

事例4 医療法人社団 和乃会 小倉病院（東京都世田谷区）

(1) 病院グループ概要

医療施設	在宅サービス
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院（97床）</li> <li>    一般病床 97床</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護ステーション</li> </ul>

職員数（常勤換算）	標榜診療科	沿革
・ 医師 13名	内科、外科、整形外科	昭和30年 小倉産婦人科医院開設
・ 看護師 41名	脳神経外科、産婦人科	昭和32年 小倉病院開設
・ ヘルパー 16名	泌尿器科	昭和37年 世田谷区中町に移転（21床）
・ 放射線技師 3名		昭和40年 80床に増床
・ 検査技師 2名		昭和61年 106床に増床
・ 薬剤師 2名		平成8年 個人病院から法人化
・ 管理栄養士 1名		平成10年 病院改装
・ 事務 15名		画像サーバーシステム導入
		平成13年 97床へ減床

## (2) 地域特性

小倉病院が立地する世田谷区は、人口 79 万人、二次医療圏（区西南部）では人口 122 万人（高齢化率 16.8%）<sup>5</sup> の大都市である。全国と比較して突出して地価が高く、そのため二次医療圏における高齢者人口 10 万人当りの病床・定員数を見ると、療養病床数が全国平均 1,354 床に対して 125 床、特養の定員数が全国平均 1,361 人に対して 899 人、老健の定員数が全国平均 1,060 人に対して 268 人と、全てが全国平均と比べ極端に低い（表 24）。二次医療圏の人口 10 万人当り一般病床数も、全国平均が 996 床に対し、827 床と少ない。

二次医療圏内では、200 床以上の病院のほとんど（21 病院中 18 病院）が、医療法人・個人病院以外の病院（公的病院、大学病院など）で、かつそれらの中には、全国的に有名な知名度・ブランド力のある病院が多数存在する。

ただし、これら大病院が中核となって、熊本市のような連携を地域全体で推進している訳ではなく、佐久市のように大病院が地域の診療所に医師を派遣するといった活動もほとんど見られず、地域特性分類の都市型・リーダー的大病院不在型に分類されよう。

ところで小倉病院が立地する世田谷区には、「世田谷区若手医師の会」が平成 5 年に設立されており、地域で医師の勉強会や交流が促進されている。現在、会員は 95 名であり、講演会における勉強、医療機関訪問による臨床ノウハウの共有や、各医療機関の特徴の把握などがされ、一方で高度先進機器の共同利用を進めるなど、地域連携の足がかりとなっている。

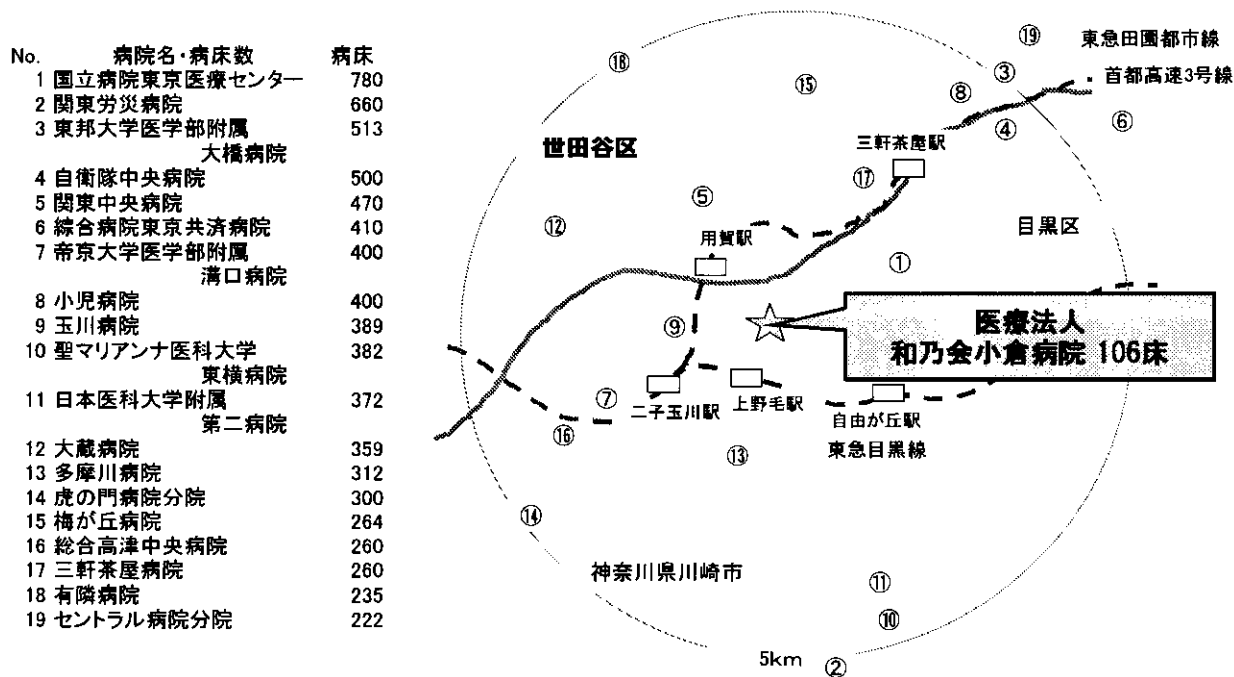
表 24 二次医療圏における高齢者 10 万人当り病床・定員数

	療養病床 (病院+診療所)	特別養護老人 ホーム	老人保健施設
区西南部医療圏	125	899	268
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

<sup>5</sup> 平成 14 年 3 月 31 日現在「住民基本台帳人口要覧」

図6 小倉病院と200床以上の周辺病院地図



### (3) 地域における位置づけと戦略

同院では現院長が外科部長から院長に就任した平成8年当時、病院を清算するつもりで院長を引き受けた程、経営状態は悪かったと言う。大病院が林立する中、施設は老朽化し、外来患者は減少傾向にあり、医療連携など皆無で紹介患者もほとんどなく、人件費も総収入に対し60%を超えていた。

しかし、自院を経営分析するうちに、同院が急性期病院として存続可能な要素を有すると考えるに至った。第一は年間救急搬入件数が2,000件を超えるほど、救急医療を中心とした急性期病院としての実績がある点が挙げられる。これは救急病院として、地域での一定の評価と信頼を得ていることの現れと考えられる。第二は、多くの医療従事者の医療技術レベルが高いと感じられた点が指摘できる。これらの多くが、元は大学病院の勤務経験者で、大学病院では患者の生活の側面まで見た、患者中心の医療に限界を感じていた。急性期から在宅医療や、患者の生活までトータルにみた、患者の立場に立った医療を実践したいとの思いから、中小病院に転職した経緯もあり、院長から見て、医療レベル、患者に接する態度などの医療従事者のレベルが高いと思われたという。第三は、前院長が経営手腕に乏しく臨床に携わっていなかったことも影響し、経営者主導ではなく、現場スタッフの中に医療の質重視を徹底する体制が醸成されていた点が挙げられる。そのため、スタッフ間で自主的に医療改善努力がなされる土壌が出来ていた。

一方、地域の診療所や慢性期中心の病院は、先進医療機器を有し、何かあれば入

院できる身近な急性期病院を求めていた。

現院長による病院改革にあたっては、これらの長所を生かし、地域において、身近な急性期対応型の病院に対するニーズが今後もあると考え、二次救急病院として進む道を選択した。

#### (4) 急性期病院への取組み

##### ① 連携推進

同院は急性期病院としての道を選んだが、近隣に林立する大学病院と急性期病院として競うことは非常に厳しい。しかも都内は特に交通網が発達しており、患者は容易に他の医療圏の有名病院にアクセスでき、競合相手が二次医療圏内の病院とは限らない。かつ、介護分野で経営の安定化や拡大を図りたくとも、東京都内という非常に土地が高い地域なので、新たに施設を建設する形で進出するのは困難である。このような大都市特有の厳しさに直面する中、同院ではまず集患力強化を打ち出し、そのための方策として、地域の医療機関と連携する方針を明確化した。

連携の基本は医師同士の信頼関係だと認識し、その構築を図った。「顔の見える連携」を実践するため、既述の「世田谷区若手医師の会」や地域医師会の勉強会、講演会などに積極的に参加した。

また、医療機関同士の定期的な勉強会を促進し、診療技術の向上や、互いの診療内容、得意・不得意分野の把握、かつ地域に質の高い医療を提供するという共通理念の共有を目指した。

更に、組織的な信頼関係構築を図るため、連携先へのサービス充実に努めた。第一に同院では、MRI や CT といった高額医療機器の共同利用を推進したが、それだけではなく、連携機関から見た使い勝手の良さに工夫を凝らした。

検査問合せがあれば、即刻対応して、電話の直後に検査が可能な体制を敷き、しかも車で患者を診療所まで迎えに行くようにした。

次に行ったことは、検査結果を診療所にいながらチェックできる画像サーバーシステムの導入である。これは、同院が行った MRI、CT などの検査結果を画像サーバーに入れ、それをインターネットで検査を依頼した診療所の主治医が閲覧できるものである。ユーザーID とパスワードの利用で、情報漏洩を防いでいる。他の医療機関がこの画像サーバーを閲覧する場合の負担は、インターネット代のみである。

ちなみに医療機器メーカーを変更する際に、これらのシステムについて相談した結果、当該メーカーがサーバーのパソコン代やシステム代を含めて約 500 万円以下の低価格で受託し、費用はそれだけで済んだ。通常、システムのメンテナンス代でメーカーは利益を得ると言われ、利用者側のメンテナンス費用負担は高いものだが、同院では情報技術に強い院長自らがメンテナンスを行い、コストを抑えている。

第二に、診療所から紹介された患者は、必ず紹介元に返すようにし、診療所の体

診日や夜間に患者があれば、同院で診る体制を敷いた。

複雑な手術をした患者の場合は、開業医に患者を返した後も、同院の医師が開業医と連携を取りながら、在宅医療の数回に1回は、同院の医師が行くという体制にしている。このように複雑な手術をした、または複雑な治療を要する在宅患者を、開業医と同院の医師が共同で診るため、普段は近所の診療所にかかっている、急変などがあって同院に来た場合、いつもと同じ病院医師が診ることで、患者にとって安心感があると考えられる。いわゆるシームレスケアの実現と言えよう。もちろん、開業医1人で十分な場合は、完全に開業医に在宅医療を任せ、また必要に応じて近隣の大病院に患者を紹介・逆紹介しながら、連携を図っている。

一方で、訪問看護ステーションを立ち上げ、スムーズな在宅移行を促し、地域の在宅維持を支える体制を構築した。

在宅医療を行う場合は、同院では歯科、皮膚科などを標榜していないため、それらの開業医と連携を取って、地域におけるチームケアを実施しつつあるとのことである。

わが国では機能が未分化であることより、大学病院も民間の中小病院も診療所も、競合する。しかし、同院は既述のように先進医療に取り組んでおり、地域の開業医なども、有名大学を辞めて患者中心の医療を求めて開業しているなど、先端医療に携わってきた医師達であり、医療レベルが高いという。しかも、中小病院や診療所であるため、患者の名前も判る関係で、患者と医療従事者が接することが出来、医療提供側の都合ではなく、患者主導の医療を実践できる環境と言える。そこで同院では、世田谷区若手医師の会や各種勉強会などで診療レベルを上げ、地域医療に対する理念を共有し、複雑な治療は大学病院と連携を図り、二次救急以下の医療では、大学病院に負けない専門医集団として、地域においてチームケアを実践することを目指しているという。

## ② 理念の共有

現院長が就任するにあたっては、個人病院を医療法人化し、職員への経営内容の公開を促進し、情報の共有化に努めた。

また、病院を改革するにあたり、理念を共有化し、かつ職員が何を問題と考えているか、現場の声を知るために、院長は全職員と、毎日2~3人と共に昼食をとるようにした。2年間で、職員1人あたり10回は昼食を共にしたという。ちなみにそこで、旧館のベッドが有効利用されていない点、外来において患者のプライバシーが守られていない点などの意見を聞き、病院改装に踏み切った。

このような地道な取組みにより、在宅診療も含め、24時間、専門かつ高度な医療を、患者の立場に立って提供する理念の共有化が図られ、かつ経営改善への具体的な行動のためのアイデアが出されていった。

### ③ 連携の効果

連携へ積極的に取り組んだ結果、月平均紹介患者数は、平成9年の5件から平成14年には75件と、飛躍的に伸びた(表25)。従来は救急に頼る経営内容で、収入変動が大きかったが、この紹介患者の増加によって、経営の安定化が図られたとのことである。

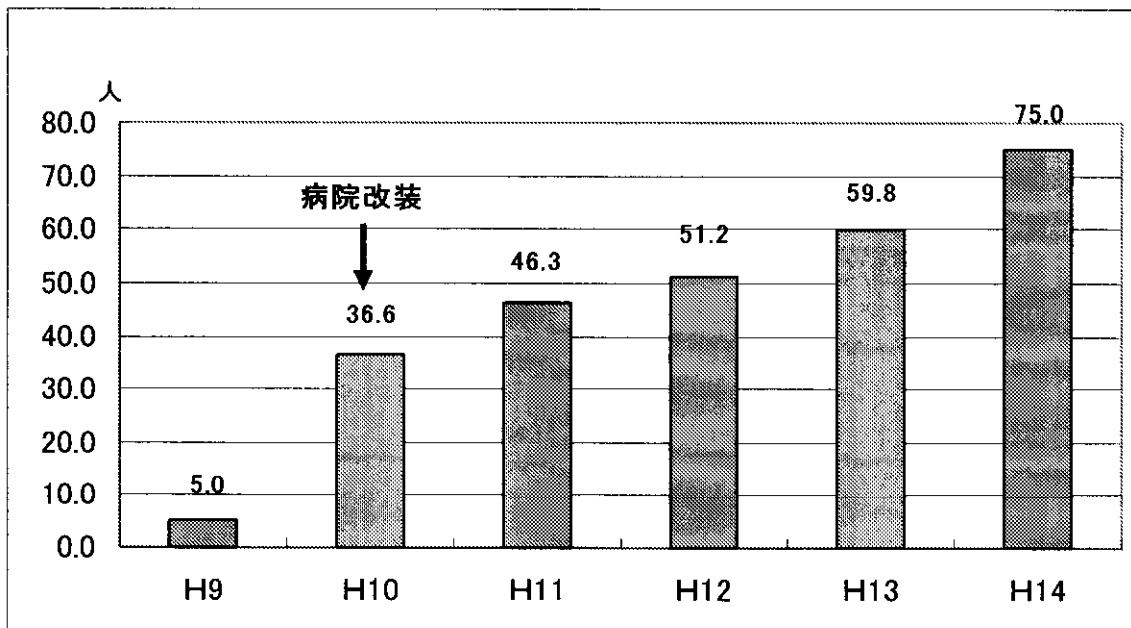
外来患者数も平成10年の病院改装によって、平成8年の47,239人/年から平成14年には52,000人/年へ増加した(表26)。ちなみに病院改装後、平成12年に46,400人/年に一度減少に転じているのは、近隣の国立病院の増改築が完了したためと言う。医療機関が、医療の質だけではなく、器も患者に選ばれる重要な要素であることを示している。

入院件数も平成10年の病院改装によって、平成8年の984件/年から平成14年の1,388件/年へ大幅に伸びた(表27)。

さらに、在宅医療を充実させ、訪問看護ステーションも立ち上げて在宅支援体制を整えたこと、急性期特化を目指したことで、平均在院日数は院長就任当時の33.6日(平成8年)から20.8日(平成14年)に減少した。そのため、入院基本料の点数は最も高い入院基本料1を取得できるようになった(表28)。

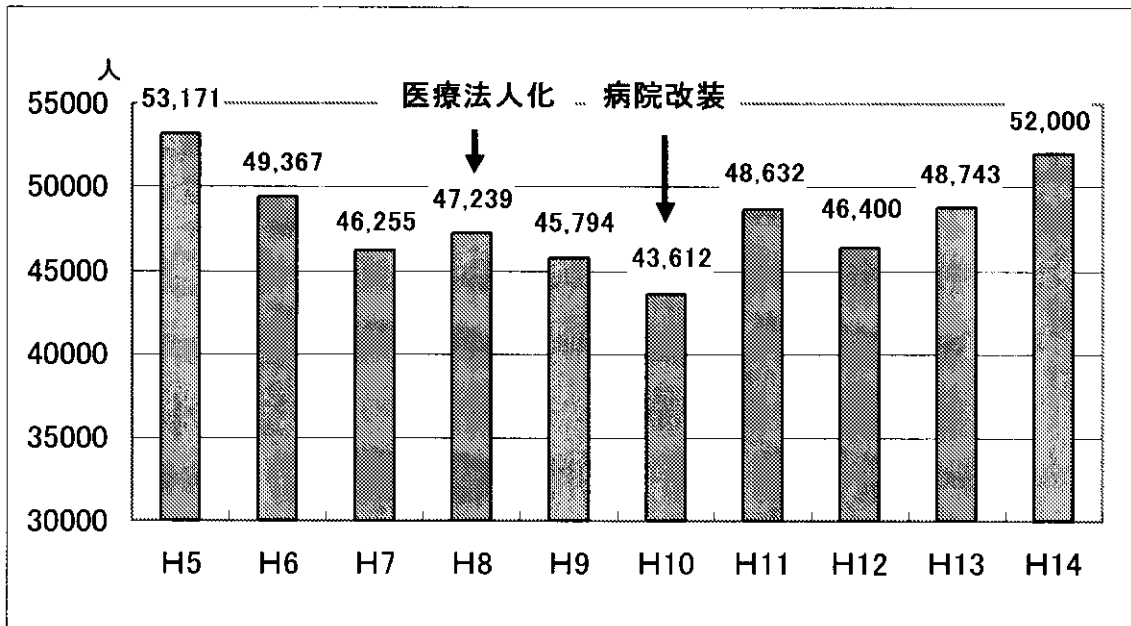
このように連携を軸に、急性期病院としての特色を地域で打ち出した結果、病院業績は大きく改善したものの、同院はまだまだ厳しい経営環境にあるという。しかしながら、地域で急性期病院としての機能を更に発揮するために、97床から169床への増床を計画している。だが、患者と医療従事者が顔と名前の判る関係で、患者中心の医療を実践する、また医療ミスを回避する意味でも、200床前後以上の規模にするつもりはないという。また、今後は開放型病床も検討しており、身近に専門かつ高度な医療を患者の立場に立って提供し、地域の核となる病院を目指しているとのことである。

表 25 月平均紹介患者数の推移



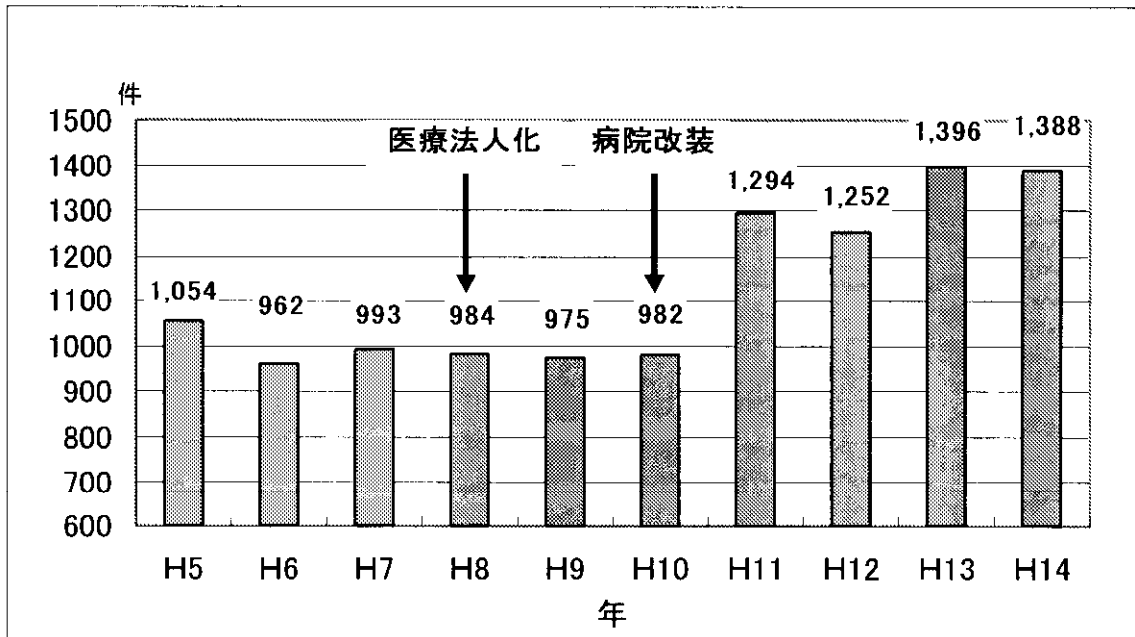
資料：小倉病院

表 26 年間外来患者数の推移



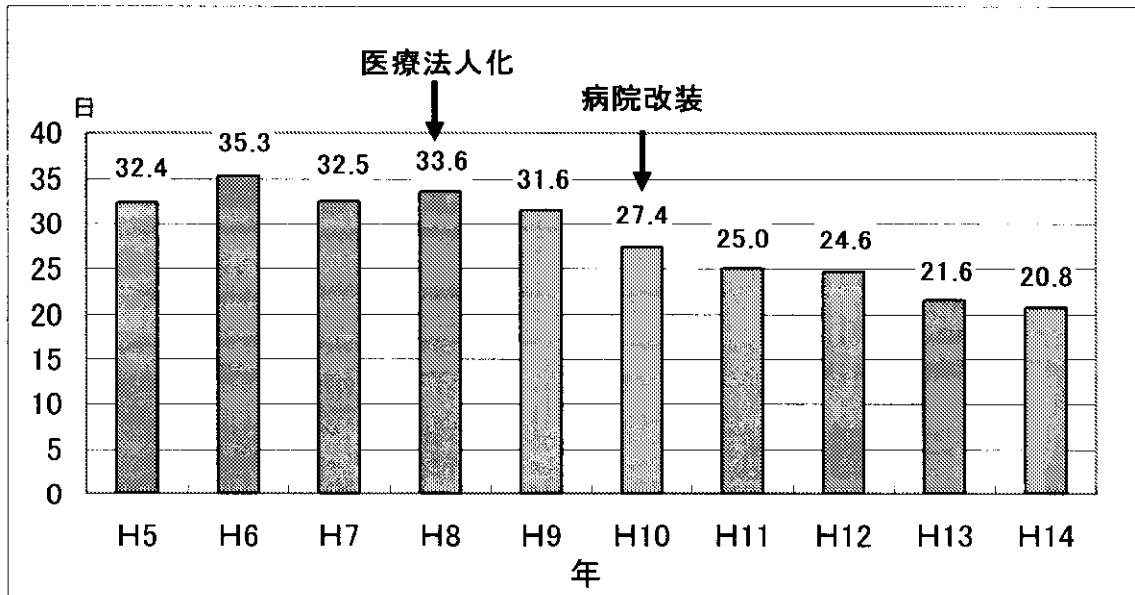
資料：小倉病院

表 27 年間入院件数の推移



資料：小倉病院

表 28 平均在院日数の推移



資料：小倉病院