

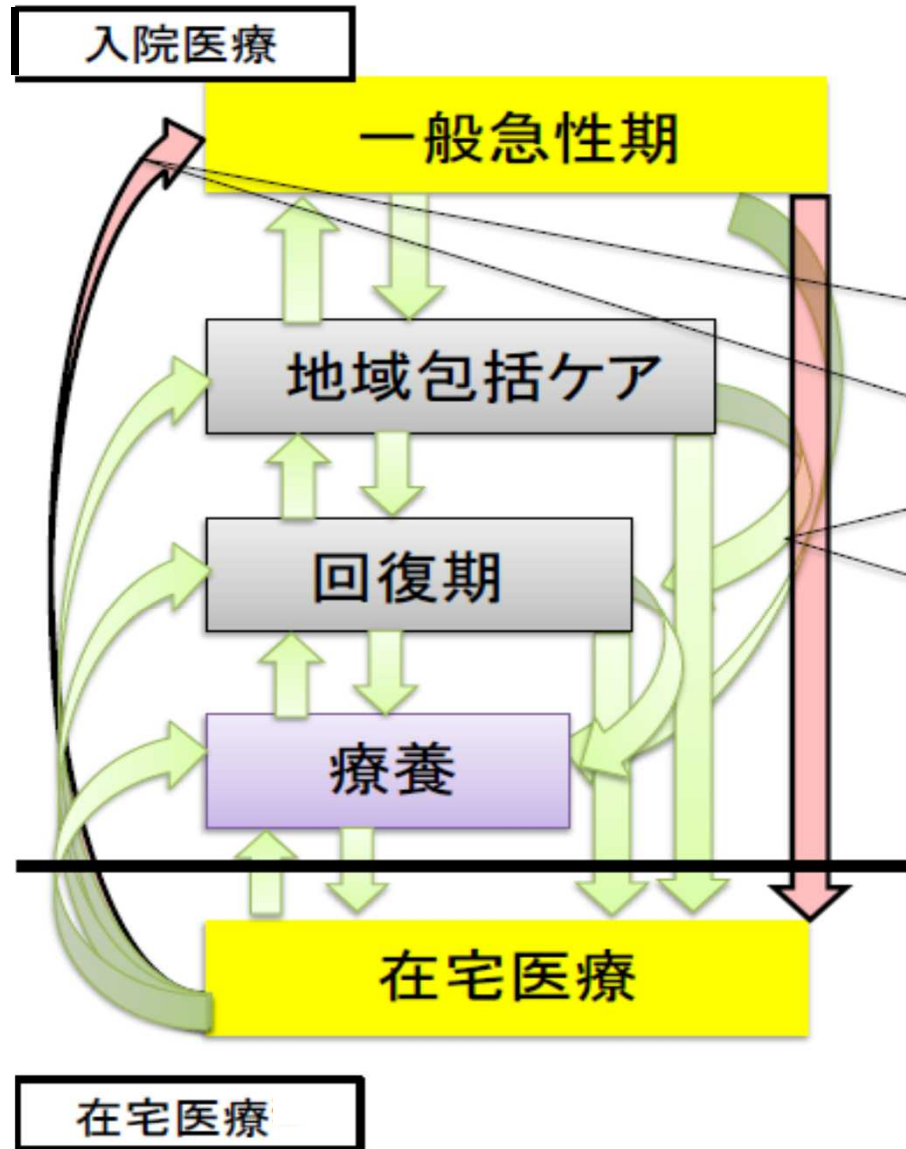
在宅医療から見た 療養病床の役割について

平成27年9月9日

新田 國夫

(全国在宅療養支援診療所連絡会会長)

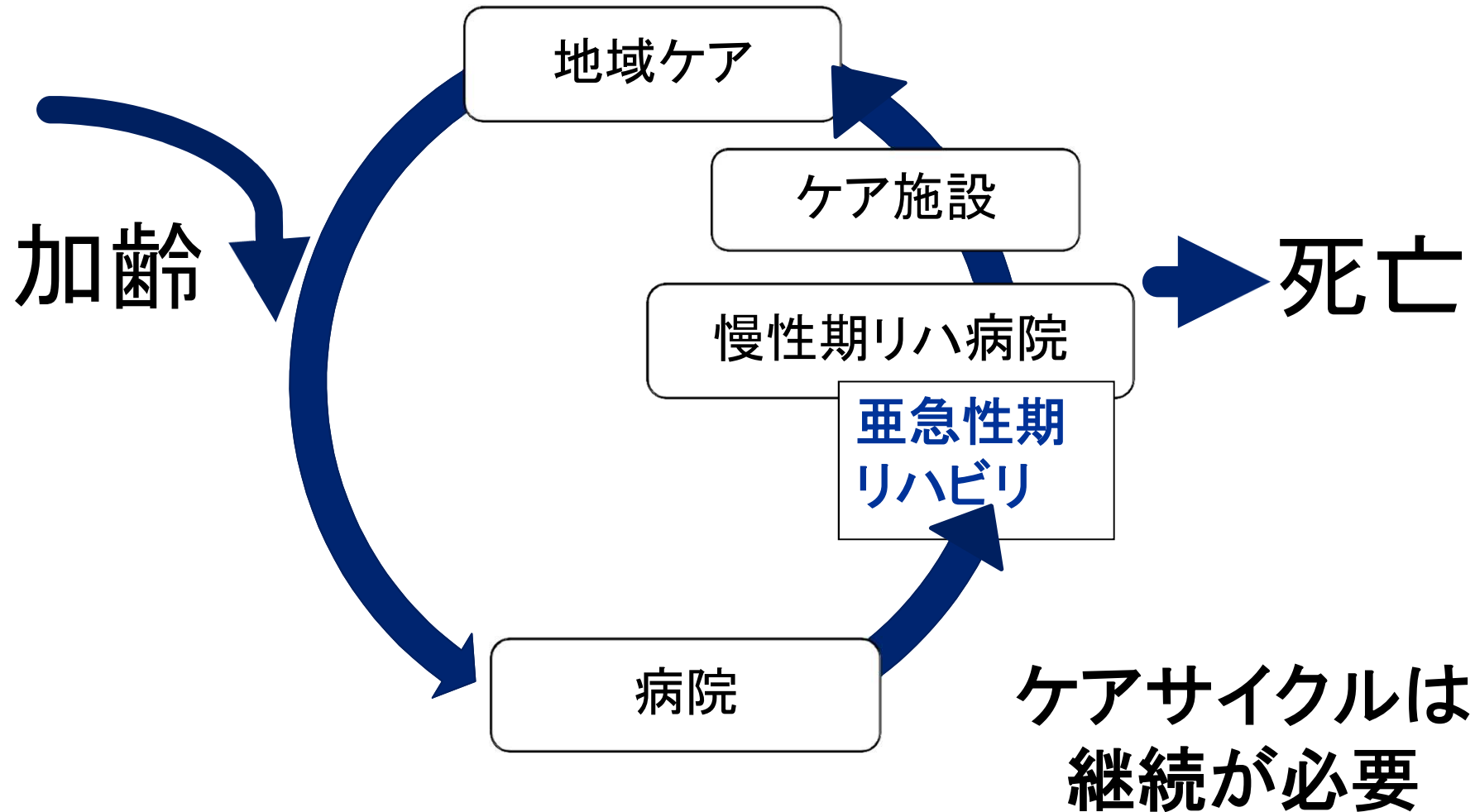
現在の医療構造



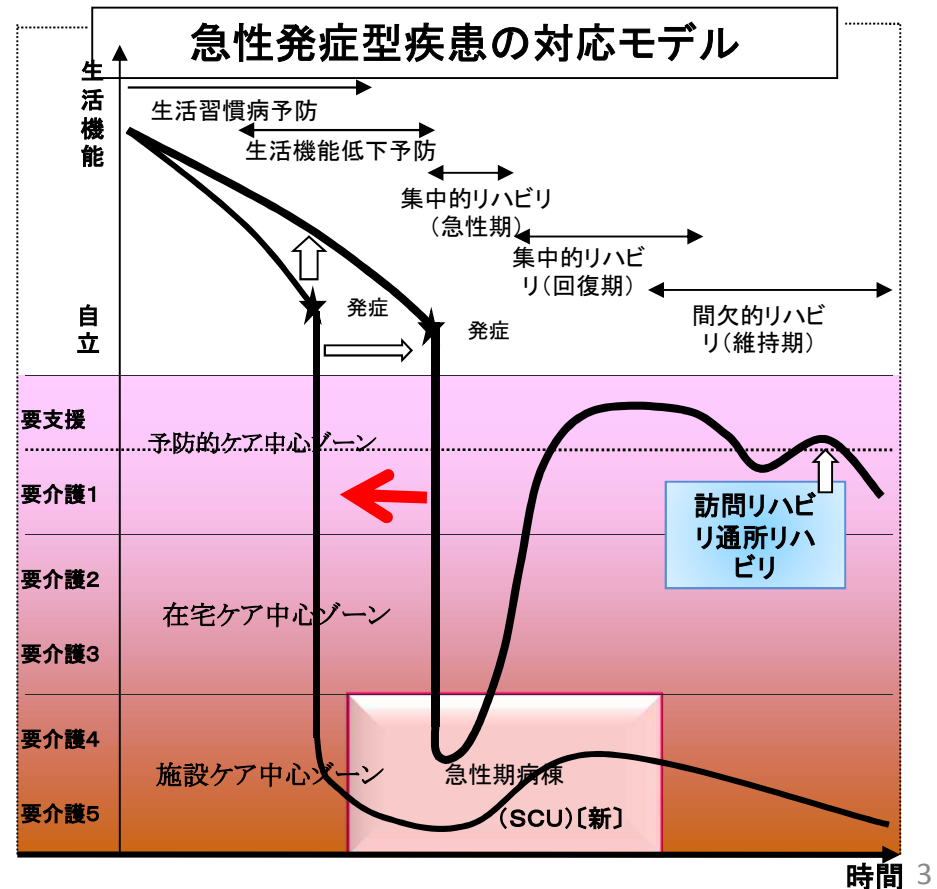
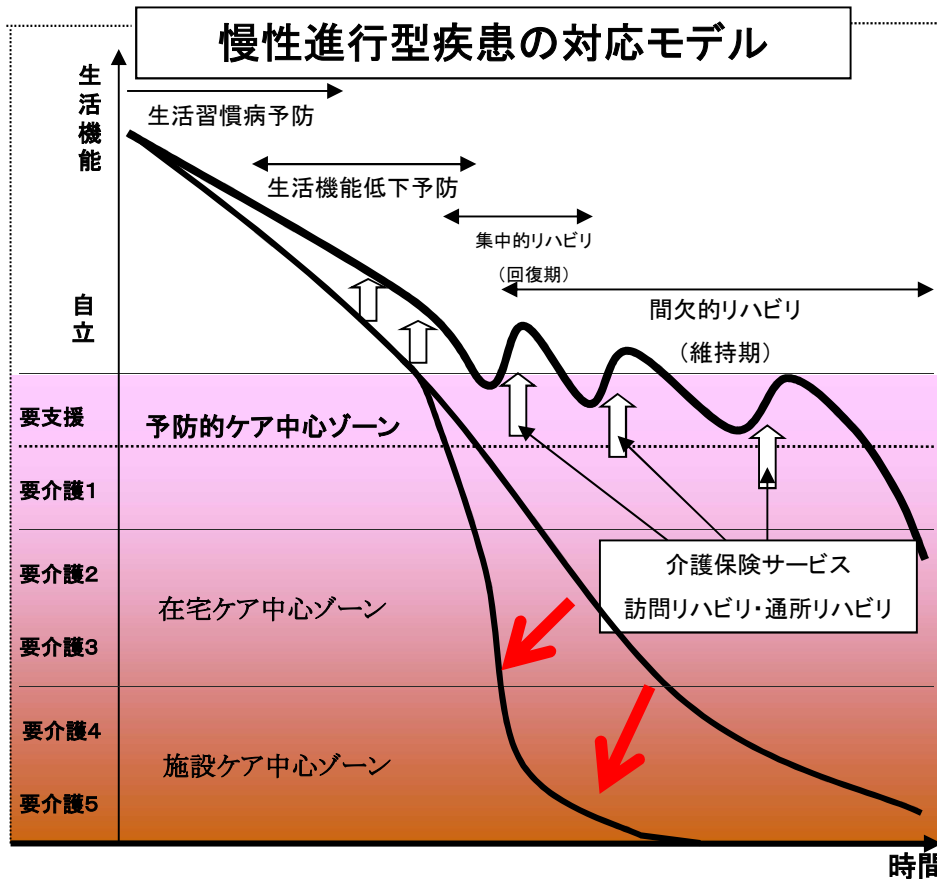
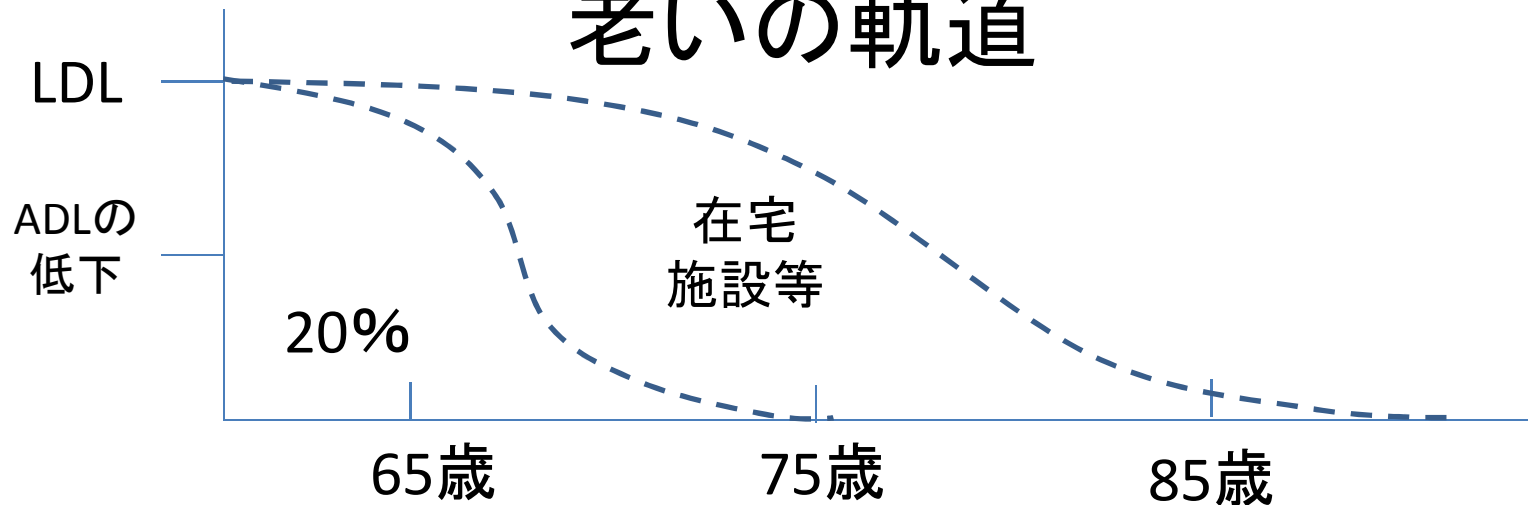
要支援・要介護者に対する入退院時等における
継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール
開発及び効果検証のための調査研究事業
兵庫県立大学大学院経営研究科 筒井孝子 様資料より

ケアサイクル

高齢者に必要な循環ケア



老いの軌道



老健症例 K. T. 78歳 男性

- 傷病名 脳梗塞後遺症（要介護Ⅴ）
- 既往歴 糖尿病・高血圧症
- 病歴 H.17年2月10日 脳梗塞（左後頭葉 小脳）
視力障害をみとめ、現在胃ろうによって栄養管理
肺炎で入退院を繰り返し、H.22年11月 右足部壊疽合併
徐々にミイラ化進行。

血液生化学データ(H.27年8月) 低栄養と電解質異常
Alb2,9 T-cho 112 HbA1c 6,2 Na 138 Cl 94 K 3,2 Fe 15



苦痛の持続

生命予後不良

しかし、長期生存



ASO 動脈閉塞による足部 壊死



在宅症例



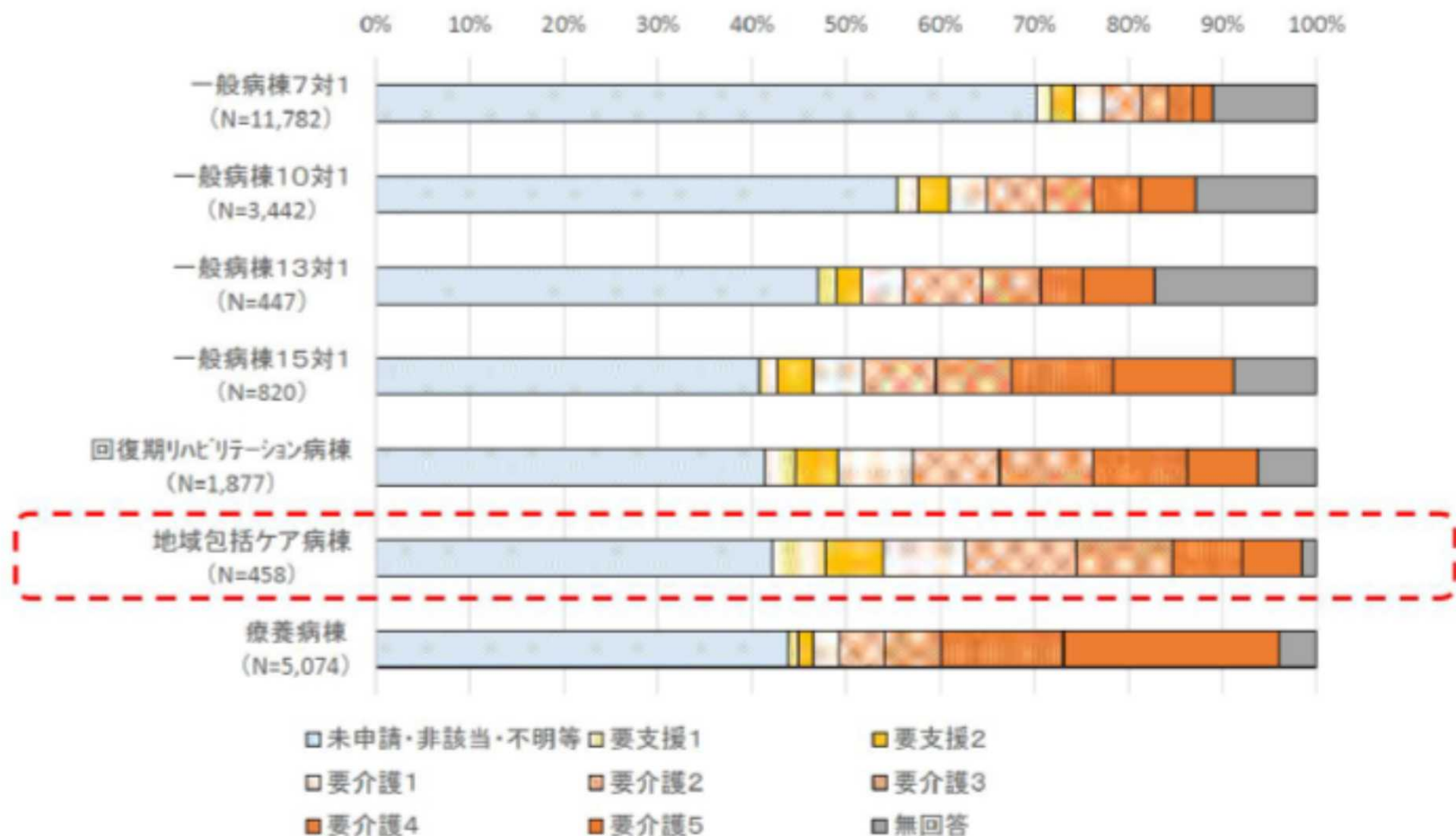
医療の提供状況施設より重度者の管理

	一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)	医療療養 病棟 (20:1)	医療療養 病棟 (25:1)	介護療養 病棟 (30:1)	介護老人 保健施設 (療養型) (30:1)	介護老人 保健施設 (従来型) (50:1)	介護老人 福祉施設 (125:1)	在宅
総数	3,999人	7,874人	14,472 人	13,521 人	16,603 人	436人	24,013 人	19,785 人	3,741人
中心静脈栄養	8.1%	10.6%	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	1.5%	1.6%	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・ 気管内挿管	4.0%	4.8%	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	13.1%	14.5%	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	18.4%	21.7%	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・ 胃ろう	13.9%	17.1%	35.7	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

平成22年6月実施 厚生労働省「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値より

要介護度(他病棟との比較)

- 地域包括ケア病棟の患者のうち介護保険に未申請、非該当、不明等の患者は全体の4割程度であり、その割合は回復期リハビリテーション病棟、療養病棟と似通っていた。



出典：平成26年度入院医療等の調査(患者票)

療養病床の医療区分

○ 療養病床に入院している患者の中には、体制さえ整えば在宅療養が可能な者もいる(医療区分1など)。

医療区分3	【疾患・状態】	・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態
	【医療処置】	・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
	【疾患・状態】	・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸随損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)
	【医療処置】	・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	

在宅医療で診られる患者像

- 老年病(脳卒中後遺症、認知症、整形疾患など)
- 進行期や終末期のがん
- 進行期の慢性疾患(神経難病、慢性呼吸不全、慢性心疾患、慢性腎疾患、肝不全、膠原病など)などにより通院困難な患者

「在宅医療バイブル」(川越正平、2014年)改変

現在の在宅医療の質は 病院医療にひけをとるものではない

- 医療機器 介護機器の発展
- 創薬
- 各種介護系サービスの充実
- 地域ネットワークの整備:地域ケア力の向上
(緊急通報システム・認知症見守りネット・虐待防止ネット等)
- 情報ネットワークの整備:クラウドコンピューティングの活用
(電子カルテ スマートフォン テレ・メディスン)

日本医師会 在宅医リーダー研修(太田秀樹、2014年)より

療養、施設から在宅に帰す時に 困難な患者とは

1.社会的要因

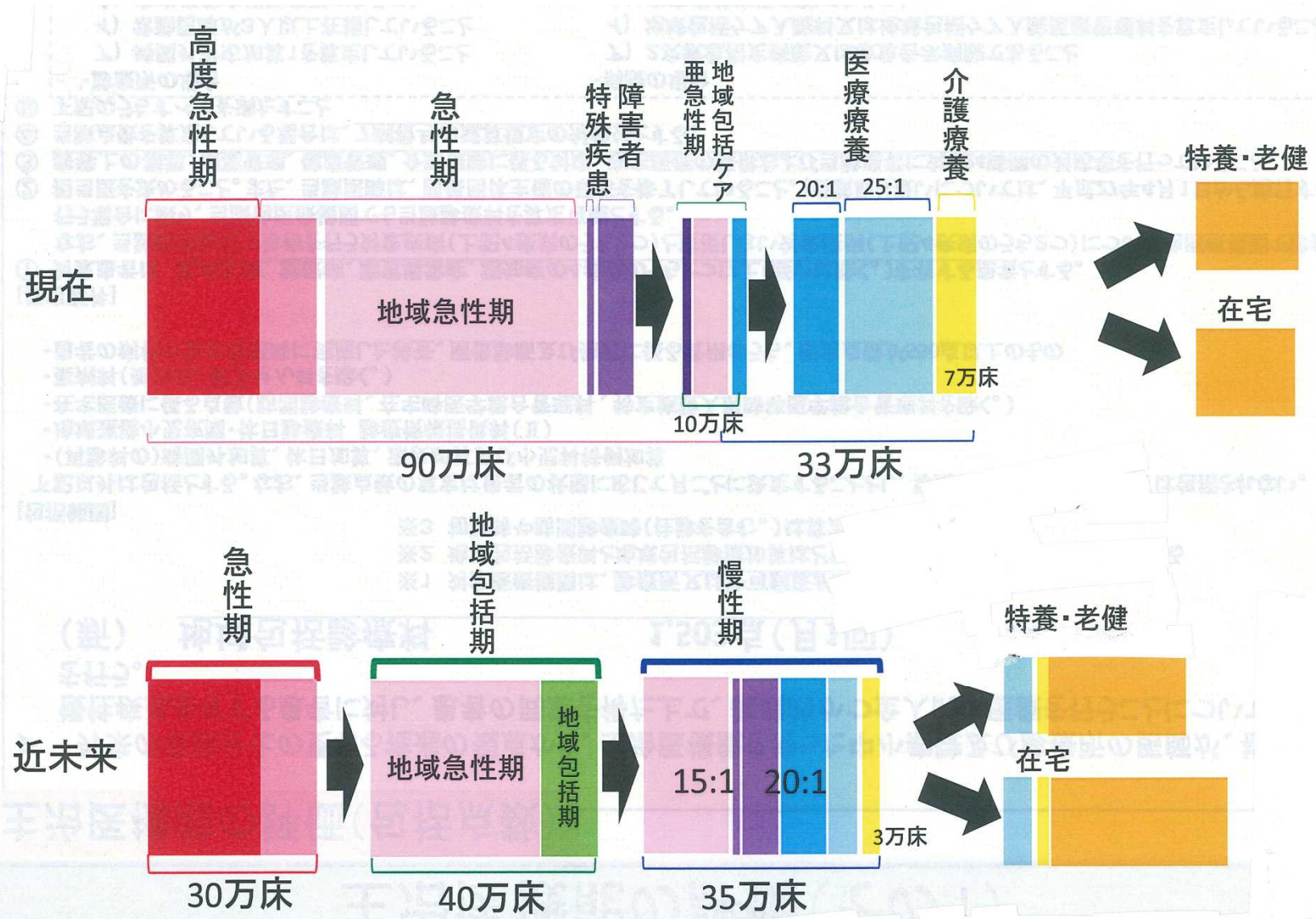
高齢世帯、独居世帯、家族の負担、
長期介護、医療保険、介護保険

2.病態医療ニーズ要因

頻回な医療と介護

時代にあった療養病床のあり方

社会的機能に一致させるネーミングが必要



医療は何のためにあるのか？

医療の目的

医療は、患者にとって最善の健康利益のために行われる。

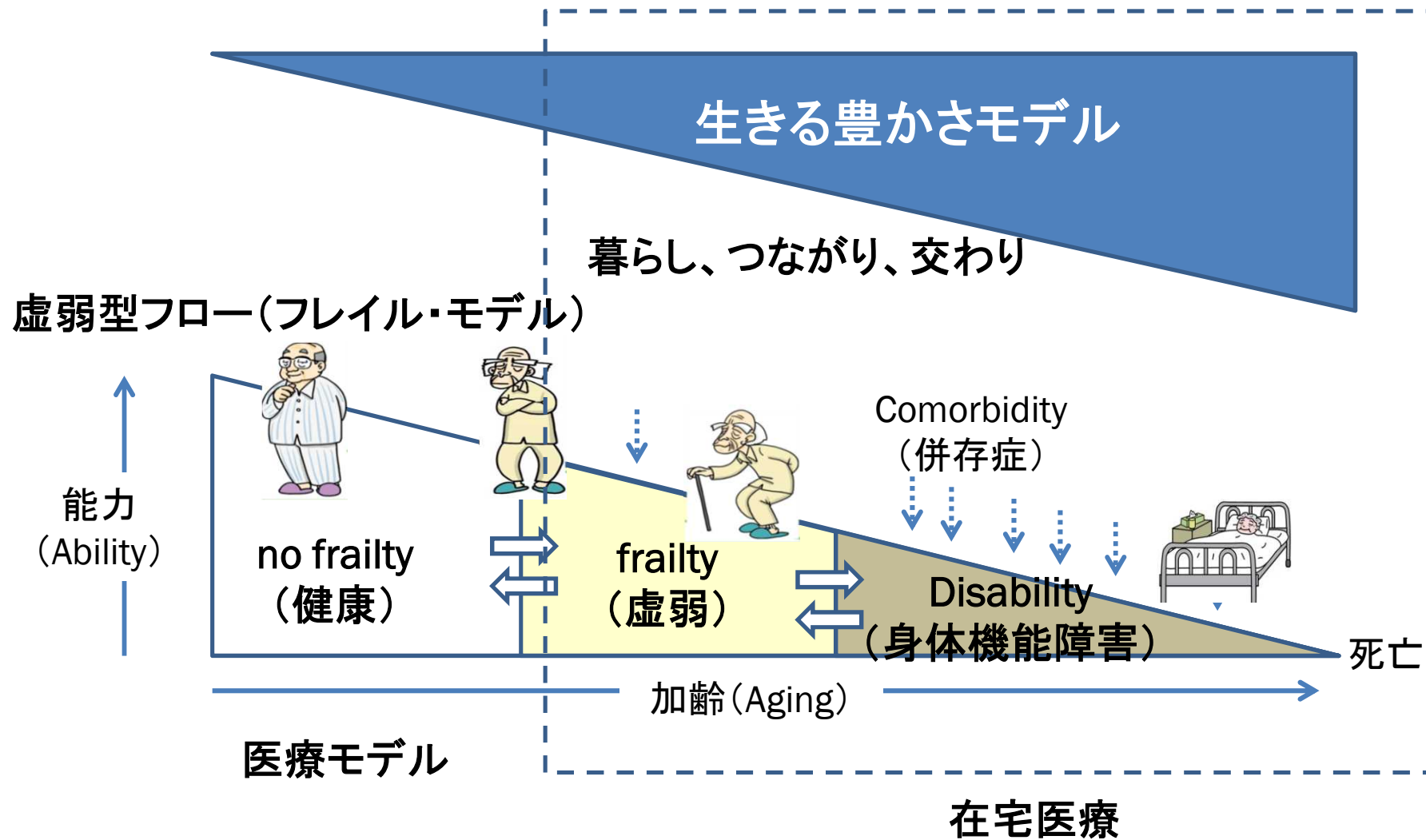
「医学的最善」と「患者にとっての最善」

- 「医学的最善」が「患者にとって最善」とは限らない。
- 「医学的に無益」なことが必ずしも「患者にとって無益」とは限らない。
- 「患者の選好」＝「患者にとって最善の選択肢」では必ずしもない。

倫理的判断を行う上での原則

事実 ≠ 価値

これからの個人史



完全居場所の地域づくり

患者の最善利益査定について 考慮されるべき要素

(BMA's handbook of ethics and law より抜粋)

- (事前意思を含む)患者自身の希望と価値観
- 患者の希望に影響を与える、宗教的・文化的事項等に関する患者の見解
- 患者が何を利益とみなすかに関する、患者に近い人々、親族、介護者、または代行意思決定者の見解
- 提案されている治療法と他の選択肢を考慮したうえでの相対的効果に関する臨床的評価
- 治療が行われた場合の改善の可能性と程度の大きさ
- 治療の侵襲性の正当化
- 患者が改善不可能な重度の痛みや苦痛を経験している可能性

これからの療養型の提案

社会的機能としての療養型のあり方の提言 (都市型モデルと地方型モデルの違い)

- 急性期医療から療養型の流れを変える
- 療養型の住居モデル
- 在宅療養支援型の成立
- 療養型、特養、老健のあり方(人生の最終段階における)
- 終末期医療モデルを位置づける(在宅復帰モデルではない)

医療重点モデルから生活重点モデル

介護療養型

看護小規模多機能型

特養におけるかかりつけ医の導入

多様な居場所づくり