

2015年8月31日

第3139号 for Nurses

週刊(毎週月曜日発行)  
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)  
発行=株式会社医学書院  
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850  
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp  
JCOPY 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]臨床にこそ看護理論を(南裕子, 筒井真優美)…………… 1-2面
- [寄稿]スキンテア(皮膚裂傷)の予防策(紺家千津子)…………… 3面
- [寄稿]コミュニケーション学で広がる看護の可能性(杉本なおみ)…………… 4面
- [寄稿]トリアージの時点から始まる検査と治療(菅原誠太郎, 兼井達守)…………… 5面
- [連載]看護のアジェンダ,他…………… 6面
- MEDICAL LIBRARY,他…………… 7面

対談

# 臨床にこそ看護理論を

## 実践につながる学び方とは



南 裕子氏  
高知県立大学学長

筒井 真優美氏  
日本赤十字看護大学  
国際交流センター長・名誉教授

看護理論は難解なものとして受け取られがちだ。しかし、本来、現場の問題を解決する力になる身近なものであり、臨床で困難に出合ったときに、その場面にあった理論を活用することで解決に至ったという話もよく耳にする。

臨床で働いている看護師や、これから看護の現場で働く学生にとって、実践に生かせる看護理論とはどのようなものか。また、看護理論はどのように学んでいくべきか。実践につながる学び方について語っていただいた。

筒井 看護理論を教えていると、「理論は難しい、堅苦しい」「理論は『理想論』」などという声をしばしば耳にします。南先生は、修士課程すら数少なかった1988年に、日本初の看護学の博士課程を聖路加看護大(現・聖路加国際大)で設置されました。その際、大学院教育に「理論看護学」という科目をつくられましたが、そこに込められた思いをお聞かせください。

南 看護を学問として学ぶためには、医学とは異なる、「看護学」のアイデンティティーとは何かを明確にする必要があると考えたからです。

私が米国カリフォルニア大サンフランシスコ校(UCSF)看護学博士課程を修了し、聖路加看護大の教授に就任したのが1982年。当時学長だった日野原重明先生(現・理事長)から、博士課程をつくるように命じられました。しかし当時は、日本には看護学研究科の博士課程がまだ一つもない時代です。そのため、まずカリキュラムの基底に看護理論を置き、看護界にはどのような理論があるのか、それがどのような特徴を持っているのか、実践や研究に活用するにはどうすればよいのかを探っていきました。

筒井 「看護とは何か」を学問体系と

しておさえるために看護理論が必要だったということですね。

南 臨床では、医師も看護師も同じ現象を見ています。でも、現象の読み取り方は異なる。それはなぜか。看護理論を学ぶことで、看護の目線がよって立つものが明らかになります。ひいては、理論を基に現象を記述し、説明し、結果を予測できるようになるのです。

### 看護理論が看護の目線を変える

筒井 南先生は聖路加看護大に在籍された10年間、長谷川病院(註1)での事例検討会に携わっていましたね。私も何度か参加しましたが、理論が現場の実践に活用されていると実感したことが何度もありました。

南 長谷川病院では当時、医師たちの行う精神分析理論の勉強会に看護師も参加し、患者さんが持つ「見えない心の世界」について学んでいました。しかし、医師の行う面談や心理療法と異なり、清拭や入浴介助といった日常的な看護とそうした理論がどうつながるのかわからず、「学べば学ぶほど自分が見えなくなる」という声も聞かれました。

筒井 今でも多くの看護師が持ってい

ような悩みです。

南 そのような中、理論と現場をつなげてくれたのが、ドロセア・E・オレムのセルフケア理論と精神力動論を精神看護分野に応用し、「オレム・アンダーウッドモデル」を構築したパトリシア・R・アンダーウッド先生です。先生から、「医師は治療のために精神分析理論を用いるが、看護師は生活行動を見て、セルフケアにつなげていく」ということを学びました。

例えば入浴拒否の患者さんがいたとします。入浴拒否といっても、患者さんによってその理由は異なります。うつ傾向の患者さんであれば、午前中は力が出ないけど、エンジンがかかった午後なら入浴できるかもしれない。一方、自分の体の汚れを自分の一部と感じ、洗い流すことで自分全体をなくす危険性があるかのようにとらえている統合失調症の患者さんの場合、いつであらうと入れない。しかし、病院ではどのような患者であろうと一律に午前中に入浴するなどのルールがあったために、そのことがわかりませんでした。

当時学生だった萱間真美(現・聖路加国際大教授)さんの介入事例ですが、ある患者さんが髪を洗いたくないと言ったときに、「もしかしたら〇〇さん

は、排水口がすごく大きく見えて、吸い込まれそうだと思うんじゃないですか?」と聞いたそうです。それは、患者さんは清潔・不潔がわからないのではなく、汚れも自分の一部と思うような内面を持つことを、理論を通して理解したことによる問いかけでした。すると、患者さんが「髪を洗ってもいいよ」と言ってくれた。洗髪への恐怖心はあるけれど、自分をわかってくれる看護師がついていてくれるなら、がんばろうと思ってくれたのです。

筒井 理論は、看護の目線に変化をもたらすものだと思える事例ですね。南 長谷川病院での事例検討会は、最初のころは簡単な事例もありましたが、徐々に自分たちだけで解決できる事例だけでなく、難しい事例が出てくるようになりました。おかげで病院全体の看護力も上がり、私自身もかなり力が付きました。

### 自分に合う理論を探す

筒井 しかし、どんな理論でも全ての方に活用できるわけではないですよ。そのせいで「理論は現場では使え

(2面につづく)

8

August 2015

## 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部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650(書店様担当)  
●医学書院ホームページ(www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

### 感染症疫学ハンドブック

監修 谷口清州  
編集 吉田真紀子、堀 成美  
A5 頁320 3,400円 [ISBN978-4-260-02073-2]

### 大人の発達障害を診るといふこと

診断や対応に迷う症例から考える  
編集 青木省三、村上伸治  
A5 頁304 3,000円 [ISBN978-4-260-02201-9]

### 乳幼児健診マニュアル

(第5版)  
編集 福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会  
B5 頁160 3,200円 [ISBN978-4-260-02158-6]

### 医療政策集中講義

医療を動かす戦略と実践  
東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニット 編  
A5 頁328 2,800円 [ISBN978-4-260-02164-7]

### 吸引・排痰ができる[Web動画付]

監修 虎の門病院看護教育部  
著 福家幸子、山岡 麗、千嶋陽子  
B5 頁128 2,000円 [ISBN978-4-260-02390-0]

### 導尿・浣腸・排便ができる [Web動画付]

監修 虎の門病院看護教育部  
著 福家幸子、山岡 麗、千嶋陽子  
B5 頁128 2,000円 [ISBN978-4-260-02391-7]

### 〈がん看護実践ガイド〉 がん治療と食事 治療中の食べるよこびを支える援助

監修 一般社団法人日本がん看護学会  
編集 狩野太郎、神田清子  
B5 頁160 3,000円 [ISBN978-4-260-02208-8]

### オープンダイアログとは何か

著+訳 斎藤 環  
A5 頁208 1,800円 [ISBN978-4-260-02403-7]

### 看護教員に伝えたい 学校管理・運営の知恵と工夫

編集 江川万千代  
A5 頁144 2,800円 [ISBN978-4-260-02199-9]

### 異端の看護教育

中西睦子が語る  
著 中西睦子  
聞き手・構成 松澤和正  
四六判 頁240 2,200円 [ISBN978-4-260-02210-1]

### 初学者のための質的研究26の教え

中島 洋  
A5 頁132 1,800円 [ISBN978-4-260-02405-1]

対談 臨床にこそ看護理論を



みなみ・ひろこ氏

1965年高知女子大衛生看護学科卒。74年高知女子大助教授、82年聖路加看護大教授、93年兵庫県立看護大学長、2004年兵庫県立大副学長、08年近大姫路大学長を経て、11年より現職。1972年ヘブライ大公衆衛生学修士課程修了、82年カリフォルニア大サンフランシスコ校看護学部博士課程修了。1999-2005年日本看護協会会長、専門看護師・認定看護師制度を確立。05年、日本人として初めて国際看護師協会(ICN)会長に就任。11年第43回フローレンス・ナイチンゲール記章受章。

(1面よりつづく)

ない！」という考えにもつながってしまうのだと思うのです。

南 そのとおりです。理論が使えるかどうかは、理論を使って目の前の患者さん、あるいは現場の現象が立体化できるかどうかから判断する必要があります。

現象の持つ深さや広さを実感を持って構造化できるか、とでも言えばいいでしょうか。

筒井 そのほかにも、理論の活用の際に心掛けていることはありますか。

南 コアとなる哲学や信条が自分に合う理論を選ぶことです。そうでないと、一時的には使えても、長くは続きません。例えばシスター・ロイの看護理論を用いるには、適応理論を素直に受け入れる必要がある。日本人は適応が好きなので、合う人が多いですね。でも、私みたいなセルフケア論者には合いません。

理論を現場全体で活用するとなったら、自分だけでなく、自分の病棟や病院の文化を読み取って、それに近いものは何か、自分たちの共通認識を構築しやすいのは何かをよく吟味してほしいです。

筒井 どの理論が活用できるかを吟味するには、さまざまな理論を学ばねばなりませんね。でも、理論はたくさんあって、全てを理解するのは難しい気がします。学生はもちろんですが、私自身も理解できている理論の数は限られています。

南 あらゆる理論を学ぼうとか、最初

から原本まで読んで深く理解しようと思つて挑むと、理論を学ぶことはとても困難になります。現実的には、多くの理論を網羅した解説書で概略を知って、そこから自分のフィロソフィーに合う理論を選ぶとよいでしょう。

修士課程では、実感をもって理解できる理論の一つ、自分のものにできるぐらいでよいですね。

筒井 看護理論の本を紹介すると、学生は最初にある総論から読み始め、各論にある看護理論に入る前に力尽きてしまうかもしれません。さらに、各理論も年代順に読み進めようとか最初から全てを把握しようとかすると、情報が多過ぎてパンクしそうです。

そこで、私が編集にかかわった『看護理論家の業績と理論評価』(医学書院)では、その点を考慮に入れて理論家ごとの枠組みを提示し、比較できるようにしました。院生のテキストとしても臨床家の参考書としても役に立つと思います。まずは各理論について、前提と主要概念・命題だけをざらっと読んでみてほしいです。

南 主要概念がわかれば、何が言いたいのかは大体わかりますからね。

筒井 主要概念を学生に教えるときには、学生に自分で読むように指示していますか？ それとも、授業中に先生から解説をしていますか？

南 私は、授業の最初に主要な理論家について、その価値観と、基本的な考え方を簡単に説明しています。その上で、その理論家の「背景」を調べてもらいます。そして、主要概念間の関係性がわかるような図をつくって学生に説明してもらおう。

筒井 私が授業をするときには、自分が体験した実際の事例を通して理論を理解してもらうようにしています。先日、ある病院の臨床家たちと理論について考える機会がありました。ベナー、オレム、レイニンガー、キング、ロジャーズの5人の理論の前提・主要概念・命題を解説した後に、事例の課題に対応するための議論を3-4人のグループで行い、看護理論を用いてプレゼンテーションをしてもらいました。事例を分析しながら学ぶことで、頭ではなく「実感」として理論がわかるようになる。「理論によって現象を深く探求でき、予測もできる。実践を振り返り語る意味が理解できた」という声が上がります。

さらに、私がお会いしたことのある理論家については人となりも話すようにしています。写真などで顔もわかると、親しみがわきますよね。

自分たちに合う“型紙”をつくっていく

南 注意したいのは、全ての現象を一つの理論で説明しようとする看護師が多いことです。理論によっては、事例の説明が逆に困難になったり、本人が

知りたいことや病棟の特徴から考えると不適切だったりすることもあります。指導者としては、「この事例はその理論で説明できる？」と聞くよう意識してほしいと思います。すると、看護師自らがその限界に気づき、補足する理論を探せます。

筒井 理論をクリティークすることで、強みと弱みがわかっていく、と。

南 さらに言えば、テキストに書いてあっても、現場ではあまり使えない理論も実はあります。本来、そういった理論は的確な批判をされ、改善あるいは自然淘汰されていくべきなのですが、テキストに書かれていることは正しいと思ひ込み、理解しようとして一生懸命になる看護師が多いので、残ってしまっているのです。

筒井 取舍選択が必要なのですね。

南 現場の風土だけでなく、対象となる患者、その時々状況によっても使える理論は異なります。使う看護理論はどれか一つだけに絞る必要はありませんし、一つの理論で全体をカバーする必要もありません。

必要なのは、自分たちが大事にしている信条、理解したい現象を中心に置き、自分の病棟や病院に合うような“型紙”を自らつくっていくことです。

現場と教育の両方から理論と臨床をつなげていく

南 理論は看護の実践に重要ですが、活用する能力をつけるには、理論を解説できるだけではなく、現場につなげて指導できる人のガイドが必要です。

また、活用する理論によっては、看護師一人ひとりの認識にも大きな変革が必要なことがありますので、看護師自身にも、理論の面白さを感じ、現場を変えようとするパワーが求められます。

筒井 看護理論を学ぶ臨床家はどんどん増えているので、今後、専門看護師を含めた修士・博士修了者たちに、実践と理論を結び付け、広げていく役割を果たしてもらいたいですね。

南 教員も現場経験のある方が増えていきますから、現場と教育の両方で種がまかれて、育っている実感があります。

現場で理論を活用しようと思つたら、勉強会を開催して中心となる看護師たちに理論を理解してもらおうとともに、関係者全員で事例検討会を行い実際に生かしていくとよいと思います。

筒井 基礎看護学の教科書ではクラシックな理論しか紹介されていない点についてはどうお考えですか。

南 基礎教育ではクラシックな理論を学ぶのも大切でしょう。今ある数多くの理論の基盤になっていることが多いですからね。日本やヨーロッパで、ヴァージニア・A・ヘンダーソンの「14の基本的ニード」を知らない看護師はいません。そうすると、新しく生まれる理論も、自然とそれを基としたもの



つつい・まゆみ氏

1974年慶大厚生女子学院卒。75年慶大病院、84年聖母女子短期大、91年聖路加看護大、93年より日赤看護大、2008年同大図書館長、11年同大研究科長を経て、15年より現職。1984年聖路加看護大修士課程修了、90年ニューヨーク大博士課程修了。『看護理論家の業績と理論評価』『フォーセット 看護理論の分析と評価』(いずれも医学書院)など編著・訳書多数。

が多くなります。

筒井 今後、日本独自の理論開発などもあり得るのでしょうか。

南 私もかかわりがある災害看護グローバルリーダー養成プログラム(註2)には「理論構築」という科目があります。そこでは、理論とまではいかないにしても、学生自身が気になっている現象を読み解くための概念(コンセプト)を開発する課題を出そうと考えています。例えば、兵庫県立大の博士課程では「察する」や「様子見」という看護の臨床知をどう説明できるかなど、とても興味深いものもあります。

筒井 以前に南先生が、「概念を見て理論を構築していくことが大事」とおっしゃっていたことを思い出しました。学生が生み出した概念を積み重ねていき、研究を通して確からしさが明らかになれば、日本独自の「看護の知」になりますね。

南 実際、アメリカでは、身近に使える中範囲理論が増えてきています。日本でも教育の機会が増えていくことで、いずれ日本発の看護理論が生まれてくるのではないのでしょうか。

筒井 今後のブレイクスルーに期待したいですね。ありがとうございました。(了)

註1:医療法人社団碧水会長谷川病院(東京都三鷹市)は先駆的な取り組みで知られる精神科病院。理論開発者であるアンダーウッドの直接のコンサルテーションとスーパービジョンを受けながら臨床現場にセルフケア看護理論を導入し、日本で初めてオレム・アンダーウッド理論に基づく看護を実践した。  
註2:災害看護グローバルリーダー養成プログラム <http://www.dngl.jp/japanese/>

理論よりも複雑な現実を専門看護師はどう克服しているのか。価値ある24の実践報告

専門看護師の思考と実践

9領域14名の専門看護師が24事例を挙げ、6つの能力(俯瞰的視点、専門的な臨床判断と実践力の融合、実践のリフレクション、患者との治療的パートナーシップの形成、実践の方向性を決めるエビデンスと研究結果を状況に投入、多様な健康、疾病マネジメント)と役割(実践、コンサルテーション、コーディネーション、倫理調整、教育、研究)を基に、患者にとって最善のケアを選択していく思考プロセスと高度実践を展開する。

監修 井部俊子 聖路加国際大学学長  
大生定義 立教大学社会学部教授/立教院診療所所長  
編集 専門看護師の臨床推論研究会



看護学のさらなる発展のために知っておきたい看護理論

看護理論家の業績と理論評価

日本の看護師が、28人の看護理論家の業績および理論の紹介にとどまらず、それぞれの理論の評価を解説。本書で紹介される看護理論家とその理論は、看護系大学院生、学部生の基礎教養として知っておくべきもの。これからの看護学・看護科学の発展のために、取り上げられた看護理論の理解は欠かせない。

編集 筒井真優美 日本赤十字看護大学名誉教授



## 寄稿

# 高齢者の脆弱な皮膚を守る スキンテア（皮膚裂傷）の予防策

紺家 千津子 金沢医科大学看護学部教授・成人看護学／  
日本創傷・オストミー・失禁管理学会学術教育委員会  
(オストミー・スキンケア担当) 委員長

●こんや・ちづこ氏  
金沢大医療技術短期  
大学部看護学科卒、  
金沢大大学院博士後  
期課程(保健学)修了。  
1986年金沢大附属病  
院看護師、98年金沢  
大保健学科看護学専  
攻助手、2006年同大  
大学院医学系研究科  
保健学専攻看護科学  
領域助教を経て、10  
年より現職。



気をつけてケアをしていたにもかかわらず、高齢者などの脆弱な皮膚が裂けて創傷ができることがある。この創傷を海外では skin tear (スキンテア) と呼び、疫学調査やケアガイド作成がなされている。一方、本邦ではスキンテアに対する認識が乏しく、加えてそのケアに関する指針がないため、予防や発生時の対応に難渋している。さらに、医療従事者などの不適切なケア行為により受傷したのではないかと、家族が不信感を抱く恐れもある。

そこで、超高齢社会の本邦においてもスキンテアを周知し、療養者およびその家族が安心できる対応を実現するために、日本創傷・オストミー・失禁管理学会では2013年より予防と管理方法について検討してきた。本稿では主に予防策について述べたい。

## 本邦初の全国実態調査結果

摩擦・ずれによって、皮膚が裂けて生じる真皮深層までの損傷(部分層損傷)をスキンテア(皮膚裂傷)という。具体的には、四肢がベッド柵に擦れて皮膚が裂けたなどの創傷である。日本語版 STAR (Skin Tear Audit Research) スキンテア分類システム<sup>1)</sup>にて、皮膚の有無と皮膚あるいは皮膚の色調によって5つに分類できる。この創傷は、主に高齢者の四肢に発生しやすく、非常に強い痛みを伴うため、予防が重要である。

予防策を講じるためには、まず本邦の現状を把握する必要がある。そこで、当学会員のストーマ療法士(以下、ET)と皮膚・排泄ケア認定看護師(以下、WOCN)が在籍する施設で、2014年10月1日～11月30日の任意の1日においてスキンテアを有する患者を調査した。ET/WOCNの在籍する施設に限定したのは、スキンテアという創傷を正しく判定できるためである。

調査協力に同意した374施設に依頼し、257施設(68.7%)より回答を得た。調査対象者数は9万3820人、スキンテア保有者は720人、全体の粗有病率は0.77%であった。年齢層ごとの粗有病率は、65歳未満0.15%、65歳以上75歳未満0.55%、75歳以上は1.65%と、年齢が高くなると上昇していた。施設種類別の平均有病率は、一般病院(療養病床なし)は0.91%、一般病院(療養病床あり)1.26%、大学病院0.46%、国立病院0.88%、小児専門病院0.29%、訪問看護ステーション0.00%、その他1.00%であった。スキ

●表 スキンテアのリスクアセスメント項目

個的要因のリスクアセスメント	
全身状態	皮膚状態
<ul style="list-style-type: none"> <li>・加齢(75歳以上)</li> <li>・治療(長期ステロイド薬使用、抗凝固薬使用)</li> <li>・低活動性</li> <li>・過度な日光暴露歴(屋外作業歴、レジャー歴)</li> <li>・抗がん薬、分子標的薬治療歴</li> <li>・放射線治療歴</li> <li>・透析治療歴</li> <li>・低栄養状態(脱水含む)</li> <li>・認知機能低下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・乾燥、鱗屑</li> <li>・紫斑</li> <li>・浮腫</li> <li>・水疱</li> <li>・ティッシュペーパー様(皮膚が白くカサカサして薄い状態)</li> </ul>
上記のうち、1つでも該当すれば、次の「外力発生要因のリスクアセスメント」に進む	
外力発生要因のリスクアセスメント	
患者行動	管理状況
患者本人の行動によって摩擦・ずれが生じる場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>・痙攣、不随意運動</li> <li>・不穏行動</li> <li>・物にぶつかる(ベッド柵、車いすなど)</li> </ul>	ケアによって摩擦・ずれが生じる場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>・体位変換・移動介助(車いす、ストレッチャーなど)</li> <li>・入浴・清拭等の清潔ケアの介助</li> <li>・更衣の介助</li> <li>・医療用テープの貼付</li> <li>・器具(抑制具、医療用リストバンドなど)の使用</li> <li>・リハビリテーションの実施</li> </ul>

外力発生要因の該当項目数が1個以上該当するか?

はい: スキンテアの発生と再発の予防ケア実施 いいえ

ンテア発生時の状況は医療用テープの剝離時が17.5%と最も多く、次いで転倒時が11.8%であった。

海外の種々の施設における調査報告(3.3～22.0%)<sup>2-4)</sup>、および本邦において別途行ったある1施設の療養病床病院での調査報告(3.9%)<sup>5)</sup>と比べると、本調査の有病率は低い。その理由としては、今回ET/WOCNが所属し、かつスキンテアに関する指導を実施している施設が多かった(87.1%)ためと考えられる。したがって、ET/WOCNの不在の施設では有病率が高いと推察される。ただし、75歳以上の後期高齢者では1.65%と高く、これは看過できない状況と考えている。

## スキンテアの予防策

現在、調査結果と国内外の論文などを参考に、予防やケアの方法をまとめた「ベストプラクティス」案を作成しており、コンセンサスシンポジウムの開催、パブリックコメントの募集を行った上で、今秋には完成予定である。完成後は、学会ウェブサイトなどに公開する。

ベストプラクティスでは、まずスキンテアの保有と既往歴のある者、さらにリスクアセスメントの項目(表)に該当した者は、リスク有りと判断して予防策を講じる必要があるとしてい

る。本稿では、特に注意すべきケアを一部紹介する。なお、以下のケアの推奨レベルは、保湿剤の塗布は「行うように勧められる」であるが、その他は「行ってもよい」である。

## ■外力保護ケア

安全な環境とするために、ベッド環境ではベッド柵への接触時の外力を緩和し、かつベッド柵の間から手足が出ないようにカバーを装着する。車いす乗車時には、靴下と靴を着用し足を守るズボン式の寝衣やレッグカバーを使用し、上肢の保護にはアームカバーを装着する。医療用リストバンドでは、筒状包帯などを用いて皮膚保護を行い、麻痺と浮腫のない部位に装着する。次に、安全なケア技術とするために、体位変換・移乗介助時には体位変換補助具(スライディングボードなど)を使用する。さらに、四肢を挙上する際は、つかまず、下から支えるよう保持する。発生状況として最多であった医療用テープでは、テープ以外の固定方法がないかを検討し、必要時には被膜剤を使用してから貼付し、剝離は剝離剤を使用しながらゆっくりとテープを

反転させる。あるいは、角層剝離の少ない低剝離刺激性の粘着剤(シリコン系)を選択する。

## ■スキンケア

皮膚を保護するために、低刺激性でローションタイプなどの伸びが良い保湿剤を1日2回、摩擦が起こらないように毛の流れに沿って押さえるように塗布する。寝衣を選択する際には、長袖、長ズボンを選択する。あるいは、四肢には筒状包帯、上肢には肘までの手袋やアームカバー、下肢には膝丈靴下やレッグカバーを使用する。

## ■医療・介護メンバーと患者・家族の教育

予防ケア計画を立案後に、実施が必要なケアを教育する。スキンテアが発生した場合には、その状況から具体的な予防策を立て、初期処置として白色ワセリンと非固着性ガーゼを用い、医療用テープではなく包帯などで固定するよう教育する。

なお、発生した創傷がスキンテアか否かの判断に迷う場合には、ET/WOCNあるいは医師に相談する。さらに、天疱瘡、類天疱瘡、先天性表皮水疱症などの皮膚疾患を有する患者の創傷に関しては、医師に報告し創傷管理を行う必要がある。

\*

予防するには、日々の行動やケアによって容易に発生する創傷がスキンテアだと認識せねばならない。そのため、当学会では、知識、技術の普及のために、ベストプラクティスだけでなく、ポスターなども作製して広報活動を始めている。皮膚を守る知識と技術を、医療者のみならず患者と家族も習得していくことを期待したい。

## ●参考文献・URL

- 1) 日本語版 STAR スキンテア分類システム、日本創傷・オストミー・失禁管理学会; 2013. <http://www.jwocm.org/pdf/starJapaneseFinal.pdf>
- 2) Int J Evid Based Healthc. 2011 [PMID: 22093391]
- 3) J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013 [PMID: 24097069]
- 4) Rev Esc Enferm USP. 2012 [PMID: 23250257]
- 5) Int Wound J. 2014. [PMID: 24674027]

## ●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部まで

☎(03)3817-5657

なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

## 「看護管理者のための コンピテンシー・モデル in 福岡」開催のご案内

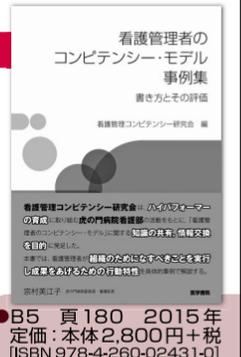
医学書院セミナー

新刊のご案内

## 看護管理者の コンピテンシー・モデル 事例集

書き方とその評価

編集 看護管理コンピテンシー研究会



●B5 頁180 2015年  
定価: 本体2,800円+税  
[ISBN 978-4-260-02431-0]

講師 宗村美江子先生(虎の門病院副院長・看護部長)、同看護部次長

開催日 2016年1月16日(土) 10:00~16:30

会場 福岡県中小企業振興センター(福岡市博多区吉塚本町9番15号)

定員 200名 受講料 12,000円(税込)

お申込方法 右記の医学書院セミナーページからお申し込みください。ご案内を自動返信いたします

お問い合わせ (株)医学書院 PR部 セミナー係 TEL 03-3817-5693(平日9~17時)

<http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do>

寄稿

# コミュニケーション学で広がる看護の可能性

杉本 なおみ 慶應義塾大学看護医療学部教授・コミュニケーション学

コミュニケーション学は「さまざまな場面や文化において、あるいは多様な伝達方法や媒体を通して、人々が『メッセージ』を使って『意味』を創り出す過程」<sup>1)</sup>を実証的に探究する学問領域であり、その起源は紀元前のギリシャ・ローマ時代の修辞学にまでさかのぼります。学会組織としては、1914年に米国コミュニケーション学会、1950年に国際コミュニケーション学会、1971年に日本コミュニケーション学会が設立され、活発な研究・教育・社会活動を展開しています。

日本ではまだ「行動科学」や「質的研究」と同義に扱われたり、「接遇」や「コーチング」と混同されたりすることの多いコミュニケーション学ですが、実際には「実験・観察・調査などを通じて収集したデータを、定性・定量的手法を用いて分析し、一定の法則性を見だして理論化する」という流れに沿って、コミュニケーションに関する研究とその成果に基づく教育を行っています。

## 看護と接点の多い学問分野、学ぶ際の留意点は

コミュニケーション学の体系には「医療」という下位領域があり、臨床・臨床地でのコミュニケーションを研究しています。他にも、看護実践全般に役立つ「対人」「性差」「非言語」や、老年看護・終末期看護と関係の深い「加齢」「スピリチュアル」、家族看護や国際看護と関連のある「家族」や「異文化」といった下位領域が存在します(註1)。また、看護管理には「グループ」「組織」「広報」、看護教育には「教育」領域の成果が応用可能です。

このように看護と接点の多いコミュニケーション学ですが、その研究成果を学ぶ際に留意すべき点があります。具体的には、コミュニケーション教育全体に通じる「根拠に基づいて学ぶ」「発達段階に応じて学ぶ」「能動的に学ぶ」、卒前教育における「適切な目標設定の下で学ぶ」、卒後教育での「必要に応じて学ぶ」が挙げられます。

まず、コミュニケーションを学ぶ際に最も大切なのは、その内容が根拠に基づく正確な情報であることです。コミュニケーションにまつわる諸説の中には、かなりの割合で間違った情報が含まれています。中でも「コミュニケーションの93%は非言語を介して行われる」という説は、原典の誤った解釈がまことしやかに語り継がれて広まった顕著な例です。このような「病原菌」がいったん拡散すると根絶は不可能で

すので、二次資料ではなく原典を参照する、あるいはコミュニケーション学を系統的に学んだ専門家に確認するなどの方法で、未然に防ぎたいものです。

## コミュニケーション能力獲得と看護学の学習は、2本の“鎖”

次に重要なのは、発達に応じて段階的に学ぶことです。学習課題や理解力は、看護師・学生としての成長に伴い変化します。コミュニケーションを、入学・入職直後などに「まとめて」学ぶだけでは、このような変化に対応できず、「患者対応は得意だが、管理職としての能力に欠ける看護師長」のような問題が生じます。

医療者養成課程における一般教育と専門教育の関係を示す「二重螺旋(double helix)」モデル(註2)は、看護におけるコミュニケーション学習にも適用できます。この場合、「コミュニケーション能力の獲得」と「看護学の学習(または看護師としての発達)」が、DNAの2本の“鎖”に相当します。両者が並行して進むことで、「一方で生まれた疑問を他方で解決する」ことや「一方で学んだことを他方で試行する」ことが可能になり、学習意欲や成果に相乗効果が生まれます<sup>2)</sup>。

最後に、コミュニケーション能力の習得には能動的な学習が不可欠です<sup>3,4)</sup>。シミュレーションや教育ゲームなどを用いた体験・参加型の学習体験を重ねることで、頭の中の知識を実際の行動に移す手掛かりが得られます。また、社会活動を通して学ぶサービス・ラーニング<sup>5)</sup>や、学習者同士がお互いに学ぶピア・ラーニング<sup>6)</sup>も有効な学習方法とされています。

## 卒前・卒後、各ニーズに応じた適切な目標設定を

看護学校・大学などでコミュニケーションを学ぶ場合には、各養成機関の教育理念と学習時間の双方に即した目標が設定されていることが肝要です。

以前、ある医学部から「コミュニケーション学専攻の学生が卒業時まで身に付ける能力を、医学生が6年間で習得できるようにしたい」という依頼を受け、心底驚いたことがあります。医療系の学生がいくら優秀といえども、4年間コミュニケーション学だけを学ぶ学生と同等の能力を、医学や看護学を学ぶ片手間に習得することは不可能であり、不必要です。それよりも、自校の教育理念に合致した医療者像の実現には最低限どのようなコミュニケーション能力が必要かを考え、その涵養

に注力するほうが望ましいと思います。

また、ある看護学校からは「新入生のコミュニケーション能力が年々低下しているの、2-3回の授業で病棟実習に出せるレベルにしたい」と相談されたこともあります。もしこれが清潔援助のような複合的な看護技術に関する話であったら、即座に一蹴されるでしょう。ところがコミュニケーション能力となると、「大して時間をかけずにできるようになるはず」という思い込みから、このような過大な要求が生じます。

どれほど効率的な学習をめざしたとしても、学習時間を3時間しか確保できないのであれば10時間分の成果は望めません。これは看護技術もコミュニケーション能力も同じです。そのことを念頭に置いて現実的な目標設定をしないと、学ぶ側も教える側も疲弊してしまいます。

適切な目標設定のためには学生の能力を正確に測定する必要があります<sup>7)</sup>。教員の所感や学生の自己評価だけに頼るのではなく、各種の測定尺度<sup>8-10)</sup>を利用する、実習中に問題となった事例を分析するなど、できるだけ客観的かつ多角的な評価を心掛けましょう。このような測定を定期的に継続すれば、当初の目標設定の適切さを判断する指標として役立ちます。

一方、継続・生涯教育においては、必要に応じて(on demand)学べる体制があれば十分です。研究・教育職志望でなければ、系統的に学ぶ必要はありません。「他職種との連携」など、日常業務の中で必要となるコミュニケーション能力を、その都度所属先の医療機関や看護協会が地域・領域別に開催する講習会などで習得すればよいと思います。

なお、米国では多くの大学に「コミュニケーション・センター」<sup>11)</sup>が設置されており、特に「書く・話す」技能に課題を抱える学生が自由に利用できるようになっています。これと同じような施設が、日本でも各病院の「クリニカル・シミュレーション・ラボ」に併設され、「告知場面」のようなテーマ別の練習を随時行える環境が整えば理想的だと思います。

## 看護職による自律的な教育設計に期待

コミュニケーション教育学の下には「他学部生に対するコミュニケーション教育」(communication across the curriculum<sup>12)</sup>、またはcommunication in the disciplines<sup>13)</sup>と呼ばれる部門があります。現状では、コミュニケーション学



●すぎもと・なおみ氏  
1988年国際基督教大看護学部語学科卒。89年イリノイ大アーバナ・シャンペーン校スピーチ・コミュニケーション学科(現コミュニケーション学科)修士課程修了。94年同博士課程修了(Ph. D.in Speech Communi-

cation)。フェリス女学院大文学部助教授を経て、2001年慶大看護医療学部助教授、05年より現職。著書に『改訂 医療者のためのコミュニケーション入門』(精神看護出版)など。現在は、多職種連携や救急現場のコミュニケーション分析にも携わる。

の専門家が理工学部・経営学部・医療系学部などの専門課程の教員と協働し、当該分野に適したコミュニケーション教育の内容と方法について研究・実践しています。

しかしいずれは、看護職の中から、“アリストテレスからヴィゴツキーまで”の正統派のコミュニケーション学を広く深く修め、看護におけるコミュニケーション教育を自律的に設計・実施できる人材が輩出されることを願っています。

註1: 国際コミュニケーション学会には28の分科会、またこれより規模の大きい米国コミュニケーション学会には48の分科会が登録されている。

註2: 「二重螺旋」モデルは本来、米ロチェスター大医・歯学部において提唱され、基礎医学と臨床医学、あるいは人文科目(medical humanities)と専門科目を並行して学ぶ際の適切な関係を示すもの。

<https://www.urmc.rochester.edu/education/md/admissions/md-curriculum.cfm>

詳しくは以下を参照。  
Acad Med. 2003 [PMID: 14534093]

### ●参考文献

- 1) What is Communication? National Communication Association. <http://www.natcom.org/discipline/>
- 2) Med Teach. 2007 [PMID: 17885970]
- 3) Dewey J. Experience and Education. Macmillan; 1938.
- 4) Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Prentice Hall: 1984.
- 5) Warren J L, et al. Learning through service: The contributions of service learning to the communication discipline. Deanna L, et al. The SAGE Handbook of Communication and Instruction. Sage Publications; 2010. 129-45.
- 6) Katula RA, et al. Experiential education in the undergraduate curriculum. Communication Education. 1999; 48(3), 238-55.
- 7) J Clin Nurs. 2002 [PMID: 11845748]
- 8) Rubin R, et al. Communication Research Measures: A sourcebook. Guilford; 1994.
- 9) Rubin R, et al. Communication Research Measures II: A source book. Routledge; 2009.
- 10) Manusov V (Ed). The Sourcebook of Nonverbal Measures: Going Beyond Words. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2005.
- 11) Communication Centers Section. National Communication Association. <https://www.natcom.org/interestgroups/#CCS>
- 12) Dannels D P. Communication across the curriculum problematics and possibilities: Standing at the forefront of educational reform. Deanna L, et al. The SAGE Handbook of Communication and Instruction. Sage Publications; 2010. 55-79.
- 13) Dannels D P, et al. Communication Across the Curriculum and in the Disciplines: A Call for Scholarly Cross-curricular Advocacy. Communication Education. 2009; 58(1), 124-53.

看護学生の学びを支える教員すべてに読んでほしい

## 看護教員に伝えたい 学校管理・運営の知恵と工夫

学校運営や学校管理は、学校長や教務主任だけの仕事ではない。看護学生の学びを支える学校環境を作っていくには、すべての教員が学校管理・運営を知ることが必要。本書は、教育の質を担保するうえで必要な学校管理・運営について、著者らの経験をもとに、また身近な課題を取り上げて執筆されている。看護教員の必携書。

編集 江川万千代  
遠賀中央看護助産学校・学校長



生気なナースを育てなさい

## 異端の看護教育 中西睦子が語る

きれいで塗り固めたものには嘘がある。しかし、ナースたちはインセント(無知)であるように教育されていて、現実が見えない、現実には気づかない。事実を目を向けられるナースを育てることはできないのだろうか。本書では、著者中西睦子氏がこれまでの看護教育で隠されていた部分を明確にするため、鍵となる視点を提示する。

中西睦子  
元国際医療福祉大学教授・看護学科長  
松澤和正  
帝京大学医療学部看護学科教授



寄稿

# 米国の Advanced triage に学ぶ トリアージの時点から始まる検査と治療

菅原 誠太郎<sup>1)</sup>，乗井 達守<sup>2)</sup>

1) 東京ベイ・浦安市川医療センター救急科 2) University of New Mexico, Department of Emergency Medicine

皆さんがお勤めの救急外来では、平均待ち時間はどの程度でしょうか？現在、日本の救急搬送件数は年々増加の一途をたどっています。総務省消防庁の調べでは、ここ10年で100万件以上増加し、年間600万件に到達する勢いです<sup>1)</sup>。それに伴い、救急外来での混雑、そして待ち時間が長くなるのが問題になりつつあります。その様子を見てみると、超多忙な救急外来で活躍する医療者たちを描いた米国のドラマ「ER」が、日本でも現実となってきているかのようです。

ドラマの元になった米国の救急医療は北米型救急と呼ばれ、日本で用いられている1次から3次といった重症度分類に関係なく、患者を受け入れる体制です。日本でも、このような北米型救急体制を取っている病院が増えてきています。

## 救急受診数の増加によって、重要性を増したトリアージ

米国では、Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) という法律が1986年に制定されました。この法律に関する詳細は割愛しますが、これ以降、救急室を訪れる全ての患者は、支払い能力や保険にかかわらずスクリーニングの診察を受け、緊急を要する病態があれば必要な治療を受ける権利が保障されました。これにより、社会におけるセーフティーネットとしての救急外来の役割が強化されました。その反面、普段内服している降圧薬がなくなったので処方してほしい、2年前から咳嗽が継続しているがかりつけがないので診てほしいといった患者も救急外来を受診し、その全ての患者をタイムリーに診察することに困難が生じました。そこで、トリアージの重要性が必然的に増すことになったのです。

日本でも来院する救急患者に対してトリアージが実施されるようになってきています。2012年の診療報酬改定では、院内トリアージ実施料が診療報酬項目に加えられました。日本でのトリアージは、看護師が患者の主訴と簡単な病歴を聴取し、バイタルサインを測定後、緊急度を判定することが一般的です。カナダのトリアージシステムCTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) の日本版であるJTASも使用されるようになってきています。

オーストラリア (1994年) やカナ



●写真 ①看護師が簡単な病歴や所見を取り、②その後オーダーを入れる。



ダ (1995年) が、全国規模で統一された救急外来でのトリアージシステムを早期に使用し始めたのに対し、米国ではやや遅れて1998年に Emergency Severity Index (ESI) のパイロット版が始まりました。生命の危険が迫っていればレベル1、その後症状の種類や、必要なリソース (血液検査、胸部X線等)、そしてバイタルサインを元に5つのレベルで評価するという比較的簡易なトリアージ方法です。ハイリスクの主訴でなく、バイタルサインにも異常がなければ、レベル3から5に分類されます。ESIや、同様のコンセプトのトリアージが米国のほとんどの救急外来で取り入れられています。

## 待ち時間の長期化から生まれた “Advanced triage”

救急外来での混雑が悪化し、ドラマ「ER」放映時よりも待ち時間がさらに長期化している米国では、これまでのトリアージだけでは解決できない問題も出てきました。例えば、腹痛で救急外来を受診し、痛みが中程度でバイタルサインにも異常がなければ、先ほどのESI トリアージでレベル3に分類されます。その場合、救急外来の混雑具合によっては、医師の診察を受けるまでに数時間も待つという事態が起きてきたのです。「救急の先生は緊急の患者さんに対応中ですよ」と言われても、患者本人にとっては、数時間も待たされるのはたまったものではありません。また、医師の診察を待っている間、痛みへの対処や検査がまったく進まないというのは、医療者側からも多くの非難の声が上がりました。

そこで誕生したのが “Advanced triage” です。代表的なものとして、Nurse Initiated Protocol (NIP)、Triage Nurse Ordering (TNO)、Advanced Nursing Interventions (ANI) が挙げられます。実質この3つに大きな違いはないので、こ

ではNIPに関して紹介したいと思います。

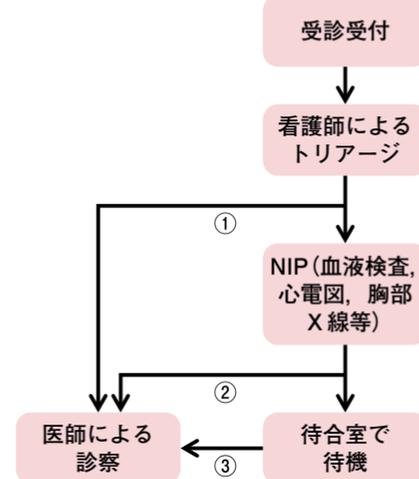
## 看護師が検査・治療を担い、待ち時間の有効活用を

待ち時間が長くなりそうな患者に対して、医師による診察の前に、検査や治療を始めるシステムがNIPです (図)。胸痛、腹痛、発熱などの主訴に応じて、事前に決めたプロトコルにのっとり、看護師が血液検査、胸部X線等をオーダーします (写真)。症状によっては、酸素や吸入などの処置まで行うこともあります。

胸痛を例に見てみましょう。胸痛を主訴に受診し、15分以内に医師による診察が行えず、30歳以上、あるいは30歳未満であっても冠動脈疾患の既往、家族歴、高血圧、糖尿病、コカイン使用の内1つ以上に該当する患者の場合は、速やかに心電図が測定されます。同時にトロポニンを含む血液検査、胸部X線検査が行われます。医師は、急性心筋梗塞のような緊急疾患であれば即座に診察し、そうでなければトロポニンなどのデータがそろった上で診察をすることができ、待ち時間を有効に活用できるわけです。

このようなNIPの導入によって、肺炎患者に対する抗菌薬投与までの時間が短縮される<sup>2)</sup>、救急外来の滞在時間が短縮される<sup>3)</sup>といった効果が得られることが、いくつかの研究結果から示されています。その一方で、不要な検査が行われる懸念や、生存率などに有意な差がないこと (トリアージレベルが低いのが故に、待ち時間が長くなってしまふ人がNIPの対象となるため、当然と言えば当然ですが) などに対する批判もあります。

日本では、救急外来で数時間以上診察を待つことは、ほとんどありません。しかし、今後さらに高齢化や病院の集約化が進むと、救急外来の混雑は現在



●図 患者受付から Nurse Initiated Protocol (NIP)、医師による診察までの例  
①トリアージレベルが高ければ、すぐに医師の診察  
②検査で異常があれば、速やかに医師の診察 (例：胸部X線で肺炎像あり)  
③検査で緊急を要する異常がなければ、医師の診察まで待合室で待機

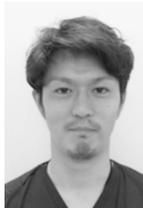
より悪化する可能性があります。その際、NIPのような制度が重要視されるかもしれません。育ちつつある救急看護認定看護師や日本版の Nurse Practitionerが活躍できる分野とも言えます。今後は他国の制度を柔軟に取り入れながら、地域の実情に応じた対策を講じていくことが求められるのではないかと思います。

## ●参考文献

- 1) 平成26年版救急救助の現況——I救急編。第15表 救急出動件数及び搬送人員の推移。総務省消防庁；2014年。  
[http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9\\_3.html](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9_3.html)
- 2) Cooper JJ, et al. Effect of an automated chest radiograph at triage protocol on time to antibiotics in patients admitted with pneumonia. Am J Emerg Med. 2008 ; 26(3) : 264-9. [PMID: 18358934]
- 3) Chan TC, et al. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. Ann Emerg Med. 2005 ; 46(6) : 491-7. [PMID: 16308060]

## ●すがわら・せいろう氏

2010年福井大医学部卒。国立病院機構東京医療センターで初期研修後、東京ベイ・浦安市川医療センターにて後期研修中。現在チーフレジデントとして、臨床のみならず部門 management にも興味を持ち、奮闘中。



## ●のりい・たつや氏

2007年佐賀大医学部卒後、健和会大手町病院で初期研修。米国 University of New Mexico 救急レジデンシー、チーフレジデントを経て、14年より現職。処置時の鎮静 (Procedural Sedation) を研究・教育のテーマに、国内外で講演活動を行う。



写真と動画で技術を習得！  
臨床看護技術の “もう一人の先輩”

## できる看護技術 [Web動画付]

【監修】 虎の門病院看護教育部  
【著】 福家幸子 虎の門病院看護部次長 (教育担当)  
山岡 麗 虎の門病院混合病棟チーフナース  
千崎陽子 虎の門病院看護教育部チーフナース

医学書院

## 注射・採血 ができる

サンプル動画 配信中! ▶ Youtube  
[http://www.igaku-shoin.co.jp/usage/chusha\\_toranomon.html](http://www.igaku-shoin.co.jp/usage/chusha_toranomon.html)

新人看護師にとって不安な看護技術の「注射・採血」を、写真+動画 (スマホ視聴可) で解説。事故防止の注意点はもちろん、患者への声かけからシリンジの持ち方、観察の要点まで、丁寧なコツと知識が満載。

●B5 頁144 2015年 定価:本体2,100円+税 [ISBN978-4-260-02211-8]



## 吸引・排痰 ができる

新人看護師にとって不安な看護技術の「吸引・排痰」を、写真+動画 (スマホ視聴可) で解説。吸引実施に必要な呼吸器周辺のフィジカルアセスメントの流れやポイントから、実施時の事故防止の注意点まで、丁寧なコツと知識が満載。

●B5 頁128 2015年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-02390-0]



## 導尿・浣腸・ 摘便ができる

新人看護師にとって不安な看護技術の「導尿・浣腸・摘便」を、写真+動画 (スマホ視聴可) で解説。感染防止・事故防止のための注意点はもちろん、患者への声かけからカテーテルの持ち方、観察の要点まで、丁寧なコツと知識が満載。

●B5 頁128 2015年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-02391-7]



# 看護のアジェンダ

井部俊子  
聖路加国際大学学長

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128回)

## 文体のレッスン

このたび、縁あって一般社団法人共同通信社に20回の連載原稿を書くという経験をした。連載のテーマは「看護師がいます」とした。

大まかな構成は保健師助産師看護師法(保助看法)を参照することにした。つまり、第一章総則、第二章免許、第三章試験、第四章業務、第五章罰則という枠組みを決めて、一般の方に看護職のことを知ってもらい、うまく活用していただきたいと考えたのである。

一回の原稿文字数は11文字×90行(990字)であった。一回目の原稿は2015年2月に書き始め、最終回を書いたのは7月7日であった。共同通信社は地方紙に記事を配信するが、採用するかしないかは各新聞社の選択によるようである。「山梨で読みました」とか「新潟日報に載っていた」とかいふ断片的な知らせを聞いていた。

### ジャーナリズムの世界で「書く」ということ

今回の経験は、私にとって文章を書くという営みの中で大きな収穫をもたらした。日頃、専門領域の中で「書く」とこと、ジャーナリズムの世界で「書く」とこととの作法の違いがあるということを学んだ。私の原稿は毎回編集担当者に手直しされた。当初は少しづつと解体されるのにかに興味津々となった。

私は第一回の原稿をこのように書き出した。

これから看護師のことを書こうと思います。日本ではおおよそ147万人(2010年)の看護師が就業しています。この数は前年と比べて、約3.7万人増えています。就業場所として最も多いのは「病院」(62.0%)です。次が「診療所」(21.0%)です。この二つを足すと83%となります。つまり、看護師の大半は医療機関で仕事をしているということになります。けれども看護師はいろいろな所で活躍しているのです。約

3万人(2.1%)が「訪問看護ステーション」にいます。さらに「介護老人保健施設」に約4万人(2.8%)、「介護老人福祉施設」に約3.2万人(2.2%)います。「保健所」(0.6%)、「市町村」(0.4%)、「助産所」(0.1%)、「社会福祉施設」(1.4%)、「工場・事業所」(0.8%)、「学校・研究機関」(1.1%)など、看護師の職場は拡大しています。在宅医療の決め手は訪問看護だといわれ続けていますので、「訪問看護師」をいかに増やすかが真剣に検討されています。

この原稿は手直しされてこのような記事となる。

これから看護師のことを書こうと思います。日本では2010年時点で約147万人の看護師が就業しています。前年に比べて約3万7千人増えています。就業場所でもっとも多いのは「病院」(62%)、次が「診療所」(21%)です。つまり看護師の約8割は医療機関で仕事をしているということです。活躍の場はそれだけではありません。「訪問看護ステーション」に3万人、「介護老人保健施設」に4万人、「介護老人福祉施設」に3.2万人、そのほか保健所、市町村役場、助産所、社会福祉施設、居宅サービス等、工場・事業所、学校・研究機関など、看護師の職場は拡大しています。在宅医療の決め手は訪問看護だといわれ続けていますので、訪問看護師をいかに増やすかが真剣に検討されています。

### 「看護」をいかに平易に書くか

第16回は「療養上の世話と診療の補助業務」と題して、保助看法第37条を引用して書いた。それがこのように変身した。

看護職を規定する保助看法の第37条は「特定行為の制限」として、看護職がしてはいけない行為を挙げています。一言でいうと、医師や歯科医師がしないと衛生上危害を生ずる恐れのある行為です。例えば、医師や歯科医師の指示なしに診療機械を使う、医薬品を渡すことなどがそれに当たります。とはいうものの、三つの除外規定があります。一つ目は主治医の指示があった場合、二つ目は緊急に手当てをしなければならない場合です。三つ目は助産師に限った規定で、へその緒を切る、かん腸をするなど助産師の業務として当然しなければならない行為です。医師の指示を受けて看護師がする行為は「診療の補助」と呼ばれています。(中略) こうした看護師の業務には「療養上の世話」と「診療の補助」が混在しています。看護師は患者に対して行なう全ての行為を判断しているのです。患者に質問されたら、看護師は「先生に聞いてください」と言わず、自らの判断をもっと述べるとよいと思うのです。

## 第21回日本看護診断学会開催

第21回日本看護診断学会学術大会が2015年7月18-19日、長谷川智子大会長(福井大)のもと「的確なアセスメントから生み出される正しい看護診断」をテーマに開催された(会場=福井市・フェニックス・プラザ)。本紙では、大会長講演「的確なアセスメントから生み出される正しい看護診断」の様態を報告する。



●長谷川智子大会長

### ◆いま一度「アセスメント」の在り方を考える

医療の高度化・専門化に伴い、看護師の役割と責任が拡張し、在宅での看護師の役割もさらに重要性を増している。長谷川氏は、「患者と診断の適合性を熟考した上での確かな介入につなげていくためには、いま一度アセスメントの在り方を考えたい」と述べた。

アセスメントを行う上で多くの看護師を悩ませているのが「記録」だということ。例えば、氏がよく受ける相談は、「簡潔に書くことができない」というもの。一方で、「記録が長くなり過ぎないように」と意識するあまり、症状やケアの個性が見失われ、自分がつくったパターンに形式的に当てはめてしまう傾向もある。「何をどのように見て、どう判断したのか」ということを、適切な言葉で、簡潔に、記録に残さないと人には伝わらない。そのためには「内面を語る表現力」や「共感的な理解を促す記述力」が重要であり、思考を表現していくことを絶えずトレーニングする必要がある。「わが国では、記録についてのこうした教育が十分ではない」と強調した。

さらに、アセスメント・看護問題の明確化(看護診断)・計画・実施・評価といった5段階の看護過程では足りない指摘。まずは「アウトカム」の段階を追加すべきだと提案した。目標に到達したかどうかで看護は評価されるので、アウトカムを明記する必要がある。実際に「解決すべき問題は何か」から「到達すべき目標は何か」に焦点をシフトさせている施設は多くあるという。そしてもう1つ追加すべき段階として「説明と同意」を挙げた。患者に何が起きていて、患者自身はどこをめぐりたいのか。そして看護師としてはどこをめぐっていくべきなのか。患者の同意を得た上で、同じゴールに向かうべきだと強調した。

最後に、「どのような状況であっても、患者と一緒に頑張れることを見つけ、そのアウトカムに向かって進んでいきたい」と、看護の未来に向けた抱負とともに講演を締めくくった。

る行為です。例えば、医師や歯科医師の指示なしに診療機械を使う、医薬品を渡すことなどがそれに当たります。とはいうものの、三つの除外規定があります。一つ目は主治医の指示があった場合、二つ目は緊急に手当てをしなければならない場合です。三つ目は助産師に限った規定で、へその緒を切る、かん腸をするなど助産師の業務として当然しなければならない行為です。医師の指示を受けて看護師がする行為は「診療の補助」と呼ばれています。(中略) こうした看護師の業務には「療養上の世話」と「診療の補助」が混在しています。看護師は患者に対して行なう全ての行為を判断しているのです。患者に質問されたら、看護師は「先生に聞いてください」と言わず、自らの判断をもっと述べるとよいと思うのです。

最終回はこのような記事となった。

(前略) 私は看護師を活用することのメリットを強調したいと思います。病気になったとき、まず注目してほし

いのは「外来看護師」です。患者は自分の病気を治す「医療チーム」の一員です。その最初の窓口となるのが外来看護師なのです。(中略) 外来では、医師は診療室にこもり、外の状況が見えにくくなっているため、看護師が全体の調整機能を担っています。全体をよく見渡すことのできる外来看護師は、体調のよくない患者の診察の順番を早めたり、患者と医師との相性を考えて担当医師を決めたりと、専門家としての判断をしています。私は皆さんに、外来で待つ間、看護師と話す機会をつくることをお勧めします。その際、看護師の名前を呼ぶようにしましょう。名前と呼ばれる方が、心理的距離は近くなります。医師は名前を覚えてもらえるのに、看護師は名前で呼ばれることが少ないのは残念です。(後略)

新聞の読者を対象にした、「看護」をまるごと紹介しようという野心的な表向きの目的とともに、私にとっては「文体」のレッスンという得難い経験となった5か月間であった。



医学書院 看護特別セミナー

株式会社 医学書院 主催

## 「パトリシア・ベナー博士来日講演会」

講師:パトリシア・ベナー博士(UCSF名誉教授)  
R.N., Ph.D., FAAN, FRCN

座長:南 裕子先生(高知県立大学学長)(10月10,11日の横浜会場)  
片田範子先生(兵庫県立大学教授)(10月17,18日の京都会場)

※本講演は専用イヤホンを使用した同時通訳付きです。

テーマ **看護実践における専門的スキル**  
— ケアリング、臨床判断、倫理  
(Expertise in Nursing Practice:  
Caring, Clinical Judgment and Ethics)

時間 **いずれも13:00 ~ 16:00** (開場は12:00)

受講料 **S席:12,000円 A席:10,000円**  
**B席:8,000円** (B席は京都会場でのみ設定です)  
(いずれも税込・資料代含む。お申し込み時に座席をお選びいただけます)

### セミナーお申し込み方法

●弊社ウェブサイト「医学書院の各種セミナー」(www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do)を経由して、受付専用画面からお申し込みください。お申し込み受付後、一定期間内に入金がない場合は、お申込みがキャンセルになりますので、再度、受付専用画面からお申し込みください。入金確認後、9月下旬に受講票を送付させていただきます。

●定員に達した時点で受付を終了します。予めご了承ください。

### ●払戻しについて

講演が延期、及び中止とならない限り、受講料の払戻しは致しかねます。また、万が一講演を延期、中止する場合は、できるだけ早くご連絡を致しますが、旅費のキャンセル料等の補償は致しかねます。予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

※お申し込みの際にいただいた個人情報は、受講票の送付・受付確認などセミナー運営に必要な範囲で使用いたします。また、株式会社医学書院ではセミナー終了後も個人情報を保有し、今後のセミナーや新刊のご案内に利用させていただく場合がございますので、予めご了承ください。

### お問い合わせ先

有限会社あゆみコーポレーション「セミナー受付担当係」  
TEL 06-6441-4918 (平日9時~17時30分) Mail: info@a-youme.jp

### 開催日・会場

**2015 10/10(土) 横浜**

**2015 10/11(日) 横浜**

パシフィコ横浜会議センター  
1階メインホール (定員:各日程1,000人)

**2015 10/17(土) 京都**

**2015 10/18(日) 京都**

国立京都国際会館  
大会議場 (定員:各日程1,800人)

# Medical Library

書評・新刊案内

## 助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)にもとづいた 助産実践能力育成のための教育プログラム

日本助産実践能力推進協議会 ● 編

B5・頁212  
定価:本体2,700円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02089-3

評者 柳橋 礼子  
聖路加国際病院副院長/看護部長

超高齢社会に向けた重い課題に取り  
組む医療機関が多い一方で、少子化も  
深刻な社会問題として認識されてい  
る。出生数の減少が続  
き、産科および小児科  
医師の不足などによ  
り、医療機関の多くが  
産科医療の充実には苦  
慮している。周産期領域の体制が充実  
している病院での分娩数は多いが、中  
小病院では分娩数を増やしていくのは  
簡単ではない。出産年齢が遅延化・高  
齢化していること、また「お産に対  
しての希望」が多様化しているとい  
うことも影響していると思われる。

### 助産実践能力の評価と 標準化された教育プログラムを 医療機関で活用するための書

「国際助産師倫理綱領」、2002年に  
「基本的助産業務に必須な能力」、2005  
年に「助産師の定義」を明らかにして  
いるが、日本助産師会  
ではわが国独自に助産  
師に求められる能力を  
明確化するため、2006  
年に助産師の役割など  
明文化した「助産師の声明」を公表し  
た。これを基盤として①倫理的感応力、  
②マタニティケア能力、③ウィメンズ  
ヘルスケア能力、④専門的自律的能力  
の4要素で構成される「助産師のコア  
・コンピテンシー」を明確にし、その  
うちの3要素を基に助産師実践能力習  
熟段階(クリニカルラダー)が作成され、  
第IV章ではそれぞれのコンピテン  
シーを育成するための教育プログラム  
が具体的に記述されている。

多くの施設が助産師の教育プログラ  
ムをある程度は整えていると思われる  
が、多様な教育機関を卒業して免許  
を取得している現状があり、正直など  
ころ教育内容と評価は助産師長に任せ  
られていると思う。このような背景の中  
わが国で標準化されたクリニカルラ  
ダーと教育プログラムが作成されたこ  
とは大変有意義であり、本書が日本中  
の医療機関で活用されていくことを期  
待したい。

新卒の助産師にとって、自分のキャ  
リアを考え、自律した助産師として実  
績を積める医療機関に就職するのは簡  
単ではない時代が来ている。どこの医  
療機関でも一定の教育プログラムで教  
育を受けられ、将来の目標に合った自  
律した実践能力を認証により保証され  
ることは大変な進展と考える。本書は、  
助産師育成のための教育プログラムが  
詳細に説明されており、それぞれの医  
療機関で活用できる。

また、本書では、標準化の核となる  
「助産師のコア・コンピテンシー」に  
ついて第II章で述べられている。国  
際助産師連盟(ICM)では、1993年

## 第11回 ICM アジア太平洋地域会議・ 助産学術集会開催

第11回 ICM アジア太平洋地域会議・助  
産学術集会(会長=日看協・坂本すが氏)が、  
7月20-22日、「すべての妊産婦と赤ちゃん  
に助産師のケアを」をテーマに、パシフィ  
コ横浜(横浜市)で開催された。助産師の国際  
的な専門団体である国際助産師連盟(Interna  
tional Confederation of Midwives; ICM)は  
アフリカ、アメリカ、ヨーロッパ、アジア太  
平洋の4つの地域に分けられており、日本が  
所属する ICM アジア太平洋地域会議は、3  
年ごとに開催される ICM 大会の中間年に開  
催されている。20年ぶりに日本での開催とな  
った本会議には、37か国から3200人  
を超す参加者が集い、アジア太平洋地域に固  
有の問題や課題が議論された。本紙では、  
著名な3人の助産師によるワークショップ「日  
本の助産師の技を受け継ごう」(座長  
=聖路加国際大・片岡弥恵子氏、愛育病院・横  
山いづみ氏)の模様を報告する。



●フラッグセレモニーの模様  
参加国の代表者たちが各国の国旗を持って  
入場し、会場を沸かせた。

### ◆助産師の技とは何かを問う

最初に登壇した山本詩子氏(山本助産院)は、  
近年微弱陣痛の産婦が増えているとい  
う自身の印象を語った。順調に進まない分  
娩には必ず理由があり、微弱陣痛では回  
旋異常や不正軸侵入が起きていることが  
多いと指摘。内診を行う際、矢状縫合・大  
泉門・小泉門を探り、矢状縫合が触れる  
べきところで触れなければ注意が必要で、  
子宮口が全開であっても分娩は長期化す  
る傾向にあるという。また胎児心音が聴  
取しにくいのも、児背が母体の背骨側に  
あり、回旋が悪い証拠の一例として示し  
た。不正軸侵入の対処法としては四つん  
這いの体制やバランスボールの利用など  
を挙げ、必ず矯正できるという方法はな  
いものの、産婦をリラックスさせるた  
めのあらゆる手段を講じる必要があると  
話した。また会陰保護・肛門保護を過  
度に行わない、沈黙も大切であり声掛け  
の際の言葉は慎重に選ぶなど、自身の  
経験に基づくポイントを紹介した。

助産師としての40年の道のりを振り返  
ったのは、神谷整子氏(みづき助産院)。氏  
は病院に勤務していた時期に3人の子  
どもを出産し、夜間の就業が難しくな  
ったことから、出張開業・助産院勤務を  
開始した。妊娠から出産、産後まで  
継続してかかわる中で、さまざまな思  
いを持つ妊婦の希望を徹底的に聞き、  
話し合うことの大切さを学んだと話し  
た。氏が自宅出産にかかわるようになった  
きっかけは、自宅出産を希望する  
経産婦との出会い。助産院でも自宅  
でも医療行為ができない点に変わり  
はないこと、そして助産師とは産婦が  
安全かつ安心して出産を行う手助け  
をする者であり、本人の希望を可能  
な限り叶えたいとの思いが後押しに  
なったという。これまでの経験から、  
妊婦検診こそが正常産の土台を築く  
と強調。妊婦の人生観と向き合い、  
そこで学んだことを次の妊婦に伝  
えていくことが助産師に求められる  
姿勢だと結んだ。

矢島床子氏(矢島助産院)は、お産  
に対する新たな考え「フィーリング・  
バース」を紹介した。氏は自宅  
で第三子を出産した際の気持ち良  
さを今でも忘れることができず、  
この体験が女性として生きていく  
ための強いパワーになったと語  
った。産婦が痛みや喜び、幸  
せを感じ、自分が産んだという  
実感を持てるようなお産こそ、  
母親として生きることや子育  
てへの自信につながるのでは  
ないかと提案。フィーリング・  
バースの三原則として、①産  
婦を一人にしないこと、②常  
に優しく触れ続けること、③  
何をしても否定しないことを  
挙げ、手技はもちろんのこと、  
産婦が心を開放し自分を表  
現できる場をつくることも  
助産師の技だと話した。また、  
産んで終わりではなく、本  
当に大変なのは「その後」だ  
と強調。助産師は、女性が母  
親へと育っていく過程を地  
域で見守り、寄り添い続ける  
職業であると締めくくった。

の選び方の例が紹介されており、自立  
度と経済的負担に関するマトリクスの  
図を療養者や家族にそのまま示して  
解説することも可能である。加えて、  
要所でミニ事例が掲載されている。相  
談支援では、個々の事例を把握し、  
その人に必要な社会資源を提供する  
ことが重要であるため、具体的な事  
例から得られるヒントは貴重である。  
豊富な事例の中に、私がかつて出  
会った相談者の姿を重ね、はっとす  
ることもあった。

さらに、「2015年度版」には、現在、  
わが国の医療と介護の課題である  
超高齢社会に対応した地域包括ケア  
に関する記述を加えている。事例を  
交えながら、地域特性に応じた地  
域包括ケアを住民主体で構築する  
ことの重要性が述べられており、  
私たちが今何をすべきかを示唆  
している。

評者は講義で学生に「困ったときは  
この本を開いてごらん。そこにヒ  
ントが隠れている。そして、この  
本を使いながら、療養者や家族と  
話し合うと良い」と伝えている。看  
護では、答えが一つではない。そ  
の人に合った医療やケアを提供  
するために、その人たちが相談  
できる伴走者となってほしい。伴  
走者として、行政の施策や制度を  
わかりやすく療養者に伝えるのは、  
専門職の大きな役割である。療  
養者や家族が治療や生活の選  
択を迫られたとき、インフォ  
ムド・チョイスを支援するので  
ある。本書は、地域の絆を強化し、  
医療・保健・福祉制度が見える  
化(可視化)し、病や障害があ  
っても一人ひとりができる限  
りその人らしく住みなれた地  
域で暮らせることを支援する  
専門職を応援してくれる心強い  
伴侶である。

## 医療福祉総合ガイドブック 2015年度版

NPO 法人 日本医療ソーシャルワーク研究会 ● 編  
村上 須賀子、佐々木 哲二郎、奥村 晴彦 ● 編集代表

A4・頁320  
定価:本体3,300円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02122-7

評者 眞崎 直子  
日本赤十字広島看護大教授・地域看護学

地域で療養者や家族から相談を受け  
ていたとき、この書籍に出会って  
いたらもっと納得のいくケアが  
できたのではないかと。本書を初  
めに手にしたときの評者  
の偽らざる思いである。

### 療養者への相談支援に 活用できる一冊

わが国における保  
健・医療・福祉サービスは、さま  
ざまな法律や制度から成り立っ  
ている。その制度を療養者や家  
族にわかりやすく説明し伝える  
ことができれば、療養者のセル  
フケア能力を引き出すことが  
できるだろう。本書は、その  
ようなときに専門職の力になる。

表紙を開き、目に入ってくる  
のは、ライフステージから見た  
社会保障の図である。横軸は  
赤ちゃんから高齢者ま

でのライフステージ別、縦軸は  
保健・医療から福祉や仕事など  
カテゴリ別に分類された一  
覧表になっており、見るべき  
ページが明確に示されている。

そして、そのページ  
をたどっていくと、難  
解な制度が図解されており、  
読む人に優しい。さらに、  
例えばいわゆる難病法(難  
病の患者に対する医療等  
に関する法律)については、  
2015(平成27)年より110  
の指定難病が制度の対象  
となり、今夏をめどにさら  
に約190疾患が医療費助  
成の対象となる予定であ  
ることも書かれていて、  
驚くほどリアルタイムの  
情報が得られるのである。  
高齢者サービスについては、  
各施設

新人助産師が一人前に成長するまでの育成過程がわかる書

## 助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)にもとづいた 助産実践能力育成のための教育プログラム

本書は、「助産実践能力習熟段階(クリ  
ニカルラダー)」にもとづいて、新人  
助産師が助産師外来や院内助産を  
自立して実施できるレベル(ラ  
ダーレベルⅢ)に成長するま  
で、必要な教育(OJT、研修  
など)や評価のポイントを具  
体的に示しながら解説する。  
助産師が自信をもって分娩  
助産や妊婦・褥婦のケアが  
できるようになるための  
望ましい教育や環境も紹介。  
管理者や臨床指導者のみ  
ならず、キャリア形成を考  
えている助産師にも参考  
となる。

編集 日本助産実践能力推進協議会



B5 頁212 2015年 定価:本体2,700円+税 [ISBN978-4-260-02089-3]

医学書院

明日の臨床に生きる人工呼吸の考え方がしっかりマスターできる

新刊 **ヘスとカクマレックのTHE人工呼吸ブック**  
Essentials of Mechanical Ventilation, 3rd Edition 第2版

▶「人工呼吸ブック」改題、8年ぶりの改訂。内容を大幅に刷新し、ナース・コメディカル  
の需要にも応えるべく大幅な値下げによる廉価を実現。成人用人工呼吸器一般  
の使用を想定し、全38章で原理、マネージメント、モニタリングなど人工呼吸管理全  
般を体系的に学ぶことができる。呼吸管理の分野で世界的に著名なHessとKac  
marekによる豊富な経験に裏打ちされた記述には一貫性があり、読みがたくわ  
りやすい。翻訳に際し用語の統一を徹底。初学者からベテランまで、人工呼吸管理に  
対する理解を深めたい医療者必読の書。

訳: 田中竜馬・瀬尾龍太郎・安宅一晃・新井正康

定価: 本体5,000円+税  
B5変 432頁 図・写真144 2015年  
ISBN978-4-89592-825-0

MEDI 医療・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

医学書院看護教員「実力養成」講座2015のご案内

看護実践の向上に必要な  
研究力の教え方



質の高い看護を提供していくためには、①実践を見直し疑問をもつこと、そして疑問を答えの出る形にすること、②それを解決すべく情報収集し吟味すること、③得た知識を実践へと応用し、④その結果を評価し改善策を考えていくことが必要です。それを可能にするのが研究力です。本セミナーでは、看護実践を高めるための基礎的な技として研究力を養う授業を提案します。

受講料

5,000円(資料代・消費税込み)

お1人様、いずれか1会場での受講料です。受講料の返金はいたしかねます。

お申込み方法

以下のセミナーページから、希望のセミナー会場を選び、お申込みください。ご入力いただいたメールアドレス宛に、入金方法のご案内を自動返信いたします。

http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do

お問い合わせ

セミナーについて▶▶ (株)医学書院 PR部 看護教員「実力養成」講座係 TEL.03-3817-5693(平日9~17時)

お申込みについて▶▶ 福田商店広告部(担当:大屋) TEL.06-6231-2723(平日9~17時)

講師紹介

坂下 玲子先生

兵庫県立大学看護学部基礎看護学講座教授  
兵庫県立大学大学院看護学研究所  
生活機能看護専門領域教授  
兵庫県立大学臨床看護研究支援センター長



東京大学医学部保健学卒。東京大学医学系研究科保健学専攻修士課程修了。同博士課程修了。保健学博士。鹿児島大学助手、筑波大学附属病院副看護婦長、熊本大学医療技術短期大学助教授、兵庫県立看護大学助教授を経て、2005年より現職。2014年より兵庫県立大学臨床看護研究支援センター長。

日時・会場

大阪 2015年10月3日(土)  
13:00~16:30(開場12:00)  
新梅田研修センター 205号室  
大阪市福島区福島6-22-20

東京 2015年10月24日(土)  
13:00~16:30(開場12:00)  
全社協灘尾ホール  
東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞ヶ関ビル1F

医学書院の看護系雑誌 9月号

http://www.igaku-shoin.co.jp/ HPで過去2年間の目次がご覧いただけます。

看護管理 Vol.25 No.9 1部定価:本体1,500円+税 冊子版年間購読料:本体16,920円+税 電子版もお選びいただけます

特集1 地域包括的視点を重視した看護マネジメント“実践編”

お互いの強みを活かし、最後まで安心して暮らせる地域をつくるための知識と実践

専門性の高い看護師配置による地域包括ケア時代の新たなPFMシステムの構築  
福島県立医科大学会津医療センター附属病院の取り組み……児島由利江/永田智子  
外来医療チームが中心に取り組む包括的な「在宅療養支援」  
外来・入院・在宅のつながりを当たり前の文化に……樋口春美/郡美代子/澤田小百合  
2つの病棟機能から地域の高齢者医療を支える  
地域包括ケア病棟と高齢者急性期ケア病棟の開設……大下美智代  
中規模ケアミックス病院が展開する「生活支援型医療」  
組織体制の構築とスタッフ育成……出口まり子/大西真奈美/池田玲子  
行政が中心となり、広域に及び地域の看護・ケアをつなぐ取り組み  
北海道における看護連携を基盤とした在宅療養支援体制づくり……黒柳弘美  
在宅医療連携拠点事業から「こぶしネット」での多職種協働へ  
急性期病院が推進する「心が通い合う」在宅医療連携……三輪恭子

特集2 「重症度、医療・看護必要度」とマネジメントの課題  
……田中彰子/武井純子/澤本和実

巻頭シリーズ うちの師長会・主任会 学習する組織をめざして④ がん研究所有明病院  
特別記事 [3回シリーズ] 東京大学医科学研究所附属病院における病床再編の取り組み②  
……佐藤博子/須山寿子/一色裕美/砂田純子/武村雪絵  
新連載 エビデンスと実践をつなぐ 量的研究論文の読み方・使い方……加藤憲司  
新人看護師の組織社会化を目指すアサーティブ研修 教材の作成と学習展開……松浦和代ほか

看護教育 Vol.56 No.9 1部定価:本体1,500円+税 冊子版年間購読料:本体15,540円+税 電子版もお選びいただけます

特集 「看護研究」で実践力を鍛える

臨床での実践をみすえて、「看護研究」教育が基礎教育で果たす役割  
……坂下玲子  
基礎教育で育てたい3つの力……小野博史/坂下玲子  
看護基礎教育における「看護研究」の教育活動とケーススタディの進め方  
……三島真由美/渡辺英子  
入学から卒業まで、教員一丸となって取り組む「研究指導」……佐野千冬  
看護実践を研究として取り組むことの大切さを振り返る……中村清子  
臨床現場で「看護研究」を実践するための課題……吉田(中濱)多紀  
教員のための文献指導 再入門……佐渡島紗織

特別記事 学問的な誠実さを習慣づける教育を……沼崎一郎  
特別寄稿 看護教育の仲間を迎えたい日本協同教育学会(JASCE)第12回全国大会  
へのお誘い……安永悟  
大学教育学会第37回大会参加記  
“ところで学生は本当に育っているだろうか”……藤田小矢香

訪問看護と介護 Vol.20 No.9 1部定価:本体1,300円+税 冊子版年間購読料:本体12,600円+税 電子版もお選びいただけます

特集 第2回 懸賞論文 大賞発表!

家で看取った“あの人”のこと

【大賞】一言から、悔いのない看取りへ……西崎めぐ美  
【秋山正子賞】ある女性のこと……小松山美子  
【編集室賞】驚の声が聴こえる……落合祥子  
【入選】お父さんの背中……小林恵美/凜として、潔く……佐々木静枝/姑から最後にも  
らった忘れられないおくりもの……石川麗子/家で看取った父が教えてくれたこと……  
長谷川智美/虹の看取り……永森克志/父からの贈りもの……荒井康之/在宅ターミ  
ナルの看取りについて……大橋奈美  
【特別寄稿】母と娘と命のバトン……千葉芙美  
特別記事 「看取りのドーラ」がもつ誕生と死を見通す視線 欧米における看取りの新た  
な展開……近藤和子/たけながかずこ、福澤(岸)利江子

保健師ジャーナル Vol.71 No.9 1部定価:本体1,400円+税 冊子版年間購読料:本体14,280円+税 電子版もお選びいただけます

特集 「健康無関心層」に向けた健康づくり  
あの人を振り向かせるために

健康無関心層に向けた新しい保健活動 健康格差対策の観点から……近藤尚己  
健康無関心層の行動変容をもたらすインセンティブ制度  
健康ポイント付与の方向性……久野諺也  
健康無関心層にも届けるがん検診受診勧奨の工夫……四方啓裕  
健康無関心層を取り込むイベントの企画・制作  
NPO法人ADMSによる糖尿病対策の取り組み……平尾恭子  
健康無関心層にまで届く健康づくりをめざして  
高浜町における「たかはま健康チャレンジプラン」の取り組み……越林いづみ

特別記事 「保健師の人材育成ガイドライン」策定とその活用 世田谷区におけるキャリアラダー  
および研修内容の構築……虎谷彰子/河島貴子/小田和子/北川多恵子/荒木夏代  
調査報告 母親側からみた予防的な養育支援訪問の効果に関する検討  
……廣田直子/木村由紀子/河合智栄子/木村有紀枝/飛安美幸/  
河合美香/白石淑江/小林純子/塩之谷真弓

精神看護 Vol.18 No.5 1部定価:本体1,300円+税 冊子版年間購読料:本体7,080円+税 電子版もお選びいただけます

特集 学校の先生に聞く「精神看護学」を  
どのように工夫して教えていますか?

【総論】教員は、「看護」「精神看護」「自分自身の看護」という3つの層を語る  
必要がある/清水隆裕  
①仮想・訪問ステーションを作ろう/林谷啓美 ②卒業生による寸劇を交えた講義/田中浩二  
③研究会を継続開催/磯野洋一 ④SST, WRAP, 箱庭療法を体験/櫛谷由佳 ⑤動画(ビ  
デオ, YouTubeなど)の活用/矢山壮  
特別記事 オープンダイアログは精神科医療に何をもたらすか  
斎藤環氏による講演録  
【書論】反-主体としてのオープンダイアログ(『オープンダイアログとは何か』)/松本卓也

助産雑誌 Vol.69 No.9 1部定価:本体1,400円+税 冊子版年間購読料:本体14,880円+税 電子版もお選びいただけます

特集 効果的な実習指導をしよう!  
学校とともに学生を支援する

実習指導者に求められるもの……倉本孝子  
実習指導者研修に参加して①……中上 幸  
実習指導者研修に参加して②……武田麻美

【実習病院と学校の連携による、学生の支援体制①】  
愛仁会千船病院の場合……濱田恵美子/川崎由紀子  
愛仁会看護助産専門学校の場合……増本綾子

【実習病院と学校の連携による、学生の支援体制②】  
日本赤十字社医療センターの場合……中根直子  
日本赤十字看護大学大学院の場合……喜多里己/千葉邦子/山本由香/井村真澄  
大学と実習施設が協働企画する実習指導者研修会  
……日本赤十字看護大学 実習指導者研修会企画委員会  
実習生受け入れのための体制づくり さいたま市立病院の取り組み……齋藤亮子/山口直美  
書籍『マタニティ診断にもとづく母性看護過程の授業設計』を活用するために……上原麗子

新連載 ほんとうに確かなことから考える 妊娠・出産・子育てのはなし……森臨太郎/森 享子  
連載 いのちをつなぐひとたち……井桁容子さん



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL:03-3817-5657 FAX:03-3815-7804  
E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替:00170-9-96693