

## 地域包括ケアネットワーク No.25

### 地域包括ケア病棟と地域連携に対する私の思い

地域包括ケアネットワーク委員 安田 英己  
安田内科医院(岡山市)

先月(平成27年9月11日)、第5回岡山市医師会研修会(共催 第151回岡山市医師会プライマリ・ケア研究会)が開催されました。「地域包括ケア病棟と地域連携～より充実した在宅医療を行うために～」というテーマで、岡山市内で地域包括ケア病棟を立ち上げられている6病院の方から、地域包括ケア病棟の現状を中心に発表していただきました。岡山衛生会館中ホールに入りきらない158名の参加者で忌憚のない意見交換が行われて、大変刺激を受けました。

地域包括ケア病棟の意義は、①急性期治療を受けてすぐ在宅に戻れない患者さんのため②在宅療養中の慢性疾患患者さんに、種々の病状変化等が起こった時のため、と考えています。実際は今後増加し続ける高齢者、障害者など慢性の複数疾患を持った方に起こった病態変化への対応が必要です。介護、リハビリテーションへの対応を備えていることが一番重要なことです。

在宅ケアに関わる医師として

- ・慢性期のリハビリテーション目的入院
- ・介護施設入所中の高齢者の急変時対応(高齢者は何らかの病気・障害があります。したがって慢性期に起こった急性症状が主体です。)
- ・在宅看取り中の、ガン・非ガン患者さんの緩和ケア的対応
- ・医療依存度の高い方の家族の介護負担軽減のためのレスパイト入院などに柔軟に対応していただける病棟があれば、嬉しいです。

岡山で充実している「開放病棟」のシステムを、「地域包括ケア病棟」のオープン化に発展的に変えてゆくことも、良いのではないかと私は考えています。すなわち医師だけでなく在宅ケアチーム(開業医・訪問看護師・薬剤師・歯科医・リハビリテーション関係者・介護関係者など)が自由に関われる病棟という考えです。入院時に、まず退院時の目途をつける「退院カンファレンス」を病院のチームと在宅チームで行うことができれば理想的です。

また、地域包括ケア病棟の担当医(私は将来的には総合診療専門医・総合内科専門医等が中心になって対応できれば理想的と思いますが)が副主治医となり、在宅医療の主治医と連携すれば、24時間連携、看取りにも柔軟な対応ができると思います。

高齢者医療の3つの選択肢(私見)

1. 病院専門医療
2. ほとんど在宅、時に地域包括ケア病棟入院
3. 在宅医療

地域住民の第一希望は、いざというときの病院へのアクセスですが、これからの高齢化社会では地域住民の自助、共助を中心に、いい意味での自分の最後への覚悟が求められています。地域での在宅医療、在宅ケアチームを中心にしたケアにADP(アドバンスド ケア プランニング)を実践して、時に「地域包括ケア病棟」に入院し、短期間で在宅に戻るのが、一番バランスの良い地域医療と考えます。がんのターミナルケアに加えて、非がん(心不全 呼吸不全などの)ターミナルケア、そして認知症、パーキンソン病などの神経難病などへの「ほとんど在宅、時に入院」を実現するには、現在の各科専門医の入院医療だけでなく高齢者のあらゆる病態に対応する「地域包括ケア病棟」の総合診療・総合内科専門医等によるケアに配慮した医療が必要であると思います。

地域医療にかかわる総合診療専門医はまだ少ないので、総合診療専門医を中心にして、病院専門医と地域の開業医、そして地域の訪問看護師・薬剤師・歯科医・リハビリテーション関係者・介護関係者などとの、ワークショップ形式の地域連携研修会を積み重ねてゆくことが有用と考えます。