患者サポートセンターの効果

佐久総合病院・佐久医療センター
西澤延宏

2022.5.29

本日の話

- 患者さんの立場から
- 医療スタッフの立場から
- クリニカルパスの推進
- 病床管理の面から
- 病院経営の面から
- 患者サポートセンターの充実
- これからの課題

患者満足度の高い早期退院

- きちんとした説明があり、入院前から不安に対して相談・対応できる体制
  （入院前から入院中・退院後をイメージできる）
- 多職種協働による十分なリスク管理
- 計画的な入退院
  ＝クリニカルパスの充実
- 地域の病院・介護施設との緊密な連携

「追い出された」とは言われない

85歳男性・独居
胃全摘術予定の患者さん

術後10日間すれば、退院可能
（急性期医療は終了）
でも食事量・体力は十分ではない。
↓
①自宅へ退院するなら、ケアマネと相談して、充実したサポート体制を組んでおく
②娘さんのところへしばらく同居
③地域包括ケア病棟のある病院へ転院　等

入院前に調整しておくことが重要

転院に向けての案内

<<QR^1^300>>

開心術　入退院支援室　依頼指示書　　<<DYTODAY>>

ID　<<PATIENTNO>>　　患者名　<<ORIBP KANJI>> 様　　担当医　<<INDICATESTAFF KANJINAME>>

入院日　　月　日(　)　時	予定入院期間＿＿＿＿日間
手術日　　月　日(　)　時　分・on call	NYHA(　　)度
病名※1（　　）	リハビリ科紹介(不要の場合は＝で消して下さい)
術式　（　　）	他科紹介　有　・　無（　　科）
術前面談　月　日(　)　時　分（　　)医師	
（外来　・　入退院支援室　・　病棟　）	術前からの口腔機能管理　無　・　有
Valve pointに登録　無　・　有	（　かかりつけ医　・　当院　・　どちらでも可　）
濃厚血小板　無　・　有　→＿＿単位	InBody　要　・　不要
認定看護師面談　あり　・　なし	ワーファリン服用時 Cpe前日 PT-INR採血　要　・　不要
治療経過の調査 説明・同意書取得(不要の場合は＝で消して下さい)	術後地域包括ケア病棟への転院の説明　可　・　不可
貧血基準値以下の場合 鉄剤内服　要　・　不要	集中治療室入室の有無　無　・　有（ICU・HCU）
【使用クリニカルパス】	

開心術（　前日入院　　2日前入院　　透析用前日入院　　透析用2日前入院　）

「予定どおりに転院できて
良かったですね」

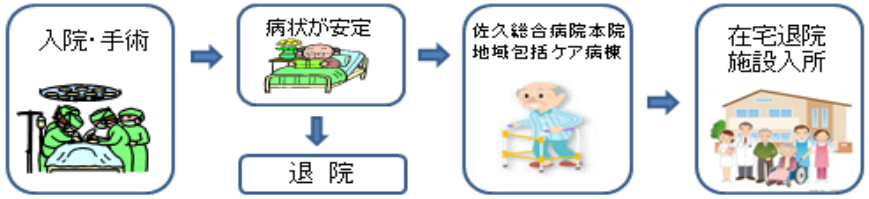
手術後の生活に不安がある方へ

地域包括ケア病棟のご案内

地域包括ケア病棟とは

急性期治療（手術直後や発症後早期の治療が必要とされる時期）を終了し、すぐに在宅や施設へ移行するには不安がある患者さんに対し、在宅復帰に向けた医療や看護、リハビリテーションを行うことを目的とした病棟で在宅や施設に復帰予定の方であれば対象となります。
佐久総合病院本院に転院となります。
退院の状態になりましたら退院となりますが入院日数は最大60日です。

佐久総合病院本院地域包括ケア病棟への転院のイメージ



入院費について

・地域包括ケア病棟に入院された場合、入院費の計算方法は一般病棟とは異なり「地域包括ケア病棟入院料」を算定いたします。
・「地域包括ケア病棟入院料」にはリハビリテーション料・投薬料・簡単な処置料・検査料・画像診断料が含まれます。
※病衣代・おむつ代・差額ベッド代など保険診療対象外のものの費用は含みません。

病床の状況によっては一般病棟に転院して頂く場合もあります。

ご希望の方は入院病棟または入退院支援室にご連絡下さい。
主治医と相談いたします。

佐久総合病院本院
佐久医療センター

医師から見た
患者サポートセンター

- 入院日と手術日を決めれば、入院指示やパス・検査のオーダー入力・手術の日程変更等の事務処理を全てやってくれる
- 内服薬の問題や検査値の異常などを教えてくれて、その後の対応もしてくれる
- 外部への問い合わせなど、患者さんのことで困ったら、行けば何とかしてくれる

↓

- 質の高い医療を提供でき、働きやすい病院

多くの医師の望む本当の働き方改革

<<QR^1^300
>>

胃手術　入退院支援室　依頼指示書

<<DYTODAY>>

ID　<<PATIENTNO>>　　患者名　<<ORIBP KANJI>> 様　　担当医　<<INDICATESTAFF KANJINAME>>

入院日　　月　　日（　）　時
手術日　　月　　日（　）　時　　分・on　call
病名※1（　　）
術式　（　　）
術前面談　　月　　日（　）　時　　分
（　外来　・入退院支援室　・　病棟　）
告知　済・未（　　）
呼吸訓練　　要・不要
術前からの口腔機能管理　　無　・　有
（　かかりつけ医　・　当院　・　どちらでも可　）
集中治療室入室の有無　無　・　有（ HCU ・ ICU ）
貧血基準値以下の場合　鉄剤内服　　要　・　不要
パス適応　　対象　・　対象外

予定入院期間＿＿＿＿日間
食事指定ある場合（　　）
治療経過の調査　説明・同意書取得
（不要の場合は＝で消して下さい）
他科紹介　　有　・　無（　　科　）
血糖測定指示　　する　・　しない
（　主治医入力　・　内科依頼　・　DA代行　）
DA代行の場合【　　】検　※4検まで
（ 測定のみ　・　SS-1　・　SS-2 ）
期間【　　～　　】
術後地域包括ケア病棟への転院の説明　　可　・　不可

【使用クリニカルパス　医療者用】　　胃切除術　・　胃局所切除術　・　審査腹腔鏡
【使用クリニカルパス　患者様用】　　幽門側胃切除術パス　・　胃全摘パス　・　審査腹腔鏡　・　一般説明

栄養食事

外来栄養食事指導　① 不要　・　要　※入院主病名以外に介入の場合（ 指導病名：＿＿＿＿＿＿＿＿ ）
② 低栄養基準・栄養指導基準に合致した場合に介入依頼（不要の場合は＝で消して下さい）
NST介入依頼（不要の場合は＝で消して下さい） 低栄養基準に合致した場合は介入を依頼する
入院時適正食事の変更（不要の場合は＝で消して下さい）
摂食機能療法介入依頼（不要の場合は＝で消して下さい） 嚥下状況問診・看護問診に合致した場合は介入を依頼する

検　査

□採血・検尿　（　　）（確認　　）
※胃局所切除術の場合　CEA・CA19-9・検尿　不要
Dダイマー 採血　不要　・　要（理由　　）
栄養指導「要」の場合　血液像追加
鉄剤内服「要」の場合　追加採血
□心電図　（　　）（　　）
□呼吸機能　（　　）（　　）
□胸・腹部X-P　（　　）（　　）
□便潜血　（　　）（　　）
陽性時TCS（ 有　・無 ）（　　）（　　）
□胸部CT（単純）　（　　）（　　）
□腹骨CT（造影+3D-CTAngio）（　　）（　　）
□上腹部超音波　（　　）（　　）

□上部消化管内視鏡（　　）（　　）
□抗凝固薬（　　）
続行・中止 → 期間　　／　　～　　／
□前投薬　スポラミン・グルカゴン・不要
生検　　有　・　無
□胃透視　（　　）（　　）
□前投薬　スポラミン・グルカゴン・不要
□バリウム　・ガストロ
□
□
□
□歯科パントモ　（　　Dr　　）
歯科受診日　　月　　日（　）　時　　分

常用薬の確認（持参薬管理室）（事前に分かっている場合は記入して下さい）
★抗凝固薬・抗血小板薬の内服　有　・　無　有の場合　休薬（ 要　・　不要 ）
★糖尿病薬の内服　有　・　無　有の場合　休薬（ 要　・　不要 ）

入院日、手術日術式、面談日、入院期間、他科紹介など指示の記載

適応クリニカルパスを指示

食事・栄養に関する項目を指示

必要な検査にチェック

ある外科医の本音

- 手術前の準備・管理は嫌い
  特に様々な書類や診断書は大嫌い

- 手術は好き

- 手術後の管理は、あまり好きではないけど、絶対きちんとやらなければいけない

手術だけやらせてくれないかな
術後管理はきちんとやるからさ

外科医の負担軽減

外科医が本来業務と考えている事

- 手術適応と術式の決定
- 手術前の説明
- 手術
- 術後管理
- 外来（紹介患者・術後患者中心）

それ以外の業務負担の軽減が必要
（時間短縮は必ずしも希望していない）

麻酔科医の負担軽減

- 術前の既往歴・内服薬などの情報収集・リスク管理は、かなりの負担

↓

- 情報収集は患者サポートセンターで対応
- あらかじめ手術・麻酔リスクを知り、必要に応じて、追加検査等が可能

↓

- 本来の麻酔業務と麻酔の説明に専念

医師間の連携の改善

- 外科チーム内の情報共有
  手術予定の患者さんの状態のチーム全体での把握
- 外科医と麻酔科医
  ・本来は、対等のパートナー
  ・麻酔科医は納得して安全に麻酔をかけられる（不本意な麻酔業務がない）
- 外科医と内科医
  血糖管理や腎機能・呼吸機能低下などのリスクを術前から把握して一緒に管理

医師のタスクシフト（業務の代替）

- 医師に業務が集中することを避けて、可能な範囲で業務を多職種にシフトさせる
- 医師は、本来業務に専念する
  ⇒労働時間短縮

- 医療専門職がそれぞれの視点で患者を診て判断し、介入することで、医療の質を高める

タスクシフトの3つの「ふ」

- 不安・・「やったことがない」
- 負担・・「ただでさえ忙しいのに」
- 不満・・「なぜ、私が」

教育体制・責任体制の整備

シフトするときには、業務の見直し・標準化が必要

モチベーションが上がるようにしないと長続きしない

医師のタスクシフト

- 特定看護師による業務代行
- 薬剤師による代行処方・処方提案
- 管理栄養士による食事変更・食事提案
- セラピストによる処方提案
- 医師事務作業補助者による代行入力
  （診断書・サマリー・検査入力など）

一番機能しているのは、医師事務作業補助者
⇒タスクシフトの主役

医師事務作業補助者の業務

Ⅰ、文書作成
（各種診断書、指示書、意見書の記載）

Ⅱ、診療録の代行入力←生産性向上に最も有効
（診療録の記載、オーダリング業務）

Ⅲ、医療の質の向上に資する事務作業
（データ整理、ガン登録、会議準備）

Ⅳ、行政上の業務
（各種システムへの入力等）

佐久総合病院でのＤＡの業務

- できるだけ、現場(特に外来）で業務を行う
- 医療チームの一員として仕事をする
- 医師の負担軽減と共に、業務の効率化・経営面での貢献を視野に入れる

ＤＡの外来への重点配置

- 外来は医師が対応し、時間管理が重要
- 外来は事務量が多く、定型業務が多い
- 医師の負担感が強い（特に外科系）
- 午前の外来が延長すると午後の手術・検査の開始時間が遅くなる

ＤＡの配置による外来業務効率化は
患者サービスになると共に
院内業務全体の効率化へ

外来における看護師とＤＡ

- 看護師
  - 処置（皮膚科など）
  - 処置の介助
  - 患者さんの精神的ケア
  - 外来全体のマネジメント
- ＤＡ
  - 次回予約、検査予約
  - 検査説明
  - 各種書類対応

両者が協力して、外来を効率よく進める

ＤＡの外来業務

- 入院前準備・手術前準備等の業務は、患者サポートセンターへ集約
- 外来予約センター設置・診断書窓口設置などの業務見直しにより、医師の業務補助はかなりの部分が看護師でなくともＤＡで可能
- ＤＡは、午後などの空いた時間に、書類作成などの業務を行う

↓

外来看護師数の削減

医師は最も間違いが多い職種

- 医師が最初に全ての指示を出してオーダー入力すると、その後の確認が難しい

↓

- 医師がオーダー入力をせずに、他の職種が入力したものを確認・承認する方が、効率性・生産性・安全性が高い

具体的な会話１の①

「先生が昨日手術を決めた、〇〇さんの血糖が高いので、HbA1Cを出したら、××でかなり高かったです。術前、早めに内科で、診ておいてもらったほうがいいと思います。」

「そうですね」

「では、内科の〇〇先生の外来を予約して紹介状を出しておきます。かかりつけの先生にも問い合わせの手紙を出しておきます。

結果がそろったら、また、連絡します。」

「よろしく、お願いします」

具体的な会話１の②

「内科の〇〇先生に診ていただいたら、手術5日前から入院して血糖管理をした方がいいとのことです。術前・術後は糖尿病グループで管理してくれるそうです。手術日は変更しないで、入院日を変更します。

患者さんとご家族にこちらで連絡しますが、よろしいですね。オーダー変更はやっておきます。」

「よろしくお願いします」

具体的な会話２

「先生が〇月〇日に手術を予定した△△さんですが、麻酔科のデータ診察で、心電図の変化があるので、心エコーとホルター心電図も術前にやっておいて欲しいそうです。こちらで患者さんへ連絡をとって日程調整して、オーダーしておきます。結果が出たら、先生と麻酔科の先生に相談します。」

「よろしく、お願いします。」

具体的な会話３

「先生が手術を決めた〇〇さんの術前の胸部レントゲンのレポートで右肺の異常影を指摘されていますが、呼吸器内科へ紹介しますね。」

病棟看護師の負担軽減

- 病棟看護師が本来業務に安心して安全に専念できる体制整備
  （予定入院だけなら通常に帰れる）

↓

- より多くの入院患者を受け入れながら、勤務が厳しくなりすぎない
  （＝時間外勤務の減少）
- 新人教育の充実

↓

看護の質の向上・離職の減少

医療スタッフにとっての利点

- 医師は、事務業務が減り、本来業務に専念できる
- 外来・病棟看護師は、事務業務が減り、患者のケアに使う時間が増える
- 薬剤師・管理栄養士・MSW・医師事務作業補助者は、専門性が発揮できる
- 他の職種に相談がしやすい
- マネジメント不足による事故・インシデントが減少する

効率性・安全性・生産性の向上

安心で安全な医療

- 安心・・主観的
  - ・早期からの介入
  - ・親切で、納得のいく説明
  - ・相談しやすく、丁寧な対応
- 安全・・客観的
  - ・事前の様々なリスクの把握・対応
  - ・医師のみで対応をしない

医師個人に頼らないチーム医療体制構築
（他の職種が自律的に動けるようにする）

自立と自律

- 自立
  ・自分だけで物事を行える
- 自律
  ・自ら考え、行動し、課題に向かって前に進む

医師の指示を待つのではなく、
自ら考えて各職種の専門性を発揮する

医療安全面からのＰＦＭ

- 入院前からのリスク管理・対応
- 標準化の推進
  - ・クリニカルパスの普及
- 多職種連携によるダブルチェック
  - ・抗凝固薬・抗血小板薬等の止薬
  - ・読影レポート・検査データの確認
  - ・指示入力の代行入力・確認

手術・検査の安全は、テクニカルスキルも大事だが、ノンテクニカルスキルも大事

クリニカルパスの充実

医師レベル
↓
チームレベル
↓
病院レベル
↓
地域レベル（地域連携パス）

← 各々の現場での努力

← 病院全体での努力
（フォーマットの統一
・中央管理）

どこでも誰でも使えるような標準化された
パスが必要

パス専任看護師の配置

- 現場のスタッフは忙しい
- 現場のスタッフについては素人
- 他部門と調整してのパス作成は難しい
- ＤＰＣへの対応は、面倒くさい

↓

パス作成・管理・標準化を行うプロが必要

↓

パス専任看護師の配置

（2006年4月より）

診療情報管理課と一緒にいて情報交換

佐久総合病院のパス運用の原則

- 中央管理
- フォーマット・用語の統一
- 医師別は認めない
- 誰でもわかる記載
  - ・医療従事者用は、無関係の看護師がチェック
  - ・患者用は事務職員がチェック

クリニカルパス担当看護師の活動

１、院内パスの一元管理・標準化（コスト分析）

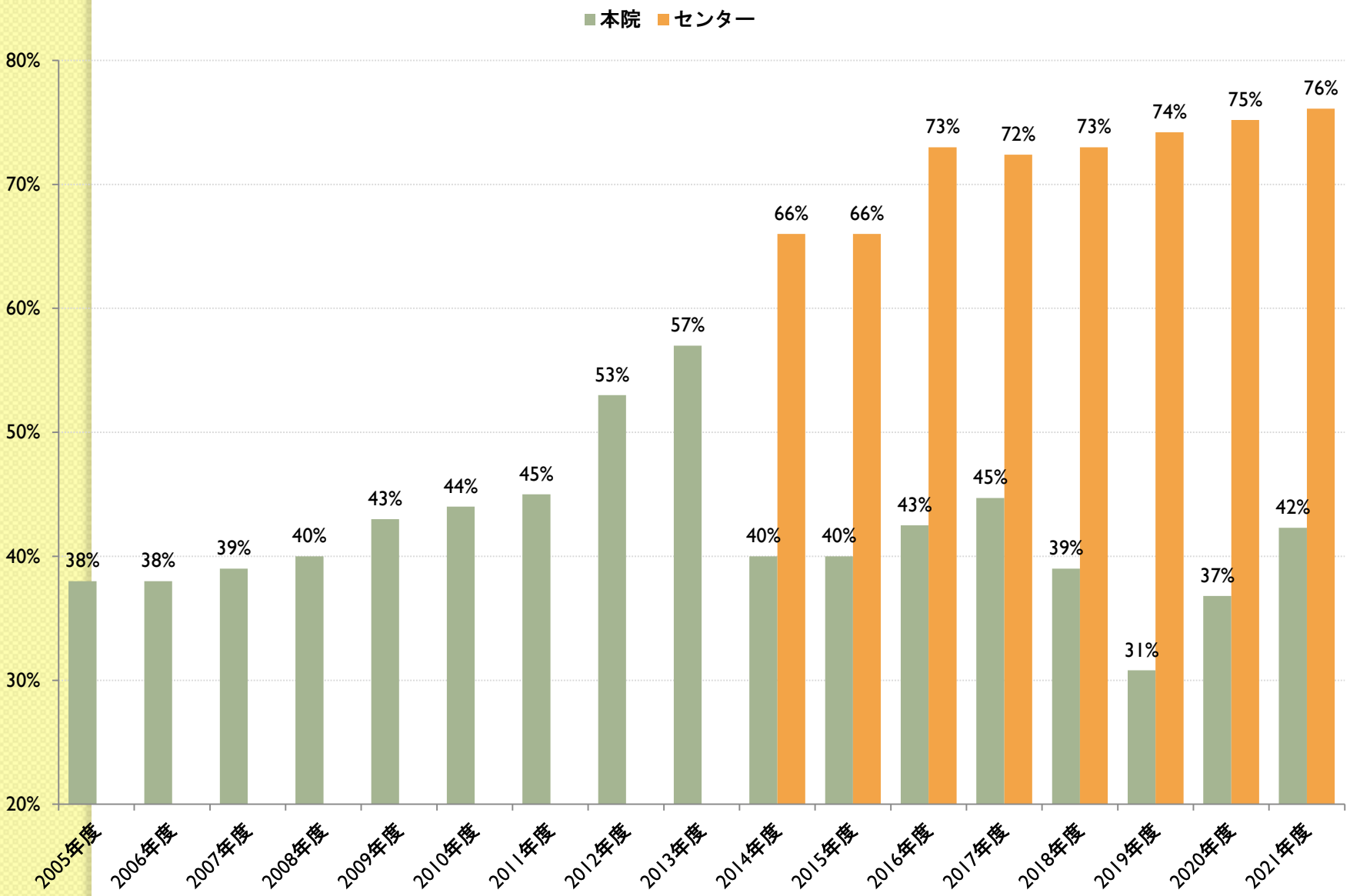
２、使用パスについての情報公開

３、新規パス作成、パス改定の
　　コーディネイト（パスに関する相談窓口）
４、院内パス委員会の運営・教育

５、DPCデータなどの看護部への伝達

６、地域連携パス作成・転院前説明

佐久総合病院・佐久医療センター施設別
クリニカルパス使用率グラフ　2005～2021年度



パス使用がなぜ進んだのか

@医師・看護師の意識の変化

パスは当初「個別性がない」などの理由から使用はごくわずかの疾患に限られていた

↓

患者サポートセンターの設置・担当スタッフの努力により、パスを使用することで、入院・手術がスムーズに行われることとなり、現場の負担軽減になった

「楽にならなきゃパスじゃない」

↓

今やパスはほとんどの疾患で当然使用するもの

今後の急性期病院の病床管理

- 平均在院日数の短縮
- 新入院患者数の増加
- 病状に応じた病床を選択する必要性
- 病床は経営上も重要な医療資源

↓

- 病床の適切で効率的な有効利用

↓

- 医療の質を担保した病床の混合利用

病床の混合利用の推進

- 中央管理
- 看護部による管理
- 各科の定床は決めない
- 業務の標準化
- クリニカルパスの充実
- ＰＦＭの導入(入院の準備が済んでいる）
- 病棟での1日の受け入れ数を決めない
- 翌日の入院予約を緊急入院不可の理由にしない

佐久医療センターでの病床の混合利用

- クリニカルパスの充実
- 入院前に病歴聴取・術前管理・指示が終了
- 麻酔科診察・指示が前日夕方には終了
- 持参薬の対応終了
- 手術当日の術前処置がほとんどない
- 午前の手術室入室は看護師1人で歩行入室
- 各科の定床はない

↓

術前患者は何曜日でもどの病棟でも入院可能
どの病棟の看護師でも手術室入室対応可能
午後入院が多くても病棟は通常に対応できる

朝９:００の病床管理会議の様子

病床管理は看護部の仕事
＝医師に病床を捜させない
＝医師は病棟を選ばない

ＰＦＭ導入による病床の利用

- 予定入院患者は、ＰＦＭを使って、安全に効率的に治療する
- 緊急入院患者は、ＰＦＭでできた余力を使って、皆で対応する

↓

より多くの患者さんに質の高い医療を
無理なく、効率的に提供できる

患者さん・現場スタッフ・病院経営者
皆にメリットがある

ＰＦＭ導入は経営対策になりうる

- 患者満足度の上昇につながり、病院のブランド力が上昇
- 新入院患者数の増加・手術件数の増加が期待でき、対応可能
- 医師の満足度上昇と病院への高い評価
（よく働く医師にもっと働いてもらう）
- 病棟看護師の業務負担軽減
- 各職種の離職の減少

人を増やすには経営上の成果が必須

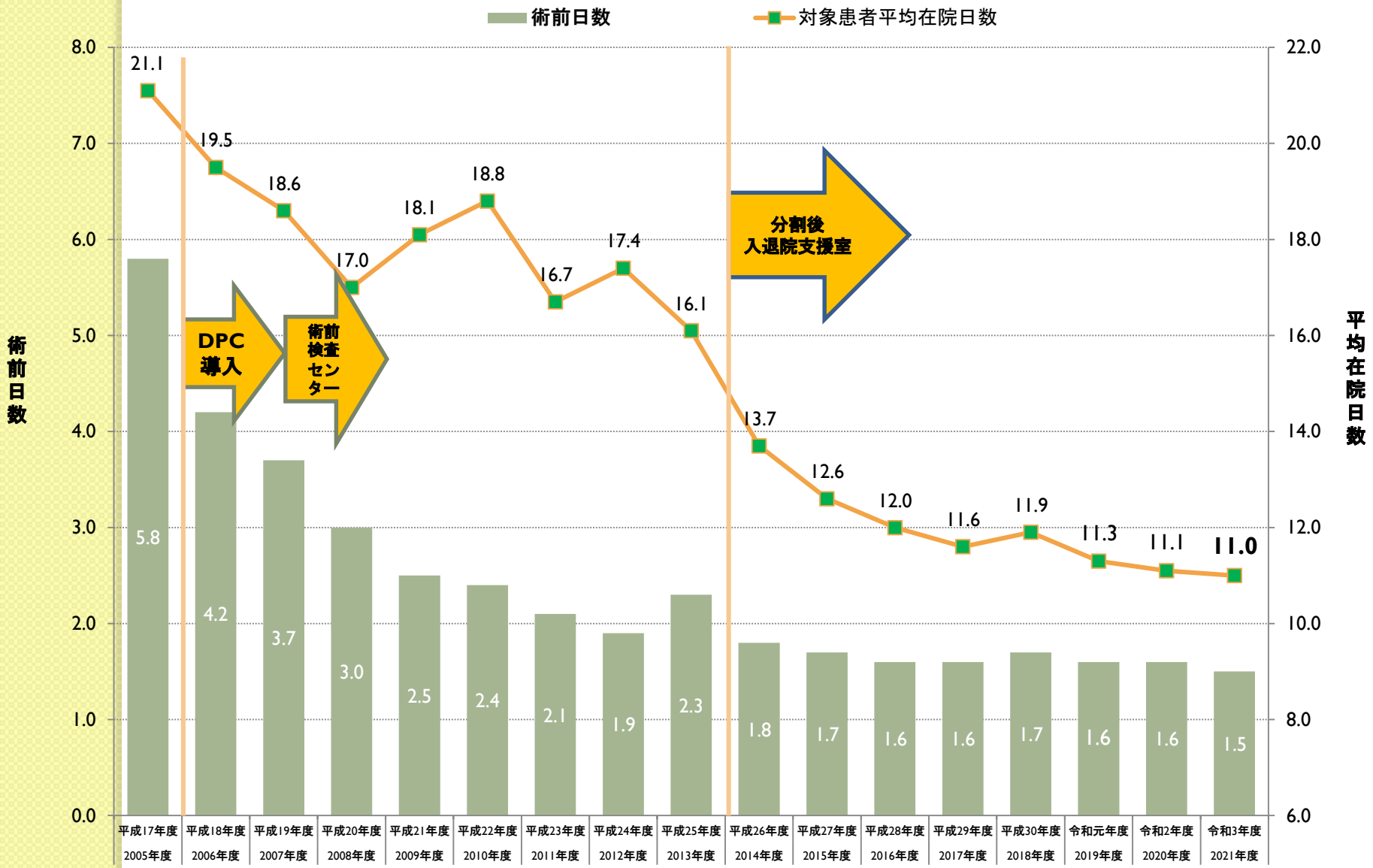
患者サポートセンターの経営効果

- 術前中止薬内服・術前検査不足などによる手術中止の減少
- 平均在院日数の短縮（特に術前日数）
  →効率性上昇（機能評価係数Ⅱ増加）
- 入院後の術前検査の減少
- 持参薬使用の徹底によるコスト削減
- 病棟看護師の時間外手当の減少
- 入院時・入退院支援加算の算定
- 日曜日の予定入院が容易
  →日曜日入院・月曜日手術の増加
- 病床の混合利用の推進

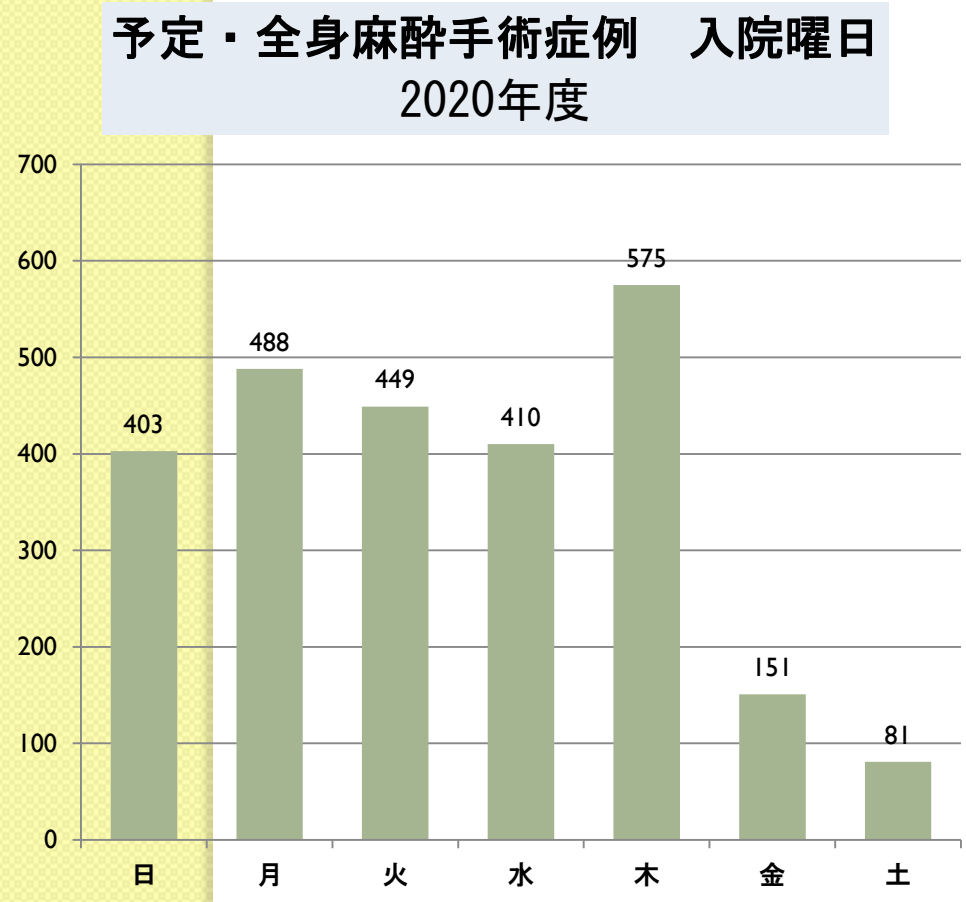
術前日数の短縮

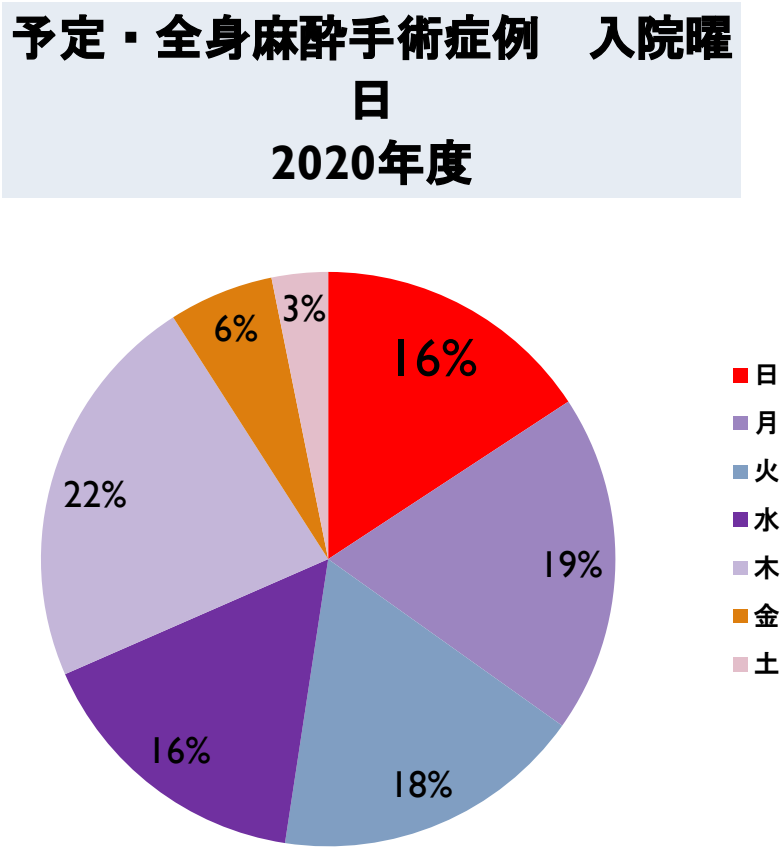
- 全身麻酔の手術・・前日・当日入院が原則
- 全身麻酔以外の手術・検査
  ・・当日入院の手術・検査が原則
  ↓
- 患者サービス
  （長い術前入院日数を喜ぶ患者はいない）
- 重症度、医療・看護必要度の上昇
  （術前患者は重症度・看護必要度が低い）
- 術前入院期間が長いと術後感染が増加する

予定入院・全身麻酔手術施行者　術前日数・平均在院日数

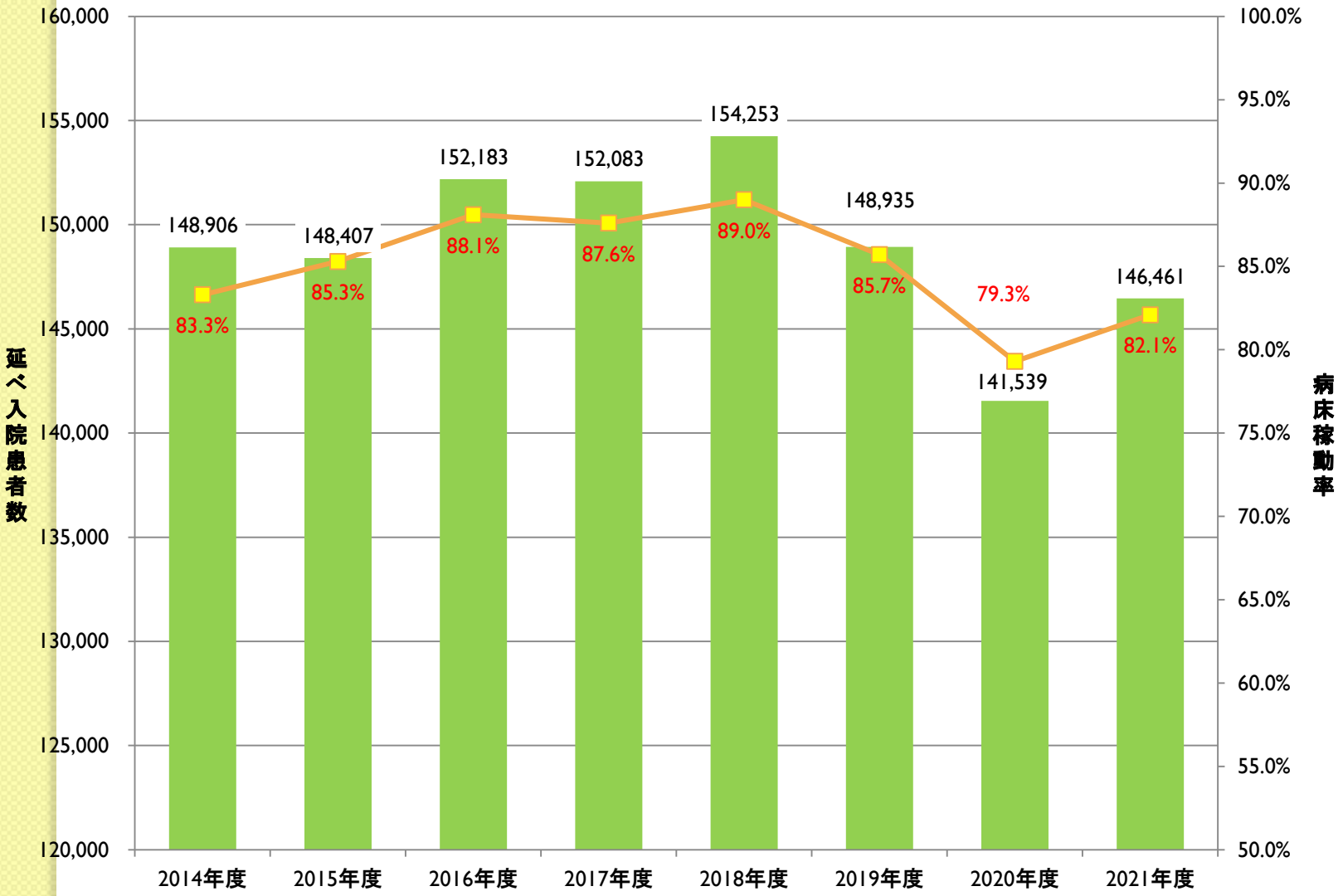


予定入院・全麻手術患者　入院曜日分析



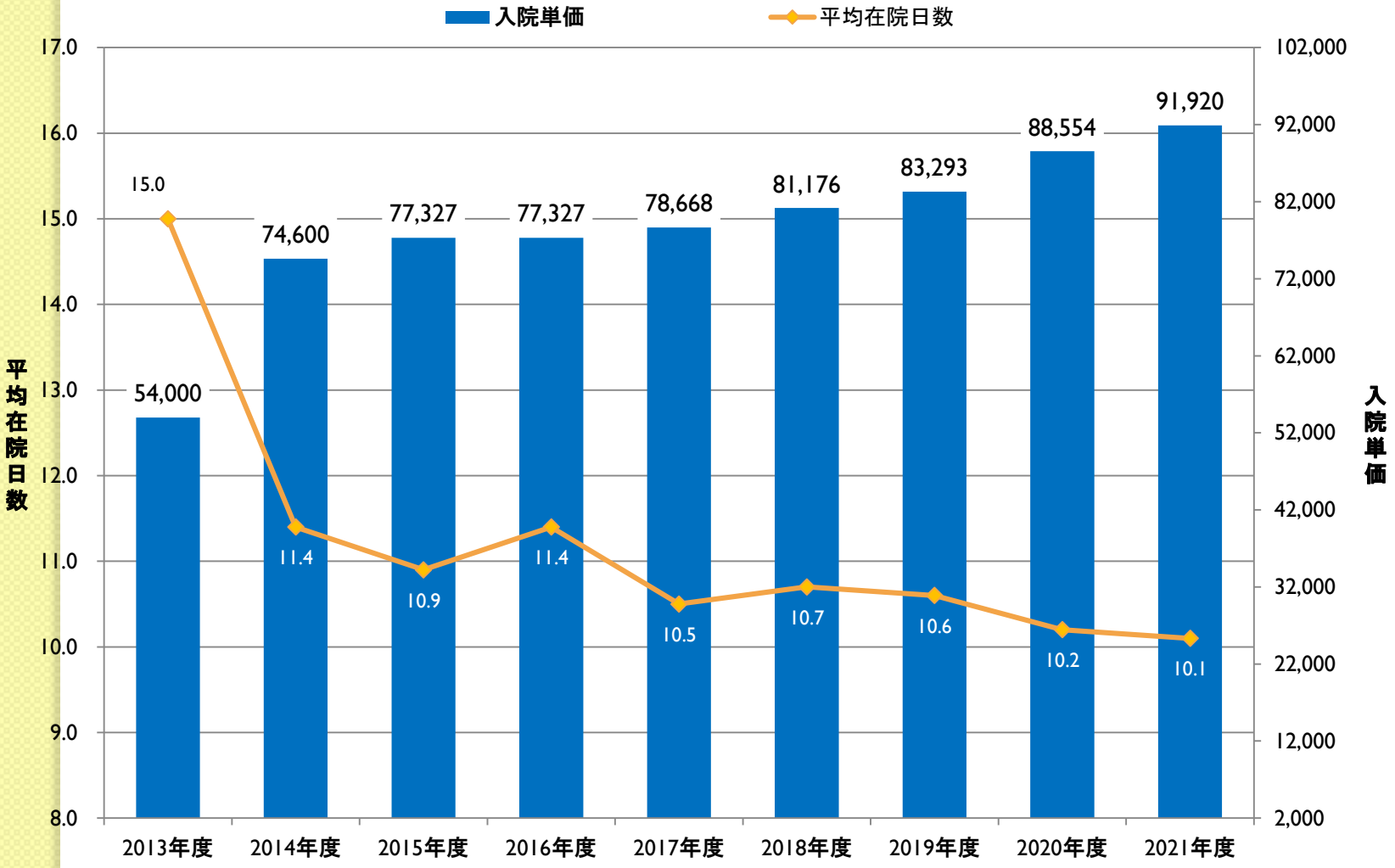


延入院患者数と病床利用率　センター

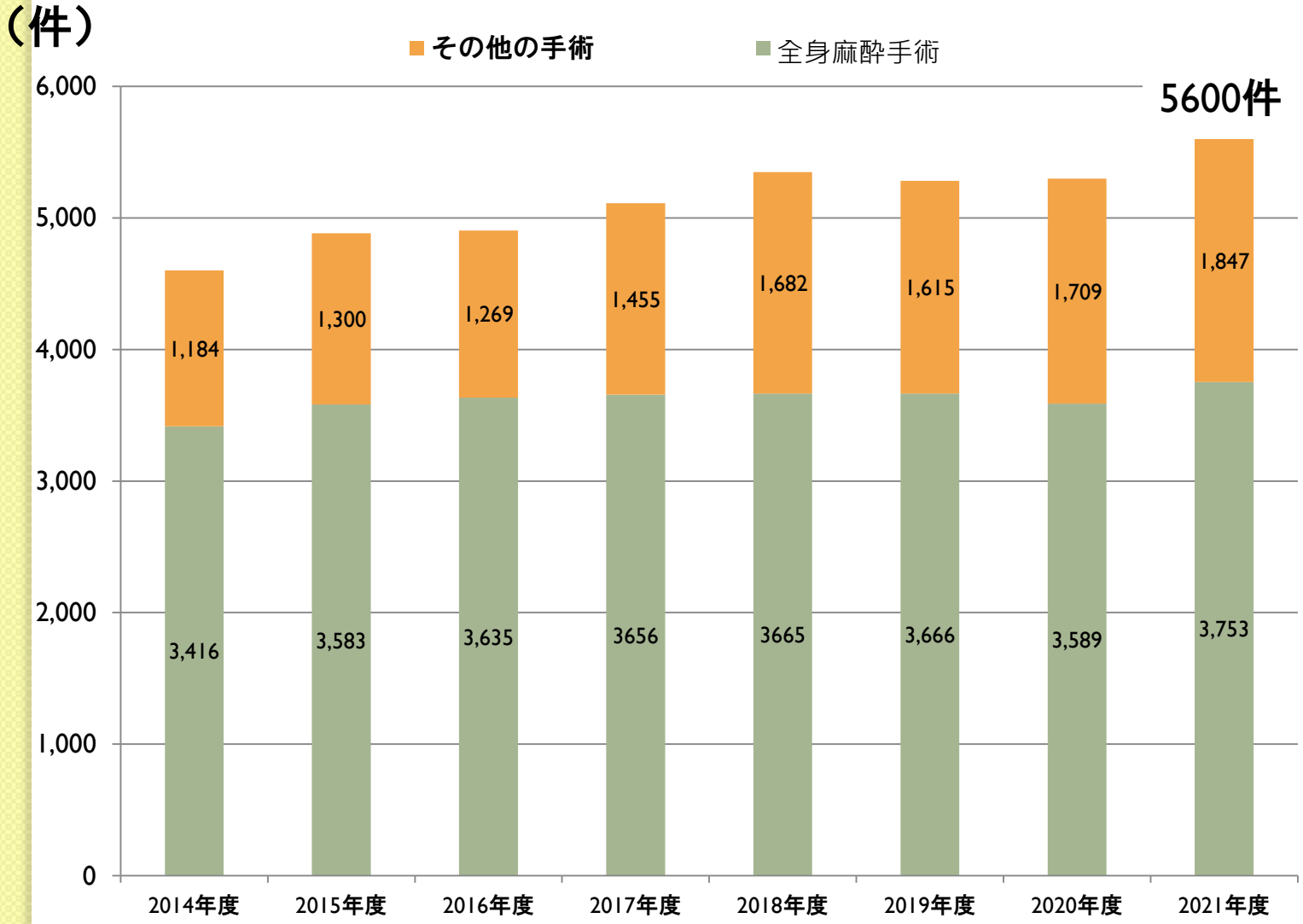


病床利用率　＝　0時患者延べ患者数　÷　病床数

平均在院日数と入院単価　センター



手術件数　　センター


（件）
その他の手術
全身麻酔手術
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
5600件
1,184
1,300
1,269
1,455
1,682
1,615
1,709
1,847
3,416
3,583
3,635
3656
3665
3,666
3,589
3,753
2014年度
2015年度
2016年度
2017年度
2018年度
2019年度
2020年度
2021年度

患者サポートセンター対応の条件

- クリニカルパスへの協力
  （クリニカルパス専任看護師の助力）
  ・パス化できる病態は、パスを作成する
  ・医師別は認めない
  ・用語・フォーマットの統一

- 標準化への協力

標準化プロジェクト（2008年～）

- 術前検査の標準化（検査内容の統一）
- 手術前投薬・術前剃毛の廃止
- 眠剤・下剤・浣腸の標準化
- 術前感染症採血の対応の標準化
- eGFRの算出により24時間クリクレの廃止
- 予防的抗菌薬投与の標準化
- 周術期肺塞栓症予防スクリーニングの標準化
- 呼吸訓練の標準化（訓練器具・指導方法）
- 手術安全チェックリストの作成

新規疾患導入時が最も重要

- クリニカルパスの見直しのチャンス
- 標準化の推進のチャンス
- 皆で意思統一するチャンス
- 多職種連携推進のチャンス
- コスト削減するチャンス

↓

- 病院を変えるチャンス

新規疾患の導入

- 関連部署との会議
- 主治医、担当科が患者サポートセンターでの対応に同意し情報共有

　　＝クリニカルパスの作成・標準化

- 診療情報管理科によるデータ分析・提案
- 患者サポートセンター依頼指示書の作成
- 連携パスでの導入は連携室が調整
- 手順書の作成
- 学習会開催・手術見学

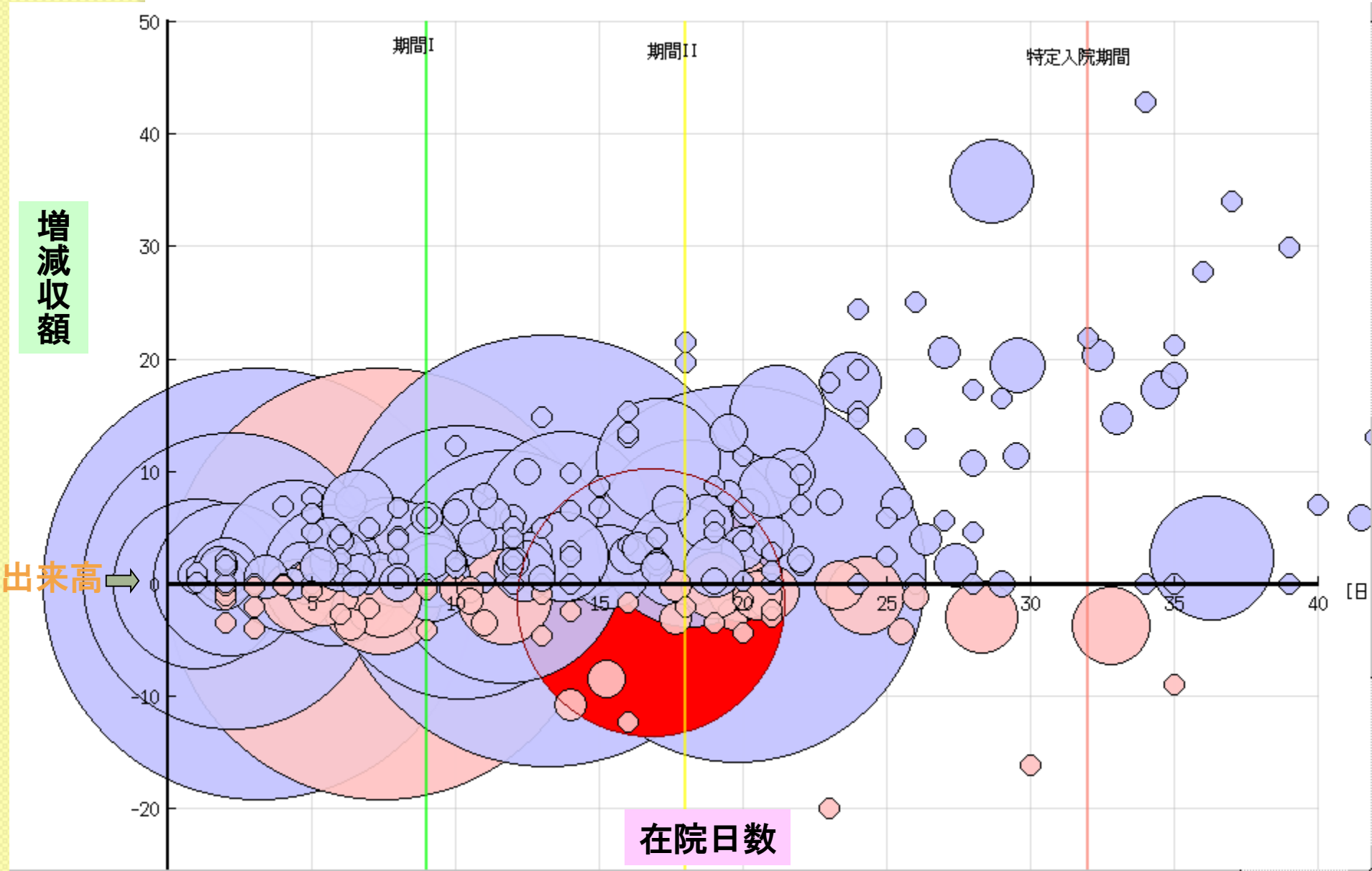
外科 大腸癌 結腸切除術
DPCデ－タ分析

対象期間2009.04-2009.11

2010.01.13

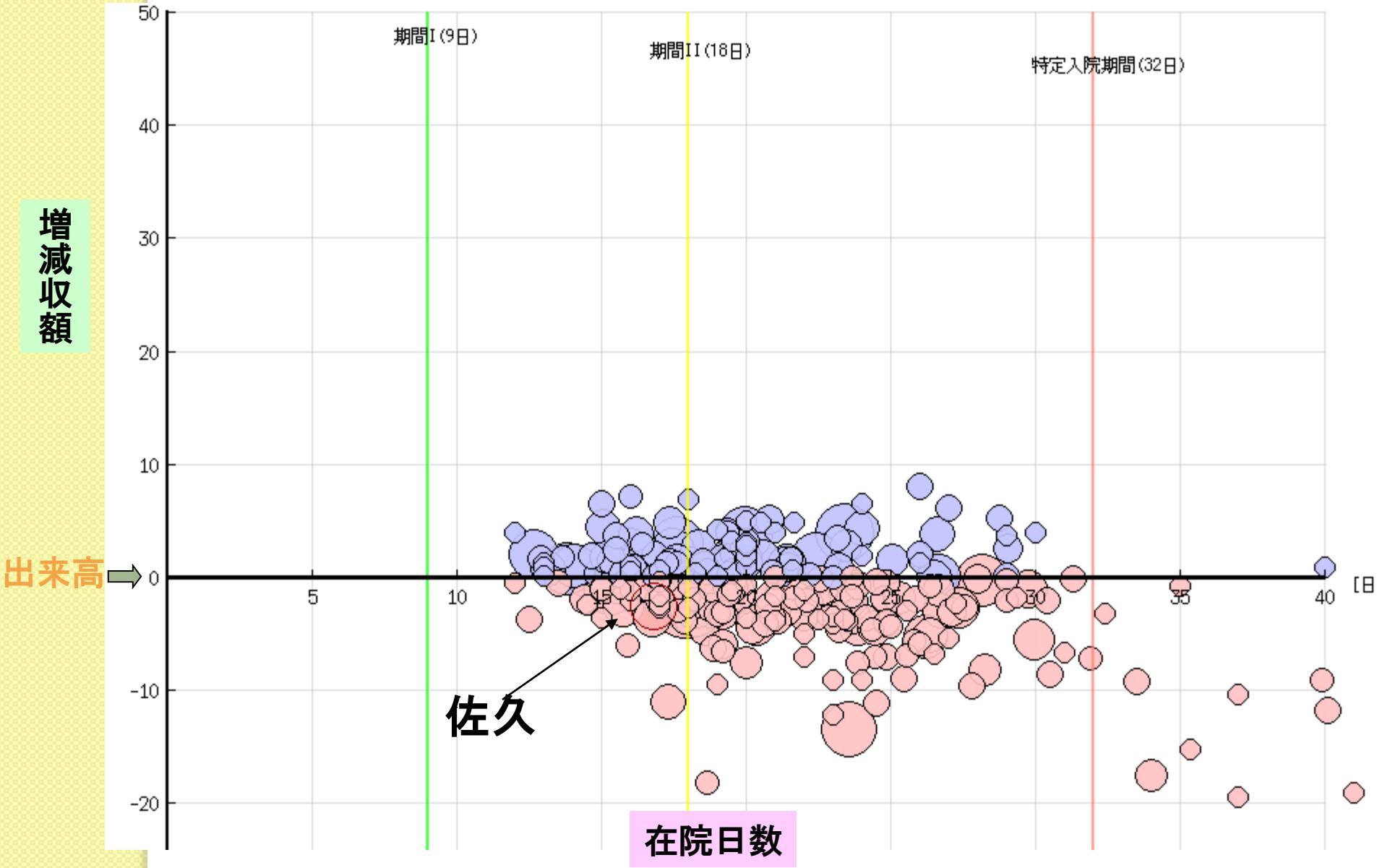
EVEより外科 全症例バブルチャート比較 対象期間2009.04-2009.11

大腸癌 結腸切除術



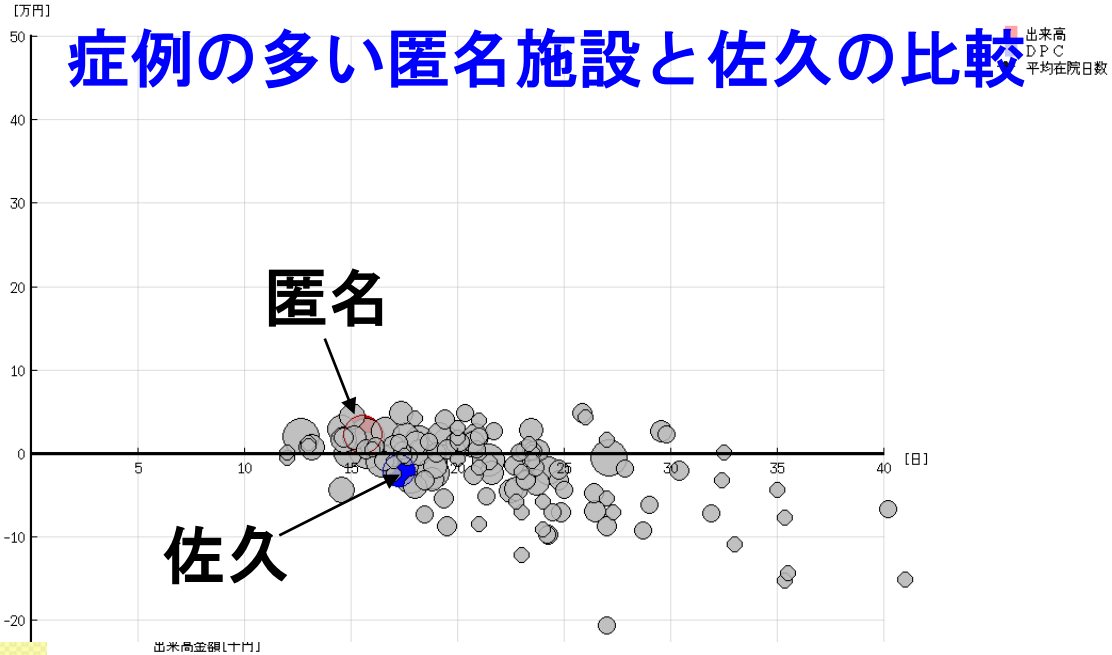
EVEより

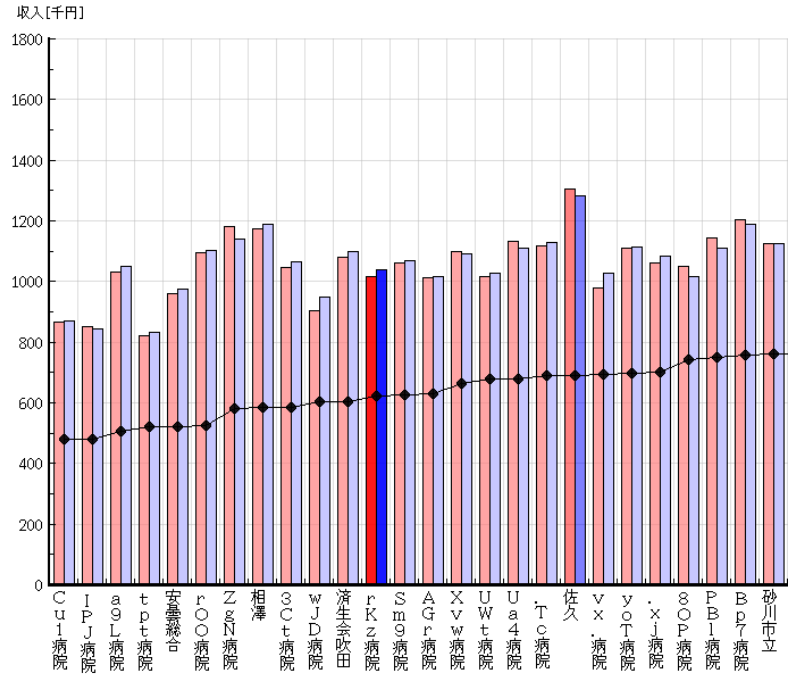
大腸癌 結腸切除術 ベンチマーク
対象期間2009.04-2009.11

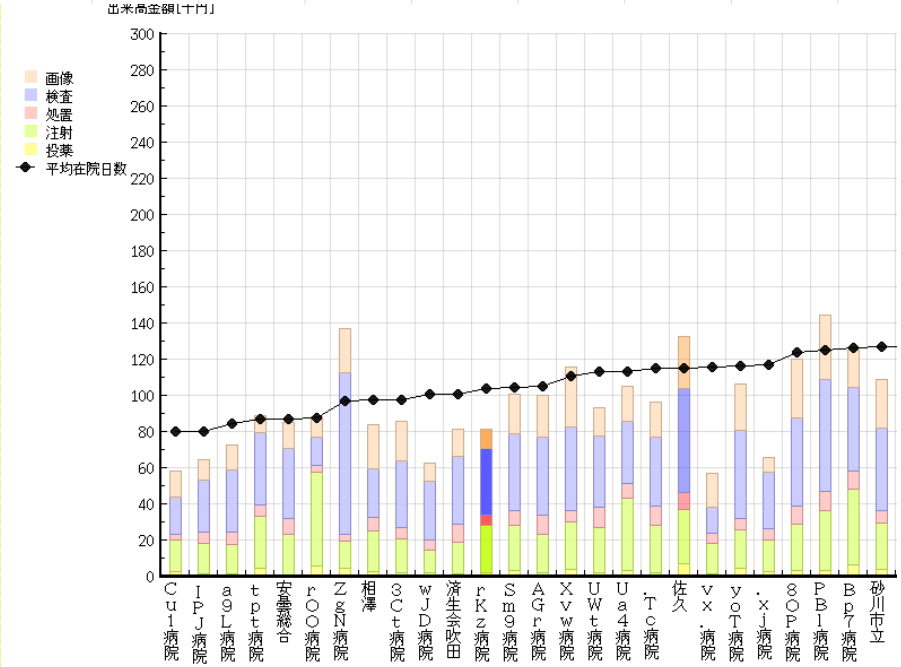


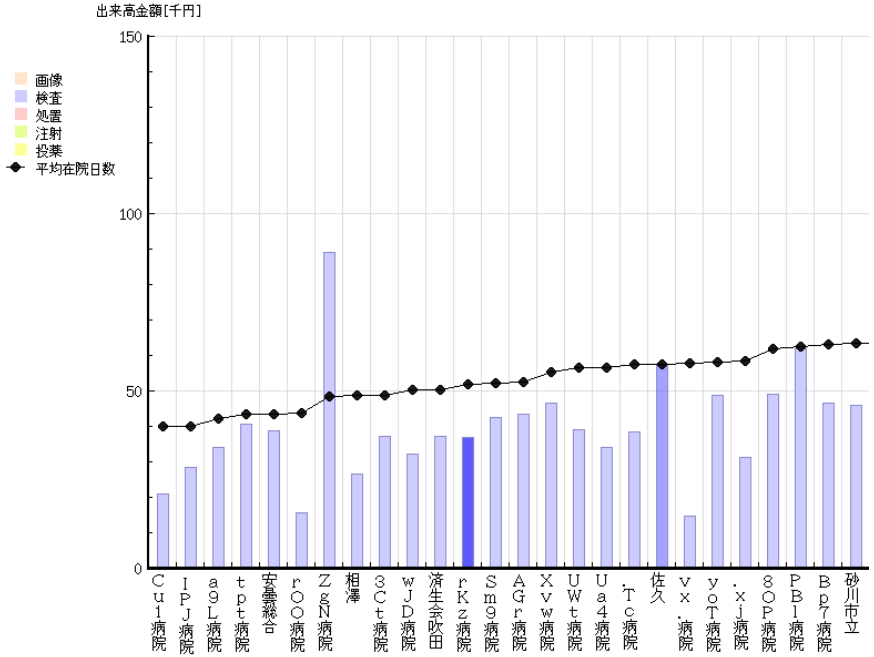
EVE-ASPより

症例の多い匿名施設と佐久の比較

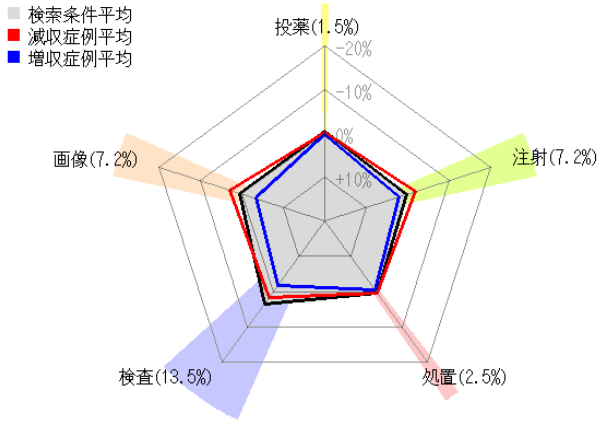








EVEより 大腸癌 結腸切除術 その他処置・手術なし DPC包括44件
対象期間2009.04-2009.11

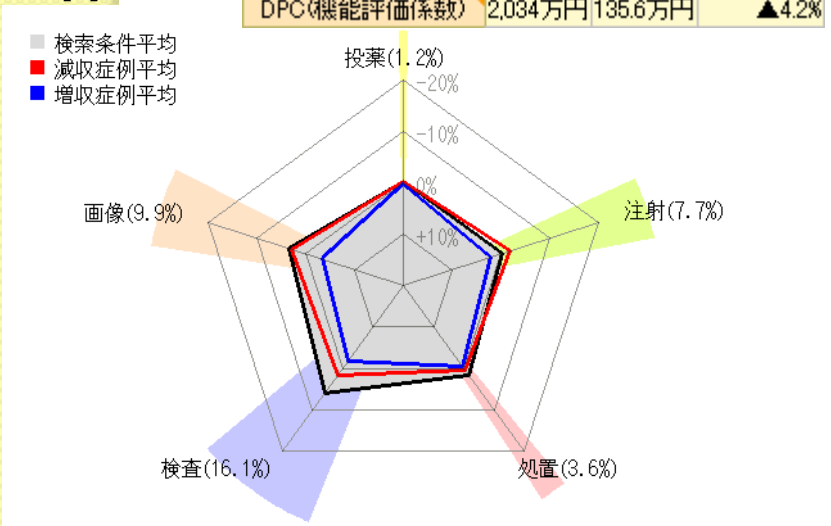


	件数	割合
症例数	44件	-
緊急入院	15件	34.1%
手術	44件	100.0%
死亡	0件	0.0%

	合計	平均	出来高との差
出来高	5,760万円	130.9万円	-
DPC(係数なし)	5,458万円	124.0万円	▲5.2%
DPC(医療機関別係数)	5,686万円	129.2万円	▲1.3%
DPC(機能評価係数)	5,648万円	128.4万円	▲1.9%

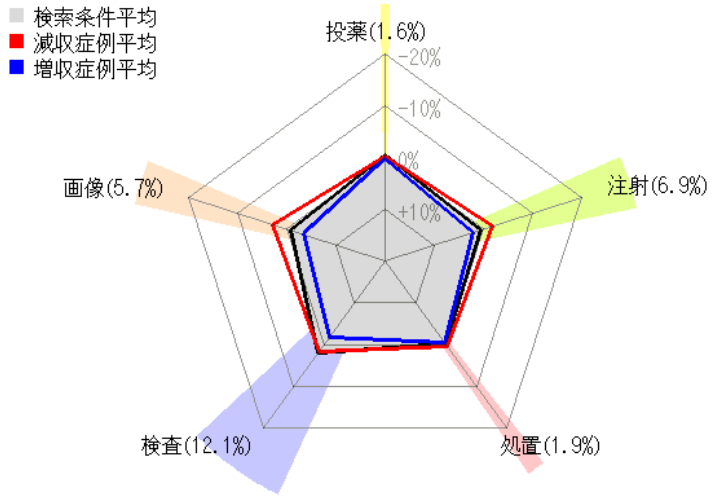
緊急入院 15件

	合計	平均	出来高との差
出来高	2,124万円	141.6万円	-
DPC(係数なし)	1,967万円	131.1万円	▲7.4%
DPC(医療機関別係数)	2,047万円	136.5万円	▲3.6%
DPC(機能評価係数)	2,034万円	135.6万円	▲4.2%



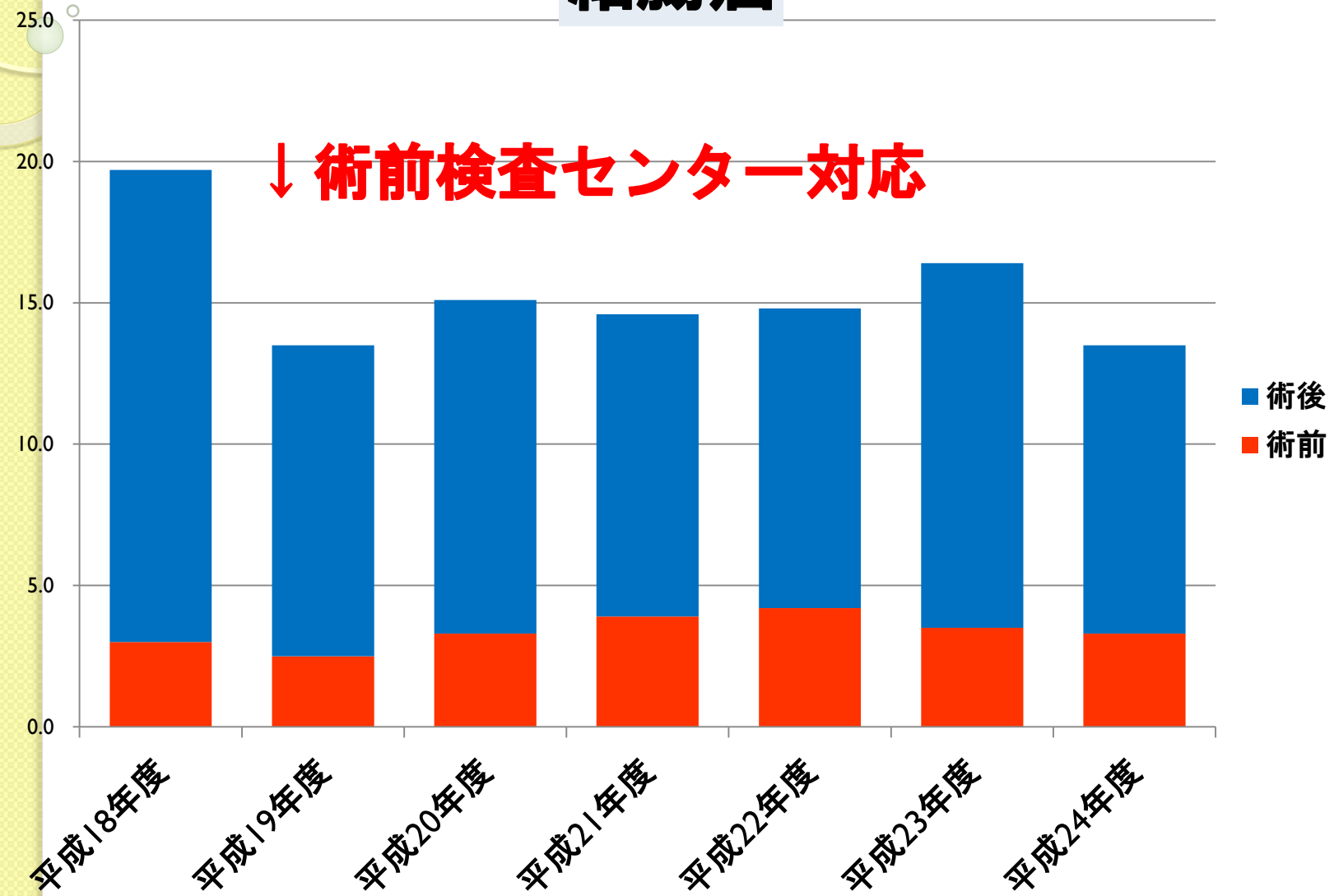
予定入院 29件

	合計	平均	出来高との差
出来高	3,636万円	125.4万円	-
DPC(係数なし)	3,491万円	120.4万円	▲4.0%
DPC(医療機関別係数)	3,639万円	125.5万円	+0.1%
DPC(機能評価係数)	3,614万円	124.6万円	▲0.6%

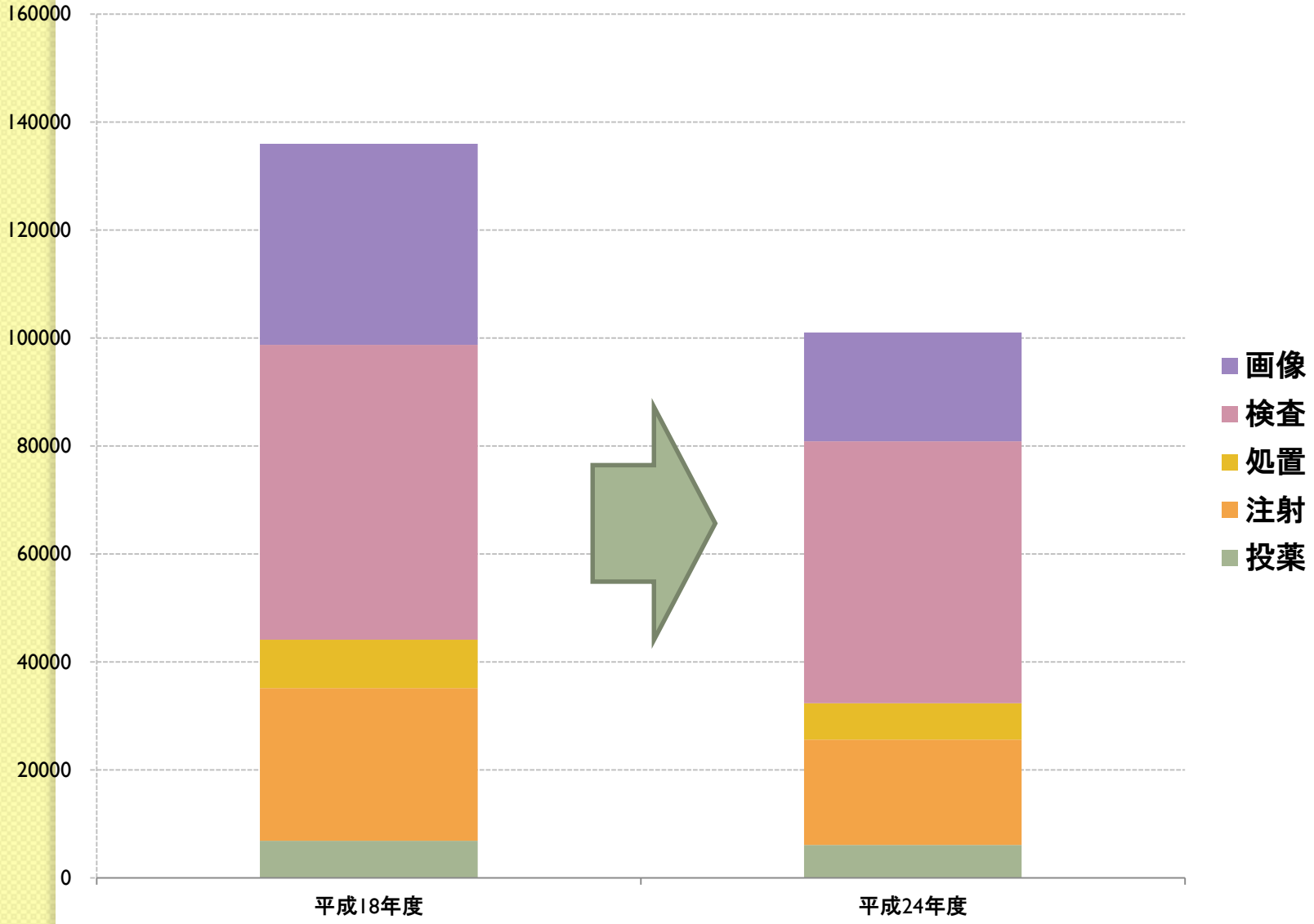


予定入院手術患者　術前・術後日数動向

結腸癌



結腸癌　結腸切除術　処置等1・2なし　平均包括金額



患者サポートセンターの立ち上げの失敗から

- 人件費増などで経営的に見合わないとのことで、反対された
- 看護部だけでやろうとしたが、医師の協力が得られなかった。
- 薬剤部や栄養科の協力が得られなかった
- 労働組合・検査部門が反対した
- 一気に進めようとして担当者が疲弊してしまった

患者サポートセンターの充実のために

- 病院全体としての取り組みとする
  （院長・看護部長・事務長の理解）
- 医師をリーダーとする
- 一気にやろうとしない
  （やりやすいところから）
- 経営的視点を入れる
- 労働組合・検査部門の理解を得る
- 大事なのは、ハードではなく、ハート

働き方改革に皆の目が向いている今がチャンス

働き方改革への対応

- 医師の労働時間短縮計画を立てて、実行し、その上で、成果を上げる必要性

↓

- 他のスタッフの業務・考え方を見直し、効率性・生産性を上げる

院内のマネジメント改革で

なくてはならない

ＰＦＭへの取り組みはその第一歩になる

７５歳以上の高齢者医療

- 重症でなくても入院が必要なことが多い
- 多くの疾患と愁訴を抱えた要支援・要介護の医療需要が増加する
- 生活支援が必要となることが多く、退院困難患者になりやすい

↓

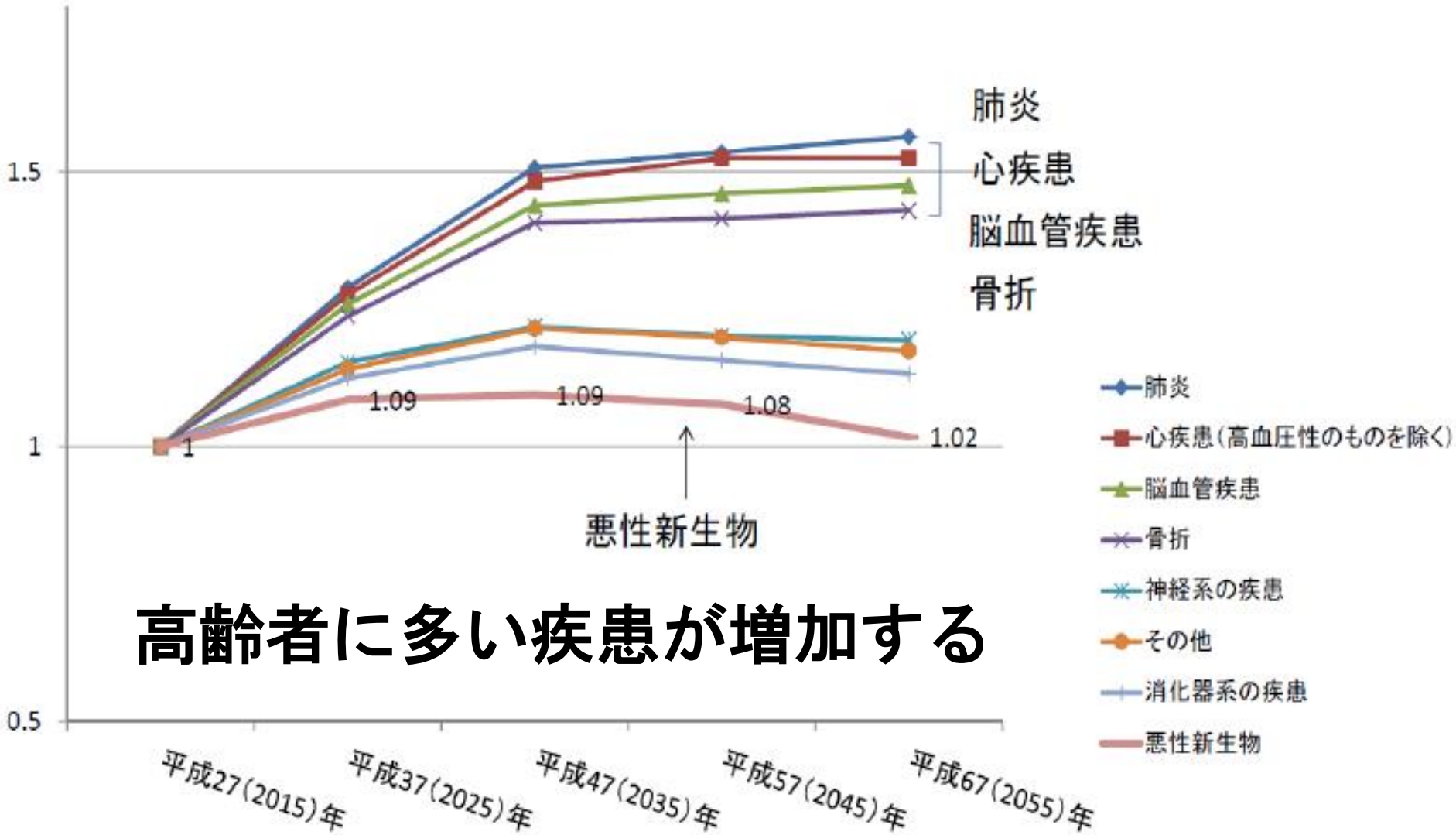
- 全体の病態や患者の生活を総合的に考慮した医療目標を設定して対処する必要

↓

- 従来型の治療中心の急性期医療では対応しきれない（各科専門医での対応は難しい）

入院医療ニーズの将来予想

（参考）入院患者の将来推計　2015年を１とした場合の増加率



高齢者に多い疾患が増加する

今後、増加する疾患への対応

- 高齢になるほど増加し介護度の高い人に多い
- 日常生活への対応で、ある程度は、リスクを減らすことが出来る
- 救急の受診・救急搬送が必要になることが多く、そのまま、入院になることも多い
- 完全に治らないことが多く、ＡＤＬが低下して、退院時に生活支援が必要なことが多い
- 地域の他の医療機関・介護施設・ケアマネとの緊密な連携

2014年～　佐久地域における「入退院支援ルール」

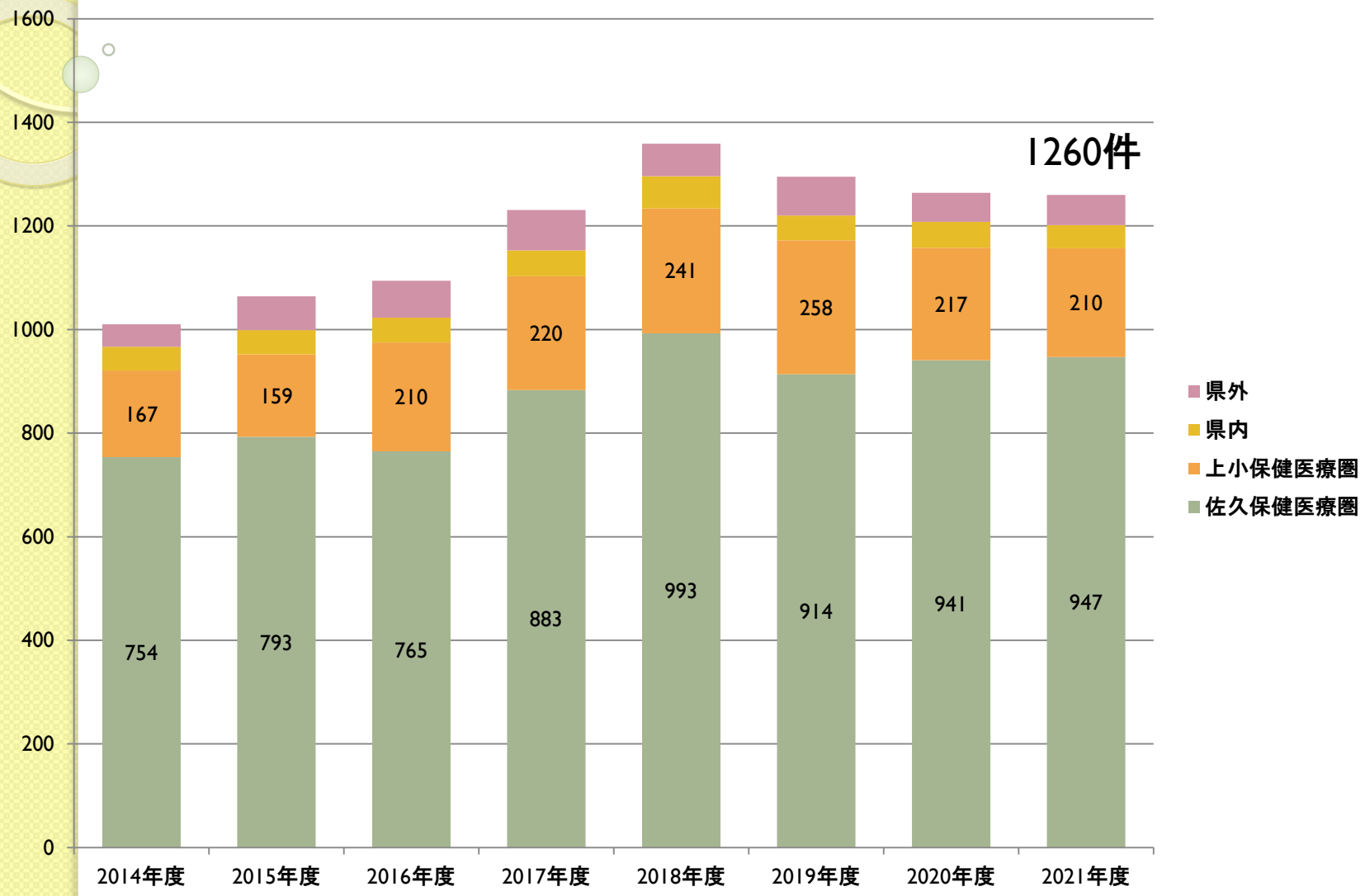
・介護保険サービス利用者が入院する場合やした場合、家族が速やかに担当ケアマネに伝える

・ケアマネは情報提供を持参又は郵送（3日以内）

・退院のめどがつき次第、病院からケアマネへ連絡し調整会議を行う

・病院は看護サマリーを準備し、ケアマネへ渡す

佐久医療センター　転院先集計



ポストコロナの病院

- コロナ後＋少子高齢化の進展で、典型的な急性期の入院患者数は、さらに減少していく
  （急性期のみで経営できる病院は少数）
- 生活支援などの「支える医療」ニーズの増加
  ↓
- 院内多職種・地域の他の医療機関や介護施設と連携しながら、病院・地域を守る必要性
  ＝地域全体での入退院支援の強化へ

参考資料

井上貴裕編著　ロギカ書房
　成功する病院経営　P226-242　2017年
　病院経営28のソリューション　P315ー328　2021年
病院羅針盤　2019年9月15日
　　医師事務作業補助者の配置が生産性向上を後押し
　　医師事務作業補助者による医師の生産性向上に向けて
病院　2019年11月1日発行　第78巻　11号
　　入退院支援室から考えるこれからの患者ー病院関係
　　PFM導入の効果
病院設備　2020年1月　VOL62　No１
　　PFM導入による地域包括ケアへの取り組み

E-MAIL;nishizawa.nobuhiro@sakuhp.or.jp

参考資料（WEB)

週刊医学界新聞（医学書院）　ＷＥＢ　バックナンバー

2018年7月16日号

働き方を改革し、最善の医療を提供する病院経営

ＰＦＭ導入の鍵は何か

2017年8月7日

医師・看護師・医師事務作業補助者の連携による

業務効率化の最前線

HOSPITAL　VIEW　2020　VOL41

PFM体制の構築で進めるこれからの急性期病院の経営改善

最後に

これからの急性期病院においては、

患者サポートセンター等のＰＦＭを導入して、
　多職種連携を図り、

医療の質の向上を図りながら、
　効率化を進めて経営を守ると共に
　現場スタッフの負担軽減を進めていく
　　ことが必要です。

皆で頑張りましょう