

# 仕事人生を“ラクに”生き抜く 心の持ち方

群馬県立心臓血管センター技術部臨床検査課

小川公代

# プロローグ

- ✓ 私は臨床検査技師という職業に**誇り**を持っています。
- ✓ あとに続く若い方に “ああいう先輩になりたい “  
と思ってもらえるような**道標**でありたい。  
あとに続く若い方にも、**しなやかに**がんばってもらいたい。そう思っています。
- ✓ そのために、これまでの自分の仕事人生で学んだこと、  
「実は “**考え方**” “**捉え方**” “**心の持ち方**” がポイント  
である」という事をお伝えしたいと思っています。

# こんなふうに思った事ありますか？

- 希望しない部門に配属され、仕事がつまらない・・・
- 忙しい職場に異動・・・ツイテない
- 雑用ばかり私に回ってくる・・・
- プラス思考で、と思うけど、気付けばマイナス思考に・・・
- 他の人もそうだから「これでいいや」「このくらいでいいや」
- 大変な仕事をまかされ、自分にできるのか不安・・・
- 資格をとる意義はわかるけど、めんどろ・・・
- 学会発表しろと言われ気が重い・・・
- 考え方の違う上司、同僚とやりにくい・・・
- 医師が言う事を聞いてくれないから物事が進まない
- 看護師さんが協力してくれないからムリ！
- 技師長の理解がないからムリ！
- そんなヒマはない！
- 怒りの感情をぶつけられた・・・
- 医師とのコミュニケーションが苦手・・・
- モチベーションが長続きしない・・・

一つでも思った事のある方、  
あなたは幸せです。学びのチャンスがあります。  
このような思いは、心の持ち方次第で、悩みではなくなります。

こんなふうに見えてしまう課題（難題）、それにチャレンジしていきましよう。

これらはそもそも“課題”などではありません。  
これは自分が学び成長するための題材なのです。

これらの題材に向き合う時、私たちは一層磨かれるでしょう。

さあ、心の持ち方を変えて“**ラクに**”仕事人生を乗り切りましよう。



群馬県立心臓血管センター全景

# 群馬県立心臓血管センターの概要 (H28年)

- 診療科目 : 循環器科/心臓血管外科/外科/整形外科
- 病床数 : 195床
- 医師数 : 45名
- 救急体制 : 24時間心疾患救急医療
- 地域医療支援病院
- 植込み型補助人工心臓認可施設

● 心筋焼灼術(アブレーション):1098件

全国2位、関東1位

● P-スケーター治療 : 76件

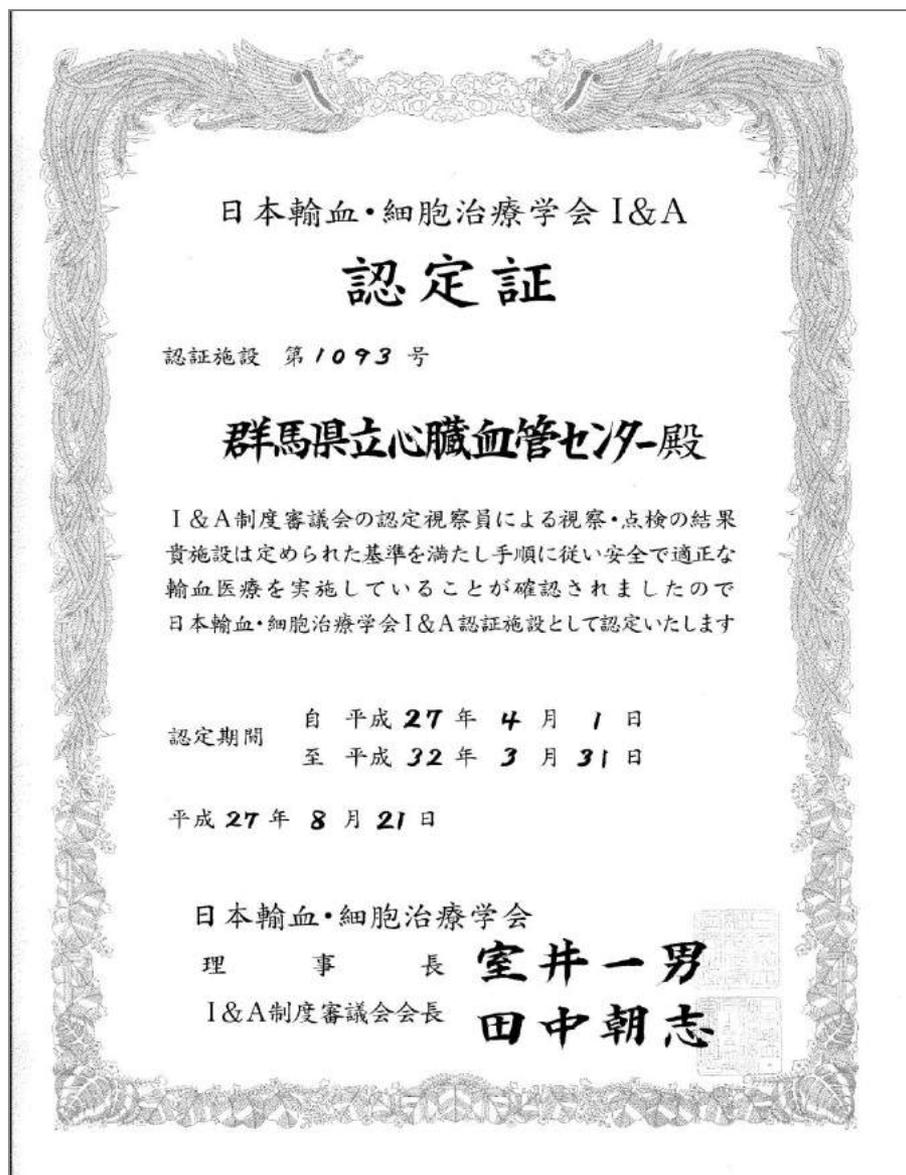
全国11位、関東6位

● 心臓手術 : 226件

関東24位

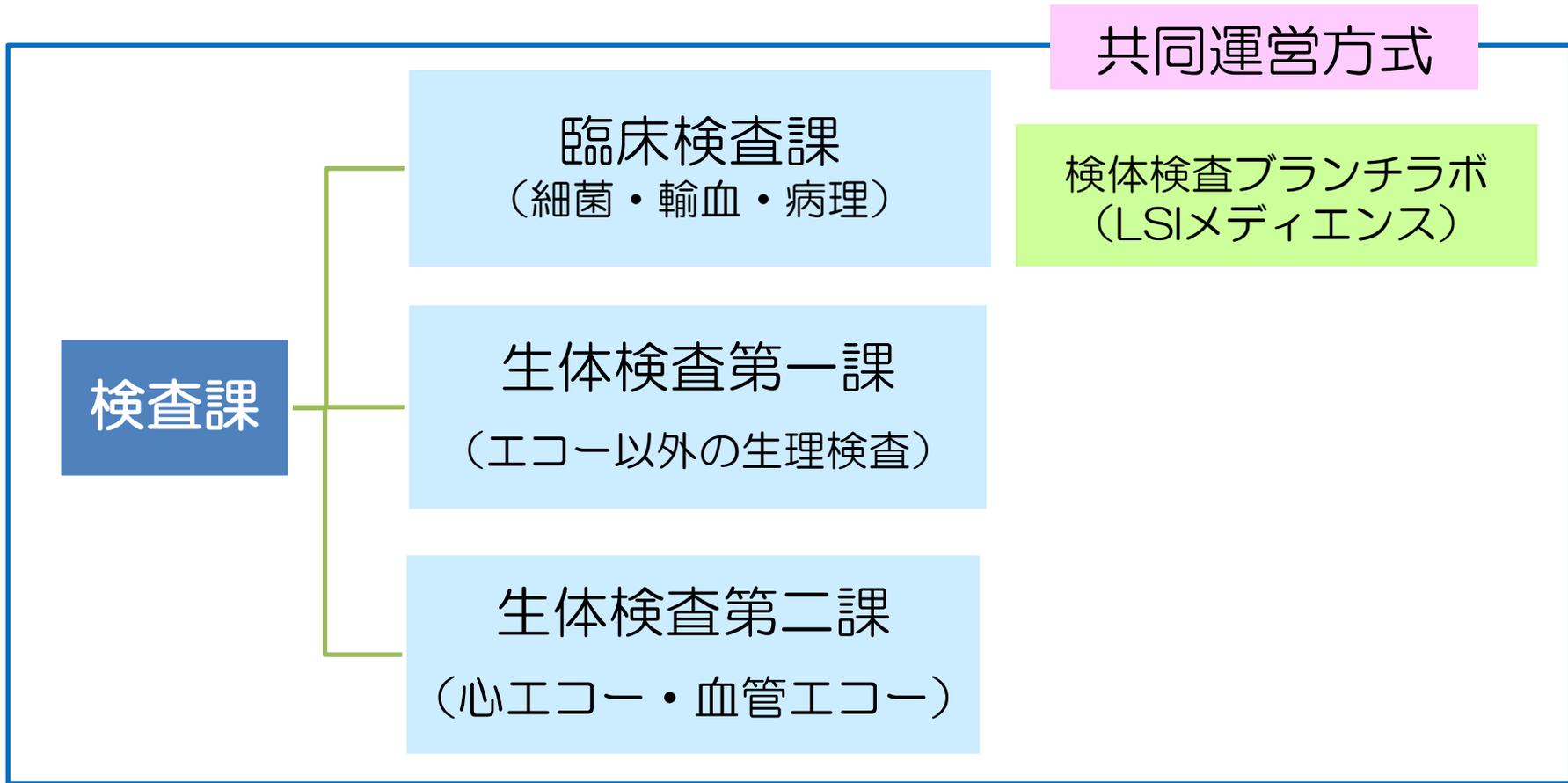
週刊朝日MOOK  
創刊15年目 特別号  
2017  
手術数でわかる  
高齢者の手術は 余命を延ばしているのか 試験を受けるには? & 治療実施件数を初調査  
独自調査 6618 病院掲載  
がん/心臓病/脳疾患/首・腰/股・ひざ/眼・耳まが 治療法別の「名医」が病院選びの秘訣を伝授  
全国& 地方別 ランキング

# 日本輸血細胞治療学会機能評価（I&A）認定施設



県内2施設  
のみ

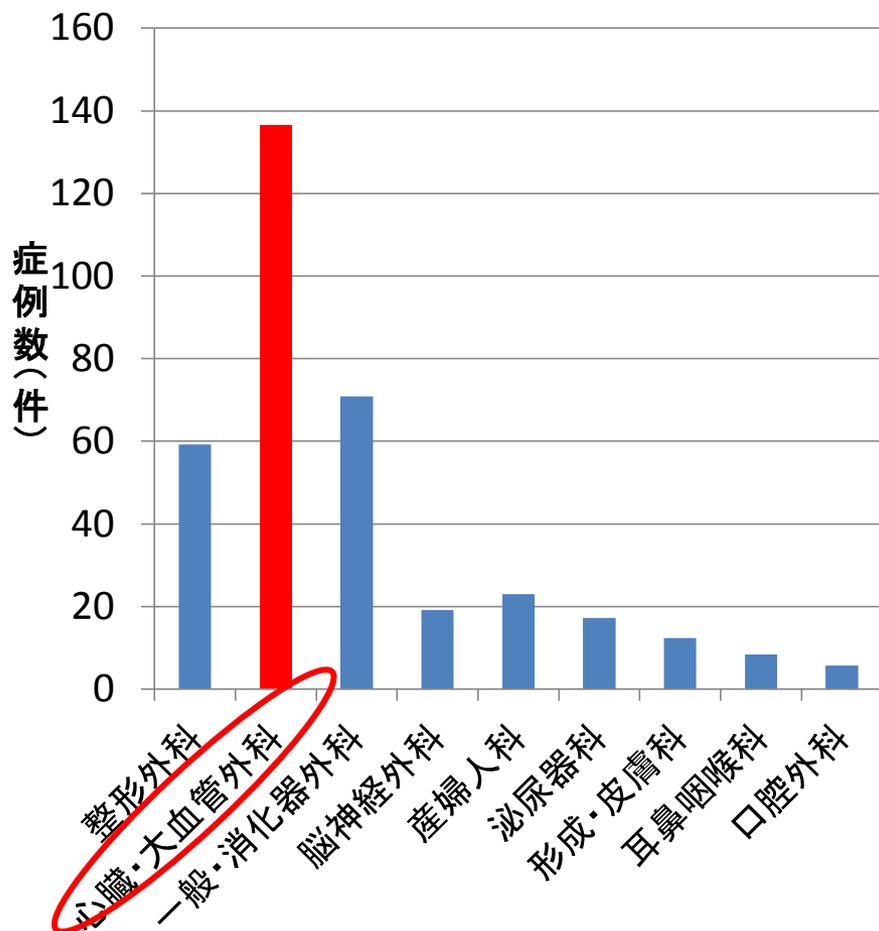
# 検査課の組織 (H29～新組織体制)



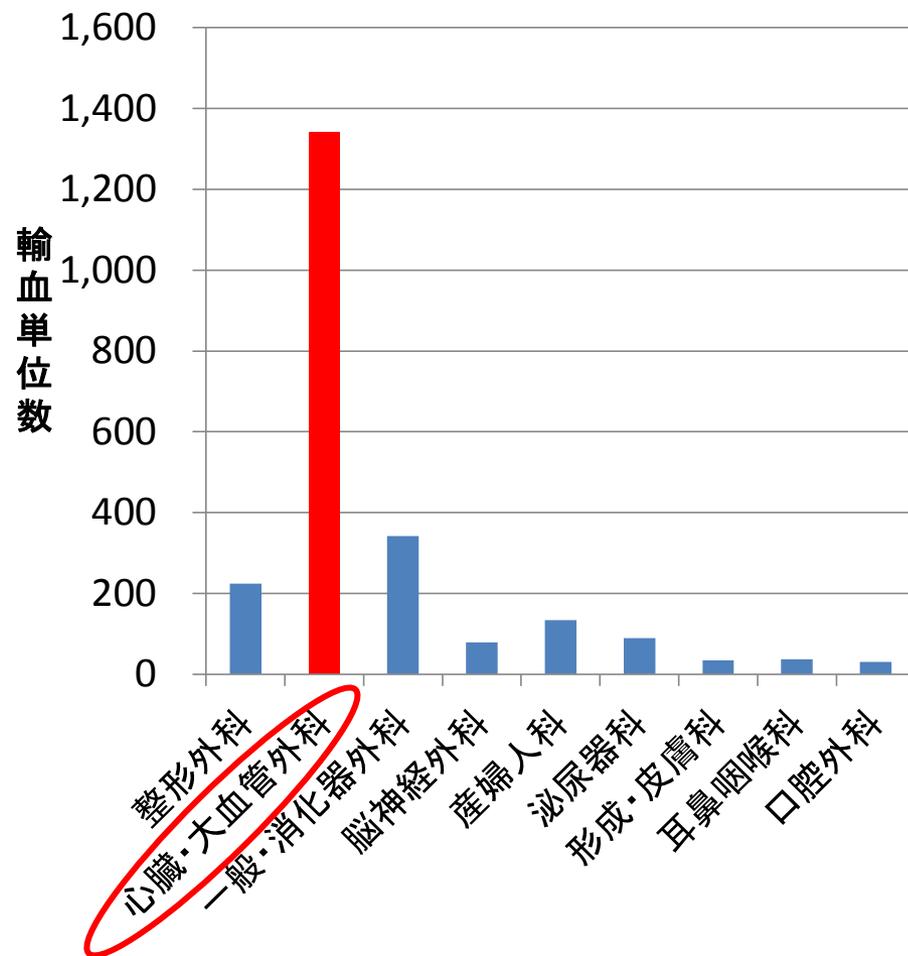
昨年度のメンタルヘルスチェックで、当院検査課は、  
県立4病院の中で最もメンタルヘルス度が高かった！  
(社会的・心身・生活の健康度)

# 心臓血管外科の輸血医療の現状（全国）

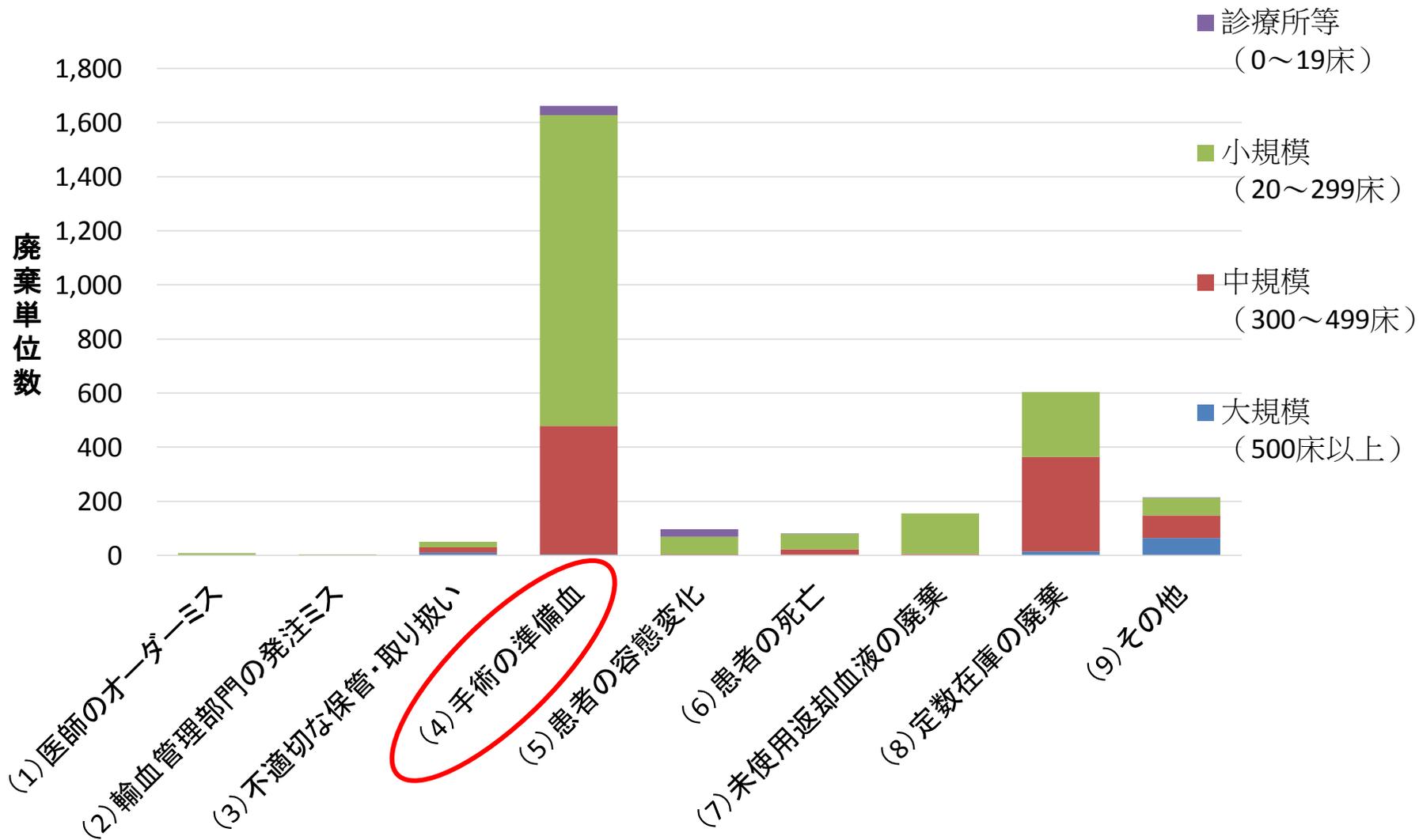
## 輸血実施症例数（1施設あたり）



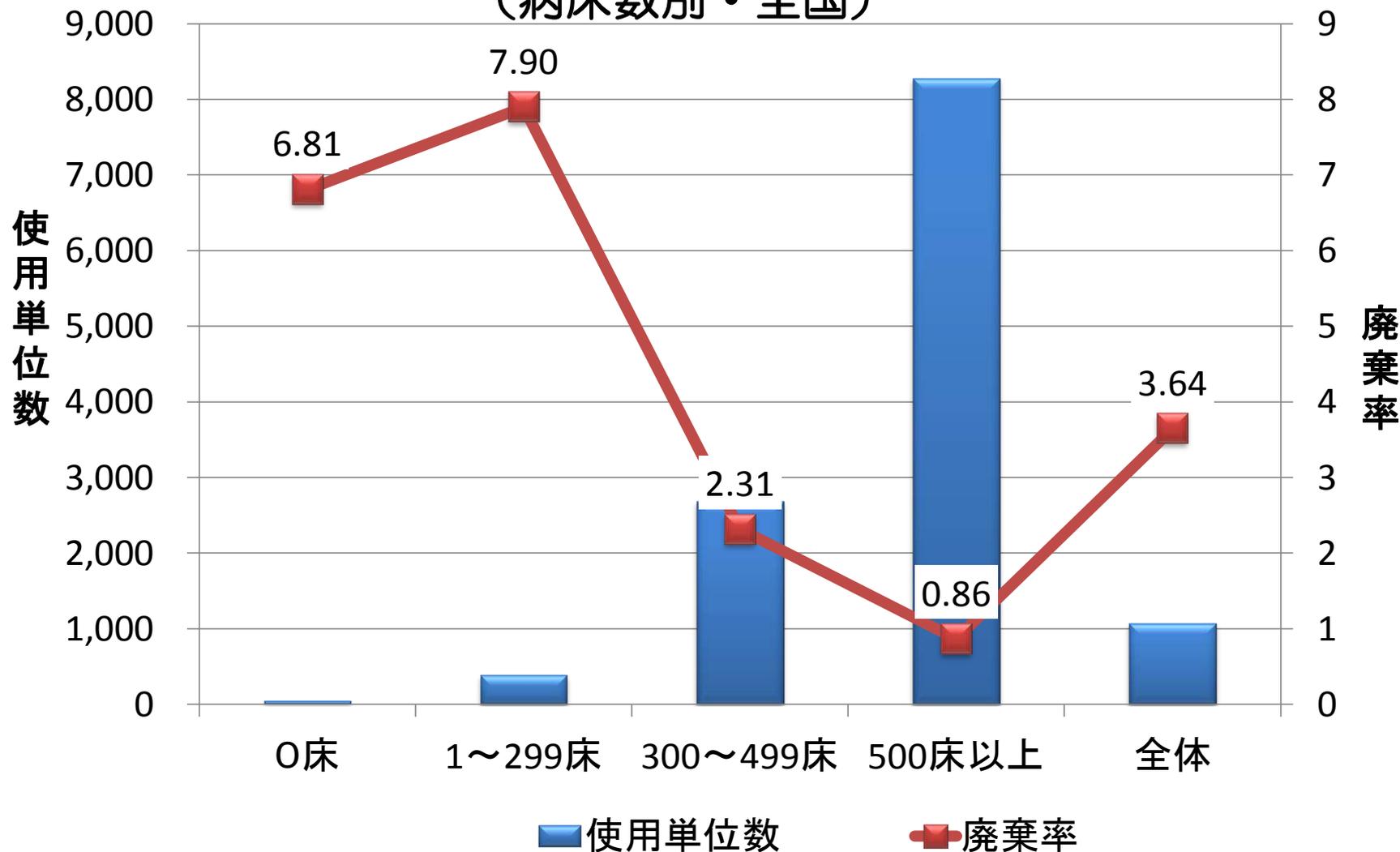
## 手術時輸血単位数（1施設あたり）



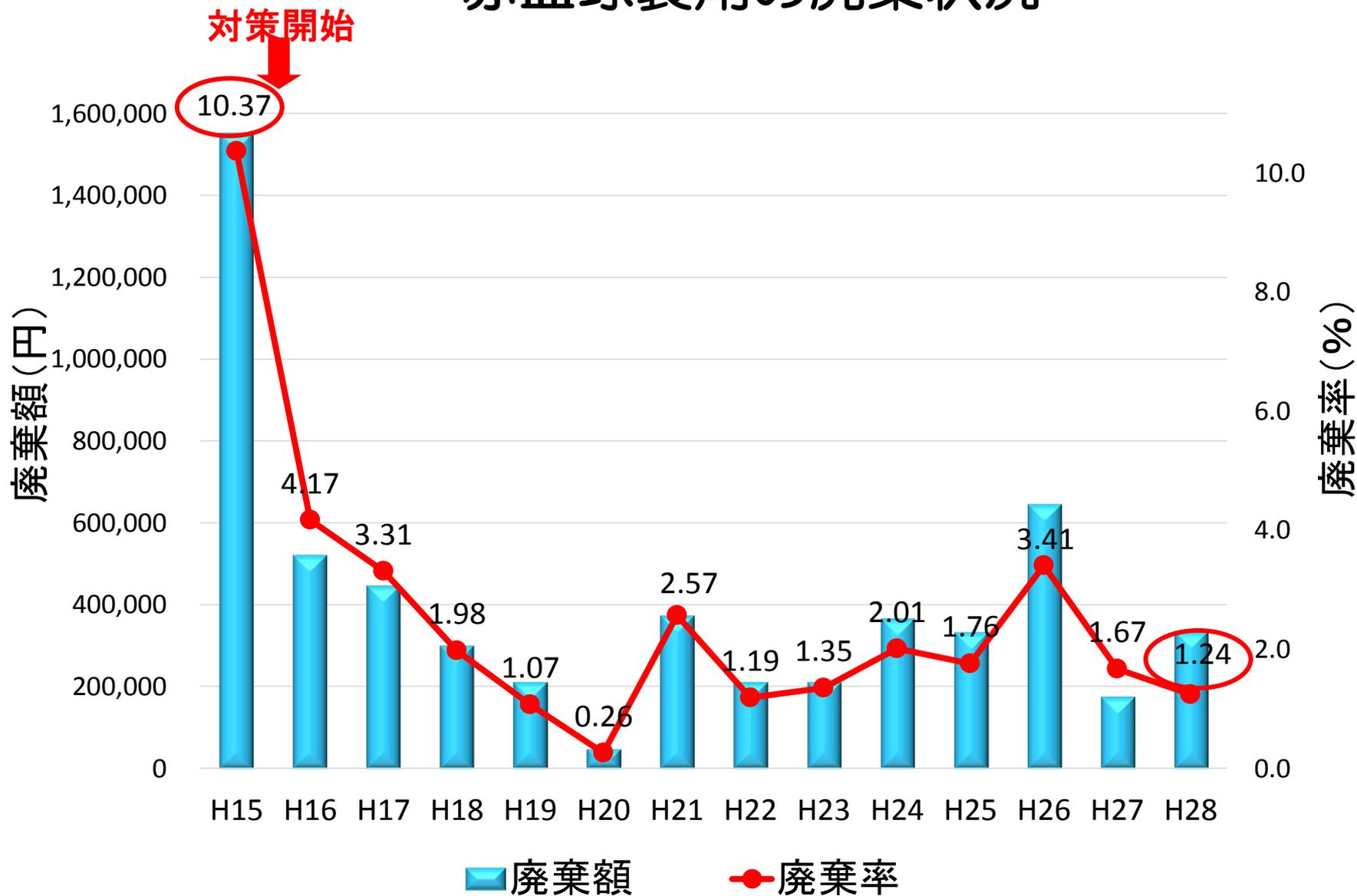
# 赤血球製剤 理由別廃棄量 (群馬県)



# 1 施設あたりの使用単位数及び廃棄率 (病床数別・全国)

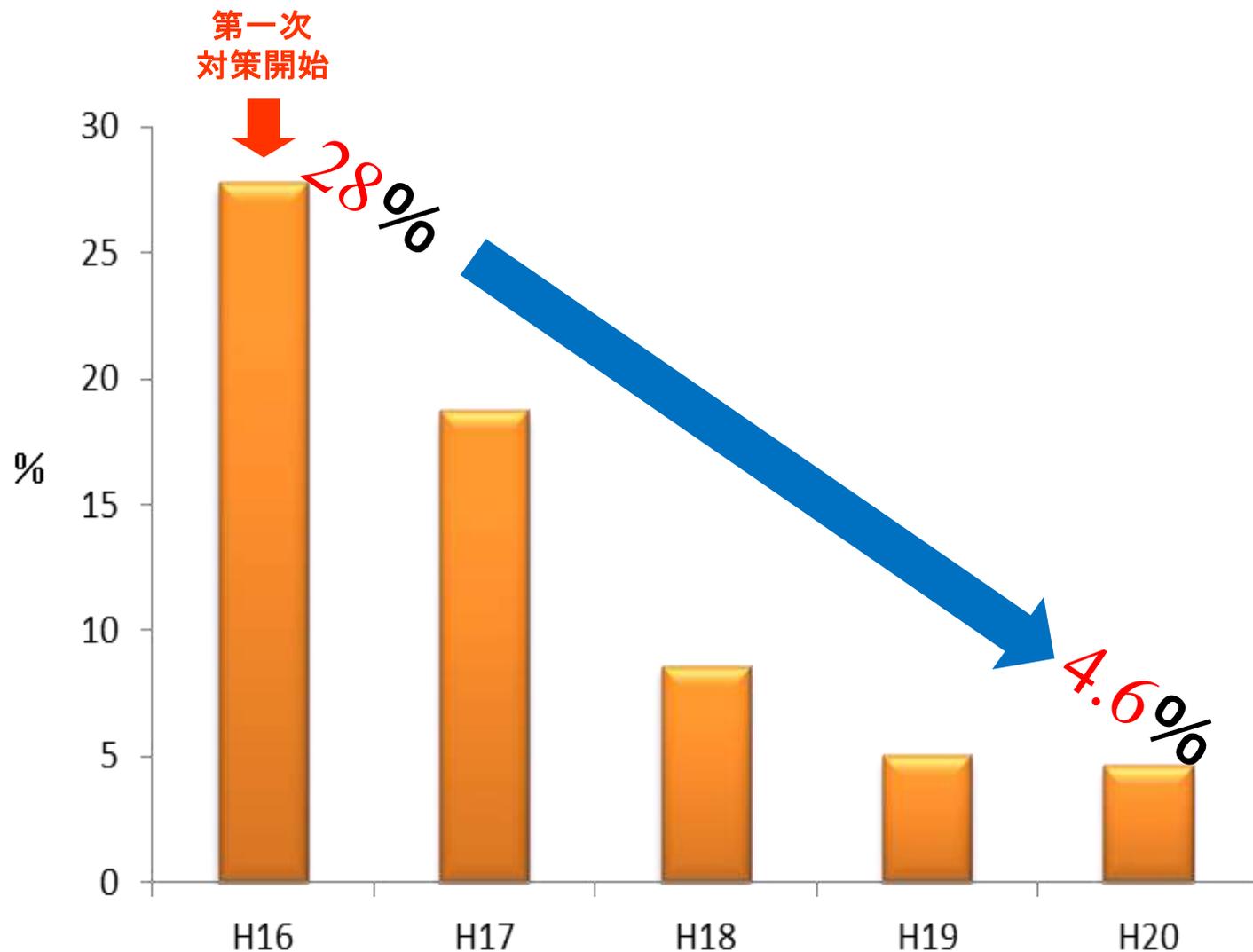


# 赤血球製剤の廃棄状況



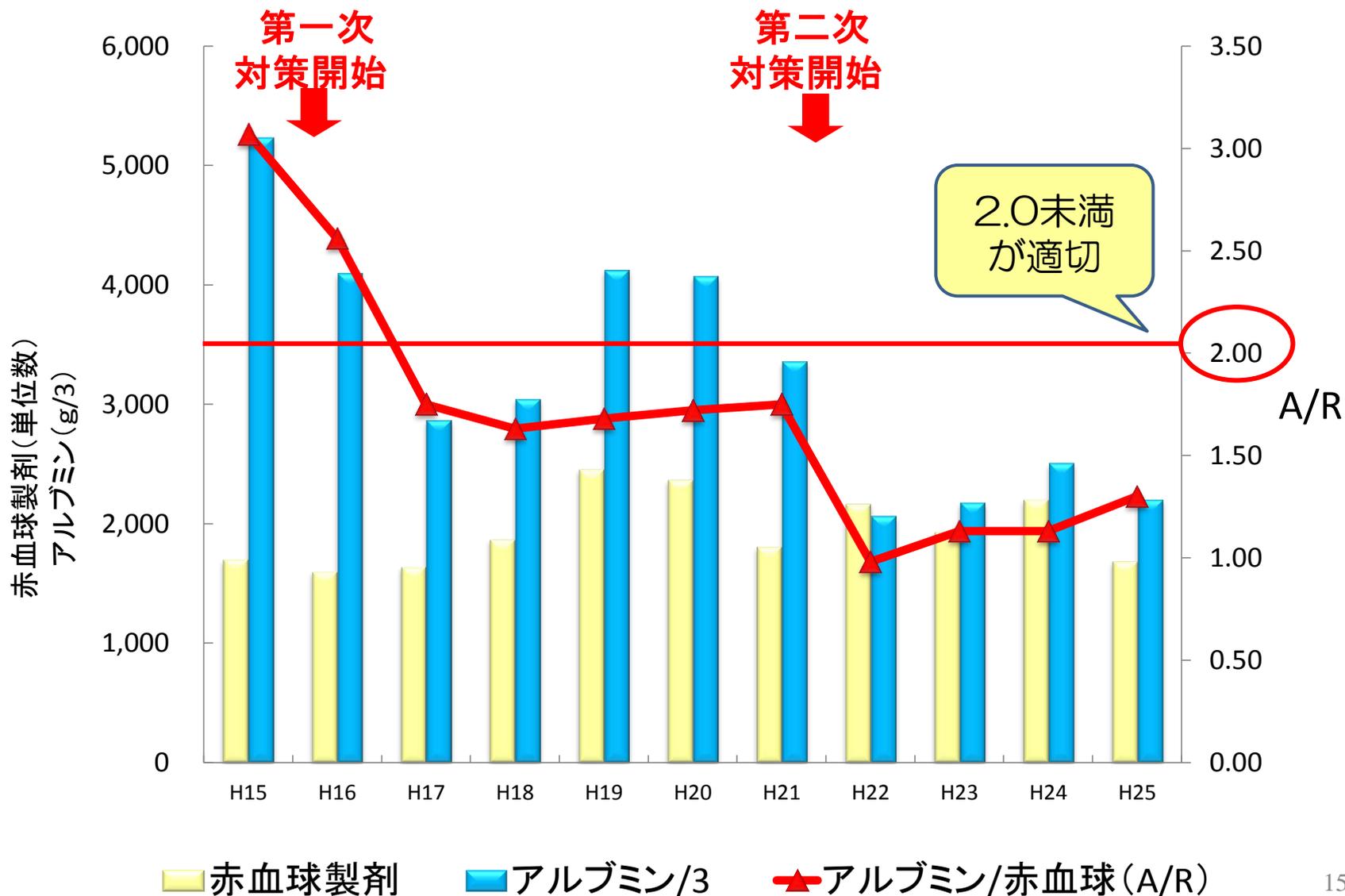


## 対策開始後の4日以上連続投与割合の変化



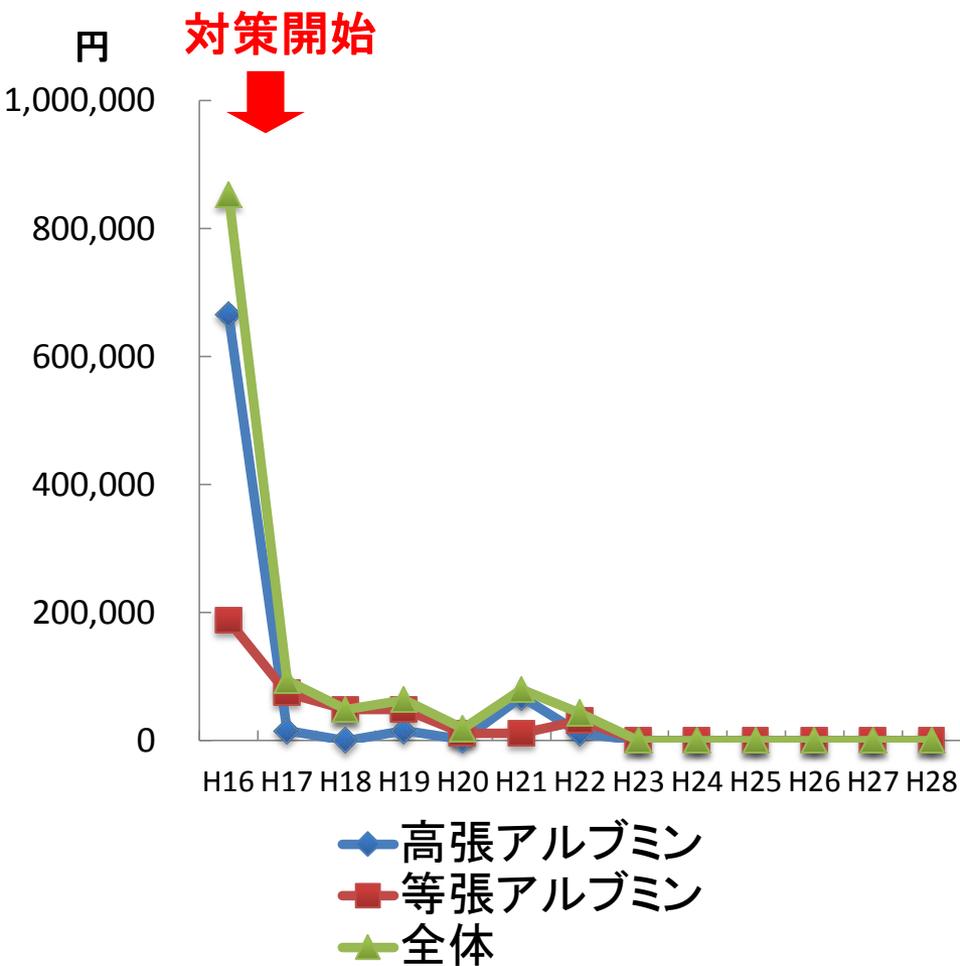
# 当院の状況

## 適正使用の指標であるA/R（アルブミン/RBC）の推移

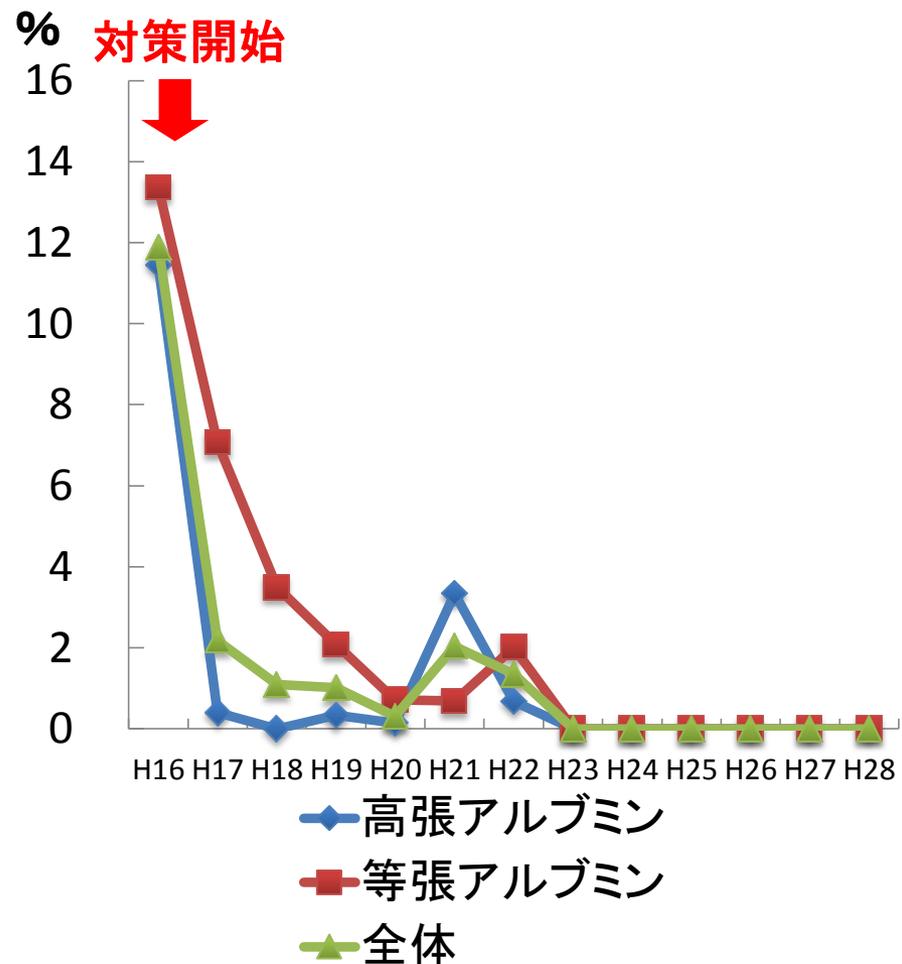


# 当院の状況

## アルブミン製剤 査定額



## アルブミン製剤 査定率



# 病院局長表彰受賞

H29年3月

## 表彰状

県政振興(表彰規程第五号)

心臓血管センター 輸血療法委員会 殿

輸血管理体制の強化により血液製剤の使用を適正化し患者の医療費負担の軽減及び病院経営の健全化に貢献するとともに安全な輸血医療を提供する病院として信頼性を向上されました  
よってその功績をたたえ表彰します

平成二十九年三月三十日

群馬県病院局長 青木

勇



# 経 歴

1985年 群馬県庁入庁 群馬県立がんセンター

病理・細胞診検査（8年）

1986年 細胞検査士 取得  
1987年 国際細胞検査士 取得

第一の山

1993年 伊勢崎保健所

感染症対策・予防接種・健診業務・花粉症対策

1995年 群馬県保健予防課

感染症対策・予防接種・ハンセン病対策・インフルエンザ対策

第二の山

1998年 群馬県立心臓血管センター

・生理検査（1.5年）  
・生化・免疫血清・血液・一般（2.5年）  
・輸血検査（12.5年）  
2003年輸血療法委員会立ち上げ  
2006年 認定輸血検査技師 取得

第三の山

2017年 現在に至る

# 最初に配属された病理は 実は一番苦手だった

何が苦手かということ、

ミクロトーム

効率の悪い実習

面白さがわからなかった

ところが・・・

1年後、細胞検査士取得（つまり、勉強した）。

病理は、わからない事を追求できる環境にある。

細胞診検体⇒組織生検⇒手術（⇒剖検）

最初から最後まで病気が追える。

 **これは面白い！**と気付く

希望しない部門に配属され仕事がつまらない

 何事も深く学ばないと面白さはわからない！

面白くないと思うのは、深く学んでいない証拠！

指導する方は、面白さを伝えてあげてください。

そのためには、自分自身が（指導するまでの間に）深く学んでいる必要があります。

## 希望しない部門に配属されたときの心の持ち方

- 嫌いな分野に配置されたとしても、ただひたすら、目の前の仕事に専心する。どんな仕事にも。
- 「そこにある面白さを見つけてやろう！」  
という気概で。
- 深く学ばないうちに判断しない、決めつけない。

雑用ばかり私に回ってくる・・・

## いわゆる“雑用”に対する心の持ち方



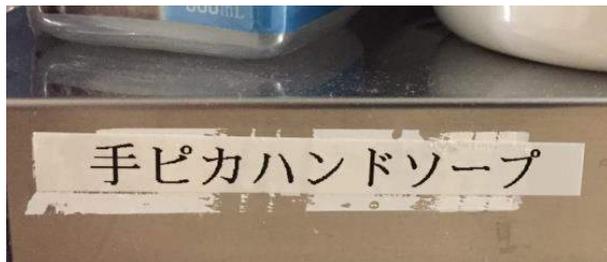
“雑用＝種々のこまごまとした用事”  
この時、目指すは**“雑用の達人”**

例えば・・・

**コピー**（ステープル、ページ印字などができることを知ってますか？）

**テプラ**（フォント、文字ポイント数、色などへの気遣い。貼る位置への配慮、美しさ。）

**働く環境に“愛情”を込める**



# 「心を込める」は誰のために？

- 「お大事にして下さい」  
おざなりに使わない。心を込める。
- 心を込めて言い続けると、いつしか、  
自分の心が、ま～るくなっている  
ことに気付く。

他の人もそうだから、  
「これでいいや」「このくらいでいいや」・・・

- 「これでいいや」と思ってしまったら  
「このくらいでいいや」で終わったら  
そこで成長が止まります。
- 自分で自分に限界を設けない。  
「できる！」と思えば、できる方向へ体が、心が、運が、向く。



# 仕事人生 第1の山

## 細胞検査士取得に向けて勉強していた時代

(就職2年目)

### 受験を決めた瞬間

先輩「こういう資格があるんだけど、受ける？」

私 「はい」 迷わず悩まず “そこに資格があるから受ける”

### 1年目の1月 勉強会スタート

最初は 週1回 (平日講義)

春から 週2回 (平日講義、土or日曜は鏡顕実習)

夏から 週3回 (平日の他、土&日曜の鏡顕実習)

がんセンター(太田)ー前橋間 車で約1時間

前橋ー自宅(栃木県足利市) 車で約1時間15分

自宅が遠いので、23時までに終わりにするようにしてもらった (家に着くのは0時)

前年の勉強会はもっと遅かった。

この時の経験が後々、**へこたれない自分をつくる**

(**へこたれない**=**困難にあってもくじけることのないさま**)

大変な仕事をまかされ自分にできるのか不安

## 困難に出会ったときの心の持ち方

 人生には乗り越えなければならない山が現れる！  
(現れてくれる)

(仮に、どんなに避けようとしても、それは現れる)

もちろん選択権は自分にある。

目の前の選択肢は (人生を助けてくれる) ヒント

迷った時は自分にとって困難な方へ！

プラス思考で、と思うけど、  
気付けばマイナス思考に・・・

よくマイナス思考でなくプラス思考で、とか言うけれど・・・  
プラス思考だけでは乗り切れないときがある

## ブレイクスルー思考

すべてのものごとには**意味と価値**があり、表面的には**失敗、挫折、不運の**  
**ように見える**ことも、すべて**自分の成長のために用意されている**順調な**試練**  
である。その試練に挑戦するだけで、もう乗り越えたと同じくらいの**価値**がある。

「合格はプラス、不合格はマイナス」 「生存はプラス、死はマイナス」  
「健康はプラス、病気はマイナス」 「安楽はプラス、苦労はマイナス」  
「地位が高いことはプラス、地位が低いことはマイナス」  
**ではない。**

**「世の中には、本質的なマイナスなものは存在せず、すべてのものはプラスである」**

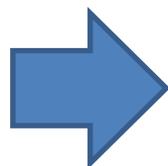
- 自分の成長に必要なものが、目の前に起こります。与えられます。  
それは、あなたが望むものではないように見えて、実はあなたにとって必要な試練なのです。
- 自分の人生は、ツイテない、不運だ・・・  
表面的にはそう見えても、それは自分の成長のために用意された試練です。
- 目の前の試練にチャレンジするだけで、もう乗り越えたと同じくらいの価値があります。その先に待っているのは、成長した自分です。

## 県庁保健予防課の時代 (H7~9)

感染症対策（伝染病予防法に基づく調査）、花粉症、インフルエンザ  
肝炎対策、予防接種、ハンセン病対策（慰問、郷土案内）、他

- 書類のルールや意味が解らない  
（国庫10/10 補助金の実績報告 プレス発表 議会対応 予算の財政ヒアリング・・・）
- ソフトウェアが満足に使いこなせない
- 連日の残業  
前任者は残業100時間/月超  
4/1は21時帰庁 その後3か月は22時過ぎ 7月になったら19時

約1年後・・・



なんとかなる！の境地

忙しい職場に異動・・・ツイテない



苦しい時期は永遠に続くわけではない。

乗り越えられたという**自信**によって、**自己が作られていく**。

- どんな仕事にも（自分が就くことになった）**意味**がある。
- どんな環境も、**自分の成長**のために用意されている**試練**。
- どんな環境に置かれても、**そこで精一杯できることをする**。

『**随所作主 立処皆真**』（随所に主となれば、立つところ皆真なり）

いつでも、どこでも、自分の置かれた場所や状況の中で精一杯こころを込めて  
努め励むこと。そのことに一所懸命になれば、いつ如何なるところにおいても  
真実を把握出来、いかなる外界の渦に巻き込まれたり、翻弄されるようなこと  
は無い。

臨濟宗の開祖、臨濟義玄禅師の言葉

『Where God has planted you, you must bloom.』

神が置いてくださったところで咲きなさい

渡辺和子「どんな時でも人は笑顔になれる」PHP研究所

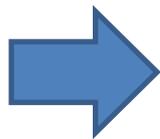
## 仕事人生 第3の山

# 認定輸血検査技師を目指した時代

- H14 輸血療法委員会立ち上げのため、輸血担当に。
- H15 **輸血療法委員会立ち上げ**  
廃棄血の削減、手術血液準備量の適正化、アルブミン製剤の使用適正化
- H18 **認定輸血検査技師受験**  
この時、娘たちは小4と小1  
朝4時から勉強 3年は覚悟した  
細胞検査士受験時代を思い出し「まだまだ勉強が足りない！」

第一の山、第二の山が無ければ、乗り越えることは難しかっただろう

認定がなくとも輸血管理  
の仕事はできる



では何のために認定資格  
を取るのか？

認定資格がなくても働ける・・・  
何のために認定資格を取るの？



アイデンティティーの確立のため

自分が自分に自信を持つためのよりどころ、支えとなるもの

もちろん、取得がすべてではありません。相應の知識・技術があれば十分。

「10年後に必要とされる人材でいられるか？」

と常に自問していた

輸血療法委員会活動を通して学んだこと

## 会員エッセイ

慶應義塾大学病院 輸血・細胞療法センター 渡邊直英

輸血の仕事で何が一番嫌いかと問われれば、「不適切な血液製剤の使用をしている医師に適正使用を説く事」である。不適切な使用が疑われる場合、まずは輸血検査技師が適正使用の「お願い」をする。再三の「お願い」にも耳を傾けなかった医師への「注意」が私の役目になる訳であるから、快諾が得られるはずもない。逆ギレされて、キャッチセールスの電話の様に一方的に切られるケースまである。こんな日は一日不愉快である。だか

ら、これを日々続けている輸血検査技師には本当に頭が下がる。その一方で、適正使用の啓蒙活動は着実に成果を上げている。当院におけるFFPやアルブミン使用量の対赤血球比は、それぞれ20年前の半分、1/4となった。特にアルブミン使用量は顕著で、私が着任した5年前は対赤血球比2.0をクリアするのに随分苦労したものだが、今では1.5にも満たない。日本の医療における卒後教育の重要性を感じる事例である。



# 廃棄血の削減

廃棄量が多い



心外の手術血液準備量が多い  
(心外の輸血オーダーは10進法!)



輸血療法委員会



手術の時の準備量を減らして下さい!

説得力がないなあ..

言っていることの根拠 (データ) がない!

# 麻酔科との連携①

## 術式を分類コード化

## 手術血液準備量集計用データシート

### 術式コード一覧(心外)

心外 術式名称	コード
上行大動脈人工血管置換術	解離(急性) 101
	真性瘤(未破裂) 111
上行弓部大動脈人工血管置換術	解離(急性) 102
	真性瘤(未破裂) 112
基部・上行・弓部大動脈人工血管置換術	解離(急性) 103
	真性瘤(未破裂) 113
下行大動脈人工血管置換術	解離(急性)
	真性瘤(未)
胸腹部大動脈人工血管置換術	解離(急)
	真性瘤(未)
腹部大動脈人工血管置換術	破裂
	未破裂
基部全置換(Bentall)	
大動脈ステント挿入術	
大動脈弁置換術(AVR)	
連合弁置換術(DVR)	
僧帽弁置換術(MVR)	124
僧帽弁形成術(MVP)	125
冠動脈バイパス術(CABG)	131
OPCAB	135
MIDCAB	137
左室形成術	141
VSP閉鎖術	151
両室ペーシング	161
その他の心臓血管外科手術	199

血液準備量集計用データシート NO. \_\_\_\_\_

名称 その他 は記入	体重 (kg)	出血量 (ml)	回収量 (ml)	希釈式 自己血 (ml)	貯血式 自己血 (ml)	RCC (単位)	FFP (単位)	PC (単位)	5%アル ブミン (本)	輸 血 No	術前 Hb	術後 Hb	翌朝 Hb
	73	264	270								16.7	14.2	12.1
	76										14.9		14.7
	50		580	600							12.4	9.3	8.4
	65		420	600		3+		1			14.0	9.5	12.1
	80												
	58	200	1000								13.0	11.5	10.8
	64	280	0								14.5	12.2	12.3
	30	60	390								12.2	10.4	10.9
	85	340	410								9.6	7.9	7.6
	75	180									12.8 12.0	15.2	15.5

体重・出血量  
⇒循環血液量に対す  
る出血量割合

術中使用量  
・RBC,FFP,PC  
・希釈式・回収式  
・アルブミン

# 麻酔科との連携②

## 術式毎の平均輸血量、輸血率、術前Hb値による使用量の推測

心外手術における血液製剤使用状況

調査対象期間：H15.9.15～H22.12.31

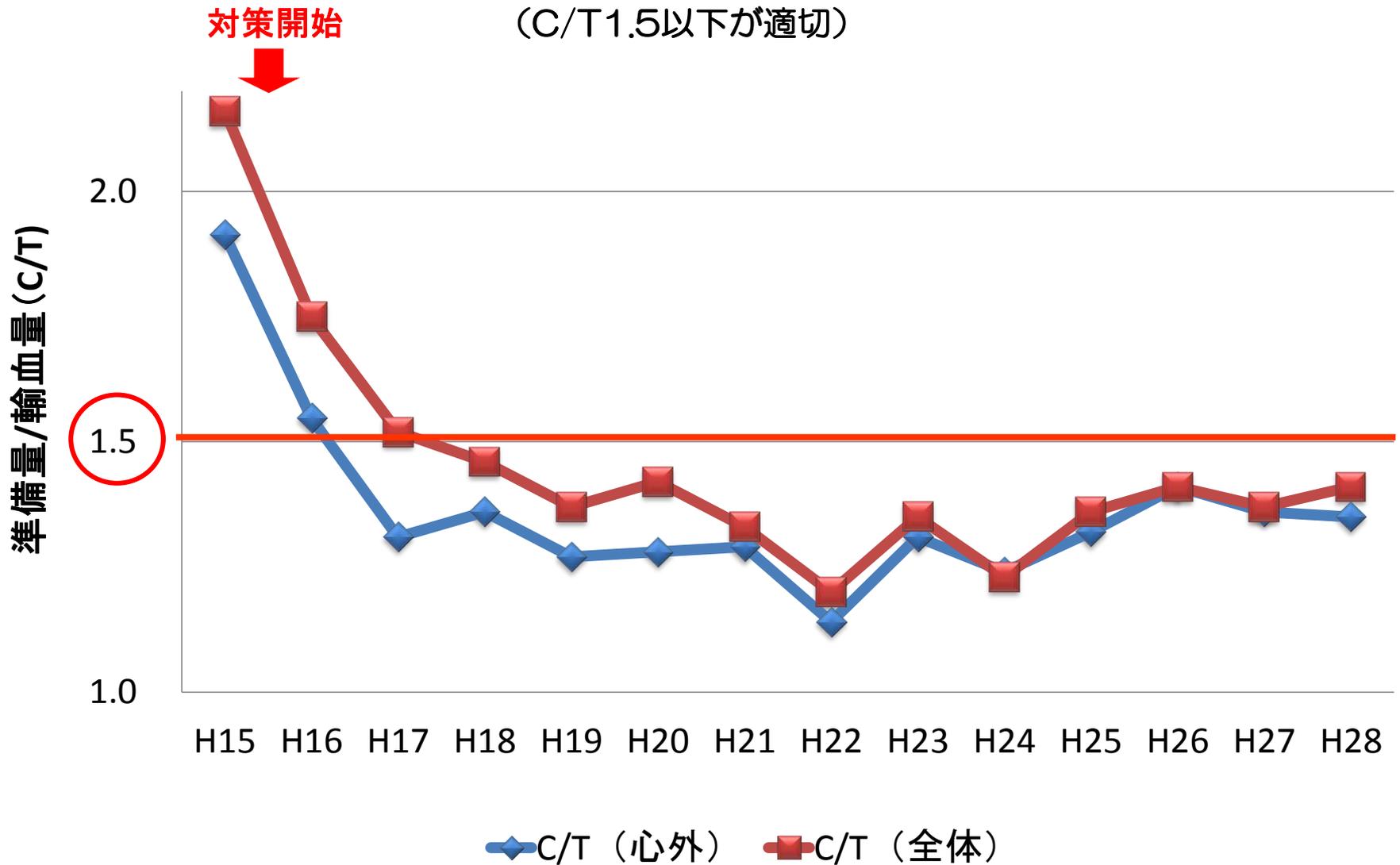
術式	術式ごとに						RCC			FFP (1単位=120mlとして)				PC				Hb (g/dl)				出血量 (ml)																		
							実施単位			オーダー単位数	実施単位			オーダー単位数	実施単位			オーダー単位数	術前		入室時	翌朝	Total	術中RCC(+)	術中RCC(-)															
							Total	術中	RBC		Total	術中	術後(翌朝まで)		Total	術中	術後(翌朝まで)		Total	術中RCC(+)						術中RCC(-)														
																											貯血至自己血(ml)													
胸部大動脈人工血管置換術(急性解離)	平均(ml)	159	60	1,085	139	0	7.7	6.7	1.1	10.8	9.5	8.6	0.9	11.7	18.3	17.5	1.0	18.3	11.6	11.3	13.0	9.5	12.5	1,123	1,175	853														
	SD(ml)		14.4	512	264	0	5.6	4.7	2.1	5.9	6.4	5.6	2.1	7.1	12.4	11.9	4.6	11.9	2.4	2.0	1.8	1.9	604	627	368															
	実施症例数			156	43	0	135	133		143	141	140	30	143	124	122	9	126																						
	実施率(%)			99	27	0	85	84		89	88	19		78	77	6																								
胸部大動脈人工血管置換術(真性瘤)	平均(ml)	142	61.5	1,006	417	210	2.6	2.3	0.5	3.4	2.7	2.3	0.5	3.2	4.9	4.3	0.6	4.9			12.9	10.3	10.5	817	1,345	645														
	SD(ml)		12.0	745	300	274									5.7	10.0	9.6																							
	実施症例数			140	116	60									41	31	27																							
	実施率(%)			99	82	42									22	19																								
腹部大動脈人工血管置換術(破裂)	平均(ml)	68	59.9	2,676	0	0									7.3	8.6	7.0																							
	SD(ml)		11.5	2,796	0	0									5.2	10.3	9.3																							
	実施症例数			65	0	0	57	55	24	59	51	50	15	58	32	28	8	31																						
	実施率(%)			97	0	0	84	81	35	75	74	22		47	41	12																								
腹部大動脈人工血管置換術(未破裂)	平均(ml)	329	60.5	1,621	22	1.1	0.6	0.5	0.1	0.8	0.3	0.3	0.0	0.4	0.6	0.6	0.0	0.6	13.2	10.2	13.5	11.3	10.8	567	1,370	486														
	SD(ml)		10.2	1,952	91	19	2.0	1.7	0.7	2.5	1.8	1.8	0.2	0.0	3.8	3.8	0.0	3.8	2.0	1.8	1.8	5.4	1.9	506	1,183	271														
	実施症例数			318	20	1	31	30	18	34	12	12	3	16	10	10	0	10																						
	実施率(%)			97	6	0	9	9	6	4	4	1		3	3	0																								
弁置換・形成術	平均(ml)	635																								42														
	SD(ml)																									2														
	実施症例数																																							
	実施率(%)																																							
CABG	平均(ml)	45																								8														
	SD(ml)																									6														
	実施症例数																																							
	実施率(%)																																							
OPCAB	平均(ml)	218																								55														
	SD(ml)		10.0	380	138										1.0	1.0	0.0	1.0	2.0	1.4	2.0	1.9	1.7	194	444	175														
	実施症例数			175	29	0	9.0	8.0	4.0	13.0	2.0	2.0	0.0	4.0	1.0	1.0	0.0	1.0																						
	実施率(%)			80	13	0	4	4	2	1	1	0		1	1	0																								

術中輸血量

RCCが必要とされた症例の術前Hb

1回のオーダー単位数の上限を協議  
RCC⇒10単位

適切な手術血液準備量の指標である  
C/T（準備量/輸血量）の推移  
(C/T1.5以下が適切)





根拠に基づいた提言でないと、  
人を納得させられない！

人は動かない

根拠＝実際のデータ、法律（規則）、文献など

# 外科における問題点

胃・結腸手術では、**慣例的に一律4単位**のオーダー



殆ど輸血なしで手術終了



期限切れ、廃棄

# 委員会での医師への提言の実際



外科の胃全摘、部分切除を含めて殆ど（赤血球製剤は）使われておりませんので、例えば（準備血）4単位のところ、2単位だけ準備し、万一の際は2単位で持たせている間にセンターからサイレンで搬送してもらおうという手もあるかと思いますが・・・



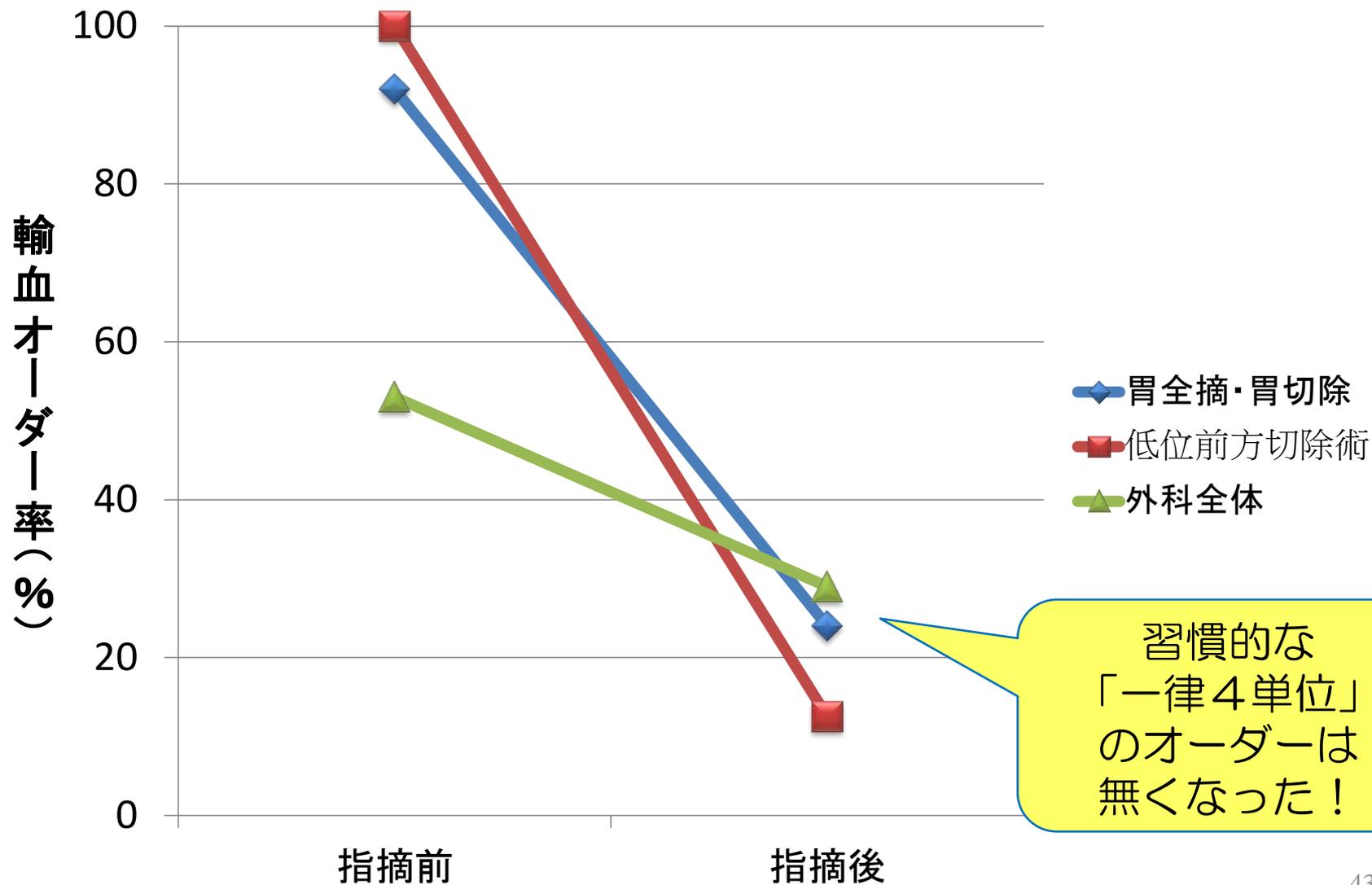
そうは言っても、この間の筑波の例でも、外科医と麻酔科医が書類送検されましたし、（血が）出ちゃうときは4単位くらいすぐ終わっちゃいますからねえ・・・



事情はよくわかりました。先生方のお立場もあるかと思えます。今後も引き続きデータ取りはさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

その後・・・

# 委員会で指摘前後の輸血オーダー率の変化



## 適正使用対策を行う上での心の持ち方

- 即効性を期待しない、求めない（半年後に適正に使われればよい）
- 表面的な言葉に惑わされない。言葉尻をとらえない。

⇒その言葉を言わしめた背景に目を向ける。

⇒表向きはどうあれ、心には必ず響いている。



適正使用対策とは、

静かな湖面に小石を投じるようなもの

⇒小さな波紋だが、必ず広がる

輸血療法委員会での取り組み その2

## アルブミン製剤の適正使用対策

## アルブミン製剤適正使用対策の難しい点

- ✓ 「アルブミン値がいくつ以下なら使ってよい」という数値は存在しない
- ✓ 「アルブミン値が低いから使う」は、不適切な使用
- ✓ アルブミン値だけでなく、臨床症状（尿量減少、浮腫など）を考え判断する必要あり
- ✓ 逆効果による浮腫悪化（血管透過性が亢進状態にある時）に注意を払う必要あり

# アルブミン製剤の適正使用対策

薬剤部・医事課と連携

## ①投与前評価の徹底

- ・投与前検査実施状況報告
- ・ALB上昇予測値・実測値比較データ提供
- ・検査未実施医師あて通知・指針配布

## ②投与根拠の明確化

- ・4日以上の高張製剤連日投与のチェック
- ・適応病態選択の義務化

## ③査定対策

- ・査定状況報告
- ・使用全症例のレセプト症状詳記

## ④不適切使用対策

- ・不適切投与症例の検討
- ・不適切なカルテ記載表現の指摘

# ①投与根拠の明確化

患者  
毎に

4日以上  
連続投与

投与前後  
アルブミン値

資料

適応病態

(同意書、用法コメント、カルテ記載)

ID	患者氏名	体重	献血アルブミン-Wf			血漿蛋白実測値				上昇アルブミン濃度			担当医	適応病態 (同意書、用法コメント、カルテ記載)	
			投与日	4日以上 連日投与	本数	投与アルブミン 量(g)	投与前		投与後		予測値	実測値			実測値- 予測値
							TP	ALB	TP	ALB					
***-***	*** **	68.0	7/9		1	12.5	6.8	3.6	5.7	3.0	0.18	-0.60	-0.78	**	低蛋白血症による肺水腫
		68.0	7/11									0.10	-0.27	**	
		68.0	7/20~21									1.00	0.45	**	
***-***	*** **	36.6	7/3~4		2	25.0	4.6	2.3	4.8	2.6	0.68	0.30	-0.38	**	低蛋白血症による著明な浮腫 (8/31死亡)
		36.6	7/9~10		2	25.0	-	-	4.8	2.9	0.68			**	
		36.6	7/30		1	12.5	4.1	2.0	-	-	0.34			**	
***-***	*** **	45.0	7/20									-0.10	-0.66		低蛋白血症による著明な浮腫、肺水腫
		45.0	7/23									0.50	-0.06	**	
		45.0	7/25		2	25.0	4.8	2.7	5.4	3.3	0.56	0.60	0.04		
***-***	*** **	70.0	7/10~12		3	37.5	5.5	2.8	5.7	3.0	0.54	0.20	-0.34	**	その他の膠質浸透圧の改善を要する状態
***-***	*** **	66.0	7/1~2		2	25.0	5.9	2.9	-	-	0.37			**	低蛋白血症による肺水腫 (7/3 転院)
***-***	*** **						7.0	1.9	-	-				**	肝硬変に伴う難治性腹水 (7/13 死亡)
***-***	*** **						5.4	2.4	5.7	2.9	1.68	0.50	-1.18	**	ネフローゼ症候群(難治性浮腫、肺水腫を伴う)
***-***	*** **	38.9	7/26~28		3	37.5	5.7	2.2	6.0	2.5	0.96	0.30	-0.66	**	低蛋白血症による肺水腫
***-***	*** **	55.6	7/1~2			75.0	5.6	2.6	6.4	3.3	1.35	0.70	-0.65	**	膠質浸透圧の改善(著明な全身浮腫、胸水)
***-***	*** **	52.0	7/1~2			75.0	5.1	1.7	5.3	2.3	1.44	0.60	-0.84	**	低蛋白血症による著明な浮腫
		52.0	7/1~2			75.0	5.8	2.0	5.9	2.2	1.44	0.20	-1.24	**	チェックなし
***-***	*** **	37.5	7/3~5		3								0.00	**	低蛋白血症による肺水腫

②投与前 > 3.0g/dl

①投与前後未実施

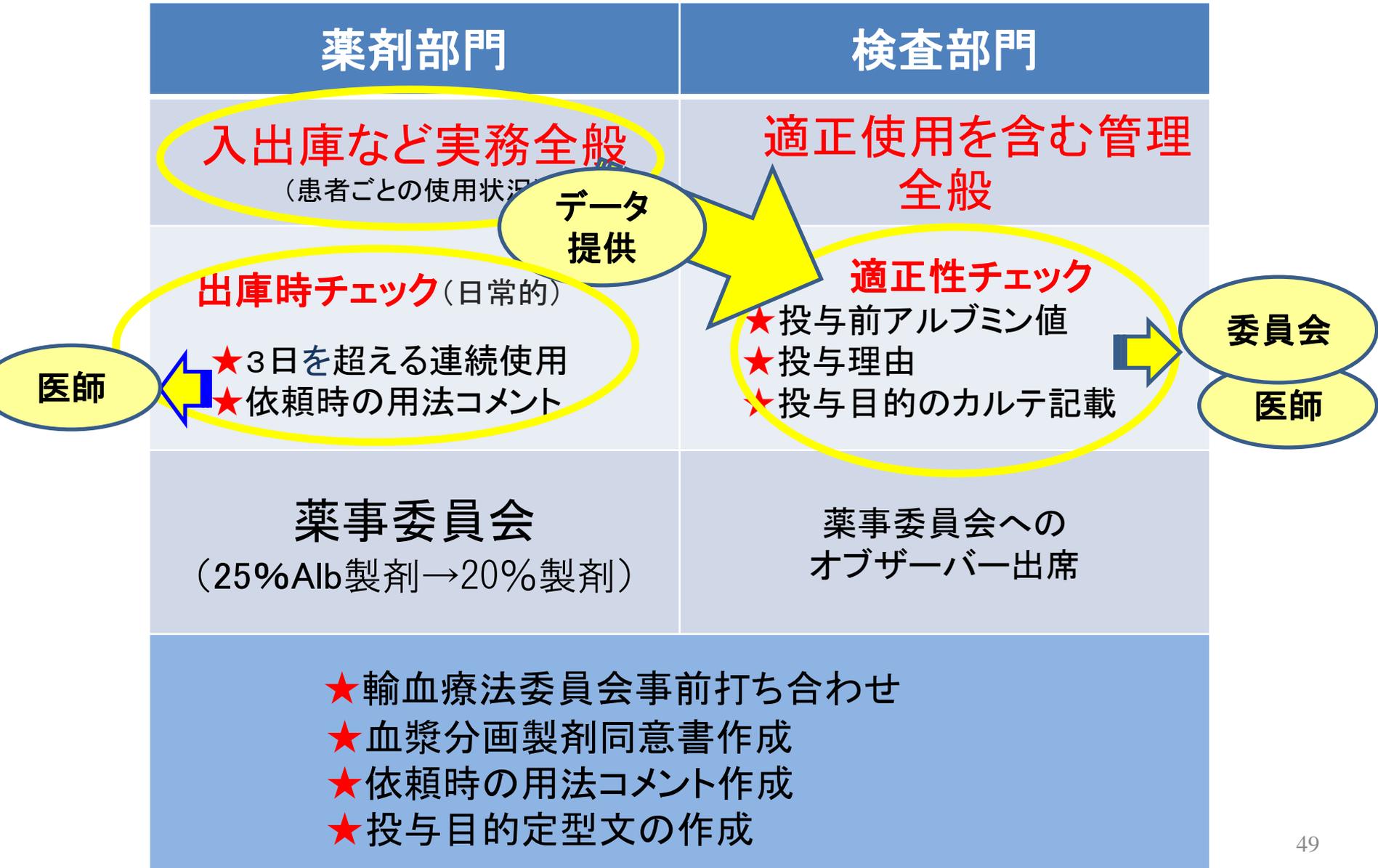
③3日を超える連日投与

6日間

④投与理由の未記載  
(同意書・カルテ)

# ①投与前評価の徹底

## 薬剤部門との連携



# ①投与前評価の徹底

## 適正使用のお願い文書 (検査未実施医師・新人医師あて)

### 検査未実施医師向け文書

\_\_\_\_\_ 先生

輸血療法委員会委員長

〇〇 〇〇

#### アルブミン製剤および血液製剤の適正使用に関するお願い

上記製剤の使用にあたっては、投与前の臨床症状と臨床検査値に基づき投与量を決める必要があります。また投与後には、臨床症状と臨床検査値の改善の程度に基づいて有効性の評価を行う必要があります(平成17年9月改定「血液製剤の使用指針」及び「輸血療法の実施に関する指針」)。即ち、投与前後の臨床検査は血液製剤の適正使用へ向けての最低限の必須事項といえます。また、適正に使用されない場合は査定の対象になることもあります。

今回、下記患者様の血液製剤療法に際しては、投与前後の臨床検査が実施されておりませんでした。

今後は指針に基づき、投与前後の検査(アルブミン製剤:アルブミン、FFP:PT又はAPTT(DICの場合フィブリノーゲンも)、PC:血小板数、MAP:Hb)を徹底していただくようお願いいたします。

患者名 (ID)	投与製剤名	投与した月日
( - )	アルブミン・FFP・PC・MAP	月 日～ 月 日
( - )	アルブミン・FFP・PC・MAP	月 日～ 月 日
( - )	アルブミン・FFP・PC・MAP	月 日～ 月 日

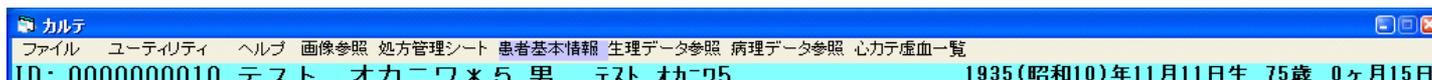
輸血療法委員会事務局  
(臨床検査課 内線 3123)

## ②投与根拠の明確化

# カルテ記載のサポート⇒投与目的定型文の作成

アルブミン製剤投与目的の定型文を作りましたので、ご利用下さい

カルテに①アルブミン投与目的②投与前アルブミン値の記載を！(輸血療法の実施に関する指針より)



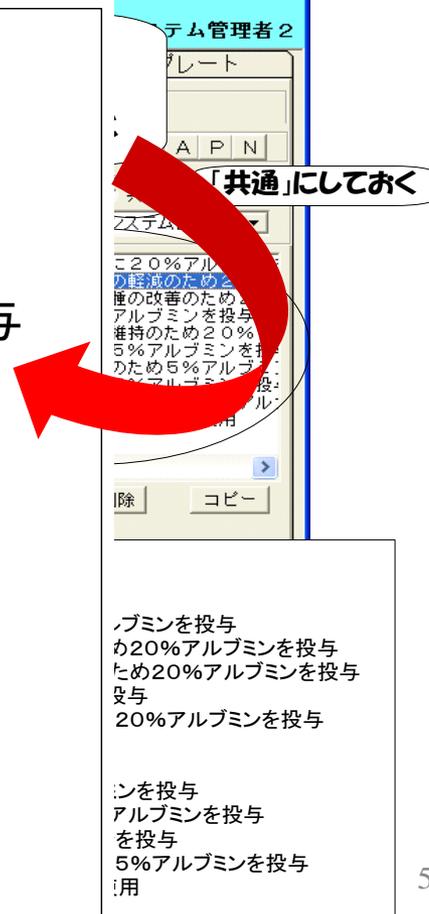
### 定型文一覧

#### \*20%アルブミン

- ・ 膠質浸透圧の改善目的に20%アルブミンを投与
- ・ 低蛋白血症による浮腫の軽減のため20%アルブミンを投与
- ・ 低蛋白血症に伴う肺水腫の改善のため20%アルブミンを投与
- ・ 尿量確保のため20%アルブミンを投与
- ・ 腹水穿刺後循環血漿量維持のため20%アルブミンを投与

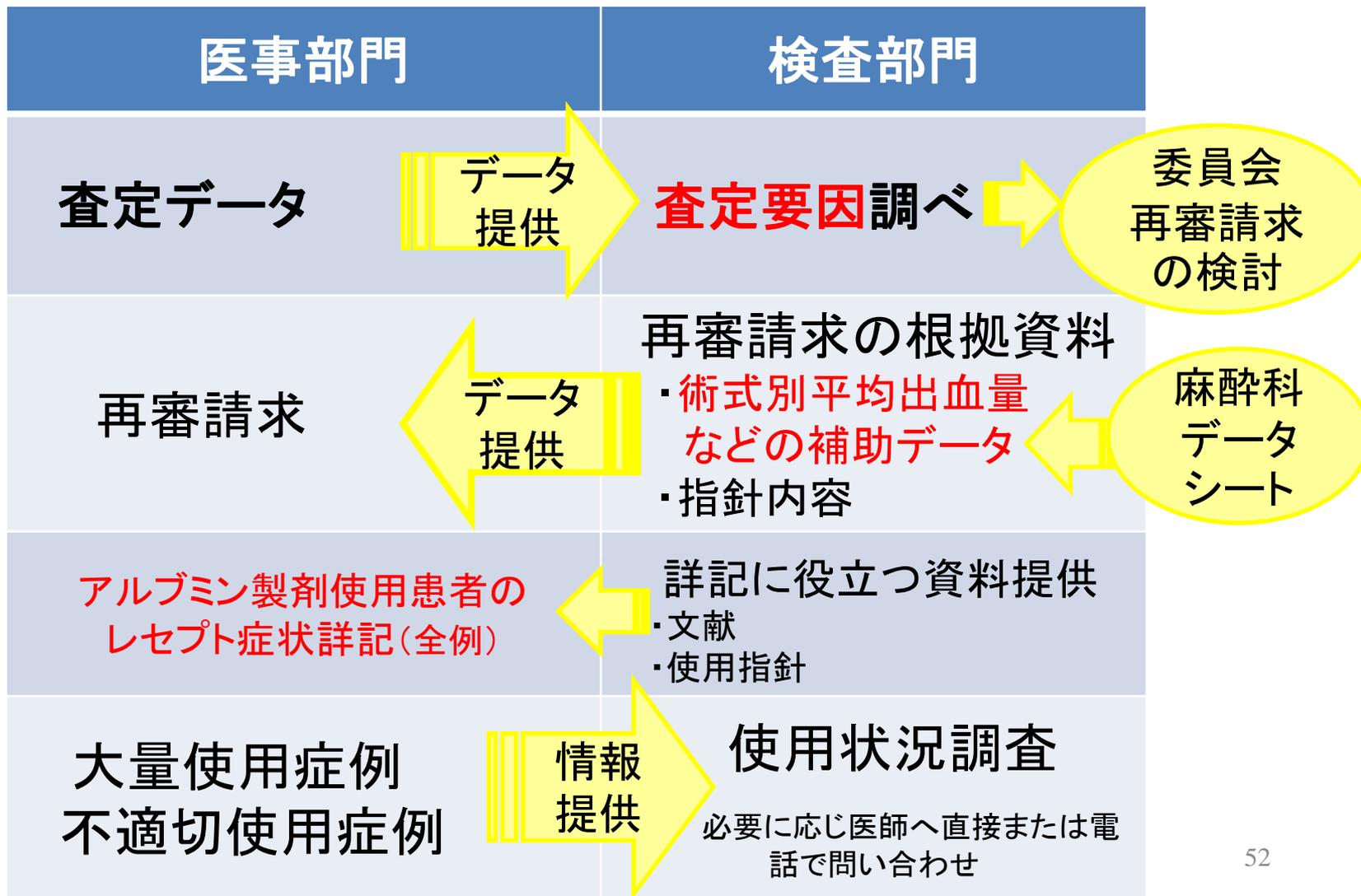
#### \*5%アルブミン

- ・ 循環血漿量確保のため5%アルブミンを投与
- ・ 術後の循環血漿量維持のため5%アルブミンを投与
- ・ 出血性ショックのため5%アルブミンを投与
- ・ 体外循環時の循環動態維持のため5%アルブミンを投与
- ・ 血漿交換のためアルブミン錠剤を使用



### ③査定対策

## 医事部門との連携



### ③査定対策

## アルブミン製剤

- ・ 適応病態
- ・ 投与前アルブミン値

レセプト症状詳記への記載の義務化

記載ない場合は医師へ  
フィードバック 

アルブミン製剤使用についての用法コメントをお願いいたします。

\_\_\_\_\_科 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月分 担当医\_\_\_\_\_

患者氏名\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

ID 番号 \_\_\_\_\_

投与前アルブミン値\_\_\_\_\_g/dl

等張アルブミン（5%）、循環血漿量の是正

- 1.出血性ショック
- 2.循環動態が不安定な血液透析等の体外循環施行時
- 3.急性膵炎（循環血漿量の著明な減少を伴うものに限る）
- 4.腸閉塞（循環血漿量の著明な減少を伴うものに限る）
- 5.重症熱傷
- 6.その他

高張アルブミン（25%）、膠質浸透圧の改善

- 1.低蛋白血症による著明な浮腫
- 2.低蛋白血症による著明な肺水腫
- 3.凝固因子補充を要しない血漿交換療法
- 4.肝硬変に伴う難治性腹水
- 5.ネフローゼ症候群（難治性浮腫・肺水腫を伴うものに限る）
- 6.その他

\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日までをお願いします。 医事課担当\_\_\_\_\_

# ④不適切使用対策 漫然投与疑い例

## (アルブミン値の改善を認めないまま11日間連日投与を行った事例)

### <事例 1>

ID	患者名	担当医	診断名	投与月日	検討点	参考
*****	*****	***	Af ABL後 後腹膜血腫 DIC傾向 多臓器不全	H**.12/23~ H**.1/2	20%アルブミンを 1~2本/日 連続11日間使用	輸血療法の実施に関する指針では ◎投与後の目標ALB値 急性→3.0g/dl、慢性→2.5g/dl以上が基準。 ◎投与効果の判定を3日間を目途に行い、漫然と投与し続けることのないようにす アルブミン1gで20ccの水分をひき寄せる。血管透過性亢進状態ではアルブミンは 血管外へ移動し、そこで水を引き寄せるので、かえって浮腫↑となる。 従って血中アルブミン濃度が予測したほど上昇しない場合には、投与の意義を考慮

検査日	12/18	12/19	12/20	12/21	12/22	12/23	12/24	12/25	12/26	12/27	12/28	12/29	12/30	12/31	1/1	1/2	12/18~ 1/2合計
血清アルブミン(g/dl)値	3.0	3.5	3.8	4.3	4.1	3.9	4.0	3.9	3.3	3.3	3.4	3.5	3.4	3.6	3.7	3.8	
投与量	20%アルブミン(本)					2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	19本
	5%アルブミン(本)	3	3	3	2	2											13本
	投与総ALB量(g)	37.5	37.5	37.5	25	25	20	20	10	20	20	20	20	20	10	10	352.5
予測上昇ALB濃度(g/dl)	0.6	0.6	0.6	0.4	0.4	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	5.8g/dl
実測上昇ALB濃度(g/dl)	0.5	0.3	0.5	-0.2	-0.2	0.1	-0.1	-0.6	0	0.1	0.1	-0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.8g/dl

(参考)重症患者に対する補液療法(アルブミン投与群と生食投与群の比較)

The SAFE Study Investigators: NEJM 350:2247-2256, MAY 27, 2004

	Albumin Group	Saline Group	P
N	3497	3500	
年齢	58.6±19.1	58.5±18.7	
性別(女)	40.70%	39.30%	
CVP(mmHg)	9.0±4.7	8.6±4.6	
投与前ALB(g/dl)	2.74±0.78	2.77±0.79	
臓器不全なし(%)	57.2	55.1	
人工呼吸器(%)	63.8	64.8	
対象の輸液量(ml)	1183±974	1565±1536	<0.001
投与後血清ALB値(g/dl)	2.87±0.7	2.47±0.65	<0.001
◎28日以内死亡率(%)	20.9	21.1	0.87
◎入院期間(日)	15.3±9.6	15.6±9.6	0.44

文献の提示  
アルブミン投与群と生食投与群の比較  
The SAFE Study :NEJM

# ④不適切使用対策 過剰投与疑い例

(連日投与でアルブミン値が目標値以上に上昇した事例)

## <事例 2>

ID	患者名	担当医	診断名	投与月日	検討点	参考
****	****	****	AMI 発症後 3ヶ月	H**. 1/16~ 18	投与前(1/16) 2.8g/dl ⇒ 2本×3日間投与 ⇒ 投与後 1/18→4.2g/dl 1/22→4.0g/dl ◎必要 投与 =	輸血療法の実施に関する指針では、輸血後の目標値に基づき投与量を決める必要あり。

検討点

投与前(1/16) 2.8g/dl ⇒ 2本×3日間投与  
⇒ 投与後 1/18→4.2g/dl 1/22→4.0g/dl

計算式を具体的に提示

必要投与量(g) = 期待上昇濃度(g/dl) × 体重(kg)  
 後の目標値を3.0g/dlとしても  
 $0.2 \times 63.5 = 12.7(g) = 1本(12.5g)$ でOK!

## ④不適切使用対策 曖昧な高張・等張製剤選択

- 等張・高張製剤の同日併用事例
- 循環血漿量の是正に高張製剤を使用した事例

<事例 1>

ID	患者名	担当医	診断名	投与月日	検討点	参考
*****	** **	* *	AMI 発症後	11/7~9	5%アルブミン1本(等張) 同日に併用	等張と高張製剤は使用目的が異なる 等張：出血性ショック時、体外循環施行時



検討点	参考
5%アルブミン1本(等張) 25%献血アルブミン2本(高張) 同日に併用 ×3日間	等張と高張製剤は使用目的が異なる 等張：出血性ショック時、体外循環施行時 高張：低蛋白による浮腫、肺水腫等の改善

投与総アルブミン量(g)	37.5	37.5	37.5	25	25	25	187.5
予測上昇アルブミン濃度(g/dl)	0.6	0.6	0.6	0.4	0.4	0.4	3.0g/dl
実測上昇アルブミン濃度(g/dl)							0.7g/dl

## ④不適切使用対策 不適切な投与理由での使用

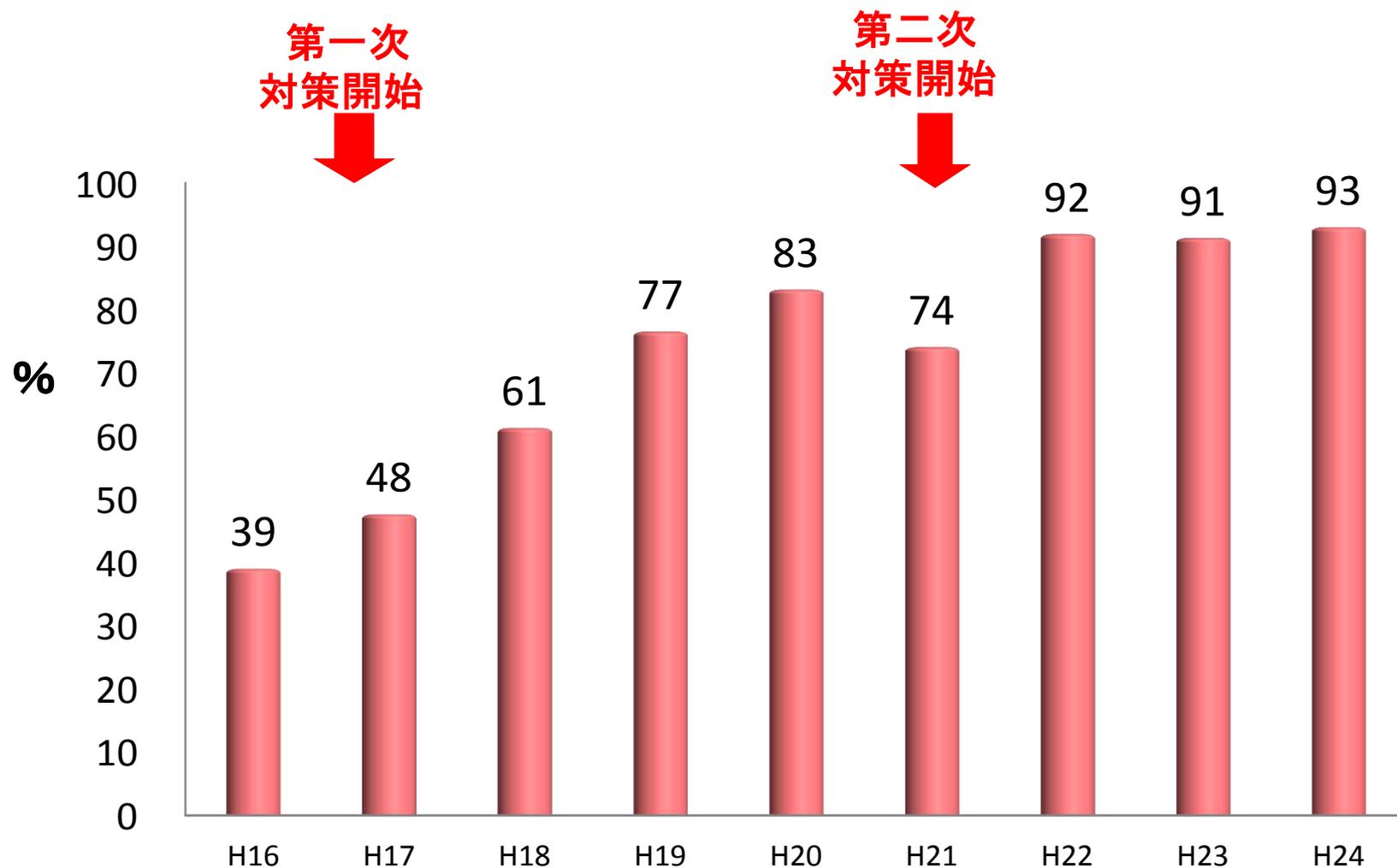
### ●不適切なカルテ記載

### ●指針上「不適切な使用」とされる理由での投与事例 など

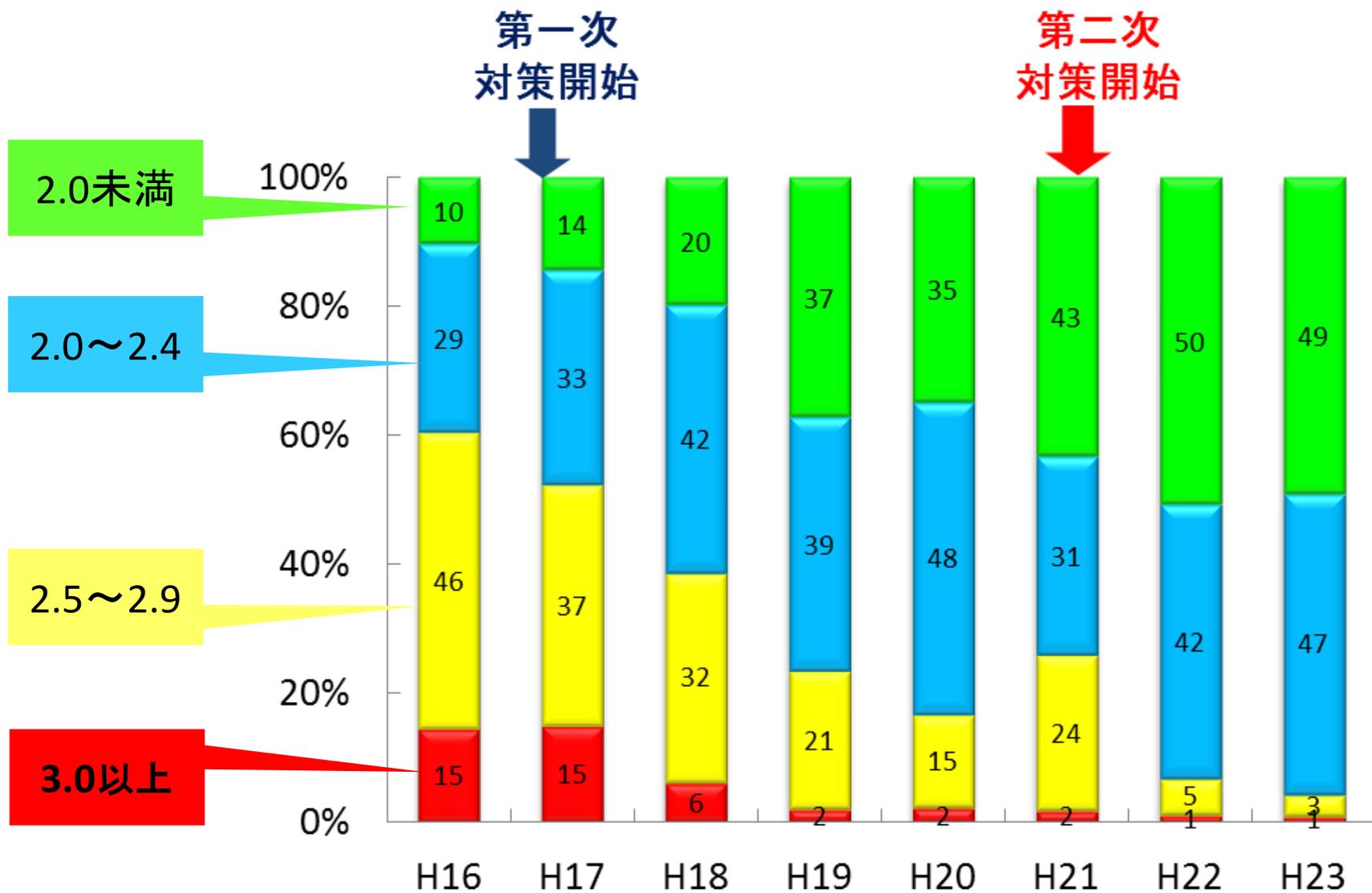
カルテの不適切な記載例	理 由
低栄養：本日もアルブミン補充。  炎症と食事摂取不足から栄養状態の悪化あり。アルブミン補充する。	アルブミン製剤に栄養補給の意義はほとんどない (投与されたアルブミンは緩徐に代謝され(半減期17日)その殆どは熱源として消費されてしまう。アルブミンがアミノ酸に分解され、肝臓における蛋白質の再生成の原料となるのはごくわずかである。)
極低栄養であり、感染をコントロールするには高カロリー輸液、アルブミン製剤投与、……	低栄養状態の改善は投与理由として適切でない (アルブミン製剤と感染コントロールは直接関係ない)
感染おさまらず。抗生剤の効きを良くするためにも今月分のアルブミン製剤を使用しているが……	投与理由として適切でない (アルブミン製剤と抗生物質の効きは直接関係ない)
投与理由の記載なし	必要性和使用量の根拠を記載する必要あり

# アルブミン製剤適正使用率

(投与前アルブミン値2.5g/dl未満での使用)



# 当院の状況 投与前アルブミン値（高張製剤）



時間がない、忙しい、そんなヒマはない



## スキ間時間の活用

データ収集、暗記勉強、清掃、etc

目標がはっきりしてないと、スキ間時間は有効活用できない

# 家事のススメ

忙しい業務をこなすための日常トレーニングとして家事、特に**台所仕事**をお勧めします。

台所仕事は、**計画**を立て、**優先順位**や**段取り**を考えなければなりません。**時間配分**を考え、**手際よく**、**効率的に**。これらが全て、業務を行うことに通じています。

時には家事を**時間短縮バージョン**でやってみてください。時間は短縮でも到達レベルは同じ、つまり2倍速で行うことです。短時間で同じ業務をこなすトレーニングになります。

1日24時間は皆同じです。**捻出した時間を有効に使いましょう。**

# 医師への伝達手段

# 医師への伝達手段(1) 直接会って伝える

**特徴**：相手の表情を確認しながら、言葉と声のトーンの他、表情、身振り、手振りで伝えられる

**ポイント**  ①隣に立つ（基本的に対立姿勢ではなく味方である）  
②根拠資料を携帯する



## 医師への伝達手段(2) 電話

**特徴**：言葉と声のトーンでしか伝達手段がないの  
直接会って話すよりワンランク上のコミュニケーション  
能力が必要

**ポイント**  ①**必要な情報は手元に置く**  
②**時間帯**を考える  
③**内容は簡潔に**、整理しておく

電子カルテ

検査システム



# 伝達方法はどれが有効か？

## ①可能な限り直接会って伝える

- 相手の状況が見えるので、話すタイミングがつかめる（受け入れられ易い）。
- 言葉、表情、身振りの3つのコミュニケーションツールを利用することができる。

## ②会えない場合は電話でも可

- 内容によるが、軽い内容は電話でも可。
- 言葉と声の調子でしか伝えられないので、会うよりもより高度な表現力を必要とする。

## ③上の立場の医師に伝える

- 本人に言うより気は楽だが、伝わらない可能性もある。真意まで伝わるか不確実。

## ④通知文書を出す

- 読んでもらえるとは限らない

# 輸血の適正使用対策における 医師とのコミュニケーションの実際

# Hb9g/dl台でRBCがオーダーされた時

## ● 担当医が異動して間もない医師の場合



先生、〇〇さんの輸血の事ですが、今朝のHbは9.6でしたが、**指針ではHb8未満がおおよそ目安**で、当院の先生方はだいたい、Hb8台以下で使っていたらいたっているんですが..



指針を忠実に言えばよい

## ● 明らかに**終末期の使用**の場合

事情を察し**2日間は看過する**。**3日目に**担当医へTEL。



先生、〇〇さんの輸血の事ですが、指針では、輸血の目安はHb8未満ということになってまして..



わかりました。今日で最後にします。



医療の背景を推し量る。型にはまった対応はしない。

# 心筋梗塞後の患者

FFPを連日4単位オーダー（凝固データは正常なので、**適応外**）。

直接会って



先生、〇〇さんの輸血の事です、毎日FFPがいますが、使用指針だと、FFPは**INR 2以上が使用の目安**なんですけど……  
医局会で使用指針のポケット版を以前に配布してあるんですけど…  
先生お持ちですか？



知らないねえ……。

と、つれない返事



そうですか。では今お持ちします。

走って取りに行く

あきらめない

先生、これなんですけど、指針ではこのようになっています……



そうなんだあ……これは厳しいなあ…… 他にを入れるものがないんだよねえ……



そうですか……厳しいですか…… まあ、参考までに……お願いします



時には同調する。すぐに聞き入れてもらえなくても良い、半年後に適正に使用されればよい、くらいに捉える。

## 医師からTEL



「もう今月、3日分のアルブミンを使っちゃったんで、FFPを入れたいんですけど、いいですか？」



先生、アルブミンとFFPは目的が違うんですけど…



でももう、今月はアルブミンは使えないから、他に入れられるものがないんで…



FFPは指針ではINR2以上が基準なんですが、近い値ですか？  
それに、アルブミンは3日間6本で切られる(査定される)ということはないですよ。



えっ！ そうなの？ 6本で切られる(査定される)って聞いているけど…



投与後に評価して頂いて、効いていたなら次に使うのは適正ですが、効いていなかったのであれば、その次に使うのは不適切という事になります。いずれにしろ、4日以上使う場合には理由をカルテにきちんと書いておいていただければ切られることはないかと思います。

# カルテ記載不備のケース

カルテに「低栄養：本日もアルブミン補充する」

「炎症と食事摂取不足から栄養状態の悪化有り。アルブミン補充する」

**アルブミン製剤を栄養状態の改善のために使用するのは不適切使用！**



検査課の小川ですが、こちら輸血療法委員会の事務局をやっておりまして<sup>1)</sup>  
今、委員会では「アルブミン製剤の適正使用」というのをやってまして<sup>2)</sup>、  
先生の患者さんで、〇〇病棟の〇〇さんですが、アルブミン投与の理由が  
低栄養になっていますが、先生ご承知とは思いますが<sup>3)</sup>、「栄養状態の改  
善」は不適切な使用という事になってますので、表現方法を今後変えて頂く  
いいのかなと思ひまして・・



- 1) 院内の正式な組織であることを最初にアピール
- 2) 婉曲表現を使う
- 3) 提言の際のクッション言葉  
**知識不足は責めない。“自分の周知不足”と捉える。**
- 4) 医師の面目をつぶさない。  
あくまで医師が行う医療に伴走する（サポートする）気概で。

## アルブミン5%製剤と20%製剤の使い分け



この間、同じ日にアルブミンの5%と20%を使ったんですが、委員会で何か言われちゃいますかねえ？

朝、ボリウム入れたいから5%を使って、夕方、250mlでは多いんで20%を使ったんですが・・・



大丈夫ですよ、先生。その辺の投与理由をカルテに書いておいてくればOKですので！

ステント挿入した患者が夜中にショック状態。血小板も低値。  
循内医師からPCが緊急オーダーされ取り寄せたが、使われずキャンセル。

## 医師へ電話



先生、夜中の〇〇さんの血小板なんですが・・・  
これは使わないということですか？



ステント入れてるから、却って(ステントに付いて)凝集しちゃうんじゃないかという意見もあって・・・なんでそんなこと聞かれなきゃなんないの？



こちらは輸血療法委員会の事務局をやっておりまして、  
手術で使われなかった時も全て先生方に事情を聞いているんですよ。



わかった、じゃあ使うよ。



えっ？でも患者さんにとって良くないのであれば無理に使わなくていいんですよ。



じゃあ、ちょっと考えるから。



やっぱり使うから、取りに行くから。

先生自ら取りに来る



使うかどうか決めるのはオレなのに、なんで言われなきゃなんないの？

医師の  
心理

ステント挿入した患者が夜中に急変。うまくいったはずなのに何が起こった？

⇒焦っていた(医療事故?)

出血源は判らないが、とにかく早く出血を止めたかった⇒PCを緊急にオーダー

オーダーした後で、いやまてよ、ステントには血小板が付きやすいから、かえって血栓  
ができてしまうかも・・・PC取ったけど、とりあえず入れないで様子を見よう

患者家族にも説明しないと・・・

しかも技師からも、とがめられている。忙しいのに！

反省 

医師の置かれている状況を押し量る気遣いが欠けていた

直接会って聞けば、お互いに意思疎通がしやすかったかもしれない

提言が伝わるために必要なこと

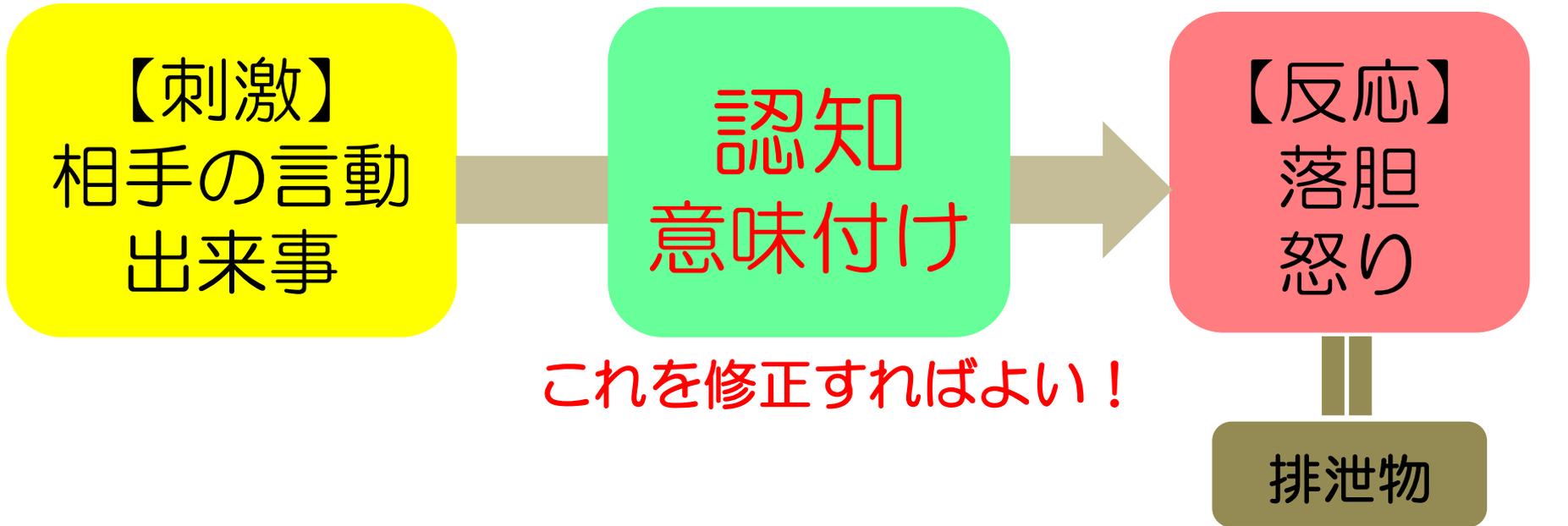


相手の立場への思いやり

これが根底にないと、提言は相手に届かない

相手から怒りの感情をぶつけられた・・・  
こんな時、どうする？

## アルフレッド・アドラーの心理学



これを修正すればよい！

排泄物

これを操作することはできない、無理

☝ 人は認知や意味付けを変えることで、  
いかようにでも

反応（思考、行動、感情）を変えることができる

# アルフレッド・アドラーの心理学

## 【相手の言動】

決めるのはオレだ  
何で言われなきゃ  
ならないんだ！



解決方法は  
極めてシンプル  
“怒り”という感情  
の入るスキはない

## 【認知】

①Drの意識が  
まだまだ低い

②自分の言う事が  
厳しすぎるのかも  
しれない

③言いたいことが  
よく伝わっていない  
のかもしれない

④指摘されて怒り  
に任せているだけ

⑤うまくいかないこ  
とへの苛立ち？  
患者クレーム？  
家族とケンカ中？

## 【反応】

意識を高めてもらうには  
どうしたらよいかを考えれば  
よい

自分の伝え方、表現方法、  
指摘基準、などを見直せばよい

相手の感情は相手のもの  
操作できないので気にして  
も仕方ない  
相手の不機嫌は相手の課  
題なので、巻き込まれない  
ようにする

## 表面的な言葉や印象に惑わされないこと

とっさに返された言葉には、他の余分な感情が上乘せになっていることがある。

ではどうやって他の感情が上乗せされているかどうかを見極めるか？

ごめんね そんな方法はありません  
むしろ、見極める必要もありません

 相手の反応を原動力、ヒントにして、  
自分の言動を振り返る、対処方法を見直す

 そう、**どんな相手からでも学ぶことができる**のです

考え方の違う上司、同僚とやりにくい・・・



## 目指すべき頂（目標）を見据えること

目の前の仕事だけを見るのではない。  
仕事の先にあるもの、目標を意識する。  
大きな視点で捉える

目指すべき頂を見据えていれば、些細なやり取りに気を奪われることもない。

目指す方向（ベクトル）が同じなら良いではないか

と考える

自分の立ち位置（職位）で物事を見ない。

1、2段階上の位置から考えると、自分が何を求められているのか、どう行動すべきか、が見えてくる。

よもやこんなふうに思っていないですか？

医師が言う事を聞いてくれないから進まない！  
看護師さんが協力してくれないからムリ！  
技師長の理解がないからムリ！  
そんなヒマはない！



出来ない理由を探せば山ほどある。

ひとに理解してもらえるよう働きかけ、動いてもらえるような雰囲気(環境)をつくる。

## 医師とのコミュニケーションを円滑にするコツ ＝ 医師の信頼を得ること

いかにして信頼を得るか？

### ● 専門的知識を身に付ける

- 業務についてどんな質問にも答えられるようにしておく
- 認定資格を取得する（但し、取得がゴールではない）

### ● 医師の立場(業務)を理解する

- 日頃からのコミュニケーション  
チャンスを見つけてDr.に質問
- Dr.の専門分野と一緒に興味を持つ  
その分野の最新情報が得られる。この一つ一つの積み重ねが、  
自分の(医療に関する)知識のジャングルジムを作る。

### ● 学会発表・論文作成

## 心臓血管外科手術における自己血及び同種血輸血の現状と適正準備方法の検討

小川 公代<sup>1)</sup> 戸出 浩之<sup>1)</sup> 碓井 正<sup>2)</sup> 志賀 達哉<sup>2)</sup> 滝原 瞳<sup>3)</sup>  
小此木修一<sup>3)</sup> 岡田 修一<sup>3)</sup> 木村知恵里<sup>3)</sup> 長谷川 豊<sup>3)</sup> 江連 雅彦<sup>3)</sup>  
金子 達夫<sup>3)</sup>

心臓血管外科の術式別自己血及び同種血輸血施行の現状を調査し、効率的で的確かつ適正な手術血液準備方法について検討した。

冠動脈バイパス術 (CABG), 体外循環不使用冠動脈バイパス術 (OPCAB), 弁置換・形成術 (VALVE), 胸部大動脈人工血管置換術 (真性瘤) (TAA), 同術 (急性解離) (AAD), 腹部大動脈人工血管置換術 (真性瘤) (AAA), 同術 (破裂) (ruptured-AAA) の術式で施行された 2,601 例について、手術中の輸血施行状況を調査、同種血輸血の背景因子について検討した。また SBOE と MSBOS による血液準備の適正性を検証した。

全ての術式に共通する同種血使用の背景因子は術中出血量、循環血液量に対する出血量割合、術前ヘモグロビン値であった。効率的な自己血及び同種血準備方法は、① OPCAB, AAA では回収式のみ、② CABG, VALVE では回収式と希釈式を併用、③ TAA では回収式、希釈式、貯血式の併用、④ AAD, ruptured-AAA では回収式及び MSBOS に基づく同種血準備を基本とし、更にいずれの術式においても術前貧血のある症例では SBOE に基づく同種血準備を加味する必要があると考えられた。

キーワード：心臓血管外科手術、自己血輸血、同種血輸血

学会発表しろと言われ気が重い・・・

## 何のために学会発表、論文作成するのか？

- 自分の業績を積む
- 新知見を報告することで、医療の発展に貢献する
- 上司から言われたので・・・
- **自己能力開発**
  - ・ 検査室はデータの宝庫。加工次第で見えてくるものがある。
  - ・ 問題点を見つけ（**現状分析能力**）解決の手段を考える  
どのようなデータ取りをしたらよいか？  
得られたデータをどのように整理したらよいか？  
(**データ分析&整理能力**)
  - ・ 他人に伝えるにはどのように視覚化すれば効果的か？  
わかりやすい資料作成 ( **プレゼンテーション能力** )
  - ・ **簡潔な文章作成能力**
  - ・ **話す能力**

モチベーションが長続きしない・・・

## モチベーションを維持するコツ

- なるべく、**志の高い人の傍**にいること  
(距離ではない。**気持ち、意識**を傍に置く。)
- **尊敬できる人**を探すこと。**視野を広くしておく**こと。  
勉強会に出て行って世界を広げましょう。
- おすすめは「**有言実行**」  
意志が強い人は「**無言実行**」できる。  
意志が**弱い**人は「**有言実行**」  
「言っちゃったからにはやらねば！」自分で背水の陣を引く。  
有言の相手に誰か尊敬できる人を選ぶ。

## 伝えたいこと その11

### 技師に求められる資質とは？

- コミュニケーション能力

技師はこれが苦手。仕事以外でも経験値を積む。

- プレゼンテーション能力

委員会資料作成、学会発表、新人説明会等で磨く。

- 医療全体を眺める眼差し

医療現場へ出向く、生の声を聴く、情報交換、勉強。

- 相手の立場への思いやり

これが根底にないと、提言は届かない。

# コミュニケーション術 「ソーシャルスタイル理論」

- ソーシャルスタイルとは、1968年、アメリカの産業心理学者、デビットメリル氏が提唱した、コミュニケーション理論
- 4つに分類される人のコミュニケーションのパターン（ソーシャルパターン）を活用し、適切なコミュニケーションを選択するもの



# 4つのソーシャルタイプ

感情表現  
しない

## アナリティカル（分析型）

理屈・分析を大事にするタイプ  
まじめで堅実・感情（表情）は出ない  
正確を好む・慎重で綿密に行動する  
決定に時間をかける  
形式や理論を重視する・控えめ  
とっつきにくい・粘り強

自己主張度  
低い  
(意見を聞く)

## ドライバー（行動型）

合理的に目的を達成させたい  
単刀直入なやり手タイプ  
効率を好む・成果にこだわる  
行動・決断が速い、冷たく見える  
独立心が強い・競争心が強い  
論理やデータを重視する

自己主張度  
高い  
(意見を主張)

## エミアブル（温和型）

みんなの気持ちを大事にしたい平和主義  
の人  
協調を重視・協調的態度  
親しみやすい・相手の主張を受け入れる  
依存心が強い  
世話好き、ヒトとの関係を重視する

## エクスプレッシブ（直感型）

明るい社交家タイプ  
気持ちや考えを率直に話す  
表現豊かで話好き  
直感的に行動する  
熱中しやすい・形式ばらない  
周囲から認められたがる

感情を  
表現する

みんなで合宿の行き先を決めるとき ～A、B、C案のどれを選ぶ？～

頭の中では…

**A**だと●●が必要で、**B**だと……  
みんなちゃんと考  
えてるのかなあ。



……。

**A**にしよう。  
君は宿を取って、  
君は……よし、す  
ぐやろう！



頭の中では…

時間がもったいな  
い。早く決めて進  
めよう。  
みんな聞けー！

頭の中では…

みんなで仲良く決  
めたいな。でもな  
んか、意見バラバ  
ラだな。



うん、**A**か、いい  
ね。あ、**B**も楽し  
そうだね。  
うんうん。

**B**が楽しそうじゃ  
ない？  
**B**が絶対いいよ。  
**B**にしよう。ね！



頭の中では…

やるなら楽しいこ  
とをしたい！みん  
なノリ悪くない？

# 4つのソーシャルタイプに対する会話のコツ

感情表現  
しない

## アナリティカルとの会話

じっくりと納得を大事にしてあげる

- 沈黙は考えを整理する時間。せかさず、待ってあげる。
- 納得を得るために、前例やデータを示す。
- デッドライン（締切）を決めておく時間がかかることが多い。

自己主張度低

## ドライバーとの会話

ビジネスライク、明確なコミュニケーション

- 明確さが大事！結論から伝える
- 勝負事に負けん気を出す
- 選択肢を示す  
自分で決めたいと考える。提案をする時は2~3案を選んでもらう。

自己主張度高

## エミアブルとの会話

にこやかに穏やかな雰囲気会話をする

- 1人で決めるのが苦手。選択肢を示すのではなく、相談に乗ってあげる
- 「分かった」と言いながら、返事を先延ばしにする人が多い。
- 会話にゴールを求めなくてもOK。時には、話し相手になるだけでOK。

感情を  
表現する

## エクスペッシブとの会話

共感を示しながら、要約をすると喜ばれる

- 言うことがコロコロ変わるので、迅速に済ませる
- ノリを大事にしながらも、要約をしてあげる
- データを淡々と語らない

エピローグ

## 会員エッセイ



群馬県立心臓血管センター技術部 小川公代

e-News第1号の会員エッセイで、「不適切使用をしている医師に適正使用を説くこと」が一番嫌な仕事、との記事がありました。輸血部専任の先生は適正使用提言の「最後の切り札」なんですね・・・そのご苦労、心中お察しいたします。

私は責任医師が兼任の病院の検査技師で、適正使用対策を始めて9年になります。これまでやってきた中で思うことは、この仕事、医師より技師の方が向いているのでは？ということです。医師の裁量は広範に認められており、それ故、医師が同職種、まして他科医師の医療行為の不適切さを指摘するのは、組織上の上下関係があるわけでもない以上とても難しいのでは？と感じます。だから輸血部専任医師のストレスはいかばかりかと・・・。

一方、技師は立場が違いますから、これがむしろ幸いなのです。医師に提言するのは輸血療法委員会事務局という立場で、役目としてあくまで指針を言い続けられればよいだけ(と割り切っている)ですから、即効性がなくともあとは医師が自らの知識と判断と良心に従って考える(と信じてる)ので、見方によっては簡単です。

当院はおかげ様で様々な結果を出すことができていますが、私も当初は「決めるのはオレだ！」的な、こちらが黙りかねない決めゼリフ(?)を言われたような記憶もあります(筆者、マイナスの記憶は忘れるほうで・・・)。そんな時は「言い方がまずかったのかな？トゲがあったかな？」と表現方法を反省し、聞き耳を立ててくれるようなコミュニケーションを考えるようになりました。

また、医師にモノを言っていくためには目先の輸血の適切性だけでなく、広く医療全体を学び目配りすることが求められる・・・そう、輸血を業としている技師は、人間性もまた試されるのであり、業務によって磨かれていくのです。そう思えばこの仕事、医療人としての総合力を身に付けることのできる、とてもありがたい仕事ではないか！とさえ思うのです。

当院では今では、電話で投与理由を説明しながらオーダーを伝えてくれる先生が少なからずおります(頼んだわけでも電話する決まりでもありませんが)。信頼関係ができればしめたもの。全国の技師の皆さん、辛い時は無理せずこのe-Newsで情報共有して乗り切りましょう。この仕事の先にはひとまわり大きな自分が待っていますよ。

e-News第1号の会員エッセイで、「不適切使用をしている医師に適正使用を説くこと」が一番嫌な仕事、との記事がありました。輸血部専任の先生は適正使用提言の「最後の切り札」なんですね・・・そのご苦労、心中お察しいたします。

私は責任医師が兼任の病院の検査技師で、適正使用対策を始めて9年になります。これまでやってきた中で思うことは、この仕事、医師より技師の方が向いているのでは？ということです。医師の裁量は広範に認められており、それ故、医師が同職種の、まして他科医師の医療行為の不適切さを指摘するのは、組織上の上下関係があるわけでもない以上とても難しいのでは？と感じます。だから輸血部専任医師のストレスはいかばかりかと・・・。

一方、技師は立場が違いますから、これがむしろ幸いなのです。医師に提言するのは輸血療法委員会事務局という立場で、役目としてあくまで指針を言い続ければよいだけ(と割り切っている)ですから、即効性がなくともあとは医師が自らの知識と判断と良心に従って考える(と信じてる)ので、見方によっては簡単です。

当院はおかげ様で様々な結果を出すことができていますが、私も当初は「決めるのはオレだ！」的な、こちらが黙りかねない決めゼリフ(?)を言われたような記憶もあります(筆者、マイナスの記憶は忘れるほうで・・・)。そんな時は「言い方がまずかったのかな？トゲがあったかな？」と表現方法を反省し、聞き耳を立ててくれるようなコミュニケーションを考えるようになりました。

また、医師にモノを言っていくためには目先の輸血の適切性だけでなく、広く医療全体を学び目配りすることが求められる。・・そう、輸血を業としている技師は、人間性もまた試されるのであり、業務によって磨かれていくのです。そう思えばこの仕事、医療人としての総合力を身に付けることのできる、とてもありがたい仕事ではないか！とさえ思うのです。

当院では今では、電話で投与理由を説明しながらオーダーを伝えてくれる先生が少なからずおります（頼んだわけでも電話する決まりでもありませんが）。信頼関係ができればしめたもの。全国の技師の皆さん、辛い時は無理せずこのe-Newsで情報共有して乗り切りましょう。この仕事の先にはひとまわり大きな自分が待っていますよ。

## e-News 再びエッセイ投稿（第4号） ①

- 適正使用対策はちょっと苦手と感じておられる皆さんへ。ほんの少し視点を変えればこの仕事に対する意識は変わると思います。
- 適正使用対策は法律に基づいた業務であり、それに従って淡々とコトを進めれば良いだけのことなのです。特別な事を言う必要はなく、**指針の内容を唯々言えば良い**のです。**歳や経験の多寡はさほど重要ではなく、その気概さえあれば十分**です。
- **出来ない理由を探さない**ことです。ひとに理解してもらえるよう働きかけ、動いてもらえるような雰囲気を作っていくことこそ私達の仕事です。

## e-News 再びエッセイ投稿（第4号）②

- コツは、即効性を期待しないこと、医師に直接伝えること、でしょうか。

反論されてもどうかその**言葉尻を捉えない**よう願っています。

**表面的な言葉に惑わされると気持ちの向きを誤ります。**

目指す目標を見定めていれば、目の前の些細なやり取りに気を奪われることもないでしょう。

- 静かな湖面に投げられた小石。その波紋のように、表面的にはどうあれ**相手の心には確実に響いています**から大丈夫。ただその際、**自分の心にトゲがあっては受け入れられることはない**でしょう。

**相手の立場をおもんぱかる。**

これが最大のエッセンスです。

# 最後に伝えたいこと

## 若い皆さんへ

いま、目の前の仕事が大きな山だと思っていませんか？  
でも1年後にはもっとラクになっているはずですよ。  
でも・・・そのあとに、もっと大きな山が見えてくるんです。

やっと越えたと思ったら次の山がある。  
人生とはそんなものです。  
一步一步すすめばいいのです。

ひととき大きな山を越えたら、そのあとに出会う山は  
もしかしたら小さく見えるかもしれません。

なので、できれば大きな山を見つけて登ることをお勧めします。  
時間も体力もあるうちに。  
楽チンな人生より**困難な事を為す人生の方が、後々楽勝な人生へと変わります。**

苦勞はしておいてください。  
それがいつか**すべてあなたの財産となって、あなたの身に付き、あなたを守り、  
人生を切り開く力となってくれること**でしょう。

ご清聴ありがとうございました



リハビリパークから眺める心臓血管センターと赤城山

