日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会(令和3年7月18日)

かかりつけ医の質・医療安全

医療法人社団つくし会理事長 新田國夫

医療法人社団清令会 理事長 清水惠一郎

日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会 COI開示

演題名: かかりつけ医の質・医療安全

演者名: 新田國夫、清水惠一郎

私たちが発表する今回の演題について、開示すべきCOIはありません。

かかりつけ医の

医療安全

医療法人社団清令会 理事長 清水惠一郎

はじめに

かかりつけ医の質と医療安全を論ずるにあたり、 日常診療で起こりうる状況を勘案すると、まず、 「医療安全」の基本を理解し、応用問題としての 「医療の質」を担保することが大切と考える。

今回は、ハードとしての「医療安全」対策の構築 ・実践を前半に述べ、ソフトとしての「医療の 質」を後半に分けて述べる。特に後半の医療の質 に関しては、高齢者医療において様々な医療の選 択肢がある中で、適切な医療提供を可能にする考 え方を倫理的観点から提示する。

かかりつけ医のための医療安全

患者が安心して医療機関を受診し、安全・良質な医療を受けるためには、医療機関における医師のリーダーシップのもとに、全職員が一丸となって、医療安全に対する意識を高め、事故を未然に回避する能力を高めることが必要である。

このためには、医療機関の医療安全管理指針の策定と実行により事故防止の徹底が求められる。

- 1. 医療安全管理指針の実施
- 2. 院内感染対策マニュアル
- 3. 医薬品の安全使用のための業務に関する手順
- 4. 医療機器の保守点検・安全使用に関する体制に ついての指針
- 5. その他

医療安全管理指針の実施

- 1 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目 的とした改善方策
- 2 安全管理のための指針・マニュアルの作成
- 3 医療安全管理のための研修の実施
- 4 事故発生時の対応(事例報告、インシデントアクシデント・レポート)
- 5 本指針の周知
- 6 本指針の見直し・改正
- 7 本指針の閲覧
- 8 患者からの相談への対応

医療に係る安全管理のための事例報告(報告様式1)

	(診療録、	看護記	記録等に=	もとづき	客観的な	事実	を記載す	すること	- 》		
報告日_		年	<u>月</u> F	<u> </u>	報告者名	Z					
						(支	障のあ	る場合	は無証	2名もす	可)
発生日時_	年	月	日	時頃	発生場所	ዡ					
事例発生[時に行って	いた医	療行為								
報告事例の	 の態様	(①手技上	 の不手[祭 ②	 患者の	転落 •	 転倒	3梯	 機器のt	— 女障
(該当する	ものを〇で囲	1む) (4記憶違	(L)	5認識違	い	6連絡	漏れ			
		(⑦その他	()	
上記4~	⑥の場合、	その	内容	患者·	台療部位	• 薬剤	名・投	与量•	()
患者への	実際の影響	な	かった	あっ	た ()			
発見、対	芯が遅れた	場合に	予想され	れた結果	: 死亡・	• 重篤7	な後遺紀	走・要治	譇╸	軽微▪	不明
現在の患	者の状態										
患者・家族	族への説明										
事例の具	本的内容										

インシデントレポート

- ① 24時間以内に入力する。
- ② 死因にかかわらず すべての死亡例を 提出する。
- ③合併症も報告する。
- ④ 臨床研修医用の報告書あり。

資料:日医かかりつけ医機能研修制度

H29応用研修会

診療科	医療安全に関 名	する報告	書・研修医	用
指導医	名			®
研修医	名			(III)
発生 場所				
発生 日時	月	日		寺 分
患者 イニシャル	J.•N		外来 入院	男女

手書きインシデントレポート 表(例)

セ゛ネ	年 月 日 No. 院 長 殿 時 分受領 ラルリスクマネシ ヤー 殿 平成 年 月 至全に関する報告書 部科(課)名:	- 目 -
*統計様	式と併せて提出して下さい。 所属長名:	ED .
4, 22, 1,	↑ (影響レベル2以下は、省略可)	
影響レク	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	ELI
	***** は必ずマニュアルをコピーし、修正事項を記入して一緒に提出。 報告者名:	ED
件 名		無
17 /2	診療録に記載 有・	無
発生場所	研修会出席回数	回
発生日時	平成年月日()午前・午後時分	
	殿 H·S·T 年 月 日生()歳 男·女	7 ed-a
患者氏名	ID: 診療科: 科 外来・入門 号館 病棟 号室 入院年月日: 平成 年 月	
		日
①本人・家族への説明	患者への説明(有・無)説明した人()説明を受けた人(
②本人・家族の の反応 予想される経過及び問題点と後遺症等。		
今後の対策	to and the side of a figure the state. The state of the s	
備考	·I Cと各種同意書(手術同意書、検査同意書等)の取得状況	
<影響レベル	ン 説 傷害の程度 内容(詳細は、順天堂 医院 医漢事故防止対策マニュアル 参照)	and the same of th
レベルのな	エフーベ医薬品・医療用具の小具合か見られにか、思名には実施されなかった。 思者に実害がなかった。	
3a 一遍	軽度 処置や治療は行わなかった。 性 中等度 第単な処置や治療を更した。	2000000
3b 4a 4b 5 5 5	大学 医療・	
*より詳細な期間提出先・回覧報告	述を行う場合には、この用紙のほかにA4用紙を追加してください。	12

資料:

日医かかりつけ医 機能研修制度 H29応用研修会

<影響レベルの評価 >

	影響レベル	傷害の程度	内容	判定フローチャート		
	0	実害なし	エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、 患者には実施されなかった	患者さんに実害が発		
イ ン シ	1	実害なし	何らかの影響を及ぼした可能性はあるが、実害はな かった	生したか 『No』		
/デント	2	軽度	処置や治療は行わなかった(バイタルサインの軽度 変化、観察の強化、安全確認の検査などの必要性は 生じた)	傷害は高度なものか		
	3a	中程度	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の 縫合、鎮痛剤の投与など)	ĨNo.Ĵ		
アク	3b	高度	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度 変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、 外来患者の入院、骨折など)			
シデン	4 高度		永続的な障害や後遺症が残存(有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合、伴う場合の両者を含む)	傷害は高度なものか 『Yes』		
 	5	高度	死亡 (現疾患の自然経過によるものを除く)			

(国立大学附属病院医療安全管理協議会)

手書きインシデントレポート 裏(例)

医療安全に関する報告書(統計様式)								
※ 当事者又は責任者が該当箇所の太枠内に"レ"を記入								
問題発生曜日		1		曜日	2 土·日·祭日	99 不明		
発生時間帯		時 分頃		1 9時~17時	2 17時~22時	3 22時~9時 99 不明		
影響レベル		1 レベル0・1		2レベル2	3 V^*/V3a·b	4 レヘッル4a・b 5 レベル5		
		1 医師		2 歯科医師	3 助産師	4 看護師 5 准看護師 5 海理師・		
		6 看護助手		7 薬剤師	8 管理栄養士	9 宋養士 10 調理從事者		
当事者職種		11 診療放射線技師		12 臨床検査技師	13 衛生検査技師	14 理学療法士 15 作業療法士		
三十日和以里		16 言語療法士		17 歯科衛生士	18 視能訓練士	19 精神保健 20 臨床心理士		
		21 社会福祉士		22介護福祉士	23 臨床工学技士	24 保育士 25 事務職員		
		77 その他				99 不明		
当事者勤続年	数	1 年			99 不明・その他			
当該部署配属年	三数	1 年			99 不明・その他	4 島 考 木 人		
発見者		1 当事者本人		2 同職種者	3 他職種者	4 患者本人 5 家族·付き添い		
		6 他患者		77 不明	99 その他			
患者性別		1 男	_	2女	3 特定できない			
患者の年齢		1 才			3 特定できない 99 その他	· ·		
患者区分		1 入院患者	-	2 外来患者	3 視覚障害	4 聴覚障害 5 構音障害		
		1 障害なし		2 意識障害	8 上肢障害	9下肢障害 10 歩行障害		
患者側の要因	L	6 精神障害	-	7 痴呆・健忘		・ サラマリー BC 2007 - 「麻酔中・麻酔		
		11 床上安静		12 睡眠中	13 せん妄状態	14 樂劑の影響下 15 前後		
		77 不明	_	99 その他	3 外来・その他	4 救急処置室 5 病棟・ナースst		
	_	1 外来·診察室 6 病棟·病室	-	2 外来·待合室 7 病棟·処置室	8 病棟·浴室	9 房棟・その他 10 手術室		
	-	11 分娩室		12 ICU	13 CCU	14 NICU 15 ^{集中治療室・・・} の他		
発生場所	_		-	17 機能訓練室	18機能訓練室(重複)	19 IVR処置室 20 放射線撮影室		
	_	16 <u>検査室</u> 21 核医学検査室	\vdash	22 放射線治療室	23 透析室	24 薬局·輸血部 25 簡理氫宋喪 管理室		
	_			27 廊下	28 階段	77 その他・院内 99 その他・院夕		
	H	26トイレ		X - N - s	3 情報伝達過程	4 与薬準備 5 処方·与薬		
		1 針刺し事故		2 指示出し		9手術 10 麻酔		
	_	6調剤・調剤管理	-	7点滴	8輸血	14 転倒·転落 15 誤嚥·誤飲		
		11 類使用・管理		12 出産・人工流産	13 その他の治療	** ***		
発生場面		16 抑制に関わること	1	17 入浴	18 排泄	19上の場面 20 処置		
光生物画		21 診察		22 内視鏡検査	23 内視鏡以外の	24 給食·栄養 25 熱傷·凍傷		
		26 外出·外泊関係		27 院内での暴力	28 自殺	29 盗難 30 診療情報管理		
		31 患者家族への説明		32 物品搬送	33 放射線管理	34 医療ガス 35 医療機器使用		
	-	36 施設・設備	-	99 その他	100			
	-	1確認		2 観察	3 半川迷斤	4 知識 5 技術·手技		
	H	6報告など	-	7 身体的条件	8 心理的条件	9 システム 10 連携		
発生要因		11 記録等の記載		12 應者外見 姓名類似	13 勤務状況	14 環境 15 医療機器、材料		
70-22	H	16 楽剤		17 諸物品	18 施設·設備	19 教育·訓練 20 説明·IC		
		99 その他						
起きていたであろ		1 小規模事故が		2 中規模事故	3 大規模事故が	4 事故は防げ 5 不明		
う事故の影響度								
* 当事者が複数人の場合は当事者職種、経験年数、部署配属年数のみを記載してください。								
報告書の	報告書の提出を必要とする状況 * に"レ"を記入してください ① は、患者様に障害が発生する可能性があった事態 〈例〉①3 ① 患者様に障害が発生する可能性があった事態+3転倒							
の風楽書者様	高麗 事者様に薩婁が発生した事態 (①②に含まれるもの)							
1 与	取に	関するインシテント・アと器・用具の不具合	クシラ	デント 口 7 歴	者自身の自己管理	里薬の服用ミス		
2 医派	 戻機	器・用具の不具合		8 應	者自身の針刺しか、海・手術・検査実施後、	、緊急入院から24時間以内に死亡された場合		
3 転倒、転落 9 処置・手術・検査実施後、緊急人院から24時間以内に死亡された場合 4 自殺・自殺・自殺・自殺・自殺・人間 10 予期しない合併症								

10 予期しない合併症 11 予期出来る合併症であるが、ICが不十分であった事態 12 エラーは無いが、結果的に事故となった場合で、報告が必要と考えられる事例 4 自殺、自殺企図 5 無断離院 6 発見、対処(処置)の遅れ 患者・家族からの苦情(医療行為に関する) 室料など「減免」を必要とする事態 患者影響は無いが検討を必要とする状況 345

資料:

日医かかりつけ医 機能研修制度 H29応用研修会

インシデント・アクシデント・レポート

月 年 日 報告 告 者 氏 名 (省略可) 報 氏 名 担当者(上席者) 役職 発 生 日 時 月 () $AM \cdot PM$ 年 時 分 月 外階段 □ 受 付 駐車場 玄 関 □ 待合室 内視鏡室 □ 放射線室 診察室 処置室 超音波室 健診室 心電図室 □ 更衣室 □ CT室 生 場 所 トイレ □ 階 段 風呂場 □ 病 室 □ 廊 下 □ デイルーム □ 事務室 □ その他(筋注 □ 皮下注 □ 皮内注 点滴 静注 🗆 薬 物 経口 □ 外用 □ 麻薬 □ その他(□ カルテ記入ミス □ 処方・指示ミス □ 誤調剤 □ 投与薬 □ 投与時間 □ 投与量 □ 人違い □ 投与方法 □ 投与忘れ 内 容 □ 点滴もれ □ 点滴忘れ □ 飲み忘れ・飲み違い 点滴速度 □ 点滴順番 神経損傷 副作用 感 染 機器の操作ミス □ その他(□ 生 検 □ X 線 \Box C T MR I 内視鏡 □ 採血・採尿 検 査 □ 超音波 □ その他(□ 操作ミス □ 人違い □ 部位違い 損傷 □ 実施忘れ 容 内 器具,設備不具合 その他(自己抜去 □ 点 滴 □ その他(

事故抜去

発 生 内 容						
□ 転 倒 □ 転 落 □ その他	□ 診察時 □ 検査時 □ 自力歩行 □ 補装具歩行 □ 車椅子 □ ストレッチャー □ その他 ()					
接遇	 □ 診 察 拒 否 □ 診療中トラブル □ 盗難・紛失 □ 電話応対トラブル □ 窓口応対トラブル □ 患者間トラブル □ 無断離院 □ 禁止品持ち込み □ 暴 百 □ 園 傷 □ 自殺・自殺未遂 □ 訪問者による乱暴 □ 院内器具設備の破壊 □ その他 () 					
食 事	□ 遅配膳 □ 誤配膳 □ 未配膳 □ 誤指示 □ 異物混入 □ 食中毒 □ 食物・飲み物を来院者にこぼした □ 窒息・誤嚥 □ その他 (
生命危険度	□ ない □ 低い □ 可能性あり □ 高い □ 極めて高い□ 死亡 □ その他 ()					
患者信頼度	□ 損なわない □ 余り損なわない □ 少し損なう □ 大きく損なう □ その他 ()					
《診	レポート詳細 《診療録、看護記録等にもとづく客観的な事実を記載すること》					

院内感染対策指針

- 1 院内感染対策に関する基本的な考え方
- 2 医療安全管理体制の確保
- 3 職員研修の実施
- 4 院内感染発生時の対応
- 5 院内感染対策マニュアルの整備
- 6 患者への情報提供と説明
- 7 その他院内における感染対策の推進

院内感染対策マニュアル

診療所では感染症の発生を予防し、その拡大を防ぐために、下記のような感染 予防の職員の手技を充実させる目的で、 院内感染防止マニュアルを策定する。

- 1 患者の抵抗力の低下に伴う日和見感染
- 2 医療従事者の針刺し事故などによる職 業感染
- 3 市中感染の院内持ち込みによる感染

標準予防策の基本手技について

- 1.手洗い・手指消毒(患者のケア前後、石鹸、アルコール)
- 2. 手袋(使い捨て手袋、アルコール清拭)
- 3. 医療用器具・器材 (汚染があれば廃棄、再滅菌、針刺し注意)
- 4. リネン類 (熱水消毒、次亜塩素酸ナトリウムで洗濯前処理)
- 5.消化管感染対策(手洗い、手指消毒、吐物はふき取り密封)
- 6.患者の技術的隔離(PPE、サージカルマスク、他施設に隔離)
- 7. 感染症発生時の対応(集団発生は保健所と対応、届出)
- 8. 抗菌薬投与時の注意(薬剤感受性検査で抗菌薬選択)
- 9.予防接種(VPDにはワクチン接種、ワクチン接種率を高める)
- 10. 医薬品の微生物汚染(血液製剤、脂肪乳剤は分割使用しない)
- 11. 医療施設の環境整備(換気、湿式清掃、水拭き清掃、清拭清 掃)

図14

医薬品の安全使用のための 業務に関する手順

院長を医薬品の安全使用のための責任者とし、「医薬品の安全使用のための業務手順書」を策定して医薬品の安全使用の徹底を図る。

- 1 医薬品の採用
- 2 医薬品の購入
- 3 医薬品の管理
- 4 外来患者への医薬品使用
- 5 在宅患者への医薬品使用
- 6 医薬品情報の収集・管理・提供
- 7 他施設との連携

医療機器の保守点検・安全使用に関する体制についての指針

- 1 医療機器安全管理責任者
- 2 安全管理のための体制を確保しなければなら ない医療機器の選定
- 3 職員に対する医療機器安全使用のための研修
- 4 医療機器の保守点検に関する計画の策定およ び保守点検の適切な実施
- 5 医療機器の安全使用のために必要となる情報 の収集その他の医療機器の安全を目的とした 改善のための方策の実施

日本医師会 医療安全推進者養成講座

目的:

医療事故や医療事故・紛争の背後にある本質的な問題に 適切に対処できる人材を育成・養成



医療関係機関の組織的な安全管理体制の推進を図る

受講対象者:

医療機関、福祉関連施設等の職員、

都道府県医師会・郡市区医師会の苦情・相談受付窓口 業務担当者等で、

医療の安全管理に対する強い意欲と高い関心を有する方

※ 診療報酬上の「医療安全対策加算に係る適切な研修」の対象。

学習内容:

e-learning:

- ·毎月1教科、全9教科 テキストで学習後、確認試験
- ・1教科あたりの学習時間:約20時間

【教科名】

- (1) 医療安全対策概論
- (2) Fitness to Practice論
- (3)事故防止職場環境論
- (4) 医療事故事例の活用 と無過失補償制度
- (5) 医療事故の分析手法論
- (6) 医療施設整備管理論
- (7) 医薬品安全管理論
- (8) 医事法学概論
- (9) 医療現場におけるコーチング術



講習会:

- ・日本医師会館で実施する座学 での講義
- 年1回、午後半日程度



※ 令和2年度は 感染防止対策のため、 動画によるe-learningで実施

全課程の受講を完了し、 修了要件を満たした方に

日本医師会長名の修了証を発行

日本医師会・日本医療機能評価機構共催 医療対話推進者養成セミナー

- ◆ 医療対話推進者 (いわゆる「メディエーター」)の養成
- ◆ 構成

導入編: 医療安全の概論や医療メディエーションの総論、病院における取り組み事例などをもとに、 基礎編に向けての基本的な知識を学ぶ。

基礎編: 少人数でのグループワークや3人1組のロールプレイを通じ、医療現場における医療者と患者・家族の対話スキルを学ぶ。

※ 診療報酬上の「患者サポート体制充実加算」の要件としては導入編・基礎編ともに受講することが必要

おわりに

- かかりつけ医の医療安全の実施のためには、医療安全管理指針の実施、院内感染対策マニュアル、医薬品の安全使用のための業務に関する手順、医療機器の保守点検・安全使用に関する体制についての指針の個々の理解と、実践が必要。
- 日本医師会は、医療安全推進者養成講座で医療 関係機関の組織的な安全管理体制の推進を図り、 日本医師会と日本医療機能評価機構との共催で 医療対話推進者養成セミナー(導入編・基礎編) を開催し、医療対話推進者(メディエーター) を養成している。
- 医療におけるかかりつけ医の医療安全は、継続的な医療提供の過程において、患者の意思決定支援を考慮して実行されるべきである。 図20

かかりつけ医の

質

医療法人社団つくし会理事長 新田 國夫

日医かかりつけ医機能研修制度 実施要綱

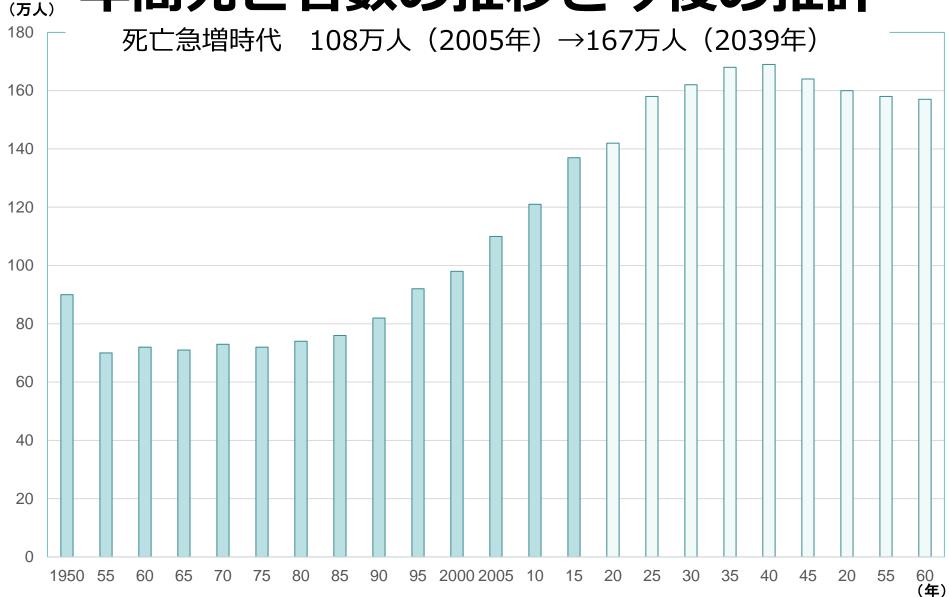
目的

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

「かかりつけ医機能」

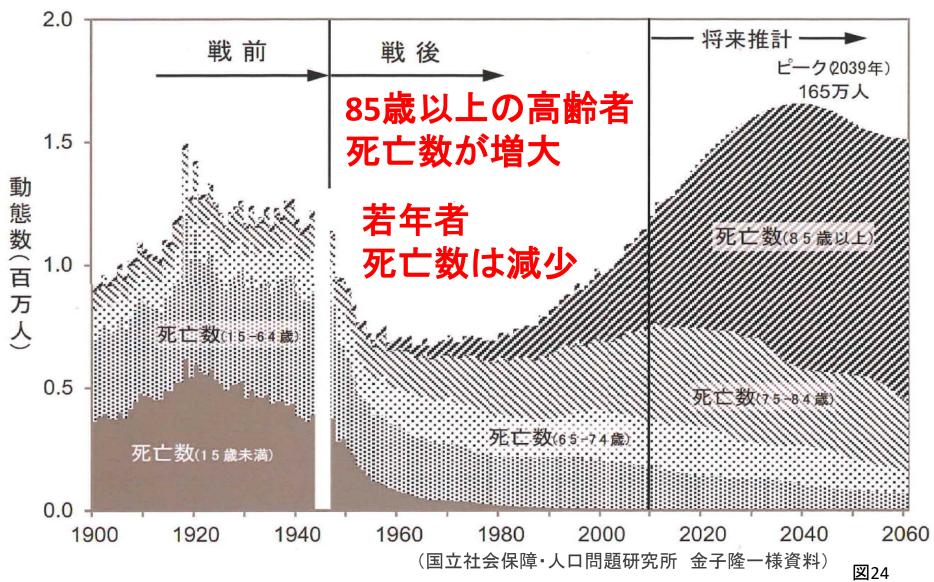
- 1. 患者中心の医療の実践
- 2. 継続性を重視した医療の実践
- 3. チーム医療、多職種連携の実践
- 4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
- 5. 地域の特性に応じた医療の実践
- 6. 在宅医療の実践

年間死亡者数の推移と今後の推計



(出所)2010年までは厚生労働省「人口動態統計」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の中位推計 人口減少社会のデザイン 広井良典氏 P253死生観の再構築図表6-1 図23

85歳以上の死亡数が増大する



日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会 「かかりつけ医の質・医療安全」 新田國夫、清水惠一郎

転倒·骨折

グループホーム入所中に大腿骨頸部骨折受傷し手術を受けたが、入院リハ困難で早期退院した87歳女性

- ▶87歳女性 アルツハイマー型認知症の診断でグループホーム(GH) 入所中
- ➤ 入居時のADLは、杖歩行・介助なし。介護への抵抗、暴言・暴力あり。
- ➤ X年6月6日午前2時20分、GHの廊下で倒れているところをスタッフが 発見
- ▶ クリニック受診しレントゲン検査→左大腿骨頸部骨折
- ▶6月8日、急性期病院整形外科入院→人工骨頭挿入術
- ➤ 認知症およびそれに伴うBPSDのため術後リハビリ継続困難
- ▶6月29日退院しGHに再入居
- ▶ 再入居時疼痛のため歩行は困難であったが、認知症があり自分で立ち上がろうとして転倒のリスク大きかった
- ➤ GHスタッフによる送迎で外来リハビリを開始
- テ歩行徐々に安定しADLもアップ→2か月間で外来リハビリ終了図25

誤嚥性肺炎

認知症の診断で総合病院通院中に誤嚥性肺炎で2回入院し、 訪問診療に移行した84歳男性

- ▶84歳男性 レビー小体型認知症
- ▶総合病院に通院していた。嚥下障害が徐々に進行し、誤嚥性肺炎で2 回の入院歴あり
- ➤ ADLも徐々に低下し介助歩行~車椅子レベル。痰がらみ、仰臥位での 咳込みも増強。介護負担も増してきており、主治医から「療養型病院へ の入院」を勧められる
- > 家族は在宅療養を希望し当クリニック受診→在宅訪問診療開始
- ▶ 訪問診療開始時、起立・歩行不安定で易転倒性あり。食事は一口大にカットしたものをトロミ付けて、水分もトロミ使用
- ▶ 訪問診療開始1か月後、ショートステイの利用中に発熱、多量の喀痰、酸素飽和度低下を認めたため、ショートステイ切り上げて受診→Xpで右S2,S6の誤嚥性肺炎
- ▶ 自宅で抗菌剤(CTRX)点滴治療開始、吸引器を貸し出し使い方を家 族に指導
- ▶約2週間の治療にて肺炎改善

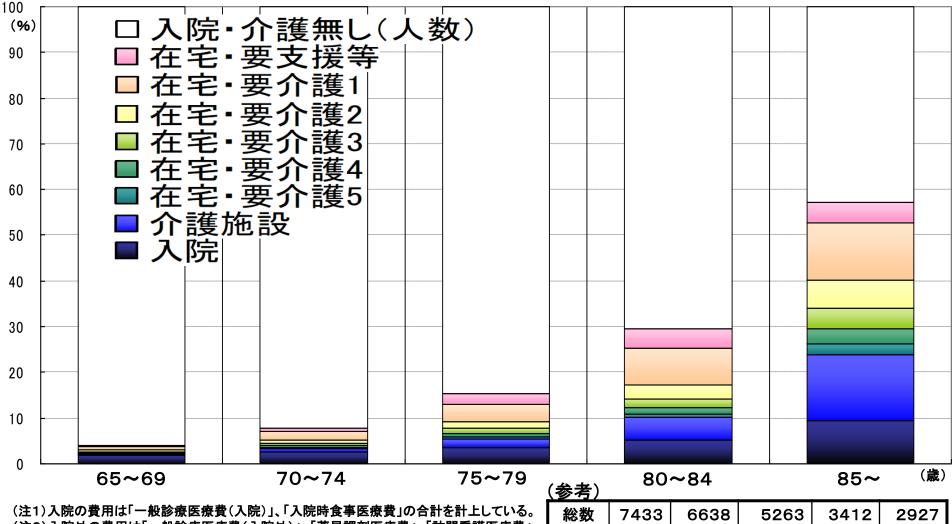
心不全

心不全で通院治療を続けていたが、自宅療養が困難と なり看護小規模多機能で最期を看取った96歳男性

- >96歳男性 独居 心不全で通院治療中
- ▶ 某年某日、ヘルパーが訪問すると呼吸苦の訴えあり→受診→酸素飽和度低下、胸部Xpで心拡大・胸水貯留(心不全増悪)
- ▶ 独居のため在宅療養困難→看護小規模多機能型居宅介護の宿泊 サービスを短期間利用
- ▶ 2週間の宿泊サービス中に利尿剤等の治療により症状改善し、自宅に 戻る。通院再開
- ▶2か月後、労作時呼吸困難・酸素飽和度低下→心不全急性増悪にて 在宅酸素導入、看護小規模多機能の宿泊サービスを長期間利用(訪問診療開始)
- ▶ 本人およびキーパーソンである姪の意思確認:救急車は呼ばない(入院はしない)、苦痛は取る、食事は食べられるだけ食べる、薬は飲めるだけ
- ▶看護小規模多機能の宿泊後、食事摂取量低下し、吸入酸素量も徐々に増やした。呼吸苦症状に対しオピオイド使用の同意も得た。
- ▶ 入所後10日目に看護小規模多機能で看取った

図27

高齢期の医療(入院)・介護サービスの利用者の割合



(注1)入院の費用は「一般診療医療費(入院)」、「入院時食事医療費」の合計を計上している。 (注2)入院外の費用は「一般診療医療費(入院外)」、「薬局調剤医療費」、「訪問看護医療費」 の合計を計上している。

(注3)「居宅介護支援」に係る費用は計上していない。(資料)国勢調査(平成17年)、患者調査(平成17年)、介護給付費実態調査報告(平成17年度)、国民医療費(平成17年度)

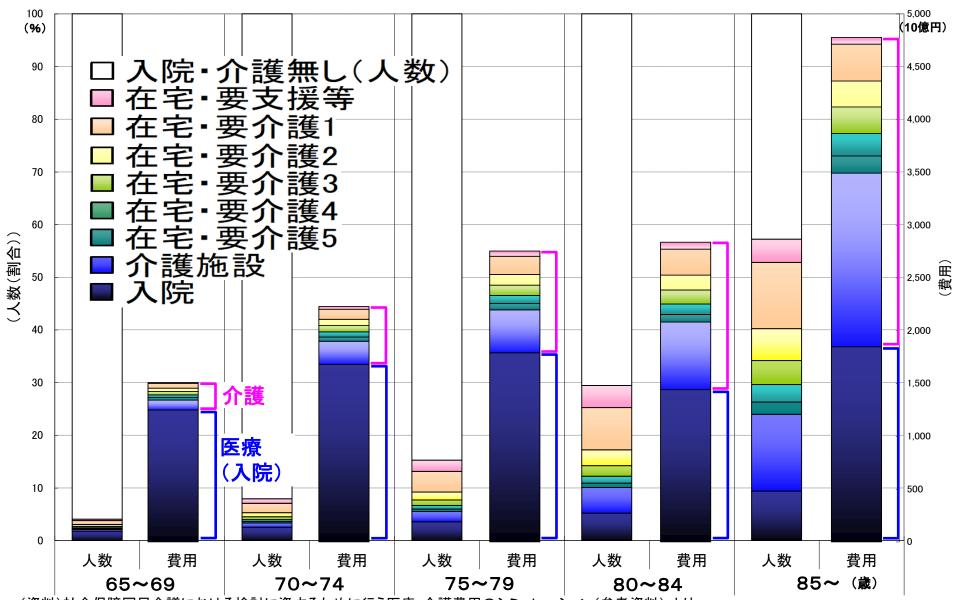
 総数
 7433
 6638
 5263
 3412
 2927

 入院
 132
 167
 186
 178
 275

 介護
 170
 359
 617
 827
 1400

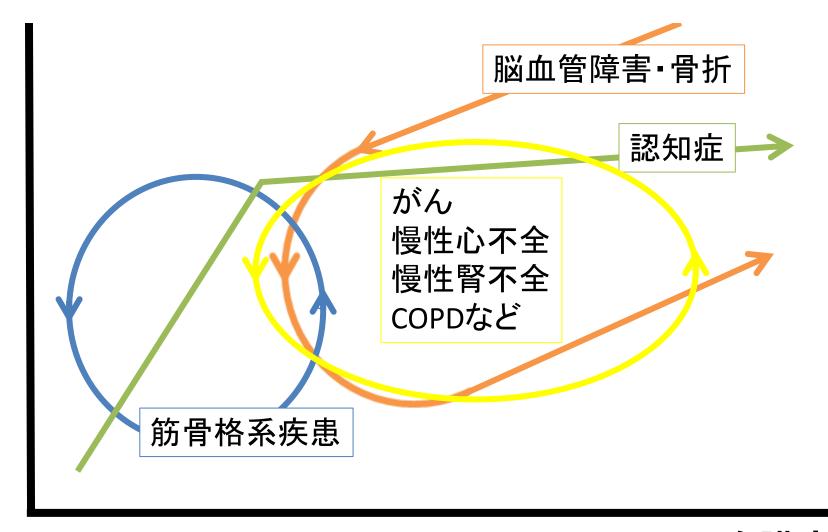
(資料)社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(参考資料)より https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/ サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(第8回)平成20年10月23日 (千人)

高齢期の医療(入院)・介護サービスの利用者の割合及び費用構成



(資料)社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(参考資料)より https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/ サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(第8回)平成20年10月23日

要介護度別にみた傷病構造の概念図



資料: 日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会 「地域医療連携と医療・介護連携」 松田晋哉

要介護度

ヘルスケア(保健医療・看護・リハ)

支援観 の変化

治療医学・急性期疾患・医師中心の治療モデル 「病院の世紀」

基本的人権としての健康、肉体的・精神的・社会的充足としての健康(WHO憲章1948)

1960's

1970's

1980's

1990's

2000's

2010's

インフォームド・コンセント、患者の自己決定権(ヘルシンキ宣言 1964)

プライマリヘルスケア、公平性、 住民参加、地域の自立と自決 (アルマアタ宣言 1978)

ヘルスプロモーション: 個人と地域、多分野連携、生活の質 (オタワ憲章 1986)

慢性疾患・生活モデル

cure to care QOL

患者中心の医療

Integrated care 多分野多職種連携

終末期ケア 認知症ケア

在宅医療· 在宅入院

社会的処方

脱病院 精神医療

ソーシャルケア(介護・福祉)

救貧・保護 収容・隔離 パターナリズム

すべての構成員の固有の尊厳と平等で譲ることのできない権利としての基本的人権(世界人権宣言 1948)

ノーマライゼーション

参加と平等(障害 者の権利宣言 1975;国際障害者 年1981)

国際障害分類ICIDH(1980)機能形態障害、能力障害、社会的不利子どもの権利条約(1990)

Community Based Rehabilitation (ILOユネスコWHO1994, 2004)

国際生活機能分類 ICF(2001) 心身機能·身体構造、活動、参加

障害者権利条約(2005)、先住民の権利に関する国連 宣言(2007)

健康の社会的決定要因およびマクロ構造への介入、 多様性を尊重する包摂的社会・文化、多分野連携、 当事者のエンパワメントと参加、地域の自立・自己決 定、社会的結束を媒介した、心身の健康及び社会生

活・日常生活のウェルビーイングの達成

自立生活
運動コミュニティケア
ア脱施設・
・総合支援
・福祉多元主義
・CSW
・ケアマネジメント

する社会的包摂 (EC 1992, 2010)

社会的排除に対

エンパワメント・社 会変革・社会的結 束、多様性尊重 (IFSW2000, 2014)

SDGs (2015)

(出所)森川美絵(2019)「保健医療(ヘルスケア)及び福祉介護(ソーシャルケア)における支援観の国際的動向」『平成 30 年度厚生 労働行政推進調査事業費(厚生労働科学特別研究事業)保健医療福祉関係職種の基礎教育課程の移行及び対人支援を行う専門職 に共通して求められる能力とその教育方法に関する研究(研究代表者・堀田聰子)』

健康格差、健康の社会的決

定要因、ソーシャルキャピタ

ル(バンコク憲章 2005)

図31

利用者の社会参加活動等を可能にするために職員に求められる要素

特に個人と向き合う視点

地域共生を含む広い視点

管理者・経営者の視点

⑥ 地域での自立や参加につなげる力

(仲間づくり・地域共生の視点)

⑤ 本人と場を 繋げる力 場 ^{や環境に 対して}

- ③ 場を開発/用意する力
- ④ 場を整える力
- ② 本人の状態を把握する力

本人

① 本人の想いに共感する力

- ・スタッフへの教育力
- OJTのスキル
- ・ブランディングカ
- 市/地域包括/CMとの 調整スキル

⑦ 継続する力

※本人の活動の 継続と事業所 自体の継続

①本人の想いに共感する力

- ・本人の想いや価値観、関心領域等 に関するアセスメントカ
- 傾聴と共感/情報収集のスキル

④場を整える力

- ・本人の想いや能力が発揮されるよ うに場を調整する力
- 柔軟な発想スキル(仲間づくりの場、居場所としての場、地域とのつながりの場へと変換するスキル)、家族との調整スキル

②本人の状態を把握する力

- ・本人の日常や活動等の能力に関するアセスメントカ
- 認知機能、身体機能、ADL等に関する知見と見極めのスキル

⑤本人と場をつなげる力

- ・場での活動や役割を分解する力
- 作業分解スキル
- ・本人の想いや状態とマッチングさ せる力、シミュレートする力
- マッチングとシミュレーションの スキル

③場を開拓/用意する力

- ・本人の望む活動の場や適した環境を事業所内外で開拓/用意する力
- 地域資源に関する情報収集と共通課題 を抽出するスキル (営業力)

⑥地域での自立や参加につなげる力

- ・機能や役割の回復とともに、本人/家族/スタッフ/地域の人とのコミュニケーションを促し、仲間づくりと社会参加に位置づける力
- 地域共生の視点とファシリテーションの スキル

(出所)人とまちづくり研究所(2019)『(平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)介護サービス 事業における社会参加活動の適切な実施と効果の検証に関する調査研究事業報告書』31頁 https://hitomachi-lab.com/pdf/pdf01.pdf ●看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静けさを適切に整え、これらを活かして用いること、また、食事の内容を適切に選択し適切に与えること一こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えること、を意味すべきである。

看護がなすべきこと、それは自然が患者に働きかけるに最も良い状態に患者を置くことである。

F.ナイチンゲール『看護覚え書』

ケアのものさし

- ① 生命の維持過程(回復過程)を促進する 援助
- ② 生命体に害となる条件・状況を作らない 援助
- ③ 生命力の消耗を最小にする援助
- ④ 生命力の幅を広げる援助
- ⑤ もてる力・健康な力を活用し高める援助

金井一薫『ケアの原形論』

事例から見る倫理的展開

• 事例1 輸血の是非を巡る事例

• 事例2 日常生活の中に埋め込まれた事例

事例1:輸血治療の是非を巡って

【患者背景】

80歳台女性,在宅療養中, 元宗教関係事務職員,夫は30年前死別 長女(キーパーソン),次女は近所在住

【倫理的課題】

医療者と家族・ケアマネジャーの意向が対立し た事例

【医学的適応】

- 同種造血幹細胞移植の適応なし
- 骨髄異形成症候群進行に伴う重度貧血
- ・ 週1回の輸血でHb4.0→6.0台に回復
- 輸血終了後の生命予後は約2か月
- 輸血継続の場合の予後は約1年
- 腎機能が低下(eGFR 26.2)
 - → 近々輸血ができなくなる可能性

【患者の意向】

- ・痛いことはしたくない(胃カメラや骨髄穿刺など精密検査は拒否)
- 「輸血はやめたくない」とパニックに
- ・輸血に対して希望は明確
- 短期記憶障害あり(認知症)

[QOL]

- ・倦怠感が強い時はトイレに行けずオム ツ着用
- 輸血をすれば自宅で穏やかに過ごせる

【周囲の状況】

- 長女は本人の借金の保証人
- 費用は本人の年金と長女が負担
- ・輸血を減らすことで長女は経済的負担が軽減(介護保険支払いも渋る)
- CMは長女と面識なく、やり取りはメールと電話のみ
- ・次女は家庭内に介護者を抱えて多忙

図36



医師「輸血は1~2回/週必要。 心不全は増悪期と推測」



長女「輸血を頻回に行うことは 経済的負担があるので回 数を減らして欲しい」



CM「自宅で看取りはできない。 治療から緩和医療へのシフトに療養型の病院を勧める」

患者さんの病の語り

今まで2週間に1回の輸血で済んだのに、ここ最近は1週間に1回と増えているね。でも、私には輸血しかないから、せめて医療費だけでも長女に迷惑をかけないように生活保護を申請したけれど、まだ返事がこなくて。

私には、心許せる人がいないんです。長女も、初めは良かったけど、最近はケンカばかりで、今ではもう会っていません。本当は、長女にとても感謝しているんですよ。でも、その思いが通じ合えない…。

ケアマネが変なことを言って、「自宅にいても身体がしんどいから、病院に入院して、身体と生活も診てもらおう」って言うんです。病院が生活の場に変わるっていうことでしょうか。

事例2:日常生活での出来事

94歳男性、一人暮らし。ADLは保たれ認知症もない方。

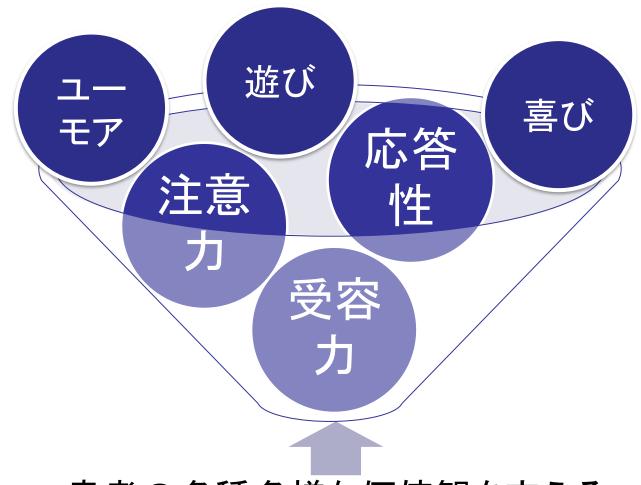
今年の正月、娘の所で過ごした時に娘家族はお雑煮とお酒を飲んでいたが、本人には体を気遣い与えなかった。

本人が自宅に帰宅後、餅1kgと日本酒を購入したことをヘルパーが見つけ、娘に報告し、娘が相談に来た。

あなたはこの場面で、 どのように対応しますか。

人間は「関係性」の網の中に依存する

- 人間は根本的に「関係性」によって形成される。
- 最も身近な例としては、子供と両親の関係である。
- 私たちの生活には、他人(家族)が関与している。
- 自分の選択や欲求や価値のフレームワークとして、自分が「何かをする」プロセスには、この「関係性」の網の中に依存している。
- 医療者自身、この「関係性」という網の中で何 が患者に害を与え、何が患者の利益をもたらす のか、創造的に考える能力が求められる。



患者の多種多様な価値観を支える 医師の創造的な相互作用能力

患者・家族との建設的な関係 = 対話的な関係

自宅から病院へ

東京消防庁 Tokyo Fire Department(令和元年11月20日) 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について 新たな運用を開始します

〇背景

人生の最終段階にある傷病者の中には、ACPを行い自分が心肺停止になったときに「心肺蘇生の実施を望まない」方がいます。

しかし、傷病者が「自宅でのお看取り」という意思を固めていたとしても、慌てた家族等から救急要請があった場合、救急隊は救命を主眼とした活動を行うため、心肺蘇生を実施して医療機関に搬送し、傷病者の意思に沿うことができません。

○検討経緯

こうした現状を踏まえて、「医療倫理の四原則」の一つである「自律尊重の原則」 に基づき、可能な限り傷病者の意思を尊重できるように、東京消防庁救急業務懇話会 や東京都メディカルコントロール協議会等での検討を踏まえ、救急活動の体制を整理 しました。

○職員への教養

新たな運用の開始に伴い、ACPや在宅医療等に関する職員の理解を深めるために教養と訓練を実施します。 (出所)東京消防庁

本人の意思を尊重するための「ACP」とは何なのか。

図42

事前の意思を尊重する

わが国には事前の本人の意思決定を尊重する法制度(免責)はない

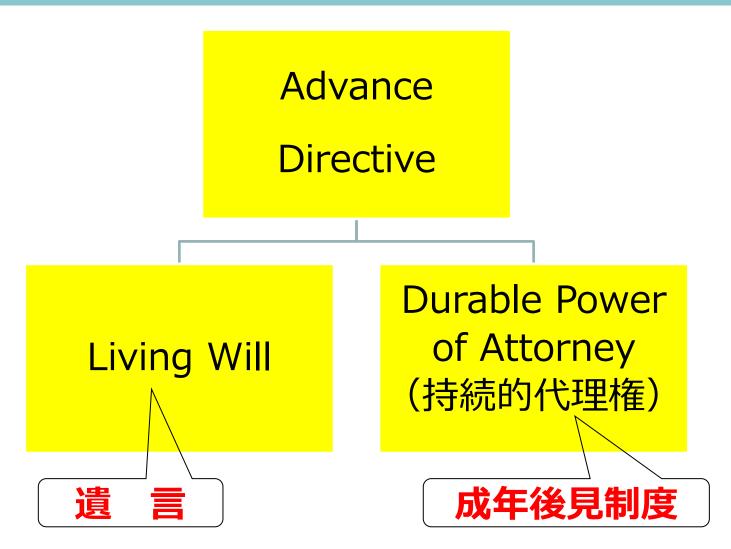


図43

うまくいかなかった理由(1)

- 患者の権利という(法的)アプローチ
- 医療者の免責という(法的)アプローチ
- リビング・ウイルが患者の一方的な意思として示された。
- 家族や患者をよく知る人が関わっていなかった。
- また、医師らも関わっていなかった。
- そのため、(医療者側の)記録が残されておらず、リビング・ウイルが尊重されなかった。

うまくいかなかった理由(2)

- 患者の意思は変化するし、決めても仮の選択となる。
- アドバンス・ディレクティブを書いてから死 亡までの時間がある。
- 患者は話し合うことを避ける傾向にある。
- 家族は、本人と、何を、どう話していいか分からなかった。
- 生命の危機に陥っている場合は「意思決定能 力」がなく、元気な時には「現実味」がない。

うまくいかなかった理由(3)

- DPA(代理決定者)が、自身の意向を示すことができるとの誤解がある。
- 代理決定者が、**患者の意向(価値観、選好) を知らない**。
- そのために、代理決定者は、「できるだけ のことをして欲しい」と答えるだけになり、本人の意向に沿った決定ができていない。
- 代理決定者の判断は、患者の意向を必ずし も反映していない。

適切な時期に、適切な内容を

早すぎると、 現実味がない 決定になる

適切な時期に

遅すぎると、
決められない

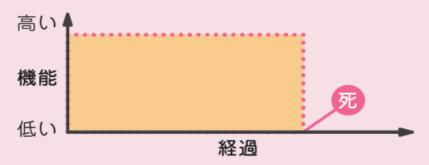
適切な内容を



病気によって身体の機能が低下していく過程は異なります

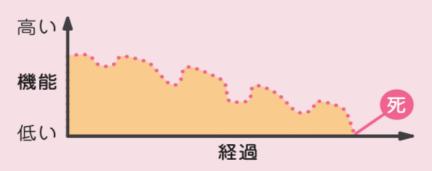
● 急性の病気で亡くなる場合

症状が急に起こり、進みが速い病気の場合、本人の意思表示が難しいまま亡くなることがあります。



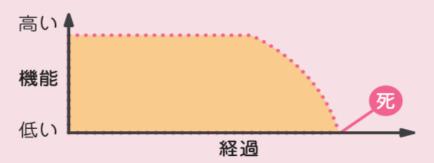
❸ 慢性期の病気で亡くなる場合

急な悪化と改善を繰り返しながら、身体の機能が低下していきます。



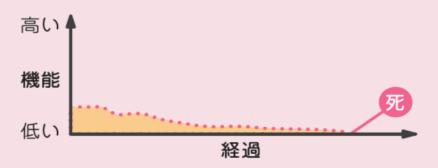
❷ がんで亡くなる場合

比較的元気な期間が続きますが、亡くなる前に急速に状態が悪くなり、身体の機能も低下します。



4 認知症や老衰で亡くなる場合

少しずつ、身体の機能が低下していきます。



Lynn J, et al. Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age. Rand Health; 2003を参考に作成 (東京都 ACP普及啓発小冊子「わたしの思い手帳」令和3年3月) _{図48}

プロセスの支援 意思決定支援のプロセスとACPの関係

ACP ALP Living Will IC 意思決定 意思決定 **DPA** 非 支援の 支援の 支援の プロセス プロセス プロセス 性 意思 意思 意思 決定

意思決定能力が低下

常

性

本人・患者が求めるものは多様



プロセス

本人が、いつ、どこで、どのようなことを求めているか



多職種協議のツールとしての4分割法

症例検討シート

① 医学的適応

善行と無危害の原則

- 1. 患者の医学的問題は何か? 病歴は? 診断は? 予後は?
- 2. 急性か、慢性か、重体か、救急か? 可逆的か?
- 3. 治療の目標は何か?
- 4. 治療が成功する確率は?
- 5. 治療が奏効しない場合の計画は何か?

要約すると、

この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか?また、どのように害を避けることができるか?

3 QOL

善行と無危害と自律性尊重の原理

- 1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常 の生活に復帰できる見込みはどの程度か?
- 2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か?
- 3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる 要因はあるか?
- 4. 患者の現状の状態と予測される将来像は延命が 望ましくないと判断されるかもしれない状態か?
- 5. 治療をやめる計画やその倫理的根拠はあるか?
- 6. 緩和ケアの計画はあるか?

② 患者の意向

自律性尊重の原則

- 1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか?能力がないという証拠はあるか?
- 2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか?
- 3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか?
- 4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か? その代理人は意思 決定に関して適切な基準を用いているか?
- 5. 患者は以前に意向を示したことがあるか?事前指示はあるか?
- 6. 患者は治療に非協力的か、または協力できない状態か?その場合、 なぜか?

要約すると、

患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか?

④ 周囲の状況

忠実義務と公正の原則

- 1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか?
- 2. 治療に関する決定に影響する医療者側(医師・看護師)の要因はあるか?
- 3. 財政的・経済的要因はあるか?
- 4. 宗教的・文化的要因はあるか?
- 5. 守秘義務を制限する要因はあるか?
- 6. 資源配分の問題はあるか?
- 7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか?
- 8. 臨床研究や教育は関係しているか?
- 9. 医療者や施設側で利害対立はあるか?

図51

気づく:直感(「すぐさま」の感じ)

長所

- 直ちに決めなければ ならないとき
- 直感は、経験に基づくもので、多くは正しい(と思われる)
- 同じ経験を積んだ者 の間では、直感を共 有できる

短所

- 異なる直感同士が対 立する場合には決め られない
- 場当たり的(ad-hoc)で、判断の一貫性を 保てない
- 直感と、偏見や誤解 の見分けがつかない
- 違う者との間で、対 話が成立しない

医療者が患者にとって 適切(goodでbadでない)と考える ことと、 患者が望むことは異なる価値である

	患者本人が 望んでいる	患者本人が 望んでいない
医師が患者に 適切と考える	0	△ (治療拒否?)
医師が患者に 適切とは考えない	△(過剰治療 要求?)	×

医学的な対象から社会的存在としての患者 そして、生活を基盤とした患者に



(前方) 在宅 在宅 施設 施設 病院 病院 病院

生活を基盤とした患者

医学的滴応

社会的存在としての 患者

医学的な対象としての 患者

自己決定権の法的基礎

通説

「すべて国民は個人として尊重される。生命、自由及び幸福 追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない 限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする (憲法13条)」

を自己決定権の根拠規定と考える

・前段の「個人の尊重」が、ドイツ基本法1条1項の「人間の尊厳」条項とほぼ同趣旨であり、個人の尊重(個人主義)ないし人格の尊厳(人格主義)という一定の原理を規定し、後段の幸福追求権は、前段の原理と結びついて、人間の人格的自律にとって不可欠な重要事項に関する自己決定の包括的権利を具体的な法的権利として規定する(人格的利益説)

患者の自己決定権を尊重することが要請される

意思決定支援ガイドライン 厚生労働省

医政局

老健局

社会·援護局 障害保健福祉部

人生の最終段階に おける医療ケアの決定 のプロセスに関する ガイドライン 認知症の人の 日常生活・社会生活 における意思決定支援 ガイドライン

障害福祉サービス等の 提供に係る

意思決定支援ガイドライン

身寄りがない人の入院 及び医療に係る意思決 定が困難な人への支援 に関するガイドライン (2019年)