

14 「南島病院の南島メディカルセンターへの転換に伴う考察」

南島メディカルセンター 城 亜弓 市川真理子 東 亜希
厚生連本部 畑中寿美

1 問題意識

2008年11月より、南島病院（医療療養型病床43床、介護療養型8床）は介護療養型小規模老人保健施設（29床）と有床診療所（15床）に転換した。

南島メディカルセンターの紹介



転換の目的は、

- (1) 医療機関として継続していくために一般病院では赤字累積体質からの脱却が困難。
- (2) 一次救急や高齢者のリハビリ、長期療養の希望など地域住民から要望されるニーズに対して、対応すること。

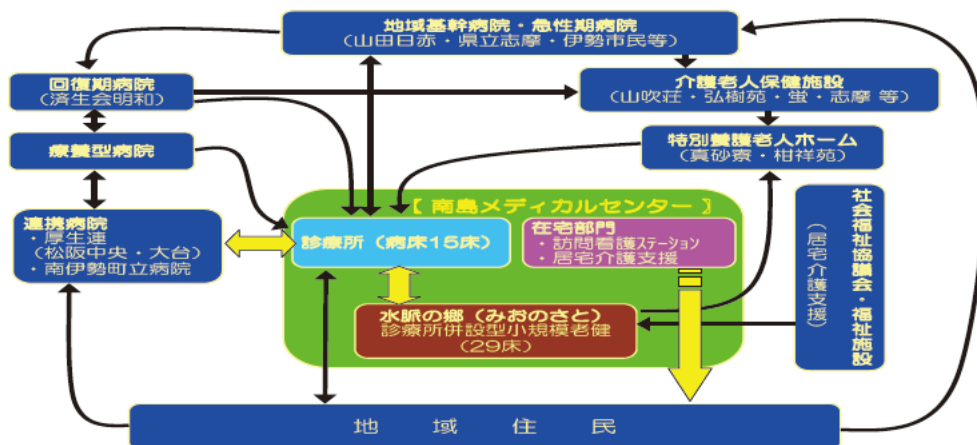
この目的に対して、有床診療所と老人保健施設の組み合わせが現在、ベストと考えられた。

しかし、「地域住民から見ると病院がなくなる」（一次救急の問題）不安、医療側から見た「病院ではないことに対する医療職の抵抗」があいまって、老人保健施設に対するイメージがマイナス志向になりがちである。これは、全国どこでも同じではないかと考えられる。

この点を、転換後、状態が改善した事例を検証し、何がプラスに働いているのかを考察したい。また、運用上のマイナス面も明記し、今後の課題、提言としたい。

2 医療併設型の老人保健施設として取り組み内容

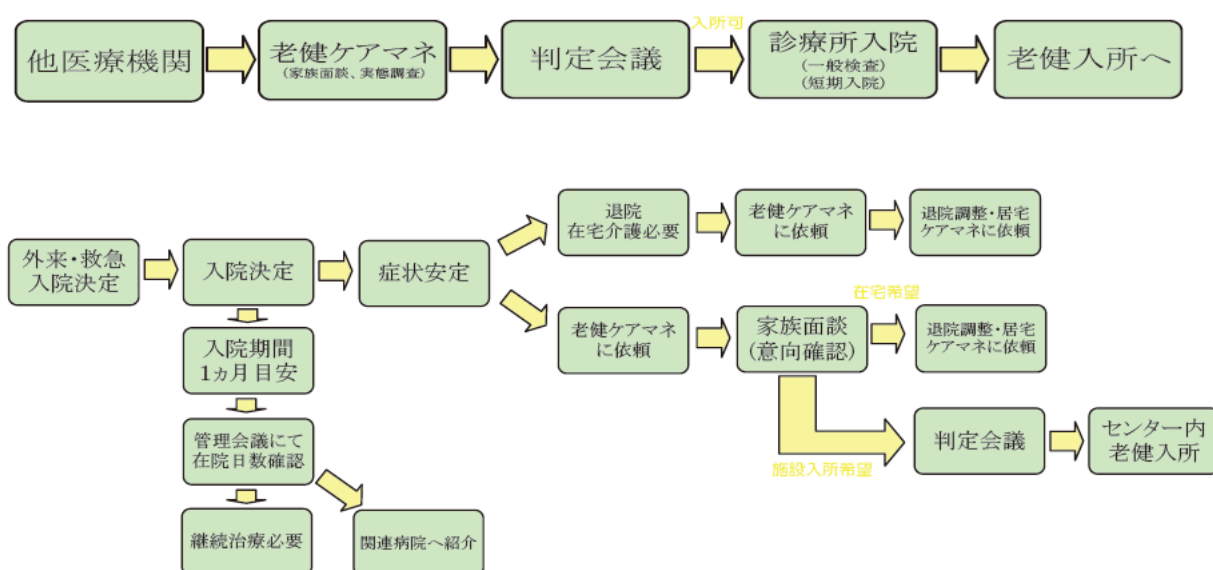
- (1) 現在の地域での位置づけは、下記のように急性期・回復期・療養病床さらに、介護保険施設と連携の幅が拡がり、在宅からも介護保険で利用可能であり、地域住民にとっては使いやすい形態と考えられる。地域の老人会、ケアマネ会、包括支援センターなどの会議も参加し、連携がとれている。



療養病床との違いは、有床診療所で通常の外来と入院治療が可能であり、高齢者のリハビリや社会的長期療養に対応ができること、また、介護療養型老人保健施設であるため、医療依存度が高い入所者（胃ろう・吸痰等）も対応が可能であり、機能分化が明確といえる。その上で、要介護度に応じた介護報酬が設定されているため、収益が安定する。

（２）転換における入所者の受け入れシステムの変化

医師同士の診療情報提供書の交換による入院から介護支援専門員の調査を元に家族面談も含めた社会的条件を配慮した判定会議のシステムに変更。有床診療所も1ヶ月程度が入院期間の見込みとなるため、退院に向けた調整がされるようになった。（病院の時は、退院調整がほとんどなかった）



- ①週1回の判定会議が定着し、訪問調査(医療面・生活・社会的状況の把握)を土台に多職種で入所判定が可能となり、目標も明確化され多職種で協力できる。また、退院も3ヶ月毎に判定することで、退所準備が整えやすくなり、在宅スタッフも必要に応じて参加し、利用者の不安が軽減され、入退院がスムーズとなる。
- ②毎日の病棟カンファレンス、多職種での週1回の回診が定着し、状態が共有でき、療養病床に比較して、入院期間が短くなり、回転が速くなった。
- ③介護支援専門員が調整に当たり、訪問調査、家族面談、判定会議での説明を行うことで心理面、社会面など総合的に捉えることができる。ただし、相談員配置がない上、小規模で兼務でよいいため、業務が煩雑になり忙殺される。

(3) 環境の変化

① 食堂での食事・レクリエーションが定着し、生活の中でリハビリができ、活動性が上がる。

4人部屋



ダイニング

(食事・レクリエーション・イベント)

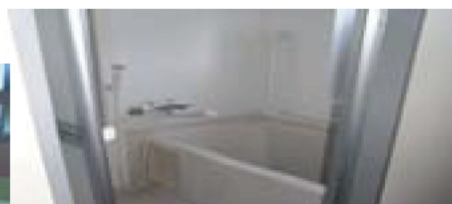
② イベントや飾りつけなど、病棟の雰囲気が明るくなり、患者さん同士やスタッフのコミュニケーションが増え、楽しく過ごされる時間が多くなった。

イベント



③ 入浴回数が増え、清潔が保持され満足度が上がっている (個浴・シャワー工夫)

浴室



- ④日中、私服に着替えることで、生活リズムも整い、気分転換が図れ、笑顔が見られる。老人保健施設入所で、個別リハビリが必須となり、機能向上ができる。認知症リハビリもはじめたことにより、心理面や認知機能の維持・向上ができる。
- ⑤看護師の医療処置（注射や点滴）が減り、係わる時間が増えた。介護士も積極的な意見が出てくるようになり、生活リハビリも含めて利用者の活動性が上がり、スタッフの意識も向上している。

（４） 事例

事例1 A・Sさん 80歳 女性 要介護2

既往歴 一過性脳虚血発作、右片麻痺、言語障害、軽度認知症。

性格 神経質で他者との関わりを避ける。

経過 外来受診後、有床診療所に入院された。長期のリハビリが必要、独居で在宅支援必要。約2ヶ月間、有床診療所入院→介護老人保健施設入所

生活の変化

生活 時間	有床診療所	介護老人保健施設
7:30	朝食:自室 検温・清拭:毎日	朝食:デイルーム 検温・入浴:週2回
10:00	リハビリ;PT(週5回) 歩行訓練など	リハビリ;PT(週3回) 歩行訓練など 認知リハビリ;PT(週3回) 記憶訓練など
11:30	昼食:自室	昼食:デイルーム
14:00	回診(週2回)	レクリエーション、イベント開催;デイルーム 回診(週1回)
16:00		病棟リハビリ;Ns or CW 病棟廊下を腕組みにて歩行訓練
18:00	夕食:自室	夕食:デイルーム

効果

- ①神経質で人との関わりを嫌っていたが、他者と触れ合う時間が増え、笑顔が多くなり積極的に話すようになった。生活やリハビリへの意欲も向上した。
- ②介護保険申請や自宅訪問の実施、退所前の在宅介護支援専門員・訪問看護ステーションとの連携により、本人・家族の在宅復帰への不安を取り除く事ができた。
- ③歩行困難であったが、身体を動かす機会が増え、独歩可能となり在宅復帰できた。
- ④多職種のスタッフが本人の状態を把握しやすくなり、スタッフ同士の連携が密となった。本人のQOLも向上したのではないかと考える。

事例2 A・Uさん 79歳 女性 要介護5

既往歴 脳梗塞

経過 H19.4～ 医療療養型病床→H20.11～ 介護老人保健施設

状態 日常生活動作すべて全介助。経管栄養、会話困難、体動不可。約1年半寝たきり状態。

生活の変化

(体位交換、オムツ交換は2時間毎実施)

生活 時間	医療療養型病床	介護老人保健施設
6:00	PEG 検温・清拭; 毎日	PEG 検温・入浴; 週2回
9:00		リハビリ; PT週2回 四肢機能訓練、ギャジアップ座位訓練
11:00	PEG	PEG
14:00	回診(週2回)	レクリエーション—自室で音楽鑑賞など イベント開催—リクライニング車椅子乗車 回診(週1回)
16:00	PEG	PEG 病棟リハビリ; Ns or CW たくさんの声掛け、手指の運動

効果

- ①療養型病床ではリハビリをしておらず寝たきりだったが、残存能力を発見する事ができた。
- ②発語はないものの、頷きや瞬きにて意思疎通ができ更に指先の動きが可能となった。
- ③家族とのコミュニケーションも可能となってきた。
- ④寝たきりの方の機能向上がみられ、スタッフのモチベーションも向上した。

3 課題・提言

上記のように、老人保健施設への転換により、システム、環境、多職種協働、ケアの質の向上などが実施でき、高齢者には、療養型の病院より生活リズムができ、効果があるケースが出てきている。さらに、収益が安定することで職場の確保と地域への貢献ができる。反面、問題点も多くある。

(1) 運用上並びに制度上の課題

- ①転換による効果を職員が共有できていない。長年、医師、看護師等として病院組織での経験が長く、医療処置ができないことなど「治療」から「介護」への意識転換が難しい。たとえば、老人保健施設で病状に変化があった時「薬をどうしよう？点滴は？診療所に転院かしら？」などの状況が常に起こっている。
- ②医療併設型であり、南島メディカルセンターとして機能しなければならないが、診療所と老人保健施設ではカルテが別(医療保険と介護保険の壁)であり、移動をする度に書類の業務量が増え、職員の意識を変えにくい原因にもなっている。
- ③胃ろうや吸痰の医療処置がある方を受け入れる介護療養型老人保健施設となったが、胃ろうの交換は、内視鏡等の技術が医師に必要であり、転換で診療所になったことで、大学からの医師派遣も困難となり、救急体制はもちろん、胃ろうの交換を40分かかる町立病院まで看護師が付き添い、外来受診をしなければならなくなっている。地方の病院において、機能分化とは言いながら、寝たきりの方が一日をかけて受診し、さらに、救急車と運転手と看護師が必要になる状況は問題である。ちなみに、位置関係を地図で明示する。



(2) 医療・介護の報酬上の要望と行政への期待

- ①二次救急後のリハビリ、療養拠点として存在価値が増していると思われる。しかし、そのような方に必要なだけのリハビリを行うことが難しい。老人保健施設では、診療所入院日から3ヶ月以内であればリハビリ加算が算定できるが、それ以降は、加算が算定できず、回復が見込まれる方に、集中的にリハビリを行うことが難しい。利用者の機能回復とリハビリスタッフを充実するためにも必要十分な介護報酬改定を行っていただきたい。
- ②スタッフの介護保険制度の学習や転換後価値観の共有は、今後さらに進めていかなければならないが、行政、包括型支援センター、地域住民を巻き込んだ医療と福祉のあり方を模索しなければ、今後も医師、看護師を確保しながら地域医療を守ることは難しい。そのためには、行政の力や働きかけもぜひ、お願いしたい。また、介護保険と医療保険の矛盾が今回の転換では見えてくる。地域の実情に応じた制度の柔軟な運用ができるようにしていただきたい。
- ③利用者側からの問題として、医療依存度が高く介護度が高ければ、長期入所が可能であるのが現実である。しかし、良くなっていただいても、単身で高齢である場合、一人暮らしが困難な方も多く出ている。施設入所の紹介も多いが、この地域には特養が1カ所であり、住みなれた地域から出て行き、高い利用料が発生するが多い。その人達を長期で抱えれば、当施設の運用ができなくなってしまう。在宅サービスの充実と地域にケア付の低額な住居の保障が望まれる。