

在宅患者の急性期・亜急性期を支える

医療・介護・福祉との
地域に密着した連携に注力

東京・荒川区で50余年、地域に密着した医療を展開する木村病院。住民の高齢化が進展する一方、地域における在宅医療体制の構築が途上にあるなか、身近に一般急性期医療を提供して、医療・介護・福祉の連携の要としての役割を發揮している。平成21年度東京都在宅医療拠点病院モデル事業のモデル病院の一つとして選出された。

特定医療法人一成会 木村病院(東京都荒川区)

〔一貫して一般急性期医療を
提供する〕

東京・荒川区にある木村病院(病床数88床、図1)は、一貫して一般急性期医療を提供し、地域に密着した医療・介護・福祉の連携の要として貢献しつづけることが自らの道であると邁進してきた。

高度・専門的な入院医療で重度の

急性期疾患に対応する機能を有する病院を高度急性期病院というのに対し、一般急性期病院とは、地域においてそれらの高度急性期以降なお入院医療が必要となる患者や高度ではない急性期の患者に対応する機能を有する病院を示す概念である。

同院のある荒川区を含め東京都23区には、従来、病院、診療所が多く医療機関の激戦区である。さらに、

ここ数年、診療所の開業が増えたり、他の急性期病院が療養型へ転換したり、新たな療養型病院が開設されたりするなど、地域の医療機関の分布も様相が変わってきているという。

そうしたなかで同院が一貫して地域に提供してきたのが、一般急性期医療である。

昨年(2009年)、同院は、救急・急性期の一般病床を持つ病院として、平成21年度の東京都「在宅医療拠点病院モデル事業」(図2)におけるモデル病院の一つに選ばれた。在宅医療の後方支援病院の機能を検討するための事業で、荒川区東北部の医療機関や介護施設、サービス事業者などとの連携を長年にわたり積み重ねてきた実績が高く評価されたものである。

〔高齢者の入院など
地域のニーズに応える医療〕

同院は、戦後直後の1948年、先代院長の木村武氏(木村院長の父)によって開設された木村外科医院が出发点。56年に木村病院として再スタートを切り、今年(2010年)で54年



理事長・院長
木村 厚(きむら あつし)氏

1987年、日本大学医学部卒業。同年、同大学板橋病院第1外科に入局。社会保険横浜中央病院、春日部市立病院勤務を経て、88年、特定医療法人社団一成会木村病院に勤務。90年6月、同院 副院長に就任し、10月、同法人理事長・院長に就任。医学博士。日本外科学会外科認定医、日本救急医学会専門医。全日本病院協会常任理事、東京都病院協会常任理事、荒川区医師会理事、日本医療機能評価機構評議員。

木村病院の概要

標榜科：外科、内科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、消化器外科、消化器内科、肛門外科、糖尿病内科、循環器内科、呼吸器内科、泌尿器科、皮膚科、美容皮膚科、美容外科

病床数：88床(一般病棟42床、亜急性期病棟9床、障害者施設等一般病棟37床)

職員数：185人

看護体制：10対1看護

平均在院日数：13.6日

一般病床稼働率：約95%

1日の外来患者数：約160人

1カ月の外来患者数：3,611人(09年11月)

1カ月の入院患者数：2,415人(09年11月)

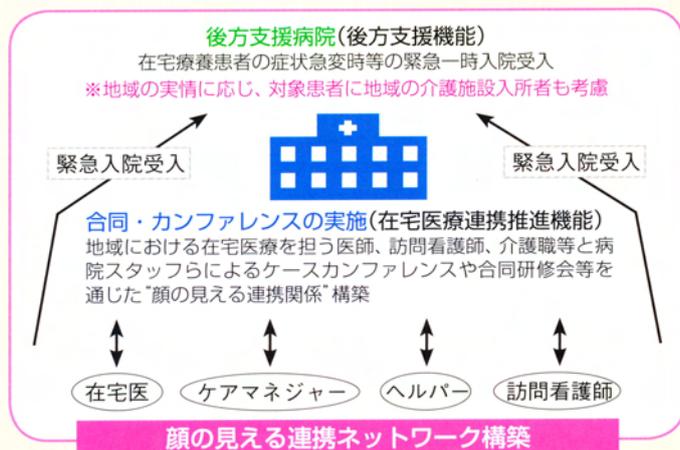
併設：訪問看護ステーション「みどり」「わかば」

デイサービスセンター「かえて」「もみじ」



図1 木村病院の概要

東京都の在宅医療拠点病院モデル事業(平成21年度新規)



モデル地域における在宅医療の推進

モデル事業を地域で共有し、取り組みながら在宅医療を地域全体で支える。これまでの地域連携・病診連携の取り組みを活かして。地区の医師会、歯科医師会、薬剤師会、区市町村、保健所、地域包括支援センター、住民など(できるだけ多数が参画、地域の実情に合ったかたちで)

図2 東京都の在宅医療拠点病院モデル事業の概念図
在宅医療の後方支援病院として、在宅療養患者の緊急一時入院を引き受けながら、ケースカンファレンスや合同研修会などを行い、地域全体で在宅療養生活を支える要の病院とはどのようなものかを探る事業。木村病院は救急・急性期の一般病床を持つモデル病院として選ばれた



写真1 2009年11月に開催された「地域医療連携の会」



目を迎える。

「もともと地域の診療所から紹介される患者さんは少なくありませんでした。とりわけ高齢社会へと急進展したここ20～30年は、地域の診療所などと緊密に連携することが増えてきたのです」と理事長の木村厚氏は語る。

荒川区の人口は約18万人。高齢化率(65歳以上の高齢者の割合)は23%に達する。

「5人に1人は複数の病気を抱えていることの多い高齢者です。診療所へ通院する患者さんのなかにも、下痢や肺炎、腰痛などの急性疾患の新たな発症や、慢性期疾患の急性増悪などで入院を要する方が多いのです」

事実、同院の入院患者のうち、8割以上が高齢者だ。

「地域ニーズに応え、診療所と連携しながら地域完結型医療を実現するのが私どもの使命だと考えています」

地域の診療所や療養型病院、回復期リハビリテーション病院などから年間約150人、同じ荒川区内の東京女子医科大学東医療センターなど高度急性期基幹病院からは年間100人以上の紹介患者を受け入れて

いる。

また、二次救急医療機関として、救急搬送車輛の受け入れ台数は、年間で、入院患者が約300台、外来患者が約600台、合計900台近くにのぼる。

患者にとって切れ目のない継続的な医療と福祉を実現し、24時間365日、地域住民の医療ニーズに的確に応え、選ばれる医療機関でありたいと地道に励んできた成果にはかならない。

「地域連携の要となることを早くからアピール」

同院は、地域の一般急性期医療を担うために、さまざまな取り組みを積み重ねてきた。

第一に、早くから「地域連携」とそのなかにおける自院の「地域密着型病院のあるべき姿」を理念として掲げ、地域住民や医療機関、福祉施設などにアピールしてきたことがある。

「地域密着型病院のあるべき姿とは、何よりも肺炎や褥創、急性腸炎、骨折、腰痛など治療法の確立した急性期疾患に対応できること。先端医療を受けたものの、病状の安定しない亜急性期を診られること。在宅療

養患者の急性増悪などに対応できることなどが挙げられます」

いずれも従来から地域の病院が担ってきた医療であり、診療所や訪問看護ステーション、療養型病院などとの連携が不可欠だ。

「私が院長に就いたのは90年ですが、先代院長の時代から地域連携を重視してきました。年1回、地元の診療所と懇親を深めるための会を開き、『顔の見える連携』に努めてきたのもその一つです」

その後、懇親会はしばらく途絶えていた。しかし、04年に木村氏が「地域医療連携の会」として再開し、年に1～2回のペースで開き、これまでに10回を数えている。

当初の「地域医療連携の会」は、患者を紹介してくれた診療所の医師や、木村病院の訪問看護ステーションを利用してくれた医療機関の医師を招き、紹介患者の入院中の経過などを伝えるのが目的だった。

近年は診療所のほかに、訪問看護ステーションや介護施設、地域のケアマネジャー(介護支援専門員)、医療ソーシャルワーカー(医療福祉相談員、MSW)などを招き、病室や



写真2 地域連携の要として活躍する患者サービス部 上村いづみ氏(MSW)

各種の検査機器などを紹介する院内ツアーを行ってきた。

「昨年(09年)からは東京都や荒川区役所、保健所、地域包括支援センター、あるいはこれまであまりかわりのなかった医療機関や介護関連施設の方々もお招きし、一緒に地域連携に役立つ講演などから学ぶ機会としています」

昨年11月18日に開催された第10回「地域医療連携の会」では、東京都の櫻井幸枝氏(福祉保健局医療政策部医療改革推進担当課長)による「急性期を脱した後の医療提供体制の整備」をテーマに講演が行われた(15ページ写真1)。

連携の窓口を 院長とMSWが分担

同院では、90年代のはじめと早くから医療相談室を設けて専任のMSWを置き、退院後の在宅医療などへの移行をはじめ、介護や福祉などについても患者・家族へ積極的な援助を行っている。現在活躍するのは、3代目MSWの上村いづみ氏だ(写真2)。

同院では、外来や入院を問わず、そのまま自宅に返すのが危ぶまれる患者が1日に2人以上は出てくる。「90歳で独居の患者さんをはじめ、家族がいても昼間は独りで過ごす高齢患者さん、あるいは老老介護の家庭などが少なくありません。個々の患者さんに即して適切な医療と福祉のサービスを選択し、退院していただくように努めます」と上村氏は語る。

患者を取り巻く環境や地域の実情に合わせた適切な援助を積み重ねてきた。



写真3 急性期疾患は木村氏自ら連絡を受ける

上村氏の相談・援助業務は医療や福祉のサービスなど広範囲に及ぶ。かかりつけの診療所や訪問看護ステーション、訪問介護事業所をはじめ、同院から回復期リハビリテーション病院や療養型病院などへの転院のための相談など、スムーズな地域連携の要となっている。

「地域連携の窓口を2つ設けています。1つは急性期疾患が対象で、私が窓口です。もう1つは、いわゆる慢性期疾患や病状が落ち着いた、当院の障害者施設等一般病床の対象となる患者さんで、上村さんが窓口になっています」と木村氏。

急性期疾患の窓口は、医師がスピーディに対応するため、木村氏が、不在のときは副院長が対応する体制をつくっている(写真3)。

さらに、適切な医療情報の伝達と紹介元の医師との連携を深めるのに役立っているのが、患者の病状の経過を報告するために、木村氏が自ら書いているという「報告はがき」だ(写真4)。こうしたきめ細かい工夫や努力を、木村氏は惜しみなく重ねている。

「紹介されてくる患者さんは、ほとんどが急性期疾患や慢性期疾患の急性増悪。病状の改善後、再び紹介元の診療所で診てもらうには、病状の経過報告が不可欠です」

元気に退院してもらうための 急性期リハビリテーション

同院は、施設基準に則った100㎡の広いリハビリテーション室を設け、理学療法士による急性期リハビリテーションを行っている(写真5)。

本格的なリハビリテーション室をつくったのは、患者に元気に退院

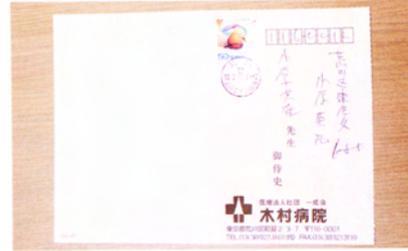


写真4 紹介患者の病状の経過などを木村氏自ら記入して紹介元の医療機関に送っている「報告はがき」

してもらった。ともすれば短期間の入院でも、寝たきりのきっかけとなりかねない。同院の平均在院日数が13.6日にとどまるのも、急性期リハビリに力を入れているからである。退院後も紹介元の診療所などへ自力で通院してもらうにはリハビリが不可欠であり、地域連携にとってなくてはならないものといえる。

また、看護師不足のなか、入院患者の8割以上が高齢者であるため、少なからぬ介護者が患者のベッドサイドで介護にあたる。

「介護者を置くのは、経営上は大変厳しいものがあります。当院のような10対1看護の病院では、介護に診療報酬がまったく付きませんでした。この4月からの診療報酬改定では点数が付きましたが、人件費に追いついていません」

しかし、介護者は高齢患者の多い地域密着型病院にとって必要不可欠な要員だから、採算度外視で採用しているという。

高度急性期医療と地域の診療所や在宅医療の中間に、こうした小回りの効く対応ができる医療機関が頼りになる。木村病院は、地域連携の要として医療・介護・福祉の地域ネットワークを中心に担当する病院を自ら体現する。



写真5 100㎡の広いリハビリテーション室