

講演2 85歳以上の人口増加に対応する在宅復帰、ケア継続の仕組み作りを

織田病院理事長 織田 正道 氏

安心して在宅に帰すかが最大のテーマに

織田病院理事長の織田正道氏は、地域包括ケア時代の病院の在り方を自院の姿を通して語った。

佐賀県鹿島市にある織田病院は、一般病床103床、地域包括ケア病床8床という中小病院。診療科は内科、外科を中心に10診療科を標榜し、看護体制は7対1。院内ベッドを開放病床としており、登録医60人に開放している。現在では新規入院患者が約3200人を数え、「病床はほとんどフル稼働だ。いかにして退院を促し、安心して在宅に帰していくかが自院の最大のテーマ」という。

その上で織田氏は、同院の役割を2つ述べた。織田氏によれば、以前は外来を600～700人を診てきたが、高齢化が進み、通院できない事態になった。そこで地域の開業医にお願いし、逆紹介をしてきた。現在では外来は300人程度

に抑制。その代り、連携センターの電話番号を周知し、何かあったらいつでも受けるという体制を構築した。地域の開業医からの救急要請は、全て受けている。また最近では周辺に介護施設も増加し、同院だけでは対応できないので、場合によっては高機能病院へ搬送ということになる(図参照)。

2つ目の役割は、大学病院などで治療が終了した患者は同院に帰ってくる。状況によっては、地域包括ケア病床に入ることもあるが、多くはそのまま在宅に帰し、地域の開業医とともに診ていく体制をとった。現在では7つの在宅診療をバックアップしているという。

85歳以上の人口急増で地域医療が変わった

織田氏は、「85歳以上の人口の急増に伴い、地域医療が大きく変わった」と指摘する。同院の医療圏の後期高齢者の人口を見ると、団塊の世代は半分都市部に出ており、その反面

戦前生まれの高齢者が地元で定着。もはや85歳以上人口が圧倒的に増加している。そのため医療は変わったというのだ。その顕著な例は、救急車の搬送件数だ。同医療圏



織田正道氏

では2004年は年間624件だった搬送数が、16年には1440件と2倍以上に増加。また同院での85歳以上の新規入院患者数も04年には278人だったが、16年には816人まで増加した。実はこの傾向は、全国的にみても顕著になってきているという。

そうなる在宅医療ニーズが急増する。つまり85歳以上の患者が増加しても、在宅に帰さないといけない状況なのだ。地域医療を担う同院としては、病気の治療とともに生活の場に帰すということが非常に重要になってくるのだ。

同院は地域包括ケア病床を8床を開設したが、「これではとても足りない」。そこで同院として、「安心して在宅に帰すための院内の仕組み作り」「退院後もケアの継続を図る仕組み作り」「地域とともに支える仕組み作り」という3つの仕組み作りを行った。

多職種協働のフラット型チーム医療

「安心して在宅へ帰すための院内の仕組み作り」で最初に行ったのは、多職種協働フラット型チーム医療の強化だという。それはケアマネジャーなどに聞いた、「医師との連携が取りづらいという」問題点の解決のために始まった。

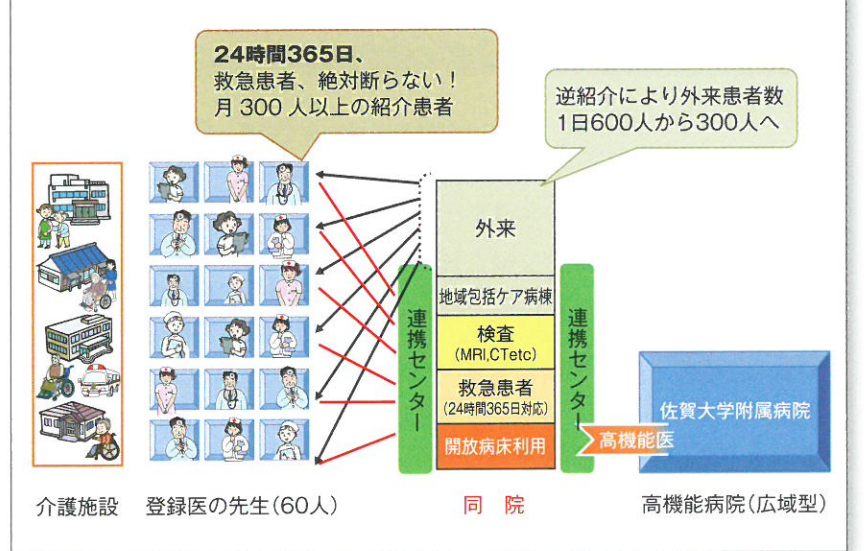
織田氏によれば、これまでは治す医療を行ってきたため、全て医師中心となり、医師の指示で動くという流れだった。しかし、医療技術の進歩とともに医師自身が全てを把握・記録していかなければならなくなり、多忙となった。高齢患者が多くなり、リスクも増大しているため、医師に在宅のことで考えてほしいというのも状況的には厳しくなった。そうなるケアマネジャーがどこに相談していいかわからない。

そこで在宅支援のために多職種を病棟に専従配置したフラット型のチームを組織した。例えばメディカルソーシャルワーカーも病棟に専従。薬剤師も薬局ではなく病棟に専従。管理栄養士も病棟という形だ。これによって、ケアマネジャーは退院についてはMSWに、薬は薬剤師、栄養状態は管理栄養士に聞けばよくなった。医師も退院後のケアについて考えなくてもよくなり負担が軽減。コメディカル自身も病棟にいて今何が重要なのか、また退院支援に必要なことは何かを一緒に考えるようになったという。また全ての職種が入院直後から患者の状況を把握しているため、退院支援もスムーズに移行できる。そのことから織田氏は、「患者を生活の場に帰すためにはフラット型にしない限りは、介護となかなか結びついていかないだろう」と指摘する。

認知症ケア病棟の開設で症状が安定的に

「安心して在宅へ帰すための院内の仕組み作り」の2つ目の取り組みはDementia Care Unit (DCU: 認知症ケア病棟)の開設だ。転倒転落予防や意思の疎通がうまくいかず、救急病院の78%が認知

図 織田病院の役割1



症の人を身体拘束しているという状況が分かっている。

同院では8床のDCUを開設し、完全にユニット化。ここには特に環境によって認知症が悪化する人に入ってもらった。「これは非常に良かった」と織田氏は語る。

認知症ケアチームは認知症認定看護師が中心になって動いているが、ユニットを作ったことでスタッフが認知症の知識や理解を深めようと自主的に勉強を開始したのだ。

今後身体疾患の治療のために85歳以上の高齢者が増加していくと、急性期病院にも認知症の人が入院してくる。医療の質の向上には環境対策が必要であり、環境を作ることでリズムがよくなり、自宅に帰ってからも非常に症状が安定するという好循環が生まれた。

在宅の地域包括ケア病床となる在宅支援チーム発足

「退院後のケアの継続を図る仕組みづくり」として、Medical base camp (MBC)を発足させた。

同院から退院するときに、地域の開業医から「何でこんな状態で帰すんだ」とクレームがあったり、

また自宅に帰ってからも熱発して再入院することもあった。そこで同院ではMBCというチームを作った。退院をして自宅に帰すときに、チームを一緒に付けて帰す。2週間経って間違いなく落ち着いたという状況になれば地域の開業医にバトンタッチするというシステムだ。これはいってみれば、同院から「半径2キロメートル以内にある在宅の地域包括ケア病床」として考えている。

MBCでは、訪問看護師、リハビリ、ヘルパーなど30人が一緒に仕事をしている。また専用の部屋には在宅用の大型モニターがあって、MBCがいる家をプロットし、またチームが移動している状況もアイコン化される。まさに病院の病棟を地域に広げた格好だ。このチームの活動の結果、同院の85歳以上の在宅復帰率は9割という驚異的な数字となっている。

織田氏はいう。「私たちは、基本的にはどうしたら家に帰せるかということを考えてきた。地方は85歳以上がどんどん増えている。病院も変わっていかなければならない」



地域でのケアの継続を目指す織田病院