向と母子保健との関わり……………佐藤拓代
- 【豊中市の取り組み】地区担当保健師の活動強化と妊娠期からの多職種との連携支援……………岸田久世、横山美江
- 【構原町の取り組み】地区担当保健師制の強化 切れ目ない支援の実現へ……………畠山典子、他
- 【大阪市港区の取り組み】ネウボラのエッセンスを取り入れた地区担当保健師による継続支援システムの構築……………福永淑江、横山美江

●1部定価:本体1,400円+税 冊子版年間購読料:本体14,280円+税 バックナンバーも販売中!

医学書院

新生児医療に携わるすべての方へ

新生児学入門

第5版

編集 仁志田 博司
編集協力 高橋 尚人/豊島 勝昭

新生児医療に携わる際の基礎知識、考え方をまとめた好評のサブテキストが大幅改訂! 看護学生、助産学生はもとより、臨床看護師、助産師、専門医といった新生児医療に従事するすべての医療者の必読書。

目次

- 新生児学総論 ●発育・発達とその評価 ●新生児診断学
- 新生児の看護と管理 ●母子関係と家族の支援
- 新生児医療とあたたかい心 ●新生児医療における生命倫理
- 医療事故と医源性疾患 ●体温調節と保温 ●新生児蘇生
- 呼吸器系の基礎と臨床 ●循環器系の基礎と臨床
- 水・電解質バランスの基礎と臨床 ●内分泌・代謝系の基礎と臨床
- 栄養・消化器系の基礎と臨床 ●黄疸の病態と臨床
- 血液系の基礎と臨床 ●免疫系と感染の基礎と臨床
- 中枢神経系の基礎と臨床 ●先天異常と遺伝
- 主要疾患の病態と管理 ●災害と新生児医療

●B5 頁456 2018年
定価:本体5,800円+税
[ISBN978-4-260-03625-2]

医学書院

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・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

おだん子×エリザベスの急変フィジカル

志水 太郎 ● 著

A5・頁122
定価:本体2,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03543-9

評者 津田 雅子
宝生会PL病院看護部長

フィジカルアセスメントは、患者の状態を把握し、緊急性があるかないかを判断し、必要とされる治療や看護につながる目的で行われます。看護職にとってフィジカルアセスメントは必須のスキルです。

『おだん子×エリザベスの急変フィジカル』は2016年1月25日発行の『週刊医学界新聞(看護号)』に掲載された連載第1回目(第1夜)から、大変興味深く、毎月楽しみに読んでいました。「わかりやすいな。現場ですぐ役立つな」と思い、病院の各部署にもこの連載を案内していました。今回1冊の書籍として発刊され、活字も大きく読みやすくなりました。

本書は、夜間や救急など、現場で遭遇しやすい急変場面で使える、実践的なフィジカルアセスメントが症例の中でわかりやすく説明されています。ぜひ身につけておきたい技術、見逃さないでほしい観察のポイントが満載です。また、装丁やイラストが素敵で、堅苦しくなく、誰もがすぐ手に取ってみたい本です。

早々に各部署に1冊ずつ購入したと

新人だけでなく、ベテランの後輩指導にも役立つ



ころ、現場の看護師からの感想は「患者の急変前にはサインがあることが書かれている。サインを見逃さないためには、日ごろの観察が大切だと実感している」「表紙がかわいいで気軽に手に取って読める。1章、1夜ずつで、読み切りやすい」と、たいへん好評です。患者の急変を見逃さず、適切な対応を身につけるために、とても役立つ内容が簡潔かつ明瞭に表現されています。各章に、「急変ポイント」や「エリザベス先輩のキラキラフィジカル」、「おだん子のメモ」で、学びのポイントがわかりやすくまとめられています。

経験の浅い看護師にも、ベテランの後輩指導にも役立ちます。

さらに、ありがたいことに付録として、ポケットに入れて勤務中いつでも使える「ひと目でわかる! キラキラフィジカル総まとめ」カードが付いています。バッグに入れて持ち歩けば、職場以外の場所でも活用できます。

近年では、在宅や介護老人保健施設で過ごされる患者さんにかかわる看護師も増えてきました。看護師がドクターコールや救急車コールするとき、的確なアセスメントができ、患者の生命を救えることにつながると思います。ぜひ、多くの看護職に本書を読んでいただき、成功体験を積み重ねていただきたいと思っています。

『看護教育実践シリーズ4』アクティブラーニングの活用

中井 俊樹 ● シリーズ編集
小林 忠資、鈴木 玲子 ● 編

A5・頁196
定価:本体2,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03646-7

評者 近藤 麻理
関西医科大学大学院教授・国際看護学

「今さら教育学のシリーズ本ですか……」と、看護教育の実践者の方々のつぶやきを想像しながら書評を書いております。

この手の本は、新人教員が読むべきだとの思い込みはありませんでしょうか。特に、「アクティブラーニング」と書名にドーンと書かれていれば、なおさらかもしれません。実のところ、私もそう思っていました。しかし、書評しなければならぬので本書をくまなく読みました。すると、教育経験者が読んだほうが、より面白いことに気付いたのでご紹介させていただきます。

ベテラン教員たちの普段の授業の中に、本書に登場する数多くのアクティブラーニングの手法を見つけ出すことができます。自分で考えたやり方だと思っていたけれど、「私のやったあの方法には、こういう名前があった」と感心したり、「外国でも共通に使われていたんだ」と世界中の教員とつながったような気分になれたりするのです。また、アクティブラーニングの効果として、コミュニケーション能力はもちろん、チームワーク、タイムマネジメント、人の話を傾聴する、相手に伝わるように話すなどの社会的スキルが知識と同時に身につくわ

ベテラン教員にこそ読んでほしい、自らの教育実践を言語化できるような書



けです。これは、一石二鳥ですよ。本書には二つの利用方法があると思います。一つは、初学者として教育を学ぶ教員が、学生の学習を保証するために基礎的な講義法を学ぶための必読書としてです。もう一つは、ベテランも含めて全ての教員が、自分の教育の実践を客観的に振り返り、学生の学習の質を高めるための参考書としてです。

組織的に教育成果を評価する際には、学生が積極的に関与して学習できたかどうかが重要であり、そのためには具体的な授業方法を世界共通の言語で表現することが欠かせません。私たち看護教員は、アクティブラーニングをやったのとは、むしろ、ずっとやっていたのです。しかし、何をやっていくかを表現する言語を持っていなかったのです。本書を参考に個々の教員が自らの教育実践を言語化できるようになるのではないかと考えています。

私は本書を読みながら、教育学者とともに、看護教育の展望について、堅苦しくなく、コーヒーでも飲みながら語れる日がいつか訪れるといいなあと思っています。そのような対話の実現に向けて、「看護教育実践シリーズ」にこれからも注目していきたいです。

●看護学生モニター募集!

『週刊医学界新聞』では双方向性を持つ紙面づくりをめざし、看護系学生の皆さんを対象にモニター購読者を募集しています。モニター購読者には、弊紙看護号を無料送付させていただいた上で、記事へのご感想など、弊紙編集活動にご協力をお願いしています。この機会にぜひ、モニター購読にご応募ください。

- 対象 看護学生(4年制・短大含む)
- 特典 『週刊医学界新聞』看護号(年12回発行)の無料送付
- モニター購読者へのお願い ①記事へのご感想・ご意見、②参加した学会・研修会の印象記、③学内・学外での活動の紹介などを随時編集室までお寄せください。また、座談会・インタビューなど、弊紙企画へのご協力をお願いすることもございます。
- 申込み・問い合わせ:『週刊医学界新聞』編集室(E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp)

医学書院 ナーシングカフェのご案内

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



ファシリテーションと支援型リーダーシップ

スタッフの主体性を育む場づくり

参加者同士の対話を大切にしたいワークショップの体験などを通して、ファシリテーションを活かした支援型リーダーシップや、現場で対話型の場づくりを実践するための具体的なマインドとスキルを学びます。

【日時】2018年12月1日(土)
9:30~17:30

【会場】東京都文京区 医学書院 本社2階

【講師・ファシリテーター】
中野民夫先生・浦山絵里先生・森 雅浩先生

【定員】60名

【対象】看護管理者をはじめとする看護職
(チーム医療に携わる医療専門職の参加も歓迎)

【受講料】12,000円(税込)

*月刊誌「看護管理」年間購読者(個人)の方は6,000円

看護職が身につけたいロジカルシンキング

論理とは何か、論理的に考えるとはどういうことか、など論理的思考の“基本”について、わかりやすく説明します。また、頭で理解したことを実践できるよう、グループで問題を解きながら論理的思考を身につけます。

【日時】2019年3月9日(土)
13:00~17:30

【会場】東京都文京区 医学書院 本社2階

【講師・ファシリテーター】 福澤一吉先生

【定員】50名

【対象】ロジカルシンキングにご関心のある看護職ならどなたでも
(論文指導をされている看護教員、会議などで議論をされること多い看護管理者など)

【受講料】6,000円(税込)

*月刊誌「看護教育」または「看護管理」年間購読者(個人)の方は3,000円

シリーズ ケアきひらく

医学書院

手と目で「見る」とは
どういうことか。



異なり記念日

齋藤 陽道

「聞こえる家族」に生まれたる者の僕と、「ろう家族」に生まれたる者の妻。ふたりの間に、聞こえる子どもがやってきた! ケアが発生する現場からの感動的な実況報告。

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



どもる体

伊藤 亜紗

吃音とは、言葉が肉体に拒否されている状態。しかし、なぜ歌っているときにはどもらないのか? 徹底した観察とインタビューで吃音という「謎」に迫った画期的身体論!

●A5 頁264 2018年 定価:本体2,000円+税
[ISBN978-4-260-03636-8]

医学書院

「難治性」と決めつける前に、まだできることがある!

患者と家族にもっと届く緩和ケア
ひととおりのことをやっても
苦痛が緩和しない時に
開く本

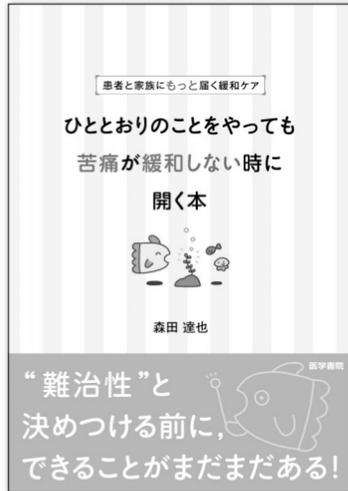
新刊

森田達也

聖隷三方原病院 副院長

あれこれやってみても、痛みが取りきれない。でも原因に気付けば、今できる工夫が見えてくる! 「これをやれば苦痛が取れるかも?」という着眼点を丁寧に書きためた1冊。

A5 頁272 2018年 定価:本体2,400円+税 [ISBN 978-4-260-03615-3]



関連書

◎終末期の苦痛に対する手段には何があるのか。鎮静を、深く知るための書

終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか? 苦痛緩和のための鎮静(セデーション)

森田達也 B5 頁192 2017年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-02831-8]



◎日常のケアを裏付けるエビデンスから、「今、できる緩和ケア」を考える本

エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア

森田達也・白土明美 A5 頁200 2016年 定価:本体2,300円+税 [ISBN978-4-260-02475-4]

◎医療職が知っておきたい、人の臨終に関わる最新のエビデンス

死亡直前と看取りのエビデンス

森田達也・白土明美 B5 頁204 2015年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-02402-0]



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。

看護管理 12月号 Vol.28 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

特集 全員が「リーダーシップを発揮し合う」チーム 相互の影響力が自己効力感と高い成果を導く



リーダーシップ論の変遷から探る看護の職場に求められる「リーダーシップ」 保田江美

看護の職場における「シェアードリーダーシップ」の有効性 保田江美
全員がリーダーシップを発揮する組織文化を創る 保田江美
スタッフへの信頼によって実現する「全員がリーダーシップを発揮し合う組織」 別府千恵

巻頭(最終回) 大学院で学ぶ看護管理学 現場の実践から新たな「知」を生むために 東京医療保健大学大学院

特別記事 看護管理者に知ってほしいリラクゼーション法とその効用 小坂橋喜久代ほか
TOPICS スタッフナースの勤務表に対する認識を調べてみました 中村幸恵ほか

助産雑誌 12月号 Vol.72 No.12 1部定価:本体1,500円+税 冊子版年間購読料:本体14,880円+税 電子版もお選びいただけます

特集 習慣化されたケアをエビデンスから検証する



根拠に基づく医療(EBM)や診療ガイドラインとの上手な付き合い方 上田佳世/五十嵐稔子/中山健夫

コクランジャパンの役割と世界保健機関の新しい出産に関するガイドライン 森臨太郎
15のケアのエビデンスの確実性を評価する 質評価と用語解説 増澤祐子
遅延結紮ではなく早期結紮がよいの? 篠原枝里子
骨盤位を治すのに、お灸は効果があるの? 東原亜希子
会陰裂傷は会陰マッサージで予防できるの? 竹内翔子
分娩進行中にお湯につかることや水中出産はどんな効果があるの? 大田康江
出産中の継続的な付き添いは効果があるの? 福澤(岸)利江子
分娩経過中の定期的な内診は必要? 杉本敬子 ほか

看護教育 12月号 Vol.59 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

特集 看護教育をとらえる新たな発想 コンセプト・ベースド・カリキュラム



米国看護教育の改革:コンセプト・ベースド・カリキュラム 岩間恵子
概念基盤型学習のアプローチ:根幹は「Less is more!」にあり Giddens教授との対話から 津波古澄子/Jean Giddens/宮武綾音
【コラム】The Conceptual Approach: A Primer for Japanese Nurse Educators Jean Giddens(津波古澄子訳)

看護基礎教育における概念基盤型学習の活用
知識・スキル・理解(概念)の3側面学習支援に向けた文献レビュー 津波古澄子
コンセプトにもとづいた学習で「看護師のように考える」を支援する
臨床のリアルを追求した紙上事例の取り組み 奥裕美
看護ゼミ「臨床判断」の取り組み 三浦友理子/山本佳崇/森田敦子/大森智美

焦点 看護教育にこそ有効なブレFD
【対談】看護の大学院生時代から教育を学ぶことの意義
ブレFDで鍛えられるさまざまな「力」 奥山葉子/大串晃弘

スクランブルゾーン 大学教育、大学入試選抜の改革に対応していくための課題
九州大学のセミナーに参加して 宗正みゆき/宮林郁子
編集室紀行 第5回日本フォレンジック看護学会 「現代社会におけるフォレンジック看護の役割」開催

訪問看護と介護 12月号 Vol.23 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

特集 理学療法士等との連携、どうしていますか? 制度改定をチャンスに変える



看護師×理学療法士等 どんな連携が生まれ、どのようなケアができるのか 藤田淳子・齋藤雅子・北園伊津代・磯貝仁美 [司会]高砂裕子
訪問看護師と理学療法士等との連携にみえてきた課題と可能性 「訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査」から 藤田淳子
Q&A 訪問看護職員と理学療法士等との連携に関する2018年度同時改定の内容と解釈 吉原由美子

訪問看護ステーションにおける看護職員と理学療法士等とのより良い連携に向けた管理者の役割 高砂裕子
他事業所の理学療法士等とのより良い連携 阿部智子
訪問リハビリテーションの立場から取り組む多職種連携 鈴木修

特別記事 介護保険優先原則による高齢障害者と若年介護保険利用者が陥る問題
在宅ケア利用者の適切な支援のために 高木憲司
高齢者向け住まいでの看取り研修プログラム構築とその背景 下河原忠道

保健師ジャーナル 12月号 Vol.74 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

特集 災害と地域保健 科学的危機管理の視点から



自然災害に関する制度上の変化 受援自治体の保健師に求められるもの 金谷泰宏・奥田博子

災害時において保健師に期待されるもの 今まで果たしてきた役割、新たに果たす役割 松本珠実
山梨県における「危機管理システム」導入の試み
どのような健康危機においても地域保健を守る組織的対応を目指して 古屋好美
保健師対象災害研修において役立つ手法と危機管理部署との連携の視点 池内淳子
【大分県西部保健所の取り組み】受援体制構築に向けて 池邊淑子
【船橋市の取り組み】危機管理調整システムの導入 市田美保・松野朝之

PHOTO 地域における認知症の家族介護者を対象とした認知行動療法プログラムの実践 田島美幸,他

TOPICS 「へき地保健師協会」はじまりました 青木さざり

看護研究 11-12月号 Vol.51 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

特集 アジアの大学視察から得られるもの



大学視察の目的と概要 大江真琴・真田弘美・上別府圭子・山本則子
【各大学の視察報告】
香港理工大学 五十嵐歩・大江真琴・山本則子
国立台湾大学 北村言・仲上豪二郎・真田弘美
香港中文大学 春名めぐみ・成瀬昂・上別府圭子
シンガポール国立大学 武村雪絵・玉井奈緒・山本則子
アジアの大学視察で得たもの 上別府圭子・真田弘美・山本則子
Leadership in Nursing in Asia and Beyond Claudia K.Y. Lai

特別記事 PICUに子どもが入室した両親の担った役割 第2報:医療のマネジメント 戈木クレイグヒル滋子ほか

特別記事 国際会議のプレゼンテーション Child Poverty and Health Problems in Japan 有坂めぐみほか



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] http://www.igaku-shoin.co.jp [販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp