

病院と地域をつなぐために ～二人主治医制と地域バーチャル病院の推進～

あおぞら診療所 川越 正平

我が国では、病院の専門医が、がん、臓器不全、神経難病など、進行性の慢性疾患患者の主治医機能を担っていることが多い。複数の臓器別専門医を継続受診し、それぞれを自分の主治医だと認識している患者も少なくない。脳血管疾患や認知症を含め、これら進行性の慢性疾患は、その経過の中で患者の人生に大きな影響を及ぼし、ときに苦痛をもたらし、最終的にはその生命をも脅かす。

診療体制に着目すると、病院の規模が大きくなるほど、診療各科が専門細分化する傾向がある。病院医師は、外来のみならず、救急、手術、検査、病棟において、責任ある多くの役割を担っている。そのような重責の中、たとえば、外来患者に合併する慢性腎臓病や認知症など、自らの専門外の臨床領域への対応や、発熱など急性併発症のトリアージ・初期診療など、患者に発生するすべての命題に対応することは、相当な重荷となっている。一方、患者側も、複数の診療科を並診するために月に複数回病院を訪れる必要があるなど、負担は小さくない。

退院支援において、入院時にスクリーニングを行ってハイリスク患者を同定し、早期から退院調整看護師や MSW が関わるようになったことは、歴史的必然であった。同様に今後は、多岐にわたる医療介護福祉の支援を必要とする外来患者を同定し、早期から対策を講じる必要がある。

そこで、松戸市では、地区医師会が市立病院に呼びかける形で「二人主治医制」の推奨を開始している。かかりつけ医が並行して関わることで、医療に「生活の視点」をもたらすことができる。「疾病の軌道」を見通して患者の生活の質を維持し、苦痛をできる限り回避すべく、狭義の疾病管理にとどまらず、リハビリテーションや緩和ケアを含む「支える医療」を提供する。誤嚥性肺炎や大腿骨頸部骨折、そして脳血管疾患の再発や心不全の再入院を未然に防ぎ、さらにはフレイルの進行抑止などの機能を思い浮かべれば想起しやすい。

地域の病院や診療所、歯科、薬局、訪問看護 ST、居宅介護支援事業所、各種介護事業所、そして、市町村行政等が、病院における ICU や病棟、処置室、検査室、総務課、研修室、患者サロンなどの機能を果たす。そのようなあり方を“地域バーチャル病院”という概念で捉えれば、見える景色が変わってくる。在宅医療介護従事者、病院、行政、市民がチームの一員として、老いても病んでも暮らし続けることのできるまちづくりに取り組む必要がある。最後に、地域包括支援センターとともに、この“地域バーチャル病院”のマネジメント機能を担うことになる在宅医療・介護連携支援センターが、病院における地域連携室や、NST、PCT などの病棟横断チームの役割を果たすことについても紹介したい。