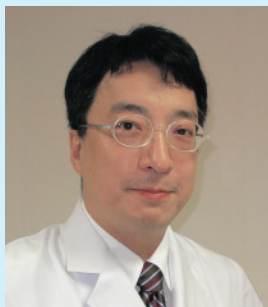


地域医療ネットワークの構築を目指して



医療法人 白髭内科医院

院長 白 髭 豊

1988年 東京医科大学卒業
 1988年 長崎大学第一内科
 1990年 国立がんセンター中央病院レジデント
 1992年 ルイジアナ州TULANE大学医学部留学
 1994年 長崎大学第一内科
 1995年 白髭内科医院開業

現職は他に、長崎市医師会理事、NPO長崎在宅Dr.ネット事務局長、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)研究班運営委員(長崎地域担当者)、日本緩和医療学会理事など。

1. 在宅医療の役割と歴史的経緯

在宅医療とは、病院での入院、診療所の外来に次ぐ第3の医療であるが、医療を生活の場(家庭・地域)で提供するという特殊性もっている。すなわち、患者さんの希望する生活を継続・実現するための後方支援医療といえることができる。一方、医療を提供する上で、高度先進医療を含む専門性の高い医療分野、24時間看護体制、画像診断など、病院での入院や外来通院に任せなければならぬ領域(主に急性期医療)があるのは論を待たない。しかしひとたび、維持期や慢性期になれば、

医療的にみても診療所の守備範囲でもあり、在宅への移行すなわち在宅医療が可能であると判断されれば、本来の生活の場で医療が提供されるべきであると考ええる。なぜなら、本来の生活の場にもどることで、入院中に減退していた食欲が戻り、普段の趣味を取り戻すことなどで生活の質(QOL)が向上する場合をしばしば経験するからである(図1、2)。患者家族も、入院生活のバックアップのための病院通いと自宅での生活維持で、普段の生活が分断されるものだが、自宅療養をすることで、洗濯や賄いをしながら、患者の様子を見ることが可能となる(図3)。この際、医療

図1 「がん＝入院」のイメージ

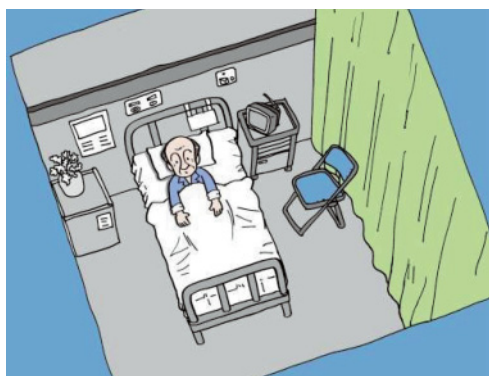


図2 生活の質を高め、その人らしい暮らしが可能

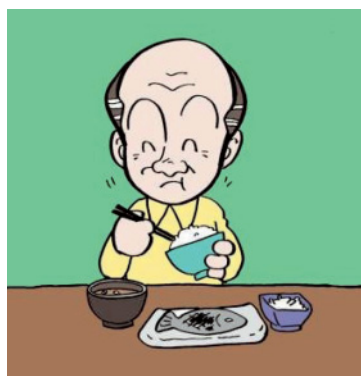
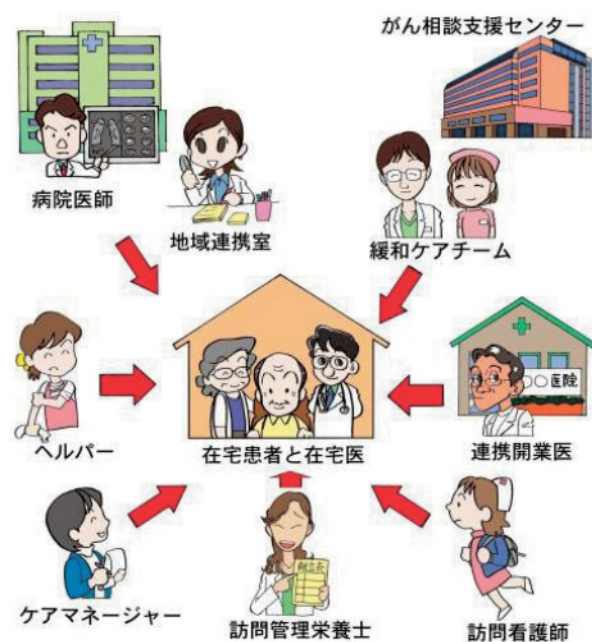


図3 在宅は、癒しの場



提供側は、病院での入院・施設での療養よりも元来生活している場で提供する医療であるから、繊細な対応が必要となる。しかし、洗面、衣類の脱ぎ着、排泄、入浴、食事など日常生活の全体を考えれば、どのような重症患者であっても一日のなかで医療の比率はそれほど高くない。すなわち、患者さんを支える上では、医師よりも、むしろヘルパー、ケアマネジャーが重要な役割を負う。更に、医療のなかでは、訪問看護師が重要な役目を担っており、在宅医療では、関連職種との連携

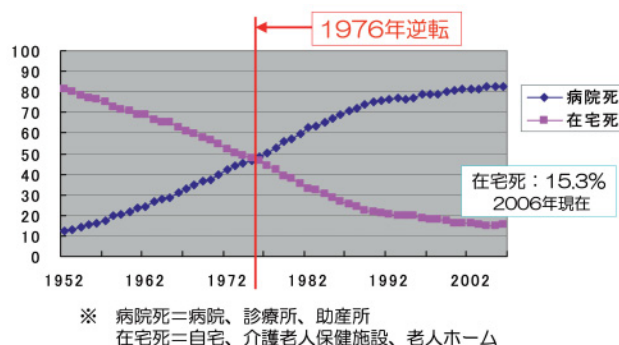
図4 在宅における多職種連携



(多職種連携) はきわめて大切となっている(図4)。

以上のような特質を備えた在宅医療であるが、日本では、人口動態統計からみると、1952年以降、在宅死(自宅、介護老人保健施設、老人ホームでの死亡)が減少傾向となり、1976年に病院死の割合が在宅死を超えるようになっていく。病院死の増加傾向は、高度経済成長と時を同じくし、1976年に在宅死を抜いたのはロッキード事件の折である。2006年では、在宅死は全死亡の15.3%にしか過ぎない状況になっている(図5)。

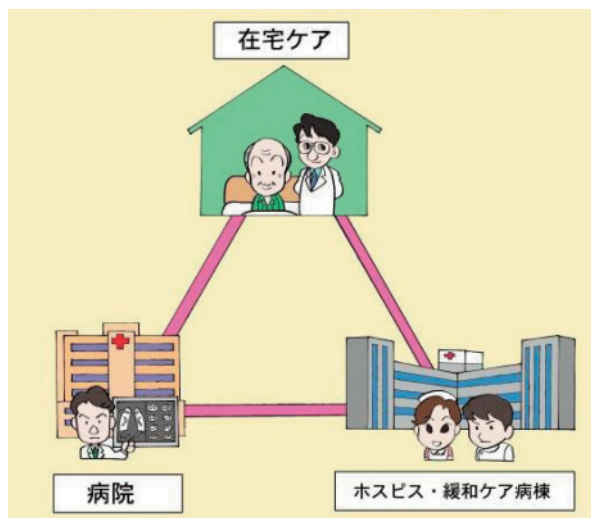
図5 病院死、在宅死の年次推移



平成18年度人口動態調査
IC上巻 死亡 第5.5表 死亡の場所別にみた年次別死亡数より

一方、緩和ケア医療におけるがん緩和のあるべき姿は、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が受けられる等のサービス間の移行がスムーズであることである(図6)。厚労省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」－今後の終末期医療の在り方について－(2004年7月)によると、自分が痛みを伴う末期状態(死期が6カ月程度より短い期間)の患者となった場合に、一

図6 末期癌患者の地域医療連携



一般国民が希望する療養の場所については、6割の方は、なんらかの形で自宅療養したいと考えていることがわかった。しかし、実際の日本のがんの在宅死は、2006年の統計では、わずか7.0%に過ぎないことが示され、実際の死亡場所が患者家族の希望に沿っていない実情が浮かび上がった。患者・家族の意思により在宅移行の希望があれば、病院、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅の中から柔軟に最適な療養場所を選択することが肝要であり、在宅療養を選択した場合は、当然ながら、多職種で患者支援が必要不可欠であることは言うまでもない。

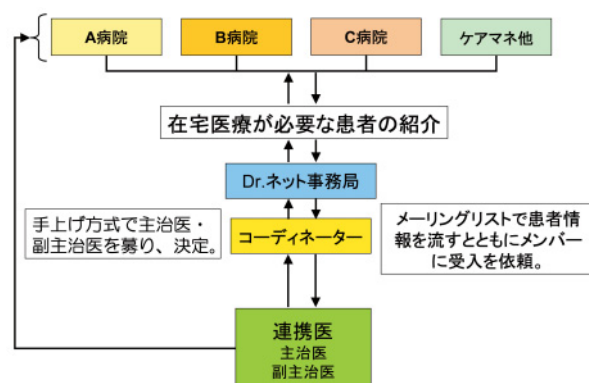
2006年の診療報酬改訂では、在宅医療の中核となる施設として「在宅療養支援診療所」を創設し、在宅療養支援診療所の役割を中心に据えた点数設定が行われた。2008年の診療報酬改訂でも、その流れを引き継ぐ内容になっている。在宅療養支援診療所（病院）とは、居宅で療養する患者からの連絡を24時間体制で受けることができ、いつでも往診・訪

問看護を提供できる診療所や病院のことである。患者の療養場所として重要である在宅医療を支えるためには、在宅療養支援診療所は重要な位置を占められると思われる。このような歴史的変遷を経た在宅医療の情勢のもとでの、長崎での取り組みにつき、後述する。

2. 長崎における 医療連携ネットワーク

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.ネット」が発足した。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、市内を5地区に分けてコーディネーターを配置し、事務局から情報を伝達する。その後、コーディネーターから、個人情報 considering 疾患、居住地等の情報を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7）。あらかじめ、副主治医は主治医より診療情報を提供され、万が

図7 主治医決定までのプロセス

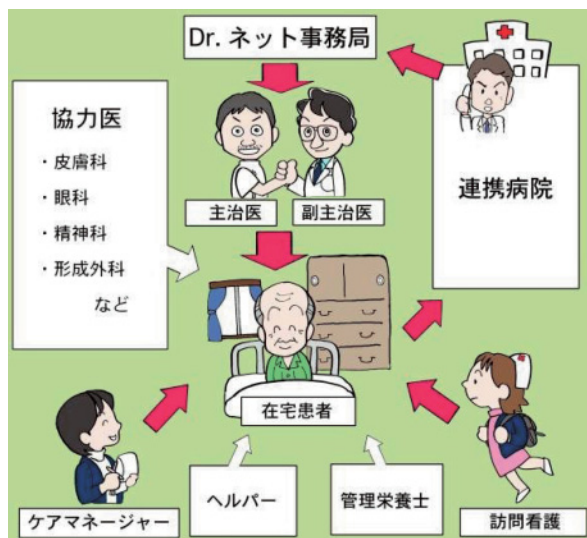


一の支援に備えるのが基本である。日常診療のなかで、副主治医が往診・訪問診療することはない。あくまで主治医不在の際のバックアップであるので、副主治医になることで負担を感じることは少なく、また副主治医のなり手に困ることもない。主治医が学会や旅行で不在の際に、必要があれば、副主治医が往診にかけつけることができ、在宅療養支援診療所の要件である24時間対応の実現はもとより、主治医・副主治医で異なる専門分野をカバーできる利点もある。退院前には、できるだけ病院・在宅スタッフ合同でカンファランスを行いスムーズに在宅へ移行している。

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「協力医」として参加し、医学的助言や必要に応じて往診を行う。さらに、市内の病院の医師も参加し、在宅へ移行する症例の紹介や専門的な助言をし、病診連携の橋渡し役となっている。2008年4月現在、人口45万人の長崎市全域と近郊から計138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」65名、眼科・皮膚科など専門性の高い医師等と遠隔地から当ネットの趣旨に賛同して参加する「協力医」37名、「病院・施設医師」36名）。グループ内のアンケート調査からは、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等の利点が明らかとなった。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

に展開され（図8）、2008年2月迄に175例の患者さんに在宅主治医の斡旋を行った。追跡調査できた154例中116例が死亡していたが、在宅死は48例で全死亡の41%であった。長崎市では、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に行われているが、このような連携は、がんに限定せず地域全体に広がりつつある。

図8 在宅Dr.ネットの仕組み



3. 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」

厚生労働省は、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)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て全国4つのモデル地域の一つに選ばれた。この研究の目的は、日本に合う緩和ケアの地域モデルを作ること、3年間で、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等を評価するものである。プロジェクトの成果が、緩和ケアの普及のモデルになるかどうか注目され、他の3つの地域が病院からプロジェクトを行うのとは異なり、長崎は地区医師会として、在宅医療の現場に近い立場からのアプローチが可能であり、成果が期待される（研究責任者：長崎市医師会長 野田剛稔）。すでに、医療従事者に対する教育・啓発活動のための講演会・研修会などを、複数回にわたり開催した。地域の住民に対しては、がんの痛み治療についての市民公開講座（図9）、地区自治会長の集まりでのプロジェクトのお知らせ、老人会への出前講座などを開催している。また、がん相談支援センターの看護師スタッ

フが、がん診療連携拠点病院のカンファレンスへ定時出席することで、在宅移行に結びつく患者さんも少しずつ増える傾向がみえてきている。

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」と、Dr.ネットの活動で、がんを中心として長崎市とその近郊の地域医療連携は確実に変化しつつあるといえよう。近代医学発祥の長崎からこれらの新たな発信が、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くことを夢見ていたが、全国で（長崎県諫早市・大村市、熊本市、玉名郡市、北九州市、京都市等）少しずつその成果が表れており、望外の喜びを感じるとともに、より一層の発展を期しているところである。

（イラスト提供：たくま医院 詫摩和彦先生）

図9 市民健康講座「がんの痛みに苦しまないで ～住みなれた家、住みなれた長崎で～」

平成20年5月24日（土曜）（長崎市医師会館）
国立がんセンター中央病院 的場元弘先生、
埼玉医科大学 武田文和先生ほか



(引用文献)

- 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) 白髭豊：「診療所での地域医療連携の試み－長崎在宅Dr.ネットの歩み」（前編）
月刊総合ケア Vol.17 No.8, 2007, P80－86
- 4) 白髭豊：「診療所での地域医療連携の試み－長崎在宅Dr.ネットの歩み」（後編）
月刊総合ケア Vol.17 No.9, 2007, P76－82
- 5) 白髭豊、諸岡久夫：「がん対策のための戦略研究『緩和ケアプログラムによる地域介入研究』へ長崎市医師会が参加したことについて（報告）」
長崎市医師会報 486：34－37、2007
- 6) 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
- 7) 白髭豊：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の構築の試み。
（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編、ホスピス緩和ケア白書2008、P78－82, 2008.
- 8) 古川美和、白髭豊、鶴田雅子、外山信子、山根豊、大津留泉、詫摩和彦、谷川健、落義男、河野通夫、出口雅浩、小森清和、藤井卓：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.
- 9) 古川美和、白髭豊：長崎在宅Dr.ネットの活動と栄養士との連携。
臨床栄養 112(3)：277－283, 2008.