特集 がん対策基本法の前と後—何が変わり，何が変わらないか……

各地域における
がん対策基本法の
前と後の取り組み

「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

白髭　豊[*1]　野田　剛稔[*2,3]

[*1]白髭内科医院，[*2]長崎市医師会 会長，[*3]野田消化器クリニック

緩和ケア別刷

VOL.20, No.1 2010

青 海 社 発 行

各地域における
がん対策基本法の
前と後の取り組み

「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

白髭　豊[*1]　野田　剛稔[*2,3]

[*1]白髭内科医院，[*2]長崎市医師会 会長，[*3]野田消化器クリニック

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」[1~5]や長崎在宅Dr.ネット[6~7]の活動などを通して，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，長崎におけるがん対策基本法の前と後でどのような変化があったかについて述べる．

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[1~5]．

この研究の目的は，わが国に合う緩和ケアの地域モデルをつくることにより，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など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（図1）．さらに，専門緩和ケアサ

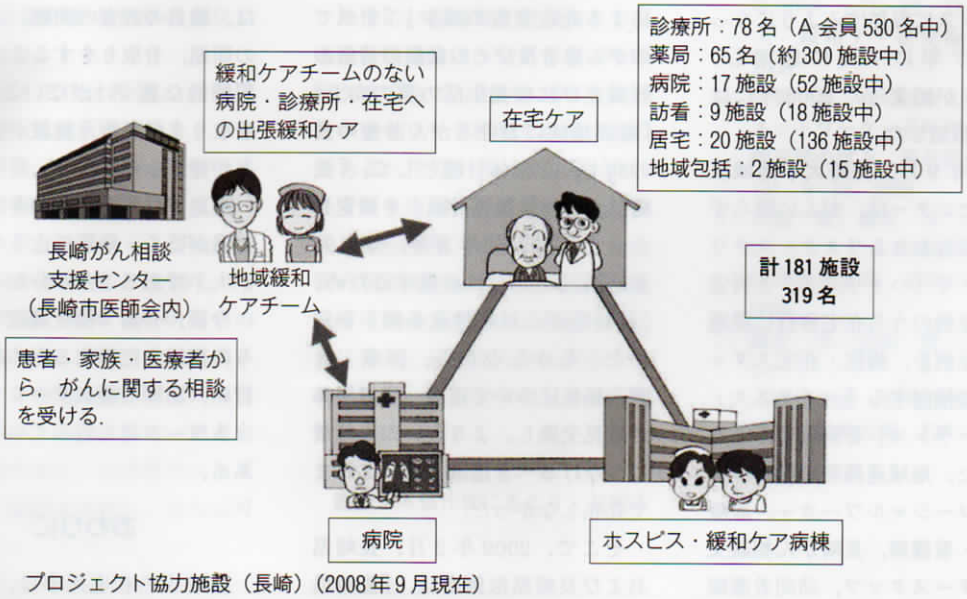

図1　これからの地域緩和ケア

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，診療所医師などで分担を決めて，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ラ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・在宅スタッフ合同で検討する「ハイリスク・カンファランス」を開催するようになった．地域連携室の医師・看護師・ソーシャルワーカー，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など）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価する．

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，より良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緩和ケアなど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え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，在宅に帰し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など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づけがないことから，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．

今後，介護・福祉施設での看取りの現状を把握するための調査を行い，訪問看護ステーションのネットワーク化を行っていく予定である．

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％

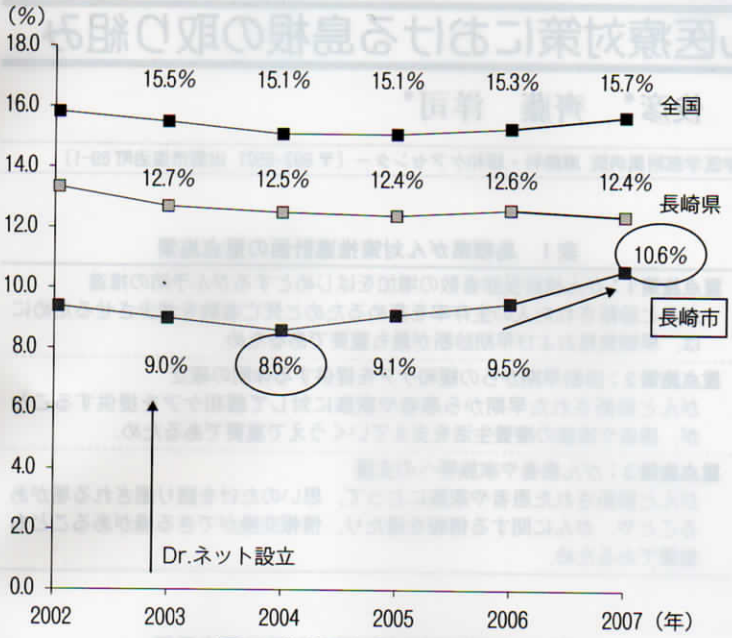

図2　在宅死亡率の経年変化

へと増加した（図2）．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・教育を継続して続けている．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，長崎での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，さらに可能なかぎ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して，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．

最後に，長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会は，全県下挙げて緩和ケアの均てん化や，患者を含めたネットワーク構築を目指すものである．すなわち，同協議会は，患者側や市民との接点を持ち，緩和ケアの啓発・広報を行い，患者側の視点にたった活動を支援し，長崎市でのOPTIMと連動することにより，長崎県のがん緩和ケアの進展に一層寄与するものと期待される．

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，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
2）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
3）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」．片山　壽 編：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア．p.172－188，篠原出版新社，2008
4）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編集委員会 編：ホスピス緩和ケア白書2008．p.78－82，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，2008
5）白髭　豊：在宅医療と緩和ケアネットワーク―長崎での地域医療連携の試み．緩和医療学　11(3)：9－15，2009
6）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
7）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