

- ・ 地区看護婦 (District nurses)

地区看護婦は、高齢者・障害者などの家庭を訪問し、清拭、入浴介抱、寝具の交換、包帯交換、注射、投薬、血圧や尿検査などを実施する。地区看護婦となるためには、正看護婦の免許取得後、3-4ヶ月の実地訓練を経て、試験に合格して免許を取得しなければならない。

- ・ 助産婦 (Midwives)

助産婦は、自宅分娩の助産、出産前後の指導やケアを行う。助産婦となるためには、正看護婦の免許取得後、18ヶ月の実地訓練が必要である。

4) 継続医療のための体制

イギリスの改革の一つにはプライマリー・ケア・グループ (Primary Care Group ; PCG) の創設がある。適切な医療サービスの供給が GP ファンドホルダー (病院ならびに専門医サービス、処方薬剤の費用を含めた予算を自ら管理し、病院と個別交渉のうえ直接契約を結び、登録准明を当該病院に紹介することができる) によって妨げられたため、GPs とコミュニティ看護婦で構成される PCG が創設された。NHS トラストの役割として、診療行為に対する参照コスト制の導入をするとともに、診療管理 (Clinical Governance) システムの導入が実施された。後者の役割として、医療サービスの質に対して正式な責任を負い、診療行為の基準となるものを作成し、それを常に向上させていかなければならないといった内容が含まれる。

NHS へのアクセスの向上、情報化推進として、NHS は看護婦が 24 時間対応で患者の健康上の相談に電話アドバイスするサービスの導入を実施するとともに、10 億ポンド (約 1700 億円) の多額を投じて家庭医の診療所と病院とをオンラインでつなぐ情報システムを 2002 年までに完成させる予定で、家庭医が病院予約を NHS ネット上で実施できるように整備している。また、癌の疑いがあり、緊急に病院の検査、治療の必要性があると家庭医が判断した場合、2週間以内の受診を保障するなどを実施しているが、これらの整備は NHS に加入確認による治療開始の長期化を防止する対策として、有効な方法である。

(1) 保健省ならびに NHS 管理運営部の活動の基盤

保健省は、国立最適医療研究所 (The National Institute for Clinical Excellence ; NICE) を創設した。この研究所では、EBM (Evidence Based Medicine) に視点に基づき、エビデンス並びに費用対効果に基づいた診療ガイドラインの設定を実施している。また、「国民医療サービスフレームワーク (National service framework)」の作成においては、主要な疾病において、全国的な医療サービスの一貫性や安定したアクセス実現に向け、エビデンスに基づいた全国レベルの枠組みづくりを医療従事者と共同で実施している。さらに NHS トラストは、「国民医療サービスフレームワーク」に基づく特定の疾患やカテゴリー (心臓病、子供のケアなど) に対して、PCG と長期契約を結び、一貫したケアに取り組むといったことも実施されている。さらに「国民パフォーマンス評価フレームワーク (National performance framework)」の作成においては、NHS のサービスに対する患者満足度を調査し、パフォーマンスを評価する。具体的には、患者自身の経験による評価、サービスへの公平なアクセス、ケアの質、ケアの効果、健康改善、効率性の 6 項目によって実施される。また、これらの流れにそって、NHS サービスは医療サービスの枠組みを評価するとともに、新 NHS 憲章の制定に結びつくことになる。

(2) 医療の基準づくりの活動

NICE については、1999 年 4 月より活動が開始されている。NICE の年間予算は 980 万ポンド (約 16 億 6000 万円) であり、毎年 30-50 件の評価を実施している。評価対象は、医薬品、医療機器、診断技術、処置、健康増進に関する新技術、新製品について、臨床上の効果、費用効果を 20 名の専門委員による評価委員会にて協議され

る。評価のプロセスは、保健省の“Memorandum of Understanding on Appraisal of Health Intervention” (NICE のヘルス介入の評価に関する覚え書き、1999年8月)にて紹介されている。(http://www.nice.org.uk/)

評価委員会のメンバー

- ・ 内科医(2) ・ 薬剤医(1) ・ 外科医(1) ・ GP (2) ・ 公衆衛生医(1) ・ 病院看護婦(1)
- ・ 地域看護婦(1) ・ 臨床薬理学者(1) ・ 医療経済学者(3) ・ 薬剤師(1) ・ 生物統計学者(1)
- ・ 患者代表(2) ・ NHS 管理部門(3)

5) 実践における具体的な活動内容

(1) 診断の分類

イギリスでは、医療費の高騰に伴い NHS に Resource Management initiative の部門が設立され、効率的な医療資源の配分のあり方を検討する動きが始まった。当初アメリカの DRGs の導入を検討したが、イギリスの医療体制や実際の医療になじまないのと、統計学上の説明力が必ずしも高くないため、独自の医療資源消費量の測定ツールを開発することを選択した。また、現場に受けられやすく、普及しやすいという観点を最優先した。その際の方針として、

- ① 現場の医師の意見を十分に採り入れ開発する。医師が中心となって開発するために Royal college の参加を求めた。
- ② 測定ツールとしてのソフトウェアの開発は、安価あるいは無料配布の必要があるため、NHS が開発することとする。

以上の内容をもとに HRGs (Healthcare Resource Groups) が作成され、その開発・普及を行う部門として 1990 年には The National Casemix Office (1999 年からは NHS Information Authority) が設立した。イギリスの主要診断カテゴリーについては、表 1 の通りである。また、イギリスの HRGs における分類アルゴリズムは、図 1 の通りである。

表 1 イギリスの HRGs による主要診断カテゴリー

A 神経系	L 尿路及び男性生殖器
B 眼及び眼窩周囲	M 女性生殖器系
C 口、頭部、頸部及び耳	N 産科及び新生児のケア
D 呼吸器系	P 小児期の疾患
E 心臓外科及び心疾患	Q 血管系
F 消化器系	R 脊髄の手術及び脊椎疾患
G 肝胆管系及び膵	S 血液、感染症、中毒及び非特異的な分類
H 筋骨格系	T 精神保健
J 皮膚、乳房及び熱傷	U 未定義群
K 内分泌及び代謝系	

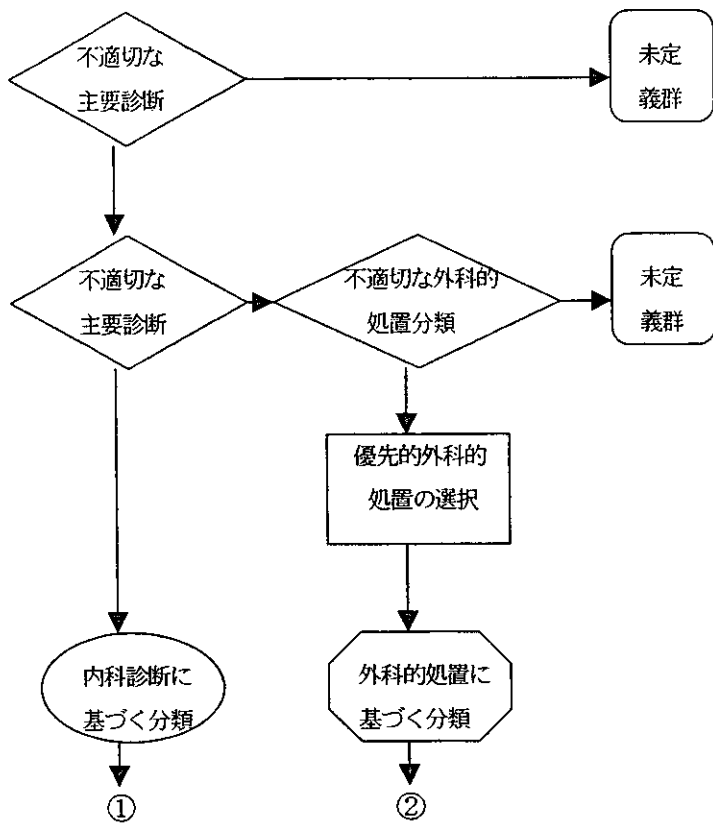


図1 イギリスのHRGsにおける分類アルゴリズム

A群の神経系をみた場合、さらに①より二次診断、化学療法、69 際以上で2つ以上の主要診断、二次診断の処置の未実行の順に流れがあり、各々サブカテゴリとして1つずつ、二次診断の処置の実行が No の場合、さらに17 サブカテゴリから最終的に26 カテゴリへと分類される。また、②からは4サブカテゴリに分類され、最終的なカテゴリは、内科診断による分類2つ (①へ戻る) が含まれる9カテゴリに分類される。

(2)コスト算定に関する動き

初期段階の医療サービスのコスト算定は、在院日数を説明することに主眼が置かれていたが、さらにコスト算定の作業としてデータ収集が開始した。病院に補助金を出して、診療コストとして、入院 (室料、看護料、薬剤など)、手術 (時間、人員など)、処置、検査などを取り上げ、HRG 毎にコストを推計する作業を実施した。年々、診療領域を拡大し、コスト算定のばらつきをなくすためにコスト算定マニュアルとソフトウェアの開発が進められた。1997年 (5月労働党政権誕生) 以降、NHS 全体での健康に関する情報の共有化、医療の質や病院のパフォーマンスの改善、医療サービスのコスト効果に焦点が置かれるようになった。HRGs は医療のコスト、医療資源消費量の測定ツールとして明確な位置づけがされた。この作業は2002年までの5年間の予定で継続促進される。また、病院は毎年コストデータを NHS に提出する義務づけがされ、2001年からは LAN を用いて実施されるが、提出の際にかかる時間は約200時間であるといわれている。

以上のような診断分類に従ったコスト算定は、医療パフォーマンスの改善の重要な効果指標となることがわかる。また、イギリスでは医療費を抑制するための対策として、HRGs に頼ることなく抑制する手段を持っていることから*1、医療資源消費量と再入院率、転院率、感染率などの医療の質にリンクさせることによって、医療パフォーマンス評価を行うことが可能であるとされている。

* 1 : 各地の NHS へ振り分けられる予算は HRGs でなく、人口を基準とし、年齢構成比や性別構成に基づいて決定されるため。

(3) 訪問先である Sheffield (シェフィールド) の医療体制

病院医療から地域医療を統括した継続医療・看護の費用効率を検討する際には、実践的ケアの標準化、基準化が重要な鍵を握る。前述の経緯のもと、一般病院、専門病院などの HRGs に基づく治療や診断の基準化は現在も進行している途中である。また、イギリスにおいては、HRGs が医療費削減の目的に使用されているわけではないので、地域における医療、看護サービスが発展しているとともに、セカンダリ・ケアの病院および専門医サービスでは、医療の質や病院のパフォーマンスの改善にも視点が置かれている状況にある。当然、在院日数の削減がはかられているイギリスの NHS 病院では、実質的なコスト削減がはかられつつあるが、その分地域医療、看護ケアにコストはシフトするために総額的な医療コストの削減がはかられているわけではない。

訪問先のシェフィールドは、マンチェスター空港より約 1 時間電車にのったところにある人口 53 万人 (1994 年統計) の地域である。この地域では、NHS 病院が 5 つ、民間病院が 2 つあり、ナーシングホームは約 200 ケ所あり、ホスピスは 1 ケ所あるといった状況である。NHS との契約を結んでいる家庭医 111 名 (1994 年統計) が、地域で開業している。地域のサービスは HNS トラストの活動として病院における実践ケアとリンクして推進している状況がある。シェフィールドにおいて、一定地域における施設設置状況からわかるように、家庭医が中心となって、地域住民への診断や治療などの医療提供をしている。病院に入院する場合には、家庭医の紹介が基本的に必要になるので、救急で受診した際を除いては、患者が一般病院や専門病院などに直接かかることはない。例えば心臓疾患などで手術を受ける際にも、家庭医の紹介が基本に必要となるので、病院では症状の安定をはかりながら、Ope 待ちの状態が生じる。訪問先の病院では通常 Ope の必要性があると紹介された場合であっても、Ope までに 2 週間程度は待たされることがあると話されていた。また、このシステム下では心疾患などで緊急 Ope が必要な場合であっても、紹介入院が多いために Ope 待ちということになることがある。病院では急性期疾患や症状を持った患者に対する専門的な医療を提供するために、入院患者は早期の段階から在宅、ナーシングホーム、あるいはホスピスといった地域へシフトできるように入院中の治療やケアが考慮されている。

①急性期病院における Acute Care の体制

今回の研修ではシェフィールド内の NHS 病院の一つである The Central Sheffield University Hospitals のスタッフよりケアの標準化と継続ケアのためのディスチャージプランニングについての話を伺った。

一ヶ月の医療費については病院では急性期疾患患者を治療、ケアするためにナーシングホームや在宅よりもコストがかかり、また病棟によってもそのコストに幅がみられる。急性期疾患患者の入院在院日数の削減がはかられたとしても、イギリスの場合には地域医療に費用がシフトしているので、全体的な医療コストを検討する場合には長期療養を必要とする疾患をもった患者検討を継続的にしていくことが重要であると思われる。日本と同様にイギリスにおいて長期療養を必要とする疾患のひとつに脳血管疾患があげられる。発症から継続的に長期療養を必要とする可能性が高いことから、イギリスでは、医療、看護ケアが系統的に提供できるように National Clinical Guideline for Stroke (<http://www.rcplondon.ac.uk/>) が作成されている。

脳血管疾患だけではなく、他の疾患に対する National Clinical Guideline (国の作成した臨床ガイドライン) も作成されている。このガイドラインには、医師の治療方針のみならず、患者の入院早期からの Acute Care におけるアセスメント内容、あるいは Discharge Planning などについて指針などが記述されている。NHS 病院ではこの National Clinical Guideline の医療、看護ケアがケア提供の基準となっており、病棟医療についてもこの基準に基づいて実践されている。このようなガイドラインの配布はインターネットによって実施される。病院の担当者は、サイトよりこのガイドラインをプリントアウトし、ファイリングし、利用している。また、シェフィー

ルド市の全体で使用できるように作成されたローカルガイドラインも National Clinical Guideline を基準に作成されている。

②病院で使用している脳血管疾患ガイドライン

長期療養を必要とする可能性の高い脳血管疾患のガイドラインについて、ふれてみる。National Clinical Guideline for Stroke は、Working Party for Stroke と協力して Royal College of Physicians、Clinical Effectiveness and Evaluation Unit (CEEU) によって作成されたものである。また、CEEU の核となる作業プログラムはいくつかあるがその内の一つに位置づけられている。

表2 CEEU Core Program of Work (CEEU の核となる作業プログラム)

-
1. Coronary Heart Disease (慢性心疾患)
 2. Stroke (脳卒中)
 3. Lung Cancer (肺癌)
 4. Diabetes (糖尿病)
 5. Care of Older People (高齢者ケア)
 6. Evidence Based Prescribing for Older People (高齢者への根拠に基づいた処方)
 7. Clinical Effectiveness Forum (臨床効果フォーラム)
-

表3 ユニットにおける活動目的

-
1. 単純かつ明確な Evidence Based Medical Guidelines の促進
 2. ベストプラクティスを査定するための想定用具を考案し、確認する
 3. 患者ケア調整の臨床的な効果指針を考案し、確認する
 4. 1から3について専門家の容認を促進する
 5. 標準的な患者ケアを改善するために1から3の使用を促進する
-

ガイドラインの全体的な構成として、How to use guidelines, Background, Introduction, Service provision, Clinical Care, Service evaluation, Tables of Evidence などがある。特に病院内のケアについては、Treatment and care immediately after stroke の部分にふれられている。ガイドライン作成にあたり、具体的な作業として ha コンピューターのデータベースを使用し、システムティックレビューを実施している。さらに他のガイドラインなども参考にして作成されている。

表4 データのソース

Medline : 1966-	AMED : 1985-	CINAHL : 1982-
Embase : 1988-	Cochrane Collaboration : +	Other national guidelines

また、ガイドラインの各項目には、Guideline strength: Level of evidence and grade of recommendation (ガイドラインの強さ: 根拠のレベルと勧告のグレード) ということで、表5のようなA、B、Cの記号で示されている。

表5 Guideline strength : Level of Evidence and Grade of Recommendation
(ガイドラインの強さ：根拠のレベルと勧告のグレード)

エビデンスのレベル	エビデンスの種類	勧告のグレード
I a	無作為化比較試験によるメタアナリシスによる	A
I b	少なくとも一つの無作為化比較試験による	A
II a	少なくとも一つのデザインされた非無作為化比較試験による	B
II b	少なくとも一つの他のタイプのよくデザインされた準実験的研究による	B
III	比較研究や相関研究、症例対象研究など、よくデザインされた非実験的による	B
IV	専門家委員会の報告や意見、あるいは権威者の臨床試験	C

National Clinical Guideline for Stroke については、簡潔に表記されたものを資料1として添付した。また、シェフィールドにおいて、社会資源の有効利用のための Service Specification for acute stroke Based on Best Evidence (最良の根拠に基づいた急性期ケアのためのサービス詳細) という冊子が、作成されている。この中には、急性発症の脳血管疾患に罹患した入院患者の一連の pathway が示されている。イギリスの pathway は、米国のいわゆる経時的に記録をとるための Clinical Pathway : クリニカル・パス (Care Map : ケア・マップ) と形が異なっている。しかし時間軸は、長期的な経過を見たものであるということで、基準化したツールとして使用されている点では同様の目的で使用されている。

Stroke Acute Inpatient Pathway of Care
(脳卒中急性入院患者のケアのパスウェイ)

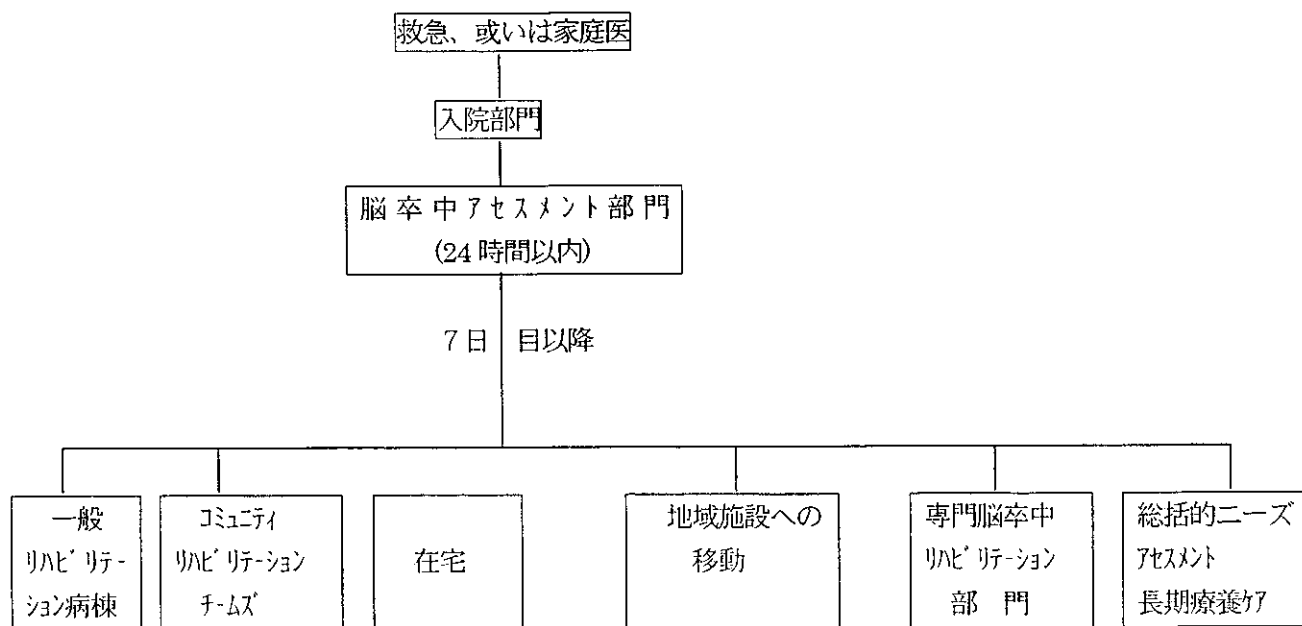
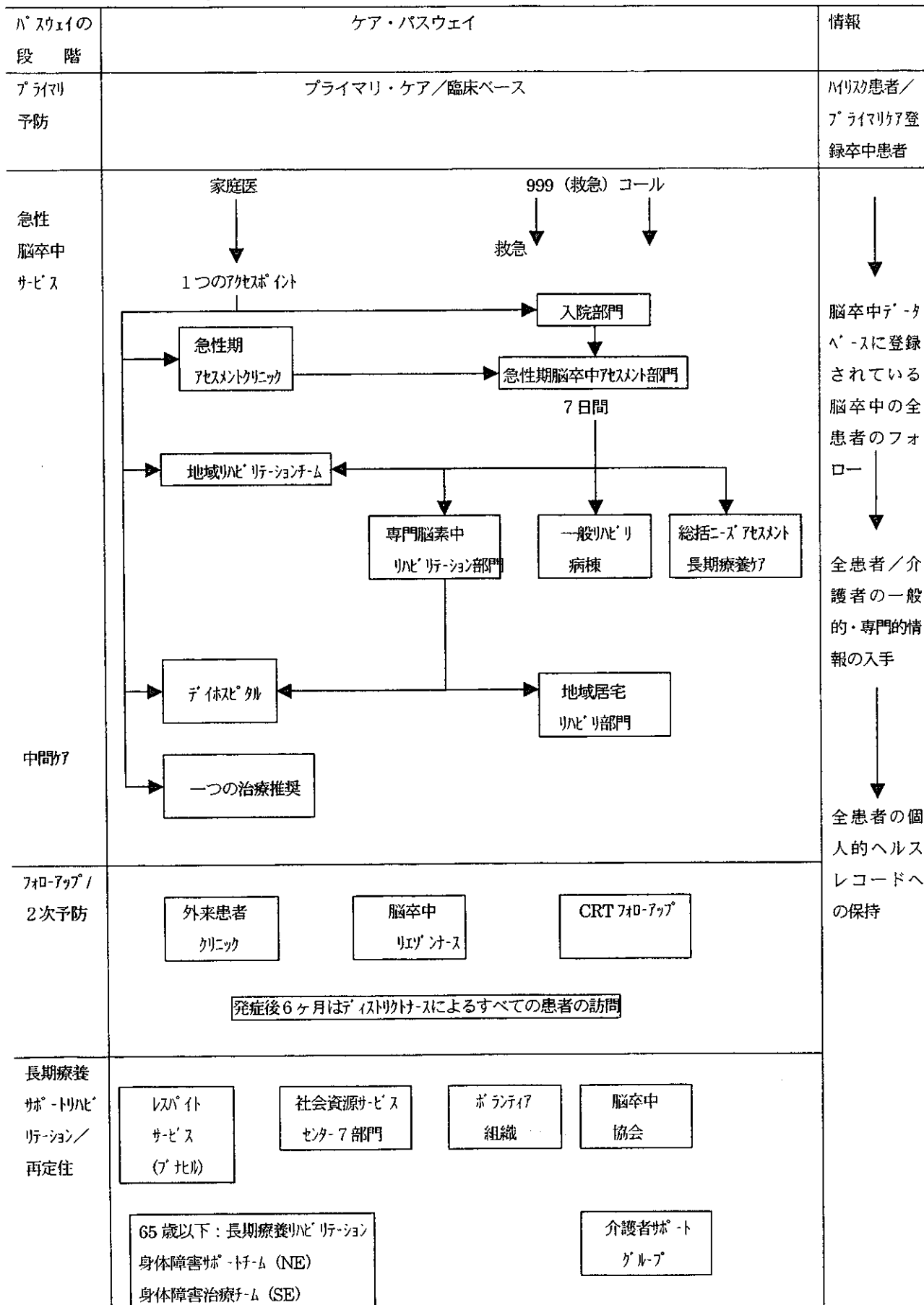


図2 Service Specification for Acute Stroke Based on Best Evidence
(最良の根拠に基づいた急性期ケアのためのサービス詳細)

図3 Care Pathway—Stroke Service (脳卒中サービスのケア・パスウェイ)



具体的な脳血管疾患患者の発症から転帰までのケアの流れについては、図2、図3にも示されているとおりである。全体的な流れとしては、急性発症によって入院してから、脳血管疾患病棟、あるいはICUに入院し、病状が安定した段階でリハビリテーション科病棟、あるいは高齢者の場合には老人科病棟などへ早期に転科される。病状が安定するまでの期間は、疾患の重症度によるためのその期間を特定化することは難しいが、リハビリテーション科に移ったあとのリハビリテーションの治療期間は、それほど長くはなく、数週間にとどまる。これは、National Clinical Guidelineにも示されているように、病状が安定してから、数週間がリハビリテーションの回復のもっとも効果的な期間であり、その後は機能回復も緩やかになるというエビデンスに基づいた方針となっている。さらに、リハビリテーションを継続する必要がある際には、外来やデイホスピタルによってリハビリテーションを継続する形でフォローされる。また、一度、脳血管疾患に罹患した患者は登録され、家庭医などによって管理される。

表6 Service Specification for Acute Stroke Based on Best Evidence
(最良の根拠に基づいた急性期ケアのためのサービス詳細)

内容	1. Introduction : イントロダクション
	2. Service Organization : サービス機関
	2.1 急性サービス機関 2.2 アセスメントと介入 2.3 早期障害アセスメントと調整
	2.4 治療の強度と期間 2.5 患者と介護者への情報提供 2.6 地域への転帰
	2.7 長期療養患者調整 2.8 長期療養患者調整－医学的 2.9 負の投資のための根拠
	2.10 情報コレクション
	3. Evidence Based Elements for Specific Practice : 専門的実践のための根拠に基づいた要素
	3.1 リハビリテーションへのアプローチ 3.2 急性 (医学的、外科的) 介入 3.3 コミュニケーション
	3.4 嚥下アセスメント 3.5 静脈血栓、塞栓の予防 3.6 運動障害とケイロ
	3.7 ケイロアセスメント、治療、薬剤師用 3.8 知覚障害と疼痛 3.9 障害のアセスメント
資料1	1. 脳卒中の定義と出血の発症
	2. 脳卒中の分類
資料2	1. 脳卒中専門家の定義
	2. 専門的能力のある専門家
	3. 専門的セラピスト (作業療法、理学療法) の定義
資料3	1. 急性脳卒中入院患者のケア・パスウェイダイアグラム

表7 ローカルガイドラインの内容

2. Service Organisation (サービス組織)
2.1 Acute care organization (急性期ケア組織)
目的: 最初の6ヶ月間は、脳卒中患者に対する責任を持つとともに、脳卒中とリハビリテーションにおける専門的なサービスによって面倒を見なければならぬ。病院では、ケアは脳卒中調整の専門的知識を有する専門家のいる病棟や領域で提供されるべきである。
ターゲット
1:各提供病棟は、脳卒中サービス機関の責任のある特定の専門家を有する。
2:入院の必要のある急性脳卒中患者は急性脳卒中アセスメント部門に入院する。

- 3:脳卒中関連障害の多角的なアセスメントによって、集中的なリハビリテーションの反応のあった人は、病院の脳卒中部門かコミュニティリハビリテーションチームへ転棟される。
- 4:脳卒中部門の専門家、地域リハビリテーションチームあるいはスローストリームリハビリテーションに委託された市の基準に合意するものである。
- 5:継続的な専門家の発展プログラムは専門家の知識を維持するために全てのスタッフに位置づけをする。
- 6:病院と家庭医間の合意、たいてい病院へ委託されたり入院した患者のカテゴリーの提示をするなど明確なローカル入院政策がある。脳卒中の疑われる患者の中心となるコンタクトポイントがある。

2. 2 Assessment and Investigation (アセスメントと介入)

目的：臨床において利益となるルーチンなあるいはより専門的な介入はともに、特定地域におけるプロトコルが利用されるべきである。

ターゲット

- 1:特定地域のサービスは、ガイドラインを発展させ、介入完了のための時間枠の合意を得る。
- 2:政策は、入院の必要のない軽度の脳血管疾患あるいはTIAの早期経過アセスメントへ照会のために病院と家庭医の合意を得るものである。
- 3:特定地域ガイドラインは・CT スキャン、公的に診断をする専門職、心疾患のアセスメント、MRI スクリーンの使用について発展されるべきである。

2. 3 Early Disability Assessment and Management (早期の障害アセスメントと調整)

目的：典型的な方法あるいはプロトコルを使用しての多角的なアセスメントは、入院7日以内に着手し、記載による文書を付記する。

ターゲット

- 1:医師は市で使用されているアセスメントパッケージに従って行う。
- 2:医師は公的な再アセスメントの頻度に従って行う。
- 3:ターゲットは多角的チームの中の各専門職によって照会、アセスメントされなければならない。

2. 4 Intensity/Duration of therapy (治療の強度と期間)

目的：治療が必要な時、患者は与えられたり、投薬されることができ同程度の提供を受けるべきである。

ターゲット

- 1:ガイドラインは市で特定されている最小限度の標準が示されている。提供すべき治療の強度や治療期間の最小限度の標準が含まれている。サービスにおいて栄養学的に投入が必要な場合には考慮される。

2. 5 Information for Patients and Cares (患者と介護者への情報提供)

目的：脳卒中サービスは、かご者のストレスを変えなければならない。家族に脳血管疾患の特徴や兆候、利用可能な地域、国のサービスを提供し、ストレス軽減を支援しなければならない。

ターゲット

- 1:チームの特定のメンバーは、脳血管疾患の特徴、脳卒中のマネジメント、リハビリテーション、予測できる効果について患者と介護者に情報提供する責任があり、またそれはリハビリテーション過程においてかれらの役割についての十分なディスカッションによって実施される。情報は予測される治療の期間やディスチャージプランについての提供される。
- 2:患者や介護者に与えられるすべての情報は、別のチームメンバーからの矛盾した情報の通過が起こらないように文書にして残す。
- 3:ケアプランに含まれる情報は、患者の合意が得られれば、患者と家族あるいは介護者に対して言語と記述の両方が提供される。また、それは明確で簡単に理解できるものとする。

2. 6 Transfer back to The Community (地域への転帰)

目的：今後のニーズを特定するために脳卒中患者に対するスムーズな責任移譲を保障する明確なディスチャージ政策である。

ターゲット

- 1:病院サービスは退院のためのプロトコルやローカルガイドラインに従うものである。
- 2:地域の専門脳卒中リハビリテーションチームへの早期退院は、もし患者がベッドから椅子への移動が安全に移動できたら可能であるし、臨床的な成果に妥協してはならない。入院患者の脳卒中ケアの選択として一般的なコミュニティサービスを利用することはできない。地域リハビリテーションへの転帰のためのプロトコルに従う。
- 3:すべての必要な法や明確なリハビリ機関に接触するためのローカルガイドラインである。

2. 7 Long-Term Patient Management (長期療養患者調整)

目的：6ヶ月間あるいは脳卒中後かなりの期間に障害をもっている患者のリハビリテーションにターゲットをあてたケアとリハビリテーションを提供する根拠である。

ターゲット

- 1:システムは何らかの2次予防の必要性和専門家のサービスの再照会（もし障害度が高くこれらサービス受理のための基準とともに）をレビューするために6ヶ月後は障害を持った患者の再アセスメントを行う。

2. 8 Long-Term Patient Management--Medical (長期療養患者調整-医学的)

目的：2次予防のための高い優先性を示す。

ターゲット

- 1.これらのガイドラインは簿余額へ入院していない患者を含めて、すべての患者に応用する。それ故に病院から退院する前、あるいは脳卒中発作から4週間を経過する前に、それらをすぐに患者に適応する。
 - すべての患者は血圧測定を行い、一ヶ月以上にわたって高血圧が認められ、必要な場合には治療を行う。
 - 抗凝血剤は、特別な理由がない限り、心房細か動（弁性あるいは非弁性）のある患者に開始する。抗凝血剤は、CT スキャンによって出血が除外された場合、さらに脳梗塞発症から14日間を経過するまでは開始してはならない。
 - 他のすべての患者（抗凝血剤によらない）は、一日75mg から300mgのアスピリンを投与するか、選択的にclopidogrel といった抗血小板薬を投与する。
 - Dipyridole（ディピラミドール）は、利用する際にアスピリンとコンバインさせる。
 - 一般的に抗凝血剤は、心筋梗塞の疑いがない限り、TIA あるいは軽傷の脳卒中後には使用しない。
 - (a)Carotid 動脈領域の脳卒中、そして(b)後遺症としての障害が軽傷あるいは無症候、の患者のすべてはcarotid endarterectomy を考慮する。
 - Carotid endarterectomy は、10%以下のMorbidity と死亡率が証明されており、そして70%以上のstenosis の場合のみ、専門外科医によって行われるべきである。
- *ローカルガイドラインとしての付記
- ローカル政策は、Carotid 外科のための専門血管外科医への移譲を提示する。
 - 抗凝血剤の調整のためのローカル政策を提示する。
 - コレステロールを低下させる薬剤に対してのローカル政策を提示する。

...

2. 10 Information Collection (情報コレクション)

目的：適切な臨床サービスを提供したり監視したりするための、情報を要求する。情報コレクションは、Local IM&T implementation 政策と合同で発展させる。

ターゲット

- 1:サービス提供者は、ケア・パスウェイによって患者をフォローするために、専門的で構造的な記載の一式を使用することを考慮する。

- 2:最低限度のデータは定期的に収集する。また、それらには、脳卒中パスウェイを用いて患者の経過、ケースミックスのためのデータ、Royal College of Physicians Stroke Audit Protocol のための情報が含まれる。
- 3:サービス提供者は彼らが受けているサービスについての患者及び介護者の見解を探索する。それらを特定地域の機関を通して表すか、あるいは患者や介護の特別に組織された特定地域のグループを通して表明する。

3. Evidence Based Elements for Specific Practice (専門的実践のための根拠に基づいた要素)

3. 1 Approaches to Rehabilitation (リハビリテーションへのアプローチ)

治療の基本となるアプローチ:

神経学的な枠組みにおけるいくつかの最近の運動療法は患者機能を回復する。

3. 2 Acute (Medical/Surgical) Intervention (急性 (医学的、外科的) 介入)

- 1:急性脳梗塞の総論的診断がつかしたらアスピリン 300mg を投与する。
- 2:RCTの部位でない限り、他の日常的な薬剤治療は行わない。
- 3:抗凝固剤は、心房座移動のあるすべての患者に考慮する、しかしCTで脳出血がないことが確認され、通常14日以上経過するまでは開始しない。
- 4:Thrombolytic 治療は、患者が発症してから、脳出血が明らかに除外され、適切な経験と専門知識のある専門センターに収容された6時間以内に診断された患者であれば実施することができる。

3. 3 Communication (コミュニケーション)

- 1:患者にコミュニケーション困難がある場合には、スタッフと親族はSLTによる障害への適切なコミュニケーション技術で訓練されなければならない。
- 2:長期のコミュニケーション障害のある患者、特に読むことに障害がある場合、この患者のためにコンピューター支援によるリーディング再訓練を考慮する。
- 3:達成目標を特定したり、継続プログラムを記載できるところでは、コミュニケーション障害を持った患者はプログラムの監視によって適切な治療を提供される。

3. 4 Swallowing Assessment—Management of Dysphagia and Nutrition (嚥下アセスメント：発音と栄養の調整)

- 1:正常な嚥下ができない患者は、十分な査定を行う患者やスタッフに安全な飲み込みと食事あるいは流動物の濃度を助言できるスタッフによって観察される。
- 2:発音障害のある患者については、普通の水を自由に飲ませることが必ずしも合併症の原因とならない。
- 3:栄養学的支援は、栄養不良の患者に対して考慮する。
- 4:Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) チューブは、何人かの患者の利益にはなるかもしれない。

3. 5 Prevention of Venous Thrombo-Embolism (静脈血栓塞栓の予防)

- 1:圧縮ストッキングは、患者の末梢循環のアセスメントによって静脈血栓のリスクにあると判断された脳血管疾患患者に用いる。

3. 6 Motor Impairment and Spasticity (運動障害とケイリン)

運動調整の改善—バイオフィードバック：典型的な治療に加えられたバイオフィードバックは、立位バランスの改善に有効である。

運動調整の改善—ファンクショナル電気刺激：個人の患者は、背屈と歩行の実行が改善するといったある状況において整形外科的なFESからの利益が得られるかもしれない。

3. 7 Spasticity - Assessment, Therapy and use of drugs (ケイリンアセスメント治療、薬剤使用)

- ボツリヌス菌：臨床で、ケイリンの調整をすることは、患者教育を含んだいくつかの調整された介入が必要となる。
- 1:障害を持った患者あるいは症状としてケイリンがみられるものに対して行う。
- 2:ボツリヌス菌の注射によって調子を低下させ、関節動作の幅や機能的な利益あるいは症状の軽減を増加させることができる。
- 3:付加的な電気刺激は、ボツリヌス菌の影響を増大させる。

3. 8 Sensory Impairment and Pain (知覚障害と疼痛)

脳卒中後の疼痛調整：慢性的な疼痛、特に中枢神経の痛みは抗抑制剤あるいは抗けいれん剤への反応が見られるかもしれない、またこれらは遅れるよりは早い方が良い。

肩の痛み：肩の痛みを予防するために、泡状のキャストの使用、調整できない外転を助長する高い腕のつり包帯の使用をさけることによって改善をはかる。また、高度の Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) を使用する。

3. 9 Disability Management (障害のマネジメント)

歩行再教育：部分的な単調な訓練（体重の 30%以上のキャストは脳卒中後3ヶ月において歩行のできない患者においては考慮すべきである。）

Activities of Daily Living (ADL)：すべての患者はADLの困難性についてアセスメントされる。

②ガイドライン、ケア・パスウェイの位置づけ

イギリスの Pathway はガイドラインと同様に、患者への治療やケアなどの質保証に位置づけられている。イギリスでの Care Pathway はケア全体の筋道を示すものであり、日本や米国で使用されている Clinical pathway：クリニカル・パス（Care Map：ケアマップ）とは形が異なっているが、標準化された医療・看護ケアを提供するための基準として、あるいは質保証、統一された効果評価の目的で使用されている。

ガイドラインは Clinical Effectiveness (臨床効果) のレバー“てこ”となる要素として Policy の Quality (質) に位置づけされている (図4)。イギリスのガイドラインや Care pathway (ケア・パスウェイ) は、専門家の意見とともに Evidence Based Medicine に基づいて、作成されている。ガイドラインの効果に影響する因子は表8に示されているが、イギリスのガイドラインの利用価値は非常に高いといえる。

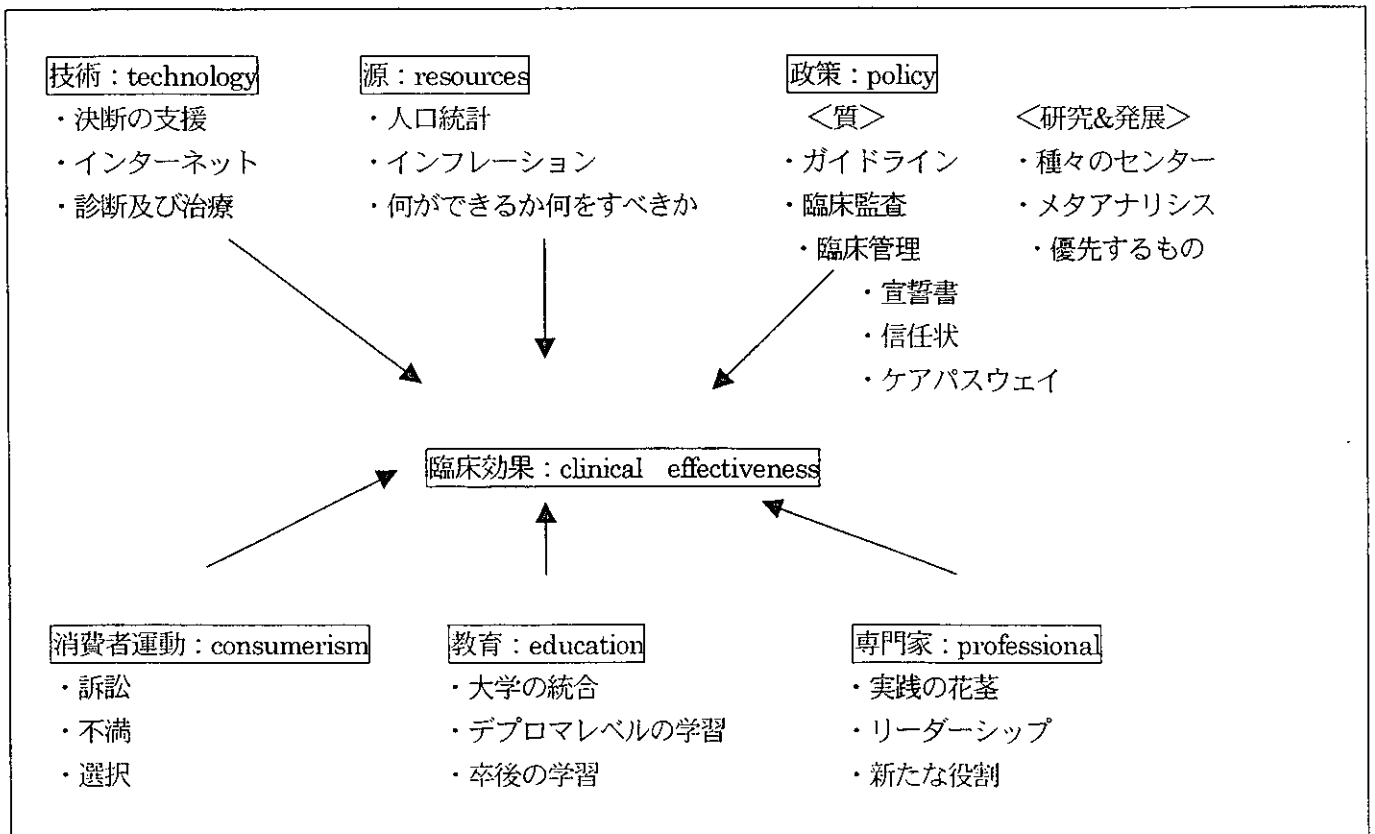


図4 臨床的な効果的ケアをもたらすレバー（てこ）

表8 ガイドラインの効果に影響する因子

有効性の相対的な確立	発展の手段	普及手段	実施方法
高い (High)	国内のグループ (Internal group)	専門教育による介入 (Specific educational intervention)	对患者-コンサルテーション又は治療の際の具体的な注意 (Patient-specific reminder at time of consultation or treatment)
平均より高い (Above average)	中間的なグループ (Intermediate group)	継続的な専門家の発展 (Continuing professional development)	对患者-具体的なフィードバック (Patient-specific feedback)
平均より低い (Below average)	特定地域のグループ (Local external group)	目標グループへの郵送 (Mailing to targeted groups)	一般的なフィードバック (General feedback)
低い (Low)	外国のグループ (National external group)	専門雑誌の掲載 (Publication in professional journal)	一般的なガイドラインの注意 (General reminder of guideline)

Factors influencing the effectiveness of guidelines (Grinshaw and Ressel, 1994, Achieving health gain through clinical guidelines 1. Quality in Health Care, 2, 243-248 with permission from the BMJ Publishing Group より引用)

このように医療システムの変革をみせるイギリスでは、プライマリケアとともに病院や施設の医療は、エビデンスレベルの高い研究結果を用いて作成された有効性の高いガイドラインが使用されている。また、ガイドラインの改善にあたっては、エビデンスレベルの高い研究手法を用い、得られた結果を評価するといった試みが繰り返し行われる。Evidence Based Medicine の発信地の一つであるイギリスでは、すでに根拠に基づいた医療は実践されている状況にあり、また研究がこれらの実践とリンクして実施、促進されているといえる。

③介入と費用効果

このような実践における多職種の間での基準や標準化が特定されているため、評価の段階で地域におけるNHS 病院間の比較が可能である。ガイドラインなどの基準や標準化、あるいはグッドケアのための具体的な内容は、研究者によってエビデンスに基づいた論文検索や専門家の知見をもとに発展しており、実践者の中に専門家を配置し、病院ごとの管理を徹底するといった方法がとられていることがわかった。日本とイギリスでは医療体制が異なり、クリニカル・パスあるいはディスチャージプランニングの発展の過程は異なっている。したがって、イギリスのガイドラインをそのまま導入することは難しいが、文献レビューの部分やエビデンスに基づいた効果的な実践のやり方、システム開発の方法、あるいは研究を推進する際の共通した部分を参考とすることができる。

また、ガイドラインの内容はコンピューターのオンラインで見ることができるので、ガイドライン作成プロセ

スを理解することができる。長期継続ケアの必要となるであろうという点から HRGs のカテゴリーの神経系に位置する脳血管疾患に注目し、研修に臨んだ。日本における脳卒中のクリニカル・パス開発はバリエーションが生じやすいといわれている。クリニカル・パスのみの単独使用によって、ある程度の肯定的な効果を引き出すことができても、体系的な患者ケアを構築するためには、さらにリハビリテーション科などとの調整に関わる部分を内容に含めたり、ディスチャージプランなどの関連する周辺のシステムを整備しながら、ツール開発をすることが重要であると思われる。また、病院全体とある一定の地域における継続ケアのシステム開発（病院から退院するまでは退院計画やリハビリテーション調整として考えることが必要）とを一貫させて患者への長期的なケアの道筋（パスウェイ）の作成が必要であると思われる。これらの達成のために急性期の時点では時間軸が短期間（分または時間、日ごと）で示された従来のクリニカル・パスに加え、長期間の流れをみることができるよう慢性期におけるクリニカル・パスツールの開発も必要となると思われる。

基準化、標準化されたケア提供のシステム開発とツール作成には、より効果的な治療やケアの実践の部分が含まれる。臨床実践者の能力が問われる部分も生じることがある。効果的実践のためにエビデンスレベルの高い先行研究の論文の中から選択、採用し、またさらに実践に取り入れるためのトレーニングプログラムなども検討する必要がある。実践者の医療そのものが標準化のバイヤスにならないようにすることが重要であると思われる。研究の部分では、無作為化比較試験などの手法を用いて、比較検討することによってあらかじめ設定されたコストなどの効果が正確に評価できる研究設定が必要である。効果指標としては、治療成績や予後の判断、医療費などの利益評価のみならず、患者自身の経験による評価、サービスの公平なアクセス、ケアの質、ケアの効果、健康改善、効率性などの患者満足度に関連する指標も取り入れて分析する必要がある。現在、日本では特に医療費の高騰により、費用をいかに抑制するかが重要な課題となっている。脳血管疾患の例をみてもわかるように、ケアが長期にわたる可能性がある疾患群については、まず急性期における治療やケアのコストを下げ、さらに長期的な視点での医療費の評価をしていくことが必要である。

6) イギリスの EBM・EBN 関連の状況

前述のとおり、イギリスの The National Clinical Guideline (ナショナルクリニカルガイドライン)、あるいは Local Guideline (ローカルガイドライン) に示されている基準や Pathway (パスウェイ) は Evidence Based に考え方に基づいて、開発されていた。イギリスでは 1990 代初めより Evidence Based の議論が臨床、研究において盛んに行われるようになり、研究の方法や内容によって論文のランク付けなどが行われている。今回、シェフフィールドで使用されていたガイドライン、ローカルガイドラインにおいても研究結果が利用されて開発されていた。また、イギリスでは臨床や教育の発展のために Evidence Based に関連したセミナーが実施されたり、書物が出版されている。

(1)イギリスにおける EBM・EBN 関連の研修に参加して

イギリスでは、EBM をはじめとする Evidence Based Medicine 関連の研修が数多く実施されている。Evidence Based Medicine、Evidence Based Health Care あるいは Evidence Based Practice などを理解していく際には、ある特定されたエビデンスの考え方や方法が必要となる。基本的には Evidence Based Medicine に基づいて展開されているといえる。これら開催されている研修にすべての医療者が参加することは現実的に難しい。しかし、病院や施設、各部署の研究者や実践家がこれらの研修に参加することによって、正しい知識が習得できれば、職場に戻ってからの Evidence Based Medicine の普及と教育に有益であると思われる。

研修期間中に、ロンドンで開催された第 6 回 Teaching Evidence-Based Health Care Workshop に参加した。ワークショップへの参加者は医師が最も多く、チューターを合わせると約 7 割程度が家庭医や病院医師であった。その他、薬剤師、看護婦、医療の学校関係者などが参加している。この Workshop の目的は、Evidence Based Health Care の教育と効果的な臨床実践におけるマネジメント変更についての理論と方法を習得することである。このワークショップの構成として、もう一つのワークショップ (第 2 回 Managing Change for Effective Clinical Practice) が平行して進められている。2 つの Workshop に共通する Lecture の部分では、基本的な Evidence Based Health Care と Effective Clinical Practice に関しての内容となっており、一部平行して 2 つの lecture が行われ、選択して受講する形式となっている。

また、全体のプログラム構成は Lecture と Workshop が交互に設定され、一日午前、午後 1 回ずつ、合計 2 クールで実施されている。Workshop では、8-9 名 (tutor 2 名含む) の小グループに分かれ、自主的に進める形式となっている。さらに午後の Workshop が修了した後は、臨時に Lecture が設けられることがあり、それらへ参加したりする。Workshop の課題を消化するために連日、夜遅くまで主催者が設置したコンピューターは参加者によって動かされている状況である。医学部学生、臨床実践者あるいは、実践の場において対象への効果的な介入を必要としている医師をはじめとする多職種の実践者、研究者、教育者などが参加しており、実践を中心に考慮された内容となっている。この教育スタイルは Sackett の “Evidence Based Medicine” の本で EBM 実践方法の Worksyp の典型的スケジュールとして紹介されている方法である。

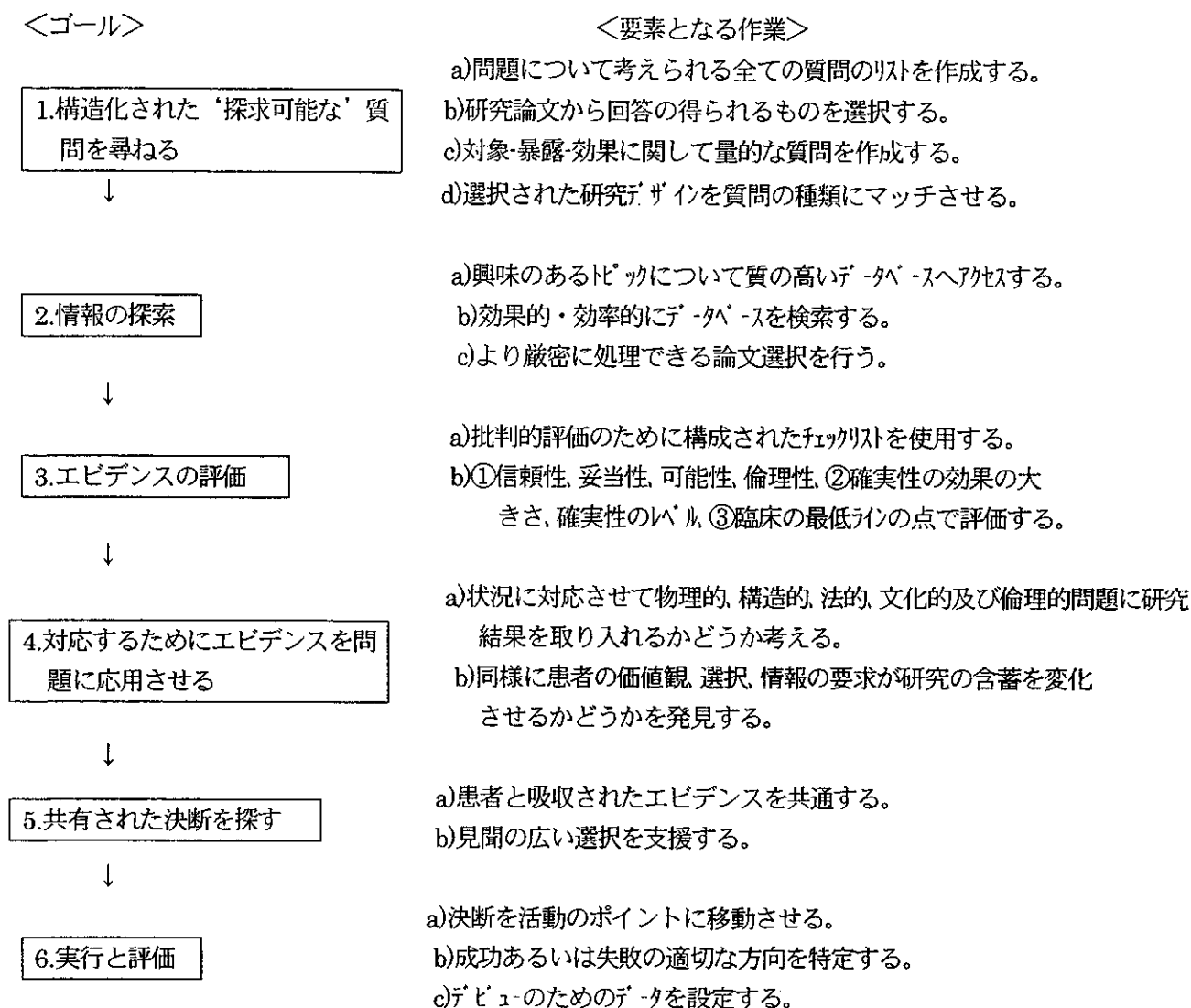
2000 年の Workshop では、主催者である Trisha Greenhalgh の “Evidence Based Health Care Workbook For individual and group learning” (BMJ 出版) が使用された。特に小グループで学習する際の進め方について詳細に述べられてある。いわば Evidence Based Medicine を教える教員や実践者の教科書として使用できるワークブックである。

表9 プログラム：第6回 Teaching Evidence-based Health Care

	3月5日(月)	6日(火)	7日(水)	8日(木)	9日(金)
午前	8:30-9:00 受け付け	8:30-9:00 チェック打合	8:30-9:00 チェック打合	8:30-9:00 チェック打合	8:30-9:00 チェック打合
	9:00-10:00 イントロダクション	9:00-10:00 カンファレンス	9:00-10:30 ・小グループの教育法 9:00-11:00 ・患者ケアと公的な 関わり合い*	9:00-10:00 研究の発見：学術対 サービス理解	8:00-9:00 積極的学習のための 構造的、伝達的講義
	10:00-11:00 慣例に対する判断				
	10:30-12:30 グループセッション/設定	10:30-12:30 グループセッション あるいは データベース探索演習	10:30-12:30 グループセッション	10:30-12:30 グループセッション	9:30-11:30 グループセッション
午後	13:30-15:00 ・臨床的問題への問い かけ方法 ・臨床的データベースの探 索演習	13:30-15:00 ・自己学習 ・基本的な統計学の 指導方法とは	13:30-15:00 ・自己学習 ・基本的な統計学の 指導方法とは ・より効果の高いマネ ジング変化とは*	13:30-15:00 ・自己学習 ・問題中心の学習法	13:30-14:00 閉会式
	15:30-17:30 グループセッション あるいはデータベース探 索方法 19:00-20:00 セッションの準備	15:30-17:30 グループセッション	15:30-17:30 グループセッション	15:30-17:30 グループセッション	
	18:30 から食事ですその後も臨時の講義が開かれる			懇親会	

*については平行したワークショップのプログラムで参加可能

図5 根拠のある実践の段階 (Stages in evidence based practice)



7) 研修の成果

継続的医療・看護の実践内容、および介入内容を決定と医療費をはじめとする効果測定を行い、評価することは効果的な実践を促進する際の重要な課題となる。日本におけるクリニカル・パスあるいはディスチャージプランニング研究において、実践とリンクした研究である一方、研究としてのグレードの高さについて議論がされる部分もあった。しかし、システム関連の研究はパラメーターの数が多く、さらに何を臨床的な基準となる治療とし、ケアとするかについて明確な指針がなく（薬剤や治療については、指針があってもそれをどのように実践しているかの評価についてのデータを公表することが必要）、曖昧だった部分があったことも事実である。その点を克服するためにも、クリニカル・パスを発展する際に、ケアの基準を先行研究のエビデンスに基づき作成していくことと、また、クリニカル・パスでは問題解決がはかることが十分ではない疾患や健康問題については、継続的ケアの視点からディスチャージプランニングなどのシステムツールと融合させること、などが今後の実践、及

び研究課題としてあげられる。

効果指標については大きな課題として医療費の削減があげられる。しかし、医療費を決定するパラメーターは数多く、医療費の効果ををはかるための調査の条件設定はより精度の高い内容が要求される。介入と効果との関係を見る研究では、独自のエビデンスに基づくガイドラインやプロトコルを使用し、適切な研究手法を利用することによって、初めてケアの標準化がより高いレベルで達成させることができると思われる。阿部らが実践しているクリニカル・パス研究の成果はクリニカル・パスのツールを用いて介入することが、一定の実践プロコールとなり、いくつかの病院や患者の効果に影響を及ぼすという介入と効果との関係を示すものである。さらにケアの標準化と費用をはじめとする効果評価のための研究を推進したいと考えている。

また、これらの推進により効果的な介入の際には、多角的な視点による多職種の間わりが必要である。イギリスのガイドラインには診断、治療を決定する医師の条件が示されていた部分があった。その他の医療職も安定した技術が必要とされていると思われる。この評価の指標として 2001 年の 1 月から NHS トラストではコンプレイン（不平申し立て）の調査が始まっている。担当者の話では、医師に対する内容よりも看護婦など直接関わる医療者のケアに対するものが多く、その内容として転倒などがあげられるとのことである。訪問先の病院では去年は 2 件の医療訴訟があったということである。このような標準化の試みが実施されているイギリスにおいても医療訴訟の問題は、さけられない状況にある。この点に関する研究は別課題として検討する必要があるかもしれない。

さらに本研究の課題として、長期的な医療コストについての評価についても検討していくことが必要であると思われる。現在の日本におけるクリニカル・パス及びディスチャージプランニングなどの継続ケア研究は、発展過程にある。日本においてもさらに研究手法の精選度を高めることによって、さらにこれらの介入と効果の内容を詳細に分析することが可能であると考えられる。

最後に、日本における医療政策の動向は米国型でも英国型でもない独自の形態をもって進むことが考えられる。臨床に実際利用されるガイドラインに EBM が導入されていくことが最優先課題であると思われる。また、EBM 情報の充実は教育的にも今後必要とされる重要なものであると思われる。

文献)

- ・医療経済研究機構：欧州主要各国の DRG 導入実態に関する調査研究Ⅱ報告書、医療経済研究・社会保険福祉協会、2000.
- ・医療経済研究機構：イギリス医療関連データ集【1999 年版】、医療経済研究・社会保険福祉協会、2000.
- ・Trisha Greenhalgh and Anna Donald：Evidence Based Health Care Workbook、BMJ、2000.

アメリカ研修報告書

1. 派遣研究者

所属・職名 : 東京都済生会中央病院看護部・看護婦
氏名 : 保村 恭子

2. 研究目的

- ① クリニカルパスの実際の運用をケアの質の保証としてさらに拡大する方法の研究
- ② クリニカルパスでの看護業務の標準化でガイドラインなどをどのように取り入れているかの検証研究
- ③ クリニカルパスにおけるリスクマネジメントとの関連での記録のあり方

これまで被派遣者はパス法の導入効果検証の脳梗塞におけるクリニカルパスの看護リーダーとして、パス導入におけるチーム医療の達成、医療・看護ケアの標準化の問題などに対して積極的に学んできた。今回の派遣期間中は、米国の病院における実践の中から、さらに具体的にパスを看護業務の標準化を行うための方法の研究を目的とする。

3. 派遣先

- ①
名称 : アリゾナ大学メディカルセンター
所在地 : アリゾナ州ツーソン
- ②
名称 : クアキニメディカルセンター
所在地 : ハワイ州ホノルル

4. 外国の機関における研究指導者

①所属機関 : Arizona University Medical Center

職名・氏名 : Special Projects Coordinator
JOSEPHINE C. PALMER

病棟看護婦 鈴木 美津子 他

②所属機関 : Kuakini Medical Center

職名・氏名 医師 三木 信幸

Director of Nursing MARILYN CHONG 他

5. 派遣期間

平成12年11月 1日 ~ 平成12年12月29日 (59日間)

アリゾナ大学メディカルセンター

I、研修期間

平成12年11月1日～11月28日

II、研修内容

1、感染コントロールについて

11月7日、8日、感染コントロールナース (Connie Moore, RN, BSN) から、院内の感染コントロールシステムとスタッフ教育について学び、新入職員のための研修に参加した。

感染コントロール委員会は、医師を委員長に感染コントロールナース、各病棟看護婦、薬剤師、検査技師から構成されている。定例会議は月1回の割合で開催され、そこでは様々な感染に関する統計 (MRSA・TB・針刺し事故・院外の付属医療機関での感染など) の発表を行っている。また、突発の感染に対してはその都度臨時会議が召集され、感染蔓延予防方法の徹底などを即座に決定し、解決にあたっている。

感染コントロールの基準は、州の感染に関する機関 (APIC) のガイドラインにのっとり、UMC独自の基準を作成しており、また様々な統計は APIC に報告される。この基準の全体の見なおしは3年ごとに行っている

感染コントロール委員は、新たな感染者が出た場合、その病棟に出向いていき、予防策の教育を徹底したり、主治医と共に治療方針などの検討をする。また感染コントロールナースは、週3回各病棟と院外医療施設に出向き、報告漏れがないかどうか、実際に感染予防対策が実施されているかどうかを確認している。

感染コントロール委員は、MRSA や TB だけでなく術後の患者の発熱、創部の感染などに対しても、主治医の報告を受け、抗生剤などのアドバイスをすることになっている。

感染コントロールのプロトコルは、コンピューターですべての情報を、誰でもすぐ見られるようになっており、常に最新の情報を流すことも感染コントロールナースの役割である。

新入職員のための教育は、教育部からの要請を受けてコニー氏が担当しており、基準から実際の手順までをパワーポイントを使って、具体的な症例を交えながら講義していく。また、各病棟では、病棟感染委員が感染者のチェックを行い、予防対策が徹底できているかどうか確認し、不足は再指導などを行い徹底できるようにしている。

感染者が発生した場合、病棟ではチャージナースが感染コントロール委員会、施設管理室に連絡する。施設管理室ではいろいろな感染症対策物品 (マスク・ガウン・