

## 高岡褥創勉強会第3回公開シンポジウム(2006.9.18)内容紹介

9月18日、小杉文化ホールラポールにて、第3回公開シンポジウムを開きました。シンポジウムのテーマは「在宅での褥創発症予防と治療にむけて」とし、在宅での褥創ケアを行ううえでのポイントとなる、軟膏療法・栄養療法・運動療法・連携の問題について、私が最高の人材と考える薬剤師・管理栄養士・理学療法士・訪問看護師の方々に最新情報を提供していただきました。また、講演中に会場からの質問を集め、ディスカッションでは十分に意見交換をしてもらいました。一瞬も気を抜けない充実した内容となりました。

講演とディスカッションの内容について、私のメモを元に以下に御紹介いたします。内容が不正確になっている可能性があります、御了承願います。

### 「褥創軟膏療法の秘密」

国立長寿医療センター薬剤部 副薬剤部長 古田勝経先生

外用剤の分類としては、壊死組織除去・肉芽形成促進・表皮化促進・抗菌作用等がある。褥創の状態は変化し、病態にあった薬剤の選択が大切である。また軟膏は薬効成分と基剤の特徴の両面からの選択が必要で、同じ薬剤を漫然と使ってはならない。

軟膏剤は約99%を占める軟膏基剤からなっており、薬効成分は約1%しかない。であればこの基剤部分を無視した軟膏療法はありえない。この基剤こそが局所環境に影響し、適度な湿潤環境を作るときの基本となる。

ここで創面を見てみると、創面では薬剤と滲出液とが混ざり合って渾然一体した状態になっている。ここで重要なのが創面の水分量である。創面が乾燥してしまうのはもちろんよくないが、かといって水分過剰も決して好ましくはない。ここでモイスターチャッカーという器具を使って創面の水分量を計ってみると、60~70%が至適水分量である。高齢者では60%、若年者では70%である。60%以上であれば吸水性基剤の軟膏を用い、60%以下であれば補水性基剤の軟膏を用いる。以下に創の状態別の薬剤を紹介する。

壊死組織がある褥創のブリードメント目的には、創面水分量が60%以上であればプロメライン軟膏、カデックス、デブリサンなどを用いる。60%以下では生食ガーゼやエレース末を溶かした生食ガーゼ、またはゲーベンクリームを用いる。

肉芽形成目的には、60%以上ではアクトシン軟膏やユーパスタを用いるが、60%程度ではリフラップ軟膏やソルコセリル軟膏、あるいはプロスタンディン軟膏やフィブラストスプレーを用いる。60%以下の滲出液が少ない状態ではオルセノン軟膏を用いる。

このように創面の水分量によって軟膏を変えていくが、ここで問題なのは軟膏の水分量が段階的にいろいろなものが必要であるが、出来合いのものでは必ずしもそろっていない点である。例えばエレース末を用いた生食ガーゼは水分量 100%であり、オルセノン軟膏は 70%であるが、ゲーベンクリームでは 60%になってしまう。ここで 65%程度の軟膏がほしい場合はオルセノンとゲーベンクリームを 1:1 で混合することが必要になる。さらにソルコセリル軟膏では 25%、アクトシンではほとんど水分がない。このため中間的な水分を含む軟膏が必要な場合は調剤する必要がある。このとき軟膏を混合したあと分離するようではだめだし、薬効成分が変化するようでも使えない。このためいろいろな組み合わせを行い、薬剤の分離が起こらず、かついろいろな水分量となるように実験をおこなった。たとえば滲出液が多いため、テラジアパスタを使用したところ吸水性が高過ぎた。そこでデュオアクティブと同じ程度の吸水性にするため、リフラップ軟膏とテラジアパスタ 7:3 にブレンドしたところ良好に反応した。つまりデュオアクティブのかわりにこれが使えるわけである。このようにただ単に 2 種類の軟膏を混ぜ合わせるのではなく、ある一定の割合で混合した軟膏をブレンド軟膏という。

具体的な軟膏の使い方としては、これらの軟膏を創面に用い、その上からフィルムを貼付するように行っている。ずれたり圧迫で軟膏が漏れる場合は、周囲をデュオアクティブなどで輪状に囲った後、軟膏を塗布しフィルムで密閉するなどの方法も用いる。また、場合によっては軟膏の上からガーゼとフィルムで被覆することもある。

ポケット褥創では、ポケット内の壊死組織を除去し、死腔を作らず、ドレッシングによる圧迫を回避することを原則としている。ユーパスタをシリンジに吸い、ポケット内に充填して盛上げ、フィルムで覆う。あるいはオルセノンとデブリサンを 4:1 で混ぜてポケット内に充填する。この際、洗浄は充分に行い、場合によっては生食 500ml 程度以上用いる。ポケットが上に来るようにして洗浄し、下方に残った洗浄液はガーゼでぬぐってもきれいにはならないので、シリンジで吸引する。しかし何よりも充分量の生食洗浄が重要である。

ポケット内が清浄化し感染予防ができていれば、フィブラストスプレーをベスキチンにふりかけポケット内へ用いる。ベスキチンはフィブラストを 100%放出してくれる。

不良肉芽にはソフラチュール+ヨードホルムガーゼ（創サイズのもの 1 枚のみ）+生食ガーゼ+フィルムを用い、毎日交換で 5 日間程度用いると創面がリセットされる。

亜鉛欠乏の創面にはオルセノン軟膏 50 g に注射用エレメンミック 1A を混ぜて用いると驚くほどよく反応することがある。

また、創の改善を円滑に行うために創周囲のスキンケアだけではなく、ズレや皮

膚のたるみ、骨突出による創のひずみなどを抑えること、つまり創の固定が必要となる事例もある。そのためにはレストンパットを上手に活用することがコツになる。レストンパットが圧迫やズレの原因になるという意見もあるが、固定のしかた一つで大きく変化し、好影響が得られる。

以上のように、創面の状態をアセスメントし、創の状態に合わせた軟膏薬効成分と、創面の水分量を調整する軟膏基剤を適切に組み合わせて用いることが大切である。ちなみにこの9月には、これらの理論を解説した「褥瘡外用療法のヒミツ」という本を南山堂から出版した。

### 「在宅栄養療法の光と影」

医療法人社団松和会 望星田無クリニック栄養科 管理栄養士 平松慶子先生

介護保険での訪問栄養指導は全国で毎月 1600 件しかない。平松氏はこのうちの約 1%の栄養指導を行っている。平成 12 年に望星田無クリニックに訪問栄養指導室を作りそれ以来訪問栄養指導を始めた。病院の外来で嫌われる栄養指導を、わざわざ在宅まで追っかけてこられる印象を与える訪問栄養指導という言葉はまずいと思い、「訪問飯使い™」という名前にして在宅に入っている。この 6.5 年間で 40 件の訪問栄養指導を行ったが、その内訳は糖尿病 19 例、腎機能保存例 6 例、嚥下障害 5 例、透析 3 例、心臓病 3 例、ネフローゼ 2 例、肥満 2 例であった。

在宅栄養ケアでは厳格な栄養管理は難しいが、柔軟な栄養ケアが可能である。例えばネフローゼでパーキンソン病があり、胃がん術後で認知症があり、低栄養で嚥下障害のある方がいた。夫は介護疲労もあり、失禁すると怒り翌日患者は明らかに ADL が低下していた。栄養を改善して失禁を無くすことを目標にした。まずテルミールを毎食 1 本飲んでもらい、お粥に粉末状の MCT(中鎖脂肪酸)を混ぜるなど、簡単に作れて栄養の取れるメニューを考え、ヘルパーにはなるべく介護(食事介助)に時間を使ってもらうようにした。そうすると歩いてトイレに行けるようになり失禁も減り、夫も穏やかに介護にあたるようになった。ところが浮腫が増強し病院に入院したところ、食事時間が決まっており、1 時間かけての食事介助はなかった。自分が夜訪問し 1 時間かけて食事介助を試みたが、結局は経鼻経管栄養に移行し、まもなく逝去された。

栄養管理は厳格にするのか柔軟にするのか。家では家でできない栄養ケアがあると思った。

また別の透析をしている方で、食べると水が溜まり体重が増えると医師に怒られるため、食事を減らしどんどん体重が減って 28kg までになった。栄養ケアを始め、食べてもらうようにしたが、ちっとも体重が増えてこない。足には壊疽ができており週 3 回の看護ケアも始まった。1.5 ヶ月ほどしてから、ようやく足のキズも治り初め、それと時期を同じくして体重も増え始めた。リハビリも開始し今では車椅子に乗るの

ではなく押して買い物にも行けるほどになった。

ここで PEM について考えてみる。栄養状態悪化過程を考えると、まず貯蔵脂肪の減少、筋蛋白質の減少が起こる。この時期は代償期であり、体は消費エネルギーを抑制し、アルブミンの分解も抑制し、筋蛋白を異化(分解)してアミノ酸補充が行われる。そのため血液データの悪化として把握することはできない。さらに栄養状態悪化が持続すると、内臓蛋白が減少 (Alb の低下) し、免疫不全(T リンパ球減少)状態となり、創傷治癒の遷延も起こってくる。そしてついにはチッ素死に至る。これらの時期は非代償期とよび、CRP やサイトカインの合成亢進と肝でのアルブミン合成低下がおこるため、血清アルブミン値は減少する。このときに疾患ストレス、消耗性疾患、炎症等があるとさらに栄養障害が進行する。

自験例で低栄養状態に陥った透析患者において、いろいろな栄養指標を検討したところ、まず体重の減少がみられ、次にクレアチニン値の減少が起こり、その後でアルブミン値の低下がみられた。その後栄養ケアによって栄養状態は改善したが、この場合、まずアルブミン値が改善し、次にクレアチニン値が上昇し、その後でようやく体重が増加し始めた。

このように代償された PEM 早期の状態では、貯蔵脂肪ならびに筋蛋白の減少を反映する体重減少が良い指標となり、非代償期の指標であるアルブミン値の減少が起こった状態では、栄養改善の時期としては遅すぎると思う。つまりしっかりと観察していれば体重減少で充分低栄養は捕捉できるのである。このようなことから、「在宅では病院のように検査データがないから栄養アセスメントができない」とは言えないのである。ちなみに非代償期においてさらに原疾患の悪化や肺炎などが起これば免疫能はさらに悪化し、T リンパ球のさらなる減少という形で変化がわかる。繰り返すが、非代償期では経口的な栄養療法を開始しても体重増加という反応はなかなか現れてこない。この点在宅では結果が見えにくく、ジレンマが起こりうることを認識しておかなければならない。つまり「ある程度は食べているのにどこへいっているのだろう」という不思議な現象がおこるのである。

栄養療法は口から始める生活支援である。今まで栄養士は口に入るまでと考えてやってきた。つまり買い物、調理、メニュー作り、食生活や食習慣を知り、必要栄養量等を考えて行ってきた。しかし、実は口から体に入るまでも大切であり、また体に入った結果にも責任がある。つまり口腔環境、咀嚼嚥下機能、意識、意欲も知っていなければならない。また消化した状態である便の状態や、栄養状態、さらに介護の負担や満足度などにも気をとめなければならないだろう。栄養士は食べた後のことも全体的にみれないとダメで、in と out を含めての栄養管理が大切である。在宅訪問栄養を行ってこのようなことをより気に留めるようになってきた。

以上のように在宅栄養ケアを行うにあたっては、PEM の有無や程度を判断し、どの

ような患者を相手にしても必ず栄養状態をチェックする。アルブミン値無しでも栄養評価やプランの設計を行う。しかも栄養療法にそったプランを出せるだけではなく、結果として毎日の食卓に乗るようなもの、受け入れられるものでなければならない。そして「美味しい」を一緒に分かち合っていなければならない。また不自然なことを無理強いしていないかを省み、家の食卓に上らないような継続されない方法ではだめで、特別な食事を作らなくても栄養の良い普通の食事があるのでそれを中心に考える。常に間違ったケアをしていないかを検討し、栄養ケアで患者の活動性が引き上がっていることを検証しながら行っていくことが大切である。

### 「マシーンを使わなくてもできる効果的な虚弱(要介護)高齢者への運動」

新潟医療福祉大学医療技術学部理学療法学科 教授 牧田光代先生

高齢者の運動療法は 2000 年から介護保険で認められるようになり、少しずつ行われるようになってきた。しかし、急性期病院では理学療法士の働きによる改善効果を出しているが、介護施設では治らないのにどうしてするのかとか、高齢者に苦しいリハビリをして苦痛を強いている等と偏見を持ってみられていた。

実は高齢者の運動療法によって、心身機能が高まり、外出や家事などの生活行為が行えるようになり、また家庭や社会での役割を果たすような社会参加も可能になる。さらに筋力が強くなり、骨も強くなり、血圧も下がり、腰痛がなくなり、気分が晴れてくる。これらは生活機能の活性化であり、廃用症候群の予防と改善という結果をもたらす。筋力トレーニングの基本は、大きな筋群を鍛えること、息を止めないようにして声を出して数えながら行うこと、10～15 回やってややきつい程度の運動を 2～3 セット行い、セット間には 1 分程度の休息をおく。また、週 2～3 回にする。運動の構成はウォーミングアップ、筋トレ、有酸素運動、クールダウンと行う。最初の 1 ヶ月は運動を正しく行うことを主眼とした慣らし期間であり、この間は運動強度を強めたり回数を増やしたりしない。2 ヶ月以降は筋トレや有酸素運動は最大能力の 50～70%程度(脈拍 100 回/分)とする。

リスクマネジメントは重要で、高齢者は何らかの循環器疾患を持っていると考えること。雑談の中で心不全症状を早期発見すること。「なんとなく . . . 」といった訴えの症状に注意すること。心拍数と脈拍は違い、必要に応じて聴診する。脱水に注意し、雑談の中で食事や水分摂取量を確認する。心臓が悪くてもしっかり管理すれば運動はでき、例えば座ることで運動なのである。運動環境に注意し転んでも危険なものがないところで行う。等が大切である。また、心不全は運動をした夜に症状が出やすいことも知っておく。

ここで、タキザワプログラムあるいは創動運動について紹介する。このプログラムは寝たきりに近い人にやってもらうことで活動的能力を引きだし、立位や歩行に持

っていくことを目的にしている。対象は寝たきりから歩行自立者までと幅広く利用できる。

特徴は痛みが出るまでは行わず、また疲れが出るまでも行わないことである。また車椅子に乗ったまま基本となる運動ができることである。

プログラムとしては、まずコロという車の付いたゲタのような器具で、膝の屈伸や股関節の内外旋の訓練をする。これで無理の無いように、また痛くない程度に動かす。次にパタというバネの付いた板をミシン踏みの要領で踏んで、足関節の背屈運動を行う。次に「こんにちは」をする。これは体幹の屈曲運動で、肩を支えて動きを誘導するようにして、お腹に力を入れておじぎをさせ、その後ゆっくり戻る。これは腹筋と背筋の運動である。このとき「こんにちは」と挨拶しましょうと声かけをする。上肢の運動については前向きにプリーを使い、可動域いっぱいではなく無理の無い範囲で繰り返す。

立位可能なレベルであれば、状況に応じて、平行棒内での前進、後進、横歩き、立ち上がりやつま先立ち、足踏みなどを行う。これらの記録をつけることも大切で、評価として十分できたか声かけでやっとできたかなどを、運動項目別に7段階に評価している。また運動項目別に傷みがあったかについても3段階で評価している。これらの評価によって、運動回数の目安になるだけではなく、意欲が無くなってきた時期とか、逆に筋力がついてきた様子などが判るようになっている。

いずれにしても重要なのは傷みをおこさないことで、一見「いい加減風」で充分であり、何と言っても習慣化させることである。他の運動療法も同様であるが、全ての例で効果がでるとは限らないのである。しかし、このタキザワプログラムによって、関節可動域は向上し、習慣化することで歩けるようになる人も出ているし、廃用症候群の改善する例もある。要介護高齢者に対し、疾患にこだわらず行える運動方法として有用と思われる。

### 「在宅褥創ケアにおいて連携をいかに行うか」

株式会社清心 みのり地域看護ステーション 所長 板倉洋子先生

病院でも連携が行われているが、病院内の多職種による連携は少しの努力でできるが、在宅ではいろいろなサービスを組み合わせ連絡をとりながらやるには大変な努力がいる。主な連携職種と介護サービスには、ケアマネージャー、医師、訪問看護師、訪問介護者、デイサービス/デイケア/ショートステイ、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科医師等がある。

連携をするためには、それぞれの専門性を理解し役割分担を行う。特定の職種が全てをするのは短期的には可能だが、長期には持たなくなる。情報の共有化を充分に行うことで、安心と信頼につながる。療養者や家族の意向にそった目標・支援の方針を明

確化し一致をはかる。問題発生時には家族の意向に戻って考え直す。等が重要である。ケアマネジャーはかじ取り役である。また療養者や家族には、ケアに携わる職種の人に対し生活や療養方針を伝える義務と権利があり、支援してほしい点と絶対介入してほしくない点をはっきりと伝えることが大切である。ところでホームヘルパーは最も長時間利用者と接しているため、療養者が誰よりも本音を語れる職種かもしれない。したがってヘルパーからの情報提供は重要であり、連携も大切である。口腔ケアは家族、ヘルパー、看護師といろいろな職種がそれぞれのやり方で行っているが、歯科医師に2~3ヶ月に1回入ってもらい問題が無い点検してもらい、また手技の統一を図ってもらう。

事例として80歳代の要介護5で、褥創と貧血のある方について紹介する。家族は自宅療法したいという意向である。また健康の維持管理や急変時への対応も望み、さらに褥創のケア等の希望があった。在宅では病院と違い、関わりは点でしかないので、サービスを組み合わせる線にしていくのだが、その結果6事業所が関わり、人数は10人くらいになった。毎日3~4人が出入りした。認知症の夫は混乱を起こし、誰の家か判らなくなり、また気疲れが激しくなった。在宅ではサービスをどんどん入れればよいかということそうでもないのである。それでも、夜の20時から翌朝8:30までは本人と夫のみの空白時間になった。この間、体位変換・オムツ交換ができず、朝にはマットまで尿でビチャビチャになっていた。夜間のオムツ交換や車椅子用マットレスは利用限度額を越えており導入できなかった。

連携で検討したことは、情報網をシンプルにし、ケアマネは福祉系であったため異常はケアマネを通さず訪問看護師に情報をもらい、そこから多職種に発信することにした。しかし連携の調整役はケアマネであることを明確にした。全て報告はしっかり行い、創の変化があれば訪問看護師が主治医のところへ出向き、写真を持って行って指示を仰ぐことにした。混乱が起こったときはなにしろ顔を合わせて話し合うことにした。

在宅褥創ケアを行うにあたっては、介護力の確認をし、介護者がケアできる方法を選択していく。また褥創であれば、その診断を最初から明確にしておくことも大切である。そして実践に結びつく理論をもとに、エビデンスのある実践を行うようにする。治療方針に関しては、本人と家族が納得していることが大切で、夢中でやっている本人や家族が置き去りにになっていることがあるので注意する。また、介護者に緊急時の対応方法を示しておき、あらかじめ理解してもらうことが必要である。在宅での治療やケアが可能であるのかとか、入院の要否の見極めが大切で、医師の限界、訪問看護師の限界、家族の限界のいずれかが問題になれば在宅でのケアは難しくなる。

また連携がスムーズにいかないときは、なにしろ顔を合わせて話し合うこと、本人・家族の意向を確かめること、あるいは時に距離を置いて離れることも必要なことがあ

る。

最後に専門的なより高度な知識と技術を用いたケアが一番というパターンリズムに陥らないようにしている。そして療養する人や家族を支えていることを実感するときに喜びを感じ、病気のある人を理解することができることに魅力を感じてやっている。

## 「ディスカッション」

司会 高岡駅南クリニック 院長 塚田邦夫

会場からの質問をまとめましたので、これを参考にして討論して下さい。

「塚田」古田先生は薬剤師であるのにどうしてそんなに褥創ケアに関与しているのか。

「古田」もともと町の薬局では介護予防用具を扱っているではないか。ただ販売するだけでは意味が無いので使い方についても指導することは説明責任という意味でも必要なことではないか。処方箋に対しても同様に調剤で終わりはないだろう。薬剤師は調剤の専門家というよりは本来は薬物療法の専門家である。出した薬剤が正しく使われているのかチェックが必要だし、あるいは正しい使い方をちゃんと指導しなければならないだろう。いずれにしてもフォローするのが当たり前。使われ方をみたいので、自然に病棟の患者の褥創をみるようになった。在宅でも主治医に連絡したり訪問看護師に連絡したりして、褥創の処置をする時に付いて行き、みせてもらう。そして正しく使われているかを確認し、創の状態が変わっていれば別の軟膏処方の提案をする。これらはむしろ極めて自然なことと考えている。制度的にみても 2000 年からは、医療機関であれ薬局であれ薬剤師が在宅へ出向いた場合、「薬剤師が行う居宅療養管理指導料」を請求できるようになった。

「塚田」言われてみれば当たり前ではある。これは私が以前、「管理栄養士はメニューを考え食事を作る人と思っていたが、実は食べさせる専門家である」ということに気付かされたのと同様な驚きだ。今管理栄養士は栄養ケア・マネジメントで大変だが、どうだろうか。

「平松」栄養も全人的に関係していこうという転換期である。栄養ケア・マネジメントは概念であり、低栄養があるか、あるならどこが悪いのか、どう改善しモニターしていくかを考えて栄養ケアをやっていくということだ。これは当たり前のプロセスあり、今取り組み始めたシステムは慣れるための糸口だと思う。

「塚田」食事の見た目を変えると摂取量は変わってくるのか。

「平松」見た目食欲は変わる。美味しいと思ったら栄養にもなる。きれいに見えるのは愛情が感じられる。例えばミキサー食では生野菜類が入ると汚い色になるため、



生野菜を避けるか煮た野菜にする。

「塚田」創の見直しはどのように行い、また洗浄時には創面をこすのか、創痛で危険な徴候はどのようなときか。

「古田」創処置に関しては1週間変化がなければ治療がマッチしていないと考え切り替える。洗浄時には創面を軽くこすったほうがよいだろう。強い炎症を伴う痛みは感染を起こしていることが多く、感染した炎症の強い創はみれば判る。

「塚田」エアーマットレスで寝かせると皮膚炎ができやすようだがどうすればよいか。

「古田」やはり蒸れやすい。水が足りなくなったか油が減ってスキンバリアが壊れると皮膚炎になる。油の膜を作り水分補給をする。軟膏としてはワセリンではべたべたするし水分の補給ができない。親水軟膏を勧める。親水軟膏は安いし、水と油を補ってくれる。

「板倉」体位変換をすることが大切。タオルに関しては、本当は薄いシート1枚だけ敷くのが基本だが、在宅ではタオル1枚敷かれる例が多い。汗対策にもなるが体位変換が容易にもなる。

「牧田」体幹筋を鍛えることを考える。自力体位変換を目指しエアーマットレスを使わなくてもよいような状態を目指す。

「塚田」タキザワプログラムは在宅で使えるのか。また在宅ではどのようにしているのか。

「牧田」基本的に使える。基本的運動能力を引き上げ、外に行かせるための準備として使う。在宅訪問リハビリでは、パタ・コロを持参していく。パタ・コロのセットがずいぶん安くなったので、家族に買ってもらって訓練してもらうことも可能である。ただし繰り返すが、関節可動域いっぱいには動かしてはいけない。痛みをおこさない。また回数も適度にし、休みも入れる。

「塚田」膝や足関節の拘縮が起こり始めたときのリハビリをどうするか。痛くない方法は。

「牧田」ある施設では一定時間が来ると全員同じ方向に体位変換するのをみて、もっと一人一人違ったかたちでやるのが良いのではないかと疑問に思った。車椅子上のポジショニングでも車椅子が合っていないことが多く、その場合はクッションで調整し体全体をみながら行っていく。拘縮については入浴時など体を温まったときに、いっぱいいっぱいまでではなく、少しだけでも軽く動く範囲で動かしておく。これをマニュアル化する。大きな筋肉や手首・指などに対し軽く行う。一般的にフットケアが行われているようなので、もっと簡単な手の温浴をやって少し

だけ動かしてはどうか。体位変換時や入浴時に軽く動く範囲内でやるのがよい。痛みをおこすくらいではいけない。ごく軽く 10 回くらいで充分である。そんなに介護者の負担にならないはずだ。

「塚田」在宅褥創に限界はあるのか。または限界のある状態とは。

「板倉」全身感染症がある場合は抗生剤等の処置が必要で入院になることがある。ただし在宅でやる場合も多いので一概に言えない。あるいは家族の健康上の問題で限界ということがある。主治医の問題としては褥創をみってくれる医師を探すのは困難である。とは言っても入院すれば上手くいくとも限らない。

「塚田」ケアマネジャーの調整力を引きだすうえで大切なことは何か。

「板倉」看護師が全てアセスメントしてケアマネジャーに指示を出すようなことはしないこと。ケアマネジャーの仕事を取らない。ただし医療職のケアマネジャーの方が知識が多いので、褥創患者の場合は医療職のケアマネジャーを選んだほうが良い。

「塚田」話は尽きないのですが、時間が来ましたのでこれで終わりにしたいと思います。今日一日大変貴重なお話を聞き、いっぱい勉強しました。それぞれの職種の方が一様に自分のやったことに責任を持ち、自分が関わったあとどのような結果になっているかを確かめていらっしゃることを知りました。自分のやったことに責任を持つことが専門家の条件の一つだと判りました。皆さんありがとうございました。