

事例3 医療法人社団 杏佑会 笠井病院（広島県尾道市）

(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
病院（47床） 一般 15床 療養 32床 （医療型 16床） （介護型 16床）	介護老人福祉施設 ・はなの苑（定員54人）	デイケア デイサービス ケアハウス

職員数（常勤換算）

- ・ 医師 6名
- ・ 看護師 10名
- ・ 准看護師 15名
- ・ 看護補助 16名
- ・ 介護職員 26名
- ・ 介助員 9名
- ・ 理学療法士 1名
- ・ 放射線技師 1名
- ・ 検査技師 1名
- ・ 管理栄養士 3名
- ・ 調理師 5名
- ・ ソーシャルワーカー 1名
- ・ 生活相談員 7名
- ・ 事務 11名
- ・ その他 8名

標榜診療科

- 内科、消化器科、外科
- 整形外科、肛門科、
- リハビリテーション科
- 麻酔科

沿革

- 大正 4 年 笠井医院開設
- 昭和 40 年 病院へ転換（47床）
- 平成 9 年 医療法人化
社会福祉法人設立
特養開設
- 平成 10 年 ケアハウス開設
- 平成 11 年 16床を療養型へ転換
- 平成 15 年(3月)
更に 16床を療養型へ転換

(2) 地域特性

笠井病院の立地する尾道市は、その階段の多い街並みで広く知られているように、市域は島しょ部から山間地を持ち、地形としては平坦地が少なく、そのために外出に困難を伴う高齢者が少なくない。

尾道市の人口は約9万人、二次医療圏（尾三医療圏）の人口は約27万人、高齢化率は25%を超え、高齢化の進んだ地域と言える。

尾道市内の病院は図5に示す通り、200床以上の病院は公的病院の市立病院（297床）と厚生連尾道総合病院（437床）のみであり、民間病院には大病院が存在しない。

高齢者ケアの充足状況を高齢者人口10万人当りの病床・定員数で見ると、老健がやや多いほかは、全国平均並みである（表23）。

図5 尾道市における病院地図

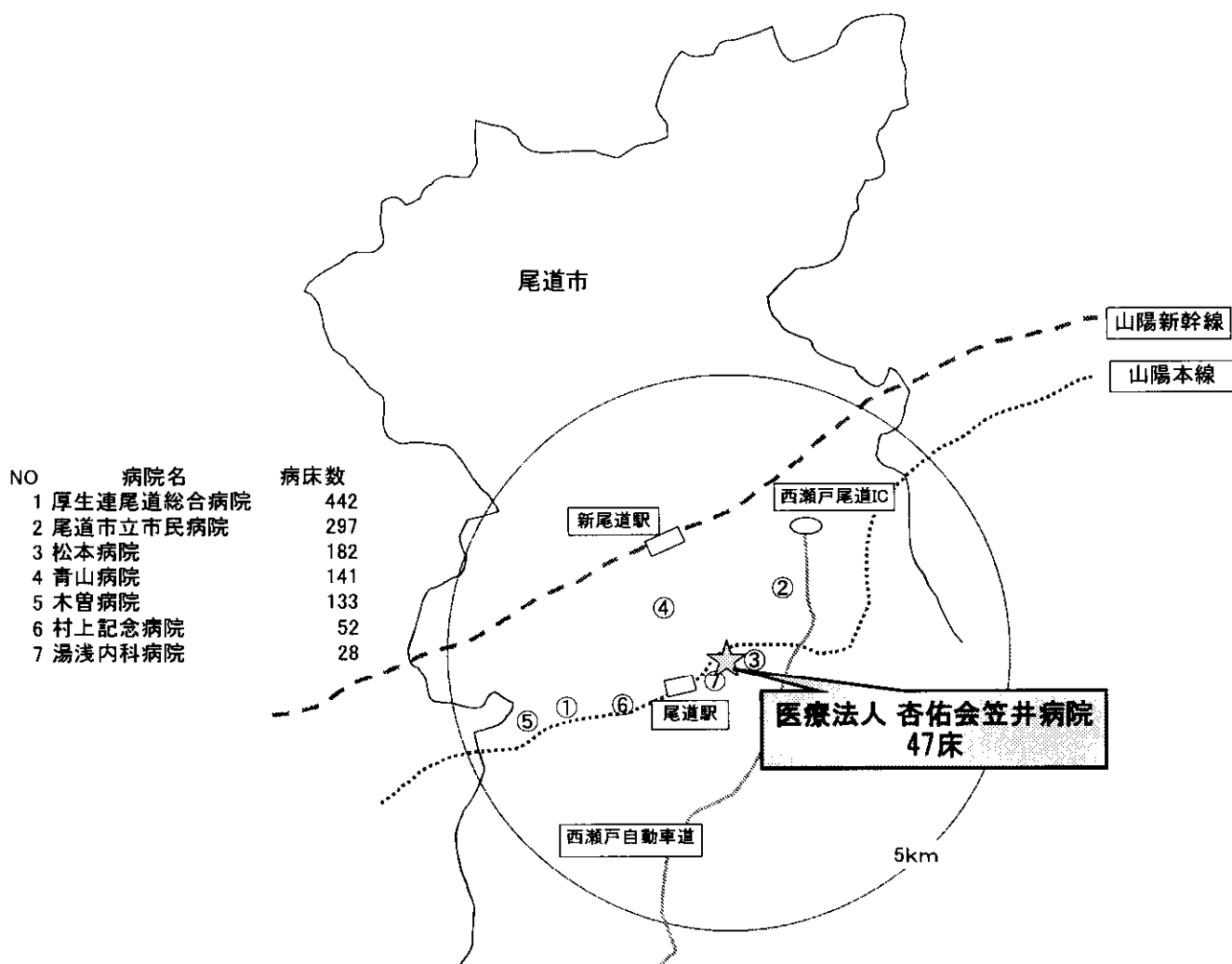


表 23 二次医療圏における高齢者 10 万人当り病床・定員数

	療養病床 (病院+診療所)	特別養護老人 ホーム	老人保健施設
尾 三 医 療 圏	1,348	1,332	1,322
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

尾道市の特徴として、医師会を中心とした連携が促進されている点が挙げられる。その最たるものが、全国的に有名な「尾道市医師会方式（以下尾道方式）」と呼ばれるケアマネジメント⁴である。尾道方式の最大の特徴は、患者を軸に多職種協働が推進され、その一連の作業を主治医がバックアップしている点であろう。尾道方式によるケアカンファレンスは、主治医の医療機関で開催される。利用者本人または家族、主治医、ケアマネジャー、看護師、ヘルパー、PT、OT などが出席し（通常 6 人～12 人程度）、15 分～20 分程度のケアカンファレンスが、患者の退院時や状態の変化など必要に応じて開かれる。全国的にはケアカンファレンスの開催自体が難しく、医師の出席など望むべくもない状況にあるが、尾道市では日常的にケアカンファレンスを行い、尾道市の病院勤務医も含めた医師の 8 割以上は、自分の患者のケアカンファレンスに出席している程、この方式は浸透しているとのことである。

ちなみに主治医の医療機関でケアカンファレンスを開催する理由としては、主治医が出席しやすい（主治医の協力が得やすい）ことの他に、医療機関が交通至便の場所にあり、かつ駐車場や 10 人前後が座るスペースがあるなどで集合しやすく、院外に持ち出せない医療データを閲覧しながら説明できる点が挙げられる。

このような尾道方式を実現するために、尾道医師会では、平成 11 年にケアマネジメントセンターを開設し、ケアマネジメントの研修、居宅介護支援事業を実施している。特に介護保険制度施行直前には、厚生省（当時）幹部や全国的に有名なシンポジストなどを研修会に呼ぶことで、多くの参加者を集め、連続講義の中で、「ケアカンファレンスは開くもの、医師が参加するもの」ということが尾道市の関係者間で常識化し、医師会がケアマネジメントについての啓蒙・普及活動を行った。

平成 15 年 3 月からは、尾道医師会と社会福祉協議会とで、「尾道市社会福祉協議会・尾道市医師会連絡協議会」を設立し、ヘルパーの研修体制を整えた。

一方、ハード面では、尾道医師会が市から土地を無償提供してもらい、医師会立

⁴ ケアマネジメントとは、老人保健福祉審議会の定義によると「ケアを必要とする人が、常にそのニーズに合致したサービスを受けられる一連の活動」を指す。

の老健「やすらぎの家」(80床)を平成8年に開設した。この近辺に、医師会在宅介護支援センター、医師会365日ヘルパーステーション、尾道市医師会ケアマネジメントセンターといった各種福祉施設を設置し、在宅支援体制を整備した(これら各種福祉施設の集合地帯を「尾道ふくし村」と呼ぶ)。

このように、尾道市では医師会を中心に医療と介護の連携が促進されているが、これら活動のそもそものきっかけは、地域医療レベルの向上を図る目的で、平成2年に尾道市医師会救急蘇生委員会が設置されたことによるという。これを契機に、ハイテク系・末期医療・緩和医療などの在宅主治医への公的病院による総合的支援体制が構築され、そのような中で、次第に高齢化の進んだ地域における、医師会の役割が検討されるようになった。

尾道市では従来から、患者を紹介した病院に、診療所の主治医が患者の様子を診に行く、病院の主治医と在宅の主治医とで、治療方法についてカンファレンスを持つといったことが、一部医師により行われてきた。平成11年からは、在宅主治医が病院へ入院患者を診に行く時には、医師会指定のバッジをつけることとし、これら連携を制度化し、促進を図った。

このように、地域連携が活発な背景に、医療機関同士の協同意識が挙げられよう。尾道市は戦災に遭わず、また地形的制約などもあって、新住民の流入が比較的少なかったため、代々この土地に住んでいる世帯が比較的多い。そのため、医師同士も同級生である、親同士もよく知っているというような仲で、機会を見つけてはゴルフ、飲み会などを行い、親睦を深めている。もちろん、地域で医療経営をしていれば、「あそこは患者を取った」「看護師を取られた」というケンカもするが、基本は互いに助け合う意識を持っているという。

また、港町で芸術・文化を育てた町で、旦那衆の気質を有し、人を育てる、進取の気風があると考えられる。例えば、医師会の若手が、高齢者ケアのために種々の取組みを企画した時に、上層部がその活動を潰さなかった。また、尾道医師会では、医療レベル向上を目指した勉強会、地域ケア体制のための勉強会など、各種勉強会が頻繁に開催され、勉強熱心でかつ情報交換が盛んなオープンな風土が醸成されていると言える。

このように尾道では、強力な大型リーダー病院をトップとした連携とは異なり、協同意識が強い中での連携が見られ、地域特性分類では、リーダー的大病院不在型の郡部タイプ、協調型に分類されよう。

以下では、このリーダー的大病院不在型で、連携が進んでいる地域における中小病院の経営例として、笠井病院の取組みについて述べる。

(3) 地域における位置づけと戦略

同院は現理事長の父の時代から続く医療機関であり、大正4年に診療所として開

設されて以来、親の代からの患者がいる。理事長の専門が外科であることから、地域で急性期を担ってきた。過去には尾道医師会の医師の何人もが、同院で手術を受けている程、技術には定評がある。

そのため、同院では平成 15 年 3 月に病床の大半を療養病床に転換した際も、15 床の一般病床を残し、救急指定を返上せず、急性期にも慢性期にも対応できる機関となることを決断した。

一方、高齢化が急速に進み、4 人に 1 人が高齢者という地域において、高齢者ケアの必要性を感じ、平成 9 年に社会福祉法人を設立し、医療法人とは別に特養とケアハウスの運営を始め、地域で医療、介護の一体的提供を実践している。

介護保険制度が施行されてからは、これら医療、介護の一体的提供の中で、主治医機能を発揮した経営を目指している。以下では、医師会を中心とした連携が盛んな地域で、同院がどのように主治医機能を発揮しているかについて述べる。

(4) 主治医機能の発揮

同院では一時期、病院規模を拡大することを考えたが、病床利用率を高めるために、入院患者を増やすことを考えねばならなくなる点、人口との兼ね合い、小規模だからこそ、患者と密に接し、医療ミスも起こりづらく、きめ細かなケアが出来る点を考え、主治医機能を発揮して小規模のまま運営することとしたという。

既述のように同院は大正時代から当地で医療を提供しており、患者は 3 世代、4 世代に亘る。同院はこれら患者を、家族の疾病まで理解した上で、主治医として一貫したケアの提供を行っている。具体的には、「振り分け」機能を持って、患者を軸に継続的ケアを提供している。

振り分け機能を持って、患者を軸に継続的ケアを提供するには、第一に他機関との連携が必要である。同院は従来から自院が得意なサービスは提供し、自院が持たない、または弱いサービスは他機関を紹介するなどして、患者を軸としたシームレスケアを目指している。また、患者が他の診療所や市立病院、厚生連の病院にも同時並行で受診、あるいは他院へ入院した場合は、当該医師と必要に応じて連絡を取り合い、情報を共有し、一貫したケア提供を目指している。

第二に、介護保険制度が施行されてからは、主治医として介護保険対象患者のケアカンファレンスに出席し、患者を生活の側面からも診て、多職種による継続的ケアに取り組んでいる。

ケアカンファレンスは、介護保険対象の患者が退院する時や、在宅患者で状況変化があった等必要に応じて開いている。

参考までに、このケアカンファレンスの一連の流れを述べると、まずケアマネジャーが主治医や患者・家族の話などから、医療的、社会的、心理的観点から、アセスメントを行い、それを基にケアプランを作成する。その間に関係者の日程調整を

行い、ケアプランと患者のプロフィールを事前にケアカンファレンス出席者（患者・家族、主治医、看護師、ヘルパー、PT、OT など）に送付する。ケアカンファレンス当日は、同院に集合し、ケアマネジャーが司会進行を務め、ケアプランを基に多職種が情報交換し、患者・家族の意向に沿った形での適切なサービス計画の作成に向けて検討する。

ケアカンファレンスには、患者とその家族が必ず出席し、主治医とケアマネジャーが中心となって、ケアプランなどを検討する。当該患者の在宅主治医が診療所の医師の場合は、その診療所の医師も招いて、病院主治医と在宅主治医が同席の下、ケアカンファレンスを開く。

ケアカンファレンスを開く費用は、空いている病院の会議室を利用するだけなので、FAX 代やコピー代程度である。ケアカンファレンスの準備はケアマネジャーが行うため、同院の医師はケアカンファレンスに出席する 15 分～20 分/1 件の時間さえ工面すればいい。ちなみにケアマネジャーは患者・家族が選んだ者で、同院のケアマネジャーとは限らない。

病院の医師が、15～20 分とはいえケアカンファレンスの時間を割くのは簡単とは言えないものの、患者や家族からすれば、自分たちのために、これだけの人達が集まり真剣に検討してくれていると、患者満足度の向上につながるという。また、病院では判らない患者の生活面での情報が、ケアカンファレンスで入手でき、医師の診療に役立っているとのことである。

この患者を軸としたケアカンファレンスへの取組みは、診療報酬点数という目に見える形で収益とはならないが、地域医療や高齢者ケアを守り、患者満足度を向上させ、地域に当該病院の「主治医」としての信頼を根づかせることに役立つと思われる。