

CONTENTS

感染症の時代に臨床実習を伴う教育現場で留意すべきポイント 琉球大学名誉教授 藤田 次郎 …………… 1	● 共済会の活動 …………… 13
「パワーハラスメント関連のトラブル予防と対処を考える」No.1 評価に関する学生・家族からの不満・クレーム対応について 一般社団法人日本看護学校協議会共済会会長 荒川 真知子 …………… 6	● 感染事故報告の推移（2018年度～2024年度） ～新型コロナウイルス感染症を基軸として分析～ 一般社団法人日本看護学校協議会共済会「Will」事務局 …………… 16

The Front Article

感染症の時代に臨床実習を伴う教育現場で留意すべきポイント

おもと会グループ特別顧問・琉球大学名誉教授
藤田 次郎

1 はじめに

2019年に中国で認識され、2020年からわが国でも流行した新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）は臨床実習を伴う教育現場にも大きな影響を与えた。COVID-19が特異であったのは、凄まじい感染力と考えられないほどのスピードで新たな変異株が出現することであった。COVID-19のクラスターが発生し、臨床実習を中止した病院・学校も多かった。ただしCOVID-19が教育現場での感染対策の重要性を改めて喚起したことも事実である。またこれまで経験したことのない感染力から、新たにエアロゾル感染という概念が導入された。

2 COVID-19以前の感染対策

COVID-19以前は、環境を介する感染経路として、空気感染、飛沫感染、および接触感染の3つが示されてきた（図1）。空気感染と飛沫感染との差異は感染性呼吸器粒子のサイズとして説明される（図2）。感染性呼吸器粒子のサイズが直径5ミクロン（以下、 μm ）以上のものを飛沫感染とし、 $5\mu\text{m}$ 未満のものを飛沫核による空気感染とした。

飛沫感染対策としては、サージカルマスクの着用が求められる。COVID-19以前の空気感染対策としてN95マスクの着用が求められるのは、結核菌、麻疹ウイルス、および水痘・带状疱疹ウイルスの3つの病原体に対してのみであった。なお接触感染（図1）を防ぐには、手指衛生（手洗いや手指消毒）が求められる。

インフルエンザウイルスや新型コロナウイルスはそのサイズは0.1ミクロン（以下、 μm ）と小さいものの、

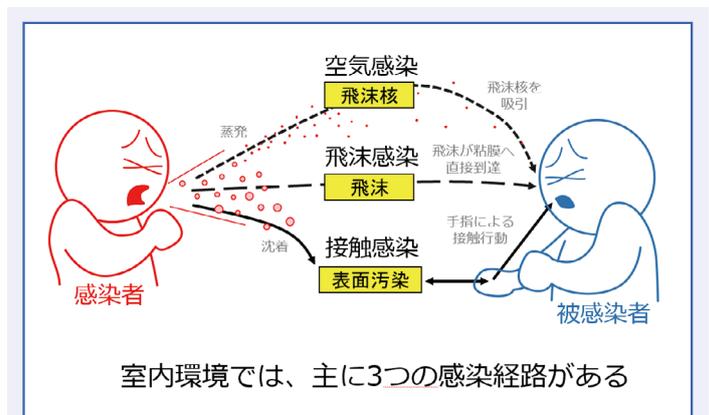


図1 環境を介する感染経路（武見基金 COVID-19 有識者会議）

(<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/4558> より引用)

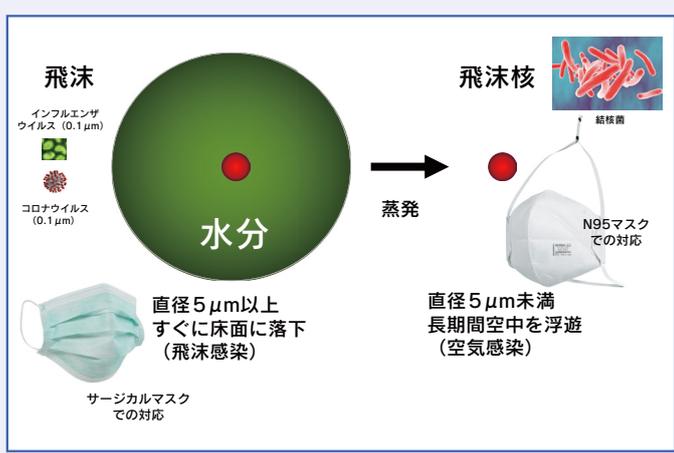


図2 飛沫と飛沫核との違いとマスクの使い分け (筆者作成)

インフルエンザウイルスや新型コロナウイルスはそのサイズは0.1ミクロン(以下、 μm)と小さいものの、周囲に水分がある飛沫に含まれるため、 $5\mu\text{m}$ 以上となる。一方、結核菌のサイズは約 $2\text{--}4\mu\text{m}$ であり、周囲に水分のない飛沫核内にあるため空気感染対策が求められる。

周囲に水分がある飛沫に含まれるため、 $5\mu\text{m}$ 以上となる。一方、結核菌のサイズは約 $2\text{--}4\mu\text{m}$ であり、周囲に水分のない飛沫核内にあるため空気感染対策が求められる。

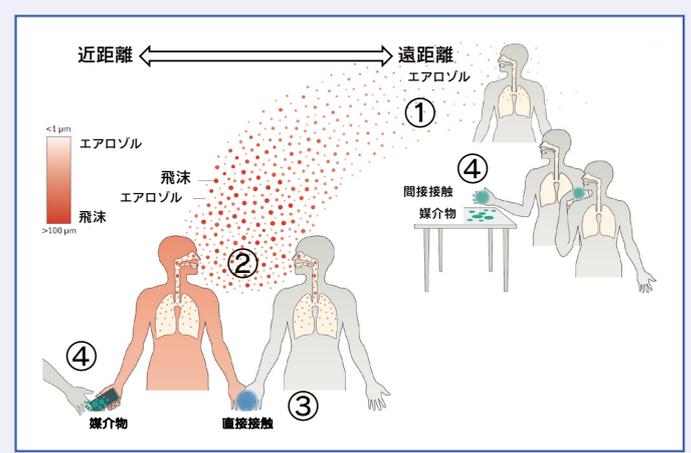


図3 呼吸器ウイルスの感染経路

(オリジナルの図は文献1に含まれ、著者がその図を改変した)

この図で重要なのは長距離伝搬と短距離伝搬という概念が導入されたことである。長距離伝搬においてはエアロゾルと媒介物を介する間接接触が、短距離伝搬においては飛沫、エアロゾル、直接接触、および媒介物を介する間接接触が感染経路となる。①～④は表1も参照。

3 COVID-19以降の感染対策

COVID-19の登場で、従来の飛沫感染と空気感染では説明できないクラスターが多数発生した。社会的には「3密(密閉空間、密集場所、密接場面)」を避けるとか、「ソーシャルディスタンス(対人距離の確保)」という概念が導入された。科学的には、新たな感染経路としてエアロゾル感染という概念が登場した(図3)。この図で重要なのは、①と②の間の連続性であり、また②においては飛沫とエアロゾルが混在して存在することにある。図3では飛沫核という概念はなく、境界は不明瞭ながら、サイズの違いから飛沫とエアロゾルのみが示されている。また距離の概念が導入されている。

図3に示されるような新たな感染経路が提唱されたことを受けて、日本環境感染学会から「呼吸器から分泌される飛沫、エアロゾル、および飛沫核の比較」が示された(図4)²⁾。図4では図3と異なり、エアロゾルが飛沫と飛沫核の間に位置付けられている。この図で示されるようにエアロゾルのサイズは $5\mu\text{m}$ 未満であり、医療現場で濃厚にCOVID-19患者と接する際にはN95マスクの着用が求められることになった。

4

感染性呼吸器粒子の感染経路に関する世界保健機関(WHO)からの新たな報告

図3、および図4で示されるように、飛沫核、エアロゾル、または飛沫の定義の混乱もあり、2024年になって、感染性呼吸器粒子の感染経路を整理するための新たな

排出物	飛沫	エアロゾル	飛沫核
イメージ	5 sec, 1 m, 1.5 m	Extended presence of droplet nuclei in air, 5 μm, 1 μm, 33 min, 12.2 hr, 45 m	Large droplets > 100 μm, Small droplets 5 μm, Droplet nuclei 1 μm
大きさ(粒子径)	$5\mu\text{m}$ 以上	$5\mu\text{m}$ 未満	$1\text{--}0.1\mu\text{m}$
到達範囲	2 m以内	通常6 m以内	共有空間全体
代表的病原体	新型コロナウイルス、インフルエンザウイルス、マイコプラズマなど	新型コロナウイルス	結核菌、麻疹ウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス
感染対策	飛沫感染予防策	飛沫感染予防策 + エアロゾル産生手技時などへの対策、換気	空気感染予防策

図4 呼吸器から分泌される飛沫、エアロゾル、および飛沫核の比較

(日本環境感染学会・医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第5版を引用し、かつ文献3に基づき著者改変)

な概念が WHO から報告された⁴⁾。この報告では以下の3点が新たに定義されている。

①『**感染性呼吸器粒子(infectious respiratory particles, IRPs)**』:

これまで「エアロゾル」と「飛沫」という用語で区別されていた粒子を一括りに扱う新しい用語。

②『**空気感染／吸入(airborne transmission/inhalation)**』:

感染性呼吸器粒子が空气中に放出され、他の人が吸入した場合。空気感染や吸入は、感染者から短距離でも長距離でも起こるが、その距離はさまざまな要因(気流、湿度、温度、および換気など)に左右される。

③『**直接沈着(Direct deposition)**』:

感染性呼吸器粒子が感染者から空气中に放出され、近くにいた別の人の露出した口、鼻、目に直接沈着し、その後人間の呼吸器系に入り、感染を引き起こす。

これらの概念は前述した文献¹⁾などで得られた知見を土台に提唱されたものである。この WHO からの新たな報告⁴⁾のエッセンスを日本語に翻訳したものが表1である。これまでの「空気感染」と「飛沫感染」という用語が、「空気感染／吸入」と「直接沈着」という用語に変更されている。また接触感染は、「直接接触」と「間接接触」に分けて示されている(表1)。

WHO から報告された新たな感染性呼吸器粒子の感染経路の概念を図5に示す。表1に示される上段の空気を介する感染経路を分かりやすく図示したものを引用した。なお図5と図3との間には共通点が多い。私見で

表1 感染性呼吸器粒子の特徴と感染様式

(文献4から引用・改変)

伝播方法	発生源からの距離	他人への感染経路	呼吸器系への侵入メカニズム	呼吸器系への侵入門戸	図3との対比
空気を介して					
空気感染/吸入	いかなる距離でも	空气中を移動(空气中に浮遊、または空気の流れにより移動)	吸入	呼吸器系のどこにでも	①
直接沈着	短距離	空中を飛ぶ(半弾道軌道)	粘膜への沈着	口、鼻、または眼	②
接触					
直接接触	短距離	空気を介さず	直接伝播(通常は手で触れる)	口、鼻、または眼	③
間接接触	いかなる距離でも	空気を經由しないが、感染性呼吸器粒子は空中を經由して中間物体に到達する可能性がある。	間接伝播(中間物体に触れることによる)	口、鼻、または眼	④

あるが、WHO の報告には批判もあり、この概念が医療現場に定着するには、ある程度の時間が必要であると考ええる。

5 マスクの機能

感染性呼吸器粒子による感染経路を遮断するのが医療用マスクである。医療従事者が日常的に使用するマスクの機能について示した(図6)。医療従事者が医療現場でマスクの着用を求められるようになったのも COVID-19 に起因する。COVID-19 では、若年者ほど不顕性感染が多いことが示されており⁵⁾、このことが医療現場での実習などにおいて、学生にマスク着用を求める根拠となっている。

自然界にはさまざまな粒子が存在する。花粉症を引き

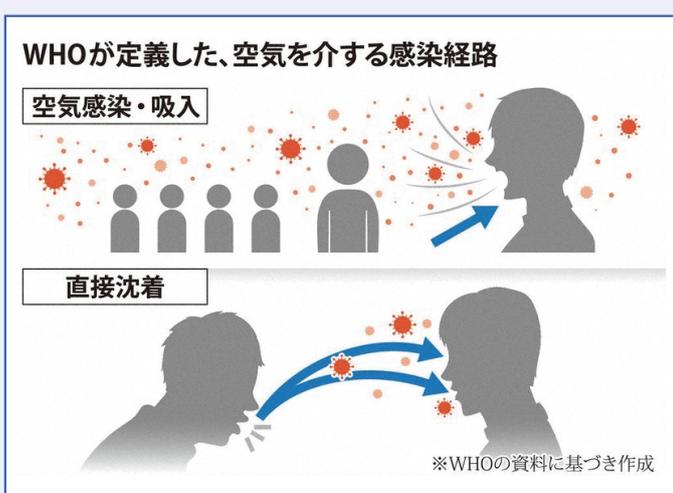


図5 WHO が定義した、空気を介する感染経路
(毎日新聞 2024/6/13 東京朝刊 『青野由利の時を駆ける科学「空気感染」定義に専門家は』 <https://mainichi.jp/articles/20240613/ddm/016/040/023000c> より引用)

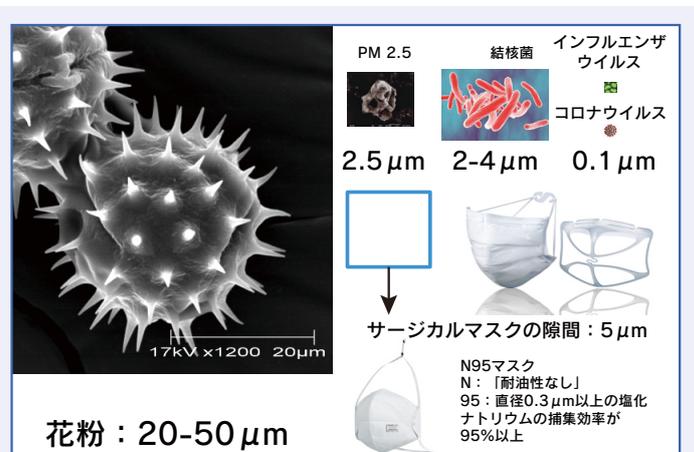


図6 自然界のさまざまな粒子、病原体のサイズとマスクの機能 (著者作成)

マスク別 エアロゾル除去性能 仙台医療センター ウイルスセンター

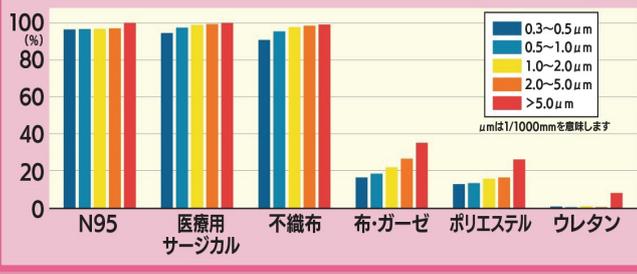


図7 マスク別エアロゾル除去性能

(羽鳥慎一モーニングショー https://twitter.com/morningshow_tv/status/1412665134254739457 より引用)

青色が小さな粒子、赤が大きな粒子を示し、グラフが高いほど、粒子を除去できていることになる。N95 マスク、医療用サージカルマスク、不織布マスクでは、大きな飛沫粒子ではほとんど差がなく、小さな飛沫粒子で若干の差を認める。布・ガーゼ、ポリエステル、またはウレタンマスクでエアロゾル除去性能がほとんどないことに留意。

起こす花粉のサイズは 20-50 μm で、PM2.5 のサイズは名前でも示される通り 2.5 μm である (図6)。病原体としては、結核菌のサイズは 2-4 μm、インフルエンザウイルス、およびコロナウイルスのサイズは 0.1 μm である (図6)。一方、サージカルマスクの隙間は 5 μm であり、N95 マスクの定義は、直径 0.3 μm 以上の塩化ナトリウムの捕集効率が 95% 以上である。

ここで重要なのはマスクの種類とその効果である (図7)。一般社会ではさまざまなマスクが販売されているが、その感染性呼吸器粒子の除去性能は大きく異なることに留意する必要がある (図7)。この結果に示されるように教育現場の実習では、布・ガーゼマスク、ポリエステルマスク、またはウレタンマスクは使用すべきではない。

6 ワクチン接種の必要性

臨床実習を始める前に、自身、および患者さんを守るためにワクチン接種が求められる。B 型肝炎ウイルス、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、に関しては、ワクチン接種を済ませていることを原則とする。日本環境感染学会のガイドライン⁶⁾ から引用する。

1) B 型肝炎ワクチンの推奨⁶⁾

- 医療機関では、患者や患者の血液・体液に接する可能性がある場合は、B 型肝炎に対して感受性のある全ての医療関係者に対して B 型肝炎ワクチン接種を実施しなければならない。

- ワクチンは 0、4 週、20 ~ 24 週後を目安に 3 回接種 (1 シリーズ) を行う。
- 3 回目の接種終了後から 1 ~ 2 カ月後に HBs 抗体検査を行い、10mIU/mL 以上であれば免疫獲得と判定する。
- 1 回のシリーズで免疫獲得とならなかった医療関係者に対してはもう 1 シリーズのワクチン接種を考慮する。
- ワクチン接種シリーズ後の抗体検査で免疫獲得と確認された場合は、その後の抗体検査や追加のワクチン接種は必要ではない

2) 麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘ワクチンの推奨⁶⁾

- 1 歳以上で「2 回」の予防接種の記録を勤務・実習前に医療機関に提出することを原則とする。
- 予防接種の記録が 1 歳以上で「1 回」のみの者は、1 回目の接種から少なくとも 4 週間以上あけて 2 回目の予防接種を受け、「2 回」の記録を勤務・実習前に医療機関に提出することを原則とする。
- 1 歳以上で「2 回」の予防接種の記録が確認できた場合、抗体検査は必須ではない。1 歳以上で「2 回」の予防接種の記録の確認後に抗体検査を実施した場合のその後の対応は、医療機関と本人が個別に判断することになるが、1 歳以上で、「4 回以上」の接種は推奨しない。
- 既罹患で予防接種を受けた「記録がない」者は、勤務・実習前に抗体陽性の検査結果を提出することを原則とする。
- 上記のいずれにも該当しない者は、少なくとも 4 週間以上あけて「2 回」の予防接種を受け、その記録を勤務・実習前に医療機関に提出することを原則とする。
- 勤務・実習中は、予防接種・罹患・抗体価の記録を本人と医療機関で年数に関わらず保管する。
- 1 歳以上で「2 回」の予防接種の記録がない、または、免疫が不十分 (抗体陰性または低抗体価) であるにも関わらず、ワクチン接種を受けることができない医療関係者については、個人のプライバシーと感染発症予防に十分配慮し、当該医療関係者が発症することがないよう勤務・実習体制を配慮する。

任意ではあるものの、インフルエンザ、および新型コロナウイルス感染症に対しても積極的なワクチン接種が求められる。

7 おわりに

教育現場で感染対策が重要なのは、まず自分自身をさまざまな感染症から守ることにある。そのためには感染経路を理解し、感染経路別の感染対策を実施することが求められる。例えば 2024 年に流行したマイコプラズマ感染症も従来の定義では飛沫感染である。ただし「マイコプラズマ感染症の潜伏期は通常 2～3 週間で、咳は初発症状出現後 3～5 日から始まることが多く、解熱後も長く続く (3～4 週間)。気道粘液への病原体の排出は初発症状発現前 2～8 日でみられるとされ、臨床症状発現時にピークとなり、高いレベルが約 1 週間続いたあと、4～6 週間以上排出が続く。」など、感染症ごとの病原体排出期間を理解した上で適切な感染対策を講じる必要がある。

COVID-19 が完全に収束していない現状では医療現場の実習ではサージカルマスクの着用が求められる。また臨床実習で接する患者さんは、さまざまな感染症を有している可能性があることから、実習前に必要なワクチン接種を済ませておくことが求められる。これらの対策が医療従事者や患者さんを感染症から守ることにつながることを強調し、稿を終える。

文献

- 1) Leung NHL. Nat Rev Microbiol 19: 528–545, 2021
- 2) 医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド (第 5 版) (2023 年 1 月 17 日) 日本環境感染学会
http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide5-2.pdf
- 3) Joseph J, et al. Exploration (Beijing) 2 (6) : 20210038, 2022
- 4) Leading health agencies outline updated terminology for pathogens that transmit through the air <https://www.who.int/news/item/18-04-2024-leading-health-agencies-outline-updated-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air>
- 5) Wang B, et al. Pediatr Infect Dis J 42: 232-239, 2023
- 6) 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第 4 版
http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline_04.pdf

PROFILE



藤田 次郎 (ふじたじろう)

おもと会グループ特別顧問・琉球大学名誉教授。

昭和 56 年 3 月岡山大学医学部卒業。虎の門病院内科レジデント (2 年間)、国立がんセンター病院内科レジデント (2 年 4 か月)、および米国ネブラスカ医科大学呼吸器内科留学 (2 年間) を経て、昭和 62 年より、香川大学医学部に勤務し、平成 2 年 12 月に医学博士を取得。平成 17 年 5 月から琉球大学大学院 感染症・呼吸器・消化器内科学 (第一内科) 教授に就任。教授在任中、平成 27 年 4 月から 4 年間、琉球大学医学部附属病院長 (兼任) を務める。新型コロナウイルス感染症のパンデミックの際には、指定医療機関の診療科長として重症患者のケアを担当し、沖縄県新型コロナウイルス対策専門家会議座長、および厚生労働省「新型コロナウイルス感染症 診療の手引き」の検討委員を務めた。令和 4 年 4 月から琉球大学名誉教授、おもと会グループ特別顧問となり現在に至る。

【主な所属学会】

日本内科学会 (功労会員)、日本呼吸器学会 (功労会員、指導医、専門医)、日本結核病学会 (功労会員、指導医)、日本肺癌学会 (特別会員)、日本臨床腫瘍学会 (功労会員、暫定指導医、協議員)、日本呼吸器内視鏡学会 (特別会員、指導医、専門医、評議員)、日本感染症学会 (理事、指導医、専門医、評議員、施設内感染対策相談窓口回答者、Infection Control Doctor)、日本化学療法学会 (評議員)、日本嫌気性菌感染症学会 (幹事)、日本環境感染学会 (評議員)

【受賞歴】

平成 13 年度 American College of Chest Physician (ACCP) 日本部会賞受賞、平成 14 年度日本結核病学会今村賞受賞、平成 30 年度沖縄県医師会会長表彰、令和 3 年度沖縄県医事功労者知事表彰、沖縄県医科学研究財団令和 4 年度功労賞、令和 5 年日本嫌気性菌感染症学会賞受賞

評価に関する学生・家族からの不満・クレーム対応について

一般社団法人日本看護学校協議会共済会
会長 荒川 真知子

1 はじめに

看護師等養成所（以下、看護学校とする）を含む医療・福祉系の養成施設の学校管理者および先生方は、学校運営にあたり、よりよい教育を提供するために、教育環境の整備、教育方法の工夫、実習の運営方法の工夫、教員の育成・スキルアップ等々、数々の課題に日々取り組まれていることと存じます。こういった継続的取り組み・努力に加え、社会人経験者の入学が増加、男子学生の入学比率の増加、外国籍を有する学生の入学希望者への対応、教育現場での合理的配慮の提供の在り方等々、社会状況や地域性に応じた課題への対応も求められ、その対応は困難さを増しているのではないのでしょうか。

一般社団法人日本看護学校協議会共済会では、毎年、全国の看護学校の先生方から多数のご相談を頂戴しております。近年、多く寄せられている相談内容に、“臨地実習関連での患者情報の取り扱いに関するもの”、“学生のSNSの利用についてのもの”、“授業や臨地実習等の評価に学生や保護者からクレーム等があった場合の対応の適切性に関するもの”、“学生間でのいじめの訴えとそれに対する学校の対応についてのご相談”、“学生が教員からハラスメントを受けたと主張するケースへの対応を知りたい”等があります。

当会では、個々のご相談内容を詳細にお伺いし、当会の顧問弁護士の蒔田覚先生に専門的な見地に立ったご助言やご説明を頂戴しまして、ご回答や対応をさせていただく中、お困りの内容に一定の共通項があることが多いことを把握しました。そこで、より多くの学校管理者および先生方に、サンプル事例を紹介することで、予め一定の知識を持っていただき、トラブルを未然に防ぐ手立てを講じることに役立てていただけるのではないかと考え、2015年から本年まで10年に渡り、多くの相談事例を一般化した上で、わかりやすい解説を添えた『法律相談事例集』を作成し、発行を重ねて参りました。

この『法律相談事例集』は、すでに多くの先生方にご覧いただけていると思いますが、近年、パワーハラスメントに関連したご相談が増加していることを踏まえまして、『パワーハラスメント関連のトラブル予防と対処を考える』をテーマとした内容をシリーズで取り上げることに致しました。

初回である今回は、評価に関連した不満や抗議についてのご相談事例とそれに対する蒔田覚弁護士の提言を2事例、ご紹介いたします。

教員による評価に学生が納得しない場合、その後、トラブルへ発展してしまうことも少なくないと思います。学生や保護者からの評価に対する不満や抗議に冷静に、公平に対応するのはどうしたらよいか、評価に関連したトラブルの発生を予防するにはどうしたらよいか悩まれている先生方にお役立ていただけましたら幸いです。

なお、今回、取り上げます2事例は、こちら (<https://www.e-kango.net/safetynet/qa/pdf/2024claim.pdf>) の『法律相談事例集』（冊子）に掲載しているものです。他の相談事例も多数掲載しておりますので、是非ともご活用ください。

今回、掲載事例の紹介		QRコード
事例 No. 1	2024年発行「実習が伴う医療・福祉系養成施設からの法律相談事例集」より 事例5「実習評価をめぐる学生の家族からの抗議への対応」(p14)	
事例 No. 2	2024年発行「実習が伴う医療・福祉系養成施設からの法律相談事例集」より 事例6「実習評価に関する学生の不満への対応」(p16)の一部に編集を加えた。	

2 事例 No.1 「実習評価をめぐる学生の 家族からの抗議への対応」

(出典：2024年度版「実習が伴う医療・福祉系養成施設からの法律相談事例集」の事例5、p14)

ご相談内容

学生が実習の成績が悪く、学校として、実習先施設の担当者の意見を参考に当該科目の成績を「不可」と判定した。その学生の母親がそれを不服として実習先に出向いて当該担当者に異議を唱え、学校の指導が悪いなどの批判をした。さらに、その母親は学校へも突然来訪し、評価表や実習について他学生との比較した評価情報の開示を要求した。学校はこの母子を招き面談し、説明をしたい。その面談日程の連絡方法、面談者、どのような情報の書類を用意したらよいか。

■弁護士による提言

学生側から単位認定と教員側の指導の問題とを関連づけて不満が述べられたとしても、学校としては、単位認定の問題と教員側の指導に関する問題を明確に区別して対応することが求められます。学校の求める単位認定の水準に達していないのであれば、いかなる理由があるにせよ単位認定はできませんし、クレームにより単位認定を変更することがあってはなりません。

そこで学校側の求める水準に達していないことを説明できるだけの資料を準備する必要があります。具体的には、実習要綱にて実習の到達目標を明確にし、当該実習における評価基準と当該学生の評価の基礎となった客観的資料を示しつつ、その判断の正当性を説明するとよいでしょう。当該学生が水準に満たないことを説明すれば足りますので他の学生の評価の基礎資料までの開示に応じる必要はありません。

口頭での説明では、学校側の見解が十分に理解されないこともありますので、状況によっては単位認定に至らなかった具体的根拠を示した文書を準備し、これを示しながら口頭で補足説明をするということも検討されるとよいでしょう。

①面談日程の連絡方法について

単なる面談日程の告知ですので、その連絡方法は電話・eメール・郵送のいずれでも問題はありません。日程の連絡を受けたか否かでトラブルに発展することが予想される状況とのことであれば慎重を期して書面を郵送するということがあります。学生・その保護者と学校という関係を考えますと、あまり仰々しい対応は控えたほうがよいでしょう。

なお普通郵便では到達の事実を証明することはできません。

ん。書留郵便では郵便物が届いたことは証明できますが、どのような内容の文書が届いたかまでは証明できません。これらを証明するには内容証明郵便となります。今回の場面は通知の内容が法的な権利義務の発生や消滅等に関わるものではなく面談日程の調整ですので、書面を送付するとしても普通郵便で十分と考えます。

②面談者について

クレーム対応は複数で実施することが基本です。今回の面談の趣旨は、適切な単位認定を行ったことを説明する点にあります。その意味では担当教員は必須です。他に指導的立場にある1、2名の教員が同席するのがよいと考えます。

③提示書類について

単位認定の基準に到達していないことを説明する書類を準備することになります。今回の評価の基礎となった客観的資料を提示できるようにしてください。客観的資料の提示が難しい場合には、実習要綱等に定める到達目標、評価基準を示しつつ、どの点が水準に満たなかったのかを具体的に記載した書面を担当教員が準備して、これを示す方法もあります。

④実習先病院や学校へのアポなし訪問への対応について

単位認定に不満があるとしても、実習先病院に向いて実習担当者に直接不満を述べることは許されません。さらにアポなしの訪問も社会的な常識に反する行動です。この点について注意をすることはまったく問題ありません。今回の相談のような保護者の行動は、実習先病院に著しい迷惑をかけただけでなく、実習先病院において当該学校の他の学生の实習受入を難しくさせることにもつながるおそれがありますので、学校としても軽視することはできません。学校長名で公印のある正式な注意文書を作成して面談時に交付するなどの対応も検討するとよいでしょう。

3 事例 No.2 「実習評価に関する学生の 不満への対応」

(出典：2024年度版「実習が伴う医療・福祉系養成施設からの法律相談事例集」の事例6、p16：一部改変)

相談事例

実習先病院で、学生が包帯を患者に巻く実技をした際に、学生は患者さんがかけていた毛布を巻き上げた。巻き上げた毛布が患者さんの顔にかかってしまったが、学生はそれを気に留めることなく包帯を巻き続けたため、実習指導者が患者さんの顔にかかってしまっていた毛布を外した。終了後に、実習指導者はリフレクションを行い、学生に安全・

安楽のための配慮が不足していたことを教えたうえで、包帯を巻く際にも安全・安楽に関連した配慮をする必要があることを説明した。しかし学生は「包帯は巻けた」と言い、安全・安楽に関連した配慮の必要性を理解しようとはせず、指導を受け入れなかった。

実習指導者は、包帯は巻けたものの処置の環境整備ができていないとして、再履修をするように学校に報告した。これを不満として学生の母親が実習先病院の看護部長に学校を通さずに抗議をした。そのために病院と学校との間に不信感が生まれている。どのように対処すべきか。

■弁護士による提言

看護師の業務には、診療の補助と療養上の世話とがありますが、これらの業務を安全かつ確実に遂行するためには、対象となる患者さんの環境に注意を払う必要があります。実習では、実際の患者さんに触れることで、看護学校での講義や模擬実習で修得した知識・技術・態度を統合し、将来の看護師になるための看護実践力を養うことを目的としています。

この学生は包帯を巻くことに熱心になるあまり、患者さんの観察や環境に対する配慮が欠けていたこととなりますので、病院の実習指導者が処置の「環境整備ができていない」との報告をしたことには相応の理由があります。

学生とその母親が、「包帯は上手に巻けた」のだから再履修は不当と考えているとすれば、実習の目的を誤解しています。患者さんやその家族の視点に立った場合に、めくった毛布を顔にかけても気がつかないような看護師に看護をしてもらいたいと思うでしょうか。この実習生は、課題である「包帯を巻く実技」はうまくできたけれども、その前提となる環境整備「患者さんが不快な思いをしないように配慮すること」ができなかったこととなります。実習における評価項目やその視点は、本来的にはその実習前に実習生や保護者に理解を求めておく事柄ともいえるでしょう。

①学生からのクレーム対応窓口の整備

学校側として病院側実習指導者の判断に合理性があると評価しているのであれば、これを前提に学生の母親に説明することになります。事前に明示している「実習の獲得目標」を示しつつ、学校側から学生に再履修の判断が不適切でないことを丁寧に説明するとよいでしょう。学生および保護者に実習の獲得目標について理解を得ることは、実習における教育成果を上げるためにも大切です。

相談の事例では、学生の母親が学校ではなく実習先病院の看護部長に抗議をしたことで病院と学校との間に不信感が生じたようです。この背景には、学生側に対して、事前に実習に関する責任の所在、抗議やクレームの窓口について明確にしていなかったなどの問題があります。

実習先の病院は、あくまでも協力施設であり、単位認定や再履修の最終的判断は学校において行うものです。学生の母親が実習先病院の看護部長に直接抗議をするようなことは好ましいものではありません。学校としてクレームの

受付窓口を準備し、万が一、実習先の病院に学生や保護者等から実習に対する不満が示された場合には、病院で対応するのではなく、学校として対応するという体制構築が望まれます。

4 私の教育経験から2事例に共通する事例を想起して…

私自身、教育評価に関する学生・家族からの不満やクレームを数多く経験しました。

看護学校の教員になって10年目頃のことです。臨地実習が不合格となり、進級が難しくなった学生の両親と面談することになりました。父親は学生の記載した看護過程展開の用紙を示しながら、「看護過程の展開を一緒にやったがちゃんとできている。どこが問題なのか。なぜ不合格なのか納得できない」と。

その学生は合格に達していない科目が多く、補習実習の機会を得ながら、不合格となった実習も多くありました。そのため、実習担当教員も実習指導者も受け持ち患者の選定や指導方法、終了後の日々の振り返りなど、学生の個別性を考慮した指導を行っていました。しかし、目標に到達できませんでした。ご両親には、目標到達に必要な能力について、実習評価表に基づき、実習期間中の指導内容・方法、学生の行動・反応・学生の実習記録等を示しながら、詳細に説明したのですが、納得は得られませんでした。

この学生は成績が思わしくない中で、家庭の事情によりたびたび欠席をしていました。進級が危ぶまれる状況であったため、学業を優先するように指導し、保護者にも伝えるよう促したのですが、両親には伝えていませんでした。この学生を卒業に導くにはかなりの時間と指導力が必要であったのですが、私は教員として、この学生に看護師を目指すことを勧めました。しかし、学生本人の意思は確認できない中、ご両親が退学を選びました。半年後「退学願い」が提出されました。そこには「娘は負け犬、子どもの大事な時間を返して欲しい」と書かれていました。これを読み、大きなショックを受けました。

当時は単位制ではなかったため、当該学年で修得すべき科目が合格できていなければ留年でした。しかし、ほとんどの学生は、評価や指導を受け止めて努力をし、再試験や補習実習等に臨み、目標を達成できていました。病気以外の原因で留年となる学生は皆無で、保護者との面談はほとんどなかった時代のことでした。

私は、この経験から「十分に指導した。その結果を評価した。これまでは問題がなかった」という考えは通用しない。“学生個々に応じた教育・指導・評価の在り方、

そして保護者とともに学生を育てる視点も大切だ”と考えるようになりました。

今になっても時折、「その後、この学生はどのような人生を歩んだろう」「もっと早く保護者と面談していたら、この学生も看護師としての人生を歩むことができたのかもしれない」という思いが滲むことがあります。

この学生とは反対に、前もって迅速で適切な対応を取ることを心がけ、客観的な資料に基づいた丁寧で誠意ある姿勢で学生及び保護者に対応した結果、その後の学習が効果的に進むように導くことができた例も多く経験しました。保護者の理解と協力が得られ、学生に“看護師になりたいという強い意思がある”場合は、所定の年数より学びの期間が延びても頑張ることができるものです。在籍期間を延長して卒業に至った学生が卒業後に学校に足を運び、自身の活躍談を聞かせてくれた時、私は教員として、格段の嬉しさを感じると同時に大きな安堵感を感じたものでした。

経済的にも自立できる看護師を志して入学した学生やその保護者にとって、在籍期間の延長を受け入れることや、進路の変更を決断するのは簡単なことではありません。どれだけ面談を重ねても理解し合えず、望ましい方向を見出せないこともありました。

ご相談のあった2事例のように、クレームや抗議をする保護者には、①学生の学校での学習状況を十分に理解していない、あるいは②理解していても認めたくない、③子どもにとってどうすることが最良なのかを判断できず、指導が悪いから、評価が厳しいから不合格になったと捉え、その怒りを学校・教員に向けてという共通点があります。保護者の“やめさせたくないという思い”が学生の意思よりも優先され、休学を繰り返しながら、結局は残念ながら退学となってしまった学生もいました。

看護学校は看護の実践家を育成することを目的としており、看護教員は、入学させた学生全員が国家試験受験資格要件を取得できることを目指して日々力を尽くしています。

国家試験受験要件として定められた単位の認定は必須です。さらに「看護実践能力」は国家試験で測れない能力も含みます。学びの統合を図る臨地実習での「評価」はその科目の合否判定であるだけではなく、到達目標に達するための指導的意味合いを大きく持つ形成評価です。しかし、ほとんどの学生・保護者が『評価＝成績』だと思っていることはないでしょうか。私は、学生・保護者にも形成評価について知っていただく必要があると思います。

さて、現在、看護学校には入学前の学習指導が必要な学生、LD（学習障害）やADHD（注意欠損・多動症）の特性を持つ学生も在籍しています。学生の特性に応じ

た教育の工夫を講じ、丁寧な指導を重ねての卒業後、就職先から学校に、卒業生の不十分な点の指摘に添え、「学校で基本的なことを教えて欲しい」という要望が寄せられることがあると思います。このような課題も加わった昨今、先生方は常に教育評価に伴う問題・課題に向き合いながら“看護師への夢を実現させるために学生とともに学ぶ充実感”を感じつつも、日々“看護教育の難しさ”や“人を育てることの難しさ”も感じているかと思えます。

5 看護実践能力を習得するための“信頼性・妥当性・公平性のある評価”について

評価に納得できず「どうして、私は不可なのか」と教員のところに相談に来る学生がいます。こういった学生には、学習目標・学習内容・評価方法・評価基準に照らし合わせて、その学生のできた点・不足点について説明することで、納得が得られ、その後の学びに役立てられることが多いと思います。しかし一部、「自分について評価は正当性や妥当性が欠けている」と主張し、抗議を続ける学生もいます。特に学内演習の実技評価や臨地実習の評価について、このような主張をする学生が多いと感じます。学生が自分に対する評価が不当だと主張する背景要因はいろいろかと思いますが、次の二つについては、点検しやすいと思います。一つ目は、科目の学習目標・学習内容・評価方法・評価基準がシラバスに掲載されていないか、掲載されていたとしても評価方法・評価基準・評価割合・評価の観点が分かりにくい、あるいは明記できていないことです。シラバスは、“教員と学生の「契約書」”の役割を果たすものです。評価はもちろん、授業のねらい・内容についても基本的にはシラバスに記し、学生に公表した通りに実施することが求められます（参照：資料1「授業計画（シラバス）の定義と役割」）。これに不十分な点があると、学生は自分がどう評価されるかを理解することができません。二つ目は、一定の評価観点あるいは評価項目に沿った評価が、演習を担当する看護教員あるいは臨地実習指導者等の観察によって行われることに関連していると考えます。例えば、評価の1観点として、『患者の快・不快に配慮して清拭を行うことができる』とシラバスに記載したとしても、実際に学生が快・不快に配慮することができたかどうかを、何を・どう見て評価するのかまではシラバスに記されていないことが多いようです。そのため、学習者である学生は「私は十分にできた」と捉えていることについて、評価者である教員は「不十分だ」と評価し、両者の評価にズレが生じてしまいます。こうなると、学

生は納得できないし、どう配慮すればよいかに気づくことができません。

看護学校では、授業科目の一部の単元が、看護技術の実技演習であることが多く、その単元の評価は実技試験で行われます。学生が、実施した実技試験の評価を妥当だと捉えることができるようにするには、評価規準（目指すべき大まかな到達目標）と評価基準（到達目標への到達度の段階評価等）を設定し、それを学生にあらかじめ示すとよいでしょう。

看護を学ぶうえで是非とも学生に修得してほしい要素として、“思いやりをもって”・“患者等看護の対象に寄り添って”・“安楽および苦痛に配慮して”・“安全に”・“協働して”・“手際よく”といった複雑な概念を含む思考・行動・態度があります。これらを学ぶことが、ある科目の学習目標であるのは当然ですし、このような要素を学習するのが看護基礎教育の特徴です。しかし、このような概念的用語を、到達目標を示す文章に使用しますと、学生は何をどのようにすれば“到達した”と評価されるのかを具体的に理解できません。そこで、到達目標を「知識・技能」「思考・判断・表現」「主体的に学習に取り組む態度」（参照：資料2「評価の観点」）等の能力に分け、それぞれを3～5段階（0点から2～4点など）で評価するようにして、それを学生にあらかじめ提示することが大事です。そうすることで学生は自身が習得すべき能力を具体的に理解することができるようになるため、学生の不理解による不満やクレーム発生を予防することができます。

3～5段階評価を行うと、その評価の一部分に評価者の主観が混じることは否定できません。実技テスト以前の期間において、学生が評価者との関係性がよくないと感じていた場合、「あの先生は、私のことをよく思っていないので、私に悪い点をつけた」「先生によって評価が違う」「私のグループの担当教員は厳しい」と感じる可能性もあります。こういった不満は、学内実習だけでなく、実習においても同様に起こり得るものです。また、評価に際し、印象づけられた事柄が評価に反映することは心理学上指摘されています。教員である自身が行った評価について、常に誤謬のおそれがあることを認識し、評価におけるエラーと自己の傾向の把握に努めることも重要です。

“信頼性・妥当性・公平性のある評価”方法にパフォーマンス評価があります（資料3参照）。ルーブリックはパフォーマンス評価を行う際の判断基準票です。パフォーマンス評価を示すことで学習者は何を求められているかを知ることができ、教員（評価者）と学生（被評価者）の双方の課題に対して明確なフィードバックが得られるメリットがあります。パフォーマンス評価とルーブリックについては、当会出版の『看護学実習指導ガイ

ドブック～Teaching から Learning～（2021年）』の1章－4 臨地実習評価とルーブリックに詳しい解説があります。

6 学習者の自己教育力（主体性・自主性）の育成の重要性

教育評価は教育目標・学習目標に基づき行われる教授・学習活動の一連のプロセスです。教育評価は望ましい発達を促し、学習者を育てることを目的に行うものです。決して学習成果や到達度を値踏みするツールではありません。結果のみでなくそのプロセスを重視して、その結果をよりよい教育実践に生かすことが大切です。望ましい発達には学習者の能動的な学習姿勢が欠かせません。したがって、学生が適切に自己評価できる能力・自己教育力を育成することこそ重要です。

私は現職時代、“テストで60点を取れば合格だが、60点で満足しては患者さんに質の高い看護は提供できない。常に100点を目指して知識・技術を高める”ことをモットーにして学生とともに歩みました。しかし、その成果を得るまでには時間を要し、一朝一夕には計れないことを経験しました。

自己教育力の育成のために、先生方はすでに教育方法の工夫、行動の習慣化、ポートフォリオの活用などさまざまな方法を組み合わせて試みられていることと思いますが、医療と同様、教育も日進月歩です。現在の方法に甘んじることなく、常に研究姿勢を崩さないことを期待します。

7 学生による授業評価についての所感

最後に、学生による授業評価についても一言添えます。

学生による授業評価は、学生が自己の学習状況について振り返る機会を提供し、教員が学生の学習状況を把握して授業改善に役立てる役割を持つものです。学生の学習への主体的な取り組みと教員の意識改革・指導力の向上を促進し、授業の質を向上させることが学生による授業評価の目的です。私は、この“学生の学習への主体的な取り組み”について、授業評価アンケートを行うだけでは解決につながらない課題があるように思います。

一部ではありますが、自らの学習への取り組みが不十分であるのに、匿名で実施する授業評価アンケートの自由記載欄に、“それを読んだ教員が自信を無くすことになりかねない”、“ともすると授業を行った教員を傷つけ

”ような“誹謗中傷に近い”という表現が適当か分かりませんが、“学生の極端な主観がにじみ出たような内容”が記載（入力）されていることがあります。授業評価は、授業に関する学生の率直な感想等を把握する上で大きな役割を果たしますが、自身の学習不足や学習主体性を十分に振り返ることなく、その大部分の原因が授業担当者である教員等にあると捉える学生が一定数いると感じています。学生による授業評価には、傾いた捉え方をしている学生がいることを把握する機能もあると思っています。匿名ですので、どの学生の感想・意見であるかは特定できませんし、してはいけませんが、批判を通り越した極端に攻撃的な感想・意見をキャッチした時には、教員を含む学校側がそれを把握して授業改善に活用するだけでなく、同様に重要である“学習者の自己評価・自己教育力の育成”に活かすことを忘れてはいけないと強く感じています。学習に関して、分からないことやできないことを“周囲のせい”にして、自身の不足や非に向き合わない場合、授業に参加したとしても、学習成果につながりません。そして、単位が認定されなかったタイミングなどに至ってから、この“周囲のせい”でこうなったという考えが不満やクレームとなって噴出されることが多いように感じます。こうなる前に、どうか自省につなげたいものです。授業評価を行う際には、

それがセルフチェック機能を有していることを学生に周知し、自らの学習姿勢を振り返る機会にすることが非常に大切だと思います。

以上、評価に関する学生・家族からの不満・クレーム対応事例の紹介に添え、パワーハラスメントを訴えるトラブル等になる前に、その予防と対処に努めながらも、教育に消極性を帯びさせることなく、教育効果も上げることができるのが理想だと思い、私の経験を振り返りながら、私の思いや考えを書き連ねました。

看護基礎教育に携わっておられる皆さまが、学生教員相互に十分に力を発揮できる『指導と評価の一体化』を目指して十分にお力を発揮できるための一助となれば幸いです。

参考文献：

1. 新井英靖、荒川真知子、池西静江、石東圭子編著、考える看護学生を育む授業づくり、メジカルフレンド社、学習指導案の意義と作成時のポイント (p.100～102)、2013年
2. 荒川真知子、山川美喜子、斎藤茂子監修、新・教務必携改訂版Ⅱ、一般社団法人日本看護学校協議会共済会、教育評価 (p.148～150)、2022年

(参考)

評価に関する学生・家族からの不満・クレーム対応において大切なこと

<p>評価方法の明示と説明</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 評価方法・評価基準をシラバスに掲載する。 ● 学生（必要に応じ、家族等）が、教育内容・学習目標・評価方法等を正しく理解できるような説明をする。
<p>帆走型の教育・指導</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 学生が質問や相談しやすい環境づくりに取り組む。 ● 学習過程で、適宜、学生の理解および学習状況を踏まえてサポートする。 ● 学生が、自身の不足点を正しく認識し、必要な学習に取り組むことができるようにサポートする。 ● サポートは、学生の自己教育力（主体性・自主性）を伸ばす教育・指導であることが好ましい。
<p>公平かつ根拠ある評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 「不可」評価を出すに至る過程および前段階において、教員は①学生が自身の不足点や課題に取り組むための継続的指導を提供したか、②自身の評価に歪みがないか・正しく評価できているかを省みる。 ● 適切な指導を提供した上での“根拠ある・公平な評価”については、不満・クレームに屈するべきではない。 ● 指導や評価に関する記録を作成・保管し、指導や評価に関して学生・家族等に説明する際に活用する。

作成：荒川真知子（2025年1月）

資料 1. 授業計画（シラバス）の定義と役割

<p>シラバスの定義： 出典：中央教育審議会「学士課程教育の構築に向けて」（答申）2008年12月</p>
<p>各授業科目の詳細な授業計画。一般に、大学の授業名、担当教員名、講義目的、各回ごとの授業内容、成績評価方法・基準、準備学習等についての具体的な指示、教科書・参考文献、履修条件等が記されており、学生が各授業科目の準備学習を進めるための基本となるもの。また、学生が講義の履修を決める際の資料になるとともに、教員相互の授業内容の調整、学生による授業評価等にも使われる。</p>

シラバスの役割：
参照：佐藤浩章編『大学教員のための授業方法とデザイン』2頁以下 玉川大学出版部 2010年、夏目達也・近田 政博・中井俊樹・齋藤芳子『大学教員準備講座』29頁以下玉川大学出版部 2010年

① 授業選択ガイドとしての機能	選択の機会がある場合には、科目選択の基準として機能する。学生は、自分の興味・関心や学力に見合った内容かどうかを判断する材料として用いる。
② 担当教員と受講する学生との契約書としての機能	記載されている内容は、担当教員と受講する学生との契約事項になる。担当教員は記載された通りに授業を実施することを学生に対して約束し、受講する学生は記載された事項を遵守することで、相互に良好な学習環境を作る。
③ 学習効果を高める文書としての機能	授業全体の中で、今回の授業がどこに位置づけられているのかを確認したり、授業の目的・到達目標を繰り返し確認することは、学習効果を高めることにつながる。テストやレポートの内容を記載することで、受講する学生が計画的に学習する習慣や、授業時間外学習をする習慣を身につけることができる。
④ 授業の雰囲気を伝える文書としての機能	内容を丁寧かつ詳細に記述することで、授業がしっかりと計画されたものであることを印象づけることができる。
⑤ 授業全体をデザインする文書としての機能	内容を丁寧に書き、各回の授業で扱う内容や参考文献を考えることで、担当教員自身が授業全体の流れをイメージすることができる。この過程で、不足していること、重複していることなどが見えることがある。一度、しっかりとした授業計画（シラバス）を作ると、同じ科目を再度担当する際には、見直しと改善をすれば良くなり、授業の準備を効率的にする。
⑥ 学科・課程・専修・コースのカリキュラム全体に一貫性を持たせる資料としての機能	学科・コース全体のカリキュラムを統合し、一貫性のあるものにすることを支援する。すなわち、詳細に記載されていれば、他の教員もその科目の内容を詳細に知ることができるため、他の科目の授業計画（シラバス）を見ると、自分が教える学生がこれまでにどのようなことを学習しているのかを把握することが可能になる。
⑦ 授業の改善につなげる機能	担当教員は、作成する作業を通して、授業の全体像をより具体的にすることができる。授業を設計する能力を向上させることは、授業での話し方、板書のしかた等、授業のやり方を改善・上達させることにつながる効果をもつ。

引用文献：厚生労働省委託事業平成 25 年度キャリア教育専門人材養成事業「大学等におけるキャリア教育実践講習テキスト」、第 2 章 授業計画（シラバス）の意味と重要性、特定非営利活動法人キャリア・コンサルティング協議会、p104～105

資料 2. 評価の観点

評価の観点	概要
知識・技能	何を知っているか、何ができるか、単に想起できるだけの知識ではなく、活用できる知識・技能の習得
思考・表現・判断	知っていること、できることを有効に活用して、課題達成・問題解決に向かう力及び自己表現する力
主体的に学習に取り組む態度	知識・技能を習得するために試行錯誤しながら主体的に学習に取り組む態度

参考資料：学習指導要領（令和 2 年改訂）、文部科学省

資料 3. パフォーマンス課題を用いた評価に欠かせない評価指針の活用

*パフォーマンスの成功の度合いを示す評価（パフォーマンス評価）の判断基準表で、能力の活用状況を評価する 4 つの構成要素に基づく評価表

*通常、表の形で示され、尺度の判定結果を評価項目ごとに記入する。

構成要素		内容
課題		何をするのか学習者がイメージできるよう表現する。
評価観点		課題が求める具体的なスキルや知識であり、学生につけたい力を短い用語で示したものの。評価観点の最大値は 6～7 で、これ以上は評価が困難になる。
評価規準		評価観点によって示された学生につけたい力を、学生の成長の姿として文章表記したもの。
評価基準	評価尺度	到達レベルや成績評価点を挙げる。尺度の最大値は 5 つ。これ以上はレベル差をつけるのが難しくなる。
	記述語	評価規準で示された力の習得状況の指標を文章表記したもの。具体的なフィードバックを表現する。

引用：新・教務必携改訂版Ⅱ、p 149～150、2022 年、日本看護学校協議会共済会

共済会の活動

一般社団法人日本看護学校協議会共済会 令和7年度定期総会の開催について

令和7年度の当会の定期総会は下記のとおり開催いたします。代議員の皆さまにはご予約くださいますようお願いいたします。

会議名	一般社団法人日本看護学校協議会共済会 令和7年度定期総会
日時	令和7年6月27日(金) 15:00～17:00
場所	神奈川県横浜市「新横浜グレイスホテル」

特別講演のご案内

また、本年度は定期総会後に厚生労働省医政局の方をお招きし、看護職員確保をはじめ、山積する問題解決にむけての取り組みなどについて、ご講演いただく予定です。国の政策など、直接にお話しを伺える、またご質問いただける機会と考えます。併せてご参加くださいますよう、スケジュールのご調整をいただけますと幸いです。なお、代議員の皆さまには、詳細を明記した正式なご案内を新年度を迎えたのち、別途送付申し上げます。

卒業生向けGB「はじめての看護現場必携」を リニューアルしました

当会では、令和3年(2021年)より、卒業生さんへの応援メッセージを込めたガイドブック「はじめての看護現場必携」を作成し、ご希望のございました会員校様へお送りしております。令和7年(2025年)は全面リニューアルをし、よりタイトルに相応しい、はじめての現場で役立つ1冊を作成いたしました。

『新人看護師のための医療安全ガイドブック はじめての看護現場必携』は、今年度卒業を迎え、プロフェッショナルとして新たに看護の現場に踏み出す看護学生の皆さんのためのガイドブックです。初めての看護現場で不安や戸惑い、リアリティ・ショックに陥らないように、多方面の専門家の方々に、CASE STUDYなどを用いて、すぐに現場で実践できる内容に工夫を凝らしました。

コンテンツは以下。



Contents

「贈る言葉」	日本看護学校協議会共済会会長 荒川 真知子
Part I プロフェッショナルとしてあらためて確認したい!	
「看護師の地位と法的責任」	蒔田法律事務所弁護士 蒔田 覚
Part II 安全な環境を整える	
Chapter 1	
「はじめての臨床現場における患者プライバシーの保護と個人情報取り扱い」	仁邦法律事務所弁護士・医学博士 墨岡 亮
Chapter 2	
「はじめての医療現場における医療関連感染対策」	板橋中央総合病院院長補佐 坂本 史衣
Chapter 3	
「安心安全な医療提供のためのコミュニケーション術」	株式会社C-plan医療接遇アドバイザー 小佐野 美智子
Part III 安心安全なケアのために	
Chapter 1	
「医療安全口腔ケアマニュアル」	堺平成病院歯科科長 島谷 浩幸
Chapter 2	
「はじめての看取りケア(エンゼルケアを含む)の心構えとコミュニケーション」	エンゼルメイク研究会代表 小林 光恵

2月上旬を目処に発送を予定しております。ぜひ卒業生の皆さまへお配りください。新人ナース必携の一冊になれば幸いです。

当会のWebマガジン「Will Friends」で ショート動画運用を試みました

「Will Friends」は、令和5年(2023年)より、当会が株式会社共同通信社の協力の下、看護職や看護学生のための最新情報を発信するWebマガジンです。すでにご活用いただいている方もいらっしゃるかと思いますが、医療安全情報をはじめ、感染対策や医療接遇などのリスクマネジメント、口腔ケアや看護研究などのスキルアップ等々の最新情報を発信しています。医療・福祉の現場は日進月歩のため、Will Friendsで情報のアップデートしていただけますと幸いです。

また、昨年11月には試みとして、コンテンツの一つ「看護力を高める15秒筋トレ」のショート動画を作成しYouTubeの広告配信をいたしました。3週間弱の配信で、約4万の視聴回数があり、視聴者の分析では、年齢は高め、性差は男性の方が多い、という結果でした。この結果を今後のコンテンツ企画・立案へつなげていきたいと考えております。

今後も「Will Friendsだからこそ」、の特化したWebマガジンを目指します。会員の皆さまには「こんなコンテンツがあったら助かる」等々、ご意見やご希望などお寄せいただきたく何卒よろしく願います。

Will Friends (<https://willfriends.jp/>) ▶



表4 報告数の2023年度上期と2024年度上期の比較

単位：件

感染症名	2023年度上半期	2024年度上半期	前年度比
COVID-19	21	8	38%
インフルエンザ	714	152	21%
感染性胃腸炎	44	29	66%
A型溶結性胃腸炎	13	14	108%
流行性角結膜炎	10	13	130%
マイコプラズマ肺炎	6	11	183%
その他	18	17	94%
総数	826 (年間：5,843)	244	30%

半期（2024年4月1日～9月30日）の報告数を2023年度の同期と比較してみました（表4）。2024年度に入り、報告総数は大きく減少しています。インフルエンザも2023年度比で21%に止まっており、上期においては心配された大きな流行は発生していません。ただ、2024年12月から各方面よりインフルエンザの流行を示唆するデータが公表されており、本格的に「寒く、乾燥した」時期に入ると、更なる罹患患者増が予測されます。この

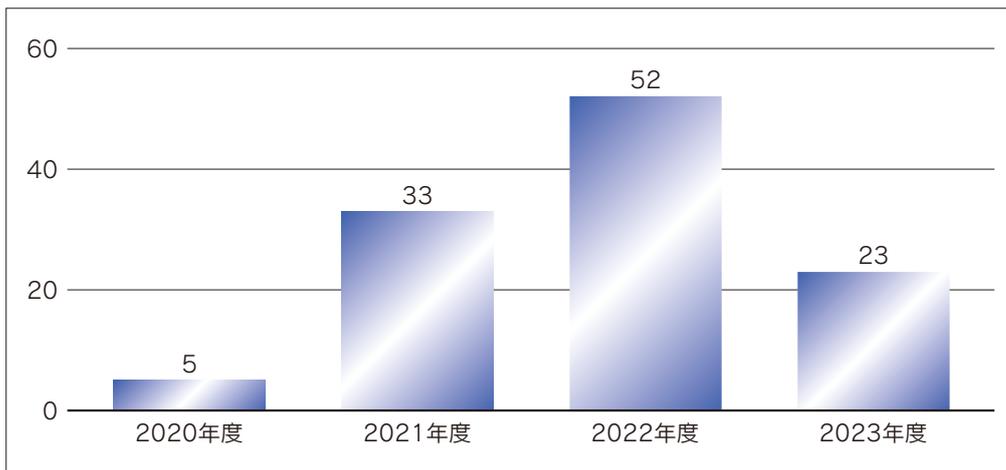


図1 2次感染事故報告数の2020年度～2023年度の年次推移

単位：件

4 二次感染事故の報告数

養成施設において最も注意すべき事の 하나가、病院等の実習先施設で会員に起因する患者、スタッフのような状況から2024年度の報告数は、上期には減少傾向を示しているものの、2024年度通期では2023年度程度の約5,000件に達するのではないかと危惧しています。

等に対する二次感染事故の防止です。万全の対策や教育を行っても、毎年、二次感染事故は発生しているのが現状です（図1）。

なお、補償額の上限をアップするために2020年度から少額短期保険による補償（100万円上限）を導入しました。（図1）は、少額短期保険による補償件数です。

二次感染事故の発生件数は、2020年度に減少し2021年度、2022年度に上昇するという会員の感染症罹患報告数に似たパターンを示しています（図1）。ただ、2020年度、2021年度と2022年度以降とで事故（補償）内容に違いが発生しています。COVID-19下前半の2020年度、2021年度は、感染防止対策が強く実施された年で、会員に起因する二次感染事故のために、保健所等からの指示により診療所等の休止が求められ補償額が高額になるケースが少なくありませんでした。一方、2022年度以降は、保健所等からの強い支持はまれになり、念のための検査の実施が増加し、一件あたりの検査件数が大量（数十件）に及ぶケースも多く発生しています。今後も、この傾向が続くものと予測しています。

以上が、「感染事故報告の推移（2018年度～2024年度）」の報告です。今後とも本稿のような感染に関するデータだけでなく、養成施設に関わるさまざまな事柄についての情報発信に努めてまいりたいと考えております。

※当会報誌「from 共済会」のフロントアーツイクル「感染症の時代に臨床実習を伴う教育現場で留意すべきポイント」も併せてご一読ください。

《お問い合わせ先》「WJ」事務局
0120-863755（平日9時00分～17時00分）

の責任の大きさを自覚し、行動自粛やささまざまな感染防止策を励行した結果だと思われれます。

しかし2021年度に入ると、いわゆるオミクロン株の出現により、2019年度比で約2倍、前年度比で約10倍と急増しています。2022年度もこの傾向が続き、それぞれ2019年度比で約4倍、前年度比で約2倍と大きく増加しました。特に、2022年度の報告件数は約12,000件に上っており、この2021年度、2022年度の報告数は当会の共済制度が過去に経験したことのない多さです。オミクロン株の「感染力は強いが、比較的軽症」という変異により、重症化リスクが低いとみられていた若者（当会の会員を含む）の行動が活発になったことによるものと考えています。

4 COVID-19後
2023年度からはCOVID-19の感染見舞金の給付する範囲を変更（治療のため医療機関に入院した場合に限る）したため、COVID-19下との総数比較は難しい側面があります。ただ、2019年度比では約2倍の報告数があり、COVID-19前に比べると高い水準になっており、引き続き注意を必要とする状態にあるといえます。

2 感染症別報告数の推移

1 報告数とは別に、感染症別の年次推移をまとめたものが、(表2)(表3)です。例年、報告数が比較的多い感染症を選び年間報告数を記載し、年間数件にとどまる感染症を「その他」として合算しています。

表2 感染症別報告数の2018年度～2023年度の年次推移

単位：件

感染症名	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
COVID-19	0	0	422	6,335	12,680	25
インフルエンザ	4,225	2,091	6	3	977	5,617
感染性胃腸炎	209	234	85	87	123	105
A型溶結性胃腸炎	45	60	12	18	10	22
流行性角結膜炎	45	33	10	0	22	25
マイコプラズマ肺炎	29	29	7	7	6	8
その他	98	135	35	85	38	41
総数	4,651	2,582	577	6,535	13,856	5,843
2019年度比	180%	100%	22%	253%	537%	226%

表3 COVID-19を除いた報告数

単位：件

感染症名	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
総数	4,651	2,582	155	200	1,176	5,818
2019年度比	185%	100%	6%	7%	40%	206%

2 COVID-19前

● 2018年度、2019年度ともに、インフルエンザの報告数が圧倒的に多く、報告数の約80%がインフルエンザの報告で占められています。

● インフルエンザ以外の感染症別報告数は、感染症の種類により多少の変動はあるものの、ほぼ毎年一定のレンジに収まっており、報告総数の増減はインフルエンザの流行如何に左右される状態が続いていました。

3 COVID-19下

● COVID-19下における報告数の増減については前記のとおりですが、内容に関しては年度により大きな違いが発生しています。2020年度、2021年度は、行動自粛等の効果が明瞭に表れています。特に、COVID-19を除いた報告数(表3)は、2019年度比で6%から7%と大きく減少しています。ただ、2021年度はCOVID-19の流行が拡大し始め、報告数の97%が同感染症に対するものでした。2022年度に入るとCOVID-19に加え、直近の2年続けて大きく減少していたインフルエンザが、特異的ではあるものの2021年度に比べ300倍強と増加し、流行の兆しを見せ始めています。

● 同じCOVID-19下であっても、「2020年度は全ての感染症の報告数が大きく減少した年」「2021年度はCOVID-19が感染拡大しはじめた年」「2022年度はCOVID-19とインフルエンザが併せて流行した年」と分類できます。

3 2024年度の報告数の状況

今後の報告数を予測する参考として、本年度の上

Will News

VoL.37

感染事故報告の推移（2018年度～2024年度）

～新型コロナウイルス感染症を基軸として分析～

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

2020年1月から始まった「新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）」の蔓延は、2023年5月に同感染症が5類感染症に移行されたことによつて一応の区切りを迎えました。この間、「予防接種」の奨励や、緊急事態宣言による不要な外出自粛、飲食業の営業自粛等の行動制限が求められ、日常生活にも大きな影響をもたらしました。

当会の会員（学生）が所属する医療・福祉系養成施設（以降、養成施設）においても休校をはじめ、リモート授業の導入や臨地実習を学内演習、学内実習に置き換えるなど、COVID-19の感染拡大防止に向けさまざまな対策を実施しました。特に、養成施設では臨地実習が必須であることから、実習先病院等における二次感染防止のために細心の措置を講じており、会員にとつてもストレスの多い期間であつたと思われます。

ここでは、このような状況下における会員の感染症罹患報告数（以下、報告数）を、いわゆる「COVID-19前（2018年度・2019年度）」「COVID-19下（2020年度・2021年度・2022年度）」「COVID-19後（2023年度）」に分け、その推移について報告いたします。

1 報告数の年次推移

1 COVID-19の蔓延が、会員の感染症罹患に及ぼした変化をみるために、2018年度から2023年度までの報告数をまとめてみました（表1）。併せて、2019年度の報告数がコロナ前の標準に近いので、通常時と比較するため2019年度比を記載しています。

2 COVID-19前

2019年度までの会員からの報告数は、年間約2,500件（表1・2019年度）を中心に多少の変動があり、数年に一度のインフルエンザの流行年には4,000件～5,000件（表1・2018年度）に上昇するというパターンを繰り返してきました。

3 COVID-19下

● 国内でCOVID-19の罹患者が発生し、非常事態宣言が発令された2020年度には、報告件数が前年度比で22%と大きく減少しています。これは、医療・福祉系領域で活動する会員がそ

表1 2018年度～2023年度の報告数の年次推移

単位：件

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
報告数	4,651	2,582	577	6,535	13,856	5,843
2019年度比	185%	100%	22%	223%	473%	207%
前年度比	—	54%	22%	1044%	212%	44%

* 2019年度比は、2019年度の報告数を100として、2019年度と当該年度の比を示したものです。以下の表2、表3、表4も同様です。