

報告2

緩和ケアにおける病診連携チームの立ち上げ

長崎市立市民病院 麻酔科・緩和ケアチーム 富安 志郎
長崎在宅Dr. ネット事務局長，医療法人白髭内科医院院長 白髭 豊

<はじめに>

平成19年4月に施行されたがん対策基本法は、がんの予防、がん医療の均てん化、研究の推進を柱としています。このうちがん医療の均てん化の基本施策として第16条には、がん患者さんの療養生活の質の維持向上を目的として「がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行なわれるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること」があげられています。つまり各地域の中核病院においてがん治療の早期から緩和ケアを導入して症状緩和を行ない、治療終了後には住み慣れた自宅で療養ならびに外来治療を継続するシステムが必要、とされているのです。本稿においては中核病院における在宅移行支援システム、長崎における受け皿としての在宅療養支援診療所との連携への取り組みを紹介します。

<病院から在宅への移行>

高齢、独居でIVHなどの医療処置が必要な場合、また排泄・身体移動に介助が必要な患者さんが病院から在宅に移行される場合は社会資源の利用が必要となります。病院には主治医の依頼に応じて退院調整を行なう地域医療連携室があり、患者さん・ご家族が安心して在宅ケアを受けられるよう在宅ケアに精通した看護師や医療福祉士（MSW）が退院調整を行います（図1）。在宅の主治医、訪問看護ステーション、ケアマネージャーを決定し、退院前カンファランスを予定します。カンファランスには在宅からは上記のメンバーに加え、地域調剤薬局や福祉用具業者が出席します。病院からは主治医、担当看護師と緩和ケアチームのメンバー、連携室看護師、MSWが参加します。このようなメンバーとともにご家族、状況に応じて患者さんが参加されることで有効なカンファランスが可能となります。病院スタッフから病状経過、現在の問題点、保険情報などの呈示があり、それに対して患者さん、ご家族の希望に沿って在宅側からケアの内容の提案が行なわれます。患者

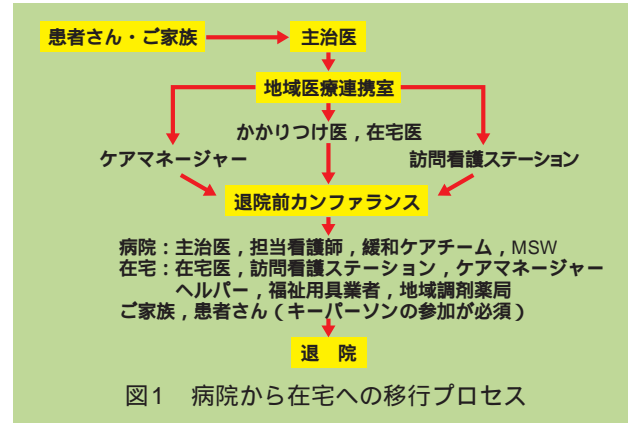


図1 病院から在宅への移行プロセス

さん、ご家族を中心に病院、在宅双方の顔の見える連携がポイントです。

<在宅療養支援診療所>

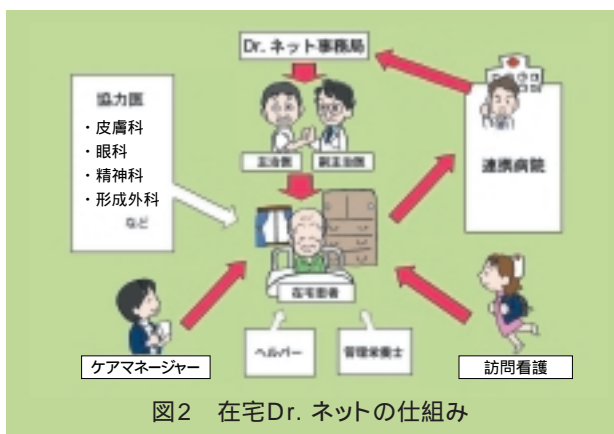
在宅の受け皿となるのは地域の開業医です。平成18年4月の医療法改正に伴い、患者本位の、自らの生活の場における医療の提供を目指して、診療報酬の制度として在宅療養支援診療所が設けられました¹⁾。他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションと連携を図りつつ、24時間の往診及び訪問看護を提供する体制を構築することにより診療報酬上の優遇を受けることが出来る、というもので、今後の在宅緩和ケアは在宅療養支援診療所を中心に展開していくものと考えられます。しかし24時間の往診体制を一つの診療所が単独で担っていくには負担が大きく、担当できる患者数にも限界があります。

<長崎市における在宅医の連携システム>

長崎市においては在宅療養支援診療所間の連携システムである「長崎在宅Dr. ネット」(<http://www2.odn.ne.jp/aef59110/>) が平成15年に発足しました。在宅を希望する患者さんが医師の対応困難のために帰宅できないことをなくすことを主目的としています。1人の在宅患者さんに対して主治医と副主治医の2名が担当医師として関わることで、無理なく24時間365日の対応を可能にしていることが最大の特徴です（図2）。在宅を希望する入院

患者さんにかかりつけ医がない場合，病院地域医療連携室から長崎在宅Dr.ネット事務局に連絡が入ります。事務局から連絡を受けた患者さんの居住地近くの地域コーディネーターが個人情報に配慮しつつメンバーのメーリングリストに周知し，手挙げ方式で主治医，副主治医を決定しています。ちなみに紹介患者さんの8割以上が1日以内に主治医，副主治医を決定しています。退院前カンファランスには主治医，副主治医が揃って参加し，情報を共有することを心がけています。また，ネットワークには直接主治医として関わる連携医（64名）のほかに，専門性を活かして必要に応じて往診を行なう協力医（27名），連携病院で治療や緩和ケアに携わる病院医師（30名），総計121名（平成19年9月15日現在）が参加することでより質の高い在宅医療を提供しています。

発足から約2年半の間に追跡調査できた107名中71名が死亡していました。がん死のみではありませんが在宅死は26名（37%）で，2004年の全国での在宅死の割合（12%）を大きく上回っています²⁾。



< 地域緩和ケア普及のための今後の取り組み >

厚生労働省は平成19年4月，がん対策のための戦略研究として「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」を策定し，長崎市は長崎市医師会を中心とした介入地域に選ばれました³⁾。この研究の目的は「緩和ケアの利用率を上げ，がん患者さんの在宅死を増やすこと」です。

具体的には各地域に設置した腫瘍サポートセンター（長崎では長崎市医師会に長崎がん相談支援センター設置）を中心に以下のことを行ないます。

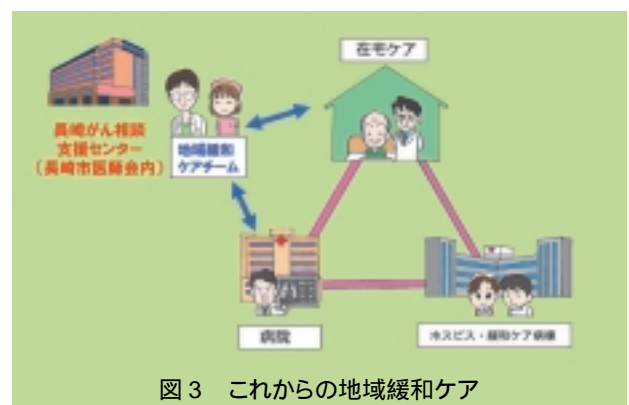
1. 標準化したマニュアルを作成し，地域の在宅医に普及させる。
2. がん患者さん・ご家族，地域住民への情報提供：緩和ケアに関する冊子，リーフレットの配布，講演会開催など。

3. 地域緩和ケアの包括的コーディネーション：緩和ケアに関する地域の相談支援，カンファランス主催，地域緩和ケアリンクスタッフの派遣など。

4. 緩和ケア専門家による出張診療及びケアの提供（地域緩和ケアチーム）

1. 2. はまだ準備段階ですが，3. はすでにメンバーが策定されて今後具体的な活動内容が決定される段階です。4. は欧米では多くの国々で取り入れられているシステムで日本にはなかった形ですが，在宅療養支援診療所が安心してがん患者さんの在宅を引き受ける上で非常に重要な役割を担うと考えられます。長崎では在宅Dr. ネットと拠点病院緩和ケアチームの間ですでにこのような取り組みが始まっています（図3）

医療の機能分化が明確になることは専門性やケアの質の向上に有効である一方で，情報共有のための連携システムが重要になってきます。この戦略研究が連携システム構築のロードマップになるものと考えられます。しかしシステムを動かすのはやはり人です。日頃から顔の見える協働を行なっていくことが，病院，在宅，ホスピスといういわゆるホスピスの三角形を患者さん・ご家族がその時々希望に応じてスムーズに移行していただく上で重要と考えられます。



（謝辞）本稿の執筆にあたり，イラストをご提供いただいた詫摩和彦先生に深謝いたします。

【参考文献】

- 1) 佐原康之．在宅療養支援診療所の役割と診療報酬改定のねらい．緩和ケア 2006；16：529 - 535．
- 2) 長崎在宅Dr.における地域医療連携．厚生労働省「第4回がん対策推進に関する意見交換会」（2007.1.29.）提出資料．
- 3) 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 第740号（平成19年9月）：14 - 16．