

## 2. 長崎在宅Dr.ネットによる地域医療連携

長崎在宅Dr.ネット事務局、医療法人白髭内科医院院長 白 髭 豊

ここ30年、病院死が多くなり、在宅死は全国的に減少している。平成16年でみると、在宅死率は全国平均で12.4%、長崎県は9.0%（都道府県中46番目）となっている。長崎市は人口45.6万人、面積406km<sup>2</sup>。長崎市医師会のA会員は530名あまり、人口あたりの診療所数は14大都市と中核市の中で最も多い地域である。にもかかわらず、長崎市の在宅死率は8%しかない。坂道が非常に多く、在宅医療に不利な地理的条件が多いことが影響しているのかもしれない。

医療側から在宅医療が進まない要因をまとめると、ソロプラクティスの開業医にとっては、重症の患者を単独で数多く診るのは大きな負担であり、現状のままでは在宅医療を希望する患者を多数受け入れるのは困難である。そこで、開業医が大きな負担を感じることなく、日常診療の一部として、訪問診療に従事できるシステムが必要であると考えた。

有志の医師が集まってグループで診療する、これが在宅医療の受け皿となれば、一人一人にとっては負担の軽減になるであろう。

長崎在宅Dr.ネットは、平成15年3月に13名の開業医でスタートした。参加の要件は、24時間365日対応するという気持ちを持っていること、そして電子メールが使えることを前提として、メーリングリストを構築した。連携医、協力医、病院医師の三つのカテゴリーから構成される。主治医が訪問診療を担当し、副主治医という立場の医師を設ける。副主治医は主治医不在時の対応や必要に応じての往診を行う。主治医、副主治医として実際に訪問診療を担当する医師を連携医と呼び、現在58名のメンバーがいる。一方、マイナー科の医師が協力医という形で19名参加している。コンサルテーションを受け、必要に応じて往診する。さらに、25名の病院医師が在宅への移行や必要時の入院への対応、疾病や治療に関する専門的な助言を行う。このように、一人の主治医を多数の医師が支える体制を構築している。総勢102名という大きな所帯となった。

受け入れの際には、二日以内に主治医を決定することを目標としている。患者の紹介が病院やケ

アマネからDr.ネット事務局、あるいは開業医に直接あって、そこからコーディネーターという役を5人の先生にお願いしており、そちらに情報を伝達する。そしてDr.ネットのメーリングリスト上で患者さんの概要、年齢、病態、住所等を提示し、主治医を基本的に手挙げ方式で決定する。

自宅で療養できるだけでなく、入院中と同様の医療を在宅でも受けられることを目指している。ハイテクの医療技術に対しても積極的に取り組むため、研修会、勉強会を盛んに開催している。学術講演会やイブニングセミナー、胃ろうやCAPDなどのハイテク技術に関する研修会も実施している。さらに、在宅の現場では介護や福祉との連携が重要であるため、交流会や症例検討会を開催している。医師だけの症例検討会とは趣を異にし、多職種に参加を得て、退院後の状態の病院側へのフィードバック、入院から在宅療養への移行手順の反省、そして在宅療養開始後の問題点の確認、そして学びの共有化ということを目的に積極的に交流している。

事務局を経由して在宅へ戻す症例数は月平均2.8人で、現在までに128例の登録があった。主治医決定までの日数は平均0.87日、83%が1日以内に決定しており、迅速な対応が実現できている。死亡例は昨年11月までに71名あり、そのうち26例37%で在宅死を実現している。亡くなった方の原疾患は多くが癌である。病院で亡くなった方でも、在宅で亡くなった方でも、平均で60日自宅で過ごす期間を持つことができている。Dr.ネットの連携医の65%が、在宅療養支援診療所を届け出ている。担当している在宅患者数は1~43例、平均で12.6例である。在宅療養支援診療所を届け出ている診療所の、全在宅症例に占める在宅時医学総合管理料の算定割合は61.9%であった。

Dr.ネットの登録症例以外でも、すでに4割の医師が連携医に副主治医をお願いしているとのことであり、副主治医を構える診診連携システムが根付いてきていると言える。長崎在宅Dr.ネットをモデルに、大村市、諫早市、そして秋田市でも同様の組織が動き出している。今後ますます診診連携の重要性が高まると考えている。