

「日本醫事新報」別刷 第四二二四号（二〇〇五年四月九日発行）

長崎在宅Dr.ネットによる地域医療連携

長崎・白髭内科医院院長

白 髭 豊

長崎・藤井外科医院院長

藤 井 卓

長崎在宅Dr.ネットによる 地域医療連携

長崎・白髭内科医院院長

白 髭 豊

長崎・藤井外科医院院長

藤 井 卓

はじめに

人口動態統計によると、死亡の場所別にみた死亡数の年次推移は昭和五二年よりそれまで多かった在宅死と病院死が逆転し、以降病院死が多数を占めるようになった。平成一五年単年で比較すると、病院死七八・九%に対して在宅死はわずか一三・〇%にすぎない。

一方、厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」今後の終末期医療の在り方について（平成一六年七月）によると、自分が痛みを伴う末期状態（死期が六カ月程度より短い期間）の患者となった場合に、一般国民が希望する療養の場所については、六割の

方が経過中に何らかの自宅療養を希望している。「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」（二七%）、「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」（二二%）、「自宅で最後まで療養したい」（一一%）と。ところが、最後まで在宅療養ができると考えているかを尋ねると、六五・五%が実現困難であるとの回答であった。この理由として、二七%が往診してくれる医師がいなことを挙げている。

その背景要因として、開業医にとって在宅で複数の重症患者を一人で診るのは心身ともに大きな負担であることが挙げられる。

昭和六一年の診療報酬の改定で

在宅訪問診療が認知されたこと、平成一二年に施行された介護保険が広く普及してきたこと、病院での長期入院が困難になってきたことなどにより、在宅医療のニーズは今後ますます増大していくと考えられる。このような医療、社会情勢を全体的に捉える時、在宅医療を担う開業医として、在宅療養を希望する患者が「対応できる医師がいな」という理由で自宅に帰れないことがないようにすることが何よりも肝要であると考えた。

平均の一三・四%から大きく隔たりがある。一因として、長崎市は坂道が多く自動車の入れない路地も多いため、患者にとっては通院が困難であり、医師にとっても往診が困難である、という地域特性が挙げられよう。このように、診療所過密地域でありながら在宅死の少ない長崎市であるがゆえに、在宅医療の組織だった推進が必要であると考えた。

長崎市は、人口四二万人の県庁所在地である（平成一四年）。長崎県の人口一〇万人当たりの診療所数は九五・三で、都道府県別では東京、徳島に次いで全国で三番目に多い。平成一五年の長崎市の診療所数は五四四で人口一〇万人当たりの診療所数は一二九・五となり、全国でも屈指の診療所過密地域であることがわかる。一方、平成一四年における長崎市保健所管内での死亡総数は、三四一八人であった。このうち在宅死は二八五人で、全死亡の八・三%にすぎない。この数字は、同年の全国

以上のような背景の中、平成一五年三月、長崎市近郊の在宅医療に熱心な医師一三名が集まり、「長崎在宅Dr.ネット」（ながさきざいたくドクターネット、以下、Dr.ネットと省略）が発足した。診療連携、病診連携によるグループ診療を行い、病院・患者に対しては在宅医療の受け皿となり、開業医にとっては相互協力により個々の負担を軽減し、結果として患者側にとって安心して訪問診療を依頼できるシステムを構築しようと考えた。Dr.ネットは、単に自宅で療養できるようにするだけでなく、入院中に受けたのと同様の高度な医療を在宅でも提供することを基本

原則としている。また、ケアマネージャー、訪問看護師、栄養士、ヘルパーなどの医療・介護・福祉の多職種間の連携を重視し、血の通った地域ケア連携を実現し、最適な在宅療養環境を実現することを目指している。

活動の実績

Dr.ネットの活動の主目的は、(1)グループとして在宅医療の受け皿となる。また、グループ内の連携により緊急時の対応を行う、(2)病診・診診連携を組むことにより、地域住民に可能な限り継続的で効果的な在宅医療を提供する、(3)相互に医療上の相談を行い、また種々の医療情報を共有することにより医療の質の向上を目指す、(4)参加する診療所間および病院との親睦を図ることである。

Dr.ネットは、二カ月に一回の割合で会合を開き、メンバーグリストを活用して情報交換や親睦を深めている。また、長崎市近郊の病院に認知してもらったための案内冊子を作成して説明・配布し、さらに一般にも認知してもらったため、

ホームページ(<http://www2.odn.ne.jp/~ae19110>)も開設している。参加医師は、「連携医」「協力医」「病院医師」に分類される。

「連携医」とは、主治医として治療を担当する医師と、主治医を補佐する副主治医とからなる(平成一七年一月現在三六名)。病院に入院中だが在宅へ帰ることが可能な患者がいるが、往診しない在宅訪問診療の受け入れ可能な開業医がない場合、病院からDr.ネット事務局へ主治医斡旋の依頼が行く。患者の居住地域と医師の専門性を考慮して、Dr.ネットから主治医の候補を患者側、病院側に提案する。さらに訪問診療の分担や緊急対応を担う副主治医も提案し、了承をいただくようにしている。

通常の場合と異なり、このシステムでは患者側に医師の選択の余地が少ないという特質がある。このため、患者あるいは病院側からの申し出があれば、いつでも主治医の交代が可能であることを、必ず初期段階で申し添えるようにしている(これまでのところ、そのような事例の経験はない)。病院

からの依頼症例総数は、平成一六年一二月末までで四八例に及んだ。病院からの依頼症例でなくとも、従来からの主治医が副主治医によるバックアップを望む場合、メンバー内の「連携医」同士で相互に副主治医を引き受ける関係が成立している。

「協力医」とは専門性の高い診療科(皮膚科、眼科、整形・形成外科、精神科、麻酔科、婦人科など)の医師で、「連携医」から医療相談を受け、必要に応じて往診を行う(同九名)。「病院医師」は、病院・大病院の勤務医で、病診連携を実践して、専門的な立場から助言を行う(同一九名)。以上、現在、Dr.ネットは、総計六四名のメンバーより構成されており、さまざまな連携を実践している。

また、Dr.ネットでは、種々の形式的会合を開催している。すなわち、学術講演会、症例検討会(病院からの紹介で在宅訪問診療に移行し、主治医、副主治医で連携するようになった症例の検討、報告会)、メンバー限定の在宅医療に関する知識、技術習得のための勉強

会(イブニングセミナー)がある。症例検討会では、医師からの報告・検討に加えて、ケアマネージャーや看護師からの発言、討議も活発である。さらに病院側からは、担当の主治医、地域連携室の医療ソーシャルワーカーからもコメントがあり、連携のあり方について討論し、実践に寄与するようにしている。これまでに、学術講演会二回、症例検討会三回、勉強会二回を開催した。

Dr.ネットの特徴的な取り組みの一つに、独自の管理栄養士派遣システムがある。これは、主に患者の生活習慣病の予防・改善を目的に、各診療所では常勤職員としての雇用が難しい管理栄養士を診療所間でシェアし、それぞれの診療所で栄養指導を行うというものである。現在、複数の診療所における管理栄養士による栄養指導で生活習慣病の改善がみられるか、実際の生化学的検査を含めて検討している。現在のところ外来での指導が中心であるが、一部で訪問栄養指導も行われている。在宅医療においては摂食、嚥下、栄養管理

図1 在宅医療のネットワーク構築

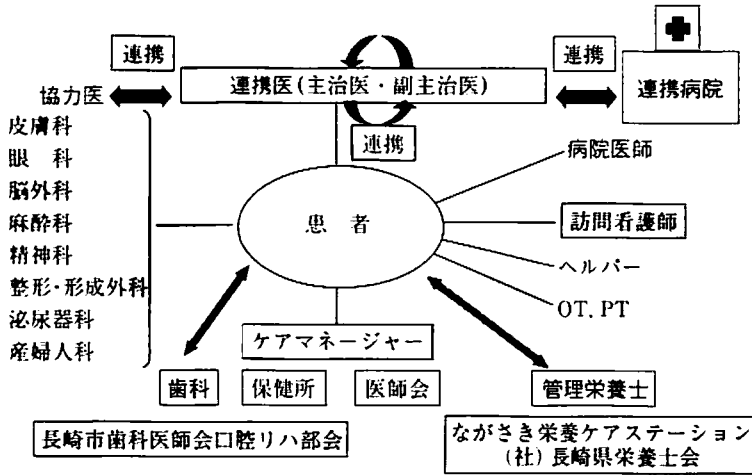


図3 副主治医としての往診の実状

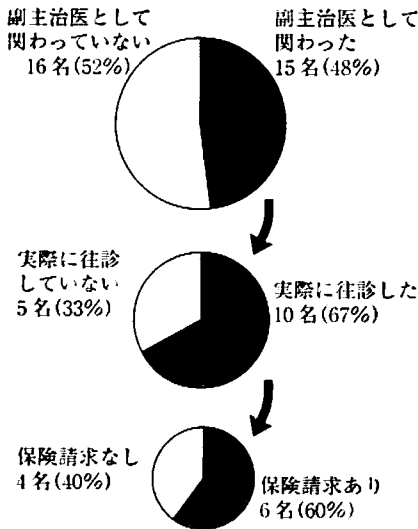
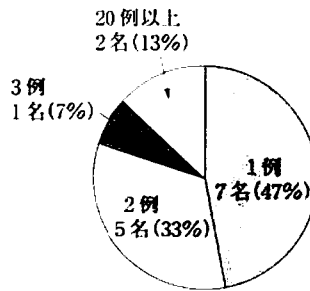


図2 副主治医としての担当症例数



が大きなポイントになる。その際、外来栄養指導とは異なり、患者に加えて家族、ヘルパーや訪問看護師等に対しても指導を行っている。また、摂食、嚥下、口腔ケア等に関し、歯科医師・歯科衛生士との連携が重要であるが、平成一五年一二月よりは、訪問歯科診療

を引き受ける受け皿である長崎市歯科医師会「口腔リハ部会」を「連携協力機関」とし、歯科医三九名との連携を行うようになった(図1)。

平成一六年八月、病院からの紹介が三四例に及んだ時点で、Dr. ネットの中での連携の実態を把握す

るため、アンケート調査を実施した。当時の連携医三四名のうち三名(九一%)、協力医七名のうち六名(八六%)、病院医師一五名のうち八名(五三%)から有効回答を得た。従来から在宅で診られていた症例(新たに、病院から紹介された症例以外)を含めて、

副主治医として関わっている症例が連携医三一名中一五名(四八%)であった(図2)。副主治医としての担当症例数は、一例担当が七名(四七%)、二例

担当が五名(三三%)、三例担当が一名(七%)、二〇例以上担当が二名(一三%)であった。一五名の副主治医経験者のうち、実際に往診したことがあるのは一〇名(六七%)、症例数は一、四人(平均一・八人)、延べ回数は一、一七回(平均四・七回)であった(図3)。

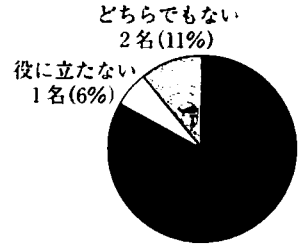
以下、メンバーからの主だった感想を列挙する。

(1) ネット上の相談は非常に有益。専門以外の意見が迅速に聞かれ、診療上のメリットが大きい。自己の診療が妥当なのか客観的に

表1 協力医師へのアンケート集計

診療所	連携医数	往診患者数	往診回数	相談	
				連携医数	相談回数
眼科1	5	8	初回は1~2/月 あと状況をみて	—	—
眼科2	1	1	1	0	0
精神科	5	8	8	2	2
皮膚科	1	4	4	0	0
形成外科	2	2	2	0	0
脳外科	0	0	0	0	回数
泌尿器科	—	—	—	—	—
平均	2.3	3.8	4.5	0.4	0.5

図4 連携システムに対する評価(連携医集計)



(5) 昼休み、休診日が同じ場合が多いのが弱点。システムが存在は気分的には助かるが、実践するには改善すべき点があると思う。
(6) 学会、旅行の時に役立つ。診療所医師間の連携では、対応の時間帯・休日が重なり、

意見交換ができる。
(2) 副主治医の存在は、往診を要請しなくても、その存在自体が主治医にとって精神的ストレスの緩和になっている。副主治医の往診代の請求方法をネット間で統一する必要がある。
(3) 糖尿病患者の血糖管理に関して内科医の意見を伺い、自分の判断の裏づけ、安心感を得ている。副主治医にいただいたコメントをセカンドオピニオンとして患者に説明しており、役に立っている(外科医より)。
(4) 病診連携や診診連携において、画期的なシステムだと思ふ。ただし、在宅医療にエネルギーをシシユな医師だけが関わっていくようになるのかもしれない。

十分な連携がとれないと思う。病院医師との連携が現実的と思う。
(7) (市内から少し離れた場所などの)地域によっては(メンバーが少ないため)うまく連携がとれないこともあるのでは?
すでにDr.ネットの活動は、対外的にも病院(大学病院他)、介護支援専門員の連絡協議会、県または郡市医師会などで講演を行うこととで、広く認知、評価を受けるようになった。アンケート集計からわかるように、連携医同士(主治医、副主治医)の連携、連携医と協力医との連携は実際に機能しており、全国的にみても稀少な、実働する画期的なネットワークであると考える。

(1) 長崎在宅Dr.ネットによる医師の相互協力(診診・病診連携、グループ診療)は、在宅医療の受け皿として有効なシステムとして機能している。このような、実働する組織は全国的にみても稀少である。
(2) その結果、個々の開業医の

おわりに

負担が軽減され、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。
(3) 在宅医療を進めその質の向上を目指すためには、医療のみでなく、介護・福祉などの多職種との幅広い連携を進めることが必要と考えられた(図1)。
(4) 連携システムは、メンバー内でも一定の評価を得ている。しかし、診療時間帯、休日が重なることが多いなど解決すべき事項の指摘もあり、今後の課題として取り組んでいきたい。

【文 献】

- 厚生労働省：人口動態調査 平成15年上巻、死亡第5、6表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率。
- 厚生労働省：終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—平成16年7月(別添)終末期医療に関する調査結果(8)終末期における療養の場所。
- 厚生労働省：医療施設調査 平成15年下巻、第2表—一般診療所数、年次・都道府県別。
- 厚生労働省：医療施設調査 平成15年簡易第2表—一般診療所数・歯科診療所数・病床数、病床の有無・二次医療圏・市区町村別。
- 平成14年衛生統計年報(人口動態編)、統計表 死亡第3表 死亡者数、死亡の場所・保健所・市町村別。