

第3回 高岡在宅・緩和医療懇話会議事録

日時：平成20年9月6日(土)15:00～

場所：ホテルニューオータニ高岡

開会の挨拶 代表世話人(小関クリニック 院長小関先生)

本日参加して下さっている方々は何らかの悩みを持って緩和ケアを進めていると思います。そんなこともあり高岡緩和医療懇話会を発足しましたが、まだまだ医師の体制が遅れているのが課題です。

本日の症例検討や特別講演が皆に実りのあるものにしていきたいと考えている。

一般演題

座長 平野クリニック 院長平野先生

会に先立ち世話人会においても総論的なことも大事だが、症例を検討することにより緩和医療とは今後どうあるべきかというヒントが隠されているのではないかと思いますのでケースを考えて活発に討論していきたい。

1)在宅緩和医療をめざした乳癌骨転移再発の1例

平野クリニック 院長 平野 誠先生

質疑応答

座長：最近家族と本人の意思が同じで看取をしたことがあったわけですが、痛みで夜中の3時頃に電話があったりとても大変でやはり1人では無理だということを感じた。担当医の負担が大きく疲弊してしまえば意味がないのでやはり病診連携、在宅医療の体制作りが必要である。救急体制にも不安。

2)緩和ケア外来で関わった外来化学療法患者2例

高岡市民病院 緩和ケアチーム 竹下先生

質疑応答

富山県立渡辺先生：緩和ケア外来の診療体制についてお教え頂きたい。

竹下先生：外来は原則火曜、木曜の10:00～12:00となっているがその日以外の依頼も多い。しっかりとした緩和ケアチームはないが必要に応じて薬剤師、認定看護師、リハビリらと連携しながら行っている。急な対応には麻酔医にも連絡している。

病棟については各科の医師、麻酔医、精神科医を中心にリエゾンを含めた緩和ケア病棟ナース5～6名のチームで行っている。

3)高岡在宅・緩和医療懇話会における在宅ホスピスケアの現状

富山済生会高岡病院 緩和ケア委員会 村杉先生

質疑応答

?: 済生会病院における救急時の搬送システムについてお教え頂きたい。

村杉先生: ICU 当直とぜんかん?当直の2名の医師体制で行っている。

緩和関連の救急に対してはICU 当直の医師が行っている。

高岡市民?杉先生: なかなか理解が得られないことが多いが在宅にする際の本人、家族への説明方法や時間のかけ方についてキーポイントがあればお教え頂きたい。

村杉先生: まずは緩和ケア外来に来て頂き家族とは別で1時間程話を行う。その後緩和ケアチームでカンファレンスを行い現状把握をする。最終的な決定は主治医、本人、家族で話し合いをして決めていく。(本人が望まない場合は除外する)

座長: 迷っている場合は?

村杉先生: まずは家族の協力が得られるかがポイント。

村上先生: 現在の済生会の考え方では緩和ケアチームの介入には患者さんの身体コントロールがある程度ついていろいろな希望がでてくるようなタイミングで話し合いを行うようにしている。告知の問題や家族と患者の考えのギャップもある。看護記録も注意深く目を通し患者さんや家族の思いを拾い集めることにも心がけている。家族に対しては疲弊にならないかについてもソーシャルワーカーも含めて話し合いを行っている。

今回39例中13例在宅にもっていったのは比較的多いのではないかと考えている。

特別講演

「緩和ケアの地域連携における課題」

国立ガンセンター中央病院 緩和医療科 医長 的場 元弘先生

質疑応答

?: 先ほどの大腿外側神経の痛みの症例ですが診断目的で硬膜外ブロックをやってみるのもありでしょうか?

的場先生: それをすることは良いと思います。診断を行う上で必須であるならば私も行っています。行うために患者の同意書や説明が必要であったり処置という負荷がかかるため病棟などにも声をかけてお願いするようにしている。

? : 麻薬の管理は鍵がかかるところに保管等難しい部分もあると思いますが在宅の際にはどのようにすれば良いか。また TCA ポンプなどの考え方についてお教えをお願いします。

的場先生：モルヒネ TCA ポンプ等取り出すことができないものでなければ問題ないと麻薬対策化と話をしている。ディスポのものでそのまま注射等で吸い出すことができないものであれば良いという見解にかわってきている。

? : 在宅患者の Dr の診察頻度はどの位がよいとお考えでしょうか?

的場先生：訪問頻度は週 1 でも 2 週に 1 回でも良いと思いますし Dr の判断に任されていると思う。例えば 3 ヶ月に 1 回 CT をとって説明をしてほしいと診療所の先生と話ができていればそれで良いと思う。また何か病態変化がある場合や入院することになる等診療所の先生の判断で良いと思う。

? : 情報共有はどのようにすれば良いか?

例えとして鶴岡を例に例えますと退院の際に退院元と在宅の医師会のコア Dr、訪問看護ステーションの 10 名位で集まって打ち合わせをしている。
何もなくても定期的に症例共有の場を作るようにしている。

済生会藤川先生：在宅に帰った際の病院の緩和ケアチームの役割とは何か?

的場先生：ケースバイケースだがオキシコドンの注射等薬の使い方や量の相談、診断の相談やアドバイス等が主な役割になると思う。(私を含め国家公務員は現状では診療所の先生と一緒に訪問することができない等の課題があり。枠を外す活動をしている。)

看護ステーションなどからの相談は担当医と相談するなど担当医を尊重しながら行っている。

高岡市民ので先生：とてもお忙しいなか緩和ケア外来を立ち上げられとてもたくさんの患者がいらっしゃり時間的にも厳しい思うが、まずはそれぞれの科でセレクトされて掛かるという認識で良いでしょうか。

また緩和ケア外来にかからず在宅へ行った患者にはがんセンターとしてどのように時間をかけていらっしゃるのでしょうか。病診連携についての方策についてもお教え頂きたい。

的場先生：はい今のところは何とかやっている。後者はどういう状況で患者が出たのかわからないののでまずは担当医に連絡がいくようになっているので私のところには直接連絡きません。相談があれば答えている。やり取りの方法は個人情報の観点からすべてがメールというのは難しい。電話で 1 報頂き「詳細はあとでメールします」などとするやり方で対応している。緊急の場合には随時電話で行っている。

病診連携に関しては地域連携の会というものを昨年の秋位から行っている。現在 2 ヶ月に 1 回集まる会を行っています。最初はいろいろと大変でした。別に症例検討会も行っていま

すのでがんセンターの医師と診療所の医師が月に 1 回は顔を合わせることが可能になってきましたので直接やりとりできるようになってきています。

点数についてもがん対策推進室とやりあっていますが、退院のためのカンファレンスに点数がついたりという動きはでてきています。連携に関してボランティアではなく微々たるものではあっても仕事であるという認識を持つということは大事だと思います。

閉会の挨拶・次回案内 富山県済生会高岡病院 院長 北川先生

本日はありがとうございました。

的場先生には今後も是非活躍頂き日本の緩和医療をリードして頂きたいです。