

ほすぴたる

No.704

平成28年9月20日
福岡県病院協会

C O N T E N T S

声	医科歯科連携による 栄養管理	公益社団法人福岡県病院協会 参与 一般社団法人福岡県歯科医師会 副会長	山本 達雄 ①
ゲスト	37年間、国立病院で学んだこと、 福岡県病院協会委員会で教えられたこと	川崎医療福祉大学医療福祉マネジメント学部医療情報学科 准教授 前本協会診療情報管理研究委員会 委員長 日本診療情報管理士会会長、日本診療情報管理学会顧問	阿南 誠 ③
病院管理	私が学んだクレーム対応の基礎	国立病院機構小倉医療センター 院長	澄井 俊彦 ⑨
	院内委員会の役割と 最近の話題	福岡市立病院機構福岡市立こども病院 副院長	青木 知信 ⑪
看護の窓	救急外来拡大に向けた 多職種との関係	地方独立行政法人大牟田市立病院 副看護部長	坂梨 直代 ⑬
	就任のご挨拶	田川市立病院 総看護部長	中村みどり ⑮
	「口腔医学」と「看護学」が会って 未来が求める新しい「看護学」が始まります	学校法人福岡学園福岡看護大学 設置準備室 室長・教授	窪田 恵子 ⑯
教 養	犯罪の心理学	医療法人社団益豊会今宿病院 理事長・院長	深堀 元文 ⑰
Letter	もうひとつの地方創生 ～その1	国立病院機構九州医療センター 名誉院長 学校法人原学園原看護専門学校 学校長	朔 元則 ⑳
Essay	ご当地にないご当地料理	元医療法人誠十字病院 平衡神経科 医師	安田 宏一 ㉒
	人体旅行記 母趾	国立病院機構九州医療センター 医療情報管理センター 部長	吉住 秀之 ㉓
■福岡県私設病院協会	平成 28 年 8 月福岡県私設病院協会の動き		㉔
■福精協の広場	「わんこライフ」	医療法人社団 恵和会 田川慈恵病院 精神保健福祉士	鍋山 ゆい ㉕
■編集後記			岡嶋泰一郎 ㉗

Teleradiology Service. and ASP Service.

確かな診断を、より確かなものに。
ネットワークを利用した読影サービスで、
あなたをバックアップします。



Teleradiology

～遠隔画像診断サービス～
医療に地域格差があってはならない
そう私たちは考えます。

ASP Service

～遠隔画像診断ASPサービス～
放射線科の先生方向けに、遠隔
読影システムから課金に至るまで
統合的にサービスをご提供します。

株式会社ネット・メディカルセンター

〒815-0081 福岡市南区那の川1丁目24-1
九電工福岡支店ビル6階
フリーダイヤル:0120-270614 FAX:092-533-8867
ホームページアドレス <http://www.nmed-center.co.jp/>

寝具・病衣・白衣・タオル及びカーテンのリース洗濯 患者私物衣類の洗濯

☆寝具・カーテン・看護衣・診察台カバー・タオル・紙おむつ・レセプト用紙
介護用品等の販売、ベッドマットリース・販売、給食材料・給食依託業者・
重油等の斡旋及び各種保険の取扱いもしております。

福岡県私設病院協会グループ

福岡医療関連協業組合

Clean & Comfortable



理事長 江 頭 啓 介

専務理事	佐田 正之	理 事	津留 英智
理 事	原 寛	監 事	杉 健三
理 事	陣内 重三	監 事	松村 順
理 事	牟田 和男	事務局長	関 賢司

〒811-2502 糟屋郡久山町大字山田 1217-17
TEL 092-976-0500 / FAX 092-976-2247

医科歯科連携による栄養管理

公益社団法人 福岡県病院協会 参 与
一般社団法人 福岡県歯科医師会 副会長 山本 達雄

高齢化の進展にともない、医療財源のひっ迫から診療報酬の改定にも如実に変化が表れています。今回の診療報酬改定においても、多職種からなる効率的なチーム医療を推進、評価する検討が行われています。患者のためを一番に考えた医療において、歯科も加わった多職種協同の取り組みの重要性が注目されています。

1998年にNST（Nutrition Support Team：栄養サポートチーム）が導入され、それまで日本には、患者個々の栄養を専門に管理するシステムがなかったので、NSTの誕生で患者の回復が早くなり、手術の合併症が減少するなど、様々な効果が生まれました。現在では、その治療効率の改善から病院の経営的側面にも欠かせない要素となり、多くの病院でNSTが活動を開始しております。2010年度改定では「栄養サポートチーム（NST）加算」が創設され、専任の医師・看護師・薬剤師・管理栄養士からなるNSTを組織し、▽回診・カンファレンス▽栄養治療実施計画の作成▽退院時などの指導一を行うことについて評価が始まりました。栄養サポートチーム加算の施設基準では、歯科医師の参加は義務付けされませんでした。しかしながら、NSTに歯科医師が参加することで、「口腔内の環境が改善し、食事の経口摂取が可能となる」→「栄養摂取量が増加」→「一時退院も可能になる」などの大きな効果があることが分かりました。もっとも、歯科医師を配置している医療機関はそう多くはありません。そうした

場合、院外の歯科医師と連携することにより同

様の効果が上がることを期待できます。

こうした状況を踏まえ、2016年度診療報酬改定においては、

- (1) NSTに歯科医師が配置されている場合の評価を行う
- (2) 院外の診療所などから歯科医師が訪問した上で、院内スタッフと協働で栄養サポートを実施することを評価することとなりました。

このように、NST活動が中心となって医療・介護現場における栄養改革が行われましたが、ここに一つ重要なキーワードがあります。それはただ患者が何らかの強制的栄養管理（例えば、点滴や胃瘻栄養など）を受けるだけではなく、食べ物がうまくなのみこめない、または誤嚥性肺炎を繰り返すような高齢者や脳神経疾患の患者に積極的に「食べて治す」という道を提供することです。NSTでは、この「食べて治す」ということを非常に大切に考えており、重症の患者さんのADL（Activities of Daily Living）の向上も優先しているのです。現在は、急性期医療を提供する病院からできるだけ早く嚥下評価やリハビリテーション、適切な栄養管理計画を実践していくことが推奨され、その流れで在宅や介護のスタッフに栄養管理を継続する地域システムが求められています。このように、疾病の予防や治療のみに偏りがちであった医療の現場に、「栄養管理は全ての治療の基本である」というコンセプトのもとに、多職種からなる栄養ケアマネジメントと、患者個々のADLの向

上を目的とした管理システムが加わったのです。

ここで、「食べて治す」ために欠かせないのが、口腔ケアおよび歯科的介入です。口腔ケアは、口腔の疾病予防、健康の保持・増進、リハビリテーションなどによる患者の ADL の向上を目指した看護や介助を意味し、その中には口腔疾患の治療および管理、予防処置だけでなく、簡単な嚥下訓練や誤嚥予防なども含まれます。実際の口腔ケアには、本人や家族の方ができる簡単なものから、訓練された看護師や介護者が行えるもの、歯科衛生士や歯科医師の専門的な治療を要するものまでいろいろあります。歯科のない病院においても、口腔ケアや食事介助マニュアルなどを作成していくことで対応することができます。また、歯科医師による専門的な治療が必要なことが多い場合は、近隣の歯科開業医に定期訪問診療を依頼するなどで対応することができます。また、スタッフへの指導や地域連携にも関与し、NST 活動として非常に重要な役割を担うことができます。

現在では口腔外科や歯科がある大病院が増加していますが、必ずしも入院患者、施設入所患者が常に歯科的介入が可能な環境にあるとは限りません。しかし、医療現場では口腔ケアや口腔内の問題点の解決も含めて、様々な場面で医科歯科連携が必要な事例が増加しています。

〈がん治療〉

- ① 緩和ケアにおける口腔内乾燥の予防・治療
- ② 化学療法や放射線治療による口内炎、口腔内カンジダ症などの治療

〈生活習慣病〉

- ③ 糖尿病患者の歯周病治療（歯周病が血糖コントロールを悪化させる可能性）
- ④ 動脈硬化、感染性心内膜炎、腎炎の予防としての歯周病治療

〈重症疾患・手術関連〉

- ⑤ 大手術後（特に食道・頭頸部疾患手術後）

の合併症として肺炎、創部感染、縫合不全などの予防としての口腔ケア

- ⑥ 誤嚥性肺炎および人工呼吸器関連肺炎（VAP：Ventilator Associated Pneumonia）の予防・治療としての口腔ケア

〈栄養管理・高齢者関連〉

- ⑦ 認知症予防、高齢者の自立支援としての口腔ケアと歯科治療
- ⑧ PEG（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy、経皮的内視鏡的胃瘻造設術）の合併症の予防としての口腔ケア

〈その他〉

- ⑨ 睡眠時無呼吸症候群の治療
- ⑩ 妊婦の歯周病治療（早産、低出生体重児の予防）

近年、口腔ケアを入院患者に徹底することで、誤嚥性肺炎が発生しても重症化して死亡する患者が減少し、ICU における口腔ケアの重視が人工呼吸器合併肺炎の減少にも効果を認められています。このように、病院の安全管理や感染対策においても歯科的介入は欠かせない要素となっており、歯科医師または歯科衛生士の関与が大変重要であると考えます。

このように、医療現場における栄養改革において積極的に口腔機能の改善が図られるようになり、患者の予後や ADL の改善に歯科的介入が有効とされています。また、全身疾患と歯科領域疾患との関連性に関するエビデンスの検証も報告されており、医科歯科連携が重症入院患者や高齢者だけでなく生活習慣病対策としても重要と考えられるようになっていきます。

今後は、医師—歯科医師がお互いに知識と情報を共有し合い、互いに顔の見える連携が重要だと考えます。また、これらの連携は関係多職種を巻き込んで、病院や医院に限らず在宅や施設など地域へ広げて行きたいと考えています。

福岡県病院協会会員の皆様方と共に地域連携の進展に努力して参りますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

37年間、国立病院で学んだこと、 福岡県病院協会委員会で教えられたこと

川崎医療福祉大学医療福祉マネジメント学部医療情報学科 准教授
前本協会診療情報管理研究委員会 委員長
日本診療情報管理士会会長、日本診療情報管理学会顧問

阿南 誠

〈はじめに：なぜ国立病院へ?〉

平成 28 年 3 月末日をもって、国立病院における 37 年間の勤務を終えることとなった。その 37 年の多くの期間を今でいう診療情報管理に関わらせていただいた。その思いは、本協会主催の第 52 回診療情報管理研究研修会（3 月 14 日、九州大学 100 年講堂）にて、「今日までそして明日から」と題して講演させていただいた。光栄なことに、改めてほすびたる誌に投稿させていただけることになり、ここでは、当日お話をしたことを踏まえて少し話を広げてみたいと思う。このような機会を与えてくださった本会の関係先生方に深く感謝したい。

冒頭から肩すかしみたいな話で恐縮だが、国家公務員試験を受験してたまたま国立療養所福岡東病院（現国立病院機構福岡東医療センター）に入職しただけであって、診療情報管理の仕事を知っていたわけではない。もっというなら、母が、病院って素晴らしい仕事だしいいんじゃない?、と言うので、ではそうするか、という程度の動機であって、恥ずかしい限りである。逆に、工学部出身（実際、最初に就いた職は、某電気工事関連企業の設計部のエンジニアであった）なので技術職を希望しており、病院に気乗りしない私の背中を押したのは母であり、まさかそういう中で、一生をかけて取り組む仕事に巡り会えるとは、神のみぞ知るところというわけである。

〈人生を一変させるイベントとの遭遇〉

前述のとおり、特段の入職動機がないこともあつ

て、入職当初はそれなりに悩むこともあったが、上司や諸先輩方（良い人ばかりであった）に仕事を教えてもらっているうちに、人に感謝される、社会貢献している、という医療特有の満足感が不満感をすぐに上回るようになっていた。

そう思い始めていた矢先、何千年もの歴史を持つ古の事務機器、そろばんから文明開化の電卓へと国立病院の中でも革命が進行しつつあり、その技術革新の決定打が、病院情報システムの導入であった。併せて当時の厚生省が国立病院をつないだネットワーク化等を急いでいた時期でもあり、後に続く、OA、IT、ICT の黎明期と言えた。たまたまこのような時代に入職したことが幸いしたということだが、上司であった Y 事務部長が、私が理系人間であることに目を付け、病院情報システムの導入専任者という立場に据えたことが人生を一変させた。ありがたいことに、代替のアルバイト職員まで雇用し、おまえはシステム導入に専念しろ（背水の陣）というわけである。学生時代にコンピュータをかじっていたというものの、当時は電算センター（ほとんど死語である）にプログラムしたマークカードを提出していたら計算してくれるという時代である。言語は FORTRAN で、今みたいなエクセルもワードもない時代である。もちろん直接的にコンピュータシステムに関わったこともない。パソコンもちろん世に出していない。

何はともあれ、九州で初めて病院情報システムの予算がついたということで、周辺の期待は大きく、当時の九州地方医務局（現在の地方厚生局）の某局長も強い関心をもっているとのことで、後利用

を考え導入作業マニュアルを作成すること、という注文もついた。

日記等、つけたこともない自分がこの時ばかりは、行動記録等を漏れなく作った。後にも先にもあれほど細かく行動の記録を残したことはない。

まだ、昭和 50 年代の終わり、20 代半ばの若造をこういう危険な(?) 任務に就けるとは、当時の Y 事務部長をはじめ院長他病院幹部は度胸があったものだ、自分がそれなりの年齢になった時に感心したものである。最初から素晴らしい上司達に巡り会ったことは本当に幸運であった。

〈診療情報管理との出会い〉

さて、病院情報システムとはいうものの、当時、昭和 50 年代のレベルでは事実上の医事会計システムの導入である。医事会計システムの導入というと、今では当たり前だから何がそんなに大変なのだ、と思われるだろう。しかし、当時は、全てが手書き、何でも伝票を記載して運搬して、の時代である。電子カルテに慣れた今の人からみたら、明治以前に匹敵しそうなものである(既に現役医療者の多数はその時代を知らないといっても過言ではない)。医師、看護師にも処方箋や伝票の書き方を変えてもらったり、新たな伝票を作ったり、逆に廃止したり、伝票の流れや人の流れ(情報の流れ)も変えなければならない。

仕方がないことだが、改革しようとすればあちこちの職場で軋轢も起こる。もっというと、当時は、まだまだ俺の目の黒いうちは好きにはさせんぞ、というような古株職員も普通に存在したので、医局会に御用聞きのような若造が殴り込んでも火に油を注ぐようなものである。他の会議でも出ればいようにやられるのが当然という状況。

しかし、そのような中、哀れな(?) 若造を助けてくれる奇特的な科長や婦長の存在のおかげで難局を乗り切れたことは忘れない。

さて、このシステム導入経験から学んだのは、「1 患者 1 診療録」、そして「診療録管理(診療情

報管理と言われる前の時代である)」というキーワードである。つまり、臨床現場の方々と語るには、カルテが土俵である、ということである。当時の福岡東病院は、旧結核療養所から一般病床(一般病院)への転換が急がれ、胸部外科や脳卒中治療を中心とした一般病院に変貌を遂げようとしていた時期である。総合病院であれば、大学病院の影響も大きく、各診療科が独自の診療録を作成している時代である。それに対して、旧結核療養所は内科系であることから、基本的に診療科が異なっても 1 つの診療録であり、さらに診療科という区分の代わりに疾患区分ということが前提になっていた。したがって、総合病院を前提にした病院情報システムしか存在しないということは、福岡東病院のような内科系療養所スタイルのシステム導入にとっては少し厄介な問題であった。例えば、当時の公的な国立療養所報告がベンダーの提供するシステム(基本は急性期大病院対応)と全く相容れないものであり工夫を必要とした。診療科毎の患者数をカウントすると同時に、ICD をベースにした(ICD を知ったのもこの経験からである)患者数のカウントが求められたのである。ICD をご存じならすぐにイメージ出来ると思うが、新生物、呼吸器疾患、消化器疾患、結合組織疾患、……の患者数、というような構造である。したがって、患者を識別する際に、どんな疾患(ICD で分類)で受診したか、診療科は何かという複数の選択が必要であり、前者については医師にお願いするしかないのである。外来患者にリアルタイムで対応しようとすれば、必ず医師のアクションが必要である。しかし、協力依頼が大変だったのは想像通りである。幸いに、強力な T 科長のリーダーシップにより、難題をクリア出来たことが大きな成果に繋がった。

さて、福岡東病院のミッションを終えて、初めての転勤先が国立小倉病院で、もちろんシステム導入の経験を生かせというものであった。そこでは既にシステム導入を決めていたものの、期待された導入効果が望み薄ということで一旦導入を見送って再

検討という時期にあった。中途半端なシステム導入を見送った日事務部長他、幹部の方々の見識と英断に拍手をしたものの、逆に十分な導入効果が期待出来て意味のあるシステム導入が求められるという大きなプレッシャーの中での赴任となった。

前述のとおり、総合病院故に、大学病院の影響を強く受けた各科別々の診療録、その上での運用である。他科の受診状況が全くわからないし（今なら医療安全上の見地からも大問題である）、記録が散逸しており医師法第24条の保存期間の規定をクリアすることすら厳しい状況で、その改善が喫緊の課題であった。

システム導入については、改めて議論した結果、医事業務だけではなく、放射線部門における照射録データベース構築やフィルム袋の作成、薬剤部門における服薬指導や投薬歴データベース構築、薬袋作成、処方箋の自動発行、疾病統計用データベースの作成等かなりの拡張を目指し、やり甲斐のあるものになっていた。バーコードを用いた受付やカルテのアリバイ管理等、部分的にはわが国初の、という冠がついたものもある（実際、導入後にマスコミ取材や多くの見学依頼等があった）。

ここでも、導入専任者として導入に当たったが、福岡東病院以上にシステム導入に合わせた業務の見直しが必要であり問題山積であった。幸いに、既にパソコンを使う世代が医師、看護師、メディカルスタッフに少数ながら存在したことで、守旧派の抵抗がなかったといえは嘘になるが、結果的に新しい業務に対する取り組みには前向きであった。後に国立小倉病院院長に就任された岡嶋先生、大分県済生会日田病院院長に就任された西田先生が若手医長として強力な援軍になってくださったことも感謝に堪えない。

ある日の医局会、処方箋の記載方法の変更をお願いに行ったが紛糾。議論の中で、「俺は30年このやり方をやってきたので改めるつもりはない」と発言する古株の医長に対して「便利になるわけだから、我々は改めます」と発言してくださった岡嶋先

生の勇気は昨日のように記憶している。この一言で当時の小倉病院の処方箋自動発行システム（患者の待ち時間短縮他、薬剤部、医事課にも絶大な業務改善をもたらした）は、最後の壁を越えた。

その後、2年間の九州がんセンターの勤務を経て、平成6年7月の九州医療センターの開院に関わり23年間業務をさせていただいたが、こちらも開院時からの病院情報システム導入をいかに円滑に立ち上げるかがミッションであり、上野先生（現福岡東病院院長）をリーダーとした「同志」と連日連夜、議論と導入作業に明け暮れたことは23年経過しても忘れることはない。また、これらの同志との協働があって初めて今に至る九州医療センターの病院情報システムが成立した。この同志には、後に診療情報管理士として一緒に九州医療センターの診療情報管理部門を支えていくことになる、秋岡女史、柴田女史が含まれているのはいうまでもない。また、後述するように、県内の多くの諸先輩方から学んだことが生かされていることも強調しておきたい。

さらに、平成12年、平成23年と、熊澤先生、吉田先生が学術大会長を務められて、日本診療情報管理学会学術大会が開催されたというビッグイベントも忘れられない福岡県での出来事である。2度もの学術大会の運営に関わらせていただき、九州、福岡県内の諸先輩方、仲間との協働が出来たことも福岡県にいたからこそである。

〈人生を変えたDPCとカルテ開示〉

20世紀も終焉を迎えようとする頃、個人としても長きに渡り没頭することになるわが国初の診断群分類導入、すなわち日本版DRG（後にDPC）とカルテ開示の議論が診療情報管理という分野だけではなく医療そのものに革命をもたらした。

幸いなことに、この二つの課題については、厚生省の委員や研究班員として参画させていただき、今ではライフワークと言っても良い存在になって

いる。その結果として、国立病院の診療情報提供の指針策定や日本版 DRG のプロジェクトに深く関わることが出来たのは望外の幸せだと思っている。また、日本版 DRG についてはその後、DPC へと変貌を遂げたが、現在も DPC 研究班や厚生労働省保険局の保険医療専門審査員として活動をさせていただいており、その基盤の全ては福岡東病院に始まる過去の複数の国立病院における経験があったことである。過去の医師、看護師、その他の方々との議論がなければ問題意識を持つこともなかっただろうし、診療情報管理を含めた医療への関心は高まることはなかったと思う。

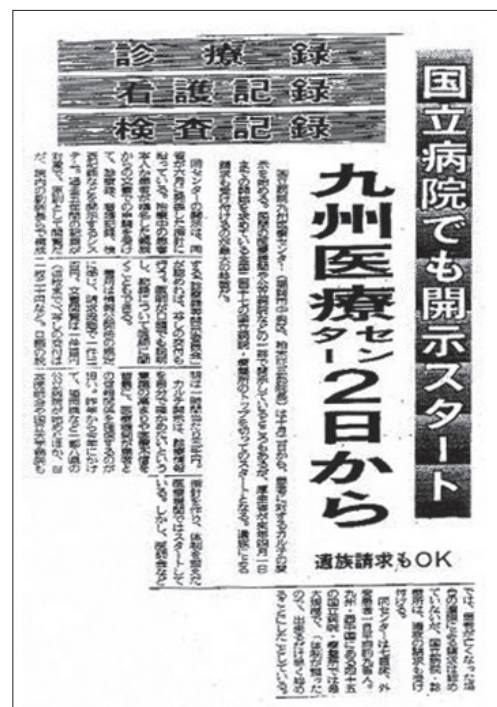
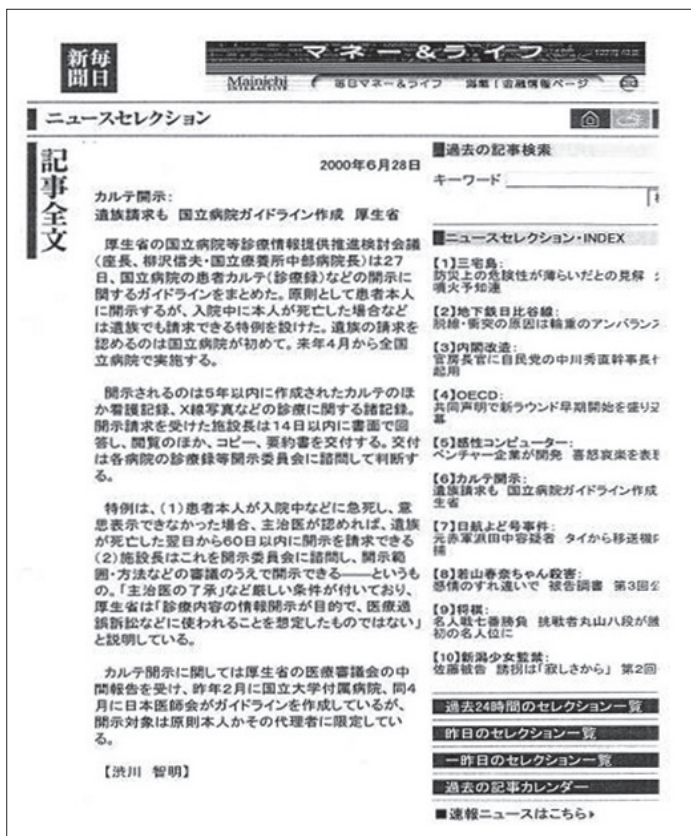
もっとも、診断群分類導入にしてもカルテ開示の実施にしても、「はいそうですか」、というほど簡単な話ではなく、それは、九州医療センターも例外ではない。

前者については、当時、熊澤院長の下、導入に向けて激論が交わされたものの賛否両論あって、必ずしも当初は好意的に受け入れられていたわけではない。何しろ、わが国初の診断群分類の導入であって、何があるかわからない、経営的にダメージを受けることも覚悟しなければならない得体の知れないものである。さらに、我々の実績が全国病院に影響を及ぼすことになるのは必至とわかっていて、したがって、当時は新しい制度の導入に懐疑的な者がいるのも当然であり、それを阻止すべく、外部からプレッシャーがかかったりしたことも、今では笑い話である。

DRG 試行に参加するか否か、最終結論を出さなければならない頃、ある日の医局会に当時九州大学教授でおられた信友先生も参加され激論を重ね、最終的には熊澤院長、信友先生の「医療の明治維新を我々でやろう!」というかけ声で、一致団結したことは、正直、医療センターの先生方に感謝し、涙が出る程であった。すでにこの時期には、前述のとおり厚生省の委員をしていたこともあって、日本版 DRG の導入については何度も当時の国立病院部からの要請で特に診療情報管理や診

断群分類についての高原経営指導課長他の方々との意見交換がなされていた。いうならば、意見を出しておきながら（売り込んでおきながら?）、自分の病院では無理です、というのは余りに無念であり、リーダーシップをとっておられた当時の熊澤院長、吉田副院長、朔診療部長、他の幹部の方々の決断には未だに頭が下がる想いである。

無事に診断群分類の導入を終えて次なる波は「カルテ開示」である。知らない方、既にお忘れの方も多いと思うが、平成 11 年頃には日本医師会等のカルテ開示の指針が出るなど、20 世紀も終わりを迎える頃、横浜市立大学の患者取り違え事件、東京都立広尾病院の消毒薬注射事件、杏林大学の割り箸事件等、痛ましい事件が立て続けに起こって医療不信の波が巻き起こり、マスコミからも一斉に医療バッシングが起こった。それに（偶然ではあるが）呼応するように、医療団体等もカルテ開示について一斉に議論が起こった頃である。厚生省でもカルテ開示の指針を作るべく委員会が組織され（座長は国立中部病院の柳沢院長）、前述のとおり委員として参画する機会を得て、鋭意、指針策定に努力した。その後、厚生省は、平成 12 年 6 月に患者遺族にもカルテ開示を行う（それまでの指針では患者本人に限定していた）という、事実上の全面開示を軸とした、「診療情報提供に関する指針」を発表し、平成 13 年の 3 月までに全国立病院で速やかに実行することが明らかにされた。このことはすべての全国紙に掲載され早速対応を急ぐことになるが、何しろ過去の診療記録も含む規定であり、対応といっても過去はどうしようもなく、多くの国立病院では頭を抱えることになったと推察する。九州医療センターでもありとあらゆる会議を利用してこの対応を議論したが、最後は、ある時の診療記録委員会で当時の委員長であった朔先生、副院長であった吉田先生の、「2 番とビリは同じ、潔くやろう!」という強い決意で、結果的に、「全国で最初にこの指針に則ってカルテ開示を始めた国立病院」として読売新聞に掲載されることになった。



(読売新聞 2000年9月30日夕刊より)

平成12年に公開された旧厚生省の国立病院における診療情報提供のガイドライン。
当院は急先鋒で、これをうけて平成12年10月に「カルテ開示」を開始。

もちろん、両先生がそれだけ言い切るには、単なる意地やプライドだけというわけではなく、診療情報管理を強力に支えていた、秋岡女史、柴田女史への信頼に基づくものであろうということを強調しておきたい。

いずれにしても、この2大イベントの双方とも、日本初という、いわば栄冠であり、未だに九州医療センターで診療情報管理を担うスタッフの心の礎となっている。また、これらの業務を遂行出来るだけのスタッフの能力やその体制も無視出来ないと考えている。

これらの体制を構築したのも今に続く歴代の理解ある幹部のおかげであり、現在は、村中院長以下、現幹部の強いリーダーシップの下で、全国希に見る（否、九州医療センター独自の、そして自分の夢でもあった）医療情報管理センターという組織を

現している。

また、歴代院長や幹部、特に、熊澤先生、朔先生、吉田先生、現院長の村中先生の時代に、医療の世界も大きな変革が求められ、医療センターも併せて変貌を遂げてきた。

〈診療情報管理の先輩との出会い〉

前述のとおり、病院情報システムの導入には、カルテを土俵とした各部門との議論が必須である。そのためには土俵に上がるための知識もスキルも必要である。福岡東病院時代に火がついた診療情報管理への関心であったが、小倉病院では職務上の関係もあり本協会から診療録管理に関する研修会の案内も届くようになり、本委員会と研修の存在を知った。

同時に、当時の国立病院管理研究所（現在の

国立保健医療科学院)の研修受講や日本診療録管理学会(現在の日本診療情報管理学会)への参加の機会を得ることが出来た。そこで、わが国の診療情報管理の歴史や最先端の情報を得るとともに、何より財産となる、多くの先輩方や仲間との出会いがあった。昭和20年代に米国から故栗田女史や酒井女史らが日本に診療情報管理を伝えたところから診療情報管理を担う専門職としての診療情報管理士の歴史が始まっている。幸いなことに既に現役は退いておられたが、栗田女史や酒井女史の講義を受講する機会があり、わが国の診療情報管理の黎明期を支えた先駆者の話は一つ一つが想像を絶するものであり、今も同世代に生きた者として尊敬以外の言葉は見当たらない。

また、小倉病院時代、本会の研修会に参加することになったことで、福岡県の研修会を支えてきた、故三宅女史、亀谷女史、戸次女史は、いつも良い先輩であり、未だに目標である。福岡県の診療情報管理士の歴史の黎明期から隆盛の中心にあったのはいつもこの先輩方であった。平成17年(平成4年から委員)に本会委員会の委員長職を戸次女史から引き受けて10年弱の間、時代の変化を踏まえつつ、診療情報管理の歴史を作ってきた本会の担当理事の先生方、諸先輩方の意志、気合いを受け継いで来たつもりであった。

前述のDPCへの関わりやカルテ開示への対応等は、これら多くの先輩方のご指導や助言そして九州医療センターのスタッフや診療情報管理士の仲間達との協働がなければ実現していなかったであろう。

37年間の国立病院での経験の多くは、同志やサポーターがあつてのものであり、振り返ると、周りの方々に育てていただいたな、ということである。

定年退職をするにあたり、今までのことを振り返って、自分がこれまで育てていただいたことを強く意識するようになり、次は未来へ引き継ぐのが自分の残されたミッションであると考えようになっていた。

そして、未来すなわち若者(学生中心に)を育て、診療情報管理の将来を託すことを選択した。

さて、本年、平成28年は、診療情報管理士の世界大会ともいえる、3年に1度開催されるIFHIMA 2016(International Federation of Health Information Management Associations:診療情報管理協会国際連盟)国際大会が東京で開催される。これは3年前のカナダ大会で日本診療情報管理学会が誘致活動を行い日本に誘致したものである。WHO関連イベントも同時に開催されるために、WHOのマーガレットチャン事務局長も出席されることとなっている。世界中から診療情報管理に関わる者が参集するが、会期前日に我々、日本診療情報管理士会が企画運営するIFHIMA Education dayで世界中の診療情報管理教育関係者や学生との交流を楽しみにしているところである。

実は、岡山県には、充実した歴史を持つ福岡県の本委員会のような組織は今のところ存在しない。しかし、診療情報管理士の仲間は勉強したくてその場の誕生を渴望している。

何とか、福岡県で自分が学んだことを岡山でも実践出来ないか、現在、県内の重鎮の先生方県内の診療情報管理士の仲間の力をお借りして組織立ち上げに奔走しているところである。

今度は福岡県で育てていただいたご恩を地域は違えども学生教育も含めて若い後輩、未来を育てて岡山県で返すことが出来ればよいと思っている。

今、まさに、「今日まで、そして明日から」の心境である。

本当に、長い間、37年前の若造から今まで、ありがとうございました。

※ 文中の登場される上司、諸先輩方についての所属は原則として当時のものです。さらにご了解をいただいたわけではないので失礼の段がありましたら平にご容赦ください。

私が学んだクレーム対応の基礎

国立病院機構 小倉医療センター
院長

澄井 俊彦

当院に副院長として赴任して、医療安全の責任者になりました。赴任して、それ程の月日が経たない時に受講した「医療安全 ～クレーム対応」の研修が、現場でのクレーム対応の基本となり、その後、色々な場面で役に立っています。その研修で学んだことは、「クレーム対応には手順が存在する」ということです。今回は、その内容の要点と実践について述べます。

クレーム対応には3つのステップがあります。『基本手順－1』は相手の「心情を理解」してクレームをよく聴き、「お詫びを行う」ことです。結局、この段階が最も重要で、後の状況を大きく左右します。まずは、3分間、相手に話しをしてもらいます。この間、こちらは口を挟みません。途中で相手の話をさえぎって、こちらが説明をすることは、相手には言い訳にしか聞こえないからです。相手が話している間は、表情やうなづき、あるいは「そうでしたか」「なるほど」など共感の言葉で「あなたの心情を理解していますよ」というメッセージを送ることが大切です。次に、「お詫び」です。『クレーム対応の第一声は「お詫び」から』です。謝罪ではなく、相手に対する人としての自然な感情で、これを言葉に出すことです。代表的なフレーズは「それはお気の毒でしたね」、「ご迷惑をおかけして申し訳ございません」などです。そして、『基本手順－2』は、「事実を確認する」ことです。何が問題になっているのか慌てずに、相手の要望、要求は何かをよく確認することです。早くクレームから逃れたいという思いから、事実確認が不十分なうちに『解決策』を提示することは避けなければいけません。事実確認を怠ると、対応が遅れたり、更なる問題が発生し、クレームは更に拡大する危険があります。『基本

手順－3』は、問題の解決策や代替案などの『解決策を提示する』ことです。そのためには、組織的にクレームに対応できる体制をつくっておくことが求められます。

以下、この『基本手順－1』が効果的であった事例をご紹介します。

ある日、内科医師（かなりのベテラン）から、2型糖尿病、陳旧性心筋梗塞、心不全、アルツハイマー型認知症があり、血糖コントロール目的で入院中に急変して死亡した85歳、女性患者についての相談がありました。

入院時のADLは部分介助で、入院後1ヶ月頃から、声かけへの反応が低下し、食事摂取量も低下してきました。退院予定日前日の深夜帯に急変し、死亡され、主治医から家族への経過説明の際、長男から「納得できない」との言葉が聞かれました。数日後、長男より、「主治医からの説明とカルテを見たい」との要請の電話があったので、その直後に主治医が慌てて相談に来たのです。

主治医は「全身状態の徐々な悪化は、疾患によるものではなく加齢に伴うものと考え、診療録には特別な身体所見に関する記述はしていないし特別な検査も行っていない。退院の予定日は家族と電話で相談していた」とのことでした。

私は、医学的に診療過程には問題はないし、長男の要求を断ることは出来ない判断し、主治医に「まず、お悔やみの言葉をかけ、次に、相手にゆっくり話をしてもらおう。途中で話をさえぎらない。気の毒に思う気持ち、共感していることを言葉や態度で示す。その後、質問に答える形式で、診療に際して、自分が考えていたこと、行ったことを正直に話す。答えに困る場合は、『上司と相談し、後日、お答えいたします』と答えるように」とア

ドバイスしました。

その後の経過です。長男夫婦で来院し、長男は、「歩いて入院したのに、入院してどんどん弱っていった。退院が決まっていたが、こんな状態で退院できるのか、と思っていた。揺り動かしても少し目を開けてすぐ閉じる。拘束したり、薬のためかと思っても何も分からないし、言おうと思ったが洗濯物の片付け等に追われて、聞けなかった。それが後悔だ。この責任をずっと背負っていくつもりだ。ちゃんと診ていてくれたのか。納得できないのでカルテ開示をお願いしたい」と話されました。

これに対し、主治医は、「前回入院と同様、一時的にインスリンを使うことで血糖を改善する目的で入院してもらいました。認知症があり、転倒されたこともあったので、拘束や鎮静のため薬を使用する可能性について説明していました。血糖値が安定してきたので今後の事でお電話をした際、介護などのサポートを受け自宅で看たい、とのご希望だったので退院を考えました。食が細くなり、反応が乏しくなったことは認識していましたが、高齢で認知症のある方は一般に食欲の変動があり、一時的なものではないかと判断したことは電話でもお話しました。自宅療養で食欲も回復できるのではないかと考えました。入院中はベッドサイドでリハビリをし、亡くなられた前日の夕食まで少量ですが介助にて食べられました。眠薬は使わず、拘束もしませんでした」と説明したそうです。この説明の「リハビリをしていた」「前日夜まで食事を摂っていた」「薬は使わなかった」の辺りで、主治医は長男の表情が変わったと感じたそうです。長男は、泣きながら「ああ、そうだったのですか。薬を使って弱ったのじゃないのですね。食事も食べていたのですね。急に心臓が悪く

なって…という事だったのでしょうかね。以前も心臓で他の病院に入院していましたから」長男が自責の念から解放された瞬間だったのでしょうか。長男は、入院時の治療方針説明の中の「不穏になった場合には拘束したり、薬を使う必要性があります」という一文が頭にあり、それが気になっていたそうです。長男の妻の「カルテ開示はどうする？」という問いかけに、長男は「いや、それはもういい。お話を聞いてスッキリしたから」と、2人で頭を下げて帰られました。

クレーム対応の第一歩である相手の『心情を理解』してクレームをよく聴くという段階の重要性を改めて知った事例でした。このステップを主治医が上手に行ったので、この段階で、長男は自責の念を明確に語ったのです。クレマーの怒りの裏には「患者に対し、今まで面倒を見なかったなどのうしろめたいという思いが隠されている」場合もしばしばあります。もし、このような自責の念を察知したら、「〇〇さんのことを大切に思っていらっしゃるのですね。」という必殺のフレーズが有効です。患者・家族（遺族）の思いと医療従事者の思いのボタンのかけ違いがクレームから訴訟への火種になりますが、今回の事例でも分かるとおり、実は、主治医の思いと家族の思いは一緒であるということに気づいて貰えたことが、円満に解決した要因だといえるのではないのでしょうか。医療側と家族側の両者が納得できる道筋を模索するナビゲーターである医療メディエーターが注目されている理由もここに 있습니다。

最後に、「クレームを受ける一次対応者は新人である可能性もある」ということを考えると、全スタッフへの教育と実践、特に『基本手順－1』の周知徹底が必要であると思います。

院内委員会の役割と最近の話題

福岡市立病院機構 福岡市立こども病院
副院長

青木 知信

病院には多くの部門、診療科があり、それぞれ独立性をもって管理されている。その管理上の指揮命令系（上下関係）を縦のラインとすると、委員会は組織横断的な横のラインと考えられる。院内には非常に多くの委員会があり、委員の上下関係は薄く、複数の職員、多職種の職員が一緒に活動することに意義がある。職責上委員会を取り仕切る立場になることも多々あり、自分が関与する委員会の役割のなかから最近の話題を選び、横のラインを意識しながら考えを書きたいと思います。

1. 院内感染対策委員会

（委員長；感染対策室室長）

薬剤耐性菌対策は当委員会の重要課題であり、院内発生事例は新聞沙汰にもなりうる。さらにカルバペネムを含む多剤耐性菌は悪夢の耐性菌として政治問題にもなり、サミットで取り上げられている。カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）は重要な多剤耐性菌として2014年9月19日に感染症法5類全数報告対象感染症となり、患者は全例届け出る必要がある。

当院で法律が施行される前の20XY年にICU長期入院中の患児尿から耐性度の高い腸内細菌科細菌が検出され、周囲の入院患児の便の監視培養を行ったところ複数の患者から、メタロβラクタマーゼを産生する腸内細菌科細菌が複数菌種検出された。すべて保菌状態で、菌種も異なったが所轄の保健所、国立感染症研究所に相談し、院内でも調査を続け、その後も陽性者が散発的にみられた。国立感染症研究所で詳細な遺伝子解析も行われ、異なる菌種も含めて院内伝搬と判断した。病

院スタッフ、患者、家族の行動パターン、環境培養などの調査から経管栄養の器材を介した相互感染が疑われ、器材をディスボ化することで発生がなくなった。調査には多くの時間・費用とともに多くの職員・患者家族の協力が必要であったが、この時に抗菌薬適正使用も問題となった。他科の医師に抗菌薬使用を指示することは小児科医には不慣れな事であったが、一定の介入を行うことも始めた。介入には医師のみならず感染管理認定看護師、薬剤師、検査技師が関わり、横のラインでチームを組むことで乗り越えることができた。

2. 安全管理委員会

（副委員長；医療安全管理室副室長。
2015年9月まで委員長；室長）

委員会では報告されたインシデント・アクシデントの解析と対策を中心に活動し、重大事例発生時には個別の審議会を開催して対応してきた。以前から死亡例と短期間での再入院例に問題事例が潜んでいると考え、事例収集を検討していた。2014年11月の新病院移転時から実施するためにインシデント報告システムに入れ込むも開始できずにいたが、2015年10月医療事故調査制度が始まったのを契機にすべての死亡事例の報告を求めた。報告書をすべてみることになったが院内で多彩な事例が起こっていることにあらためて驚いた。従来から各診療科で経験し、検討し、解決していたはずだが、委員会での協議に上がると多職種の異なった視点からの意見がでてくる。医療には100%の正解はなく、またよほどのミスでなければ100%の間違いもなく、患者・家族とのやり取りの中でスムーズな医療が展開されていれば望

まない結果であったとしてもお互いが理解し納得できるものだろう。しかし、後になってここは？、あそこは？と一つ一つを振り返ってみれば多少とも疑問点はある。医療事故調査制度は「再発防止により医療の安全を確保することを目的とした制度」と位置づけされている。医療事故ではないとしても全ての死亡事例を振り返り複数の人、多職種の人目に触れさせて検討することが次のよりよい対応への礎になり、今後の医療の進歩に必須なことと感じた。

3. 小児科臨床研修支援委員会（委員長）

日本専門医機構が認定する専門医制度は2018年度に延期されたが、日本小児科学会は2017年度から専門医機構に提出していた新方式で小児科専門医研修を開始することとなり、日本全国で159の研修プログラムが8月1日に公開され、8月15日から募集を開始した。当院は小児科がさらに専門領域に細分化（総合診療科、循環器科、小児神経科、内分泌代謝科、腎疾患科、新生児科、小児感染症科、アレルギー・呼吸器科、集中治療科）され、全ての科長が委員になっている。プログラム作成にさいしては何度も打ち合わせ会や臨時の委員会を開催し、小児科学会、連携する大学病院小児科医局とのメールを行い、ホームページ上にプログラムを公開した。それなりに英知を入れ込んだつもりだが、他施設のプログラムと比較すると内容は別として体裁、カラーリングなど見栄えの問題はあり、宿題を残したようだ。横のつながりをもっと探して医師以外を含めて院内スタッフの知恵を入れ込んでデザイン性の高い表現

を目指す予定です。

4. 地域医療連携室運営会議

（地域医療連携室室長）

地域医療連携室には様々な役割があるが、患者を中心として院内各部門、院外の医療、福祉、行政、教育など関連機関を結びつける窓口となることが重要な仕事です。小児も、特に重度の疾患、後遺症で長期入院することも少なくなく、急性期病院の後方施設は少なく、在宅となっても家族の大きな負担と病院スタッフの協力で運用されている。成人の領域では在宅医療への道筋が早くから示されていたが、ようやく小児でも在宅医療への移行が進んできた。2013年度から始まった厚労省小児等在宅医療拠点事業を引き継いだ福岡県小児等在宅医療推進事業に当院も2015年1月から6つの拠点病院の一つとして参加し、活動が続いている。当院でも高度医療ケアがある在宅療養受療児は年々増加し、多職種が集まる在宅支援カンファレンスも多くなったが、在宅医療を実施している小児科医はまれで、在宅重症児、特に人工呼吸器を装着している超重症児に対応可能な診療所、訪問看護事業所も多くはない。また、医療以外の社会資源の活用も小児には不十分で、福祉や教育との連携、生活支援等をスムーズに行うことも求められている。病院にも家族等の負担軽減を考えた医療評価入院の受け入れ増加が期待されている。今まで急性期医療に携わってきた病院小児科医には未知の分野であり、院内各部署の調整とともに、院外施設を含めた大きな横のラインを広げることの重要性を痛感している。

看護 の窓

救急外来拡大に向けた 多職種との関係

地方独立行政法人 大牟田市立病院
副看護部長

坂梨 直代

当院は、地方独立行政法人化7年目で、地域の中核的病院として350床の急性期病院です。平成27年度は新規入院患者数が過去最高となり、救急車搬送患者数も前年度を大きく上回っています。平成28年度の行動計画として、①「高度で専門的な医療の提供」②「救急の強化」③「地域包括ケアを見据えた地域医療連携の推進」という3つの戦略テーマを挙げ、地域の住民が安心して地域の中で療養していただける支援病院を目指しています。当院の目指す方向性から、がん診療の充実とあわせ重視すべき医療機能として「救急医療の取り組み」「災害等への対応」を行うため、増改築事業で救急外来の整備計画が行われる事となりました。救急外来拡大改築完成までの課題と目標達成までの多職種関係の重要性を感じたので報告します。

1. 救急医療の課題

施設構造面において救急外来では、救急車で搬送されてくる重傷者と自家用車で来院する軽症患者の治療動線が重なっていること、救急処置室や診察室が手狭なこと等、全体的にスペースが不足していました。とりわけ救急車搬送患者が複数来院した場合、救急初療室では1名の患者しか対応できず、それ以上の救急搬送患者を対応出来ないため、救急車を断らざるを得ない場合があります。

2. 救急外来の整備目標

- 救急搬送による重症患者の動線と時間外外来患者の動線を切り離し、重症患者の治療スペースを拡充する。
- 時間外外来患者用の診察スペースを別途確

保する。

3. 平成24年～完成までの経過

整備目標を念頭に、平成24年11月に第1回増改築検討委員会が開催され、メンバーは診療部・看護部・薬剤部・中央検査部・中央放射線部・事務局・地域医療連携室・総務課・医事情報課・経営企画課と多職種から構成されました。看護部からは副看護部長1名・救急病棟師長1名・救急病棟副師長3名が構成委員となりました。平成28年3月の完成まで、看護部組織内では意見調整役の立場に関わることとなり、多職種の意見をくみ取り、課題となっている救急外来の動線や救急初療室の手狭さを解決することが使命でした。メンバーを組織化し、特に伝達と協議を細やかにおこない、組織内の良好なコミュニケーションを築く事を意識しました。委員会の協議内容として、①建物配置②附属設備の性能及び配置③各部門共通利用の調整等を月2回定期的に開催し、設計会社の担当者も参加し、平面図での確認作業が何度も繰り返されました。平成27年12月には、増設された場所を仮設救急外来（新救急外来スペースの半分）として、救急車搬送件数を減少させず運用する病院の方針を目標に、診療部・看護部・総務課・医事情報課・守衛室担当者と協議し、●執務場所の確認 ●患者受け付け ●会計・収納 ●患者動線の確認を行いました。しかし、問題になったのは建築されてみて、流しや収納庫の不足が分かり、追加での設置を依頼する事があり、あれだけ現場スタッフの意見を聞き、平面図での確認をし、シミュレーションもおこなったつもりだったが？と反省しました。平

成28年1月13日仮設救急外来の運用と同時に、救急看護認定看護師1名を配置し、救急外来での複雑な時間（17時～22時）に看護師数を増員した勤務体制にしました。結果、時期もありましたが、救急車搬送件数はさらに増加となりました。平成28年4月1日オープンに向け、現場協議を続けながら、課題を一つずつ整理し各職種の運用基準を決定していきました。

4. 現 在

救急車搬送件数は平成25年度1,674件、平成26年度1,802件、平成27年度2,016と増え、これは大牟田市内の病院へ搬送される全患者の3割から4割が当院へ搬送されていることになります。完成後、年々増加する救急患者に対応

できるよう、平成28年4月1日より、新救急外来でのさらなる受け入れ体制の強化を図っています。以前までは救急搬送される患者さんは1名しか受け入れることができなかったスペースを大幅に広げ、同時に3名の患者さんを受け入れることができました。ウォークインの患者診察室も2室から3室に増え、患者待ち時間の軽減にも効果を発揮しています。

今回の経験では、多職種が密に連携し、個々の職員の意識も救急外来の拡大により、救急受け入れが強化され、期待される病院にしていきたいという目標に向かって行く姿を心強く実感しました。今後、管理職として、働く現場の環境改善や、人材育成に取り組んでいきたいと考えます。



一度に3人の救急車受け入れができます



救急外来が拡大しました

一番大切な思いやり…

「安心・安全・清潔」



医療関連
サービスマーク認定

太陽セランドグループ会社

太陽セランドホールディングス株式会社
 〒812-0044 福岡市博多区千代 1-1-5
 TEL 092-641-2578 FAX 092-641-5778

太陽セランド株式会社
 〒826-0042 福岡県田川市大字川宮 1200
 TEL 0947-44-1847 FAX 0947-44-5805

代表取締役 社長 **中島 健介**

太陽セランドホールディングス株式会社
 太陽ホテルリネン株式会社
 株式会社セランド

太陽セランド株式会社
 ジャパンエアマット株式会社
 株式会社サンウエックス

太陽インダストリー株式会社
 株式会社北九州シーアイシー研究所
 株式会社おたふく屋

太陽シルバーサービス株式会社
 株式会社メディカルナビゲーション

お問い合わせ TEL 0947-44-1847

Mail info@taiyoseland.co.jp

Web <http://www.taiyoseland.co.jp>



就任のご挨拶

田川市立病院
総看護師長

中村 みどり

平成 28 年 4 月 1 日付で、田川市立病院の総看護師長に就任いたしました中村みどりです。どうぞよろしくお願いいたします。

田川市立病院は、平成 20 ～ 21 年度に資金不足、医師引き揚げ等により医療・経営破たんに陥りましたが、平成 22 年度に全部適用への変更、齋藤貴生病院事業管理者の招聘がなされ、事業管理者によって策定された第 1 期中期事業計画に基づいて、病院再生に向けた改革が行われてきました。その結果、医療及び経営ともほぼ復興され、平成 26 年度には経営収支の黒字化も実現しました。今後は病院再生を確実なものとするとともに、田川地域の中核病院として求められる医療の適正な提供と医療の質の向上の実現を目指しています。昨年度市立病院総合医学会において、「医療の質を測り改善しよう」をメインテーマに講演や発表会を行いました。平成 29 年度末には病院機能評価を受審する予定です。

看護部では「常に学び続ける姿勢を忘れず、地域住民に信頼され心の通い合う看護を提供します」の理念の基、1.安全で心温かい看護、2.ニーズに応えられる看護、3.豊かな人間性と自己研鑽を基本方針としています。

病院が再生していく過程で、7 対 1 看護・DPC・電子カルテの導入・地域包括ケア病棟の試行・断念・再試行・病棟再編など、新しいことを取り入れる毎に、看護職員の力・団結力を発揮してきました。前任の林総看護師長と「ピンチをチャンスに」「変化に柔軟に対応し

よう」を看護師長や主任・スタッフに声をかけながら、実は自分達自身に言い聞かせていました。おかげで新事業導入が、離職に結びつくことはありませんでした。またその背景には、平成 22 年以降事務部門の役割が明確となり、病院局が企画・運営を行い、新しい事を取り入れる毎に他職種による委員構成のプロジェクトが発足され、十分な検討を行った上で職員が一丸となって実行していくというシステムが構築された事が影響していると思います。

看護部の教育についてはクリニカルラダーを導入し 6 年目になります。評価方法や研修内容等、試行錯誤しながら何度も修正を行い、やっと軌道に乗り始めたところです。それぞれが自分の目標に向かい、自分のペースで頂上を目指すよう支援していきたいと思っています。

新人教育については厚生労働省の新人看護職員の研修制度努力義務化を受け、平成 23 年から教育の見直しを行い、研修責任者・教育担当者・実地指導者を配置し、新人教育に関連した研修を行っています。当院のように地方の自治体病院では、毎年 4 ～ 5 名しか新人看護職員は入職しませんが、だからこそできるアットホームな雰囲気、Face to Face、部署全体・病院全体で育てるという風土作りに取り組んでいます。

今後も医療の質・看護の質を向上させ、地域住民にとって安心できる医療・魅力ある病院を目指し、努力していきたいと思っています。今後ともよろしくお願いいたします。



「口腔医学」と「看護学」が会って 未来が求める新しい「看護学」が始まります

学校法人福岡学園福岡看護大学
設置準備室 室長・教授

窪田 恵子

文部科学大臣より「福岡看護大学」の新設を認可され平成 29 年 4 月の開学に向けて始動いたします。

昨年、4 月に看護大学設置準備室が開設され、半年という短い期間の中で 10 月末に大学設置認可申請を行うことができました。福岡県内にはすでに看護系大学が 12 校あることから、『福岡看護大学』が 13 校目となるに相応しい大学となるよう、社会的にも特色ある看護大学として認められるような設置構想をまとめ上げることを模索しました。

母体である学校法人福岡学園は、設立から 40 年以上「医療・保健・福祉」の総合学園として発展し続けています。系列の福岡歯科大学をはじめ医科歯科総合病院、口腔医療センター、福岡医療短期大学、介護老人保健施設等の教育研究実績を生かして「口腔医学」を取り入れた新しい看護学を展開するカリキュラムが整いました。



校舎完成予想図



福岡看護大学 ロゴ

1. カリキュラムの4つの特徴

超高齢社会の進展、価値観の多様化、医療に対する意識の変化、医療技術の高度化など大きく変化しています。本学のカリキュラムは、このような社会の変化に応えられるように「個性に応じた最適な生活（well-being）を目指す看護実践能力」「他職種との協調・協働する能力」「在宅高齢者に対する看護実践能力」「口腔を起点とした全身の健康支援が可能な看護実践能力」を備えた看護専門職を育成するという 4 つの大きな特徴を挙げ展開していきます。

今、我が国の医療は、住まい・医療・介護・予防サービス・生活支援を一体的に提供するための「地域包括ケアシステム」構築が喫緊の課題となっています。その実現には、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を地域で支える在宅ケアの充実が不可欠であり、他職種との連携体制が重要です。

さらに、本学園が長年にわたり提唱してきた口腔医学の理念に基づき、口腔と全身との関連性を理解した上で、口腔機能の維持・回復にとどまらず、疾病の早期発見、予防を目指した全身の健康支援や QOL の向上に貢献できる実践能力を有する看護専門職の育成を目指します。口腔は、食べる・飲む・味わうだけでなく、呼吸やコミュニケーションにとっても重要な機能です。また、口の中の細菌が関与すると考えられる主な疾患として、虚血性心疾患、感染性心内膜炎、敗血症、誤嚥性肺炎、糖尿病などが挙げられ、命に関わることもあります。

熊本地震後に災害拠点病院で肺炎が急増したことが西日本新聞（2016 年 5 月 27 日付）に掲

載されました。肺炎による入院患者数が前年同期と比べて倍増したこと、地震による関連死疑いのうち、誤嚥性肺炎であったことが確認されたとの取材記事でした。避難生活が長期化する中、歯磨きなどの口の中のケアが不十分になると、特に高齢者は口の中の細菌が気管に入って引き起こされる誤嚥性肺炎の危険性が高まるとされ、専門家は注意を呼び掛けているというものでした。口腔ケアは、手術前後の口腔ケアで合併症の予防となり、また、脳や身体に刺激を与え、脳の活性化や老化の予防にも威力を発揮します。

「口腔を起点とした全身の健康支援が可能な看護実践能力」を育成するために、一年次から人間の健康寿命を支える食生活や口腔の健康づくりについて学び、さらに消化・吸収機能としての口腔の構造と役割を学修します。また、口腔医学の理念や代表的な口腔疾患の成り立ちを学び、検査や治療法について理解していきます。

看護学に共通する器質的口腔ケアを修得した後、成人急性期や慢性期、高齢者、在宅、母性、小児、精神看護学などの実習で、これまでに学修した知識を生かして他の専門職とのコーディネートの方法や対象者の発達段階、健康障害に応じた援助技術を修得します。そうして対象者の口腔機能を維持、回復させるために、他職種との連携・協働の方法を理解し、あらゆる場に応じた、口腔を起点として全身の健康支援を行うための看護実践能力を養っていきます。

つまり、口腔医学を看護学に取り入れ、口腔機能の維持、回復から全身の健康支援やQOL（Quality Of Life=生活の質）の向上に貢献できる実践力の育成を目指します。

2. 「物理」「数学」「生物」「化学」を学び直せば、もっと分かる看護学に

物理、数学、生物、化学は、入学してからも大切な科目です。看護技術の中でも医療機器の

使用操作や管理、薬物の取扱い等に必要な基礎的知識になります。本学では、1年次に補習として自由科目「看護教育のための物理学」等を設置します。苦手だった人も学び直すことができますので、ますます勉強に励んでいけるようになります。臨地実習や国家試験はもちろん、就職後も必要とされる基礎学力はこの自由科目で学修できることが可能です。

3. 臨地実習での学習効果を高める 実践的な学内演習とシミュレーション活用

臨地実習は、どんなに勉強していても誰もが不安に思うものです。本学は、実習に向かう前に学内の演習に工夫を凝らしています。臨地実習さながらの模擬実習で課題に取り組み、「うまくできなかったこと」は「どうすべきだったのか」など、課題と対策を話し合いながら、臨地実習の場へとつなげていくのが強みです。「講義→演習（模擬実習型シミュレーション）→臨地実習」の流れを繰り返すことで、確実な判断力と技術力を養っていきます。また、求められている看護実践能力の強化に対応した実習カリキュラムは、自分の考えを「組み立てる」「発言できる」「協議できる」実践的演習です。

基礎的な能力を身につけ、実習現場で考えを述べる、質問する、問題解決をするために1年次に「基礎ゼミナールⅠ・Ⅱ」「日本語表現法（伝達表現）」などの科目を配置します。プレゼンテーションやディスカッションを通して、協同学習をしていきます。

実習前に、臨地実習さながらの経験を模擬実習型シミュレーションで臨床場면을構築し、臨床のイメージ化を図り、段階的に看護実践能力を磨いていきます。

犯罪の心理學

医療法人社団 益豊会 今宿病院
理事長・院長 深堀 元文

最近では、嫌な犯罪事件のニュースがテレビ、新聞、ネットなどで流れない日がないほど日々全国至る所で犯罪事件が多発しています。

特にレイプは、魂の殺人といわれるほど被害者の心に深い傷を残す卑劣極まりない犯罪行為ですが、去る8月24日には、最近売れっ子になった俳優の高畑裕太容疑者が強姦致傷容疑で逮捕されるというショッキングなニュースが世間を騒がせたばかりです。

また8月21日には東京都あきる野市のレジャー施設東京サマーランドの屋内プールで18歳から24歳の女性8人が臀部や下腹部を何者かに切りつけられる事件が起きました。さらに8月23日には、千葉市中央区と船橋の路上で中学3年の女子生徒と若い女性が自転車に乗った男に刃物で切りつけられるという連続傷害事件が起きました。

こうした通り魔による殺人や殺人未遂事件もまた近年増加傾向にあります。

そこで今回は、性犯罪と通り魔事件を心理学的側面から考えてみたいと思います。

まず性犯罪についてです。

去る8月25日には、40歳の外科医が、手術を終え麻酔で体が動かない30代の女性患者に対して着衣を脱がせ左胸を舐めるなどした準強制わいせつの容疑で警視庁千住署に逮捕されるという同じ医師として実に情けない事件が起きました。

性犯罪には、大きく分けて二つのタイプがあります。一つ目は被害者への直接接触を伴わないのぞき、露出、下着泥棒などで、二つ目は直接接触して強制的に性的な行為をする強姦（レイプ）や強制わいせつ（痴漢など）ですが、いずれも近年増加しています。警視庁によると、電車内での痴

漢行為の検挙数は、この10年で3倍に急増しているという報告もあるくらいです。

前者としては、隠しカメラやスマホを使って女性のスカートの中を盗撮する等の行為が増えています。

これらの加害者には、社会性や情緒面が未熟だという傾向があります。つまり、成熟した大人の女性を性の対象とすることができず、直接的ではない代償的な行為で性的満足を得ようとするのです。またフェティシズムという性的倒錯心理も根底に隠れています。

相手の体の特定部分や相手が身につけているモノに対して性的興奮を覚える性対象の倒錯をフェティシズムといいます。相手の脚や靴、髪、下着、服などその対象は様々です。

昨年12月、人気お笑いコンビ・キングオブコメディの高橋健一容疑者が、東京都内の高校に忍び込み、女子高生の制服などを盗んだ疑いで警視庁に逮捕されました。家宅捜索では制服や下着が600点以上が押収されました。いわゆる制服フェチの20年以上に亘る犯行歴が明らかになったのです。

昨年の11月には、神戸市内の道路の側溝内に身を潜め、下から女性の下着を覗き見ていた通称「側溝男」が兵庫県警に逮捕されました。その際犯人は、「生まれ変わったら道になりたい」という、まさに江戸川乱歩の「人間椅子」を地でいくような迷言を口にして世間を驚愕させました。この男には、スカートの奥に見え隠れする女性の下着を真下から覗き見るという歪んだ性的欲求があったことはもちろんですが、もしかすると女性の靴に踏まれることに快感を覚えるというマゾヒ

ズムの嗜好も共存していたのかもしれませんが。

一方、後者のレイプや強制わいせつでは、「女性側の性的な挑発が性犯罪を犯す」、「実際は女性も暴力的な性を望んでいる」などの思いこみや誤解が、性犯罪者だけでなく、一般の男性にもいまだに残っていて暴力的な性犯罪の温床になっています。

そして性犯罪者は、小児性愛者も含めて他の犯罪に比べても再犯率が高く更生が難しいといわれているだけにやっかいです。アメリカのミーガン法のような性犯罪者情報公開法が我が国でも必要になってくるのではないのでしょうか。

性犯罪の動機について、114名の強姦犯と面接し、5つに分類した研究がありますので、次に御紹介しましょう。

1) 性的欲望タイプ

当然のことながら、性的欲望のために性行為を強要するタイプで、さらに二つに分けられます。一つは性行為を目的に女性に近づき状況を見て豹変したり、女性の自由を奪って性行為におよぶケース、もう一つは女性とデート中に性交渉を拒否され性的強制におよぶケースです。

2) 征服と支配タイプ

女性を支配し、相手を屈服させることが目的で、抵抗する女性を制圧し屈服させることを快感と感じるサディスティックなケースです。

3) 遊びと冒険タイプ

非行少年グループなどにみられ、ゲームのように女性を襲います。性的願望というより、スリルと冒険仲間からの賞賛が目的といったケースです。

4) 敵意と怒りタイプ

恋人から拒絶されたり、妻から侮辱されたことが原因で、女性に対して敵意を抱き仕返しをするために襲うタイプ。敵意と怒りにとらわれ、性犯罪というより暴力犯罪に近い行為といったケースです。

5) 状況的惹起タイプ

はじめからそのつもりではなく他の犯罪行為の

ついでに性犯罪におよぶタイプ。空き巣に入り、女性が寝ていたので強姦するケースなどです。

次に通り魔事件です。

通り魔事件が何より恐ろしいのは加害者と被害者をつなぐ因果関係が、たまたまその場所に居合わせたこと以外何もないことです。

そもそも通り魔事件では、特定の人への恨みではなく、社会に対する不満や怒り、復讐心、誰でもいいから殺してみたいという衝動などが犯行の動機となります。逮捕された犯人はえてして「仕事が嫌になり、人を殺したいと思うようになった」みたいなことを供述しています。確かに、犯人の多くは不幸な子ども時代を送っています。親から十分な愛情を受けられず虐待されていることもあります。心が深く傷ついており癒されないまま大人になっています。

つまりこうした犯罪が増加する背景には、社会からの孤立感や疎外感を感じている人が潜在的に増えているという状況があるのです。

通り魔事件は、凶器を準備するなど計画的犯行といわれますが、心理学的に言えば感情の爆発による突発的なケースが多いと言えます。

人は普通、悪いことをすると良心の呵責を感じます。悪いことをしようとする不安や緊張が高まります。それは人間の自然な感情として、他者を傷つけたりすることを不快と感じるからです。しかし、突発的な通り魔事件の加害者は、そうした感覚が希薄です。

しかし、人生に希望がもてたり、誰かに愛されていると実感できれば、彼らも凶悪事件を犯すことはなかったはずなのです。

機会があれば、今回は、福岡県が全国平均からしても突出していると言われる特殊詐欺（以前はオレオレ詐欺と呼ばれていました）や飲酒運転というまさに我々の身近に潜む犯罪についても心理学的な観点から考えてみたいと思います。

御精読ありがとうございました。

もうひとつの地方創生 ～その1

国立病院機構 九州医療センター 名誉院長 朔 元 則
学校法人原学園 原看護専門学校 学 校 長

安倍内閣の地方創生は

平成 26 年 9 月 3 日、第二次安倍内閣誕生の時に喧伝されていたものに地方創生という言葉がある。専任の大臣ポストまで新設し、しかもその任には自民党総裁選を争ったライバルの石破茂氏を充てるという力の入れようであった。「日本経済を活性化させるためには、過疎化が進み元気を失いつつある地方を活性化することが何よりも大事である」という建前論はよく理解出来るのであるが、具体的な方策となった途端にまるで雲を掴むような話になってしまう。

石破大臣も実質的にはさしたる実績を挙げることもなく、本年 8 月の参院選後の内閣改造では留任を固辞して閣外へ去ってしまった。後任に指名されたのは大臣順番待ち組で今回やっと念願の初入閣を果たした 68 歳の山本幸三氏である。政界実力者の大臣でもさしたる実績を挙げる事が出来なかったのであるから、地方創生の今後の展望は益々悲観的ではないだろうか…。その上、一億総活躍社会とか働き方改革担当とか訳のわからない大臣も出現しているので、地方創生大臣というポストは残念ながらそのうち消滅してしまうのではないかと私は危惧している。

さて今月の Letter は安倍内閣の政策を批判するのが主旨ではない。安倍内閣の地方創生は看板倒れになりそうな雲行きであるが、医学界では今年、地方からの素晴らしい情報発信が相次いだ。これも大きな意味での地方創生と表現出来るのではないかと考え、9 月と 10 月の Letter は表題を地方創生とし、2016 年に私が出席した学会について御紹介させていただきたい。

徳島市でのマンモス学会開催

本年 7 月 14、15、16 日の 3 日間、徳島市で第

71 回日本消化器外科学会総会が開催された。学会を主催したのは徳島大学医学部消化器・移植外科学教室（主任島田光生教授）である。消化器外科学会は会員数約 2 万人のマンモス学会で、学術総会には毎年 6500 人近い会員が参加する。6500 人と一口に言うのは簡単であるが、これだけの人が集まる学術集会を県庁所在地とは言え人口 25 万人の都市で開催するのは大変である。講演会場の不備を考えれば（徳島は毎年夏に阿波おどりの見物客が押し寄せるので宿泊については何とかなると思うが）開催場所を近隣の大都市（徳島の場合であれば明石大橋で繋がっている神戸市）にするという方法が考えられるが、これでは地方開催の良さが失われてしまう。熟慮の末、島田会長は徳島市での開催を決断された。

日本消化器外科学会が徳島で開催されたのは今回が初めてではない。昭和 44 年 10 月 16 日、17 日の両日、田北周平教授（九州帝大昭和 5 年卒業、九大第一外科御出身）が会長として主催されているので、実に 47 年振りの徳島での開催である。しかし当時は消化器外科学会が発足してまだ日も浅く（この時の学術集会は第 2 回大会）、学会の規模そのものが現在とは比べものにならない程小さかった。徳島市での開催も何ら問題なかったと思われるが、6500 人も人が集まるであろう今回はそう簡単な話にはならない。

様々な工夫

今回の学術集会では 3621 題の演題が採用されたとのことであるが、大きな会場が少ない地方都市でこれだけの演題を消化するのは大変である。様々な新しい試みが実行されていた。

その一つは一般口演が全面ポスター化されていたことであろう。ポスター発表は何か気が抜けたような発表になってしまう危険があるが（私はか

つて国際学会で演者が決められた時間に出てこない場面にしばしば遭遇した)、やり方次第では大変濃い内容の討論が可能となり、大変実りあるものにもなり得る。今回の学会ではポスター発表演題が、抄録のみならず内容まで閲覧可能なアプリが開発されていたことと、司会者に若手が多数登用されていたことで、大変活気ある討論が随所で行われていた。一般口演をすべてポスター発表に振り替えるという発想は、会場が少ない地方都市でマンモス学会を開催する場合の有力な手段になるであろうと思った。

女性の司会者を数多く見掛けたので後日学会本部に問合せみると、97名の女性外科医を司会者に登用したということであった。外科医不足が危惧されている昨今である。また女性外科医が乳腺外科分野に集中する現況を打破するためにも、女性消化器外科医に光が当たるようにする工夫は今後も大切なことであろうと思っている。

外科の矜持と Academic surgeon

学会に出席しての私の一番の楽しみは会長講演を拝聴することである。会長講演では主催教室の歴史や研究業績、臨床業績とともに、会長個人の哲学が語られることが多い。研究業績は自分の専門分野の話でないとその本当の価値を評価することが難しいが、会長の哲学は専門分野の違いは関係ない。私が会長講演を聞くのを楽しみとする所以でもある。今回の消化器外科学会では「外科の矜持」というテーマが掲げられていたので、島田会長の会長講演もこのテーマに沿ったものであった。

矜持という言葉、若い人には少し難しく、耳慣れない言葉であるかも知れない。広辞苑を繙くと、矜持(持)は「自分の能力を信じて抱く誇り、自負」となっている。引用例としては「横綱の矜持」という言葉が挙げられていた。昨今の外科医療を取り巻く厳しい環境を考える時、この言葉をテーマに掲げられたことは誠に正鵠を射ていると思う。

島田会長は講演の中で、外科医の理想像として Academic surgeon という言葉を力説された。これはアメリカの伝説の脳外科医 Harvey William Cushing (1869 ~ 1939) が遺した言葉である。

今を遡ること16年。2000年7月に開催された

第55回日本消化器外科学会で、会長の小川道雄 熊本大学教授(当時)も「外科の art を science に結びつけるのが我々の時代の目標である」という世界の医学史に名を残す伝説の巨人ビルロート (Theodor Billroth, 1829 ~ 1894) の言葉を引用して同じようなことを語られたことを記憶している。私も国立病院の外科部長時代、Scientific-minded specialist という言葉を使って同じようなことを度々若手医師に話していたので、まさに我が意を得たりの思いであった。

話は変わるが、本年2月に第46回日本心臓血管外科学会を主催された古森公浩名古屋大学血管外科教授から、会長講演のDVDが先日送られて来た。古森会長も Cushing の言葉をスライドで示しながら「Academic surgeon の育成を目指す」と力説しておられた。全くの偶然の一致と思うが、消化器外科と心臓血管外科の指導者が同じような目線で後輩の育成にあたっておられることは誠に喜ばしいことである。

阿波おどりパワー

徳島といえば、何と言っても阿波おどりである。「都市の代名詞になるような踊りは？」と問われれば、日本人の多くはリオのカーニバルにおけるサンバと徳島の阿波おどりと即答するのではないだろうか。今夏のリオ五輪ではサンバのリズムが世界中に鳴り響いたことはまだ我々の記憶に新しい。規模こそ違え、消化器外科学会の会員懇親会、拡大評議員懇親会などでも阿波おどりの輪が広がった。県知事さんが懇親会に参加されて阿波おどりを披露されるなど、地方開催の学会でなければ到底考えられないことである。私は本場の阿波おどりは今回初めて拝見したのであるが、単純で誰れにでも踊れそうでありながら大変奥行きのある深い踊りであると思った。

日程の都合で私は参加できなかったのであるが、大塚美術館のシステーナ礼拝堂を模した大広間で開催された会員懇親会には、1500人余の会員が参加して(例年は500~700人が参加)、最後は全員参加の阿波おどりで盛り上がったそうである。

もうひとつの地方創生。47年振りに徳島市で開催された日本消化器学会はその素晴らしいモデルになるのではないだろうか。

ご当地にないご当地料理

元 医療法人誠十字病院 安田 宏一
平衡神経科 医師

地名のついた名物料理が、各地にある。江戸前のすし、讃岐うどん、仙崎かまぼこ、北京ダック、上海がに、などである。ところが、料理に付いている地名が、その地域とまったく関係がない、というものがある。最初に気が付いたのは、中国からの留学生の随筆からであった。その人は、「日本では天津甘栗というものを売っているが、中国の天津には甘栗はない」と言う。天津出身だそうなので、間違いはないであろう。

考えてみると、同じようなものは、他にもある。

スパゲッティ・ナポリタンは、戦後アメリカの駐留軍が、スパゲッティにとまとケチャップをあえて食べていた。それを見かねた、横浜のニューグランドのシェフが、とまとピューレで作ったソースに、ハムやマッシュルームを加えてアレンジした。イタリアのナポリとは関係なく、アメリカと日本の合作である。

ハンバーグステーキのハンバーグは、ドイツの都市ハンブルグのことである。ところが、これはイギリス料理なのである。

柳川鍋という料理がある。どじょうとごぼうを煮て、卵でとじたものである。テレビで何回か見たので、うまそうだな、食べたいと思う。しかしテレビに出るのは、東京の店である。気を付けているのだが、柳川や福岡の店は、まだ見つけていない。

フランクフルト・ソーセージといえば、太めのソーセージを思いうかべる。細いのは、ウインナー・ソーセージである。フランクフルトに行ったとき、ソーセージの店に入った。大小さまざまなソーセージが並んでいた。「フランクフルト・ソーセージはどれか」と聞いたところ、「全部だ」と言われた。これはサイズを指す名称ではないらしい。



「天津甘栗」の表示を見たのは、これが最後だった。

人体旅行記

母趾

国立病院機構 九州医療センター 吉住 秀之
医療情報管理センター 部長

つま先からさらに先端へと進むと母趾に到着します。頭からは最も離れた岬のようなところですが、神経内科学では非常に重要な場所であることは、誰もが知っています。バビンスキー¹⁾反射として知られるこの現象は、彼が1896年2月22日に生物学会で行ったわずか28行の報告に最初に記されました。少し長くなりますが、引用します。

足底を針でつつくと、非麻痺側では、正常者で通常見られるのと同じように、骨盤に対する大腿の屈曲、大腿に対する下腿の屈曲、下腿に対する足の屈曲、そして中足骨に対する足趾の屈曲が誘発される。麻痺側では、同様の刺激で、骨盤に対する大腿の屈曲、大腿に対する下腿の屈曲、そして下腿の対する足の屈曲が生ずる。しかし足趾は、屈曲する代わりに中足骨に対する伸展運動を生じる。

このような足底皮膚反射の異常は、発症後数日しか経っていない新鮮な片麻痺症例でも、数ヶ月を経た痙性片麻痺の症例でも、同様に観察された。こうした異常は、足趾の随意運動が不能な患者でも可能な患者でも、確認することができた。しかし、このような異常は、いつも見られるというわけではないことをつけ加えておかねばならない。²⁾

バビンスキーはサルペトリエール病院³⁾で神経学の創始者シャルコーのチーフレジデントを務めていました。シャルコーは当時同院で講義⁴⁾を行っており、その様子は『サルペトリエール病院の臨床講義』という絵に描かれています⁵⁾（教

授の横で患者を支えているのが、バビンスキーその人です）。「ハンマーを持つ手が打診によって神経系に問いを発すると、神経系はこれらの反射を介してはっきりとした答えを送ってくる」という彼の言葉から、足の裏に向き合うバビンスキーに母趾が雄弁に病の手がかりを語っているところが想像できますね。

- 1) “ババンスキー”と表記する人もいますが、この呼び方が広く流布していますし、彼はポーランド人であり本来“Babiński”であることから「バビニユスキー」という呼び方が母国に近い発音なのでこちらの表記を使います。
- 2) Babinski J : Sur le réflexe cutané plantaire dans certaines affections organiques du système nerveux contral. Comptes Rendus Hebdomadaires des Séances et Mémoires de la Société de Biologie TⅢ, 10e serie. 48:207-208,1896. その後1898年に追加報告がなされ、1903年には開扇現象が追記されています。
- 3) もともと火薬工場だったところで、“salpêtre”は、硝石ことです。交通事故に遭ったダイアナ妃が搬送され息を引き取った病院でもあります。
- 4) 聴講者の中には、若き日のフロイトもいました。
- 5) 当然ですが、居眠りやおしゃべりしているような不届き者はいません。パリ・デカルト大学構内の医学誌博物館の入り口正面に展示されています。

●福岡県私設病院協会・福岡県医療法人協会プラザ

平成 28 年 8 月福岡県私設病院協会の動き

◎ 看護部長会運営委員会

日 時 8 月 5 日（金）午後 3 時

場 所 会議室

議 題

1. 協議事項

- (1) 平成 28 診療報酬改定に伴う自施設における新たな取り組みについて
- (2) 「11 月研修会」について
- (3) 情報交換について
- (4) その他

2. 報告事項

- (1) 前回議事録について
- (2) 私病協研修会について
- (3) 私設病院協会 6 月～7 月の動き
- (4) その他

◎ 広報委員会

日 時 8 月 9 日（火）午後 3 時 45 分

場 所 協会事務室

議 題

1. 福私病ニュースの編集について
2. 福私病ニュースの原稿依頼順について
3. 新規広告掲載について

◎ 理 事 会

日 時 8 月 9 日（火）午後 4 時

場 所 会議室

議 題

1. 会長あいさつ
2. 協議事項
 - (1) 会員異動について
 - (2) 研修会について
 - (3) 地域医療構想策定について
 - ・第 2 回地域医療構想調整会議委員・各医師会担当理事者合同会議について
 - ・地域医療構想策定案に関する意見交換会について
 - ・福岡糸島医療圏におけるアンケートについて
 - ・福岡ブロック医療圏打ち合わせについて

- ・私病協調整会議委員による合同会議開催について
- ・基準病床数と必要病床数の整合性について
- ・その他

(4) 新専門医制度について

(5) 第 58 回全日本病院学会 in 熊本への参加について

(6) 外国人の医療機関での雇用について（ベトナム）

(7) その他

- ・福岡県医師会診療報酬検討委員会委員の推薦について
- ・「福私病ニュース」の原稿依頼について
- ・その他

3. 報告事項

(1) 私設病院協会

(2) 看護学校

(3) 医療関連協業組合

(4) 厚生年金基金

(5) 全日病本部・全日病福岡

(6) その他

- ・福岡県新人看護職員研修推進協議会について
- ・第 1 回福岡県医師会診療報酬検討委員会について
- ・平成 28 年度福岡県医師会医業経営セミナー案内について
- ・医療法人改革制度に関するセミナー案内について
- ・看護師のための認知症ケア講座案内について

◎ 研 修 会

参加者 112 施設 188 名

日 時 8 月 25 日（木）午後 3 時

場 所 天神ビル 11 階 10 号会議室

演 題 「医療法第 25 条第 1 項に基づく立入検査等について」

講 師 福岡県医療指導課医療指導係長

「わんこライフ」

医療法人社団恵和会 田川慈恵病院
精神保健福祉士

鍋山 ゆい

幼い頃から動物が好きで、年齢が重なるにつれて、その気持ちは大きくなっていった。

中学校の頃に初めてシマリスを自宅に迎え、それ以降はハムスター、モルモット、うさぎと迎え常に動物がいる、そんな生活だった。

私にとって、ペット＝動物ではなく、ペット＝家族である。ペットのことでたくさん笑い、別れのときは号泣する。ペットとの生活は喜怒哀楽満載であり、大切な人生のパートナーである。

現在は人生初の「わんこ」を1年7カ月前に迎え、『わんこと気ままなシングルライフ』を送っている。

幼い頃によく母親に『今日がなければ明日がある、あなたはそんな性格』と言われ、友人からは『天然』と表現され、ストレスを抱えないタイプだと思われてきた。そんな私は精神保健福祉士の道へと進み、現在、精神科病院でソーシャルワーカーとして勤務している。様々なストレスを抱え日々の生活に息苦しさを感じている方々と接することの多いこの職種であるが、ストレスがなさそうと思われる私自身も実は『結構ストレスを感じやすいヤツ』である。意外とへこんだり、日曜日の夕方はサザエさん症候群気味な自分がいることもある。仕事柄、憂鬱な気分を変えてくれるような趣味など、ストレス発散のための何かが必要であるという知識はある。支援でもその知識を生かすようにしてはいる

が、一番実行できていないのは自分であったりもする。

若い頃と違い、友人と会う機会もぐっと減り、必然的に外出の機会も減った。気が付けばなんだかメリハリのない生活が続いていた。

そんな時、活力を与えてくれたのが「わんこ」である。「わんこ」が我が家にやってから私の生活は一転した。毎日にぎやかで、お世話も大変であるが全く苦にならない。愛くるしい「わんこ」に私はメロメロである。太陽が昇り、日が沈むリズムに「わんこ」はありのままに生活をしている。そのため、私も朝は早起きし、お世話をする、夜も散歩のために早く帰宅している。また「わんこ」の存在は仕事とプライベートのオン・オフをはっきりと感じさせてくれる。平日は仕事を頑張り、休日は思いっきり「わんこライフ」を楽しむ。どんなに疲れていても、落ち込むようなことがあっても「わんこ」を見ると、ほんわか、優しい気持ちを取り戻せる。休日はドッグランやドライブにも出かけるなど、ごく普通に外出し、自然と触れあう機会も増えた。散歩をすることで毎日体を動かす習慣がつき、私自身の生活リズムが整ってきた。以前、ペット情報誌で「わんこ」を飼うと10歳若返るというコラムを読んだことがあるが確かに!!と今実感している。

私は仕事とプライベートとのオン・オフが

明確である方が生活にハリが生まれると考えている。心に余裕があるからこそ目標や楽しみも生まれる、そのことが仕事の上でもプラスに働くのではないかと思う。

このことは精神疾患を抱える当事者の方々が自分らしく生活する上でも重要でないかと思う。心に余裕がなくなることや目標や楽しみがない生活の中では自分らしさを見失ってしまう。しかし、ストレスが一切ない生活は不可能である。そう思うとどんよりなっ

まうが、良い面で捉えるならば、人は刺激があるからこそ、喜怒哀楽が生まれ、そこから個々の魅力が生まれる。何がその人にとって、ストレスなのか、癒しなのかは人それぞれ違うだろう、私のように「わんこ」が癒しの人もいれば、『子ども』、『音楽』、『スポーツ』などが癒しの人もいる。これからも、私はこの癒しを大切にしていきたい。「わんこ」ときままなシングルライフはこれからものんびり続いていく。



おもいやりの心でサポートします

県内精神科病院の寝具及び下着類の洗濯・貸与・販売・補修業務一切
他にグループ保険・病院賠償責任保険等の各種保険

福岡県精神科病院協同組合

理事長 富松 愈

〒810-0005 福岡市中央区清川三丁目14番20号 2F
TEL092-521-0690/FAX092-524-4632

九州一円の医療機関経営をサポートする
福岡県精神科病院協同組合100%出資会社

有限会社 DMS (ドリーム・メディカル・サービス)

〒810-0005 福岡市中央区清川三丁目14番20号 3F
TEL092-525-7666・7667/FAX092-525-7668

編集後記

ほすびたる9月号をお届けします。

9月に入り、台風の影響もあってか、少しずつ過ごしやすくなりました。今月号も多くの方々から素晴らしい原稿をお寄せいただき、充実した内容の「ほすびたる」を発刊できましたことに、心より御礼を申し上げます。

今月号では、当協会の診療情報管理研究会委員長を長年にわたってお務めいただきました阿南誠氏に、ゲストとして特別寄稿をお願いいたしました。阿南さんは診療情報管理や病院IT関連の分野で素晴らしい業績を築き、その成果を、我が国のみならず海外にまで発信し続けられた方です。長年勤められた国立病院を定年退職され、岡山県の川崎医療福祉大学に准教授として招聘されました。私も阿南さんとの付き合いは長く、診療情報やIT関係のことから、果ては自分のパソコンのトラブルに至るまで相談にのってもらっていました。福岡県を去られるのは、心もとなく、さびしい思いでいっぱいですが、阿南さんの今後のますますのご発展をお祈りいたしております。

また、今回新理事になられた先生方に、順番に原稿をお寄せいただくようお願いいたしました。第1号は小倉医療センター院長の澄井先生にクレーム対応の奥義を伝授していただきました。

実戦(?)に基づいた臨場感あふれる内容の出来上がりとなっています。引き続き、新理事の先生方には、ご寄稿の方をよろしくお願いいたします。

深堀先生の「犯罪の心理学」を読みながら、妙なことを思いつきました。よくテレビのサスペンス推理劇場なんかで使われる言葉、「第1発見者」。「第1発見者は、近所に住む男性で、犬の散歩中に、草むらに倒れている死体を発見しました」などと使われます。第1発見者が犯人ではないか、と疑われるケースもよくあります。でも、この言葉、おかしくないか?そもそも第2発見者なるものは存在するのだろうか? それなのに、なぜ「第1」と呼ぶのか? まあ、どうでもいいことではあるのですが……。そういえば、「編集後記」。締め切りに間に合わせるため、全部の原稿がそろそろ前に書くこともあります。この場合、なんと呼ぶのか? 「編集前記」となるのか? 「編集後記」を早く書きすぎるのはいけないことなのか? えっ、つまらないことばかり言っていると山田君に座布団1枚持ってかせるよって? 1枚しかない座布団をとられてはたまりません。今回はこれにておしまいにします。気候の変わり目です。皆様にはどうぞご自愛の上、お過ごしください。

(岡嶋泰一郎 記)

第148回 看護研修会のご案内

開催日 平成28年10月7日（金） 9：20～15：00

場所 ナースプラザ福岡 1F「研修ホール」
福岡市東区馬出4丁目10-1

研修のねらい ～認知症やせん妄対策に困っていませんか～

2025年には、認知症高齢者は462万人、軽度認知症の人は400万人になるといわれます。認知症の高齢者は、入院中に認知症の行動・心理症状（BPSD）が悪化しやすく、せん妄を発症する可能性が高く、入院が長期化する傾向にあります。しかし、高齢者の今までの生活を知り、強みを生かすことで機能維持につながり長期化を予防することもできます。

老化による身体的機能の変化と日常生活への影響、認知症の看護ケアのポイントを学び、高齢者の生活やその人らしさを重視したケアを目指しましょう。

参加料 会員 病院 1人につき 3,500円
会員外病院・その他の施設 1人につき 5,000円

講演Ⅰ 「老化による身体的機能の変化と生活への影響」
久留米大学病院老人看護専門看護師 秋吉 知子

講演Ⅱ 「認知症の看護ケアのポイント」
JCHO 九州病院認知症看護認定看護師 倉本 佳代子

*お問合せは福岡県病院協会事務局（電話 092-436-2312）までお願いいたします。

ほすびたる

第 704 号

平成 28 年 9 月 20 日発行

発行 ◎ (公社)福岡県病院協会

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

福岡県メディカルセンタービル 2F

TEL092-436-2312 / FAX092-436-2313

E-mail: fukuoka-kenbyou@globe.ocn.ne.jp

編集・発行人 ◎ (公社)福岡県病院協会

制作 ◎ (株)梓書院

〒812-0044 福岡市博多区千代3-2-1

麻生ハウス 3F

TEL092-643-7075 / FAX092-643-7095

E-mail: mail@azusashoin.com

編集主幹…石橋 達朗

編集委員長…岡嶋泰一郎

編集副委員長…竹中 賢治

編集委員…平 祐二・上野 道雄

澄井 俊彦・増本 陽秀

壁村 哲平・塚崎 恵子