



発展する長崎の地域医療連携 ～ 地域全体をひとつの病院のように ～

医療技術が高度専門化し、患者さんの希望する医療も多様に高度化している中で、様々な患者さんの希望に、ひとつの診療所や病院だけで最後まで対応することは難しくなっています。先進医療から在宅死まで、患者さんの希望する医療をくまなく提供するためには、診療所、つまり開業している医師と、高度の先進医療を提供できる病院とが、互いに連携をとって最適な医療を提供する地域医療連携が求められているといえるでしょう。

この地域医療連携が大きく発展しつつある地域のひとつに長崎市があります。今回は、長崎市における医療連携の発展の経緯や、連携による緩和ケアの具体的な事例などについて、地域連携が形成されるにあたって中心的な役割を担われた長崎市民病院麻酔科医長の富安志郎氏、長崎在宅Dr.ネット(代表:藤井卓氏)の事務局を務める白髭内科医院院長の白髭豊氏のお二人にお話をお伺いしました。(本文敬称略)



富安 志郎氏

白髭 豊氏

戦後、国民皆保険制度が導入されたことにより、病院医療を受けることが一般的となり、その結果、1951年に82.5%あった「在宅死」は減り続け、1977年を境に「病院死」との比率が逆転しました。現在では、8割近くの方が病院で死を迎えています。さらに、この間、在宅での看取りの経験がない医師が多数となり、在宅死の知識が不足している点も問題になっています。

しかしながら、住み慣れた自宅で最後を迎えたいと考える人は増える傾向にあり、1996年の人口動態社会経済面調査によると、65歳以上の方の89.1%が死亡場所として自宅を希望しています。

● 連携による在宅医療の推進を目指して ●

Q これまで病院と診療所の連携がうまくいかないケースや、連携が図られていなかった理由として、病院医師と開業医との交流が少なく、お互いに顔を知らないことや、病院と診療所の話し合う場が少ないことが一因と一般的にいられています。長崎ではどのように各組織が立ち上がり、連携が取られるようになったのでしょうか？

富安 私は1996年から長崎大学医学部附属病院でペインクリニック外来を担当し、おもに神経ブロックを用いてがん性疼痛管理を行っていたのですが、2002年頃に緩和ケア全体を勉強するために北里大学医学部附属病院の緩和ケアチームで研修を受けました。その翌年にタイミングよく、大学病院が病院機能評価の認定を受けたことから、診療加算算定を視野に入れた緩和ケアチームの設立を依頼され、準備に入りました。さらに、時を同じくして、長崎県からの委託事業として緩和ケアの実態調査と知識・技術の習得を目的とした長崎県緩和ケア研究会の設立を依頼されました。

しかし、長崎には先行して緩和ケア活動を行っていた緩和医療研究会(代表:中尾勘一郎氏)がありましたので、今後、

二つの組織がどのように活動を行っていったらよいか、代表の中尾先生のご意見を伺いに行きました。中尾先生には「緩和医療研究会は、ある程度調査活動なども行ってきたので、方向転換をしようと思っていた。自分たちは市民の皆さんに啓発活動をしていくので、そちらで病院の緩和ケアのレベルアップのための活動をしていただいたら良いのではないか。」とおっしゃっていただきました。

そのことを受けて、長崎県緩和ケア研究会(代表:澄川耕二氏)は長崎県の病院における緩和ケアの実態調査、知識・技術の向上のための講習会の開催、病院間の緩和ケア連絡網の構築を目的として2003年5月に正式にスタートしました。

Q 在宅と病院との連携が図られるようになったきっかけは何でしょうか？

富安 治療後に患者さんが自宅に帰りたくても帰れないというのは、患者さんにとっても、また在院日数の短縮を迫られている病院にとっても好ましい状況ではないため、在宅との連携の必要性を感じていました。そのような時に、白髭先生が大学病院の講演で長崎在宅Dr.ネットのことを紹介されて



発展する長崎の地域医療連携



長崎市民病院長 麻酔科医長

富安 志郎(とみやす・しろう)

1987年佐賀医科大学医学部卒業。長崎大学医学部附属病院麻酔科医員。1992年長崎大学医学部附属病院助手。2001年長崎大学医学部歯学部附属病院麻酔科講師。2003年長崎大学医学部附属病院緩和ケアチーム責任者2005年長崎市民病院長麻酔科医長。
日本麻酔科学会、日本臨床麻酔学会、日本ペインクリニック学会、国際疼痛学会、日本緩和医療学会、死の臨床研究会、九州麻酔学会に所属。日本緩和医療学会評議員。

いるのを初めてお聞きしたことがきっかけです。在宅を希望する患者さんが安心して自宅に戻ることができるシステムはないのかと思っていた時に白髭先生にお会いできたことは非常にタイムリーでした。

白髭 2003年のことでしたね。その長崎在宅Dr.ネットですが、そもそも2002年の秋頃から、代表の藤井医師と開業医がお互いに支えあう仕組みができないものかと話をしていたのです。

というも、在宅医療を希望する患者さんやそのご家族は数多くいますし、医療保険の改定で病院での長期入院も困難になりつつあり、さらに、介護保険の普及などにより在宅医療に対するニーズはますます増大していくと思われるの

長崎在宅Dr.ネット事務局

医療法人白髭内科医院院長

白髭 豊(しらひげ・ゆたか)

1988年東京医科大学医学部医学科卒業。長崎大学第一内科。1990年国立がんセンター中央病院内科。1992年米国ルイジアナ州ニューオーリンズ市TULANE(チューレーン)大学医学部実験医学部門留学。1994年長崎大学第一内科。1995年長崎市にて白髭内科医院開業。
長崎市介護認定審査会委員、長崎在宅ケア研究会委員、長崎在宅ドクターネット事務局、長崎県国保審査委員会委員、長崎市医師会理事など。



ですが、開業医にとって、がん末期などの重症患者を数多くひとりで診るのは、心身ともに非常に大きな負担です。そんな時、長崎市民病院から末期のがん患者さんを在宅で診て欲しいという依頼が藤井医師のところに来ました。藤井医師は患者さんのお宅が遠かったので、「何かあったら自分がバックアップする」ということで、私が主治医となり患者さんを診ることになったのです。

この何かあったときにバックアップしてもらえる体制があるというのは、患者にとっても医師にとっても非常に良いと実感しました。そこで、在宅医療に熱心な他の開業医の方々も含め、検討を重ねていき、2003年の3月に開業医の連携システムとして長崎在宅Dr.ネットを発足しました。

長崎の地域医療を支えるおもな組織の概要

長崎市では、下記の各組織がそれぞれに連携を取り合い、病院、在宅ケア、ホスピス・緩和ケア病棟がホスピスライアングルを形成しています。患者さんが希望する最適な場所でケアを受けることができ、それぞれのサービス間の移行がスムーズに行われる仕組みになっています。

長崎県緩和ケア研究会：長崎県の緩和ケアに携わる医療従事者からなる研究会。2003年4月設立。同県における緩和医療の実態調査、緩和ケアの知識・技術向上のためのセミナーの開催、病院とホスピス、在宅との連携のための情報交換や連絡網の構築、市民向けの啓発活動のバックアップなどを行う。

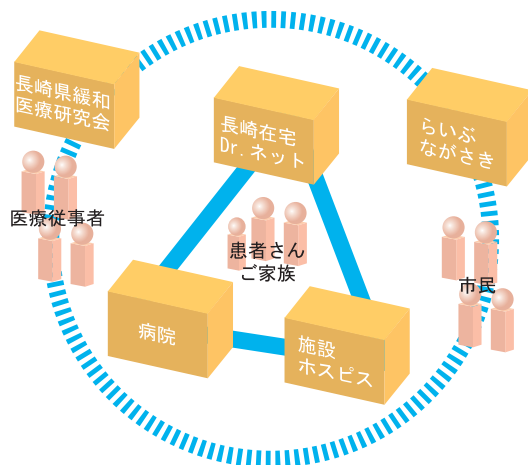
長崎在宅Dr.ネット：2003年に発足した在宅医療ネットワーク。在宅訪問診療や往診を複数の医師が連携して行うことにより、医師個々人の過度な負担を減らしながら、24時間対応のケアを実践。2004年時点で42軒ある長崎市の一般病院および患者さんの在宅医療の受け皿となっている。参加医師は、おもに長崎市とその近郊の診療所の医師、病院医師など計71名。

参加医師内訳

- 連携医・・・主治医および主治医を補佐する副主治医からなる37名
- 協力医・・・連携医からの医療相談を受け、必要な場合は往診も行う皮膚科、眼科など専門性の高い診療科の医師13名
- 病院医師・・・病院、または大学に勤務する医師で、病診連携を実践し、専門的な立場からの助言などを行う21名
(2005年8月現在)

施設ホスピス：長崎県の緩和ケア病棟承認施設。聖フランシスコ病院、朝永病院(いずれも長崎市)がある。

らいぶながさき：2005年1月に認証を受けたNPO法人。市民に対して、特に終末期にある方々の生活をささえるための医療、教育およびケアの向上を目指す活動を行っている。



Q さきほど、富安先生が白髭先生の講演をお聞きしたのがきっかけだったとおっしゃいましたが、長崎在宅Dr. ネットの発足後は、病院への広報活動を積極的に行われたようですね。

白髭 開業医同士の負担を軽減したいというのが発足動機のひとつではありましたが、原点には、何よりも患者さんが自宅に帰りたいのに帰れないという状況が医療側の事情によって生じることをなくしたいという気持ちがありました。当初、長崎在宅Dr. ネットは、病院の医師や地域連携室の方に知られていませんでしたから、2003年6月頃から自分たちで病院へ出向き、啓発活動を積極的に行いました。その時期に富安先生とお会いしたわけです。

その後、病院から依頼を受けた症例数も増え続け、60例が集積した段階で症例の評価をしました。在宅医療に移行できた47例のうち、最終的に42%の方が在宅で亡くなりました。全国平均で見ると、在宅死の割合は10数%ですから、これは非常に高い割合です。半数近くが在宅死を実現しているという結果から、我々のシステムは役立っていると思います。

● 患者さんの望む最も適した場所でケアを ●

Q これまでに地域連携の中でケアを受けられた患者さんで印象に残っている方はいらっしゃいますか？

富安 ホスピストライアングルといって、病院、在宅、ホスピス・緩和ケア病棟の3つを患者さんがスムーズに移れるのが、緩和ケアの理想的な形ではないかと考えているのですが、私

が大学病院にいた頃(2004年6月)実際にこの3つをうまく移行された患者さんがいらっしゃいました。(図1参照)

大学病院の婦人科系のがん患者さんで、抗がん剤治療をずっと受けられていたのですが、徐々に効かなくなってきて、食事も喉を通らないという状況になりました。それでもご本人は治療の継続を希望されるということで病院に入院されていたのですが、いよいよ治療のメリットが得にくくなり、病院の主治医から治療の継続が困難であることを告げられました。

患者さんには、一時的な気持ちの落ち込みがありましたが、緩和ケアチームからも、在宅で腹水の処置や点滴の管理をしてくださる先生や看護師さんのグループがあるので、治療を休んで自宅でゆっくりしてみたらどうか、と提案がありました。患者さんも旦那さんとできるだけいい時間を過ごしたいという希望をお持ちでしたので、病診連携のつなぎ役である地域医療連携室という部署から長崎在宅Dr. ネットに連絡して、主治医、副主治医になれる医師を含めて一度面談に来ていただけないかとお願いしました。訪問看護の方も参加していただき、主治医と患者さん、患者さんの旦那さん、我々緩和ケアチームで、カンファレンスを行いました。病院の主治医と在宅の主治医との顔合わせも行き、スムーズに在宅に移ることができました。

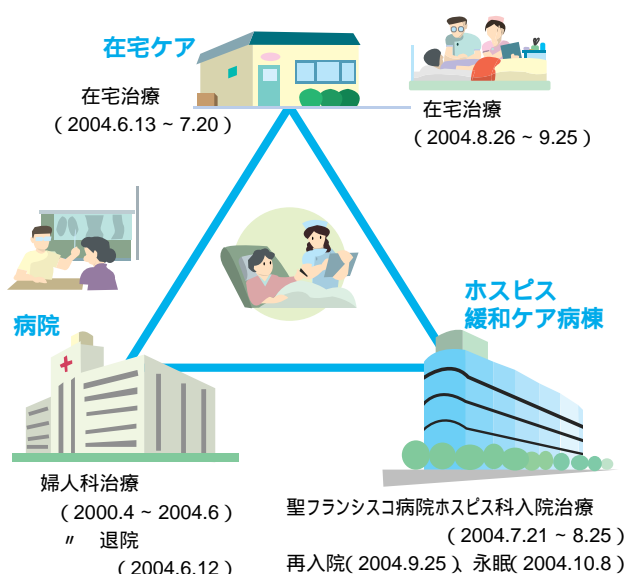
在宅に移行した後、自宅で腹水のコントロールなども、在宅の主治医、副主治医に行っていただいていたのですが、少し吐き気がきつく、自宅にいるのがつらいという状況になりました。そんな時に、今度は在宅の主治医が、患者さんにホスピス(聖フランシスコ病院)の見学を勧められました。体験入院されたところ、非常に良い印象を持たれたので、状態が良くなったら在宅に戻ろうということで、ホスピスに移行されました。その後、在宅とホスピスを何度か行き来され、最期はホスピスで旦那さんに見守られながら、穏やかに永眠されました。

このように、病院から在宅、在宅からホスピスというように、その時の状態に合わせてトライアングルをスムーズに移行された。我々としても在宅医の方々と連携をとりながら非常によいケアが提供できたと思っています。

白髭 この患者さんは、2004年6月12日に大学病院の婦人科を退院されて、10月8日に永眠されたのですが、その間、6月13日から7月20日までは在宅で治療を行い、7月21日から8月25日までに聖フランシスコのホスピスに入院されました。その後、再度ご自宅に帰られて8月26日から9月25日までの約1か月間を在宅で過ごされた後、9月25日にホスピスに再入院されています。在宅の期間中は、腹水を抜くことに慣れている付近の医師に副主治医としてバックアップしていただいており、主治医と副主治医の連携ができていました。まさに、病院と在宅、在宅とホスピスとが連携を図りながら、このトライアングルを患者さんがうまく移行された事例のひとつですね。

地域医療連携の事例

図1





● 立場を超えて交流を深める ●

Q 地域医療連携が円滑に進むために必要な要素は何かとお考えでしょうか？

富安 各医療従事者が自身の属していない組織の活動内容や、その得意分野と不得意分野をよく知ることが必要だと思います。やはり、患者さんの希望が最優先されるわけですから、病院、在宅、ホスピスのトライアングルがうまく機能し、患者さんの希望がかなうように、我々がお互いの活動をよく知り合うことが不可欠だと思います。

さらに踏み込んでいうと、患者さんご自身にも、どのような組織があって、それぞれ何が得意なのかということを知っていただきたいと思います。ですから、患者さんやご家族、また一般の方々にも、これらの情報を我々が積極的に発信していかなければならないと思っています。

その一環として、2003年から参加している「がん疼痛・症状緩和に関する多施設共同臨床研究グループ(SCORE-G^{*1})」の活動として、昨年11月に市民向けの公開講座を行いました。300名を超える市民の参加があり、関心の高さを感じています。今年も第2回目の市民公開講座を11月に開催する予定です。

白髭 ホスピストライアングルが協力し合って、患者さんがスムーズにその上を移動できることが非常に大切です。そのためには、在宅医師、病院医師、緩和ケア病棟の医師が密なコミュニケーションを図り、退院前カンファレンスをしっかり行うことが必須です。

さらに、医師同士の連携だけではなく、訪問看護師、ケアマネージャー、栄養士といった多職種の連携やコミュニケーションが何よりも大切です。特に長崎市は坂道が多く、在宅にとっては非常に厳しい環境ですから、なおさら職種を乗り越えた協力体制が重要になってきます。長崎在宅Dr.ネットでも症例研究会や講演会などで、各職種間のコミュニケーションを図っています。



長崎市街

● 地域全体をひとつの病院のように ●

Q 長崎市での取り組みは、他の地域にも参考となるモデルになるように思います。最後に、精力的に活動されているおふたりの動機の源や、今後の方向性などをお聞かせいただけますでしょうか？

富安 動機ははっきりしています。「長崎の緩和ケアは遅れている」。全国のさまざまな人にいわれたこの一言です。長崎の緩和ケアを充実させ、遅れているとはいわせたくない、という思いが活動の源になっています。緩和ケアはがんと診断されたときから始まるわけで、緩和ケアの入り口は病院です。ですから、病院が緩和ケアを当然のこつのように行うようになれば、在宅やホスピスへの移行も容易になると思っています。

このメッセージを病院医療従事者向けに長崎県緩和ケア研究会やSCORE-Gの活動を通して発信していきたいと思っています。さらに、市民への啓発活動を長崎在宅Dr.ネットの先生方や「らいび ながさき」などと協働して行っていきます。

白髭 当初、がんの在宅ターミナルケアで消耗した経験から、これを何とかしないといけないと思い、診療連携(開業医同士の連携)の実例を日本全国で調べてみたところ、あまり大きな成功例が見当たりませんでした。そこで、ぜひ長崎発のシステムを作り、結果として自分たちの日常診療に役立てたいと考えたのです。これまでの家内手工業的な開業医の連携のあり方だと、いずれは株式会社参入など商業ベースの波に飲み込まれてしまうという危機感もありました。医師のみの連携だけではなく、訪問看護師、ヘルパー、歯科医師、栄養士などの多職種の有機的な協力体制を作りたいと思っています。

そして、将来的には、地域全体をひとつの広い病院とみたとて、その中に主治医がいる、副主治医がいる、看護師がいるといったかたちで、コミュニティケアが実現していくことを考えています。

*1 SCORE-G (Symptom Control Research Group : がん疼痛・症状緩和に関する多施設共同施設臨床研究会) 2003年7月設立。がん患者の痛みや不快な身体および精神症状に対する治療法の有効性および安全性を臨床的な研究によって明らかにし、医療従事者、患者、家族、一般市民に対して、がん疼痛治療、症状緩和に関する情報を発信。