

緩和ケアを いかに 普及させるか

全国にひろがる取り組み

第

2

回

地域連携

Round Table Discussion



司会 本家 好文 (ほんけ・よしふみ)
広島県緩和ケア支援センター長

出席者 片山 壽 (かたやま・ひさし)
(発言順) 尾道市医師会会長／片山医院院長

白髭 豊 (しらひげ・ゆたか)
白髭内科医院院長

木村 雅彦 (きむら・まさひこ)
有限会社サンメディカルあけぼの薬局代表取締役

国は、がん対策基本法やがん対策推進計画、緩和ケア病棟の承認基準などを介して地域連携を進めているが、がんの治療期から終末期に至る、いわゆる緩和ケアのウェイトが大きくなっていく時期での地域連携はあまり進んでいない。そこで今回は、すでに先進的に地域連携ネットワークの構築に取り組まれている尾道市、長崎市の医師と在宅におけるがん性疼痛治療で大きな役割を果たすことが期待されている薬剤師の先生方を迎え、緩和ケアを普及させる取り組みとして重要な地域連携について語り合っていた。

本家(司会)●本日、先生方には緩和ケアを普及させる取り組みとして、地域連携ネットワークにスポットを当ててご討論いただきたいと考えております。

各地域における診療ネットワークの概要

1. 尾道方式について

本家●まず、全国的に注目を集めている地域連携ネットワークの「尾道方式」の発足の経緯について、片山先生からご紹介いただきたいと思います。

片山●「尾道方式」の始まりは、救命救急システムです。1991年に救急蘇生委員会を作り、尾道市内の3カ所の急性期病院と地域医師会が連携して、市内のどこへでも7分以内に専門医が急行できる体制を整備しました。その議論の経過において、両者の連携が構築されたことにあります。その後、1994年に提示した「主治医機能3原則」(表1)は在宅医療の重視を掲げ、病院との連携により病院から在宅へ、チーム医療多職種協働で、切れ目のないサービスを患者さんと家族に効率的に提供することを目指しました。当初は神経難病の患者さんの在宅復帰などを行っていましたが、徐々にがん患者さんの在宅医療を行うようになっていきました。

私自身は、1990年代後半頃にはがん患者さんのさまざまな在宅事例を経験するようになっていました。そのなかで、大腸

がん末期で骨転移があり痛みがひどく、動けないけれども「病院は絶対に嫌だ。家で死にたい」と強く訴えられていた60歳の患者さんと出会いました。患者さんが自宅に戻られてすぐ、経口モルヒネ徐放製剤で鎮痛を図ったところ、うまく痛みが取れて、2週間半ぐらい経った頃にはなんと家の2階まで上られるようになりました。患者さんはひどく喜ばれて、2階に上がり、満面の笑みで私と一緒に写真を撮ったり、一時は「診断が間違っているのではないか」などと冗談をいわれたりするぐらいに元気になりました。

実は、このケースをきっかけに病院側ががん患者さんの痛みを取ることの重要性を認識し、それをきちんと行うようになりました。以後、がん患者さんの在宅医療が本格化しました。ちょうど2000年を過ぎた頃から、私たち地域の診療所の医師が病院へ出向き、患者さんのベッドサイドで病院主治医から病状などを聞いたうえで、退院前カンファレンスを実施し、在宅医療に繋げるという流れが定着しました。

本家●現在はどうな状況ですか。

片山●以前よりも、連携のスピードが増しています。がん患者さんに残された時間は短く、“few weeks”ではなくて“few days”のこともあるわけですから、「じゃあ、来週」なんていつていたら何もできません。幸い、今は患者さんが堂々と「家に帰りたい」とはっきり意思表示してくれますし、ホスピスケア認定看護師はもちろん、病棟看護師も「いろいろ準備すれば家



本家 好文先生



片山 壽先生

に帰れる」ことを患者さんに伝えてくれます。そのため、病院の主治医は比較的早い段階で患者さんの在宅移行の意思を確認でき、すぐに診療所の医師に「明日、患者さんが帰りたいといっています」と繋ぐようになっていきます。実際、それで次の日にカンファレンスを実施して、患者さんが自宅に戻られることは少なくありません。

白髭 ● 診療所のどなたが主治医になられるのですか。

片山 ● 地域ごとに、患者さんが在宅主治医になってくださる先生を決めていて、病院からその先生に連絡が入るようになっていきます。以前はそうした先生も少なく、私のところに一度に7～8名の患者さんが集中したときもありましたが、今はそうではありません。在宅主治医になってくださる先生も増えています。

また、尾道市医師会では開業医のチーム化を図っています。つまり、在宅主治医とは別に患者さんが必要とする専門医、例えば皮膚科医であったり、泌尿器科医であったりが在宅医療に参加しているということです。

2. 長崎方式について(OPTIM含む)

本家 ● では続いて、白髭先生から「長崎在宅Dr.ネット」(以下、Dr.ネット)についてご説明いただきたいと思います。

白髭 ● Dr.ネットは、診療所の医師同士が協力して、24時間365日、在宅患者さんを無理なく診療していこうと、2003年3月に、在宅医療に熱心な仲間の医師13名に呼びかけて立ち上げ、それを長崎大学病院や長崎市立市民病院などの地域の基幹病院に説明して回ってできあがった地域連携ネットワークです。1人の在宅患者さんに対して、最初の段階で決められた「主治医」と「副主治医」がメインとなり、

そこに必要に応じて皮膚科、眼科、精神科などの「協力医」が参加するスタイルで診療しています。病院から在宅医療の依頼を事務局が受けると、市内5地区の各担当コーディネーターを通じて、メーリングリストで患者さんの居住地や疾患などの情報をメンバーに周知し、手挙げ方式で主治医、副主治医を決定します。2010年6月現在、参加メンバーは151名で、うち約70名が主治医可能です。

これまで病院から事務局に在宅医療を依頼された件数は、2009年12月末現在で365名、そのうちの約7割ががん患者さんです。開始当初こそ、依頼件数は非常に少なかったのですが、2007年以降急激に増加しています(図1)。

片山 ● 特に長崎大学病院からの依頼件数が大幅に増加していますね。

白髭 ● 2007年3月から、Dr.ネットの医師らが、長崎大学病院の緩和ケアチームのカンファレンスに参加するようになり、そこからの在宅移行率が飛躍的に増えています(2007年7%→2008年17%→2009年21%)。

また、2008年9月から、長崎大学病院地域医療連携センターで「ハイリスク・カンファレンス」が開催されるようになりました。これは、入院時のスクリーニングでがんに限らず「ハイリスク」と判定された患者さんのうち、在宅移行に課題のある患者さんについて、病院・在宅スタッフ総勢10名ほどが合同で検討し、在宅移行を目指すというものです。月平均10名ほどの検討を行い、うち5～6名が在宅移行を実現しています。2009年6月からは長崎市立市民病院でも同様のカンファレンスが開催されるようになりました。このような取り組みが依頼件数を大きく伸ばしているのだと思います。

表1 尾道市医師会主治医機能3原則2006年(オリジナルは1994年)

① Multiple functions(多機能をもつこと)

- 在宅医療・ケア: 終末期医療・24時間対応・在宅緩和ケア・看取り・グリーフケア
- 連携機能: チーム医療・看護、介護との連携、ケアマネージャーとの連携・地域連携
- ケアマネジメント実務機能: ケアカンファレンス・多職種協働の実践
- 認知症早期診断・ケア: 地域スタッフの教育・家族支援

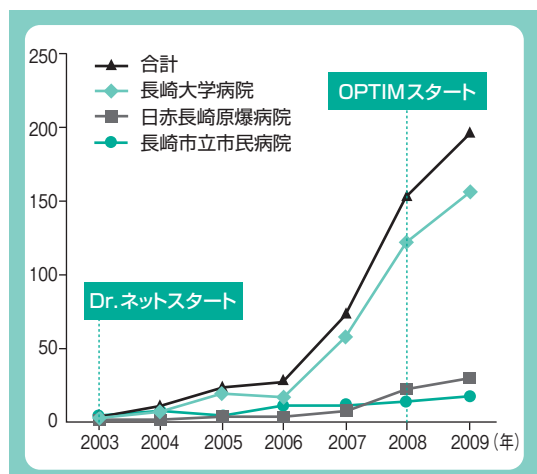
② Flexibility(柔軟な対応を行うこと)

- 利用者や家族の状況の理解: 長期フォローアップにおける療養環境の整備
- 的確にしてタイムリーなサービス選択とアクセス
- 利用者本位のサービス提供: 個人の尊厳、QOLの重視・アドボカシー

③ Accountability(説明責任)

- 利用者が知っておくべき情報について適切な説明を行い共通認識とする
- インフォームドコンセントにおけるズレをなくす努力・情報の高度化
- 関係多職種との共通認識に必要な説明責任(カンファレンスなど)
- コミュニケーション技術(リスニングスキル)を駆使して信頼の基盤構築

図1 がん診療連携拠点病院在宅移行症例におけるDr.ネットの症例数推移(2010年1月調査)





白髭 豊先生



木村 雅彦先生

本家●2008年から、国の「がん対策のための戦略研究『緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)』」に参加されたことも、長崎の地域連携ネットワークの促進に繋がっているのではないのでしょうか。

白髭●おっしゃるとおりです。OPTIMは、がん対策基本法でうたわれている「早期からの緩和ケアの推進」と「在宅ケア連携体制の確保」を実現するために、日本の緩和ケアの地域モデルを作ろうというプロジェクトです。長崎市医師会はOPTIM開始にあたり「長崎がん相談支援センター」を設置し、そこを拠点として①地域住民に対する啓発、②医療・介護・福祉スタッフに対する教育、③地域連携の促進、④専門緩和ケアサービス利用の便の向上という4つの柱を軸にしてさまざまな活動—市民公開講座、研修会、講演会など—を行っています。

最近では、Dr.ネットやOPTIMによりお互いの顔がよくみえるようになったのか、病院がDr.ネットの事務局を介さずに「あの地域の、あの先生に主治医を」と直接依頼するケースが増えているようです。在宅死亡率(自宅、介護老人保健施設、老人ホームを合わせた死亡率)は、長崎県は全国ワースト4ですが、長崎市に限ってみると2007年が10.6%、2008年が12.4%と上昇しており、これは地域連携ネットワークの成果だと感じています。

3. 茨城県の取り組み

本家●それでは、木村先生から茨城県の現状についてお話しただきたいと思います。

木村●茨城県は、まだ地域連携ネットワークの構築には至っておらず、現在進行中です。その始まりは、2005年11月に行政主導で「地域緩和医療検討会議」が立ち上げられたことにあります。同会議では、地域緩和医療に関わる専門職と行政が初めて地域における緩和医療体制を構築するにあたっての課題や問題点を検討し、さまざまな事業計画を打ち出しました。その流れが、2007年7月から地域がん拠点病院を中心に2ヵ月に一度開催されている「緩和ケアカンファレンス」です。その後、2009年から同じく地域がん拠点病院を中心に「茨城県緩和ケア研修会(PEACEプロジェクト)」が開催されるようになりました。PEACEプロジェクトは、本来、医師が緩和ケアの基本的な知識を習得するための研修会を実施するプロジェクトですが、茨城県では看護師や薬剤師の参加を認めており、県より修了証書も授与されます。

現在、茨城県における地域連携ネットワークは、これら2つを機軸として、その構築を進めています。つまり、これらの場に医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャー、メディカルソーシャルワーカー(MSW)などの多職種が一同に会することで顔の見える関係と役割分担が明確になり、地域連携ネットワークが構築

されつつあるというわけです。それから、薬剤師の私にとって、カンファレンスや研修会には、他の職種の先生方に「薬剤師は、在宅医療において、こういうことができます」とアピールすることができたというメリットもありました。実際、それをきっかけに、「ならば、お願いできませんか」と具体的なケアの実践に繋がったケースも少なからずあります。

本家●それは素晴らしいですね。

在宅におけるがん性疼痛治療

1. 意外に大きい薬剤師の役割

白髭●在宅におけるがん性疼痛治療では、多職種連携のなかで薬剤師の存在はすごく大きいと感じています。最近、長崎でも薬剤師が退院時共同指導から関わるように努めております。オピオイドを処方されている患者さんが在宅に移行する場合、そのオピオイドの管理やアドヒアランスのチェック、服薬に関する細かい説明など、薬剤師にしかできないことがたくさんあります。そこに介入していただければ、特に看護師が服薬管理から解放され、本来の看護業務に徹することができるようになるので、専門職の役割分担ができ結果的に患者さんの大きなメリットに繋がります。

木村●ご指摘のとおり、私はオピオイドによる疼痛コントロールは薬剤師の役割ではないかと考えております。特に在宅におけるがん性疼痛治療においては、薬剤師が患者さんのところまで何度も足を運び、患者さんや家族のお話を聞いたり、患者さんの様子をみたりして、「オピオイドを使用して痛みが緩和されているのか、痛みはオピオイドが効く痛みなのか(痛みの評価)、副作用は出ていないか、レスキュー・ドーズはどれくらい使用しているのか」などの情報を収集し、それを医師に伝達して、医師と薬剤師と一緒に処方設計していく必要があると思っています。

実際、私どもの薬局では治療効果(痛みの評価)、レスキュー・ドーズの使用量、副作用などから、医師に対してオピオイドのドーズアップやローテーションの提案、クリーンルームでの持続皮下注の無菌調製やシリンジポンプの貸し出しなどを行っています。

本家●長崎では、薬剤師は地域連携にどのように関わられていますか。

白髭●長崎では、薬剤師有志が2007年7月に、Dr.ネットにらって「長崎薬剤師在宅医療研究会(P-ネット)」を発足させ、訪問薬剤管理指導を担当する薬剤師とサポーター薬剤師が連携して、24時間365日、対応できる体制を整えています。この活動に応えるかのように、つい最近、長崎市薬剤師会が訪問薬剤管理指導を行う薬局のリスト(所属開局薬局309のうち

44、約14%)を医療従事者向け、および患者向けにホームページ上で公開しました。また、訪問薬剤管理指導を始める薬局に対する「在宅医療マニュアル」を作成し、全薬局に配布しています。さらに、OPTIMでも薬剤師に対して在宅医療への参加を啓発するために、「訪問薬剤管理指導のススメ」というDVDを作成し、薬剤師への配布を始めています。

本家●片山先生のところはいかがですか。

片山●当院の場合は、隣接している薬局の薬剤師がすべてのカンファレンスに参加しています。病院のカンファレンスにも参加しますので、そこで病院薬剤師と薬局薬剤師が患者さんの薬剤情報を交換することも少なくありません。

また、「服薬コンプライアンスの管理も薬剤師の仕事」ですから、当院では、4日処方とか、1週間処方とか、短期間の処方を行っている進行がん患者さんの厳格な服薬管理は薬剤師に一任しています。患者さんが独居の場合は、可能であれば、例えば、1日1回投与で24時間効果が持続するモルヒネ徐放製剤(カディアン®)などを利用し、服薬を朝1回に集約させておき、薬剤師が毎朝、患者宅を訪問して、服薬をサポートするといったこともしています。

2. オピオイド使用で改善すべき制度上の問題

木村●ただし、私や片山先生が話したことをすべての薬局が行っているかといえば、そこまでには至っていません。

例えば、オピオイドの廃棄についてですが、鹿児島県薬剤師会の実施したアンケート調査によると、109薬局からの回答があり、廃棄麻薬金額の総額が1,000万円以上だったとのこと(第4回日本緩和医療学会発表)。なんと、1店舗で80万円の廃棄があった薬局もあったと報告されていました。つまり、オピオイドを在庫に抱えることは、「めったに麻薬処方箋がこないのに、帳簿や薬剤管理、回収や廃棄処理が面倒で、しかも購入金額が高く、かつ廃棄金額も馬鹿にならない」わけで、薬局側の本音として「やりたくない」となるわけです。実際、茨城県で麻薬小売業の認可を取得している薬局は保険薬局1,130件中826件(73.1%)でしたが、本当のところ、オピオイドを常時備蓄して至急対応できる薬局が何軒あるのかは不明です。

このような問題を解決するために、薬局間での譲渡譲受という制度があるのですが、オピオイドに関しては一般医薬品と異なり、前もって申請したグループ間に限定されており、しかもグループを組むための規制ががっちりかけられています。そうしたことから、オピオイドのグループ間譲渡譲受を行っているところはかなり少ないのです。そのため、結局、患者さんが麻薬処方箋を薬局の窓口にもっていても断られるケースがあると聞き及んでいます。

在宅緩和ケアを広げるためのポイント

本家●そうしますと、今後、緩和ケアを地域のなかで広げ

るためになにをすればよいとお考えでしょうか。

木村●オピオイドも一般医薬品と同様にすぐ隣の薬局と譲渡譲受できるようにすることも必要ですし、薬剤師自身ももっと在宅緩和ケアに介入していくことが大切だと思っています。

とはいうものの、現実として、薬剤師個々の知識や経験の問題、あるいは1人薬剤師といった薬局の事情などがありますので、すべての薬局、すべての薬剤師が足並みを揃えて在宅医療に介入することはできません。したがって、今後は、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携を図るとともに、薬局薬剤師同士の連携を図る必要があると考えています。先ほど、白髭先生がご紹介くださったP-ネットのようなものです。また、私は「それぞれの薬局が専門性をもって在宅にあたるのがよい」と考えており、がんや栄養管理などの専門性を標榜する薬局を作るというのも1つの方法ではないかと感じています。

白髭●緩和ケアを地域のなかで広げるにあたっては、医師の啓発もとても大切だと思います。現在、私は初期臨床研修医を受け入れており、在宅医療の現場をみていただいています。これまでの研修期間は2週間しかありませんでしたが、2011年春からは1ヵ月になり、今まで以上に充実した研修を行えるのではないかと考えています。

片山●医師になりたての頃に、在宅緩和ケアの現場をみていただくことは、その後の医師人生に大きな影響を与えるように思います。

白髭●そうですね。もしかして、当クリニックで初期臨床研修を受けた医師が在宅医療の現場に来てくれるかもしれません。それから、在宅医療がどういうものかを理解してもらおうことで、大学病院などで急性期医療に携わっていても、「この状態なら自宅に戻っても大丈夫だ」という判断もつきやすくなるのではないかと考えています。

片山●おっしゃるとおりですね。そうしますと、私たちは初期臨床研修を受けた若い医師たちが、学んだことに前向きに取り組める環境を作らなければなりませんね。

本家●本当にそう思います。さて、本日は、緩和ケアを広げるために、地域連携を先進的に実践している地域の医師やこれから地域連携を構築しようとしている地域の薬剤師の先生方に活発な討論をしていただきました。制度上にもさまざまな問題があるようですが、「患者さんを中心に」、皆で支え合っていけば、がん患者さんが安心して過ごせる地域が増えてくると思います。本日のお話が全国の人たちの参考となり、緩和ケアが普及することに役立つことを願い、座談会を終わります。ありがとうございました。