

インタビュー 白髭 豊先生

進化を続ける長崎の地域医療連携 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM長崎)」

近代医学発祥の地・長崎は、在宅ケアの先駆都市でもある。「長崎方式」として全国の地域医療連携のモデルとなった「長崎在宅Dr.ネット」を基盤とした活動が評価され、国のがん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」のモデル地区のひとつに採択された。日本に合う緩和ケアの地域モデルを作り、全国に普及させることがプロジェクトの目的であり、その成果は、今後のわが国のがん対策や地域医療連携の方向性に大きな影響を及ぼすことになるだろう。長崎市の取り組みを、OPTIM長崎のプロジェクトリーダー白髭豊先生に聞いた。



しら ひげ ゆたか

白髭 豊先生

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」

長崎地域プロジェクトリーダー

NPO法人長崎在宅Dr.ネット 事務局長

長崎市医師会 理事

長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会 世話人

PROFILE

1961年長崎市生まれ。1988年東京医科大学医学部卒業、同年長崎大学第一内科入局、1989年長崎市立市民病院内科、佐世保中央病院内科、1990年国立がんセンター中央病院内科、1992～1994年米国チューレン大学医学部留学、1995年白髭内科医院院長、現在にいたる。

■緩和ケア普及のための 地域プロジェクト (OPTIM)

——長崎市は、国のがん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」に、山形県鶴岡地域、千葉県柏地域、静岡県浜松地域とともに全国4ヶ所のモデル地域のひとつに選ばれました。まず、このプロジェクトの目的を教えてください。

白髭 緩和ケアは、病気の時期や療養の場所を問わず、いつでもどこでも提供されることが重要です。しかし、日本ではがん患者の多くが病院で亡くなっているのが現状です。がん対策基本法では、「早期からの緩和ケアの推進」と、「在宅ケア連携体制の確保」をうたっていますが、OPTIMはこれを実現するためのプロジェクトとして、日本の緩和ケアの地域モデルを作ることを目的としています。そしてその成果は、速やかに診療ガイドラインなどに反映され、実際の診療に広く生かされることとなります。患者や家族の希望に沿った場所で、満足のいく療養生活を送るためには、緩和ケアの普及と標準化、市民・患者・家族に対する啓発、地域連携の強化、専門緩和ケアサービスの利用の向上など、地域全体のインフラ整備のためのさまざまな仕組みが必要です。どうしたらこれらがうまく動くか、患者や家族の満足度を高めるためにはどうすべきか、2008年度から2010年度の3年間、様々な取り組みを通じて検証します。

——長崎ではどのような取り組みをしているのですか。

白髭 プロジェクト開始にあたり、長崎市医師会に「長崎がん相談支援センター」を設置しました。そこを拠点として、地域住民、医療・介護・福祉スタッフを対象にしたがん医療や緩和ケアに関する相談対応、研修会・講演会などの実施、早期退院支援や地域連携促進など様々な活動を行っています。各専門職種を対象にした事例検討会や研修会が定

期的に行われ、「地域カンファレンス」には毎回100名以上の多職種が参加して、地域での問題や緩和ケアの普及方法について活発に討議しています。こうした活動を通じて、お互いの顔が見えてつながっていく実感があります。OPTIMのもうひとつの活動の柱が、「地域緩和ケアチーム」です。緩和ケアチームのない病院や診療所、在宅への出張緩和ケアコンサルテーションや教育を実施しています。これは地域の緩和ケアのレベルアップに大きな効果をあげています(資料1)。

— プロジェクトには薬剤師も参加していますか。

白髭 プロジェクト協力施設として65の保険薬局が参加しているほか、地域緩和ケアチームのメンバーとして、医師・看護師・臨床心理士・管理栄養士とともに、専門的コンサルテーションを担当しています。また、患者・家族向けの医療用麻薬廃棄に関する啓発チラシを作成し、保険薬局で配布したり、DVD「訪問薬剤指導のススメ*」を作成して薬剤師に対して在宅医療への参加を啓発するなどの活動をしています。

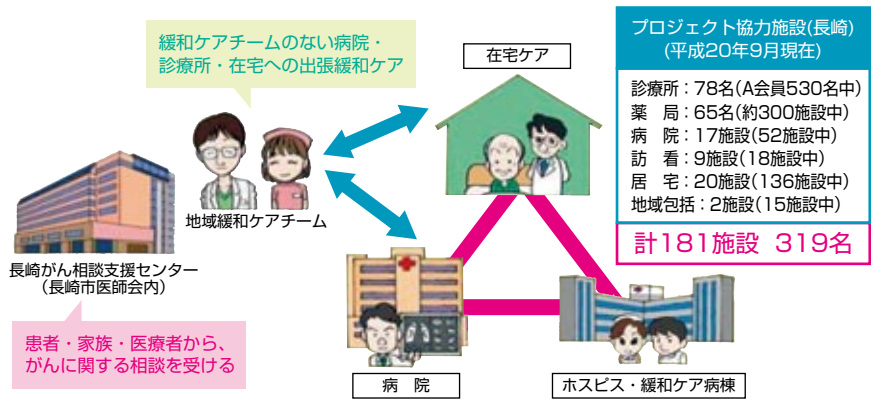
※DVD「訪問薬剤指導のススメ」に関するお問い合わせ
長崎がん相談支援センター TEL: 095-893-6621

■ 地域医療連携の核をなす 長崎在宅Dr.ネット

— 長崎市では「長崎在宅Dr.ネット」(以下、Dr.ネット)により、従来から診診連携や病診連携、多職種連携が進んでいましたが、そもそもDr.ネットはどのような経緯で発足したのでしょうか。

白髭 私は1995年に診療所を引き継ぐと同時に、父親である先代院長になって在宅医療に取り組みましたが、24時間365日、ひとりで在宅患者を診ることは、肉体的にも精神的にも大きな負担をとまいます。「これは大変だ。このまま年をとったら続けられない」と危機感を覚えました。ではどうしたらいいか——。「他の医師と協力するしかない」と考えるようになりました。そこで在宅医療に熱心な仲間の医師13人に呼びかけ、2003年4月にDr.ネットを立ち上げたのです。「1ヵ所の診療所が100人の在宅を支えるだけでなく、100ヵ所の診療所が協力して数名の在宅を支えるシステムがあれば、共同で地域全体を支えられる」というのが、Dr.ネットの活動の原点です。その後、Dr.ネットの説明のために病院を回り始めると、すぐに事務局に依頼が持ちかけられました。病院側でもこうした仕組みを必要としてい

資料1 長崎地域の連携と緩和ケアネットワーク



長崎地域の連携と地域リンクスタッフ

たわけです。在宅療養を希望する患者や家族が数多くいるにもかかわらず、在宅医療がなかなか進まなかった理由として、病院側が地域の医療資源を知らず、どこに相談してよいかわからない、あるいは在宅療養がイメージできないことが指摘されていますが、その点でDr.ネットは病院と地域をつなぐ窓口となったのです。

— どのような協力体制になっているのですか。

白髭 Dr.ネットの最大の特徴でもありますが、1人の在宅患者を「主治医」と「副主治医」が担当し、主治医が学会や旅行などで不在の時は、副主治医が往診を代行します。実際には副主治医が往診することは少ないのですが、この「連携医」のしくみが、医師と患者の双方に安心感を与えます。もうひとつの特徴は、メーリングリスト(ML)の活用です。病院からの依頼を事務局が受けると、市内5地区の各担当コーディネーターを通して、疾患や居住地などの情報をMLでメンバーに周知し、「手上げ方式」で主治医、副主治医を決定します。MLは主治医を決めるというだけでなく、仲間同士のコミュニケーションや情報交換に役立っています。

— 現在の活動状況と実績について教えてください。

白髭 2010年3月現在、150名の医師が参加し、長崎市全域をカバーするまでになりました。主治医、副主治医となる「連携医」のほか、「協力医」として皮膚科、眼科、精神科、脳外科など専門科医師や「病院・施設医師」も参加し、専門的な助言をしたり、必要に応じて往診をします。これまでに病院から在宅医紹介を依頼された症例は、2009年12月までで365例、そのうちの約7割はがん患者です。亡くなった230名の方の53%が自宅で看取られ、平均111日間で在宅で過ごしています。これだけ多くの患者が在宅生活を続けられたのは、Dr.ネットの存在があったからこそと自負しています。Dr.ネット事務局を介した病院から在宅医への紹

介件数は、発足以来、順調に増加してきたのですが、2009年には前年の103件から83件に減少しました。しかし、これは事務局を介さず病院から在宅医に直接紹介された件数が増えたからで、患者総数は増加している(資料2)。つまり、長崎市の地域連携は以前に増して浸透し、新たなステージに入ったと言えるでしょう。

— 地域の多職種との連携の状況はどうなっていますか。

白髭 Dr.ネットでは、研修会・講演会・懇親会などを通して多職種が顔の見える関係を築き、退院前には病院と在宅スタッフ合同でカンファレンスを行うように働きかけてきました。訪問歯科診療や摂食・嚥下リハビリ指導、管理栄養士による栄養指導も広がっています。最近では、症例単位の小規模ミーリングリスト(プチML)を作り、多職種での情報共有に活用しています。病院主治医もここに参加しており、患者に関わるスタッフ全員で経過の把握ができ、リアルタイムに近い病状報告と対応が可能です。たとえば、主治医は患者がきちんと薬を飲んでいてと思っていたのに、訪問看護師からの報告で服用できていなかったことを知る。さらにそれを知った薬局薬剤師が自宅を訪問して改めて服薬指導し、残薬を確認して主治医に報告するというように、ひとりの患者を中心に多職種が有機的に連携するメリットを実感できる、非常に有用なツールです(資料3)。

— 薬剤師の在宅医療への取り組み状況はいかがですか。

白髭 2007年7月に長崎市内の薬剤師有志が、Dr.ネットの受け皿として「長崎薬剤師在宅医療研究会(P-ネット)」を発足させ、活動を開始しています。Dr.ネットにならって、訪問薬剤管理指導を担当する薬剤師とサポーター薬剤師による24時間365日の体制をとっています。2010年4月現在、27の薬局と7名の病院薬剤師が参加しており、少しずつ成果があがってきています。ただ薬剤師全体としては、活動性は

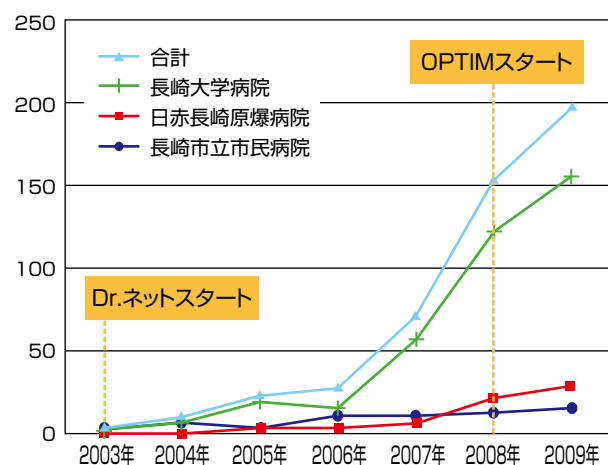
まだ低いと感じています。2008年に長崎県薬剤師会が実施した調査では、訪問薬剤(居宅療養)管理指導を実施している薬局は、回答した388薬局の1割にすぎません。先ほどのプチMLの例でわかるように、実際に自分の目で患者の服薬状況を確認することはとても大切です。そして薬剤師として気づいたことを、患者に関わるスタッフに伝えてほしいですね。特にがんに関しては、麻薬を使用する段階で薬剤師が関与するかしないかで、医療スタッフの負担感がまったく違いますし、患者にとっても薬剤師は大きな存在になり得ます。P-ネットでは麻薬の在庫情報を共有して、緊急で麻薬が必要となった場合の体制を整備したり、IVHや注射薬の抗がん剤に対応するための勉強会などスキルアップにも取り組んでいますから、今後の展開に期待しています。

■ 早期からの退院支援で、在宅移行例は着実に増加

— OPTIMの目標でもある、患者が望む場所での療養を実現するために大切なことは何でしょうか。

白髭 大切なのは、患者・家族がどこで、どのように過ごしたいと考えているのかであり、それを病院スタッフと在

資料2 がん診療連携拠点病院在宅移行症例におけるDr.ネットの症例数推移(2010年1月調査)



資料3 プチ・ミーリングリストでの情報交換

患者：69歳 女性 乳癌術後・多発脳転移・肝転移
在宅移行後、関係者でプチML作成
MLメンバー：大学主治医／在宅主治医／副主治医3名／
ケアマネージャー／訪問看護師／薬局薬剤師

2月23日

訪問看護ステーションのAです。

20日に訪問しましたが、利尿剤内服しておらず、浮腫強くなってきており、再度利尿剤内服指導し、●●、■■■内服しています。(以下略)

↓

主治医Bです。

え〜!本当ですか?内服してなかったのですか?水曜日に訪問して、内服指示していたのに…勝手に飲んだり飲まなかったりしているのですかね?

↓

薬剤師Cです。

ご主人様への最初の説明ではごく一般的な説明をしました。

その後、ご本人直接の電話と訪問時の説明、翌日の電話にて利尿剤2種類の服用については納得してもらえたと思っておりました。

私の責任でもあります。ご主人様にもチェックしていただける方法を考えて訪問します。(以下略)

2月25日

薬剤師Cです。昨日、訪問してきました。

投薬カレンダー1週間分を持参し、薬のセットをしてきました。

いろいろと頭がいっぱいのように薬の服用チェックまでは気が回らないと言われていました。

先ほど飲んだはずの夕食後分の薬さえも、何を飲んだか尋ねても記入した帳面をみて頭をかきながらの返答でした。

B先生へ

残薬もありましたので薬の処方日数調整をお願いします。

●●錠 3錠 7日分→1日分

■■■錠 3錠 7日分→5日分(以下略)

宅スタッフが共有することです。たとえ医療依存度が高く重篤な患者であっても、在宅ケアは可能だということを病院スタッフに知ってほしいと思います。そのための取り組みとして、Dr.ネットでは2007年から医師と看護師が長崎大学病院の「緩和ケアカンファレンス」に定期的に参加しています。OPTIMがスタートした2008年4月からは、プロジェクトの専任看護師と診療所医師、看護師、MSWなどが、市内3つのがん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファレンスに出席するようになりました。在宅スタッフは最新の緩和医療について病院から学び、病院スタッフも在宅の視点を得ることによって相互理解が深まります。その結果、在宅移行につながるケースが着実に増えてきました。

——早期退院支援への取り組みについてはいかがですか。

白話 在宅スタッフが早期からの退院支援に関与する必要性を病院側に働きかけてきましたが、2008年9月、長崎大学病院地域医療連携センターで「ハイリスク・カンファレンス」としてついに実現しました。入院時のスクリーニングで、がんに限らず「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・在宅スタッフ総勢10名ほどが合同で検討し在宅移行をめざすものです。月平均10例の患者の検討を行い、うち5~6例は在宅移行が実現しています。2009年6月からは同様のカンファレンスを長崎市立市民病院でも開催するようになりました。いまや長崎大学病院では、退院支援は入院時からではなく、「入院予約時から」へと意識が変わりつつあります。

■地域連携推進で在宅死亡率は上昇

——長崎の在宅医療は着実にレベルアップしていますね。

白話 長崎市における在宅死亡率は、OPTIM介入前の2007年は10.6%でしたが、介入後の2008年は12.4%と上昇しました。この1.8%の増加にはDr.ネットやOPTIMの活動が大きく寄与していることは確かです。相談窓口が明確化し、病診連携や多職種連携もこれまで以上に活発化した成果です。数値だけでなく、現場のスタッフたちの実感としても、以前とは連携の中身が全然違うという声が上がっています。長崎では在宅医療の側から病院に積極的に連携強化を働きかけてきました。病院や行政に頼り切るのではなく、地域の医療従事者が主体性を持って取り組むことこそが、連携を推し進めるのに最も重要なことなのではないでしょうか。

——プロジェクトの成果は、診療報酬改定や新しい制度の確立へと発展する可能性もありますか。

白話 すでに、がん患者に適切な地域の医療サービスなどを紹介する「地域連携コーディネーター」の配置に対して、2010年度の「がん対策」予算がつかしました。これは長崎がん相談支援センターの相談窓口機能に他なりません。今後、

多職種連携によるがん患者支援やスキルアップのための研修などに対して、国や自治体の予算が付いたり、診療報酬上で評価される可能性もあるでしょう。

——がん医療や緩和ケアが大きな転換期を迎えている中で、薬剤師には今後どのような取り組みが必要になりますか。

白話 薬剤師も医療界の大きな動きから取り残されないように、がん医療や地域医療連携における役割をしっかりと認識し、責任を果たさなければならないでしょう。病院でも、地域でも、チーム医療に参加するのはもはや当たり前で、いまは、どのような連携をするか「質」が問われる時代です。多職種連携の中で自身の専門性をどのように発揮すれば、患者に最良の治療やケアを提供できるのかを真剣に考えてほしいと思います。まずは、もっと自分達の存在をアピールすべきですね。退院時カンファレンスに呼ばれないから行かないというのではなく、自ら出ていく姿勢が必要です。患者のベッドサイドに行き、チーム医療の中に入ってみると、薬剤師がどれだけ必要とされるか気づくはずですよ。

■必要なのは、仲間と熱意

——今後の目標と展開についてお聞かせください。

白話 今後は、これまでの成果を踏まえて、がん以外の「非がん疾患」も含めた緩和ケアの標準化、地域連携の強化を図る必要があります。OPTIM終了後も、長崎がん相談支援センターを地域の相談窓口として定着させていくことをめざしています。また、長崎県では医療・介護スタッフ、行政、そして患者が、ともに今後のがん医療、ケアのあり方を討議する場として、「長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会」を2009年に設置しました。私たちもこれと連動して、患者側の視点に立った活動を展開していきます。

——長崎での取り組みを参考に、他地域でもネットワーク構築が進んでいます。地域医療連携を進めるためのアドバイスをお願いします。

白話 Dr.ネットは長崎の地に撒かれた一粒の種であり、それを育て、花ひらかせたのは地域の医療・福祉・介護に携わる多くのスタッフです。長崎市は、車の横づけができないような坂道や階段が多い独特の地形など、在宅医療を阻むさまざまな要因があります。しかし、在宅医療への熱意を持った人々の知恵と工夫で、そのハンデを克服しようとしています。どの地域にもそれぞれの事情はあるでしょうが、自分達の暮らす地域の安心を守るために、医療者としてどうすべきかを、地域の仲間達と一緒に考え、実践してほしいと思います。在宅医療の世界で薬剤師は出遅れた感がありますが、薬が使われる限り、必ず薬剤師が必要なのです。私達と一緒に熱意を持って在宅医療を支えてくれる薬剤師の仲間を心から待っていますので、勇気を持って一歩を踏み出してほしいと思います。