

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）	標榜診療科	沿革
・ 医師 9 名	内科、神経内科、呼吸器科	昭和 55 年 有吉医院開設（19 床）
・ 看護師 21 名	消化器科、循環器科	昭和 57 年 有吉病院開設（48 床）
・ 准看護師 37 名	小児科、皮膚科	昭和 58 年 60 床へ増床
・ ヘルパー 46 名	リハビリテーション科	昭和 59 年 66 床へ増床
・ 理学療法士 2 名		昭和 60 年 101 床へ増床
・ 薬剤師 1 名		昭和 61 年 125 床へ増床
・ マッサージ師 1 名		昭和 62 年 135 床へ増床
・ 管理栄養士 1 名		昭和 63 年 150 床へ増床
・ ソーシャルワーカー 1 名		平成 4 年 医療法人化
・ 社会福祉士 1 名		平成 8 年 全病床を療養型へ転換
・ 介護福祉士 26 名		平成 9 年 社会福祉法人笠松会設立
・ 介護支援専門員 2 名		平成 10 年 ケアハウス開設
・ 事務 12 名		平成 12 年 グループホーム開設
・ その他 10 名		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。

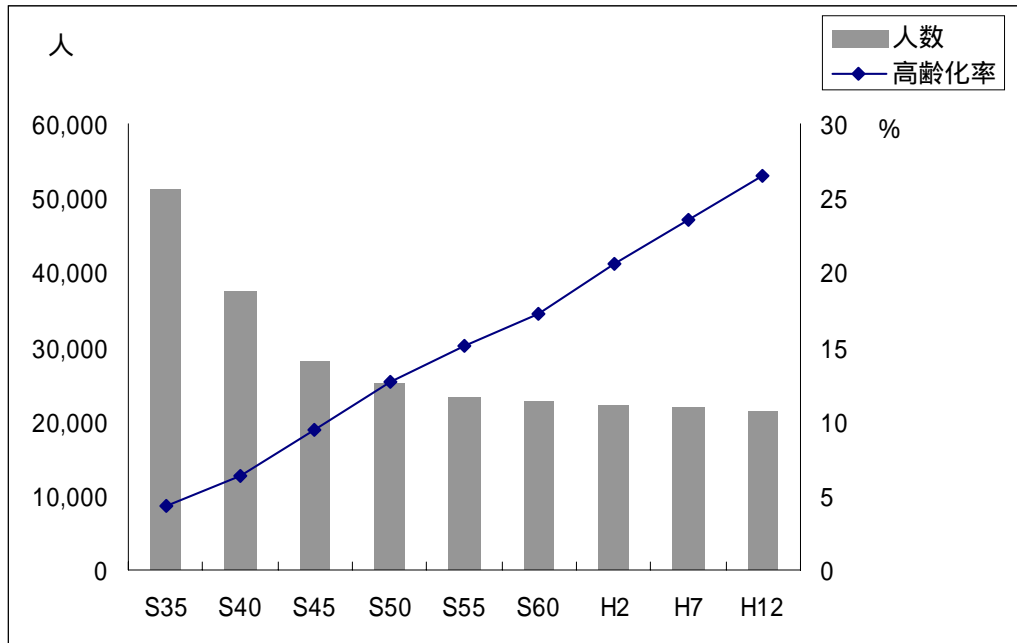
一方、福岡市や北九州市といった日本有数の大都市の間にあり、九州自動車道の整備もあって、これらの地域へのアクセスも比較的容易となり、急性期では、それら大都市に患者が流れることも増えてきている地域である。

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、入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、通常の新病棟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、) 工期が短い(今回、着工から完成まで5ヶ月)、) 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、サービス提供が集团的・画的ではなく、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て、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。