

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とっての**道標**でありたい。
あとに続く若い方にも**しなやかに**頑張ってもらいたい。
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ことはありませんか？

Part 1

- 希望しない部門に配属され、仕事がつまらない
- 雑用ばかり私に回ってくる
- 挨拶したのに返事が返ってこない
- 大変な仕事をまかされ、自分にできるのか不安・・・
- プラス思考で、と思うけど、気付けばマイナス思考に・・・
- 私たちは、なぜ生きて、なぜこの職場にいて、なぜこの仕事をしているのだろうか
- なぜ、楽な人生と困難な人生があるのか
- 忙しい職場に異動・・・ツイテない
- 認定資格が無くても仕事はできる。何のために資格をとるの？

こんなふうに思ったことはありませんか？

Part 2

- 時間がない、忙しい、そんなヒマはない！
- 怒りの感情をぶつけられた・・・
- 考え方の違う上司、同僚とやりにくい
- 医師が気むずかしくて困る
- 看護師さんに、なかなかわかってもらえない
- 先輩が、働かない
- 新人が、気が利かない
- 技師長の理解がない
- 医師と話すのが苦手
- 学会発表しろと言われ、気が重い
- モチベーションが長続きしない

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。

誰もが、**心の持ち方**次第で、これを苦勞とも思わず乗り越えていけるでしょう。

乗り越えた先には、一層磨かれた自分が待っていることでしょう。

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ょう。



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
- 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
- 経皮的動脈弁置換術(TAVR)、リードレスペースメーカー推進
- 日本輸血細胞治療学会機能評価 (I&A) 認定施設

● 心筋焼灼術(アブレーション):1025件

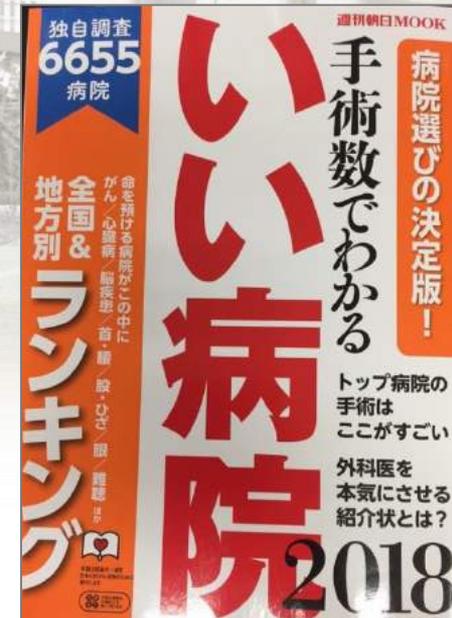
全国1位

● ペースメーカー治療 : 74件

全国16位
(関東7位)

● 心臓手術 : 226件

全国29位
(関東11位)



病院局長表彰受賞

H29年

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





仕事人生を通じて学んだこと



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（1.5年）
・生化・免疫血清・血液・一般（2.5年）
・輸血（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

学生時代の経験

ミクロトーム・

効率の悪い実習

面白さがわからなかった

切れない

4人で一つの染色
をただ待つ

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。

病理医や外科医に聞くチャンスがある

➡ **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。
どんな仕事にも面白さは必ずある。
とにかく目の前の仕事にまっしぐらになってみる。

希望しない部門に配属されたときの心の持ち方

- 希望しない分野に配属されたとしても、
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。

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。

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”

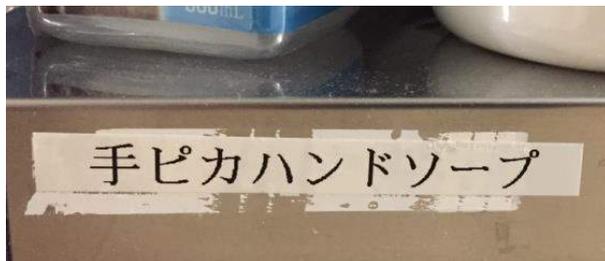
目指すは **“雑用の達人”**

例えば・・・

コピー（ステープル、ページ印字などができてい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。）

雑用を通して、働く環境に“愛情”を込める





「心を入れめる」は誰のために？



- 「お大事にして下さい」
おさなりに使わない。心を入れめる。
心を入れて言い続けると、いつしか、
自分の心が、ま～るくなっている ことに気付く。
- 「おはようございます」
返事が返ってこなくてもよい。
心を入れて相手に笑顔や言葉をかける。
心を入れめる行為が、自分の力となる。

あいさつや笑顔をとえ返してもらえなくても、傷ついたり腹を立てたりするのではなく、神様へお渡しできるものが「神様のポケット」に貯まっていくと考える。
一番いい時、いい人に使ってもらおうように。

元ノートルダム清心学園理事長 渡辺和子著（2016年12月逝去）
「どんな時でも人は笑顔になれる」PHP研究所

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

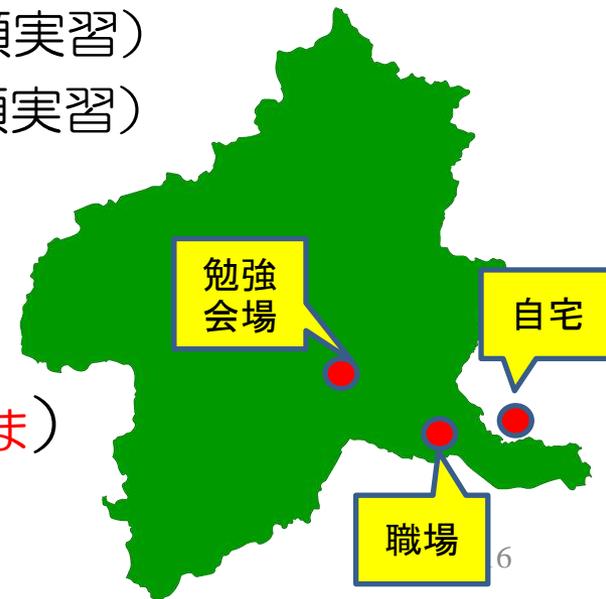
最初は 週1回 (平日講義)

春から 週2回 (平日講義、土or日曜の鏡顕実習)

夏から 週3回 (平日講義、土&日曜の鏡顕実習)

この経験が、後々、困難があっても乗り切れる、
へこたれない自分をつくった (と思う)。

(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！

- 自分の成長に必要なものが、目の前に現れます。
- 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。
- もちろん選択権は自分にあります。
迷った時は自分にとって困難な方へ！

マイナス思考でなくプラス思考で、と思うけど、
気付けばマイナス思考に・・・

そう、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、苦勞はマイナス」
「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」

飯田史彦著「ブレイクスルー思考—人生変革のための現状突破法」
「[完全版]生きがいの創造」 PHP文庫



私たちは、なぜ生きて、なぜこの職場にいて、
なぜこの仕事をしているのだろうか

生まれてくる目的、学ぶテーマ、生まれる環境、自分の容姿や能力など、
“人は、送るべき人生を全て自分であらかじめ決めて生まれてくる”

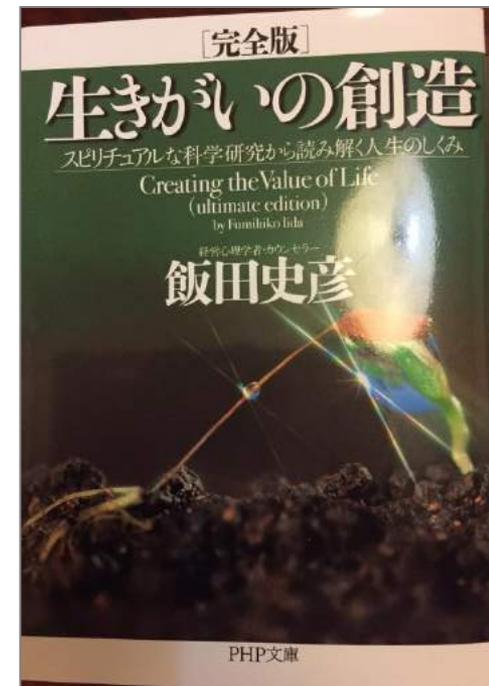
トロント大学医学部精神科教授 イアン・カリー博士

やる気を出す方法、とか、モチベーションアップのテクニックなど、
自己啓発本にあるような、そんな表面的な技法を学ぶより、
人生のしくみを知り根源的な価値観を学ぶほうが効果的である。

「[完全版]生きがいの創造」 PHP文庫

著者紹介

- 飯田史彦
- 2009年3月まで福島大学 経済経営学類の教授
- 経営心理学者、カウンセラー、いのち作家、音楽療法家
- 各国の大学教官や医師などによる「人生のしくみ」に関する科学的研究と、著者が脳出血により死にかけた時の体験を基に書かれた「生きがい論」。人生の仕組みについての啓発書。



“人は、送るべき人生を自分であらかじめ決めて生まれてくる”

●人は**精神(たましい)**を成長させるために、目的をもって生まれてくる。

●どのような人生を送るか、**人生のテーマ、目的、全て自分の意志で選択している**。誰かから押し付けられたものは何一つない。

(長身か小柄か、容姿外見、頭脳明晰か知的ハンディキャップを持って生きるか、結婚する・しない、子どもを持つ・持たないなど)

目的とは、例えば、

- 愛すること
- 見返りを求めず愛情を注ぐこと
- 他人の役に立つこと
- 忍耐すること
- 明るく生きることの大切さ
- 奉仕の心
- 人の優しさ
- 人の痛みや感情を理解すること
- 人が助けてくれることの有難さ
- 謙虚さ
- 献身すること
- 病気にならないように気を付けること
- 体を大切にすること
- 孤独感
- 状況や人に流されず自立すること
- 知恵を身に付けること
- 自分本位の生き方を止めること
- 「人間関係」という試練を乗り越えること、などを学び成長すること。

●生きている間に**どれだけ人を愛したか、どれだけ愛を与えたか、人に与えた愛が自分の精神(たましい)の成長となって自分に返ってくる。**

なぜ、楽な人生と困難な人生があるのか？

- 人は、何度も生まれ変わりながら、精神(たましい)を成長させている。
- 人生は、自分の成長度に応じた、ちょうど良い難しさになるように自分で設定している。つまり「乗り越えられない山は無い」。
- 精神(たましい)が学びの初期段階にある人は、あまり試練の無い、安楽な人生を計画する。
- 成長していくにつれて、もっと強く、もっと精神性を高め、もっと成長することができるような試練を自分に与えるため、人生が次第に難度の高いものになっていく(身から出た錆による苦勞とは異なる)。
- 病気やハンディキャップは「すべては自分の成長のために、自分で選んだ試練」。決して「運の悪い人」ではなく、最も困難な試練に挑戦するに値する、高い精神(たましい)の持ち主。



私の若い友人の話



仕事人生 第2の山

県庁（保健予防課）勤務の時代（31～33歳）

感染症・インフルエンザ・ハンセン病・肝炎・花粉症対策、予防接種

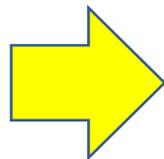
- 事務仕事のルール、書類の意味、書き方がわからない
- 前任者との引き継ぎは3日以内
- 4/30締切の書類が多かった
- 着任早々、案件勃発！（予防接種の大規模副反応）
- 連日の残業

前任者は残業100時間/月

初日（4/1）は21時まで その後3か月は毎日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**。



自分の置かれた境遇を嘆くあなたへ



『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。

臨済宗の開祖、臨済義玄禅師の言葉

『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

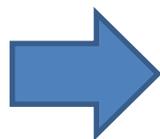
仕事人生 第3の山

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、第二の山が無ければ、乗り越えることは難しかった

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。
しかし「相應」を客観的に示すのはなかなか難しい。

「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



“as soon as possible”
資格にチャレンジする



- 仕事人生、およそ40年。いつも同じ条件で過ぎ行くわけではない。
- 結婚、子育て（の可能性はある）30代、40代
- 親の介護が始まる50代
- 勉強に邁進できる、適したチャンスは限られている。

「[完全版]生きがいの創造」より抜粋



人生は試練を通じて学ぶ機会である



- しかし、人生は歯を食いしばって生きる苦行ではない。
楽しみながら学ぶ機会。
- この世は「遊園地 付き 学びの場」である。



輸血療法委員会活動を通じて学んだこと



会員エッセイ

慶應義塾大学病院 輸血・細胞療法センター

医師を動かすのは
医師でも難しい

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の、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。



血液製剤の廃量が多いので、手術時の
準備血を減らしてほしい・・・

輸血療法委員会にて



手術時の準備量を減らして下さい！

説得力がまるでないなあ

言っていることの**根拠（データ）がない！**

麻酔科との連携

術式を分類コード化し、術式毎の術中出血量、輸血量を調査

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	11.4	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

術式毎に使用量を推測

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	貯血式 自己血 (ml)						RCC				FFP (1単位=120mとして)				PC				Hb (g/dl)			出血量 (ml)					
	術式ごとに						実施単位		オ一 ダ一 単 位 数	実施単位			オ一 ダ一 単 位 数	実施単位		オ一 ダ一 単 位 数	術前			翌朝	Total	術中 RCC (+)	術中 RCC (-)				
	平均(ml)	SD(ml)	実施症例数	実施率(%)	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	術後 (翌朝まで)					Total	術中 RCC (+)	術中 RCC (-)	術室 時
									Total				術中			術後 (翌朝まで)				Total	術中	術後 (翌朝まで)	Total				
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	18.7	11.6	11.3	13.0	9.8	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	2.0	1.8	1.9	604	627	368	
	実施症例数			156	43	0	135	133	4	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	2.7	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	5.1	6.0	4.7	1.4	5.7	10.0	9.6		4.1	31	27										
	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	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)		11.5	2,796	0	0	5.7	5.2	10.3	9.3					7.3	8.6	7.0										
	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)																										
	実施症例数																										
	実施率(%)																										
弁置換・形成術	平均(ml)	63																									
	SD(ml)																										
	実施症例数																										
	実施率(%)																										
CABG	平均(ml)	45																									
	SD(ml)																										
	実施症例数																										
	実施率(%)																										
OPCAB	平均(ml)	218	59.5	323	51	0	0.3	0.2	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	12.6	8.7	12.7	10.4	10.2	344	561	335	
	SD(ml)		10.0	380	136	0	1.3	1.1	0.6	1.5	0.3	0.3	0.0	0.6	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										

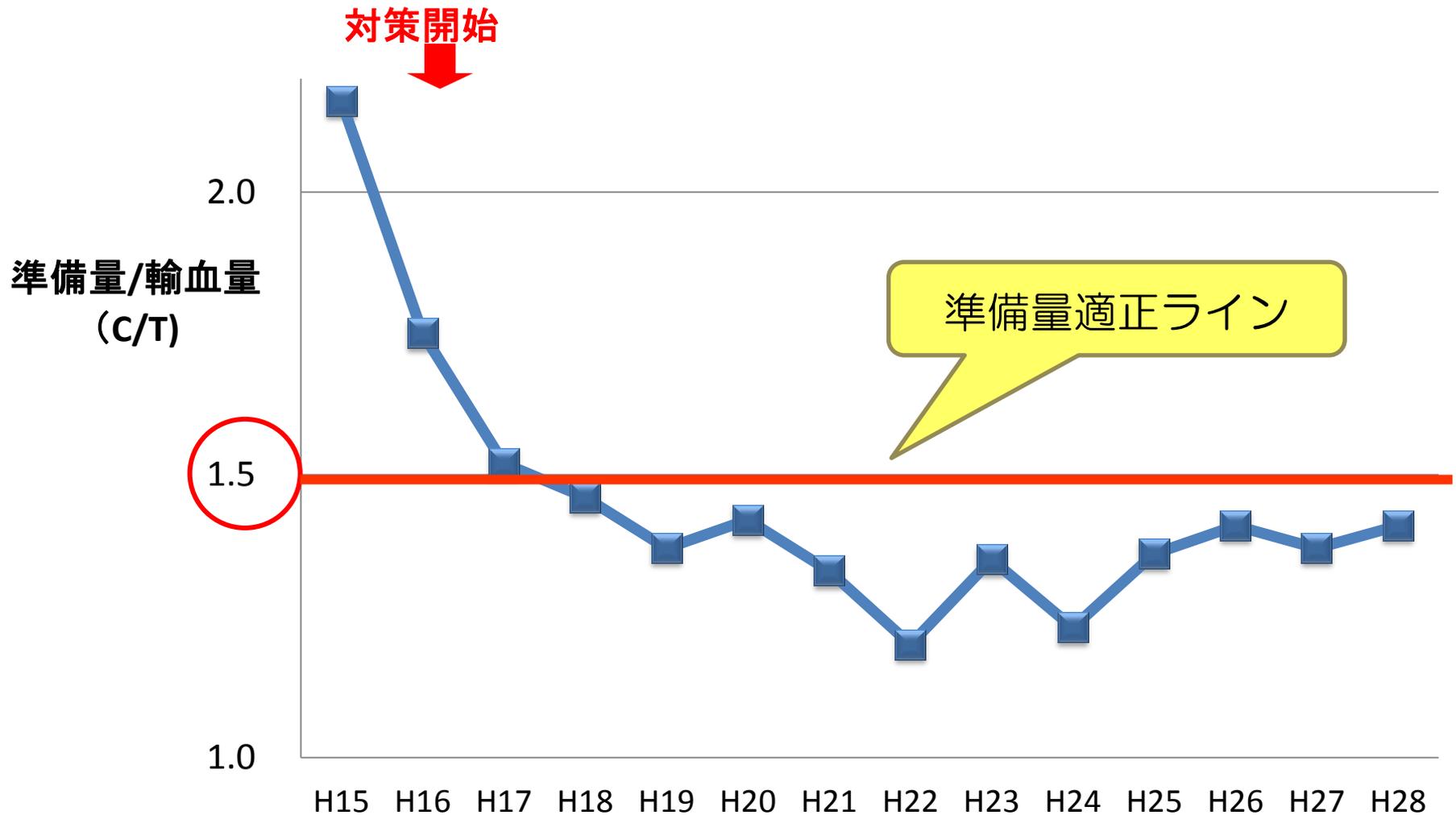
術中輸血量

RCCが必要とされた症例
の術前Hb

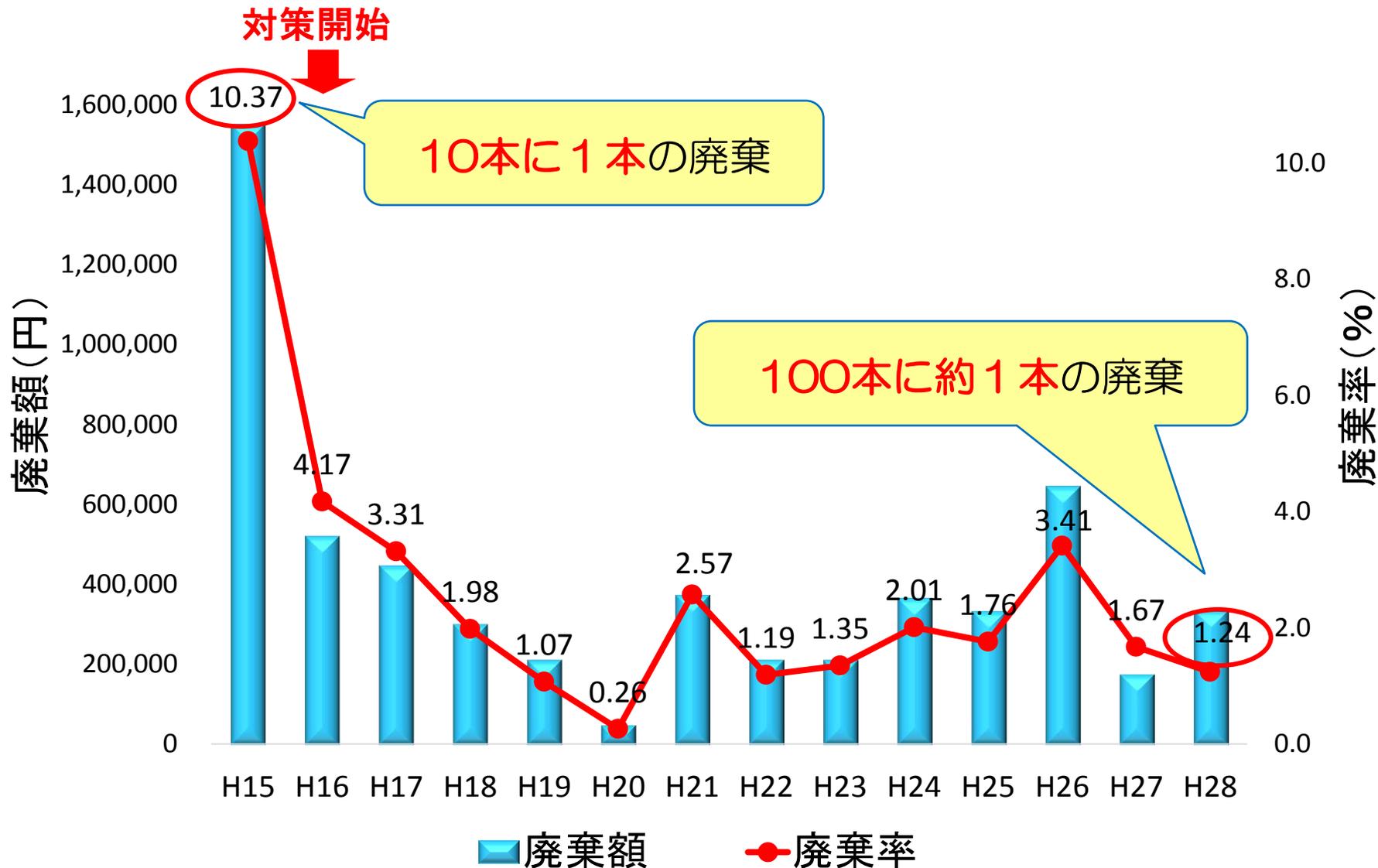
1回のオーダー単位数の上限を協議
RCC⇒10単位

輸血実施率

手術時の血液準備量が適正化



赤血球製剤（RBC）の廃棄状況





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

胃・結腸手術の際
慣例的に一律4単位のオーダー

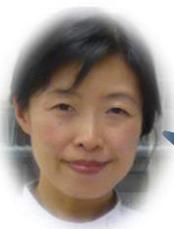


殆ど輸血なしで手術終了



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・・・



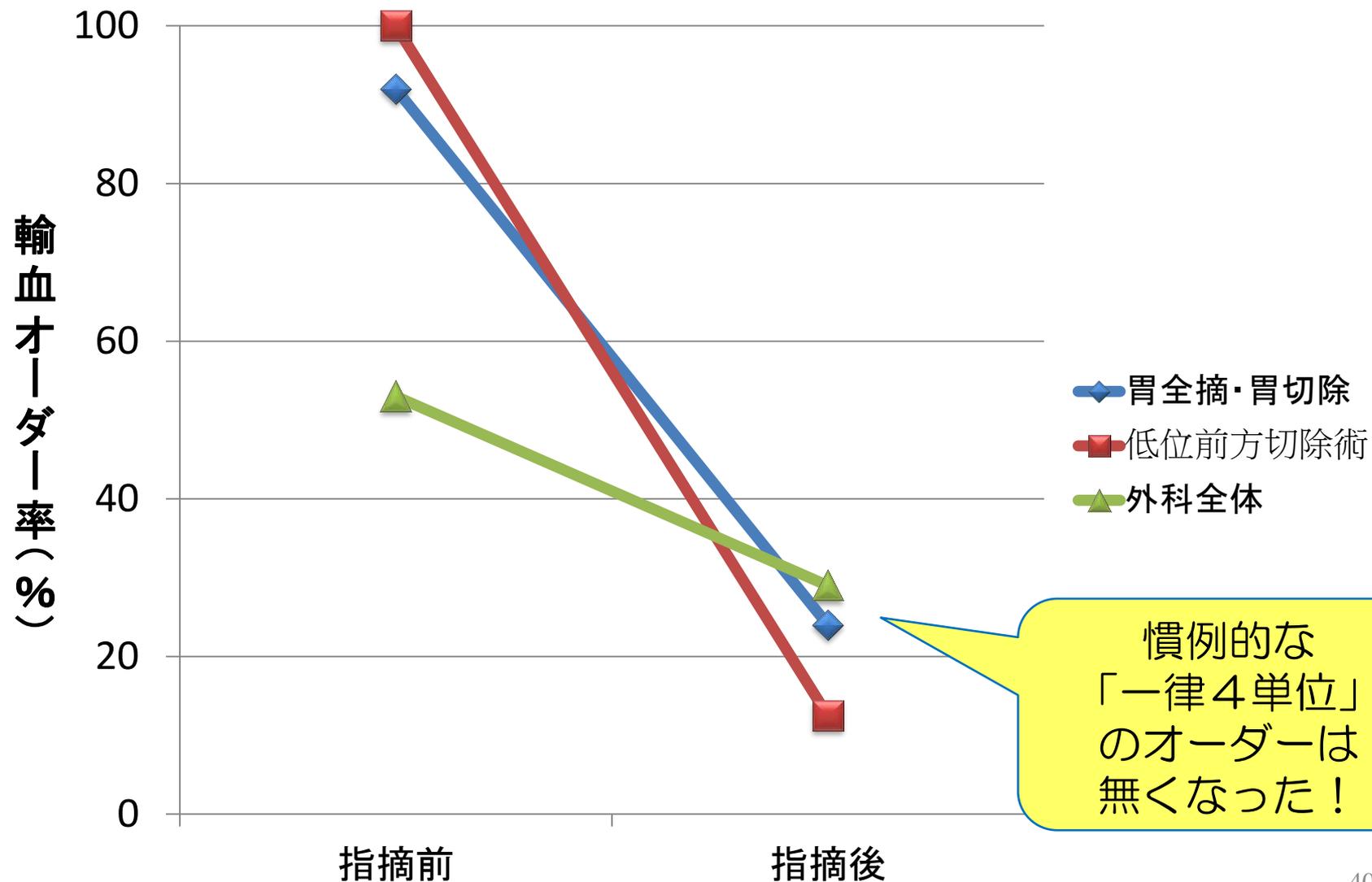
そうは言っても、この間の筑波の例でも、外科医と麻酔科医が書類送検されましたし、（血が）出ちゃうときは4単位くらいすぐ終わっちゃいますからねえ・・・



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**

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

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)
-	*** **	66.0	7/1~2		2	25.0	7.0	1.9	-	-				**	肝硬変に伴う難治性腹水 (7/13 死亡)
-	*** **	66.0	7/1~2		2	25.0	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		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		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		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	75.0	5.8	2.0	5.9	2.2	1.44	0.20	-1.24	**	低蛋白血症による肺水腫

②投与前 > 3.0g/dl

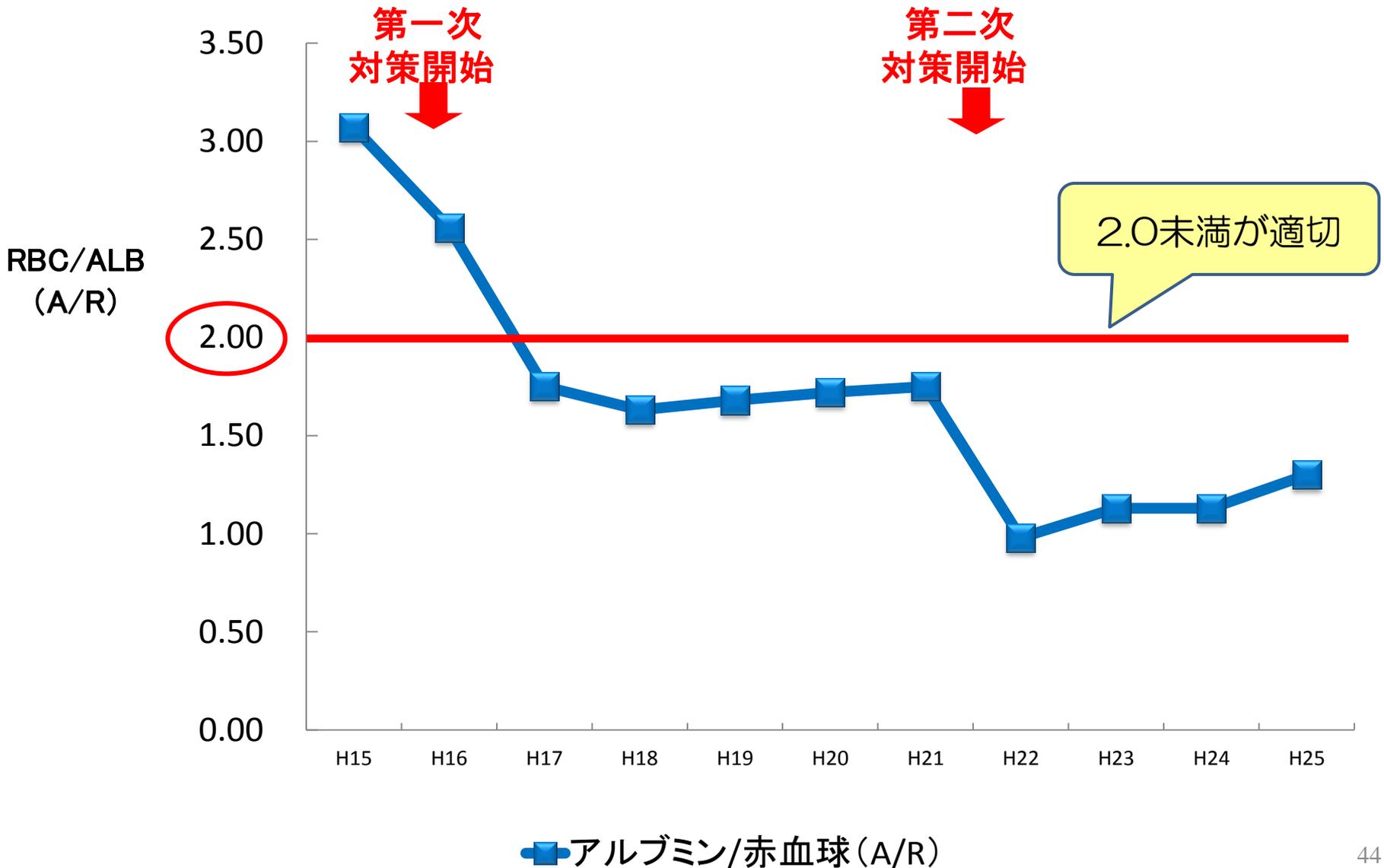
①投与前後未実施

③3日を超える連日投与

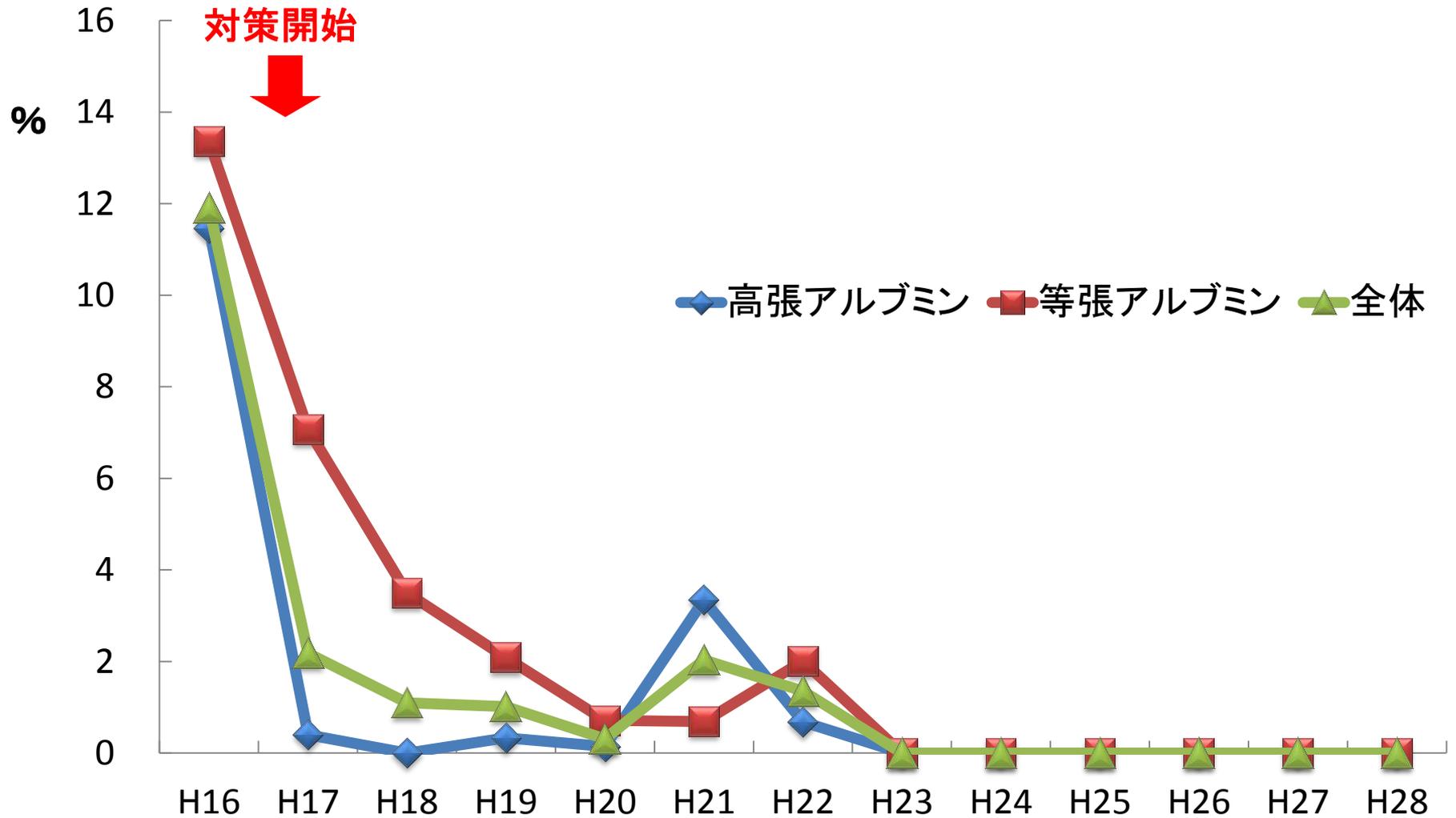
6日間

④投与理由の未記載
(同意書・カルテ)

アルブミン製剤の適正使用対策の効果



アルブミン製剤の査定率



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
- まず、目標を定める。目標は大きな視点でとらえる。

医師への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

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。

ほどなくして電話



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んだ？

・・・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い ⇒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

家族にも説明しないと・・・

しかも技師からも電話がかかってきちゃって。オレは一生懸命やってるのに！

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、言葉は相手に届かない

 コミュニケーションをとる際に気を付けたいこと 

 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乗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？

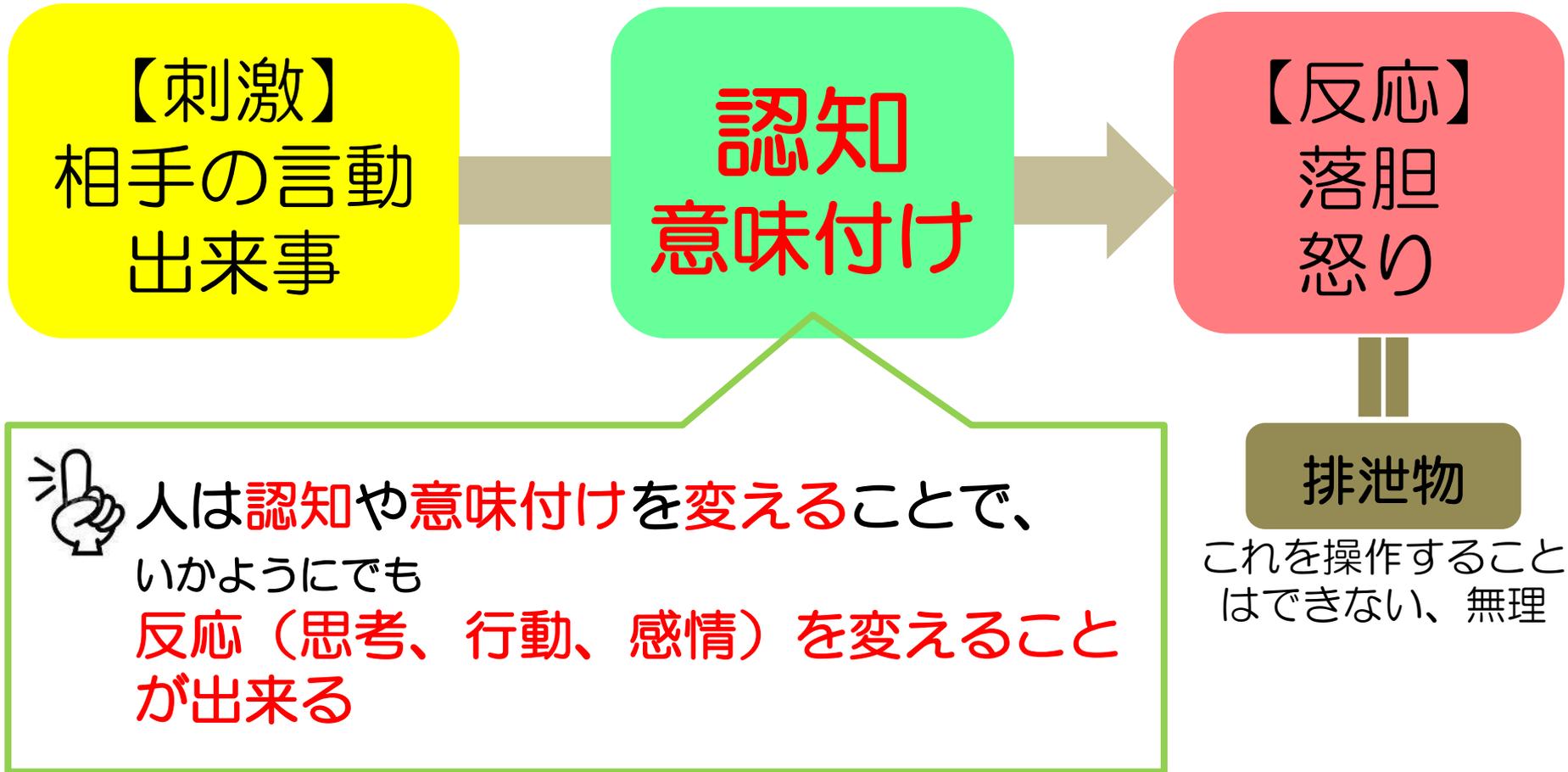
ごめんね そんな方法はありません
むしろ、見極める必要もありません

 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

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



【認知】

【反応】

【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
の入りスキはない

①Drの意識が
まだまだ低い

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

②自分の言う事が
厳しすぎるのかも
しれない

自分の伝え方、表現方法、
指摘基準、などを
見直せばよい

③言いたいことが
よく伝わっていない
のかもしれない

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

④指摘されて怒り
に任せているだけ

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

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？



それでも怒りの感情が湧いてしまった時は？



- 怒りは、自分を焼き尽くす「火」
相手に怒ると（相手に怒りという感情＝火を向けると）
先に燃えてしまうのは自分。
ゴミを燃やすためにマッチで火をつけると、
先に燃えてしまうのはマッチ。
- 怒りの感情に気づいたら、「止まる」
何もしない、何も言わない、心をフリーズ状態にする（1分）
それでもダメな場合、呼吸を数える。
数えながら吸い（1・2・3・4・5）、数えながら吐く。
数えることで心を止める。

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



S先生の話



よもやこんなふうに思っていないですか？

- 医師が気むずかしくて困る
- 看護師さんにわかってもらえない
- 先輩が働かないから忙しい！
 - 新人が気が利かない！
 - 技師長の理解がない！



うまくいかない理由を探せば山ほどある。

- 気難しいのは相手の課題。気にしない。そういう顔、言い方の癖だと思えばよい。
- ひとに理解してもらえるよう働きかけ、説明を尽くす（時には問題を寝かせる）。
- 動いてもらえるような雰囲気(環境)をつくる（相手も成長の一里塚）。
- 言わなきゃわからない。試されるのはあなたの教育力。
- 技師長になったつもりで考える。

視点をどこに据えるか？

- 自分の立ち位置（職位）で物事を見ない。
- 意識して1、2段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。

医師と話をするのが苦手・・・

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

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、志の高い人の傍にすること
(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。

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。

技術を身に付け脂の乗った 中堅どころの落とし穴

- 「実るほど頭を垂れる稲穂かな」

これが、なかなかできない

- 尊敬され慕われる技師になるには

“技術と人間性”



伝えたいこと

ちょっとおもしろい
コミュニケーション術の紹介



「ソーシャルスタイル理論」

- 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・理論重視）

- 理屈・分析を大事にする
- 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
- リスクを最小化する

自己主張度
低い
(意見を聞く)

ドライバー（行動型・勝負重視）

- 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
- リスクは恐れない

自己主張度
高い
(意見を主張)

エミابل（温和型・協調重視）

- 皆の気持ちを大事にする平和主義
- 協調性・ヒトとの関係を重視を重視
- 親しみやすい・世話好き
- 相手の主張を受け入れる
- 依存心が強い・優柔不断
- リスクを避ける

エクスペッシブ（直感型・注目重視）

- 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
- リスクは気にしない

感情を
表現する

有名人のタイプ

感情表現
しない

アナリティカル（分析型・理論重視）

- 明智光秀
- イチロー・野村克也
- タモリ
- 宮沢喜一
- 技術者・研究者・SE・プログラマー

自己主張度
低い
(意見を聞く)

ドライバー（行動型・勝負重視）

- 織田信長
- 本田圭祐・中田英寿
- ビートたけし
- 小泉純一郎
- 波平
- ベンチャー企業の経営幹部
- 個人事業主現場のリーダー

自己主張度
高い
(意見を主張)

エミアブル（温和型・協調重視）

- 徳川家康
- 松井秀喜
- 所ジョージ・小堺一機・関根勤
- 鳩山由紀夫
- マスオ

エクスペッシブ（直感型・注目重視）

- 豊臣秀吉
- 新庄剛志・長島茂雄・中畑清
- 明石家さんま・矢沢栄吉
- 菅直人
- サザエ

感情を
表現する

思考開放度

周りに合わせる		主導権を取る	
D	C	B	A
物静か		話し好き	
D	C	B	A
自己主張しない		自己主張する	
D	C	B	A
リスクを避ける		リスクに挑戦する	
D	C	B	A
問いかけるように話す		断言する・単刀直入	
D	C	B	A
協調的		競争的	
D	C	B	A
内向的・自制的		外交的・開放的	
D	C	B	A
ゆっくり・基本に忠実		決断・行動が早い	
D	C	B	A
対立を避ける		対立も辞さない	
D	C	B	A

感情開放度

クール・ポーカフェイス		表情が豊か	
1	2	3	4
いつも冷静		気分が顔に出る	
1	2	3	4
落ち着いている		活発である	
1	2	3	4
仕事中心・ビジネスライク		人間中心・形式ばらな	
1	2	3	4
厳しく鋭い		温かく注意深い	
1	2	3	4
感情表現が少ない		感情を言葉にする	
1	2	3	4
落ち着いている		にぎやかである	
1	2	3	4
事実を重んじる		意見を重んじる	
1	2	3	4
感情に左右されない		感情に動かされる	
1	2	3	4

数の合計が多いものの組み合わせでみる

(例) Dと1が最も数が多かった場合：D-1⇒アナリティカル
同数の場合、D+C、B+A、1+2、3+4の数で決める。
D・C-3・4⇒エミアブル

D-1	C-1	B-1	A-1
アナリティカル		ドライバー	
D-2	C-2	B-2	A-2
D-3	C-3	B-3	A-3
エミアブル		エクスペッシブ	
D-4	C-4	B-4	A-4

4つのソーシャルタイプに対する会話のコツ

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

感情表現
しない

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

アナリティカルとの仕事の進め方

- ミーティングでは最初に目的、議題、終了時刻などを確認
- 話を遮らずに最後まで聞く（間を取っている最中に話しが終わったと勘違いしない）
- 落ち着いたペース、適度な声の大きさ、一定のトーンで話す。視線を強く合せない
- データをまとめる際は摺合せしながら
- 知識、能力に疑義を呈する表現を避ける
- 議論と関係ない無駄話はしない

ドライバーとの仕事の進め方

- すぐ本題に入る、無駄話はしない
- 発言はポイントを絞って簡潔明瞭に。結論から話す。質問には即答する
- 提案する際は、①何をしてほしいのか、②提案の目的、③結論、④論拠や主張、データをはっきり伝える
- 手元資料は1枚ですぐ見てわかるもの
- ネガティブ情報やデメリットは早く聴きたい（判断を自分でする）

エミアブルとの仕事の進め方

- 本題に入る前にアイスブレイク（共通話題）
- 話を遮らずに最後まで聞く（まだ途中なんです、と言えない）話を急かさない
- 結論だけでなく理由、考え、気持ちも話す
- 厳しい言葉を使う時はクッション言葉をつけて柔らかく
- アイコンタクトも柔らかく笑顔で
- メールの前後に気遣い、ねぎらいの言葉

エクスペリッシュとの仕事の進め方

- 本題に入る前にタイムリーな話題を提供
- 会話にはテンポよく反応する。
- 直感重視。直感をサポートするために情報やロジックを集める。
- 提案する際はビジョンや実現したい思いを自分の言葉で語る。
- 資料は写真などビジュアル重視
- 強い人間関係を気づき、周りを活性化する

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

先の慶応の医師のエッセイを読んで、自分の考えを学会の電子会報紙に投稿したもの

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。



適正使用対策を行う上での心の持ち方



学会e-Newsエッセイ 再度の投稿

- 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よう働きかけ、動いてもらえよう
な雰囲気を作っていくことこそ私達の仕事です。

- 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。

- 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。
小さな波紋でも必ず広がっていくように、表面的にはどうあれ
相手の心には確実に響いているから大丈夫。

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ばかる。これが最大のエッセンスです。

あらゆる人間関係の基本となる考え方



“**全て人は貴ばれるべき存在である**”



全てのコミュニケーションは、
相手を貴ぶ精神があれば、うまくいく

それは自然と、言葉となり、仕草となり、行動となって、
想いと共に相手を包むから

最後に・・・



若い皆さんへ①



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から大丈夫。

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。

そのうちに、登る体力もついてきます。

最後に・・・



若い皆さんへ②



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。

最後に・・・



若い皆さんへ③



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