

75歳未満(壮年期)がん死亡率低下の理由？

予防(禁煙・肝炎ワクチン・子宮頸がんワクチン・・・)

早期診断(がん検診・人間ドック)

低侵襲治療(内視鏡治療・放射線治療)

手術治療の進歩と麻酔管理の進歩

病理診断の正確性

抗がん剤治療の進歩(分子標的薬など)

緩和治療の充実

* 専門医(内科・外科医、麻酔科医、病理医、放射線科医、腫瘍医、緩和医など)の充実、放射線診断・治療機器の積極的導入、専門医の教育・育成等の違いで、がん治療の質に病院間格差が出てきている？

がん患者さんの疑問と気持ち

病院によってがんの治療法は同じなのか？
 治療成績の良いところに行きたい
 患者件数・手術実績の多いところに行きたい
 情報が少ない⇒HP⇒口コミ・・・

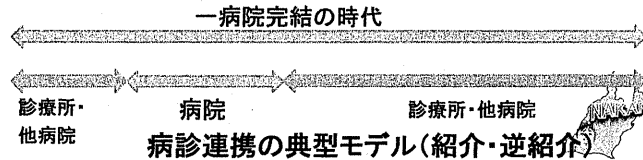
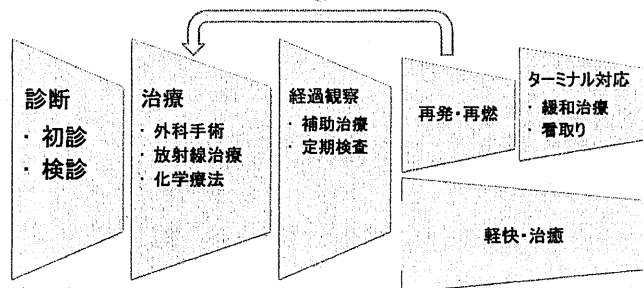


病院側の行動

- ・患者さんから選ばれる病院になろう！
 - ・専門医を集めよう
 - ・技術を磨こう
 - ・医療機器を整えよう
 - ・医療者を教育しよう
- 必然として
競争(競争)



がん診療のバリューチェーン(垂直統合⇒分散)



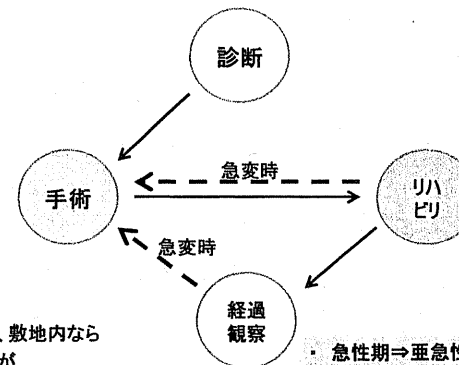
「競争」と「連携」について

正当な競争は医療の質を高める
 情報の共有・指標等の比較(ホーソン効果?)
 陰湿な競争は全体のレベルを下げる
 競争のゴールは「1人勝ち」がベストではない(特に、都会型では)
 合併・統合・吸収は医療界モデルとしては？

「連携」は確かに響きの良い言葉だが・・・
 責任分散や甘え合いではいけない！
 妙な囲い込みでもいけない！
 責任と信頼がベースに必要
 連携＝機能分担＝機能の完全分散は容易でない



病気の完全な機能分散は難しい(1)

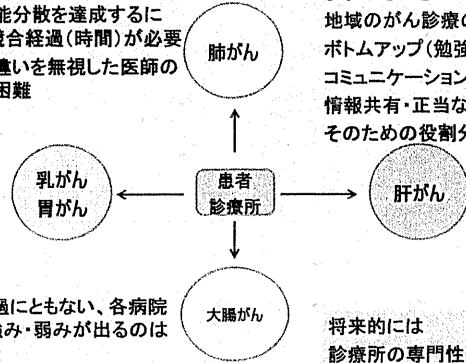


同じ病棟内、敷地内なら
 問題はないが、
 遠方の病院＝移動距離が長いと、
 患者の利便性は損なわれる

・急性期⇒亜急性期⇒慢性期
 ・医療⇒介護⇒福祉
 といったチェーンをシームレスに
 確立する際、時に困難を極める

病気の完全な機能分散は難しい(2)

臓器別の機能分散を達成するには、一定の競合経過(時間)が必要
経営母体の違いを無視した医師の強制異動は困難



まずやるべきことは
地域のがん診療の均てん化
ボトムアップ(勉強会)
コミュニケーション強化
情報共有・正当な競合の準備
そのための役割分担!

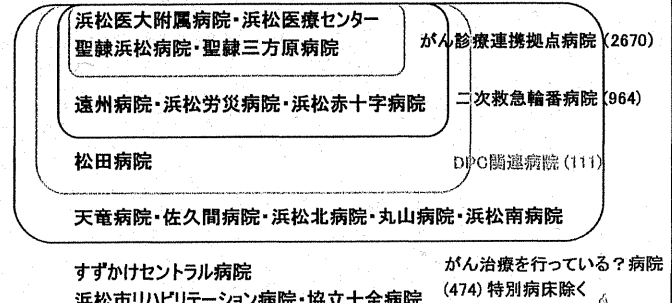
時間の経過にともない、各病院における強み・弱みが出るのは当然のこと

将来的には
診療所の専門性強化
専門医間での病診連携?
専門医同志の診診連携?

(水平統合⇒分散)

浜松市内の病院

病院として39施設ある 一般病床を有しているのは16施設

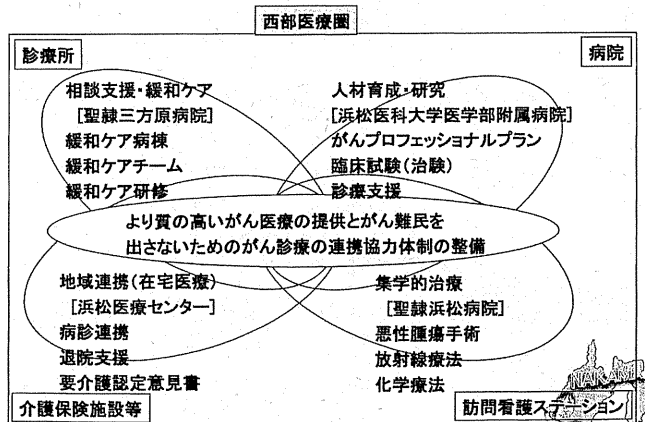


浜松市診療所 632

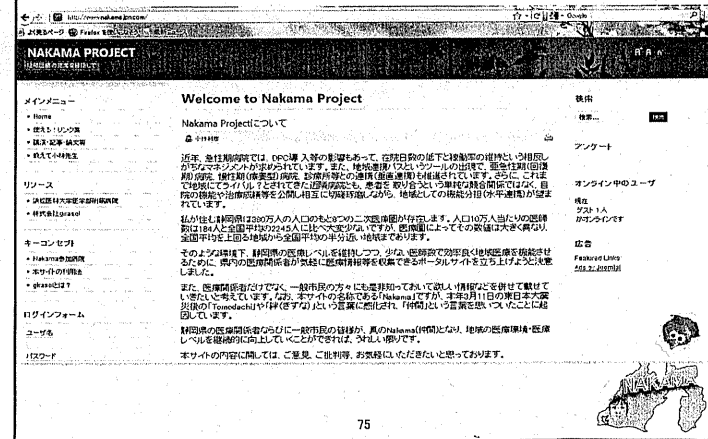
浜松市総ベッド9567

4拠点病院の連携イメージ

診療科の機能分散ではなく、拠点病院としての役割を分散させることで、1病院で全機能を担うより、はるかに大きな成果が上げられる!



NAKAMAサイトのURL: <http://www.nakama.jp/>



NAKAMA PROJECT

Twitter: toshihiko_koba

76

まとめ

1. 急性期病院の経営を考える上で、「診療単価」や「平均在院日数」以上に重要なものとして、「新規入院患者数」がある。
2. 新規入院患者を獲得するにあたり、自院の強み、弱みを分析すべきであり、DPGデータはそのソースとして有用である。
3. 遠くのブランド病院とのベンチマークだけでなく、近隣病院とのDPGデータの共有が可能なかを検討すべきではないか？
4. 2010年7月から様式1に郵便番号入力が必要となったことは、病院のマーケティング分析にGISを活用させるきっかけになったとは考える。ただし、郵便番号は実にアバウトであることに注意すべきである。
5. DPGの二次活用としてCIやQIが注目されているが、単に提示することを目的とせず、院内における説明責任を果たすべきであり、それをしないと医療者には見向きもされない。
6. 地域医療における「連携」という言葉が、国・行政のトップダウンで語られるときは注意が必要である。
7. 都会型の地域では、連携以前に「競合」があるべきで、その際に情報公開や共有が適切になされた正当な「競争」が望まれる。
8. 地方型の地域では、基幹病院を中心に開業医との積極的な「連携」がないと崩壊する。
9. Nakama Projectを浜松（静岡）から発信し、全国のモデル事業にしていきたい！

9. 小林利彦, 工藤ゆかり:

大学病院の地域マネジメントの
現状と今後の展望

-医療連携・退院支援関連部門の
学問的体系化に向けて-

平成 23 年度大学病院情報マネジメント
部門連絡会議抄録集. 151-154, 2012.

C-2-2 地域連携セッション

大学病院の地域マネジメントの現状と今後の展望

-医療連携・退院支援関連部門の学問的体系化に向けて-

○小林利彦¹⁾、工藤ゆかり¹⁾

1) 浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター

筆頭演者の e-mail : tokoba@hama-med.ac.jp

1. 【はじめに】

平成 15 年 4 月に当大学病院に医療福祉支援センターが設置され 7 年が経過した。当初、全国の国立大学病院に当該部署の必要性が叫ばれ、横並び的に作られた感はあるが、その後の医療環境の大きな変化を考えると、極めて的を得た判断であったと思われる。大学病院に限らず、近年の急性期病院では在院日数が短縮し、新規入院患者の確保と速やかな退院・転院のマネジメントが求められている。従前、各病棟単位でこれらの作業が行われていたことを考えると、医療福祉支援センターが一元的に同マネジメントを行うことで、現場の負担軽減にもつながっていると考える。一方、受診患者へのアプローチ（＝前方連携）や退院患者へのアプローチ（＝後方連携）の実務に関しては、事務職員やソーシャルワーカー（SW）の対応が中心になると思われたこともあって、医療者（医師・看護師）の専属的な配置や現場対応への参画は遅れているのが現状である。そのような背景もあって、同部門の学問的体系化は未だほとんど行われていない。今回、当該部門の学問的体系化に向けて、試行錯誤している当院の現況について報告する。

2. 【対象と方法】

当院の医療福祉支援センターで行われている日常業務を領域別に分類し、各領域にて分析可能な検討課題を抽出する。抽出された検討課題の中で実施可能なものについては具体的な施行を目指すとともに、実際、実施されたものに関しては随時分析することとした。

3. 【結果】

1) 医療福祉支援センター業務の内訳と検討課題の抽出

現在の日常業務を大きく分類すると、①前方連携：開業医・病院からの予約紹介、②医療相談：医療や経済的相談等の対応、③後方連携：退院・転院困難な患者の退院支援、④その他、となる。

①前方連携

・患者動向調査：当地域の外来・入院患者の居住地と受診病院からみた検討

- ・入院患者経路調査：緊急・救急車搬送入院の比率等の分析（経月変化と病院間比較）
- ・地域連携室経由の紹介患者数/初診患者数の推移：対前年度比率など
- ・紹介元施設へのアンケート調査：満足度調査

②医療相談

- ・相談件数の推移と相談内容分類の検討
- ・相談対応者 1 人あたりの相談件数

③後方連携

- ・退院支援件数：前年同月比較、疾患別・診療科別・転帰別の支援件数、退院支援対応者 1 人あたりの支援件数
- ・退院支援患者へのアンケート調査：満足度調査など

④その他

- ・通常業務外の活動実績：広報、公開講座、出前授業など、社会貢献的な活動件数の経年的推移
- ・教育：院内勉強会、医学生・看護学生への授業担当数、指導学生人数の推移など
- ・学会・研究会活動：年間の学会・研究会参加・発表数の推移
- ・著書・論文：年間の実績調査

2) 現在進行中の検討課題について

(患者動向調査)

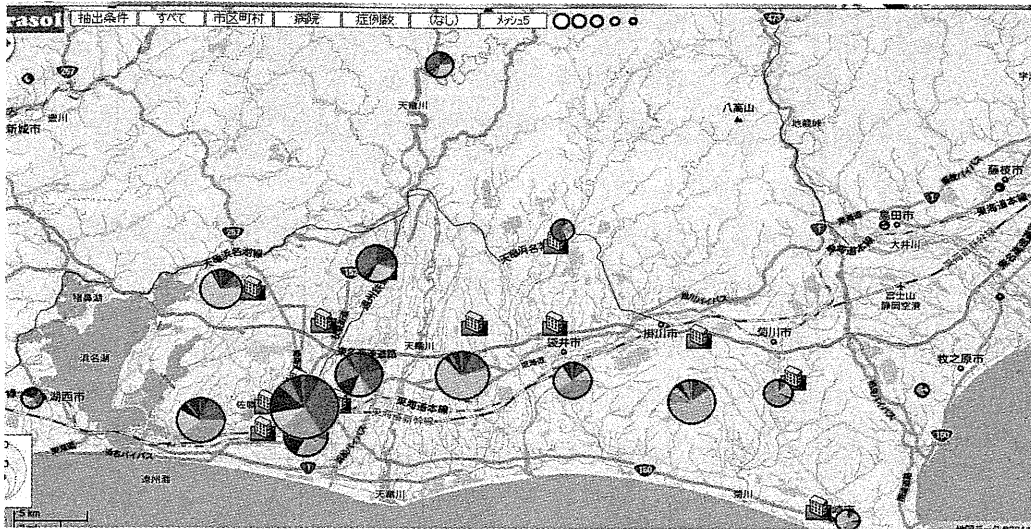
平成 23 年度静岡県地域医療支援センター事業として採択された「二次医療圏の診療情報の集約化とデータベース化事業のモデル構築」：通称 Nakama Project において、静岡県西部・中東遠医療圏の DPC 関連病院 14 施設の厚労省提出データの分析・検討を行った。

平成 22 年 7 月から平成 23 年 6 月までに、当該医療圏で入退院した患者延べ数は 101,903 人（複数回入院患者の重複あり）であった。平均在院日数は 14.7 日、緊急（当日）入院患者比率が約 35%、救急車搬送入院比率は約 15%であった。また、平成 22 年 7 月から 12 月までに、浜松市内在住患者の西部医療圏への入院率が 88.2%であったのに対して、中東遠医療圏では 74.1%であり、中東遠医療圏患者の 1/4 が浜松地区へ移動している状況が明らかとなった。当院（浜松医科大学医学部附属病院）への入院患者の居住地分布は疾患により大きく異なり、数種類のがん疾患、胸腹部大動脈瘤、脊椎外科手術、斜視等では、遠方からの入院患者が多い傾向にあった。

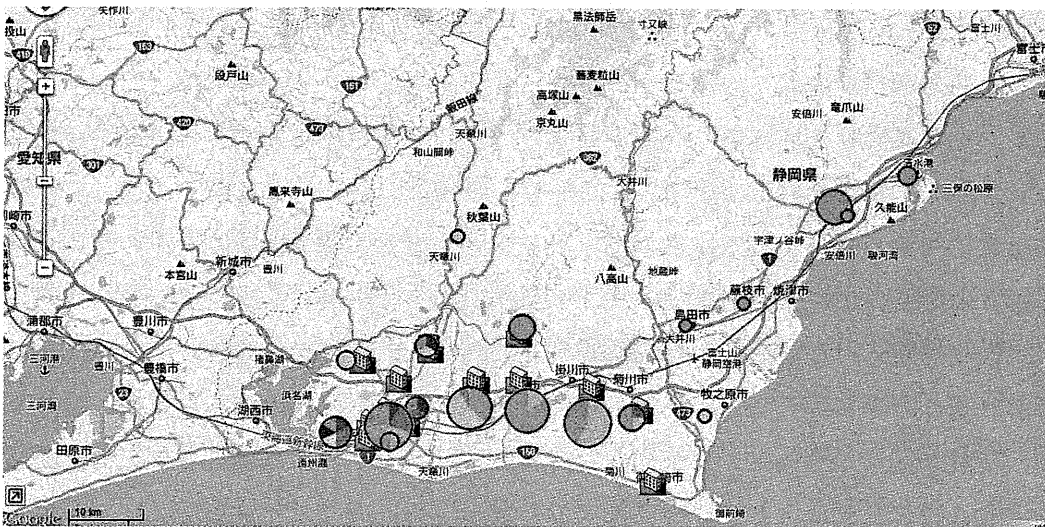
さらに、中東遠医療圏では、現在、袋井市民病院と掛川市立病院の統合が 2 年後に計画されているが、新病院のコンセプトの一つとして循環器疾患に強い病院というのがある。現時点においても、脳血管内手術の入院患者が、西部医療圏のみならず静岡市からも流入している状況が見受けられた。

「地域別入院患者の病院分布」と「治療法別入院先病院分布（脳血管内手術に関して）」について、以下に示す。

[2010. 7-2011. 6 の静岡県西部・中東遠医療圏の市区別入院病院分布]



[脳血管内手術治療患者の居住地分布]



(退院支援患者へのアンケート調査の実施状況)

平成 23 年年 7 月 1 日以降の退院支援患者に対して、原則、退院後 1 か月目（8 月 1 日）からアンケート調査の依頼を行っている。退院前に、後日アンケート用紙を郵送することの説明を行い、退院後 1 か月目にアンケート用紙を郵送している。質問の内容としては、退院支援に関わった職員への満足度評価が中心であるが、病院への満足度あるいはクレームに関しても意見を求めている。現時点では、約 100 件のアンケート用紙郵送を済ませ、45 件の回答を得ている。今後、アンケート内容の具体的な分析・評価を行うとともに、他病院との比較が可能なアンケート調査項目の標準化作業を考えている。

(研究・業績評価)

国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会において、毎年行われているアンケート調査項目に研究分野に関するアンケート項目を取り入れた。具体的には授業・勉強会等の件数、学生等の指導人数、論文等の業績件数、競争的資金の獲得状況、広報等の実績やマスコミへの取り上げ件数などを調査依頼している。

4. 【考察】

国立大学病院の医療福祉支援センターに医療者（医師・看護師）が配置されるようになって未だ日が浅い。また、その中で医師の専任・専属配置は極めて稀であり、当該部門の学問的体系化が遅れている原因ともなっている。そもそも、当該部署の学問化？が目指す領域として、病院管理学や医療マネジメント学なのか、地域医療学、医療福祉学、それとも全く新しい分野の開拓なのかすら見えていない。しかし、医療連携・退院支援関連部門という、受診患者の入口から出口までを取り扱う患者サービス部門に従事する人材の将来的育成を考えると、学問体系化に向けた取り組みは避けて通れない。

前方連携としての患者確保？を検討する上では、広報活動やマーケティングに関する知識・スキルの充実が必要と考える。医療相談関連の学問的体系化は極めて難しいが、コミュニケーション学や交渉術等にヒントがあるかもしれない。後方連携に関しては、やはり退院支援患者に対する満足度調査が重要な検討課題と考える。特に、病院全体の評価基準ともなる患者満足度調査の標準化、ならびに客観的指標のスケール化などが期待される。

近年、急性期病院では在院日数の短縮化が求められて、入院直後から退院支援に向けた介入が行われることが多い。実際、退院困難性のスコアリング評価の導入を含め、退院支援部門への看護師配置は全国的にも進められている。しかし、当該部門に専任・専属配置される医療者、特に医師に関しては、同部門での業務遂行に向けたインセンティブが働きにくい。特に、同領域に密接する学会発表の場が少なく、論文投稿等の場も少ない感がある。従前よりある病院管理学や医療マネジメント学、地域医療学など、既存の研究領域に情報発信の場を求めるのも悪くはないが、今後、医療連携・退院支援関連部門の学問的体系化に向けた活動が継続的に重要になってくると思われる。

現在、国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会に属する医療福祉支援センターの医療関係者を中心に、「日本医療連携研究会～国立大学部門～」が設立され活動を始めたところである。今後、同研究会が主体となって各種活動を行い、本領域の学問的体系化が進められることを願っている。

