

カバーレター

総合診療医として訪問診療に従事する一方で、院内では初期研修医への教育活動も担った。研修医が当直で経験した症例へのフィードバックを行うなかで、高齢患者を診る上で必要な介護保険制度の知識についてニーズがあり、即興でレクチャーを複数回行った。在宅医療の知識啓発において有用と感じたため取り組みを報告する。

①救急当直明けの研修医に対するフィードバックの場で

背景: 当院では当直明けの研修医に対して昼12時から指導医数名とともにカルテレビューをしながら研修医の臨床的な疑問をはじめ、あらゆる悩み事を相談できる場所を設定している。患者の中には介護保険制度を利用している高齢者が多いため、救急症例を振り返る中で、在宅医療や介護保険についての知識を即興でミニ・レクチャーする場面が生まれた。

事例①: 施設の職員が救急搬送に付き添えないのはなぜ?

住宅型有料老人ホームに入所中の80代男性。夕方からの発熱、意識障害で搬送された。付き添いの家族は経過を知らず、施設職員から連絡があり「とにかく病院に向かってください」とだけ言われて、急いで病院にやってきた。ここ数か月、面会にもいけていないので、最近の様子を聞かれてもわからない。対応した研修医は病歴がとれず、検査にたよらざるをえず多くの時間を費やした。

研修医

救急車を呼んでおいて、施設職員が来ないなんておかしくないですか？病歴がわからず、診断をつけるまでにめちゃくちゃ時間がかかりましたよ(怒)

当直おつかれさま。大変だったね。ただ、夜間の施設だと少ない職員で入所者全員をみるので病院に来る余裕はなかったかもしれないね。タイミングをみて施設に連絡してみて、後から病歴を確認してもよかったかもね。ところで、老人ホームってひとくちに言うけど、高齢者が入所する施設の違っていて、わかるかな？
→高齢者が入所する施設についてのミニ・レクチャーへ

筆者

事例②: 独居の患者さんが何回も運ばれてくるけど、どうして?

中等度のアルツハイマー型認知症があるが、ADLはかろうじて自立、要介護1、自宅独居の90代女性。当院の循環器内科に通院中。数時間前からの胸痛を主訴に救急搬送された。2週間前から計4回搬送されている。診察時には症状がなく、致死的な疾患の可能性は低いと判断して、付き添いの甥に伝えて、帰宅してもらった。またすぐにくるのではないかと、研修医はため息をついた。

研修医

認知症の患者さんは苦手です…。主訴がわからず、症状もハッキリしないし、とにかく時間がかかります。どうすればもっとうまく診られるでしょうか？

主訴がはっきりしないと大変だよ。この患者さんの場合は介護保険を利用しているよね。カルテをみると、ADLなどはよく聴けているけど、どんなサービスを使っているのかは把握できたかな？ヘルパーが週何回で、デイサービスは利用しているか、など確認すると、もしかしたら調整の余地があるかもしれないね。当院の外来主治医か、ソーシャルワーカーに相談してみよう！
→介護保険の概要、要介護度、デイサービスの仕組みを説明へ

筆者

②訪問診療研修の研修医・医学生への教育の場で

背景: 当科ではほぼ毎月、研修医・医学生が実習を行う。救急当直や領域別専門科での研修が中心となる研修医・医学生にとっては、病院から出て患者さんの普段の生活をみてもらう貴重な機会である。とくに退院前カンファレンス(or サービス担当者会議)に加わってから訪問診療を経験してもらうことで、在宅医療というシステム全体を俯瞰できるようになる。

事例: 施設での看取りがこんなに難しいなんて…

90代女性。アルツハイマー型認知症で軽費有料老人ホームに入所中。血性帯下で救急搬送され、進行期の子宮癌と診断された。病棟主治医と家族との話し合いで、住み慣れている施設での看取りを目指す方針となった。しかし、施設では看取りを行った経験がないため、話し合いが必要となった。退院当日に施設でサービス担当者会議が開催された。家族、医師、訪問看護師、ケアマネジャー、理学療法士、施設介護士、施設相談員が参加した。

施設看護師をはじめ職員は、初めての看取りケースとなるため不安を口にしたが、家族の希望を確認し、訪問診療医がどんな小さいなことでも連絡してほしいと強く保証を与えたことで、協力して看取りを支える方針となった(以下、当日振り返りの場での会話)

医学生

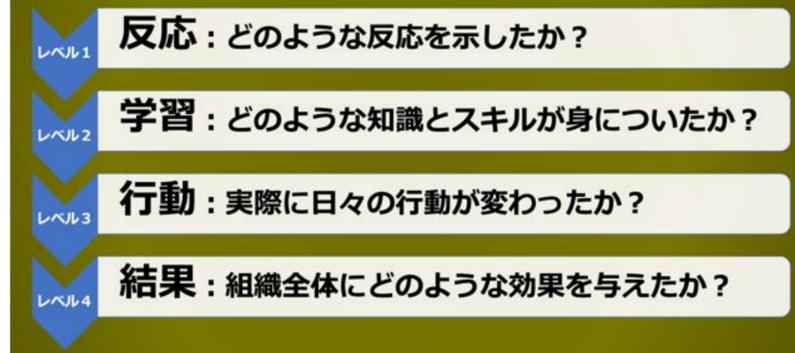
人のためにこれだけ多くのスタッフが関わっていることを知って驚きました。施設でのお看取りは普通のことかと思っていましたが、当たり前ではないんですね。治療だけではなく、生活を支える役割があることを知って医師になることが楽しみにになりました！

とてもいい学びになったね。1人の入所者のために多くの医療者、介護者が関わることで、その人らしい生き方ができるようにサポートしていることが伝わったようだね。医師になると多職種と協力してはたらくことになるからね。
→在宅に関わる職種と制度のレクチャーへ

筆者



カーク・パトリックの4段階評価モデル



参考文献: 1) Kirkpatrick, D. L. Techniques for evaluating training programs. training and development Journal. 1979. 78-92.

考察: 病院での研修が中心となりがちな医学生、初期研修医に対して、彼らの関心に合わせた形で在宅医療や介護保険制度の仕組みを伝える取り組みを行った。カーク・パトリックの4段階評価モデル¹⁾では、レクチャーによって、第2段階の「学習」の段階まで進ませられることが可能であるが、救急当直症例へのフィードバックの中で、筆者のアドバイスによって患者の病歴聴取の際により深く介護サービスの状況を聞くようになった研修医もあり、第3段階の「行動」に変化を与えることもできた。第4段階の組織全体に影響を与えることは不十分であり今後の課題である。今後、在宅医療研修の必修化に伴って、病院全体で在宅医療に関わる機会が増えることが期待される。職員全体の勉強会や地域市民への啓発活動の場を作り、在宅医療と、その制度として介護保険の仕組みをよりわかりやすく伝える努力を続けていきたい。

Next Step: 組織や地域を巻き込んだ形での勉強会や広報活動を行うことで、在宅医療の役割や意義を伝えていく