

## 開業医同士のネットワークを活用し 地域における在宅医療を推進

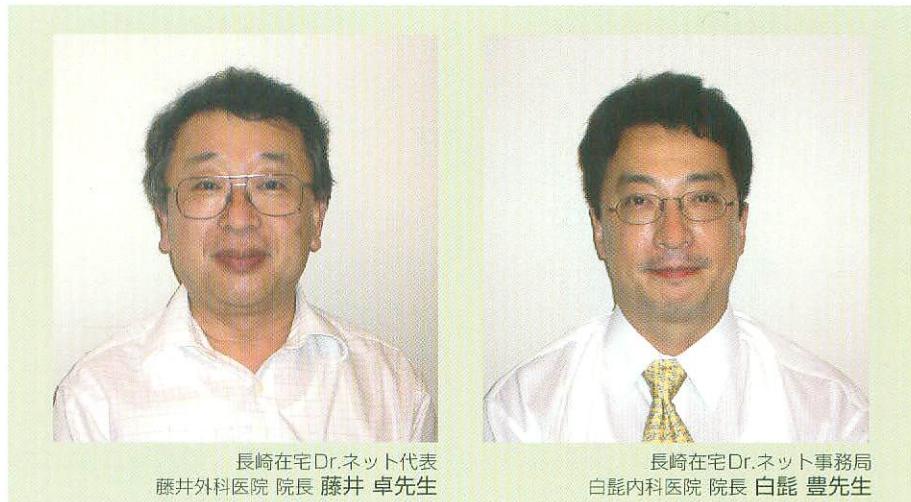
かかりつけ医の役割として、在宅医療への積極的な参画が叫ばれています。しかし、一人の医師が24時間・365日体制で患者さんをフォローし続けることは現実的には不可能で、そのためには、他の医療機関、関連職種などを含めた連携体制が不可欠になります。そんな中、在宅医療の円滑な推進を目的に、長崎市内の診療所医師が集まつたのが「長崎在宅Dr.ネット」。2003年に在宅医療を希望する患者さんの受け皿として、24時間365日対応可能な医師のグループとして結成されました。

### 「副主治医制」を導入し 主治医の負担を軽減

きっかけは藤井外科医院の藤井卓先生が、ある末期がんの患者さんを在宅で診てほしいとの要請を病院から受けたことでした。藤井先生は、白髪内科医院の白髪豊先生に相談し、お互いが協力しあってその患者さんを診ることになりました。この際、患者宅に近い白髪先生が主治医、藤井先生は「忙しいときにはサポートする」という副主治医的な役割を担うことになり、「二人で一人の患者さんを診る」という形が始まりました。

「末期の患者さんは、訪問頻度が増え、いつ呼び出されるかわからない状況になります。そうしたときに、一人の医師では対応できない場合もあるし、精神的な負担も大きい。しかし、いざというときにサポートし合う体制があれば、医師がもっと在宅医療に取り組みやすくなります」と白髪先生。

そこで2003年3月、長崎市内で在



宅医療に力を入れていた他の開業医にも声をかけ、13名の医師による「長崎在宅Dr.ネット」(以下、Dr.ネット)を立ち上げ、代表を藤井先生、事務局を白髪先生が担うことになりました。

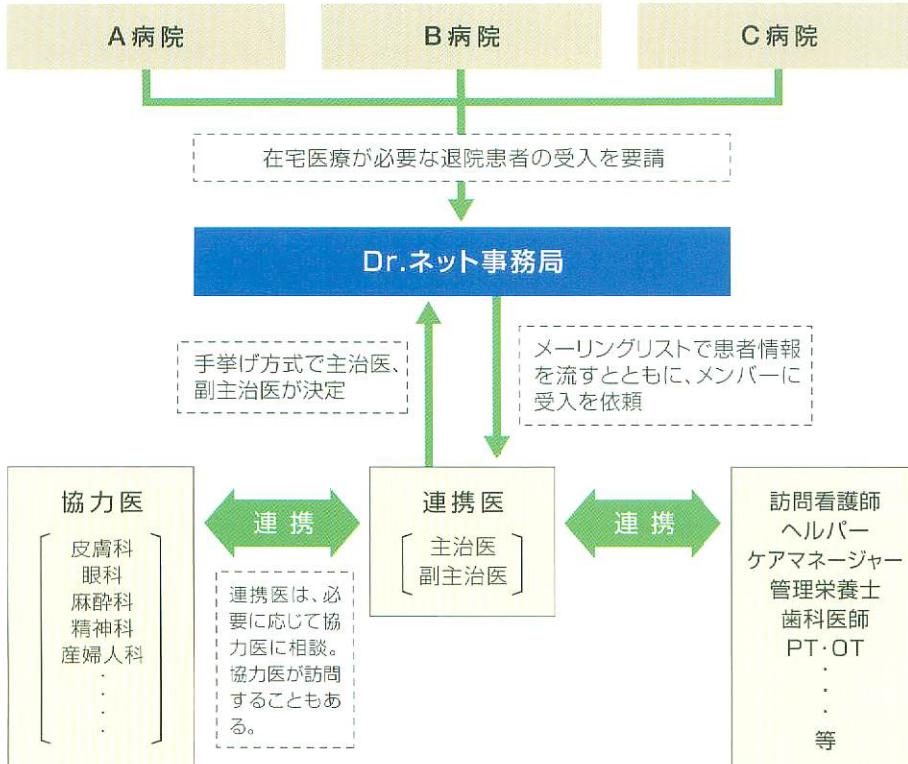
Dr.ネットの最大の特徴は、在宅患者さん一人に対して、主治医と副主治医がつくこと。通常は、主治医が訪問診療などを行いますが、主治医が不在のときや多忙のときには副主治医が訪問し、緊急時の対応なども行います。これによって、主治医は在宅

患者を抱えていても安心して休暇をとることができますし、学会などへの参加も積極的に行えます。また、患者さんにとっても、いざというときに主治医に連絡がつかない場合でも副主治医と連絡をとることができ、大きな安心となります。

### 事務局が主治医・副主治医を コーディネイト

Dr.ネットは、単に医師が訪問診療を行うというだけではなく、患者さん

【図1 長崎在宅Dr.ネットのシステム】



が在宅療養を望み、かかりつけ医を探しているときの窓口となるコーディネイト機能を持っています。

藤井先生は「介護保険ができる、看護、介護職の人たちは、訪問看護ステーションやヘルパーステーションのように、窓口を通してスタッフが集められるシステムができています。しかし、医師だけは窓口がはっきりしておらず、在宅に帰りたい患者さんがいれば、多くの医療機関を当たって主治医を探さなければならないのが実情だった」と、それまでの問題点を指摘します。そこで、窓口に連絡を入れれば、在宅での主治医をコーディネイトしてくれるような仕組みが必要だったわけです。

具体的な仕組みは、図1に示したとおり。まず、長崎市内の病院からDr.ネット事務局に、在宅医療が必要だが、在宅での主治医がないか、いても対応できない患者さんがいる旨の連絡が入ります。事務局では、個人情報に十分注意しながら、メーリングリストを使ってメンバー（連携医）に患者さんの基本情報や病歴などを伝えます。それに対してメンバーの中から、「私が主治医をやりましょう」、「ならば、副主

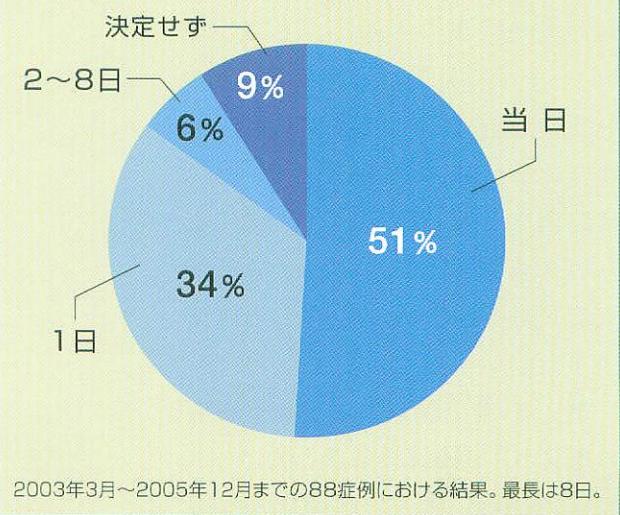
治医を担当します」といった回答が寄せられます。基本的には手挙げ方式で、患者さんの居住地や疾患等によって決まっていきます。

難しい疾患の場合などで、主治医の決定が難航する場合もありますが、ほとんどの症例では1日以内で主治医が決まります（図2参照）。退院後の主治医がなかなか決まらなければ患者さんも不安に感じますので、このスピードはDr.ネットの大きな魅力と言えるでしょう。

さらに主治医と副主治医が決まれば、病院で退院前カンファレンスを行います。主治医と副主治医が病院へ出向き、病院の主治医、看護師、コメディカル、訪問看護師をはじめとする訪問スタッフ、ケアマネージャーなど、在宅療養に関わるスタッフが一堂に会して、合同でカンファレンスを行います。

その後、在宅での診療が始まりま

【図2 病院からの紹介後 主治医決定までの日数】



すが、副主治医は早い時期に一度、患者宅を訪問するようになっているそうです。これは、何かあったときに初めて副主治医を知るのではなく、事前に顔をあわせておくことで、患者さんにも安心感を持ってもらえるようにとの配慮からです。

## 地域の在宅医療の レベルアップに貢献

Dr.ネットには、主治医や副主治医となる「連携医」の他に、「協力医」があります。「協力医」は、皮膚科、眼科、整形外科、形成外科、神経科、麻酔科、婦人科など、専門性の高い診療科の医師が参加しており、連携医からの相談に乗ったり、連携医の要請に応じて往診なども行います。

もちろん、Dr.ネットには基幹病院や大学病院に勤務する専門医（「病院医師」）らも参画しており、専門的な立場からの助言がなされます。

「様々な立場の医師が参加しており、専門外の疾患の治療など、相談したいことがすぐに聞ける体制ができています。勤務医なら同僚や先輩医師に聞けますが、開業医の場合、通常は問題を一人で抱えなければならぬことになる。でも、こうした会があれば、気軽に助けを求められます」と白髭先生。

例えば、腹水穿刺が必要な末期癌の患者さんが在宅を希望したケースでは、主治医となった医師は腹水穿

刺の経験が少なかったものの、消化器科の医師がサポートすることで、主治医は腹水穿刺の手技をマスターでき、問題なく患者さんを診ることができます。このように、お互いの専門性などを活かすことで、「地域全体の在宅医療のレベルも高まります」と白髭先生は説明します。

また、Dr.ネットのメーリングリストは、様々な医師が、様々な情報を交換する場にもなっています。メールの数は、3年前の開設時からすでに3200通を超えており、主治医や副主治医の要請や連絡といった事務的な内容だけではなく、地域の情報や相談ごとなどが持ち込まれることもあり、「まるで医局の雑談のよう」と白髭先生。昨年、

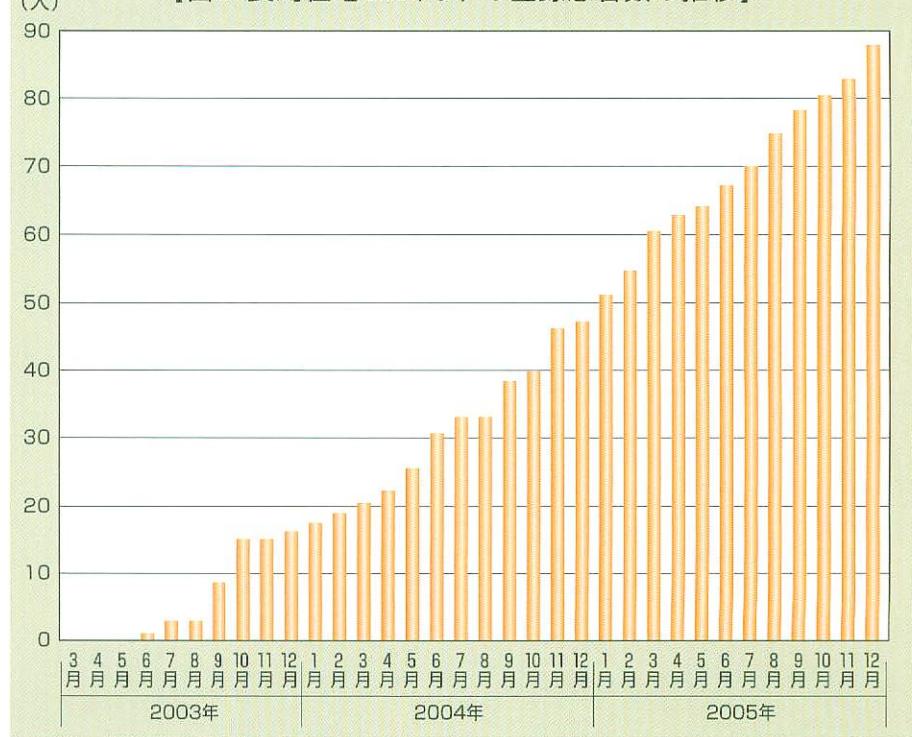
長崎で夏場にインフルエンザが流行したときも、メーリングリスト上にいち早く情報が流れ、メンバーへの周知に貢献したそうです。

## 他職種との連携で 在宅患者を支える

Dr.ネットは医師同士のネットワークですが、訪問看護師やリハビリのスタッフ、介護職のスタッフと密接に結びついています。

「患者さんの生活を支えながら医療を行う在宅医療では、訪問看護師やケアマネージャーを中心に、すべての職種の能力をうまくコーディネイトすることがポイント。医師の仕事は医療的な部分でのサポートですが、他

【図3 長崎在宅Dr.ネットの登録患者数の推移】



職種との連携、交流は欠かせません」と藤井先生。その言葉どおり、定期的に開催している症例検討会では、医師だけではなく多くの職種が参加しています。

Dr.ネットが発足する以前から在宅医療に取り組んでいた訪問看護師やPT、OTなどのリハビリスタッフ、ヘルパーなどに加えて、長崎市歯科医師会口腔リハ部会による訪問歯科診療や口腔ケア、長崎県栄養士会のながさき栄養ケアステーションによる訪問栄養指導なども加わり、長崎市内の在宅医療が充実しつつあります。

Dr.ネットには、現在、86名の医師が参加しており、このうち「連携医師」は51名となっています。昨年末の集計では発足以来、88症例を受けています(図3参照)。ただし、この数字は事務局を通じて紹介されたものだけであり、最近では病院から連携医の診療所へ直接紹介を受けているケースも増えているそうです。

「病院側もここ数年間に『医療連携室』などをつくって、連携を推進する動きが出てきています。Dr.ネットは、在宅の患者さんを抱え込むことが目的ではありませんので、病院からメンバーの連携医へと直接紹介するような流れができていることは、むしろ歓迎すべきこと」(白髭先生)。

この他、癌の患者さんが半数以上を占めているのもDr.ネットの特徴です。「どうしても、主治医が見つかりにくくい

## Dr.ネット参加診療所の8割が在宅療養支援診療所

2006年7月に、Dr.ネットに参加している連携医31人にアンケートをとったところ、「在宅療養支援診療所」の届出をしている診療所が8割にのぼっていました。また、在宅末期医療総合診療料の届出割合も7割を超えていました。

2006年度の診療報酬改定で新設された在宅療養支援診療所は、24時間対応で往診や訪問看護が実施できる連携体制が求められています。このため、在宅療養支援診療所の拡大に伴って、癌末期や医療依存度が高い患者さんであっても在宅での療養を選択できるような医療提供体制の確立が期待されています。

ちなみに現在、全国の診療所のうち、在宅療養支援診療所の届出を行っているのは約10%、長崎市全体では約18%です。

### 【Dr.ネット参加連携医の在宅療養支援診療所の届出割合】



\*2006年7月実施。53人中31人回答。(回答率58.5%)

重症例やターミナルの患者さんが多く集まってしまうようです」と苦笑いする白髭先生。それでも患者さんの「帰りたい」という要望があれば、地域の在宅スタッフとともに、なんとか自宅に帰れるように奔走します。「在宅での療養は無理」と思われる医療依存度の高い患者さんでも、地域の在宅スタッフが一丸となって取り組むことで在宅療養が可能になるケースが多いそうです。

「特別な設備が必要な場合を除き、病院でできる医療は、自宅でもできる

と考えています。難しいケースでも一度経験すれば、次の症例のときには自信を持って担当できるようになりますし、医療依存度の高い患者さんを在宅で診ていくことで、地域の在宅医療レベルもどんどん高まっていきます」と藤井先生。

地域の開業医たちがスムーズに連携できるネットワークを作り上げたことが、地域における在宅医療の提供体制を構築しただけではなく、医療のレベルアップにも大きく貢献したと言えそうです。