

2018年2月26日

第3262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]「病いの語り」が描き出す悲嘆・人生・希望(東めぐみ,江口重幸,安酸史子) 1-2面
■[連載]看護のアジェンダ/第32回日本がん看護学会 3面
■[連載]今日から始めるリハ栄養(新) 4面
■[連載]行動経済学×医療 5面
■[連載]院内研修の作り方・考え方 6面
■MEDICAL LIBRARY,他 7面

座談会

「病いの語り」が描き出す 悲嘆・人生・希望



江口重幸氏 東京武蔵野病院 精神科・副院長
東めぐみ氏(司会) 東京都済生会中央病院 看護部・副看護部長
安酸史子氏 防衛医科大学校教授・医学教育部看護学科学科長

精神科医で人類学者のアーサー・クラインマン氏の著書『病いの語り』(誠信書房)は、慢性看護領域にかかわる看護師をはじめ多くの医療者に今なお大きな影響を与えている(MEMO)。医療技術の高度化や複雑化が進めば進むほど見失われがちな「ケアをすること」の原点を見直し、その大切さを日々の臨床に効果的に取り込むにはどうすればよいか。

本紙では、慢性疾患看護専門看護師の東めぐみ氏を司会に、クラインマン氏の著作の翻訳を多数手掛け、自身も精神科臨床に医療人類学的視点を取り入れている精神科医の江口重幸氏、慢性看護領域の人材育成・研究に携わる安酸史子氏の三氏の座談会を企画。「病いの語り」が描き出す、悲嘆、人生、そして希望を看護師がいかにくみ取り、実践につなげるのかについて語られた。

東 「病いは経験である」——「病いの語り」の最初の一文を読んだとき、慢性看護の本質を突かれたような衝撃を受けました。

江口 病いの経験にかかわること。それこそが医療やケアの中心に据えられるものである。医療者は狭義の疾患(disease)について熟知しなくてはいいませんが、個々人の病い(illness)の経験にも入っていかなくてはならない。その大切さを冒頭の一文は呼び覚ましてくれます。

東 糖尿病は、初期は検査値のみで診断されるため、患者さんは「自分は病気」との感覚をなかなか持てません。すると、身体的ケアよりも言葉によるケアが主になるのではないかと。そう考え取り組んできた私に、本書は多くの示唆を与えてくれました。

江口 現代医療が進歩すればするほど、専門化や細分化が進み、患者その人をまるごと受け止めることができなくなってしまう。これがクラインマン

最初期の著作『臨床人類学』の中心テーマでした。医療者は患者にどう向き合えばよいか、それを乗り越えるためにはどんな方法があり得るのか。その後の医学教育への応用も含んだ、一貫した問い掛けだったと思います。

東 2014年の来日講演で印象的だったのが次の言葉です。「ケアをすることは必然的に、ケアをされる過程と相互に結びついている」(本紙第3076号)。

安酸 看護理論家ヘンダーソンの「患者の皮膚の中に入ってケアをする」という表現とも通じます。

東 実践家はそう願って実践していますが、臨床は複雑なものです。安酸先生は、「患者の立場に立ったケア」の教育について現状をどう見ますか。安酸 看護学生は受け持ち患者さんの話をじっくり聞く機会があり、聞き方が上手でなくても感動や気づきがあったと目を輝かせてくれます。ところが、臨床に出ると日々の仕事に追われ患者の語りを書く機会から遠ざかってしま

う。ペナーは「一人前」と「達人」の間にはレベルの「跳躍がある」と表現していますが、その感覚を得るには患者さんの語りに耳を傾け、言語化するスキルを磨くことが欠かせないと思うのです。東 そうですね。そこで、ケアの言語化には事例を用いた検討が有効だと私は考えます。治らない病いを前に患者さんが希望を失ったとき、「病む人と共にある」とはどういうことなのか。本日は事例を交え、慢性の病いへの向き合い方を検討したいと思います。

語りを聞くための姿勢とは

東 初めに、患者さんの語りを聞くためにどんな姿勢や態度が必要かお聞きします。安酸先生、いかがでしょう。安酸 患者さんを前に、雰囲気や表情、言葉遣い、話すテンポは何が最適かを常に意識することです。

江口 医療者が「道聞かれ顔」でいることも大切だということですね。東 「道聞かれ顔」ですか。

江口 街中で、「この人には道を聞いてもよさそう」「道を聞かれたがっている」というホスピタリティの溢れた表情のことです(註1)。

安酸 少し「隙」のありそうな。江口 ええ。私もそれをヒントに、病棟でも夕食が終わり落ち着いた時間帯などに「道聞かれ顔モード」で患者さんと話すことがあります。すると診察室では出ない話題がどんどん出てくる。

東 「わざわざ聞くことでもないけれど……」といった話題も口にしてもらえれば、語りが膨らみそうです。

安酸 ICUに入院した経験のある元同僚の教員は、重篤な状況では信頼できそうな看護師によるケアを望み、回復して一般病棟に移ってからは世間話や冗談が言える看護師を待つようになった体験を話してくれました。

東 患者からすれば、病いの重篤度が変わることで求めるケアの在り方も変わるわけですね。ケアをする/される相互作用があって両者の関係が成り立っていることに気づかされます。

江口 語りを引き出すための工夫や、余裕のある時間と空間が臨床の場にはもっとあってもよいのでしょうか。これらを切り詰め効率化していくのが現代の医療や看護の特徴ではないでしょうか。特に慢性疾患では、その発想から切り替えることが重要だと思います。東 「話していいですよ」という雰囲気をあえて演出することで、患者さんも「語ろうかな」と思えるはずですね。

生活史をひもとき語りを導く

東 クラインマンの説明する「ヘルスケア・システム」は、ケア提供の場とはどこかを考える上で注目しています。江口 『臨床人類学』の最初に出てくるキー概念ですね。

(2面につづく)

MEMO アーサー・クラインマン (Arthur Kleinman)

1941年ニューヨーク市生まれ。精神科医・人類学者。医療人類学のパイオニア的存在。ハーバード大医学部社会医学科、人類学部等の部門長、アジアセンター所長を歴任し、現在ハーバード大教授。医療人類学研究の初期は台湾と中国をフィールドとし、東アジアへの造詣が深い。何度か訪日しており、2014年にも東京・京都で記念講演を行い、その要旨は本紙第3076号(2014年5月19日)に掲載されている。著書(編書)に、『臨床人類学』(弘文堂)、『病いの語り』『八つの人生の物語』(以上、誠信書房)、『精神医学を再考する』『他者の苦しみへの責任』(以上、みすず書房)など。代表作『病いの語り』は、慢性の病いを抱えた患者やその家族が肉声で語る物語を中心に構成される。病いの経験、語りこそが医療やケアの中心に据えられるものであるとし、病いとその語り、人類学的方法を駆使しながら社会プロセスとして描き出そうとしている。

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

February 2018

新刊のご案内

医学書院

今日の治療指針 2018年版

私はこう治療している
総編集 福井次矢,高木 誠,小室一成
デスク判: B5 頁2192 19,000円 [ISBN978-4-260-03233-9]
ポケット判: B6 頁2192 15,000円 [ISBN978-4-260-03234-6]

治療薬マニュアル 2018

監修 高久史郎,矢崎義雄
編集 北原光夫,上野文昭,越前宏俊
B6 頁2752 5,000円 [ISBN978-4-260-03257-5]

Pocket Drugs 2018

監修 福井次矢
編集 小松康宏,渡邊裕司
A6 頁1088 4,200円 [ISBN978-4-260-03196-7]

造血幹細胞移植ポケットマニュアル

編集 国立がん研究センター中央病院造血幹細胞移植科
執筆 福田隆浩
B6変型 頁500 4,500円 [ISBN978-4-260-03160-8]

NANDA-I看護診断 定義と分類 2018-2020 (原書第11版)

原書編集 T.ヘザー・ハードマン,上鶴重美
訳 上鶴重美
A5変型 頁616 3,000円 [ISBN978-4-260-03443-2]

絵でみる脳と神経 (第4版)

しくみと障害のメカニズム
馬場元毅
A4変型 頁264 2,800円 [ISBN978-4-260-02783-0]

看護師のための不穏・暴力対処 マニュアル [Web動画付]

編集 本田 明
B5 頁160 2,600円 [ISBN978-4-260-03236-0]

知って考えて実践する 国際看護 (第2版)

近藤麻理
A5 頁144 1,800円 [ISBN978-4-260-03536-1]

<出席者>

●えぐち・しげゆき氏

1977年東大医学部卒。長浜赤十字病院、都立豊島病院を経て、94年から東京武蔵野病院精神科医。2009年より現職。卒後、憑依事例についてまとめた論文を、91年、クラインマンが創刊した『Culture, Medicine and Psychiatry』誌に投稿する。医療人類学や文化精神医学、精神医学史から現代医療の問題を解決するヒントが得られると考え、医療と人間科学の統合をテーマに臨床に当たる。著書・共訳書に『シタルコー』(勉誠出版)、『病いの語り』(誠信書房)、『精神医学を再考する』、『精神医学歴史事典』(みすず書房)、『マッド・トラベラーズ』(岩波書店)など多数。

●ひがし・めぐみ氏

1981年日大医学部附属看護専門学校卒。2002年日赤看護大学院修士課程看護学研究科修了。東埼玉総合病院看護科長、駿河台日大病院教育担当責任者などを経て、14年より現職。06年慢性疾患看護専門看護師、10年に認定看護管理者の認定を受ける。専門は糖尿病看護。著書に『看護リフレクション入門』(ライフサポート社)、『進化する慢性病看護』(看護の科学社)など。09~12年、慢性疾患看護専門看護師研究会代表。日本慢性看護学会理事。18年7月14~15日開催の第12回日本慢性看護学会学術集会では会長を務める。

●やすかた・ふみこ氏

1978年自衛隊中央病院附属高等看護学院卒業後、自衛隊中央病院に勤務。85年千葉大看護学部卒。87年同大学院修士課程(看護教育学専攻)修了。97年東大大学院にて博士号取得(保健学)。岡山県立大教授、岡山大教授、福岡県立大教授・学部長・理事を歴任し、2015年より現職。専門は看護学実習教育の授業展開方法、特に教材化の問題と糖尿病患者に対する自己効力理論を適用した教育プログラム開発研究。著書に『経験型実習教育』(医学書院)など。日本慢性看護学会理事、日本教師学会学術集会では会長を務める。国際ケアリング学会副理事長など役職多数。

(1面よりつづく)

東 江口先生はどうとらえていらっしゃるのでしょうか。

江口 ごく簡単に言うと、どの社会においても、その人々はその土地の言語や宗教システムに組み込まれていますが、疾患や医療や癒やしということも、ひとつの文化システム、象徴的な意味のシステムとして構成されたものであるという考え方です(註2)。

東 文化システムを知るには、患者さんの社会背景や生活史をとらえることが必要との理解でよいのでしょうか。

江口 そうですね。ヘルスケア・システムは狭義の疾患や医療にのみ収斂するものではないと私は考えています(註3)。

病いの状態とは、それまでの安定した日常的な地点から、もうひとつ別の見知らぬ苦境へとほじき出される経験とも言えます。そのようないわば窮地に陥った個人や周囲の人にとって、どのような選択が癒やすことにつながるのか。ヘルスケア・システムは医療者や医療機関という領域だけではなく、地域コミュニティなど、広く社会的な側面も含んでいると考えます。

安酸 すると、人生という広い視点ではケアを考える上で見逃せませんね。質問を繰り返すことで語り直されるその

人の生活史を頼りに、将来の展開も推測できるようになるからです。

東 人生にまで思いをよせ、語り直してもらおうケアの意義は大きいでしょう。ここで私自身の事例を紹介します。

●事例1

肝硬変末期の肝性脳症で入院する男性患者。40歳代で舌がんになり、舌は郭清して発語がうまくできない。点滴やバルーンを抜くなど暴れ、穏やかだったその人らしさを失っていた。落ち着いた頃を見計らい、病気後の暮らしを尋ねた。「舌がんになり自分の人生は終わったと思った」「やるせなくてお酒をたくさん飲んだから、こうして病院で寝ているんだ。自分が悪いんだよ」と責めていた。私はとっさに、「がんになったつらさを紛らすためにお酒を飲んだのであれば、それも大切な行動だったのではないですか」と伝えた。すると、患者さんはポロッと涙を流した。

安酸 語りを聞く中で、お酒を飲んだことをあえて肯定したわけですね。

東 はい。亡くなるまでの数日間は落ち着きを取り戻し、働いていた頃の思い出話にも花が咲いて、その方の歩んだ人生を共有することができました。

江口 疾患だけではなく、それを含むライフヒストリーや人生について聞かれることで、当たり前生きてきた「自分」を実感し直すきっかけになったのかもかもしれませんね。

安酸 病いの受け止め方は一人ひとり異なっても、現実即した傾聴が本人の輝きを取り戻すことにつながるのではないのでしょうか。

江口 普通の生活、輝いていた時代のエピソードは誰もが持っているものです。語り直す機会があれば、多様な病いの語りに結びついてくる。ライフヒストリーにさかのぼることは、何の希望もなく固定化してしまった部分がゆっくり動きだし、レジリエントなものに変化する大切なプロセスと言えます。医療人類学では「現実の仮定法化」とも呼ばれ、それは聞き取る側にも大きな視点の転換をもたらすものです。

東 患者と看護師に個と個の相互作用が生まれることで、看護師もこの先自分はどうかわればよいか見えてくる。

江口 「病気を抱える人」「言うことを聞かない患者」ではなく、「生きてきた人」の一つの局面として理解し直し、再度真正面から接することでケアの大切な部分が賦活されるのでしょうか。

クラインマンの「ケア論」と正岡子規の「介抱論」

東 江口先生は講演などでたびたび正岡子規の作品も紹介されています。どのような点にひかれたのでしょうか。

江口 子規の短歌や俳句、文章、さらには漫画も含め、治癒することのない慢性の病いという苦境をめぐり、本人の経験や周囲の人の支援の様子が時にユーモアを交えながら詳細に読み取れるからです。『病いの語り』に書かれたケアをめぐる大切なことのほとんどが、すでに子規の文章に書き込まれていることを、私は読んで発見しました。東 クラインマンの著書と子規の作品

に慢性の病いの共通した体験を読み取るとても興味深い考察です。

看護師が患者の語りを聞くには、単に話を聞くのではなく、自分の価値観に基づいた色眼鏡を外し、現象学的な視点で見ることも必要だと考えます。長年短歌を詠んできた私は、日常生活を鋭く観察し作品を作る点にそのヒントが隠されている気がして、子規の作品にも関心を寄せています。そこで、子規の次の二首を紹介します。

瓶にさす藤の花ぶさみじかればたたみの上にとどかざりけり

くれなるの二尺伸びたる薔薇の芽の針やはらかに春雨のふる

東 一首目は、花瓶に挿した藤の花が豊に届かないという描写から、限られた人生、やりたいことはまだあるけれど届かないとの隠喩が読み取れます。二首目も、「二尺」が過去から現在の薔薇の成長(変化)を端的に表現していますね。「二尺」を命の躍動として

病む人の、喪失と獲得を繰り返す中に私たちは介在し、共に考える

東 慢性の病いで悲嘆と喪失のただ中にある患者さんには、耳を貸す人の存在が大切なのではないかと常々考えています。そこで次の事例を紹介します。

●事例2

脳梗塞で右腕が麻痺した患者さん。高校の美術教師であるその方は、利き腕の右手で絵が描けなくなり「自分は教師としての価値を失った人間だ」とベッドから降りなくなってしまった。ところがある時担当看護師が、「〇〇さん、左手がありますよね」と発した一言で、その存在にはたと気がついた。しばらくすると洗面所で、左手で歯磨きをする姿が見られるようになった――。

東 昼間、星を見ることはできません。でも、暗くなれば同じ空にはたくさんの星がある。同じ風景でも違った形で現れて見えてくるものです。慢性疾患を病む人たちの、何かを喪失し何かを得ていく繰り返しの中に私たち看護師は介在し、今は見えないものを共に考えていく役割があるのでしょうか。

安酸 おっしゃるように、今見えないものを考えるために現実を文章にするなど言語化し、次にどう生かせるかの思考を訓練することは大切になります。江口 患者さんの語りから、その方の伝記、ライフヒストリーの文脈を浮かび上がらせることでその人の非人格化を防ぎ、聞き取る医療者側もそうした関心によって活性化されるのだと思います。慢性疾患のケアでとても難しい「もう一度士気を取り戻させること(remoralization)」が図られる部分です(『病いの語り』第15章参照)。

東 その循環を生むにはやはり、話す人、聴いてくれる人、さらにそれを「大事なことだよ」と言ってくれる人の相互のかかわり合いが必要なのでしょう。

*

江口 クラインマンは2011年に、長く連れ添ったジョーン夫人を亡くされ

精緻に描く感覚から、ケアする者には患者さんの話をありのまま聞こうとする姿勢が求められるのだと学びます。江口 子規の晩年の随筆には慢性疾患の経験が、医療者が思いもよらない形で深い部分まで記されています(註4)。安酸 明治の時代にその視点を持っていたとは驚きますね。

江口 当時不治の病いだった結核に罹患した子規は、21歳の時、血を吐いたように口内が赤くて他界と往復する鳥とされる「ホトトギス(子規)」を自分の雅号とすることで、病者の役割を正面から引き受けようとした。晩年の煩悶と絶叫と号泣を繰り返す苦境の中で書かれた随筆の中に、こうした経験から紡ぎ出された、子規の「介抱論=ケア論」が凝縮して展開されています。

東 俳句や短歌、闘病記などから生活者である患者の語りをありのままに見る視点が養えるのではないのでしょうか。病む人に向き合い耳を傾ける、医療者の資質を問いつける大切さをあらためて実感します。

ました。自宅でのケアをめぐるエピソードは『Lancet』誌のコラムに断片的に書かれ、そこでは「ケアとは何か」というシンプルな事実を理解した」と述べています。

安酸 数々の著名な書籍を出した方でさえも、具体的な経験によって初めて見えるものがあつたのでしょうか。

江口 そうですね。私たちは、病いをもつ人の経験にどうやったら近づけることができるかという問いに戻ってくるようです。医学・医療が進歩する中でもその想像力をかき立て、語りを聴くことの大切さを思い起こさせてくれるのは、やや異なる方法論を持つ、例えば医療人類学などの人間科学的な視点を交差させていく行為ではないかと私は思っています。

東 患者さんの今を、治療の延長でケアするのではなく、人生や内面という「その人そのもの」にもっと迫らなければならない。その意義を確認でき、自分の中にまた一つ風穴が空いたように思います。(了)

註1: イタリアの街中で、「道を聞かれたがっている」表情でたたずむ人の顔を、人類学者の野村雅一氏は「道聞かれ顔」と呼んだ(『しぐさの人間学』河出書房新社)。

註2: さらに「説明モデル(explanatory model)」という、臨床人類学にとってもうひとつ重要な概念がここから導き出される。

註3: 精神科医の中井久夫氏の言う「治療文化」に近い概念(『治療文化論』岩波現代文庫)。

註4: 代表作『病牀六尺』(岩波文庫)では、今日のケアに当たる言葉を「介抱」と表現し、精神的な介抱と形式的な介抱があると分けて論じている。包帯の交換や食事の介助などの形式的な介抱に対し、病む人にどう寄り添い励ますかという精神的な介抱こそが大切であると指摘。子規は、自分の介抱の全てをゆだねた妹の律への不満を漏らしながらも、家庭内の介抱は女性の力によることが多いことを示し、女子教育の大切さや介護者の炊飯の手間を削る「炊飯会社」の設立を力説している。

NANDA-I看護診断のオフィシャルブック最新版!

NANDA-I看護診断 定義と分類 2018-2020 原書第11版

NANDA国際連合で承認された看護診断を収めたハンドブック。17の新しい看護診断を追加、72の看護診断が改訂されたほか、各診断に「ハイリスク群」「関連する状態」が新設され、より診断の精度が高まる形に変更された。臨床推論やNANDA-I看護診断に関するよくある質問と回答(FAQ)などの解説もさらに充実。臨床でのレファレンスに、また看護診断の学習に役立つファースト必須の書。

原書編集 T.ヘザー・ハードマン 上鶴重美 上鶴重美 NANDA国際連合学術委員会/看護ラポラトリー代表



<経験>を自ら意味づける<実習>が、看護師一生の財産になる

経験型実習教育 看護師をはぐむ理論と実践

<反省的実践家>ナース育成を支援するため、看護教員ができることは何か。主体的に学ぶ学習者中心のカリキュラムの提供、教員と学生の共同作業で探求する教材化の過程——理論・評価・研修・各領域別/エピソード別事例・有効性の検証に至るまで、六部構成で解説。デューイ、藤岡完治ら先人からの継承知を看護学教育のために昇華して世に贈る、40年学び続ける編者の集大成。

編集 安酸史子 防衛医科大学校教授・医学教育部看護学科学科長



看護のアジェンダ

井部俊子 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158回)

家族付添許可申請書をめぐって

2018年1月26日に開催された中央社会保険医療協議会・総会で、「急性期一般入院料」の重症患者割合をどう設定するかについて議論された。診療側・支払側の隔たりを埋めることが難しいと判断した公益代表の裁定によって決着した、と報じられた。2018年度診療報酬改定の最大の目玉となる「7対1および10対1一般病棟入院基本料の再編・統合」に関して、現行の7対1相当である「急性期一般入院料1」の重症患者割合(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iの基準を満たす患者割合)は30%(看護必要度項目の定義見直し後)とすることになった。

2018年度診療報酬改定では、急性期から長期療養に至る入院基本料・特定入院料が、看護配置などに応じた「基本部分」と、診療実績に応じた「段階的評価部分」とを組み合わせた報酬体系へと組み換えられる。このうち7対1と10対1の入院基本料については、重症患者割合を診療実績の指標として7種類の「急性期一般入院料」に再編・統合される。

入院基本料における「看護の実施」方針

「入院基本料」として慣れ親しんできた用語は、2018年度診療報酬改定によって姿を消すことになる。しかし、現行の入院基本料で規定されている施設基準の多くが踏襲されていくと想定して、本稿では「付添い」について取り上げたい。

現行の入院基本料の施設基準「7)看護の実施」の次に「看護の実施に関連する参考事項」がある。この項目には以下のように記され、参考として「家族付添許可申請書」(図)が示される。

1. 付添い
看護の実施①を遵守して行われること。
(1) 付添は本人又は家族の希望による

ものであって、病院側から要求しない。
(2) 主治医が付添いについて患者の状況を考慮して許可し、その旨を記載しておく(下線は筆者)。

私は長い看護管理者としての経験から、さらに看護管理者を退任したあとも、この「家族付添許可」という制度に疑問を持っていた。看護管理者の時代には、入院基本料を取得するために従順にその役目を果たしていた。つまり本意ながら「家族付添許可申請書」を管理していた。

前出の「看護の実施①」は次のように示される。「看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない(下線は筆者)。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。また患者の負担によらない家族等による付添いであっても、それらが当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護要員の看護

力を補充するようなことがあってはならない。

「家族付添許可申請書」を見直すべき3つの理由

このような「看護の実施」方針は、以下の3点の理由から見直す時期に来ている。

まず、(看護)サービスの特性のひとつに「顧客との共同生産」がある。対人サービスは顧客を対象とする活動であるから、実際のサービス活動は顧客とサービス提供者との相互作用の形をとる。このことは顧客がより積極的な役割を担わなければならないことを意味している¹⁾。家族の付添いという「参加」を基本的に排除している体制はサービスマーケティングからみると効率的でないことがわかる。

さらに、家族の看護への参加は、看護要員とは異なる機能がある。夜間せん妄の患者は家族の存在によって混乱が落ち着くことは経験的に知られている。看護要員の代替機能ではなく、家族が持つ特有の機能がある。

最後に、家族の付添いの必要性や重要性を現実的に判断し調整しているのは看護師である。これは「療養上の世話」業務の範囲に入るものであり、「医師の許可」ではなく「医師への報告」でよい。

*

金沢大学附属病院の「抑制しない看護へのチャレンジ報告会」では、せん妄が遷延する患者について夜勤担当看護師から以下の報告が行われた²⁾。「追加の眠剤と薬のとき、そばにいること

家族付添許可申請書(様式例)

入院病棟	清	種	号
患者氏名			
付添者氏名			
付添者の住所			
患者との続柄			
付添の理由			
入院年月日	平成	年	月
付添期間	自	平成	年
	至	平成	年
最初の付添年月日	平成	年	月
備考			

上記のとおり家族の付添について許可くださるよう申請します。

平成 年 月 日

病院長 殿

申請者 住 所 名

氏 名

患者との続 柄

主治医の 章 氏 名

主治医氏名

●図 家族付添許可申請書(様式例)

を伝え、ベッドサイドに椅子を置き、座りながら患者の手をさすった。患者さんは、「やっと会えた、こんな話をする時間があるのか、忙しいやろう」と言いながらも、「そばにいてくれてめちゃくちゃうれしい」と言われた。そして、5分ほどで入眠された。

人が人を縛る非人道的な行為とされる身体抑制を、人が人に付添うという人間的な行為に変えるには、権威的・排他的な「家族付添許可」をまず修正しなければならない。

●参考文献

- 1) 近藤隆雄. サービス・マーケティング. 第2版. 生産性出版; 2010.
- 2) 小藤幹恵. 高度急性期医療の場での抑制しない看護へのチャレンジ. 看護. 2018; 70(2): 70-5.

第32回日本がん看護学会開催

第32回日本がん看護学会学術集会在2月3~4日、茅野香子会長(千葉県がんセンター)のもと、「変革の時代に求められるがん看護——暮らしを支え尊厳をまもるための看護を問い直す」をテーマに開催された(会場=千葉市・幕張メッセ, 他)。本紙では、患者の意向を尊重した終末期するためのアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の活用と課題を議論したシンポジウム「早い段階から取り組むアドバンス・ケア・プランニング」(座長=京大大学院・田村恵子氏, NTT 東日本関東病院・小澤桂子氏)の様態を報告する。

◆早期から、段階的・継続的なACPを

ACPとは、将来の意思決定能力の低下に備えて、患者、家族、医療従事者等がケアや治療の在り方を事前に話し合うプロセスだ。座長の小澤氏は「がんの療養は意思決定の連続である」とし、ACPを終末期になってからではなく早期から始めることで患者の尊厳をまもるケアにつながることを述べた。

増島麻里子氏(千葉大大学院)は、欧州緩和ケア学会が2017年に発表したACPの定義(PMID: 28884703)を紹介し、「話し合いを重ねること」、「意向を定期的に見直すこと」をポイントに挙げた。また、終末期について考えると患者は不安を感じる場合があるため、「看護師が患者・家族のレディネスを見極めた上で、段階的なACPを

行うべき」との考えを示した。

江口恵子氏(博愛会相良病院)は転移性乳がん患者に対するACPの実践を報告。同院では話し合いのきっかけづくりのために質問紙を利用しているという。質問紙では治療に関する患者の意向のみならず、「医療者との信頼関係が十分に築けているか」、「今後についての話し合いを希望するか」を確認し、ACPを行わない選択も可能にしている。氏は、質問紙の回答に基づいた看護師との面談、医療者間の情報共有、日々のケアでのかわりなどによる継続的な意思決定支援が、早期からのACPには不可欠と述べた。

続いて登壇したのは、広島県地域保健対策協議会(地対協)でACPの普及啓発に取り組む本家好文氏(広島県

緩和ケア支援センター)。地対協は、オリジナルの「ACPの手引き」の県医師会会員への配布や市民公開講座の開催などに取り組んでいる。



「病気になってからではなく元気なうちにACPを始めることをめざし、行政とも連携してACPを地域の文化として根付かせたい」と抱負を語った。

最後に、訪問看護ステーションを運営する田中美樹氏(ステーションイルカ)が在宅看護に携わる立場からACPの意義を述べた。終末期を自宅で過ごす決断をした患者は、家族に迷惑を掛けてしまう心配や家族との意向の不一致に悩むことがある。また、在宅という選択は同じでも、どのように生活したいかの希望は患者によってさまざま。氏は、ACPで看護師がより深くかわり、家族との溝を埋めるための支援や病と折り合いをつけながら、生きるための伴走者としての役割を果たしてほしいと訴えた。

週刊 医学界新聞 WEB版

バックナンバーが読めます

キーワード検索ができます

www.igaku-shoin.co.jp/paperTop.do

スマホアプリも配信中

医学界新聞で検索!

医学書院

知って考えて実践する 国際看護 第2版

国際協力を学ぶことが国際看護学ではありません。すべての看護師が日常的に国際的視野をもち、日本国内も含め、世界のどこでも通用する看護を身につけることが重要です。第2版では、学校(大学)の講義あるいは研修で使いやすい工夫をすること、日本や世界で看護を実践するうえで異文化への理解が求められていることを強調しました。ぜひ身近な話題として「国際」をとらえてください。

近藤麻理 東邦大学看護学部 教授



誤嚥性肺炎の予防とケア 7つの多面的アプローチをはじめよう

高齢社会で増加の一途をたどる誤嚥性肺炎。誤嚥性肺炎を予防し、最良の治療効果をもたらすために、ケア提供者が行うべきことは何か? 本書では、3つの柱(口腔ケア・リハビリテーション・栄養管理)+3つの工夫(食形態・ポジショニング・薬剤)+食事介助技術から構成される7つの多面的アプローチを紹介。あなたにできることがみえてくる1冊!

前田圭介 愛知医科大学緩和ケアセンター講師



今日から始める **リハビリテーション栄養**

第1回 **リハビリテーション栄養とは**

入院したときよりも機能やADLが低下して退院する患者さんはいませんか？ その原因は、活動量や栄養のバランスが崩れたことによる「サルコペニア」かもしれません。基本的な看護の一部である「リハビリテーション栄養」をリレー形式で解説します。

今回の執筆者 **若林秀隆** 横浜市立大学附属市民総合医療センター リハビリテーション科講師

「リハビリテーション栄養」は 全ての看護師が持つべき視点

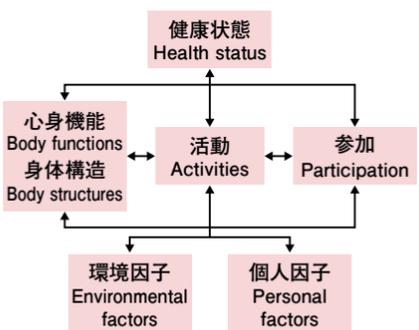
超高齢社会の日本では、患者さんも超高齢化しています。高齢入院患者さんの場合、原因疾患以外にさまざまな併存疾患があるだけでなく、サルコペニア、低栄養、フレイル、障害を認めることも多いです。

入院中、特に急性期病院は疾患の治療に専念しがちであり、「とりあえず安静・禁食・水電解質輸液」といった指示が出ることは少なくありません。その結果、入院の原因疾患が改善したときにはサルコペニアや低栄養が悪化し、時に退院困難となってしまうこともあります。

サルコペニアとは進行性、全身性に認める筋肉量減少と筋力低下であり、身体機能障害、QOL低下、死のリスクを伴います。しかし、入院当日から疾患の治療と並行して、リハビリテーション（以下、リハ）栄養の視点を持って看護を行えば、サルコペニアや低栄養の悪化を軽減できます。本連載では基本的な考え方（第3回まで）と、症例に対するリハ栄養の実践（第4～9回）の全9回でリハ栄養を解説します。今回は、国際生活機能分類（ICF）とリハ栄養の考え方を紹介します。

生活機能の向上には リハと栄養の両者が不可欠

ICFは人間と環境との相互作用を含めて、人間の健康状態を系統的、全人的に評価するツールです¹⁾（図1）。ICFでは、心身機能・身体構造、活動、参加といった生活機能と、健康状態、環境因子、個人因子を評価します。ICF



●図1 国際生活機能分類（ICF） 個人の生活機能は各概念の複合関係にあり、各概念間には双方向の関係が存在する。

は生活機能を全般的にみる評価ツールですので、広義では「看護診断のリハ版」といえるかもしれません。

それぞれの要素については、例えば「心身機能・身体構造」には、疾患の結果として生じる筋力低下、関節可動域制限、摂食嚥下障害、呼吸機能障害、高次脳機能障害、膀胱直腸障害などだけでなく、栄養障害も含まれます。

「活動」は、基本的日常生活活動（BADL）、手段の日常生活活動（IADL）、高度日常生活活動（AADL）に分類でき、BADLは食事、整容、更衣、排泄、移動、入浴です。IADLには、調理、洗濯、掃除、買い物、公共交通機関の利用、服薬管理、金銭管理、電話・インターネットの利用などが含まれます。AADLは単に自立して生活する以上の活動であり、普段楽しんでいる趣味、余暇、スポーツ、ボランティア、仕事などの活動です。

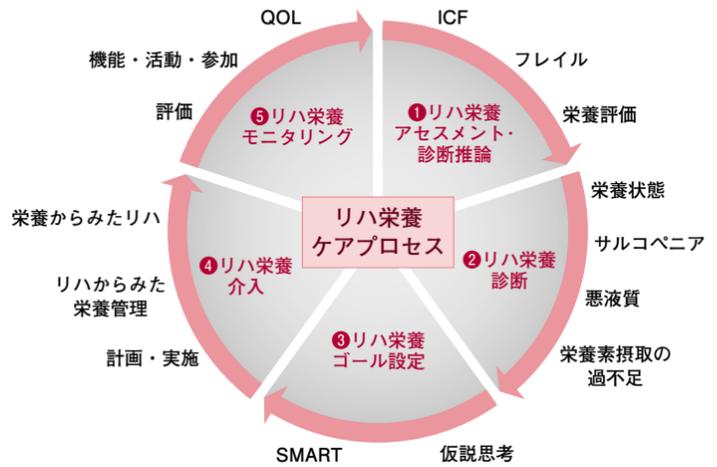
「参加」は社会参加、家庭内役割、入院患者であれば家庭復帰などを意味します。「環境因子」には同居家族、家屋環境、自宅周囲の環境など、「個人因子」には年齢、性別、性格、価値観などがあります。

ICFでは心身機能に栄養障害が含まれています。そのため、低栄養に陥ると、それに伴って他の心身機能・身体構造や活動、参加といった生活機能が悪化します。一方、栄養が改善すれば他の生活機能は改善します。つまり、生活機能を最大限高めるためには、リハだけでなく栄養も大切です。

5ステップからなる リハ栄養ケアプロセスとは

リハを要する高齢入院患者の約50%に低栄養やサルコペニアを認めるため、リハ栄養の考え方は重要です。リハ栄養とは、ICFによる全人的評価と、栄養障害、サルコペニア、栄養素摂取の過不足の有無と原因の評価、診断、ゴール設定を行った上で、障害者やフレイル高齢者の栄養状態やサルコペニア、栄養素摂取、フレイルを改善し、機能・活動・参加、QOLを最大限高める「リハからみた栄養管理」や「栄養からみたリハ」です²⁾。

質の高いリハ栄養の実践には、以下の5つのステップで構成されるリハ栄養ケアプロセスが有用です（図2）。



●図2 リハ栄養ケアプロセス（『サルコペニアを防ぐ！ 看護師によるリハビリテーション栄養』²⁾より一部改変）

- ①リハ栄養アセスメント・診断推論：ICFによる全人的評価、栄養障害・サルコペニア・栄養素摂取の評価・推論
- ②リハ栄養診断：栄養障害・栄養素摂取の過不足・サルコペニアを診断
- ③リハ栄養ゴール設定：仮説思考でリハや栄養管理のSMARTなゴール設定（註）
- ④リハ栄養介入：「リハからみた栄養管理」や「栄養からみたリハ」の計画・実施
- ⑤リハ栄養モニタリング：リハ栄養の視点で栄養状態やICF、QOLの評価

このプロセスは看護過程と同じですので、看護師の方にはなじみやすいと思います。

看護診断からサルコペニアとリハ栄養を考えてみると……

当院の場合、リハを要する入院患者の看護診断は「転倒転落リスク状態」が最も多く、次が「皮膚統合性障害リスク状態」です。誤嚥リスク状態、嚥下障害、身体可動性障害、非効果的呼吸パターン³⁾の診断も少なくありません。低栄養やサルコペニアは、これら全ての看護診断の原因となります。裏を返せば、これら全ての関連因子に低栄養やサルコペニアが含まれます。

サルコペニアの目安となる筋肉量の減少は、日本人の高齢入院患者では下腿周囲長（ふくらはぎの最も太い部分の周径）が男性30cm以下、女性29cm以下です³⁾。サルコペニアの原因は、加齢、活動（廃用性筋萎縮）、栄養（エネルギー摂取不足）、疾患の4つに分類され、これらのうち入院患者で特に問題となるのは、活動と栄養です。

例えば、医療者が適切な評価を行わずに「とりあえず安静・禁食」を行ってしまうことが挙げられます。一日中ベッド上で安静に過ごす、筋肉量は1日当たり0.5～1%減少します。その結果、入院前はサルコペニアのなかった高齢者でも退院時には15%がサルコペニアとなり⁴⁾、入院前は摂食嚥下障害のなかった高齢者が、入院後2日間以上禁食とされると26%が摂食嚥下障害となります⁵⁾。

また、「とりあえず禁食・水電解質

輸液」という入院時指示もよく出ます。1本500mLの輸液製剤を1日3本、末梢静脈から投与することが多いです。よく使用される3号液（ソルデム®3Aなど）の場合、500mLでエネルギーは86kcalですので、1日当たり258kcalとなります。当然、エネルギー摂取不足ですので、低栄養によるサルコペニアが進行します。「とりあえず安静・禁食・水電解質輸液」という医師の指示に看護師が盲目的に従うことで、医原性にサルコペニアが作られてしまうことも現実にあります。

看護師がリハ栄養の考え方を持つことで、医原性サルコペニアを減らすことができます。入院時の「とりあえず安静・禁食・水電解質輸液」に疑問を持ち、入院当日から適切な評価のもとで早期離床、早期経口摂取、適切な栄養管理といったリハ栄養を行えば、転倒転落や皮膚統合性障害のリスクも軽減します。多くの看護師がリハ栄養の視点を持った上で、医師、管理栄養士、リハスタッフと連携することを期待します。

註：SMARTなゴール設定 SMARTとは、ゴール設定の立案の際に考慮すべき以下の事項の頭文字を取ったもの。具体的（Specific）、測定可能（Measurable）、達成可能（Achievable）、重要・切実（Relevant）、期間が明確（Time-bound）

今日からこれを始める！

- ICFは看護診断のリハ版といえる存在です。ICFを使い、看護の幅を広げましょう！
- 医原性サルコペニアを減らすため、「とりあえず安静・禁食・水電解質輸液」の指示に注意しましょう。
- 転倒転落や皮膚統合性障害のリスクなどを軽減するリハ栄養の視点を、看護診断に入れましょう。

●参考文献
 1) 障害者福祉研究会. ICF 国際生活機能分類——国際障害分類改定版. 中央法規; 2002.
 2) 若林秀隆, 荒木暁子, 森みさ子編. サルコペニアを防ぐ！ 看護師によるリハビリテーション栄養. 医学書院; 2017.
 3) Ann Nutr Metab. 2017 [PMID: 28647743]
 4) J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017 [PMID: 28913934]
 5) J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017 [PMID: 27707804]

多変量解析の本質が分かる、できる！ 入門に最適な1冊

看護学のための多変量解析入門

研究手法の中でも難解で敬遠されがちな多変量解析を、数学記号をできる限り使わずにわかりやすく解説した入門書。随所に、統計学の基礎と多変量解析の土台となる重回帰分析とのつながり、重回帰分析と発展的な手法のつながりが提示されており、多変量解析の全体像が把握できる。自然な流れで多変量解析の結果の解釈や留意する点の考え方が身につく。論文読解や研究実施に役立つ1冊。

中山和弘
 聖路加国際大学大学院看護学研究所
 看護情報学分野 教授



臓器提供意思表示を
していますか？

看護師 運転免許証裏の臓器提供意思表示欄には記入されていますか？

脳死患者の家族 何も書いてありません。脳死や心停止状態になったら、使える臓器は提供したいと生前に言っていた気はするのですが……。

ご存じのとおり、臓器提供者（ドナー）数は、必要とする患者数に対して十分ではない状態が続いています。臓器提供の意思はあっても、明確に表示していない人は、患者のみならず医療者自身にも多いのではないかと思います。

日本では1997年10月16日に「臓器移植法」が施行され、脳死後の心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸などが提供可能になりました。当初は「書面による本人の意思表示があること」と「家族の承諾」が条件でしたが、2010年に改正臓器移植法が施行され、本人の意思が不明な場合には、「家族の承諾」で提供できることになりました。しかしながら、本人の意思が明確でない場合、家族に意思決定の重い負担が掛かります。提供したいという意思だけでなく、提供したくないという意思も含めて、いずれかをはっきり表示する人が増えることが社会にとって必要です。

臓器提供意思表示には、「オプトイン」と「オプトアウト」という2つの制度があります。オプトインは、米国、英国、ドイツ、そして日本のように、臓器提供したい場合にその意思表示をする方式です。オプトアウトは、フランスやスペイン、北欧などで採用されていて、提供したくない場合に意思表示する方式です。いずれの制度も、提供しない人の意思を変えさせたり、負担を掛けたりする仕組みではありません。デフォルト設定と異なる選択をする場合でも、意思表示のコストは臓器提供意思表示カードに丸をつけるだけというわずかなものです。しかし、提供を承諾している人の割合は、オプトイン方式のドイツは12.0%であるのに対し、オプトアウト方式のフランスは99.9%と大きな違いが生じています¹⁾。

自由な意思決定を保証しつつ
望ましい選択をしやすくする

オプトインとオプトアウトの違いを行動経済学では、「リバタリアン・パターンナリズム」という概念から考えることができます。リバタリアン・パターンナリズムは、昨年ノーベル経済学賞を受賞したリチャード・セイラーらが提唱している概念です²⁾。

「リバタリアン」は、自由を維持することを意味する言葉です。「パターンナリズム」とは、弱い立場の者のため

行動経済学

患者の意思決定や
行動変容の支援に困難を感じる
医療者は少なくない。

本連載では、問題解決のヒントとして、
患者の思考の枠組みを
行動経済学の視点から紹介する。

医療

なぜ私たちの
意思決定は
不合理なのか？

平井 啓

大阪大学大学院人間科学研究科准教授

第7回

リバタリアン・パターンナリズム
意思決定の「デフォルト」設定

に強い立場の者が望ましい選択を用意することです。リバタリアン・パターンナリズムにおける「人々がより長生きし、より健康で、より良い暮らしを送れるようにするために、選択アーキテクトが人々の行動に影響を与えようとするのは当然」という考えがパターンナリズムです²⁾。選択アーキテクトとは、人々が意思決定を行う上でその文脈を体系化して、整理する責任を負う選択肢の設計者を指します。つまり、リバタリアン・パターンナリズムとは、望ましい選択の方向性が明らかな場合、その選択肢を選びやすくする設計を導入しつつ、それを選択したくない場合は拒絶する自由を与える考え方です。

本連載第1回(第3237号)で、意思決定は合理的でないことが多い(限定合理性)と解説しました。選択肢の提示の仕方は意思決定にどうしても影響を与えます。選択アーキテクトがそれを自覚することで、望ましくない方向への影響を制御するための考え方であるとも言えます。

選択アーキテクトは医療者

医療の場合、医療者が患者・家族にとっての選択アーキテクトです。日本の医療では、かつてはパターンナリズム的な意思決定が当然とされる状況がありました。例えば、がん患者に病名を告げないまま治療が行われていました。これに対して、リバタリアン的な個人の自己決定権を保証する考え方に基づいて導入されたのが、インフォームド・コンセントです。患者自身が主体的に意思決定できるようになった反面、与えられた専門情報をもとに、自らが判断しなければいけない状況が多くなりました。結果として、患者や家族に意思決定の大きな負担が生じたり、理解が不十分なために本来の意向とは異なる選択をしてしまったりということも生じていると思います。こうした中で、リバタリアン・パターンナリズムは、日本の医療における意思決定

の実態を整理する鍵となるのではないかと考えています。

何を「望ましい」とするか
しっかり考える必要がある

臓器提供意思表示の話に戻ると、オプトインとオプトアウトの違いは、意思表示していない場合にデフォルトとされる意思、すなわちパターンナリズムの違いです。共通点は、リバタリアンの考え方に基づき、望まない場合は拒否できる設計がされていることです。オプトインは「臓器提供しない」ことがデフォルト設定のため、「臓器提供する」を選びたい場合は、自ら意思表示する必要があります。オプトアウトはその逆です。現在、日本の臓器提供意思表示は、基本的にはオプトインの設計です。もし日本が今以上に移植医療を行いたいと考えるのであれば、ドナーとなり得る臓器提供承諾者が十分な数必要です。承諾者を増やす方法の一つは、相当数いると考えられる「臓器提供する意思を持ちながら表明していない人」が、意思表示しやすい状況を作ることです。

ここで注意しなければいけないことは、「臓器提供する」という意思をデフォルトに設定してもよいかどうかの判断です。オプトアウトとしている国が全てではないということは、選択アーキテクトである国によって考え方が違っており、それが制度に反映されているということです。デフォルトを決めるには社会的なコンセンサスが必要であり、そのためにエビデンスを積み重ねたり、ガイドラインを作成したり、さらに国の方針や法律に反映させたりすることが必要になります。日本という国が、選択アーキテクトとして、「国民がより長生きし、より健康で、より良い暮らしを送れるようにするために」のデフォルト設定を明確に決めつつ、デフォルト以外の選択も尊重する体制を作ることが求められます。オプトアウトはかなり強いリバタリアン・

パターンナリズムに基づく設計です。現状ではコンセンサスを得られていません。まずは、「臓器提供する/しない」のいずれかにかかわらず、運転免許証や保険証の裏に「意思表示をしていること」をデフォルト設定とするコンセンサスであれば、得られるのではないかと考えます。

日常臨床での
「デフォルト」を考える

何をデフォルトとして提示していくかは、臓器提供意思表示だけの問題ではありません。日常の臨床でも同様です。医療者は、患者の治療やケアに対する選択アーキテクトです。意思決定に当たってどのような選択肢があるか、どのような文脈であれば患者本来の意向に最も近い選択肢ができるようになるかを十分に理解することが重要です。それを踏まえた上で、治療やケアの選択肢を提示していくことが求められます。十分なエビデンスがあったり、チームの中でコンセンサスを得られたりした選択肢は、デフォルトとしてはっきりと提示していくことが患者さんの利得につながります。

当然、患者に恩恵をもたらすデフォルトの選択肢であると多くの医療者が考える治療やケアであっても、自分にとって利得と考える人と、そうではない人がいます。利得とと思ってくれない人に対しては、「説得」などのコミュニケーションを行うこともしばしば必要です。しかし一方で、利得と考えない深い理由がある場合もあります。患者や家族から話を聞く中で、その意思決定が個人の価値観に基づいていると考えられるときは、「それを選択しない」権利をきちんと保証し、その選択を尊重することも選択アーキテクトとしての医療者に重要な態度です。

今回のポイント

- リバタリアン・パターンナリズムとは、望ましい選択が明らかな場合、その選択肢を選びやすくする設計を導入しつつ、それを選択したくない場合には拒絶する自由が与えられるべきという考え方である。
- 医療者は、患者という意思決定の主体に対する選択アーキテクトである。それをしっかり自覚する。
- 自らが提供する医療・ケアにおけるデフォルトは何かを考え、どのような根拠に基づくものかを確認する。それが明確でない場合は、デフォルトを設定してはいけない。
- 患者がデフォルトとは異なる選択(医療者からみると不合理な選択)をした場合も、それを尊重する。

参考文献

- 1) Johnson EJ, et al. Do Defaults Save Lives? Science. 2003; 302:1338-9. [PMID:14631022]
- 2) リチャード・セイラー, 他著. 遠藤真美訳. 実践行動経済学. 日経BP社:2009.

MDS方式を刷新したインターライ方式の導入から活用まで解説したガイドブック。

インターライ方式ガイドブック ケアプラン作成・質の管理・看護での活用

MDS方式を刷新したインターライ方式の導入方法から、さまざまな場面での活用まで解説したガイドブック。アセスメントをより効果的に行い、それをケアプラン作成に反映させていくコツを4事例から習得できる。加えて、蓄積したアセスメントのデータからサービスの質管理を行う方法や、地域包括ケア時代の多職種連携に果たす同方式の役割を紹介する。同方式のより効果的な活用、または導入を目指すケアマネジャー必読の書。

編集 池上直己
聖路加国際大学公衆衛生大学院
特任教授
石橋智昭
公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団
研究部長
高野龍昭
東洋大学ライフデザイン学部
准教授



起こってからでは遅い! 医療現場で起こる不穏・暴力に備える1冊

看護師のための不穏・暴力対処マニュアル [Web動画付]

医療現場で起こる不穏・暴力に備える1冊。精神科だけでなく一般診療科でも起こる可能性のある不穏や暴力について、事例とともに、豊富な動画と写真で対処手技をわかりやすく解説。その他、暴力に対する院内体制の構築やリスクアセスメント、身体拘束、薬物療法など、包括的な知識を身につけられる。

編集 本田 明
東京武蔵野病院・内科医長



院内研修の 作り方・考え方

臨床現場で行われる研修会や勉強会をより効果・効率・魅力的な内容にするために、インストラクショナルデザインを用いた研修設計をご紹介します。初めて教育委員を任された「はじめさん」、頼れるベテラン看護師「ゆう先輩」と一緒に、教育を専門に学んでいなくても自信を持って教えられるスキルを学びましょう。

第 11 回

研修は万能薬ではない

政岡 祐輝 国立循環器病研究センター副看護部長
熊本大学教授システム学研究センター連携研究員

＝はじめさん

＝ゆう先輩

研修以外に効果・効率的な方法

ゆう先輩に教わりながらいろいろな研修に携わり、研修設計の仕方が少しずつわかってきました。来年度は、看護実践能力を上げるために研修をたくさん企画しようと思います。

おいおい、研修はただ開催すればいいってもんじゃありませんよ。研修以外にも実践能力を上げる方法はあるよ。

研修を開催することが目的化し、学習目標到達や現場での実践に活かされているかまで評価しない「教えたつもり」の研修は、時間や労力を無駄にかけた研修、自己満足の研修と批判されても仕方ありません。第1回(第3221号)で述べたように、教育担当者に求められるのは、学ぶ/学び合う場を創ることと学習をサポートすることです。学習の場/学習の方法は、図の4つが考えられます。研修は企画・準備に多大な時間を要し、業務時間も犠牲にして行われるものです。図のように、OJTの効果的な実施や業務がスムーズに進むツールの活用、学習者が実践で必要とする情報、スタッフ同士で学び

合えるコミュニティなど、研修で学ぶよりも効果・効率が図れる方法はいくつもあるのです。教育担当者は研修を企画する前に研修以外の選択肢もしっかりと念頭に置いておきましょう。

看護師は、大学・専門学校を卒業してからも学び続けなければなりません。実践には基礎となる知識が必要とされ、多くの施設では知識付与型の院内研修が開催されていると思います。患者の受け持ちには、その患者の疾患や治療などに関する知識付与型の勉強会を受講してからでないとは担当できない体制を取る病棟もあるでしょう。

基礎とは、応用となる実践に必要なものです。応用/実践が一体どんなものかわからないままに基礎となる知識を学んでも、高い学習効果は必ずしも望めません。まず、応用/実践を体験させた上で、本当に必要な基礎的知識を学ぶほうがより効果的です(第4回・第3233号に紹介したメリルのID第一原理で、最初の原理が「問題」であることに通じます)。

また、実践でうまくいかなかった点や疑問点などを「情報で学ぶ」につなげることで、研修を行わなくてもよくなる場合があります。患者の安全のためには、もちろん実践する前に習得しておくべき知識もあるので、知識付与型の研修が悪いとは一概には言えません。しかし、看護師は給与をもらって働いている専門職です。日看協「看護者の倫理綱領」でも継続的な学習が求められている通り、患者を担当するに当たり必要となる知識は、自ら率先して学ばなければなりません。

とはいえ、新人看護師などの若手に自己学習

●表 経験レベルを左右する要因(文献2より改変)

- 1) 無経験 (No experience)**
何も気づかず何も試みず、何も学ばず楽しまず、つまり交流なしの場合。外からの働きかけがあったとしても無反応・無学習であれば、経験とは呼べないので「無経験」。
- 2) 機械的繰り返し (Mindless routine)**
強制的にやらされたり機械的な繰り返しで「たいくつ」する場合。そこに成長はなく、類似の経験への嫌悪感だけが残る。
- 3) ばらばらな活動 (Scattered/Incomplete activity)**
没入しようと試みたが中断・わき道への迂回・障害の発生等で中途半端に終わる場合。不幸にも人生の大半の経験はこの分類に属し、不満は残るが記憶に残らない一日となる。
- 4) 心地よい習慣 (Pleasant routine)**
機械的な繰り返しと異なり、没入や投資が試みられ、それに合う反応もあるが、結果が長期を要し即効性が顕著でない場合。庭の手入れが典型例。日々の繰り返し作業そのものは重要性を感じられるものではないが、やがて訪れる結果が予感できる。
- 5) 挑戦的な企て (Challenging endeavors)**
結果が成功であっても失敗であっても多くを学べるチャレンジで本腰を入れて取り掛かり、それに合う手ごたえがある場合。経験中の没入感も大切であるが、それに加えて計画や事後のリフレクションも重要な要素となる。
- 6) 美学的経験 (Aesthetic experience)**
日常的な経験とは一線を画す、楽しめて忘れられない、時として人生を変えるような影響力を持つ洗練されたもの。直接的で展開があり、予期し得ないが終焉の高まりに向けて積極的な関与がある。

を課すと、学習しなければならないことが膨大で多大な負荷をかけてしまうことにもなりかねません。そこで、手順書の該当するページ、見るべき資料を指定するなど必要となる学習範囲を最低限示すことや、知識不足でもそれをOJTでサポートできる体制が必要です。

大切なことは、何でも一方的に与えるのではなく、自ら学ぶ力も養われるような教育を展開していくことです。

美学的経験となる研修をめざす

現場でできないことは何でもかんでも研修で解決、という安易な考えは捨てないと。だけど、せっかく集まるのであれば効果・効率の高い研修を提供したいよね。

はい。しっかりと現場の課題を分析し、必要な研修を考えます。そして、いざ研修を開催するとなれば、インストラクショナルデザイン(ID)のモデルを参考にします。

そうだね。効果・効率的な研修を提供しつつ、もっと勉強したい、看護がもっと好きになったと思える魅力的な研修をめざそう!

IDモデルの中には、「美学」の言葉を用いた学習経験モデルがあります(表)。学習経験における美学とは、「日常的な経験とは一線を画す、楽しめて忘れられない経験」のことです。研修で美学的経験ができれば、「もっと勉強したい」「看護って楽しい」との意識を持つことにつながります。美学的経験は、研修の設計者がめざすべき到達点とも言えます。「美学的経験」を含む、学習経験の要因モデルを提唱するパリッシュは、「学習に集中できない、没入できない、学習効果が得られない」から抜け出すための5つの視座を次のように示しています²⁾。

●ID 美学の第一原理

- 1) 学習経験には、はじめ・中ごろ・おわり(すなわち筋書き)がある
- 2) 学習者は、自分の学習経験の主人公である

- 3) 教科ではなく学習活動がテーマを設定する
- 4) 文脈が教育場面への没入感に貢献する
- 5) インストラクタと教育設計者は、作者であり助演者であり主人公のモデルである

この5つの視座から、研修は設計者の目線ではなく、学習者目線で設計することの重要性がわかります。仕事の時間を割いて研修を開催するのであれば、心地良いレベルにとどまるのではなく、「挑戦的な企て」となり、失敗から何かを学べるような研修をめざしてほしいです。失敗も「仕方ないよね」と笑って済まされるのではなく、実践同様の緊張感の中で失敗し、その失敗をしっかりと自覚してもらうことが必要です。さらに、失敗するだけで終わらせるのではなく、失敗から学びと教訓を得て、「できる」「できそうだという自信が得られる」まで教育担当者は学習をサポートしなければなりません。もちろん、失敗のためには、失敗しても良い安全な環境が必要です(第8回・第3250号参照)。

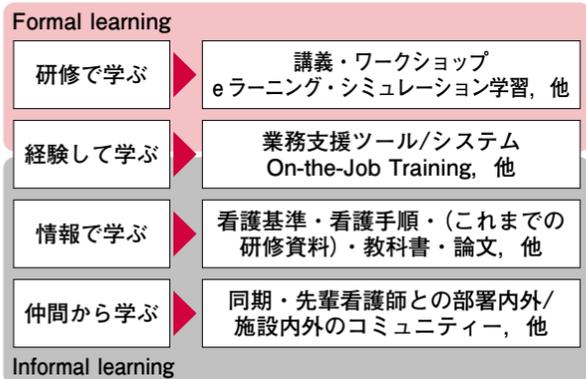
「挑戦的な企て」から「美学的経験」へと引き上げるには、学習者が学習の意義を感じ、恥をかくことをいとわずに楽しく学ぶ。そして、自ら学習し看護を探求していけるよう、看護の楽しさや奥深さを感じてもらわなければならないと筆者は考えています。現場で働く看護師だからこそできることで、「美学的経験」めざして「挑戦的な企て」の研修を考えてみてください。

教え方のポイント

- 現場のパフォーマンス改善には、研修以外にも方法がある。他の選択肢も事前に検討すること。
- 美学的経験が得られるよう「失敗から学べる」研修をめざす。

[参考文献]

- 1) 香取一昭. eラーニング経営——ナレッジ・エコノミー時代の人材戦略. エルコ; 2001.
- 2) 鈴木克明, 他. インストラクショナルデザインの道具箱 101. 北大路書房; 2016.



●図 4つの学習方法(文献1を参考に筆者作成)

特集 マインドフルネスを医療現場に活かす

—がん診療のための新しいプラットフォーム—

Part1 理論を学ぶ

マインドフルネスの背景/藤澤大介
マインドフルネスとコンパッションの神経科学/藤野正寛
マインドフルネスと仏教瞑想—曹洞禅の観点から/藤田一照

Part2 実践を学ぶ

患者のためのマインドフルネスの実践/朴順禮
医療者のためのマインドフルネスの実践/笹良剛史
看護師の燃え尽き症候群を予防するためのマインドフルネスの実践/佐藤寧子
学生教育におけるマインドフルネスの実践/高宮有介
G.R.A.C.E. —コンパッションに基づくケアのためのトレーニング/村川治彦
[実践レポート] 医学教育プログラムにおけるマインドフルネスのワークショップ

Part3 キーパーソン

ジョン・カバットジン/越川房子・石川遥至 テイク・ナット・ハン/島田啓介 ジョアン・ハリファックス/村川治彦

Cancer Board Square

見えないけれど大切な「ココロ」のトレーニング

2018年2月号
vol.4 no.1

●1部定価:本体3,400円+税
[ISBN978-4-260-02458-7]

医学書院



Medical Library

書評新刊案内

「原因と結果」の経済学 データから真実を見抜く思考法

中室 牧子, 津川 友介 ● 著

46並・頁208
定価: 本体1,600円+税 ダイアモンド社
ISBN978-4-478-03947-2

評者 小松 浩子
慶大教授・がん看護学

本を読む醍醐味は「おもしろい」を発見することにある。本書は、専門書の概念を覆す「おもしろい」本である。「研究」や「統計学」と聞くと二の足を踏む人もいるかもしれないが、謎解きを楽しむ気さでページを読み進めてほしい。

多くの看護師にとって、臨床研究や統計学は厄介である。学会発表や現場での疑問を解決するためにも臨床研究をするように勧められるが、きちんとしたトレーニングを受けていないのでどこから手を付けてよいかわからない。書店で疫学や生物統計学の入門書を購入しても、数式がたくさん出てきておもしろくない。

本書は、そう思っている方にぜひとも読んでいただきたい。タイトルに「経済学」と書いてあるが、内容は「因果関係と相関関係を見分ける方法」を(数式を一切使わずに)易しく解説した本である。論文を読んだり、臨床研究をする看護師にとっても非常に有用な一冊だ。

「因果関係と相関関係を見分ける方法」のことを専門用語で「因果推論」と呼ぶ。例えば、ある患者が「私が長生きなのは、毎年メタボ健診を受けているおかげだ」と話していたとする。

この人は「メタボ健診」と「長生き」の間に因果関係があると信じている。確かに、メタボ健診で太り過ぎなどを指摘され、改善するように生活を改めれば、健康になって長生きにつながりそうだ。しかし、この患者が長生きなのは、メタボ健診を受けたことが原因なのだろうか。実はただの偶然かもしれない。毎年メタボ健診に行く人のことから、普段から食事に気を遣うなど健康意識が高いだろう。その意識の高さが本当の原因かもしれない。

そこで「因果推論」で調べると、メタボ健診と長生きの間には因果関係がないことがわかった。デンマークのコペンハーゲンで約6万人の住民を、健診(+生活指導)を受ける群と受けない群に無作為に割り付けて5年間追跡してみたところ、2つの群の間で心筋梗塞や脳梗塞の発生率が変わらなかった。実はメタボ健診が死亡率を引き下げるというエビデンスはないのだ(生活習慣病予防を目的としたメタボ「健診」にはエビデンスがない一方で、特定の疾患の早期発見を目的としたがん「検診」には死亡率を低下させるというエビデンスはあるので注意してほしい)。

日々の臨床で、因果推論を適用したいことは多々ある。「がん薬物療法」と「転倒」、「ヘルスリテラシー」と「薬の飲み残し(ノンアドヒアランス)」などである。因果推論は、少し前までは研究者や医師しかかかわることがなかった。ケアの時代を迎えた今、ケアにかかわる因果推論の謎解きは看護師が担うべきであろう。本書は、研究者以外の人にも理解できるように、数式を一切使わず、興味深い事例をたくさん挙げて、因果推論のコンセプトを丁寧に紹介している。新年度に「気持ちを新たに新しいことを勉強したい」「スタッフに臨床研究をしてもらいたい」と思っているならば、本書は最適である。

数式を使わず、事例から因果推論を学べる「おもしろい」本



看護学生 読者モニター募集中!

週刊医学界新聞看護号を無料送付
よりよい紙面づくりにご協力ください!

- ☆対象: 看護学生
- ☆モニターの方にお願ひすること
- ・記事へのご意見・ご感想
- ・座談会・インタビューなどへのご参加や、企画案へのご意見

お申し込み・詳細に関するお問い合わせは下記へ。

「週刊医学界新聞」編集室
shinbun@igaku-shoin.co.jp

看護研究に必要な基本から最新の知識まで、この1冊で!

黒田裕子の 看護研究 Step by Step 第5版

今日の看護研究に求められる知識の全体像を、研究指導の経験が豊富な著者が語りかけるように解説! 一見「高度」と思われる内容であっても、著者自らの体験や研究指導のなかで遭遇した事例をふんだんに用いながら解説しているため、実際のイメージをもちながら理解できる点が大きな特徴。近年の急速な看護研究の進歩を反映し、質的研究、研究デザイン、研究計画、研究倫理、新しい研究なども最新の動向が示され、記述もさらに充実。

黒田裕子
看護診断研究会・代表



看護学生スタートブック

藤井 徹也 ● 著

A5・頁112
定価: 本体1,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03011-3

評者 佐藤 美紀
愛知県立大准教授・基礎看護学

本書には、看護学生が初期に得ておくとい情報情報が詰まっています。基礎看護学の教員として長年教鞭をとり、たくさんの新入学生たちとかかわってきた著者ならではの構成で、必要な情報が満遍なく、わかりやすく書かれています。

第1章では、高校までとは異なる履修登録や単位、3年または4年間のスケジュールについて、また、看護職に必要な能力について解説され、学生生活全体のイメージづくりができるようになっています。また、学生としてのマナーをチェックリスト形式で確認できるので、社会的にどのような振る舞いが求められるか、学生が自己評価することができます。

第2章では、授業の受け方やノートづくり、グループワークへの参加の仕方やプレゼンテーションの方法などが具体例を交えて書かれています。

第3、4章には、資料の検索と収集、レポート作成のほか、著作権への注意にも触れられています。いずれも詳細な解説書はさまざま出版されていますが、初めてこれらに取り組む学生に向けて、本書では最低限必要な内容が明確に示されており、これらを参考にすることで、プレゼンテーションやレポート作成のハードルが下がると考えられます。

第5章では、定期試験がどのように評価されるか、どう取り組めばよいか、第6章では、臨地実習について、臨地とはどこで、何を行うのかといった実習に臨む心構えが書かれています。試

験や実習の内容・方法は学校によって異なりますが、筆記試験であれば丸暗記ではなく学習したことを関連付けて理解していくことの重要性、臨地実習に向けては自身の健康管理の一環としての感染予防などが示されており、学生が主体的に取り組み自己管理していく動機付けとなるでしょう。

終章には、学年・学期ごとに目標設定を促す表や、卒業後をイメージしてみようという投げ掛けがあり、どのように学習を進め、自分の思い描く看護職に近づいていくかを考えることができます。学生生活のスタートに当たって、将来を見据えるのは大事なことです。ぜひ本書を活用してほしいと思います。すでに学生生活を送っている人にとっても、本書で再確認ができると、今後の学習がより充実するかもしれません。

かく言う私は計画的に学生生活を過ごした者ではなく、本書を読む前は「看護学生を始めるためのガイドブック? 必要なのだろうか?」と思っていました。しかし読み進めるうちに、いろいろな場面で学生から「どうすればいいんですか?」と尋ねられたことや、受け取ったレポートの内容や体裁に驚いたことを思い出しました。誰でも初めて取り組むことはわからないことだらけです。不安を感じることの多い時期の学生にとって、本書は心強い一冊です。さらには、学生をサポートする教員の助けにもなると思います。

医療安全コンパス

チームの「輪」を描き、和を強める。「道」を示唆して、未知へ挑む。そんな言葉を紹介します。

種田 憲郎 国立保健医療科学院

A chain is no stronger than its weakest link.
—鎖全体の強さは、その中の最も弱い環によって決定される—

作者不詳

どんなに丈夫な環があっても、鎖全体の強さはその合計とはならない。同様に患者さんのケアにかかわるチーム・組織も、機能として最も弱い部分によってチーム全体のパフォーマンスが決定される。チーム全体の状況をモニターし、最も弱い機能を支援することが必要である。

鎖の力?
270Y1
(5+4+5...)

イラスト 萩原 亜紀子

人工呼吸器の本 エッセンス

The Ventilator Book

まずはこれだけ、勘所。初期設定のオキテを知ればこわくない

人工呼吸管理における人工呼吸器の使い方について、具体的かつ実践的にまとめられたガイドブック。まるで優れた指導医に教えてもらっているように親しみやすく、ポイントがわかりやすい。「エッセンス」編は初期設定から基本的な管理方法までの最低限の必要事項を解説。ICUに関わる医師や呼吸器科医、研修医、また呼吸療法士を目指す看護師・コメディカルなど、人工呼吸管理に携わる医療者必読。

訳: 田中 竜馬 Pulmonary & Critical Care Medicine, Medical Director, Intensive Care Unit, Intermountain LDS Hospital, Utah, USA

定価: 本体2,000円+税
A5変 頁128 図8 2018年
ISBN978-4-89592-908-0

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

学びつづける人のベストパートナー

看護医学12 電子辞書

予約
受付中

看護に必要な情報を、すばやく簡単に!

実習を強力サポート

- ▶ 動画で学ぶ看護技術
- ▶ KAN-TAN看護の実習マナー

国試対策も万全!

- ▶ 看護師国試 必修チェック!
- ▶ 国試deクイズ
- ▶ KAN-TAN看護の計算・数式
- ▶ 保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成30年版

試験勉強にも対応! 便利な学習サポート機能

- ▶ ノート
- ▶ マーカー単語帳
- ▶ 付箋
- ▶ 暗記カード

充実の語学学習機能とコンテンツ

- ▶ トレジムプラン
- ▶ 発音トレーニング
- ▶ 英会話スキットトレーニング



*本機は、カシオ電子辞書「EX-word DATAPLUS10」に対応しています。

*保護フィルム等の別売品は、カシオオンラインショップ(e-casio)をご利用ください。

IS-N12000 価格:本体55,500円+税
[JAN4580492610254] ●製造元:カシオ計算機株式会社

話題の[広辞苑]最新版や[看護大事典]などの定番辞書はもちろん、
[保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成30年版]などを収録して
国家試験対策を強力にサポート! 学習機能を一層強化した全60タイトル。
[動画で学ぶ看護技術]は実習で役立つ60の看護技術を収録。

購入特典
Net Dictionary 閲覧権
『看護大事典』、『ポケット医学英和辞典』がスマートフォン・パソコン・タブレットでも3年間無料で見られます。

オリジナル特製ケース
電子辞書をキズや汚れからしっかり守ります。オシャレなブックタイプ

医学書院

医学書院の看護系雑誌 3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 3月号 Vol.28 No.3

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 「最期は家で」の希望をかなえる
在宅看取りの意思を支えるために、病院ができること
本人の意思を尊重した在宅療養移行における病院側の課題…山岸暁美
【インタビュー】「最期は家で」の希望をかなえる病院と地域・在宅の経験から見えてきた看護師による支援…横江由理子/宇都宮宏子(聞き手)
「最期まで私らしく」を支え合う地域のチームづくり
在宅療養支援診療所「つるかめ診療所」の実践から…鶴岡優子
【看護小規模多機能型居宅看護の立場から】その人が望むケアをつむぐ…山田正己
【訪問看護ステーションの立場から】 葵の空訪問看護ステーションの取り組み
最期は家での願い(request)をかなえる 「在宅療養してみよう」柔軟な選択肢の提案
在宅療養連携支援センターの立場から 在宅看取りの意思決定支援
本人と家族の「覚悟」を支える関わりとは…高岡里佳/古澤香織
【実践報告:兵庫県立がんセンターの取り組み】 医療依存度の高い患者の退院支援
自宅で過ごす人生最期の3日間を支えるために…上田清美
【実践報告:福島県立医科大学津医療センター附属病院の取り組み】 外来看護師と訪問看護師の連携による在宅看取り支援 地域と病院の看護をつなぐ患者支援センターの実践から…柏木久美子

特別記事 ▶ トランジショナル・ケアチームによる退院直後患者への移行期支援
病院からのアウトリーチ活動…小原淳子
マギーズに学ぶファンドレイジング(後編)…勝原裕美子

保健師ジャーナル 3月号 Vol.74 No.3

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 中長期的視点から災害時保健活動を再考する
東日本大震災の健康への影響と保健活動の展開
東日本大震災後の中長期視点での災害時保健活動の再考…末永カツ子
岩沼プロジェクトで明らかになった被災高齢者の中長期的な社会生活と健康
地域の保健師に求められるもの…小坂健, 坪谷透
災害の子どもへの影響と中長期を見据えた心のケア…福地成
福島県の被災者支援の現状 町の一部が避難指示解除された浪江町の保健師活動から
みなし仮設住宅入居者健康調査から考える被災者支援のあり方について
佐藤弥生子, 橋本朱里
兵庫県における被災地支援の体制づくりと保健活動の継承…松下清美
いつかの「その時」のために! 熊本地震への派遣活動を通じて…狩野クラ子

特別記事 ▶ これからの災害保健医療活動における保健所の役割と研修のあり方…池田和功
特別記事 ▶ 保健師が知っておきたい! 行政計画の一体的推進の全体像と実践…大江浩
Pick Up ▶ 自主活動支援で広がる「玄さん元気教室」
地域の集いの場・健康づくりの場支援…上田有可

訪問看護と介護 3月号 Vol.23 No.3

1部定価:本体1,400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 足を見よ、暮らしが変わる
在宅で見べきところ、行なうべきこと
足へのちょっとしたケアが生活に彩りを与えます…三浦和子
藤沢病院の「フットケア外来」ではこんなことをやっています!…編集室
在宅でここまでできる! 足・爪へのケアのポイントとコツ…三浦和子
データから考える、足を見る大切さ…山下和彦

特別記事 ▶ 飲食を止め、死期を早めようとする患者たち…新城拓也
調査報告 ▶ 介護支援専門員による高齢精神障害者への支援の現状と課題
原田小夜・西垣里志・山根寛

巻頭 ▶ ケアのヒュッテ® Co-Minkan普及実行委員会
私たちの「Co-Minkan」をつくろう 住民の対話による意思決定支援の場をめざして

助産雑誌 3月号 Vol.72 No.3

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

特集 10年目を迎えた産科医療補償制度と助産師
産科医療補償制度の着実な成果と今後へのさらなる期待…池ノ上克
再発防止に向けた提言と助産師から見た意義…村上明美
産科医療補償制度の原因分析と助産記録の重要性…葛西圭子
産科医療補償制度の運営に携わる助産師の仕事…倉成綾子

特別記事 ▶ 基本をおさらいしよう! 採用される投稿論文を目指して…安達久美子
助産デラズ ▶ ヨコハマプロジェクトの活動
多様性を認め合う社会づくりを目指して…近藤寛子
連載 ▶ 続・いのちをつなぐひとたち[2] 森本志磨子さん

精神看護 3月号 Vol.21 No.2

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

ついに公開
オープンダイアログ 対話実践のガイドライン
(作成=オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン)

連続特集 ▶ 精神科で看取るために必要な技術と考え方(前編)
・看取りの技術を上げるための「基礎編」…松谷典洋
・看取りと医療/看取りができるスタッフを育てる/家族の関係をより良くするために…小貫洋子

新連載 ▶ 「栄養精神医学」奥平智之/「快より始めよ」山元裕子/「福祉を下に見てはいけません」稲垣亮祐/「武井麻子先生にこれを聞きたい」武井麻子

看護教育 3月号 Vol.59 No.3

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 私たちのストレスケア
職業的アイデンティティと職業性ストレス
看護教員のメンタルヘルス対策に向けて…福永ひとみ
「ストレス自慢を」をやめて「ストレスフリーの場」をつくりませんか
教育職場のストレス構造とその軽減方法に関する考察…筒井美紀
さまざまな形での教員へのメンタルサポート…椋田容世
ストレスはつきもの 自らの限界を知り、載せ過ぎた「荷物」をおろそう…宮子あずさ
研究教育機関におけるアカデミック・ハラスメントを考える
学びやすく、働きやすい教育現場をつくるために…湯川やよい

特別記事 ▶ ストレスケアのための臨床瞑想法 マインドフルネスとの比較から…大下大圓
特別記事 ▶ [鼎談]自治体の看護学校協議会の活動活性化に向けて
鳥井元純子/山田かおる/柳めぐみ
特別寄稿 ▶ 概説:看護学教育モデル・コア・カリキュラムのねらいと活用
齊藤しのぶ/田村洋貴/首藤彩香/伊達沙織
好評連載 ▶ つくって発見! 美術解剖学の魅力…阿久津裕彦
キネステティック・クラシック・ネオ 動きの言語化のツールが可能にすること…中本里美
授業を良くする! 教育関連理論…西野毅朗



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp