

2020年1月27日

第3356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

- [座談会] 緩和ケアに学ぶ看護の本質(恒藤 暁、田村 恵子、小山 富美子)…………… 1-2 面
- [寄稿] 認知症のある糖尿病患者に一步進んだケアを(山崎 優介)…………… 3 面
- [寄稿] インシデント報告によるナレッジマネジメント(荒井 有美)…………… 4 面
- [連載] 看護のアジェンダ/第40回 日本臨床薬理学会…………… 5 面
- [連載] 一步進んだ臨床判断…………… 6 面
- [連載] 未来の看護を彩る、他…………… 7 面

座談会 緩和ケアに学ぶ看護の本質

看護基礎教育で培いたいホスピスマインドとは



小山 富美子氏
神戸市看護大学
療養生活看護学領域
慢性病看護学分野 准教授

恒藤 暁氏 = 司会
京都大学大学院医学研究科
人間健康科学系専攻教授/
同大学医学部附属病院緩和医療科科長

田村 恵子氏
京都大学大学院医学研究科
人間健康科学系専攻
緩和ケア・老年看護学 教授

緩和ケアの実践から浮かび上がる看護の本質とは何か。1975年にカナダで初めて緩和ケア (palliative care) の言葉が用いられて以来、WHOは緩和ケアの推進に積極的に取り組み、世界各国で発展している。「早期からの緩和ケア」が提唱され、近年はがん以外の疾患にも緩和ケアが適用されるなど、対象となる疾患、病期、そして実践の場が広がっている。時代とともに緩和ケアの実践は変化しても、変わらぬケアの本質があるのではないかと。

看護学テキストシリーズ「系統看護学講座」の1冊である『緩和ケア』は、近年変化する緩和ケアの状況に即して、このたび全面改訂が行われた。本書の編集に当たる恒藤暁氏、田村恵子氏と、緩和ケア教育に携わる小山富美子氏の3人が、緩和ケアの現状と課題を踏まえ、緩和ケアの専門性と教育の意義を議論した。

恒藤 わが国で「緩和ケア」の言葉が初めて公式に使われたのは、診療報酬に「緩和ケア病棟入院料」が新設された1990年のことです。それから30年、緩和ケアはわが国の医療制度に広く浸透しました。

田村 この間、緩和ケアの概念が大きく変化したのが、2006年のがん対策基本法(以下、基本法)の成立ではないでしょうか。今こそ「症状が緩和され、患者さんのQOLが改善すれば自宅に帰って過ごせる」との希望を持てるようになりましたが、以前は難しい時代でした。基本法の施行以降、早期からの緩和ケアが提言され、緩和ケアによるQOL向上への期待が医療者だけでなく一般の方にも周知されました。

恒藤 他科の医師が、緩和ケア科に患者さんを紹介する際の垣根も格段に低くなったと思います。

小山 そうですね。がん対策推進基本計画を受けて、医師を対象にした緩和ケア研修会「PEACEプロジェクト」も始まり、緩和ケアに対する認識を多職種で共有できるようになりました。それ以前は痛みのマネジメントや臨死期のケアは試行錯誤の連続で、医師と方針が相容れずに葛藤した経験もあります。鎮痛薬の処方や積極的な副作用対策などについては、患者さんに基本

法の恩恵が届いていると実感します。

患者の死に向き合うこと、それが緩和ケアの専門性

恒藤 2018年の診療報酬改定で緩和ケア病棟入院料が1と2に区分されたように、在宅ケアへの移行が促される方針へと変化しています。「終のすみか」と考え緩和ケア病棟に移った患者さんと家族が、在宅ケアへの移行を迫られる場面も増えてきました。私たちがめざしてきた緩和ケアと国の政策との間にギャップが生じていると感じます。

田村 おっしゃる通りです。さらに近年は循環器疾患や呼吸器疾患など、がん以外にも緩和ケアを適用する動きが広がっています。その意義は評価できるものの、ホスピスケアあるいはターミナルケアと呼ばれた時代から私たちが取り組んできたホスピスマインドに、蓋をされてしまった感があります。

恒藤 それは、どういうことでしょうか。

田村 緩和ケアを受ければ死の恐怖から逃れられる。そのようなメッセージが医療者や患者さんの間で強まったと思うのです。

恒藤 確かに死というものが強調されなくなったのは否めませんね。Elisabeth Kübler-Ross先生は「死は成長の最終段

階」と表現し、死に直面した患者さんは驚くべき成長を見せると指摘しています。同時に「決して患者さんを安らぎや受容へ導こうとしてはいけない。それは有害だ」とも述べている。田村さんの考えるホスピスマインドとは具体的にどのようなものですか？

田村 全人的苦痛の緩和と、患者さんに最期まで寄り添い続けることの2つです。ホスピスとは、死の存在を否定せずに残りの人生の生き方を考えていくという、延命至上主義の医療に対するアンチテーゼの側面があったと思うのです。それが、基本法を境に従来のホスピスマインドが「古い考え方」と受け止められたような気がして……。私は割り切れない思いを抱きました。

小山 同感です。薬剤の使用さえできれば緩和ケアができていると考える看護師が少なくないように思います。臨床で患者さんから「看護師さんに相談しにくい」との訴えを聞いたときは、危機感を抱きました。

恒藤 症状マネジメントが重視され、身体的苦痛ばかりに目が向いてしまっているようですね。そのため患者さんや家族とのかかわりが疎かになっているように感じられるのでしょうか。

小山 はい。クリニカルパスや業務効率化によって看護師の自律的な判断の

機会が削がれていると感じます。加えて在院日数短縮により、患者さんに手を差し伸べる余裕も失われています。WHOが緩和ケアの定義で「生命を脅かす病」を対象としていることに立ち返り、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルを含めた全ての苦痛に対するケアの在り方を見つめ直さなければなりません。

田村 患者さんの死に向き合うこと、突き詰めればこれが緩和ケアの専門性です。日本ホスピス緩和ケア協会が実施する専門的緩和ケア看護師教育プログラム「SPACE-N」における看護師の役割が、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支える」とあるように、この実践こそが緩和ケアに求められると考えます。

恒藤 英国のリバプール大学で専門的緩和ケアの教育プログラムを開発したJohn Ellershaw名誉教授は、「緩和ケア医は他科の医師と何が違うのか。それは死にゆく患者さんに対するケアである」と述べています。死に向き合うことは、患者さんと家族だけでなく医療者自身にも困難が伴います。しかし、そこから逃げずに向き合うことで、「生命を脅かす病」のある患者さんの生活や人生がより有意義なものになる可能性

(2面につづく)

January 2020

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 ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

今日の治療指針 2020年版

私はこちら治療している
総編集 福井次矢、高木 誠、小室一成
デスク判: B5 頁2192 19,000円
[ISBN978-4-260-03939-0]
ポケット判: B6 頁2192 15,000円
[ISBN978-4-260-03940-6]

治療薬マニュアル 2020

監修 高久史磨、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2816 5,000円
[ISBN978-4-260-03958-1]

Pocket Drugs 2020

監修 福井次矢
編集 小松康宏、渡邊裕司
A6 頁1120 4,200円
[ISBN978-4-260-03916-1]

レジリエント・ヘルスケア入門

擾乱と制約下で柔軟に対応する力
編集 中島和江
B5 頁224 3,200円
[ISBN978-4-260-02828-8]

在宅ケアナースポケットマニュアル

編集 ウィル訪問看護ステーション
A6 頁264 1,800円
[ISBN978-4-260-04131-7]

創傷管理ナースポケットマニュアル

褥瘡・MDRPU・IAD・スキンケア
松原康美
A6変型 頁160 1,800円
[ISBN978-4-260-03912-3]

緊急度・重症度からみた

症状別看護過程+病態関連図 (第3版)
編集 井上智子、窪田哲朗
A5 頁1120 5,000円
[ISBN978-4-260-03853-9]

学生のための医療概論 (第4版)

編著 近藤克則、小橋 元、黒田研二、千代豪昭
B5 頁296 3,000円
[ISBN978-4-260-04125-6]

医療者のためのExcel入門 (第2版)

超・基礎から医療データ分析まで
田久浩志
B5 頁208 2,400円
[ISBN978-4-260-04079-2]

新・栄養塾

大村健二、濱田康弘
B5 頁288 3,400円
[ISBN978-4-260-04135-5]

(1面よりつづく)

がある。緩和ケアの専門性は、そこにごそ見いだせるのではないのでしょうか。

芽生えるホスピスマインド

恒藤 では、近い将来死を迎えるという、重大な問題に直面している人に向き合うためには、どのような緩和ケア教育が必要でしょう。緩和ケアを教えるお二人は、学生に特に何を学んでほしいと考えていますか。

小山 看護学生として、死に直面する人を前に何ができ、そしてできないことがいかに多いか知ることです。実習で現場に出たら、患者さんにできるだけ寄り添う姿勢を持ってほしいですね。学んだ症状マネジメント、セルフケア支援をしなければならぬと、どうしても気持ちが焦るのはわかります。たとえ獲得した知識全てを実習で生かせなくても、患者さんに合わせたケアを自ら考え抜くことが大切だと伝えていきます。

恒藤 学びには、方法論である「どうすべきか(How To)」と、本質論である「どうあるべきか(What To Be)」の2通りあると言われています。症状マネジメントの知識や技術は短期間で学べて実践しやすい一方、患者さんと向き合うために自分はどうあるべきかは、簡単な答えがありません。京都大学で教鞭を執る田村さんはいかがですか。

田村 臨床から教育に軸足を移した当初、看護基礎教育の段階で緩和ケアを教えることに疑問を持っていました。

恒藤 それはなぜですか。

田村 学生たちはまだ、患者さんが回復する過程のイメージを持ち合わせていないからです。緩和ケアとは、回復の過程が望めない患者さんに合わせ、「引き算」でケアを考えるものと私はとらえています。

恒藤 「引き算」ですか。

田村 はい。回復を想定した診療科でのケア全体を100とすると、緩和ケアを受け体力が低下している患者さんにはその6割、あるいは4割程度のケアを、状態に合わせて提供することになります。

小山 生命を脅かされている患者さんの状況まで把握する力は、学生にはまだ備わっていませんね。

田村 そうなのです。100のケアをまだ知らない学生が、その加減を理解するのは難しいだろうと懸念したのです。

恒藤 そのような中で緩和ケア教育の意義は見いだせたのでしょうか。

田村 私が大切にしているホスピスマインドは伝わっていると思います。初めて成人看護の実習に出た3年生は、患者さんから「私は死んでしまうの?」と聞かれて言葉を失ったり、「ベッドサイドにはもう来ないで」と言われ動揺したりする経験をします。「How To」も、ホスピスマインドも備わっていない学生は、どこか腑に落ちないまま実習を終えるわけですが、実習後の講義では「患者さんとの対話の仕方をも

●つねとう・さとる氏

1985年筑波大医学専門学群卒。93年英国St Christopher's Hospiceにて研修。淀川キリスト教病院ホスピス長、阪大大学院医学系研究科緩和医療学寄附講座教授などを経て、2016年より現職。日本ホスピス緩和ケア協会副理事長、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団理事。訳書に『新たな全人的ケア—医療と教育のパラダイムシフト』(青海社)、『真実を伝える—コミュニケーション技術と精神的援助の指針』(診断と治療社)。



●こやま・ふみこ氏

1987年大阪通信病院高等看護学院(当時)卒業後、同院に勤務。2000年神戸市看護大看護学部卒。02年大阪府立看護大(当時)大学院博士前期課程がん看護専門看護師コースを修了し、翌年同資格を取得。市立池田病院緩和ケアがん等対策室長、近畿大病院がんセンター副看護部長などを務める。18年大阪医大大学院看護学研究科博士後期課程を修了、同年より現職。



●たむら・けいこ氏

1978年四天王寺女子短大(当時)保健科卒、80年高槻市医師会看護専門学校卒業後、淀川キリスト教病院に勤務。96年聖路加看護大大学院(当時)博士前期課程修了、翌年がん看護専門看護師取得。2006年阪大大学院医学系研究科博士課程修了。14年より現職。日本緩和医療学会理事。編著に『看護に活かすスピリチュアルケアの手引き 第2版』(青海社)など。



っと工夫できればよかった」「緩和ケアの状況に合わせ、さらに違うケアができたはず」と振り返ります。

恒藤 田村さんの伝えたいマインドが学生に届いたわけですね。

田村 はい。緩和ケアのイメージを十分に持ち合わせていない学生にも、ホスピスマインドが芽生えるのだと手応えを得ました。患者さんの精神的苦痛を目の当たりにする経験は、臨床に出て、緩和ケア以外の診療科に勤めても必ずや生きるでしょう。

恒藤 看護基礎教育の段階で緩和ケアに触れることが、ケアの本質を知る機会にもなるのですね。

田村 コミュニケーションの取り方やベッドサイドでの立ち居振る舞いは「態度教育」として看護全般に通じるものです。緩和ケアはこれらを濃密に学べ、学生の教育効果も高いと考えます。

小山 緩和ケアチームの看護師を例に、「患者さんの苦痛を医師にどう伝えるか」「医師と患者さんの隔たりにどう対応すべきか」などを伝えると、学生もピンとくるようです。看護師は医師の指示だけで動くのではなく、自ら進んで医師や患者さん、家族と対話していくものなんだと、看護の独自性の多くを緩和ケアから学ぶことができます。

恒藤 臨床を経験した看護師の中には、がん看護や緩和ケアをさらに深く学びたいと大学院に進む方もいます。看護基礎教育で学ぶ基本的緩和ケアよりも、一歩進んだ専門的緩和ケアを学ぶ看護師には、どのような力を身につけてほしいと考えますか。

田村 臨床実践と理論を行き来する中、ケアの柔軟性と思考力を高める力です。がん看護専門看護師として現場に戻る看護師には、実践能力はもちろん、教育を司るロールモデルとしての役割や、コンサルテーションへの対処など、より高度な能力が求められます。自身の課題や改善点を洞察できるように、既存の看護理論を用い客観的に分析することに力を入れています。

恒藤 現在、緩和ケアの役割が広がっていますが、専門看護師の実践で特に期待される役割は何でしょうか。

田村 キュアとケアの統合です。大学院のがん看護専門看護師コースの実習では、緩和ケアチームに1週間同行し、医師を交えたディスカッションの場に身を置きます。すると、チームが難しい判断を迫られたときに医師も悩んで

いると知るので。キュアとケア両者の理解によって、看護師が持つケアの

広がる対象領域、今こそ問い直したい「全人的ケア」の意義

恒藤 緩和ケアは、「いつでも(病期にかかわらず)」、「どこでも(入院、外来、自宅、介護施設などの場所にかかわらず)」、「誰でも(疾患や年齢にかかわらず)」受けられることが求められるようになってきました。看護学テキストシリーズ「系統看護学講座」の1冊で、6年振りに全面改訂された『緩和ケア』は、この点を念頭に置いて内容が刷新されています。近年の緩和ケアの広がりをどう見えていますか。

田村 緩和ケアの概念が広がることで、ケアの質向上の他、無益な延命やその人が望まない療養について改善が図られると期待します。ただ、がんの緩和ケアを原型とする従来の緩和ケア提供方式のままでは、現場への浸透が難しいように思います。

恒藤 例えば、緩和ケアチームが心不全の患者さんの治療医やスタッフといかに協働することができるかですね。

田村 ええ。価値観のぶつかり合いを乗り越えるのが緩和ケアチームの宿命でもあります。疾患に合った緩和ケアのトレーニングが不十分なまま領域が拡大するのは、決して望ましいことではありません。

小山 がん治療における看護の場合は、がんの進行や有害事象による不利益が利益を越える時期が訪れます。抗がん薬治療を止める選択を検討する局面で、緩和ケアは治療の一環として存在し、それと同時に死を見つめるプロセスを必ず経ることになります。しかし、非がん疾患では治療やケアのゴール設定が難しいように思います。

恒藤 その通りですね。対象の広がりとともに複雑さを増すでしょう。将来、緩和ケアは多職種チーム(multidisciplinary team)ではなく、専門分野の垣根を越えた学際的チーム(interdisciplinary team)によるアプローチが不可欠になります。緩和ケアの概念が変化し続けても、全人的ケアの必要性は不変です。今後、緩和ケアに携わる看護師にはどのような姿勢が求められるのでしょうか。

田村 変化を楽しめる余裕と、そこから新しいケアを生み出す創造性です。さらに、自分たちのケアを俯瞰する力も欠かせません。それには、状況に飲

み込まれず、自分自身と向き合い考える自己覚知(self awareness)が大切になります。看護師が自身を顧みてこそ、苦悩の中にある患者さんに向き合うことができるようになるからです。態度教育などケアの本質にかかわる部分を「How To」に求めるままでは、現場の看護師はいずれ行き詰まってしまうでしょう。患者さんや他職種と深い意思疎通を図るためには、コミュニケーション教育の充実が一層求められます。

小山 緩和ケアや医療のパラダイムシフトの波に上手く乗り、患者さんと家族にとって最適な看護の在り方を探求する力を自ら養う姿勢が求められます。古くから全人的な視点で対象をとらえてきた看護は、医療が変化しようとも患者さんに手を差し伸べ寄り添い、共に成長する姿勢が原点としてあります。この看護の強みを基盤に、医療の変化に応じた創造的な看護実践を探求し続けることが、全人的ケアを支えます。看護の面白さを体得し、それを他者に伝えられるように教育の在り方を工夫していきたいと考えています。

恒藤 “Whole Person Care”はカナダ・マギル大学のBalfour Mount先生が、2001年の同大医学部のカリキュラム改定の際に開発した教育プログラムで、身体と心が一つである“Whole Person”となることを医療者がめざすものです。ところが私たちの心は過去(後悔など)や未来(不安など)をさまよいます。“Whole Person”となり身体と心の存在の質が高まれば、苦悩する患者さんに成長や癒やしを促すことが可能になるのです。

医療現場では、「すること(doing)」に重きが置かれ、「あること(being)」が非常に少なくなっています。「あること」を身につけることが迫られている今こそ、医療者の在り方を見直さなければなりません。

生老病死に向き合いながら自分を見つめ、「今この瞬間」に全身全霊で患者さんに寄り添うことが、全人的ケアの実現につながるでしょう。緩和ケアの世界からの問題提起が、看護の本質を考えるきっかけになればうれしく思います。

(了)

別巻

緩和ケア

— 第3版 —

編集 恒藤 暁/田村 恵子

2020年1月発売予定

●B5 頁308 定価:本体2,200円+税
[ISBN978-4-260-03865-2]

- ◆ 近年の緩和ケアでは、がん以外の患者への緩和ケアが目されるようになったこと、小児やAYA世代、高齢者の患者への緩和ケアが目されるようになったことなど、大きな変化が見られるようになりました。
- ◆ 今回の改訂では、「病気の種類、病期、年齢、療養場所を問わず、多職種によって行われる横断的な緩和ケア」を学べる1冊とすることを大きな方針として改訂を行いました。
- ◆ 緩和ケアで重要な基盤となるチームアプローチやコミュニケーション、倫理的課題から、全人的ケアの実践や対象のライフサイクル・疾患ごとのアセスメントとケアの実践、臨死期のケアや家族のケアといった実践的な内容、そして医療スタッフのケアや教育・研究まで、緩和ケアを学ぶ際に必要とされるエッセンスを凝縮した1冊です。

目次

第1章 緩和ケアの現状と展望	第7章 臨死期のケア
第2章 緩和ケアにおけるチームアプローチ	第8章 家族のケア
第3章 緩和ケアにおけるコミュニケーション	第9章 医療スタッフのケア
第4章 緩和ケアにおける倫理的課題	第10章 緩和ケアに関する教育
第5章 全人的ケアの実践	第11章 緩和ケアにおける研究
第6章 緩和ケアの広がり	

書籍の詳細はこちら ▶

医学書院

寄稿

地域連携クリニカルパスを併用して 認知症のある糖尿病患者に一歩進んだケアを

山崎 優介 広島市立安佐市民病院/糖尿病看護認定看護師

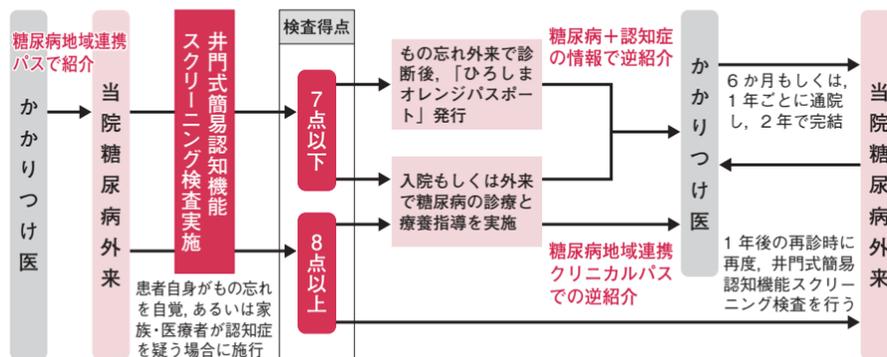
わが国の糖尿病患者数は年々増加しており、厚労省の調査で「糖尿病が強く疑われる者」は約1000万人と推計されています¹⁾。また、高齢化により認知症患者数も増加傾向です。認知症と糖尿病は互いに関連しており、糖尿病により認知症の発症頻度が高まることや、認知症により血糖管理が難しくなり、低血糖などの有害事象も起こりやすくなるといわれています。

こうした現状を踏まえ、糖尿病と認知症を併せ持つ患者のケアに関する研究や事例報告が、近年多くなってきました。しかし、実際の臨床場面において、具体的な患者支援方法や、支援システムの構築など、検討すべき課題は多いと思われます。そこで当院では、糖尿病と認知症を併せ持つ患者に対する一歩進んだケアとして、糖尿病と認知症の2つの地域連携クリニカルパスを併用する取り組みを2016年に開始しました²⁾。開始後1年間の実績では7人の方が対象となっています。本稿では、当院の取り組みの詳細や今後の展望などについて、私見を交えながら紹介します。

糖尿病と認知症の経過を併せ かかりつけ医に情報提供する

初めに当院の取り組みの概要について、図とともに説明します。糖尿病地域連携クリニカルパスを用いてかかりつけ医から当院に紹介された患者のうち、患者自身がもの忘れを自覚している場合や、家族・医療スタッフが患者の認知症を疑わせる症状を感じた際に、患者に同意を得た上で「井門式簡易認知機能スクリーニング検査」(以下、ICIS)³⁾を行います。検査は12点満点であり、9点以下は軽度認知機能障害(MCI)を疑い、7点以下は認知症の疑いがあると判断します。ICISの点数が7点以下の場合、当院のもの忘れ外来に紹介します。ICISは基本的に看護師が初診時に実施し、その結果は速やかに多職種で共有されます。治療途中で認知症が疑われる場合にはその時点でもICISを行っています。さらに、もの忘れ外来で改訂長谷川式簡易知能評価スケールやMRIによって認知症の精密検査を行い、認知症の診断ならびに治療方針を決定します。

当院の取り組みの特徴は、糖尿病地域連携クリニカルパスに沿ってかかりつけ医に逆紹介する際、糖尿病と認知症の経過を併せて情報提供するという点です。ICISが8点以上であった場合も、1年後の再診時にあらためて



●図 糖尿病と認知症の2つの地域連携クリニカルパスを併用する安佐市民病院の取り組み
ICISは12点満点。9点以下は軽度認知機能障害(MCI)を疑う。7点以下の患者には精密検査を行い、診断・治療方針を決定する。「ひろしまオレンジパスポート」は医療・介護機関と認知症患者の家族とが、治療経過や日常生活の変化などの情報共有を目的に作成されたA5サイズの手帳。

ICISを施行することになっています。

次に、本取り組みの中で認知機能スクリーニングに使用しているICISについて紹介します。この検査法は、広島県の井門ゆかり氏(井門ゆかり脳神経内科クリニック)が開発した認知機能スクリーニング検査で、見当識障害、記銘力低下、構成失行、前頭葉機能低下など認知機能の低下を3分程度で簡便に評価できる検査法です³⁾。

現在広く用いられている認知症スクリーニング検査には、改訂長谷川式簡易知能評価スケールやMini-Mental State Examination(MMSE)がありますが、これらの検査は平均10分程度要し、忙しい日常診療の中で行うには時間がかかり過ぎてしまいます。それに比べてICISは3分程度の短時間でできることから、診療時の時間短縮だけでなく、何より患者にとって負担の少ない検査と言えます。そのため、本取り組みにおいて初期認知機能をスクリーニングする手法として適していると考え導入しました。

当院では以前から、糖尿病と認知症の2つの地域連携クリニカルパスが存在していましたが、それらは独立して運用されており、両者の連携が実際に取れていない状況でした。両診療科の医師同士の話し合いがきっかけで始まった本取り組みによって、診療科を横断した、医師・看護師・薬剤師など多職種による連携が強化される貴重な機会となりました。

残存機能を生かすケアを 検討するために

本取り組みによるメリットは大きく2つあります。1つは、医療スタッフの、認知症に関する共通理解が広がることです。私たちは臨床の場面で、もの忘れがありそうだが認知症とは診断されていない患者に対し、かわり方に悩

むことがしばしばあります。糖尿病患者のケアで具体的な例を挙げると、患者に認知症が疑われる状況であるにもかかわらず、糖尿病教育やインスリン注射手技指導を無理に進めてしまった結果、患者が知識や手技獲得ができず、本人が混乱を来してしまうことがあります。あるいは、認知症と診断されていないものの、糖尿病教育やインスリン手技獲得ができないと医療者が諦めてしまうことで、患者の自尊心を傷つけてしまうこともあります。

本取り組みを実施し、認知症の専門的検査ならびに診断が適切になされることで、認知症に関する医療スタッフの共通認識が徐々に広がり、血糖コントロールの目標値の設定や、注射薬など治療法の選択、指導方法の検討がしやすくなるのではないかと期待を寄せています。

当院には認知症看護認定看護師が所属しています。多くのスタッフが、患者の認知症の程度を正しく認識することで、認知症看護認定看護師との連携が取りやすくなり、認知症患者の残存機能を生かしたより良いケアを検討しやすくなると思います。糖尿病看護認定看護師である私も、本取り組みにより、認知症看護認定看護師と密に連携を取り、在宅生活を据えた細かい調整を行うことができています。具体的

●やまざき・ゆうすけ氏

2004年広島大医学部保健学科看護学専攻卒業。小児ICUや小児循環器、訪問看護の経験を経て、11年より現職。16年に糖尿病看護認定看護師資格を取得し、18年に特定行為研修修了。現在、内分泌・糖尿病内科の糖尿病チームの一員として、地域住民の特性を踏まえた療養指導に注力。糖尿病という病気だけでなく、患者さんのパートナーとして人生を共に考えるケアをめざしている。



には、認知症の状態に応じた在宅でのインスリン注射や内服薬の管理、調理能力などを考慮した食事管理などです。これらの工夫は糖尿病領域だけで考えるには限界があり、認知症領域と協働することで一歩進んだ患者ケアにつながると思っています。

糖尿病での紹介から認知症の 早期診断・早期対応へ

そして、本取り組みのもう1つの大きなメリットは、認知症早期診断・早期対応の実現です。認知症治療の基本は早期診断・早期対応と言われており、これは厚労省の「新オレンジプラン(認知症施策推進総合戦略)」の中でも掲げられています。糖尿病地域連携クリニカルパスによる紹介を契機に、早期に認知症の診断がなされることで、認知症治療薬の適切な使用や介護保険のサービス導入が可能となり、的確な介入の実現が認知機能低下予防に寄与すると期待しています。

多職種で構成されるチーム医療は、患者支援を多角的に検討することができ、現代の医療にとって極めて重要な要素です。しかし、多疾患を有する患者が増えている現在、自分たちの領域のチーム医療だけでできることには限界があります。そのため、本取り組みのようにチームの垣根を越えた多職種の協働が今後、ますます重要になると考えます。

●参考文献

- 1) 厚労省. 平成28年国民健康・栄養調査報告. 2017.
- 2) 山崎優介, 他. 認知症のある糖尿病患者への糖尿病地域連携クリニカルパスと認知症地域連携クリニカルパス併用の取り組み. 日糖尿教看会誌. 2019; 23(1): 1-6.
- 3) 井門ゆかり. 井門式簡易認知機能スクリーニング検査(Imon Cognitive Impairment Screening Test: ICIS)の開発・信頼性と妥当性の検討. 日老医誌. 2014; 51(4): 356-63.

在宅の現場でよく参照する情報を、

医学書院

この1冊にギュッと凝縮!

在宅ケア NURSE POCKET MANUAL
ナースポケットマニュアル

[編集] ウィル訪問看護ステーション

在宅ケア NURSE POCKET MANUAL
ナースポケットマニュアル

編集 ウィル訪問看護ステーション

現場でよく参照する情報を

この一冊にギュッと凝縮

- 目次
- Part 1 ケア・処置別
 - Part 2 健康障害別
 - Part 3 現場において重要な情報
 - Part 4 社会保障・社会資源
 - その他 よく参照するスケール・ツール、情報

訪問看護師の声からつくったポケットマニュアル。在宅の現場で頻りに参照する情報や、ケア・指導のポイント、あると便利なスケール・データを網羅的に掲載。何か困った時やうっかり忘れてしまった時に、その場でパッと開いて、欲しい情報にすぐにあたることのできる、実用的な1冊!

●A6 頁264 2019年 定価:本体1,800円+税
[ISBN978-4-260-04131-7]

こちらから書籍の詳細が
ご覧いただけます



せん妄!? かもしれないと思ったときのケアで、その後が変わる。

DELTAプログラムによるせん妄対策

多職種で取り組む予防、対応、情報共有

せん妄!? かもしれないと思ったときのケアで、その後が変わる。DELTAプログラムを用いた、せん妄の早期発見、重症化予防へのケアを解説した実践書

編集 小川朝生
佐々木千幸



寄稿

インシデント報告によるナレッジマネジメント 成功を生かせる医療安全管理の視点とは

荒井 有美 北里大学病院医療の質・安全推進室 副室長/医療安全管理者

厚労省が、2001年を「患者安全推進年」と位置付けて以来、国レベルでの医療安全対策が推進されてきた。約20年の間に、医療安全にかかわる環境整備が進み、安全管理活動の推進が医療者の間で図られてきた。一方、近年の医療の高度化・複雑化などを背景に、医療機関における医療事故が相次いでおり、安全管理体制の確保は重要性を一層増している。

筆者は、大学病院で薬剤師・看護師それぞれの実務経験を経て、現在は医療安全管理者として医療安全のための管理業務に当たっている。本稿では、医療機関における医療安全対策の取り組みとして、知識や経験を共有するインシデント報告の目的と、集積した知識を活用するナレッジマネジメント(Knowledge Management)の意義について考察する。

自主的に報告できる 組織風土をいかに作るか

厚労省が2007年3月に取りまとめた「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」によると、医療安全管理者の業務は、①安全管理体制の構築、②医療安全に関する職員への教育・研修の実施、③医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価、④医療事故への対応、⑤安全文化の醸成の5つが定められている。

①～④の業務内容はイメージしやすいだろう。では、⑤の「安全文化の醸成」はどうか。筆者はこの表現が抽象的だと感じた。そこで、安全文化の醸成についてヒントを得るため文献を調べていく中で、『組織事故——起こるべくして起こる事故からの脱出』に出合った。ヒューマンエラー研究の第一人者である著者のジェームズ・リーズン氏は、「安全文化の4つの構成要素」を次の通り挙げている。

- 報告する文化 (Reporting culture)
- 正義の (公正な) 文化 (Just culture)
- 柔軟な文化 (Flexible culture)
- 学習する文化 (Learning culture)

医療安全管理者が最も積極的に取り組むべき内容が凝縮されている。特に筆者が目にしたのが「報告する文化」である。医療安全管理者は、自施設に必要な医療安全対策を施すために、医療現場で発生しているさまざまな情報を収集し分析する。その情報を得るために有効なのが、医療現場の生の声が

寄せられるインシデント報告であり、顕在化された問題のみならず、潜在的な問題も含め安全管理体制を検証するために有用で貴重な情報源となる。

一方、インシデント報告を書く側が「始末書」などとネガティブにとらえてしまうことも、いまだ少なくない。医療現場でインシデントに遭遇した職員が、遠慮なく自主的に報告できる組織風土、すなわち「報告する文化」を醸成するにはどうすればよいだろうか。

成功体験を集積し活用する ナレッジマネジメントの考え

当院の医療の質・安全推進室は、インシデント報告から浮かび上がる状況を医療安全管理に活用するため、まずインシデント報告に対する意識調査に取り掛かった。筆者が自施設的全職員を対象に2007年に実施したアンケート調査「インシデントレポートに対する意識調査からレポート提出への影響要因を考察する」では、「インシデント報告をしない理由」として以下のような回答があった。

報告すべき事例ではない/報告することが面倒/報告する時間が無い/恥ずかしい/インシデントをよく起こすと思われたくない/報告する方法を知らない/報告してもフィードバックが無い/せっかく報告しても何も変わらない/他の人も報告していない/評価が下がると思う/責任を追及される/自分には非がないと思う

これらの意見を基に、インシデント報告を行う意義や、報告者は責任を問われないことを周知し、報告入力画面に匿名報告の入り口を作成した。さらに、全職員が携帯する「北里大学病院医療安全ハンドブック」に次の文面を記載した。

- インシデント報告は「個人の気づき(経験)」を職員全員で「共有する」ことが目的です。反省文でも始末書でもありません。
- インシデント報告は、医療の仕組みや医療の質評価の資料にもなります。
- インシデント報告が個人の評価に使われることはありません。
- インシデント報告は、匿名でも可能です。

インシデント報告システムをより身近に感じてもらうため、インシデント報告の愛称公募も2017年に院内で行った。選考の結果、「I(私):自分を振り返る」、「Eye(目):気づき」、「愛:患者への医療」の3つのアイの意味が込められた「あいでほ」に決定し、現在も使われている。

これらの取り組みからインシデント報告に対する理解が浸透し、筆者が医療安全管理部門所属となった2006年時点に比べ、当院の報告件数は約2.5倍の年間1万件を超えるようになった。

エラーが集積されていく中、現場に報告されなくてもエラー防止に成功した例もあるのではないかと、ある時気が付いた。さらに、事故やインシデントからだけでなく日常業務においてどのように物事がうまく行われているのか、変化と制約の中で意図したアウトカム(成功)がどう生み出されているのかに着目した、医師で医療の質・安全が専門の中島和江氏(阪大)がリードする「レジリエンス・エンジニアリング」理論²⁾にもヒントを得た。

このような経緯から、失敗だけでなく、成功からも学ぶとの考えに注目し、当院では成功プロセスを集積するために「グッドレポート」という情報収集も2017年に開始した。

また、未然に防止されたエラーはこれまでもヒヤリハット報告(患者影響度レベル0)として集積していたが、グッドレポートは、「正しい手順を遵守し、(すべきことを実施した中で)エラーを発見して、患者への被害がなかった場合に入力する」とした。「なぜエラーを起こしてしまったのか?」よりも、「エラーを回避できた術を教えてください」と呼び掛けたほうが、現場では安全対策をポジティブに受け止めていただけている。特に優れたグッドレポートを報告した職員には表彰も行っている。

成果を現場に還元し、 安全文化を醸成する

各医療機関で取り組まれている医療安全の確保は近年、医療者個人の責任や努力だけでは達成が難しくなっている。医療者の専門知識や能力を生かし、それぞれの役割分担と連携によって実施することがますます求められる。そこで、各専門職の学習や経験を通じて得られた情報、理解、技能を集約し活用するナレッジマネジメントの考えが重要になると筆者は考える。

「知識経営」を提唱した野中郁次郎氏(一橋大名誉教授)は、人間の知識を、「形式知(Explicit knowledge)」と「暗黙知(Tacit knowledge)」の二種類に分けて説明した³⁾。形式知とは、文法にのっとった文章、数学的表現、技術仕様、マニュアルなどに見られる形式言語によって表すことのできる知識と解説。一方の「暗黙知」は、形式言

●あらい・ゆみ氏

1990年北里大薬学部製薬学科卒。北里大東病院で薬剤師として勤務後、北里大看護学部へ社会人入学。卒業後、北里大病院に看護師として入職。病棟勤務を経て、2006年より医療安全管理部門に配属。09年より現職。現在は、医療安全管理者として病院全般にわたるリスクマネジメントに従事している。



語では言い表すことの難しい、人間一人ひとりの体験に根差す個人的な知識(パーソナル・ナレッジ)と位置付け、信念、ものの見方、価値システムといった無形の要素を含むと解説した。

暗黙知を形式知に変換し、組織的に知識の共有化、明確化を図ることで、さらに高度な知識を生み出し、組織全体を知的に進化させることができるのがナレッジマネジメントの基本的な考え方である。

インシデント報告には、専門職ごとの経験や技術で培われた勘や知恵が、「暗黙知」として内在している。その暗黙知を文書などの形にし、「形式知」へと変換することが、インシデント報告を組織横断的に集約する医療安全管理者に、今後求められる役割ではないだろうか。

当院ではかつて、注射剤の血管外漏出は「点滴漏れ」として扱い、インシデント報告とする文化がなかった。しかし、ナレッジマネジメントの考え方から、医療者の体験をインシデント報告やグッドレポートとして集積することで、血管外漏出のリスクファクターが明確化されていった。

例えば、どのような薬剤が漏れると患者が重症化するか、どの部位に留置針を入れると発生しやすいか、どう対処すれば軽度で済むかなどが蓄積されてきたのだ。その結果、当院独自の「血管外漏出マニュアル・対処フロー」が出来上がった。

このように、成果物を現場にフィードバックすることで、さらに知識を集積しようと、現場から多くの事例が報告される好循環が生まれている。

組織で知識を有効活用することは、業務の効率化やエラー防止になる。業務を遂行する上で最善の方法を的確に把握し、組織全体に広める知識の体系化の重要度が増す。人材の流動性や多様性が高くなった現在の医療において、ナレッジマネジメントは重要な手法となるだろう。

今後もナレッジマネジメントの考え方に基づき、インシデント報告を介した病院全体の安全文化の醸成に、医療安全管理者として努めていきたい。

●参考文献

- 1) ジェームズ・リーズン. 組織事故——起こるべくして起こる事故からの脱出. 日科社; 1999.
- 2) 中島和江編著. レジリエント・ヘルスケア入門——擾乱と制約下で柔軟に対応する力. 医学書院; 2019.
- 3) 野中郁次郎, 他. 知識創造企業. 東洋経済新報社; 1996.

レジリエント・ヘルスケア入門

じょうらん
擾乱と制約下で柔軟に対応する力
Introduction to Resilient Health Care

編著: 中島 和江

日々変化する医療現場。失敗事例の教訓を蓄積するだけでは、未経験の事態には対処することができない。「人はなぜ失敗したのか」ではなく、「人はどのようにうまく仕事を行っているか」に注目する「レジリエンス・エンジニアリング」の視点から、組織や現場を混乱させる要因(擾乱)に人々がどう柔軟に対応しているかを、さまざまな医療現場の事例で解明する。今後の医療安全を考える上での必読書。



「失敗」ではなく「うまくいっていること」から学ぶ —新発想の医療現場の安全管理—

目次

- 第1章 レジリエンス・エンジニアリングとは | 第2章 統合的アプローチ | 第3章 Safety-IIの実践に向けて | 第4章 機能共鳴分析手法 | 第5章 レジリエンス・エンジニアリング理論にもとづく実践や研究の例 | 第6章 ヒューマンファクターズとレジリエンス・エンジニアリング | 第7章 すぐれたレジリエンスを実現するために | 第8章 ポリファーマシーと複雑適応系について | 第9章 手術室における輸血手順の改定 | 第10章 WAIとWADのギャップと調整に潜むリスク | 第11章 レジリエンス・エンジニアリングの外科手術への展開 | 第12章 日常業務の観察に基づきシリンジ改良を通じて行ったWAIとWADを近づけるチャレンジ | 第13章 救急医療現場における動的で適応的なチームパフォーマンス | 第14章 シミュレーション訓練を通じて、日常診療業務のうまくいっていることから学ぶ | 第15章 レジリエンス・エンジニアリングの視点からみた精神科医療現場における「やりがい」と「げんかい」 | 第16章 職員の力が組織の力

●B5 頁224 2019年 定価:本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-02828-8]

医学書院



▲書籍の詳細はこちらから

看護のアジェンダ

井部俊子
長野保健医療大学教授
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181回)

息子の手術と父親の経験

ある会合で、息子(5歳)の手術に付き添ったという男性と知り合った。その男性は病院側の対応に違和感を抱いたと、顔を紅潮させてひとしきり不満をぶちまけていた。「医療者の関心が患者に向いていない」というのである。そのハナシを再録しよう。主人公の名は仮に「中尾」としておく。学生時代はラグビーをやっていたという、さわやかなスポーツマンである。

廊下に並んだパイプ椅子で教授回診を待つ

中尾の息子は、滲出性中耳炎とアデノイド一部切除術を受けるため近くの大学病院に入院した。2泊3日の予定で付き添いを求められ、中尾は簡易ベッドで寝泊まりした。そのため彼は、入院中の一部始終を見ていたのである。

中尾の違和感の1つ目は「教授回診」である。午前7時25分、執刀医が部屋にやって来た。出掛けるので準備するように、とのことだった。病室を出ると、耳に包帯を巻いた見知らぬ老人2人がわれわれを待っていた。みんなと一緒にエレベーターに乗り込み6階で降りる。廊下には約20脚のパイプ椅子が並べられていた(後に医師と判明した若い男性2人とわれわれの執刀医の総勢3人が、椅子を壁に沿って並べていた)。ラッキーなことに中尾の息子は、一番先頭に位置する椅子に案内された。先頭だとわかったのは、その先に診察椅子が置かれた小部屋があったからである。しばらくすると、パイプ椅子は具合の悪そうな人たちが埋め尽くされた。

そこへ、満面の笑みを浮かべた男性が現れた。男性はいそいそとパイプ椅子の前を横切り小部屋へと入っていった。彼が「教授」である。執刀医と若い男性2人が後に続いた。執刀医から息子の名前が呼ばれ、小部屋へ入った。「教授」は笑顔で浮かべたまま診察椅子に腰掛けた息子の口をのぞき、「おっかいねー」「今日は手術がんばってねー」と、父親である中尾に向かって言葉を発した。わずか5秒の出来事だった。

まるでモノを並べるように、廊下に置かれたパイプ椅子に患者を座らせる病院の感覚に中尾は疑問を持ち、さらに患者や付き添って来ている父親に何の説明もなく終わる「教授回診」に憤然とした。

業務優先の手術前準備

中尾の違和感の2つ目は、「手術前

準備」である。

手術当日の午前6時25分、看護師が病室へ入ってきた。夜勤担当である、初対面の中尾に告げた。6時30分以降は水も飲めなくなるので今のうちに100 mLを飲むように、ということだった。寝起きだった息子はつがれた水を一口含み、「もういらぬ」とコップを置いた。

「えー、こんなに残ってるじゃーん」「後でもう飲めなくなるよー」「もうちょっと飲んでおこうかー」以降飲食禁止を告げられている親としては不安に駆られ、もう少し飲むように促した。結局、ほとんどの水を残したまま「飲食禁止」となった。

夜勤担当の看護師は手術着を持ってきた。8時30分には手術室へ出発するので着替えておくように、とのことだった。彼女は、繰り返し念を押すように「着替えておくように」と言った。中尾は、直前に着替えればよいだろうと考えて、手術着はベッドの上に置いたままにしていた。なにしろ、12月の寒い日に、パンツ1枚に手術着という姿にさせるのはしのびないという親心であった。しかも、大した着替えでもないのに直前で十分間に合うし、そのほうが息子も緊張しないですむと判断したからである。

日勤担当の看護師が血圧と体温を測定しにやって来た。そして「8時45分の予定で手術室へ出発するので、また迎えに来ます」と言った。この時、中尾は妻から聞かされていた予定時刻が8時45分であることを思い出した。

8時、夜勤看護師が病室へやって来た。まだ手術着に着替えていないことを注意された。

8時9分、仕方なく手術着に着替える。緊張が高まってきた息子は現実逃避のためYouTubeに没頭する。その後、また夜勤看護師がやって来た。8時30分に出発するから準備をするように、とのことだった。

当初の予定と言っていることが違う。中尾はカチンときた。

不安になった中尾は何が正しいのか問いただしたが、返ってくるのは全くチンプンカンプンな説明だった。エレベーターが混むから、いろいろ準備があるからとか言うけれど、エレベーターは大して待たずに乗れたし、準備といっても子ども用のストレッチャーに乗る以外に準備はなかった。息子は緊張のあまりストレッチャーに正座したまま微動だにできなかった。

結局、手術室へ出発する時には主任というネームプレートを付けた看護師

看護師に求められる薬剤の知識とは

第40回日本臨床薬理学会の話題から

第40回日本臨床薬理学会学術総会(会長=獨協医大・下田和孝氏)が2019年12月4~6日、京王プラザホテル(東京都新宿区)にて、「臨床薬理学の輝ける明日を求めて」をテーマに開催された。本紙では、シンポジウム「看護師に必要とされる実践的薬理学とは」(座長=宮崎大・柳田俊彦氏、九州大大学院・笹栗俊之氏)の模様を紹介する。

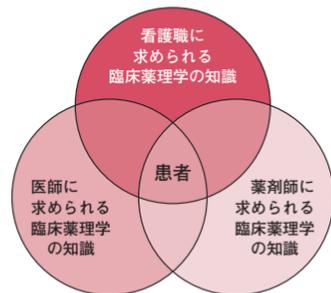
◆看護師のための臨床薬理学教育の構築を

日本における大学進学率は上昇の一途をたどる一方で、18歳人口の減少により進学者数は減少している。「学生獲得には各大学がこれまで以上に魅力をアピールしなければならない」。文科省で看護教育専門官を務める杉田由加里氏はこう述べ、本シンポジウムの前段として看護学教育現場の動向を概説した。氏は、近年の看護系大学数の変化に言及し、公立校は2年に1校、私立校では1年に約10校のペースで増加してきたことを会場に示した。各大学は2017年に文科省が作成した「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」を参照することを前提としながらも、「各大学がめざすオリジナル性を有する人材を生み出すためのカリキュラムづくりに取り組んでほしい」との考えを示した。

千葉大大学院の齊藤しのぶ氏は、看護基盤実習を毎年担当している経験から、看護学生の実習姿勢について現状を述べた。氏は、看護学生は投与薬剤に関する作用・副作用を学習してきているものの、実際に投与後の変化を観察できない、あるいはなぜその現象を観察しなければならないのかを説明できないことがしばしばあると指摘。薬剤の作用が身体状態にどのような影響を及ぼすかをイメージするための専門的な学修が求められると主張した。

訪問看護師に向けた臨床薬理学教育を行う松田明子氏(奈良医大)は、在宅で薬物療法を受ける高齢者の特徴として、①多疾患の併存があること、②身体機能が低下していること、③症状が非典型になりやすいこと、④介護者の有無など患者の社会的因子が予後に影響しやすいことを念頭に置く必要があると主張した。また、教授方法の検討では、実践で間違いやすい薬剤や事故を抽出し、その対策を医療安全の観点から検討することが必要であると述べた。その上で訪問時の観察では、利用者の症状と薬剤開始時期を紐付けた観察や、介護状況を適切に把握し、服薬アドヒアランスの低下に関連する要因を注視しておくことが重要だと強調した。

看護師は与薬に関する高度な知識、判断が求められるものの、体系化された学習方法がほとんど存在せず、与薬の責任を一手に背負われる現状にあるという。そこで、次に登壇した柳田氏は、「看護師には看護師のための臨床薬理学教育が必要」と切り出した。図を用いて各職種の役割を説明し、患者と直接接する機会の多い看護師に特に求められるスキルとして、「患者からの薬剤に関する日常的な質問に答えられること」を挙げた。そうしたスキルを養うために氏は、薬剤添付文書から看護師向けに与薬のエッセンスを抜粋した「与薬のしおり」を作成中であり、「臨床現場での応用に向け、取り組みを進めている」と現状を語った。



●図 各職種における臨床薬理学の知識体系

職種によって必要な臨床薬理学の知識は異なる。「看護職は患者にとって、薬物治療の最後の砦であり、薬物治療に関する看護職の理解が高まれば、医療もさらに向上する」と柳田氏は語る。

と日勤看護師の2人が病室まで迎えに来てくれた。時刻は8時50分だった。

2階の手術室前に到着すると、自動ドアのガラス越しに大きく手を振る人がいた。手術室前に待機する看護師だった。その姿は少々滑稽であったが、場の空気を和らげ緊張を解きほぐしてくれた。

中尾にとって2泊3日の病院生活は、看護師それぞれのささいな対応に感情を動かされた経験であった。夜勤の看護師はあくまでも業務優先であり、患者や家族の気持ちは二の次であった。手術室前に待機して手を振ってくれた看護師に出会えて、ようやく、看護師というよるいを脱いだ人間看護師に出会うことができた。安心感を覚えてうれしかったと、中尾は語っている。

小さな願いを聞き出し実現する

中尾は次のように総括する。「病院で過ごす時間の全てが、患者であるわれわれにとっては非日常で

す。しかし、その非日常が医師や看護師にとっては働く職場であり、日常のごく一部にすぎません。この両者にはギャップが生じています。院内で生じている医療者中心のルーティンに気付く、医療者が当然としている出来事は患者(家族)からはどのようにみえるのかを考えてほしいと思います」。

私はこの原稿を書きながら、『在宅無限大』(村上靖彦著、医学書院、2018年)の一説を想起していた。本書は、タイトルが示すように、無限に多様な在宅医療の価値を示すものであるが、中でも著者が、「共通して重要視」している3つの側面のうちの1つ、「小さな願いを聞き出し実現すること」に着目したい。中尾にとって、そして彼の最愛の息子にとって何が願いだったのか。おそらくそんなに無理難題ではないであろう「小さな願い」を聞き出し、それに応えようとしていけば、中尾は顔を紅潮させて怒ることもなかったであろう。



Pocket Drugs 2020

ポケットドラッグス

治療薬を薬効ごとに分類し、その冒頭に第一線で活躍する医師による「臨床解説」を掲載。「薬剤情報」では、「選び方・使い方」、選択・使用時の「エビデンス」をコンパクトに解説。目的の情報が見つかるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載した。臨床現場で本当に必要な情報をまとめた1冊。

監修 福井次矢 聖路加国際病院・院長

編集 小松康宏 群馬大学大学院教授・医療の質・安全学

渡邊裕司 浜松医科大学理事・副学長・臨床薬理学

●A6 頁1120 2020年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03916-1]

医学書院

一歩進んだ臨床判断

外来・病棟などあらゆる場面で遭遇する機会が多い感染症を中心に、明日からの診療とケアに使える実践的な思考回路とスキルを磨きましょう。

谷崎 隆太郎
市立伊勢総合病院
内科・総合診療科副部長

第7回 インフルエンザの基礎知識 その②

こんな時どう考える？

26歳の病棟看護師A子さんはインフルエンザと診断され、師長から自宅安静を指示された。帰宅し、布団の中で眠りに入りながらあることを思い出した。「あれ？ そういえば私、毎年インフルエンザワクチンを打っているのに、何で今年だけかかったのかな……」

前回(第3351号)に引き続き、今回もインフルエンザの基礎知識についてお伝えしたいと思います。

インフルエンザワクチンの効果とは？

「インフルエンザワクチンを打ったのにインフルエンザにかかった……！」

読者の中にはそんな経験をお持ちの方もいらっしゃるのではないのでしょうか？ そうなんです、ご存じの通り、インフルエンザワクチンの感染予防効果は100%ではありません。年齢によって若干異なりますが、全体で60%程度の感染予防効果があるとされています¹⁾。つまり、現在のワクチンはある程度の予防効果があるものの、インフルエンザに罹患する人をゼロにはできないのです。

しかし、インフルエンザワクチンは何も感染予防効果だけでなく、インフルエンザ肺炎のリスクを減らしたり²⁾、高齢者の急性心筋梗塞の発症リスクを36%減らしたり³⁾と、インフルエンザそのものを予防する以外の恩恵も多くあります。さらに、18~64歳の基礎疾患のない就労者において、仕事の病欠を43%減らし、上気道症状によるクリニック受診を44%減らす効果も示されており⁴⁾、社会における経済的な効果も期待されます。

備えておきたい思考回路

インフルエンザワクチンは60%程度の感染予防効果がある。感染予防以外の恩恵も多い！

@igakukaishinbun

●表 発病予防の観点から見たワクチン接種と個人の心情との関係

Aのように、ワクチンを接種したのに発病してしまった、あるいはDのようにワクチンを接種しなかったものの発病しなかった場合、ワクチン接種の効果に疑問を持つかもしれない。ワクチンの予防効果の割合からAやBもあり得る。そのため、個人の観点だけで見ると、ワクチンの効果に疑問を抱くかもしれない。ただし、集団で見た場合の効果は、個人の心情とは切り離して考える必要がある。

	ワクチンを接種した	ワクチンを接種しなかった
発病した	A. ワクチンって必要なの？	B. ワクチンを打てば良かった？
発病しなかった	C. ワクチンを接種して良かった！	D. ワクチンって必要なの？

たこと、などを考慮して判断する必要があります。

備えておきたい思考回路

インフルエンザワクチンは個人の免疫だけでなく、集団免疫も期待できる。自身だけでなく周囲の人も感染のリスクから守る集団免疫の効果は、医療者なら必ず知っておきたい。

インフルエンザワクチンの適応とは？

というわけで、今回の内容をまとめると、インフルエンザワクチンの適応は接種可能年齢(生後6か月以上)の全ての人ということになります。中でも、特に重要なのが「罹患すると重症化するリスクが高い人」として挙げられている、下記の人への接種です⁵⁾。

- 生後6か月~5歳未満または50歳以上の者
- 慢性肺疾患(喘息を含む)、心疾患(高血圧のみの者は除く)、腎疾患、肝疾患、神経疾患、血液疾患、代謝性疾患(糖尿病含む)の者
- 免疫不全者(あらゆる原因による)
- 妊婦または妊娠予定の女性
- アスピリンまたはサリチル酸を含む薬物治療を受けている生後6か月~18歳の者
- 介護施設入所者
- アメリカンインディアン、アラスカ原住民
- 高度肥満者(BMI≥40)

ワクチン供給不足などの事態が起こった際には、これらハイリスクな人たちへの接種が優先されます。特に、妊婦へのインフルエンザワクチン接種は、妊婦自身の発症や重症化を防ぐだけでなく、胎盤を通じて胎児にも抗体が移行し、出産後、インフルエンザワクチンが接種できる生後6か月までの間、子をインフルエンザから守ることができるのです⁹⁾(妊娠期間中のいつでもインフルエンザワクチンは接種できます)。また、上記で示した、インフルエンザに罹患すると重症化しやすい人に対しては、本人はもとより、その周囲の人間がワクチン接種をすることによって、さらなる感染リスク低下が期待できます。もちろん、アレルギーなどでインフルエンザワクチンが接種できない人などに対しても集団免疫の考え方が当てはまります。

備えておきたい思考回路

インフルエンザワクチンは重症化リスクの高い人や妊婦に特に推奨される！

今回は、ワクチン接種をしたのにインフルエンザに罹患してしまい、何となく損をしたような心情になったA子さんですが、逆に、昨年までは接種していたからこそ罹患しなかった可能性もあります(もちろん、単に暴露しなかった可能性もありますが)。病院には重症化リスクの高い患者さんたちが入院していますので、集団免疫の観点からも、看護師の方をはじめとした全ての医療従事者にはぜひ、来シーズン以降も引き続き接種し続けていただきたいと思います。

今日のまとめメモ

現在のインフルエンザワクチンで完全に感染を予防することは不可能ですが、個人の感染予防以外の恩恵は多く、基本的には全ての人に推奨されるワクチンです。もちろん、接種するかどうかは個人の意思も尊重されますが、医療従事者は自身が暴露するリスクが高い上に、もし自分が罹患したら重症化リスクの高い患者さんに感染させてしまうリスクもありますので、インフルエンザワクチンを毎年接種する意義は大いにあると考えます。

なお、インフルエンザワクチンに関する研究は、研究によって対象集団やアウトカム、使用されたワクチンの種類などが異なるため、一つの論文のみから断片的な知識だけを拾うのではなく、信頼できる機関のウェブサイト(Influenza vaccine ACIP recommendations: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/flu.html>)などで基本的な知識や最近の動向についてチェックすることをオススメします。

次回は、病棟で遭遇する頻度の高い、薬疹を伴う患者の対応について解説したいと思います。

注：集団免疫の効果イメージしやすい動画について、下記よりご参照ください。
<http://bit.ly/30iFhft>

参考文献

- 1) N Engl J Med. 2017 [PMID: 28792867]
- 2) JAMA. 2015 [PMID: 26436611]
- 3) JAMA. 2013 [PMID: 24150467]
- 4) N Engl J Med. 1995 [PMID: 7666874]
- 5) N Engl J Med. 2001 [PMID: 11259722]
- 6) Clin Infect Dis. 2011 [PMID: 21690619]
- 7) Tohoku J Exp Med. 2014 [PMID: 24531035]
- 8) MMWR Recomm Rep. 2019 [PMID: 31441906]
- 9) N Engl J Med. 2008 [PMID: 18799552]

効率的かつ最短で必修問題の合格点を。本当に必要な内容がここに！

看護師国試2020 必修問題でるとこ最短check!

必修問題の合格点を確実に、最短でクリアすることをコンセプトに、過去12年間の実際の出題から重要な内容をコンパクトにまとめています。重要な点は、何度も出題されていることから、過去3回以上出題されている内容に、「頻出」マークをつけました。巻末には、確認問題「必修問題最終check!」を掲載。知識の総点検に活用できます。試験直前の最終確認としてはもちろん、看護師国家試験対策のスタートにも役立つ内容です。

編集 医学書院看護出版部



この1冊で自信がつく、国試対策の決定版!

2020年版 系統別看護師国家試験問題集

必修問題9年(10回)分、過去問題6年(7回)分を系統別+テーマごとに配列。さらに、必修の予想問題を大幅に追加。全問題について詳しい解説つき。別冊「国試でるでたBOOK」、正文集「国試クイックチェック」で知識の整理ができる。得点力アップにつながる本番形式の模擬問題、カラー図解でわかりやすい「計算問題を完全マスター!」「図で覚える統計データ」「重要検査値一覧」も収載。赤シート、インデックスシートつき。

『系統看護学講座』編集室 編



未来の看護を彩る

DAY 7 | セクシュアルヘルス

国際的・学際的な領域で活躍する著者が、日々の出来事の中から看護学の発展に向けたヒントを探ります。

新福 洋子 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 家族看護学講座准教授

京都大学とWHOが主催した Technical Consultation on Global Sexual Health Data Needs (世界的なセクシュアルヘルスデータのニーズに関する技術コンサルテーション)に参加しました。セクシュアルヘルス(性の健康)の関連データが、特にアジアで足りていないということで、WHO本部からの担当官のほか、タイ、ベトナム、カンボジア、ラオス、ブータン、シンガポール、マレーシア、バングラデシュ、台湾、日本と英ロンドン大学衛生熱帯医学大学院(LSHTM)から派遣された専門家が集められ、グループワークの伴う議論を行いました。

2006年にLSHTMがランセット誌に発表した各国の人口保健調査(DHS)を分析したセクシュアルヘルスの論文¹⁾および各国で行われているセクシュアルヘルス研究が紹介されました。2006年の分析に含まれているのはバングラデシュ、インド、インドネシア、ネパール、フィリピン、ベトナムのみで、その6か国も全てのデータがそろっているわけではない状態でした。集まった個々の研究者が行っているのはキーポピュレーションと呼ばれるリスクの高い集団における調査が多く、そうした小規模の集団では研究者が必要と思うデータを研究者の定義に基づいて収集しやすいのですが、国単位で行われるDHSに質問項目を入れ込むのは、国内でセクシュアルマイノリティや性の多様性が十分に認識されていない場合、非常に難しいのが実情です。

例えば「性交渉の有無」を問う場

合、そもそも回答する人が自身の性をどう認識しているのか、「異性」との性交渉の有無に加え、「異性」ではない相手と性交渉があるのか、「性交渉」とは何を意味するのか、その定義を一つひとつ丁寧にしていなければ、解釈が分かれてしまいます。妊娠に関連したリスクを検討したい場合、同性との性交渉の有無はそのアウトカムに影響しない可能性が高いのですが、性感染症に関連したリスクを検討したい場合、同性/異性関係なく性交渉の有無はアウトカムに影響する可能性があります。そうした複雑な背景に対し、DHSの実態として定義が示されていない、定義が統一されていないことがほとんどで、回答する人の解釈に委ねられています。

アジアではさらに、バングラデシュのヒジュラを例とした第三の性の存在や、タイのカジュアルな恋愛関係であるギックなど、性認識とそれに伴う性行動が多様化していることに、調査が追いついていない現状があります。加えて、DHSに調査項目を追加することを国が許可しない、許可が下りて調査しても多くの人が「答えたくない」として回答しないなど、課題は幾重にも重なっています。しかしながら、性行動の実態が把握されないと、性暴力や性差別を含んだ、性にかかわる個人や社会の問題の把握やその適切な対応などの議論をするベースとなるデータがない状態が改善されません。

性暴力や差別を減らし、人々の健康をより促進していくための実態をつかむデータを取得するにはどうしたらいいのか、解決策の一つは国際的な共同研究だと思います。国際的にニーズが高まっており、国際比較のためこうしたデータを取得する、ということで関係機関を説得し、調査を進める動きが求められます。

●参考文献

- 1) Wellings K, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet. 2006; 368 (9548): 1706-28.



参加者らと京大の時計台の前で(前列左から5人目が筆者)

改めまして……本書が「プラチナ」ファミリーの原点です。

新刊 感染症プラチナマニュアル 2020

▶ 感染症診療に必要なかつ不可欠な内容をハンディサイズに収録。必要な情報だけに絞ってまとめ、臨床における迷いを払拭する。改訂に際し約60頁増ながらコンパクトさを堅持しつつ、定価据え置き。新刊「ASM臨床微生物学プラチナレファレンス」と「微生物プラチナアトラス」との3書のリンクを実現。拡大版「感染症プラチナマニュアル 2020 Grande」も同時発売。若手・ベテラン問わず、医師・ナース・コメディカルのみならず、

著: 岡 秀昭 埼玉医科大学総合医療センター総合診療内科・感染症科 運営責任者(診療部長)/准教授

定価: 本体2,000円+税 三五変 頁512 図9 2020年 ISBN978-4-8157-0178-9

TEL: (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp

Medical Library

書評・新刊案内

乳幼児健診マニュアル 第6版

福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会 ● 編

B5・頁168
定価: 本体3,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03935-2

評者 濱田 裕子
九大大学院准教授・小児看護学

本書を手にし、そのタイトルから健診のノウハウを伝えるマニュアル本だろうと思いながら読み進めると、最初の「健診の心構え」で、私の思い込みは簡単に覆された。故・松本壽通先生は「健診は医療の延長ではありません」、また「子どもの心の問題や育児支援なども考慮に入れた健診が求められています」と冒頭で述べており、乳幼児健診は子育て支援の一環であるとあらためてとらえ直すこととなった。今や子育て支援は、社会全体で取り組むべき課題であり、国は2001年から取り組んできた「健やか親子21」の最終評価を経て、

2015年度から第2次計画をスタートさせている。「健やか親子21(第2次)」の3つの基盤課題の1つは、以前から続く「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」であり、それらを下支えする新たな課題として「子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり」を掲げている。本書は「健やか親子21」が策定される以前から、乳幼児保健と子育て支援の必要性を見据えて、小児科医師のみならず保健や医療にかかわるスタッフを視野にその重要性を説いている。

本書は主に3つのパートより構成されている。最初に、冒頭で述べた乳幼児健診とその実際について、健診を行うに当たっての手順や見方などが新人の医師でも対応できるように丁寧に書かれている。次に、1か月児から5歳児健診までを各月齢別に、健診の仕方

をわかりやすく説明している。発達段階ごとに基本的な発達の目安(特徴)と「かいせつ」を示し、「診察の手順」を図表やイラストを用いて説明し、さら

に「保健指導の要点」と「この時期に多い質問」をまとめている。特に「保健指導の要点」や「この時期に多い質問」は医師のみならず、保健指導や育児支援に当たる保健師や看護師、助産師にとっても必見である。

さらに「育児相談・育児支援」のパートがあり、「乳幼児の生活習慣」や「乳幼児期の栄養指導」、「事故防止」、「食物アレルギー」や「スキンケア」、「禁煙指導」、「子どもの歯の衛生」

、「予防接種」、「子どもの虐待への気づきと支援」や「母親のメンタルヘルスと育児支援」など、現代の乳幼児を取り巻く健康問題やそれらへの対応が、簡潔にわかりやすくまとめられている。また、各執筆陣による15個のコラムは育児に関する話題から知っておきたい知識まで、読み物としても面白いものとなっている。本書は医師に限らず保健師や看護師、助産師、コメディカルにも、子どものとらえ方や対応のヒントが詰まった役立つ内容といえる。

最後に、本書は福岡の地域で小児にかかわる医師らが1992年の初版からこの第6版まで現場感覚を大切に、改訂を重ねていることに敬意を表したい。医師自らが、子どもと家族に伴走する姿勢が本書の根っこを支え、単なるマニュアル本ではない、子育て支援の在り方を示してくれている。

単なるマニュアル本ではない、子育て支援の在り方を示した良書



緊急度・重症度からみた 症状別看護過程 + 病態関連図 第3版

医学書院

編集: 井上 智子 / 窪田 哲朗

実習で遭遇しやすい62症状を取り上げ、すべてに医学解説+看護解説を掲載。第3版では基本構成を踏襲しつつ、医学情報と看護診断名のアップデートを行いました。「目でみる症状」などイラストやチャートを多用し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」でより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。

目次

- 第1章 全身
- 第2章 脳・神経系
- 第3章 感覚器系
- 第4章 呼吸器系
- 第5章 循環器系
- 第6章 消化器系
- 第7章 腎・泌尿器系
- 第8章 筋・骨格系

● A5 頁1120 2019年 定価: 本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-03853-9]

医学書院セミナーのご案内

セミナー詳細、お申込みは右記のセミナーページをご覧ください。

https://seminar.igaku-shoin.co.jp/



明日から使える! 質改善・業務改善のための現場分析

米国・クリニカルナースリーダー(CNL)のスキルセットに学ぶ看護現場で起こっている現象の全体像を把握して分析し、真に取り組むべき課題を見いだすための方法論を、具体的に学んでいきます。



講師 竹熊カマツ麻子先生

日時 DAY1 2020年3月14日(土) 10:00~17:00 DAY2 2020年3月15日(日) 10:00~16:00

定員 60名 会場 東京都文京区・医学書院 本社2階

受講料 30,000円(2日間の資料代、昼食代、消費税を含みます。クレジットカード事前払い)

対象 主に看護管理者(看護部長、副看護部長、看護師長、副看護師長、主任)、専門・認定看護師、リスキマネジャー、質改善に関心のある看護師



講師 任 和子先生



講師 角田みなみ先生

患者・地域から選ばれる病院をめざす! 看護管理者のための診療報酬改定セミナー

今改定を踏まえ、よりよい在宅移行支援・意思決定支援を考える

日時 2020年3月28日(土) 10:00~16:00

定員 80名 会場 東京都文京区・医学書院 本社2階

受講料 12,000円(資料代、消費税込、昼食代込み) / 10,000円(ウェブ受講者)

対象 主に看護管理者、訪問看護師など



講師 宇都宮宏子先生



講師 長 英一郎先生

医学書院の看護系雑誌 2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.30 No.2

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

患者さんの物語を聴いてケアにつなげる 意思決定支援とACP 話し合いの手引き

Now Printing

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」と意思決定支援のプロセス... 木澤義之 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは何か... 木澤義之 国内外のACPのエビデンスを読み解く... 森雅紀 重篤な病气を持つ患者との話し合いとその課題について... 竹之内沙弥香 「患者との話し合いの手引き」を用いた話し合い 具体的方法・手順と留意点... 竹之内沙弥香

【領域別】重篤な病气を持つ患者との話し合い 実践例... 松本繁巳 / 任和子 / 江口恵子 / 竹之内沙弥香

助産雑誌 Vol.74 No.2

1部定価:本体1,500円+税 冊子版年間購読料:本体14,880円+税 電子版もお選びいただけます

外国人妊産婦のケア転換期 在住者・旅行者を受け入れるための「乗り越え課題」とは

【総論】データから考える医療現場の対応策... 山田秀臣 乗り越え課題とその克服策① 佼成病院 退院後の育児を見据えた取り組み... 井上慶子、助産師一同、久保雅史、吉川千恵

【Focus】デリケートゾーンケアの必要性こそ、助産師が女性に伝えたい 誰も教えてくれなかったお手入れ方法... 三宅はつえ

訪問看護と介護 Vol.25 No.2

1部定価:本体1,500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

訪問看護師の臨床推論 私たちはどうプロセスで考え、判断しているか

【Lecture1】訪問看護師に知ってほしい「臨床推論」の基本... 喜瀬守人 【Lecture2】訪問看護師のための「臨床推論」... 清水奈穂美

【座談会】訪問看護の「臨床推論」は伝えられるか... 小瀬文彰 / 佐藤直子 / 清水奈穂美

【レポート】「こちら現場からお届けします!」訪問看護師の漫画、描いています... 広田奈都美

【好評連載】漫画 家でのこと... 高橋恵子 在宅ケア もっとやさしく、もっと自由に!... 秋山正子 地域連携の技術ファシリテーション・スキル... 鈴木央

看護教育 Vol.61 No.2

1部定価:本体1,600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

カリキュラム編成のヒント 臨床判断能力を育む取り組み

なぜ、臨床判断能力か... 池西静江 臨床判断の基礎的能力を育むための授業案 教務主任養成講習会の成果から①... 真砂由紀代 / 池西静江

【特別記事】教育実践報告を書こう! その2 実践報告の書き方の整理—目的、概要、授業内容を明らかにする... 岩崎千晶 / 山下裕紀

【実践報告】ライブログを活用したメンタルヘルスマネジメント... 近藤美保 / 遠藤りら / 長澤利枝 / 村方多鶴子 / 筆宗一

【連載】今日から使えるアイスブレイク... 内藤知佐子 看護教育×法律相談 知っておきたいトラブル対応のポイント... 星野豊

保健師ジャーナル Vol.76 No.2

1部定価:本体1,500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

地域で取り組む「依存症対策」 アルコール・薬物・ギャンブル・ゲーム依存への対応

依存症対策の現状と今後の展開... 石塚哲朗 「依存」のメカニズム... 松崎尊信、樋口進

【PHOTO】美浜町における「げんげん運動」の取り組み... 山本英子

【活動報告】結核患者における入院措置を発令した1事例... 二村留美,他

【活動報告】住民や多機関が連携した「社会環境の整備」の取り組み... 中村廣隆,他

看護研究 Vol.53 No.1

1部定価:本体2,000円+税 冊子版年間購読料:本体12,060円+税 電子版もお選びいただけます

看護研究における報告ガイドライン1

序—ガイドラインの意義... 中山健夫 なぜ看護研究にガイドラインが必要か—その背景と意義... 友滝愛

【誰でも知っておきたい! よく使われている報告ガイドライン】 CONSORT... 木戸芳史 STROBE... 友滝愛

【連載】集まる つながる 広がる 若手研究者のバトン・10... 江川優子



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

看護書籍・雑誌情報をお届け!

