2024年1月22日
第3550号 for Nurses

週刊（毎週月曜日発行）
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］専門職論から考える自律した専門職としての看護師（朝倉京子，丸山和昭）……1―2面
■［インタビュー］在宅療養生活支援の希望実現モデルとは（川村佐和子）……3面
■［連載］排便トラブルの“なぜ!?”がわかる……4面
■［連載］社会的入院を看護する……5面
■［連載］看護のアジェンダ……6面
■MEDICAL LIBRARY……7面

対談 専門職論から考える 自律した専門職としての看護師

看護師の専門性はどこにあるのか――。たびたび俎上に載る話題であるものの，一定の答えを得ることの難しい問いでもある。本紙では，看護職の専門性を研究テーマとする朝倉京子氏，専門職論を専門とする教育社会学者の丸山和昭氏による対談を企画。専門職論における知見のプールを道具立てに，専門職としての看護師にこれまでにない角度から光を当てた。

朝倉　このたびはお声掛けいただきありがとうございます。私は看護職の専門性を研究テーマの一つにしていまして，昨年の日本看護管理学会学術集会で丸山先生の専門職論に関する講演を拝聴してから，腰を据えてお話ししてみたいと思っていました。

丸山　学会での報告に当たっては，朝倉先生の研究が大変勉強になりました。私自身は，社会学的に見た専門職の在り方への関心から，教員や心理職を対象に研究してきました。看護についてはまだわからないことばかりなのですが，わからないなりに看護の世界を外側から見た際の疑問や，教員等他の専門職と比較したときの看護職の課題について，役立つ視点を本日の対談で示すことができれば幸いです。

何をもって専門職と見なすか？

朝倉　専門職論と聞いてもピンとこない看護師も多いかと思います。まずは，専門職論の領域内におけるこれまでの議論の変遷をお教えいただけますでしょうか。

丸山　専門職論の歴史を振り返るとき，出発点には「何をもって専門職と見なすか」という問いがありました。1930年代に書かれた専門職論の古典[1]の背景には，次のような社会学的関心があります。“近代化の過程で全ての働き手はプロレタリアート（賃金労働者）と資本家に分かれるという階級論の予測に対し，そのどちらにも分類できない職業集団が存在感を増している。中でも専門職（profession）は，専門性をもって自律的に働くという点で伝統的な労働者とは異なる存在であり，資本家に対しても一定の交渉力を持つことができる”。そうした専門職として代表的なのは医師と法律家ですね。さらに，看護師や教師など多くの職種が，専門職としての地位の獲得，つまり専門職化をめざした運動を展開しました。その際に議論されたのが「何をもって専門職と見なすか」，すなわち専門職の成立要件です。

朝倉　成立要件にはさまざまな要素が挙げられますが，自律性，独自で高度な知識体系，公共性の3つにまとめられると個人的には考えています[2]。

丸山　その3つは，専門職の中核的な要件として取り上げられることが多いですね。特に自律性（autonomy）は，専門職の働き方の特徴や，専門職が持つパワーを顕著に示す要件として議論の対象とされてきました。

自律性の基盤となるのが，独自で高度な知識体系です。専門的な知識・技術を持っていない者には専門職の行う実践の良し悪しを判断できないため，結果として専門職には一定の裁量が与えられ，それが自律性につながるという理路です。

公共性については，自分たちの利益のためではなくクライエントの課題解決や公益のために自身の専門性を発揮して，その結果として対価を得るといったモデルが，欧米，特に英語圏の専門職の理想像であったことと関係しています。自らの稼ぎという目的が第一ではないことが，労働者や資本家とは異なる点として強調されてきました。

朝倉　欧米で発達してきた専門職論の考え方が，日本の知的職業の発達をとらえる上で有効であるかについてはどうお考えでしょうか。ベースにある考え方や習慣などが欧米と日本では異なっていることから，自律性にかかわる人間の個としての成り立ちがそもそも異なる感覚を抱いています。

丸山　欧米諸国の間でも，英語圏（アングロ・サクソン系）と大陸ヨーロッパでは自律性のとらえ方が異なるといった研究があり，1980年代以降に議論が重ねられています。ですから，日本ではなおさら自律性のとらえ方が異なってくるだろうとは私も考えるところです。

日本社会の雇用慣行がもたらす影響は無視できない

丸山　一方で，専門職性とは職業を通じた卓越性の表現であるとも言え，そうした卓越性は日本にもあるはずです。自分たちだからこそ深く見えるものがあるという差異の感覚が専門職性の基本にはあって，それは実際に専門職の人たちの言葉や文章に表れていますから。また，制度レベルで卓越性を担保するものとして学位，公的資格，職業集団を通じた横のつながりが挙げられますが，それらが専門職の制度要件として想定されている点も，日本と欧米に共通します。そういう意味で，欧米を中心に発展してきた専門職論の考え方は日本にも適用し得ると考えています。

朝倉　制度面での違いもあるのでしょうか。

丸山　日本では国家資格が専門職性の源泉として強く，学位への信頼が他国に比べると弱い。また，職業集団よりも同じ職場で働く現場のつながり，職場への帰属意識のほうが強くなりやすいといった特徴があると考えます。ベースは同じだけれど特徴があるという意味で，日本型プロフェッショナリズムというものが成立し得るのではないでしょうか。

朝倉　職業集団よりも職場への帰属意識が強いとの指摘には首肯します。ジョブ型・メンバーシップ型といった雇用スタイルの違いや，そこから派生する労働組合の在り方の違いは無視できないファクターとして存在していそうです。

丸山　日本でも医師については，国家資格の威信と学位への信頼が直結しており，職場を越えた職業集団の力が強い。法律家も同様です。しかし，このような在り方は日本社会における例外なのでしょう。例えば学校教員に関しては採用を担う各地の教育委員会の力が強いですし，地域を越えた全国的な職業集団としてのつながりには弱さが

（2面につづく）

January 2024 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〈https://www.igaku-shoin.co.jp〉もご覧ください。

今日の治療指針 2024年版
私はこう治療している
総編集 福井次矢、高木 誠、小室一成
デスク判：B5 頁2272 定価：22,000円[本体20,000+税10%]
［ISBN978-4-260-05342-6］
ポケット判：B6 頁2272 定価：17,050円[本体15,500+税10%]
［ISBN978-4-260-05343-3］

治療薬マニュアル 2024
監修 矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2912 定価：5,610円[本体5,100+税10%]
［ISBN978-4-260-05359-4］

Pocket Drugs 2024（ポケットドラッグズ2024）
監修 福井次矢
編集 小松康宏、渡邉裕司
A6 頁1248 定価：4,840円[本体4,400+税10%]
［ISBN978-4-260-05278-8］

臨床検査データブック［コンパクト版］（第12版）
監修 髙久史麿
編集 黒川 清、春日雅人、北村 聖、大西宏明
三五変型 頁408 定価：1,980円[本体1,800+税10%]
［ISBN978-4-260-05357-0］

そうだったのか！精神科の病気
その人には何が起きていて、どうケアすると助けになるのか
中村 創
A5 頁184 定価：2,200円[本体2,000+税10%]
［ISBN978-4-260-05478-2］

感染対策60のQ&A
坂本史衣
A5 頁328 定価：3,300円[本体3,000+税10%]
［ISBN978-4-260-05271-9］

急変時，何をみる？ どう判断する？
病棟ナースの臨床推論
編集 増山純二、苑田裕樹
B5 頁180 定価：2,970円[本体2,700+税10%]
［ISBN978-4-260-05358-7］

〈シリーズ ケアをひらく〉
超人ナイチンゲール
栗原 康
A5 頁272 定価：2,200円[本体2,000+税10%]
［ISBN978-4-260-05442-3］

〈シリーズ ケアをひらく〉
わたしが誰かわからない
ヤングケアラーを探す旅
中村佑子
A5 頁232 定価：2,200円[本体2,000+税10%]
［ISBN978-4-260-05441-6］

2024年版『系統看護学講座』準拠
解剖生理学ワークブック
編集 坂井建雄、岡田隆夫、宇賀貴紀
B5 頁136 定価：2,200円[本体2,000+税10%]
［ISBN978-4-260-05368-6］

看護教員のための問題と解説で学ぶ教育指導力トレーニング
監修 佐藤浩章
編集 大串晃弘
A5 頁168 定価：2,640円[本体2,400+税10%]
［ISBN978-4-260-05361-7］

●あさくら・きょうこ氏
1991年日赤看護大を卒業後,日赤医療センターにて勤務。2000年厚生省（当時）健康政策局看護課保健師係長，02年新潟県立看護大看護学部助教授などを経て，10年より現職。博士（看護学）。看護職の専門性，看護職の職業移動と心理社会的労働環境，看護職に与えるジェンダーの影響などをテーマに研究を行う。第40回日本保健医療社会学会大会長を務めた。

●まるやま・かずあき氏
2004年東北大教育学部卒。09年同大学院教育学研究科博士後期課程修了。博士（教育学）。10年福島大総合教育研究センター特任准教授，15年名古屋大高等教育研究センター准教授などを経て，23年より現職。専門は教育社会学，専門職論。著書に『カウンセリングを巡る専門職システムの形成過程』（大学教育出版）など。

（1面よりつづく）

あります。看護師はどうでしょうか。

朝倉　看護師も教員と同様に，職場の引力が強いです。例外として日本医療労働組合連合会（医労連）といった連合体も存在しますが全ての病院が加入しているわけではないですし，基本的には事業所ごとに労働組合があります。海外のように職業集団単位の労働組合が運動を行って，全体に底上げされた給与テーブルがどこの病院に就職しても適用されるといったことはありません。

医師と法律家は日本においても初めから独立・開業が可能であったのに対して，教員も看護師も組織に雇用されることが基本の職業です。その違いは大きいのではないでしょうか。

丸山　根本的な違いだと思います。雇われることを前提に成立する職業として，教員や看護師は日本社会の雇用慣行をより強く反映してきたのでしょう。

他職種との関係性の中で看護の専門性をどう高めるか

丸山　ここ最近の看護師の専門職化について，進展の状況はどのような具合でしょうか。

朝倉　看護職の教育が専門学校から大学に移行したという観点からは，2010年には188校あった看護学部を持つ大学は2020年には274校へと増えていて，看護系大学院も同様に増加しています。また，増加した英語ジャーナルに日本人も論文をどんどん発表するようになり，専門職の成立要件の一つである独自で高度な知識体系は積み上がっていると言えるでしょう。公共性についても，社会に必要不可欠なサービスを提供する職業集団であるとの認識がコロナ禍で一般に広がったことに加え，看護界の内部でも自覚が強まっていると考えられます。

一方で，自律性については何とも言い難いところです。制度面では進展があり，2014年に創設された「特定行為に係る看護師の研修制度」によって一部医行為の実施が可能となりました。しかし，あくまでも医師の包括的指示の下で行うことには変わりなく，医行為を行うかどうか判断するある程度の裁量は与えられたものの，厳密な意味で医行為の導入を決定する権限が与えられたわけではありません。自律性の拡大には権限の拡大が伴うべきと考えた場合，例えば米国のNurse Practitionerが広範囲な薬剤の処方を行えることに鑑みると，日本の看護師の自律性が向上したとは言いづらいです。

丸山　医師の権限との関係は，看護職の専門職性を考えるに当たって避けては通れないポイントですね。先ほど専門職の自律性が正当化される理路をお話ししましたが，他方で専門職の自律性は，それ以外の者の自律性の抑圧と表裏一体であるとしてしばしば批判を受けます。特に医師に関しては，医学の専門性に裏付けられた高度な自律性を発揮するものの，それが患者や隣接職種の判断の自由，裁量を奪うことにつながっているとの問題も，専門職論の中では議論されてきました。そういう意味で，看護職の専門職化は，医師の強すぎる自律性を相対化する動きとして正当化され得る側面があると考えます。

「医師の指示の下」という制度上の規定は，日本社会の文脈において容易には変わらないものかもしれません。同時に，医行為にかかわる看護師の自律性については，法・制度レベルでの限界を，現場レベルにおける裁量の拡大や，世論における理解の獲得によって乗り越える可能性もあるのではないかとも考えます。複数の専門職間の葛藤に注目した米国の社会学者Andrew Abbottは，特定の業務に対する専門職の管轄権（jurisdiction）が，法・制度レベル，公衆レベル，現場レベルの三段階において，重なり合いながらも，それぞれ別々の様態で成立し得ることを示しています。実際，看護師の管轄権に注目した海外の研究では，公式の制度が定める裁量の限界を，現場レベルの交渉や学習によって克服する事例が数多く報告されています。現場レベルの自律的な実践が積み重なり，職業集団レベルで共有され，徐々に世論（公衆）レベルの変化，さらには法・制度レベルの変化につながる，といった形で自律性が確立されていく道筋はあり得るかもしれません。

すでにある看護の専門性に目を向ける

朝倉　他職種の領域に分け入って権限を獲得することで専門職化が進むだろうと思う一方で，今取り組んでいることの中にも可視化されていない/されにくい専門職性があるはずだとも考えています。最終行為者としての看護師が責任を果たそうとするプロセスを，聞き取り調査をもとに描き出した博士論文[3]が，先日本学の研究室から発表されました。看護師の仕事は一見医師の指示を受けて受動的に行われているように見えますが，患者に対して診療行為を施す最終実施者として，その行為を実施するか否かについて最終的な判断を下していること，すなわち「関門」として最終的な判断をする権限を行使しているとの見解を提示する論文です。この研究成果から，これまで看護職が取り組んできたことの中にも高い自律性の芽はあるのだと感じました。わかりやすくて華々しく見える権限の拡大とは異なる，今あるものを再評価するといった方向性も業界として大切なのではないでしょうか。

丸山　同感です。総合的な知見をもって，観察の上に判断を下す。相当に高度な行為だと思います。それゆえに，全ての看護師ができるわけではないですよね。

朝倉　できている人とそうでない人の差は大きいと思います。傍から見ると同じに見えるかもしれないけれど，医師の指示をそのまま実行する看護師と，自らの判断を挟んでから実行に移る看護師では，たとえ行為の結果が同じでも大きな違いがあります。

それを視覚化するために，看護師のプロフェッショナルとしての態度を測定するスケールを開発しました[4]。看護師の専門性の全てを数値化して測定することは不可能ですが，少しでも可視化の役に立てばと。

丸山　見えにくい専門性をいかに説得的に示すのかとの課題は，学校教員と重なりますね。児童・生徒を総合的に観察した上での判断こそが教員の専門性の核にあるということが，教育学ではしばしば強調されます。目につきやすいのは教科教育のうまさですが，それだけなら塾講師が同等以上の力を持つかもしれません。本学大学院では現職の教員も学んでいますが，彼らと議論すると，普段から児童・生徒の様子や行動をよく見ているからこそ良い授業ができるし，良い教員とされる人たちはそうした感覚を共有している，との主張を耳にします。しかし，そうした専門性を外部に説明しようとすると，伝わりづらい。専門性に基づいて仕事をしているのか，そのことがどのような意義を持つのか，という点に見えにくさがあるのです。

朝倉　看護の世界では，Patricia Bennerをはじめとする看護学研究者らが卓越した看護師の実践を記述する試みを行っていて，日本でもそうした研究は長年行われているのですが，それを伝わりやすい形で社会に提示することで制度につなげる取り組みが必要なのかもしれません。

医療が良い方向に進む自律性の発揮を

丸山　専門職化に伴う職域の拡大は一見良いことのように思われますが，負の側面も包含しています。現在，学校教員の長時間労働と志願者の減少が社会問題化しており，業務範囲の際限のない拡張は，適切な制度設計や資源配分を伴わない場合に過重労働を常態化させる危険性を孕みます。その点はいかがでしょうか。

朝倉　看護師の仕事には，どこからどこまでが看護の仕事なのかわからない，やろうと思えば全てが看護の仕事になってしまうある種の無限定性がありますから，指摘された懸念はごもっともです。しかしそれは強みでもあって，仕事を限定することが看護のためには必ずしもならないと私は考えています。過重労働の問題は確かにありますが，医療事務，看護補助者や介護福祉士といった周囲の職域に仕事を渡すことはこれまで行ってきています。その上で，看護師のやるべき仕事に集中することが大切なのだと思います。

丸山　お話を伺っていて，状況を見極める高い力が必要となる職業なのだろうと感じました。患者を総合的に観察した上で，必要な仕事を見定め，適切な職種に仕事を渡す。そのためには他職種の強みも知っておかなければならない。専門職間連携の核となるフロントラインのマネジャーのようなイメージが浮かびます。看護師の側から見ると，医師のかかわる範囲も限定的なのかなと推察します。

朝倉　そうだと思います。私から最後に伺いたいのは，自律性を高めることが本当に良いのかという質問です。看護職集団にとって良いのは間違いないですが，社会の役に立つということをどう言語化してよいか，迷うことがあります。

丸山　どのような自律性を発揮することが医療全体，社会全体にとって良いのかを考える必要があるように思います。例えば，看護師の裁量または権限が拡大し，医師が担う仕事の一部を代替することで，医師の働き方改革が促進され，結果的に医療リソースに余裕が生じてケアの質が向上する，医療費が抑制されるといったように，広い視点から逆算して考えることが，自律性の追求において必要ではないかと。

朝倉　逆に言うと，看護師が裁量または権限を発揮しないほうが良い医療を提供できるととらえた場合，看護師の裁量/権限拡大に反対の姿勢を取ることもあり得るわけですね。

丸山　そうですね。ですので，看護師が自律性を発揮するほうが医療や社会が良い方向に進むのだということを，いかに説得的に打ち出していけるかが肝なのだと思います。

朝倉　よくわかりました。これからも看護職の専門性についてさまざまな観点から研究を続けていきたいと思います。本日はありがとうございました。

（了）

●参考文献・URL
1）Carr Saunders AM, et al. The Professions. Oxford：The Clarendon Press. 1933.
2）朝倉京子．看護師の専門職化はどう評価できるのか．保健医療社論集．2015；25(2)：1-6. https://bit.ly/3RNGRRT
3）杉山祥子，他．看護師が責任を果たそうとするプロセス．保健医療社論集．2022；32(2)：111-21. https://bit.ly/3Sbz5mk
4）Int Nurs Rev. 2021［PMID：33047308］

精神科全領域の薬がこの1冊で丸わかり！
ざっと広くのことを知りたい方へ。

精神科の薬がわかる本 第5版
姫井昭男
A5　頁240　2024年
定価：2,530円
（本体2,300円＋税10%）
［ISBN 978-4-260-05377-8］

精神科全領域の薬に関する最新かつ正確な情報を、第一線で診療を行う著者が厳選して紹介。
精神科を専門とする医師、研修医、精神科看護師はもちろん、精神科以外の科の医療者で「精神科の薬」を使用する機会のある方にとっても有益な1冊。
第5版では、なぜその薬が効くのかを知ることで、「精神科の薬」の誤用と乱用を防ぐことに注力しています。

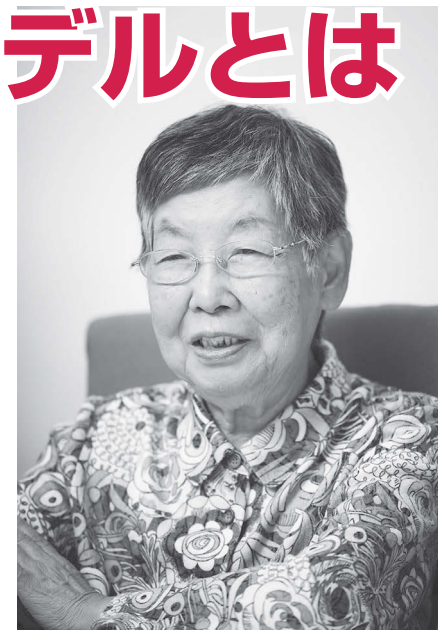
目次
第1章　精神科の治療における「精神科の薬」の役割
第2章　「睡眠薬」と「抗不安薬」がわかる
第3章　「抗うつ薬」がわかる
第4章　「老年期メンタル不調に使う精神科の薬」がわかる
第5章　「抗精神病薬」がわかる
第6章　「その他の精神科の薬」がわかる

医学書院

在宅療養生活支援の希望実現モデルとは

interview **川村 佐和子氏**（公益財団法人東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター 研究員）**に聞く**

訪問看護師による療養生活支援とは一体何か。わが国の在宅看護の第一人者である川村佐和子氏は今なお，看護の可視化をめざし研究を続けている。医師らと連携して健康課題の改善を図りつつ，在宅療養者の身近な希望の実現を支援する過程を「希望実現モデル」として可視化し，この度新刊『訪問看護師による在宅療養生活支援を可視化する　希望実現モデル』（医学書院）として上梓した川村氏に，希望実現モデル構築の背景と活用を聞いた。



●かわむら・さわこ氏

1961年東大医学部衛生看護学科（当時）を卒業後，横浜市衛生局戸塚保健所に勤務する。三鷹市役所衛生課を経て，65年に東大医学部保健学科疫学研究室に勤務。中島病院に非常勤で出向し，スモンの患者会の活動に携わる。その後，都立府中病院（当時），都立神経病院，都神経研（当時）を経て，91年より東京医歯大教授に着任する。都立保健科学大（当時），青森県立保健大，聖隷クリストファー大で教授職を歴任し，2023年より現職。『訪問看護師による在宅療養生活支援を可視化する　希望実現モデル』『快をささえる　難病ケアスターティングガイド』（いずれも医学書院）など編著多数。

――在宅看護および難病看護領域で長年活動を続けてこられた川村先生が，ライフワークとして取り組んでいる「訪問看護の可視化」について，いま取り組んでいることを教えてください。

川村　私が座長を務めた「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書[1]において，看護師は療養生活支援の専門家であり，療養生活支援は医師の指示を必要としない看護師の主体的業務であることが行政解釈として明確になりました。しかし療養生活支援の内容や提供過程は，これまで十分に可視化されてきたとは言えません。そこで療養者によって異なる生活の在り方や環境を尊重して，その生活の質の向上を支援するという特徴が際立つ訪問看護を例に，療養生活支援を可視化することを試みています。

在宅療養者の希望する生活の実現こそ訪問看護の本質

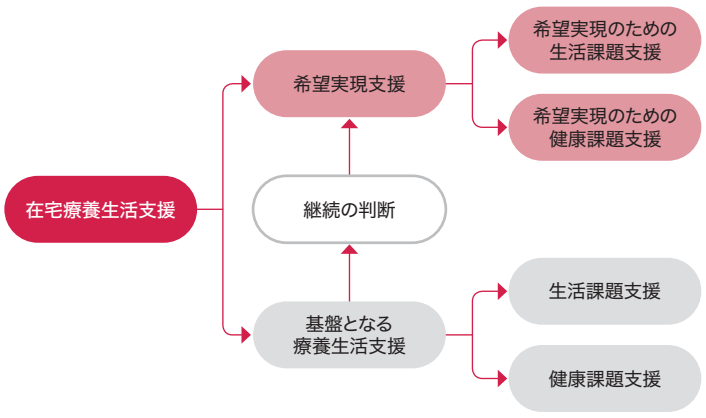
――訪問看護の可視化を進める中で，どのようなことが明らかになってきたのでしょうか。

川村　多くの訪問看護師が語る在宅療養生活支援の醍醐味は，疾病の特徴や症状管理ではなく，「在宅療養者が家族関係を深め，母親として最期の役割を果たした」など，在宅療養者の希望する生活をいかに実現できたかということでした。医師らと連携して健康課題の安定や改善を図りつつ，在宅療養者の身近な希望の実現をめざすことに在宅療養生活支援の本質があるのではないかと考えています。こうした支援の過程を可視化したものが「希望実現モデル」です（**註**）。

――希望実現モデルについて詳しく聞かせてください。

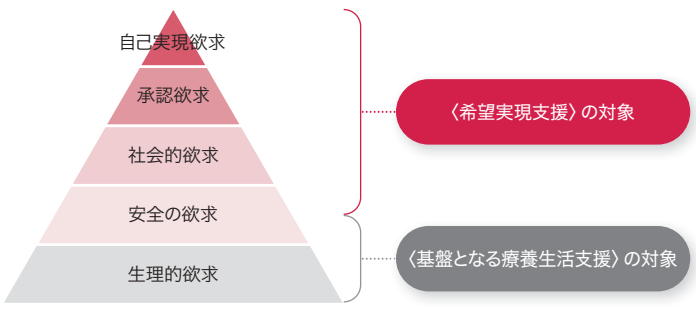
川村　希望実現モデルは健康課題の安定性を確認した上で，在宅療養生活支援計画の当初に療養者の希望を支援目標として配置し，その実現に向けて支援計画を立て，希望実現の度合いを評価するという目標管理的なプロセスを用いています。

希望実現モデルでは，療養生活支援を「希望実現支援」と「基盤となる療養生活支援」に分けて考えます（**図1**）。心理学理論のマズローの欲求5段階説に当てはめて見ると，それぞれの支援がどのような心理的欲求を対象としているのかがわかりやすいでしょう（**図2**）。「基盤となる療養生活支援」を行う中で「希望実現支援」の継続可否を日々判断することや，「寝たきりの方を急に起こすとめまいや低血圧を引き起こす」といったリスクを事前に予測し予防策を考えながら支援を組み立てていくことに，訪問看護師の専門性が求められるのです。



●**図1　希望実現モデルにおける在宅療養生活支援の構造（『訪問看護師による在宅療養生活支援を可視化する　希望実現モデル』84頁より）**

訪問看護師は「基盤となる療養生活支援」を行う中で「希望実現支援」の継続可否を判断している。



●**図2　マズローの欲求5段階説からみた希望実現支援の対象（『訪問看護師による在宅療養生活支援を可視化する　希望実現モデル』104頁より）**

本人の希望から計画を始め，健康課題等により継続を判断

川村　架空の在宅療養者の例をもとに考えてみましょう。

> 70歳代，男性。脳梗塞で入院後，車いすに移乗できるようになり退院したが，誤嚥性肺炎で再入院。その後，気管切開した状態で退院し在宅療養に。この時，床上安静が続いたため筋力と体力が低下し，車いすでの座位が可能な時間が15分程度と短くなっていた。
>
> 在宅療養に慣れてきた数か月後，友人から「毎年一緒に行っていたお花見に今年も行こう」と誘われるも，「車いすでしか移動できないし，気管切開もしているので行けない」と残念そうに断った。その様子を見た男性の妻が，「なんとかお花見に行くことはできないだろうか」と訪問看護師に相談した。

この男性の場合，まずは「花見に行きたいのか」という本人の希望を確認することから始まります。その際に注意しなければならないのは，この方のように車いすに乗っている方は，公共交通機関での移動を伴う場所へは行きたくても「行きたい」と言い出せないケースが多いことです。希望を表出してもらうことは案外難しいのです。

――聞き出すにはどのような工夫が必要なのでしょう。

川村　こんなこともできますよと可能性を提案することで，希望を表出しやすくなります。この方の例で言えば，外出に必要な安定した健康状態，痰吸引法や長時間車いすに座るためのトレーニング等の事前準備があれば花見は可能だと伝えることです。本人の意思が確認できれば，支援チームで共有して希望実現支援に向けた「花見に行ける行動力を強化する」「外出中の安全を確保できる」のような支援内容を設定します。

――健康状態が悪化して希望実現支援の継続が困難と判断した場合，どのような対応を考えると良いでしょうか。

川村　実現可能な計画に変更するのも一案です。人間の思いは常に揺れ動くことを前提として，訪問看護師自身の慣れや思い込みを排除し，在宅療養者の「今の思いや希望」をしっかりと聞くことに努めてください。先ほどの例では，花見前に在宅療養者が38℃台の発熱をし，黄色粘稠痰，息苦しさが見られたので希望実現支援を中断しました。その後，体調が回復して主治医の了承を得，本人の意思を再確認して花見に向けた支援を再開しましたが，体力の低下などから場所を自宅近くの公園に変更しました。在宅療養者の健康状態や生活環境は日々変わりゆくものですので，希望実現モデルを活用しながら，細かいステップは訪問看護師の皆さんが最適だと思う方法で進めていくと良いでしょう。

――希望実現モデルは，療養者ごとに調整しやすく，日々の在宅療養生活支援に活用できるのですね。

川村　はい。希望実現モデルを足がかりに，皆さんの中で在宅療養生活支援に関する考えを発展させたり，軌道修正したりもしてください。そして，生命の尊重と個人の尊厳の保持を踏まえた「在宅療養者主体の支援」をさらに可視化し発展させていただけるとうれしいです。（了）

註：在宅療養生活支援の可視化に関する研究は，次の8人との共同研究である。秋山智氏，尾﨑章子氏，酒井美絵子氏，中野康子氏，中山優季氏，萩田妙子氏，原口道子氏，蒔田寛子氏（五十音順）。

●**参考文献**

1）看護問題研究会（監）．厚労省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書．日本看護協会出版会；2004.

訪問看護師による在宅療養生活支援を可視化する
希望実現モデル
編著 川村 佐和子
A5　頁224　2024年
定価：3,300円（本体3,000円＋税10%）
［ISBN 978-4-260-05337-2］
詳細はこちら

医学書院
問題解決から希望実現へ。
訪問看護実践を可視化する「希望実現モデル」誕生！

訪問看護師は，在宅療養者や家族の「どのように生活したいか／生きていきたいか」という希望実現に向けて，在宅療養生活を組み立て，支援する。
本書は概念モデル「希望実現モデル」を提示し，そのような本人主体の在宅療養生活支援を可視化する。療養しながら生活する人々の希望実現は，個人の自己実現だけでなく，他の多くの人々の希望に道を拓き，社会変革につながっていく。訪問看護実践の意義と可能性をも可視化する一冊。

目次
第1部 在宅療養生活支援の可視化の背景
第1章｜療養生活支援の法的位置づけ
第2章｜在宅療養者・家族に対する多面的理解
第3章｜在宅療養生活支援の基盤
第2部 希望実現モデル
第1章｜希望実現モデルを用いた在宅療養生活支援の可視化
第2章｜在宅療養者の希望を知る
第3章｜在宅療養生活支援における情報収集とアセスメント
第4章｜希望実現モデルにおける計画の変更または終了
第5章｜希望実現モデルを用いた評価
第3部 希望実現モデルの活用例

排便トラブルの“なぜ!?”がわかる

第8回　小児・思春期患者の排便トラブル対応

三原　弘
札幌医科大学医療人育成センター
教育開発部門 准教授/
総合診療医学講座 兼任

便秘症状を慢性的に抱える日本人は数百万人以上存在するとされ，とりわけ70歳以上の高齢者に多く認められる。排便状況は患者のQOLを左右する問題の1つであり，個別化された対応が望ましいものの，スタッフの業務負荷増ともなり得る。一方で近年，新規薬剤の登場，エコーを用いた観察法の普及など，排便ケアを取り巻く環境が変化しつつある。本連載では排便トラブルがなぜ起こるのかに注目して，明日からの臨床に役立つポイントを紹介していく。

小児・思春期の排便トラブルは，大人と同様，大きく取り上げられることは少ないですが，実際には対応に難渋するケースが多く，他疾患への影響があり，人生を左右しかねない病態です。今回は，小児・思春期の“不機嫌”や，生活上の“不調”に潜む排便トラブルについて紹介していきます。

○×クイズ
本文を読む前の理解度チェック！

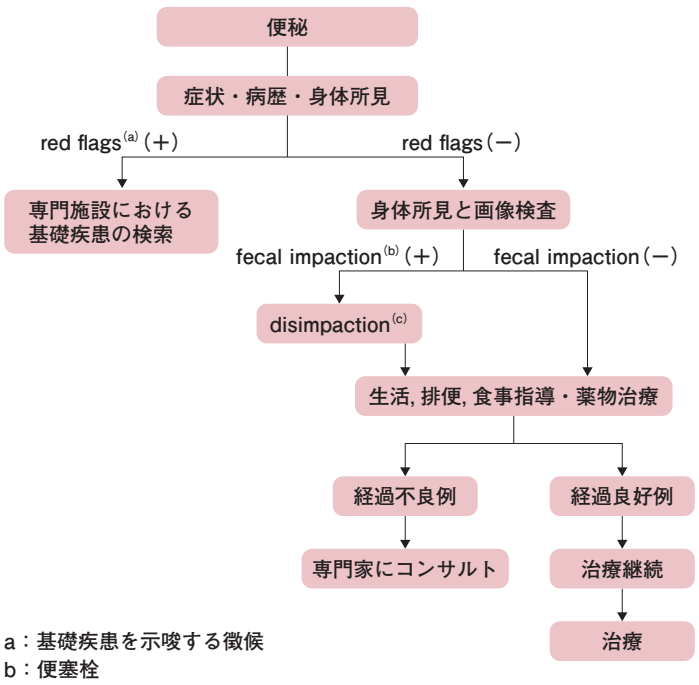
❶思春期の排便トラブルでは，過敏性腸症候群，うつ病，自閉スペクトラム症を念頭におく
❷幼児のトイレットトレーニングではやや急かすことが重要である
❸学童が腹痛で受診し，「うんちは出ている」と答えたら便秘は否定される

小児や思春期の排便トラブルは多いのですか？

小児の便秘の発生頻度は，海外では0.7〜29.6%と報告により差が大きく，日本においても小児の便秘の発生頻度ははっきりしないとされてきました[1]。一方で，近年の調査では児童の18.5%が週に2〜3回未満の排便であるとされ，小学生の便秘は5.7〜9.1%，女子高校生の便秘は31.9%と報告されました[2]。また，大規模疫学研究において，9〜10歳の3.9%が便秘を経験していること，さらには小児の便秘と関連する因子として，女児（2.0倍），運動不足（1.4倍），過体重（0.6倍，つまり肥満児童は便秘ではない），果物不足（1.9倍），野菜不足（1.5倍），頻繁なイライラ（1.8倍），頻繁な登校拒否感情（1.7倍），両親との交流不足（1.5倍）との関連が示されており，小児便秘ケアにおいても心理的ストレス対応と家庭環境の改善の重要性が読み取れます[3]。特に，心理社会的な問題として，うつ病，過敏性腸症候群以外にも神経発達症の一つである自閉スペクトラム症の併存症として下痢，便秘の頻度が高いことが報告[4]されています（○×クイズ❶）。

赤ちゃんにも便秘症状は出るのでしょうか？

生まれてすぐの赤ちゃんは排便回数が多いのですが，母乳栄養から離乳食を開始する時や，人工ミルク栄養に切り替えるタイミングで排便回数が変化します。排便回数が著しく少ない場合は，直腸肛門奇形（鎖肛，肛門狭窄など）やヒルシュスプルング病（腸管の神経節細胞が欠如し腸が拡張してしまう疾患）のような先天的な疾患を検討する必要性があります。他にも母乳や離乳食等の摂取量が減ると便秘になってしまう懸念は挙げられるでしょう。また，生後半年頃には乳児排便困難症と呼ばれる時期が存在します。これは，筋肉・神経などの発達が未熟であり，踏ん張りきれないために起こるものです。ただし治療は不要で自然に軽快していきます。



a：基礎疾患を示唆する徴候
b：便塞栓
c：便塊除去

●図1　小児における便秘診断と治療のフローチャート（文献1，p.13より転載）

保育園，幼稚園に通い始めで注意すべきことはありますか？

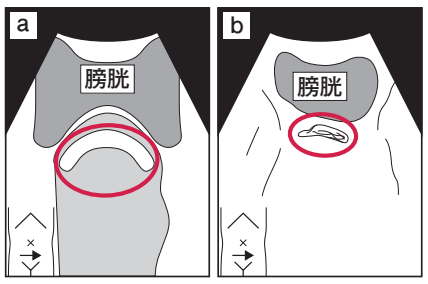
幼児期は，成長に伴う体の変化だけでなく，通園による生活上の変化も起こり，制限された排便時間，慣れない場所での排便も要求され，子どもたちのお腹にも心にも負担がかかります。トイレットトレーニングで身体的，精神的な苦痛を与えてしまうと，便秘の誘発や悪化などの悪影響を及ぼしてしまうことがあるので，さまざまな配慮をしながら支援的にトレーニングを進める必要があります。実際の診断や治療のフロー（**図1**）について詳しく知りたい方は，ガイドラインである文献1に加えて，文献5，6などの総説に目を通していただくことをお薦めします。本稿では具体的な事例と対応のポイントを見ていきましょう。

CASE 1：4歳，男児。両親は共働き。父親が保育園へ寄ってから出勤する毎日を過ごしていたが，ある日，子どもが朝の排便に時間を要してしまい，職場へ遅刻しないよう父親はトイレを急かした。出勤後，「お腹を押さえてうずくまっている」と保育園から連絡が入った。

対応のポイントは，朝食をしっかり食べさせ「排便我慢」をさせないこと，親や周囲の大人がトイレを急がせるなどのプレッシャーを与えず十分な時間を確保すること（○×クイズ❷），不安がっていたら褒めて安心させること，便が硬ければ踏ん張らせずに必要量の緩下剤をしっかり利用することです。緩下剤として小児では，ポリエチレングリコール，酸化マグネシウム，ラクツロースが使用されます。

CASE 2：1年前から慢性の下腹部痛に悩まされていた8歳の女児。母親に連れられて小児科を受診した。医師が「うんちは出ている？」と尋ねると，「出ている」と答える。問診，触診を受けたものの特に異常はなく，痛み止めの処方で経過観察中。

児童の便秘は，病歴や触診でははっきりせず，X線やCT検査，超音波検査で初めて便秘症と診断される場合があります（○×クイズ❸）[7]。本事例では，下腹部の超音波検査を行ったところ，直腸に表面高エコーの便塊（いわゆる三日月型）と後方音響陰影（acoustic shadow）による無エコー域を認めたため，便塞栓と診断されました（**図2**）。児童の遺糞症（便秘の悪化により巨大な硬い便が直腸で蓋をしてしまい，その周りから下痢便が漏れ出る状態。大人で言う漏出性便失禁と似た病態）は，いじめにもつながるため早期に介入し症状を改善させたいものです。超音波による便秘の補助診断は連載第11回で詳細に扱いますが，便塞栓の診断精度が高く[8]，それほど難しい検査ではないので，看護師さんにも興味を持っていただきたいです。



●図2　便塞栓が起こった直腸のエコー画像イメージ
a：硬便（便塞栓）のある直腸。囲った部分が硬便の貯留した直腸（白色の部分が硬便の表面）。
b：正常な直腸。囲った部分に残便はない。

CASE 3：17歳，女性。大学受験を目前に控え，腹痛，便秘・下痢が出現し，保健室での自習を繰り返すようになった。近医で酸化マグネシウムとセンノシドが処方されたが，症状改善しないため母親と共に総合診療科を受診した。学校で便意を感じたり，下痢が発生したりすることに対して極度に不安を覚えている一方で，普段は便意をあまり感じていない様子。少量の硬便で肛門が切れて痛いため排便を我慢していると患者は話した。

思春期は人間関係に悩みやすく，受験に代表される心理的な負担もかかる時期で，腹部症状が出現しやすいです。本事例のような心配性，まじめ，神経質，さらにはストレス反応が強い方の場合，心の悩みに対して十分に対処できず変調を来す場合があります。ただ，頭ごなしに対処行動を否定すると，こじれてしまうため，努力を認めつつ，折に触れて，生理的な排便と生活指導，下剤の作用機序について看護師からも説明していただけると，適切な対処行動につながるかもしれません。進学，就職等による環境変化をきっかけとして症状が消失し通院が不要になることもあります。

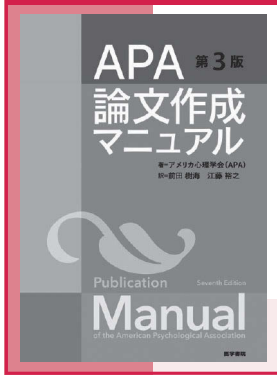
＊

私は小児の排便トラブルの専門家ではありません。そもそも小児の排便トラブルを専門とする医師はほとんどおらず，小児科医，小児外科医，プライマリ・ケア医，消化器内科医等により対応されることが多いです。多くの医師，看護師に小児・思春期の排便トラブルに興味を持っていただき，各現場で協働できるとうれしいです。

●参考文献

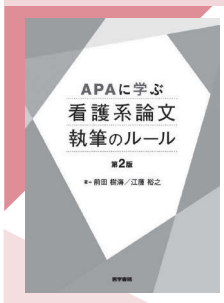
1）日本小児栄養消化器肝臓学会，他（編）．小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン．診断と治療社．2013.
2）清水俊明．子どもの便秘は多いのか．小児診療．2020；83（6）：711-4.
3）J Epidemiol. 2019［PMID：30146529］
4）永井章．心理社会的な問題に関連した便秘，下痢．小児内科．2023；55（3）：331-5.
5）中山佳子．機能性消化管疾患とは．小児診療．2022；85（9）：1141-4.
6）冨本和彦．小児の便秘．薬局．2023；74(6)：1102-5.
7）野中航仁，他．小児の腹痛．Medicina．2018；55（12）：2024-9.
8）Pediatr Int. 2017［PMID：27706882］

論文作成にかかわる全ての人に必携。待望の最新版。



APA論文作成マニュアル 第3版
著 アメリカ心理学会（APA）
訳 前田 樹海／江藤 裕之
看護学で広く使われる論文作成のスタンダード。論文の構成・書式から、文法知識、偏見のない文章表現、引用文献と内容は多岐にわたり、論文そのものを作成するための基本が詰まっています。
詳細はこちら
■B5　2023年　頁472　定価：4,620円（本体4,200円＋税10%）
［ISBN978-4-260-04812-5］

「APA方式の考え方を日本語論文の執筆にあてはめるとどうなる？」の疑問に答える！



APAに学ぶ
看護系論文執筆のルール 第2版
前田 樹海／江藤 裕之
『APA論文作成マニュアル第3版』の内容に沿って、論文執筆に必要な事項を厳選し簡単に説明しました。初めて論文執筆をする人がまず知りたい事柄が整理されています。
詳細はこちら
■A5　2023年　頁128　定価：1,980円（本体1,800円＋税10%）
［ISBN978-4-260-05290-0］
医学書院

めざせ「ソーシャルナース」!

社会的入院を看護する

石上 雄一郎
飯塚病院連携医療・緩和ケア科

本来は入院加療の適応でない患者の長期入院を指す社会的入院。患者の医療的課題のみならず社会的課題もケアするために，看護師はどのような視点を持つべきか。医療と社会福祉をつなぐ「ソーシャルナース」（筆者の造語）になるために，看護師が押さえておくべき社会的入院の要点を解説します。

第9回 意見の対立をどう乗り越えるか？ ①全ての治療を希望する時

CASE

50歳女性（シングルマザー）。乳がんの抗がん剤治療を行っていたが，脳や肺への転移が進行している状態であり，ADLが低下して治療継続が厳しい状況になってきた。抗がん剤治療中止を検討していることを医師が伝えたものの，その後の治療方針を話し合う時に，高校生の一人息子から「できる限りの治療を続けてください」と言われた。担当看護師は，「患者の状態が悪いのに，家族の希望だからといって治療の継続で本当に良いのだろうか？」と考えていた。

意見の対立は感情や人間関係の対立へと発展し，意思決定の妨げになる

病院では意思決定支援の場で意見が食い違うことをよく経験する。意見の対立やもめそうな状態のことをコンフリクトという。医療者対患者・家族，患者対家族，医療者対医療者，家族対家族など医療におけるコンフリクトにはさまざまな状況がある[1]。

意見の対立は，やがて感情の対立や人間関係の対立に発展していく。最初は単純な問題（対立）でも，徐々に「Aさんの話は聞きたくない」「どうせ聞いてもらえない」と発展し，結果として意思決定がうまくいかなくなる。また「見て見ぬふりをする」「臭いものにはふたをしておく」のような回避的な対応も，いったん解決したように見えても後から再び問題が出現する。このような場合，大火事になる前のボヤのうちに対応しておくことが重要だ。そこで今回は，①自分の感情に向き合う，②相手の発言の真意を聞く，③第3の道を考えて行動する，の3ステップで対立をひもといていく（**図**）。なお，3ステップは①→②→③の順序を経て行うことを原則とする。対立の多くは「病状が伝わっていないこと」と「感情に対応していないこと」が原因であるので，本連載で紹介してきたスキルを用いた応用編だと思って読んでほしい。

①自分の感情に向き合う

自分に余裕がない時に，好奇心を持って相手の話を聞くことはできない。だからこそ，もめそうであることに気づいたら，まず冷静になって心の準備をするのが良い。筆者は，もめている現場へ入る時には深呼吸をして，自分の脈が下がってから臨むようにしている。

また，この際個人的な意見や感情をいったん脇に置くようにする。反射的に湧き上がってくる言葉を口に出してはいけない。正論を言えると気持ちは少しスッとするかもしれないが，事態は悪化するからだ。

②相手の発言の真意を聞く

話し合いの際は自分から話を始めず，まず相手の主張を聞くことから始めよう。そして，本連載第6回（第3538号）で紹介したNURSEやI wish I worryといったコミュニケーション手法を用いて相手の感情に対応しながら，発言の裏に隠れた気持ちや相手が大事にしている価値観を確認していく。その際は善悪の判断をすることなく，好奇心を持って相手の話を聴くのが望ましい。主張や言い分を完全に理解することはできなくても，相手に「わかってもらえた」と感じてもらえるだろう。つまり，話し合いがうまくいくかどうかの鍵は，自分が話す内容ではなく，相手の理解に尽きる。

①自分の感情に向き合う
自分に余裕がない時に，好奇心を持って相手の話を聞くことはできない。個人的な意見や感情をいったん脇に置き，深呼吸をして冷静に。

②相手の発言の真意を聞く
相手の主張を聞くことから始める。発言の裏に隠れた気持ちや相手が大事にしている価値観を引き出そう。

③第3の道を考えて行動する
Win-Winのような共通の利益をめざせないかを考えよう。YesかNoかの究極の2択を迫られる時は，中間の落としどころや第三者の介入を考える。

●図　意見の対立が起きた際に意識したい3ステップ

③第3の道を考えて行動する

意見の対立が起きた時，「どちらが正しいか？」との話になりがちである。しかし，医療における対立を交渉として考えるなら，対立している二者が「Win-Win」となる共通の利益をめざすことが重要だ。以下のようなフレーズが，Win-Winをめざすキーになると筆者は考える。第4回（第3530号）で解説した患者の価値観に沿った治療方針や療養場所を考える時にも使えるので，ぜひ意識してみてほしい。

- ○○さんにとって一番良い治療方針/過ごし方を一緒に考えたいです。
- 頑張ってほしい一方で，苦しんでほしくもないのです。
- 「こんなはずじゃなかった」となってほしくありません。

また交渉が難航し，YesかNoかの究極の2択を迫られている場合には，中間の落としどころを考えるのも良いだろう。予後が不確実な時や価値観が不明確な時に一定期間治療して効果を判定し，その後治療を中止するTime-limited trialという考え方があり[2]，治療継続を検討する場合には同手法の存在を医師と共有しても良いかもしれない。意見の対立は1回の話し合いでは解決できないと腹を決める必要があり，複数回交渉しても解決しないこともある。その場合は，第三者の立場である医療安全や緩和ケア倫理などの多職種チームやセカンドオピニオンに相談することも検討しよう。

馬を水飲み場に連れて行っても水を飲んでくれるかわからないように，これまで述べたようなコンフリクトマネジメントを複数回踏んでもうまくいかないことはある。もめている状況は往々にして医療者だけの問題ではないことが多く，結果はどうであれベストなコミュニケーションの手を尽くすほかないと筆者は考えている。

CASEのその後

他の入院患者と比較して若い患者であり，「本人の状態が良くないにもかかわらず治療を継続するのはかわいそうで説得したい」という医療者としての気持ちがあることに看護師は気づいた。まずは患者の話を善悪の判断をせずに20分ほど聞いた。

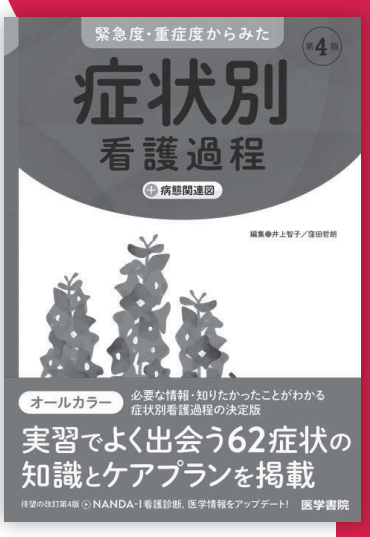
「全ての治療とはどのようなイメージか？」と看護師が尋ねたところ，「たとえ残された時間が短いとしても，高校生の息子のために頑張りたい。何もしなかったらとても苦しいのではと感じていた」とのことだった。どんな息子かを聞いていくと，「息子は受験勉強をとても頑張っている。父（夫）とは早くに離婚して一人で育ててきたので，息子を一人にさせたくない」との思いがあることがわかった。息子につらい思いをさせたくない，苦しい思いをしている自分を息子に見せたくないという患者の気持ちを医師に共有し，再度面談を行った。その結果，負担が少ない抗がん剤による治療を当面は行うものの，状態がさらに一段階悪化した時には治療を中止し，息子と過ごす時間を作っていく方針となった。

看護のPOINT

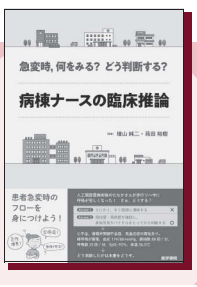
- 結果として意思決定の妨げになるので，小さな意見の対立は早めに対応しよう。
- 話し合いの際は①自分の感情に向き合う，②相手の発言の真意を聞く，③第3の道を考えて行動する，の3ステップを忘れずに。
- Win-Winがめざせなくても，中間の落としどころがないかを考える。

●引用文献
1）JAMA. 2005［PMID：15769971］
2）JAMA Intern Med. 2021［PMID：33843946］

●参考文献
・Ann Intern Med. 2009［PMID：19721022］
・GeriPal. The Angry Patient：A podcast with Dani Chammas and Keri Brenner. 2023. https://x.gd/aXaYu

緊急度・重症度からみた
症状別看護過程
＋病態関連図　第4版
編集　井上 智子／窪田 哲朗
実習でよく出会う 62 症状の医学の基礎知識とケアプランを掲載。第 4 版では医学情報と看護診断などのアップデートを行い、臨床現場に必要な知識を網羅。イラストやチャートを使ったビジュアルな医学解説と、ケアの流れやポイントだけでなく患者の全体像がみえる「病態関連図」で理解を深める看護解説。さらに観察やアセスメントと並行して対処すべき緊急対応もカバーした、実習必携の1冊。
必要な情報・知りたかったことがわかる！
症状別看護過程の決定版


書籍の詳細はこちらから
目次　全身 / 脳・神経系 / 感覚器系 / 呼吸器系 / 循環器系 / 消化器系 / 腎・泌尿器系 / 筋・骨格系
■A5　2023年　頁1112　定価：5,610円（本体5,100円＋税10%）［ISBN 978-4-260-05305-1］　医学書院

流れがわかれば落ち着いて対応できる！
急変時，何をみる？ どう判断する？
病棟ナースの臨床推論
入院中の患者の急変は避けられないもの。頭が真っ白になる/パニックになるから苦手などと言っていられない。だから、目の前の現象の何に着目して、どう判断して、何をするのかを理解しよう。本書にある9つの事例を通して、患者急変時のフローを疑似体験し、入院の原因となった疾患の増悪なのか、治療や検査薬による合併症なのか、突発的な疾患なのかを考えながら、どこを見て、どう判断し、何をするのかがわかるようになる。
編集　増山純二　苑田裕樹


B5　頁180　2023年　定価：2,970円［本体2,700円＋税10%］　［ISBN978-4-260-05358-7］　医学書院

看護のアジェンダ

井部俊子
株式会社井部看護管理研究所
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229回〉

Everyday ethics（日常倫理）

2023年11月末,「今度 everyday ethics を書きたいと思っています」という相談を著者から聞いて心待ちにしていた新刊が完成し，手もとに届いた。

携帯電話を探し回る患者，鳴り響くセンサー

頁をめくって“ながめて”いると，こんなフレーズが目に飛び込んできた。「携帯電話を身につけ，操作するのが本人にとっての日常であり，毎日の生活に欠かせないものであった。そのため，携帯電話を探すために本人は歩き回り，一方，看護師は，本人が立ち上がるたびに鳴り響くセンサーへの対応に追われてしまっている」というのである。客観的に考えると，なんともこっけいな話である。この方は,「携帯電話を日常的に使用していたにもかかわらず，入院するやいなや，看護師は“紛失するおそれがある”と家族に相談し，携帯電話をナースステーションで管理することにした」というのである。しかも,「家族もまた，“他人に迷惑がかかるから”とその管理に同意している」。

いったいどういういきさつがあったのかと思い，該当の事例を読んだ。

河村隆さん（80歳代）は，70歳代の妻と仕事を持つ40歳代の長女との3人暮らしで，長く営業職に携わっていた。河村さんはトイレに対するこだわりがあり，いつ排泄したかをカレンダーに書き込むなど几帳面な性格であった。ところが最近は日時がわからなくなり，正しく記入することができなくなっていた。さらに，夜中にトイレに行くときに転倒することが増えてきた。

河村さんはある日，自宅で転倒して救急入院し，外傷性くも膜下出血と診断された。認知症による短期記憶障害，見当識障害，せん妄を発症していた。状況がよく理解できず混乱した河村さんは,「家に帰りたい」と何度もベッドから降りようとして落ち着かず，安静を保つことが困難であったことから抗精神病薬が処方された。さらに安全対策として，起き上がったら作動するセンサーがベッドに装着された。

入院2日目の朝，センサーが鳴って看護師が駆けつけると，河村さんがベッドの脇に倒れていた。床頭台に頭をぶつけたようであった。すぐに頭部CT撮影をしたが経過観察となった。

くも膜下出血の経過は良好であったため，リハビリテーションが開始された。河村さんは徐々に歩行できる距離が長くなった。しかし病棟の看護師たちは，河村さんがまた転倒するのではないかと心配する気持ちが強かった。その後，河村さんが立ち上がり歩こうとすると,「危ないから1人で歩かないでください」と制し，車椅子から立ち上がろうとすると,「危ないから立たないでください」と声を掛けることが続いた。

河村さんは,実は,立ち上がって「携帯はどこか」と探そうとしていたのであった。この時,すでに携帯電話はナースステーションで預かっていたのである。河村さんは，人の手を借りずに排泄したい,妻や長女と連絡を取りたい,携帯電話がそばにないと困る，家に帰りたいなどと思っていた。

一方，看護師は，河村さんの入院中の転倒を防ぎたい，認知症で私物の管理ができないため紛失しないように管理したいと考えていた。しかし，河村さんのセンサー対応に時間を取られて，他の患者や業務に余裕をもって対応することができなくなっていた。

病棟では，認知症看護認定看護師の助言を受けて，河村さんの行動観察からニーズや強みをアセスメントした。その結果，河村さんは当初,「認知症のある，センサーが鳴り止まない困った患者」というレッテルを貼られていたが，河村さんの「持てる力」に気付くことで，一方的な行動制限をするのではなく,ニーズを満たし,「持てる力」を支えるケアに切り替えることができた。こうして河村さんの入院生活は自由と権利が尊重されることとなった。単純に考えると，河村さんの携帯電話を取り上げるのではなく，適切に使えるように支援するのが倫理的であることがわかる。

毎日が倫理に満ちている

Everyday ethics（日常倫理）とは,「私たちが日々いかに暮らし，他者とどう関わっていくかということに対する人の価値（何が大切か）に関わること」と著者は説明する（鶴若麻理，那須真弓編『認知症ケアと日常倫理――実践事例と当事者の声に学ぶ』日本看護協会出版会，2023年，5頁）。つまり,「普通」という点を強調し,「生死に直結するような特別な問題ではなく，入居者が日常生活を営む中で，スタッフや他の入居者などの他者との相互行為において生じるもの」であり,「毎日の選択や決定にまつわることも含まれる」のである。

日常倫理と対比されるのは「ドラマチックな倫理」である。

ドラマチックな倫理とは，医科学技術の進展に伴い，生と死に関わる生命倫理の問題群に対して，その是非や行動の在り方を考えるもので，臨床現場で毎日生じる類いのものではない。例えば，人体実験，遺伝子工学の技術革新に伴う人間への遺伝子操作，新生児の治療中止，脳死からの臓器移植，医師による死の介助，人工呼吸器装置を中止することの是非などが紹介される。

日常倫理は，ドラマチックな倫理と対比する形で，その重要性が指摘されてきた。生命倫理では，人の生死に関わることではなく，日常的によく生じるということで，見過ごされ，注目されてこなかったが，日常倫理は，広くヘルスケア領域において人と人との相互作用の中で，規則的あるいはルーチンでよく生じている問題を網羅するものであろうと筆者は主張する。

具体的に認知症ケアの根本に据えられるべき，自律性，プライバシー，インテグリティ（全体性）について事例検討される本書を読むと，まさに“毎日が倫理に満ちている”ことを実感させられる。

Medical Library
書評・新刊案内

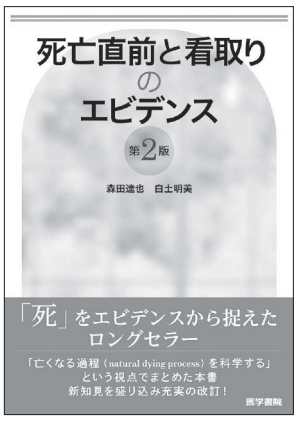
死亡直前と看取りのエビデンス 第2版

森田 達也，白土 明美●著

B5・頁312
定価：3,740円（本体3,400円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05217-7

評者 林 ゑり子
横市大大学院看護学

臨床とエビデンスがマッチした，看護実践に役立つ良書



このたび本書の第2版が出版されることを発行前に知り，どのような内容になるのかと待ち遠しく，書籍が届いた後は，やはり初版と同じように，すぐに下線や丸印，付箋ばかりになりました。私が付箋を貼ったり下線を引いたりする部分は，①これまでの自身の臨床経験の中で患者や家族に役立ちそうだが半信半疑で実践しているケアについて，最新の研究結果を納得できるよう紹介している部分です。「こんな研究がなされているんだ，テーマに新規性があり，しかも最新データが載っている」という感じで，臨床実践と研究結果がマッチしているところが面白いです。そして，②引用文献に加えられた森田達也先生のコメントです。短い文章で研究内容を紹介していることも勉強になるのですが，時折「○○が話題になった古典です」「△△を明確にした〜〜っぽい」などのカジュアルなコメントに親近感があり，気に入っています。さらに③各章の見出しの部分（エビデンスの要所，臨床でのボトムライン，今後追加されるエビデンス）は多くの臨床現場での状況を映し出しており，私たちの病院の実践の目標値にもなり，安心します。

第2版では，初版で紹介されている内容も共有されています。例えば，最期のお別れの場面に間に合うか・間に合わないかと，遺族の抑うつとの関連についての研究が紹介されています。看護師として，私は最期の旅立ちに間に合うようにご家族の身体的な疲労を考慮して，あまり早く連絡をし過ぎず，息を引き取る瞬間に間に合うタイミングを見計らって連絡することを心掛けていますが，連絡が間に合わずに先に旅立たれることがあります。間に合わなかった家族に対して，看護師としての判断への自責の念が大きく，責任を感じることが多いのですが，本書には間に合うことが重要なのではなく，お別れが言えているかどうかが，家族の抑うつや悲嘆に影響することが示されています。私たち看護師は，この研究結果にどれだけ救われていることでしょうか。この10年で看護師のグリーフケアの重要性が言われていますが，看護師は最善のケアをしたつもりでも，患者のケアに後悔したり，振り返ったりするたびに「もっと違う方法があったのではないか」と考えることがあります。その意味でも，本書は看護師のグリーフケアに役立つ書籍だと思います。

本書著者の森田先生より今回の書評執筆のお話を頂いた際には，「林さんのこの領域に関する思いみたいなものも記載してほしい」とのご依頼でしたが，看護師としての私は，緩和ケアは「ケアリングや愛」なのではないかと思うときがあります。このようなことを文字で記載するのは少々気恥ずかしいのですが，緩和ケアは病気は治せないものの，少しでも目に見えない「幸せ」を感じていただけるように，ケアリングを通じて「愛」を注ぐことではないかと思います。ケアリングや「愛」の表現・形はいろいろですが，身体症状緩和に対しては薬物療法や神経ブロック，日常生活の場面における看護師のちょっとした所作が大きいのではないかと考えています。例えば，優しくにっこりした声の掛け方，掛け布団の扱い方でも丁寧で身体に優しく掛ける動作，飲水用の飲み物は患者さんの嚥下（えんげ）や腕の力に応じた容器をセットすること，そっとドアを開閉することなど，いろいろな形があります。温かさや愛が重要だと思います。

また本書では，第3章の「望ましい看取り方についてのエビデンス」において看護師の看護実践となる入浴の項目が取り上げられており，「終末期の入浴は患者の倦怠感を緩和し，生命予後には影響しないようである」と記載されています。日ごろ，看護師は，ご自身で湯につかる入浴ができない終末期のがん患者さんが，入浴後にリラックスして休養している姿を見て実践しようとしたり，清潔感や快刺激によるがん患者さんの幸せを願い愛護的にケアしたりしています。このように本書では，臨床で実際に経験していることが研究結果として紹介されており，本書を通じて臨床実践とエビデンスがマッチするため，日ごろの実践に役立つことは間違いないです。

森田先生，白土明美先生がこの素晴らしいバイブルとなる書籍を執筆くださったことに，改めて感謝の思いでいっぱいです。

感染対策60のQ&A

坂本 史衣●著

A5・頁328
定価：3,300円（本体3,000円＋税10%）　医学書院
ISBN978-4-260-05271-9

評者 渋谷智恵
日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程課程長

読者の「腑に落ちる」エビデンスと実践が満載

著者は本書のメインターゲットを「医療関連感染の予防と制御（IPC）にかかわる初学者」に想定しているようだが，中堅からベテランが日々活動する中でも大いに助けとなる内容になっている。

本書はIPCの基本となる8つの章，すなわち，①標準予防策，②感染経路別予防策，③医療器具関連感染予防，④職業感染予防，⑤洗浄・消毒・滅菌，⑥医療環境管理，⑦サーベイランス，⑧新興感染症のパンデミックに分類され，各章は質問と回答で構成されている。60の質問（Question）はどれも院内でよく聞かれるシンプルなものだが，これに対する著者の回答（Answer）がとにかく勉強になる。回答は国内外の多数の文献を参考に，さらに理論編と実践編に分かれている。

理論編は質問に関する基礎知識であり，初学者であればここでエビデンスに基づいた体系的知識を学ぶことができる。実践編では臨床におけるその知識の活用の仕方を紹介しているため，IPC領域のベテランでも具体的な活動に役立てることができる。

例えば，第1章「標準予防策」にはQ02「手指衛生はいつ行うのですか？」という質問がある。この回答の理論編では，WHO版手指衛生の5つのタイミングとカナダ版手指衛生の4つのタイミングを説明している（本文p7, 8）。どちらを使っても良いのだが，比べてみると，カナダ版のほうが患者と患者環境を一つにとらえた考え方をしていてシンプルでわかりやすい。「もしかするとスタッフが手指衛生のタイミングを理解するのにはカナダ版のほうが良いかもしれない……」と考えたりする。

回答の実践編では，日常的に行う作業中の手指衛生の適応場面とタイミングをつなげるための「つなげる練習」が紹介されている。院内研修でさまざまな想定場面について，「手指衛生の適応場面とタイミングの『つなげる練習』をしたら盛り上がるだろう」と想像が膨らむ。こうした理論編と実践編という構成が，単に知識を得るだけにとどまらず，実際の状況に対応するための活動をイメージさせてくれる。

このように示唆に富む質問と回答が60もあるのだから，読者諸氏が所属する施設でもIPCの問題解決のヒントになることは間違いない。読者は最初から読むのも良し，自分が気になる問題を探して読むのも良し。本書を通じて，問題解決の糸口を得ることができるだろう。

著者は本書の中で，職員の「腑に落ちる」ことの重要性を伝えている。大人は現実的で自身の仕事や生活に役立ち，重要だと感じる知識・技術は積極的に習得しようとする一方で，必要性や重要性が見いだせないことの学習や実践には抵抗を感じる特徴がある。医療関連感染対策のエビデンスとそれに基づく実践が，職員の「腑に落ちる」形で記載されている本書は，課題を抱える現場を改善に導くさまざまな手掛かりが詰まった一冊である。

毎日出版文化賞《企画部門》受賞
シリーズ ケアをひらく
詳細はこちらから
最新刊
2冊同時発行!!
超人ナイチンゲール
わたしが誰かわからない
ヤングケアラーを探す旅
医学書院

待望の改訂第2版　超予防学的観点に立ち，ポジショニング学をさらに深化!
ポジショニング学　体位管理の基礎と実践　改訂第2版
監修 ●田中マキ子（山口県立大学）
編集 ●市岡　滋（埼玉医科大学）／磯貝　善蔵（国立長寿医療研究センター）
前重　伯壮（神戸大学）／柳井　幸恵（綜合病院山口赤十字病院）
最新刊!!
【改訂のポイント】
・初版発行から10年ぶり，より深い理解を目指して項目の7割を改訂，90頁のボリュームアップ．
・ポジショニングにおけるマイナス事象をそもそも起こさない超予防学的観点を随所に挿入．
・スモールチェンジの概念を丁寧に解説し具体例を盛り込んだ．
B5判／4色刷／416頁／定価5,280円（本体4,800円+税）／ISBN 978-4-521-75047-7
中山書店　〒112-0006 東京都文京区小日向4-2-6　TEL 03-3813-1100　FAX 03-3816-1015
https://www.nakayamashoten.jp/

そうだったのか！精神科の病気

その人には何が起きていて、
どうケアすると助けになるのか　中村創

精神科における主要な疾患の核心を、
看護の立場でズバリ解説。
この本が解説するのは、次の9疾患。
統合失調症、うつ病、双極症、依存症、パーソナリティ症、発達障害、認知症、強迫症、不安症。

精神科の病気は目に見えないので
理解しにくい面がありますが
実は疾患ごとに、
患者さんの内部で起きていることも
患者さんが経験していることも、
大きく異なります。

この違いを理解すると、
どう接し、どう関わると
その人とって助けになるのかが
初めて見えてきます。

精神科の病気を理解したいすべての人へ

精神科看護師になって20年、
患者さんの身近で試行錯誤を続けてきた
著者だからこそ、書けること。
今以上に根拠を持って
支援を行っていきたいあなたへ。
精神疾患を持つ人を支える
あらゆる立場の人が
押さえておきたい1冊！

目次

1. 統合失調症
2. うつ病
3. 双極症
4. 依存症
5. パーソナリティ症
6. 神経発達症群（発達障害）自閉スペクトラム症／注意欠如多動症／限局性学習症／知的発達症
7. 認知症　アルツハイマー型認知症／レビー小体型認知症／前頭側頭型認知症／脳血管性認知症
8. 強迫症
9. 不安症　パニック症／広場恐怖症

A5 2023年　頁184 定価：2,200円（本体2,000円＋税10%）
[ISBN 978-4-260-05478-2]

医学書院

医学書院の看護系雑誌

看護管理　2月号　Vol.34 No.2

1部定価：1,760円（税込）
冊子版年間購読料：18,876円（税込）
電子版もお選びいただけます

Now on Printing

特集「生きる」を支える倫理的なケア
尊厳と安全をどう守るか？

【座談会】尊厳と安全をどう守るか？　身体拘束について改めて考える
兵庫県立西宮病院での転倒事故裁判の判決から……奥裕美／熊谷雅美／叶谷由佳
【座談会】「患者の個別性を支え,尊厳を守るケア」を看護管理者はいかに支えるか
対話が倫理的な組織文化を醸成する……さとうみき／川﨑つま子／深堀浩樹／堀田聰子
転倒・転落について改めて考える　医療安全管理の視点から……甲斐由紀子
精神保健福祉法改正により精神科病院に期待される虐待防止に係る取り組みの推進…関根小乃枝
患者の尊厳を尊重した看護に向けて　長年,身体拘束ゼロに取り組んできた立場から……小藤幹恵
【資料】介護・医療現場における転倒・転落　～実情と展望～　11団体共同声明
巻頭シリーズ　気になる病院の魅力②　患者・地域の方々・職員の全てを幸せに
桜十字病院の取り組み……建山幸／穴見優佳

看護研究　1号　Vol.57 No.1

1部定価：本体2,200円（税込）
冊子版年間購読料:本体11,880円（税込）
電子版もお選びいただけます

特集 質的研究成果の実装と査読の役割
看護学における質的研究の現在：QUARIN-Jセミナーより

研究の概要とセミナーのねらい……萱間真美
行為文脈設定型実装研究へ　「実践への示唆」を重視する……木下康仁
現象学的研究の査読者への期待　解釈学的循環を実現するポイント……西村ユミ
ケアの意味を見つめる事例研究　査読から科学的厳密性の提案まで……山本則子
看護学における質的研究論文に用いられた方法論の動向……三浦友理子
ディスカッションとまとめ…グレッグ美鈴,麻原きよみ,木下康仁,西村ユミ,山本則子,萱間真美

精神看護　3月号　Vol.27 No.2　2月下旬発行

特集 対人援助職のための シリーズ『ケアをひらく』全43冊徹底ガイド

訪問看護と介護　2号　Vol.29 No.2　2月下旬発行

特集 小児訪問看護の難所と勘所

看護教育　1号　Vol.65 No.1

1部定価：2,860円（税込）
冊子版年間購読料：16,500円（税込）
隔月刊です

特集 教育の前提を問い、変わっていくために 教育機関の組織改革

教育現場の変革のために……倉岡有美子
【インタビュー】教員が変わらなければ、教育も学生も変わらない……水方智子
カリキュラム改革と教学マネジメントと質保証
コンピテンシー基盤型教育の実現をめざして……西村礼子
手の届く範囲から始めるチームづくり……保田江美
「領域をこえる」とは　新カリキュラムにおける領域横断型実習の設計における多領域での協働…坂井志織
巻頭インタビュー　学生も先生もわくわく学べる学校としていくために……妹尾昌俊さん
新連載　新しい「医療者像」を探る……鷹田佳典

助産雑誌　1号　Vol.78 No.1

1部定価：1,980円（税込）
冊子版年間購読料：11,022円（税込）
隔月刊です

特集 データでみる「助産所のお産」
嘱託医療機関との連携で実現する安全性と継続性

助産所との医療連携の成り立ちとその実績の推移……土屋清志
妊娠期における嘱託医師と助産師との協働管理……土屋清志
助産所管理の周産期予後　妊娠・分娩経過と移行管理数……土屋清志
助産所管理の母体と新生児の統計……土屋清志
リスクの分類とラベリング，リスクの構造分析……土屋清志
助産所管理症例のリスク管理……土屋清志
移行症例の検討……ハンズの会
助産所と嘱託医療機関による医療連携　それぞれの立場から…今村理恵子，岩田敦子，土屋清志
【座談会】「助産所のお産」を見つめ直し,未来につなぐ
……土屋清志，荒井英恵，月野真紀，青柳三代子，清水幹子

保健師ジャーナル　2月号　Vol.80 No.1

1部定価：1,760円（税込）
冊子版年間購読料：10,032円（税込）
隔月刊です

特集 次の感染症危機に備えるために
保健師に期待される役割

次の感染症危機に備えた地域保健活動のための体制整備
……五十嵐久美子、木全真理
保健師による健康危機管理の仕組みづくりとマネジメント（仮）……春山早苗
【埼玉県の取り組み】県内保健師の連携とネットワークの再構築で健康危機管理に備える
……鈴木しげみ
【横浜市金沢区の取り組み】保健所と医療機関の連携とコロナ対応の教訓（気づき）
……本田祥子、鹿瀬島岳彦
新連載　成果につながる保健指導　対象を読み解く病態理解とアセスメント・1
保健指導における成果とは……野口緑

医学書院　〒113-8719　東京都文京区本郷1-28-23　[WEBサイト]https://www.igaku-shoin.co.jp
[販売・PR部]TEL:03-3817-5650　FAX:03-3815-7804　E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp
看護書籍・雑誌情報をお届け！