

地域包括ケア時代の

主治医機能

団塊世代が75歳以上になるいわゆる2025年問題に備え、医療や介護、生活支援などを一体的に提供する『地域包括ケアシステム』の整備に向けた検討が各地で進められている。

地域包括ケアにおいて要となるのが、在宅医療や多職種との連携による全人的な医療、継続的な健康管理などを担う『主治医機能』である。

2014年4月の診療報酬改定では、主治医機能を評価する地域包括診療料／加算が新設された。従来から主治医としての役割を果たしつつ、地域医療に携わってきたクリニック・診療所の現状から、主治医の、そして地域包括ケアのあり方を考える。



地域包括ケアの本質は、地域づくりにある



医療法人社団 実幸会 いらはら診療所 院長

苛原 実 先生

地域包括ケアの本質は地域づくり 生活モデルに立脚した多職種協働を

厚生労働省の平成24年度予算事業として行われた地域包括ケア研究会の報告書で、本人を中心に住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するという地域包括ケアシステムのあり方が示された。この考え方に基づいて、各地域の実情にあった地域包括ケアの検討が、全国で進められている。

外来・訪問・入院という3つの診療形態と多職種協働の下、20年にわたり地域医療に携わってきた苛原実先生は、「事はそう簡単ではありません」と指摘する。「医療や介護、生活支援のサービスを提供する体制が整ったとして、それを地域包括ケアと呼べるでしょうか？ 私はノーだと思っています。地域包括ケアの本質は、地域づくりにあると認識しています」

先生の言う「地域づくり」とは、医療や介護を受ける本人の“自助”、地域に住む人々たちによる“互助”を強化し、医療や介護など社会保険制度に基づくサービスである“共助”を基盤に、住み慣れた土地で長く暮らせる地域をつくりていくことを意味する。この中で、医療機関や介護事業者は、単に医療やサービスを提供するだけでなく、多職種協働の下で地域づくりの一端を担わなければならない、というのが苛原先生の考えだ。

「まずは、医療モデルから生活モデルへ、医療従事者や介護職の意識を変える必要があります」と強調する。

医療モデルとは、病気を治すことを目的に、医師を頂点として看護師や薬剤師らが各々の役割を果たす病院医療

のあり方を指す。生活モデルは、本人の生活を支え、その質を高めることを目的とする。ここでは医師も多職種の一員であり、各職種がフラットな関係となる。

苛原先生が強調したいのは、どちらが正しいかという二元論ではない。多職種協働のためには、後者を重視しなければならないということだ。

「医師が上ではなく、他の医療従事者や介護職が医師に遠慮することもない。こうした関係性があるこそ、地域づくりにつながる多職種協働が図れるのだと思います」

医療と介護を通じた地域づくり 研修やカンファレンスで、人と人をつなぐ

医療法人社団 実幸会は、有床診療所であるいらはら診療所を中心に、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所、デイケア、デイサービスなどの事業を展開するほか、法人とは別会社がグループホームや訪問介護ステーション、有料老人ホーム、高齢者向け賃貸住宅などを運営している。2014年8月現在の法人の職員数は、医師が常勤4名、非常勤10名、看護師やケアマネジャースタッフは常勤60名、非常勤69名。外来患者数は一日平均で約170名。在宅患者数は約350名で、月あたりの訪問診療・往診件数は800～900件となっている。

苛原先生は「こんなに拡大するべきじゃなかったかもしれません」と自嘲気味に振り返るが、先に触れた生活モデルの医療の実践、すなわち本人の生活を支え、その質の向上を重視してきた結果が、現在の状況だといえるだろう。

理念の一つに「医療と介護を通じた地域づくり」を掲げるだけあって、同診療所では多職種協働を目的とした取り組みを積極的に進めてきた。たとえば、2カ月に1回のペースで地域の介護職を対象とした勉強会やカンファレンスを実施している。また、千葉県の登録医療機関として介護職向けの喀痰吸引研修を行っているほか、2014年度は松戸市の在宅医療拠点事業を受託し、多職種合同カンファレンスも開いた。

「知識を得ることも大切ですが、参加者同士が人間関係を築けることが何より大きいと思っています。地域医療や介護に携わる人たちが顔を合わせる機会を提供し、人と人をつないでいくことが、いわゆる『医療と介護を通じた地域づくり』につながると考えています」

ほかにも、苛原先生は市民向けの医療講座や広報誌の発行など、地域に向けた情報発信も積極的に行っている。



診療所2階にはデイケア・リハビリテーション室がある。介護職を対象とした勉強会もここで行われるとのこと。4



3階は病棟(19床)になっており、ナースステーションを中心に1人部屋が1室、2人部屋が3室、4人部屋が3室、配されている。

これもまた、地域づくりの一環であり、こうした地道な活動が、地域住民の“互助力”を育むことにつながるのだろう。

地域包括診療料の算定 制度と現場の間に生じるギャップ

2014年度の診療報酬改定で、地域包括診療料／加算や地域包括ケア病棟入院料などが新設された。この動きを苛原先生は、次のように見ている。「地域包括あるいは地域包括ケアという言葉が、医療保険の項目の中にも入ってきました。これは、2025年を見据え、国が多職種協働による地域完結型の医療・介護の体制づくりに本気で取り組むという姿勢を示したものと私は受け止めています」

同診療所は2014年4月から、地域包括診療料の算定を始めた。常勤医3名、24時間対応薬局との連携などの算定要件はもともと満たしていたため、申請にあたってのハードルはなかったという。

算定までのプロセスは、まず事務職員が、「糖尿病、高血圧、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を満たす」という条件に合致する患者さんをリストアップ。月平均2000名の外来患者さんのうち、300～400名が該当したという。そのすべての患者さんに、算定することでのような医療サービスが受けられるかについて、医師が文書を用いて説明し、算定の意向を尋ねたそうだ。「1503点という点数は、小さくない負担なのかもしれま

せん。高いからいい、と最初から断られる方もいれば、一度は算定したものの、翌月から遠慮される患者さんもいました。2014年7月の算定患者数は62名です」

24時間いつでも電話相談を行う、休日や夜間であっても救急病院を紹介する、必要に応じて看護師が自宅訪問相談や指導を行う——。地域包括診療料の算定は、患者さんにとってメリットが大きいに思える。その一方で、以前から主治医としての役割を果たしてきた苛原先生は、「算定しているかしていないかで、私たちの対応が変わることはありません」と言う。同意した患者さんが2割弱に過ぎないのは、自然なことなのかもしれない。

多職種協働で認知症を支える 心強いソーシャルワーカーの存在

今後、独居高齢者や老老介護世帯の増加が予想される中、どのようなことが地域包括ケアにおける課題となるのか。苛原先生は、その一つとして「認知症への対応」を挙げた。

「多くの認知症の方々を診てきた経験から言えるのは、認知症中期で身体的能力に問題がない頃の介護が一番大変だということです。ただし、多職種協働による生活支援、家族や地域のサポートがあれば、長く自宅で暮らすことも可能だと思います」

ここでも多職種協働を強調した苛原先生。確かに医師の定期的な訪問診療だけでは、自宅での患者さんの様子をつぶさに把握すること、生活の質を高めることは困難だろう。同診療所では、訪問看護師が病状の管理、ソーシャルワーカーが生活状況の確認、薬剤師が服薬指導、ヘルパーが身体介護や服薬の介助、ケアマネジャーが介護保険サービスの調整のために、患家を訪問する。これらの情報は医師にも伝えられるため、苛原先生は常に患者さんの状況を詳細に把握した上で、訪問診療が可能だとい

外来患者様へ地域包括診療(新設)のご案内

このたびは当院『地域包括診療』(厚生労働省新設)を開始しました。この診療は、高度の診療と相談支援を持つ医療機関にだけ実施が認められ、医師や薬剤師の力や、障害を持つ方が、安心して自宅療養ができるよう、高度できめ細かな支援サービスを提供するものです。

この診療制度では、保険の仕組みがあるときに、365日24時間いつでも電話相談・診療がご自宅に届きます。必要に応じて、救急病院の紹介などをしながら、休日や夜間でも診療時に合わせた対応も可能です。また、365日24時間いつでも診療を受けることができます。この診療制度をご希望される方は、窓口までお声がけください。

＜地域包括診療の概要＞

1. 365日24時間いつでも電話相談・医師が、医療・看護・介護に専任します。休日や夜間でも診療時に合わせた対応は、救急病院などを行います。必要に応じて、24時間いつでも、救急車を呼ぶことができます。(保険に加入している方は、保険料が24時間24時間です)
2. 医師の診察を、月1回以上、定期的に実施する方が対象です。医師がご自宅に訪問する際、必要に応じて医師がご自宅に訪問します。(不特定に実施される方は対象となりませんのでご注意ください。)
3. 高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、脳卒中、心臓病などの、2つ以上を同時に患っている方が対象となります。
4. 介護保険、障害福祉サービスを受ける方は、そのほかの医療機関との連携にも専門知識を持つ職員が対応します。
5. 療養の計画を立てていただくための支援が受けられます。詳しくは窓口にお話ください。

患者さんに説明する際に用いる文書。地域包括診療料の概要、算定後の対応などがまとめられている。

う。これはまさしく多職種との連携による全人的な医療と継続的な健康管理、すなわち主治医機能のあり方を体現しているといえよう。

この中で特徴的な点といえば、ソーシャルワーカーが関与していることだ。たとえば、親族が遠方に住んでいる認知症の人であれば、本人宅を定期的に訪れ、生活の状況をよく知るソーシャルワーカーが、親族と連絡を取り合うという。同診療所では、他法人の訪問看護ステーションや介護事業所と連携することも多く、その際の調整も担っているそうだ。さらに苛原先生はこう続ける。

「当診療所では認知症に限らず、在宅導入の段階で、まずソーシャルワーカーが自宅を訪問します。患者さんや家族と面談し、既往歴や生活状況、家族関係、経済状態などを確認してもらいます。これらの情報は、医師が初回訪問する前に伝えられるため、本当に助かりますね」



ソーシャルワーカーは、多職種協働における潤滑油的な役割を担う。

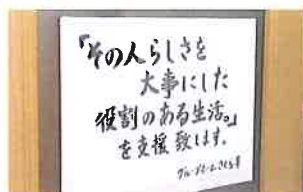
認知症の人を支えていくことは 地域包括ケアともリンクする

認知症の人と向き合っていく中で、BPSDの対応に苦慮するケースは少なくない。苛原先生は認知症を診る地域の医師に求められる姿勢として、「激しいBPSDが生じた場合はすぐに往診すること」「家族に繰り返し説明すること」を挙げた。

本人のつらさ、家族の不安や苦悩を考えれば、「すぐに往診する」のは当然かもしれない。薬物治療の検討や介護の調整を図るにしても、患家を訪問し、BPSDが生じた経緯や生活の状況をあらためて確認しなければ、適切な判断は困難だろう。

では、BPSDの発生あるいは悪化を防ぐ方法はあるのか。重要なのが「繰り返し説明すること」である。「外来のたび、訪問のたびに『認知症はこういうものだ』ということをご家族に伝えていきます」と苛原先生。地道な説明こそが、介護する家族の認知症に対する意識を変え、本人との関わり方を変えるというわけだ。

もう一つ、認知症の人と向き合う上で大切なことがある。



関連事業所のグループホームは千葉県内に7カ所ある。いずれの施設も入居者とスタッフの笑い声が絶えない、居心地の良い“住まい”となっている。



残存能力を見出し、それを生かしていくことだ。「グループホームのスタッフには、『やってあげるだけではダメ』、と伝えています」と苛原先生は言う。

「疾患に限らず、高齢者の方々は誰かの役に立ちたい、人のお世話になりたくないという思いを持っています。何でも手伝うのではなく、残っている能力をうまく引き出すアプローチが大切です。自分で何かをするということは、いわゆる“自助”につながるでしょう。特に認知症の方には、こうした関わりが有効で、病状の進行やBPSDの発現が抑制されることも期待できます」

ここまでの認知症対応を整理してみると、本人の残存能力を生かすことは“自助”に、繰り返し説明し意識を変えることは“互助”に、多職種協働による対応は“共助”につながると思える。だとするなら、同診療所のように認知症の人を支えていくことは、地域包括ケアを目的とした地域づくりと密接にリンクするといえるのではないか。



いらはら診療所

所在地：千葉県松戸市小金原4-3-2

診療科：整形外科、内科、リハビリテーション科

URL：URL：<http://www.ira-hara.or.jp/>