

医療の現場から、子どもたちに栄養と希望を 国連WFPのご紹介



2023年時点に、世界で最大約7億5,700万人が飢餓に直面しており、これは世界の人口の11人に1人に相当します。近年、飢餓人口は2005年頃の水準に後退しており、悪化の要因として、紛争のほか、気候変動による大雨・洪水・干ばつ、経済危機などが挙げられています。

国連WFPは、困窮している人々や脆弱な人々を飢餓から救うため、「飢餓をゼロに」を目標に、「飢餓から救う」活動と「未来を救う」活動の2つの領域で支援をしています。

国連WFPの活動 5つの柱

飢餓から救う

緊急支援

輸送・通信支援

未来を救う

学校給食支援

母子栄養支援

自立支援

レッドカップキャンペーン

【支援による子どもたちへの効果一例】

学校給食がはぐくんだ夢

2009年まで26年間にわたって続いたスリランカ。学校も内戦で校舎が破壊されましたが、内戦終結後に新校舎が完成し、国連WFPによる学校給食が提供を開始。私たちが最初に出会った2010年、ニデルセン君は給食が大好きな男の子でした。それから6年後の2016年に再会したときには、「しっかり勉強して将来はお医者さんになりたい」という夢を語るほど成長していました。ニデルセン君のお母さんは「給食のおかげで勉強も遊びも積極的に取り組むようになった」と語ってくれました。そして2021年、新型コロナの蔓延を心配してスリランカ事務所からニデルセン君にコンタクトを取ってもらったところ、ニデルセン君の目標は更に具体的なものとなり、会計士になるために大学進学を目指して熱心に勉強する青年に成長していました。国連WFPの学校給食支援は、世界の至るところで未来への希望をはぐくんでいます。

（「国連WFP協会発行「遺贈」パンフレットより抜粋」）

国連WFP協会からのメッセージ

国連WFPは、飢餓と栄養不良の連鎖を断ち切り、飢餓のない世界の実現と人々が安心して暮らせる持続可能な未来を築くことをめざしています。しかし現在、国連WFPは世界各地で深刻な資金不足に直面しており、多くの支援活動を停止または削減せざるを得ない状況にあります。食料支援は人々の命を救うのみならず、食料安全保障、世界の安定、そして何より平和を実現するための重要な手段です。皆様のご支援が、未来を変える一歩となります。この重要な使命に共に取り組んでいただけますよう、心よりお願い申し上げます。



ASOURCE® SELECT
レッドカップキャンペーン対象商品一例

人に未来を。医療に明日を。
MEDIUS

ACTIVE MEDICAL

noah INTERNATIONAL

株式会社 秋田医科器械店

株式会社 栗原医療器械店

TSUMUG Medical co.

ORTHO EDGE JAPAN

Medius Solution

ALVAUS
株式会社アルバウス

AKAKOTO MEDICAL SYSTEMS

KYOWA

MITAS

石川医療器
ISHIKAWA MEDICAL INSTRUMENTS

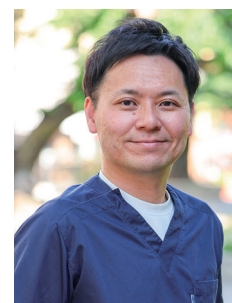
SANO

Althent
株式会社アルメント



ASOURCE® [TIMES]

Vol.29

夏
2025

SPECIAL INTERVIEW

「暮らしを支える」在宅医療への挑戦

患者・医療機関・国の“三方よし”が高齢社会の未来を明るく照らす

石井 洋介 氏 医療法人社団おうちの診療所 おうちの診療所 中野院長

特集：日本初のコマンドセンターの導入で、看護師の働き方が変わり、病床稼働率も上昇

連載：医療者が知っておきたい法律・法令知識
裁判から見える医療現場のインフォームドコンセント（後編）

連載：国連WFP協会「レッドカップキャンペーン」のご紹介

SPECIAL INTERVIEW

「暮らしを支える」在宅医療への挑戦 患者・医療機関・国の“三方よし”が 高齢社会の未来を明るく照らす

石井 洋介氏

医療法人社団おうちの診療所 おうちの診療所 中野院長

高知大学医学部卒業。16歳で潰瘍大腸炎と診断され、その後、大腸を全摘して人工肛門に。人工肛門を閉鎖する手術を執刀してくれた医師に憧れて消化器外科医の道に進む。横浜国立市民病院を経て厚生労働省に勤務。現在は医療法人社団おうちの診療所 おうちの診療所 中野院長、株式会社omniheal代表取締役、日本うんこ学会会長、高知大学デジタルヘルス学講座特任准教授、デジタルハリウッド大学大学院特任助教などを務める。



高齢社会の一つのメルクマールとなる2025年を迎え、在宅医療への需要が一層高まる中、質と量の両面においてその拡充が切望されています。厚生労働省医系技官として地域包括ケアシステムの仕組みづくりに携わった石井洋介氏は今、現場で「暮らしを支える」観点から在宅医療の実践に取り組んでいます。その活動を通して持続可能な医療保障制度、これからの在宅医療のあり方へのヒントを伺います。

診療の質を一定に保つことを重視し、 在宅医療の質指標を独自に開発

コロナ禍が始まった2020年に「おうちの診療所 目黒」を開設し、現在は東京都目黒区と中野区に訪問診療を主とした機能強化型在宅療養支援診療所を構えています。私が在宅医療に取り組むようになったのは、厚生労働省で地域医療構想や地域包括ケアシステムの仕事に従事したことがきっかけでした。高齢者が増加し働く世代が減少する中、医療資源の再配置など国の政策を見直す仕事をするうちに、急性期病院で乗り切ってきた時代が大きく変わろうとしていることを肌身で感じたのです。そして、新しい医療のあり方として高齢者が最後まで家で暮らすことを支える在宅医療の充実が強く求められていることを実感しました。

しかし、在宅医療を担うプレイヤーの数が圧倒的に足りないうえに知見もまだまだ少なく、2025年問題が目前に迫るなか、国の政策誘導だけでは間に合わないと考え、現場での実践を通してボトムアップでこの課題に取り組むことを決意しました。

当院では、未来を見据えた先進的な取組みとして、診療の質を一定に保つことを重視した在宅医療の質指標「QI-8」(図1)を独自開発しました。診療の

質を定量的に評価し、定期的に指標の推移を確認することで、患者さんに適切な医療を提供しているかどうかを振り返り、不足している部分があれば速やかに介入できるよう診療体制を整えています。

自分たちの診療の質を評価し、予防的ケアを実践した上で過剰介入を防ぐことは、患者さんの苦痛やスタッフの負担を軽減することにつながります。また限りある医療費の適正使用にも貢献します。患者さん・医療機関・国にとって“三方よし”の仕組みを構築することが医療保障制度を持続可能なものにする と確信しています。

暮らしを支える在宅医療のために スタッフの「関係の質」向上に注力

診療の質を保つうえで「関係の質」を高めることも大事にしています。MIT組織学習センター共同創始者のダニエル・キム氏が提唱する「成功の循環」モデルによると、周囲との関わり方やコミュニケーションなど「関係の質」が向上すると、おのずと考え方が前向きになり、目的意識が芽生え、「思考の質」が向上するとされています。その結果、積極性や主体性といった「行動の質」が向上し、「結果の質」が高まるので、「関係の質」がますます向上する好循環が生まれ

ると考えられています。

患者さんの疾患だけでなく、人生や価値観を尊重し、利便性なども考慮しながら生活を支える在宅医療では、多職種の視点が診療の質に直結するため、当院ではこの考え方を取り入れています。日々の診療にそれぞれの職種の小さな気づきや、その職種ならではの視点や意見を反映することで患者さんの暮らしがより豊かになります。どの職種も意見を出し合える環境、つまり普段から「関係の質」を高め、スタッフ間で「心理的安全性の高い状態」を維持しておくことが欠かせません。

その工夫として、当院ではどの職種も対等な関係の組織づくりを推進してきました。全スタッフによる対話の場を作るために週1回、定期的にミーティングを開いています。さらに半年に一度、組織のビジョンや価値観について全スタッフで話し合う「関係の質 DAY」を設けています。日常診療ではどうしても緊急性の高い会話が中心になるため、この日はコミュニケーションを優先した会話を意識するためにワークショップ形式で関係の質向上に励んでいます。

同時に患者さんの暮らしを豊かにするためには、スタッフ自身がワクワクしながら働くことも大切です。そのため、スタッフの柔軟かつ多様な働き方を尊重しています。例えば、週1回、普段の業務以外に自分の得意分野を生かせる業務に従事することで、働く意欲の向上を図っています。

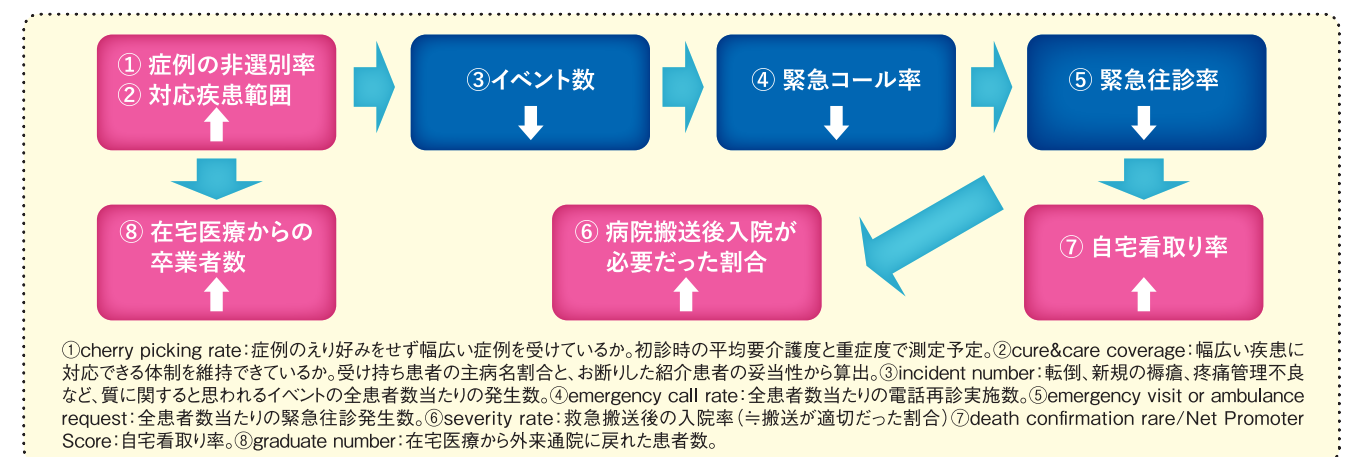
在宅医の代替手段を開発するべく 診療看護師を積極的に登用する

コロナ禍感染者が急増した際には、入院が必要であるにも関わらず入院できない患者さんが続出しました。高齢社会の一つのメルクマールとなる2025年を迎えた今、高齢者医療においても同様の事態が起こることが予測され、在宅医療の重要性を再認識しています。その需要が高まる中、医療費削減の観点から医師の代替手段を開発することも喫緊の課題で、当院では診療看護師(NP: ナースプラクティショナー)や認定看護師などの活用にも積極的に取り組んでいます。

一方で、今後は急性期病院との連携を強化し、連携パスの標準化などを進めることで高齢患者さんのスムーズな在宅への移行を促し、本当に入院が必要な患者さんが適切な医療を受けられるようにすることも重要であると考えています。現在は、大都市圏で在宅医療を中心とした新しい高齢者医療モデルの構築を模索していますが、この経験と知見をもとに近い将来、人材をはじめさまざまなリソース不足に悩まされる地方においても同様のチャレンジをすることも視野に入れています。

これは世界に先んじて超高齢社会を迎える日本だからこそ可能な挑戦でもあります。地域の実情に応じてさまざまなバリエーションを持ったジャパンメイドの新しい高齢者医療モデルは、各国においてもきっと役立つことでしょう。このような大望も抱きながら「おうちの診療所」をベースにさまざまな実証実験を行い、「暮らしを支える医療」の知見を発信し続けたいと思っています。

図1 おうちの診療所が独自に開発した在宅医療の質指標「QI-8」



『おうちの診療所5周年記念誌』(おうちの診療所イヤーブック編集部 2025年3月発行)を参考に作成

特集

日本初のコマンドセンターの導入で、 看護師の働き方が変わり、病床稼働率も上昇

淡海医療センター（滋賀県草津市）では、2019年に多くの医療データを包括的に収集・分析するシステム、コマンドセンターを日本で初めて導入し、看護師の業務効率や病床稼働率の向上などに成果を上げています。統括看護部長の伊波早苗氏にコマンドセンターの導入の経緯、電子カルテデータの活用法や導入後の業務の変化について伺います。

米国のシステムを 日本の医療制度に合わせて改変

以前から、電子カルテ上の情報をうまく利用することで看護の労務効率を向上できるはずと常々感じていました。例えば、入退院数から病棟に配置すべき看護師数を割り出すために毎日電卓を使って計算していましたが、これが自動化できればほかの業務に時間を使える、こういった希望を当院の経営管理担当部長に相談していました。

その経営管理担当部長が医療機器メーカーの日本法人の米国研修でジョンズ・ホプキンス病院のコマンドセンターを見学し、日頃私が話している課題が解決できるとして当院での導入を進言してくれました。経営陣もこれを了承し、2019年に導入が決まりました。

コマンドセンターとは、電子カルテなどの病院内の情報を統合し、包括的に解析して、病床の稼働、ケアやタスク、人員配置など必要な情報をリアルタイムで表示するシステムです。

ジョンズ・ホプキンス病院のコマンドセンターは、主に救急車の運行やスタッフ配置を“見える化”する地域医療向けのシステムでした。それを日本の病院医療向けに仕様変更するために、医療者ではない医療機器メーカーの担当者に理解してもらいつつ、仕事のプロセスを見直しながら、半年間かけてオリジナルのシステムを構築しました。システムが動き始めたときは、電子カルテのデータ格納や取り出しがうまくいかず、さらに半年ほど調整に時間を要しました。

看護師の残業時間の減少、 病棟間の業務負担の調整につながった

コマンドセンターはデータの統合分析サーバと複数のタイル(Tile)と呼ばれるアプリケーションで構成されており、このタイルを通じて病床管理・入退院支援に必要な院内データを分析・可視化し、ケア需要の予測、施設間の移動、ケアの進行、退院計画など、刻一刻と変化する患者さんの状況をタイムリーに捕捉することで、医療従事者の高品質かつスピーディーなケアの実現をめざしています。タイルの数や種類は、施設の規模やニーズに即して変更できるモジュール形式になっており、現在、当院では10画面のモニターを設置し、表1の①～⑨を表示しています。①のCapacity Snapshotは2画面を使っています。

病棟看護師の働き方は、病床の稼働状況、患者ごとあるいは病棟全体のケアやタスク、看護師の数やスキルが可視化されることで、大きく変わりました。

例えば、⑥Staffing Forecastでは、病棟ごとの業務と看護師の配置数が一体化されたデータとして見ることができます。この画面では、手術、カテーテル検査などの数、ドレーンや人工肛門を装着している患者数、転倒・転落リスク、認知症の有無、新規入院患者のオーダーなどがリスト化、点数化されています。さらに、病棟看護師の経験年数、役職、能力などの評価スコアを組み合わせ、病棟のタスクスコアが計算されて15分ごとに自動更新されます。

現時点では、このタスクスコアが25点を超えるとその病棟への応援が必要な状況と判断しています。これによって、タスクスコアが低い病棟からタスクスコアの高いより忙しい病棟に看護師が自発的に応援に行くよう

になったことが、コマンドセンター導入の最も大きな成果の一つだと考えています。また、担当外の病棟に行くことで、そこで新しく学んだよりよい方法を担当病棟でも取り入れたり、物品の置き場を共通にしたりといった動きもありました。

こうして業務を可視化し、働き方を変えたことで、一般急性期病棟の1ヵ月あたりの総残業時間はコマンドセンターの稼働前の2020年と比較して2021年は、コロナ禍の最中にあっても44%（月当たり約1035時間）削減しました。また、病棟ごとの超過勤務時間の格差についても改善が見られました。標準偏差で見ると、以前は240時間あったばらつきが、現在では78時間まで縮小しています。特に、最も超過勤務時間が多かった病棟では、764時間から331時間へと大幅に減少し、病棟による業務負担の調整が進んでいます。

重症化予想患者のリスト化で、 状態が悪化する患者が激減

③のNEWS Scoringは個々の患者を早期警告スコアで評価し、急変リスクが高い順にリスト化したもので、各病棟でも常時掲示しています。血圧などのバイタル測定の結果は測定機器に各看護師が持つスマートフォンをかざすことで電子カルテに自動入力されそれが早期警告スコアに反映されます。同じ画面をICUやHCUの医師がチェックし助言してくれたり、医師が自分の担当外の患者さんの様子も目配りして処置してくれたりすることもあります。このデータを利用することで、患者の状態悪化が激減しました。

病床の稼働状況がリアルタイムでわかり、入退院や



コマンドセンターは、毎朝、病棟看護師長が病床コントロールのミーティングをする会議室に設置。

転出、転入に必要なケアやタスクもリスト化されているため、導入以前には90%台前半だった病床稼働率も、現在では100%超になっています。

コマンドセンターの導入には、病院経営や医療安全の向上、看護師の残業減少、入退院や転入、転出をスムーズにするというさまざまなメリットがありました。

また、看護師たちが管理職に自分たちがどれだけ忙しいかを理解してもらえるようになったと感じ、自分の病棟も他の病棟も適正な働き方ができるようにと考えられるようになったことも成果の一つでした。

今後は、コマンドセンターに集まるデータを生かしつつ、看護師の情報収集を簡便にするシステムの導入なども検討する予定です。

〈表1〉
淡海医療センターのコマンドセンターで表示されるデータ

①Capacity Snapshot

病床の稼働状況をリアルタイムで表示。空きベッドについて、個室や2人部屋、4人部屋といった収容人数と性別、緊急入院の際の優先順位がわかる。

②Patient Flow

入院、退院、転入、転出の予定のリストで、それらの手続きが終わると患者氏名が消える。緊急入院患者には雷マークがつけられている。

③NEWS Scoring

急変リスクの早期警告スコアで急変リスクの高い順にリスト化。ICUやHCUの稼働の予測にも使える。

④Discharge Tasks

DPCIII期を超えて入院が長期化している患者の退院阻害要因を可視化。退院に向けての対策を検討するデータを表示。

⑤Unit Event

手術、カテーテル治療、内視鏡治療、検査、外来受診など患者が病棟を出るイベントのリスト。夜勤看護師にも残っている業務がわかる。

⑥Staffing Forecast

その日の各病棟の業務量の合計を配置された看護師のスキルスコアの合計点で割ったタスクスコアを表示し、人員配置の調整や再配分につなげる。

⑦Inpatient Growth

2週間後までの各病棟の入退院の予定数の表示。

⑧Patient Manager

個々の入院患者のその日の薬の処方が済んでいるかどうかをチェックできる。また、ルートの交換、保清、看護計画や褥瘡リスク評価のタイミングも入力されており、ケアやタスクが遅れるとアラート表示が出る。

⑨Patient Acceptance

転院する患者に関して、適応のある病棟の種類、療養病棟入院基本料の医療区分などが入力されており、病棟看護師長からの転院依頼、淡海ふれあい病院など在宅療養支援病院からの受け入れ承諾ができる。Discharge Tasksのデータと連携している。

連載

医療者が知っておきたい法律・法令知識 裁判から見える医療現場の インフォームドコンセント（後編）

執筆：越後 純子

弁護士・医師 渥美坂井法律事務所所属
メディアスホールディングス(株)社外取締役（監査等委員）

筑波大学医学専門学群卒業。同大学大学院医学研究科、桐蔭横浜大学法科大学院修了。2010年に弁護士登録し、同年より金沢大学附属病院で院内弁護士としての活動を開始。2015年より虎の門病院に勤務。2022年1月より渥美坂井法律事務所へ所属。メディアスホールディングス(株)社外取締役。

このコーナーでは、ダブルライセンスの元院内弁護士が、医療現場で役立ちそうな、法律や倫理的なトピックをご紹介します。



少しでも医療に携わられている方々のお役に立つように、全11回、約2年半にわたり、医療現場で問題になる内容を解説してきたこの連載も、今回をもって終了となります。過去の記事もメディアスホールディングスHPにバックナンバーとして掲載されていますので、これまでの発信が皆様のお力になれば幸いです。ご愛読いただきありがとうございました。

前回も、なぜ患者から裁判で適切な説明をされていないと主張されるのかについて、説明しました。後編では、裁判で求められる説明義務の背景にある価値観から導かれる判断要素について解説していきます。

裁判で重要視される点は事前説明が治療選択を変えたかどうか

前回、医師が重篤な合併症の説明についてあまり積極的になれない理由として、①重篤な合併症を強調すると患者が治療を怖がってしまって、せっかくの治療機会を逸してしまう可能性があること、②自身あるいは施設において、当該治療で問題になっている合併症は経験したことがないため、という2つの理由について説明しました。後者は、頻度が低いということに置き換えられるかもしれません。

頻度については、発生する可能性の低い事象も含めて全て事前に説明し、同意を取得しなければ侵襲的医療行為を行えない場合、医療は成立しません。そもそも、説明がなかったという主張は、結果が発生してからの後出しじゃんけんの主張でもあ

り、いわゆる“たられば”の話になってしまうので、無制限に許容されるというものでもありません。

裁判所は、個々の事案の判断しか示さないで、明確な統一的基準で、これさえ説明していれば問題ないという基準を示しているわけではありません。個々の事案で一番重要視されるのは、その説明を事前に聞いていたら治療を受けるか否かの判断が異なっていたか、という点です。そこで重要になってくるのが、その治療を実施しなければどうなるのか、ということです。

例えば、心筋梗塞の治療で、一分一秒を争う状況で、きわめて細かい部分まで説明し、手遅れになってしまうと合理的ではありません。そもそも、治療を受けないという選択肢は、よほど特殊な事情がない限り取り得ません。したがって、危険性の説明を

聞いたとしても、諾否の意思決定に影響はないと言えます。そして、多少その説明が不十分であったとしても、裁判で説明義務違反と認定される可能性は低いと言えます。

他方、脳の未破裂脳動脈瘤のように、一定のリスクはあっても、今すぐに治療しなければ生命に関わるという状況でない場合、治療の危険性や、治療を実施しない場合の危険性（経過観察という選択肢）、代替的治療法について、本人が治療法を選択するための十分な情報提供が求められます。例えば、過去の裁判例で、手術直前のカンファレンスで予定されていた開頭手術のリスクが指摘され、コイル塞栓術に変更されたにも関わらず、治療中に動脈瘤が破裂し、頭蓋内に大量出血を来して広範囲の脳梗塞が発生し、数か月後に死亡した事例があります。この事例では、術前評価の変更を踏まえ、再度治療の必要性も含めた熟慮の機会を与えるべきであったとの判断がなされました。これが歯科のインプラントや美容医療といった審美的な治療になると、よりリスクやデメリットについての詳細な説明が求められる傾向があります。

医療者も患者の立場であれば説明を求めると回答

10年以上前ですが、私が医療者を対象に行った手術の説明に関するアンケート調査では、リスクや合併症等の一般的な説明項目について、自らが患者になった場合に説明してほしい内容と、説明者の立場で重視する内容について調査しました。その結果、『実施しない場合の危険性（経過観察という選択肢）』について有意差がありました。自分が患者の立場であれば聞きたいとの回答が多かったのに対し、説明者の立場においては重視しないという興味深い結果となりました。まさに、今やるかやらない

いかを決する重要な要素であり、自分は聞きたいのに、相手への説明においては重視しないという大いに矛盾を感じる結果です。特にそれが冒頭に示したような重篤な合併症が予測されるのであれば、なおさらだと思います。

理由については独断に基づく推測ですが、手術リスクや合併症といった項目に有意差はなく、都合の悪いことを隠そうという意図でもなさそうです。医療者として、患者は病院に来ている以上、積極的に治療を希望しているという潜在意識があるのかもしれませんが。同じレベルで語れる例ではありませんが、飲食店に来た客に、食べるかどうかをかを尋ねることはせず、何を注文するかのみを聞くのと同じような感覚なのでしょうか。まして、うちは洋食店で隣に和食店もありますが、洋食で良いのですか、などと代替を尋ねることも普通はありません。

患者の個別事情に配慮した情報提供が求められる

近年、特定機能病院の承認要件や病院機能の第三者評価等において、説明文書の整備や説明プロセスの充実が求められています。インフォームドコンセントについては、医療者の立場や思いだけでなく、客観的な評価が行われ、患者の意思決定に資する説明が行われるように進化してきています。つまり、裁判だけでなく日常診療においても求められる水準が上がっており、患者の個別事情に配慮した情報提供ができれば、裁判においても説明義務に関する紛争が減少すると期待されます。他方、このような流れに乗り遅れてしまうと、事故が発生した場合に他に見劣りする結果となり、責任を問われる結果に傾きがちです。最新動向を踏まえつつキャッチアップしていくことが重要です。