

地域包括ケアネットワーク No.28

かかりつけ医の役割

地域包括ケア部会委員 福岡 英明

生業も38年経ちますと、お店は老舗となってブランド化しますが、開業医は老医となり、建物も老朽化し、腕も危ぶまれます。それも町医者運命か！しかし、歴史を重ねた老医には、今の時代地域包括ケアという入り組んだ連携の輪を組むシステムになり一層かかりつけ医の役割が鮮明になってきたように思います。ルーキーの先生方に伝えやすいスキルはかかりつけ医の専門の在宅医療ではないかと思っております。

① 操山グループ

岡山市・市医師会の肝いりで、平成25年訪問診療スタート支援研修会が発足しました。ベテランの在宅医とルーキーの在宅医志望の医師が組んで訪問診療を勉強する会です。その会を契機に操山グループが誕生しました。若い先生方と組んで内科医師4名、泌尿器科医1名、訪問看護ステーション管理者2名、ケアマネジャー2名、薬剤師1名、栄養士1名、看護師1名がほぼ毎月集まり事例の検討や多職種の役割などについてわいわい言いながら勉強しています。

現場のかしこい小集団が大きなシステムを動かす原動力になることもあるようです。

② 認知症の対応

認知症が地域包括診療加算(料)の対象疾患に入りました。かかりつけ医が診なければならぬ病気になりました。超短期記録障害の認知症はケアさえよければ法事やお葬式などでばけ老人(昔風に言うと)としてコミュニケーションの立役者となることもあります。仏様に手を合わせて涙していたのに席につくと隣に今日のはだれの葬式かな?愛すべき老人となります。

周辺症状やせん妄への早期介入こそがかかりつけ医の役割と考えています。そして、認知症の治療はあくまで地域で生活できるよう支援することが中心となります。

③ 退院前カンファランスへの参加

在宅へ退院時紹介される末期がんや寝たきりの患者さんには積極的に退院時カンファランスへ参加しています。在宅の初回訪問にスムーズに運びます。そして、ご家族の信頼を得ることができます。

④ 早期の訪問看護

高齢の特に独居の方で福祉系のサービス(訪問介護やデイサービス)を受けている外来患者さんは在宅での療養の様子がありません。腎不全でも介護度は低く、ケアカンファランスは開かれないことが多く、食事も含めて腎不全などの療養ができていません。訪問看護サービスを入れるケアプランが立てられていないのが現状

です。

医師としては、ケアマネジャーに積極的に療養の指導をするか、訪問看護をケアプランに入れるよう指導するかどちらかになります。

⑤ リビングウイルの啓蒙

救急医療現場の人工呼吸器設置、入院後の胃ろう造設、がんのターミナル期の対応などリビングウイルで前もって文章にしておく、医療現場の混乱を避けることができます。その啓蒙活動にかかりつけ医が関わっていかねばなりません。在宅でも終末期リビングウイルがあれば多職種とご家族でいい看取りができます。

⑥ プレターミナルのカウント

在宅で看取りをする際、肺がん末期、心不全末期、若年者の末期がんなど最期の2～3日どうしても病院でのセレデーションが必要になってくる方がおられます。厚労省はかかりつけ医の看取り数が少ないため、在総診を過少評価しています。プレターミナルも何等かの基準でカウントすれば、看取りの現場でかかりつけ医が頑張っていることがわかるはずです。ここ数カ月当院で在宅の肺がんお二人、若い大腸がんがお一人緊急入院後1日～3日で亡くなっています。入院当日まで患者さん、ご家族も含めて在宅チームで頑張ってきました。このような事例数が全国で多いのですが、評価されていません。



児島医師会：村山正則