

Willnext

[ウィルネクスト]

Magazine



第13(vol.7 No.1)号 Contents

■巻頭特集 3.11を風化させない!「福島の7年」	●身近な感染症のやさしい微生物学「麻疹」	P18
トビラ	●「接遇力」を磨きませんか?	P19
データで見つめ直したい福島	●エンゼルケアのコミュニケーション	P20-P21
相双地域の7年 浪江診療所	●「眠れない」	P22-P23
看護師 門馬 陽子さん、渡部 一美さん、志賀 隼さん	● 新連載 心身を癒す奥の手レシピ	P24
看護師 志賀 隼さん	●アロマで応援!「マジョラム」	P25
福島市の7年 福島赤十字病院	●夜勤にも負けないカラダケア	P26-P27
看護部長 會澤 英子さん	●看護職も知っておきたいマネー講座	P28-P29
看護部長 會澤 英子さん、看護師 赤坂 怜奈さん、草野 麻里絵さん	●保険のQ&A	P30
とくとくプレゼント	●今すぐ看護の現場で使える外国語会話	P33
●これだけは知っておきたい! 医療と法	●看護研究のススメ	P34
●最近の医療事故事例から学ぶリスク回避のポイント	●研究助成候補者募集のご案内	P35
●今日から実践したい感染対策	●報告と発行物のお知らせ	P36

私たちは**3.11**を風化させない！

「福島7年」

表1 避難者の減少

時点	避難者数
発災3日目* ¹ (平成23年3月14日)	約47万人
平成24年4月 1年目* ²	約34万人
平成25年4月 2年目* ²	約31万人
平成26年4月 3年目* ²	約26万人
平成27年4月 4年目* ²	約22万人
平成28年4月 5年目* ²	約17万人
平成29年4月 6年目* ²	約11万人
最新値* ² (平成30年5月)	約6.5万人

*1 緊急災害対策本部 青森・岩手・宮城・福島・茨城・栃木の避難者の合計。

*2 復興庁調べ

表3 仮設住宅等の入居状況

(内閣府調べ)

		平成28年4月	平成29年4月	平成30年3月 (最新値)	備考
建設型 仮設住宅	入居者数	55,965人	30,761人	12,591人	岩手県・宮城県・福島県 (茨城県・千葉県は平成 26年度には建設型仮 設住宅の供与を終了。)
	入居戸数	27,348戸	15,459戸	6,653戸	
みなし 仮設住宅*	入居者数	76,869人	40,442人	20,167人	全国計
	入居戸数	33,241戸	18,066戸	9,594戸	
合計	入居者数	132,834人	71,203人	32,758人	
	入居戸数	60,589戸	33,525戸	16,247戸	

*みなし仮設住宅……民間賃貸住宅、公営住宅、雇用促進住宅、公務員宿舍等

表2

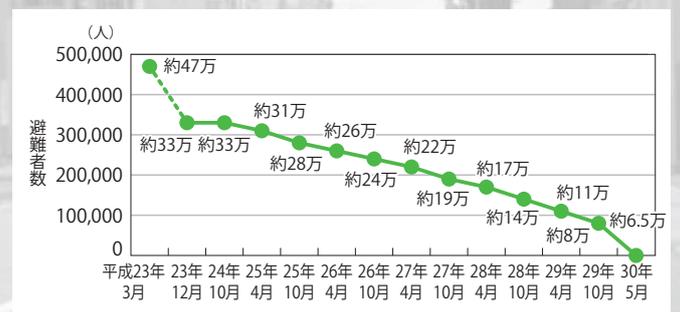
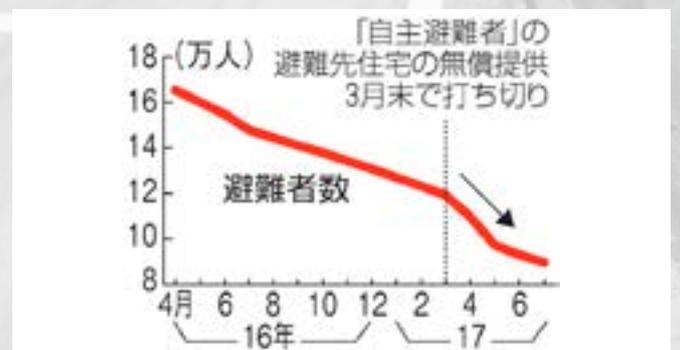


表4



※朝日新聞DIGITALより(2017年8月28日)

※出典:復興庁 復興の現状 2避難者・仮設住宅の状況(平成30(2018)年6月8日)

2011(平成23)年3月11日に発生した東日本大震災(弊誌では以後3.11と表記)から7年が経ち、最新の復興庁調べ(2018(平成30)年5月)(表1、2、3)によると、避難者数は発災直後の約47万人から、現在約6.5万人となり、仮設住宅への入居数も減少しています。津波被害の大きかった沿岸部では、防潮堤の建設やかさ上げ工事が今も続いているものの、新しい商業施設が各地で開業し、復興は進んでいるようにも思えます。

しかしながら、福島県では、なお約3万4000人(復興庁「全国の避難者等の数」調査(平成30年6月)のうち福島県分を抽出したものを参考)が県外での避難生活を余儀なくされており、現在は数字に反映されていない(表4)東京電力福島第一原発事故の影響で全国に自主的に避難している方々の数を考え合わせると、原発事故に伴う避難指示の解除は進んだとはいえ、なかなか帰還に踏み出せない住民が多いというのが現状でしょう。

その理由は本当に個々さまざまだと思いますが、復興庁などによる住民意向調査では、**帰還を判断する条件として、医療機関や商業施設など生活環境を含むインフラ整備の状況**を挙げる意見が多かったといえます。

今号では、その重要な部分を担うであろう医療体制の現状を、福島県でも特に東京電力福島第一原発事故の影響が今も続く浜通り地方の相双地域にある浪江診療所で頑張る看護師さんを訪ね、伺わせていただきました。

また、今もって浜通り地方などからの避難者も多い福島市にあり、3.11発災時には総力をあげて救護活動にあたられ、2019(平成31)年1月には新病院の開院を予定している福島赤十字病院の看護部長に取り組みを伺うとともに、弊誌vol.2 No.1(第3)号でご紹介した、福島で看護学生として3.11を経験し、当時入職したばかりだった新人看護師さんの5年後の姿もお届けします。

取材・写真/石原裕子(事務局)

データで見つめ直したい福島

風化させないために、まず現状を知ってほしい！

知っておきたい!

福島県の3.11と看護職数

被災地の復興には医療体制のインフラ整備が欠かせません。そのためには看護職をはじめ医療職の確保が重要です。

福島県のホームページ「県内病院に勤務する看護職員数の推移」(表5)を見てみると、3.11後、相双地域を中心に大きく減少したものの、2018(平成30)年4月時点においては県全体では増加となっています。ただし相双地域では今も減少が続いていることがわかります。

表5

医療圏	平成23年	平成23年3月1日時点との比較						
	3月1日	平成24年3月1日	平成25年4月1日	平成26年4月1日	平成27年4月1日	平成28年4月1日	平成29年4月1日	平成30年4月1日
病院数	139	▲1	▲1	▲4	▲5	▲6	▲5	▲5
県北	3,391人	38	121	155	205	238	329	374
県中・郡山	4,080人	▲79	154	203	227	250	317	227
県南	922人	56	53	24	33	41	45	43
会津	2,378人	8	35	81	55	44	5	▲35
南会津	102人	▲6	▲4	▲7	▲7	▲5	▲6	▲7
相双	1,188人	▲508	▲436	▲429	▲455	▲469	▲473	▲464
(稼働ベース)	788人	▲232	▲144	▲122	▲103	▲114	▲73	▲64
相馬地域	791人	▲219	▲150	▲141	▲146	▲161	▲125	▲111
(稼働ベース)	766人	▲215	▲142	▲125	▲111	▲126	▲90	▲76
双葉地域	397人	▲289	▲286	▲288	▲309	▲308	▲348	▲353
(稼働ベース)	32人	▲17	▲2	3	8	12	17	12
いわき	2,495人	24	104	101	119	145	167	234
合計	14,556人	▲467人	27人	128人	177人	244人	384人	372人
(稼働ベース)	14,156人	▲191人	319人	435人	529人	599人	784人	772人

※病院数は、休業中の病院を含めた数です。
 ※休業中の病院6か所
 相馬地域：小高赤坂病院
 双葉地域：医療法人西会西病院、福島県厚生農業協同組合連合会双葉厚生病院、医療法人博文会双葉病院、福島県立大野病院、今村病院
 ※相双地域の上段は休業中の病院も含めた人数の推移(平成28年度まで休業中の病院と雇用関係にある職員数を合せて計上していたが、平成29年度から就業者のみ計上)。
 ※相双地域の下段は休業中の病院を除いた人数の推移。
 ※出典：福島県HP医療人材対策室看護師確保「福島県の看護職員数について」福島県看護職員就業状況調査結果(平成30年4月)より抜粋

知っておきたい!

福島県の基礎知識

福島県は地形・気候・交通・歴史などの違いにより、越後山脈と奥羽山脈に挟まれた日本海側内陸である地方を「会津」、奥羽山脈と阿武隈高地に挟まれた太平洋側内陸地方を「中通り」、阿武隈高地と太平洋に挟まれた太平洋側沿岸地方を「浜通り」とし、三つに分けられています。

相双地域とは浜通り地方の中北部に位置し(図1)、相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯館村が含まれます。



図1
 ※出典：相双ビューロー
<http://sosobureau.yumesoso.jp/aboutsoso>

知っておきたい!

浪江町の3.11

浪江町は相双地域にあり、3.11の東京電力福島第一原発事故により、避難指示が町内全域に出され、全町民21,000人超の方々は県内外へ避難を余儀なくされました。2017(平成29)年3月31日、「帰還困難区域」を除く区域で避難指示が解除され、少しずつではあるものの住民の方々が戻ってこられているといえます。しかしながら、2018(平成30)年6月末時点での町の報告によると(表6)常住人口777人といえますから、まだまだ3.11前のほんの数パーセントに過ぎないというのが事実です。

浪江町が復興庁・福島県と共催で2017(平成29)年12月に行った住民意向調査の結果内容をみると、「今後の生活において必要だと感じていること」「帰還する場合の条件」「帰還を判断するために必要なこと」などの質問に対して、いずれも「医療及び介護・福祉の充実及び支援」という回答が上位を占め(表7、8、9)また「帰還しないと決めている」と回答した人の理由も「医療環境及び介護・福祉サービスに不安があるから」(表10)が上位となっており、浪江町でも被災地の復興に医療のインフラ整備が欠かせないことは明らかになっています。

表6 人口・世帯

平成30年6月末現在(カッコ内は前月比)	
男	8,676人(-13)
女	9,116人(-14)
計	17,792人(-27)
	6,895世帯(-6)
平成30年6月末現在	
常住人口等	777人(+30)
	508世帯(+13)

表7 今後の生活において必要だと感じていること



表8 帰還する場合に不足していると感じる支援



表9 帰還する場合の条件

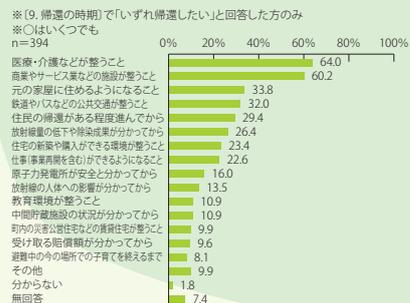
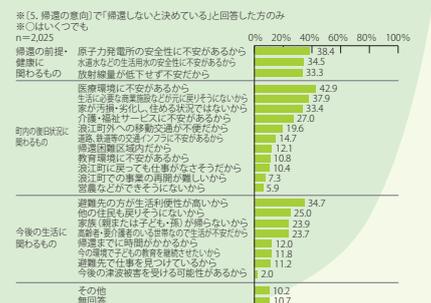


表10 帰還しないと決めている理由



※出典：復興庁・福島県・浪江町による「浪江町意向調査 調査結果(速報版)」(平成30年2月13日より抜粋)



相双地域の7年

浪江町国民健康保険 浪江診療所



住民の方々の帰町に向け、復興の第一歩でもある医療体制について、浪江町では住民の避難指示が一部解除されたことに伴い、2017(平成29)年3月27日、浪江町国民健康保険診療所(以後、浪江診療所)を開所しました。診療所の存在は、帰町された住民の方々の医療を担うことはもとより、戻りたいと考えている方々の思いを支える力になっていることは間違いのないと思います。

その浪江診療所で日々患者さんに寄り添いながら頑張っている三人の看護師、門馬 陽子さん、渡部 一美さん、志賀 隼さんに、現状などのお話を伺わせていただきました。(尚、本文中の敬称は略させていただきます)



● 医療面ではまだ充足していることを探す方が難しいかもしれません

現在浪江診療所を利用される患者さんは何人くらいでしょうか？

門馬 一日平均して20人前後くらいです。患者さんの平均年齢は70歳代後半で、80歳、90歳を超えている方もいらっしゃいます。

志賀 戻ってこられている町民の方が高齢ということもあり、患者さんは高齢者が多く、他には浪江町をはじめとした浜通り、沿岸部の復興に携わっている作業員の方々が利用されています。一般的にクリニックベースで診るような疾病、高血圧、糖尿病等々慢性疾患のフォロー、外傷などでも初期救急のみを対応している状況です。簡易的な縫合などで済むようなケガなどは診ていますが、例えば完全切断や開放性骨折などですと難しかったりします。

より重症な患者さんの対応は？

門馬 重症患者さんは医師に紹介状を書いてもらい、救急に回っていただいています。以前は南相馬市原町の南相馬市立病院などに搬送されており、受け入れ先を確保するのに長い時ですと1時間くらいかかっていたこともあったのですが、今年の4月23日に富岡町にふたば医療センター附属病院が開院し、そちらでほぼ受けてくれるようになり、患者さんにとってはとてもよかったと思います。実は先日、当診療所の患者さんが初めて搬送されたのですが、8時40分くらいに搬送され、9時にはふたば

門馬 陽子さん

医療センターに入ったと聞いていますから、15分から20分くらいはかかります。

現在は町で唯一の医療機関ということで、患者さんからの健康管理全般に対する期待度も高いのではないですか？

志賀 患者さんたちの生活も分からないと、というような現場ではあるかもしれません。

患者さんの疾患だけではなく家族構成や使っている福祉サービスですか、いうならば、どこに買い物に行かれているとか、食事の面ですか。現在、町内に生鮮食品を買いえるスーパーなどはありませんから、そうした側面でも、患者さんがどうしていらっしゃるのかな、と生活レベルまで考えて行動するようにしています。また、診療所なので院内で処方できる薬には限りがあります。院外処方するにしても、未だ町内に処方せん薬局がないため、院外処方を出すのも気が引けるのです。



常磐線は未だ浪江駅から富岡駅の間は不通のままです

もっとも近い処方せん薬局まではどのくらいかかるのですか？

門馬 車で15分から20分くらいです。例えば、薬であれば町が運行している乗り合い型のデマンドタクシーがあるので、そうしたタクシーを利用してもらい隣の市町村に行っていただき、院外処方のお薬をいただいってもらう、という現状です。

渡部 ただ、そのデマンドタクシーも火、木、土曜日の運行で、毎日運行していませんので、処方せんも4日以内にご持参いただけるように、その曜日に合わせ、私たちが気をつけて、「いついつまでに行ってくださいね」と言いながらお出ししています。



車が運転できないと本当に大変ですね。

志賀 車がないと何もできないというのが実情です。私自身は、今は健康で医療機関を利用することは少ないですし、車も運転でき、20~30分車を運転するのも苦ではないですが、ご高齢の方々にしてみると、運転ができない、自分の足で買い物に行けない、診察にかかれないうのはとても不便なことだと思います。介護関係も包括支援センター



病院やスーパーは未だ休業中

ターでしていただいています、まだショートステイができるようなサービスも老人ホームもありません。つまりこの診療所ができたからといっても、あくまで医療体制ということでは、必要最低限だということなのです。

この診療所では今のところ3名の看護師さんで業務をこなせているという感じですか？

渡部 スタッフは常勤医師1名と応援でいらしてくださる医師、看護師3名、放射線技師1名で、看護業務は、診察して、検査して、薬を準備し、皆で確認しお渡しするというのを3人でやっている現状です。

門馬 診察時は、医師の介助についたり、検査をしたり、院内で出すような調剤などが必要となる場合もあります。三人でうまく休みも調整しながらこなしています。



患者さんはこのスタッフの笑顔がたまらなく嬉しいのだと感じます。左から志賀さん、門馬さん、渡部さん(以上看護師)、鈴木 祐一さん(主幹兼事務長補佐)

今何がもっとも不足していると感じますか？

志賀 医療としては、充足していることを探すことの方が難しいと思います。診療所ができて、町民の方々が両手を挙げて喜んでくれるかといえば、それは本当にギリギリ最低限ということで、調剤薬局もないですし、眼科、歯科などなどありません。今はまだ眼科や歯科を必要とする場合は、車や公共交通機関を利用して近隣の機関へ行っていただくしかないのです。

読者である医療職や医療職をめざす学生およびその教職員の皆さんへメッセージをいただければと思います。

門馬 浪江町に限らず、浜通り地方は看護師が不足しているのかなと感じています。もっと看護師さんが増え、幅広い知識が入ってくることによって、地域の看護の質が少しでも上がっていけばよくなると願っています。

渡部 震災後6年の昨年、浪江診療所が開所できたということは、浪江町の長い歴史の中でのあらたな幕開けだと信じています。もちろんやっとのスタートではありますが、自分たち自身も被災者ではありましたが、患者さんの看護をさせていただける立場として、そこにこの三人で携われたことは本当ありがたいことだと感じます。

被災者の時には避難所に来てくださったボランティアの方々から「困っていることはないですか」といきなり聞かれ、「〇〇が困っている」とはなかなか初対面の人に言えなかった、そうした経験は今の看護に生かされているように思うのです。例えば患者さんに対して、ただ血圧を測るだけではなく、「最近はどう？」という具合に一言話しかけるようにすると、何度か通院されているうちに、患者さんの方から「うちの猫がこんなで、ばあちゃんがこんなで」という具合に色々お話ししてくださるようになり、その会話の中から本当に困っていることが見えてきたりしています。診療所にいらして、スタッフに「ああ、懐かしいね。どこの〇〇さんだよ」と声をかけてくださる患者さんたちを目の前にすると、この地で看護師を続けていてよかったな、とつくづく思っています。

※取材内容は取材時(2018年4月26日現在)の状況に基づいています。



渡部 一美さん

震災後の7年は、 浪江にとっての 1年でしかありません

浪江診療所の看護師さんはそれぞれ自らも3.11および福島第一原発事故の被災者です。そのお一人である志賀さんが、ご自身の7年についてお話しくださいました。



浪江診療所看護師
志賀 隼さん

大きな揺れを感じたものの、まさかそんな大事故がおきているとは想像できませんでした

浪江町のご出身である志賀さんは、高校生の時から看護師志望で、卒業後は地元(双葉町)の准看護学校で2年、その後東京の看護学校で2年学んだそうで、看護学生の頃には弊誌を拝読してくださいました。その後仙台の民間病院に3年間ほど勤務し、5年前浪江町役場に職員として入社し、二本松市の浪江町国民健康保険仮設津島診療所に、浪江診療所の開設とともに浪江診療所への配属となったそうです。

ご自身の3.11当時の状況を語ってくださいました。

「3.11があったのは仙台の病院で働き始めて1年目の終わりごろです。発災時はちょうど夜勤明けで浪江町に帰ってきていて、当時東京電力福島第一原子力発電所に近い大熊町にあった県立大野病院(現在閉鎖中)に入院していた父を見舞っている時でした。かなり揺れ、駐車場に止めていた車が勝手に動いて車止めを越えていた

ほどです。大野病院には知人のお母さんが看護師として働いて、私が看護師だということをご存じだったことから、発災後は患者さんを搬送するのを手伝うなどしました。夕方になると徐々に患者さんが増えてきたという感じではありましたが、その時はまだどのような状況が起こっているのか具体的に把握できていませんでした。

ただ、大野病院が第一原子力発電所にかかなり近かったということもあってか、病院の前の道路がかなり渋滞しており、どの道路が通れないなどの情報が錯綜していたため、何か大変な状況なのではないか、というような話はしていました。渋滞する車の中から知り合いの方々に「もう逃げた方がいい」というような声をかけられましたが、まさか第一原子力発電所が実際に爆発して、ということろまでは想定していませんでした」



よもや原子力災害時の指定病院が被災してしまうとは、と信じられない思いでした

震災時の医療現場の状況について何と、

「翌日の12日には仙台に戻りましたが、仙台の病院は比較的山間部に位置していたため津波などの被害はなかったものの、ライフライン、電気・ガス・水道が止まってしまい酸素などの供給が難しかったことを記憶しています。

もちろん私の勤務していた病院では、普段から防災訓練として、重症度の高い患者さんをどのように搬送するか、実際シーツに包みタンカーの役目を果たしながら流れ作業で搬送を行うことを想定して避難訓練等はしていました。

地元(相双地域)の病院での状況は詳しくは分かりませんが、当時は務めていた病院の総務の人たちがディーゼル発電機を起動させていたり、川の水をろ過して使っていたり、薬や、食事を摂れる患者さんたちは3食から2食、2食から1食に減ったり、ディスプレイで使っていた輸液セットは日数を延ばして使っていたりなどしてい

たという話は聞いています。

また、私の通っていた地元の准看護学校に隣接する公立病院は原発事故が起こった場合の指定病院になっていましたが、実際に事故が起こってみると、病院が稼働できなかったのです。理由は事故現場から病院が近過ぎたから。近場の県立病院などの総合病院も同様で、



※浪江町HP「すぐわかる浪江町の現況」より

『まさか自分の病院が…』と皆そういう思いでした。3.11と東京電力福島第一原発事故の経験から、現場の意見を反映したカタチで、現在は原子力災害拠点病院を近隣の病院ではないようにする法改正がすすめられていると聞きます。まさにそれが福島の医療の現状なのではないでしょうか』と志賀さん。ご自身も体験者の一人として

深く感じるところがあるのかもしれませんが。

浪江町役場入職当初は仮設津島診療所に勤務していた志賀さんですが、浪江診療所が開設する際にはできればそこで働きたいという希望もあり、配属になったそうです。

しかしながら家族全員での帰町へはまだ至っていないといいます。

この町で家族全員と一緒に暮らせるまでにはまだ時間がかかりそうです

「もともと町内に実家があったので、実家から通えれば一番よいと思うのですが、実家は線量の関係から現在も帰還困難区域にあり、町内でもまだ避難指示の解除がなされていないため居住はできません。第一原子力発電所で爆発がおきた際に放射線が山側の方に流れ、私の実家は海よりは山の方が近い場所にありますので」と、今は単身で診療所の近くにアパートを借りて通っているとのこと。本来は7人の大家族で、浪江町で暮らしていたという志賀さんですが、3.11後にご両親、祖父母、ご兄弟がそれぞれ違う何カ所かに避難され、今なおその厳しい現実は解消されていないのです。

浪江の町に車を走らせてみると、駅の周辺ではところどころ崩壊している家や塀などをみかけましたが、外観はまったくそのまま住民を失ったと見受けられる建物が続き、その町並みがこれまで取材させていただいてきた災害被災地の景色と少し様子が違っていました。

そして少し町から離れたところには本当に美しい田園風景が続き、本来なら農作物がたわわに実っているはずなのだろうと思うと、何とも言葉で言い尽くせない気持ちになります。



美しい景色は一つも変わっていません



1951(昭和26)年に小畑実が歌い大ヒットとなった、「高原の駅よさようなら」を作曲した佐々木俊一氏は浪江町出身

3.11で少し早まりましたが、いつか地元で看護師として働きたいと考えていました

志賀さんがそんなふるさとに『培った看護職という技術を還元したい』という思いを抱いたのは、実はかなり前からだったようです。

「地元で准看護学校に通っているころ、東北地方の日本海・太平洋沿岸部の脳卒中死亡率が高いということを知り、『東北だから医療が遅れているのかな』と感じ、ほんやりとはありますが『いつか新しい看護技術を町に持ち帰りたい』と思い、その気持ちは東京の看護学校に行っても少なからずありました。ただ自分の中では、そのタイミングは20代ではなく、30代や40代になり、ある程度知識と技術を身につけ、経験を積んだのちに、地元の総合病院、民間病院、診療所などで働ければよいかなと考えていましたので、その時期が3.11をきっかけに大分早くなってしまったということになりますね』という志賀さんですが、今の診療所での看護職の仕事は、これまで学んだ地域医療・老年・在宅、そういった分野と非常に密接に関係していると感じているそうです。

最後に志賀さんにとっての震災後7年について、

「3.11直後の2年間は仙台の病院で働き、浪江町役場に入って5年です。最初に二本松に避難し、仮設診療所での4年間は、仮設住宅に住んでいる人たちを目の前にし、日々それぞれが精一杯できることを模索して、診療にあたっていました。主治医の先生と往診にもいきました。「どここの誰々が、ちょっと具合が悪い」など、もともと住んでいた場所の地域性ともいえる垣根を超えて、仮設住宅に住んでいる人たちの話を聞きながら訪問したり、連れてきてもらったりし、震災の影響を肌で感じていた時期でした。

そうした中、昨年3月末に浪江町に診療所が開所したわけで、この1年は浪江町にとっての1年であって、震災からの7年というより、まだ町としては再開してやっと1年しかたっていないのだと感じています」と、本当に一言ひとことを大事にしながら、噛みしめるようにお話してくださいました。

取材協力／福島県浪江町国民保険浪江診療所

訃報とお悔やみ

今回浪江診療所を取材させていただいた後の6月27日、全町避難を強いられ、東京電力福島第一原発事故と東日本大震災からの復興に取り組みされた浪江町の馬場有町長が逝去されたことを報道で知りました。ここに謹んでお悔やみ申し上げます。

2016(平成28)年には合併60周年の記念式典を開催するなど、浪江町の復興に尽くされました ▶



福島市の7年

福島赤十字病院



院内に掲載された2019年にスタート予定の新病院イメージ図の前で。年末年始を活用して引越予定

福島県が出している「県内病院に勤務する看護職員数の推移」(P3 表5)では福島市がある県北は3.11後から比べ看護職の数が374人増加しているということですが、実のところこうした数字では見えてこない、3.11、特に東京電力福島第一原発事故の影響は福島市にも残っているようです。3.11時には地域の中核医療機関として、また日本赤十字社の役割としても全スタッフで災害救護活動にあたられ、2019年1月に新病院をスタートする福島赤十字病院の會澤英子看護部長に3.11当時の様子からこれまでの状況や、また3.11から2年経った2013年に取材させていただいた、当時入職したばかりで今年5年目になる二人の看護師さん(赤坂 怜奈さん、草野 麻里絵さん)を交えて、周囲からも評価の高い看護師育成の取り組みなどを伺いました。

※取材内容は取材時(2018年5月11日現在)の状況に基づいています。

7年を経て今ようやく安心してできる 看護体制になったところ です

● スタッフが補いあいながら必要とされた医療に対応



看護部長
認定看護管理者
會澤 英子さん

3.11発災時当院は、建物自体はそれほど損傷もなく、2日ほど断水・停電があり不便はあったものの、患者さんが入院できる環境でした。外来も1週間以内には再開できました。ただやはり東京電力福島第一原発事故(以降、原発事故)の影響はかなり大きかったと思います。

地震の直後は、原発事故により浜通り地方から非常に多くの方々が福島市内へも避難していらっしゃいました。病院の方では救急患者さんを受け入れ、避難先になっていた体育館や集会所などには巡回診療に入りました。また浜通り地方の介護福祉関係の施設などから患者さんや利用者さんを車一台に乗せて避難してきたような現場には、災害救助と同様な支援を行う必要がありました。なぜなら、もともとおからだ弱っている方々が、かなり強行軍で移動してきた状態でしたので、中には亡くなられた方もいらっしゃり、すぐに手当が必要な状態の方は、そこから救急車で当院へ搬送するという現場でしたので。したがって、病院としては通常の救急の体制と入院の体制をとっておくことが命題となりました。

しかしながら現実的には当院のスタッフ自身も、自宅が損壊したり道路事情やガソリンの不足などさまざまな事情を抱えていました。それでも皆頑張って病院まで出て来たり、泊まったりしてくれ、スタッフが丸くなって乗り切ったという感じです。さらには、救護班を出すにあたって、救護班スタッフ分の病棟勤務を他のスタッフが補うなどし、なんとか踏ん張って体制を整えました。

3.11後も一年近く続いた救護班派遣活動

また、震災から数カ月過ぎるころからは、浜通り地方から県内外に自主避難されている方々の一時帰宅が始まったのですが、一時帰宅するための施設、例えば相馬の馬事公苑や地域の体育館などにたくさんの人が集まりますので、そこに救護班を派遣していきました。この救護班はその後一時帰宅がなされるたびに救護班を送り込みましたので、そのスタッフを確保するために、当然病院の方では毎週スタッフが欠けることになるわけです。全部で70を超える救護班がでており、その派遣は翌年の2012(平成12)年3月まで続きました。救護班のスタッフ選びについても、まだ当時は浜通り地方では放射線量が高めの時期でしたので、私自身も行きましたが看護師長など、ある程度年齢などを考慮しながら40歳以上でチームを組む工夫も必要とされたのです。

残されたスタッフで通常の病院業務をこなさなければならず、通常の体制を取りつつ救護班を必要に応じて出していくことは困難を極めました。ですから震災から1年は常に外に人を出して全員でカバーし合うということがあったと思います。入院される患者さんの中には浜通り地方から避難し体調を崩されて、という方もかなり多く、実際に市内から来院された患者さんで保険証は浜通り地方ということはよくあります。その場合、避難先の関係で家族が離ればなれになっていらっしゃる方も多かったですから、家族への連絡や、退院後どこに戻るのかなどの引受先などについても熟慮しなければならず、看護職だけではなく、ケースワーカーなど医療・福祉関係の地域連携担当者も苦労したようです。

7年をかけやっと7対1を安心して配置できる体制に

3.11後にやむを得ず離職するスタッフもいました。子供たちの夏休みに入るタイミングで県外に行かれた方が多かったことを考えると原発事故の影響は大きかったのだと思います。ただ、中にはお子さんを県外に避難させ、自分は県内の自宅から病院に通い、週末は県外のお子さんのところに行くという選択をし、現在もそのような状況のまま続けているスタッフもおります。夜勤が終わったら県外の山形に行き、次の勤務のときには山形から出勤してくるといった具合に。また3.11を機に県外へと離職していったスタッフが、5年ほどしたころお子さんの進学タイミングで県内に戻り、もう一度ここで働きたいと再就職したケースもあり、ベテランの看護師でしたので、そうした働き方もあるというモデルケースになるのかなど、とても嬉しく思っています。

3.11後の看護師の数というと、当院では震災の年も20人ほどでしたが新人に入っていました。震災を理由に採用を断ってきた方もいらっしゃいませんでしたので、それはとても恵まれたことでしょう。ただ、看護職全体としては、数カ月経ち「やはり県外に行きます」という理由で病院を離れる数のほうが入職者数より上回ってしまい、その時点で数がかなり下がってしまったのが事実です。3.11後は、そこから本来の欲しい配置の数との差を埋めるためかなりの時間を

要しました。当院では毎年20人前後の新たな看護師が入職しますが、当然都度さまざまな理由で離れる人もおり、その入る人と離れる人の差がこの7年で毎年少しずつ減り、今ようやく7対1でも少し安心できるという状況になったところですよ。

3.11以降の採用者を見ると、浜通り地方から避難してきた後に福島市の看護学校や看護の大学などに入り、当院に入職した人たちもかなりおり、「中学生の時に福島市に来たのだな、高校生の時には浜通り地方にいたのね」と、3.11と原発事故から7年という時間を感慨深く思ったりもしています。スタッフの中には両親が他県へ避難し、今も一緒に暮らせていない人もいますので。



Q 医療現場では日ごろの防災訓練は大事ですが、ほかにどのようなことを備えておけばよいでしょうか？

A 看護師はいつでもとっさに現状を把握し判断し動くことが身につけているはず

当院でも3.11発災時は揺れがひどく、患者さんを外にということはありませんでしたが、一部1階のホールへ患者さんを下ろしたりしました。その際は看護師が何度もラウンドしたり、暖房が効かなかったので患者さんには布団を多めにかけたり、トイレに照明がつかない病棟もありましたので、その場合は照明が確保されているトイレがある病棟へ患者さんを誘導し介助したりしました。また当時はベッドから動けない患者さんが何人かいらっしゃり、暗くなってくると不安感が増し不穏になることが予想されました。

でも看護師の人数も少なくなっていましたので、事務の方に「患者さんの手を握っててください」とお願いしたのです。すると患者さんは落ち着かれ、災害の時は誰でもいいからそばにいて欲しい、そうした思いがあるのだろうなと感じました。事務の方も患者さんのことを考え動いてくださり、災害時の医療現場では看護師でなくてもできることがありますし、看護師は少ない人数、少ないモノで何をするとっさに考えて動くのかな、という気がします。それはまだ経験が浅い看護師であっても、「先輩がこうしているから私もこうしよう」というように、普段から先輩の顔や動きをみて動くことが身につけているからできることなのではないでしょうか。





左から赤坂さん、會澤さん、草野さん

5年前の取材時と外見はほとんど変わらない赤坂さんと草野さんですが、草野さんの当時の苗字は柴田さん、結婚をしてお子さんを育てながら現在も看護師さん続け、赤坂さんは今やリーダーをこなす押しも押されぬ中堅の看護師さんとして、頑張っています。お二人に看護師としての5年間を振り返っていただきながら、看護部長の會澤さんに看護職の新人教育体制などについて伺いました。（尚、本文中の敬称は略させていただきます）

学ぶことは安心して業務を行うために不可欠

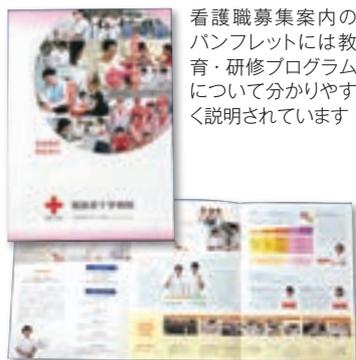
お二人とも一瞬見た目は同じに見えますが、顔つきがかわったように思えます。当時はまだまだ新人看護師さんとして不安を隠せない表情でしたが、今はさきりっし、間違いなく中身もりっぴな中堅看護師さんですね？

會澤 当院で新人というのは大体3年目くらいまでです。赤坂はこれまで2回ほどプリセプターを経験しすでに新人を指導する立場となり、十分に中堅の看護師です。草野の場合は産休・育児休暇に入る前の経験が3年でしたので、現在は仕事の勘を取り戻しつつ、業務のうえでもステップアップ中。総じてプリセプターがこなせるようになってリーダーができるようになる5年間くらいは同じ部署でという考えもあり、二人とも当時と同じところで、今は中堅看護師として頑張っています。



お二人の出身である福島看護専門学校^{わたなべつやこ}の校長が「福島赤十字病院は新卒看護師をしっかりと教育してくださるんです」とおっしゃっていましたか？

赤坂 私は看護学生の時に当院に実習にきて、新人教育のプログラムが充実していることを知ったことが、就職したいと決めた一つの理由でした。新人研修はもちろんですが、教育体制として新人看護師には教える役割のアソシエイトとプリセプターという先輩がつくので、いろいろな場面で先輩に聞きやすい環境が整っているのかと思います。さらに今年度からは実際に病棟で先輩の指導を受けて、患者さんに技術をというOJTのカチを取り入れ、一層先輩との距離が縮まり、相談しやすい環境になったかと思えます。



草野 私たちが一年目の時は、新人担当の先輩方がたくさん集まって、例えば寝たきりの方の口腔ケアや、麻痺のある患者さんの寝衣交換等々の研修が細かくあり、どちらかというと文字による理解という感じの研修がメインでした。でも最近では各病棟にタブレットがあり、それを活用して映像や写真で麻痺の患者さんの寝衣交換などを確認することができ、この5年で現場での研修のスタイルも進化し、新人さんにとっても教える側としても、とても恵まれていると感じます。

會澤 二人が入ってきたころの新人研修プログラムは、ほぼ一年をかけて非常に細かく綿密な集合研修のプログラムを組んでいったのですが、集合研修だけではどうしても皆受身になってしまうこともあり、少しずつ研修の形態について検討していました。ちょうど昨年からは当院でe-learningを導入し、そのコンテンツをOJTの時にも使えるようにしようと考え、タブレットをそれぞれの病棟に設置したのです。なかなか仕事の合間に活用していくことは難しいかもしれませんが、そうした教材のようなものがあると、指導する側も教えるやすいのかなと思います。例えば時間を決めて皆で視聴しようですか、時間があるときに困ったところの項目を見ようなど、繰り返して視聴できるので、活用の仕方次第でいろいろな指導方法も見つけられるのではと期待しているところなんです。そうしたことも含め、現在新人研修は集合研修を少し減らし、OJTに落とし込んでいるところなんです。

赤坂さんは赤と黄色のバッジを付けていらっしゃいますか？

赤坂 一年間研修を受けて試験に合格するといただけるリンクナースという院内の資格があり、その有資格者を表すバッジで、黄色がIVナース、赤が褥瘡ナースです。



キャラクターの「ハートラちゃん」は日本赤十字社のマスコット

會澤 リンクナースとは院内インストラクターのことです。例えばIVナースであれば、IVナースのベテランがプログラムを組んで、そこに参加し、最終的に試験を受けて合格したら、院内インストラクターに。褥瘡ナースも、認定看護師なども加わりプログラムを組んでくれて、その研修を受け、テストを受け、受かったらバッジをもらえ、特に褥瘡のリンクナースは病棟のなかでは褥瘡評価者になり、院内認定ですが、上位資格という意味づけで皆に受けってもらうようにしています。赤坂は5年目でリンクナース二つを取得していますのでキャリアアッププログラムとしては順調ですね。草野は少しブランクがあったため、これからかな(笑)。

勉強することが自信につながるという感じでしょうか？

會澤 勉強することで、安心して自分のしている看護業務が行えるようになると思いますし、新人に教える時にも自ずと言葉が出てくるようになると思います。誰もがいつも自信まんまんといいわけには行きませんが、学ぶ事によって例えば自信が持てないときにも持てないなりに考えてやっていけるようになるのです。



頑張れ!
福島

医療専門職のための総合補償制度Willnextおよび教職員用のためのWillにご加入の方限定のプレゼントを満載。

今号はプレゼントでも福島を応援。福島県は美味しいものの宝庫です。

特に復興が遅れている相双地域の特産品を中心にセレクト。どんどん応募して一緒に応援しましょう。

1 「大堀相馬焼」のマグカップ

大堀相馬焼とは、原発事故により未だ帰宅困難区域となっている浪江町大字大堀一円で生産される焼き物の総称で、略して「大堀焼」とも呼ばれ国の伝統的工芸品に指定されています。避難後現在は福島県西白河のプレハブで頑張っている松永陶器店の大堀相馬焼の特徴は、器に描かれた馬の絵、器全体に地模様のように広がる青ひび、そして冷めにくいという三つ。左向きの馬の絵は「右に出るものがない」という意味から縁起がよいといえます。その特徴を備えたマグカップを。



5
名さま

4 B級ご当地グルメで知られる「なみえ焼そば」

浪江町で愛される極太麺と濃厚ソースが特徴の焼そばです。めんの旭屋は、3.11前は浪江駅前に工場を構え、福島県双葉郡の幼稚園、小学校、中学校の学校給食「ソフト麺」の製造を受注していたといいます。震災後は相馬市に工場を移転して再開。新工場再開と共に、現在は相馬市などをはじめ各地域全62校の学校に「ソフト麺」を製造・発送しているそうで、今やなみえ焼そばは浪江町を出て、多くの子供たちのソルフードになっていそうです。



5
名さま

2 「黒潮海苔店」の海藻類詰め合わせ

海苔の製造販売を続けて50年近くになる黒潮海苔店。南相馬市原町にあるお店では、自社工場で作った新鮮な海苔を入手することも可能です。そんなこだわりの海苔以外にも、常盤沖産上乾ちりめんや、べっこう青海苔（あおさ）、相馬が日本一の水揚げを誇る、ほっき貝の吟醸粕漬、若い女性にはサラダに最適！と海藻類が人気です。そんな磯の香りがただよみ詰め合わせを。



5
名さま

5 完熟冷凍もも「ももふる」

福島の名産品といえば言わずと知れたもも。そんなおいしい完熟ももの果肉を新鮮なまま瞬間冷凍した、新感覚スイーツシャーベットが「ももふる」です。ももはどうしても傷みやすいため早摘みをして出荷されるのですが、「ももふる」は産地加工なので、樹成りで完熟したももを使用。無添加・無着色で、必要最低限の加工のみだから、安心して美味しくいただけるというわけです。冷凍の「ももふる」は半解凍で食べるのがおすすめとか。



5
名さま

3 「相馬牛」のヒレステーキ肉

「相馬牛」は、全国的には「福島牛」として販売され、相馬市にある昭和27年創業の鳥久精肉店では「福島牛」の中でも相馬市内と、南相馬市内の生産農家のいずれかで肥育された、A5ランクの黒毛和牛のみを、「相馬牛」として販売しています。ヒレ肉とは、牛の中でも脂肪が少なく非常にやわらかい部位のこと。最も高級とされ、牛一頭（約400kg）からわずか8kgしか取ることのできない非常に貴重な肉です。ヘルシーだけど旨みたっぷりのヒレ肉を。



3
名さま

6 「どんこボール」と「烏賊きりこみ」

相馬の食文化には欠かせない鈍子（どんこ）のつみれを商品化した「どんこボール」は2014年東北の被災3県の名物料理を集めた「復興グルメF-1大会」で見事優勝。鈍子は相馬の大衆魚で、その身はタラよりもやわらかく、特に肝が美味しい魚といえます。また「烏賊きりこみ」は防腐剤などの添加物は一切使用していないコクのある粕風味の塩辛で、相馬市の食品加工会社、海鮮フーズが独自の製法にこだわり製造しています。ごはんのお共に。



5
名さま

プレゼント応募方法

応募条件： Willnextに加入している方、教職員Willに年間加入している正会員の方

応募方法： 官製はがきに右記をご記入の上、下記宛先までお送りください。

宛先： 〒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「とくとく係」

締切： 平成30年12月31日(消印有効)

尚、応募者多数の場合は抽選とさせていただきます。また、当選者の発表は商品の発送をもって代えさせていただきます。

- 希望の商品
- 今号のWillnextmagazineでよかったと思われた記事
- 今後Willnextmagazineで取り上げてほしいテーマ
- 郵便番号、住所、氏名、電話番号
- Willnext加入者は会員番号(会員証に記載)、Will教職員に年間加入している正会員の方は学校名



これだけは 知っておきたい! 医療と法

ほとんどの看護職の方々は

日々患者さんを対象に業務を行っていると思います。

ここでは、少し視点を変え、

患者さんという「人」を対象にしているからこそ

皆さまが医療現場で直面し得る

さまざまな問題点を、法的、倫理的見解で

専門家に解説していただきます。



第5回 抑制しない看護

看護の世界では、近時、「抑制しない看護」に向けた取り組みが活発になってきています。

そこで、今回は、この問題を法律の観点から見ていきます。

抑制の一般的な定義

抑制とは、身体抑制のことで、自由に動く権利を制限するものですから、人権侵害を引き起こす危険があります。日本国憲法も、「何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない」（18条）、「何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない」（31条）と規定しています。また、国連人権規約B規約9条とヨーロッパ人権条約5条は、明確に、「すべての者は、身体自由及び安全についての権利を有する」と定めています。したがって、正当な理由がないのに人の自由を剥奪すれば、法律上は、民事（不法行為）や刑事（犯罪）の責任を問われることになるのです。

犯罪の事例を紹介すれば、刑法220条は、「不法に人を逮捕し、又は監禁した者は、3月以上7年以下の懲役に処する」として、抑制の最たるものである逮捕・監禁を犯罪としているのですが、2017年には大阪府で、統合失調症と診断された子どもを監禁して衰弱死させた両親が監禁罪と保護責任者遺棄致死罪で起訴されました。また、2018年には、兵庫県で、精神障害の子どもを20年以上にわたって自宅隣のプレハブ内の檻に閉じ込めていた父親が監禁罪で起訴されています。

医療・福祉現場における抑制の考え方

もともと、逮捕・監禁罪は、「不法に」行った場合ですから、正当な場合には犯罪とはされません。また、同意がある場合も犯罪にはならないのです。したがって、医療の場面において、患者の同意がある場合は法律の問題は生じないのですが、第3回のインフォームド・コンセントのところでも紹介したように、何が患者の真意かが問われることがあります。特に、子どもや精神障害者、認知症の高齢者の方などについては、真意の判定が困難なときがあるので、注意が必要です。また、真意に基づく同意があるからといって、患者の行動を抑制すべきであるという

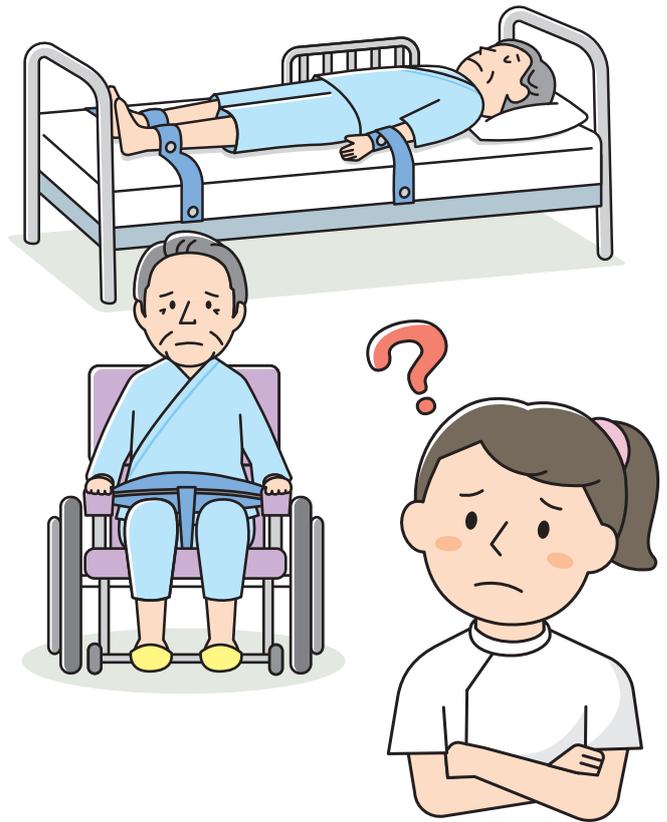
ことにはなりません。「患者のために抑制しているのだから、問題はない」とは限らないからです。現在、この問題が看護の現場で取り上げられているのは、ご存じのように、「抑制がかえって大きな問題や障害を起こすことがあり、抑制せずに見守ることで患者の安全を脅かす事態は生じていない」という考え方が有力になってきたからです。

次に、同意のない強制治療の場合については、それが正当化される理由が明確にされなければなりません。最近、旧優性保護法下で行われた強制不妊手術が問題となっているのは、その当時の正当化事由が今では否定されているからです。現在行われている強制入院について、精神保健福祉法の措置入院と医療保護入院に関しては、「自傷他害のおそれ」（29条）や「医療及び保護のため入院が必要である」こと（33条）という要件が掲げられており、感染症法は、「感染症のまん延を防止するため必要があると認めるとき」（19条）に入院勧告をすることとしています。また、身体拘束とは、本人の身体機能や行動を制限する目的で行われる各種の行為であり、具体的には、本人の身体的・物理的自由を奪い、ある行動を抑制または停止させる状況に置くことを指します。行動制限（身体拘束と隔離）について、1988年の厚生省告示は、以下のように定めています。まず、身体的拘束とは、「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」のことです。そして、身体拘束の対象となるのは、①自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合、②多動又は不穏が顕著である場合、③その他、精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶ恐れがある場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合に、身体拘束が行われます。また、介護保険施設では、身体拘束は例外とされているのですが、①切迫性（利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い）、②非代替性（他に代替する介護方法がない）、③一時性（行動制限が一時的なものである）という三つの要件を満たす場合に、「緊急やむを得ない」ものとして認められています。

慎重に検討すべき「身体拘束」

このように、身体拘束については、厳格な条件が示されているのですが、この条件を満たす場合には、身体拘束を行うのが適切であるとか、身体拘束を行うべきである、ということにならないのは言うまでもないことです。より制限の少ない方法がないかどうかを検討することが求められるのです。実際に、1991年に国連総会において採択された「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」の原則9では、「すべての患者は、最も制限の少ない環境下で、かつ、患者の保健上の必要性和他の人の身体的安全の保護の必要性に照らして適切な、最も制限が少なく、あるいは最も侵襲的でない治療を受ける権利を有する」と定められていますし、我が国の感染症法も、健康診断、就業制限、強制入院の措置について、「感染症を公衆にまん延させるおそれ、感染症にかかった場合の病状の程度その他の事情に照らして、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため必要な最小限度のものでなければならない」（22条の2）としています。さらに、最近では、2017年に、鳥取県が、障害者の虐待が起きたのを契機として、「不適切な身体拘束を防止するための手引き」を作成しましたし、「精神科医療の身体拘束を考える会」が設立されるなどの新しい動きも出ています。

このように、患者の人権擁護という観点から、「抑制しない看護」を考えることも大切なことだと思います。学校や職場などで行われる議論の際の参考にしてください。



法の豆知識を 身につけよう!

「法」の文字がついただけで少し腰が引けてしまう人は多いかもしれません。しかしながら、特に近年は医療現場で医療職個人が訴訟対象となることも多く、知識としてもっていたほうがよい法関連の事柄も多いと考えます。ここではそうした事柄をやさしく解説していただきます。

第4回

法との付き合い方

皆さんは法に対して、どのような印象をもっていますか。やたらと漢字が多くて難しい、というのが多数派でしょうか。とはいつても、法とは「紛争解決の手段」であり、多数の人が集う社会において必要なものです。法律は、紛争解決の手段の内容を具体的に定めているものですが、基準や要件(必要条件)という形になっているものが多いと思います。そして、法律家に対して、その内容を簡潔に示してほしいと言われることがあります。例えば、インフォームド・コンセントについて、告知する事項の一覧表を作成してほしいという要望を聞いたことがあります。そうすれば、確実に点検ができるというわけです。確かに、このようなガイドラインは、ないよりはあったほうが便利に違いないのですが、本文でも言及したように、一応の基準であり、これさえ守っていればよいというものではない、という

ところが重要です。

医療行為において事故が発生した場合、通常は、標準的な医療行為を行っている限り、責任を追究されることはありません。しかし、問題は、何が「標準的」かです。数十年前に国家試験を受けたときの常識が今でも通用することは少ないでしょう。したがって、日頃の研鑽(さん)が重要なわけですが、どれだけの研鑽を積みよいかに関しては、個人の能力差もあるので、一概にはいえないのです。法律は、違法な逸脱行為を防止するという任務を負っているのですが、同時に、免責(責任免除)という形で、適正な行為を行っている人を守るという役割も果たしています。法律を軽視することなく、かといって、過信することなく、参考にしていってくださることを願っています。



アドバイザー

川本哲郎

(かわもとてつろう)

同志社大学法学部・法学研究科教授

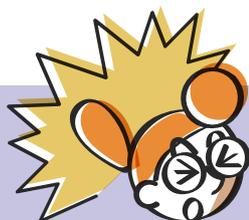
中央大学法学部卒業。同志社大学法学研究博士前期課程修了、同博士後期課程退学。法学修士(同志社大学)。京都学園大学法学部専任講師、助教授、教授、京都産業大学大学院法務研究科教授を経て現職。

リスクマネジメントの
エキスパートが
アドバイス

最近の医療事件事例から学ぶ リスク回避のポイント no.11

人工呼吸器装着時の事故を防ごう!

皆さまの職場で医療安全活動を実践していくために役立つ情報や報道を紹介し、
医療安全のポイントや取り組みのノウハウなどを挙げています。
ぜひ看護実践における医療安全に活かしてください。



事例

「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始を忘れた事例

【事例1】

CT検査のため人工呼吸器からジャクソンリースに変更した際に、担当医は人工呼吸器をスタンバイの状態にした。CT検査を終了し帰室後、他の医師、看護師が患者に人工呼吸器を装着したが、スタンバイの状態になっていることに気付かなかった。約4分後、患者は心肺停止になった。

【事例2】

医師と看護師で人工呼吸器をスタンバイの状態にして気管吸引を行った後、人工呼吸器を装着した。その際、医師、看護師ともに相手がスタンバイの状態を解除したと思い、人工呼吸器が作動しているかを確認しなかった。約10分後、患者は徐脈、低血圧になった。昇圧剤の投与中に人工呼吸器がスタンバイの状態になっていることに気付いた。

(日本医療機能評価機構 医療安全情報 No.135 2018年2月より抜粋)

※日本医療機能評価機構 医療安全情報 No.37(2009年12月)で「『スタンバイ』にした人工呼吸器の開始忘れ」を取り上げました。その後の2009年11月1日~2017年12月31日の期間にも、類似の事例が7件報告されています。

医療安全におけるPoint

エキスパートが
アドバイス

人工呼吸器を再装着する際の確認

人工呼吸器のトラブルは、患者さんへの致命的な影響を及ぼす可能性が高く、担当スタッフ、医療機関の責任を問われるなど重大な事態を招きかねません。

「スタンバイ」は、主に患者さんに呼吸回路を装着し換気動作を開始する前に、適切な換気条件の設定やアラーム機能の確認などを行う目的で使用される機能です。したがって、「スタンバイ」の状態では、換気が行われていませんので、「スタンバイ」状態で、気管内吸引などを行った場合は、人工呼吸器を確実に再開する必要があります。

- 「スタンバイ」機能を使用した後に人工呼吸器を再装着する際は、開始ボタンを押して換気が行われていることを確認しましょう。
- 人工呼吸器を再装着した際に、患者さんの胸郭の動きが正常か、観察しましょう。

※「気管吸引時には、人工呼吸器をスタンバイの状態にせず処置をする」ことを対策としている医療機関もあります。

パルスオキシメータやカプノメータなどを併用する

医療事故を防止する観点から、パルスオキシメータやカプノメータを併用することが推奨されています。

厚生労働省が発出した医薬発248号「生命維持装置である人工呼吸器に関する医療事故防止対策について」(平成13年3月)には、生体情報モニター(パルスオキシメータやカプノメータ)の併用等について記載されています。

<http://www.pmda.go.jp/files/000144806.pdf>



職場で取り組む医療安全

エキスパートが
アドバイス



皆さんの職場で、医療機器を安全に、正しく使用するために、以下について確認してみましょう。

正しい知識と正しい操作を習得する仕組みを考える

- 根拠も含めた研修や、学習を行う。
- 医師や臨床工学技士、医療機器メーカーなど、医療機器の専門家に協力してもらい、正しい知識と操作を身に付ける。
- 医療機器の使用について、定期的に知識や操作のテストを実施し、常に確実に操作できるようにする。

ベッドサイドから離れる前に……

エラー防止のために、いったん落ち着いて確認できるような工夫をするのも一案です。

- 急いでいるときこそ、立ち止まってもう一度確認する習慣を身に付ける。
- 機器の確認項目や、患者さんの観察項目のチェックリストを準備し確認する習慣を身に付ける。

マニュアル・仕様書の整備を行う

「分かっているつもり」「知っているつもり」ではなく、医療機器の正しい操作を行うためにマニュアルや仕様書を確認しましょう。

- 機器のマニュアルが分かりやすく、使いやすいものを定期的に確認する。
- 医療機器の操作が分からなくなったとき、すぐに仕様書を確認できるように、病棟用の仕様書を整理し管理する。

《資料》

・日本医療機能評価機構 医療安全情報 No.135 2018年2月:「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ(第2報)
http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_135.pdf

ミニコラム

感染症にかかったら

沖縄で発生した「はしか」が名古屋や東京で集団感染し、ニュースとなりました。病院では、感染症対策チームがあり、感染症発生情報の提供や院内対策の検討などを行っています。

SARSや新型インフルエンザというようなパンデミックとなるような感染症だけでなく、インフルエンザのように一般的な感染症についても、院内で集団発生とならないように対策を講じています。感染症の流行情報が発表されると、感染症対策チームの指示に従い、入院患者さんに感染症が発生しないように、家族のお見舞いを制限したり、マスクの着用やうがい・手洗いの奨励など感染症の対策を強化します。また、予防薬の使用や発病してしまった患者さんの別室への隔離など感染の拡大を防ぐ対策な

どを施します。

医療機関で働く以上、自分が感染症にかかる危険も避けられません。マスクの着用やうがい・手洗いなどの努力をしても、発症してしまう場合があります。もし、自分が感染症にかかったかなと思ったら、周囲への感染拡大の危険を避けるため、出勤しない選択をすることも大切です。「忙しいから休むと申し訳ない」という理由で無理をして出勤をすると、重症化して長く休むことになったり、周囲に感染させて事態を大きくしたりします。具合が悪いかと思ったら、早めに受診し対策を心掛けることが大切です。



アドバイザー

東京海上日動メディカルサービス(株)メディカルリスクマネジメント室

2017年12月1日より弊社ホームページが新しくなりました。スマートフォンにも対応しております。

<http://tms.mrmhsp.net>

医師、看護師、薬剤師など医療職の視点と、法律や心理学の視点から医療・介護の現場に向けて医療安全に関するコンサルティングや研修提供などを行なっています。

連載

感染管理実践者が教示！

今日から実践したい感染対策

感染管理とは、医療現場での感染予防と制御を目的とした取り組みを指し、基本的な医療の質管理体制の一つです。

しかしながら、病院の規模によっては実践が容易ではないとも伺います。

そこでこの連載では、医療現場で感染管理実践者として日々活躍中のエキスパート、坂本史衣さんから、

最新の、そしてすぐに取り組み始める感染対策を教えてください。ぜひご自身の施設で実践し、医療の質改善に役立ててください。

膀胱留置カテーテルを使用する患者に行う尿路感染対策

はじめに

入院後に起こる尿路感染の約70~80%が膀胱留置カテーテル（以下、カテーテル）の挿入や長期留置が契機となって起こるカテーテル関連尿路感染（Catheter-associated urinary tract infection: CAUTI）です¹⁾²⁾。カテーテルを使用する患者に細菌尿が発生するリスクは留置1日あたり3~10%であり、留置30日目には100%の確率で細菌尿が起こります³⁾⁴⁾。また、細菌尿を起こした患者の10~25%に尿路感染の症状を認め、0.4~4%が二次の血流感染を起こすと報告されています^{5)~7)}。

微生物の侵入経路

CAUTIを引き起こす微生物（主に細菌）はカテーテルの外側と内側から侵入します（図1）⁸⁾。また、バイオフィルムを形成して尿路感染のリスクを高めます。バイオフィルムとは、細菌が産生する多糖類でできた構造物であり、これで覆われた細菌のコロニーは抗菌薬や消毒薬、食細胞による貪食作用に抵抗を免れて生存することが可能になります⁹⁾。

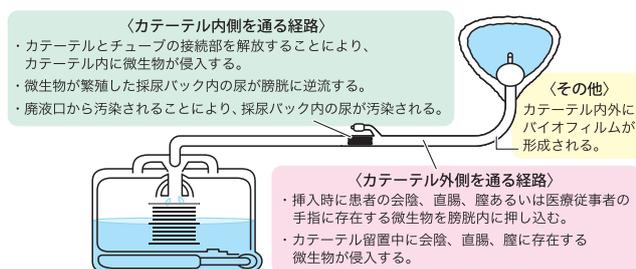


図1 微生物の侵入経路

代表的なCAUTI対策

米医療研究・品質調査機構（Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ）は、CAUTI予防のための包括的なプログラムを作成し、ホームページ上で公開しています（図2）¹⁰⁾。このプログラムは、「適切な挿入と管理」、「適切な使用」、「タイムリーな抜去」に関するCAUTI対策から構成されています（表1）。

適切な挿入と管理に関する対策では、逆行性感染を防ぐ取り組みに重点が置かれています。逆行性感染を防ぐためのポイントは、カテーテルが汚染されないよう無菌操作により挿入を行うことや、チューブや採尿バッグ内の尿を逆流させないことです。また、カテー

テル内腔への細菌の侵入を防ぐために、カテーテルとチューブの接続部を開放しないことや採尿バッグの廃液口を汚染させないことなども含まれます。

カテーテルの適切な使用とタイムリーな抜去に関する対策では、カテーテルの必要性を定期的に評価することや、留置期間をなるべく短くするための取り組みが中心となります。カテーテルの必要性を判断するには、カテーテルの適応基準を明確にしておく必要があります。カテーテルを使用しているすべての患者について、カテーテルの必要性を適応基準に照らし合わせて医師と看護師が評価する取り組みは、留置期間の短縮とCAUTI予防に有効です。また、トイレで排泄ができない患者や正確な尿量測定が必要な患者について、カテーテルに代わり、残尿測定器を併用した間欠的導尿、コンドーム型カテーテル、おむつや尿器・便器などが活用できないか積極的に検討を行うこともCAUTIリスクを低減します。

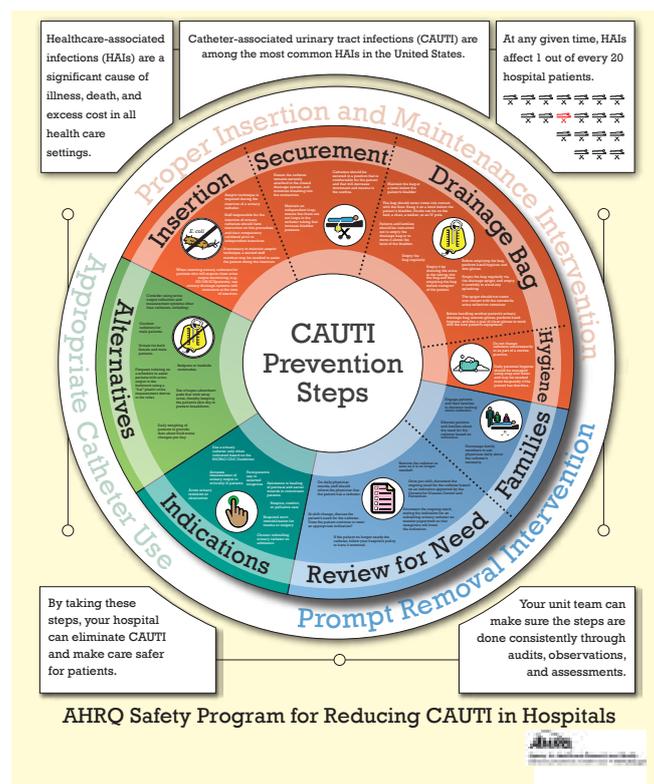


図2 病院においてCAUTIを低減するためのAHRQ安全プログラム
※本プログラムを構成するCAUTI対策は表1で紹介しています。

表1 病院においてCAUTIを低減するためのAHRQ安全プログラムを構成する具体策 文献10)を改変

適切な挿入と管理に関する対策	
A	挿入技術 <ul style="list-style-type: none"> カテーテルは無菌操作で挿入する 明確な挿入手順を決める 挿入手技を自立して行う前に挿入技術を確認する 無菌操作のために必要時2人体制でカテーテルを挿入する
B	カテーテルの固定 <ul style="list-style-type: none"> カテーテルとチューブの接続部を開放しない 尿の流出を維持するため、ループをつくらないようにチューブの位置を工夫する 患者の動きを阻害せず、尿道口を損傷させないようにカテーテルを固定する
C	採尿バッグの管理 <ul style="list-style-type: none"> 採尿バッグは膀胱より下、床につかない位置に下げる 採尿バッグ内の尿は定期的に廃液口から廃棄する 患者を搬送する前にチューブ内の尿を採尿バッグに流してから、バッグ内の尿を廃棄する 採尿バッグ内の尿を廃棄する前に手指衛生を行い、手袋を着用する 採尿バッグ内の尿は飛沫が生じないように注意しながら廃棄する 採尿バッグの廃液口は未滅菌の廃棄容器に接触させない 別の患者の尿を廃棄する前に、手袋を取り外し、手指衛生を行ってから新しい手袋を着用する
D	衛生管理 <ul style="list-style-type: none"> 理由なくカテーテルを定期交換しない 石けんと流水で挿入部を洗浄し、毎日清潔に保つ(下痢がある場合はより頻繁に実施する)
カテーテルの適切な使用に関する対策	
A	代替法 <ul style="list-style-type: none"> 採尿や尿量測定のためにコンドーム型カテーテル、尿器、便器、ベッドバンクモードなどの代替法を積極的に検討する
B	適応基準 <ul style="list-style-type: none"> ガイドラインで推奨されるカテーテルの適応基準(表2)に該当しない患者にカテーテルを使用しない¹⁾¹²⁾
タイムリーな抜去に関する対策	
A	必要性の見直し <ul style="list-style-type: none"> カテーテルは不要になり次第、速やかに抜去する シフト毎にカテーテルの適応基準に照らし合わせて必要性を評価し、記録する シフトを交代するたびにカテーテルの必要性について検討する 転棟、転院先に該当するカテーテルの適応基準について情報提供を行う 回診時に患者がカテーテルを使用中であることを医師に伝達する
B	家族 <ul style="list-style-type: none"> カテーテルを使用することに関する決定に患者および家族が関与する 患者や家族にカテーテルの適応について教育を行う カテーテルの必要性について毎日確認するよう医師に協力を依頼する

表2 膀胱留置カテーテルの使用基準例 11)12)を基に作成

① 急性の尿閉または下部尿路閉塞
② 泌尿器系や生殖器系の手術や長時間におよぶ手術など、特定の周期期における使用
③ 尿失禁により仙骨部や陰陰部の開放創に汚染が生じる場合
④ 尿失禁があり、スキンケアを行うことが困難な場合 (体位交換が医学的禁忌、仰臥位による安静臥床が必要、重度の肥満など)
⑤ 1時間単位または1日単位での正確な尿量測定が必要な重症患者
⑥ 検査のために24時間蓄尿が必要であり、カテーテル留置以外の方法で蓄尿が困難な場合
⑦ 体動によって起こる急性の強い痛みを軽減する場合
⑧ 終末期においてカテーテルの使用により苦痛を緩和することを患者や家族が望む場合
⑨ 凝血塊を含む肉眼的血尿の管理
⑩ 間欠的導尿やコンドーム型カテーテルを使用するための技術を持つ医療従事者がいない、あるいはこれらの使用により残尿が見られる場合

終わりに

CAUTIの多くは質の高いケアにより予防が可能です。カテーテル挿入時に行う無菌操作、逆行性感染を防ぐためのチューブやバッグの管理、そしてカテーテルの必要性に関する定期的な評価と代替手段の積極的な活用がCAUTIを防ぐ鍵となります。

参考文献

- 1) Saint S, Chenoweth CE. Biofilms and catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 2003;17:411-432.
- 2) Rutala WA. Incidence of catheter-associated and non-catheter-associated urinary tract infections in a healthcare system. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011;32:822-823.
- 3) Warren JW, Platt R, Thomas RJ, et al. Antibiotic irrigation and catheter-associated urinary-tract infections. *N Engl J Med*. 1978;299(11):570.
- 4) Haley RW, Hooton TM, Culver DH, et al. Nosocomial infections in U.S. hospitals, 1975-1976: estimated frequency by selected characteristics of patients. *Am J Med*. 1981;70(4):947.
- 5) Tambyah PA, Maki DG. Catheter-associated urinary tract infection is rarely symptomatic: a prospective study of 1,497 catheterized patients. *Arch Intern Med*. 2000;160(5):678.
- 6) Saint S. Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteremia. *Am J Infect Control*. 2000;28(1):68.
- 7) Leuck AM, Wright D, Ellingson L, et al. Complications of Foley catheters—is infection the greatest risk? *J Urol*. 2012 May;187(5):1662-6.
- 8) Maki DG, Tambyah PA. Engineering out the risk of infection with urinary catheters. *Emerg Infect Dis*. 2001;7(2):342-7.
- 9) Donlan RM. Biofilms and device-associated infections. *Emerg Infect Dis* 2001 March-April; 7(2):277.
- 10) Agency for Healthcare Research and Quality. Appendix K. Infographic Poster on CAUTI Prevention. Content last reviewed October 2015. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/hais/cauti-tools/impl-guide/implementation-guide-appendix-k.html>
- 11) Meddings J, Saint S, Fowler KE, et al. The Ann Arbor Criteria for Appropriate Urinary Catheter Use in Hospitalized Medical Patients: Results Obtained by Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Ann Intern Med*. 2015 May;162(9 Suppl):S1-S34.
- 12) Centers for Disease Control and Prevention: Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTI_guideline2009final.pdf

最新の感染対策事情

常に見直したい!旬な感染対策

忘れ去られたカテーテルの存在を思い出そう

医師に対して担当患者が膀胱留置カテーテルを使用しているか否かを尋ねる調査を行ったところ、正答率はわずか30%でした¹⁾。また、別の調査では、入院患者の約20%に適応がないにもかかわらずカテーテルが留置されていたと報告されています²⁾。このようにカテーテルは漫然と留置されやすく、留置期間が延びるに従ってCAUTIのリスクも上昇します。反対に、患者がカテーテルを使用していることを常に認識し、不要になり次第抜去することができれば、CAUTIのリスクを下げるすることができます。カテーテルの存在を把握し、早期に抜去するための代表的な方法に「リマインダー」と「抜去指示

(stop order)」があります。リマインダーは、カルテにカテーテルの挿入日などを記載した付箋を添付したり、電子カルテの画面上にカテーテルを使用しているとの情報を表示させる形で活用されます。抜去指示は、適応基準に合わなくなった時点で自動的にカテーテル抜去の指示が発行される仕組みです。リマインダーや抜去指示によりCAUTI発生率が50%以上減少することが知られています³⁾。CAUTIを防ぐには、清潔な挿入手技や留置中の感染対策にのみ着目するのではなく、カテーテルの存在を思い出し、その必要性を常に疑うことが極めて重要です。

コラム参考文献

- 1) Saint S, Wiese J, Amory JK, et al. Are physicians aware of which of their patients have indwelling urinary catheters? *Am J Med*. 2000;109(6):476-80.
- 2) Jain P, Parada JP, David A, et al. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med*. 1995;155(13):1425-9.
- 3) Meddings J, Saint S, Fowler KE, et al. The Ann Arbor Criteria for Appropriate Urinary Catheter Use in Hospitalized Medical Patients: Results Obtained by Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Ann Intern Med*. 2015;162(9 Suppl):S1-S34.

アドバイザー

坂本史衣(さかもと ふみえ) 聖路加国際病院 QIセンター 感染管理室マネージャー

1991年聖路加看護大卒。97年米国コロンビア大公衆衛生大学院修了。同年に帰国し、聖路加国際病院看護部勤務。2001年日看協看護研修学校に入学して認定看護師教育課程感染管理学科専任教員を務め、02年より現職。米国に本部を置く感染制御及び疫学資格認定機構(Certification Board of Infection Control and Epidemiology: CBIC)による感染管理実践者の認定資格(Certification in Infection Prevention and Control: CIC)取得。近著に『感染対策40の鉄則』(医学書院)、監訳『病院での感染症をどう予防するか』(西村書店)など多数。ブログ「感染予防 inch by inch」では、日々湧き出る感染予防に関する疑問、考えをまとめている。



闘うためにはまずは敵を知ろう！

身近な感染症のやさしい微生物学



感染症対策の取り組みの第一歩として、その原因菌を微生物として理解し、身近な感染症を認識することで、日常の看護業務や施設内全般における医療関連感染の予防につなげませんか？

第7回 麻疹の基本の“き”

麻疹って“はしか”のことでしょ？

麻疹は俗に“はしか”と呼ばれ、語源は日本語の「はしかい(痒い)」に由来するようです。疾患名の麻疹は中国語で、発疹の形状が麻の実に似ていることからきています。これが英語名になるとラテン語のrubeusからrubeolaと命名され、発疹の赤い色調をrubeus、つまり宝石のルビーに例えたものです。

麻疹は古くから知られる感染症で、世界各地で流行が見られ、我が国では、鎌倉時代に大流行し、江戸時代には徳川綱吉が麻疹により亡くなっています。最近では2007年、高校生や大学生の間に大流行が起こり、多くの学校が休校を余儀なくされ社会問題となりました。この事態を受けて翌年から小児期以外にも中学1年生と高校3年生にワクチン接種を行った結果、1年後には患者数が1/10以下になりました。しかし、今年に入り再び流行の兆しが見え始め、4月9日には厚生労働省から注意喚起が発令されています。

一般的にかかる病気だと思えけれど警戒が必要なの？

麻疹は10～12日間の潜伏期を経て38℃前後の発熱が2～4日続き、上気道炎症状(咳、鼻水)と結膜炎症状が見られ、次第にこれが増強します。この時期をカタル期と呼び麻疹に特徴的なコプリック斑はこの時期に出現します。コプリック斑とは、口の中の頬の裏側辺りに1mm程度の小さく白い隆起した斑点が見られるもので、この所見をもって臨床的に麻疹の診断が可能です。



口腔内に見られるコプリック斑

カタル期を過ぎると一時的に解熱が見られますが、半日後39℃以上の高熱と同時に発疹が出現します。発疹は耳介後部から始まり、翌日には頸部、前頭部を経て顔面、体幹、上腕へ広がります。2日後には四肢末端まで到達します。初めに鮮紅色扁平だった発疹は、その後皮ふ面より隆起し、融合して斑丘疹となり、暗赤色を経て退色します。この発疹期には高熱が続きますが、3～4日間で解熱に向かい、さまざまな症状も軽減します。発疹は黒い色素沈着へ移行し、発疹後7～10日で回復します。

発疹以外は普通の感冒のような経過ですが、麻疹の恐ろしさはその合併症にあります。合併症は麻疹の30%に見られ、死因のほとんどを肺炎が占めており、その他に頻度は少ないですが脳炎も死因となります。特に肺炎はウイルス性のものばかりでなく細菌の二次感染によるものも見られます。脳炎は麻疹の1,000例に1例の割合と稀少例ではありますが致死率15%といわれる恐ろしい合併症です。また、麻疹に罹患後7～10年経過して発症する「亜急性硬化性全脳炎」も進行性で治療法のない予後不良な合併症です。

どうやって感染するの？ 対策は？

感染経路は主に空気感染であり、一人の発症者から12～14人が罹患する感染力があるといわれています。病原体はRNAウイルスで、パラミクソウイルス科のモービルウイルス属に分類されています。モービルはラテン語のmorbus(disease: 病気)に由来することから昔のヨーロッパ社会では病気=麻疹と連想されるほど一般的な感染症だったので、現在でも特効薬はありませんが、ワクチンが有効な予防対策となっています。一般的にワクチンは、含まれる病原体の状態により不活化ワクチン、生ワクチン、トキソイドの3種類に分類されます。不活化ワクチンは病原性を消失あるいは無毒化したものです。体の中で病原体が増えることはなく、発熱などの副反応が少ないワクチンです。生ワクチンは、病原性を弱めたウイルスや細菌を接種し、それが体内で増えることにより免疫力をつけますので、自然感染に近い状態で免疫を獲得する方法といえます。トキソイドは病原体の毒素だけを取り出して無毒化し、免疫反応の元となる抗原性は残したままワクチンにしたものです。病気に対する抵抗力をつけるのではなく、その毒素に対する抗体を作る働きがありますから、細菌に感染した場合、細菌の持つ毒素に対抗することができます。

麻疹には生ワクチンが用いられます。生ワクチンは名称の通りウイルスが生きていますから、接種後に軽く感染します。すると体内では、病原体に対してこれを排除しようとして病原体を攻撃する細胞(キラーT細胞)が作られます。これを細胞性免疫といえます。また、同時に病原体に対して特異的に反

応する抗体も作られます。これを液性免疫といい、生ワクチン接種では両方が産生されることとなります。

一方不活化ワクチンは、ウイルス粒子や細菌の菌体を集めて精製した後、加熱やホルマリン等の薬剤を用いて感染力や毒性をなくした病原体やその成分で製造されたものです。生ワクチンのように体内で増殖しないので、1回接種しただけでは必要な免疫を獲得・維持できないため、数回の接種が必要となります。

麻疹ワクチンは2回接種が推奨されているのはなぜ？

ワクチンは通常、1回の接種で95%以上の方が免疫を獲得します。残り5%の方は周辺で麻疹の流行があると感染、発症してしまいます。1回の接種で免疫を獲得できなかった場合を、primary vaccine failure(PVF)と呼び、これらの人の予防を目的の一つとして、2006年6月2日から麻疹ワクチン(実際は麻疹・風疹混合ワクチン(MRワクチン))の2回接種制度が始められているのです。

また、麻疹は一度罹患すると終生免疫が得られるものと考えられ、生ワクチン接種も同様であろうと思われてきましたが、獲得した抗体は麻疹がときおり流行して、麻疹ウイルスと接触しないと次第に減少して行くことが分かってきました。これを自然感染による刺激(ブースター)と呼び、これが少ないとワクチンによって獲得された免疫はやがて消失してしまいます。

ワクチンは卵から作られるって本当？

ウイルスは細菌と異なり生きた細胞の中でしか増殖できません。このためワクチンを作るには、ウイルスが増殖できる細胞が必要となります。他の動物の培養細胞でも増殖が可能ではありませんでしたが、「発育鶏卵」はそれよりも手軽に入手可能なばかりでなくさまざまな特徴があり、現在もワクチン製造に全世界で用いられています。「発育鶏卵」とは、受精卵(有精卵)を孵卵(ふらん)機で保温し、雛が孵化するまでの発育途上の状態の卵を指します。「発育鶏卵」は卵黄と卵白を栄養分にして哺乳動物の胎児に相当する鶏胚(けいはい)が雛に成長します。鶏胚は羊膜(ようまく)という透明で薄い膜の中で羊水に浮かんでいますが、鶏胚が大きくなるとその中で血液をろ過した際に生じる尿(「将尿液」:しようようえき)ができるため、それを溜めておく将尿膜と呼ばれる袋ができます。この袋を形成している細胞内でウイルスが増殖し、やがて将尿液に出てきますので、これを使ってワクチンが作られます。使用する卵は食料品用ではなく特別な施設でワクチン製造のために飼育された鶏が生んだ卵を使う他、有精卵にするために雄鶏も飼育する必要があり、養鶏業者には大きな負担となります。さらにワクチン製造用の受精卵は、生後半年以上、1年以内の若鶏が生んだ品質の良い卵でなければならず、鶏の準備から数えるとワクチンが出荷されるまでには1年以上の期間がかかってしまいます。

こうした問題を解決するためにインフルエンザワクチンの分野ではワクチン製造にガの幼虫を利用する方法が開発されつつあります。ワクチンに使うウイルスの遺伝子情報を、バキュロウイルス(Baculovirus)を用いて幼虫の細胞に感染させて増やす方法で、米国ではすでに実用化されています。バキュロウイルスは、昆虫を主な宿主とするウイルスで、遺伝子治療にも応用されています。実現すれば、卵を使う方法で約6カ月かかっている製造期間を2カ月程度に短縮できるといわれています。一方タバコの一種類の葉を使う方法も研究されており、細菌の一種に特殊な遺伝子を組み込み、葉に感染させて育成栽培する技術で、1カ月程度でワクチンが製造できるようです。最近では新しいワクチン製造の開発が進んでおり、迅速に安全なワクチンが供給される日も近いでしょう。



アドバイザー

大橋 初美 (おおはし はつみ)

東京都済生会向島病院
医療技術部臨床検査科長・臨床工学科長
臨床検査技師、臨床工学技士、細胞検査士、
国際細胞検査士、糖尿病療養指導士

医療現場のリスクマネジメントにも役立つ接遇・マナー 「接遇力」を磨きませんか？

医療接遇は今や医療安全対策の一つです。接遇・マナー教育のエキスパートに医療接遇のスキルやテクニックを学び、ぜひ接遇力をアップしてください。

第7回 “報・連・相”は課題を前進させる手段と認識しましょう

報告や相談などのコミュニケーションは、特に医療現場においては絶対不可欠です。「言われたからやるという義務的な対応」ではなく「課題を前に進めるための手段」だと認識しましょう。どれだけ多くの言葉を交わしても、その課題が前に進まなかったら意味がありません。報告、連絡、相談“報・連・相”のポイントを頭に入れておくと、思い込みで突っ走ることが避けられます。

報 報告

報告の基本は、「結論から話す」と「簡潔明瞭」の2点です。細かな状況を伝えようと、一つひとつ起こったできごとを説明していき、「だから、このようになりました」と報告するケースは、結論が最後でそのプロセスに時間がかかり過ぎます。必要な情報だけを簡潔にまとめ、まず結論を伝えましょう。相手も聞きたいことだけを質問してきます。質問がなければ、すぐに「ではどうしようか」と次の話に展開していいのです。

また報告は聞かれるまで待つのではなく、右のような適切なタイミングを図ることが重要です。

- 指示された課題が終わったとき
- 長期課題の進行状況の中間報告
- 課題の進め方に変更が必要なとき
- 新しい情報を入手したとき
- 課題に対する新しい改善方法を見つけたとき
- ミスをしたとき

連 連絡

連絡のポイントは三つ

- 1 正確な情報を、迅速に、簡潔に伝える
- 2 連絡内容の確実な把握
- 3 連絡の手段は相手によって検討する(例えば、メール、電話、直接面談の上など)



相 相談

以下の基本事項を頭に入れて相談上手を目指しましょう。

1 「丸投げ」の相談はルール違反

分からないこと、判断に悩むことがあれば、積極的に先生や実習先の指導者や先輩たちに相談しましょう。ただし、相談する案件について自分でまったく考えようとせず、最初から他者に頼りきってしまうようでは問題です。それではいつまでたっても本当の実力がつかないばかりか、相談相手に負担をかけることになります。相談する前にはまず自分なりに汗を流して、苦心してみる。そのことによって分からないこと、判断に迷うことの核心が現れてくるはずです。その努力をした上で初めて相談しましょう。



2 相談する際のポイント

① 問題点を絞り込む

問題点や質問点は、できるだけ小さく具体的に絞る。

② 事実関係を明確に

現在の状況、条件などを伝える。

③ 簡潔に要領よく話す

すじ道を立てた説明ができるように準備しておく。

④ テーマからはずれない

はずれた話題を持ち出すと、単なる雑談になってしまう。

⑤ 納得するまで尋ねる

中途半端な納得をしないこと。

アドバイザー

小栗 かよ子
(おぐり かよこ)

元日本航空教官。接遇・マナー講師として、全国の医師会、歯科医師会をはじめ、帝国ホテル、日本生命などの大手企業や政治家及び官僚秘書、大学など講演・研修先多数。(株)ディレクターズシステム 取締役
1972年～1997年日本航空(株)、1997年～2000年ジャパンフードマネジメント(株)取締役副社長、
2000年～2002年ジョルジオ アルマーニ ジャパン(株)ゼネラルマネージャー、2003年～コンサルタント業務。現在に至る
【著書】「美しく生きるマナー術」(KKベストセラーズ)、「センスアップマナー講座」(徳間書店)
「エレガンスマナー講座」、「美女講座」、「自分を磨く「美女講座」」(PHP研究所)など

安心して最期のケアをしてあげたい！

エンゼルケアの コミュニケーション

患者さんに看護師として行う最期のケアともいえる「エンゼルケア」は、ご本人にとって、ご家族に対してとても配慮が必要となる大切な行為です。

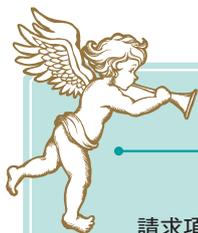
ご家族とのささいな行き違いからトラブルになることもあるので、エンゼルケアのコミュニケーション能力を高め、安心して最期のケアを行いませんか？

エンゼルメイク

亡くなったその人らしい容ぼう・装いに整えるケア全般のこと。つまり、身だしなみの整えのこと。保清や臭気対策、更衣、顔のメイクなど。

エンゼルケア

エンゼルメイク、創部への処置、家族への対応など、担当している間のすべての死後ケアのこと。



エンゼルケア料の請求額を知ろう

エンゼルケアについてコスト請求を行っている施設がほとんどです。

請求項目名は「死後処置料」。診療報酬は亡くなるまでが基本的な範囲で、その後の対応については「療養の給付と直接関係ないサービス」として実費徴収が認められているのです。施設ごとにその料金を決めているため、数千円～6万円程度と額にばらつきがあります。1万円～2万円という額が多い印象ですが、某有料老人ホームでは10万円であると聞いたこともあります。勤務先においての請求額はいくらなのか、まずはそれを知ってほしいと思います。

以前はエンゼルケアにはコストが発生していないと思い込んでいる看護師が少なくなく、「多忙な業務の中、エンゼルケアはどうしてもできる範囲での実施となってしまう」という話をよく聞いたものでした。請求額に見合ったケアができていないか、といった視点でケアを検討し、亡くなった方のご家族に問われても適切に説明できる準備をしておくことが大切です。

請求額の内訳も確認してみよう

施設によっては、請求額を算出した内訳が存在する場合があります。

図1は某病院の算出の内訳です。まず看護師の人員費を平均時間給から割りだし、それにエンゼルケアを担当する看護師の人数を掛け、夜間の場合は夜間加算をした額を出します。それに、エンゼルケアでどなたにも使用する材料費をプラスしています。例えば、看護師二人が30分に対応するとして算出している場合、その人数と時間を確保してエンゼルケアが行われなければならないということになると思います。

エンゼルケアは、基本の流れをアレンジし、そのケースごとにご家族の希望を中心とした柔軟な対応をすることに大きな意味があります。ケースによってケアの内容が違ってきますので、図1のような時間給で算出する発想はエンゼルケアの性質にフィットしていると思われれます。

エンゼルケア料(死後処置料)

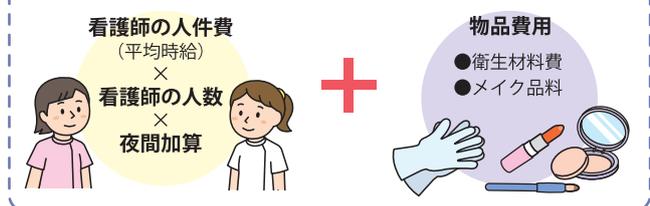
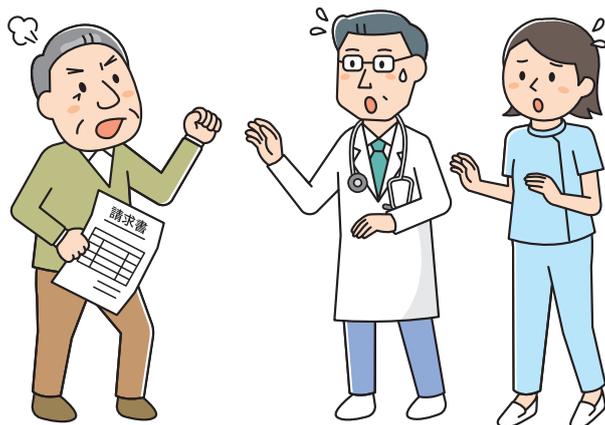


図1 エンゼルケア料の例

「ご家族同室」と「了承を得て進める」の必要性について

数年前に某病院で「死後処置料」にまつわる問題が発生しました。

ある方が亡くなり、エンゼルケアが行われ、ご退院の前にご家族が病院の支払いを行いました。その際にご家族は、請求書の項目の「死後処置料」を指さし「これはなんですか?」と問うたので、施設側がエンゼルケアを行ったことを説明すると、ご家族は「それは頼んでいないので支払いません」と言われたそうです。



これまでもそして現在も、事前にエンゼルケアの実施の料金についての説明を行っている現場は多いとはいえません。

こうしたトラブルを回避するために現実的な取り組みとして重要なのは、エンゼルケアを実施する際には、必ずご家族(近いご家族が混乱されていて無理な場合にはご家族側のどなたか)に同室していただき、医療器材を外すことや、保清や更衣、顔のエンゼルメイクなどなど、実施内容を説明し了承を得ながら行うことだと考えます。亡くなって退院する際に問題が起きてしまったことは、ご家族のグリーフワークにもプラスになるとは思えません。

関連書籍

『ナースのための決定版 エンゼルケア』(学研メディカル秀潤社)

『説明できるエンゼルケア』(医学書院)

『ご遺体の変化と管理』(照林社)



コミュニケーションの充実に向けて知っておきたいこと②

「事前の看護計画」と「詳しい看護記録」をおすすめします

事前の看護計画

あらかじめ予測されるケースに限りませんが、エンゼルケアにまつわる看護計画(メモ的な記述でもよいでしょう)を事前に記しておくことをおすすめします。どの時間に誰が担当しても、計画を確認して実施することができるからです。

例えば気管切開をしている方は、衣類を準備していただくときに、カバーした気切部が見えにくい衿のある衣類やスカーフなどをお持ちいただく提案をすること、すでに相談が済んでいればその結果を記しておきます。

また、腹水のある方について、腹水を排出することをご家族が希望した場合、その希望に添うのかどうか、主治医の方針を確認して記しておくなどもよいでしょう。

エンゼルメイクでお召しいただく衣類の準備について「どのタイミングでどのようにご家族に声をかけたらよいか」という質問をよくいただきます。その場合、主治医がご家族にご覚悟をうながすなどの病状説明を行った直後に、「つきましては、万が一ののために、お帰りのためのお召し物をご用意いただいております。ご家族は帰るときの衣類の準備まで気付く余裕がないことがあり、「それははっきり事務連絡として言ってほしい」と亡くなった方のご家族から経験談として教えていただきました。



詳しい看護記録

ケースによって柔軟な対応を行なうのがエンゼルケアの望ましい方向性です。したがってそれぞれ行われる内容が違ってきます。ある方はベッド上のシャンプーや手浴・足浴をご家族とともに手厚く行った、ある方は顔の腫瘍のカバーに時間をかけた、あるいは黄疸の肌色の変化へ向けての対処法の説明に時間をかけたなどなど。

何と何を行ったのか、どんな場面だったのかを、もしご家族が後になって確認したいという場合までも考慮し、それを示す記録が存在することは大事です。

ただ、多忙な業務の中ですから、あらかじめエンゼルケアの実施項目を作っておき、それをチェックするような記録方法が望ましいでしょう。



アドバイザー

小林光恵(こばやし みつえ)

エンゼルメイク研究会代表

1960年 茨城県行方市生まれ

東京警察病院看護専門学校卒業後、看護師として東京警察病院、茨城県赤十字血液センターなどに勤務のち、出版関係専門学校を経て編集者として各出版社に勤務。1991年に独立し、執筆の仕事が中心となる。「おたんこナース」「ナースマン」など。

看護に美容ケアをいかに代表

眠れない



「眠れない」にも人それぞれの眠れないカタチがあり、悩みも違ってきます。不眠、という同じ症状でも原因によって治療や対処方法が変わってきますので、まずはその違いや症状・原因を理解しましょう。

睡眠障害~その1

1 睡眠障害の種類

厚生労働省のデータによると、日本では、一般成人のうち約21%が不眠に悩んでおり、約15%が日中の眠気を自覚しているとの調査結果があり、成人の5人に1人、つまり1500万~2000万人の人が不眠に悩んでいると推計されます。

睡眠障害=不眠と思われがちですが、不眠症はその一症状であり、また不眠症の中でも症状によってさらにいくつかに分類され、原因を探っていくことになります。

現在、睡眠障害と診断される疾病は88種類存在し、図1のように分類されています。

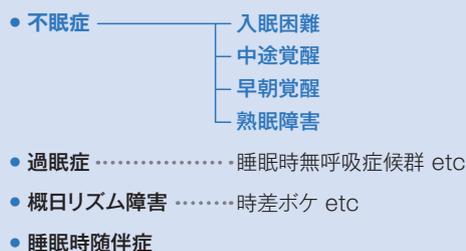


図1 睡眠障害の分類

2 不眠症

心身の健康を維持するために必要な夜間の睡眠が、量的または質的に不足して昼間の日常生活に支障を来したり、そのことにより、本人が大きなストレスを抱え込んでいる状態をいいます。

睡眠障害の中で最もポピュラーな疾病であり、潜在的な患者も多く見込まれています。

不眠症のタイプとしては以下の4症状が挙げられ、少なくとも一つの症状が、3回/週以上で、1カ月以上続いている状態を「不眠症」と診断します。

入眠困難

症状 床に就いてもなかなか寝付けられない状態。診断の目安としては、1時間以上寝付けられない場合となる。

原因 不安や緊張度が強い。他に身体的疾患、神経質で睡眠へのこだわりが強い場合など。

中途覚醒

症状 夜中に目が覚め、その後眠れない状態。全体的に睡眠が浅い場合に生じやすい。診断の目安としては、2回以上目が覚める場合となる。

原因 身体的疾患、精神的疾患、ストレス、環境の変化、アルコール摂取、加齢などが挙げられる。

早朝覚醒

症状 意図した時間よりも早く目が覚め、その後眠れない状態。診断の目安としては、2時間以上早く目が覚める場合となる。

原因 うつ、加齢、体質などが挙げられる。高齢者に見られることが多いが、これは加齢に伴い睡眠パターンが変化するためであり、生理的な現象である。また、うつ病の特徴的な症状でもある。

熟眠障害

症状 睡眠時間のわりに、熟睡したという満足感がない状態で、目覚めた時に睡眠不足を感じる症状。

原因 うつ、加齢など。全体的に睡眠が浅いためと考えられ、「入眠困難」「中途覚醒」「早朝覚醒」の結果、「熟眠障害」に陥る場合がある。

➡ 不眠症を訴える人の中で最も多いのが、何らかの原因で不眠を経験し、その後不安やかなりのこだわりにより眠れなくなってしまう精神生理性不眠といわれています。したがって、眠りに関しては完璧主義にならないことを心がけたいものです。



睡眠セミナー 無料サービスのご案内



東洋羽毛

良質睡眠でキラキラ輝く私に！

＊— 今よりもぐっすり、幸せな毎日のためのヒントがきっと得られるはずです —＊

睡眠セミナー講師を無料で派遣いたします。

東洋羽毛では「睡眠健康指導士」の資格を有した社員が講師を務める充実したセミナーをご用意しています。
正しい情報を得て睡眠習慣を見直し、イキイキと健康的な毎日を歩むお手伝いをさせていただければ幸いです。

《テーマ例》

- ★ 睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に
- ★ よりよく眠る為のヒント 睡眠6カ条
- ★ 体内時計を整えてよりよく眠る方法
- ★ よく眠れる、眠りのお話！？
- ★ 眠る門には福来る！
- ★ 早起き・早寝・朝ごはんがよい事いっぱい

◎医療安全対策研修、メンタルヘルス研修、学校保健委員会に対応した内容も行っています。

*セミナーは研修内容及び研修時間についてご相談の上、実施させていただきます。

*セミナーはご希望により何回でも承ることが可能です。

《睡眠セミナー実績例》

睡眠セミナーの様子

- ◇北海道看護連盟札幌支部
- ◇宮城県看護協会岩沼地区
- ◇茨城県学校生活協同組合
- ◇昭和大学病院
- ◇神奈川県立足柄上病院
- ◇富山市立新庄小学校
- ◇富士市中央病院
- ◇名古屋掖済会病院
- ◇北大阪警察病院
- ◇神戸赤十字病院
- ◇広島県介護福祉士会
- ◇佐世保愛恵病院
- ◇枕崎市立病院 等多数



セミナー受講後の感想

- 質の高い睡眠をとることで充実した日々が送れることが改めてわかりました。
- 不規則な勤務の中でもできることを教えてもらったので参考になった。
- 自分の睡眠の傾向を知ることができてよかったです。
- いつでもどこでも眠れるのは、良いことかなと思っていましたが、実は良くないと知りました。
- ヒューマンエラーが起こりやすい時間帯というのを初めて知り、気を付けていこうと思った。
- 良い睡眠がとれるように、今日からひとつずつ行ってみます。楽しい話でした。

セミナーに関するご相談は
お気軽にご連絡ください！



お客様相談室  0120-410840

ヨイオハヨオ

心身を癒す 奥の手レシピ



看護職などの医療職や介護・福祉職は人を援助するような職業としてヒューマンサービス業ともいわれ、失敗が許されない、自分の努力だけでは結果が出るものではない、自分ができることに限界があるといった特徴からストレスは避けられないかもしれません。そんなストレスフルな環境にも負けない心身作りには欠かせないのが食事。とっておきのレシピで気になる悩みを解消しませんか。

豚肉のトマト煮込み



ビタミンCはお肌に必要なコラーゲンの生成を助けます。

材料(1人分)

豚肉 80g
ほうれん草 10g
ブロッコリー 5g
ニンニク 小さじ1
トマト缶詰 100g
コンソメ 小さじ1/2
オリーブ油 小さじ1/2
塩こしょう 適宜

美肌を目指す! 紫外線対策のメニュー

ビタミンCとタンパク質を摂りましょう♪

作り方

- 1 フライパンにオリーブ油を熱し、ニンニク(みじん切りもしくは薄切り)を弱火して香り付けをし、豚肉を炒める。
- 2 ほうれん草、ブロッコリーは茹で、食べやすい大きさに切る。
- 3 ①にトマト缶とコンソメを入れ煮込み、②の野菜を入れ塩こしょうで味を整える。

ビタミンCを摂るために、フルーツも食べると尚Good!



鮭とグレープフルーツのお浸し



三つ葉の香りは神経の働きを鎮める効果があります。グレープフルーツでビタミンCも摂れます。

材料(2人分)

三つ葉 1/2束
グレープフルーツ 1/2個
鮭 1/2切れ
だし汁 大さじ2

ストレスに負けないための食事

ストレスが溜まるとビタミンCが消費されます!

作り方

- 1 三つ葉はさっと茹で、冷水に取ってから2~3cmに切る。
- 2 鮭は焼いてほぐす。
- 3 グレープフルーツは、皮をむき1房ずつ中身を出す。
- 4 器に盛り、だし汁をかけて出来上がり。

鮭は、水煮缶や鮭フレークを使ってもOK。気軽に作れて便利です



冬瓜の冷やし鉢



冬瓜には、摂りすぎた水分を排出してくれるカリウムが含まれています

材料(1人分)

冬瓜 40g
だし汁 50cc
みりん 小さじ1/2
食塩 少々
片栗粉(水で溶く) 1g
枝豆 2房

むくんだ体にお勧めメニュー

余分な水分を排出するカリウムを摂る

作り方

- 1 冬瓜は皮をむき、一口大に切り、煮崩れないように面取りする。
- 2 だし汁にみりん、食塩を入れ、①を煮る。
- 3 水溶き片栗粉を②に入れとろみをつけて、予め茹でておいた枝豆を飾る。



会員証加入者証をご提示で
入館料**10%OFF**

※日曜日は、小学生の方はご入館になれません。
※一部除外日がございます。くわしくはおたずねください。

資料提供

江の島アイランドスパ

〒251-0036 藤沢市江の島2-1-6 電話番号 0466-29-0688

<http://www.enospa.jp>

Enospa

えのすぱ

検索



アロマで応援!

マジョラムは食べてよし、香ってよしの
おすすめのキッチンハーブ
見逃せないのはその抗菌力

南欧料理の定番ハーブ

欧米ではイタリア料理・フランス料理に欠かせないハーブとして知られるマジョラムですが、日本人にはあまり馴染のない名前かもしれません。でもオレガノならご存じではないでしょうか？ その親戚と考えていただくとイメージがわかりやすいかもしれません。オレガノの別名がワイルド・マジョラムということからも、酷似性が分かると思います。マジョラムの方が、風味のスパイシー加減がよりマイルドで、花が結び目(knot)のようになるのが特徴的です。その見た目からマジョラムをノットッド・マジョラム(knotted marjoram)と呼ぶこともあります。料理に使う場合もオレガノとほぼ同じですが、生食でも乾燥させても香りが残るので、食材特有の臭みを消してくれ、特に肉料理との相性がよく、ソーセージに入れる代表的なハーブの一つです。日本の気候でも簡単に育てられるので、キッチンハーブとして活用してみたいかがでしょう。

その抗菌作用はMRSA対策に一役

スパイスハーブで評判のマジョラムですが、その精油を活用して実際に生のソーセージで細菌の生存率を調べた研究では何も入れなかったコントロール群に対してマジョラムの精油を使った場合の方が細菌が減少したという報告もあり、ただの香りづけ、臭い消しの役割にとどまらないことが明らかです。精油の原材料の産地によって含有成分に差はあるものの、マジョラムの大方を占める構成成分である多様なモノテルペン炭化水素類とモノテルペンアルコール類の抗菌・抗ウイルス作用によるものと推察されます。別の興味深い研究では、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)を除菌するための抗菌剤を開発する中で、マジョラム精油が抗菌性を示したと報告しています。特に食中毒が気になるような季節には食材として取り入れたり、精油をディフューザーで拡散するなど有効活用したいものです。

ラベンダーと双璧をなすリラックス効果

マジョラムの効能については古代エジプト時代から知られ、消毒剤や強壮剤、芳香剤などさまざまな使い方がされていたようで、発見されたミイラが頭につけていた葉の冠からもマジョラムが見つかっています。実はマジョラム精油の利用方法として、抗菌作用以外に注目されているのが鎮静効果です。リラックス作用で知られるラベンダーにも勝るとも劣らない、自律神経の調整作用があります。成分にterpinen-4-olを多く含有しているため、特に副交感神経への強壮作用が期待され、動悸や高血圧、緊張や不眠などの交感神経が高ぶることで起こる不調には最適です。寝る前の寝室にディフューザーで拡散するのが効果的。マジョラムはオリエンタル調のフレグランスにも用いられているので、その芳香からも心地よい眠りにつけるのではないのでしょうか。また、鎮静作用があるので筋肉痛のある部位の皮ふに塗布すれば筋肉の緊張をもほぐします。マッサージオイルを作り(ベースオイル10ml + 精油2滴をブレンド)運動後の疲労回復に役立ててください。

※一部精油にはホルモンバランスを調整する作用が認められているため、妊娠中の使用は避けてください。



マジョラム (スウィート・マジョラム)

植物学名 *Origanum majorana*

[シノ科]

抽出部位: 花房付き茎の先端



アロマな相談室

アロマセラピーや
ナチュラルライフに関する
ご質問にaromarukoがお答えします。

相談内容を見る・質問する

Willnextの加入者はHP

<http://www.e-kango.net/selfcare/aroma/index.html>

からパスワード入力でアロマな質問もできます。

英国の資格を持つアロマセラピストが

答えてくれるので、Let's Try!!

他にもHPでは、アロマセラピーのメカニズムや精油ガイドなどを掲載していますので、ぜひご参照ください。

今日から
始めたい!

夜勤にも負けない カラダケア

看護職は不規則かつ長時間の勤務を強いられることも多く、また患者さんの介助など、カラダを酷使する職種であることは否めないでしょう。でもなかなか自分のカラダをケアする時間もなく、不調のサインを無視して頑張っていませんか？ よい看護を提供し続けるためにも看護師さんの健康は必要不可欠。いつでもどこでも気軽にできるカラダケアを提案します。

マラソン完走に挑戦！ Vol.1

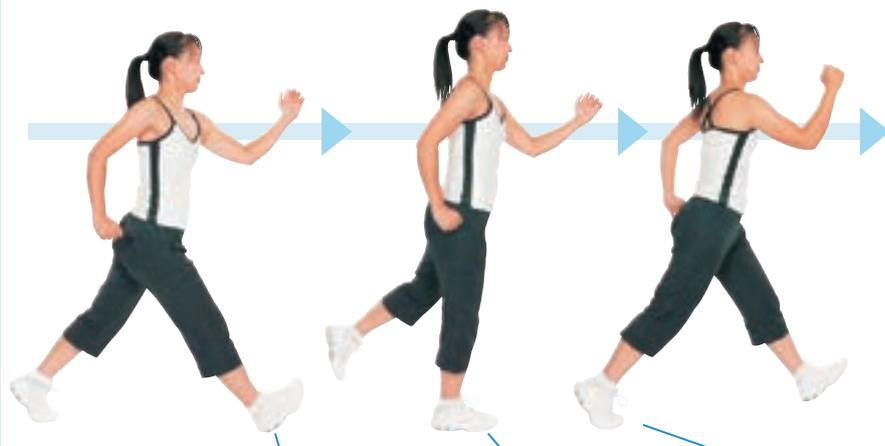
正しいウォーキングフォーム

正しいウォーキングフォームでおこなうと、
脂肪燃焼による**シェイプアップ**だけでなく、
ヒップアップに効果大！

ウォーキング
5か条

- ✓ 1, 体脂肪を燃やすため空腹時に行く
- ✓ 2, 水分はきちんと摂る
- ✓ 3, スピードは早歩きぐらいがGOOD！
- ✓ 4, 大腿で一歩ずつしっかりと踏み出そう！
- ✓ 5, できれば30分間のウォーキングを日課にしよう！

- 1 片足を出し、しっかりと地面をとらえます。なるべく大腿で踏み出しましょう。腕は自然にふればOK！
- 2 踵から足底の順番で地面を踏みしめましょう。
- 3 上半身が前方に送り出されるまで、しっかり蹴り出しましょう。



減速

踵(かかと)を突出し、つま先を脛(すね)に引寄せる事で加速のための力をためます。正しいウォーキングはここから始まります。



安定

しっかり片足に乗ることで“くびれ”のもととなるお尻の筋肉(中臀筋)と“すっきり”とした腰の筋肉をつくります。



加速

足の親指のつけ根のふくらんだところからつま先を使って、けり出しながらヒザ裏を伸ばしていくことで、ふくらはぎだけでなく、お尻と太ももの裏の筋肉を良く使えます。



日本看護学校協議会共済会会員とご家族の皆さまへ
スポーツクラブ ルネサンス 法人利用ご案内



FITNESS + WALK

カラダを鍛えると、
歩くことがもっと楽しくなる。
日常生活に気軽に
運動を取り入れること、
活動量を上げることのヒントが
ルネサンスにあります。

FUN + WALK

ルネサンスはFUN+WALK PROJECTを応援しています。
FUN+WALK PROJECTは、歩くことをもっと楽しく、楽しいこと
をもっと健康的なものにするスポーツ庁の官民連携プロジェクトです。「歩く」を入口に、国民の健康増進を目指しています。



使いたい放題 **Monthly**

8,424 円/月
(税込)

月ごとに変更可能
(変更手数料なし)

1回ごとに **1Day**

1,620 円/回
(税込)

お得なキャンペーン実施中! 2018年 9/15(土) → 12/2(日)

Monthly コーポレート会員

入会時の
手数料 **0** 円 + レンタル用品 **0** 円
通常1,080円(税込) 通常3,564円/月(税込)
※最大2ヶ月間

1Day コーポレート会員

レンタル用品 **0** 円
通常1,600円/回(税込)
タオル(大小セット)・
シューズ・Tシャツ・
ハーフパンツ
※入会当日

事前にWEB入会登録
をしていただくご利用です。

WEB入会

日本看護学校協議会共済会HPをご覧ください
※専用サイトがございます。

検索

お近くのルネサンスで
ご登録ください。

ご入会に必要なもの

会員証
(兼加入者証)

ご家族はご本人の会員証(兼加入者証)を
お持ちください

Monthly
コーポレート会員

1Day
コーポレート会員

月会費2ヶ月分
ご利用開始日(11月・12月・2月)に
より異なります。

ルネサンスカードの
口座振替がWEBで
完了していない方は
キャッシュカード + 通帳

入会時の手数料 1,080円(税込)

● Monthlyコーポレート会員ご入会の方はルネサンスカード(イオンもしくはジャックス)の申し込みが必要です。(会費はルネサンスカードからの引き落としとなります。)
● お近くにルネサンス直営施設がなく、提携施設のご利用のみをご希望の場合は、郵送にて法人会員登録及び会員証発行のお手続きを受付いたします。郵送での申し込みは以下までお問い合わせください。

不明な点は、お電話ください
03-5600-5399 平日 10:00~17:30

※ご利用は15歳以上の方に限らせていただきます。※以下の項目に該当する方の施設利用をお断り
することがあります。●施設等により、運動を禁じられている方 ●妊娠中の方 ●他人に感染する恐れ
のある疾病を有する方 ●酒気を帯びている方 ●刺青(タトゥー)を含む方 ●ペット連れの方 ●暴力団
関係者 ●弊社の会員規約にご同意いただけない方 ●その他弊社が不適当と認めた方

専用ページ
QRコード



つみたてNISAで 長期の資産形成

つみたてNISAは投資初心者をはじめ、幅広い年代の方の、
長期・積立・分散投資を通じた、安定的な資産形成をサポートする制度です。
つみたてNISAを活用すれば、非課税のメリットを受けながら、賢く資産形成ができます。

つみたてNISAとは？

- 1 月々の積立契約により購入した公募株式投資信託等について、ご購入の年から最長20年間に発生した売却益・分配金等が非課税になる制度です。
- 2 年間40万円まで非課税対象として購入できます。
- 3 すべての金融機関(銀行や証券会社)を通じて、同一年内におひとり様1口座となります。(一般NISAとの選択制となり、同一年内でいずれか一方のみ選択可能)
- 4 対象商品は、安定的な資産形成に有効と考えられる、長期・積立・分散投資に適した公募株式投資信託等です。



つみたてNISAの対象商品は長期・積立・分散投資に適したものに限定されています。

- | | |
|--|---|
| <p>特徴 1</p> <p>長期投資に向く商品!</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 信託期間が無期間または20年以上 ● 分配頻度が毎月でないもの | <p>特徴 2</p> <p>投資初心者にも分かりやすい商品性で、手数料が低く設定されているもの!</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 購入時手数料が0円(ノーロード)で低コストの投資信託 ● 運用が複雑なものは除外 |
|--|---|



資料冊子プレゼント! 『資産を育てよう・つみたてNISA』

専用ダイヤルにお電話でお申し込みください。お申し込み時に、お名前・送付先住所・ご連絡先電話番号を承ります。

受付電話 : **03-3276-5805**

(平日9:00-17:00まで)

野村証券本店営業部 Willnext読者様 担当 : 原田



ご連絡いただきましたお客様の個人情報は、当社の取扱い商品の勧誘・販売・運用およびそれらに関するサービスのご案内をおこなうための他、当社の利用目的の範囲内で利用させていただきます。なお、当社における個人情報の利用目的の詳細は、当社ホームページ (<http://www.nomura.co.jp/>)、店頭のパスター等をご覧ください

詳細は野村つみたてNISAサイトをご確認ください。

野村つみたて **検索** 

野村コールセンター
☎ **0120-00-8657**

平日8:40~20:00 / 土日9:00~17:00 (祝日・年末年始を除く)

お客様のパソコンに接続して、電話番号の3桁を詳しくお示し、お近くのセンターにおつなぎいたします。
この対応は、電話番号が不明な場合のみご利用ください。

野村証券

野村証券株式会社
金融商品取引業者 関東財務局長(金商) 第142号
加入協会 / 日本証券業協会、一般社団法人 日本投資顧問業協会、
一般社団法人 金融先物取引業協会、
一般社団法人 第二種金融商品取引業協会

つみたてNISAには、すべての金融機関を通じて、同一年内におひとり様1口座に限り利用することができること、同一年内に一般NISAと併用できないこと、一般NISAと非課税投資枠・非課税期間が異なること等さまざまな留意事項がございます。詳しくは野村証券ホームページ (<http://www.nomura.co.jp/>)をご確認ください。お近くの野村証券までお問合せください。

投資信託のお申込み(一部の投資信託はご換金)にあたっては、お申込み金額に対して最大5.4%(税込)の購入時手数料(換金時手数料)をいただきます。

また、換金時に直接ご負担いただく費用として、換金時の基準価額に対して最大2.0%の信託財産留保額をご負担いただく場合があります。投資信託の保有期間中に間接的にご負担いただく費用として、国内投資信託の場合には、信託財産の純資産総額に対する運用管理費用(信託報酬)(最大5.4%(税込)・年率)のほか、運用成績に依じた成功報酬をご負担いただく場合があります。また、その他の費用を間接的にご負担いただく場合があります。外国投資信託の場合も同様に、運用会社報酬等の名目で、保有期間中に間接的にご負担いただく費用があります。投資信託は、主に国内外の株式や公社債等の値動きのある証券を投資対象とするため、当該資産の市場における取引価格の変動や為替の変動等により基準価額が変動します。従って損失が生じるおそれがあります。投資信託は、個別の投資信託ごとに、ご負担いただく手数料等の費用やリスクの内容や性質が異なります。また、上記記載の手数料等の費用の最大値は今後変更される場合がありますので、ご投資にあたっては目録見書や契約締結前交付書面をよくお読みください。

保険のQ&A

2018年度よりWillnext「看護職向け賠償責任保険」に付帯された、感染見舞金制度について詳しく知りたい!

2015年3月31日よりWillnext「ケガ・感染・日常の賠償」に付帯されスタートした感染見舞金制度ですが、会員の皆さまのお声を受け、2018年3月31日よりWillnext「看護職向け賠償責任保険」にも新たに付帯されました。

感染症に罹患すると治療費はもちろんですが、何かと費用がかかるものです。補償内容などをよく知っていただき、万一の際には、ぜひこの制度をご活用ください。



Q: 対象となる感染症を再確認させてください。



A: インフルエンザや感染性胃腸炎を含む感染症法に定める1類~5類の感染症と日本看護学校協議会共済会が認める感染症が対象となります。(パンフレットには、より詳細を明記しておりますのでご参照ください) 参考までに、感染見舞金制度は2015年3月31日から2018年3月31日までの感染症罹患報告の約**76%がインフルエンザ**です。インフルエンザの場合、医師の指示による自宅待機日数によって変わりますが、平均して1~2万のお見舞金をお支払しております。



Q: 対象となるのは業務中に感染症に罹患した場合のみですか?



A: 業務中やプライベートの時間帯に関係なく、国内24時間、指定の感染症に罹患した際にお見舞金をお支払いたします。



Q: 請求の際に必要な書類と手続きを教えてください。



A: 所定の「感染症罹患」報告書兼請求書をWillnext事務局にご請求いただくか、Willnextホームページからダウンロードしてください。必要事項をご記入の上、以下の書類(いずれもコピー可)と併せてご送付ください。

書類	入院の場合	通院の場合	自宅待機の場合
医師の診断書	○*1	○*1	○ (感染症名と待機日数の記載が必須)
医療機関の診療明細書等	○ (入院日数が分かる書類)	○ (通院日数が分かる書類)	—

*1 原則として医師の診断書が必要ですが、他に感染症名が特定できる書類(診療明細付き領収書や処方箋等)があれば、これを診断書に代えることができます。

(注) 感染性胃腸炎(ノロウイルス・ロタウイルス等)の場合は、診断書または経過表等の感染症名が明記された書類が必要です。

詳しくはパンフレットをご確認いただくか、下記までお問い合わせください。

Willnext事務局:0120-847861

看護職の皆さまへ

Willnext ウィルネクスト

一般社団法人日本看護学校協議会共済会の会員向け総合補償制度

「看護職向け 賠償責任保険」

- 看護職賠償責任保険
- 受託者賠償責任保険
- 錠交換費用限定担保特約
- 共済制度による見舞金

NEW

「感染見舞金制度」

2018年度より「看護職向け賠償責任保険」に感染症罹患に対する見舞金制度が付保されました。

インフルエンザや流行性角結膜炎など身近な感染症に罹患した場合も見舞金をお支払いします！

「カラダの保険」

- 医療補償
- がん補償
- 団体長期障害所得補償

「ケガ・感染・日常の賠償」

- 傷害補償
- 個人賠償責任補償
- 感染見舞金制度

看護職の皆さまの
ガンバル毎日のif(もしも)のために

このチラシで資料請求していただけます。お問い合わせは

☎ 0120-847861 (株)メディックプランニングオフィス

パンフレット・加入書類は、インターネットからダウンロードすることもできます。

Willnext 検索 www.medic-office.co.jp/willnext/

引受保険会社：東京海上日動火災保険株式会社

Willnext「看護職向け賠償責任保険」

看護業務中の対人事故や対物事故、預かり物の紛失・盗難等に対応できる
看護職の皆さまのための補償制度です。



ホームページは
こちらから

NEW 「感染見舞金制度」

業務中やプライベートで感染症に罹患した場合の入院・通院・待機期間の日数に応じたお見舞金をお支払いします。(プライベートでの感染症罹患も給付対象となります。)

Willnext「看護職向け賠償責任保険」のご加入者が、保険期間中に国内で病原体に感染したことにより、下記【対象となる感染症】を発症し、通院、自宅待機、入院した場合に、一般社団法人日本看護学校協議会共済会から右表の見舞金をお支払いいたします。
(「ケガ・感染・日常の賠償」にもご加入の場合は、重複してご請求が可能です。)

入院見舞金額		通院・待機期間見舞金額			
入院日数	31日以上	10万円	通院・待機日数	30日以上	10万円
入院日数	15日～30日	5万円	通院・待機日数	16日～29日	5万円
入院日数	8日～14日	3万円	通院・待機日数	11日～15日	3万円
入院日数	4日～7日	2万円	通院・待機日数	6日～10日	2万円
入院日数	3日以内	1万円	通院・待機日数	5日以内	1万円

※「ケガ・感染・日常の賠償」に付帯されている感染見舞金制度とは通院・待機日数による見舞金額が異なります。

特長

- インフルエンザや流行性角結膜炎など、身近な感染症も補償!
- 入院・通院だけでなく、自宅待機期間に対してもお見舞金を給付します!

看護業務中の対人事故や
対物事故を補償。

患者さんからの預かり物の
紛失・盗難を補償。

病棟の鍵を紛失した場合等の
錠交換費用を補償。

患者さんとのトラブルを
弁護士に相談する費用等を
給付(共済制度)。

補償内容	Aプラン(支払限度額)	Bプラン(支払限度額)
対人事故 (基本契約)	1事故 5,000万円	1事故 1億円
	保険期間中 1億5,000万円 (免責金額なし)	保険期間中 3億円(免責金額なし)
対物事故	1事故・ 保険期間中 50万円(免責金額なし)	1事故・ 保険期間中 100万円(免責金額なし)
人格権侵害	基本契約に同じ (支払限度額については、 対人事故(基本契約)と共有となります)	
初期対応費用	1事故 500万円(免責金額なし) (うち、対人事故発生時の見舞費用は 1被害者あたり10万円限度)	
受託物	1事故 20万円	保険期間中 1億円(免責金額なし)
錠交換費用	1事故・保険期間中 1,000万円(免責金額なし)	

年間掛金

Aプラン 2,980円

Bプラン 3,440円

※掛金には、一般社団法人日本看護学校協議会共済会の年会費100円と共済制度運営費480円が含まれています。

お問い合わせ・パンフレットのご請求は

(株)メディックプランニングオフィス

☎ 0120-847861

9:00～17:00(土日祝を除く) 携帯電話からもご利用になれます

FAX 0120-035466

(下記にご記入のうえご送信ください)

✉ willnext@medic-office.co.jp



資料請求は
こちらから

ふりがな		〒	-
お名前		送付先ご住所	
勤務先		電話番号	-
ご希望の資料に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて ご請求部数をご記入ください。	<input type="checkbox"/> Willnext 「看護職向け賠償責任保険」 ()部	<input type="checkbox"/> Willnext 「ケガ・感染・日常の賠償」 ()部	<input type="checkbox"/> Willnext 「カラダの保険」 ()部

制度運営
一般社団法人
日本看護学校協議会共済会

お問い合わせ先・取扱代理店
(株)メディックプランニングオフィス
〒104-0033 東京都中央区新川2-22-6 SJビル2F

引受保険会社
東京海上日動火災保険株式会社(担当課) 医療・福祉法人部 法人第一課
〒102-8014 東京都千代田区三番町6-4 ラ・メール三番町9階 TEL:03-3515-4143

※このチラシは、看護職賠償責任保険・受託者賠償責任保険、団体総合生活保険の概要について紹介したものです。保険の内容はパンフレットをご覧ください。ご加入にあたっては必ず重要事項説明書をよくお読みください。詳細は契約者である団体の代表者の方にお渡ししております保険約款になりますが、ご不明な点がある場合には、取扱代理店までお問い合わせください。

※お預かりしたお客様の情報は、ご依頼のあったパンフレット・加入書類の郵送以外に利用することはありません。なお、ご加入に当たっての個人情報のお取り扱いについては、お送りするパンフレットをご覧ください。



近年は外資企業の国内参入もあり、外国人旅行者だけではなく、外国人就労者も増えています。それに伴い、医療現場でもより多様な疾患の対応が求められるようになりました。そうした際の対応に困らないよう、シーン別に実践的なフレーズを覚えておきましょう。前号では乳がん検診を受けた患者さんの立場からの会話でした。今号はその続きとなり、患者さんに対する言葉かけです。

乳がん検診の結果を知り不安になる患者さん②

- 4** あまり心配しないでください。
明日担当医からその検査結果や診断について説明がありますので tonight はゆっくり休んでください。

ドント ウォーリー トゥー マッチ
Don't worry too much.
ア ドクター イン チャージ ウィル エクスプレイン アバウト ザ レザルト アンド ダイアグノスティクス トゥモロー
A doctor in charge will explain about the result and diagnostics tomorrow,
ソウ プリーズ ハブ ア グッド レスト トゥナイト
so please have a good rest tonight.

- 不要太擔心，明天醫生會向你說明檢查結果和診斷，今晚請好好休息。
- 簡 不要太担心，明天医生会向你说明检查结果和诊断，今晚请好好休息。

ノム コクチョンハジ マシッシオ。
너무 걱정하지 마십시오.
ネイル タムダンウィロプト ク コムサ キョルグァワ チンダンエ クァンハヨ ソルミョン이 이썬ム니다。
내일 담당의로부터 그 검사 결과와 진단에 관하여 설명이 있습니다.
オスルバム ビョニ チュムシッシオ。
오늘밤 편히 주무십시오.



- 5** また、ひとりで悩まずに、担当医と家族、周りの方と話し合ってください。

プリーズ オルソー ドゥー ノット テイク イット オール オン ヨアセルフ アンド トーク ウィズ ビーブル アラウンド ユー サッチ アズ ザ ドクター オア ヨア ファミリー
Please also do not take it all on yourself and talk with people around you such as the doctor or your family.

- 請不要自己一個人煩惱，跟你的醫生和你的家人，周圍的人談一談。
- 簡 请不要自己一个人烦恼，跟你的医生和你的家人，周围的人谈一谈。

ット ホンザソ コミン ハジ マシゴ タムダンウィワ カゾク チュイ ブンドゥルグァ サンイヘ チュシッシオ。
또 혼자서 고민 하지 마시고 담당의와 가족 주위분들과 상의해 주십시오.

- 6** あなたの希望に合った方法を見つけることが可能でしょう。

ゼイ メイ ヘルプ ユー ファインド ザ ベスト ウエイ ザット スーツ ユー ザ モスト
They may help you find the best way that suits you the most.

- 應該可以找到一種符合你希望的治療方式。
- 簡 应该可以找到一种符合你希望的治疗方式。

タンシンウェ ヒマンエ マンマン バンボブル チャズルス イッスル コッム니다。
당신의 희망에 맞는 방법을 찾을수 있을 것입니다.



看護研究のススメ

明確な『研究目的』を設定し、適した『研究方法』を選択して、実施した看護研究。
結果を取りまとめて、その結果を公表するには、研究論文に仕立てあげる必要があります。
研究内容には優れたものがあり、結果をしっかりと得られているにもかかわらず、
研究論文や抄録の書き方がよくないために、残念な印象の看護研究論文を目にすることも多いです。
今回は、上手く論文を書くコツを紹介します。

第5回

研究論文執筆のコツ:ライターズ・ブロックを打ち破る三つのポイント



ポイント1

「研究の内容や目的を、一文で要約した文章」を作ります。筆者が、論文全体のエッセンスを一文で要約できないような複雑な内容の研究論文は、読者にとって分かりにくいものになってしまいます。それでは、せっかく実施した研究が台無しです。研究目的を端的に記した一文を吟味して作りましょう。この一文は、論文や抄録で記述する研究目的の項で、繰り返し利用する文章にします。これが論文記述のコツの中で最も大事です。

例) AがBであることを明らかにすることが目的である。



ポイント2

研究論文や抄録の執筆時には、まず、結果から書き始めましょう。研究論文全体の中でも、結果は事実を記載するだけです。比較的執筆が容易です。結果執筆時には、ポイント1で紹介した「研究の内容や目的を、一文で要約した文章」と、内容的には対になるように心がけると上手く書くことができます。結果を書く際には、結果を概述する文章に合った図や表を作成します。このように、まず先に結果を書き終えてから、方法、考察、結論、はじめにの各部分を順に執筆するとおのずと、論文ストーリーの一貫性が生まれます。



ポイント3

論文本文(はじめに、方法、考察、結論)のみならず抄録も、基本的にはIMRAD(イムラッド)形式で書きます(表1)。書式の詳しい規定については、必ず投稿先の規定に沿って執筆しましょう。

研究者は、計画段階に多くのエネルギーを消費し、その後、実施、結果の集計と分析を終えた段階でかなり疲れていることが多いです。その影響、「論文執筆」の最後の一踏ん張りがきかなくなることが多いです。心理的要因で書き始められない、書き始めたら混乱する、こういった状態は、ライターズ・ブロック(Writer's block)とって、よくある現象です。そんなブロックに遭遇した際には、今回紹介したポイントを思い出し、1時間以内の短時間で、ざっくりと下書きを作成してみてください。きつとうまく書き始めることができるでしょう。

表1:IMRAD …研究論文のフレームワーク…

項	書くべきこと	備考
I ntroduction 序論、はじめに、緒言	なぜ、この研究を行ったか	研究の必要性を、既知・未知の紹介、社会背景、疑義、可能性等に絡めて記述する。
M aterials and Methods 材料と方法、対象設定と方法	何を行ったか	他者が同じ手法で同類の研究を実施可能となるよう詳細に記述する。
R esults 結果	分かったことは何か	研究目的に沿った結果を、忠実に示す。
(and) D iscussion (と)考察	得られた結果はどう解釈できるか	結果の解釈は、研究者の考えに留まらず、先行研究との比較、方法が結果にどのような影響を与えているか等を含め、論理的な議論を展開する。

アドバイザー **奥田 三奈 (おくだ みな)**

東京医科歯科大学医学系研究科修了(保健計画・管理学)、看護学博士、看護師、保健師

専門：健康科学、健康管理学、看護研究

主な研究領域：百寿者研究、健康づくりボランティアの普及に関わる調査、特殊作業従事者のコンディション維持やメンタルヘルスについての研究等



Willnextご加入の看護職の皆様も対象となります!

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、下記の要領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) 助成総数は年間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)、郵送のみ

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を交付する。

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できない。
- 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、結果の取りまとめ、発表資料作成およ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】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(研究に当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およびグループ。

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およびメール指導(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) 助成総数：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

2018年10月1日から11月2日(必着)、郵送のみ

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まとめる。
 - 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に、2018(平成30)年8月より掲載しています。

当会ホームページ <http://www.e-kango.net/>

この研究助成事業は、篤志の方から当会に寄せられた寄付金を活用し実施する事業です。

一般社団法人日本看護学校協議会共済会 設立20周年記念祝賀会を開催いたしました

2018(平成30)年6月22日(金)に帝国ホテル(東京都千代田区)にて、弊会の設立20周年を記念して「一般社団法人日本看護学校協議会共済会設立20周年記念祝賀会」を開催いたしました。

当日は、ご来賓の方々をはじめ、これまで弊社にご尽力いただきました顧問の方々、弊社各役員と代議員の方々など約100名にご臨席を賜り、皆さまへの感謝の気持ちをお伝えすると共に、20周年を迎えることができた喜びを分かち合うことができました。

20周年という節目を迎え、これからも一層、弊会の役割である医療・福祉系の学生、教職員および医療・福祉の専門職の方々安全に安心して学べ、職務に取り組めるためのお手伝いをして参る所存です。

今後とも、倍旧のお引き立ての程よろしくお願い申し上げます。

また祝賀会に先立ち弊会の第12回定期総会を開催いたしました。代議員改選の年となった今年度は、役員の方々にも交代があり、これまでの3期間会長としてご尽力いただきました佐藤仁作に代わり、荒川眞知子が新会長になりましたことを併せて報告申し上げます。

設立20周年記念として弊会の歴史をたどった「一般社団法人日本看護学校協議会共済会20年のあゆみ」を製作いたしました



荒川新会長(左)、佐藤前会長

「新・教務必携 改訂版」看護学校の運営と管理 を発行いたしました

「新・教務必携」は弊会山田里津最高顧問が1999(平成11)年看護学校・看護師養成施設教職員向けに出版した書を、2009(平成21)年、弊会の一般社団法人化を記念し改めて制作いたしました。看護学校の運営・管理を網羅的に記載した分かりやすいマニュアル本でありつつ、筆者の長年の看護教育に対する思いの詰まった指南書として多くの看護教育に携わる皆さまにご好評でしたが、2015(平成27)年3月、在庫がなくなったため販売を終了し、その後も多くお問い合わせをいただき改訂版の発行が望まれていました。そこで今年度設立20周年を記念し改訂版を発刊いたしました。内容も最新の看護教育の現場に即したものとなっておりますので、ご一読いただければ幸いです。



Willnext
Magazine

発行日 2018年9月10日
制作・発行所 一般社団法人 日本看護学校協議会共済会
発行者 荒川 眞知子
編集人 石原 裕子
デザイン G&D



お問い合わせ先

一般社団法人 日本看護学校協議会共済会

〒104-0033
東京都中央区新川2-22-2 新川佐野ビル6F
TEL.03-5541-7112 FAX.03-3206-3100
<https://www.e-kango.net>

