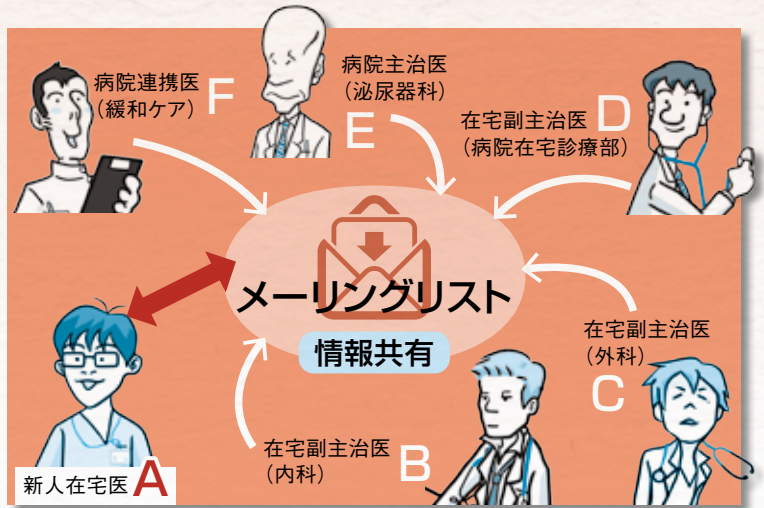


次世代を育てる工夫



長崎在宅 Dr. ネット事務局長、白髭内科医院院長
白髭 豊さん

症例単位のメーリングリストで新人在宅医をサポート



長崎市内の診療所・病院の医師180人あまりが連携し、主治医・副主治医制をとっていることで有名な「長崎在宅Dr.ネット」。メーリングリスト(ML)を活用し、病院から在宅に移行する患者の情報を素早く流し、メンバーに受け入れを依頼、主治医とバックアップ役の副主治医を手挙げ方式で決定するというシステムで在宅医療に当たっている。

まずはMLで見学

しかし、Dr.ネットに参加する誰もが最初から在宅のエキスパートだったわけではない。新人在宅医を育てる工夫について、事務局長の白髭豊さんは次のように話す。

「Dr.ネットでは、メンバー全員で情報を共有する全体のMLとは別に、在宅移行する患者さんの退院前にその症例専用の小規模MLを作成します。ここに病院と在宅双方の医師が参加し、退院準備、在宅移行、訪問診療の各時期に応じて情報を流します。新人在宅医はまず、ここで交わされるやり取りを見学するのです」

ベテランの強力サポート

以下に紹介するのは、Dr.ネットで過去にあった実例だ。

在宅経験のまったくないA医師が主治医を受け持つことになった。しかも担当は、尿管癌再発患者で、肝臓と腹部リンパ節への転移や癌性腹膜炎、イレウスもあり、IVH(中心静脈栄養)などの管理を要するかなりの重症だった。

この症例では、3人のベテラン在宅副主治医に加え、病院主治医と緩和ケア医の計5人がA医師のサポートに入った。同じMLに参加し、A医師の往診に際して各科の立場から随時適切な処置について情報提供を続けた。5人からの強力な支援を受け、A医師は初めての看取りをやり遂げた。

1度経験したら背中を押す

最初は副主治医の1人として参画してもらい、症例を斡旋するケースもある。開業1年目のB医師は、勤務医時代はバリバリの循環器内科専門医。在宅の勉強は非常に熱心だが、

症例経験はなかった。

白髭さんらは、緩和ケアカンファレンスで紹介された末期癌患者について、B医師に在宅副主治医を打診することを病院側に提案。症例相談を経て、正式にB医師が副主治医となり、MLに入って主治医らのやり取りを見学した。副主治医となって2カ月後には看護師に同行して往診。数週間後、初めて在宅で患者を看取った。

「最初はベテランが手厚くサポートします。そして一度症例を経験して、その先生の開業エリアで在宅症例があれば、『やってみませんか』と背中を押してみます」

新人在宅医のサポートについては、白髭さんらDr.ネットの理事が数々の仕掛けを打っている。

在宅への移行手順や移行後の診療について多職種が集まり病院側へフィードバックする症例検討会、食事や酒を楽しみながらざっくばらんに勉強するイブニングセミナーも、在宅経験が少なくても気軽に参加できる“在宅塾”となっている。

「看取りは当然」を伝承

看取りに対して「負担が大きくて無理そうだ」という先入観を持たず、前向きな姿勢の医師を増やすには、「若い頃から在宅の空気に触れるのが一番」と白髭さん。初期臨床研修で地域医療実習が必修化されたのを機に、積極的に自院で研修医を受け入れている。

「開業医が看取りをやるのは当たり前、多職種で連携するのは当たり前という意識が若いうちからあれば、将来開業してからいざ在宅をやることになっても、抵抗を感じるこ

とは少ないでしょう」

白髭さんはまた、これから亡くなる人がどんどん増えるため、医師がすべての看取りに全力投球で臨めば早晚破綻してしまうと指摘する。

「顔見知りや手を組み、負担を軽くしながら在宅をやろうというのがDr.ネットの発想の根幹です。主治医に用事ができた時に動いてくれる副主治医がいるだけで、1人で抱えなくてよいという安心感が生まれます。安心を共有できれば、看取りはぐっと楽になると思います」

長崎では、在宅のプロを志す医師



研修中の1コマ。研修医(左)、看護師(右)とともに。長崎市内は坂と階段が多く、自動車の横付けができないため往診は徒歩が中心となる

への手厚いサポートと、周囲との連携を当然のものとして捉える感覚の伝承を軸に、多死時代を支える次世代の在宅医が生み出されている。