



長崎在宅Dr.ネットの取り組みと
在宅緩和ケアネットワーク

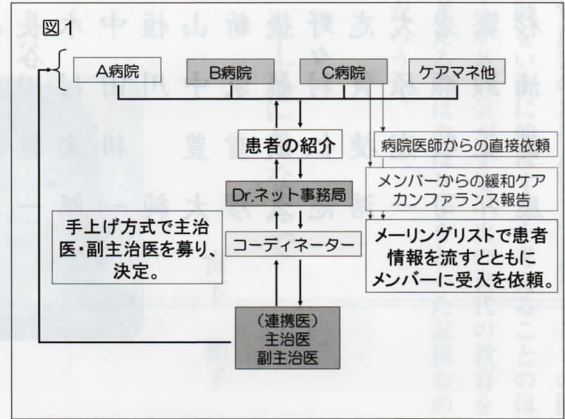
平成二〇〇九年九月一二日

医療法人 白髭内科医院 院長

NPO法人長崎在宅Dr.ネット 事務局長

白髭 豊

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（引用文献一、二）。自宅療養を希望する入院患者の主治医が見つからぬ場合に、事務局が窓口となり病院側・患者側に在宅主治医、副主治医を紹介する。具体的には、市内を五地区に分けてコーディネーターを配置し、事務局から情報を伝達する。その後、コーディネーターから、個人情報等を考慮して疾患、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（図一）。退院前には、



病院と在宅スタッフ合同でカンファランスを行う。最大の特徴は、ひとり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。副主治医は、主治医よりあらかじめ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。二四時間対応の実現

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、市内の病院の医師も参加し、専門的な助言をしたり、病診連携の橋渡し役となっている。二〇〇八年四月現在、人口四五万人の長崎市全域と近郊から計一三八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」六五名、眼科・皮膚科など専門性の高い医師等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」三七名、「病院・施設医師」三六名）。

二〇〇八年二月までで、病院側から事務局に主治医の斡旋を依頼された症例は一七五例に及んだ。主治医決定までに要した時間は平均〇・八一日と短時間であり、二日以内が八六％にのぼった（図二）。追跡調査できた一五四例中、がんが九二例、がん以外が六二例だった。一五四例中一一六例が死亡していたが、そのうち八七例（七五％）が在宅であった。在宅死は四八例で全死亡の四一％に及んだ（図三）。

図2 紹介より主治医決定までの日数
平均：0.81日

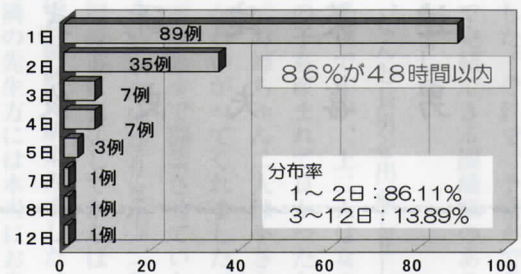
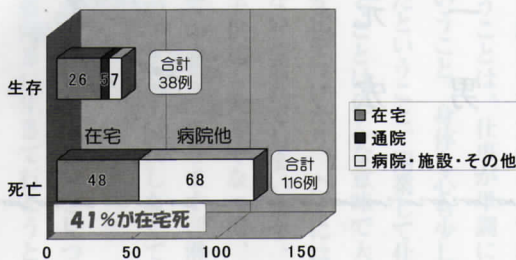


図3 全体内訳（154/175）

175例中154例の追跡調査が可能であった。



2008年2月症例調査

2008年2月症例調査

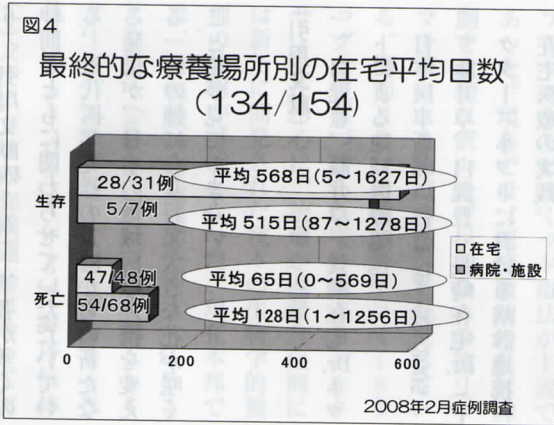
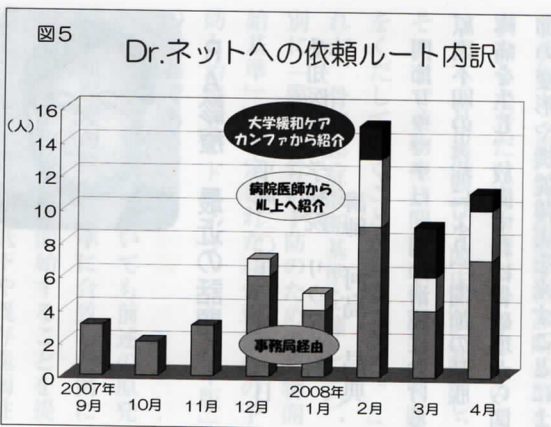


図4に、最終的な療養場所別の在宅日数を示した。すなわち、入院から在宅に移行し最後まで在宅で過ごしなくなった症例では、平均六五日の在宅療養を実現した。また、最終的な療養場所が病院の症例（すなわち在宅移行後、再入院して病院で亡くなった症例）でも、平均一・二八日の在宅期間を実現した。従来なら、かかりつけ医がない症例については在宅療養ができなかったであろうが、最終的な死亡場所が在宅の場合は二ヶ月前後、病院の場合四ヶ月の在宅生活が実現できたのは、我々の存在があったからこそと、自負している。

厚生労働省は、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」（厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究）の地域公募を、二〇〇七年四月に行い、長崎市は長崎市医師会を中心とした介入地域に選ばれた。この研究の目的は、日本に合う緩和ケアの地域モデルを作ること、三年間の介入で、患者による苦痛緩和の評価の改善、遺族による苦痛緩和の評価の改善、緩和ケア利用数の増加、死亡場所が患者の希望に沿う変化をするかを評価する。プロジェクトの成果が、緩和ケアの普及のモデルになるものと注目される。他の三つの地区が病院からの介入を行うのと異なり、長崎は長崎市医師会からで、在宅療養の現場に近い立場からのアプローチを行うことで、成果が期待される（研究責任者・長崎市医師会長 野田剛稔）（引用文献三）。

二〇〇七年春より、Dr.ネットメンバーの医師とその診療所勤務の看護師が長崎大学緩和ケアカンファランスに定期的に参加するようになった。緩和ケアカンファランスで得た情報、すなわち、在宅移行できそうな症例の情報を出席医師がメーリングリスト上に周知するようになった結果、二〇〇八年一



月頃になり、在宅移行に結びつく症例が出るようになった。我々の試み、すなわち、在宅医が緩和ケアカンファランスに参加することで退院へつながるケースが多く出始めたことは、地域医療連携の新たな幕開けであると考えている。

さらに、二〇〇八年より、連携を強化するため拠点病院の中核医師に呼びかけDr.ネットのメーリングリストに参加していただくようになった。従来の地域連携室↓Dr.ネット事務局↓コーディネーター↓メーリングリスト公募の流れではなく、拠点病院医師からの直接のメーリングリストへの主治医呼び

かけの募集がなされるような症例が出現し、図5のように、二〇〇八年二月以降になり、それまでの月間平均三・五例の主治医斡旋から、一気に二・五倍相当の月間症例数へ急増した。緩和ケアカンファランスと、病院医師の積極的なメーリングリストへの症例紹介で、これまでより一歩踏み込んだ病診連携が進みつつある。

Dr.ネットは、二〇〇八年一月にNPO法人化した。前例の無い近隣の開業医同士の連携である。結成初期の段階で、まず、患者さんの取り合いにならぬように、参加するメンバー間で覚書を取り交わした。すなわち、副主治医として一時的に診察した患者は、必ず従来の主治医に戻すことを明文化した。これが奏功したのか、これまでに患者の取り合いになるようなトラブルは起こっていない。さらに、組織のまとめ役としての世話人が一人、組織され、皆で相談しながら組織を運用してきた。他地区で新たに組織を立ち上げようとする場合の秘訣は、やはり、コアとなる仲間作りに尽きるであろう。

Dr.ネットは、これまでと同様の医師同士の連携、医師と医師以外の職種を越えた交流・連携を信条として、今後大きく躍進していく所存である（図

6) (引用文献四、五)。筆者が多くの仲間とともに関わらせていただいている、近代医学発祥の長崎からの新たな発信が、日本の地域医療連携を変え、一粒の種になり将来大きな花が咲くことを夢見てやまない。

(引用文献)

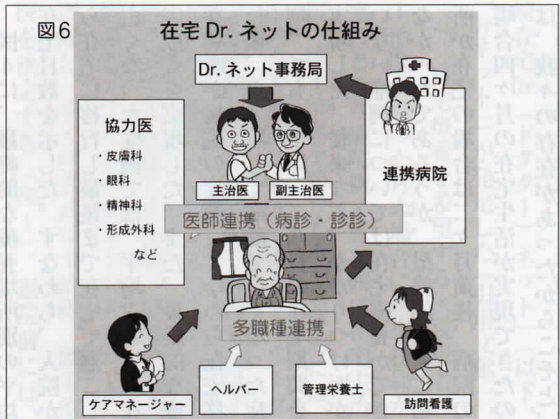
一) 白髭豊、藤井卓・長崎在宅Dr.ネットによる地域医療連携。

日本医事新報 4224:29～32, 2005

二) 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



三) 白髭豊、諸岡久夫・「がん対策のための戦略研究(課題二…緩和ケアプログラムによる地域介入研究)」へ長崎市医師会が採択」

長崎県医師会報 740:14-16, 2007

四) 古川美和、白髭豊、鶴田雅子、外山信子、山根豊、大津留泉、詫摩和彦、谷川健、落義男、河野通夫、出口雅浩、小森清和、藤井卓・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.

五) 古川美和、白髭豊・長崎在宅Dr.ネットの活動と栄養士との連携。

臨床栄養 11(2/3):277-283, 2008.

