

がん医療における診療所同士の連携

白髭 豊* 野田剛稔**

はじめに

長崎市では、長崎在宅Dr.ネットの活動や、2008年4月より開始された「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」の活動等を通して、診療所同士の連携、病院と在宅医療の連携が進展し、多職種連携も発展的に進み、患者の望む療養場所の実現と緩和ケアの充実が実現しつつある。本稿では、長崎でのがん医療における診療所同士の連携を中心に、多職種の有機的連携について述べる。

1. 長崎在宅Dr.ネット

在宅療養支援診療所を含めた一般診療所が無理なく在宅医療を請け負うためには、相互の連携による負担軽減が必要不可欠である。2003年、診療連携を推進する組織として「長崎在宅Dr.ネット」(以下、Dr.ネット)が発足した^{1,2)}。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、個人情報等を考慮して疾患、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1)。退院前には、病院と在宅スタッフ合同でカンファランスを行う。最大の特徴は、1人の在宅患者に対して、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。副主治医は、主治医よりあらかじめ診療情報を提供され、万が一の支援に備える(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。

白髭内科医院の2009年8月の現状では、在宅患者数45名のうちDr.ネット登録症例は4例である。副主治医がいる症例は42例で、3名の副主治医に依頼している。しかし、ほとんどが1名の副主治医に集中し、反対にその1名から集中的に副主治医を依頼されている。この副主治医の診療所は、当院から500~600mの距離があり至近距離でない(遠からず、近からずの距離感が大切である)。基本的な緊急対応は、まず自院看護師と訪問看護ステーション看護師が行うのが原則である。Dr.ネット結成の2003年以後の6年間で、当院から実際に副主治医に往診をお願いした症例は4例のみで、そのうち2例はあらかじめ予測のつく看取りをしていた症例である。すなわち、主治医にとって副主治医の存在で不在時の対応に大きな安心感を得られる一方、副主治医が実働することは少なく、副主治医としての負担は大きくない。

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、専門的な助言をしたり、病診連携の橋渡し役となっている。2009年6月現在、人口45万人の長崎市全域と近郊から計147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」69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」41名、「病院・施設医師」37名)。連携医のなかで、副主治医になってもらうパートナーが大体決まっ

*長崎市医師会理事、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」長崎地域プロジェクトリーダー、医療法人白髭内科医院院長、NPO法人長崎在宅Dr.ネット事務局長
**長崎市医師会会長、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」長崎地域統括責任者、野田消化器クリニック院長

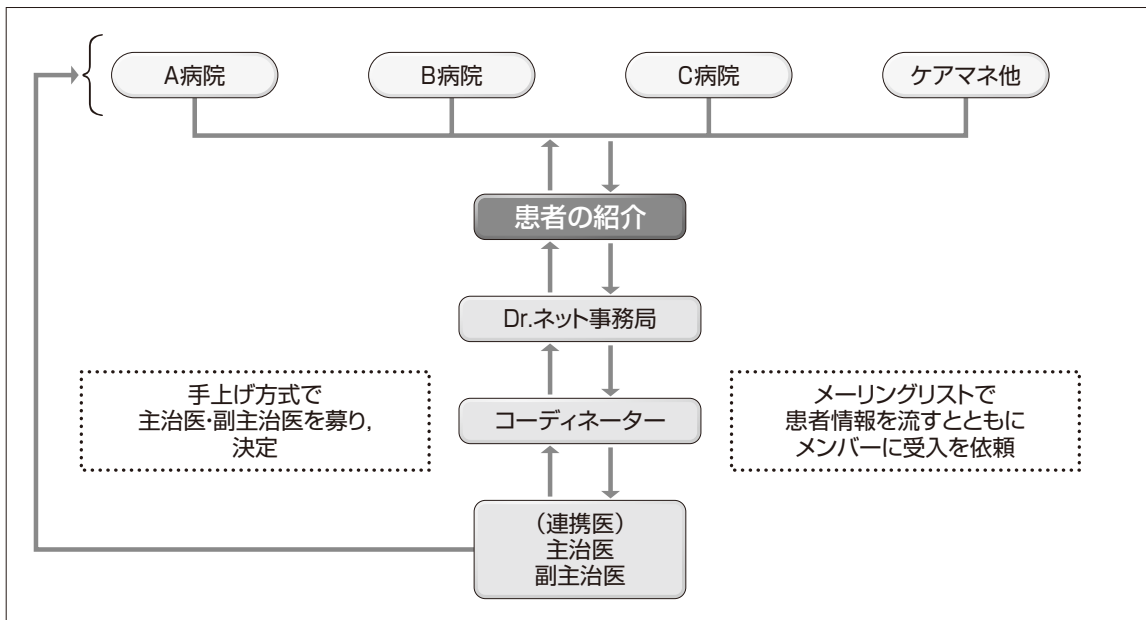


図1 入院患者への在宅主治医、副主治医の紹介
 自宅療養を希望する入院患者の主治医が見つからない場合に、事務局が窓口となり病院側・患者側に在宅主治医、副主治医を紹介する。

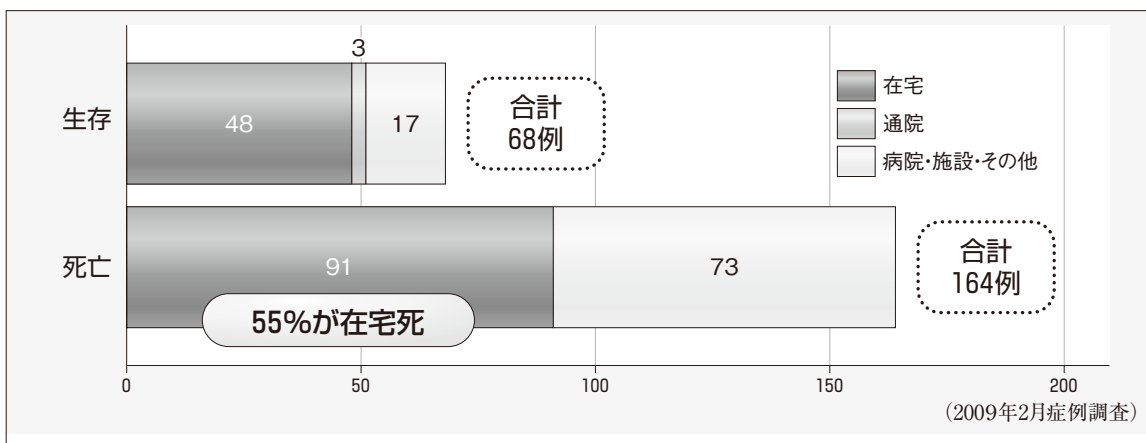


図2 病院側から事務局に主治医の斡旋を依頼された症例の内訳
 278例のうち232例が追跡可能であった。

ている医師が44%で、当院の場合と同様、かなりの連携医は比較的近隣の医師同士でパートナー化している実情がうかがい知れる。

2009年2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278例に及んだ。主治医決定までに要した時間は平均0.77日と短時間で

あり、2日以内が87%に上った。追跡調査できた232例中、がんが154例、がん以外が78例だった。232例中164例が死亡していたが、そのうち134例(82%)ががんであった。在宅死は91例で全死亡の55%に及んだ(図2)。

図3に、最終的な療養場所別の平均在宅日数を

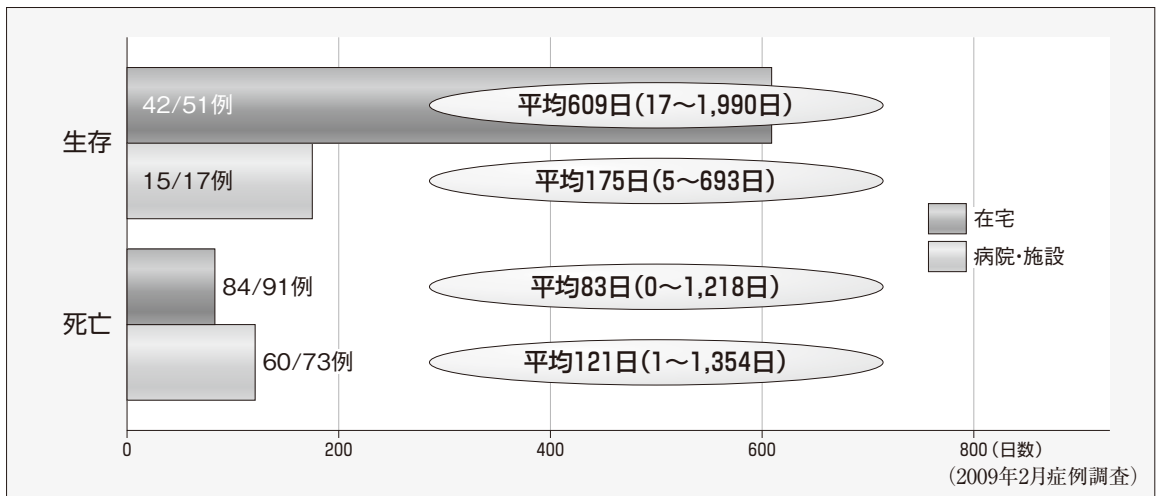


図3 最終的な療養場所別の平均在宅日数
解析された232症例のうち在宅日数を計算できた症例が201例だった。それぞれの数字は、平均在宅日数を計算できた症例数/総数で表示。

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83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(すなわち在宅移行後、再入院して病院で亡くなった症例)でも、平均121日の在宅期間を実現した。従来なら、か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、最終的な死亡場所が在宅の場合は3か月弱、病院の場合4か月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と自負している。

在宅ケアのなかでは、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。

2. 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト：OPTIM」

2008年4月より、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト：OPTIM」(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)が開始された。長崎市は

全国4つのモデル地域の1つに選ばれ、長崎市医師会を中心としてプロジェクトに取り組んでいる³⁻⁸⁾。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により、3年間で、患者と遺族に対する苦痛緩和の改善と緩和ケア利用数の増加、および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。他の3つの地域が病院からプロジェクトを行うのに対して、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を行うことで、成果を着実に上げつつある。長崎市医師会に設置した「長崎がん相談支援センター」を中心に、緩和ケアの市民への啓発活動と医療従事者への研修会・講演会の実施、総合相談窓口としての機能と関係機関との連絡調整、早期退院支援、地域連携促進を行っている(図4)。さらに、専門緩和ケアサービスとして「地域緩和ケアチーム」を組織し、緩和ケアチームのない病院、診療所、在宅への出張緩和ケアコンサルテーション、往診、教育の提供を行っている。

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、2008年4月のOPTIM開始後は、プロジェクトに関与する看護師、診療所医師等で分担を決めて、

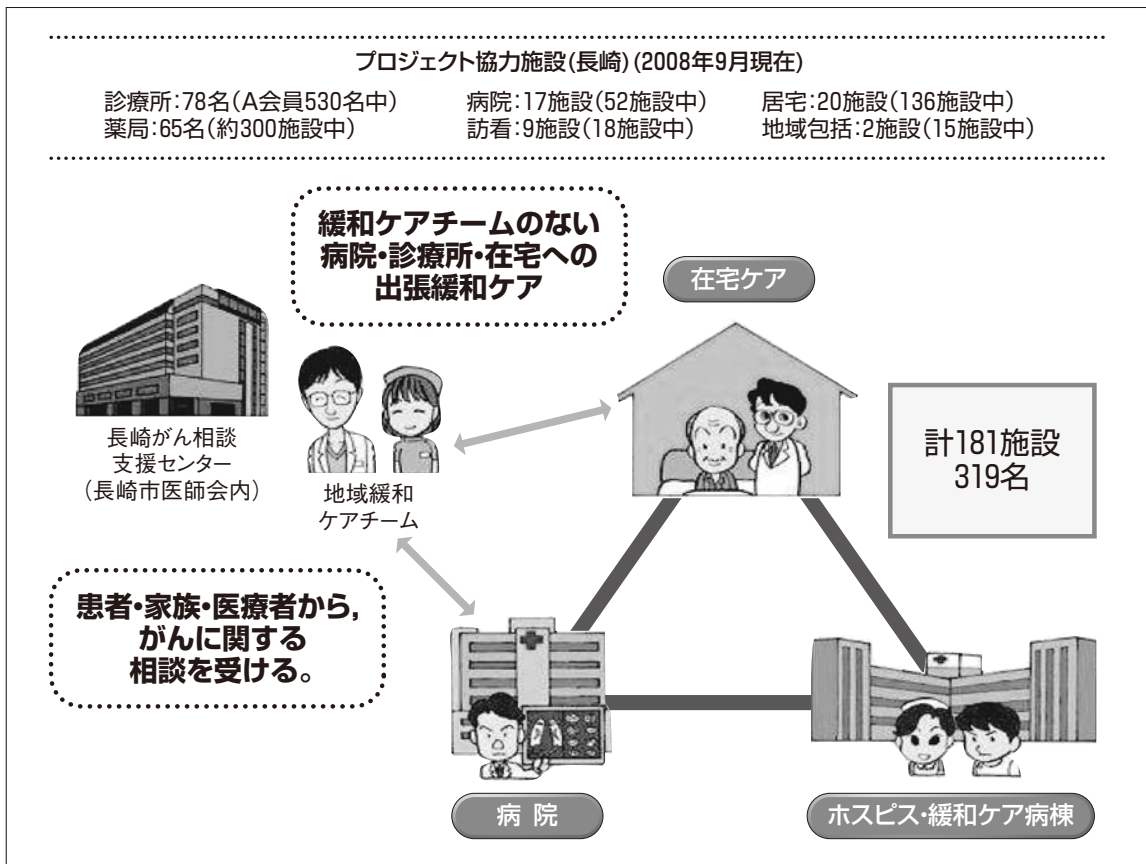


図4 長崎地域の連携と地域リンクスタッフ(イラスト提供:たくま医院 詫摩和彦先生)

市内3つのがん診療拠点病院(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出席するようになった。在宅医側から患者の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, 退院支援へ数多くつながっている。長崎大学の緩和ケアチームが関与した症例の転帰では, 在宅移行症例の割合が, 2005~2006年の2%から, 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年に7%に急増し, OPTIMが始まった2008年には17%に増加した。

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・在宅スタッフ共同で検討する「ハイリスクカンファレンス」を開催するようになった。地域連携室の医師・看護師・MSW, 診療所医師・看護師, 長崎がん相談支援センタースタッフ, 訪問看護師などが主な参加者である。退院困難なケースに病院スタッフと在宅スタッフが討議し, スムーズな在宅移行に向けた具体的検討を行っている。すなわち, 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等)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)を病院, 在宅スタッフで共有することにより, 退院支援に結びつけている。ハイリスクカンファレンスでは, 月平均10例の患者の検討を行い, 月平均5.6例の

主治医・在宅移行へのお願い

地区: 長崎市〇〇町

患者情報: s.h (女性) (90歳)

疾患名: 肺癌 胸部大動脈瘤

高血圧	高脂血症
両側腎結石	腎のう胞
慢性心不全	不整脈
低蛋白血症	肺癌

現在までの経緯: ●●診療所に慢性心不全で外来フォローを受けていた。もともと食欲がなく、エンシュアリキッドやヤクルト等を摂取していたが、入院1週間前より経口摂取をしなくなり、心配した家族が精査・加療を希望し、XX年5月26日入院された。精査の結果、右肺癌、肺内転移、リンパ節転移が確認された。腫瘍マーカーはCEA33.4 シフラ44.0だった。胸部の大動脈瘤も指摘され、最大短径は76mm大あり、切迫破裂の危険性も否定できないと言われている。

療養に関する要望: 予後は半年～一年と娘様に告知。自然な経過で看取りまでを考えています。入院前も介護保険の認定は受けていましたが、サービスの利用はしていませんでした。今後もヘルパー等考えていないようです。「帰りたいと思っているだろうから、家族も連れて帰りたい」と話しています。ADL:車椅子移動ほぼ全介助 自宅では這って室内移動していました 認知症 あり 尿意・便意は時々教えてくれますが、ナースコールはできません。

在宅医に関する要望: ●●診療所は往診して頂けないとのことですので、月1回でもいいから往診してもらえたらと希望しています。(緊急時は■■■病院に救急艇で搬送してくださいと家族へお願いしています。)

現在の療養場所: A病院 5階病棟 510号室

現在の治療状況: 内服薬:アムロジンOD2.5mg 1×朝 マグミット3T3×n
点滴 :アミグランド500mL 1日1本
食事 :食事摂取量が少ないため、高栄養流動食(CZポチ)を毎食付加

相談の経緯: 当院主治医より病状説明し、今後について相談しました。在宅復帰を考えていますが、病状のことも考え在宅療養を支援してくださる存在が必要と思い、相談センターに依頼しました。

返事の連絡先: 病院 退院支援担当
TEL 095-824-XXXX

図5 症例依頼シート(主治医・在宅移行へのお願い)

在宅移行が実現した。このハイリスクカンファレンスは、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。同様のカンファレンスは、2009年6月より長崎市立市民病院でも開催されるようになり、毎月1～2例の検討の上、在宅移行が実現している。

OPTIMでは、緩和ケアに必須の項目の講習会を受講し終了した医師を「地域緩和ケア連携医師」として登録している。「地域緩和ケア連携医師」に、上記のような在宅移行希望の症例の在宅主治医の依頼をする。これにより、患者ニーズに応えるとともに「地域緩和ケア連携医師」の活動性を上げ、地域の在宅医療を担う新たな受け皿として期待される（「地域緩和ケア連携医師」は83名で、うち43名は、「長崎在宅Dr. ネット連携医」と重複していないため、受け皿医師の広がり期待できる）。実際の流れは、①長崎がん相談支援センターがかりつけ医依頼の相談を受け「地域緩和ケア連携医師」にメールで情報提供し、手上げをしてもらう、②情報提供については、事前に患者に説明を行い同意書を用いて了承をもらう、③情報提供は症例依頼シート（主治医・在宅移行へのお願い）（図5）で行う。そして、④手上げの医師を待ち、結果を依頼先に返して相談者に提示してもらう、となっており、症例依頼シートは、地域連携パスの1つの雛形になり得るものと考えられる。

おわりに

長崎市の在宅死率は、2004年の8.6%から2007年には10.6%へと増加した。同期間における全国と長崎県の在宅死率に大きな変化はないため、長崎市での2%の増加にはDr.ネットの活動が大きく関与していることが示唆される。OPTIMが開始された2008年以降の在宅死率の変化に注目したい。

OPTIMでは、早期の退院支援・調整、地域医療連携ネットワークの整備、在宅可能な医療従事者への研修、教育を継続している。がん対策基本法が施行された2007年以前と比較して、2008年以降、

長崎における病院での早期退院支援・調整、地域連携ネットワークの熟成は、すでに隔世の感がある。今後、行政、患者会との交流を図り、利用者のニーズに即した援助を実現し、さらに可能な限り自宅以外の在宅の場も広げべきと考えている。そのために、施設での看取りの現状を把握するための調査を行い、施設職員への緩和ケアの教育・啓発を行う予定である。また、家族以外の介護力の確保についても十分な配慮と対策を講じ、さらなる満足度の高い地域緩和ケアを実現していく所存である。

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／川崎浩二先生、同院麻酔科緩和ケアチーム／北條美能留先生に資料提供をいただいた。ここに、深甚の謝意を表する。

<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 2005; 4224: 29-32.
- 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 2006; 726: 19-21.
- 3) 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 2007; 486: 34-37.
- 4) 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 2007; 740: 14-16.
- 5) 白髭 豊. 長崎在宅Dr. ネットの取り組みと「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア, 片山 壽(編), 東京: 篠原出版社; 2008. p172-188.
- 6) 白髭 豊. 「長崎市」地域緩和ケアネットワークの構築の試み. ホスピス緩和ケア白書2008, (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), (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団; 2008. p78-82.
- 7) 白髭 豊. 在宅医療と緩和ケアネットワークー長崎での地域医療連携の試み. 緩和医療学 2009; 11: 201-207.
- 8) 白髭 豊, 藤井 卓, 野田剛稔. 在宅緩和ケアネットワークの構築ー長崎での取り組み(最新情報). 日在医会誌 2001; 11: 119-123.