



在宅医療の現場から

第42回

長崎在宅Dr.ネット

その3

プチ・メーリングリストの活用



医療法人たくま医院院長、認定NPO法人長崎在宅Dr ネット 広報部長

たくま かずひこ
詫摩和彦

第1回・第2回で長崎在宅 Dr. ネット（以下、Dr. ネット）を取り巻く長崎の医療状況と Dr. ネットの成り立ちや仕組みを事務局長の白髭先生に書いていただいた。第3回目の本稿では、Dr. ネットの在宅の現場で利用しているプチ・メーリングリストについて広報部長の詫摩先生が紹介する。

はじめに

メーリングリスト（以下、ML）というのは、電子メールを使ったインターネット活用法の1つで、ある特定のあて先にメールを送ると、そのメールがあらかじめ登録されているメンバー全員に配信されるシステムのことである。さらに、送られてきたメールに返信をすると、その

メールも登録されているメンバー全員に配信されるので、1対1ではなく複数同士でのメールのやり取りが実現できる。そのため、特定の話題に関心を持つグループ内での情報交換には最適のシステムといえる。

メーリングリストのイメージ

長崎在宅 Dr. ネットでは、様々な形でこのMLを利用している（図1）。全会員が参加する「全体ML」（ある意味、これが Dr. ネットそのものといえる）、在宅主治医・副主治医を

担う連携医だけの「連携医 ML」、理事だけの「理事 ML」、そしてこれから説明する「プチ ML」などである。

特定のアドレスにメールを送ると登録メンバー全員に同じメールが配信される

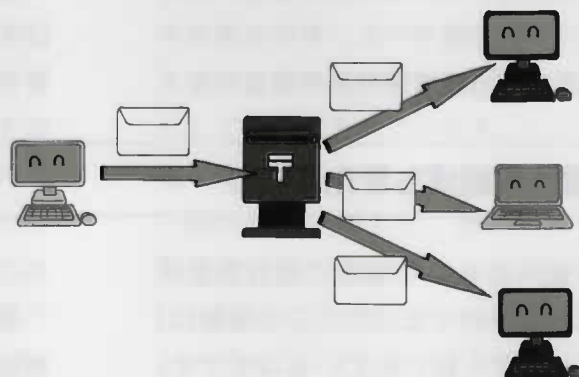


図1 メーリングリストのイメージ

プチ・メーリングリスト

プチ ML は、1 人の患者さんに関わる医療・介護の関係者で構成する小規模の ML のことである。発案したのは私で、かわいらしい“プチ”という名称は、限られたメンバーだけの小さな ML であることと、気軽に何でもメールに書いてもらいたいという思いを込めて付けた。

発端となったプチ ML 第 1 号は、医師 6 名だけで構成。患者さんは尿路系の末期がんで、ポートによる IVH 管理のほかに PCA ポンプによるモルヒネの持続投与、バルーンインフューザーによるサンドスタチン・ケタラール等の薬剤の持続投与が必要であり、在宅に移行するにはかなり重装備の症例であった（図 2）。

それにも関わらず、在宅への移行を決定した在宅主治医は、約 6 か月前に開業したばかりで在宅診療の経験のない新人開業医。というのも、該当地区にわれわれの会員は、彼しかいなかったからである。そこで、比較的^{かんか}患者さんの住まい（以下、患家）に近い私が副主治医となり、彼を支える意味で考え出した苦肉の策が、このプチ ML だった。

患者さんが入院中のうちに病院主治医（泌尿器科）、病院緩和ケア医、在宅主治医、在宅副主治医、在宅協力医 2 人（外科開業医・病院在宅診療部の医師）の 6 名だけの ML を作成し、早速退院移行準備に入った。

事前に調査したところ、患家が丘の上であり、途中の道が細く曲がりくねった階段道ということが判明。現地の写真を添付して報告をし、退院時の装備や介助の人員の調整・在宅での治療に適するように点滴薬剤の内容調整・使用するフューバー針やポート等の器具に関しての意見交換・退院直前の患者さんの状態や持参薬について報告を行った。

そして退院の日を迎えた。在宅診療に不慣れた新人在宅主治医を補佐する意味で、当面は副主治医の私も時間を合わせて一緒に訪問することにした。

プチ ML では、訪問日ごとの患者情報の提供・ポート管理（ヘパリンフラッシュの方法や入浴の際の注意）、PCA ポンプの使用方法等の処置に関する質問と回答、モルヒネに関する質問、月末にはレセプトの記載法などをメンバー間で検討した。

また、患者さんがお孫さんの運動会を見学できたこと、大事に育てられていた蘭の花が咲いたことなど、患者さんの在宅での出来事を写真付きで報告することにも活用した。

結果的に、この患者さんを対象としたプチ ML 開設期間は 83 日間で、その間のメールの数は 155 通（退院前 42 通、退院後 113 通）に及んだ（表）。

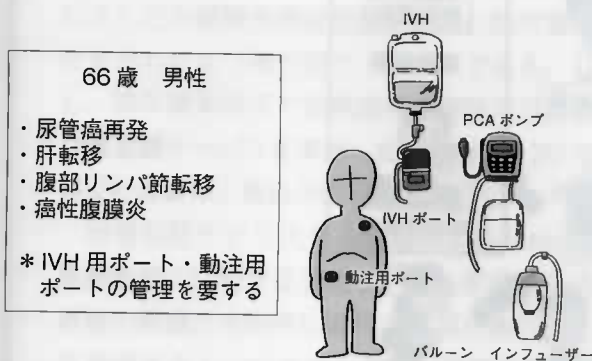


図 2 症例紹介

表 プチ ML の利用状況

2007	8. 7	長崎在宅 Dr. ネットへの患者紹介
2007	8. 8	在宅主治医 (A)・副主治医 (B) 決定 S 病院での緩和ケアカンファに C 医師が参加
2007	8. 21	S 病院でのカンファ・患者さんと面会
2007	8. 25	プチ ML 開始
2007	8. 28	S 病院で退院前カンファ
2007	9. 1	患者さん退院・在宅診療開始
2007	10. 28	患者さん死亡・プチ ML 終了
合計メール数:155 通 (退院前:42 通、退院後:113 通)		

プチ ML の利用状況

当初は新人在宅医をサポートするシステムとしての ML だったが、補佐する私や協力医、また在宅診療の現状を知らない病院医師の勉強にもなるツールへと発展し、1 人の患者さんの在宅生活を支援するというひとつの目的に向かって医師同士が一丸となれた印象すら受けた（ちょうど以前、映画やドラマで流行った『電車男』的なチーム感覚）。

メリットをまとめると、①少数メンバーなので気恥ずかしさがない、②症例に関する細やかで具体的な相談ができる、③退院前早期からの導入で入念な無駄のない退院準備が可能、④リアルタイムに近い病状報告と対応が可能、⑤病院医師が退院後の患者さんの経過を知るとともに在宅の実情を知ることができる、⑥在宅に関係する医師全員で退院カンファレンス後の経過が把握でき情報の共有化が可能——ということが挙げられる。

その後、このプチ ML は Dr. ネットの ML 上や症例検討会での発表を機に広まり、現在は訪問看護師・ケアマネジャー・地域連携室の担当者・訪問薬剤師・訪問リハビリ師・病院の担当看護師・ヘルパーまでと、参加メンバーの職種が拡大し、さらに発展した。コ・メディカル

もメンバーに入れたという点では、医師だけのメンバーの Dr. ネットの枠を越えた「医療連携チームの ML」ともいえる。

面白いことに、症例によってプチ ML のリーダー（先がけてメールを発信する人）が変わることがある。通常は医師主導型であるが、介護度が高い症例の場合はケアマネがリーダーになったり、入退院が頻繁な症例では、連携室の担当者が ML のリーダーになったりするケースも出てきている。複数のスタッフが ML という共通の場で多角的な情報を収集し、意見を出し合うことはかなり有用である。特に在宅の場合は、それぞれが訪問する時間帯が異なり、病院のナースステーションのようなスタッフとともに集まる場がないので、その代用になる。

また、それぞれが空いた時間に ML 上で意見を交換することで、お互いの物事の考え方や人生観までを知ることができる。そのような理由から、プチ ML は異なる施設のスタッフ間でも 1 人の患者さんを中心に血の通った医療連携チーム（「顔が見える関係」から「心が通じる関係」へ）を形成することを可能にするツールともいえる（図 3）。

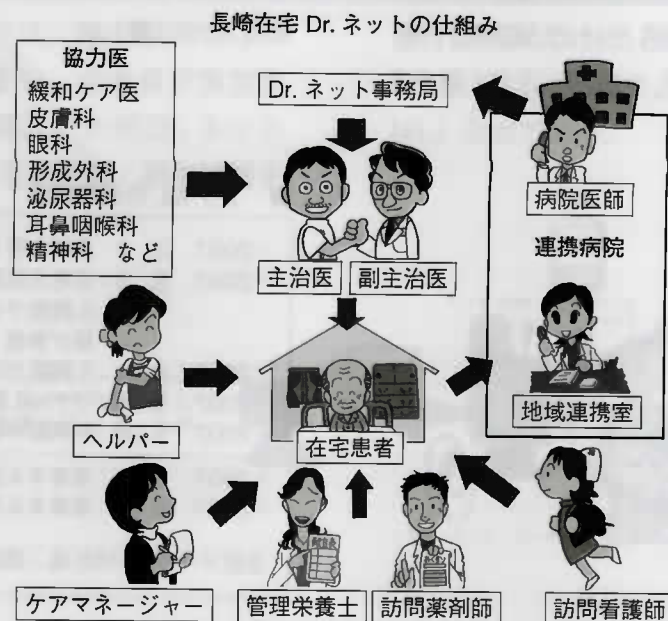


図 3 在宅はチーム医療

在宅はチーム医療

別の試みとして、開業したてでまだ在宅診療の経験がなく、在宅診療に興味があるものの不安を覚える医師を、見学者としてプチ ML のメンバーに登録してみたことがある。

その結果、その医師から「メールのやり取りを眺めることで、在宅診療の様子があたかも自分が参加しているかのように把握することができ、大変参考になった。自分も一歩踏み出してみたい」と嬉しい言葉をいただくことができた。このように新人在宅医の育成における研修

の場としての利用も可能と思われる。

一般の携帯メールに代表されるように、電子メールはすでに日常的なコミュニケーションのツールとなっている。医療でもそれを使わない手はない。特に複数のスタッフが関わる在宅医療においては、メールを使った ML というシステムが有用であり、アイデア次第では目的や状況に応じた様々な活用法があるようにも感じている。

医療と介護の話題を総括する ポイント解説

地域包括ケアシステム

団塊の世代が後期高齢者（75 歳以上）になる 2025 年（平成 37 年）へ向けて、高齢者が尊厳を保ちながら、重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、国は、住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制（地域包括ケアシステム）づくりを平成 24 年度から推進している。

地域包括ケアシステムは、おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定している。その目玉として平成 24 年度から始まったのが「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」と小規模多機能型居宅介護と訪問看護などを合わせた「複合型サービス」である。しかし、昨年度末時点で定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを実施した保険者は 120 市町村にとどまり、見込みの 6 割と低迷している。

地域包括ケアシステムを構築するためには、高齢者個人に対する支援と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進める必要があり、これを実現する 1 つの手法として「地域ケア会議」がある。

高齢化の進展状況には大きな地域差を生じている。人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部など地域によって異なっている。そのため地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていくことが必要となる。

地域包括ケアシステム実現に向けた体制づくりに当たっては、それぞれの地域が持つ社会資源（人的資源を含む）を最大限活用するとともに、「自助、互助、共助、公助」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助、共助、公助を効果的に組み合わせる必要がある。

近年、孤独死、孤立化の問題や買い物難民などが社会問題化し、今後、認知症高齢者の増加、単身・夫婦のみ世帯の増加など、支援を必要とする高齢者は増加する一方、家庭や地域の力はますます低下することが懸念されている中で、特に様々な主体（ボランティア、NPO、社会福祉法人、企業、自治会、老人クラブなど）が、地域の力で高齢者を支えていく互助の取り組みが重要となっている。（編集部）