

(第41回)

在宅医療の現場から

長崎在宅Dr.ネット…その2 医師同士の連携ネットワーク

医療法人白髭内科医院院長

認定NPO法人長崎在宅Dr.ネット事務局長

白髭 豊しらひげ ゆたか



第1回で長崎地域の医療資源について俯瞰的に述べた。本稿では、長崎在宅Dr.ネットの設立と仕組みについて述べる。

長崎在宅Dr.ネットの設立、仕組み

在宅療養支援診療所を含めた一般診療所が無理なく在宅医療を請け負うためには、相互の連携による負担軽減が必要不可欠である。2003年、診療連携を推進する組織として「長崎在宅Dr.ネット」(以下、Dr.ネット)が発足した(文献1、2)。これは、前号で指摘した、医師数が多いにもかかわらず自宅死亡率が低い都市として、病床数の多さ、坂道・階段の多い地理的要因はともかくとして、担当する医師がいないという理由で自宅療養を断念することのないようにと考えた組織だ。

具体的には、自宅療養を希望する入院患者の主治医が見つからぬ場合に、事務局が窓口となり病院側・患者側に在宅主治医、副主治医を紹介する。そのために、市内を5地区に分けてコーディネーターを配置し、事務局から情報を伝達する。その後、コーディネーターから、個人情報等を考慮して疾患、居住地等の情報をメール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1)。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う。

最大の特徴は、ひとり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。副主治医は、主治医よりあらかじめ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少ない。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。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。基本的な緊急対応は、まず主治医が連絡を受け、主治医の指示で自院看護師と訪問看護師がシフトで対応が行う。すなわち、主治医は副主治医の存在により不在時の対応に大きな安心感を得られる方、副主治医が実働することは少なく、副主治医の負担はそれほど大きくない。

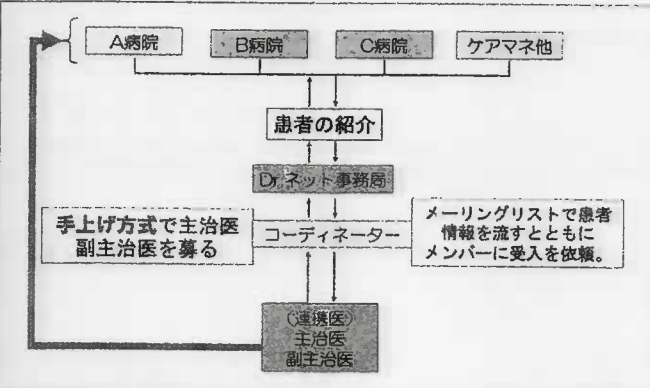


図1 メーリングリストを利用した主治医決定までの流れ

その一方、Dr.ネットが役立っている点を感じたところ、不在時の副主治医への「安心感」をあげた者が52%と半数を占めていた。すなわち、実際の往診は少ないものの、副主治医の存在による安心感が大きいことが明らかになった。

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、専門的な助言をしたり、病診連携の橋渡し役となつていく。2012年10月現在、計171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」75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」48名、「病院・施設医師」48名)。

2003年3月に13人の開業医で発足したDr.ネットは、2008年1月にNPO法人化した。さらに、2010年7月、国税庁から「認定NPO法人」に認定された。認定NPO法人は全国に159団体あるが、在宅医療推進を目的とした法人はほかにないという。認定NPO法人は、寄付者に所得税や法人税、相続税など税制上の優遇措置が認められ、寄付金を集めやすくなる。

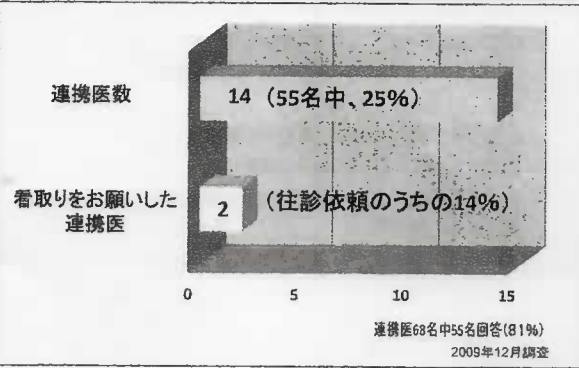


図2 <連携医へのアンケート>1年間に副主治医に往診を依頼した連携医数

これまでの実績

2011年12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549例に及んだ。主治医決定までに要した時間は平均0.72日と短時間であり、48時間以内が87%にのぼった(図3)。追跡調査で

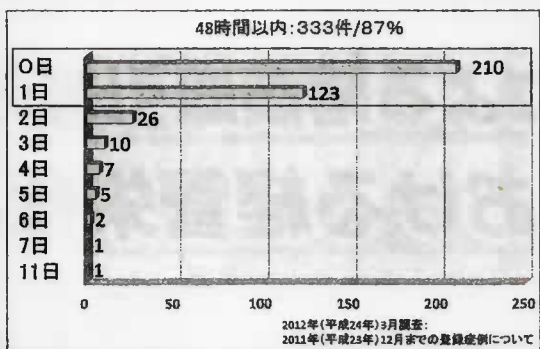


図3 紹介より主治医決定までの日数 平均0.72日

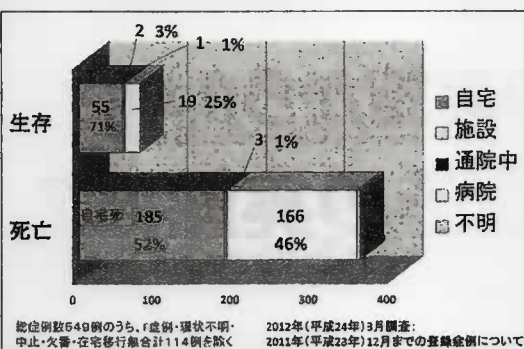


図4 全体内訳 (435/549)

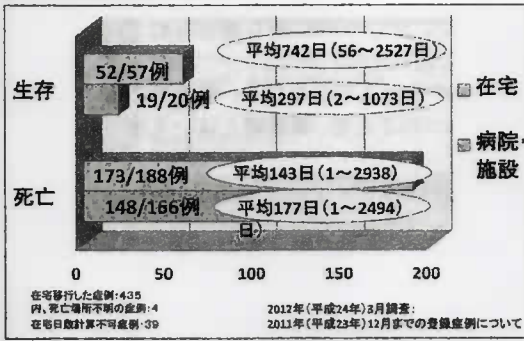


図5 最終的な療養場所別の平均在宅日数 (392/435)

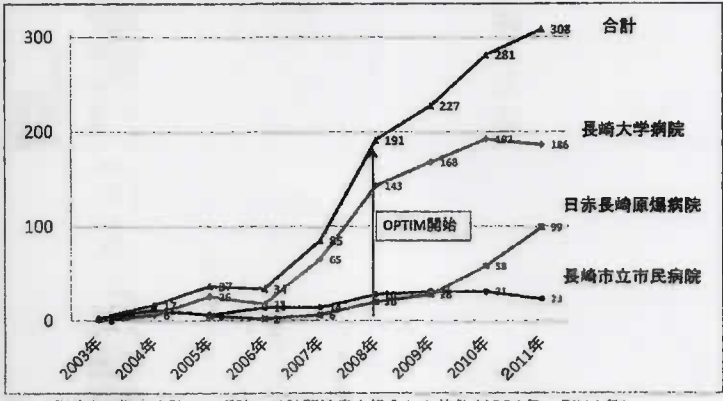


図6 長崎市の拠点病院から退院して訪問診療も導入した件数 (2003年-2011年)

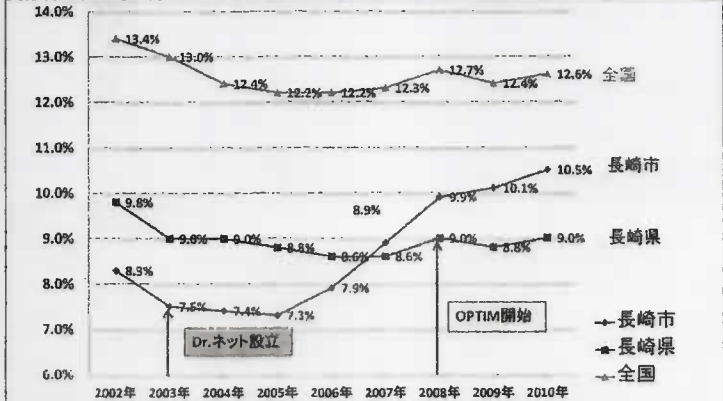


図7 自宅死率の経年変化

図5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143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177日の在宅期間を表現した。従来なら、かかりつけ医がいけない症例については在宅療養ができて

長崎市内のがん診療連携拠点病院から退院して、訪問診療または往診を導入した症例数を2003年より経年的に集計したところ、2008年より急激な増加が明らかとなった(図6)。また、長崎市の自宅死亡率は、これまで県下で最低であったが、Drネット設立以来徐々に増加し、2007年には県の平均を上回り、2010年には県内で上位に位置している(図7)。長崎市での自宅死亡率の増加には、長崎在宅Drネットによる

地域医療への影響

在宅ケアのなかでは、メンバー外の訪問看護師・薬剤師・ケアマネジャー・ヘルパー・管をみせている。在宅ケアのなかでは、メンバー外の訪問看護師・薬剤師・ケアマネジャー・ヘルパー・管をみせている。在宅ケアのなかでは、メンバー外の訪問看護師・薬剤師・ケアマネジャー・ヘルパー・管をみせている。在宅ケアのなかでは、メンバー外の訪問看護師・薬剤師・ケアマネジャー・ヘルパー・管をみせている。

(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

る診療所連携と2008年から3年間行われたOPTIM(緩和ケア普及のための地域プロジェクト)の効果が大きく関与していると考えられる。長崎在宅Dr.ネット型の診療連携は、自宅死亡率や病院からの在宅移行数を上げる有効な連携として機能することが実証されたと考えられる。同様の連携は、大村、諫早でも既に行われており、診療所数がある程度揃っている都市部では応用可能であろう。(つづく)