

2022年8月29日

第3483号 for Nurses

週刊(毎週月曜日発行)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会]慢性腎臓病看護のいま(高井奈美, 柏原直樹, 内田明子, 齋藤凡)…… 1-2面
[FAQ]臨床現場における安全な輸血への取り組み(牧野茂義)…… 3面
[インタビュー]命と暮らしをまると支える, 訪問看護の判断力を育む(清水奈穂美)…… 4面
[連載]教えるを学ぶエッセンス…… 5面
[連載]看護のアジェンダ…… 6面
MEDICAL LIBRARY…… 7面

座談会 慢性腎臓病看護のいま 変わったこと, 変わらないこと



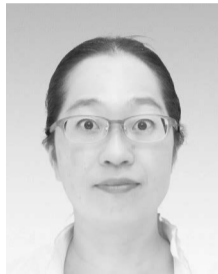
高井 奈美氏=司会
名古屋大学
医学部附属病院看護部



柏原 直樹氏
川崎医科大学
腎臓・高血圧内科学 教授



内田 明子氏
聖隷佐倉市民病院
総看護部長



齋藤 凡氏
東京大学
医学部附属病院看護部

2009年に行われた座談会「変わる腎不全看護と看護師の役割」(本紙2852号)
当時は, 慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease: CKD)の概念が国内で導入された頃であり, 腎臓病看護の在り方がまさに変化するタイミングであった。
それから約10年。糖尿病透析予防指導管理料(2012年)や腎代替療法指導管理料の新設(2020年), 腎臓病療養指導士制度の誕生(2018年), 保存的腎臓療法(Conservative Kidney Management: CKM)の導入など, 本領域を取り巻く環境は大きく変化した。科学的な知見も集積されてきた現在, エビデンスに基づくCKD看護の実践がますます求められるようになっていく。CKD患者に対する新たな看護の在り方を模索した。

高井 日本におけるCKDの患者数は約1300万人。成人の8人に1人が罹患する時代であり, 今や国民病と言えます。また毎年約4万人の末期腎不全患者さんに対して新規に透析療法が導入され, 透析患者の総数は34万人を超えました。 「CKD看護」という言葉が身近になったことも, 患者数が増加する現状を表す1つの指標なのかもしれません。

議論の開始に当たり, 日本腎臓学会前理事長の柏原先生から, 腎臓病の変遷を簡単に共有していただけますか。
柏原 腎臓病に対する医療は, 直近の40年間でドラスティックに変化しました。最もわかりやすい例は, 透析導入される患者さんの原因疾患の構成でしょう。1980年代頃は約70%が慢性糸球体腎炎であり, 比較的若い方が透析導入の対象となっていました。それが1998年以降, 糖尿病性腎症が原因疾患の第1位となり, 2020年現在は

透析導入の約40%を占めます。併せて注意しなければならないのは, 加齢と深い関係にある腎硬化症です。近年増加を続け, ついに原因疾患の第2位となりました。超高齢社会に突入した現代では, 対応すべき患者さんが右肩上がりに増加していくことは間違いのないでしょう。

看護師が療養指導・療法選択の場に積極的に介入できる時代に

高井 柏原先生が話されたように, 患者さんの背景が変化し提供される医療も高度化・複雑化してきた中で, 透析導入前の保存期のCKD患者さんに対して「どのような看護が必要とされているのか」「看護職として何ができるか」と, 近年では具体的な看護実践を検討できるようになりました。

CKD看護に長年携われ, 日本腎不全看護学会の理事長も務められた内

田先生は, 本領域の変化をどのように感じていますか。

内田 私が腎臓病の患者さんのケアに携わるようになって約40年。40年前は, 救命した患者さんの社会復帰をいかに実現するかが目標でしたが, 今では社会復帰は前提となり, 議論の中心が, より良い人生を送るためにはどのような医療を提供するべきかとの話題に移っています。合併症についても研究が進んだことで, 予防的視点でのケアも検討できるようになりました。

一方で, 病いととも生きる「人」に焦点を当ててケアを実践する看護の本質部分は変化していません。療養指導や療法選択の場面に看護師が積極的にかかわることも近年では増えてきたために, 患者さんに寄り添ったケアを行う意義を改めて考え直すべき時期が訪れていると感じます。

高井 確かに, 2012年に「糖尿病透析予防指導管理料」が診療報酬上で算定可能となったことを契機に, 保存期のCKD患者さん(糖尿病性腎症に限る)への療養指導に看護師が積極的に介入できるようになりました。また2020年に新設された「腎代替療法指導管理料」では, 療法選択の場への看護師の参画を後押ししています。

看護師をはじめとした多職種による介入の専門性の確立という点では, 腎臓病療養指導士制度の誕生は追い風になりました。柏原先生は本制度の立ち上げに中心となって尽力されたはずです。制度ができた背景にはどのような考えがあったのでしょうか。

柏原 腎臓病療養指導士制度を立ち上げる前年に, 腎臓病にかかわる医療者を増やすことを目的としたNPO法人「日本腎臓病協会」を立ち上げました。学問としての高みをめざす日本腎臓学会とは相補的な立ち位置と言えます。「病気と闘うあなたを1人にしない」を理念に掲げ, 同協会で行う事業

は主に4つ。①CKDの予防や早期発見のための普及啓発活動, ②患者会・関連団体との連携, ③産官学による腎臓病の診断・治療法開発のプラットフォーム(Kidney Research Initiative-Japan)構築, そして本協会でも重視する, ④腎臓病療養指導士制度です。現在は, 腎臓病療養指導士による療養指導に診療報酬が付与されるよう準備しています。

高井 進捗はどうなのでしょう。
柏原 2020年から厚労科研として「慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究」(研究代表:杏林大・要伸也氏)がなされており, 今年度が研究の最終年です。エビデンスも概ね構築されてきましたので, 診療報酬の獲得に向け働き掛けを強めていきたいと考えています。

高井 医療施設としては, 診療報酬が付与されていないと人的資源を充当しにくいでしょう。現状の療養指導は, どうしても看護師をはじめとした医療者のボランティア精神に依存している部分が大きいため, 近い将来, 診療報酬が付くことを願っています。

高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法

高井 診療報酬の動きに加えて注目されるのはCKMの話題です。本年6月には, 2019年よりAMED研究として行われてきた「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」の成果をまとめたガイドも刊行されました。同研究事業の研究代表を務めた柏原先生から経緯を伺えますか。
柏原 毎年1000人以上に透析開始の見合わせや透析中止がなされている状

(2面につづく)

8 August 2022 新刊のご案内 医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは, お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ(https://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

看護ケアの質評価と改善
編集 一般社団法人日本看護評価改善機構
B5 頁176 定価: 3,300円[本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04863-7]

健康格差社会
何が心と健康を蝕むのか
(第2版)
近藤克則
A5 頁264 定価: 2,860円[本体2,600+税10%]
[ISBN978-4-260-04968-9]

在宅ケアのための判断カトレーニング
訪問看護師の思考が見える
清水奈穂美
A5 頁160 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04887-3]

医療・ケア従事者のための
哲学・倫理学・死生学
清水哲郎
B5 頁284 定価: 2,860円[本体2,600+税10%]
[ISBN978-4-260-04946-7]

腎移植ケアガイド
監修 一般社団法人日本腎不全看護学会
編集 CKD委員会腎移植ケアガイドワーキンググループ
B5 頁200 定価: 4,400円[本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04927-6]

医療福祉総合ガイドブック
2022年度版
編集 NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会
A4 頁332 定価: 3,630円[本体3,300+税10%]
[ISBN978-4-260-04945-0]

〈シリーズ ケアをひらく〉
シンクロと自由
村瀬孝生
A5 頁296 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05051-7]

看護医学電子辞書16
定価: 61,050円[本体55,500+税10%]
[JAN4580492610568]

座談会 慢性腎臓病看護のいま

(1面よりつづく)

況下、高齢の腎不全患者さんの尊厳を守りつつ、家族も安心できる標準的なCKMの在り方を提示できればと検討を続けてきました。分担研究では、漫画も織り交ぜられた「高齢腎不全患者に対応する医療・ケア従事者のための意思決定支援ツール」(https://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tool.html)を齋藤先生に作成していただきましたね。

齋藤 ええ。意思決定支援時の医療者の参考となるべく、できるだけ取りやすいよう漫画での表現を採用しました。多くの方の目に触れ、現場での対応に生かしてもらえればと願っています。

柏原 AMED研究ではそうした成果も挙げながら、ようやく先日『高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法』(東京医学社)と題したガイドの刊行に至りました。

ただ、あらかじめお伝えしておきたいのは、本ガイドの発表はあくまでも議論のきっかけづくりに過ぎず、CKMを強く推進したいという意図では決してない点です。医療者からCKMの導入を提案するのではなく、患者さんとご家族、治療にかかわる医療者によって話し合う共同意思決定(Shared Decision Making:SDM)によって決断すべきと、本ガイドでは強調しています。CKMを選択したとしても、いつでも透析を開始・再開できる点もポイントと言えますね。

高井 透析は絶対に行わなければならないものと教えられてきた私たち世代の看護師にとっては、本取り組みは新鮮に感じるかもしれません。けれども透析導入しても早期に亡くなられてしまうケースなど、「透析導入の判断が正しかったのだろうか」と思い悩んだ経験を持つ看護師は多いはず。柏原先生たちの取り組みによってCKMに対する一定の在り方が示されたことで、患者さんのその人らしさを支えるための療法選択に携わる看護師にも大きな影響を与えることになったのではないのでしょうか。

医療者としての原点である「人」を見るに立ち返る

高井 SDMというキーワードが登場しました。患者さんが慢性の病(クロニックイルネス)とともにどう生きるかをいかに支援するかは看護師の大きな役割の一つです。病棟や外来で患者さんにケアを提供する傍ら、意思決定支援に関する研究を続ける齋藤先生の目には、CKD患者さんに対する意思決定支援の状況はどのように映っていますか。

齋藤 ACP(Advanced Care Planning)やSDMの言葉は看護師の間に浸透した印象があります。しかし、実際に何をすればいいのかわからないと口にする方は意外と多い。多職種で患者さんにかかわろうとの雰囲気は醸成されてきたものの、対応が難しい場面に四苦八苦する様子を日々目にしています。例えば、認知機能が低下した高齢患者さんの治療選択の場面において本人抜きで家族と話し合いを進めてしまう、患者さん本人が透析非導入を希望した際の家族とのコミュニケーションに苦手意識を持ってしまったりといったケースが見受けられます。

高井 終末期の場面で「透析をしたくないです」「もう少しで私死ぬんですか?」と患者さんから問われた時に、どう対応していいかわからず、現実から目を背けてしまう看護師は少なくないですね。

齋藤 その通りです。患者さんはそうした空気感を敏感に察知しますので、それ以降の対話ができなくなってしまう可能性もあります。個々人のコミュニケーション能力に依存してしまう面がどうしても存在するために、難しい問題です。

内田 SDMという言葉だけを聞くと、何だか新しい技術のように感じますが、個人的には、これまで行ってきた看護の延長線上にあるととらえています。看護師が白衣を着て患者さんと話をすると、暮らしの情報や大切にしていること、家族の問題など、多

くの方が赤裸々に明かしてくれます。つまり看護師は、プライベートな情報を開示する相手として認められているとも言えます。もちろんこれは腎領域だけに限らないでしょう。腰を据えて、患者さんが最終的にどのような人生を送りたいのかに関して対話をし続けてもらいたいです。

柏原 冒頭でも内田先生がおっしゃっていましたが、病気を診るのではなく、病いととも生きる一人の人間として患者さんと接することが重要だと感じます。私自身、若い頃は病気の正しい診断ができて、適切な治療方針が決定できたら十分だと思っていましたし、それが「良い医療」だと信じていました。しかし、それは医療のごく一部でしかない。私自身が年齢を重ね、患者の経験もしたことで、改めて実感します。私はSDMの取り組みを、病いととも生きる「人」を見るという医療者としての原点に立ち返るためのチャンスだととらえています。原点復帰の流れは腎以外の領域にも急速に広がっていくでしょう。

緩和医療とCKD看護は今後どう変わっていくのか

高井 私は腎不全の末期患者さんを対象に、自身が望んだ最期を過ごしているのかについて、2018年から調査を続けてきました。医療者が患者さんの気持ちを汲み取れていないのではないかと疑問があったからです。こうした人生の最終段階に関する話し合いは、早い段階で患者さんやご家族と行うべきではあるものの、保存期の時期や、長期にわたる維持透析によって日々患者さんと向き合っているからこそ、どのタイミングで話し合いの場を持ち、緩和医療に関する情報提供を行えばよいか悩む場合があります。CKD看護における緩和医療の意義についてご意見を聞かせてください。

内田 患者さんが人生の最終段階を迎えるに当たっては、苦痛を取り除くという緩和医療の視点・技術はより一層CKD看護に求められると考えています。透析するつらさを味わいたくないからCKMを選択したのに、いざ最期を迎える段階で透析よりもつらい苦痛を味わうのはナンセンスです。CKMの選択は、そうした緩和医療の提供とセットと言えるでしょう。

齋藤 一方で本当の終末期という点では、どんな疾患の患者さんであっても提供される看護の内容は大きく変わらないように感じています。私が所属する病棟は腎臓内科とアレルギー・リウマチ内科の混合病棟ですので、リウマチ疾患や間質性肺炎の患者さんに終末期ケアをする機会も多いのですが、「苦痛をできるだけ取り除いて、患者さんが安楽に過ごせる時間を少しでも増やせるようにかかわる」という根幹部分は同じ。やはり目の前の患者さんに誠

実に向き合っていくことが重要です。柏原 同感です。ただ忘れてならないのは、今から50年前は10代の子どもが腎不全によって亡くなっていたという事実です。医療の進歩の成果は、あらためて認識しなければならないでしょう。長寿社会になったからこそ緩和医療の問題にもフォーカスが当たようになってきた。つまり、疾患の原因を突き止めて科学的な治療法の開発をめざすことと、緩和医療による苦痛の除去をめざすことは、並行して進展させなければならない。私は強くそう思っています。

患者の個別性に向き合い、深く探求していく

高井 それでは最後に、これからのCKD看護の在り方や求められるスキルを伺えますか。

内田 繰り返しますが、医療技術が向上したことで、特に腎領域においては、疾患ではなく、病いととも生きる「人」に向き合えるようになってきました。昨年にはエビデンスが示されたCKD看護をまとめた書籍『CKD保存期ケアガイド』(医学書院)も刊行され、より良いCKD看護をめざせる状況が整いつつあります。あらためて患者さんの個別性に向き合い、深く探求していくことで、一層効果的かつ専門性の高いCKD看護が実現するのではと期待しています。

齋藤 その上で必要だと考えるのは「聞く力」の涵養です。患者さんの個別性を大事にするには、どのような背景をもとに、何を考えているのかを聞くことが大切と言えます。また、対話を通じて、患者さん自身の病いのとらえ方が変容していくことは珍しくありません。これらに鑑みると、やはり患者さんの話にしっかり耳を傾けることの意義は高いと感じます。

柏原 内田先生、齋藤先生のお話しされた内容に賛同します。恐らくここまでに話された内容は、数年のうちには「看護」の枠組みを飛び越え、「医療」の在り方として議論がなされるようになるでしょう。特に「聞く力」については、長年医学教育に携わってきた中でも大きな課題として考えています。本座談会を通じて、その大切さを再認識することができました。

高井 皆さん、ありがとうございます。今までわれわれ看護師が行ってきた看護に間違いはなく、これからも病いととも生活する生活者の想いを聴き取り、一人ひとりの人生を支えるための看護を続けていくべきだと強く意識した次第です。読者の皆さまにとって明日からの実践につながる議論であったならば幸いです。(了)

参考文献

1) 花房規男, 他. わが国の慢性透析療法の現状(2020年12月31日現在). 日透析医学会誌, 2021; 54(12): 611-57.

●たかい・なみ氏

看護師資格を取得後、衆済会増子記念病院にて勤務。2001年豪ニューキャッスル大へ留学。帰国後、病いととも生活するCKD患者のセルフマネジメント方法やその人らしさの看護の在り方を学ぶため、岐阜県立看護大大学院修了。修士(看護学)。15年より現職。慢性疾患看護専門看護師、腎臓病療養指導士。日本腎不全看護学会理事。『慢性腎臓病看護 第6版』(医学書院)にて責任編集を務める。

●かしはら・なおき氏

1982年岡山大学医学部卒。岡山大病院、呉共済病院にて臨床研修。88~90年米ノースウエスタン大に研究留学。帰国後、岡山大講師、助教授を経て、98年より川崎医大教授。2004年より臨床教育研修センター長。前日本腎臓学会理事長。日本腎臓病協会理事長として腎臓病療養指導士制度の立ち上げに尽力した。

●うちだ・あきこ氏

看護師、保健師資格を取得後、千葉社会保険病院透析センター、千葉社会保険介護老人保健施設勤務を経て、2006年聖隷佐倉市民病院看護次長。同年千葉大大学院修了。修士(看護学)。聖隷横浜病院総看護部長を経て、21年より現職。1997年の日本腎不全看護学会設立当初から理事を務め、2014~17年まで理事長職を担った。

●さいとう・なみ氏

東大医学部健康総合科学科看護科学専修卒業。同大病院で看護師として勤務。同大大学院医学系研究科修士課程を修了後、同研究科助教を経て2015年より現職。腎臓内科、アレルギー・リウマチ内科、心療内科の混合病棟で副看護師長として日々奮闘中。21年まで日本腎不全看護学会の理事を務めた。

日本腎不全看護学会により編集された慢性腎臓病看護テキストの決定版!
慢性腎臓病看護 第6版
エビデンスからみた慢性腎臓病(CKD)の保存期ケアが示される!
CKD保存期ケアガイド
腎移植はもちろん、CKDの保存期、透析にかかわる医療者のための1冊
腎移植ケアガイド
B5 2021年 頁304 定価: 4,400円(本体4,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04683-1]
B5 2021年 頁160 定価: 3,300円(本体3,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04695-4]
B5 2022年 頁200 定価: 4,400円(本体4,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04927-6]

FAQ

今回の
回答者

牧野 茂義

東京都赤十字血液センター所長

まきの・しげよし氏/1984年九大卒。県立宮崎病院での研修を経て、88年に九大病院輸血部医員。93年豪アデレード大に留学。95年県立宮崎病院内科、2003年には同病院輸血医療責任者を兼任。07年虎の門病院輸血部長を経て、22年より現職。専門は輸血医学、血液内科学。

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

今回のテーマ

臨床現場における安全な輸血への取り組み

輸血にはABO血液型・Rh血液型が一致した「適合血輸血」と、ABO血液型は異なっているが溶血性反応を起こさないため輸血が可能な「異型適合血輸血」(例えば、緊急時にO型赤血球やAB型新鮮凍結血漿を輸血する場合)があります。それ以外は「不適合輸血」であり、そのほとんどは輸血バグの取り違えなどが原因の過誤輸血です。ABO不適合輸血は、輸血開始後数分～数時間以内に即時型の血管内溶血反応を起こし、死に至ることもあります。死亡率は不適合輸血の血液型の組み合わせと輸血量によって異なり、O型受血者にA型赤血球製剤を100mL以上輸血した場合は4人に1人以上が亡くなっています¹⁾。

輸血に携わる全ての医療従事者がめざすべきは、「安全で適正な輸血の実践」です。近年、輸血用血液製剤の安全性は飛躍的に向上し、輸血の安全対策は製造元の日本赤十字社から使用側の医療施設に移行したと言っても良いかもしれません。輸血検査も、輸血用血液製剤の準備も、患者への輸血の実施も、ヒトが行う以上エラーは起こります。手順の抜け、焦りによるミス、確認の怠慢などのヒューマンエラーは組織的に防止することが重要です。今回は、安全に輸血を行うために個人・組織で何ができるかを紹介したいと思います。

FAQ 1 過誤輸血は輸血処置のどのタイミングで起こるのでしょうか。また、ヒューマンエラーを減らすために気を付けるべきことは何でしょうか？

日本輸血・細胞治療学会が実施している輸血業務に関する詳細調査の集計(2011年度～2020年度)によると、過誤輸血の原因はバグの取り違え48.0%、患者の取り違え22.0%、伝票への血液型誤記入7.3%、伝票の血液型確認ミス7.3%、血液型判定ミス6.5%、患者検体の取り違え3.3%と報告されています。過誤輸血という重大な事故は、これらの軽微な事故を防いでいれば発生しないものであり、軽微な事故は事故寸前のヒヤリ・ハットを防いでいれば発生しないものです(ハイリッヒの法則)。輸血業務におけるヒヤリ・ハットを防止するためには標準操作手順からの逸脱をしないことが大切です。

輸血関連ヒヤリ・ハット事例につながる行動として、確認・観察・報告の怠慢、記録の不備、連携不足、患者への説明不足などが挙げられます。また背景要因としては、知識不足、技術・

手技の未熟さ、繁忙による疲労、通常と異なる身体的・心理的状态などがあります。さらにコンピュータシステムや医療機器の環境・設備機器の不備、および院内の輸血教育・訓練や手順書の不備などの物的要因や管理不足も、ヒヤリ・ハットを引き起こす要因です。院内の輸血マニュアルを遵守し、不明なことは専門的知識を有する指導者に尋ねて明らかにする姿勢が重要です。また、国の指針・ガイドラインや日本赤十字社の輸血情報などを参考にし、輸血の安全対策や適正使用に関する情報は常に新しいものを収集するように心がけましょう。

エラー防止のためには上記のヒヤリ・ハットにつながる要因を解析し、防止するためのチェック項目を作成し、また各部署においての防止対策を立てスタッフに周知する必要があります。

Answer…過誤輸血の原因は、輸血バグ・患者・検体の取り違え、血液型誤記入、確認ミスなどです。ヒヤリ・ハットにつながる行動を防止するためのチェック項目を標準操作手順に組み込み、逸脱をしないことが大切です。

FAQ 2 不適合輸血を行った際に生じる症状について教えてください。また、万が一過誤輸血を起こした場合、どう対処すればよいのでしょうか？

ABO不適合輸血を起こした場合の基本的な病態は抗A、抗B抗体による血管内溶血と補体の活性に伴うショックおよびDIC(血管内凝固症候群)であり、それに続発する急性腎不全です。具体的には、まず輸血開始直後から輸注部位付近に熱感、血管痛が出現し、やがて顔面蒼白、不穏状態、胸部苦悶、呼吸困難、頻脈、腹痛、腰痛が起こります。そして発熱、悪寒、戦慄を伴い、嘔吐、失禁、チアノーゼなどの症状も出現します。血圧は、いったんは上昇しますが、間もなく低下しショック状態となり、乏尿・無尿と進行し急性腎不全状態を呈します。

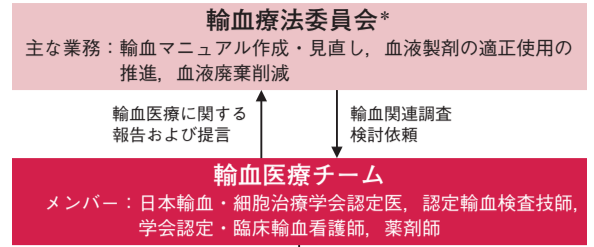
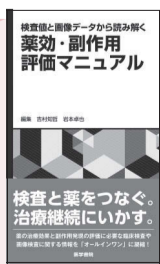
対処法としては、直ちに輸血を中止し、他の医師・看護師などの医療スタッフの協力を仰ぐことです。中止した輸血バグは捨てずに清潔に保管し、輸血部に提出します。また留置針は抜かず接続部から新しい輸液セットに交換し、生理食塩液などに切り替え、血圧の維持、ショック状態の防止と利尿に努めます。バイタルサイン(血圧、呼吸、脈拍)を継続して監視し、血圧低下がみられたら、医師の指示により昇圧剤の投与を開始しましょう。尿量

薬効や副作用の評価に必要な臨床検査や画像検査の情報を「オールインワン」に凝縮！

検査値と画像データから読み解く 薬効・副作用評価マニュアル

「よく処方される薬」と「臨床検査や画像検査」のポイントを「薬⇔検査」の双方向の切り口で編集した一冊。第1部の「薬→検査」では薬効別に、①疾患に関連する薬、自覚症状、検査→②薬の評価項目とタイミング→③治療効果(副作用)の評価に必要な臨床検査と画像検査→④薬剤選択の考え方→⑤評価から介入までのフローチャート→⑥記録の書き方→⑦の流れで記載。第2部の「検査→薬」では検査ごとにその評価ポイントを解説。

編集 吉村知哲
岩本卓也



輸血コンサルテーション	輸血実施部署の巡視(監査)	輸血関連有害事象発生時	院内輸血講習会勉強会開催
<ul style="list-style-type: none"> ●輸血の適応 ●適切な血液製剤の選択 ●輸血検査に関する相談 ●血液製剤の適切な保管方法 ●輸血関連有害反応の種類と対策など 	<ul style="list-style-type: none"> ●血液製剤の保管状況 ●不適合輸血の回避 ●輸血接続から輸血速度の確認 ●輸血中の観察 ●輸血関連有害反応の発見 ●不適切な輸血オーダーに対する医師への助言など 	<ul style="list-style-type: none"> ●現場での状況把握 ●原因究明 ●再発防止の指導・教育・勉強会 	

●図 安全な輸血のための院内体制

輸血医療に精通した医療従事者(日本輸血・細胞治療学会認定医、認定輸血検査技師、学会認定・臨床輸血看護師、薬剤師など)が「輸血医療チーム」を結成し、輸血療法委員会の管理下で活動を行う。

*病院管理者および輸血療法に携わる各職種・部門の代表者、診療部門の代表者、輸血医療チームのメンバー、事務・会計部門の代表者、血液センター職員からなる。

確保のために導尿してヘモグロビン尿の観察、時間尿測定を行い、乏尿時には利尿剤を投与します。患者から採血し、DIC、腎不全、溶血の程度を確認した上で、必要に応じてDICの治療や血液透析などの治療も検討していきます。忘れてはならない点は、採血時に患者の血液型を再確認することです。また、医療過誤があった際には本人・家族に事実を説明した上で、救命治療に専念しましょう。

Answer…ABO不適合輸血を起こした場合、血管内溶血と補体の活性に伴うショックおよびDICが起こり、続けて急性腎不全が発生します。その際は直ちに輸血を中止し、他の医師や看護師に協力を仰ぎ、共同して治療に当たります。この際、採血を改めて行い、患者の血液型を確認し直すことも重要です。

FAQ 3 安全な輸血の実現に向けて、個人ではなく病院組織全体で取り組むべきことはありますか？

安全な輸血を実施するためには、院内輸血管理体制を整えることが重要です。まず、輸血部門を設置し、輸血責任医師の任命、輸血担当臨床検査技師を配置することで、院内の輸血業務を一元管理し輸血検査の24時間体制を構築します。その上で院内の輸血に関するルールを決め、マニュアルの作成などを行う輸血療法委員会を設置します。また、輸血業務に従事する医師・看護師・臨床検査技師は、輸血の専門性を有した者が望ましく、特に輸血を実施するベッドサイドの安全性を確保するには学会認定・臨床輸血看護師などを中心とした輸血現場における教育・指導が有効です。

さらに、輸血療法委員会の管理下で、輸血医療に専門性を持つ医療従事者(日本輸血・細胞治療学会認定医、認

定輸血検査技師、学会認定・臨床輸血看護師、薬剤師など)が「輸血医療チーム」を結成することも効果的です(図)。輸血医療チームによる輸血実施部門や施設全体での輸血勉強会・講習会も大切ですが、より大切なことは、輸血巡視(輸血ラウンド)を行い、現場のスタッフとコミュニケーションをとり、現場・チームでの連携を密にすることです。

Answer…院内輸血管理体制を整えるために、輸血業務の一元管理と臨床検査の24時間体制を構築し、その上で院内のルール・マニュアルを設定しましょう。また、「輸血医療チーム」を結成し、現場スタッフとコミュニケーションを取りながら業務に当たることも、安全性の確保につながります。

もう一言 輸血管理体制を整備した上で、院内輸血医療のルールに則ったマニュアルを作成し、適宜見直しと周知徹底を行います。輸血医療に携わる医療従事者は、制定された標準操作手順から逸脱することなく業務を行うことが大切です。また、その際医療安全情報などを活用すること、患者認証システム(PDA)などのITを利用することも効果的でしょう。他にも、輸血医療に精通した医療スタッフが輸血医療チームを組んで輸血ラウンドを行い、院内の輸血に関する諸問題について共同で対応することも重要です。輸血関連ヒヤリ・ハットを解析し、その要因を明らかにした上で再発防止の対策を立て、ヒヤリ・ハット事例を減らす。この積み重ねによって過誤輸血等の医療事故を防いでいきましょう。

参考文献

1) 前田平生、大戸斉、岡崎仁(編)。輸血学 改訂第4版。中外医学社：2018。

学生に「看護過程」と「看護診断」を分かりやすく説明するために

半日講義 看護過程と看護診断

「看護過程」と「看護診断」は、看護教育において必ず学生に理解してもらわなければならない2大テーマといえる。しかし、教員にとって教えるのに、難渋するテーマでもある。学生にとって何が分かりづらいのか、どうすれば分かりやすく説明できるのか。本書では、看護学生を参加者の一人として設定。看護過程や看護診断を学びながら抱く疑問を、代弁してもらい、鼎談形式でまとめ上げた1冊。

古橋洋子



命と暮らしをまるごと支える、訪問看護の判断力を育む

interview 清水 奈穂美氏 (佛教大学保健医療技術学部看護学科在宅看護学 准教授) に聞く



●しみず・なおみ氏

7年間の大病院勤務を経て、淀川キリスト教病院訪問看護ステーション(現・よどぎり訪問看護ステーション)に配属。当初はがん看護領域でのキャリアを志向していたものの訪問看護の面白さに目覚め、地域医療や院内外の栄養ケアに携わる。2015年に大阪府大(当時)大学院看護学研究科博士前期課程在宅看護 CNS コースへ進学。修了後、在宅看護専門看護師となる。17年より滋賀医大看護学科および同大医学部附属病院看護臨床教育センターにて学生指導から現任教育までを担い、地域で活躍する看護職の育成、キャリア形成支援に取り組む。22年4月より現職。

訪問看護師は一人で現場に向かい、限られた時間の中で多岐にわたる判断を迫られる。命を守るための判断と療養者の望みが異なることも多く、また終末期のケアでは倫理的課題をはらむ難しい判断を求められることもあり、多くの訪問看護師は日々悩みながらケアに奮闘している。

書籍『在宅ケアのための判断力トレーニング——訪問看護師の思考が見える』(医学書院)では、在宅ケア現場ならではの複層的な思考プロセスを学び、「判断力」を養うことができる。本書を上梓した清水奈穂美氏に、訪問看護師の判断力や訪問看護の醍醐味について聞いた。

——訪問看護師の思考プロセスに着目した背景を伺えますか。

清水 学生の実習記録を見た時に、在宅療養者と家族にとっての最善解をめざす、という訪問看護の意図が伝わっていない印象を受けたからです。

——学生は、訪問看護師のケアをどうとらえていたのでしょうか。

清水 ある学生は、訪問看護では一定程度の妥協が必要であり、最低限のケアしかできていないように感じる、と実習記録につづっていました。それまで学んできた、病院内の整備されたルールに基づく医学的に正しいケアを基準として考えたのでしょうか。ですが、療養者や家族の生活・価値観を支えるための在宅ケアにおいては、病院でのケアをそのまま持ち込むことがベストではありません。

ただ、確かに30分や1時間の同行実習で学生が訪問看護師の意図をつかみ取ることは難しいかもしれません。ならば訪問看護師の実践の意図や判断に至るまでの思考プロセスをきちんと「見えるようにして」教えよう、と思いついたのです。

訪問看護の判断の基盤となる思考プロセスとは

——最善解を導き出すための訪問看護師の「判断」は、どのような思考に基づいているのでしょうか。

清水 訪問看護師は単に直感や経験だけで判断しているわけではありません。結論にたどり着くまでの道筋で、バイタルサインは正常値か異常値か、もし異常値だった場合はその原因は何か、のように小さな判断を連続して行っています。そうした積み重ねから予測的判断を導き、その判断と療養者・家族との対話に基づいて導いた価値判断をすり合わせることで、最終的にその療養者と家族にとっての最善解にたどり着く(図)。これこそが、訪問看護師の判断といえます。

——図内「5 最善解を導く意思決定の共有」が、「支援」ではなく「共有」なのはなぜでしょう。

清水 「意思決定支援」ならば意思決定の主体はあくまで療養者にあり、そのサポートを関係者が行います。「意思決定の共有」は、療養者とその家族の望む生き方を実現するために、かかわる全員で共同して最善解を導き出す。「支援」よりも一歩踏み込んで意思決定に携わるイメージですね。

在宅ケアの現場では多職種がお互いの専門性を活かし、補い合いながらケアに携わっており、おのおのの価値観で療養者にとっての最善解を考える際に、意見が食い違うことがあります。また、生活の場に介入するため、4つのステップ全てで療養者とご家族の同意や確認が必須です。ですから、常

にそれぞれの意思や意見を共有しながらケアを進め、全員でベストを見つけるという「共有」が大切なのです。——ケアを進める中で、訪問看護師はどういった役割を意識すべきですか。清水 私は学生によく「介護職と訪問看護師の違いは何だと思う?」と尋ねます。介護職が「生活を見るプロフェッショナル」ならば、訪問看護師は「医療と生活の双方の視点から見るプロフェッショナル」。在宅ケアの現場では、今起きている事象の根本的な原因を解決しなければいけない場面が多くあります。訪問していない間の情報も含めて分析し、在宅の場で医療的な知識も踏まえた判断をできる点が、訪問看護師の強みだと思っています。生活の視点から見ることももちろん大切ですが、看護の専門性である医学的判断が基盤にあってこそその生活の支援である、という点がとても大事ですね。——情報をまとめて分析し、判断するという過程は、探偵みたいですね。清水 ああ、そうそう(笑)。探偵みたいなのもありますよね。まさに推理、推論です。「転倒」一つとっても病院や施設と違って、自宅の場合はその場面を見ている人がまづいないわけですから、どこを受傷しているかだけでなく、なぜ転倒したのか。何かにつまづいたか、あるいは意識障害かもしれないし、脳血管系の疾患が隠れているかもしれない。『在宅ケアのための判断力トレーニング』でも、「まさかそれが原因とは!」と驚きながら読み解けるよう、在宅での事例を展開しています。——分析を始めるためには、まず「いつもと違う点」に気づく力が必要です。着目すべき点がわからないと悩む看護師もいるのではないのでしょうか。清水 難しいですね。自分一人でもいつもと違う点に気づく力を養い、判断力を磨くのは限界があります。ですので、仲間と一緒に話し合う場を設け、気になった点について意見を交わすと良いでしょう。私はよく判断力を磨くことを目的とした研修会を主催しますが、焦点を当てるポイントが人それぞれなんです。けれどもそこが面白い。多様な考え方や見方があっていいんです。自分になかった考えや見方を学び合うことで、手がかりを感じ取る視点を増やし、判断力をブラッシュアップすることができますよ。

難しくも面白い訪問看護の判断

清水 訪問看護を始めた当初、私自身も多くの先輩方からのフィードバック

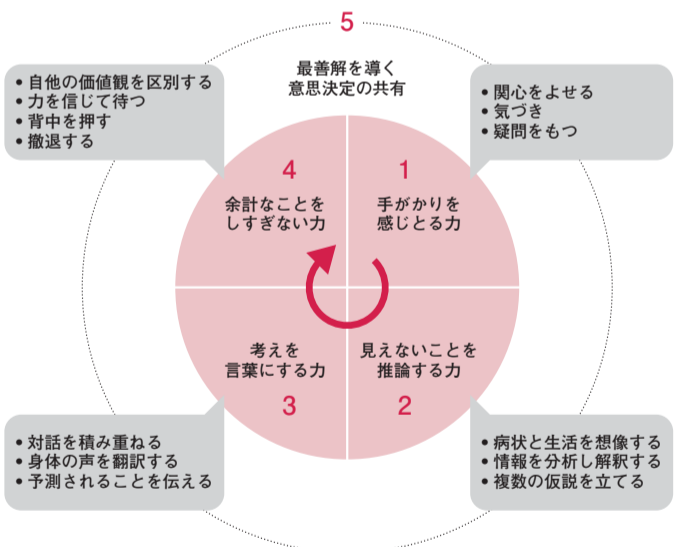
によって判断力を磨きました。ステーションに帰ると、困り事に対してさまざまな先輩が相談に乗ってくれる職場風土でした。

でもその職場では、実は同行訪問が配属して最初の2日間しかなく、最初の1週間で、もう辞めたいと思っていました(笑)。後から考えると、私のような新人でも安心して任せられるご家庭を所長が選んでいたのでしょうか。「訪問に行くあなたの判断を信じる」「毎回これが最後だと思って訪問しなさい」と、背中を押すと同時に判断力を育む意識も培ってくれました。当時、所長にその日の訪問の報告をすると、その判断の良し悪しを踏まえて「自分だったらこう考える」と判断に至る思考サイクルを解説してくれたのです。そうやって訪問看護の奥深さに徐々に気づいて、何だか面白くなってしまったんですね。

——先生の考える訪問看護の面白さを教えてください。

清水 病院では管理ルールに基づき標準化された看護を行うことで、リスクに最大限備えています。一方、訪問看護では、試行錯誤しながらみんなでケアを作り上げ自分の裁量で方針を決められる。自分が判断したケアが良ければ療養者や家族の生活が良くなっていく、という世界観をダイレクトに味わえます。このプロセスが訪問看護の面白さだと思います。

訪問看護の判断は難しいですが、これこそが醍醐味です。今判断の難しさに悩まれている方も、それを乗り越え、療養者の思いやご家族・多職種などの周囲の人々の状況を踏まえて判断できるようになれば、訪問看護がもっともっと楽しくなると思いますよ。



●図 訪問看護師の「判断」が導かれる思考サイクル【『在宅ケアのための判断力トレーニング——訪問看護師の思考が見える』(医学書院)より】

訪問看護師の判断に至るための思考プロセスは、①手がかりを感じ取る力、②見えないことを推論する力、③考えを言葉にする力、④余計なことをしすぎない力、の4つのステップ、そして①～④を統合して導く⑤最善解を導く意思決定の共有によって形作られる。

在宅ケアのための
判断力
トレーニング
清水奈穂美

何を見て、何を考え、
どう道筋をつけているのか。
命と暮らしを守るプロフェッショナルの
思考過程を深く読み解く!

在宅ケアのための判断力トレーニング

訪問看護師の思考が見える

清水 奈穂美

●訪問看護師の「意図」が読める!

複雑な状況を前に一人での判断が求められる在宅ケア現場での「判断力」を養う本。現場で「命と暮らしを守る訪問看護師」の思考過程を深読みしながら、包括的情報のなかでの判断力を身に付ける。臨床推論、フレームワーク、リフレクション、認知バイアスについても分かりやすく解説。

目次

- Prologue 訪問看護師に必要な「判断力」とは
- Chapter1 訪問看護師の思考プロセス
- Chapter2 判断力を鍛える方法
- Chapter3 自律的な学びを支えるもの

名言コラム 気づきをくれた5つの言葉
おわりに——判断力は「チーム」「地域」で向上させる時代へ

●A5 2022年 頁160 定価: 2,200円(本体2,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04887-3]

医学書院



教える機会は看護職の身近にあふれている。個の成長からチームの発展まで、学びをもたらす範囲も広い。学習者の能動的な学びを促す教え方を、どう磨けばよいのか。成人の学習を支援するための「学びほぐし」のエッセンスを、教育開発者(educational developer)が紹介します。

杉森 公一
北陸大学高等教育推進センター長・教授

第5回 初年次教育を成功させる工夫とは？

今回のポイント

- ✓ゼミナール科目を充実させるために、担当教員のファシリテーション・スキル向上や授業設計の共有を目的とした研修を行う。
- ✓学習活動の配置を検討する際は、個人活動とグループ活動を交互にして協働力が次第に育成されるようにする。

学びの転機を感じた瞬間を覚えているだろうか。春、初めて足を踏み入れた校舎や教室、まだ折り目のない教科書のページを開いたときのインクの香り——。学習や経験を重ねているただ中ではなく、季節の変わり目が思い出されるかもしれない。これまで見てきた風景が一変する「節目」は、異なる教育段階をつなぎ合わせる「アーティキュレーション(接続)」と呼ばれる¹⁾。高校3年生から大学1年生への変容を意識づけるために、まさに節目にある新入生に対して、教員は授業やカリキュラムをどう工夫すればよいだろうか。

“高校4年生”ではなく、大学1年生に移行を

18歳人口の減少や学生の多様な進学を背景に、「高大接続」の在り方が問われている。近年、中学・高校での学びを大学等の専門教育へ接続することを目的に、教育プログラムとしての「初年次教育(First Year Experience)」が大学で広がっている²⁾。初年次教育とは、「大学教育、大学生活への円滑な移行を目的とし、学習技能、学習意欲、さらには大学生としての自覚の涵養まで含む、正課・正課外にわたる総合的教育プログラム」とされ、ゼミナール科目を中心に構成される³⁾。専門教育への導入の側面があることから、看護教育における初年次教育では、学習技能のみにとどまらず、キャリア形成とプロフェッショナル・スキルも科目内で学ぶべき内容として強調される³⁾。これまで初年次教育は多岐にわたった教育接続を引き受け、正課の必修単位として算定される過程で、多様な学習活動を内包してきた。しかし、独立

したゼミナール科目で多様な学習活動の全てを抱えるのは困難であり、科目の枠組みは限界に差し掛かろうとしている。中学・高校教育の変化により、専門教育と卒後のキャリアの間に求められる適切なアーティキュレーションの在り方が改めて問われている。

学生の深い学び・協働を誘う授業を計画する

筆者が勤務する北陸大学では、臨床検査学と臨床工学の知識と技術を学ぶことを目的として、2017年に医療保健学部が新設された。本学部の「基礎ゼミナールI・II」の設計は、16年に行われた設置準備室教員・関係職員対象の研修と、就任予定の全教員へのFD研修を通じて行われた⁴⁾。研修講師は筆者が担当し、研修参加者に授業設計や学習評価の基礎を解説した。また、授業運営の工夫を伝え、アクティブラーニングを実際に体験してもらい、基礎ゼミナール設計ワークショップを行うことで、担当教員のファシリテーション・スキルの向上と授業設計の指針の共有がなされた。さらに、学習者が自律的に自身の経験や知識をもとに課題解決を行うことを促せるよう到達目標を共有し、設定した。

現在、大学1年前期で行われている「基礎ゼミナールI」は全15回で、大学1年生約70人が複数の教員と共に、主としてゼミ単位・グループ単位で学び合う。毎回の授業計画は、到達目標・学習活動(授業進行表)・評価方法を一覧化したコマシラバスで教員間に共有される。表に本講義の授業計画、各回の主題と学習活動を示す。大学で学ぶ動機付けと仲間づくり(第1回)、基本的なスタディ・スキル(第2、5~7回)、情報収集と発表技法(第8~10、12~14回)、リフレクション(第11、15回)と、授業が進行するにつれて個人活動とグループ活動を行き来しながら、学生が専門教育で学ぶためのリテラシーが育成される。アクティブラーニングとしては、学習管理システム(LMS)へのミニッツペーパー提出とフィードバック、Microsoft TeamsやオンラインホワイトボードMiro上でのポスター共同編集、ポス

●表 北陸大学医療保健学部医療技術学科の「基礎ゼミナールI」授業計画・学習活動
第5、6回の前後に行われる「自然科学概論」では、多岐にわたる学習活動で不足しがちな個人での情報収集や探求を狙いとす。

	回	主題	学習活動
4/13	第1回	オリエンテーション	・授業ガイダンス ・ゼミのクラス分け、担任紹介 ・ゼミメンバー自己紹介 ・キャンパスウォーク
4/20	第2回	ラーニングリテラシー① ノートテイク	・ノート、メモの取り方 ・マナーについて
4/27	第3回	対人関係、心の健康について	・講義(スクールカウンセラー)
5/11	第4回	臨床検査技師、臨床工学技士の仕事について知ろう	・講義(各職種の教員)
5/16	科目間連携	自然科学概論:各自が興味あるサイエンスの話題を他者に紹介する	・科学的根拠を得る(書籍の利用法、図書館の利用法)
5/18	第5回	ラーニングリテラシー② ライティング	・ライティングの基礎(志望動機と決意表明)
5/23	科目間連携	自然科学概論	・要約の作成(個人発表の準備)
5/25	第6回	ラーニングリテラシー③ 情報検索	・情報の検索(新聞、文献、書籍、インターネット、図書館等を用いた検索) ・自然科学概論のテーマで、相互に支援しながら情報検索
5/30	科目間連携	自然科学概論	・個人発表の実践(ポスター提示と30秒スピーチ)
6/3	第7回	ラーニングリテラシー④ ふりかえり	・ふりかえりの意味と方法 ・自然科学概論の発表をふりかえる ・第8~10回の導入 ・第8~10回のグループメンバー発表
6/8	第8回	読む力、まとめる力をつける①	・質問づくり ・グループでのテーマ(「問い」)を決める
6/15	第9回	読む力、まとめる力をつける②	・情報収集・分析・まとめ ・ポスター作成
6/22	第10回	読む力、まとめる力をつける③	・発表会(ポスターツアー*)
6/29	第11回	第8~10回のふりかえり 「科目と職業のつながり」 グループワーク①	・第8~10回のふりかえり ・第11~15回の導入
7/6	第12回	「科目と職業のつながり」 グループワーク②	・シラバスを読む ・教員インタビュー
7/13	第13回	「科目と職業のつながり」 グループワーク③	・ポスター作成
7/20	第14回	「科目と職業のつながり」 グループワーク④	・発表会
7/27	第15回	まとめ(前期のふりかえり)	・30秒プレゼン、ギャラリーウォーク*2

*1:学習内容に関するポスターをグループで作成した後、グループを再編成し、全てのポスターの内容を発表し合って共有するアクティブラーニングの手法。

*2:成果物を展示して各展示を自由に見て回りながら、感想や評価を共有し合う手法。グループの編成を行わない点がポスターツアーとの相違点である。

ターツアー、各グループでの学科カリキュラムのコンセプトマップ(註)の作成などを行う。次第にグループ内での責任感⁵⁾や多職種連携に必要な協働力が育成されるように、学習活動が配置されている。

さらに、担当教員が複数かかわって共同ファシリテーションを行った上で、科目を水平に横断する科目間連携も試みている。多岐にわたる学習活動で個人での情報収集や探求は不足しがちなため、第5、6回の前後に行われる「自然科学概論」で取り組んでもらう。このように、学生個人の学習の深まりと、グループでの共有・協働を学習活動の両輪として扱うように工夫している。

大学1年後期「基礎ゼミナールII」でも同様に、「生命・医療倫理学」との科目間連携を図っている。初年次教育におけるゼミナール科目について、その場限りのグループワーク練習にとどめないためには、教員の持つさまざまな視点と専門分野の知識を学習活動に織りこんでいくことが求められるよう。「教員学習コミュニティ」の形成⁶⁾が、学生同士の協働の映し鏡となっていくのである。

*

アーティキュレーションの実現は、高大接続にとどまりません。むしろ変化の激しい社会を医療職として生きていくためには、専門教育接続・社会接続のカリキュラムを再構成することが必要でしょう。初年次教育での経験を一過性のものとしないうちにも、私たち教員は、学生が科目を超えて学習経験を深め、協働する礎を築くカリキュラムを模索せねばなりません。

今回は、反転授業・反転学習について解説する。

註:概念と概念を線で結ぶなどして、概念間の関係性を視覚化する技法⁵⁾。

参考文献

- 1) 清水一彦. 教育における接続論と教育制度改革の原理. 教育学研究. 2016; 83(4): 384-97.
- 2) 初年次教育学会(編). 進化する初年次教育. 世界思想社: 2018.
- 3) 前原澄子, 他(監). 看護学生のためのよくわかる大学での学び方. 金芳堂: 2014.
- 4) 滝野豊, 他. 学部新設に伴う就任予定教員の就任前FD研修——大学教育の新たな取り組みについて学ぶ. 臨床検査学教育. 2018; 10(2): 250-6.
- 5) 中井俊樹, 他(編). 看護教育実践シリーズ3——授業方法の基礎. 医学書院: 2017.
- 6) 杉森公一. ファカルティ・ラーニング・コミュニティの形成——対話型省察的実践のアクションリサーチ. 北陸大紀. 2022; 52: 309-19.

授業をよりよくするために、授業方法の「いろは」を学ぶ

<看護教育実践シリーズ・3> 授業方法の基礎

効果的な学びをもたらすためにはどのように授業を行えばよいのか。さまざまある教材をどのように活用すればよいのか。授業方法に頭を悩ます教員は少なくない。本書は、授業方法の改善を通して自身の授業をよりよくしたいと願う教員に向けて、授業にまつわる基礎知識や具体的な方法を示し、陥りがちな課題とその解決策を紹介。初めて教壇に立つ教員からベテラン教員まで、すべての看護教員にとって心強い1冊。

シリーズ編集
中井俊樹
中井俊樹
小林忠資

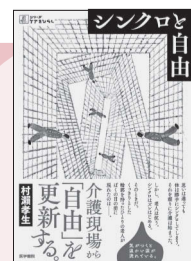


介護現場から「自由」を更新する。

<シリーズ ケアをひらく> シンクロと自由

「こんな老人ホームなら入りたい！」と熱い反響を呼んだNHK番組「よりあいの森老いに沿う」。その施設長が綴る、自由と不自由の織りなす不思議な物語。万策尽きて、途方に暮れているのに、希望が勝手にやってくる。誰も介護はされたくないし、誰も介護はしたくないのに、笑いがにじみ出てくる。しなやかなエピソードに浸っているだけなのに、気づくと温かい涙が流れている。

村瀬学生



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212回〉

看護師長会議の議長は誰がすべきか

民間会社の調査¹⁾によると、オンライン会議は対面会議よりも「参加者の日程や会議室等の調整などが容易である」という結果から、オンライン会議では会議参加者が増えやすく、会議体が大きくなっている可能性が考えられる。一方で、社内でありがちな「ちょっと軽く話ができれば」といった15~30分程度の会議はオンラインでは実施しにくい可能性があることが、開催時間の差異から推察されるという。

移動や場所の確保が不要なオンライン会議のメリットを感じている人は多いが、それ以上にビジネスパーソンは、対面/オンラインに限らず「目的がはっきりしていること」「議題が明確なこと」が社内会議を行う上で重要なファクターだととらえ、「いつも同じ人が発言している」「発言をしない人がいる」ことを共に問題視していることがわかったという。

猛獣使いの心得、牧羊犬のたしなみ

中医協の会長として議事の進行を担当した森田朗氏は『会議の政治学Ⅲ』(慈学社出版、2016年)でこんな話を書いている。

「すでに決めたことについての蒸し返しの議論や空気の読めない意見、空拍子のない新たな提案や問題点の指

摘」などの発言は「一応聞き置くことにする」。ただしそれに対して、「あなたは何をいいたいのだ! 現場で医師や看護師がどれほどがんばっているのか知っているのか!」などの言葉のやりとりが続き、議論は収束するどころか分裂を起こすこともある。

そこで、アジェンダを「承認事項」と「報告事項」に明確に区別して、報告事項は質問を受け付けるだけにした。しかし、発言の機会を与えられたのを好機に、報告とは直接関係のないことを長々と話し始める委員がいたり、支援者へ向けてのパフォーマンスもあったり、関係のないテーマについて延々と「議論のための議論」が続く。すると多くの委員から会長に向けて「何とかしろ」という暗黙のメッセージが発せられる。こうした状態を終わらせるための技術は、イヤミを交えた牽制やわざと時計をみるふりなどをして強引に発言を打ち切ることだとしている。

そして、議長としての苦勞を次のように記述する。「猛獣は、猛獣使いの指示に従って行動するが、指示が気に入らないときや気分が乗らないときは、猛獣使いの言うことを聞かない。しつこい指示に対しては、逆に猛獣使いに吠えかかって脅かす。実にプライドの高いこうした猛獣をうまく働かせるには、猛獣のプライドを最大限尊重

しつつも、最終的には、「猛獣使いの方が偉いのだぞ」と威厳を示すことが必要である」とした上で、以下の注釈が入る。「この方法が有効なのは、多数の猛獣が猛獣使いの権威を認め、指示を妥当なものとして受け容れている場合である。猛獣の多くが猛獣使いに不満を持っているときは、猛獣使いは、猛獣たちに噛み殺されてしまうことになりかねない」というのである。このあとも、「猛獣は逆襲することもある」が結局、「議長は牧羊犬でもある」ので、「あくまでも中立でなければならない」。そして議長が持っている唯一の特権は、「会議の途中で休憩を宣言できること」であり、休憩を取るタイミングをコントロールすることで審議をコントロールすることができる。と述べる。

ガバナンスとアカウンタビリティを踏まえた部長の責務

中医協の議長のハナシを長々と引用したのは、看護部の看護師長会議について考えたいと思ったからである。看護師長会議は、たいていの場合、看護部長が主宰する。看護部長は、病院内で最大の集団であり患者サービスの質を決める重要な組織のガバナンスとアカウンタビリティを担っている。

ガバナンス(governance)とは「組織などをまとめあげるために方針やルールなどを決めて、それらを組織内にあまねく行き渡らせて実行すること」であり、統治・支配・管理という語に相当する。統治というと、権力者が国を治めるイメージがあるが、ガバナンスの主体は権力者や国とは限らない。マスメディアでガバナンスという言葉をよく見かけるようになったのは1990年代であり、当時、コーポレー

トガバナンス(企業統治)の概念が注目されたことが背景にある。

アカウンタビリティ(accountability)とは、単純に「説明責任」として使われることも多いが、会計主体(主に企業)が保有する資源の利用を認めた利害関係者に対して負う責任を指し、アカウンティング(会計)とレスポンシビリティ(責任)の合成語であるアカウンタビリティは「説明報告責任」を含んでいるため、単純なレスポンシビリティとは区別して使われる。「企業だけでなく、政府や行政などもその政策内容等について国民への説明義務を負う」という意味で使われる。

看護部長は、おそらく最低月1回以上は開催される看護師長会という会議体において、ガバナンスとアカウンタビリティを果たす重要な機会を持つ。中医協の会長が議長を務め、幾多の猛獣をコントロールして一定の結論に達するように、看護師長会議も個性的な猛獣を育て議論し、看護部の考えや活動を公開するアカウンタビリティを持たなければならない。

このように考えると、看護師長会議の議長は、師長持ち回りなどという発想ではなく、看護部長が真剣勝負の場として、議長を担わなければならない。参議院議長も衆議院議長も、議員が持ち回りでやるなどということはない。

●参考文献・URL

1) 株式会社ジェイアール東海エージェンシー. ビジネスパーソン・ウォッチング調査 vol.34 ビジネスパーソンの「社内会議」に関する調査 2020. 2021. <https://www.jrta.co.jp/research/195.php>

スマホアプリで
オフライン再生
も対応!

看護・ケア・リハ 院内・施設内の 研修実施・管理をトータルで!

かんたん選択
「カリキュラム」と
「対象スタッフ」を
選ぶかんたん2ステップ

3つの専門
チャンネルの視聴

研修管理の
自動化
受講記録作成、
視聴リマインドなど
すべて自動化



はぐくも



看護専門
ナースタディ



ケア専門
ケアラル



リハ専門
リハノメ

全チャンネルで新コンテンツを毎週追加!

こんなお悩みをもつ 管理者様に!

- ✓ スタッフがオンライン研修を見てくれない
- ✓ スタッフによって学んでほしいことが違う
- ✓ 3職種の研修準備は手間もコストもかかる
- ✓ 業務と研修準備の両立が大変
- ✓ 研修の内容を決められない
- ✓ スタッフ全員の方向性を統一したい

01 かんたん2ステップで、あとはすべて自動!

カリキュラムと対象スタッフを選ぶだけの最短2ステップで研修計画の作成が完了。職種やキャリア別におすすめカリキュラムがあるため研修選びに迷うことがありません。

02 看護・ケア・リハの専門チャンネルが見放題

看護専門の「ナースタディ」、ケア専門の「ケアラル」、リハ専門の「リハノメ」が見放題。毎月60本以上の動画がアップされます。

03 研修計画・実施・管理が、どんどんラクに

視聴締切やレポート提出などのリマインドは全ておまかせ。受講完了したスタッフの人数や研修レポート提出状況などが一目でわかり、カリキュラムごとにレポートを出力できるので研修実施記録としても活用できます。

料金体系

基本料金

- 初期設定費用 55,800円(税込)

今だけ 0円

6名様 15,400円/月(税込)
よりご利用いただけます

- 追加視聴アカウント 880円/月(税込) ※1名様
- 追加管理アカウント 5,500円/月(税込) ※1名様 (視聴も可能)
- ライトアカウント 330円/月(税込) ※1名様 (オリジナル動画に限定して視聴できます)

自信があるから! **全額返金保証**

返金対象には一定の条件があります。詳しくはお問い合わせください。

※「はぐくも」は1年契約となります
令和2年度第3次補正 事業再構築補助金により作成

株式会社 **gene** ジェン

〒461-0004 愛知県名古屋市中区葵1丁目26-12 IKKO 新栄ビル6階


✉ hugkumo@gene-llc.jp

Tel.052-325-6611

はぐくも 検索

各種 SNS 更新中!
ぜひチェック & フォローしてください!

詳しくはこちら



Medical Library

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

知っておきたい変更点 NANDA-I 看護診断 定義と分類 2021-2023

上鶴 重美 ● 著

A5・頁128
定価:2,200円(本体2,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04808-8

講義動画 NANDA-I看護診断 徹底解説 特別編 知っておきたい変更点 NANDA-I 看護診断 定義と分類 2021-2023

上鶴 重美 ● 著

定価:2,200円(本体2,000円+税10%) 医学書院

評者 和智 幸江

横浜市病院協会看護専門学校教務課長

本書と本講義動画は、看護を実践する人はもちろんのこと、看護を学ぶ人、教える人にとって看護診断の理解を深めるために役立つものです。

『NANDA-I看護診断 定義と分類』は3年ごとに改訂されますが、今版はエビデンス強化、診断手がかり用語の統一などにより、多くの看護診断が改定されていて理解に難儀します。本書は、変更のポイントとその理由をわかりやすく解説しています。本書の著者であり、NANDA インターナショナル前理事長の上鶴重美先生による講義動画『講義動画 NANDA-I看護診断 徹底解説』特別編 知っておきたい変更点 NANDA-I看護診断 定義と分類 2021-2023』を併せて視聴すると、何がどう変わったのかをさらに整理して理解できます。看護診断の開発過程において、それぞれの看護診断がどのように誕生し変更されてきたのか、それぞれの看護診断に内在する課題などを知ることで、本来どのような事象に対応した看護診断なのか明確になります。また、看護診断を提案した各国の社会文化的背景や医療の問題に触れ、さらに関心が深まります。

本書では看護診断の理解に役立つ2つのモデルを紹介しています。その1つ「看護実践の3部構造モデル」は、

看護実践を「医学診断に基づく看護実践」「看護診断に基づく看護実践」「施設内手順に基づく看護実践」の3つの主な領域に分けて説明し、看護師独自の判断に基づく看護介入の根拠としての看護診断の位置付けを明示しています。私は、看護独自の機能とは何かを問い、常にそこに立ち戻って看護を考えてほしいという願いを込めて、看護過程の授業でこのモデルを学生に紹介しています。

もう1つは、「臨床推論モデル」です。私は、上鶴先生の主催する看護ラボラトリーのセミナーで初めてこのモデルに出会いました。先生はこのモデルを説明する時に、看護診断を“湖を走る船のエンジン”と例えました。このモデルは、“アセスメントから看護診断の過程が根拠(診断指標・危険因子・関連因子)を持ってなされていけば、おのずと目標やアウトカム、そして看護介入が導きだされる。つまり、看護診断は看護過程の原動力となっている”ということを含点させてくれます。以来、私はこのモデルを使って看護過程と看護診断の関係を学生に説明しています。本書では、臨床推論モデルを看護診断の3つのタイプ(「問題焦点型看護診断」「リスク型看護診断」「ヘルスプロモーション型看護診断」)ごとに説明して

学生に伝えたい看護診断の理解に役立つ2つのモデル



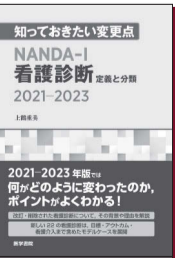
講義動画の様子

2021-2023年版では何がどのように変わったのか、ポイントがすぐにわかる!

知っておきたい変更点 NANDA-I看護診断 定義と分類 2021-2023

『NANDA-I看護診断 定義と分類 2021-2023』の変更点のうち、おさえておくべき事項を、日本の状況をふまえながらコンパクトに解説。加えて、看護診断の活用に関与する2つのモデル(看護実践の3部構造モデル・臨床推論モデル)も紹介。新しい22の診断は、モデルケースを使い、臨床推論モデルに則って、目標・アウトカム・介入までを含んだ展開例を提示。原著編者・日本語版訳者による確かな解説で知識をアップデート!

上鶴重美



在宅ケアのための判断力トレーニング 訪問看護師の思考が見える

清水 奈穂美 ● 著

A5・頁160
定価:2,200円(本体2,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04887-3

評者 川村 佐和子

東京都医学総合研究所客員研究員

先日、看護師は特定行為研修制度によって、ミニドクターになるのではないかと質問を受けました。その看護師の意見では、2015年に保健師助産師看護師法第37条が改正され、創設された特定行為研修制度によって、さらに医学知識と技術を学修することになり、看護師は医学に傾倒し、本来の看護を忘れてしまうのではないかと問うたのです。このような疑問を抱いて、看護師は、改めて、看護学や看護業務の本質を考え直しているようです。

この本の構成は、1. 訪問看護師の思考プロセス、2. 判断力を鍛える方法、3. 自律的な学びを支えるもの、となっており、訪問看護師が行う看護判断についての著書としては大変新しい書籍です。また、この本の特徴は、単に読んで終わりではなく、基本を読み終わった後に、自己トレーニングでそれを身につけるように導くというところにあります。

著者は看護判断を「医学的根拠に基づき推論する予測的判断と対話に基づく価値判断をすり合わせ、療養者の思いを多職種連携の中心に置き、その時の状況、その場にあった判断を導きます」と説明し、事例を用いて実践的に医学と看護学を統合して判断する考え方を示しています。

自己トレーニングは、まず、看護判

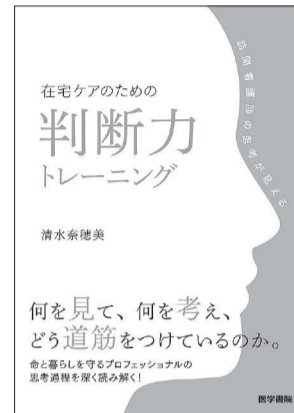
断と「訪問看護師の判断を支える4つの力と最善解を導く意思決定の共有を具体的に解き明かす」考え方を理解します。その後、事例と事例に関する質問が提示され、それに読者が回答する方式によって、自己トレーニングを容易にできるように書かれています。

さらに、「在宅ケアの現場で判断に悩んだときには、ぜひこの本を手にとっていただければと思います」と記載し、看護やその裏打ちを成す看護学は、医学を学んだからといって失われてしまうような薄いものではないと主張し、実践で困ったときには、看護学に戻ってくれば、良い解に出合えると励ましてくれます。

この本は訪問看護師を対象に書かれていますが、医療施設内で働いている看護師にも通ずる判断法や考え方が書かれています。これから訪問看護師として働いてみたいと考えている方には、入門書になることでしょう。また、新人看護師が困っている場合には、実践の中心を成す判断力を強め、自信を持てるように導いてくれることでしょう。看護学生にとっては、考える力を自己トレーニングできる副読本として、看護力を育ててくれる書籍だと思います。

ぜひ、看護師の皆さまに手に取っていただきたい書物です。

在宅ケアのための判断力を強化する書籍



本書では、前述の「臨床推論モデル」を使ってアウトカムや介入も含めてモデルケースを解説しているのだからさらに理解しやすくなっています。

本書は、看護診断を基本から学びたい人にとっても役立つ1冊です。看護診断の構造的な理解を助けてくれること間違いなしのお勧めの良書です。

を心待ちにしておりました。本書では、

哲学の扉を、開けてみる。

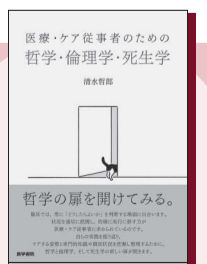
●お願い—読者の皆様へ
弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください。
記事内容に関する件
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ
送付先(住所・所属・宛名)変更および中止
FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務課へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5650/FAX(03)3815-7804 医学書院販売・PR部へ
ご注文につきましては、最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店にて承っております。

哲学の扉を、開けてみる。

医療・ケア従事者のための 哲学・倫理学・死生学

臨床では、常に「どうしたらよいか」を判断する場面に出会います。状況を適切に把握し、的確に実行に移す力が医療・ケア従事者に求められているのです。自らの実践を振り返り、ケアする姿勢と専門的知識や個別状況を把握し整理するために、哲学と倫理学、そして死生学の新しい扉が開きます。

清水哲郎



『精神看護』主催 無料Zoomセミナー

医学書院

精神科看護における頓服(向精神薬)で、「ほんとにこれでいいのかな」と感じている人、集まれ!

『精神科仕事術』の著者・山下隆之さんから、「頓服」に関する病棟改革の話聞き、みんなで考えよう!!



【講師】 山下 隆之 先生

株式会社There is 代表取締役
訪問看護ステーションらしさ 所長
精神科認定看護師

1988年看護師免許取得。以降2021年まで医療法人資生会八事病院などいくつかの精神科病院で看護師として30年以上務める。2021年4月に独立型の訪問看護ステーションらしさを開設。

2022年 **10月21日** **金** 19:00~21:00

【アーカイブ配信期間】

リアルタイム配信後～2022年11月21日

【開催形式】 オンライン視聴 (ZOOM)

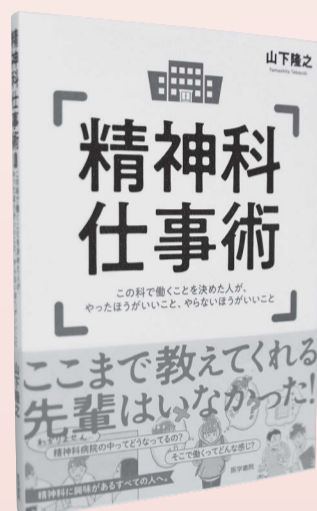
【プログラム】

- 19:00 インタロダクション
- 19:03 《講演》頓服をめぐる病棟文化を見直すには
- 19:45 休憩
- 19:50 質疑応答
- 20:50 閉会のご挨拶

薬の本質や、看護に必要な考え方や価値観、山下さんが経験した頓服の与薬をめぐる病棟改革を教えてください。

【参加条件】

購入してから参加ください。
『精神科仕事術』をテキストにしますので、



【お申し込み】

QRコードまたは下記のURLから
<https://www.igaku-shoin.co.jp/seminar/detail/221021sem>



医学書院の看護系雑誌

看護管理 9月号 Vol.32 No.9 1部定価:1,760円(税込) 冊子版年間購読料:18,876円(税込) 電子版も選べいただけます

特集 **看護職の処遇改善**
経済学視点と看護職員等処遇改善事業の経験から

医療・看護経済学の視点から見た看護職の処遇改善
なぜ看護師の技能は賃金で評価されにくいのか……………角田由佳

【インタビュー】看護職員等処遇改善事業の経緯とその意味
日本看護協会の取り組みを踏まえて……………福井トシ子

【インタビュー】看護職員等処遇改善事業を利用した施設の立場から
医療界全体の処遇改善を考えるきっかけに 済生会横浜市東部病院の経験
……………渡邊輝子/高杉知史

専門職としての役割や働きに見合った処遇を可能に ひだか病院の経験……………小松香世美

【特別記事】東京女子医科大学3医療施設の看護師長研修 コロナ禍における看護師長の役割変化から新たな変革を進めるための対話の技法「2 on 2」を学ぶ……………高 綾子

精神看護 9月号 Vol.25 No.5 1部定価:1,650円(税込) 冊子版年間購読料:8,382円(税込) 隔月刊

特集 赤坂真理×倉田めば
表現の中で安全に壊れること 回復に殺されないために

【レポート】分身ロボット「OriHime」を使って
パニック障害をかかえる利用者が出張活動に行ってみた……………中島裕子

【特別記事】教えて先輩! 看護って何?
現場のどうしよう、困ったを解消する看護理論
ベナーの「達人への5段階」モデル……………原作:中村創 漫画:水谷緑

看護教育 5月号 Vol.63 No.5 9月下旬発行

特集1 新人教員の「困った」を考える

特集2 看護教員として知っておきたい
今の学生とコミュニケーション

助産雑誌 5月号 Vol.76 No.5 9月下旬発行

特集 共働き家庭のための
出産準備アップデート

看護研究 5月号 Vol.55 No.5 9月下旬発行

特集 地元から看護学を創る
「地元創成看護学」の可能性

保健師ジャーナル 10月号 Vol.78 No.5 9月下旬発行

特集 精神疾患を抱える妊産婦への
子育て支援

訪問看護と介護 9月号 Vol.27 No.5 1部定価:1,650円(税込) 冊子版年間購読料:9,603円(税込) 隔月刊

特集 **忘れられない、特別な「あの人」**
在宅看取りの実践集

①「この町で暮らしてよかったよ」……………松山なつむ
②「あの人」との対話は続く……………榊原千秋
③「特別」をし、「特別」にしない……………大橋奈美
④両親の看取り……………柴田三奈子
⑤ふたりの絆……………安達弓恵
⑥訪問看護師としての私の根幹……………富岡里江

【巻頭企画】「らしさ」の追及と共有……………東京ひかりナースステーション

【特別記事】児童精神科の訪問看護は何をしているのか……………岡琢哉/校條文

【特別記事】訪問看護の「これあったらいいよね」を語り合おう
……………一般社団法人 Vehicle for Nurses

【特別企画】チャートでみる訪問看護業界2022年版……………編集室/日本訪問看護財団