

急性期以後は どんな病態でも受け入れる

医療政策では急性期や回復期の医療機関はもちろん、慢性期病棟、介護施設でも「在宅復帰」を重視する政策が進んでおり、回復期慢性期病棟のあり方も従来とは異なった体制が求められています。「在宅復帰」は、政策だけでなく、ほかならぬ患者さん本人の希望でもあります。私自身、訪問診療に出ています。そこで患者さんとお話をするときは「家に帰ってきてよかったです」と言っています。

これを度外視し、医療者の考えだけで病院医療に固執しては、患者さんの希望に沿えないばかりか、療養する場所としても選ばれなくなるでしょう。「長期療養」は慢性期病棟の専売特許ではなく、在宅で療養できればそのほうが良いと考えるのは当然です。人生100年時代にあつて、「病院での生活」はごく一部。もつと言ってしまうえば、「在宅あつての病院」なのです。病院もそうした発想を持つ必要があります。

進藤 晃 しんどう・あきら

1989年 埼玉医科大学卒業
1992年 埼玉医科大学付属病院循環器内科を退職、大久野病院に入職
1996年 大久野病院の開設者・管理者に就任
1999年 医療法人財団利定会理事長に就任

医療法人財団利定会大久野病院

利定会は東京都西部でリハビリテーションを中心に療養環境を提供している。回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟、介護療養病棟を有するほか、在宅療養支援体制の整備にも力を注ぐ。そのほか西多摩高次脳機能障害支援センター、西多摩地域リハビリテーション支援センターも展開する。

所在地：東京都西多摩郡日の出町大久野6416
病床数：回復期リハビリテーション病床（入院科）
2)50床、医療療養病床（入院基本科1）
50床、介護療養病床58床



利定会では、今年度の取り組みとして「在宅療養を支える」を掲げ、法人内の病院や診療所がそれぞれ果たすべき役割をあらためて確認しました。病院機能としては回復期リハビリテーション病棟50床、医療療養病床50床、介護療養病床58床、在宅分野では外来・在宅診療、訪問リハビリを行う診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を展開しており、急性期を脱した後であればどんな病態の患者さんでも対応できる仕組みがすでに整っているのです。これを強化していくことを念頭に置いています。

病院では回復期リハビリを中心として、在宅復帰と通所リハビリや長期療養の質の向上を追求しています。回復期は365日のリハビリ提供により精神と身体機能を強化することでADLの改善を図り、併せて生活の再構築を行い在宅復帰をめざします。療養期であればその人が実現したい目標状態を確認し、そのプロセスを構築することで「その人らしさ」を実現するといった具合です。

在宅療養期・ターミナル期の支

従来見られた「完治」のような目標を設定しにくい面もあります。

慢性期医療はこの30年で急速に広まってきた、かなり新しい考え方です。従来型の急性期医療では「完治」が当たり前で、後遺症もそれほど多くはありませんでしたが、慢性期医療は違います。完治が難しく、複数疾患を抱えているケースも珍しくありません。つまり、今まで以上に「インプット」「プロセス」「アウトプット」を明確に定義し、医療者間で共有する必要があります。

特に課題となっているのがアウトプットです。慢性期医療の大半を占める高齢者医療では完治はなかなか難しい。そこで「その人らしさの実現」を軸にゴールを設定するわけですが、ここでは「本人の希望」が大きなポイントになります。患者本人やご家族に病態をよく説明し、理解してもらったうえで、合意が欠かせませんが、残念ながら、この合意形成のプロセスは十分研究が進んでいるとは言えません。患者さんに情報を丸投げして治療法を選択してもらうのは難しいですから、患者さんのこ

援機能を強化する進藤医院は訪問診療の強化に注力しており、常勤医を1人増やして2人体制としました。

介護療養病床は2018年度に廃止され、6年間の移行期間が設けられています。転換についてはどのように考えていますか。

もちろん「在宅療養」が希望とは言っても、なかには在宅での療養は難しい患者さんは必ず存在します。地域医療構想では医療区分1の患者の7割は在宅療養へ移行すると試算していますが、実際には施設での療養が必要な方々はもっと多いと考えています。当院でも医療区分1、要介護3という患者が一定の割合でいますし、いくらサービス付き高齢者向け住宅や特別養護老人ホームが整備されたとしても、個室では費用負担をまかないきれない方もいます。そうした方の受け皿としても介護医療院は有用です。

治療のゴール設定に向けた「合意形成」が重要

一方で、慢性期医療の場合、

希望を医療の言葉に置き換え、具体的な治療法につなげていく方策を考えていく必要があります。

診療プロセスの可視化で業務効率向上

診療プロセスの改善にも取り組んでいます。

医療の質の向上と効率化を実現するための取り組みの一つに、患者状態適応型パス(PCAPS)があります。現在、回復期リハビリ病棟で試験的に導入しているのですが、急性疾患の再発防止・肺炎予防などの対策が必要で、その対策には疾患ごとの観察項目の可視化が重要という考えに基づいています。

効果は着実に上がっています。PCAPSの導入によって「リハビリを行うに適した状態の患者については、医師はバイタル情報とともに不整脈の有無と疼痛の有無などの情報を求めている」ことが病棟の看護師とも共有されますから、病棟看護での観察でもその情報をとるようになります。導入前は診療過程が明示されていなかった

患者・家族との「合意形成」と それに基づくゴール設定が重要



たので、医師がどんな情報を求めているか、看護師は確認する機会もありませんでした。導入にあつたの実証実験では、PCAPS未導入の場合、医師が求める情報の半分以上しかとれていないことが明らかになっています。

とはいえ、課題も多岐にわたります。最大の要因は医師と看護師の言葉の微妙なズレです。医師と看護師が1対1でコミュニケーションをとれるわけではなく、双方が複数いるので、言葉と業務の標準化が必要になります。たとえば医師が求める観察項目としては「食欲」「吐き気」「息苦しい」といった訴えや、「意識」「食事摂取量」「ADL評価」などの観察がありますが、それらを一般財団法人医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)が開発している「看護実践用語標準マスター」に置き換えなければなりません。これが一朝一夕にはいけません。ただ、手間は確かにかかりますが、これによる業務の効率化、ひいては医療の質の向上は確実に見込めますから、今後も取り組みを続けていきたいと思っています。

——ありがとうございます。