

1 長崎在宅DR. ネットの取り組み

1-1 はじめに

2003年、長崎市近郊で医師の相互協力（診療・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、例々の開業医の負荷が軽減され、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。2006年4月、在宅療養支援診療所が新設され、在宅医療推進のカギとして注目されている。このような医療担勢のなかで、本章では、長崎で医療連携を実現する「長崎在宅DR. ネット」のこれまでの活動につき解説・報告する。メンバー・病診地域連携探索へのアンケート調査で明らかになった実情につき解説する。さらに、長崎医師会が行う「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」と今後の展望を論じる。

1-2 背景

診療報酬を含めた在宅医療の総論的背景

厚生労働省「患者調査」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、1960年代中間まで約15万人だったが、その後減少傾向が持続し、1990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）、在宅訪問医学管

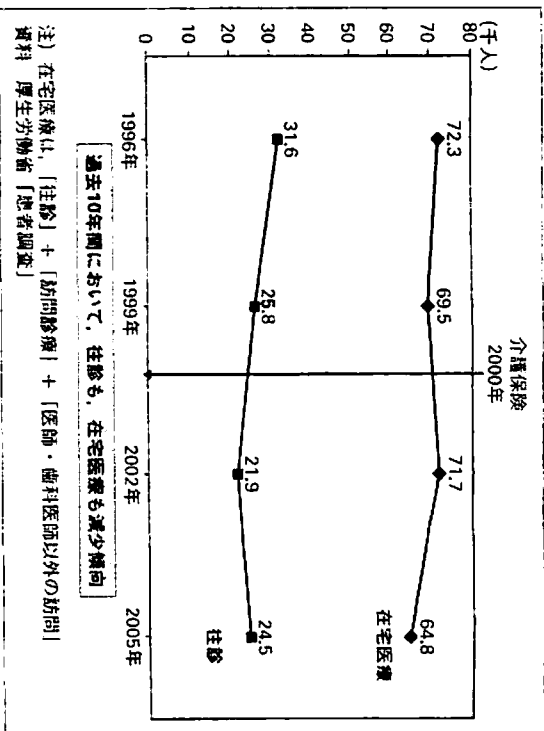


図8-1 在宅医療と往診総数の年次推移

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様々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8-1）。一方、人口動態統計上、1960年以降日本では在宅死が減少傾向となり、1976年に病院死の割合が在宅死を超えるようになった。2006年では、在宅死は全死亡の15.3%にしか過ぎない（図8-2）。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（平成7年度人口動態社会経済面調査報告）。病院における7:1の看護体制による看護師不足や、訪問看護師へのなり手が少なく在宅医療を支える

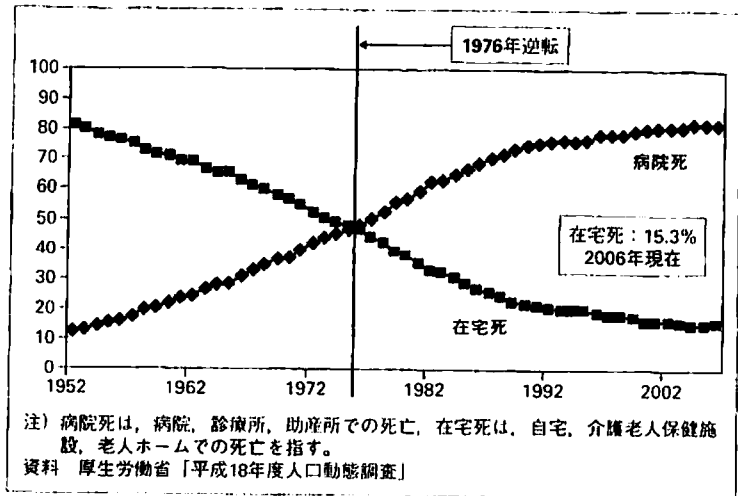


図8-2 病院死、在宅死の年次推移

訪問看護ステーションの運営が困難な状態になっていることも、在宅医療の推進が進まないことに関する、大きな負の要素であろう。

2006年の診療報酬改定では、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設定が行われた。2008年の診療報酬改定でも、その流れを引き継ぐ内容になっている。

### 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%で全国で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8-3)。すなわち、人口45万人の長崎市での年間死亡総数4347人のうち411人

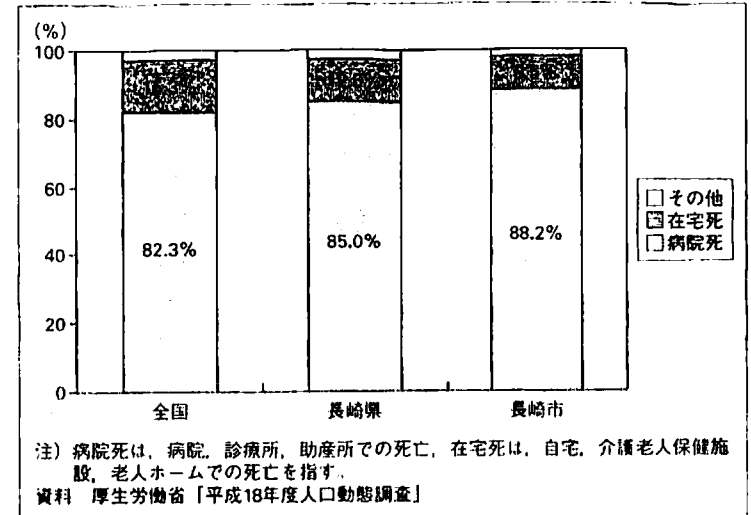


図8-3 2006年死亡場所(全国、長崎県、長崎市)

(年間約34人)が在宅死であるに過ぎない。

厚生労働省による「平成16年医療施設調査」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。

診療所過密地域でありながら、低い在宅死率であるのは、車の横付けのできないような坂道・階段の多い長崎市独特の市街地の構造など、複合する様々な要因によるものと思われる。

### 1-3 長崎在宅Dr. ネット

#### 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. ネット」が発足した<sup>12)</sup>。自宅療

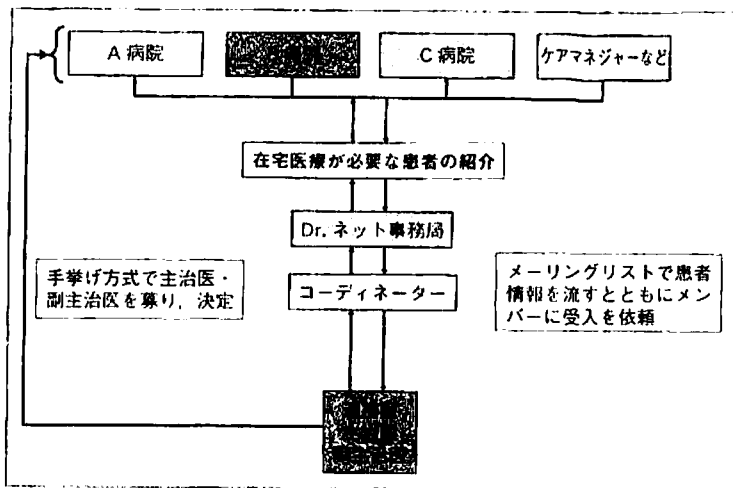


図8-4 主治医決定までのプロセス

養を希望する入院患者の主治医が見つからない場合に、事務局が窓口となり病院側・患者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、個人情報 considering 疾患、居住地等の情報をメンバーリストでメンバーに周知し、手挙げ方式で主治医、副主治医を決定する(図8-4)。退院前には、病院と在宅スタッフ合合同でカンファレ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2月現在、人口45万人の長崎市全域と近郊から計131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」64名、眼科・皮膚科など専門性の高い医師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」34名、「病院医師」33名)。

#### 活動実績

2006年11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115例(がん63例、がん以外52例)だった。主治医決定までに要した時間は平均0.87日と短時間であり、2日以内が83%にのぼり、迅速な対応が可能であった。追跡調査できた107例中71例が死亡していたが、在宅死は26例で全死亡の37%に及んだ(図8-5)。

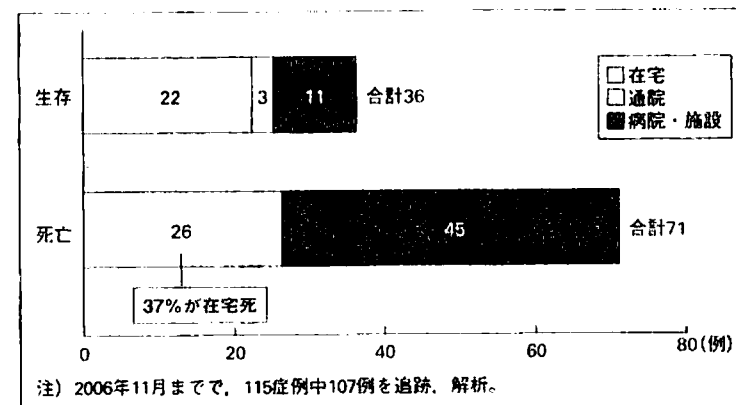


図8-5 追跡できた症例の療養場所別の生死

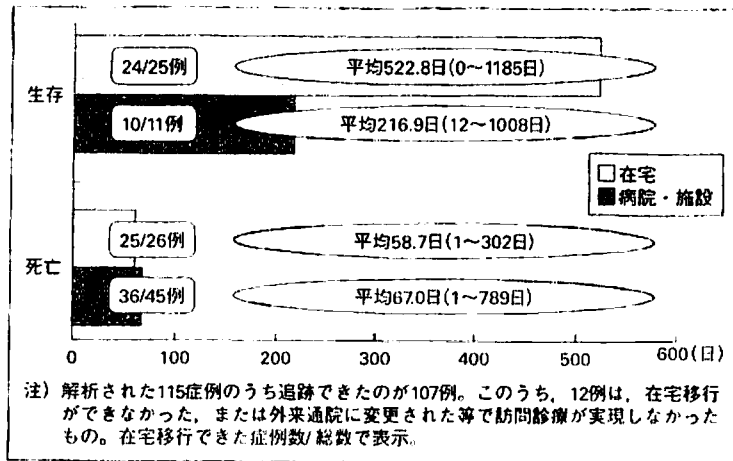


図8-6 最終的な療養場所別の平均在宅日数

図8-6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期まで在宅で過ごし亡くなった症例では、平均58.7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67.0日の在宅期間を実現した。従来なら、かかりつけ医が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、最終的な死亡場所を問わず2か月前後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。

がん緩和ケアにおけるあるべき姿は、オーストラリアのホスピス三角形に示されるように、在宅ケア、ホスピス・緩和ケア病棟、病院の三者が連携を行い、患者が望む最適の場所でケアを受けサービス間の移行がスムーズであることである。長崎市では、Dr. ネットの存在により、在宅ケアのなかでの連携が有機的に成功し、かつ、病院やホスピス・緩和ケア病棟から在宅への移行もスムーズである。このようなスムーズな移行は、がん以外の疾患においても実現して

おり、今や全国的に注目されている。

2007年4月現在、全国の在宅療養支援診療所の届出数は1万249か所、全診療所のほぼ1割に相当する。しかし、実際に活動もしくは利用しているのはその少数に過ぎないと指摘されており、長崎でも同様な傾向だと思われる。これは、24時間対応の往診・訪問看護体制の確保、緊急入院体制の確保、月2回の訪問など算定要件を満たす症例が少ないためと推測される。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、長崎市ではさらに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%とさらに高率である。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ネットワークのよさが持ち味だが、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。我々の活動は、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。

さらに、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。

### 会員・病院地域連携室へのアンケート調査

#### ◇目的、方法

2007年2月の時点で、病院からの事務局への主治医斡旋の症例依頼は累計125例に及んだ。Dr. ネットのなかで、連携がどのように行われているかの実態を把握するため、メンバー全員を対象にアンケート調査を実施した。さらに、同時期に病院地域連携室にも協力をお願いし、病院側からみた実態を分析した。

#### ◇連携医へのアンケート調査

2007年2月時点の連携医(主治医、副主治医となる医師)55人のうち、33人(60%)から回答を得た。

- Q1 在宅訪問診療、往診を行っている症例の1か月平均件数(過去3か月)  
平均12.58人(最多43人, 最少1人)
- Q2 在宅療養支援診療所を届け出ていますか?  
1) はい 27/33人(82%)  
2) 在宅時医学総合管理料1の算定人数(1か月平均)  
平均9.2人(最多27人, 最少0人)  
3) 在宅療養支援診療所で全在宅症例に占める在宅時医学総合管理料(1)の算定割合(月平均)  
平均61.9%(最多100%, 最少0%)
- Q3 訪問診療を行っている症例のうち、Dr. ネットの登録症例は?  
平均0.73人(最大4人, 最小0人)
- Q4 Dr. ネット登録症例以外で、連携医に副主治医をお願いすることはありますか?  
はい 13/32人(41%) いいえ 19/32人(59%)
- Q5 Dr. ネットの登録症例以外で、連携医から副主治医を依頼されることがありますか?  
ある 8/32人(25%) ない 24/32人(75%)
- Q6 副主治医になる、または、なってもらう連携医のパートナーが大体決まっていますか?  
決まっている 14/32人(44%) 決まっていない 18/32人(56%)
- Q7 Dr. ネットへの参加により、登録症例以外にも病院等からの訪問診療・往診等に対する問い合わせ、依頼が増えましたか?  
はい 13/33人(39%) いいえ 20/33人(61%)
- Q8 Dr. ネットの連携システムは先生にとって役立っていますか?  
役立っている 26/33人(79%) どちらでもない 6/33人(18%)  
役立っていない 1/33人(3%)
- Q9 Dr. ネットのメーリングリストによる情報交換は先生にとって役立っていますか?

役立っている 32/33人(97%) どちらでもない 1/33人(3%)  
役立っていない 0/33人(0%)

#### ◇協力医へのアンケート調査

協力医とは、①皮膚科、眼科、精神科、麻酔科、形成・整形外科、婦人科など専門性の高い診療科の医師で、連携医からの医療相談を受け、必要に応じて往診を行うもの、②遠隔地または近隣で、当連携の趣旨に賛同するもの(オブザーバーを含む)。今回、②からの回答を除き、①の8人のうち、6人の回答を得た。

- Q1 今まで連携医から医療相談を受けたことがありますか?  
はい 5/6人(83%) いいえ 1/6人(17%)
- Q1-2  
1) 相談を受けた連携医の人数は合計でどれくらいですか?  
平均 3.4人(最多5人, 最少1人)  
2) また相談の件数はどれくらいですか?  
平均 6.1件(最多10件, 最少1件)
- Q1-3 相談に一番利用している方法は何ですか?  
電話 3/5人(60%) ファックス 2/5人(40%)
- Q1-4 往診を要請されたことがありますか?  
ある 4/5人(80%) ない 1/5人(20%)  
要請してきた連携医数 平均3人(最多4人, 最少2人)  
往診件数 平均5.25件(最多6件, 最少4件)
- Q2 Dr. ネットの連携システムは先生にとって役立っていますか?  
役立っている 4/6人(67%) どちらでもない 2/6人(33%)  
役立っていない 0(0%)
- Q3 Dr. ネットのメーリングリストによる情報交換は先生にとって役立っていますか?  
役立っている 5/6人(83%) どちらでもない 1/6人(17%)  
役立っていない 0/6人(0%)

#### ◇病院医師へのアンケート調査

2007年2月当時25人中、6人からの回答を得た。

- Q1 今まで連携医から医療相談を受けたことがありますか?  
ある 5/6人(83%) ない 1/6人(17%)

- Q1-2  
 1) 相談を受けた連携医の人数は合計でどれくらいですか？  
 連携医 平均2.3人(最多4.5人, 最少1人)  
 2) また相談の件数はどれくらいですか？  
 相談件数 平均4件(最多10件, 最少1件)  
 Q1-3 相談に一番利用している方法は何ですか？  
 電話 4/5人(80%) 電子メール 1/5人(20%)  
 Q1-4 往診を要請されたことがありますか？  
 ある 1/5人(20%) ない 4/5人(80%)  
 Q2 Dr. ネットの連携システムは先生にとって役立っていますか？  
 役立っている 5/6人(83%) どちらでもない 1/6人(17%)  
 役立っていない 0/6人(0%)  
 Q3 Dr. ネットのメーリングリストによる情報交換は先生にとって役立っていますか？  
 役立っている 6/6人(100%) どちらでもない 0/6人(0%)  
 役立っていない 0/6人(0%)

◇地域連携室へのアンケート調査

2007年2月、長崎市内の2次救急輪番11病院、長崎北病院(神経疾患の専門病院)、地域の中核病院としての長崎大学医学部歯学部附属病院の計13病院を対象に行った。

入院患者の退院に際して、過去1年間に、診療所医師あるいは在宅専門の病院医師に、訪問診療を依頼した件数を尋ねた。その結果、13病院中、「無回答」が2病院(15%)、「ゼロまたは評価できない」が6病院(47%)、「1~5件依頼」が2病院(15%)、「6件以上依頼」が3病院(23%)であった。残念ながら、長崎市内では、半数以上の病院が、退院に際して在宅医療への移行という選択肢をもち合わせていない状況が浮かび上がった。1件以上の在宅訪問診療を依頼した病院の過去1年間での依頼総数とDr. ネット会員への依頼数は、図8-7のとおりであった。長崎市において、病院が在宅主治医を探す場合、Dr. ネットへの依存度が高いことが分かった。図8-8に、過去1年間でのDr. ネットへの依頼ルート内訳(事務局経由・連携医へ直接依頼)の集計を示す。長崎国立市民病院以外では、連携医への直接依頼が事務局経由を上回っている。Dr. ネットが活動を開始した2003年6月以降の累計が追跡できた長崎大学では、事務局を介して

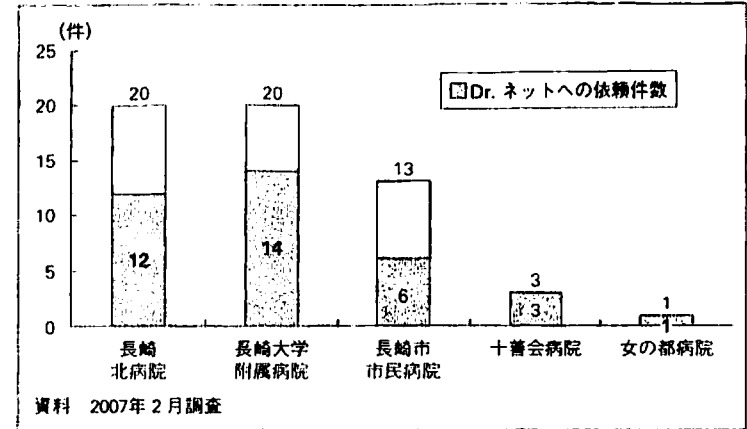


図8-7 過去1年間での訪問診療および往診の依頼総数とDr. ネット会員への依頼数

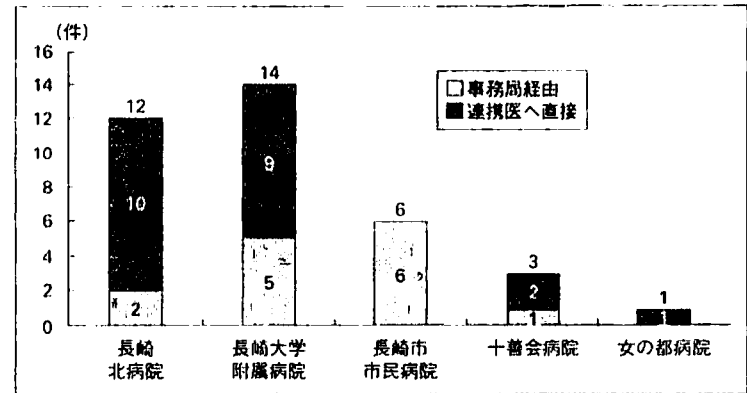


図8-8 過去1年間でのDr. ネットへの依頼ルート内訳(事務局経由・連携医へ直接依頼)

主治医を決めているケースが45例中23例(51%)であったが、過去1年間では14例中5例(36%)に減少した。すなわち、以前は事務局に斡旋してもらっていた退院時の主治医決定が、数年間の連携をとおして顔の見える交流が実現した結果、地域連携室からメンバーの

診療所へ直接依頼するケースが多くなってきたものと思われる。

#### ◇寄せられたコメント

以下に、自由記述のコメントを掲載する。

##### ① 連携医

- Dr. ネットに加入していることで安心感がある。いろいろな情報が入ってくるので、今まで、独りよがりだったのが勉強になる。
- ほかのドクターと接する機会が増えて情報交換ができて助かっている。
- 地域で発生するインフルエンザの情報は診療の参考にしている。
- 登録症例以外でも多くの情報交換を速やかに行え、日常診療にも大変役立っている。当地域の地域連携ネットワークにも役立っている。
- 情報交換、連携（人脈形成）に有用。
- 開業医の医局のような気安さと何でも相談所がすぐそばにあるという安心感がある。何より、自分は一人ではないという連帯感がある。いつも感謝している。
- 連携医のパートナー数が地域により格差が大きい。
- 各種医療情報がリアルタイムに手に入る。
- 往診する際に非常にありがたく、安心できるシステムであると思う。総会などでもいろいろな先生の意見を聞き、相談にのっていただけるのも大変役立っている。
- 情報交換、感染症最新情報、ちょっとした、しかしためになる知見のリソースになっている。きついとき「みんな頑張っているのだ」と、はげみになる。
- 在宅時医学総合管理料の算定で責任の重さを痛感し、飲み会のときなど電話がないかとソワソワしてしまう自分が情けない

（飲まなければいいのに）。「飲み会だから副主治医よろしく！」とは頼めないから（いや、思い出しました。2回だけK先生にお願いしたことがありました）。

- Dr. ネットの症例はいずれも末期がんで、短期間のうちに死亡されたり入院になったりで、診療所経営の面では手間がかかるわりには、決して有利に働いているとはいえない。でも、Dr. ネットをとおして医師（開業医・病院勤務医）や訪問看護師さんやケアマネジャー・地域連携室のスタッフの多くの方と知り合うことができ、またメーリングリスト上で多くの医療情報を得ることができている。これは個人的には大きな財産だと思っている。
- 趣旨には大賛成だが、家庭で最期まで看となると家族の負担が大変。本当に死期が近づいてきたらホスピス（費用が高い）か、看取りの病棟に入っていただくほうが良いように思う。

##### ② 病院医師

- 情報はとても役に立っている。特にインフルエンザは手に取るように市内の状況がわかりおもしろい。
- 実際、どのような症例が在宅に回っているのかを把握でき勉強になる。インフルエンザや感染症の情報など実際の診療に役立つ情報がリアルタイムに把握でき大変有用。また、怪しげな医療サービス会社の情報も時々掲載されるのもためになる。事務局の負担は大きいと思うが、これが官に統制されるとお役所仕事でしにくくなると思うので、今のままがよいと思う。
- メーリングリストによる情報交換は、感染症の発生状況（主にインフルエンザ）がリアルタイムに近い形でなされており、たいへん有用。
- 当院地域医療連携室を通じて依頼が出た場合、在宅移行に向けての準備状況をメーリングリスト上でリアルタイムに知ること

ができ、その情報を連携室や病棟にフィードバックすることで、退院に向けての歩調を合わせるができる。また退院後の状況を主治医、副主治医の先生からのメールでメールリングリスト上で知ることができ、行ったらそれっきりにならないところがありがたい。

### ③ 遠方の協力医（オプザーバー）

#### 〈諫早〉

- ・直接関係することはまずないが、やり取りされている情報は非常に役立って助かっている。
- ・長崎のDr. ネットの活躍、メールリングリストでの話し合う内容など参考になる。今後、諫早のネットが充実し、貴ネットとの連携を図れるように努力したい。

#### 〈大村〉

- ・Dr. ネットにより地域を越えた連携（紹介先探し）の実績が2例ある。メールリングリストによる情報はいただくばかりだが、参考になることが多く役立っている。
- ・大村での在宅ドクターネットも「長崎モデル」を参考にして、というよりほとんどコピーして活動を始めた。いつも、その素晴らしい活動に感心している。長崎を目標に「ガンバランバ！」という気持ちにさせてもらっている。

### ④ 地域連携室

- ・退院患者さんは必ず紹介医に、開業の先生に、をモットーにしてきましたが、どうしても手がかりのない地区にはDr. ネットは救いの女神。
- ・在宅の患者さまの不安は、緊急時にどうすればいいかわからないこと。その不安を解消してくださるDr. ネットの働きがますます広まりますように。夜間・休日の急変に安心の温かい医療を届けてくださり、感謝申し上げます。

- ・MSW（連携室）へご相談があった場合、かかりつけ医などいないときはDr. ネットのリストを見せていただき直接ご相談させていただいている。大変助かっている。

#### 在宅療養支援診療所としての活動の分析（看取り数など）

2006年7月～2007年6月の期間における在宅療養支援診療所での在宅看取り数は、全国で2万7072人であった（在宅＝自宅2万1724人＋施設5348人）。1診療所当たりの在宅看取り数の全国平均は2.77で、長崎県は1.36と最下位から5番目の低さであった（読売新聞東京本社2007年10月27日）。一方、Dr. ネットメンバーを独自に調査したところ、同期間での看取り数の平均は3.04であった。全国では、平均看取り数2以下が63.2%、長崎県では71.1%を占めるなかで、Dr. ネットによる診診連携が、在宅看取りに寄与できる可能性を示唆している。

#### 1-4 Dr. ネットと多職種との連携

Dr. ネットは、ケアマネジャー・ホームヘルパー・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・懇親会などをとお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ビリテーション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8-9）。

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つくった。このシステムは現在順調に稼働し、診療所での栄養



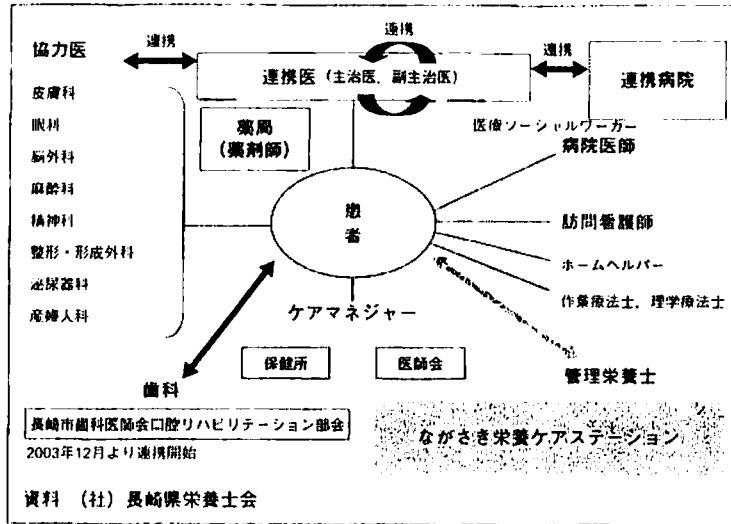


図8-9 在宅医療のネットワーク構築

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HbA<sub>1c</sub>、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<sup>3)</sup>。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子防給付・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。

2

今後の展望

2-1 在宅医療の増加の方向、診診連携

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1万か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12%の在宅死の現状を維持するだけでも、2038年には20万人（すなわち、在宅療養支援診療所1か所当たり20人）の在宅死を請け負わねばならない。厚生労働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、現実的ではない。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システムをつくるべき時期に来ている。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。

2-2 組織立った連携へ

長崎では、Dr. ネットにより診診連携は一定の実績を上げているが、一方、病院から在宅へ移行する症例のさらなる増加のためには、退院支援・調整の普及・整備が必要不可欠である。京都大学では、入院時スクリーニングシートで、退院支援の必要な患者を入院早期から把握することで、在宅移行に大きな成果を上げている<sup>4)</sup>。今後、在宅医療の推進には、このような早期からの系統立った退院支援・退院調整が肝要である。

### がん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファレンスに 診療所医師が参加

2007年春より、Dr. ネットメンバーのなかで世話人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定期的に参加するようになった。きっかけは、メンバーの一人の医師が自発的にカンファレンスに参加し在宅移行の実績を上げていたからであった。これにより、

- ① 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。
- ② 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が出てきた。後述の「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のちは、同プロジェクトに参与する看護師3名、中核となる診療所医師3名で分担を決めて、市内三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レンスに定期的に出席するようになった。

### 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」について

厚生労働省は、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」（平成19年度「厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」）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<sup>9)</sup>。この研究の目的は、日本に合う緩和ケアの地域モデルをつくることで、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

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、カンファレ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。

### 2-3 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、介護老人保健施設、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、グループホームや有料老人

ホーム、宅老所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<sup>1)</sup>。今後、独居生活者が増加し、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。

## 2-4 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年が経過することになる。今までに前例のない近隣の開業医同士との連携である。結成初期の段階で、まず、患者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、これまでに患者の取り合いにならぬようなたラザルは起こっていない。結成初期には、メンバー同士で、病院から紹介された症例の主治医決めのみならず、様々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、様々なメールを織り交ぜて、文字どおり医局での会話のような雰囲気づくりに努めた。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年間も、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れて、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。ライオネットラザ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なかでの互助的運用が、Dr. ネット全体の雰囲気波及して、ここまで順調に運営することができたのである。

うと思う。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、コソとなる仲間づくりに尽きるであろう。長崎市近郊での我々の連携の実践を参考として、長崎県では大村市、諫早市、他県では京都市、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発展が、日本の地域医療連携を変え、一粒の種になり、将来大きな花が咲けば、望外の喜びである。

## 引用文献

- 1) 白監督、藤井亮、長崎在住Dr. ネットによる地域医療連携、日本医事新報、4224、29-32、日本医事新報社、2005。
- 2) 藤井亮、白監督、長崎在住Dr. (ドラクラー) ネットにおける地域連携、在宅医療の実践、長崎県医師会報、726、19-21、2006。
- 3) 吉川美和、白監督、船田雅子ほか、長崎在住Dr. ネットによる管理栄養士のワークショップ、その実態と効果、フサイソリ・ソフ、30(2)、205-209、日本フサイソリ・ソフ学会、2007。
- 4) 宇部宮宏子、コミュニティな退院調整に向けた取り組みとネットワーク構築、看護管理、11、899-906、医学出版社、2006。
- 5) 白監督、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の構築)』、地域介入研究』1〜長崎県医師会が採択、長崎県医師会報、740、14-16、2007。
- 6) 川崎正平ほか、厚生労働省科学研究費補助金(1118-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) 中核研究報告書「通院が困難な在宅医療等、地域に根ざした医療システムの展開に関する研究」期、在宅医療の観点からがん患者診療の研究