

地域包括ケアネットワーク No.53

かかりつけ医から見たネットワーク

岡山県医師会地域包括ケア部会 福岡 英明

わが国の人口は2008年をピークに減り始め、全国の入院医療需要と外来医療需要の推移(経産省)を見ると外来医療推移は2025年、入院医療需要は2040年にピークを迎えると言われている。外来医療は2025年を待たず地方から減少しつつある。中都市にも影響が2025年を待たず現れるであろう。

地域包括ケアネットワークNo.52で福嶋先生が65歳以上の高齢者は2042年まで増え続けると書いている。それは入院患者の他、施設入所者や居宅や認知症やがん末期の看取りの患者数がもっと長いスパンで増えることを意味する。

以上から、今後、地域では施設入所者や在宅医療、認知症、がん末期の看取りが地域包括ケアシステムの中で大きな医療ニーズになり、かかりつけ医は外来医療と共にこれらに関わらざるを得ない時期にきている。

地域包括ケアシステムは病・診連携と診・診連携と多職種連携が一連のシステムとして機能し、インテグレート(包括化)することを謳っている。しかし、現状は連携を別々に論じなければ進まないし、一連のシステムとしては機能していない。

厚労省の在宅支援診療所のモデルは、家庭医が3~4人でクリニックを運営する英国の家庭医である。クリニック内で多職種が常に連携している。これから出てくる総合専門医が英国のようにグループで開業するかは未知であるが、少子・超高齢化時代医療は大きな変革が予想される。

私の所属する操山グループは近くの在宅医5名を中心に薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等が月1回集まりそれぞれの事例を提示し、カンファランスを行っている。診診連携と多職種協力の小さい規模のチームケアではあるが、実際に役立っている。地域包括ケアの連携システムの中で進化した診・診連携+多職種協同と位置づけすることができる。

一方、病診連携は診療所から病院への紹介は一応システム化している。しかし、入院する高齢者の増加による認知化やせん妄への対応には、地域の高齢者の認知度や生活歴を含めた情報提供が必要になってきているが、急変時ケアマネジャーも含めて多職種の情報提供がシステム化されていない。反対に病院から診療所への連携は診療情報提供書を介してシステム化している。主治医のいない患者さんの退院支援については努力されている。

しかし、退院時、ADLの悪化や病気の慢性化、認知化などで入院中に介護保険を申請し、退院時ケアマネジャーを決めて、退院支援している入院医療機関が増えている。この情報は診療情報提供書には記載されていない。地域に帰った患者さんは医療と介護が分断されたままである。

地域包括ケアシステムの展開には、このような連携の不備を地道に改善することも大事なことと思う。