

攻めの在宅医療 ①

3回シリーズ

- ② 心不全パニックを見据えて (2月21日号掲載予定)
- ③ 絶倫・積み上げ型ACPの提案 (3月21日号掲載予定)

小規模病院が生き残るために

本シリーズでは、地域の小規模病院が直面する課題を見つめ、破産寸前まで追い込まれるという窮状を乗り越えた生き残り戦略を紹介する。それは、外来・入院・在宅の3機能を組み合わせた在宅療養支援病院という方向性であり、来るべき心不全パニックをも見据えたものだった。そこからは、医療ニーズの急増でパンク必至といわれている日本医療の処方箋となりうるヒントも見えてきそうだ。



広瀬病院(相模原市)院長 廣瀬 憲一氏

病院の経営は最悪、至急戻られたし!

2005年6月、大学病院の循環器内科で働く廣瀬憲一氏の元に1本の電話が入った。父が経営する病院の事務長から告げられたのは、「病院の経営状態は最悪、院長に状況を打開する力はない。至急戻られたし!」という衝撃的な内容だった。

郷里の病院は1978年創立の一般内科病院。相模原市にあり、外来部門と一般病床37床・医療療養病床34床・透析病床23床の計94床を有する。しかし当時は地域の信頼を失い、一般病床の稼働率30%、透析患者36人と悲惨な状態に陥っていた。2004年に8,100万円だった医業損益は、05年に3,800万円、06年には1,600万円と急激に減少(図1)、キャッシュフローも悪化の一途をたどっていたという。

事務長からの電話を受け、同氏は一度は広瀬病院に戻る。だが、現実が厳しかった。変革の必要性を語っても、卒後4年の若造の発言に耳を傾ける職員はなく、誰も付いてこなかった。収入は下がり、預金は減り、精神的に追い詰められた同氏には、原因不明の発熱が続くようになる。ここが限界と判断して、3カ月後には病院を後にすることになったという。

小規模病院は病診連携の枠外

大学に戻った廣瀬氏は、循環器専門医を取得し、国内外の学会で研究発表を行うなど充実した日々を送っていた。ところが、広瀬病院から再び「戻ってほしい」との連絡が入る。2008年3月のことだった。あれから3年たったが、病院は借金ばかりが膨れ上がっていた。個人病院のためいづれは借金が自分に回ってくることを考えると、病院に戻ることは逃れられない宿命なのか。父がつくった病院の素晴らしさを自分が証明したいという思いを抱きつつも、半分は「清算もやむなし」と考えていたという。

つぶすことを恐れなければ、できることはある。まず、「10年後に生き残れる展望がなければつぶす」と宣言。当時の稼ぎ頭だったものの、必ずしも病院の方向性とは相いれない勝手な運営が横行していた白内障手術の部門にメスを入れる。そして、内科が弱い地域密着型病院などありえないとして、内科のてこ入れを図った。

このとき同氏は、築31年の一般内科病院にどんな

存在意義があるのか、自院の生き残り策を熟考した。例えば「病診連携」という言葉があるが、「病」とは大規模基幹病院で、「診」とはクリニックのことだ。100床未満の小規模病院は地域医療を考える枠組みにすら入っていない。病院の特徴を鮮明にし、地域での存在意義を自らアピールする以外、生き残るすべはないと悟ったのだ。

当時は、救急患者の「たらい回し」が問題化していた。同氏にも救急病院に勤務した経験があるが、そこにはかなり遠方から肺炎の高齢者が搬送されていた。どこでも診ることのできる疾患なのに、地域の受け皿がない…。翻って自分たちの最大の強みは「病床があること」。ならば、ベッドで急性期病院を後方支援しようと考えたのだ。橋本の相模原協同病院(相模原市)や高尾の東京医科大学八王子医療センター(八王子市)を訪ね、「どんな症例でも受けるので回してほしい」と依頼した。そして、他院では対応に苦慮する重症例や入院を繰り返す例を、積極的に受け入れるようにしたという。

在宅で地域に100床を増やす!

広瀬病院は、基幹病院を積極的にサポートすることで、地域に必要な病院としての第一歩を踏み出した。病床は埋まるようになり、減少が続いていた医業損益も回復に転じた。しかし、廣瀬氏は患者を治療するたびに、ここまで悪くならないうちに診ることはできないかと感じていた。そして「実は、重症な人ほど通院が困難で、我慢を重ねるうちに悪化して救急搬送されている。それなら、自分たちから往診すればいい!」と気付く。こうして『広瀬病院200床計画』と題する事業計画が出来上がる。院内の100床に加え、地域で100人の在宅患者を往診し、それを地域病床と位置付けたのだ。在宅でも病院と同レベルの治療が提供できれば、それは病床と同じだということである。

当時、この地域では緩和ケア病棟が不足しており、行き場のないがん患者が多くいたという。同院でも受け入れていたが、最初はほとんどの患者は自宅に帰れなかった。ところが、「何かあったら、いつでも入院できるよ」と約束すると、在宅を選ぶ患者が増えるようになった。時代の流れにも乗って、在宅患者は順調に増加していく(図2)。2010年、同院は施設基準の届け出を行い、神奈川県で3番目の在宅療養支援病院となる。

小規模病院ならではの在宅医療とは

ただし、廣瀬氏は「在宅の終末期がん患者は、本来なら病院を必要としない方がよい」と明言する。一方、心不全や呼吸不全の終末期患者では、入院せざるをえないケースがある。そうした疾患による入院・再入院の予備群を自宅のベッドで治療しよう、たとえ入院となっても最短の期間に抑えようというのが同氏の戦略だ。そして、自宅での最期を心から希望している終末期がん患者は、緩和技術の整った在宅クリニックにお願いすべきだとする。広瀬病院では、「在宅医療イコール在宅看取りではない」という考えを職員に徹底させている。

こうした展開から同氏は、地域医療における自院の役割を明確化した(図3)。地域基幹病院は、不特定多数の患者群に対応しなければならないため、あらゆる医療資源を準備する必要がある。これに対して、医療資源は限られるが、特定の患者群には手厚い入院・在宅医療が行える広瀬病院は「地域総合支援病院」と位置付けられる。地域のかかりつけ医療機関として、患者の状態に応じて外来と往診、入院を組み合わせて、高齢者では緩和医療や看取りも含め、最期まで責任ある医療を行う病院だ。こうした機能を持つ小規模病院が、基幹病院の周辺にサテライト的に複数存在し、基幹病院に頼られるようになれば、基幹病院が救急患者でパンクすることはなくなるだろう。そして、地域総合支援病院は自宅に患者を戻して、病床がいっぱいになるのを防ぐことができる。団塊世代の看取りが激増する「多死の時代」を目前にして、日本のあらゆる地域に突きつけられた問題への1つの解決策といえるのではないかと。

図2 広瀬病院の在宅患者数推移

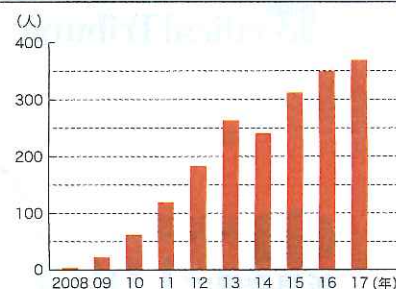
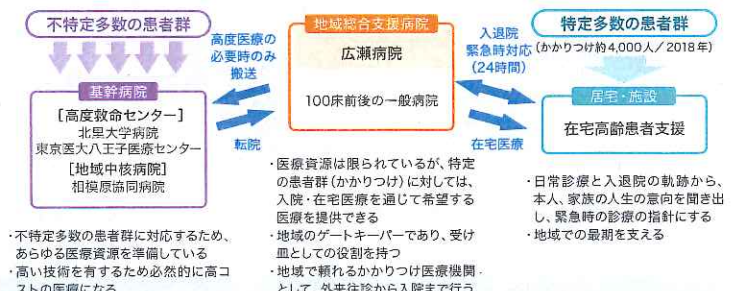


図1 広瀬病院の医業収益、医業損益の推移



図3 地域医療における総合支援病院としての広瀬病院の役割



(図1~3とも廣瀬憲一氏提供)