

地域医療の中で薬剤師に期待すること—がん診療の立場から—

高木正和

Pharmacists in the Community Medicine: Especially in Cancer Treatment

Masakazu TAKAGI

Department of Surgery, Shizuoka General Hospital, 4-27-1 Kitaandou, Aoi-ku, Shizuoka 420-8527, Japan

(Received September 1, 2010)

It is important for clinics and hospitals to cooperate in treating cancer patients in the community health. We are treating cancer patients in cooperation with five general hospitals in Shizuoka and about 100 clinics in the same community. In this system, it is required that pharmacists in the community should have knowledge about beneficial effects and adverse events of anticancer drugs as do hospital pharmacists, and furthermore they should have good communication with cancer patients. The expectation for pharmacists is great in community medicine especially in the treatment of cancer patients.

Key words—clinical pathway; community health; cancer treatment

1. はじめに

がんに対する医療構造は平成18年6月の“がん対策基本法”¹⁾の成立以来急速に整備が進んでいる。この中でがん診療連携拠点病院を中心に、がん診療の質の均てん化を図り、がん診療が地域で完結することが強く求められている。^{2,3)}

このような状況の中、われわれは静岡市がん診療地域連携協議会を組織し、平成19年5月より静岡市内5ヵ所のすべての総合病院と静岡市医師会との間でがん診療に関する地域連携クリティカルパスを作成し、運用してきた。

この地域連携クリティカルパスを紹介し、これを通して地域医療におけるがん診療の中でわれわれが薬剤師に期待することを述べたい。

2. 地域連携クリティカルパス^{4,5)}とは

クリティカルパスとは良質な医療を効果的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表である。もとは1950年代に米国の工業界で導入され始め、1990年代にわが国の医療機関で導入が始まった。このクリティカルパスを導入す

ることにより、診療の標準化、根拠に基づく医療の実践、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などが期待されている。

地域連携クリティカルパスとは急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画書を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるものである。診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができる。内容としては、施設毎の治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示する。これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現することができる。

3. 静岡市がん診療地域連携協議会 (s-net)

病院と診療所が共通した考えの下、お互いの役割を明確にすることにより、患者が安心かつ満足できる診療体制を構築し、さらに状況に応じ訪問看護ステーション・地域の薬局・介護施設と協力し、切れ目のない連携体制を構築することを目的として組織された。参加団体は、静岡県立総合病院、市立静岡病院、静岡赤十字病院、静岡済生会病院、静岡厚生病院の5つの総合病院と静岡市医師会に所属する診療所、静岡市薬剤師会、静岡ケアマネ協会、静岡訪問看護ステーション連絡会である。

静岡県立総合病院消化器センター外科 (〒420-8527 静岡市葵区北安東 4-27-1)

e-mail: masa-takagi@general-hosp.pref.shizuoka.jp

本総説は、日本薬学会第130年会シンポジウムS03で発表したものを中心に記述したものである。

この s-net では胃がん、大腸がん、乳がん、肺がんにつき静岡市内 5 つの総合病院と静岡市医師会が共通の術後診療用パスを用いて病診連携を実践している。術後補助化学療法についても疾患毎の共通パスを運用し、病診連携で治療を行うとともに、病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・ケアマネージャーによる在宅緩和ケアチームの構築も行っている (Fig. 1)。

3-1. s-net がん術後経過観察パス s-net では静岡市内 5 病院と静岡市医師会の診療所との間で、胃がん、大腸がん、乳がん、肺がんにつきそれぞれの進行度に応じた共通の術後経過観察パスを構築し運用している。まず手術後病院からの患者情報は病診連携担当者を通じて医師会 (s-net 本部) に登録されるとともに診療所に伝えられる (Fig. 2)。定められた間隔で定期検査を行う病院と診療所は病診連携担当者を通して患者情報を受け渡す (Fig. 3)。術後経過観察の軸足は地域の診療所に置くことを共通認識とし、診療所と病院がそれぞれ術後のどの時期にどのような検査を実施するかを規定し、検査の重複や患者の経過観察からの逸脱を防いでいる。例えば胃の進行がん (Fig. 4) では診療所の受診は 3 ヶ月毎でその都度腫瘍マーカーを含む血液検査を行い、6 ヶ月毎に腹部超音波検査と胃内視鏡検査を行う。一方病院の受診は 6 ヶ月毎で毎回診察と腹部 CT を施行する。このように各がん腫により考えられる再発の早期発見と術後全身状態のチェック

を診療所と病院とで過不足なく実施している。システムの稼働以来 3 年を経過したが、これまで 660 名以上の症例でこのパスが運用されている。

3-2. s-net によるがん術後補助化学療法パス

s-net では静岡市内 5 病院と静岡市医師会の診療所との間で、胃がん、大腸がん、乳がん、肺がんにつき共通の術後補助化学療法のパスを構築し運用している。胃がん、大腸がん、肺がんについてはフッ化ピリミジン系経口抗がん剤を、乳がんについては分子標的治療薬のトラスツマブを使用する。

化学療法あるいは分子標的治療薬使用の際に重要な点は、治療前の十分な服薬指導と有害事象の早期発見である。パスでは代表的な有害事象を明記し、その重症度表記をわかり易く示したうえで次コース

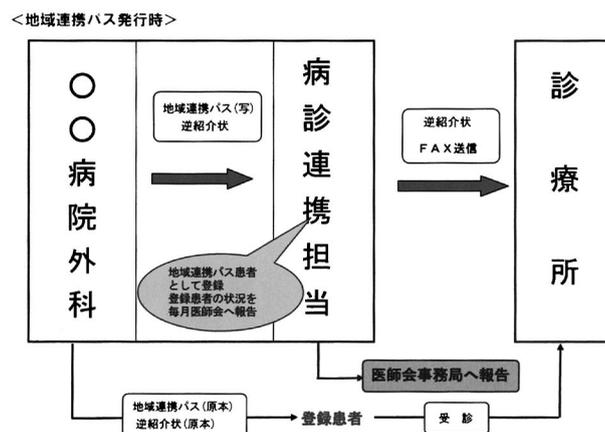


Fig. 2. Flow of the Patients in "s-net"-1

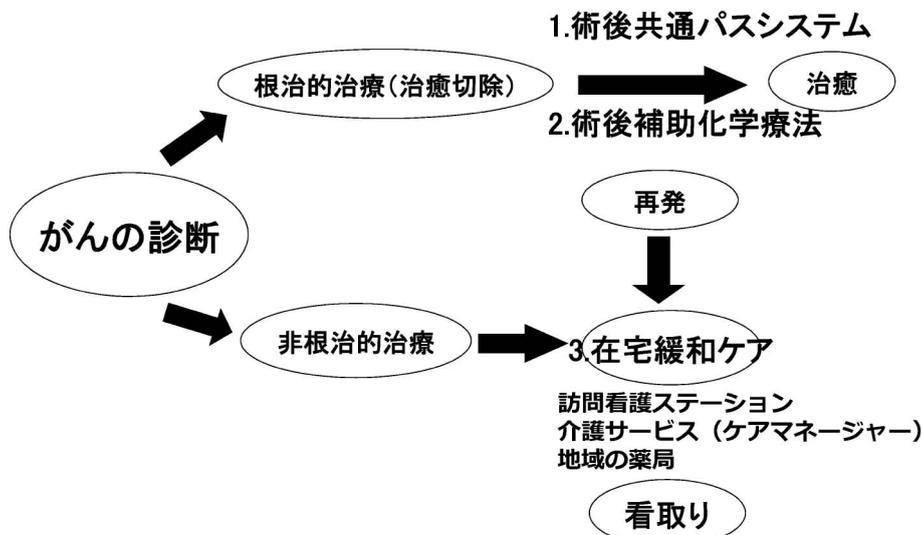


Fig. 1. Local Communication System between Hospitals and Clinics

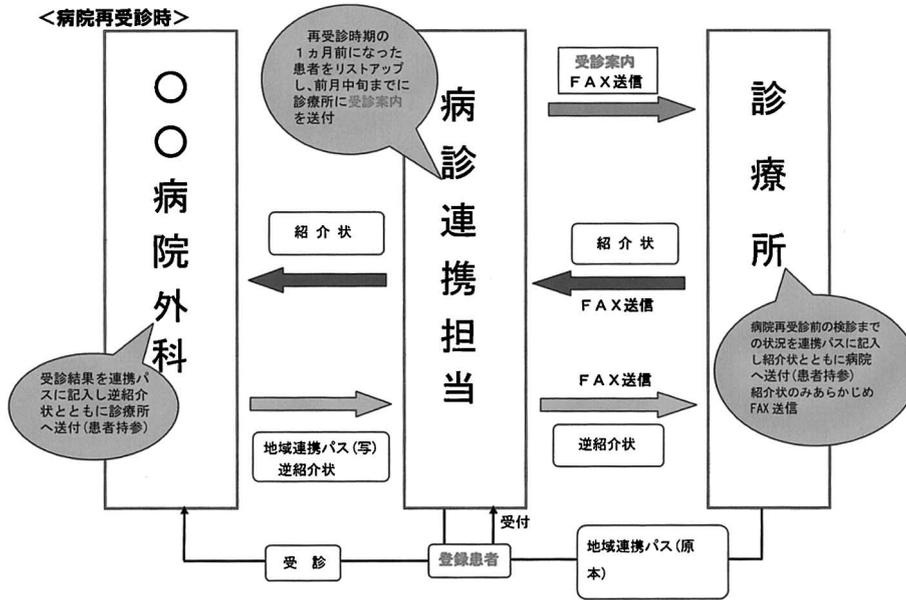


Fig. 3. Flow of the Patients in ‘s-net’-2

胃術後地域連携パス（進）1年目		患者氏名： 様		医療者用		
手術日： 術式： 退院日：						
病理診断： T N M P CY stage						
補助化学療法：（要・不要） 内容および期間：（ ）（ 医院・病院 ）						
（ ）医院主治医：			（ ）病院主治医：			
受診時期	退院後1ヶ月以内 病院受診	術後3ヶ月 医院受診	術後6ヶ月 医院受診	術後6ヶ月 病院受診	術後9ヶ月 医院受診	術後1年 医院受診
達成目標	再発がない。 検査値に異常がない。 食事摂取に問題なし。 日常生活に問題なし。	再発がない。 検査値に異常がない。 食事摂取に問題なし。 日常生活に問題なし。	再発がない。 検査値に異常がない。 食事摂取に問題なし。 日常生活に問題なし。	再発がない。 検査値に異常がない。 食事摂取に問題なし。 日常生活に問題なし。	再発がない。 検査値に異常がない。 食事摂取に問題なし。 日常生活に問題なし。	再発がない。 検査値に異常がない。 食事摂取に問題なし。 日常生活に問題なし。
診察	PS: 体重: 血圧: 体温:	PS: 体重: 血圧: 体温:	PS: 体重: 血圧: 体温:	PS: 体重: 血圧: 体温:	PS: 体重: 血圧: 体温:	PS: 体重: 血圧: 体温:
検体検査	血算 生化学 CEA CA19-9	血算 生化学 CEA CA19-9	血算 生化学 CEA CA19-9		血算 生化学 CEA CA19-9	血算 生化学 CEA CA19-9
胸部Xp						所見:
腹部US			所見:			所見:
腹部CT				所見:		
胃内視鏡			所見:			所見:
便潜血2回						所見:
バリアンス						
特記事項	手術記録・退院サマリーを含む詳細な紹介状					
診察医署名						
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

Fig. 4. Postoperative Clinical Pathway for the Patient of Advanced Gastric Cancer

開始時の減量規定なども示している。現在術後補助療法の最初の数回を病院で実施し、重篤な有害事象が起こらないことを確認後パスを適用して診療所との連携を開始している。

3-3. s-net による在宅緩和医療⁶⁾ s-net では静岡市内 5 病院と静岡市医師会の診療所との間で共通の“在宅緩和医療シート”を作成している。各病院の緩和チーム担当者はこのシートの中の“在宅緩和医療移行シート”を使って患者情報を診療所に伝える。診療所と病院は“症状継続評価シート”を使って継続的に患者の症状につき情報交換し治療を行う。在宅緩和医療に関しては導入に先立ちがん性疼痛、せん妄など毎回テーマを定めて繰り返し講習会を行い、診療所の医師以上に薬局薬剤師、看護師、ケアマネージャーの多くの参加をみた。

4. 地域連携パスのメリット

地域連携パスは患者、かかりつけ医、病院医師に

それぞれ以下の点でメリットがある。

患者：かかりつけ医と病院の follow up を継続して受けられ、検査の重複や欠落が避けられる。

かかりつけ医：いつどんな診療、検査を行えばよいか一目瞭然であり、いつ病院を受診するのかがわかり易い。

病院医師：定期的検査をかかりつけ医にお願いすることで見落としをなくし、外来診療の質を向上し得る。さらにかかりつけ医と密度の濃い連携ができる

5. 地域医療、とりわけがん医療において薬剤師に期待すること

がん術後補助化学療法における薬剤師の役割としては患者への服薬指導、患者からの有害事象の聴取と重症度判定、抗がん剤の休薬、減量に関する医師への助言が挙げられる (Fig. 5)。

また在宅緩和医療における薬剤師の役割としては



Fig. 5. The Role of Pharmacists in Adjuvant Chemotherapy in Local Community

麻薬、鎮痛補助剤処方などに関する医師への助言、在宅における患者症状の把握、服薬指導などが挙げられる。

これらはいずれも薬剤に関する専門的知識はもちろん、患者、及びその家族との高度のコミュニケーション能力を要求される。がん患者の多くは術後経過観察、抗がん剤治療、在宅緩和医療などの形で闘病生活の多くの時間を在宅で過ごす。この在宅での治療において患者とのきめ濃やかなコミュニケーションに重点を置き、医師、看護師、訪問看護師、ケアマネージャーらとの地域チーム医療の中で専門職として要の役割を担って頂きたい。

6. 地域連携パスに関する今後の課題

地域連携パスシステムの評価が必要である。

1) 術後経過観察の精度は向上したか？

各医療機関の受診率、術後合併症の管理、がんに関する治療成績などにつき定期的な評価が必要である。さらに在宅での患者急変時の病院の対応、患者満足度に関する評価、公表も必要である。

2) 診療所に対する過大な負担軽減のために何ができるかの検討を要する。

薬剤師を始めとする多職種によるチーム医療がどこまで実践できるかが診療所に対する負担を軽減することになると思われる。

7. おわりに

われわれはがんに関する地域医療の原則を以下の3点に集約できると考えている。1. がん患者はがん発見から根治あるいはがん死に至るまで常に地域にいる。2. 病院が果たす役割は手術、化学療法、緩

和医療の振り分け、あるいはそれらの導入のみである。3. 全経過を通じて地域の診療所こそが全人的医療の要の役割を果たすべきである。これら3点の共通認識の下、静岡市内5カ所のすべての総合病院と約100カ所の診療所で構築した地域連携パスを紹介した。この地域連携では、診療所と病院との医師が患者情報を共有するのと同様に、地域の薬局薬剤師は病院薬剤師と同じように抗がん剤の効果と有害事象に関する知識を持ち、十分に患者や他の医療者とコミュニケーションがとれることが要求される。がん診療における地域医療、地域連携の中で薬剤師全体への期待は極めて大きい。

REFERENCES

- 1) e-Gov: 〈<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>〉, cited 15 November, 2010.
- 2) Ministry of Health, Labour and Welfare: 〈<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>〉, cited 15 November, 2010.
- 3) Tanimizu M., Kawamura S., Narimoto K., Fujii T., Takaoka S., Naga J., Kikuuchi Y., Miyawaki S., Funada C., Matsuhisa T., *Ganto Kagaku Ryoho*, **34**(Suppl. II), 170-174 (2007).
- 4) Tanimizu M., Kawamura S., Kikuuchi Y., Funada C., Kogure T., Matsuhisa T., *Iyaku Journal*, **44**(8), 97-103 (2008).
- 5) Mutou M., *Chiryō*, **90**, 716-720 (2008).
- 6) Eguchi K., *Kanwairyogaku*, **11**, 351-355 (2009).