

**チームケアの問題 川越 厚**

高品質のケアを  
効率よく提供するためには  
以下のことが重要

1. チームの統合性(Integration)
2. チームのスピード性(Quickness)
3. チームの効率性(Efficiency)

(チーム医療推進会議WG(H22年度)でREPORTしたこと)

1. チームの統合性

Net Workを組む場合、考え方や実際のやり方が異なると、質の高いケアを提供できない。患者家族は不安になる

2. チームの対応のスピード性

末期がん患者に時間的な遅れ(Time Lag)は許されない  
関係する専門職、他職種と連携する(NWを組む)場合  
特に重要な点である

3. チームの効率性

末期がん患者に対するケアでNWを組む場合、時間的なことを  
含めて効率よいものでなければ無駄が多だけでなく  
ケアの質が下がる

**医療と福祉との連携の問題**

がん患者に関しては、  
**医療チームがCare Managementを担うべき**

1. 必要な介護サービスは、多くの場合限られる
  - 1) ケアが短期間に終了する
  - 2) Caregiverとしての家族の役割を重視する
2. 医療的ニーズが高い、介護は従
3. 計画的なケアと同時に、緊急時の対応が重要
4. 症状が劇的に急変し、家族の不安が大きく、  
医療的知識、経験に基づいた支援が必要

実際問題、経過の短い末期がん患者に福祉の支援は、がん以外の患者とは大きく異なる。利用するサービスは限られるし、頻度も低い。

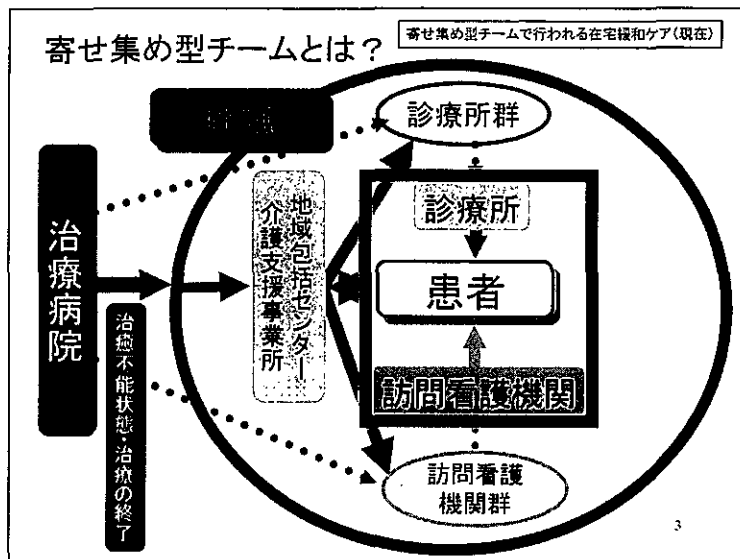
**介護保険の利用(04/01~04/12)**

人(%)

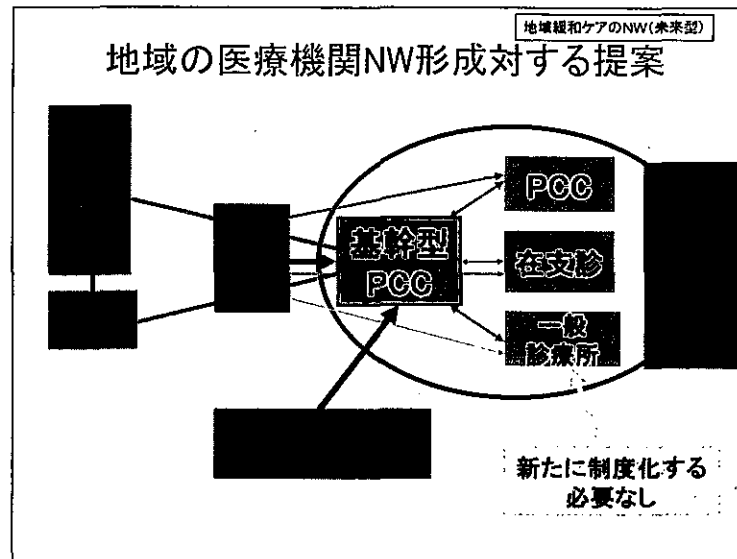
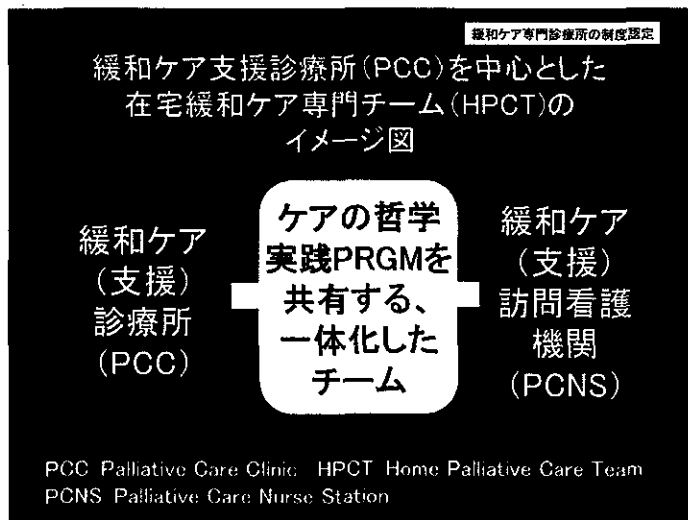
年齢	ヘルパー	ベッド	トイレ	褥瘡予防マット
65≤、76人	33(43.4)	65(85.5)	30(39.5)	65(85.5)
65>、29人	2(6.9)	14(48.3)	13(44.8)	14(48.3)
計、105人	35(33.3)	79(75.2)	43(41.0)	79(75.2)

その他: 訪問入浴(1.9%)、通所介護(0%)、  
車椅子(3.8%)、住宅改修(3%)、夜間巡回(1.9%)

川越委員提出資料 2



現在の仕組みでは、患者が地域に帰ってきて初めて組織されるチームが  
 になう。このようなチームでは、お互い顔は見えても、心が必ずしも一つで  
 なく、やり方も相手の実力もわからず、リアルタイムの情報共有が難しく、限ら  
 れた時間で専門性を発揮して、質の高いケアを提供するのが困難である。  
 この問題を解決するのが、在宅緩和ケア専門チームの存在である。統合性  
 のとれた、迅速かつ無駄のない高品質のケアを提供することが可能だ。



地域緩和ケアセンターの名称としては、

1. 地域緩和ケアセンター
2. 基幹型緩和ケア支援診療所
3. 単に「緩和ケア診療所」

在宅緩和医療を行う診療所は、提供するケアの良と質などによって以下の  
 ごとく分類する。分類の基準は、在宅診療であるかどうか、年間の在宅死  
 数、在宅死率(一番単純で実質的な基準)である。

1. 地域緩和ケアセンター(=基幹型緩和ケア支援診療所):  
 年間在宅死数40以上、在宅死率80%以上の在宅診療で、その他の施設基  
 準を満たしているもの
2. 緩和ケア診療所:  
 施設基準として、年間在宅死数20以上、在宅死率60%以上の在宅診療
3. 在宅療養支援診療所:
4. 一般の診療所:  
 在宅診療の届け出を行っていないが、在宅医療を行う診療所

診療所以外の医療機関が地域緩和ケアセンターとなるためには、「実際に  
 訪問診療に携わっていること」が必要最低条件。

### がん対策推進基本計画の見直しに向けて

末期がん患者の在宅ケアでは、迅速かつ効率よく統合性のとれたサービスを提供しなければならない。

#### 見直しのポイント

1. 診療所と訪問看護機関が一体化した、地域の緩和ケア専門チームを制度的に認知し、
2. 医療と福祉の連携にあたっては、医療職がイニシアティブをとれる体制を構築すべく、制度的な見直しを行うこと

