

にいがた
勤務医ニュース

発行所
新潟県医師会
新潟市中央区医学町通 2-13
TEL 025 (223) 6381

医療の地域連携

新潟県医師会 副会長 吉沢浩志



二〇二五年には団塊世代が七十五歳以上になり、その数は二二七九万人、日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者数は二〇一〇年の二八〇万人から四七〇万人に増え、世帯主が高齢者のみの単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合が二五・七％になると推計されています。高齢化が進めば医療や介護を必要とする方は増加しますが、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分に対応出来ず、諸施策を展開しても約四七万人の方々を看取る場がないと見込まれています。

人、日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者数は二〇一〇年の二八〇万人から四七〇万人に増え、世帯主が高齢者のみの単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合が二五・七％になると推計されています。高齢化が進めば医療や介護を必要とする方は増加しますが、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分に対応出来ず、諸施策を展開しても約四七万人の方々を看取る場がないと見込まれています。

「地域包括ケアシステムの構築」に係る諸法案の整備が趣旨です。二〇一二年の診療報酬・介護報酬同時改定、今年度の診療報酬改定は「社会保障・税一体改革」路線に基づいています。今回は「入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る」のが基本認識です。先の法案を元に、高度急性期医療から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで患者の早期社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とするのが医療・介護改革の目的です。

改革後の姿は次のように描かれます。(一)入院医療…①「高度急性期病院」…医師・看護師を多く配置し、質の高い医療と手厚い看護により、早期に「急性期後の病院」や「リハビリ病院」に転院を可能にする。病院の身近な病院を紹介する(患者は自分で転院先を探す必要がない)。(二)「急性期病院」…「回復期病院」…「慢性期病院」や「有床診療所」…身近なところで集中的なリハビリを受ける。早期の在宅復帰、社会復帰を可能にする。(三)外来医療、在宅医療、住まい…いつでも必要な場合に往診してくれる医師が近くにいる、必要な訪問看護サービスを受けられる。サージック付き高齢者向け住宅(サ高住)や有料老人ホームなど高齢者が安心して暮らせる多様な住まいを整備する。(四)介護…①在宅介護サービス…二十四時間対応の訪問介護・看護サービス、小規模多機能型居宅介護等により、高齢者の在宅生活を支援する。②生活支援・介護予防…ボランティア、NPO等の多様な主体による見守り、配食、買い物支援等の生活支援サービスを実施する。③特別養護老人ホームや老人保健施設…地域の拠点として在宅介護サービス等も積極的に展開する。

医療連携について

新潟リハビリテーション病院 院長 山本智章



病院に勤務していると、多くの専門職がそれぞれの立場から自分の知識、経験、技術を駆使して業務を遂行してその集約

「地域包括ケアシステムの構築」は医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制で、住み慣れた地域で長く暮らすことが出来る「支援付きの地域づくり」です。医療の地域連携は病病・病診連携に止まらず、医療・介護に関わる諸々が一体となって、地域の実状に応じた地域づくりの要です。

二〇二五年問題の喫緊の課題である看取りの場の確保には多様な看取り力が求められます。家族の介護力には限界があり、サ高住・老健・特養など地域ぐるみの施設での対応も必要です。胃腸等の延命治療を控え、尊厳死・平穏死・満足死など自然な看取りを受け入れ、生き方・死に方、どのように生きるか等の地域に看取りの文化を醸成することも課題です。

医療機関の機能分化が進み、在宅医療が発展すれば、病院の外来患者が減り、社会的入院や救急搬送も減り、多忙な勤務医の方々は負担が減り、治す医療に専念できてやりがいが増えます。勤務医の方々は「かかりつけ医」とされる患者もいます。看取りは終末期だけでなく、「人生を看取る」こと、「かかりつけ医」として最後まで診るのが医師の本分かと考えます。地域医療が疲弊している今、二〇二五年問題のみならず、在宅医療も含めた医療連携で地域医療は救われます。一人でも多くの勤務医の方々が地域の医療連携に関わってくださるようお願い申し上げます。

この医療現場には気がつきにくい壁が存在しており、もしここに意識した連携を実現できればより質の高い医療レベルに到達できるかもしれないということがある。ここ数年、日本では医師を含めて医療従事者の役割分担の推進が叫ばれ、スキルミックス (Skill Mix、多職種協働) と呼ばれ注目されている。これは単なる役割分担ではなく、多職種医療チーム内における権限と責任の委譲を伴った協働である。その代表的な事例が医師クラークの誕生であり、勤務医の負担軽減に大きな効果をもたらしたことは言うまでも無い。このように課題を明確にした多

職種連携協働はわれわれ診療の大きな力になってくれることかすべしと意識した連携を構築すべきである。

さて、病院での日常診療の一つである骨折症について、医療連携が話題になっている。高齢者の骨折が増加して整形外科科病棟は多くの骨折患者さんが治療を受けている。これまで、骨折はアクシデントによって発生する外傷であり、骨折部の整復と骨癒合、機能回復に医療が集中されてきた。われわれ整形外科医にとって骨折の治療が治療ゴールになってその後のケアはほとんどされてこなかった。実は高齢者において骨折は骨粗鬆症という疾患がもたらす脆弱性が大きな原因になっており、医療側も骨折が繰り返し起

こる認識が不十分であったといえる。骨折患者が整形外科医、かかりつけ医師、骨粗鬆症治療の三者の間に埋没し、適切な治療を受けていなかった。欧米ではこの問題を「骨粗鬆症の Bermuda Triangle」と表現し、医療の課題として対策が急務とした。英国でこの解決に登場したのが骨折リハビリテーションと呼ばれる専門職であり、骨粗鬆症性骨折患者に対するチーム医療やチームケアを実行し推進する役割を果たした。さらにこの専門職は、再骨折予防に成果を示したことから世界に広がることになった。私は今、新潟において再骨折を予防するためのツールとシステム作りを注いでいる。診療科を超えて骨粗鬆症診療を話し合い、多職種

患者さんや家族から安心してまかせていただける関係を作るために最低数週間の余裕があるとありがたいです。がんの場合、比較的ぎりぎりまで ADL が保たれるために患者さんや家族が訪問診療の必要性を感じにくい、病院から離れることに不安を持つ、という面もあるかと思えますが、特に、合併症が多く、ほとんど初対面になるため、患者さんや家族から安心してまかせていただける関係を作るために最低数週間の余裕があるとありがたいです。がんの場合、比較的ぎりぎりまで ADL が保たれるために患者さんや家族が訪問診療の必要性を感じにくい、病院から離れることに不安を持つ、という面もあるかと思えますが、特に、合併症が多く、ほとんど初対面になるため、患者さんや家族から安心してまかせていただける関係を作るために最低数週間の余裕があるとありがたいです。

(一) 緩和ケアリンクに「た」：二ヶ月に一回、県立がんセンター、新潟市民病院の有志とともに地域の医療・介護福祉スタッフにも声をかけて在宅緩和ケアに関する多職種の勉強会を行っています。事例検討のグループワークなどを通じて少しずつ顔の見える関係作りが進んでいると感じています。

病院と密に連携していることが伝わり、必ずしも受診や入院を安心して在宅で過ごすことが出来るようになります。患者さんが切れ目のない最善のケアを受けられるように、「病」と「診」が上下の関係ではなく、互いに教え合い学び合う関係を今後目指していきたいと思っております。

がん終末期の在宅療養を支える病診連携

在宅ケアクリニック 院長 塚田裕子



当院はがん終末期の患者さんを中心とした在宅医療を行っており、二〇〇九年八月から二〇一三年七月の四年間の訪問患者総数二七〇名のうち末期悪性腫瘍患者は二三三名(八六%)、直近一年間の在宅看取り割合は六三%です。がんの場合は病院受診のない例が珍しく他の疾患以上に病院との連携が重要です。以下、当院の病診連携に関する取組みを紹介します。

(一) 日々の連携：診療開始時には積極的に退院前カンファレンスに参加し、今後起こり得る病態とその対処法、再入院が必要になった場合の連絡方法を確認しています。退院後は、病院長スタッフが在宅療養の実態を少しでも理解し、今後の退院支援の参考にしていただけるようフィードバック(訪問開始時と最終転院時の情報提供)を必ず行っています。また再入院の際、特に時間外は、できる限り当直医に直接会って引き継ぎを

行うようにしています。また入院後には病室を訪問し、患者さんが在宅療養再開を希望する場面に迅速に対応できるようにしています。また、在宅で対応困難だった症状に対して病院でのような治療が行われるのかをみせていただくのも勉強になります。次の機会に活かすことで緊急入院を依頼する回数を減らすこともできると思われれます。連携を円滑にするためのコツは、可能な限り病院担当医と一度は直接顔を合わせる(文書や電話だけでなく直接お会いすると、患者さんへの想いもわかり、良好な信頼関係を構築することが出来ます)、地域連携室や相談支援センターを活用することだと考えています。規模の大きい病院ほど担当医と直接連絡をとるのが難しく、超多忙な病院医師を電話で呼び出すのは躊躇されるので、各病院の連携室の皆様にはいつも大変お世話になっております。病院医師と連携する上で難しさを感じるのには、紹介いただくタイミングと、併診時の情報共有・役割分担の調整です。当院の場合は、元々かかりつけというところは少なく、ほとんど初対面になるため、患者さんや家族から安心してまかせていただける関係を作るために最低数週間の余裕があるとありがたいです。がんの場合、比較的ぎりぎりまで ADL が保たれるために患者さんや家族が訪問診療の必要性を感じにくい、病院から離れることに不安を持つ、という面もあるかと思えますが、特に、合併症が多く、ほとんど初対面になるため、患者さんや家族から安心してまかせていただける関係を作るために最低数週間の余裕があるとありがたいです。

受診が複数科にわたる場合は、在宅医が全体の調整役となることもできますので、通院の負担が生じた時期にぜひご紹介いただいたかと思っております。がんの診断・治療の過程で長期間ともに歩んできた病院担当医を患者さんや家族が頼るのは至極当然のことです。で、外来受診と訪問診療との併診の期間を持ち、徐々に在宅へ比重を移していくのがよいと考えています。ただし短期間で病状が変化するがん終末期の場合、病院担当医と迅速に情報を共有し、役割分担を病状に合わせて確認し直していくことに困難を感じる場合は少なくありません。情報提供のやりとりだけでなく、くすり手帳で処方内容を確認、診療報酬明細書で検査や治療内容を確認、連携室に検査結果や治療内容を照会、担当医に直接面談を依頼する、などやれることは何でもしてありますが、双方向性の高い電子メールでのコンサルテーションに近接しているのが先生方が最近増えているのが非常にありがたいと感じています。在宅医と病院担当医の役割分担の比重は患者さんによって異なるとは思いますが、薬剤の処方では早めにおまかせいただくと、症状・生活の様子・服薬コンプライアンスに合わせて処方内容を微調整したり、必要に応じて調剤薬局に訪問服薬指導を依頼したりすることもできます。

(二) 緩和ケアリンクに「た」：二ヶ月に一回、県立がんセンター、新潟市民病院の有志とともに地域の医療・介護福祉スタッフにも声をかけて在宅緩和ケアに関する多職種の勉強会を行っています。事例検討のグループワークなどを通じて少しずつ顔の見える関係作りが進んでいると感じています。

病院と密に連携していることが伝わり、必ずしも受診や入院を安心して在宅で過ごすことが出来るようになります。患者さんが切れ目のない最善のケアを受けられるように、「病」と「診」が上下の関係ではなく、互いに教え合い学び合う関係を今後目指していきたいと思っております。

緩和ケア病棟より

長岡西病院 板野 武司



前回の診療報酬改定で、緩和ケア病棟入院料の一律一日三七八〇点が増え、

緩和ケア病棟在院日数が三〇日以内で四七九一点、三十一日以上六〇日以内で四二九一点、六十一日以上で三二九一点となりました。緩和ケアも在宅へという意図と考えられます。自宅も含む「在宅」の扱いとなる施設も変わりました。それぞれの地域によって利用できる医療資源の違いもあり、異なる課題を抱え、同じ課題でも解決策は異なると考えます。緩和ケア病棟、地域がん診療連携拠点病院での緩和ケアチームでの経験をお伝えします。

緩和ケアは「がん」と診断された時から「提供するものとされた」現実には、終末期と思

ビハラー病棟は、急性期病院より紹介された患者を引き受ける施設として活動しています。長岡にて今年で二十二年目を迎え、過去の利用者のつながりなどから当院への転院を希望されるケースも増えてきています。四月からは病床数を二十七床から三十二床へと増床しており、できるだけ早く転院して頂けるようにと考えています。去年ビハラーでは、一六五人の方々が死亡退院されました。以前と比べて家族の形態も変わり、介護者が高齢、または何らかの理由で一人暮らしのため自宅や在宅へ移行できる方はほとんどおられません。

不快な症状緩和についても微妙な差を感じました。緩和ケアチームでは、化学療法・放射線療法中は「痛みを取らないで」と訴えられました。病気が治療で小さくなったり、治れば痛みはなくなりますが、痛みは治療効果を見るためのものなのです。消化器疾患で輸液量が一日一五〇ミリリットル以上で、嘔気・嘔吐が持続していれば胃管を留置し減圧を積極的にを行いました。緩和ケア病棟転院時、医療用麻薬の使用量を三分の一の方は減量し、三分の一の方は増量、三分の一の方は増減せず、残りの方は疼痛コントロールが難しく、看護ケアで助けられることは多いです。

在宅では、簡単に分かりやすい処方箋を念頭に置いています。医療用麻薬パッチは毎日交換できるものにして、入浴がしやすく、薬の増減も調節しやすくします。三日用のパッチはどうしても貼り替えを忘れることがありますが、間違えが多くなります。病棟においては毎日交換をする患者は一日八〜十人となり、仕事が増える看護士から抗議されました。突出痛には麻薬ばかりでなく、消炎鎮痛薬も必ず使うように指示を出します。訪問看護への指示は電話で行います。が、「言った、言わない」で後味の悪いこともあることから必ずファックスを送って文書に残します。

がん患者とその家族へいろいろな選択肢を提供できるように努力したいと考えています。長岡市内循環バス「ぐるりん」の訪問診療の際、母の玄関で娘さんから「母は先生が今日来られるので、お化粧をして待っていました」と聞きました。母娘と一緒に化粧を楽しむのもありです。

新潟県肝疾患診療連携の現状と課題

厚生連新潟医療センター 消化器内科 五十嵐 正人



ウイルス性肝炎は慢性進行性でほぼ無症状のまま経過し、肝硬変や肝細胞癌の原因となり得る疾患である。本邦では肝細胞癌による死亡者数が年間約三万人存在するが、その大半はウイルス性肝炎に起因しており、その克服はわが国の健康問題上、重要な課題である。そこで国は、各都道府県に「肝疾患診療連携拠点病院」(以下拠点病院)を置き、これを中心とした肝疾患診療連携ネットワーク構築を推進している。新潟県においては、平成二十

二七分の二三(八五%)であった。中でも『診療連携パス』については、二七分の二二(八一%)の施設において導入されており、特に乳がんや脳血管障害でパスの導入率が高かった。ところが肝疾患関連の診療連携パスの導入は六施設にとどまり、その運用件数も少数に限られる傾向であった。このように肝疾患の診療連携パスが普及しにくいのは、肝疾患の特殊性に起因していると考えられる。第一に、肝細胞癌の発生母地は基本的に肝硬変であり、肝癌の術後にも肝硬変、すなわちアクティブな肝疾患が残存するという点。他の癌と一線を画す。当然癌の再発リスクは常にあり、術後フォローにも一定の知識と経験を要する。このため、知識と経験の術後パスが作成しにくいのが問題である。第二に、肝疾患の治療が高度に専門化してきたため、一部の協力病院では設備的、人的に最新治療に対応できない場合が生じている。例えば

乳がんの診療と地域連携

新潟県立がんセンター 新潟病院 乳癌外科部長 金子 耕司



がんは、昭和五十六年より、日本人の死因の第一位であり、平成二十二年には年間約三五万人が亡くなり、生涯のうち約二人に一人は一生のうちがんに罹ると推計されている。

このような状況に対処するため、平成十九年四月よりがん対策基本法が施行され、がん予防および早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進、がん研究の推進が掲げられた。これに基づきがん対策推進基本計画が策定され、がん医療の均てん化を進めるために、がん診療拠点病院が中核となって、地域のがん医療体制を構築していくことが求められ、すべての拠点病院において、五大がん(肺・胃・肝・大腸・乳)に関する地域連携クリティカルパスを整備することが目標とされた。平成二十四年六月に基本計画の改定が行われ、地域連携に関してはクリティカルパスが十分に機能しておらず、十分な地域連携の促進につなげていないとの指摘があった。

平成二十一年の新潟県における女性の乳がん罹患率は七〇一人で、罹患割合では乳がんが約一七・五%を占め最も多く、年間約一二〇〇人が罹患し、年々増加傾向にある。一方で乳癌専門医は新潟県内で二〇一四年四月現在十二人しかおらず、専門医のみで診断から初期治療、経過観察、再発診断・治療、緩和ケアまで一貫して提供することが困難となってきた。地域連携は診療の質の維持・向上に不可欠である。

乳がん初期治療は一部の臨床試験を除き、おおむね乳がん診療ガイドラインに沿って提供される。初期治療においては、がんの解剖学的広がりである病期診断、またエストロゲン受容体、プロゲステロン受容体、HER2/neuの発現の有無、および細胞増殖マーカーであるEGFRなどのバイオマーカーにより乳がんのサブタイプを検索し、術前化学療法、手術、術後補助療法(化学療法・内分泌療法・放射線治療)を決定する。初期治療後は経過観察となるが、経過観察は再発の有無をみることを目的とする。再発形式としては局所・領域再発および遠隔再発があり、局所・領域再発であれば外科治療あるいは放射線療法が選択され、遠隔再発では薬物療法が選択される。経過観察においてはガイドラインで推奨されていないのは問診・視触診およびマンモグラフィであり、症状がない場合の腫瘍マーカーを含む血液検査、CT、MRI、骨シンチグラフィ、FDG-PETはいずれも推奨グレードC2で、科学的根拠が十分とはいえず、実践する場合は基本的に勧められない。

平成二十五年年度のC型慢性肝炎治療ガイドラインにおいては、本邦に一番多い1型高ウイルス量症例の治療として「テラプレビル三剤併用療法」が推奨されていたが、この治療を行うための要件を満たす施設に限られ、県内では十三施設でしか治療できない状況であった。協力病院のおよそ三分の二では治療ができず、地域中核病院として十分機能したとは言えない状況であった。こうした問題点に加え、医師偏在、専門医偏在の問題が絡み合い「当方では、肝疾患の診療連携パスはとも導入できない」といった意見も寄せられ、肝疾患と診療連携パスの間には、少なからず相性の悪さがあると感じられる結果であった。一方、診療連携パス以外では、各施設で円滑な連携のための対策が練られていた。多く見られた意見としては、地域の開業医を対象とした勉強会や検討会を開催して疾患関連の知識を共有する取り組みや、システム

い。なぜなら初期治療後にさまざまな検査を組み入れた慎重なフォローアップを行うことの、生存率・QOL・医療経済に対する効果は証明されていないからである。

乳がん診療には各局面が存在し、現在県統一の連携パスは初期治療を拠点病院で行い、その後の術後内分泌療法および経過観察を連携施設で行う内容となっている。当科での原発性乳がんの手術件数は年間約三〇〇件強で、このうち約半数は乳癌専門クリニックからの紹介で、初期治療が終了すると約八割が同施設で経過観察となっている。手術件数の約四割は他施設からの紹介である。平成二十三年六月より現在まで県連携パスに同意され、クリニック以外の連携施設にて経過観察となっている乳がん患者は二〇一一年二四例に対して、二〇一二年は一一三件と徐々に増加してはいるが、十分とはいえない。現在新潟県内では一三四の施設が連携施設として協力してくれていないものの、紹介医が連携施設でない場合は、初期治療後の連携先を探すことに苦慮する場合も多い。

編集後記

今年の診療報酬改定のキーワードは、「医療機関の機能分化と連携」。「地域包括ケアシステム」の構築です。そこで、今回はさまざまな分野で「医療の地域連携」にとりくんでおられる先生方から現状と課題を報告していただき、中でも「がん」終末期の在宅医療に取り組み、病院勤務医へ熱いメッセージが届けています。(高井)