

# 在宅緩和ケアにおける チームケアの現状と課題

クリニック川越・院長 川越 厚

高品質のケアを効率よく提供するためには

チームの統合性 (Integration)

チームのスピード性 (Quickness)

チームの効率性 (Efficiency)

# チームケア(TC)と関連した問題の背景

- 1.患者の居宅が医療の場となった
- 2.現行の医療法では在宅は想定外
- 3.医療と福祉との、濃厚な連携
- 4.急性期の患者を対象とした  
在宅ケアの実施
- 5.一律に議論されてきた在宅医療
- 6.病院主導の在宅医療

# 在宅ホスピスケアに取り組んで - 質を担保しての量を拡大する試み -

'73      '81      '85 '86      '89      '94      '00(52)      '10(63)



がん治療専門医

ホスピス医

質の確認

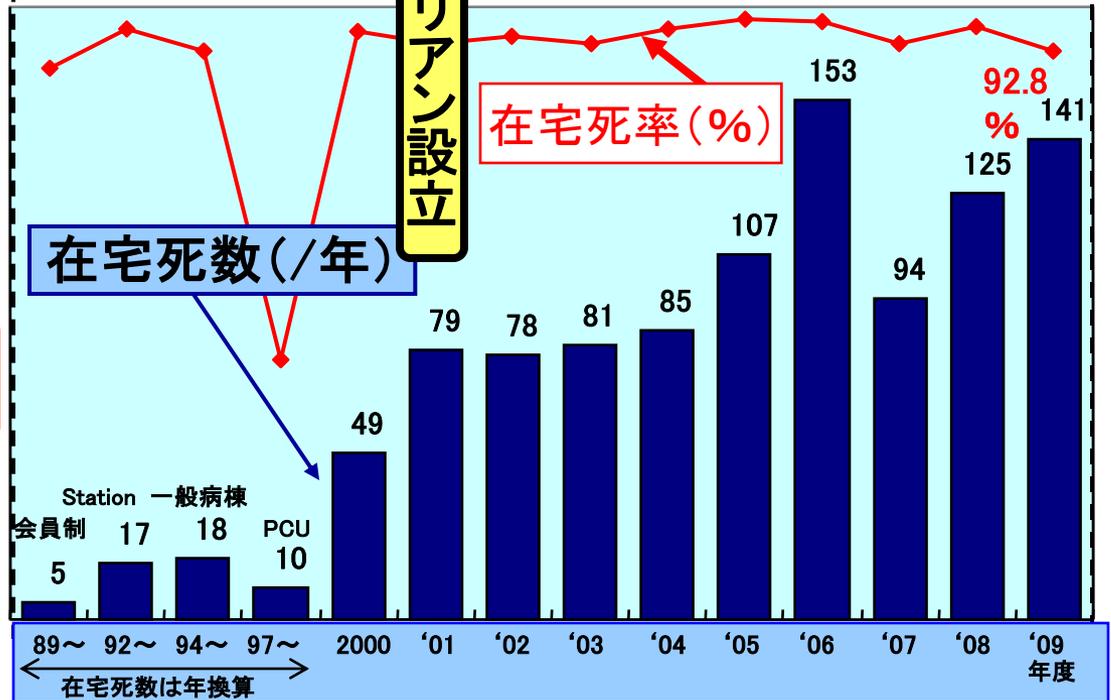
量の追求

パリアン(L)とは？

同一法人内の一体化した専門家チーム

- クリニック 医師\*
- 訪問看護 看護師\* PT\*
- ボランティア\*
- こころのケア担当\*
- 教育研修 部門
- 研究部門
- 倫理委員会

パリアン設立

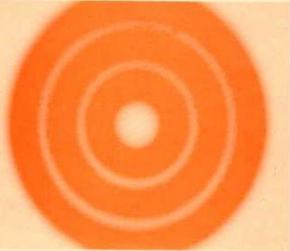


\* : 直接ケアに関わるメンバー

哲学・実施方法を共有する

在宅ホスピスケア  
を始める人のために

編集  
川越 厚



医学書院

在宅ホスピス緩和ケア

演習形式で学ぶケアの指針

川越 厚

グループ・ピアサポート・ホームケアクリニック編纂



医師／看護師／患者・家族  
ケアにかかわるすべての人が読める本、使える本

質の高いケアを  
より多くの方へ  
医師・看護師の  
一体化したチームで  
ケアを提供する

高水準の医療の、  
迅速かつ確実な提供



信頼される  
24時間ケア体制

末期がん患者に対する  
医療行為に関する指示書

訪問看護パリアンへの  
事前約束指示

クリニック川越院長  
川越 厚

(2007年7月20日作成)

患者・家族

看護師

看護師

医師

Real timeの情報共有

共有情報

K-DB(相談外来DB/サマリー)

電子カルテ

看護記録



共有  
サーバ機



ケアクリニック川越



訪問看護・パリアン

緊密な  
チーム連携



チームの統合性  
(Integration)  
哲学、実際のやり方を  
共有する

統合性が特に要求される  
医師と看護師のチームワーク

# 在宅緩和ケアにおける、看護師の裁量権拡大の試み 現行法下、運用面の工夫で対応(川越班研究)

## 1) 裁量権拡大のための、基本条件:

在宅医療機関と連携する訪問看護機関  
共有する哲学と実施方法、緊密な連携が前提

### 望ましい連携の形:

医療機関と、チームとして一体化していること

## 2) 法律的な制約(医師法17、20条、保助看法第37条)の

クリア: 医師の指示体系(=約束指示)を工夫。

(事前約束指示) = (標準約束指示) + (個別約束指示)

## 3) 緊急性を要し、かつ頻度が高い医行為として、 疼痛緩和と死亡診断の標準約束指示を設ける

# 「疼痛緩和に関する標準約束指示」の原則

- 1 各医療機関ごとに作成
- 2 必須内容(下記)
- 3 連携する訪問看護機関に文書で明示

## 必須内容

1. がん疼痛緩和の原則
2. 標準約束指示の実際
  - 1) 疼痛アセスメント
  - 2) 投与時の観察事項
  - 3) 疼痛緩和の基本的な方法
  - 4) 応用的緩和の方法
  - 5) 鎮痛剤の頓用 突出痛の緩和
  - 6) 鎮痛補助薬の使用
  - 7) 副作用対策
  - 8) 過投与の是正
3. 看護師の臨床能力評価基準
4. 看護師の臨床能力評価に基づいた裁量の範囲

# 看護師の臨床能力評価と 許可された医行為(パリアンの場合)

L1: 受け持ち患者の在宅死数が10例。半年未満の勤務経験相当

L2: 受け持ち患者の在宅死数が10～19例。半年～1年の勤務経験相当

L3: 受け持ち患者の在宅死数が、20例以上。1年以上の勤務経験相当

指示項目	L1	L2	L3	注意
痛みの初期アセスメント	×	×	○	
それ以外の痛みのアセスメント	○	○	○	
WHO第一段階の開始	×	×	○	使用薬剤はナイキサン
WHO第一段階での増量	×	○	○	同上
WHO第二段階の開始	×	×	×	使用薬剤はオキシコンチン
WHO第二段階での増量	×	○	○	同上 WHO第三段階へ連続する
モルヒネ徐放剤から座薬への変更	×	○	○	オキシコンチンからモルヒネ座薬への変更も同じ
モルヒネ徐放剤からモルヒネCSIへの変更	×	△	△	△:看護師があらかじめ必要量を計算し、医師へ示すこと。医師が確認
モルヒネ硬膜外持続投与からモルヒネCSIへの変更	×	×	△	△:看護師があらかじめ必要量を計算し、医師へ示すこと。医師が確認

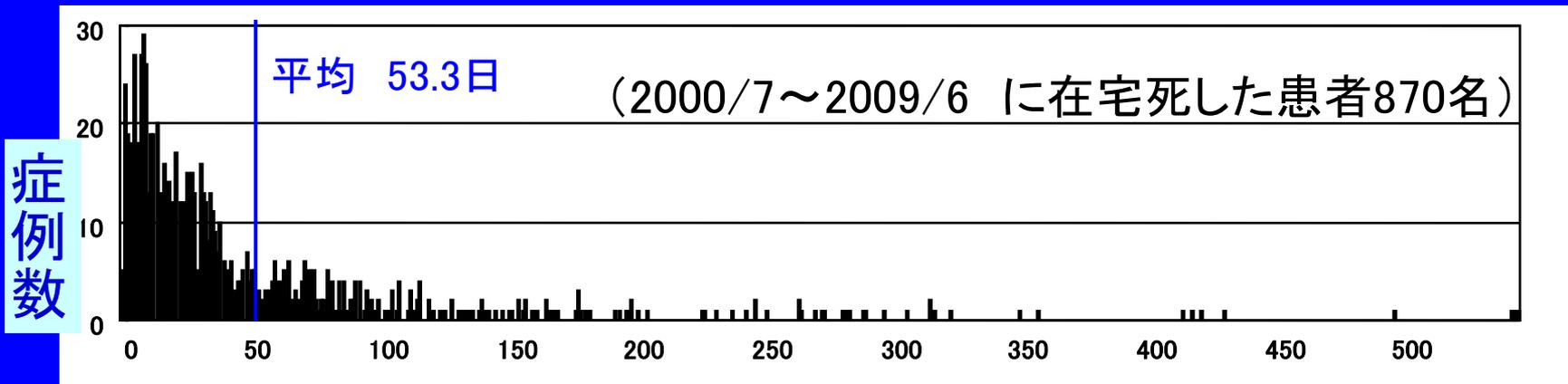
チームの対応の  
スピード性  
(Quickness)

Time Lagの問題

**病院と在宅のTeam Work**  
**福祉と医療のTeam Work**  
**在宅でのTeam Work**

# 何故、チームに迅速性が要求されるか？

## それは、在宅ケア期間が短いから



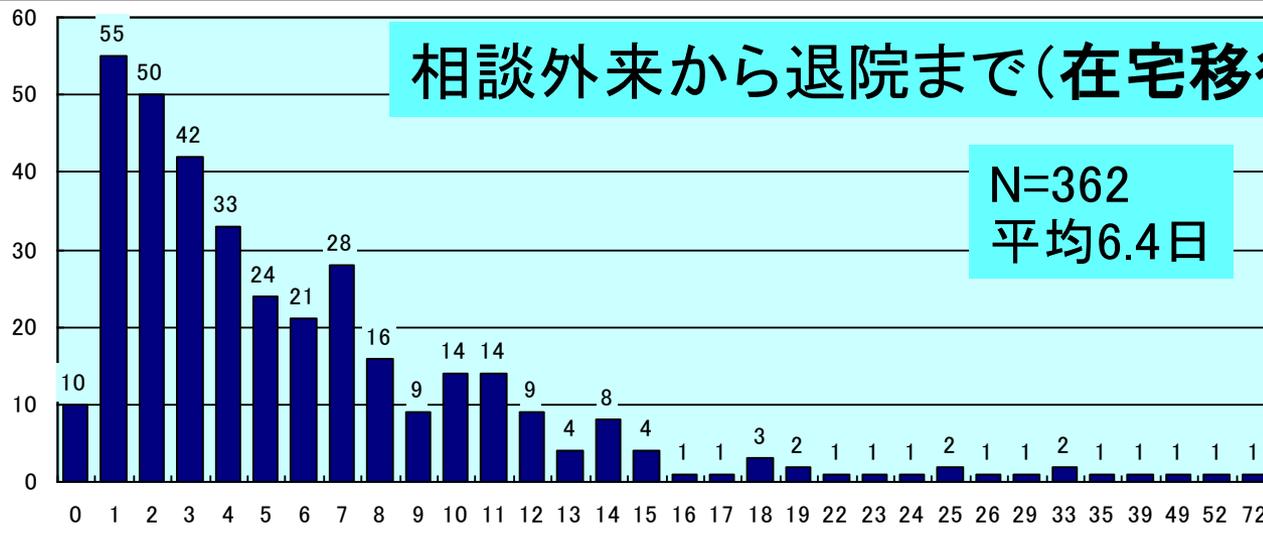
### 臨床的特色:

- 1) 短い経過 (4人に一人は開始後1W以内に死亡)
- 2) 一本道の症状悪化
- 3) 転帰は例外なく死亡

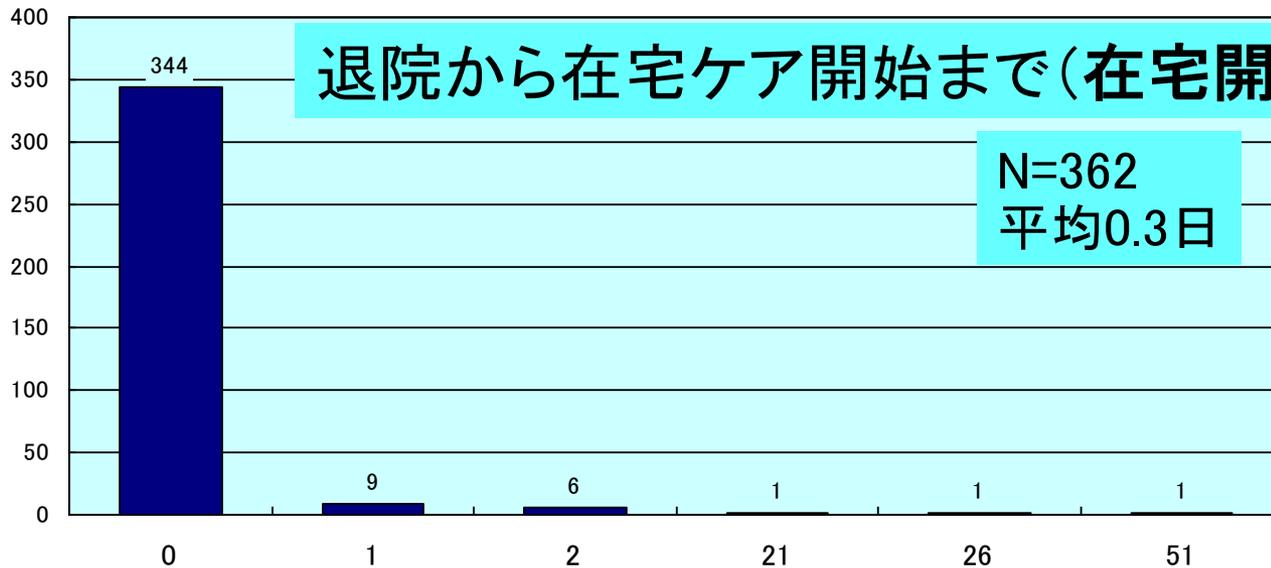
# 相談外来から開始までの日数

2003/7~2010/6 相談時入院患者

患者数(名)



患者数(名)



# 在宅移行Lag（病院と在宅のTW）

- 1) 不完全な在宅支援で行われる“試験外泊”  
→患者の不安を増強、病院依存を強める#
- 2) 在宅の事情を知らない病院サイドの主導で行われる在宅準備、家族指導  
→時間のLoss、在宅不可能という誤結論\$
- 3) 在宅チームを交えた、退院前カンファ  
→時間調整に時間がかかる\*
- 4) 適切な医療機関の探索\$

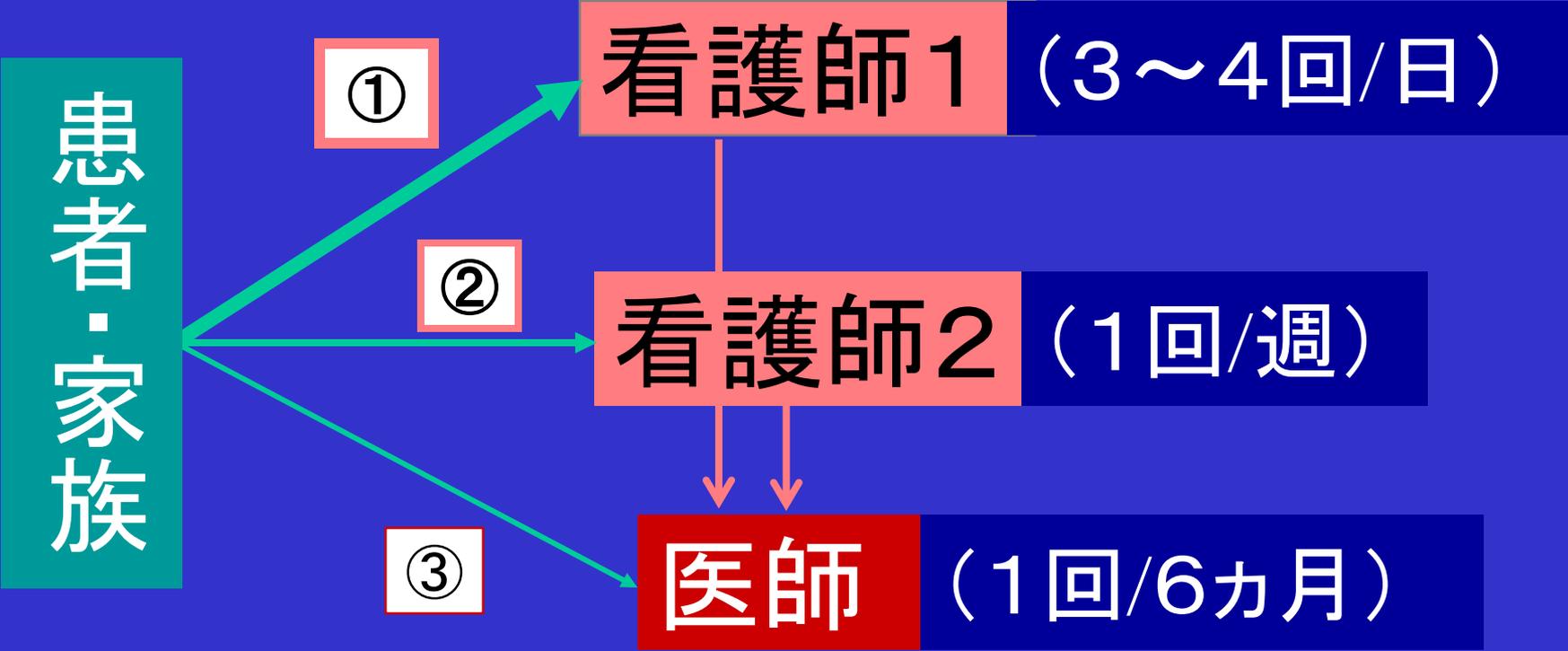
\*：要制度見直し、#：要診療報酬検討、\$：運用その他の対応

# 在宅ケア開始Lag（福祉と医療の連携）

- 1) 福祉関係の問題（介護認定、福祉用具の貸し出しに時間がかかる）  
→再度（'10/4/30、同10/25）の老健局老人保健課通達で、すでにかかなり改善\$
- 2) 福祉から在宅医療機関へ紹介の場合、その時期がしばしば遅い（ケアマネLag）  
→病院と診療所の上に地域包括、ケアマネが介在するのは、がんに限っては適切でない\*、\$

\*：要制度見直し、#：要診療報酬検討、\$：運用その他の対応

# 24時間ケア 医療者への緊急連絡



# 在宅対応Lag（在宅での連携）

- 1) 法律の規制に起因するTime lag\*or \$
  - ①医師の診察Lag、②医師の指示Lag
- 2) ドクター(ナース)Lag \*or \$
- 3) 必要な物品などの手配
  - ①薬の手配# ②ヘルパー手配\$
- 4) 入院Lag(一般病棟、PCU) \$

\*: 要制度見直し、#: 要診療報酬検討、\$: 運用その他の対応

# チームの効率性 (Efficiency)

1. 関わる専門職の働き、関わる時点  
専門職の種類によって当然異なる
2. 一体化した効率性の高いチーム  
必要なサービスを満たす、  
無駄のないチーム構築とは？

# 肺がん(87,M)独居(タイプ1a)

当院が関わった期間、316日(在医総算定期間40日)

オピオイド使用量 (経口モルヒネ換

算)  
6000  
(mg)

医師

外来診療 1回/週

訪問診療 1回/週

訪問看護

1回/週

3回/週・緊急時

4000

家族

電話 1回/週 ・ 訪問 1回/月

隔日で泊まる

泊り込み

2000

配食サービス

月~土 夕食のみ

ヘルパー(1~2/W)

ヤクルト配達人

月・水・金 声かけ

ボランティア  
(1/W)

2

4

6

8

10

12

相談外来

訪問看護開始

(ヶ月)

在宅死

# 在宅ホスピス緩和ケア チームメンバー(パリアンの場合)

	03/7~10/6	08/7~09/6	09/7~10/6
職種	在宅死数・率(%)	在宅死数・率(%)	在宅死数・率(%)
薬剤師	333(41.8)	118 (95.2)	149 (97.4)
理学療養士	78(9.8)	24 (19.4)	31 (20.3)
*ケアマネジャー	386(48.4)	99 (79.8)	128 (83.7)
*ホームヘルパー	231(29.0)	35 (28.2)	44 (28.8)
*訪問入浴	24(3.0)	0 (0.0)	2 (1.3)
*デイケア(同・他施設)	51(6.4)	6 (4.8)	12 (7.8)
ボランティア	107(13.4)	22 (17.7)	15 (9.8)
全在宅死数	797(100.0)	124 (100.0)	153 (100.0)

\* : Outsourcing

全例に関与(03/7~10/6) : 医師、看護師、MSW(09年より)  
稀に関与 : \*歯科医0.5%、\*マッサージ師1.1%、酸素業者%

# 在宅緩和ケアに必須の専門職 — 薬剤師 —



訪問前の、  
看護師との  
打合せ

専門薬局との協働がポイント

# 在宅緩和ケアの縁の下の支え — 酸素業者との連携 —



液化酸素も簡単に  
在宅で使える

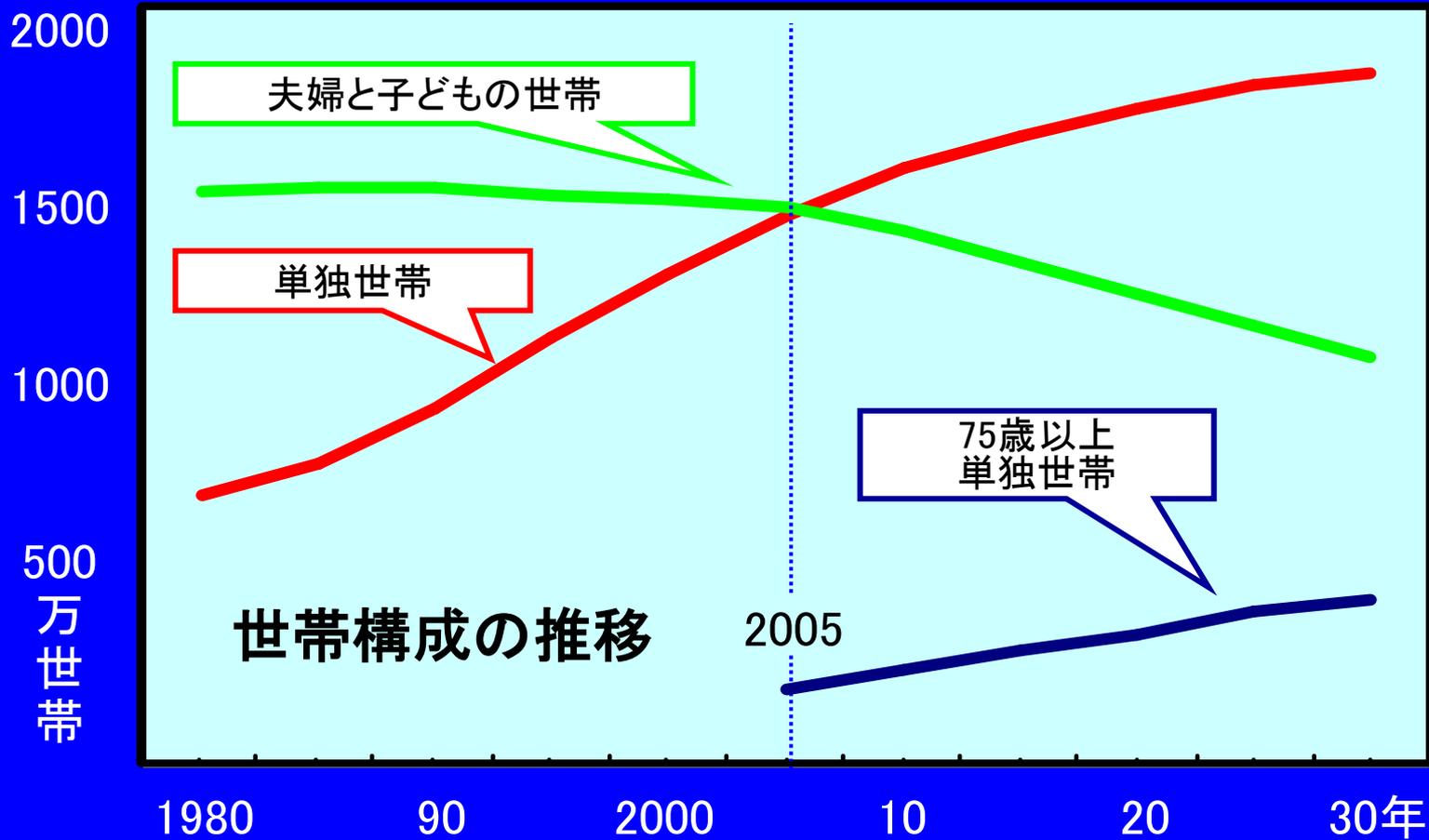
Outsourcingが  
基本

素早い対応が  
求められる

## 今後の課題

- ・在宅への、多大の期待
- ・困難事例の増加
- ・急性期在宅医療の概念整理
- ・基本概念に則った制度新設、整理

# 困難事例の増加 例：独居の問題



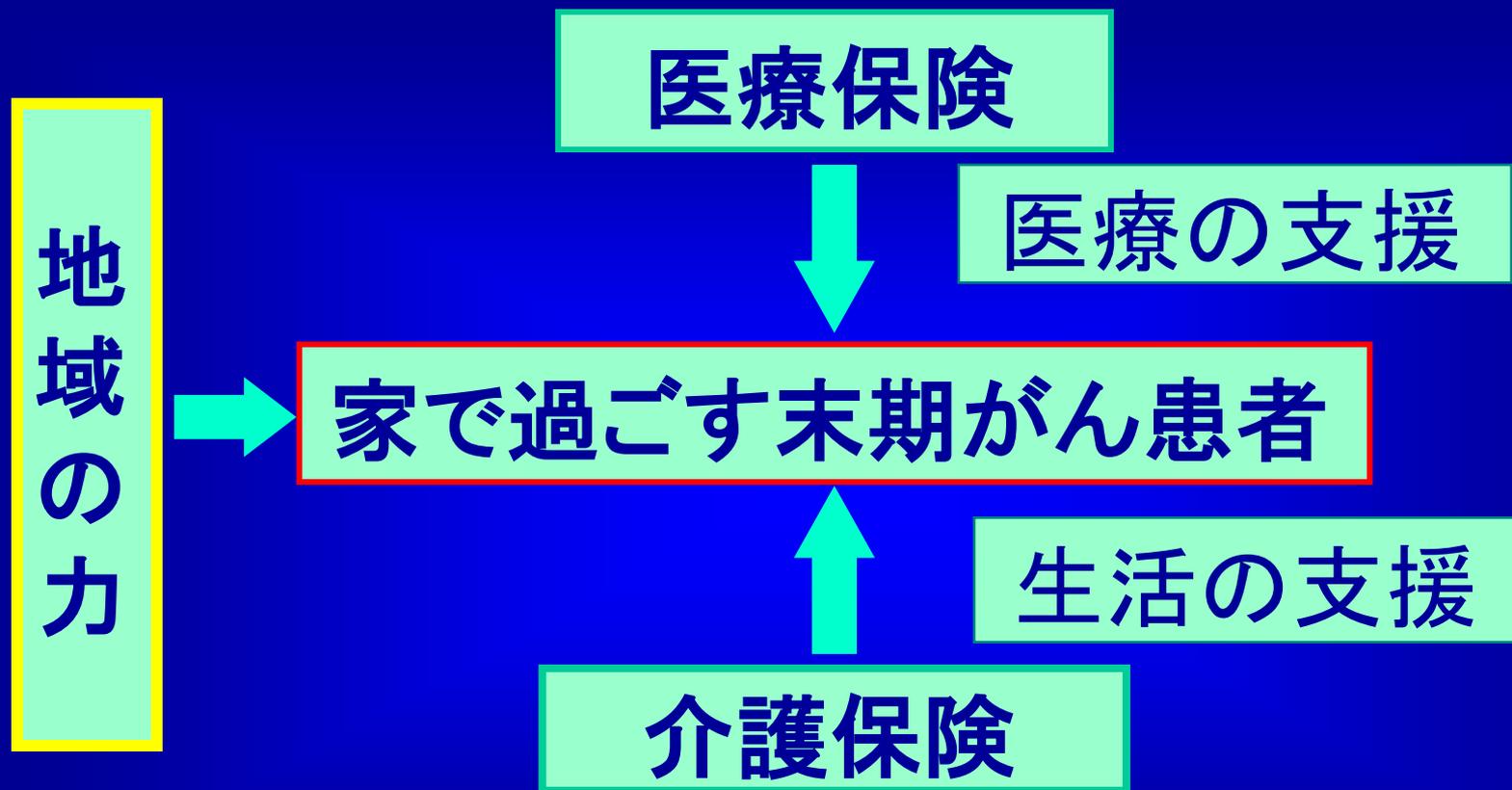
# パリアンの独居患者※ (6.0%) 支援の実績

2000年7月1日～2008年6月30日

独居のKK分類 (2008)		家族の関わり	人数(%)
タイプ1	(A)	必要になったら介護をする	31(68.9)
	(B)	死後の手続きのみ行う	7(15.6)
	(C)	一切かかわりを持たない	3(6.7)
タイプ2		家族・親族など無し	4(8.9)
計			45(100.0)

※ 在宅ホスピスケア開始時点で生活を共にする家族がいない場合

# 介護力の弱い患者を支える

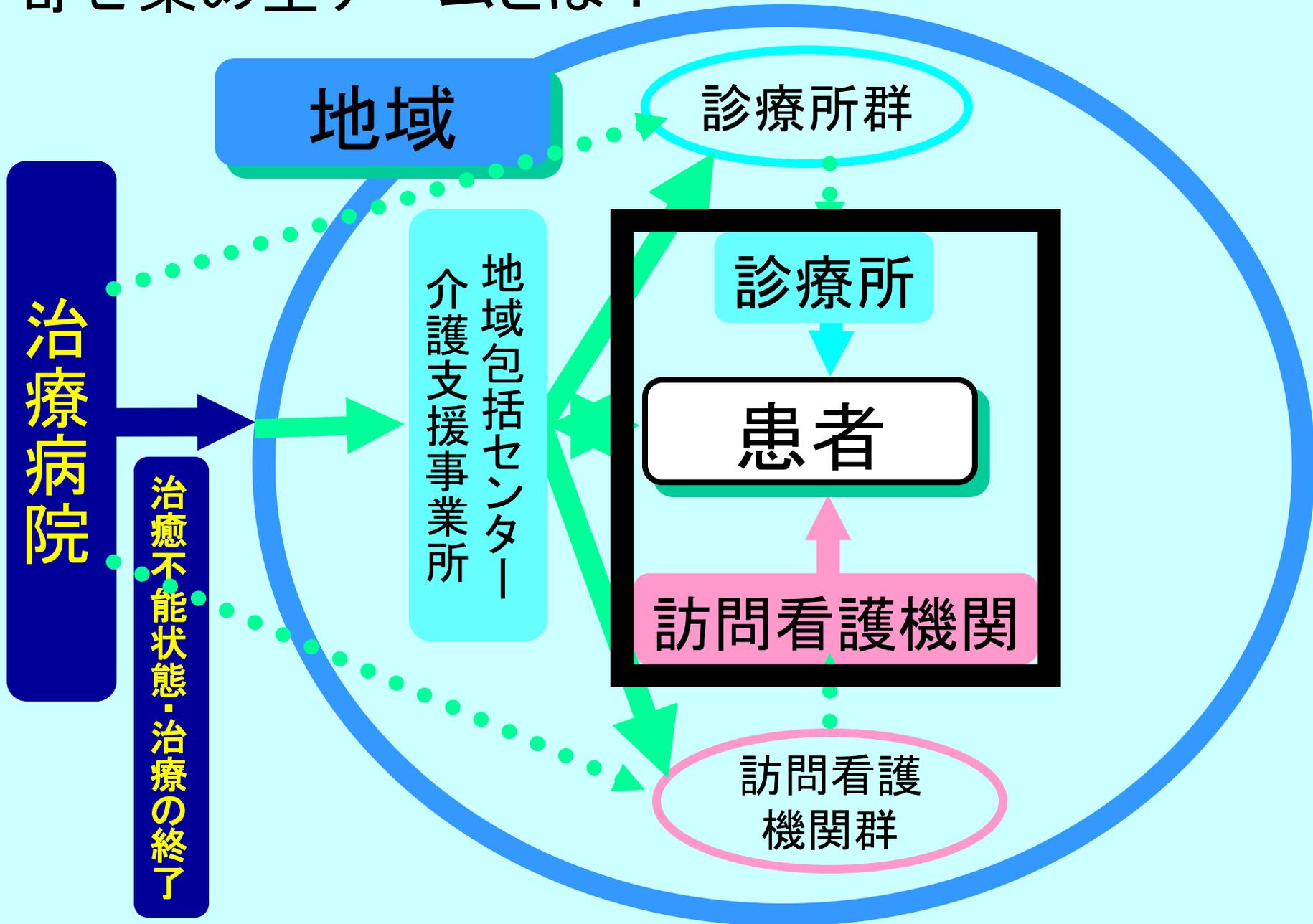


急性期型の  
在宅医療を担う  
チームとは？

よせ集め型チームではなく  
一体型のチーム

診療報酬上の評価ではなく  
制度新設の形で

# 寄せ集め型チームとは？



# 一体化したチームとは？

地域

診療所

訪問看護機関

緩和ケア  
診療所

在宅緩和ケア  
専門チーム

緩和ケア  
訪問看護機関

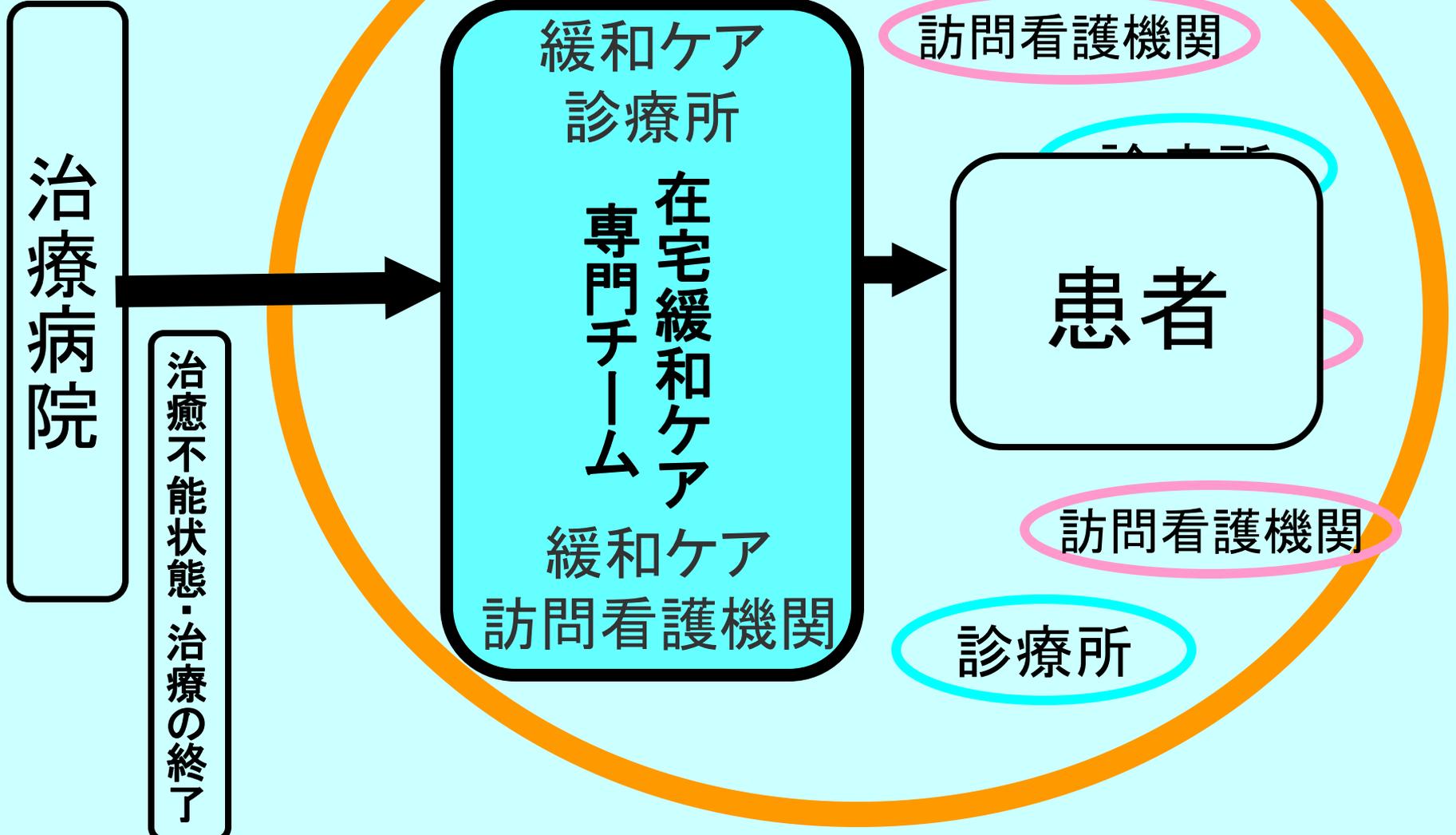
患者

訪問看護機関

診療所

治療病院

治癒不能状態・治療の終了



# 在宅緩和ケア専門チームを中心とした拡大組織図

緩和ケア病棟 \*  
一般病棟 \*

外部の訪問看護  
ステーション

在宅緩和ケア専門チーム

緩和ケア  
在宅療養  
支援診療所  
(PCC, 仮  
称)

一体化した  
チーム体制

緩和ケア  
訪問看護  
機関  
PCNS, 仮称

治療担当の  
病院 \*

調剤薬局

ケアマネ  
ヘルパー

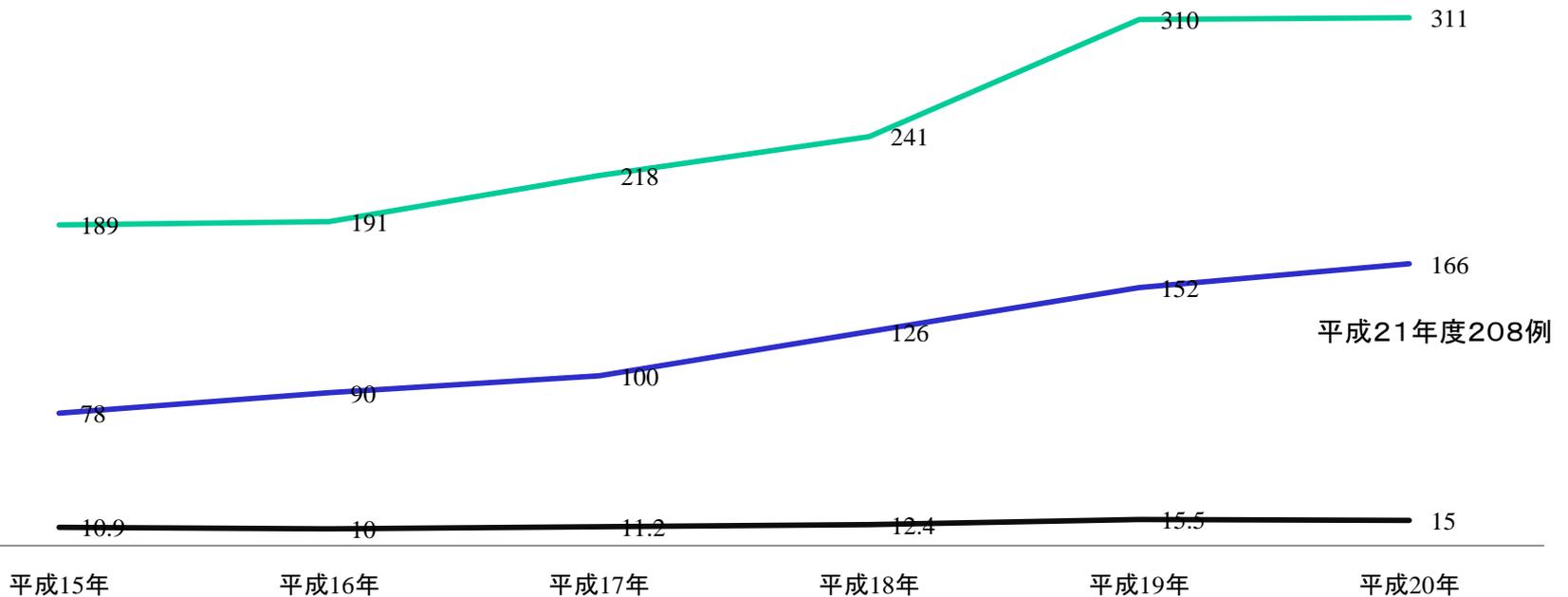
その他

在宅緩和ケアを専門とする  
一体型のチームが  
一つ  
出現すれば  
地域は変わる

# 仙台市癌在宅死亡率への 爽秋会の寄与度(仙台市全体)

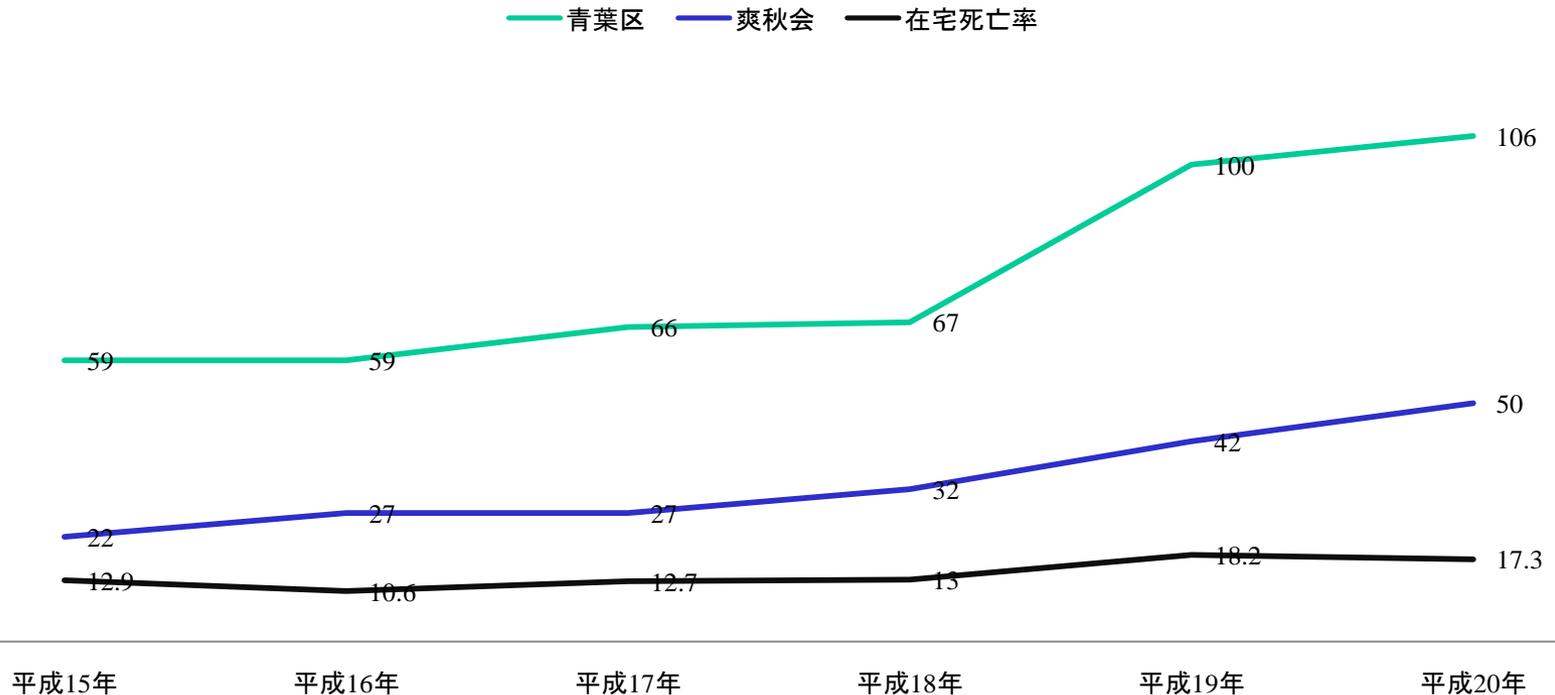
癌患者自宅看取り数年次推移  
仙台市全域 癌患者自宅看取り全数/  
爽秋会自宅看取り数  
在宅死亡率年次推移

— 仙台市全体 — 爽秋会 — 在宅死亡率

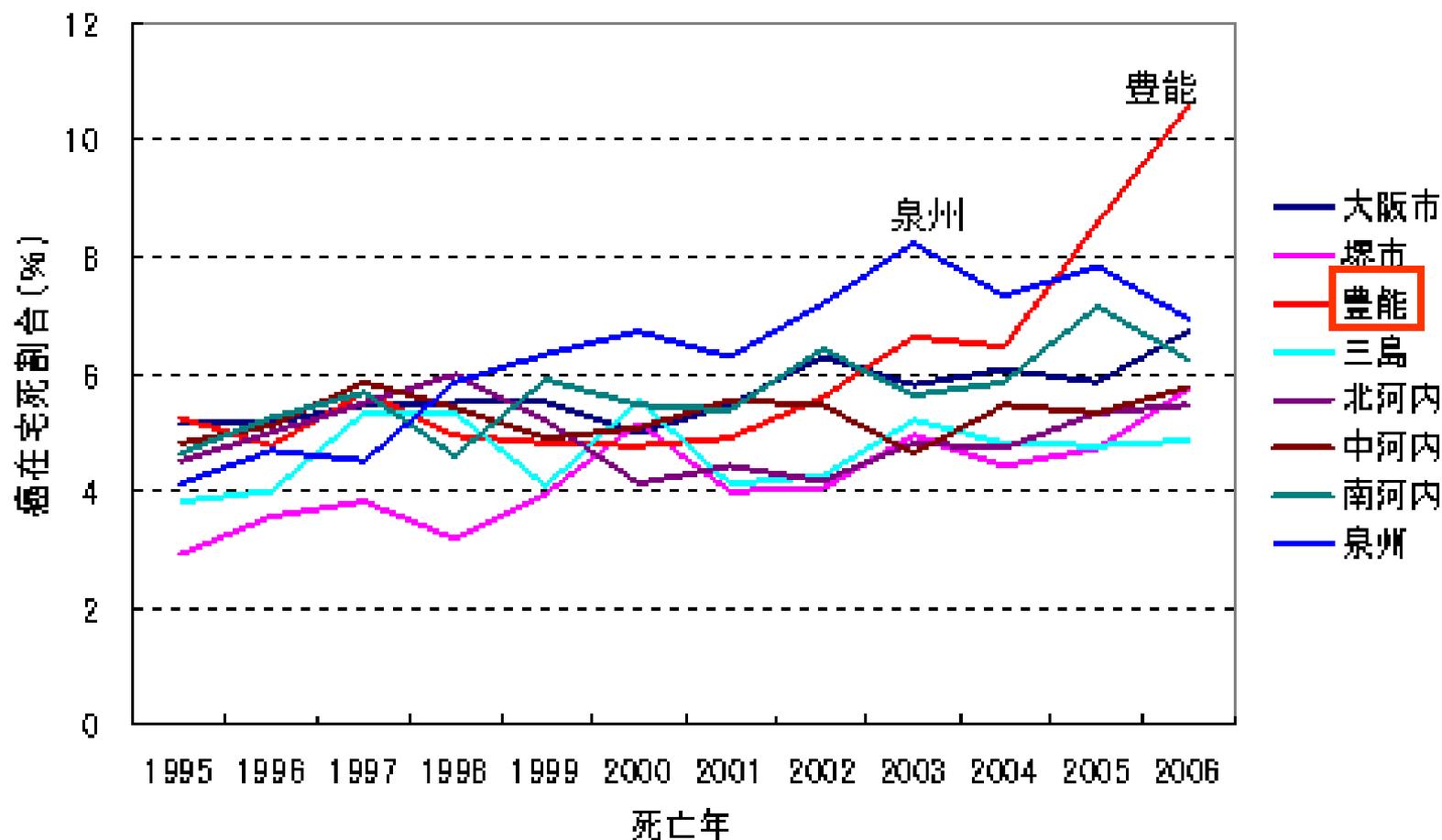


# 仙台市癌在宅死亡率への 爽秋会の寄与度(青葉区)

癌患者自宅看取り数年次推移  
仙台市青葉区管轄 癌患者自宅看取り全数/  
爽秋会自宅看取り数  
在宅死亡率年次推移



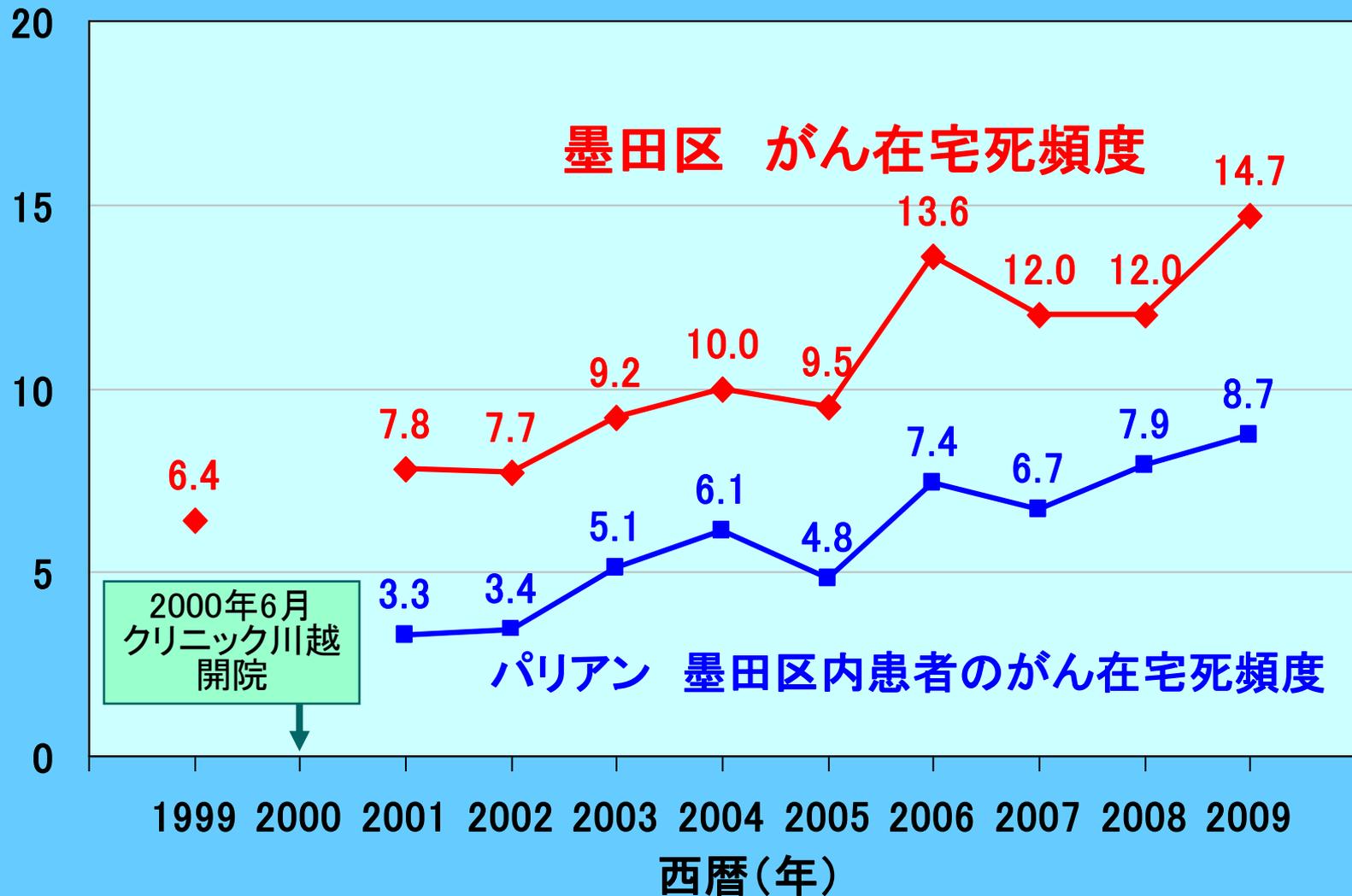
# 大阪府二次医療圏別に見た 癌在宅死割合の推移



千里ペインクリニック(豊中市)は2004年に開業、豊能地区を中心に活動を行っている

# 一体化型チームの実績（墨田区の場合）

墨田区内がん死亡数に対する頻度(%)



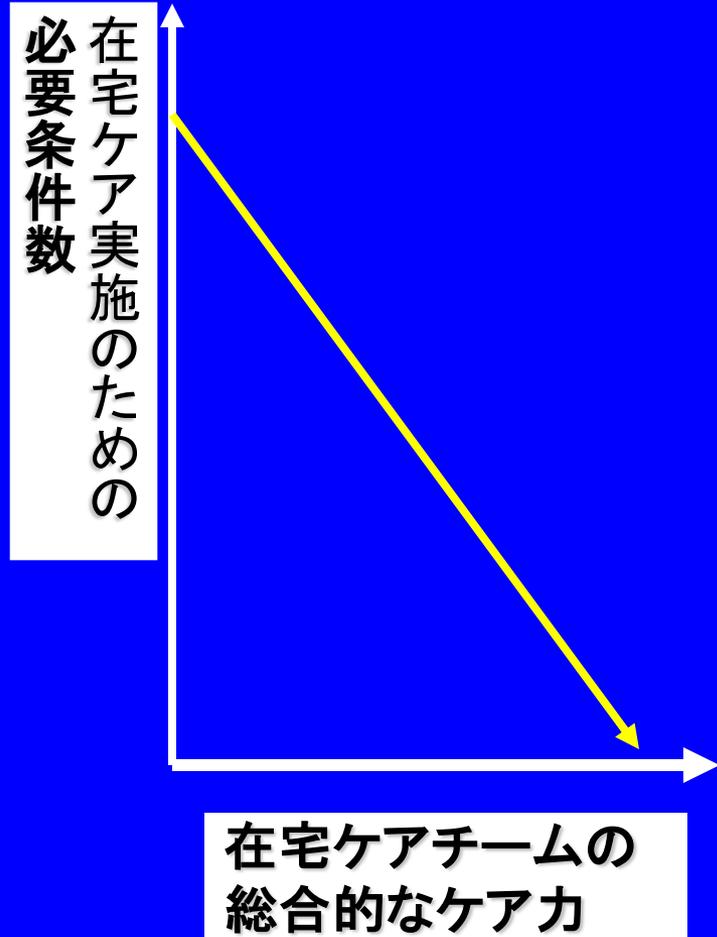
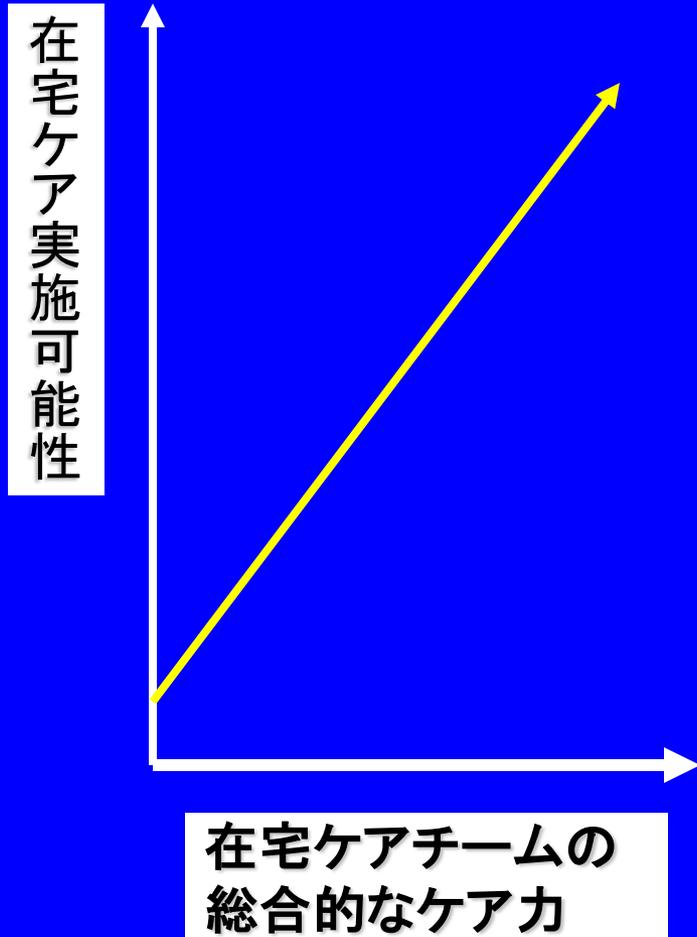
※2009年の墨田区データは暫定数

# まとめ —在宅末期がん患者のTC—

	検討項目	制度 検討	診療 報酬	運用 面
全体	一体型チームを制度認定	◎		
	一体型チームの評価		◎	
統合性	在宅緩和ケアの理念、Prgm等の 文書化(各在宅医療機関)と周知		◎	
迅速性	訪問看護師の裁量権の拡大			◎
	在宅医支援下の試験外泊		○	
効 率 性	医療主導のケアマネジメント	◎		
	退院全カンファの見直し		○	

◎:最重要、○:重要

# 結語



チーム力を強めるための環境づくりには限界がある  
チーム力の強いチームを評価・支援することが重要