

せんが13%であった。返却薬の再利用については、すべて廃棄が22%、返却薬の30%未満を再利用が28%、返却薬の30%以上を再利用が46%であった。入院患者に対して処方されたレスキュー薬の自己管理については、すべての病棟で可能が16%、一部の病棟で可能が29%、できないが52%であった。

PCAポンプがある施設は63%、ない施設は34%で、利用可能台数は9.8±19.5台(平均±SD)であった。入院患者へのオピオイド投与時にPCAポンプの使用がある施設は51%、ない施設は44%で、ある施設の年間使用人数は0人が0%、1～10人が52%、11～50人が23%、51人以上が17%であった。入院患者へのオピオイド投与時にバルーン式注入ポンプの使用がある施設は44%、ない施設は51%で、ある施設の年間使用人数は0人が5%、1～10人が60%、11～50人が23%、51人以上が6%であった。

3. 薬剤師による緩和ケアに関する薬剤業務の実施状況

調査対象施設の、薬剤師による緩和ケアに関する薬剤業務の実施状況を表3に示す。調査対象全施設ならびに400床以上(N=206)、400床未満(N=58)のデータをそれぞれ併記した。処方鑑査については、強オピオイド処方時の用法・用量チェックを常にまたはたいてい行っている施設は、全施設では56%、400床以上の施設では58%、400床未満の施設では52%であった。また、強オピオイド処方時の併用薬チェックは、それぞれ44%、46%、

38%、医師からの問い合わせ時の薬物療法の提案はそれぞれ69%、71%、62%であった。服薬指導や病棟との協働については、入院患者に対する強オピオイド新規処方時の服薬指導を常にまたはたいてい行っている施設は、全施設では42%、400床以上の施設では42%、400床未満の施設では41%であった。また、外来患者に対する強オピオイド新規処方時の服薬指導は、それぞれ9%、8%、12%、その他緩和ケアに関する服薬指導は、それぞれ25%、25%、26%、病棟カンファレンスでの薬物療法の提案はそれぞれ12%、13%、9%、強オピオイド注射薬の調剤はそれぞれ2%、2%、2%であった。緩和ケアに関する薬物療法の教育については、院内の医療者対象の勉強会・講習会の開催がある施設は、全施設では79%、400床以上の施設では81%、400床未満の施設では71%であった。また、地域診療所や調剤薬局対象の勉強会・講習会の開催がある施設は、それぞれ49%、51%、41%であった。緩和ケアに関する研究活動については、研究活動の実施がある施設は、それぞれ47%、50%、38%であった。なお、いずれの調査項目についても、病院規模の相違による有意差は認められなかった。

4. 緩和ケアチームに参加する薬剤師ならびに緩和ケア担当薬剤師の活動状況

調査対象施設の緩和ケアチームに参加する薬剤師ならびに緩和ケア担当薬剤師の活動状況を表4に示す。緩和ケアチームに参加する薬剤師の活動状況は、調査対象全施設

表2 医療用麻薬の管理方法ならびに各施設で利用可能なリソース (N=264)

		施設数 (%)
外来患者に対する麻薬処方せんの交付	すべて院内処方せん	47 (18)
	院内処方せんまたは院外処方せん	184 (70)
返納薬の再利用	すべて院外処方せん	33 (13)
	すべて廃棄	58 (22)
	返納薬の30%未満を再利用	75 (28)
入院患者のレスキュー薬の自己管理	返納薬の30%以上を再利用	120 (46)
	すべての病棟で可能	42 (16)
	一部の病棟で可能	77 (29)
PCAポンプ	できない	137 (52)
	あり	165 (63)
	なし	91 (34)
利用可能台数(平均±SD)		9.8±19.5
入院患者へのオピオイド投与時にPCAポンプの使用	あり	134 (51)
	なし	115 (44)
年間使用人数 (使用のある施設のみ, N=134)	0人	0 (0)
	1～10人	70 (52)
	11～50人	31 (23)
	51人以上	23 (17)
入院患者へのオピオイド投与時にバルーンポンプの使用	あり	116 (44)
	なし	134 (51)
年間使用人数 (使用のある施設のみ, N=116)	0人	6 (5)
	1～10人	70 (60)
	11～50人	27 (23)
	51人以上	7 (6)

答数に欠損があるため、合計が100%にならないところがある。

表3 薬剤師による緩和ケアに関する薬剤業務の実施状況 (N = 264)

	常にまたはたいてい行っている施設数 (%)			p 値
	全施設 (N = 264)	400 床以上 (N = 206)	400 床未満 (N = 58)	
〈処方鑑査について〉				
強オピオイド処方時の 用法・用量のチェック	149 (56)	119 (58)	30 (52)	0.29
強オピオイド処方時の 副作用対策併用薬のチェック	117 (44)	95 (46)	22 (38)	0.09
医師からの問い合わせ時の 薬物療法の提案	182 (69)	146 (71)	36 (62)	0.17
〈服薬指導や病棟との協働について〉				
強オピオイド新規処方時の 服薬指導 (入院患者)	111 (42)	87 (42)	24 (41)	0.55
強オピオイド新規処方時の 服薬指導 (外来患者)	24 (9)	17 (8)	7 (12)	0.81
その他緩和ケアに関する 服薬指導	67 (25)	52 (25)	15 (26)	0.24
病棟カンファレンスでの 薬物療法の提案	31 (12)	26 (13)	5 (9)	0.10
強オピオイド注射薬の調剤 (混注やシリンジへの充填)	5 (2)	4 (2)	1 (2)	0.62
開催または実施がある施設数 (%)				
	全施設 (N = 264)	400 床以上 (N = 206)	400 床未満 (N = 58)	p 値
〈緩和ケアに関する薬物療法教育について〉				
院内の医療者対象の 勉強会・講習会の開催	208 (79)	167 (81)	41 (71)	0.10
地域診療所や調剤薬局対象の 勉強会・講習会の開催	129 (49)	105 (51)	24 (41)	0.33
〈緩和ケアに関する研究活動について〉				
研究活動の実施	125 (47)	103 (50)	22 (38)	0.08

表4 緩和ケアチームに参加する薬剤師ならびに緩和ケア担当薬剤師の活動状況

	常にまたはたいてい行っている施設数 (%)			p 値
	全施設 (N = 257)	400 床以上 (N = 205)	400 床未満 (N = 52)	
〈緩和ケアチームとの協働について〉				
チームカンファレンスへの参加	183 (71)	149 (73)	34 (65)	0.35
チームの病棟ラウンドへの参加	127 (49)	100 (49)	27 (52)	0.83
平均±SD (中央値, 範囲)				
	全施設 (N = 230)	400 床以上 (N = 183)	400 床未満 (N = 47)	p 値
〈緩和ケア担当薬剤師について〉				
担当薬剤師数	1.9 ± 2.0 (1, 1 ~ 20)	2.1 ± 2.2 (2, 1 ~ 20)	1.5 ± 0.7 (1, 1 ~ 4)	0.02
週延べ業務時間 (時間)	4.5 ± 5.1 (3, 0 ~ 40)	4.9 ± 5.4 (3.5, 0 ~ 40)	3.2 ± 3.4 (2, 0 ~ 18)	< 0.01

(緩和ケアチームが活動する施設, N = 257) ならびに 400 床以上 (N = 205), 400 床未満 (N = 52) のデータをそれぞれ併記した。緩和ケアチームとの協働については, 緩和ケアチームカンファレンスへの参加を常にまたはたいてい行っている施設は, 全施設では 71%, 400 床以上の施設では 73%, 400 床未満の施設では 65% であった。また, 緩和ケアチームの病棟ラウンドへの参加は, それぞ

れ 49%, 49%, 52% であった。緩和ケア担当薬剤師の活動状況は, 調査対象全施設 (特定の緩和ケア担当薬剤師がいる施設, N = 230) ならびに 400 床以上 (N = 183), 400 床未満 (N = 47) のデータをそれぞれ併記した。担当薬剤師数は, 全施設では 1.9 ± 2.0 人 (平均±SD), 400 床以上の施設では 2.1 ± 2.2 人, 400 床未満の施設では 1.5 ± 0.7 人であった。また, 担当薬剤師の週延べ業務時間は,

それぞれ4.5 ± 5.1時間, 4.9 ± 5.4時間, 3.2 ± 3.4時間であった。なお、緩和ケア担当薬剤師数および週延べ業務時間については、病院規模の相違による有意差が認められた。

考 察

本研究は、すべての拠点病院を対象に、医療用麻薬の管理方法、利用できるリソース、薬剤師による薬剤業務の実施状況をはじめ大規模に調査したものである。本調査データは、2008年4月の診療報酬の改定において、緩和ケアチーム加算の算定要件に専任薬剤師が加わった以前のデータであるが、今後がん対策が進展したとき、薬剤師機能の経時的変化を評価するうえでの重要な基礎データとなると考えられる。今回の主な調査結果は、以下の4点であった。1) 院外麻薬処方せんの交付は82%の施設で行われ、返却薬の再利用は74%の施設で行われていた。2) 入院患者に対するレスキュー薬の自己管理は、52%の施設で行われていなかった。3) 強オピオイド新規処方時に薬剤師による服薬指導が常に行われていた施設は、入院患者に対しては42%であったが、外来患者に対しては9%であり、その対応に大きな相違がみられた。4) 緩和ケアチームの活動に薬剤師が常に参加していた施設は、カンファランスが71%、病棟ラウンドが49%であり、病棟ラウンドへ常に参加する施設は半数以下と低かった。また、特定の緩和ケア担当薬剤師は、87%の施設に平均1.9人が配置されていたが、週延べ業務時間は平均4.5時間にとどまっていた。

医療用麻薬の管理に関しては、外来患者に対する院外麻薬処方せんが80%以上の施設で交付されていた。しかし、調査地域は限られるが、麻薬処方せんに応需する保険薬局が限定されているとの報告^{10, 11)}がある。月当たりの平均応需枚数が10枚以下の保険薬局が約90%を占め、地域に十分な普及がなされていないと報告されている。医療用麻薬の取り扱い、麻薬および向精神薬取締法（以下麻向法）によって厳しく定められており、麻薬処方せんに応需する保険薬局は医療用麻薬の在庫管理を余儀なくされる。2007年9月の麻向法施行規則の一部改正によって、小売業者間での麻薬の譲り渡しの許可申請の特例が認められた。今回の調査は改定直後に実施されたため、その効果についての詳細は解析できなかったが、厳しい薬剤の管理方法に大きな変化はないものと考えられた。一方、薬剤の流通の面からも、卸売業者は認可が事実上制限されていることや、都道府県を越えた薬剤の譲渡も禁止されていることなど、保険薬局が積極的に医療用麻薬を在庫することができない理由に考えられる。各施設からの院外処方せん交付は徐々に進んでいることが明らかになったが、院外処方せんを交付された患者の利便性の向上からも、応需側の保険

薬局が在庫管理を行いやすく配慮された法的な整備の必要があると考えられた。

また、返却薬の再利用は、70%以上の施設で行われていた。医療用麻薬が高価な薬剤であることがその理由に挙げられるが、麻向法に基づいた薬剤の管理を行うためには、患者ごとに返却された薬剤をそのつど帳簿に記載し在庫数を管理する必要がある。薬剤管理業務は煩雑であり、麻薬管理者が一元管理する施設も多く見られる。このデータから、返却薬の再利用を徹底したいが、再利用率は、各施設の医療用麻薬の管理業務に携わる薬剤師の業務処理時間に依存する結果と推察された。

一方、入院患者に対するレスキュー薬の自己管理は、約50%の施設でまったく行われていなかった。2006年12月に厚生労働省医薬食品局から「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」の改訂が示され、入院患者に対して必要最低限の麻薬の保管が認められたが、今回の調査では、その普及が十分に進んでいないことが明らかになった。居宅では、医療用麻薬は患者自身または家族・介護者等による薬剤管理のもと必要時に使用できる一方、入院とともに医療従事者による一元管理となり、必要時に使用できなくなる矛盾が長年継続している。各施設では、薬剤部や薬剤科が中心となって医療用麻薬の所在不明等事故の発生防止に慎重に取り組む必要があり、患者ケアより薬剤管理を優先してきたことは改善の余地があると考えられた。したがって、今回のマニュアル改訂の趣旨を各施設に十分に周知させるとともに、患者ケアと薬剤管理を両立するルールの構築が必要と考えられた。

同様の問題が、各施設で利用できるリソースの調査結果からもうかがえる。年間使用患者数は、PCAポンプおよびバルーン式注入ポンプとも使用がある施設の50%以上で0～10人と回答しており、十分に利用されていない可能性がある。多くの終末期がん患者は、全身状態の悪化によって、経口薬の投与が困難となる。これらの患者に対して、PCAポンプやバルーン式注入ポンプを利用した非経口による持続投与が、疼痛コントロールの実現に寄与することもある¹²⁻¹⁴⁾。Fanらの報告¹⁵⁾では、薬剤師が疼痛管理に対して積極的に関与することにより、PCAポンプの利用率が50%増加したと解析している。薬剤師が疼痛治療に積極的に関与することで、PCAポンプやバルーン式注入ポンプの利用率が高まり、より有効な疼痛緩和が達成される可能性がある。

薬剤師による緩和ケアに関連した薬剤業務の実施状況に関連して、Leeらの報告⁶⁾では、緩和ケアに関わる薬剤師が薬物療法について積極的に関与することが、患者からの評価につながると言及していた。また、Austwickらの報告⁵⁾では、外来患者に対する緩和ケアサービスの提供は在宅におけるサービスとの連携においても重要であり、その

質を高めるためには薬剤師が重要なメンバーであるとしている。しかし、今回の調査では、薬剤業務の内容によって常に行っている施設が数%にとどまる業務もあった。特に実施率の低かった、外来患者に対する強オピオイド新規処方時の服薬指導については、今後、各施設から院外処方せんの交付がさらに進むにつれて、主に保険薬局で実施されるようになると思われる。したがって、一部の地域を除いて整備が遅れる在宅緩和ケアサービスの構築と保険薬局薬剤師との連携も、今後の重要な課題のひとつと考えられた。

緩和ケアに関する薬物療法教育に関連して、Xue らの報告¹⁶⁾では、薬剤師が有する疼痛管理に関する専門的な知識や技能は薬学的な面からの管理評価であり、これらを有効に活用すべきであると指摘している。一方、Taniguchi らの報告¹⁷⁾では、医療用麻薬の服薬指導を実施する保険薬局が医療機関に望む緩和医療に関する情報提供として、約40%が勉強会の開催を挙げていた。疼痛緩和の質的向上を地域に幅広く広めることも拠点病院の役割のひとつであり、地域診療所や薬局対象の勉強会・講習会の開催についても、早急に推し進める必要があると考えられた。今回の調査では、病院規模が大きい施設ほど、マンパワーもより豊富で実施率が高い傾向がみられたが、規模の小さい施設では、複数の施設が連携して個々の得意分野を担当した開催を工夫するなどの方法も必要と考えられた。

緩和ケアチームに参加する薬剤師ならびに緩和ケア担当薬剤師の活動状況については、薬剤師の参加を常にまたはたいてい行っている施設が、カンファランスで約70%、病棟ラウンドで約50%であった。病院規模別の解析では、有意差は認められなかったが、400床以上の施設でチームへの参加率は高く、病院規模が大きい施設でチームへの参加率が高いとしたIseらの報告と同様の傾向が示された。また、特定の緩和ケア担当薬剤師は約90%の施設であると回答されていたが、週延べ業務時間は平均4.5時間にとどまっていた。Gilbarらの報告¹⁸⁾では、オーストラリアとカナダの145施設において、緩和ケアに関わる薬剤師がいると回答した施設が69.7%であり、それらの施設の大部分で週延べ業務時間は10～20時間であった。週延べ業務時間が著しく少ない理由として、本調査を実施した2007年11月の時点では、緩和ケア診療加算の施設基準に専任薬剤師が明記されていなかったこともそのひとつに挙げられるが、担当薬剤師が配置されていても、緩和ケアに関連した薬剤業務を行う時間を十分に確保することができない実態が示されたものと考えられた。一方、病院規模別による解析では、担当薬剤師数が400床以上の施設での平均2.1人に対して、400床未満の施設で平均1.5人、担当薬剤師の延べ業務時間が400床以上の施設での平均4.9時間に対して、400床未満の施設で平均3.2時間と、い

れも有意差が認められた。400床以上の施設で十分な活動が行われているとは考えられないが、薬剤師のマンパワーの確保に依存した結果を反映したのと考えられた。今後、担当薬剤師の緩和ケアに関する薬剤業務の標準化を進めるとともに、拠点病院がその役割を果たせるように業務時間の具体的な数値を指針として示すなど、他職種と同等の時間確保ができるように環境を整える必要があると考えられた。2008年4月の診療報酬改定で、緩和ケア診療加算の算定施設として登録するためには、緩和ケアチームへの専任薬剤師の参加が義務づけられた。拠点病院の役割や病院経営の面からも、緩和ケア診療加算算定施設の登録が進むものと考えられる。今後、緩和ケアチームにおける薬剤師の業務時間やマンパワーの確保が期待される。

本研究の限界として、医療用麻薬の管理に関して、各医療機関から発行される院外麻薬処方せんを応需する保険薬局の全国規模の実態調査が行われていないことが挙げられる。保険薬局の麻薬処方せん応需状況は、地域間で大きな相違があると予想され、調査結果を地域ごとに解析する必要があると考えられた。また、緩和ケアに関連した薬剤業務の実施状況に関して、外来処方せんの平均調剤枚数、院外処方せん発行率や薬剤管理指導件数など、各施設の薬剤師が通常業務に関わるマンパワーを考慮せず一律に解析を行っている点が挙げられる。さらに、緩和ケア担当薬剤師数や担当薬剤師の週延べ業務時間など、薬剤業務の実施状況に影響すると考えられる要因による解析が十分に行えなかったことも挙げられる。病院規模に依存せずにそれらが十分に確保される施設が、数施設にすぎなかったためである。今後、緩和ケアチームにおける薬剤師の配置数や緩和ケア担当薬剤師の週延べ業務時間など、具体的な数値を指針として示すためには、これらを考慮した詳細な解析が必要となると考えられた。

以上、今回の調査により、拠点病院の緩和ケアに関する薬剤業務の実態が把握された。今後、質の高い緩和医療を提供するうえで薬剤師が果たす役割は、薬剤業務の充実、地域薬局や他職種との連携強化と知識の共有などであると考えられた。そのためには、緩和ケアに関する薬剤業務の標準化や、他職種と同等の時間確保ができる環境を整えることが急務であると考えられた。

謝 辞

本研究は、平成19年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん患者のQOLを向上させることを目的とした支持療法等のあり方に関する研究」の助成を受けて実施された。また、アンケート調査にご協力いただきましたがん診療連携拠点病院の薬剤部または薬剤科の先生方には深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) Rummans TA, Clark MM, Sloan JA, et al. Impacting quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention: A randomized controlled trial. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24: 653-642.
- 2) Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, et al. The comprehensive care team. *Arch. Intern. Med.* 2004; 164: 83-91.
- 3) Moore S, Corner J, Haviland J, et al. Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: Randomized trial. *Brit. Med. J.* 2002; 325: 1145-1147.
- 4) Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, et al. Quality of life palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J. Clin. Oncol.* 2001; 19: 3884-3894.
- 5) Austwick EA, Brown LC, Goodyear KH, et al. Pharmacist's input into a palliative care clinic. *Pharm. J.* 2002; 268: 404-406.
- 6) Lee J and Mcpherson ML. Outcomes of recommendations by hospice pharmacists. *Am. J. Health-syst. Ph.* 2006; 63: 2235-2239.
- 7) 名徳倫明, 村山洋子, 中西品子, 他. 緩和ケアチームにおける薬剤師の役割—緩和ケアチーム発足前後の麻薬製剤使用量の動向調査. *Jpn. J. Pharm. Health Care Sci.* 2005; 31: 1012-1018.
- 8) 佐々木直子, 山田智香, 伊藤智子, 他. 薬剤師と緩和ケア医師によるスクリーニング回診の効果. *Palliat. Care Res.* 2007; 2: 201-206.
- 9) 伊勢雄也, 宮田広樹, 片山志郎, 他. 病院における緩和医療の現状ならびに薬剤師業務に関する調査研究. *Jpn. J. Pharm. Palliat. Care Sci.* 2008; 1: 11-17.
- 10) 張替ひとみ, 宮崎 敦, 片山ひろみ, 他. 緩和医療に関する保険薬局の現状と薬局薬剤師の学習状況—習熟度, 意識度を中心に—. *Jpn. J. Pharm. Palliat. Care Sci.* 2009; 2: 119-129.
- 11) 赤井那実香, 池田智宏, 濱邊和歌子, 他. 在宅緩和ケアにおける薬局薬剤師の参画意識と現状. *Jpn. J. Pharm. Palliat. Care Sci.* 2008; 1: 109-115.
- 12) Citron ML, Kalra JM, Seltzer VL, et al. Patient-controlled analgesia for cancer pain: A long-term study of inpatient and outpatient use. *Cancer Invest.* 1992; 10: 335-341.
- 13) Hill HF and Mather LE. Patient-controlled analgesia. Pharmacokinetic and therapeutic considerations. *Clin. Pharmacol.* 1993; 24: 124-140.
- 14) 服部政治, 木村信康, 高谷純司, 他. 終末期におけるオピオイド注射薬の使用法. *癌と化療* 2005; 32: 161-166.
- 15) Fan T and Elgourt T. Pain management pharmacy service in a community hospital. *Am. J. Health-syst. Ph.* 2008; 65: 1560-1565.
- 16) Xue Y, Green DS, Czaplinski C, et al. Pain attitudes and knowledge among RNs, pharmacists, and physicians on an inpatient oncology service. *Clin. J. Oncol. Nurs.* 2007; 11: 687-695.
- 17) 谷口仁司, 鍛冶園誠, 岩井加菜子, 他. 緩和医療均てん化に向けて—保険薬局における医療用麻薬の服薬指導に関する実態調査と問題点の検討. *J. Jpn. Soc. Hosp. Pharm.* 2009; 45: 693-696.
- 18) Gilbar P and Stefaniuk K. The role of the pharmacist in palliative care: Results of a survey conducted in Australia and Canada. *J. Palliat. Care* 2002; 18: 287-292.

A Nationwide Survey of the Palliative Care Provided by Pharmacists in Designated Regional Cancer Centers in Japan

Munetoshi SUGIURA^{*1}, Mitsunori MIYASHITA^{*2}, Kazuki SATO^{*2},
Tatsuya MORITA^{*3}, Motohiko SANO^{*4}, Motohiro MATOBA^{*5},
Satoru TSUNETO^{*6}, and Yasuo SHIMA^{*7}

^{*1} Department of Drug Safety Management, School of Pharmacy, Tokyo University of Pharmacy and Life Science,
1432-1 Horinouchi, Hachioji 192-0392, Japan

^{*2} Department of Palliative Nursing, School of Health Science, University of Tohoku,
2-1 Seiryomachi, Aoba-ku, Sendai 980-8575, Japan

^{*3} Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team and Seirei
Hospice, Seirei Mikatagahara General Hospital,
3453 Mikatagahara-cho, Kita-ku, Hamamatsu 433-8558, Japan

^{*4} Department of Pharmacy Services, Saitama Medical Center, Saitama Medical
University,
1981 Kamoda, Kawagoe 350-8550, Japan

^{*5} Department of Palliative Medicine, Palliative Care Team, National Cancer Center,
5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo 104-0045, Japan

^{*6} Department of Palliative Medicine, Osaka University Graduate School of Medicine,
2-2 Yamadaoka Suita, Osaka 565-0871, Japan

^{*7} Department of Palliative Medicine, Tsukuba Medical Center Hospital,
1-3-1 Amakubo, Tsukuba 305-8558, Japan

Abstract: [OBJECTIVES] To improve the quality and availability of palliative care for cancer patients, the cooperation of pharmacists is essential, but a survey on the provision of palliative care by pharmacists has not yet been conducted. Therefore, we surveyed the role of pharmacists in providing palliative care in regional cancer centers. [METHODS] In November 2007, a questionnaire survey was conducted in the pharmacy divisions at all 288 regional cancer centers in Japan. Valid responses were received from 264 institutions. [RESULTS] Pharmacists were involved in palliative care at 87% of the institutions on an average of 4.5 hours per week. The percentage of institutions that “always” provided palliative care by a pharmacist with medication review, with self-management, and with presence of palliative care team was 44–69%, 9–42%, and 49–71%, respectively. The percentage of institutions with education on medications for hospital medical staffs, and for family doctors and community pharmacists was 79% and 49%, respectively. [DISCUSSION] Pharmacists were involved in palliative care at many institutions, but did not spend sufficient time on it. To facilitate a role for pharmacists in palliative care, it is necessary to review the duties for palliative care and those required for regular care in order to achieve labor efficiency.

Key words: regional cancer centers, palliative care team, pharmacist, pharmacist’s duties, nationwide survey

フロンティア4：フロンティア企画4 「泌尿器系難治症状の緩和」

23日(土) 第6会場

座長のメッセージ

名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野¹⁾、市立豊中病院²⁾
 明智 龍男¹⁾、目黒 則男²⁾

わが国においても個々のがん患者に最適な抗がん治療のみならず、支持療法の一環として適切な症状緩和や療養環境を提供することの重要性が認識されつつある。このような機運の中、2002年に、緩和ケア医、精神科医、看護師など多職種からなる「緩和ケアチーム」に対しての緩和ケア診療加算が導入され、2007年には、がん医療を充実させるための施策としてがん対策推進基本計画が策定された。本計画においては、重点的に取り組む事項として、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」とこれを実践した結果としての「全てのがん患者・家族の苦痛の軽減、療養生活の質の向上」が盛り込まれ、現在のわが国のがん医療において緩和/支持的ケアを推進する大きな原動力となっている。これらを受けて、わが国においても次第に緩和ケアチームを院内に設置する施設が増加し、またがん診療連携拠点病院を中心に、多くのがん診療施設が独自の取り組みを行いはじめるとともに、病院と在宅医療機関とのよりよい連携の在り方なども徐々に模索されるようになってきた。一方、わが国においては、がん患者の身体症状緩和や精神症状緩和を担う緩和ケアやサイコオンコロジー領域の発展が不十分であることに加え、在宅医療に関しても多くの施設が手探り状態でサービスを提供するなど、がん患者と家族を実地医療の現場で援助していくうえで大きな課題が存在するのが現状である。ここで泌尿器系のがんの包括的な症状緩和を考えた場合、その標的症候および療養環境としては、他のがんと共通の部分も多い一方、泌尿器系がん特有の難治性症状も存在することが推測される。しかし、泌尿器系がん患者の経験する難治性の身体症状や精神症状はどのようなものなのか、また、このような症状に対してどのような症状緩和のストラテジーをとり得るのか、あるいは泌尿器系のがんという疾患特異性を考慮した場合に、どういった在宅療養が望まれるのか、といった点については、必ずしも明らかではではないのが現状である。今回は、がん医療を取り巻くわが国の現状を鑑みながら、泌尿器系がん患者の症状緩和に熟練したがん医療の第一線で活躍中の方にシンポジストをお願いし、痛みをはじめとした身体症状や精神症状を含めた難治性の症状の緩和方法、そして在宅療養も含めて、泌尿器系がん患者とその家族を援助していくための現状と課題を浮き彫りにするようなシンポジウムとしたい。

フロンティア4-1

23日(土) 第6会場

がん性疼痛ガイドラインのエッセンス：緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス

聖隷三方原病院緩和支援治療科

森田 達也

本プレゼンテーションでは、日本緩和医療学会から発刊された「がん疼痛薬物療法に関するガイドライン」のエッセンスをまとめます。このガイドラインは、がん疼痛に対する薬物療法のガイドラインとして、系統的レビューとコンセンサス法を用いて作られた国際的にも最初の包括的なガイドラインです。緩和治療を専門としない職種を対象にとって実践の役に立つように、ガイドラインで示されていることの根拠とその解釈を示したうえで、実際に臨床で利用する具体的な例を示して解説します。特に、1)疼痛の治療の前に正しく診断をして新しいがん病変を見落とさないようにすることの重要性、2)アセトアミノフェンの知っておくと便利な使い方、3)患者の状態(投与経路、合併症、併存する症状、疼痛の強さ)からみた初回のオピオイドの選択方法、4)「痛い」という患者さんから突出痛を見分けて「ただペースアップ」ではない対応方法、5)オピオイドの増量で副作用が出た時の対応、6)鎮痛補助薬の価値と限界、7)患者へのコーチングの重要性、8)局所に限定された疼痛に対する神経ブロックの効果などです。本発表では、ガイドラインを踏まえていますが、ガイドラインで並列になりがちな薬物の選択については、my rule と明記したうえで個人の経験を述べるものであることをご理解ください。特定非営利活動法人日本緩和医療学会、緩和医療ガイドライン作成委員会(編集)、がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版、金原出版、東京、2010。

緩和ケア普及のための地域プロジェクト — 浜松地域のあゆみと今後の課題



Tatsuya Morita 森田 達也

聖隷三方原病院緩和支援治療科 部長

1967年生まれ。京都大学医学部卒業。聖隷三方原病院緩和支援治療科部長、京都大学医学部臨床准教授、国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部外来研究員。2007年からは地域緩和ケア普及のためのOPTIMプロジェクトを多くの協力者を得て実施。

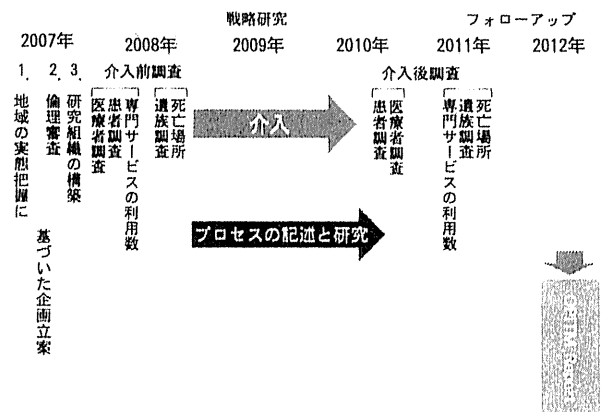
聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター
井村千鶴、野末よし子、赤澤輝和、伊藤富士江

OPTIMプロジェクトの概要

OPTIMプロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model、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」)は、2005年から毎年2領域ずつ行われている戦略研究の一部である。「戦略研究」は、日本では大規模な臨床研究がなかなか成功しない経緯から、「国民的ニーズが高く確実に解決を図ることが求められている研究課題」について、大規模研究を完遂して迅速に国民に還元することを目的として策定された。がんにおける戦略研究は2006年に設定され、乳がんの予防と、緩和ケアが設定された。緩和ケアが課題として選択された背景として、我が国ではがん患者から見たquality of life・緩和ケアの質の評価が不十分であることや、希望する場所で最期を迎えられる患者が少ないことから、がん対策基本法での重点領域と位置付けられたことが背景にあげられる。

OPTIMプロジェクトでは、2007年に研究プロトコルの作成と倫理審査などを行い、2008年に介入前調査、2008～2010年に介入、2010年から介入後調査を行った。2012年度末までに解析を終了する予定である(図1)¹⁻³。試験デザインは、地域

図1 OPTIMプロジェクト 概要



を対象とした前後比較試験であり、評価項目は自宅死亡率、緩和ケア利用数、患者調査・遺族調査に基づく患者のquality of lifeである(表1)。これらの測定項目は、信頼性・妥当性の確保されたCare evaluation ScaleやGood Death Inventoryなどが用いられ、それまでに国際的にも高く評価されている日本の大規模調査の経験が生かされた⁴。

OPTIMプロジェクトの特徴的な点として、アウトカムの変化のみならず、プロジェクトそのものの経過を通じて緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物や介入過程を作成することを目標としたことがある。つまり、介入研究の結果

表1 OPTIMプロジェクトの目的・方法・介入

目的
1 地域緩和ケアプログラムが、がん患者のquality of lifeを向上するかを検証する
2 全国において緩和ケアに取り組んでいく際に資する成果物、介入過程を作成する
デザイン
地域介入による前後比較試験
主要評価項目
1) 自宅死亡率
2) 緩和ケアの利用数
3) 通院中のがん患者の緩和ケアの質評価やQOL (患者評価)
4) 終末期のがん患者の緩和ケアの質評価やQOL (遺族評価)
副次評価項目
1) 地域医療者の困難感・知識
2) 地域の緩和ケアの質指標
介入
1) 緩和ケアの技術・知識の向上
2) がん患者・家族・住民への情報提供
3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進
4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

としてアウトカムの変化を測定するとともに、介入中に作成した様々なマテリアルや知見・ノウハウを集積することで全国の緩和ケアの普及に役立てることを目的とされたことが大きな特徴である。これは、近年になって、緩和ケアなどの複雑な介入(complex intervention)の研究では、単に「アウトカムがどう変化したか」だけでなく、それが「なぜ生じたのか」「どのような介入過程を得てアウトカムが生じたのか」を解釈できるような質的研究が重要であることが強調されていることと同じ意図を持っている⁵⁾。OPTIMプロジェクトは、これまでに行われた緩和ケアの地域介入研究として国際的にも最大規模の地域介入研究であると同時に、わが国ではじめての大規模な患者・家族・医療者を網羅したコホートでもある(図2)。

この論文では、OPTIMの対象地域の一つである浜松地域において行われたプロジェクトの概要のうち特に地域連携に

図2 過去に行われた緩和ケアの地域介入研究

	自宅死亡	緩和ケア利用数	患者調査	遺族調査	介入期間	介入から解析の年数
Edmonton, Canada (Can Med AJ, 1999)	○	○	×	×	永続	7年
Catalonia, Spain WHO (JPSM, 2007)	○	○	258	×	20年	5年
Ontario, Canada (JPSM, 2009)	○	×	102	75	1年8カ月	7年
Trondheim, Norway* (Lancet, 2000; JCO, 2001)	○	○	434	180	2年8カ月	5年
OPTIM	○	○	846	1006	2年	4年

*: クラスターランダム化比較試験、その他: 前後比較試験

関することを紹介する。浜松地域は人口80万人、面積1500km²の大きな都市であるが、医療資源としては中央部に偏在しており、「日本の縮図」ともいわれている。

プロジェクト期間中の活動

プロジェクトでは、3年間を通して、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診

図3 OPTIM 3年間で行われたこと

組織構築	企画ミーティング	2008年	2009年	2010年(予定)
緩和ケアの技術・知識の向上	緩和ケアセミナー	10回(1273名)	7回(1083名)	5回
	マニュアル/パンフレット配布	3464/25179部	2896/9474部	
がん患者・家族・住民への情報提供	市民公開講座	1回(72名)	1回(600名)	1回
	ポスター・冊子等配布	28124部	34599部	
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	多職種連携カンファレンス	2回(239名)	2回(204名)	1回
	連携ノウハウ共有会	—	6回	3回
	困難事例カンファレンス	—	8回	7回
	緩和チーム合同カンファレンス	—	4回	5回
	退院支援担当看護師のあつまり	—	—	4回
	患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング	—	—	3回
	がん緩和ケアに関わるがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議	1回	1回	—
	診診ネットワーク	—	診療所訪問報告書	浜松在宅ドクターネット
	薬薬ネットワーク	—	P浜ねっと	P浜ねっと
	緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	アウトリーチ	16回	11回
	緩和ケアホットライン	—	—	5病院共通ホットライン
	ホスピス在宅支援ベッド	2床	2床	2床

療・ケアの提供、という4本柱から成る地域介入が行われた(図3)。

「緩和ケアの技術・知識の向上」としては、「ステップ緩和ケア」と呼ばれるマニュアルなど各種マテリアルの配布と、医療福祉従事者を対象とした緩和ケアセミナーが行われた。マテリアルでは特に「ステップ緩和ケア」、「生活のしやすさに関する質問票」(患者の緩和ケアニーズをスクリーニングするツール)、「これからの過ごし方について」(看取りの時期の家族のためのパンフレット)が使用された。緩和ケアセミナーでは、グループワーク、ロールプレイ、デモンストレーションなどを含む体験型セミナーが企画された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」では、リーフレット・ポスターなどの配布、市民公開講座、「緩和ケアを知る100冊」の図書館への設置が行われた。ポスターは浜松地域で作成し、図書は市立図書館21施設に設置された。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、地域の多職種の顔の見える関係をつくるためのカンファレンスが通年行われた。並行して、年度ごとに明らかとなった課題を具体的に解決するためのワーキンググループが随時設定され、2009年度、2010年度と年々設置されたワーキンググループが増加した。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームの設置と、アウトリーチが行われた。アウトリーチは、在宅ホスピスを標榜する診療所に3年間を通して定期的に行われた。ホスピス病棟では在宅支援のための病床を運用した。

1 プロジェクトの準備と立案

2007年度に、「根回し」として、今回のプロジェクトにおいて中心的な役割を担う浜松地域の医療福祉機関・施設へプロジェクトの責任施設の医師・看護師・MSW(以下、ステアリングメンバー)で個別に説明を行い、内諾を得た。次に、地域全体へプロジェクト開始を告知し、協力施設を募るために、890の医療福祉機関・行政機関に案内状を郵送して、プロジェクトについての説明会を開催した。閉鎖的なプロジェクトにならないように地域全体

に呼び掛けることを意図した。プロジェクトの説明会には97施設147名の参加を得た。その後、連絡方法を確立するため登録申込書を参加者に送付し、リンクスタッフとして45施設119名、研究協力者として52施設98名から同意を得た。リンクスタッフと研究協力者を対象にメーリングリストを作成した。

2008年度の計画を立てるために、2007年度末に32施設70名によるグループワークで、「がん患者に今求められる支援・サポートとは」というテーマについて話し合われた。7名ずつのグループに分かれ、付箋を使用して討論が行われた。ステアリングメンバーを中心としてその結果を整理し行動計画案が策定された。2008年以降、リンクスタッフ・研究協力者のうち地域の多職種組織のマネジメントする立場にいるものと現場のスタッフ合計約30名からなる「企画ミーティング」を設け、企画についてのブレインストーミングを行った結果をステアリングチームで組み上げて次年度の活動計画案が策定された。

2 緩和ケアの技術・知識の向上

ポケット版の緩和ケアマニュアルである「ステップ緩和ケア」、ステップ緩和ケアの実践が映像で示された「ステップ緩和ケアムービー」、各症状ごとに作成された患者家族用パンフレットなどの配布を行うとともに、緩和ケアセミナーを開催した。3年間でセミナーは約20回行われ、のべ約3000名が参加した。マニュアルやパンフレットの配布数は約6万部であった。

2008年度の緩和ケアセミナーでは、「ステップ緩和ケア」にそった系統的な講義が年10回行われた。形式としては、一方向的な講義でなく講義とグループワークを組み合わせ、講義は医師と看護師など複数の職種が行った。また、グループワークのテーマに実際の事例やロールプレイなど実践的な内容が盛り込まれた。評価としては、10回中9回で90%以上の参加者が「とても役に立つ」、「役に立つ」と回答した⁶⁾。

3 がん患者・家族・住民への情報提供

緩和ケアに関するリーフレット・ポスター・冊子などを市内約350施設(公民館・市役所など行政施設104ヵ所、病院・保険薬局など医療施設140ヵ所、福祉・介護施設、浜松市立図書館)に設置した⁷⁾。特にがん患者数の多いと考えられる2つの病院において、ポスターや冊子をばらばらに置くと患者にとって目につきにくいことから、がん治療などの冊子もまとめた「啓発ボード」を作成した。評価として、「持ち帰り数」を調べたところ、人通りの多いところでは合計数では多く持ち帰られていたが、「通行量」で補正した「通行した人1名あたりの持ち帰り数」は、がん患者が多い場所で最も多かった⁸⁾。すなわち、情報を必要としている人が多い場所に設置することが効率という点では最もよいことが示唆された。

4 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進

地域連携としては、まず、「顔の見える関係づくりと課題の共有」のために、2008年から「多職種連携カンファレンス」を行った⁹⁻¹¹⁾。カンファレンスでは、小グループに分かれて連携の課題について話し合いを行った。第4回までの多職種連携カンファレンスを終えた時点で行ったアンケート調査では、「連携が進んでいる」「患者に関わるいろいろな職種で直接会って話す機会が増えてきた」などと答えた参加者が増加した⁹⁾。

グループワークを通して抽出された地域連携に関する課題と解決策を整理すると、当事者の運用で解決できるものとしては、大きく「病院の退院支援」「病院と地域との情報共有」「地域内での情報共有」「地域でのリソースの情報」「介護支援専門員への支援」「患者・家族への啓発」「基盤となる顔の見える関係の構築」の7つに分けられた10, 11。さらに、制度に関するものとしては、「診療報酬」「介護保険」「法改正」の3つがあった。連携に関する課題は広範囲にわたるため、現場レベルとしては、多方面にわたる課題のうち「手のつけやすいところから、同時に」解決していくことが重要であると思われた。

したがって、個々の課題の解決のために、2009

図4 地域連携の促進：カンファレンスの変遷

多職種連携カンファレンス * 地域の多職種100名/回で顔の見える関係づくり・課題の共有

企画ミーティング * 地域の多職種30名でのプロジェクトの活動方針の決定



連携ノウハウ共有会

- * 病院の連携担当者、診療所看護師、訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員、保険薬局薬剤師、など30名
- * 具体的な問題解決・情報共有
- 退院支援プログラムの共有・申し送り項目の統一
- 地域の情報(在宅調剤する保険薬局など)を共有

困難事例カンファレンス

- * 事例にかかわった多施設の当事者の振り返り 10名

- がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議
- * 介護保険の迅速化

緩和ケアチーム合同カンファレンス * 5病院の緩和ケアチームで難治例の検討

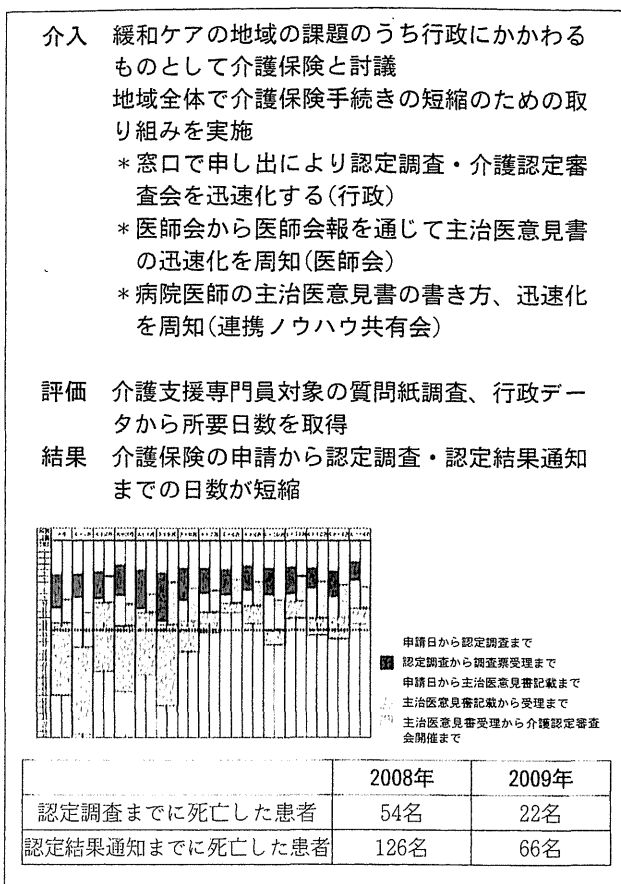
退院支援担当看護師のあつまり
患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング
ホスピスの利用について考える会

年から、連携ノウハウ共有会(病院の退院支援部署の実務者と地域とのカンファレンス)、困難事例カンファレンス(地域で生じた困難事例についての多施設にまたがるデスクンファレンス)、緩和ケアチーム合同カンファレンス(地域の5つの緩和ケアチームの合同のカンファレンス)、退院支援担当看護師のあつまり(地域の退院支援看護師の集まり)、浜松市との会議(介護保険の迅速化についての会議)、P浜ねっと(在宅服薬指導を行う保険薬局のネットワーク)、浜松在宅ドクターネット(在宅診療を行う診療所のネットワーク)、患者会家族会遺族会実務者ミーティング(地域にある患者会家族会遺族会の担当者の集まり)などが次々に設定された(図4)。これらの多くの設定はその時その時の必要から生まれたものである。

(1) 連携ノウハウ共有会

連携ノウハウ共有会は、抽出された地域の連携の課題を実際に解決していくために、2009年度から設定された。病院側からは地域連携・退院支援調整を行うMSW・看護師が、地域側からは在宅ホスピス看護師、訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員、保険薬局薬剤師など、現場で実務を担う人たちが参加した。2008~9年にかけては、各施設の退院支援プログラムをもちあって学びあうとともに、病院から自宅に帰る患者の申し送り項目としてどのような項目が適当かを共有した。最初は「看護記録の統一」をしようとしたが、それぞれの病院で伝統的になれた形式があるので、画一的統一は目的とせず、「必要な項目」を話し合い各施設の退院支援プログラムに反映させた。

図5 行政との協力による介護保険の手続きの短縮化



(2) 介護保険の手続きの短縮化

2008年度に課題の抽出をしていくなかで、行政でなければ解決できない問題として、介護保険があげられた。介護保険の手続きに時間がかかりすぎ、多くのがん患者の認定が間に合っていないというものだった^{12,13}。OPTIMプロジェクトをひとつのきっかけに、「がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議」が開催され、介護保険申請の運用の工夫を中心に話し合われた(図5)。市と医療福祉機関・医師会が協力し、1) 要介護認定申請の際、「がん終末期の患者であること」を市の窓口伝えることにより、認定調査日を早めに設定する、2) 主治医意見書を数日以内に記載するように診療所と病院の医師に周知する、3) 調査票および主治医意見書の取得から介護認定審査会までの期間を通常よりも短縮する、などの取り組みが地域全体で進められた。診療所医師に対しては、主治医意見

書の提出期限を早めることが医師会会報上で伝達された。病院医師に対しては、各病院の連携室や書類作成を行っている責任部署から、主治医意見書の記載例を申請書類といっしょに医師に渡すなどの対策が取られた。その結果、「認定調査を待っている間に死亡したがん患者」は半減した。

(3) 地域でのリソースの情報

多職種連携カンファレンスでは、「浜松地域のどの診療所や薬局などが緩和ケアや在宅ケアにどの程度取り組んでいるのかを具体的に(公開されているインターネットからの情報では得られない生々しい情報を)知りたい」という声が多く挙げられた。そこで、浜松地域の資源について、「緩和ケアにこのように取り組んでいる」という生々しい情報を施設ごとに紹介する『はままつがん緩和・在宅ケアマップ』を作成した(図6)。これは、「情報として公開される〇×のついた一覧表」では、実際の連携に必要な情報としては不足であることから、人と人のネットワークで蓄積していく情報の補助として使用することを想定したものである。

(4) ドクターネット

しばしば挙げられた課題として、診療所医師が負担なく、かつ、医師と連絡がつかないという理由だけで入院することのないように、診療所同士の連携を進めることが話題にあげられた¹⁴。診療所同士の連携を強めるために「浜松在宅ドクターネット」が立ち上げられ約60名が参加した。主治医・副主治医の決定、在宅診療での物品や工夫(輸

図6 はままつがん緩和・在宅ケアマップ



図7 浜松在宅ドクターネット

会員構成

- 1) 会員医師 40名 在宅療養患者の主治医として治療にあたる診療所医師
- 2) 協力医 21名 皮膚科、眼科など診療所医師、または、病院に勤務する医師

活動内容

- 1) 会員名簿の作成・会員への配布
- 2) 連携のツールとしてのメーリングリストの維持
* 診療所医師同士の連携
副主治医の決定、代行医師の相談、情報交換、物品や資材・薬剤の貸借など
- 3) 顔の見える関係の構築
- 4) 病院の連携部門への周知

実際のやりとり

- ・副主治医の依頼
- ・休診日の交代医師の依頼
- ・物品の融通
- ・自宅で輸血するときの手順のノウハウの提供
- ・在宅での注射器のレンタルモデルの意見交換

血の方法、資材の管理)をするときの仕方などについて情報交換が行われている(図7)。

5 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

地域からの相談を受ける地域緩和ケアチームの設置、緩和ケアチームが定期的に診療所でカンファレンスと同行往診をするアウトリーチプログラム、ホスピス病棟の在宅支援ベッドの運用を行った。アウトリーチプログラムは、緩和ケアチームが特定の医療機関に定期的に出張で共同の診療を行うことである。浜松市では、3年間に合計5施設(診療所2施設、病院3施設)を対象に行われ、在宅ホスピスを標榜する1診療所に対しては累計30回以上のアウトリーチが行われた。平日の午後から訪問し、診療所や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所など診療所以外のスタッフも交えてカンファレンスを行い、患者宅に多職種の5~10名で訪問した。2008年には、44名の患者についてカンファレンスを行い、23名に往診した。全体として141件の問題点が抽出され、65%が身体的な問題で最も多く、次いで精神的な問題が19%と多かった15。当初は身体的苦痛の話題が多かったものの、徐々にこころのケアや家族へのケアといった話題が増え、話題が包括的なものになったこ

とが示唆された。フォーカスグループでは、「選択肢が広がりあきらめなくなる」、「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションを身につける」、「患者や家族が肯定的である」、「連携ができる」、「かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる」、「相談内容が症状から包括的なことに変わってくる」などの評価が得られた。

プロジェクト前後での浜松市の地域緩和ケアの指標の変化：中間報告

調査が終了している2009年度までの在宅死亡率、緩和ケア利用数の変化について中間報告を示す。

1 自宅死亡率

プロジェクト開始前(2007年)の浜松市の自宅死亡率は7.0%(125名)でほぼ全国平均と同じであったが、2008年には9.0%(169名)、2009年には11%(200名)に増加した(図8)。これは、がん死亡患者総数に占める割合としては4%の増加であるが、プロジェクト前からの増加率で見ると全国平均では10%の増加に過ぎないものが、57%の増加率(全国平均の約6倍)である。診療所の類型別に見ても、在宅ホスピスを標榜している診療所でのがん患者死亡数が62名から102名に増えている一方、在宅ホスピス以外の診療所での死亡数も63名から98名へと増加していた。

自宅死亡率のみならず、実際の患者家族を対象とした調査でも、2008年のがん患者の遺族を対象とした質問紙調査で、在宅で最期を迎えられた場合は、「望んだ場所で最期を迎えられた」と回答された方が病院やホスピスよりも多かった。

図8 全国・浜松市のがん自宅死亡率

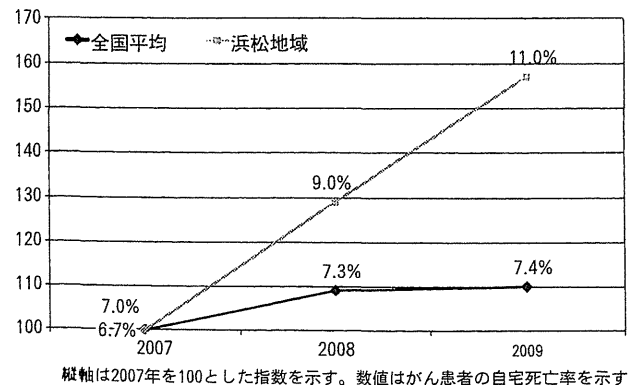
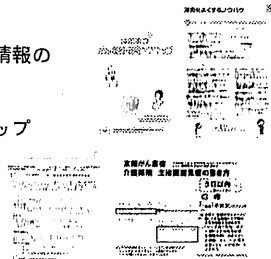


図9 OPTIMプロジェクトを通じて達成されたと思われること

<p>1 地域の緩和ケアに取り組む意欲のある仲間のつながり 個人個人の「顔の見える関係」と、500名のメーリングリスト</p> <p>2 緩和ケアセミナーを通じての知識の強化</p> <p>3 介護保険手続きの迅速化</p> <p>4 地域連携のカンファレンスを設定していくプロセスの構築</p> <p>5 連携ツールの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院する時に受け渡してほしい情報の項目のリスト ・連携をよくするノウハウ ・はままつがん緩和・在宅ケアマップ ・介護保険主治医意見書の書き方 ・浜松在宅ドクターネット ・浜ねっとP ・緩和ケアホットライン ・ホスピスの在宅支援ベッド 	
---	---

以上のことからあわせて、10～20%の在宅死亡率の上昇は患者の希望ともおおむね一致しており、プロジェクト期間中の在宅死亡率の変化は、患者の視点からは好ましい方向への変化であると考えられる。

2 緩和ケア利用数

緩和ケア利用数とは、地域にある専門緩和ケアサービスの診療を受けた患者数(のべ数)と、地域でのがん死亡患者を母数としたときの比を表す。緩和ケア利用数は、2007年、2008年には、それぞれ、浜松市全体で、600名、700名であり、これはがん患者死亡者を母数とした比では34%、38%であった。2009年には、専門緩和ケアサービスを利用された患者はのべ1463名に増加し、がん患者死亡者との比で80%まで上昇した。全国の利用数が20～30%台であると推測されることから¹⁶⁾、浜松市においては緩和ケアの利用が促されていると考えられる。

まとめ：3年間に達成されたことと今後の課題

プロジェクトは途中であり、各種調査結果をみなければ総合的な評価はできないが、浜松地域におけるOPTIMプロジェクトは一定の成果を収めたと考えている。

具体的に達成されたと考えていることは、1) 地域の緩和ケアに取り組む意欲のある仲間のつな

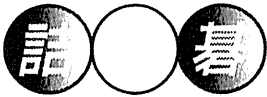
がり、2) 緩和ケアセミナーを通じての知識の強化、3) 介護保険手続きの迅速化、4) 地域連携のカンファレンスを設定していくプロセスの構築、および、5) 各種の連携ツールの作成である(図9)。OPTIMプロジェクトで構築された連携体制が今後も継続していけるような枠組みを構築しており、さらに、それぞれの連携ツールを上手に使用することで地域全体の緩和ケアの向上に努めたい。

一方、OPTIMプロジェクトでは解決されなかった問題もあり、医療以外の福祉、非がん患者の終末期医療、お薬手帳などの情報共有と薬薬連携と、制度の関することが主である。これらについては、さらに枠組みを広げた検討が必要になるであろう。

文献

1. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 25:412-418,2008.
2. 山岸暁美, 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト がん対策のための戦略研究「OPTIMプロジェクト」. *緩和ケア* 18:248-250,2008.
3. 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM-study)の経過と今後の課題. *ホスピス緩和ケア白書* 2011, in press.
4. Miyashita M, Morita T, Hirai K. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26(23):3845-3852,2008.
5. Lewin S, Glenton C, Oxman AD. Use of qualitative methods alongside randomized controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ* 339:b3496,2009.
6. 鄭陽, 井村千鶴, 野末よし子, 他. 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 30:1553-1563,2009.
7. 赤澤輝和, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. 緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査. *Palliat Car Res* 5: 171-174,2010.
8. 赤澤輝和, 川崎由実, 山田博英, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいのか? 緩和ケア, in press.
9. 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 他. 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性. *緩和ケア* 20:204-209,2010.

- 10.井村千鶴,古村和恵,末田千恵,他.地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み-フォーカスグループの有用性2.緩和ケア 20:308-312,2010.
- 11.井村千鶴,古村和恵,末田千恵,他.地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み-フォーカスグループの有用性3.緩和ケア 20:417-422,2010.
- 12.井村千鶴,古村和恵,野末よし子,赤澤輝和,森田達也.浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査.緩和ケア 20:92-98,2010.
- 13.井村千鶴,野末よし子,伊藤富士江,赤澤輝和,森田達也.がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果.緩和ケア 21:102-107,2010.
- 14.伊藤富士江,井村千鶴,森田達也.がん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査.緩和ケア 20:641-647,2010.
- 15.井村千鶴,藤本亘史,野末よし子,他.緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性.癌と化学療法 37:863-870,2010.
- 16.木澤義之.厚生労働科学研究補助金(がん臨床研究事業)「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班平成20年度研究報告書.緩和ケアチームの活動の実態に関する全国調査.

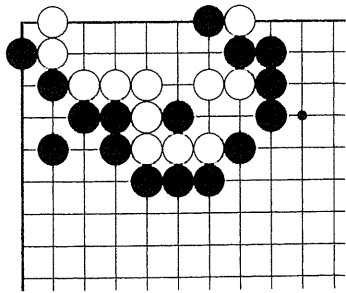


問題



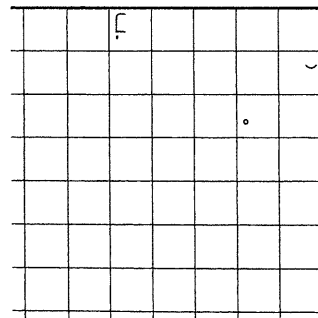
出題 九段 本田邦久

黒先
初手急所から攻め、白をダメツマリに導きます。



出題 九段 有吉道夫

ヒント 初手が急所。



持ち駒
飛
銀
香

(解答は38ページ)

病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会と デスカンファレンスの参加者の体験

井村 千鶴*¹⁾ 野末よし子*¹⁾ 伊藤富士江*¹⁾ 赤澤 輝和*²⁾ 森田 達也*^{1, 3)}

*Participants' Experience of the Resource Coordination Meetings and Death Conferences
in the Community for Improving Regional Palliative Care*

Chizuru Imura, Yoshiko Nozue, Fujie Itou, Terukazu Akazawa and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, 地域, 連携

● 緩和ケア 21 : 335-342, 2011 ●

はじめに

がん患者が、自分が望んだ場所で過ごすことは重要である。なぜならば、がん患者が望んだ場所で過ごすことは、患者にとって望ましい quality of life (QOL) の要素となるからである¹⁾。患者が望んだ場所で過ごせるために、療養場所の意思決定に関わる患者・家族への支援、療養場所が移行する時のコーディネーション、医療福祉従事者間のコミュニケーションの重要性が強調されている²⁻⁷⁾。浜松地域においては、地域の医療福祉従事者 239 名によるフォーカスグループを用いた議論の結果、「退院支援を含む地域の医療福祉従事者の連携」が地域の緩和ケアの主要な課題の 1 つとして明らかにされた⁸⁾。

この課題を解決するための介入として、地域でがん患者を多くみている病院の地域連携担当者と、地域の医療福祉機関の実務担当者からなる

「連携ノウハウ共有会」と、地域の多職種で行う「デスカンファレンス」を企画した。これまでに、これらに類似した取り組みは各地で行われているが、緩和ケア領域において、参加者の体験を明らかにした実証研究はない。したがって、地域の緩和ケアの連携の課題を解決するために企画されたカンファレンスの、参加者の体験を明らかにすることには、意義があると考えられる。

本研究の目的は、地域の緩和ケアにおける「退院支援を含む地域の医療福祉従事者の連携」の課題を解決するために行った「連携ノウハウ共有会」と「デスカンファレンス」の参加者の体験を明らかにすることである。

*¹⁾ 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター : Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara General Hospital (〒433-8558 浜松市北区三方原町 3453)

*²⁾ 健康科学大学 健康科学部福祉心理学科, *³⁾ 聖隷三方原病院 緩和支援診療科
0917-0359/11/¥400/論文/JCOPY

方法

①「連携ノウハウ共有会」と「デスカンファレンス」

「連携ノウハウ共有会」は、退院支援を含む地域の緩和ケアの連携の課題を共有したうえで、具体的な解決策を考えることを目的として行われた。参加者は、6つの病院の地域連携担当者19名（医師1名、看護師11名、医療ソーシャルワーカー7名）と、地域医療福祉従事者9名（診療所看護師2名、訪問看護師5名、介護支援専門員1名、保険薬局薬剤師1名）であった。2009年5月から12月の期間に6回、1回あたり60分～90分、平日の夜に開催された。主たる内容は、各病院で行っている退院支援プログラムやツール・教育プログラムの学び合い、病院と地域が必要とする情報項目の共有、退院後の振り返りの方法についての議論であった。各施設での現状と課題を挙げながら、工夫していることや改善できることを議論した。

「デスカンファレンス」は、患者の死亡後に事例の振り返りを行うことにより、連携の課題を共有し、具体的な解決策を考えることを目的として行われた。連携ノウハウ共有会において、デスカンファレンスの目的と進め方について、共通の認識を得た後に開始した。参加者は、事例に直接関わった医療福祉従事者10名程度である。2009年8月から2010年3月の期間に8回、1回90分、平日の夜に各施設持ち回りで、担当施設で開催された。内容は、事例で生じた課題と解決策についての議論および関わったメンバーそれぞれの気持ちの共有であった。

②フォーカスグループインタビュー

「連携ノウハウ共有会」については、参加者8名（診療所看護師1名、訪問看護師・介護支援専門員1名、訪問看護師1名、保険薬局薬剤師1名、病院の退院支援担当の看護師1名、医療ソーシャルワーカー1名、一般病棟看護師2名）を対象として、フォーカスグループインタビューを行った。

「デスカンファレンス」については、参加者10名（診療所医師1名、診療所看護師1名、訪問看護師2名、介護支援専門員1名、病院の退院支援担当の看護師1名、医療ソーシャルワーカー1名、一般病棟看護師2名、緩和ケア病棟看護師1名）を対象としてフォーカスグループインタビューを行った。2つのフォーカスグループに重複して参加した者は、1名であった。

フォーカスグループインタビューは、研究者が事前に作成したインタビューガイドを用いて、半構成的に各1回、90分間行った。質問項目は、参考となる先行研究が少ないため、3名の予備的なインタビューと研究者の議論をもとに作成した。カンファレンスに参加したことによる体験（「初めて分かったことや意外だったことはありますか」「参加したことで変化したことはありますか」「どんな気持ちになりましたか」「どんな内容が実践に役立ちましたか」「参加したことで、得たものはありますか」）などについて、それぞれ質問した。インタビュー内容は、参加者の同意を得て録音を行った。

倫理的配慮として、事前に参加者に対して、研究の趣旨、参加は自由意思であること、参加に対し辞退の意思表示をした場合でも、不利益は一切生じないこと、プライバシーは厳重に守られることなどを口頭および文書にて説明し、書面で研究参加の同意を得た。

③解析

記録された内容をすべてテキストデータ化し、カンファレンスに参加したことによる体験に関して語られた部分を抽出し、1つの意味内容を表すユニットに分割した。分割されたユニットごとに、類似した内容を帰納的に分類・抽象化し、カテゴリー化した。研究者2名が独立に内容分析⁹⁾を行ったあと、緩和ケア領域における同様の研究経験を豊富に有する緩和ケア専門家（TM）のスーパービジョンをもとに、3名の合意が得られるまで議論を行った。以下、【 】大カテゴリー、〈 〉小カテゴリー、「 」参加者の表現を示す。

表1 フォーカスグループインタビューの内容分析の結果

連携ノウハウ共有会のフォーカスグループ	デスカンファレンスのフォーカスグループ
<p>お互いにより理解し合える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お互いに工夫していることや努力していること、悩み、課題を共有できる (n=8) ・いろいろな職種の人たちや各施設が、地域の中で、どんな役割を果たしているのかが分かる (n=5) 	<p>お互いにより理解し合える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりが苦勞して一生懸命考えていたことが分かる (n=2) ・どのような価値観でどのように考えてケアを提供したのかが分かる (n=3) ・自分だけではなく、他のメンバーも同じような気持ちをもっていたことが分かり、連帯感や気遣いを感じる (n=5) ・どういう職種がどんな仕事や役割を果たしているのかが分かる (n=3) ・フィードバックや話し合いがないことで生じるもんもんとした気持ちがやわらぐ (n=3) ・いろいろな人と顔の見える関係になれる場である (n=1)
<p>ケアに対する考え方や実践が変化する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分が普段できていない部分や改善できる点があり、次にどうしたらよいかのヒントや気づきを得る (n=50) ・会で得たものをさらに広げていきたい (n=25) 	<p>ケアに対する考え方や実践が変化する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分が普段できていないことが分かり、次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得る (n=28) ・包括的、客観的に振り返り、学びを得る (n=10) ・カンファレンスを発展的に広げていきたい (n=21)
<p>新しい知識や生きた情報を得ることができる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援プログラムや在宅医療に関わる知識、ツールを得ることができる (n=4) ・連携に関わる地域の生きた情報を得ることができる (n=2) 	<p>患者・家族をより理解できる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分のみてない時期の在宅や病院での患者・家族の様子を実感をもって知ることができる (n=8) ・自分では聞くことができない患者・家族の生の声をさまざまな角度から聞くことができる (n=5)
	<p>参加する負担がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・参加を敷居が高いと感じ、責められるような、忘れたいことを思い出させるつらさを感じやすい (n=7) ・時間の確保やコーディネーションが簡単ではない (n=2)

数値は分類されたユニットの数を指す

結果

研究期間中に、2つのカンファレンスに、のべ275名が参加した。

④「連携ノウハウ共有会」

参加者の体験を表すカテゴリーとして、【お互いにより理解し合える】【ケアに対する考え方や実践が変化する】【新しい知識や生きた情報を得ることができる】が抽出された(表1)。

【お互いにより理解し合える】とは、互いの悩みや課題、役割を分かることを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

〈お互いに工夫していることや努力していること、悩み、課題を共有できる〉ことは、「それぞれの工夫や努力していることを聞くことができた。困っていることや悩んでいることは、(他施設も) そう変わらないことが共有できた」(病棟看護師1)、「患者さんが入院する時に、病院がどういった情報がなくて悩んでいるのか、この会に

来るようになって課題が分かった」(診療所看護師)のように、互いの「努力」や「悩み」「課題」を共有し合うこととして表現された。

また、〈いろいろな職種の人たちや各施設が、地域の中でどんな役割を果たしているのかが分かる〉ことは、「この会で、看護師さんやケアマネジャーさんが、どんなことをしているのかがよく分かった」(保険薬局薬剤師)、「それぞれの施設が、どんな役割を果たしているのかが分かる貴重な会だったと思う」(訪問看護師)のように、互いの「役割」を理解しあうこととして表現された。

【ケアに対する考え方や実践が変化する】とは、療養場所の移行に関わるケアについて、新たな気づきを得て、思考が変化し、行動が変容していくことを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

変化の具体的な内容としては、お互いに連絡を取り合うようになる(n=9)、身体面だけではなく、患者の生活や経済面など、より包括的な内容を情報交換できるようになる(n=6)、連携の課題を明確にできるようになる、在宅移行のために必要なケアや連携について分かるようになる、情報提供用紙などツールの改善を行うようになる(各n=5)、退院前カンファレンスの回数や医師の参加が増え、内容が充実してくる(n=4)、退院前カンファレンスの重要性を実感する(n=3)、患者・家族にとって在宅移行が簡単なことではなくケアが重要であることが分かる、患者・家族の意向を早目に共有できるようになる、ケアが継続される申し送りをするようになる(各n=2)、その他(n=7)が述べられた。

〈自分が普段できていない部分や改善できる点に分かり、次にどうしたらよいかのヒントや気づきを得る〉ことは、「家族の介護疲れとか、胃瘻のトラブル時にどうするように(病院で)説明されているか、退院時サマリーにまったく書いていなかった。病棟で何をしたかのサマリーで満足していた。相手が必要な情報を書かなければいけないと感じた」(一般病棟看護師1)のように、療養場所の移行に伴うケアや連携について、改善で

きる点に分かり、次につながるヒントや気づきを得るという考え方の変化として表現された。

さらに、「在宅独自のかたちがあって、病院と同じようにガーゼを使ってできないことがある。他のもので代用してとか、より具体的にお互いに伝えるようになった」(診療所看護師)、「以前は、なぜ在宅に帰ってきたんだろうと思うこともあったが、退院前カンファレンスによって、こういう理由で帰りたいんだと分かるようになった」(診療所看護師)のように、在宅医療側もヒントや気づきを得て実践が変化することとして表現された。

〈会で得たものをさらに広げていきたい〉ことは、「病院の組織にも理解してもらわないといけない。次は広げていくためのノウハウを知りたい」(退院支援担当の看護師)のように、会を継続し、さらに広げていきたいという意味として表現された。

【新しい知識や生きた情報を得ることができる】とは、参加者が退院支援や、在宅で行われている医療や介護について知り、地域の連携に関わる生きた情報を得ることを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

〈退院支援プログラムや在宅医療に関わる知識、ツールを得ることができる〉ことは、「大きい病院は、パスや指導のパンフレットが進んでいる。自施設は、まだツールがきちんとできていないので、資料としてもらったのがすごい収穫だった」(一般病棟看護師1)、「ドレッシング材など、在宅に必要な資材を訪問看護師さんが持っていないことは、意外だった。どこから払い出すのかの知識が役に立った」(保険薬局薬剤師)のように、新しい知識やツールを得て、退院支援や在宅医療に対する理解を深めることとして表現された。

また、〈連携に関わる地域の生きた情報を得ることができる〉ことは、「病院の窓口が、みんな分かったことが大きな収穫だった。困ったらそこに連絡すれば、(適切な部署に)つなげてくれることが分かった」(訪問看護師)のように、地域の連携に関わる生きた情報ネットワークを得るこ

ととして表現された。

⑧「デスクンファレンス」

参加者の体験を表すカテゴリーとして、【お互いにより理解し合える】【ケアに対する考え方や実践が変化する】【患者・家族をより理解できる】【参加する負担がある】が抽出された(表1)。

【お互いにより理解し合える】とは、互いの苦勞や価値観、気持ち、役割を理解することを指し、6つの小カテゴリーが含まれる。

〈一人ひとりが苦勞して一生懸命考えていたことが分かる〉ことは、「病棟がものすごく苦勞をして調整してくれていたことが、初めてその時に分かった」(介護支援専門員)、「病棟の看護師さんも苦勞の連続だったことが分かった」(訪問看護師1)のように、互いの「苦勞」や状況を理解することとして表現された。

また、〈どのような価値観でどのように考えてケアを提供したのかが分かる〉ことは、「(患者さんは)亡くなってしまったけれど、皆さんがどう考えて看護や医療を提供していたのかが見えてきた」(訪問看護師1)のように、互いの「価値観」や行われたケアの過程を理解することとして表現された。

さらに、〈自分だけではなく、他のメンバーも同じような気持ちをもっていたことが分かり、連帯感や気遣いを感じる〉ことは、「私が思っていることと、関わってくれたスタッフの方と、そんなに気持ちの隔たりがなかったというふうに感じた」(介護支援専門員)のように、互いに「気持ち」を表現することにより、「連帯感」や「ひとりではない感じ」をもつことや、精神的な負担に対する気遣いを感じることを表現された。

〈どういう職種がどんな仕事や役割を果たしているのかが分かる〉ことは、「ヘルパーさんは、訪問看護師さんやケアマネジャーさんより長い時間、患者さんの生活をみて、ご家族とも接していて、関わりがとてもよかったことが分かった。ヘルパーさんの役割は、とても重要だと思った」(退院支援担当の看護師)のように、いろいろな

職種の「役割」やその重要性が分かることとして表現された。

参加者は、カンファレンスに参加することにより、〈フィードバックや話し合いがないことで生じるもんもんとした気持ちがやわらぐ〉ことや、〈いろいろな人と顔の見える関係になれる場である〉と感じることを表現した。ある参加者は、「私たちがやったケアが在宅に帰ってからどう影響したのかが分からなくて、フィードバックがないことで、やりっぱなしというか、もんもんとした気持ちがあった。改めてそれぞれの立場から意見を言い、改善し合うということで、お互いにケアの評価もできた」(緩和ケア病棟看護師)と表現した。

【ケアに対する考え方や実践が変化する】とは、新たな気づきを得て、考え方が変化し、行動が変容していくことを指し、3つの小カテゴリーが含まれる。

変化の具体的な内容としては、休日の対応など退院支援のシステムや教育の不足な点に気づく、病院と地域および地域内の情報共有の不足に気づく(各n=3)、情報共有の内容が患者の生活を含み包括的で具体的になる、患者だけではなく家族や周囲への配慮の大切さが分かる、レスパイトの事例を含む地域内でのカンファレンスが増える、うまくいった中でも課題がみえてくる(各n=2)、早目に情報共有を行うようになる、在宅や他施設で対応可能な範囲が分かる、患者を全人的にみる大切さが分かる(各n=1)、その他(n=11)が述べられた。

〈自分が普段できていないことが分かり、次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得る〉ことは、「連絡を取り合いながら連携していくことが、とても重要だと分かった」(一般病棟看護師1)、「がんの患者さんは、ぎりぎりのところまでみんな悩んで、今しかないと思った時が帰りどき。そこで調整できるのがケアマネジャーの力量になってくると思う」(介護支援専門員)のように、ケアを振り返り、次に生かせるヒントや気づ