

イキイキ現場レポートで取材をさせていただいた、特定医療法人左右会の院長橋口衛先生より、医師目線での地域包括ケアシステムについて、そして、構築に向けた取組みについて寄稿いただきました。

特定医療法人左右会 院長
橋口 衛

私が現在のクリニックに勤務するようになり15年が過ぎました。当初より父が診ていた在宅の患者を引き継ぎ、午前中は外来を診て、午後からは訪問診療に回るというスタイルを取っています。そのうち制度として在宅時医学総合管理料(在総診)ができ、在宅療養支援診療所となり、たまたま3人の常勤医がいたため現在は強化型在宅療養支援診療所になっています。

訪問診療も医師(私)ができるだけ業務に専念する(プラス案をしたい)ため、運転はパートのドライバーに任せ、看護師と3人で回ります。また、夜間、医師が呼ばれる回数を極力少なくするため、訪問診療の利用者にはほ

ぼ皆、訪問看護をつけ、対応できる範囲は訪問看護にお願いしています。現在、約90名の患者を診ていますが、夜間、医師が呼ばれる回数は月に1~2回くらいです。在宅末期、緩和ケアが好きな私は利用者がターミナルの時だけは24時間対応で頑張ります。ただ、その時でも在宅医療の中心は訪問看護です。24時間の在宅医療に24時間対応できる訪問看護ステーションの存在は欠かせないと私は考えます。

平成24年度より国は介護保険制度にて地域包括ケアというシステムを導入し、在宅医療と介護保険を連動しようとしています。私の頭の中では、在宅医療は病院を地域に広げたものと捉えています。病院なら

医師がいて、看護師がいて、ケアワーカーがいて、PT、OTがいて連携して医療を提供しています。在宅では、在宅療養支援診療所があり、訪問看護ステーションがあり、訪問介護事業所があり、訪問リハビリがあります。ここで大切なことは、他の医療機関、介護施設との連携です。営業も大好きな私は、いろいろな病院や介護施設を自ら回ります(医師が自ら出向くと、どの施設もきちんと対応してもらえます)。そこで多くの方達と話をすると、他の医療機関、介護施設が実際に提供している内容を知ることができ、どのように連携していけばいいかがわかります。これまでライバルでもあった他の医療機関や介護施設とうまく連携することは利用者にとってもいいことですし、長い目でみれば結果として自分のクリニックや法人に利益をもたらす、共存できていこうと感じています。私の目から見た地域包括ケアとは「地域連携」をいかにうまくできるかどうか、だと思います。そのために地域にある資源を自ら把握し、連動させることがこれからの私の役目だと思って、日々奮闘しています。



訪問診療の様子

前回、好評をいただいたDoctor's eye。現在の日本の医療が抱える課題や医療を取りまく環境、今後の方向性について、現場医師の目線から数回に渡り執筆していただきます。

特定医療法人 左右会

藤後クリニック 院長 橋口 衛

「オレンジプランって…」

平 成24年8月に国は、「オレンジプラン」という名の認知症施策推進5か年計画(平成25年度から29年度まで)を公表しました。その一番のポイントは、認知症の早期発見、早期治療に尽きるといっても過言ではないと思います。アルツハイマー型認知症は早期に発見し治療をすれば、かなり進行を遅らせる事ができます。ただ、いわゆる周辺症状(BPSD)が出てくるような人には抗精神病薬等を投与しますが、なかなか治療及び介護に苦勞するのが実情です。

現在、認知症は主に精神科にて診療がなされていますが、

その多くはBPSDにて対応困難な患者です。早期の認知症の人にとって、「物忘れ」程度での精神科への受診は、敷居がかなり高いと考えられます。そこで、「物忘れ外来」という形で一般のクリニックで認知症の診療をすることが早期の認知症の発見、治療に役立つのではないかと考えます。実際、「物忘れ外来」という名前で、しかも精神科ではない内科のクリニックで診療をしてみると、利用者も気軽に受診でき、早期発見、早期治療がしやすい印象があります。

ま た、オレンジプランの中で注目されるのが、「認知症初期集中支援チーム」と「身近型認知症疾患医療センター」という考え方です。「認知症初期集中支援チーム」は地域包括支援センターを中心に、地域の人からの情報を集め、できるだけ早期に認知症を発見し、治療につなげよ

うという試みです。民生委員等の地域に根差した資源をうまく活用できれば、認知症をもっと早期に発見することができる可能性があります。また「身近型認知症疾患医療センター」は、これまでの「認知症疾患医療センター」に比べ要件がかなり緩和されています。CT等の設備ですら自前で持たなくてもいいようです。これまでの「認知症疾患医療センター」が精神科の病院を中心に設置されており、早期の認知症の人には敷居が高かったこと、BPSDの認知症の人が多かったことが理由ではないかと個人的には考えています。

国 は、「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ないという考え方を改め、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指す」としており、「可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できる社会」という「地域包括ケアシステム」と基本的な考え方においては同じだと思います。



橋口 衛 院長 外来診療の様子

今後、生活習慣病へのアプローチを医師としてどのように行うのか、国の施作や診療報酬改定の動きから執筆いただきました。

特定医療法人 左右会

藤後クリニック 院長 橋口 衛

「動脈硬化について」

現 在わが国では、「糖尿病が強く疑われる人」と「糖尿病の可能性を否定できない人（予備軍）」を合わせると27.1%と推計され、国民の4人に1人以上（約3,400万人）にのぼると言われています（平成23年国民健康・栄養調査報告 厚生労働省平成25年3月より）。他に動脈硬化を進行させる主要因として「脂質異常症」と「高血圧」があげられます。

糖 尿病を中心とした動脈硬化の怖いところは、ほとんどの人に「症状が現れないこと」です。

血糖値は食後で200~300mg/dlくらい、血圧は160~170/90~100mmHgくらいではほとんど症状がありません。

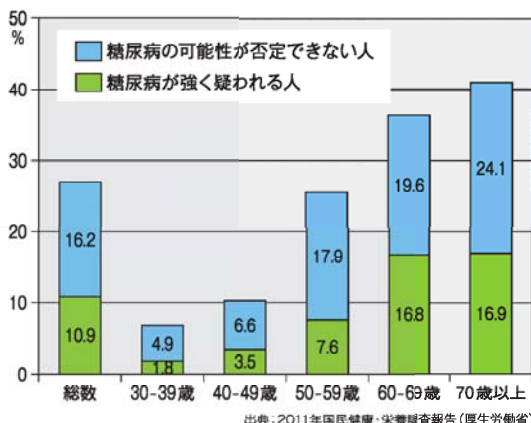
脂質異常症にいたっては、悪玉のコレステロール（LDLコレステロール）が220mg/dlくらいあっても症状はまず出ません。症状がなかなか現れないことが、それぞれの治療開始が遅れる原因となっています。ただ、これらの生活習慣病を放置すると、将来的に動脈硬化が進み、脳卒中（脳梗塞、脳出血）、心筋梗塞、腎不全→透析、下肢の切断などの重篤な血管の合併症を引き起こしていきます。

国 は2008年より特定健診、特定保健指導、すなわちメタボ健診を開始しています。糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病を早期に発見し、早期に治療してほしいと本気で思っているのだと思います。それは、脳卒中、心筋梗塞、透析、下肢切

ますので1年間で約500万円です。透析の技術も進歩してきているため、もし10年間、その方が生存したとしたら、なんと5000万円かかります。10人いたら5億円と恐ろしい数字です。

様々な血管の合併症をさけるために国は、糖尿病に関してもいろいろな管理料を設けています。個別栄養指導、集団栄養指導、糖尿病合併症管理料（170点/回）、さらに去年からは糖尿病透析予防指導管理料（350点/回）なるものまで作ってきました。そこまでして合併症への進展を防いでほしいと国は望んでいるのだと思います。

こ れから、私たち医師の役目の一つはそれぞれの専門の医療を提供するとともに、「動脈硬化」という広い視野を持ち、それぞれの患者が将来、いろいろな合併症で不自由な生活をするのしないように管理していくことではないかと考えます。生活習慣の改善、すなわち食事、運動療法に加え、薬物療法でそのコントロールをしっかりとしていく時代になっていると考えます。



機能強化型在宅療養支援診療所～医療連携への取り組み

在宅療養支援診療所1(機能強化型在宅療養支援診療所の単独型)を届けている藤後クリニック。しかし、連携の必要性から協力型(連携型)への届出変更も検討されている橋口院長に、現場での意見、在宅医療のこれからについてご執筆頂きました。

特定医療法人 左右会

藤後クリニック 院長 橋口 衛

国 はできる限り、住み慣れた家庭や地域で療養することができるよう、在宅医療を積極的に推進しています。平成18年度に在宅療養支援診療所を新設し、去年より機能強化型在宅療養支援診療所を作りました。

また、地域包括ケアの推進のモデルとして在宅医療連携拠点事業を平成23・24年度に行いました。補助金の事業としては平成24年度で終わりましたが、これから各地域で在宅医療の拠点を作り、地域包括ケアシステムの中心にしていくという流れは変わらないと考えます。

地 域包括ケアシステムで療養と介護の連携が一番の

課題であるのに対し、機能強化型在宅療養支援診療所は、在宅医療をしている複数の医療機関がいかにして連携していくかが一番の課題だと考えます。機能強化型の在宅支援診療所を届けるには二つの方法があります*。一つは、単独の医療機関で常勤3名以上の医師を確保する場合、もう一つはいくつかの医療機関が連携して常勤3名以上の医師を確保する場合です。単独のクリニックで3名以上の常勤医師を確保することは、なかなか難しく、他の医療機関と連携する方が届出しやすいと考えます。

医療内容は、24時間の訪問

実 際に連携を推進してみて感じたことは、すぐ近くの今までライバルとしてやってきた医療機関と連携することが心理的に難しいということ。また、これまでお互いのやり取りがほとんどなかったため、連携がとりにくいという点もあります。次に連携ができたとしても、月に1回カンファレンスをしてお互いの患者の情報を共有するのが意外と難しいというのが率直な感想です。

現 在は、それぞれの患者のサマリーをもちより、気になる患者のカンファレンスを中心に行っていますが、この方法では、いざという時の往診の体制(患者の情報の共有)に対し、やや不安が残ります。

こ れからはインターネット等を利用し、どこでも患者の情報を共有できるシステムの構築が課題になると考えています。いずれにしろ、国の方針として都会を中心に在宅医療はもっと推進していきますので、在宅医療の推進、医療連携という観点からも機能強化型在宅療養支援診療所への取り組みは大切だと考えます。

参照 在宅療養支援病院の届出状況

都道府県	機能強化型		従来型	都道府県	機能強化型		従来型	都道府県	機能強化型		従来型
	単独	連携			単独	連携			単独	連携	
北海道	5	15	25	石川	2	6	8	岡山	8	6	9
青森	0	3	1	福井	1	0	3	広島	8	11	10
岩手	2	1	1	山梨	3	0	3	山口	2	0	6
宮城	2	1	4	長野	4	12	2	徳島	2	5	14
秋田	1	2	3	岐阜	3	2	7	香川	6	0	4
山形	0	0	3	静岡	0	5	6	愛媛	1	1	6
福島	1	2	2	愛知	8	12	14	高知	1	5	2
茨城	1	8	3	三重	1	4	4	福岡	4	19	22
栃木	0	4	2	滋賀	1	5	1	佐賀	0	3	9
群馬	2	1	9	京都	3	11	7	長崎	3	7	9
埼玉	10	15	9	大阪	8	40	36	熊本	3	5	10
千葉	8	6	11	兵庫	10	22	17	大分	1	4	7
東京都	7	46	21	奈良	0	3	2	宮崎	0	2	6
神奈川	6	18	17	和歌山	0	6	1	鹿児島	4	6	17
新潟	2	1	2	鳥取	1	0	1	沖縄	2	0	5
富山	1	2	3	島根	4	1	2	合計	142	326	366

©ASK/HMCG

各地方厚生局ホームページより(平成25年2月1日現在)

*医師の要件のほか、緊急の往診実績5件以上、過去1年間の看取り実績2件以上の要件があります。連携型の場合、患者からの緊急時の連絡先の一元化、患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施、連携する医療機関数は10未満、病院が連携に入る場合は200床未満の病院などの要件が加わります。

有床診療所の役割とは

シリーズでお伝えしてきましたDoctor's eyeも最終回となりました。今回は、減少が続く有床診療所の役割、そして、その行方についてご執筆頂きました。

特定医療法人 左右会

藤後クリニック 院長 橋口 衛

国は「社会保障と税の一体改革」の方向性に基づき、これからの急性期医療、一般病床のあり方について検討を進めています。具体的には、急性期医療を高度急性期、急性期、亜急性期に分け、医療機関が担う機能を地域住民・患者に理解しやすい体制にすること。また、医療機能に見合った医療資源を効果的かつ効率的に配置し、地域全体として必要な医療機能をバランスよく提供する体制を構築していくことがあげられます。そして、これらの仕組みを制度として設けようとしているのです。ただ、この仕組みはあくまで病院病床の機能分化の話であって、この中に有床診療所は含まれません。そもそも、有

床診療所はあまりにも入院基本料が低い点数設定にあり、全国の有床診療所は閉鎖が相次ぎ、徐々にその数を減らしてきています。

さて、有床診療所の役割に関してですが、有床診療所には大きく二つのパターンがあると思います。それは、病院にも負けないくらい専門医療に取り組んでいる有床診療所と、地域に根差してさまざまな機能を担っている有床診療所です。専門医療に取り組んでいるところは、さらに専門医療に特化していけばいいと思いますが、これからは後者の有床診療所の役割が大きくなっていくのではないかと考えます。その機能としては、1. プライマリーケア、2. 病院

から早期退院患者の受け入れ、在宅・介護施設への引き渡し機能、3. 在宅医療拠点としての機能、4. 終末期医療(緩和ケア)を担う機能、5. 地域密着多機能型の入院機能、6. 認知症への取り組みなどがあげられます。介護保険では地域包括ケアが導入され、在宅医療が積極的に推進されていますが、地域密着で病床を持っている有床診療所は非常に動きやすく、地域包括ケアの中心になると考えます。介護保険の日帰りショートステイ(特定短期入所療養介護)やショートステイ(緊急も含む)なども視野に入れてもいいのではと考えます。緩和ケアに関しては、既に診療報酬上でも制度ができています。認知症患者も増えていくと考えられ、その対応が必要になると考えます。「かかりつけ医」という概念も盛んに議論されており、これからは病床を持ち、小回りが利き、地域に密着した有床診療所の果たす役割は逆に増えていくものと考えます。ただ、これらの機能を十分に果たすには、地域の他の医療機関、介護施設との連携が非常に重要になってくるので、どのようにして連携をしていくかが鍵になると思います。

診療所数の推移

➤ 無床診療所は増加が続いているが、有床診療所は1990年の施設数の約4割まで減少している。

