

平成 24 年度

事業報告書

がんプロフェッショナル
養成基盤推進プラン

がん看護学教育 国際セミナー

— ベストプラクティスケア —

患者にとって最善のアウトカムをめざして



慶應義塾大学大学院

ごあいさつ

がん看護学教育国際セミナー

「ベストプラクティスカア： 患者にとって最善のアウトカムをめざして」を開催して

平成 24 年度より、がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」事業が、慶應義塾大学を主幹校として 10 大学連携によりスタート致しました。

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科では、【高度最先端がん医療を支える専門看護師養成コー（修士課程）】【がん看護トランスレーショナルリサーチコース（博士課程）】を開講し、高度がん医療開発を先導する高度実践看護師の養成をめざしております。

この度、本事業の一環として、がん看護学教育国際セミナー「ベストプラクティスカア：患者にとって最善のアウトカムをめざして」を開催致しました。

がん治療の発展により、がん患者の多くは長い治療期間を乗り越え、がんサバイバーとして意義ある生活を送れるようになりました。

治療継続、それに伴う副作用対策、苦痛緩和は患者自身がそれぞれの生活の場で、主役となって行わなければなりません。患者にとって最善のアウトカムが得られるように、看護師は患者にとって有用で質の高いケアを提供していく必要があります。

このセミナーでは、＜看護の質改善＞に先導して取り組んでおられる、ミシガン大学看護学部の喜吉紘子博士を招聘し、患者にとって最善のアウトカムをもたらすためにケアの有効性と質の妥当性をどのように判断し、ベストプラクティスカアをめざすかについて検討を致しました。

講義及び質疑応答の内容を報告書としてまとめ、がん看護ケアの質改善に取り組んでおられる看護師の皆様にご活用頂くことを考えました。

どうぞ一読頂き、ご意見や今後の課題についてフィードバック頂ければ幸いに存じます。

2013 年 3 月

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン担当
小松 浩子

連絡先：email hkomatsu@sfc.keio.ac.jp

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン がん看護学教育国際セミナー

2012年12月20日(木)17:00～19:30
東京ステーションコンファレンス 5階(501A+B)

開会挨拶：高木安雄
(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科委員長 教授)

講演 1「がん看護ベストプラクティスケア」

講師：小松浩子
(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授)

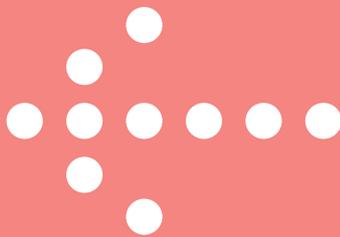
講演 2「看護に応答性のある患者アウトカム」

講師：喜吉テオ 絃子
(University of Michigan School of Nursing Clinical Assistant Professor)

閉会挨拶：太田喜久子
(慶應義塾大学看護医療学部学部長 教授)

参加者数：81名
※大学院生・学部生13名／一般(看護師・教員等含む)68名





慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科が、中心となり2012年4月よりスタートしている「高度がん医療開発を先導する専門家の養成」。その第1回目のセミナーが、クリスマス直前、イルミネーションが輝く12月の東京駅・東京ステーションコンファレンスにて行われました。

開会挨拶：高木安雄

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科委員長 教授

私たちの健康マネジメント研究科は、健康という概念を、「健康と病気」という二項対立ではなく、健康層の連続的な概念であると考えています。こうした連続的な概念にふさわしいパーソナルケアと「人と組織とシステム」のマネジメントということを目指し、この健康マネジメント研究科を立ち上げています。本日のセミナーは、まさにこの研究科が目指す方向に沿った内容だと確信しております。

「がん難民」「介護難民」……。いずれも「難民」という言葉で騒がれている背景には、新しいケアが求められているという社会的現実があります。初発のがんには興味があるけれど、再発には興味がない。医学的管理には興味があるけれど、その後の生活支援、ケアの提供には興味がない……。

こうした状況下では、「難民」が生まれるのは当然ではないかと思っています。そうした問題を解決するものが「ベストプラクティスケア」だと思います。

私は医療マネジメントのマネジメントを考える立場の人間です。ぜひ「ベストプラクティスケア」を考える皆様に、クライアントとプロフェッショナルの新しい関係を考えていただきたいと思います。



講演 1「がん看護ベストプラクティスカア」

講師：小松浩子

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授



がん医療に関する「ベストプラクティス」には様々な社会的な要請があります。その中で「看護の『ベストプラクティス』には何が求められているのか」ということ、「そのために今後必用な方法論にはどのようなものがあるのか」、特にケアの質を改善していく中で取り組まなければいけないことといったテーマでお話させていただきたいと思っております。

看護ベストプラクティスへの取り組み

慶應義塾大学の中で、「看護ベストプラクティ斯拉ボ」が昨年より活動をスタートさせました。これは、看護専門分野、特にクリニカルケアに携わる方々の中に、以前から取り組みたいという意向があって実現した活動です。

多くの医療分野で高度化、複雑化、効率化が進んでいますが、それに対応する患者さん側でも様々な努力が必要とされ始めています。治療継続やセルフケアの促進といったこともあり、数多く存在する高度医療を患者さん自身にも理解してもらうことが必要になってきているのです。それと同時に、治療の方向性や患者さん自身の生活の調整といったことが、患者さんの大きな負担になる傾向にもあります。こうした状況の中で、どのように患者さんを支えるかを考えた時、患者さん自身のワークライフと治療のバランスがうまく取れるように、看護師が力を注ぐ必要があると思うのです。

高度な医療を受ける中でも、患者さんに安心と安全を実感していただきたく思いますし、医療に対する納得と満足を提供していく必要もあります。しかし、「これが（治療には）もっとも適した方法です」と治療の方向性を安易に患者さんに伝えてしまい、患者さんの意思決定に影響を与えることが少なくありません。患者さんの思いが尊重されるような医療を、看護師は常に肝に命じていなければならないのです。そういったことを通じて患者さんの充実した生活や生き方を支えていくのが、私達が目指す「ベストプラクティス」の方向性ではないかというところから、

このラボラトリーが始まったのです。

この活動の中では、高い質を保ちながら、安心と安全、あるいは納得と満足が得られるような医療・ケアを提供し、実践ができるような研究開発を進めています。看護実践の質の保証ということです。実際に日進月歩で進化する医療の知識・技術。その中でケアの質を担保する意味では、プロである私達が、常に個別・最適化した看護ケアを浸透波及できるリーダーとしての学びができる仕組みを考えています。患者さんの権利を考えていくのと同時に、患者さんの個別の価値を尊重していけるようなケアの実践にも取り組んでいます。

そうした「ベストプラクティス」を実現していくための構成要素として、「倫理的看護実践」「看護実践の質保証」「ベストプラクティス先導ナース開発」という3つの研究分門を設けています。これからお話する「がん看護ベストプラクティスカア」というのは、こうした方向性の中の1つとして行われているということをご理解いただきたいと思います。

このラボラトリーの目指しているところは患者さん中心の最善の医療です。言い換えれば「看護ベストプラクティス」になるだろうと思います。様々な患者団体、あるいはNPO 団体や企業の方々、そして大学や病院や学協会とも連携を取りながら、このミッションをかなえるために活動しています。

がん看護における ベストプラクティスのあり方

実践教育研究の中で取り組んでいるのが、「がん看護ベストプラクティス」です。その中で、がん看護ケアの質保証をしていく考え方の土台にしているのが、「エビデンスを作り」「それを波及して」「評価し、改善する」という、Plan・Do・Check・Action サイクルです。

エビデンスを作るということひとつとっても、がん領域の中で実に様々なベストプラクティスを開発する必要性があ

ります。

例えば、外来化学療法の中では、オンコロジーエマージェンシーの安全ケアということで、すでに血管外漏出のケア等々でガイドラインができています。また、発熱性好中球減少症についてのガイドラインが新しくできたというレポートが医療系メディアに載っていました。このように患者さんの生命に直結するような副作用に対するケアというものは、日々作っていかねばなりません。

また、経口抗がん剤の薬物療法というのは、今の抗がん剤治療の中でも大きなウェイトをしめています。私達は、患者さんがどのように薬を飲んでいて、自身の副作用を管理しているのかということが全くわからない状況にあり、管理がシステマティックに行われていないという現状があります。さらに、術後管理と言っても、本当に（患者さんに）自信を持って退院していただけるだろうかという大きな課題があります。特に、食事に関連した上部消化管の術後の状況というのは、それぞれ食生活も違いますし、運動（活動）も違ってきますので、バランスを取っていくことが必要になります。活力とQOLのバランスを取るようなリハビリテーションも必要です。

化学療法による認知機能障害などによって、就労がなかなかかなわないといったことが大きな課題として取り上げられています。若年性子宮頸がんの患者さんも縮小手術ということで、できるだけ温存した形で手術を受けて、患者さんのその後のライフコースをかなえていくことが課題になっています。

また、遺伝性の乳がんの患者さんの要望にある早期発見管理を目指すようなシステム作りも進められる必要があるでしょう。

もう1つの課題としてはピアサポート（Peer Support）です。がんの医療の中では、当事者の力をガイドの中に入れていけるかが大きな課題となっています。

がん看護に対する社会の期待

がん医療には社会から大きな関心が寄せられています。そうした社会的な要請の中で、がん看護は「どのようなことが求められて」「何に責任を持って」「その成果をどう役立てていくか」を、大きなビジョンの中で常に指標として持つ必要があります。社会の中で生きていく患者さんの姿や、



そこをどのように政策がバックアップしながら進んでいくのかを頭の中に入れながら、「ベストプラクティス」を目指していくことが大事です。

特にがんは、五大疾病の中でも筆頭に置かれる国民病として注目を浴びています。看護に対する期待も大きいものがあります。そこに「ベストプラクティス」として成果を示せなければ、社会からの信頼を失うだけでなく、健やかな社会に貢献できないことになってきますので、社会が求めるがん医療の方向性を常に見ていく必要があります。

今年度、「次期がん対策推進基本計画」が平成28年度まで出されました。例えば「働く世代や小児へのがん対策の充実」という項目で、「就労に関する問題への対応」等々が上がっています。これに対する「ベストプラクティス」は看護師だけではできるものではありません。関係者間の連携を密にしていかなければなりません。社会保険労務士（社労士）の方々と病院内で協力してどのように対応していくのかということは新しいチャレンジです。

がんと診断された時からの緩和医療の推進も重要なテーマです。麻薬の使用量は先進国の何分の一。何十分の一と言ってもいいかもしれません。ということは、患者さんの痛みのコントロールはうまくいっているとは考えられません。ですから、がんと診断された時からの緩和ケア、医療の推進ということが打ち出されることになったのです。

また、ゴールの目標設定のところに、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」という項目が加わっています。この部分は、本当にケアの力そのものが試されることになります。特に、「がん対策推進基本計画」の第2次のところで画期的なことが起こっています。これまで「がん対策推進基本計画」の中では、「看護師等」ということでいくつかの文言が入っていました。しかしながら今回大きく違うのは、チーム医療を推進する必要があることが謳われているのです。「職種間連携を推進」とあって、「患者とその家族に最も近い職種として医療現場での生活支援にも関

講演 1「がん看護ベストプラクティスケア」



わる看護領域については、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図る」ということが謳われています。

ゼネラルマネージャーとして機能する看護師

そこで我々は、どのようなケアをするから、その成果を上げていくのかを主張していかなければなりません。この5年間で、がん医療の中で、新しいがん看護体制のあり方を提示し、それによって「看護師、がん看護に携わっている人達が上げた」という成果を出さなければならないのです。

私は、「がんを診断された時からの緩和ケアの推進」を具体的な施策に落とすところの検討会、「緩和ケア推進検討会」の構成員でもあります。今年度6月から7回目まで検討会を行ってきました。ここで着目したのは、「緩和ケアセンター」という構想が施策の大きな目玉として上がっていることです。

これは、ゼネラルマネージャーという位置づけの看護師が、このセンターを実質的に管理することが望まれています。これが施策になって進んでいくと思います。これは、がん拠点病院を中心に浸透していくというケアシステムの1つであり、看護師がそのセンターの実質的なゼネラルマネージャーとして機能していくのです。

このセンターで、患者さんが相談し、様々なところと連携調整することによって、患者さんのアウトカムはいったい何であり、そのことが私達の行ったケアの1つの評価として得られるということも目算を立て、計画を実行するシステムを作っていかなければならないという状況にきています。

がん看護に対する期待には極めて大きいものがあります。がん専門看護師の役割拡大ということも起こってくるでしょうし、認定看護師、一般の看護師でがん看護を行なっている人達にとっても大きな力を発揮できるところになってきます。

特にがん医療はチーム医療で進みますので、その患者中心のチーム医療においては、変革者やリーダーやコーディネーターとしての役割を担っているということがあります。それを進めていくには体制を整えていくということであると思います。チームやケアシステムにおいて最善の患者ア

ウトカムをどう出していくのかを、日々実践の中でやっていますし、その結果を研究でもきちんと出していく必要があると思っています。

がん看護の3つのベクトル

がん看護の発展ということでは、「エビデンスに基づく実践」のベクトルということ、私達は方法論的にも伸ばしていかなければならないと思います。もう1つは、患者さん中心の医療ということで、個別化医療の推進と看護です。それに対応するために看護師の能力を高めると同時に、システムを作っていくって患者さんの遺伝子の情報をどう保護しながら部門から部門へ繋いでいくか。あるいは患者さん自身が自分の情報を次のがん予防に繋げてもらえるかということ。そういった個別化医療のところでの体系的なアプローチが必要になってきます。あと1つは、ピアサポーターとしての役割です。これら3つのゴールの中身は、常に患者さんの要請やニーズを反映しながら、がん医療が作られなければならないので、そこを接着剤のように、がん医療の中で繋ぐのがピアサポーターと言われる、患者さんにとってはバディとなる仲間とか、同僚とか、一緒に歩み走ってくれる伴走者のような人達を、がん医療の中にも入ってもらい、どのように連携していくかというのが課題になります。

エビデンスに基づく実践は、がん医療の中で私達は常にかん看護について取り組んできました。看護師が入手可能な限りの最良な研究エビデンスというものを上手に使っていく必要があるでしょう。

最善の医療を提供するためにということでは、研究ができればいいのか、エビデンスがあればいいかということではありません。臨床の中で、患者さんの個別の要請に合わせてそれをどう提示していくか、どうすればわかりやすいのか、どうすれば意思決定に結びつくのか、どうすればセルフケアに結びつくのかといった様々なケアの質改善 Quality Improvement に結びつくような臨床的な実践的な試みが必要です。

個別化医療の推進と看護ですが、実際に検査を受ける部門が診療の部門と違っているという現実があります。専門家にとっては普通のことであっても、患者さんにとっては遺伝子がんの遺伝学の専門職部門に来ていただき、そこで様々なカウンセリングが行われます。その結果については元の診療科に返していくというシステムを作らなければ患者さんにとっての診療に生きていけないので、実際にリ

スクマネジメントというのが、個性に行われるためには色々なシステム上の課題があります。

ピアサポートのところについても様々なエビデンスを出していく必要があると思います。実際にサポートグループで行なっているエビデンスがありますが、こうしたグループに参加する人達というのは、不安とうつ状態が低下し、長期的な生存率も高いというエビデンスも出ています。これをうまく医療のシステムの中に取り込んでいく必要があります。特にケア部門として私達は、そうした運動もしていかなければならないでしょう。

これまでお話したように、がん看護ベストプラクティスというのを私達が考えていかなければならない領域というのは、多種多様です。それをシステムとして追求していかなければならないということを知っていただけたかと思います。社会から要請されているケアというものには、そういったものが必要だと思います。

また、アウトカムとしての患者さんの、実際のアドヒアランス（主体的に服薬を続けて行動を取り続けてくださっているのか）を主観的に聞くという測定用具も出てきていますし、モニタリングするシステムもありますが、そういったものを使いつつ、実際にがん治療を続けることでの患者さんの満足度、費用対効果を知る必要もあります。

そういったこと全体を踏まえて患者さん達にとって、がん医療、がん治療が安心と生活の質を高めたところで続けたいけるように、というのも大きなアウトカムではないかと思っています。



講演 2「看護に応答性のある患者アウトカム」

講師：喜吉テオ紘子

ミシガン大学看護学部 Clinical Assistant Professor



今回は、看護の質とは何かについてお話させていただきます。そして、看護に応答性のあるアウトカムとして、院内感染に焦点を当てたいと思います。特に、尿道留置カテーテル関連尿路感染症予防を、検証からベストプラクティス、そして実践の壁について検証したいと思います。

看護の質と応答性のあるアウトカム

私はずっと看護の質とは何かと考えてきました。そしてたどり着いた答えは、「それぞれの視点によって看護の質が変わってくる」ということでした。

患者さんにとっての看護の質といえば、気配りがあるとか、痒いところに手が届く、待たされない、快適である、静養できる環境を作ってくれるということかもしれません。

一方、看護師にとっては、新人であれば医療ミスを起こさないことが「質」になるでしょうし、現場で実践を積んでいる看護師で患者満足度を知っていれば、満足度が高いケアを遂行できる、無駄がない、効率的、もしくはもう少しアウトカム寄りになって、褥瘡（じょくそう：床ずれ）がない、転倒がない、感染管理がしっかりできている。そういったことが看護の質として認知されているかもしれません。

上級実践看護師の方であれば、異常の早期発見や病棟や看護全体のレベルを上げるといったところに視野が広がるかもしれません。また、管理者、師長のレベルであれば、低コストハイインパクトといったコストの概念が入ってくるか



もことも考えられます。

政策的な視点からすれば、人口を考えた看護であり、少子化、高齢化に対応した看護提供があるかということになるでしょう。

看護に応答性のあるアウトカムは、看護の質に直結する客観的指標です。これは看護の全てを評価するものではなく、一側面を伝えるわけですが、看護を知らない人に看護は何をしているかということを理解してもらう強力なツールになります。

継続的に客観的な指標などでデータを取ることができますし、ベンチマーク、中間平均値などと比較して改善のニーズを知ることができます。また、看護の質の変化を捉えることもできます。

看護師が接する具体的なアウトカムとしては、転倒率であったり、褥瘡発症率であったり、患者満足度、院内感染率、これからお話します尿道カテーテル関連尿路感染症、中心静脈カテーテル関連血流炎、人工呼吸器関連肺炎など様々です。その中でも院内感染は、看護に応答性のあるアウトカムの代表格です。

私が院内感染に興味を持ったのは、国際的に統一した定義が比較的使われているからです。褥瘡や転倒ですと、国や施設によって、何が褥瘡であるかそのステージングや、何か転倒なのか、おしりが着いた時点で転倒というのか、着かなくても転倒というかといった様々な評価の仕方があります。その点、感染の場合は、比較的客観的な微生物の数などのような指標があります。そのため、国際的に統一した定義がありますし、その院内感染のそのもののアウトカムが合併症率や死亡率などで明確です。

尿道留置カテーテル関連尿路感染症と ベストプラクティス

これから話す尿道留置カテーテル関連尿路感染症（Catheter-associated Urinary Tract Infection：CAUTI）は、院内感染の発症率の約35%を占めます。

尿道留置カテーテルを2日から10日利用すると、菌血症は26%、四分の一の患者さんに発症します。その上、25%の尿道留置カテーテルは不要、あまり使わない方がいいとわかっているのにも関わらず、使われている現状です。

尿道留置カテーテルの弊害は、感染だけではなく、尿道の外傷や一点拘束、カテーテルに繋がれていることによる活動制限。またそのことで高まる転倒リスクや、不快感、痛みを伴う場合もあるという点が挙げられます。

その尿道留置カテーテルを使用した場合の看護の質保証について整理してみます。

まず研究があります。例えば尿道カテーテルを留置すると、どれだけ菌血症の率が上がるか。研究は一つだけでは足りません。いくつかの研究が集約されてエビデンスとなります。そうしたエビデンスを基に、専門職団体のガイドラインなどができます。そこで終わるのではなく、院内の看護ガイドラインになって、それがまたオンコロジー専門であれば、病棟単位で使えるガイドラインになるかもしれません。そしてそこから、看護師がそのガイドラインを使うことによって、ベストプラクティスに発展していくことになります。

アメリカで一番信頼されるガイドラインは、HICPAC（ヒックバック）です。米国医療感染管理諮問委員会によるもので、全てのアメリカの病院は、このガイドラインに基づいた院内ガイドラインを作らなければなりません。このガイドラインでは、具体的に適切な尿道カテーテル使のケースが説明されています。どのような場合だったら、尿道留置カテーテルを使っていいのかということです。

それによると、急性の尿貯留もしくは膀胱流出部閉塞の患者さんである場合。重篤な患者で正確な尿量測定が必要である場合。特定の手術のための周術期使用、例えば泌尿器系の手術であるとか、長時間にわたる手術、手術中に大量輸液を使ったり、尿量の術中監視が必要な場合と特定されています。また、失禁患者の仙骨部あるいは会陰部の開放創の治癒を援助する場合などです。このガイドラインでは、失禁しているというだけでカテーテルは入れてはいけないことになっています。

実践の壁とガイドライン

ここに患者さんがいると仮定します。とても痛そうです。その患者さんは、女性で利尿剤を積極的に使っています。それだけでカテーテル入れますか？ きっとこれまでの話

を聞いた段階では「NO」だと思いますが、もし、その患者さんが、体動時に激痛でトイレに行くのもままならない。それなのに頻繁にトイレに行きたくなる、としたらどうでしょう。

そして、患者さんは経済的に尿道カテーテルを入れるのが難しい。もし一時導尿をしようと思っても、再び導尿が必要となればそれも大変で、外傷を伴うかもしれない。一回だけ留置カテーテル入れたほうがいいのかどうかと考えますね。また、患者さんはカテーテル入れて欲しいと希望している。こういう患者さんは結構います。

そういった場合なら状況が違ってきます。でもこうしたことはガイドラインには載っていません。そういった場合に、あなたは看護師としてどうしますか。ガイドラインがあっても、結局実践となるといかに自分が吟味して、状況判断をして、その時に適切な処置をすることが大事です。ガイドラインがあっても全ての問題が解決するわけではありません。これが、実践の壁です。

知識があっても、尿道留置カテーテルの早期除去につながらないということはわかっています。そして一般的にガイドラインによるアドヒアランスは低いのです。

そうした中でも、看護ガイドライン導入によるベストプラクティスを支える必要があり、その環境を整える必要もあります。

ガイドラインの利用ということを考えると、ガイドラインを使う看護師とガイドラインの質、この2つの領域が交わるところが多いほどガイドラインが有効活用されます。

ベストプラクティスを支える環境

ベストプラクティスを支える環境にとっては、使いやすい効果的なガイドラインも重要です。バンドルアプローチというのを聞いたことがあるかもしれません。バップの予防では、CDCのHICPACと同じようなレベルのゴールドスタンダードだと「何をしたらいい」というのが10個くらいあります。

例えば口腔ケア、頭部挙上、持続的な吸引その3つだとします。それを1つだけエビデンスを変えるというので導入するか、それとも3つ同時に導入した方がいいかという判断のタイミングがあると思います。現在のところ、一括でプラクティスを変える方が有効的であるとわかっています。アメリカでは、一括アプローチ、バンドルアプローチと表現しています。

小松先生のお話にもありました、看護師の行動支援。

講演 2「看護に応答性のある患者アウトカム」

個人からシステムアプローチ、構造を変えていく。また、アカウントビリティ、自分の責任という意識の認識です。もし自分がシフトで来ている時に、カテーテルの入っている患者さんを見た時、本当にこの患者さんにカテーテルが必要なのかかを考えること。それは看護師の責任で、ドクターや患者さんの責任ではなく、看護師自身の責任と考えることです。また、環境整備ということで、人員配置や物品ということもあります。

ここまで看護ガイドラインに関わる課題を説明してきましたが、ガイドラインがあっても実践までの道のりには遠いものがあります。私は、Implementation Science (実践適応科学) という分野が、看護ガイドラインの次のステップに有効なものでないかと注目しています。どうしたらガイドラインなどをうまく使いやすくてできるか、そこを研究しようという学際的な分野です。

例えば、「今日、尿道カテーテルチェックした?」と確認される(リマインダー) こともあると思いますが、そうしたリマインダーに月に一回、毎月尿道カテーテルチェックしたのかの「監査」が入る。そういった強制的なものがあると行動変容ができるのか……。それとも、教育だけで問題が解決するのか。教育とリマインダーで行動変容ができるのかなどといった研究も必要だと感じています。

リーダーやチャンピオンというのはオピニオンリーダーのように、師長でなくても病棟にいる影響力のある人です。例えば、「尿道カテーテルチャンピオン」のような人が、いかに尿道カテーテルを早期にバックできるかが重要だとわかっていて、日々そのことを信じ、話をしたりするとすごく効果的、ということもわかっています。

こうしたガイドラインに関しての取り組みをベストプラクティスに生かしていくかについてオンコロジー看護について見てみますと、比較的研究も進んでおり、国内のオンコロジーガイドラインというところまで来ていると思います。そこから院内のガイドライン、病棟のガイドラインというところまでのステップアップが必要だと思います。それに、社会的ニーズがどこにあるか。社会的ニーズがあるところをプライオリティにして取り組んでいくことも必要でしょう。

日本は国を上げて対策をしていて、社会的にも期待をされていて、資金もついています。これをどうやって生かすか。看護は何をしているのか、看護を知らない人に客観的な指標を持って発表していくか。日本の場合には、基本の計画に則って、どうやってそれを院内のガイドライン、病院で生かしていくか、どう緩和センターを作っていくか、それ



ぞれが考えて、実践していく必要があるでしょう。

ここで重要なのがベストプラクティスを支える環境、実践適応科学というのが、このギャップをうまく埋める制度になると思います。

マインドフルネスという考え方

最後に実践の壁で、マインドフルネスを紹介します。マインドフルネスというのは、心の「マインド」「フル」。元々仏教の瞑想の言葉です。ガイドラインがあっても、Implementation Science (実践適応科学) があっても、実際にやる人の心がなければ意味が無いということです。考え方としては基礎に戻るとということもあるのですが、マインドフルに「なんとなく患者さんの世話をする」「処置をする」「話す」ではなくて、意図的に自分が同じ場所にいるんだと意識して関わっていくということが質保証においては一番重要なことかもしれません。客観的指標とは遠く離れた世界です。頭の中でどう考えているか測定できません。今はあまり重要視されてはいませんが、大切なところかもしれないです。

その中で日本の看護師は、非常に期待のホープです。勉強する熱心さもありますが、患者さんに対する想いや配慮は他の国ではないです。それを意図的に使うというのがマインドフルネスナーシングだと思います。患者さんと一緒にいて、それだけでなく自分がすること処置することで次にどういうインパクトがあるのか、全体像を見る。そういう視点を持って配慮がある患者ケアをするということが重要です。

「今日忙しい、人手が足りない、本当は受け持ちが8人なのに12人も持っていて、お昼も取れてない、でも患者さんに尿剤が・・・もうとりあえずカテーテル!」と言いたいところだけれど、カテーテルを入れることが本当に患者さんにとってのためになるのかどうか、考えてみないといけません。

質疑応答

質問

1

質問者：患者さんが化学療法の副作用に悩んでいる時、予防やケアのことを患者さんに話してあげる時、看護に感受性のあるアウトカム / 患者アウトカムをとらえるのにどうしたらいいのでしょうか？

喜吉先生：患者さんのケアに関して、「何か看護で何が看護でないか」と分けてしまうとアウトカムの把握が難しくなるのだと思います。

結局は、チーム医療なので、どこまで看護が分け切れないのです。チーム医療としての目的は、患者さんがクオリティオブライフを持って治療を続けることができること。どのような職種であり、そのために努力します。だからプロセスにどれだけ時間をかけたかではなくて、患者さんおアウトカムが重要になるのです。例えば、副作用の理解についてであれば、患者さんの理解度をアウトカムにできますね。患者さんに、治療の初期の段階、中期・長期の段階でそれぞれ副作用のことが理解しているかを聞いて、初期の段階より中期の段階で理解が深まった。また最終段階では更に理解できた。そうした段階評価をすることで、ある程度のアウトカムをとることができます。エクストラに理解度についてアンケートを取ることになりかもしれませんがそうすることで、「あなた達はどのようなケアをしているの？」に対して、「私たちの患者教育によって患者さんの副作用の理解度はこのようになっています」と応えられるようになる。教育にかけた時間でなくて、私達のクリニックでは、これだけの患者さん、例えば90%の患者さんが「副作用の対応の仕方を理解しています」と言えれば素晴らしいですね。そこで、副作用の理解度について他の病棟や全国的な平均があれば、比較することができ、私達の病棟・病院はよくやっている、あるいはそうでもない、といった質の判定ができると思います。

アウトカムといってもそんなに複雑なことをする必要はありません。もしアンケートをするのであれば、その教育内

容、副作用についてだけでなく、「こういった教育方法が学びやすいですか」という項目をいれてもいいと思います。副作用のことは、家に電話をして状況を聞くのがいいのか、映像を見るのがいいのか、資料として文章で示されるのがいいのか、実際クリニックに来た時に時間を取って実践してもらったらいいのか(例：クリーム塗布)。患者さんによってニーズが違うので、ニーズアセスメントもいいかもしれません。

小松先生：他の人と比べる道具的なものが、看護ケアの中で数値的に出していくのは難しいところです。例えば患者さんを教育したら、緊急入院が減ったというようなところは微妙です。看護の現状は掴みにくいところがあって、結果をどう解析するかということも含めて考えないといけないかと思います。

質問

2

感染や褥瘡は数で出るのでわかりやすいのですが、がん看護の質は、数だけでは出ないと思っています。「量」ではなく「質」で測れる具体例があったら教えていただきたいと思っています。

喜吉先生：レベルの高い質を望むのであれば、質的研究が必要だと思います。そうした質的研究にも方法がありますが、インタビューにどのような質問項目を入れたらいいのか。臨床家、エキスパートの目から見て、何が重要か。全体を把握して、臨床家の方から提案して、実際の質問などを相談してみてもいいでしょうか。

小松先生：ご自身の CNS としての活動に焦点をあててアウトカムを出していくということであれば、調整したことによって患者さんが必要な部門に移動していった件数も大事になってきます。患者さんの側に立った場合に、効果的に行動されているかといったところではどうでしょうか。件数としてみてもいいでしょう。逆にシステムとしてみれば、CNS の機能が発揮されたということになるでしょう。そういったシステム的な観点からアウトカムを出すのが大事です。

もうひとつ、患者さん達のニーズをアセスメントする、ということでは、患者さんのニーズに反応しきれない看護の実態を調査するといった研究をいくつか始めています。そこでの結果（例えば、看護師に対する副作用対策に関する相談）をアウトカムの的に置いていくことが必要だと思っています。

例えば食道がんの患者さんの退院調整のところをアウトカムリサーチしようと思っています。これは医師たちとのディスカッションですが、退院した人の体重が戻るかどうか、ということを経験者たちは言います。ただ体重の変化は看護の力だけでは起こらないので、そのアウトカムは看護ケアの中にはないということになります。食道がんの担当医師と話をしている、サポータティブのアウトカムとしては、患者が外来通院している時に外来の看護師を頼って相談に来た件数をカウントすれば、看護師が患者のニーズに対応したことに対する反映としてなるのではないかというのがドクターの意見でした。そうしてみると、行動をカウントするというのも重要かもしれません。

数値にとらわれすぎず、自分達がやったことがどう反映していくかという考えを持ってオリジナルなデータを出していく必要があるのではないかと考えているところです。

（注：Certified Nurse Specialist：日本看護協会専門看護師認定試験に合格し、より困難で複雑な健康問題を抱えた人、家族、地域等に対してより質の高い看護を提供するための知識や技術を備えた特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有する看護師のこと）

質問 3

私のところでは看護外来をやっている、医療相談診療というシステムを立上げました。アウトカムをきちんと出していないという課題持っています。相談件数と、対応する看護師の質というものにとっても影響していて、それらをどう考えていくか教えていただきたい。

そしてもうひとつ、緩和ケアセンターを次期システム化していきたいと考えていますが、緩和ケアが図れたかということを経験者さんの視点で評価していくときに、非常に多様な要素があって、難しいと思う部分があります。その辺についてお伺いしたいと思っています。

喜吉先生：相談件数とナースの質をどうやって把握したらいいか、その質が違うことでどうアウトカムに影響するかという質問についてお答えします。例えば新人と熟練ナースが相談に乗った場合、どう質が違うか、どう考えるか、難しいですね。結局、患者さんにとって質は違って欲しくないですね。質を標準化することも重要ですね。いい意味で、新人ナースであっても最低限、エキスパートナースの質に達成できるようなガイドラインがあったらいいと思います。

次の質問について私の考えですが、緩和センターに来ている患者さんの変化を、どう把握していくかということだと思います。患者さんによってニーズが違うように、痛みの感覚にも違いがあって、患者さん自身の中での痛みの変化を捉えるということも重要かと思っています。治療初期や相談に来た時の不安や痛みのレベルとかが、何ヶ月か経った後に相談に来た時の患者さんの変化を捉えていって、その患者さん自身の変化の幅をデータポイントにしていく。相談外来が来るごとに平均してこれだけ痛みが減少したとか、そういった使い方もできると思いました。

小松先生：私も同じように考えました。初期からの相談を受けることによって、緩和ケア全体が見直されます。がん治療が一番はじめのところに効き目があって、そこで良いケアを受けた場合、次の対処の方法が違ってきたりすると緩和ケアセンターでは担っています。そこでプロセスアウトカムが重要だと思いました。

もう一つ、緩和ケア推進検討会の中で出た話ですが、緩和

和ケアセンターの中で、複数の看護師の段階的な相談ができれば、外来での対応を現場による実際のアプローチ数として取っておくことができます。そういった対応を入れる前との比較もとっているのが、重要なデータだと思います。

喜吉先生：付け加えさせてください。私達は常に研究をしているので、いつも研究の方に頭がいてしまいますが、実践をしながらプロジェクトをするというのは、時間もかかるし大変だと思います。それが研究ともなると頭を抱えてしまうと思います。まずはプロジェクトをすすめるために簡単な指針を病棟とかでアイデアを出し合って作ってみてはどうでしょう。いくつも質問を用意するのではなく、3つからのスタートでもいいのではないのでしょうか。簡単なところから始めていくのが大切だと思います。最初から完璧なものを求めていくと、疲労ばかり重ねていくことになってしまいますので、例えば誰か文献レビューができそうな人がいれば手分けして、みんなでレビューをしていく流れをつくってみる。全てCNS一人でやらなければならないことではないと思います。逆にスタッフナースがプロジェクトに参加することで、触発されていく場合もありますし、チームを作るというようなアプローチもいいのではないかと思います。

小松先生：孤軍奮闘するのではなくて、自分達がやらなくてはいけないことはシステム的としてのチームなので、その成果をいかに協力して出していくかという風土を作っていく。それが求められていて、看護の世界ではうまくいかないところでもありますが、お互いに指標を出しあうということが大事じゃないでしょうか。

喜吉先生：アメリカでも医療事故をきっかけに、複数の病院間で学んでいこうという活動があって、感染や転倒のデータとか、あまり他の病院に知られたくないようなデータを公開しています。「転倒率がこうだったけれど、新しくこんなプロジェクトをやって3件に減った」ということを公開することで、とても参考になります。そして触発にもなるので、こうした「がんプロ」のような機会を作って情報交換できたらいいと思っています。

小松先生：これは5年間継続するプログラムなので、折々情報を発信して、色んなご意見や課題を持ってきてもらい、ワークショップ的なこともできたらいいなと思います。今日の喜吉先生のお話にあった「インプリメンテーション

サイエンス」を聞いて、「あるべき姿のものをあるべき姿だけでは終わらせない」「本当に必要な人の所に必要なものが届く」という、こういったサイエンスが絶対的に必要だといったお話だったと思うんですが、何か実践的にこのようなことで聞いておきたいことはありませんでしょうか。

喜吉先生：先ほどちょっとお話したのが、工学知識の分野から知識を得たり、心理学からのアプローチを使ったりして、融合したところで「ヒューマン・エンジニアリング・サイエンス」といいます。例えば、携帯電話は日々進化しています。どうしたらユーザーが使いやすく、欲しい情報がすぐに手に入るか。そして、「すぐ」反応するかとか、クリックがいくつ必要かなどユーザビリティが重視されています。もう一つの例としては「椅子」。椅子もどうしたら使う人にとって心地よく長時間座れるかとか考えられていると思います。椅子も基本体系は変わりませんが、日々進化しています。軽量化、重ねてしまえる省スペースなど、そういったかにしてユーザーにとって使いやすいかなど。一般般の社会では、ユーザーを考えた進化がありますが、医療ではこうしたアプローチには乏しいものがあります。

ほとんどのところで電子カルテになっていると思いますが、システムを作る時に、看護師がどうやって記録をするかを考えてシステムを組んでいないと、使いづらいものが出来上がってしまいます。今の現状に満足しないで、いかに効率をあげるかという観点でユーザビリティを上げていくというのが「インプリメンテーション・サイエンス」です。そして、単に「行動」することも、頭の中で「行動しよう」というモチベーションがあってから、実際に行動するという心理学のアプローチがあります。実際の行動の前に、行動の有無が頭の中で決まっている訳です。「行動しよう」とモチベーションを上げることを目的に、教育プログラムを作ったりすることも考えられるのです。

スライド1

「がん看護ベストプラクティスケア」(小松浩子)

がん看護ベストプラクティス

慶應義塾大学
小松浩子

看護ベストプラクティス
慶應義塾大学看護ベストプラクティスラボ

医療の高度化・複雑化・効率化→入院の短縮化、外来診療への移行
通院による治療継続、セルフケアの促進

↓

○患者や家族: 高度な医療内容を理解し、納得のいく判断のもとに診断・治療を受けることに多大な努力

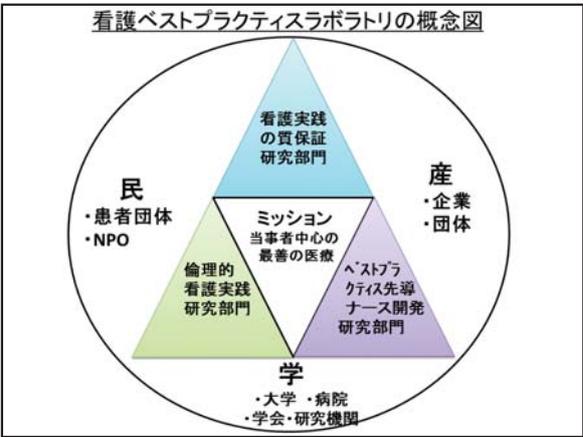
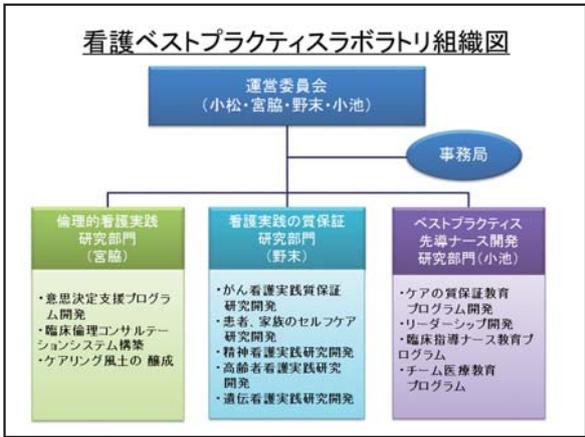
○自身のワークライフと療養のバランスを上手にとることに力を注いでいる。

○めざすは: 看護ベストプラクティス

- <安心と安全>の保証
- <医療に対する納得と満足>
- <当事者の価値が尊重>
- <充実した生活や生き方>

○最善の看護実践(ベストプラクティス)の構成要素

- (1) 看護実践の質保証(Quality)を推進する実践研究開発
- (2) 個別化・最適化した看護実践を浸透・波及(Utility)できる看護リーダーの養成
- (3) 当事者の価値を尊重する倫理的看護実践の醸成(Explore)



がん看護のベストプラクティス

- ・エビデンスをつくる
- ・エビデンスを波及する
- ・エビデンスを評価し、改善する

がん看護のベストプラクティス

■エビデンスをつくる

- 「外来化学療法におけるオンコロジーエマーゼンシーの安全ケア質保証統合システム開発」
- 経口がん薬物療法をうける患者の服薬アドヒアランス促進ケアシステム開発 (文部科研 基盤研究A)
- 「上部消化管術後障害をもつがん患者の活力とQOL向上をめざすリハビリテーション開発」(厚労科研 第3次対がん総合戦略研究事業)
- 「化学療法による認知機能障害に対する認知フィットネスケアの開発」(SFC研究所助成金→三菱財団研究助成金)
- 若年性子宮頸がん患者が必要とする周手術期および術後医療情報と情報提供への看護援助 (学事振興資金)

中間とりまとめ(2012.9.29)

【求められる方策:一部抜粋】

- がん診療連携拠点病院において、以下の取り組みを推進する。
 - ・外来診察で使用する問診票に身体症状(疼痛等)の項目を設ける、カルテのバイタルサイン欄に疼痛の項目を設ける、看護師等による面談を活用するなど、がんと診断した時から疼痛の評価を継続して行う体制を整備すること。
- 精神的・社会的苦痛等に対する緩和ケアを充実させるために、診療報酬の改定等に関する検討も含め、看護師等による継続した相談・支援を行う体制を整備する。
- がん診療連携拠点病院において、以下の取り組みを推進する。
 - ・診断結果や病状を伝える際には、医師の他に看護師等の他の職種が同席する体制や、説明後に看護師等と患者やその家族等との間で追加説明や相談を行う事のできる体制を整備するなど、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した体制を整備すること。また、適切な対応が行われているかどうかを施設ごとに評価し公表する体制を整備すること。
 - ・がん診療において、精神的・社会的苦痛を持つ患者とその家族等に対して、専門的な診療を適切な時期に提供できるように、看護師や精神腫瘍医などの専門家へ紹介する手順を施設ごとに明確にすること。

がん看護への期待は極めて大

◆求められるがん看護専門看護師の役割拡大

○患者中心のチーム医療において
変革者・リーダー・コーディネーター



チームやケアシステム→最善の患者アウトカム

- ◆ケアの質保証
- ◆新たなケア開発
- ◆データマネジメントと企画・評価
- ◆倫理的看護実践の醸成

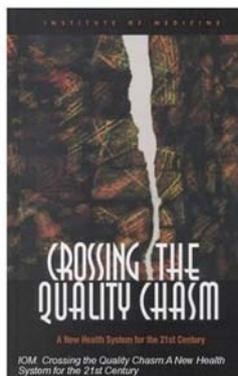
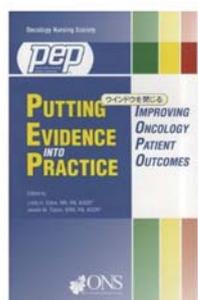
がん看護の発展:3つのベクトル

- ◆エビデンスに基づく実践(Evidence-based Practice)
- ◆個別化医療の推進と看護(Personalized Cancer Medicine & Care)
- ◆ピアサポートの役割(Peer Support)

1. エビデンスに基づく実践 (Evidence-based Practice)

エビデンスに基づく看護とは

- 【EBM】E: Evidence B: Based M: Medicine
定義「個人の患者のマネジメントにおいて、現在の臨床研究からえることができる最善のエビデンスを良心的に、思慮深く使うことである」
<Sackett,D.L. et al. BMJ,312,71-72,1996>
- ↓
- 【EBN】E: Evidence B: Based N: Nursing
定義「看護師が、入手可能な限りの最良の研究のエビデンス、自分の臨床に関する知識、患者の好みを活用し、利用可能な資源の範囲内で、臨床に関する決定を下すプロセス」
<Jonston,L. 2003>

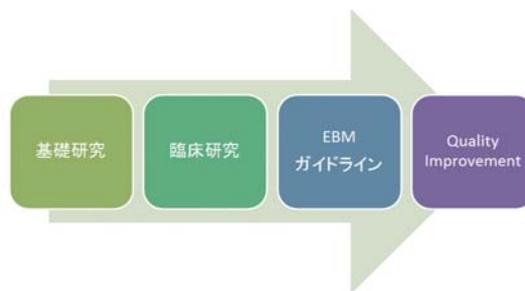


Crossing the Quality Chasm

医療の質
谷間を越えて21世紀システムへ
米国医療の質委員会・医学研究所
(Institute of Medicine)

- ・米国の医療提供システムは抜本的改革の必要に迫られている
- ・現在の医療が、本来提供できるはずの医療を提供していない
- ・我々が日常受けている医療と受けられるはずの医療との間には、小さな隙間(gap)というよりは深い谷間(chasm)が横たわっている

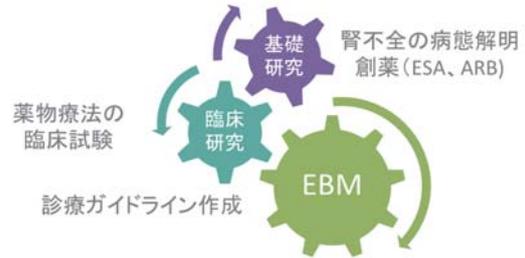
最善の医療を提供するために



Knowledge turns

- 仮説が検証され、結果が製品化され市場にでまわるまでの時間
 - Microchip industryでは1~2年
 - 医療現場では15~20年
- 1982 Beta blocker Heart Attack Trial
AMI患者にβ遮断薬を投与すると死亡率低下
 - 1996 AHA/ACCがBB処方方を標準処方方として推奨
 - 1997 Quality Indicator
JCAHO, CMMSがBB処方率を病院質指標として採用
 - 1999 全米のBB処方率 (AMI後)は60(42-78)%
 - 2007 NCQA報告で退院時のBB処方率>90%

最善の医療を提供したい



- ツール・武器がそろえば十分か
 - ESA, ARBの十分な生産と供給
 - 保険応応と医療保険制度の確立
 - 臨床医が最善の治療方針を知っている

ガイドラインの実践を成功させる必須条件 :オネコロジナースの認識 Preconditions for Successful Guideline Implementation: Perceptions of Oncology Nurses

Kaori Yagasaki & Hiroko Komatsu

文献: BMC Nursing 2011, 10:23
<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/23>

コアカテゴリー:

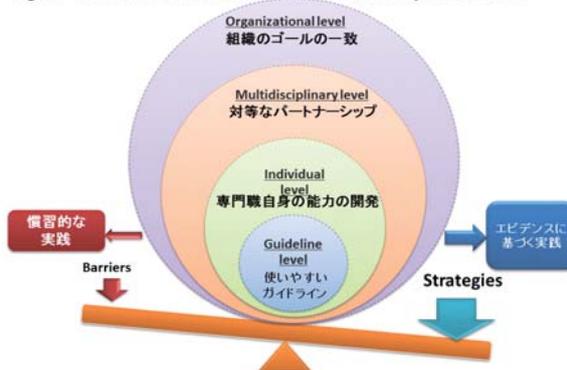
Preconditions for Successful Guideline Implementation

カテゴリー

- ◆ **Organizational level (組織レベル)**
Goal congruence (組織のゴールの一致)
- ◆ **Multidisciplinary level (多職種レベル)**
Equal partnership (対等なパートナーシップ)
- ◆ **Individual level (個人レベル)**
Professional self-development
(専門職自身の能力の開発)
- ◆ **Guideline level (ガイドラインレベル)**
User-friendly guideline (使いやすいガイドライン)

Yagasaki, K., Komatsu, H. Preconditions for Successful Guideline Implementation: Perceptions of Oncology Nurses. BMC Nursing 2011, 10:23

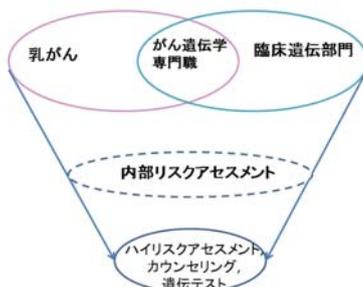
Figure Preconditions for Successful Guideline Implementation



Yagasaki, K., Komatsu, H. Preconditions for Successful Guideline Implementation: Perceptions of Oncology Nurses. BMC Nursing 2011, 10:23

2. 個別化医療の推進と看護 (Personalized Cancer Medicine & Care)

遺伝性乳がん・卵巣がん



Are We Ready for Personalised Cancer Risk Management? -The View from Breast Care Providers-

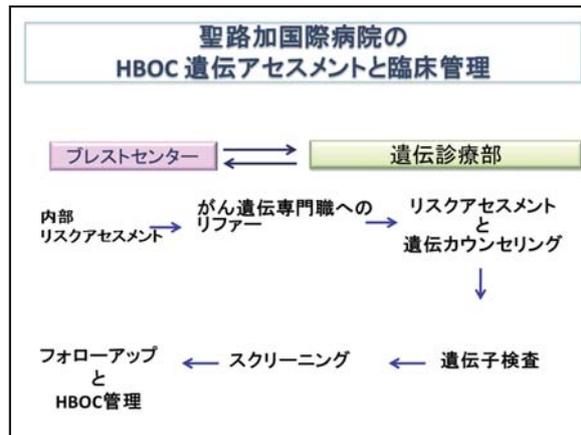
Komatsu, H., Yagasaki, K.
International Journal of Nursing Practice.
(in press 2012)

Core category: HBOC risk management is still neglected in breast cancer care

カテゴリー

- Breast cancer treatment as the first priority**
(第1義的な乳がんの治療)
- Hesitation to deal with sensitive issues**
(センシティブな問題を扱うことへの躊躇)
- Easily-missed risks** (リスクの見逃し)
- Genetic data not being shared among multidisciplinary professionals** (多職種の中で遺伝情報の埋没)
- Patients being lost to follow-up**
(フォローアップされない患者)

Komatsu, H., Yagasaki, K. Are We Ready for Personalised Cancer Risk Management? -The View from Breast Care Providers-. International Journal of Nursing Practice.(In press 2012)



3. ピアサポートの役割 (Peer Support)

ピアサポート: 傍らにいつも

ピア peer: <語源> equal 同等の
サポート support: <語源> porto 運ぶ 支える

↓

伴走者

- ◆ 絶妙な間合い
- ◆ 一緒に彼方をめざす
- ◆ 尊重と励まし

1. サポートグループとは

- ・集団精神療法の治療的因子 (Yalom, I.D.)
- ・希望をもたらすこと
- ・普遍性 (分かち合い)
- ・情報の伝達
- ・愛他主義

調和、発展

- ・社会適応技術の発達
- ・模倣主義
- ・カタルシス
- ・対人学習
- ・グループの凝集性など

2. サポートグループの効果

- ・短期的な心理社会的効果
不安、うつ状態 ↓
<Spiegel D. 1981>
- ・長期的な効果
生存率 ↑
< Spiegel D. 1989>
- ・Cancer support groups: a critical review of empirical studies → RCT 41件 <Benjamin H.2006>

One-day Face-to-Face Orientation

↓

e-Learning

Session	Contents	Time
1-2	Basic knowledge, attitudes, and roles required for the peer support leader	13'30"
3-4	Background information on cancer patients and their families & quiz	7'22"
5-6	Communication and interaction skills & quiz	13'16"
7-8	Team approach & quiz	9'23"
9-10	Ethical consideration (responsibilities and confidentiality) & quiz	12'58"
11	Q & A	14'58"
12-15	Introduction of role playing	6'00"
	Role playing scenario I (video)	4'10"
	Role playing scenario II (video)	7'28"
16-17	Overview of breast cancer & quiz	15'06"
18-19	Breast cancer treatment & quiz	22'31"
20	Summary test	

↓

One-day Face-to-Face Workshop (Role Playing)

Fig. 1: Blended Learning Model

Komatsu, H. (2012) International Journal of Advanced Nursing Studies, 1(2),より引用

E-Learningの実際 学習画面①

ボランティアに必要なコミュニケーション (1)

ボランティア活動の心構え

講師: 玉橋谷子氏

聖路加国際病院プレストセンター・オンコロジーセンター
緩和ケア科チーム・スマイル

がん看護ベストプラクティス: アウトカムリサーチ

○経口抗がん治療薬のアドヒアランス促進ケア
アウトカム:

1. MARS (Medication Adherence Report Scale)
2. Adherence will be measured using a medication event monitoring system (MEMS)
3. 患者満足度
4. 費用対効果
5. 安全性
6. 安心と生活の質

Quality Improvement とは何か

Florence Nightingale (1820 – 1910)
看護学校設立、患者予後調査に統計手法導入、衛生環境改善

Ernest A. Codman (1869 – 1940)
病院標準 (The Joint Commissionの前身)を提言

Walter A. Shewhart (1891 – 1967) ベル研究所。
統計的品質管理の父。統計的管理図やShewhart cycleを考案

W. Edward Deming (1900 – 1993) 日本企業の品質管理を指導
PDSAサイクル、Demingの14 points

Joseph M. Juran (1904 – 2008)
Quality trilogy (quality planning, control, improvement) Pareto principle

田口玄一 (1924 – 2012)
品質工学の創始者。タグチメソッド。米国の自動車業界にも影響

石川馨 (1915-1989)
日本の品質管理の父。特性要因図 (Ishikawa diagram, 魚骨図)

Philip B. Crosby (1926-2001) "doing it right the first time"

Avedis Donabedian (1919 – 2000) structure, process, outcome

SQUIRE publication guidelines: Quality improvement 研究

Sollecito WA, McLaughlin and Kaluzny's CQI in Health Care 4th ed.

(Continuous) Quality Improvement Total Quality Management

期待にこたえるあるいは期待以上の質の高いヘルスケアを提供するための継続的な改善の流れを計画したり、実践したりするのに現場スタッフを巻き込む体系だった組織的アプローチ (McLaughlin & Kaluzny 2006)

- 日本の産業界で発展した品質管理の哲学、手法を医療保健領域に導入
- 組織的に、体系的に問題点を同定し、改善策を立案し、効果を評価し、新たな改善につなげていく
- 日本以外の先進諸国ではCQIの実践は診療ガイドラインや行政によって推奨されている。

Ontario
MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE

Excellent Care for All

About the Excellent Care for All Act
The Excellent Care for All Act (ECFAA), which came into law in June of 2010, puts Ontario patients first by strengthening the health care sector's organizational focus and accountability to deliver high quality patient care.

カナダ オンタリオ州 最高のケア提供条例
医療の質関連課題を報告する質改善委員会設置
質改善年次報告を公開
質改善計画の目標設定と管理者の責任
患者・職員満足度調査

- put patient / care provider satisfaction surveys in place
- conduct staff surveys
- develop a declaration of values following public consultation, if such a document is not currently in place
- establish a patient relations process to address and improve the patient experience.

http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/pro/ecfa_act.aspx

医療安全・インシデント

◆インシデントがおきたのはあんたがたっているからだ!

▶どうすれば事故を防ぐ事が出来たのか? 根本原因は? システム変更が必要では?

医療の質改善

◆医療の質は担当者の経験、知識、技術で決まる。日々鍛錬に努めよ

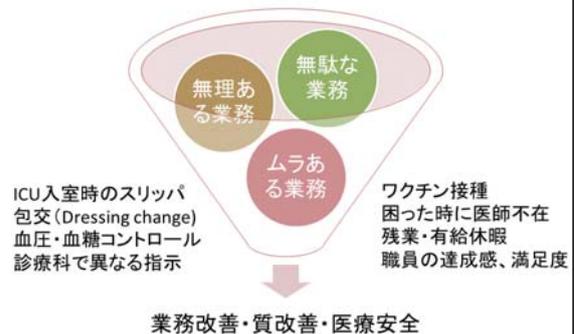
▶もっと無駄なく、無理なく、むらなく良い仕事をする方法があるのでは?

診断と対策 個々の患者 と 病院システムの対比

	個々の患者	病院組織・システム
初期診断	カルテのレビュー 病歴聴取 身体診察	システム内の個別経験 他部署からのフィードバック
精査	血液検査 画像診断 生理機能検査	プロセスの観察 業務工程図 特性要因図 アウトカム データ
治療・対策	疼痛管理 外科・侵襲的処置 薬物療法 慎重な経過観察	Model for improvement Root cause analysis Plan-Do-Study-Act cycle

Ogrinc G et al.: Fundamentals of Health Care Improvement. A Guide to Improving Your Patients' Care
2nd ed. Joint Commission Resources / Institute for Healthcare Improvement. 2012

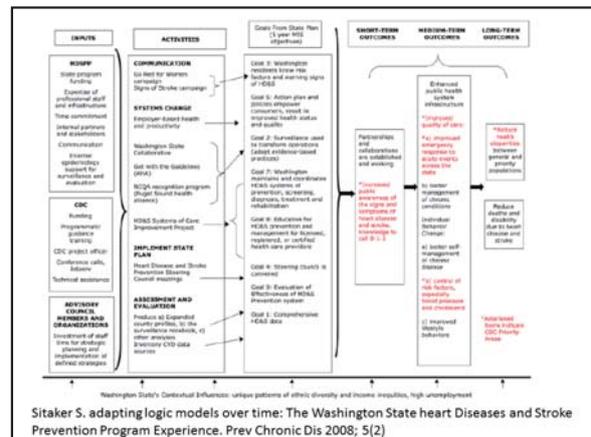
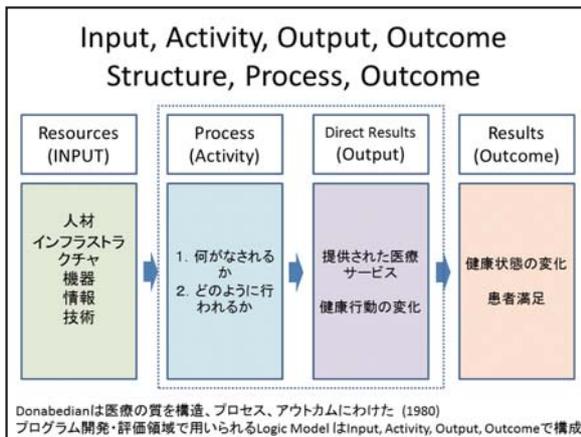
業務の無駄、無理、ムラをなくす





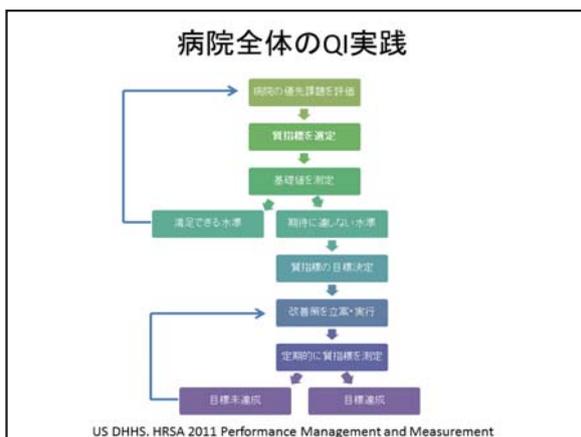
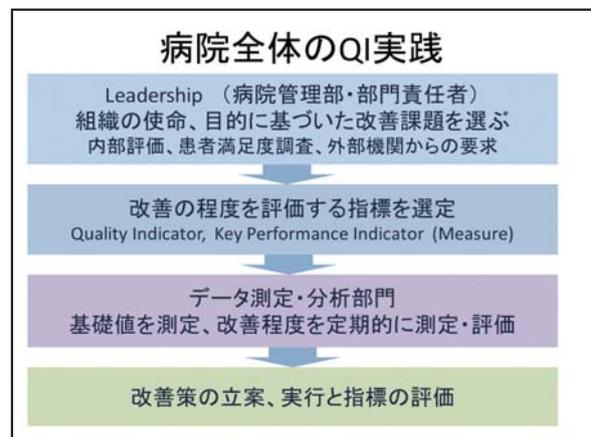
医療の質

- 品質とは要求に対する合致の程度である
 - P.B. Crosby
- 診療の質とは個人及び集団に対する診療行為が望まれた健康状態をもたらす確率をあげ、かつ、最新の専門知識と合致する度合いをいう
 - Institute of Medicine
- 本来備わっている特性の集まりが要求事項を満たす程度
 - ISO 9000 3.1.1 品質(Quality)



病院の質を高めるには？

- 各自が粉骨砕身、刻苦勉強
 - 専門分野の診療は改善可能
 - 合併症・事故予防に弱く、業務の無駄、無理が発生しうる
- 各部門が部門目標を設定、改善努力 (bottom up)
 - 現場の自主性・創意工夫が発揮される
 - 多職種が連携する業務で無理がかかることあり
 - 体系的、科学的手法に不慣れなことあり
- 病院管理部 (Leadership) が目標設定 (top down)
 - 体系的、科学的な手法で目標同定、改善策立案が可能
 - 組織横断的な改善が容易
 - 第一線スタッフの積極的参加が不可欠



Key Performance Indicators (Measures)

Clinical Indicators, Quality Indicators

- 患者のアウトカムに影響を与える経営・管理・診療の質を測定し評価するための定量的指標
- 種々の役割を果たす
 - 診療の質を客観的に示した記録
 - 予想(期待)と現実を明らかにする
 - 経時的な変化を比較できる(施設内、施設間*)
 - 改善課題を見出す参考になる
 - 行政・認定機関の要求、社会への説明責任*

*患者背景等を調整しない単純な比較は誤解を生じる危険がある
Mainz J. Defining and classifying CI for QI. Int J Qual Health Care 15:523, 2003

Quality Indicator

構造 structure	<ul style="list-style-type: none"> 救急外来の医師、看護師数 集中治療室のベッド数
プロセス Process	<ul style="list-style-type: none"> 微量アルブミン尿を測定している糖尿病患者の比率 B遮断薬を服用している心筋梗塞患者の%
アウトカム Outcome	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙に成功した喫煙患者の% 退院1週間以内に救急外来受診を要した気管支喘息患者数

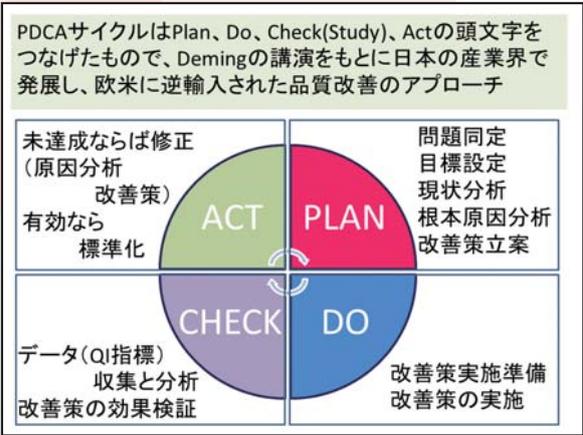
Quality Indicator SMARTに表現する

- Specific 具体的
- Measurable 測定可能
- Achievable 実現可能
- Relevant 関連・意義
- Time-bound 期限あり

- 目標: 2013年3月までに糖尿病性腎症患者の80%以上が血圧<130/80mmHgを達成する
- 指標: 血圧目標達成患者の比率

JCI標準が示す指標のありかた

- QIと患者安全はデータに基づく活動であり、データの選定、活用はEBMに準拠する
- ハイリスク、頻度が多い診療行為、問題がある領域から、組織リーダーの責任で選定する
- 臨床関連指標
 - 患者アセスメント、検査、画像診断、外科・侵襲的処置、抗生物質・薬剤使用、医療事故・near misses、麻酔・鎮静、血液製剤使用、診療録、感染管理、臨床研究
- 管理関連指標
 - 物品・薬品購入、法令順守状況、危機管理、使用管理、患者・家族満足度、職員満足度、患者人口統計、財政管理、災害事故対策



これからのがん看護

- 最善のがん看護実践を提供するために、組織的体系的アプローチに基づく、ケアの質改善に取り組もう！
- ケアの質改善に関する学習と取組を組織的に広げよう！

↓

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
看護学専修がん看護学 小松浩子
email: hkomatsu@sfc.keio.ac.jp

スライド2

「看護に応答性のあるアウトカム」 (吉テオ紘子)

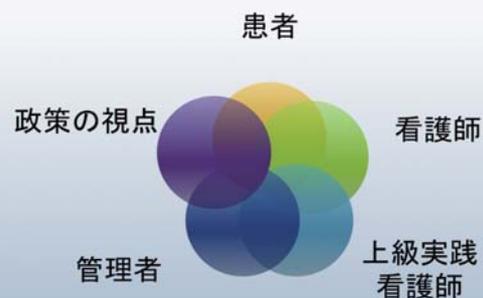
看護に応答性のある アウトカム

ミシガン大学看護学部 助教
喜吉テオ紘子
hkiyoshi@umich.edu

講演内容

- 看護の質とは？
- 看護に応答性のあるアウトカム：院内感染
- 尿道留置カテーテル関連尿路感染症予防
- ベストプラクティス
- 実践の壁

看護の質とは？



看護に応答性のある アウトカム

- 看護の質に直結する客観的指標
- 看護の1側面を伝える
- 継続的にデータをとることができる
- ベンチマークと比較し、改善のニーズを知る
- 看護の質の変化を捉える

看護に応答性のある アウトカム：例

- 転倒率
- ジョクソウ発症率
- 患者満足度
- 院内感染率(尿道カテーテル関連尿路感染症、中心静脈カテーテル関連血流炎、人工呼吸器関連肺炎)

院内感染

- 看護に応答性のあるアウトカム
- 国際的に統一した定義
 - アウトカムがはっきりしている
 - 合併症率、死亡率
 - プライオリティーが高い

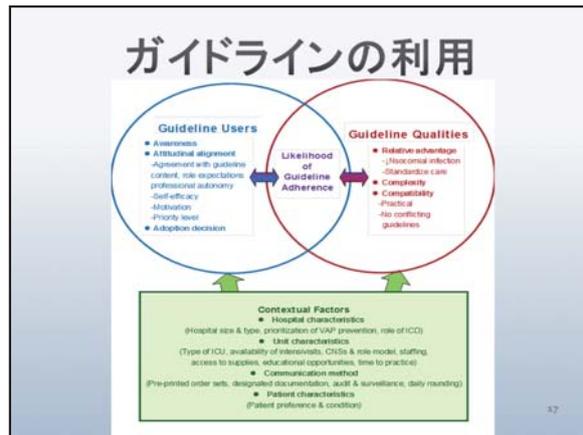
尿道留置カテーテル関連 尿路感染症 (CAUTI)

- 院内感染の発症率の35%を占める (Hart,2008)
- 尿道留置カテーテルを2-10日利用すると、菌血症は26%の患者に発症する (Saint, 2000)
- 25%の尿道留置カテーテルは不要(Fakih et al, 2010; Rothfeld and Stickley, 2010; Bhatia et al,2010)

実践の壁

- 適切な知識があっても、尿道留置カテーテルの早期抜去につながらない(Dingwall and McLafferty, 2006)
- 一般的にガイドラインのアドヒランスは低い(Cabana et al., 1999; De Vos, et al., 2010; Grol & Grimshaw, 2003)

→ 行動変容は難しい
(例: 食生活の改善、購買行動)



ベストプラクティスを支える環境

- 看護ガイドライン導入支援
 - 使いやすい/効果的なガイドライン
 - 一括アプローチ
- 看護師の行動支援
 - 個人からシステムアプローチ
 - アカウントビリティ(自己責任)
- 環境整備
 - 人員配置
 - 物品

Implementation Science (実践適応科学)

- 看護ガイドラインの次のステップ
 - リマインダー、監査、教育
 - リーダー/チャンピオン
 - バンドル型アプローチ

STOP

DOES YOUR PATIENT REALLY NEED A URINARY CATHETER?

INDICATIONS FOR URINARY CATHETER USE INCLUDE:

オンコロジーEBガイドライン

- American Society of Clinical Oncology (ASCO)
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) : Best Practice Guideline
- Oncology Nursing Society (ONS) of the Putting Evidence Into Practice: Improving Oncology Patient Outcomes (PEP)

Yagasaki, K. and H. Kurokawa (2011). "Preconditions for successful guideline implementation: perceptions of oncology nurses." BMC Health Services Research, 11(1), 1-7.

オンコロジー看護の質保証

The flowchart illustrates the hierarchy of evidence and practice in oncology nursing. It shows a progression from research to best practices, supported by implementation science.

- ベストプラクティス (Best Practices)
- 病棟のガイドライン (Ward Guidelines)
- 院内のガイドライン (In-hospital Guidelines)
- 国内のオンコロジー・ガイドライン (Domestic Oncology Guidelines)
- オンコロジー・ガイドライン (Oncology Guidelines)
- エビデンス (Evidence)
- 研究 (Research)

Left side: ベストプラクティスを支える環境 (Environment supporting best practices), 実践適応科学 (Implementation science)

まとめ

- 看護の質
- 看護に応答性のあるアウトカム: 院内感染
- 尿道留置カテーテル関連尿路感染症予防
- 研究からベストプラクティス
- 実践の壁



10大学事業

- 【主催】 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
- 【共催】 文部科学省
平成24年度大学改革推進補助金大学改革推進事業
がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
高度がん医療開発を先導する専門家の養成