

IV. 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア

7. 〔長崎市〕地域緩和ケアネットワーク構築の試み

白髭 豊
(白髭内科医院)

はじめに

2003年、長崎市近郊で医師の相互協力（診診・病診連携、グループ診療）により在宅医療の受け皿となるシステムを構築した。その結果、個々の開業医の負担が軽減され、病院・患者側は安心して訪問診療を依頼できるようになった。2006年4月、在宅療養支援診療所が新設され、在宅医療推進のカギとして注目されている。また、2007年4月に施行されたがん対策基本法の第16条には、「がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること」が挙げられている。

このような医療・社会状況のなかで、本稿において、長崎における在宅療養支援診療所の連携ネットワークである「長崎在宅 Dr. ネット」と、がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟とのがん緩和ケア連携の取り組みを紹介する。

長崎在宅 Dr. ネット

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」が発足した^{1~3)}。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である。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る。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る。

在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、副主治医を紹介する。具体的には、個人情報 considerando 疾患、居住地等の情報を地区別のコーディネーターを通して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、副主治医を決定する(図1)。

また、尾道方式ほど徹底してはいないが、重症や医療処置の多い症例、社会的な問題を包含するような症例では退院前カンファランスをできるかぎり実施し、主治医、副主治医が揃って参加して情報を共有することを心がけている。

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っている。通常は実現が困難だと思われる精神科医師の往診の実績もある。さらに、市内の病院の医師も「病院医師」として参加し、病診連携の橋渡し役として症例の紹介や医学的助言などを行っている。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る⁴⁾(図2)。2007年9月現在、人口45万人の長崎市全域と近郊から計121名の医師が参加している(主治医、副主治医として往診を行う「連携医」が65名、眼科、皮膚科など専門性の高い医師および遠隔地から趣旨に賛同して参加する「協力医」27名、「病院医師」29名)。

2006年11月までで、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)であった。追跡調査できた107例中71例が死亡していたが、在宅死は26例で全

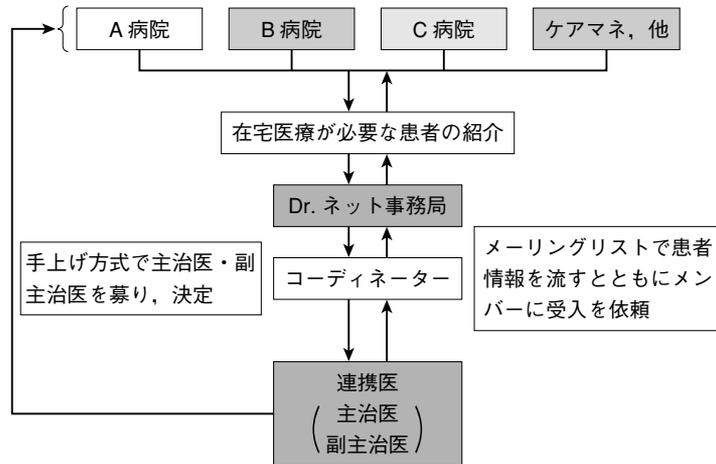


図1 主治医決定までのプロセス

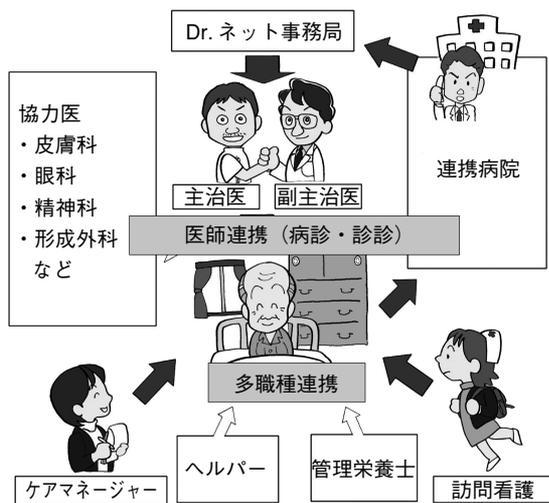


図2 在宅Dr. ネットの仕組み

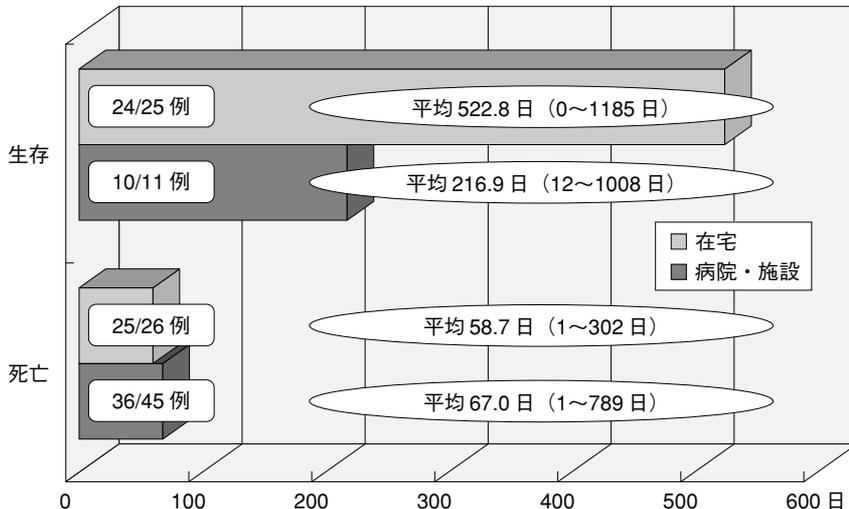
死亡の37%に及んだ(2006年の人口動態統計上、全国での自宅死の割合は、全死亡の12.2%である)。主治医決定までに要した時間は平均0.87日と短時間であり、2日未満が83%にのぼり、迅速な対応が可能であった。図3に、最終的な療養場所別の平均在宅日数を示した。すなわち、入院から在宅に移行し最後まで在宅で過ごし亡くなった症例では、平均58.7日の在宅療養を実現した。また、最終的な療養場所が病院の症例(在宅移行後、再入院して病院で亡くなった症例)でも、平均67.0日の在宅期間を実現した。

従来なら、かりつけ医がいない症例については在宅療養ができなかったであろうが、最終的な死亡場所を問わず2カ月前後の在宅生活が実現でき

たのは、われわれの存在があったからこそ、自負している。また、アンケート調査では、主治医にとって副主治医の存在が、在宅医療で重症をかかえる際に避けがたい肉体的・精神的な重圧の軽減に大きな効果があるなどの利点も明らかとなった。

2006年7月～2007年6月の期間における在宅療養支援診療所での在宅看取り数は、全国で27,072人であった(在宅=自宅21,724人+施設5,348人)。1診療所あたりの在宅看取り数の全国平均は2.77で、長崎県は1.36と最下位から5番目の低さであった(読売新聞東京本社社会保障部提供)。一方、Dr.ネットメンバーを独自に調査したところ、同期間での看取り数の平均は3.04であった。全国では、平均看取り数2以下が63.2%、長崎県では71.1%を占めるなかで、Dr.ネットによる診察連携が、在宅看取りに寄与できる可能性を示唆している。

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ある(図4)。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ある。



解析された115症例のうち追跡できたのが、107例。このうち、12例は、在宅移行ができなかった、または外来通院に変更された等で訪問診療が実現しなかったもの。在宅移行できた症例数/総数で表示。

図3 最終的な療養場所別の在宅平均日数

患者の望む最も適した場所でケアを受けることができ、そのサービス間の移行がスムーズであること

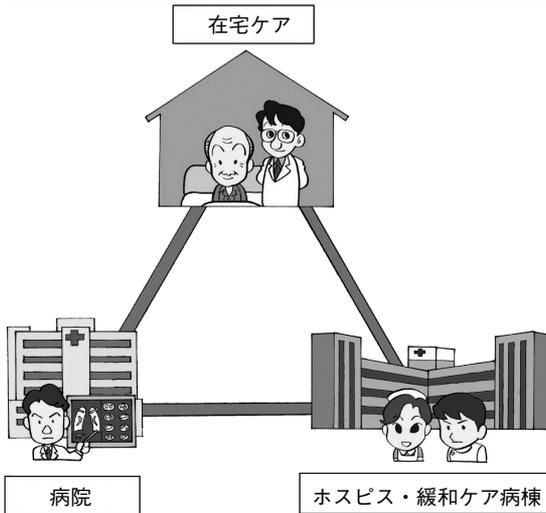


図4 オーストラリアの「ホスピス三角形」

になった。きっかけは、メンバーのひとりの医師が自発的にカンファランスに参加し、在宅移行の実績を上げていたからであった。これにより、下記の結果を得ることができた。

①診療所医師は、最新の緩和医療の知見をわかりやすく解説するミニレクチャー、症例提示から多くを学び取ることができた。

②大学スタッフも、診療所医師からの発言で、在宅の視点を得ることが可能となり、在宅移行につながるケースが出てきた。

後述の「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」への参加が決まったのちは、同プロジェクトに関与する看護師3名、中核となる診療所医師3名で分担を決めて、市内3つのがん診療連携拠点病院（長崎大学、長崎市立市民病院、日赤長崎原爆病院）の緩和ケアカンファランスに定期的に出席するようになった。

がん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファランスに診療所医師が参加

2007年春より、Dr.ネットメンバーのなかで世話人の医師とその診療所勤務の看護師が長崎大学緩和ケアカンファランスに定期的に参加するよう

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」について

厚生労働省は、2007年度 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の地域公募を、2007年4月に行い、長崎市は長崎市医師会

を中心とした介入地域に選ばれた⁵⁾。この研究の目的は、日本に合う緩和ケアの地域モデルをつくることで、3年間の介入で、患者による苦痛緩和の評価の改善、遺族による苦痛緩和の評価の改善、緩和ケア利用数の増加、死亡場所が患者の希望に沿う変化をするかを評価する。

具体的には、各地域に設置したがん緩和サポートセンター（長崎では長崎市医師会に「長崎がん相談支援センター」を設置）を中心に以下のことを行う。

1) 緩和ケアの標準化：標準化したマニュアルを作成し、地域の病院医師、在宅医、看護師、薬剤師などの医療従事者に普及させる。

2) 地域連携の強化：地域緩和ケアの包括的コーディネーションとして、緩和ケアに関する地域の相談支援、カンファランス主催などを行う。

3) 専門サービスの利用の便の向上：「地域緩和ケアチーム」を組織し、緩和ケア専門家によるコンサルテーション、出張診療およびケアの提供を行う。

4) 市民への情報提供：がん患者・家族、地域住民への情報提供を、緩和ケアに関する図書100冊や、説明の冊子、リーフレットの配布、講演会開催などを通して行う。

5) 一時入院・症状緩和できる施設の提供。

これらのプロジェクトの成果が、がん対策基本計画で謳われる緩和ケアの普及のモデルになるものと注目される。さらに、他地区ががん診療拠点病院などの病院からの介入を行うのと異なり、長崎は地区医師会である長崎市医師会からのアプローチとなり、在宅医療の現場に近い立場からのアプローチを行うことで、成果が期待される。

ネットワーク構築のカギ

2008年の3月で、Dr.ネットの結成から5年が経過することになる。今までに前例のない近隣の開業医同士の連携である。結成初期の段階で、まず、患者さんの取り合いにならないように、参加するメンバー間で覚書を取り交わした。すなわち、副主治医として一時的に診察した患者は、必ず従来の主治医に戻すことを明文化した。これが

奏功したのか、これまでに患者さんの取り合いにつながるようなトラブルは起こっていない。

結成初期には、メーリングリスト上で、病院から紹介された症例の主治医決めのみならず、医療相談のメール、雑談的な楽しいメール、読むだけで役に立つメールなど、さまざまなメールを織り交ぜて、文字通り医局での会話のような雰囲気づくりに務めた。現在は、多くのメンバーが自発的に情報発信するようになり、活発な意見交換が行われている。

また初期の1年間は、事務局を務める筆者が症例の主治医斡旋まで行っていたが、2004年春からは、地区別に決めた5人のコーディネータが主治医決めに尽力してくれて、事務局の負担の分散が実現した。さらに、組織のまとめ役としての世話人会が11人で組織され、皆で相談しながら組織を運用してきた。

マイナートラブルは少なからずあったが、世話人会での和気藹々とした雰囲気の中での互助的運用が、Dr.ネット全体の雰囲気に波及して、ここまで順調に運営することができたのであろうと思う。他地区で新たに組織を立ち上げようとする場合の秘訣は、やはり、コアとなる仲間づくりに尽きるであろう。長崎市近郊でのわれわれの連携の実践を参考として、長崎県では大村市、諫早市、他県では京都市、熊本市でも同様のネットワークが構築された。今後の発展を大いに期待したい。

一方、病院から在宅へ移行する症例の更なる増加のためには、退院支援・調整の普及・整備が必要不可欠である。京都大学では、入院時スクリーニングシートで、退院支援の必要な患者を入院早期から把握することで、在宅移行に大きな成果をあげている⁶⁾。今後、在宅医療の推進には、このような早期からの系統だった退院支援・退院調整が肝要である。

今後、独居生活者が増加し、従来の地縁・血縁に頼った自宅での介護力の確保はますます困難になると思われ、多様な在宅の場の確保も、満足度の高い療養や看取りの場所として必要不可欠になると思われる。

そして、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」への参加を契機として、長崎の地域ケア連

携の大いなる促進が期待される。

Dr.ネットは、これまでと同様の医師同士の和気藹々とした連携，医師と医師以外の職種を越えた交流・連携を信条として，今後も大きく躍進していく所存である。筆者が多くの仲間とともに関わらせていただいている，近代医学発祥の長崎からの新たなる発信が，日本の地域医療連携を変える一粒の種になり，将来大きな花が咲けば望外の喜びである。

文 献

- 1) 白髭 豊，藤井 卓：長崎在宅 Dr.ネットによる地域医療連携．日本医事新報 4224：29-32，2005
- 2) 藤井 卓，白髭 豊：長崎在宅 Dr.（ドクター）ネットにおける病診連携・在宅医療の実践。長崎県医師会報 726：19-21，2006
- 3) 長崎在宅 Dr.における地域医療連携．厚生労働省「第4回がん対策推進に関する意見交換会」（2007年1月29日）提出資料
- 4) 古川美和，白髭 豊，鶴田雅子，他：長崎在宅 Dr.ネットによる管理栄養士のシェア—その実際と効果．プライマリ・ケア 30（2）：205-209，2007
- 5) 白髭 豊，諸岡久夫：「がん対策のための戦略研究（課題2：緩和ケアプログラムによる地域介入研究）」へ長崎市医師会が採択．長崎県医師会報 740：14-16，2007
- 6) 宇都宮宏子：スムーズな退院調整に向けた取り組みとネットワーク構築．看護管理 11：899-906，2006