

第3回
緩和医療薬学会
教育セミナー

切れ目のないがん医療をめざして

浜松オンコロジーセンター
腫瘍内科 渡辺 亨
twatanab@oncoloplan.com
<http://www.oncoloplan.com>

切れ目のないがん医療

- ① 外来化学療法がデフォルトスタンダード
- ② 病院医療から診療所医療への移行
- ③ 診療所薬剤師の必要性
- ④ がんを取り巻く医療と介護の融合

自己紹介

	日	月	火	水	木	金	土
朝	犬の散歩（30分ランニング）						
午前	教会	浜松	浜松 青森(4)	浜松	浜松	浜松 東京(1,3,5)	浜松
午後		浜松	青森(4) 病理C 術前C	浜松	浜松	浜松 東京(1,3,5)	地方講演
夕		医療C 回診	ベルリッツ	術後C(1,3) 医療C回診	多地点TVC(4) 抄読会(1,3) 教会	読影会(2) 医療C 回診	
外来	がん診療（治療、検診、診断、セカンドオピニオンなど） がん予防（子宮頸癌ワクチン、禁煙外来、ピロリ除菌） 生活習慣病外来						

青森県立中央病院外来 45女性 乳癌術前化学療法

stage IIIA 浸潤性乳管癌（ホルモン受容体陰性、HER2 強陽性）

術前化学療法：AC(アドリアマイシン＋シクロフォスファミド)

パクリタキセル＋ハーセプチン12サイクル 終了

手術前検査としてMRIを予約 → 3か月先 上記ケモ終了の時点で

腫瘍は増大傾向。外科主治医はパクリタキセル＋ハーセプチンを継続することとした。不安を感じた患者は腫瘍内科外来受診を希望。増大は明らかなので、ナベルピン＋ハーセプチンへ治療変更を提案し、患者も同意した。

青森県立中央病院外来化学療法室

取り決め(一部)

初回の化学療法は、治療内容の如何を問わず、患者の状態、希望の如何を問わず、入院にて行う。

外来化学療法は、2日前までに指示入力すること。

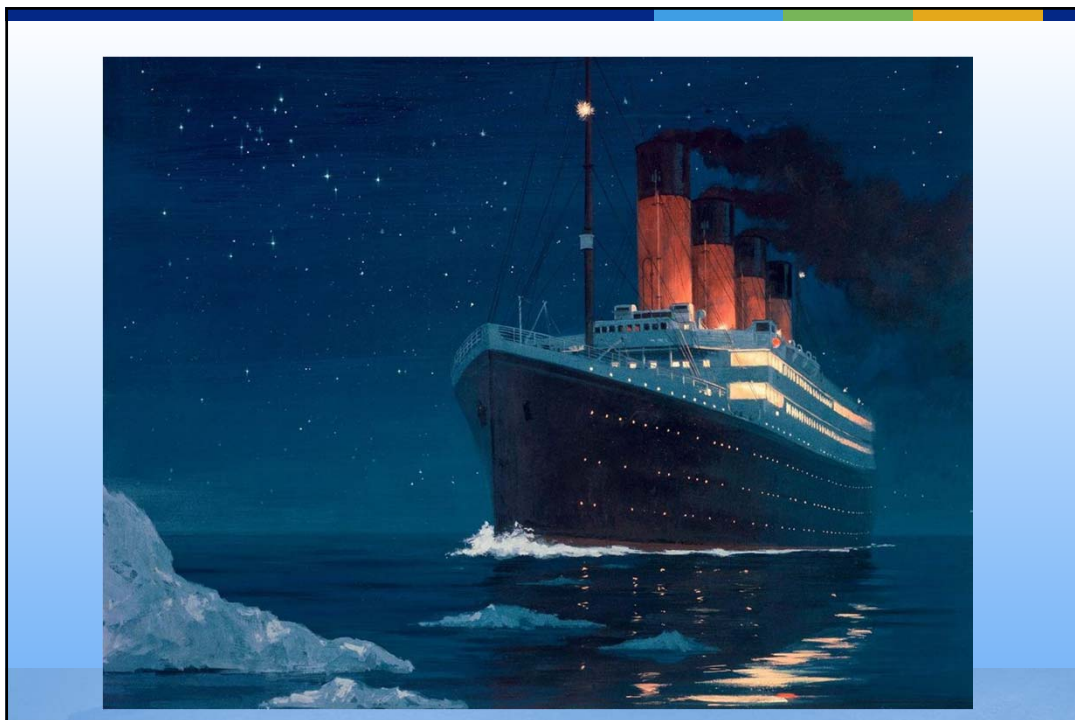
点滴刺入、つなぎかえ、針抜去は看護師が行うが短時間の側管注入は医師が行うこと。

(例:ナベルビン1分ショット → 100ml生食点滴)

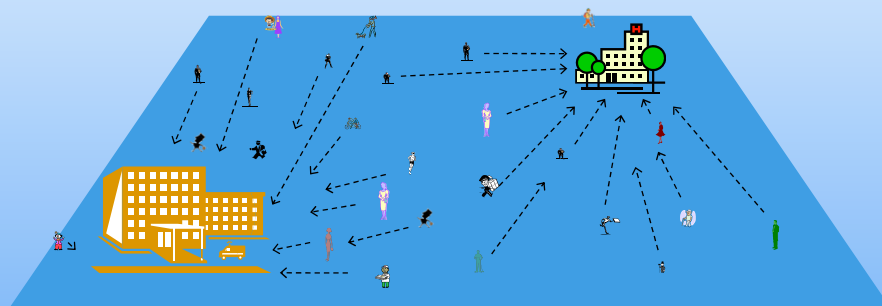
青森県立中央病院 当日点滴変更

各部の了解を取り付けて回る努力

外来化学療法室長	そういうことになっているけど僕はいいですよ。薬剤室の了解とってくださいね。
薬剤室調剤担当者	了解です。電子カルテでの処方変更指示と注射伝票を新しく提出してください。
外来化学療法室主任看護師	今日、看護師長がインフルエンザで病欠ですので私の判断では決められません。
渡辺非常勤医師	私が看護師長の御自宅に電話しましょうか。電話番号教えてください。
外来化学療法室主任看護師	いや～、個人情報ですので・・・



人が元気なうちは
受診頻度が少ないうちは
メガホスピタルでも対応できる



外来化学療法のリット

- **患者・家族の視点**
 - 社会生活、日常生活の継続、QOLの向上
- **医療機関の視点**
 - 病床、人材の効率的活用
 - 選択と集中の実現
- **国策・行政の視点**
 - 総病床数の削減
 - 総医療費（33兆円/年）の削減

外来化学療法のリット

- **患者・家族の視点**
 - 治療中に専門医療機関、主治医を離れること不安
- **病院の視点**
 - 外来混雑、時間超過 診療負担増加

これらのリットを克服するため
外来化学療法を**病診連携**で実施して行こう
という取り組みがある。

68女性 乳癌手術後

2008年9月	左乳癌手術（某がんセンター）浸潤性乳管癌 grade 3 n= 3/12 ER/PgR (-) HER2 (3+)
2008年9月～	AC (4サイクル) → パクリタキセル (12回)
2009年3月	ハーセプチン 開始を機にY診療所へ転院 (病診連携の推進) 病院薬剤師から副作用(心不全)について説明
2009年5月	自宅での血圧高く患者は心臓が悪くなったのではないかと心配

68女性 乳癌手術後

2009年5月	<p>自宅での血圧高く患者は心臓が悪くなったのではないかと心配しY診療所受診 随時血圧 160/78 pulse 89 ECG : 正常 自宅血圧測定 : 早朝・就寝前共 130/70 以下</p> <p>Y診療所で「問題ないのでハーセプチン点滴可能である」と説明されたが心配は消えず、某がんセンター外来予約を試みたが2か月先と言われ、ますます不安になり当院セカンドオピニオン外来受診</p>
---------	--

68女性 乳癌手術後

2009年5月 セカンドオピニオン外来受診

【患者の話】

某がんセンターの先生は多忙で外来予約困難、普段の外来でもあまり説明してくれない。

Y診療所の先生はいい先生だが、がんの専門ではないのでいま一つ信頼できない。

【私の説明】

ハーセプチンの副作用ではない。血圧も高くない。

Y診療所の先生の対応や説明は問題ない。

ハーセプチン継続を勧めた。

がん診療における病診連携

病院

手術、抗がん剤、放射線照射

画像診断など定期検査

再発など「有事」の対応

患者

診療所

ホルモン療法、ハーセプチンなど継続
「無事」の対応

がん診療における病診連携の効能

病院	<p>手間のかかる外来から解放され医師、病床、検査部門などのリソースを専門的医療に専念することができる。医師は研究に時間を割くことができる</p>	WIN
患者	<p>基幹病院のがん診療専門医にはなかなか合意がないがんのことが十分には分かっていない診療の対応、説明に不安</p>	LOSE
診療所	<p>ややこしい患者を任せられるが、患者満足度は低い医療収入は「再診料、特定疾患管理加算（3000円程度）」</p>	LOSE

外来化学療法での病診連携（建前）

- 患者・家族の視点
 - ▣ 二人の主治医（病院医師と診療所医師）で安心倍増
 - ▣ 詳しく診てくれる病院医師、すぐに診てくれる診療所医師
- 病院医師の視点
 - ▣ 病院は高度な医療に集中し、教育、研究にも従事
- 診療所医師の視点
 - ▣ 高度ながん医療に参画することによる自己実現
 - ▣ 診療報酬高額診療に関与することによる高収入化

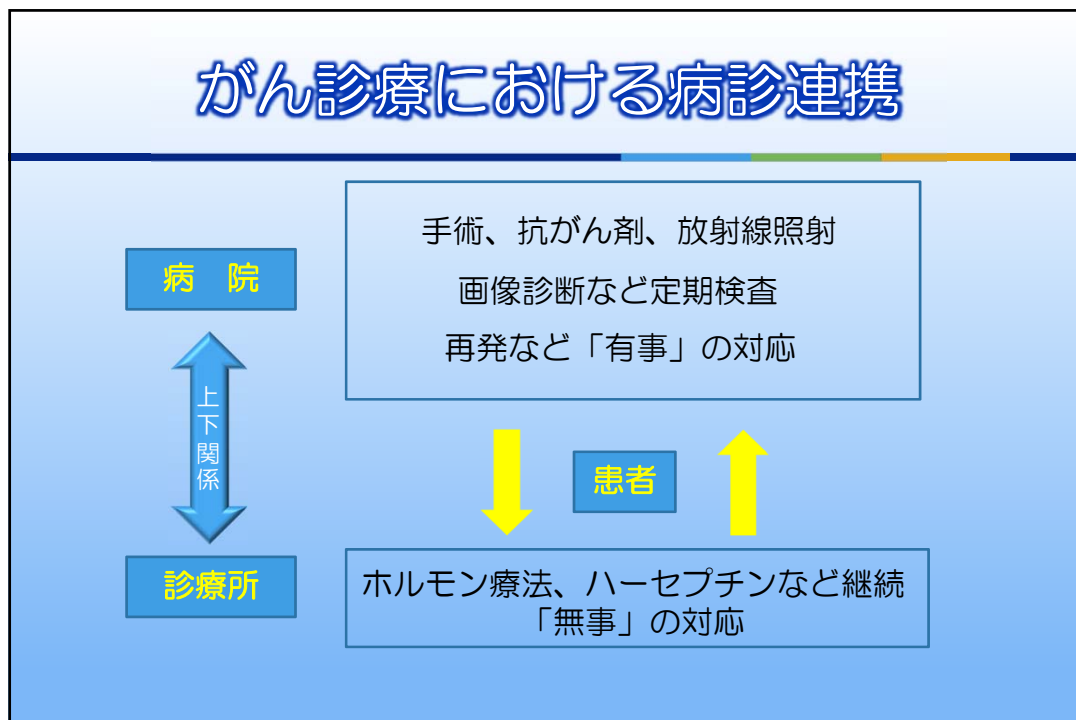
外来化学療法 of 病診連携 (実際)

- **患者・家族の視点** 私の主治医はだれなの？
 - 病院医師は多忙でなかなかあえない
 - 診療所医師は専門的知識、経験が乏しい
- **病院医師の視点**
 - 外来の負担が軽減、好きな研究に時間がとれる
- **診療所医師の視点**
 - リスクの高い治療を担当させられる
 - 患者には感謝されない
 - 手間のかかるわりに医療収益は満たされない

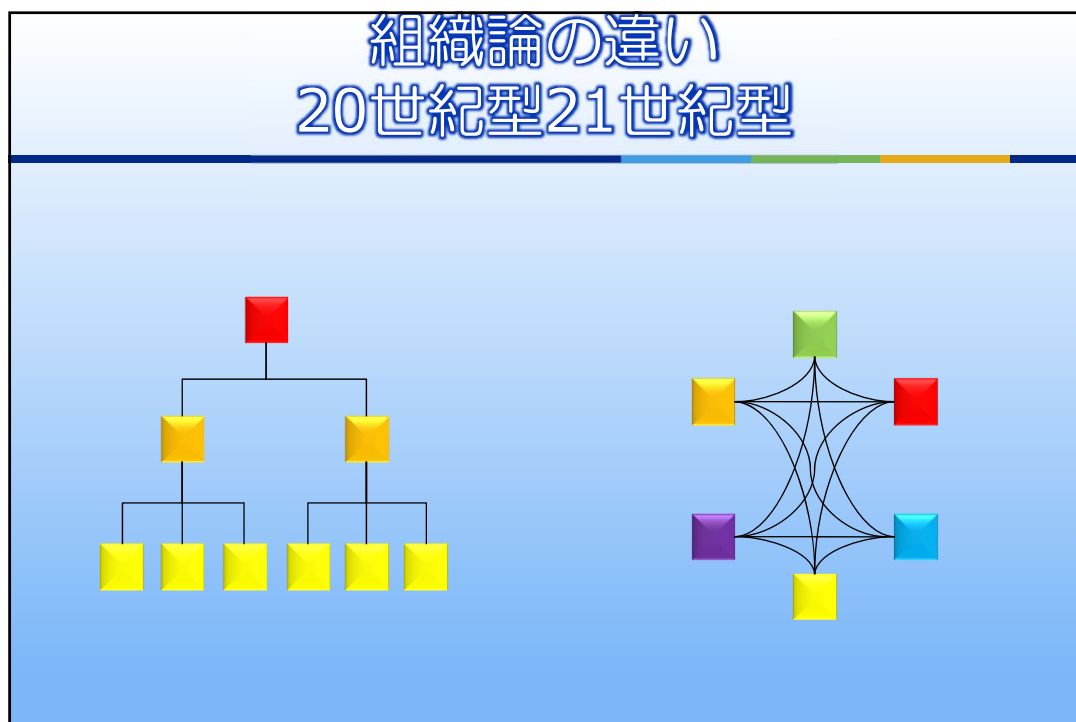
外来化学療法 of 収益構造

- **値引きによる薬価差益** (例：ハーセプチン150mgバイアル)
 - 薬価 68,385円
 - 値引き率 8% (5,471円) ~23% (15,729円)
 - 消費税 5% (3,419円) は医療機関持ち
- **外来化学療法加算**
 - 500点 (要件：設備、人件、レジメン委員会)
- **再診料、特定疾患管理加算など**
 - 内科的慢性疾患とかわらない
 - 薄利多売のみが収益アップ (現在の保険診療報酬)

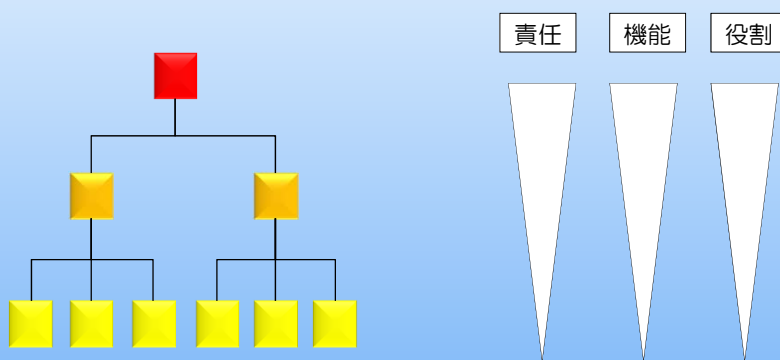
がん診療における病診連携



組織論の違い 20世紀型 21世紀型



20世紀型組織論

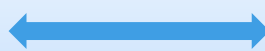


20世紀型組織論に基づく がん診療拠点病院構想



極端な二極化

重厚長大病院



診療所

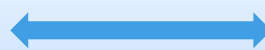


調剤薬局

極端な二極化



病院



診療所

重厚長大な総合病院（総合病院の規定は1996年廃止）

病院機能評価の弊害 形式充実 機能不良

医療崩壊・病院崩壊・立ち去り型サボタージュ

手続き主義と事務部門主導の弊害

大きな病院で診てもらいなさい・もらいたい幻想

診療報酬点数改訂で復活(癌研など)

極端な二極化

診療所 ←————→ 病院

厳しい診療報酬点数 → 薄利多売で生き残り
 軽薄短小なビル開業＝あえて低機能
 低機能～無機能 単なる振り分け外来
 無責任な9時-6時シフト
 社会保障よりも自己実現
 サボタージャーの立ち去り先
 継承なしの一代年寄（大鵬、北の海、貴乃花）

重厚長大病院の弊害

生活圏から遠い立地条件

過剰な専門分化

背中が痛い → 整形外科 眠れない → 精神科

咳が出る → 呼吸器科 頭が痛い → 脳外科

三時間待ちの三分診療

経済構造、保険診療の理解が乏しい医師

過剰検査 設備投資の元手回収

長い診療間隔 「痛くても外来は1カ月後」

予約外の診療 極めて困難

高機能がん診療所「がんコンビニの概念」

- ▣ 患者の生活圏内に立地
- ▣ 外来機能に特化
- ▣ 外来化学療法の実施
- ▣ 有機的病診連携
- ▣ 在宅医療支援 医療-介護連携



♥ あいててよかった
♥

腫瘍領域高機能診療所必要要件

人的要件

医師、**薬剤師**、看護師、それぞれ複数名常勤
必要に応じ放射線技師、検査技師、事務職員など

設備的要件

外来化学療法実践のための設備
必要に応じて、検査、診断設備など

経営形態に関する要件

法人格を有する

診療内容に関する要件

腫瘍患者のレセプト数 300-500 枚/医師/月

浜松合同乳腺カンファランス

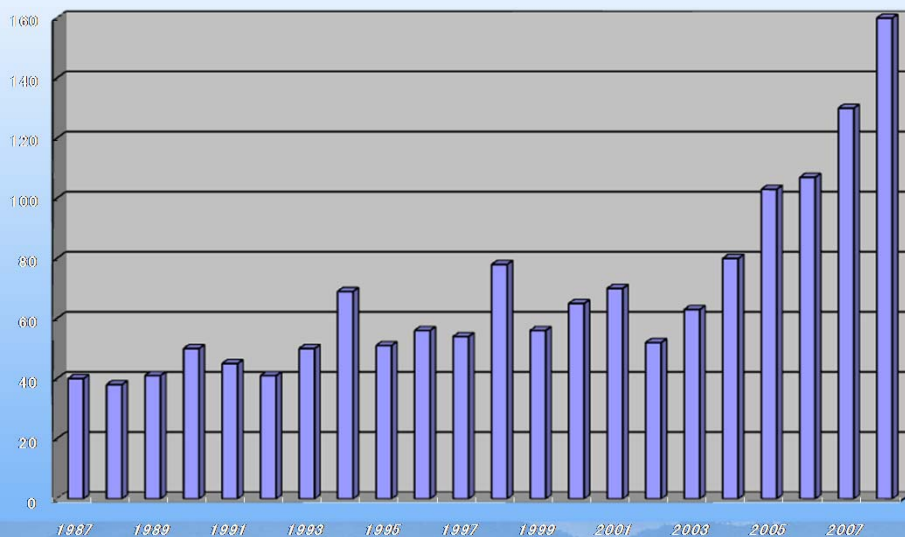
第1回目開催	2005年7月13日
日 時	毎月 第1,3 水曜日 19:30から約1.5時間
参加施設	浜松医療センター（外科医、放射線治療医、看護師、薬剤師） 浜松オンコロジーセンター（腫瘍内科医、看護師、薬剤師） 神田クリニック（外科医） とものクリニック（外科医） 聖隷浜松病院（外科医） 聖隷三方原病院(外科医) 浜松医科大学（外科医） 磐田市立病医院（外科医） 袋井市民病院（外科医）
内 容	手術症例の術後薬物療法の適応・レジメンを検討 治療に難渋している再発症例の検討 ミニレクチャー
主催	NPO法人 がん情報局 (http://www.ganjoho.org/)

乳がん合同検討会

第1,3水曜日



浜松医療センター年度別乳癌手術症例数



腫瘍内科医の登場
チーム医療のめばえ

55歳女性 乳癌皮膚、肺転移

- 2002年4月 左乳癌手術(某大学病院) ER/PgR (+) HER2 (-)
タモキシフェン→アリミデックス
- 2006年7月 肺転移のためゼローダ内服 (PR)
- 2007年3月 皮膚転移出現を機に外科から新設されたばかりの腫瘍内科へ転科となった。
腫瘍内科では、抗がん剤治療は行うが最後までめんどうはみられない。早めにホスピスを探すようにと受診のたびに言われる。

55歳女性 乳癌肺、皮膚転移

自分はそんなに悪いのか、もうだめなのか、余命はどれぐらいかなど心配になり当院セカンドオピニオン外来受診

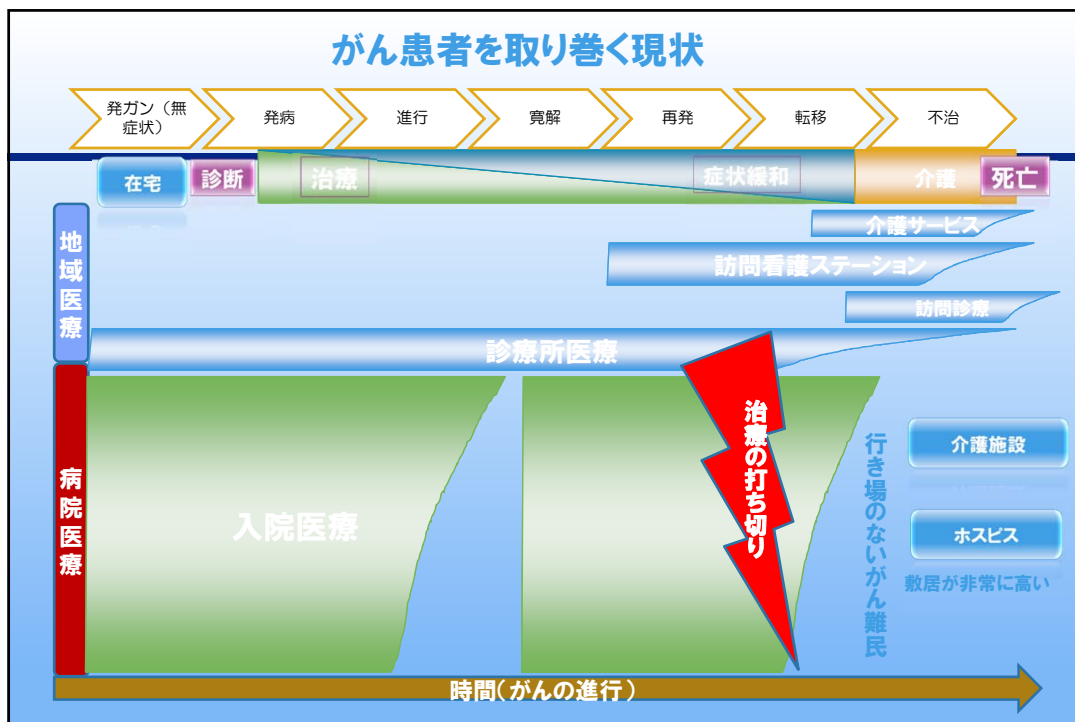
日常生活を送りながら治療はできることを説明、本人が希望されたので、当院での治療を行うことにした。

腫瘍内科医の守備範囲

再発後の化学療法は基本的には「緩和化学療法」である。腫瘍内科は、化学療法だけを担当する診療科ではない。緩和化学療法から緩和治療、そして終末期医療まで連続的(シームレス)に対応するのが腫瘍内科の守備範囲なのではないかと思う。

切れ目のないがん医療

- ① 外来化学療法がデフォルトスタンダード
- ② 病院医療から診療所医療への移行
- ③ 診療所薬剤師の必要性
- ④ がんを取り巻く医療と介護の融合



がんになっても住み慣れた自宅で 最後まで安心して暮らせるまちづくり

- なかまづくり
 - 医療者の育成 診療所薬剤師の育成
 - 医療者の連携
- 場所づくり
 - キャンサーコンビニ
 - がん調剤薬局
 - がん患者賃貸専用住宅
- しくみづくり
 - 行政、経済（医療保険、介護保険）、政治

