6

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」

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
社団法人 長崎市医師会理事（長崎県長崎市）
白髭 豊

はじめに

2003年、長崎市近郊で医師の相互協力（診診・病診連携、グループ診療）により在宅医療の受け皿となるシステムを構築した。その結果、個々の開業医の負担が軽減され、病院・患者側は安心して訪問診療を依頼できるようになった。本稿では、長崎で医療連携を実践する「長崎在宅Dr.（ドクター）ネット」のこれまでの活動につき解説・報告するとともに、長崎市医師会が行う「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」（厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究）の概要と、今後の展望を述べる。

1 背景

(1) 診療報酬を含めた、在宅医療の総論的背景

厚労省患者調査（1953年以降）によると、調査日の患者は、総数、外来、入院ともに増加傾向にあるのに比べて、調査日に往診を受けた患者は、60年代中間まで約15万人であったが、その後減少傾向が持続し、90年代は5万人未満へ減少している。寝たきり老人訪問診療料（1986年）、寝たきり老人在宅総合診療料（1992年）、在宅時医学管理料、在宅末期総合診療料、24時間連携体制加算（いずれも1994年）、介護保険の導入（2000年）など、在宅医療の普及のためにさまざまな制度が打ち出されてきたが、今のところ往診の減少を止めることはできず、2005年には、調査日の往診は2.5万人に減少した。同調査で1996年以降に追加された「在宅医療」（調査日に、診療所・病院から往診、訪問診療、または、医師・歯科医師以外の訪問を受けること）についても、往診同様、減少傾向を辿っている（図1）。一方、人口動態統計上、1952年以降日本では在宅死が減少傾向となり、1976年に病院死の割り合いが在宅死を越えるようになった。2006年では、在宅死は全死亡の15.3%にしか過ぎない（図2）。これは、自宅で死を迎えたい65歳以上の高齢者が89.1%にのぼる希望からかけ離れている（1995年度人口動態社会経済面調査報告）。2006年の診療報酬

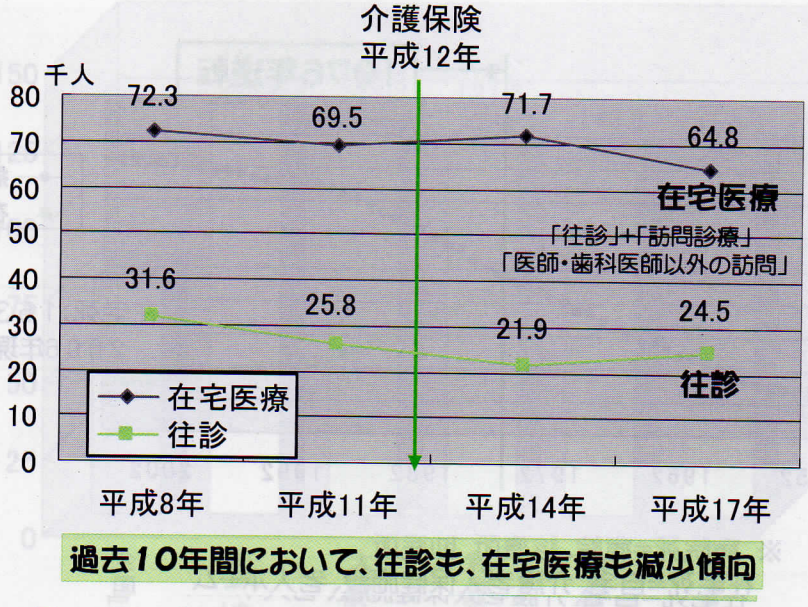


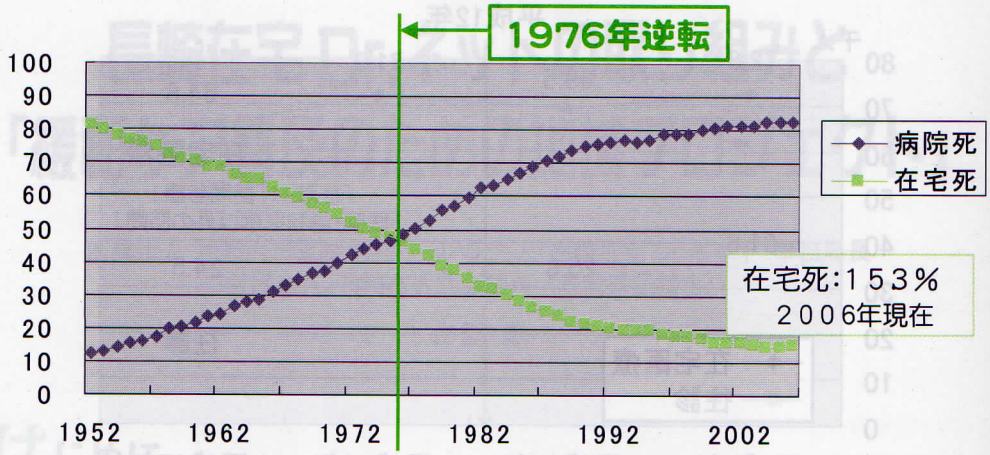
図１　在宅医療と往診総数の年次推移（厚生労働省：「患者調査」より）

改定では、在宅医療の中核となる施設として「在宅療養支援診療所」を創設するとともに、在宅医療を「入院医療から在宅医療への移行期」「在宅療養の安定期」「終末期」に分けて考え、それぞれについて在宅療養支援診療所の役割を中心に据えた点数改定が行われた。また2008年度の診療報酬改定では、在宅医療が提供できる患者の療養先の「在宅」の範囲が規定された（特養などの居住系施設と、自宅などの居住系施設以外）。さらに医療用麻薬の30日処方が可能になり、在宅で用いることのできる「厚生労働大臣が定める注射薬」が拡大されたことなど諸処に在宅緩和ケア推進の意図が感じられる。しかし一方では、病院における７：１の看護体制による看護師不足や、在宅医療を支える訪問看護ステーションの運営が低報酬のため困難な状態になっていること、さらに社会を構成する家族という最小単位が、少子高齢化により、高齢者夫婦世帯や独居老人世帯に変化していることなどが在宅医療の推進が進まないことに関与する、大きな負の要素となっている。

(2)　長崎の地域特性について

2006年の人口動態統計によると、全国の在宅死が15.3%を占めるなかで、長崎県は12.6%と全国の中で下位から５番目の低率であった。長崎市に限ってみるとさらに低く9.5%にしか過ぎない（図３）。すなわち、人口45万人の長崎市での年間死亡総数4,347人のうち411名（月間約34人）が在宅死であるに過ぎない。

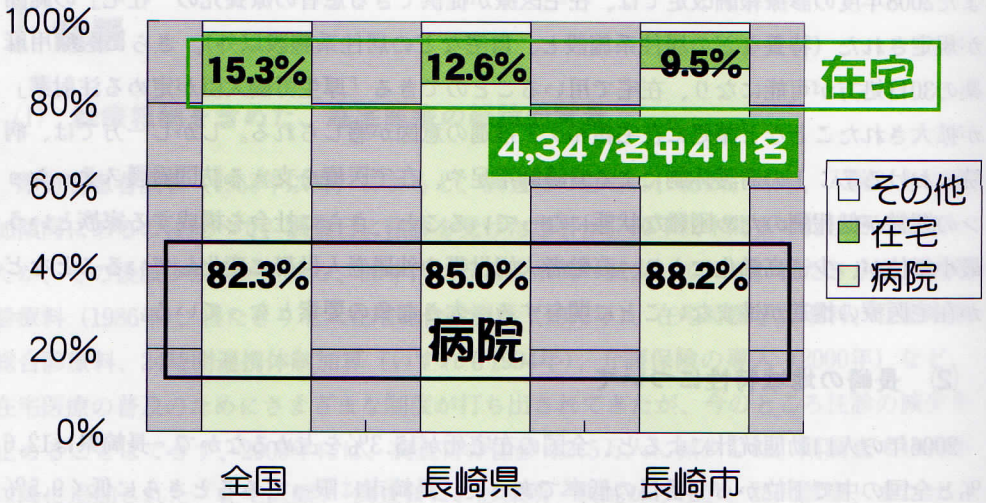
厚生労働省医療施設調査（平成16年）によると、人口10万対一般診療所数（14大都市・中核市）は、長崎市は132.9で、全国平均76を大きく上回り全国最多で、大阪市、和歌山市、京都市、東京都区部を上回っている（図４）。



※ 病院死=病院、診療所、助産所
在宅死=自宅、介護老人保健施設、老人ホーム

平成18年度人口動態調査
1C 上巻 死亡 第5.5表 死亡の場所別にみた年次別死亡数より

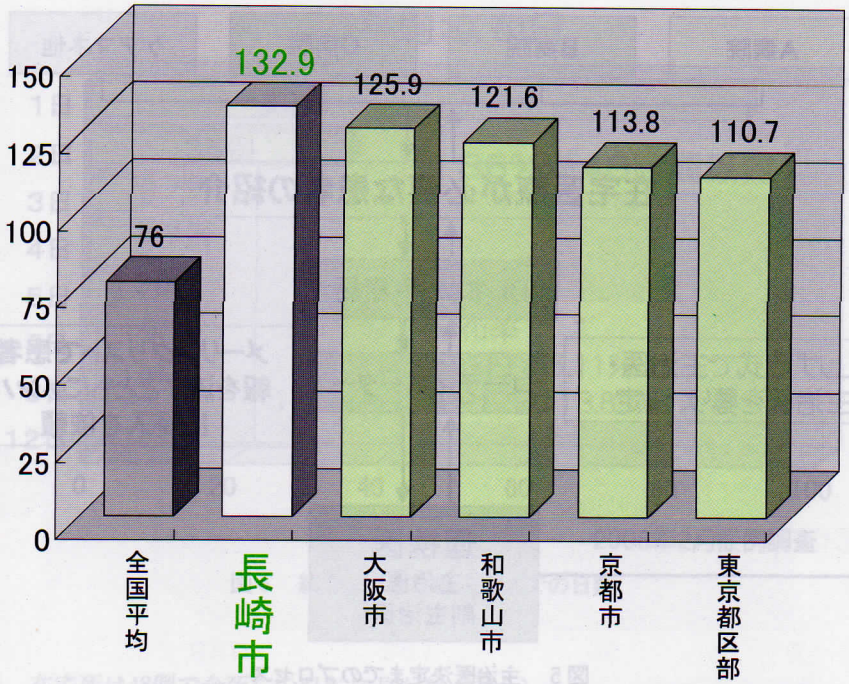
図2 病院死、在宅死の年次推移



※ 病院死=病院、診療所、助産所
在宅死=自宅、介護老人保健施設、老人ホーム

厚生労働省平成18年度人口動態調査：
1C 上巻 死亡 第5.8表 死亡の場所別にみた都道府県（16大都市再掲）別死亡場所百分率
平成18年度長崎県人口動態統計：死亡 第3表 死亡者数、死亡の場所・保健所・市町別

図3 平成18年 死亡場所（全国、長崎県、長崎市）



厚生労働省医療施設調査（平成16年）より

図４　人口10万対一般診療所数（14大都市・中核市）

診療所過密地域でありながら、低い在宅死率であるのは、車の横づけのできぬような坂道・階段の多い長崎市独特の市街地の構造など、複合するさまざまな要因によるものと思われる。

2 長崎在宅 Dr.ネット

(1) 成立

在宅医療の減少傾向のなか、2003年３月、病診連携、診診連携を推進する組織として「長崎在宅 Dr.（ドクター）ネット」が発足した[1,2]。自宅療養を希望する入院患者さんの主治医が見付からない場合に、事務局が窓口となり病院側・患者さんにメンバーのなかから在宅主治医、副主治医を紹介する。具体的には、事務局で受付けた情報を、市内を５地区に分けて、それぞれの地区を担当する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５）。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いスムーズに在宅へ移行している。最大の特徴は、一人の在宅患者さんに対して、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。あらかじめ、副主治医は主治医より診療情報

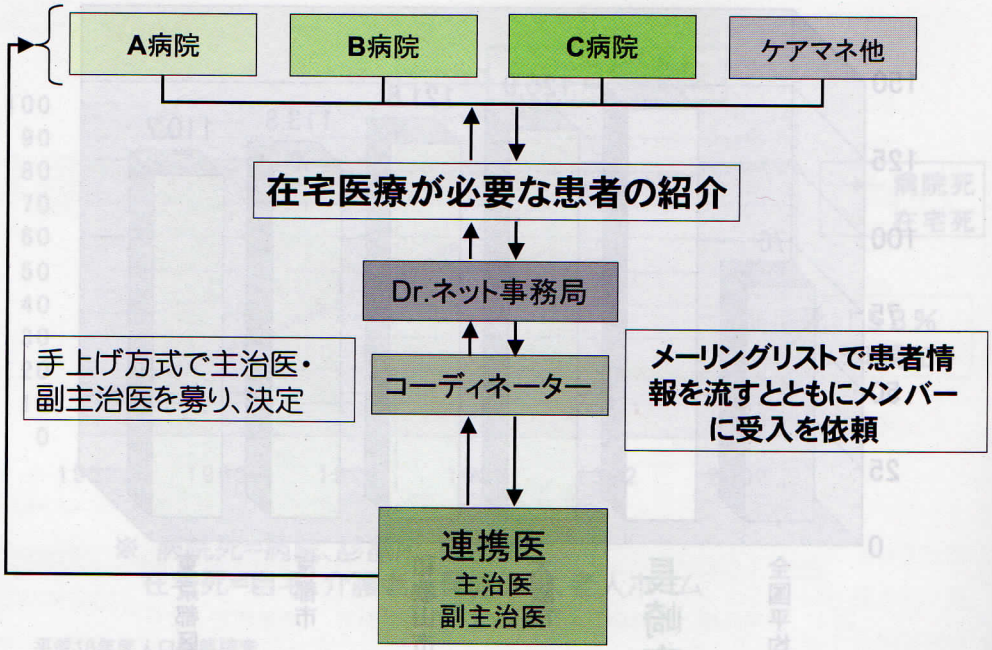


図5　主治医決定までのプロセス

を提供され、万が一の支援に備える（日常診療のなかで、副主治医が主治医の往診・訪問診療に同行することはない。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。在宅療養支援診療所の要件である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。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、専門的な助言を行ったり、病診連携の橋渡し役となっている。

2008年４月現在、人口45万人の長崎市全域と近郊から計138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」65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」37名、「病院・施設医師」36名）。

(2)　活動実績

2008年２月までで、病院側から事務局に主治医の斡旋を依頼された症例は175例に及んだ。主治医決定までに要した時間は平均0.81日と短時間であり、２日以内が86％にのぼり、迅速な対応が可能であった（図６）。追跡調査できた154例中、がんが92例、がん以外が62例であった。154例中116例が死亡していたが、そのうち87例（75％）ががんであった

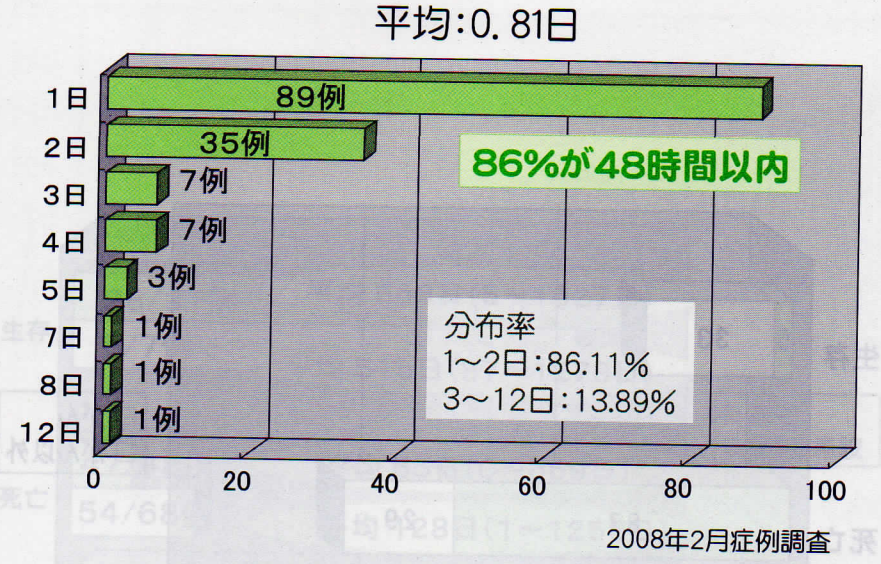


図6　紹介より主治医決定までの日数

（図7）。在宅死は48例で全死亡の41%に及んだ（図8）。

図9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65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128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約2カ月、病院の場合、約4カ月の在宅生活が実現できたのは、われわれの存在があったからこそと、自負している。

また、解析した175症例中、15例が在宅移行できなかった（図10）。その理由として、8例は入院中に死亡したためで、3例は容態の悪化のためであった。すなわち、在宅移行できなかった症例の3分の2以上は、紹介の時期が遅すぎたためであった。これが、早期の退院支援・調整が重要であると考える理由である。図11には、2008年3月までの病院より依頼された在宅症例件数を月別で表しているが、2008年1月以降症例数が増加傾向である。図12では、期間を区切って月別症例数を平均で表しているが、こちらでみても、2007年6月以降、症例が増加しているのが分かる。図13は、これまでの累積症例数の推移を示した。

2007年4月現在、全国の在宅療養支援診療所の届出数は10,249カ所で、全診療所のほぼ1割に相当する。一方、2007年4月現在、長崎県での在宅療養支援診療所の全診療所に占める割合は22.4%で全国的にみても高率（2006年9月時点では全国一）であり、長崎市では更に23.4%と高率である。Dr.ネットでの在宅療養支援診療所の届出実数は、2007年3月の時点で65%と高率である。在宅療養支援診療所の算定要件には、Dr.ネットの会員であれば、医師同士の連携による24時間往診体制など、対処しやすい。実際、メンバーの在

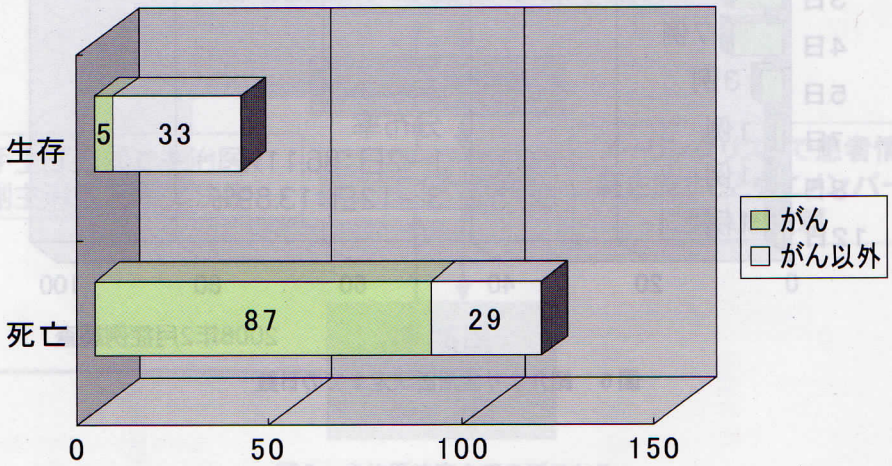


図7　疾患内訳（154/175）

175例中154例の追跡調査が可能であった。

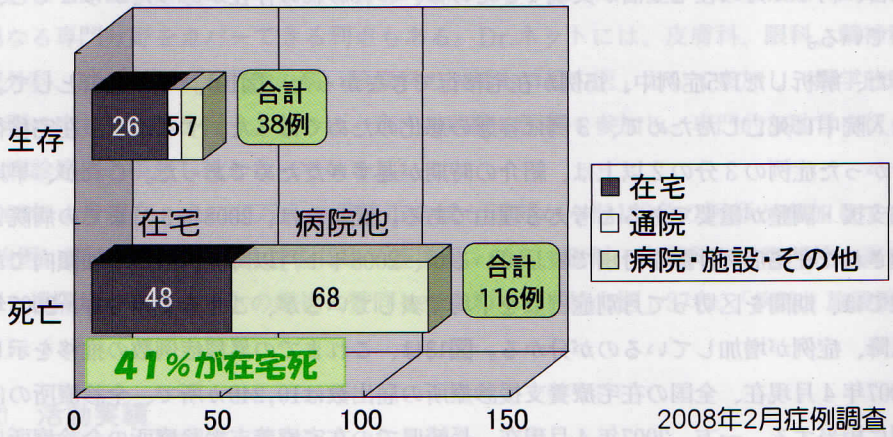


図8　全体内訳（154/175）

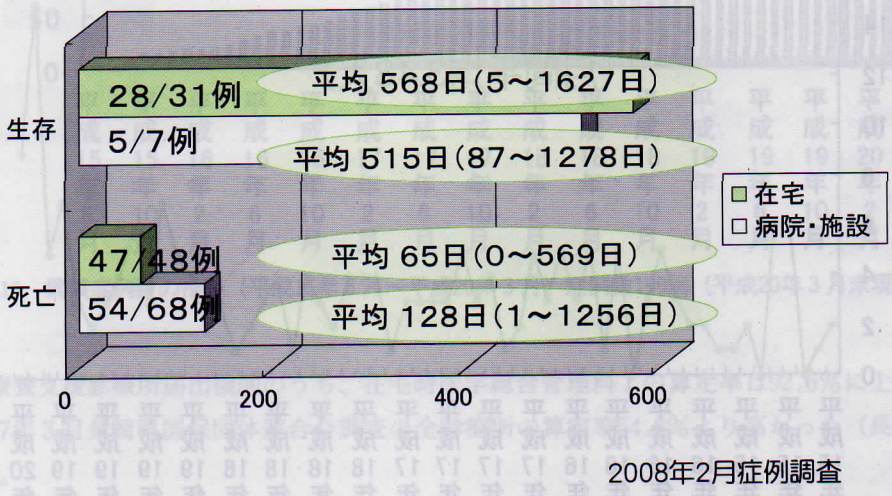


図9　最終的な療養場所別の在宅平均日数（134/154）

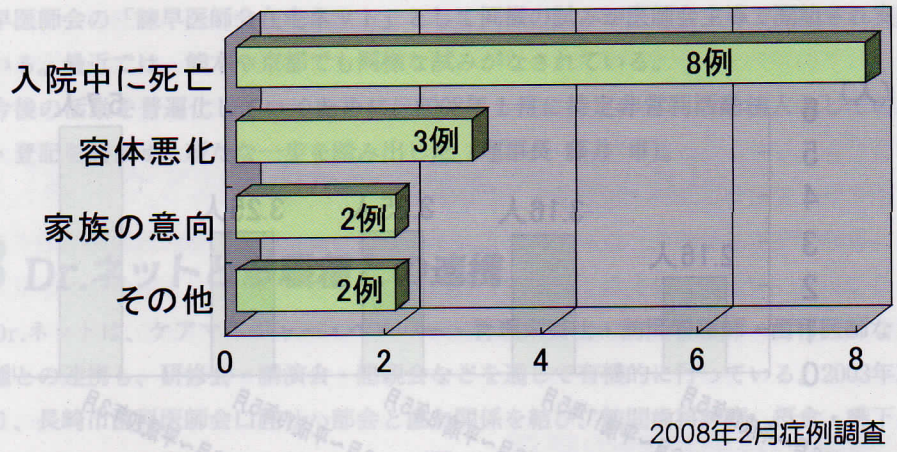


図10　在宅移行できなかった理由（15/175）

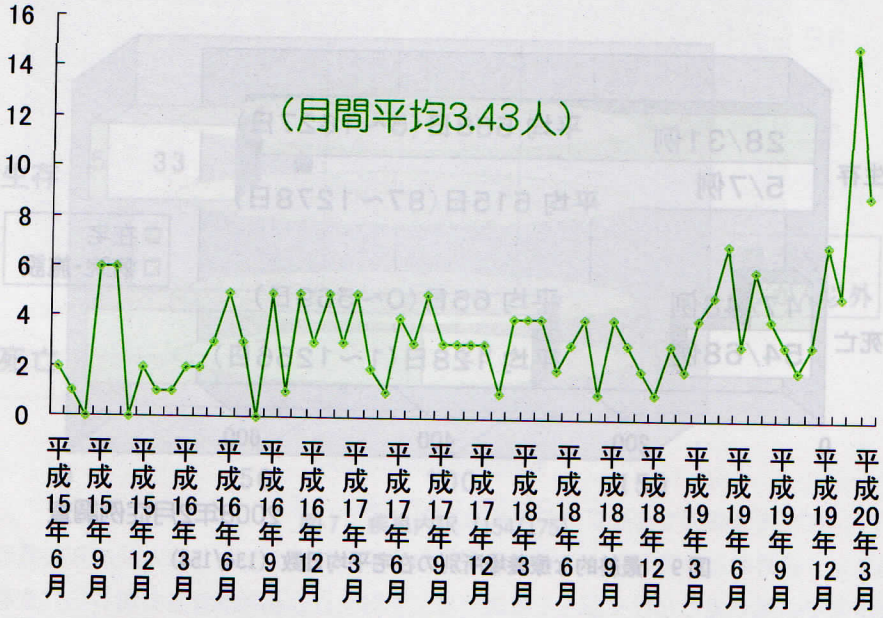


図11　病院よりの在宅依頼件数（登録症例）（月別）（平成15年６月～平成20年３月）

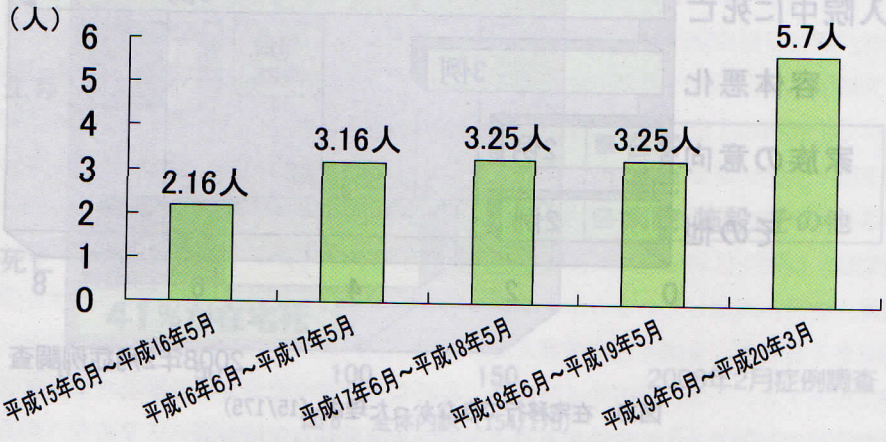


図12　期間別在宅依頼症例数（月間平均人数）

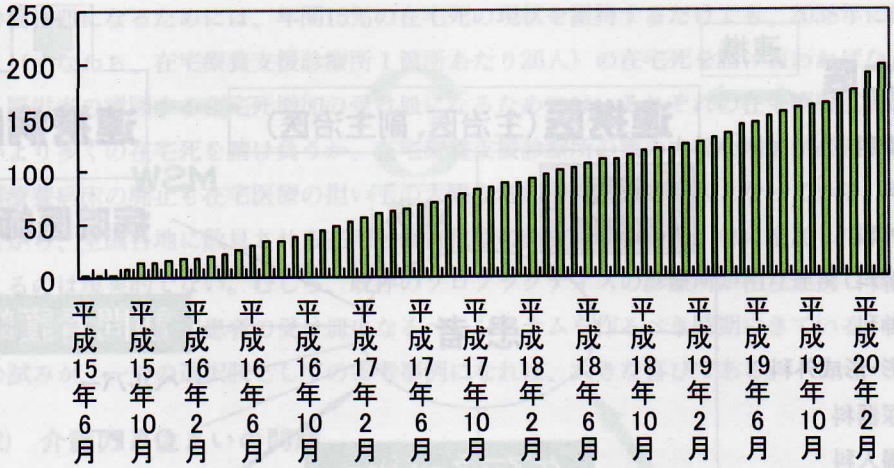


図13　累積症例数の推移（平成15年6月～平成20年3月）症例数199例（平成20年3月末現在）

宅療養支援診療所届出機関のうち、在宅時医学総合管理料1の算定率は92.6%に上り、2007年3月長崎県国保団体連合会調査の全診療所の算定率54.8%より高かった（長崎新聞）。

Dr.ネットは、発足以来、在宅医療に関する講演会・研修会の開催など、在宅医療に関わる情報が豊富に得られるよう活動してきた。当初13名のみで自発的に始まった組織としてのフットワークの良さが持ち味であるが、2006年9月には、長崎市医師会の在宅医療に関する部会として、会員諸氏へ広く普遍的な情報発信と活動を展開していくこととなった。われわれの活動は、既に長崎県内に波及し、大村市医師会の「大村在宅ドクターネット」、諫早医師会の「諫早医師会在宅ネット」として同様の試みが医師会主導で開始され実働している。最近では、熊本や京都でも同様な試みがなされている。

今後の活動を普遍化していくために、2008年1月に特定非営利活動法人としての、認証・登記を済ませ、新たな一歩を踏み出した（理事長 藤井 卓）。

3 Dr.ネットと多職種との連携

Dr.ネットは、ケアマネジャー・ヘルパー・管理栄養士・訪問看護師・歯科医師など多職種との連携も、研修会・講演会・懇親会などを通して有機的に行っている。2003年10月より、長崎市歯科医師会口腔リハ部会と協力関係を結び、訪問歯科診療、摂食・嚥下リハビリテーションの指導をいただいている（図14）。

生活習慣病と食事との関係は深く、一人ひとりに見合う適量の栄養摂取が重要である。しかし、診療所においては、管理栄養士による栄養指導は人的・経済的コストと見合わないため、実施は少ないと思われる。その問題を解決するため、長崎在宅Dr.ネットでは複数の診療所で管理栄養士を共有する、独自の管理栄養士派遣システムを作った。このシス

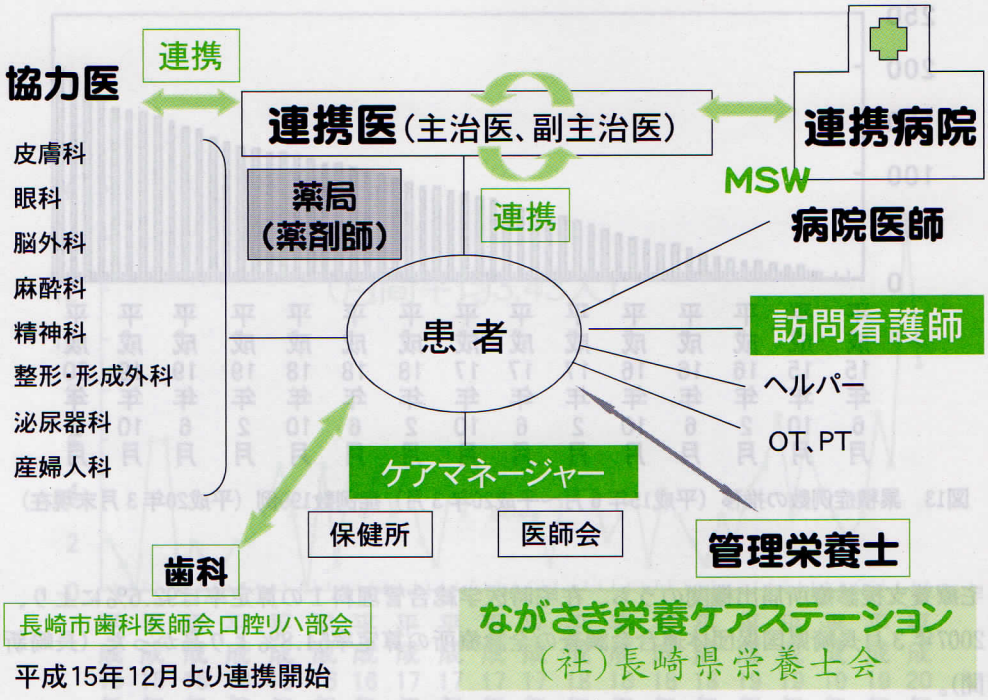


図14　在宅医療のネットワーク構築

テムは現在順調に稼動し、診療所での栄養指導が実現している。栄養指導の実施により患者にとって生活習慣改善のきっかけが得られたのみならず、生化学的データ（糖尿病患者におけるHbA1c、高脂血症患者における総コレステロール値）の改善を確認できた[3]。管理栄養士を複数の診療所でシェアするシステムは、栄養指導を診療所に簡便に導入する方法として画期的で、管理栄養士にとっても、食事の提供を必要とせず、給食管理業務（日々の献立作成・発注等）がないため、栄養指導に専念できる新たな仕事の場として位置づけできると考えられる。Dr.ネットと2名の管理栄養士の連携をさらに普遍化した形で、長崎県栄養士会は2004年10月より『ながさき栄養ケアステーション』を組織した。これは、管理栄養士を診療所、病院、医師会などの依頼により県下全域に斡旋・派遣するシステムである。今後は、外来および訪問栄養指導の普及や新予防給付・地域支援事業・特定検診において重要な役割を果たすことが期待される[4]。

4 今後の在宅医療の展望

(1) 在宅医療の動向

人口動態調査によると、2006年現在、日本の年間死亡数は108万人であるが、2038年には170万人に到達すると推計されている。現在約1万カ所ある在宅療養支援診療所が在宅

死の受け皿になるためには、年間15%の在宅死の現状を維持するだけでも、2038年には26万人（すなわち、在宅療養支援診療所１箇所あたり26人）の在宅死を請け負わねばならない。厚労省の意図する在宅死増加の受け皿になるためには、それぞれの在宅療養支援診療所がより多くの在宅死を請け負うか、在宅療養支援診療所の数の大幅な増加が必要である。介護療養病床の廃止も在宅医療の担い手の大幅な増加を期待する要因となっている。しかしながら、全国各地に散見される在宅医療特化型の診療所が、今後、急に増加していくと考えるのは現実的でない。むしろ、既存のソロプラクティスの診療所が相互連携して負担を軽減しながら、在宅患者の受け皿になるべくシステムを作るべき時期にきている。長崎での試みが、一つの選択肢としての参考事例になれば、大きな喜びである。

(2) 介護力と住まいの問題

ところで、地域での穏やかな終末を迎えることを支援するためには、介護や医療が提供される生活の場を整備することが重要であろう。すなわち、老人保健施設、有床診療所など24時間の看護が保障される医療機関を拡充し、在宅医療をバックアップする体制を整備することが必要である。さらに、特別養護老人ホームや有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など自宅以外の多様な住まいでの看取りの推進が大切で、このためには施設職員への在宅医療への啓発・教育、医療チームによるサポートが重要な要素になってくる[6]。今後、独居世帯が増加し、従来の地縁・血縁に頼った自宅での介護力の確保はますます困難になると思われ、多様な在宅の場の確保が、満足度の高い療養や看取りの場所として必要不可欠になると思われるからである。2008年度の診療報酬改定では、在宅医療が提供できる患者の療養先の「在宅」の範囲が、特養等の居住系施設と、自宅などの居住系施設以外に規定された。そして、居住系施設での新たな診療報酬点数（特定施設入居時等医学総合管理料）が設けられた。

5「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」

厚生労働省は、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」（厚生労働科学研究「がん対策のための戦略研究」）の地域公募を、2007年４月に行い、長崎市は長崎市医師会を中心とした介入地域に選ばれた（研究責任者 長崎市医師会長 野田剛稔）[5]。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で、３年間の介入で、患者による苦痛緩和の評価の改善、遺族による苦痛緩和の評価の改善、緩和ケア利用数の増加、死亡場所が患者の希望に沿う変化をするかを評価する。

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」を設置）を中心に以下のことを行う。

Ⅰ．緩和ケアの標準化

全国的に標準化したマニュアルを作成し、地域の病院医師、在宅医、看護師、薬剤師な

どの医療従事者に普及させる。

Ⅱ．地域連携の強化

地域緩和ケアの包括的コーディネーションとして、緩和ケアに関する地域の相談支援、カンファランス主催などを行う。

Ⅲ．専門サービスの利用の便の向上

「地域緩和ケアチーム」を組織し、緩和ケア専門家によるコンサルテーション、出張診療およびケアの提供を行う。

Ⅳ．市民への情報提供

がん患者・家族、地域住民への情報提供を、緩和ケアに関する図書100冊や、説明の冊子、リーフレットの配布、講演会開催などを通して行う。

Ⅴ．一時入院・症状緩和できる施設情報の提供

これらのプロジェクトの成果が、がん対策基本計画で謳われる緩和ケアの普及のモデルになるものと注目される。さらに、他の３つの地区ががん診療連携拠点病院などの病院からの介入を行うのと異なり、長崎は地区医師会である長崎市医師会からのアプローチとなり、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、成果が期待される。

既に長崎市では、Dr.ネットの活動により病院と診療所の連携は一定の実績を挙げている。今後、病院から在宅へ移行する症例を更に増加させるためには、退院支援・調整の普及・整備が必要不可欠である。その端緒として、2007年春より、Dr.ネットメンバー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ランスに定期的に参加するようになった。これにより、

ａ）診療所医師は、最新の緩和医療の知見を分かりやすく解説するミニレクチャー、症例提示から多くを学び取ることができた。

ｂ）大学スタッフも、診療所医師からの発言で、在宅の視点を得ることが可能となり、在宅移行につながるケース出てきた。「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」への参加が決まった後は、同プロジェクトに関与する看護師３名、中核となる診療所医師３名で分担を決めて、市内３つのがん診療連携拠点病院（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ランスに定期的に出席するようになった。

2007年10月頃よりは、緩和ケアカンファランスで得た情報、すなわち、在宅移行できそうな症例の情報を出席医師がメーリングリスト上に周知するようになった。その結果、2008年１月頃になり、在宅移行に結びつく症例が出るようになった。Dr.ネットメーリングリスト上で長崎大学緩和ケアカンファランス翌日の夕方に流された情報に、その翌朝に次々と４通、主治医立候補のメールが流れる状況を参照されたい（図15、16）。既に、ここで紹介された５例のうち３例の在宅移行が実現している。従来、患者さん自身が在宅移行を迷われている場合、家族が在宅に対して不安をもたれている場合、主治医が在宅に対しての意識が低かったり最初から在宅移行の考えのない場合は、緩和ケアチームや地域連携室は退院支援が困難だと思われる。このような場合に、在宅医側から受け入れ可能との

----- Original Message-----
From: M.D.
Sent: Thursday, February 21, 2008 4:12 PM
Subject: [nzc-net:5729] 大学緩和ケア報告

昨日の緩和ケアカンファの御報告です。お住まいの近くの先生、お願いする可能性がありますので、お願いします。在宅へ移行の可能性・希望のある方。または在宅医の介入を勧めたい方の情報です

①47歳 男性 浜平町 食道癌
　放射線化学療法中 頚部・腋窩LN転移 化学療法効果↓
②52歳 男性 青山町 直腸癌術後 肝転移・骨盤腔内再発 骨転移
　経過中の本年1月、横行結腸穿孔し緊急手術。
　術後回復・経口摂取可能となる。母親と二人暮らし
③43歳 女性 葉山町 子宮癌術後 膀胱膣瘻 人工肛門 悪液質
　高校2年生のお子さんと二人暮らし 実姉の援助あり。
　今帰らないと時間がない!!
④65歳 男性 出雲町 食道癌術後 中咽頭癌 2月20日喉頭全摘施行
　肺・肝転移　経口摂取の希望がとっても強い
⑤61歳 男性 坂本町 甲状腺癌 癌性リンパ管症 肝転移
　在宅酸素使用中 呼吸困難感あり 不安感が強いとの事

図15　主治医立候補者のやりとり：その1

意思表示をすることが、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、退院支援へつながることが可能になってきていると思われる。たとえ医療依存度が高い状態であろうとも在宅向けのアレンジが可能であり、在宅移行の阻害要因にはならない。大切なのは、患者さん・家族が今後どこで過ごしたいと考えているかの把握・理解であり、在宅スタッフが病院スタッフとともにその思いを受け止めることに他ならない（図17）。われわれの試み、すなわち、在宅医が緩和ケアカンファランスに参加することで退院へつながるケースが多く出始めたことは、地域医療連携の新たな幕開けであると考えている。

さらに、2008年より、連携を強化するためがん診療連携拠点病院の中核医師に呼びかけDr.ネットのメーリングリストに参加していただくようになった。従来の地域連携室→Dr.ネット事務局→コーディネーター→メーリングリスト公募の流れではなく、拠点病院医師からの直接のメーリングリストへの主治医呼びかけの募集がなされるような症例が出現し、図11のように、2008年２月になり、それまでの月間平均3.3例の主治医斡旋から、一気に４倍相当の月間症例数へ急増した。これは、Dr.ネット医師の緩和ケアカンファランスへの出席から症例情報をメンバー間で共有することにより在宅移行に結びつく症例が順調に出始めたことと、拠点病院医師中核医師の直接紹介とで一気に症例数の増加に結び

From: K.T.（February 22, 2008 6:24 AM）
[nzc-net:5736] Re: 大学緩和ケア報告
③主治医、副主治医どちらでもすぐに可能です。

From: H.K.（February 22, 2008 8:41 AM）
[nzc-net:5737] Re: 大学緩和ケア報告
症例①の患者様ですが、すぐ近くでM先生と一緒に在宅で診させていただいてる方がいらっしゃいますので、よろしければお引き受けします。

From: S.M.（February 22, 2008 9:16 AM）
[nzc-net:5738] Re: 大学緩和ケア報告
いきます。

From: K.Y.（February 22, 2008 9:25 AM）
[nzc-net:5740] Re: 大学緩和ケア報告
③、近所ですので行きます。
主治医、副主治医どちらもオーケーです。

図16　主治医立候補者のやりとり：その2

1）医療依存度が高くとも、重篤でも、
在宅向けアレンジが可能。

2）大切なのは、患者さん・家族が今後どこで過ごしたいと考えているのかの把握・理解
→病院スタッフとともに共有する。

3）在宅療養を望む患者さん・家族に対して、
入院中より在宅スタッフがアプローチを行う

図17　緩和ケアカンファランス参加のポイント

ついたものといえる。緩和ケアカンファランスと、病院医師の積極的なメーリングリストへの症例紹介で、これまでより一歩踏み込んだ病診連携が進み実を上げつつあるものである。われわれは、これまでの歩みから、大きな変革点に至ったものと認識している。緩和ケアカンファランスでの進行がんの症例での連携から、さらに、早期からの退院支援への在宅スタッフの関与を実現すべく、現在拠点病院地域連携室と方法を模索している。これが実現すれば、これまで以上の病診連携の進展が実現すると思われる。

おわりに―ネットワーク構築のカギ―

2008年3月で、Dr.ネットの結成から5年が経過した。今までに前例のない近隣の開業医同士の連携である。結成初期の段階で、まず患者さんの取り合いにならぬように、参加するメンバー間で覚書を取り交わした。すなわち、副主治医として一時的に診察した患者さんは、必ず従来の主治医に戻すことを明文化した。これが奏功したのか、これまでに患者さんの取り合いにつながるようなトラブルは起こっていない。結成初期には、メーリングリスト上で、病院から紹介された症例の主治医決めのみならず、さまざまな医療相談のメール、雑談的な楽しいメール、読むだけで役に立つメールなど、さまざまなメールを織り交ぜて、文字通り医局での会話のような雰囲気作りに務めた。現在は、多くのメンバーが自然に情報発信するようになり、活発な意見交換が行われている。また初期の1年間は、事務局を務める筆者が症例の主治医斡旋まで行っていたが、2004年春からは、地区別に決めた5人のコーディネーターが主治医決めに尽力してくださり、事務局の負担の分散が実現した。さらに、組織のまとめ役としての世話人会が11人で組織され、皆で相談しながら組織を運用してきた。マイナートラブルは少なからずあったが、世話人会での和気藹々とした雰囲気の中での互助的運用が、Dr.ネット全体の雰囲気に波及して、ここまで順調に運営することができたのだと思う。他地区で新たに組織を立ち上げようとする場合の秘訣は、やはりコアとなる仲間作りに尽きるであろう。長崎市近郊でのわれわれの連携の実践を参考として、長崎県では大村市、諫早市、他府県では京都市、熊本市でも同様のネットワークが構築された。今後の発展を大いに期待したい。

Dr.ネットは、これまでと同様の医師同士の和気藹々とした連携、医師と医師以外の職種を越えた交流・連携を信条として、今後も大きく躍進していく所存である。筆者が多くの仲間とともに関わらせていただいている、近代医学発祥の地長崎からの新たなる発信が、日本の地域医療連携を変える一粒の種になり将来大きな花が咲くことを夢見てやまない。

参考文献

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）古川美和，白髭 豊，鶴田雅子，外山信子，山根 豊，大津留泉，詫摩和彦，谷川 健，落 義男，河野通夫，出口雅浩，小森清和，藤井 卓：長崎在宅Dr.ネットによる管理栄養士のシェア～その実際と効果～．プライマリ・ケア 30(2)：205-209，2007.
4）古川美和，白髭 豊：長崎在宅Dr.ネットの活動と栄養士との連携．臨床栄養 112(3)：277-283，2008.
5）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.
6）川越正平，他：厚生労働省科学研究費補助金（H18―がん臨床―若手―001 効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）分担研究報告書「通院治療・在宅医療等，地域に根ざした医療システムの展開に関する研究」班．在宅医観点のがん患者診療の研究．