

事例 2 医療法人社団 堀尾会 熊本託麻台病院（熊本県熊本市）

(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
熊本託麻台病院（142 床） 一般 142 床 （うち回復リハ 44 床） 診療所 泉ヶ丘リハビリテーションクリニック	介護老人保健施設 ・コスピア熊本（定員 96 人） ・第 2 コスピア（定員 54 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 ・ 訪問介護 ・ 居宅介護支援センター ・ 宅配給食サービス（MS 法人） ・ テクノエイド（MS 法人）
その他		
地域リハビリテーション広域支援センター		

職員数（常勤換算）

- ・ 医師 20 名
- ・ 看護師 135 名
- ・ 准看護師 8 名
- ・ 助手（看護、介護） 41 名
- ・ 理学療法士 21 名
- ・ 作業療法士 12 名
- ・ 言語聴覚士 4 名
- ・ ヘルパー 43 名
- ・ 薬剤師 5 名
- ・ 放射線技師 5 名
- ・ 検査技師 5 名
- ・ 管理栄養士 7 名
- ・ ソーシャルワーカー 14 名
- ・ 介護福祉士 55 名
- ・ 事務 36 名
- ・ その他（施設、当宿直など） 22 名

標榜診療科

- 整形外科、内科、
 リハビリテーション科、
 循環器科、リウマチ科、
 脳神経外科、消化器科、
 発達小児科、放射線科
 歯科

沿革

- 昭和 52 年 熊本託麻台病院開設（92 床）
- 昭和 56 年 142 床に増設
PT、OT、ST を配置し、総合的リハセンターを目標にリハ治療棟を完成
- 昭和 57 年 M.S.W の専任を配置
- 昭和 60 年 小児リハ外来訓練室を開設
- 昭和 62 年 病院内にて訪問看護開始
- 昭和 63 年 老健コスモピア熊本開設（県下初）
- 平成 4 年 リハビリテーション総合承認施設として承認を受ける（県下初）
- 平成 5 年 訪問看護ステーション
コスモピア熊本開設
- 平成 7 年 老健第 2 コスモピア熊本開設
「脳血管疾患の障害を考える会」発足
- 平成 11 年 訪問看護ステーション
コスモピア益城開設
- 平成 12 年 地域リハビリテーション広域支援センター「たくまだい」開設
- 平成 14 年 「回復維持期を考える会」発足

(2) 地域特性

競争激戦区

熊本市は人口 65 万人の大都市で二次医療圏の熊本医療圏は熊本市のみである。人口 10 万人当りの一般病床数は、全国平均が 996 床に対して、熊本市は 1,867 床³と、全国平均の倍近くも病床が多い。医療計画上也当然に病床過剰地域に該当し、過剰率は 110.9%である。熊本市所在の病院一覧表は、表 19 のとおりで、200 床以上の大病院だけでも 20 を数える。

更に熊本大学医学部付属病院（850 床）、国立熊本病院（550 床）、市立熊本市民病院（580 床）、済生会熊本病院（400 床）、熊本赤十字病院（480 床）、国共連熊本中央病院（361 床）など、全国でも著名な急性期大型病院が名を連ねる競争激戦区と言える。

そのため多くの病院は療養型病床へ転換する傾向があり、二次医療圏における高齢者 10 万人当りの療養ベッド数を見ると（表 20）、全国が 1,354 床に対し、熊本医療圏では 3,639 床と、全国平均の 3 倍近くも療養病床が多い。

一方、これら大型病院の受け皿機能を発揮する病院にも、300 床、400 床、600 床といった大病院や有名病院が多数存在する。上記急性期大型病院のある医師によると、「患者の転院を後方病院に依頼して、1 週間以内にベッドを確保できない場合、その後方病院への転院は止めて他の病院に移す」とのことで、熊本市は、急性期部分だけでなく、その受け皿間の競争も激しい地域である。

³ 平成 14 年 3 月 31 日現在「住民基本台帳人口要覧」、平成 12 年 10 月 1 日現在「医療施設調査」より試算

表 19 二次医療圏（熊本）における病院一覧

[一般病院]							
病院名	開設者	病床数	病床数				
			一般	療養	精神	結核	感染
熊本大学医学部附属病院	国	850	790		60		
林ヶ原記念病院	医療法人	700	60	640			
熊本市民病院	市町村	554	540			14	
熊本病院	国	550	500		50		
熊本赤十字病院	日赤	480	480				
熊本機能病院	医療法人	410	250	160			
熊本病院	済生会	400	400				
熊本中央病院	共済組合及びその連合会	361	361				
西日本病院	医療法人	350	221	129			
聖ヶ塔病院	医療法人	349		349			
朝日野総合病院	医療法人	310	205	105			
九州記念病院	医療法人	252	154	98			
青磁野病院	医療法人	241	134	107			
竜山病院	医療法人	238	238				
医師会熊本地域医療センター	社団	227	227				
くまもと成仁病院	医療法人	222		222			
江南病院	財団	215	183			32	
熊本整形外科病院	個人	204	204				
N T T 西日本九州病院	会社	203	203				
あきた病院	医療法人	201		201			
御幸病院	医療法人	186	46	140			
杉村病院	医療法人	177	48	129			
高野病院	医療法人	166	166				
熊本循環器科病院	医療法人	160	110	50			
東野病院	医療法人	156	55	101			
菊南病院	医療法人	154	154				
悠愛病院	医療法人	150	103	47			
熊本託麻台病院	医療法人	142	142				
熊本第一病院	医療法人	139	139				
寺尾病院	医療法人	130	47	83			
武蔵ヶ丘病院	医療法人	126	58	68			
成尾整形外科病院	医療法人	116	116				
熊本博愛病院	医療法人	116		116			
鶴田病院	医療法人	105	50	55			
自衛隊熊本病院	国	100	100				
くわみず病院	医療法人	100	100				
慈恵病院	医療法人	98	98				
斉藤病院	医療法人	96	96				
博愛会病院	医療法人	95	95				
熊本敬愛病院	医療法人	93		93			
十善病院	医療法人	91	91				
イエズスの聖心病院	その他の法人	87	16	71			
熊本厚生病院	医療法人	86		86			
整形外科井上病院	医療法人	85	85				
江津湖療育園	医療法人	81	81				
帯山中央病院	医療法人	76		76			

山口病院	医療法人	75	24	51		
吉田病院	医療法人	72	42	30		
福田病院	医療法人	68	68			
永広病院	医療法人	68	68			
南部中央病院	個人	68	42	26		
東病院	医療法人	63	33	30		
本庄内科病院	個人	55	14	41		
野尻病院	個人	60	60			
熊本脳神経外科病院	個人	60	60			
匂坂病院	個人	59	59			
南熊本病院	医療法人	51	51			
慶徳加来病院	医療法人	50	50			
熊本内科病院	財団	50	20	30		
清永病院	個人	50	50			
北部病院	個人	50	10	40		
嶋田病院	医療法人	48	48			
藤木皮膚科病院	医療法人	47	24	23		
伊井産婦人科病院	医療法人	47	47			
やましる病院	個人	46	46			
田上内科病院	個人	45	45			
西村内科神経外科病院	医療法人	44	44			
比企病院	医療法人	44	20	24		
大浦病院	個人	44		44		
小阪脳神経外科病院	医療法人	41	41			
井病院	医療法人	40	40			
室原病院	医療法人	40	40			
保田窪整形外科病院	個人	39	39			
熊本産院	市町村	38	38			
陣内会陣内病院	医療法人	38	38			
川野病院	医療法人	37	37			
森川病院	個人	35	35			
出田眼科病院	医療法人	32	32			
内野産婦人科	医療法人	30	30			
田中病院	医療法人	26	26			

[精神病院]

瀧田病院	医療法人	250			250	
桜ヶ丘病院	医療法人	234			234	
明生病院	医療法人	234			234	
小柳病院	医療法人	200			200	
仁木病院	医療法人	200			200	
池田病院	医療法人	199			199	
城山病院	医療法人	198			198	
森病院	医療法人	194			194	
日隈病院	医療法人	180			180	
熊本精神病院	財団	176			176	
弓削病院	医療法人	160			160	
自由が丘病院	医療法人	135			135	
ピネル記念病院	医療法人	120			120	
東家病院	医療法人	120			120	
窪田病院	個人	100			100	

資料：病院要覧2001-2002年版

は公的病院

表 20 二次医療圏における高齢者 10 万人当り療養病床数

	療養病床 (病院+診療所)
熊本医療圏	3,639
全 国	1,354

資料：医療施設調査（平成 12 年 10 月 1 日現在）より作成

リハビリテーションへの取組み

昭和 42 年、当時の熊本大学医学部の玉井達二教授は全国に先駆けてリハビリテーション研究会（「熊本リハビリテーション研究会」）を発足させた。それを機に、熊本はリハビリテーションの先進地域に変貌していき、現在はその門下生が、熊本市周辺でリハビリテーションを実践している。

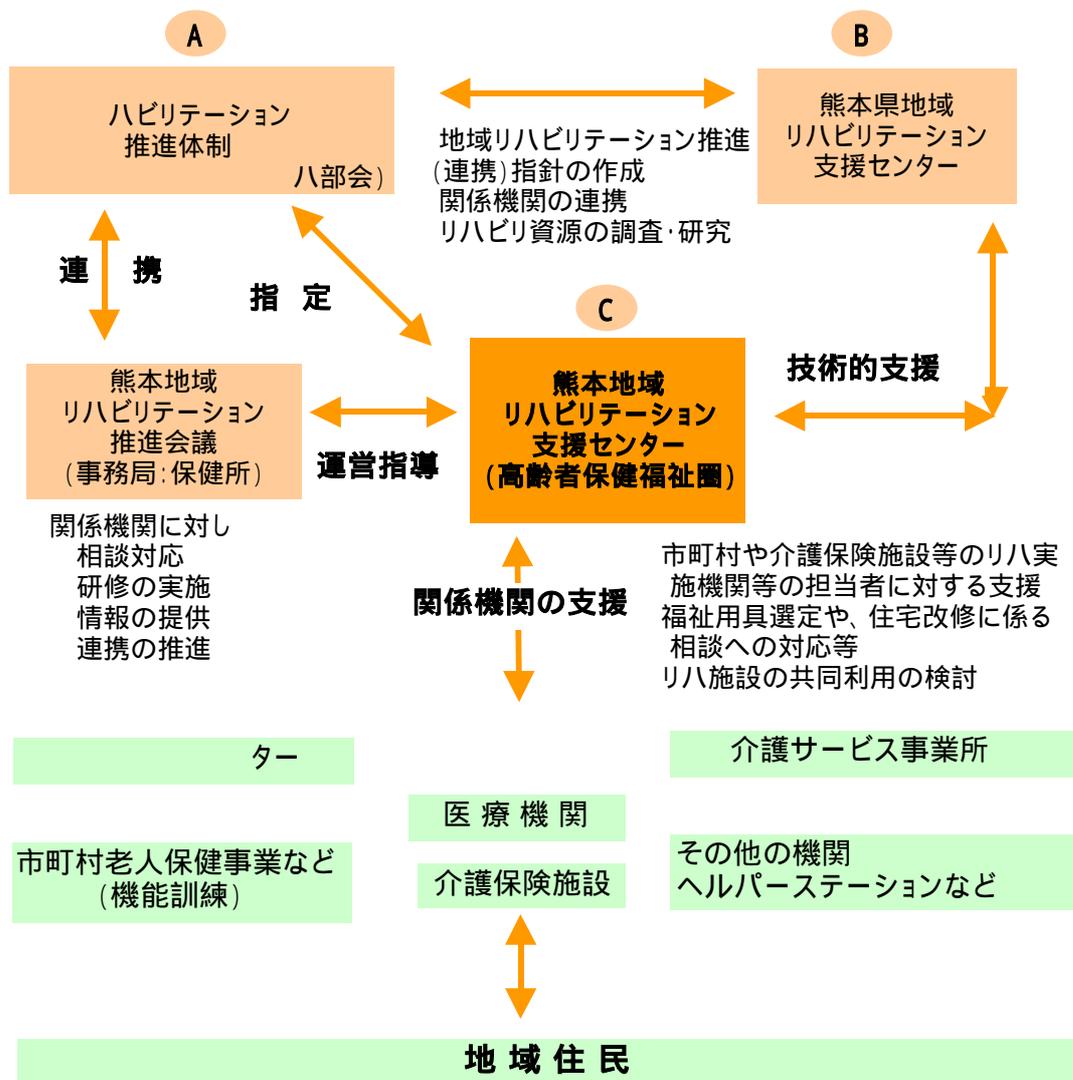
このような中、熊本市では昭和 60 年代後半、高齢化社会にいかに対応するかが議論され、高齢者への訪問指導を 5 病院に委託することを打ち出した。しかし、患者・かかりつけ医・訪問指導事業を行う病院間で、誰が主導権を持つのか、委託を受けた病院がかかりつけ医から患者を取るのではないか等の議論が起こり、委託先が決まらなかった。そこで、熊本市医師会で地域医療リハビリテーション委員会を設置し、ここで上記問題を含め、大学から講師を招くなどして勉強会を開き、地域ケアとは何かを検討した。

平成 12 年度からは、高齢者が寝たきり状態になることを予防するためには、急性期・回復期リハビリテーションから、在宅あるいは施設などで行う維持期リハビリテーションまでを、継続的に行う必要があり、特に維持期リハビリテーションが不十分との認識から、民間と県とが協力して「地域リハビリテーション推進体制」が敷かれた（図 3）。

これは、地域において、保健・医療・福祉に関わる人々だけでなく住民やボランティアを含め、あらゆる人々が参画する地域リハビリテーションの体制づくりを目指して設置された。具体的には、平成 14 年度より全ての老人保健福祉圏域に地域リハビリテーション支援センター（図 3 の C）を指定し、それらに対して技術的支援を行うために、熊本県地域リハビリテーション支援センター（図 3 の B）を設置した。地域リハビリテーション支援センター（図 3 の C）の主な活動は、市町村や介護保険施設・医療機関などのリハビリテーション実施機関の従事者に対する技術支援や研修、リハビリテーション施設の共同利用の検討、地域レベルの関係団体、脳卒中友の会、ボランティアグループなどからなる連絡協議会の設置・運営などである。このように、熊本市は連携を図る上での土壌作りと、実際の連携への取組みが活発な地域である。

既述の公的大病院を川上とした、特に脳疾患を主とした連携体制は「熊本方式」と呼ばれ、全国的に知られているほど、大病院を中心とした医療提供体制が敷かれており、都市型の大病院リーダー型地域と言える。

図3 地域リハビリテーション支援体制



資料：熊本地域リハビリテーション支援センター

(3) 地域における位置づけと戦略

同院は、昭和52年、熊本市内に現理事長により開設された。理事長が整形外科とリハビリテーションを専門としていることより、患者を社会復帰させるには、積極的にリハビリテーションを実施する必要性を早くから感じていた。

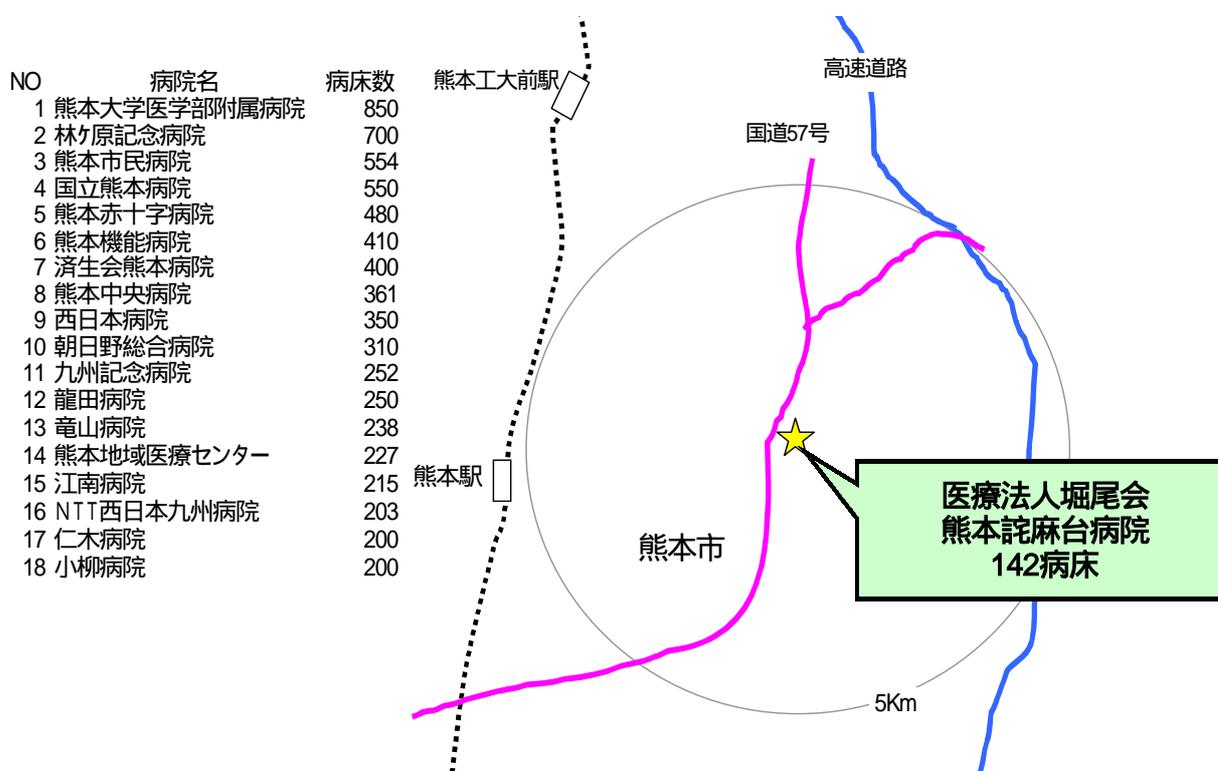
患者の社会復帰を実現するためには、シームレスケアが重要であり、そのため急

性期だけにとらわれずに、介護・福祉分野も含めた総合的ケアを実施する必要性から、老健は県下で第一号として開設するなど、早くから高齢者ケアに着手した。

一方、既述のような競争の激しい地域にあり（図4参照）、リハビリテーションを実施するにも、他の大型受け皿病院と伍して特色を出す必要性があった。

以下では、連携への取り組みが盛んな熊本市において、同院がどのように連携を促進するための活動をし、さらに連携に自院が組み込まれるため、具体的にどのような努力をしてきたかについて述べる。

図4 熊本託麻台病院と周辺の200床以上病院



(4) 連携への取り組み

連携促進策

従来は熊本市においても、公的病院（急性期大型病院）で急性期が過ぎても患者を入院させて、入院後、半年も過ぎてから同院に転院させてくるなど、もっと早くリハビリテーションを実施していれば治りが良かったのにと、残念に思うケースが少なくなかった。

まだ公的病院にソーシャルワーカーは配置されていない時期、唯一熊本済生会病院にてソーシャルワーカーを配置しており、同院のソーシャルワーカーと、いかに互いの病院を理解し、適切な時期に適切な場所へ患者を退院させるか、平成元年前後から勉強会を始めた。このように、まずはソーシャルワーカーを発端として、病

院間の連携作りが始められた。

ソーシャルワーカー同士の勉強会を契機に、医師も交えた交流が広がった。平成6年からは、同院の理事長がリーダーの一人となり、「脳血管疾患の障害を考える会」をつくり、地域全体で地域ケアについて勉強する場、互いを理解する場を設け、現在も定期的な研究を実施している。

リハビリテーションでは早期の離床と訓練開始が、その後の治療成果に大きく影響するが、勉強会を始めた当初は、急性期の病院より、廃用症候群が進んでから患者が紹介されることが少なくなく、この“急性期から慢性期に至る治療のギャップ”の解消が目指された。

その際には、)急性期から亜急性期、慢性期へ移行する際にうまくいっていない事例を勉強する、)急性期医療に従事する者は亜急性期や慢性期医療を、慢性期医療に従事する者は急性期や亜急性期医療を学び、相互の治療内容について勉強することに重点を置いた。

これらを通じて、互いの施設の治療内容を理解し、適切な時期の入退院調整が促進されたと言う。更に、急性期医療からリハビリテーション、在宅までの一連のケアを、施設完結型ではなく、地域完結型で実施する理念が共有でき、連携に対する意識が高まったとのことである。

今後は参加病院の医療データを共有化し、どのようなケアが効果的か、学会などで発表していく予定とのことである。一病院だけのデータではなく、複数の病院のデータであるため、信頼性が高いことが期待されている。この会では参加が自由であり、先の公的病院から診療所まで、毎回百数十人もの参加者を得ている。

更に同院の理事長が中心の一人となり、地域の受け皿施設と共に、平成14年度より「回復維持期を考える会」を発足させた。療養型病院、回復期リハビリテーション病院、老健施設の医師やコメディカルがメンバーで、研究会を定期的に行う体制とし、上記のような川上における連携だけでなく、川下における連携促進に向けて、取り組んでいる。

連携に加わるための取組み

以上は、地域における連携、いわば施設完結ではなく、地域完結型のケア連携を促進するため、同院も推進者の1人となった例である。一方、既述のように熊本市は病院間の競争が激しく、連携に加わる、具体的には日赤や済生会、市立病院といった公的大型急性期病院から患者の紹介を受けるためには、それら病院から連携先として選ばれる必要がある。

そのための取組みとして、第一に回復期リハビリテーション機能の強化が挙げられる。同院では、142床のベッド数に対してPTが20名、OTが10名、STが3名と、人員を充実させた。かつ、スタッフの勉強会を奨励し、リハビリテーションの

質の向上を図った。

第二に、リハビリテーション機能の強化だけではなく、それに付随する急性期機能のレベル向上にも努めた。そのため同院では、リハビリテーション科や整形外科の他、発達小児科、一般内科、消化器内科、脳神経外科、循環器内科も標榜し、脳神経外科医、内科、消化器内科医、循環器内科医が常駐する体制を敷いている。

いくら急性期病院で懸命に治療しても、次の受け皿となる病院の医療の質が低ければ、患者の回復は遅れ、または悪化させる、最悪の状態を招く可能性も考えられる。また、心疾患・心不全の診断・管理・治療が必要な患者など、患者の容態は様々であり、専門性が求められることによる。

第三に、自院で看ることが可能な疾病であれば、問題症例と言われる患者も引き取る体制の徹底を図っている。自院にとって都合のいい患者しか受け取らないとなると、連携先との長期的な信頼関係構築が出来ないためである。

第四に、在宅ケアの充実が挙げられる。そのため同院では、訪問看護、訪問介護の他、在宅を可能とする環境を整えるためにテクノエイド、配食サービスを実施している。また、老健の運営も行っている。

基幹病院から転院を頼まれた際、出来る限り早く対応する（空きベッドを確保する）ことが、シームレスケアには重要であり、かつ患者を送る基幹病院から見て連携しやすい対象となる。そのためには、在宅に復帰できる患者には、在宅に戻れるような在宅支援体制、具体的には在宅サービス供給体制を充実させることが必要である。更に、患者やその家族にとっては、老健のような、何かあればすぐに入所できる施設が近隣にあることが、安心して在宅で暮らせる要件の一つとなる。

第五に、療養環境の良さが挙げられる。そのため同院では、清潔さはもちろんのこと、患者の生活面まで考慮した、急性期病院ではなかなか手が行き届かない、きめ細やかなサービス、それによる患者や家族の満足度の向上を心がけている。

基幹病院から送られてくる患者から見れば、受け皿病院は前方病院である。転院して患者が失望する、元の基幹病院に患者が再度転院を依頼してくるようでは、リハビリテーションの効果も上がらない患者を送り出した基幹病院側も、次回からは別の病院を検討することになる。

第六に、外部から見て連携しやすい環境作りに努めた。同院では地域連携室を設け、更に142床の規模でソーシャルワーカーを6名配置し、外部からの連絡先を明確にし、かつ連携する際のノウハウ（どの機関には誰にどのように連絡すればいいかなど）を蓄積させている。

連携の成果

連携への取組みの成果としては、基幹病院がより急性期に特化し、平均在院日数を減らすため、同院を含めた地域の受け皿病院が、早期から患者の紹介を受ける体

制が構築されたことが挙げられる。

早期にリハビリテーションを開始できるため、リハビリテーションの効果も上がり、リハビリテーション患者の在院期間も減少傾向にあるという（リハビリテーション病棟の平成 14 年度平均在院日数は 75 日）。このため、ベッドの回転が速く、診療報酬点数が高い。また、効果的なリハビリテーションが在宅復帰を可能としたことで在宅復帰の患者が増え（表 22）、自院が運営する老健においても、在宅復帰率は平成 8 年 54.8%だったのが、平成 14 年は 67.2%に上昇した。その結果、在宅看護や在宅介護といった在宅系のサービス供給量が増加傾向にある（平成 5 年では年間 1,703 回の訪問回数だったのが、平成 12 年には 7,864 回に増加）。

更に、リハビリテーションという特色を打ち出す一方で、紹介された患者は必ずかかりつけ医に返す努力もし、診療所からの紹介患者も増加傾向であり、隣接の訪問看護ステーションにおける患者のかかりつけ医の約半分は、他機関の医師という程、連携が進みつつある。

このように、リハビリテーションという特色を打ち出し、かつ連携を促進した結果、ベッド回転率の向上、集患ルートの拡大、在宅系サービスの増加を促し、これが経営安定化につながり、増収増益が続いているとのことである。

表 21 病院における在宅復帰率

	在宅復帰率 (%)
平成 8年度	66.6
平成 9年度	66.7
平成10年度	67.8
平成11年度	70.7
平成12年度	70.6
平成13年度	70.9

資料：熊本託麻台病院

表 22 訪問看護の訪問回数/年

	総回数
平成 5年度	1,703
平成 6年度	2,375
平成 7年度	3,493
平成 8年度	5,154
平成 9年度	5,602
平成10年度	6,274
平成11年度	6,653
平成12年度	7,278
平成13年度	7,306
平成14年度	7,864

資料：熊本託麻台病院