

PART 3 ケースレポート

在宅療養支援診療所の5月1日現在の届出数は約8,500件。しかし、実際に厚労省が掲げた役割を遂行できる診療所はごく一部との声も聞こえてくる。在宅医療ネットワークの拠点として“機能”しなければ、患者はもちろん連携先医療機関からも見放されることになりかねない。異なる3つのネットワークを取材し、入院から在宅への受け入れや在宅ターミナルケアへの取り組みをレポートする。

レポート

1 長崎在宅Dr.ネット

二重三重のフォローで 医師の負担軽減

在宅医療の必要な患者を広く受け入れる

「長崎在宅Dr.ネット」は2003年3月、長崎市および近郊の診療所の医師たちにより結成。以来、相互に協力しながら在宅医療のグループ診療体制を構築し、在宅療養を希望する患者の受け入れおよび往診・訪問診療を実践してきた。在宅医療に対しては、在宅療養支援診療所の創設によって関心が一気に高まっているが、個々の診療所にとってはクリアすべき課題も多い。同ネットの存在は、画期的なモデルとして注目を集めている。

支援診療所の趣旨を先取り 在宅看取り率は30%に到達

「在宅療養支援診療所は、私たちの行ってきた連携システムも考慮されたうえで創設されたものと自負しています」。長崎在宅Dr.ネット（以下、Dr.ネット）の藤井卓代表は、こう胸を張る。Dr.ネットの主な目的は、①グループとして在宅医療の受け皿となる。また、グループ内の連携によって緊急時に対応する、②病診・診診連携を組むことで、地域住民に可能な限り継続的で効果的な在宅医療を提供する、③相互に医療上の相談や医療情報を共有することで、質の向上を目指す、④参加する診療

所・病院間の親ほくを図る——。これらはまさに、入院から在宅医療への円滑な移行、24時間対応の在宅診療体制などを求める「在宅療養支援診療所」の制度趣旨に、そのまま合致するからだ。

現在、Dr.ネットの会員は86人、それぞれに役割が明確に決められた「連携医（51人）」「協力医（14人）」「病院医師（21人）」によって構成されている。「連携医」は、主治医として在宅医療を担当する医師と、主治医を補佐し訪問診療の分担や緊急対応を担う副主治医からなる。「協力医」は、専門性の高い診療科（皮膚科、眼科、整形・形成外科、精神科、

麻酔科、婦人科など）の医師で、連携医から医療相談を受け、必要に応じて往診も引き受ける。そして「病院医師」は、病院・大学病院に勤務する専門医で、病診連携を実践して専門的な立場から助言する。

病院から在宅診療への受け入れは、実際には次のような手順で行われる。

在宅療養への切り替えが可能な入院患者がいたとしても、往診ないし訪問診療の受け入れ可能な開業医がない場合、病院がDr.ネット事務局へ主治医のあっせんを依頼。それを受けて事務局では、患者の居住地と医師の専門性を考慮して、会員の中から主治医・副主治医の候補を

患者側、病院側に提案。了承が得られると、診療がスタートとなるという流れだ。

これまでの累積症例数は103例を数えるが、昨年末までの88症例のうち事後評価できた81症例を分析すると、Dr. ネットへ登録された患者はがん患者が58%を占める。紹介から在宅の主治医が決定するまでの日数は、85%が1日以内に決定、最長でも8日と迅速に処理できている。生存26例中18例(69%)が在宅療養を継続。一方、死亡55例中17例(31%)が在宅死だった(図)。

長崎市(人口約45万人)の在宅死亡率は8%台にすぎない。この状況に対して、同ネットが果たしている意義は大きい。「Dr. ネットが受け皿として有効に機能し、重症な患者さんの在宅での終末期医療にも十分対応可能である証左」と語る藤井氏の言葉は力強い。

払拭された“囲い込み”意識 利害衝突は杞憂に終わる

こうした連携が実現している原動力は、結成時に集まった13人の医師の在宅医療に対する高いモチベー

ション、とりわけ代表の藤井氏(藤井外科医院院長)、事務局を務める白髭豊氏(白髭内科医院院長)の卓越した行動力によるところが大きい。

Dr. ネットの誕生の契機は、藤井氏のもとに、知己のケアマネジャーから寄せられた「病院に入院しているが、本当は家に帰りたいという人がいる。どうにかならないものだろうか」との相談だったという。自らも問題意識を持っていた藤井氏は、かねてから在宅医療に熱心に取り組んでいた白髭氏に話を持ちかけ意気投合する。「介護保険の導入で、在宅療養の環境が整いつつあるのに、医療がそのネックとなって患者さんが帰れないのは医師として恥ずかしい。1人の医師がすべてを背負うのではなく、複数やグループで診療をすれば解決できるのではないかと意見が一致して、それならばと、在宅に関心のある医師に声をかけてみたわけです」と白髭氏は振り返る。

03年3月の結成後、藤井氏と白髭氏の両氏は、大学病院や市民病院はもとより、県内外の医師会やケアマネジャーの連絡協議会など、あら

ゆる機会をとらえてDr. ネットの存在と意義を知らせる講演・説明会を精力的に行ってきた。特に病院に対しては、長期入院患者の退院後の受け皿としてのメリットを説きながら、連携を深めるようになった。取り組みに比例する形で会員も増加。会員間では研修会、講演会さらにはメーリングリストを活用して、情報交換や親ほくを深めることで“顔の見える”関係が次第にできあがっていったという。

「もちろん、診療所は個人事業所の側面もあるので、近隣の診療所同士によるグループ運営に利害衝突の懸念もありました。しかしこの3年で得た結論は、利害は衝突しないということ。お互い囲い込むのではなく相互に連携することにより新しい患者を迎えることができる、との意識が醸成できたと思います。特に副主治医の存在によって、精神的肉体的な負担が軽減されたメリットは大きい」と両氏は口を揃える。報酬面では主治医が在宅時医学総合管理料を算定している場合は同管理料、副主治医は在宅患者訪問診療料や往診料などの出来高点数を算定する仕組

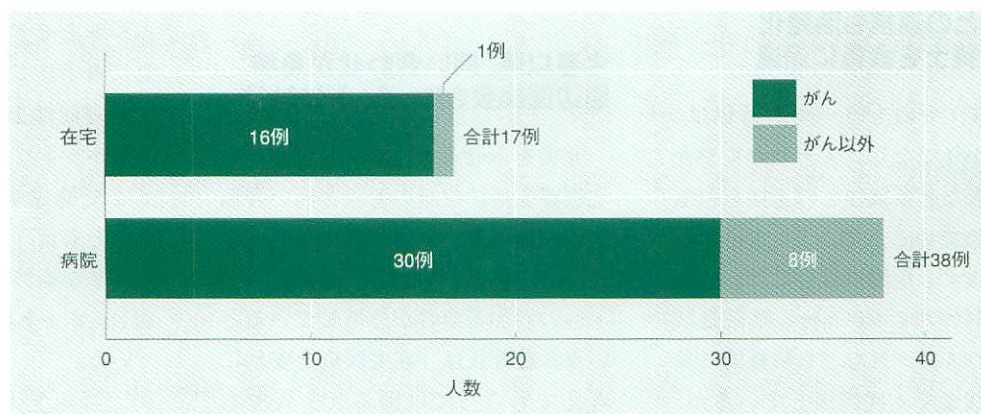


図 死亡症例(55例)の疾患と死亡場所



長崎在宅Dr.ネットの藤井卓代表



事務局を担う白髭豊氏



訪問看護師やケアマネジャー等との症例検討会も随時開催

みなどで、金銭的なトラブルも皆無だ。

すでにメンバー内では、病院からの依頼症例以外の日常診療においても相互に副主治医を引き受ける関係が成立しており、自律的な動きも活発化している。

「いわば病院の医局のようなもの」と藤井氏は、Dr. ネットの本質を例える。「同じ医局であれば、担当医師同士が助け合って1人の患者さんを治療するのは当然。病院はICUのような存在で緊急時に対応してもらおう。病院・施設・在宅診療のそれぞれが、患者さんが望むところで、望まれるものを提供すべきだと思います」と、地域全体を一つの病院に見立てた、地域医療提供体制のあり方を提言する。

多職種との連携も活発化 管理栄養士を会員に派遣

Dr. ネットのもう一つの特徴は、医師ばかりでなくコメディカルや介護関係者など多職種との連携を積極的に進めている点である。Dr. ネットが開催する症例検討会には、訪問看護師やケアマネジャー、病院地域連携室のスタッフなども積極的に参加。これまで4回開催しているが、毎回60～100人が集まり、活発な

やりとりが繰り返されるという。「在宅では、医療と介護は横並びであり、生活そのものを支える視点が大切。そのためには、多くの職種との連携が欠かせません。医師は、看護・介護職と同等の立場で率直な意見交換ができるようにすべき」と白髭氏は語る。

また、Dr. ネットは、訪問歯科診療を引き受ける長崎市歯科医師会「口腔リハ部会」所属の歯科医39人とも連携しているほか、各診療所単位では雇用が難しい管理栄養士を診療所間でシェアをする「管理栄養士派遣システム」を実施している。現在は、外来での指導が中心だが、在宅医療では摂食、嚥下、栄養管理が重要なポイントとなることから、訪問栄養指導を本格的に始動させる意向だ。

今春以降、問い合わせが急増 周辺医師会もDr.ネットに触発

充実をみせるDr. ネットだが、在宅療養支援診療所の新設と高い評価という追い風一方で課題も出てきた。今春以降、事務局にはDr. ネットへの参加希望者が急増しているという。藤井氏は「在宅医療を安易に考えてもらっては困る。一人でも24時間診療を実践する覚悟がない

方はご遠慮願いたい」と、急速な拡大による質の低下を警戒する。なお、「連携医」の診療所の多くは在宅療養支援診療所を届け出ているという。

組織の今後のシステムについては、「昼休みや休診日が同じ診療所が多く、対応の時間帯が重なるケースがあり、十分な連携がとれない場合がある」（白髭氏）、「組織として永続させていくには現在、ボランティアで行ってもらっている事務局機能に、何らかの金銭的な裏づけを与えて、しっかりした組織にしていく必要がある」（藤井氏）などを、解決すべき課題として指摘する。

Dr. ネットがグループ診療による在宅フォローという分野に先鞭をつけたのは事実だ。長崎県内では大村市医師会、諫早医師会などが、Dr. ネットをモデルとしたシステムの構築に着手しており、他地域にも波及する可能性を秘めている。ただし、地域ネットワーク実働のカギは、あくまで構成するメンバーの「使命感」とも言うべき、在宅医療に対する真摯な姿勢にあることを、長崎在宅Dr. ネットの成功が雄弁に物語っている。