

【指定演題 4】 長期急性期病床とは何か ～熊本の連携から考える

「地域完結型医療」の先駆けとして全国的に知られる済生会熊本病院の地域医療連携室室長代行を務める赤星麻沙子氏は、信頼関係の構築を重視する「アライアンス連携」という新たな連携の形を提唱します。「顔の見える連携」ということがしばしば言われますが、赤星氏は「一歩進んで、実績とデータに基づいた連携を行うことによって深い信頼関係が構築できている」と強調します。赤星氏の講演の模様をお伝えいたします。

■激戦区・熊本における当院の立ち位置は

[赤星麻沙子氏（済生会熊本病院・地域医療連携室室長代行）]

今回の研究会のテーマは、「長期急性期病床とは何か」ということですので、今後の急性期病院と長期急性期病床との連携の在り方のモデルとして当院の取り組みをご紹介します。新しい連携の形について考えていただく契機になれば幸いです。

まず、本日みなさまにお伝えする内容について簡単にご説明いたします。「連携」と一口に言いましても、地域によってその在り方は様々ですので、熊本市の医療環境や当院の立ち位置という基本のお話を最初にしたいと思います。次に、新しい連携の形として「アライアンス連携」についてお話をしたいと思います。「アライアンス」という言葉はあまり医療に馴染みがない言葉だと思いますが、みなさまはどういった連携をイメージされるでしょうか。言葉だけでご説明しますと、地域で質の高い継続医療を提供するために、深い信頼関係を構築していこうという連携になります。なぜ当院がこういった連携に取り組もうと思ったのかについてご説明します。

そして、「アライアンス連携」が長期急性期病床との連携のモデルとして考えていただけるのではないかと思いますので、その部分について少し触れたいと思います。「アライアンス連携の取り組み」ということで、基本的な枠組みと連携の実際についてご説明いたします。そして最後に、「これからの連携とは」ということで少しご説明させていただきます。

では、当院の概要についてお話しいたします。当院は、熊本市の南部に位置する病院です。近隣には多くの急性期病院があります。車で 30 分圏内に当院と同規模の急性期病院が集中しているため、「病院の激戦区」とも言われるような地域です。また、回復期リハビリテーション病棟を持つ病院が周辺に多数あります。急性期病院の治療終了後の転院を受けてくださるような転院先が多いというのも熊本の医療環境のもう 1 つの特徴です。このように、熊本市は急性期病院での治療が終了した後、転院先で患者さんを受け入れていただ

ける環境が整っているため、「連携」という意味においては大変恵まれた地域であると言えます。

当院の病床数は 400 床です。診療体制は、脳・心臓・消化器・呼吸器など重要臓器を中心とした診療体制になっておりまして、当院は総合病院ではございません。主な指標としては、平均在院日数 9.9 日。病床利用率 95.7%となっております。救急車搬送患者の入院数は全国で 2 位。毎日、たくさんの救急患者さんを受け入れて、そして平均退院日数 9.9 日という中で病院を運営しておりますので、当院にとっては病床管理や後方連携などが大変重要な課題になっております。

熊本地域での当院の立ち位置ですが、先程ご説明したように限られた診療科しか開設されておられません。そして治療の「急性期」の部分だけを担っているのが当院の役割になります。医療の幅という意味においても時間軸においても大変限定された部分を担っているということで、私たちは自院のことを「専門型急性期病院」ととらえております。それゆえに、近隣の医療機関のご協力がないと当院の医療は成り立たないということで、連携というものを大変重要視しております。私たちだけでは生きていけないので、連携は当院にとって生命線であると考えています。

■新しい連携の形、「アライアンス連携」とは

新しい連携の形として、「アライアンス連携」についてご説明いたします。「アライアンス連携」というのは、質の高い継続医療を提供するために連携先と深い信頼関係を構築することです。なぜこのような連携を行っていこうと考えたかという部分について、データを用いてご説明します。

当院の入院患者さんの 2011 年度の実績ですが、1 万 3,697 人の患者さんのうち 27%にあたる 3,758 人の患者さんが転院をされています。その内訳を見ますと、実に 284 施設というたくさんの施設に転院されていることが分かります。もう少し詳細にデータを見ますと、転院患者さんのうちの半数の患者さんは 12 病院に転院していることが分かります。このようなことから私たちは、質の高い継続医療を提供するために、まずはこういう転院の多い医療機関との連携を強化していこうと考えました。

アライアンス病院に求める機能は 2 つございます。「タイプ A」は、状態の安定した軽症患者さんをお願いする機能です。当院に入院が必要でない患者さんや、または入院後短期（7 日以内）で転院を受け入れていただくような病院を「タイプ A」と呼んでおりまして、

この中には救急外来から直接転院をお願いするようなケースも含まれます。「タイプB」は急性期治療の終了後にも継続的にこれに準じる管理が必要な患者さんをお願いするような転院先です。

今回のテーマである長期急性期病床に求める機能について考えてみます。1つは、「ポスト・アキュート・ケア」という機能があります。これは、急性期病院の治療が終了した後、長期急性期病床で患者さんを受けていただくという機能です。もう1つが「サブ・アキュート・ケア」という機能で、急性期病院ほどの重装備な入院医療は必要でないけれども、介護施設や自宅などで急性増悪したような患者さんを受けていただける機能です。長期急性期病床には、これら2つの機能があるとイメージしております。

当院のアライアンスモデルで言うと、「ポスト・アキュート・ケア」は「タイプB」、そして「サブ・アキュート・ケア」は「タイプA」に該当するのではないかと考えております。「タイプA」では、いったん患者さんを受け入れて早めに転院をお願いするというところで、少し違いはありますが、アライアンスモデルに求める機能と長期急性期病床に求める機能というものを比較してみまして、当院のアライアンス連携の在り方というのが今後の長期急性期病床との連携の参考にしていただければと考えています。

■「アライアンス連携」をどのように進めたか

「アライアンス連携」について、実際の取り組みをご紹介します。先ほど、「質の高い継続医療を提供するために、まずは転院数の多い病院から連携を強化していきます」というお話をしましたが、深い信頼関係を構築するためにどういった事をしていくかが、これからの取り組みのお話になります。

アライアンスの基本的な考え方として、患者さんのやりとりが連携ではなく、患者さんのストーリーに責任を持つことが必要と考えておりますので、質の高い医療のための情報交換と教育の提供を行っております。

具体的に3つ、アライアンスの取り組みについてご紹介します。1つ目の取り組みは、診療技術支援です。当院での勉強会の開催や当院での技術教育など、当院で技術教育を行うもの。さらに一歩進んで、連携先に当院のスタッフを派遣して技術教育をするということまで、いろいろなパターンがあります。

2つ目の取り組みは連携会議の開催です。この連携会議では、転帰の報告やケーススタディーなどを行っています。患者さんのストーリーに責任を持つというお話をしましたが、

このような転帰報告を通して、当院から転院先への転院の時期が適切であったかどうかを検証しています。3つ目の取り組みは、当院での共同診療、回診への参加です。受け入れ先の先生方が事前に患者さんの状態を診ていただくことで、転院の受け入れがスムーズになるという効果があります。以上が大きな取り組みの枠組みです。

アライアンスの「Bタイプ」のモデルである平成とうや病院との連携を参考に、具体的な取り組みについてご紹介します。平成とうや病院の病床数は105床で、一般病棟(40床)、亜急性期病床(10床)、回復期リハビリテーション病棟(55床)などを持つ病院です。標榜科は、内科・呼吸器内科・循環器内科などで、ドクター6名で診療が行われています。

2011年4月から連携を開始しました。以前は、当院から少し離れた地域に斉藤病院がございましたが、こちらの病院が移転・名称変更という形で開設されましたので、その時点で当院に看護師さんの研修に来ていただいたり、どういう患者さんの受け入れが可能かという情報のやりとりをしておりました。

連携開始から3か月後の7月には、転帰報告をする情報交換会(現在のSHAPT懇話会)を開催しています。その後、アライアンス強化案を策定しまして、2012年4月には当院の副看護部長が平成とうや病院の看護部長として出向したり、臨床工学技士を技術支援という意味で平成とうや病院に派遣したりという形で連携が進んでおります。現在は、定期的にSHAPT懇話会を開催して情報交換を行っておりますが、私たちが考えるアライアンス連携の取り組みを実現できている病院だと思います。

連携会議の転帰報告では、当院から平成とうや病院に転院した患者さんの転帰の内訳を頂いております。特に注目しているのが、平成とうや病院から当院に再入院をした患者さんの数です。患者さんのストーリーに責任を持つという意味で、こういった数字の検証を行っています。転院調整において困難とされる人工呼吸器管理の症例についても、たくさん受けていただいています。特に心臓血管外科のオペ後の患者さんが多いのが特徴ですが、人工呼吸器の離脱率は100%になっております。こうした転帰の情報を頂くことで、私たちもどういう状態の患者さんであれば、転院の受け入れが可能かという判断ができますので、こうした情報交換が深い信頼関係の構築に結びついていると考えています。

アライアンス連携の効果ですが、当院・転院先双方の努力により、深い信頼関係の構築ができていると思います。それから、転院先に積極的に患者を受け入れていただくことで、地域の医療資源を有効に活用できているのではないかと考えています。こうした連携の在り方が今後、長期急性期病床との連携の在り方として参考になればと考えております。

■これからの連携とは

最後に、「これからの連携とは」というテーマでお話をさせていただきます。「連携」と言うと、「連携を強化しなければいけない」とか、「連携が重要である」ということはたくさんの方の所で今まで議論がされていたと思います。しかし、その一方でなかなか連携が進まないという実情もあるのではないのでしょうか。改めて連携の目的について確認してみたいと思います。

連携というのは、患者さんに適切な時期に適切な医療を提供することであり、地域で質の高い継続医療を提供することだと考えています。キーワードは、「地域」という部分と、「継続医療」という部分だと思います。アライアンスのお話の中にも出てきましたが、連携においてはやはり患者さんのやりとりが連携ではなく、そのストーリーに責任を持つことが必要という考え方が重要であると思います。

今後、急性期病院、そして長期急性期病床、その後をお願いする療養病床、在宅と、地域完結医療のネットワークができてくると思いますが、機能分化だけが進んでしまって医療の継続性が失われないように、連携の本来の目的というものに立ち返った取り組みが必要ではないかと考えております。そして、こういったネットワークの中で急性期病院は、急性期病院と転院先が上下関係にあるということではなく、ハブの中心としての役割を果たしていくべきだと考えています。

「ハブの中心としての役割を果たす」という意味で、これまでお話ししてきたような情報交換と教育の提供による信頼関係の構築が必要であると思っております。そういった取り組みは転院先をパートナーというふうにとらえ直すきっかけになるのではないのでしょうか。「顔の見える連携」ということも言われますが、私たちは一歩進んで、「実績とデータに基づいた連携」を行うことによって、深い信頼関係が構築できていると考えています。

本日、この会場には熊本市内の転院先の先生方も大勢お見えになっております。こうした先生方と協力しながら、また新しい連携の形を模索していきたいと考えております。こうした連携の在り方が今後の長期急性期病床の議論の参考になればいいと思っております。簡単ではございますが、アライアンス連携の取り組みについてご紹介させていただきました。ご清聴ありがとうございました。

(了)