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)

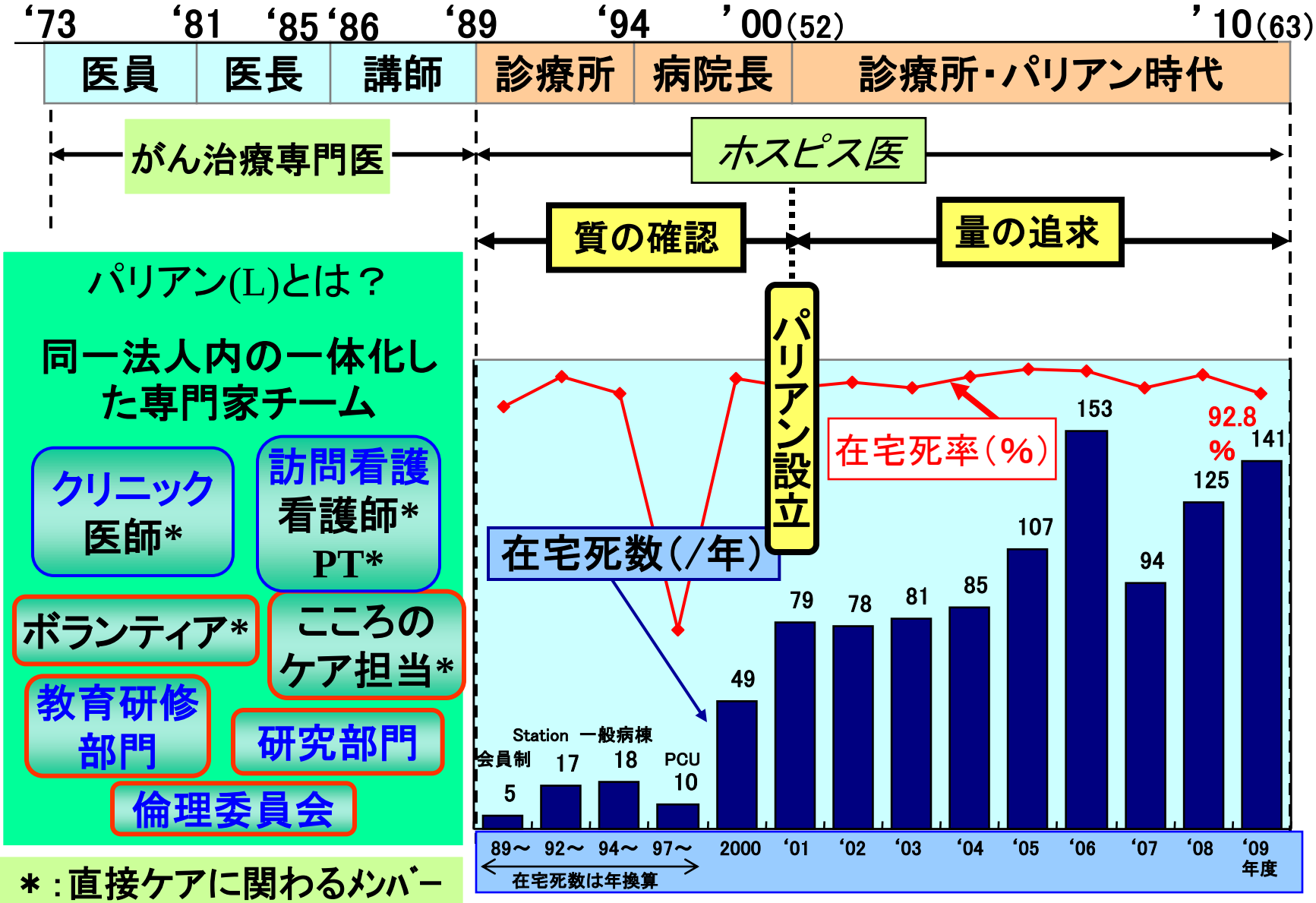
チームのスピード性（Quickness)

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 －



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*

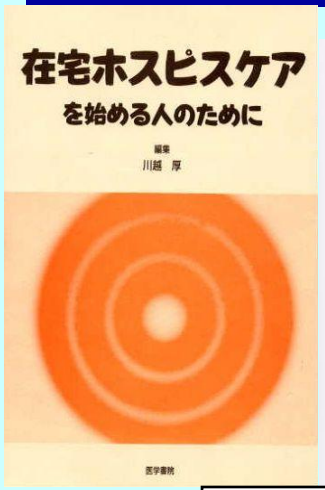
教育研修部門

研究部門

倫理委員会

＊：直接ケアに関わるﾒﾝﾊﾞｰ

哲学・実施方法を共有する



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

患者・家族

→ 看護師

→ 看護師

→ 医師

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）

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）疼痛緩和の基本的方法　4）応用的緩和方法
   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