

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

藤井外科医院・長崎在宅 Dr.ネット

医療法人白髭内科医院・長崎在宅 Dr.ネット

藤井 卓
白髭 豊

長 崎 県 医 師 会 報 別 冊

平成18年7月(第726号)

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

藤井外科医院・長崎在宅 Dr. ネット

藤井 卓

医療法人白髭内科医院・長崎在宅 Dr. ネット

白髭 豊

長崎在宅 Dr. ネット（以下 Dr. ネットと略す）は在宅の患者さんを中心に医療・介護・福祉との連携を行いながら在宅医療を実践している。又、在宅医療に関する講演会の開催、在宅移行症例の検討会、在宅医療に関する勉強会を行っている。

(図1)

Dr. ネットは、平成15年3月の発足以来、長崎市（人口約45万人）を中心として、病診連携・診診連携・グループ診療により、24時間365日対応可能な在宅医療の受け皿として活動している。現在 Dr. ネットの会員は在宅医療を実践する連携医51名と協力医・病院医師を含め86名である。(平成18年5月15日現在)

目的：平成15年3月より平成17年12月末までに Dr. ネットに登録された88症例を分析する事により、我々が行ってきた在宅医療活動の有効性と今後の問題点を明らかにする事を目的とした。

対象：平成15年3月より平成17年12月末までに Dr. ネットに登録した88症例を対象とした。

方法：全症例の登録時の記録確認と平成18年4月時点での症例の経過及び、現状について主治医にアンケート調査を行った。症例の基礎資料(年齢・性別・疾患)と在宅への移行状況、在宅移行後の予後及び現状について、担癌患者、非癌患者別に検討し評価可能な症例に対し分析を行った。

結果：①Dr. ネットへの登録患者は平成15年6月より順調に増加し、現在も1ヶ月3～4例の割合で増加している。(図2)
②登録された症例は男女共に70歳台～80歳台が最も多く、高齢者の在宅移行が進んでいる傾向が認められた。又、最近では小児症例の在宅移行もある。(図3)

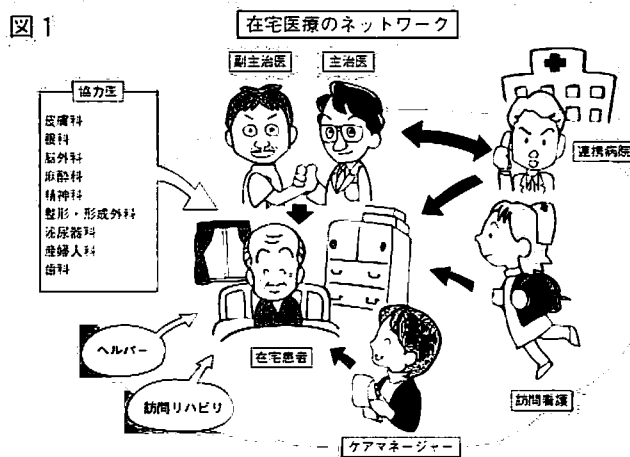


図2 Dr. ネットへの登録患者数

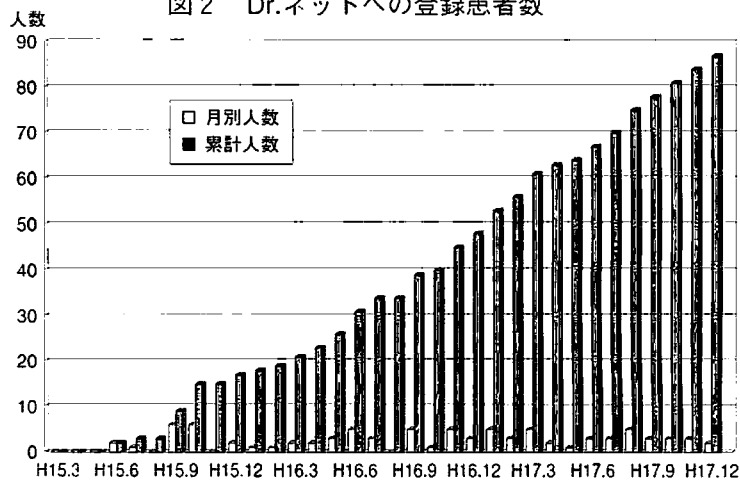
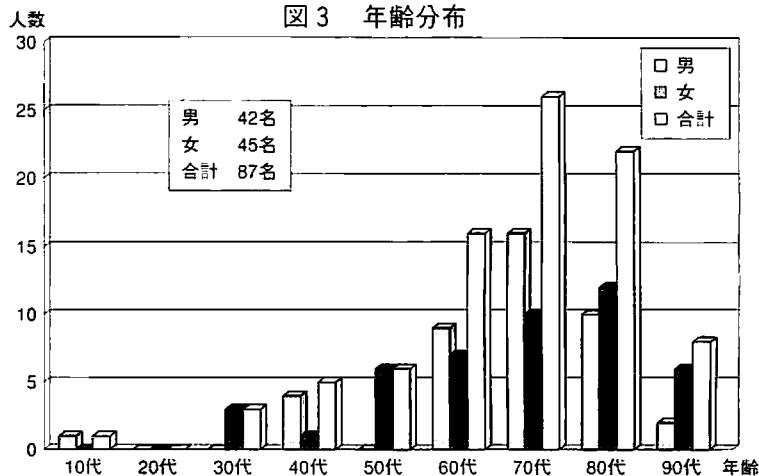


図3 年齢分布



③Dr.ネットへの紹介から在宅の主治医が決定するまでの日数は平均1日(85%の症例では1日以内に在宅主治医の決定がなされている)、最大でも8日であり、紹介されてから在宅医療を受けられる体制を整える事が早期に可能であった事を示している。(図4)

④評価できた81例について療養場所を見ると、生存26例中18例(69.2%)が在宅医療を継続している。又死亡55例中17例(30%)が在宅死となっている。(図5)

⑤症例を疾患が癌か癌以外かによって検討すると、全81例中47例(58%)が癌患者であった。生存例と死亡例では生存26例では1例(3.8%)癌患者であるのに対し、死亡55例中46例(83.6%)が癌患者であった。(図6)

⑥生存症例26例について疾患と療養場所を検討すると、在宅症例18例で1例の癌患者を認めたと、病院へ入院し生存している8例は全て非癌患者であった。(図7)

⑦死亡症例55例について疾患と療養場所を検討すると、在宅死17例中16例(94.1%)が癌患者であり、病院死38例中30例(78.9%)が癌患者であり30例中8例は在宅移行のためにDr.ネットに登録したもの、状態悪化の為に在宅移行できないまま死亡している。(図8)

⑧評価可能な69例に対し最終的な療養場所別で在宅平均日数につき検討した。生存例において在宅での生存17例の在宅平均日数は544日、病院での生存7例では平均152日であった。死亡例において在宅死亡17例では平均59日、病院死亡28例では平均74日であった。在宅死亡例17例中在宅期間3日以内が5例あった。(図9)
 考察：1. 長崎在宅Dr.ネットは患者登録数も順調に増加し、登録後平均1日で在宅主治医の決定が可能であり、在宅医療の受け皿として有効に機能している。
 2. 登録症例の58%が癌患者であり、重症な患者さんの在宅移行が進んでいると考えられる。

図4 紹介より主治医決定までの日数

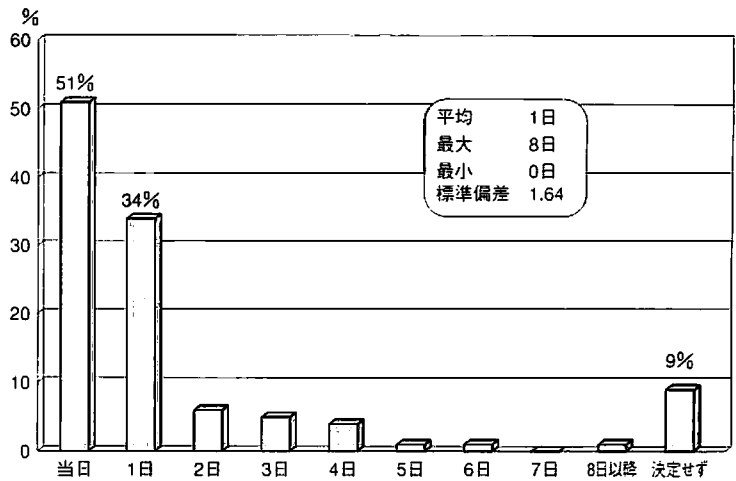


図5 全体内訳 (81/88)

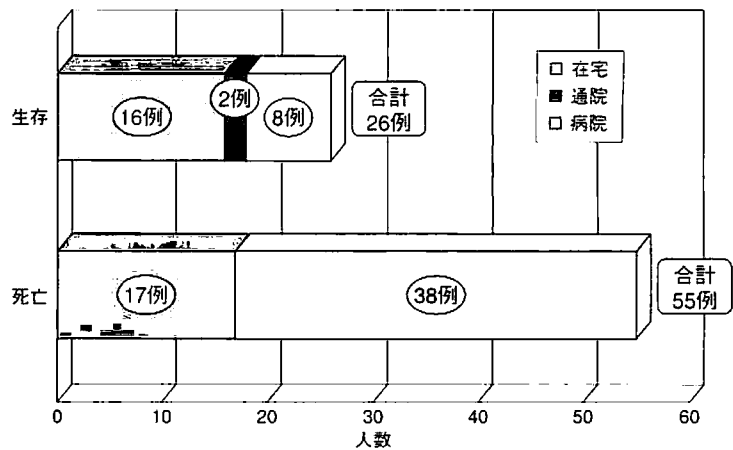
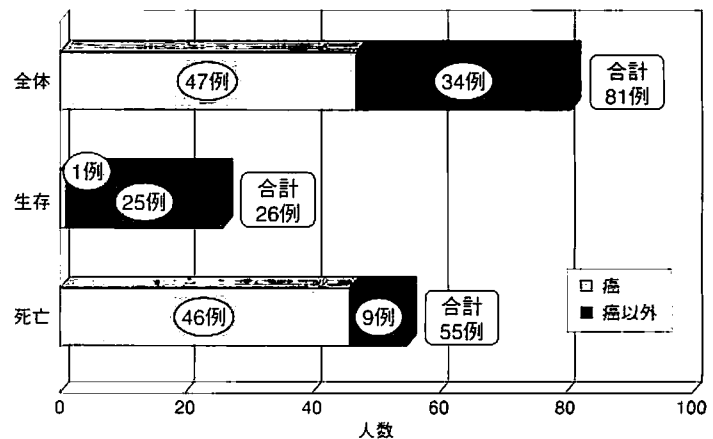


図6 疾患内訳



3. 在宅移行後死亡した47例中17例(36%)が在宅死であり、在宅での終末期医療にも充分対応可能と考える。

結語：1. 長崎在宅 Dr. ネットは病診連携・診診連携を通じ、在宅医療の受け皿として十分に機能している。

2. Dr. ネットで紹介される症例は重症の担癌症例が多いが、在宅での看取りを含めた重症症例への対応は可能である。

3. 今後も在宅医療のネットワークを継続していく為には、在宅ターミナルネットでは無く、広く在宅症例を受け入れる為の病診連携と会員間の相互扶助のあり方を検討する必要があると考えている。

* 本研究の内容は第29回プライマリケア学会において発表を行った。

参考文献：日本醫事新報第4224号「長崎在宅 Dr. ネットによる地域医療連携」白髭豊・藤井卓

図7 生存症例(26例)の疾患と療養場所

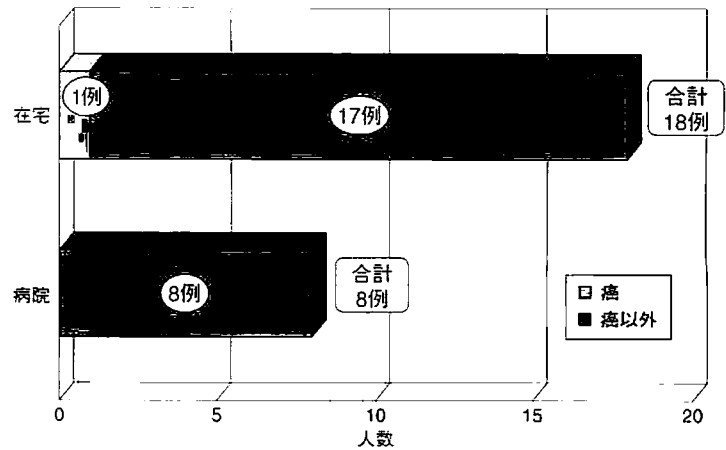


図8 死亡症例(55例)の疾患と死亡場所

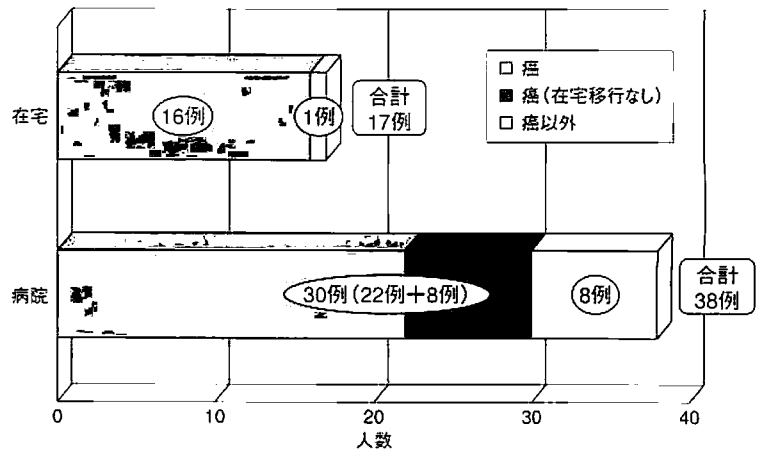


図9 最終的な療養場所別の在宅平均日数

