

5. 病院と在宅医療が連動/連携する活動（3、4 以外）

【演題名】「二人主治医制」の推進

【演者】

佐々木 穰史・井上 スエ子・桑田 良子・三浦 祐子・沼沢 祥行・川越 正平

【目的】

かかりつけ医には「生活状況を踏まえた療養指導」、「訪問看護やケアマネとの連携」、「認知機能障害の把握」、「要介護認定の必要性を判断する」といった役割が求められており、病院医師だけでこれらの役割を果たすことは困難である。通院可能な段階から、患者の生活背景を把握し、適切な診療・保健指導や在宅医療も行える、地域のかかりつけ医が病院主治医の補佐をする「二人主治医制」をとることで、患者の心身機能の悪化防止・QOLの向上につなげられる。

【方法】

松戸市立総合医療センターの内科外来にかかっている患者のうち、以下の例に該当する患者を、MSW と主治医が相談し抽出する。(例) ①85 歳以上、②4 つ以上の診療科に受診している、③訪問看護指示書を病院医師が発行している、④認知症と診断されていて、指導を理解実行できない 等。松戸市在宅医療・介護連携支援センターは、市内の医療機関が得意としている疾患や、往診・訪問診療可能かが記載されているハンドブックを用いて医療機関を紹介し、かかりつけ医に繋ぐ支援を行う。

【結果】

①多科受診が整理された例 82 歳男性。内科（糖尿病）、泌尿器科（前立腺肥大）をかかりつけ医に移行し、処方統一。介護保険の主治医意見書はかかりつけ医が作成し、必要時訪問診療へ切り替える予定となった。

②適切な在宅サービスへつながった事例 67 歳 男性 糖尿病、白内障。独居で偏食の為、血糖コントロールが不良であった。かかりつけ医が本人の訴えを傾聴し療養指導することで、徐々に食生活が改善。また長距離の歩行が困難、義歯作成が必要であるといった問題点が明らかになり、訪問薬剤管理指導と訪問歯科診療を導入。生活の改善に繋がった。

【考察】

患者が要する診療や体制は経時的に変わる為、通院可能な早い段階から二人主治医制を導入し、病診連携をとることが重要である。今後、患者やかかりつけ医にモニタリングを行い、今回の取り組みの具体的な効果について更に検証していく。