

特集にあたって

～高齢者の在宅復帰支援は地域包括ケアのカギ！

木村琢磨

はじめに

今後、超高齢化が進展するわが国では、高齢者が何らかの疾患や要介護状態となっても、住み慣れた地域コミュニティで生活を続けられるようになることが望まれます。そのためには地域包括ケアの実現が急務で、それがQOLをふまえた患者マネジメントにつながると考えられます。

地域包括ケアは入院も含めた概念であることは言うまでもありませんが、編者は入院した高齢者の在宅復帰支援は、今後の地域包括ケアがシステムとしてうまく機能するか否かの1つの鍵であると考えています。それは、①高齢者では入院が長期化すればADL・認知機能への悪影響が懸念されるため早期退院が求められる一方で、地域での受け入れ態勢などから退院困難となることがありうる現状であること、②個々の患者さんの在宅復帰支援が円滑でない場合には、都市部などで懸念されている入院病床の不足、ひいては地域で入院するべき患者さんが入院できないことにつながりうること、つまり、これらが地域包括ケアがシステムとして円滑に働くことへの妨げとなる可能性があるためです。

そもそも高齢者は一定以上虚弱になれば入院する可能性を秘めており、高齢者の臨床では入院した場合の在宅復帰支援について、ある程度は想定しておくべきであると言っても過言ではありません。この高齢者を取り巻く在宅復帰支援に対して、包括的・継続的に患者さんにかかわるべき総合診療医には、多くの役割があるのではないのでしょうか。本特集では、「高齢者の在宅復帰支援について地域包括ケア時代に総合診療医は何をすべきか」について考えたいと思います。

1 本特集のねらい

地域包括ケアでは多職種連携や在宅サービスの充実が重要であることは言うまでもありませんが、本特集では、あえて「高齢者が入院した際の在宅復帰支援」を取り上げました。そして、今後の超高齢社会・地域包括ケア時代に求められる「高齢者における必要十分な入院医療」「地域

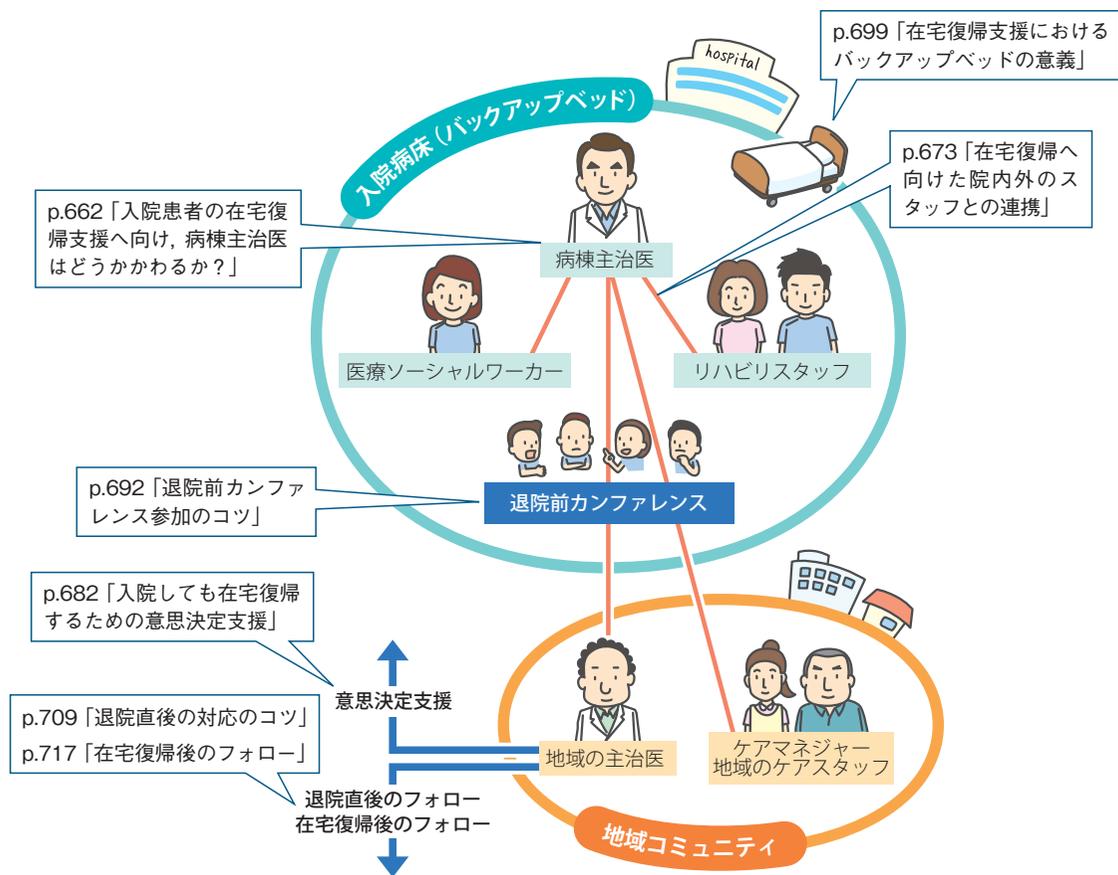


図 高齢者の在宅復帰支援における総合診療医の役割

の医療・介護の有機的な連携」のために総合診療医に望まれる役割を考えることを試みました(図)。

近年の医療・介護の現場は地域包括ケアの実現に向け、急性期(専門的医療)・回復期(集中的リハビリテーション)・慢性(安定)期ケアの役割分担がますます加速し、患者さんの在宅復帰支援の必要性が増しており、今年度の診療報酬改定にも色濃く反映されています。そして、具体的には、病床機能の再編成や、病院から退院する高齢者をケアマネジャーが引き継ぐ際の情報共有の方法のルール化のモデル事業(「退院支援ルールづくり」)などが開始しています。しかし、それぞれの段階で医療・介護スタッフの交代が余儀なくされる面があるため、患者さんのケア方針や患者さんサイドと医療・介護スタッフの関係性の継続に限界が生じうるといった問題点があるように見受けられます。このような背景のなか、医師、特に総合診療医の役割は、病棟、地域を問わず大きいと考えられます。

2 高齢者が入院した際の「病棟の総合診療医」による在宅復帰支援

わが国の現状では、高齢者であっても、もともと疾患がなく自立もしていれば、地域にケアスタッフや主治医がないことも稀ではありません。そのため高齢者は、急な入院を契機にさまざまな在宅復帰支援が必要となることが多くあります。このような患者さんは、わが国の医療システムの現状では今後増加することが予想され、多くの医学的問題や社会背景を含めた調整が必要となることも多く、その在宅復帰支援へ向けて「病棟の総合診療医」が院内外のケアスタッフとコミュニケーションをとる意義は大きいと考えられます。

そこで、「入院患者の在宅復帰支援向け、病棟主治医はどうかかわるか？」について、特に医療ソーシャルワーカー・地域の主治医・ケアマネジャーとの連携を中心にご執筆をいただきました。また、在宅復帰を実現するための大きな鍵であるリハビリスタッフとの連携など「在宅復帰へ向けた院内外のスタッフとの連携」についてもご執筆をいただきました。

3 高齢者が入院した際の「地域の総合診療医」による在宅復帰支援

次に、高齢者が入院した際に、「地域の総合診療医」がどのようにかかわるべきかも重要な問題です。まず、入院しても在宅復帰するための意思決定支援や advance care planning を意識した方向性の設定をあらかじめ行っておくことは、入院する前から行うある種の在宅復帰支援と言っても差し支えないと考えています。そこで、入院予備軍と言える高齢者が入院する前における総合診療医としてのかかわりの実際を「入院しても在宅復帰するための意思決定支援」としてご執筆をお願いしました。次に、今後の時代は、入院した高齢者に地域の主治医がいる場合には、入院中や退院後のさまざまな意思決定支援について病棟主治医と地域の主治医が協調してかかわることがますます重要となるでしょう。これには、総合診療医にとって今や基本的臨床能力と言える退院前カンファレンスでの多職種とのコミュニケーションが基本であり「退院前カンファレンス参加のコツ」として地域の主治医として退院前カンファレンスへ参加する際の心構えについてもご執筆をいただきました。

4 高齢者が在宅復帰支援により退院した後の「地域・病棟の総合診療医」の役割

高齢者が在宅復帰支援により退院した後も、「地域・病棟の総合診療医」には多くの役割があると考えられます。

高齢者が退院した直後に再入院してくることがしばしばありますが、そのような事例のなかには「再入院を防げたのではないかと考えられる場合も少なからず経験します。一般に患者さんや家族は、退院直後に多くの不安を抱えることが多く、退院直後の地域の主治医やケアチームの対応は、広義の在宅復帰支援として重要であると考えられ、「退院直後の対応のコツ」のご執筆をお願いしました。

また、退院して在宅復帰した後、どのようにフォローするかによって再入院率は変わると考

えられます。そこで、「在宅復帰後のフォロー」として、望まれない入院を防ぎ、住み慣れた地域で高齢者が最期まで生活できるための地域の総合診療医によるフォローの実際についてもご執筆をいただきました。さらに、高齢者では、在宅復帰した後も体調の悪化や介護上の理由などから入院を要することも少なくないため、「在宅復帰支援におけるバックアップベッドの意義」として地域包括ケア病棟などのバックアップベッドが地域で在宅療養する患者さんサイドや病棟医師・地域の医師にとってどのような意義をもつかについても、ご解説をいただきました。

本特集が、今後の超高齢社会における高齢者の必要十分な入院医療や、高齢者の在宅復帰支援の円滑な推進、地域の医療介護の有機的な連携、ひいては地域包括ケアの実現と、これらにおける総合診療医の役割を考えるうえで少しでも役立てば幸いです。

プロフィール**木村琢磨 Takuma Kimura**

北里大学医学部 総合診療医学/地域総合医療学

“地域包括ケア”という言葉は、今や合言葉のように頻繁に聞くようになりました。しかし、その具現化には多くの課題があると考えられます。地域性をふまえることはもちろん、そもそも人によって地域包括ケアのイメージに差がありうることも問題でしょう。地域包括ケアの普及・具現化における総合診療医の役割は大きく、「入院イベントを契機とした、総合診療医と地域包括ケア」についての論考を試みた本特集が少しでも役立てば望外の喜びです。