

在宅

メーリングリストを利用した診診連携 —長崎在宅Dr.ネットの歩み—

安中正和* 白髭 豊**

NPO法人 長崎在宅Dr.ネット *理事 **事務局長

SUMMARY

平成15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を構築した。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。本稿では、長崎在宅Dr.ネットの実際を、メーリングリストの活用を中心に述べる。

I 背景

厚生省患者調査によると、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、60年代半ばまで約15万人だったが、その後減少傾向が持続し90年代は5万人未満へ減少している。平成17年には、調査日の往診は2.5万人に減少した。同調査で平成8年以降に追加された「在宅医療」についても、往診同様、減少傾向を辿っている(図1)。

一方、人口動態統計上、日本人の死亡場所は、

昭和27年は在宅死が81.3%だったが、その後年々減少し、昭和51年においては病院死が在宅死を上回るようになった。平成18年では在宅死はわずか15.3%にしかすぎない(図2)。

自宅で死を迎えたい65歳以上の高齢者は89.1%にのぼるが、これでは希望からかけ離れている(平成7年度人口動態社会経済面調査報告)。在宅死の減少は、高度経済成長とともに救急医療が発達し病院死の時代に移り変わって行った時代背景

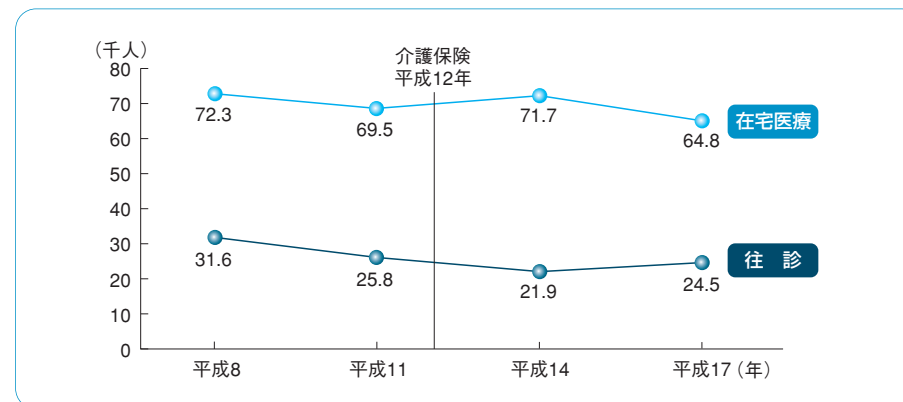


図1 在宅医療と往診総数の年次推移

(厚生労働省:「患者調査」より)

過去10年間において、往診も、在宅医療も減少傾向。

在宅医療とは調査日に診療所、病院から「往診」、「訪問看護」、「医師・歯科医師以外の訪問」を受けたもの。

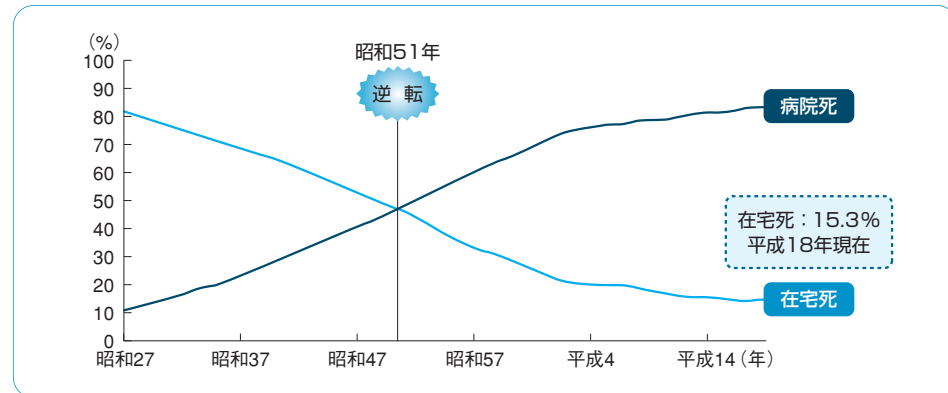


図2 病院死、在宅死の年次推移
病院死：病院、診療所、助産所。
在宅死：自宅、介護老人保健施設、老人ホーム。
(平成18年度人口動態調査)

とともに、開業医にとって重症の患者を単独で見ることの心身への過負担が大きな要因であろうと思われる。さらに、近年、訪問看護師へのなり手が少なく在宅医療を支える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や、患者と家族に対する啓発不足などが、在宅医療が進まない要因になっていると思われる。

II 長崎在宅Dr.ネット

在宅医療の減少傾向のなか、平成15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.(ドクター)ネット」(以下、Dr.ネット)が発足した^{1,2)}。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、事務局が窓口となり病院側・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 considerando 疾患、居住地などの情報をメンバーに周知し、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在宅へ移行している。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を決めることである。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。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。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³⁾。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。Dr.ネットのメンバーングリスト上では、病院から紹介された症例の主治医決定のみならず、さまざまな医療相談のメール、雑談的な楽しいメール、読むだけで役に立つメールなど、種々のメールが交換され、文字通り医局での雑談・情報交換のような雰囲気がある。

以下に、実際のメンバーングリストでのやり取りの実例を示す。

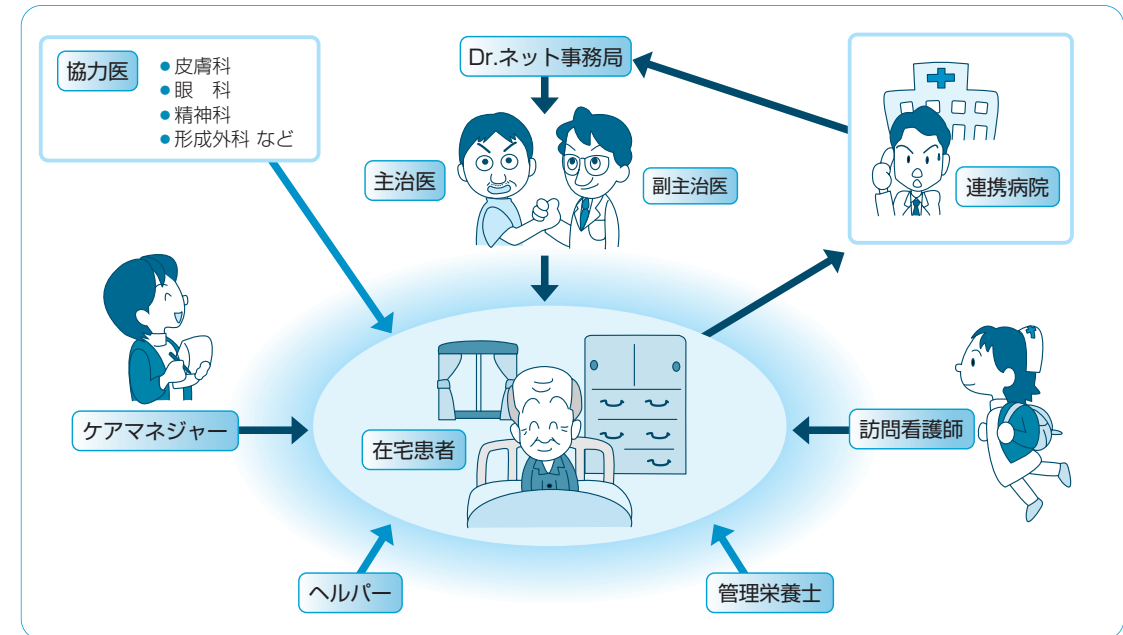


図3 在宅Dr.ネットの仕組み

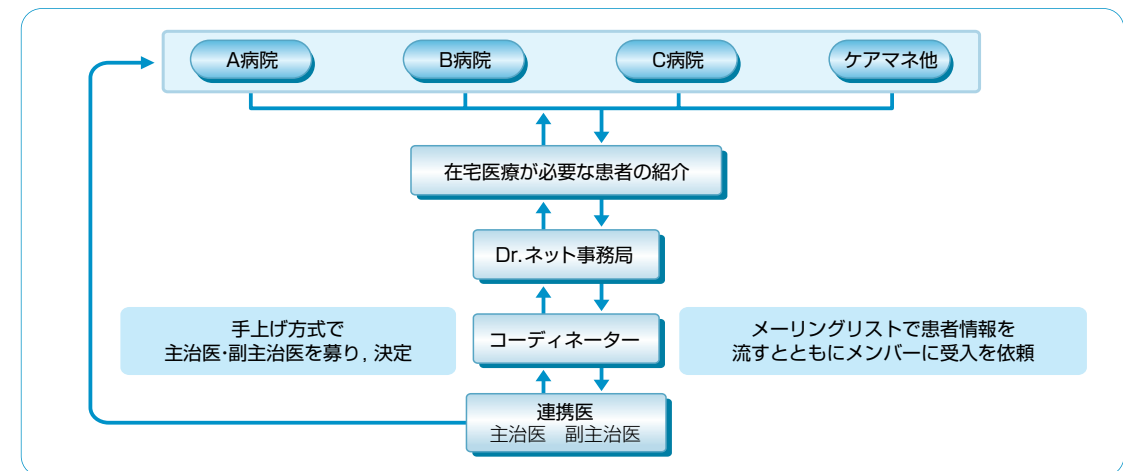


図4 主治医決定までのプロセス

III メーリングリストでの情報交換

●タイトル：主治医、副主治医募集
(受信時間 15:29)

〇〇です(コーディネーター医師).
症例130です. Y.N 女 71歳.
住所 〇〇町

診断 肺がん(肝転移 がん性胸膜炎)
経過 03年に右上葉肺がんCT1N3M2 入院拒否にて最初から外来化学療法を繰り返すも、多剤耐性となる。
07年右がん性胸膜炎で入院。同じ頃CTで

肝転移、腹部大動脈リンパ節腫大あり。オキシコンチン内服していたが、一時夜間混乱などで07年〇月にS病院に入院。その後も食事があまり入らず、ホスピスなども勧められたが、本人、ご主人ともに在宅を希望されているそうです。

現在ADLは自立。SPO₂ 88.9%。食事は入りませんが点滴は希望されていないようです。

患者さんは元ナース。ご主人は元薬剤師さんだそうです。

●同日 15 : 44

安中です。主治医やります。

●同日 18 : 47

D外科です、副主治医やりますでしょうか？

●同日 19 : 30

主治医安中、副主治医D先生となりました。よろしくおねがいします。

●2日後

安中です。今週水曜日に退院時カンファレンスです。ご家族が訪問看護、介護保険申請などを望んでいないようです。まずは主治医、副主治医、病院関係者、ご家族でカンファレンスをします。それから今後のことを考えたいと思います。D先生よろしくおねがいします。

●約2ヵ月後

安中です。症例130は本日お亡くなりになりました。

痰詰まりのような状態で死亡となりました。副主治医のD先生、お世話になりました。約2ヵ月の訪問診療でした。夫のがんばりには感銘を受けましたが、それに対して患者さん自身の気持ちはどうだったのかが最後までよくわかりませんでした。

酸素をしていないとSpO₂ 50%台になりますが、本人がいやですぐにはずします。酸素を投与すると1分ぐらいでSpO₂ 98%に回復します。それがわかっているのに本人は酸素

をしたがりませんでした。訪問看護師と僕が行ったときだけ酸素をするぐらいでした。

患者さんの表情はけっして穏やかな表情ではなかったもので、往診のたびに気になっていました。

デュロテップ[®]パッチ2.5mg、ロキソニン[®]、時々のおプソ[®]というお決まりのパターンで様子を見ていました。けっして痛くて辛そうにしているわけではないが、常に眉間にしわを寄せて、硬い表情が多い感じでした。当初は「辛いのか？」と聞いても、「そんなことはない」といっていました。最後のほうは、「辛い、なぜこのような状態にいるのか自分でもよくわからない」といったり、夜になるとせん妄状態になって意味不明の言葉で夫を困らせていました。笑って「ありがとう」といわれた記憶があまりありませんでした。

このような患者さんに、もうすこし多幸感をあたえるようなセデーションはできないのでしょうか？

どなたかご意見ををお願いします。

●Y病院のNです

お疲れ様でした。在宅でのセデーションは、持続皮下注射もありますが、ワコビタール[®]座薬100mg 毎日1個+ダイアップ[®]座薬10mgを屯用でよく使います。ワコビタールは、2日目ぐらいからよく効く印象があります。

●D外科、Dです

安中先生、お疲れ様でした。副主治医としてあまりお役に立てませんでした。ご主人もご本人も医療関係者だったので、ある意味、思うがままにできた在宅療養だったのではないのでしょうか。一度、同行させていただいたとき、ご主人が、飄々とされていたので、私の印象では、よい療養生活になっているのだな、と感じておりました。主治医が自己採点で合格点になることは難しいと思います。

呼吸苦に対するセデーションは難しく、私も自信がありません。

N先生が早速アドバイスを下さったので、機会があれば、使ってみたいと思います。

●S内科 Sです

安中先生、ご苦労様でした。先生の熱意は、十分通じていることと拝察申し上げます。釈迦に説法かもしれないけど、ステロイド内服は行っていましたか？

リンデロン[®]1日1~2mgの内服で、かなり自覚的・他覚的な倦怠感やつらさは取れるように思います。

●D外科 Dです

緩和ケア専門の医師にお願いします。大学の緩和ケアカンファの席で呼吸困難に対する補助薬として抗精神病薬のリスパダール[®]が有効。また、中枢性の吃逆にリボトリール[®]が有効と言う話も聞きました。リボトリール[®]とダイアップ[®]はどちらもベンゾジアゼピン系の抗てんかん薬ですね。バルビツール系睡眠薬のワコビタール[®]もてんかんのお薬ですね。このあたりの補助薬の使い方を一度教えて頂きたいのですが…。麻薬は少しずつ解ってきたつもりでいるのですが、精神薬などの使用に関する講習を一度お願いしたい気がします。お忙しい所大変恐縮ですが…。

●(在宅緩和ケア専門医) I病院M先生

安中先生、ご苦労様でした。患者さんの表情がいまひとつだったんですね？ おそらく患者さんは先生が感じておられるような感じを抱いていたのではないのでしょうか。

おそらく先生は共感という境地に患者さんと同じ場所に立てたのではないのでしょうか。このことは薬よりも心の問題ではないでしょうか。むしろ鎮静とかではなく、先生の話で、先生の傾聴で、患者さんの硬い表情の向こう側の悲嘆や、感謝の気持ちをご主人の前に吐露

していただけるように話を、タッチングを、そばに座って黙ってでもよいから、お願いします。セデーションはそれからでもよいでしょう。単なる多幸感ではなく、一度、たった一度でよいから意識がある間に、でも僕らには見せてくれていなくてもひょっとしたら夫婦2人きりの時間がそれだけあったんですから、きっとあったのかもしれないね。私たち在宅緩和の医者はそんな夫婦の繋ぎ役。別れていくのだから、目に見えないところへ行ってしまうのだから、せめて心のなかには、目を閉じれば、そこに感じていただけるように手伝えたらよいね。さらにそれからのスピリチュアルなところの繋ぎ役それは先生の仕事、僕らもそうありたい。

●Yクリニック Yです

安中先生の悩みを読んで、患者さんの表情は「心(スピリチュアル)の問題」ではないかと思いました。M先生も同じ思いだったのですね！

患者さんとの関係性がないと、なかなかスピリチュアルケアまで立ち入ることは困難なのですが、私はよく患者さんの昔話を聞くことにしています。小児期、結婚、職歴、子どもさんのことなどなど、そして「よい人生だったね！よい家族がいて幸せね！」と確認させるのです。

夫婦間には、「今のうちに「アイラブユー」といってね！」とそそのかしています。

患者さん、ご家族には長年の歴史があります。新参の私たちができることは、症状コントロール(これさえも困難なこと多し)とじつと傍にいて、心を開いてもらえるよう祈るだけです。

今回の経験を、次に生かしてください。安中先生応援しています。

●S病院緩和ケアチームTです

看取りお疲れ様でした。不可逆的な低酸素

血症を伴う呼吸困難には、ご家族、親類含めて十分ICを行って、先生ご指摘のようにセデーティブに対応する場合が私の場合も多いように思います。

坐薬はN先生同様ダイアップ[®]がポピュラーではないか、と思っています。持続皮下注が使えればドルミカム[®]は有効です。夜間のみの間歇的セデーションが可能ならそこから開始し、症状やご家族の反応をみながら鎮静時間を調節するのがよいと思いますが、不可能なら少量からの持続投与がよいと思います。意識があることが患者さんの尊厳を保てないと思われ、持続的な鎮静を考慮する場合は半減期の長いフェノパール[®]の持続皮下注、20mg/hr (0.2mL/hr) 程度を考えます。半日~1日かけて徐々に効いてくる感じです。半減期が約100時間と非常に長いです。血中濃度によっては症状を改善して、しかも鎮静開始から1週間程度家族と話しをしたり、食事をしたりされた患者さんもおられます。

いずれにしろ、在宅だからこそ、症状緩和に持続ポンプが使いたいなあ、と考える今日この頃です。バルーンインフューザー、できればPCA機能付き電動ポンプがあればよいですね。

●Y病院 Nです

鎮痛補助薬としての、抗うつ薬は、トリプタノール[®]10~25mgを、抗てんかん薬としてはテグレトール[®]100~200mg、デパケン[®]200mg、リボトリール[®]0.25~0.5mgなどを多用しています。

不安に対しては、デパス[®]、セルシン[®]、レキソタン[®]、セレナール[®]などのジアゼパム系を使います。うつに対しては、パキシル[®]、トレドミン[®]などです。精神科の先生のようには使えませんが、どうか使用しています。セデーションの適応は、平成17年に日本緩和

医療学会のガイドライン (HPにあるとおもいますが…)などで、十分考える必要がありますね。ありきたりの説明ですみません。今年度中にどこかで、精神薬などの研修会も入れるようにしますね!

●S内科 Sです

T, N先生、いつも大変勉強になる発信をいただき、ありがとうございます。

持続皮下注ポンプを、メンバー誰でも使えるように共同購入して、業者に管理してもらうように必要な先生のところへ届けるようにしたいですね。商売にならないから、レンタルは現状では難しいでしょうか。

このように有機的にDr.ネットのメーリングリストは活用されている。連携医に行ったアンケート調査では、「Dr.ネットのメーリングリストによる情報交換は先生にとって役立っていますか?」、という問いには、97%が役立っているという回答であった。実際のコメントを表1にまとめた。

さらにメーリングリスト上だけの情報交換だけではなく、Dr.ネットが主催する症例検討会、勉強会などで他職種との交流が深まったり、症例を受け持つことにより紹介元の先生方や地域医療連携室の方々顔見知りとなることで生きた連携ができる。この連携がさらに広がることで在宅医療の充実にもつながると思われる。

ミニメーリングリストを立ち上げたのが有用だった事例もある。開業後1年で在宅医療の経験のなかった医師が、重症の終末期でかつ在宅ハイテクケア(輸液ポンプ、PCAポンプ、CVポート、シュアフューザーポンプなどのハイテク器械)を駆使した症例を担当した。ベテランの副主治医の発案で、在宅主治医と副主治医、紹介元病院の原疾患の主治医、緩和ケアチームの担当医、副主治医的立場で相談に応じてくれる在宅緩和ケア専門医師、一般外科医が参加するミニメーリングリス

表1

- 情報交換、連携(人脈形成)に有用。
 - 開業医の医局のような気安さや何でも相談所がすぐそばにあるという安心感があるし、何より自分一人ではないという連帯感があります。
 - 往診する際に非常にありがたく、安心できるシステムであると思います。
- などの意見が多数寄せられた。また病院医師からは、
- 情報はとても役に立っています。とくにインフルエンザ発生時の情報は手に取るように市内の状況がわかりおもしろいです。
 - 実際、どのような症例が在宅に回っているかを把握でき勉強になります。
 - 地域医療連携室を通じて依頼が出た場合、在宅移行に向けての準備状況をメーリングリスト上でリアルタイムに知ることができる。
 - 退院後の状況もメーリングリスト上で知ることができ、行ったらそれっきりにならないところが難しいです。

トを立ち上げた。このなかで、レセプト請求のこと、実際の症状の相談、在宅でのテクニックの助言などを頻回にやり取りをして、在宅主治医を全面的にバックアップした。少人数の参加のみのミニメーリングリストならではの具体的な質問と詳細な助言が実現した。このような、症例単位でのミニメーリングリストは大変有用で、在宅主治医へのサポートに役立った。結果的に患者、家族に有意義な在宅医療を提供できた。

Dr.ネットのメンバーは、がん拠点病院の緩和ケ

アカンファレンスにも定期的に出席している。在宅の視点からの発言・助言を行うことで、病院側が帰せないと思っている症例を在宅医療に移行させたり、在宅への移行を不安に思っている患者とご家族に、在宅でできることを説明して不安を解消して在宅療養に移行した症例もある。基本的に、在宅でできない医療行為は画像診断以外ではないといってよい。重要なのは医療手技的な問題ではなく、「帰りたい、自宅で過ごしたい」という患者・家族の思いを受け止める感性であるともいえよう。すなわち、在宅移行の実現は、患者・家族の思いに即した退院支援を実現できるか否かにかかっている。Dr.ネット医師の緩和ケアカンファレンスへの出席は、病院スタッフの視点を確実に変化させていると思われる。

以上のようなDr.ネットのメンバーの努力で、平成18年11月までで、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)。

がん緩和ケアにおけるあるべき姿は、オーストラリアのホスピス三角形に示されるように、在宅

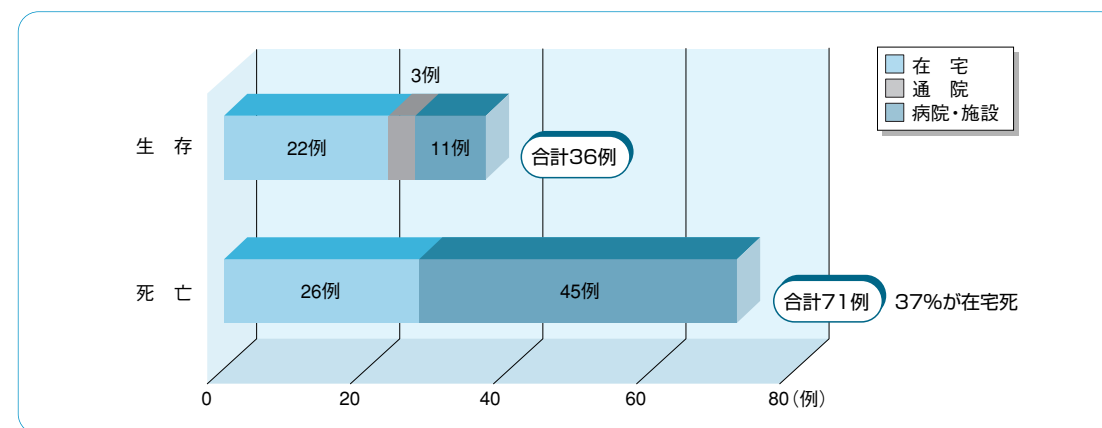


図5 追跡できた症例の療養場所別の生死
平成18年11月までで、115中107を追跡、解析。

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。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いる。

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、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。われわれの診療連携（主治医・副主治医方式）のシステムは有用な方法の一つであろう。さらに、Dr.ネット独自の病院への在宅主治医の紹介・斡旋システム、メーリングリストを活用した情報交換、病院緩和ケアカンファレンスへの参加などが、今後の医療連携の何らかの参考になれば幸いである。



参考文献

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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, 480: 1-6, 2007.