

これからの地域医療連携について —医療情報を如何に利活用するか—

町田二郎

済生会熊本病院
副院長・医療情報部々長・医療連携部々長

連携に関する歴史

先達の意志



- 大学に負けない病院を作るんだ！
- 臓器別センター制

先達の意志



- 胃の集団検診
- 地域連携課創設（H4）

先達の意志



- 患者紹介、逆紹介の推進（地域医家の会）
- 地域の先生にそっぽを向かれたら、二度と患者さんの紹介はないと思え！

先達の意志



- 当院は急性期病院として生き残ります
- 当院は病気が治るまで診る病院ではありません
- 名医はいらない

先達の取り組み

20年かけて職員と地域医療機関と地域住民を教育してきた

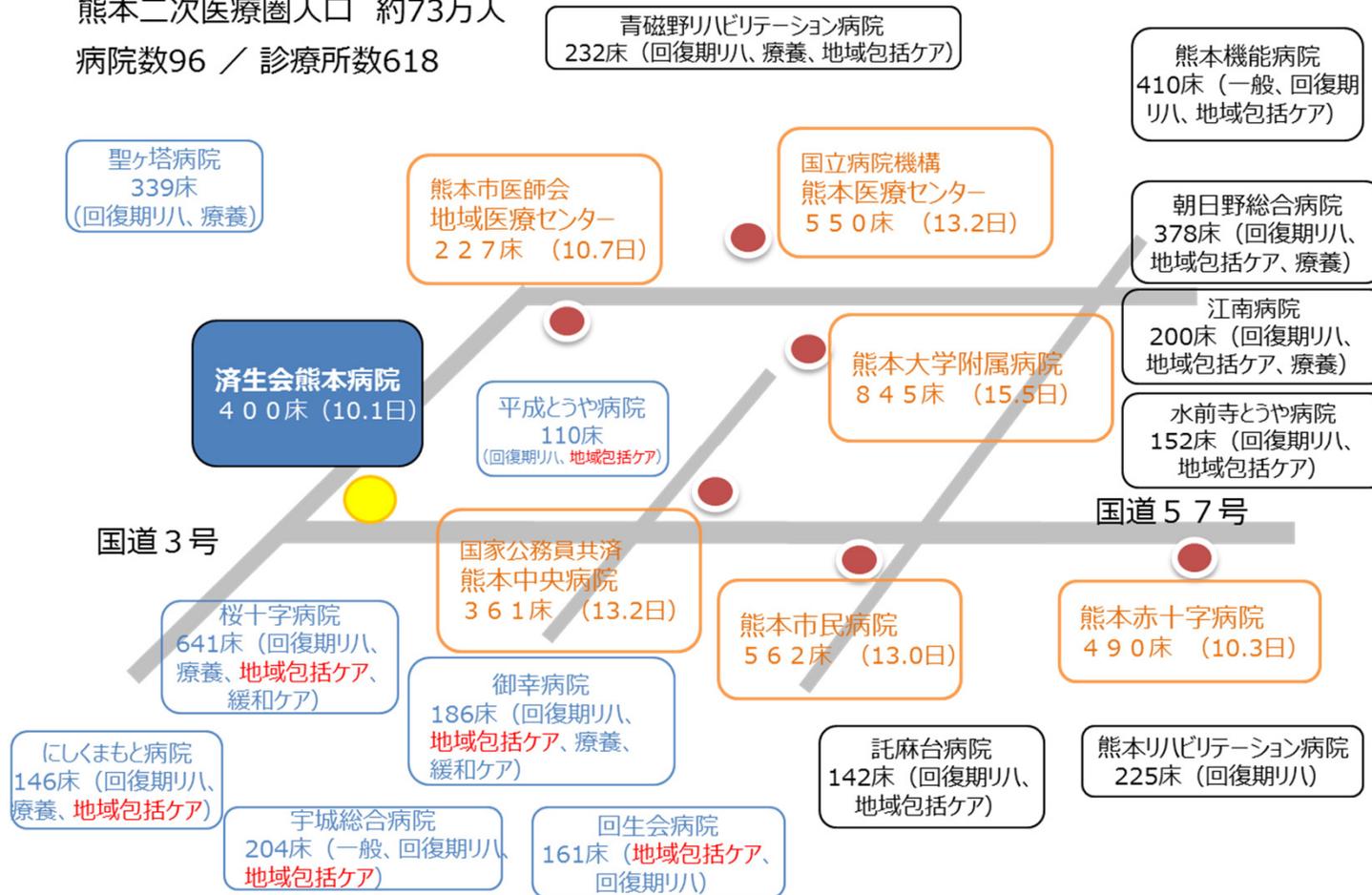


・熊本市の基幹病院が急性期医療にリソースを投入する競争が進んだ

・民間病院は徐々に回復期、慢性期医療に、個人開業は無床化が進んだ

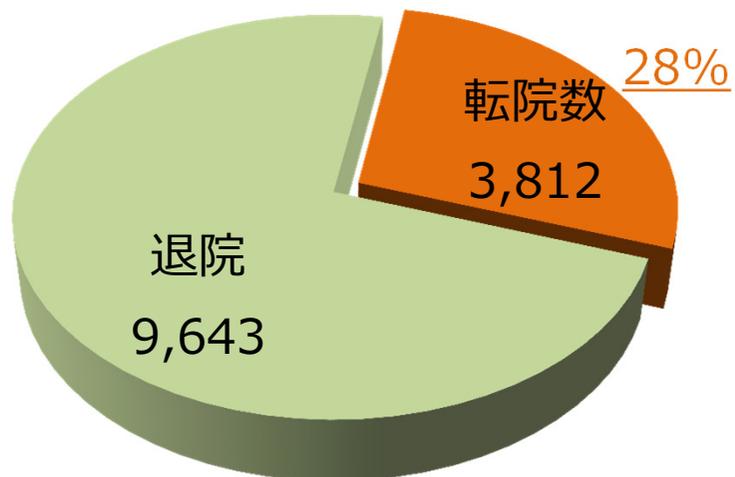
熊本市の医療環境

熊本二次医療圏人口 約73万人
病院数96 / 診療所数618

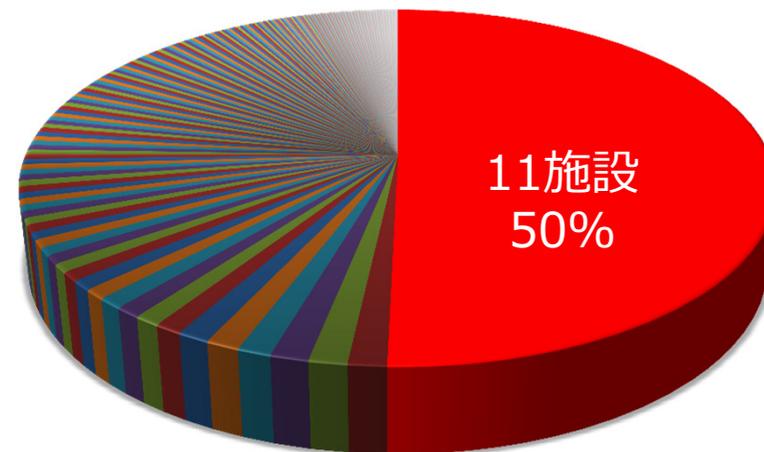


当院からの転院患者数と連携施設数

13,455人 (2013年度)



253施設(2013年度)



熊本県民の意識の変化

拒否

患者を見捨てるのか！



受容

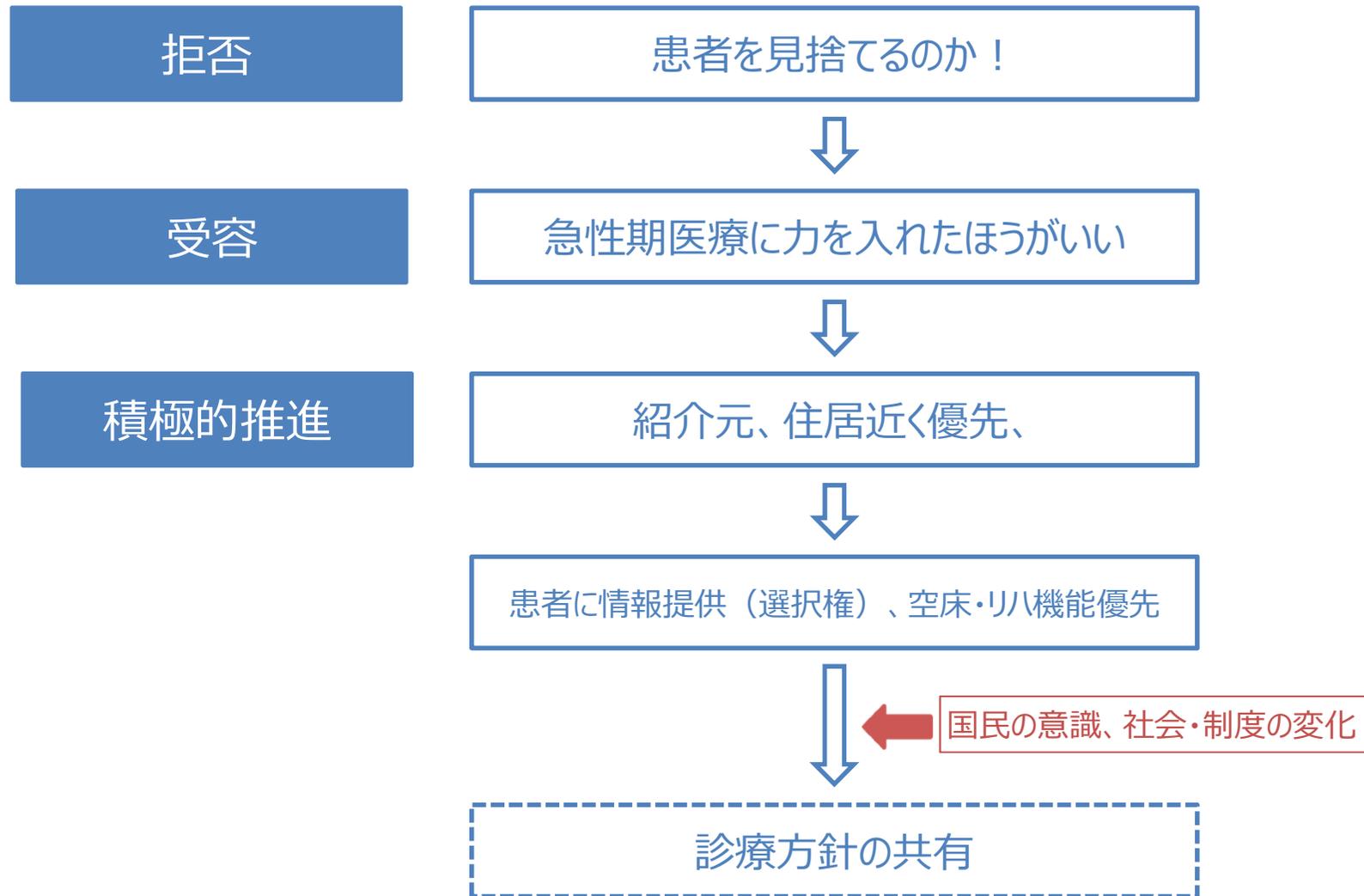
ここは長く入院できない病院ですよ



積極的選択

私はあの病院に転院するつもりです

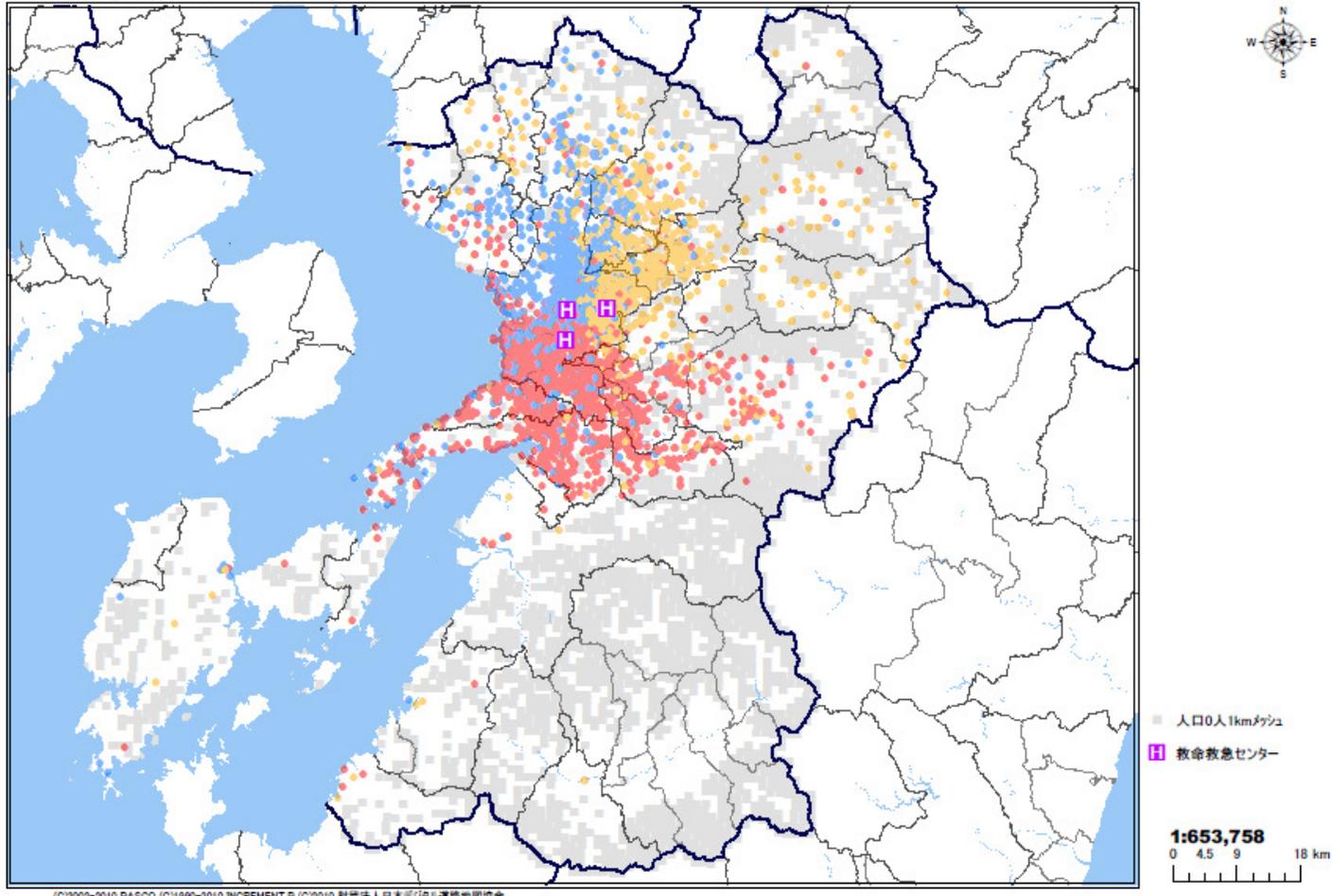
当院の意識・考えかたの変化



熊本県の救命救急センターへの搬送

救急隊も地域性を考慮した搬送を実施

熊本県救急車搬送分布(救命救急センター)



連携を推進する仕組み

1. 連携先との人間関係の構築
 1. 病院：年1回の連携会議（県下の施設を招待）
 2. 診療科単位：地域医家との勉強会
 3. 病病連携：熊本市の8基幹病院の情報交換会
 4. 主要転院先：情報交換会
 5. 特定転院先：個別情報交換会

2. 実際の連携業務の運用（連携室）
 1. 主要転院先の病院機能情報のデータベース
 2. 主要転院先の空床情報
 3. 転院に関わる苦情受付対応
 4. 転院後の患者情報交換
 5. 転院調整

連携強化モデル病院の構築

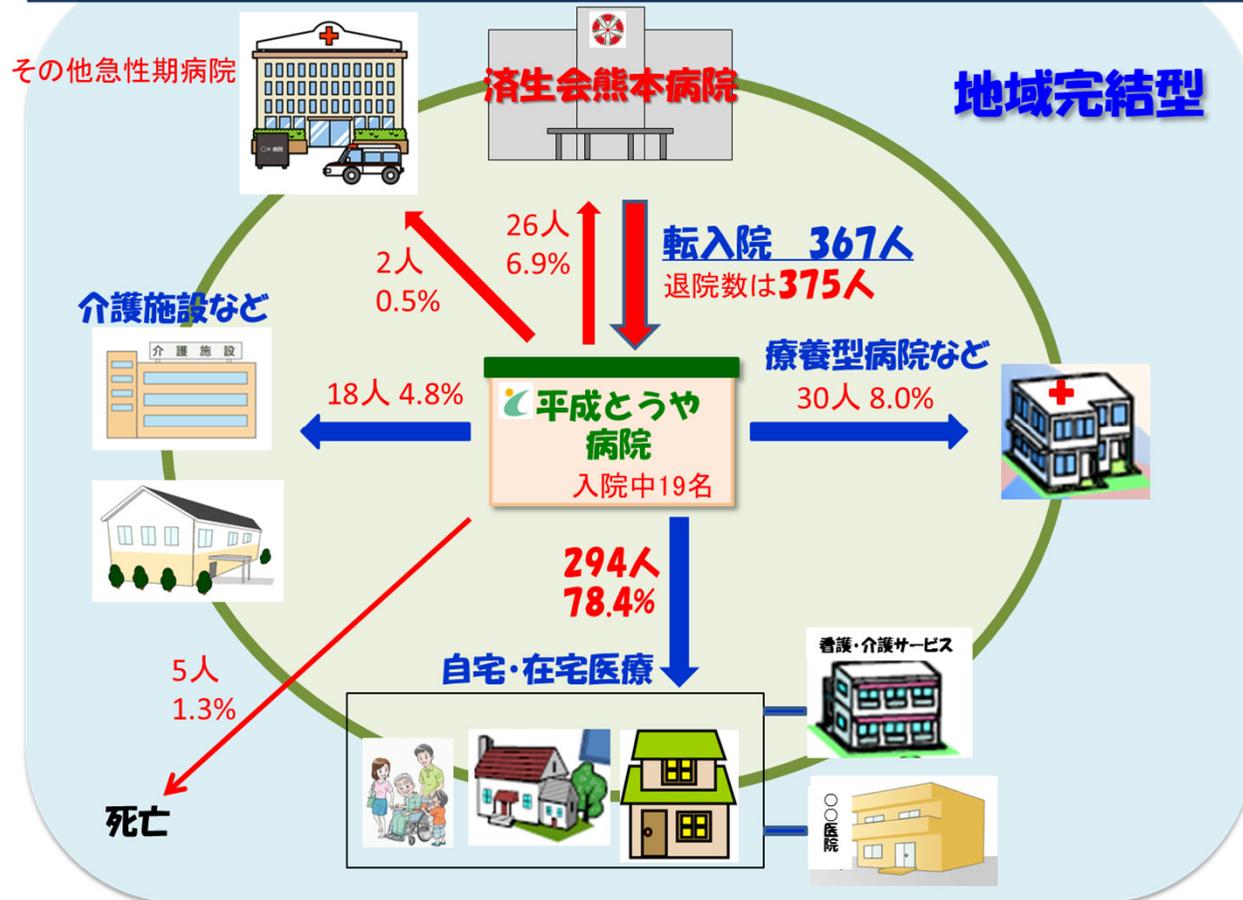
転院後の患者転帰情報交換

当院が取り組むアライアンス連携

- 「地域で質の高い継続医療を提供する」という連携の本来の目的を達成しようという連携のあり方
- 患者さんの「やりとり」が連携なのではない
- 患者さんの全診療経過に責任を持つことが必要

連携会議での転帰報告

平成25年1月1日～12月31日期间に済生会熊本病院より転院となった患者367名について



転院の時期が適切であったか、患者さんの転帰が医学的に容認できるものだったかを検証

連携会議でのケーススタディー



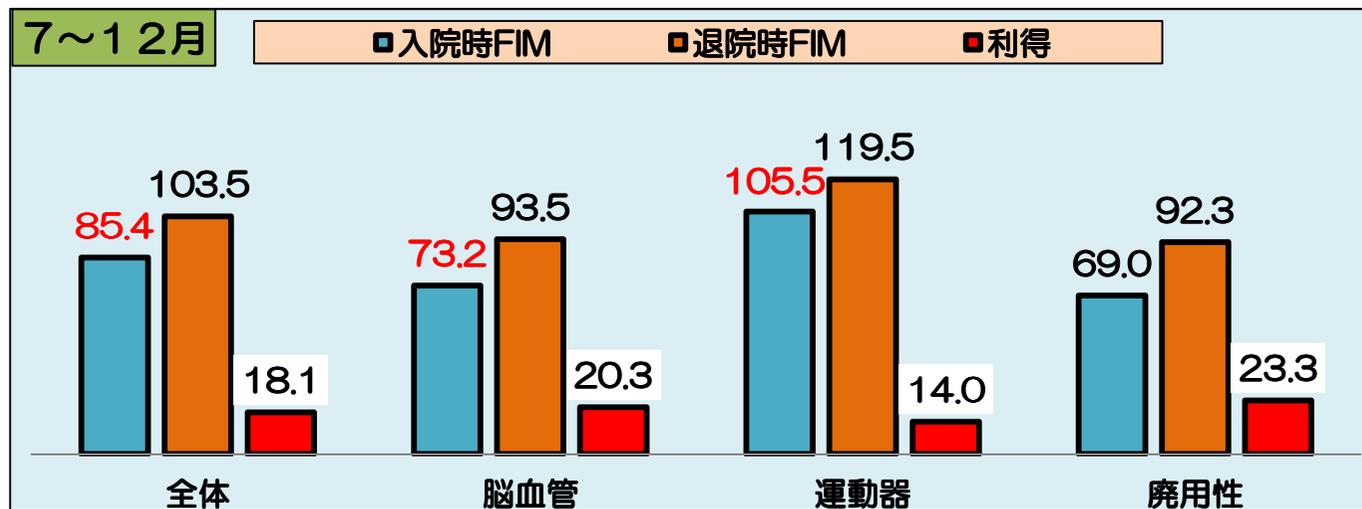
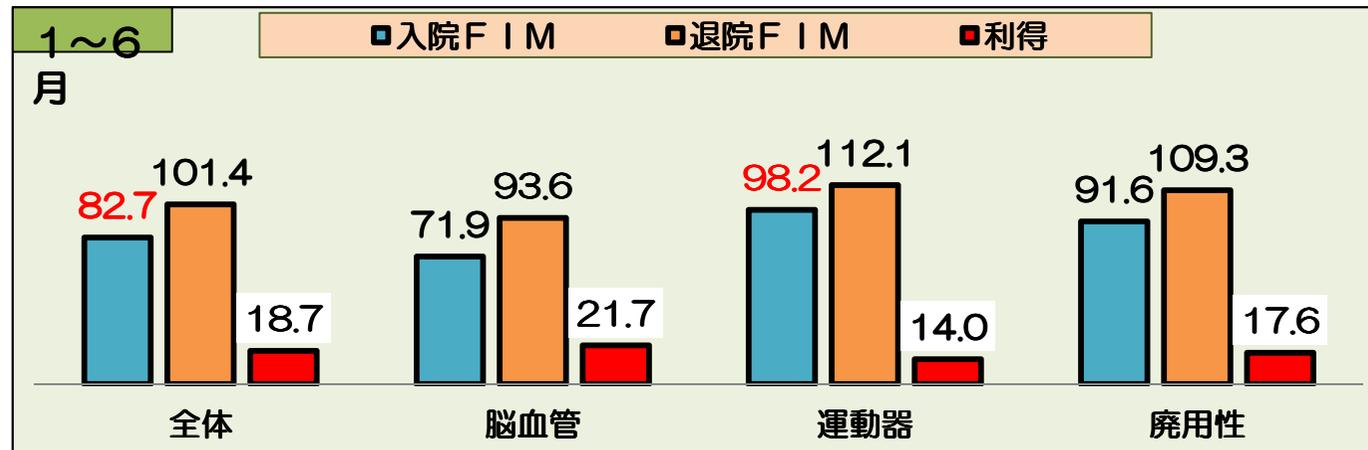
患者さんの全診療経過に責任を持つという観点から、急性期後の治療やそこにおける課題を知る「仕組み」をつくっている。

仕組みの重要性

1. 連携会議の開催（年1回）
 - － 転帰報告、ケーススタディー
2. 診療技術支援
 - － 連携先での技術教育
3. 当院での共同診療(回診への参加)

→これまでよりも一歩踏み込んだ「仕組み」をつくったことが、深い信頼関係の構築につながっている。

疾患別 A D L 変化と改善点



2014年診療報酬改定への対応

地域包括ケア病棟と在宅復帰率

2013年度転院の際の受入病棟について



当院から転院した際、
転院先はどの算定病床で受けて入れているか？

	自宅	転院	介護施設	その他
2013年度	70.9%	28.1%	0.4%	0.5%

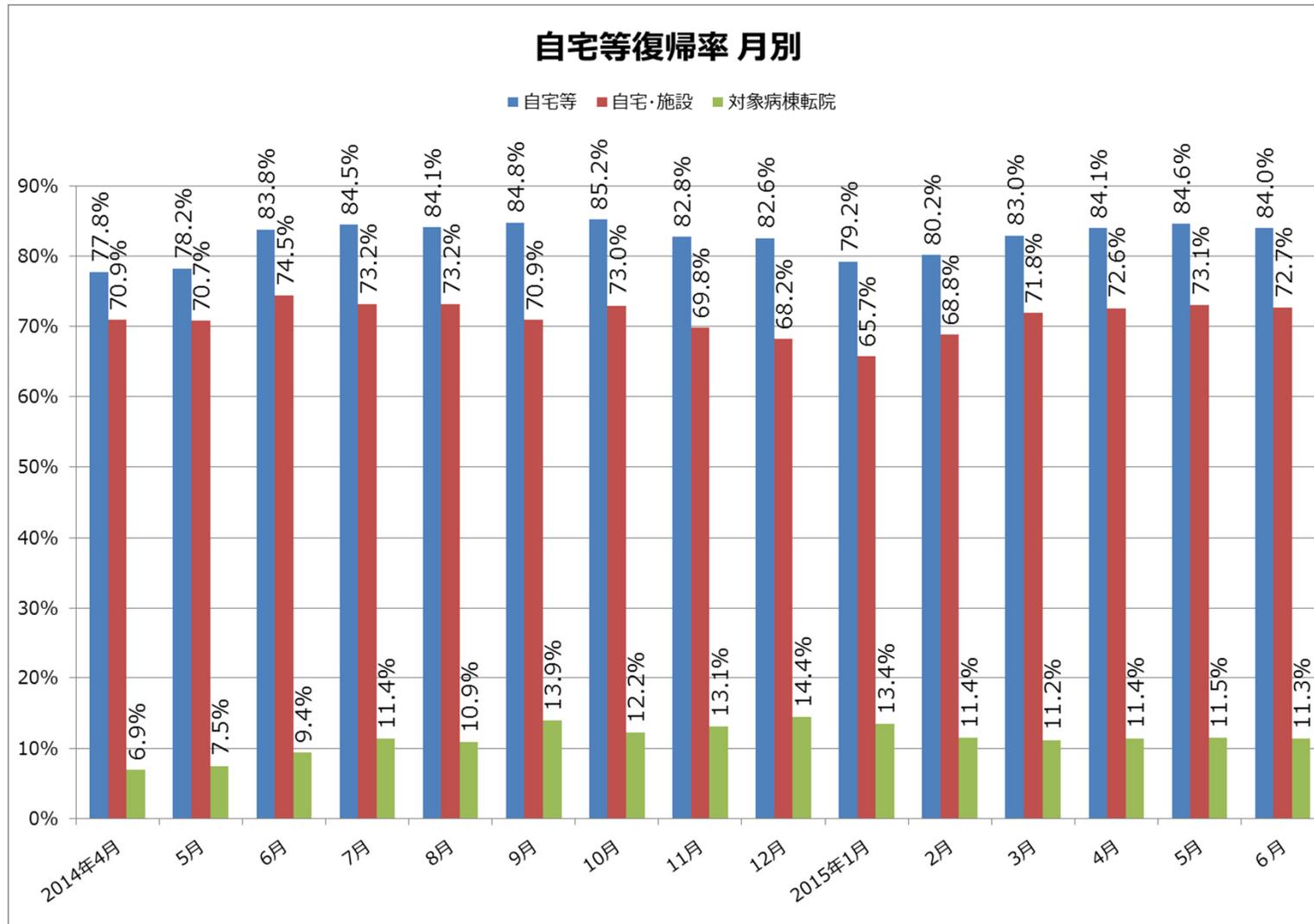
基本は一般病棟入院料算定病棟で受入を行っていることが判明

自宅等復帰率にカウントできる病床数（2014/8/1時点）

- 2013年度転院上位病院である11病院中8病院が地域包括ケア病棟を届け出済み（残り1病院も届け出予定）
- 自宅等復帰率にカウント可能な病床数が11病院の全病床数のうち41.4%に。

地域包括ケア	248
回復期リハ	437
療養病棟(在宅復帰機能強化加算)	204
合計	889
11病院 全病床数	2149

自宅等復帰率



地域医療構想への対応・医療情報をいかに活用するか

病床機能と地域連携

当院の連携病床と管理に関する考え方・問題意識

- 考え方
 - たとえ病床が空いても（高度）急性期病院としての入院機能を追求する
 - 方針にぶれがないことが患者と連携施設に対するモラル
- 問題意識
 - 一般病棟(7:1)AB値基準を満たすことと安全管理両立の困難さ
 - 患者のやり取りから患者の転帰に責任を持つべきではないか
 - 連携施設は母体は違えど診療方針を共有する運命共同体ではないか

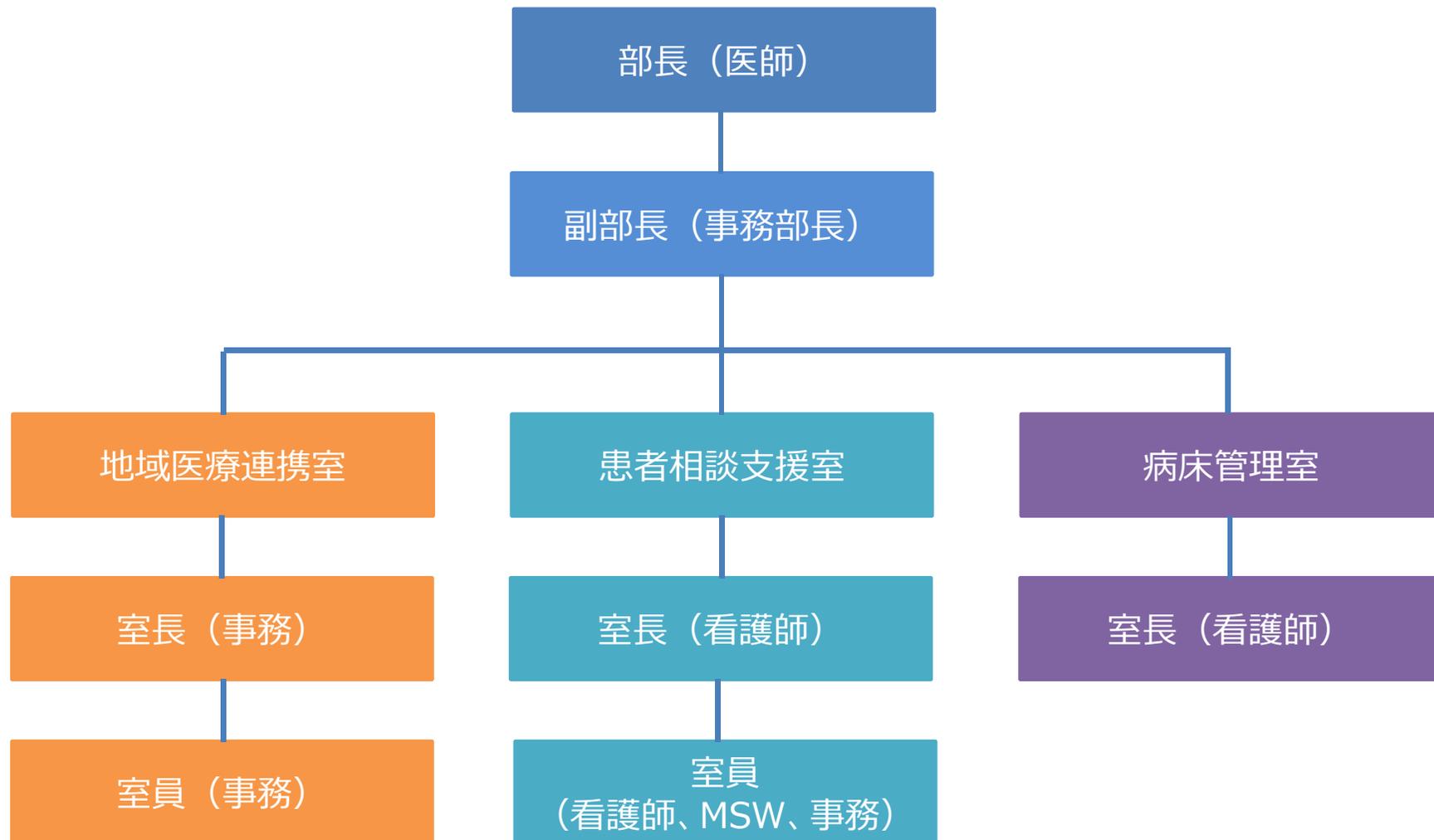
3者不可分

1. 病床機能（当院の病床管理）

2. 地域連携（機能分担）

3. 一患者の一連の医療の質に責任を持つ

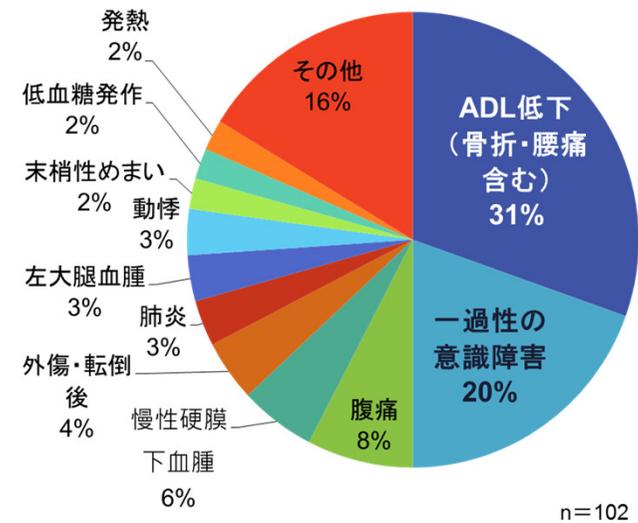
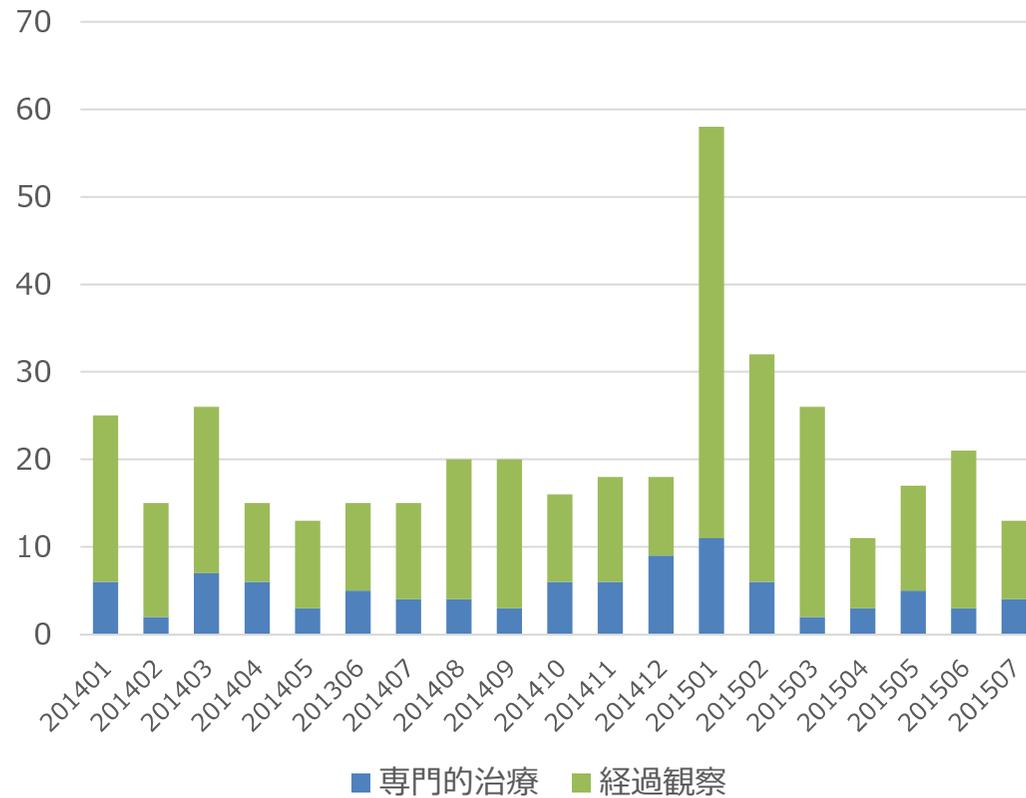
済生会熊本病院の医療連携部



病床機能報告制度への対応

軽症救急患者の転院促進と病床管理

救急外来即転院

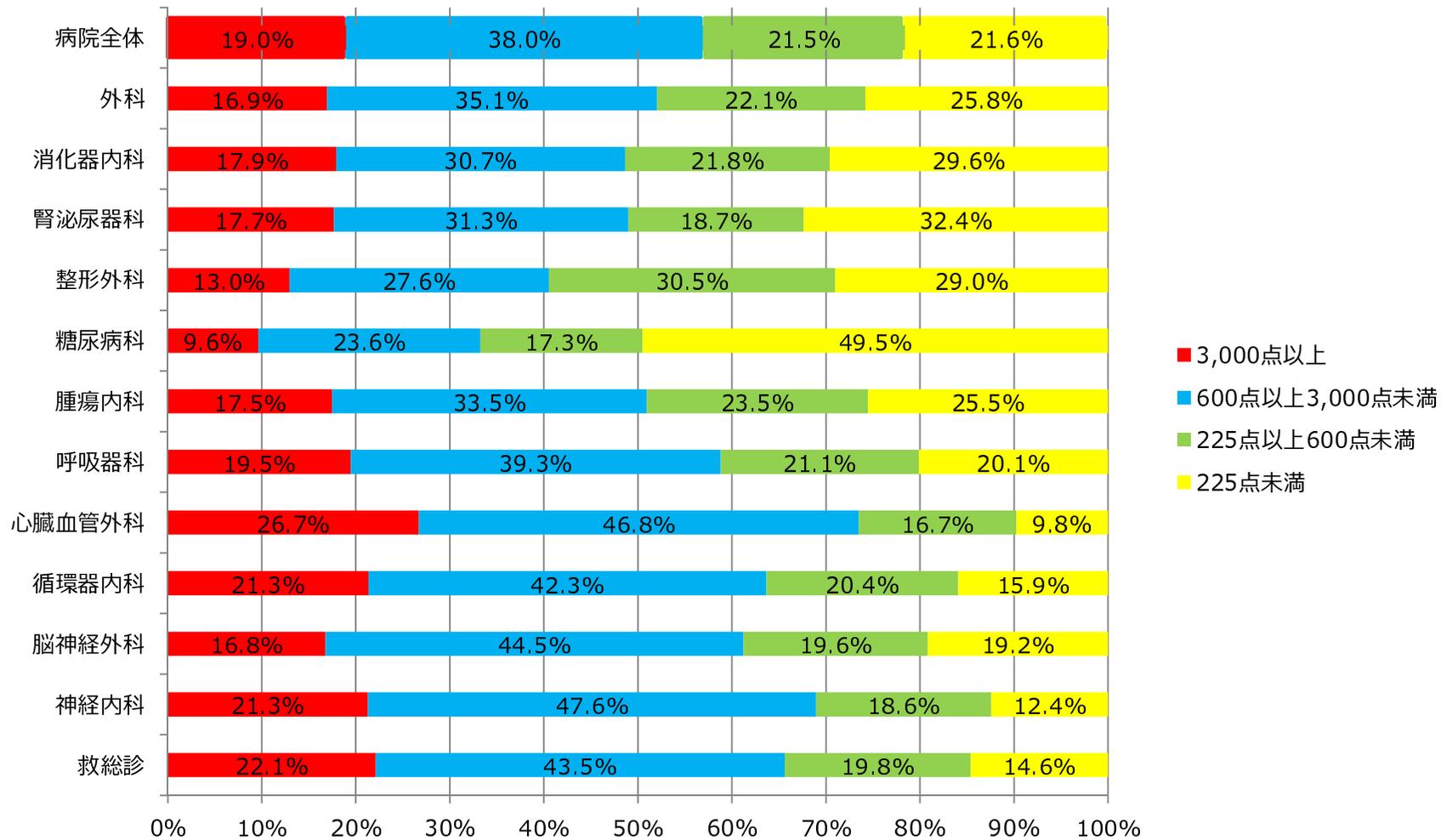


軽症救急、社会的入院希望者は救急外来から転院を紹介

医療情報を病院機能に繋げる

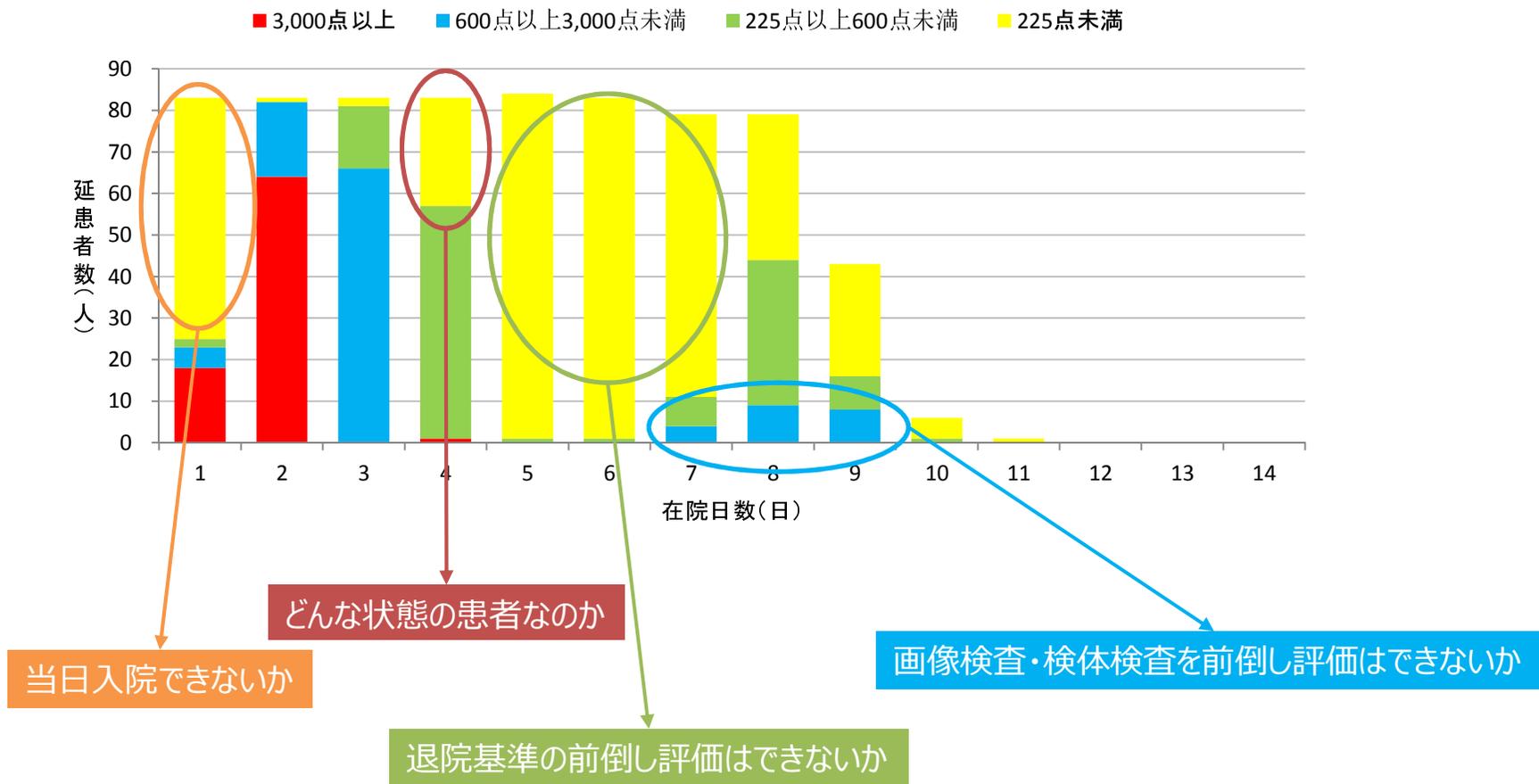
医療資源投入量を考慮したクリニカルパス改訂

済生会熊本病院の現状



医療資源投入量データをパス改訂に如何に利用するか

- 前立腺癌ロボット手術パス



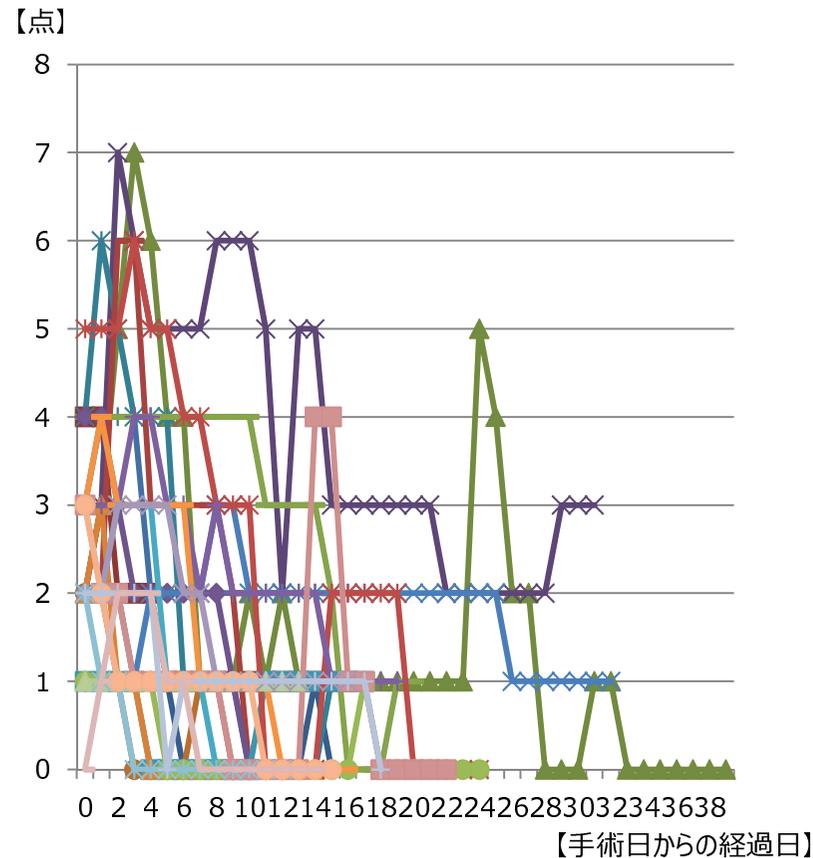
医療情報を病院機能に繋げる

重症度、医療・看護必要度AB値を考慮した クリニカルパス改訂

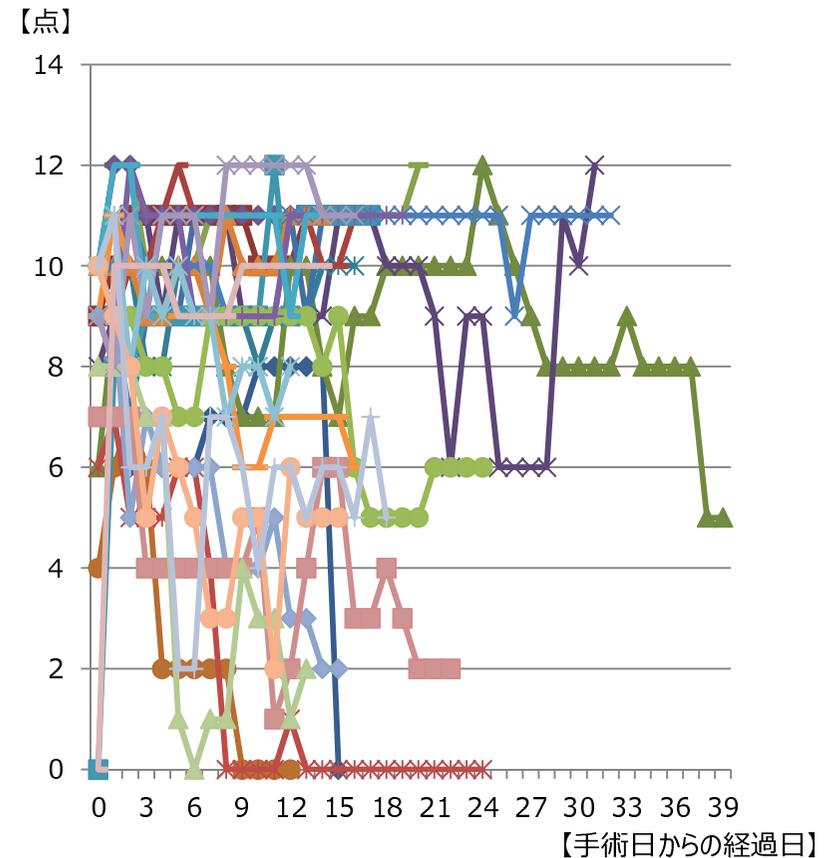
脳出血保存的パス

G1：パス設定よりも延長し退院した群 (n=26)

重症度、医療・看護必要度A項目

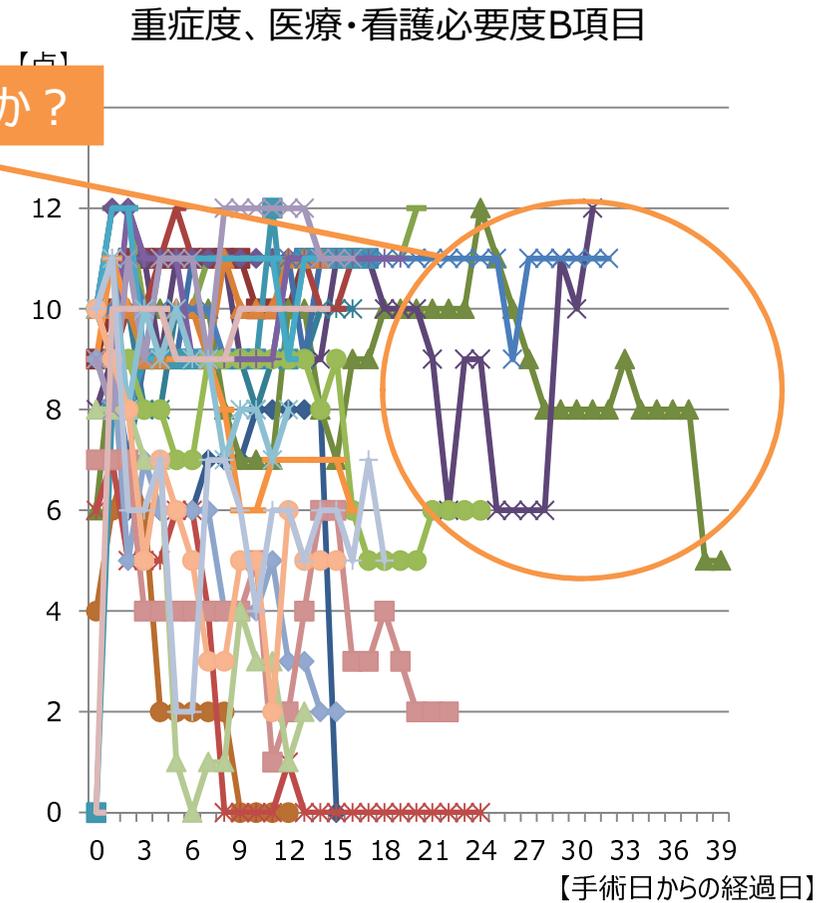
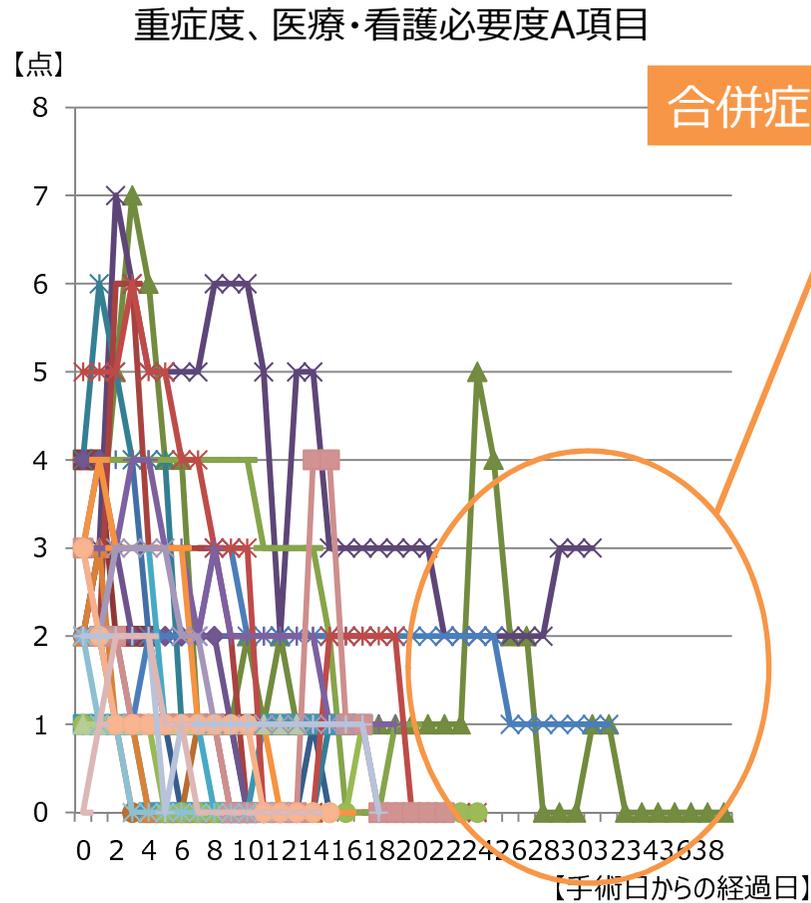


重症度、医療・看護必要度B項目



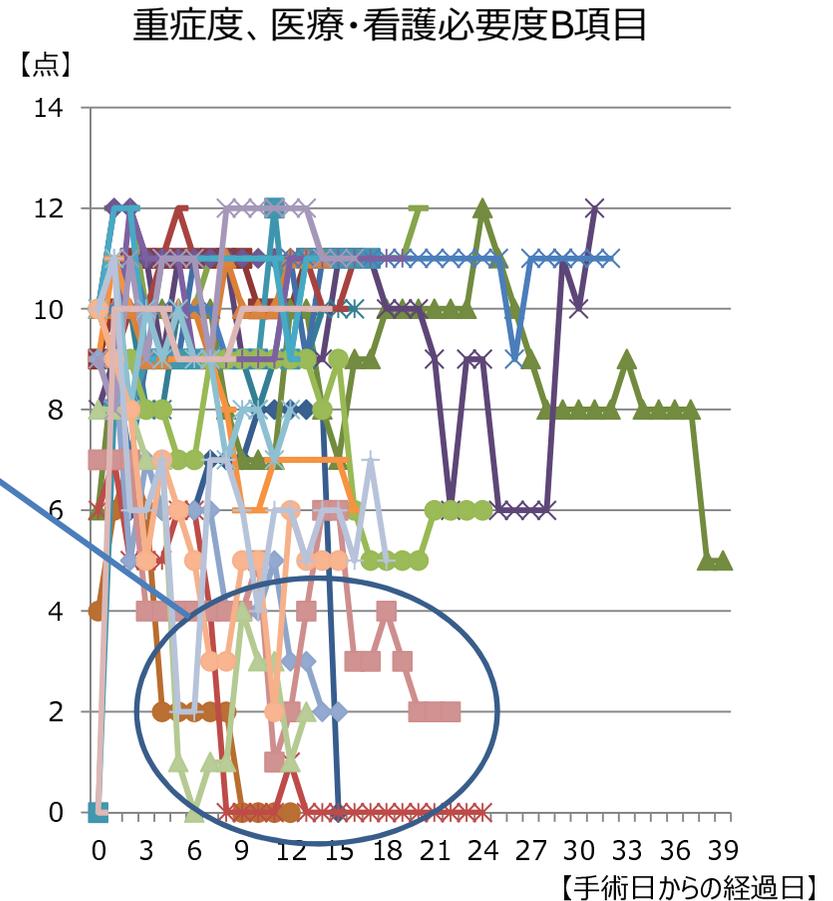
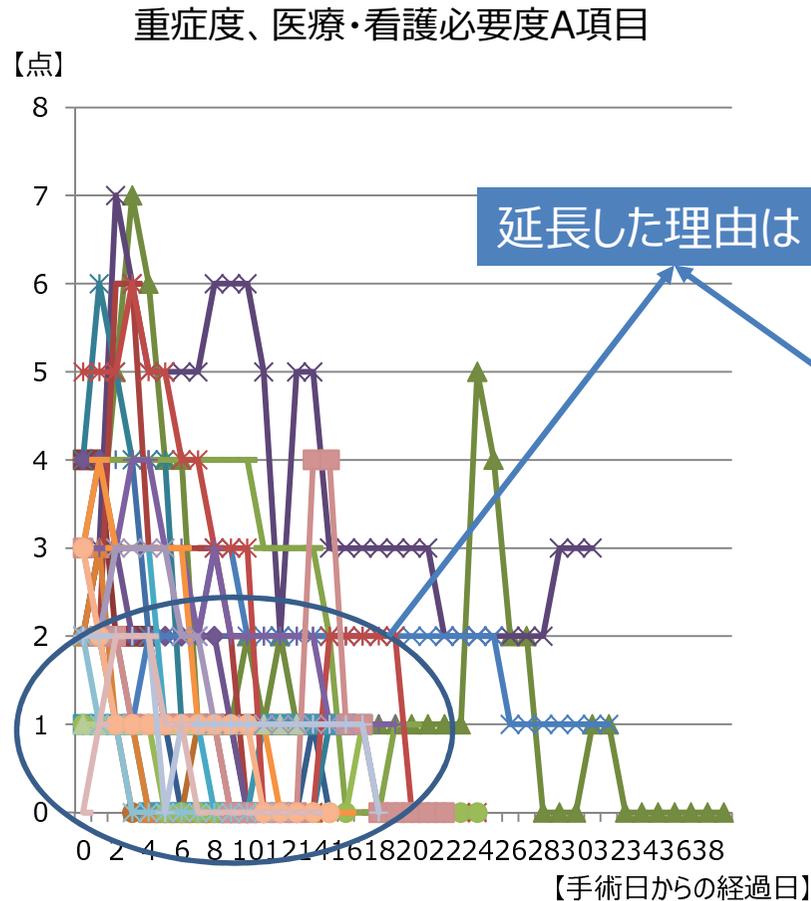
脳出血保存的パス

G1：パス設定よりも延長し退院した群 (n=26)



脳出血保存的パス

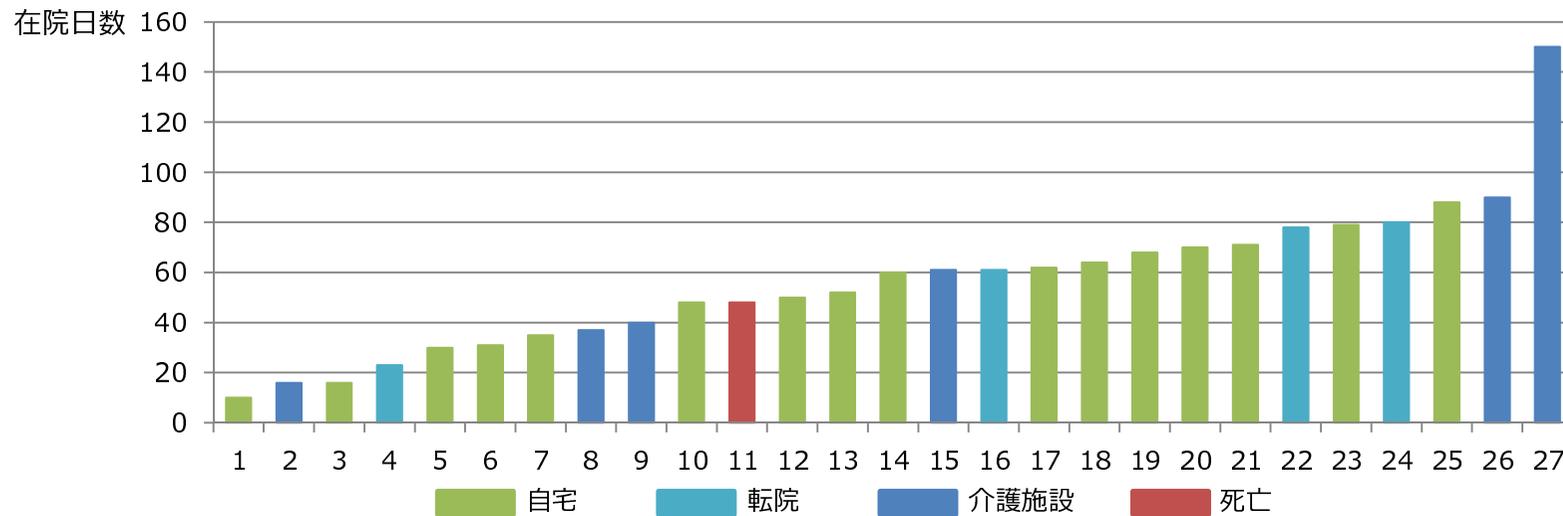
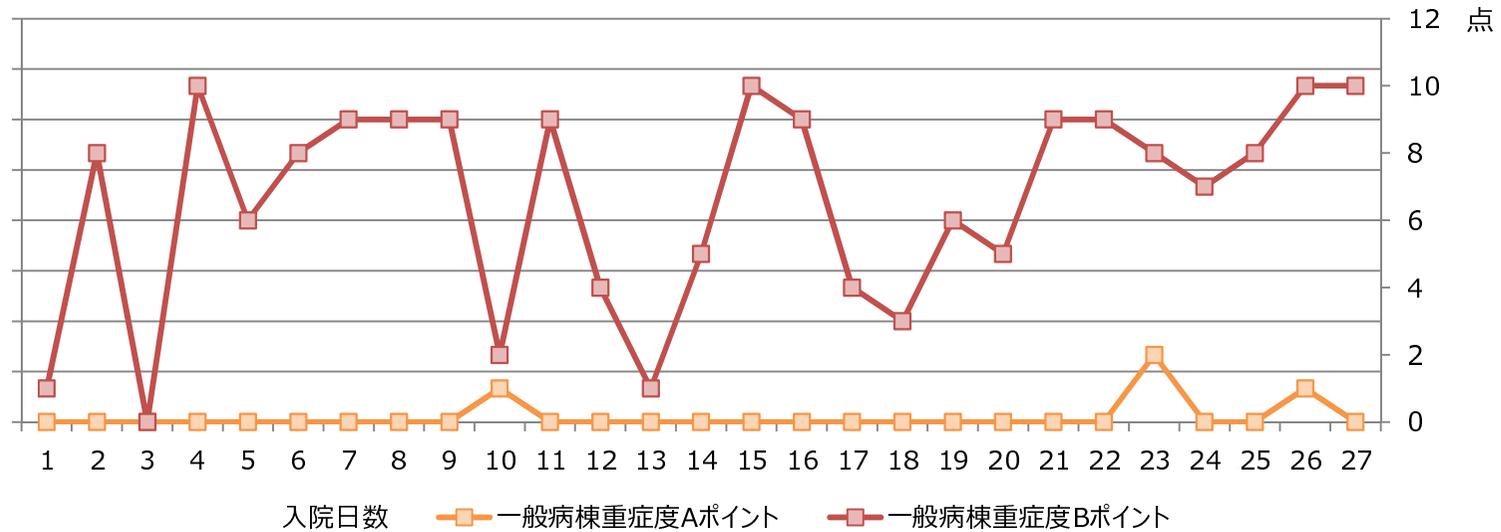
G1：パス設定よりも延長し退院した群 (n=26)



どんなデータを連携に生かすのか

地域完結型医療の成果を明らかにする

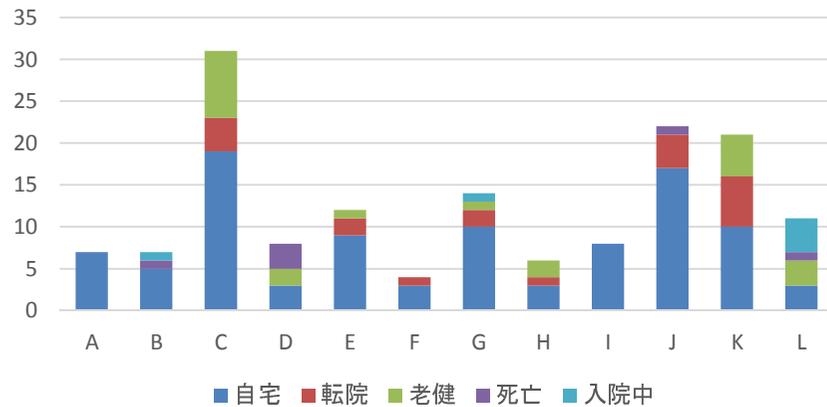
大腿骨近位部骨折患者の転院時AB値と 転院先の在院日数・その後の転帰 (G病院)



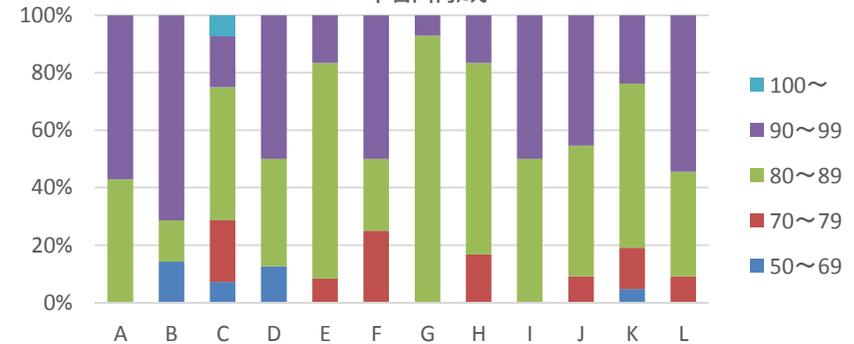
大腿骨近位部骨折患者の転院先別平均在院日数

全施設平均在院日数69.9日

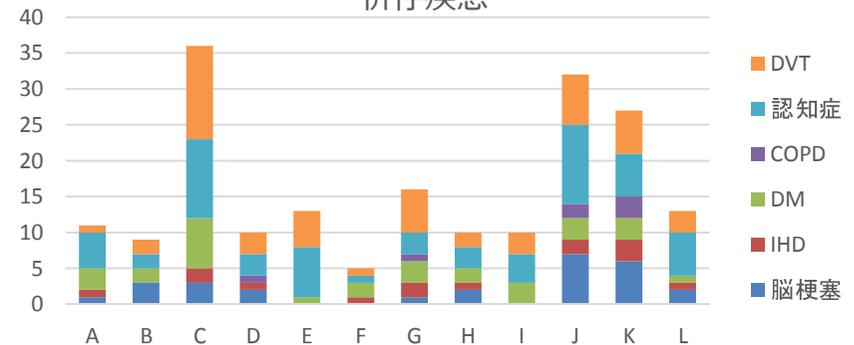
転院件数と最終転帰



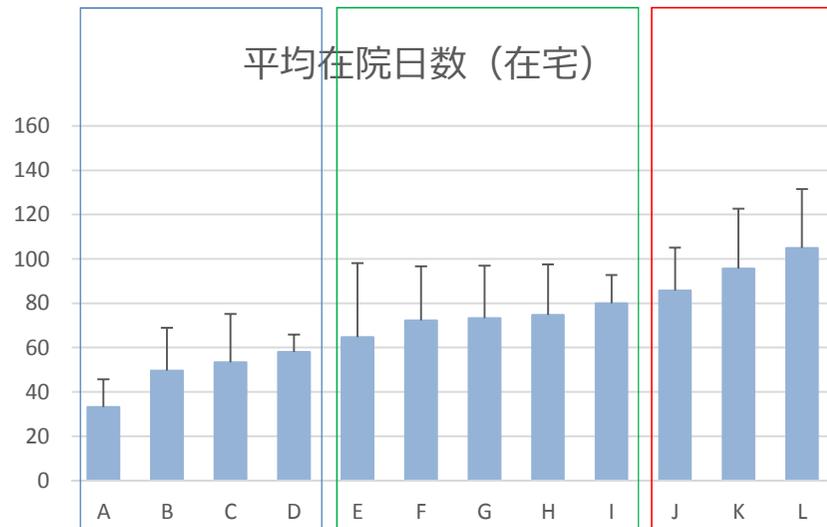
年齢構成



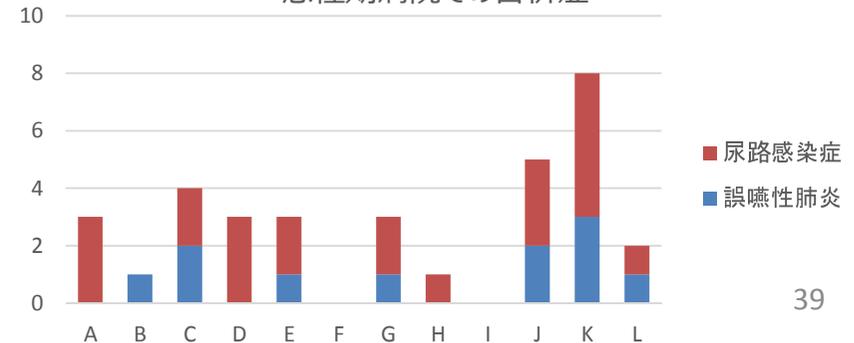
併存疾患



平均在院日数 (在宅)



急性期病院での合併症



2015/9/14

現在の問題点

① 患者年齢、併存疾患、急性期病院での合併症、転院時の重症度、医療・看護必要度、と転院後の在院日数の関係がつかめない

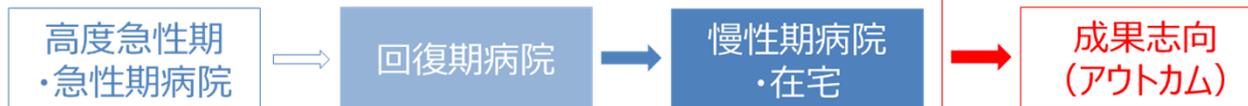
② 転院先での医療内容と病状変化、在院日数との関係性がつかめない

③ 転院先での最終ADLに到達した日数と、在院日数にどれぐらいの開きがあるのかつかめない

転帰詳細情報調査と意見交換会の開始



質の高い医療を一定期間で提供することが収益につながる仕組みであれば・・・



一人の患者が地域で受ける一連の医療の質に責任を持つ仕組みの構築が必要