

Willnext

ウィルネクストマガジン

17

Vol.8 No.3

一般社団法人 日本看護学校協議会共済会

Magazine



巻頭特集

超高齢社会に向け、 一歩先を行く地域医療のカたちを見つけてみませんか 離島の看護師 ～佐渡島～

トピラ	2
データで知ろう！ 佐渡の医療事情	3
佐渡市立両津病院の取り組み	4-8
新潟県厚生連佐渡看護専門学校の取り組み	9-10
地域連携の取り組み	11-12
とくとくプレゼント	13
●共同通信社 最新医療行政	14-15
●最新医療情報	16-17
●最近の医療事故事例から学ぶリスク回避のポイント	18-19
●これだけは知っておきたい！ 医療と法	20-21
●今日から実践したい感染対策	22-23
●身近な感染症のやさしい微生物学	24
●患者応対力向上のための医療接遇レッスン	25
●エンゼルケアのコミュニケーション	26-27
●心身を癒す奥の手レンジ	28
●アロマで応援！「ジンジャー」	29
●「眠れない」	30-31
●看護職も知っておきたいマネー講座	32-33
●今すぐ看護の現場で使える外国語会話	34
●事例研究 保険のはなし	35
●国際交流事業実施報告	36

超高齢社会に向け、
 一歩先を行く地域医療のカタチを
 見つけてみませんか

離島の看護師 佐渡島



写真提供: 共同通信社



写真提供: 共同通信社

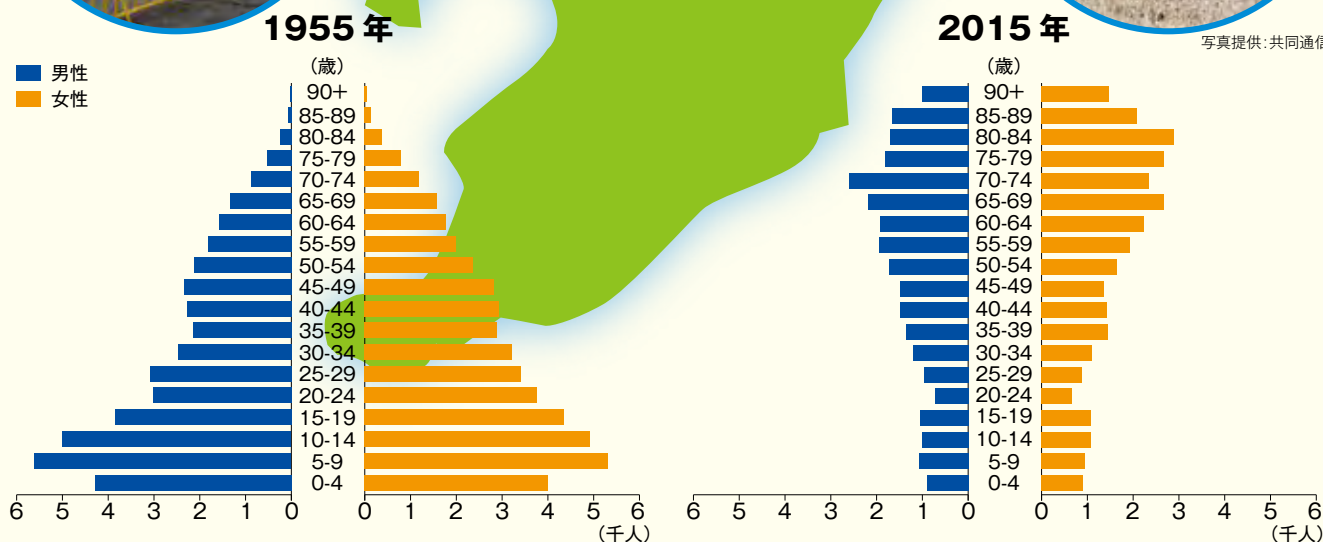


図1 佐渡市の人口ピラミッド

北方領土を除く日本の島の中では沖縄本島に次ぐ面積を持つ佐渡島。実は東京23区の1.4倍の広さを誇りその大きさから離島?のイメージが湧きにくいですが、特定有人国境離島地域にもなっているれっきとした離島です。その大きな島に現在は人口6万を切る住民の方々が暮らしています。1955年と2015年の人口ピラミッド(図1)をみても明らかなようにこの60年間にまったく異なった人口構成となり、高齢化が顕著です。

日本全体においても2005年を境に総人口が減少に転じ今後いつその超高齢社会を迎えることは周知のことですが、それよりも何十歩も先に、超高齢社会を迎えた佐渡では「在宅医療」や「地域包括ケアシステム」などの必要性に迫られ、今後も島民の保健・医療・福祉を維持するためにと、島をあげてすでにさまざまな取り組みを始めています。

そこには将来日本のどの地域においても直面するであろう、超高齢社会に潜む看護をはじめ医療・福祉の問題とその解決の糸口があるのではないかと思います。今号では佐渡島の病院、看護学校、医療を取り巻くネットワークなどの取り組みを通し一緒に探っていきましょう。

取材・文/石原 裕子(事務局)

データで知ろう！

佐渡の医療事情

基本データ

面積は東京23区の約1.4倍、
外周距離新潟～大宮という大きな離島

表1

面積	855.1km ²
外周	281km
人口	54,656人

(2019年3月31日調べ)

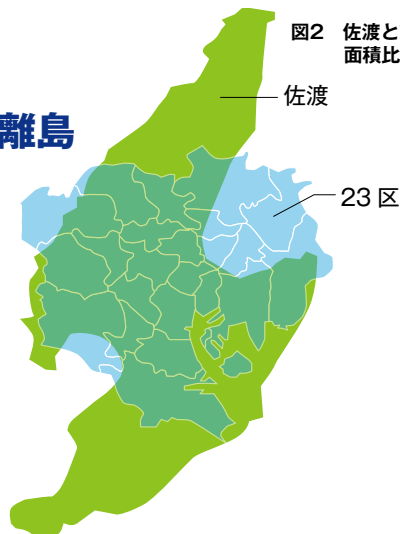


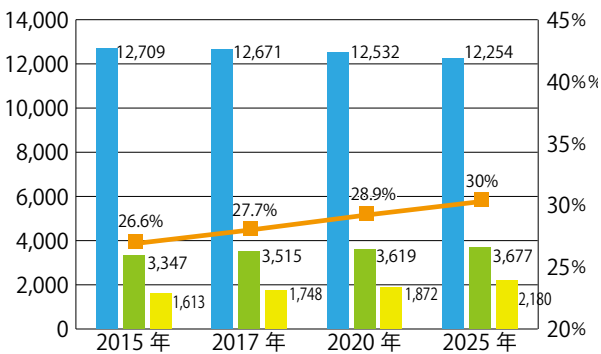
図2 佐渡と東京23区の面積比較

人口減少率と高齢化率

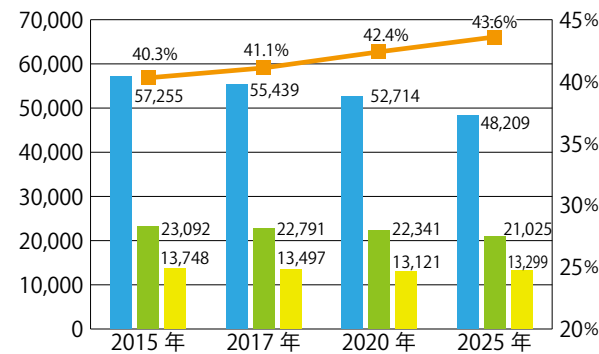
佐渡の高齢化率は日本全体より一歩リード？
すでに41%超え

■ 総人口 ■ 65歳以上の人口
■ 75歳以上の人口 ■ 高齢化率

(単位:万人) 図3 高齢者人口の推移と推計 日本



(単位:人) 図4 高齢者人口の推移と推計 佐渡

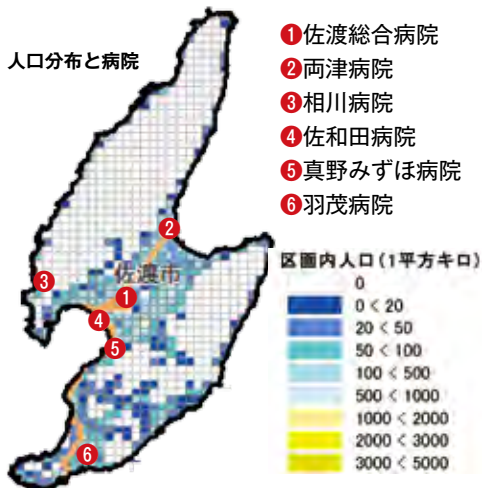


※国勢調査人口を基準とした市町村別人口推計により作成

医療事情

全域に点在する島民の保健医療を担う限られた医療資源

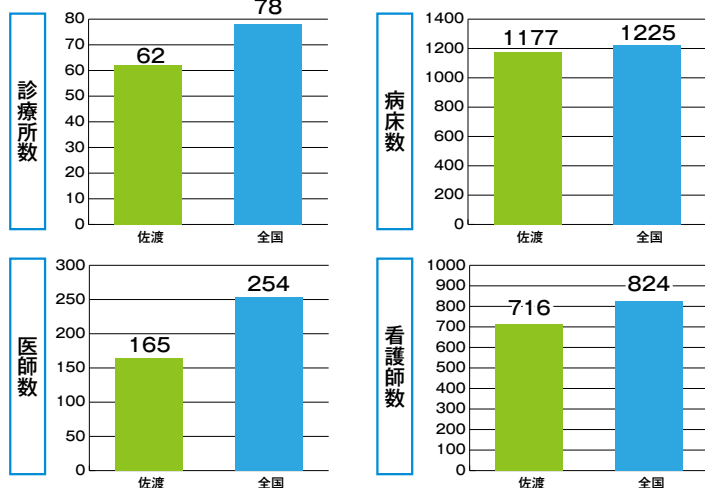
図5 人口分布と病院



参考:日本医師会総合政策研究機構

図6 佐渡の医療資源と全国比

人口10万人あたり:2015年調査



参考:日本医師会総合政策研究機構

限られたスタッフでやりくりする知恵

ワーク・ライフ・バランスを取り入れ 佐渡ですっと 看護職を続けてほしい



弊誌ではこれまでも医療者不足が深刻な離島で頑張る看護師さんをクローズアップしてきましたが、その解消の糸口は日本看護協会(以降、日看協)が推進しているワーク・ライフ・バランス(以降WLB 弊誌第12号P10-13参照)にあるように思います。弊誌12号の特集で紹介した種子島の看護師さんたちは本人のWLB実現への強い意思があつての離島転職でした。今回紹介する佐渡島の佐渡市立両津病院では、看護部、病院さらには行政が一丸となって看護師不足解消のために必要なことを検討し、見つけた答えの一つがWLBだったといえます。

離島という限られた医療資源の中でいかに今ある人材を有効活用し、島外からも魅力的な職場環境をつくり上げるためにWLBの取り組みを実施することで、少しずつその結果が出てきているそうです。看護部長の三好 君江さんに伺いました。

※掲載内容は取材時(2019年10月30日現在)に基づいています。

離島と意気込んで訪れると、実際にはこれまで伺った隠岐島や種子島に比べ、佐渡はいわゆる離島感がゼロという印象で驚きました。

私も住んでいてふだん離島という感じを持つことはありません。最近では佐渡の中でも郊外にさまざまな大型店が店出し、コンビニも24時間営業していますので、毎日の生活は私たちが本土に行ったときとあまり変わらずに思います。また佐渡は気候も新潟に比べて夏涼しく冬は積雪量も少なく温暖で過ごしやすいのです。しかし、日本海に位置しているため、冬は悪天候になることもあり、船がストップする事もあります。この時期は、島内で暮らす私たちより、離島感は島外から訪れる人が強く感じられているようです。現在、来島のための交通機関としては、船舶のみとなっています。そのため、船は生活を支える重要な足、そして、医師不足を解消する手段も担っています。島外よりの助勤医師により、佐渡での専門的な医療が可能となっています。島内には入院可能な医療施設が6カ所あり、すでに15年前から島内で完結できる医療を目指して組織化しており、各施設が機能ごとに分担しているため、その意味では住民の方に離島感を抱かせることは無いと思います。

離島を感じさせない、それは裏を返せば佐渡島の最大のウリなのかなとも思いました。つまり、新潟港からジェットフォイルを使えば両津港まで1時間少々で到着し、また新潟までは東京から新幹線で約2時間と考えると非常に身近な離島と感じられ、気合を入れずに来て離島の医療を実現できることは魅力的です。最近はスポーツなどのイベントも有名ですね。

近年は官民一体となってさまざまなイベントの誘致をしており、トライアスロンは今や参加者制限するようなイベントに成長し、佐渡ロングライド210は国内サイクリングイベントの一つとして広く知られています。そうした際には当院も救急部門の人材を手厚くする、看護職も医療班として現場に行くなど全面的に協力をするので、一大イベントになります。またいずれのイベントも地域と密着しながら盛り上げています。風光明媚(めいび)な佐渡ですが、暮らす人々にとっては、へき地での暮らしになります。佐渡は高齢化率41%、また、独居や老々世帯も同様の割合です。こうした地域で私たちは医療を提供しています。当院は、「市民と患者さんの病院であり、全ての職員は常に患者さんを中心に考えて行動します」と、運営理念を掲げています。これに基づき、看護部では地域住民の生命と健康を守る担い手として、地域に根差した看護、地域の人々に信頼をいただけるような「かかりつけ病院」を目指しています。

かかりつけ病院の機能として『病気を治すだけでなく、生活も治す』このことを石塚 修院長(P8 参照)と常に話しています。そのため、入院の基準についても「検査データに異常がない」としても「食べられない」と訴える方がいれば、その原因をはっきりさせるために入院も必要です。

例えば、「食べられない」と訴える人の生活状況を知らずに「検査結果は何も悪くありません」と帰された患者さんが、次に病院を訪れた時には衰弱され、結果その後の入院期間が長引いてしまったことも過去にあります。

佐渡島の医療はご本人の年齢や暮らし、地域性、ご家族などを加味し、そこで生活がなりたたない人であれば、それが判断の基準になります。その人が地域で長く健康に暮らせるためのお手伝いが当院の役割というのが院長の想いなのです。また「佐渡島は日本の将来図であり、つまりここで行っている医療は日本の最先端。今からその医療を考えて行きましょう」が院長はじめ常勤の医師たちの取り組み姿勢なので、看護部もそれに同意し、退院の際には病気だけではなく、その人が地域に帰ってその地域の中でどういうサービスを受けることができ、相談できる人・支えてくれる人がいるかを見極めて支援しています。退院前のカンファレンスにおいて、今度は地域に帰ったらそこの看護職に入っていたら、看護のバトンを渡していきます。

医療資源の十分でない佐渡島においては、画一的な医療ではなく、患者一人一人の生活を考え、医療を提供していく必要があります。

地域医療を進めていくうえで訪問看護ステーションなども含め看護師さんは不可欠ではあるものの、病院の方の看護師さんも足りない。つまり島全体として看護師さんの絶対量が足りていないという状況の中で、その解決策として取り組んだのがWLBだったのですね？

当院は5階建てで、もともとは3階と4階が病棟でしたが、看護師不足の関係もあり現在は3階が休床している状況です。島の人口減少もあり今後再開する見通しはなく、移転予定の新病院でも60床で計画が進んでいます。近年は島内に介護福祉施設は増えていますが、病院はどこも病床数を少しずつ減らしてきているのが現状です。加えて当院は予定されている新病院スタート時まで、現在の看護スタッフのうち16人が定年退職を迎えます。それまでに看護師を補充していくことは喫緊(きつじん)の課題なのです。そんな折、院長が日看協が推奨していたWLBに注目し、「看護職にどんどん来てもらうためには当院もWLBに取り組んで職場環境を整え、こうした働き方もできますよというビジョンを掲げ、それを広く内外にPRしていきましょう」と自らが音頭をとりスタートしました。

実際の取り組みをいくつかご紹介いただきました。



佐渡市立両津病院 看護部長
三好 君江さん



WLBの
取り組み

看護スタッフの勤務形態が一目で分かるようにスクラブを導入
▶**オーバーワークがなくなりました**

夕方の病棟に行ってみると一目瞭然ですが、その時間帯は看護職の制服が白衣とスクラブで混在しています。事務スタッフから、「制服が白衣のみであると、夜勤者が誰なのか分からない」と見える化の要望があったのです。なぜなら日勤と深夜帯のスタッフが一緒にステーションの中にいると、事務スタッフや医師も誰が夜勤で誰が仕事の終わった看護師なのか見分けがつかず、構わずお願いをしてしまうというのです。声を掛けられれば勤務が終わっていても看護師は指示を受けて、結果的にはオーバーワークになってしまいます。そこで夜勤勤務の人はスクラブのユニフォームを着用することにしたら、医師も事務スタッフもこの時間はこの看護師は勤務が終わっているというので、この看護師に頼むというように変わり、時間外勤務の減少につながったのです。



WLBの
取り組み

目標管理を導入し、3回/年各部長とスタッフの面談を実施
▶**取り組み後の調査でスタッフの満足度がアップしました**

WLBに取り組みの際に行った調査では、現場で働くスタッフの満足度が非常に低く、結果を丁寧にみていくと「自分が上司にどのように評価されているのか分からない」という回答、さらに「上司が何を考えているのか分からない」という理由が浮かび上がってきました。つまり管理者と現場スタッフとの間のギャップが大きいことが明らかになったのです。そこで目標管理を導入し、3回/年各部長とスタッフの面談を実施し、スタッフが自分の思いを伝え

り、管理者はあなたを評価していますということを伝えていく機会を設けました。するとスタッフがこれまで日常で言ってもよいような意見も実は言えていなかったことが分かり、管理者もあのスタッフがこんなによいことを考えていたのだということに気が付けることに結びついたのです。取り組みを続けてしばらくして再調査をしたところ、実際に満足度があがっていました。WLBの取り組みで最初は時間外の削減、給与や年休を増やす等を推進していけばスタッフの満足度はあがるのではないかと考えていました。しかしそれはあくまで「不満じゃない」状態で「満足」とは違っていたのです。「満足」は自分が認められる、自分に達成感がある、そういったことから得られるもので、実施してみてその理論が確かであることを実感しました。

WLBの
取り組み

看護職の新たな雇用体系を導入
▶**当直業務のスタッフが増え他のスタッフのWLBに幅ができました**

これまでは夜勤や当直勤務は正看護職員に限定していたため、少ないスタッフの中でやりくりが大変でした。そうした状況を見て「夜勤してもよいですよ」と臨時採用看護職員の中から申し出てくれる人がいました。また、退職した管理職看護師の臨時採用は就業受け入れ部署が難しく、これまで退職後に働いてもらいたいのに働いてもらう場所がない、という悩ましい問題でした。しかし今まで管理当直をしていたのだから、管理当直を

お願いすれば？ バリバリ現役でやっていたのだから救急外来の日直業務を任せたら？ と、考え方を考えて本人に打診すると可能だと言ってくれたのです。ただ公立病院という立場から、これまで臨時職員の夜勤の賃金体系がなく、実行するためにはそこがネックになりました。そこで事務に依頼し新たに賃金体系を作ってもらい行政から許可を得て、2017年度から制度を導入し、臨時採用の看護職にも深夜勤務をしてもらえることになったのです。その結果当直などの責任の重いシフトに臨時採用ではあるけれど経験豊富な人が入ったことで問題なく業務が行われ、さらに少なかった当直業務のスタッフに1人加わってくれたことで他のスタッフのWLBにも幅ができました。

WLBの
取り組み

研修参加は公費で負担
▶**教育体制の充実で研修参加頻度が増えました**

「看護の質の向上」には、看護教育が重要として、公費による研修会参加が増えています。WLBの活動を通して、若手の看護師さんに来てもらうには、教育体制の充実が重要であると学びました。島外看護師との交流の機会にもなります。また研修に参加したスタッフが戻って病院に還元もしていたので、教育は大事なかなと思います。また看護職は基本的にまじめで時間外に研修やレポートなどに取り組

み、当院も以前はそうでしたが、委員会活動なども含めそうした活動を全て時間内に入れるように切り替えたのです。最初はそんなことは無理と思われるかもしれませんが実際に今できています。なぜなら看護職は一日をどのように自分が動いて看護していくかといったタイムスケジュールは個々が決めるので、この時間帯は皆で勉強しますということが最初から分かっていたらそれ以外の時間をきちんと配分でき、それをしたから残業が増えるわけではありません。つまり意識の持ち方一つで変わり、なおかつ自分の時間がしっかり確保できるようになったのです。

当院のWLBの取り組みの特長は各部署のスタッフに委員として加わってもらい、院長自らが動いてくれたところだと感じています。WLBに取り組んでいる他施設の話を知ると、看護部が中心となって行っているところがほとんどでした。院内全体に広げていくためには他部門のスタッフがプロジェクトに入ってこないとう理解を得られません。当院でもスタート時はなぜ看護職のために自分たちがWLBに取り組まなければならないのかという職種間の垣根がありました。しかしながら看護職が全職員の半分を占めているわけですので、看護職のWLBが軌道に乗れば次は他の職種につながっていくのです。実際、スクラブを導入したところ、職種にあったユニフォームを取り入れたいという意見が出て、その後他職種も業務に合わせた効果的なユニフォームに変更して行っています。その際、トップは「その分皆が働いてくれればよい」という考え方です。職員が働きやすい＝頑張れる＝看護や医療の質が上がり、最終的には質のよい病院＝評判の高い病院を目指しているのだと思います。

WLBに取り組んだ際、その第一歩として活動の取り組みを院内外に紹介する新聞を発行することにしました。新聞のタイトルは「だちかんちゃ」、佐渡弁で「ダメ」というニュアンスの言葉です。WLBスタート時の当院はよい意見をいっても「ダメ」と抑えられてきた慣習がありました。また外部からは「あの病院だちかんよね」と評価されていた部分もあり、ならばWLBの取り組みを広報する「だちかんちゃ」というタイトルの新聞を発行



し、最終的には「よいね」の意味の「いいねかつちゃ」が出せるように頑張ろうと開始したのです。2015年10月9日に第1号を発行し、集大成の3年後2018年には日看協から「カンゴサウルス賞」をいただき、36号となる2018年5月31日発行のタイトルは「いいねかつちゃ！」として最終号を飾ることができました。

こうしたさまざまなWLBの取り組みのおかげで、かなり人員確保ができてきている状況かと思えます。

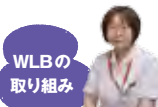
イメージしていた患者さんに寄り添える看護が実現できています

新潟市の出身で新潟の学校を卒業し市内の病院に10年ほど勤務していました。その間看護師である夫と結婚をし、しばらくはともに市内の別の病院で働いていたのですが、夫が佐渡島の出身だったことから島への転職を決め、今は二人とも当院で働いています。夫はもともと公私をしっかり分ける人なので、当院への見学も互いに別々で、私が来たときに「看護師が不足しているのでぜひ来てほしいし、別々の病院で働くと休みを合わせてあげるのは難しいけど、夫婦で働いてくれれば勤務も考慮ができ休みも合わせてあげられる」と言っていたが、職種柄これまでも徹底的にすれ違うこともあったので、確かにそれはありがたいな、と思い、結果二人で並んで試験を受けました(笑)。ともに病棟勤務で当院に就職してから1年少したちますが、院長や他のスタッフにも職場で二人が話す姿をほとんど見たことがない、とよく言われています(笑)。



病棟看護師
まさすの ちあき
増野 千明さん

近年新潟市内で新たに建てられた病院施設は病室も以前のような6人部屋が少なくなり、せめて4人、トイレも各所に設け、大きなトイレがなくなりあまり人と人が顔を合わせる機会がないような構造になっています。個を重んじる若い人にとってはよいのかもしれませんが、ご高齢の患者さん同士が話をするチャンスが少なくなってしまっているように感じていました。接触を持つのがいやになってしまうような環境がどんどんつくられていっているなど。私が勤務していた病院もプライバシーに配慮し、患者さんへの接遇についても厳しく、当院のように少しくだけて親しげに話すということも許されない雰囲気でしたので、最初はびっくりするくらいでした(笑)。でもとてもアットホームで、昔から自分がイメージしていた「患者さんに寄り添う看護」ができるのはこうした場所なのかな、と今は思っています。



WLBの
取り組み

増野夫妻は奥さんの方が最初から当院への入職を希望されていたのですが、ご主人は1病棟しかないところで「二人一緒に働くことはありえない」と島内の医療施設各所を見学され、そのうえでやはりご自身も当院で働きたいとおっしゃっていたのです。それは当院がWLBに取り組んでいたことも理由の一つではないかと思っています。仕事は大事ですがプライベートの時間もしっかりとれるように努め、例えば夏休みを夫婦で一緒にとりたいなどの希望も勤務表の調整は考慮できますので実現可能なのです。看護職は過酷な仕事だと思いますので、そうしていかないと実際に続きません。

一緒に働いていても誰も夫婦だと気が付かないのは二人の意識の持ち方があり、そうすると周りのスタッフも働きづらさを感じないのです。公私をしっかり分けプロフェッショナルですごいなと感心しています。

島の看護は 島外の看護職の力 なくしては ありえません

自分の看護を試したいと思ってきた佐渡に気が付いたら移住していました



病棟看護師
ましまさちよ
間嶋 幸世さん

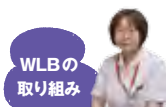
て紹介してもらった佐渡島内の別の病院で10年ほど、当院に就職してからもうすでに13~14年がたち、その間佐渡島の人と結婚もし、まさかの移住をしてしまった経緯です(笑)。

京都では若い患者さんの入退院が多い急性期の病院でしたので、佐渡に来て一番の違いは患者さんの年齢層の高さでした。また患者さんのご家族とお話をしたくても、ご家族が島外にいらっしゃることも多く話し合いがスムーズに進まない、病状が悪化しすぐ来ていただきたいことも難しく、看取

もともと京都の出身で学校を卒業後11年は京都の病院で勤務していました。ちょうどそのころ、離島で働く看護師の姿を追うTV番組を観て、自分も離島という少ない医療スタッフの中で看護師としてどこまで追求していけるか挑んでみたいという思いが募ったのです。佐渡島は知人がいたこともあり決めたのですが、1994年に実際に来てみてまさかこんなに大きな島だとは思っていませんでした。驚くと同時にイメージしていた離島との違いに戸惑いもありました。それでも当初は4~5年離島で働き京都に帰るはずが、知人を通じ

てもらえないケースなどは本土にはない離島の切なさを感じることがあります。陸続きであれば家族がどんなに離れていてもその日中には来てもらえますが、船が止まってしまったら来れないという現実が来たいというご家族の気持ちを阻むわけです。

ただ高齢者の元気さは佐渡島のほうがあるように思います。例えばあるとき両手でつえをついている高齢の女性がスーパーから出てきて「どうされるのかな」と見ていたら、車に乗って運転して帰っていかれたのです。都市部であればそうした状態の人は入院されていると思われ、その姿を見かけたときには高齢者層の中身がまったく違うのだなとすごい衝撃を受けました。それが30年近く暮らしている今ではそれが当たり前のような光景になっており、少し認知症の入った患者さんに「車を運転して帰る」と言われたら、帰路が心配にはなるものの「気を付けて帰ってね」と声を掛けている、そんな私自身の変化が患者さんを通してあるのかなと感じています。



WLBの
取り組み

当院のWLBのビジョンは『島外から看護師が両津病院に来てくれる!』です。実際にWLBに取り組み、離島看護を学びたいと訪れる方もおり、間嶋さんはその意味での先駆者といえます。



自然豊かな中で3人の子育てをしながら無理なく看護の仕事もできています

鹿児島島の病院で5年、東京の病院で3年ほど働いていたときに佐渡出身の人と結婚子どもを1人もうけ、夫が長男だったこともあり2001年に帰ってきました。当時は鹿児島島の人間にしてみると東京はまだしも、新潟は一度も訪れたことのない県、ましてや佐渡ってどんな島？ という感じで、新潟＝雪深い、冬の日本海の荒波といったイメージだけが先行していました。東京の職場で「佐渡に行く」と新潟市出身の上司に伝えたところ気の毒がられ、よく知っている人にとっては「大変なところにお嫁に行くのね」と思われたようですが、逆に鹿児島島出身の私にとっては佐渡も新潟も一緒という感じでよく知らなかった分、気軽に来られたということはあるかもしれません(笑)。

島に来た当初から当院での就職を希望していたのですが、タイミング的に看護師の募集をしておらず、別の病院で1年ほど働いたころ2人目の子どもができたため退職し子育てに専念していました。そろそろ仕事に復帰したいと考えていた2003年に当院で臨時職員の募集があり、まだ子どもが保育園児でしたので9時～3時で働かせてもらったのですが、しばらくし

て3人目の子どもができたためいったん辞めることになりました。その子が保育園に通えるようになったところで再雇用してもらい、子どもの成長に合わせて働き方も8時半～5時とし、一番下の子がお父さんと一緒に寝ることができるようになった2009年、正式に夜勤もする正職員として働くようになったのです。臨時から数えると15年くらいになりますが、子どもの成長に合わせて、自分のライフスタイルに合わせて看護の仕事が続けられているのも佐渡だから、当院だからこそと感じています。

佐渡島は人と人のつながりに密着性があり皆が顔見知りなので、私から知らない患者さんから「あんたあそこの姉さんだろ」と声を掛けられたり、たくさん採れたからと地域の人からおすそ分けがあったりします(笑)。職場も同様で例えばスタッフの子どもの具合が悪い場合、その子本人を皆知っているのをおいやめいの感覚で「ならば今日は休んでついていてあげてね」という気持ちになりやすいのです。またスタッフ同士がママ友も兼ね「あの学校だとこれがあるよ」と教えてくれたり、子育てで不安なことがあっても「うちの子もそうだったよ」と相談に乗ってくれたり、さらに当院には常勤の小児科医がいますのでその点でも仕事をしながら安心して子育てができています。佐渡は保育園も都市部のように待機児童もなくすぐに入れ、延長の時間も規定内であれば預かってもらえるので、自然豊かな中で子育てをしながらそのときのライフスタイルに合わせて看護の仕事が無理なく続けられる環境は万全です。



内科外来主任看護師
ありもと まさみ
有元 雅美さん

離島といえども5万人を超える人口を抱える佐渡では島出身のスタッフだけで医療をまかなうことは到底不可能です。両津病院でも島外から来た看護師さんが頑張っています。佐渡に来たきっかけや島外の看護を経験してきたからこそ分かる離島の看護などを伺いました。そこにはWLBの取り組み効果も垣間見えます。

WLBの
取り組み



あるときベテランの看護師から成人したお子さんに「お母さんの仕事は尊敬しているけれど、子どものころを振り返ってお母さんは学校の行事に一度も来てくれなかったよね」と言われ、とてもショックだったと聞いたことがあります。そこで「お母さんは学校の行事にも参加して看護師さんもしているよ」とお子さんに言ってもらえるような職場環境を整えていくことも大事だと考え、当院の勤務表の基準はお子さんのイベントを最優先ということにしました。したがってもし皆がお休みを取りたいと日程がかぶった際にはお子さんのイベントのある人の希望を最優先とし、それが基本的な考え方になっています。



病棟看護師
わたなべ てるみ
渡邊 輝美さん

沖縄出身で東京で3年間働きながら准看護師の資格を取り、その後結婚で新潟市に引っ越し、市内の病院で2年間ほど働いていました。佐渡出身の夫が実家の仕事を継ぐタイミングの1985年に当院に就職し准看護師として働いていたのですが、48歳のときに病院から通信の看護学校に挑戦しませんかと声を掛けてもらい、51歳で正看護師になりました。そして気が付くと沖縄より佐渡の生活の方が長くなっていたのです。佐渡に来て何がよいかといえば一番に食べ物がおいしいことだと思います(笑)。

もちろん佐渡と沖縄は風土と文化がまったく違いますので、その感覚に完全に慣れるのには10年くらいはかかりました。東京では学校という集団生活もあつてかそこまで戸惑いはなかったのですが、特に新

両津病院でなかったらきっと准看護師のままでした

新潟出身で東京で3年間働きながら准看護師の資格を取り、その後結婚で新潟市に引っ越し、市内の病院で2年間ほど働いていました。佐渡出身の夫が実家の仕事を継ぐタイミングの1985年に当院に就職し准看護師として働いていたのですが、48歳のときに病院から通信の看護学校に挑戦しませんかと声を掛けてもらい、51歳で正看護師になりました。そして気が付くと沖縄より佐渡の生活の方が長くなっていたのです。佐渡に来て何がよいかといえば一番に食べ物がおいしいことだと思います(笑)。

新潟に来たときはカルチャーショックが大きかったです。ただ、佐渡は東京や新潟よりも違和感がなく、個人的には合っていたように思います。まったく異なるとはいえ、沖縄も佐渡も都会のような離島ということにシンパシーを感じたのかもしれませんが、特に人のオープンさは大きく違い、沖縄ですと見ず知らずの人でもすぐに親しくなるような島民性がありましたので、佐渡に来たときは少しシャットアウトされてしまうような感じを受けました。人との付き合い方の割り切り方が違うと思いましたがそれも地域の文化として受け止め、今ではすっかり慣れ、沖縄に帰った際逆に「こういう感覚？」と妙な感じを受けるようにまできています(笑)。

当院は新潟で働いていた病院に比べると、スタッフ同士が何でも相談しやすく、立場の上下関係なくそれぞれの意見が言える、話しやすい環境が整っていると感じます。「正看護師の資格を取ってみたい」と勤めてくれ、またその間周囲が協力してくれたのもこの病院ならではのことであったかと思えます。そうでなければきっと最後まで准看護師のままだったかもしれません。

WLBの
取り組み



当院では長く准看護師として頑張ってくれている人に正看護師を目指すことを支援しています。実際にこれまで3人の方たちが学校へ通っている間はシフトなど大変な面もありましたが試験に受かったときはスタッフ全員で心から喜びました。当院は病院としては決して大きくはないのですが、キャリアアップを望めばできる限りバックアップしてあげたいと考えています。

巡回診療を 心待ちにしている 島民がいます

両津病院はへき地医療拠点病院でもあるため、地域医療部を設け無医地区および無医地区に準じる地区に対しては巡回診療を実施されています。会場は片道1時間ほどかかる各地区の公民館などを使い、全部で9カ所を3週間ごとに車で回っているそうです。今回石塚院長が行う鷲崎での巡回診療に同行させていただき、お話を伺いました。



スタッフは、通常医師・看護師(保健師)・事務員・運転手の4人ですが、今回は研修医と三好看護部長も加わりました。

- 願
- 藻浦
- 鷲崎
- 北鶴島
- 真更川
- 見立
- 北小浦
- 虫崎
- 黒姫

両津地区

巡回診療の会場

巡回診療の流れ

会場に到着すると診療のための機材等の搬入を行い、設営を行います。通常の診療所のように、患者さんのプライバシーを確保するために、部屋がある場合は待合室と診察室を別に設け、スペースのない会場ではスクリーンやカーテンをうまく応用するそうです。同行している看護師の氏家さんはカルテや薬の準備をします。石塚院長は巡回診療のアドバイスをして研修医の緊張をほぐしているように見えました。

研修医が同行したこの日の診察は院長と研修医が交代で行い、研修医の診察の際には院長が都度適切なアドバイスします。診ているのは研修医なのに患者さんは傍らの院長に向かって自分の体調を訴えると、院長は研修医を指し「こっちが先生だから」と誘導する光景に、日ごろからの信頼度の高さが見て取れました。



1カ所で何人くらいを診られるのでしょうか？

この会場は1カ所で10人くらいですから効率よく行えますが、他は1カ所に5人弱くらいの会場を半日で2カ所を回っています。以前はもう少し住民が多かったのですが、亡くなったり高齢化が一層進み、この辺りはかなり坂道が多いこともあり皆さんだんだん会場まで来ることも大変になってきているという現状です。そもそも交通の便が悪く、交通手段もない一人暮らしの高齢者が多かった地域にこちらから出かけ来てくれるだろうと巡回診療をしていたのですが、今後さらに高齢化が進むと、個々のお宅に訪問診療することを考えていかなければと思っています。

さらに時間を要し人繰りも大変ですね？

でも住民の方は待っていらっしゃいますので。これまで多少具合が悪くても待たれていて、ここでは処置は難しいため救急車で搬送したこともあります。具合が悪いのに待っていられても困るのですが(苦笑)、そう考えてくれるのはありがたい話です。また数年前には降圧剤を服用している人が激しい頭痛がするところに来て血圧を測ると200くらいあり、出血が疑われる状況でしたので救急車で搬送し病院で診ると出血はなく血圧も問題ありませんでした。一人暮らしの90歳を超える高齢者だったことから、もしかすると薬の管理ができていなかったのかと考え、ケアマネジャーさんに依頼し、ヘルパーさんを入れるなど薬の管理をしてもらうとよくなったのです。このことから分かるように医師は薬の処方や医学的な処置は施しますが、その後どのように服用するのか、どのように過ごすのかは本人や家族任せで生活を見ることは難しい。そこに訪問看護やヘルパーが入ると薬を変えたりせずに本人の状況がよくなることがあるということです。佐渡はお年寄りの一人暮らしが多く、その人たちの健康管理をしていくためには医師だけでは無理。生活の援助やヘルパーや看護師とチームを組んで支援していく必要があります。ただそういった仕事が効率的かという微妙ですが、必要な仕事だと思っています。

地域医療部としての活動は？

全国的に病院が巡回診療や訪問診療、いわゆる往診をしているところは案外少なく、例えばここで診た人が少し具合が悪い場合には入院してもらうこともできる利点はあるものの、本来往診は開業医の役目でした。この地域にも以前は開業医が結構いたのですが、皆さん高齢化したこともあり今はそうした先生方がいなくなったのです。国の試算によればいずれ日本全体は医師が増え、特に都会は病院間の競争で開業医がつぶれるのではないかといわれますが、この地域に限っては開業医自体が不足しています(P3図6)。その結果病院が開業医の役割も果たすことになり、訪問診療や巡回診療を実施しながら病院も運営していかなければならないのです。ただ研修病院でもある佐渡総合病院は重症患者さんを診ることになるため小回りはなかなか難しく、そこで佐渡では各医療施設がそれぞれ役割を分

担し(P11-P12参照)、当院は一般的な内科、点滴をしたり内服で治療できるような患者さんを診ましょう、とすでに再編成を始めています。したがって当院は地域に密着した医療が目標になり、特に看護職の役割は重要になってきます。

院長が率先してWLBの取り組みを行っていると同じました

17年ほど前に私が当院に来たころは内科医3人で100人くらいの患者さんを担当していました。当直、巡回診療、加えて胃カメラなども行っていて、あるとき1人の医師が体調を崩したのです。当時はまだ医師はそれでも根性で続けられるという風潮でした。しかしカラダ、特に精神面が弱ると医師人生が終わってしまいますので、土日や夜間は大学病院などから応援をもらいながら、なるべく休める体制をつくったのです。それは怠けなかったのではなく、365日働き続けると医師も参ってしまい、結果何年も働けなくなります。逆に週に1日でも2日でも休めると同じ人が何年も働け、最終的に地域にとって有効だと考えたからです。切羽詰まっていた取り組みで、まだWLBという言葉も知られていない時期でした。そうした経験があったうえで日看協がWLBを推奨していることを知り、最初は看護職の取り組みに医師が口出しすることにちゅうちょもありましたが、今やスタッフが働きにくい病院は生き残れませんので、そのためには医師も看護師も管理者がしっかりとWLBに取り組むべきと号令を掛けたのです。

WLBの取り組みの中で日看協からは院長の協力について評価をいただきましたが、私はそんなにいい人ではなく(笑)、もちろん医師不足はとても大きな問題なのですが、看護師がいなくなってきたら現実的に病院の運営はできません。そのことに気が付いていない医師が多いだけなのだと思います。ちょっと工夫し休みや働き方を変えるだけで看護職に頑張ってもらって経営が成り立ち、そうしたらい医療よい看護が提供できるわけなのです。例えば大きな病院であれば腰痛にはならないけれど、当院のように80歳以上の超高齢者の患者さんが多いと、カラダが不自由なので看護師が抱きかかえる機会も多く、以前は腰痛を持っている看護職が多かった。腰痛は治療もできるのですが、腰痛になったことで仕事に自信をなくし離職するケースが相次いだのです。そこで腰痛予防のための体操を始めたり、補助する用具を入れたりしたことによって、腰痛で離職する人がいなくなりました。看護師は定年まで働けない場合が多い中、当院では定年まで働く看護師が増えてきたのです。



佐渡市立両津病院
院長 石塚 修さん



独自の教育制度を構築し 離島という立地で看護師を育て 送り出す役割を果たしたい



佐渡看護専門学校外観

新潟県厚生農業協同組合連合会(以降、新潟県厚生連)佐渡看護専門学校は佐渡にある唯一の看護学校です。島内の看護師不足解消の大きな鍵を握っているともいえますが、人口減少と少子化が加速度的に進む佐渡においては、前段階の看護学生の確保も非常に重要となります。副校長の木戸 寛子さんに、離島という立地条件下でいかに看護師を育てて増やしていくかの取り組みを伺いました。

※掲載内容は取材時(2019年10月31日現在)に基づいています。

佐渡の看護学校が担う使命と役割

実は今年の4月に新潟県長岡市にある同じグループの中央看護専門学校から赴任してきたばかりです。これまで姉妹校としてやりとりはあったものの同グループとはいえ組織が違い、カリキュラムや運用方法、学則などが少しずつ違うため最初は戸惑いを覚えつつも、学校は動いており待たなしで半年進めてきたという感じです。ただ当校の学校長は隣接する同グループの佐渡総合病



隣接する同グループの佐渡総合病院は道路を隔ててすぐなので行き来も楽



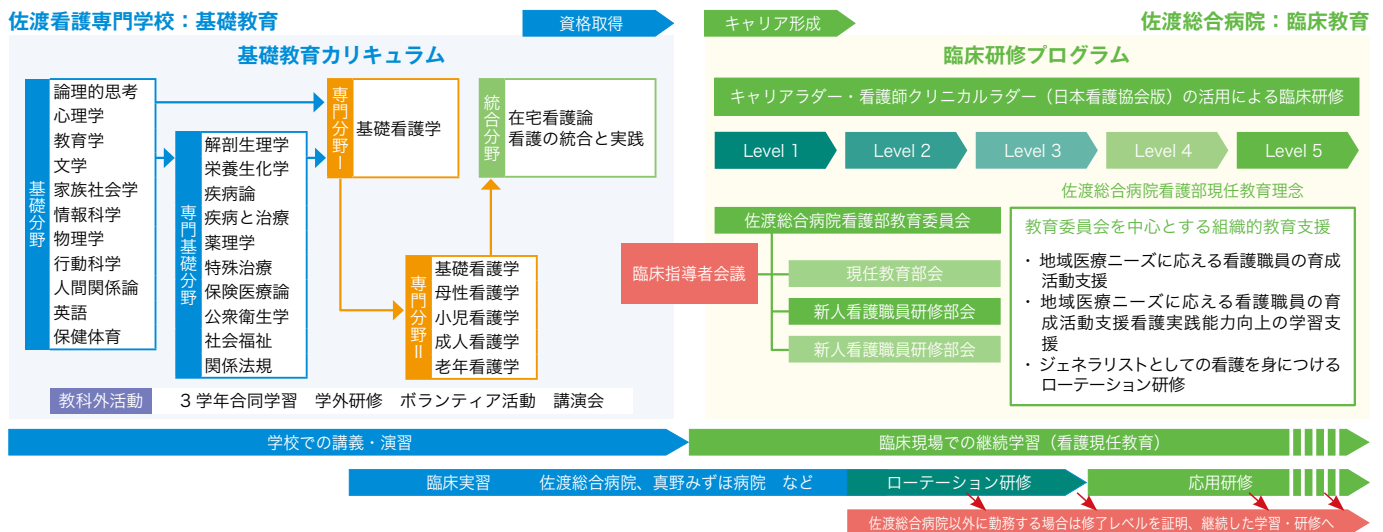
院の佐藤 賢治院長(P11-P12参照)が兼務しており、看護教育にも非常に熱心なためいろいろな助言をいただけますので、その点では非常に助かっています。

そうした中で当校の使命は数多くの看護師を佐渡総合病院に輩出することだと感じています。なぜなら佐渡の医療施設全般にいえることですが佐渡総合病院では慢性的な看護師不足があり、スタッフが足りないから仕事量が増え、仕事が大変になるとスタッフが辞めるという悪循環が生じかねません。そうすると佐渡の医療存続そのものにも影響します。病院との会議でその窮状を訴えられますと、当校できちんと看護師を育てて病院への就職に結び付けなければいけないと責任を感じます。その結果病院の看護職たちも疲弊せず育っていきませし、疲弊している医療現場に卒業生を出せば学生は育たないわけですから、うまく循環できるように学校も役割を果たさなければなりません。

また佐渡島は子どもたちがどんどん減ってきており、次年度は島内の一般高校の募集も1学級減になります。加えて佐渡島内の子どもたちは一度は島外に出てみたいと思うようでそのことも影響し、当校も今年度は定員割れということになりました。看護師を輩出するためには看護学生の確保がまず必要です。つまり当校の命題のもう一つは離島という立地でどのようにしたら看護学生を獲得できるか、ということになります。

そこで私が着任してからは入試のあり方やパンフレットを見直したり、学校説明会など外部の人にもっとアピールしていくべきだと変えた部分も多々ありますが、学校長が打ち出してくれた

図1 基礎教育から臨床研修へ連続した学習環境の提供



独自の看護師育成制度(P9図1)はその二つの問題を同時に解決する策として魅力あるものと考え、今全面的に推し進めているところ です。

問題解決の打開策は独自の教育制度

学校長が病院長と兼務、系列病院があるという当校の強みを生かし、看護学校で基礎教育を、卒業後は病院で臨床教育を、と切れ目のない教育環境を整えている特長的な看護師育成の考え方は、オープンスクールや学校説明会、入学式後の保護者会でも学校長自ら図1を参照に「この青い部分が学校での3年間です。緑の部分は佐渡総合病院に勤めた場合の臨床教育となり、キャリアラダーは他施設でもありますが県内でローテーション教育を入れているのは当院だけです」という具合に丁寧に説明し、実践力を身に付けて基礎教育の3年+臨床教育の3年=6年間で一人前の看護師に育て上げますよ、と本人・保護者にアピールしています。ただ同時に「『卒業だけはさせてください』は認めませんよ、なぜなら当校は実践できる看護師を養成する機関なので、3+3

の教育で6年かけて一人前に育てます。一人前になったときには外に出ていってもよし。どこに行っても恥ずかしくないような看護職にして送り出します」と正直に話すのです。すると保護者からの質問も多く「このように育ててもらえるのでしたら」と中には子どもに「佐渡に行つて6年間で一人前の看護師にしろいなさい」とかなり推してくれたご両親もいらっしゃいました。



新潟県厚生連佐渡看護専門学校
副学校長 木戸 寛子さん

また入試の際に「この教育制度に魅力を感じたので」と志望動機に書いてくれた人も数人いらっしゃいました。応募についても昨年に比べ若干増えているので、取り組みの成果は出ているかなとも感じています。今後はさらに魅力的な学校にしていけるために学校側の教育の質を上げる努力も必要でしょう。

教育制度を見直すことで悪循環から好循環へ

臨床教育の側面では制度を取り入れて2年目となり、今まさに新人がローテーション研修に臨み実践しているところです。学校のカリキュラムで技術の142項目はしかるべく終えたいえで病院に受け渡すため、臨床の現場では今年の学生たちはこれだけ技術は終えてきているのだと把握し新人教育につながります。学生たちはいろいろな手順書などのノートを作り持っていくので、それを見て指導側はどこまでやってきたかが分かります。さらに実習もほとんど佐渡総合病院で実施するので目標、指導内容、学習要項などすべて提出しているため、この学年はここまで学習し、管理ではここまで押さえているのであれば、今年の新人教育の方針はこうしようと思えることができると病院の教育担当者からも言っていました。

今年、佐渡総合病院に希望就職した新人の卒業生に声を掛けると「大変ですがローテーション研修が始まったらすごく楽しくて」と、そのときは内科、外科と回って訪問看護だったようで「癒やします」と話してくれ、配属された部署だけでなく他の部署も見ることができるのはよいと言っていました。そうした経験がいつかこんな看護をやりたいと自分のキャリアにつながっていきますので、ローテーション研修を含め臨床研修にはとても意義があるのだと実感しています。また同時に離職防止にもつながっているようです。

学校にとってはもとより、学生にとっても看護職にとっても病院にとってもプラスになるこの教育制度を今後も一層アピールしていきたいと思っています。

学生確保のための？ ピザパーティー

佐渡看護専門学校では不定期に「ピザパーティー」を開催しているそうです。校庭にあるピザ窯は佐藤賢治学校長自らが設計し材料を搬入し造り、学生と一緒にピザやその他の食材を焼いて食べるといいます。窯の火を担当するのも学校長の役目とか。看護学生の確保につながるかはともかく、学生たちは忙しい病院長業務の傍ら看護学生との時間を大切にしている学校長のことが大好きだそうです。





超高齢社会のトッランナーだからこそ 佐渡は高齢社会における 社会保障を学べる学校を目指す

前出(P9-P10)の新潟県厚生連佐渡看護専門学校校長の佐藤 賢治校長は佐渡島で唯一手術と分娩のできる同グループの佐渡総合病院院長であるとともに、佐渡島全体の将来の医療・介護・福祉の在り方を見据えた取り組みのいわばキーパーソンです。地域全体を巻き込み、次から次へと新たな施策を打ち出し実施しています。それはP3のデータでも明らかのように佐渡の少子高齢化は目を見張るものがあり、一刻も早く取り組みを始めなければ医療・介護・福祉にとどまらず社会そのものの危機的状況に直面しているからといえます。日本の将来図ともいわれる佐渡ではどのような問題が生じ、問題解決のためにどのような取り組みをしているかを伺いました。

※掲載内容は取材時(2019年10月31日現在)に基づいています。



新潟県厚生連佐渡総合病院

院長 佐藤 賢治さん

佐渡地域医療連携推進協議会理事
佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会理事

佐渡の問題はやがて自分の問題

佐渡の高齢化率は41%超で二次医療圏の中でもっとも高い地域に入り、すなわち世界でもっとも高齢化が進んだ地域であることとなります。したがって今現在佐渡が抱えている問題を解決する答えは世界中どこを探してもなく、われわれ自身でその答えを導き出していくしかないので。佐渡で解決策を見いだせれば、それは遅かれ早かれ今後日本や世界が間違いなく直面する同様の課題を解き明かすモデルケースになると考えています。

では佐渡のように少子高齢化が進むとどのような状況になるかということ、増加していた高齢者は死亡などで減少し、若い世代もさらに少なくなり、それが高齢化率40%を超える地域の姿です。こうした状況に陥ると地域は税収が減り、働き手不足で社会そのものの存続が危ぶまれる事態になってきます。医療現場では高齢者が増えたことによって起きる問題は、例えば50歳の人と90歳の人でがんになり入院した場合、同じ疾病でも治療方針、施すべき医療も異なります。年齢層が若い地域でがんの患者さんが10人入院したらその大多数が60～70歳代が中心、佐渡のような地域では80歳代後半以降が多くなるので病院の収益は下がり、あからさまに申せば病院はもうかりません。しかしながら食事や排せつなどケアの必要度が高くなり看護師は非常に忙しく疲弊してしまうのです。当院も患者の7割が後期高齢者ですから診療単価は非常に低いです。佐渡ではどこの病院もこうした状況下で運営しスタッフを確保し継続していかなければならない厳しい現状をすでに突きつけられています。その打開策として打ち出したのが「佐渡モデルの構築」です。施策は大きく二つに分けられます。

〈施策1〉 社会保障機能の適切な分担

佐渡には現在6病院ありますが(P3 図5参照)、言及したように現状のままですと今後バタバタ倒れていくことが推察できます。医療がなくなることは社会保障制度が担保されずすなわち地域社会の破綻ですので、なんとか存続させていかなければなりません。ただどうあがいても人口は減少の一途をたどるため病院が減

るのは必然ともいえるでしょう。問題はその過程です。突如経営不振で病院が廃院してしまうと、地域の医療需要はまだ残っているので住民に混乱が起こります。その状況に陥ることは阻止しなければなりません。したがって最終的には2040年あたりの佐渡の姿を見据え、そのときに必要な医療機能が何かを佐渡島全体で検討しながら、ソフトランディングしていく必要があります。つまりその間は病院や医療福祉系の組織の経営が持続できないといけない。経営を持続するためにはどうすればよいかということ、経営戦略でいうところの「選択と集中」です。うちの病院はこれに対しては投資するけれど他は断念するなど、支出も絞り込んで機能を持続する。ただし病院、医療・福祉系など各々の組織が勝手に取り組んでしまえば必要な機能をどこも提供しないことになりかねません。患者さんの状況に応じて、その都度地域の中でこちらの病院はこの機能を、あそこの病院はこの機能を持つという具合に整備し動かす必要があり、それが機能分担なのです。機能分担の意味合いは組織の持続、組織の持続の医療背景には地域の医療体制の持続があり、それは同義語でなければいけません。したがって地域での協議が必要不可欠であり、それが現在推し進めている「地域医療構想調整会議」と呼ばれているもので、随時開催し今現在求められる「社会保障機能の適切な分担」を協議しています。

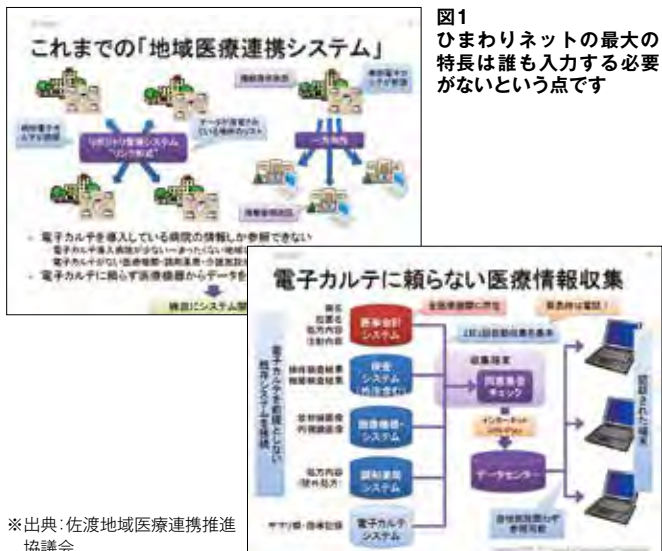
〈施策2〉 分担した機能が適切につながる

病院、医療・福祉系などの組織が機能分担をしたからといっても、その機能がつながらなければ用をなしません。分担した各病院・医療福祉系などの組織の機能を正しく作動させるためには「患者さんの情報の共有」「施設の機能の共有」「人材の育成」の3つを整えるべきだと考えます。

限られた医療資源を効率的に活用し、人材を確保していかなければならない佐渡においてはまずその体制づくりが欠かせません。具体例を挙げると、佐渡ではこれまで**地元病院に重症の肺炎が発生⇒重症のため当院に紹介⇒治療して当院から退院**という患者さんの流れでした。しかしながら今後は、**地元病院に重症の肺炎が発生⇒重症のため当院に紹介⇒当院で重症期の治療が終了⇒**

地元で病院で継続した治療という流れに変えていきたいのです。なぜなら地元の医療スタッフは患者さんの暮らしのことまで熟知しており、それが地元病院の最大の価値でもあります。また当院は全島から急性期患者さんを受け入れるため、常に一定程度のベッドを空けておく必要があり、今後この体制を整えられれば達成できるのです。さらには地元病院で治療を終えた患者さんが今度は介護施設への入所を希望したとします。地元の施設を望まれたものの、まだ喀痰(かくだん)吸引が必要なためその処置ができる少し離れた施設に決め、その後喀痰吸引がなくなりましたので地元の施設に行きましょう、そうした流れもスムーズに実施できることとなり、少ない資源で患者さんの多様性にある程度対応が可能になるのです。

その体制は2つの条件をクリアしなければ構築できません。一つは上記の例でも患者さんは4つの施設を回ることになり、4つの施設すべてで患者さんの状態を共有する必要があります。これが「患者情報の共有」です。この点に関しては2015年から稼働している地域医療連携ネットワークシステム「さどひまわりネット」(図1)でクリアできます。



※出典:佐渡地域医療連携推進協議会

もう一つは、他病院や医療福祉系の組織に患者さんをお願いする際、その病院が急性期を終えただけの人を引き受けられるだけの機能を持っているのか、またどの施設が喀痰吸引をでき、どこができないのかなど、提供できる機能・対応できる範囲が判別できないといちいち電話をして確認することになります。もし島内の医療機関、診療所、薬局、歯科医院も含め、介護施設、訪問看護それぞれがどのような機能を持っているのかを一元的に把握し探す仕組みがあれば、この体制が円滑に回っていくのです。それが「施設の機能の共有」になります。この双方がそろってこそこの体制なので、現在ICTによる資源管理システムを開発しているところです。

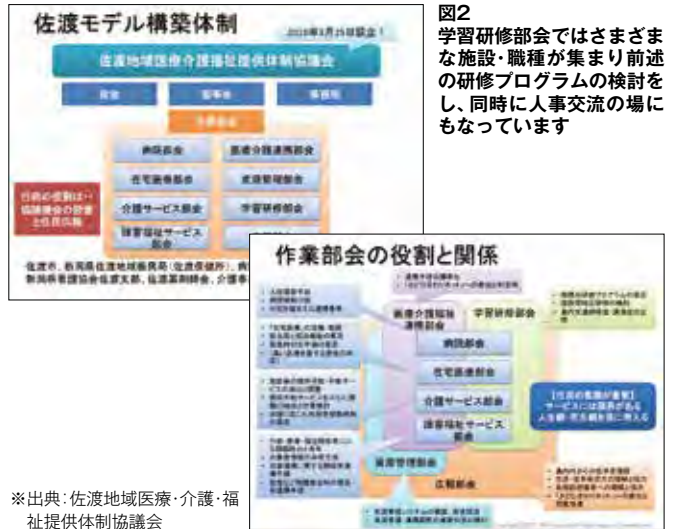
超高齢社会に必要な人材育成

「人材の育成」の必要性についても同様で、例えば患者さんが当院を退院し他の病院に回復期をお願いしたい場合、その状態の患

者さんを実際に見ることができるとスタッフはその施設にいない限りなりません。しかし島内の限られた医療人材の中でそれを実現しようとするなら今ある人材の知識・技術を相応に均てん化することが求められます。

また、今の佐渡のように住民の年齢層が上にシフトしていく社会では「フレイル」対策がキーになります。フレイルは健康高齢者と要介護者の中間に位置し、早期に発見して介入することで生活能力を維持できる可能性が高いものです。この介入ができれば健康高齢者が増えて社会が存続しやすくなります。介入は具体的に「栄養」「運動」「口腔(こうくう)管理」「薬剤管理」の4項目になり、元気な高齢者を維持していくために医療が果たせる役割はほんの一部です。したがってこの4項目を社会保障に関わるすべての施設が持つべきだと思うのですが、現実的にはコスト面など難しい。すると今働いている看護師や介護士、他のスタッフにそこを補ってもらわなければならない、それには教育が必要となり、佐渡全体で職種別に標準研修プログラムをつくらうとしています。

以上のようなさまざまな体制づくりを具現化するためには、当院だけが頑張ってもましてや私個人が動いたところで決して結果は得られません。地域全体で取り組む必要があり、2018年には佐渡市、新潟県佐渡地域振興局、病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、新潟県看護協会佐渡支部、介護事業者、福祉事業者など行政も含むオール佐渡で集まり、「佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会」を設立、協議を始めて試行錯誤しつつも現在進行形で取り組んでいます(図2)。



※出典:佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会

佐渡のウリは超高齢社会における社会保障の在り方です。それは医療・介護・福祉と行政が連携している体制をつくり上げていかないと提供できません。そのことをシステム化し、なおかつそこで働くスタッフのためのプログラムを作りましょうというのが「佐渡モデル」なのです。一言でいうと佐渡そのものを高齢社会における社会保障を学ぶ学校にしたいと考えています。学校にする以上、カリキュラムが必要ですからそれが研修プログラムであり、学校の建物、インフラはシステム化された連携でという戦略なのです。



Willnext 加入者限定 とくとくプレゼント

佐渡は米や野菜の栽培、フルーツも豊富で畜産や酪農も行われ、まさに食材の宝庫。「日本海は佐渡のいけす」と豪語するほど海の幸にも恵まれ、自給自足の島ともいわれています。そんな豊かな島の産業にも少子高齢化の影響は大きく響き、今やほとんどの農家が兼業といえます。佐渡産のものを消費することで地場産業を応援しましょう！ すなわちそれが離島で頑張る看護職の皆さんへのエールにもつながります。

1 5名さま

佐渡産の幻のナシとリンゴのバターとジャム



西洋ナシは山形のラフランスが有名ですが、新潟県ではルレクチェという品種を中心に栽培しており佐渡産は県内トップクラスと称賛されています。この品種は病気に弱く、果実も収穫後に追熟の手間と時間がかかるため、「幻の洋ナシ」と呼ばれているそうです。そのルレクチェをふんだんに使用したジャムと佐渡乳業で作ったブランドの佐渡バターにルレクチェ、佐渡で栽培されたリンゴをそれぞれブレンドした2種の3点をセットで。

4 5名さま

ほとんどの人がリピ買いするという佐渡米



実は佐渡産の米は知人ぞ知る隠れた逸品。佐渡は海流の影響で本土と比べ冬は気温が高く、夏は涼しくなります。そんな佐渡独特の環境下で作られるお米は、稲の実りの期間が長く、じっくりと時間をかけて熟するため甘みのあるおいしいお米が育つのです。またトキの野生復帰をめざし、多様な生き物が生息する田んぼの姿を取り戻すことに力が注がれ、結果米生産者が減農薬・化学肥料栽培を実現しています。

2 5名さま

佐渡の海の幸を凝縮した瓶詰め



日本海の恵み豊かな佐渡島から、海の幸をそれぞれ凝縮して瓶詰めにしたような「うめえっちゃ佐渡」シリーズの加工食品。のりの佃煮(つくだに)にしゃきしゃきの天然もずくを入れた「佐渡の岩もずくのりの佃煮」、さらにそこにウニを加えた「佐渡の岩もずくとうのり」、採りたてのサザエに地場物のネギとシタケ、佐渡みそを加えて仕上げた「佐渡の極みサザエ味噌」いずれもぜひいたくな極上品3種をセットで。

5 3名さま

「へんじんもっこ」のソーセージセット



写真はイメージです

島内外でも有名な食肉加工店「へんじんもっこ」。「へんじんもっこ」とは佐渡の方言で「頑固者」という意味。頑固なまでにこだわって作るソーセージは、ドイツで行われる国際コンテストで金賞を獲得するなど、数々の賞を受賞しています。つまり佐渡が世界に誇るソーセージなのです。ベースとなる豚肉は、すべて新潟県産を使用。ドイツの伝統的製法を用い、防腐剤、着色料などは無添加。食通をうならせる名品です。

3 3名さま

佐渡乳業のチーズ製品の詰め合わせ



さらりとした味わいおいしいと評判の佐渡の牛乳。佐渡乳業では佐渡の酪農家から毎日集めた、しばってから6時間以内の新鮮な生乳にこだわって高品質のチーズを作っています。牛乳本来の風味が生かされたナチュラルチーズは地元スーパーでもすぐ売り切れてしまうほど。さらにはみそ蔵人とコラボで作った各種チーズのみそ漬けは、ワインはもとより日本酒にもよく合います。各種詰め合わせて。

6 3名さま

佐渡ブランド「おけさ柿」の「アンボ干柿」



佐渡島は北日本でも有数の柿の名産地。「おけさ柿」はその名からも想像できるように佐渡が誇るブランド柿として全国に出荷されています。特に佐渡のなかでも羽茂地区産の柿には「®」マークがつけられ高品質。アンボ干柿は、そのおけさ柿の皮をむいて約1週間機械乾燥させて半生状にしています。やわらかい果肉とトロ〜リと甘い濃厚な果汁が特長。冷凍にしたものを半解凍にして食べれば柿のシャーベット。デザート感覚でいただけます。
※季節限定のため、当選者には2020年の出荷を待っての発送となります。

プレゼント応募方法

応募条件：「Willnext」に加入している方、「教職員用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うえ、下記宛先までお送りください

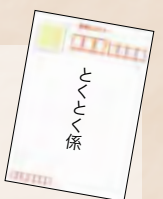
宛先：〒104-0033 東京都中央区新川12-22-2新川佐野ビル6F

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：2020年5月31日(消印有効)

応募締切後、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かえさせていただきます。

- 希望の商品名
- 今号のWillnext Magazineでよかったと思われた記事と理由
- 今後Willnext Magazineで取り上げて欲しいテーマ
- 郵便番号、住所、氏名、電話番号(※電話番号は商品発送時に必要)
- 「Willnext」加入者は会員番号(会員証に記載)「教職員用Will」に年間加入している正会員の方は学校名



※注意：なお、プレゼント商品は季節や在庫などの関係で実際に届く商品が写真と異なる場合があります。その場合は同等の商品で対応させていただきますことをご了承ください。

刻一刻と変化する社会のなかで、医療人として知っておきたい行政関連の情報を、国内外のニュースソースを持つ共同通信社からお届けします。

特集

看護職6万～27万人不足 2025年推計、都市部で深刻 厚労省、復職支援など強化

看護師、准看護師、保健師、助産師の看護職員が、2025年には6万～27万人不足する見通しであることが、厚生労働省の推計で分かった。団塊の世代が全員75歳以上になり、大都市部を中心に医療や介護の需要が急増するのが原因だ。厚労省は看護職員の定着促進や復職支援、地域偏在などの対策を強化する。

将 来の看護職員の需給は、おおむね5年ごとに推計されている。今回はワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の調和）などを考慮し①超過勤務が1カ月10時間以内で有給休暇の取得が年間5日以上②超過勤務1カ月10時間以内で有休10日以上③超過勤務なしで有休20日以上—の3ケースで必要数を推計した。

看護職員数は現在約167万人。年々増え続けているため、25年には175万～182万人程度になると見込まれている。しかし①のケースでは約188万人、②では約190万人、最も進んだ働き方である③では約202万人が必要で、いずれでも不足する。

地方別にみると、深刻なのは高齢化が急速に進む首都圏や近

畿圏などの大都市部が中心だ。九州など人口減少が始まっているところでは、供給が需要を上回るところもあった。ただ、看護職員が足りていないとされる地域でも、山間部の病院や訪問看護、介護分野を担う看護師は不足するところがあると指摘されている。



看護職員の離職率は18年調査では約11%で、ここ数年横ばい傾向が続いている。看護職員の平均年齢は40代に上昇し、育児や介護で休職したり夜勤に従事できなかったりする人が病院で約2割に達している。このため定着促進では、負担軽減のために看護補助者との協働や交代制勤務に適した勤務間インターバル制度、院内保育施設の整備などが課題として上がっている。

資格を持ちながら働いていない潜在看護師は70万人以上いるといわれるものの、医師と違って看護の資格保有者全体を把握する仕組みはない。復職支援については現在、都道府県に設置されているナースセンターが当たっているが、今は離職時にセンターに届け出ることは努力義務のため、実際に届け出ている人は離職者数の1割にとどまっている。未就業者も含めた新たな届け出の仕組みなども検討される。

高齢化の進展や地域医療構想による病床の機能分化などに伴って、今後、看護ニーズが大きく増加すると見込まれているのが訪問看護や介護の分野だ。現状ではこうした分野に従事する看護職員は病院である程度の経験を積んでからの人が多いが、新卒や経験の浅い人でも従事できるように研修体制を強化する。地域偏在については、都道府県が独自に実施している看護学生対象の奨学金制度の拡充や運営が困難になっている地方の看護師養成所への支援などに取り組む。

看護職の不足が深刻化するとみられる自治体

(2025年時点)

		充足率 (%)	不足人数 (人)
1	神奈川県	72.6	3万2053
2	大阪府	74.8	3万6725
3	東京都	77.0	4万2064
4	埼玉県	85.5	1万3307
5	千葉県	88.8	8856
6	奈良県	90.3	1975
7	愛知県	92.4	7267
8	北海道	92.4	7850
9	宮城県	92.5	2426
10	静岡県	92.7	3450

出典：厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000559121.pdf>)

Topics 1

栄養で370万人救える WHO、各国に改善促す

世界では2018年に栄養不足で発育が十分でない子どもが5歳未満だけで1億4900万人いる一方、太りすぎの人が19億人に達したと、世界保健機関（WHO）が発表した。適切な栄養を確保するために投資をし、政策を進めることによって25年までに370万人の命を救うことができるとしている。

WHOの山本尚子事務局長補は「栄養は世界の健康状態を良くするための基礎の一つと位置付けられるべきだ。すべての人が健康的な食事を取れるよう、より良い食品を提供する環境も必要だ」とコメントしている。

発表によると、1990年に発育阻害があった5歳未満児は全体の39%、2億5千万人だったが、2018年には22%、1億4900万人に減った。アフリカと東南アジアでは改善のペースが遅くなっている。

一方で、成人の太りすぎはほぼすべての国と地域で増え、19億人。そのうち、世界人口の13%に当たる6億5千万人が肥満だと推定された。太りすぎとされる子どもも1990年の4.8%から2018年には5.9%に上昇。900万人以上の子どもが該当するとみられている。

WHOはこうした栄養の過不足による「二重の負担」対策に投資をすることは持続可能な開発目標（SDGs）推進に役立つほか、投資1ドル当たり16ドルの経済効果を生むとしている。

発表では具体的な対策として①妊婦に鉄と葉酸のサプリメントを提供すること②母乳育児の推進③加工食品や清涼飲料水、ジュースなどによる糖の摂取の制限④心臓病や脳卒中のリスクを減らすための塩分摂取の制限などを提案。それぞれの国内事情に応じて政策を決定するよう促した。

Topics 2

医療費42兆6千億円 18年度、過去最高を更新

厚生労働省は、2018年度に病気やけがの治療で全国の医療機関に支払われた概算の医療費が前年度から約3千億円増の42兆6千億円となり、過去最高を更新したと発表した。伸び率は0.8%。1人当たりの医療費は4千円増え33万7千円だった。高齢化や医療の高度化が影響したとみている。



1人当たり医療費は、75歳未満で22万2千円だったのに対し、後期高齢者の75歳以上では4倍を上回る93万9千円に達した。22～25年に団塊世代が後期高齢者になり、さらに医療費の膨張が見込まれている。

概算の医療費は患者の窓口負担や公的医療保険などを合計した。労災保険や全額自己負担のケースは含まれない。

診療種類別に見ると、「入院」が17兆3千億円ですべての

40.6%を占めた。「外来」は14兆6千億円（34.2%）、患者に薬を出す「調剤」が7兆5千億円（17.6%）、「歯科」が3兆円（7.0%）だった。

都道府県別医療費は、東京都が4兆5869億円で最多。大阪府の3兆2961億円、神奈川県が2兆6652億円、愛知県の2兆3195億円と続いた。最少は鳥取県の2092億円だった。

厚生省は同時に、全額自己負担も含め医療機関の受診や訪問医療などの費用の全体額を示す17年度の「国民医療費」も公表。前年度比2.2%増の43兆710億円だった。国民医療費の約98%が概算医療費に当たる。

Topics 3

蘇生拒否の統一对応見送り 救急出動で消防庁部会

救急隊員が出動現場で心肺停止状態となった傷病者の蘇生処置をしようとした際、家族らから「本人は望んでいない」と告げられる「蘇生拒否」への対応に関し、総務省消防庁の部会は現段階での統一方針の策定は困難との報告書を決定した。各地の消防本部が策定を求めているが、実態把握が不十分と判断した。

人工呼吸や心臓マッサージといった蘇生処置の拒否は、延命は望まないという周囲に伝えていた終末期の患者や高齢者が心肺停止となり、動転した家族や本人の意思を知らなかった関係者が119番してしまっただけで直面するのが代表例。消防庁調査では全国728の消防本部のうち403が2017年に拒否を経験した。18年7月時点の調査によると、396消防本部は蘇生拒否時の対応が定まっていない。独自に策定した本部は332で、内容は「医師の指示など一定条件で蘇生を中止」「拒否されても蘇生しながら搬送」に分かれている。

報告書は、詳しい集計をしている消防本部が一部にとどまると指摘。今後、多くの事例を集め、国民の意見や終末期医療の動向を踏まえつつ、将来的に対応の手順を検討することが望ましいと結論付けた。

Topics 4

ワクチン接種誤り7千件超 期限切れ、針の再使用も

2017年度の感染症の定期予防接種で、接種間隔の誤りや、期限切れのワクチンの使用といった不適切な事例が7787件あったことが、厚生労働省のまとめで分かった。看護師の指に刺さった針をそのまま使うなどしたケースも11件あった。重大な健康被害はないという。

17年度の延べ接種回数は約4632万回で、接種10万回当たり約17件の誤りがあった計算。14年度は5685件、15年度6168件、16年度6602件と増えているが、延べ接種回数も増えており、10万回当たりの誤りは横ばいという。

17年度の誤りで最多だったのは、複数回接種するワクチンの間隔を誤った4025件で、半数以上を占めた。接種回数を誤るなどして不要な接種をしたのが977件あった。接種対象者を誤ったのが326件。接種するワクチンの種類を間違える例も170件あった。針を巡る事故では、結核を予防するBCGワクチンの集団接種で使用済みの針を使った例があった。

医療の世界も日々変化や進歩を遂げています。
看護職なら知っておきたい医療に関する最新情報を共同通信社からお届けします。

特集

気付かず重症低血糖に 救急搬送、脳機能障害も 糖尿病の人は要注意

糖尿病の治療は年々進歩しており、多くの患者が普通の人と変わらない生活を送れるようになった。しかし、注意しなければならないのが、血糖値が下がりがちになってしまう低血糖。特に重症低血糖になると、意識がもうろうとなって第三者の助けが必要になる上、脳機能障害も心配される。専門家は「予兆に気付いていない人も多い。重症低血糖についてよく知っておいてほしい」と呼び掛けている。

低血糖は空腹時の血糖値が血液1デシリットル中70ミリグラム（70mg/dℓ）以下とされ、発汗や動悸（どうき）、不安感などの症状が出る。血糖値がさらに下がり54ないし50mg/dℓ以下になったのが重症低血糖で、けいれんや意識障害などが起き、死につながりかねない危険な状態だ。心臓や脳の血管疾患や死亡のリスクを上昇させる可能性も指摘されている。

東京大大学院医学研究科の山内敏正教授（糖尿病・代謝内科）は「発汗などの予兆に気が付けば、あめやジュースで糖分を補給するなどして回復できる」と話す。しかし、2017年に日本糖尿病学会が重症低血糖の経験者798人に聞いた全国調査では、子どもの時期に発症することが多い1型糖尿病患者で59%、中高年に多い2型糖尿病患者で43%が、予兆に気付かなかったと答えたという。

起こした要因別では40%が食事で、タイミングや内容の不適

合。27%が薬によるもので、11%が体調不良のときだった（複数回答）。

2型の人の原因薬剤を見ると、インスリンが61%、インスリンを分泌させるため広く使われているSU薬が33%で、この二つで94%を占めていた。

神戸市立医療センター中央病院長の岩倉敏夫医師（糖尿病内分泌内科）は「最近では低血糖に気付かないまま重症低血糖になる人が増えている。高齢者や血糖値の指標であるヘモグロビンA1cが低い人、普段から低血糖を繰り返す人などに多い」と指摘する。

重症低血糖になると通常、意識障害の状態で見つかり、救急搬送され病院に到着したときには昏睡（こんすい）状態であることが多い。後遺症を避けるには昏睡を少しでも短くする必要があり「重症低血糖のことを患者本人と家族など身近な人がよく知ることが本当に大事」（岩倉医長）。

岩倉医長らは、低血糖への理解度を見るために19年8月、1型220人、2型447人の糖尿病患者計667人をインターネットで調査した。重症低血糖の経験者は1型では約半数の106人、2型は約14%の63人だった。重症低血糖に対する認識は1型の65%に対し、2型の人は24%とかなり低かった。

1型患者で元エアロビク競技日本代表の大村詠一さんは「幸い重症低血糖の経験はないが、常にインスリン注射を使っているのも、いつも低血糖の不安を抱えている」と話す。小さい子どもの世話で食事と風呂の順番が狂い、風呂で低血糖を起こして慌ててオレンジジュースを取ったことがあったという。

岩倉医長は「重症低血糖になるリスクの高い1型の場合、家族のバックアップが必要で、常に血糖値を測る習慣が大事。2型は何度も低血糖を起こすことは少ないと思うが、高齢者は特に低血糖に注意する必要がある」と話している。



大村詠一さん

血糖値と体の反応

mg/dℓ	
80	インスリン分泌が低下
70	拮抗ホルモンのグルカゴンやアドレナリン分泌
60	交感神経活性化症状（発汗や空腹感、ドキドキ）
50	中枢神経症状（見当識低下や脱力）
30	脳機能低下（意識もうろうや昏睡）

Topics 1

闘病の子、犬が寄り添い 病院で活動、励みと安らぎ

闘病による入院生活でストレスを抱える子どもに寄り添い、励みと安らぎをもたらすように訓練した犬「ファシリティドッグ」が、東京都内の病院で活動を始めた。費用や衛生面の懸念から国内の導入はわずか、派遣団体は存在を周知して活躍の場を広げたいとしている。



ベルリンの病院で、患者を訪問する犬
写真提供：DPA/共同通信イメージズ

東京都府中市の都立小児総合医療センターに常駐するのは、2歳半の雌のラブラドルレトリバー「アイビー」。小児がんなどで半年以上入院している子どもが多い病棟で午前10時～午後4時、ハンドラーと呼ばれる責任者の看護師大橋真友子さんとともに活動している。

大橋さんは医師らと相談して日々の活動内容を決めており、訪問を受けた子どもはベッド上でいとおしそうになで続けたり、「アイビー、レッツゴー」と呼び掛けて廊下を散歩したりしてうれしそうなお表情に。アイビーの負担を考慮して1時間活動したら1時間休息を入れる。これまでに犬が原因の感染事例はないが、念のため消毒を徹底するなどしているという。

センターにアイビーを派遣するNPO法人シャイン・オン・キッズによると、ファシリティドッグは欧米で2000年ごろから活躍し始めた。国内では10年から静岡県立こども病院で、12年から神奈川県立こども医療センターで、いずれも米国で訓練を受けたゴールドデンレトリバーが活動している。

入院患者と触れあう犬は、主にボランティアによって運営されるセラピードッグが有名だが、ファシリティドッグは医療従事者であることが条件のハンドラーとともに常勤で活動する点が異なる。癒やしにとどまらず治療の一環と位置付けられており、同じ犬が常駐して長い時間を一緒に過ごすため、子どもの心の励みになるといったメリットもあるという。

普及の壁は経費だ。犬の研修費やハンドラーの人件費で初年度に約1200万円、その後も年間900万円程度が必要。静岡と神奈川では病院側が一部を負担しているが、東京を含めて費用の大半は寄付金で賄っている。同法人のニーリー美穂事務局長は「実際の治療効果があることを広く知ってもらい、導入施設を増やしたい」と話す。

Topics 2

祖父母の薬、保管に注意を 孫の誤飲招くと米調査

孫が近くにいるときは、薬の保管場所に気を配って——。米ミシガン大のチームが実施した米国の高齢者らの全国調査で、祖父母の多くが自分の薬を、孫の誤飲を招きかねない場所に保管していることが明らかになり、チームが注意を呼び掛けた。

調査は50～80歳の約2千人を対象にインターネットで実施、孫がいると答えた1074人の回答を分析した。祖父母の97%が自

宅に薬を保管しており、孫がいるときも保管場所を変えない人が84%に上った。自分が孫の家を訪ねる際は、72%がバッグや財布の中、7%は台所などのカウンターの上に置くなど、子どもの手が届きやすい保管が多い。鍵のかかる戸棚にしまう人はわずか7%だった。

米国では毎年何千人もの子どもが薬の中毒で救急治療を受けるが、その40%近くは祖父母の薬の誤飲によるという。

Topics 3

看護現場、仮想現実で体験 旭川大、離職防ぐ狙い

北海道の旭川大が、全国でも珍しい仮想現実（VR）技術を使った看護師教育に取り組んでいる。学内の実習では模擬患者や人形を相手にすることが多く、病院実習も期間に限りがある。VRで体験を重ね、就職後の想像と現実のギャップを埋めて離職を防ごうとする狙いだ。

同大保健福祉学部の宮崎剛司助教が導入した。手術室や病棟、集中治療室（ICU）などを想定。ゴーグル型の「ヘッドマウントディスプレイ」を装着すると、好きな方向を360度見渡せる。新人看護師の視点を想定した映像では、ベッドに横たわる患者の表情や、処置に当たる別のベテラン看護師の様子を観察できる。患者視点の映像では、手術後に看護師に脈拍を測定されたり、聴診されたりする様子を体験できる。3年の山内優佳さんは「チューブやカテーテルがつかね、手術後の患者の不安な気持ちが分かった」と話す。

宮崎さんは、VR内で自身が動き医療機器をコントローラーで操作できる教材の開発も進めている。



看護現場、仮想現実で体験 旭川大
で行われているVR技術を使った
看護師教育=北海道旭川市
写真提供：共同通信社

Topics 4

元パラ女子選手が安楽死 ベルギーの金メダリスト

パラリンピックの車いす陸上女子メダリストで、脊髄疾患で痛みを苦しみ安楽死を希望していたベルギーのマリーケ・フェルフルトさん（40）が昨年10月、同国の自宅で医師の投薬を受けて亡くなった。薬物など



元パラ選手が安楽死 ベルギー
中部ルーベンの医療施設で共同
通信のインタビューを受けるマ
リーケ・フェルフルトさん
写真提供：共同通信社

で死に導く安楽死は日本では違法だが、ベルギーでは完治の見込みがなく苦痛が耐え難い患者の安楽死は合法化されている。

フェルフルトさんは10代半ばで下半身不随になった。安楽死を地元当局に申請し2008年に許可証を取得。12年ロンドン大会で金と銀、16年リオデジャネイロ大会で銀と銅のメダルを獲得した。17年4～5月には東京、箱根、京都、広島などを訪問し、日本のパラ選手らと交流した。

しかし症状は次第に悪化し、安楽死の10日前に応じたインタビューでは「全ての国で合法化すべきだ」とタブーなき議論を呼び掛ける一方、安易に行われるべきではないとも強調した。

最近の医療事故事例から学ぶ リスク回避のポイント - 2 -

報道などで医療過誤のニュースを度々目にします。同じような事故を身近で起こさないために、事例を知ることによってリスクマネジメントに役立てませんか。

外観の類似した薬剤の取り違い

アンプルや包装の色が類似していたことが薬剤取り違いの一つの要因となり、患者に誤った薬剤を投与した事例が4件報告されています（集計期間：2012年1月1日～2016年7月31日）。薬剤を取り違えた背景・要因として、アンプルや包装の色が類似していたと記載されている事例の報告があります。いずれも、薬剤名を確認していなかった事例です。

事例1

手術中、患者が吐き気、気分不快感を訴えた。術者の医師Aより「プリンペランiv」と口頭指示が出た際、看護師は他の処置を行っていたため、医師Bがプリンペランは茶色のアンプルという認識で薬剤を取り出し、一人で準備し、投与した。その後、患者の血圧は60～80mmHg台となりエフェドリンを投与した。手術終了後、看護師が術中使用した薬剤のアンプルを確認した際、プリンペランの空アンプルがなく、使用していないはずのペルジピンの空アンプルがあった。医師Bに確認したところ、

取り違えた薬剤の例

種類	形態	色	投与すべき薬剤	取り違えた薬剤
注射薬	アンプル	茶	セレネース注 5mg	サイレース静注 2mg
			ラシックス注 20mg	プリンペラン注射液 10mg
			プリンペラン注射液 10mg	ペルジピン注射液 2mg
内服薬	PTP包装	赤	ワーファリン錠 1mg	ラシックス錠 40mg

薬剤を取り違えてペルジピンを投与したことが分かった。

事例2

患者は外来を受診し、保険薬局で内服薬を受け取り、帰宅した。受診後より食欲不振、倦怠(けんたい)感が強く、歩行困難となった。2日後、症状が改善しないため外来を受診し、脱水状態で入院となった。入院後、持参薬を確認したところ「ワーファリン錠1mg3錠/1日1回夕食後」の薬袋に、ラシックス錠40mgが入っていることに気付いた。保険薬局へ確認すると、薬剤師は調剤の際に同じ棚の赤いPTP包装を見てワーファリン錠だと思い込み、監査でも間違いに気付かないまま患者に渡していたことが分かった。

リスク回避のポイント

- ・薬剤を手に取った際、アンプルや包装に記載された薬剤名を確認する。
- ・アンプルや包装の色が類似した薬剤が存在することを認識する。
- ・アンプルや包装の色で判断せず、薬剤を手に取った際に薬剤名を確認する手順を決め、順守する。

※この情報は、医療事故情報収集等事業第45回報告書（2016年1月～3月）「個別のテーマの検討状況」で取り上げた内容をもとに作成されています。
http://www.med-safe.jp/pdf/report_45.pdf

出典：公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療安全情報 No.118
2016年9月
http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_118.pdf

鎮静に使用する注射薬の誤投与

検査・治療時の鎮静に使用する注射薬の指示が適切に伝わらず、タイミングや投与量を誤った事例が3件報告されています（集計期間：2015年1月1日～2019年9月30日）。検査・治療時の鎮静の際、医師が投与量を決めて注射薬を投与する予定であったが、指示が適切に伝わらず、看護師がタイミングや投与量を誤って投与した事例が報告されています。

事例1

医師は、気管支鏡検査のためミダゾラム注射液10mg1Aと生

理食塩液20mLをオーダーした際、「気管支鏡検査室に持参」とコメントを入れ忘れた。その後、検査室から連絡があり、看護師は注射指示を確認して検査前投薬と思い、ミダゾラム1A＋生理食塩液20mLを調製した。病室で全量を投与したところ、患者の自発呼吸が止まった。

事例2

16時に胆道シンチグラフィを予定していた。14時30分ごろ、検査室から連絡があり、看護師は医師に伝えず患児を検査室に

連れていった。10分後、検査室から鎮静が必要と連絡があった。看護師は医師のオーダーを確認し、病棟に届いていたイソゾール注射用0.5g 1Vを注射用水20mLで溶解して全量を生理食塩液100mLに混注し、検査室に持っていき投与を開始した。16時前に医師が検査の状況を聞いた際、看護師は検査室に行きイソゾールを投与していると答えた。医師が急いで検査室に行ったところ、患児の自発呼吸は微弱であった。

リスク回避のポイント

- ・鎮静に使用する注射薬は、指示画面の薬剤名に「医師施行」と表示させる。

- ・鎮静に使用する注射薬は、検査・治療の直前に医師が患者の状態から投与量を判断して投与することを理解する。
 - ・鎮静に使用する注射薬は、医師の立ち会いのもとで投与し、投与後の観察を確実に実施する。
- ※上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

※この情報は、医療事故情報収集等事業第57回報告書「分析テーマ」で取り上げた内容をもとに作成されています。
http://www.med-safe.jp/pdf/report_2019_1_T002.pdf

出典：公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療安全情報 No.156
 2019年11月
http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_156.pdf

注射薬の誤投与の例

検査・治療	薬剤名	投与したタイミング（場所）	投与量
気管支鏡検査	ミダゾラム注射液 10mg	検査の呼び出し時（病室）	1A + 生理食塩液 20mL 全量を急速静注
放射線治療	イソゾール注射用 0.5g	出棟前（病室）	1V+ 注射用水 20mL 全量を急速静注
胆道シンチグラフィ		医師の到着前（検査室）	1V+ 注射用水 20mL 全量を生理食塩液 100mL に混注し点滴静注

薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期

医療機関内で観血的医療行為前に中止する取り決めがある薬剤を把握していなかったことや中止指示を出さなかったことにより、予定した手術・検査が延期になった事例が7件報告されています（集計期間：2014年1月1日～2019年2月28日）。

事例1

患者は、肺がんが疑われ、気管支鏡検査で生検を行う予定であった。外来主治医は、問診票の「抗血小板薬内服あり」に○印があることに気付かず、タケルダ配合錠を中止しなかった。入院時、研修医はタケルダ配合錠は胃薬だと思っており、持参薬報告書のタケルダ配合錠の備考欄に「アスピリン 7日間休薬が必要」と記載されていたが見逃し、中止しなかった。検査当日、検査室の看護師が患者に抗血小板薬の内服について確認した際、タケルダ配合錠を内服していることが分かり、検査を中止した。

事例2

当院の周術期に休薬する薬剤の一覧表では、イコサペントエン酸エチルを含む薬剤は術前7日間の休薬を推奨している。一覧

表には院内採用薬のみ掲載されており、ロトリガは記載されていなかった。医師は、ロトリガが手術前に中止を検討する薬剤であることに気付かなかった。乳房切除術のために入院した際、手術前日に薬剤部よりロトリガは7日間の休薬が推奨されていると指摘があった。出血のリスクを考慮し、手術を延期した。

リスク回避のポイント

- ・手術・検査の際に休薬する薬剤の一覧表に成分名を記載し、院内で周知する。
- ・手術・検査を計画した際、患者の内服薬を把握し、中止する薬剤がないか確認する。

※この情報は、医療事故情報収集等事業第44回報告書（2015年10月～12月）「医療事故情報等分析作業の現況」で取り上げた内容をもとに作成されています。
http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_4_T002.pdf

出典：公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療安全情報 No.149
 2019年4月
http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_149.pdf

薬剤の中止が遅れたため、予定した手術・検査が延期になった事例

延期した手術・検査 ※1	中止しなかった薬剤 ※2	成分名	背景
気管支鏡検査	タケルダ配合錠	アスピリン/ランソプラゾール	・外来主治医は問診票を見落とした ・研修医はタケルダ配合錠を胃薬だと思っていた 患者から服用している薬剤はないと聞いていたが、入院当日に内服薬があることが分かった
尿管結石症の検査			
肺がんの検査	ロコルナール	トラピジル	院内の採用医薬品ではなく、抗血小板作用があることに気付かなかった
乳房切除術・センチネルリンパ節生検	ロトリガ粒状カプセル	オメガー3 脂肪酸エチル	
脳神経外科手術	ブラビックス錠	クロピドグレル	中止指示を出し忘れた
扁桃摘出術	ベルサンチン錠	ジピリダモール	
大動脈弁置換術	アスピリン	アスピリン	ワーファリンとアスピリンを内服していたが、ワーファリンのみ中止指示を出した

※1 観血的医療行為か、または観血的医療行為と推測される事例です。

※2 医療機関が観血的医療行為前に中止すると取り決めた薬剤です。規格や屋号を除いて記載しています。

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様が医療現場で直面し得る様々な問題点を、法的、倫理的見解で専門家に解説していただきます。

第 9 回 ハラスメント 労働法①

今回は、医療現場でのセクハラ、パワハラなどについて法律の観点から見ていきましょう。

「ハラスメント」の定義

ハラスメント (harassment) とは嫌がらせのことですが、ここで取り上げるのは、労働環境＝職場でのセクハラとパワハラです。

1986年に男女雇用機会均等法が施行されましたが、1999年の改正によって、セクハラ (sexual harassment、性的嫌がらせ) の規定が置かれ、2006年の改正を経て、現在では、「事業主は、職場において行われる性的な言動に対するその雇用する労働者の対応により当該労働者がその労働条件につき不利益を受け、又は当該性的な言動により当該労働者の就業環境が害されることのないよう、当該労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の雇用管理上必要な措置を講じなければならない」(同法11条)とされています。何とも回りくどい文章ですが、正確を期すために、このようになっています。一般に、セクハラは、①解雇や昇進拒否などの不利益を与える権限や地位などを利用して性的関係を強要する「対価型」と、②性的言動によって不快な労働環境をつくり出す「環境型」とに大別されています。

次に、職場のパワハラについては、2012年の厚生労働省の会議によって、「同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為」と定義されました。そして、身体的・精神的攻撃や、過大・過小な要求、隔離や無視などの行為、私的なことに過度に立ち入ることなどの行為類型が典型例として示されました。

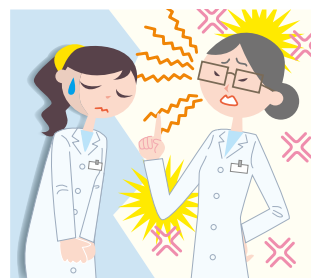
ハラスメント行為の線引きの難しさ

その後、さまざまな議論があり、その結果、2019年5月に成立した改正労働施策総合推進法 (パワハラ防止法) では、「事業主は、職場において行われる優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものによりその雇用する労働者の就業環境が害されることのないよう、当該労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整

備その他の雇用管理上必要な措置を講じなければならない」(同法30条の2)と規定されることになりました。そして、この法律では、①事業主が、労働者が相談を行ったことなどを理由として、解雇などの不利益な取り扱いをすることを禁止したり、②事業主が、この問題について労働者が関心を持ち、理解を深めたりするように、研修の実施などを行うことを求め、③事業主も、関心と努力を深め、労働者に対する言動に必要な注意を払うように努めなければならない、としています (同法30条の2第2項、30条の3第2-3項)。

パワハラを規定した条文の後半の部分はセクハラと同一ですが、問題は前半の部分です。つまり、この条文に書かれている「優越的な関係」や「業務上必要かつ相当な範囲」、「就業環境を害する」などの表現については、程度のある概念ですから、その認定が問題となるのです。たとえば、ちょっとした言動でも大げさに「職場の環境を害された」と騒がれたのでは仕事の遂行に支障をきたしますし、逆に、明らかに害が発生しているのに、「多少のことは我慢しろ」と言われたときにも、支障が生じます。そして、セクハラについては、これまでの労働環境＝職場では、往々にして男女の差が見られたので、後者の目に余る例が散見されたために、法律によって規律することとなったのです。その後、パワハラ被害の大きいことも認識されるようになり、2019年の法改正が行われた次第です。

そして、パワハラ行為を具体的に定める国の指針が検討されているところです。たしかに、業務上必要な指示や注意・指導などは対象とならないのですが、その明確な線引きは困難だといわれています。たとえば、「社会的ルールを欠いた言動が見られ、再三注意しても改善されない労働者に対して一定程度



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。



強く注意する」行為は精神的攻撃に該当せず、パワハラではないとされるのですが、「社会的ルール」や「一定程度」という基準は曖昧だという批判があります。

ハラスメントを防止するために

この問題の特に重要なポイントは2つあります。1つは、ハラスメントを行う者の大半は、自分の行為を悪いと思っていない、ということです。つまり、悪いという自覚がないわけですから、歯止めがかかりません。中には、自分の行為は、コミュニケーションを円滑にするために有効だと考えている人さえいます。また、このような人たちは、ハラスメントの研修会を行っても、往々にして参加しません。いまひとつは、ハラスメントの被害者には感受性の差がある、ということです。たとえば、職場の雰囲気をよくするためと称して、毎朝、出勤時に肩をたたく上司がいるとしましょう。それをハラスメントとは思わない人もいるでしょうが、中には、ひどく傷ついて、退職を考える人もいます。前述した国の指針においても、「相談者の心身の状況や受け止めなどの認識にも配慮する」ことが付加されました。つまり、行為者には、被害者に対して、そのようなことに思いを致す能力が欠けているか足りないために、良かれと思って行っていることが裏目に出してしまうことがあるのです。そうすると、逆に職場の雰囲気が悪くなり、仕事の能率も低下するということになりかねません。いずれにしても、このよう

な行為を抑止するための対策としては、粘り強く広報を行い、意識改革を求めていくことが大切だと思います。それと同時に、さまざまな事例が出現するたびに、議論を積み重ねて、基準の明確化を図っていくことも求められるところです。そして、労使(労働者と使用者)が認識を共有し、一体となって、防止活動を行うことが肝要です。

なお、ハラスメントには、セクハラやパワハラ以外にも、大学などで行われるアカデミックハラスメント(アカハラ)、医師によるドクターハラスメント(ドクハラ)など多様なものがありますが、職場に関連するものとしては、妊娠や出産に関するマタニティーハラスメント(マタハラ)、ハイテク技術に詳しい人によるテクノロジーハラスメント(テクハラ)、空調に関するエアハラスメント(エアハラ)、中高年の社員の年齢に関するエイジハラスメント(エイハラ)、リストラ対象者に対するリストラハラスメント(リスハラ)などがあります。



法の豆知識を 身につけよう!

「法」の文字がただでさえ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、知識として知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8回】労働法

分類とは、学問の基本のひとつですが、法律の分類に関して、よく使われる「六法」とは、憲法、民法、刑法、商法、民事訴訟法、刑事訴訟法のことです。商法は民法の特別法であり、民商法といわれることもあります。憲法、民法、商法、刑法を実体法といい、裁判の手続きを定める訴訟法と区別されます。また、国家ないし行政機関などの権力関係に関するものを公法とし、国民相互の関係を規律するものを私法とする分類もあります。公法には、憲法、行政法、刑法、民刑の訴訟法、国際法が入り、私法の典型は、民商法とされています。では、労働法は、どの分野に属するのでしょうか。まず、上の六法とは異なり、労働法という単一の法律は存

在しません。労働契約や労働条件について定める労働基準法・労働契約法、労使関係に関する労働組合法を中心として、労働市場や雇用政策に関する職業安定法や労働者派遣法・雇用対策法・男女雇用機会均等法、労働紛争解決について定める労働審判法などが存在します。看護教育の関係法規という科目では、さらに、労働安全衛生法や労働者災害補償保険法、過労死等防止対策推進法なども取り上げられています。このように、労働法は、公法と私法という枠を超えたものになっているのです。また、労働法には、過労死の問題に関連する「働き方改革」という問題もあり、現在、労働法を学ぶ重要性は、より一層高まっているといえるでしょう。

感染管理者
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聞きます。そこでこの連載では、感染管理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。

インフルエンザ（前編）

今回から2回にわたり、インフルエンザを取り上げます。インフルエンザは毎年12月ごろから翌年の3月ごろにかけて流行し、医療機関や長期療養型施設では時に集団感染を引き起こします。前編ではインフルエンザの特徴と予防策、後編ではインフルエンザが発生したときの対応について解説します。

1. インフルエンザと風邪の違い

インフルエンザと風邪（感冒）には、異なる点がいくつかあります。まず、原因となる微生物が違います。インフルエンザはインフルエンザウイルスが引き起こす感染症です。風邪もウイルスによるものが多くを占めますが、ライノウイルス、アデノウイルス、コロナウイルスをはじめとするさまざまなウイルスによって起こります。また、細菌が原因となる場合もあります。

症状にも違いがあります。インフルエンザは発熱や頭痛、筋肉痛や関節痛に引き続き、咽頭痛、咳、鼻汁などの上気道症状があらわれ、1週間ほど続きます。風邪と比べて、全身症状が強いのが特徴的です。最後にもう一つ大きな違いがあります。それは風邪とは違い、インフルエンザの場合は、肺炎や脳症などの合併症を起こして重症化したり、亡くなる人がいるということです。合併症のハイリスク群は、高齢者や乳幼児、呼吸器、循環器、腎臓の慢性疾患や糖尿病などの代謝疾患を持つ人、免疫不全状態にある人、そして妊婦です。

2. インフルエンザウイルスの種類

ヒトに感染するインフルエンザウイルスには、A型、B型、C型の3種類があります。このうち毎年流行するのはA型とB型です。A型にはHONO（Oには数字が入ります）という記号で分類される多くの亜型があります。近年流行しているA型インフルエンザウイルスは、A/H1N12009とA/H3N2の2種類です。B型ウイルスにはA型のような亜型はありません。さらにA型インフルエンザウイルスは、毎年少しずつ構造を変化させます。これを連続抗原変異あるいは抗原ドリフトといいます。そのため、ある年にA型インフルエンザウイルスに感染して抗

体ができても、次の年にはウイルスがマイナーチェンジするため、免疫機構を逃れて感染することがあります。また、A型ウイルスは数十年に1度、フルモデルチェンジ（不連続抗原変異または抗原シフト）して、新型インフルエンザとなってあらわれ、世界的流行を引き起こします。

3. 感染経路

インフルエンザの主要な感染経路は飛沫感染です。つまり、咳、くしゃみ、会話などの際に口から出る飛沫に含まれるインフルエンザウイルスが、近く（約1～3m）にいる人の眼、鼻、口腔粘膜に付着するか吸入されることによって感染します。また、インフルエンザウイルスで汚染された環境表面に触れたあと、眼や口元に触れることによる接触感染が起こることもあります。気管挿管や心臓マッサージなど、エアロゾルを大量に排出する処置の場面では、一時的にインフルエンザウイルスが空気中を浮遊して、空気感染が起こることがあるといわれています。

4. インフルエンザの潜伏期間と感染性期間

インフルエンザに感染してから症状があらわれるまでの潜伏期間は、平均2日（範囲1～4日）です。またほかの人にインフルエンザを感染させることができる感染性期間は、症状が出る1日前から、症状出現後3～5日程度です。ただし、小児の場合は感染性期間が長く、発症後7～10日間ほど続きます。また免疫不全状態にある場合は、長期にわたりウイルスを排せつすることが知られています。

5. インフルエンザの予防

インフルエンザを予防する最も重要な手段は、ワクチン接種です。ワクチンには表1に示すさまざまな効果があることから、医療従事者や医療機関で実習を行うことがある学生は、積極的にワクチンを接種することが勧められます。インフルエンザワクチンは死んだウイルスの成分を用いて製造した「不活化ワク

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出席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。



表1 インフルエンザワクチンの効果

- インフルエンザの発症予防
- 合併症の予防
- 心疾患のある患者が、急性冠症候群、心不全を起こす頻度や入院するリスクを低下
- 糖尿病や慢性肺疾患のある患者が入院するリスクを低下
- 妊娠・産褥期^{さんじよく}の急性呼吸器感染症を半減し、移行抗体により生後数カ月間は新生児がインフルエンザに感染するリスクを半減
- 小児の死亡リスクを大幅に低下
- 死亡や集中治療を受ける可能性が下がり、ICU在室日数、入院期間を短縮
- 接種率が高い集団では、集団にいるハイリスク群の感染リスク低減

チン」です。副反応として、接種部位の発赤、腫脹^{しゅちやう}、疼痛^{とうつう}が接種者の10～20%に、発熱、頭痛、悪寒、倦怠感などの全身症状が5～10%にあらわれると報告されていますが、いずれも接種後2～3日で消失します。先に述べた通り、A型インフルエンザウイルスの抗原性は毎年少しずつ変わるため、ワクチンは毎年接種する必要があります。ワクチンを打ってから抗体が産生されるまで約2週間かかりますので、理想的な接種時期は流行期が始まる2週間前、すなわち10月下旬から11月上旬ごろです。しかし、この時期に体調が悪くて接種できなかったとしても、流行期は約5カ月間続きますので、体調が良くなってから接種することが勧められます。



参考文献

URL はいずれも2019年11月22日時点のもの

- 1)厚生労働省. 令和元年度インフルエンザQ&A. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/qa.html>
- 2)CDC. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2019–20 Influenza Season. MMWR 2019;68(3):1–21.
- 3)Noti-JD, et al. High humidity leads to loss of infectious influenza virus from simulated coughs. PLoS One 2013; 8(2):e57485.
nts: a systematic review and meta-analysis. J Hosp Infect. 2015;91(3):211-7.

常に見直したい！ 旬な感染対策

加湿器と空気清浄機の使用について

屋内の相対湿度が高い(40%以上)とエアロゾル中のインフルエンザウイルスの感染性が低下するという実験結果が報告されていることから、冬季にインフルエンザを防ぐために加湿器を使用したいという意見を聞きます。しかし、加湿器の使用にはリスクが伴います。まず、加熱式ではない加湿器を使用した場合、レジオネラや緑膿菌^{りよくのう}などが繁殖し、肺炎などの感染症を引き起こすリスクが生じます。加熱式を使用する場合は、蒸気や熱湯による熱傷のリスクが生じます。また、高湿度の環境ではカビの発生が懸念されます。高温・高湿度の東南アジアでは年中インフルエンザが発生しており、実験室の外の実際の環境における湿度の影響については、まだよく分かっていないこともあります。また、インフルエンザウイルスは結核菌のように長時間空中を浮遊して伝播^{でんぱ}する病原体ではありません。そのため、空気清浄機の使用がインフルエンザを効果的に防ぐとは考えにくく、実際にそのことを示す質の高いエビデンスもありません。インフルエンザの予防には、まずはワクチン接種です。

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



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

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11回 クロストリジウムディフィシルの基本の“き”

CDIってどんな菌が原因なの？

CDI (Clostridium difficile infection) は、クロストリジウムディフィシル (以下CD) というグラム陽性桿菌 (かんきん) が引き起こす感染症で、24時間以内に3回以上の水様性便 (Bristol stool scale 5以上) が見られるとされています。CDは、大きさが $1.3\sim 1.6\times 3.1\sim 6.4\mu\text{m}$ 、周毛性の鞭毛 (べんもう) を有し、芽胞を形成しますが、2016年に表現型、化学分類学、系統発生学による分類に基づき提案されたクロストリディオイデス属 (*Clostridioides* spp.) に入ることとなりました。

また、CDは健康な乳幼児の腸内で見られる細菌として、Hall, I. と O'Toole, E. とにより最初に記述されましたが、当時は分離が非常に困難 (偏性嫌気性菌のため) であったことから、ラテン語で「困難な」を意味する *difficile* がその名の由来となりました。ちなみに属名は、ギリシャ語の *klothos* (ねじれ) から派生した *klostridion* (小さいねじれたもの) が由来で、ラテン語にすると *Clostridium* となります。

CDIってどんな問題があるの？

原因菌となるCDは健康な成人の5~10%、入院患者では約25%の糞 (ふん) 便中から検出されます。つまり比較的多くの人が持つように、特別な菌ではないのです。ヒトの腸内には数百種類、千兆個もの細菌がいますが、抗菌薬の投与により、腸内細菌のバランスが崩れると、特定の菌が異常に増加する菌交代症が起こることがあります。CDIはこうした菌交代症の代表的なもので、抗菌薬関連下痢症の原因の20~30%を占めています。また、高齢者に多く、手術後や免疫抑制剤を使用している際など抵抗力が落ちているときに発症しやすいといわれています。CDIは年間10,000患者あたり7.4人の罹患 (りかん) 者があり、主な症状は下痢や粘性の便、吐き気、発熱などで、重症化すると死に至ることもあります。CDを有する患者の約85%が、過去28日以内の抗菌薬への曝露 (ばくろ) 歴があるといわれ、CDI発症に最も強く関連するのは、セファロスポリン系、βラクタム系/βラクタマーゼ阻害剤、クリンダマイシン、キノロン系とされています。

さらにCDは、過酷な環境でも生き残る芽胞を形成しますので、腸内から排除されても、抗生物質に抵抗性がある芽胞は生き残り、CDによる大腸炎再発の原因ともなります。芽胞とは菌が自身の増殖に適さない条件になると、菌体内部成分 (リボソームや蛋白 (たんぱく) の一部分) が菌体の1カ所に集中し、芽胞核というものを形成しはじめます。その後、核のまわりにペプチドグリカンという頑丈な物質や蛋白質が集積し芽胞皮膜、芽胞殻を形成し、元の菌体は壊れて、芽胞のみになり生物活性を休止します。芽胞は、熱や薬剤、乾燥などにとても強く、アルコール、逆性せっけんの消毒剤である塩化ベンザルコニウムも効きません。また、通常の細菌が死滅するような、70℃15分の加熱処理でも耐えられるどころか、ヒートショックで発芽を招いてしまい、増殖を開始することもあります。

CDトキシンってよく聞けれど、どんなもの？

CDは、Toxin AとToxin Bを産生することが知られています。これはその菌株により異なり毒素を産生する菌株だけがCDIの原因菌となります。Toxin Aはエンテロトキシンで、好中球遊走因子であり、サイトカインを遊離させ、水分の過分泌や腸管の出血壊死を起こします。Toxin Bはサイトトキシンで、細胞毒であり、細胞骨格を破壊します。

これらの毒素により腸炎を引き起こされ、初期像はアフタ様大腸炎として見られ白色の盛り上がった小円形の膜 (偽膜) を呈します。この偽膜は組織学的にフィブリン、粘液、好中球、上皮残渣 (ざんざ)、壊死物質などから成る炎症性物質が粘膜表面に付着し隆起したものです。好発部位は直腸、S状結腸です。

どんな検査で診断するの？

CDは先に述べたように、比較的多くのヒトが保菌している菌種でもありますので、菌の検出=原因菌とはならず (毒素産生株は30%程度)、炎症を引き起こしている毒素の検出が不可欠になります。現在では菌体と産生毒素 (AおよびB) の両方を同時に検出する試薬 (菌体検出にはCD共通抗原であるGDH (glutamate dehydrogenase: グルタミン酸脱水素酵素、D-1抗原を用いている) が販売されています。注意したいのはCDIが軽快しても、菌体はしばらくの間、便中に排菌されるので、治療効果判定の意味で行う検査としては不適当とされています。また、便中トキシンの検出感度は、それほど高いわけではありませんのでトキシン検査が陰性でもCDIを否定することはできません。さらに毒素は時間経過とともに劣化し、検出できなくなりますので、便検体は採取後2時間以内に検査室へ搬入することが検査の正確性を高め、正しい診断につながります。

治療方法は？

誘因と推測される抗生物質などの使用を中止します。中止後2、3日以内に23%の患者で症状の改善がみられます。改善しない場合や重篤な場合は、メトロニダゾール (metronidazole) やバンコマイシン (vancomycin) といった抗生物質による内服治療を行います。バンコマイシンの使用は新たな耐性菌発生の恐れもあるのでメトロニダゾールの使用を推奨する考え方もあります。ただし、メトロニダゾールには神経毒性があり、再発時に繰り返し使用することや長期に使用することは避けたい薬剤です。

予防策はあるの？

病院内感染対策は標準予防策に加えて接触感染予防策を実施します。芽胞はアルコール抵抗性であるので、せっけんによる十分な流水手洗い、手袋、エプロンといった防護用具の装着が有効です。CDは糞便に多く含まれるため、患者は原則的に個室隔離しますが、アウトブレイクし、多人数に上った場合にはコホーティング (集団隔離) も行われます。

現在、ワクチンはありませんが、トキシノイドワクチンの開発が始められているようです。

クロストリジウム属の意外なエピソードって何？

第1次世界大戦中は燃料や火薬の原材料として、アセトンが使われていました。このアセトンはトウモロコシをクロストリジウム属細菌を用いて発酵させ、生産していたのです。ハイム・ワイツマン (後にイスラエル初代大統領) の特許 (1919年) によるこの方法は、化学合成法が発達する1950年代まで、アセトンの主な生産法だったのです。

医療の分野では厄介な悪役のクロストリジウム属ですが、こんな形で役立っていたようです。

患者対応力向上のための 医療接遇レッスン



アドバイザー

小佐野 美智子 (おさの みちこ)

株式会社C-plan 代表取締役
医療接遇アドバイザー
医療経営コンサルタント

医療現場の問題解決型コンサルティングを25年以上行う。患者満足度を追求し、職場環境を良好にするための現場に即した先進的な取り組みを実践中。人にかかわる問題について解決法を構築、提案。年間300を超える講演・研修・コンサルティングを行っている。職場内において「安心・信頼・安全」を追求し安らぎのある空間づくりを向上させることに尽力し、医療に携わる方々にアクティブでポジティブかつ、安らぎのある医療環境を組織の方々とともに作り上げることにまい進している。

近年、医療現場における患者さんの対応の仕方が重要視されています。患者さんに不平不満を感じさせないことは、リスクマネジメントの一つとしても大切となってきています。患者さんとの良好なコミュニケーションを目指して、まずは医療接遇の基礎知識を習得しましょう。

第2回

接遇向上のための 基礎知識

接遇向上のための基礎行動として、“接遇6原則”を提唱しています。医療現場における基本的な考え方、行動として導入が進められ、現場で活用されています。

その① 見ること

相手をよく見て対応する

相手をよく見て対応することは、①理解度、②納得度、③満足度の状況を把握するために表情から察して読み取ります。これは对患者さんだけでなく、職場内での良好なコミュニケーションにもつながります。

その② 聴くこと

相手の話によく耳を傾ける

聴くことは、「聞きたい気持ちで聴く姿勢」で聴くということです。すなわち、“傾聴”です。表情や姿勢、目線に気をつけ、傾聴しているということを態度で示しましょう。

その③ 届けること

相手に気持ちを届ける～確実に伝える「伝達」

届けることは、相手に確実に伝えたいことを伝えるように伝えること。伝えた内容の確認をし、確実に伝えることを意識的に行いましょう。最近では高齢者の単独の来院による伝えたい内容の行き違いが増えておりますので思い込みには注意が必要です。

その④ 伝えること

相手に心を伝える

～誤解なく伝える「ニュアンス」

心を「伝えること」は、肯定的な思いであっても、否定的に捉えられてしまうようなことがないように、所作・語尾語調・表情など意識をして、誤解のないように伝えていくということです。また、目に見えない気持ちや心は、口



にしなければ相手には伝わりません。伝え方に注意し、誤解なく伝えられるように工夫しましょう。

その⑤ 意識すること

相手に常に見られている、 聞かれているという意識を持つ

常に意識を持って行動することは難しいことです。職員の死角に患者さんがいて、内輪の話が漏れ聞こえることがあります。その際、私語や笑い声はプロ意識が低い印象を与え、自分の大切な身を預けて大丈夫かと不安を増長させるようなことになりかねません。いつ聞かれても見られてもよい状態をつくりましょう。

その⑥ 安心感を与えること

安心して来院していただく

安心感を与えることは、对患者さんだけでなく、家族や関係会社の人などすべての人に、「信頼できる」という第一印象を持っていただくということです。特に医療人として衛生観念が問われます。

接遇6原則は、多忙時に忘れてしまいがちな基本行動です。日常業務の中で生かしていくために、常に意識して行動することが重要です。自分自身の経験の中で身に付け実践し、習慣化してまいりましょう。

医療安全面でも知っておきたい！

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？

黄疸が出ている方の顔のエンゼルメイク

黄疸おうだんが生じた状態で亡くなる方が少なくないと思います。

肌が黄色、あるいはそれよりも濃い色になっており、なんとかそれをカバーしてさしあげたいという思いからか、私への問い合わせが多いテーマです。

今回は、黄疸が出ている方への対応のポイントを紹介します。

●まずは黄疸が出ている肌の その後の変化を把握しましょう

黄疸を構成しているビリルビン色素が酸化こうしん亢進することなどにより、死後には、以下のように時間とともに肌の色調に変化が起きます。時間は目安です。

- ・死後24時間～36時間⇒淡緑色
- ・死後36時間～48時間⇒淡緑灰色

また、部位によって色調変化の強さに違いがあり、図1のように、髪の毛の生え際、眉毛部分（眉毛が生えていないとしても毛根部分に変色）、鼻の下や口の周辺（髭やうぶ毛の毛根部分に変色）などは変化（くすみ）が強くなる傾向です。

図1 変色（くすみ）が強く出やすい箇所



●そして必ず今後の肌色の変化について 家族に伝えます

黄疸が出ている肌はのちに色が変化する可能性が高いことを、ほとんどの家族が知りません。知らないまま時間が経過し、実際に変色を目の当たりにすると、異常事態だと勘違いし困惑することになってしまいます。

実際に、ある高齢女性が病院で亡くなったとき、帰宅後に家族から病院に以下のような電話が入ったことがありました。黄疸の出ている方でした。

「おばあちゃんの口の周りに、灰色の輪っかが浮き出てきました。なにか不吉なことが起きたんでしょうか？」

このような問い合わせがありましたら、「異常なことではありません。黄疸が出ている関係による自然な変化で、口の周りが丸くくすむことがあります。ファンデーションでカバーしていただいても大丈夫です」とコメントしていただくといいでしょう。

望ましいのは、色調の変化が起きる前のエンゼルメイク時に家族に伝えることです。

しかし、説明しても喪失の直後の平静な心理状態とはいえないう家族の耳に届いていない場合もありますから、その旨を記載した文書をお渡しするのがいちばんおすすめです。

●黄疸の方の顔の エンゼルメイクのポイント

「黄疸には黄色」と覚えてください

黄疸のない方の顔のエンゼルメイクと違うのは、黄色い下地クリームか黄色系クリームファンデーションを使用することです。カバーしたい部分の色に近い色で整えることが自然な仕上がりにつながるので、黄疸には黄色系、赤黒いあざなどをカバーする場合は赤系がおすすめです。また、カバー力が高く乾燥防止力も高いクリームファンデーションの使用がおすすめです。

手順は次のとおりです。

- ① 乳液で肌を整えたあと、黄色系ファンデーションを、顔、耳、首に、しずかにのせるようにつけます。指あるいはスポンジで、黄疸の色が土色のようになるときは、オレンジ系のファンデーション（または下地クリーム）が自然なカバーになります。

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。

② つぎに、失われた血色を補うための赤みを加えたベージュのクリームファンデーション（あるいはピンク系のクリームファンデーション）を①の上にのせるように付けます。その上にリキッドファンデーション（油分の多いもの）を重ね付けしてもいいでしょう。

③ ファンデーション用スポンジを肌に当てて、つけたファンデーションをなじませたあと、化粧崩れを防ぐためにパウダー（おしろい。白でも肌色でも）を太いブラシで全体に均等に付けます。そのあとは、通常のメイクを行います。

その場で自然に肌色をカバーできている、が仕上がりの目標でいいでしょう

のちに生じる色調変化を完璧にカバーしようとする、ファンデーションが厚塗りとなり、自然さが失われてしまいます。ですから、のちに変色が目立ってきた場合には、上からファンデーションをのせてカバーしていただくか葬儀社の方に相談していただくよう家族に説明（文書にも盛り込む）し、エンゼルメイクのそのときにはその時点で自然なカバーになることを意識してメイクします。



関連書籍

『ナースのための決定版 エンゼルケア』小林光恵 著(学研メディカル秀潤社)

『説明できるエンゼルケア』小林光恵 著(医学書院)

『ご遺体の変化と管理』伊藤 茂 著(照林社)

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す会代表。最新刊『介護はケアマネで9割決まる!』。

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 ⑤

るいそうの方への含み綿は おすすめしません

少しでもふっくらとした表情にしてさしあげたいと考え、やせた顔の頬やまぶた内に綿を詰めることもあることと思います。私も昔、病院勤務していた際には行っていました。

しかし、綿は自然に詰めるのはなかなか難しく、頬はあめ玉を舐めているように膨らんでしまったり、まぶたは綿によってでこぼこしてしまったりします。

また、こめかみ部分には綿を詰めることはできません。エンバーミングなど葬儀業界での対応ではこめかみ部分に液体を注入して整えることもあるようですが、医療ではそれは行えません。

よって、頬やまぶたに綿を詰めたとしてもこめかみはそのままの状態ではその人らしいバランスが失われてしまいます。

それと一番大事な点は、「家族もふっくらとさせてほしいだろう」と思い込んで綿詰めをナースの判断で行ってしまうことです。療養中からそばで接していた家族は、るいそうの状態にいきなり接するわけではありません。エンゼルメイクの場面で家族が、ふっくらさせるために綿を詰めてほしい、と希望したという話は聞いたことがありません。

ですから、エンゼルメイクの場面において綿詰めはせず、ほかにできること、たとえばクレンジングマッサージやシャンプーなどを手厚く行うほうが、看取りの場面の充実につながるのではないかと考えます。

メイク時にクリームファンデーションをなじませる際に、くぼんだ部分に一段明るいベージュ(またはハイライトカラー)を使うと、わずかではありますが、ふっくらと見せる効果が期待できます(図2)。

図2



ストレス知らずの自分づくり始めたい!

心身を癒やす 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づくりに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。



タンパク質とビタミンAで免疫力アップ!

サバのラビゴットソース

◎材料◎ 179kcal / 1人分

サバ……………1切れ(80g)
タマネギ……………10g
トマト……………10g
ピーマン……………10g
オリーブ油……………小さじ1
だし……………大さじ½
酢……………大さじ½
食塩……………少々
レモン……………くし切り

- ① タマネギ、トマト、ピーマンをみじん切りにする。
 - ② だし、酢、オリーブ油、食塩を混ぜ、①の野菜を加える。
 - ③ サバを、フライパンかオーブンで焼く。
 - ④ 魚に②のソースをかけ、器に盛り、レモンを添える。
- ※レモンを絞ってかけると、より一層さっぱりした味になります。

さっぱりしたソースには、抗酸化力の高いビタミンAがたくさん含まれています。タンパク質はお肌の生成に欠かせません。



このサラダで1日に必要なビタミンAが取れる

持ち運べるアンチエイジングカップサラダ

◎材料◎ 188kcal / 1人分

ミックスビーンズ……………30g
リーフレタス……………2枚くらい(30g)
ミニトマト……………3個
赤ピーマン(パプリカ)…薄切り3~4枚
黄ピーマン(パプリカ)…薄切り3~4枚
タマネギ……………10g
ゆで卵……………1個
ゆで鶏肉……………40g
(胸肉でももも肉でも可。皮は取る。サラダチキンでも可)

※ドレッシングはお好きなもので可。

- ① 器の底にミックスビーンズを入れる。
- ② 次に、ちぎったレタスの半分をふわっと入れる(ぎゅうぎゅうに押し込まない)。
- ③ 赤と黄のピーマン(パプリカ)を入れる。
- ④ 鶏肉は割いて入れる。ツナなどでもOK。
- ⑤ タマネギを入れる。
- ⑥ ミニトマトを半分にカットし、切った断面を見せるように容器のフチに並べる。
- ⑦ トマトの隙間に、縦半分に切ったゆで卵を並べ、残り半分のレタスを盛る。ふたをすれば、持ち運びに便利。

緑黄色野菜は、抗酸化力=体をさびさせない力が高いので、アンチエイジング効果が高くなっています。卵、鶏肉などタンパク質も取れるので、軽いランチに!



ホワイトソースにヨーグルトを使用してカロリー控えめ

サケのグラタン

◎材料◎ 239kcal / 1人分

サケ……………1切れ(60~80g)
ブロッコリー……………1~2房
ホウレンソウ……………10gくらい
ホワイトソース……………50g
プレーンヨーグルト……………50g
溶けるチーズ…大さじ1(15g)
粉チーズ……………小さじ1

- ① サケをオープンかフライパンで焼く(生サケの場合、お好みで塩こしょうする)。
- ② ブロッコリーとホウレンソウをゆでる(冷凍でも可)。ホウレンソウは食べやすい長さにカットする。
- ③ ホワイトソース(缶詰だと簡単。もちろん手作りでもOK)にプレーンヨーグルトを混ぜる。
- ④ 耐熱皿にサケ、ブロッコリー、ホウレンソウを入れ③のソースをかける。その上に、溶けるチーズと粉チーズをかけ、200度のオープンでチーズが溶けて焦げ目がつくまで焼く(5~10分くらい)。

サケに豊富に含まれるビタミンDを生かすには、牛乳と一緒に取るのがお勧め。牛乳に含まれたカルシウムを、ビタミンDの働きで吸収して骨に利用します。

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

<http://www.enospa.jp>

えのすば

検索



アロマで 応援!

ジンジャー

植物学名 *Zingiber officinale*

[ショウガ科]

抽出部位：葉根茎

近年注目を集めるショウガ。

食べるだけではもったいない？

ショウガパワーをアロマでも体感しましょう



※ジンジャー精油には種類によって若干の光毒性や感作用のあるものがあります。また高濃度使用の場合皮膚への刺激性がありますので、特に敏感肌の人は注意が必要です。

古今東西有用され続ける理由

ジンジャーはいうまでもなくショウガのこと。日本人であれば、そばや冷ややっこなど日本食には欠かせない薬味を連想するのではありませんか？面白いことに同じジンジャーの香りを嗅ぐと欧米ではクリスマスを想起する人が多いのです。ショウガを使った焼き菓子、ジンジャーブレッドをクリスマスのころに食べる習慣があるからでしょう。クリスマスリースの香り付けにもジンジャーを加えたりします。薬味のショウガをイメージしていると「え？ 辛味の香り？」と誤ってしまいますが、ショウガの根茎を水蒸気蒸留して抽出したジンジャーの精油には生のショウガに感じる辛味成分はほとんど含まれません。

ショウガのピリッとする辛味のもとにはGingerol、Zingerone、Shogaolでショウガの三大成分ともいわれています。Gingerolは血管を拡張させて循環を促す作用や殺菌作用・免疫機能の維持・胃腸の働きを整える働きがあり、ZingeroneとShogaolは加熱や乾燥によってGingerolが変化してできる成分です。Zingeroneは強力な発汗作用があり、Shogaolも血の巡りをよくしたり、痛みの原因となるプロスタグランジンの生成を抑制する働きがあります。したがってショウガは冷えや痛みの改善、食欲増進にとっても役立つ食材であることが分かります。ちなみにZingeroneは主要な香り成分の一つでもあり、ジンジャーエールなどの香料にも使用されています。また「生姜（しょうきょう）」は生薬名ですが古くから胃腸薬やかぜ薬に用いられるほか、鎮嘔、鎮痛などに用いられる漢方薬に高頻度で配合されており、科学的根拠とも一致するのは偶然ではないのです。

食用と精油の効能の違いを知って有効活用

ただ言及したように精油にはこれらの有効成分が期待できません。精油の原材料の採取地などによって構成有効成分が多少変わりますが、爽やかなスパイシーの香り成分であるZingibereneやCineoleには消臭作用・解毒作用・健胃作用などがあります。特にZingibereneは主要有効成分の30%近くを占める精油もあり、その作用はショウガの三大成分と同様にかぜの初期症状や吐き気、たん切り、せき止め、冷え症の改善、神経痛の緩和などに効果が期待できるとされ、さらには近年コレステロール値の低下や血圧降下にも働くことが明らかにされているのです。

カラダを温めるといいことずくめといったような健康本の真偽は別にして、「冷え」は不快な症状であることは間違いのないと思います。アロマでもショウガパワーでカラダを心から温め、冷えと表裏一体のむくみを解消しましょう。もっとも手軽にできる方法は手浴、足浴です。洗面器に38度くらいのお湯をはり、5ccの牛乳にジンジャーの精油を4滴溶いたものを混ぜ、手または足を入れて温めます。カラダの末端が温められることで血液などの循環がよくなりカラダ全体がポカポカしてくるはずですが、同時に気化されたジンジャーの香り成分が鼻や口からもカラダへ作用し、かぜの初期症状があれば喉の痛み、食欲不振であればその改善にも一役かってくれます。

バッグに忍ばせておくと胃腸不調時に役立つ香り

また、ジンジャー精油の吸入はさまざまなシチュエーションでの吐き気と嘔吐緩和に関する効果の研究がなされています。特にあまり薬剤に頼りたくない妊娠悪阻に対して行った研究は古く、「吐き気と嘔吐の発生率と重症度を下げ、制吐薬を減らすことができた」という結果は興味深いものです。まだまだ追加研究が必要な段階ではあるとされていますが、日常生活ではアレンジして十分活用できます。例えば、ドライブのお供にジンジャー精油を持っていけば、胃腸への働きかけに優れ制吐作用が高いことから乗り物酔いの予防や緩和に役立ちますし、その消臭作用から車にこもってしまった臭い消しに使ったり、運転中眠気に襲われたときには一時的に香りの刺激作用で集中力を高めることもできるでしょう。

アドバイザー aromaruko(T.I.D.H.A. 取得 Aromatherapist)

眠れない

健康的な毎日を送るために、睡眠はとても大切です。
体の疲れも取れて、活力に満ちた一日を過ごすために、よりよい睡眠を得る方法について学びましょう。

入浴と睡眠

「お湯をためるのが面倒」「時間がかかる」「お湯もったいない」といった理由でお湯につからず、シャワーで済ませていませんか？
実は、お湯につかることは睡眠と深い関係があることがわかっています。
そこで今回は、入浴と睡眠の関係について学びましょう。

シャワーでは効果がない！？

体を清潔にするという意味では、もちろんシャワーでも効果があります。しかし、睡眠にとって重要なことは体温を1～2度上げることです。体温を少し上げることによって、その後は体温が下がりやすくなり、眠気が強くなるとわれています。シャワーだけでは体温がなかなか上がりませんので、お湯につかることが有効なのです。

熱すぎるお湯にはご用心！

ただし、「体温を上げるためなら、できるだけ熱いお湯のほうがよい」というわけではありません。

42度以上の熱いお湯は体には刺激が強くていわゆる興奮状態になってしまいます。さらに、体温も上がりすぎて、下がるのに時間がかかってしまいます。そのため、しばらく寝つきが悪くなりますので、就寝直前は避けたほうがよいです。

また、熱いお湯につかると血圧の変動も大きくなりますので注意が必要です。おすすめは40度のお湯に約10分つかることです。

入浴前後の注意点

部屋や脱衣所、浴室の温度差が大きいと、血圧の変動が大きくなります。特に冬場は注意が必要で、部屋や脱衣所を暖めておいて、寒さを感じないようにしましょう。

また、お湯の温度やつかる時間によっても変わりますが、入浴

によってかなり水分が失われます。入浴後だけでなく、入浴前にもコップ1～2杯の水分をとるようにしましょう。風呂上がりのビールが美味しいのはわかりますが、ビールだけは水分補給になりませんのでお気をつけください。



入浴剤のススメ

「お湯につかるのが睡眠に良いとわかったけど…」とまだお悩みの方は、お湯を楽しみ、さらなる効果を得るために入浴剤を使ってみてはいかがでしょうか。

入浴剤には、浴用化粧品や医薬部外品として効果があるものがあります。有効成分によって、浴用化粧品の入浴剤は「皮膚にうるおいを与える」など化粧品の効果が、医薬部外品の入浴剤は「あせも」、「肩こり」、「疲労回復」、「冷え症」などの効果効果があります。

自分のお気に入りの入浴剤を見つけて、お湯につかるのを楽しんでください。

参考文献

- ・『睡眠心理学』堀 忠雄 編著(北大路書房)
- ・日本浴用剤工業会ウェブサイト <https://www.jbia.org/index.html>



睡眠セミナー

無料サービスのご案内



東洋羽毛イメージキャラクター 桃井かおりさん

よく眠った人には、かなわない。

＊— 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

看護職も知っておきたい

マネー講座

人生100年を考える上で、欠かせないのがお金の話。それは看護職をはじめ医療職の皆さんにおいても変わりません。ただこれまでお金のことを話題にしたり、知る機会もあまりなかったのではないのでしょうか？「投資信託」の基礎知識を身につけ、ご自身のライフプランニングに役立てていただければと思います。

プロの運用で高収益期待 少額積み立て可能な投信

日本では今、老後の資産形成への関心が高まっています。第2次世界大戦直後のベビーブームで生まれた「団塊の世代」が2022年から75歳になり始め、年金、医療、介護などの社会保障費はさらに拡大が見込まれます。

一方、国と地方を合わせた借金は、主要先進国では最悪の水準に積み上がっています。今後少子高齢化の進展で、税金や社会保険料の負担、社会保障の自己負担はますます増加する半面、社会保障の給付水準は一層の切り下げが避けられません。

そうした中、老後に2千万円の蓄えが必要とした金融庁審議会の報告書に注目が集まり、国に頼り切らないで自助努力で老後の生活に備える動きが広がってきました。

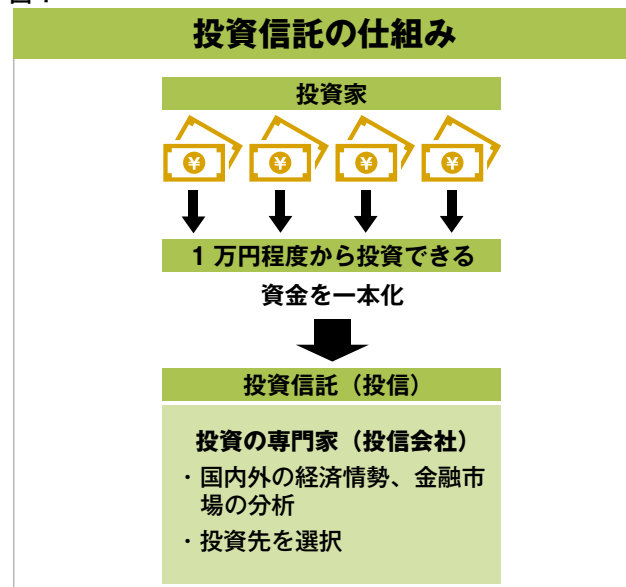
日銀の金融緩和による、ゼロに近い預貯金金利の長期化も背景に、お金をどう上手に運用し、老後に安心できる資産を形成するか、日ごろから考えて取り組む人が若者世代にも増えてきました。



多くの参加者が集まった老後の資産形成を考えるセミナー。超低金利の長期化で投信への関心も強い（2019年6月、東京都千代田区）

写真提供：共同通信社

図1



専門家に任せて金融商品に投資

お金を増やすには預貯金のほか、株式や国・企業がお金を借りるために発行する債券の購入、土地、建物といった不動産の取得など、さまざまな方法があります。

投資信託(投信)の購入もその一つです。投信は多くの投資家にお金を出してもらい、集まったお金を一つにまとめて、投資のプロが利益が上がりそうな金融商品などに投資して運用します(図1)。

もうかった収益は、投資した金額に応じて配分されます。経済や金融に詳しい専門家に運用を任せるので、投資家は自分で直接、金融商品を買って運用するよりも楽です。しかも、プロの運用で、もうけは超低金利の預貯金などよりも、増えることが期待できます。

しかし、プロでも金融市場の見通しを読み違えると、運用に失敗し、投資家が投資した金額の元本を下回り、損失が出る恐れもあります。投信は預貯金のように、元本が保証された金融商品で

はないことを、まず押さえておきましょう。

投信の優れた点は他にもあります。株や債券の購入、不動産の取得などでは、最初に数十万～数千万円の元手が必要になるのが一般的です。一方、投信は1万円程度から購入できます。毎月決まった金額を買い増す積み立て投資プランという仕組みもあり、これを利用すれば、もっと少額の購入も可能です。

分散投資で安定した運用を

元手を増やすのが目的の投信の運用は、投資家から集めたお金を、株、債券、不動産などに分けて投資するのが基本です。この運用手法を分散投資といいます(図2)。

このおかげで、例えば、投資した株は、株価下落で損失が膨らんでも、債券投資では利益が出て、損益を合わせると、損を小さく抑えることも可能になります。

半面、投資先を分散している分、もうけも小さくなる傾向があります。投信は投資したお金を安定して運用し、じっくり増やすのに適した金融商品といえます。

投信は証券会社、銀行といった金融機関や郵便局などの投信販売会社の窓口で購入できます。投信の運用をする投信会社の中には、直接投信を販売する会社もあります。

初めて投信を買うには、販売会社に投信の取引に使う口座を開く必要があります。銀行などで取引を始める場合も、預貯金の口座とは別に、投信口座の開設が求められます。

口座開設には、まず窓口で申込書類に記入します。その際マイナンバーカードや運転免許証などの本人確認書類や印鑑も欠かせません。

パソコンやスマートフォンで取引するインターネット専門の証券会社や銀行では、ネットで短期に口座を開けます。ネット上

図2

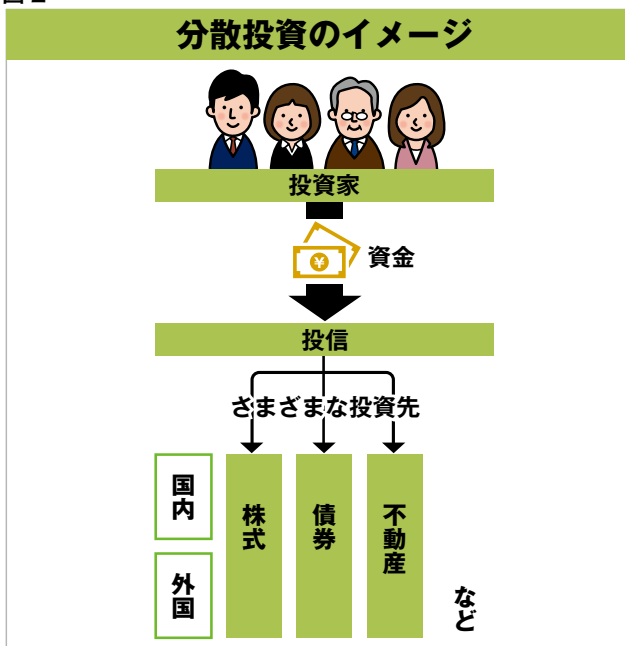


表1

主な投信の費用		
購入時	購入手数料	手数料無料のノーロード投信もある
保有時	運用管理費用(信託報酬)	運用財産から日々差し引かれる
	売買手数料	運用中の株式、債券などの売買時にかかる
	所得税・地方税	収益の分配金にかかり、税率は約20%
解約・償還時	信託財産留保額	解約時などにかかる
	所得税・地方税	値上がり益にかかり、税率は約20%

で必要な項目に記入し、本人確認書類の画像を取り込んで送れば、手続きが済みます。

運用に必要な費用が安いことも重要

投信を買った投資家は、運用でもうかった収益の全てが手に入るわけではありません。投信の販売や管理、運用に必要な費用がかかるからです(表1)。

費用の主な種類としては、まず投信を買う時にかかる購入手数料が挙げられます。投資家が販売会社に払います。

購入後に投信の保管や運用にかかる費用を運用管理費用(信託報酬)と呼びます。投信を運用する投信会社などが、投資家から集めた投信の運用財産から差し引き、投資家が負担します。

投信は株や債券の売買などで運用され、投信会社は証券会社などに運用の際の売買手数料を払います。この手数料も運用財産から引かれ、投資家の負担になります。

投信の解約時などに信託財産留保額という費用がかかる場合もあります。投信の保有中や解約・償還(満期)時の収益には、一部の優遇制度を除き、約20%の税金がかかります。税金も一種の費用といえます。

超低金利が続く中、費用の全てを上回る収益を上げる運用は、投資のプロの投信会社でも簡単ではありません。販売会社で確認し、同じタイプの投信では、費用が安い商品を選ぶことが重要です。

(編集協力:共同通信社)

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。
英語、中国語(繁体字・簡体字)、韓国語をそれぞれ色分けしてご案内しています。

点滴

(1) 点滴をしますので、ベッドに横になってください。

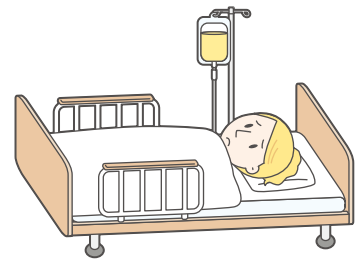
ウィー ウィル プット ユー オン ア ドリップ ソー プリーズ ライ ダウン ヒア
We will put you on a drip, so please lie down here.

ヤオ ダー ディエン ディ ラ チン ターン サイ チュアンシャン

繁 要打点滴了，請躺在床上。

簡 要打点滴了，请躺在床上。

リングァール ノア トゥリルケヨ チムデエヌウオジュセヨ
링거를 놓아 드릴게요. 침대에 누워주세요.



(2) 袖をまくってください。右手がいいですか、左手がいいですか？

プリーズ ロール アップ ユア スリーヴ ドゥ ユー ウォント トゥ ユーズ ザ ライト
Please roll up your sleeve. Do you want to use the right arm or the left?

チン バー シュウズー ジェン チー ライ ダー ヨウ ショウ ハオ ハイ シー スオ ショウ ハオ

繁 请把袖子卷起来。打右手好还是左手好？

簡 请把袖子卷起来。打右手好还是左手好？

ソメルル オルリョジュセヨ オルンチョギ チョウセヨ ウェンチョギ チョウセヨ
소매를 올려주세요. 오른쪽이 좋으세요, 왼쪽이 좋으세요?

(3) 時間は1時間くらいかかります。気分が悪くなったら、近くの看護師に声をかけてください。

イット ウィル テイク アバウト アン アワー イフ ユー フィール イル プリーズ コンタクト エニイ
It will take about an hour. If you feel ill, please contact any nurse nearby.

シュヤオ イー グォ シャオ シー スオ ヨウ ルー グォ ガン ジュエー ダオ プー シュウ フー チン ガオ スー フー ジン ダ フー シー

繁 需要一个小时左右。如果感觉到不舒服，请告诉附近的护士。

簡 需要一个小时左右。如果感觉到不舒服，请告诉附近的护士。

シガヌン ハンシガン ジョンド コルリョヨ ソギ アン チョアジシミョン カッカイエ インヌン
시간은 1시간 정도 걸려요. 속이 안 좋아하시면 가까이 있는 간호사에게 알려주세요.

がんにも備えましょう

白血病

Aさん(28歳)は、急性白血病の診断を受け入院、退院を何度も繰り返し、退院後も通院が続きました。

現在は症状が落ち着いていますが、治療は継続します。

Aさんが今までに受け取った保険金

がん診断保険金	100万円
がん手術保険金	20万円
がん入院保険金 (1万円×50日)	50万円
がん通院保険金 (5千円×44日)	22万円
がん退院後療養保険金	10万円
合計	202万円

FPからのアドバイス

白血病といえば、競泳の池江璃花子選手が現在闘病中です。医学の進歩により、この病気は、克服できる時代になってきています。とはいえ、投薬・抗がん剤・移植治療など、闘病は長くかかり精神的にも経済的にも負担が重くのしかかります。

これに備えるためにがん保険があります。がん保険の特長は、がんと診断された段階で診断給付金を受け取ることができる点です。一般的に100万円などまとまった金額になります。この給付金で、治療費はもちろん、入院中の諸費用、療養中の生活費や通院時の交通費に使うことができます。心強いですね。

医療保険では、入院日数で給付制限があるのに対して、がん保険は入院日数に制限がないものが多いのも特長です。長期あるいは度重なる入院に備えることができます。

医療保険とがん保険は給付に違いがあるので、自分に何が必要か、よく考えて備えましょう。

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
(団体総合生活保険)



団体割引等の適用により割安な保険料で、がん診断保険金から、入院、通院、手術、退院後の療養まで一連の費用を補償します。

がん補償 入院や手術費用をしっかり補償します。

補償内容(一口当たり)	保険金額
がん診断	100万円
がん入院・手術	入院: 1日1万円 手術: 40・20・10万円
がん退院後療養	10万円
がん通院	日額 5,000円
がん重度一時金	100万円
がん特定手術	30万円
女性特約 がん女性特定手術	30万円
がん葬祭費用	100万円限度

がんと診断確定されたら**100万円!**
「**上皮内新生物**」「**白血病**」も補償!

入院日数は**無制限**です

年間保険料(初年度:1口当たり)

※3口までご加入できます。

年齢	女性特約あり	女性特約なし
25～29歳	1,260円	1,170円
30～34歳	1,930円	1,760円
35～39歳	2,800円	2,540円
40～44歳	4,080円	3,720円
45～49歳	5,840円	5,370円

※新規ご加入の場合、ご加入者の保険期間の初日よりその日を含めて90日(待機期間)を経過した日の翌日の前日(前)にがんと診断確定されていた場合は、保険金をお支払いできません。

※年齢は、始期日時点(2020年3月31日)時点の年齢をいいます。

このご案内は団体総合生活保険のがん補償についてご紹介したものです。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。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。

制度運営 一般社団法人日本看護学校協議会共済会

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

資料請求・お問合せ先 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12-22-6 SJビル2F



資料請求

☎ 0120-847861

9:00～17:00(土・日・祝日・年末年始を除く)

「令和元年度 タイ医療関連施設訪問・見学ツアー」を実施いたしました

国際交流事業は当会の公益事業の一つで、これまで中国、台湾を訪問し医療関連施設を見学、各関係組織の方々との交流を深めてまいりました。そうした中、長きにわたり医療の国際支援に取り組まれている公益財団法人茨城国際親善厚生財団(以後IIFF)とのご縁をいただき、タイの医療事情などを伺う機会に恵まれたのです。そこで当会でも国際交流事業の一環として、タイの医療関連施設訪問・見学ツアーを企画してはどうかと、昨年度会長・副会長、事務局で視察を実施いたしました。訪問先はタイ北部のかつては人々がケシ栽培で主に生計をたてていたゴールデントライアングルと呼ばれる地域です。現在は国策によって住民の生活も安定してきており、行政、病院、看護大学などを訪問、意見交換することでそうした地域でのタイの医療を知ることができ、医療現場での国際化が問われている今、その必要性を感じました。視察結果を受け、今年度会員の皆さまを対象に「タイ医療関連施設訪問・見学ツアー」を企画し実施するに至ったのです。

企画するにあたっては、視察で訪れた地域だけではタイ全体における医療の理解を見誤ってしまう可能性を感じ、都市部の医療事情も加えました。

ツアーの実施日はIIFFからのアドバイスもあり、気候がよくタイで最も美しいお祭りといわれる「ロイクラトン祭り」の時期11月8日(金)～11月14日(木)を設定。土日に加え最低平日3日間の休暇で参加可能というスケジュールを組み、これまで日程の関係で断念されていた現場の看護職会員の方も参加しやすいようにしました。ツアー自体の主催は株式会社IACEトラベルに依頼、募集はHPと弊誌No15で会員の皆さまに向けて行いました。約3カ月募集期間を設けたところ、お問い

合わせは十数人ありましたが、最終的な参加者は5人で内訳は、看護職3人、教育職2人です。過去に実施してきた同様のツアーでは初めての現場看護職の方々との参加となりました。実際のツアーにはIIFFから現地を熟知されている小池としさん(弊誌No15 P8-P9参照)にもご同行いただき、弊会事務局から2人、通訳・撮影担当各1人、総勢9人です。

ツアーは日程通り実施いたしました。

移動日を除いて1日目と2日目は土日だったこともあり、主にタイ北部地域の観光にあて、3日目にメーサイ病院、メーファールワン大学看護学部へ訪問・見学をし、意見交換を行いました。現地通訳を交えて参加者の皆さんそれぞれ関心(かったつ)な意見交換をされていたのが印象的です。また、両施設が主催で懇親の場をつくっていただき、参加者の皆さんは一層の親睦を深められたと思います。そのことはこれまで当地域で行ってきたIIFFの功績によるところが大きいと感じ入りました。



日本人専用の相談窓口



パワーポイントを使って詳しく説明いただきました

4日目はバンコクへ移動し、サミティベート病院を訪問・見学しました。メーサイ病院とは施設もスタッフも患者層もまったく違い、まるでホテルのようだ、と形容されます。バンコクには日本企業の駐在員も多く、専用の窓口があり、対応も日本人スタッフが担当していただきました。見学した「日本人医療センター」はまるで日本にいるのと変わらない、そうした医療環境を提供しているそうです。見学後には質疑応答の時間も十分に設けていただき、参加者の皆さんは次々に質問されていました。

今回のツアーではタイにおける医療の地域格差を知ることも目的の一つでしたが、わずかに数日でそれをうかがい知ることができたのは収穫だったと感じます。弊誌No15でもテーマとして取り上げた「もっと身近に国際看護」を考えていくうえで、他国の医療をのぞいてみることは大きな経験で、その後の看護や看護教育の現場で間違いなく役立つことだと確信をし、報告とさせていただきます。

事務局 石原 裕子



メーサイ病院

メーファールワン大学外観

Willnext
Magazine

発行日 2020年1月20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 真知子
編集人 石原 裕子
編集協力 (株) 共同通信社
デザイン 奥富デザイン室

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>