

がんの

痛みをとる! 8

Vol. 7 | No. 2

2008

監修	武田 文和	埼玉医科大学客員教授
編集	鈴木 勉	星薬科大学薬品毒性学教授
	本家 好文	広島県緩和ケア支援センター長
	下山 直人	国立がんセンター中央病院手術・緩和医療部長
	月山 淑	和歌山県立医科大学附属病院集学的治療・緩和ケア部准教授



構造改革 HOW TO ②
～緩和ケアを普及させるために～

長崎在宅Dr. ネットの試み

NPO法人 長崎在宅Dr. ネット 事務局長 白髭 豊

こんなときどうする? ⑤

認知症の患者さんには、どのようにモルヒネの服薬指導を行えばよいでしょうか?

国立がんセンター東病院がん専門修練医 松本 禎久 ほか

痛みを治療する ⑥

24時間続く「こわさ」を1日1回投与のモルヒネ徐放製剤で緩和し、家族とドライブや誕生日会を楽しまれた末期悪性黒色腫患者

医療法人社団 洞仁会 洞館温泉病院ホスピス長 岡本 拓也 ほか

メディカルレビュー社

緩和ケアの普及させるために

第3回

長崎在宅Dr.ネットの試み

NPO法人 長崎在宅Dr.ネット
 事務局長◎白髭豊 (医療法人 白髭内科医院 院長)
(社団法人 長崎医師会 理事)



医師主導で緩和ケアの普及と地域モデルの構築を目指し、在宅医療Dr.ネットを創設

長崎市は急な斜面や細い道が多いという往診には不向きな地形であるため、在宅医療の普及が遅れていました。全国屈指の診療所過密地域でありながら、在宅死亡率は全国平均より低いという状況です。もちろん、長崎市内の開業医もこの状況に甘んじていたわけではなく、長崎医師会が在宅医リストを作成すると声を掛ければ、多くの開業医が手を上げました。しかし、現実には、そのリストによって在宅医療が発展したかといえばそうではありませんでした。なぜなら、医師1人で在宅医療のニーズに応えようとすると、心身ともに負担があまりにも大きく消耗してしまうからです。

実は私も、1人でがん患者さんの在宅での看取りに熱心に取り組んでいた時期がありました。末期になると、日に何回も、昼夜を問わず訪問を必要とする場合があります。外来診療との両立で自分の体力の限界を感じ、やがて患者さんが亡くなると大きな喪失感に襲われ、精神的にも疲労困憊するという繰り返しでした。こうした状況を改善しなければ、ただでさえ急な斜面や細い道という往診に不利な条件のある町に、在宅医療の発展や定着はあり得ないだろうと考えました。

そこで、お互いに支え合えるシステムを作ることにより、1人でがんばらない在宅医療を目指して、2003年3月、長崎市内の在宅医療に情熱をもつ13名の医師で長崎在宅Dr.ネット(以下、Dr.ネット)を発足させ、2008年1月にはNPO法人化しました(理事長 藤井 卓)。Dr.ネットの最大の特徴は、①1人の在宅患者さんに対して、主治医と副主治医の2人以上の担当医師が関わることで、無理なく24時間365日の対応を可能にしていること、②メーリングリストを活用して、在宅医療を希望する患者さんについて病院から在宅への移行の斡旋を請け負っていることです。

具体的に申し上げますと、在宅医療を希望する患者さんが病院からDr.ネット事務局に紹介されると、地区別に決められているコーディネーターが個人情報に留意したうえで患者さんの居住地や疾患などの情報をメーリングリストでメンバーに流し、手上げ方式で主治医、副主治医を決定します。原則として主治医が訪問診療を行うものの、何らかの理由でそれができないときに副主治医がバックアップするというものです(図1)。立候補者が重なれば早く手を上げた医師が主治医となり、次点以降の医師が副主治医になります。もし、手を上げる医師がいない場合は、事務局が依頼するかたちで主治医を決定します。

**医師会主導で緩和ケアの普及と
 地域モデルの構築を目指し、
 患者の望むときにいつでも
 在宅医療が受けられる社会を作る**

患者さんが希望する場所で 最適な医療 ケアを受けることに貢献

Dr.ネット事務局に病院から主治医幹旋の依頼があった患者さんは、2008年2月調査時点(約5年間)で175名にのぼります。病院からの依頼を受けて主治医決定までに要した時間は平均0.81日であり、86%は48時間以内に主治医が決定していますので迅速に対応できていると思います(図2)。

また、追跡調査ができた154名(がん92名、がん以外62名)のうち116名(がん87名、がん以外29名)が亡くなられていましたが、うち48名、実に41%の患者さんが在宅で最期を迎えられていました。これは、2006年度の厚生労働省の人口動態調査で示された在宅(自宅のほか介護老人保健施設、老人ホーム含む)死亡率の全国平均である15.3%や長崎県全体の平均12.6%を大きく上回るものでした。生存・療養場所別の在宅平均日数をみると、生存例で入院から在宅に移行して在宅のまま過ごされている方が568日、病院・施設に戻られた方が515日、死亡例で入院から在宅に移行し在宅で亡くなられた方が65日、病院・施設に戻られて亡くなられた方が128日と、病院・施設で療養されたり、死亡されたりした患者さんでも、比較的長い間、在宅で過ごされていることがわかりました。Dr.ネットに関わっている私たちは、患者さんが希望する場所で最適な医療・ケアを受けることに貢献していると自負しています。

退院支援システムの構築と 療養場所のバリエーションの拡大が今後の課題

その一方で、病院からDr.ネット事務局へ主治医幹旋の依頼があった175名のうち、在宅に移行できなかった患者さんが15名おられます。その理由は、家族の意向もありますが、大半が入院中に死亡されたり(8名)、容体が悪化したり(3名)とい

うものでした。つまり、病院からDr.ネット事務局への主治医幹旋の依頼が遅すぎたために、患者さんが希望された在宅への移行が実現できなかったということです。

今後の課題としては、病院から在宅へスムーズに移行させるための「退院支援システムの構築」と「看取りを含む療養場所のバリエーションの拡大」を図っていく必要があると考えています。そろそろ退院しようかと考えた時期から動き始めると、重症の患者さんほど解決しなければならない問題が山積しており、退院日が先送りになって、結局、在宅に移行できないまま病院で亡くなられることが多いからです。また、独居高齢者や高齢者のみの世帯などのように家族の介護力が弱ければ、患者さんが自宅療養や自宅死をいくら望まれても叶えることは困難で、自宅に帰ることにこだわっていると退院できる患者さんが限られてしまいます。つまり、「退院支援システムの構築」と「看取りを含む療養場所のバリエーションの拡大」がなければ、在宅医療は発展せず、病院死は減らないと考えています。

最終的には、退院支援システムとして、京都大学医学部附属病院地域ネットワーク医療部の宇都宮宏子さん(退院調整看護師)が提唱しているように、患者さんが入院した時点で退院が難しそうなハイリスクの患者さんを把握し、入院中から、退院してもより安全で安定した療養生活が続けられるようにさまざまな準備や調整をしていくシステムを構築することが望ましいと考えます。入院はよりよい退院の始まりといったところです。また、退院後の看取りを含む療養場所については、自宅だけでなく、グループホームや老人ホームといった自宅に準じた居住系の施設へと拡大していく必要があると思います。日本の自宅死は諸外国に比べ約半数と少ないのですが、施設死はそれ以上に少なく、オランダの11分の1、米国の7分の1といわれています。日本では、自宅もちろんですが、居住系施設での看取りを増やさなければ病院死が減ることはないでしょう。

かん診療連携拠点病院の 緩和ケアカンファレンスへの参加で 病院からの主治医幹旋依頼が倍増 Dr.ネット第2ステーションへ

現在、私たちはDr.ネットを次のステージへと発展させることで、「退院支援システムの構築」と「看取りを含む療養場所のバリエーションの拡大」の実現を目指しています。

例えば2007年春より、Dr.ネットのメンバーの医師が長崎大学病院の緩和ケアカンファレンスに参加し始めました。動機は、あくまでもレクチャーや症例検討から緩和ケアの最新の知見を

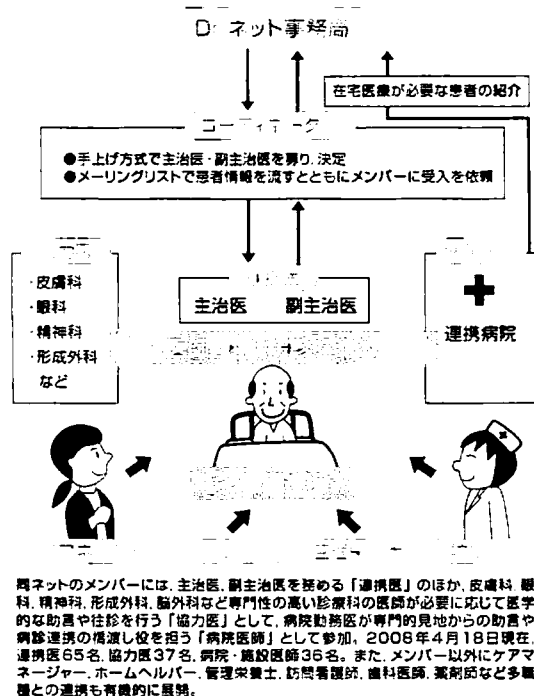


図1 長崎在宅Dr.ネットの仕組み

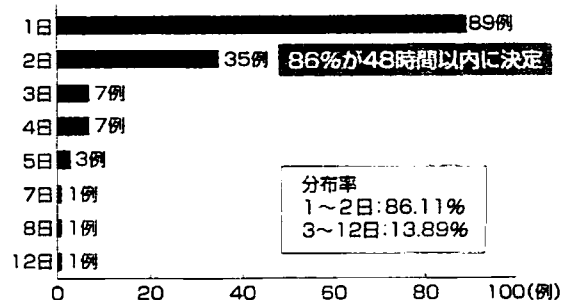


図2 紹介から主治医決定までの日数 2008年2月症例調査

学びたいというものでした。ところが、その医師のカンファレンスでの発言などにより、在宅でも病院と同様のケアが可能であることが病院主治医に伝わって、在宅医療への理解が深まり、これまでなら在宅への移行が少なかったIVHやモルヒネ皮下注射などが施行されているような、医療依存度の高い患者さんでも在宅への移行を前向きに考えるようになりました。

また、参加医師がメーリングリストで緩和ケアの最新の知見を紹介したり、大学病院に在宅への移行を望んでいる患者さんがいることを知らせるようになりました。それを受けたメンバーたちがすぐさま主治医・副主治医への名乗りを挙げるということが起きました。これは、Dr.ネットの主治医・副主治医の決定プロセスとは違うものであり、当初、世話人の間ではどうしたものかと議論を繰り返していました。

2007年4月、長崎市は平成19年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(図3)の介入地域に選ばれました(研究責任者:長崎市医師会会長 野田 剛稔)。それ以後は、同研究事業に参与する看護師3名、Dr.ネットの中核となる診療所医師3名で分担を決めて、市内3つのがん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファレンスに定期的に参加するようになりました。そのため、私たちは病院スタッフとともに患者さんや

家族が在宅療養を望んでいるかどうかをいち早く把握し、積極的にアプローチできるようになりました。さらに、がん診療連携拠点病院の活動性の高い医師たちがDr.ネットのメーリングリストに参加するようになり、従来の事務局経由ではなくメーリングリスト上へ直接、在宅療養を希望している患者さんの主治医・副主治医の斡旋を依頼するようになってきました。

Dr.ネットの主治医・副主治医の決定プロセスに関して、従来の事務局を通し、地区別コーディネーターがメーリングリストで主治医を公募する以外に、直接メーリングリスト上で展開される主治医・副主治医斡旋依頼も加わり、これまで以上にスムーズな在宅への移行が可能となりました。実際、これまで在宅希望の患者さんは月平均約3名でしたが、2008年5月までの6ヵ月では1ヵ月平均9名と3倍に急増しています。長崎で病診連携の大きな流れができてつつあるのでは、と今後の動向に期待しています。

「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」を行いつつ、在宅医療が当たり前の社会に

今後は、Dr.ネットとしては、医師会主導の「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」に積極的に協力することで、緩和ケアの普及と地域モデルの構築を目指しつつ、先に述べた「退院支援システムの構築」と「看取りを含む療養場所のバリエーションの拡大」を図り、在宅医療を患者さんが望めばいつでも受けられる、当たり前のものにしていきたいと考えています。

医療依存度の高い末期がん患者さんの在宅医療を支援することが多くなりつつあるため、そういった患者さんに関係する主治医および副主治医、連携医などだけで情報を交換するプチメーリングリストがいくつか立ち上がっています。また、手上げ方式の主治医、副主治医では対応できないこともあり、当番制の副主治医を設けようと、セキュリティの高いシステム(ハードウェアVPN)を用いて患者さんの情報の共有化を図る予定にしています。さらには、一般市民や居住系の施設スタッフに、医療依存度が高い患者さんでも在宅医療は患者さんが希望すれば可能であり、患者さんを支える家族や医療スタッフ、介護スタッフなどは1人でがんばって疲弊することはなく、みんなで協力し合えるように啓発していこうと思っています。

そして、「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」が終わるころには、緩和ケアが地域に根ざし、在宅医療が当たり前になっていることを目指しています。どうぞご期待ください。

白髭豊 (しらひげ ゆたか)

1988年東京医科大学医学部医学科卒業、同年長崎大学第一内科入局。90年国立がんセンター中央病院内科勤務。92年～94年米国Tulane大学留学。95年開業、白髭内科医院院長。以来、在宅医療、がん診療に取り組む。長崎在宅Dr.ネット事務局(副理事長)、長崎市医師会理事。

■医療法人 白髭内科医院
〒850-0003 長崎市片淵1-13-28
TEL:095-822-5620/FAX:095-824-1626

構造

- 正式名称:平成19年度 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」
- 英 語 名: OPTIM
Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
- 通常の厚生科研究と異なり、行政主導型の大規模研究
- 研究期間:2007年～2011年
- 介入地域: 鶴岡市・緩和ケアの提供体制の整備が不十分な地域
柏市・我孫子市・流山市・緩和ケアの実施主体ががん専門病院である地域
浜松市・緩和ケアの実施主体が総合病院である地域
長崎市・緩和ケアの実施主体が医師会である地域

目的

- 研究班としての目的:日本に合う緩和ケアの地域モデルを作る
- 3年間の介入で以下を達成できるかどうか
 - *患者による苦痛緩和の評価が改善
 - *遺族による苦痛緩和の評価が改善
 - *緩和ケア利用数が増加
 - *死亡場所が患者の希望に近く変化

概要

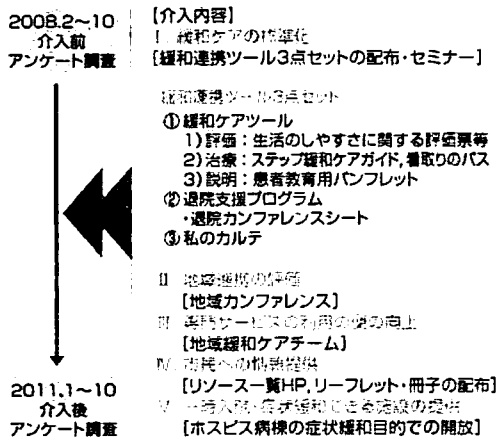


図3 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)

編 集 後 記

QOLを考えれば、医療に目線を置いた施設である病院よりも、生活に目線を置いた居住系の施設や、家族と触れ合いのある居宅が患者にとって好ましい空間であることは間違いない。2007年4月に「がん対策基本法」が施行され、居宅において、がん医療を提供するための地域での連携協力体制を確保することが明記された。本号では在宅での緩和ケアに真正面から長年取り組み、地域での連携協力体制を構築されている白髭先生に「長崎在宅Dr. ネットの試み」をご紹介いただいた。医療者が健康でなければ、健全な医療を行うことができないことは明白である。山坂の多い長崎で1人の医師が行える在宅医療には体力的にも、時間的にも限界がある。そこで生まれたのが主治医制度であり、これに医師会主導で取り組んでいるという素晴らしい内容である。主治医制度は、在宅医療を推進するためには必須のシステムであり、全国に普及してほしいと願っている。

「こんなときどうする?」では認知症の患者に対する服薬指導について松本、木下両先生にお答え

いただいた。近年、精神科薬物療法認定薬剤師やがん薬物療法認定薬剤師などの専門薬剤師制度がスタートしており、今後専門薬剤師がこのような服薬指導を行っていかねばならないと思われる。

「痛みを治療する」では2008年の北海道洞爺湖サミットの開催地である洞爺湖畔にある洞爺温泉病院の岡本、中谷両先生に重要な症例をご紹介いただいた。私は本院を3回ほど訪問したことがあるが、中谷院長をはじめスタッフの熱い情熱を感じ、また素晴らしい温泉付きの施設、さらに洞爺湖を望む絶景に大いに癒されたことを思い出す。今回の症例では「こわい」という痛みとも異なる言葉がキーワードになっており、方言や独特の表現の捉え方の重要性が示されている。また、内服が容易ではないことから、カティアン®の特長を最大限に利用し、水ゼリーに混ぜてスプーンで投与するという、患者の状態に合わせた投与方法を選択している。このようなエビデンスに基づいた創意工夫が現場では必要であり、貴重な症例をご紹介いただいた。

(鈴木 勉)

がんの

Vol.7 | No.2

痛みをとる!8 2008

監修者/武田 文和

発行者/松岡 光明

発行所/株式会社 メディカルレビュー社

〒541-0045

大阪市中央区道修町1-5-18 朝日生命道修町ビル

電話/06-6223-1468(代表)

振替/6-307302

〒113-0034

東京都文京区湯島3-19-11 イトーピア湯島ビル

電話/03-3835-3041(代表)

URL <http://www.m-review.co.jp>

印刷・製本/大阪書籍印刷株式会社

定価 本体600円(税別)

ISBN978-4-7792-0303-9 C3047 ¥600E

本書の内容を許可なしに

転載・複製することを禁じます。

乱丁・落丁の際はお取り替えいたします。