

# 長崎市における地域医療連携

～長崎在宅 Dr. ネットと緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM 長崎) ～

白髭 豊 (所属 1)、安中 正和 (所属 2)、奥平 定之 (所属 3)、  
上戸 穂高 (所属 4)、野田 剛稔 (所属 5)

- (所属 1) 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、長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会世話人、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
- (所属 2) 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」長崎がん相談支援センター、長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会世話人、安中外科・脳神経外科医院院長
- (所属 3) 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」長崎がん相談支援センター、医療法人奥平外科医院院長
- (所属 4) 長崎県医師会常任理事、長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会、(医) 緑風会長崎みどり病院院長
- (所属 5) 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

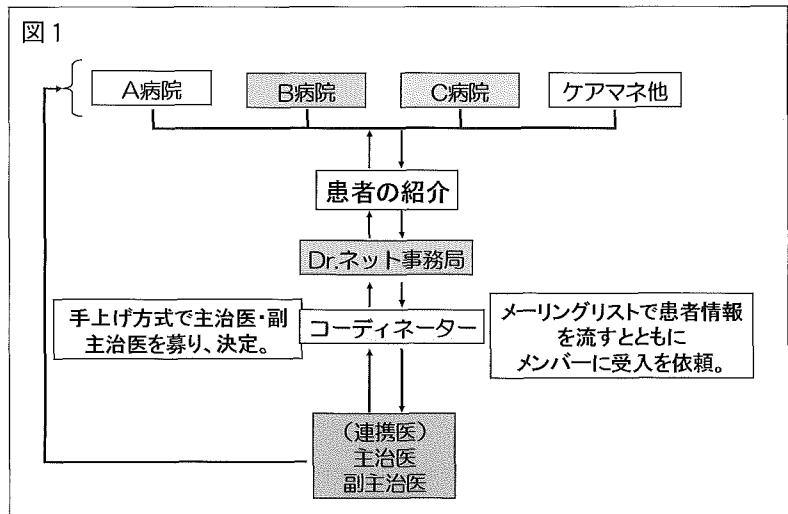
## はじめに

長崎市では、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」や長崎在宅 Dr. ネットの活動等を通して、病院と在宅医療の連携が進展し、多職種連携が発展的に進み、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。また、長崎県では、2008 年に長崎県がん対策推進条例が制定され、医療・介護・福祉・市民 (患者) が意見交換する機関として長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会が設立された。本稿では、長崎におけるがん医療を中心とした地域医療連携について述べる。

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 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、ひとり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

## 1. 長崎在宅 Dr. ネット

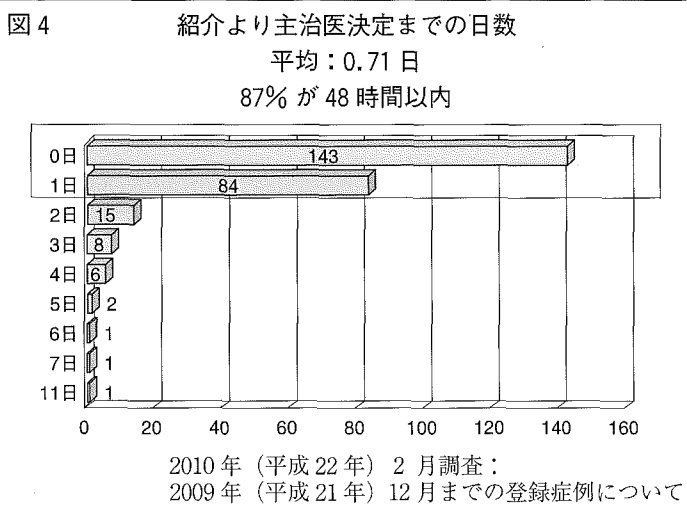
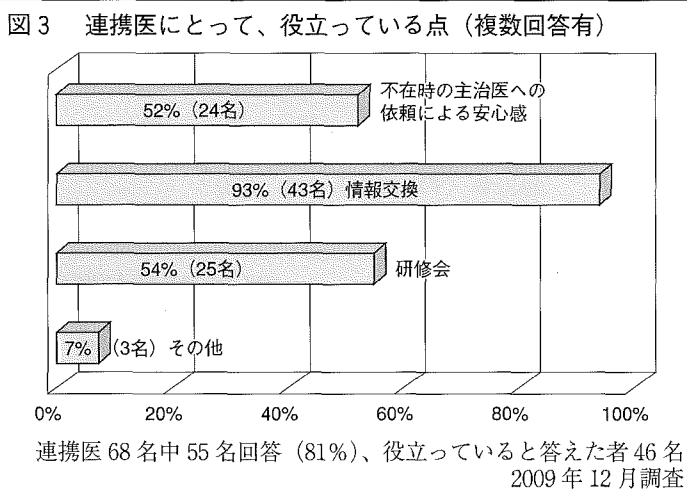
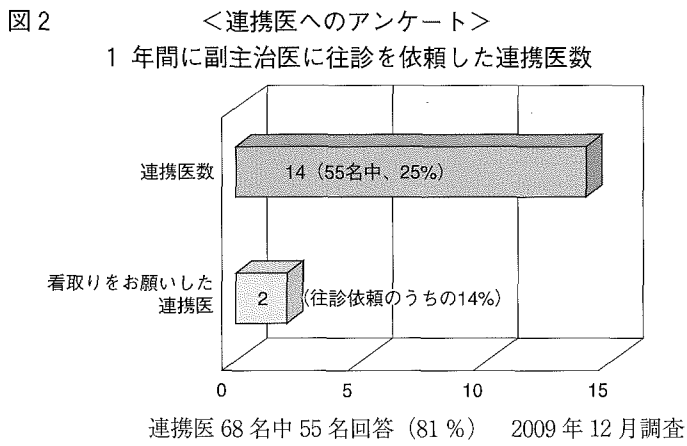
在宅療養支援診療所を含めた一般診療所が無理なく在宅医療を請け負うためには、相互の連携による負担軽減が必要不可欠である。2003 年、診療連携を推進する組織として「長崎在宅 Dr. ネット」(以下、Dr. ネット) が発足した (文献 1、2)。自宅療養を希望する入院患者の主治医が見つからぬ場合に、事務局が窓口となり病院側・患者側に在宅主治医、副主治医を紹介する。具体的には、市内を 5 地区に分けてコーディネーターを配置し、事務局か



することもない。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、殆どが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、まず主治医が連絡を受け、主治医の指示で自院看護師と訪問看護ステーション看護師が行う。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例は予め予測のつく看取りをしていたいただいた症例である。すなわち、主治医は副主治医の存在により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、副主治医の負担はそれほど大きくない。



2009年12月実施のアンケート調査では、「連携医のパートナーが決まっている」医師は、回答のあった連携医55名中19名(34%)だった。連携医55名の内、1年間で実際に副主治医に往診を依頼したことがある医師は14名(25%)に過ぎず、看取りを依頼した連携医はわずか2名であった(図2)。その一方、Dr.ネットが役立っている点を聞いたところ、「不在時の副主治医への安心感」をあげた者が52%と半数を占めていた(図3)。すなわち、当院の状況と同様で、実際の往診は少ないものの、副主治医の存在による安心感が大きいことが明らかになった。

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。2010年3月現在、人口45万人の長崎市全域と近郊から計150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」68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」43名、「病院・施設医師」39名)。

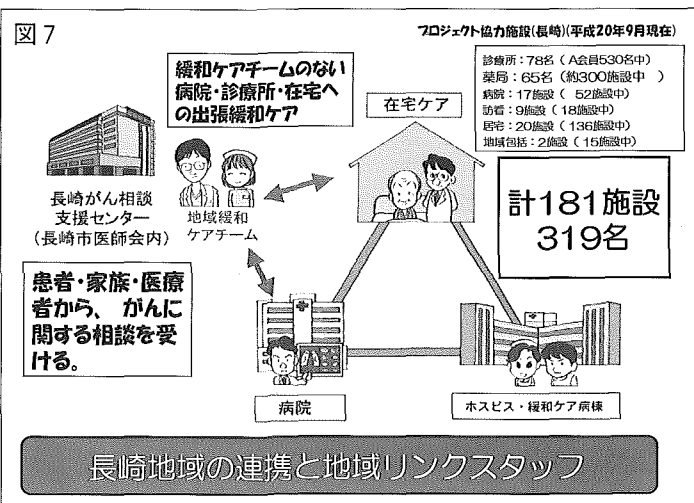
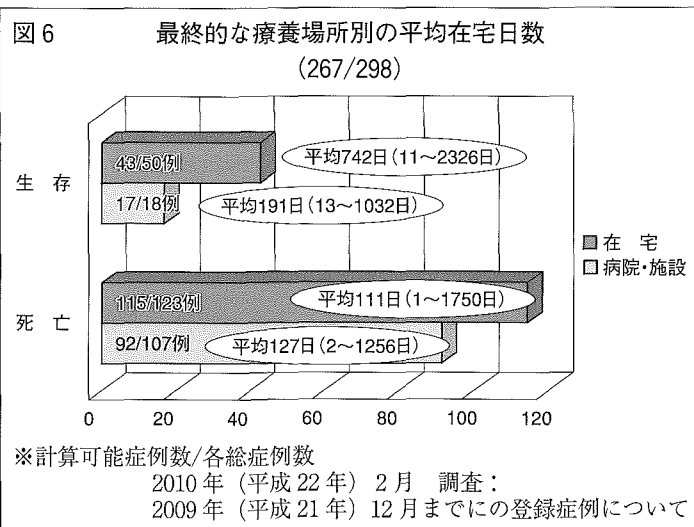
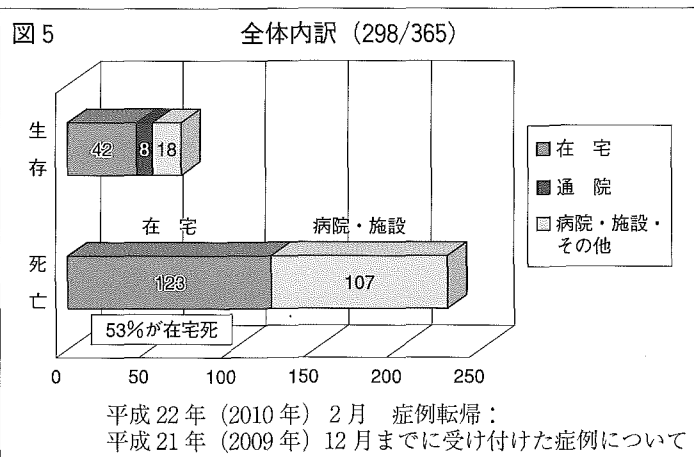
2009年12月までで、病院等から事務局に主治医の斡旋を依頼された症例は365例に及んだ。主治医決定までに要した時間は平均0.71日と短時間であり、2日以内が87%にのぼった(図4)。追跡調査できた298例中、がんが210例、がん以外が88例だった。298例中230例が死亡していたが、そのうち191例(83%)ががんであった。在宅死は123例で全死亡の53%に及んだ(図5)。

図6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111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127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4ヶ月弱、病院の場合4ヶ月の在宅生活が実現できたのは、我々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・薬剤師・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つのモデル地域の一つに選ばれ、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(文献3~11)。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、及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



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、成果を着実に挙げつつある。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。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（図7）。

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、市内3つのがん診療拠点病院（長崎大学病院、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。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、2005～6年の2%から我々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、その翌年の2009年には21%に増加した（図8）。

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。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

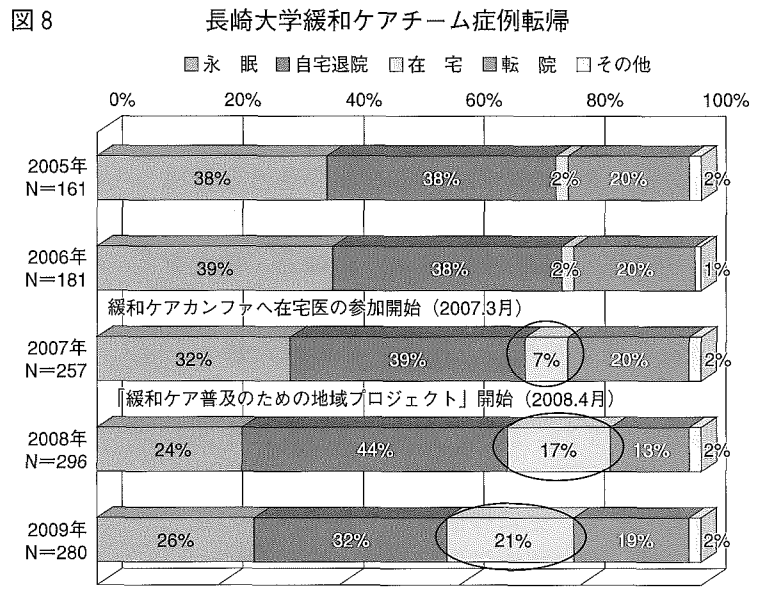


図9 平成22年度 年間目標

長崎がん相談支援センターと地域緩和ケアチームを積極的に利用していただきながら、がんに限らず地域の様々な医療（施設・在宅）に関する相談窓口として、認知される1年！

**目標項目**

- 活動の集約と、がん医療・緩和ケアに対する具体的提言
  - ①がんサポートガイドブックの作成
- 医療機関の退院調整システムの構築への支援と地域・在宅へのスムーズな連携
  - ①病院医師への働きかけ ②病院看護師への働きかけ
- 長崎の在宅医療総合相談窓口（長崎がん相談支援センターの継続）をめざす
- 施設差、地域差のない市民（患者）のための長崎の地域医療連携システムの構築
  - ①アンケート調査をもとにした福祉施設職員への啓発
- 市民（患者）の自己決定を支える
  - ①市民（患者）の自己決定を支えるための医療機関の取り組みを情報公開
  - ②がんサロンの立ち上げ
  - ③セルフケアアップのための講座（市民、患者対象）
    - ・がん栄養教室 ・排泄のケア（コンチネンスケア） ・口腔ケア
    - ・メンタルケア ・リンパ浮腫のケア
  - ④ボランティア育成（がんに特化しない）

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。

最終年度である2010年度の長崎のOPTIMは、「長崎がん相談支援センターと地域緩和ケアチームを積極的に利用していただきながら、がんに限らず地域の様々な医療（施設・在宅）に関する相談

窓口として、認知される1年」を目標としている。

詳細な目標は、「2008年4月より始まった『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』は、3年間の介入で、緩和ケアの地域モデルを作ることを目標とする。そのために、緩和ケアの普及と標準化、早期の退院支援・調整、地域医療連携ネットワークの整備、在宅医療従事者への研修・教育を継続していくとともに、これまでのプロジェクトの周知の基盤を利用し、長崎がん相談支援センター及び地域緩和ケアチームを利用してもらうことを目指す。また、行政、患者会との交流を図り、地域（患者・家族、一般市民）のニーズに即した援助を実現する。更に可能な限り自宅以外の在宅の場も広げ、かつ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考慮する。本年度は、緩和ケアに限定することのない、地域医療の相談支援センターとして磐石な実績を上げ、永続運用を行うことができるように成果を上げることを目指す。」(図9)

以上の目標に向かい、医師向け、看護師向け、多職種向け講習会を行なう一方、地域緩和ケアチーム出張研修、長崎がん相談支援センター出張研修として、リンクスタッフから希望のあるテーマ、内容で、院内、所内、看護部へ出張研修会を中心に随時開催する。さらに、今年度は、後述の長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会と連携して、施設職員への教育啓発も手がける。また、患者・家族向けに、栄養、コンチネンス（排泄）等についてセルフケアアップ講座を開催し、最終的には「がんサロン」を立ち上げ運営していく方向を考えている。

### 3. 長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会

2008年3月、長崎県は、「がんによる死亡者数の減少」、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」、「離島地域におけるがん診療の質の向上」を全体目標として「長崎県がん対策推進計画」を策定した。さらに、同年8月、がん対策を県民とともに推進するため、「長崎県がん対策推進条例」を定めた。しかしながら、医療・介護・福祉について市民・患者団体が意見交換し、よりよいがん対策につなげるべき協議機関はこれまで存在しなかった。そこで、2009

年2月、長崎県および長崎県医師会は、「長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会」を設置した。この協議会には、患者団体も参加しており、がん診療に関わる医療従事者、患者、行政が今後のがん医療、ケアのあり方を討議する場として、その成果が期待される。協議会の目標は、①地域における在宅医療ネットワークの構築、②地域における緩和ケアのニーズの把握と地域資源の発掘、③緩和ケア等に必要な資源の確保、④地域の在宅緩和ケアの現状把握と推進状況の評価、⑤施設職員への教育・啓発である。

協議会での討議により、現状では地域格差が大きいこと（特に医師に温度差があること）、訪問看護師の不足があり受け入れを制限せざるを得ない事態になっていること、訪問看護師間の連携がないことが指摘された。病院側からは、在宅に帰りたいがどこに相談すればよいのか分からない、との指摘があった。老人保健施設やグループホーム等の居宅系介護施設においては、職員の教育の問題、人手不足の問題、看取りをすることによる報酬的な裏付けがないことから、看取りまでを行う施設が少ないことが分かった。離島では、在宅緩和ケアという認識が低く、病院で亡くなることが大半であることが分かった。

2009年11月、県下全域の特養、老健、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等606ヶ所の施設責任者、および長崎市内146ヶ所計施設職員を対象としてアンケート調査を実施した。詳細については、近日中に別途報告するが、看取りの経験がない施設のうち、今後も対応できないと答えた施設の理由は、職員の経験不足、医療のバックアップ体制の未整備等であった。施設職員では、看取りの経験者は半数程度だが、学習意欲は高いことが分かった。施設では、医療のバックアップ体制を整え職員の経験不足を解消すれば、今後看取りは増加するものと思われた。2010年度には、施設職員への教育・啓発、環境整備を行っていきたいと考えている。

### おわりに

図10に、OIPTIM介入前後での介入地域のがんの自宅死亡率の変化を示す。他の3地域に比べ長崎のみ2007年の6.8%より2008年には10.6%

と劇的に上昇している。長崎市の在宅死率は、2004年の8.6%から2008年には12.4%へと増加した(図11)。同期間における全国と長崎県の在宅死率はわずかながら増加しているものの、長崎市での3.8%の増加にはDr. ネットやOPTIMの活動が大きく関与していることが考えられる。

(謝辞)

本稿作成にあたり、長崎大学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 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、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)
- 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 740：14-16、2007)
- 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)(榊原出版新社、東京、2008、172-188)
- 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、78-82)
- 7) 白髭豊：在宅医療と緩和ケアネットワーク

図10 OPTIM介入前後のがん患者の自宅死亡率の推移

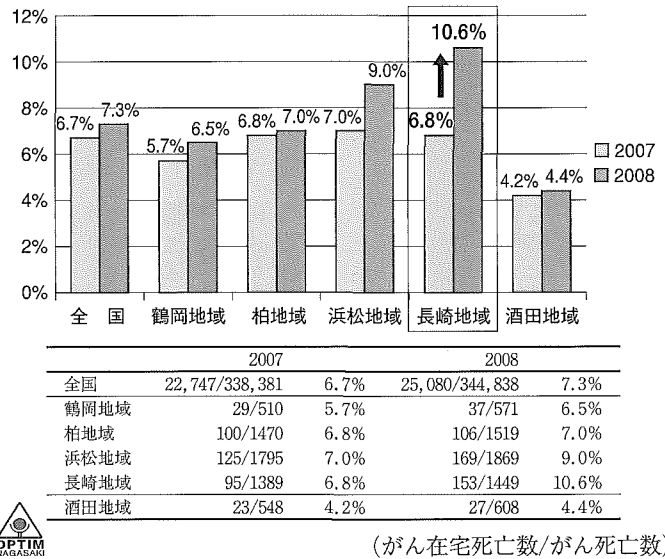
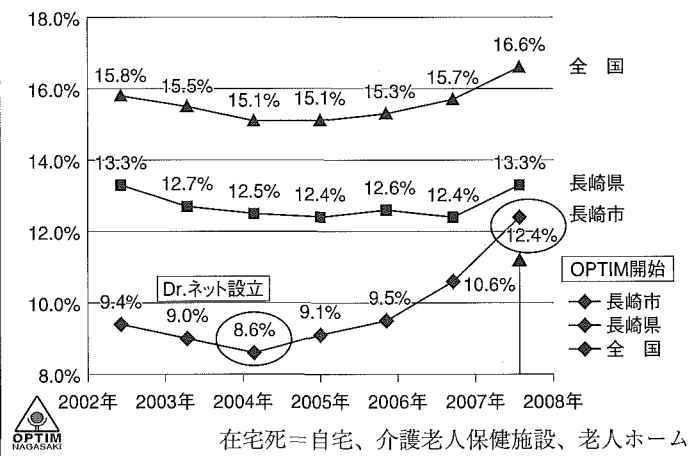


図11 在宅死亡率の経年変化



- 長崎での地域医療連携の試みー。(緩和医療学 11(3)：9-15、2009 先端医学社)
- 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)ー(日在医会誌 11(1)：119-123、2001)
- 9) 白髭豊、野田剛稔：「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を中心とした長崎の取り組み(緩和ケア VOL.20、No.1：43-45 2010 青海社)
- 10) 白髭豊、野田剛稔：在宅支持療法のネットワーク構築(呼吸 29巻1号：63-69、2010 レスプレーション リサーチ ファンデーション)
- 11) 白髭豊、野田剛稔：がん医療における診療所同士の連携(Medico vol.41 No. 3 9-14 2010 千代田開発株式会社)