

2014年6月23日

第3081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 (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週の主な内容

- [座談会]すべてのケアはスピリチュアルケアに通ず! (柏木哲夫, 田村恵子, 河正子, 岡本拓也)..... 1-3面
■[寄稿]医療関連機器圧迫創傷とは何か (須釜淳子)..... 4面
■[連載]看護のアジェンダ/第23回日本創傷・オストミー・失禁管理学会..... 5面
■[連載]量的研究エッセンシャル..... 6面
■MEDICAL LIBRARY..... 7面

座談会

すべてのケアはスピリチュアルケアに通ず!



岡本 拓也氏 洞爺温泉病院ホスピス長

柏木 哲夫氏 司会 淀川キリスト教病院グループ理事長 大阪大学名誉教授

河 正子氏 NPO 法人 緩和ケアサポートグループ代表

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教授

スピリチュアルケアは難しい? 何か特別なスキルが必要?

ケアに「スピリチュアル」とつく「霊的・宗教的なもの」,あるいは「特殊なケア」と身構えてしまう看護師も多いのではないかと思います。

患者のスピリチュアリティ,そしてスピリチュアルペインは個々に異なります。痛み,不安,恐怖,悲嘆.....,患者が抱えるさまざまな苦悩に対し,看護師をはじめ医療者はどのように寄り添っていけばいいのでしょうか。

臨床経験豊富なエキスパートが,その概念的な言葉を具体化し,日々の実践に活かせる心構えをお伝えします。

スピリチュアルケアは,決して特殊なケアではない

柏木 スピリチュアルケアは,その言葉の意味から「霊的・宗教的なもの」と誤解されている面もあるのではないのでしょうか。また,臨床現場でもそれぞれ少しずつ異なるニュアンスでとらえられている点もあるかと思ひます。現場の医療者はスピリチュアルケアをどうとらえていると感じていますか。

田村 1989年にホスピスで働き始めたころ,当時はスピリチュアルケアというのは宗教的なケア,キリスト教的なケアという意味合いが強く,皆でスピリチュアルケアに関する英語のテキストを用いて抄読会をしていたこともありましたが。しかし今はスピリチュアルケアの概念も整理され,霊的・宗教的な意味だけではなくと認識されるようになってきました。「緩和ケア」の講義で学生に,「私,スピリチュアルケアに関心があります」と言われたり,若い看護師が「この患者さん,スピリ

チュアルペインがあるみたい」という会話が自然と聞かれたりするようになり,言葉の浸透を感じます。

河 二十数年間,緩和ケアにかかわっていますが,当初はスピリチュアルペインや,スピリチュアルケアという理解はありませんでした。そこに,2000年代初め,村田久行氏によるいわゆる「村田理論」が提示されたことで,終末期のスピリチュアルペインについての理解が広がったと思ひます。それからではないでしょうか,看護師がスピリチュアルケアの必要性を意識するようになったのは。

今では,患者さんから「もう死にたい」「生きている意味がない」などの悲観的な言葉が出ると,スピリチュアルペインととらえ検討するようになってきています。一方課題としては,スピリチュアルペインを無くさなくてはならないという意識が強いことかもしれません。

岡本 「スピリチュアル」とつくことで,それを霊的・宗教的なニュアンスとしてとらえているのは,マスコミレベル

では多いと思ひます。しかし,すでに医療者の間では,スピリチュアルケアは霊的・宗教的なものに限らないというコンセンサスがとれていると思ひます。

医療者の間にひとつ誤解があるとすれば,それは「スピリチュアルケアは特殊なケア」と認識している向きがあることです。

田村 たしかに,具体的なスピリチュアルケアの実践を考えると「どうしたらいいの?」「ちょっと私にはできないわ」と身構えてしまう看護師も多いように思ひます。

柏木 それはどうしてでしょうか。

田村 スピリチュアルという言葉の持つ不明瞭さや不確かさ,あるいはそれに引かれる気持ちなど,ベクトルの違ういくつかの要素がミックスされて,経験の浅い看護師は「スピリチュアルケアは気になるけど,中身がよくわからない」とためらいを感じているのでしょう。

岡本 スピリチュアルケアは決して特殊なケアではなく,普段のケアと連続性があるものです。もっと端的に言う

と,同じものでもあり得る。笑顔でありさつすることや,丁寧に食事介助や体位交換することもスピリチュアルケアにつながる。「すべての道はローマに通ず」ならぬ,「すべてのケアはスピリチュアルケアに通ず」と言えるのではないのでしょうか。

柏木 私の経験上,患者のスピリチュアルペインに応じてすべきスピリチュアルケアのレベルには,差があるように思ひます。例えば,優しい笑顔で接することがその人のスピリチュアルケアになる患者と,医療者ではどうにもならず,宗教家の積極的な介入が必要なスピリチュアルペインのある患者がいることです。このような差に対しては,どうとらえていますか。

岡本 私は,日常的なケアで対応できるペインと宗教的に介入が必要なペインというのは本質的にはつながりがあると思ひています。患者さんの中にあるさまざまなつらさは,バラバラに存在しているわけではなく,一人の人間

(2面につづく)

June 2014 新刊のご案内
医学書院
●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは,お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。
臨床医のための小児精神医療入門
日本腎不全看護学会誌 第16巻 第1号
ユマニチュード入門
ユマニチュード[DVD]
マタニティ診断にもとづく母性看護過程の授業設計
2015年版 保健師国家試験問題
2015年版 准看護師試験問題集
今日の診療プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

座談会 すべてのケアはスピリチュアルケアに通ず!

(1面よりつづく)

の中に、1つのものとして、あるいは連続性のあるものとして存在しています。スピリチュアルペインの軽重にかかわらず「大切にされているんだ」と感じるケアをすることが、患者それぞれのスピリチュアリティにタッチし、スピリチュアルケアになるわけです。

スピリチュアルペインを 持ち得る存在としての人間

柏木 心のこもったケアをすることが、スピリチュアルケアにつながっていく。私も同感です。では、良いケアを提供したら、それはスピリチュアルケアになっているのだから、スピリチュアルケアという概念を取り立てて議論する必要はなくなってしまうことになりませんか。

岡本 もちろん、そんなことはありません。スピリチュアルペインの有無にかかわらず、スピリチュアルペインを持ち得る人間に対するケアは特に強調されるべきで、褥瘡ができて存在である人間に対するケア、誤嚥性肺炎を発生し得る存在である人間に対するケアがあるように、スピリチュアルペインを持ち得る存在である人間に対するケアが、スピリチュアルケアになるわけです。スピリチュアルなものを生み出す、生物・種としての能力が、幸か不幸か人間には備わっているのです。人間にはスピリチュアルケアが必要になってくるのです。

田村 私は週に2回、緩和ケアチームで活動していますが、先日、あるせん妄の症状がみられる患者さんとの対話から、スピリチュアルペインのとらえ方を顧みる機会がありました。

「夢に子どもが200—300人出てきて、足を引っ張るんや」と訴えていたその方は、「今日は調子が悪い。もうすぐお迎えが来るのかなあ」と話したのです。医師が、「もうすぐお迎えが来るとして、何かしておきたいこと、気になっていることはありませんか」と尋ねたところ、「お水を飲みたい」と求めました。あまりに日常的なニー

ドだったので、「え? お水ですか」と、拍子抜けしてしまいました。でも、その方はもう半年近く絶食している。ああ、この人にとって、死ぬまでに一度ガブガブお水を飲みたいというのはまさしくスピリチュアルペインなのだと思います。

岡本 「魂の渇き」という表現もありますが、身体的な渇きとスピリチュアルな渇きが、連続性のある1つのこととして存在しているという好例ですね。スピリチュアルペインやスピリチュアルケアは「こういうもの」という固定観念が出来上がってしまうと、「水が飲みたい」という患者の素朴な発言に拍子抜けするという、ちょっと怖いようなことが起こってしまいます。

田村 ええ、私はおごっているなと思いました。それぞれのスピリチュアルペインが重要なのではなく、スピリチュアルペインを抱える患者に対するケア、という視点が欠かせないのだとあらためて認識しました。

岡本 ペインに着目すると、どうしても医学モデル、診断・治療モデルの視点になってしまいます。すると、疾患を分析するのと同じようにスピリチュアルペインを見てしてしまう。それは逆に、ケアの本質から遠ざかる行為になってしまいます。

河 看護師もその点が課題です。患者の苦悩をスピリチュアルペインとしてとらえたときに、それを何とか緩和しなければいけないと考えてしまう傾向があるように思います。

柏木 ケアではなく、「緩和する」ことが優先されてしまう危うさもあるのですね。

河 ええ。それは結果として「患者さんはつらいのだから、まず鎮静を」となりかねない危うさとも言えます。しかし、何が何でも患者の苦悩をゼロにしないでいいのです。患者が抱えるスピリチュアルペインを意識しながら、少しでも心地よい日常を整えるケアを探ることが、スピリチュアルペインを和らげるスピリチュアルケアになり得る。そういう考えが広く共有できるといいですね。

岡本 そうですね、特殊なケアも一般



●田村恵子氏 1978年四天王寺女子短大保健学科卒、80年高槻市医師会看護専門学校卒、1987年から淀川キリスト教病院勤務。96年聖路加看護大学院前期博士課程修了、97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(医学博士)。がん看護、特に進行がん患者のスピリチュアルペインとそのケアに関心をもって取り組み、その活躍の様子は08年、NHK「プロフェッショナル仕事の流儀」でも紹介された。14年より現職。著書に『余命18日をどう生きるか』(朝日新聞出版)、『看護に活かすスピリチュアルケアの手引き』(青海社)など。



●河正子氏 1975年東大医学部保健学科卒。虎の門病院勤務を機に終末期がん患者の看護を課題と考える。81年東大大学院医学系研究科修了。90年に救世軍清瀬病院にホスピス棟が開設されたことを知り、非常勤看護師として現在まで勤務。96年から10年間、東大大学院講師を務める。その後、2006年に緩和ケアサポートグループを設立。代表として緩和ケアの普及と充実のための活動を模索、08年にNPO法人化。著書に『看護に活かすスピリチュアルケアの手引き』(青海社)などがある。

のケアも本質においては同じものと理解し、いろいろなスピリチュアルケアがあっていいと思います。

「受け身の踏み込み」が 患者のワークを促す

柏木 日常の良いケアを継続していくことが、スピリチュアルペインを持つ患者さんに効果を与え、それが「魂に触れるかわり」へつながることがわかりました。では「これが私にとってのスピリチュアルケア」と語れるような患者さんとのかわりがありますか。河 反省の残るエピソードですが、「なんでこんな病気になったのか。バチが当たったのかもしれない」と繰り返す高齢の患者さんとかかわった時のことです。「バチが当たったわけじゃないですよ」と気持ちを静めようとするのですが、「バチが当たったんだ」と繰り返していました。そこで「Aさんが1つ病気を引き受けてくれたおかげで、この病気にかからずに済んだ人が1人いた、そう考えられませんか」と言ってみたのです。そしたら、すごく喜んでくださったので「これはいいケアができた!」と思いました。ところが次にお会いしたときには、また同じことをつぶやいておられました。

柏木 継続性がなかった。

河 ええ。「バチ」という言葉の背景を踏まえたケアが継続できたら、スピリチュアルケアになったかもしれません。そこは反省点です。その後、海外の文献を読んでいて「スピリチュアル・ワーク」という言葉に出会いました。患者が良好なスピリチュアル状態に向かうには、その人自身がワークしなければいけないというのです。医療者は、患者自身がワークする環境を整える役割を果たすこと、そしてワークを促すことも必要なだと気付かされました。

柏木 ケアの基本は、徹底的に受け身の姿勢であることですが、時には患者自らがペインを取り除くための「ワーク」を促す、いわゆる「受け身の踏み込み」も必要になります。

私が経験した卵巣がんが肺と肝臓に転移した60代後半の女性の例を挙げ

ますと、この方には娘さんが一人いて、娘さんが5歳のときにご自身が離婚しています。自分はもう残り少ない命だと悟ったのでしょうか。娘に苦勞をかけたと謝りたい気持ちがあった。それがその人にとってのワークの端緒だったのです。「死ぬまでに何をしたらいいかと、すごく考えるのです」と患者さんが打ち明けたとき、ソーシャルワーカーは「この人は何かやり残したことがあるに違いない」と気付くわけです。そこで「何がしたいですか」とちょっと踏み込む。すると、「娘に謝ってないんで」と言うのです。続いてワーカーの発した「娘さんのことを本当に大事に思っていたらしゃるんですね」という一言が、その人に大きく響きました。次の日、その患者さんは娘さんに正式に謝り、そして娘さんも許した。

このような踏み込みが患者さんにとってのワークとなり、ペインが取り除かれるに至ったのです。

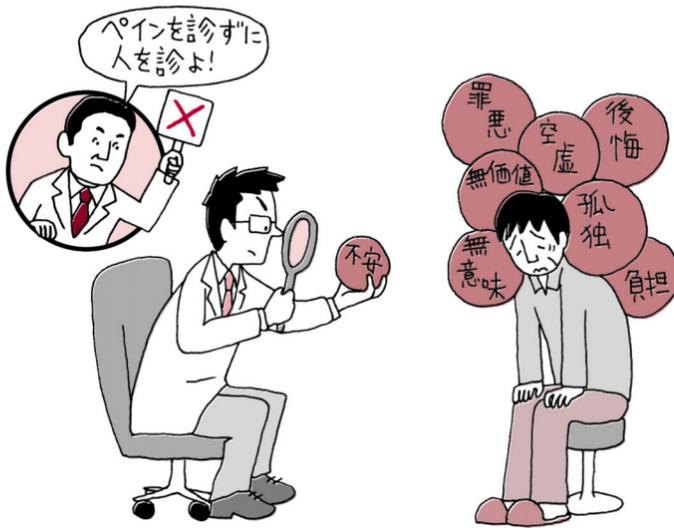
岡本 もちろん受け身的な態度は基本的な姿勢ですが、さらに踏み込みができる大きな効果も期待できますよね。米国の心理学者C.ロジャーズが提唱した「クライアント中心療法」が良いと思われすぎている部分もあります。

柏木 岡本先生は何か事例はありますか。

岡本 「死んだらどうなるのかねえ」と不安げに繰り返す、浄土真宗の信仰を持っているおばあさんがいました。ご自身の思いをまずは傾聴し、その上で、浄土真宗の宗祖・親鸞の語りをまとめた『歎異抄』の一節を話しました。

田村 なんと話したのでしょうか。

岡本 「善人なおもて往生を遂ぐ、いわんや悪人をや」、ですよ。だったら大丈夫じゃないですか! Bさんが極楽に行くのは、阿弥陀さまの願いなんですよ!」と言いました。そしたら「そうかあ!」と言ってサーッと表情が晴れていった。それからはスピリチュアルペインがあまり見られなくなりました。宗教的な言葉は、長い歴史によって磨き抜かれてきた言葉の宝庫なので、もの見方を転換し得る大きな力を持っています。うまく提示すれば大きな変化の源になります。



(イラスト:堀江篤史氏)

「スピリチュアルケア」を知ると、明日からのケアが変わる!

医学書院

誰も教えてくれなかった スピリチュアルケア

岡本拓也

「スピリチュアルケアって何?」本書は、臨床で働く医師、ナース、そしてすべての医療者のために、何よりも臨床に役立つ形で、わかりやすく、スピリチュアルケアについて解説した本です。スピリチュアルケアは、決して特殊なケアではなく、すべてのケアの基盤になるといえるほど、大切な考え方であり、役に立つ方法です。スピリチュアルケアを理解することによって、日々のケアのあり方が変わってきます。

●目次 序章 すべてのケアはスピリチュアルケアに通ず 第1章 実践するスピリチュアルケア 医療者にできることは何か? 第2章 個性を理解するために スピリチュアルケアはここから始まる 第3章 スピリチュアルな経験とは何か 第4章 「意味・価値・目的」へのまなざし 第5章 スピリチュアリティとは何か 第6章 スピリチュアルペインとは何か 第7章 スピリチュアルケアとは何か



●A5 頁208 2014年 定価:本体2,500円+税 [ISBN978-4-260-02010-7]

座談会



●岡本拓也氏
1989年京大法学部卒。浪速少年院法務官、キリスト教会奉仕会などに従事。その際、スイス人医師ポール・トゥルニエの書籍と出会い、医師をめざす。2000年北大医学部を卒業後、札幌大地区医療総合医学講座、聖隷三方原病院、栄光病院を経て08年より現職。日本緩和医療学会認定緩和医療専門医。主な著書に『わかりやすい構造構成理論——緩和ケアの本質を解く』（青海社）、近著に『誰も教えてくれなかったスピリチュアルケア』（医学書院）がある。



●柏木哲夫氏
1965年阪大医学部卒。同大精神神経科に3年間勤務し、ワシントン大に留学。アメリカ精神医学の研修を積む。72年に帰国し、淀川キリスト教病院に精神神経科を開設。同時にターミナルケア実践のためのチームを結成。84年には日本で2番目となるホスピスを開設。副院長、ホスピス長を経て、1993年阪大教授に就任。淀川キリスト教病院名誉ホスピス長。2004年より金城学院大学長。07年から同学院長を兼務。13年より現職。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団理事長。1994年日米医学功労賞、1998年朝日社会福祉賞、2004年保健文化賞受賞。

柏木 宗教的な言葉を用いない例もありますか。

岡本 家族に謝罪の気持ちを打ち明けた男性患者の例があります。担当の看護師が「気持ちを手紙に書いて家族に伝えたらどうですか」と提案すると、手紙を書いたのです。読んだ家族も「こんなことを思ってたんだ」とボロボロ泣いて、家族の和解が成りました。「踏み込み」は、日常的になされるべきケアの一つだと思います。

柏木 あくまで、普段のケアの連続性のなかで行われるべき、と。

岡本 ええ、ですから「何か特別なケアをしなければ」と思わないほうがいい。スピリチュアルペインは必ずしも、医療者がすべて取り除かなければならないものではなく、その人自身が解決していくものでもあるのです。患者自身がワークをすることで、スピリチュアルペインがその人の成長の糧になり、人間として、また一つ広い見方ができるようになるのではないのでしょうか。

田村 患者さん自身が「脱皮する」、と言ってもいいかもしれません。

岡本 その通りですね。

田村 私たち医療者が患者さんをいかにナビゲートするか、その役割は大きいと思います。一方で、踏み込んだばかりに患者さんの気持ちがマイナス方向に揺れ動いてしまったとなると、踏み込んだ側は責任を感じてしまいます。「普段のケアの延長」とは言え、通常のケアとは違いグッと相手の心に入るわけですから、経験の浅い医療者には踏み込むことへの怖さもあるでしょう。踏み込む瞬間を見極めるには、少しトレーニングが要ります。教育の段階から少しずつ後進に伝えていきたいですね。

必ずしも時間をかけなければいけないわけではない

柏木 ワークを促すには、「人間力」、そのなかでも特に「共感力」が必要になります。共感力こそスピリチュアルケアに大切な要素だと思っています。

非常に印象に残っている患者さんの一人に、睾丸の悪性腫瘍が肺転移して

亡くなった25歳の青年がいます。ある回診のときです。部屋にはいつもと違う緊張感が漂い、「これは何か言いたいことがあるに違いない」、そう感じ取ってベッドサイドに腰掛けました。すると、私が口を開く前に、「先生、僕、25歳なんです。なんで、こんなに若くして死なないといけないんですか」と話し始めた。それを言いたくて私を待っていたわけですね。その言い方が、あまりにも切実でね。どう答えていいかわからないまま、「25歳ね。こんなに若くてね」と返しました。それで私はポロッと涙が出た。自分でも、泣くなんて想像だにしませんでした。でもそれで彼の緊張がフッと取れて、「先生、ありがとう」「またしっかり診ていくね」と言葉を交わしました。彼は、それから2週間ほどで亡くなりました。

岡本 「こんなに若くてね」という、自然な共感の発露だったからこそ伝わったのでしょうか。単なるコミュニケーションのスキルとして取り組むのではうまくいかなかったと思います。

柏木 私が意識的に行っているのは、患者さんと自分の立場を「入れ替える」ことです。患者になり替わった自分はベッドへ、ベッドにいた患者さんは医師に入れ替わることを想像する。そのとき、患者になり替わった私が聞きたい言葉を実際に発せられれば、一番共感できるのかなと思います。ベッドで横になって天井を見上げる姿を想像すると、「頑張ろうね」などという安易な励ましなんかできなくなる。

岡本 立場を入れ替え、相手の気持ちにできるだけ近づくことで、同じ言葉でも、声のトーンや、息遣いが変わっていきますよね。

柏木 ええ。精神科など、カウンセリングの効果は、「時間×深さ」で決まるという原則があり、ある程度の時間が必要とされます。それに対してスピリチュアルケアは、医療者が持っている持ち味がピタッと患者さんのニーズに合えば、短時間でも大きな力を発揮します。岡本先生が唱えた『歎異抄』の一節も、私のひと言も、ほんの数秒でした。スピリチュアルケアは、「時間をかけなければいけない」と難しく

考えなくていいのです。

あって当たり前の視点

柏木 では、スピリチュアルケアに関心を持つ医療者に対して、アドバイスはありますか。

河 初心者には、自分の気持ちに素直になることです。背伸びをしても見破られてしまいますから。相手を大切に思う自然な気持ちで接し、悲しいときには涙を流せばいい。患者さんの苦悩から自分は成長させてもらっているんだ、という気持ちでかかわっていくことです。経験を積み、自分自身の知性や、それまでの人生観など、培われた力を総動員できるようになれ

医療者も患者と共にケアを作り上げる

柏木 岡本先生は、同僚の医師に対して、スピリチュアルケアの観点をどのように伝えていきますか。

岡本 患者と共にケアを作り上げていくのだという意識を持つことです。そして何より、いつも笑顔で、余裕のある安定した態度を保つこと。医師に、余裕といつも変わらぬ安定感があることは、患者・家族やスタッフにとって、とても重要なことです。

柏木 治療者が自我を磨く、いわゆる治療的自我(therapeutic self)という概念があります。医師への戒めでもあります。ベッドサイドに座っただけで患者さんにスッと安心感が伝わるような、そういう医師像を自分で作っていく努力も必要になるでしょう。

看護師の教育について田村先生にうかがいます。看護師に対するスピリチュアルケアの教育は、今後ますます大切になると思いますが、いかがですか。

田村 私の大きな問いは、看護師が「スピリチュアルペインは人生の課題である」「あって当たり前」という意識をいかに持てるかということです。そうとらえたら、誰にでも当てはまるものです。この前提を学生や新人看護師に知ってほしいですね。そして、患者さんそれぞれが持つ人生の課題にアプローチするために、相手に関心を持ってほしい。関心を持つと、必ず相手のこれまでの人生がまざまざと見えてきますから。相手を理解することでさらに、ケアを受ける人がもともと備えている力、

少し高度ですが「ナビゲーション」もできるようになると思うのです。

岡本 自然さというのはすごく大事で、無理に肩肘を張って、気の利いたことを言おう、しよう、なんて思わないほうがいい。スピリチュアルケアは「特別だ」という意識を持たず、自然な感じがかかわってほしいですね。

河 良いケアができたとしても、それは自分だけでなく、いろんな人の支えがあってこそです。初心者には初心者の初々しいかわりがあり、先輩には先輩の、少し遠くを見据えたようなかわり方があります。医療者、患者とその家族、多くの力の集合でスピリチュアルケアが成り立っていくのだと思います。

看護というセルフケア能力やコーピング・ストラテジーを高めることにつながっていきます。基礎教育の段階からスピリチュアルケアについて考え、触れられれば、看護師の意識もおのずと変わってくるでしょう。

*

柏木 現代ホスピスの母と呼ばれる英国人医師のC. ソンダースが書いた書物のなかに、「Death is not medical issue, but human issue (人が死ぬという事は、医学的な出来事ではなくて人間的な出来事である)」という短い言葉があります。病院死が増えてきた現在、人が死ぬことは医学的な出来事のようにとらえられがちですが、もっと広く、ヒューマン・イシューとしてとらえる必要もあるということでしょう。スピリチュアルペインの、「ペイン」という言葉自体に何か痛みを想起させる面もあり、見失ってはいけない大切な概念を狭めてしまうように思います。その代わり「スピリチュアル・イシュー」、私の訳で言うと「魂の課題」は、ペインでなく人間誰もが持っている魂の課題ということになります。

そうすると、回復可能な病気で入院している患者も、末期の患者も魂の課題を持っていると見ることができるようになります。スピリチュアル・イシューに接する人は、ケアの基本を持った者として、ごく当たり前それぞれの課題に接していくことができるようになるであろうと思います。(了)

認知症ケアの新しい技法として注目を集める「ユマニチュード」。攻撃的になったり、徘徊するお年寄りを「こちらの世界」に戻す様子を指して「魔法のような」とも称されます。しかし、これは伝達可能な《技術》です。「見る」「話す」「触れる」「立つ」という看護の基本中の基本をただ徹底させるだけではなく、そこには精神論でもマニュアルでもないコツがあるのです。開発者と日本の臨床家たちが協力して作り上げた決定版入門書!

魔法? 奇跡? いえ「技術」です。ユマニチュード入門

本田美和子 + イヴ・ジネスト + ロゼット・マレスコッティ

●A5 頁148 2014年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-02028-2]

◎あの「ユマニチュード」が、見てわかる! **同時発売!**

ユマニチュード 優しさを伝えるケア技術 [DVD] 日本語版監修 本田美和子

●DVD版 価格:本体4,000円+税 (収録時間120分) [JAN4562483070018] 発行:IGM Japon / 販売:医学書院

医療者と患者・家族のふたつの目線で、なっとくのケアを探そう

患者の目線 医療関係者が患者・家族になってわかったこと

患者の本当の声を聞くことから始まる「患者が主人公」の医療。それがわかっている、なかなかできないのが現実である。本書では、医師、看護師、看護教員、医療ジャーナリストなど、20名の医療関係者が、自身の患者・家族体験をもとに「医療者のおかれている事情」と「患者・家族としての本音」のふたつの「目線」から、「なっとくのケア」へのヒントを医療者に向けて語りかける。



村上紀美子 編
医療ジャーナリスト

寄稿

新たな対策が求められる

医療関連機器圧迫創傷とは何か

須釜 淳子 金沢大学医薬保健研究域附属健康増進科学センター・センター長



●須釜 淳子氏
1985年千葉大看護学部看護学科卒。金沢大病院に勤務後、88年同大医療技術短大助手、同大医学部保健学科講師・助教授を経て、2006年より現職。08—10年東大大学院医学系研究科アドバンススキンケア(ミスバリ)寄附講座客員教授。日本褥瘡学会理事および学術委員会委員長、日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事を務める。

これまで「褥瘡」と言えば、床やイスと接触する部位に生じる外力が原因で発生する創傷を指し、仙骨部、大転子部、踵部に多く発生するのが特徴であった。そして褥瘡が発生しやすい患者として、日常生活自立度が低く、褥瘡対策に関する危険因子、すなわち「基本的動作能力が“できない”(ベッド上またはイス上)」「病的骨突出“あり”」「関節拘縮“あり”」「栄養状態低下“あり”」「皮膚湿潤“あり”(多汗,尿失禁,便失禁)」「浮腫“あり”」のいずれかを有する者が挙げられていた。

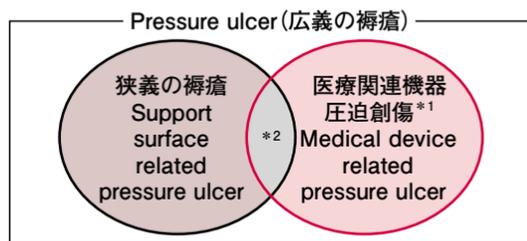
近年、こうした特徴の見られる褥瘡とは異なる創傷として、「医療関連機器圧迫創傷(Medical device related pressure ulcer)」が注目されている。本稿では、注目されるに至った経緯から解説し、現場の看護師に求められる新たな対策・予防法について述べたい。

褥瘡医療が強化される中で浮き彫りになった新たな課題

医療関連機器圧迫創傷は、褥瘡対策が進む中で浮き彫りになってきた問題とも言える。ついては、まず本邦の褥瘡対策の歩みを振り返ることから始めたい。

入院患者に対する褥瘡対策の進展には、診療報酬改定が大きく関与してきた。始まりは2002年度、褥瘡対策未実施減算の導入により褥瘡医療は大きく様変わりした。これは褥瘡対策が未実施の場合、入院基本料の所定点数から1日当たり5点減算というものである。なお、ここでいう「褥瘡対策」とは、①専任の医師、看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること、②日常生活自立度の低い入院患者について褥瘡対策に関する診療計画書を作成し、実施すること、③必要な体圧分散式マットレスなどを使用する体制が整えられていることの3点を指す。この未実施減算の導入を契機に、事務系をはじめ、看護師以外の医療職も褥瘡の治療だけでなく、褥瘡の発生予防について真剣に取り組むようになった。

2004年度改定ではこの減算が見直しされ、褥瘡患者管理加算(1回の入院につき20点)を新設。さらに2006年度に、急性期入院医療において重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し総合的な褥瘡対策を実施する場合に算定できる、褥瘡ハイリスク患者ケア加算(1回の入院につき500点)が新設された。そして2012年度の診療報酬改定では、褥瘡患者管理加算が入院基本料の算定



●図 医療関連機器圧迫創傷と褥瘡の位置付け
*1: 機器によって尿道・消化管・気道などの粘膜に発生する Pressure Ulcer は除く
*2: 医療機器による外力、または自重による外力が判別が不明な Pressure Ulcer

要件に含まれた。こうした一連の褥瘡対策により、2010年時点の褥瘡有病率は、病院1.92—3.52%、介護保険施設1.89—2.20%、訪問看護ステーション5.45%という結果が得られている¹⁾。大学病院などの急性期病院では院内で発生する褥瘡が確実に減少しており、有病率が1%を切る施設も出現するに至っている。

そうした中、ギブスや深部血栓予防用弾性ストッキング、非侵襲的陽圧換気(Non-invasive positive pressure ventilation; NPPV)療法用フェイスマスクの装着部位に生じる外力が原因で発症する創傷が注目されるようになってきた。無論これらの創傷は以前から存在していたのだが、これまでの褥瘡対策のみでは発生が予防できない“新たな対策が求められる創傷”としてクローズアップされ始めたのだ。

他の理由もある。医療の高度化に伴い、多様な医療機器が疾患治療のために患者に使用されるようになったが、その使用によって生じる皮膚障害が“医療事故”としてみなされる事態が起こってきたのである。

褥瘡とは似て非なる、医療関連機器圧迫創傷

このような状況を受け、日本褥瘡学会では、2011年に「医療関連機器圧迫創傷」に関する指針の策定を行うことをアクションプランの中に掲げ、医療関連機器圧迫創傷を従来の褥瘡と区別して位置付けることとした(図)。

医療関連機器圧迫創傷と創傷の違いは、発生原因となる外力の方向と、発生部位が異なる点だろう。「褥瘡予防・管理ガイドライン」において、褥瘡は「身体に加わった外力は骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下、あるいは停止させる。この状況が一定時間持続されると組織は不可逆的な阻血性障害に陥り褥瘡となる」と説明されている²⁾。

●表 NPUAP が公開する医療関連機器圧迫創傷の発生予防法

- 患者に適合する正しいサイズの医療関連機器を選択する
●発生の危険性が高い部位に創傷被覆材を用いてクッションとし、皮膚を保護する
●皮膚観察のため医療関連機器を毎日移動させる、あるいは除去する
●過去または現在、圧迫創傷がある部位上に機器を装着することを避ける
●正しい機器の使用と皮膚損傷予防について医療スタッフを教育する
●機器の当たっている部位に浮腫があり、損傷が起こり得ることを認識する
●寝たきり、あるいは可動性のない患者の身体の下に医療関連機器を直接置かないようにする

NPUAP Web サイト³⁾より筆者が和訳

一方、医療関連機器圧迫創傷は、機器装着時に局所的な外力によって発生する創傷であり、褥瘡と一致する点はあるものの、自重が関与するとは限らない。また、医療関連機器圧迫創傷は耳介や腹部などに発生する場合もあって、必ずしも骨と皮膚表層の間の軟部組織に発生するわけではない。発生部位としても、成人では耳、小児では第1指が最も多く報告されており、褥瘡とは異なる部位に発症しやすいとわかっている。

医療関連機器圧迫創傷の発生頻度が高く、発生予防・管理に難渋する機器としては、本邦では深部静脈血栓予防用弾性ストッキング、NPPV療法用フェイスマスクが多いと、関連学会や看護系雑誌などで取り上げられている。

なお、海外では、「褥瘡」とカウントされた創傷のうち、9.1—34.5%が医療関連機器圧迫創傷であったという報告もあり³⁻⁵⁾、本邦での実態を知るためにはさらなる調査が必要であろう。2013年に日本褥瘡学会実態調査委員会が調査に当たっており、その結果は、本年開催される「第16回日本褥瘡学会学術集会」(2014年8月29—30日、名古屋市)にて公表予定だ。

医療者の知識と技術が関与している

医療関連機器圧迫創傷の対策を行う上で重要なことは、全ての医療者が、「医療関連機器装着時には圧迫創傷発生の危険性があるという認識を持つこと」と、そして「統一した予防対策を確実に実施していくこと」であろう。表は、米国褥瘡諮問委員会(National Pressure Ulcer Advisory Panel; NPUAP)が Web にて公開している発生予防対策の基本である⁶⁾。この表にあるように、患者に適したサイズの選択や機器使用時の管理や、医療スタッフへの教育が発生予防において重要になる。

具体的な対策として、下記のことが

実践できるだろう。医療機器には薬品と同様に添付文書が付いており、重大な健康被害につながる可能性のある事項は、「警告」「禁忌・禁止」の項目に記載されている。医療者は、これらの情報には必ず目を通し、装着すべきでない患者への使用を避ける。また、「操作方法、使用方法等」「使用上の注意」といった項目にも発生を予防する上で重要な記載があるので、使用中の患者の看護計画にはそれらの情報を追記する必要がある。これらと同時に、医療関連機器を装着する患者には創傷発生の危険性に関する説明と、装着部皮膚に痛み・痒みなどの自覚症状が起こった場合には、遠慮せず周囲のスタッフに伝えるよう促すことも大切になる。

医療関連機器圧迫創傷の発生に、機器を管理する医療者の知識と技術が関与していることは明白だ。創傷予防を進めるためには、機器の技術進歩に頼るだけでなく、ケアに当たる医療者の質向上が問われていると言えよう。

●参考文献・URL

- 1) 日本褥瘡学会実態調査委員会. 第2回(平成21年度)日本褥瘡学会実態調査委員会報告1—療養場所別褥瘡有病率,褥瘡の部位・重症度(深さ). 褥瘡会誌. 2011; 13(4): 625-32.
2) 日本褥瘡学会. 褥瘡予防・管理ガイドライン. 照林社; 2009. 158-63.
3) VanGilder C, et al. Results of the 2008-2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. Ostomy Wound Manage. 2009; 55(11): 39-45. [PMID: 19934462]
4) Black JM, et al. Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients. Int Wound J. 2010; 7(5): 358-65. [PMID: 20561094]
5) Curley MA, et al. Pressure ulcers in pediatric intensive care: Incidence and associated factors. Pediatr Crit Care Med. 2003; 4(3): 284-90. [PMID: 12831408]
6) National Pressure Ulcer Advisory Panel. Best Practices for Prevention of Medical Device-Related Pressure Ulcers Posters. http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/best-practices-for-prevention-of-medical-device-related-pressure-ulcers/

医療事故の見方、考え方を考える

医療におけるヒューマンエラー 第2版 なぜ間違える どう防ぐ

なぜ医療事故は減らないのか。それは、事故の見方・考え方が間違っているから。本書では事故の構造、ヒューマンエラー発生のメカニズム、人間に頼らない対策の立て方を、心理学とヒューマンファクター工学をベースに解説。さらに人間の行動モデルからエラー行動を分析するImSAFERを紹介する。医療事故のリスク低減のために、事故の見方・考え方を考える1冊。

河野龍太郎 自治医科大学医学部医療安全学教授



これからのシームレス教育を先取りした待望の“看護技術テキスト”

根拠と事故防止からみた 基礎・臨床看護技術

新人看護師の技術能力に関して、臨床現場が期待しているものとのギャップが指摘されて久しい。本書は「基礎教育と臨床の橋渡し」を目標に、基礎看護技術の内容はもちろん、臨床現場で実際に行われている看護技術も幅広く網羅。写真と動画で看護技術の細かい手順を目で見えて理解できる。「根拠」「コツ」「注意」「Safety Check」など、ポイントとなる情報も豊富に掲載。看護技術のすべてが詰まった1冊。

編集 任 和子 京都大学大学院医学研究科教授・人間健康科学系専攻臨床看護学
秋山智弥 京都大学医学部附属病院看護部長
編集協力 京都大学医学部附属病院看護部



看護のアジェンダ

井部俊子
聖路加国際大学学長

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

〈第114回〉 検閲とお姉さん

先日、ある会合で、看護系大学院の教授をしている友人が、修了生が勤務している病院の看護部による発表論文への不当な介入に憤慨していた。友人が共同研究者として名前を連ねている抄録の、標題、用語の使い方、カテゴリーの数、考察の内容の記述の4点について、看護部から修正されて本人に返却されてきたというのである。聞くところによると、公的な病院では、抄録申請書(院外発表申請)なるものがあり、学会発表等ではそれを提出して、副部長から看護部長へ稟議書が回るところもあるという。その理由は、病院の情報のみならず、病院職員が「ヘンな発表」をしては困るからだそうだ。後段は、ヘンな発表をしないように指導をするのだという意味合いであろう。いわば組織防衛と論文指導という名目である。

看護部による「論文指導」

以前、雑誌の編集会議で、「自分は既に原稿を書き終えたが、看護部長の手に長くとどまっていたまだ返ってこない」と嘆いている専門看護師がいた。私は、看護部長室の書類の山に埋もれている彼女の原稿を想像した。このような事態は常態化しているらしい。大学院を修了している看護管理者の文章を看護部長が「修正」し、その修正内容に疑問を持ったという例は少なくない。つまり、看護部というところで行われる強制的「指導」は、場合によっては、看護部の知的レベルや見識に疑いを持たせるような事態を生じさせているということである。しかも、当の看護部はそうした本当の姿を知らず、してやったりと、意気揚々としているのが少々滑稽である。不合理な「指導」だとスタッフが認識しても、そのように反論できない上司一部下の関係があることも確かである。こうした傾向を世の編集者たちも強化している。私は1993年から10年間、

看護部長として仕事をしていたとき、月に何通も舞い込む「承諾書」に辟易とした。「あなたのところの〇〇さんに、××という原稿を執筆してもらおうと計画しているがよいか」という類の文書である。これらの文書も、うずたかくなる書類の山のひとつとなるのである。そこで私は思い立ってその出版社に次のような内容の手紙を書いた。あなた方が選定した優れた執筆者を、看護部長がとやかく言うことはない。本人の責任で世に問うものであり、いちいち許諾を求めてくるのは不要である(もう少し上品な文章であったと思うが)。すると、先方から間もなく返事が届いた。そのような考えを持っているのは貴方(つまり私)くらいであり、世の中の他の看護部長の多くはそうではない。看護部長への文書を出しておかないと、原稿が差し押さえられたりして出版に影響が出ることがあるというのだ。10年以上前のやりとりなので現状はどうなっているのか定かではないが、前述の事態から類推すると、あまり変わっていないようである。

ブラックボックスの看護部からの脱却

部下の院外発表記事や論文が看護部(ここがブラックボックスである)を通過しないと公表できない仕組みを、われわれはどう考えたらよいのであろうか。本当に組織防衛や論文指導の機能を必要としているのであろうか。看護部は言論統制のための「検閲」を行っているのではないだろうか。と私は思うのである。「検閲」を広辞苑で引くと次のように説明される。「調べあためること。特に、出版物・映画などの内容を公権力が審査し、不相当と認めるときはその発表などを禁止する行為をいい、日本国憲法はこれを禁止」。そもそも、執筆者や演者として一定の評価を受け

スキントアのケア指針策定をめざす

第23回日本創傷・オストミー・失禁管理学会(会長=サンシティ銀座EAST・南由起子氏)が5月16-17日、大宮ソニックシティ(さいたま市)にて開催された。同学会では2012年度から、海外でも注目される「スキントア(Skin tear)」についてのケア指針策定に向けた学術教育委員会(オストミー・スキントア担当、委員長=金沢医大・紺家千津子氏)による全国規模での実態調査を計画。今学会では、その事前調査の結果を基に、コンセンサスシンポジウム(座長=東大大学院・真田弘美氏、日看協・溝上祐子氏)が企画された。



●南由起子会長

◆日本におけるスキントアの実態調査を実施

スキントアとは、「主として高齢者の四肢に発症する外傷性創傷であり、摩擦単独あるいは摩擦・ずれによって、表皮が真皮から分離(部分層創傷)、または表皮および真皮が下層構造から分離(全層創傷)して生じる」(註)創傷を指す。この創傷は「テープ剥離時に皮膚も剥がれた」「ベッド欄に腕が擦れ、皮膚が裂けた」といった日常のケアや生活の中で起こり得るもの、医療者間でもそれらが「スキントアである」という認識に乏しく、発症理由・予防法も共有されていない。そのため、現場では、ともしれば「医療者から虐待を受けているのでは」と患者家族から誤解を受けるような事態も起きてきたという。

今回、同学会では、日本におけるスキントアの現状を把握するため、11施設で事前調査を実施。オーストラリアで活用されている創のアセスメントツール「STARスキントア分類」に準じて調査に当たった。その結果、対象者6173人のうちスキントアがあったのは42人で、粗有病率0.68%と報告。施設や診療科、患者の年齢などの違いについて多変量解析により交絡を補正したところ、①患者年齢75歳以上では有病率が高くなり、年齢が大きな要因であると示唆された、②診療科別で見るとICU、内科系、外科系の順で発症傾向が高まった、③事前に医療者へのスキントア教育が行われていた施設では有病率が低下したなどの結果が得られたという。座長を務めた同学会理事長の真田氏は「有病率0.68%という結果は低いと思われるかもしれない。しかし平均年齢85歳の施設では有病率が3.8%という先行研究もあり、超高齢社会においては高齢者のスキントアは課題。今回の結果から、急性期の現場では高齢患者の肌を守るために一層の努力が必要と再認識した」と見解を述べた。

今後同学会では、全国規模での実態調査を進めるとともに、医療者・国民への周知を図りたい考えだ。なお、これまでスキントアと呼んできたものは、「スキントア」との混同を避けるため、「テア」と名称を統一する見通しだ。

註：日本語版 STAR スキントア分類システム
<http://www.etwoc.org/pdf/star.japanese.final.pdf>

選ばれた人物が「ヘンな発表をする」とか「ヘンなことを書く」という疑いを持つこと自体、部下を信頼していないことになる。組織は基本的に信頼によって成り立っているから、看護部(その中心にいる看護部長)は部下を信頼する太っ腹さが求められる。また何事にも看護部という公権力が介入することは、部下の自律心を奪うことにもつながる。看護の社会では、看護師一人ひとりの自立・自律を認めない風潮がある。それは端的に彼ら・彼女たちの呼び方に表われる。「うちの子」「新人さん」「夜勤さん」「学生さん」と言う。最近では「うちの子」という呼び方はやめましようと言いながら、「お姉さん」たちという呼称が残っていたりする。私の友人は、このお姉さん呼ばわりには、背中がぞっとすると嘆く。看護管理者は率先して、相手を名前前で呼ぶ努力をしなければな

らない。病棟に出入りするすべての仲間、つまり、搬送の人、お掃除の人、業者、患者の家族(「長男さん」という呼び方は奇妙である)も含まれる。「相手を名前前で呼ぶことは、自分が認められているという実感を持つことにおいて意味がある」と、私は平成15年版看護白書「倫理的環境としての看護管理者」の項に書いた。およそ10年前のことである。検閲と「お姉さん」呼ばわりは根っこが一緒である。看護部は「ヘンな発表」を検閲することをやめて、真に教育的な機能を果たさなければならない。看護部長室のドアを開け、看護師たちが自由にアドバイスを求めてやって来れるように、そして部下に「さすが」と評価されるような「指導」を行うことができるように、看護部も共に切磋琢磨することが健全な組織であろう。

試験対策を強力にサポート!



2015年版 系統別
看護師国家試験問題 解答と解説
『系統看護学講座』編集室 編
予想問題と模擬問題で、新出題基準への対策も万全。必修問題も過去6年全問入りで、必修問題対策にも十分取り組めます。さらに、「計算問題を完全マスター!」で、計算問題を集中的に解説。別冊「覚えておきたい重要事項」では知識の整理が可能。問題は、出題傾向が把握できるよう、系統別+テーマごとに配列し、さらに、正文集「チェックアップ」で知識の確認ができる。ホシート、インデックスシール付き。
●B5 頁1640 2014年 定価: 本体5,400円+税 [ISBN 978-4-260-01946-0]



2015年版
保健師国家試験問題 解答と解説
編集 『標準保健師講座』編集室
第95～99回試験からの精選問題と最新第100回試験の全問題を完全解説。精選問題は「予想問題」を加えて教科別に掲載(新出題規準対応)。「標準保健師講座」とのリンク、「覚えておきたい重要事項」で知識の整理も万全です。第100回試験問題と試験1回分の「模擬問題」は本番同様の形式で掲載。時間配分も考慮した演習が可能です。短時間でも活用できる正文・重要事項集「直前チェックBOOK」も別冊として付属します。
●B5 頁712 2014年 定価: 本体3,400円+税 [ISBN 978-4-260-01943-9]



2015年版
准看護師 試験問題集 付一模範解答[別冊]
編集 医学書院看護出版部
2015年の准看護師資格試験の受験者を対象とした問題集です。2014年2月に全国都道府県で実施された2013年度准看護師試験の全問題1,050問を地域別に収録しています。また、2010～2012年度試験問題から精選した750問を科目別に整理し、受験対策や重要事項とあわせて自己学習に役立てられるようにまとめました。各科目の専門家による模範解答(別冊付録)付きです。
●B5 頁592 2014年 定価: 本体3,400円+税 [ISBN 978-4-260-01944-6]

医学書院

INFORMATION

平成27年度 東京女子医科大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士前期・後期課程学生募集

【専門看護師(CNS)、助産師国家試験受験資格を取得できます。お問い合わせください。】

前期 (募集分野 9分野)	看護基礎科学(食看護学・基礎看護学) 看護管理学 看護職生涯発達学 実践看護学I(クリティカルケア看護学・がん看護学) 実践看護学II(ウーマンズヘルス) 実践看護学III(老年看護学) 実践看護学IV(精神看護学) 実践看護学V(地域看護学) 実践看護学VI(小児看護学)
●募集人員: 16名(男女共学) ※社会人特別選抜による募集人員を若干名含む ※実践看護学II分野(ウーマンズヘルス)の学生定員は7名とする	
●選抜方法: [一般入試・社会人特別選抜]学力試験(英語、専門科目、小論文)、面接、出願書類	
後期 (募集領域 9領域)	看護基礎科学(食看護学)(看護管理学)(看護職生涯発達学) 実践看護学(クリティカルケア看護学・がん看護学)(ウーマンズヘルス) (老年看護学)(解釈的精神看護学)(地域看護学)(小児看護学)
●募集人員: 10名(男女共学)	●選抜方法: 学力試験(英語、専門科目、論文)、面接、出願書類

■出願・試験等(博士前期・後期共通)			
	出願期間 注)	試験日	合格発表
1期	平成26年7月14日(月)より 平成26年7月25日(金)まで(必着)	平成26年 8月5日(火)	平成26年 8月12日(火)
2期	平成26年12月15日(月)より 平成27年1月5日(月)まで(必着)	平成27年 1月14日(水)	平成27年 1月21日(水)

大学院科目等履修制度(前期)
本制度は、社会人等に対する学習機会の拡大、看護職の生涯学習やキャリアアップの支援、大学院博士前期課程(修士課程)の修了生に対して、日本看護協会の認定する専門看護師の資格上、さらに履修する科目が必要な場合にもフレキシブルに対応できるように設けられた制度です。
●募集人員: 若干名(男女共学)
●選抜方法: 出願書類(ただし必要に応じて面接あり)
●出願期間: 平成27年1月5日(月)～1月23日(金)必着

問い合わせ先 東京女子医科大学看護学部学務課 入試係
TEL. 03-3357-4801 入試係直通 E-mail graduate.bk@twmu.ac.jp

量的研究

推測統計学の考え方

第6回

エッセンシャル

「量的な看護研究ってなんとなく好きになれない」、「必要だとわかっているけれど、どう勉強したらいいの?」という方のために、本連載では量的研究を学ぶためのエッセンス(本質・真髄)をわかりやすく解説します。

加藤 憲司
神戸市看護大学看護学部 准教授

第6回

推測統計学の考え方

前回まで5回にわたり、量的研究の概要を説明してきました。今回からしばらくは、量的研究における統計の考え方・使い方に関する勘所や、理解を深めるためのヒントなどについて述べていきます。

点推定とサンプルサイズ“n”

第1回にお話したように、私は北欧に留学していました。ご存じのように、北欧の人は男女ともにとっても背が高いです。筆者の身長は178cmなのですが、女性であっても、筆者が見上げなければならぬこともさほど珍しくありません。そんなあるとき、初対面の女性と話をしていたところ、「あなたは日本人としては小さい方ですか?」と問われました。筆者は同年代の日本人集団の中で自分を小さいと思ったことはない、不思議に思っただけでよくよく聞いてみると、この女性は過去に1人だけ日本人男性と会ったことがあるが、その男性は身長190cm以上の大男だったそうです。つまりこの女性は、1人だけの「サンプル(標本)」から、日本人男性全体という「母集団」の身長について「推定」していたということになります。このように、母集団から取り出されたサンプルを用いて、もとの母集団の特徴や性質をあれこれ統計的に推定する学問を推測統計学(または推計学)と呼びます。

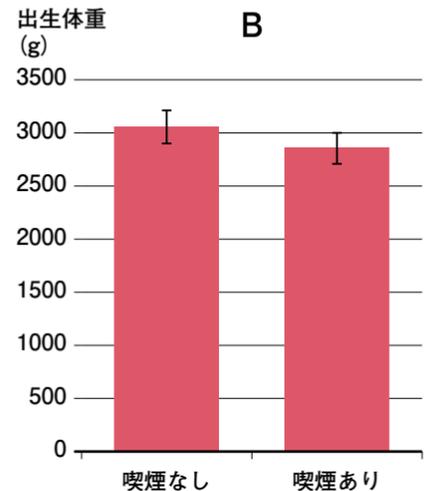
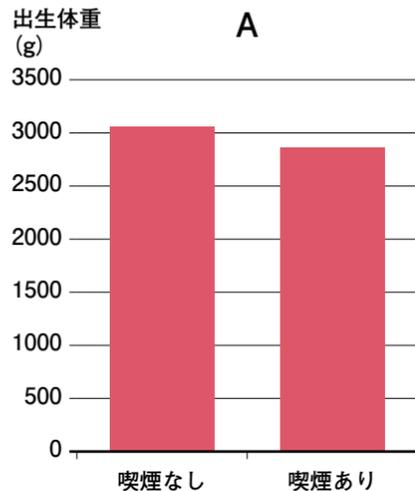
この事例でもう少し考えてみましょう。上述の北欧女性が私と会った時点で、この女性は筆者を含む2人の日本人男性をサンプルとして知っていることとなります。これを推測統計では、「サンプルサイズ(標本の大きさ)n=2」と表現します。さて、これら2人のサンプルのデータを用いて、この女性が日本人男性の身長を推定するとしたら、どうするのでしょうか? どうもこの女性は日本人男性に関する予備知識がないようですから、過去に会った190cmの大男と、178cmの筆者のデータに基づいて、これらの平均をとってみるしかないでしょう。平均すると184cmです。このように、サンプルのデータから得られる一つの数値(ここではサンプルの平均身長)を用いて、もとの母集団の特徴や性質(ここでは

日本人男性の平均身長)を推定することを、「点推定」と呼びます。ちなみに日本人男性の平均身長は171.6cmだそうですが(OECDの資料による)が、ここでの点推定値とは大きな開きがありますね。なぜこんなに開きが生じたのでしょうか? それはサンプルサイズが小さすぎるからです。n=2のように小さなサンプルで推定すると、偶然(たまたま背の高い人に会うこと)による変動に大きく影響されます。もし今後、この女性の知り合いの日本人男性がn=20とか200というように増えていけば、サンプルの平均から点推定した値は、母集団の平均に近付いていくことが容易に予想されます。つまり、サンプルサイズnが大きくなればなるほど、サンプルから得られる値(推定値)ともとの母集団の値(母数)との間のずれ(誤差)が小さくなる、ということです。

推定値はどれだけ真実に近いのか

点推定はサンプルのデータから一つの値を「えいやっ」と決めて、それを推定に使うという考え方です。その推定値がどれくらいあてになるのか、どれくらい真実を言い当てているのか、といったことについては何も教えてくれません。そこで、ある推定値がどれくらい真実の値と近い(どれくらい精度が高い)かの情報を込みで推定するのが、もう一つの推定方法である「区間推定」です。

例えを一つ挙げましょう。今、日本に住んでいる読者の皆さんならば、多かれ少なかれ、大きな地震の予測に関する報道などに関心を持っていると思います。本稿執筆時点で、南海トラフを震源とするマグニチュード8-9の地震が今後30年以内に発生する確率は66.5%だそうです¹⁾。結構高いですね。地震にはさまざまな要因が複合的に関与していますから、いつ起きるかというのは確率的なものだ、というのはイメージしやすいでしょう。したがって予測は点推定のようにピンポイントでなされるのではなく、「30年」といった幅を持たせたものになることも理解できるでしょう。もしも誰かがインターネットで「明日、南海トラフ地



●図 点推定と区間推定の違い・95%信頼区間を示すエラーバー(架空データ)

震が起きる!」と発言したら、あなたはどうしますか? 「こりゃ大変だ」と大慌てで国外脱出しますか? おそらくそうはしないでしょう。むしろ、「この発言は怪しいデマだ」と一蹴するのではないのでしょうか。私たちは経験的に、未来の出来事をピンポイントで予測する言説を見聞きしたら「信用できない」「疑わしい」と感じます。なぜなら、未来の出来事を予測する場合には「誤差」が入ることを避けられず、確率的にしか論じることができない、と感覚的に知っているからです。その一方で、地震の予測を「今後100年以内に99.9%」などと示されたとしたらどうでしょう? 確率の数値は大きいけれども、地震に備えようという気持ちには当分なれないのではないのでしょうか。予測の幅が広すぎても、それは予測としての価値が高くないということになってしまうのです。

より多くの情報を与えてくれる区間推定のススメ

話を戻すと、母集団からどんなサンプルが得られるかは確率によって変動します。そのためにサンプルを用いた推定値にはどうしても誤差が入り込んでしまいます。そして、前述の点推定の事例から類推できるように、サンプルサイズの大きさが誤差の幅に影響します。そこで、誤差の幅の情報を含む形(通常、「95%信頼区間」と呼ばれる範囲を示す)で区間推定を行うことによって、その推定値がどの程度信用できるかの判断が可能となるのです。このように区間推定は点推定よりも多くの情報を与えてくれると言えます。実際、アメリカ心理学会(APA)の伝統ある論文作成マニュアル²⁾では、論文に区間推定を報告するよう強く推奨

しています。点推定と区間推定の違いを図で示してみましょ。この図は妊娠中に喫煙していた女性としなかった女性とで、児の出生時体重を比較した架空のデータです。A(左)とB(右)は全く同じグラフですが、Bには95%信頼区間のエラーバーが付いています。Aからわかることは、喫煙の有無で出生時体重の点推定値に違いがある(「喫煙あり」のほうが体重が少ない)ということだけです。この違いがサンプルの確率的な変動で偶然に生じたものなのか、本質的な意味のあるものなのか、これだけでは判断がつかいません。それに対してBでは、「喫煙あり」群と「喫煙なし」群の95%信頼区間がかなり重複していることが示されています。つまりこれら2つのサンプルの確率的な変動がこの推定値の差をもたらした(言い換えれば、2群の真の値に差がない)可能性を無視できないということです。もしエラーバーがもっと短ければ、この判断は変わってくるでしょう。なお、エラーバーが指し示すものはいつも95%信頼区間とは限りませんので、その都度確認するようにしましょう。

今回のエッセンス

- サンプルから母集団の値を推定する場合、必ず誤差が含まれる
- 区間推定は点推定よりも情報が多いので、強くお勧めする

参考文献
1) 文部科学省地震調査研究推進本部 <http://www.jishin.go.jp/>
2) アメリカ心理学会(APA) 著、前田樹海他訳、APA論文作成マニュアル第2版、医学書院: 2011.

●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
記事内容に関するお問い合わせ

☎(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 医学書院総務管理部出版総務課へ

書籍のお問い合わせ・ご注文

お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ

ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

必要な医療・福祉サービスが見つかる! わかる! 活用できる!

医療福祉総合ガイドブック 2014年度版

医療・福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2014年度版。最新情報をフォローし、医療・福祉制度がより理解しやすくなるように解説を見直し、大幅刷新! 全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービス例まで、幅広く網羅しています。利用者からの相談に素早く、より確実に対応するための医療・福祉関係者必携の1冊。

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



オピオイドを正しく理解し、適切に使用するために

21世紀のオピオイド治療

Opioid Therapy in the 21st Century

▶ 慎重な投与が必要とされるオピオイドを適切かつ安全に使用するためのガイド。薬理学、投与経路の選択、がん性痛や非がん性痛に対する個々の患者に応じた治療法、および乱用、依存、流用のリスクの管理や緩和など、医師が最適な治療を行う際に合理的な判断を下す助けとなる知識を提供する。慢性痛に限らず疼痛緩和領域に関わるペインクリニック医や緩和ケア医、整形外科医や腫瘍科医のために。

監訳: 井関 雅子 順天堂大学医学部麻酔科学・ペインクリニック講座教授
橋口 さおり 慶應義塾大学病院緩和ケアセンター センター長

定価: 本体4,600円+税
A5変 頁304 図18 2014年
ISBN978-4-89592-781-9

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

早期離床ガイドブック 安心・安全・効果的なケアをめざして

宇都宮 明美 ● 編著

B5・頁184
定価:本体2,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01687-2

疾病にさいなまれた患者が回復していくプロセスは決して簡単ではなく、さまざまなハードルを乗り越えなければなりません。その道のりの良否を握る鍵が早期離床へ導くリハビリテーションです。

今や臨床における早期離床のためのリハビリテーションは、従来の安定回復期に対するリハビリテーションとは異なり、入院直後といっても過言ではない早い時期からのスタートが常識です。その対象となる疾病、状態は外科領域、内科領域を問わず広がってきています。つまり、全身状態が安定し、患者が自

らリハビリテーションを始めることが可能となつてからの介入ではなく、超早期であっても介入の余地があれば可及的速やかに開始することがスタンダードなのです。

その背景には、早期に離床を実現することによって、不要な臥床による肺炎などの呼吸器合併症をはじめとした廃用による連鎖的機能低下、二次的合併症を予防できることが明らかとなってきたことが挙げられます。

不要な連鎖的合併症の発生を予防するためには、多職種によるチーム医療が不可欠です。単一の職種だけがその専門領域のパワーを駆使したところで限界があるばかりか、余計に増悪してしまうことも少なくありません。したがって、全身管理、局所管理、モニタ

早期離床を安全かつ効果的、効率的に実践



術後の呼吸・循環機能を最大限いかし、臥床によるさまざまな弊害を予防しつつ、早期の身体回復を促す!

リング、アセスメント、合併症の予測、開始と中止および過程の評価(安全と危険の判断、効果の評価)、機能回復のためのスキル、患者のQualityを前提とした展望などについて多職種が協働・共同をしながらリハビリテーションを提供することが重要です。

本書は、そんな「急性期医療の対象となる患者の早期離床」を「安全かつ効果的、効率的に実践」することをコンセプトとして、経験豊富な編者たちがこれまで臨床で培ってきた臨床知とエビデンスを丁寧に整理、表現し、読者が理解しやすいように編さんされた良書です。

離床に必要な知識と実践を多角的な視点からアプローチした構成に仕上げられており、特に急性期に必要なエッセンスはおおむね網羅されています。本書を通読すると、早期離床プログラムの考え方から実践するために押さえておくべき知識が効果的に記載されていることがわかります。また、実践へのアセスメントと計画の基本から種々の領域、回復時期下の臨床場面を通じて、実践、管理、チームアプローチ、患者指導、家族へのかかわりなどを図と写真を多用して、とてもわかりやすくするための工夫が施されています。

ベッドサイドにおける患者の早期離床を学び、実践する方々の指南書としてぜひお薦めしたい一冊です。

評者 道又 元裕
杏林大病院看護部長

マネジメントの質を高める! ナースマネジャーのための問題解決術

小林 美亜, 鐘江 康一郎 ● 著

A5・頁164
定価:本体2,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01921-7

評者 坂本 すが
公益社団法人日本看護協会会長

仮説思考をトレーニングする

この本を読み、評者が「問題解決」に取り組んだエピソードとして、院内へのクリティカルパス(以下、パス)導入時のことが思い出された。今日、パスは「こうするためにどうすればいいか」が見える本

導入時のことが思い出された。今日、パスは「こうするためにどうすればいいか」が見える本

導入に当たっては、看護部内や他部署とも多くのコンフリクトがあった。例えば、パスの導入によって、「考えない看護師をつくるのではないか」という危惧が呈された。何かに取り組む際に、こういう恐れがあるのではないかと考えること、これは一つの仮説思考である。

本書冒頭の「問題解決のピットフォール」で指摘しているように、忙しい現場では仮説思考はさておいて、「とりあえずやってみよう」といきなり取り組みを始めがちだ。しかし、物事を走らせながらでもよいので、仮説を立てるという手順を踏むことが、実は問題解決の近道になる。

さて、結果として「考えない看護師」にはならなかった。パスにより在院日数が短縮し一定のケアが標準化されたことで、看護師たちは計画とはズレる点について個別性を「考え」てケアを行うようになった。さらにパスは病院内のチーム医療推進にとどまらず、地域医療連携のツールへと発展していった。

このように、仮説が定量的または定性的な指標を用いて評価されていくプロセスを通じて、効果や問題点が明らかになり、次に何をすべきかが見えてくる。問題があるから取り組みをやめるのではなく、改善しながら次のステップへ進むサイクルを動かし、発展させていく。これこそが看護管理者に求められる問題解決「術」ではないだろうか。

を一読してほしい。

イントロダクションの「問題解決のピットフォール」で存分に自己の弱点を知ったあと、第1章の「なぜ看護管理者に問題解決術が必要なのか」でそもそも問題とは何かを理解する。第2章では、実践的な「問題解決の7ステップ」で事例をイメージしながら習得できるだろう。第3章の「問題解決のためのツール」では、MECE(ミッシー)、ロジックツリーなどの12のツールが簡潔にわかりやすく紹介され、それぞれのツールの概要をつかむことができる。

これを読めば、物の見方、考え方の手順が整理され、「できる・できない」ではなく、前に進めるためにはどうしたらいいかが見えてくる。

特に注目したいのは「ゼロベース思考」。行き詰まったときは「自分は何のためにこの仕事を行うのか」を自分にあらためて問いかけること。私も日頃心掛け、大事にしていることだ。患者のため、スタッフの働きやすさのため、という明確な目的が見えてくれば、仕事に対する見方や姿勢も違ってくる。管理職初心者の「知」のベース

これからの看護管理者には、目の前の患者への一対一のケアだけでなく、病院組織全体、ひいては地域全体としてケアの質が向上しているかに視点を置くことが求められる。その役割を果たすためには、今何が起きているか事実を把握し、異変があれば見抜く力が必要である。

本書はこの「見抜く力」を養うための「知(知識)」のベースになる。まず一読して「知」を身に付け、これから問題に直面したときには、本書を活用しながら、自分らしい「術」も加え解決を図っていただきたい。

@igakukaishinbun

本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

医学書院看護教員「実力養成」講座2014のご案内

基礎教育と臨床現場のギャップを埋める看護技術教育

就職後に新人看護師がどのような困難に直面しているのか、どのように支援され成長しているかを紹介し、基礎教育と臨床現場のギャップを埋めるための看護技術教育に役立つ授業設計について解説します。

日時・会場

大阪
2014年10月18日(土)
13:00~16:30(開場12:00)
新梅田研修センター205号室
(大阪市福島区)

東京
2014年10月25日(土)
13:00~16:30(開場12:00)
全社協灘尾ホール
(東京都千代田区)

受講料

5,000円 お1人様、いずれか1会場での受講料です。資料代・消費税を含みます。受講料の返金はいたしかねます。

お申込み方法

以下のセミナーページから、希望のセミナー会場を選び、お申込み方法にそってお手続きをお願いいたします。

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

ご入力いただいたメールアドレス宛に、入金方法のご案内を自動返信いたします。

講師

大阪・東京 両日講演



任和子 先生
京都大学大学院医学研究科
人間健康科学系専攻教授

大阪・東京 両日講演



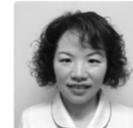
内藤 知佐子 先生
京都大学医学部附属病院
総合臨床教育・研修センター助教

大阪講演



平松 八重子 先生
京都大学医学部附属病院
救急部・集中治療部看護師長
/集中ケア認定看護師

東京講演



原田 久子 先生
京都大学医学部附属病院
呼吸器外科病棟副看護師長
/集中ケア認定看護師

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
- 学研教育出版手紙文例集

国試対策コンテンツも充実!

- 看護師国試 必修チェック! ●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26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

好評 発売中



使いやすさを上げ豊富な機能

- タッチパネル式のカラー液晶で、ラクラク操作
- さっと開いてすぐに使える
- 同時検索や「ジャンプ」機能など、便利な検索機能が満載
- 100,000語のネイティブ発音と動画で、英語学習も万全
- CD-ROMやデータカードでコンテンツの追加が可能

看護に必要な情報を、すばやく簡単に!

看護医学電子辞書

ツインタッチパネル&ツインカラー液晶

学生から臨床ナース、教員まで、看護に必要な情報を幅広く収載。学びつづける人のベストパートナー

IS-N9000
 価格:本体 55,500円+税
 JAN4580492610018
 ●製造元:カシオ計算機株式会社

医学書院

医学書院の看護系雑誌 7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 7月号 Vol.24 No.7

1部定価:本体 1,500円+税
 冊子版年間予約購読料 18,170円(税込)
 電子版もお選びいただけます

特集 いよいよ制度化! 「特定行為に係る看護師」研修制度の活用に向けて

【Q&A】特定行為に係る看護師の研修制度について……………島田陽子
 【インタビュー】試行事業の経験から考える看護管理者の役割
 「特定行為に係る看護師」研修制度への対応のヒント……………高橋久美子
 【試行事業対象看護師の取り組み】クリティカル領域のチーム医療を円滑に進めるために…冷水育
 【試行事業対象看護師の取り組み】救急領域での活動の成果と今後の組織的議論への期待…木澤晃代
 【試行事業対象看護師の取り組み】総合的な視点を養い、高齢者を支える看護を目指す
 認知度の向上から始まる活用の拡大……………平野優
 【インタビュー】看護業務検討ワーキンググループの議論を終えて……………有賀徹

巻頭シリーズ うちの師長会・主任会 学習する組織をめざして① 横浜市立みなと赤十字病院

特別記事 英国・マギーズがんケアリングセンターの活動の実際
 心理・社会的側面からがん患者ケアを補完する①……………村上紀美子
 認定看護師の活動を可視化するための質評価指標作成の取り組み
 急性期病院における高齢者ケアの質向上を目指して②……………加納江利子/野島陽子/白取絹恵

TOPICS 「ケアする者/ケアされる者」の二分法を超えて
 当事者が語る「認知症の語り」ウェブページ……………佐藤(佐久間)りか

保健師ジャーナル 7月号 Vol.70 No.7

1部定価:本体 1,400円+税
 冊子版年間予約購読料 15,420円(税込)
 電子版もお選びいただけます

特集 日常業務の中でデータを活かす

データの「見方」は保健師の「味方」……………早川岳人
 データにもとづく「地域診断シート」の作成
 福島県北保健福祉事務所の取り組み……………中島誠子
 通常業務の中でデータを分析・活用 郡山市の取り組み……………阿部孝一
 データによる事業評価の「見える化」 廿日市市の取り組み……………阿部朱美

PHOTO 健康寿命のさらなる延伸をめざして 「ふじのくに健康長寿サミット」が開催

Topics 被災自治体における保健師確保の取り組みを強化…櫻井公彦/魚井宏泰/西堀邦明

特別記事 【瞬時に結果が可視化(見える化)されるプログラム①】
 介護予防事業評価プログラム(全国版)……………栗盛須雅子/星旦二/福田吉治/大田仁史
 【瞬時に結果が可視化(見える化)されるプログラム②】
 健康寿命(余命)と障害をもつ人の割合算出プログラム(市町村版、都道府県版)
 ………………栗盛須雅子/福田吉治/星旦二/大田仁史

Focus 英国における保健師の教育制度と増員計画 第2報
 ………………岩本里織/Sally Kendall/Denise Knight

研究 1歳6か月児をもつ母親の育児の楽しさに関連する要因
 健診時の問診票と「愛着-養育バランス」尺度から……………武田江里子/佐原直美/小林康江

活動報告 千葉県保健活動業務研究の45年にわたる取り組み 現任教育の一環として…田中由佳

助産雑誌 7月号 Vol.68 No.7

1部定価:本体 1,400円+税
 冊子版年間予約購読料 16,060円(税込)
 電子版もお選びいただけます

特集 タッチケアの新たな時代

タッチケア—触れ合うことの大切さ……………井村真澄
 赤ちゃんと母親・父親・祖父母のタッチケア効果のエビデンス…三石知左子
 タッチケアと赤ちゃんの行動観察……………大城昌平,内海加奈子,大竹洋子
 タッチケアと親子相互作用と赤ちゃん……………矢郷哲志,廣瀬たい子
 もっと遊んで/いやいやのサイン—NCASTの観点から
 タッチケアの具体的方法と留意点……………渡辺香織
 タッチケアとベースオイル……………林真一郎
 院内におけるタッチケアクラスの展開……………黒川寿美江
 保育施設等におけるタッチケアの広がり……………吉永陽一郎

短期連載 REBORNの歩みを振り返る 産む人と医療者をつないだ20年間
 第1回 REBORN立ち上げから「産院リスト」発行まで……………河合蘭

実践レポート 『すてきなグランマ・グランパガイドブック』ができるまで……………榎木めぐみ

連載 いのちをつなぐひとたち……………掃部まゆさん&小川久貴子さん

訪問看護と介護 7月号 Vol.19 No.7

1部定価:本体 1,300円+税
 冊子版年間予約購読料 13,580円(税込)
 電子版もお選びいただけます

特集 2014年度診療報酬改定からの展望 「ときどき入院、ほぼ在宅」への射程

本格化する「病院機能分化」の波が在宅・地域へ
 “在宅推し”の2014年度診療報酬改定……………山田康夫
 2014年度報酬改定が示す方向性を読む
 「訪問看護」に関連する改定とその影響……………佐藤美穂子
 「機能強化型訪問看護ステーション」とは何か 地域包括ケアシステムの要に……………齋藤訓子
 前回改定~2014年度報酬改定が示す「精神科訪問看護」の転換期……………上野桂子
 「精神科訪問看護療養費」 新設の意義と課題……………仲野栄
 「急性期病院」では今 7対1病棟の基準厳格化のインパクト……………角田直枝
 「改正介護保険法」に備えて 2014年度診療報酬改定からの布石……………高野龍昭

特別記事 「地域ケアのための災害対応マニュアル[安否確認版]」ができるまで…阿部智子

巻頭インタビュー ケアする人々30 宮島俊彦さん×高橋紘士さん
 “在宅化”はなぜ進まないか!? 地域包括ケアシステムで果たす訪問看護師の役割

看護教育 7月号 Vol.55 No.7

1部定価:本体 1,400円+税
 冊子版年間予約購読料 16,710円(税込)
 電子版もお選びいただけます

特集 精神看護教育に改めて向き合う

いま改めて問う精神看護教育の意義と可能性……………鈴木啓子
 長い臨床経験をもつ教員から伝えられること……………小川隆美
 実習病院での実務研修を毎日の教育に活かす……………永沼功
 実習指導者が、学校の精神看護教育に望むこと……………戸村正孝
 精神科認定看護師制度2015年の改定について……………遠藤淑美

焦点 第103回看護師国家試験解説
 第103回看護師国家試験の傾向を読む……………糸賀暢子
 第103回看護師国家試験問題の考察 必修問題を中心に……………畑尾正彦

調査報告 北海道における看護師養成所看護教員の勤務実態と蓄積的疲労調査
 (前編)調査概要および勤務実態の結果と考察……………長谷川美由紀/戸田悦子/濱本瑞穂

好評連載 LGBT×看護学生×医学生 性と生の医療のはなし……………山下奈緒子/清水真央
 専任教員養成講習会におけるeラーニングを活用後の報告……………岡田昌子/安藤祐子
 “医療安全力”を育むリスクアセスメントトレーニング……………斎藤奈緒美/石川雅彦
 ナースよ、リアリストたれ! 中西睦子が語る看護と教育……………中西睦子/松澤和正
 ひろがる災害医療と看護 身につけるべき知識とスキル……………村上悦子
 看護実践力を育む教育方法の開発 日本赤十字広島看護大学の試み…松原みゆき/村田由香ほか

精神看護 7月号 Vol.17 No.4

1部定価:本体 1,200円+税
 冊子版年間予約購読料 7,590円(税込)
 電子版もお選びいただけます

特集 フィンランドで効果を上げる驚きの救急対応 「オープンダイアローグ」

オープンダイアローグ(開かれた対話)が統合失調症の治療風景を変える可能性について……………齋藤環
 オープンダイアローグとべてる:Open Dialogue UKセミナー参加報告……………石原孝二
 質疑応答……………向谷地生良×齋藤環×石原孝二

新薬解説 断酒の継続を助ける「レグテクト®」の動きとは?……………姫井昭男
 精神科の患者さんの身体では、何が起きている?:obesity paradoxと医原病……………秀野武彦
 大学院での研究の裏にあった葛藤を語る その2……………会田玲子

特別記事 実録!ホームレスを生きるノウハウ…向谷地宣明(解説)+くぼち・すーさん(当事者研究)

REPORT ハーモニーが「新・幻聴妄想かるた」を完成。
 「2匹目のどじょう」か?「世紀の大傑作」か?……………新澤克憲
 僕がハーモニーになじんじやったのはなぜなんだろう……………齋藤陽道