

癒しのこころ リハビリのこころ 福祉のこころを大切に

医療法人鴻池会 理事長／秋津鴻池病院 院長（奈良県御所市） **平井基陽** もとはる



当法人は医療法人財団鴻池会として昭和26年に設立され、今年で68年になります。昭和3年に開設された鴻池病院（内科・外科・産婦人科）と昭和40年に開設された秋津病院（精神科・神経科・内科）とが合併して秋津鴻池病院となったのが昭和48年です。昭和60年には精神科259床、一般科121床、合計380床の病院になります。我々は高齢社会における認知症に対する医療介護に重点を置いてきました。病院は精神科と内科系の一般科でやってきた

が、認知症、高齢者に関わることから、ニーズとして特別養護老人ホームや老人保健施設、グループホームなどを整備し、さらに地域在宅も必要であるということで、訪問看護と訪問リハビリを地域ケアセンターでのワンストップサービスとして位置付けて整備してきました。

鴻池会と言えば 認知症とリハビリテーション

かつて精神科は大きな病棟で70人くらいが1病棟でしたが、私が院長になりましたのは平成2年、平成9年から理事長ですが、その頃から世間では機能分化などが言われるようになりまして。また医療の質も問われますので、病床の看護単位の規模を小さくしました。今、精神科病棟で50床、内科一般系では40床です。

内科一般系の建物の3階部分が回復期リハビリ病棟、2階が医療療養病棟、1階が地域包括ケア病棟です。地域医療構想で言いますと、回復期と慢性期の使用です。精神科も機能分化が進んできています。急性期とそれ以外ですが、認知症の治療病棟も整備しています。鴻池会としては、認知症とリハビリテーションです。財団医療機能評価機構で認定されてい

るのは、主機能は精神科病院、副機能はリハビリテーション病院と慢性期病院です。財団医療機能評価機構の3回目の更新の審査を9月に受け中間報告が来ましたが、リハビリテーションの評価が非常に高く、Sランクが何項目もありました。チーム医療、チームケアとして複数の職種で取り組むことがトレンドですが、その形が見えやすいのがリハビリです。リハビリのスタッフには理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3つがあり、現在70人がおります。医師とリハビリスタッフと看護師と介護、ソーシャルワーカーがチームを組んで行うのがリハビリテーションです。ですからリハビリテーションを行うと、チーム医療を実践していることになります。

認知症に関しては当院では認知症疾患医療センターを設置しています。奈良県には4カ所、二次医療圏に1つずつセンターがあります。認知症の早期発見と、問題行動がある人の治療を行いますので、精神科の中に認知症治療病棟を置いています。最近近は市町村の地域包括支援センターで、認知症に関して初期集中支援チームを平成30年度までに置くことが法律で義務づけられて、認知症疾患医療センターから地域包括支援センターの認知症事業にスタッフを派遣しなくてはならないことになりました。当センターは9つの市町村と連携し、派遣しています。認知症の早期発見から、問題行動の治療までしっかり取り組んでいます。

認知症の早期発見から 問題行動の治療まで

大きな急性期の病院では、自院の急性期から入ってくるので、本来の趣旨とはずれないかと思われがちです。地域包括ケア病棟には、急性期を脱した人を在宅復帰へ向けるという働きと、慢性疾患の急性増悪の患者さんを受け、つまり在宅からの患者さんを受けられないと役割を果たしていかないのではないかと問われています。当院には急性期がありませんから、在宅からの患者さんがほとんどです。

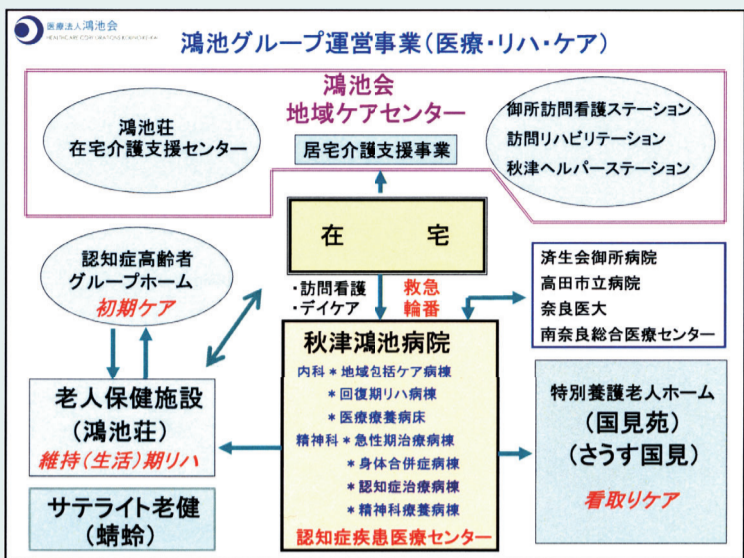
初めて受けました。まだ今のような区分がなかったので、急性期と慢性期の間のような形で、審査員の方には1.5次医療と言われました。当院の特徴をうまく表現しているなど思っています。今でも使ったりしています。

現在の病棟構成は一般科121床、精神科423床ですが、一般の中に医療療養型療養病床42床と回復期リハビリ病棟39床があります。平成30年度の診療報酬の改定で、どの病棟にも在宅復帰率が重要になってきました。そして介護医療院ができたことと差し替えて、老人保健施設が在宅と見なされなくなり、在宅復帰率を保つことが非常に難しくなってきました。鴻池グループで、国が制度上在宅と位置付ける機能を持つものが特別養護老人ホームと認知症グループホーム以外にはなくなりました。老人保健施設が2カ所（162床+29床あるのですが、そのうちの12床が全室個室のユニット型老人保健施設です）、それを有料老人ホームにしようかと計画中です。サ高住が出てきた頃、とてもこの辺りではニーズがないであろうと考え、有料老人ホームも作りませんでした。老人保健施設から在宅復帰させなくてはならないのですが、今法人内にはその場所がありません。これからの課題だと思っています。

鴻池会の将来計画とは

平成21年に出した鴻池会将来計画はこの10年でほとんど実施しました。唯一「病床規模縮小も視野に入れて、精神科福祉ホーム等の開設を検討」はできていません。精神科の在宅部門を作りたいという計画だったのですが、まだ実現できていません。精神科の患者さんの長い方は40年近く入院されています。特別養護老人ホームに移れる方には移っていただいています。本当はベッドそのままで在宅になれば一番いいのですが、まだ精神科は介護医療院への転換はできませんので、何とかならないかなと思っています。

平成31年に出した将来計画は、鴻池ブランドの維持・発展です。「鴻池さんに任せれば何とかしてくれる」という地域の声に応え続けることです。具体的には「在宅復帰に向けたリハビリテーション前置と認知症総合ケアの実践」です。たとえば診療報酬に算定されなくても必要な人には行う、と言ってきました。慢性疾患急性増悪に対する治療。認知症の初期診断と周辺症状(BPSD)に対する治療。*切れ目なく、リハビリテーション技術を駆使して生活機能を高める態勢を整える。*当院の機能は回復期、慢性期医療と精神科医療であり、今後は医療法人として、訪問系サービスを充実させ地域包括ケア体制構築の中核的役割を担う」というのが、これからの将来計画です。



回復期リハビリ病棟、2階が医療療養病棟、1階が地域包括ケア病棟です。地域医療構想で言いますと、回復期と慢性期の使用です。精神科も機能分化が進んできています。急性期とそれ以外ですが、認知症の治療病棟も整備しています。鴻池会としては、認知症とリハビリテーションです。財団医療機能評価機構で認定されてい

るの3階部分が回復期リハビリ病棟、2階が医療療養病棟、1階が地域包括ケア病棟です。地域医療構想で言いますと、回復期と慢性期の使用です。精神科も機能分化が進んできています。急性期とそれ以外ですが、認知症の治療病棟も整備しています。鴻池会としては、認知症とリハビリテーションです。財団医療機能評価機構で認定されてい

急性期と慢性期の間の1.5次医療
在宅復帰率を保つことの
難しさ

精神科病棟は平成12年に建て替えて6階建ての建物になりました。いわゆるハード部分の基礎ができたのがこの頃だと思えます。平成16年には財団日本医療機能評価機構の審査を

回復期が足りないと言われるが？

奈良県の平成29年度の地域医療構想の病床機能報告の結果では、高度急性期、急性期が多く、足りないのが回復期と慢性期ということになっていきます。実際は当院では回復期リハビリテーション病棟の稼働率が下がっていますから余っています。ますます厳しくなるということでしょうか。

地域包括ケア病棟に関して、大