

第7回 フレンドシップ・ミーティング

高齢者と向き合う医療・介護のありかた

平病院の場合

2012. 6. 10

平病院 概要



所在地	岡山県和気郡和気町尺所438番地
診療科	内科、整形外科、外科、眼科、放射線科、循環器科、 糖尿病外来、リハビリテーション科
病床数	90床(一般病床32床「亜急性期6床」、医療療養病床30床、 結核病床28床)
常勤医師	5名
看護配置基準	一般病棟10:1、結核病棟10:1、療養病棟20:1

ちなみに

岡山県	1,940,723人、	487,727人	25.3%
全国	1億2,772万人、	2,983万人	23.4%

二次医療圏は「県南東部」

(岡山市、玉野市、備前市、瀬戸内市、赤磐市、吉備中央町、和気町)

総人口約92万人

病院数 82件

DPC13、大学病院2、救命センター1、地域医療支援病院5、癌拠点病院4、

病床数 15,404床、

一般病床10,210、療養病床1,716、精神病床3,376、結核94.

特別養護老人ホーム 54施設、3,308人、

和気町2施設150人(ひまわり園、広虫荘)

老人保健施設 28施設 2,497人

和気町1施設54人(エスペランスわけ)

二次医療圏人口 ; 920,313人

岡山市711,164、玉野市63,242、備前市37,191、
瀬戸内市37,743、赤磐市43,287
吉備中央町12,533、和気町15,153

(24年4月)

当院の役割

- 1.整形外科、眼科の手術を主体とした、地域のいわゆる急性期医療。
- 2.地域住民のサブアキュート、ポストアキュートの入院患者の受け入れ。
- 3.循環器、糖尿病は専門医を擁し、
地域の慢性疾患管理の指導的な役割も担う。
- 4.県南東部で唯一結核病棟を持ち、
県南東部と兵庫県南西部から 紹介入院あり。

など。「地元かかりつけ病院として、最高の地域医療を展開します。」
を第一理念として、活動している。

病床区分の変遷

1991年(平成3年)6月 尺所438へ新築移転。

107床 (一般62 結核45)

2002年(平成14年)3月 98床に減床 (一般62 結核36)

2003年(平成15年)9月 病床区分届出 (一般24 医療療養38 結核36)

2007年(平成19年)4月 病床変更 (一般24→32 療養38→30)

2008年(平成20年)3月 一般 13対1取得

2008年(平成20年)4月 一般 10対1取得

2008年(平成20年)6月 一般病床のうち6床を亜急性期に変更

2011年(平成21年)5月 結核を28床とし、一般と合わせて60床とする
ことで、結核病棟を10対1の扱いに変更。

療養病棟を開設した当初は、

外来→一般→療養→自宅や施設

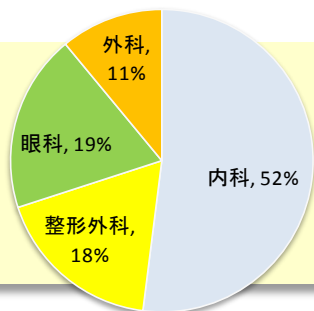
の流れが理想的なモデルと考えた。

しかし。

平病院 患者の状況

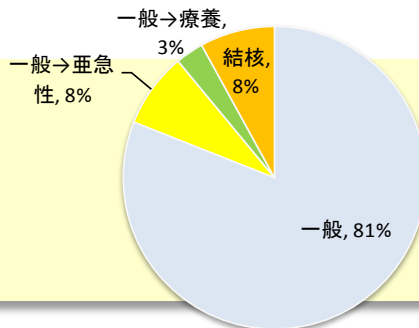
一般病床→療養病床→介護施設というフローは、ごくわずか。

診療科分布

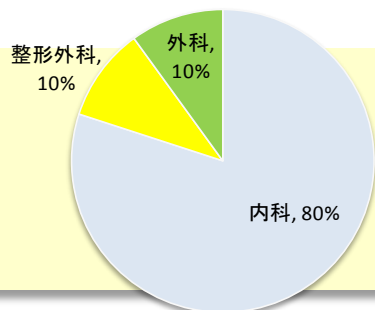
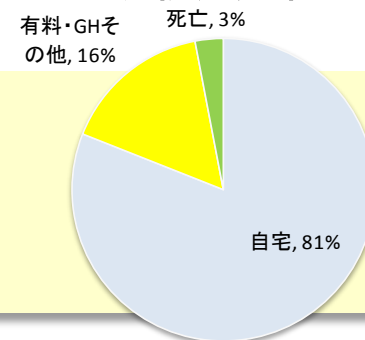


外来

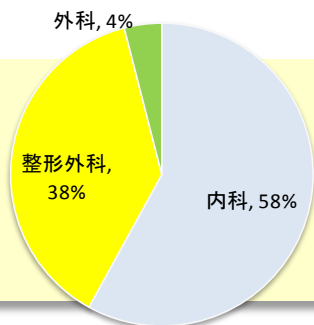
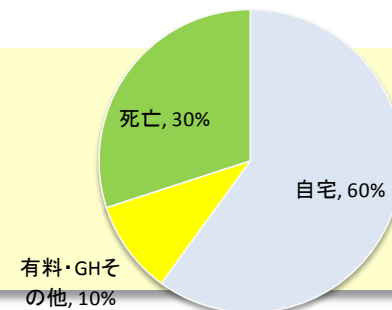
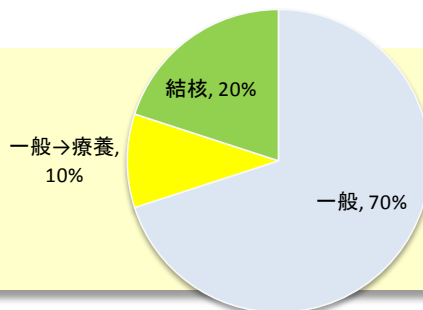
病床別分布



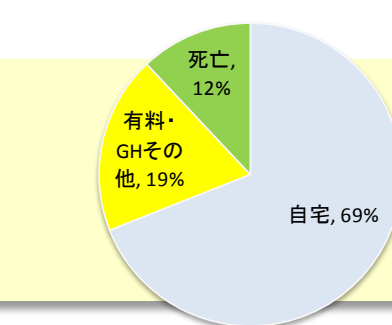
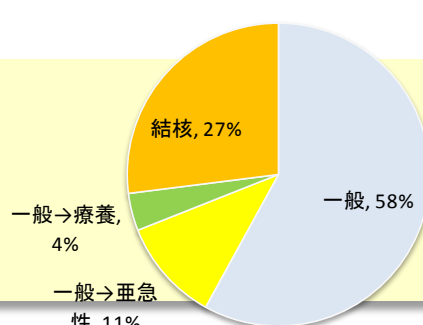
退院別分布



救急車



紹介



現実には、医療療養病棟の患者の動きがほとんど無く、一般病棟から、多くの患者が自宅に退院している。

現在の当院の医療療養病棟は、要医療度の高いF以上の人が85%を超えている状態。→「療養病棟1」を維持

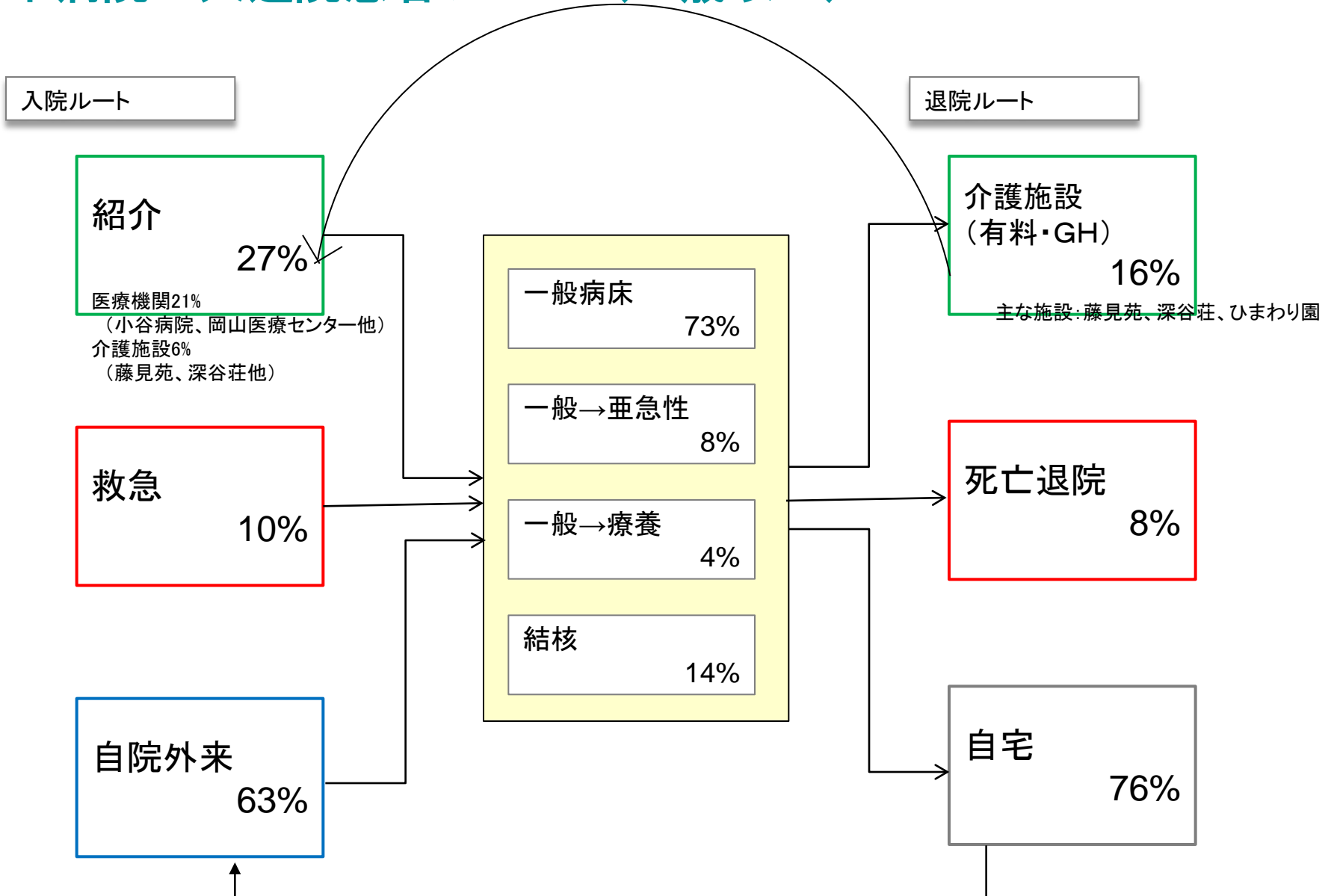
医療必要度の高い状態は、逆にいえば他の施設では療養困難な重症患者ともいえる。

結果として、自宅や介護施設への退院が困難な症例が多くなり、月に3人前後の入退院となっている。

医療必要度の問題のみではなく、他施設に移った場合の、自己負担分の増加が大きく、退院に難色を示す家族もある。

流れを図にすると、こうなる。

平病院 入退院患者フロー（65歳以上）



図の、どのルートに力点を置いて、資本注入すべきか。

退院のルートについて考えた。

院内アンケートを取ると、老健施設、特養等の設立の提案がいつも上位をしめるが、現在二次医療圏内では充足しており新規設立は困難。

サービス付き高齢者住宅の設立を計画調査したが、現在当地の別の病院が経営関与している施設での充足率、和気町の平均所得等、勘案し建設後の利用者の確保、維持が困難と思われた。

療養病棟からの退院を促進し、一般病棟や他の医療機関からの流れをつくる事は、別途検討するとして、

一般病棟の中での、流れを早くして、安心して退院できる為のシステムづくりに力をいれる方が、現実的と考えた。

さまざまな問題が浮かび上がる。

平病院 現在の体制について

<全体の問題>

- 患者に関する情報共有が病院と介護、また介護部門同士できていない

<病院の問題>

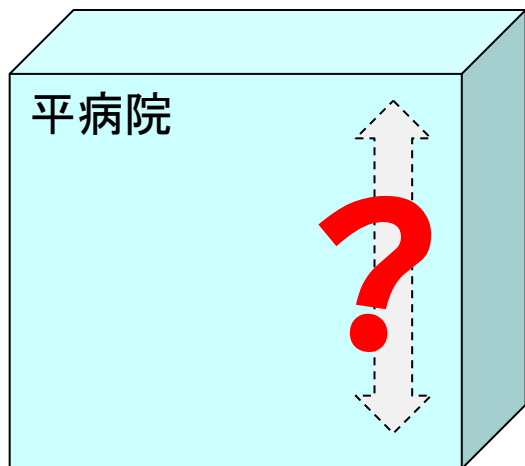
- 入院から退院までのフローが明確ではない
- カンファレンスの体制が十分ではない
- 退院時に独居に戻る患者のフォローができていない

<介護部門の問題>

- 入浴施設のキャパシティの問題で、他の介護施設に約3割の患者を紹介している
- PTは増加したが、面積要件をクリアできずに患者を最大数受け入れることができない

病院

介護部門



さまざまな問題が浮かび上がる。
解決のキーワードは「連携」
あるいは、今流行りの
「絆」

**院内の退院支援プログラムを強化。
入院時から、退院に向けて、各職種や
家族を巻き込んだカンファレンスを行う。**

**また、退院支援のためのシステム、人員配置、さらに早期からの
リハビリ介入による早期退院をめざす。**

安心して退院できる、在宅支援のシステムを構築する。



**まずは、リハビリ部門の強化。
増員強化にて早期の退院を可能にする。**

外来でのリハビリに加え、訪問リハビリも充実させてゆく。

リハビリスタッフ数の変遷

23年3月 まで

PT 5人、OT 2人、ST 0人

23年4月 PT 5人、OT 0人、ST 1人 健康運動指導士1人

24年4月 PT 4人、OT 1人、ST 0人

各々入職。

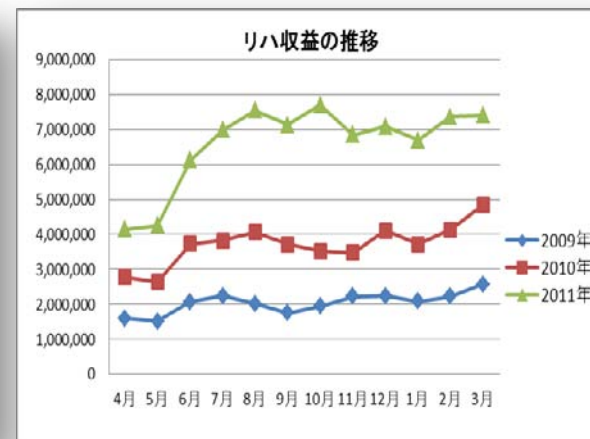
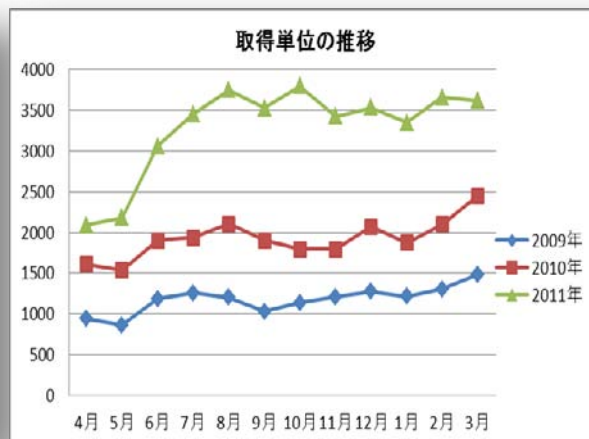
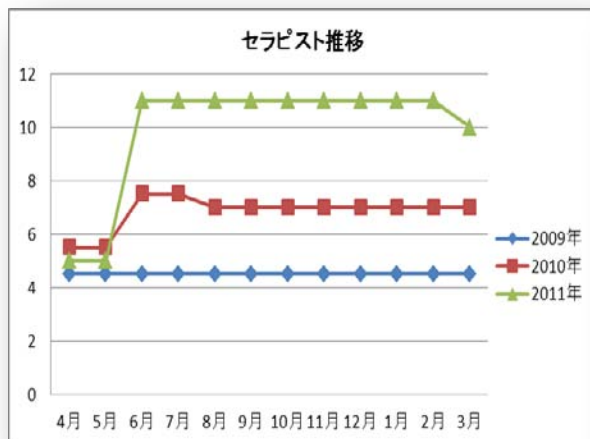
現在の体制

PT 14人 OT 3人 ST1人 健康運動指導士 1人

うち PT 3人、が通所及び訪問リハビリ兼務

リハビリテーション室の3年間の取り組み

過去3年間の比較(before after)



《リハビリテーション室の取り組み》

1. 退院後のアフターフォロー訪問の実施(退院3ヵ月後)
2. 各専門職種と連携を図り早期からのリハビリテーション介入
3. 介護部門との円滑な連携(急性期から回復期・維持期・在宅への途切れのないリハビリテーション)
4. セラピストの育成(新人教育プログラム・部内勉強会・学会発表・新たな資格の取得・リハ研究会)
5. 地域貢献・啓蒙活動(人材派遣・リハスクール開講)
6. 生活習慣病への運動処方および指導

《まとめ》

リハスタッフが増員することで、収益の増加が図れ、患者様との関わりが増えることで患者様満足度の向上と機能改善につながり、さらに地域への啓蒙活動が可能となった。

退院後の自宅療養の支援を強化

訪問看護部門を設立し在宅支援の強化をする。(本年4月から)

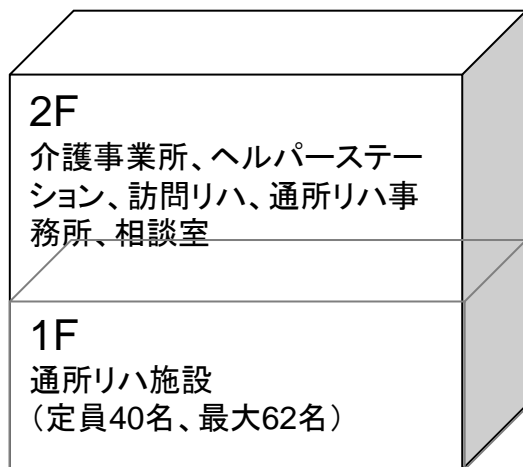
通所リハビリを新設移転、利用者数増加のネックであった、入浴設備の改善を図る。

同時に在宅支援関連部署を集約し連携強化する。(今秋)

近隣診療所と連携し在宅療養支援病院の指定。(本年7月から)

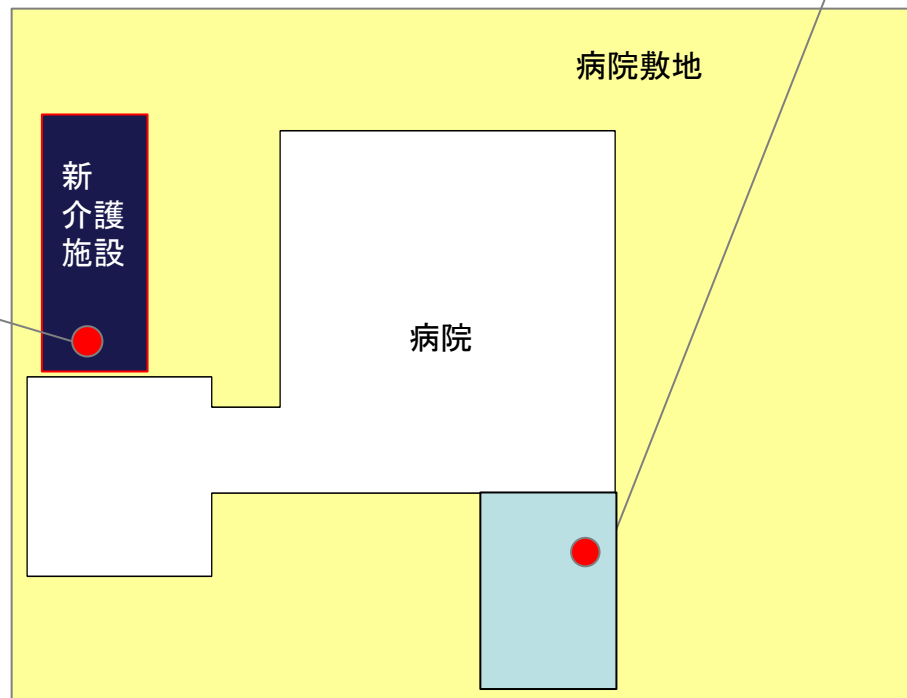
平病院 新介護施設の建築について

- 東備地区で提供されていない、心大血管リハビリテーションの提供を実施する
- リハビリ機能を介護施設と病院ですみ分けすることにより、キャパシティとクオリティを向上させる
- リハビリ、在宅部門の一体化を図る
- 病院と介護部門の情報共有の体制を強化する



<現在>
医科・介護混在してリハビリを提供
入浴施設に限界

<今後>
医科のリハビリテーションに専念する



今後の課題

新介護施設は今秋にオープン予定。品質の高いサービスを維持し、利用者の増加、維持ができるかが課題。

訪問介護、早朝、休日のサービスにむらがあり、その解消が必要。

訪問看護、当面病棟、外来からの兼任だが、専従スタッフが集められるかが課題。

在宅療養支援診療所との連携は、当面つながりの深い医院とシステムづくりの段階。よいモデルができれば、広げていきたい。

医療療養病棟の退院システムの課題が残る。
在宅支援システムの充実で在宅への退院を模索するの一手か。

このルートが流れ始めたら、新たな展開がひらける予感。

以上、

御清聴ありがとうございました。