

## がん医療について③（療養生活の質の維持向上）

### <指摘されている事項>

#### ○ 緩和ケアの推進が必要

- 治療初期の段階からの緩和ケアを充実させ、検査、手術、抗がん剤治療、放射線治療や、入院治療、通院治療、在宅医療など様々な場面においても切れ目無く緩和ケアを実施することが必要
- 一般病棟や在宅医療との間に垣根を作らないホスピス緩和ケア病棟のあり方についての検討が必要
- 緩和ケア外来の設置が必要
- 緩和ケアの実施状況や質を評価することが必要

#### ○ 在宅医療の推進が必要

- 退院へ向けた関係機関との調整や退院後における療養の支援（服薬管理、訪問看護ステーションとの連携等）について計画的な整備を推進することが必要
- 地域連携クリティカルパスの整備や、都市や地方における在宅医療のモデルの紹介などを通じ、各地域の医療機関が在宅がん医療を実施できる体制を整備することが必要
- がん性疼痛管理や医療用麻薬に詳しい医師、看護師、薬剤師等の育成と確保が必要
- 医療用麻薬や機器等在宅医療に必要な物品の供給体制を充実することが必要

### （現状）

- がん疼痛の緩和等に医療用麻薬が用いられているが、欧米先進諸国に比べれば我が国の消費量はまだ数分の一程度にとどまっており、緩和ケアの提供体制のさらなる整備が求められている。
- また、患者の希望を踏まえ入院のみならず住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送ることができるように在宅医療の充実を図ることが求められている。
- 国においては、以下の取組などにより、緩和ケアの推進を図っている。
  - ・ 緩和ケアチームの設置をがん診療連携拠点病院の指定要件とする
  - ・ 従来、緩和ケア診療加算を算定している緩和ケアチームの専従である医師は外来診療を行うことができなかったが、入院中に診療した患者については、退院後も外来で診療しても差し支えがないこととした（平成18年9月29日保医発第0929002号厚生労働省保険局医療課長通知）
  - ・ 適切な管理を図りつつも、オピオイドを使用しやすいようにするため、医療用麻薬の管理マニュアルの改訂を行った（平成18年12月改訂。別添資料「医療用麻薬の適正管理について」参照）

- 国においては、以下の取組などにより在宅医療の推進を図っている。
  - ・ 在宅医療については、それを担う看護職の専門家としての活躍が強く求められており、「新たな看護のあり方に関する検討会報告書（平成15年3月：厚生労働省）」においても、看護師等の専門性を活用した在宅医療の推進等についてまとめられている。こうしたことから、平成16年度より、訪問看護推進事業を行い、在宅ホスピスケアに関わる看護師の資質向上を図っており、また、平成18年度より、専門分野（がん）における質の高い看護師育成事業として、症状緩和も含めた臨床実践能力の向上に向けた実務研修を実施している
  - ・ 平成18年度より、他の診療所等と連携して24時間の往診等を行う在宅療養支援診療所について、診療報酬上の評価を行っている
  - ・ 平成18年度より、介護保険において、がん末期の40歳から64歳までの方に対して介護保険の保険給付を可能とするとともに、療養通所介護サービスの創設など、がん末期患者を含めた在宅中重度者へのサービスの充実を図った

### （国における今後の取組）

#### ○ 緩和ケアの推進について

##### ○研修の充実

- ・ 平成19年度において新規に、全国の一般病院に勤務する医師に対して、緩和ケアの知識・技術をどの程度有しているのか実態調査を実施し、平成20年度以降、十分な知識・技術を有していない医師等を対象に、研修会等の開催を予定。
- ・ 平成19年度において新規に、緩和ケアに関する専門的な知識や技術を有する医師等を育成するために、緩和ケア医、精神腫瘍医、緩和ケアチームに対する研修を行う予定。

##### ○一般の医師等に対する普及啓発

- ・ 平成19年度において新規に、臨床現場で活用できる緩和ケアについて実用的なマニュアルを作成し、一般の医師等に対する普及啓発を行う予定。

##### ○一般国民に対する普及啓発

- ・ 平成19年度において新規に、一般国民を対象に、緩和ケアに関するパンフレット等を作成し、普及啓発を行う予定。

##### ○医療用麻薬の適正使用の推進について

- ・ 平成19年度において新規に、医療用麻薬の適正な使用を推進し、がん緩和ケアの充実を図ることを目的に、医療関係者等向けに、麻薬及び向精神薬取締法等に基づく医療用麻薬の適正使用推進のための講習会を開催する予定。

○ **在宅医療の推進について**

- ・平成19年度において新規に、地域における在宅療養患者等に対する相談・支援、在宅緩和ケア等の普及啓発を行う拠点として、**在宅緩和ケア支援センター**を設置し、患者等の療養上日常生活上の悩みや不安等の解消を図るとともに、患者等のもつ様々なニーズに対応したきめ細やかな相談や支援を通じて、地域における患者等の支援を一層推進する予定。
- ・平成19年度において新規に、在宅における緩和ケアの関係者（医師、看護師、薬剤師、介護関係者等）に対し、それぞれの業務内容に応じた専門研修を実施し、適切な緩和ケアの提供促進を図る予定。

**(学会、患者会、都道府県等における取組)**

- **在宅医療の推進**に当たっては、各地域の実情を踏まえて、医療機関が連携を取り合うことが必要であり、また実施に当たっては地域の医療人材の育成が必要である。調整の取り方や研修などに工夫を凝らした**各地域の取組**を紹介する。
- ・**長崎市**：在宅訪問診療や往診を複数の医師が連携して行うことにより、**医師個人の過度な負担を減らしながら、24時間対応のケアを実践する地域医療連携体制を整備**
  - ・**宮城県**：調整役として保健所が参加することで円滑な連携が実現。現場では薬剤師が積極的に参加する事例があるなど、**患者に合わせてチーム構成**
  - ・**徳島県立中央病院**：**地域連携クリティカルパス**を運用し、**がん診療連携拠点病院とかかりつけ医との連携を推進**

## 医療用麻薬の適正管理について

医療用麻薬は医師の指導の下で適切に使用すればがん患者の痛みを取り去ることが可能であり、麻薬を疼痛緩和の目的として使用すれば依存等にはならないとされている。しかしながら、痛みのない人が乱用した場合は大きな問題を生じることになるため、医療用麻薬を使いやすくしつつも、適切な管理が重要である。

### 1. 今回の改訂について

適切な管理を図りつつも、オピオイドを使用しやすいようにするため、平成18年4月から8月まで医師、薬剤師、看護師及び行政担当を委員とする麻薬管理マニュアル改訂検討委員会を4回開催し、麻薬管理マニュアルの改訂を行った(平成18年12月改訂)。主な改正内容は以下のとおり。

#### (1) 患者の健康状態等に配慮した麻薬の取扱い

患者及び患者の家族が麻薬を受領することが困難な場合、患者の意を受けた在宅医療に協力する者が、患者の代わりに麻薬施用者又は麻薬小売業者から、麻薬処方せんや麻薬を受領できることとした(患者の看護等に当たる看護師やホームヘルパー等で、患者またはその家族の意を受けた者と明記)。

#### (2) 麻薬を受領する際の待ち時間の改善

ファックスによる麻薬処方箋の事前の送付により、調製が開始可能であることが明記された(偽造処方箋による麻薬の不正取得の問題があるため、原本の確認はこれまでどおり必要。)

#### (3) 麻薬保管設備に係る麻薬診療施設の負担の軽減

院外の麻薬処方せんの交付のみを行なう医療施設に対する麻薬保管設備の設置義務を免除することとした。

#### (4) 入院患者に麻薬を保管させることを認める。

入院患者が麻薬を自己管理できる状況であれば、必要最小限の麻薬を患者が管理できることとして、患者の急な痛みにもいつでも対応できることとした。その際、患者が交付された麻薬を不注意により紛失しても、麻薬管理者は事故届の提出を必要としないこととした。

## 2. 参考：適正管理の必要性について

がん患者の疼痛を緩和し、QOLを向上させるためには、モルヒネ等の医療用麻薬(オピオイド)が必須であり、その恩恵は計り知れない。モルヒネ等の医療用麻薬は痛みのあるがん患者が医師の指導の下で適切に使用すれば、その依存性等が問題になることはない。しかしながら、痛みのない人が乱用した場合、薬物依存になる。依存等の問題がない疼痛緩和薬が理想ではあるが、残念ながらモルヒネ等のオピオイドに代わる物は、現在のところ発見されていない。

薬物乱用は違法に密売される薬物だけでなく、オピオイドでも起こるものである。医療関係者が医薬品を乱用し、死亡する事故も起きており、このような悲惨な事態を未然に防止するため、医療用麻薬の適正管理は重要である。「麻薬管理マニュアル」は、医療機関及び薬局における医療用麻薬の適正管理を図るために作成されている。

### 国民100万人1日あたりのモルヒネ及びフェンタニルの消費量(2002-2004)

(単位 10 S-DDD)

国名	モルヒネ	フェンタニル
オーストリア	256.3	367.7
カナダ	186.9	393.7
オーストラリア	152.3	98.2
アメリカ	132.8	567.7
フランス	117.0	209.1
イギリス	52.1	118.9
ドイツ	47.7	503.6
日本	15.6	33.4
イタリア	8.8	85.7
韓国	7.7	9.3
ロシア	1.4	2.1

国際麻薬統制委員会 (INCB) レポート2005年版  
10 S-DDD: モルヒネ1 g、フェンタニル60mg

S-DDD(defined daily doses for statistical purpose)  
INCBが各国の消費量を比較するために設定した1日投与量(モルヒネ:100mg/日、フェンタニル:6mg/日)で比較したもの。表の数値は、2002~2004年の平均。

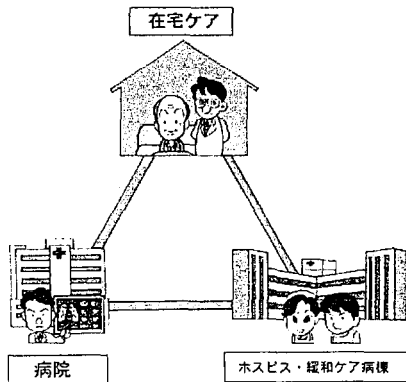
# 長崎在宅Dr. (ドクター) ネットによる地域医療連携



2003年3月、病診連携、診診連携を推進する組織として「長崎在宅Dr. (ドクター) ネット」が発足しました。最大の特徴は、ひとりの在宅患者さんに対して、主治医と副主治医の複数の担当医師を決めること。主治医が学会や旅行で不在の際に副主治医がかけつけることができます。在宅療養支援診療所の要件である24時間対応の実現はもとより、主治医・副主治医で異なる専門分野をカバーできる利点もあります。自宅療養を希望する

入院患者さんの主治医が見つからない場合に、事務局が窓口となり病院側・患者さんにメンバーのなかから在宅主治医、副主治医を紹介します。具体的には、個人情報等を考慮して疾患、居住地等の情報をメーリングリストでメンバーに周知し、手上げ方式で主治医、副主治医を決定します。退院前には、病院と在宅スタッフ合同でカンファランスを行いスムーズに在宅へ移行しています。Dr. ネットには、皮膚科、眼科、精神科、形成外科、脳外科など専門性の高い診療科の医師も参加し、医学的助言や必要に応じて往診を行います。さらに、市内16の病院の医師も参加し、病診連携の橋渡し役となっています。メンバー外のケアマネジャー・ヘルパー・管理栄養士・訪問看護師・歯科医師など多職種との連携も有機的に展開しています。現在、人口45万人の長崎市全域と近郊から計97名の医師が参加しています(主治医、副主治医として往診を行う医師が55名、眼科、皮膚科など専門性の高い医師19名、病院医師23名)。2006年11月まで、病院側から事務局に主治医の斡旋を依頼された症例は115例(がん63例、がん以外52例)でした。追跡調査できた107例中71例が死亡していましたが、在宅死は26例で全死亡の37%に及びました(2004年の人口動態統計上、全国での在宅死の割合は、全死亡の12%です)。

## 末期癌患者の地域医療連携

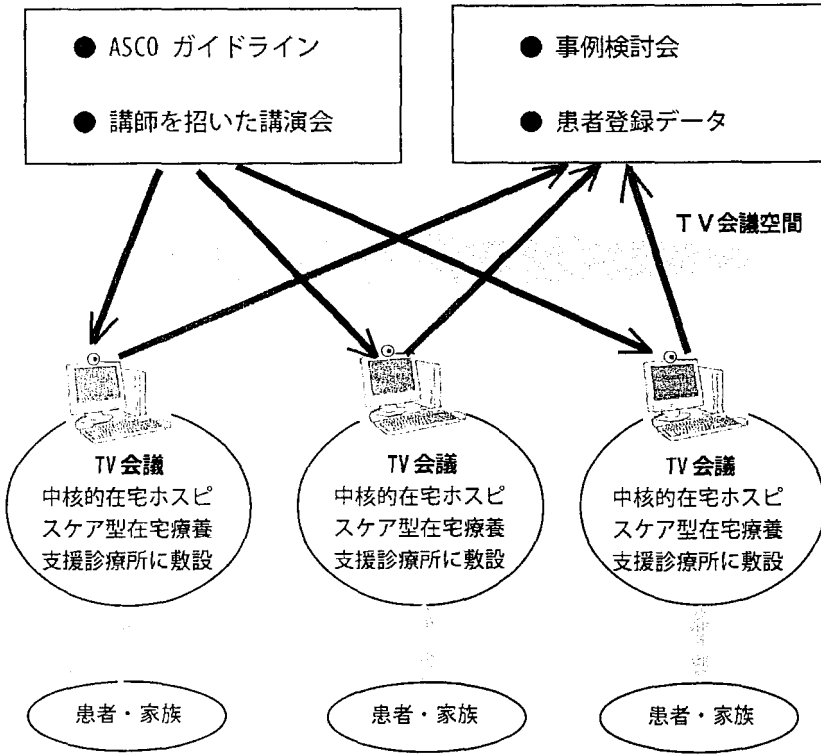


がん緩和ケアにおけるあるべき姿は、オーストラリアのホスピス三角形に示されるように、在宅ケア、ホスピス・緩和ケア病棟、病院の三者が連携を行い、患者さんが望む最適の場所でケアを受けサービス間の移行がスムーズであることです。長崎市では、Dr. ネットの存在により、在宅ケアのなかでの連携が有機的に成功し、かつ、病院やホスピス・緩和ケア病棟から在宅への移行もスムーズです。

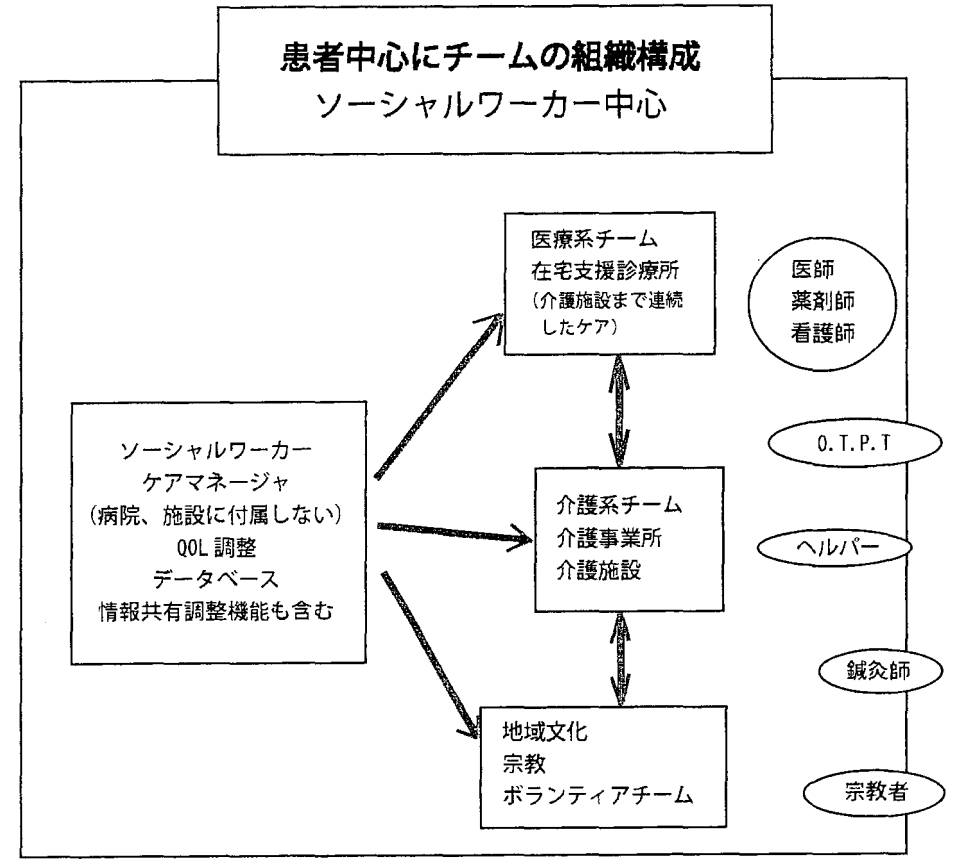
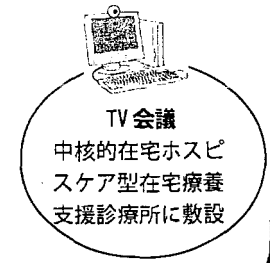
長崎在宅Dr. (ドクター) ネット： 代表：藤井卓、 広報：詫摩和彦、 事務局：白髭豊(医療法人 白髭内科医院)  
〒850-0003 長崎市片淵1-13-28、電話095-822-5620、ファックス824-1626、  
yutaka@shirahige.org、http://www.2odn.ne.jp/~aef59110/

# 宮城県在宅ホスピスケアネットワーク

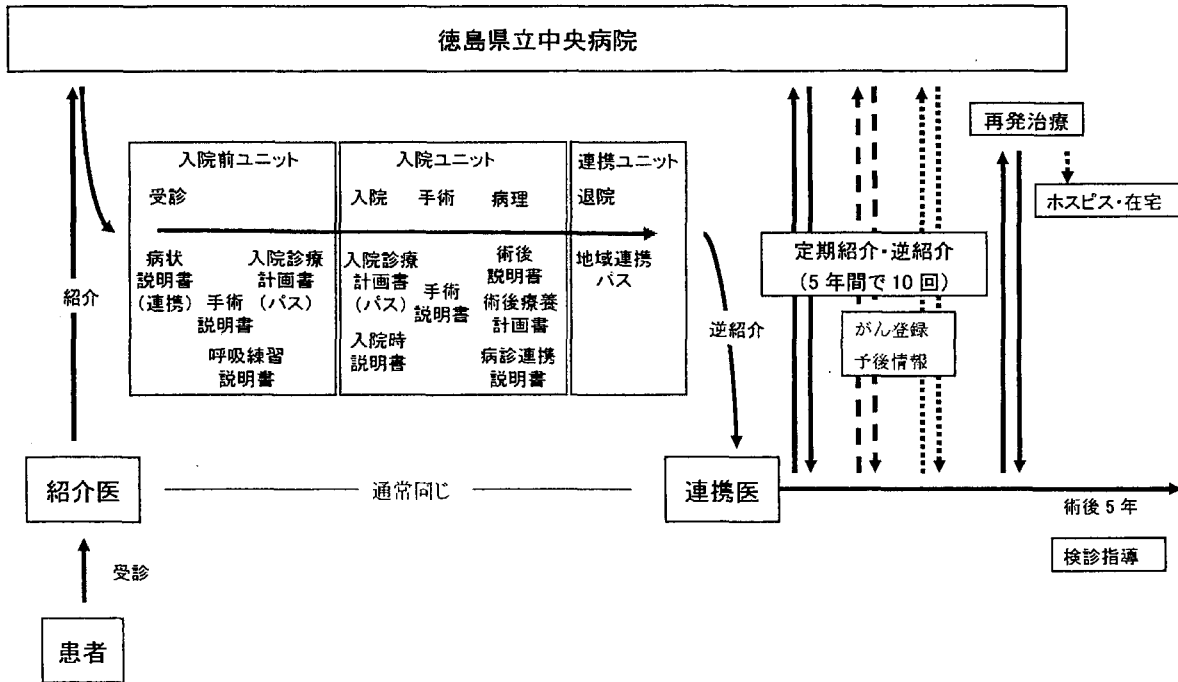
宮城県では、在宅ホスピスケアネットワークの下で、保健所単位に構成される、中核的在宅ホスピスケア型在宅療養支援診療所を育てようとしている。



- 中核的在宅ホスピスケア型在宅療養支援診療所は、保健所単位に。
- 地理的、時間的制約で医療職・介護職が、中央で開かれる勉強会に参加できない。
- 事例検討をサポートする専門職が、地域ごとにはいない。
- 医療職・介護職が、過去に教育を受けた時点では、緩和ケア教育が行われていなかった。
- 継続的な学習システム、事例検討システムを構築しないと、世界標準の緩和ケア知識の獲得は困難である。(ASCO ガイドラインなど)
- 病院側ではなく患者側から、ケアシステム・情報システムを構築しなす。



肺癌術後地域連携クリティカルパス (徳島県立中央病院外科)



肺癌患者さんの経過観察予定 徳島県立中央病院・外科

★患者さん用★

徳島 花子 さん

担当:住友 正幸

項目	手術後6ヶ月	手術後1年	手術後1年6ヶ月	手術後2年	手術後2年6ヶ月	手術後3年
	2007年8月頃	2008年2月頃	2008年8月頃	2009年2月頃	2009年8月頃	2010年2月頃
達成目標	術前の生活に近づく。			安定した生活状況。		
	再発がない。			再発がない。		
症状	坂は少し息切れがするかもしれませんが。			肺気腫がなければ症状は殆どなくなります。		
生活	特に制限はありません。術前の生活リズムに戻ってきましたか？		安定期です。	再発の可能性も少なくなって来ました。安心して生活しましょう。		
レントゲン	胸部レントゲン 胸部CT 腹部CT 脳MRI(～12ヶ月目)	胸部レントゲン 胸部CT	胸部レントゲン 腹部CT	胸部レントゲン 胸部CT 脳MRI(この頃)	胸部レントゲン 腹部CT	胸部レントゲン 胸部CT 脳MRI(この頃)
喀痰細胞診		扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。		扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。		扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。

項目	手術後4年	手術後5年	それ以降
	2011年2月頃	2012年2月頃	
達成目標	安定した生活状況。	安定した生活状況。	毎年のがん検診を受ける。
	再発がない。	再発がない。	
症状	殆ど気になりません。	殆ど気になりません。	
生活	健診を受けましょう。	健診を受けましょう。	
レントゲン	胸部レントゲン 胸部・腹部CT	胸部レントゲン 胸部CT	腺癌の方は2年毎のCT検診をお勧めします。
喀痰細胞診	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は毎年のがん検査をお勧めします。