

診療所での地域医療連携の試み —長崎在宅Dr.ネットの歩み (前編)

地方分権時代の
トータルケア

16

長崎在宅Dr.ネット 事務局長/
長崎市医師会 理事

白髭 豊
Shirahige Yutaka

はじめに

2003年、長崎市近郊で医師の相互協力(診診・病診連携、グループ診療)により、在宅医療の受け皿となるシステム「長崎在宅Dr. (ドクター) ネット」(以下、Dr.ネットと略)が構築された。その結果、個々の開業医の負担が軽減され、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。また2006年4月には、在宅療養支援診療所の制度が新設され、在宅医療推進のカギとして注目されている。

本稿では、今号と次号の2回にわたり、長崎で医療連携を実践するDr.ネットのこれまでの活動の解説・報告をするとともに、Dr.ネットメンバー・病院地域連携室へのアンケート調査で明らかになった実情を解説し、今後の地域医療連携の展望を論じる。

背景

厚生労働省の「平成17年患者調査の概況」によると、調査日の患者は、総数、外来、入院ともに増加傾向にあるのに比べて、調査日に往診を受けた患者は、1960年代半ばまでは、約15万人だったが、その後減少傾向が持続し、90年代

は5万人未満へと減少している。

寝たきり老人訪問診療料(1986年)、寝たきり老人在宅総合診療料(1992年)、在宅時医学管理料、在宅末期総合診療料、24時間連携体制加算(いずれも1994年)、介護保険の導入(2000年)など、在宅医療の普及のためにさまざまな制度が打ち出されてきたが、いまのところ往診の減少を止めることはできず、2005年に、調査日の往診は2.5万人に減少した。同調査で1996年以降に追加された「在宅医療」についても、往診同様、減少傾向をたどっている(図1)。

一方、人口動態統計をみると、1960年以降日本では在宅死が減少傾向となり、1977年に病院死の割合が在宅死を越えるようになった。2004年の在宅死は全死亡の12.4%にしからず(図2)。これは、65歳以上の高齢者の89.1%が自宅で死を迎えたいという希望(平成7年度人口動態社会経済面調査報告)からかけ離れている。

また、病院における7:1の看護配置基準による看護師不足や、在宅医療を支える訪問看護師へのなり手が少なく訪問看護ステーションの運営が困難な状態になっていることも、在宅医療の推進が進まないことに関与する、大きな負の要素であろう。

2005年11月、社会保障審議会は、今後の基本的な医療政策の方向性として3点を提示した。そのうちの一つに、「生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質を高めながら、自らの生活の場において

図1 在宅医療と往診総数の年次推移
(過去10年間に於いて、往診も在宅医療も減少傾向)

(厚生労働省：平成17年患者調査の概況)

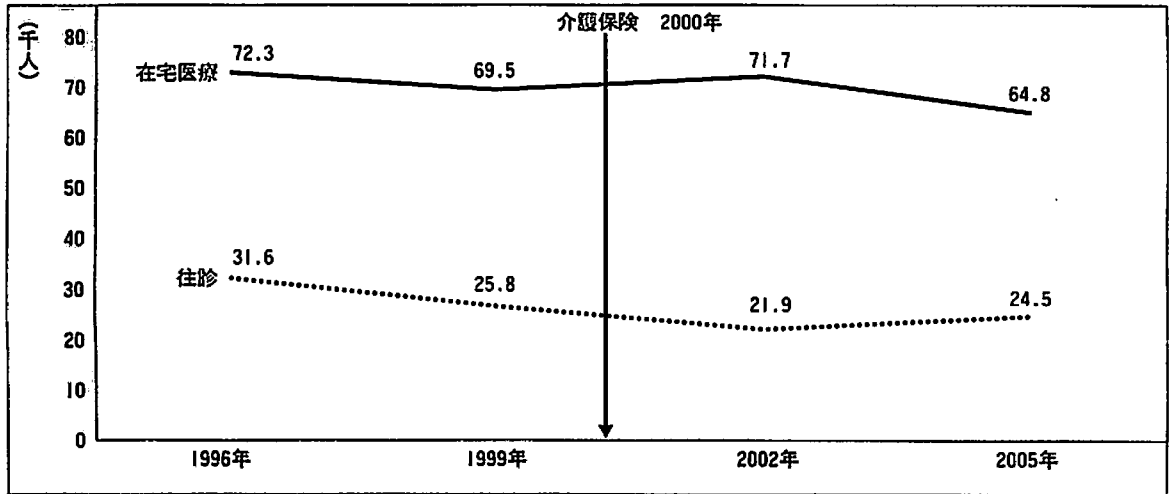
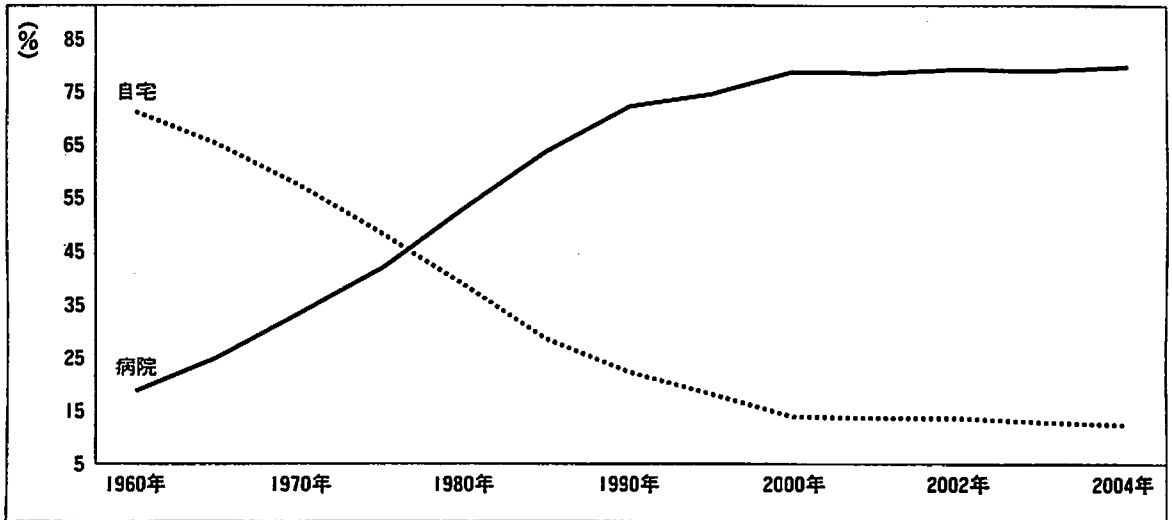


図2 病院死と在宅死の年次別推移

(厚生労働省：平成17年人口動態統計)



必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと」と示されている。

この方針が示すように、在宅医療は今後の医療政策において重要な位置を占める分野であり、2006年の診療報酬改定では、とくにその推進を図ることとされた。具体的には、在宅医療の中核となる施設として「在宅療養支援診療所」を創設するとともに、在宅医療を「入院医療から在宅医療への移行期」「在宅療養の安定期」「終末

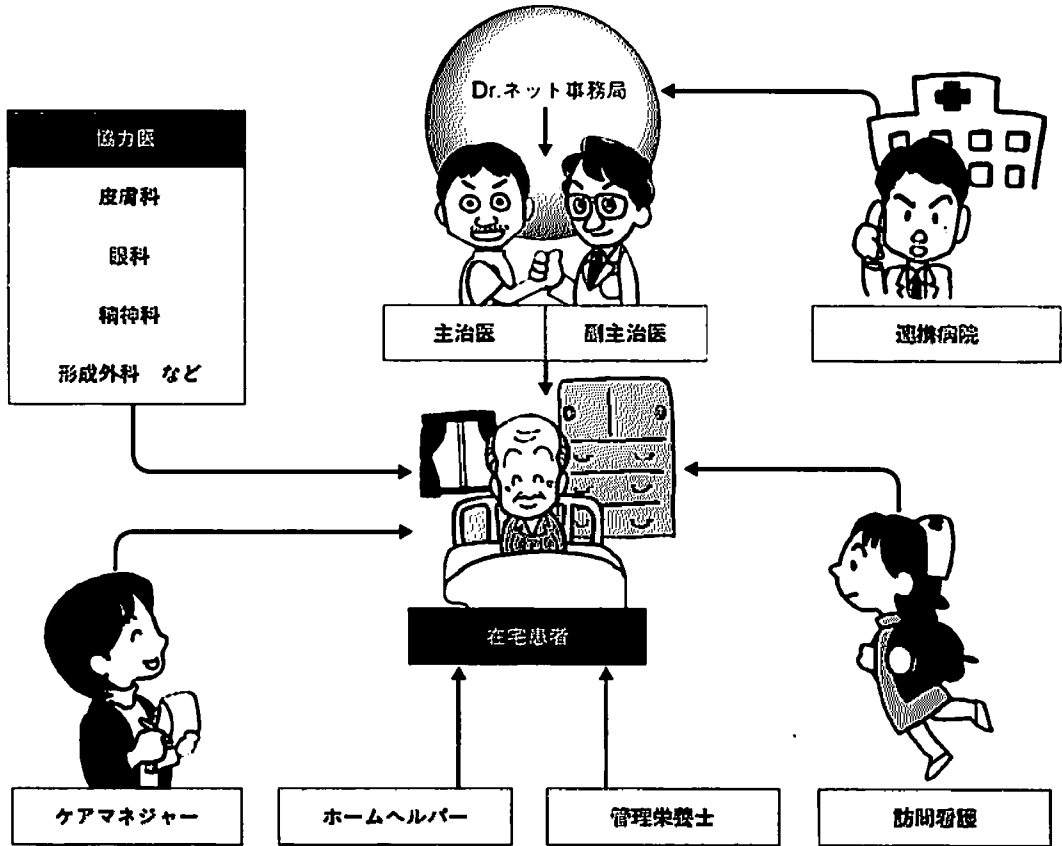
期」に分けて考え、それぞれについて在宅療養支援診療所の役割を中心に据えた点数設定が行われた¹⁾。

長崎在宅Dr.ネット

在宅医療の減少傾向のなか、2003年3月、病診連携、診診連携を推進する組織として「長崎在宅Dr.ネット」が発足した^{2,3)}。自宅療養を希望する入院患者の主治医が見つからない場合に、



図3 在宅Dr.ネットの仕組み



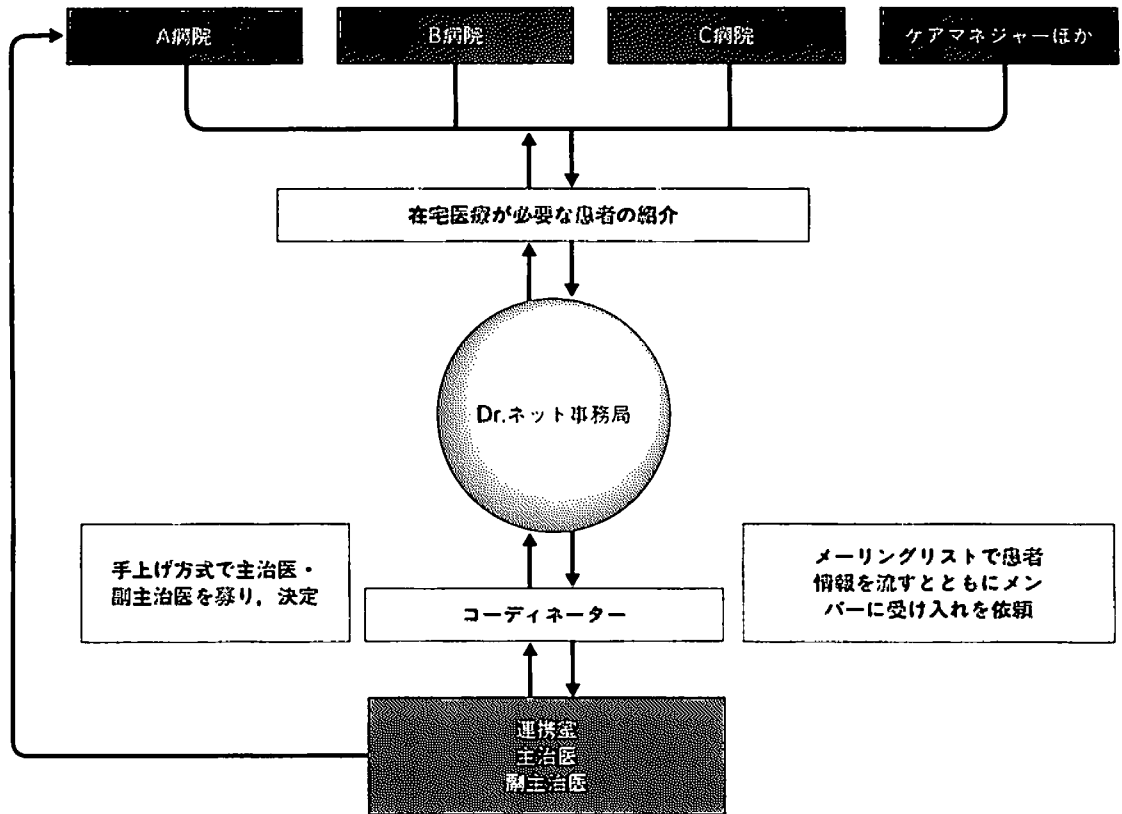
事務局が窓口となり、病院・患者にメンバーのなかから在宅主治医、副主治医を紹介する。具体的には、個人情報などを考慮して疾患、居住地等の情報をメーリングリストでメンバーに周知し、手上げ方式で主治医、副主治医を決定する(図3, 4)。退院前には、病院と在宅スタッフ合同でカンファレンスを行い、スムーズに在宅へ移行している。

Dr.ネットの最大の特徴は、一人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がいることである。あらかじめ、副主治医は主治医より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。

また、在宅療養支援診療所の要件である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。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16の病院の医師も参加し、専門的な助言を行ったり、病診連携の橋渡し役となっている。

図4 主治医決定までのプロセス



2007年6月現在、人口45万人の長崎市全域と近郊から計108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」61名、眼科・皮膚科など専門性の高い医師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」22名、「病院医師」25名）。アンケート調査を行ったところ、副主治医の存在が、在宅医療で重症をかかえる際に避けがたい肉体的・精神的な重圧の軽減に大きな効果がある等の利点が明らかとなった。

2006年11月まで、病院側から事務局に主治医の斡旋を依頼された症例は115例（がん63例、がん以外52例）であった。主治医決定までに要した時間は平均0.87日と短時間であり、2日未満が計83%にのぼり、迅速な対応が可能であっ

た。追跡調査できた107例中71例が死亡していたが、在宅死は26例で全死亡の37%に及んだ（図5）（前述したが、2004年の全国における在宅死の割合は全死亡の12.4%である）。

図6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て亡くなった症例では、平均58.7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67.0日の在宅期間を実現した。従来なら、かかりつけ医がいない症例については在宅療養ができなかったであろうが、最終的な死亡場所を問わず2か月前後の在宅生活が実現できたことは、われわれの存在があったからこそと、自

図5 追跡できた症例の療養場所別の生死

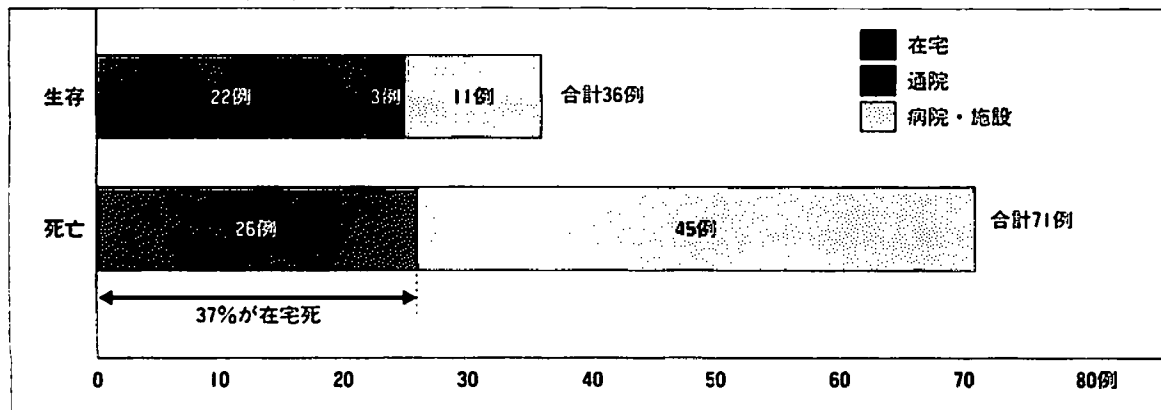
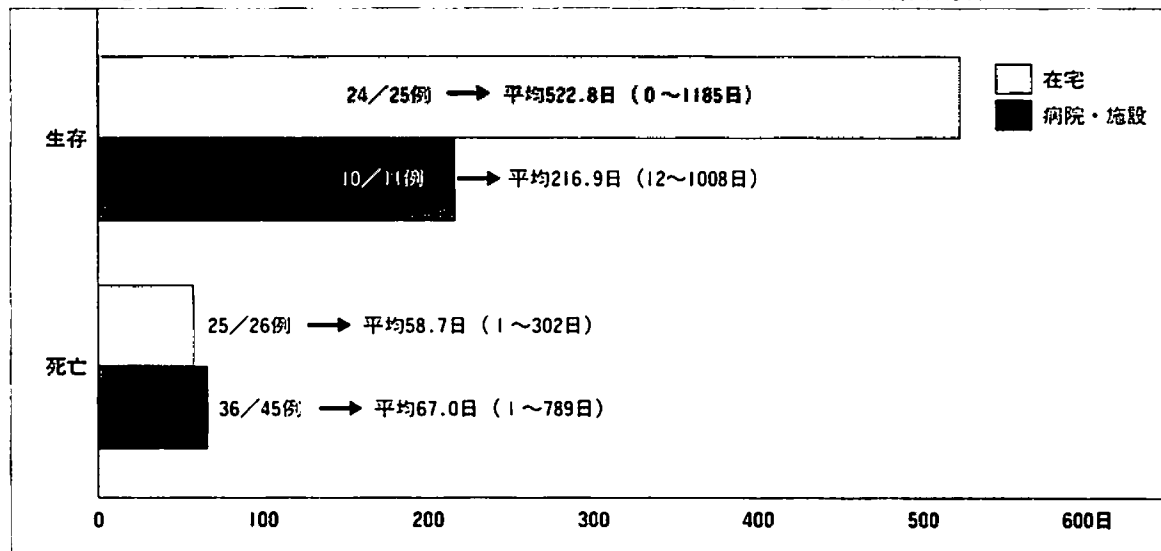


図6 最終的な療養場所別の在宅平均日数

(解析された115症例のうち、追跡できたのが107例。このうち12例は、在宅移行ができなかった、または外来通院に変更されたなどで訪問診療が実現しなかったもの、在宅移行できた症例数/総数で表示)



負している。

がん緩和ケアにおけるあるべき姿は、オーストラリアで唱えられているホスピス三角形に示されるように、在宅ケア、ホスピス・緩和ケア病棟、病院の三者が連携を行い、患者が望む最適の場所でケアを受け、サービス間の移行がスムーズであることである。長崎市では、Dr.ネットの存在により、在宅ケアのなかでの連携が有機的に成功し、かつ病院やホスピス・緩和ケア病棟から在宅への移行もスムーズである。この

ようなスムーズな移行は、がん以外の疾患においても実現しており、いまや全国的に注目されている。

2006年9月現在、全国の在宅療養支援診療所の届出数は9,720か所、全診療所のほぼ1割に相当する。しかし、実際に活動もしくは利用しているのはその少数にすぎないと指摘されており、長崎でも同様な傾向だと思われる。これは、24時間対応の往診・訪問看護体制の確保、緊急入院体制の確保、月2回の訪問など算定要

件を満たす症例が少ないためと推測される。

一方、長崎県での在宅療養支援診療所の全診療所に占める割合は18.7%と全国一であり、長崎市では22%（2006年11月現在）とさらに高率である。Dr.ネットでの在宅療養支援診療所の届出実数は、2007年3月の時点で65%とさらに高率である。在宅療養支援診療所の算定要件には、Dr.ネットの会員であれば、医師同士の連携による24時間往診体制など、対処しやすい。実際、メンバーの在宅療養支援診療所届出機関のうち、在宅患者のなかでの在宅時医学総合管理料1の算定比率は、平均62%であった。

Dr.ネットは、発足以来、在宅医療に関する講演会・研修会の開催など、在宅医療にかかわる情報が豊富に得られるよう活動してきた。当初13名のみで自発的にはじまった組織としてのネットワークのよさがもち味だが、2006年9月には、長崎市医師会の在宅医療に関する部会として、会員諸氏へ広く普遍的な情報発信と活動を展開していくこととなった。

われわれの活動は、すでに長崎県内に波及し、大村市医師会の「大村在宅ドクターネット」、諫早医師会の「諫早医師会在宅ネット」として、同様の試みが医師会主導で開始され実働している。さらに秋田市医師会でも、同様の試みがはじまったと聞く。

診療所の経営形態として、ソロプラクティス（一診療所一医師型）が多数を占める現在の状況で、在宅時医学総合管理料1を積極的に算定していただき、在宅医療を普及・推進するためには、何らかの診療所同士の連携が必要となる。そのような際に、われわれのシステムが何らかの参考になれば望外の喜びである。

多職種との連携

Dr.ネットは、ケアマネジャー・ホームヘルパー・管理栄養士・訪問看護師・歯科医師など多

職種との連携も、研修会・講演会・宴会などとおして有機的に行っている。2003年10月からは、長崎市歯科医師会口腔リハ部会と協力関係を結び、訪問歯科診療、摂食・嚥下リハビリテーションの指導をいただいている（図7）。

生活習慣病と食事との関係は深く、一人ひとりに見合う適量の栄養摂取が重要である。しかし、診療所においては、管理栄養士による栄養指導は人的・経済的コストと見合わないため、実施は少ないと思われる。その問題を解決するため、Dr.ネットでは複数の診療所で管理栄養士を共有するという、独自の管理栄養士派遣システムをつくった。

このシステムは現在順調に稼働し、診療所での栄養指導が実現している。栄養指導の実施により患者にとって生活習慣改善のきっかけが得られたのみならず、生化学的データ（糖尿病患者におけるHbA1c、高脂血症患者における総コレステロール値）の改善を確認できた⁹⁾。

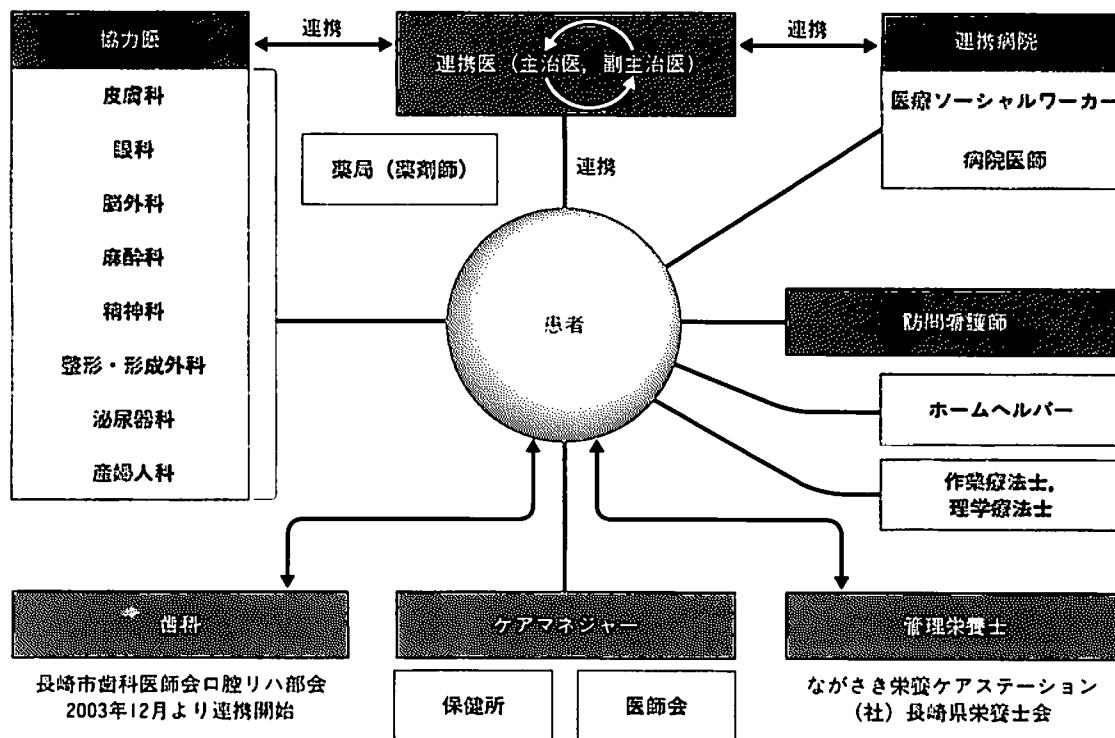
管理栄養士を複数の診療所でシェアするシステムは、栄養指導を診療所に簡便に導入する方法として画期的で、管理栄養士にとっても、食事の提供を必要とせず、給食管理業務（日々の献立作成・発注等）がないため、栄養指導に専念できる新たな仕事の場として位置づけできると考えられる。Dr.ネットと2名の管理栄養士の連携をさらに普遍化したかたちで、長崎県栄養士会は2004年10月より「ながさき栄養ケアステーション」を組織した。

これは管理栄養士を診療所、病院、医師会などの依頼により県下全域に斡旋・派遣するシステムである。今後は、外来および訪問栄養指導の普及や新予防給付・地域支援事業・特定健診において重要な役割を果たすことが期待される。

おわりに

人口動態統計によると、2005年現在、日本の

図7 在宅医療のネットワーク構築



年間死亡数は108万人であるが、2038年には170万人に到達すると推計されている。現在約1万か所ある在宅療養支援診療所が在宅死の受け皿になるためには、年間12%の在宅死の現状を維持するだけでも、2038年には20万人（すなわち、在宅療養支援診療所1か所あたり20人）の在宅死を請け負わねばならない。

厚生労働省の意図する在宅死増加の受け皿になるためには、それぞれの在宅療養支援診療所がより多くの在宅死を請け負うか、在宅療養支援診療所の数の大幅な増加が必要である。介護療養病床の廃止も、在宅医療の担い手の大幅な増加を期待する要因となっている。しかしながら、全国各地に散見される在宅医療特化型の診療所が、今後、急増加していくと考えるのは、現実的でない。

むしろ、既存のソロプラクティスの診療所が相互連携して負担を軽減しながら、在宅患者の受け皿になるシステムをつくるべき時期に来ている。長崎での試みが、一つの選択肢としての参考事例になれば、大きな喜びである。

次号では、Dr.ネットメンバー・病院地域連携室へのアンケート調査で明らかになった実情を解説し、今後の展望を論じる。

文献

- 1) 白髭 豊：在宅療養支援診療所の現状と長崎での医療連携の試み、長崎市医師会報、41(2)(第480号)：1～6、2007。
- 2) 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。
- 3) 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。
- 4) 古川英和・ほか：長崎在宅Dr.ネットによる管理栄養士のシェアその実際と効果、プライマリ・ケア、30(2)：205～209、2007。