

2011年5月30日

第2930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
JCOPIY (社)出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [特別寄稿]日本の労働環境におけるエンパワメントの在り方とは(金井Pak雅子).....1-2面
[連載]DPCの基礎知識/キャリア発達支援.....3-4面
[インタビュー]職業人として真に自律するために(見藤隆子,前田樹海).....5面
[連載]フィジカルアセスメント/看護のアジェンダ,他.....6-7面

特別寄稿

日本の労働環境におけるエンパワメントの在り方とは 米国・カナダの研究者へのインタビューより

金井 Pak 雅子 東京有明医療大学看護学部看護学科学科長/教授



●金井 Pak 雅子氏

1972年神奈川県立衛生短大衛生看護科卒。83-88年ハワイ州クイーンズメディカルセンター。85年南オレゴン州立大看護学部卒。88年ハワイ大大学院修士課程修了後、東邦大医療短大講師、95年国際医療福祉大助教授、99年女子医大教授を経て、2009年より現職。同年アリゾナ大大学院博士課程修了。現在、国際看護師協会理事を務める。

第100回を迎えた2010年度看護師国家試験では4万9688人の看護師国家資格者が誕生した(うち新卒者は4万6785人)。希望に燃えて臨床現場で働く彼らのうち、1年も経たないうちに離職する看護師は8.6%に上る(日本看護協会2010年「病院における看護職員需給状況調査」)。一方、常勤看護職の離職率は11.2%(同調査)。離職の原因には、出産や育児など女性としてのライフイベントも挙げられるが、それらのみが原因とは限らない。離職を余儀なくされる背景にはどのような問題があり、どう解決すればよいのだろうか。

本紙では、このほど米国・カナダの3人の研究者を訪ね、インタビューを行った金井氏にご寄稿いただいた。看護師が生き生きと働き続けられる労働環境とそのマネジメントの在り方について、ともに考えたい。(編集室)



●ラシンジャー氏

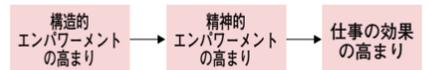
ところ、2011年1月ようやくアポイントが取れた。ウエスタンオンタリオ大は、トロントから飛行機で40分ほどのロンドン市にある。英国のロンドンをまわっているといわ

れ、市内を流れる川も「テムズ川」と名付けられている。1月のカナダは、本当に寒い。ロンドン市に到着したときの気温はマイナス20℃。風が痛いと感じるほどであった。

大学に到着すると、ラシンジャー氏自ら入口まで迎えに来てくださった。そして、研究室に案内され、外の寒さを忘れるほど研究の話に花が咲いた。今後のカナダと日本との共同研究についても話を進めることができた。博士論文を仕上げた後から2年あまりでラシンジャー氏に会えて本当にうれしかったし、何よりの収穫はやはり、ラシンジャー氏の研究への熱意とその温かい人柄に触れられたことであった。

ラシンジャー氏は、ロザベス・モス・カンター氏の『Men and Women of the Corporation』の中で提唱されているエンパワメントの概念を基に、ワーク・エンパワメント理論を開発した。氏は、「この理論は独自のものというより、カンター氏の『組織で働く人々のエンパワメント』を基に、スプレイザー氏の『精神的エンパワメント』の概念を取り入れ開発した」と表現している。

ワーク・エンパワメント理論は、構造的エンパワメント、精神的エン



●図1 ワーク・エンパワメント理論

パワメント、仕事の効果、という大きく3つの概念から成っており(図1)、構造的エンパワメントが高まると精神的エンパワメントも高まり、結果として仕事の効果も高まるという理論である。ラシンジャー氏は3つの概念のうち、構造的エンパワメントの下位概念を、①向上する機会、②インフォメーション、③サポート、④リソース、⑤フォーマルな権限、⑥インフォーマルな権限、と定義し、構造的エンパワメントの測定尺度として「Condition of Work Effectiveness Questionnaire」(CWEQ)を開発した(現在はCWEQ-II)。

この構造的エンパワメントの6つの下位概念は、管理職にとって部下のやる気を向上させるための具体的示唆を得ることに活用できる。例えば、「①向上する機会」は専門職としてスキルアップに具体的につながるようなチャンスを用意につくることであり、「②インフォメーション」は情報をできるだけオープンにすることである。もち

(2面につづく)

筆者は以前、米国ペンシルベニア大教授のリンダ・H・エイケン氏と共同で、日本の看護師のバーンアウトについて調査したことがある(註1)1)。エイケン氏は2007年に開催された国際看護師協会・横浜大会の折に来日した際、日本での調査結果で55.8%の看護師が高いバーンアウトを示し、34.6%の看護師が退職を予定していることについて、「management failure(管理の失敗)」と表現した2)。

看護師の労働環境の改善はいわば永遠のテーマであるが、臨床現場において、看護師が自己の仕事に対してより積極的、かつ自信を持てるよう援助する仕組みを構築することができたならば、看護師の離職率は低下することであろう。そのような仕組みを構築する

ために「ワーク・エンパワメント理論」(Work Empowerment Theory)を提唱したのが、カナダのヘザー・K・ラシンジャー氏(ウエスタンオンタリオ大教授)である。

筆者は今年1月にラシンジャー氏を訪問する機会を得た。またラシンジャー氏のワーク・エンパワメント理論に活用されている「精神的エンパワメント」尺度の開発者であるグレッチェン・スプレイザー氏(米国ミシガン大教授)と、エイケン氏の右腕として活躍し2007年にエイケン氏とともに来日したショーン・P・クラーク氏(トロント大教授)にもインタビューを行った。本稿では、3人へのインタビューから、日本の看護労働とエンパワメントについて考察したい。

カナダにおける新たな課題は「いじめ」

ラシンジャー氏は、1992年からウエスタンオンタリオ大のHealth Human Resources 研究の責任者として、看護師の労働環境に関連するワーク・エンパワメントの研究に取り組んでいる。筆者はそれまでのバーンアウトに関する研究結果から、看護師長のリーダーシップがいかにスタッフナースの

働き方に影響するかについて、さらに深く探求するようになった。そして、アリゾナ大大学院博士課程で学ぶなかでラシンジャー氏のワーク・エンパワメント理論に出会い、自らの博士論文にそれを活用するに至った。

氏は大変忙しく、昨年9月に電話とメールにて訪問できる日程を伺った

May 2011 新刊のご案内 医学書院
ここからはじめる研究入門
糖尿病医療学入門
認知行動療法トレーニングブック
精神科退院支援ハンドブック
個人授業 心電図・不整脈
日本腎不全看護学会誌
看護のための人間発達学
2012年版 系統別看護師国家試験問題
2012年版 准看護師試験問題集
2012年版 保健師国家試験問題
今日の診療プレミアム Vol.21
今日の診療ベーシック Vol.21

一部の商品を除き、本体価格に税5%を加算した定価を表示しています。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

特別寄稿 日本の労働環境におけるエンパワーメントの在り方とは

(1面よりつづく)

ろんすべての情報を流すわけにはいかないが、働く者にとっては自施設の状況について知る必要がある。「③サポート」は当然のことで、管理職から同僚からの支援は欠かせない。「④リソース」はスタッフにとって、例えば専門看護師を活用できることで仕事の充実が図れる。CWEQ-IIでは、これら6つの下位尺度それぞれにスコアが出るため、相互に比較することができる。

一方、仕事の効果には「低いバーンアウト」や「高いコミットメント」など、さまざまな概念を取り入れている。ワーク・エンパワーメント理論を活用すると、構造的エンパワーメントおよび精神的エンパワーメントと仕事の効果として、さまざまな概念を投入することができる。ラシンジャー氏のもとには、このワーク・エンパワーメント理論について研究指導を受ける学生が後を絶たない。彼らにより、これまでにこの理論を使った研究が数多く報告されている。

今回のインタビューでラシンジャー氏は、カナダの看護師の労働環境における新たな課題として、職場における「いじめ」の問題が浮上していることを挙げた。いじめに関する実態について正確な把握はまだなされていないそうだが、実態調査も少しずつ進められており、文献にもいくつか報告されているという。いじめは微妙な問題でもあり、人間関係の相互作用でもあるので、その実態把握はかなり難しいことであろう。

管理者のリーダーシップとスタッフのエンパワーメント

ミシガン大のスプレイザー氏もアポイントメントをとることにかなり難航した。とにかく忙しい教授である。今回は、昼休みを利用してのインタビューであった。教員や訪問者専用のレストランがあり、そこで昼食をご馳走になりながら、スプレイザー氏の開発した精神的エンパワーメントについて



●スプレイザー氏(左)と筆者。

開発の経緯などを伺った。スプレイザー氏が精神的エンパワーメントの測定尺度を開発したのは1995年である⁴⁾。当時、自動車メーカーとして有名なゼネラルモーターズの間管理職を対象に研究を行い、従業員と管理職との関係について追究していたという。

スプレイザー氏の開発した精神的エンパワーメントは、①意味や意義を見いだすこと(仕事の役割と自己の信じるものや価値を置くものが合っていること)、②自己決定(仕事のやり方などについて自立していること)、③影響力(仕事においてアウトカムや運営に関して影響を与えられること)、④仕事を遂行していく能力があると思うこと、という4つの下位概念から成る。スプレイザー氏はラシンジャー氏とも連携し、CWEQ-IIの6つの下位概念と精神的エンパワーメントとの関係についても分析している。また仕事の効果に関しても、精神的エンパワーメントの4つの下位概念と組織コミットメントとの関連についても大変興味を示している。

スプレイザー氏とのディスカッションでは、筆者のテーマでもある管理職のリーダーシップとスタッフの精神的エンパワーメントとの関係について話が弾んだ。スプレイザー氏の専門であるマネジメントにおいて、管理職はどのように意思決定しリーダーシップをとるのか、部下をいかにリードし組織発展(organizational development)を図るかが語られた。管理職のリーダーシップがいかにスタッフの働き方に影響するか、スプレイザー氏の話にはかなり熱が入っていた。

その役割を遂行するために、主に病院にてスタッフナースや看護師長の研究を、研究資金の獲得や研究計画の立案、結果の分析などの側面からサポートしている。また分析においては、得意とするSPSSの使い方なども指導している。

筆者は、2000年に日本看護協会・政策立案のための基盤整備推進事業「看護職需給推計のあり方に関する研究」の一員として、このリサーチ・ユニットを訪問した。その後、このユニットの創設者のひとりであるリンダ・オブライエン・パラス氏が日本に招聘された際には、リサーチ・ユニットやカナダの看護労働市場について本紙(第2393号)および『看護管理』誌(10巻7号)において紹介している。オブライエン氏は現在病気療養中のため休職しているが、今回のトロント訪問において幸いにも会うことができた。

業務量を増やす電子カルテによる記録

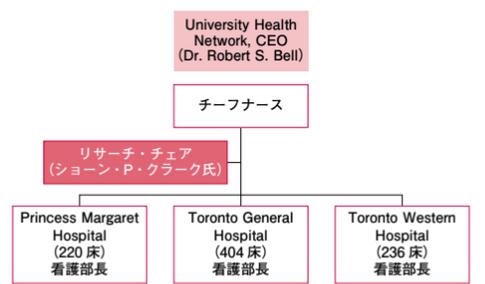
リサーチ・ユニットが開設されたころ、カナダでは看護師不足が深刻だったが、現在看護師数は充足しているという。その理由は、経済不況により看護師が離職しなくなっているからだ。そのため新卒看護師は、卒業後就職までに半年ほどかかっているのが現状である。米国でも同じような状況であると聞いた。しかし、クラーク氏はこのような状況がカナダで長く続くとは考えていない。なぜなら、現在カナダにおける看護師の平均年齢は46歳であり、退職を間近に控える看護師も少なくないからだ。スタッフナースの場合、労働状況から鑑みて60歳まで働く人は少ないという。そのため、看護学部の定員は以前と変わらず高い競争率を維持している。

クラーク氏は、看護師が現在抱えている課題として「記録」を挙げた。ある文献によると、仕事をしている時間の3分の1以上を記録に費やしている。しかし、長時間かけて記録をしたとして、問題となるのは、その記録が次の勤務に活用されているのか否かである。看護としては、標準的なケアが提供されたかどうかが本来の論点であるにもかかわらず、そのことよりも「その勤務で何をしたか」が強調されている。これは大きな問題だとクラーク氏は言う。

さらに電子カルテをはじめとしたIT技術の発展は看護師の業務量を軽減させるはずであったが、現状ではかえって業務量を増加させている。それがリーダーシップの問題なのか、システムの問題なのか、いずれにしても看護の研究者が介入すべき課題だとクラーク氏は述べた。

管理者が自信を持ってマネジメントに取り組むには

看護界で有名なクラーク氏とラシン



●図2 トロント大におけるリサーチ・チェアの位置付け

ジャー氏、そしてマネジメントの分野で世界的に有名なスプレイザー氏へのインタビューを通し、日本の看護労働環境において、組織で働く人々をいかにエンパワーすることが組織としての生産性を上げることに繋がるか、あらためてその重要性を確認した。クラーク氏の立場はリサーチ・チェアであるが、組織としてこのような人材を的確なポストに置くことで、スタッフに対するリソースとして活用することができる。スタッフが臨床の問題に直面したときに、アドバイスをもらえるといういわばインフラ整備である。

さらに重要なのは、管理職、特に看護師長のリーダーシップがいかにスタッフをエンパワーするかということである。リーダーシップの具現化として、構造的エンパワーメントの6つの下位概念を臨床現場で適応させることが、スタッフの精神的エンパワーメントにつながる。具体的には、スタッフに情報を的確に与えること、適切なサポートをすること、仕事を通じて各自が向上できる機会を与えること、である。

今回のインタビューを通して、看護管理者がより自信を持ってマネジメントできるよう、管理者教育(ファースト、セカンド、サードレベル)にもさらに力を注ぐ必要性を実感した。

註1)「Nursing Work Indexを用いたヘルスケアアウトカムの日米比較研究」平成15年度ファイザーヘルスリサーチ国際共同研究(代表=金井Pak雅子)

註2)1990年、トロント大教授のリンダ・オブライエン・パラス氏とマクマスター大教授のアンドレア・パウマン氏により、カナダの看護の労働環境改善を目的に開設された。リサーチ・ユニットは、研究の焦点と政策への反映の観点から名称を3回変更しているが、いずれもMinistry of Health and Long-Term Care(MOHLTC)より研究資金の援助を受けている。

●参考文献

- 1) 金井Pak雅子, 他. 焦点: 日本の看護師の労働環境の実態—リンダ・エイケンとの共同研究. 看護研究. 2007; 40(7): 3-70.
2) 特集: リンダ・エイケンが診た日本の労働環境, 危機のシグナル. 週刊医学界新聞. 2007; 第2749号.
3) Kanter RM. Men and women of the corporation. Basic Books; 1977.
4) Spreitzer G. Psychological empowerment in workplace: dimension, measurement, and validation. Acad Manage J. 1995; 38(5): 1442-65.

スタッフの研究を支援するリサーチ・チェア

クラーク氏は、カナダにて看護の博士号を取得後、ポスドクとしてエイケン氏のリサーチ・ユニットに参加し、その後研究者として貢献した。博士論文では循環器看護をテーマにしていたが、このリサーチ・ユニットでは看護師の労働環境に関する国内および国際共同研究を数多く手がけている。現在トロント大の看護学部教授としてリーダーシップ・ポリシーの科目を担当し、Nursing Health Service Research Unit(註2)の研究メンバーにも名を連ねている。さらにクラーク氏は、臨床と研究をつなぐいわゆる「ユニフィケーション」のポジションである「リサーチ・チェ

ア”(研究統括者)としても活躍している。

リサーチ・チェアは、トロント大の3つの関連病院を統括するチーフナースのスタッフポジションである(図2)。病院における彼の役割は、看護師の教育、その中でも研究に対するモチベーションアップと研究能力の向上である。病院と大学の両方にオフィスを持つクラーク氏は、



●クラーク氏

好評書「看護サービスマネジメント—「患者」から「顧客」の時代へ」がリニューアル!

質が問われる時代の看護サービスマネジメント

人材育成コンサルタントとして病院の研修に数多く携わっている著者が、「医療はサービス業である」という視点から、一般企業のマネジメント事例やマネジメント論を取り入れて独自の「看護サービスマネジメント」について言及。著者自身が看護や医療現場を実際に見聞きする中で得た改善・改革のヒントは、きわめて具体的。組織的サービスの質を高めることが求められる今日の看護師・看護管理者に、患者サービスの本質を伝える1冊。

江藤かをる エデュネット協会代表



ティーチングとコーチングを使い分ける! これがポイント

看護にいかすリーダーシップ 第2版

ティーチングとコーチング, 場面对応の体験学習

本書では、リーダーシップとは何かといった基本から、リーダーシップを発揮できるようにするために、どのようにティーチングとコーチングを使い分けていくのかといった応用までを解説。さらに、リーダーシップに必要なコミュニケーションスキルを体験しながら身につけていけるよう、さまざまな演習を紹介している。リーダーシップを「わかる」だけでなく、「できる」を目指してまとめられた一冊。

諏訪茂樹 東京女子医科大学看護学部准教授



ナースのための DPC の 基礎知識

皆さんは「DPC」をご存じですか？ DPCに興味がある方もない方も、たまたまこの欄に目があったあなたも、DPCの基礎知識をぜひ身につけてください。日常業務の場面でも、看護研究を行う場面でも、その知識はきっと役立つはずです。本連載(全3回)ではDPCの「基礎の基礎」について、できるだけ平易な表現でお伝えします。

林田賢史 産業医科大学病院
医療情報部副部長/准教授

はやしだ・けんし ● 1995年東大医学部保健学科卒。社会保険中央総合病院にて看護師として、IT企業にてITエンジニアとして勤務。広島大学大学院歯歯薬学総合研究科(公衆衛生学)助手、京大大学院医学研究科(医療経済学)助教・講師を経て、2010年7月より現職。医療・看護経済学をベースに、政策・マネジメントに関する教育や研究、現場での実践を行っている。博士(社会健康医学)。

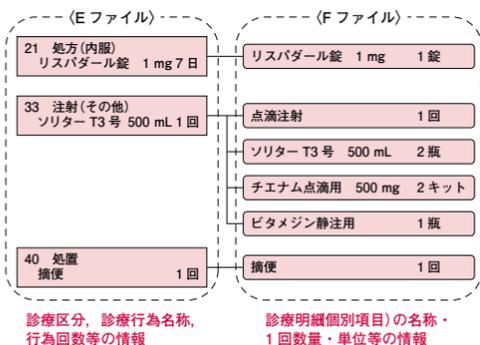
第2回

DPCの 利用・活用例

DPCデータのデータ項目を理解しよう

今回のテーマである「DPCの利用・活用」においては、DPCデータの理解が必要になってきます。様式1とE・Fファイルの主なデータ項目を表にまとめましたのでご覧ください。

様式1は簡易版の退院サマリーで、患者の性別や生年月日、入院年月日、病名・手術情報、各種の(入院時)スコア等、さまざまな診療録情報があります。患者がどのような状態で入院



●図1 EファイルとFファイルの関係

●表 DPC関連データ (データ項目に関して一部抜粋)

様式1 (診療録情報)	病院属性等	施設コード、診療科コード
	データ属性等	データ識別番号、性別、生年月日、患者住所地域の郵便番号
	入退院情報	入院年月日、退院年月日、予定・救急医療入院、退院(転科)先、退院時転帰、入院から24時間以内の死亡の有無
	診断情報	主傷病名、入院の契機となった傷病名、医療資源を最も投入した傷病名、入院時併存症(4疾患以内)、入院後発症疾患(4疾患以内)
	手術情報	手術名・手術日・麻酔の種類(5つ以内)
Eファイル (診療明細情報)	施設コード、データ識別番号、入院年月日、退院年月日、データ区分、順序番号、実施年月日、診療行為名称、行為回数、行為点数、行為薬剤料(再掲)、行為材料料(再掲)、診療科区分、医師コード、病棟コード	
	Fファイル (行為明細情報)	施設コード、データ識別番号、入院年月日、退院年月日、データ区分、順序番号、レセプト電算処理システム用コード、診療明細名称、使用量、基準単位、行為明細点数、行為明細薬剤料、行為明細材料料

してきて、主にどのような手術を受け、何日間入院して、どのような状態で退院していったか、概略が把握できます。

E・Fファイルは月に1つ作成されるファイルで、「診療報酬点数がいくらの診療行為をどれだけ実施したか」の情報が含まれます。ただしEとFファイルでは、情報の種類や粒度が少し異なります。共通してあるのは、データ識別番号(患者IDに対応)、入院年月日、データ区分(手術、検査、処方等の診療区分に対応)等です。一方固有なものは、Eファイルは実施年月日や行為回数、病院によっては病棟・医師情報であり、Fファイルは診療明細名称・使用数量・基準単位です。

E・Fファイルは親子の関係になっていて、実施日情報はEファイルに、診療行為の詳細情報はFファイルにしかありません。これは、Eファイルが出来高で請求する場合の一連の診療行為に対して1つレコードがある(そのためEファイルの行為点数合計は出来高請求時の入院全体の診療報酬点数と一致します)のに対して、Fファイルは各オーダの詳細(オーダの中身である行為、薬剤、材料)情報があるためです(図1)。したがって、1日に同じオーダ内容が複数回ある注射等の1日量は、「1回数量(Fファイルの使用量)×回数(Eファイルの行為回数)」になります。

DPCの利用・活用例

◆その1:主に様式1を使った患者状態や主要な診療内容分析

様式1を用いると、入院患者の年齢層、主要な疾患、入院期間、手術の頻度、ADLスコア等が、病院全体としてあるいは診療科別等でわかります。またこれらを組み合わせることで、疾患別平均入院期間等の情報もわかります。さらに、入院退院の2時点の情報があるADLスコアやJCSを用いると、入院期間中にそれらが改善したかどうか等診療の質を評価することも可能です。もちろん、

		前日	手術日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
CP	注射	輸液製剤 A	○	○	○			
		抗菌薬 A	○	○				
	処置	処置 A				○	○	○
		検査	検査検査 A		○			
患者 A	注射	輸液製剤 A	○	○	○			
	注射	抗菌薬 A	○	○				
患者 B	注射	輸液製剤 A	○	○	○			
	注射	抗菌薬 A	○	○				
患者 C	注射	輸液製剤 A	○	○	○			○
	注射	抗菌薬 A	○	○				○
患者 D	注射	輸液製剤 A	○	○	○	○	○	○
	注射	抗菌薬 A	○	○				

●図2 診療プロセス分析を用いたCPのマネジメント (実施状況について、回数情報は省き、実施の場合「○」と表示した例)

診療の質、特にアウトカムの評価に当たっては、患者の重症度等での補正が必要であり工夫は必要ですが、様式1には重症度情報も一部含まれていますので、重症度等のリスク補正済み分析も可能です。

◆その2:主にE・Fファイルを使った診療プロセス分析

E・Fファイルを用いると、「どのような診療行為を」「いつ」「どれだけ」実施したかがわかるため、診療プロセスを時系列で把握できます(ただし、投薬の場合は定期・頓服にかかわらず初日が実施日になる、喀痰や便等の細菌培養の場合はオーダ日が実施日になる等の例外は存在します)。つまり、手術日等を起点としてその前後の診療内容がわかるわけです。そのため、いろいろな活用方法があります。

例えばクリニカルパス/クリティカルパス(CP)の作成・運用・評価・改訂等のマネジメントでの活用です(図2)。ある疾患や手術に関してCPを作成する際には、手術日等を起点とした診療プロセス分析が必要になると思います。その際、E・Fファイルを用いると、手術日の前後何日目にどのような検査、処方、注射、処置等を、どれだけの量・回数実施しているか、さらにそれが全体でどれだけの頻度(割合)なのかがわかります。分析と言うと大変な作業のようですが、例えばおのおの患者のEファイルのデータを実施年月日順に並べて、手術日前後の診療内容を日付ごとに診療区分もしくは診療行為レベルで整理するだけでも、診療プロセスの概略は把握できます。もちろん、CP作成時だけではなく評価時においても、バリエーションが発生している患者把握ができるなど、マネジメントに有用です。また、バリエーションが発生している患者の様式1データも用いることで、バリエーションが発生している患者像の分析も可能です。

◆その3:他のデータとの組み合わせによる診療・経営の質向上・改善

他のデータとの組み合わせという点でも、DPCデータの利用価値は大き

いと言えます。例えば、看護必要度データや看護師の配置状況(人数、経験年数、認定・専門看護師の取得状況)との組み合わせです。詳細は割愛しますが、看護師の配置状況とDPCデータで利用可能な診療の質指標を組み合わせることで、診療の質に与える看護師の影響等が把握できます。

Garbage In, Garbage Out (ゴミを入れてもゴミしか出ない)

最後にDPCデータを利用するに当たって注意してほしいことを1つお伝えします。それはDPCデータの質に関することです。DPCデータを使う際、どんなに素晴らしい目的や方法で分析しても、もし分析対象データの質が悪いものであれば意味がありません。収集・蓄積したデータが正しいものでないと、正しい分析結果は導き出されないからです。

データの質を損なうものとしては、例えば誤入力もあれば、データの欠損もあるでしょう。また、そもそもマスターファイルが整備・更新されておらず、せっかくのデータが質の悪いデータとなっていることもあります。より意味のある分析を実施するためにも、データの質の確保(漏れのない正確なデータ入力やマスターファイルの整備・更新等)には、ぜひ力を入れてください。

*

さて、今回はDPCの利用・活用に関して少し具体的に紹介しました。DPCデータを用いた分析は、データ分析に慣れていない方にとっては、心理的なハードルが少なからずあるものかもしれません。しかし、「DPCデータにはこういう項目があってこういう利用・活用方法があるのか」とまずは興味を持っていただければうれしく思います。ぜひ食わず嫌いにならずに、DPCデータを利用・活用してください。

次回の最終回では、DPCの今後の動向等について、ご紹介いたします。

“DPCの第2波”を解説

基礎から読み解くDPC 第3版

実践的に活用するために

2010年度のDPC改定により、「調整係数」が段階的に廃止され、「DPCの第2波」といえるほど大きな意味を持つ改定となった。本書では、2010年度の改定点を中心に、DPC制度に関する解説に加え、医療産業界からの疑問に答える形の解説を展開する章も新設。DPCの概要の理解だけでなく、DPCを用いて実践的な分析ができるような内容・解説も盛り込んでいる。

松田晋哉
産業医科大学公衆衛生学教室教授



テーマ設定から文献検索/執筆/発表まで。心の負担を軽く、研究の質を高める入門書

ここからはじめる研究入門 医療をこころざすあなたへ

First Steps in Research: A Pocketbook for Healthcare Students (Physiotherapy Pocketbooks)

医学・保健医療系学生のレポート/卒論執筆、コ・メディカルのはじめての病棟研究をサポートするやさしい入門書。テーマ設定から文献検索/執筆/発表まで、心の負担を軽く、研究の質を高めよう。指導教員との面会の仕方や心構えにはじまり、文献検索や倫理、「サンプルとは何か」「妥当性とは何か」といった基礎事項をカバー。コミカルな図/読みもの調の文体/手ごろな分量で手にとりやすい。ネット世代の学生の参考図書にも。

著 Stuart Porter
訳 武田裕子
ロンドン大学大学院・衛生熱帯医学



看護師のキャリア発達支援

組織と個人、2つの未来をみつめて

第2回 組織ルーティン

看護師の熟達に関する研究といえは、やはり Benner の功績が大きい¹⁾。彼女は Dreyfus らのモデル²⁾を用いて、課題の理解の仕方や意思決定の方法が5段階(初心者、新人、一人前、中堅、達人)を経て質的に変化することを示した。このモデルでは、熟達するにつれ、状況把握や対処方法の選択が迅速かつ柔軟に、自動的に行われるようになる。第4段階「中堅」では、状況を全体として直観的にとらえた後、こつによって行動が導かれるようになり、第5段階「達人」では、分析的思考には一切頼らず直観的に状況を把握し、適切な行動に結びつく状態になる。確かに患者の容体が急変したときなど、看護師が分析的思考に頼らず瞬時に行動することが生死を分ける場面もあるが、日常的には迅速化、自動化が必ずしも質の高い看護を保障するわけではないように思う。

ルーティン・エキスパート

認知心理学では、熟達者を「手際のよい熟達者(ルーティン・エキスパート)」と「適応的熟達者」とに区別する考え方がある³⁾。前者は、タイピストなど、同じ作業を繰り返すうちに速さと正確さを身につけた状態を指す。後者は、チェスや医学的診断など、複雑な課題遂行を繰り返した結果、状況変化にも柔軟に対応して適切な解を導けるようになった状態を指す。これなら、単に要領よく仕事をする看護師(手際のよい熟達者)と、状況に応じて適切なケアを選択して提供する看護師(適応的熟達者)を区別できそうだが(図上)。

しかし、別の考え方も示されている。飲食店や販売のアルバイトが、客の要望などイレギュラーなことにも次第に柔軟に対処できるようになり、決まった仕事は手間を省きながら速く正確に行う方法を工夫することを観察した楠見は、彼女らを「手際のよい熟達者」と述べた^{4,5)}。単に決められたやり方のスピードアップにとどまらず、柔軟に創造的に仕事に取り組んでいるようにみえるこの状態でも「手際のよい熟達者」であるならば、現場を支えている頼もしい中堅看護師たちは皆「手際のよい熟達者」なのだろうか。

2つの熟達者の線引きは、「ルーティン」をどうとらえるかで変わってくる。辞書では、「ルーティン」は「定期的に物事を行う際の通常の順序および方法」「日常の仕事などで、型どおりの決まりきったもの」などと定義さ

れている。しかし、日常的に繰り返される行為に「臨機応変な対応」も含まれ、ルーティンの範囲は一気に広がる。精神病院のナースステーションでフィールドワークを行った福島は、看護師が記録をしながら薬を確認し、時に医師に問い合わせ、時折訴えながらステーションに入ってくる患者に対応する場面について、非常に複雑な仕事だが、当の看護師にとっては異常事態ではなく、毎日繰り返されるルーティンだと述べた⁶⁾。ルーティンに振れ幅があると考えると、看護師の仕事は、例えばベルトコンベヤーで作業する工具に比べて振れ幅が大きいと解釈できる。ルーティンを幅広くとらえると、複雑な仕事を日常的として見事に遂行している看護師たちは、誇るべき「ルーティン・エキスパート」なのかもしれない(図下)。

組織の価値観の具現、組織に蓄積された知識

経営学や組織心理学では、組織のルーティンに積極的価値を見いだしている。例えば、ルーティンは「共同して働く人々の規則的で予期できるすべての行動パターン」と定義され、技術的な手順だけでなく、製品開発や経営戦略などあらゆる場面に存在するものとされる⁷⁾。ルーティンは、過去に同様の場面で行われた意思決定とその結果から、「こういうときには、こうする」といい、「こうしてはいけない」という知恵を伝承し、意思決定にかかる時間やリスクを大幅に減らす。また、その組織が何に重きを置き、何を優先しているかは理念の文言にではなく、組織のメンバーが実際にどう行動しているかに表れる。組織のルーティンは、組織の価値観であり、組織に蓄積された知識なのである。

しかし、ルーティンにはあらゆる可能性を検討し、最適解を得ることを妨げる側面もある。特に、環境が変化している場合、ある環境に高度に適応した「ルーティン・エキスパート」が最適な選択ができるとはいえない。

ルーティンを超える必要性

「ルーティン」を幅広くとらえるなら、課題の複雑さ・範囲というより、課題の遂行に重きを置くか、課題を取り巻く環境や条件にも目を向け、ルーティンそのものを見直すことができるので、「ルーティン・エキスパート」と「適応

的熟達者」を区別してもよいかもしれない。

考えてみると、Dreyfus らは航空機パイロットやチェスプレイヤー、ドライバー、外国語を学ぶ成人をモデルとし²⁾、波多野と稲垣は、チェス、スポーツ、医学的診断を「適応的熟達」の例とした³⁾。これらは確かに複雑な課題だが、ゲームのルールや交通ルールは基本的には一定で、航空力学や病理学も進歩はするが、日常的にルールが変わるわけではない。多様であり変化する人間の生活・価値観・人生にかかわる看護師こそ、「ルーティン・エキスパート」を超える必要があるのではないか。組織の有能さ、あるいは適応能力は組織のルーティンで決まるが、組織の持続可能性、長期適応能力は環境の変化に応じてルーティンそのものを変化させられるかで決まる。

組織の中での熟達

さて、既に機能している組織に加わった新参者の熟達過程を考えると、「正統的周辺参加理論」が参考になる⁸⁾。彼らは、新参者が周知的でより軽くより単純な作業から本質的な活動へと、徐々に参加の度合いを増しながら、十全的な実践者へと転身する過程を「状況に埋め込まれた学習」ととらえた。新参者は十全の実践者になりたいという欲求によって動機付けられ、徐々に貢献の度合いを増し、共同体の一部となりながら、熟練した実践者としてのアイデンティティの実感を増していく。この理論は、新人看護師が一人前の看護師へと発達する過程をよく説明し、新人看護師に提供すべき環境について豊富な示唆を与える。

しかし、看護師にうまく当てはまらない部分もある。この理論では、まったくの素人が十全の実践者となるまで1つの組織に所属している事例を扱っている。マヤ族の産婆の例では、幼少時から祖母や母の仕事を見たり手伝ったりしながら産婆という職業や文化を学んでいる。しかし看護師は、教育や前職場など別の組織で看護実践に関するルールをある程度身につけ、その後、社会人として病院などの組織に入る。教育や前職場で身につけた価値観や知識、技術は実践共同体への参加過程に

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

武村雪絵

東京大学医科学研究所附属病院看護部長

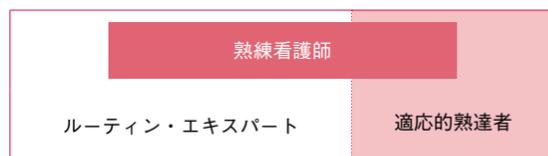
◆ルーティンを狭義にとらえた場合

多くの看護師は複雑な課題を遂行する「適応的熟達者」である。



◆ルーティンを広義にとらえた場合

多くの看護師は複雑な課題を日常として遂行する「ルーティン・エキスパート」。ルーティンそのものを見直すことができる「適応的熟達者」は一部に限られる。



●図 ルーティンを狭義/広義にとらえた場合の適応的熟達者とルーティン・エキスパートの違い

どのような影響を与えるのだろうか。また、正統的周辺参加理論では、一人前になった後の熟達過程、特に組織ルーティンを超える実践が行われる過程については触れられていない。

いざ、フィールドワークへ

私は看護過程の研究で、何人もの看護師のケア場面を観察した。看護が病棟によって、個人によって異なり、その差が患者アウトカムに違いをもたらしていることを確信した。そしてそのとき、ほかの組織メンバーと比べて突き抜けた柔軟さを持ち、心から楽しそうに仕事をしている何人かの看護師に出会った。どうすれば、彼女たちのようにになれるのか、その過程を知りたいと考えた。次回から、6年間のフィールドワークを紹介したい。

参考文献

- 1) Benner P 著. 井部俊子, ほか訳. ベナー看護論——達人ナースの卓越性とパワー. 医学書院; 1992.
- 2) Dreyfus HL, ほか著. 椋田直子訳. 純粋人工知能批判——コンピュータは思考を獲得できるか. アスキー出版局; 1987.
- 3) 波多野諄余夫, ほか. 文化と認知. 坂本昂編. 基礎心理学講座 第7巻. 思考・知能・言語. 東京大学出版会; 1983.
- 4) 楠見孝. 仕事の熟達化に及ぼす社会的支援と知識・技能の構造化——飲食店アルバイトの事例研究. 日本教育心理学会総会発表論文集. 1992; 34: 389.
- 5) 楠見孝. 仕事の熟達化に及ぼす社会的支援と知識・技能の構造化(2)——大学生の販売アルバイトの事例研究. 日本教育心理学会総会発表論文集. 1993; 35: 442.
- 6) 福島真人. 暗黙知の解剖——認知と社会のインターフェイス. 金子書房; 2001.
- 7) Nelson RR, et al. An evolutionary theory of economic change. Belknap Press of Harvard University Press; 1982.
- 8) Lave J, ほか著. 佐伯胖訳. 状況に埋め込まれた学習——正統的周辺参加. 産業図書; 1993.

患者さんの悩みに気づき、看護ケアが実践できる!

<JJNSスペシャル>

これだけは知っておきたい糖尿病

糖尿病の患者指導、患者ケアに必要な最低限の知識をぎゅっと凝縮しました。治療やケアの全体像をイメージでき、患者と共有できる1冊です。日々の看護ケアで思う疑問も、これを読めば納得。情報の整理や「学び直し」にも役立ちます。

編集 榎田 出
武田病院グループ予防医学・EBMセンター長
武田病院健診センター所長



病気の成り立ち理解のための究極の1冊! 項目数もさらに充実!

疾病論 第2版

人間が病気になるということ

人が病気になるとは? 単に病態生理をシエマを駆使し明快に解説するのみでなく、患者の日常風景を小説風に描写し病気の成り立ちを語る。初版で選んだ重要疾患47例にさらに11例を加え、収載項目と内容を充実。免疫学や癌の知識を豊富に盛り込み、急性冠症候群、IgA腎症、非アルコール性脂肪性肝疾患、脳腫瘍、MRSA肺炎、間質性肺炎など主流をなしつつある病態を的確にとらえ、日常的な観察のポイントを明確に提示する。

井上 泰
東京厚生年金病院病理科部長



◆インタビュー (『看護教育』第52巻5号より)

プライドをもって教育された人こそ 職業人として真に自律できる



見藤 隆子氏
元長野県看護大学学長

大学における初の看護婦養成課程が東大で開始されたのが1953年。いまや看護師養成を行う大学は200を数える。多様化する看護あるいは社会のなかで、看護学は今後どのような方向をめざすのだろうか。

組織の発展を考えると、その礎となった歴史から学ぶ意義は大きい。このほど、東大衛生看護学科の第1期生として看護界を牽引してきた見藤隆子氏へのインタビューが実現した。聞き手は、見藤氏の後輩・教え子でもあり、先達の貴重な思いを継承したいという前田樹海氏。本紙では、その模様をダイジェストでお伝えする(全文は、『看護教育』第52巻5号に掲載)。



前田 樹海氏
東京有明医療大学教授

見藤 看護というものの価値は、日本では低く抑えられてきた歴史があります。そうした逆境のなかで、1953年に東京大学に衛生看護学科(以下、衛看)が設置されたことには若いときから感心していました。初代の衛生看護学科主任を務めた生理学講座の福田邦三教授は、英国に留学して医学を学んだ方です。英国の医療を代表するのはやはりナイチンゲールですが、彼女の精神にはキリスト教に根差した、人間に対する平等な愛があります。その精神が医療にとってどんなに重要かを、福田先生は学んでこられたのだと思います。

しかし、当時の日本は医療界に限らずタテ社会で、病院では医師が偉くて、看護婦はその手足のように使われるだけ。何より患者が最下層に置かれていました。そのようななかで、大学教育において看護婦養成を開始した福田先生は、「民主主義」の意義を知っていたのだと私は思っています。

ところが、私たちは学生時代、看護を学ぶ者としてプライドを持つことができませんでした。当時衛看の教授はすべて医師で、私たちは生理学や生化学を医学部水準で教わり、解剖実習も医学部流に行っていました。ですから、実習で看護の先生に「咳が出たときはこういう手当をします」と言われても、「看護を習わなくても医学を学べばわかる」とさえ思っていたのです。

しかし実際には、私が見ていたのは疾患であって、患者さんではなかったのですよね。看護師はまず患者さんが何に苦しんでいるのかを見て、それをいかに軽減していくかを第一に考えてかかります。そこが患者さんの病態にまず注目する医学との大きな違いであり、価値であるはずなのに、医師から教育を受けたことによって、その看護の根本を私たちは教わることがなかったのです。何より教官たちが看護教育に携わることを誇りに思っていないことを感じていましたから、自分たちは医学より一段低い学問を学んでいるという劣等感を感じずにはいられな

かった。こうして私が受けてきた看護教育の歴史を振り返ると、プライドを持って教育された人が職業人として自律できるのだとつくづく思います。

前田 当時の衛看出身者で看護師になった人がそれほど多くないのは、そういった背景があるわけですね。

見藤 そういことです。私が今看護のために頑張れるのは、その後カール・ロジャース(臨床心理学者)のカウンセリングを学び、看護に対して矜持に近いものを持てるようになったからです。彼に人間の平等ということを心底教えてもらった気がするのです。ただ私自身教員になって、学生に自らに誇りを持てるような教育をするのは本当に難しいと感じたのも確かです。

答えはナイチンゲールの言葉に

見藤 そういう苦しい学生時代のなかでも、その後の看護を考える上で大きなヒントになったのは、看護の先生の「患者さんのなかには、治りたくない人がいるのです」という言葉でした。当時は、どういうことなのか疑問を持ったのですが、カウンセリングを学び、「人間って、『患者』といっても千差万別だ」と気付いたのです。だからこそ、さまざまな患者さんを彼らが生きている同じ地点からみることができると看護師が求められるのですね。

実は、ナイチンゲールも『看護覚え書』のなかで、看護師にとって一番大事なものは“Throwing yourself into other's feeling”(他人の感情のただなかに自分を投入すること)だと書いています。相手の感情のただなかに自分を投入しなければ、相手の苦悩を本当に理解することはできない。まさにカウンセリングですよ。

前田 あたかも自分が感じているかのように。

見藤 そうです。私は人間が生きている上での原点は「フィーリング」(感情・感覚)だと思っています。思考も喜怒哀楽もすべてフィーリングが基になっ

ている。それが看護の基本だとナイチンゲールは述べたのです。実は私はナイチンゲールの業績や『看護覚え書』のことは学生時代に教わっていましたが、そのころは陳腐に思えてずっとオミットしていました。ですからこのナイチンゲールの言葉を知り、己の学びの遅さを悔やみました。でも今考えると、東大にいた助手時代からカウンセリングを学ぶなかで、自分をthrowingすることの重要性は事実として学んでいたのでしょうね。

社会的視野で看護を見て

前田 この機会に、看護界に向けてアドバイスをいただけますか。

見藤 やはり世の中を広く見て、看護を社会的視野から位置付けていくことが必要ではないかと思えます。私も若いときはカウンセリングに没頭して視野狭窄でしたが、管理職あるいは学長を務めるようになってから、看護師は国民に奉仕すると同時に、それを応援してもらえる方法を考えなければいけないと思うようになりました。

前田 看護のプレゼンスを示すということですね。

見藤 リーダーによって組織は変わりますから、看護職が組織のトップに就くという決意も大事です。病院も同じで、今こそ看護職副院長は増えてきましたが、まだ院長になることは認められていないですね。

●見藤隆子氏

1957年東大医学部衛生看護学科卒。順大助手、東京女子大教授を歴任し、79年千葉大教授、83年同大看護学部長、86年東大医学部保健学科看護学講座教授、92年同大健康科学・看護学科基礎看護学講座教授。93年日本看護協会会長、95年長野県看護大学学長、2004年日本看護連盟会長などを歴任。

●前田樹海氏

1989年東大医学部保健学科卒。97年同大大学院修士課程修了。2004年長野県看護大学院博士後期課程修了。99年同大講師、2005年同大助教授(07年准教授)を経て、09年より現職。氏が管理する「看護系大学ホームページに聞けVer.4.0」(<http://jukai.jp>)は多くの看護職に活用されている。

米国では看護師が病院の院長・副院長になれる道が開けていて、ただ、副院長募集という広告でも「博士号」が要件である場合が多いようです。以前ペンシルベニア大学のクレア・フェイガン学部長(当時)から「米国で医師と看護師が対等になったのは、看護師が博士号を持ってからよ」と聞いたことがあります。当時ペンシルベニア大学では、基礎教育で医学生と看護学生が共に学ぶ授業があり、そのなかで看護学部の教員が医学生を教えていたのです。そのことを知り、日本でもこのような教育が必要だと痛感しました。

前田 千葉大学では現在、看護学、医学、薬学の職種間連携教育が実践されています。

見藤 そうですか。そういう芽が育っているのはうれしいです。

前田 米国で看護学部の教授が医学生に教えるのが当たり前になっているのは、それだけ看護学が米国で一般化しているということですよ。翻って日本では、これだけの数の大学教育機関ができたことは評価されるべきですが、一般化という観点からすると、多くの一般の人にはまずわからない学問です。ですから次の段階として、広く知られるような一般化に向かわなければいけないと思います。

見藤 看護教員が意識を持って取り組んでいく必要がありますね。以前、大森文子先生が“蒔かぬ種は生えぬ”とおっしゃっていたけれど、今日確かに種だけはこぼれているのを感じました。

前田 今日は本当にありがとうございました。(抜粋部分おわり)

日本クリニカルパス学会・医学書院 主催 2011年度クリニカルパス教育セミナー

わかる!できる!クリニカルパス ～基本と実践～

*プログラムタイトルは仮題です

大阪 定員 400名

2011年7月9日(土) 13:00~17:15

千里ライフサイエンスセンター ライフホール

豊中市新千里東町1-4-2
千里ライフサイエンスセンター5階

座長 副島秀久(済生会熊本病院)
山中英治(若草第一病院)

プログラム

- バス使用時の医療記録・看護記録の考え方 森崎真美(済生会熊本病院)
- クリニカルパス電子化のポイント・落とし穴 勝尾信一(福井総合病院)
- 分析を意識したバスの作成 (含 ベンシックアウトカムマスター(BOM)について) 若田好史(九州大学病院)
- DPC時代で生きるクリニカルパス 田村茂行(関西労災病院)
- 地域連携バスを使った地域医療ケア向上への取り組み 里井壮平(関西医科大学附属病院)

東京 定員 400名

2011年7月23日(土) 13:00~17:15

学術総合センター 一橋記念講堂

東京都千代田区一ツ橋2-1-2
学術総合センター2階

座長 濃沼信夫(東北大学大学院)
齋藤 登(東京女子医科大学)

プログラム

- バス使用時の医療記録・看護記録の考え方 久保田聡美(近森病院)
- クリニカルパス電子化のポイント・落とし穴 岡本泰岳(トヨタ記念病院)
- 分析を意識したバスの作成 (含 ベンシックアウトカムマスター(BOM)について) 島井健一(国立がん研究センター)
- DPC時代で生きるクリニカルパス 中村廣繁(鳥取大学医学部附属病院)
- 地域連携バスを使った地域医療ケア向上への取り組み 田中良典(武蔵野赤十字病院)

参加費: 5000円(資料代・消費税含む)

申し込み方法: 学会ホームページ(<http://www.jscp.gr.jp>)からオンラインで受付致します。セミナー受講者には「セミナー修了証」を発行いたします。

お申し込みに関するお問い合わせ:
日本クリニカルパス学会事務局
TEL 03-3470-9978 FAX 03-3470-9962
E-mail: jscp-admin@umin.ac.jp

内容に関するお問い合わせ:
株式会社医学書院PR部 電話 03-3817-5696

学生から臨床まで看護に必要な情報を幅広く収録

看護医学電子辞書6 ツインカラー液晶・ツインタッチパネル搭載

・学生から臨床まで看護に必要な情報は幅広く、収録書籍は全61書籍・人体の構造をカラー化、コンテンツの表現力が更にパワーアップ・KAN-TAN看護の実習マナーをあなたに収録・手書きメモ、カラー付箋機能など、使い方をとことん追求・ツインタッチパネル搭載、クイックパレットの充実でらくらく操作



2011年 価格58,275円(本体55,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01309-3]

医学書院

小テストで学ぶ“フィジカルアセスメント” for Nurses

第8回

循環・呼吸④

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

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

問題

呼吸

- ⑮「吸気」で連続性の音()が、中枢で聴こえたら?
- ⑯肺炎のクラックルズは一般に音の質が_____音から_____音に変わり、聴取できる吸気の

Phaseも_____なる。
 “聴診の限界”には、_____が十分ではない、
 _____聴くことができない、_____化しがたいことがある
 ⑰ Rattle とは何ですか? (参考: Death rattle = 死前喘鳴)

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

解説

循環・呼吸領域は「聴診」が絡んでいるため少し長くなっています。異論もあるかもしれませんが、一内科医の意見にもう少しお付き合いいただければ幸いです。

呼吸

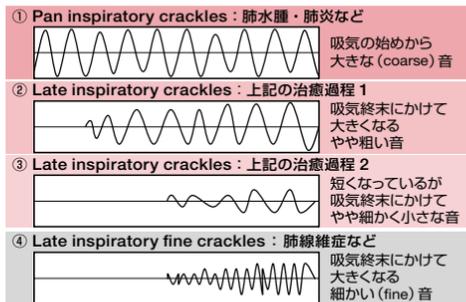
⑮ この音は Stridor (ストライダー) と言われ、これが聴こえたときには緊急性疾患を疑います。病棟で診る可能性があるのは、気道異物、アナフィラキシー、気管挿管チューブ抜管後(声門浮腫)によるものです。救急室では上記に加え、急性喉頭蓋炎の可能性を考慮する必要があります(受付から診察までの間に見つけた場合は大変です!)。特に、前傾姿勢を保っている(=気道確保している)、唾液が飲み込めずに口から流れている(=痛くて飲めない)状態は、本当に緊急事態ですよ。

⑯ さて、前回(2925号)の問⑫に出てきた Crackles (クラックルズ)について、もう少し詳しくお話しします。

吸気のクラックルズは、病態を意識して4つの Phase (時相)に分ける場合があります。ただ、医師でもそこまで意識して使い分けている方は少数派でしょう(統計はありませんが、臨床現場や講演での反応からの実感です)。4つというのは、early (吸気初期), early to mid (吸気初期-中期), late (吸気終末期), pan (全吸気)で、それぞれある病態を反映しているとされます(文献1, 2)。ただ若手医師にはまず、late/pan の2つをしっかりと意識するように指導しており、看護師の方々にも、この2つのみをイメージしてもらえたらと思います(図)。多くの身体診察関連の成書でも、主に言及されているのは late/pan です。

またこれに関連して、音の大きさ(質)も重要になります。

理解しやすいところから始めると、間質性肺炎(特に肺線維症)の蜂窩肺(CTで蜂の巣のような変化のある部分)では、乾いた感じの細かい、吸気終末にかけて大きくなる音が聴こえます。これが、Late inspiratory fine crackles (図④)で、ベルクロ・ラ音とも呼ばれ



●図 吸気の late/pan crackles
 ①→②→③と変化する。②・③と④とは異なることにも注意(イメージ図:詳細は成書を参照)

るものです。ちなみにベルクロ (Velcro) の語源は、血圧計のマンシエットのマジックテープを製造していた会社名です。マンシエットを剥がすときの音、と教育された方もいるのではないのでしょうか?

ただ、この音を聴いて「あ、肺線維症だ、大変!」という判断になることはまずありません。むしろ既に診断がついており、その上で医学的な興味をそそられる場合が多いかもしれません。心不全や気道感染症などの併発がなければ、音も変わらないと思います。

一方、肺水腫や肺炎など肺胞や気道に分泌物がある疾患では、湿った感じの大きな音が、吸気の始めから聴こえます。これが、Pan inspiratory (coarse) crackles (図①)です。この状態ではほとんどの場合大きな音(湿性)です。「水泡音」という慣習的な呼び方でもイメージしやすいですよ。

しかし、肺水腫や肺炎の病状が改善してくると、音がだんだん細かく小さくなり、聴こえ始める時間も吸気の始めからではなく、しばらくしてから吸気終末にかけて大きくなってきます。

こういったことを臨床現場でも実感できていますか? これは、Pan inspiratory crackles (図①)から Late inspiratory crackles への変化(②)、さらに Late inspiratory crackles のなかでも徐々に変化していることを示唆します(③)。なお前述の Late inspiratory fine crackles (④)とは、基本的に音の大きさ(質)が異なります。聴診を重視している医師の回診ならば「昨日よりも音が小さく、より吸気終末にのみ聴こえるように変化しています」とい

たプレゼンがあるでしょう。しかし実際のところ、日勤→日勤→日勤……と5日連続で余裕をもって、一人の患者の肺の聴診ができる看護師が病棟にいるのでしょうか? いるとしたら、医療系のドラマに出てくる看護師ぐらいなものです(彼女たちは受け持ちもせいぜい数人で、日勤→日勤+準夜勤→日勤ぐらいしている勢いですよね)。また、音の大きさ・吸気の Phase は明確に記録しがたい(=定性化しがたい)ものです。前日の記録を見ても、記録者の耳に実際にどのように聴こえたかまではわかりかねます。図②と③の違いも聞いた本人しかわかりませんが、かといって録音すべきものでもないでしょう。

さらに、一生懸命聴診しようとしても、患者さんが深呼吸してくれないと、クラックルズの音の大きさ・吸気の Phase は評価が困難です。図①-④で前半部分しか聴こえないとしたら、何がなんだかかわからないですよ。しかし、促しても深呼吸をしてもらえない患者さんは決して少なくありません。

また、長期臥床の患者さんの背面を“ひとり”で聴診するのも大変な労力が要ります。寝ている人が起きた後、深呼吸をすることにより、重力依存的にしぼんでいた肺胞が開くことで、クラックルズが最初の数呼吸で聴こえるといった落とし穴もあります。聴診の限界を知ることも、業務を行う上で重要だと思います。

⑰ 喀痰の排泄ができないために、中枢気道で“ゴロゴロ”している音があります。こうした音は「咽頭ゴロゴロ音」とか「ガラガラ音」と呼ばれ、非連続性に聴こえるものの、一応「連続性副雑音」の Rhonchi (ロンカイ)と表現することになっています。

しかし、気管支喘息でも比較的中枢気道で連続性に聴こえる低い音をロンカイと表現することがあり、それと同じ表現にすること、しかも非連続性に聴こえる音を連続性と表現することに違和感を感じています。“定義”に沿うことも重要ですが、診察で得た情報から、最終的な臨床判断が変化することがより重要だと思うのです。

これらのことから、痰を出せない状態にあるときの音を、“院内ルール”として Rattle (ラトル)と“表現”してもよいのではないかと考えています。前回解説した Wheezes を、ウィーズではなくウィーズと呼ぶのも“院内ルール”です。ちなみに長坂行雄先生(近畿大堺病院)は、“ゴロゴロ”音を Rambling (ランプリング)と呼ぶこともあるとのことでした。

去痰ができない患者さんの多くは、嚥下にも問題があります。昨今は経管栄養を含めた栄養法(別の視点では死生観の問題にもつながると思います)にも議論がありますが、こういった検討が必要となる可能性のある患者さんだということを、早期から認識しておくことが重要でしょう。なお、喀痰の排出については次回、問⑱に続きます。

“ラトル”については、緩和ケアの成書などの“Death rattle”という表記でお馴染みかもしれません。子育てを経験した方なら、赤ちゃんのガラガラに書かれた“ラトル”という言葉に聞き覚えがあるでしょうか。可愛い言葉に思えますが、“ラトル”の語源はガラガラヘビの音だそうで、それはあまり可愛くないかもしれません……。



さて、ここまでの内容について、読者の皆さんはどう感じたでしょうか?

解説を頭に入れた上で、再度フィジカルアセスメントの成書などを紐解くと、ポイントを強弱をつけて読めるようになってきていると思います。音のイメージがわきにくい場合、CD付きの書籍なども活用してくださいね。

聴診に関しては、医学的理論を知ることが重要であり、正論なのは確かです。しかし最終的に必要なのは“現場に活かせること”です。限界を知った上で、できることをしっかり行うことが求められていると感じています。

皆さんのご意見をお聞かせいただけたら、うれしく思います。

文献

- 1) Nath AR, et al. Inspiratory crackles—early and late. Thorax. 1974; 29: 223-7.
- 2) Nath AR, et al. Lung crackles in bronchiectasis. Thorax. 1980; 35: 694-9.

医学部再入学支援
 編入学試験制度の利用による再出発を支援します。
 (東京・大阪)
www.seiko-lab.com

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

病院早わかり読本
 第4版 編著 飯田修平
 患者さんが安心して受けられる医療の提供には、何よりも医療のしくみの正しい理解が求められる。その実践の過程から「医療における信頼の創造」を実現するために、医療に携わるすべての新人スタッフがまず知っておくべきことを、コンパクトかつすぐに理解できるようにまとめ大好評であり続けたベストセラー最新改訂第4版。近年さらに変化の激しい医療制度改革に対応し全面的に内容を刷新。
 ●B5 頁276 2011年 定価2,310円
 (本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01238-6]
 医学書院

「言葉」が導く統計学の正しい解釈
 新刊 **数学いらすの医科統計学** 第2版
 Intuitive Biostatistics: A Nonmathematical Guide to Statistical Thinking, 2nd Edition
 ▶「数式」を使わず「言葉」で理解する、統計学の“直観的”思考力を養うロングセラー、14年ぶりの大幅改訂。初版の“スピリット”はそのままに、増頁、全章を書き換え内容を更に充実。データの提示から解析結果の解釈まで、豊富な例を用いて遍く利用される解析手法の大部分を、具体的な計算方法にほとんど触れずとも簡明に解説。読み進めるうちに論文を読む際の批判的な眼も養われる。これまで“なんとなく”わかったつもりになっていた統計学を正しく理解するのに最適。
 訳 津崎晃一
 慶應義塾大学医学部麻酔学教室 准教授
 定価4,935円(本体4,700円+税5%)
 A5変 頁528 図186 2011年
 ISBN978-4-89592-670-6
 MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
 TEL. (03) 5804-6051 http://www.medsci.co.jp
 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

看護のアジェンダ

井部俊子
聖路加看護大学学長

看護・医療界の「いま」を見つめ直し、読み解き、未来に向けたアジェンダ(検討課題)を提示します。

〈第77回〉
語り継ぐことを。

文理融合の津波学

津波のメカニズムは、工学や理学研究科の大学院博士前期課程「海岸工学特論」や「海洋物理学」の講義で学ぶ。社会の防災力の知識は、情報学研究科などの「災害論」や「危機管理」に関する科目で得ることになる。しかし、津波防災・減災対策を進めるには、津波のメカニズムと防災力に関する知識が必要であり、これを提供できる文理融合型の研究・教育組織はわが国のみならず、世界的にも皆無の状態であったと、河田恵昭氏(京都大学防災研究所巨大災害研究センター長)は『津波災害』¹⁾において指摘する。

津波学は、看護学に通底する。以前に社会学者の故・吉田民人氏は、「看護学は、〈生命・生活・人生〉のすべてにわたる人間の〈生〉(Life)の総体に最も深くかかわる学術です。この学術が文理を差異化しつつ統合する文理融合のあるべき姿を実現して、21世紀科学革命を先導し、物質的・生物的・人間的な意味をすべて包括する〈健康〉という普遍的な人類的課題に貢献されることを期待してやみません」と述べた²⁾。

『津波災害』は、私にあのときの興奮を再燃させる迫力があつた。概略を記したい。

*

宝永地震津波(1707年)と安政南海地震津波(1854年)

大阪にやって来た津波の中で、大きな被害をもたらした、古文書などの資料に最も多く残っているのは1854年の安政南海地震である。江戸時代には、1605年慶長地震、1707年宝永地震といった南海トラフを震源とする地震が発生し、必ず津波を伴っている。

大阪市大正橋のたもとには1855年に建立された「大地震両川口津浪記」と題した石碑があり、毎年8月の地蔵盆に合わせて石碑を洗い、刻まれた文字に墨を入れるのが年中行事になっているという。石碑には、「宝永地震のときに船に乗って逃げようとして、多くの人が死んだという言い伝えを知っていたので、安政南海地震のとき、皆が小高い土地にある神社に避難して助かった」と書かれている。一般に、津波の碑はそのときやってきた津波の最高点に置かれている場合が多く、市中よりも山際などの人目につかないところ

「週刊医学界新聞」 on Twitter!
(igakukaishinbun)

ろにひっそりと建っている場合が多いが、この石碑は違う。先人の伝えを謙虚に活用する知恵がわれわれには必要だと河田氏は指摘している。

明治三陸大津波(1896年)、昭和三陸大津波(1933年)

わが国で近代に入って起こった自然災害の中で、1923年の関東大震災に次いで死者が多かった明治三陸大津波(死者約2万2千人)と、その37年後に起こった昭和三陸津波(死者:約3千人)は、津波災害の恐ろしさと、それを歴史的に繰り返す厳しい現実を伝える。津波の被災社会で大きな問題となったのは、①家系の断絶、②高地からの移転(10年後に大半が元の集落に戻ってしまい、再び大きな犠牲者を出した)、③漁業をどうするかということ、であった。

チリ津波(1960年)

約1万7千キロメートル離れたチリ沖から約22時間30分を要して日本に襲来した遠地津波である。この地震は、地震観測史上最大のマグニチュード9.5であり、この記録はいまだに破られていない。津波は太平洋全域に伝播し、およそ3日間にわたって太平洋沿岸各地で反射を繰り返して襲来した。わが国では高さ6.1メートルの津波の最高波が観測され142人が死亡した。この津波によって、「入り江や波の大きさによって決まる固有周期があり、これに近い周期(高い津波が繰り返しやって来る時間)の津波が襲来すると増幅すること」「津波が遠くに伝われば伝わるほど、第一波と最高波の津波が襲来する時間差が大きくなること」が明らかとなった。

北海道南西沖地震津波(1993年7月12日)

津波が地震発生後5分で奥尻島に襲来。南北端で最高波10メートルを記録し、死者・行方不明者259人に達した。

体験の風化と記憶

河田氏は、津波常襲地帯にある「言い伝え」を検証している。
*津波でんでんこ……津波が来る恐れがあるときには、親、兄弟、子どもや親戚などにかまわずに早く逃げること。
*津波が来る前にご飯を炊く余裕がある……三重県尾鷲市に残る伝承であり、高台に住んでいる住民は、津波の第二波が大きいので第一波と誤解して、「津波が来るまでに時間がある」

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

看護にいかすリーダーシップ 第2版

ティーチングとコーチング、場面对応の体験学習

諏訪 茂樹 著

A5・頁184
定価2,100円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01209-6

評者 金井 Pak 雅子
東京有明医療大教授・看護管理学

リーダーシップは、組織における永遠の課題である。看護において、看護師が最初にリーダーシップという言葉に耳にするのは、チームリーダー研修のときであろう。特に病院では、それまでチームメンバーとして患者のケアを遂行する役割から、チームをまとめるという役割を担うことになる。そのようなどき、何を頼りにリーダーシップスキルを身につけるのか、看護師にとっては大きな課題である。

本書は、そのような方々への救世主ともいえる具体例が豊富に紹介された本である。マネジメントに関する本は、とく固い表現や難しい理論が紹介されることが多い。しかし本書は、著者の研修担当者としての豊かな経験を基に、大変読みやすい表現で書かれている。

理論編では、よく使われる理論がわかりやすく解説され、さらにトレーニング編では、リーダーシップ研修の実際、そしてリーダーとしての役割における発達対応モデルに基づく具体的なトレーニングが大変わかりやすく紹介さ

れている。なお、津波の高さは地震のマグニチュードによって変化し、マグニチュードが0.2大きくなると、津波の高さは平均30%大きくなる。
*地震の揺れが小さいと津波も小さい……これは誤解を含んでいる。大きな津波をもたらす地震は、揺れが1分以上続くのが普通であり、これが指標となる。

終章では、日本の津波対策と課題について次のように言及している。

- 1) 津波の危機管理は自助、共助・公助の組み合わせで行われるべきである。
- 2) 津波の大きさを低減させるには湾口の水深部に津波防波堤を作るのが一番効果的であり、岩手県の釜石市や大船渡市、高知県の須崎市は安全である(東日本大震災による大津波は、識者の予想をはるかに上回るものであった)。
- 3) 生活被害という観点では漁業被害、

れている。特に、それぞれのトレーニングに関して、そのねらい、時間や人数、準備、進め方などコンパクトにまとめられ実践しやすい内容である。

本書を手に取りながら、具体的に進めていくことも可能なように「気づきノート」として自由に書き込めるページがあるのも特徴である。ただ読み進める本ではなく、活用しながら自然と内容が学習できる仕組みである。

本書は、第2版ということで初版に比べて、色刷りとなっている。これも読みやすさを推進している。色刷りといってもうるさい色ではなく、さりげない配色なので目にもやさしい。

本書を使ってトレーニングを受けた看護師が、その後管理職となりさらなるリーダーシップを発揮する場面において、本書を活用することになるであろう。経験を積んでから本書を読み返すことで、自己のリーダーシップスキルを振り返ったりすることができる。したがって、比較的若い看護師から、経験を積んだ看護師まで使うことができる本である。

特に漁業施設の被害軽減対策が重要である。

4)津波大国に住む私たちにとっては、子どものころから津波のことを学ぶ「津波防災教育」が重要である。

災害の体験は起こった瞬間から風化が始まり、気が付いたときには大切な人を失った人とその周りの人にだけ、悲しい思い出がいつまでも付きまとう。災害を忘れることなく、教訓を現在に活かすためには、語り継ぐことが大切であるという著者のメッセージを深く心に刻みたい。今、日本が体験している東日本大震災は研究者の記録をはるかに超える。

文献

- 1)河田恵昭. 津波災害——減災社会を築く. 岩波新書; 2010.
- 2)吉田民人. ニュースレターの創刊に寄せて. 日本看護系学会協議会ニュースレター. 2002; 1: 2.

リーダーシップを身につける トレーニングに最適の書



シリーズ《看護ワンテーマBOOK》

「やるべきこと、やらなくていいことを見極める」「ゴール設定によってケアは変わる」「深い歯周ポケットは歯科に相談」……看護師が全身状態をアセスメントし、歯科と連携したマネジメントを行うことで、口腔ケアの成果が上がる。最新のオーラルマネジメントの考え方に基づいた口腔ケアの知識と技術を、豊富な図版とカラー写真で徹底解説。

●B5変 頁128 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01322-2]

退院支援実践ナビ

編著 宇都宮宏子

在院日数短縮に伴い注目が高まる退院支援。医療依存度の高い患者の退院在宅療養生活への移行には、入院早期、ひいては外来通院中からの、看護師による「生活目線」の退院支援がカギとなる。退院調整部門はもちろん、すべてのスタッフ、看護管理者に求められる退院支援の考え方、知識、方法論を、退院支援の第一人者の著者がナビゲート。

●B5変 頁144 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01321-5]

見てできる褥瘡のラップ療法

編著 水原章浩

「浸軟やかぶれにどう対応するの?」「感染があったらラップ療法は中止?」「医療用被覆材とラップはどう使い分ける?」……ラップ療法を「褥瘡の局所治療のひとつ」と位置づけ、その実践技術について、豊富なカラー症例写真と図解で詳しく解説する。手技、手順、アセスメント、注意点など、ラップ療法をめぐるあらゆる疑問に答える、現場のための決定版テキスト。

●B5変 頁128 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01315-4]

本年開催の医学書院各種セミナーのご案内 お申し込みをお待ちしております

第142回医学書院看護学セミナー (主催:医学書院)

基礎と臨床をつなぐ 「病態生理学」の教え方

本セミナーでは、専門基礎分野と専門分野のスムーズなつながりを目指した「病態生理」の考え方を解説しつつ、臨床に役立つ専門基礎教育というものはどうあるべきかを一緒に考えていきます。

講師: 田中越郎
(東京農業大学応用生物学部教授・東海大学医学部非常勤教授)
日時: 10月5日(水) 17:30~19:30 (定員300人)
会場: 松山市総合コミュニティセンター 大会議室(松山市)
受講料: 無料

第143回医学書院看護学セミナー (主催:医学書院)

部下と自分のメンタルヘルス& ストレスマネジメントに活かせる! 認知行動療法を紹介します

本セミナーでは、認知行動療法とはどういうものなのかを看護管理者の皆さんにわかりやすく紹介します。認知行動療法を活用して部下やご自分の日常のメンタルヘルス、ストレスマネジメントに取り組んでください。

講師: 伊藤絵美
(洗足ストレスコーピング・サポートオフィス所長、臨床心理士)
日時: 10月13日(木) 17:30~19:30 (定員300人)
会場: 神戸コンベンションセンター 国際会議室(神戸市)
受講料: 無料

第10回医学書院看護教員「実力養成」講座 (主催:医学書院)

アセスメント力を高める! バイタルサインの教え方

バイタルサインに積極的にいかかり現場で活用することが、エキスパートになる鍵といえます。そんなバイタルサインの重要性を再認識し、現場でいかしていただける教育方法についてお話しします。

講師: 徳田安春 (筑波大学大学院 人間総合科学研究科 臨床医学系教授)
[大阪] 日時: 10月8日(土) 13:00~16:30 (定員300人)
会場: オーバルホール(大阪市・毎日新聞ビル地下1階)
[東京] 日時: 10月22日(土) 13:00~16:30 (定員300人)
会場: 全社協灘尾ホール(千代田区・新霞ヶ関ビル1階)
受講料: 大阪・東京会場ともに 5000円 (お一人様、資料代・消費税を含む)

2011年度クリニカルパス教育セミナー (主催:日本クリニカルパス学会・医学書院)

わかる! できる! クリニカルパス ~基本と実践~

[大阪] 7月9日(土) [東京] 7月23日(土)
受講料: 大阪・東京会場ともに5000円(お一人様、資料代・消費税含む)
●詳細は本紙5ページをご覧ください。

●各セミナーへのお申し込みは、医学書院ホームページ「医学書院の各種セミナー」を開き該当するセミナーのお申し込み方法にそってお手続きをお願いいたします

医学書院の看護系雑誌 6月号

http://www.igaku-shoin.co.jp/ HPで過去2年間の目次がご覧になれます。下記定価はすべて消費税5%を含んだ総額表示になります。

看護管理 6月号 Vol.21 No.6 一部定価1,575円
冊子体年間予約購読料18,450円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集1 引き継ぎ時間短縮から労働環境の改善につなげる
引き継ぎ短縮について考えることの意味 嶋森好子
看護業務の引き継ぎ時間の短縮はどこまで可能か
——成果と今後の課題 村松勝美
引き継ぎ時間短縮は、何のために行なうのか
——3年間の残業削減への取り組みから 鈴木正子
引き継ぎ時間5分を達成するプロセスと得られたもの 水元明裕
働き方を考えることで改善された申し送り
——各病棟の自律性を尊重する組織風土 小池三奈美
部分最適と全体効率のなかで考える引き継ぎ 砥石和子
引き継ぎと看護記録 田中彰子

特集2 いまなぜ認定看護師が看護管理を学ぶ必要があるのか
認定看護師が看護管理を学ぶ必要を考える——認定看護師を育成する立場から 菅野おどり
認定看護師としての活動と管理業務の両立 玄海泰子
認定看護師が看護管理を学ぶ意義 山田明美

Special Article
ナースが関わる病院建築I 改築に向けて知っておくべき視点 前田久美子
プリセプター制を活用した新人看護職員教育
——新人看護職員研修努力義務化初年度を振り返る ウィリアムソン彰子

新連載 ▶ グループ・ダイナミクスへの招待 本心に病棟を変えたい人のために 杉野俊夫

訪問看護と介護 6月号 Vol.16 No.6 一部定価1,260円
冊子体年間予約購読料13,200円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集 訪問歯科と連携しよう!
高齢者の歯と口腔をケアする
今なぜ「訪問歯科」との連携が必要か? 牛山京子
これって実は「お口」の問題? 歯・口腔と全身状態の深い関係 古屋 聡
訪問歯科の現在と展望 訪問歯科Q&A 原 龍馬
「食べられる口」「話せる口」を導く「専門的口腔ケア」Q&A 牛山京子
訪問看護師として訪問歯科衛生士と連携して 小林友美
多職種と連携しての訪問歯科診療 歯科医としての長年の取り組み 鈴木俊夫・鈴木 聡
介護施設での取り組み 口腔ケアから生まれる多職種連携 浅野倉栄

インタビュー「ケアする人々」▶ 今、改めてナイチンゲールに学ぶ
映画「看護覚え書」に込めた20年の思い 今泉文子さん

実践報告 ▶ 地域に開かれたがん患者のエンパワメント活動 岩本喜久子、他
東日本大震災の被災地から ▶ 被災地の在宅介護の今 ALS患者・家族からの報告 安田智美

新連載 ▶ 一器多用 岡田慎一郎

助産雑誌 6月号 Vol.65 No.6 一部定価1,365円
冊子体年間予約購読料15,600円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集 お産の痛みのケア
4割の女性が「無痛分娩」を考えている
最近出産した女性283人の痛みに対する気持ち 河合 蘭
アメリカの産痛緩和の紹介と、そこで感じること 穴戸あき
文化人類学から見たお産の痛み 松岡悦子
分娩における報酬系と硬膜外麻酔 産科医の立場から 飯田俊彦
【対談】お産の痛みはどう寄り添うか 中根直子 / 土屋麻由美
痛みのメカニズムと産痛への対応 進 純郎 / 小宮山杏子 / 東 夏樹

Current Focus ▶ 小さく生まれた女性と将来の妊娠糖尿病のリスク 荒田尚子

海外レポート ▶ アメリカのラテン系移民の家族計画支援にかかわって 松田 結
2010年ニューヨークセミナー報告記(2) ニューヨーク州立大学修士課程における
ダイレクトエントリーの助産学教育 松崎政代 / 濱脇文子 / 行田智子 / 新野由子

被災地からのレポート ▶ 日本助産師会の災害ボランティアに参加して 新福洋子

看護教育 6月号 Vol.52 No.6 一部定価1,470円
冊子体年間予約購読料16,250円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集 チーム医療が培うIPE
【インタビュー】多職種連携を支える「看護科学」のための教育を 薄井坦子 [聞き手]本誌編集室
【コラム】質問を寄せて、答えに接して 渡辺暢子
医療人共通教育としてのヒューマン・コミュニケーション教育の実践
看護学生・医学生合同「医学概論」を運営して 高塚人志

【コラム】看護教育者の声 人とかわかり、成長する 橘 緑里
現場で看護を考える立場での学び・気づき 橋本みどり
先駆者からのメッセージ IPEにチャレンジするみなさんへ 大塚真理子
多職種理解のカギになる協働アプローチ法
ケースで紹介する信念対立解明アプローチ 京極 真
医療各職種それぞれの卒前教育でめざすもの 共通する課題と改革のために 福原麻希
千葉大学「玄鼻 IPE」の現在 看護学部・医学部・薬学部の連携協働プロジェクトの進化 酒井郁子

看護研究 5・6月号 Vol.44 No.3 一部定価1,890円
冊子体年間予約購読料12,600円(税別) 電子版もお選びいただけます

焦点 慢性の病いにおける他者への「言いづらさ」
ライフストーリーインタビューは何を描き出すか
慢性の病いにおける他者への「言いづらさ」に関する看護学的省察 黒江ゆり子
慢性の病いにおけるライフストーリーインタビューから創生されるもの 黒江ゆり子
慢性の病いとともにある生活者を描く方法と
ライフストーリーインタビュー 黒江ゆり子 ほか
7つのライフストーリー ①森谷利香 / ②中岡亜希子 / ③寶田 穂 / 古城門靖子 /
④市橋恵子 / ⑤河井伸子 / ⑥黒江ゆり子 / ⑦田中結華

ライフストーリー解釈 ①黒江ゆり子 ほか / ②寶田 穂 ほか

原著論文 ▶ 長期入院となりやすい精神障害者への修正版集中包括型ケア・マネジメント
(M-CBCM)の評価に関する研究 宇佐美しおり ほか

連載 ▶ 看護研究の基礎—意義ある研究のためのヒント—3 文献検討・文献レビュー 坂下玲子

保健師ジャーナル 6月号 Vol.67 No.6 一部定価1,365円
冊子体年間予約購読料15,000円(税別) 電子版もお選びいただけます

特集 管理的立場にある保健師の役割
管理職としての保健師の組織運営・管理論とは 工藤 啓 / 佐々木裕子 / 荒井由美子
公衆衛生医からみた、管理的立場にある保健師の役割 牧野由美子
事務系の管理職からみた、管理的立場にある保健師の役割 羽佐田武
市町村で管理的立場にある保健師の活動と役割
専門職と行政職とのバランスのなかで 松林美子

【座談会】保健師に求められる管理能力とは 竹原智美 / 池田信子 / 平野かよ子
厚生労働省「保健師管理者能力育成研修について」 橋本亜希子 / 鈴木 亨 / 勝又浜子

特別記事 ▶ 若葉保健師からのメッセージ 明日の元気に向けて(後編) 長弘佳恵ほか

TOPICS ▶ 「新人看護職員研修に関する検討会報告書」および
「ガイドライン—保健師編」について 長谷川洋子 / 藤井 誠