

医療連携でのメーリングリストの活用

白髭内科医院 院長 白髭 豊

はじめに

本日はメーリングリストを使った長崎在宅 Dr. ネットの活動についてご紹介させていただきます。

まず、在宅死の話をさせていただきます。図1をみると病院死と在宅死が1976年で逆転して、現在は病院死が8割、在宅死が15.3%という状況で、過去50年間にわたって在宅死が減り続けています。今後の在宅医療の動向として、保険診療、介護報酬上の在宅医療の認知、介護保険の普及、在宅医療、在宅死の希望がある、病院での長期入院が困難な現状、がん対策基本法での在宅緩和ケアの推進、介護療養病床の廃止ということから考えて、在宅医療のニーズはますます増えていくと思います。

長崎在宅 Dr. ネットの発足

図2は、平成18年の全国と長崎県、長崎市の死亡場所を比較したのですが、在宅死は全国で15.3%のなか、長崎県は12.6%で全国のワースト5であり、長崎市は9.5%で、さらに少ない状況です。

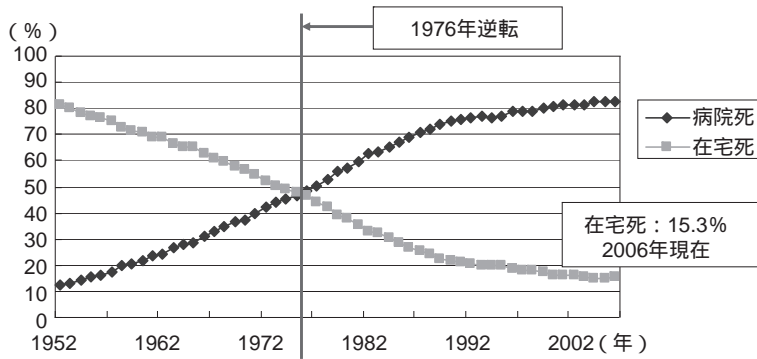
在宅死がなかなか増えない理由として、長崎で

白髭 豊（しらひげ ゆたか）、昭和63年東京医科大学医学部卒業。主研究領域：在宅医療、がん内分泌療法

本編は平成20年9月14～15日に長崎県で行われた第22回日本臨床内科医学会でのシンポジウム講演を整理、要約したものである。

は地理的な要因も考えられますが、1診療所1医師型の開業医にとって重症の患者を単独でみるのはなかなか負担が大きいからだと思われます。このような状況のなか、日常診療の一部として無理なく在宅医療を行うためには何かしらのシステムをつくらなければならないと考えました。在宅療養を希望する方を多く受け入れるために、どうしたらいいかを仲間で相談した結果、グループ制で行うという結論に達しました。長崎では当時、在宅医療に特化した診療所がありませんでしたので、外来併用型の診療所でグループをつくり始めたわけです。長崎在宅 Dr. ネットは、訪問診療や往診を複数の医師が連携して行います。すなわち、主治医に加え、副主治医がバックアップとして控えるという特徴があります。そうすることで、患者さんや病院にとっては在宅医療の受け皿となり、開業医にとっては相互協力によって医師の負担が軽減でき、結果的に24時間、365日の安心が得られることとなります。

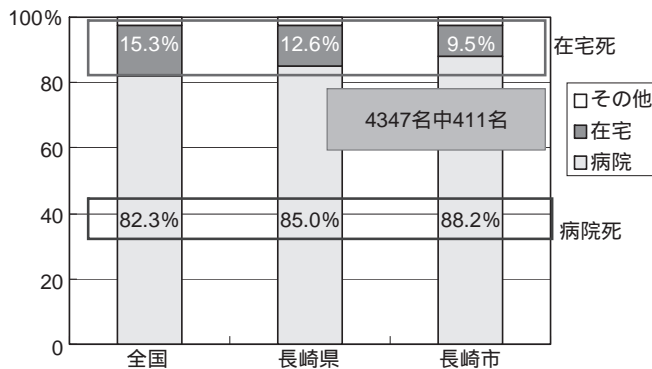
平成15年3月、13名の有志の医師が集まって、Dr. ネットを発足しました。平成15年6月に市民病院から第1例が紹介されて、現在、250例近くの症例の在宅移行を斡旋しました。Dr. ネット参加の条件は、24時間365日対応ができるという気持ちがあることと、電子メール、メーリングリストによる連携、連絡が可能であることです。参加医は、訪問診療にかかわる連携医（主治医、副主治医）、専門性もち、必要に応じ往診ができる協力医（眼科、皮膚科など）と病院医師に大別しています。



* 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: 1C 上巻 死亡 第5.5表 死亡の場所別にみた年次別死亡数より

図 1 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

厚生労働省平成18年度人口動態調査: 1C 上巻 死亡 第5.8表 死亡の場所別に見た都道府県 (16大都市再掲) 別死亡場所百分率

平成18年度長崎県人口動態調査統計: 死亡 第3表 死亡者数, 死亡の場所・保健所・市町別

図 2 平成18年 死亡場所 (全国, 長崎県, 長崎市)

○ メーリングリストについて

メーリングリストの話を主眼としてお話しさせていただきます。主治医と副主治医をあわせて「連携医」といい、まず基本的に主治医が訪問診療を行い、副主治医は必要に応じて往診や主治医不在時の対応を行います。また、病院医師として参加している先生に、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助言を行っていただきます。さらに協力医である皮膚科, 眼科, 形成外科等の先生が助言や往診を行ってくださいます。

たとえばメーリングリストの中で皮膚病変の写真を添付して流すと, たちどころに皮膚科の先生に, 診断・治療方法などを答えていただけます。患者さんと一人の主治医を多数のドクターが支えるということをシステム化しているわけです。当

初 13 名でスタートした組織は現在 138 名で、そのうち、主治医・副主治医になる連携医が 65 名という状況です。

Dr. ネットの考えは、「在宅医療を希望する方が医者が対応できないという理由で在宅に帰れないことがないようにする」、「自宅で療養できるだけでなく、入院中に受けたと同様の医療も受けられることを目指す」、「医療、介護、福祉等の連携で最適な在宅医療を提供する」ということです。勉強会、研修会を実施し、また多職種の連携を非常に大切にしています。

私たちは、頑張って在宅医療に取り組むのではなく、頑張らなくても在宅医療ができるような仲間やシステムづくりが大切である、と考えています。要は顔のみえる関係をつくっていくことが重要で、メーリングリストもそのツールの一つだと認識しています。Dr. ネットのメーリングリストは、全体のメーリングリストが 5 年半ぐらい前に立ち上がって、現在 6700 通までいっており、年間 1200 通、月間 100 通ほどのメールのやりとりを続けています。コメディカルとの情報交換用、連携医の事務連絡用、それから世話人会用のメーリングリスト等がありますが、ここでは全体のメーリングリストと症例単位の小規模メーリングリストについてお話をさせていただきます。

まず、全体のメーリングリストについてお話し

ます。長崎在宅 Dr. ネットでは長崎市内を 5 地区に分類してコーディネーターという役目のドクターを 5 人設けており、事務局がファクスやメール等で患者さんの紹介を受け、コーディネーターへ主治医・副主治医の斡旋を依頼し、コーディネーターはメーリングリストでその患者情報を流してメンバーに受け入れを依頼します(図 3)。もちろん名前や詳しい住所等の個人情報は完全にマスクした形で流すようにしており、メーリングリストでメールをみた先生が手挙げ方式で主治医、副主治医を決めるというようになっています。

最近では拠点病院のアクティビティーの高い先生に Dr. ネットのメーリングリストに入ってもらって、その先生が事務局、コーディネーター経由ではなく、直接メーリングリスト上に症例の紹介と主治医受け入れの打診をしてくださるようになり、症例がかなり増えてきました。

さらに、長崎市内にはがん診療連携拠点病院が 3 か所ありますが、Dr. ネットのメンバーが拠点病院の緩和ケアカンファランスにすべて出席しており、そこで得た情報を、もちろん個人情報を除外した形で流すことで、実際、退院につながるケースが出てきています。今までの事務局経由のみならず、こういう 3 本の系統ができたことで、Dr. ネットを通じ在宅に移行する症例は、これまでの 3 倍程度に増えています。

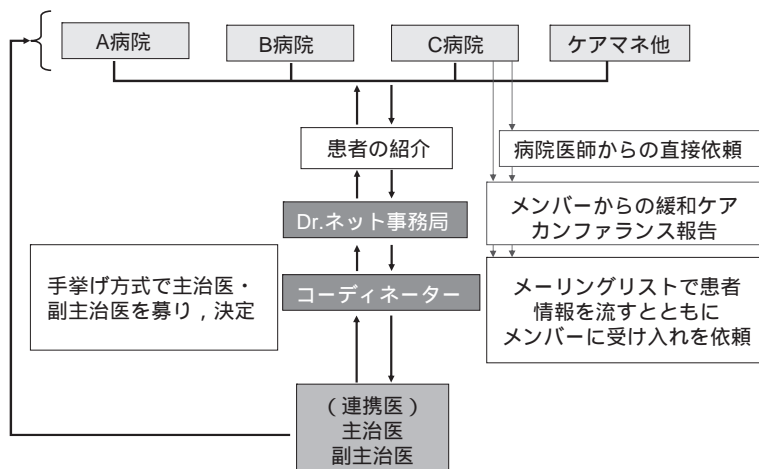
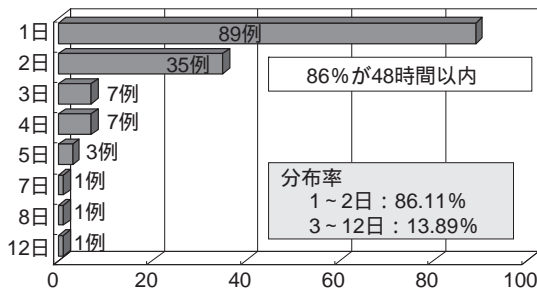


図 3 患者紹介から主治医決定までのプロセス



2008年2月症例調査(175例の症例が登録された時点)

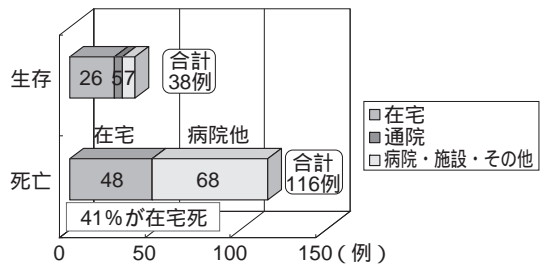
図4 紹介より主治医決定までの日数 平均：0.81日

主治医が決まってから移行するまでには、尾道方式と同様、できるかぎり退院前カンファランスをやっています。協力医、病院医、主治医、副主治医、そしてコメディカルと多職種が連携して在宅医療を展開しています。図4は、紹介から主治医決定までの日数を表していますが、平均で0.81日、86%が48時間以内に主治医を決定し、在宅移行の依頼があった病院等へ連絡しています。

2008年の2月までに登録した175例中の154例で追跡調査をしたところ、116例が死亡しており、48例が在宅死となっています(図5)。すなわち41%の在宅死ということなので、全国平均の15%を超えています。

2007年2月にDr. ネット内でアンケート調査をしたところ、「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に立っていますか」という質問に、連携医(主治医、副主治医)の先生の97%に「役に立っている」とお答えいただきました。地域密着型でしかも医師オンリーのメーリングリストなので、かなり細かい、しかも医療の現場に即した情報のやりとりができるものとして私自身にとっても非常に役に立っています。

ほかにも「情報交換、連携、人脈形成に有用である」、「開業医の医局のような気安さや何でも相談所がそばにあるという安心感がある」、「頑張っているんだという励みになる」、「各種医療情報がリアルタイムに入る」など、いろいろなご意見をいただいています。感染症情報、特に季節外れの



2008年2月症例調査(175例の症例が登録された時点)

図5 全体内訳(154/175) 175例中154例の追跡調査が可能であった

インフルエンザの流行などは、3年ほど前に時津地区というところで夏場にインフルエンザの集団発生がありました。ほとんどリアルタイムに非常に早い段階で情報が入ってきました。

また、病院の先生にとっても非常に役に立っているようで「実際にどのような症例が在宅に回っているのかを把握できて勉強になる」というご意見や、「当院地域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、その情報を連携室や病棟にフィードバックすることで退院へ向けての歩調を合わせることができる」、「退院後の状況を主治医、副主治医の先生からメーリングリスト上で知ることができた」などのご意見もあります。遠方の先生方も大変役に立ったと書かれており、遠方の先生方がオブザーバーとして入っていることで、現在、長崎県内では大村と諫早、県外では熊本でDr. ネットとほぼ同様の組織が立ち上がっています。

さて、先ほども申し上げたことですが、平成19年の春より、Dr. ネットのメンバーの先生が大学病院の緩和ケアカンファランスに出席するようになりました。ここでいただくいろいろな情報、ミニレクチャーや症例提示は、診療所の医師にとっては非常に勉強になります。大学の先生にとっても、在宅で何ができるかというような診療所医師からの発言で在宅の視点も得ることが可能になり、実際に在宅に移行できる症例も出てきています。厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研

究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」への長崎の参加が決まった後には、私どもは、市内の3つの拠点病院すべての緩和ケアカンファランスに担当を決めて出席し、緩和ケアチームのカンファランスに出席した先生が在宅移行を希望している症例や、本人や家族に迷いがある症例、病院の主治医が不安を感じている症例等のメールをメーリングリストに流しています。

図6が実例です。「昨日の緩和ケアカンファランスの報告です」ということで、症例の内容、病名や居住地等の情報を、緩和ケアカンファランスの翌日の夕方に流しています。すると、翌朝にメーリングリスト上で朝6時ぐらいから続けざまに「主治医、副主治医、可能である」、「(往診)行きます」、「主治医、副主治医どちらでもオーケーです」というようなメールがたちどころに出てきます。

このような、在宅側の受け入れ可能な状況を病院側へ還元することで、在宅への移行に迷いのある患者さん・ご家族・病院主治医の背中を押してあげることが実際にできているのではないかと思います。医療依存度が高い場合がありますが、在宅向けのアレンジ(在宅に即してシンプルな医療処置へ変更する)をしていただくことも、在宅移行時には大切になってきます。

図7は、事務局経由で在宅移行斡旋を行った月別の症例数です。2007年末ぐらいから症例がかなり増えているのがわかります。事務局経由という症例の上に病院医師からのメーリングリスト上への直接紹介が上乘せされ、さらに緩和ケアカンファランスのレポートが直接退院支援に結びついたというような症例も出てきており、多いところで月17例ほどとなっています。以前は平均月3例ほどだったのが、2007年12月以降、かなり多くの症例が在宅移行するようになってきました。いろいろなネットワークで顔のみえる関係をつくり、そこでメーリングリストを使うことで、このように在宅移行する症例が増えてきたと認識をしています。

-----Original Message-----
 From: "M. D." Sent: Thursday, February 21, 2008 4:12 PM
 Subject: [nzc-net: 5729] 大学緩和ケア報告

昨日の緩和ケアカンファの御報告です。お住まいの近くの先生、お願いする可能性がありますので、お願いします。在宅へ移行の可能性・希望のある方。または在宅医の介入を勧めたい方の情報です。

①47歳男性 浜平町 食道癌
 放射線化学療法中 頸部・腋窩LN転移 化学療法効果↓

②52歳 男性 青山町 直腸癌術後 肝転移・骨盤腔内再発 骨転移
 経過中の本年1月、横行結腸穿孔し緊急手術。術後回復・経口摂取可能となる。母親と二人暮らし。

③43歳 女性 葉山町 子宮癌術後 膀胱腫瘍 人工肛門 悪液質
 高校2年生のお子さんと二人暮らし。実姉の援助あり。
 今帰らないと時間がない!!

④65歳 男性 出雲町 食道癌術後 中咽頭癌 2月20日喉頭全摘施行。
 肺・肝転移 経口摂取の希望がとっても強い。

⑤61歳 男性 坂本町 甲状腺癌 癌性リンパ管症 肝転移
 在宅酸素使用中。呼吸困難感あり。不安感が強いとのこと。

図6 メーリングリストの実例

プチ・メーリングリスト

つぎに、症例単位の小規模メーリングリスト「プチ・メーリングリスト」を紹介します。今から紹介するプチ・メーリングリストはハイテク在宅緩和ケアを要した末期がんの一例で、新人在宅医を支えるためにつくったメーリングリストです(図8)。在宅にかかわる医師同士の連携をするために、退院前より患者さんにかかわる医師6名、つまり在宅主治医1名・在宅副主治医3名に病院主治医と病院の緩和ケアチームの医師の間で小規模のメーリングリストを作成し、在宅準備、在宅移行、訪問診療の各時期においてこのメーリングリストを使用し、皆で新人在宅主治医を支えています。

プチ・メーリングリストを開始して亡くなるまでに2ヵ月ぐらいありましたが、退院前から始

まって、退院そして亡くなるという段階まで155通のメールのやりとりがなされています。そこでは、具体的に退院の前の情報として非常に大切なものを共有することができるわけです。

また、在宅移行後は訪問日ごとの情報提供や、処置に関する質問と専門医からの答え、日常診療での疑問の提示とその回答、レセプトの書き方までさまざまなやりとりがなされています。

プチ・メーリングリストのメリットとして、ま

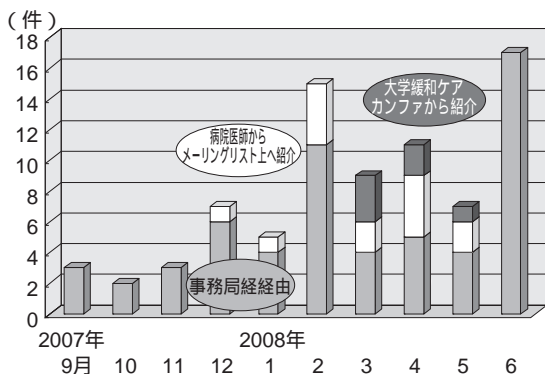


図 7 Dr. ネットへの依頼ルート内訳

ずメンバーが少数なので気恥ずかしさがない、症例に関する細やかで具体的な相談ができる、退院早期から導入することで入念な無駄のない在宅準備ができる、リアルタイムに近い病状報告と対応ができる、病院医師が退院後の患者さんの経過を知るとともに、在宅の実情を知ることができるということがあげられます。副主治医には、なかなか情報が入らないことがあるのですが、そういう副主治医に関しても情報の共有ができると思います。

2008年1月にDr. ネットの症例検討会で、このメーリングリストの紹介がされて以降、Dr. ネットに登録される症例の実に3割ほどでプチ・メーリングリストがつくられるようになっていきます(図9)。つくられる時期は、退院前後で半々ぐらいで、最初はドクターオンリーで始めたものですが、現在では多職種参加のメーリングリストが若干多くなってきています。今後、プチ・メーリングリストの作成頻度は増えていくものだと思いますし、いろいろな連携を病院、施設間で、かつ在宅のなかでやっていくメーリングリストは非常に

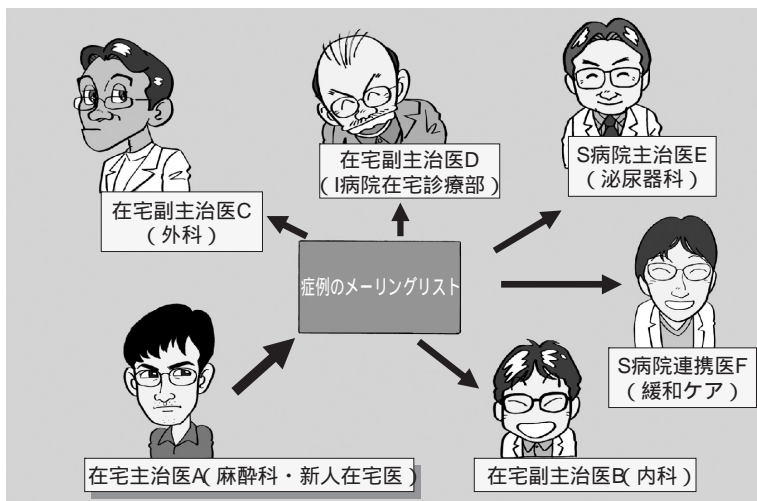


図 8 プチ・メーリングリスト

- <目的> 1. 新人在宅医のサポート 2. 在宅にかかわる医師同士の連携
 <方法> 退院前より、患者さんにかかわる医師6名の間でプチメーリングリストを作成し、①退院準備、②在宅移行、③訪問診療の各時期において活用

有用な連携ツールであり、大きな武器ではないかと思っています。

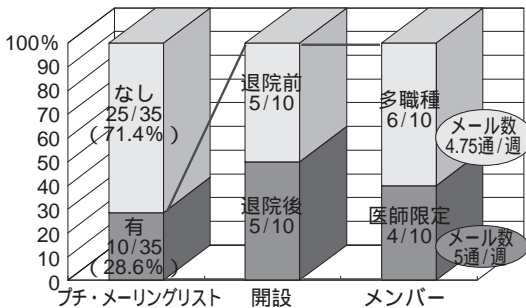
今後の展望

つぎに松本先生がお話になる「あじさいネットワーク」に、長崎市医師会も来年2月より参加し、セキュリティーの高い状況で情報のネットワークを張りめぐらせようとしています。「あじさいネットワーク」のなかで、これからは病院からの情報を開示するだけでなく、Dr. ネットの患者情報を共有サーバーで共有し、現在メンバー間で行っている主治医・副主治医のグループ制に加え、

全体を当番制で補完したいと思っています(図10)。今の主治医・副主治医制のままでは、何かあったときに万全の対応ができないと思っているからです。そのためには何かしらの情報共有システムが必要で、この「あじさいネットワーク」が一つの大きな武器になるのではないかと考えています。

最後にまとめると、長崎在宅 Dr. ネットでは、医療連携、情報交換にメーリングリストを多用しています。これは私たちの一つの特徴だと思っています。また、症例単位の小規模メーリングリスト「プチ・メーリングリスト」は、症例に関する細やかで具体的な相談に非常に有用だと思っています。さらに今後の Dr. ネットにおける医療連携を広げるためには、何かしらの情報共有システムの構築が必要であり、「あじさいネットワーク」の利用は一つの選択ではないかと考えています。

(イラスト提供：たくま医院 詫摩和彦先生)



(症例174(1月10日登録)~症例211(4月30日登録))

図9 2008年1月症例検討会以降の登録症例(35例)におけるプチ・メーリングリストの検討

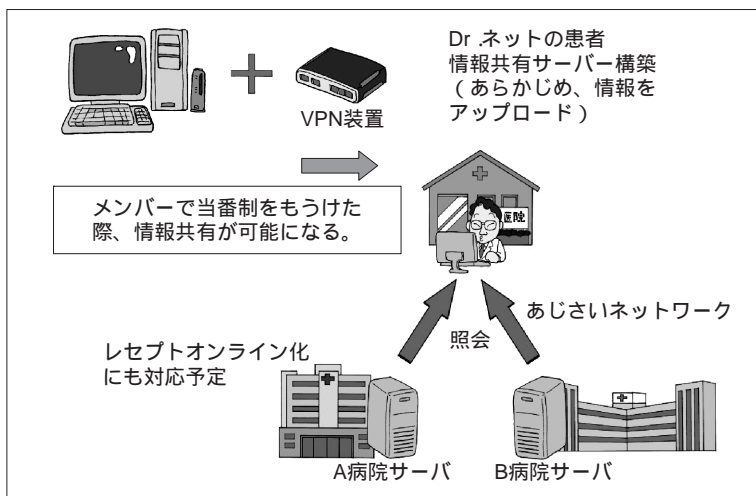


図10 あじさいネットワークから、Dr. ネットの情報共有へ