

2015年7月27日

第3135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

- [特集] 私がブレイクスルーした“あのとき” (安酸史子, 須釜淳子, 坂下玲子, 山本則子, 佐々木菜名代, 西村ユミ) …… 1-3面
[寄稿] セルフ・ネグレクトと在宅ケアに求められる視点(岸恵美子) …… 4面
[FAQ] 在宅現場で遭遇する熱中症への対処(三宅康史) …… 5面
[寄稿] 専門職連携教育と看護教育(酒井郁子) …… 6面
[連載] 看護のアジェンダ,他 …… 7面

特集 看護研究の道しるべ——先達からのメッセージ

私がブレイクスルーした“あのとき”

看護研究には困難がつきもの。長い道のりのなかで、壁にぶつかることは一度や二度ではないでしょう。患者さんの貴重なデータをこれからの看護に生かさなければ、という強い思いが、時に大きな重圧となって押し寄せてきます。また、気持ちだけでは解決できない、分析や考察の難しさもあります。しかし、ちょっとした発想の転換の糸口がつかめれば、すんなり乗り越えられるかもしれません。今回は、困難の中で少し立ち止まっているナースに向けて、看護研究に取り組む先輩たちが歩んできた道のり、困難をブレイクスルーした“あのとき”を紹介します。



イラスト：小玉高弘

安酸 史子

防衛医科大学校
看護学科学科長/教授・
成人看護学・看護教育学



谷底に投げ落とされた子ライオンの気持ちで取り組んだ修士論文

①糖尿病患者へのセルフマネジメント支援、経験型実習教育、職場におけるケアリング文化の形成
②私は、看護学校を卒業し3年間の看護師経験の後、1981年に千葉大学看護学部にて1年から入り直した経歴を持つ。看護学校時代に、学校の代表として事例をまとめて発表した経験はあったが、系統的に看護研究を学んでいないという気持ちが強く、修士課程でもずっとその気持ちを引きずっていた。修士課程では、看護研究方法論を系統的に教えてもらえると期待していたが、当時はまだそのような体制ではなかった。修士課程では、途中で教授が変わり、看護教育学に関する研究でないと修士論文として認めないと言われ、2年次にテーマを変更した。2か月間、図書館にこもって教育理論に関する本を読んだことを覚えている。研究テーマは、「看護学実習における教授=学習過程成立に関する研究」とした。修論ゼミの発表のたびに、レジュメにざっと目を通した後、ため息

をついて天井を見ておられる教授の姿に、胃が痛くてたまらなかったことを思い出す。ダメ出しをされるけど、具体的なアドバイスはもらえない。ライオンの親から谷底に投げ落とされた子ライオンの気持ちだった。

しかし、夏過ぎの修論ゼミで、やっとOKが出たときには、自分の考えを自分の言葉で整理して話せるようになってきていると自分でも感じていた。指導する立場になって初めて、その当時の教授の肝の座った指導のすごさがある。教えてもらったことではなく、自力で学び取ったことは、身についた能力となる。

③博士号は、大学の准教授をしながら、1997年に東京大学で取得した。テーマは、「糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感尺度の開発に関する研究」である。論文はシャープにしなさいと指導教授から何度もなく指導された。その当時、質的に分析する手続きの記載にこだわっていたため、カットすることに抵抗があった。実施したことは全て盛り込みたいという気持ちだったように思う。口頭試問時に、主査(指導教授ではない)から「看護師としての臨床経験が研究動機になっていると思うので、あなたでないと書けない尺度開発研究になさい」と言われ、いったん削除した研究動機を盛り込んだ。指導教授に見せたら「こんな記載は恥ずかしいわ」と一言。主査からの

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
長/教授・基礎看護学



ゼロからのスタート、結果が出せるようになるまで10年

①褥瘡予防における体圧分散ケア、脆弱皮膚へのアドバンストスキンケア
②私の研究分野である褥瘡は、金沢大学医療技術短期大学部において既に1980年代から研究が行われていた。この当時、全若手看護学教員が短大の中心的研究課題である褥瘡研究に参加し、研究の実践トレーニングを積む体制が整っていた。私も何も疑問を抱くことなく、当然のように褥瘡研究に参加した。大学卒業後、3年間看護師として勤務していた期間に研究のトレーニングを一切してこなかった私にとっ

コメントは、個人的な研究動機 true reason を real reason に置き換える、つまりアカデミック言語に翻訳して記述するという指摘だったことに気付いたのは後になってからである。「研究の過程では多くの汗をかき苦労するが、論文にするときには、余計なものをそぎ落とす勇気をもってシャープに仕上げている」ことが大切だと博士論文では学んだ。

- ①専門分野、主な研究テーマ
②最も困難を感じた時期
③私がブレイクスルーしたあのとき
④先輩たちへのメッセージ

て、研究に関する知識と実践能力を身につける非常にありがたい体制であったと今になって思う。この体制のもと多様な研究を体験できた。具体的には、体圧分布、皮膚血流量を用いた生体生理計測研究、褥瘡発生を観察する臨床疫学研究、褥瘡発生予測尺度の信頼性、妥当性の検証などである。

さらにありがたいことは、創傷看護に関する豊富な知識と実践、そして優れた研究力を持つ真田弘美先生に師事できたことである。真田先生のもと褥瘡ケアに関する臨床経験を積むことができた。大学附属病院、地域中核病院、特別養護老人ホーム、療養型病院を定

(2面につづく)

④研究能力というのは、系統的に方法論を学べば身につくものではなく、実際に研究をする中で、すぐには受け止められない指摘の意味を自分で見いだせたときに、少しずつ身につけていくものではないかと今では考えている。時に厳しかったが信頼できる指導者に指導を受けることができたのが研究者としての私の財産と言える。

July 2015

新刊のご案内

●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。

感染症疫学ハンドブック

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

動画で学ぶ 支持的な精神療法入門 [DVD付]

原著 Winston A. Rosenthal RN, Pinsker H
監訳 大野 裕、堀越 勝、中野有美
A5 頁272 4,200円 [ISBN978-4-260-02081-7]

〈精神科臨床エキスパート〉

精神科薬物治療
こんなときどうするべきか
シリーズ編集 野村総一郎、中村 純、青木省三、朝田 隆、水野雅文
編集 吉村玲児
B5 頁260 5,800円 [ISBN978-4-260-02114-2]

〈精神科臨床エキスパート〉

外来で診る 統合失調症
シリーズ編集 野村総一郎、中村 純、青木省三、朝田 隆、水野雅文
編集 水野雅文
B5 頁220 5,800円 [ISBN978-4-260-02170-8]

DSM-5*を使いこなすための臨床精神医学テキスト

原著 Donald W. Black, Nancy C. Andreasen
監訳 澤 明
訳 阿部浩史
B5 頁464 6,000円 [ISBN978-4-260-02116-6]

大人の発達障害を診るといって 診断や対応に迷う症例から考える

編集 青木省三、村上伸治
A5 頁304 3,000円 [ISBN978-4-260-02201-9]

精神科初回面接

原著 James Morrison
監訳 高橋祥友
訳 高橋 晶、今村芳博、鈴木史良
A5 頁544 4,500円 [ISBN978-4-260-02212-5]

医療政策集中講義 医療を動かす戦略と実践

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

吸引・排痰ができる [Web動画付]

監修 虎の門病院看護教育部
著 福家幸子、山岡 龍、千嶋陽子
B5 頁120 2,000円 [ISBN978-4-260-02390-0]

導尿・浣腸・排便ができる [Web動画付]

監修 虎の門病院看護教育部
著 福家幸子、山岡 龍、千嶋陽子
B5 頁120 2,000円 [ISBN978-4-260-02391-7]

〈がん看護実践ガイド〉 女性性を支えるがん看護

監修 一般社団法人日本がん看護学会
編集 鈴木久美
B5 頁220 3,400円 [ISBN978-4-260-02140-1]

〈がん看護実践ガイド〉 がん治療と食事

治療中の食べるよるこびを支える援助
監修 一般社団法人日本がん看護学会
編集 狩野太郎、神田清子
B5 頁160 3,000円 [ISBN978-4-260-02208-8]

知っておきたい変更点 NANDA-I看護診断 定義と分類 2015-2017

上鶴重美、T.ヘザー・ハードマン
A5変型 頁104 1,800円 [ISBN978-4-260-02180-7]

糖尿病に強くなる!

療養指導のエキスパートを目指して
編集 樹田 出
B5 頁224 2,600円 [ISBN978-4-260-02102-9]

専門看護師の思考と実践

監修 井部俊子、大生定義
編集 専門看護師の臨床推論研究会
B5 頁188 3,500円 [ISBN978-4-260-02400-6]

オープンダイアログとは何か

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

私だってできる看護研究 無理なく研究を行うヒントとテクニック

田久浩志
B5 頁104 2,000円 [ISBN978-4-260-02069-5]

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。

特集 看護研究の道しるべ——先達からのメッセージ

坂下 玲子

兵庫県立大学大学院 教授・基礎看護学



再現性を確保しようとするほど 介入は不自然で不自由になった

①「食」からはじめる生活再構築支援
②「看護研究はつらい」。久しぶりに大学を訪れた元ゼミ生は、大きくため息をついた。彼女の病棟では足浴の疼痛緩和への効果をみる研究に取り組んでいた。つらい理由を尋ねると「決められた手順以外のことをしてはいけないから、患者さんと自由に話ができない」という。「だって、話をすると、そのことで効果が出てしまい、足浴の効果が正確にわからなくなってしまう」と顔を曇らせた。
それはかつての私でもあった。手応えのある看護介入は、研究してその効果を示し普及させたい。でも研究という枠に入れた途端、今まで患者さんを見違えるように元気づけた介入は、まるでシンデレラの魔法が解けたかのように色あせてしまった。科学的であろうとすればするほど、再現性を確保しようとするほど、介入はとて不自然で不自由なものとなった。
③今から思えばそれは当然であった。私が行った実験研究は、看護介入の本質的な効果、人間の相互作用が生み出す効果を排除するものであったからだ。看護の専門性の一つは、患者と人間的な相互作用を引き起こすことにより、患者の内なる力を引き出し、その認識や行動を変えるところにある。それを捨てることは看護介入の最も威力

あるところを捨ててしまうことになる。一方で、患者との相互作用は個性があるものなので、それを研究に組み込むと、たとえ効果がみられても、それは一般化できなくなるのではないかと。「看護研究のユニークな特徴は概念枠組みを持つことだね」。Advanced Nursing Research の講義で Ivo Abraham 氏は言った。「概念枠組み!!!」それは絵に書いた餅のようなものではなかったの? そこから私の頭の中には、「概念」「理論」「構造」「サブストラクション」といった言葉がぐるぐる回った。看護介入は、患者の個性とそれに適する介入の多様性のために、その中身はブラックボックスになりがちである。だからこそ、何に働きかけ、どのような成果を得ようとするのかという概念間の関係を示す見取り図、すなわち概念枠組みが必要なのだ。私は温罨法や、マッサージや、口腔ケアの単なる物理的な効果のみをみたいではなかった。そのような専門知識や技術の提供を通して、患者が自分自身の状態に気づき、セルフケア能力を伸ばし健康になることを支援したかったのだ。それならば、そのような看護モデルに基づく概念枠組みを中心に据え、研究を計画したらよいではないか。それは看護の専門性を可視化させるということでもある。患者と話をしないのではなく、概念枠組みの中に意図的に看護師と患者が話すことを位置付け、どのような成果が得られるのかを示すべきなのだ。
④看護学が扱う現象は複雑で奥深い。それを解明するために多種、多様な研究方法がある。質的研究は理論を生成し、量的研究は理論を検証し精練する。よりよい研究を行うためには多様な研究方法と共に看護理論を学ぼう。

(1面よりつづく)

期的に訪問し、褥瘡の状態を評価後、臨床現場の看護師と共に発生要因・悪化要因を考え、その要因を除去するケアを実践した。このプロセスを通じて、日常生活援助技術、特に患者の生活の場であるベッドやマットレスの構造と機能が、褥瘡発生や悪化に直接影響することを目の当たりにした。そこで、真田先生の勧めもあり自身の研究テーマを褥瘡予防の体圧分散マットレスに絞ることにした。その後、産学連携による寝たきり高齢者用体圧分散マットレスの開発、健康成人を対象とした基礎研究、高齢者を対象とした安全性の研究、ランダム化比較試験による研究までの一連のトランスレーショナルリサーチにもかかわることができ、研究の醍醐味、すなわち研究によって臨床看護の質向上に貢献できることを学んだ。
しかし、褥瘡発生は確かに減ってきたが、依然として皮下組織を超えた深い褥瘡が発生するという臨床の課題が残っていた。この課題解決にはなぜ深い褥瘡が発生するのかを根本的に追

- ①専門分野、主な研究テーマ
②最も困難を感じた時期
③私がブレークスルーしたあのとき
④後輩たちへのメッセージ

究する必要がある、これまで自身が採ってきた研究手法では、全く歯が立たなかった。なぜなら、褥瘡発生に至るまで圧を負荷し続け、その生体反応を観察する必要があり、人を対象とすることは倫理上不可能であったからだ。そこで、1995年から動物モデルを用いた研究に着手し、結果が出せるようになるまでに10年間を要した。ゼロからの出発であり、どこから何を始めてよいかかわからず、何回実験しても褥瘡は全くできず、正直、私にはこの研究は無理かなと思うこともあった。
③④そのような中で諦めずに研究を継続できたのは、「看護には限界がない」という真田先生の強い信念を表す言葉であった。この言葉によって、必ず現状を打破する方法が見つかるはずだと思えるようになり、今に至っている。ぜひこの言葉を後輩の皆様に贈りたい。

山本 則子

東京大学大学院 教授・成人看護学・緩和ケア看護学



他領域に負けない「研究らしい研究」にとらわれていた

①長期ケアの質、看護実践の可視化、高齢者ケア、在宅看取り
②研究が困難でないと考えたことはあまりない。研究は一つひとつが違う。一つの研究ごとに、思い通りに進まない分析、予期していなかった壁、研究の方向性がこれで良いかなど、あれこれ道に迷いながら進む。論文も私にとっては一つひとつが苦闘の産物だ。これでいいのかと頭をひねり、脂汗を流し、なんとか産み落とす感じがしている。
研究者としての歩みのそれぞれの時期を通じて、困難と思うことは異なった。修士課程のときは、そのころ多数出版されていた「介護負担感」に関する研究論文を読んで、「なんだか違うぞ」と思いつつそれがうまく研究に取り込めずもどかしかった。博士課程のときは分析に先行きが見えず不安だった。研究者として道に迷った気がして公衆衛生学部や医学部で勉強した時期もあった。今は、ワーク・ライフ・バランスを含め、研究の時間を見つけることが一番の困難だ。
③そんなわけなので、ブレークスルーの経験というほどのものはないが、研究者としての姿勢を学んだ、印象に残った経験がある。2001年から03年にかけて、私はカリフォルニア大学ロサンゼルス校で、ナースホームのケアの質に関する調査にかかわった。研

究代表者は社会福祉系の出身で、ナースホームで働くスタッフの置かれた状況や彼らの性質を知り抜いた上で、ケアの質とは何か、どのように把握・測定できるかを深く考え、地を這うような、徹底的に綿密なデータの取り方をした。利用者のチャートをレビューするだけでなく、利用者・家族へのインタビュー、体位変換の実施状況を把握するための大腿部への機器の装着、食堂での構造化された観察など、時間とエネルギーを割いてカリフォルニア中の30件程度の現場に足を運び、一つひとつデータにしていた。現場に資する知見を得るための、妥協のない態度、研究上の問いに答えるため、真摯にまい進する姿勢に感銘を受けた。
それまで自覚していなかったのだが、第一線の研究者として他領域の研究者に負けない「研究らしい研究」をしたい、現場の課題のうち「研究らしい研究」になじまない題材は扱えない、というような枠にとらわれた研究態度を自分が持っていたことに気付かされた。さらに、現地まで行くのは無理、実際に測定するのは困難と安易に限界を設定し、質問紙調査などに頼るだけで満足していなかったか、研究者は現場で汗をかきよりもデータをもらってそれを複雑に処理するだけで満足しがちではないか、などハッと気付かされる経験が多くあり、研究者として原点に立ち返る思いがした。
今でも、彼の笑顔や多くの研究員と共にいったナースホームでのデータ収集を思い出すと、あらためて「頑張らなくて」と思われる。
④既に作られた道歩くのではなく、問題に誠実に向き合い、苦勞しつつ自分で道を築くのが研究だと思っています。一緒に頑張りましょう。

佐々木 菜名代

川崎市立多摩病院 看護副部長



私の研究が臨床の役に立つのか 研究結果にも自信を持てなかった

①病棟マネジメント、チーム・エンパワメント
②急性期病院で主任として働いていた私は、病棟で起こるさまざまなジレンマの中で何も解決できない自分に無力感と行き詰まりを感じ、臨床を変える力を身につけたいと考え修士課程に進学した。そのような思いを抱いていた私は、臨床に根差した、日々の実践に活用できる研究をしたいと強く感じていた。しかし、本格的な研究に取り組むのが初めてだった私にとって、研究者自身がまさに「デザイン」していくという、研究計画書作成までのプロセスは、まるで樹海の中をさまよっているようであった。

修士論文では、「病棟変革」をテーマに、いわゆる「荒れた病棟」が「働きやすい病棟」に変わっていったプロセスについて、かかわった看護師のインタビューを質的に分析した。インタビューでは、病棟が変わっていった様子が生き生きと語られ、研究者であることを忘れ、話にのめりこんでしまうこともあった。また、インタビューデータを前に、指導教授の井部俊子先生とあれこれ意見を交わす時間は、私にとって大変刺激的で楽しいものだった。時に研究の枠を超えて、先生自身の経験や看護観に触れることができたその時間は、とても濃密で贅沢に感じられた。
しかし、試行錯誤を重ね、実際にデータを分析しまとめあげていく過程では、何度も挫折しそうになった。何とか論文としてまとめることができたものの、「きちんと分析しきれたのだろうか」「力のある研究者が分析をしていたら、もっとデータを生かせるのではないだろうか」という気持ちを拭い去れず、研究結果にも自信を持つこ

医学書院看護教員「実力養成」講座2015のご案内
看護実践の向上に必要な
研究力の教え方

日時・会場
大阪 2015年10月3日(土) 13:00~16:30 (開場12:00) 新梅田研修センター205号室
東京 2015年10月24日(土) 13:00~16:30 (開場12:00) 全社協灘尾ホール
受講料 5,000円 (資料代・消費税込み)
お申込み方法 http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do

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

講師 坂下 玲子先生
兵庫県立大学看護学部基礎看護学講座
兵庫県立大学大学院看護学研究科
生活機能看護学専門領域教授
兵庫県立大学臨床看護研究支援センター長
お問い合わせ (株)医学書院 PR部 看護教員「実力養成」講座係
TEL.03-3817-5693 (平日9~17時)
お申込み 福田商店広告部(担当:大屋)
TEL.06-6231-2723 (平日9~17時)

私がブレイクスルーした“あのとき” 特集

西村 ユミ

首都大学東京 教授・成人看護学



たどり着いた現象学へ 入門することすら難しかった

①看護ケアの実践知、現象学的研究、遺伝性疾患患者の病い経験
②かつて私は、人間工学や生理学に関心をもち、“測定”によってデータを得る研究を行っていた。そのため、臨床現場で出会った植物状態の患者さんとの“かかわり”をも、“計測”しようとして失敗した。この失敗、そして“かかわり”というテーマは、“計測”から現象学へと私を導いた。

と言っても、当初は、たどり着いたはずの現象学へ入門することすら難しかった。フッサーやメルロ＝ポンティの書物には、何が書いてあるのかがさっぱりわからない。読みながら眠ってしまったこと、乗り物酔いをしてしまった経験は、数えきれない。それでもなお、現象学が何らかの手掛かりを与えてくれると信じて取り組めたのは、その当時阪大教授だった哲学者の鷺田清一先生(現・京都市立芸術大学長)や、参加していた研究会の仲間、知人たちが、熱心に相談に乗ってくれたからかもしれない。

しかし、わからないままに闇雲に進めたツケは、論文の提出3週間前に回ってきた。鷺田先生が私の論文を見て、「主体と客体が分離した文章になっている」と言うのだ。主体と客体の分離を乗り越えることが私の研究においては重要な意味を持っていたにもかかわらず、文章のスタイルがそれを裏切っている。

③「主体と客体が分離した文章になっ

とができなかった。私の研究が果たして臨床の役に立つのだろうか、積極的に研究結果を公表することができずにいた。

③そんな私に転機が訪れたのは、入職半年足らずの現職場で師長になったときだった。さまざまな理由からスタッフのモチベーションが著しく低下していた病棟への異動だった。「大変な病棟に来てしまった」と不安が募り、悲観的になってもおかしくないのに、私の脳裏には研究病棟が浮かび、「この病棟もあの病棟のように変わることができるはず」と不思議と楽観的な思いを抱くことができた。また、研究で明らかにした内容を、実践の中で活用できるという手応えを感じたことで、研

究結果をさまざまな形で他者に伝えられるようになった。さらに、「自分自身の実践を振り返り、意味づけすることができた」「現状を打破するヒントを得た」などのフィードバックをもらったことで、どのような研究であっても、その成果を共有することにより、何らかの形で臨床に生かされるのではないかと思えるようになった。

焦っても仕方ない。主体/客体問題はいったん脇におき、考察の構成を組み立て直してみよう。看護師が患者とのかかわりをいかに経験しているのか、それは、いかなる切り口から検討することが可能なのか。追い込まれながらも考え続けると、おぼろげながら考察の構成が浮かび上がってきた。それを一つずつ検討していく。――「視点が絡む」という経験は、目が合うこととは違うのか。「絡む」は、看護師が患者の目をのぞき込んだとき、その人に触れていることと関係しているのか。そうだ、メルロ＝ポンティは五感に分化する手前の感覚的経験を記述していた。この表現はそれを言い表しているのかもしれない。看護師は、患者さんの目に私(自分)が映っていたとも語っていた。そうか、「視線が絡む」とは、感覚という切り口においても、主体(看護師)と客体(患者)の関係においても、未分化な次元の経験なのだ。そうであれば、主体つまり主語を看護師(私)として、対象である患者を把握するという文法の文体は、事実をゆがめてしまっている。ここまでのどり着いて、鷺田先生の指摘の意味がようやく腑に落ちた。

④答えを見つけ出すことを急がず、問いのただ中にとどまり、それについてじっくり考え続けてください。「世界を見ることを学び直すこと」が実現するはずです。

究結果をさまざまな形で他者に伝えられるようになった。さらに、「自分自身の実践を振り返り、意味づけすることができた」「現状を打破するヒントを得た」などのフィードバックをもらったことで、どのような研究であっても、その成果を共有することにより、何らかの形で臨床に生かされるのではないかと思えるようになった。

④臨床で思い悩む人が、ひとりでも自分の研究を知ることでも何かを感じてくれること、それが臨床に貢献することであると考えると、これからは臨床に根差した研究に取り組んでいきたい。そんな私と同じ思いを持つ看護師が増えてほしいです。

●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売部まで

☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804

なお、ご注文につきましては、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

生意気なナースを育てなさい

異端の看護教育 中西睦子が語る

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

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



四六判 頁240 2015年 定価:本体2,200円+税 [ISBN978-4-260-02210-1]

医学書院

看護研究関連書

私だってできる 看護研究

無理なく研究を行うヒントとテクニック

田久浩志

臨床看護師が病棟で看護研究に取り組むときの研究開始から発表までの流れをストーリーで展開し、各ステップに必要な知識とスキルをまとめた1冊。

●B5 頁104 2015年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-02069-5]



現象学的看護研究

理論と分析の実際

編集 松葉祥一・西村ユミ

質的研究の代表的な手法の1つである現象学的研究について、基礎となる理論から具体的な分析の実際までを解説。カラー別冊付きで具体的な分析の流れが掴める。

●B5 頁256 2014年 定価:本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-02048-0]



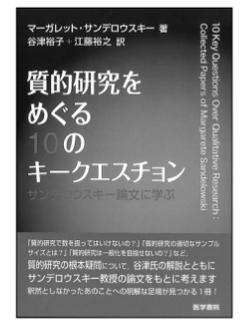
質的研究をめぐる 10のキーエスチョン

サンデロウスキー論文に学ぶ

著 マーガレット・サンデロウスキー
訳 谷津裕子・江藤裕之

質的研究の根本疑問について、サンデロウスキーの論文に答えを求め、訳者が解説を加えた。何か釈然としなかった「あのこと、このこと」への明解な回答が詰まった1冊。

●A5 頁220 2013年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-01895-1]



質的研究のための 現象学入門

第2版

対人支援の「意味」をわかりたい人へ

編著 佐久川 肇/著 植田嘉好子・山本玲菜

医療従事者は広義に言えば支援者である。本書は、現象学を哲学の範疇から開放し、支援者がケアの原点を見つめるためのツールとして解説。

●B5 頁176 2013年 定価:本体2,600円+税 [ISBN978-4-260-01880-7]



質的研究の ピットフォール

陥らないために/抜け出するために

菅間真美

数多くの質的研究を行い、論文指導の経験も豊富な著者が、質的研究における“ピットフォール(落とし穴)”の数々を読み物風に紹介し、そこに陥らないためにアドバイス!

●A5変型 頁124 2013年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-01847-0]



質的研究法ゼミナール

グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ

第2版

編 戈木クレイグヒル 滋子

グラウンデッド・セオリー・アプローチ(GTA)の世界へようこそ。質的研究法を学ぶ初学者に向けた最適の入門書、待望の改訂。

●A5 頁288 2013年 定価:本体2,600円+税 [ISBN978-4-260-01867-8]



防衛看護学

防衛看護学

監修 安酸史子/編集 志田祐子・平 尚美

災害時などの特殊状況下において活動する看護官の特性とその役割について、これまでの実践と防衛看護研究の実績から得られた知見をまとめた1冊。

●B5 頁180 2013年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-01916-3]



医学書院

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

寄稿

セルフ・ネグレクトと在宅ケアに求められる視点

岸 恵美子 東邦大学看護学部教授・地域看護学

「セルフ・ネグレクト」という言葉を聞いたことがあるだろうか。具体的には、いわゆる「ゴミ屋敷」や多数の動物の放し飼いによる家屋の極端な不衛生、本人の著しく不潔な状態、医療やサービスの繰り返しの拒否などにより、健康に悪影響を及ぼすような状態に陥ることを指す。ネグレクトは「他者（親、ケア提供者など）による世話の放棄・放任」だが、セルフ・ネグレクトは「自己放任」、つまり「自分自身による世話の放棄・放任」といえる。

セルフ・ネグレクトに関する研究は近年急速に進んでおり、これを疫学的、公衆衛生的問題であると指摘する研究者も少なくない。内閣府が実施したセルフ・ネグレクト高齢者の調査¹⁾によれば、全国でセルフ・ネグレクト状態にあると考えられる高齢者の推計値は、9381—1万2190人（平均値1万785人）。しかし、これはまだ氷山の一角にすぎないと考えられる。米国の大規模調査では、高齢者のうち約9%にセルフ・ネグレクトが存在し、年収が低い者、認知症、身体障害者の中では15%に及ぶと報告されているのだ²⁾。

判断能力を問わず、生命・健康が脅かされる状態は要介入

セルフ・ネグレクトについて、日本では統一された定義は示されていないが、津村らは海外の研究論文等を参考に「高齢者が、通常一人の人として生活において当然行うべき行為を行わない、或いは行う能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥ること」と定義している³⁾。この定義では、判断能力があっても「当然行うべき行為を行わない」人も、判断能力が低下して「行うべき行為を行えない」人も、どちらもセルフ・ネグレクトに含む。つまり、認知症や精神疾患等により判断能力が低下してセルフ・ネグレクトの状態に陥っている場合でも、判断能力の低下はなく、本人が自分の意思で行っている場合であっても、生命や健康にかかわる状態であれば、他者が介入して支援する必要があると換言できよう。ネグレクトとセルフ・ネグレクトは、他者によるものか、自分自身によるものかの違いはあるものの、結果的には「自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥る」ことであり、人権が侵害されている点では同様であり、直ちに介入が求められるのである。

筆者らは、日本において初めて、全国の地域包括支援センターを対象にセルフ・ネグレクトの高齢者に関する調

査⁴⁾を実施した。それによって、地域包括支援センターの専門職が支援を必要と認識するセルフ・ネグレクトの状態として、「不潔で悪臭のある身体」「不衛生な住環境」「生命を脅かす治療やケアの放置」「奇異に見える生活状況」「不十分な金銭・財産管理」「地域の中での孤立」の6因子を明らかにした。現在、6因子についてさらに研究班で検討し、セルフ・ネグレクトの概念を図のように考えている⁵⁾。

孤立死につながるおそれ

また、筆者らは、孤立死とセルフ・ネグレクトの関連を分析するため、全国の自治体の地域包括支援センターと生活保護担当課にセルフ・ネグレクトと孤立死にかかわる質問紙調査を実施し、孤立死と思われる事例を収集し分析を行った⁶⁾。この調査では「孤立死」を「自宅にて死亡し、死後発見までに一定期間経過している人」と定義し、簡易版のセルフ・ネグレクト測定指標を用いて、5領域（身体衛生、環境衛生、他者とのかかわり拒否、健康管理、金銭管理）について生前の状態を記入してもらっている。その結果、孤立死事例のうち、生前にセルフ・ネグレクトを構成する領域に1項目でも該当した事例は約8割。また2—4領域に該当する事例は約5割、5領域全てに該当する事例は約1割であり、全体の約6割が複数領域に該当するセルフ・ネグレクト状態にあった。なお、生前セルフ・ネグレクトに該当する事例で、死後の発見までの経過日数の記載があった事例について分析した結果、死後の経過日数の平均が8日を超えていた。以上のように、セルフ・ネグレクトの状態が孤立死に関係することが示唆された。

個々のセルフ・ネグレクト状態（疑いを含む）にある高齢者に目を向けると、以下の実態があった。「性格や人格に問題がある者」が約6割、「アルコール問題のある者」「精神疾患がある者」がそれぞれ約2割。また「糖尿病に罹患している者」が約1割、「糖尿病以外の、治療が必要な内科的慢性疾患がある者」が約4割を占め、半数以上が慢性疾患に罹患している⁷⁾。

セルフ・ネグレクト状態に陥った背景としては、「認知症・物忘れ・精神疾患等の問題」「親しい人との死別の経験」および「家族・親族・地域・近隣等からの孤立、関係悪化など」がそれぞれ約3割。また、きっかけとしては、「疾病・入院など」が約2割、「家族関係のトラブル」と「身内の死去」

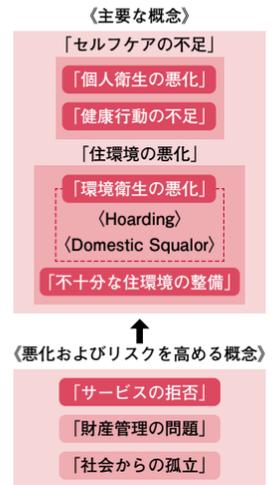
がそれぞれ約1割であったと報告されている¹⁾。セルフ・ネグレクトの要因は、いまだ明確になっていない部分も多いが、認知症・うつ・精神疾患・疾病・貧困・社会的孤立などは海外でも日本でも共通するリスクファクターであると考えられている。なお、日本人の場合、遠慮や気兼ねから自ら支援を求めない国民性という面も少なからず影響するであろう。

予防的介入のためのシステムづくりが求められる

では、セルフ・ネグレクトにはどのように対応すべきだろうか。専門職が支援すべきセルフ・ネグレクト状態は、①生活にかかわる判断力・意欲が低下している、②本人の健康状態に悪影響が出ている、③近隣とのトラブルが発生し孤立している、などの事例であろう。すぐに支援が必要と考えるべきなのは、認知力や判断力が低下してセルフ・ネグレクトに陥っている人であり、次にグレーゾーンの人たちで、遠慮や気兼ね、生きる意欲の低下によりセルフ・ネグレクトに陥っている可能性がある人たちである。これからどのように生きていきたいのか、どのような生活を望んでいるのかなどを聞き、自己決定を含めて支援をしていく必要があると考える。

セルフ・ネグレクトは「拒否」のために、なかなか発見することが難しい。そういう意味では、予防的にかかわることも重要になってくる。1次予防としては、すでに述べたリスクファクターを持つ高齢者を把握し、定期的に見守りをし、意欲低下が起きていないか、生活が破たんしていないかを確認すること。2次予防では、「見守り」の量と質の強化が鍵を握る。すでに多くの自治体では見守りを強化するためのさまざまな工夫がなされているが、今後さらに、見守りの量と支援の質を強化し、重層的・包括的にシステム化して実施していく必要がある。①地域の中に潜在するセルフ・ネグレクト事例を掘り起こし、②地域の気付きや情報を行政や専門職につなげる仕組みをつくり、③介入困難な事例に専門職のスキルと連携で介入する、というシステムの構築が求められる。

介入困難になりがちなのは、精神疾患やアルコール問題、認知症、性格や人格の問題がある高齢者。本人の支援拒否によって、専門的なスキルがなければ介入はより難しくなる。介入できたとしても、受診の勧めやサービス導入は、簡単に受け入れてくれないケー



●図 セルフ・ネグレクトの概念

セルフ・ネグレクトの主要な概念は、「セルフケアの不足」と「住環境の悪化」の2つに大別される。また、セルフ・ネグレクトの悪化およびリスクを高める概念には「サービスの拒否」等が挙げられる⁵⁾。

スも多い。こうした事例は、まずは認知力・判断力の低下につながる疾患がないかどうかの専門的な視点での見極めが必要であり、精神保健福祉センターや地域の診療所の医師によるアウトリーチ（訪問による相談）が有効な手段である場合が多い。在宅医と連携できる仕組みづくりも必要になってくると考える。

*

重要なことは、客観的に援助が必要な状態に着目することだ。セルフ・ネグレクトの高齢者は、自らは「何も困っていない」「自分で何とかするから放っておいてくれ」「大丈夫だから」と言うことがある。しかし、それを支援者が言葉通りに受け止めてしまうことで、セルフ・ネグレクトを発見・支援できないことも少なくない。「自ら支援を求めることができない人」「自ら支援を求める力が低下している人」を見逃さないようにする。そして、「その人らしい生活」を支え、自己決定を尊重していくことこそが、セルフ・ネグレクトの人に対する専門職の役割だ。

●参考文献

- 1) 内閣府経済社会総合研究所。セルフネグレクト状態にある高齢者に関する調査——幸福度の視点から報告書。2011。
- 2) J Aging Health. 2012 [PMID: 22187089]
- 3) 津村智恵子, 他。高齢者のセルフ・ネグレクトに関する課題。大阪市立大学看護学雑誌。2006; 2: 1—10。
- 4) 岸恵美子, 他。セルフ・ネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築。2008—10年度科研費補助金研究成果報告書。2011。
- 5) 岸恵美子, 他。セルフ・ネグレクトの人への支援——ゴミ屋敷・サービス拒否・孤立事例への対応と予防。中央法規出版。2015。
- 6) ニッセイ基礎研究所。セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究報告書。2011; 47—57。
- 7) 岸恵美子, 他。専門職がかかわる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題——地域包括支援センターを対象とした全国調査の結果より。高齢者虐待防止研究。2011; 7(1): 125—38。

写真と動画で技術を習得！
臨床看護技術の“もう一人の先輩”

シリーズ

できる看護技術 [Web動画付]

【監修】 虎の門病院看護教育部
【著】 福家幸子 虎の門病院看護部次長(教育担当)
山岡 麗 虎の門病院混合病棟チーフナース
千嶋陽子 虎の門病院看護教育部チーフナース

医学書院

注射・採血

ができる

サンプル動画 配信中! ▶ Youtube
http://www.igaku-shoin.co.jp/usage/chusha_toranomon.html

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

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

吸引・排痰

ができる

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

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

導尿・浣腸・摘便

ができる

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

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

FAQ

今回の回答者

三宅 康史

昭和大学医学部救急医学講座教授/昭和大学病院救命救急センター長

Profile/1985年東医歯大卒。2012年より現職。救急指導医、脳神経外科・集中治療・外傷専門医。日本救急医学会「熱中症に関する委員会」委員長、日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」委員長などを務める。JATEC コースディレクター、ISLS コースディレクター、PEEC プロデューサー。

今回のテーマ

在宅現場で遭遇する熱中症への対処——予防がポイント!!

熱中症は、地球温暖化、高齢者の増加、マスク・医療界を含めた認識の高まりにより、注目を浴びるようになりました。予防が大切であること、早期対処で重症化を軽減できることを念頭に置いて、この夏の熱中症患者を一人でも減らしましょう。

FAQ 1 そもそも屋内に居る高齢者がなぜ熱中症になるのでしょうか？

熱中症には2種類あることを確認しましょう。一つは元気な人がスポーツや肉体的労働中に急激に発症する労作性熱中症で、もう一つは日常生活中、それも半数は屋内で起き、小児や高齢者に多く見られる非労作性(古典的)熱中症です。この2つは発症までの経過、危険因子、予後などが全く異なります(表1)。

まずは発症形態から、どちらのタイプの熱中症かを見極めます。高齢者でも元気な方が畑仕事やジョギング中に発症したのであれば、労作性熱中症です。一方の非労作性熱中症は1999年のシカゴ、2003年のフランス、2009年のアデレードで起きた熱波による大量発生が典型例です。日本でも熱波(猛暑日と熱帯夜が数日以上連続)の到来後、数日たつて高齢者が次々と体調を崩して救急搬送され、災害ともいえる規模で発生する危険性があります。犠牲者が多く出るのもこちらのタイプです。

高齢者は、急に気温が上がっても家の中で過ごしていれば、その日に熱中症になることはあまり多くありません。ただ、気温上昇に伴い室温が徐々に上がり、夜間も室温が下がらなくなってくると、3-4日目から食欲低下とともに元気がなくなり、脱水の進行、電解質の異常、低栄養、持病の悪化、新たな感染症の併発などが起き、最後は複合的な熱中症に陥り、「布団から

出てこない」「返事をしなくなった」と救急車が呼ばれる事態になります。高齢者は暑さを不快に感じないために、暑熱環境下で長時間過ごしてしまい、重症化して初めて気付くという流れです。

医療機関に搬送されたときには、高体温や意識障害、粘膜の乾燥、脱水(Ht値上昇、低栄養にもかかわらずAlb高値)、急性腎障害(乏尿とBUN値、Cr値上昇)、感染症(肺炎、尿路感染症)、電解質異常(高Na・高K血症)、褥瘡などを認めます。高齢者の場合、心機能への負担や元来のADL、集中治療の適応、長期予後予測を考え、一つひとつの症状に対応していくこととなります。治療期間が長くなると、環境変化・長期臥床に伴う認知機能、ADLの低下を防止しつつ、今後の方針について家族やケースワーカーと話し合っていく必要も出てきます。

持病(心不全、高血圧、糖尿病、低栄養、担癌状態、脳卒中後遺症、認知症、精神疾患など)や独居、老老介護、経済的困窮、地域での孤立といった身体的・社会的問題は熱中症の明確な危険因子となるのです¹⁾。

Answer...高齢者は熱中症弱者です。暑熱環境でも不快に感じず長く過ごしてしまうことで重症化する危険性があります。日中と夜間に高温の日が続いた最初の数日間は特に注意が必要です。

FAQ 2 在宅介護を受けている高齢者の熱中症予防のために、日頃から気を付けるべきことはどのようなことでしょうか。

熱中症は予防可能な病気です。早期発見・早期治療も大切ですが、まずは「予防」に全精力を注ぎましょう。秋から春までは、特殊な状況を除き熱中症は発生しません。つまり、暑くなければ熱中症にはならないということです。訪問看護・介護に携わる方は、訪問時の状態だけでなく、今後の天気、夜間の生活環境(特に寝室の室温)などにも気を配り、早め早めの対応をす

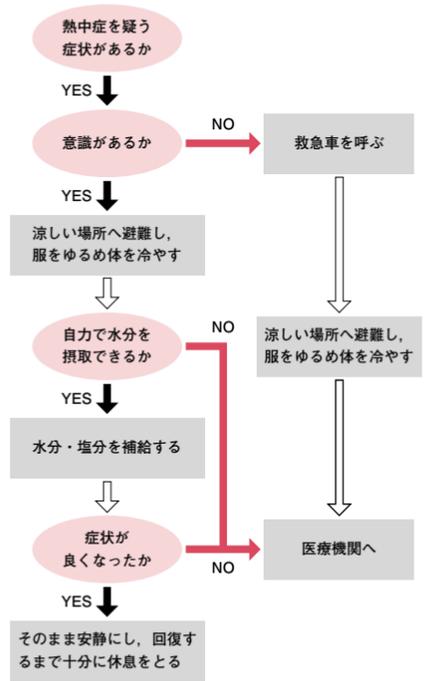
る必要があります。エアコンは熱中症予防の必須アイテムです。特に熱波の間は、昼夜を問わずエアコンでしっかり室温管理を行うことが重要になります。最近は室温と湿度を指示通り適切に管理してくれる高性能なものもありますが、高齢者自身がその機能を生かすのはたいてい至難の業です。体に直接冷風を当てない、冷やしすぎない、室内の空気を攪拌して足元ばかり冷えないようにする、乾燥に注意してこまめに水分補給をする、夜間も窓を閉めて寝るならばエアコンを使用する(例えば就寝数時間後にスイッチが入り、2時間で切れて、朝日が出るころに再びスイッチが入るよう設定する)など、室温を乱高下させず、体に負担の少ない室温に管理するお手伝いが、看護・介護をする側にも求められます。

これに加えて、水分、塩分、栄養の補給は食事が中心となるため、三度の食事をきちんと取れているかを確認してください。食欲が落ちているのであれば、経腸栄養剤、経口補水液やスポーツドリンクで適宜補給する必要があります。ただ、高齢で高血圧や心不全の方は、塩分制限、水分制限を受けていることがあるため、この場合には過量摂取に注意が必要です。かかりつけの医師と相談しつつ、血圧、体重変化、心不全徴候に留意した細かな調整を行わなくてはなりません。

Answer...猛暑の季節は長くても1か月です。この間、暑さを避け、水分、栄養補給を怠らず、常に周囲が気を配りましょう。高齢者の最も長く居る環境(居間と寝室)の変化を把握し、エアコンを上手に使ってあげてください。

FAQ 3 熱中症を疑う症状にはどのようなものがありますか？ 対処法とあわせて教えてください。

どんなに注意をしても熱中症になる危険性があります。熱中症を疑う症状は何でもよいと思いますが、初期症状(熱中症I度)としては、大量の発汗、筋肉の痛み、こむら返り、手足のしびれ、脱力、一瞬のぼーっとする感じなどが挙げられます。II度に進めば頭痛や吐き気、強い倦怠感、ごく軽い意識障害などが認められ、さらに重症(III度:医師が鑑別)になると、けいれん、明らかな意識障害、採血で確認される肝障害、腎障害、播種性血管内凝固症候群(DIC)などが起こり



● 図 熱中症の応急処置(参考文献4より一部改変)

ます(表2)^{2,3)}。

日常生活における高齢者の熱中症はかなり進行してしまってから気付くことが多いため、前述したようにいろいろな病態が重なります。夏季に、食欲低下、元気がない、体重減少などの症状があれば熱中症を鑑別診断の一つに入れましょう。必要に応じて採血を行い、臓器障害の有無を確認するとともに、脱水や感染症のチェックをしてください。他の病態がかぶることもありますが、しばらく続いた暑さとそれに伴う脱水症が、誘因として関与している場合は多いでしょう。応急処置を行いながら、病院搬送の適応(II度以上)を判断できるアルゴリズムが環境省より公開されています(図)。

Answer...夏の体調不良はまず熱中症を疑うこと。水分を自分で飲めるかどうか、改善するかどうかを付き添って確かめる。高齢者の場合は遠慮せずに救急車を呼んで医療機関で診察を受けるよう勧めましょう。

もう一言

昔と比べ、夏季は高齢者にとって危険な季節になっています。しかし、高齢者は自分からエアコンのスイッチを入れようとはしません。昼間最も過ごす時間の多い部屋の日立つ場所に、温度計を置いてもらい、本人が暑さを感じていなくても、室温が30度を超えていたらエアコンを入れるよう助言してください。

● 表1 労作性熱中症と非労作性熱中症の比較

	労作性熱中症	非労作性熱中症
年齢	若年-中年	高齢者
性差	圧倒的に男性に多い	男女差なし
発生場所	屋外、炎天下	屋内(熱波で急増)
発症までの時間	数時間以内で急激発症	数日以上かけて徐々に悪化
筋肉運動	あり	なし
基礎疾患	なし(健康)	あり(心疾患、糖尿病、脳卒中後遺症、精神疾患、認知症など)
予後	良好	不良

● 表2 日本救急医学会熱中症分類2015(参考文献3より一部改変)

	症状	重症度	治療	臨床症状からの分類
I度 (応急処置と見守り)	めまい、立ちくらみ、生あくび 大量の発汗 筋肉痛、筋肉の硬直(こむら返り) 意識障害を認めない(JCS=0)		通常は現場で対応可能 →冷所での安静、体表冷却、経口的に水分とNaの補給	熱けいれん 熱失神
II度 (医療機関へ)	頭痛、嘔吐、 倦怠感、虚脱感、 集中力や判断力の低下(JCS≤1)		医療機関での診察が必要→体温管理、 安静、十分な水分とNaの補給 (経口摂取が困難なときには点滴にて)	熱疲労
III度 (入院加療)	下記の3つのうちいずれかを含む (1)中枢神経症状(JCS≥2、小脳症状、 痙攣発作) (2)肝・腎機能障害(入院経過観察、入院 加療が必要な程度の肝または腎障害) (3)血液凝固異常(急性期DIC診断基準 【日本救急医学会】にて診断)⇒III度 の中でも重症型		入院加療(場合により集中治療)が 必要 →体温管理 (体表冷却に加え体内冷却、血管内冷 却などを追加) 呼吸、循環管理 DIC治療	熱射病

参考文献

- 1) 日本救急医学会熱中症に関する委員会. 熱中症の実態調査——日本救急医学会 Heatstroke STUDY2012 最終報告. 日本救急医学会誌. 2014; 25: 846-62.
- 2) 三宅康史, 他. レセプトデータを用いた最近5年の熱中症患者の推移(2010-2014年). 日本医学会誌. 2015; 144(3): 527-32.
- 3) 日本救急医学会. 熱中症診療ガイドライン2015. 2015. <http://www.jaam.jp/html/info/2015/pdf/info-20150413.pdf>
- 4) 環境省. 熱中症環境保健マニュアル2014. 2014. http://www.env.go.jp/chemi/heat_stroke/manual/full.pdf

聖路加国際大学教育センター
認定看護師教育課程-2016年度 研修生募集のお知らせ-

1次募集	
出願期間	2015年8月31日(月)~9月11日(金)消印有効
試験日	2015年10月24日(土) 筆記試験9:00~10:30 面接試験13:00~(予定)
合格発表	2015年10月29日(木)

募集要項・出願書類は本学HPよりダウンロードして下さい。
<http://edu-sk.luke.ac.jp/nintei/>

問合せ: 教育センター生涯教育部
Tel: 03-5550-2436 (直通)
E-mail: nintei@slcn.ac.jp

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

認知症ケアの画期的技法として注目を集める「ユマニチュード」。開発者と日本の臨床家たちが協力してつくり上げた決定版入門書!

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

医学書院

“開かれた対話”が、なぜ驚くほどの効果を上げるのか?!

オープンダイアログとは何か

依頼があったら「24時間以内」に精神科の「専門家チーム」が出向く。そこで患者・家族・関係者をまじえて、状態が改善するまで、ただ「対話」をする——フィンランド発のシンプルさで驚かすこの手法に、なぜ世界が注目するのか? オープンダイアログの第一人者セックラ氏の論文と、斎藤環氏の熱情溢れる懇切丁寧な解説が融合。生き生きとした事例、具体的なノウハウ、噛み砕いた理論紹介で、オープンダイアログの全貌がわかる!

著+訳 斎藤 環
筑波大学社会精神保健学 教授

オープンダイアログとは何か
シンプルさで驚かすこの手法がなぜ驚くほどの効果を上げるのか?

A5 頁208 2015年 定価:本体1,800円+税 [ISBN978-4-260-02403-7]

医学書院

寄稿

専門職連携教育と看護教育

新しい酒は、新しい革袋に盛れ

酒井 郁子 千葉大学大学院看護学研究科 教授/同研究科附属専門職連携教育研究センター センター長

『新約聖書』マタイ伝第九章の一節に、「新しいブドウ酒は古い革袋に入れてはいけない。そんなことをすれば革袋は破れ、酒は流れ出し、袋もダメになってしまう。新しいブドウ酒は新しい革袋に入れる。そうすれば両方とも保たれる」とある。マタイ伝では、「新しいブドウ酒」は「イエスの教え」を指すのだが、「新しいブドウ酒」は専門職連携教育（Interprofessional Education, 以下 IPE）に置き換えてみることもできる。では、そのとき、「古い革袋」は何に相当するか。それは、「チーム医療と、自職種の役割機能や教育理念に関する既成概念」だろう。

「教える人」「学ぶ人」を区分けしない

IPE は、単なる流行の「新しい教育方法」ではない。IPE とは哲学、または思想だ。そして、従来の自分の実践の常識が常識ではなくなる、言わばパラダイムの転換を引き起こすものである。

IPE は、「Interprofessional Education occurs when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care」と定義される¹⁾。日本語に訳せば、「2 職種、またはそれ以上の専門職が主体となって、協働とケアの質を改善することを目的とし、共に学び、互いから学び、互いについて学ぶという方法をとる」となるだろう。

まず、これが「学ぶ」ことについての説明であり、そして「教える」ことについての説明でもあることを強調しておきたい。定義からわかるように、共に学ぶだけではなく、2つ以上の専門職が「互いから学び、互いについて学ぶ」という相互作用が強調されている。IPE は協働的であり、公平性が確保されており、正解のない経験学習であり、「教える人」と「学ぶ人」という区分けをしない。これは、専門職者として学び続ける方法について述べているとも換言できる。

以上を踏まえれば、基礎教育における IPE も、学生だけが学ぶということを目指すものではないと気付くはずだ。教職員が IPE の思想を理解し、実践し、自らの実践を改善し続けていくことがセットとして行われるものを指しているのだから。

意識していない世界観をあらわにする

IPE は従来語られてきた「チーム医療」「チームアプローチ」とはどのように違うのだろうか。これについてはまったく異なるともいえるし、同じであるともいえる。というのも、一口に「チーム医療」「チームアプローチ」と言っても、そのありようは多種多様だからだ。IPE の哲学を基盤としたチーム医療もあろう。または単なる役割分担を指している場合もある。中には、上下関係の中での指示系統を指す場合もある。

こうした状況のため、私たちが IPE について話すときのような反応を得ることがある。「基礎教育での IPE はサークル活動とどのように違うのか。本学はサークル活動が盛んで、それを通して仲良くなったりチーム体験をしたりしているため、あえてプログラムを導入する必要がない」「本院は顔の見える連携を行っており、継続教育として IPE を行う必要性を感じない」——。これらの発言に共通するのは、自身によって立つ前提や価値を相対化せず、「自分が実際に行っている」既存のチーム活動を「自分が気持ちよく仕事をしてきた」という視点でのみ一般化し、「チーム医療は実践できており、何の問題もない。だから IPE なんて必要がない」と評価していることであろう。このようなケースでは往々にして、「他のチームメンバーがどう思っているのか点検したい」という発想や、「チームでの実践が、患者利用者にとって有益であるのかを評価したい」という視点がない。そして、発想や視点が欠けていること自体に気が付いていないのである。

チーム医療あるいはチームアプローチという言葉は保健医療福祉の業界では目新しいものではなく、これまで何十年にもわたって営まれてきた業務形態の一つであろう。ただ、総体としては、うまくはいっていない業務形態といえるのではないだろうか。ただ、IPE によって、その状況は打破できるのでないかと考えている。

確かに IPE を通して互いについて互いから学ぶことがなくとも、他職種と一緒に仕事をすることはできる。だが、他職種へのステレオタイプな観念がより強固なものになり、自分の実体験のみに基づいて、チーム医療に対するイメージや、他職種の役割、能力に対してレッテルを貼るなど、他職種につ

て他職種から学ぶことなく共に働くことで生まれるマイナスもある。

IPE という教育の実践は、自分自身がよって立つ、自分でも意識していない世界観をあらわにし、その世界観は学習者に確実に伝わる。このことは自分がどのような価値のもとに他職種と連携協働をするのかを見直し、必要とあらば修正していくことのできるよい機会になると考えられる。

IPE はどのような看護職を育成するのか

IPE が意図することは価値の転換（changing value）であり、これは看護学教育に対しても及ぶ。看護学の発展によって、看護職が受ける教育は高度化し、看護職の認知度は増した。看護職の役割については、社会的合意形成も得られているといえるだろう。こうした中、看護職自身が、従来の既成概念に拘泥してしまっているということはないだろうか。

例えば、「チームの中で看護職は調整役」という概念だ。これに対し、「調整役を看護職だけが引き受けてはいけない。調整は連携に参画する全ての専門職者がそれぞれの立場で行うべきものである」と導き出すのが、IPE の成果の一つである。または、「患者の最もそばにいる看護職こそ患者のことをわかっているのだから、看護職の意見はもっと尊重されるべき」「私たち看護職は他職種と比較しても負担の大きい職種であるのだから、他の専門職に業務を再配分してほしい」と主張し、「それを叶えるチームこそが、チーム医療の実践である」という自職種中心の既成概念もあろう。このような既成概念と全く逆の発想を学習者に促し、「自職種は他職種に対し、どんな貢献ができるか」と考える力を養うことも IPE の成果である。つまるところ、「どのような場でも、どのようなチームであっても、看護職として必要とされる貢献ができる力量を持つ看護職」、これが IPE に組み込まれた看護学教育で育成できる人物像といえる。

なお、強調しておきたいのだが、基礎教育における IPE は「看護学教育に影響のない範囲」で行うことはできない。IPE は既存の伝統的な看護教育体系に対し、多大な影響をもたらすからである。しかし、IPE を展開することによって他職種との接点が増え、他職種からのリクエスト、ひいては社会的なニーズといった“外界”の情報が入ってくる。看護教育そのものを洗練さ

せることにはつながっていくはずである。

IPEC で IPE を深化させる

2015年1月1日、千葉大大学院看護学研究科に附属専門職連携教育研究センター（IPEC）を開設した²⁾。同センターは、千葉大支那キャンパス高機能化構想の一つとして大学から位置付けられた施設であり、従来の千葉大における IPE（以下、支那 IPE）の実践をより深化させるだけでなく、日本、アジアの教育研究拠点形成という狙いがある。IPEC が看護学研究科にできてからまだ日は浅いが、現場ですらにさまざまな変化が見られている。医学部・看護学部・薬学部の各学部、さらに附属病院において、IPE へ取り組む姿勢が積極性を増しているのだ。

まず、看護学部では、IPE を組み込んだカリキュラム改革を構想中だ。この動きを後押しするのは、「看護学部では、IPE で育成されるチームビルディング、カンファレンスの運営、共同学習力が生かされるような臨地実習だろうか」「IPE の進捗と、看護学の専門教育の進捗がマッチしているのか」といった、より充実した教育を求める若手教員個々の問題意識である。また、医学部および附属病院では、支那 IPE への協力担当医師を従来の 15 人から 70 人へと大幅に増やすことを決断した。薬学部は、数年前から助教を中心に支那 IPE にかかわる教員を増員しているが、その傾向は今後も保たれそう。このように動き出した背景には、IPEC 設立後、3 学部および病院から運営委員を IPEC に派遣していることが大きいだろう。支那キャンパス内の連携協働が組織的に支援されている。

今後、IPEC では、地域住民との連携事業、共同研究の推進、IPE の実施に関するコンサルテーションを企画・実施し、研究・普及事業の拠点としての活動基盤を充実させていく考えだ。今、千葉大支那キャンパスは、IPE という新しいブドウ酒を入れる新しい革袋を準備している段階ではないかと思う。

●参考 URL

- 1) CAIPE ウェブサイト、Defining IPE. <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
- 2) 千葉大大学院看護学研究科附属専門職連携教育研究センターウェブサイト. <http://www.iperc.jp/>

●さかい・いくこ氏

1983年千葉大看護学部卒業後、千葉リハビリテーションセンター、千葉県立衛生療大（現・千葉県立保健医療大学）看護学助手を経て、東大大学院医学系研究科博士課程（保健学）へ進学。97年修了後、川崎市立看護短大助教授、千葉大看護学部附属看護実践指導センター老人看護研究部助教授、同大地域高齢者看護システム管理学助教授を経て、2007年よりケア施設看護システム管理学教授。15年に開設された同大大学院看護学研究科附属専門職連携教育研究センターのセンター長を兼任する。

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

専門看護師の思考と実践

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

監修 井部俊子
聖路加看護大学学長
大生定義
立教大学社会学部教授/立教大学看護学研究所長
編集 専門看護師の臨床推論研究会



@igakukaishinbun

日常診療にすぐに役立つ、「女性のうつ」に特化した待望の書

女性うつ病
ライフステージからみた理解と対応

▶ 近年増加の一途をたどるうつ病の中でも有病率が男性の約2倍と言われる女性のうつ病に焦点を絞り、女性特有の生物学的、心理・社会的要因を踏まえ、思春期から結婚、妊娠・出産を経て更年期、高齢期にいたるまで、ライフステージごとの臨床的特徴、診断と治療の要点を提示。不安症などの併存症、また診療におけるコミュニケーション技法についても解説する。精神科、心療内科の医師・看護師、心理士を中心に、女性のうつ病を診る機会のある内科医、産科婦人科医等の実践に資する書。

編集: 松島英介 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 心療・緩和医療学分野教授
仙波純一 さいたま市立病院精神科部長

定価: 本体4,000円+税
A5変 頁300 図38 2015年
ISBN978-4-89592-823-6

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127回〉

政策の窓

平成27(2015)年度日本看護協会通常総会が、6月9日-10日に神戸国際展示場で開催された。2011年に公益社団法人となった日本看護協会の定款では、総会は750人の代議員によって構成されると規定している。ただし、総会には正会員も出席することができる。今回の総会は代議員も含めおよそ3000人が出席したと聞いている。

私は4年前まで日本看護協会の役員として、5000人くらいのマンモス総会の壇上で議事に参加していた。今年は一般会員として、役員が小さく見える後方席から議事を聞いていた。日本看護協会は69万4000人(2015年3月31日現在)の会員を有する巨大な組織にもかかわらず、社会の認知度は極めて低く、新聞もテレビも無関心であった。残念ながら。

准看護師教育制度をめぐって

日本看護協会は、地域包括ケアシステムの構築と推進、看護職の労働環境の整備の推進、看護職の役割拡大の推進、少子超高齢社会に対応する人材育成を重点事業としている。

人材育成では准看護師教育制度の課題が取り上げられ、①養成の一本化に向けた中長期的活動方針の明確化、②准看護師の資質向上に向けた活動、③准看護師養成の停止および看護師養成への転換、が事業計画に盛り込まれ、その他の項目も含めた「看護制度の改善事業」予算に1億円が計上されている。通常総会要綱によると、日本看護協会は2014年度に准看護師教育制度に関する特別委員会を立ち上げ、県協会とも連携してロビー活動を行った結果、2015年度の准看護師養成所の新設はなかったということである。

准看護師制度については、1996年度の「准看護婦問題調査検討会報告書」において、「21世紀の初頭の早い段階をめぐりに看護婦養成制度の統合に努める」ということになったが、21世紀ももはや15

年がたった。「21世紀初頭の早い段階」のリミットはいつごろなのであろうか。

政策過程における3つの流れ、看護体制における3つの代替案

准看護師制度の政策過程について、アクターの影響力関係と政策段階を分析した興味深い研究が出版された(野村陽子著『看護制度と政策』法政大学出版局、2015年)。

政策過程の分析にはキングダムの「政策の窓」モデルが用いられ、①政策課題の設定、②政策代替案の形成、③政治、の3つの流れが合流したときに制度決定に至る、すなわち「政策の窓が開く」と説明している。

准看護師制度の事例は、厚労省、日本看護協会、日本医師会が主要なアクターであり、野村は報告書等を丹念に吟味しながら政策過程の検証を行っている。そして、「アクターの多様化、政策企画体制の規模、そして社会への影響を考慮するという観点から、看護制度に限定した政策とするのではなく、大きな枠組みの中で看護政策を進めていくことがポイント」であること、「政策案を熟成させるためには、政策形成過程のステップを丁寧に踏んで、多角的議論によって実現可能性が高い政策案を創ること」、そして「政策案をつくる過程では、モデル事業など現場を巻き込んで政策案を創ること」が重要であると述べている。

准看護師制度は、資格制度の二重構造という矛盾があり、その解消を図るべきだということは、1963年の医療制度調査会で指摘されており、制度の矛盾を解消するという意味で政策目標は明確である。これまで選択肢として考えられてきた案は、准看護師制度を廃止する案、異なる制度に変更する案(資格の二層化)の2案の他、現在実施されている准看護師からの移行促進案があったとした上で、野村はそれぞれの案について論点整理をしている。

常に卓越したケアを提供するために

第2回日本CNS看護学会が2015年6月13日、田村恵子大会長(京大大学院)のもと「高度実践看護への挑戦」をテーマに開催され、1004人が参加した(会場=東京都千代田区・日本教育会館)。専門看護師(以下、CNS)は、1996年から認定が開始され、2015年4月時点で、11分野1466人が認定を受けている。本紙では、高度実践看護の担い手としてのCNSの在り方を示した大会長講演「高度実践看護への挑戦」(座長=創価大・添田百合子氏)の様子を報告する。



●田村恵子大会長

◆活動の場に合わせたCNSとしての役割を果たしてほしい

高齢化の急速な進行に伴う医療システムの変革により、看護の役割は、従来の病院看護を基礎とした治癒モデルから、生活を重視したQOLの向上モデルへと転換が求められている。田村氏は、CNSも同様に、役割の変革が求められていると指摘した。それは、「実践」「相談」「教育」「調整」「研究」「倫理調整」というCNSの6つの役割の中で、さらに、診断・治療に深くかかわりケアとキュアを統合した高度な看護実践を展開すること、それらを通して幅広く看護の質向上に貢献していくことだという。氏は、それらを実現するために、自身の活動を通して感じたCNSに求められる姿を3つ挙げた。

一つ目は、偶然ではなく、「常に」卓越した看護ケアを提供すること。複雑な健康問題を読み解き、患者の立場に立った問題解決のゴールを設定する、そしてゴールに向かってアプローチする。それらを意図して行えるようになるには、各事例について論理的な振り返りを行い、ケアに共通するパターンを見つけ出し、モデル構築を行っていく必要がある。

二つ目は、専門領域のみにとどまらないグローバルな視点を備えていること。療養の場に応じた他分野の専門・認定看護師とのチームアプローチ、患者の状態や必要に応じた保健医療福祉チーム作りができていないか、そして、作り上げたチームにおける相談や調整に加え、倫理的課題についても探究し、解決の糸口が提示できているかを確認することを求めた。

三つ目は、変革推進者として高度実践看護への挑戦を行うこと。総合的な判断力と組織的な問題解決力を持って専門領域における新しい課題に挑戦していくには、判断力・問題解決力・リーダーシップを習得した上で、専門領域の現状に対する批判的な視点を持つことが求められる。そして、教育・研究の課題、さらには政策にも関心を持ち、「開発的役割」として積極的に関与・発信することが望まれる、とした。

氏は、活動の場を地域包括医療と高度先端医療に大きく分けた上で、前者においては超高齢社会におけるCNSの役割を意識しながら保健医療福祉チームなどと協働していくこと、後者においては医師主導型の医療チームでのCNSの役割を模索しながら、先端医療に伴う新たな看護を開発していくことを期待すると述べて、講演を締めくくった。

第一の廃止案は、制度の存続を主張する医師会と対立し、議論は廃止か否かの「二者択一」となり硬直している。また、制度が創られるきっかけとなった看護職不足は解消されておらず、現在も確保策を強化する動きがあること、准看護師制度を廃止した場合、これまで准看護師が行っていた業務を誰が担うのかについて医療関係者の納得できる新たな看護体制を提案する必要があると述べている。

第二の制度変更案は、看護業務を区分して資格制度を二層化するという案であるが、これまであまり議論されていない。この方法は諸外国で採られていることから、准看護師の比率が下がってきているわが国でも検討の余地があるが、看護職を二層化することや業務を分化することを容認するかという議論は残されていると述べている。

第三の移行促進案は、これまで進めてきた現実的な政策である。実際に通信制の導入などにより、准看護師から看護師になる者が増加し成果は挙がっているが、制度の根本的な矛盾である二重構造は解消されていない。したがって、移行促進案は看護教育の在り方や体系まで議論を深める必要があると述べている。

また、政策課題をどのような時期に設定すべきかについても言及している。関係者の合意が得られる政策案が見えてきた段階で公的な議論のスケジュールに乗せていくこと、看護職の充足状況をみて量的確保に不安がなくなった時期に准看護師制度の検討を開始するなど、政策課題設定時期の判断が重要であると述べている。

いずれにしても、「政策の窓を開く」ための作戦が必要である。

医学書院 看護特別セミナー

株式会社 医学書院 主催

「パトリシア・ベナー博士来日講演会」

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

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

※本講演は専用イヤホンを使用した同時通訳付きです。

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

時間 **いずれも13:00 ~ 16:00**(開場は12:00)

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

セミナーお申し込み方法

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

●定員に達した時点で受付を終了します。予めご了承ください。

●払戻しについて

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

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

お問い合わせ先

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

開催日・会場

2015 10/10(土) 横浜
2015 10/11(日) 横浜
パシフィック横浜会議センター
1階メインホール(定員:各日程1,000人)

2015 10/17(土) 京都
2015 10/18(日) 京都
国立京都国際会館
大会議場(定員:各日程1,800人)

シリーズ《がん看護実践ガイド》 “がんとともに生きる”を支えるがん看護の実践書

がんとともにある女性の身体面・心理面・社会面を支える

女性性を支えるがん看護

監修 一般社団法人 日本がん看護学会
編集 鈴木久美

がんが女性のライフサイクルへ与える影響は大きく、治療後の生き方にも寄り添う継続的なかかわりが重要である。「女性性」に焦点を当て、がん患者と家族への支援を考える。

●B5 頁224 2015年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-02140-1]



超高齢社会に向けたこれからのがん看護に求められる知識と技術がここに

がん患者へのシームレスな療養支援

監修 一般社団法人 日本がん看護学会
編集 渡邊眞理・清水奈緒美

●B5 頁208 2015年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-02097-8]



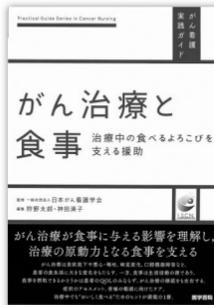
がん治療が食事に与える影響を理解し、治療の原動力となる食事を支える

がん治療と食事 治療中の食べるよろこびを支える援助

監修 一般社団法人 日本がん看護学会
編集 狩野太郎・神田清子

がん治療は食生活に大きな変化をもたらす。食事を摂取できるかは患者のQOLのみならずがん治療の継続をも左右する。治療中でも「食べるよろこび」のための1冊。

●B5 頁160 2015年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-02208-8]



症状緩和およびQOL向上の観点から、骨転移の治療・看護ケアを考える

がん患者のQOLを高めるための骨転移の知識とケア

監修 一般社団法人 日本がん看護学会
編集 梅田 恵・樋口比登実

●B5 頁208 2015年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-02083-1]



医学書院の看護系雑誌 8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

8月号 Vol.25 No.8

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 2号連続特集!! 地域包括的視点を重視した看護マネジメント“知識編”

お互いの強みを活かし、最後まで安心して暮らせる地域をつくるための知識と実践

【座談会】「より善き生」を支えるための地域包括的視点に基づく看護マネジメント 「コミュニティアニズム」が紐解く、真の地域完結型医療のありようとは…山田雅子/小林正弥/吉田千文/宇都宮宏子
京都府における看護連携に基づく地域包括ケアシステムの構築
先進地域としての成果と今後の展望…長谷川泰子/宇都宮宏子
患者中心の「地域看護連携」の創造
知り合い、響き合い、育ち合っ地域全体の看護の質向上を目指す…樋口春美
看護師の県内多施設共同育成の試み
現状の人員で、地域全体の看護力を高めるために…角田直枝
コミュニティ全体のケアをつなぐ専門看護師としての活動から見えてきたこと
在宅がん患者への療養支援・地域緩和ケアにおける成果と課題…宇野さつき
「訪問看護出向システム」から地域全体での看護人材の確保・育成策を考える
厚生労働科学研究「訪問看護事業所の新たな人材確保対策に係る研究」からの提案…福井小紀子ほか
地域包括ケアシステムにおける看護マネジメントとは
フランスの在宅入院制度(HAD)からの示唆…筒井孝子

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② 東京医科歯科大学医学部附属病院
特別記事 ▶ [3回シリーズ] 東京大学医学部附属病院における病床再編の取り組み① 病床再編時の看護管理…武村雪絵
TOPICS ▶ 全国男性看護師会の活動と今後の展開…前田真彦ほか



看護教育

増大 Vol.56 No.8

1部定価:本体2,200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 グループワークを「本物」にしよう!

グループワークはグループづくりから始まる…三浦真琴
「グループでワークすればグループワーク」ではない!
グループワークもどきからの脱却…近藤麻理
参画型看護教育におけるグループワークの展開
レポート作成論の授業の組み立て…伊波弘幸/大城凌子/金城祥教
学生がやる気になるグループワークを求めて…糸賀暢子
協同学習を取り入れて変わったグループ活動の方法と効果…宇田田さおり

第2特集 看護学生・教員エッセイ 入選作の発表

学生部門 柳田邦男賞 患者の心に寄り添うこと…内中貴子
A氏から教わったこと…西村ちあき
教員部門 宮子あすさ賞 説明がつかない不思議な体験…中村貴子
特別記事 ▶ 【対談】看護教員という幸福(しあわせ)…川嶋みどり/池西静江
「看ること」から始める授業づくり 看図アプローチとは何か…鹿内信善
「助産師出向支援モデル事業」の推進 助産実習場確保のために
福井トシ子/山西雅子/早川ひと美/村中峯子
司書のいる専門学校図書室の可能性 チーム看護教育をめざして…伊香祐子



訪問看護と介護

8月号 Vol.20 No.8

1部定価:本体1,300円+税
冊子版年間購読料:本体12,600円+税
電子版もお選びいただけます

特集 看護小規模多機能型 居宅介護の見取り図

看護小規模多機能型居宅介護の課題と今後の展望
2015年度介護報酬改定での見直し内容をふまえて…齋藤訓子
看護小規模多機能型居宅介護を始めるには?…沼田美幸
【看護小規模多機能型居宅介護奮闘記】
開設1年の小ステーションが挑戦した「カッコいい」看多機
助成金などをフル活用しつつ開設、独居の方も看取りまで支える…林田菜緒美
医療依存度の高い人の在宅療養を支える「ふたつめのわが家」
看護・介護連携を実現する人材育成の取り組み…太布和子
必要な支援を一体的に提供できる「理想」のサービスづくり
在宅療養の限界点を高めるサービス提供例…山根優子

【座談会】看護小規模多機能型居宅介護で回復も看取りもまちづくりも
看護小規模多機能型居宅介護の現状と課題
2014年度複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業の成果より…福井小紀子



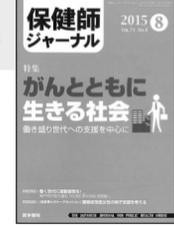
保健師ジャーナル

8月号 Vol.71 No.8

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 がんとともに生きる社会 働き盛り世代への支援を中心に

がん対策推進基本計画の推進と「全国がん登録」の意義…藤下真奈美/江副聡
「[がん就労]復職支援ガイドブック」の活用…立石清一郎
職場でがん患者を支える産業看護職の役割と可能性…錦戸典子
がん検診受診率向上への取り組み 豊島区の「がん対策推進計画」…大熊ゆき子
「患者力」と専門職との連携
情報提供と相談支援を担う「愛媛がんサポートおれんじの会」の取り組み…松本陽子
職場における1次予防の重要性 受動喫煙対策と禁煙外来…中嶋千晶
PHOTO & Pick Up ▶ 働く世代へ向けた運動習慣を身に付けるウォーキングイベント
「KOBE歩KING決定戦!」の取り組み
…楠原千絵/丸山佳子/西山順子/赤池克史/高梨弘美
Focus ▶ 【当事者とのトークセッション】薬物依存症女性の母子支援を考える…上岡陽江



助産雑誌

8月号 Vol.69 No.8

1部定価:本体1,400円+税
冊子版年間購読料:本体14,880円+税
電子版もお選びいただけます

特集 妊娠高血圧症候群2015 知識と支援をアップデートしよう!

そもそも妊娠高血圧症候群とは?…山本樹生
助産師が知っておきたい最新情報
『妊娠高血圧症候群の診療指針2015』より…山崎峰夫
【助産師による実践】
早期発見・予防教育編 妊婦健診・保健指導でのかかわり…山本智美
発症後編① 妊娠高血圧症候群 軽症妊婦への支援…淵上美香, 長嶋みゆき
発症後編② 妊娠高血圧症候群 重症妊婦(入院患者)への支援…山中伸実
助産プラス ▶ ニュージランドの助産改革運動から学んだ5つのステップ…古宇田千恵
TOPICS ▶ シーラ・キツィンガーさんを偲んで…菊地 栄
連載 ▶ いのちをつなぐひとたち…遠藤幹子さん



看護研究

7・8月号 Vol.48 No.5

1部定価:本体1,900円+税
冊子版年間購読料:本体12,060円+税
電子版もお選びいただけます

特集 NP教育の成果を探る

大学院におけるNP養成教育と法制化…藤内美保, 山西文子
〈NPの成果—そのアウトカムとエビデンス〉
①一般病院におけるNPの成果…塩月成則ほか/本田和也, 和泉泰衛/
吉田弘毅, 伊藤豊/平田尚子, 菊野隆明/飯野雅子, 鈴木英之
②訪問看護・在宅医療におけるNPの成果…長谷川健美ほか/光根美保ほか
③老人保健施設, 重症心身障碍児施設等のNPの成果…廣瀬福美ほか/後藤愛ほか
④看護の視点からみたNPの成果…平野優, 町屋晴美
〈座談会〉診療看護師(NP)の新たな発展をめざして
草間朋子, 村嶋幸代, 真田弘美, 深井照美
The Contributions of Research in the Development of Nurse Practitioners in the United States…Jamesetta A. Newland
特別記事 ▶ 看護における知的財産活動の活性化のために…丞村宏
連載 ▶ 混合研究法入門・4…抱井尚子
Journal Watch 海外の看護学研究から学ぶ・4…小玉淑巨/那須佳津美
UCSFで看護研究を学ぶ・4…齋藤真希



医学書院

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