

共済会

会長就任挨拶

この度、一般社団法人日本看護学校協議会共済会の会長を務めることになりました荒川眞知子です。どうぞよろしくお願い申し上げます。

本会は、今、そしてこれからの日本の社会にとって重要な役割を担う保健医療福祉に関わる方々を「安心・安全」の面から支えることを使命とし、10年先、20年先の時代を見据え、常に会員の皆さまが充実した学び・仕事ができることを願って事業を進めてまいりました。

本会の設立20周年を迎えた記念すべき年に会長に就任し、責任の重さを感じております。初代会長・山田里津、前会長・佐藤仁作に引き続き、皆さまのご期待に添える団体として発展するよう尽力してまいります。

今後とも本会に対して一層のご指導ご協力を賜りますようお願い申し上げます。



一般社団法人日本看護学校協議会共済会 会長 荒川 眞知子

[2019年度実施研究用（2018年募集）] 全会員を対象とした研究のための助成金事業

日本看護学校協議会共済会 研究助成候補者募集のお知らせ

page 11

特集

医療従事者養成施設学生の臨地実習におけるワクチンで
予防可能な感染症対策に関する医療機関および養成施設の考え方
抗体検査ありきから、
ワクチン接種記録の確認を優先しましょう！

福岡看護大学 岡田 賢司 page 2

2025年問題に向けての国の取り組み
地域医療構想を中心に

共同通信社 生活報道部 千葉 響子 米良 治子 page 6

2017年度

感染見舞金制度の実績と評価 感染症対策室 室長 小沼 利光 page 14

共済会の活動 page 10

平成29年度「Will」の加入状況と事故状況 page 16

医療従事者養成施設学生の臨地実習におけるワクチンで 予防可能な感染症対策に関する医療機関および養成施設の考え方

「抗体検査ありきから、 ワクチン接種記録の確認を 優先しましょう！」

福岡看護大学

基礎・基礎看護部門 基礎・専門基礎分野
福岡歯科大学医科歯科総合病院予防接種センター

岡田 賢司

はじめに

医療・福祉系養成施設からの感染症関連の問い合わせが増えたため、「Will」加入全校中、臨地実習が必修の医療従事者養成施設を対象とした調査がまとめられた。臨地実習に際しての感染症対策の実情がわかりやすくまとめられ、有用な情報が還元されている。この調査で多くの施設が参考になっている「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版¹⁾」に含まれている事項が十分に周知されていないため現場で混乱が生じている。改めてガイドラインに定められている内容を本学の実情を基に考察した。

1 医療従事者養成施設の実態

実習学生を送り出す養成施設の実情が大規模悉皆調査「医療従事者養成施設学生の臨地実習におけるワクチンで予防可能な感染症対策に関する調査」結果として日本看護学校協議会共済会のホームページに公開されている²⁾。加盟 1,078 校、1,551 課程に郵送で調査を行い、1,199 課程（回

収率 77.3%）の回答がまとめられた。概要を紹介する。

(1) 麻疹、ムンプス、風疹、水痘に対する 免疫の確認とその判断基準

調査対象の全 1,199 課程中、94.3% の課程が麻疹、ムンプス、風疹、水痘に対する免疫の確認を実施していた。“免疫がある”と判断している基準で、最も多かった基準は、4 疾患とも「医療関係者のためのワクチンガイドライン 1」が示す「基準値を超える」であった。麻疹では、全課程の 57.4%、風疹 57.9 %、ムンプス 58.0%、水痘 57.6% と半数以上の課程で、このガイドラインが提案している抗体価以上を“免疫あり”の判断基準としていた。続いて多かった基準は「抗体価が検査キットの規定する陽性値を上回っている」で、麻疹 39.1%、風疹 38.8%、ムンプス 38.5%、水痘 38.5% であった。いずれにしても、養成課程が“免疫あり”の判断している基準は、80% 以上で抗体価測定が行われていた。

このガイドラインでは、「1 歳以上で 2 回の

予防接種記録があれば、その後の抗体検査は不要」としている。「ワクチン接種歴が2回以上」を“免疫あり”と判断している課程の割合は、麻疹 25.4%、風疹 24.3%、ムンプス 21.5%、水痘 19.5% であった。「1回のワクチン接種歴」が“免疫あり”の判断基準としている課程が麻疹 17.1%、風疹 18.1%、ムンプス 19.9%、水痘 19.5% であった。

現状では1歳以上の予防接種記録より、抗体検査が優先されている可能性が読み取れた。

(2) 麻疹、ムンプス、風疹、水痘の抗体検査・ワクチン接種にかかる費用負担

抗体検査にかかる費用負担は、全体の70%弱の課程が「学生の全額負担」、30%弱が「教育機関が全額または一部を負担」としている。さらにワクチン接種にかかる費用負担は、93%以上が「学生の全額負担」としている。

抗体検査やワクチン接種に伴う困難（複数回答可）で最も多かったのは、「学生にかかる費用負担の大きさ（76.6%）」であった。次いで、受診のための時間の確保が困難（34.7%）、ワクチンの副反応が心配（20.4%）、学校の費用負担額が大きい（14.0%）、学生・保護者の理解や協力が得られない（10.4%）が挙げられていた。抗体検査やワクチン接種は、学生に大きな経済的負担をかけていることが考えられた。

2 本学での調査

2017年4月に開学した本学が、開学前に臨地実習を受け入れていただける福岡医療圏の医療機

表1. 2017年度入学生（N=119）入学前の状況

	2回接種	1回接種	未接種	罹患
麻疹ワクチン	99	17	3	9
風疹ワクチン	98	17	4	4
水痘ワクチン	5	25	89	95
ムンプスワクチン	14	39	66	54

関（28施設）へ受け入れ条件を調査した。ワクチンで予防可能な感染症対策では、28施設中27施設は、「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版¹⁾」に従っていれば、実習学生の受け入れは可能と回答いただいた。

(1) 麻疹、風疹

2017年度入学生（1期生）の入学前の麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチンの接種状況や罹患状況を表1に示す。この世代は、麻疹・風疹混合（MR）ワクチン2回接種世代であり、麻疹ワクチンは119名中99名（83.2%）が2回接種、風疹ワクチンは98名（82.4%）が2回接種されていた。このガイドライン¹⁾では、“ワクチンを1歳以上で2回接種していれば、個人と所属機関で接種記録を保管すれば、その後の抗体検査は不要”としている。1回接種者にはあと1回の接種、未接種・罹患者には、抗体価に応じて必要な回数の予防接種が終了し、学生全員が臨地実習を終えることができた。

全国の実習生や研修医を受け入れている医療機関の中には、学生のワクチン接種記録確認前に、抗体検査により必要なワクチン接種を学生に求める場合がある。昨年度は、たまたま本学入学生全

表2 麻疹ワクチン2回接種者（N=99）の抗体価

基準を満たす (EIA:16.0 EU/mL以上)	抗体価陽性・基準を満たさない (EIA:2.0 ~ 16.0 EU/mL未滿)	抗体価陰性 (EIA:2.0 EU/mL未滿)
ワクチン接種：不要	ワクチン：あと1回必要	ワクチン：あと2回必要
36(36.4%)	63(63.6%)	0

表3 風疹ワクチン2回接種者（N=98）の抗体価

基準を満たす (EIA:8.0 EU/mL以上)	抗体価陽性・基準を満たさない (EIA:2.0 ~ 8.0 EU/mL未滿)	抗体価陰性 (EIA:2.0 EU/mL未滿)
ワクチン接種：不要	ワクチン：あと1回必要	ワクチン：あと2回必要
69(70.4%)	29(29.6%)	0

員の抗体検査が行われたため、ワクチン2回接種者の抗体価にガイドライン¹⁾のワクチン接種の基準を加えて表2、表3にまとめた。ワクチン接種記録の確認より先に抗体価測定が行われた場合は、「医療関係者として免疫あり」の抗体価に達していない学生は、麻疹63名(63.6%)、風疹29名(29.6%)存在していた。ワクチン接種記録の確認前では、これらの学生には追加のワクチン接種を求め、余計な経済的負担もかける可能性が潜んでいた。

ワクチン接種による免疫獲得の評価は、医学的には抗体価だけでなく細胞性免疫の評価も必要となるが、現在の臨床では細胞性免疫の評価はできないため、抗体価のみでワクチン免疫の評価を代行しているのが現状である。2回接種していれば、現場で曝露を受けても発病することは極めてまれであることは知られている。また、ガイドライン¹⁾に示されている抗体価までワクチン接種が求められることもある。ワクチン接種後の獲得抗体価は、個人差が大きいいため、被接種者の中には、2回以上ワクチン接種を行っても十分な抗体価が獲得できない場合があることも考慮し、「抗体検査より、1歳以上で2回のワクチン接種記録の確認を優先したい」。

(2) 水痘、ムンプス

水痘、ムンプスに対するワクチン接種状況、罹患状況を示す(表1)。

- 1) 水痘：2回ワクチン接種記録がある学生は5名のみで、多くはワクチン未接種であった。水痘ワクチンが定期接種化されたのは、

2014年10月からで定期接種世代が大学入学年に達するまで今後は10年以上かかる。罹患患者95名の抗体価を表4に示す。罹患患者95名中、ワクチン未接種者は84名(88.4%)であった。

84名中82名(97.6%)は抗体価が4.0 EU/mL以上であり、その後のワクチン接種は不要であった。2名のみがあと1回の接種を勧めれば実習できることになった。

ガイドラインのフローチャートには、ワクチン接種の記録がない場合は抗体価測定が勧められているが、注意書き(*)に「なお、抗体価の測定せずに、少なくとも1か月以上あけて2回予防接種を受け、記録を保管して終了でも良い」と書かれている。

どちらの流れが学生・養成校に負担にならないかを検討した。表5に水痘ワクチン未接種者(89名)の抗体価を示す。検査を先行すれば水痘ワクチン接種が必要な学生数は2名のみとわかるが、検査を先行しなかった場合は、全員に2回の水痘ワクチン接種を勧めることになり、学生への経済的負担は大きくなる。ワクチン接種記録のない学生には、水痘に対する抗体検査をまず行うことで、学生や養成施設側の経済的負担が少なくできると考えられる。

2) ムンプス：ムンプスワクチンは現在任意接

表5. 水痘ワクチン未接種者(N=89)の抗体価

基準を満たす (EIA:4.0 EU/ mL 以上)	抗体価陽性・基準を 満たさない (EIA:2.0 ~ 4.0 EU/mL 未満)	抗体価陰性 (EIA:2.0 EU/ mL 未満)
ワクチン接種 不要	ワクチン: あと1回必要	ワクチン: あと2回必要
87(97.8%)	2(2.2%)	0

表4. 水痘罹患患者(95名)のワクチン接種歴と抗体価

ワクチン未接種(N=84)		ワクチン1回接種(N=10)		ワクチン2回接種(N=1)	
抗体価陽性		抗体価陽性		抗体価陽性	
基準を満たす 4.0 EU/mL 以上	基準を満たさない 2.0 ~ 4.0 EU/mL 未満	基準を満たす 4.0 EU/mL 以上	基準を満たさない 2.0 ~ 4.0 EU/mL 未満	基準を満たす 4.0 EU/mL 以上	基準を満たさない 2.0 ~ 4.0 EU/mL 未満
ワクチン 不要	あと1回必要	ワクチン 不要	あと1回必要	ワクチン 不要	あと1回必要
82	2	10	0	1	0

表6. ムンプス罹患患者（54名）のワクチン接種歴と抗体価

ワクチン未接種 (N=50)		ワクチン1回接種 (N=4)		ワクチン2回接種 (N=0)	
抗体価陽性		抗体価陽性		抗体価陽性	
基準を満たす 4.0 EU/mL 以上	基準を満たさない 2.0 ～ 4.0 EU/mL 未満	基準を満たす 4.0 EU/mL 以上	基準を満たさない 2.0 ～ 4.0 EU/mL 未満	基準を満たす 4.0 EU/mL 以上	基準を満たさない 2.0 ～ 4.0 EU/mL 未満
ワクチン 不要	あと1回必要	ワクチン 不要	あと1回必要	ワクチン 不要	あと1回必要
41	9	3	1	0	0

表7. ムンプスワクチン未接種者 (N=66) の抗体価

基準を満たす (EIA:4.0 EU/ mL 以上)	抗体価陽性・基準を 満たさない (EIA:2.0 ～ 4.0 EU/mL 未満)	抗体価陰性 (EIA:2.0 EU/ mL 未満)
ワクチン接種 不要	ワクチン: あと1回必要	ワクチン: あと2回必要
47(71.2%)	14(21.2%)	5(7.6%)

種であるが、2回のワクチン接種記録がある学生は14名、1回接種記録がある学生は39名であった（表1）。罹患患者54名の抗体価を表6に示す。54名中、ワクチン未接種者は50名（92.6%）であった。50名中41名（82.0%）は抗体価が4.0 EU/mL以上であり、その後のワクチン接種は不要であった。9名があと1回の接種で実習できた。表7にムンプスワクチン未接種者（66名）の抗体価を示す。検査を先行すればムンプスワクチン接種が必要な学生数は22名（33.3%）とわかるが、検査を先行しなかった場合は全員に2回のムンプスワクチン接種を勧めることになり、学生および養成施設への経済的負担は水痘同様に大きくなる。

ムンプスの場合も、ワクチン接種記録のない学生には、抗体検査をまず行うことが望ましい。

③ 日本小児保健協会「医療・福祉・保育・教育の関わる実習学生のための予防接種の考え方（第1版）」

日本環境感染学会から、「第1版：院内感染対策としてのワクチンガイドライン」が2009年に刊行され、多くの医療機関で麻疹、風疹、ムンプス、水痘対策が進んできた。ただ、周知が十分でなかったため、「ガイドラインで示している抗体価基準を満たすまで、ワクチン接種を受け続けなければならない」とする誤解が生じた。これらの誤解を解消するため、「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版¹⁾」が刊行され、前述のように多くの医療機関、医療従事者養成施設で参考にされてきた。このガイドラインの対象となる医療関係者とは、事務職・医療職・学生・ボランティア・委託業者（清掃員その他）を含めて受診患者と接触する可能性のある常勤・非常勤・派遣・アルバイト・実習生・指導教官等のすべてを含むとされているが、十分に周知されていない。

このため、日本小児保健協会予防接種・感染症委員会から、“医療・福祉・保育・教育に関わる実習学生”に特化して、「医療・福祉・保育・教育に関わる実習学生のための予防接種の考え方（第1版）」を本年中に公開予定となっている。公開後、多くの養成施設での臨地実習前の対応として、ご利用いただきたい。

参考文献

- 1) 医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版 日本環境感染学会誌29(Suppl. III):S1-S4, 2014
- 2) 大規模悉皆調査「医療従事者養成施設学生の臨地実習におけるワクチンで予防可能な感染症対策に関する調査」（平成28年10月実施調査）日本看護学校協議会共済会のホームページ
(https://www.e-kango.net/topics/report/vaccine_h28/summary.html)

2025年問題に向けての国の取り組み 地域医療構想を中心に

共同通信社
生活報道部

千葉 響子
米良 治子

2025年には、団塊の世代が全員75歳以上となって後期高齢者に仲間入りし、医療・介護需要の急増が予想されます。国はこの年を分岐点として「2025年問題」と呼んで対策を急いでいます。

2018年度の診療報酬改定では、この2025年問題を念頭に、地域包括ケアの構築や、地域医療構想の実現を目指すための体制整備を踏まえて報酬を見直しました。また、少子化により働き手が減少する中で、AI（人工知能）やICT（情報通信技術）などの技術革新が進んでおり、こうした技術の活用も評価しました。本稿では、報酬改定の前提となった地域医療構想の導入の背景や具体例とともに、診療報酬改定の中で、看護師配置で7対1と10対1に当たる「一般病棟入院基本料」の統合と再編について解説します。

（1）重症で集中治療が必要な「高度急性期」（2）一般的な手術をする「急性期」（3）リハビリ向けの「回復期」（4）長期入院の「慢性期」—の4つに分け、2025年の必要数を推計します。その上で、過剰な病床については、他の機能への転換や削減を促すことになりました。

地域医療構想が必要な理由は、人口構造の地域差が拡大するからです。国立社会保障・人口問題研究所の2018年推計によると、2015年からの10年間で、75歳以上人口の伸びは埼玉県、千葉県で1.5倍を超える一方で、山形県や秋田県では1.1倍にとどまります。さらに同じ都道府県内でも、2次医療圏によって傷病別患者数の推計は大きく異なります。各地域が将来の人口や傷病者の推計に基づき、地域ごとの医療・介護のあり方を考えなければならない時代が到来したのです。

地域医療構想について

① 地域医療構想導入の背景

2025年に向け、効率的な医療提供体制を築くことを目的とし、医療提供体制や介護保険を見直す「医療・介護総合確保推進法」が2014年に成立しました。

同法に基づき各都道府県には、2016年度までに「地域医療構想」の策定が義務付けられました。

まず、病院や診療所のベッドを機能に応じて

② 地域医療連携推進法人

人口減と高齢化が進む地域では、病院単体で運営しているのは効率化が望めず収益を上げにくくなります。そこで政府は2017年度から、「地域医療連携推進法人」という新たな制度を立ち上げました。

病院同士が合併するわけではありませんが、病院間での入院用ベッドの機能分担や、医師や看護師の人事交流が可能になります。医療機関同士の連携がスムーズになり、地域住民にとっては急性

期から回復期、慢性期と、症状に応じて受診しやすくなる利点があります。複数の医療機関等が法人に参画することで、競争よりも協調を進め、質が高く効率的な医療提供体制を確保するのが狙いです。

ただし、2018 年度に入っても連携推進法人の設立は全国で 1 桁にとどまっています。「大病院の独り勝ちになるのでは」との思いも交錯し、関係者の調整が難航しがちなためです。そうしたなか、地域の基幹病院が核となり、地元医師会や介護事業者など、地域包括ケアシステムを構成する関係団体のうち 9 法人が参加した、連携法人の理想型と目される法人が 4 月に誕生しました。山形県酒田市の「日本海ヘルスケアネット」です。

■地域医療連携推進法人の一覧

	地域医療連携推進法人	認定日
鹿児島県	アンマ	2017 年 4 月 2 日
広島県	備北メディカルネットワーク	2017 年 4 月 2 日
愛知県	尾三会	2017 年 4 月 2 日
兵庫県	はりま姫路総合医療センター整備推進機構	2017 年 4 月 3 日
福島県	医療戦略研究所	2018 年 4 月 1 日
山形県	日本海ヘルスケアネット	2018 年 4 月 1 日

※2018年4月1日現在

1955 年に 37 万 6 千人だった酒田市の人口は、2025 年には 24 万人程度になると推計されています。

人口構成は、75 歳以上だけが 6.5% 増加しますが、0～14 歳は 20% 以上減少する見通しです。

ヘルスケアネットが検討しているのは（１）人事交流、派遣体制の整備、職員の共同研修（２）人工透析の重点・集約化（３）検査機能の重点・集約化（４）電子カルテ等の共有（５）地域包括ケアシステムの構築—などです。人工透析の重点・集約化については実施済みで、電子カルテ等の共有についても検討が始まっています。

酒田市にはかつて、県立病院と市立病院が半径 2 km 以内に併存していました。重複する診療科も多く、特に県立病院の経営は赤字が続いていまし

た。

2008 年に 2 病院の統合再編が実現し、現在の日本海総合病院が誕生しました。急性期機能を集約してベッドを減らし、経営は改善しましたが、周辺の病院では医師の高齢化により宿直を回すのが難しい状況になっており、看護師不足も常態化していました。ヘルスケアネット設立の背景にあったのは、「地域の医療機関同士で収益を競い、人材の奪い合いを続けていては地域の医療は守れない」という医療関係者の強い危機感でした。

③ 難航する看護師確保

地域医療構想策定に向け政府の専門調査会で中心的な役割を担った産業医大の松田晋哉教授によると、2025 年に医療の必要性が低い「医療区分 1」相当の高齢者は現在よりも増加し、慢性期の患者を療養病床と介護、在宅でどう配分し、ケアしていくかが、地域医療構想における最大の課題になると指摘しています。

容態の悪化など、いざというときの入院や介護施設への入所といった裏付けがない在宅ケアは事実上不可能なため、居宅と施設のどちらに重きを置いて整備していくのか、サービス提供者のネットワークの構築や、在宅ケアを担う診療所の医師や訪問看護師の確保をどのように進めるかを、地域で議論していかなければなりません。

慢性期や在宅でのケアの重要性の高まりが予想されることから、厚生労働省は、訪問看護で医師や同僚看護師がいないケースを想定して、独力で事態に対応したり判断したりする力を強化することや、自宅生活を想定した栄養管理や日常の所作をアドバイスできる能力を高めることなどを目指し、看護基礎教育のカリキュラム見直しに乗り出しています。

さらに看護師不足は、人口の少ない地方の医療機関ほど深刻であることが、日本医師会総合政策研究機構（日医総研）の調査レポートで明らかになっています。日医総研によると、人口 100 万人以上の都市部の医療機関で、看護師が「不足している」「不足がよくある」とした割合は計 53% だった一方で、人口 10 万人未満の自治体の医療

機関では75%に上り、「過疎地域」に指定された地域に至っては83%が看護師不足を訴えていました。

こうした地域で看護師を確保していくためには、給与や福利厚生といった待遇面の保障だけでなく、地域ならではの専門職としての仕事の魅力を、各医療機関や訪問看護ステーションなどがアピールしていくことが求められるでしょう。

④ 入院基本料の変遷と課題

まず、これまでの入院基本料の変遷を振り返ってみます。2000年度の診療報酬改定では、それまで分かれていた3つの報酬を包括評価して、「一般病棟入院基本料」を新たに設定しました。3つの報酬とは、医学的管理に対する費用の「入院時医学管理料」、看護師らの数に応じた評価の「看護料」、療養環境に対する評価の「室料・入院環境料」のことです。点数として最もボリュームを占めていたのは、看護師の配置を評価の軸とする看護料でした。

2006年度改定では、急性期医療の実態に即した看護師配置を適切に評価するという政策目的から、高度急性期の病床を念頭に、入院患者7人に対して常時看護師1人以上を配置する「7対1入

院基本料」が設定されました。当時の議論では、7対1の病床を届け出るのは、数万床程度だろうと考えられていました。しかし実際には、1,555点という高い報酬から、急性期医療を担っていたと言い難い病院も、7対1の病床を目指しました。そのため、病院間の看護師獲得競争が激化して全国的な看護師不足を招いただけでなく、看護師を獲得できなかった病院が病床の削減や休止するケースまで起きました。

こうした状況を受け、2008年度改定では、算定の指標として、患者の医療ニーズを示す「重症度、医療・看護必要度」を導入しました。その後も在宅復帰率を要件に加えるなど、基準の見直しを重ねましたが、7対1の病床は2006年5月の約4万4,800床から急増し、現在は35万床以上届けられています。高度急性期・急性期の病床は整備数が過剰になっている恐れがありました。

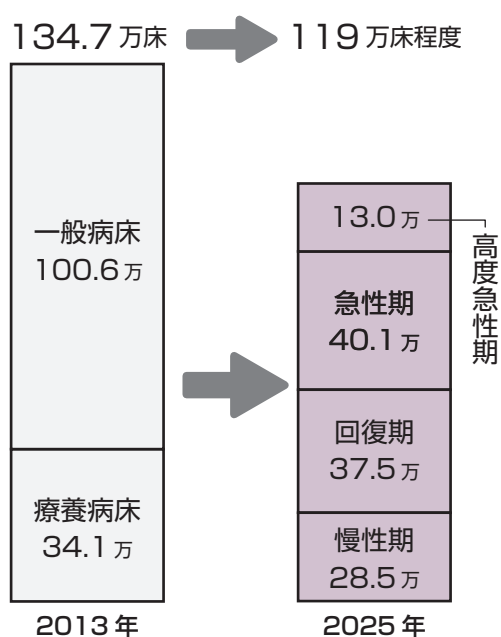
⑤ 入院基本料の見直しの方向性

2017年度までの一般病棟入院基本料は、看護師配置10対1では、看護必要度に応じた加算が1～3まで設けられていました。ただ、最も高い加算を取っても1,387点で、7対1入院基本料の1,591点とは、204点の差がありました。1床当たり1日2千円ほどで、200床の病院で試算すると、年間約1億2千万円の影響が出ることになります。報酬に大きなギャップがあるため、いったん看護師を雇用して7対1の配置で診療を始めると、翌月からすぐに10対1の病床に変更することは難しいのが実情でした。いったん、7対1の入院基本料を算定した病院は、その体制を維持せざるを得ない報酬体系だったとも言えます。

さらに、7対1の入院基本料を算定しているのは、国立や公立、公的病院が半数以上を占めていました。特に自治体が設置した病院は、予算や運営については議会の承認を得る必要があるため、看護師らの定員を弾力的に増減させることも難しく、体制の転換に時間がかかることが推測されました。

今後は、少子高齢化による社会経済の変化で、

■病床数の将来推計



※内訳は概数のため、合計は一致しません。

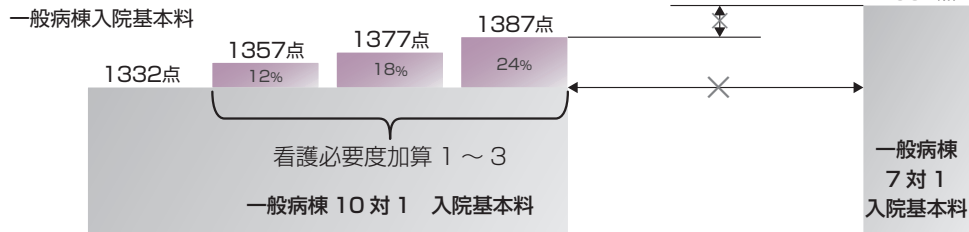
既に高齢化がピークを迎えた地方や、これから高齢化が加速する都市部など、医療の需要は地域ごとに激変することが予想されています。そのため、それぞれの地域で異なる実情に応じて、効果的・効率的に質の高い医療が提供できる体制を確立す

ることが求められます。今回の診療報酬改定では基本的な医療の機能を確保した上で、地域の実情に応じて弾力的に運用できるよう、入院基本料を見直す必要がありました。

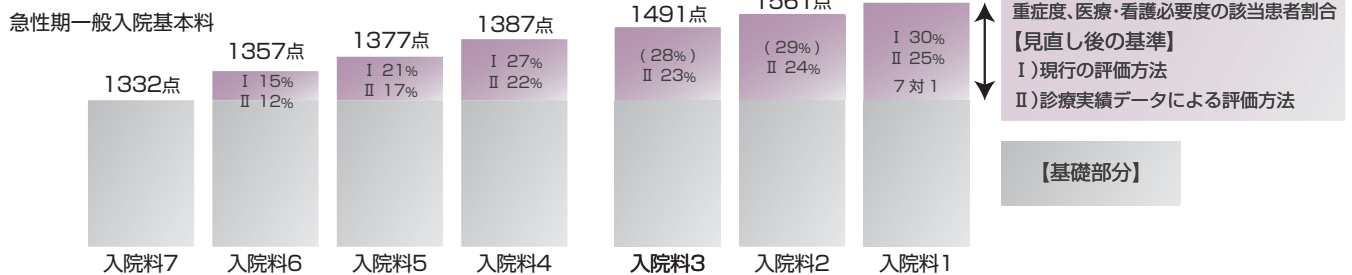
⑥ 4月からの急性期入院基本料

■一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合のイメージ

【平成 29 年度まで】



【平成 30 年度改定】



2018年度の診療報酬改定では、従来の10対1と7対1の入院基本料を統合・再編して、新たに7段階で算定する「急性期一般入院基本料」を創設しました。7段階の入院料とは、従来の10対1入院基本料（基本の報酬と加算1～3の計4段階）と、7対1入院基本料までの間に、2段階の入院料を新設した入院料1～7です。

厚生労働省は、入院料を7段階に細分化したことで、入院患者の医療の必要性に応じて、弾力的に看護師を雇用するなど需給調整が可能になるとしています。将来の地域の医療ニーズの変化に対しても、病院の体制転換がやりやすい仕組みを整えました。

「入院料7」は1,332点で、従来の10対1入院基本料（加算なし）に相当します。ここから急性期に該当する患者がどれだけいるか、割合に応じて点数が上昇します。従来の7対1入院基本料に相当する「入院料1」は、1,591点です。

さらに、急性期の患者がどれだけいるかを評価する「重症度、医療・看護必要度」の評価方法も一部、見直されました。これまで、看護必要度の評価は、研修を受けた看護師が目視などで実施していました。人手不足の現場で、患者データの入力作業も含め、連日、一定のマンパワーを費やさなければいけないことに医療機関からの不満も寄せられていたため、これまでの評価方法だけでなく、既存の診療実績のデータを用いる方法が選択できるようになりました。ただ、適切な評価指標や測定方法については、今後の改定に向けて、引き続き検討することになっています。

千葉 響子

1999年共同通信社入社。山形支局、千葉支局などを経て、2009年から生活報道部（本稿1-3を担当）

米良 治子

2000年共同通信社入社。山口支局、大阪社会部を経て、2008年から生活報道部（本稿4-6を担当）

共済会の活動

平成30年度 定期総会の開催



挨拶する佐藤仁作前会長

平成30年6月22日（金）午後3時30分より東京都千代田区の帝国ホテル「鶴の間」にて「平成30年度一般社団法人日本看護学校協議会共済会定期総会」を開催いたしました。

平成29年度事業報告及び収支決算報告、平成30年度事業計画及び収支予算は全会一致で承認されましたことをご報告いたします。

平成29年度決算報告と平成30年度事業計画は当会ホームページでご覧になれます。

本年は代議員及び役員の改選が行われ、代議員総数は49名となりました。役員改選は新会長挨拶にありますように、3期6年に亘り会長を務められた佐藤仁作理事が退任を申し入れ、理事の互選により新会長に荒川眞知子理事が就任いたしました。副会長は山川美喜子、理事には佐藤仁作、黒坂知子、矢野章永、吉岡譲治、小沼利光が重任、監事は引き続き森孝義、峰村淳子の体制でスタートいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

退任代議員：大村カヨ子・小田穰亮・北澤伯子・
（敬称略） 小波津豊子・小林豊・藤澤里子・城慶子

大変お世話になり、ありがとうございました。

新任代議員：池田眞由美・神尾千春・木下八千代・
（敬称略） 金城美智子・高島和歌子・中北仁子・
中西亜紀・鳴尾悦子・難波秀哉・横田栄子

どうぞ2年間よろしくお願い申し上げます。

◆次年度の定期総会は、2019年6月28日（金）に新潟で開催を予定しております。

一般社団法人日本看護学校協議会共済会 設立20周年記念事業と祝賀会について



山田最高顧問から感謝状を授与される山川副会長

平成10年6月に当会の前身の団体を設立。平成12年に任意団体・日本看護学校協議会共済会を発足。平成16年6月に事務局を現住所に開設。平成21年4月に一般社団法人日本看護学校協議会共済会となってから、本年で20周年を迎えるところとなりました。総合補償制度「Will」にご加入いただいております1,200校には本年5月に記念事業として発行いたしました「新・教務必携—看護学校の運営と管理」の改訂版と「一般社団法人日本看護学校協議会共済会 20年のあゆみ」をお送りいたしました。

また、6月22日の定期総会終了後、午後6時より同ホテル「桜の間」にて、心ばかりの記念祝賀会を行いました。山田里津最高顧問をはじめ、設立当初よりご尽力いただきました看護学校の先生方、お世話になりました関係各社の皆さま、顧問の先生方のご臨席をいただき、盛会のうちにお開きとなりました。ありがとうございました。今後とも会員の皆さまに喜んでいただける事業を展開していきたいとスタッフ一同、意を新たにしております。

■「新・教務必携—看護学校の運営と管理」改訂版

当会20周年記念事業として出版いたしました「新・教務必携」改訂版は、会員校、非会員校を問わず、ご注文をいただいております。会員校様には割引価格にてご提供いたします。（詳細は当会ホームページをご覧ください。）

一般社団法人日本看護学校協議会共済会事務局
TEL: 03-5541-7112 FAX: 03-3206-3100

[2019年度 実施研究用（2018年募集）] —日本看護学校協議会共済会 研究助成候補者募集のお知らせ—

当会の全会員を対象に、教育及び臨床の場での研究活動を推奨し、教育や臨床現場の一層の充実と質の向上を図ることを目的に、下記のとおりで研究助成候補者を募集します。

【一般枠】

1. 研究テーマ

- 1) 看護教育全般
- 2) 看護以外の医療・福祉に関する教育全般
- 3) 臨床領域での研究全般
- 4) 教育及び臨床領域での安全管理に関するもの
- 5) その他、審査委員会において助成対象の研究であることが認められたもの

2. 応募資格（次の2項目に該当するもの）

- 1) 上記の研究テーマに関する領域の業務に従事しているもの
- 2) 「総合補償制度Will」または「Willnext」に加入し、当会の会員である個人又は当会の会員が所属するグループ

3. 研究助成金額および助成件数

- 1) 1件につき100万円を上限とする。
- 2) 助成件数は年間2件を目安とする。

4. 応募方法

一般枠用の指定応募書類に必要事項を記入し（応募研究テーマに関連する文献のコピーを3部以内添付）、関係所属長の推薦を受ける。

5. 応募期間と提出方法

応募期間：2018年10月1日から10月26日（必着）
提出方法：郵送のみとなります。

6. 審査方法

当会の審査委員会において審査を行い、助成対象者及び助成金額を決定する。

7. 審査結果のお知らせ

2018年12月末日までに審査結果の通知を行い、3月末日までに助成金額を決定する。

8. 【一般枠】応募に関する注意

- 1) 同一グループ（個人を含む）が、複数の研究テーマをもって、重複して応募することは出来ない。
- 2) 本助成を受けた研究は、原則的に2019年度内に研究を完了し、研究完了翌年度内に関係学会に於いて研究成果の発表を行うとともに、その成果を当会に報告するものとする。

新設【研究サポート提供枠】

※教育現場で教育実践にあたる教員の研究活動の振興を図ることを目的とし、研究計画書作成から研究実施、結果の取り纏め、発表資料作成及び投稿に至るまで継続サポートを提供する特別枠です。

1. 研究テーマ

【一般枠】と同じ

2. 応募資格

【一般枠】の2.の応募資格に加え

- 3) 看護教員、医療技術等教員であること。
- 4) 研究計画立案、研究の実施、集計、発表資料（論文や抄録等、応相談）作成、発表用資料作成にあたり教育的サポート（指導・助言等）を受けながら、研究についての学びを深めることを希望する者及びグループ。

3. 研究助成金額および助成件数

- 1) 提供サポート：研究計画立案、研究の実施、集計、発表資料（論文や抄録等、応相談）作成、発表用資料作成に至るまで、看護研究専門家による対面指導及びメール指導（対面指導4～5回程度、メール指導10回程度を目安とするが応相談）を含めた継続的なサポートを提供する。対面指導の場所は、研究者所属機関あるいは当会提供の会議室等で、助成決定後に応相談。
- 2) 助成金：研究計画書立案段階で、研究費用が発生する際には、1件につき10万円を上限とし、講師の認定の下で、研究にかかる費用の提供を受けることが可能である。
- 3) 助成件数：年間数件

4. 応募方法

研究サポート提供枠用の指定応募書類に必要事項を記入し（応募研究テーマに関連する文献のコピーを1部添付）、所属養成機関の上司の推薦を受ける。

5. 応募期間と提出方法

応募期間：2018年10月1日から11月2日（必着）
提出方法：郵送のみとなります。

6. 審査方法

当会の審査委員会において審査を行い、助成対象者を決定する。

7. 審査結果のお知らせ

2018年12月末日までに最終審査結果の通知を行う。

8. 助成決定後の流れ

- 1) 助成決定後、2018年度中（2019年2・3月中）に、主任研究者は講師と初回の打ち合わせを行う。その際、対面指導の日程、場所、回数について打ち合わせをする。
- 2) 2019年度中に、以下のサポートを受け、年度内に研究を取り纏める。
 - ① 研究計画立案 ② 研究の実施
 - ③ 集計 ④ 発表資料（論文や抄録等、応相談）作成
 - ⑤ 発表・投稿

— 応募申請書類は日本看護学校協議会共済会のホームページからダウンロードしてください。 —

URL: <https://www.e-kango.net/>

応募書類送付先
お問い合わせ先

〒104-0033 東京都中央区新川2-22-2 新川佐野ビル6F
一般社団法人日本看護学校協議会共済会 TEL: 03-5541-7112

当会でも既に報告の通り、ノロウイルスなどの感染性胃腸炎は、インフルエンザについて多く発生していることはご承知いただけたと思います。2016年度と比べて2017年度が申請件数も多く、共済制度利用の周知が少しは進んだものと思われまます。

6 当会におけるインフルエンザと

感染性胃腸炎（ノロウイルスなど）の発生状況の比較

共済会の皆さまの申請内容をインフルエンザと感染性胃腸炎（ノロウイルスなど）に限り、2016年と2017年度を比較してみました。インフルエンザについては2016年度と2017年度は全く同じ変化を辿っています。申請件数が多い分、2017年度の方が多く見えますが、全体の増減は全国平均と同じ様相です。

感染性胃腸炎（ノロウイルス）においても2016年度と2017年度はほぼ同じように増減していますが、2017年度では5～6月に大きな山がありました。これは、感染性胃腸炎として一括りにされている病気でも、一般的に食中毒の発生し易い時期として梅雨時の前後が挙げられ、5～8月となります。梅雨時はともかく、春から夏にかけては気候が暖かくなり、ともすると食品の衛生管理がおざなりになる時期です。梅雨の最中は、皆さま細心の注意をされるでしょう。夏の暑い時期は注意をしても衛生管理が追いつかない時期となります。ということで、5～8月が危険な時期なのです。通常はサルモネラやO・157など細菌が原因となる食中毒が多く発生します。一方、ノロウイルスやロタウイルスな

どのウイルスが原因の食中毒は秋から冬（11～2月頃）に流行し大きなピークを迎えることになります。

7 申請者の記録から見た感染症罹患場所

会員の皆さまがどのようなときに感染症に罹患されたのか、具体的かつ細かく網羅することは不可能です。しかし、感染見舞金を申請される際に記入していただいた内容からいくつかの傾向を読み取ることができました。

2016年度は総数2,052件の申請中、70%近くに当たる1,412件の申請がプライベートな時間に感染したと申告されており、授業、実習、学内活動などの学校管理下では640件の申請でした。一方2017年度では、総数2,904件の申請と2016年度に比較し850件ほど多く、75%に当たる2,178件の申請がプライベートな時間に感染したと申告されており、授業、実習、学内活動などの学校管理下では440件の申請でした。

本共済制度が学業中と限らず24時間いつでも感染されても適応になる点では、会員の皆さまにとって安心できる充実した制度であると思われる。

8 今後に向けて

インフルエンザの流行を定点当たりの報告数から1年ごとの変遷を10年間分記載したグラフが、厚生労働省のホームページあるいは国立感染症研究所のホームページに記載してあります。インフルエンザ過去10年間のとの比較グラフ（国立感染症研究所2018・7・27更新）。

丁度、10年前の2008年度には年末に大きなピークがありました。この10年間ほとんど変わりはありません。共済会の申請数から見た罹患状況も全く同じように変遷しています。

このように毎年同じように繰り返される疾病に対し、何とか手立てはないものかと国を挙げての対策がとられています。2017～2018年度だけ見ても累積患者数は1,500万人を突破しています。またA型とB型が同時に進行したのも2018年度の特徴でした。

これほどの猛威に対策を立てるなら、1に予防、2に予防、3、4がなくて、5に手当てになるのでしょうか・・・。

先ず、①手洗いとマスクの励行。②人ごみに出かけない。③日頃から免疫力をシッカリ付けておく。④早目の予防接種。⑤体調を崩したら無理をせず早目の手当てをとる。

医療従事者の皆さまには正に釈迦に説法ですが、この①～⑤の対策が一番であることは言うまでもありません。

猛暑の折、熱中症の危険に気を取られ感染症の存在を忘れがちですが、私達の周りから感染症を無くすことは出来ません。運が悪く感染症に罹患した場合、無理をして出勤、出席することなく、「お休みいただく」ことも、周辺に拡散させないために大切な予防です。そして元気になったら、感染見舞金制度を忘れずに思い出してください。申請手続きをお取りいただきたいと思ひます。昨年、一昨年のケースであつてもまだ間に合いますので、是非一度、事務局へご相談ください。

詳細報告については、当会ホームページ「公共事業」の「調査結果」をご覧ください。

あるかもしれませんが、発生のタイミングに大きな違いはないものと思われます。

共済制度では12月に入り罹患者が増え始め、年末年始を過ぎ1月に一気にピークを迎えました。その後2月に入り急激に下降し3月末には平常化しています。

国内全体の動きを見ても、第46週、いわゆる11月中旬くらいから始まり、年末に向かい増加し、年明けの第3週から第4週にかけてピークを迎えています。

2月に入り下降傾向を示すものの、警報レベルは全国に出続けています。その後の経過は共済制度のパターンと全く同じ様相を辿っています。

厚生労働省では、今シーズン（2017～2018年）の季節性インフルエンザの予測として、A（H1N1）亜型（2009年に流行した新型インフルエンザと同じ亜型）、A（H3N2）亜型（いわゆる香港型と同じ亜型）、2系統のB型の4つの種類があり、いずれも流行の可能性があると述べています。また、流行しやすい年齢層はウイルスの型によって多少異なりますが、今年も、全ての年齢の方がインフルエンザに注意する必要がありますと述べています。その予測どおり、いわゆるA型とB型の両方の型が流行し、広い年齢層にわたり罹患することになりました。共済会の申請状況においても届け出があった範囲での調査ではA型、B型に有意な差はなく罹患しているといえました。また、A型に罹患し、一度治癒された後にB型に罹られた方も複数おられました。

今年度の流行経過は一昨年（2016年度）に比較し1～2週間程度遅れてスタートしたことが申請状況から明らかですが、国立感染症研究所が

提供している週報から見ても、第45週（2017年11月6日～11月12日）に新潟県下に今年度初めての注意報が発令され、翌週の、第46週（2017年11月13日～11月20日）に警報に変わり、第48週（2017年11月27日～12月3日）まで、新潟県1件だけが唯一の警報県でした。その後、徐々に全国へ広がり、2017年最後の週である第52週（2017年12月25日～12月31日）には、全国の凡そ半数の都道府県にあたる26の道府県に警報が発令されました。年が開け、東へ西へと広がり、第2週（2018年1月8日～1月14日）では秋田県、山形県、宮城県、千葉県、富山県、石川県、奈良県、島根県の8県に注意報を残す以外、その他の都道府県には全て警報が発令されていました。翌第3週（2018年1月15日～1月21日）に入ると、全国全ての都道府県に警報が発令され、3段階ある警報レベルも最高レベルに達し、第10週（2018年3月5日～3月11日）から第11週（2018年3月12日～3月17日）まで最高レベルのまま続くことになりました。

左記に、国立感染症研究所が自身のホームページで公開している感染の広がり（インフルエンザ流行レベルマップ）を、スタートから終息までを抜粋して掲載します。

(https://nesid4g.mhlw.go.jp/Hassaidoko/Levelmap/flu/2017_2018/trend.html)

気候が暖かくなると西から警報が注意報へとレベルが下がり、秋田県、岩手県が第18週（2018年4月30日～5月6日）まで注意報が残りましたが、翌第19週（2018年5月7日～5月14日）には全ての都道府県から注意報・警報がなくなりました。

インフルエンザ流行期間は終息が3月、4月と早い年もあるのですが、今シーズンは4月末迄でも注意報が消えない点がありました。が、昨年度より早期に終息したといえます。

2017～2018年シーズンのインフルエンザ流行レベルマップの公表については、この19週（2018年5月7日～5月14日）をもって終了としています。

この年の秋から来年に向けての対策は、やはり早めの予防接種といえます。予防接種の効果には個人差があり、インフルエンザに罹らないということはありません。もし、運が悪くインフルエンザに罹患した場合でも症状を重症化させないこと。周りに広く拡散させないという意味で大きな効果が期待できます。尚、予防接種は接種後2週間前後で免疫を獲得し5ヶ月程度持続するといわれています。

一方、感染性胃腸炎はどうか。感染性胃腸炎といってもさまざまな原因があります。

原因となる病原体には、ノロウイルス（Norovirus）、ロタウイルス（Rota virus）などのウイルスのほか、細菌や寄生虫もあります。しかし、成人にとって感染性胃腸炎の代表格はなんといっても遺伝子型GⅠ、GⅡタイプのノロウイルスによる感染でしょう。

厚生労働省では2018年5月31日に「ノロウイルスに関するQ&A」と題し、新しいリーフレットを公開しています。このリーフレットでは、ノロウイルスの解説、発生状況、症状、診断・治療、食中毒の予防や対策に至るまで詳細に記されていますので、現状では最も良い資料といえます。是非一度はご覧いただくと良いでしょう。

2017年度

感染見舞金制度の実績と評価

一般社団法人日本看護学校協議会共済会
感染症対策室 室長 小沼 利光

2016年3月31日から日本看護学校協議会共済会の「WIII」では共済制度の一環として、会員の皆さまから感染見舞金の申請を元に、医療機関で支払った費用及び通院日額を支給してまいりました。今回3年目に入り、過去2年間（2016年度、2017年度）における利用状況を比較しながら感染見舞金制度の実績と評価についてまとめてみました。

なお、この制度は、会員の皆さまからの申請によって支給されるものです。インフルエンザやノロウイルスなどに感染した覚えのある方で申請をされていない方、未だ充分に間に合いますので申請をお待ち申し上げます。

1 本制度への加入者数と利用者数

本制度は医療・福祉系の学生さんを対象としたWill1・Will2・Will3・Will3DXに付帯される制度で、約24万人の学生さんへ加入いただいております。ここ数年の伸びは2016年に比べおよそ8%の増になっています。

今回の感染見舞金制度の申請は2,904件と昨年度に比べ852件増え、およそ30%の増になっています。

2 都道府県別利用状況

本制度を加入校所在地別に分け、その利用状況

を見ると、全ての都道府県で利用されています。

感染見舞金の申請状況は都道府県別の加入校数を考慮しないで比較すると、東京都、大阪府、神奈川県、福岡県、北海道、沖縄県、福島県の順で利用が多く、逆に鳥取県、山形県、群馬県、高知県、岩手県、山梨県、和歌山県、福井県の順で利用が少ない状況でした。

2017年度では前年の2016年度と比べ、東京都、大阪府、神奈川県、福岡県などの大都市圏からの利用が多くみられ、特に東京都、大阪府などは昨年より1位、2位を独占するなど上位に名前を連ねたのが目立ちます。

3 最も多かった申請はインフルエンザ

感染症種別に分類すると、最も多かったのがインフルエンザ（A型、B型、不明全てを含む）2,547件、続いてノロウイルスなどによる感染性胃腸炎の178件と続いています。この二つの感染症疾患は不動の位置といえます。その他、溶連菌感染症45件、流行性角結膜炎29件、マイコプラズマ肺炎28件、伝染性単核球症24件、手足口病13件と続き、感染症名だけでも流行性耳下腺炎、咽頭結膜熱、百日咳、結核、水痘、腸管出血性大腸菌症、無菌性髄膜炎、疥癬、ウイルス性肝炎、潜在性結核、RSウイルス感染症、ヘルパンギーナ、レジオネラ症、腸チフスなど20種類以上に及びます。

上位のインフルエンザや感染性胃腸炎に続く疾患は2016年度と比較し、多少の前後はあるものの疾患名の出入りはほとんど見られないようです。加入者の皆さまの罹患する疾患は、ほぼこの20症例に集約されているといっても過言ではない

でしょう。

4 申請が多かった感染症の詳細

申請が多かった感染症のベスト5の詳細を見るとインフルエンザの罹患による見舞金の申請件数が飛び抜けて多く、東京都、大阪府、神奈川県、福岡県、北海道、沖縄県、愛知県、福島県から100件を超える申請がありました。この8都道府県だけで1,110件となっています。

これほど多く発生したインフルエンザであっても一桁しか申請がなかった県は、鳥取県、山形県、群馬県、秋田県、高知県であり、5県で合わせて19件の申請でした。一方、全く申請が無かった都道府県はありませんでした。

全国都道府県別インフルエンザ発生状況（厚生労働省）データと比較しても、決して申請が少なかった県で発生していないということではなく、罹患しても申請がなかったか、あるいは誠に残念ではありますが、本制度が周知されなかったことも考えられます。

また、感染性胃腸炎では、大阪府、福島県、熊本県、東京都、奈良県、福岡県から二桁の申請がありました。マイコプラズマ肺炎、溶連菌感染症、流行性角結膜炎は全体数が少ないことから共済会として特徴的な傾向はつかめませんでした。

5 インフルエンザと感染性胃腸炎の

月別発生状況

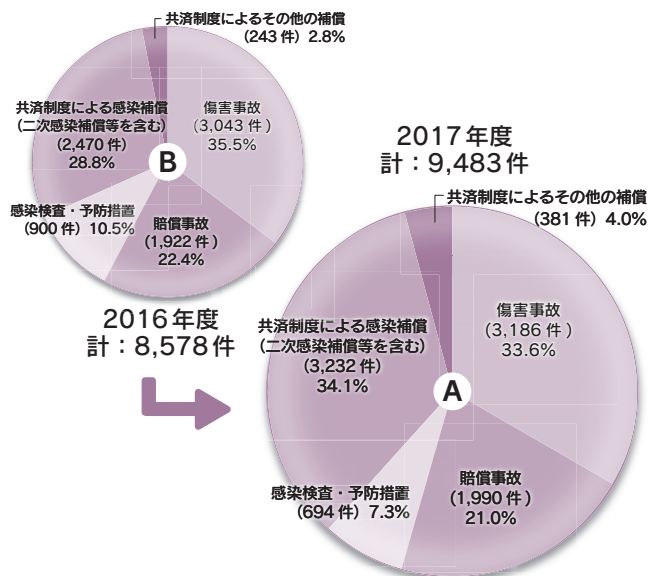
国立感染症研究所が発表している過去10年間ににおけるインフルエンザの定点観測の週報と比較してみました。国レベルの週報数は健常者であり常に高い免疫力を持つ学生さんとは比べるには無理が

ご利用される場合は十分にご注意ください。

傷害事故の種目別では平成28年度に引き続きプライベート中の傷害事故が増加しております。理由としてはWill3、Will3DXの加入者が増加傾向にあることと、教職員用Willの加入が増えていることが考えられます。Will3、Will3DX、教職員用Willは臨地実習中や学校管理下等の時間に縛られず、プライベート中を含む国内外24時間の傷害事故への補償があるため、日常生活の安全対策としてご利用いただけているようです。

●平成29年度の賠償事故状況

賠償事故の多くは例年同様対物事故で、特に学内演習中や臨地実習中に器具を破損してしまうケースが多く、入院患者さんの私物を壊してしまったという報告も多数ありました。患者さんの破損物で多かった物は湯呑み・置時計・イヤホン



【図1】事故分類別件数割合

などが挙げられます。

また、自転車による対人・対物事故が年々増加傾向にあります。全国的に自転車保険の義務化が進んでいます。Willにも自転車保険と同様の移動中に起きた賠償事故への補償が付帯されています。お互いが動いている時の事故には過失割合が生じますので相手と揉めてしまうケースが多々あります。しかし、平成29年度より新たに損害保険会社による『示談交渉サービス』が始まりましたので、保険会社が学生さんに代わって直接相手や相手の保険会社とやり取りをし、事故の解決までお手伝いできるようになりました。

実際に平成29年度に起きた自転車による対人・対物事故のほとんどは示談交渉サービスを利用し、多くの事故がこれにより早期解決へと至っております。

●平成29年度の感染検査・予防措置事故状況

平成28年度に比べ、臨地実習中に感染のリスクが生じた場合の感染症への罹患の有無の検査・予防措置をした事故報告が平成29年度では減少しました。臨地実習中に起きた針刺し事故は勿論、患者さん等からの空気感染や飛沫感染の可能性があるリスクが生じた場合、感染経路・検査結果を問わずに検査・予防措置費用を補償できるのが「Will」の特長です。該当する事故が発生した場合は念のための検査でも「Will」の感染検査・予防措置補償を活用いただき、大きな感染事故にならないよう、心掛けていただければと思います。

●平成29年度の共済制度事故状況

共済制度による感染補償が平成27年度の2、

470件から3,232件と大幅に増加しました。また、事故全体で見ても1番多い種類の事故となります。これに共済制度によるその他の補償を加えますと、事故のうちの約半数が共済制度で対応する事故となっています。【図1】参照

特に国内外24時間の感染症罹患補償は臨地実習中以外にも柔軟に対応できるように、学校内でインフルエンザが流行して罹患するケースが多く、学内での感染症の流行を再確認・防止するために役立っているようです。

共済制度によるその他の補償では平成29年度から損害保険で対応できなくなりました。正課・学校行事目的で借りた預かり物の紛失事故や対象外の物品になってしまった自転車・補聴器・眼鏡等の破損事故を新たな補償としてスタートしましたので、平成28年度の243件に比べ、381件と約1.5倍の報告件数となりました。【図1】参照

例えば、実習先へ学校の血圧計を借りて持っていく、使用している間にどこかで失くしてしまった場合（預かり物の紛失事故）や実習先から訪問看護実習のために借りた自転車を使用している時に転んで自転車を破損してしまった場合（損害保険対象外の物品）等を共済制度で対応しています。

「Will」は先生方のご要望を共済制度に反映させることで、現場で必要とされる補償の充実化を図っています。今後とも学生さんのリスクに対応する補償を充実させて参りますので、ご意見・ご要望がありましたら「Will」事務局までご提言ください。

《お問い合わせ先》

Will事務局 ☎ 0120-863755

Will News

VoL.24

平成29年度「Will」の 加入状況と事故状況

一般社団法人
日本看護学校協議会共済会
「Will」事務局
丹治 正貴

平成30年7月豪雨により被災された方々に対して心より、お悔み、お見舞い申し上げます。一日も早い復興をお祈り申し上げます。

●平成29年度の加入状況

平成29年度の総合補償制度「Will」の募集並びに加入手続きにあたり、各養成施設のご担当者様には多大なるご尽力・ご協力をいただきましたこと深く感謝申し上げます。平成29年度3月末現在、加入総人数234,877人

【表1】加入学科数1,778学科【表2】となりました。昨年度に引き続き平成29年度も加入人数が増加となりましたが、特に教職員用「Will」に加入される方の人数が増えており、臨地実習を行う学生だけでなく指導される教職員の方々も実習中のリスクを危惧されているように見受けられます。

また、加入者増のもう一つの要因としては「Will」の国内外24時間の感染症罹患補償が広く認知されたことが考えられます。

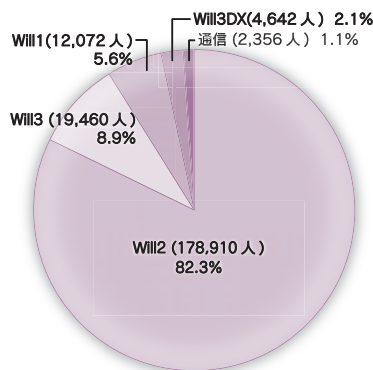
現在では加入されていない学校様からもお問い合わせをいただくようになりました。主に先生方同士の情報交換によるものとお聞きし、先生方のお口

●平成29年度事故状況について

平成29年度に、報告があった事故総数は合計で9,483件あり、内訳は次頁の【図1・A】のようになりました。

添えの賜物と厚く御礼申し上げます。

【表1】タイプ別「Will」加入状況



総人数		234,877人
教職員		17,437人
学生タイプ別	Will1	12,072人
	Will2	178,910人
	Will3	19,460人
	Will3DX	4,642人
	Will通信	2,356人

【表2】学科別「Will」加入状況(学科数)

看護関連 (教育形態別)		看護以外の医療及び介護関連 (国家資格別)			
高等学校 (5年一貫・衛生看護・専攻科)	90	理学療法	71	薬剤	10
准看護学校	186	作業療法	52	鍼灸あんま	23
2年課程	131	言語聴覚	22	歯科衛生	86
3年課程	449	臨床検査	52	歯科技工	7
短期大学	17	診療放射線	16	介護福祉	30
大学	245	臨床工学	30	社会福祉	13
統合カリキュラム	12	視能訓練	9	精神保健	12
助産・保健	126	救急救命	20	その他	69
加入数合計		1,778学科			

2018年3月末日現在

●平成29年度の傷害事故状況

平成29年度の傷害事故は例年同様、登下校中の自転車やバイクでの交通事故が多く、大きなケガを負うケースが多発しています。

【図1・B】の平成28年度の事故報告8,578件と比較しますと事故報告件数が905件増加しています。これは共済制度を適用する事故対応が、傷害事故の件数を超え、事故全体で初めて共済制度での事故対応が僅かながら増加となりました。共済制度の事故件数の増加理由は加入者数が増えたことと、国内外24時間の共済制度による感染補償が浸透したことが要因と言えます。