

地域連携医療 2

医師会からみた地域連携の取り組み方

白髭 豊 野田剛稔

しらひげ ゆたか、のだ たかとし：長崎市医師会

● 長崎市医師会の地域医療連携の歩み

長崎市医師会の腫瘍統計委員会は、1958年より他地方に例のない被爆地独自のがん登録事業を行ってきた。1993年10月には、長崎市で最初の訪問看護ステーションを医師会立として設置し、介護保険施行後は、訪問介護、居宅介護支援、通所介護事業、そして行政の委託を受け地域型および基幹型の在宅介護支援センター活動を行ってきた。2006年4月からは地域包括支援センターを受託運営し、2006年6月に療養通所介護事業所を開設して、重度の利用者の通所ケア施設として貢献している。

また、2002年より長崎在宅ケア研究会などを組織し、医師・医療関係者・一般に向けての講演会などを行っている。地域医療連携を実践する「長崎在宅 Dr. ネット」は、長崎市医師会の在宅医療の部会として活動している。このように長崎市医師会は、長年にわたり、地域医療、介護、がん医療（緩和ケア）を遂行してきた。

● 長崎在宅 Dr. ネット

2003年3月に発足した「長崎在宅 Dr. ネット」^{1,2)}は、在宅療養を希望する入院患者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・患者側にメンバーのなかから在宅主治医、副主治医を紹介する組織である（図1）。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がある。

Dr. ネットには、2008年12月現在、長崎市全域と近郊から計142人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」69人、眼科・皮膚科など専門性の高い医師ら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人、「病院・施設医師」36人）。そして在宅ケアのなかでは、メンバー外のケアマネージャー・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、有機的に展開され成功している。また、これらが病院やホスピス・緩和ケア病棟から在宅へのスムーズな移行の一因ともなっており、この流れは、がん以外の疾患についても地域全体に広がりを見せている。

● 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つのモデル地域のひとつに選ばれた^{3~6)}。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年間で患者による苦痛緩

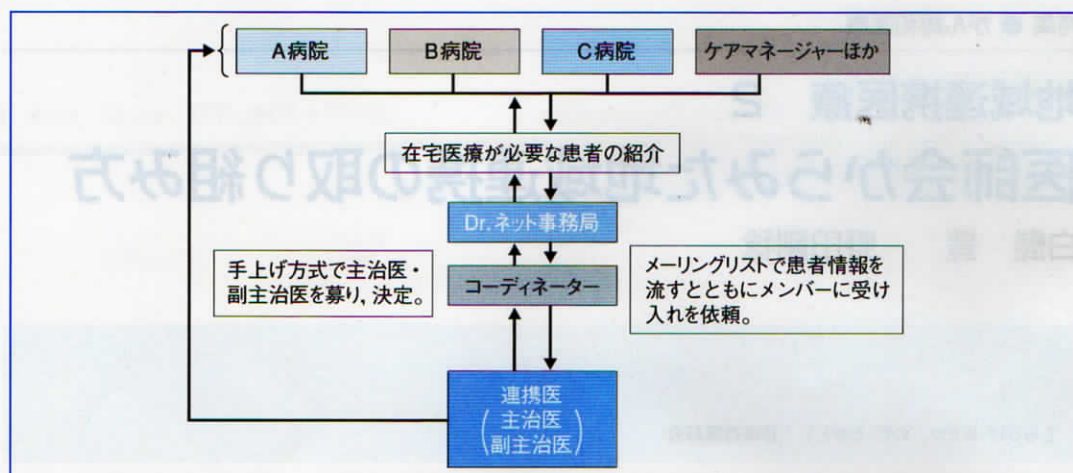


図 1 主治医決定までのプロセス

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などを評価するものである。他の3つの地域が病院による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、その成果が期待されている。すでに、医療従事者に対する教育・啓発活動のための講演・研修会、地域の住民に対するがんの痛み治療についての市民健康講座、老人会への出前講座などが展開され、今後の実践への応用が期待されている。

また、長崎市では、Dr. ネットの活動により病院と診療所の連携は一定の実績をあげているが、病院から在宅へ移行する症例をさらに増加させるためには、退院支援・調整の普及、整備が必要不可欠である。2007年春より、Dr. ネット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レンスに出席し、「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人、中核となる診療所医師3人で分担を決めて、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レンスに定期的に参加するようになった。

そして、在宅医側から受け入れ可能との意思

表示をすることで、緩和ケアチーム・地域連携室を通して、患者、家族、主治医・病棟看護師を動かし、退院支援へつながっている。図2は、長崎大学の緩和ケアチームが関与した症例の転帰を示したものであるが、在宅移行症例の割合が、われわれが緩和ケアカンファレンスに参加するようになった2007年から急増し、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」の開始に伴い、2008年にはさらに増加していることがわかる。すなわち、在宅スタッフが緩和ケアカンファレンスに参加することで退院へつながるケースが多く出始めたことは、地域医療連携の新たな幕開けであると考えている。

2008年9月、長崎大学地域医療連携センターは、がんに限らず、入院時に行われるリスク・スクリーニングで「ハイリスク」と判定された症例のうち在宅移行に課題のある症例を、病院・在宅スタッフ合同で検討する「ハイリスク・カンファレンス」を開催するようになった。退院困難なケースについて病院スタッフと在宅スタッフが討議し、円滑な在宅移行に向けた具体的検討を行うわけである。在宅で、どのような医療手技が可能か（輸血、胸腹水の穿刺ができるかなど）や、在宅の医療資源情報（地域で利用可能な訪問看護ステーション、在宅医の情報など在宅スタッフ側が精通する詳細な情報）を共有することで、月平均2.8例のがん患者の在

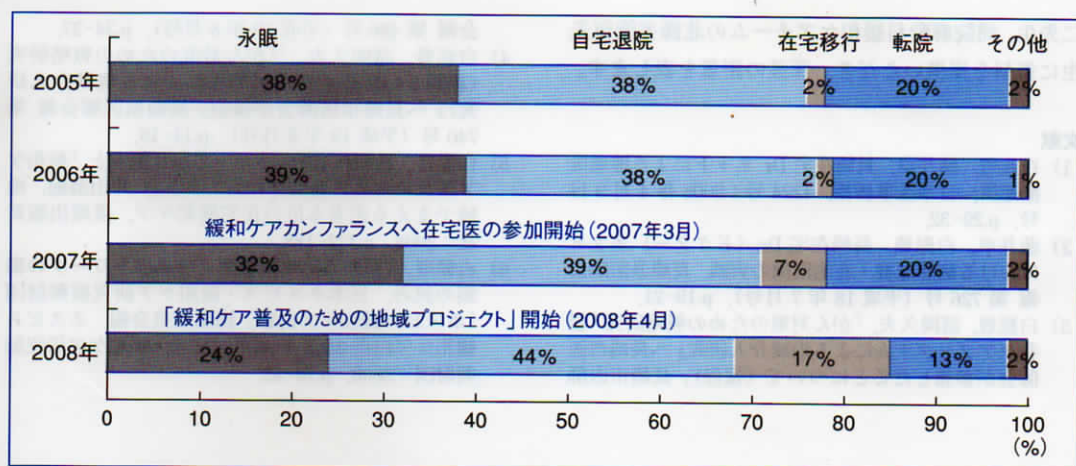


図2 長崎大学緩和ケアチーム症例転帰
在宅移行：訪問診療，訪問看護，訪問介護など在宅サービスが導入された症例

在宅移行が実現されている(図3)。このハイリスク・カンファランスは、在宅スタッフが早期の退院支援・調整にも参画できるようになった点で、特筆に値するであろう。

● 入院がん患者を取り巻く医療の現状

緩和ケアカンファランス、ハイリスク・カンファランスからみえてきた、入院のがん患者を取り巻く医療の現状は、次のとおりである。

①退院時期や退院時の状態について、病院医師のビジョンが明確でない。

②延命化学療法の終了時期が不透明で、終末期まで継続されることも多い(ギアチェンジの概念そのものが不透明)。

③病棟看護師が、患者・家族とともに、退院後の生活をイメージする時間や機会がもてない(病棟看護師の意識の変容が求められる)。

④病院スタッフ側に、在宅医療や在宅療養の現場・システムなどが具体的にみえていない。

⑤施設内の退院調整システムや、在宅医療側との連携のしくみや方法が整っていない。すなわち、在宅へ向けた課題の特定が遅い。

⑥介護力、住環境、経済力などのため、在宅療養の選択そのものが厳しい状況が増えている。

⑦病院側にとって在宅移行後の医療費(患者

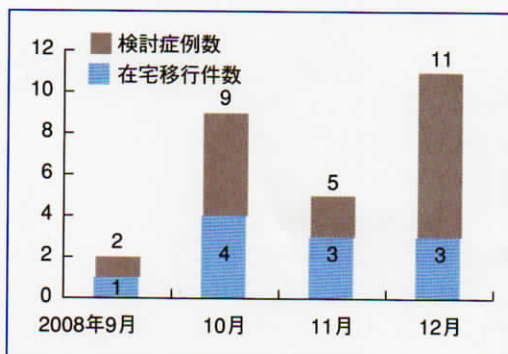


図3 がん症例—検査症例数と在宅移行症例数—
(長崎大学ハイリスク・カンファランス)
1ヵ月平均：検査症例数6.8件、在宅移行件数2.8件

負担)の具体的説明が難しい。

● まとめ

以上、長崎市医師会が主に行っている地域医療連携の取り組みについて述べた。医師会保健福祉事業、長崎在宅 Dr. ネット、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」などを軸とした地域医療連携は大きな発展を遂げており、今後さらなる成果が期待できると考えている。

【謝辞】

本稿作成にあたり、長崎大学医学部・歯学部附属病院地域医療連携センター副センター長の川崎浩

