

2023年12月11日

第3545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]“超人”ナイチンゲールの超えっぷり(栗原康,宮本眞巳)……1-2面
■[寄稿]FAQ押さえておきたい病棟での急変時対応のポイント(増山純二)…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/第23回日本クリニカルパス学会学術集会……6面
■MEDICAL LIBRARY/索引……7面

対談 “超人”ナイチンゲールの超えっぷり



栗原 康氏 東北芸術工科大学 非常勤講師

宮本 眞巳氏 東京医科歯科大学 名誉教授

ランプを片手に患者に慈愛のまなざしを向ける白衣の天使。あるいは冷徹な合理主義者……。一般的なナイチンゲール像はおおよそこのようなイメージだろう。しかし、このたび上梓された『超人ナイチンゲール』(医学書院)は、そんな既存のナイチンゲール像をぶち壊す。本書では、史実を丁寧に押さえながらも「神秘主義者としてのナイチンゲール」という今までとは異なる切り口でナイチンゲールをパワフルに描き出している。この画期的なナイチンゲール伝を記した栗原康氏と、看護学生時代に「女性として、看護師として、人間としての自立」を軸にナイチンゲールの子ども向け伝記を執筆したことのある宮本眞巳氏が、ナイチンゲールの不思議に迫る。

栗原 宮本先生には、『超人ナイチンゲール』(医学書院)を執筆する前に、看護職の中でのナイチンゲールのとらえられ方や執筆に使う資料についてなど、さまざまなご教示をいただきました。その節は大変お世話になりました。宮本 いえいえ。私も栗原さんの大杉栄や伊藤野枝の評伝を読ませていただき、これは興味深い伝記ができそうだと楽しくお話させてもらいました。『超人ナイチンゲール』、拝読しましたが非常に面白かったです。文体はかなり攻めており、一見すると突飛に感じられるところがあるかもしれませんが、よく読むと看護界のオーソドックスなナイチンゲール史にのっとっていますよね。栗原 そう言っただけでうれしいです。

好奇心に駆られて手に取り一気に読んでしまった記憶があります。栗原 そうだったんですね(笑)。その点で言うと、ナイチンゲールの生きた時代は今よりもさらに家父長制が激しく、女は結婚し、男に尽くすのが当たり前という時代でした。そんな時代に結婚しないという選択をし、悪戦苦闘しながらも看護の道を切り開いていったナイチンゲールは当時の人から見るとかなりぶっ飛んだ、時代を先取りした自立している女性だったでしょうね。栗原 本書を書く前にナイチンゲールの自伝的小説『カサンドラ』を読みましたが、この小説には結婚制度や男社会への激しい怒りが示されていて、ナイチンゲールが看護の道を進む悪戦苦闘の中で感じたであろう恨みつらみが詰まっています。栗原 『カサンドラ』の主人公は死の間際、「つぎのキリストは、おそらく女性だろう」とつぶやきます。次の世代の女性は男性に縛られて生きるのではなく、当たり前のように自分の手で自分の道を切り開く、さらにはこの世の発展を主導していく存在であると言いたかったのかもしれませんが。栗原 宮本先生の伝記はまさに「女性の自立」が軸になっていましたよね。出だしから、「良いお嫁さんになりたいという人はこの本を読まないほうがいいかもしれません」みたいなことが書かれていてびっくりしました。栗原 うおおー、いいじゃないかって。これなら自分もナイチンゲールを書いてみたいのと。

宮本 なるほど、今でもインパクトはありましたか(笑)。栗原 私の専門はアナキズム研究なのですが、女性解放とアナキズムは通ずるところがあると考えています。アナキズムは無政府主義と訳されますが、元は「支配がない」状態を指し、政府だけでなく、家庭内で男が女を支配するのをやめさせることでもあります。栗原 私は大正時代のアナキストで婦人活動家でもある伊藤野枝の伝記を書いたことがあります。栗原 『女は男の奴隷じゃないぞ』と言って男の奴隷にさせられていた女性が自分の生きる道を自分で手繰り寄せその生き方が、ナイチンゲールと伊藤野枝では似通ったところがあると感じました。栗原 まあ伊藤野枝の場合は、結婚しないというよりも、結婚制度そのものを否定し、好きな人ができたら家庭なんて捨てて飛び出していくという人でしたが。栗原 経歴を見るとナイチンゲールと伊藤野枝は正反対に見えますが、男性との関係は意外と共通点があるかもしれませんね。栗原 『超人ナイチンゲール』では“パリジ”と表現されていましたが、ナイチンゲールは社交界や舞踏会が大好きでしたし、男性たちからちやほやされるのも好きでした。栗原 神の声を聞いた後に社交界の楽しさにはまってしまい、葛藤したこともあります。栗原 思い合っていたミルンズからのプロポーズを看護の道に進むために泣く泣く断った後、未練たらたらで、ミルンズが結婚したことを風の便りに聞いた際にはがっかりしていたり。

栗原 ひどい目にもあっていますよ。栗原 一方的に好かれていただけのいとこのヘンリーの求婚を断ったら、大好きだったヘンリーの姉マリアンヌから「あばずれ」みたいに罵倒されたり。栗原 家族、親族との関係のもつれも、ほとんど生まれてから亡くなる間際までずっと続いていた人ですね。栗原 宮本さんとお会いした時に、「セシル・ウーダム＝スミスの『フローレンス・ナイチンゲールの生涯』(現代社)を資料的に使うといいですよ」と教えていただきました。栗原 この本にはそうしたエピソードがたくさん出てきますね。栗原 1000ページ以上もある大著で、読むのが大変でしたが(笑)。栗原 あとはリン・マクドナルドの『実像のナイチンゲール』(現代社)も面白かったです。栗原 私も自分の本を書く時に参考にしたのがウーダム＝スミスの本です。栗原 まだ翻訳が出ていなかったのが苦労しましたが、ストーリー作りにははずいぶん参考になりました。栗原 『超人ナイチンゲール』にはこういった身近な人とのエピソードがふんだんにあり、彼女の人間味が非常によく表れていて、ナイチンゲールを身近に感じられますね。

「なぜという問いなしに」ケアしてしまう

栗原 私がこの本で強調したかったの (2面につづく)

女性の自立から見る、人間味あふれるナイチンゲール

栗原 私が初めて読んだナイチンゲールの伝記が、宮本先生のもの『ナイチンゲールの越境7——伝記』(日本看護協会出版会)所収)でした。栗原 本書を書く前に、担当編集者から資料としていただいて。栗原 恥ずかしながら、それまでナイチンゲールの伝記は1冊も読んだことがなかったんです。栗原 私が小さい頃ははまだ児童書は男子向け、女子向けに分かれており、ナイチンゲールは女子向けの伝記だったので。栗原 私の子どもの時代もそうでしたが、たまたま妹の本棚にあった伝記を

December 2023

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。

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、渡邊裕司 A6 頁1248 定価:4,840円[本体4,400+税10%] [ISBN978-4-260-05278-8]

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192 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]

臨床検査データブック [コンパクト版]

(第12版) 監修 高久史磨 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]

Dr. 長澤印 輸液・水電解質ドリル

長澤 将 B5 頁192 定価:4,620円[本体4,200+税10%] [ISBN978-4-260-05296-2]

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 A5 頁1112 定価:5,610円[本体5,100+税10%] [ISBN978-4-260-05305-1]

看護教員のための 問題と解説で学ぶ 教育指導カトレーニング

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]

クリスティーンの やさしい看護英会話 (新訂版)

知念クリスティーン、上瀧真紀恵 B5 頁88 定価:2,200円[本体2,000+税10%] [ISBN978-4-260-05250-4]

クリスティーンの レベルアップ看護英会話 (新訂版)

知念クリスティーン、迫 和子 B5 頁136 定価:2,640円[本体2,400+税10%] [ISBN978-4-260-05251-1]

<出席者>

●くりはら・やすし氏

1979年埼玉県生まれ。早大大学院政治学... 専門はアナキズム研究。著書に『大杉栄伝 永遠のアナキズム』(角川ソフィア文庫)、『村に火をつけ、白痴になれ 伊藤野枝伝』(岩波現代文庫)、『死してなお踊れ 一遍上人伝』(河出文庫)、『アナキズム 一丸となってパラパラに生きる』(岩波新書)、『サボる哲学 労働の未来から逃散せよ』(NHK出版新書)など。

●みやもと・まさみ氏

1947年新潟県生まれ。東大文学部社会学科卒業。同大大学院医学系研究科修了。保健学博士。都立松沢看護専門学校で看護師資格を取得後、松沢病院に勤務。その後、東京都精神医学総合研究所、横浜市看護短大、東京医歯大、亀田医療大などに勤務。著書に『看護場面の再構成』『異和感』と援助者アイデンティティ(いずれも日本看護協会出版会)、共著に『アディクション看護』(医学書院)など。

(1面よりつづく)

は、ナイチンゲールの根幹にある神秘主義です。彼女は尋常でない行動力を持ち、クリミア戦争においてもその後の医療改革においてもがむしゃらに活動しました。ですがそのパワフルさはさまざまな評伝作家から「精神的に少々おかしい」というそしりとセットで紹介されてしまっています。

宮本 確かにナイチンゲールに病跡学的な特記事項はあったにせよ、病人として扱うのはおかしいですね。かといって、一点の曇りもない素晴らしい理想の人物に祭り上げるのもおかしい。私も半世紀前に書籍執筆に当たり担当編集者とやり合ったものですが、今もその傾向は払拭されていないようです。

栗原 これは神秘主義への無理解から来ているのだと思います。神秘主義のキーワードは、「なぜという問いなしに」です。神は絶対的なものだから、何かのための手段や道具になることはありません。どんな目的にも左右されない。その神と一体化しているから、理由もなく、損得も関係なく、それこそ自分の将来さえかなぐり捨てて、体が動いてしまう。例えば、車にひかれそうな猫を助けようととっさに車の前に飛び出してしまふ時、頭で考えて動いたというよりは「体が勝手に動いた」と感じますよね。この自分で自分を制御できないというところに神秘主義者は神を感じるわけです。

苦しんでいる患者を見ると「自ずとケアしてしまう」。助けた際の見返りや、病気を移されるんじゃないか、など考えている自己が消え、ただ必然的に、救うべくして救ってしまう。気づいたら患者の感情に自分を投げ込み、患者に憑依してシンクロしている。自分を捨てて何かしたいと思うその行為の中に神は宿るとするのが神秘主義の考えだとしたら、ナイチンゲールにとってその行為は、目の前の苦しんでいる人をただ救うことだったと思います。

宮本 「憑依」は、現代の看護では「共感」という言葉で語られる部分ですね。憑依的な共感はその相手と本気で付き合っている時に感じられるもの、長い

間一緒にいると伝わってくるもの、と似通っているのではないのでしょうか。近代的な看護では第三者としての自然科学的な知見の枠内で患者ニーズのアセスメントをしなければいけない、という考え方が主流です。一方、ナイチンゲールからヒントを得れば、オープンな人間関係を通して、直感的に得られた共感をベースに、量的、質的なデータによる裏付けも取りながら、援助的な人間関係につなぐという援助論が展開できるのではないかと考えています。

依存症ケアとの接点

栗原 クリミア戦争の際は、まさしくそういった看護が行われていたのではないのでしょうか。あの場合は、もう何をやっても助けられない、手の打ちようがない患者が大勢いるという悲惨な状況で、こう患者にかかわれば治せる、患者が何をすれば治る、という発想ではやっていけない状況だった。正しいとされている人為的、合理的な解決策が通用しない。原因がわからない。「なぜ」という問いが立てられない。だから、いったんその発想を捨てて、自ずと感じたことを実践していく。自ずから然り。そもそもナイチンゲールの考え方は、「病気は回復過程であり、それ自体は“自然の努力”の現れ」というものです。回復を促す主体は人間ではない、合理的に行動する意思や心がけで病気が治せるというのは迷信だとしています。クリミアでのナイチンゲールは、その場で患者と波長を合わせて、何をすれば自然の働きを阻害せず回復を促せるのかを感じ取り、看護をしていたのでしょうか。

宮本 ナイチンゲールは、看護とは自然が患者に働きかける上で最も良い状態に患者を置くことである、と言っています。それは環境と人間の相互作用を最適化するために必要とあれば何でもするというので、それは当時も今も看護や医療を超えた一大事業なんです。

栗原 倫理学研究者の大北全俊は『ナイチンゲールの越境5——宗教』(日本看護協会出版会)の中で、アルコール依存症の自助グループ「アルコールクス・アノニマス」で行われる「12のステップ」というプログラムと、ナイチンゲールの看護をリンクさせていました。12のステップでは、まずアルコールに対して自身が無力であることを認めることから始まり、次に自身を超えた大きな力が自分たちに健康な心に戻すことを信じ、意思と生き方を神の配慮に委ねることへと続きます。個々の人が自立的に病気を治せる、人生をコントロールできるという発想から抜け出すことが回復への第一歩なのだ。これはナイチンゲールがクリミアで行った、合理性を手放して自然に委ねる看護と確かに繋がっていると感じました。

宮本 クリミアは本当に悲惨な状況ではありましたが、その中でも動ける兵

士は、ナイチンゲールの介入によって仲間の死にかけた兵士の介抱をしているんです。よろよろ歩いてるような仲間の兵士たちに、ナイチンゲールは重病者の便器を片付けると言うんですね。兵士たちは最初は拒否しましたが、ナイチンゲールは決して諦めないで、まずはやってみなさい、と。

栗原 結構しつこいんですよ(笑)。でも、それで兵士自身が動き始める。自分たちで自分たちを看護し始める。宮本 まさにセルフヘルプですよ。それが可能になるようにナイチンゲールは仕組んだわけです。

栗原 助ける者が助けられ、助けられる者が助け、です。

MadではなくCrazy?

宮本 自己と他者を明確に区別し、自己の意志の下に理性的に相手にかかわる近代的な価値観で生きていくと、神秘主義に基づくナイチンゲールの考え方は不思議に感じる部分も多いです。しかし、その不思議なところを「スピッチャってる」で括ってしまうのは、いささか理解が偏るように思います。彼女はMadではなくCrazyとでも言いますか。破綻した狂気を持った人ではなく、「習慣や規則なんてくそ食らえ! 私は私の道を行く」とある種の信念を熱烈に貫き通した人であり、それが周りからは狂気的に見えたのだと思います。

栗原 Crazyというのは良いですね! 狂気的という切り口で言うと、ナイチンゲールの著名な評伝作家であるストレイチーはナイチンゲールを精神病と評していました。今で言うと統合失調症でしょうか。『超人ナイチンゲール』でも触れましたが、精神科医の中井久夫によると、統合失調症になりやすい人は、風が吹いて草花が揺れた「徴候」から獣の動きを読み取れるような、時間を先取りしてしまう、未来がわかる予言者のような人だと言います。ナイチンゲールもこの「徴候」を感じ取ることができたのでしょうか。突然予言のように異なる未来のビジョンがぱっと見え、周りからいくらおかしいと言われてようとそれを当たり前前に信じて生き始めてしまう。

宮本 ナイチンゲールは神の啓示を受けて予期せぬことをやらかす自分を予言者になぞらえた、と『超人ナイチンゲール』にもありましたね。ですがナイチンゲールが他の予言者と異なる点は、ただ予言して終わらせるのではなく、「徴候」の根拠は何か、未来にどうつながっていくのかを考え抜いたところです。彼女は科学者として理詰めで考えながら、誰も思いつかないアイデアを使えるものは何でも使い実現してしまった人ですから。

栗原 ナイチンゲールのそういった力は、クリミアでの格闘の中で養われていったのだと思います。当時はまだ病原体や感染症の存在は明らかになっていません。ですがナイチンゲールは、

病院が狭く換気も悪い上、患者が密集しているために死者が多発することに気づき、患者同士を引き離し、換気し、清潔を保つ努力をしました。

ナイチンゲールは悪臭かどうか、臭いを気にしていたと言われていますが、広い意味で鼻が利くんですね。明らかに人為的に患者を1か所に集めるからこそ、死んでいると考えた。

宮本 汚れた空気そのものは感染源ではなくても、物理的な経路を断れば感染のまん延防止になるわけです。自然科学的に因果関係がわからなければその治療や対処は無効であるという発想がはびこった時期が、おそらく20世紀も中頃までは続きましたよね。そういう中でナイチンゲールは非科学的と批判されたこともありましたが、コロナ禍で行った三密回避もナイチンゲールが行ったこととそう違いません。

アナキズムにも通ずる黒衣

宮本 世間でのナイチンゲールのイメージは、たいてい「白衣」を着た天使ですが、今回の表紙のナイチンゲールは「黒衣」ですよ。

栗原 ええ、黒はアナキズムのシンボルの色なんです。黒は何色にも染まらない。だから何者にも縛られない、と。もちろんナイチンゲールが自分でアナキストを名乗っていたわけではないですが、彼女自身の生き方を見ているとそう感じてしまうんです。ヴィクトリア女王に軍改革を遠慮なく提言して最終的にはお茶友達になったり、実現したいことのために権力をありつたけ使ったりしても、組織や上の人間の命令を聞くような人では全くない。周囲の権力を含めて、それらをいかに使って本当に困ってる人たちのために何をするかをひたすら考えていた人です。どんなに権力の中核にいても、何者にも染まらない、本当に黒衣の人だった。そういう意味で「アナキスト、ナイチンゲール」のようなスピリットが伝わるといいなと思っています。

宮本 先ほど憑依という言葉が出ていましたが、この本自体も栗原さんの憑依体質が面目躍如という感じで、ナイチンゲールになりきっていますね。そんな栗原さんは今回の本でどこを一番読んでほしいと思っていますか?

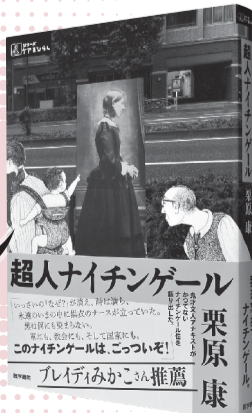
栗原 やはりクリミアで格闘しているところでしょうか。いざクリミアに行ったらナイチンゲール自身もびびくりしたはずですよ。どうしたら良いのかわからない。患者との関係でもそうだし、宗教や階級の全然違う看護師同士の関係でも苦勞していたと思います。あがきもがきながら、これはという徴候をつかんで実行していく。それがあの1年半の間に凝縮されていたように思います。その中でナイチンゲール自身もどんどん変わっていくんですね。そのプロセスというか、何度も自分の皮を脱ぎ捨てて変身していく、その奮闘ぶりをぜひとも感じてほしいです。(了)



超人 ナイチンゲール

栗原 康

A5 2023年 頁272 [ISBN978-4-260-05442-3] 定価:2,200円(本体2,000円+税10%)



こんなナイチンゲール、聞いたことない! — 鬼才文人アナキストが、かつてないナイチンゲールを語り出した。それは聖女でもなく合理主義者でもなく、「近代的個人」の設定をやすやすと超える人だった。「永遠の今」を生きる人だった。救うものが救われて、救われたものが救ってゆく。そんな新しい生の形式を日常生活につくりだせ。ケアの炎をまき散らせ。看護は集団的な生の表現だ。そう、看護は魂にふれる革命なのだ!

ナース・スピリット 爆発する看護師魂に感動の声、続々!!

ナースであることが誇らしくなった! (看護師、42歳)

読み終わったら涙と力が一緒に出てきた~ (18歳、看護学生)

この職業を選んでよかったと初めて思えました (看護師、21歳)

困ったな、おもしろい (34歳、看護教員)



医学書院

我を忘れて、ナイチンゲール。

FAQ

今回の回答者

増山 純二

令和健康科学大学看護学部看護学科 教授/
臨床シミュレーションセンター長

ますやま・じゅんじ氏/1994年長崎大医療技術短大卒業後、同大病院に勤務。2010年日赤九州国際看護大、15年長崎みなとメディカルセンター。22年より現職。博士(学術)。編著に『急変時、何をみる? どう判断する? 病棟ナースの臨床推論』(医学書院)。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions; 頻りに尋ねられる質問)に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

押さえておきたい病棟での急変時対応のポイント

病院には手術などの治療や検査目的で入院している患者や、外来へ通院している患者がいます。患者はいつ、どこで、どのような形で急変するかわかりません。患者が急変した場合は、通常の看護実践から「救急看護」モードへ切り替える必要があります。そこで今回は、いくつかの質問に答えながら患者急変時の思考を整理していきます。

FAQ 1 患者が急変しているかはどのように判断すれば良いですか。

看護師が患者の急変を認知することから患者急変対応は開始されます。急変とは予期し得ない病態の急激な変化であり、迅速な対応が必要とされる状態です。「心停止・呼吸停止や高度意識障害、重度ショックなど、遅延なく適切な介入がなければ生命危機に陥る病態」¹⁾と定義している文献もあります。

患者の体調の変化やバイタルサインの異常時に重要なのは、急変しているのか、していないのかの判断ではなく、緊急度の判断です。患者の訴えや、いつもと様子が違うことに気づいた場合は、まず緊急度の判断を行います。緊急度が高ければ、すぐに医師へ連絡する必要がありますし、低ければそのまま様子を観察、もしくは事前の医師の指示書に基づいて介入していく対応となります。緊急度や重症度に幅があるため、いつもの状態と違う時点で、「急変」と言って良いかもしれません。

緊急度を判断するには、患者急変時の病態変化をとらえることが大切です。患者は、①症状が出現した状態から病態が悪化していき(生理学的徴候、バイタルサインは正常)、②呼吸不全や循環不全、もしくは脳神経障害に陥り(生理学的徴候の異常)、何も介入がなければ③心肺停止となります。緊急度が高いほど死亡・機能障害に至るまでの速度が速く、時間的猶予がないことを意味します。緊急度は③→②→①の順番に高く、患者の体調の変化に気づいた時に、どの段階にあるかをアセスメントすることで緊急度の判断ができます。救命するためには②の状態を見逃さず、③の心肺停止に至る前に対応しなければなりません。③の状態に近づくと生理学的異常(呼吸数、酸素飽和度、心拍数、収縮期血圧、意識レベル、体温)の数が増え、心肺停止に陥る可能性が高まります。また、生理学的異常の数が増加すると、死亡率が上

昇するという報告もあります²⁾。②の状態をできるだけ症状が軽いうちに発見し、迅速に対応することが重要です。

Answer…急変は緊急度や重症度に幅があるため、「いつもの状態と違う」時点で「急変」ととらえられます。患者の体調の変化に気づいた際は、急変しているかどうかを判断するのではなく、①②③の病態を推論し緊急度の判断を行うことが重要です。

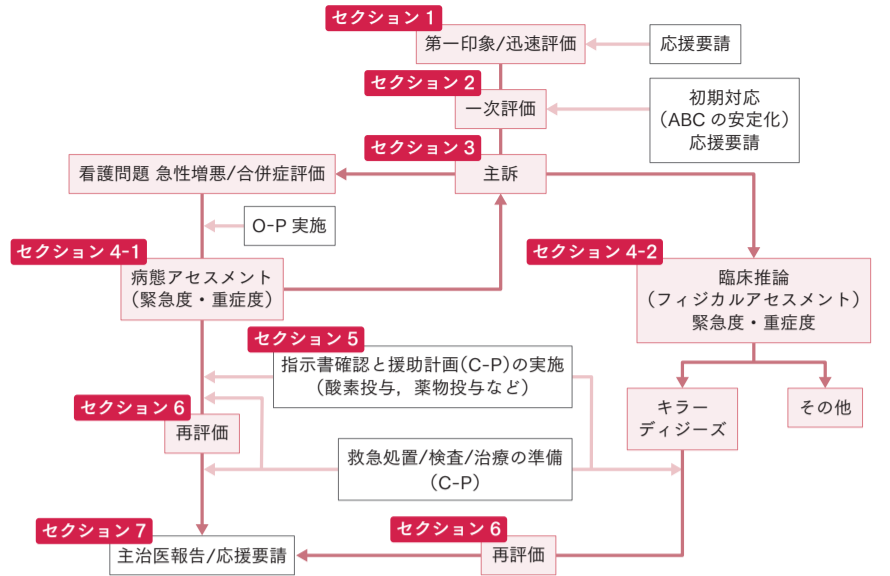
FAQ 2 患者急変時、どのような観察をどの順番で行うと良いか教えてください。

患者急変時の観察の目的は、緊急度の判断であり、緊急度の高い③→②→①の順番で観察をする必要があります。具体的なアプローチのフローを示したのが図です。

第一印象/迅速評価(セクション1)では、ぱっと見の重症感を判断します。意識障害、呼吸停止があればコードブルー(院内救急コール)を起動させ心肺蘇生法(cardiopulmonary resuscitation: CPR)を開始します。また、冷や汗をかいている、ボーっとしている、肩で呼吸しているなど、いつもと様子が違うことに気づいたら、すぐに一次評価の観察を行います。

一次評価(セクション2)では、②の病態を見抜き緊急度を判断することを目的にバイタルサイン測定を行います。バイタルサイン測定のための物品はいつも持ち歩いているわけではないため、ABCDEアプローチに基づいた呼吸・循環・脳神経の異常の観察を行います。ABCDEアプローチでは、まず窒息の有無を気道の観察[A: Airway. 発声の有無、吸気性喘鳴(ストライダー)、シーソー呼吸、陥没呼吸]で判断します。次に、呼吸の観察(B: Breathing. 呼吸数、呼吸補助筋の使用、異常呼吸)、循環の観察[C: Circulation. 橈骨動脈触知の有無、脈拍数、ショック症状(冷や汗・蒼白)、頸静脈怒張]で生理機能が維持されているかを確認します。そして、脳神経の観察(D: Disability of CNS. 意識レベル、瞳孔/対光反射)、外表・体温の観察(E: Environmental control. 低体温、高体温、外傷)を行います。

次に行う二次評価では疾患予測をします。まず主訴(最もつらい症状)を明確にし(セクション3)、その主訴が入院中の疾患、または合併症であれば、図の左側のフロー(セクション4-1)に入り、入院中とは違う新規の症状であれば右側のフロー(セクション4-2)に入ります。



●図 患者急変対応フローチャート(『急変時、何をみる? どう判断する? 病棟ナースの臨床推論』8頁より)

左側のフローにおいては、その主訴が入院時の看護問題として挙がっている場合、看護計画に準じ、観察計画(O-P)、治療計画、医師の指示書に従って看護介入を行います(セクション5)。看護計画に挙げてはいないものの、明らかに合併症や急性増悪の症状と判断した際は、右側のフローと同じ方法で疾患の予測と緊急度の判断を行います。

右側のフローでは、主訴から見逃してはいけない疾患をいくつか想起した状態で、その疾患に関連した特徴ある発症や疼痛の質や程度、随伴症状、既往歴、内服薬などを確認し、身体所見を取りながら、疾患を予測していきます。ここでも緊急度の判断が重要であり、バイタルサインが安定している①の段階で気づいた場合であっても、予測する疾患の病態が悪化した際に生理学的徴候が異常を来す可能性がある時は、緊急度が高いと判断して対応しなければなりません。

Answer…患者急変時の観察の目的は、緊急度の判断です。緊急度の高い③→②→①の順に観察するため、第一印象/迅速評価(ぱっと見の重症感)→一次評価(ABCDEアプローチ)→二次評価(問診、身体所見による疾患予測)の順で観察を行います。

FAQ 3 患者急変時に必要な看護介入について教えてください。

患者急変時の看護介入は、救命を第一に考えなければなりません。病態変化をとらえながら看護介入の優先順位を決める必要があります。緊急度の高い③の状態であればコードブルーを起動させ、救急処置の実践と医師が到着するまでの準備としてCPR、AED、気管挿管、末梢静脈路確保、アドレナリンの投与を行います。

②の病態と判断した場合は、院内迅速対応システム(Rapid Response System: RRS)を起動、もしくは医師へ連絡し、呼吸・循環・脳神経障害の安定化を優先します。ここでも救急処置の実践、準備を行います。呼吸不全状

態であれば、酸素投与、もしくはバックバルブマスク(BVM)の換気、気管挿管が必要です。循環不全状態であれば、ショックの分類によって対応が変わりますが、まずは、末梢静脈路確保を行います。循環血液量減少性ショックについては輸液や輸血が、心原性ショック時には昇圧薬や強心薬が必要になります。脳神経障害時には、障害に対する直接的な支持療法が明確にされていません。低酸素血症や高二酸化炭素血症、ショック状態が遷延すると脳神経障害を助長するので、呼吸、循環の安定化を優先します。

①の病態では、バイタルサインは安定しているため、疾患予測をするために緊急検査の準備、実施をしていきます。検査にも優先順位があり、静脈血採血、血液ガス、12誘導心電図、超音波検査、ポータブルX線撮影などのベッドサイド検査から行います。患者の状態が安定したら検査室での検査(CTやMRIなど)を行いますので、医師と情報の共有を図りながら指示の確認をし、検査の準備をします。急変した原因を明確(診断)にした後は治療が開始されますので、治療の準備を行います。

Answer…患者急変時には、まずは応援要請を行い、生理学的徴候の異常の安定化を目的とする救急処置の準備と実施を行います。その後、原因検索を目的として緊急検査を準備、実施し、患者急変の原因となる疾患が明確(診断)にされた後は、治療の準備を行います。

もう一言 患者急変対応を苦手としている看護師は多くいます。しかし、急変をしていない患者のケアは、日々実践できているでしょう。常に一次評価を意識しながら、患者が急変していないことをアセスメントした上で日々のケアに取り組むことが、患者急変時の迅速な対応につながります。

参考文献
1) 児玉貴光, 他(監). RRS 院内救急対応システム. メディカル・サイエンス・インターナショナル: 2012.
2) Br J Anaesth. 2004 [PMID: 15064245]

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

流れがわかれば落ち着いて対応できる!

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、何をするのかのわかるようになる。

医学書院

- 病棟における患者急変対応
- 事例から学ぶ急変対応の実践

- ABCDの異常の顕在化**
 - 事例1 トイレ移乗介助中の呼吸困難、どう判断する?
 - 事例2 点滴開始直後に全身のかゆみと咳、どう判断する?
 - 事例3 糖尿病による教育入院中に突然意識障害、どう判断する?
- 入院時診断もしくは既往歴の急性増悪**
 - 事例4 リハビリ歩行中に息切れ、どう判断する?
 - 事例5 患者の反応が鈍い、どう判断する?
 - 事例6 肝硬変で入院中に吐血、どう判断する?
 - 事例7 強い腹痛の訴えと発熱、どう判断する?
- 突発発症**
 - 事例8 胃部不快感の訴え…どう判断する?
 - 事例9 反応はあるものの言葉が少ない、どう判断する?

書籍の詳細はこちら

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

排便トラブルの“なぜ!?”がわかる

三原 弘

札幌医科大学総合診療医学講座 准教授

第7回

薬剤にまつわる排便トラブル対応

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、スタッフの業務負担増ともなり得る。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。

薬剤にまつわる排便トラブルは、連載第6回で図示したように、排便トラブル以外の目的で使用される薬剤や、排便トラブルを改善させようとして使用された薬剤そのものが原因の場合もあります。今回は、そうした薬剤に関連した問題についてまとめていきます。

○×クイズ
本文を読む前の理解度チェック!

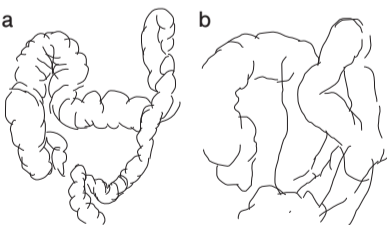
- 1 アセチルコリンの作用が強まると便秘になる
- 2 刺激性下剤を長期に連用すると、大腸が長く、太くなり、大腸のひだが無くなりやすくなる
- 3 薬剤の有害事象による新たな病状を薬剤で対処し続ける悪循環をポリファーマシーと呼ぶ

排便に影響を与える薬剤を教えてください

連載第1回の排便の生理で概観したように、水分を含めた便ボリューム、腸からの刺激伝達、腸管平滑筋の運動、副交感神経、胆汁酸の大腸流入に影響を与える薬剤が便秘の原因になりやすいです(表1、○×クイズ①)。この他、便秘を引き起こす頻度の高い薬剤として、鉄剤は直接粘膜を刺激し、蠕動運動を抑制、また吸着薬やイオン交換樹脂製剤は、生成物質が排出遅延を起こすとされます。さらにパーキンソン病治療薬やドパミン補充薬、ドパミン受容体刺激薬は、アセチルコリン活性を低下させ、便秘を悪化させます。また、腸内細菌の変化、コリン作動薬、セロトニン作動薬、腸管水分の増加あるいは吸収の障害を来す薬剤では下痢が生じやすいです(表2)。

刺激性下剤を長期に使用するとどうなるのですか?

刺激性下剤の長期連用により腸管の神経や平滑筋に障害を来すことが1960年代に報告され¹⁾、90年代にはビスコジルやセンノシドなどの刺激性下剤を週3回、1年間使用した便秘患者の結腸が34.5%で長くなり、44.8%で拡張し、27.6%で結腸ひだ(便を送り出す弁の機能を果たす)が消失することが報告²⁾されました(図1)(○×クイズ②)。流体力学に基づけば、筒の中を流動物が移動す



●図1 刺激性下剤の内服による変化
刺激性下剤の内服をしていない便秘患者(a)と比較し、長期内服する便秘患者(b)では、大腸が長く、拡張し、ひだが少ないとされる²⁾。

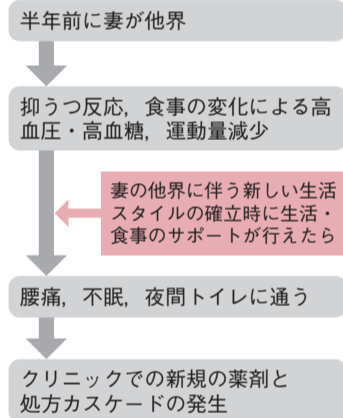
●表1 便秘を引き起こす頻度の高い薬剤

	代表例	便秘に与える影響
利尿薬	フロセミド	●結果的に腸管での水分吸収を増加させ、便秘を悪化させる
制吐剤	セロトニン5-HT3受容体拮抗薬	●嘔吐中枢を遮断するとともに腸管の受容体も遮断し蠕動運動を抑制する
抗コリン薬、抗コリン作用のある薬剤	●抗ヒスタミン薬：ジフェンヒドラミン ●鎮痙薬：ブチルスコポラミン ●排尿障害治療薬：ソリフェナシン ●三環系抗うつ薬：アミトリプチリン ●睡眠薬・抗不安薬：トリアゾラム	●アセチルコリン受容体を遮断し、腸管運動と副交感神経を抑制することで便秘を悪化させる
降圧薬	ベラパミル、ニフェジピン	●Ca受容体を遮断し、腸管運動を抑制することで便秘を悪化させる ●便秘以外にも下部食道括約筋を弛緩させるため胃食道逆流症を生じさせる
オピオイド	トラマドール、リン酸コデイン、モルヒネ塩酸塩	●オピオイドμ受容体を刺激し腸管運動を抑制することで便秘を悪化させる

●表2 下痢を引き起こす頻度の高い薬剤

	代表例	下痢に与える影響
酸分泌抑制薬	ボノプラザン、エソメプラゾール、ファモチジンなど	●腸内細菌に変化を起こし下痢を生じさせる
抗菌薬	ペニシリン系など全般的	
選択的セロトニン再取り込み阻害薬	パロキセチンなど	●セロトニンを増加させ下痢を生じさせる
経腸栄養剤	液体栄養剤全般	●腸管内の水分増加によって下痢を生じさせる
抗炎症薬	NSAIDs 全般	
抗がん薬	フルオロウラシル、免疫チェックポイント阻害薬	●腸炎を引き起こし下痢を生じさせる

患者：67歳男性



プロBLEM① 高血圧
・治療のためニフェジピン投与
→ 胃食道逆流症、下腿浮腫、便秘増悪の発生
→ 胃食道逆流症治療のためのボノプラザン
→ 下腿浮腫治療のためのフロセミド
→ 便秘治療のためのセンノシド

プロBLEM② 高血糖
→ 便秘増悪の発生 → 治療のためのセンノシド
・治療のためリナグリプチン投与

プロBLEM③ 腰痛
・治療のためロキソプロフェン投与
→ 血圧上昇のためニフェジピン減量・中断困難
→ 胃潰瘍の発生抑制のためボノプラザンの減量・中断困難

プロBLEM④ 不眠
・治療のためトリアゾラム投与
→ 便秘増悪の発生 → 治療のためのセンノシド

プロBLEM⑤ 過活動膀胱
・治療のためソリフェナシン投与
→ 便秘増悪 → 治療のためのセンノシド
⇒センノシド増量、耐性化、便秘の難治化

ニフェジピンを減量、他の降圧薬との併用ができていたら

●図2 本事例の処方カスケードが起こった背景

る場合、断面積×流速×流体密度＝一定です。つまり、断面積が大きくなると流速が低下し、流速が低下すると水分吸収が増加、流体密度も上昇するためさらに流速が落ちます(＝便秘になる)。一方で、長期連用による大腸の変化は、刺激性下剤を中止すると4か月で回復すると報告されています³⁾。便意が無い、刺激性下剤の内服数・日数が多い(週2～3回以上、センノシドでは2～3錠以上)、刺激性下剤内服後も反応が乏しい、を指標に、耐性・依存性の可能性が高い便秘患者さんを拾い上げ、主治医、薬剤師と共有をお願いします。

なお、OTC医薬品として刺激性下剤が数多く販売されており、自己判断で長期連用する患者さんも多いのが実情

です。さらに、「下剤は内服していません」「漢方は毎日飲んでる」という患者さんにも要注意です。前者は、医療者が刺激性下剤の連用に気付けない、後者は、漢方薬に含まれる刺激性下剤の一種である大黄を連用していることに気付けないという危険性を孕みます。これらに気付いたら、連載第4～6回の記載を参考に情報提供の上、便秘に関心の高い医師に紹介するのが良いでしょう。

複数の薬剤を服用しているのですが、問題ありませんか?

服用した薬による有害事象が新たな病状と誤認され、さらに新たな処方が生まれる悪循環を処方カスケードと呼

びます⁴⁾(○×クイズ③)。処方カスケードへの対策は、患者を取り巻く全体像を描き⁵⁾、原因と疑われる薬剤を中止することが原則です。中止できない場合は、作用機序の異なる排便トラブルの少ない薬剤への変更、減量あるいは下剤や止痢薬を併用し対応します^{4,6)}。具体的な例を用いて、処方カスケードの問題(図2)を考えていきましょう。

CASE：67歳男性。半年前に妻が他界。一人自宅で過ごすことになり、カップ麺やレトルト食品を食べることが増えた。腰痛持ちで寝つきも悪く、夜間にトイレへ数回通うようになったためクリニックを受診。血圧と血糖の上昇も指摘され、ニフェジピン、リナグリプチン、ロキソプロフェン、トリアゾラム、ソリフェナシンが開始された。腰痛、不眠、夜間尿は改善し、血圧、血糖の管理は良好となったものの、胸やけ、便秘、下腿浮腫が出現したため、ボノプラザン、センノシド、フロセミドを追加。胸やけ、下腿浮腫は改善したが、下剤が反応しなくなり、センノシドを毎日3錠服用している。

妻の他界というライフイベントの影響で、抑うつ反応、食事の変化による高血圧・高血糖、運動量減少が起こり、腰痛、不眠、夜間尿のためクリニックを受診したところ、①～⑤のプロBLEMに対し、新規の薬剤がそれぞれ処方されています。ニフェジピンは食道や腸管運動を障害、血管拡張を起こし、胃食道逆流症、便秘、下腿浮腫⁷⁾を生じさせる場合があるものの、本事例では各有害事象に対してボノプラザン、センノシド、フロセミドが追加されました。ニフェジピン以外では、運動量減少や高血糖といった生活面の変化、および不眠や夜間尿、下腿浮腫に対し処方されたトリアゾラム、ソリフェナシン、フロセミドが便秘の増悪因子となっています。また、血圧を上昇させ、胃潰瘍の原因になり得るロキソプロフェン継続中は、ニフェジピン、ボノプラザンを減量、中断しにくいと言えます。そうこうしていると、センノシド投与が長期化、大腸の形状にも変化が生じ、便秘が難治化してしまう恐れがあります。こうした問題が、上記のCASEでは発生しているのです。クリニックを受診した時点で、新しい生活スタイルの確立に向けた支援ができていたら良かったのかもしれませんが。10錠、15錠の内服をする便秘患者さんを見かけたら、外来主治医と処方カスケードの図を描いて、状況を整理してみることをお勧めします。

●参考文献

- 1) Gut. 1968 [PMID: 5655023]
- 2) J Clin Gastroenterol. 1998 [PMID: 9649012]
- 3) Dis Colon Rectum. 1983 [PMID: 6861575]
- 4) 厚労省. 高齢者の医薬品適正使用の指針——総論編. 2018.
- 5) BMJ. 2020 [PMID: 32075785]
- 6) 日本老年医学会. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. 2015.
- 7) JAMA Intern Med. 2020 [PMID: 32091538]

医学書院

目次：薄氷のような連帯 / いちばん憎くて、いちばん愛している人 / わたしが誰かわからない / わたしはなぜ書けないか / 抱えきれない言葉の花束 / 固まることを禁じられた身体——ケアの主体とは何か / 自己消滅と自己保存——水滴のように / 犠牲と献身と生まれ変わり——自由へ



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



自他の境界線をめぐる冒険的セルフドキュメント!

「ヤングケアラー」について取材をはじめた著者は、度重なる困難の果てに中断を余儀なくされた。一体ヤングケアラーとは誰なのか。世界をどのように感受していて、具体的に何に困っているのか。取材はいつの間にか、自らの記憶をたぐり寄せる旅に変わっていた。ケアを成就できる主体とは、あらかじめ固まることを禁じられ、自他の境界を横断してしまう人ではないか——。著者はふたたび祈るように書きはじめた。

A5 2023年 頁232
定価：2,200円(本体2,000円+税10%)
[ISBN 978-4-260-05441-6]



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8回

家族面談時の看護師の役割③

急性期病院での看護師の意思決定支援



80歳男性。元々、心不全の治療でかかりつけ医のいる医療機関に通院中。ADLは伝い歩きで認知症はなかったものの、1週間前に突然脳梗塞で倒れた。救急外来に運ばれ重症かつ広範囲の脳梗塞と診断され、血管内治療が行われた。患者には重度の失語と片麻痺が残っていた。ACP(アドバンス・ケア・プランニング)はされたことがなく、胃管栄養を今後も行うかで家族面談を行う方針となった。看護師から見ると家族は病気のことをあまり理解している様子はなかったが、主治医は「受け入れに時間が必要だ」と言っていた。

予後の推定やオススの治療方針の提案は主に医師が行う一方、家族への寄り添いなどはむしろ看護師が得意とする範囲だろう。コミュニケーショントレーニングを受けた看護師がICUの家族サポートに入ると6か月後の家族の抑うつが減ったり、不安が減ったりすることがわかっている¹⁾。結果として入院期間やICU滞在期間、医療コストが減ることも示唆されている²⁾。

家族面談時において看護師が意識すべき対話として、面談前後における家族との対話・医師との対話がある(表)。確かに主治医が言うように、受け止めるには時間が必要なのだが、受け止めやすいような医療者のサポート

も同じように必要だ。

今回は家族面談を通して看護師がどのように意思決定支援を行うかについて述べる。もちろん、家族が患者の荷物を持ってくるタイミングや普段の患者の様子を電話で話す機会などがあれば、その時に行っても良いものもあるのでぜひ参考にしてほしい。

家族面談の前後で 看護師ができること

1) 家族面談前の準備：面談前の準備として、家族の病状理解・ニーズ・家族の状態を事前に確認しておくことが重要である。病状説明の約30分前に来

てもらい、家族から話を聞き情報を集めることを推奨する。

また、面談前に実際に患者に会ってもらおうと良い。病状説明を受けた後に患者に会うと「意外と大丈夫に感じた」など、こちらの認識とずれが生じることがある。会った後に家族に「実際にお会いしてどう感じましたか?」と聞くほうが、病状の認識はずれにくい。家族には以下のような声掛けをしてほしい。

- 面談の時は緊張して、主治医に聞きたいことが聞けなかったケースもあります。今日これだけは聞いておきたいということはありませんか?
- 主治医からは病気のことをどのように聞いていますか?
- 主治医から「どれくらい頑張れそうか?」といった話を聞かれたことはありませんか?
- ご家族の体調はいかがですか? 眠れていますか?
- ご家族の中で何かご相談されましたか?
- 今回いらっしゃっていないご家族や遠方のご家族ともお話しされていますか?

他方、可能であれば面談前に主治医と事前に打ち合わせをすることが望ましい。事前に収集した情報を主治医と共有し、家族のニーズを先に伝えておけるからだ。

- 今日はどんな話になりそうですか?
- 予後はどれくらいになりそうですか?
- 意識が戻るかどうか、また今後の医療費をご家族は心配されていましたか?

2) 家族面談中の配慮：面談中は家族の感情面へ配慮することが求められる。第6回(第3538号)で述べたNURSEなどを用いて適宜声掛けを行おう。家族が涙を流していたらティッシュを渡すことも重要な配慮である。主治医の説明中に看護師が話すことは難しいかもしれない。もし話すとしたら以下の言葉も良いだろう。

- ご家族が全てを決めなくてはいけなくてはいけません。一緒に考えましょう。
- 今日結論を出す必要はありません。良くなってほしいとわれわれも願う一方で、病状が一段階悪くなっているので医療者としては万が一のことも考えておかないといけないということです。

3) 家族面談後：主治医の説明が家族に伝わったか、認識のギャップがないか、面談中に聞けなかった話はないかを確認する。特に厳しい話がなされた後は、「見捨てられた」と感じられないようなサポートが必要である。また、第7回(第3543号)で紹介したように、家族に患者本人がどのような人だったかを聞くことも意思決定ではとても重要なので、聞いておきたい。そして、価値観を聞く時は3つの質問を利用して深掘りを忘れないでほしい。

- 先生の話はいかがでしたか? びっくりしましたよね。

- 先生に確認できなかったことはありませんでしたか?
- ご本人は入院前はどのような方でしたか? 私たちも今の状態のご本人しか知らないものですからお聞きしたくて。
- ご本人はどのような性格ですか? どんなことが好きで、どんなことが嫌いなのかを教えてください。ご本人にとって一番良い治療やケアを考えやすいです。
- ご家族で決めてほしいと言われても大変ですよね。一緒に考えることができたらと思います。ご家族が頑張してほしいと願うのは当然のことだと思います。一方でご本人が今の話を聞いたとしたら、何とおっしゃると思いますか?
- 正確で医学的なことはお答えできませんが、入院中の暮らしについては看護師からもお話しできます。
- ご家族も眠れなかつたり体調を崩したりすることがあります。できる限りサポートしますので、何でも相談してくださいね。

CASEのその後

面談前に看護師が家族と会い、病状について主治医からどのように聞いているかを確認した上で、患者の予後に関する家族の理解や気がかりを確認した。予後に対する認識のギャップが大きかったため、主治医にそうした状況を伝えた。家族面談では、治る見込みがほぼないことや治療の中止も検討する状況であることが伝えられた。面談後に家族は涙を流しており、治療継続すべきかを思い悩んでいた。

看護師は感情に対応しながら家族の病状への理解度を確認すると、うまく伝わっていたようだった。患者本人がどのような人となりだったかを聞くと、以前から「チューブにつながれたまま生きることだけは嫌だ」と言っていたことがわかった。「家族としては生きてほしいが、本人は胃管栄養の継続を望まないだろう」との苦悩を家族は語った。

看護のPOINT

- 家族の意思決定を支援するために、面談前後における家族との対話・医師との対話を意識しよう。
- 面談時は家族に早めに来てもらい、現状の認識やニーズなどを確認して主治医と共有するのがオススメ。
- 家族面談後には感情のサポートを行い、患者・家族の価値観を聞こう。

参考文献

- 1) Am J Respir Crit Care Med. 2016 [PMID: 26378963]
- 2) N Engl J Med. 2018 [PMID: 29791247]

Web限定
医学界新聞プラス

医学書院の話題書、
発売前の新刊内容を
無料で公開!



急変! その予兆はバイタルサインに現れる。



緊急度を見抜く! バイタルサインからの 臨床推論

山内 豊明

急変のサインは、呼吸数や呼吸のリズム、脈拍や血圧の変化に現れます。その変化を捉え、緊急度を見極める力は看護師に不可欠です。器械に頼らず、見て、触れて、聴いて、患者さんの状態を知る。数値の意味を考える。次にすべきことを判断する。しなくていいことを捨てる。一この一連の思考過程こそが臨床推論。臨床推論とフィジカルアセスメントの目的が、この1冊でつながります。

目次

- 1 基本は生命を維持すること——何はなくともまずはバイタル!
 - 2 呼吸から緊急度を見抜く——回数とリズムから素早く緊急度を判断する
 - 3 脈拍から緊急度を見抜く——心電図がなくても危険な不整脈は見抜ける
 - 4 血圧から緊急度を見抜く——緊急時は大ざっぱに数値を把握する
 - 5 体温から緊急度を見抜く——「普段」との違いと経時的な変化が判断のカギ
 - 6 意識レベルから緊急度を見抜く——急変に関わる第5のバイタルサイン
 - 7 バイタルサインを組み合わせて判断する——「バイタルサイン・ツインズ」という考え方
 - 8 急変時にバイタルサインを活用する——情報を整理・活用し、「段取りよく」動く
 - 9 臨床推論の進め方——臨床推論の道筋と目的を整理する
- Appendix 「急な症状」からの臨床推論

詳細はこちら

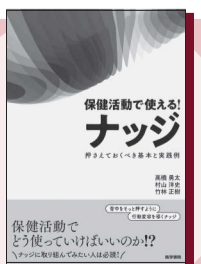


医学書院

保健活動でナッジに取り組みたい人は必読! その基本とポイントを実践事例とともに解説

保健活動で使える! ナッジ 押さえておくべき基本と実践例

人の心理特性に寄り添って、科学的に行動変容を促すアプローチである「ナッジ」。「ナッジ」を保健活動に活用できるように、バイアスやナッジ活用ツールである「EAST」など、押さえておくべきナッジの基本的知識を解説する。さらに、業務や事業にナッジを取り入れる際の具体的な方法やポイントを、保健事業における「ナッジ」の具体的な活用事例の紹介やQ&Aで解説する。

高橋勇太
村山洋史
竹林正樹

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228回〉

居残る前任者

今回は法律から入りたいと思います。「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」(高齢者法)(昭和46年法律第68号)です。

この法律の目的は、「定年の引上げ、継続雇用制度の導入等による高齢者等の雇用の確保の促進、高齢者等の再就職の促進、定年退職者その他の高齢退職者に対する就業の機会の確保等の措置を総合的に講じ、もって高齢者等の職業の安定その他福祉の増進を図るとともに、経済及び社会の発展に寄与すること」とされています(第一条)。事業主がその雇用する高齢者の定年の定めをする場合には60歳を下回ることができません(第八条)。また65歳未満の定年の定めをしている事業主は、その雇用する高齢者の65歳までの安定した雇用を確保するため、①当該定年の引上げ、②継続雇用制度(現に雇用している高齢者が希望するときは、当該高齢者とその定年後も引き続いて雇用する制度)、③当該定年の定めを廃止のいずれかの措置を講じなければなりません(第九条)。さらに、定年(65歳以上70歳未満)の定めをしている事業主または(高齢者を70歳以上まで引き続いて雇用する制度を除く)継続雇用制度を導入している事業主は、その雇用する高齢者について、65歳から70歳までの安定した雇用を確保するよう努めなければならないとされます(第十条の二)。

このような事情も相まって、昨今、「居残る前任者」とどのようにうまくやっていったらよいかがかさやかれています。そのかさやきを聴いてみました。

ケーススタディ 「新任看護部長と前任者の関係」

Aは今年4月に、大学病院の看護部長から、複数の病院を経営する事業体のうちのひとつの病院の看護部長に就任しました。そこでは前任の看護部長が統括看護部長となっていました。しかしいわゆる「本部」にいるわけではなく、前職場であるAの部長室に近接した部屋に毎日出勤します。そして師長会に出席して、細かいことを指摘します。4人いる副看護部長のひとり、前任者が上司であったために何かとまず前任者に相談するのです。場合によっては、2人で話した内容が看護部ミーティングに持ち込まれることがあります。看護部ミーティングの着席も隣同士でいるせいかもしれません。

そういうわけで、Aは「やりにくい」。いわゆる非公式組織が公式組織の意思決定に影響を及ぼしているのです。前任者はAに「自由にやっていいのよ」と言う割には自由にできません。半年を経過して、Aは先日、思い切って副看護部長に言いました。「聞く順番が違うんじゃない?」と。

Bが大学病院の看護部長に就任した際にも前任者はいました。しかし彼女は看護部ではなく医事課の所属になっていました。翌年、院長から「前任者の継続が必要か」と問われたので、「必要ではありません」と断りました。

一方で次のような切実な悩みもあります。Cは、公的病院の病院長に「看護部をなんとかしてくれんか」と言われて3年の任期で特任看護部長として今年4月に外部から就任しました。その組織には現任の看護局長(看護部長)がおり、8人の副看護部長がいます。8人はライン職能として役割分担をしています。特任看護部長はスタッフ職能として位置付けられました。

Cは、院長の「なんとかしてくれんか」ともとになんとかしようともがいています。組織の問題がいろいろと見えてきました。しかし会議は報告が大半で討議は少なく、師長とスタッフとの信頼関係も疑問に思っています。Cは、質の高い看護の実践者を育成したい、職務満足を高めたい、チーム医療を実践したい、働き方改革をしたいなどとあれこれ考えているのですが、いまだに遠慮があり、どう動いたらよいかかわからず空回りしてばかりです。時間だけが過ぎていくとあせっています。Cは、これまでライン職能として責任と権限を行使してきましたが、スタッフ職能として組織に入るのは初めての経験であり、とまどっているのです。どうしようどうしようと悩んでいるうちに任期の3年がたってしまう、とさらに悩んでいます。

「居残る前任者」が活躍するために組織が取り組むべきこと

居残る前任者に持てる力を有効に発揮してもらい、かつ現任者にも有益な組織をつくるにはどうしたらよいのでしょうか。

まず、事業主が再雇用(もしくは新たに雇用)する理由を、組織メンバーに明解に知らせておく必要があります。その上で、彼もしくは彼女を組織図上のどこに位置付けるかを示し、職務(役割)を決めておくとよいと思います。おそらくこのような作業は、人

第23回日本クリニカルパス学会学術集会開催

第23回日本クリニカルパス学会学術集会(会長=獨協医大埼玉医療センター・齋藤登氏)が、「パスは続くよどこまでも——多職種がともに学びあう未来へ向けて」をテーマにTHE MARK GRAND HOTEL(さいたま市)にて開催された。本紙では、パネルディスカッション「うちでは、これもパスです!」(座長=高崎総合医療センター・坂元一郎氏、せきもとクリニック・関本員裕氏)の様態を報告する。

◆創意工夫を凝らしてパスを作成・運用する

心不全急性期治療のクリニカルパスについて発表した高橋伸弥氏(高崎総合医療センター)は、心不全の患者背景や原因は多岐にわたるため急性期パスの運用報告が少ない中、軽症心不全に対する内服パスと、中等症に対する点滴パスを作成・運用していることを会場に共有した。また、検査・治療のみならず、心不全指導に関する項目もパスに加え、多職種で患者情報を共有していることも報告。パス導入により、中等症以下の初発心不全再入院率低下、さらに在院日数減少や検査の標準化により1日当たりの入院単価増加など、医療の質および経営の両面で好影響があったと結んだ。

尼崎総合医療センターの中橋達氏は、全国的に運用が進んでいない小児科パスを紹介した。年齢・体重で治療内容が大きく変わり、入院時点で診断がつかない疾患も多い小児科でのパス作成と運用の課題に対し、同センターは「腹痛・嘔吐症パス」といった症候別パスで対応。各症候で共通する指示・観察項目を中心に、アウトカムは「嘔吐症状なし」など抽象的な内容に限定し、治療は個別対応としていることを紹介した。プロトコルとの差別化に課題があるものの、アウトカム設定が困難な小児科においてこのパスは有効な妥協案であると述べた。

続いて四国がんセンター看護部の池辺琴映氏は、抗がん薬投与患者に対する頭皮冷却法(保険外診療)の運用に関するパスについて発表した。患者用パスでは頭皮冷却の目的・効果、治療スケジュール、中止・中断希望時の対応、日常生活やウィッグ購入に関するアドバイスなどを日めくり形式で具体的に記載したことで、外来一病棟間で共通して使用できる患者説明ツールにもなったと述べた。また医療者用パスは新たな治療に取り組む看護師への教育ツールになったことや、治療にかかわる費用の確実な算定にもつながったとその効果を報告した。

地域包括ケア病棟におけるレスパイト入院患者の嚥下機能評価パスについて発表したのは村瀬美有紀氏(三重北医療センター菟野厚生病院)だ。同パスでは入院中の検査、機能評価、多職種連携による支援の標準化だけでなく、入院前から「むせる」を心配する患者・家族への医療ソーシャルワーカーによる相談対応や、リハビリテーション医師による診察等を明確にしている。氏は、入院前から介入することで、患者・家族、医療者間で支援が具体的にイメージできタイムリーな介入になったと振り返り、地域の方が住み慣れた場所で生活できるよう支援し続けたいと抱負を語った。

看護オーダーにて必要な看護ケアなどを設定した看護パスについて発表した満汐裕子氏(熊本機能病院)は、検査や手術日程が未定で既存のパスが適用できない場合や、パスのない疾患・パス適応外の患者において看護パスを運用していると紹介した。看護パスの運用で、看護ケアの標準化、業務の効率化、患者との時間の確保が可能になったとその効果について言及。看護パスの作成・改訂は医師も含めた多職種協働で取り組み、より良い看護ケアについて考えるチーム医療にもつながっていると振り返った。

最後に登壇した三原美雪氏(三原皮膚科)は、山形県鶴岡地区の地域共通電子カルテシステム(Net4U)を活用した地域一体型NST「たべるを支援し隊」の活動を紹介。「たべるを支援し隊」は医療系専門職のほか、保健所職員から構成されており、電子カルテを地域で共有して最終アウトカムをめざし活動している。氏は、「パス表という形式をとっていないが、まさしくパスの概念に則った活動であり、これもパスの一つのかたちである」と述べ講演を締めくくった。

事課や総務課が行って、事業主が通達することになるでしょう。事業主の意思決定は、しかしながら、当該部門の責任者に問うことなく一方的に行われることが多く、そのこともトラブルの原因になります。前任者も現任者も悩むことの根本原因だと思います。

しかも、事業主がこのように準備して前任者を迎えるとは限りません。その場合は継続雇用された前任者は、新たに役割開発を自ら行わなければならないでしょう。そのような力量があるからこそ前任者を雇用したのだと思います。ですからその期待に沿う必要があります。Cの場合ですと、院長の「なんとかしてくれんか」とは具体的にどんな課題があるのか、どのような目標設定をすればよいのか、自分の責任や権限は何か、組織構造のどこに位置付けられるかなどについて、面談して確

認し、記録を取っておくとよいと思います。そしてその内容を現任者に提示して、「この役割を果たしたいので、現任者と協力してやっていきたい」と、率直で真摯な話し合いをする必要があります。

余談ですが、私も苦い経験があります。私が看護部長を退任したのは4月末です。つまり、1か月間は「居残る前任者」になったのです。後任が決まるのが遅れたので、新採用者のオリエンテーションなどを済ませて退職しようと考えてのことです。後日、元同僚から「3月に辞めてもらったほうが仕事がやりやすかった」と言われました。自分の未練がましい対処を深く反省したのでした。

高齢者法によってベテランの経験知が次世代に受け継がれるよう、建設的な関係の構築をしていきたいものです。

学会のオフィシャルテキスト第2版。進化し続けるパスの最新情報を収載。

現場で使える クリニカルパス実践テキスト 第2版

まさに「現場で活かす」パス実践のノウハウを詳細かつわかりやすく解説。クリニカルパス学会主催の過去の教育セミナーから好評だったテーマを中心に、多くの地域・医療機関で明日から即検討できる手法をまとめた。また、パスの教育や組織作り、電子パスや連携パスの最新の活用法、そして今後期待される新たなパスの領域も盛り込んだ。現場での秘策や情報は「匠のコツ」「トビックス」として開示。パスに関わる多くの医療者必読書。

監修 日本クリニカルパス学会 学術・出版委員会



B5 頁180 2021年 定価:3,850円[本体3,500円+税10%] [ISBN978-4-260-04641-1]

医学書院

急性期から在宅、成人から小児まで
気管切開ケアの拠り所となる書、待望の刊行

気管切開 包括的ケアマニュアル
Comprehensive Tracheostomy Care: The National Tracheostomy Safety Project Manual

▶気管切開患者・喉頭摘出患者の標準的ケア普及を目的とした団体National Tracheostomy Safety Project (NTSP)による包括的ケアマニュアル。気管切開術の方法、デバイスの種類、緊急時の対応など要点を踏まえ解説。術後の短期的気管切開ケアだけでなく、永久気管孔を有する患者の長期的ケア、小児の気管切開ケアにも言及。イラストや写真、アルゴリズム等ビジュアル面も充実。当該領域の看護師、救急・集中治療系の医師をはじめ、呼吸ケアサポートチームに属する多職種メンバーにもおすすり。

監訳: 藤澤美智子 横浜市立みなと赤十字病院 集中治療部
高田順子 東京ベイ・浦安市川医療センター 呼吸療法チーム
武居哲洋 横浜市立みなと赤十字病院 救命救急センター

定価4,950円(本体4,500円+税10%)
B5 頁192 図137 2023年
ISBN978-4-8157-3089-5

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 https://www.medsci.co.jp
FAX. (03)5804-6055 E-mail: info@medsci.co.jp

Medical Library

書評新刊案内

臨床・研究で活用できる！ QOL評価マニュアル

下妻 晃二郎 ● 監修
能登 真一 ● 編

B5・頁352
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05279-5

評者 友滝 愛
東海大学特任講師・看護学

Quality of Life (QOL) の評価に関心を持ったときに、ぶちあたる壁があるとすれば、主に、「そもそも『QOLを測る』ってどういうこと?」「どんな調査項目で何を測れるのか?」「QOL測定の計量心理学的な評価って何?」ではないでしょうか。本書は、「臨床・研究で活用できる!」ことに主眼を置いて、この3つの観点カバーされています。目次に記載されている尺度を数えると、その数46! に上り、「QOL評価を臨床や研究で取り入れたい」と思ったときに、最初に手に取る一冊として最適です。

「測りにくいことを測る」への挑戦



私の場合は、後者でした。私がQOL評価を初めて知ったのは、約20年前の大学時代にさかのぼります。授業やゼミでは、こんな議論がありました。「臨床研究のアウトカムとして、死亡率や合併症の発症率といった客観的なアウトカムだけではなく、患者自身の主観的評価が求められている」ことを背景に、「治療による効果よりも、副作用による日常生活への支障や心理的な負担が大きかったら、その治療は患者にとって最善なのだろうか?」と。そのような問題意識のもと、「QOLを測る」ことへの挑戦があると知り、とても印象に残りました。

また、当時から私に関心を持っているのは、QOL評価の中でも、なぜ「健康関連QOL」に焦点を当てているのか? という点です。もちろん患者にとっては、医療は生活の一部であり、健康に関連するQOLだけが「切り取られる」わけではありません。また、患者のあらゆることを医療のみでカバーできるわけでもありません。医療者には、医療の枠だけにとどまらない全人的な視点が求められていることは大前提ですが、それでも「医療を評価しよう」とするときには、医療によって変えることができる部分と、変えることが難しい部分を見極める必要も生じます。このような「そもそも『QOLを測る』ってどういうこと?」については、本書の「総論 QOLとは」の章が、緻密に重ねられてきた議論を理解する助けとなります。本書は、明日からQOL評価に取り組みたい! という方に最適なのももちろん、いますぐ活用することは考えていなくても、まずはその意義や意味をしっかりと考えてみたいという方にもお薦めです。

QOL評価が、より良い医療の一助となることを願って――。

『週刊医学界新聞』 看護号索引

2023年1月~12月(3502号~3545号)
*毎月1回発行

ニュース・ルポ

- ◇第42回日本看護科学学会学術集会……………3502
- ◇第37回日本がん看護学会……………3511
- ◇2022年度保助看国家試験合格発表……………3515
- ◇2022年度保助看国家試験合格者状況……………3515
- ◇第27回日本看護管理学会学術集会開催……………3534
- ◇第82回日本公衆衛生学会総会……………3543
- ◇第23回日本クリニカルバス学会学術集会……………3545

対談・座談会・インタビュー

- ◇子どもを持つ全ての家族を担当保健師が継続的に支援する(横山美江, 鈴木仁枝)……………3502
- ◇発問と応答のラリーで学生のニーズをとらえた学びを(内藤知佐子, 高橋平徳, 高橋聖子)……………3507
- ◇全ての看護職の処遇改善に向けて(石田昌宏, 福井トシ子)……………3511
- ◇省察的実践で看護師の「わざ」を磨く(三輪建二)……………3511
- ◇JANPU-CBTで実りある臨地実習の実現を(叶谷由佳)……………3515
- ◇看護師が自分を育て幸せにはたらき続けるために(川崎つま子, 高田朝子)……………3519
- ◇看護学分野別評価を教育改善に生かす(井上智子, 藤田俱子, 川崎優子, 北素子)……………3527
- ◇無意識の思考過程を言語化して臨床推論の力を磨く(山内豊明, 佐藤文俊, 島田由美子)……………3530
- ◇米国Registered Nurseの在り方をヒントに、看護師の「働く」を考える(竹熊カツマタ麻子, 早川佐知子)……………3534
- ◇保健活動でのあと一歩をナッジで後押しする(高橋勇太)……………3534
- ◇アントレプレナーシップを発揮し看護界への新たな価値提供をめざす(川添高志, 澤田優香)……………3538
- ◇コーチングマインドを極めて、マネジメントをもっと楽しむ(勝原裕美子, 山之上雄一)……………3543
- ◇“超人” ナイチンゲールの超えっぷり(栗原康, 宮本眞巳)……………3545

寄稿・投稿・視点

- ◇すぐに現場を改善したい時に役立つOODAループの現場教育への応用(濱田千枝美)……………3502
- ◇限られた医療資源の中で、サステナブルなケアシステムを構築する(本田和也)……………3507
- ◇看護理工学アプローチから臨床課題解決法を考える(雨宮歩)……………3507
- ◇心のケアと「わかること」——雨の日の心理学(東畑開人)……………3507
- ◇へき地診療所におけるプライマリ・ケア医との協働実践(中山法子, 中嶋裕)……………3511
- ◇排便サポート回診を通じてチーム医療を見直す(秋山和宏)……………3515
- ◇24時間稼働のコールセンター設置による看護業務効率化(向山綾子)……………3519
- ◇第26回東アジア看護学研究者フォーラムを終えて(池田真理)……………3519
- ◇Sweet Memories(保田江美, 藤田愛, 中村創, 西

- 村礼子, 大橋奈美)……………3523
- ◇医療的ケアが必要な子どもたちの「当たり前の毎日」を支える(松丸実奈)……………3538
- ◇「さらなるよきもの」をめざして——ヘルスケアとヒューマニティーズの創造的融合(井上麻未)……………3543
- ◇FAQ 押さえておきたい病棟での急変時対応のポイント(増山純二)……………3545

連載

- ◇看護のアジェンダ(井部俊子)
㊦2022年の暮れに……………3502, ㊧松谷美和子さんの贈り物……………3507, ㊨夜勤者のキャビン……………3511, ㊩国試支援活動に学ぶ……………3515, ㊪なぜ「退屈なので退職」するのか……………3519, ㊫看護のアントレプレナーたち……………3523, ㊬アカルトの「方法序説」がよみがえる時……………3527, ㊭うごめく感情……………3530, ㊮なぜ「させていただく」のか……………3534, ㊯管理者研修での出会い……………3538, ㊰エドモンドソンを読む……………3543, ㊱居残る前任者……………3545
- ◇教えるを学ぶエッセンス(杉森公一)
㊲学習環境を整えて、実践共同体を形成しよう……………3502, ㊳教師が学びあう専門職の学習共同体……………3507, ㊴リフレクションでエデュケーションをとらえ直す……………3511
- ◇他者理解を促すためのブックガイド(小川公代)
㊵他者を理解することの困難——彩瀬なる『かんむり』……………3502, ㊶音のないことばの世界『育児まんが日記 せいかいはことば』……………3507, ㊷バク・チャヌク『別れる決心』①——“他者”のステレオタイプを揺さぶる……………3511, ㊸バク・チャヌク『別れる決心』②——ヒッチコックと「分人」について……………3515, ㊹中井久夫のヒュプリス撃退法……………3519, ㊺クロノスの時間とカイロスの時間……………3523, ㊻映画『怪物』の語りの構造——『フランケンシュタイン』を手がかりに……………3527, ㊼アンネの靴……………3530, ㊽中村哲医師の「武器なき戦い」……………3534
- ◇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)
㊾社会的入院に対応する際の考え方とは……………3519, ㊿社会的入院の裏に隠れる課題・疾患を見つけよう……………3523, ㊽家族の介護の状況を考える……………3527, ㊿患者・家族の価値観に合った治療・療養場所を考えよう……………3530, ㊽病気の全体像を把握し、適切に情報を共有しよう……………3534, ㊿家族面談時の看護師の役割① 感情に配慮しよう……………3538, ㊿家族面談時の看護師の役割② 患者の価値観と家族の思いを聞く……………3543, ㊿家族面談時の看護師の役割③ 面談の前後でできること……………3545
- ◇排便トラブルの“なぜ!?”がわかる(三原弘)
㊽排便の生理と異常……………3523, ㊿救急外来でこんな相談を受けたら……………3527, ㊿病棟における排便トラブル対応……………3530, ㊿外来における排便トラブル対応……………3534, ㊿患者指導における食事にまつわる排便トラブル対応……………3538, ㊿食事以外の患者指導にまつわる排便トラブル対応……………3543, ㊿薬剤にまつわる排便トラブル対応……………3545

問題解決のための理論と実践をQ&A形式で具体的に解説

感染対策60のQ&A

医療関連感染対策の現場で起こる複雑で多様な問題を解決する情報が満載。押さえておきたい60テーマを8カテゴリー(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)に分類し、Q&A形式で具体的に解説。姉妹書の『感染対策40の鉄則』とともにIPC(医療関連感染の予防と管理)に取り組む人の心強い相棒!

坂本史衣



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

緊急度・重症度からみた 症状別看護過程 第4版 +病態関連図

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した症状別看護過程の決定版。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しました。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冊です。

編集 井上智子
窪田哲朗



ポケットドラッグズ Pocket Drugs 2024

カラフル& コンパクト

監修：福井 次矢 編集：小松 康宏，渡邊 裕司

書籍詳細



臨床現場で本当に必要な 情報だけをまとめた ポケット判医薬品集

- 主な内服薬の写真入り
- ハイリスク薬など安全性情報も充実

文庫本サイズで
白衣のポケットにも
入れやすい!

医学書院

● A6 頁1248 2023年12月発売 定価：4,840円(本体4,400円+税10%)
[ISBN 978-4-260-05278-8]

医学書院の看護系雑誌

看護管理 1月号 Vol.34 No.1 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

特集 コロナ禍での看護管理者 の倫理的苦悩

振り返りを通じた「癒し」と「許し」

キャサリン先生を第27回日本看護管理学会学術集会に招いた意図……別府千恵
【第27回日本看護管理学会学術集会講演録】
Steadying the Nursing Profession Through the Storms: An Ethical Practice
……キャサリン・ブラウン・ザルツマン(Katherine A. Brown-Saltzman)
【座談会】コロナ禍での看護管理者の倫理的苦悩を振り返る
……キャサリン・ブラウン・ザルツマン/別府千恵/吉部恵理子/佐藤佐都美/熊木孝代/松尾晴美
座談会を振り返って……松尾晴美/熊木孝代/佐藤佐都美/吉部恵理子
新巻頭シリーズ 気になる病院の魅力……藤井将志/松岡真由美

新連載 政策をヒントに、看護管理をブラッシュアップ……小野田 舞
24時間戦えません 看護職と睡眠の深い世界……藤野葉子ほか

Now on Printing

訪問看護と介護 1月号 Vol.29 No.1 1部定価：1,650円(税込)
冊子版年間購読料：9,636円(税込)
隔月刊

特集 「低栄養」打開の鍵は、 多角的な栄養アセスメント!

病態と低栄養を結びつけ、根本原因に迫る

【レクチャー】
居宅療養高齢者の栄養状態の現状と、そこにどう介入するか……佐々木淳
訪問看護で必要な多角的な栄養アセスメント——病態と栄養のつながりを見る視点
……清水奈穂美
【病態×栄養 実践報告】
①パーキンソン病の人へのアプローチ……茨木あづさ
②不安定な肝性脳症の人へのアプローチ……坂本由規子
③褥瘡のある人へのアプローチ……朝倉之基
【特別記事】なぜ訪問看護が「腹膜透析」をみられるとよいのか……片岡今日子

Now on Printing

看護教育 1月号 Vol.65 No.1 1月下旬発行

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

助産雑誌 1月号 Vol.78 No.1 1月下旬発行

特集 データで見る「助産所のお産」

診療所との連携で実現する安全性と継続性

保健師ジャーナル 1月号 Vol.80 No.1 1月下旬発行

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

看護研究 1月号 Vol.57 No.1 1月発行

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

精神看護 1月号 Vol.27 No.1 1部定価：1,650円(税込)
冊子版年間購読料：8,382円(税込)
隔月刊

特集 発達障害は当事者に聞け!

新時代の「知」を切り開く人たち

【当事者発信と科学研究】自閉症論の領域を中心として……狩野祐人
【発達障害当事者からみた当事者研究】「等身大の自己」がもたらす革命とつながり
……綾屋紗月
【ジャンルをゆうに超えて】「困りごとでつながる」がひらくフロンティア……鈴木大介
【「発達境界」を無視できない!】当事者自助グループが生み出す新たな「知」……横道誠
【むしろ私は「動けない」】何もしないでぼーっとしている人……柴崎友香
【精神医学からみて】ASD/ADHDを分ける(厳密に診断する)意味はあるのか?
……兼本浩祐
対談 われらADHD探検隊……高野秀行×角幡唯介
【特別記事】意外と知られていない睡眠障害と神経発達症……細野里瑛、堀内史枝
【特別記事】褥瘡治療の基本をアップデートしよう……清水勇雄
【フィールドノート】シャユククリニック留学記——複数性、外国人性と治癒……橋本和樹



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!

