

事例5 医療法人社団 笠松会 有吉病院（福岡県鞍手郡宮田町）

(1) 病院グループ概要

医療施設	介護・福祉施設
有吉病院（146床） 医療療養型 56床 （うち特殊疾患療養型 35床） 介護療養型 90床	グループホーム（定員 6人） ケアハウス（定員 32人）

* グループホーム、ケアハウスは社会福祉法人として提供

職員数（常勤換算）

- ・ 医師 9名
- ・ 看護師 21名
- ・ 准看護師 37名
- ・ ヘルパー 46名
- ・ 理学療法士 2名
- ・ 薬剤師 1名
- ・ マッサージ師 1名
- ・ 管理栄養士 1名
- ・ ソーシャルワーカー 1名
- ・ 社会福祉士 1名
- ・ 介護福祉士 26名
- ・ 介護支援専門員 2名
- ・ 事務 12名
- ・ その他 10名

標榜診療科

- 内科、神経内科、呼吸器科
- 消化器科、循環器科
- 小児科、皮膚科
- リハビリテーション科

沿革

- 昭和55年 有吉医院開設（19床）
- 昭和57年 有吉病院開設（48床）
- 昭和58年 60床へ増床
- 昭和59年 66床へ増床
- 昭和60年 101床へ増床
- 昭和61年 125床へ増床
- 昭和62年 135床へ増床
- 昭和63年 150床へ増床
- 平成4年 医療法人化
- 平成8年 全病床を療養型へ転換
- 平成9年 社会福祉法人笠松会設立
- 平成10年 ケアハウス開設
- 平成12年 グループホーム開設
- 平成13年 療養病床の個室・ユニット
ケア導入開始
- 平成14年 個室・ユニットケア新棟完成
146床へ4床減床

(2) 地域特性

有吉病院が立地する福岡県鞍手郡宮田町は、人口 2 万人、二次医療圏の直方・鞍手地域全体では人口 12 万人の郡部地域で、周囲は山や畑に囲まれた自然豊かな地域である。

宮田町内にリーダー的な大病院はなく（図 7）、地域特性分類では郡部のリーダー的大病院不在型に属すると言える。

かつては炭田地帯として栄えたところだが、現在は過疎化が進んで、人口も昭和 35 年当時と比べておよそ半分にまで減少している（表 29）。高齢化率も宮田町で 26.5%、二次医療圏で 23.3%と、高齢化の進んだ地域である。しかも独居で所得の低い高齢者が多く、例えば納税義務者 1 人当りの課税対象所得額を見ると（表 30）、全国平均が約 374 万円に対し、宮田町では約 295 万円と、全国平均より著しく低い。

一方、福岡市や北九州市といった日本有数の大都市の間にあり、九州自動車道の整備もあって、これらの地域へのアクセスも比較的容易となり、急性期では、それら大都市に患者が流れることも増えてきている地域である。

こうした地域状況を反映して、当該二次医療圏では、高齢者ケア施設の整備が進んでいる。二次医療圏における高齢者 10 万人当りの病床・定員数は、療養病床、特養、老健、どれも全国平均を上回っている（表 31）。

図 7 有吉病院周辺地図

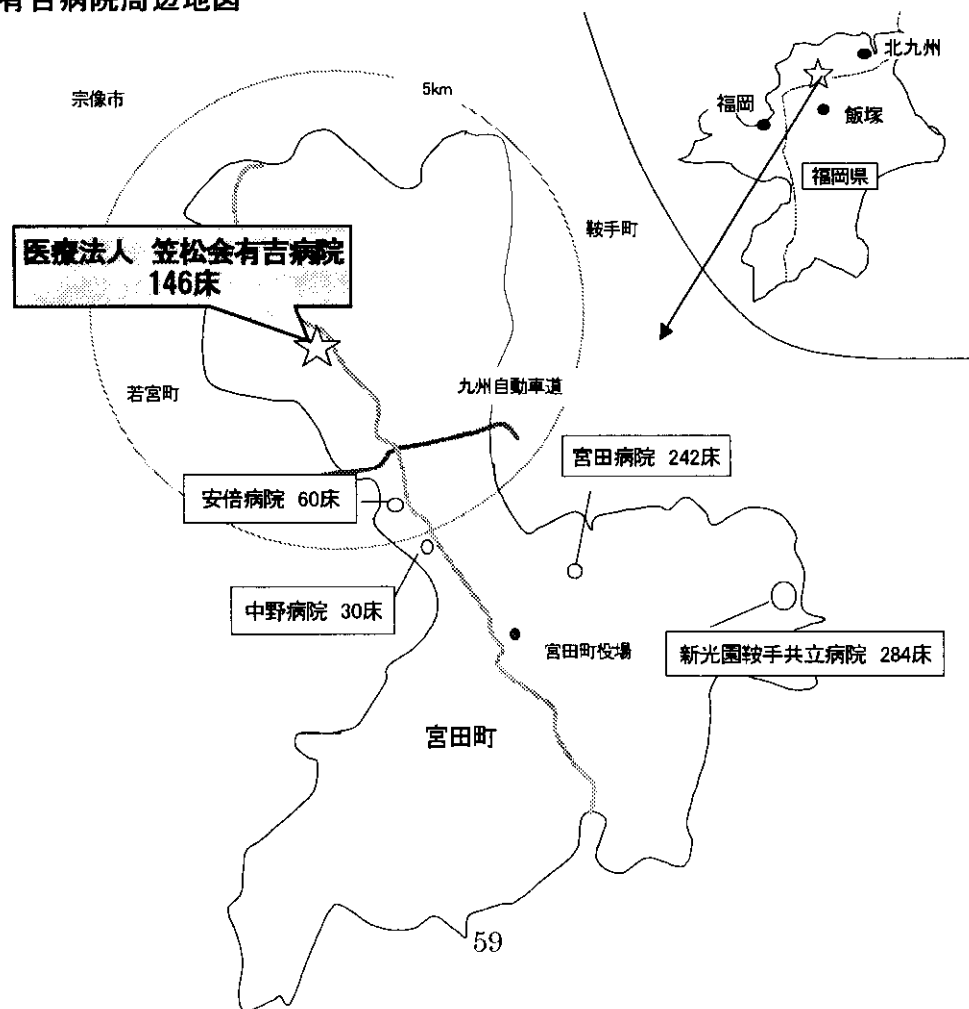
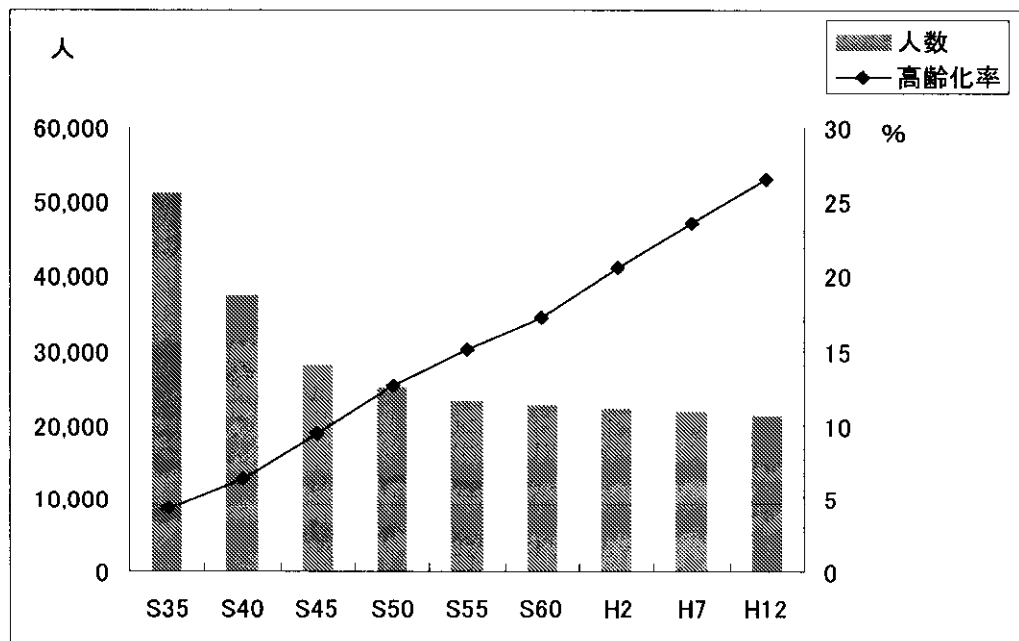


表 29 宮田町の人口と高齢化率の推移



資料：国勢調査より作成

表 30 納税義務者 1 人当りの課税対象所得額 (円)

	一人当たりの 課税対象所得
宮 田 町	2,947,772
全 国	3,744,302

資料：「統計でみる市区町村のすがた」平成 14 年 総務省統計局より作成

表 31 二次医療圏における高齢者 10 万人当り病床・定員数

	療養病床 (病院+診療所)	特別養護老人 ホーム	老人保健施設
直方・鞍手医療圏	1,816	1,520	1,944
全 国	1,354	1,361	1,060

資料：医療施設調査 (平成 12 年 10 月 1 日現在)、WAM NET (平成 15 年 3 月末時点)
より作成

(3) 地域における位置付け・戦略など

既述のような地域特性の中、有吉病院は以下の戦略を採っている。

まず、この地域は人口が減少し、かつ交通が発達して他のエリアへ患者が流れる傾向にある。そのため、急性期主体の医療は困難だが、高齢化が進み独居も多いため、療養型は地域ニーズが大きいと判断し、平成8年には全床を療養型へ転換した。

現状では高齢者ケア施設はいずれも待機者がいるほど需要が多く、供給量が足りないが、地方にあっては、5年後10年後には、競争激化が予想されている。言うまでもなく、施設整備が進む一方、高齢化のピークが迫ってくるからである。都市部ならいざ知らず、同院が立地するような、過疎地・人口減少地帯では、その流れが早く到来すると見込まれている。

こうした状況下で、同院のような療養病床は、他の高齢者ケア施設と比べ、アメニティーの面で取り残されている。例えば同じ高齢者ケア施設といっても、特養・老健は療養病床と比べて、人居者の状態に大きな差はないにも関わらず、個室化、ユニットケア化が進んでいる。更に、介護施設の外側部分のグループホーム、高齢者ケア付施設等でも全て個室となっている。

一方、理事長は「抑止廃止研究会」を発足させ、平成10年には九州・山口県・沖縄県の49病院が参加した「抑制廃止福岡宣言」をとりまとめるなど、高齢者主体のケアに積極的に取り組んできた。しかしながら、例えば高齢者の人格を尊重し、オムツはずしを奨励したところ、4人部屋でカーテン一枚隔てただけで、排泄させても、患者にとっては屈辱的だという指摘が介護者側からあった。また、リビング等の共用空間も乏しいなど、旧態依然とした4人部屋体制では、ケアの質向上にも限界を感じていた。

そこで有吉病院では、療養病床におけるアメニティー面とケアの質向上を、競争力強化策として打ち出した。

(4) 療養病床における競争力強化策

療養病床の競争力強化策として、第一に、介護療養病床を全て個室・ユニットケア化した。ユニットケアの定義は人によって異なるものの、同院では10人前後の小規模人数をワンユニットとし、個室のすぐ近くにリビングなどの共用空間を作り家庭的な雰囲気を醸成し、担当者は常に同一のワンユニットを担当してケアすることで、画一的ケアを排除し、高齢者本位のケアを目指した。

第二に、患者の負担増を避けるため、個室・ユニットケア化に際して低コストを図った。同院は個室・ユニットケアを導入するため、新病棟を建設したが、新病棟建設に当っては、鉄筋コンクリート構造ではなく、鉄骨構造としたので、通常の建設コストが坪当たり70~100万円に対して、40万円で済んだ。こうしたコスト節減の他に、i) 工期が短い(今回、着工から完成まで5ヶ月)、ii) 一人当たりの面積

や廊下幅などの施設構造基準に変更があった場合も、容易に対応可能というメリットが享受できる。

土地は敷地内の土地を活用したため、コストがかからなかった。

空調は施設全体でつけるのではなく、各部屋に備え付けることでコストを押えた(1台4万円)。

第三に、最後まで面倒を見る施設とした。これにより、高齢者が次の移動先を気にすることなく、自宅に代わる場所として、安心して暮らせる、患者本位のサービス提供施設となるよう心がけている。

第四に、「小規模・多機能化」の実現を目指した。ここで小規模・多機能とは、サービス提供が集団的・画一的ではなく、個人の自主性を尊重した、小規模単位の家庭的ケアを指す。そのため、施設側に患者が合わせるのではなく、患者に合わせてサービスが提供される。これらは近年、介護分野で見られる新たな取組みであり、利用者10人以下の同一施設で、デイサービスも宿泊サービスも提供するというように、1つの場所で様々なサービスを提供する体制のことである。

つまり、同一施設でありながら、患者のニーズに合わせて提供するサービス・機能が、療養、痴呆ケア、ターミナルケア、デイケア、自宅に代わる場所というように、多様たりえる体制を目指している。

同院は、急性期にこだわる中小病院がまだまだ多い中、逆に入所者の状態から、特養や老健を競争相手と認識し、競争力強化策を講じた。現状はどの介護施設も満室のため、これらの効果は経営上まだ目に見える形では現れていないものの、数年先に競争激化が生じた際に、先手を打った介護施設における差別化の効果が出るものと推測される。

事例6 医療法人財団 寿康会 寿康会病院（東京都江東区）

(1) 病院グループ概要

医療施設	介護・福祉施設	在宅サービス
寿康会病院（49床） 一般 49床 診療所 ・寿康会診療所	介護老人福祉施設 ・寿園（定員40人） ・コスモス（定員100人）	・訪問看護ステーション2ヶ所 砂町訪問看護ステーション 亀戸訪問看護ステーション ・居宅介護支援事業 ・デイケア ・デイサービス
予防医療		
寿康会診療所 健診センター・クリニック		

職員数（常勤換算）

- ・ 医師 12.1名
- ・ 看護師 39.1名
- ・ 准看護師 21.2名
- ・ 看護助手 6名
- ・ 理学療法士 5名
- ・ 作業療法士 8名
- ・ 言語聴覚士 1名
- ・ 介護職員 118名
- ・ 機能訓練指導員 7名
- ・ 薬剤師 2名
- ・ 放射線技師 5名
- ・ 検査技師 2.5名
- ・ 管理栄養士 3名
- ・ ソーシャルワーカー 2名
- ・ 介護支援専門員 3名
- ・ 生活相談員 14名
- ・ 事務 27名

標榜診療科

- 内科、外科、整形外科
- 小児科、呼吸器科
- 心療内科、リウマチ科
- 皮膚泌尿器科、放射線科
- リハビリテーション科

沿革

- 昭和18年 診療所として開業
- 昭和38年 診療所から病院へ
- 昭和62年 現理事長就任
- 平成3年 地域医療センターを院内に作り、訪問看護をスタート
- 平成7年 訪問看護ステーション開設
- 平成9年 病床を154床から49床へ減床
病院をリニューアルして開設
社会福祉法人を地域有志と設立
特養「寿園」開設
日本医療機能評価機構の認定受ける
- 平成14年 特養「コスモス」開設

(2) 地域特性

寿康会病院は東京 23 区内という地価が高く、近隣の区には大学病院など、全国的に有名な大病院が多数あるエリアに立地している（図 8）。一方、最寄り駅からはバスを使わなければならない、大都市部としては利便性の悪い地域である。また、23 区内の中でも、比較的下町風情が残っている地域と言える。

一方地価が高い地域なので、高齢者ケア施設は少なく、特に療養型病床と老健は高齢者人口 10 万人当りで見ると、全国平均の半分にも満たず、圧倒的に不足している（表 32）。

図 8 寿康会病院周辺地図

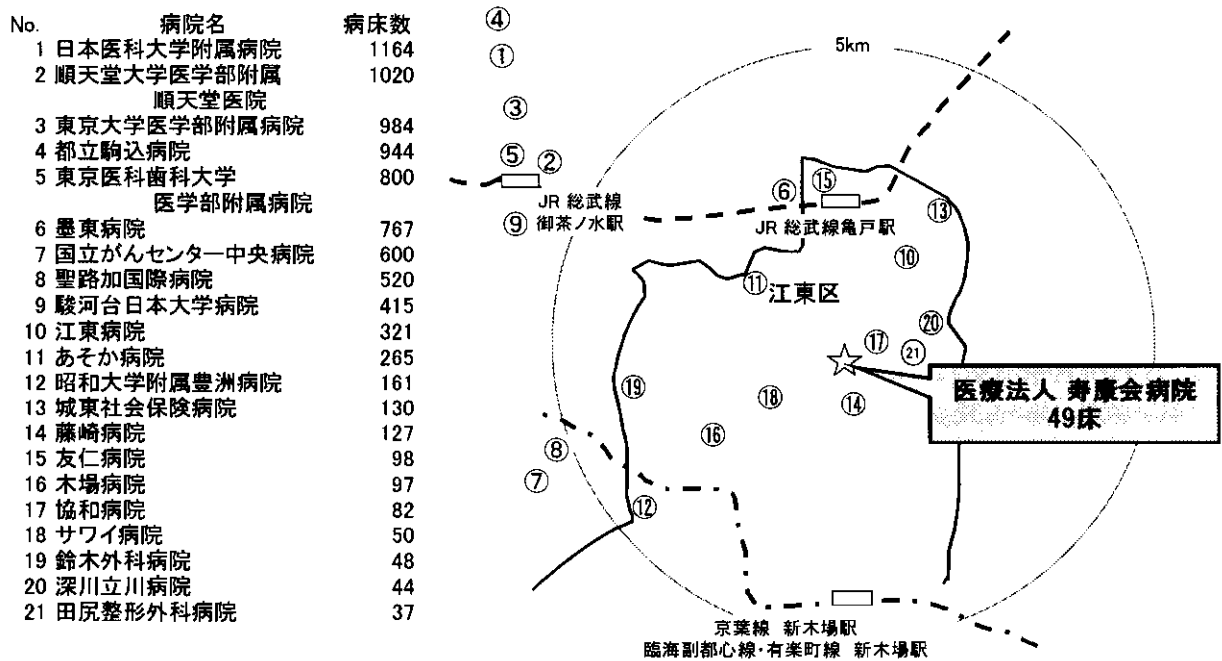


表 32 二次医療圏における高齢者 10 万人当たり病床・定員数

	療養病床 (病院+診療所)	特別養護老人 ホーム	老人保健施設
区 東 部 医 療 圏	329	1,216	552
全 国	1,354	1,361	1,060

資料：医療施設調査（平成 12 年 10 月 1 日現在）、WAM NET（平成 15 年 3 月末時点）より作成

(3) 地域における位置付け・戦略など

同院は戦前の昭和 18 年から、現理事長の父が今ある場所に診療所を開業し、昭和 38 年に病院となった歴史のある医療機関と言える。このため、患者は 2 代目、3 代目で、現理事長が子供の頃から知っている患者が多いというように、固定客に恵まれている。かつ半径 2Km 以内に患者の 95%が居住しており、まさに地域密着型の病院である。

しかも、交通の便が必ずしも良くないため、地域住民にとっても近隣区の大学病院への通院は不便と考えられ、軽い骨折、肺炎などは、すぐに診てくれる病院に対するニーズがある。

もともと 23 区という人口密集地の上、固定客もあり、交通の便もいまひとつで、域内に留まる患者も少なくないことから、急性期を担うことは可能と判断した。もともと地域密着型の急性期病院の必要性を認識していただけない、骨折や高齢者の肺炎などにすぐに対応できる、24 時間、地域に安心感と利便性を与える医療機関を目指し、急性期に特化する戦略を打ち出した。

しかし、急性期への特化を進めてみると、平均在院日数は短縮されたが、病床利用率がダウンし、急性期病院としては病床過剰である点が明確になった。

たまたま、病院が築後 30 年と老朽化しており、病院のリニューアルをする必要から、平成 8 年、154 床から一気に 49 床へとダウンサイジングを断行した。

以下では、同院がどのようにダウンサイジングを図ったかについて述べる。

(4) ダウンサイジング

①ダウンサイジングへの経緯

寿康会病院では、現理事長が就任直後（昭和 62 年）から、地域密着型の急性期病院としての道を目指して、患者の入退院調整をする総合医療課を設置し、かつ訪問看護ステーションの制度がまだなかった平成 2 年より、地域医療センターを院内に設けて訪問看護を開始し、併せて在宅医療にも取り組み、平均在院日数の短縮化へ着

手した。

結果、平均在院日数は35日（昭和62年）から25日（平成2年）へ短縮できた。しかし病床稼働率も100%から徐々に低下し、当地における急性期としての自院の適正規模は、50床前後という認識を持つに至った。

また、建物が築30年と老朽化し、かつスプリンクラーの設置義務が生じてリニューアルが必要となったため、病床規模を絞り込み、全病床を単価の高い急性期で運営する体制とし、154床から49床へ大胆な病床削減を断行した。

更に、地域では介護施設が不足しているため、ダウンサイジングで余った土地を有効利用し、地元有志と社会福祉法人を設立して特養を開設した。

②ダウンサイジングの過程

病院のリニューアル費用は、建物のほかにX線CTや手術整備などの費用も含めて約9億円かかった。うち、2億4,000万円を近代化施設整備事業費補助から、約2億7,000万円を社会福祉・医療事業団から、約1億5,000万円を市中銀行からそれぞれ借入れ、残り2億4,000万円を自己資金で調達した。

平成7年2月からは新規の入院患者受入を止め、翌3月には病棟を一時閉鎖した。

一方、平成7年から訪問看護ステーションを開始し、在宅に戻した患者の医療継続、看護師の雇用確保に努めた。

病床閉鎖にあたっては、正看護師については、リニューアル後のスタッフの確保という意味から、外来部門やステーションへの配置転換、リニューアルまでの他院への出向を行った。准看護師、看護補助者の8名は、病棟閉鎖のためという正当な理由で解雇した（解雇通達の際に、人事担当者が詰め寄られる場面はあったが、ほぼ順調に体制変更が完了）。

平成7年11月からは病院から1キロほど離れた建坪約580㎡の仮設診療所に移って診療を開始した。土地・建物はリースで、家賃は月300万円ほどであった（基本診療料や老人慢性疾患生活指導料などの点数は、病院より診療所の方が高いこともあり、45人というスタッフを抱えてさえ、30%近い売上高利益率があがり、この診療所での1年半で約1億円の建替え資金を捻出）。

③ダウンサイジングの成功要因

寿康会におけるこの大幅なダウンサイジングの成功要因としては、第一に昔からの馴染みの患者がいた点が挙げられる。今でも病床49床に対して外来が一日平均300人前後いるほど、地域で人気がある。

第二に交通不便な立地で、地域住民にとっては身近に急性期病院が必要であったという地域要因が挙げられる。

第三に、上記外部要因に安住することなく、同院ではダウンサイジングを断行し、

急性期機能を高めた。病床数を減らし正看護師比率を高めたことから、看護配置が厚くなり、入院基本料1が取得できた。また急性期としての本来業務に特化できることで、職員の士気も上がった。

第四に、社会福祉法人を地域有志と開設し、地域では介護施設が不足していることから、ダウンサイジングで浮いた土地で特養を開設し、地域で医療も介護・福祉もトータルでみる機関となった。

第五に、在宅医療に早くから進出した。これにより、地域に戻れる患者は戻すことが可能となり、急性期機能を発揮できる体制を整えた。

第六に、集患力を高める意味から、他医療機関との連携を積極的に図った点が挙げられる。当該地域は、組織的な連携への取組みなど、協調的な地域とは言い難いところであり、その中で、同院は理事長の飾らない人柄で、地域の開業医と親しくなる、ソーシャルワーカーによる連携強化など、相対での連携強化に努めている。

また、自院の機能の明確化に努めた。寿康会病院では、理事長がリハビリテーション専門医であることから、STに点数がつく前からSTを配置してきたなど、リハビリテーションに早くから着手し、地域で一定の評価を得、他の病院から、リハビリテーション目的の転院があるほどになっている。ちなみに、同院への一月当り平均紹介患者数は、25件前後である。

さらに、介護事業者との連携も図っている。寿康会病院では在宅は訪問看護と医療のみで、ホームヘルプといった訪問介護事業は実施していないので、その分は既存の民間事業者を活用している。また、近くの介護事業者のホームヘルプ養成講座では、理事長自ら、また自院の看護師やOT、PTが講師となり、既存事業者との連携を深め、かつ新しいホームヘルパーとも親しくなる機会を作っている。

そのため、これら介護事業者から、患者を紹介されることも多いと言う。更に、平成15年度、当該地域の介護事業者が新しく介護事業所を立ち上げるにあたり、土地・建物は全て介護事業者が用意する条件で、同施設1階に診療所開設の要請を受け、新たな診療所を開くことが決まった。

最後に、地域に密着した、患者中心の医療を目指している点が挙げられる。24時間体制で、要請に応じて訪問看護、訪問診療を行い、信頼を得るよう努めている。患者を転院・転所させる場合には、患者・家族とともに同院のソーシャルワーカーが付き添って施設見学に行き、気に入らないと言われれば、すぐに別の施設を探してくる、手間隙をかけた対応を実践している。

このような取組みから、同院はダウンサイジングを成功させ、地域密着型の急性期病院として、地域への利便性・安心感の提供を心がけているとのことである。

事例7 医療法人財団 天翁会 天本病院（東京都多摩市）

(1) 病院グループ概要

医療施設	介護・福祉施設	在宅サービス
<p>天本病院（72床）</p> <p>回復期リハ病棟 27床</p> <p>介護力強化病棟 45床</p> <p>（平成15年度より一般病床へ転換）</p> <p>診療所</p> <p>あいクリニック（往診専門）</p>	<p>介護老人保健施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ あい介護老人保健施設（定員150人） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーション ・ 在宅介護支援センター ・ 居宅介護支援事業所 ・ いきがいデイサービスセンター

職員数（常勤換算）

・ 医師	14.7名
・ 看護師	54.8名
・ 介護職員	96.4名
・ 理学療法士	11名
・ 作業療法士	14名
・ 言語聴覚士	3.2名
・ 薬剤師	3名
・ 放射線技師	2名
・ 検査技士	2名
・ 管理栄養士	2名
・ ソーシャルワーカー	8名
・ ケアマネージャー（専任）	7名
・ 社会福祉士	2名
・ 精神保健福祉士	1名
・ 事務	18名
・ その他	2名

標榜診療科

内科、循環器科、呼吸器科、
神経科、
リハビリテーション科

沿革

昭和55年 天本病院開設（86床）

昭和55年 院内の在宅医療スタート

昭和62年 院内の訪問看護スタート

平成9年 在宅介護支援センターを市より受託

平成11年 往診専門の診療所、訪問看護ステーションを病院より分離独立

居宅介護支援事業所開設

平成13年 老健開設

介護力強化病棟の一部を回復期リハビリテーション病棟に転換

いきがいデイサービスを市より受託

平成14年 24時間オンコール体制開始（電話相談受付）

(2) 地域特性

天本病院の立地する多摩市は人口 14 万人、二次医療圏（南多摩医療圏）の人口は 128 万人である。高齢者ケアの提供体制を、高齢者人口 10 万人当りの定員数で見ると、特養の定員が全国平均 1,361 人に対し 2,198 人と林立している。療養病床は全国平均と比べると少ないものの、都内の中ではやはり最も療養病床数の多い医療圏である。当該地域は、現在では宅地化が進んでいるが、都内 23 区に対する最大の高齢者ケアベッド供給地帯と言える。

表 33 二次医療圏における高齢者 10 万人当り病床・定員数

	療養病床 (病院+診療所)	特別養護老人 ホーム	老人保健施設
南多摩医療圏	945	2,198	1,023
全 国	1,354	1,361	1,060

資料：医療施設調査（平成 12 年 10 月 1 日現在）、WAM NET（平成 15 年 3 月末時点）より作成

(3) 地域における位置づけ・戦略など

同院は、全国に先駆けて住宅街に老人病院を開設し、早くから卓越した考えに基づく高齢者医療のあり方を模索してきた。したがって、天本病院の場合、自院の位置づけや経営戦略立案に際して、地域特性との関連性はあまり見られない、数少ないケースと言えよう。

長らく高齢者医療を手がけてきただけに、高齢者の意思の尊重、在宅重視がベースにあり、その結果、24 時間 365 日いつでも安心して医療・介護について、相談・連絡できる体制づくりを目指すものとなった。

そこで同院は、「地域を病棟、病院をナースセンター、住まいを病室」とする考えを打ち出した。そのため、電話一つで必要に応じて医師や看護師が駆けつける、何かあればいつでも入院できるように、空きベッドを確保しておく体制とした。

同院が目指す体制構築は、まだ実践途上にあると見られるが、以下にその現状を紹介する。

(4) 地域のナースセンター

従来、病院は地域患者が集まる場所であり、病院経営もいかに患者を集めるかに苦心してきた。同院では、入院中心の医療の発想を変え、在宅支援機能の強化を図

った。既述のとおり、病院をナースセンターとして捉え、逆に病院から地域に出で
行く方式を取り入れた。同院ではこれを、ベース（基地）方式と呼んでいる（図 9
参照）。

具体策としては、第一に在宅部門の機動化、効率化のために、在宅医療、在宅看
護を病院部門から分離させた。

第二に、平成 14 年より 24 時間オンコールシステムを導入した。この 24 時間オン
コールシステムの実績（平成 14 年 4 月～12 月）を見ると、表 34 の通りで、時間外
（19 時～翌朝 8 時）の電話件数は、月当り平均 150 件前後もあり、そのうち訪問看
護や往診が必要なケースが 3～10 件程度、来院が必要なケースが 10～20 件程度で
あった。これより、オンコールシステムの必要性を改めて実感した。

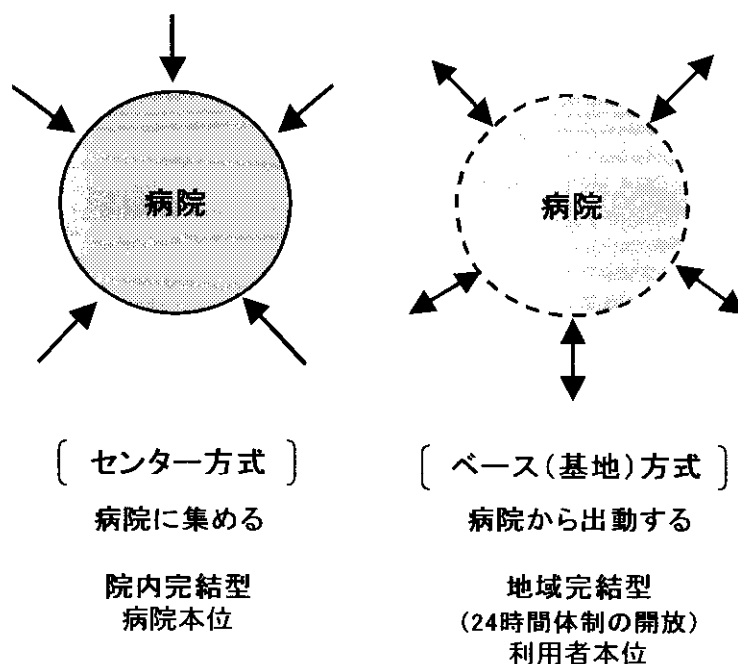
第三に、医療・介護をトータルに提供する体制を強化するために、介護分野のサ
ービス提供を開始した。平成 13 年には老健を建設し、病院と在宅を結ぶ中間施設の
機能をグループ内に付与した。同年、市より生きがいデイサービスセンターの運営
を委託され、介護予防のサービスにも着手した。さらに、多摩市在宅介護支援セン
ター事業を受託し、一方院内にも「在宅ケアサービスステーション 24」を開設し、
地域における介護・福祉に関する相談全般を受ける体制も整えた。

第五に、医療・介護をトータルに提供する体制強化の一環から、ある程度の急性
期に対応すべくこれまでの介護力強化病棟を、一般病棟とする計画を立てた。ちな
みに、この新病院建設にあたっては、土地を賃借とし、資金の固定化を防いでいる。

第六に、急な対応でも機動的に応じ、一貫したケア提供が可能なように、上記各
施設間に LAN を設置し、Office 4 を導入して各施設の情報を閲覧できるシステムと
し、かつ法人内各施設の内線電話化を図り、職員間の情報共有化を促進している（図
10 参照）。

今後は、これら情報ネットの一部を法人外にも広げ、地域にある資源の有機的連
携のもと、24 時間 365 日、地域全体で安全網を構築し、患者を軸にした医療・介護
を提供する体制を目指したいのことである。

図9 病院の概念



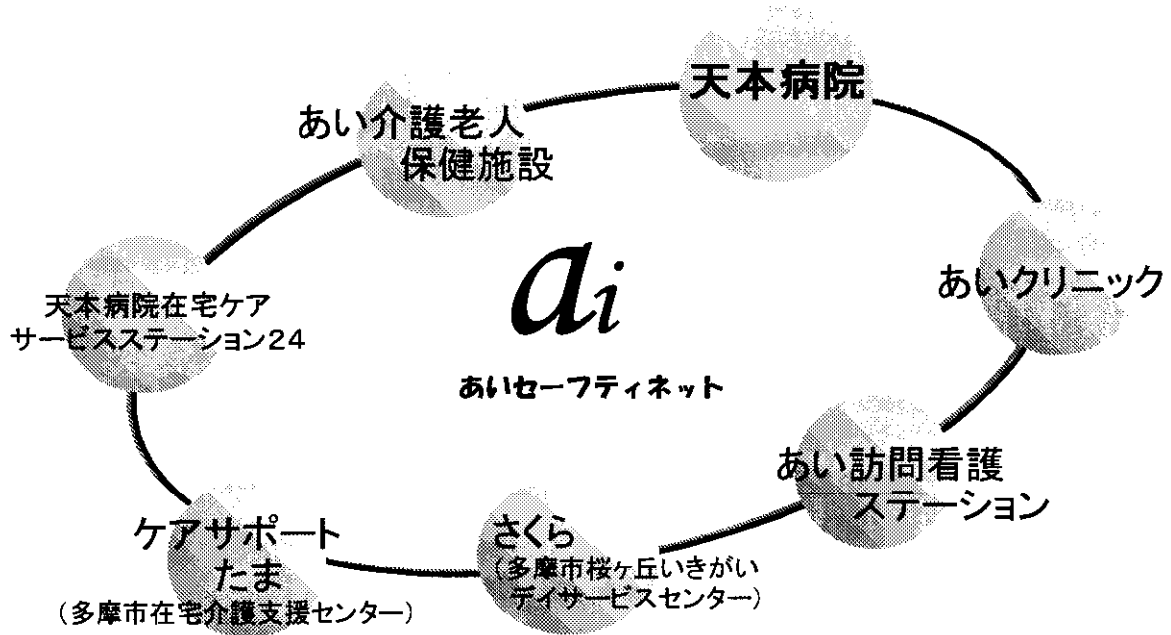
資料：天本病院

表34 24時間オンコール体制の現状（平成14年4月～12月）

	時間外 電話総数	外来受診内容				時間外 出動件数
		診察 処置	入院	他院 転送	外来 死亡	
4月	183	14	3	2	1	4
5月	163	8	1	3	0	4
6月	182	11	0	4	0	9
7月	148	8	0	2	0	7
8月	140	8	1	1	0	10
9月	152	10	1	4	2	7
10月	148	10	2	2	0	7
11月	151	15	0	1	2	3
12月	137	6	3	4	1	3

資料：天本病院

図 10 法人内の情報共有



資料：天本病院