

「今後日本における POS の発展のためのチーム編成と教育」

聖路加国際病院 理事長 日野原 重明

私は1973年にPOS(俗にいう赤本)を医学書院から発行しました。私は1951年にアトランタ市のエモリー大学医学部を訪れた時、内科教授のDr. W. Hurstが、医学生だけでなく看護師を集めて、Dr. Lawrence Weedが1969年に開発したProblem Oriented Medical Record (POMR)を活用しているのを見て、POSを医師のみが用いるのではなく、看護上の問題を含めて統合的な診療録を作ることが優れていることを提唱した。

この運動はエモリー大学だけでなく全国に広がっていった。私はこのシステムをPOSという言葉にして山口大学の柴田進教授と共に日本に普及させました。

私たちが、何か新しいことを始めるといふ時には先ず目指すゴールが必要である。しかもこれが頭の中に描くものでなく、日常診療にいかされるものでなくてはならない。

Hurstは、医師がナースやその他の医療チームと一緒にやって行くことによって初めてこの成果が上がることを強調したのであった。

最近Team Based Learning(TBL)という新しい学習方法が出現したが、これはオクラホマ大学における、医師ではないビジネス・スクールのL. Michaelson教授が考え出したものである。医師や看護師が国家資格を得てから後に共同して仕事をする前に、まだ彼らが学生のうちに、将来いろいろの医療職になる研修生の段階で、一緒に作業することの効率の良さを学ばせることを強調した。

そこで日本においてもそのような形でPOSが発展すべきであるが、Team playのevidenceとその実践は、いろいろの運動、特にサッカーやラグビーの戦略とチームプレーが良いモデルになると思う。

ではチーム各員の一体感はどのようにして形成されるかを学ぶことが非常に大切である。

POSがこれに参与する医療者に広がることを期待すると共に、今後のPOSは医療を受ける患者(client)にも理解してもらって、POSのsubjectiveには患者や家族がどう参与すべきかを教えることが重要であることを強調したいと思う。

特別講演 1日目 / 6月29日(土) 14:10~15:10 【第1会場】

「臨床研修病院の評価と POS ～医師を含むすべての医療スタッフの 教育・研修に必要な POS とは～」

NPO 法人 卒後臨床研修評価機構 専務理事 元日本医科大学主任教授 岩崎 榮

まずは今回の学会のメインテーマである、「POS の輪を広げてワーク・ライフ・バランスを」と特別講演のテーマとの関係性を考察した時に次のようにその思いを述べさせていただきたい。

診療情報室の業務を診療情報管理士に専門分野は任せるとしても、その周辺業務までも仕事を集中させるのではなく、他の職種が協力をする。とくに医師が書く診療録については、その施設内で決められた書式 (POS 形式) により、定められた期限内で退院時サマリーは提出する。そのことを守るだけでも診療情報管理士の業務は軽減できるはずである。POS での記載 (標準化) そのものがワーク・ライフ・バランスに貢献している。

また退院された患者さんの次回外来へのスムーズな引き継ぎ連携も可能となる。外来業務にもワーク・ライフ・バランスの効果がもたらされる。

【今日お話ししたいこと】

今回のテーマが「臨床研修病院の評価と POS～医師を含むすべての医療スタッフの教育・研修に必要な POS とは」であることから、病院評価ことに臨床研修病院と POS との関連について述べることにする。なぜ臨床研修病院かという、それは医師が臨床医としてスタートする大切な時期での病院であるからである。同じことは、すべての医療専門職といわれる医療スタッフにとっての専門学校や看護大学・各種大学等、各種医療職の資格を得た人たちを、当然診療情報管理士を含め、ここではこれら職種を包含してチームメンバーである医療職のスタート時点共通の立場と考え、それらの代表としての臨床研修病院の評価を考えることとした。

今日では、米国を中心として医療記録 (診療録を含むすべての医療スタッフによる記録) が POMR (Problem-Oriented Medical Record : 問題志向型医療記録) で記述されていることが一般的である。

1969 年、後に POS として広く知られることとなる著書 “Lawrence L. Weed により Medical Records, Medical Education, and Patient Care: the Problem-Oriented Record as a Basic Tool” が刊行される。Dr. Weed は「医療記録、医療教育、患者のケア」の 3つのキーワードを掲げて終局的には良い患者ケアをもたらすための医療記録を目指したとされる (羽白 清: POS のカルテ改訂第 2 版、金芳堂 2005 より参照)。

1973 年には日野原重明先生がいわゆる赤本として知られる “POS The Problem-Oriented System～医療と医学教育の革新のための新しいシステム～” として医学書院から刊行されたのは余りにも有名である。

何のための、誰のための POS かと問われれば二人の著者の副題に解があることに間違いない。

ここらあたりに的を絞りながら “評価と POS” についての話をすすめたい。

「電子カルテ時代の POS --- 今一度プロブレムについて考える---」

聖路加国際メディカルセンター 教育研究センター 教育研修部長 渡邊 直

【背景】 従来の POS 概念ではプロブレムが基軸であることは無論であるが、診療の進展によって、当該プロブレムが活動性のものから非活動性へと”解決“される、という流れが記録の流の基本的前提になってきた。急性疾患においてはこの概念は有用であるが、現代という時代における診療では慢性疾患が多重に存在している中で特定疾患に対して加療が行われるという場面が基本となる。治療が行われるべき対象病（プロブレム）のみならず、併存している他の疾患群が、当該治療そのものにも大きな影響を及ぼし、退院後もそれらが主要な課題として残存、次の診療機関ないし福祉機関に受け継がれてゆくのである。

【提案】 当該入院において主たる疾患（たとえば鼠径ヘルニア）を chief problem と定義する。この他、この患者にとっての“persistent interest”の観点から留意すべき併存疾患群を para-problems（たとえば陳旧性心筋梗塞、高血圧症、糖尿病）と定義する。診療録記載においては chief problem をプロブレムリストの筆頭に措くが、かならず有意味の para-problems を列記し、すべての problems について連日の経過記録が S. O. A. P 形式で記載される。この他、診療中に一過性に浮かんでは消えるプロブレムは temporary problem と定義され、これは真に解決 (resolve) して非活動性となり得る。さらに tentative problem というべきプロブレムも存在する。

【考察】 Chief problem は解決せず”鼠径ヘルニアの術後”として受け継がれる、para-problems はむしろ今後の chief problem(s)として継承伝達されることなる。電子カルテにおいて上記の定義プロブレム群がどのような動きをするのか、どのように提示されるべきなのか例示し議論してみたい

教育講演 1日目 / 6月29日(土) 10:50~11:50 【第1会場】

「コンピュータ診断を活用した簡易型医療 POS」

医療法人真鶴会 小倉第一病院 理事長・院長 中村 秀敏

当院では電子カルテが市場に登場する以前の1981年よりオフコンを導入し、独自の「コンピュータによる血液透析機能体支援システム」(以下、支援システム)として発展させてきた。電子カルテが普及するようになってからも、ITの効率性と紙媒体である利便性が融合する自院のスタイルから乗り換えようと思わせるシステムには出会えていない。

当院の支援システムとは、患者の基本情報から検査データまでを統合し、コンピュータ診断を組み合わせ、用途に合わせた帳票類を出力するシステムのことである。帳票類には、問題リスト、薬歴管理表、検査成績表、栄養指導書、SOAPシートなどがある。電子カルテを印刷しただけではないかと誤解されがちであるが、帳票類にはあくまでも必要最小限の手書きである。電子カルテに指摘されるキーボード入力の煩わしさやITリテラシーの低い職員への負担感がない。

コンピュータ診断を活用することで、問題解決へのプロセスを明確化している。当院が専門とする透析医療では、扱う検査情報が膨大である割には、プロセスをパターン化しやすい(薬剤の調節や合併症の検索など)。そのため、新人職員でもすぐ使用できることがウリの一つである。プロセスの明確化が深いレベルでの情報共有、多くの職種による問題解決への参加をもたらしている。

週刊医学界新聞第2653号巻頭の記事「誰がために記録はある」において、日野原重明先生、阿部俊子先生が看護師は記録を書きすぎていると指摘されたが、当院では「サンギョウカクメイ」を励行し記録の簡略化・要約に努めている。これまで本学会に多くの演題発表を行ってきたが、一貫して訴えているのはPOSを活用しての記録・業務の効率化である。効率化によって時間が生まれ、本大会のテーマである「POSの輪を広げてワークライフバランス」になっているのである。

「ワーク・ライフ・バランスのとれる働き方って？ — その本当の解とは？ —」

南東北グループ人財開発センター 教育看護局長 中島 美津子

現在、わが国は少子高齢社会に伴う労働力不足のまま多死時代を迎えるという未曾有の超高齢社会に突入している。そのため各界で労働力不足は喫緊の課題として取り組まれており、いまや多くの組織で労働環境改善が展開されている。厚生労働省でも医療スタッフが健康で安心して働ける環境整備に向けて省内にプロジェクトチームを設け、医療分野の「雇用の質」向上を図っている。その中で必ず現状の課題として列挙されるのが「時間外労働の多さ」、「専門性の追求」の2点である。

「時間外労働の多さ」について、一昔前までは、医療関係労働者は、「聖職」という認識と共に過酷な労働を継続し、疲弊しながらも仕事を続け、ワーク・ライフ・バランス（以下、WLB）がとれない状況でも、やむを得ないという暗黙の組織文化であった。しかし疲弊は組織離脱を生み、国家ライセンスの潜在化を促進し、多死時代および2030年の47万人死ぬ場所がないという状況に向けて、労働力がさらに弱体化するという悪循環になってしまう。そのため有資格者を潜在化させないようWLBのとれる働き方を推進し、労働力の確保と無駄な経費削減を図ることが求められている。特に「記録」の効率化は、単なる作業の効率化に終わらず、時間外労働の削減や効率的な働き方につながり、定着促進効果により無駄な教育の手間が省け、医療の質向上（国民への貢献）をも包含した我が国の医療・福祉現場へ大きく貢献するものである。

次に「専門性の追求」についてであるが、離職研究では①その組織にいると人生の目標が達成できない、②専門性が発揮できない、という二つの離職理由が挙げられている。①は、まさに既述した過重労働で疲弊した生活の中で、人生の目標を達成できず離職する状況である。②は、専門職集団としての特殊性でもあり、我々は国家資格をもったプロの科学者として、患者のために、今何をすべきか、それぞれの専門性を明確にし、協力しやすい環境とプロとして仕事を楽しめる環境づくりが大切である。離職予防は、労働力確保経費（人材紹介業者への公的資金流出）が嵩む昨今の医療業界にとっても、患者とスタッフに還元する経費の流れを取り戻すこととなり、組織、個人にとっても好影響を与える。kのように2つの労働環境改善課題の解決は、WLBのとれる働き方へ繋がるとともに、個人、医療組織、国、国民への円環的好循環の源となりうるのである。

プロとして仕事に生きがいを感じ、仕事を楽しめることはひいては人生を楽しめることである。これこそが、WLBのとれる働き方である。しかしWLBは自分自身の認識、それに伴う行動、その行動の軌跡を未来に向かってポジティブにとらえているか、という主観的要素に影響される。ということは、組織的WLBの推進だけでは本質的なWLBはとれない、実はこれが表題の解なのである。

座長の言葉 「医療崩壊を防止するために医療人を確保しよう」

座長:製鉄記念八幡病院 副院長・看護部長 坂本 弘子

医療崩壊とは、医療安全に対する過度な社会的要求や医療費抑制政策などを背景にした医師の志気の低下、病院経営の悪化などにより安定的、継続的な医療提供体制が成り立たなくなる事態を示す言葉とされ、1990年頃より社会問題の一つとして広く認識されてきた。

この背景には、少子高齢化や日本の医療制度、医療政策など様々な要因が絡んでいる。

日本の医療制度は、国民皆保険に加えてフリーアクセス、自由開業医制、診療報酬出来高払制といった特徴があり、国民はいつでもどこでも誰でも公平に医療を受けることができるため諸外国と比べ平均余命、アクセスの良さで高い評価を受けてきた。質の高い医療が提供されている反面、医療費の面では高齢化が進展している影響も考慮すれば、日本の保健医療支出はGDPの8.1%、1人あたりの保健医療支出は2,729ドルと比較的安く押さえられている。また、2002年ごろから医療事故への警察の介入、マスメディアの報道などによる国民の医療不信に加え、2004年の初期臨床研修義務化が医師偏在に繋がり、特に地方の医師不足を招いたとされる。一方国民の大病院志向により、外来患者は規模の大きい病院に集中し、1人で担当する病床の多さと相まって医師や看護師の長時間労働による過労死など病院勤務者の疲弊を招き、小児科、産科だけでなく内科、外科、救急医療などの高度医療にも人手不足の影響が出てきている。多様な国民のニーズに応えるためには医師のみでなく、看護師、薬剤師など多数のコメディカルが存在が不可欠であり、チーム医療の推進は自然の流れであろう。安価で質の高い医療は、100床あたりの医師、看護師数が諸外国の1/3から1/5で支えられてきたが、現場努力の限界にきている。

これに対して厚生労働省も平成24年10月より医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチームによる検討を行い、H25年2月に取り組みの基本方針を公表した。この報告書の概要は以下である。「人口減少、若い世代の職業意識の変化、医療ニーズの多様化に加え、医師等の偏在などを背景として医療機関による医療スタッフの確保が困難な中、国民が将来にわたり質の高い医療サービスを受けるためには、医療分野の「雇用の質」の向上を通じ、医療スタッフが健康で安心して働くことができる環境整備を促進することで医療に携わる人材の定着・育成を図ることが必要不可欠」との認識を示した。その上で病院などにおいて自主的な勤務環境改善活動を推進するシステムの構築・普及に努めてもらう一方で、行政としても施策の縦割りを超え幅広い関連施策を総動員して医療機関のバックアップをしようというもので、マンパワーの確保、ワンストップの相談体制の構築、勤務環境改善に関する先進的な好事例の紹介など様々な支援を開始するとした。以上最近の動向をふまえ、今回のシンポジウムではワークライフバランスの観点からそれぞれの立場で発言を頂き、問題解決の糸口に繋がればと考えている。

シンポジウム1 1日目 / 6月29日(土) 15:20~17:00 【第1会場】

SY-1-1

北九州市におけるワーク・ライフ・バランス推進の取組み

北九州市 子ども家庭局 男女共同参画推進課長 櫻江 裕美

ワーク・ライフ・バランスの推進については、平成19年に国で「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」や行動指針が策定された。

本市では、その一年後の平成20年12月に、ワーク・ライフ・バランスを地域に根付かせるため、企業、働く人、市民、行政が一体となった「北九州市ワーク・ライフ・バランス推進協議会」を設立して、本格的な取り組みを開始した。

ワーク・ライフ・バランス推進協議会では、企業の取組支援として「企業向け講演会」、「ワーク・ライフ・バランス推進アドバイザー派遣」、広報啓発として推進月間である11月の「ワーク・ライフ・バランス推進キャンペーン」などの取り組みを展開している。

このような様々な取り組みの結果、平成23年度市民意識調査で、「ワーク・ライフ・バランス」という言葉を知っていると回答する市民が6割を超え、国の平成24年度調査を約20ポイント上回っている。(本市:64.0%、国:41.3%)

また、男女がともに働きやすい環境づくりや子育て支援に積極的に取り組む企業・団体や実践している個人を表彰する「北九州市ワーク・ライフ・バランス表彰」は、昨年度で6回を数え、これまで、26の企業・団体と14人を表彰した。その中には、小倉第一病院や新日鐵八幡記念病院をはじめとする6つの病院と病院に勤務する3人の職員が含まれている。

さらに、平成24年度には、市内のTOTO(株)、芳野病院が、公益財団法人日本生産性本部が実施しているワーク・ライフ・バランス大賞の「優秀賞」を九州で初めて受賞し、しかも、受賞全国7社のうち2社が本市の企業であった。

本市においても、市民や企業にワーク・ライフ・バランスが少しずつ根付いてきているのではないかと感じている。

本市は、昭和38年に5市が対等合併して発足し、今年2月10日で市制50周年を迎えた。

これから50年先の本市の成長・発展の鍵は、社会のあらゆる分野で男性、女性がともに活躍することであり、それを牽引するのがワーク・ライフ・バランスである。今後ともワーク・ライフ・バランス推進協議会を中心としながら、仕事も家庭も大切にできる質の高い暮らしを目指して、ワーク・ライフ・バランスの実現に取り組んでいきたい。

シンポジウム 1 1日目 / 6月29日(土) 15:20~17:00 【第1会場】

SY-1-2

福岡県看護協会 WLB推進プロジェクトの報告

福岡県看護協会 WLB推進プロジェクト 支援者 筒井 玲子

日本看護協会では平成22年「地域を主体に、看護職のワークライフ・バランスの実現に取り組み、看護職の働き続けられる職場づくりを行なうこと」を目的に看護職のWLB推進ワークショップ事業を開始した。都道府県看護協会内に「WLB推進プロジェクト」を構築し、労働局、県、看護協会が推進者として、ベテラン看護部長が支援者として日本看護協会の支援を受けながら、「自分の病院の環境を良くするきっかけとしたい」と自主的に手挙げをした5~6施設に対して3年計画での行動計画を支援していく事業である。取り組み施設は段階的に拡大していく事とし、平成22年度は8県協会、23年度12県協会、24年度12県協会が参加し、現在268施設で取り組みがおこなわれている。福岡県は人口約507万人、看護職就業者数約7万1千人、看護協会会員数は3万6千人であり病院数は467施設を数える。日本看護協会が実施する離職調査では福岡県での離職率は12.1%であった(H23年度)。福岡県看護協会では平成24年4月にこのプロジェクトを立ち上げた。県内4つの地区別で希望を募り5施設が参加することとなった。まず、看護協会の会長、専務理事が各施設を訪問し病院長、看護部長、事務部長に対してWLB事業の概要・支援体制・インデックス調査概要について説明をおこなった。各施設では施設調査と全看護師を対象のインデックス調査で労働環境に関するアンケートをおこない、日本看護協会での集計作業を経てデータを受け取り、自施設の傾向を知ることとなる。9月に開催された施設ごとのワークショップの中で、その結果から課題を導き出し、3年間でWLBの優れた職場環境へ改善をしていくためのアクションプランを立て実行していく。支援者・推進者は毎月提出される進捗状況を記した報告書や、実際に施設を訪問することで情報の共有をおこない、具体的で適切な助言や支援をおこなった。プロジェクト開始当初は戸惑いも多く、施設間や部署間の温度差に対して支援者が頭を抱える場面もあったが、4ヶ月後の2月に開催されたフォローアップ研修では、苦勞した点、変化した点、活動を通じて得た喜びなどが紹介され、会場からも多くの質問が寄せられるなど活発で有意義な研修会となった。各施設では職場環境の改善が看護師の定着につながるばかりではなく、経営部門や医師、他部門との連携が円滑になるなどの波及効果も得られ、組織としての成果があらがり始めている事を実感できた。また、WLBの取り組みをホームページや広報誌でアピールする事で看護師の確保につなげる事が出来ている。今後の看護協会の活動としては、①ワークショップの参加施設を拡大、②支援者としての人材育成、③参加施設への継続的な支援、④推進のための広報活動の強化、⑤労働局との連携強化などを方針として取り組んでいきたいと考える

シンポジウム 1 1日目 / 6月29日(土) 15:20~17:00 【第1会場】
SY-1-3

聖隷浜松病院のワークライフバランスの取り組み

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院
救急外来看護課長 奥田 希世子

患者の入退院時、診療報酬上定められた書類、院内で規定された書類など、看護師は「もっと患者に関わりたい」と思っているにもかかわらず、記録物の整理に追われている現状がある。当院の看護師の超過勤務の理由の3割は、看護記録、サマリ記入である。この状態を改善するために、機能別看護の導入やパートタイム看護師と業務分担を実施し、患者を受け持つ看護師が、患者に専心することができるような業務改善を行なっている。

2008年度に日本看護協会の「看護職の多様な勤務形態導入モデル事業」のモデル病院となった当院は、育児短時間勤務制度、ワークシェア制度を導入した。その結果2008年度と2012年度と比較すると、平均年齢30歳→32.3歳、既婚率31.3%→42.4%、有子率26%→36.9%、に変化した。

看護部には、27部署あるが、その中でも救急外来は、20名の職員中13名の職員が子育て中であり、6名が育児短時間勤務取得者・1名ワークシェア勤務取得者(以下取得者)である。取得者は日勤帯の9時始業、16時終業の勤務形態が多く、始・終業前後に人員が不足となる・非取得者の休憩時間の確保ができないなどの課題が生じた。その為、数名の取得者に9時半始業16時半終業、10時始業17時終業というスタイルを提案し実行することで、課題を解決した。また、3交代勤務や16時間2交代勤務であった職場は、12時間2交代勤務に体制を変えることにより、超過勤務減少に繋げることができた。

ワークライフバランスを実現していくためには、組織や各部署が構造を細かく分析し、変革していくことが必要である。さらに、職場管理者はスタッフとの面接などを通して、患者にどのような看護を実践したいか、自分たちの働く環境改善にどのように取り組むことが重要かなどを確認し、業務改善を行っていくことが重要であると考えている。

シンポジウム 1 1日目 / 6月29日(土) 15:20~17:00 【第1会場】

SY-1-4

小倉第一病院のワークライフバランスの取組み

医療法人真鶴会 小倉第一病院 副院長・看護部長 菖蒲 明子

ワークライフバランスの本来の目的は、仕事と仕事以外の場をうまく調和させて、相乗効果を及ぼし合う好循環を生み出すことです。

いろいろな工夫を凝らすことにより、短時間で仕事の成果を上げることができるようになり、その結果生み出された時間を個人が有効に使うことにより、仕事以外の場を大切にすることができるようになります。

当院は1972年に透析患者さんの完全社会復帰を目指した血液透析専門診療所として開業しました。当時の透析医療はまだ未熟で、1回の透析治療に6時間を有し、透析患者さんの完全社会復帰のためには翌日の午前3時までの治療が必要でした。いわゆる、キツイ・キタナイ・キケンな典型的な3K職場であり、スタッフの確保がとても困難だったと聞いています。

そこで、当時の院長(現理事長)は週休2日制をいち早く導入して労働時間の短縮を図ったり、福利厚生にも注力して人材の確保に努めました。また、年々厳しくなる透析医療の現場において、患者満足度の向上と共に職員の満足度も向上させるための様々な工夫を凝らしています。

当院のワークライフバランスの原動力となっているものは、完全週休2日制、有給休暇・特別休暇の完全消化などの労働時間の短縮、メモリアル休暇・リフレッシュ休暇などの連続休暇取得制度、勤務時間内に行える提案やパフォーマンスなどのカイゼン活動と、その活動に対する褒賞制度、教育制度の充実、ハステンボスのマンション、湯布院の別荘、エコカー・プリウスの職員貸出制度、一品会など、福利・厚生の充実があげられます。

ワークライフバランス向上に役立った各種の取り組みには、①早朝6時から翌日の1時までの透析治療を安全かつ効率的に運営するために、20種類以上の勤務シフト作成②1枚の用紙の表裏に6回分の透析記録を収め、患者の状態把握を容易にし、記録作業の削減③情報開示のため活字化、図表化・イラスト化④申し送りなし⑤問題志向型記録のIT化⑥コンピュータ診断で標準化・個別化⑦グループウェア活用によるスタッフ教育や、各種会議の開催⑧入職時のIT教育⑨外部講師による院内研修の充実⑩ブログ活用による提案・カイゼン⑪褒賞による提案・カイゼン意欲の向上などがあります。

こうした取り組みの結果、スタッフの定着率が向上し、経験豊富なスタッフが若手スタッフをカバーすることにより、透析者10人あたりの専従スタッフ数は全国平均の約半分の人数で運営することが可能となり、労働生産性が向上しました。透析室スタッフの平均勤続年数は2013年4月で約16年であり、離職率の低さを裏付けています。

ワークライフバランスに取り組むメリットは、優秀な人材を確保でき、有能な人材が定着することにより、業務の質や労働生産性や業績が向上し、その結果、コストの軽減に繋がることにあると思います。

シンポジウム2 2日目 / 6月30日(日) 10:00~11:30 【第1会場】
座長の言葉

「医療・薬業連携とPOSの実践—問題点と将来の展望—」

座長:東京女子医科大学医学部 医療病院管理学 非常勤講師 井上 忠夫
大阪府薬剤師会 コスモスミルフィー薬局 宮田 健一

薬剤師によるPOSは国家試験をはじめ薬学生の学生実習、保険薬局・病院薬剤師の管理記録等広く普及しております。

薬剤師によるPOSの歴史は、1995年に初めて病院薬剤師を中心として薬剤師の服薬指導記録に導入されたのが始まりであります。その後、全国の病院に爆発的に普及しましたがPOSによるSOAPの記録は様々な問題を抱えていました。

その後、保険調剤薬局へと広まり、記録のほとんどがSOAPで記載されるのが当然のこととなってきました。今日、医療の効率化と質を求める時代になると記録にかかる時間の長いSOAPはクリニカルパスへと移り電子カルテの中に組み込まれました。

しかし、その内容は十分とは言えません。特に医薬分業が進む中、新たな問題が生まれてきました。保険薬局におけるSOAPの記録にはいまだ多くの薬局が2~3行の記録で済ませています。特に保険薬局において1分でも早く薬をもらいたい患者、2年、3年と長期処方の方の患者の場合などに多いようであります。

さらに、チーム医療の推進により薬業連携が活発化し病院薬剤部と保険薬局は、POSを通じて情報の共有化が進んで来ました。一方、開業医と保険薬局（実はこのような保険薬局が大半を占めています）では、患者の情報の共有化は十分機能していないのが現状であります。この状況をどの様に解決し病院薬剤部と保険薬局の連携を強化し、開業医と保険薬局とのチーム医療を推進し医療の質向上にPOSが寄与するか、問題点を明らかにし解決策を探っていかなければなりません。このシンポジウムでは、POSを実践していく中での現状の問題点、今後POSはどう進んでいくのか、明らかにしていきたいと考えています。

シンポジウム 2 2日目 / 6月30日(日) 10:00~11:30 【第1会場】

SY-2-1

POSの歴史(薬剤師の立場から)

—POS~フォーカスチャーティング~クリニカルパス~それから—

東戸塚記念病院薬局 宮崎 美子

周知のとおり、POS (Problem Oriented System) は、1968年にL. L. Weed 医師によって提唱され、J. W. Hurst 教授が継承し、アメリカの医学・看護の実践、また教育へと展開した患者のための問題解決技法である。

日本では1973年に日野原重明先生が、Weed 医師のテキストの紹介という形で『POS—医療と医学教育の革新のための新しいシステム』(医学書院)を出版され、1987年にHurst 教授の解説書『POSの原点と応用』(医学書院)を翻訳されたのが導入であった。その後、聖路加国際病院、川崎医科大学病院からPOSに基づく医療と教育が展開され、現在では医療記録のスタンダードとされるまでになった。

薬剤師の中では、1990年(平成2年)頃より、病院薬剤師が中心となって薬剤師の記録に導入してきた。「入院調剤技術基本料(100点業務)」から始まった薬剤管理指導業務の歴史ともびつたりと重なり、記録の重要性を薬剤師も強く認識してきた。その後、各地でPOSを学ぶ研究会が設立され、多くの薬剤師がPOSを学び、業務に役立ててきている。保険薬局薬剤師もPOSによる薬歴記録を導入しており、今や薬剤師の記録においてもスタンダードともなっている。今後は地域医療連携における情報の共有化ツールとしてのPOSの役目も考える必要がある。

また、薬剤師国家試験にもPOSに関する出題が見られるようになり、大学教育にも積極的に取り入れられている。POSによる症例検討などは、SGDを中心とした授業形態として代表的なものであり、問題解決指向の考え方は、現在の薬学部教育に欠かせないPBL (Problem Based Learning) 導入の大きなきっかけとなったと思う。

このように教育、実務に大きく貢献してきたPOSであるが、昨今の医療現場においては、薬剤師を含む多忙な医療従事者にとって、POSの4段階(情報収集、プロブレム抽出、初期計画立案、オーディット)を全て詳細に記録に残すことが困難となっている。そこで、看護領域では、記録時間の短縮と、ケアの評価の効率化を目指して、フォーカスチャーティングがPOSに続き導入された。このフォーカスチャーティングは薬剤師もかつて導入を試み、POSとの違いなど比較しながら、より迅速で的確な記録の作成を模索したが、現在では薬剤師の記録をフォーカスチャーティングで進めている薬剤師は多数派ではないと思われる。

次に1985年にアメリカの看護師 Karen Zander によって開発されたクリニカルパス(以下パス)が、1990年代初めに日本に紹介され、医師、看護師を中心に急性期病院に広がり、2000年代にはDPCの拡大と共に医療におけるマネジメントシステムとして定着してきた。POSとパスの関係は、「問題解決技法」と「工程管理」であり、POSの理論のもとにパスの工程が導かれ、医療のマネジメントツールとして適用されることが理想的である。

6年制教育を受けた薬剤師が社会人となって2年目となった。益々複雑多岐に渡る医療の中で薬剤師はさらに他方面に関わり、その責務を果たさなければならない。POSによる患者中心の問題解決技法は学生だけでなく、医療人として生涯学ぶべきものである。

POSが日本の医療に残してきた軌跡をたどりながら、私達薬剤師が今後果たすべき役割を考えてみたい。

開局薬剤師の立場から

岩手県 れもん薬局 田村 満博

平成23年に37年間奉職した岩手県立病院を退職し、地元の調剤薬局に再就職した。院外処方せんを発行する側から受ける側になったわけであるが、患者さんに服薬指導をしようとしたとき、急に不安になったのを憶えている。それは皆無と言えるほどの「患者情報」の無さである。病院と違ってカルテがないので調剤薬局においては患者からの情報入手が調剤薬局にとっては全てであり、調剤薬局の薬剤師は狭い枠の中で医療に参加せざるを得ない状況にあった。

このような環境の中で、岩手県内の調剤薬局の管理薬剤師がPOSや薬薬連携についてどのように感じているのかアンケート調査を実施した。

その結果からPOSという言葉は調剤薬局の薬剤師にも認知されていて、SOAPも記載形式として定着してきていること。薬薬連携を感じていると回答したのは48.4%で地域により差が見られること。薬薬連携を一番感じたのは「問い合わせ」で相互の情報のやり取りがあつて初めて連携を感じられること。病院と連携と取りたがっている調剤薬局が多いことがわかった。

東日本大震災のとき、岩手県気仙地域で唯一津波の被害を受けなかったのが私の勤務していた岩手県立大船渡病院であった。押し寄せる患者を前に病院と地域の薬剤師会が一体となって難局を切り抜けた。その時は地域薬剤師会には毎日薬剤科のミーティングや病院全体の会議にも出席してもらった。必要なのは病院と地域薬剤師会との「情報の共有」でしかなかった。となれば薬薬連携を行うにあたり、まず病薬連携が必要であり病院の薬剤部(科)はコーディネーターとして動くべきであると強く感じた次第である。

薬薬連携について以前勤務していた病院の院長に尋ねたところ、院外処方は発行しているが「情報の共有」が出来ていない調剤薬局は患者さんに聞いて疑義照会をしてくるので医師にとっては手間であり、私の領域(がん化学療法)では存在意義を感じられないとの答えが返ってきました。

病薬連携が希薄であれば、調剤薬局は開業医とだけ連携をとらざるを得なくなり、病院が調剤薬局を信用できないのであれば、病院薬剤師は外来患者の調剤マシーンになるしかないのではないかと危惧しています。

シンポジウム 2 2日目 / 6月30日(日) 10:00~11:30 【第1会場】

SY-2-3

千葉県共用地域医療連携パスによる薬薬連携 ～薬剤シートによる情報共有～

千葉県薬剤師会薬事情報センター 飯嶋 久志

千葉県では4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)の千葉県共用地域医療連携パスが運用されている。そのうち脳卒中では、急性期・回復期・地域生活期に対応した治療・管理が求められ、さらに基礎疾患が多岐に渡ることから服用薬剤もさまざまな。そこで、脳卒中地域医療連携パスでは、薬剤情報の円滑な共有を目的として薬剤シートを追加した。

薬剤シートは原則として薬剤師が作成することから、薬剤師が独自で入手できる項目を中心とする。医療用医薬品に関する項目としては、「薬剤の管理者」、「指導上の注意」、「服用方法」、「副作用・アレルギー歴」、「服用薬剤」、「調剤に関する特記事項」などを設定した。このうち「指導上の注意」については、薬物療法の理解度等を基本として、指導における注意点を記載する。「服用薬剤」は現時点の服用薬剤と服用方法(粉碎や簡易懸濁などを含める)を記載し、過去の情報についてはお薬手帳を参照することとした。さらに「調剤に関する特記事項」を設定することで、施設間による調剤方法の相違を排除し、調剤の標準化に対応することとした。一方、医療用医薬品以外の使用状況にも対応するため、「一般用医薬品、健康食品等」、「医療機器・医療材料」の項目も定めた。特に糖尿病患者等では、血糖自己測定器の使用が良好な血糖コントロールにつながるなどのメタ・アナリシスが報告されているが、医療機関では血糖自己測定器の使用を把握していないこともある。よって、「医療機器・医療材料」については、血糖自己測定器を予め明記し、該当する場合にはチェックを入れる様式にした。

薬剤シートは退院・転院、あるいは在宅医療への移行の際、次の医療機関等へ提出する。また、お薬手帳に添付することで、より詳細の情報を共有できるという一面もある。医療機関と保険薬局間における情報共有では、定められたフォーマットによる円滑な連携が可能となる。

今後は医療現場における活用状況を踏まえて、より現状に即した有用なシートへと改定する予定である。フォーマットを議論する段階では、「薬物療法の目標」や「フィジカルアセスメント」を求める意見も上がった。しかし、現段階では本シートの普及が第一の目的であるため、前者については次回以降の改定に追加し、後者についてはバイタルサイン等を評価できる薬剤師が育成された時点で追加することとなった。また、薬剤シートは記載項目が多いことから、入力負荷や情報管理の効率化が求められる。その一手段として、レセプトコンピュータと連動したシステム開発を計画中である。今後はこれら問題点を調査し、評価結果を踏まえた体制整備が望まれる。

シンポジウム 2 2日目 / 6月30日(日) 10:00~11:30 【第1会場】

SY-2-4

病院薬剤師の立場から ～ 安全な薬物療法に向けた薬薬連携への取り組み ～

小倉記念病院薬剤部 町田 聖治

POS (problem-oriented-system) とは患者さんの問題点を明確にし、その問題点解決を論理的に進めていく問題志向システムです。患者さんとその家族の問題点解決を中心とし、チームで行う質の高い診療やケアを行う考え方に基づいています。そして患者さん像が一見して把握可能となるよう、患者さんの問題点を記述し、それらの問題点に基づいて、1) 計画、2) 実施、3) 評価を行うことが重要です。

今回、薬薬連携と POS の実践 (病院薬剤師の立場から) とのテーマとし、「安全な薬物療法に向けた薬薬連携への取り組み」を発表させていただきます。当院で実際に経験した症例「機械弁術後における抗凝固薬処方への介入」を提示し、どのように POS を応用し、薬薬連携に取り組んでいるか紹介します。

症例は大動脈瘤、心臓弁膜症の手術を受け、自己弁を機械弁に置換されていた患者さんです。入院時の持参薬確認での面談の際、服用すべきワーファリン錠が服用されず、プラザキサ カプセルを服用されていました。このときの問題点を記述し、その後、1) 計画、2) 実施、3) 評価をどのように実施していったのか、その過程を示します。

なぜワーファリン錠が服用されていないのか?、いつからプラザキサ カプセルを服用されているのか?、機械弁に血栓はできていないのか?といった問題点を整理し、心臓血管外科カンファレンスで以上の件を提示しました。プラザキサ カプセルの適応症は「非弁膜症性心房細動における虚血性脳卒中および全身性塞栓症の発症抑制」であり、機械弁置換後の抗凝結予防の適応症はありません。機械弁置換後はワーファリン状が必須であります。カンファレンスの結果、ワーファリン錠への変更となりましたが、同時に、プラザキサ カプセルよりワーファリン錠へ変更される場合、塞栓リスクの上昇を避けるため、ワーファリン錠服用への切り替えの手順を医師、および看護師へ説明しました。結果的、問題なくワーファリン錠服用への切り替えが行われ、退院となりました。POS の長所には、医療チームの中に患者さん、およびその家族が参加できること、チーム医療を実践があります。今回の事例 (問題点解決) を通じ、POS の長所を活かすためには継続的な矢物治療の継続が必要であり、薬薬連携が欠かせません。退院時に保険調剤薬局への伝達手段の重要なツールの一つに「お薬手帳」があります。今回の症例も「お薬手帳」を通じ、患者さん本人、および保険調剤薬局薬剤師、そしてかかりつけ医の情報共有に繋げていく経緯も紹介したいと思います。

また、最後に当院で取り組んでいる腎臓内科外来受診時に持参された「お薬手帳」に CKD ステージの表記を開始していることを紹介したいと思います。

シンポジウム 2 2日目 / 6月30日(日) 10:00~11:30 【第1会場】

SY-2-5

病院薬剤師の立場から ～病棟常駐時代の薬薬連携とPOS～

淀川キリスト教病院 薬剤部 寺沢 匡史

2012年4月の診療報酬改定において病棟薬剤業務実施加算が認められ、多くの病院で薬剤師の病棟常駐が開始されている。薬剤管理指導と異なり、指導依頼があった患者に介入していく体制ではなく、全ての患者に薬剤師が介入することが求められている。POSの考え方は変わるものではないが、常駐することで患者のプロブレムはこれまで以上にスピーディーに解決することが求められる。しかし、急性期病院においては在院日数が短縮され、コンプライアンスの問題など長期的なプロブレムは解決できないままとなることが多い。病院で解決できなかったプロブレムは退院後に保険薬局で継続して介入してもらうことが理想である。そのための情報共有手段として退院時共同指導や退院時情報提供用紙の発行など様々な方法があるが、病院薬剤師はほとんど実施できていないのが現状ではないだろうか。連携のツールとして多くの患者が取得しているお薬手帳を活用することがベストではないかと考える。お薬手帳に記載された情報は少ないかもしれないが患者のプロブレムを見つける手がかりになると考える。当院でも年に数回、中止すべき薬剤が事前に確認できなかったため、中止されず手術や検査が実施できなかった事例がある。また、持参薬を鑑別するときにお薬手帳があれば便利である。そして保険薬局からも入院中の服用薬の内容が知りたいという要望も多かった。お薬手帳は取得しているが持参しない患者が多いことが問題である。そこでお薬手帳の持参率を上げるための取り組みを院内全体で開始した。まず病院薬剤師がお薬手帳を持っていない患者には退院時にお薬手帳の有用性を説明し、お薬手帳をお渡しすることにした。それでもお薬手帳の持参率は低いままであった。そこで外来で医師が毎回診察時にお薬手帳の提示を患者に求めたり、お薬手帳を持参するように記載したポスターで啓発を行った。そこで東淀川区薬剤師会にお薬手帳の持参率の調査を行ってもらったところ、取り組みの前後で特に門前薬局では26.2%から49.4%と大幅に上がった。取得率は91.9%であり、まだ多くの患者が持参されていないことが分かった。持参率を上げるためには今回の取り組みのように薬剤師だけでなく病院全体として取り組んでいかなければならないと考える。現在、当院では退院時処方内容をシールにして配布し、必要な患者には調剤上の問題点などをお薬手帳に記載している。しかし、病院で解決できなかったプロブレムは他にもあり、どのような表現で記載し、保険薬局に伝えていくか、また保険薬局は少ない病院からの情報をどのようにうまく活用し、患者のプロブレムに継続して関わっていけるかが課題である。

ワークショップ1 1日目 / 6月29日(土) 10:00~11:40 【第3会場】

ワークショップ「POS医療認定士をめざす方々のために」

今回は、POS医療認定士の資格を得る方以外に、近い将来認定を受けたいと望んで居る方も参加可能と致します。但し、会場の都合で人数制限があります。

基調講演 聖路加国際病院教育研修センター教育部長 渡辺 直

テーマ 電子カルテ時代のPOS

ファシリテーター: 聖路加看護大学名誉教授 岩井 郁子

東京都保健医療公社豊島病院 副看護部長 山本美由紀

このワークショップは、「POS医療認定士」の資格を得ようとする方々のために行われます。

患者を中心としたチーム医療・協働が強調される中において、電子カルテを共有し、メディカルスタッフによる一体化した診療記録が当然の時代を迎えました。情報・記録は、チーム共同での意思決定には欠くことができません。

当学会は2007年から、POSの理念を実行し、この過程を記録し、監査するための知識・技能および態度を持つ医療人を「POS医療認定士」として認定し、現在204名の方々が役割を果たしております。

国民・患者が求める医療は、POSの理念に基づく医療であり、その手段として、また、証明として記録システムに具現する必要性があります。具体的には、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を実行する手段としてPOSそして核となるPOR・問題志向型記録が活かされる事なのです。

POR・問題志向型記録の必要性は、医学教育、研修医制度、(財)日本医療機能評価機構による病院機能評価においても重視されております。しかし、現行の電子カルテをみても、実際の診療記録記載内容(診療録、看護記録を含む)を読んでも、理念は記録に活かされているとはいえない現実があります。

極端に言えば、まだ、まだPOR・問題志向型記録は、SOAPで書くことだと思込んでいたり、難しいと感じているメディカルスタッフが多いのも事実です。

このようなことから、このワークショップでは、POSそしてPOR・問題志向型記録の本質とPOR・問題志向型記録の構成要素と実際の書き方および監査について理解し、「POS医療認定士」として現場でモデルを示し、仲間を支援し、活躍する方々の育成をめざして開催されます。

特にこのシステムの鍵になる問題リスト「患者の問題とは何か」そして「チームでどのように患者の問題・問題リストを共有するべきか」等、現状の課題に焦点をあて、認定士としての役割を考えます。

参加をされる方々へのお願い

このワークショップに参加される

方は、「日本POS医療学会」のホームページにアクセスし、PDFファイル・POSの基本、eラーニング等でも学んでご参加下さい。

今回は、下記の本をテキストとして使用します。お手元にご準備下さい。

日野原重明監修 渡辺直著：電子カルテ時代のPOS 患者指向の連携医療を推進するために、
医学書院、2012年(2100円) 当日

「POS医療認定士」の試験は、このワークショップ受講後 午後に行われます。

ワークショップ2 2日目 / 6月30日(日) 10:00~11:30 【第2会場】

ワークショップ「時間内に終わらせる記録のコツ」

ファシリテーター： 久留米大学認定看護師教育センター 徳永智恵美
医療法人真鶴会小倉第一病院 原田 亜紀

【背景】

看護記録は、看護実践や提供するケアの根拠の明示などのために必要であり「看護記録は、自らの看護実践を問い直し、自らの看護を豊かにする不可欠の手段となる（高橋, 1985）」とあるように、書くことの意味は大きい。

日本看護協会は「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針（2005）」を示し、そのうち「7. 診療記録開示の目的に適う看護記録のあり方」では、看護記録の目的と意義として7項目を挙げている。その項目は、①看護実践の明示 ②患者に提供するケアの根拠の提示 ③医療チーム間、患者と看護師の情報交換の手段 ④患者の心理状態や病状、医療提供の経過とその結果に関する情報の提供 ⑤患者に生じた問題、必要とされたケアに対する看護実践と、患者の反応に関する情報の提供 ⑥施設が設立要件や診療報酬上の要件を満たしていることの証明 ⑦ケアの評価や質向上及びケアの開発の資料、である。

また、第5次改正医療法（2006）では、看護記録が、病院が備えるべき諸記録に追加され、医療者だけでなく患者や家族への情報提供や、第三者評価の根拠となる情報原として、位置づけられるようになった。

このように、看護記録の重要性が高くなる一方で、実際の看護現場では、記録に多大な時間と労力を費やす、重要な業務として位置付けられず後回しになる、SOAPで展開できない、アセスメントができない、必要な情報を焦点化できない、時間内に終了しない、という悪循環が生じている。また、電子カルテの普及は、記録の機会が減少することになり、それが記録への苦手意識につながっていることも考えられる。

「記録の質の向上」と「記録時間の短縮と効率化」は相反する課題だといえる。

一方、POSは「患者の持つ医療上の問題や、患者を取り巻く全ての問題点に着目し、最良の診療を行うよう、診療に関与した全ての医療従事者が協力して問題点の解決を目指すシステム（診療情報学, 2010）」であり、社会が求めている看護の明示や、法的な背景に応えうるシステムだといえる。SOAPによる記録が浸透することは、看護記録の目的を果たすと同時に業務の省力化にもつながるはずである。

今回、主体的に参加したメンバーで実際の記録を見直す作業を行い、そのなかで看護記録の機能やPOSの意義について検討したうえで、課題を明確にし、記録を時間内に終わらせる方法に結びつける機会にしたい。

【方法】

1. グループで、SOAPの記載方法を確認したうえで、実際のPOSによる記録を修正する。
2. 記録検討のプロセスから、看護記録の目的や意義、POSの重要性を明らかにする。
3. 看護記録に関する課題を明確にしたうえで、記録の時間短縮のための具体的方策を検討する。

【期待される結果】

1. POSとPOM(N)Rの基本要素、SOAPの記載内容を再認識することができる。
2. 理論を用いたアセスメント能力育成の必要性を理解することができる。
3. 各施設・各個人の記録時間短縮のための課題を明確にすることができる。

ワークショップ3 2日目 / 6月30日(日) 10:00~11:30 【第3会場】

POS 入門 コ・メディカルの POS を極めるために — 基礎データの必要性和 POMR の作成演習 —

ファシリテーター: IPL お茶の水医療福祉専門学校 重田イサ子
医療法人真鶴会 小倉第一病院 診療情報管理室 金崎 麻紀

昨今、患者中心の医療が当たり前になってきた感がある。当然、診療記録においても患者中心の記録でなくてはならない。それに応えているだろうか？

患者中心の記録を実現するためには、POS による POMR が一般的であるし、推奨されてもいる。

POS は①POMR の作成、②POMR の監査、③記録の修正の3段階によって構成されており、記録を監査・修正することによって科学的記録として患者のケアに役立つものである。しかし、POS による POMR が真に理解されているかという点必ずしもそうではなく、誤解も見受けられる。殊に電子カルテにおいてはその感が否めない。

そこで、今回のコ・メディカルによる「POS 入門」のワークショップでは患者を取り巻く医療上の問題点に着目し、それらを解決するための手段として重要なデータベース（基礎データ）を取り上げ、何故必要であるかの意義を再確認するよう努める。

データベースには主訴、現病歴、既往歴、家族歴、患者の生活像（出生地、職業、教育、結婚状況、宗教、趣味、性格、障害、家庭の状況、平均的1日の過ごし方、習慣、病気の認識と医療への期待、面接時の患者の態度と印象、備考）などがある。この基礎情報は患者の持つ医学的にはもちろんのこと社会的、経済的その他の問題点を引き出し診断、治療の計画を立てることに役立つ。これらの各々の基礎情報の必要性を得心し、真の POS を会得することの目的を果たしたい。

さらに、グループごとに問題点を例示し、SOAP による記載を演習する。このワークショップでは POS がすなわち SOAP ではなく、SOAP は記載の手順であることを理解することにつながる。

コ・メディカルが真の POS を理解していなければ、病院全体にその精神は広められない。今回、患者中心の記録を実現するためのワークショップとしたい。

「古武術の身体運用に学ぶ介助技術」

人間考学研究所 岡田 慎一郎

古武術と身体介助技術、ほとんどの方がまったく接点がないように思われるだろう。しかし、近年、武術研究家・甲野善紀氏が提唱する「うねらない、ためない、ひねらない」に代表される、欧米的な運動理論とは正反対をいく、古武術的な動きを基盤とした日本的な身体運用が、スポーツや音楽、舞踊、介護など幅広い分野から静かな注目を集めている。私は10年前より甲野氏との交流をきっかけに、それらを参考にし、身体に負担をかけない介助技術を実践的に研究する活動を行っている。具体的な介助技術については拙著「古武術介護入門」医学書院 などに譲るとして、ここでは武術的な発想が介助技術に与える影響を紹介したい。

日本文化の特性を表現する言葉に「一器多用」というものがある。ひとつの器でさまざまなことに対応が可能ということである。例えば和室は布団を敷けば寝室に、ちゃぶ台を置けば食堂にも客間にも変化できる。古武術で言えば、一つの器=身体運用があり、それをもとに剣術、柔術、手裏剣、杖術など様々な武術が行える。

身体介助技術の場合はどうであろうか。ベッドから起こす、立ち上がらせる、車椅子に移乗させるといった一連の動きは分析、パターン化され、誰もが学びやすいようにまとめられている。しかし、基本技術をしっかりとしているにもかかわらず、腰痛に代表される負担は絶えることがなく、職業病的に捉えられている。

実は、現在行われている基本技術はある程度身体が動ける方を前提としている。確かにそうであれば、残存能力を引き出し、技術も有効に作用するだろう。しかし、用途が限定的な「一器一用」のまま、身体が動かしにくい、もしくは全介助状態の方に使用したら、途端に効果を無くしてしまう。つまり互換性を持たない技術として使用されたからこそ、通用しないのである。そんな現状だからこそ、看護・介護の現場に一器多用の発想は必要とされてくるのではないだろうか。

まず、身体に負担をかけない身体運用理論があり、それを被介助者の状況に合わせて柔軟に対応させていく。技術に人を当てはめるのではなく、その人に合わせた介助技術を提供するのである。そうした発想の中であれば基本技術が集積してきた動きの原理は有効に働きはじめ、既成の技術からオーダーメイドの技術へと転換が図られるだろう。

一器多用を言い換えるならば、コンピューターのOS（オペレーション システム）とソフトに例えることが出来る。OSとは運動理論であり、技術はソフトである。いくら良いソフトがあっても、OSの性能が悪ければ有効に働かない。基本介護技術は優れたソフトであり、ソフトを使いこなすOSが運動理論というわけである。

脱マニュアルが叫ばれる看護・介護の現場だからこそ、「一器多用」の発想は介助技術だけでなく、直面する様々な問題に大きな可能性を与えてくれるのではないだろうか。