

在宅医療とIT / TEL : 099-218-3300 E-mail : knak@sun-net.ne.jp

在宅医療とIT ⑩

ナカノ在宅医療クリニック(鹿児島市) 院長 中野一司

在宅主治医の

アイデンティティ

1 どんな医者になりたかったか?

私の出身医局は、鹿児島大学医学部第3内科である。第3内科の初代教授は、介護保険の総帥、井形昭弘先生である。今から15年前、私が第3内科の門を叩いた時、井形先生は鹿児島大学の学長に就任されたばかりで、助教授の納光弘先生(現第3内科教授)が教室を率いておられた。その納先生に、「私は細かいことが嫌いで、神経内科(第3内科の専門は神経内科である)には不向きだと思ふ。私は臓器にとらわれない一般内科医になりたい。こんな私でも第3内科に入局して良いでしょうか?」と尋ねた。納先生は、「君みたいな人こそ、今後の3内科には是非必要な人材だ」ということで、私の第3内科への入局が決まった。

死にそうなる人がそこにいるのに、「救急車を呼べ!」という医者にはなりたくない。そこで、救急部で研修することになった。

2 救急医療と在宅医療

表1に私の履歴を示す。

医師になって2年目に、私は鹿児島大学付属病院救急部で研修した。私の臨床の基礎は、ここ救急部で育まれたと感謝している。救急の現場では、朝元気で出かけた高校生が、バイクの事故で、夕方

死んで運ばれてくる。死亡診断後、急いで駆けつけた両親が冷たくなった息子の前で、泣き崩れる。このようにドラマの中でしか見たことのないような光景を、何度も見てきた。その結果、「ああ、やっぱ自分もいざれば死ぬんだなあ」と自分自身の死を実感した。そして、死ぬまでに何かをやりたい、と考えるようになってきた。このような経験が、現在、在宅で展開しているターミナルケアにつながっているような気がする。

現在在宅医療を実践している医師には、救急医療を経験している人が意外に多い。両者には死を実感する機会が多いという共通性がある。また、「今すぐ、治療しなれば、すぐ死にそうなのか?」「入院させるべきなのかどうか?」の判断(感性)こそ、在宅主治医にとって最も重要な資質である。そして、これらの判断を訓練、研修できる最良の場所が、救急医療の現場なのである。

3 救急医学、臨床検査医学、そして在宅医療

私は、開業前の5年間は、鹿児島大学の臨床検査医学講座において、臨床検査システムの構築や学生教育に従事してきた(表1)。私の経験してきた、救急医学、臨床検査医学、在宅医療は、従来の消化器内科や循環器外科などの臓器別縦割り医療に対し、臓器にとらわれない横断的医療である。

そして今、この縦割り医療の弊害を埋めるべき横断的医療が、かかりつけ医機能として大きくクロージングされてきている。

4 メディカルマネジャーとしての在宅主治医(かかりつけ医)の機能
在宅の現場は、検査も不十分、どの臓器に問題があるのかの判断に迷うケースも多い。例えば、リウマチの寝たきりの患者様で、不明熱が続き、呼吸状態も悪い。このような患者様をどの診療科に搬送すれば良いのだろうか? リウマチの悪化が考えられるので、整形外科? それとも呼吸が悪いので呼吸器内科? また、ベッドは空いているのだろうか? などなど、問題は多い。

最近では、鹿児島市内の某病院に救急、総合内科(通称ER)ができて、ベッドの有無、疾患の種類、重症度に関わらず、どのような患者様でも受けていただけようになり、大変助かっている。このような病診連携は、我々診療所にとつては大変ありがたいものであるが、逆に病院側も急性期治療が終われば在宅での受け入れ先が決まっているので、在院日数の短縮という観点から重宝なものであると想像する。

上記のように、専門家であるはずの我々医師ですら、どの診療科を受診させるべきかに迷うケース

も多い中で、一般の市民の方はもっと苦労されているものと想像する。このように、入院治療の適否、病院探しのマネージメント(メディカルマネジメント)を行うのが、在宅主治医の大きな役割である。

もう一つ例を挙げよう。パーキンソン病で不整脈の患者様、通院困難である。この方、洞機能不全症候群という心臓病があり、ペースメーカー埋め込み術の適否判断のため、専門医を受診させたい。専門医と連絡を取れば、いついつ病院外来を受診させて下さいとの返事。この方、通院が困難で、家族も仕事があり、頻回の外来受診に対応できないのである。その旨を、専門医と交渉して、短期入院で検査をしましょうということになった。簡単なことのように思えるがこの例のように、患者様(家族)と専門医との間を調整することも、かかりつけ医としての在宅主治医の大きな仕事であることに、つい最近気がついた。

5 地域在宅医療(チーム)の中での在宅主治医の役割

本連載の中で、在宅医療はチーム医療であると書いた。地域を背景としたチーム医療の中で、疾患予備軍である寝たきりの患者様を、しかるべきタイミングでしかるべき施設に振り分けることが、在宅主治医の大きな使命だと言いつつても良い(勿論、治すための治療

はしないで最期までご自宅での療養を希望されるターミナルの患者様は、病院に搬送する必要はない)これらのことは、一見簡単なように見えるが、医師としての相当の研修、修練が必要と思われる。このような医師を教育、育成する研修システム(救急医療や在宅医療の)が早急に求められる時代になってきた。

(表1) 私の履歴

1987年、3月	鹿児島大学医学部卒業
1987年、4月	鹿児島大学医学部第3内科入局
1988年、1月	鹿児島大学医学部附属病院救急部で研修
1989年、6月	今給黎総合病院神経内科勤務。在宅医療を手がける。
1994年、4月	鹿児島大学付属病院臨床検査部所属。HIPOCLATES、PLATON、GALIREOの3つの検査部内コンピュータシステムを構築する。
1999年、9月	鹿児島市に、ナカノ在宅医療クリニックを開設。
2000年、9月	在宅ケアネット鹿児島設立(代表世話人)



株式会社日本医療情報センター
TEL 03(3345)1181/FAX 03(3368)6199

〒163-0667 東京都新宿区西新宿1-25-1 新宿センタービル36F 私書箱4046号(本社)
〒530-0047 大阪府大阪市北区西天満4-15-18 プラザ梅新1403号(大阪営業所) ☎06(6365)6591
1部300円(年間3,000円/送料・税込)
メディカル マネジメント 8月号/編集人 下村 徳雄 印刷:水上印刷