

第6回 チーム医療の推進に関する検討会

日時：平成21年11月30日（月）15：15～17：15

場所：厚生労働省専用第18～20会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

(1) チーム医療の推進について

(2) チーム医療の推進に関するヒアリング

中野先生（ナカノ在宅医療クリニック院長）

太田委員

秋山委員

山本信夫委員

真田先生（東京大学教授（老年看護学・創傷看護学））

(3) その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

資料1：中野先生配付資料

資料2：太田委員配付資料

資料3：秋山委員配付資料

資料4：山本信夫委員配付資料

資料5：真田先生配付資料

参考資料：第4回チーム医療の推進に関する検討会 議事録

*参考資料は、厚生労働省ホームページに掲載されています。

厚生労働省：第6回チーム医療推進 に関する検討会

在宅医療とチーム医療

医療法人ナカノ会 理事長
ナカノ在宅医療クリニック 院長
鹿児島大学医学部 臨床教授
全国在宅療養支援診療所連絡会
IT・コミュニケーション局長
中野 一司

“医療崩壊”の原因は？

- * 新臨床研修制度(研修医2年義務化)
- * 医局崩壊
(医師派遣システムの崩壊)
- * 勤務医の過剰勤務
- * 地域病院からの医師の撤退
- * 開業ラッシュ
- * 在宅医療(介護)の普及
(病院医療から在宅医療へ)

医療崩壊の原因は、超高齢社会の到来に伴う、医療システム疲労

超高齢社会の到来

- 増えているのは“病気”ではなく、“障害”
- 障害は、病院で治療(キユア)するより、地域でケアしていく方が、QOL(生活の質)も上がれば、お金もかからない。
- 病院医療 = “キユア”主体の医療、から在宅医療 = “ケア”主体の医療、へのパラダイムチェンジ。

2

超高齢社会の到来に伴う疾患構造の変化

	70年前(戦前)	40年前	現在
死亡率	1位 感染症(肺結核)	脳出血(高血圧症)	悪性新生物(癌)
	2位		心疾患(心筋梗塞)
	3位		脳卒中(脳梗塞)
医療環境の変化	抗生物質の発見	食生活の向上 医学の進歩 衛生環境の向上	慢性疾患の増加 超高齢社会
平均寿命	50-60歳	60-70歳	80歳

3

治療から生活支援へのパラダイムシフト

	以前	超高齢化社会
疾患対象者	若年者	高齢者
疾患	急性期疾患	慢性期疾患
傷害の種類	疾患（治療できる）	障害（治療できない）
機能障害、後遺症	なし	あり
必要な処置	医療（治療医学）	介護（生活支援） 在宅医療（予防医学）

4

病院医療

病気→検査→治療

在宅医療

病気→検査、治療もしない選択
→看取り

“看取り”は、目的ではない。
在宅（地域）でより良く生きることを医療的（予防医学的）に最期まで支援した結果が、“看取り”に結びつく。

5

在宅医療では
訪問診療が大切である

訪問診療 定期的な在宅診療

病院医療における定期的な回診(毎週1回程度)

往診 緊急時の在宅診療

病院医療における急変時の診察(24時間対応)

6

急性期疾患

病院医療
(治す医療)
(治療医学)
キュア主体

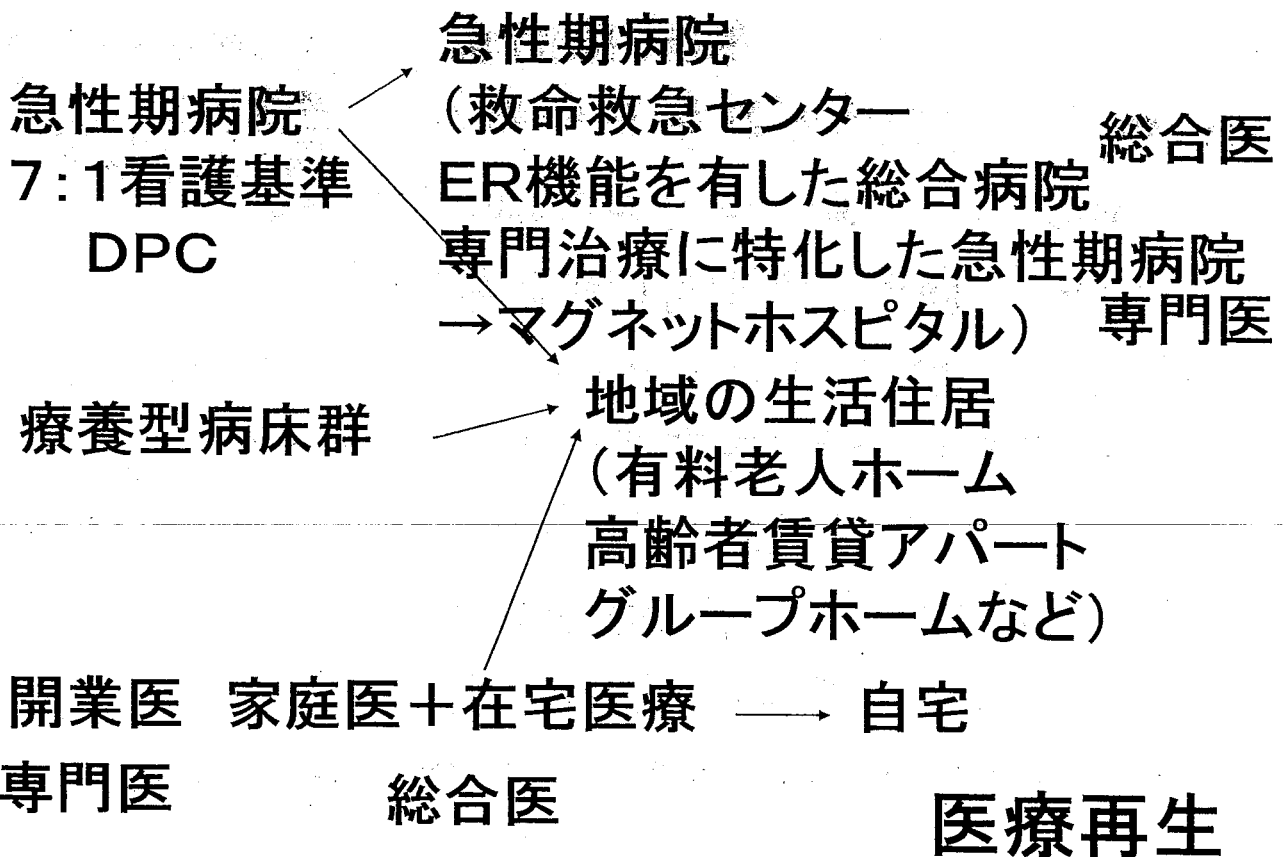


慢性期疾患
(障害)

在宅医療
(生活を支える医療)
(予防医学)
ケア主体

7

医療崩壊



8

超高齢社会を迎え、医療システム全体(医療、介護システム)が、“キュア”主体の医療システムから、“ケア”主体の医療システムへの転換を求められている。現在進行中の医療崩壊は、見方を変えると医療再編(再生)のプロセスとも捕らえることができる。医療再編の行き着く先は、1)急性期病院の集約化(スリム化、機能強化)と、2)在宅医療(地域で展開される医療+介護)の普及と考える。そしてこれらスリム・機能強化された急性期病院と、普及していく在宅医療は、相補的に相協力しながら地域の医療を支えていくであろう。

在宅医療において、多職種連携で機能するチーム医療が重要である。また、疾患のみにとらわれず、精神面、生活面までトータルにみる“かかりつけ医”(総合医、プライマリ・ケア医)が必要である。

(治療、2009. 5月号特集「実践！在宅医療」中野一司編集、要約。)

9

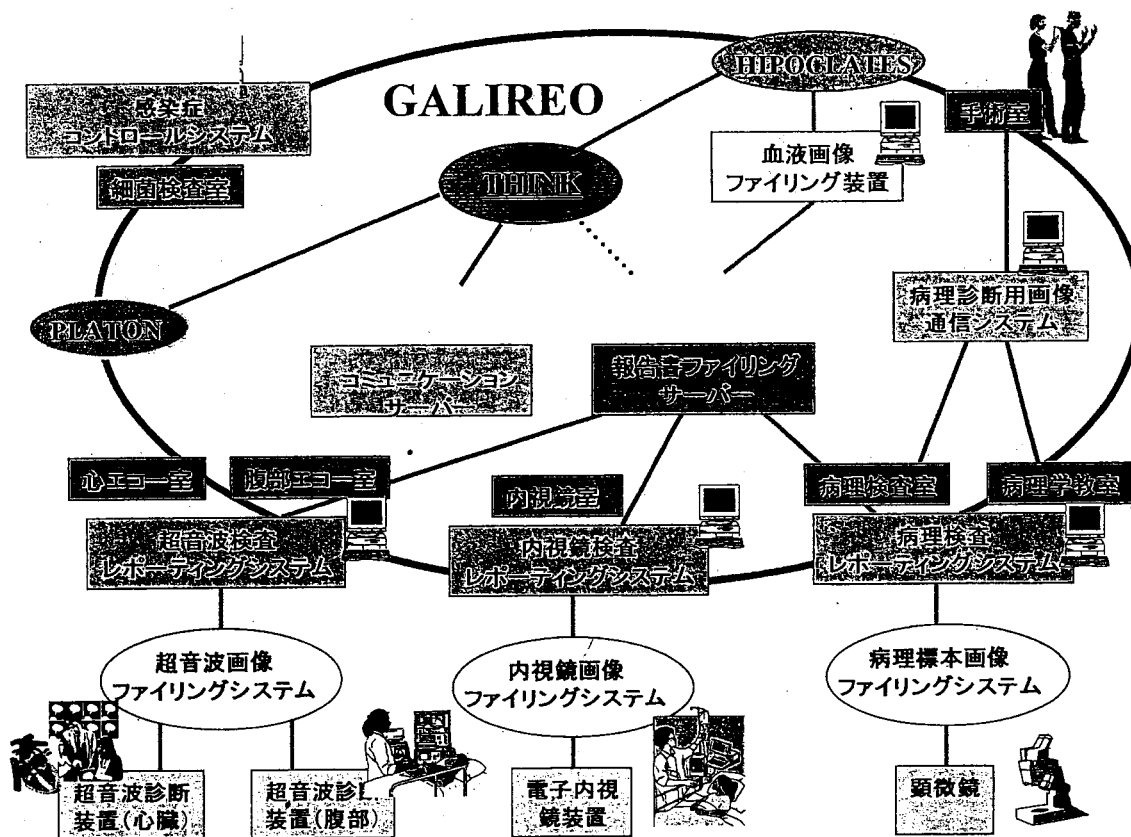
私の履歴



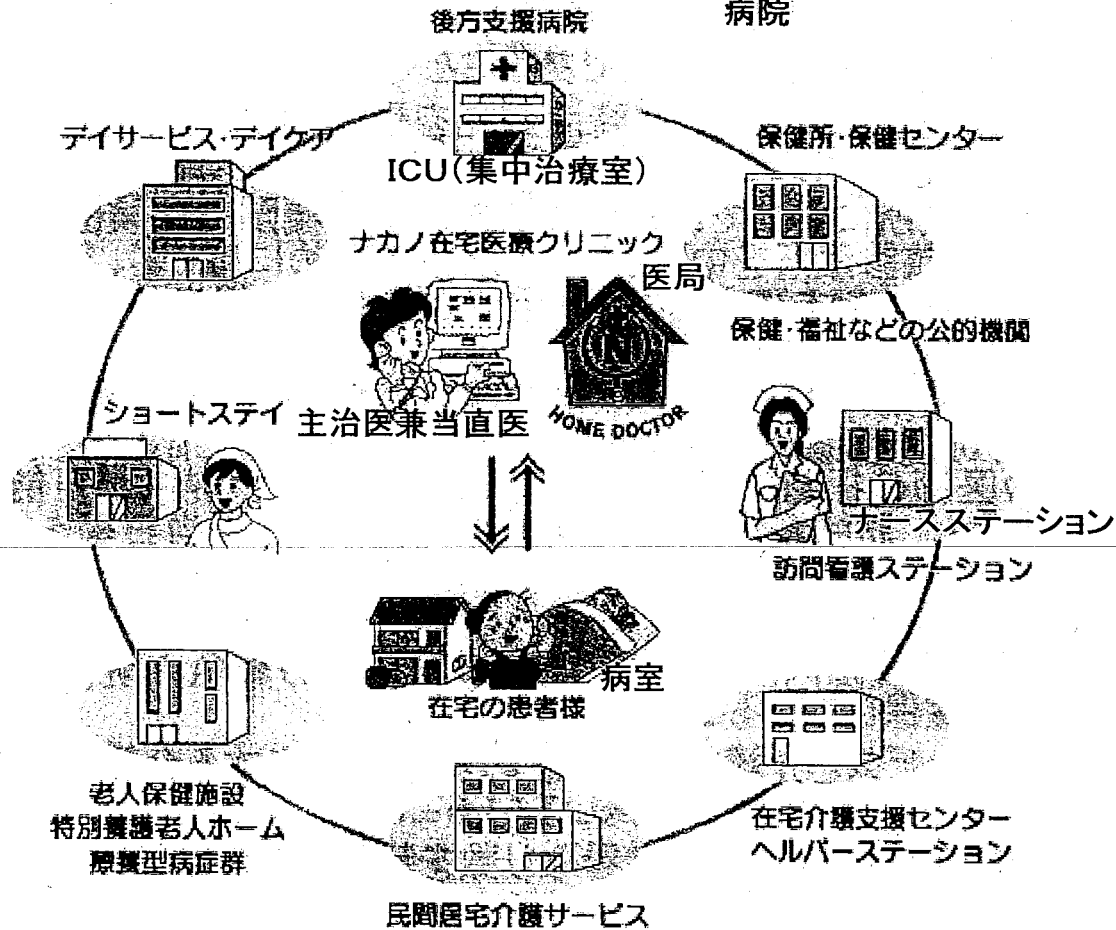
- ・ 1987年:鹿児島大学医学部卒業
第3内科入局
- ・ 1988年:鹿児島大学付属病院救急部研修
- ・ 1995年:鹿児島大学付属病院検査部
検査部内コンピュータシステムの構築に従事
- ・ 1999年9月:ナカノ在宅医療クリニック開設
- ・ 2003年10月:医療法人ナカノ会設立
- ・ 2004年11月:ナカノ訪問看護ステーション所設立
- ・ 2008年3月:鹿児島大学医学部臨床教授
- ・ 2009年6月:全国在宅療養支援診療所連絡会
IT・コミュニケーション局長

10

【鹿児島大学病院検査部内電子カルテシステム】



11



「ナカノ在宅医療クリニック」

開設理念と目標

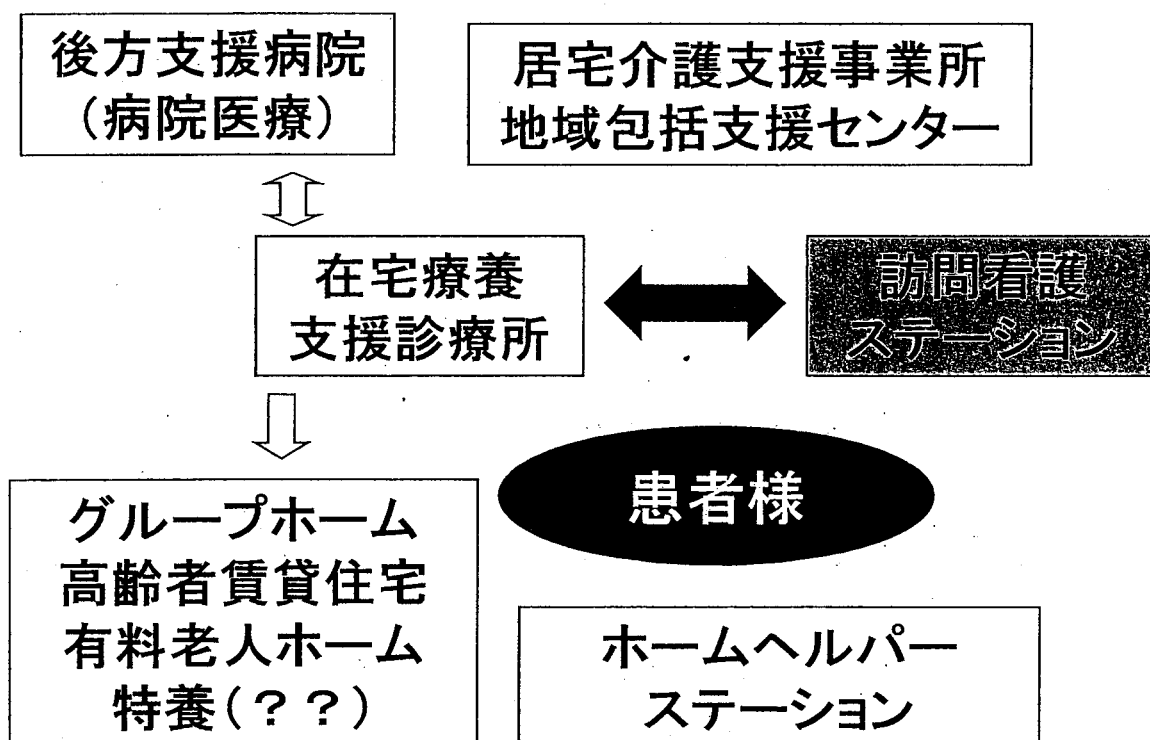
(1999年9月、2003年8月一部改正。)

- 1) 訪問診療を主な業務とする。
- 2) 単なるクリニックではなく、本格的なケアマネジメント業務も起業する。
- 3) ツールとしてICT(電子カルテ・Eメール・インターネット、携帯電話等)をフル活用する。
- 4) 地域では、競争ではなく共生を目指す。各機関と良好な関係を結ぶことで、お互いの利益向上を図るとともに、医療全体の質を高め、地域医療の向上に貢献する。
- 5) 病診連携・診診連携のほか、訪問看護ステーション・ヘルパーステーション等との連携とその交通整理を推進し、これらの要となるべきシステムを構築する。[単にペーパー(紹介状や報告書)のみの情報交換ではなく、実際に現場や施設へ行き交渉する]
- 6) 医師会活動(各種勉強会、医師会訪問看護ステーション、医師会検査センターなど)と連携し、地域医療の向上を図る。
- 7) ケアカンファレンスの実施。
- 8) 在宅医療の知的集団を形成し、企画・教育・広報などの業務ができる専門家を養成する。
- 9) クリニック内外の勉強会を励行する。
- 10) 在宅医療の教育機関として機能する。

在宅療養支援診療所(2006.4)

1. 保険医療機関たる診療所であること
2. 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
3. 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
4. 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
5. 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
6. 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること
7. 当該診療所における在宅看取り数を報告すること

14



今後の医療再生においては、病院医療と在宅医療の連携(究極のチーム医療)が非常に重要となってくる。

医療法人ナカノ会

1) ナカノ在宅医療クリニック
医師6名(常勤医師2名、非常医師4名)
事務職員6名(常勤事務6名)

2) ナカノ訪問看護ステーション
常勤職員13名
(看護師11名、リハスタッフ2名)

3) 運転士 非常勤3名

16

ナカノ訪問看護ステーション 看護職の業務

- 1、訪問看護業務
- 2、訪問診療補佐業務
- 3、ケア(メディカル)マネジメント
- 4、コーディネーター

在宅チーム医療における、要の職種は訪問看護で、
能力の高い信頼できる訪問看護師の育成・採用は
急務である。

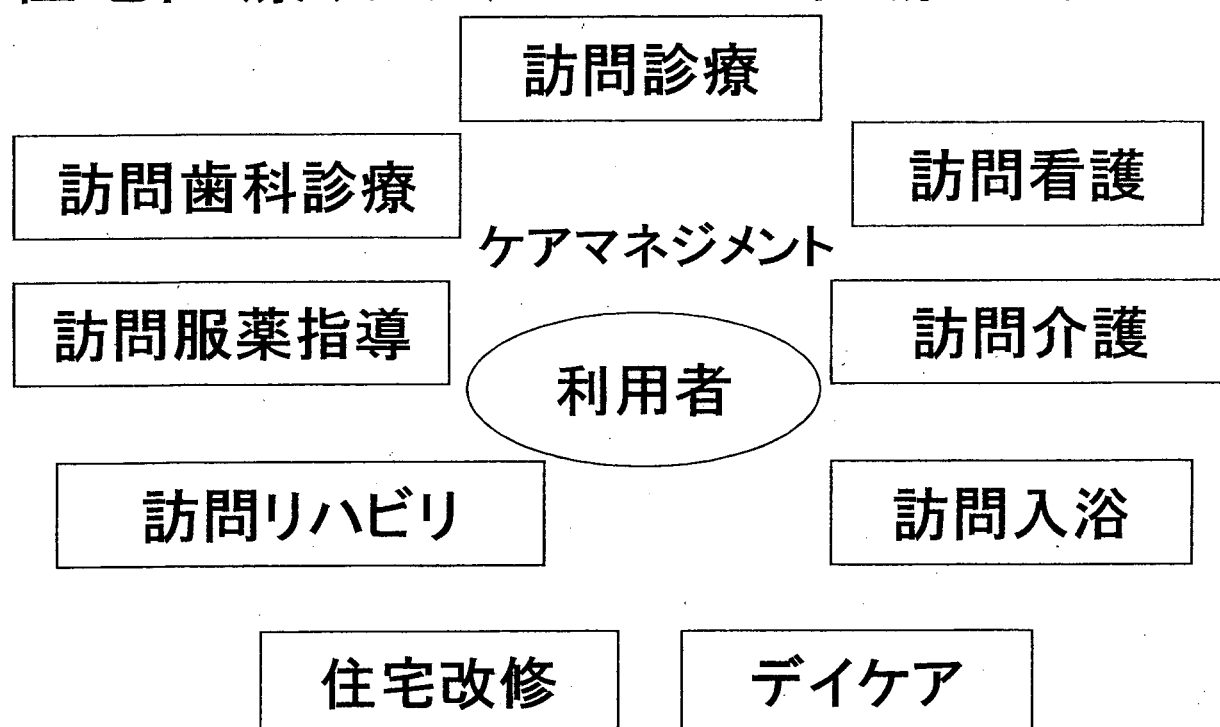
17

【他施設との連携】

症例	年齢	性別	ADL	罹病期間	気管切開	人工呼吸器	食事	備考	訪問看護ステーション	居宅介護支援事業所
1	57	男	寝たきり	18年	○	○	経管栄養	低酸素脳症	あらた	ナカノ
2	48	男	寝たきり	1年 3ヶ月	なし	鼻マスク 人工呼吸器	口から		あらた	ナカノ
3	38	女	寝たきり	8年	○	○	胃瘻	Rocked in	みなみかぜ	(ナカノ)
4	59	女	寝たきり	2年	○	○	胃瘻		ナカノ	ひなた
5	61	男	寝たきり	2年	なし	一部鼻マスク 陣呼吸器	胃瘻	気管切開 はしない	ナカノ	ファルマコム
6	71	女	杖歩行	4年	なし	なし	口から	気管切開 はしない	よしの	よしの

18

在宅ケアチーム 在宅医療(ケア)はチーム医療である



19

チーム医療実践のための条件

1、連携のコストが安いこと

→ ITのフル活用

2、各職種スタッフが優秀なこと

→ 教育環境の充実

20

ICTの有効活用

1、電子カルテ

2、メーリングリスト(ML)の有効活用

1) 法人内ML

患者情報共有、事務連絡

2) 在宅ケアネット鹿児島ML

3) 全国在宅療養支援診療所連絡会ML

21

ナカノML - Outlook Express

ファイル(F) 編集(E) 表示(V) ツール(T) メッセージ(M) ヘルプ(H)

フォルダ

- アルコール
- キャンパス
- ケアネット療摩
- ダイミクス
- ダイナレ電
- ダイ鹿児島
- ダイ世話人
- ダイ全国大会座長
- ダイ福岡全国大会
- ナカノML
- ナカノ事務
- ナカノ訪問看護
- プライマリケア
- 医師会編集委員会
- 医療モカ
- 禁煙
- 頼島
- 在宅ケアネット鹿児島
- 在宅ダイナ
- 在宅主治医
- 在宅推進
- 在宅療養支援診療所連絡会
- 鹿児島市医師会
- 鹿児島市医師会ホームページ
- 色即是空
- 長崎Dr.ネットワーク
- 日本在宅医学会
- 臨床検査
- 術制ML

送信者	件名	受信日時
油 奈津美	[nakano30179] 新患面接 佐藤サダ子様	2008/10/31 18:05
永原 真一	[nakano30178] 訪問リハビリ 山崎一様	2008/10/31 17:53
長嶺 美由紀	[nakano30177] 訪問看護 今村 アツミ様	2008/10/31 17:49
福元 ゆかり	[nakano30176] 訪問看護 関山格二くん	2008/10/31 17:47
福元 ゆかり	[nakano30175] 訪問看護 迫立二徳さま	2008/10/31 17:47
福元 ゆかり	[nakano30174] 訪問看護 郷利秀さま	2008/10/31 17:47
長嶺 美由紀	[nakano30173] 訪問看護 江口孝一郎様	2008/10/31 17:36
永原 真一	[nakano30172] 訪問リハビリ 楠元ヨシエ様	2008/10/31 17:24
國吉 優子	[nakano30171] 訪問看護 久留忠夫様	2008/10/31 17:16
神崎 正美	[nakano30170] 患者様情報 富浦光男さま	2008/10/31 17:08
松下 ちか	[nakano30169] 訪問看護 田中智恵子様	2008/10/31 17:07
永原 真一	[nakano30168] 訪問リハビリ 福田加代子様	2008/10/31 17:04
上村 真一	[nakano30167] 訪問看護 徳田カ子さま	2008/10/31 17:04
中野 一司	[nakano30166] 入会(鹿児島)	2008/10/31 16:26
有村 智子	[nakano30165] 診療補佐 金曜日-2 10月31日	2008/10/31 15:21

送信者: 福元 ゆかり 宛先: ナカノML
件名: [nakano30175] 訪問看護 迫立二徳さま

開始11:05 終了12:05
訪問看護(介護60)
【状態】
・訪問時覚醒中。ケアやリハビリ時は大きな声を上げ、上下肢を動かされることあり。

・右肘下部の1.5cm大の表皮剥離部は穴あきオムツ処置+ストッキング保護OK。
淡茶色浸出液少量。
⇒処置継続へ。ケア表お渡し。
両上肢皮下出血多く、皮膚も乾燥しているため、繰り返すおそれあり。
皮膚乾燥部分にワセリン塗布す。
・昨日排便多量あり。腹満あるも注入直後と。
排便に血液混入なかったとのこと。
⇒ネリプロク外坐挿肛。
・妻は長袖の着替えを引っ張り出し忙しそうにされている。

30449 通のメッセージ、0 通は未開封

オンライン中

スタート Apache 5 Microsoft Access ナカノML - Outlook E... Microsoft PowerPoint...

ナカノML - Outlook Express

ファイル(F) 編集(E) 表示(V) ツール(T) メッセージ(M) ヘルプ(H)


フォルダ

- アルコール
- キャンパス
- ケアネット療摩
- ダイミクス
- ダイナレ電
- ダイ鹿児島
- ダイ世話人
- ダイ全国大会座長
- ダイ福岡全国大会
- ナカノML
- ナカノ事務
- ナカノ訪問看護
- プライマリケア
- 医師会編集委員会
- 医療モカ
- 禁煙
- 頼島
- 在宅ケアネット鹿児島
- 在宅ダイナ
- 在宅主治医
- 在宅推進
- 在宅療養支援診療所連絡会
- 鹿児島市医師会
- 鹿児島市医師会ホームページ
- 色即是空
- 長崎Dr.ネットワーク
- 日本在宅医学会
- 臨床検査
- 術制ML

[nakano 30175] 訪問看護 迫立二徳さま - 日本語 (自動返信)

送信者: 福元 ゆかり
日時: 2008年10月31日 17:41
宛先: ナカノML
件名: [nakano30175] 訪問看護 迫立二徳さま
添付: H201031 002.jpg (142 KB) H201031 001.jpg (157 KB)

ケア表の取付は完了です。
(國吉 優子・福元 ゆかり)



・妻は長袖の着替えを引っ張り出し忙しそうにされている。

30449 通のメッセージ、0 通は未開封

オンライン中

スタート Apache 5 Microsoft Access ナカノML - Outlook E... Microsoft PowerPoint...

- 隔週原則として（ ）曜日の訪問診療実施。
- 隔週原則として（ ）曜日の訪問診療実施。
- その他（ ）

● 24時間対応における同意内容

- 1、訪問診療の日程は、前月までに書面にてお知らせします。
- 2、常勤医師の携帯番号は書面でお知らせし、24時間対応します。
- 3、複数の医師・看護師で訪問診療に対応しますので、患者様の診療に関する情報を互いに共有する場合があります。その場合の患者様の個人情報は、診療以外の目的に使用されることはありません。
また診療、訪問看護の記録、情報提供の手段として、電子カルテ、電子メールを使用しております。
- 4、患者様の居宅での療養のために、地域のケアマネジャーとの情報交換を行う場合があります。その場合の患者様の個人情報は、居宅での療養以外の目的に使用されることはありません。
- 5、患者様の状態等の変化に応じ、ご相談の上当院以外の医療機関と連携して外来受診や入院をお願いする場合があります。

以上の内容について説明を受け、在宅医療を行っていくことに同意します。

平成 年 月 日

(在宅療養支援診療所) ナカノ在宅医療クリニック

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1

チーム医療実践のための条件

1、連携のコストが安いこと

→ ITのフル活用

2、各職種スタッフが優秀なこと

→ 教育環境の充実



スタッフミーティング
(毎日:午前8時30分~9時)

26



服薬カンファレンス
(隔週金曜日:午前8時30分~9時)

27



訪問看護師

家族

本人

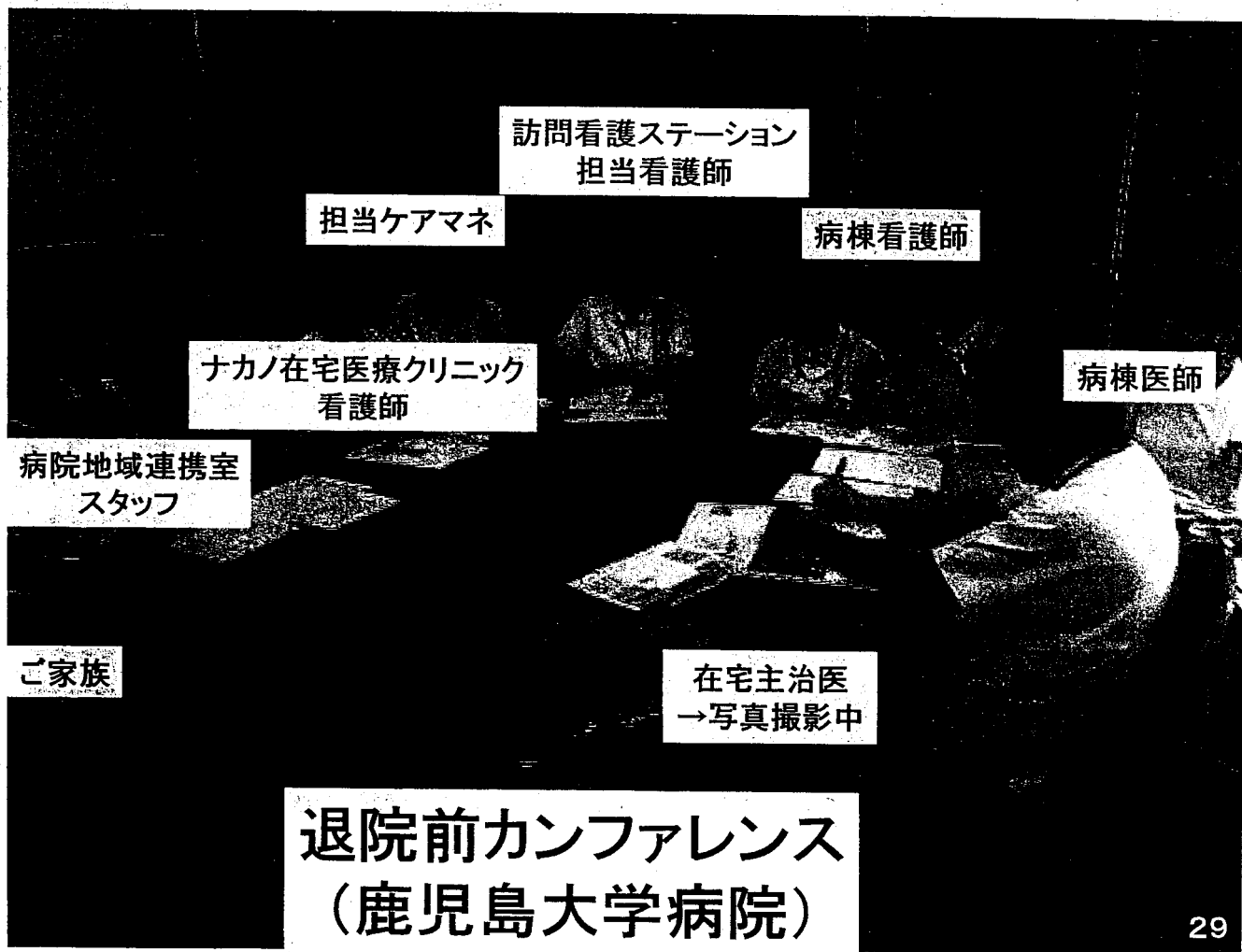
担当ケアマネ

療法士

診療補佐看護師

在宅主治医
→写真撮影中

ケアカンファレンス



訪問看護ステーション
担当看護師

担当ケアマネ

病棟看護師

ナカノ在宅医療クリニック
看護師

病棟医師

病院地域連携室
スタッフ

ご家族

在宅主治医
→写真撮影中

退院前カンファレンス (鹿児島大学病院)



ホームヘルパーに医療行為をお願いするときの3つの条件(中野案)

1、家族(および本人)が、その医療行為を、ホームヘルパーにお願いすること(ケアカンファレンスにて確認)。

2、家族(および本人)が、その医療行為を、ホームヘルパーにして欲しいと望んでいること。

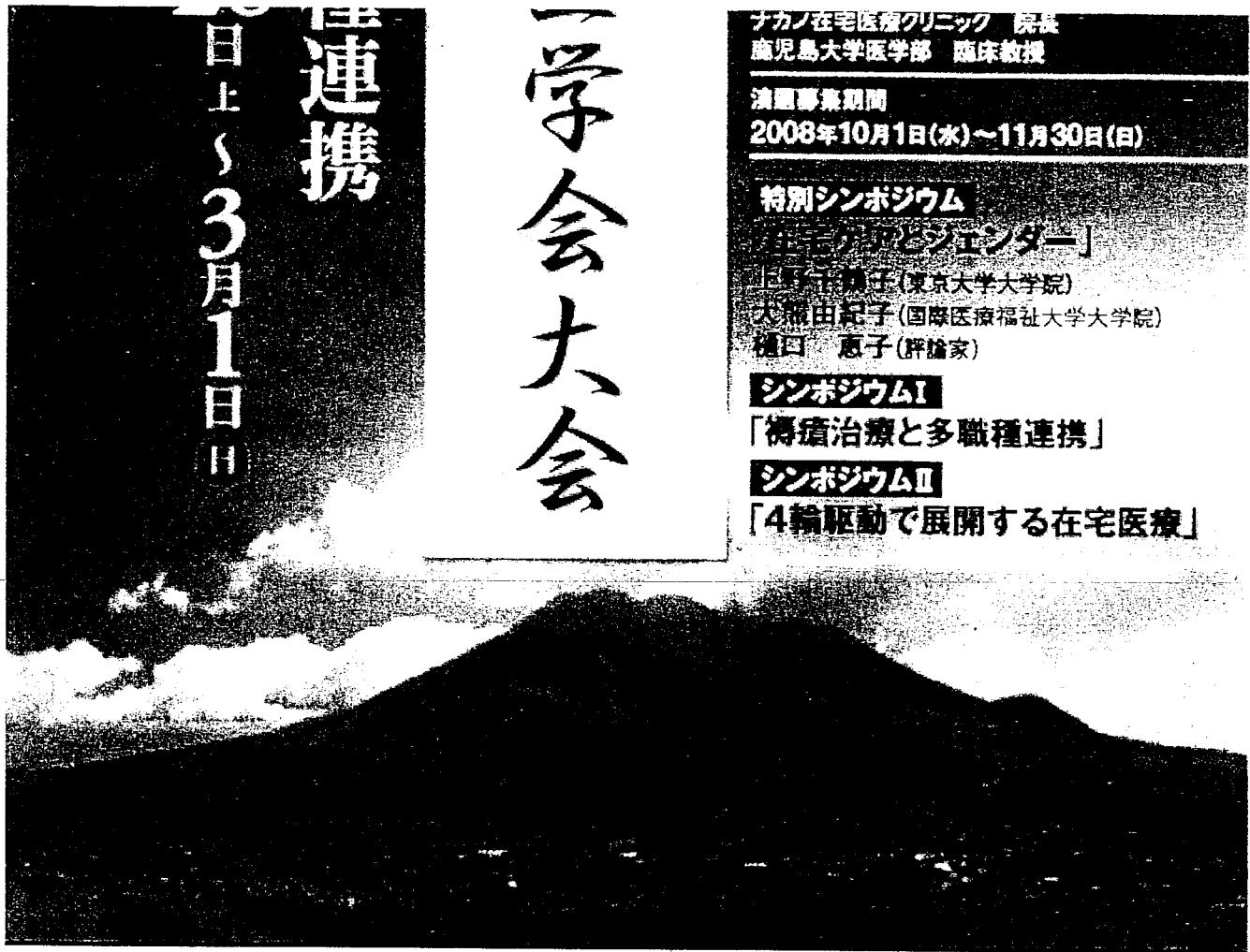
3、事故が起きた時は、家族(および本人)の責任であること(ケアカンファレンスにて確認)。



研修風景

指導医

研修医



日 上 3月1日 日

連携

学会大会

ナカノ在宅医療クリニック 院長
高児島大学医学部 臨床教授

演題募集期間
2008年10月1日(水)~11月30日(日)

特別シンポジウム

「在宅ケアのセンター」

田中 裕子 (東京大学大学院)
大塚 由紀子 (国際医療福祉大学大学院)
樋口 恵子 (評論家)

シンポジウムI

「褥瘡治療と多職種連携」

シンポジウムII

「4輪駆動で展開する在宅医療」

まとめ

- 1) 病院医療がキュア主体の医療であるのに対し、在宅医療はケア主体の医療である。(勿論、在宅医療でも急性期医療対応する局面もある。)
- 2) 病院医療(急性期医療)と在宅医療(慢性期医療)がうまく連携することで、病院医療のベッドを減らすことができる。病院医療と在宅医療の連携こそ、究極の(より大きなフレームワークでの)チーム医療である。
- 3) 在宅医療(ケア)においては、チーム医療と、多職種連携が重要である。
- 4) 在宅チーム医療における、要の職種は訪問看護で、能力の高い信頼できる訪問看護師の育成・採用は急務である。
- 5) 薬剤師、歯科医師は、在宅ケアチームの有力メンバーである。
⇒ 四輪駆動で展開する在宅医療。
- 6) 在宅医療(ケア)において、介護職(家族ができるレベル)の医療行為規制緩和の検討は重要と考える。

ゆき@鹿児島、 ITを道具に医療革命 進行中です(*^_^*)

大熊 由紀子

ある日東京に生まれ、01年までの17年間、朝日新聞の福祉、医療、科学、技術分野の社説を担当。著書に「寝たきり老人のいる国はない国」「福祉が変わる医療が変わる」(ぶどう社)「患者の声を医療に生かす」(医学書院)など。国際医療福祉大学大学院教授(医療福祉ジャーナリズム)、千葉県健康福祉政策担当参与。福祉と医療、現場と政策をつなぐ「えにし」ネット志の縁結び係。<http://www.yuki-enishi.com/>の「優しき挑戦者の部屋」などでバックナンバー読めます。

第73回



①スタッフミーティングは、毎日午前8時30分～9時

桜島が爆発的噴火を起こしたこの初春、医療の世界でも、それにおとらぬ「爆発」が鹿児島で起こりました。

クリニックの1医師が大会長をつとめるという前代未聞の学会に、全国から900人の医師、ナース、歯科医師、歯科衛生士、栄養士、薬剤師、ケアスタッフたちが集まり「多職種連携」をキーワードに熱気が渦巻いたのです。

◆3種の神器と移動オフィスと

熱気の源をつきとめようと、第11回日本在宅医学会の大会長をつとめた中野三司さんと、朝から晩まで過ごしてみました。

朝の8時半、ナカノ在宅医療クリニックと訪問看護ステーション合同のカンファレンスが始まります。医師、ナース、理学療法士、事務職、総勢20人ほどが写真①のようにパソコンを開きます。患者さんごとにつくられている電子カルテで情報を共有しながら、病状の確認や診療方針、今日の訪問計画について、活発に意見が飛び交います。

30分のミーティングが終わると、中野さんはクリニック(写真②)に戻って訪問診療の準備です。医師とナースに運転手さんが加わって3人が1チーム。2チームがそれぞれ10～15軒の自宅を訪ねます。

運転手さんつきというと贅沢のようですが、移動中に、インターネットでデータを

事務職に送ったり、携帯で連絡をとったり……こは「移動オフィス」なのです。

年金暮らしの運転手さんは、「給料もろて、人の役にたてて、こげん、うれしかこととはなか」。プロですから抜け道に精通している上、車の中で待機しているので駐車違反でつかまる心配もありません。

◆誕生日の花束と笑顔の写真と

ナースが途中で車を降り、花束をもって戻ってきました。きょう誕生日を迎える患者さんにプレゼントにするために予約していたのだそうです。

写真③は、2000年3月以来診療していた認知症の女性です。大腸癌が進み昨年1月、82歳のとき腸閉塞を起こし、入院して人工肛門をつける手術をしました。

3月退院と同時に、痛みや辛さを和らげる緩和治療を開始。そして、ひとり暮らしのこの女性を、ケアスタッフとともに支え続けました。5月29日の誕生日には、花束をプレゼント。

左が中野さん、右は鹿児島大学医学部6年の実習生です。

老婦人は、専門医の予想をはるかに超えて穏やかに生き続け、12月29日、自宅でやすらかに息をひきとりました。

誕生日祝いの花束を受け取った笑顔の写真は、しばしば、遺影として祭壇に飾られることになるのだそうです。

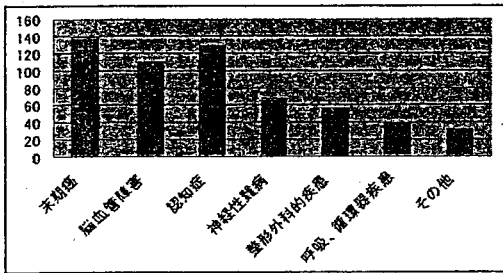


② 住宅街に溶けこんだナカノ在宅医療クリニック



クリニックのHPは、<http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/>

10年間に
かかわった
患者さんは
578人



③ 癌末期で認知症の女性に、誕生日の花束をプレゼント



思い出のアルバムをめくりながらのお喋りは訪問診療の大事なひとときです。

◆ 事務職と連携して賢く働く

さて、訪問診療風景に戻ります。

中野さん、床に座って、患者さん、家族と和やかに話し込みます。そのあいだにナースは体温、血圧、脈拍を計って中野さんに伝えます。それをパソコンに打ち込み、クリニックで待機している事務職に電子メールで送信します。他の医療機関への紹介状や処方箋もメールと携帯であつというまにやっつけてしまいます。

訪問診療を終えてクリニックに戻る4時ごろには、電子カルテへの書き込みも書類も事務職が仕上げてくれているので、それを確認して、きょうの仕事は終わり。

いい診療をするに「医師はヘトヘト、経営は赤字」という常識をしつかり破ってしまっています。

中野さんのモットーは、

- ① 抱え込まない。
- ② 働きすぎない。
- ③ 賢く働こう。
- ④ 楽するために、知恵を出そう。

◆ 実践に制度が追いついて……

型破りな中野さんの前身は病院I.Tのカリスマです。鹿児島大学付属病院の検査部で3つのシステムを立ち上げた後、「病院を出て、在宅医療・介護の現場にI.Tを活用

したシステムをつくりあげたい」と夢を抱き、志を同じくするナースと事務長、3人で訪問診療専門のクリニックを立ち上げました。

名人芸ではなく、どこでもだれでもできるシステムをつくるのが夢ですから、地域に大勢の仲間をつくってゆきました。写真④は、患者さんと家族と一緒にさまざまな職種が知恵を出し合うケアカンファレンスの風景です。地域のケアマネジャーや福祉用具の専門家も加わっています。中野さん自身は、この写真を撮影中なので、写真の中にはいないのですが。

私が同行した訪問先のうちの何軒かにはケアマネジャーも待っていて、今後の方針の相談に加わりました。その1人の言葉が印象的でした。

「こん方は種子島出身じゃつて、ヘルパーさんは種子島出身の方を頼もうかと思うちよつとです。鹿児島弁じゃつと、気持ち伝わらんでな」

お国言葉を大切に配慮と最先端のI.T技術が見事に調和していました。

中野さんたちがこの10年間にかわった患者さんはグラフのように578人。そのうち149人を自宅で看取りました。そしてこのやり方は「在宅療養支援診療所」として06年には国の制度になりました。

ボランティア精神がつながると社会が変わるといふ法則通りです。

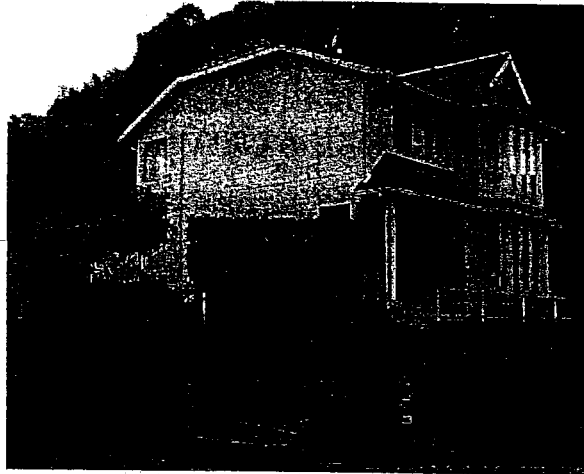
挑戦!

ニュートリアル

パソコンメールや電子カルテ等を活用し、リアルタイムで診療情報を共有。地域で支える在宅医療システムの構築を!



中野一司 院長
(医療法人ナカノ会 理事長)



医療法人ナカノ会 ナカノ在宅医療クリニック

鹿児島県鹿児島市伊敷台6丁目27-11

在宅医療の普及と人材育成のために、独自のノウハウを全てオープンに——病院での回診とはまるで違う診察風景があります。患者さんが患者さんの生活の中にとりこまれて先生が入っていられることが新鮮でした。愛犬が傍にいたり、庭を自慢されたりと、患者さんはリラックスされている様子が感じました。実感として在宅医療の利点を知ることが出来たと思います。(大学医学部6年生)

——在宅医療というものが、病気を治す病院・クリニックの医療を自宅に持ってきたものではなく、病気を予防し、死という自然現象を、家族を含め(患者さんに)受容していただき、いかに現在を楽しく、充実した時間にするものであるかということが分かったと思います。医療サイドの密な連携があり、家族と良好な関係が保てて初めてできることでありそれぞれのバックアップ、信頼関係は非常に大切だと思いました。(病院初期研修医)

これはナカノ在宅医療クリニックの見学者や医学部実習生が綴った在宅医療体験記のほ

んの一部を抜粋したものです。当クリニックのホームページの中でこのような感想文をたくさん読むことができます。

ナカノ在宅医療クリニックは、ITを活用したネットワーク型の在宅医療を展開するクリニックとして、在宅医療・介護の世界では全国的にも知られる存在です。ここでは積極的に見学者等の受け入れを行って、在宅医療を志向する医師・看護師から事務職員、さらには報道関係者まで、全国から多くの方が訪れます。

独自にゼロから創りあげたシステムのノウハウを惜しげもなく披露するのは、「在宅医療の普及と人材育成のため」と言い切る中野一司院長、特に「医師の意識改革の一助となれたら」との思いがあるといいます。

その甲斐あって今年4月からは鹿児島大学医学部6年生の実習も始まり、冒頭にあるように医学部学生の意識改革にもかなりの影響を与え始めているようです。

私たち取材班も例外ではありません。近年の医療制度改革の柱が地域連携と在宅医療にあ

るということは頭で分かっているけど、果たしてどこまで実現できるのかという疑念がありました。しかしながら、実際に同クリニックが行う在宅医療の現場取材の中で、厚生労働省が理想として思い描くそのままのシステムが、すでに何年も前からこの鹿児島島の地で構築されているのを目の当たりにし、既成概念にとらわれてはいけなとあらためて思い知らされた次第です。

そんな訳で、今回、中野院長に同行し、まる1日の密着取材を許していただいたことに報いるべく、私たち取材班2名が見たナカノ在宅医療クリニックの在りのまを何とかお伝えできればと思っています。

□ 電子カルテとパソコンメールを活用した「チーム診療」を实践

同行取材の話を進める前に、もう少し医療法人ナカノ会についての全体像をお話しましょう。

ナカノ在宅医療クリニックは、平成11年9月に開業し、今年で10年目を迎えます。

開業前の5年間、鹿児島大学病院の検査部に所属し、3つの検査部内システムを立ち上げるなど病院のIT化の強力な推進者であった中野院長は、在宅医療・介護の現場で新しいシステム構築を成し遂げたいという大きな夢を胸に、在宅医療を専門に行うクリニックを立ち上げたといいます。平成15年10月には法人化を果たし、その翌年11月には、訪問看護ステーションと居宅介護支援事務所を開設するなど、着実に進化を続け、現在に至っています。

ナカノ会は、鹿児島市北部の「伊敷ニュータウン」の入り口付近に位置し、およそ半径10km以内、車で30分以内を訪問範囲としています。外観は普通の民家のように見えます。クリニックのドアから院内へ一歩進むと、外観と同様に内部も普通の民家とほとんど変わりありません。隣接のナカノ訪問看護ステーションも同様です。違いは、天井に設置されている照明設

備が他のクリニックと同様の明るさを確保しているくらいのもので、「クリニックは、医局や当直室のようなものです」と中野院長。その外見には全くこだわりがありません。ナカノ会のスタッフは、現在、クリニックに院長含め医師5名（常勤1名、非常勤4名）と事務職6名を配し、ステーション等には、看護師10名に保健師、理学療法士が1名ずつ（うちケアマネジャーの有資格者5名）が在籍し、約160名の在宅患者の療養生活を支えています。

開業以来、「完全なチーム診療（共同診療体制）」を目指してきたという中野院長は、こう語ります。

「ナカノ会では、スタッフ全員に軽量のモバイルパソコンを配備し、訪問先などで必要があればいつでも電子カルテ（ダイナミクス）の閲覧やスタッフ間のメール配信による情報交換が可能です。これに携帯電話を加え、1日の流れの中で、それぞれが連携し効率的な業務分担の体制づくりを進めてきました。

平成18年の3月から常勤医3名体制になり、ようやく本格的なチーム診療に着手できましたが、H19年の9月から再度常勤一人体制に戻っております（常勤医1人退職のため）。最近では、複数の医師を配した在宅療養支援診療所も増えてきましたが、そのほとんどは担当医制のようです。当クリニックでは、担当医を決めず、複数医が参加する完全なチーム診療体制を再度追求していきたいと考えています。そのためにはナカノ会オリジナルの在宅医療のクリティカルパスを完成させたいとも考えています。もしこれが完成すれば、1つの診療所だけに留まらず、診診連携のためにも有効なツールになる可能性があります。当クリニックだけでなく、全国の先進的な在宅療養支援診療所と連携し、電子カルテのダイナミクスがユーザーの手で進化し続けているように、ネット上で進化させて行ければとも思っています。」

中野院長は開業当初からダイナミクスを採用し、その機能を進化させてきた一人で、同ソ

フトの在宅医療部分の開発にも関わられてこられたそうです。在宅医療クリティカルパスにも期待がかかります。

また、平成18年11月に中野院長が立ち上げたメーリングリスト「在宅ケアネット鹿児島ML」が今、凄いことになっているそうです。

もともとは鹿児島市内の医療・介護・福祉、それに行政や教育機関の関係者のための連携ツールのつもりだったそうですが、全国有数の在宅医療関係者が次々と参加し、現在では約700名の登録があるとのこと。しかもそこで日夜繰り広げられる議論はすばらしく、「日本の医療・介護そのものを変革するパワーを有してきた」とうれい誤算に院長は目を細めます。誰でも入会できますので、興味のある方は下記のURLをご覧ください。

在宅ケアネット鹿児島ML

<http://www.l3.ocn.ne.jp/~nazic/carenet.html>



■朝のミーティング風景と車の中の中野院長。…院長以下スタッフ全員、パソコンでこまめに情報共有を果たしている。

訪問診療に密着取材。…ナカノ会のある1日を追って

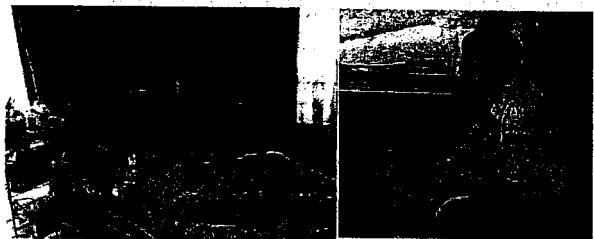
さて、いよいよ同行取材について話を進めます。朝8時半、ナカノ訪問看護ステーション内で行われるクリニック、ステーション合同のカンファレンスから1日が始まります。ここでは、皆さんパソコンを開き、メールと電子カルテを参照しながら、本日の訪問スケジュールと病状の確認や診療方針について意見交換が行われていました。特に印象深かったのは、ただの申し送りではなく、スタッフ全員が活発に議論する姿です。皆さんの表情は、明るくしかも真剣

です。この場にいるだけでも、チーム医療のレベルの高さを実感します。

30分かけてのミーティングが終了すると、クリニックに帰って訪問診療の準備が開始されます。訪問診療は、医師と看護師のペアに、専属ドライバーが加わり3名でチームを組んで行います。通常2チームに分かれ、それぞれに10軒から15軒の居宅を回ります。

さっそく中野院長のチームに同行させていただき、出発しました。

車に乗り込むやいなや、院長の携帯電話に患者の家族の方から臨時に訪問依頼が入りました。院長は速やかにスケジュールを調整し、午後の訪問診療への追加を指示します。車中はまるで移動オフィスです。その日は入院先の検討や他の訪問看護ステーションへの訪問依頼などもあり、次々に案件を処理していきます。



■訪問診療の様子。…院長の気さくな人柄に触れ、和やかな会話が交わされる。

「スタッフ全員が患者さんの情報をリアルタイムで共有しています。何か変化があるとすぐにメールや携帯電話で対応策を検討でき、すばしい指示も可能となります。このように全職員が常に全ての患者さんの状態を把握しているということは、在宅医療をチームで行う際に最も大切なポイントになります。」と院長。

そのためには、安価で使い易いという観点から、通常のメールソフトを情報共有のツールに採用したとのことでした。

流れはこうです。中野院長はまず、患者さんやご家族との和やかな会話の中から、病状などを聞き取りつつ、ベッドの傍らに座り、おもむろにパソコンを開きます。看護師はバイタルチェックや必要な処置を行いながら、口頭でその

日の患者さんの状態を院長に伝えます。それをメールソフトにその場で入力し、クリニックにいる事務職員にメール送信します。訪問診療中の電子カルテはあくまでもデータ参照用で、直接入力はしません。投薬では、定期的な処方内容を記載した処方せんを予め用意しておき、変更する薬剤のみ訂正して発行するといった工夫もなされています。必要があれば、訪問看護ステーションへの指示書や他の医療機関への紹介状といった文書類もメールで事務職員に指示します。訪問診療を終えて帰るころには、電子カルテ等への転記も終わっていますので、後はその確認作業をするだけです。

この辺りのノウハウは、過去9年間の歩みの中で進化し現在の形になったそうで、これからもまだまだ進化し続けるに違いありません。

さて、在宅システムの話の次は、実際の患者さんのお宅に訪問して感じたことを述べたいと思います。

患者さんやご家族の方には、中野院長から見学の旨お伝えいただき、恐縮しながらお邪魔しましたが、どのお宅からも重たい空気は微塵も感じられず、突然の見知らぬ来訪者である私たちを皆さん快く迎え入れてくださいました。その中でも特に印象深かったエピソードを2つほど紹介します。

数年前にご主人を亡くされ、独居となってしまわれた、あるご高齢の患者さんは、私たちに對して「中野先生のおかげで主人を自宅で看取ることができ、とても感謝しています。今は主人に代って私が先生のお世話になっています。めったに夜中に電話したりはしませんが、24時間いつでも連絡がとれるという安心感が支えになっています。」と話され、中野院長に全幅の信頼を寄せています。

また、あるお宅では、奥様がご主人の介護を続けて5年になるとのこと。ご自宅でご主人に寄り添いゆっくと過ごす毎日、お二人にとって何物にも代え難い、大切な時間にちがいません。奥様は突然病に倒れたご主人に付き

添い、急性期から慢性期の入院を経て在宅介護に踏み切るまでの手記をまとめ、地元出版社から本を出されたそうです。文中には、もちろん中野院長も登場しています。この本が評判になり、現在は南日本新聞にも手記が連載されているそうです。

「在宅医療は予防医学的な役割が大きく、患者さんだけではなく、家族の方からの情報が何より大切です。そのためには、日頃から何でも相談していただけるような関係作りが必要です。」と語る院長、患者さんやご家族の方との信頼関係の強さを肌で感じた同行取材でした。

「第11回日本在宅医学会大会」が鹿児島で開催(2009/2/28~3/1)に!

午後3時前には無事訪問診療を終え、クリニックに戻りましたが、最後は院内で、今後の展開など、道中で聞けなかった話を聞かせていただきました。

「実は、来年の2月28日・3月1日の2日間、第11回日本在宅医学会大会を鹿児島で開催します。私が大会長を務めさせて頂き、『多職種連携』がメインテーマです。多職種連携で行う褥瘡治療や栄養管理(NST)、口腔ケアなど内容は盛り沢山です。ぜひ全国から在宅に携わる多職種の皆様に参加していただきたいと考えています。」

平成18年度の診療報酬改定で制度化した「在宅療養支援診療所」に引き続き、今年(平成20年度)の改定では、入院患者の退院支援から在宅まで、その状況に応じ実施される多職種共同のカンファレンスを評価した様々な診療報酬点数が創設されるなど、医療機能の分化・連携を促すような改定となりました。まさに在宅医療普及の年、ひょっとしたら、薩摩からの医療革命(平成維新)はもう始まっているのかもしれない。<K.K./K.M.>

第11回日本在宅医学会大会のホームページ

<http://www.procomu.jp/zaitaku2009/>

多職種連携で機能する地域連携ネットワーク型在宅医療
―時代の最先端医療としての在宅医療

医療法人ナカノ会 理事長

ナカノ在宅医療クリニック 院長

鹿児島大学医学部 臨床教授

一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 IT・コミュニケーション局長

中野 一司

E-mail: nakano@nakanozaitaku.or.jp

ホームページ: <http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/index.html>

(要訳)

超高齢社会を迎え、医療システム全体（医療、介護システム）が、“キュア”主体の医療システムから、“ケア”主体の医療システムへの転換を求められている。現在進行中の医療崩壊は、見方を変えると医療再編（再生）のプロセスとも捕らえることができる。医療再編の行き着く先は、1）急性期病院の集約化（スリム化、機能強化）と、2）在宅医療（地域で展開される医療+介護）の普及と考える。そしてこれらスリム・機能強化された急性期病院と、普及していく在宅医療は、相補的に相協力しながら地域の医療を支えていくであろう。

在宅医療において、多職種連携で機能するチーム医療が重要である。また、疾患のみにとらわれず、精神面、生活面までトータルにみる“かかりつけ医”（総合医、プライマリ・ケア医）が必要である。

1、はじめに―“時代の最先端医療”としての在宅医療

近年、医療崩壊が叫ばれている。その原因として、大学の独立法人化、臨床研修義務化、病院医療から在宅医療への政策誘導など、国が制度をいじるから、医局や地域医療が崩壊する（だから臨床研修義務化を中止せよ）という議論がある。

おそらく、国が政策誘導するから医療システムが崩壊するのではなく、超高齢社会を迎え、疾患構造が急性期疾患から慢性期疾患へ変化して（表1）、現在の病院医療を中心とした医療システムでは現状（超高齢社会）に対応できなくなってしまうため、医療システム自体が崩壊しているのだ、と考える（1）。

超高齢社会を迎え、増えているのは病人ではなく（慢性疾患を抱える高齢）障害者である。旧来の病院を中心とした医療システムは病人を対象としたもので、障害者への対応は想定していない。即ち、医療システム自体が全体的にシステム疲労を起こして、国民のニーズに対応できなくなっている。だから、現行の医療システム自体が崩壊しているのだと考える。

障害者に対応した医療システムは、在宅（地域）での療養生活を支える介護と在宅医療で、病院医療から在宅医療へのパラダイムシフトが必要な理由である。また、大きく医療全体が、キュアからケアへのパラダイムシフトを必要としている（表2）。

このような時代の流れから、在宅医療は“時代の最先端医療”である、と言える。また、これらの一連の医療崩壊、医療再生に伴うキーパーソンは、総合的に人間を診ることのできる、かかりつけ医（総合医）、と考える。

2、キュアとケアの定義（村田理論から（2））

筆者は、2008年の8月から9月にかけて、京都ノートルダム女子大学の村田久行教授のスピリチュアル・ケアのセミナーを4.5時間×3日間、受講する機会を得た。本セミナーを受講して、筆者自身、思考をキュアからケアへ転換することで、その後の日常診療が非常に楽になった。本稿では、村田教授のキュアとケアの定義から、苦しみの構造や、キュアとケアの考え方につき解説し、現在進行中の医療崩壊（再生）や在宅医療の意味について述べてみたい。

村田理論はきわめてシンプルで、苦しみの構造は、その人の①客観的状況、と②主観的な思い・願い・価値観のズレから生じるとする（図1）。例えば、①は、末期癌であって、なかなか治療が難しいというような、患者の客観的状況である。②は、癌が治って、またもつのように職場復帰したいという、患者の主観的な思い・願い・価値観である。末期癌であるだけに、①②のズレが大きく、①②のズレが大きいくほど、苦しみは大きくなる。

この苦しみをとる（①②のズレを少なくする）方法（アプローチ）が2つある。1つの方法は、手術やお薬によって末期癌の状況を改善することで、患者の①客観的状況を改善して、①②のズレを少なくして、患者の苦しみを緩和する方法である。薬や手術や努力などで、患者の①客観的状況を改善する方法を、キュアと定義する。

しかし、末期癌の場合、もはやキュアが難しいので、末期癌なのである。我々医師は、キュアのプロとして、日夜教育を受け、日常診療に当たっている。だから、治療困難な末期癌患者に遭遇すれば、“What can not be cured must be endured（キュアできないことは、耐えるより仕方ない）”という心理状態に追い込まれる。本当に耐えるしかないのだろうか？村田理論では、①客観的状況の修正（キュア）が困難な場合でも、患者の②主観的な思い・願い・価値観が変わるのを支える支援をしていくことで、①②のズレを少なくして、苦しみを和らげる方法があり、これをケアと定義する。例えば、末期癌であっても、今すぐ死ぬわけではないので、残された命を楽しもう、という感じで、考え方を変えていく（変わるのは患者自身）のを支援しようとするアプローチである。だから、“What can not be cured must be cared（キュアできぬときは、ケアで対応すべき）”ということになる。

また、たとえば、（図2）において、黒に注目すれば向き合ったヒトの顔が2つ見えるが、白に注目すれば杯に見える。このように同じものでも、意識の志向性を変化させる（見方を変える）ことで、全く別なものが現れて（見えて）くる。このように、人間の関係性を利用して、患者自身の意識の志向性を変え、患者の②主観的な思い・願い・価値観が変わるのを支援（変わるのは患者自身）するアプローチを、ケアと定義する。

3 キュアとケアの定義に基づく、病院医療と在宅医療の違い

病院は、病気を検査し、治療するところで、基本的にキュア（治療）が実践される“場”である。これに対し、在宅（地域）では、病気は生活（生命）の一部であって、病気があっても必ずしも検査や治療が優先されるわけではない。病気があっても、検査や治療をしないという選択肢もあり得、これが“看取り”に結びつく。在宅では、基本的にケア（患者がどうしたいのかを医療的に支援していくアプローチ）での対応が優先される。勿論、病院でもケアは実践されるべきだし、在宅でもキュアは実践されている。在宅で、ケアでフォロー（訪問診療）しながら、キュアの介入（往診）のタイミングをモニタリングしているのが、我々在宅主治医の仕事である、ともいえる。

病院医療＝キュア主体、在宅医療＝ケア主体であって、病院医療＝キュア、在宅医療＝ケアではない。したがって、病院医療でもケアを実践することは可能であるし、実践されるべき側面もあるが、在宅医療に比べ病院医療ではケアが実践されにくいのは、“場”の違いに起因する。病院は医療者のホームグラウンド、在宅は患者のホームグラウンド（医療者にとってはアウェイの医療を展開する“場”）という“場”の違いがある。だから、医療者は在宅医療を、患者（市

民)は病院医療を学ぶ必要があると考える(医療者、市民の相互理解のために)。そうすれば、(医療崩壊の一因と言われる)モンスターペイシエント(医療者-市民の相互のコミュニケーション不足に起因して現れる)も少なくなるのではないかと考える。

病院医療と在宅医療はどちらがよいか?ということではなく、病院で提供される医療と在宅(地域)で提供される医療の違いをうまく活用することが重要と考える。そして、この2つの形態の医療は、あい争うのではなく、お互い相補い合う(相補的な)関係で成立する医療形態で、今後は、そのような(病院医療と相補的に機能する)形で在宅医療が地域に普及していくのだと考える。

医療崩壊に伴う医療再生のプロセスは、1)急性期病院の集約化、と2)在宅医療の地域への普及、と考える。そして、多職種を絡めた、急性期医療と在宅医療の連携が、今後大きく我が国の医療システムを変えて行くと考え。

4、医療法人ナカノ会

1999年9月、筆者らは、医師1人、保健師1人、事務1人の3名で、ナカノ在宅医療クリニック(個人)を開業した。当時筆者は、在宅医療がやりたくて(名前だけは日本初の)在宅医療クリニックを立ち上げたわけではない。在宅医療の“システム”を作りたくて、開業した。当時も、訪問看護やホームヘルパー、訪問入浴サービス、介護施設、調剤薬局、病院などの社会資源は存在したが、それらのサービスは、バラバラに提供されていた。介護保険施行6ヶ月前の時期である。今後、在宅医療では、これら個々の社会資源が有機的につながり、多職種連携で機能する地域連携ネットワーク型在宅医療システムが必要と考え、これらのシステムを鹿児島市に構築するために、ナカノ在宅医療クリニックを開業した。表3は、開業に当たったの当クリニック開設理念である。

現在までに、多くの医療・介護福祉施設と連携してきたが、私たちにとっては地域の訪問看護ステーションは、地域病院(鹿児島市)におけるナースステーション、居宅介護支援事業所は地域連携室、後方支援病院は地域病院のICU(集中治療室)、ナカノ在宅医療クリニックは医局兼当直室と考え(表3、図3参照)、そのためのシステム作りに邁進してきた。

3名で始めたナカノ在宅医療クリニックは、2003年10月には医療法人ナカノ会となり、2004年の11月にはナカノ在宅医療クリニックの看護部門を独立させ、ナカノ訪問看護ステーション、ナカノ居宅介護支援事業所を併設するに至った。現在のスタッフは、医師5名(常勤2名、非常勤3名)、看護師11名(常勤11名)、事務6名(常勤6名)、理学療法士1人、作業療法士1人、運転手3名(非常勤3名)の総勢27名で、在宅患者数は約158名(9年半目の2009年3月現在で延べ約593名)である。今までに182名(うち110名が末期癌の患者)をご自宅で看取った。在宅看取り率は、約40%(癌末期患者では約90%以上)である。

在宅医療は、地域社会資源を基盤においた多職種が連携するチーム医療である。チーム医療の質を上げるための条件は、①良質な連携システムの構築(ICT: Information and Communication Technologyを利用して、連携のコストを安くする)、②各参加メンバー(参加施設)のクオリティーを上げる(教育環境の整備)、の2点が重要であり、これまでICTをフル活用して、良質な地域医療システムの構築と、教育環境の整備に努力してきた。

5、ICTのフル活用。

鹿児島市内に、以上のような多職種連携で機能する地域連携ネットワーク型在宅医療システムを構築することが、開業当初からの筆者の目的であったが、そのための手段としてICTのフル活用にチャレンジしてきた。現在までに、電子カルテ(ダイナミクス+RS_Base)を導入し、完全ペーパーレス化を実現した(看護記録も電子カルテで看護師が直接入力し、法人内で医療

情報を共有)。現在、(運転士を除く)スタッフ全員 24 名が、電子カルテを使え、法人内メーリングリストを活用できる環境にある。

もちろん、ここに至るまでには、一定の教育期間を必要とした(スタッフ全員でお互い学ぶ環境の構築)。診療録、訪問看護記録が、一覧できれば、患者状況が良く分かり、チーム医療としての診療のレベルは格段に向上すると考えたからである(もっとも情報の共有化によるチーム医療の実践と、医療の質の向上が、電子カルテ導入の大きな目的の一つであることは、いうまでもないが)。

集金は銀行引き落とし、支払いはネットバンキングを活用している。法人内では、スタッフ全員が法人内メーリングリストでの情報共有化を図り、完全週休 2 日、年休完全消化を実現し、残業なしの職場環境を目指している。個人的には完全週休 2 日であるが、法人全体としては年中無休、24 時間対応であることはいまでもない。このシステムを構築・運用するに、携帯電話、Eメールを有効利用しているため、携帯電話は全スタッフ 24 時間対応であるが、緊急以外は使用しない。また、Eメールで済む用事は Eメールを使用する約束である。車、携帯電話、パソコンが、当クリニックの“3種の神器”である。

以上のように、現在までに法人内の ICT 化により業務の効率化を図り、経営状態を良くすることに成功してきた。当法人では、「一生懸命働かず、賢く働こう」を合言葉にしている。皆で知恵を出し合い、楽しんで、仕事の質を高めることに知恵を絞り、しっかり勉強して自分の仕事の価値を高め、医療法人ナカノ会全体の価値を高めて、自らの収益を増やし、快適な仕事の環境が構築できるように、スタッフ全員で、経営努力している。

6、教育環境の整備

法人内スタッフの連携や資質のレベルアップという意味では、開設時の理念と目標の一つに法人内外の勉強会の励行をあげている。法人内では、月～土曜日の朝 8 時 30 分～9 時に行っているスタッフミーティングが討論、勉強の場である。ミーティング開始時に前日の患者の情報などを共有するため、スタッフ全員が院内のメーリングリストで情報交換し、朝、必ず法人内メールに目を通して出勤してくる。ミーティングでは医師、看護師、事務のすべてのスタッフが対等であり、互いに見直すべきところを指摘し合い、改善点を検討する毎日である。また、スタッフミーティングの時間を利用して、4 週間に 1 回、連携薬局 3 施設の(訪問)薬剤師を交えての服薬カンファレンスを開催している。

チーム医療や地域のチームケアにとって、あるいは在宅療養を行おうとする患者と家族にとって、ケアカンファレンスがいかに重要であるかは論を待たない。ただ、コスト・パフォーマンスがよくないために開催回数は多くできない。

当法人では患者の退院時、または容態変化時に合わせ、積極的にケアマネジャーに働きかけてケアカンファレンスを開催している。ケアカンファレンスが頻回に開催できるようにするのは、その教育効果を考えるからである。このケアカンファレンスを法人内外の教育活動の一環と考えれば投資する価値はある。2008 年度の診療報酬改訂では、ケアカンファレンスなどの連携に関する報酬が評価された。必要な仕事を創って行けば、お金は後からついてくる。これは、医療法人ナカノ会の大きな経営哲学の一つでもある。

非公式にはあるが、現在までに、医師(研修医、勤務医、開業医)、看護師、ケアマネジャー、医学生、看護学生、教員などの研修を受け入れ、研修者は年間 100 名を超えている。また、2008 年 3 月から、筆者は鹿児島大学医学部の臨床教授に就任し、医療法人ナカノ会は鹿児島大学医学部 6 年生の学生実習施設となり、正式に医学生に在宅医療や訪問看護を教育することとなった。今後、さらに教育環境を整備し、在宅主治医(かかりつけ医)、訪問看護師、ケアマネジャーの育成・研修施設として、在宅医療関係の教育機関(研究研修施設)として進化、機能

することを指している。

7、在宅ケアネット鹿児島

2006（平成18）年11月21日に筆者自ら立ち上げた在宅ケアネット鹿児島 ML (<http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/carenet.html>) では、全国各地から、さらに遠くはボストンやロンドンからの多数の参加者があり、日夜、医療介護問題にとどまらず、政治、経済や歴史、文化、地域づくり、ICT、教育、ジェンダーの問題などについて、活発な議論を展開している。2009年3月現在で参加者は800名を超え、そのうちの約半数が在宅医療に関心のある医師であるが、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、薬剤師、歯科医師のほか、医療教育関係者、行政関係者、一般市民、患者、家族（遺族）の参加もある。特に看護師、一般市民の意見が多いのが大きな特徴である（参加希望者は、中野 nakano@nakanozaitaku.or.jp まで個人メールをいただければ、自由に参加できる）。

今年2月28日～3月1日に鹿児島市で開催された第11回日本在宅医学会の企画、運営は、実行委員会を組織せずに、筆者一人で、本MLを通じて企画、連絡、広報を行うある種の実験であったが、結果的にMLのメンバー全員が実行委員兼演者兼聴衆となり、90の一般演題（ポスター発表）、1,000名の学会参加（例年の倍数）で、大成功に終わった。

8、かかりつけ医の必要性（総合医としてのかかりつけ医）

2009年9月に、在宅医療専門のクリニックであるナカノ在宅医療クリニックを開業して、丸10年が経過する。在宅医療の現場に赴けば、一人の患者が、心臓は循環器内科、骨粗鬆症は整形外科、目薬は眼科と、複数の医療機関を受診していることに気づく。おそらく、自分で通院できる外来医療においては、それ以上の複数医療機関受診がなされていると想像する。また、処方されたお薬が、いかにきちんと内服されていないかにつき、驚かされる（ゴミ箱に処方されたお薬が投げ捨てられている例もめずらしくない）。

複数医受診の弊害は、重複薬剤が存在することや、お互いの医療機関通しの連携不足などが挙げられる。2008年4月からの診療報酬改定では、後期高齢者診療料が新設され、外来診療でも事実上のかかりつけ医制度が設定された。（在宅医療分野では、定期的な訪問診療する医師は原則的に一人で、既に在宅主治医としてかかりつけ医機能が実践されている。）

かかりつけ医の条件としては、1）複数の疾患を診ることができ、心のケアにも対応できる、2）介護計画をつくるケアマネジャーと情報を交換し、往診もする、3）痛みの緩和ケアなど終末期医療にも対応するなどである。

私見として、開業医は、自分の専門ばかり診るのではなく、専門外の疾患もトータルで診たほうが良いと考える。そうでないと、今の医療現場（とくに高齢者に対しては）では、あまり役に立たないと思う。高齢者においては、心臓も悪く、認知症で、骨粗鬆症もあって、眼も耳も悪いという人が多い。これらの悪いところは、病気なのか、障害なのかよく分からなく、従来の専門医療で個別に対応すれば、コストもかかれば効率も上がらないと考える。病気や障害を体ごと（生活面まで含めて）トータルに診る、かかりつけ医が必要な理由である。

医療をキュア主体からケア主体に転換することにより、あらゆる診療科の医師が、かかりつけ医（総合医）として機能できると考える（麻薬の使い方などの若干の教育と経験は必要であるが）。定期的な訪問診療にて予防医学としてケア的手法でかかわる中、キュアの必要性が生じ（急変時など）、自分の専門外と感じたら、専門医を紹介（専門外来受診や入院依頼）すれば良い。これまた、医師間の連携である。

旧来の医学教育システムでは、臓器別専門家のみの育成で、トータルな総合診療能力を身につけるためには、卒後の勉強、研修、経験が必要であった。現行の新臨床研修制度は、これら

総合医育成に対応しているため、今後はかかりつけ医として、総合的に全体的に人間を診る医師（総合医）が増えてくると考える。

9、地域での在宅医療・ケア供給体制

現在、地域（在宅）で供給されている在宅医療・ケア体制を、患者（地域住民）を中心に描いてみる（図4）。慢性期疾患をもつ障害者を、生活面から支えるのはご家族、ホームヘルパー、医療面から支えるのは在宅療養支援診療所である。在宅療養支援診療所は、2006年4月に創設されたが、その要件を（表4）に挙げる。在宅療養支援診療所のパートナーは、地域の訪問看護ステーションである。良質な在宅医療を提供するために、在宅療養支援診療所—訪問看護ステーション間の緊密な連携は必須で、在宅療養支援診療所の要件にも挙げられている。また、様々な医療介護サービスを調整（マネジメント）してくれる居宅介護支援事業所や地域包括支援センターも非常に重要な機関であり、これらと連携することも要件に含まれる。また、慢性期疾患の患者が治療を必要とする状態になったとき（急変時）には、病院医療が必要である。急性期患者の受け入れ病院が後方支援病院で、地域の急性期病院がこの機能を担う。後方支援病院を確保することも、在宅療養支援診療所の要件の一つである（表4）。

現在、グループホームや小規模多機能施設、高齢者賃貸住宅、有料老人ホームへの在宅医療が適応とされているが、今後 特別養護老人ホーム（特養）での在宅医療が全面解禁されれば（現在は末期がん患者にのみ適応）、病院医療から在宅医療へのパラダイムシフトは一気に加速するものと思われる。

10、おわりに—医療再生のプログラム

現在問題になっている医療崩壊は、ある意味医療再生のプロセスとも捉えることができる。今後、1）急性期病院の集約化、と2）在宅医療の普及の2極に集約していくと考える。そして、これら急性期医療と在宅医療は相補的にお互い協力しあう関係になるであろう。

今後の予想される展開を、（図5）に示してみた。大胆に予測してみよう。今後、病院（療養型病床群を含む）のベッド数は3分の1に削減されるとして（現在の日本の病院ベッド数は欧米の約3倍）、スタッフの3分の2が病院に残れば、スタッフ数は実質2倍になる。この余力で、救急患者の受け入れや、医療スタッフの教育環境の整備が可能となる。今後、病院は、このような良質環境の急性期病院（マグネットホスピタル）に集約化されてくると考える。医療スタッフの残りの3分の1は在宅に赴くことになり、地域の開業医、勤務医として、地域のケアマネジャーや訪問看護師、薬剤師、歯科医師、ホームヘルパーと多職種連携して、在宅（地域）での慢性期医療（在宅医療、ケア、総合外来）を支えていくことになるだろう。

これらの一連の動きは、旧来の病院医療の立場から見れば“医療崩壊”でも、在宅医療を展開する立場から見れば“医療再生”である。

（参考文献）

- (1) 中野一司：「在宅医療とかかりつけ医」。治療、5.2008.p1826-1830
- (2) 村田久行：「改訂増補 ケアの思想と対人援助」。川島書店、1998年

(表1) 時代の変遷に伴う疾病構造の変化

		第2次大戦前	戦後まもない頃	現在
死亡率	1位	感染症(肺結核)	脳出血(高血圧症)	悪性新生物(癌)
	2位			脳卒中(脳梗塞)
	3位			心疾患(心筋梗塞)
医療環境の変化		抗生物質の発見	食生活の向上 医学の進歩 衛生環境の向	慢性疾患の増加 超高齢社会
平均寿命		50-60歳	60-70歳	80歳

(表2) 医療(治療)から介護(生活支援)へのパラダイムシフト

	以前	超高齢社会
疾患対象者	若年者	高齢者
疾患	急性期疾患	慢性期疾患
傷害の種類	疾患(治療できる)	障害(治療できない)
機能障害、後遺症	なし	あり
必要な対応	病院医療 (急性期医療) (治療医学) 治療(キユア)	在宅医療 (慢性期医療) (予防医学) 介護(ケア、生活支援)

(表3) ナカノ在宅医療クリニックの開設理念と目標

(1999年9月、2003年8月一部改正。)

- 1) 訪問診療を主な業務とする。
- 2) 単なるクリニックではなく、本格的なケアマネジメント業務も起業する。
- 3) ツールとしてICT（電子カルテ・Eメール・インターネット、携帯電話等）をフル活用する。
- 4) 地域では、競争ではなく共生を目指す。各機関と良好な関係を結ぶことで、お互いの利益向上を図るとともに、医療全体の質を高め、地域医療の向上に貢献する。
- 5) 病診連携・診診連携のほか、訪問看護ステーション・ヘルパーステーション等との連携とその交通整理を推進し、これらの要となるべきシステムを構築する。単にペーパー（紹介状や報告書）のみの情報交換ではなく、実際に現場や施設へ行き交渉する。
- 6) 医師会活動（各種勉強会、医師会訪問看護ステーション、医師会検査センターなど）と連携し、地域医療の向上を図る。
- 7) ケアカンファレンスの実施。
- 8) 在宅医療の知的集団を形成し、企画・教育・広報などの業務ができる専門家を養成する。
- 9) クリニック内外の勉強会を励行する。
- 10) 在宅医療の教育機関として機能する。

(表4) 在宅療養支援診療所の要件

1. 保険医療機関たる診療所であること
2. 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していること
3. 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること
4. 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること
5. 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
6. 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
7. 当該診療所における在宅看取り数を報告すること

苦しみの構造

①客観的な状況

キユア

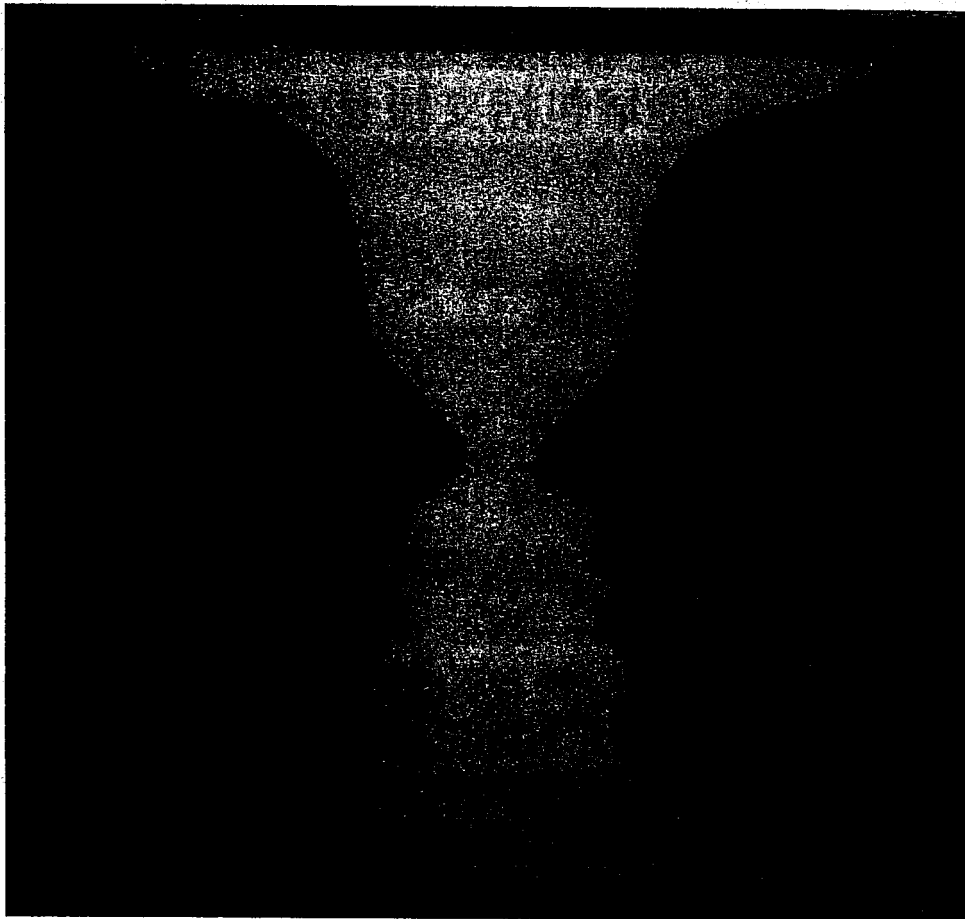


ズレ=苦しみ

②主観的な想い・願い・価値観

ケア

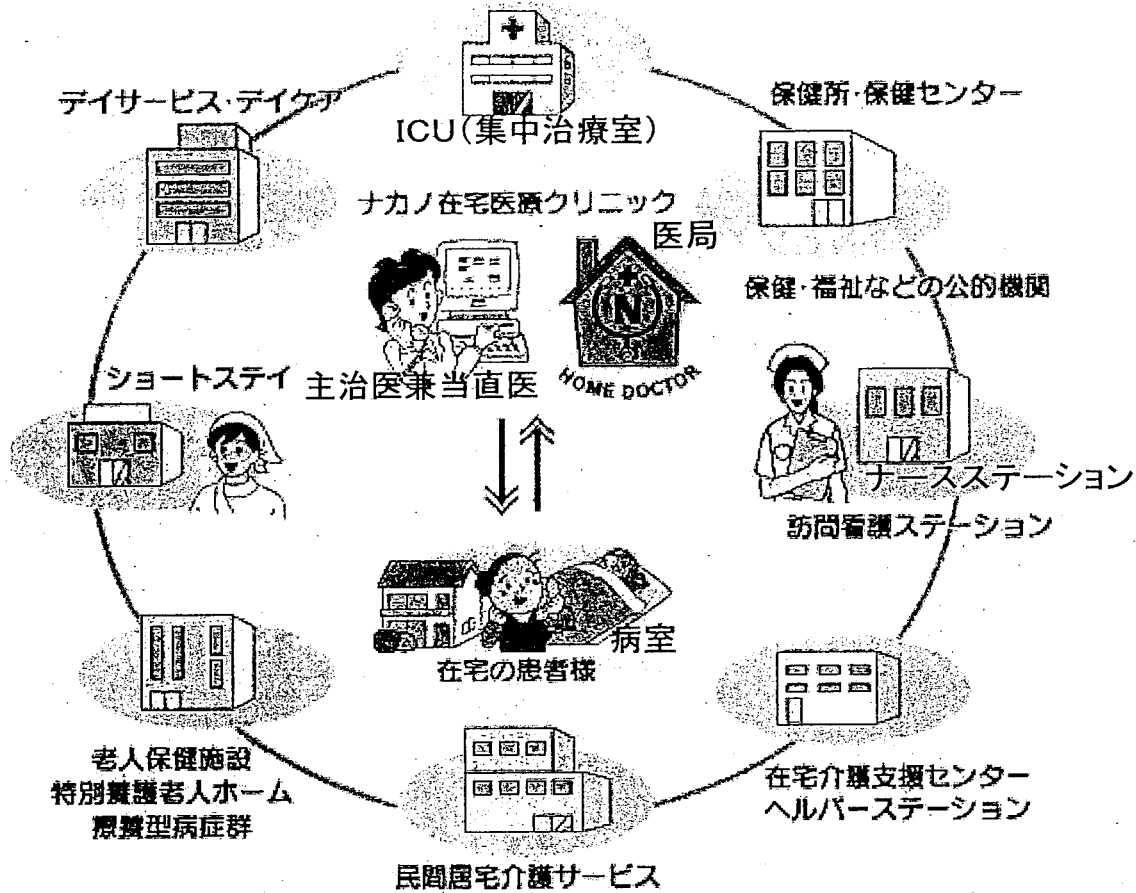
出典:京都ノートルダム女子大学 村田久行教授



在宅支援体制 (ネットワーク)

鹿児島市
病院

後方支援病院



**居宅介護支援事業所
地域包括支援センター**

後方支援病院

在宅療養
支援診療所

訪問看護
ステーション



患者様

グループホーム
高齢者賃貸住宅
有料老人ホーム
特養(??)

ホームヘルパー
ステーション



医療崩壊

急性期病院
看護基準
EPC

(救命救急センター
ICR機能を有した総合病院
専門治療に特化した急性期病院
→マグネットホスピタル)

総合医

専門医

療養型病床群

(有料老人ホーム
高齢者賃貸アパート
グループホームなど)

開業医 家庭医+在宅医療 →

専門医

総合医

医療再生

在宅医療とチーム医療

社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
事務局長 太田秀樹

在宅は病棟が地域に

- 医局＝在宅療養支援診療所
- ナースステーション＝訪問看護ステーション
- 病棟廊下＝道路・路地
- 薬局＝保険薬局(調剤薬局)
- デイルーム＝デイサービス・デイケアサービス
- リハビリ室＝通所リハ施設

病院と同質の医療提供を目指す

24時間在宅医療の構成要素

- 訪問看護 訪問診療(医科・歯科)
- 薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士等の訪問
- 在宅療養支援病床 病棟の確保
- 各種介護保険サービスと協調
- 療養環境整備 バリアフリー

2

在宅医療適応の3条件

- 介護力 (社会的・家族的)
- 看護力 (訪問看護)
- 療養環境(ICF:環境因子明記)

病態・状態像ではない

胃瘻・人工呼吸器管理の重症小児在宅可

本人の希望＝家族の情熱・愛情

3

往診と訪問診療

- 往診: 患者・家族の依頼 急性期医療
(緊急往診 臨時往診)
- 訪問診療: 病棟回診と同義 病態観察
(定期往診)
- 標準的在宅医療
訪問看護師にファーストコール
(看護評価・診断で対応＝病棟同様)

4

訪問看護の機能と役割 (電話 訪問)

- 服薬相談、残薬整理、処方日調整、服薬指導、誤薬チェック・調整
(10月のA訪問看護ST訪問件数451件、薬関連指導対応153件)
- 病状変化 (発熱、転倒・外傷、下痢、便秘) に対応
- バルン・ストマ・点滴(ポート含む)トラブル
- 褥創処置
- 心不全、感染症、急性腹症 医師の指示に従い対応
- 臨時往診の依頼 (高い水準の看護診断 在宅トリアージュ 救急車要請)
- 家族へのケア指導 精神的支援
- 療養環境整備助言
- 死後の処置 グリーフケア(悲嘆ケア)

医師の諜報部員 患者・家族の弁護士

5

医師の役割

- 訪問診療 緊急往診 死亡診断
(対象者200件 時間外往診 10件/月)
- 訪問看護師への指示 口頭・書面
- ケア会議出席・ケアマネ面会
- 主治医意見書記載
- 各種・指示書記載(訪問看護 服薬指導等)
- 多職種連携 ケアチームの一員として

6

急性期・外傷に在宅で対応

- 発熱 (肺炎・尿路感染・胆のう炎)
化学療法 酸素療法 補液
- ガン末期 緩和ケア 麻薬管理
- 栄養管理 PEG(胃瘻) ポート(IVH)
- 小外科処置・骨折保存療法
- 人工呼吸器管理

7

家族の役割 介護職の協力

- 軟膏処置
- 座薬の挿入 服薬援助
- たんの吸引
- 褥創処置(創処置)
- 浣腸(摘便)
- 経管栄養注入 食事介助
- 自己注射 患者の手に添えて支援
- バイタルサイン (BP/BT/SpO₂)

8

国民の期待 病院よりも家

9月11日 日経新聞(交遊抄:水田邦雄)

「在宅ケアだとがん患者はがんで亡くなる」
病院では治療の副作用で……

11月3日 読売新聞(67歳 介護者)

「病院にずっといたら夫はきっと寝たきりになっ
ていたと思います」

9

病気は家でなおす(佐藤智医師) 医療のパラダイム・シフト

- Cure ⇔ Care
- 急性期 ⇔ 終末期
- 根治 ⇔ 緩和
- 長寿 ⇔ 天寿
- 臓器 ⇔ 人間
- EBM ⇔ NBM
- Date ⇔ QOL
- 専門医 ⇔ 総合医
- 病院 ⇔ 地域

10

急性期病棟との連携

- 術後管理を在宅で継続
 - 全身管理を在宅で徹底
- 急変ではない 予想された経過である

入院日数 1/2 ⇒ 病床 2倍

入院患者数 1/2 ⇒ 病床 2倍

在宅医療の充実 病床 4倍？

11

縦の連携 同職種間連携

- 病院医師から在宅医へ
- 病棟看護師から訪問看護師へ

薬の情報も

病棟薬剤師から保険薬局へ

在宅医師と訪問看護師は両輪
薬剤師と歯科医師と四輪駆動

12

在宅医療はナーシング

- コミュニティーは、ナースがエンパワーメントできるフィールド
- 在宅医療は医療再生の入り口

雪が解けると

春がくる⇒在宅医療(生活上位概念)

水になる⇒病院医療(生活視点欠落)

13

ではどうするか

- 制度 システム(例 がん拠点病院同様)

病院側が診療所(在宅療養支援診療所)と契約して地域の受け皿整備
診療所側が、病院にバックベッドをお願いにすることに違和感
二人主治医制(病院・地域)
病院外来に条件

- 診療報酬

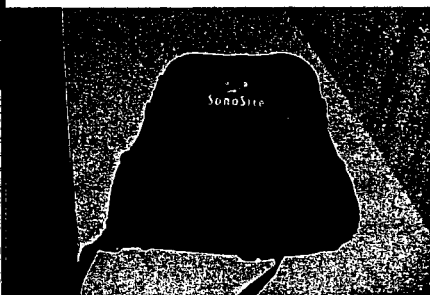
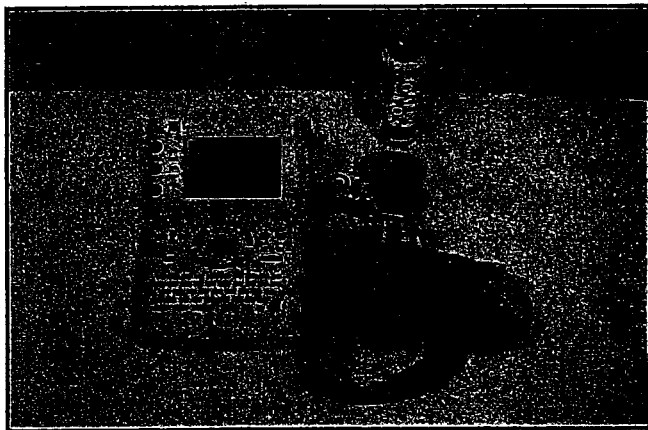
病院の地域連携をさらに評価 傾斜

- 意識・マインド

病院医師 在宅医療への偏見・誤解の払拭

14

写真①



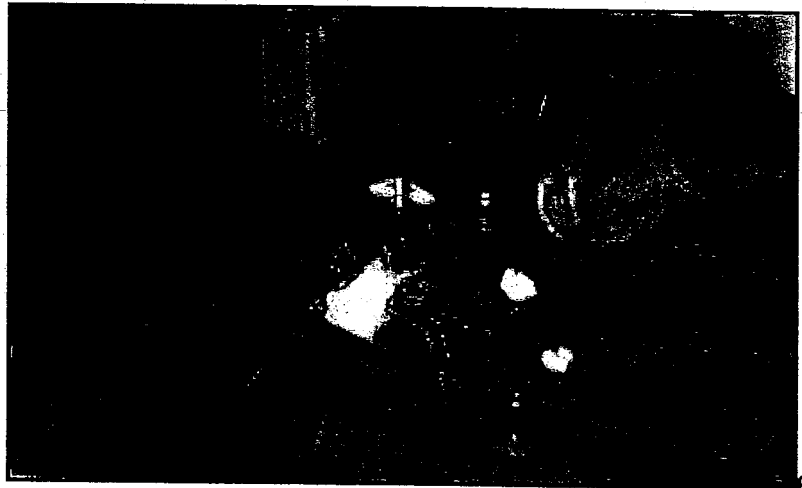
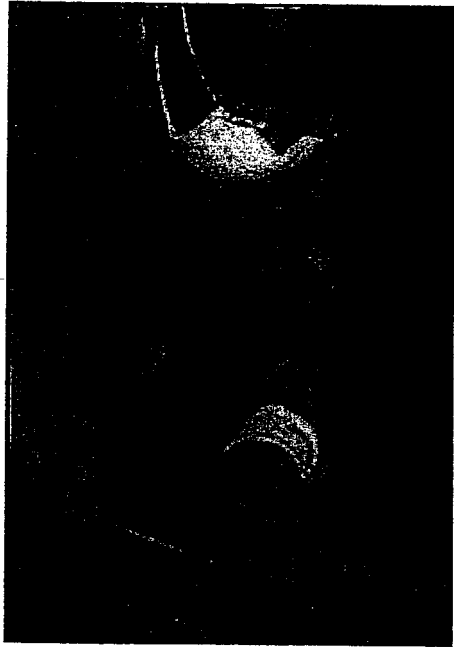
ポータブルエコー



ポータブルレントゲン

15

写真②



16

写真③



17

写真④



認知症高齢者 転等による外傷 自宅での縫合処置

HOT(在宅酸素療法継続中患者の通院の困難性)

写真⑤



画像診断精度が高い

在宅医療における チーム医療の実際 ～訪問看護の現場から～

(株)ケアーズ

白十字訪問看護ステーション

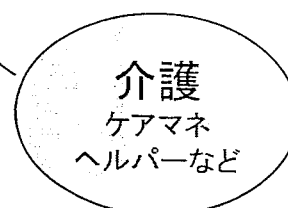
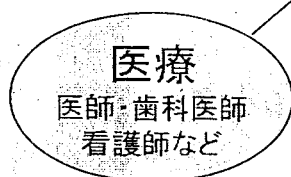
統括所長 秋山 正子

在宅医療・在宅療養

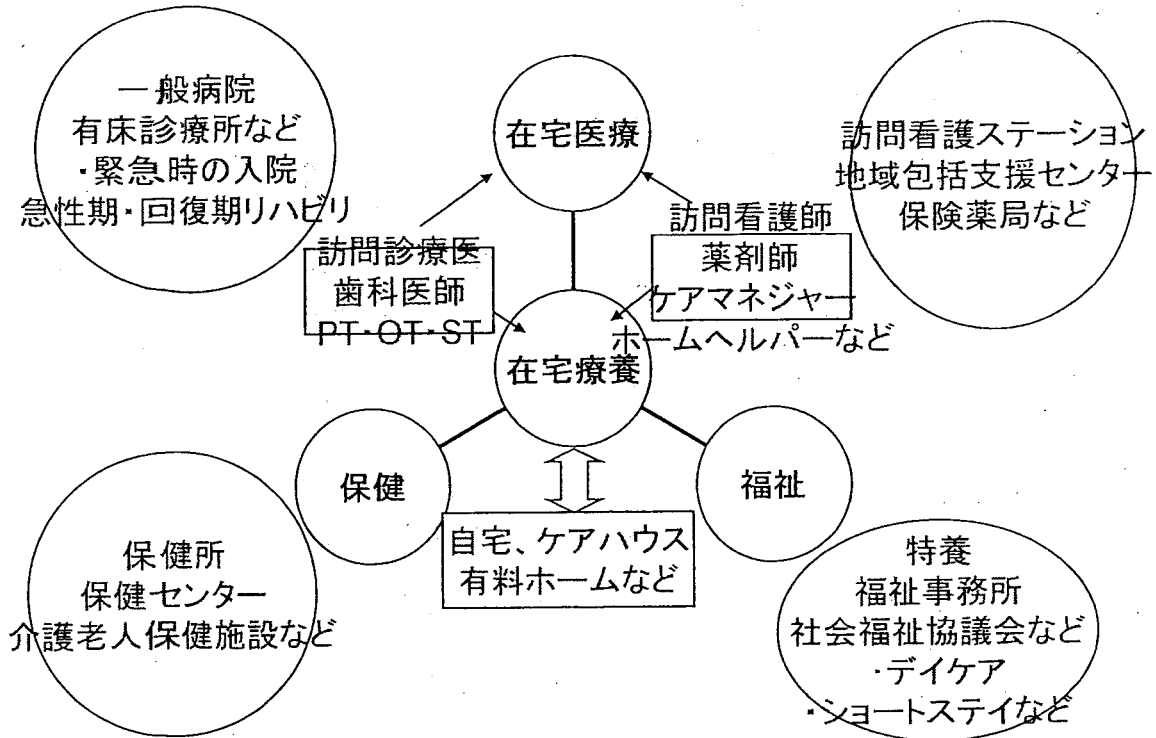
- 「住み慣れた自分の家で療養したい」
- 「できれば最期までの日々は、思い出深い我が家で自分らしく過ごしたい」を叶える



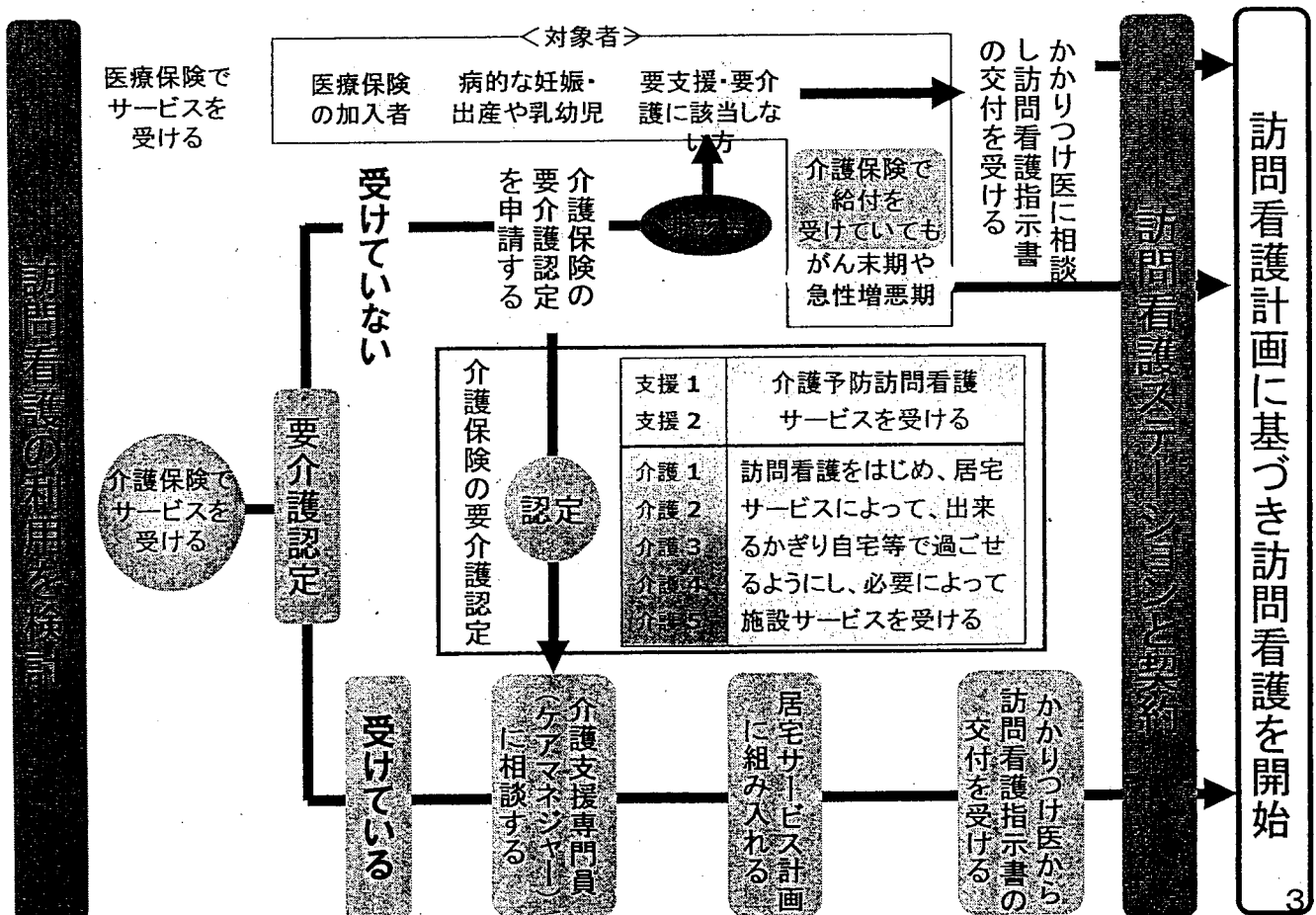
在宅療養(本人・家族)
(住まい)



「在宅療養」をささえるネットワーク



訪問看護サービスを受けるまでの流れ



訪問看護から見たチーム医療

- 指示書を出している主治医との関係
- ① 大病院の主治医
原則 患者を連れて行かないと新しい指示が出ない
- ② 診療所の主治医(外来のみ)
①に近い。家族の代理受診で相談
- ③ 診療所の主治医(外来+訪問診療)
診療中は電話でのやりとり
- ④ 在宅専門の診療所が主治医
24時間対応してくれるが、誰が来てくれるか分からない事もある

4

実際の場面では一その①

《疼痛コントロール》

- 処方量が足りない・多いなどの判断に対して、
- 医師と連携しているが医師によっては看護師の臨床判断を先行してやり取りすることもある。随時、報告や連絡を取っている。
- レスキュードーズなどは基準量から計算して、その範囲で看護師が判断して、患者の症状に即してアップしたりしている

5

実際の場面では一その②

《胃癌末期がん性リンパ管症(胸腹水貯留)》

- 息苦しさを訴え緊急訪問
- SPO₂ 85% ↓
- 大学病院が主治医→電話しても不在にて代理の医師が病院へ連れて来いと指示
- 携帯の酸素ボンベを使用し外来へ搬送
在宅酸素療法の指示+在宅訪問診療への切り替え

* 在宅患者の写真(机上配付のみ)

在宅看取りの現場から

- とうとう自力での排泄が難しくなり、ベッドから降りられなくなった翌日、無呼吸が増え、呼吸状態が悪化。全体の反応が徐々に低下。
 - 母・弟家族全員・親友の見守る中、自宅で息を引き取られた。
-
- 医師は死亡後、往診。死亡診断書の交付

* 在宅患者の写真(机上配付のみ)

実際の場面では一③

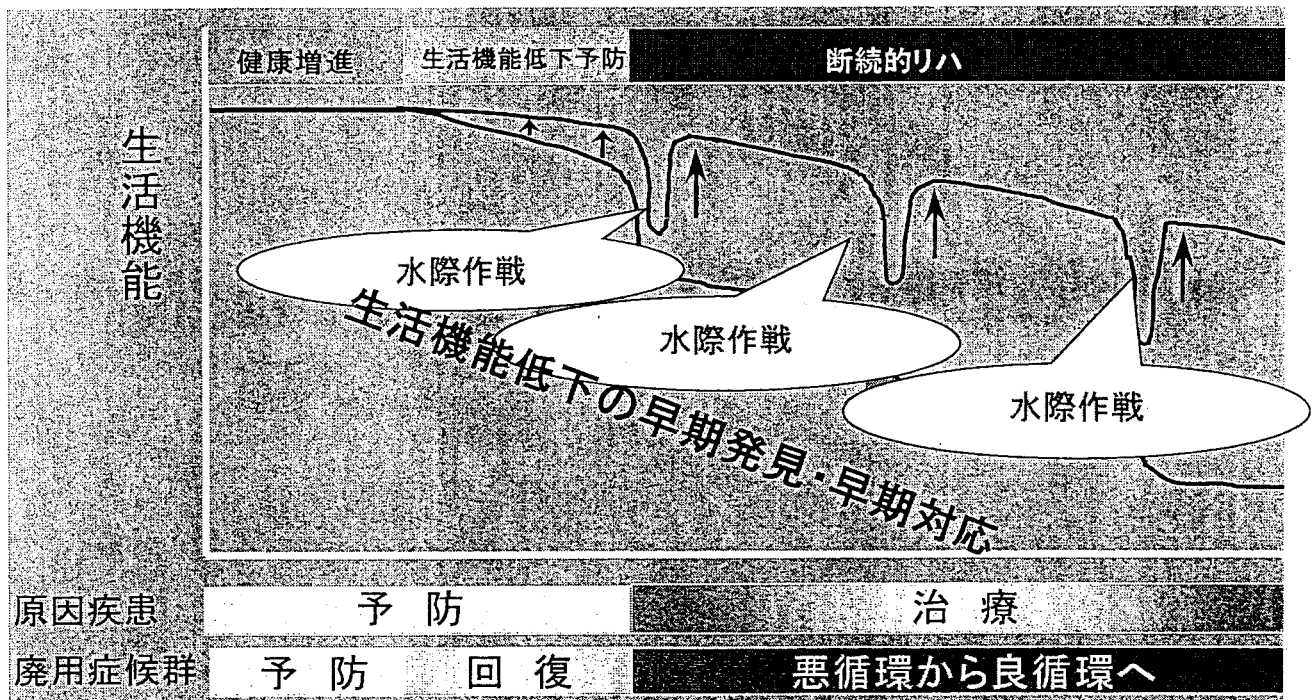
- 死亡確認……死亡診断
- 医師がすぐに駆けつけられない場合
(24時間以内に医師が診察をし、死亡原因が明らかで死亡診断書が書ける場合を除く)

遺族への説明や、ご遺体のケアに原則はいれないが、実際は訪問看護が医師と連絡を取りながら行うこともある

8

介護予防の考え方 (3)

○ 生活機能低下の早期発見・早期対応のための「水際作戦」



- 生活機能の低下が軽度である早い時期から、ポイントを捉えて集中的に予防対策を行うことが必要。

9

訪問看護の相談機能

- 医療の関与が必要か迷うときの相談先になっている(療養相談・ケアマネ支援)
- 地域のかかりつけ医に繋ぐ役割を担っている
- 退院前に訪問し、退院後の在宅生活を組み立てるときの医療ニーズへの対応を、在宅側から提案し、より具体的なチームの役割分担や、医師への情報提供などを行う

10

高齢者の在宅で遭遇する救急

- 発熱
- 誤嚥
- 脱水
- 急性腹症
- 便秘
- 転倒骨折
- 意識障害

11

地域での緊急入院の状況

新宿区緊急一時入院病床確保事業の実績

- 平成18年4月～9月利用者25名中、
後期高齢者21名

利用者に多く見られる病状など

1位	脱水	8件(32%)
2位	肺炎(疑い含む)	6件(24%)
2位	食思不振	6件(24%)

この傾向はここ数年変わらない

12

実際の場面では一その④排泄

- 訪問看護師によりフィジカルアセスメント後
- 下剤の調整が必要と判断
- 浣腸が必要と判断
- 摘便が必要と判断
- 導尿が必要と判断

◎ 緊急性もあり、医師と相談の上(事後報告のこともある)実施している

13

実際の場面では—その⑤脱水

《明らかな脱水徴候》

- 以前から脱水傾向が見られたら、経口摂取の工夫とともに、必要時点滴の指示が出ている高齢者
- 薬剤を自宅にしている場合もある
- 判断後に点滴を開始する→その後の救急搬送を回避することが出来た

14

実際の場面では—その⑥褥瘡

《褥瘡ケアについて》

- 褥瘡の予防には気を配るが訪問看護の依頼が褥瘡ができた段階で来ることが多い
- 褥瘡の深度、その要因、栄養状態などを判断し、そのケアに対しては看護の判断で工夫しながら、医師と連携を取る・ヘルパーとの連携を図るなどが実際的な動き
- 使用薬剤や、衛生材料などの関係で、診療医師とは密に連携している

15

医療過疎地域での連携

- 緊急時の対応
 - 医師不在時の初期対応の判断
 - 医師の対応を予測した処置の事前準備
 - 簡単な怪我などの対応
 - 簡単な血液検査・尿検査の実施
- 都市部でも医療過疎状態になる事もある！

16

訪問看護指示書との関連

- ①医療保険 がん末期
大学病院からの指示書→訪問診療医へ
在宅酸素導入・疼痛コントロール
排便コントロール・死亡確認
- ②超高齢者 脱水 点滴の指示→特別指示
- ③高齢者 介護保険 浣腸の判断・実施
ケアプランの位置づけ(福祉職のケアマネ)
- ④高齢者 介護保険 褥瘡の処置その他の判断
ケアプラン上の位置づけ(医療職のケアマネ)

17

英国**NHS**改革
患者のニーズにこたえるサービス
医療アクセスの改善と看取り
担い手の教育資格 [NP・処方ナース]

ロンドン シティ大学 ブライヤー学部長

Professor Rosamund Bryar
Community & primary care
nursing

現地取材: **2009**年**9**月 村上紀美子

18

背景: 国民ニーズに対応するために

A) **GP**受診の予約が、早くて**1**週間後、遅いと**1**ヶ月後、急なけがや症状に対応できない。

病院の救急外来はあふれ、診療に支障

⇒ **2005**年:「患者主導の**NHS**活動」

患者の選択とサービス強化

• ウォークインセンター: 駅や病院やGPのそば。

登録も予約も不要でいつでも対応。無料

ナースプラクティショナー(ジェネラリスト)で運営。

簡単なけがや処置、トリアージして病院に送る。

• 時間外夜間サービス: **GP**総合医が集まった新しいサービス提供組織、WiCsが、対応する。

19

背景：国民ニーズに対応するために (続き)

B) 終末期ケアの苦情多く、対応迫られる

2007年世論調査で、苦情の52%が終末期ケア。
特に病院での死への疑問(日本同様)

⇒ **NHS**エンドオブライフケアストラテジー

・どんな病気でも(がん以外)、本人の望む場で

・3つのツール:

①リバプール臨死ケアパスウェイ(24、48時間)

②ゴールドスタンダードフレームワーク

③希望の場でのケア

スタッフは症状緩和の一般的な薬剤の扱いが必須

20

ナースの卒後教育と認定

● 29の資格認定

(NP、専門、処方とも各種。多すぎて整理の方向にある)

(参考:日本は認定看護師が19分野)

● 教育コースは、全国の大学等で実施

● 認定は民間学術団体が実施

Nursing & Midwifery
Council NMC.ORG.UK

Clinical Quality (臨床の質)やスタッフの教育研修訓練に
ついて、全国的スタンダードを示す団体

21

処方に関する3つのコースと活動の場

- 糖尿病や、HIVなど、分野ごとに、それぞれに処方の資格を取得する。
- ①V100: 鎮痛剤など、定型的な一般的な基本的な薬(リストあり)の処方のみ
5日間の研修後に試験 合格ラインは80% (100点満点の80点)
- ロンドン東部地域のPCTでは、地域看護師 (district nurse)はこの資格を全員取得するよう、順次計画的に、受験準備教室や、通学勉強時間の協力中。

22

処方に関する3つのコースと活動の場 (つづき)

- ②V150 : 単独分野での薬の処方をする コミュニケーションなども加わり、試験扱える薬の範囲が、V100より多い
- ③V400: HIV、糖尿病など、特定分野の薬の処方について、医師と同等の処方を行う
6か月間の教育(次ページ)
いわゆる処方ナースと呼ばれる、主流の資格で、所持者はまだ少ない
- ウォークインセンターやGPで働く。

23

6か月間の教育内容と資格試験 (処方)

<教育>

- 大学(3年制)、修士、博士で、課程を置く
- 講義:薬学・数学・薬理学など、
- 実習:患者にフィジカルアセスメント→診断→処方
メデシ안의スーパーバイザー(薬剤師・医師)につく

<資格試験>

- 筆記試験
- 口頭試問
- 実技:患者に対話しながら診断・アセスメントし、処方箋を書く

24

その他

- GP(総合医)の反応

たくさん詰めかけてくる患者を、NPや処方
ナースに回せるので、歓迎

背景:医療費が、担当人口・患者(年齢・疾病率などの
補正あり)に応じて、国(NHS)から地方へ、地域へ、
GPへと配分される。

GPはその予算を使って、登録患者に医療ケアを行
うので、スタッフが力を発揮いろいろな仕事をこな
せるほうが、多くの患者に対応できる(増収)。

25

日本の訪問看護師の養成

- 現状では臨床経験を積んだ看護師を訪問看護ステーションで雇用し、OJTを行なっている。
- 研修基礎のコースは各都道府県看護協会が受託設置し、受講させる場合が多い。
- 新卒の看護師を研修して自事業所に配置する所も出てきた。
- 訪問看護認定看護師やCNSも地域で活躍してきている。

在宅医療におけるチーム医療

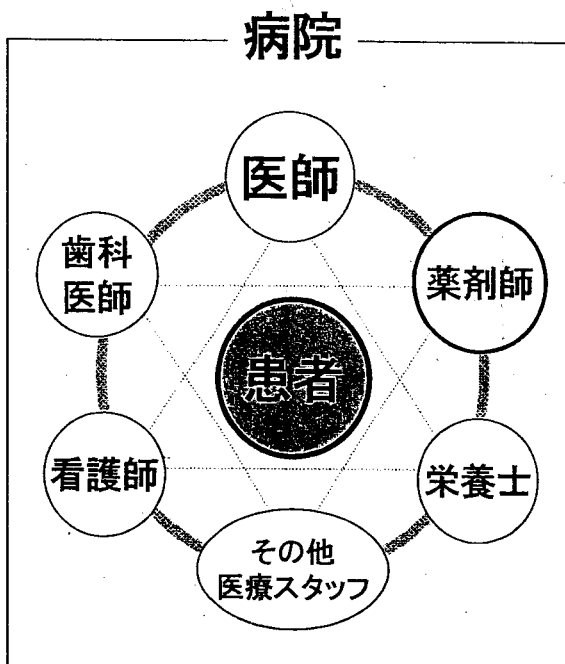
～薬局・薬剤師の立場から見た多職種連携～

平成21年11月30日

日本薬剤師会 山本信夫

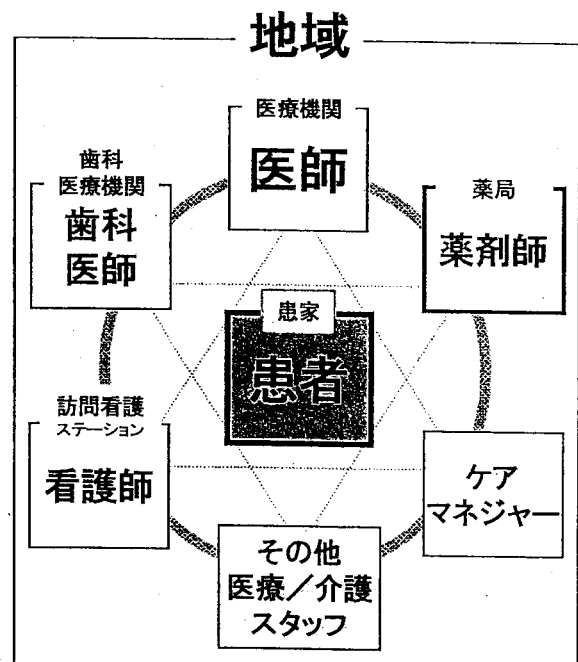
チーム医療とは

<入院医療の場合>



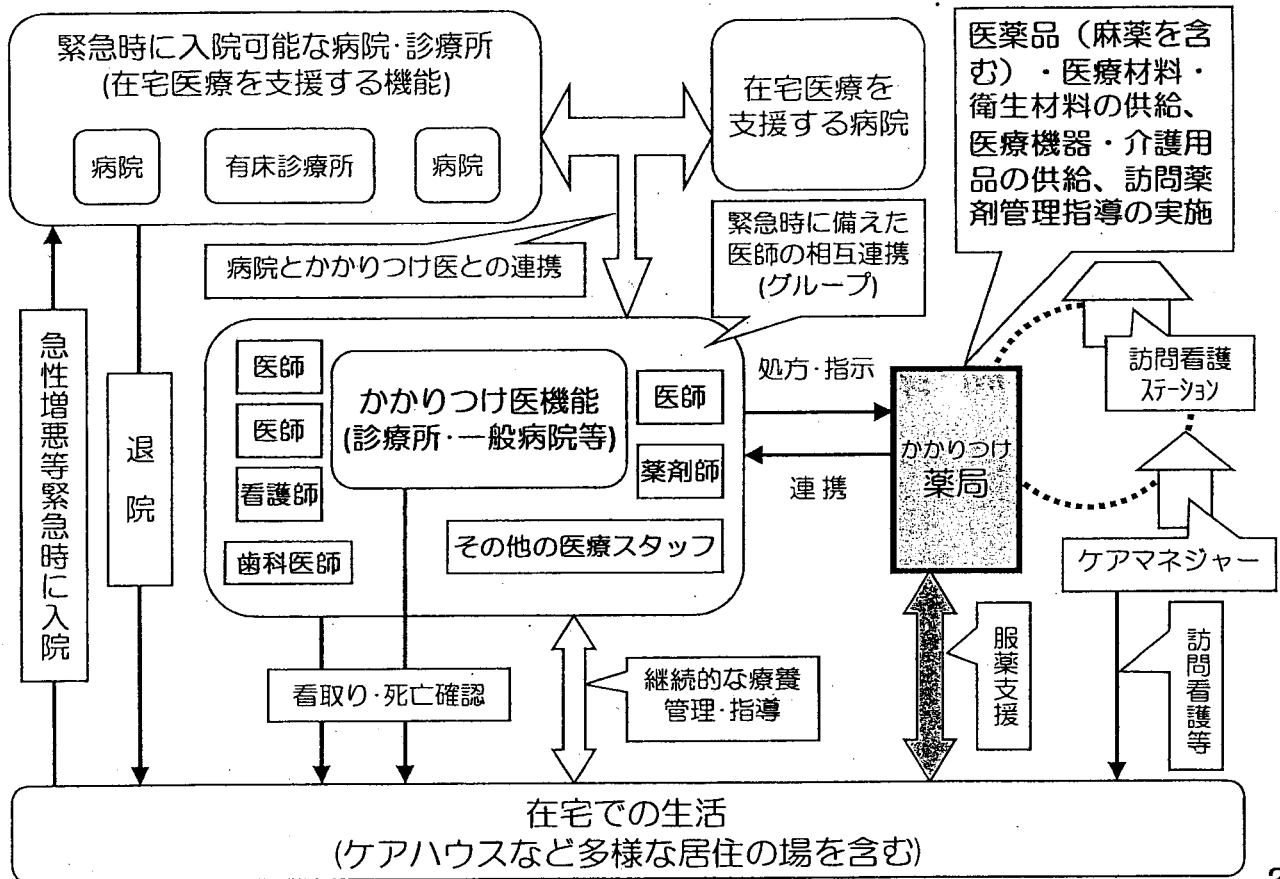
※クリティカルパス

<在宅医療(地域医療)の場合>

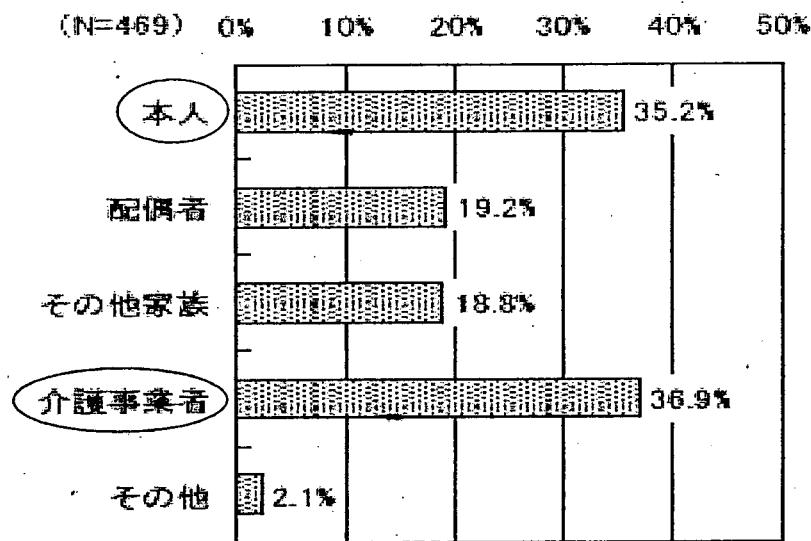


※地域連携クリティカルパス

在宅医療(終末ケアを含む)における多職種連携

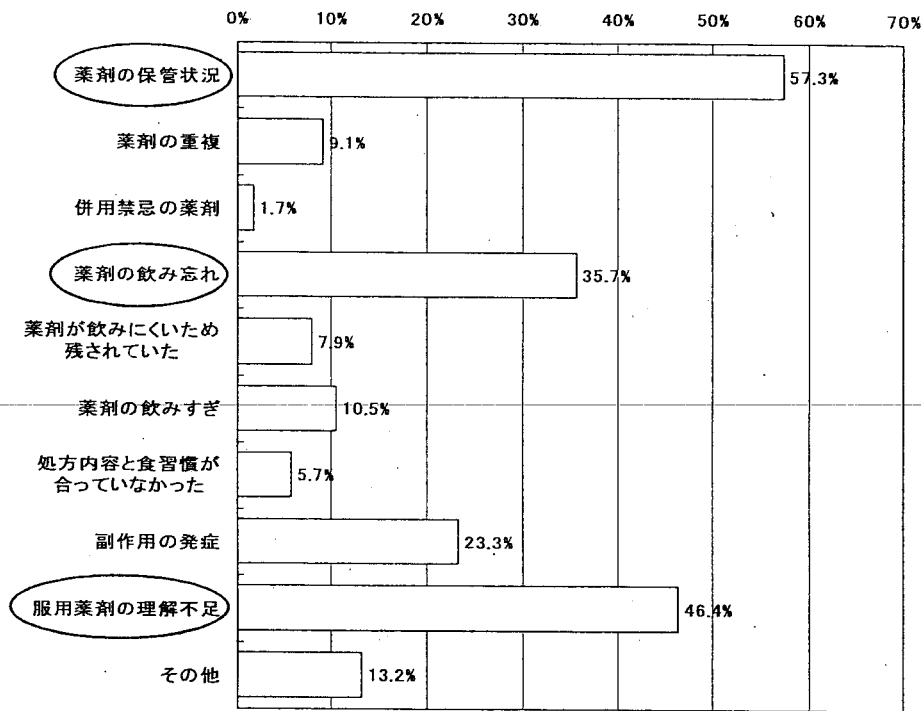


在宅における薬剤の管理者



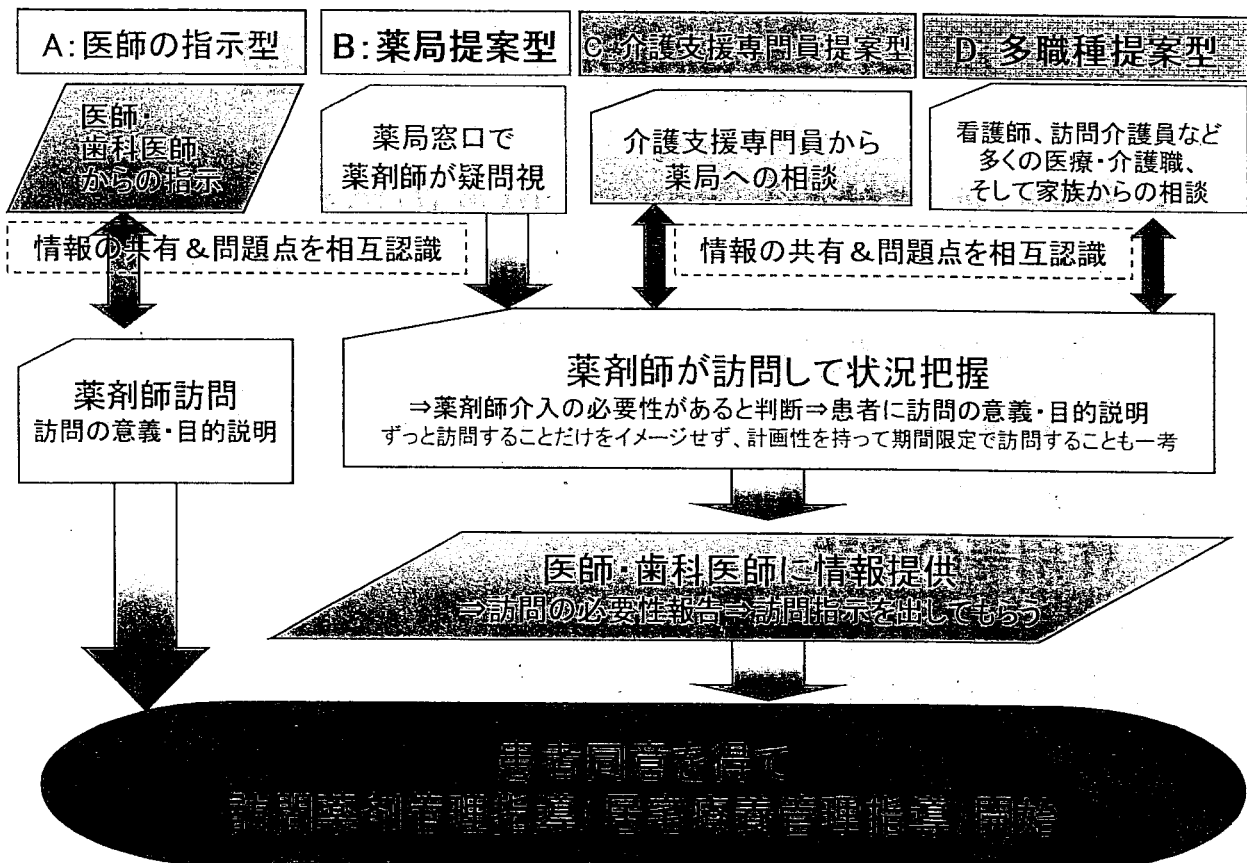
「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」(日本薬剤師会、平成20年3月)より

在宅における薬剤管理の実態 (訪問開始時に発見された問題点)



「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」(日本薬剤師会、平成20年3月)より

訪問薬剤管理指導の実施に至るパターン



訪問薬剤管理指導の開始までの経緯

	件数	割合
処方医から訪問依頼があった	395件	84.2%
患者本人が急に来局しなくなったため、薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した	0件	0.0%
患者の家族から依頼され、薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した	16件	3.4%
事前に患者宅を自主的に訪問し、薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した	6件	1.3%
その他（施設やグループホームからの依頼、訪問看護ステーションからの依頼 等）	48件	10.2%
無回答	4件	0.9%
合計	469件	100.0%

「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」（日本薬剤師会、平成20年3月）より

6

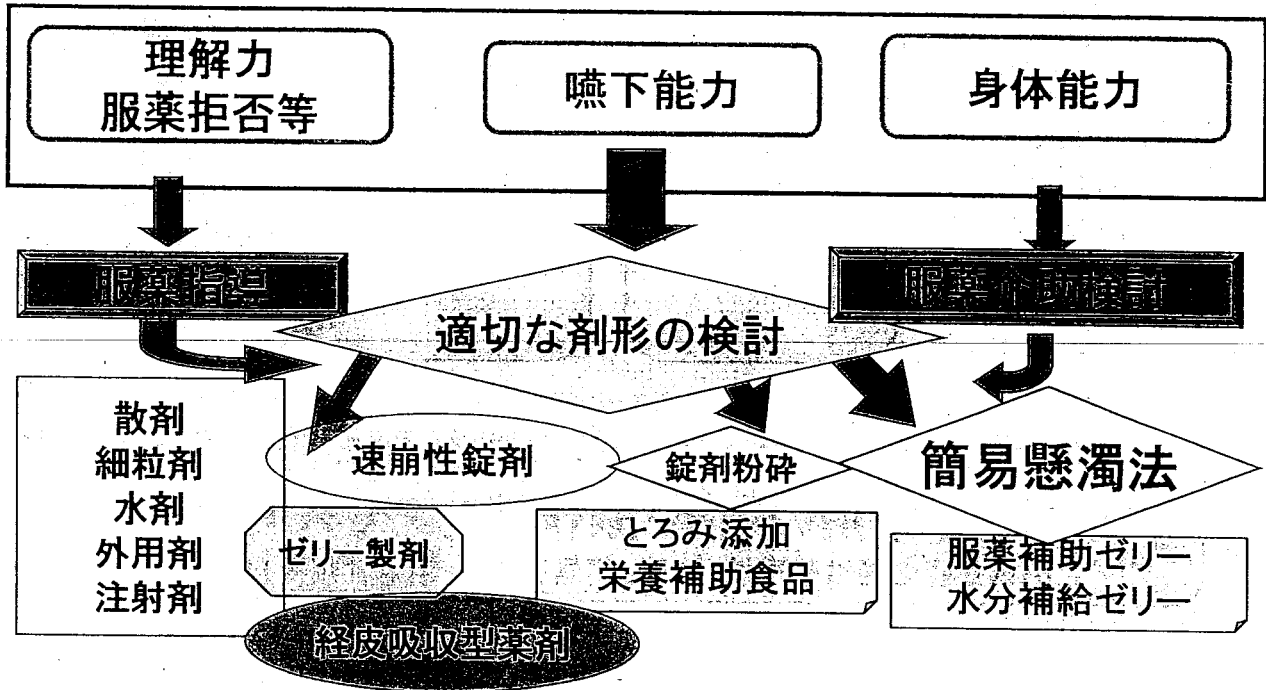
在宅医療における 薬局・薬剤師の主な役割

- ・ 調剤（処方せん）
- ・ 薬剤情報提供
- ・ 服薬管理、服薬指導、服薬支援
- ・ 服薬状況、効果、副作用等の確認
- ・ 処方医への情報のフィードバック
- ・ 麻薬の供給、管理
- ・ 処方設計支援（剤形、用法、薬剤選択など）
- ・ 多職種との情報共有、連携

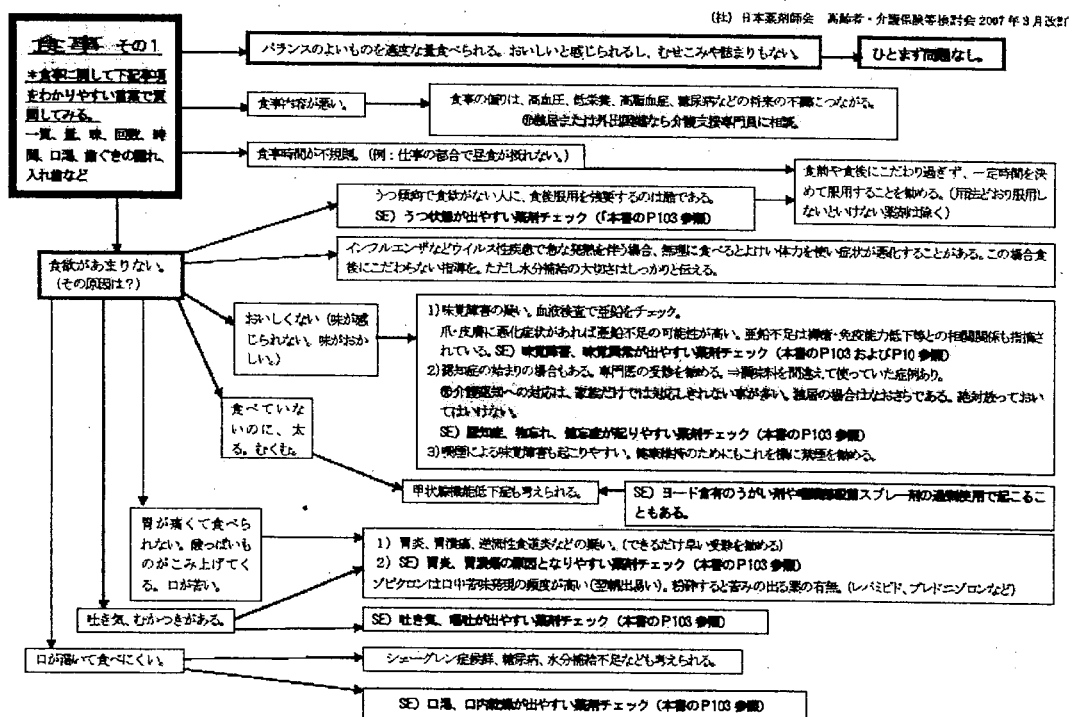
7

服薬に関する因子の評価と計画の流れ

実際に服薬の場面に参加し、患者の服薬状況をより詳細に把握でき、評価と計画を行うことにより、適切な服用形態の選択へつなげることができる。



「薬剤師による食事・排泄・睡眠・運動を通じた体調チェック・フローチャート」(日本薬剤師会)〈抜粋〉



多職種連携によりアセスメント可能

食事

食欲
味覚
嚥下状態
口腔内清掃
回湯
吐き気
胃痛
など

排泄

尿の回数、出具合
便の回数、出具合
汗(状態)
など

睡眠

睡眠の質、時間
日中の傾眠
不眠の種類
など

運動

ふらつき
転倒
歩行状態
めまい
ふるえ
すくみ足
手指の状態
麻痺
など

これらのキーワードから患者の体調を定期的に
チェックし、薬剤の効果・副作用をアセスメントする

このほか認知領域や環境(独居、同居、施設、老老介護等)も把握

「薬剤師による食事・排泄・睡眠・運動を通じた体調チェック・フローチャート」
(日本薬剤師会/高齢者・介護保険等検討会)より一部改編

10

高齢者に多い症状と原因薬剤

錯乱状態

催眠薬、精神安定剤、抗うつ剤、抗精神病薬、抗コリン薬(中枢作動性)、NSAIDs、レボドパ、
パーロデル、糖尿病治療薬(血糖降下剤)、副腎皮質ステロイド、ジギタリス性強心配糖体、抗凝
薬、タガメット

うつ病

アルドメット、レセルピン、β遮断剤、精神安定剤、レボドパ、副腎皮質ステロイド

転倒

催眠薬、精神安定剤、抗うつ薬、抗精神病薬、抗ヒスタミン薬、テグレトール、フェニトイン フェノバ
ルピタール、ニトログリセリン、起立性低血圧を惹起しうる薬物

起立性低血圧

すべての降圧薬、利尿薬、抗狭心症薬、β遮断剤、睡眠薬、精神安定剤、抗うつ薬、抗精神病薬
抗ヒスタミン薬、レボドパ、パーロデル

便秘

コデイン(リンコデ)、麻薬性鎮痛薬、利尿薬、抗コリン薬、リスモダンR、ワソラン、アダラート、抗精
神病薬、抗うつ薬

尿失禁

利尿薬、催眠薬、精神安定薬、抗精神病薬、プラソシン、ラベタロール、β遮断剤、リチウム(多尿
による)

パーキンソン病

抗精神病薬、アルドメット、レセルピン、プリンペラン、抗めまい薬

11

多職種連携の際の共有情報など

＜訪問看護ステーションとの連携＞（例：副作用管理）

- 薬剤師 → 看護師
 - 医薬品情報の提供
 - 薬剤訪問指導内容の共有
 - 重篤副作用の説明
 - 副作用チェックポイント説明
- 看護師 → 薬剤師
 - 訪問時の副作用チェック
 - 症状変化時の報告
 - 薬の影響について相談

12

＜介護職との連携＞（ケアマネージャー等）

- 薬剤師 → ケアマネージャー
 - 介護職訪問時の服薬介助、スケジュール調整依頼
 - 介護職訪問時の体調チェック(記録)依頼
 - 薬剤訪問指導内容の共有
 - 入院時における服薬情報の提供
- ケアマネージャー → 薬剤師
 - ケアプランの情報共有
 - 利用者情報の提供
 - 介護保険に係る情報提供
 - 生活、経済状況等の背景

13

訪問薬剤管理指導の事例①

※末期すい臓がん患者の大量流涎の改善とホスピス入所まで

- 男性患者 70歳代(要介護3)
- すい臓(尾部)がん(手術不能な末期がん)
- 本人、家族に告知済み
- パーキンソン症候群、糖尿病
- 介護キーパーソン(介護力あり:奥様)
- 入院からの介護で疲労ストレスあり

<退院時の状況>

- 本人および奥様に、がんの予後や疼痛に対する不安あり
- 食道、胃上部に狭窄あり、腸廊より経管栄養、水分および服薬は入院中から経口摂取
- 初回訪問時、がん性疼痛なし、本人の意識明白、経口で食事が摂れないことにストレスあり、自立歩行不可
- 1日にティッシュペーパー2箱が必要な泡状の流涎と口に強い苦味あり、本人のQOL自覚低下の大きな問題となっている

14

<訪問初回>

- 退院時の処方と以前の手持ち薬の整理を実施し、在宅療養中の疼痛発生への不安に関し、麻薬の安全性、疼痛緩和による全身症状の改善効果を説明。
- 訪問時のインタビューにより、泡状流涎は(退院時の処方を)服薬後に発生することが判明。
- 薬の副作用か否か、処方内容の検討、調査することを説明。

<2回目>

- 退院時処方の副作用について調査内容(一般的な内服においては大量の泡状流涎の副作用は考えにくいこと)を本人および奥様に説明。
- 食道狭窄が要因となり服薬の刺激が原因である可能性があり得ることを説明
- 簡易懸濁法を提案。必要な機材を提供、手順のデモンストレーションおよび奥様に手技トレーニング
- 簡易懸濁法の導入について、処方医に連絡

15

<その後の経過>

- ・ 2回目訪問の翌日
 - 電話にて、状況確認
 - 簡易懸濁法に切り替えて、当日より泡状流涎と口の苦味は改善した
- ・ 2週間後
 - 疼痛のモニタリング、簡易懸濁法の手技再確認
 - 処方変更時の薬剤崩壊状態の確認、ルートの衛生状況や詰まりの有無を確認
- ・ 6週間後
 - 感染症のため処方されたクラビット細粒に注入器内のつまりが発生
 - クラビット錠に剤形を変更し改善
- ・ 10週間後
 - 簡易懸濁法の器材破損のため再度器材供給
 - 痛みあり、疼痛は安全に管理できることについて再度情報提供
- ・ その後
 - 退院後約3カ月間ご自宅で過ごした後、ホスピスに入所
 - ホスピスで継続管理をするための簡易懸濁法の器材、手技の手順、これまでの経緯について文書で提供

16

訪問薬剤管理指導の事例②

※薬剤師の介入により服薬コンプライアンスが向上

- 女性患者 80歳代、独居(要介護1)
- 認知症(記銘力低下、見当識低、被害妄想傾向) 腹部大動脈瘤 (Stanford B)
- 日常の運動可能、居室の衛生状況問題あり

<初回訪問時(計画)>

- 処方内容を1日1回服用に処方設計に関与
- 当初、服薬カレンダーにセットする管理を実施
- 電話にて、服薬状況の確認必要

<その後、服薬管理上の問題発生>

- 薬の紛失(しまいこんで忘れてしまう)
- セットした薬を誤服用してしまう可能性あり

17

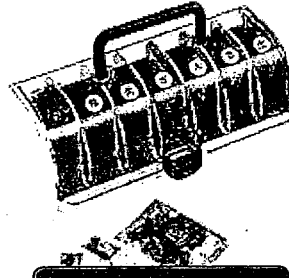
個々の患者の能力に応じた薬の管理方法 例

※ポイント

患者の残存能力を考慮すること。過剰な服薬支援は能力を落とす場合もある。



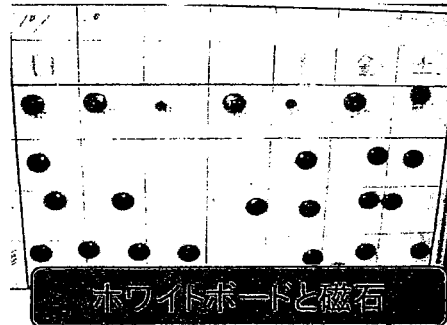
一包化



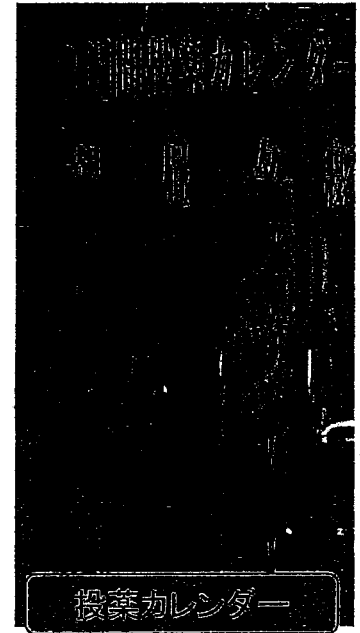
ピルケース



ティッシュ箱に仕切りを入れて手製のピルケース作成



ホワイトボードと磁石



投薬カレンダー

18

訪問薬剤管理指導の事例③

※医師、看護師、介護士、薬剤師等がカンファレンスを実施

女性患者 80歳 スルピリド、アマンタジン塩酸塩の併用

患者の訴え「ふるえがひどく、食事やお茶が自力で摂取できない」

↓
薬剤師より、スルピリドの中止を医師に提案

↓
ふるえ消失

↓
自力で食事、お茶の摂取が可能となる

↓
この後、アマンタジンも中止

19

訪問薬剤管理指導の事例④

※医師、看護師、介護士、薬剤師等がカンファレンスを実施

女性患者 81歳

排尿障害

エチカーム・テルネリン・ヒベルナの抗コリン作用による副作用を疑い、3剤の中止を提案 ⇒ エチカームとヒベルナの使用を中止

結果: 排尿困難を改善。その後、ウブレチドの中止を提案
⇒ ウブレチドの使用を中止

中止後も排尿順調

その後: 「立位が取りにくい」(介護士からの情報あり)

テルネリンの中止を再度提案 ⇒ テルネリンの使用を中止

結果: 立位は完全に改善されていないが、座位がかなり改善。
関節拘縮の悪化は見られず。

当初16種類 → 11種類に減かつ副作用減、ADLとQOLはアップ

①シンペラミンD錠0.25mg	1T
エチカーム錠0.5mg	1T
分1 朝食前	
②エブランチルカプセル15mg	2C
ガスリックD錠10mg	2T
分2 昼・夕食後	
③アムロジウム錠5mg	1T
フロプレス錠4mg	1T
分1 朝食後	
④テルネリン錠1mg	1T
バキシル錠10mg	1T
ドペリドン錠10mg「EMEC」	1T
ヒベルナ錠2.5mg	1T
グリノラート錠2.5mg	1T
分1 夕食後	
⑤チニスピラン錠5mg	3T
ムコスタ錠100mg	3T
炭酸マグネシウム	1.5g
ラックビー錠	3g
ガスモチン錠5mg	3T
分3 朝食後	

①シンペラミンD錠0.25mg	1T
ジルテック錠10mg	1T
分1 朝食前	
②エブランチルカプセル15mg	2C
ガスリックD錠10mg	2T
重炭酸マグネシウム「ケンエー」	1g
分2 昼・夕食後	
③フロプレス錠4mg	1T
分1 朝食後	
④バキシル錠10mg	1T
グリノラート錠2.5mg	1T
分1 夕食後	
⑤ムコスタ錠100mg	3T
ピオフェルミン	3g
ガスモチン錠5mg	3T
分3 朝食後	

20

訪問薬剤管理指導の事例⑤

※緊急時の対応(主治医に確認が取れなかった場合)

男性患者 在宅にて療養(都内在住)

金曜日の夕方に訪問の際、頭痛および発熱(38.0度)の症状の訴えあり

主治医に電話(診療所、携帯)をしたが連絡取れず

過去にカロナール錠200mg(1回2錠)の服用歴があることを確認(薬歴)

ケアマネジャーおよび訪問看護師に連絡・協議の上、
カロナール錠200mgの5回分の服用を決定(薬局から持参)

後日、主治医に報告

注)主治医と連絡が取れない場合を想定して、あらかじめ主治医からは、
連絡が取れなかった場合には、その状況を多職種と連絡・協議の上で、
服用させるよう事前の指示を受けていた。

訪問薬剤管理指導の 実施上の主な課題

- 薬局・薬剤師に何ができるのか(在宅患者訪問薬剤管理指導業務)について、認知度が低い。
- 医療機関や患者側から見て、薬局に関する情報少ない、わからない。
- 在宅医療参画へのプロセスが明確でない。
- チーム医療の一員としての明確化や、地域連携クリティカルパスにおける役割の明確化などが不可欠。

22

【参考】 諸外国における薬剤師業務

①米国薬剤師の場合

～主な特徴(Model State Pharmacy Actより)～

- 1) 各州ごとにBoard of Pharmacyを設置して薬事規制を実施
- 2) インターン教育の義務付け
- 3) 代替調剤、リフィルを認めていること
- 4) コラボレーティブ ファーマシー プラクティス (Collaborative Pharmacy Practice) について規定
- 5) レトロスペクティブなレジメンレビューを規定
- 6) 患者のプライバシーを守る設備の設置の義務
- 7) 薬局のQuality Improvement Programの義務付け

23

Collaborative Drug Therapy Management (CDTM)

- 米国の薬剤師は、Collaborative Drug Therapy Management (CDTM)によって、いわゆる調剤業務に加えて、医薬品の処方や、処方変更、修正や治療中止などの薬物療法のマネージングを行っている。
- CDTMは、1997年にAmerican College of Clinical Pharmacy (ACCP)が提唱。2008年現在、45の州及び1つのテリトリー(グアム)が導入。

～Model State Pharmacy Actにおける規定～

“コラボレーティブ ファーマシー プラクティス” は、一定の条件下で医師が承認した「薬剤師が患者ケアのために行う業務を規定したプロトコール」に基づき、薬剤師が医師と任意に協力して行う診療行為。(NABPにおけるCDTMに関する法の規定のあり方)

“コラボレーティブ ファーマシー プラクティス アグリーメント” は、法令に規定された“Medication Therapy Management: MTM”を目的とした“コラボレーティブ ファーマシー プラクティス”を提供するために、医師と薬剤師が合意した文書。

24

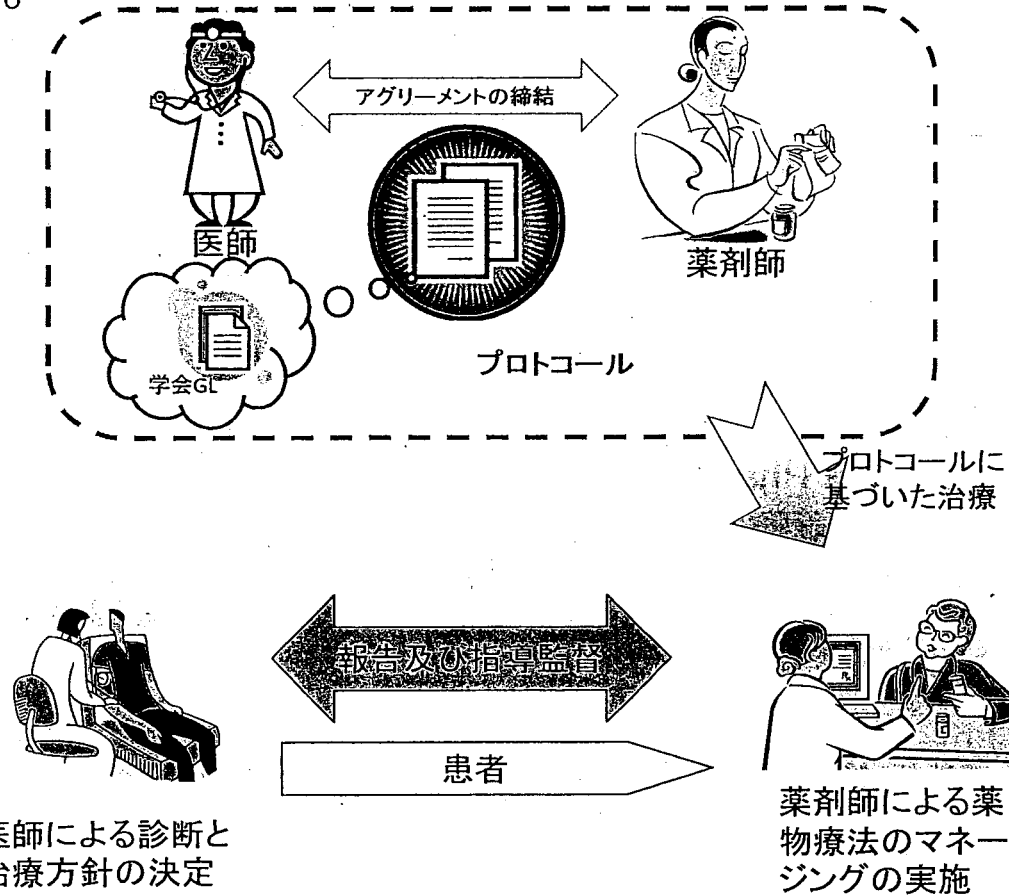
ACPとASIMの共同ステートメント

- American College of Physicians (ACP)とAmerican Society of Internal Medicine (ASIM)が共同でステートメントを発出(2002年)。
- 患者の安全と医療事故の防止のため、医師の指導監督の下に薬剤師と医師がコラボレーティブ プラクティス アグリーメント(Collaborative Practice Agreement: CPA)を結び、薬剤師が薬物療法をマネージングすることを推奨。
- CDTMは、医師の診断に係る知識と経験、薬剤師の薬物療法と疾病管理(Disease Management)に係る知識と経験を最大化するもの。

最大の成功モデルは、医師が診断をし、最初の薬物療法に係る判断を行う。その後、薬剤師に対して、薬物療法の選択、モニター、調整と中断等の薬物療法を管理する権限を与えることにより、薬剤師と医師が患者の治療効果に対して責任とリスクをシェアするもの。

25

CDTMによる医師と薬剤師の共同した診療



26

②英国薬剤師の場合

1. 補助的処方者 (Supplementary Prescriber)

- ✓ 特定の医師とコンビを組み、医師の処方に基づき補足的に処方することが認められている(医師の診断・処方に基づき、モニタリングとその投薬量の調整)。
- ✓ 認められている資格者と医薬品
 - 2001年5月～ 薬剤師と看護師のみ
 - 医師との治療方針に基づいていれば、麻薬や適応外処方も含め取り扱いに関する制限なし
 - 2005年4月～ 検眼士、理学療法士、レントゲン技師、足治療士
 - 各専門分野の医薬品に制限
- ✓ 薬剤師の補助的処方者(2007年)
 - イングランド 約800人、
 - イギリス全土 約1,500人

2. 独立処方者 (Independent Prescriber)

- ✓ 診断を伴い、医師以外による処方が認められている(ただし、専門分野・能力の範囲内という条件付き)。
- ✓ 認められている資格者と医薬品
 - 2006年5月～ 薬剤師と看護師のみ
 - Drug Tariff (Part XVIIIB) に規定される医薬品(未承認薬の処方は禁止)
- ✓ トレーニングコースは、補助的処方と同様、大学薬学部が行う(薬剤師の場合)
- ✓ 薬剤師の独立処方者(～2007年)
 - イングランド400人以上、

「薬剤使用状況等に関する調査研究」報告書(医療経済研究機構、平成21年3月)より抜粋

褥瘡対策チームにおける皮膚・排泄ケア 認定看護師(WOC看護師)の活動

東京大学大学院医学系研究科
健康科学・看護学専攻
老年看護学／創傷看護学分野
真田 弘美

前日本褥瘡学会庶務担当理事
日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事長

PhD, RN, CWOCN

1

プレゼンテーションの趣旨と内容

趣旨

褥瘡対策において、チーム医療体制をどのように構築したか、
その中で皮膚・排泄ケア認定看護師(以下WOC看護師)をどのように活用したか、
学会活動からみた組織体制作りとその評価方法について紹介する

内容

1. 褥瘡対策におけるチーム医療の必要性
 - 1) WOC看護師の専門性
 - 2) 医療にとって褥瘡が持つ意味
 - 3) 褥瘡対策に関する制度
2. チーム医療の推進における学会の役割(日本褥瘡学会)
 - 1) 共通用語としてのアセスメントツールの開発、指針の作成
 - 2) 職種別褥瘡認定師制度の導入
3. WOC看護師による活動評価－費用対効果(現JWOCM学会)
4. 創傷ケア領域でのWOC看護師の活動範囲の拡大とその教育
5. 褥瘡対策からみたチーム医療の課題

2

WOC看護師の活動の変遷

- 1976年 日本初のET(外科医)誕生
- 1981年 日本ET協会設立ーストーマケア
- 1984年 日本ストーマリハビリテーション学会の設立
- 1997年 創傷・オストミー・失禁看護認定看護師誕生ー褥瘡ケア
- 1998年 日本褥瘡学会の設立
- 2002年 褥瘡対策未実施減算
- 2006年 日本ET協会から日本ET/WOC協会へ改名
- 2006年 褥瘡ハイリスク患者ケア加算ー褥瘡管理者(WOC看護師)
- 2007年 皮膚・排泄ケア認定看護師へ名称変更
- 2008年 糖尿病合併症管理料ーフットケア、失禁ケア
- 2009年 日本ET/WOC協会から日本創傷・オストミー・失禁管理学会(JWOCM)に改組

WOC看護師は、6ヶ月の研修を受け、日本看護協会が行う認定試験に合格している

認定機関数: 13校、認定者数: 1132名(2009年7月現在)

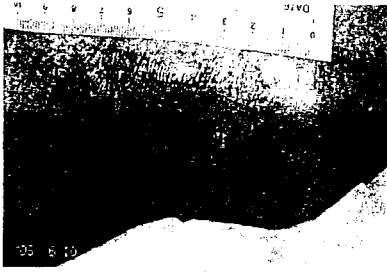
3

1-1) WOC看護師の専門性

- ・ WOC領域におけるスキンケアを専門とする
 - Wound(創傷) Ostomy(人工肛門・膀胱) Continence(失禁)
- ・ 歴史的背景ー米国の資格(1976年に日本の外科医が取得)
 - ストーマケアからはじまり(スキンケアを通して、創傷管理、失禁管理へと領域を拡大(33年間の歴史))
- ・ WOC領域に共通した専門性ー排泄に起因するスキントラブルへの対応
 1. 横断的活動の実践
 - スキンケアという技術は急性期から慢性期、終末期、また外来、病棟を問わずあらゆる場で必要とされる
 2. 医師との協働
 - ストーマ管理、創傷管理は医療処置の範疇であることが多く、常に医師との協働が必要であった

4

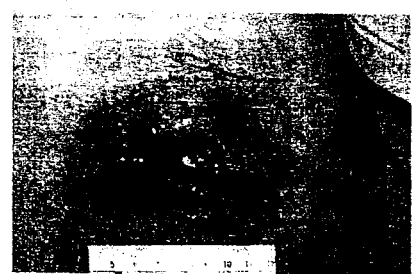
排泄に起因したスキントラブルへの対応 — 医師との協働の必然性 —



オムツのずれによる褥瘡



下痢性接触皮膚炎



人工肛門周囲皮膚炎

排泄に起因するスキントラブルは痛み強く、また排泄を人に委ねることは、
人としての尊厳を最も揺るがし、患者の苦痛は増大する



しかし、外用薬を処方する(医師の役割)だけでは治癒しない

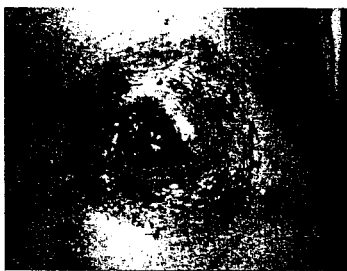


排泄ケアに対する特殊技術、スキンケア技術(看護師の役割)が優先される

5

チーム医療を成立させた鍵

- 医師が治せなかった皮膚障害をWOC看護師は完治させることができる
- 皮膚障害は成果が目に見えて評価できるために共通のアウトカムを持つことができる



便による接触性皮膚炎
3カ月治らず



ストーマ装具の選択と貼付技術



1週間後治癒



便による汚染のため
2ヶ月変化なし



創部の汚染防止技術と
ドレッシング材の選択



3週間後治癒

6

1-2) 医療にとって褥瘡が持つ意味

- 看護師が責任を持つことが最も適切である
 - 褥瘡の原因-圧迫
 - 褥瘡の悪化の要因-失禁、栄養状態不良
 - つまり、寝る、食べる、排泄することが障害され発生する疾患であり、まさに基本的な“療養上の世話”により、予防も治癒も可能
- あらゆる医療の場、どの疾患においても発生する
 - 1) 褥瘡は「高齢化」「在院日数短縮」「医療資源の機能分担」「医療安全対策」「在宅医療」「終末期医療」など我が国の医療福祉のキーワードすべてに関連
 - 2) 急性期-慢性期、医療-福祉、大学病院-地域密着型病院-在宅医療、小児-成人-高齢者、それぞれの現場で共通した問題
- 病院の質を問うクオリティインディケーターである
 - 褥瘡の発生率、有病率、重症度は、転倒、院内感染と並んで病院の質を問う指標

生活に直結する身近な疾患であるため、看護師の力量が問われるとともに、多職種連携が必要となり、それぞれの役割を尊重できた

7

褥瘡予防・治療におけるWOC看護師の専門技術

専門技術-寝る、食べる、排泄するという生活の支援を基盤にする特殊技術

予防

ハイリスク患者の同定とケア計画
体圧の管理-ポジショニング、体圧分散用具の選択と適正使用
スキンケア-排便管理用具の選択と適正使用

治療

創部のアセスメント-重症度、治癒過程の査定
創部局所環境の整備-外力除去、スキンケア
褥瘡部処置-洗浄、薬剤の適正使用、被覆材の選択と適正使用
全身ケア-リハビリテーション、栄養管理

8

1-3) 褥瘡対策に関する制度 —入院基本料の施設基準等—

褥瘡対策に関する基準

1. 褥瘡対策が行われていること
2. 専任の医師及び専任の看護師から構成される褥瘡対策チーム設置
3. 日常生活自立度の低い入院患者につき、褥瘡危険因子の評価を実施

褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1. 褥瘡管理者を専従で配置
2. 褥瘡予防治療計画書を作成し、重点的な褥瘡ケアの実施状況及びおよび評価結果を記録
3. 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメントの実施件数、褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録
4. 褥瘡対策に係るカンファレンスを週1回程度開催し、褥瘡対策チーム構成員が参加
5. 体制確保のための職員研修を計画的に実施
6. 重点的な褥瘡ケアが必要な患者について、予防治療計画書の作成、継続的なケアの実施、評価、早期発見および重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている

平成18年3月6日保医発第0306002号厚労省保険局医療課長通知

「基本診療料の施設基準など及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

9

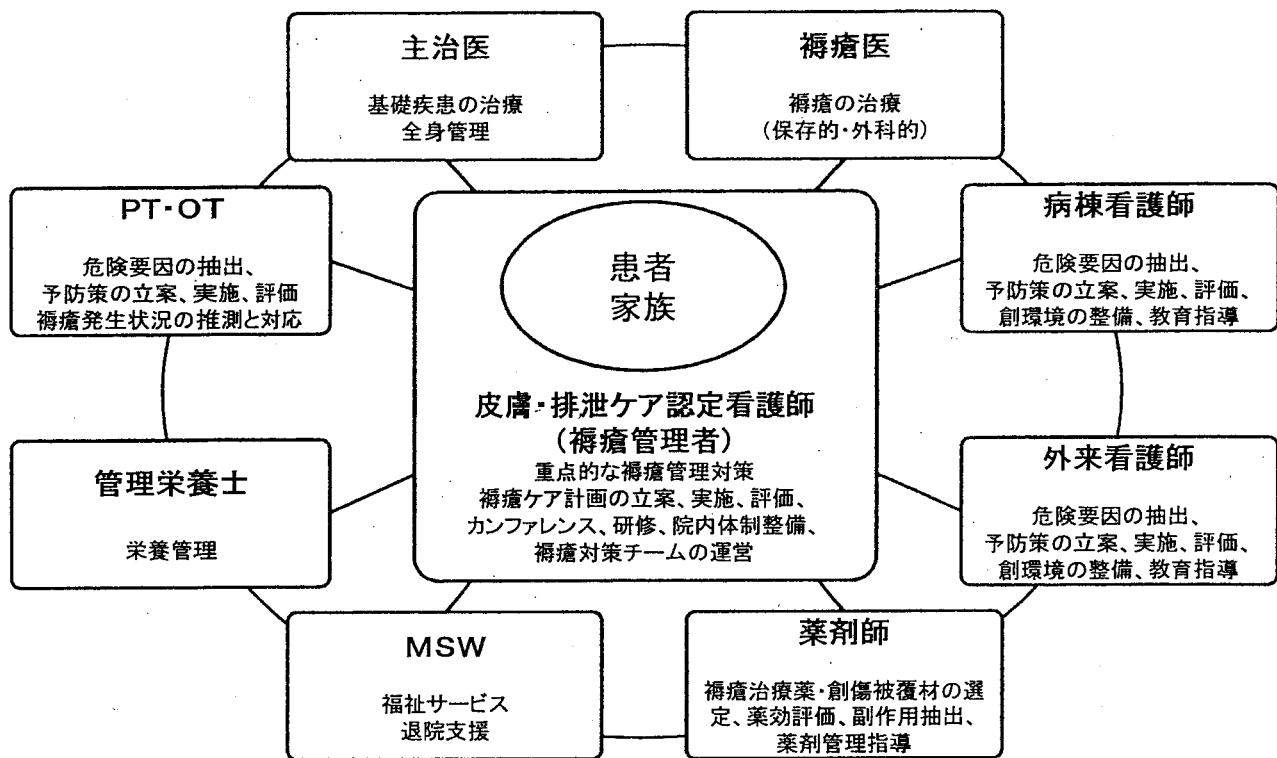
褥瘡の有病率

病院・施設			在宅		
宮地ら (1997) (群馬県域)	入院・入所 (9,456人) 総計	4.2%	石川ら (1997) (群馬県)	ステーション (1,437人)	7.0%
大浦ら (1998) (全国 病院、施設)	主として病院、施設 入院患者 (98,093人)	5.8%	金川ら (1988) (全国ステーション)	ステーション (23,500人)	14.6%
阿曾ら (1999)	総合病院 (20,727人) 一般病院 (12,178人)	7.6% 9.5%	阿曾ら (1999) (関西)	ステーション (6,764人)	11.3%

出典 大浦武彦: 褥瘡治療・ケアと社会の動き, Nursing Today, 14(13): 33-37, 1999.

4.2%から14.6%と、非常に高い有病率
急増する高齢者の医療費の削減には、褥瘡に対する施策が非常に重要

一般病院の褥瘡対策チーム (褥瘡ハイリスク患者ケア加算の場合の例)



WOC看護師を褥瘡対策のマネージャとして、各職種と協働するチーム構造

11

2. チーム医療の推進における学会の役割 (日本褥瘡学会)

設立 1998年10月1日

趣旨 ・褥瘡や創傷管理に関する教育、研究、専門知識の増進普及を図り、
褥瘡の予防と医療の向上、促進と充実に貢献すること
・多職種連携による褥瘡管理の向上

正会員 医療に従事するものおよび医学研究者
(医師、看護師、介護職員(介護士、ケアワーカー)、薬剤師、栄養士、
理学療法士、作業療法士、臨床工学技師、医用工学研究者、薬剤開発技術者)

会員数 総数7385名(内看護師4388、医師1970、栄養士254、薬剤師250、
理学療法士119、作業療法士20、その他384) 2009.10現在

学会誌 4号/年

12

チーム医療推進のための事業内容

- 1) コンセンサスー共通用語(学術教育委員会)
 - ・ 褥瘡評価ーDESIGNツール
 - ・ ガイドライン
 - ・ 診療報酬に関する指針
- 2) 褥瘡対策評価(実態調査委員会)
 - ・ 登録による有病率、重症度のモニタリング(3年に1度)
- 3) 褥瘡認定師制度(認定師認定委員会)
 - ・ 各職種別に認定(看護師、医師、薬剤師、栄養士、PT、OT)
- 4) 継続教育
 - ・ 教育セミナーの実施(各地方会)
- 5) 在宅褥瘡管理の推進
 - ・ 各県単位で講習会担当委員を置き、年1回実施

13

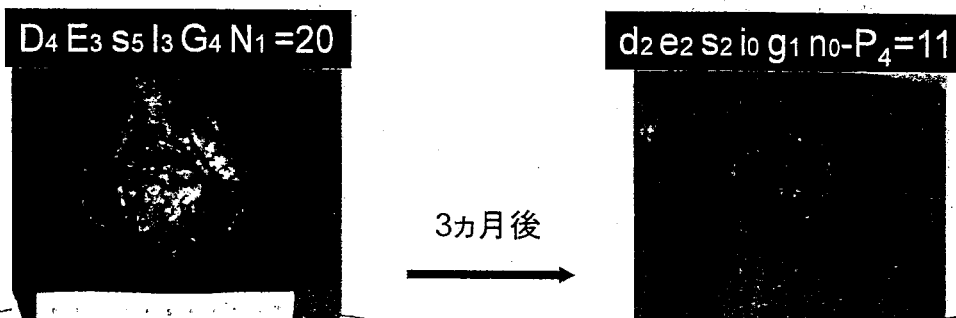
2-1) 共通用語としてツールの開発 ー日本褥瘡学会(2002)ー

褥瘡部アセスメントツールの開発(DSIGN)

褥瘡に関わる全ての職種が共通言語で創部を語ること

1. 介入できるー分類
2. 創部の変化をモニタリングできるー数量化

▼
同一のツールをつくる



14

DESIGN (褥瘡経過評価用)

Depth 深さ (創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する)					
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤		4	皮下組織を越える損傷
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷 または、深さ判定が不能の場合
Exudate 浸出液					
e	0	なし	E	3	多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない			
	2	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する			
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)]					
s	0	皮膚損傷なし	S	6	100以上
	1	4未満			
	2	4以上 16未満			
	3	16以上 36未満			
	4	36以上 64未満			
	5	64以上 100未満			
Inflammation/Infection 炎症/感染					
i	0	局所の炎症徴候なし	I	2	局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)
	1	局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		3	全身的影響あり(発熱など)
Granulation 肉芽組織					
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	3	良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が、創面の90%以上を占める		4	良性肉芽が、創面の10%未満を占める
	2	良性肉芽が、創面の50%以上90%未満を占める		5	良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue 壊死組織 (混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する)					
n	0	壊死組織なし	N	1	柔らかい壊死組織あり
				2	硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全週(潰瘍面も含め)[長径(cm)×短径(cm)]から潰瘍の大きさを差し引いたもの					
なし	記載せず		-P	1	4未満
				2	4以上、16未満
				3	16以上、36未満
				4	36以上

部位 [仙骨部、坐骨部、大転子部、踵部、その他 ()]

15

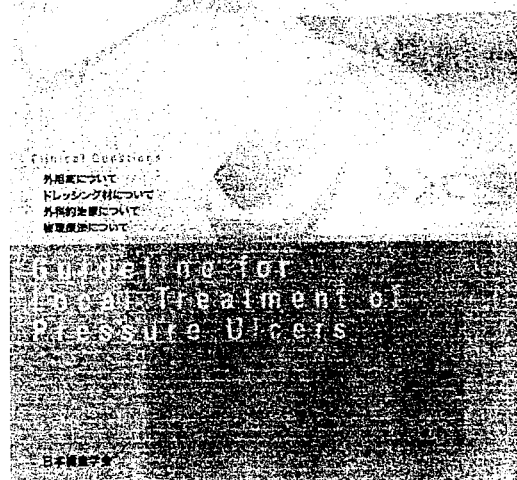
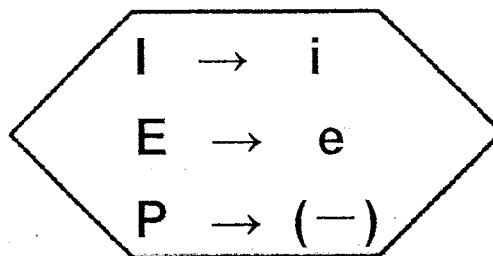
DESIGN分類によるガイドラインの策定

—日本褥瘡学会(2005)—

科学的根拠に基づく
褥瘡局所治療
ガイドライン



N → n
G → g
S → s



16

診療報酬改定褥瘡関連項目に関する指針の作成 — 日本褥瘡学会 (2006) —

CONTENTS 目次

第1部:平成18年度診療報酬に関する 第2部:「褥瘡リスクアセスメント票」記入 日本褥瘡学会としての指針 の手続き

第1部 平成18年度(2006年度)診療報酬に関する診療報酬の改定について	第2部 「褥瘡リスクアセスメント票」記入の手続き
1 診療対基全面改定後の見直し	1 別紙様式4 褥瘡診療に関する診療対表 等の違い
2 入籍基本料の新しい算定基準としての算定対象	2 褥瘡リスクアセスメント票 項目の定義
3 算定対象となる患者	3.1 アセスメント
4 褥瘡に起因する危険因子の評価	3.2 褥瘡の発生
5 褥瘡リスクアセスメント票の記載	3.3 褥瘡の予防
6 算定の留意点	3.4 褥瘡の発生を予防するための褥瘡の発生部位
7 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.5 褥瘡の発生部位
8 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.6 褥瘡の発生部位
9 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.7 褥瘡の発生部位
10 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.8 褥瘡の発生部位
11 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.9 褥瘡の発生部位
12 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.10 褥瘡の発生部位
13 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.11 褥瘡の発生部位
14 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.12 褥瘡の発生部位
15 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.13 褥瘡の発生部位
16 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.14 褥瘡の発生部位
17 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.15 褥瘡の発生部位
18 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.16 褥瘡の発生部位
19 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.17 褥瘡の発生部位
20 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.18 褥瘡の発生部位
21 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.19 褥瘡の発生部位
22 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.20 褥瘡の発生部位
23 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.21 褥瘡の発生部位
24 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.22 褥瘡の発生部位
25 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.23 褥瘡の発生部位
26 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.24 褥瘡の発生部位
27 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.25 褥瘡の発生部位
28 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.26 褥瘡の発生部位
29 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.27 褥瘡の発生部位
30 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.28 褥瘡の発生部位
31 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.29 褥瘡の発生部位
32 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.30 褥瘡の発生部位
33 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.31 褥瘡の発生部位
34 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.32 褥瘡の発生部位
35 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.33 褥瘡の発生部位
36 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.34 褥瘡の発生部位
37 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.35 褥瘡の発生部位
38 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.36 褥瘡の発生部位
39 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.37 褥瘡の発生部位
40 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.38 褥瘡の発生部位
41 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.39 褥瘡の発生部位
42 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.40 褥瘡の発生部位
43 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.41 褥瘡の発生部位
44 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.42 褥瘡の発生部位
45 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.43 褥瘡の発生部位
46 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.44 褥瘡の発生部位
47 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.45 褥瘡の発生部位
48 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.46 褥瘡の発生部位
49 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.47 褥瘡の発生部位
50 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.48 褥瘡の発生部位
51 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.49 褥瘡の発生部位
52 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.50 褥瘡の発生部位
53 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.51 褥瘡の発生部位
54 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.52 褥瘡の発生部位
55 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.53 褥瘡の発生部位
56 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.54 褥瘡の発生部位
57 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.55 褥瘡の発生部位
58 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.56 褥瘡の発生部位
59 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.57 褥瘡の発生部位
60 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.58 褥瘡の発生部位
61 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.59 褥瘡の発生部位
62 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.60 褥瘡の発生部位
63 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.61 褥瘡の発生部位
64 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.62 褥瘡の発生部位
65 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.63 褥瘡の発生部位
66 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.64 褥瘡の発生部位
67 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.65 褥瘡の発生部位
68 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.66 褥瘡の発生部位
69 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.67 褥瘡の発生部位
70 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.68 褥瘡の発生部位
71 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.69 褥瘡の発生部位
72 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.70 褥瘡の発生部位
73 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.71 褥瘡の発生部位
74 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.72 褥瘡の発生部位
75 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.73 褥瘡の発生部位
76 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.74 褥瘡の発生部位
77 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.75 褥瘡の発生部位
78 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.76 褥瘡の発生部位
79 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.77 褥瘡の発生部位
80 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.78 褥瘡の発生部位
81 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.79 褥瘡の発生部位
82 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.80 褥瘡の発生部位
83 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.81 褥瘡の発生部位
84 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.82 褥瘡の発生部位
85 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.83 褥瘡の発生部位
86 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.84 褥瘡の発生部位
87 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.85 褥瘡の発生部位
88 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.86 褥瘡の発生部位
89 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.87 褥瘡の発生部位
90 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.88 褥瘡の発生部位
91 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.89 褥瘡の発生部位
92 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.90 褥瘡の発生部位
93 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.91 褥瘡の発生部位
94 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.92 褥瘡の発生部位
95 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.93 褥瘡の発生部位
96 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.94 褥瘡の発生部位
97 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.95 褥瘡の発生部位
98 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.96 褥瘡の発生部位
99 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.97 褥瘡の発生部位
100 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.98 褥瘡の発生部位
101 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.99 褥瘡の発生部位
102 褥瘡リスクアセスメント票の記載と併せての算定は不可	3.100 褥瘡の発生部位



2-2) 各職種別褥瘡認定師制度 — 日本褥瘡学会 (2007) —

認定師申請資格を有する者(規則第5~7条ならびに細則第10条)

- 医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士
- 免許取得後4年以上を経過していること
- 4年以上引き続いて日本褥瘡学会正会員であるもの
- 4年以上褥瘡の予防、医療に従事し、直接関与した症例(各職種で定める症例数5~10例)の記録を有するもの
- 日本褥瘡学会主催の教育セミナー受講証明書(2回以上)を有すること

認定の際に必要な申請書類

申請書・資格免許証の写し・履歴書・医療歴証明書・症例の記録・業績目録・教育セミナー受講証明書

申請資格者	提出する記録の内容
看護師	褥瘡発症の危険因子を有する患者における褥瘡の予防計画を立案・実施・評価、および褥瘡を有する患者の創環境の整備と教育指導
薬剤師	褥瘡を有する患者における褥瘡治療薬・創傷被覆材の選定、薬効や副作用などの評価
管理栄養士	褥瘡を有する患者もしくは褥瘡発症の危険因子を有する患者の栄養管理
医師	褥瘡を有する患者の褥瘡治療(保存的治療、外科的治療、その他)
理学療法士	褥瘡発症の危険因子を有する患者における褥瘡の予防計画(危険要因の抽出、予防策)を立案・実施・評価と物理療法の実施と評価
作業療法士	褥瘡発症の危険因子を有する患者における褥瘡の予防計画(危険要因の抽出、予防策)を立案・実施・評価

また別に、在宅療養における褥瘡の予防、治療の啓発、向上を図るため、日本褥瘡学会在宅褥瘡予防・管理師を認定している。

日本褥瘡学会認定師制度

日本褥瘡学会認定師（看護師）

日本褥瘡学会認定師（看護師）

認定証

仲上豪二郎 殿

1981年12月15日生

貴殿は日本褥瘡学会の所定の審査により日本褥瘡学会認定師として認定されたことを証する

認定師番号 第 200 号
認定資格取得日 2008年 9月 1日
認定師資格有効期限 2013年 8月 31日

2008年 9月 1日



日本褥瘡学会

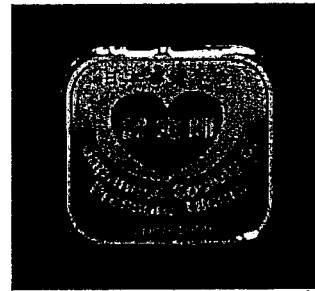
理事長 森口

認定師認定 川上

委員会委員長



各医療専門職に対して、褥瘡の予防、医療を実施するための適切な知識・技術を有することを証する



認定師バッヂ

日本褥瘡学会認定師認定証（看護師）

19

褥瘡対策におけるチーム医療実現の鍵

多職種連携—共通言語を持つ

客観的評価項目（アウトカム指標）の開発

—DESIGNの作成（2002）

—ガイドラインの作成

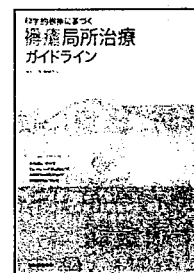
コンセンサスを得る解説書の配布

—褥瘡対策指針（2002）

（褥瘡対策未実施減算）

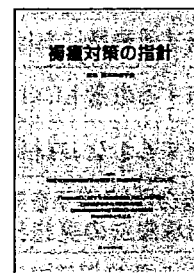
—褥瘡関連診療報酬改定に関する指針の作成（2006）

（褥瘡ハイリスク患者ケア加算）



各職種へのリスペクトと役割の明確化

職種別の認定制度などの導入



学会を多職種連携のためのコンセンサスをつくる場として活用する

20

3. WOC看護師による活動評価 —費用対効果(現JWOCM学会)—

WOC看護師はチームの中で褥瘡対策に貢献したか

平成19年

褥瘡ハイリスク患者ケア加算導入の有無による褥瘡の治癒過程及びその処置にかかる費用の比較と影響要因の検討

真田弘美、溝上祐子、南由起子、山本亜由美、大江真琴、貝谷敏子、仲上豪二郎、飯坂真司

日本WOC研究会誌. 2007;11(2):59-62.

病院がハイリスク加算を導入するには、褥瘡対策を専従で行う褥瘡管理(WOC看護師)を置くことが要件となっている

21

褥瘡対策の問題点

有病率

患者1000対(95%CI)

施設	院内発生 (1168病院)	持ち込み (1160病院)	総数 (1262病院)
2003年 10月頃	23.1 (22.6-23.7)	12.7 (12.3-13.2)	36.4 (35.7-37.0)

有病率 = 「褥瘡患者数」 / 「入院患者数」 × 1000

褥瘡重症度

	2003年10月頃 (褥瘡数: 6168)
I	29.8
II	43.4
III	18.8
IV	7.3
V	0.8

26.9%

日本の褥瘡は有病率は低下したが、依然として重症例が多い。WOC看護師の活動に着目

Sanada H. The Japanese pressure ulcer surveillance study: A retrospective cohort study to determine the prevalence of pressure ulcers in Japanese hospitals. WOUNDS. 2008; 20(6): 176-182.

22

調査概要

目的

- 加算導入が褥瘡治癒に与える効果及びそれにかかるコストを評価する
- つまり褥瘡管理者(WOC看護師)を置いたことを評価する

方法

- 前向きコホート研究

対象

- 日本ET/WOC協会会員のうち医療施設に勤務のWOC看護師で、経験年数が4年未満の者
- WOC看護師が褥瘡管理者として専従勤務(管理者群)
- WOC看護師が褥瘡管理者として勤務していない(対照群)

調査項目

- アウトカム:褥瘡治癒状況(DSIGN得点変化)
- コスト(物材費、人件費)

調査の対象となる褥瘡Ⅲ度以上(NPUAP分類)の褥瘡を有する患者のケア

褥瘡ハイリスク患者ケア加算:適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、総合的な褥瘡対策を継続して行った場合、入院期間中1回に限り算定できる(500点)

23

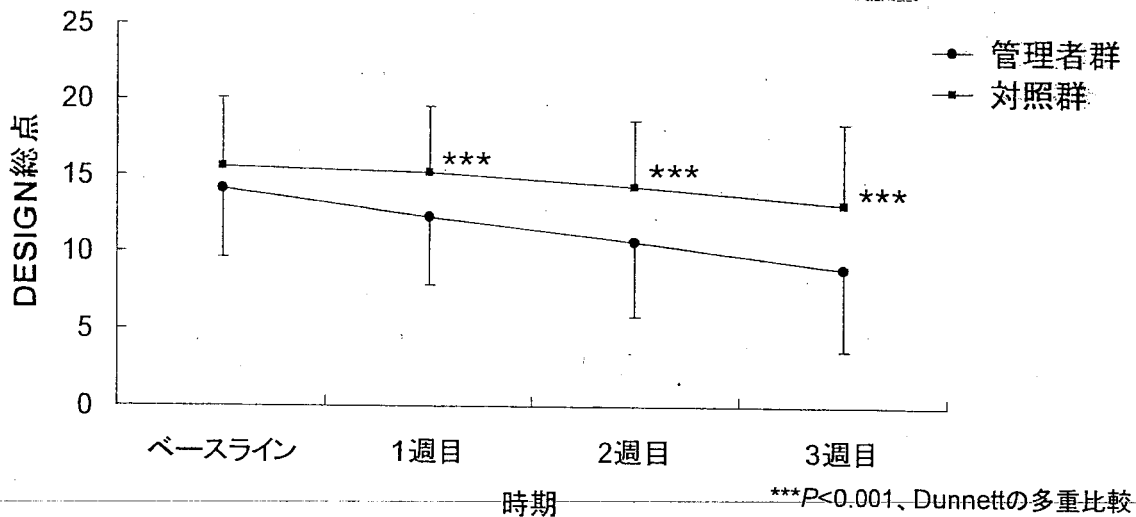
結果1. デモグラフィックデータの比較

	N (%), 平均±標準偏差		
	管理者群	対照群	P値
開設主体			
国立	3 (9.1)	1 (5.7)	0.137
公立	6 (18.2)	4 (22.2)	
公的	10 (30.3)	1 (5.7)	
病院の種類			
特定機能病院	9 (27.3)	3 (16.7)	0.553
地域医療支援病院	6 (18.2)	4 (22.2)	
一般病院	16 (48.5)	11 (61.1)	
	管理者群	対照群	P値
病床数(床)	679.4 ±276.3	553.0 ±211.3	0.115
平均在院日数(日)	17.4 ± 6.0	15.6 ± 3.2	0.233
1日平均患者数(日)	488.2 ±274.1	370.0 ±235.8	0.129

デモグラフィックデータに有意な差はみられなかった

24

結果2. 褥瘡治癒状況と影響要因



独立変数	β	P値
管理者導入	-3.44	<0.001
床上での自力体位変換	3.83	0.001
浮腫	-1.35	0.010
特殊体位による手術を受けた(ハイリスク項目)	-4.76	0.023
DESIGN総点(ベースライン)	0.22	共変量

重回帰分析、 $R^2=0.293$

加算導入がDESIGN総点減少に最も強く影響していた

25

結果3. 物材費と人件費からみた費用対効果

	平均±標準偏差		P値
	管理者群	対照群	
N	67	38	
DESIGN(減少点)	5.2±3.3	2.5±4.4	0.002
物材費(円)	8032.7± 8536.6	11514.8±15205.1	0.199
人件費(円)	57277.9±33842.9	55421.8±56190.2	0.854
総費用(円)	65310.5±36675.1	66936.6±60534.8	0.881
DESIGN1点減少に要した物材費(円/点)	1537.7	4605.9	
DESIGN1点減少に要した人件費(円/点)	10964.6	22168.7	
DESIGN1点減少に要した総費用(円/点)	12502.3	26774.6	

26

結果4. 専従になることで広がった裁量

	管理者群	対照群	P値
創部のケアプランを自ら立てたことがある	33 (100.0)	18 (100.0)	
外科的デブリードメントを行ったことがある	19 (57.6)	4 (22.2)	0.015
外用薬の選択を行ったことがある	33 (100.0)	17 (94.4)	0.172
ドレッシング材の選択を行ったことがある	33 (100.0)	18 (100.0)	
陰圧吸引療法を自ら行ったことがある	25 (75.8)	7 (38.9)	0.009
直腸カテーテルを自ら挿入したことがある	6 (18.2)	2 (11.1)	0.507
褥瘡部のエコー画像を取得したことがある	3 (9.1)	0 (0.0)	0.187
体圧を自ら測ったことがある	33 (100.0)	18 (100.0)	
ABIを自ら測定したことがある	11 (33.3)	3 (16.7)	0.203

赤字－両群とも約100%行っている技術
青字－管理者群に有意に多かった技術

N (%), ABI; ankle brachial pressure index

費用対効果が優れていた理由の一つに
行える特殊技術の差があるのではないか？

27

平成16年度、19年度調査における費用対効果の比較 (物材費の比較)

DESIGNの得点を1点下げるのに必要な物材費用は？

WOC看護師の 有無	WOCがない施設 (2004年)	10686.4円
	WOCがいる施設 (2004年)	5109.1円
管理者の 有無	WOCが管理者ではない (2007年)	4605.9円
	WOCが管理者 (2007年)	1537.7円

WOC看護師を褥瘡管理者として配置した場合、
WOC看護師がない病院に比べて褥瘡対策の費用対効果が約6倍優れる

4. 創傷ケア領域でのWOC看護師の活動範囲の拡大とその教育(創傷処置全般)

どんな患者のケアを行っているか

- 褥瘡保有患者、褥瘡ハイリスク患者のケア
- ストーマ(人工肛門・人工膀胱造設)患者のケア
- 便・尿失禁患者の主にスキンケア
- その他の皮膚障害のケア:
 - 術後感染創(SSSI)、瘻孔
 - 医療器具による皮膚障害
 - 糖尿病性潰瘍、閉塞性動脈硬化症(ASO)患者
 - がん化学療法による副作用の皮膚障害
 - 経皮的内視鏡的消化管瘻(PEG)
 - 気管切開孔

どんな病期のケアを行っているか

- 老年期、終末期、がん治療期、急性期、周術期、慢性期

29

WOCNによる創傷管理の実際

手術後創部処置



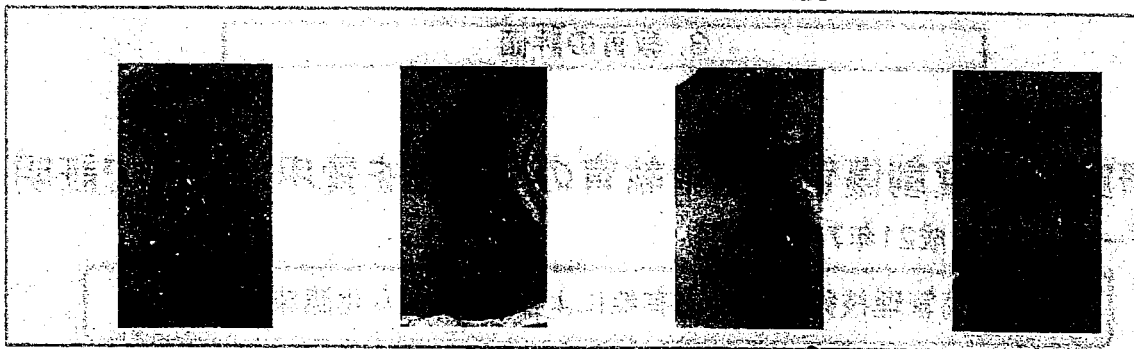
ドレーンの管理(緩和ケア)



抜糸



SSI管理における医師との連携



創底管理をWOC看護師

医師による縫合

30

皮膚・排泄ケア認定看護師による高度創傷管理技術を用いた重症褥瘡発生の防止に関する研究

主任研究者	真田弘美(東京大学教授)	創傷看護学)
共同研究者	須釜淳子(金沢大学教授)	臨床実践看護学)
	宮地良樹(京都大学教授)	皮膚科学)
	館 正弘(東北大学教授)	形成外科学)
	松山 裕(東京大学准教授)	疫学・生物統計学)

31

WOC看護師への高度創傷管理技術教育

目的

裁量を拡大することで、褥瘡の重症化を低下させ、治癒の促進、更に患者QOLを向上させ、医療コストを減少させること

研究1:教育の構築と実施 平成20年3月～平成21年5月

1. 褥瘡重症化予防管理プロトコール作成

2. 教育プログラム実施

3. 教育の評価

研究2:高度創傷管理技術教育の有効性を費用対効果で証明

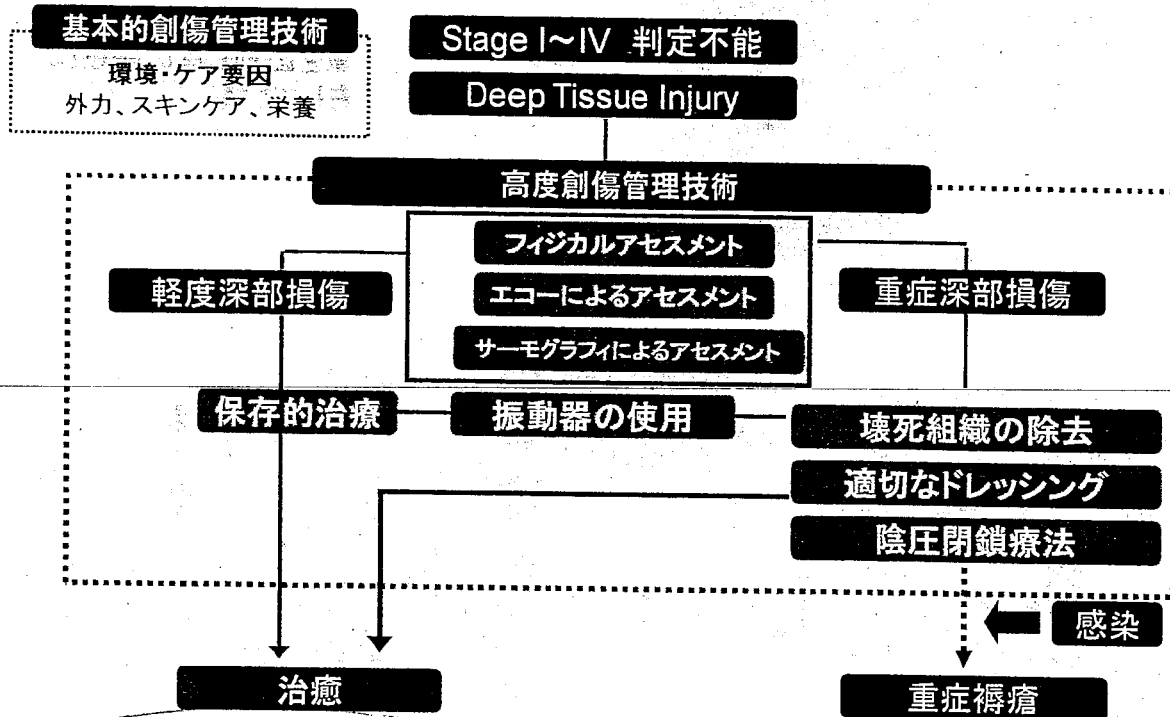
データ収集 平成21年7月～10月

高度創傷管理技術教育受講有無による非ランダム化臨床比較試験

32

褥瘡重症化予防プロトコルの作成

侵襲を最小限に抑え、安全に、そして患者の苦痛なく



東京大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認(#2436)

教育プログラムの実施—カリキュラムの作成— 95時間5単位(講義35、演習・実習60)

方法: エビデンスのある技術の中から、医師、看護師からなる
エキスパートの意見を集約し抽出

参考: 皮膚・排泄ケア認定看護師教育カリキュラム
米国WOCNカリキュラム
米国デブリードメント資格講習会カリキュラム
米国Advanced Practice Nurseカリキュラム

	授業科目	時間	単位
専門科目	アドバンス創傷アセスメント(エコー・サーモ)	12	3
	創傷デブリードマン技術	12	
	陰圧閉鎖療法	7.5	
	創傷被覆材(ドレッシング材)の選択技術	7.5	
	振動器の使用技術	2	
共通	医療安全	4	2
	演習・実習(データ収集)	60	

デブリードメントとドレッシング法



密着した壊死組織を出血しない程度に毎日少しずつ除去していく

D3-e3s6i0G5N3p0:17



D3-e3S6i0e1n0p0:10
踵褥瘡の洗浄と保湿

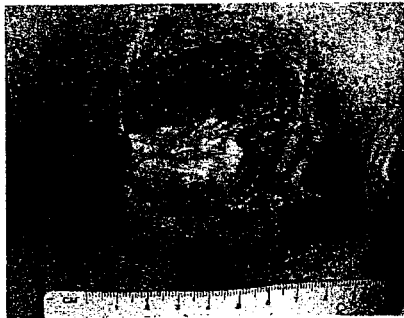


ドレッシング材の選択と貼付技術

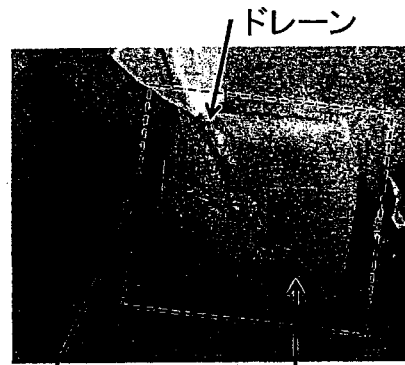


20日後に治癒
再発防止のスキンケア 35

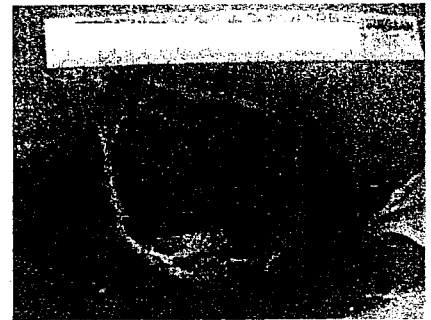
陰圧閉鎖療法



DESIGNR
D4-E6S9I3G6N3R12:
38点



フィルム材
ハイドロサイト
(ドレッシング材)



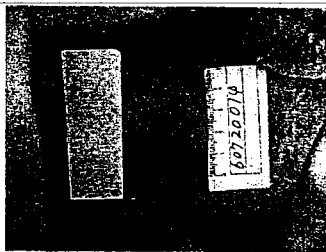
14日後
D3-E3S9IOG3N3
18点

1. 創部に吸収性のドレッシング材を使用し、創部とドレッシング材の間にドレーン留置
2. その上から密閉するフィルムを貼り、陰圧吸引
3. 血流促進、滲出液吸引、便尿からの汚染防止

振動法—振動機器使用による血流増進



振動機器使用の適応を判断し、挿入部位の位置を決め、振動効果を最大限に得られるポジショニングを考慮して板部分をマットレスの下に挿入する



振動前

2日間

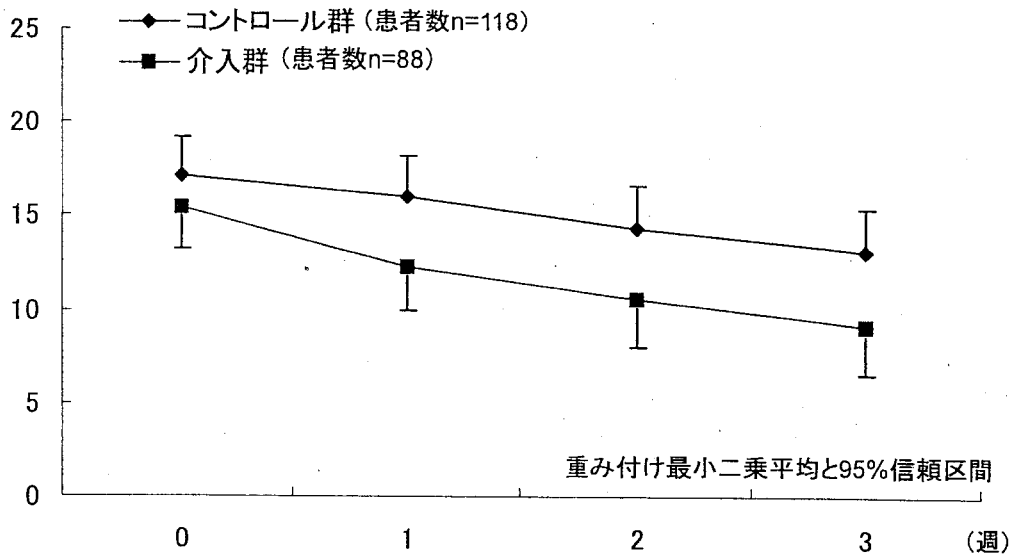


1日3回15分使用後
d1褥瘡消失

Arashi M, et al. Vibration therapy accelerates healing of Stage I pressure ulcers in elderly patients. (accepted)

高度創傷管理技術教育の創傷治癒促進効果 (中間解析結果)

DESIGN-R(点)



時間と群の交互作用 $P=0.033$

高度創傷管理技術教育を受けることにより、DESIGN-Rの減少が促進された

*解析方法 線型混合モデル

- ・従属変数…DESIGN-R
- ・固定効果…時間、群、時間*群 群*施設ID
- ・ランダム効果…患者

解析方法については、今後より詳細に検討する予定 38
(最終予定 介入群100症例、コントロール群200症例程度)

5. 褥瘡対策からみたチーム医療 —WOC看護師が取った役割機能—

まとめ

WOC看護師が褥瘡管理(診断、処置含めて)をチームリーダーとして実践できた理由

1. 褥瘡という疾患の特徴
 - 看護ケアが主となる疾患
 - 目にみえる成果が出せること(医師からの評価が得やすい)
2. 有資格(認定看護師)
3. 学会による組織体制づくりの支援
 - コンセンサスと役割の明文化
 - ・ 評価ツール(DSIGN)、ガイドライン、指針の作成
 - ・ 職種別認定師の育成
 - 活動の評価
 - ・ 費用対効果
4. 診療報酬による役割の保障

チーム医療の中で医師の権限の委譲と看護師の裁量の拡大をスムーズに行うには、有資格者が学会などのコンセンサス(ガイドラインなど)を基に、包括指示の中でエビデンスのある医療行為を行うことに診療報酬をつける

39

褥瘡対策からみえた チーム医療推進のための残された課題

チーム医療を考える上で看護師の役割拡大にどのように取り組むか

1. 包括指示内で行える技術か？
 - 実際に行っているケアは、“診療の補助”を超える位置づけ
 - 法改正への検討？
2. 現存の教育内容で不足する知識と技術をどのように補うか？
 - 疾患に対して、生活支援を基盤とした処方、治療をできる看護の専門職
 - 人材の育成
 - 1) 既存の専門看護師、認定看護師のキャリアパスを考慮したアドバンスコース
(たとえば大学院卒のWOC看護師に特化した教育プログラム)
 - 2) いわゆるNP教育のコース
(たとえば創傷管理における高度創傷看護実践者)
3. チーム医療が円滑にすすめられる組織体制になっているか？
 - セクショナリズムの解消—看護部、診療部に属さない横断的部署(院長直轄等)
 - 体制づくりへの支援
4. 有資格者の処遇の改善は必要か？
 - 評価された給与体系
 - 診療報酬での改善

40