

名寄市立総合病院における薬剤師と緩和ケアチームとの関わり

The Relation of Pharmacists and Palliative care team in Nayoro City Hospital

金澤 恵子¹⁾
Keiko Kanazawa町田 忠相¹⁾
Tadasuke Machida深井 康邦²⁾
Yasukuni Fukai船越 敏雄¹⁾
Toshio Funakoshi西山 徹³⁾
Toru Nishiyama

Key Words: 緩和ケア 薬剤管理指導

はじめに

緩和ケアを必要としている患者は増えつつある。当院でも平成17年3月に緩和ケアチームを発足し、地道ながら活動をしている。薬剤部も関わっているため、チームの現状を報告する。

I. 構成メンバー (図1)

医師は外科系診療部長、麻酔科、外科、消化器内科各医長、薬剤師2名、外科病棟、消化器内科病棟看護師各1名の8名からスタートした。神経科医師は常勤1名のため業務量的に困難と判断した。以後栄養士、理学療法士、医療支援室課長と看護師2名を追加し、さらに症例患者さんが退院するのを機に外来との連携を深めるため、外来看護師4名を昨年11月から加え、現在17名で構成している。緩和ケアチーム開設当初より多くのメンバーで構成すると方針が定まりにくいの考えもあり、今後随時参入を検討している。

II. 申し込みの手順 (図2)

医師より緩和ケアチームへの申し込みとなっている。窓口である薬剤部より院内メールにてスタッフへ連絡。チームより対象患者のいる病棟看護師へ申し込み受理を連絡。患者さんに承諾書を頂く。担当看護師が問題点を取りまとめ、チームスタッフ、主治医、担当看護師によるカンファレンスにて検討を開始する。

III. 活動内容

対象患者がいる時は毎週水曜日午後5時からカンファレンスを行っている。対象患者がいない期間も、2~3週間に一度はメンバーが集まり、各種書類の検討、ミニレクチャー、勉強会の打ち合わせ、情報交換等を行っている。メンバー全員によるラウンドは、全員が集まることのできる時間も限られるため行っていない。症例ごとに必要なメンバーが個々それぞれの業務とからめて介入している。

病棟担当薬剤師は薬剤管理指導業務の中で患者さんと関わり、カンファレンスにて経過報告をする。院内啓蒙の勉強会を今までに4回開催した。(うち一回は院外も対象)¹⁾。これからも毎年1~2回の開催を予定している。昨年12月に活動内容のニュースを発行した。年に3回の発行を予定している。当院は、緩和ケア専門の研修を受けた看護師はいないため、緩和ケアの加算はしていない。

IV. これまでの症例 (平成17年4月から平成19年1月まで)

関わった症例は10例。内訳は外科5例、泌尿器科1例、循環器内科1例、消化器内科3例である。うち2例は介入直後に状態が急変し、長期介入ができなかった。無理に症例を増やし問題を起こしてしまうよりは地固め的な活動となっている。

V. 薬剤部の業務内容 (図3)

薬剤部は、申し込みの窓口、各書類の原案の作成、カンファレンス、会議の開催の連絡、進行、議事録の作成、勉強会の準備、院外の研究会、講演会の案内等の事務的業務を行っている。全国的

1) 名寄市立総合病院 薬剤部

2) 現: 名寄調剤薬局

3) 名寄市立総合病院 診療部

に見て薬剤部が窓口というチームは少ないようだが、当院では病院全体の麻薬の使用状況の把握については薬剤部が一番把握しているということもあり、現在そのようになっている。症例に対しては各種鎮痛剤、鎮痛補助薬、ステロイド、点滴内

容をはじめとした薬に関しての助言、副作用チェック等を行っている。化学療法を行う場合は患者さんに副作用等の注意点の説明し、チェックも行う。終末期のみの治療というのではなく治療に必要な薬については全て検討する。

図1 構成メンバー(スタッフ)

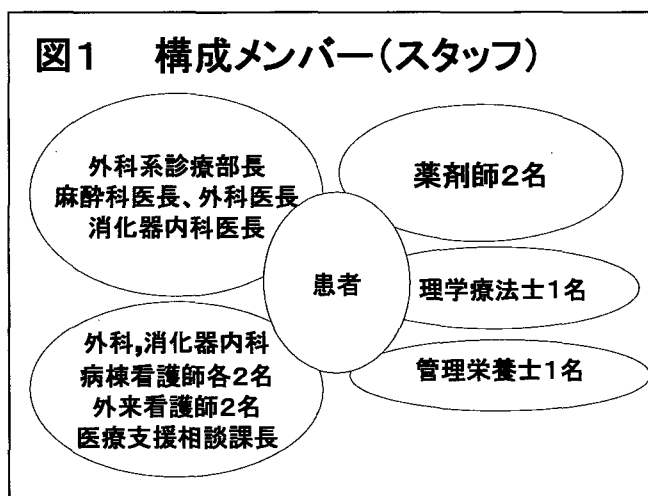


図2 申し込みからの流れ

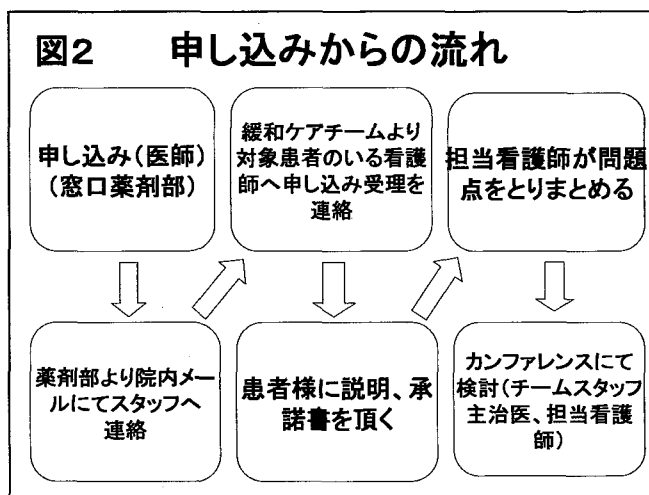
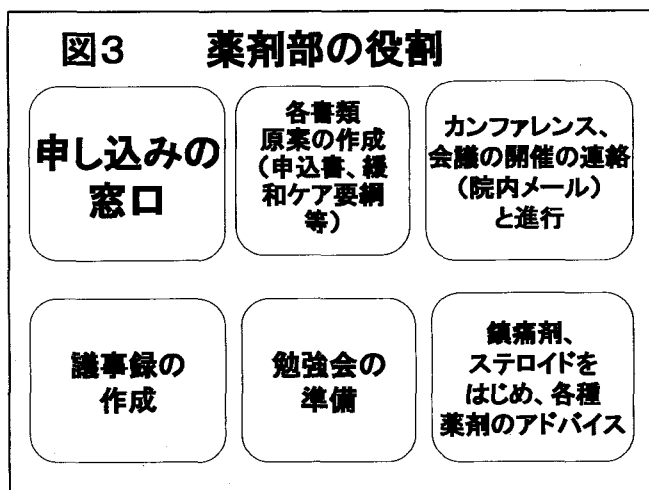


図3 薬剤部の役割



VI. 活動の利点

カンファレンスは30分から1時間とし、この短時間に様々な職種の立場で問題点を洗い出すことができ新たな対応を検討ができる。さらに同職種間においても対応の方法が異なる場合があり、一人のみの偏った考えが改善できる。薬に関しても直接患者さんに関わる薬剤師以外が助言をし、多少ながらも症状の改善のケースもみられた。医師からは検討を通して薬の使用方法など色々な意見があり参考になったという声が聞かれた。主治医以外の医師からも栄養面の情報が今後も欲しいという声が聞かれた。

VII. 活動しているの問題点とその対応

啓蒙が不十分だったのもあるが、病棟看護師スタッフが混乱し、介入方法について苦情がでたケースがあった。この点については、担当看護師が中心となり調整し介入方法を統一した。最初作成したアセスメントシートの内容が看護記録と重複するものも多く、記載が煩雑であるとの意見がでた。現在患者ごとに作成し、自分で記載可能な患者さんについては記載をしてもらっている。

症例がまだ少ないが緩和ケアを必要としている患者はまだいると思われるため、他スタッフからも主治医に介入の働きかけが必要であると思われる。介入直後に急変したため十分な介入ができなかった症例が2例ある。このため今後は早めの介入を検討している。緩和ケアチームでは病名告知を受けたときから緩和ケアは始まり、緩和ケアイコール死ではない、と考えている²⁾。告知を前提としていること、緩和ケアという言葉が一般的にまだ「もう終わり」というイメージがあり、スタッフからもチームについて患者さんに理解してもらうような説明が難しいと言う面もある。名称変更も検討にあがっている。

必要書類がまだ完全にすべて揃っていないため、どのようなものが今後必要か、検討が必要である。昨年看護師にも協力を依頼し、一部作成し使用してみている。

精神面をケアしてくれる専門もスタッフがいないため、介入が望まれる³⁾。

VIII. 緩和ケアチームの今後

院内全体に緩和ケアチームの取り組みを周知してもらうため、勉強会を開催今後も継続していく。少しずつ症例を増やしてもっと研鑽を重ねていく。前述した問題点を一つずつ改善していく予定である。

薬剤部としては、新薬についての情報提供、緩和ケアに関する薬の資料整理等、Drug Informationも必要と思われる。

IX. 終わりに

薬剤師は薬を通して一人でも多くの患者さんの助けになっていきたいと思っている。まだまだ手探りな状態であり、地道な活動だが継続していくことが大切と考えている。

この内容の一部は、平成18年北海道薬学大会、第45回自治体病院学会で発表した。

引用文献

- 1) 恒藤暁:がん疼痛マネジメントの秘訣Q&A, Cancer Pain and Palliative Medicine Vol. 2No. 1 May:15, 2006
- 2) 今井健一郎, 今村秀, 富田尚裕ほか: 消化器癌治療における緩和医療を考える, Cancer Pain and Palliative Medicine Vol. 1No. 1 May:4-9, 2005
- 3) 大下大圓:現代におけるスピリチュアルケア, 癒しいやされるスピリチュアルケア, 医学書院, 東京, 117-167, 第1版, 2005