

第2回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

日時：平成22年11月19日（金）10：00～12：00

場所：厚生労働省 省議室（9階）

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

（1）チーム医療を推進するための方策について

（2）その他

3. 閉会

【配布資料】

座席表

資料1：第1回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ 主な御議論について

資料2：近森委員 ヒアリング資料

資料3：栗原委員 ヒアリング資料

資料4-1：徳田委員ヒアリング資料（本体）

資料4-2：徳田委員ヒアリング資料（別紙）

資料5：川越委員 ヒアリング資料

第 1 回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ 主な御議論について

1. ワーキンググループにおける検討の方向性

- 日本の医療が置かれている環境というものは非常に厳しい。あと 10 年弱で団塊の世代が後期高齢者になり、全国的に高齢者が増えて、大変な医療の時代になることが予想される。チーム医療は高齢化に対する大きなツール。このワーキンググループでは、これまで行われてきた、又は現在行われているチーム医療の取組だけではなく、将来のあるべきチーム医療というものを考えて推進方策を考えなければならない。
- このワーキンググループでは、これまでのチーム医療を総括して方向性を示すというよりも、むしろこれから何をやるかということを検討することが重要。
- 従来のパターナリズム、父権主義の医師の存在が、チーム医療を推進する際の障害になっていることは確か。様々な職種・職員の視点から見てみようという医師を育てることが大事。ガイドラインの中で、チームで役割分担・連携するのが客観的に見て明らかに優れているという実例・実績を示しながらチーム医療の推進を訴えるということは非常に貴重。
- チーム医療を推進する医療機関の認定の在り方を考えることは大事。在宅はいろいろなインセンティブを付けるというやり方を採用してきているが、そもそも何のために、どういう目的で、何をやろうとしているのかということを確認しておく必要がある。考え方や実際のやり方がしっかりしているチームに対して、国がバックアップしていくことを考えるべきではないか。
- 患者の生活問題や心理のことまで踏み込んでやるのが医療だと考えてやっている病院は、ちゃんとそういった人員を配置するべきであり、そういった目標を達成しなければいけないという厳しい状況に自分たちを置かなければならないのではないか。
- 診療放射線技師の業務にもグレーな領域があり、チーム医療を推進する上で、最終的には「やってよい」という担保がないので、なかなか積極的に取り組めないという現状がある。法的に「やってよい」という整理をすることがチーム医療を推進するための 1 つのポイントになる。その際、こういったところがグレーで、現実はどういったことが行われているのかということを確認して、実態をつかむべき。

- 国において、早急に各職種の実態調査を実施し、その調査結果に基づいて、ガイドラインの検討を進めるべき。作業療法士に関しては、急性期、回復期だけではなく、維持期まで含めたチーム医療を考えるような調査を行うべき。また、精神障害者の人を病院から在宅にいかにか帰すかということも重要な課題であり、精神科領域と認知症のチーム医療の在り方をどうするかという観点も調査に加えるべき。
- 医療におけるガイドラインというのは、様々なデータの証拠に基づいて標準的なやり方を示すものであり、そういう意味では、ガイドラインという言葉には多少違和感がある。

2. チーム医療の推進方策を検討する際の視点

- チーム医療のキーワードとして、専門職の活用や積極的な病棟配属、医療の標準化、電子カルテを活用した情報の共有、権限の移譲といったことが挙げられる。こうした点について、どのようにすればチーム医療が推進されるか検討しなければならない。
- 在宅でのチーム医療には3つのキーワードがある。
 - 1つは統一性。考え方や実施の基準が統一されたものでなければならない。在宅の場合はいろいろな問題が起きたとき、医師によって考え方が違うこと、その医師の考え方・やり方を看護師が十分に理解しないまま動いていくことがある。
 - 次に即効性。在宅の場合、医者が診察して、指示を与えて、それから看護職等が動くということになっている。場合によっては本当に早く動かなければならない。それがうまくできないこともある。
 - 最後に効率性。日本の歴史的な状況、社会的状況を顧みると、社会保障を手厚くするといっても限度がある。より有効で、より実効性のあるサービスを提供するためにはどうすればよいか、ということを考えていかなければならない。
- チーム医療で一番大事なことは、患者をチームの中に入れること。患者がチームの外にいと、患者は医療に対してお任せということになる。しかし、患者にもある程度の情報は与えなくてはならないし、患者にもそれだけの責任を持ってもらわなければならない。患者のために最高の医療をするために、どうやって皆が協力し合うかということがチーム医療にとって一番大事。
- 安全な医療を提供するという観点から、医師の包括的指示が一つのキーワード。個々の看護職の間でも、経験量と質的な違いは非常に大きい。そこを担保していくためには、チームの中で医師が包括的指示で任せられるレベルかどうかという観点で、チーム医療の中で判断できる部分がある。ガイドラインではこうした内容について触れることも必要。

- 包括的指示については、法的な問題だけでなく、保険診療の問題もあり、チーム医療を進める上で、もっと細かい検討が必要。例えば、入院患者の栄養指導というものを管理栄養士による入院患者の栄養指導について、栄養食事指導料を算定するためには、糖尿病の患者に 1,800 キロカロリーという指示だけではだめで、脂肪が何グラムというようなさらに細かい指示がなければならないという話がある。
- チーム医療の中で、各職種は、それぞれ自分が主役という意識を持つ。この主役意識がなければ指示命令系統の形になり、いい役割発揮ができない。
- もともと医療は、専門職がそれぞれの専門性を高めながら、全体として調和させることで成り立っている。そうした組織の中ではチームリーダーがいて、あとのチームを構成する職種はみな横並び。横並びでなく、いわゆる上下関係のような形ができると、これは指揮であり、組織であるということになる。こういう形のチーム医療は存在し得ない。
- 急性期・救急病院におけるチーム医療の在り方と、回復期・在宅におけるチーム医療の在り方は全く違う。それぞれのチーム医療の概要・運営は随分違うという認識を共有した上で、それぞれのステージにおけるチーム医療の在り方というものを整理すべきではないか。
- チーム医療については、急性期、慢性期、あるいは在宅も含めて、医療サービスを提供しているチームという一つの概念と、急性期の高度医療で成果を出している専門家チームの両方のチーム医療を分けて考えなければならない。
- 今後、チーム医療を考えていくときには、急性期、慢性期、在宅医療の段階のそれぞれのチーム医療が連鎖するような仕組みを構築していくべき。
- 日本では、いろいろなチームがあることについての整理がなされていない。諸外国で整理されているチーム医療の考え方というものをこの場で紹介していただくなど、チーム医療に関する用語などを整理していくべき。
- 各職種がそれぞれの専門性を発揮したいというのは当然あるが、これは、ますます人員を増やし、ひいては人件費を増加させるという問題につながることも事実。このため、看護師でも臨床工学技士でもどちらでもできること、あるいは看護師でも栄養士でもどちらでもできること、といったことをガイドラインとして示すことも重要ではないか。

- チーム医療については、グレーゾーンの問題が大きな壁になっており、医師法に触れない範囲で業務を遂行していくというところに難しさがある。そうした点が明確化されれば業務を実施しやすくなる。
- 医療サービスを受ける患者にとっては、誰が提供するかということよりも、安全で成果が上がるサービスを受けたいもの。そうした観点で業務拡大を検討していくことが重要。
- 都市部では看護師の需給はほぼ良好で、レベルの高い方もたくさんいるが、地方では看護師そのものの供給が少ない。そういうところでもチーム医療は必要。地方の看護師が少ないところでこそ、例えば縫合をさせたいというようなことがあるにもかかわらず、特定看護師しかできなくなるということを危惧する。全国の医療の実態を見つめ直した上で、今、チーム医療をどう考えるのかという観点で議論していただきたい。
また、特定看護師の検討に向けた調査が行われているが、他職種の仕事の拡大・キャリアアップによって対応できることがたくさんある。看護職以外にも目を向けた調査を実施した上で最終的な方向性を決めてはどうか。

3. ガイドラインに盛り込むべき内容

- 医療機関では、在院日数が短くなってきているので、急性期のときから退院支援・地域移行をどうしていくかという視点を持つ必要。今後のチーム医療を考えていくときには、相談部門が非常に重要。在宅に対する家族・本人の気持ちをしっかりと把握しながら、失敗のない形で第1回目の退院に向けて取り組むのが重要。医療機関で必要なときに入院をさせてもらえるという確保があれば、在宅でやっていけるという感触。
- 地域連携、地域横断的な取組として、病院・診療所の連携の在り方や、在宅・介護の在り方についても、このワーキンググループで検討してはどうか。
- チーム医療は在宅において非常に大事。医療だけではなく、福祉との連携という、医療職が今まで経験したことのない領域を含んでいる分野。在宅こそ、チーム医療の在り方が問われていることを実感。チーム医療を行う理由は、最終的には高品質のケアを提供するということ。
- 高齢者が非常に増えてきている状況の中で、いかに在宅の高齢者を支えていくのかということを考えながらやっている。また、医療と福祉の連携ということで、急性期

の病院、ホームドクター、薬剤師会、全部含めて、いかに患者・利用者、高齢者の方を見守っていけばいいのかを模索している。そうした観点も含めながら検討していただきたい。

- 在宅療養支援を行う中で、地域の医療機関を確保することは難しい。そのためには、訪問看護ステーション・開業医だけでなく、行政を含めることが重要。地域の保健師にはいろいろな制度とチームワークを作るという大きな役割がある。
- 看護師・介護士の人たちが重要な役割を担っているものとして、介護施設での連携というものもある。すべての職種・すべての領域に網羅したガイドラインを作るためには、そうした立場に立った検討も必要。
- 医科歯科の連携の在り方について検討していただきたい。急性期病院、回復期、維持期の在宅の支援、いずれにおいても、口腔機能をしっかり押さえていくということは栄養管理や感染対策の大本をしっかりと押さえることになる。その部分の専門職は歯科医師・歯科衛生士。歯科医師がチームの一員として参画すべく、病院の中に入ってこられるような体制づくりや、歯科衛生士の活用について、ガイドラインの中に盛り込むべき。
- 口腔ケアは地域の行政では非常に大きな問題。歯科衛生士が口腔ケアに参画しているが、通常は退院後に入院を繰り返す方が入院をしなくなったということも言われている。口腔ケアは歯科というだけでなく、全身の問題、ひいては国保の医療費軽減につながるものとしても重要。
- チーム医療を推進するためには、口腔医療領域、摂食嚥下領域、口腔ケア領域におけるチームの中で、歯科医師・歯科衛生士を積極的に活用すべき。
- 薬が高度化・複雑化し、なおかつ本当の意味で薬らしい薬も出てきているという時代の流れの中で、薬剤師をどのように使うかということについて、看護業務検討ワーキンググループでもいろいろ出ているが、多職種が関連する業務についてはこのワーキンググループ検討会で議論していただきたい。また、薬剤について、医療機関の中のチーム医療における薬剤師の取組と、在宅のチーム医療における薬局・薬剤師の取組ではいろいろ違いがある。両方の場面について検討していただきたい。
- 栄養は、生まれたときから高齢者まで必要であり、病院の中でも特に重要。急性期でありながら高齢者であることやいろいろな疾患の合併症も絡んでいることで、栄養管理が複雑化している。このため、医師だけではなくて、管理栄養士も協働しながら栄養管理や栄養指導も行っている。職種それぞれの専門性を生かした形でもう少し役

割分担が明確になるとよい。

最終的には、口腔ケアを含めた形で管理をしながら経口摂取ができれば、患者のQOLが向上するので、それぞれの立場での意見を統合したチームを組むのが大切。今、高齢者の重症化を予防するという意味でチームでの取組が大切だが、医療現場の管理栄養士は人数が少なく、うまく機能していないことがあるかもしれない。

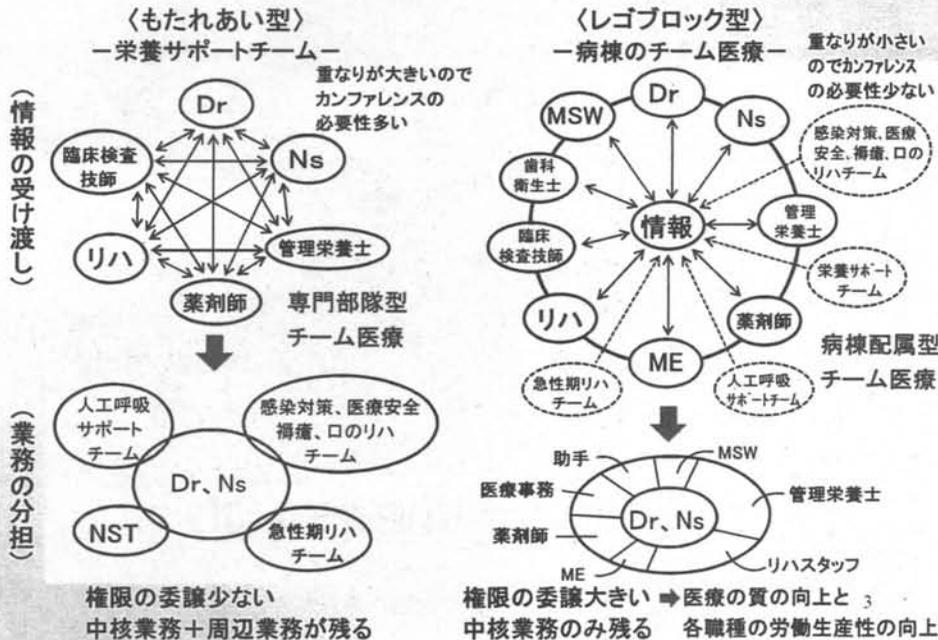
- 助産師の立場からは、最後まで自分のケア・診断に責任を持てるようなシステムを作ることによって能力も向上させる観点から、チーム医療の推進に関する検討会の報告書にあるとおり、出血時の対応や抗生剤の選択・使用等について包括指示でできるようにするとともに、会陰裂傷の縫合等については独立してできるようなシステムにしていきたい。
- 現在、臨床工学技士は生命維持管理装置だけでなく、高度管理医療機器等、医療機器のスペシャリストという認識をいただき、医療機器については臨床工学技士に任せようといったところがある。
在宅医療においても、透析や人工呼吸器等、家庭での医療機器の使用が増えてくる。高齢化社会になった場合には、メーカー等との連携もチーム医療も一つの観点ではないか。医療職種だけのメンバーではなく、できるだけ幅広いメンバーの活用の仕方を議論していきたい。
- 今後、環境が激変し、医療経営の部門ではかつて経験したことのないような変化が予想される。これからは、チーム医療の中に事務部門が入って初めて病院の運営・経営というものが成り立つようになるのではないか。一般論として、組織の中で事務部門が活躍している病院は総じて元気がいい。ただ、病院経営のマネジメントというものは他の産業や企業に比べると周回遅れであり、今までは非常に有能な医師に病院経営というものが支えられてきた。これからは事務部門が担うべきものが必ず出てくるのではないか。
- 診療情報管理はチーム医療に欠かせないもの。急性期医療から地域連携、在宅も含めて、チーム医療が共有する情報について、どのような情報が有用で、最低限必要となる情報管理がどういったものかといったところを突き詰め、ガイドラインでも触れたい。
- 物質的なものだけで国民が満足するわけではないということは明らか。心の問題、メンタルな問題も重要。

急性期医療におけるチーム医療の方向性

一病棟におけるチーム医療を中心に

社会医療法人近森会 近森病院
 院長 近森 正幸

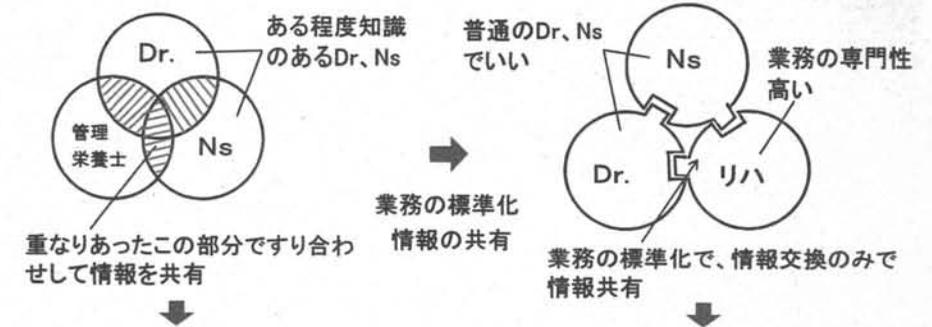
情報の受け渡しと業務の分担からみたチーム医療



各職種の重なりからみたチーム医療

資料2

〈もたれあい型〉(重なり大きいタイプ) 〈レゴブロック型〉(重なり小さいタイプ)



- 重複する他領域の技能と知識をもった多職種が集まって行うチーム医療。
- 高い能力をもった多職種がカンファレンスですり合わせて情報共有するため、チーム医療の質は高いが処理能力には限りがある。
- 手術室、カテ室、CCU、ER etc.でのリスクの高い患者に対する質の高いチーム医療に適している。
- 業務の標準化と、定型化した書式による情報の共有化により、誰でもできるチーム医療。
- 業務と情報の標準化で質を保ち、多くの患者を処理できる。
- 病棟での日常業務に適しており、リスクのある患者をスクリーニングで選び対応し、Dr、Nsの負担を減らすことができる。

技術評価

アウトカム評価(システムの評価)

病棟配属型チーム医療の原則

- 1). 専門職中心
- 2). 病棟配属 (bed side 中心)
- 3). 業務の分担、代替: 業務の標準化必要
- 4). 情報の共有: 電子カルテによる書式の標準化必要

必要な患者すべてに必要な時に十分な
 医療サービスを提供

当院の管理栄養士の5つの神器

- ①聴診器: 患者の直接診療
 - ②PHS: チーム医療としての連携
 - ③略語集: 他職種との共通言語
 - ④アディポメーター
 - ⑤インサートテープ
- } 栄養評価の実践

+

上下の白衣: 医療スタッフの一員



5

十分なマンパワーと質の確保のために

実戦部隊: リハスタッフ ➡ 技術評価

サポート部隊: 薬剤師、管理栄養士
MSW、ME、歯科衛生士 } アウトカム評価

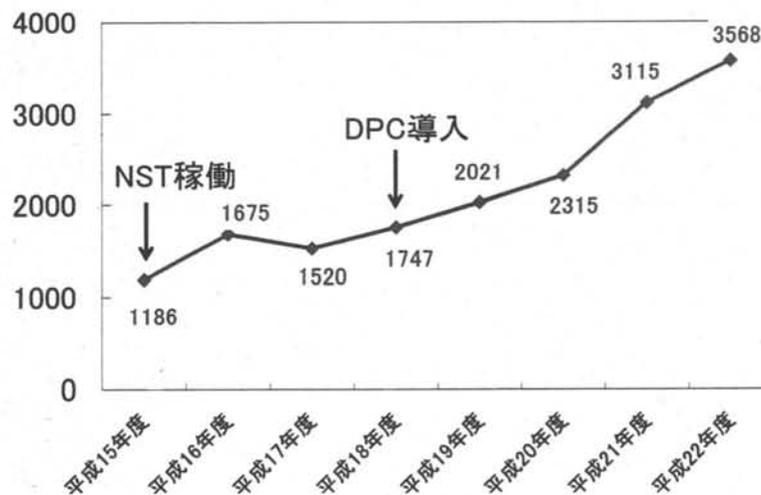


病棟に配属された各職種の専従スタッフ数により
点数(又は係数)算定できれば人件費を出すことができる。

アウトカム評価はサポートを全体として評価するもので、各職種が提供する医療サービスを受けた100床当りの件数などで評価することができる。

6

NST介入症例数



7

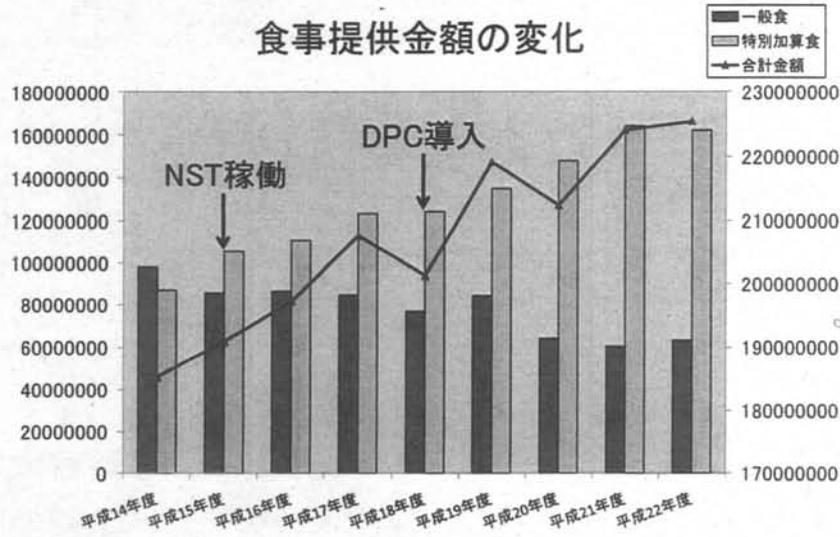
NST加算の算定

平成22年

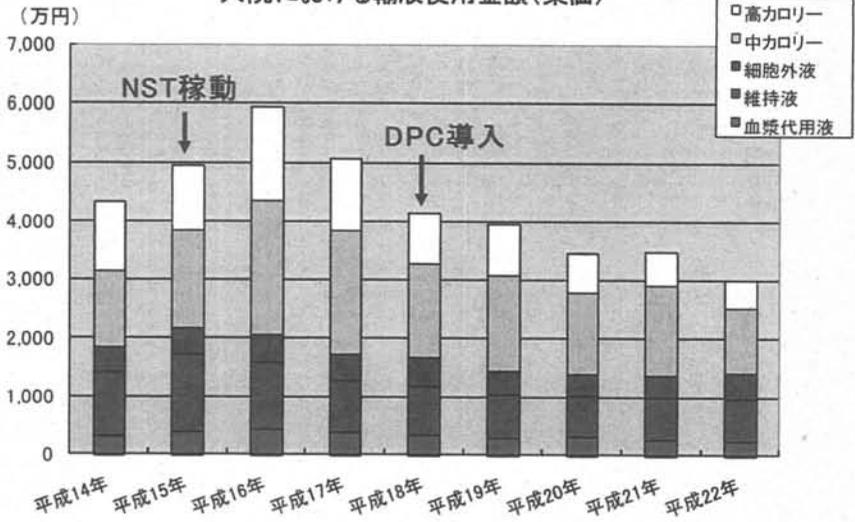
月	算定件数	算定額
4月	739件	1,478,000
5月	633件	1,266,000
6月	853件	1,706,000
7月	716件	1,432,000
8月	828件	1,656,000
9月	726件	1,452,000
10月	731件	1,462,000

8

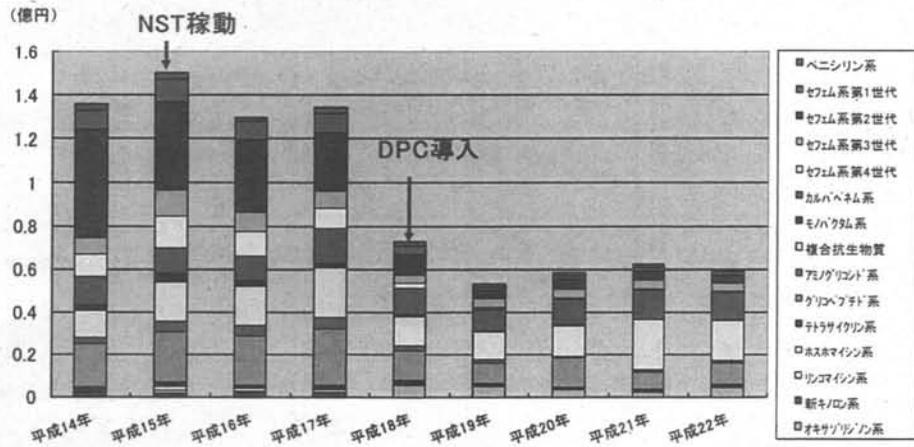
食事提供金額の変化



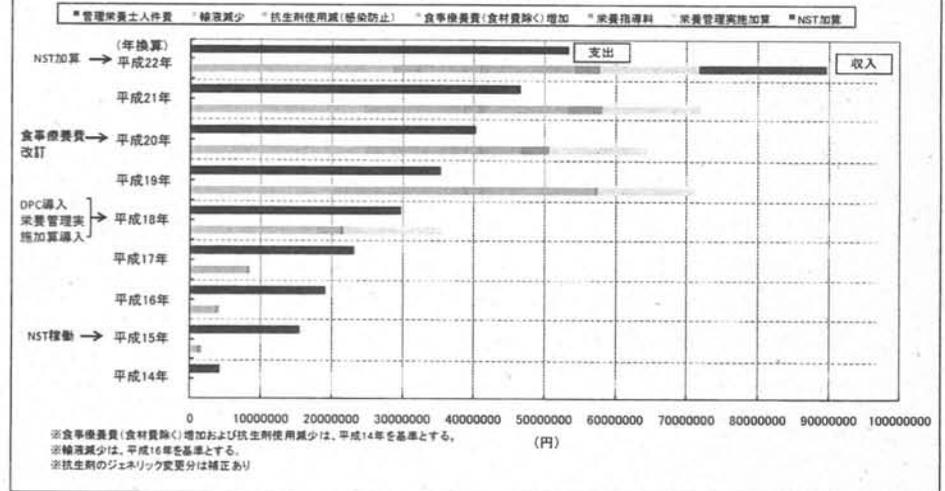
入院における輸液使用金額(薬価)



抗菌剤分類別使用金額



NST導入の費用対効果





チーム医療のあり方

【1】何ゆえに今、 チーム医療か？



社団法人 聖真会
長崎リハビリテーション病院
院長 栗原正紀

20世紀は病との闘い: Cureの時代だった

- ① 医科学の進歩：膨大な知識
・ 臓器別治療技術の高度化と細分化
- ② 超高齢社会（疾病構造の変化）

① 医師・看護師の許容量をはるかに超えた医療

寝たきり高齢者の増加

② 高度の治療が生活に繋がらない

21世紀はHealth Careの時代

課題（医療提供体制の整備）

① 高度に進歩・細分化した医療技術を効率よく適切に提供し、医療の質の向上を図る

・ チーム医療の実現

② 高度に進歩・細分化した臓器別専門治療を如何に生活に繋げていくか！

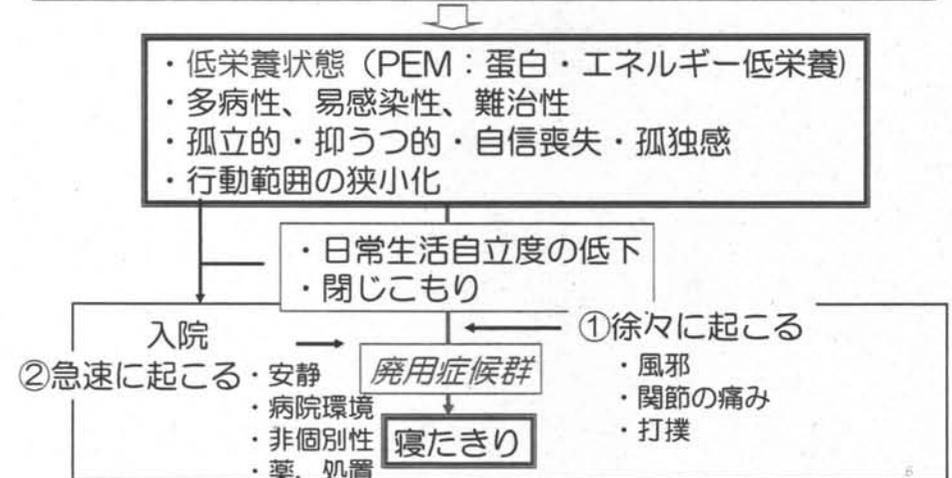
・ 機能分化
・ 連携

高齢者の特徴は？

加齢による生理機能の低下に伴う予備能の低下

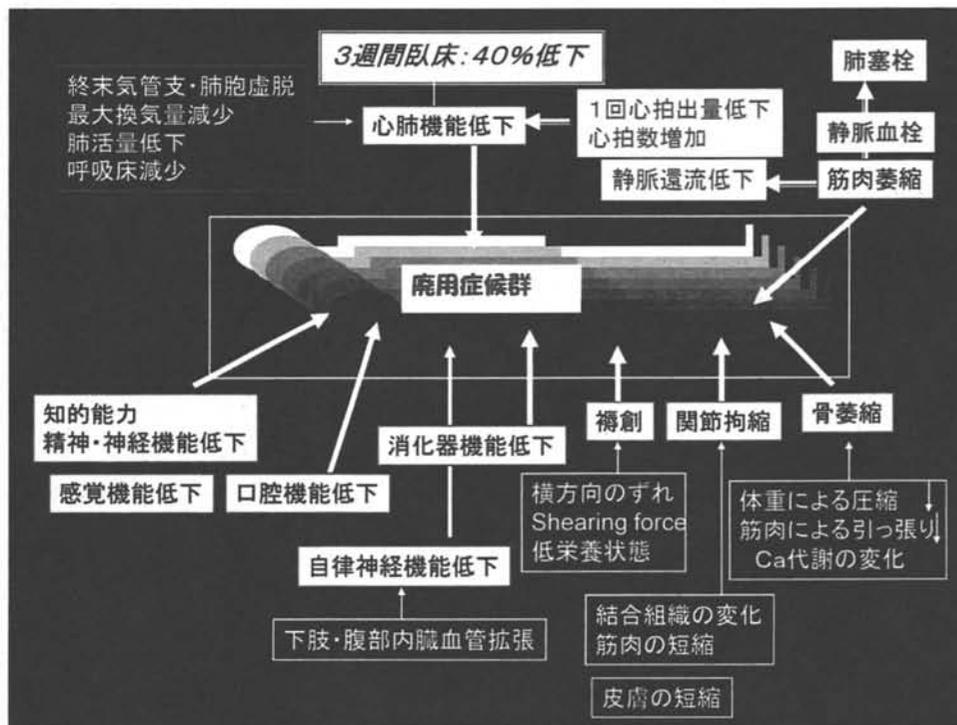
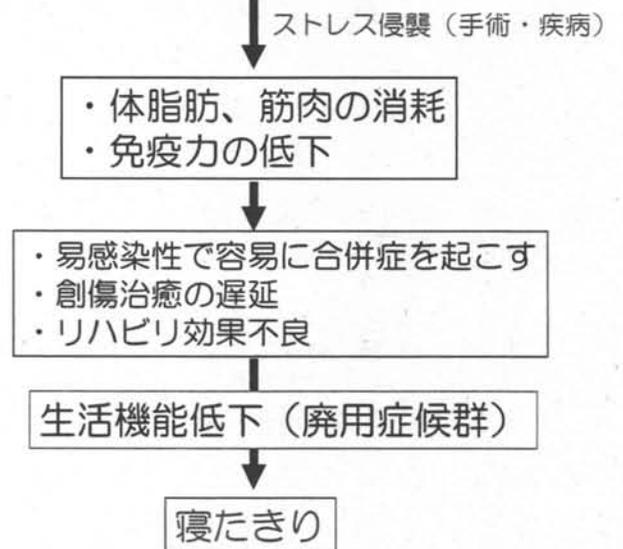
呼吸循環器機能低下・消化器機能低下・精神活動低下・内分泌機能低下・腎機能低下・運動機能低下・免疫機能低下

【2】 高齢者医療のあり方



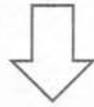
高齢者医療と栄養問題

蛋白・エネルギー低栄養状態



高齢者の特徴

高齢者は入院により容易に廃用となり、
入院が長期化して寝たきりになる



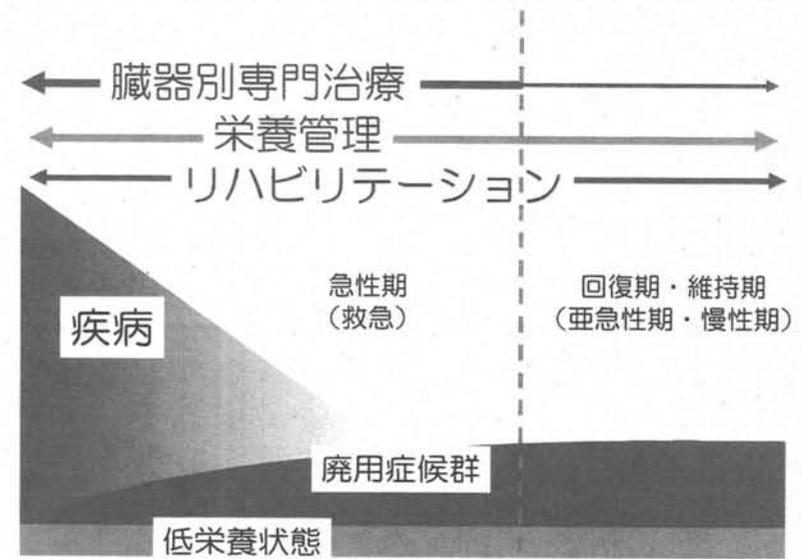
原因の多くは
廃用症候群と低栄養状態
そして合併症（誤嚥性肺炎など）



対策・体制が重要

9

対策 高齢者医療の基本構造



安心した地域生活

10

【3】機能分化と連携

「1」機能分化

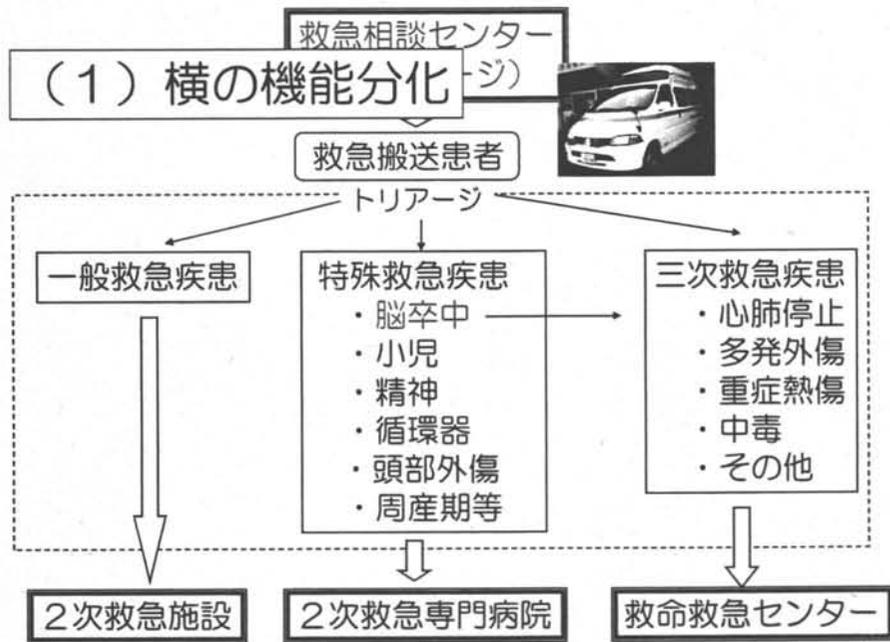
機能分化は

- 適切な医療サービスの提供
と質の向上が目的
- それはチームによって達成される
- 縦と横の機能分化がある

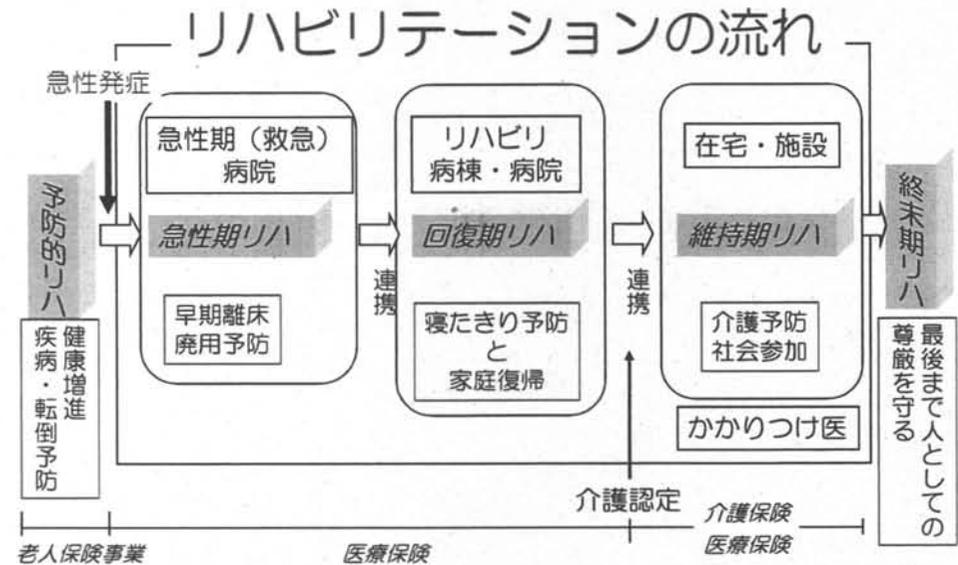
11

12

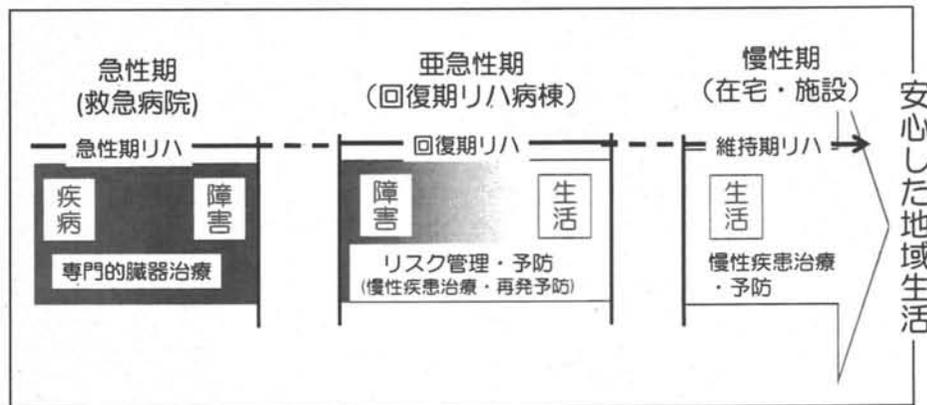
救急応需体制の整備



(2) 縦の機能分化



機能分化による視点・役割の違い



「2」連携

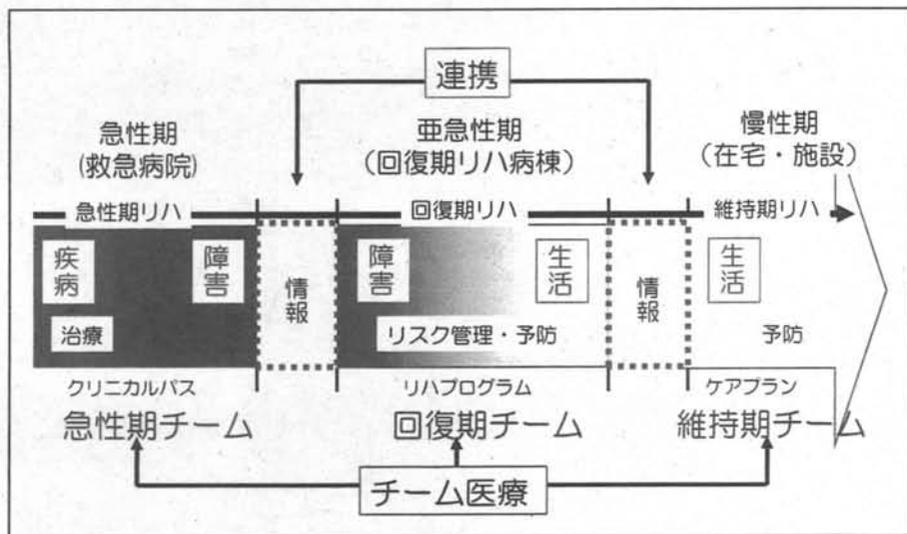
連携は

- ・機能分化の必然の結果
- ・共有する最終目標に対して役割の異なるチームとチームが協業すること

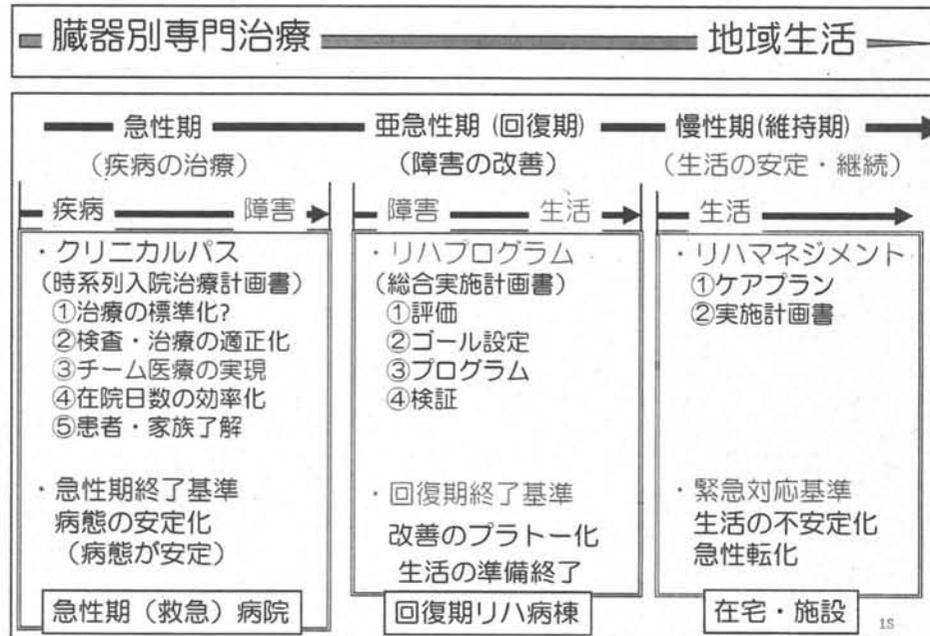
協業

- ・多くの人でまたは経営が協力して同時に且つ計画的に同じ生産または関連する生産に従事すること (日本大百科全書)

チーム医療と機能分化・連携

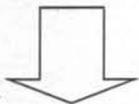


異なる視点とプロセス管理



急性期・回復期・維持期の違い
(救急)・(亜急性期)・(慢性期)

- ・主となる視点、役割が異なる
- ・プロセス管理の手法が異なる



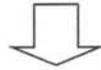
チームのあり様も異なるであろう

【4】チーム医療のあり方

チーム医療

チームとは

- ・ 目標と情報を共有し、協働する多職種専門家集団

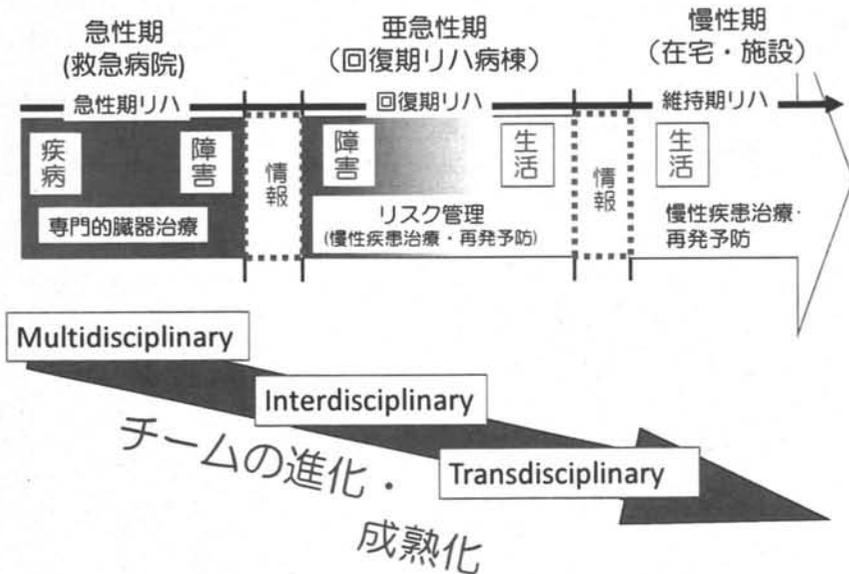


医療の質の向上と効果性・効率性

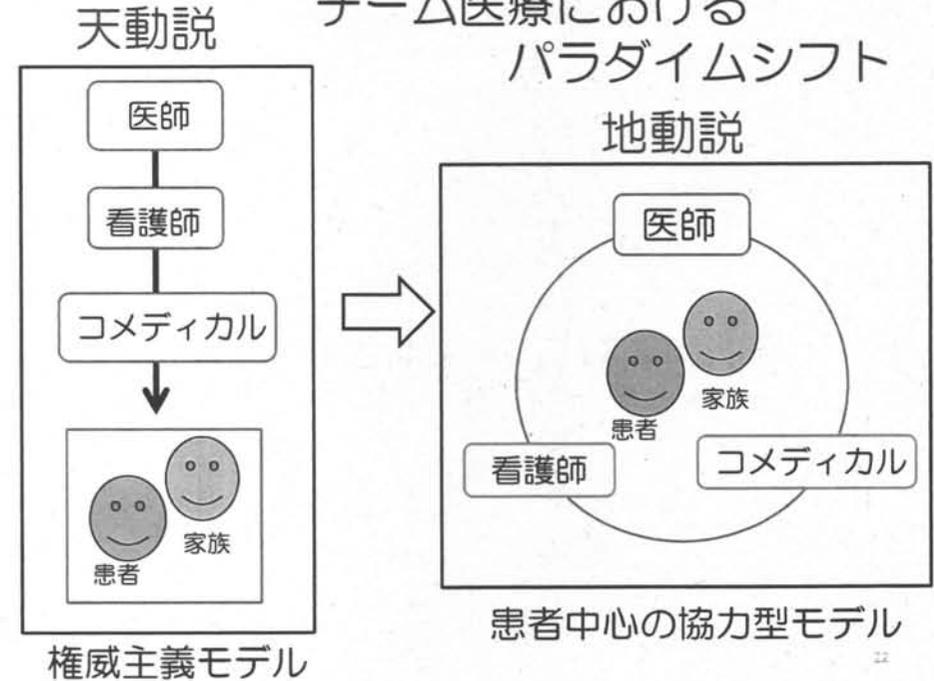
協働

- ・ 同じ目的のために、同僚として協力してともに働くこと
- ・ 複数の主体が何らかの目標を共有し、ともに力をあわせて活動すること。(大辞林)

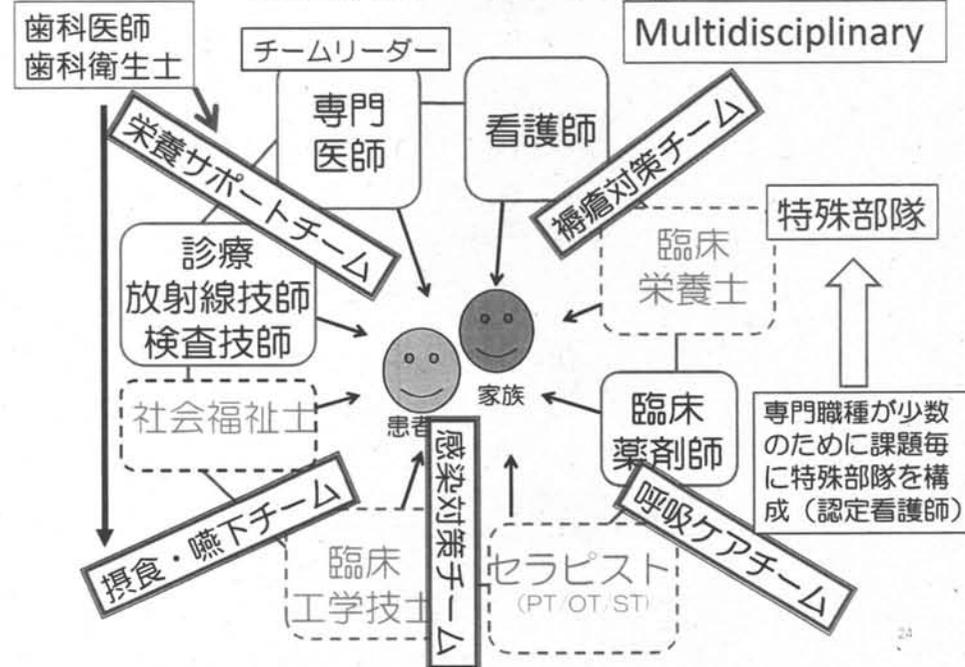
チーム医療の成熟化



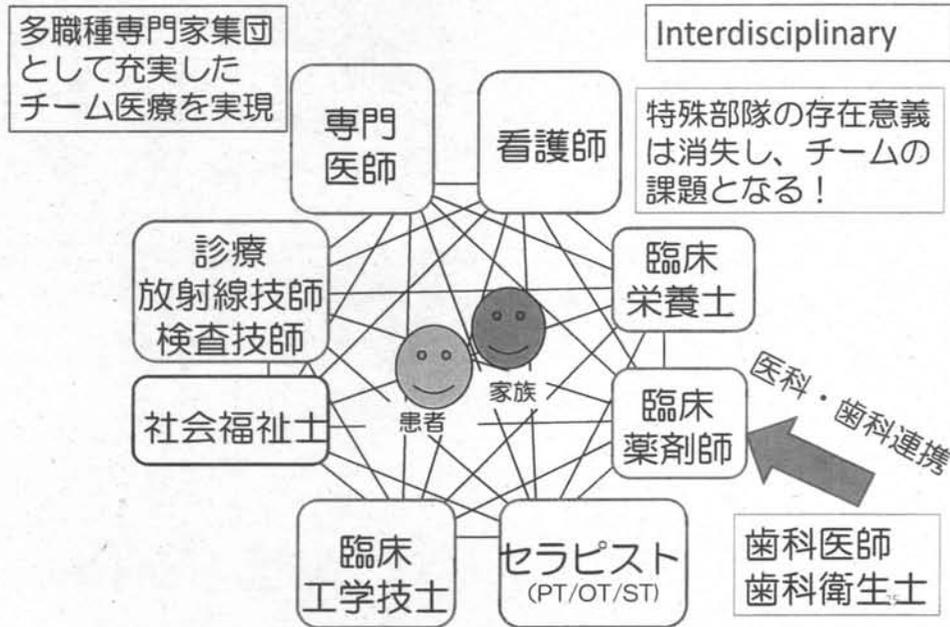
チーム医療におけるパラダイムシフト



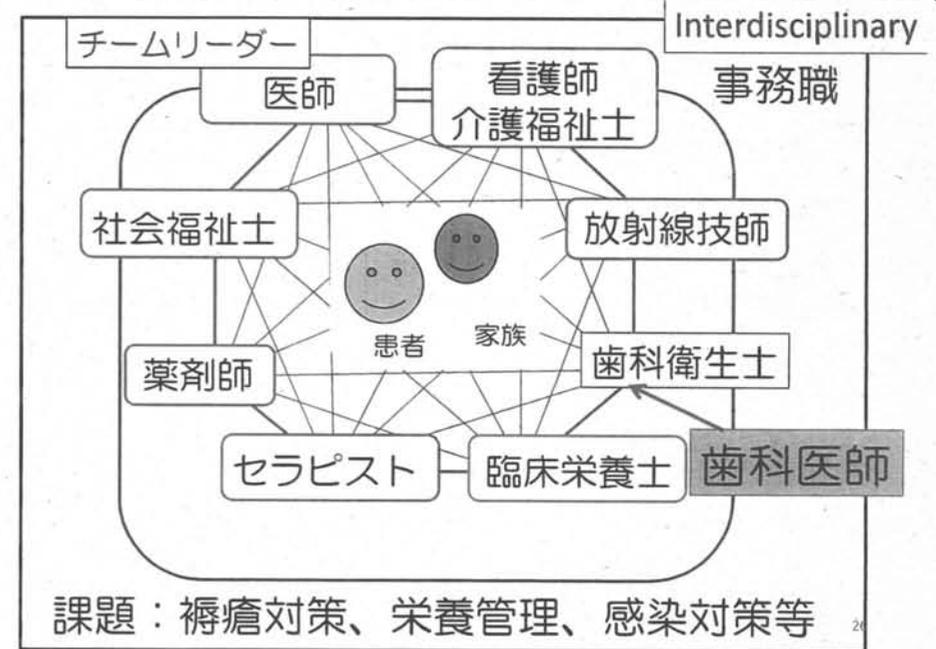
急性期チームの現状



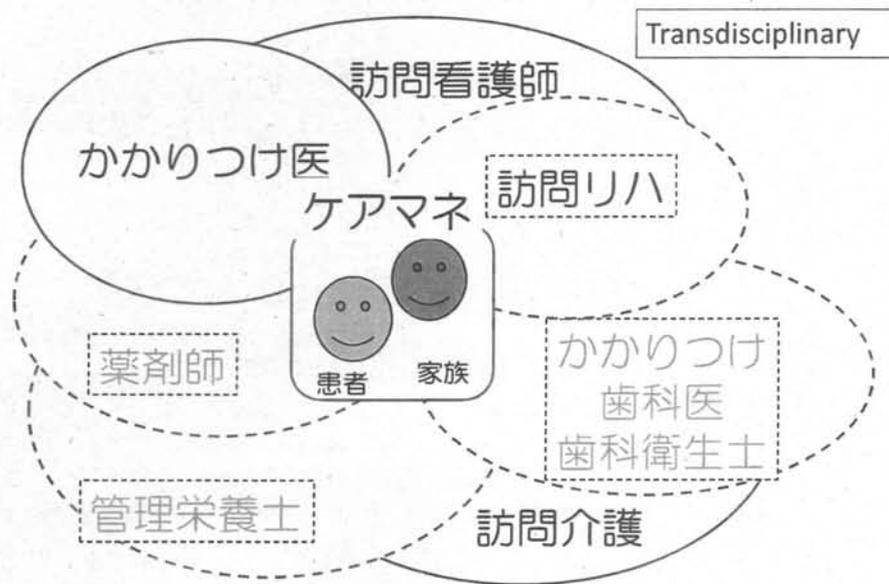
急性期チームの理想型（成熟型）



回復期（亜急性期）のチーム構造



慢性期（維持期）在宅サポートチーム



回復期リハビリ病棟

におけるチーム医療

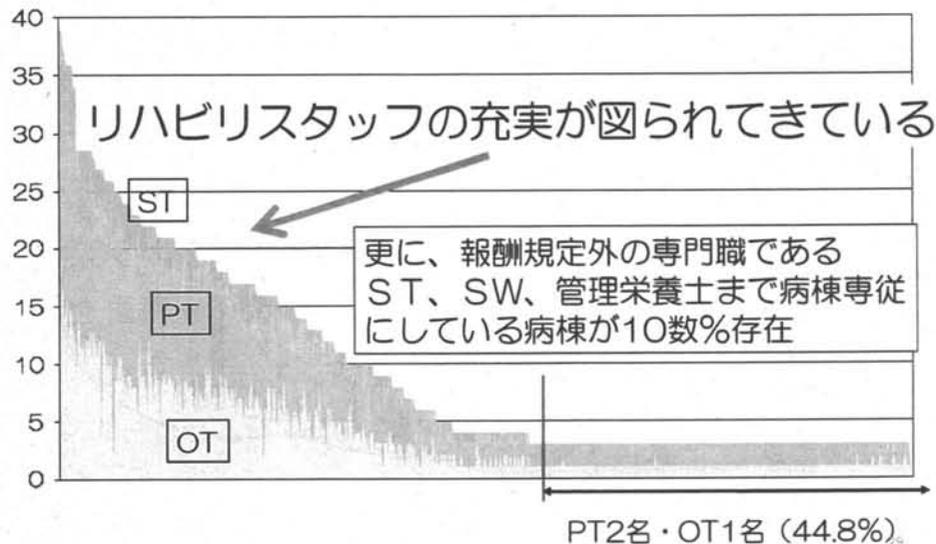
多職種人員配置の実情

＝診療報酬上の規定＝

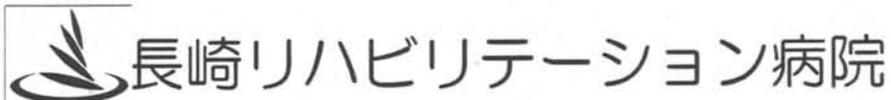
専任医師	1名
看護師	15 : 1
看護助手	30 : 1
専従PT	2名
専従OT	1名

各病棟のPT・OT・STの専従者数

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会調査：平成21年9月
(767病棟)



長崎リハビリテーション病院
における
チームアプローチの工夫



長崎リハビリテーション病院

救急医療を支えることで
安心した地域生活を支えます

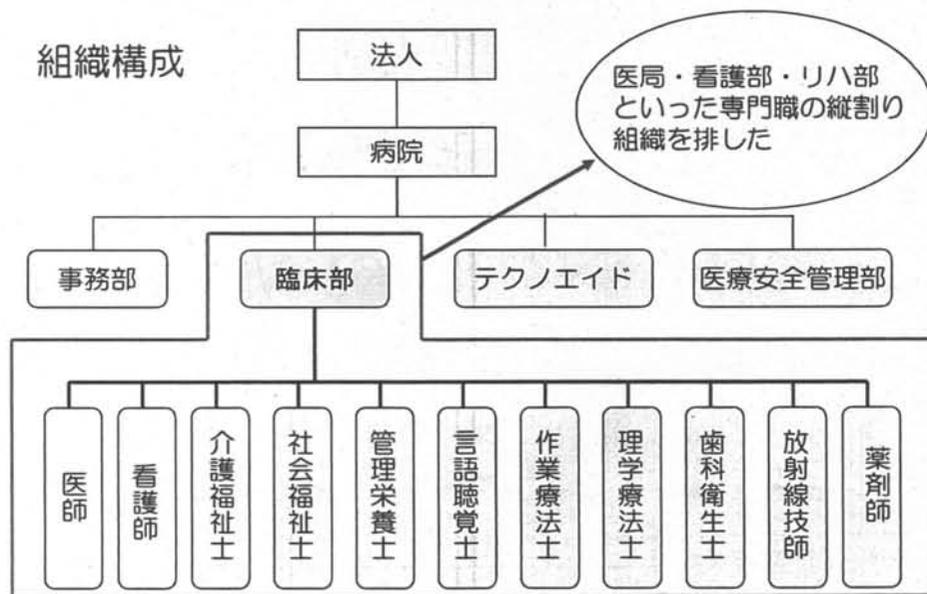
回復期リハビリテーション

主に発症から2ヶ月以内の
脳卒中患者さんに集中的な
リハビリテーションを実施

全館回復期リハビリ病床
3病棟 (143床)

チーム医療の発信の場 (実現のための工夫)

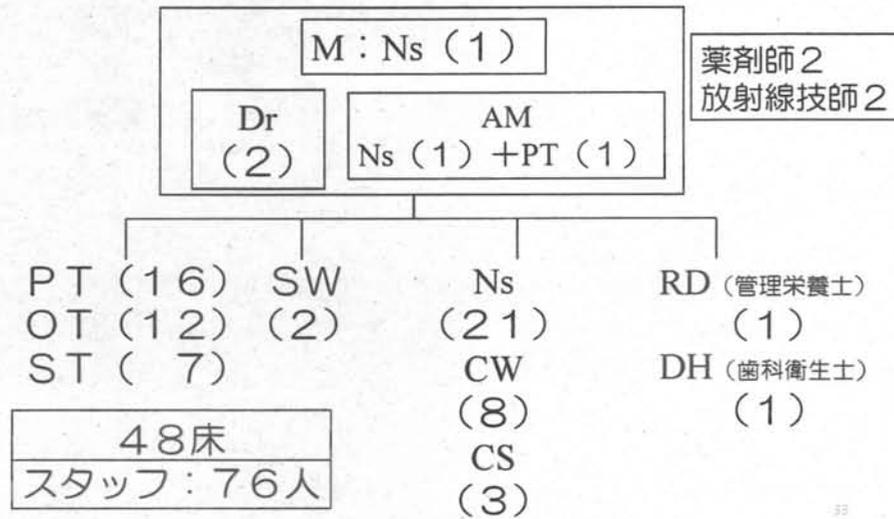
組織構成



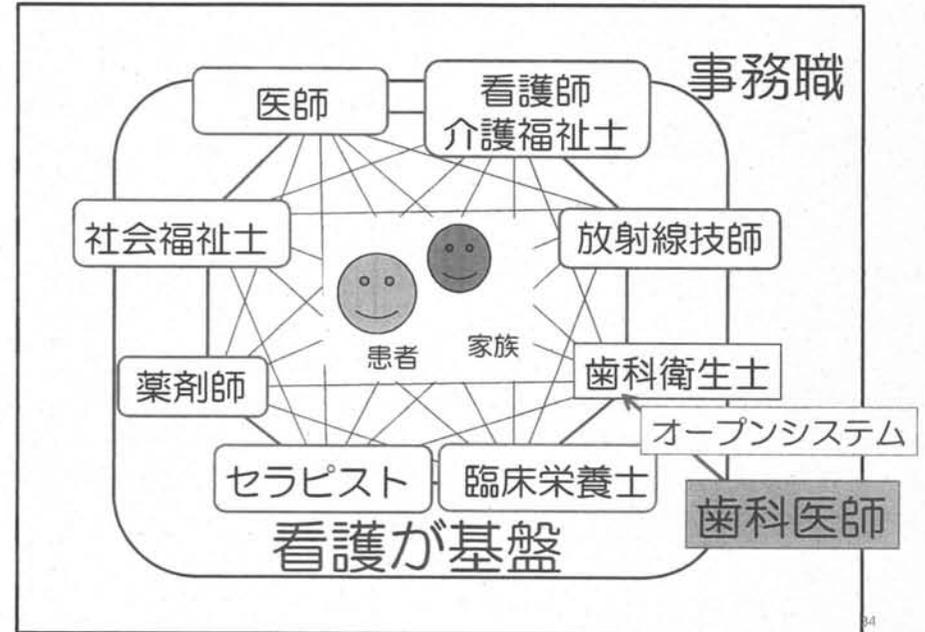
病棟（48床）人員配置

病床：人員＝1：1.58

M: マネジャー
AM: アシスタントマネジャー



我々が目指すチーム構造



より良いチームアプローチ

＝チームマネジメントの原則＝

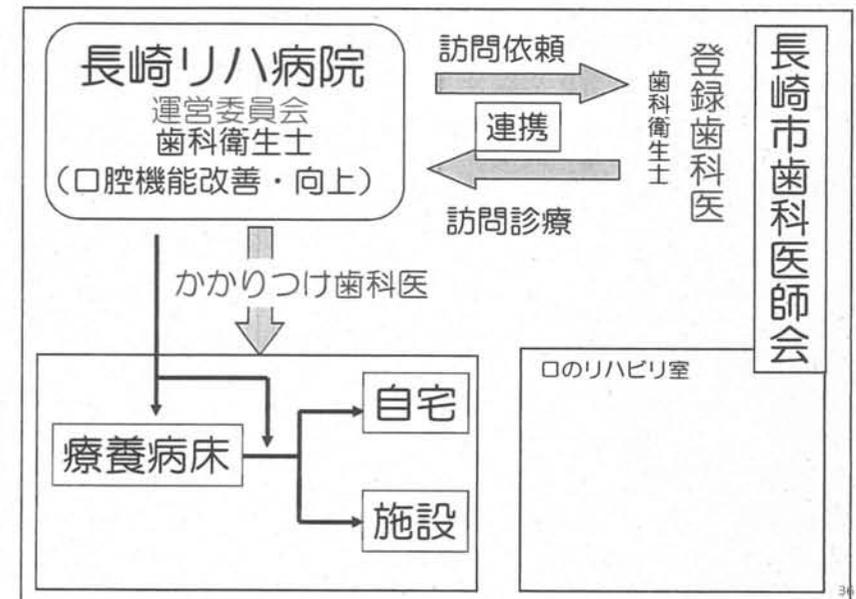
チームの基盤は看護

医師は良きコーディネーターであること

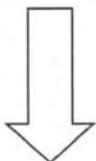
＝5原則＝

- ①互いに他職種を尊重し、
- ②明確な目標に向かって、
- ③それぞれの見地から評価を行い、
- ④専門的技術を
- ⑤効率良く提供する

歯科診療オープンシステム



医科・歯科連携



歯科医師・歯科衛生士もチームの一員

□ 口腔ケアは
誤嚥性肺炎予防の基本

歯科衛生士を医療・介護全体の専門職に！

37

チーム医療にとって重要な基本

【1】コミュニケーション

コミュニケーションに必要なことは情報の交換ではなく、知覚（感情・思い）の共有（人間関係の構築）
・他職種を知り、その知識・能力を信頼する

【2】情報の共有化

情報伝達には送り手と受け手の間の感情的（人間的）つながりが必要
・専門用語が異なることを認識

チームの一員として上下の関係ではなく、お互いに、それぞれの能力を尊重し、信頼しあうことが前提
（同僚性、collegial association パーソنز）
※ 「医療マネジメント」より

まとめ

チーム医療のあり方

チームの型

- ① 特殊部隊補完型（現状）
病院全体に専門職が少ない場合
↓ 進化・成熟化
- ② 専門職労働集約型（理想型）
医師・看護師以外の専門職が病棟専従となっている場合

38

【3】チームマネジメント

- ・それぞれの専門職の知識・能力をチーム全体の目標に結びつける
- ・互いの専門性を統合
- ・異なる言語体系を乗り越え、互いに理解しあうような援助（コミュニケーションの援助）
- ・それぞれの専門職の弱みを中和させ、強み・能力を目標につなげる
- ・チームの成果が組織の成果（病院の理念）に結びつく

40

チーム医療成立の課題

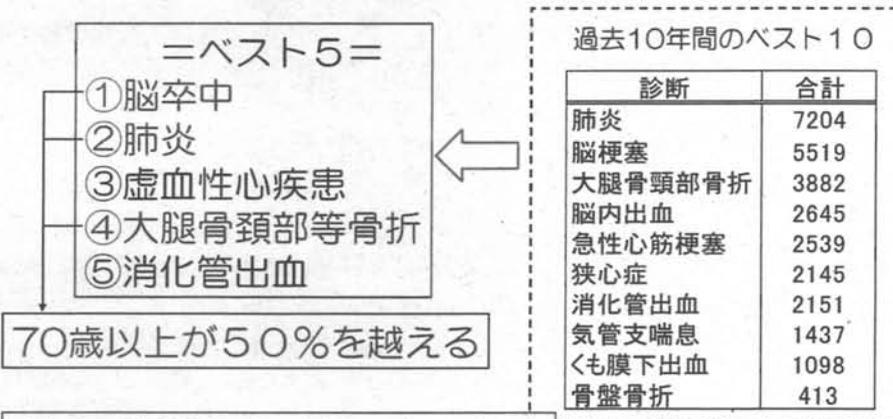
セラピスト (PT、OT、ST)、SWの病棟専従化を!

- 1) 如何にして多職種専門家集団を構築するか
 - ・人件費、雇用の問題 → 特殊部隊でしのぐ?
 - ・病院組織のあり方 (縦割り組織の弊害)
- 2) 情報の共有化 総定員法の弊害
 - ・コミュニケーション
 - ・電子カルテの活用
- 3) チームの質向上のための教育
 - ① 専門職としての知識・技術に関する縦の教育
 - ② チームの一員としての横の教育
 - ・他職種を知る教育から
 - チームリーダー、マネジャー教育まで

参考資料

地域医療の実情 長崎救急医療白書より

救急搬送の主たる原因疾患は?



救急搬送患者の多くは
高齢者の疾患である

米国の動き

高齢者急性期病棟 (ACE unit)

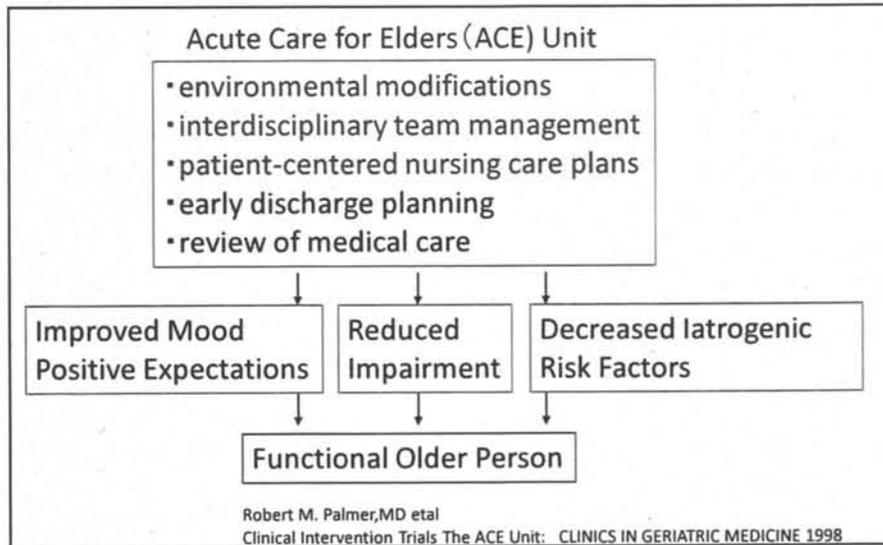
と
チーム医療

Robert M. Palmer, MD et al

Clinical Intervention Trials The ACE Unit:

CLINICS IN GERIATRIC MEDICINE 1998

高齢者専用急性期病棟という考え方

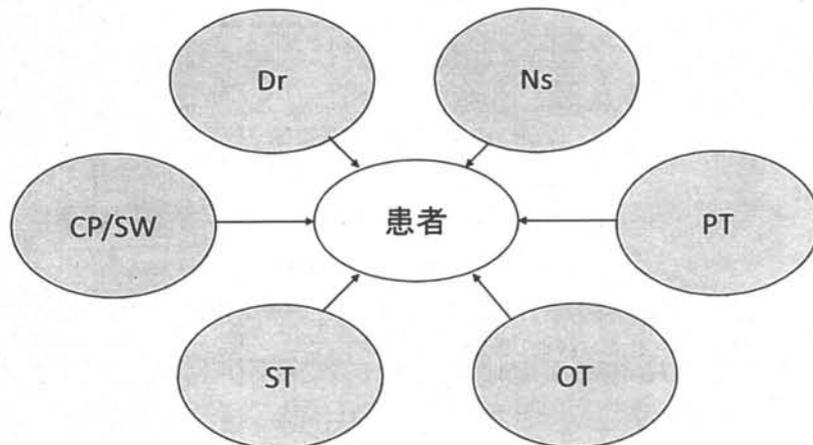


Stroke Unit Kyle R. Allen, DO et al: JAGS 51:1660-1667, 2003

教科書的チームモデル

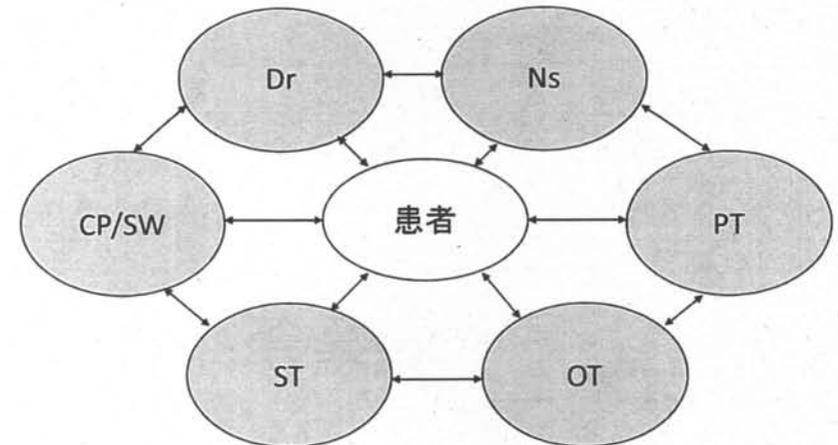
ACE unit : Counsell SR, et al
J Am Geriatr Soc 48:1572-1581, 2000

multidisciplinary team



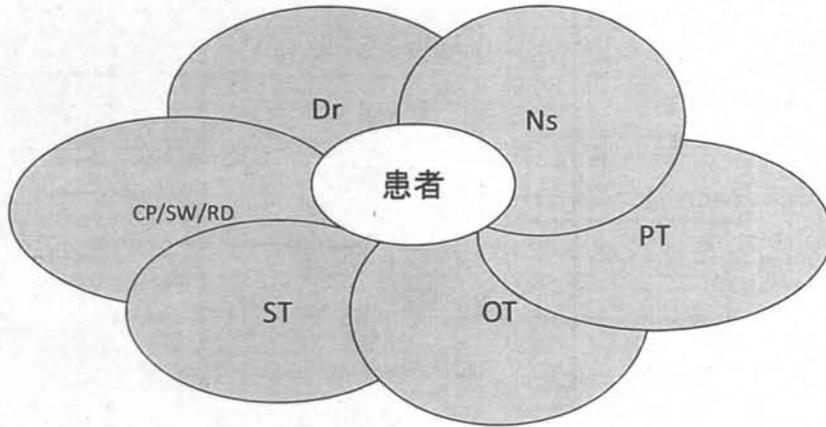
- それぞれの職種が専門的視点に立ってプログラムを設定するが、
- 包括的なプランにするための協業は行わずに、個別に関わる
- よってそれぞれの関わりには責任を持つが、
- チームとして関わった結果についての責任を持たない

interdisciplinary team



- それぞれの職種は互いに意思の疎通を図り、
他職種の専門性や能力を信頼する。
- 同じ目標に向かって協業する。
- 各専門職はチームとして関わった結果に責任を持つ。

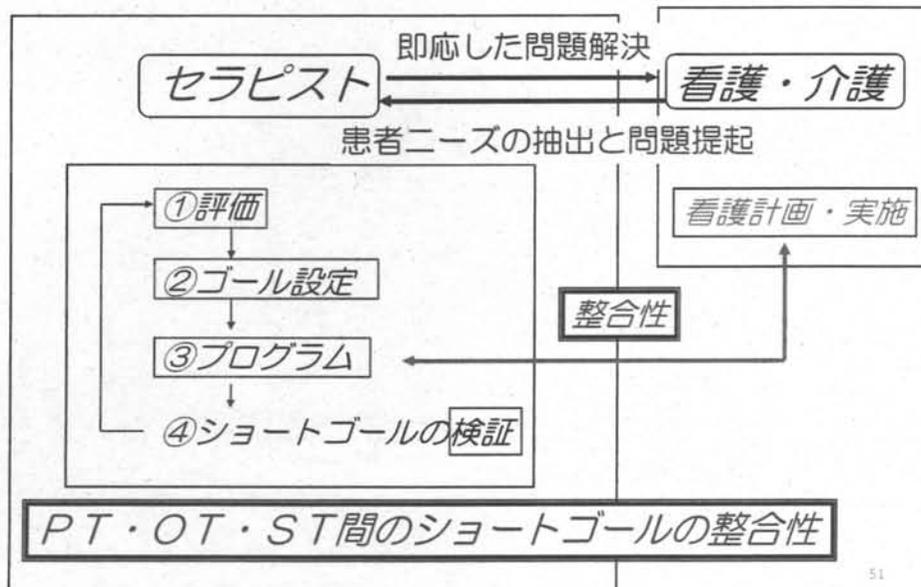
transdisciplinary team



・それぞれの職種は互いに意思の疎通を図り、
自己の専門領域を超え、できることは積極的に
カバーしあいながら協業する。

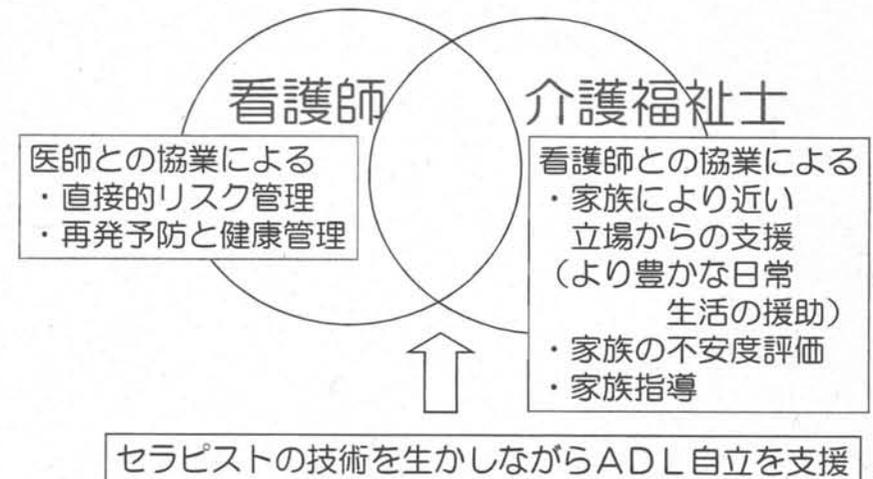
協働の課題 (回復期)

協業のあり方 (セラピストと看護)



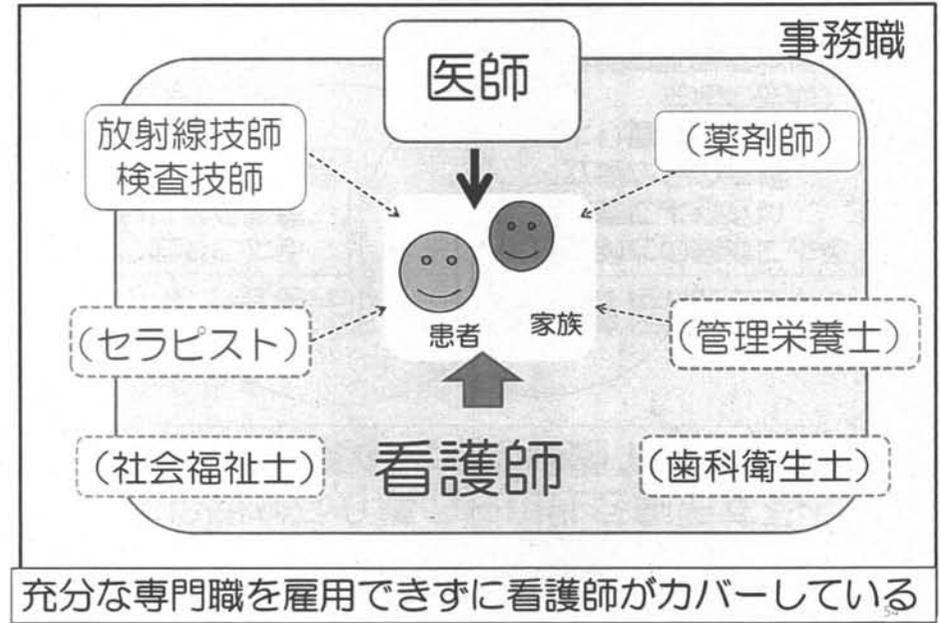
協業のあり方 (看護師と介護福祉士)

より豊かな介護の独自性を創造する
＝今後の大きな課題？＝

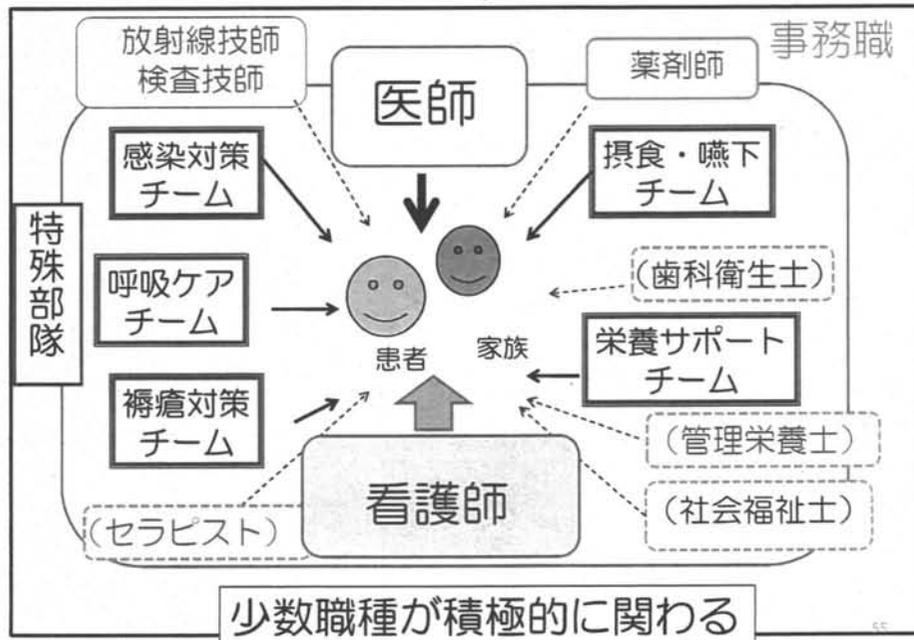


病院規模による変化

地方の中小病院（従来型）



地方の中小病院（特殊部隊型）



主な医療専門職と根拠となる身分法

専門職	身分法	免許者
医師	医師法	厚生労働大臣
歯科医師	歯科医師法	厚生労働大臣
薬剤師	薬剤師法	厚生労働大臣
保健師	保健師助産師看護師法	厚生労働大臣
助産師		厚生労働大臣
看護師		厚生労働大臣
准看護師		都道府県知事
臨床検査技師	臨床検査技師法	厚生労働大臣
診療放射線技師	診療放射線技師法	厚生労働大臣
理学療法士	理学療法士及び作業療法士法	厚生労働大臣
作業療法士		厚生労働大臣
視能訓練士	視能訓練士法	厚生労働大臣
臨床工学技士	臨床工学技士法	厚生労働大臣
言語聴覚士	言語聴覚士法	厚生労働大臣
管理栄養士	栄養士法	厚生労働大臣
栄養士		都道府県知事

専門看護分野	
1	がん看護
2	精神看護
3	地域看護
4	老人看護
5	小児看護
6	母性看護
7	慢性疾患看護
8	急性・重症患者看護
9	感染症看護
10	家族支援

認定看護分野	
1	救急看護
2	摂食・嚥下障害看護
3	認知症看護
4	脳卒中リハビリテーション看護
5	訪問看護
6	がん化学療法看護
7	がん性疼痛看護
8	感染管理
9	集中ケア
10	手術看護
11	不妊症看護
12	がん放射線療法看護
13	緩和ケア
14	小児救急看護
15	新生児集中ケア
16	透析看護
17	糖尿病看護
18	乳がん看護
19	皮膚・排泄ケア

チーム医療推進方策検討 WG

提出資料

社会医療法人禎心会 理事長
全日本病院協会 病院のあり方委員会委員長
徳田 禎久

チーム医療を推進するにあたって

I. 一般的な事項

医師・看護師等の不足、過剰労働問題から、それぞれの肩代わりをさせるといふ趣旨のチーム医療の議論は不毛である（*1）。それぞれの職種が充足すれば不要ということになりかねない。

チーム医療推進の目的は、専門職種間の業務分担を見直し、あたかも辻褃を合わせるように数的に人員の充足を図るものではなく、職種間の有機的な連携を図ることにより医療の質的な改善を図るものである。それを妨げる要因、例えば職種別に行われ相互に整合が必ずしも取れていない教育プログラム、職種間の伝達システム、責任体制のあり方等については積極的に検討・改善が図られるべきものとする。

「チーム医療」では、多様な医療スタッフが関与するものであるから、急性期から慢性期、在宅医療まで実例に基づいて現時点でのモデルケースを設定し、全国の医療機関において可能となる施策を国の主導のもとに考える一方で、当面各施設では利用可能な人的資源から、可能な取り組みを行うことが求められる。今後、国の施策として以下の取り組みが必須と考える。

- 1、モデルケースからチーム医療を担う各職種の必要数を二次医療圏別に算出し適正配備の方法を確立する。
- 2、一定の医療機関への各職種の充足がはかれるまでは、看護業務実態調査に示された医師が任されると判断して実態として看護師に指示していた行為に関して、それを禁止するような厳格な対応はしない。現状での包括的指示内容の厳格化は、看護師の採用がままならない地方などでは医師の明らかな負担増をまねく可能性がある。

現状では、チーム医療の推進と言う大きなテーマを隠れ蓑に、特定看護師に関する議論のみが重点的に進んでいることを危惧する。

厚労省による看護業務実態調査は、目的が特定看護師（診療補助に含まれないものと理解されてきた一定の医行為を行う一日看協）という新しい職種の養成を意図したものであるが、大学病院等 500 床超大型病院を中心とした調査であり、かつ回収率 16.9%にとどまっており回答内容の代表性が担保されておら

ず、看護範囲の拡大に関心のある医師・看護師に偏った回答の可能性も指摘されている。同様の調査が日医により行われているが 200 床未満約 7 割の回答では、結果は大きく異なっていた。

どちらがより広く医療現場の認識を正確に反映しているのかの判断は別として、チーム医療は、医師と看護師だけではなく、医療法（*2）でも明示されているように、薬剤師等の他の職種も含めて検討するべきものである。

レベルの高い特定看護師の養成を行うことを否定しないが、特定看護師がいなければチーム医療は推進されないのか（*3）？

チーム医療の推進が看護師のみによって達成されることではないことは、前回の WG での各職種を代表する方の発言でも明らかである。

特定看護師養成を進めるのなら、各職種の業務見直しも同時に行うために各職種のレベルアップの必要性も同時に検討するのが筋であり、そのための各種業務調査は不可欠である。特定看護師の業務とされる内容との対比で考えるなら、教育年限・専門性から考えて、薬剤師の薬剤選択・変更に関する業務拡大は最重要課題と考えるし、特別〇〇〇という他の職種の創設も同時に検討すべきであろう。

* 1 「チーム医療推進のための看護業務検討WG」 提出資料より

大分県立看護科学大学看護学研究科

老年領域の特定看護師（仮称）養成

老年領域の特定看護師の到達目標

例) 高血圧症、糖尿病、COPDなどの慢性疾患／発熱、咳、下痢などの症状を持つ患者に対して、包括的健康アセスメント（初期診察や一般的な検査）医療的処置マネジメント（医療処置、必要な場合には薬剤の選択、使用）

⇒プライマリケアを提供できる看護職

⇒医師の過剰労働の解消・労働環境の改善／看護師のキャリアアップ

* 2 医療法第1条の2

第1条の2 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

* 3 「チーム医療推進のための看護業務検討WG」提出資料より

特定看護師養成調査試行事業課程の説明の中で、日看協は、「チーム医療の推進に関する検討会報告書で提言された特定看護師という新たな枠組みは、チーム医療を促進し、必要な医療を、必要なタイミングで提供することが出来る」と考えている。

⇒現時点での特定看護師の養成には明確に反対する。看護教育の見直しの中で全体の底上げを図り、現場の医師が多くの看護師に包括的指示を出せるようにすることこそ重要と考える。

⇔大学病院や都市部の大型病院ではトレーニングに出せるが、中小病院特に地方の施設では優秀な看護師を長期に出張させることは、物理的に無理である。

⇔地方における看護師不足対策をしないまま進められる取り組みは、都市部と地方の格差を拡大するものであり、地方の医療崩壊を知らない、あるいは無視する職能団体、看護大学あるいは大学病院等のエゴといってもよい。(別紙1)

⇒チーム医療推進のためには、現在ほとんどの施設で行われているチーム医療における課題を取り上げ、看護師以外の職種に対するキャリアアップも図り、質の高いものとするのが重要と考える。

病態毎、病期毎に最適なチームの構成を考える必要があり、その場合、在宅医療などでチームの中心が医師でないことも想定される。

II. 運用上の問題点

「包括的指示」に基づく医行為を、医師以外の医療職に許すことは、極めて慎重であるべきである。「包括的指示」といえども、限定的な内容と限定的な状況に限る必要がある。

⇔包括指示の結果は、指示した医師に責任があるからである。

—処方、処置などは、適切な診断とそれに基づいた治療方針によらなければならないが、疾患の経過は、個人個人異なり、また変化するため、患者の全身状態や症状の重篤度など総合判断のもとに行われているものである。たとえば、看護師にある行為が指示されたとしても、これは看護師であれば一律に当該行為を行うことが可能であることを意味するものではない。看護業務実態調査の中で、現状でも種々の医師の業務とされる行為が行われていたことが判明したが、それぞれの施設で担当の医師が指示した看護師の技量を判断して認めているはずである。

医師以外の医療職の業務は、今後も医師の指示あるいは監督のもとに、限定的とする必要がある。

「包括的指示」に関して確立された要件がないこと、「一定の医行為(*4)の範囲」についても示されていないことを問題視する意見があるが、医療の内容は時間と共に変わるので、医療とは何か、医行為とは何かを、具体的に明記

することは適切ではない。むしろ現在、医療のみならず介護との連携の中で、チームとして何が行われているのかの検証と、より効果的効率的なチーム医療の推進には業務範囲をどう見直すべきかという議論こそが重要であろう。

- * 4 医行為は「医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、または危害を及ぼすおそれのある行為」とされる

「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」（平成 17 年 7 月 26 日 厚労省医政局長通知）

患者を医療チームの一員と捉える議論があるが、患者は医療の対象であり業務を遂行するのは一義的には医療従事者であること、問題が生じた場合、患者の参加により責任の所在が不明確になる可能性があることなどから、患者の協力を求めることを否定はしないが、患者の協力を前提とすることは危惧する。患者の協力が得られないことは、良質の医療提供を行うことができない理由にはならないからである。報告書の「…各々の専門性を前提に…」という文言との整合性も問われるであろう。

Ⅲ. 法律上の問題点（各職種の業務範囲等）

医師法、その他の、職能ごとの身分法を順守すべきである。

特定看護師の議論も、包括的指示の中で限定的にすれば、現法で可能である。

例) 救命救急上 除細動の実施

看護師 静脈注射 薬剤の投与量の調節

⇔特別な免許を付与したときには、これまで医師が任せられると判断し看護師に指示していた行為が不可能となり、先にも述べたように、特定看護師のいない、あるいは養成が物理的に難しい中小病院や地方の施設では、かえって医師の業務負担が増えることが予測される。

—どうしても権利を主張するのなら自ら責任をとる制度にすべきである。

Ⅳ. 保険診療上の問題点（コストに見合わない等）

多職種、多部署で連携して実施している医療行為の原価の保証が必要である。

—栄養サポートチーム、呼吸サポートチーム、糖尿病チーム、創傷ケアチーム、化学療法チーム、緩和ケアチーム、連携パスチーム、在宅医療チーム等

V. 全日病におけるチーム医療に関連する議論と病期別医療チームのモデル

1. 全日病の取り組み

- ① 具体的に進めるため業務の見直しに関する予備調査を実施。
抽出した 76 業務について、現在の職種と将来担うべき職種を調査
(一般・ケアミックス・療養別病床区分 事務部管理者・看護部管理者別)
2009 年 8 月

- ・ 諸書類作成に関する項目
- ・ 入退院に関連する諸業務
(入退院予約・調整、案内、指示・指示受け、診療録管理、地域連携、救急ホットライン対応等)
- ・ 治療行為に関する項目
(褥瘡・吸引処置、口腔ケア、膀胱カテーテル・胃管挿入、静脈採血・注射、輸血、点滴準備、内服配薬・チェック、混注業務、食事介助、おむつ交換、トイレ誘導、患者搬送、入浴・足浴、説明・指導等)
- ・ 間接サポート体制に関する項目
(死後処置、ベッドメイキング・リネン交換、機器点検、物品管理、検体搬送、整理整頓清掃・後片付け業務、ごみ処理等)

⇒依然看護師は、間接業務しかも補助業務以外の業務も担当していた。

将来的に行うべき業務に関しては、看護師の本来業務と思われるもの(吸引処置・口腔ケア、輸血・静脈採血・輸液管理、食事介助・経管栄養管理、死後処置等)についても他の職種への移行を希望する傾向が強かった(別紙2-6)

⇒看護師が望む本来業務の調査が必要

- ② 全日病学会2009年 病院のあり方委員会企画シンポジウム
「病院における各職種の業務範囲のあり方と役割分担」での議論

- ・ 業務分担の考え方と練馬総合病院の取り組み—急性期型病院として一病棟業務の分担化(別紙7)
治療チームの存在(別紙8)

⇒すでにチーム医療は行われており可能な限りの分担と連携は行われている。重要なことは、業務フローを見える化し質の向上を図ること(別紙9)である。

- ・チーム医療の実践による質の向上・効率化
 - －脳・神経疾患専門病院(ケアミックス型病院)として－美原記念病院
病棟に病床規模に比して一定数以上のコメディカルスタッフ(薬剤師
リハビリ 栄養士 MSW)が専任で配置
 - ⇒「チーム医療の実践が、個々の職種がその専門性に基づいた業務に特化
することが可能となり医療の質と効率性の向上につながる」ことを、褥
瘡対応、経口摂取、薬剤管理、リハビリテーション、未集金対策で実証
(別紙10-14参照)
 - ⇒診療報酬上で評価されるべきである。
- ・チーム医療と業務分掌 慢性期医療の立場から 一永生病院
慢性期医療におけるチーム医療の取り組み (別紙15)
⇒慢性期でもチーム医療は常識的に実践されている。

2. 当院の医療チームと脳卒中を例にした病期別医療チーム

禎心会病院における医療チーム (別紙 16)
 (脳外科中心 医師 16 看護師 104 病棟薬剤師 6 リハビリ職 28 管理栄
 養士 2 等 病床稼動 100 在院日数 17 DPC 7:1)

脳卒中医療チーム (急性期・回復期・慢性期・在宅) (別紙 17-20)
 今や医師・看護師が中心ではなく、多種多様な職種の有機的連携がチ
 ム医療を支えている。

VI. チーム医療推進方策検討WGの今後の進め方に関する提案

チーム医療の推進に関する検討会では、委員が限定されていたせいもあり看
 護師の業務拡大が主眼となっている。また、その後スタッフ間の連携・補完を一
 層進めるとして、看護師以外の職種に関する業務拡大の内容が医政局長通知(*
 5)として出されたが、前回の当WGでの各種職能団体を代表し医療現場で実践
 している方の要望内容とは合致しない部分もある

そこで、

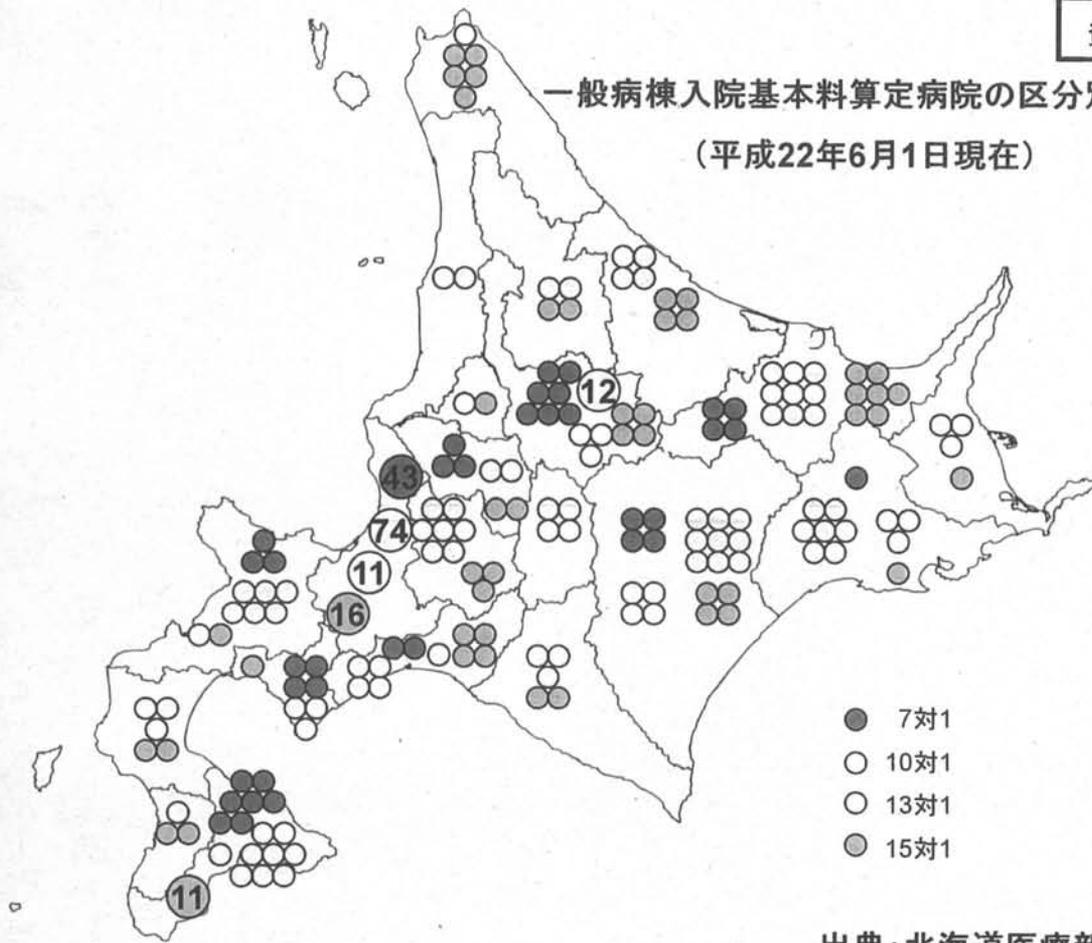
1. 各職種にわたる業務実態調査が時間的に無理とすれば、各種職能団体、
各学会等から各職種の業務実態報告を受ける
2. 急性期から亜急性期・回復期・慢性期および在宅医療における各種医療チ
ームとその活動に関する情報を広く収集検討し、それらのモデルを示す

3. 各チームの業務フローを「見える化」して検討し、質の高い効果的効率的活動の指針を示す

- * 5 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進」（平成 22 年 4 月 30 日厚
労省医政局長通知）
 - ・薬剤師：薬剤選択等に関する積極的な処方提案 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更提案
 - ・リハビリテーション関係職種：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による喀痰等の吸引 作業療法士の業務範囲の明確化
 - ・管理栄養士：医師の包括的な指導の下、一般職に内容・形態の決定等 特別治療食の内容・形態の提案 経腸栄養剤の種類を選択・変更の提案
 - ・臨床工学士：喀痰等の吸引 動脈留置カテーテルからの採血
 - ・診療放射線技師：画像診断における読影の補助 放射線検査等に関する説明・相談
 - ・その他：その他の医療スタッフの積極的な活用 MSW や診療情報管理士等の積極的な活用 医療クラーク等の事務職員の積極的な活用

一般病棟入院基本料算定病院の区分別件数

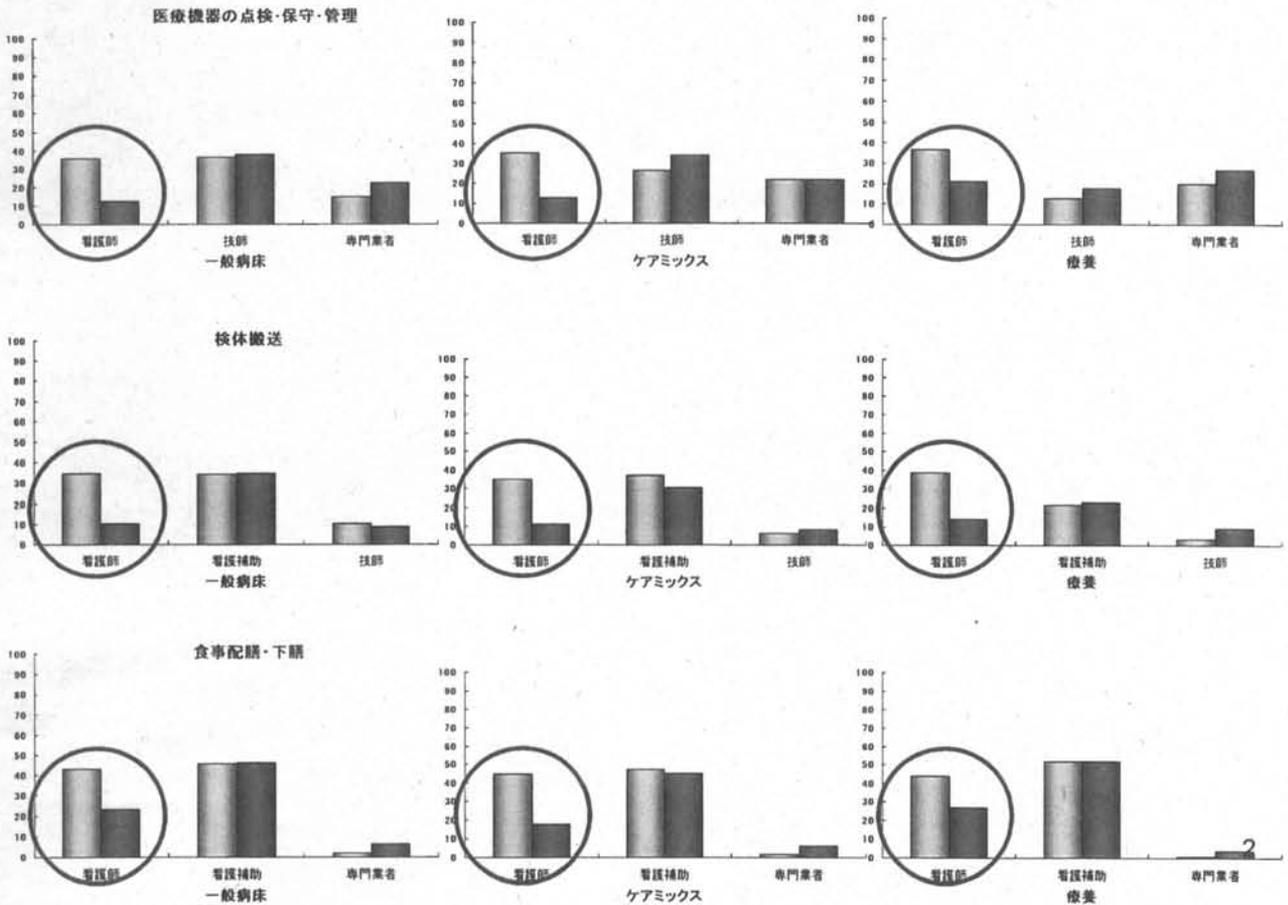
(平成22年6月1日現在)

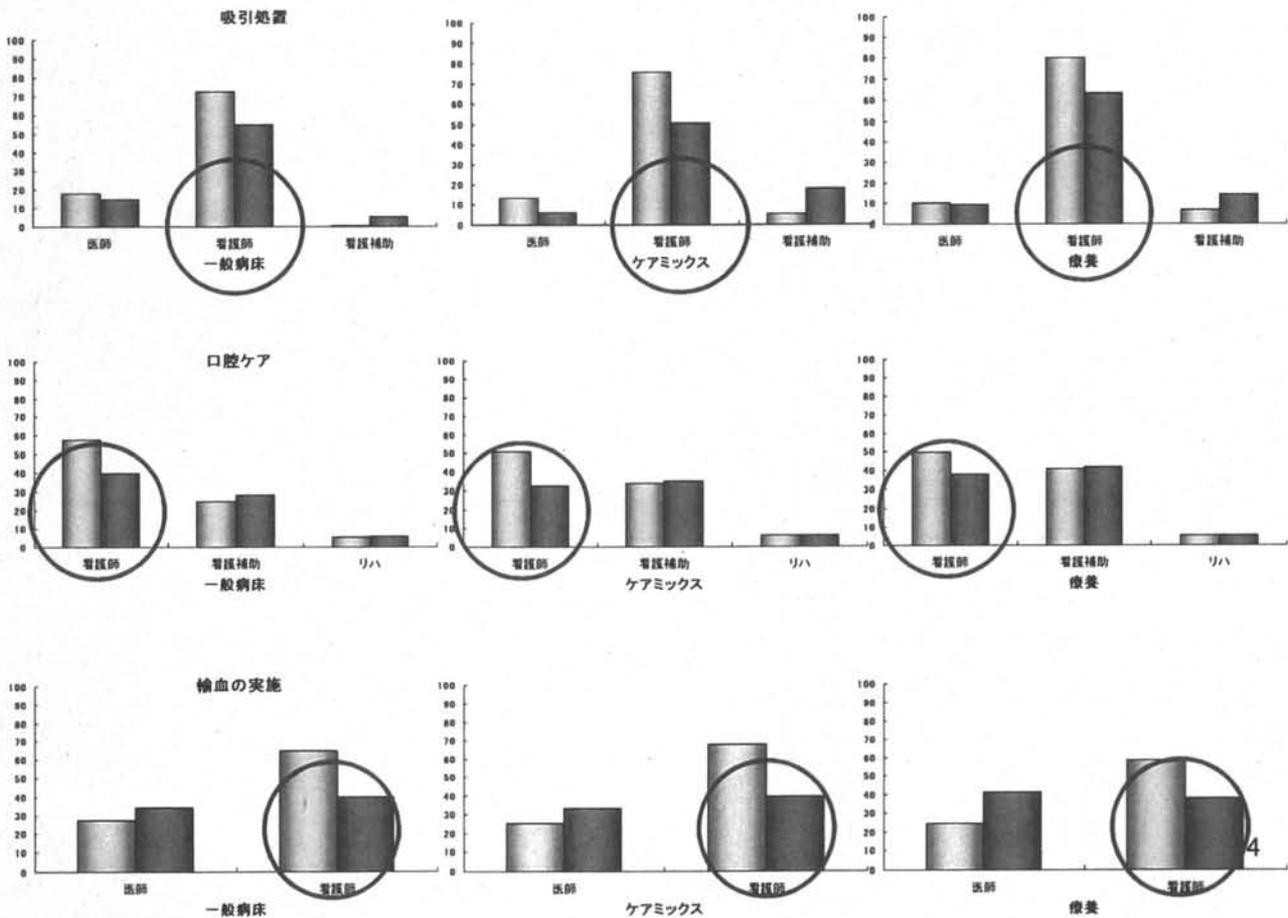
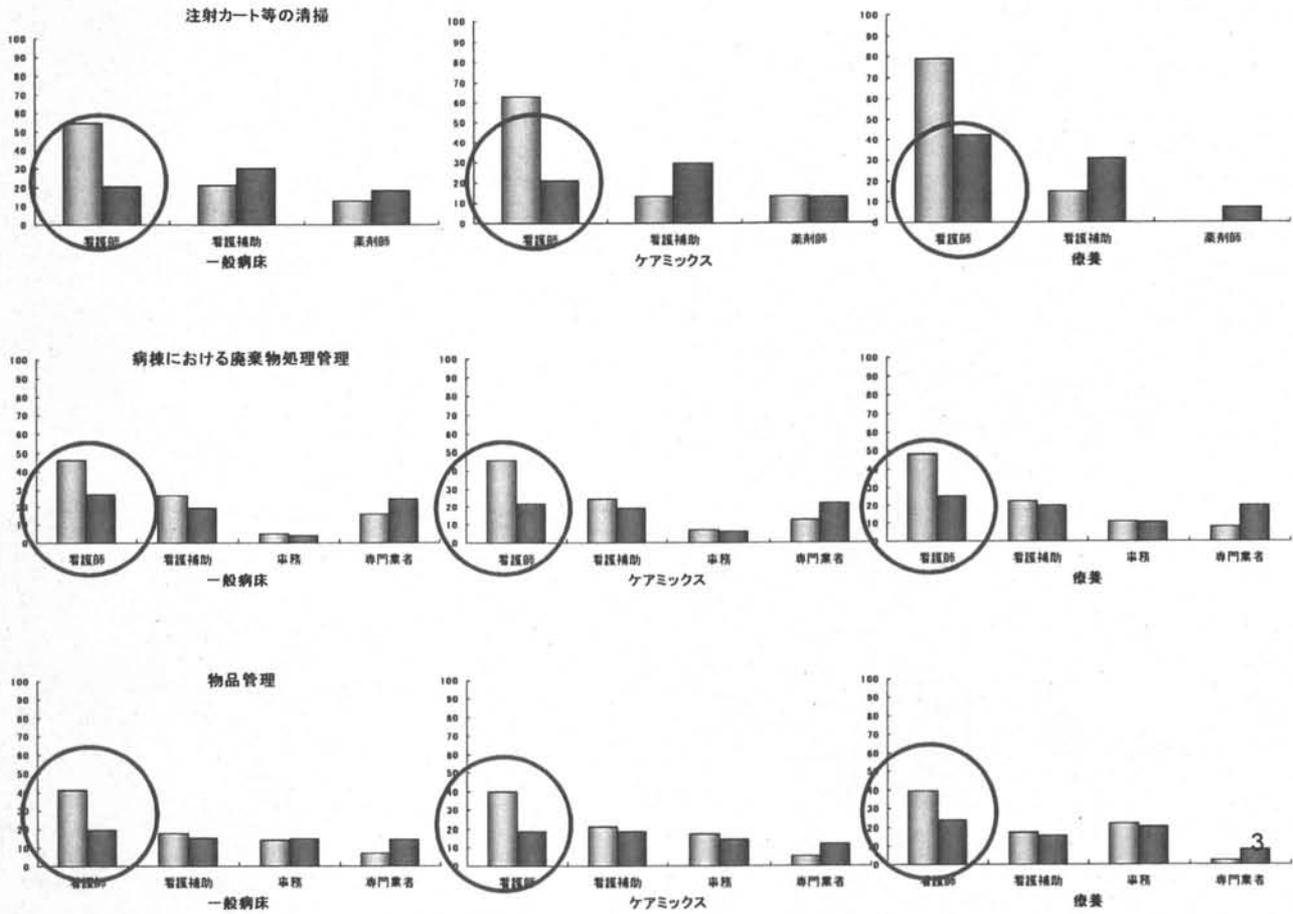


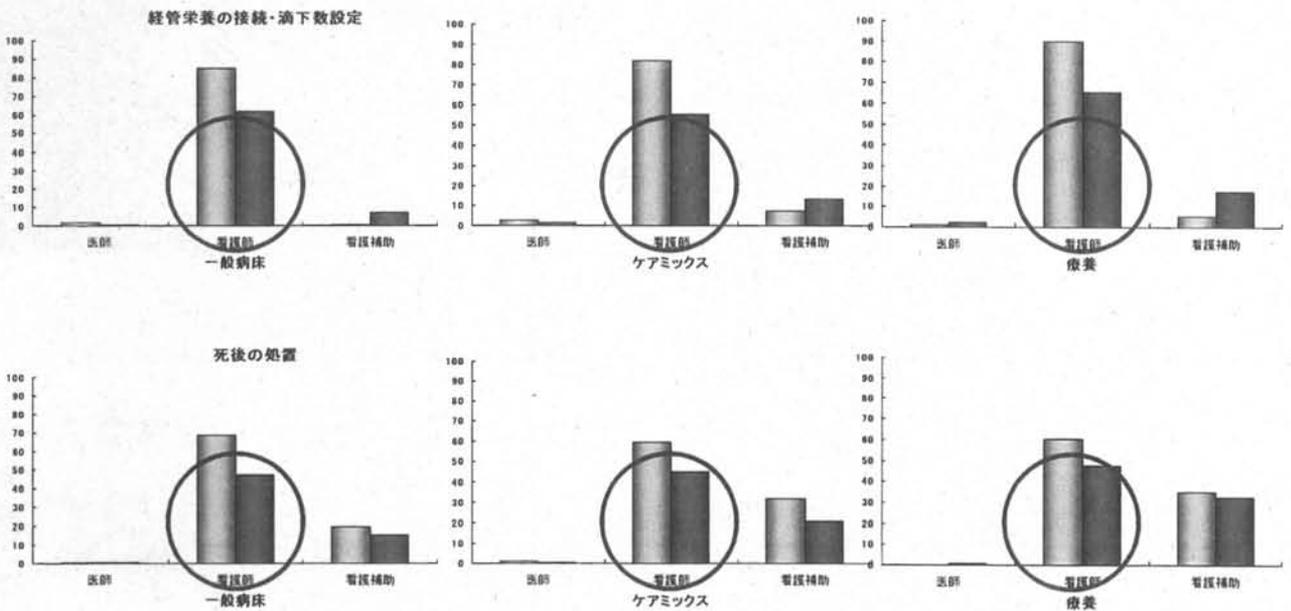
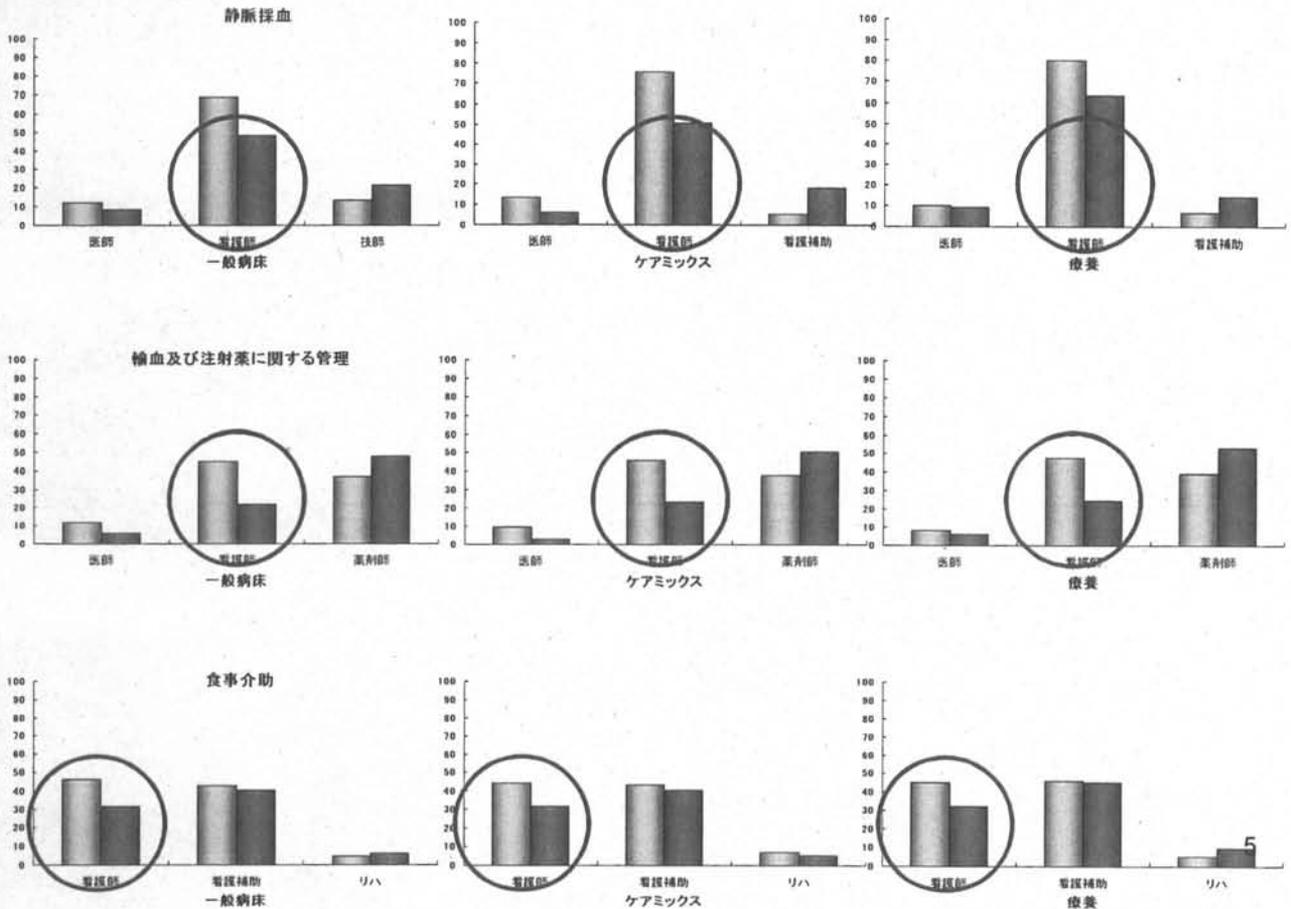
出典:北海道医療新聞社

業務分担アンケート集計結果

看護師の広範な業務に関する結果 1







病棟業務

—業務分担—

- 検査技師 : 採血、採血管準備、**DM療養指導**、安全、感染対策、**NST**
- 薬剤師 : 服薬指導、抗がん剤調整、感染対策、安全
- 栄養士 : 摂食・嗜好調査、**NST**、**DM療養指導**
- **PT** : リハビリ、**DM療養指導**、呼吸療法チーム
- 事務 : クラーク業務、医師事務補助、医事業務、安全
- **MSW** : 退院調整、その他相談
- **ME** : **ME機器管理**、安全
- 施設課 : 施設・設備管理、環境整備、安全

練馬総合病院

治療チーム

糖尿病医療チーム

創傷ケアチーム

栄養支援チーム (**NST**)

呼吸療法支援チーム (**RST**)

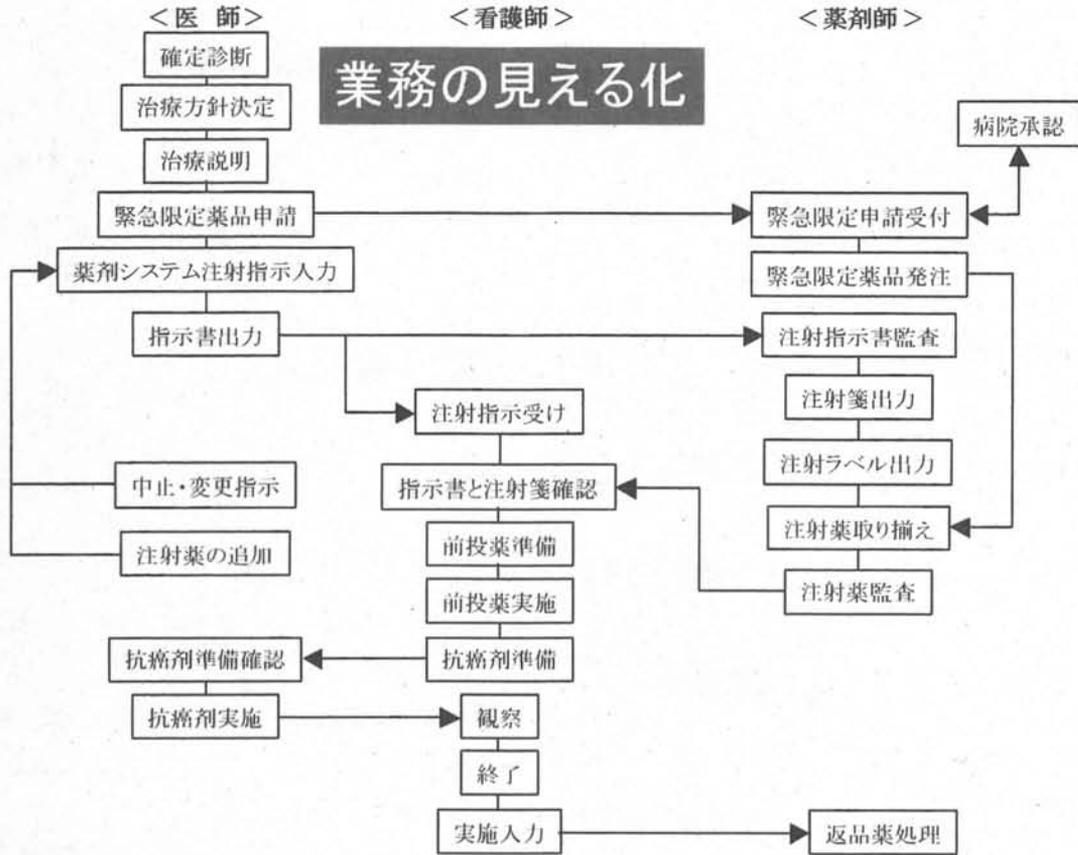
化学療法チーム

褥瘡チーム

感染管理チーム

練馬総合病院

抗がん剤の業務フロー



9

チーム医療の事例と効果1 褥瘡対応

入院

看護師

褥瘡発生リスクを随時評価

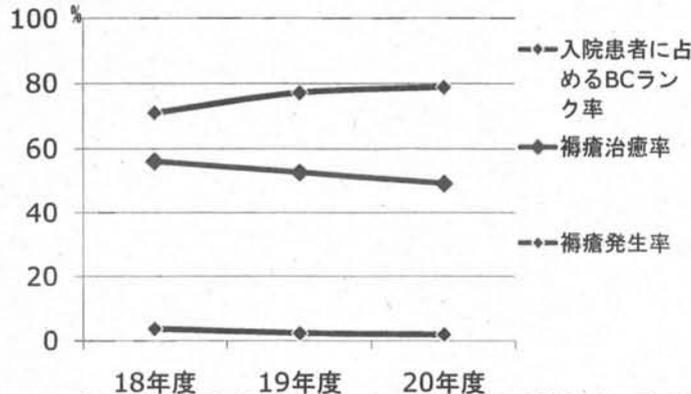
医師 看護師 薬剤師

ベッドサイドにて薬剤の選択
および治療方針の決定

看護師 リハビリ

高リスク患者に対し積極的な体位変換の実施

褥瘡発生状況



高リスク患者が多い中で発生率は低く、治療率は良好

10

チーム医療の事例と効果2 経口摂取

入院

看護師

嚥下機能の評価

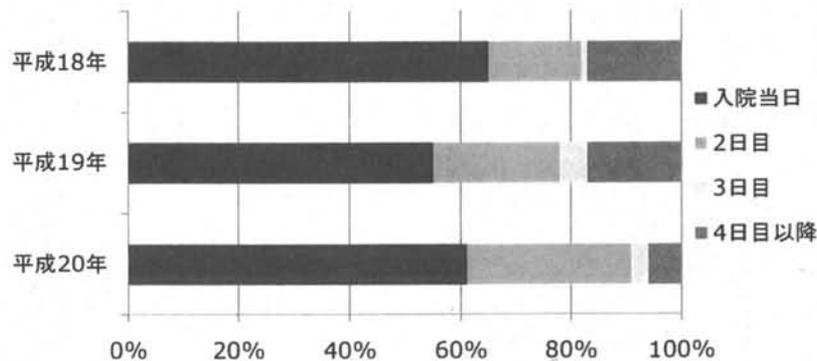
医師 看護師 栄養士 薬剤師 リハビリ

NSTチームにて対応方針の決定

看護師 栄養士 リハビリ

食形態・投与時間の調整
嚥下訓練

経口摂取開始のタイミング



入院3日以内での開始割合は明らかに上昇

11

脳血管研究所美原記念病院

チーム医療の事例と効果3 薬剤管理

入院

医師 薬剤師

薬物療法の検討

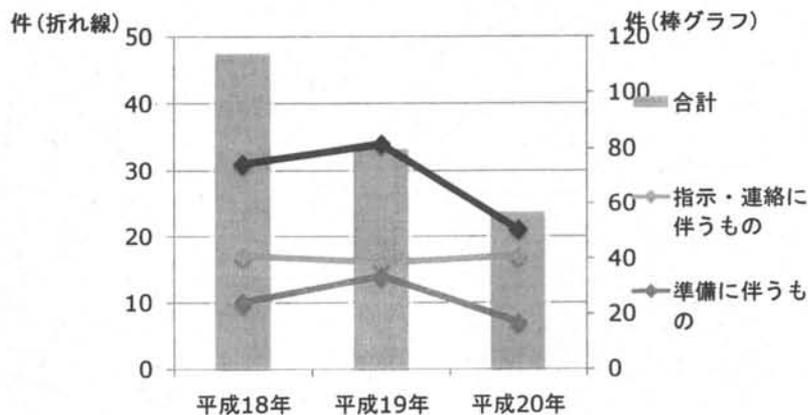
薬剤師

サテライトファーマシーでの混注
(適切な無菌操作と配合変化等の確認)

看護師 薬剤師 医師

点滴投与時の注意事項の確認

薬剤に係わるインシデント報告件数



薬剤師の病棟配置 (サテライトファーマシー)により薬剤投与に係わるヒヤリハット事例が大きく減少

12

脳血管研究所美原記念病院

チーム医療の事例と効果4 リハビリテーション

入院

医師 リハビリ

適応の確認

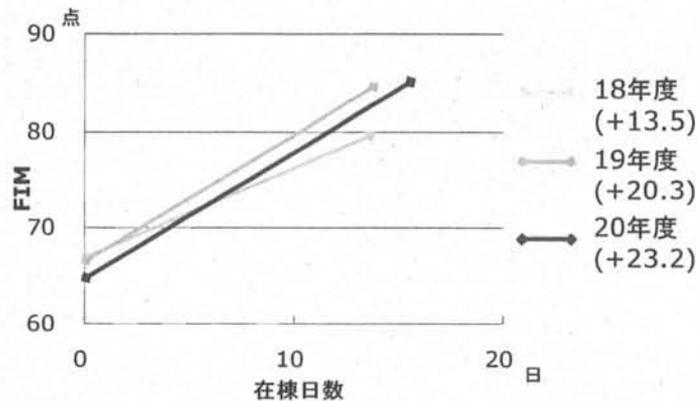
リハビリ 看護師

看護師の観察下にて超早期からのリハビリを実施

看護師 リハビリ

日常生活援助にリハビリ的看護ケアを導入

脳卒中患者のリハ効果と在院日数



FIMの改善度合いは年ごとに上昇
(凡例カッコ内は入退院時のスコア差)

13

脳血管研究所美原記念病院

チーム医療の事例と効果5 未収金対策

入院

MSW 看護師 医師

入院時よりMSWが介入(病状説明への同席等)し
問題症例・疑い症例の選別

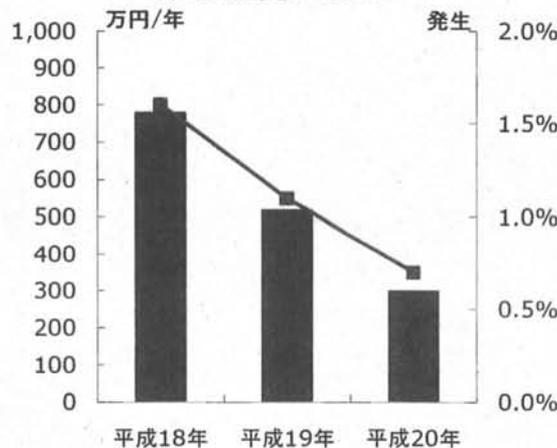
MSW 看護師

個別面談の実施 各種制度の説明

MSW 医事課

支払方法の確約 行政対応等

未収金発生状況



未収金額・発生率ともに著明に減少

14

脳血管研究所美原記念病院

慢性期医療における チーム医療の取り組み

院内：栄養サポートチーム、褥瘡対策
チーム、緩和ケアチーム

院外：在宅医療チーム（訪問診療、訪問
看護、訪問リハ、ホームヘルプ
サービス）

永生病院⁵

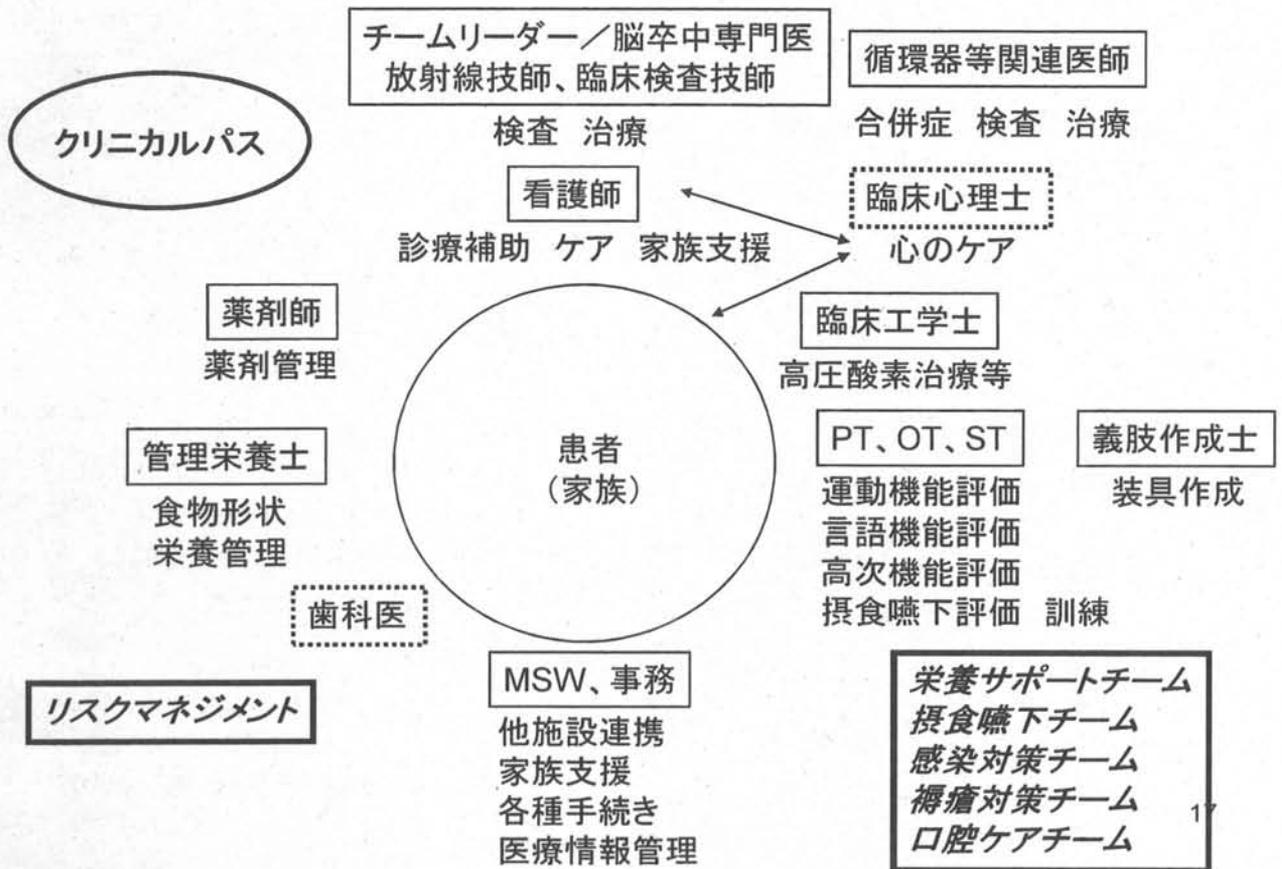
禎心会病院における医療チーム

脳外科中心 医師16 看護師104 病棟薬剤師6
リハビリ職28 管理栄養士2 等

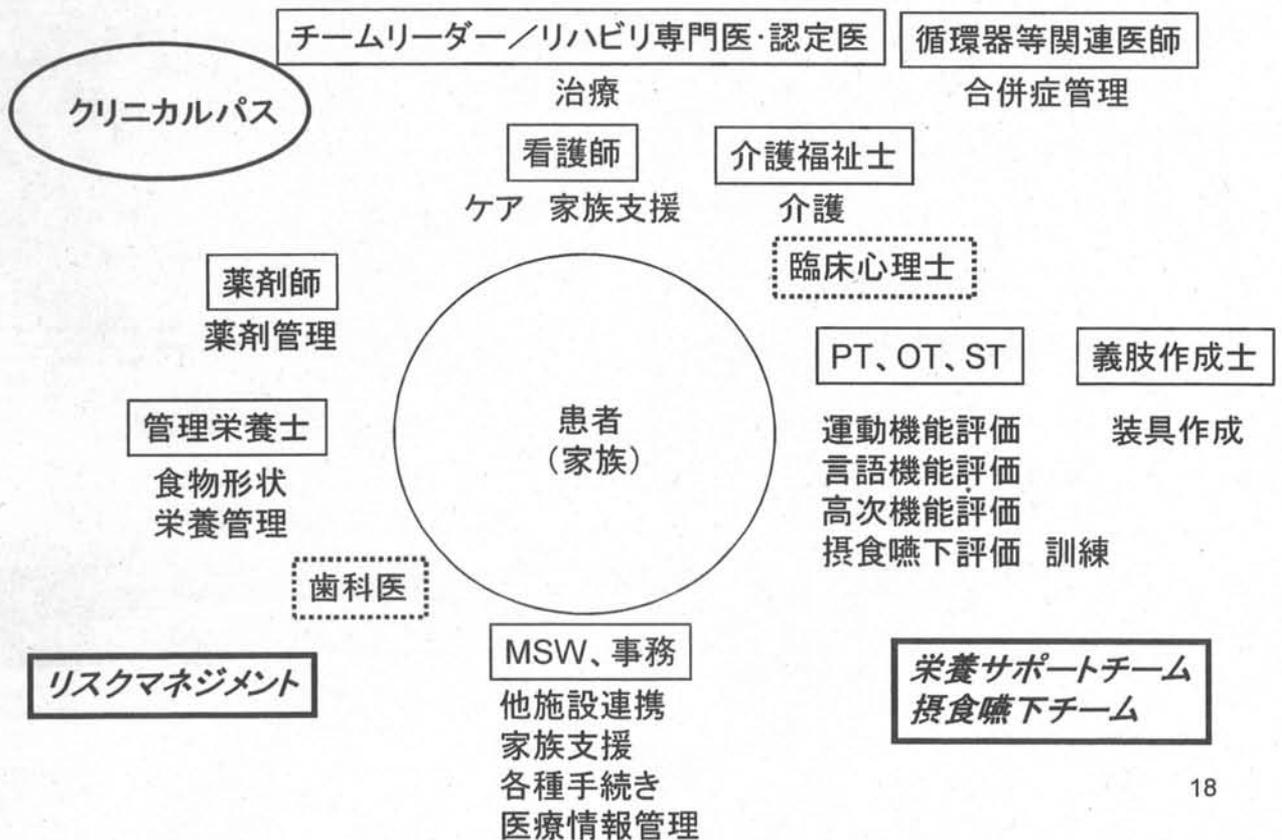
病床稼動100 在院日数17 DPC 7:1

- ・ 栄養サポートチーム（NST回診、カンファレンス）
医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、言語聴覚士、臨床
検査技師
- ・ 感染管理チーム
 - 1) 感染管理チーム（主に抗菌薬適正使用に関する事項）
医師、薬剤師、看護師（感染管理認定看護師含む）
 - 2) 感染対策推進チーム
薬剤師、看護師（感染管理認定看護師含む）、臨床検査
技師、リハビリ職員、臨床工学技師、栄養科、事務
- ・ 褥瘡対策チーム
医師、看護師（感染管理認定看護師含む）
- ・ ERAS（術後回復力強化）チーム 平成22年11月始動
医師、看護師、管理栄養士、診療情報課

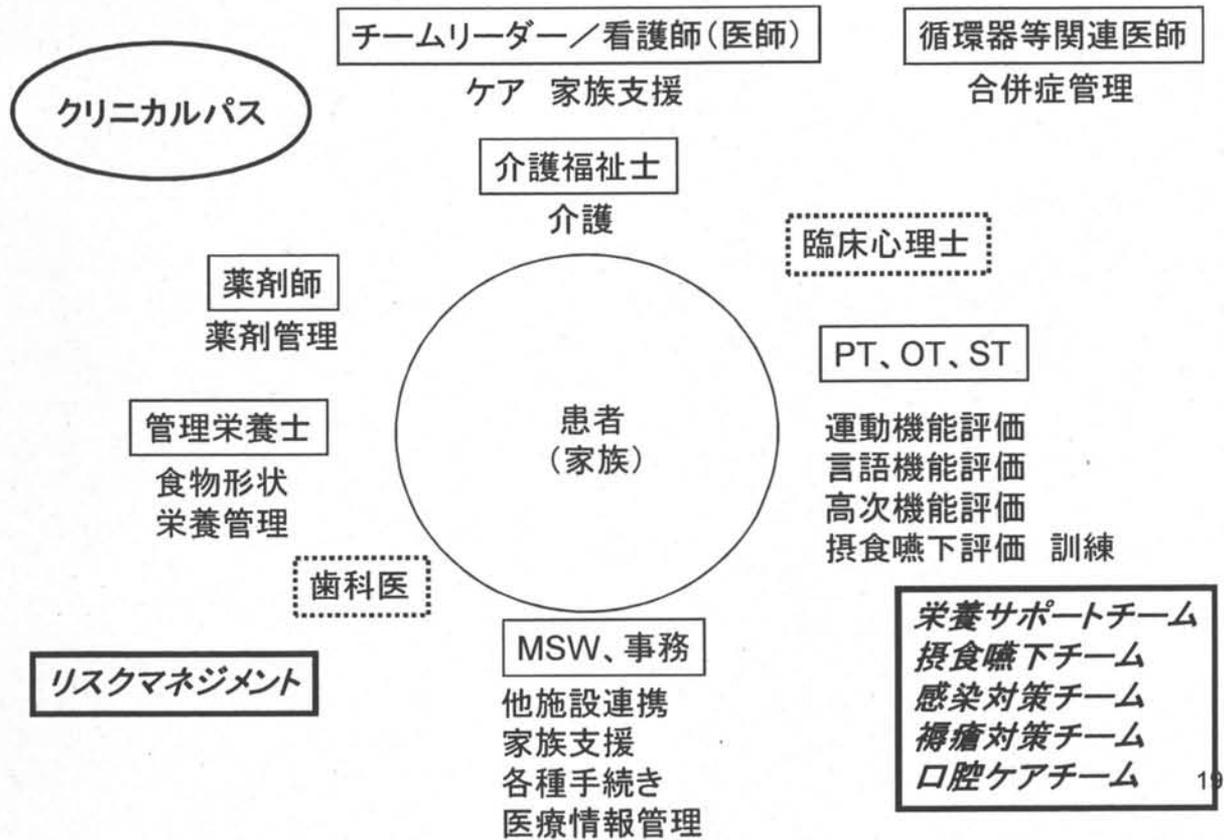
脳卒中急性期チーム医療



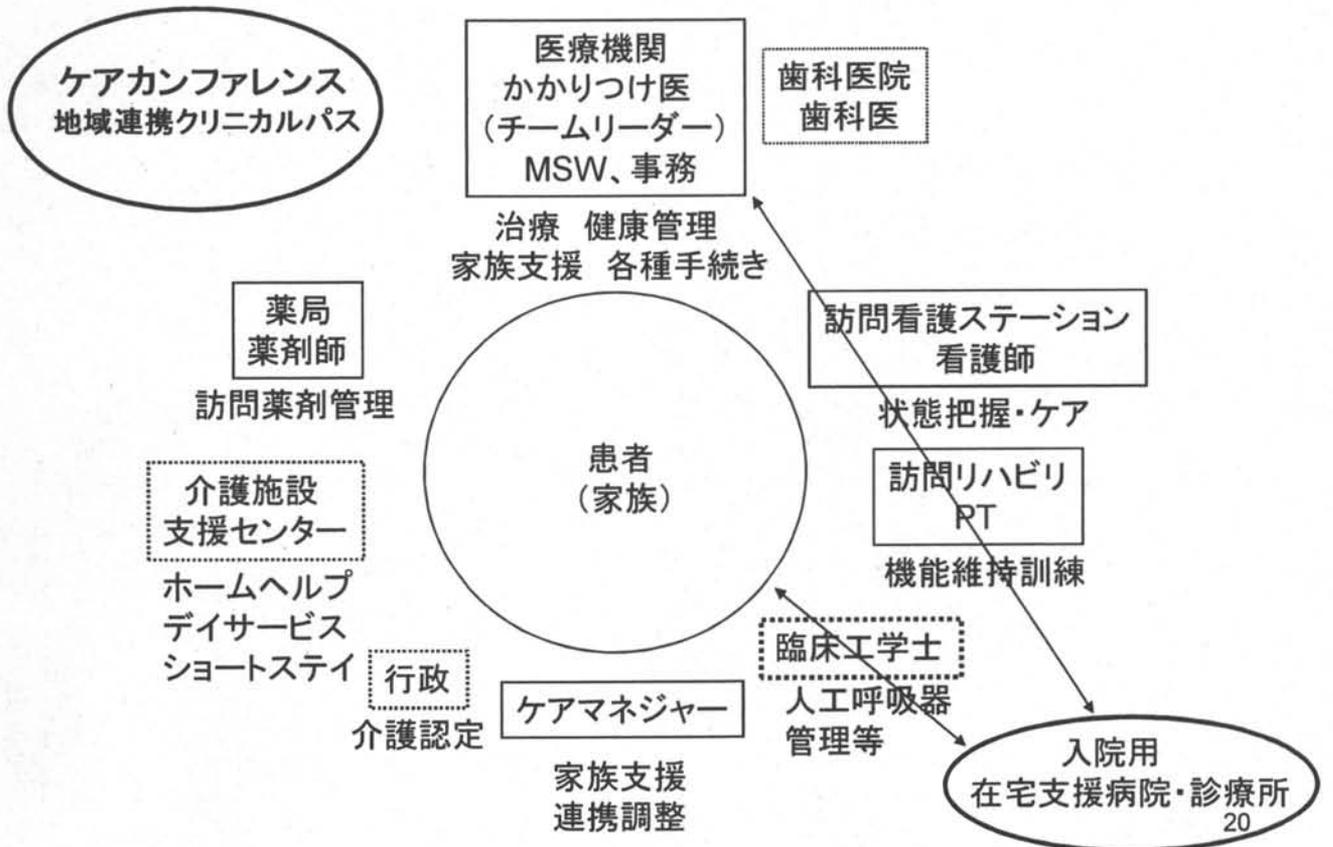
脳卒中回復期チーム医療



脳卒中慢性期チーム医療



在宅医療(地域医療)



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)

1. 病院と在宅のチームケアの相違

統合性、迅速性、効率性を重視したチーム医療が当たり前に行われている病院と違い、在宅の場合、チームケアは病院と同様に重要であるが、その在り方がいま厳しい形で問われている。

2. 在宅の難しさ

現代の在宅医療は、開業医が外来診療の片手間にやっていた、かつての医療とは、根本的に異なる。その理由は、

1) 福祉との連携という、かつて経験したことがないTeam workを医療者は求められる。

2) 関係する専門職が常時身近な場所にいない状況で、医療を提供しなければならない。

3) 在宅で提供する(あるいは対応しなければならない)医療サービスが高度化、専門化している。

4) 対象とする患者の病状が、必ずしも慢性化し、医療依存度が低いわけではない。

これらの問題は、医師を頂点としたHierarchy型のMulti-ではなく、医師しゅどうであってもInterdisciplinary型のTeam Approachで対応するのが適切と考えられ、いずれにしろ新しい時代にふさわしいTeamケアを確立する必要がある。

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

1) 患者の居宅が第3(病棟、外来、在宅)の医療の場として認知された。医療法の改定(1992)

2) * 医師でなければ、医業をなしてはならない(医師法17条)。

* 医師は、自ら診察しないで治療を…してはならない(同20条)

* 看護師…は、…医師又は歯科医師が行なうのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない(保助看法第37条)。

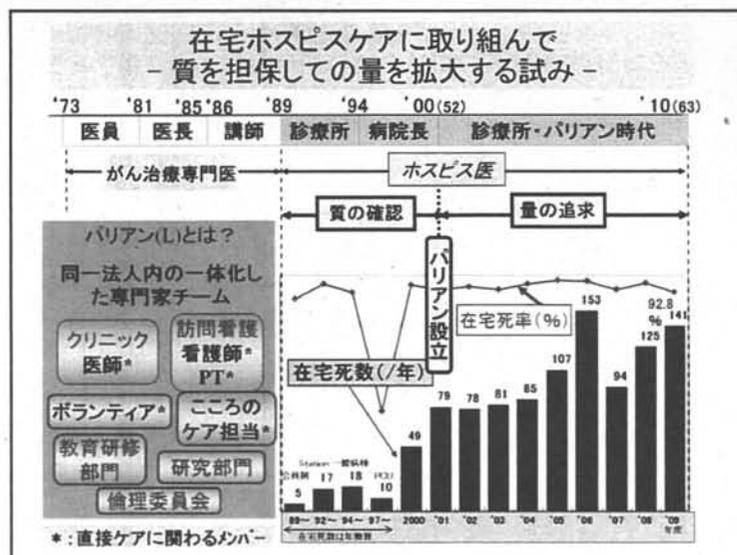
3) 1992年以前の医療は、医療機関という特殊な環境で行われてきた。医療者にとって福祉との連携はまったく新しい経験。福祉にとっても同様。

4) 在宅ケアは「高齢者のベストのQOL保障する」ための制度支援としてスタートしたので、そもそも急性期医療を必要とする患者(末期がん患者はまさにそうである)を在宅でケアするというコンセプトは当初なかった。

症状が安定し、医療依存度が低く、経過の長い患者を基本的に対象としているので(介護保険の英訳:Long Term Care Insurance)、痛みや呼吸苦などの様々な肉体的な苦痛を持ち、症状緩和のための医療が積極的に介入し、短い期間(平均2カ月未満)で、死という形で終了する末期がん患者の在宅医療を現行の制度枠組みの中で実施するには、無理がある。

5) 施策上の議論を行う場合、在宅医療は対象患者によって区別して考えなければならない。たとえば、在宅患者の分類として1.非がん患者(1A低医療依存度群、1B高度医療依存度群)、2.がん患者、3.その他(精神疾患患者、小児患者など)。

6) 在宅医療の在り方など、現場を知らないLeaderによってかじ取りがなされてきたので、在宅で行われる医療はおかしい方向に向いている。病院とのチームワークは重要であるが、生活支援を主とする在宅医療は、基本的に病院医療の延長ではない。



在宅ホスピスケアに携わるきっかけとなったのは、自身が結腸癌を患ったこと(39歳)。それ以来、ホスピス医としての歩みを経て現在にいたっている。

ホスピス医としての経歴は、在宅(まだ日本では在宅ホスピスという言葉もなかった時代)→病院(一般病棟→PCU)→在宅の順に経験した。得難い経歴だと思う。

この経験を通して得た結論は、「医療者サイドの条件さえ整えば、在宅でのホスピスケアは最高である」「ホスピスケアの原点とゴールは在宅にある」ということであった。

Pallium(ラテン語に由来)は、在宅ホスピスケアの専門チームであり、組織を作った目的は、「在宅ホスピスケアという高品質のホスピスケアを、どうしても一人でも多くの患者と家族に届けることができるか」を追い求めることにあった。

量の確保のためには、チームが一体化する必要があり、特に医師と看護師の緊密なチームケアは最も重要なポイントである。



2000年7月から活動を開始した「バリアン」は、米国の在宅ホスピスと組織上類似している。

バリアンを組織した目的は、より多くの末期がん患者に在宅ホスピスケアを提供するためには、どうしたらよいか、を実験的に模索し、一つの結論を得ることにあった。

結論は、医師看護師の一体化したチームでサービスを提供すること、そのために統合した理念とケアプログラムをチームが共有し、Real timeの情報共有をしながら緊密な連携をとり、信頼される24時間ケア、高度の医療を提供することにあった。

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

「在宅で行われる医療は、患者と家族との普通の生活、日常生活を支える医療である」。

1)これは在宅で行われる医療の哲学であるが、この最も基本的かつ重要な哲学を病院の医療者は理解していない。在宅の現場を経験したことがないからである。このような状況下で行われる病院と在宅とのチームワーク(いわゆる病診連携)は、歯車のかみ合わないことがしばしばある。

病院と在宅との統合性を保つためには、①医師・医学生特にかん治療に携わる医療者には、在宅ケアの実習を義務付ける、②その実習は、在宅緩和ケアを専門とする診療所などで受けることが重要。

2)現行の、在宅の現場を十分理解しないまま行われている病院主導の退院指導、退院前カンファ、パス、ネットワークづくりは、病院と在宅との連携、チームワークの上で多くの支障を帰宅することがあり(在宅移行Lagで説明)、より実のあるものとなるような、見直しが必要である。

3)パスの問題点：様々作成されている在宅移行パスは、末期がん患者の在宅緩和ケアにおけるTeam careの礎とはなっていない。

その理由は①緩和医療自体、EBMよりむしろ哲学を重視する分野の医療である。従って、一般化が難しい。②医師独自の好んだやり方があり、それを統一するのは難しい。③緩和ケアに関するパスは、これまでも多くの政策研究などがなされ、立派なものができあがっている。しかしそれが有効に活用されていることはほとんどない(これは個人的な見聞に基づいた感想)。その結果、地域でパスがうまく機能しているということは耳にしていないし、多くの場合、パスを作成して終わり、というような形でお茶を濁している。

4)在宅緩和ケアをチームで行う場合、医師と看護師の統合性をとり、迅速に対応するチームを構築することが最も重要である。

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

在宅緩和医療における医師と看護師の連携(Team work)の問題は、制度問題として取り組むべきものである。それについては後述。

現行の制度下、運用面の問題として解決しようとすれば、次のような条件整理が必要である。

1)なぜ、医師と看護師の連携が重要なのか?:

①スピードを要求される医行為(代表格が疼痛緩和と死亡診断)があり、現行の法律をそのまま適応すれば、処置が遅れて患者サイドへ多大の不利益をもたらすだけでなく、医療者の負担が大きくなる。②医師によって医療処置の考えが異なり、患者・家族が不安になるばかりか、看護師も混乱する。③一口に疼痛緩和と言っても、具体的な内容は様々であり、安全性などを考慮した医療的処置の難易度、看護師の持つ能力、経験などが様々なため、丸投げ(包括指示)の形は適切でない。

2)問題解決の方向:

①指示(事前約束指示)を工夫することにより、法律的な制約を回避する。②事前約束指示の利用ができる前提として、医療・看護機関の緊密な連携が保障されていること。③現行の制度下、連携を在宅療養支援診療所(在支診)、と連携訪問看護機関に限定する。④約束指示は(標準約束指示)+(個別約束指示)の形をとる。⑤看護師の資質に応じた制限を、医行為の具体的内容によってきていくこと。

3)在宅緩和ケアで看護師の裁量権を拡大して素早い対応をしなければならない医行為は、疼痛緩和と死亡診断である。

「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

1. 標準約束指示作成に至った経緯

- 1) 実現性のある「連携」を目指した
 - ① 医師の主体性を損なう形であったはならない
 - ② 細かい指示にならない ③ パスの形はとらない
- 2) 高品質のケアを提供する連携でなければならない
 - ① 多数の症例に関わっている医療機関をモデルとして調査し、
 - ② 「連携」できる、あるいはケアに関わることのできる(許される)医療機関、訪問看護提供機関の条件を決める
 - ③ 連携のための要件(条件)を決める
- 3) 必要性の高い医行為に対する「連携モデル」:
 - ① 現場の声の反映
 - ② 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。

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テン
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	×	○	○	オキシコンテ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

各医行為は、細かく分析すると様々な内容がある。看護師の裁量権を拡大し、処置を速やかに安全に行うためには、丸投げ方式は好ましくない。その理由は、

- ① 同一の医行為(たとえば疼痛緩和)には、さまざまな内容があり、それらを一律に裁量権として認めるのは得策ではない。
- ② 包括的指示のもとで看護師が医行為を行おうとすれば、一定の公的資格を設けて認定する必要がある。ただし、そのような形をとれば、逆にその資格を持った看護師以外、同様の形での医行為ができなくなるので、かえって現場は不便をきたす。
- ③ 米国などとは違い、日本の在宅緩和ケアでは医師が必ず密接に関わるので、特定看護師のような資格は、在宅には必要ない。日本の現状に合った、現実的な対応をすべきだと考えている。

チームの対応の
スピード性
(Quickness)
Time Lagの問題

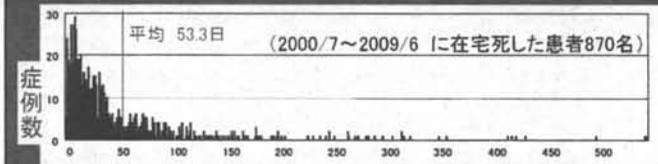
病院と在宅のTeam Work
福祉と医療のTeam Work
在宅でのTeam Work

在宅は病院と違い、患者が必要な医療を受けるまでの時間的な遅延がしばしば問題となる。

それらは大きく分けて、

1. 在宅への移行までの時間的遅延(在宅移行Lag)。これは基本的に、治療病院と在宅医療機関間の問題であるが、その間に福祉系の介護支援専門員が介在するので、話が複雑になっている。
2. 患者が他院してから必要な医療を受けるまでの時間的遅延(在宅開始Lag)。これは、在宅移行Lagと同様のTeam連携の問題がある。
3. 在宅で過ごす患者が必要な医療を受けるまでの時間的遅延(在宅対応Lag)。これは、統合性の所で触れた医師と看護師などの在宅チーム間の連携の問題として浮かび上がることが多い。

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

がんの特徴と末期がんの特異性:

がんは死因のトップで国民的課題である。決して特殊な病気ではない。

本日のテーマである「末期がん患者に対する医療、それを支えるチームケア」という観点から、「がんの特徴」と「末期がんの特異性」を考えてみる。

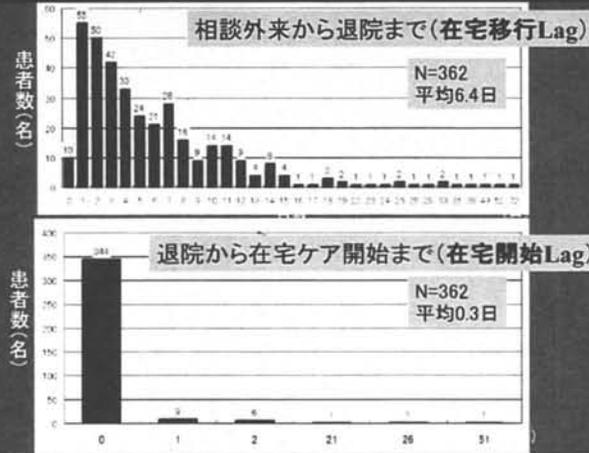
末期がん患者に対する医療は、病院で行われる医療を参考にすれば、急性期医療に相当する。それは、末期がんという疾患の特殊性に由来するが、その特徴は、①短期間に患者は死の転帰を遂げる。②その短期間に、心身面の様々な激変が起こり、患者に苦痛を与えるので、特に医療は重要。

それだけではなく、末期がん患者を対象とするケアは、Total careという性格を持ち、単にPhysicalな苦悩を緩和するだけではなく、社会的、心理精神的、そしてSpiritualな面を考慮した対応が要求される。

したがって、Physical careとしての専門性よりも、むしろそれ以外のケアが難しいという特色があり、医師だけではなく、さまざまな職種がTeam approachの形をとって、ケアに関わる。

相談外来から開始までの日数

2003/7~2010/6 相談時入院患者



退院から在宅ケア開始まで:21、26、31日は、外来通院後に在宅ケア開始

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

1) “不完全な在宅支援”で行われる“試験外泊”の問題

試験外泊とは、「退院を間近に控えた患者が在宅生活の不安を取り除き、スムーズに在宅へ移行できるようにするための、一時外泊」のことを言う。問題は、在宅チームの関わりが診療報酬上認められていないので、「何かあったらすぐ病院に連絡しなさい」「大変だったら救急車を呼んで、すぐ病院に戻りなさい」というような形で外泊がなされるので、この外泊によって患者の不安はますます増強し、病院依存を強める結果になる。

診療報酬上、在宅チームが関わる体制を認めるか、さもなければ試験外泊にPenaltyを課すような方策を考えるべきである。

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。在宅ケアに携わる医師や看護師は病院医療を通常十分に理解しているが、逆は全く真ならず。時間のロスだけではなく、帰れる患者も帰れなくなる可能性が高い。

運用の問題で片付けるのは問題が多い。制度的に、在宅医療チームが主導するシステムを考えるべき。さもなければ、病院でこの人にあたる職員に在宅経験を義務付ける、あるいは実習を義務付ける必要あり。

3) 在宅チームを交えた、退院前カンファ。このカンファは、時間的なゆとりがあり、医療よりも福祉のWeightが大きい非がん患者で有効かもしれない。

4) 適切な医療機関の探索

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)
→病院と診療所の中に地域包括、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

1)に関して

厚労省老健局 事務連絡。「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」(平成22年10月25日)など

2)ケアマネLag

この問題が起きるのは、在宅医療の中に「急性期医療」の範疇に属する、経過が短く、医療依存度が高い疾患が対象になったことと関係している。

在宅医療=介護主体の行きの長いケア、という前提で、治療病院から在宅への窓口が、介護保険課の地域包括、ケアマネになっていることが問題の根源である。

がん患者に関しては、医療チームがCare Managementを担うべきである。その理由は:

1. 末期がん患者では症状の急変、それに伴う家族の不安はつきもので、医療的ニーズが高い。医療に必ずしも明らかな介護の専門職*にマネジメントを委ねるのは、そもそも無理な話である。(*:最近では医療職のケアマネの割合は極端に減少している。)

2. 短期間の経過の中で、必要な介護サービスは限られており、しかも家族の希望もあって家族はCaregiverとしての機能を果たすので、ただし、将来的には独居などの家族介護力の弱い患者が増加するので、介護支援の重要性は増すであろう。

3. 計画的なケアと共に、緊急時の対応が重要であり、介護保険でのサービスは緊急対応が難しい。
この問題は制度的に大変重要な意味を持つ!!

24時間ケア 医療者への緊急連絡



在宅対応Lagへの対応。迅速、確実な24時間On call体制

緊急のコールは病院と同じように、まず看護師が対応し、必要に応じて医師の指示をもらう体制をとっている。

1) このような体制を採用している理由

- ①患者からのCallを確実にキャッチし、迅速かつ適切に対応すること
- ②看護師を飛び越えて進むことのないようにする
- ③医師の負担を軽くする
- ④緊急体制に漏れがないようにする

2) この体制を維持するための条件

- ①日頃から医師、看護師の連携がよくとれていること
- ②チームの全員(特に当番看護師、医師)が関わっている患者・家族について十分理解していること
- ③看護師の臨床能力が優れていること

などが必要である。

24時間体制は在宅ホスピスケアの生命線であり、対応いかんによっては患者・家族の不安がかえって増大することがある。

従って、末期がん患者を対象とした在宅ケアの24時間体制は、密接なチーム力で対応することが要求される。

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

在宅対応Lagとは、患者がSOSを発してその対応（主に医療行為の実施）ができるまでの時間的な遅れを言う。この原因には様々なものがある。
1) 制度的な問題：“病院でも在宅でも、最前線に最初に駆け付けるのは看護師である。”在宅では特に看護師が働きやすい環境を整えることが、Time lagの解消につながる

①現在の医師法などの規定に起因するDelay。Drが動かないと看護師も動けないというのは、制度改定を行うか、現行の法律下で運用上の工夫を行わなければならない（統合性の項で詳述）

②緊急時の対応は、医療者が対応しなければならない（介護保険では基本的に緊急時の対応を行わない）。医療者の対応が遅いことに起因するTime lagは、基本的に、チーム内の運用の問題であろう。

ただし24時間対応の確実性は、患者の不利を取り除き、安心につながるので、手厚い24時間ケアを行っている機関に対しては、診療報酬上の評価が必要である。

2) ドクターLagとは、きちんとした在宅緩和ケアを行う診療所を探すために費やされる時間的なDelayを言う。パリアンのような一体型のチームでは問題とならないが、適当な医師を紹介されていなかった場合、訪問看護師は医師を変える(!)ことまで検討するようである(他の訪看ステーションで働くナースよりの情報)。こうなると、単なる運用の問題では済まされないかも知れない。逆のこと(ナースLag)もある。

3) 薬(特に麻薬類)の手配は、診療報酬上の評価を検討すべき。

4) その他のスピードは運用面の問題として解決

チームの効率性 (Efficiency)

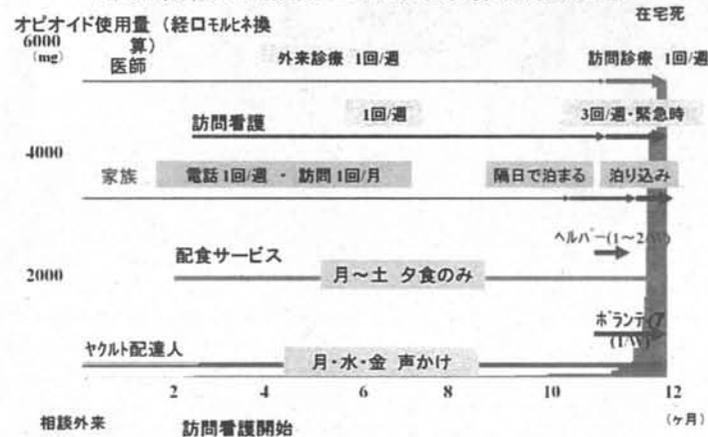
1. 関わる専門職の働き、関わる時点
専門職の種類によって当然異なる
2. 一体化した効率性の高いチーム
必要なサービスを満たす、
無駄のないチーム構築とは？

1. 一体化した効率性の高いチーム

2. 必要なサービスを満たす、無駄のないチーム構築。末期がん患者に必要な医療サービス、介護サービスはなにか。それを満たすために投入されるべきサービスは何か、を明らかにしなければならない

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)



在宅における医療、福祉の支援、チームワークを考えるヒント

このケースのポイント

- 1) 医療は全期間を支えなければならない
- 2) 医療の支えのIntensityは、患者のPS, ADLの状態によって変化する。
両者とも良好な時は外来(1/1-2W)+訪看(1/1-2W)。
この間の福祉との連携は、独居と言えども限定的である。
悪くなれば訪診(1/1W) + 訪看(1/1W)→在医総の形をとって支える
この状態になると、福祉との連携が重要になる。ただし、一般にこの期間は短く、家族の介護力があれば福祉の支援は限定的である。
- 3) 福祉の支えも患者の状態と共に、サービスの種類、Intensity(ヘルパーの訪問頻度など)が変化する。
- 3) サービス調整は医療と福祉の両サービスにわたり、特に重要な意味を持っている。福祉系のケアマネにその任を負わせるのは効率的でない。
そのIntensity、新たに必要となるサービスは経過とともに濃厚となり増えているが、それは患者の日々の変化(急激に変化する)に速やかに効率よく対応しなければならない。
- 4) 独居などの場合は、公的なサービス以外の地域力(このケースではヤクルト配達人、配色サービス、ボランティアなど)を結集する必要がある。これはケアマネの仕事ではない

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%

転帰

	03/7~10/6	08/7~09/6	09/7~10/6
全終了例数	797	136	171
全在宅死数		124	153
PCU/病院死亡数		6	8
中止		6	10

介護サービスの利用状況 一年間の調査(04/01~04/12)

人数	ヘルパー	ﾊﾞｯﾄ	トイレ	褥瘡マット
105	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%)

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

I. 薬剤師が関わったケース:

訪問服薬指導を依頼するケースをカウントした。最近では在宅緩和ケアに力を入れている診療所との協働を重視しているため、薬剤師が関わるケースが飛躍的に増加(直近の2年では95%以上)している。

依頼内容: ①Opioidなどの調剤、配送と服薬指導、②無菌作業を要する調剤(HPNケース、4%塩モヒを使用するケース)など。

II. 連携する薬剤師からの要望

①調剤薬局おける、「注射薬無菌製剤加算」を検討していただきたい。

②緩和ケア専門調剤薬局を新設し、認定した診療所に関しては診療報酬上のIncentiveをつけてほしい。

③「厚生労働大臣の定める注射薬」へ追加検討薬剤がある

III. 在宅での薬剤師との協働がとりやすくなり、結果的に在宅末期がん患者の大きなメリットとなった例に、麻薬管理マニュアルの改訂(平成18年12月)がある。その内容は以下のとおりである。

1)患者の手元へ麻薬を届ける者についての緩和: 患者等の意を受けた患者の看護、介護等に当たる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等が麻薬を受領できるとした。

2)入院患者が手元で麻薬を管理することの容認: 入院患者の麻薬紛失について麻薬管理者からの麻薬事故届けを不要とした

3)看護師詰め所等での麻薬定数保管の緩和: 注射薬以外の内服、座薬、貼付薬等も認める。

4)麻薬の保管設備の設置義務の緩和: 麻薬の院外処方による麻薬処方せんの交付のみを行なう、麻薬を保管しない施設についての義務緩和

5)Faxによる麻薬処方せんの調剤開始を一般薬と同じにした。

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

この種のサービス提供は、診療所サイドからみて特に問題を感じることはない。また、一般にサービスが行き届いているので、患者サイドからのクレームを受けたことはない。Team Careの問題は、現在ではないかもしれない。

ただし、しばしば連携する業者から、

○連携加算的なものがあればありがたい。

○弊社で参加が予定される患者さんの情報をできるだけ早く、かつ詳しく教えてほしい。

(事前に患者さんの家族と打ち合わせができる余裕があれば、なお可)

の声がある。

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

今後の課題

1. 在宅への多大の期待

病床削減、在院日数の短縮化などで、在宅ケアの重要性がますます増加

しかし、現状のままではそれに応えるだけの力が、在宅サイドにはない

2. 家族の介護力が弱いケース(独居、老々世帯、認認世帯など)のような困難事例が増加している。

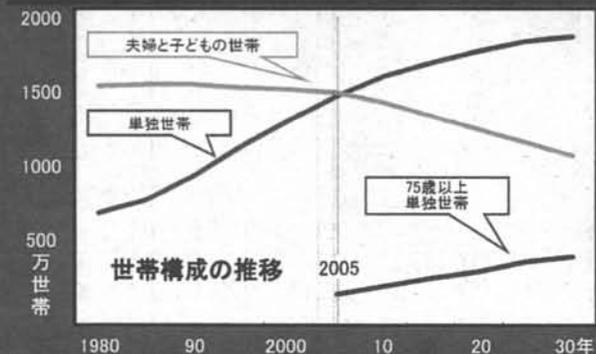
3. 病棟で言えば急性期病で対応する医療が、在宅にも求められている。在宅の緩和ケアはまさにそのような例である。

急性期医療に求められるチーム力とは、治療方針、実際のやり方が関わる医療者に徹底していること(チームのIntegration)、病状の変化に速やかに対応すること(スピードの迅速性)、無駄がないこと(Efficiency)である。

在宅で行われる医療も同様の考えでチームケアを考える必要がある。

4. 急性期在宅医療(=在宅緩和ケア)のチーム力問題解決の鍵は、病院医療で行われているような、一体化したチームを制度認定することである。

困難事例の増加 例：独居の問題



国立社会保障・人口問題研究所
『日本の世帯数の将来推計(全国推計)』(2008年3月)

2008年3月15日 読売新聞

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)

※ 在宅レスピケア開始時点で生活を共にする家族がいない場合

6年間で585名(利用者) 5.5%

1. 介護が必要となった時に生活をともにしてサポートしてくれる家族がいる
2. 生前は一切かかわりを持たず、死後の手続きのみする家族がいる
死後の手続き: 死亡届提出、骨の引きとりなど
3. 家族はいるが一切のかかわりを持たない
4. 家族がいない(この事例は生活保護)

2/3は最期に家族が来てくれる

介護力の弱い患者を支える



独居患者の在宅での看取りには、さまざまなノウハウがある。地域力を上手に育て、活用することが重要なポイントである。もちろん、医療者の特別ながんばりも不可欠。

公的サービスには限界があり、それを補うものが地域力である。特にトレーニングを受けたボランティアは、チームの一員として不可欠である。

現在の制度下では、家族介護力を期待できない独居患者などは、在宅ケア対象外となるが、今後の日本の状況を考えると、「地域の力を動員できるチーム」の存在は、将来日本が遭遇する事態の解決の方向を示している。

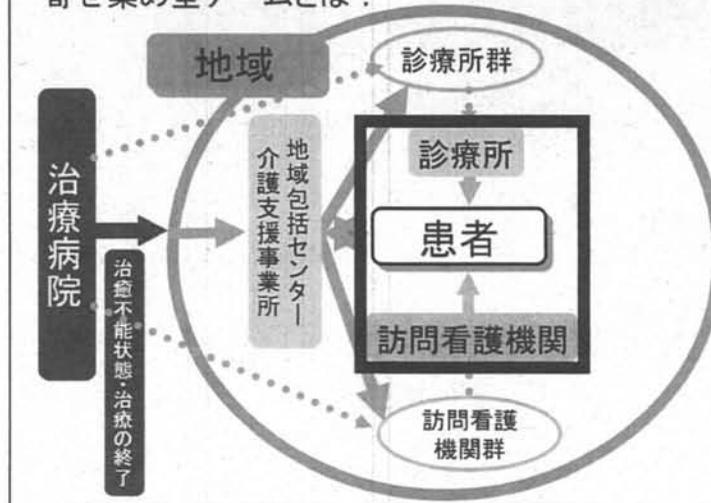
急性期の
在宅医療を担う
チームとは？

寄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？

一律した標準性の高いチームとは



問題点

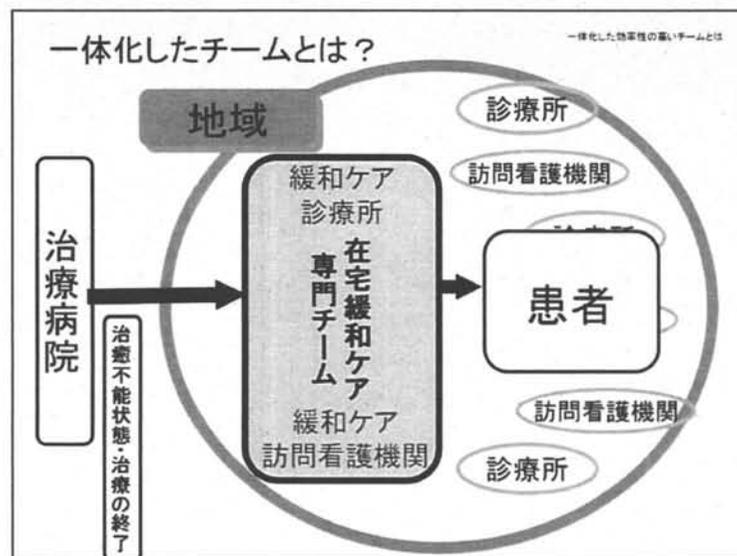
- 1) “ころを一つにした、ぶれないケア”
その提供が困難
- 2) “タイムリーな情報に基づく、きめ細かなケア”
その提供が困難
- 3) 在宅へ移行できない
ケースの増加
在宅期間が短くなる

その結果

- 1) 患者へのデメリット：
在宅ケアの質が低下する
- 2) 医療者へのデメリット
在宅ケア提供者
バーンアウトが生ずる
- 3) 病院医療者
物心両面の負担がかかる

このチーム形成の最大の問題は、「相手のことがわからない」点である。

- 1) 理念を理解しづらい: ①医師が何を考えているかわからない ②医師に明確な理念があるのかわからない
- 2) やりかたがわからない: たとえば、①食べれなくなった時や脱水に対して ②痛みの緩和をどのように行うのか ③家族調整をどこまで行うのか ④入院させるかどうかの判断 ⑤死亡時のやりかた、などなど
- 3) 実力がわからない: ①医師がどの程度の医療処置(各種カテの管理、交換、点滴、CSIなど)まで在宅でやってくれるのか
- 4) 仕事の分担: 特に、看護師の裁量をどこまで認めてくれるか(医師法に忠実なやりかたなのか、一定の範囲を認めるのか、...)
- 5) 情報共有に問題がある: ①詳細な基本的情報の共有、②日々変わる状況に対する情報、③いま必要な情報
- 6) 迅速に対応することが困難

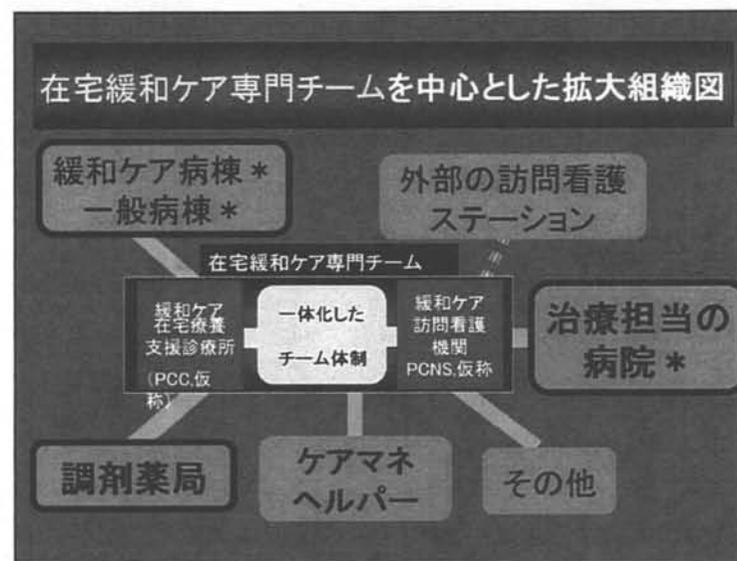


在宅緩和ケアを専門とするチーム(拠点診療所)が地域地域に誕生すれば、患者と家族が必要なケアを迅速、かつ効率よく受けながら、安心して住みなれた地域で在宅生活を(可能ならば最期まで)続けることができる。

そのためには、高品質の在宅緩和ケアをチームで提供するチームを一定の施設基準のもとに制度認定し、それを全国展開する形を政策的に考えるべきである。

重要なことは、若干の違いがあるにせよ、このような在宅緩和ケア専門診療所(すべて無床診療所)がわが国には、すでに多数(把握できるもので、年間看取り数40以上が19ヵ所、20以上が58ヵ所)存在していることである。推定診療所数はその約5倍になるので、問題は診療所でのケアの質をできるだけ高品質のものにすることであり、そのためには一定の施設基準を作成し、施設認定すべきであると考えている。

施設基準の項目はこれからの件と事項であるが、医療機関と訪問看護機関との強い連携が必要という点では異論ないと思う。具体的には連携の絆として、①標準約束指示の共有、②確実、効率的な24時間体制③濃厚、迅速な情報交換、の三つを考えている。

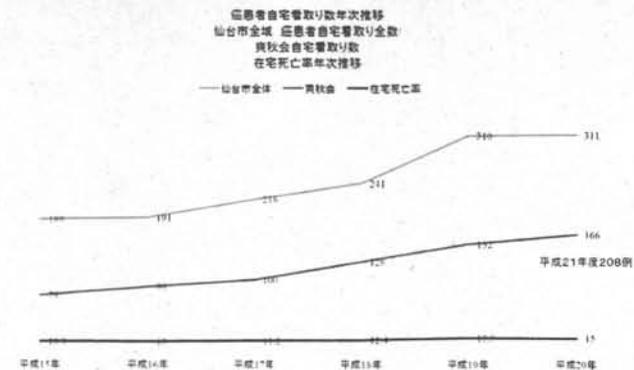


密接な連携が必要な機関(我々の現状から)

- 治療病院との連携: 問題はたくさんあるが、治療病院を支援する在宅ケアが将来的には重要(時にERに搬送された患者を受け入れるような専門チーム)。経過中、どうしても治療病院の支援が必要になるのは、①各種ステント挿入、②緩和的放射線治療、③腎ろう増設、④CVポートの挿入、⑤特殊な医療機器の管理(例: 経食道イレウス管の交換)などである。これらの処置は、治療病院との信頼関係(処置が終了すれば必ず在宅へ帰すことを約束)があれば、問題とならない。
- PCUとの連携: ①PCUの機能は、症状緩和のため(専門的な在宅チームでは重要度は低い)、レスパイト入院(重要)、死の看取り(専門的な在宅チームでは重要度は低い)である。②在宅緩和ケアが充実すれば、PCUのベッド不足の緩和になる。
- 薬局との連携: ①4%の塩モヒ、IVHなどを行い、休日対応もしてくれる薬局は数が少ない。現在は、患者の了解を前提に、我々とチームを組んでいる薬局を紹介している。②その薬局はバリアンの理念、オピオイドなどの具体的な使用プログラム、などを理解し、問題がある場合にはすぐ連絡をお互い、とっている。③以前は定期的な連絡会を持っていたが、現在は問題がある時のみ集まって相談し、問題解決している。④今後は、緩和ケアを専門とする調剤薬局を制度的に認知し、そこを中心に地域の薬局ネットを構築する。⑤調剤薬局に関する情報(Opioidを扱っているか、無菌調剤が可能か、休日対応をしているか、守備範囲はどこまでか、など)を医師だけでなく、患者も照合できるような情報システムを開発する必要あり。
- 訪看ステーションとの連携: がん患者を対象とした場合、訪看ステーションとの超濃厚な連携は必須、一体化した形を将来的には推進しないと在宅の限界となる
- 福祉との連携: 今後は独居など介護力の弱い患者が増加するので、ケアマネやヘルパーなどとの連携は重要。こちらでケアマネを選ぶという形で、対応できている

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)



仙台市癌在宅死亡率上昇の解析

平成15年度から20年度で、仙台市在宅癌看取り増加実数は122名。

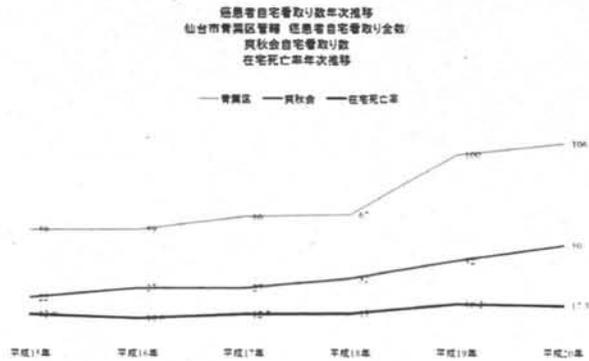
同期間内での爽秋会での増加実数は88名。その他たんぼぼクリニック(平成15年度以降に開院した緩和ケア専門有床診療所 泉区で開院)の平成20年度在宅癌看取り実数が36名であるので、この3診療所が関係したがん在宅死増加実数は、併せて124名。

即ち、仙台市の平成15年から平成20年までの在宅死数の増加は、爽秋会(岡部医院、緩和ケアクリニック仙台) および、たんぼぼクリニックの3診療所(いずれも在宅緩和ケアを専門とする診療所)による看取り数上昇によるものと考えられる。

爽秋会による仙台市内癌在宅看取り数は、平成20年度166名から平成21年度208名に増加しているので、平成21年度の仙台市在宅看取り率は更に上昇することが予想される

(爽秋会鈴木医師のコメント)

仙台市癌在宅死亡率への 爽秋会の寄与度(青葉区)

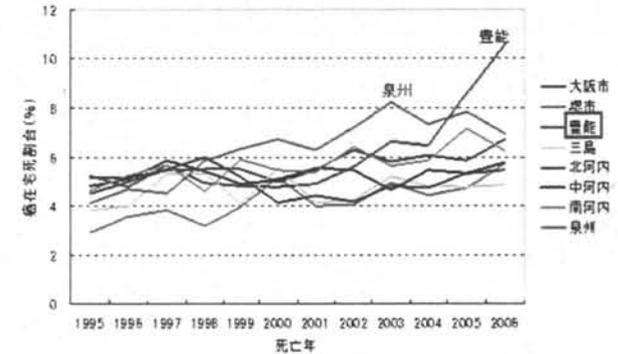


爽秋会に所属する鈴木先生(現在は福島で在宅緩和ケアに取り組んでいる)よりいただいたData。爽秋会の岡部医師は青葉区を中心にかなり広範囲の患者を診ている。爽秋会はバリアンと同様の理念、チームケアをとっている。

(平成19年)

保健所	病院	診療所	小計1	老人保健施設	老人ホーム	自宅	小計2	在宅看取り率	その他	計
仙南	498	14	512	3	0	39	42	7.50%	5	560
塩釜	962	36	998	7	6	109	122	10.83%	7	1,127
大崎	578	14	592	0	1	49	50	7.78%	1	643
栗原	227	13	240	0	1	28	29	10.78%	0	269
登米	306	0	306	0	1	14	15	4.66%	1	322
石巻	618	4	622	3	4	66	73	10.47%	2	697
気仙沼	299	1	300	0	1	3	4	1.32%	0	304
青葉	477	39	516	5	11	100	116	18.21%	5	637
宮城野	352	6	358	1	3	44	48	11.82%	0	406
若林	244	2	246	4	2	44	50	16.78%	2	298
太白	406	9	415	1	3	82	86	17.10%	2	503
泉	283	41	324	1	3	40	44	11.86%	3	371
計	5,251	179	5,430	25	36	618	679	11.06%	28	6,137

大阪府二次医療圏別に見た 癌在宅死割合の推移



千里ヘインクリニック(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

現在、豊中市、吹田市、箕面市などの役所に問い合わせしていますが、3年ごとの在宅死数しか開示できないと言っています。毎年だと個人情報特定されるのではないかと思います。最近のデータは2004～2006年のもので、次の3年間分は今まとめている途中とのことです。豊能地区というのは、池田市、箕面市、豊能町、能勢町、豊中市、吹田市をまとめたものです。私たちが訪問可能なのは池田市、箕面市、豊中市、吹田市で、北摂地区はこの4市が主な都市となっています。私たちのクリニックはその中央にあります。千里ペインクリニックは2004年に開業していますので、2004～2006年はちょうど私たちが訪問を開始したときのデータになります。

2001～2003 2004～2006

池田市	4.16	→	6.45
箕面市	4.69	→	11.74
豊能町	4.11	→	7.69
豊中市	7.01	→	9.97
吹田市	4.96	→	6.69

でした。箕面市などは当院が行っている患者がほとんどのような気がしますが、正確にどの割合で当院が関わっているかはもう少し分析してみないとわかりません。グラフでまとめたデータがありますので、添付します。厚生省の関係で使うデータなので、各年ごとのデータと最近のデータを開示してほしいことを言うと、川越先生から厚生省に言って貰ったほうがいいと言われました。どうでしょうか？ 松永



年	① 全人口	② 全死亡数	③ がん死数	④ がん在宅死数と率(④/③%)	⑤ パリアンのがん在宅死数(墨田区のみ)(⑤/③%)	⑥ パリアンが関わった全がん在宅死数(墨田区外も含む)(⑥/③%)
1999	213,793	2024	628			
2000	217,242	2032	624		2 (0.3%)	27 (4.3%)
2001	217,846	1973	632	49 (7.8%)	21 (3.3%)	77 (12.2%)
2002	220,044	1939	649	50 (7.7%)	22 (3.4%)	80 (12.3%)
2003	222,155	1986	666	61 (9.2%)	34 (5.1%)	74 (11.1%)
2004	224,325	2040	651	65 (10.0%)	40 (6.1%)	86 (13.2%)
2005	226,152	2078	660	63 (9.5%)	32 (4.8%)	88 (13.3%)
2006	229,438	2208	728	99 (13.6%)	54 (7.4%)	158 (21.7%)
2007	232,541	2199	719	86 (12.0%)	48 (6.7%)	91 (12.7%)
2008	235,416	2258	725	87 (12.0%)	57 (7.9%)	125 (17.2%)
2009	237,629	2093	652	96 (14.7%)	57 (8.7%)	138 (21.2%)

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

運用上の問題点、法律上の問題点(各職種の業務範囲など)、保険診療上の問題点(コストに見合わない等)で問題を整理した。

1. 制度面での検討: 一体型在宅緩和ケアチームの制度新設

① 一体型チームとは、専門性の高い在宅緩和医療チーム。

② チームの基本構成: 緊密な連携関係にある在宅医療機関と訪問看護機関

③ 基本要件: それぞれの在宅医療機関はチームの理念、具体的なケアプログラムを作成し、それを文書化し、関わるチーム、患者と家族に明示しておくこと。

2. 訪問看護師の裁量権拡大の問題

患者の立場で一番問題となるのは、ケアを受けるまでに時間がかかること。

それは運用面の対応で事足りる。またMini-Drの基本的に、在宅では必要ない。

3. 分担、責任範囲を明確にした上での、治療病院との連携

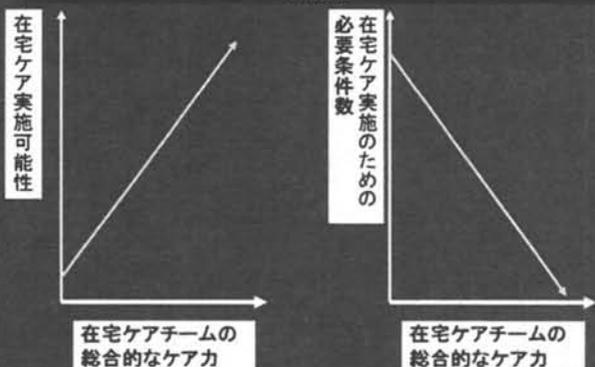
4. 在宅医療を支える緩和ケア病棟(PCU) 診療報酬

5. その他の医療、生活を支える資源の有効活用

6. コーディネーション機能の強化 診療報酬

7. がん対策基本法に則った体制の確立

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

在宅ケアをめぐる社会状況は、決して順風が吹いているわけではない。むしろ将来的には今以上に困難となることが明白なので、その戦略をいま一度再確認し、時代に見合った戦術を立てておく必要がある。

在宅医療の普及は、これからの日本社会変化から考えて得策ではない、という考え方もある。そのようなコンセプトに立てば、在宅ケアよりもむしろ、病院医療の充実という戦略を立てるべきであろう。病床削減という戦術は、このような戦略的視点からみて誤っている。末期がん患者を福祉系の施設(医療型の療養病床を含めて)でケアするためには、どのような策を練るべきか、という考えもあると思う。在宅縮小という考えをとった場合、末期がん患者に対する施策のベストは、緩和ケア病棟の病床を大幅(現在の10倍程度)に増やすことである。それが難しければ、一般病棟の病床に頼るしかないが、このような解決策は経済的に大きな問題があり、患者のQOLを損なう恐れが大きく、しかも多くの国民が望む方向ではない。

となれば、急性期患者としての性格が強い末期がん患者と言えども、在宅での療養を可能な限り継続することができるようなシステムを構築しなければならない。

一般的に言って、「ケアするチームの総合的なチーム力」と「在宅緩和ケアを可能にする条件」とは逆比例の関係にある。たとえば、2型の独居末期がんで経済力の乏しい患者を例に考えると、このようなケースを積極的に受け入れ、しかも在宅死まで実現するチームは、現時点では皆無といってよい。しかし、ボランティアがチーム内に存在するとか、さまざまな社会資源を利用するなど、チームとしての高い能力が備わっていれば、十分在宅死を実現することが可能である。

患者目線に立った質の高い医療提供が、我々医療者には求められている。その目的を達成するため、制度的なバックアップのもと総合的な力を持ったチームを地域に育てることが、これからの困難な時代を乗り切るための知恵だと信じている。