



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

2023.5.28

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

<<QR1300>> 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	術前からの口腔機能管理	無 ・ 有
(外来 ・ 入退院支援室 ・ 病棟)		(かかりつけ医 ・ 当院 ・ どちらでも可)	
Valve pointに登録	無 ・ 有	InBody	要 ・ 不要
濃厚血小板	無 ・ 有 → ____単位	ラ・ソックス服用時	____日前日・InBody採血 要 ・ 不要
認定看護師面談	あり ・ なし	術後地域包括ケア病棟への転院の説明	可 ・ 不可
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)		集中治療室入室の有無	無 ・ 有 (ICU・ICU)
貧血基準値以下の場合 鉄剤内服	要 ・ 不要		
【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)			

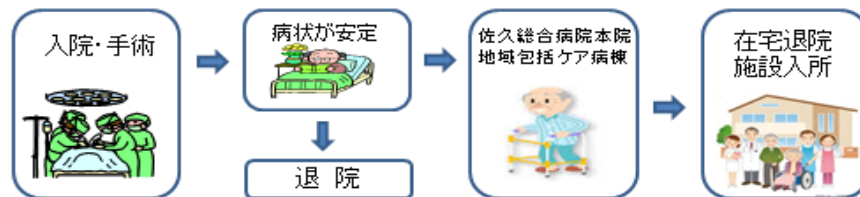
手術後の生活に不安がある方へ

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

「予定どおりに転院できて
良かったですね」

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、行けば適切に対応してくれる



- 本来業務に専念でき、労働時間が短い

多くの医師の望む本当の働き方改革

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	予定入院期間 _____ 日間																										
手術日 月 日() 時 分・on call	食事指定ある場合()																										
病名※1 ()	治療経過の調査 説明・同意書取得																										
術式 ()	(不要の場合は=で消して下さい)																										
術前面談 月 日() 時 分	他科紹介 有 ・ 無 (科)																										
(外来 ・ 入退院支援室 ・ 病棟)																											
告知 済 ・ 未 ()	血糖測定指示 する ・ しない																										
呼吸訓練 要 ・ 不要	(主治医入力 ・ 内科依頼 ・ DA代行)																										
術前からの口腔機能管理 無 ・ 有	DA代行の場合 【 】 検 ※4検まで																										
(かかりつけ医 ・ 当院 ・ どちらでも可)	(測定のみ ・ SS-1 ・ SS-2)																										
集中治療室入室の有無 無 ・ 有 (HCU ・ ICU)	期間 【 ~ 】																										
貧血基準値以下の場合 鉄剤内服 要 ・ 不要	術後地域包括ケア病棟への転院の説明 可 ・ 不可																										
パス適応 対象 ・ 対象外																											
【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	<table><tr><td>☐採血・検尿 () (確認)</td><td>☐上部消化管内視鏡 () ()</td></tr><tr><td>※胃局所切除術の場合 CEA・CA19-9・検尿 不要</td><td>☐抗凝固薬 ()</td></tr><tr><td>Dダイマー 採血 不要 ・ 要 (理由)</td><td>続行・中止 → 期間 / ~ /</td></tr><tr><td>栄養指導「要」の場合 血液像追加</td><td>☐前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要</td></tr><tr><td>鉄剤内服「要」の場合 追加採血</td><td>生検 有 ・ 無</td></tr><tr><td>☐心電図 () ()</td><td>☐胃透視 () ()</td></tr><tr><td>☐呼吸機能 () ()</td><td>☐前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要</td></tr><tr><td>☐胸・腹部X-P () ()</td><td>☐バリウム ・ ガストロ</td></tr><tr><td>☐便潜血 () ()</td><td>☐</td></tr><tr><td>陽性時TCS (有 ・ 無) () ()</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐胸部CT(単純) () ()</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐腹骨CT(造影+3D-CTAngio) () ()</td><td>☐歯科パントモ (Dr)</td></tr><tr><td>☐上腹部超音波 () ()</td><td>歯科受診日 月 日 () 時 分</td></tr></table>	☐ 採血・検尿 () (確認)	☐ 上部消化管内視鏡 () ()	※胃局所切除術の場合 CEA・CA19-9・検尿 不要	☐ 抗凝固薬 ()	Dダイマー 採血 不要 ・ 要 (理由)	続行・中止 → 期間 / ~ /	栄養指導「要」の場合 血液像追加	☐ 前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要	鉄剤内服「要」の場合 追加採血	生検 有 ・ 無	☐ 心電図 () ()	☐ 胃透視 () ()	☐ 呼吸機能 () ()	☐ 前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要	☐ 胸・腹部X-P () ()	☐ バリウム ・ ガストロ	☐ 便潜血 () ()	☐	陽性時TCS (有 ・ 無) () ()	☐	☐ 胸部CT(単純) () ()	☐	☐ 腹骨CT(造影+3D-CTAngio) () ()	☐ 歯科パントモ (Dr)	☐ 上腹部超音波 () ()	歯科受診日 月 日 () 時 分
☐ 採血・検尿 () (確認)	☐ 上部消化管内視鏡 () ()																										
※胃局所切除術の場合 CEA・CA19-9・検尿 不要	☐ 抗凝固薬 ()																										
Dダイマー 採血 不要 ・ 要 (理由)	続行・中止 → 期間 / ~ /																										
栄養指導「要」の場合 血液像追加	☐ 前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要																										
鉄剤内服「要」の場合 追加採血	生検 有 ・ 無																										
☐ 心電図 () ()	☐ 胃透視 () ()																										
☐ 呼吸機能 () ()	☐ 前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要																										
☐ 胸・腹部X-P () ()	☐ バリウム ・ ガストロ																										
☐ 便潜血 () ()	☐																										
陽性時TCS (有 ・ 無) () ()	☐																										
☐ 胸部CT(単純) () ()	☐																										
☐ 腹骨CT(造影+3D-CTAngio) () ()	☐ 歯科パントモ (Dr)																										
☐ 上腹部超音波 () ()	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

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

標準化なくして、タスクシフトなし

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D A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

佐久医療センターのD A

- ◆許可病床数 450床
 - ◆医師事務作業補助体制加算Ⅰ 15 : 1
 - ◆医療秘書課に所属
 - ◆配置数 32名
 - 外来系 26名
 - 患者サポートセンター 5名
 - 病棟 1名
- 3年以上経験者が25名
(内、10年以上経験者が10名)
- @外来看護師は、26名

D A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

**D A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D A

- **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

- **D A**

- 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

「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、必要な検査をして、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。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。

患者さんに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」

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

患者サポートセンターの利点

- 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が、専門性を発揮でき、様々な視点から、積極的に介入できる
- マネジメント不足によるインシデントが激減する

**個人の医師に頼らないチーム医療体制
→ 医師の負担軽減と各職種の働きがい**

医療安全全面からのPFM

- ◆入院前からのリスク管理・対応
- ◆標準化の推進
 - ・クリニカルパスの充実
- ◆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 of 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
- D P C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

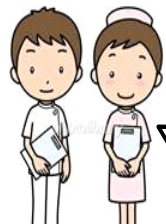
- 中央管理
- フォーマット・用語の統一
- 医師別は認めない
- 誰でもわかる記載
 - 医療従事者用は、無関係の看護師がチェック
 - 患者用は事務職員がチェック

腓体尾部切除術を受ける患者様へ

様

主治医

看護師

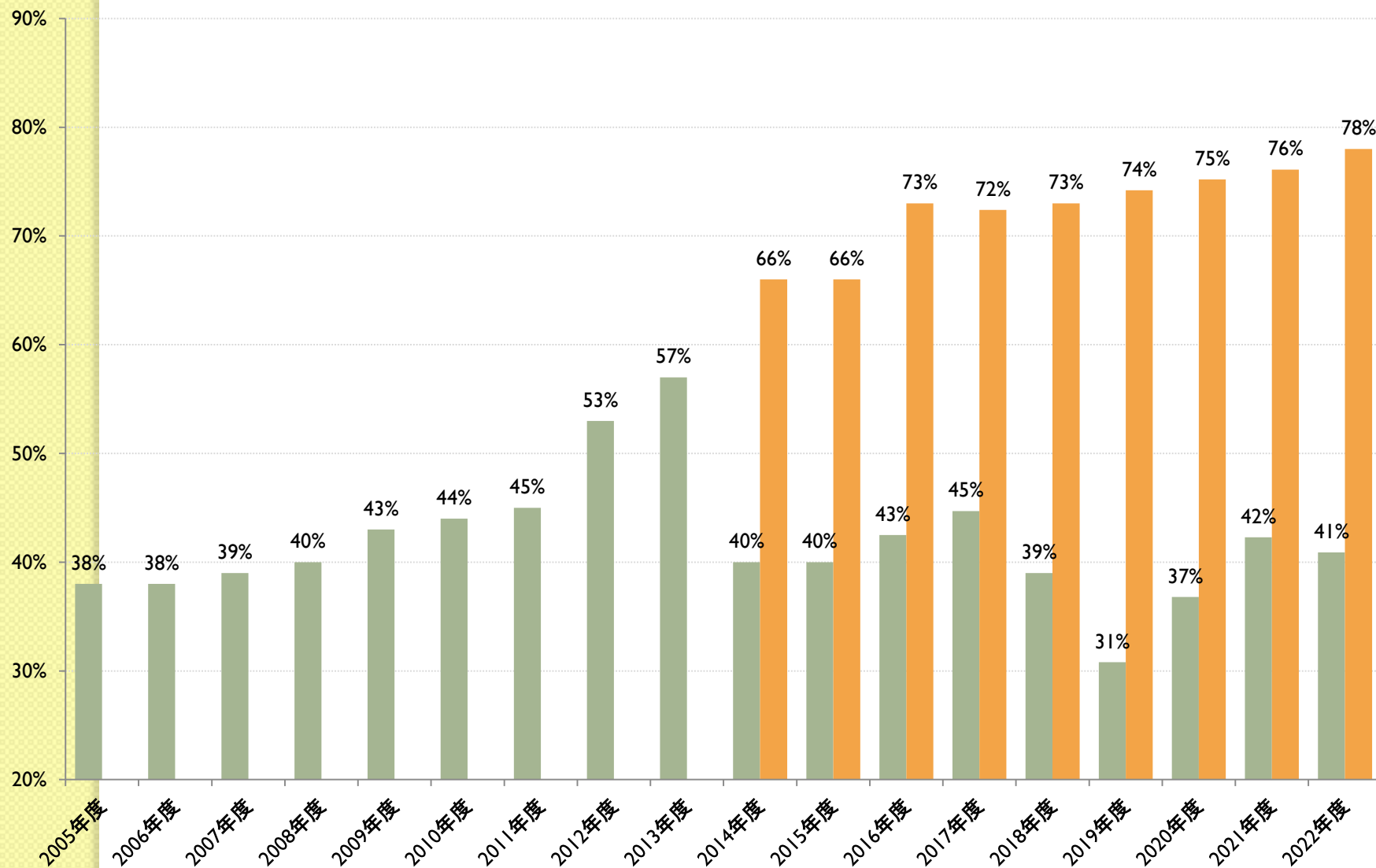
	入院まで	入院 (/)	手術前日 (/)	手術当日 (手術前)(/)	手術当日 (手術後)	術後1日目 (/)	(術後2日目 (/)	術後3日目 (/)	術後4日目 (/)	術後5日目 (/)	術後6日目 (/)	術後7日目 (/)
指導									薬剤指導	栄養指導		
治療 検査	入院当日まで いくつかの検査 があります	14時 に入院受付にお越し下さい (入院受付は正面玄関入って 左側のカウンターにあります) 15時から翌日の15時まで 尿をためていただきます	麻酔科診察を受けていた だきます 歯科口腔外科の診察があ る場合があります ICU看護師によるICU入室 についての説明があります		手術後は集中治療 室(ICU)に入室しま す 	血液検査 レントゲン 状態が良ければICUから一 般病棟へ転棟します 24時間点滴があります		血液検査 レントゲン 尿検査			血液検査 レントゲン	腹部造影CT
薬 内服			14時頃から下剤 (マグコロール・ラキソベロ ン)を飲んでいただきます 点滴を始めます						胃薬の内服が 始まります 今まで飲んでいた薬も 再開します			
処置			お臍をきれいにします	手術着へ着替えます ※上半身は全て脱いでい たきます。パンツ・ズボ ンは履いていて構いま せん 病棟で鼻の管を入れて手 術室へいきます	酸素マスク・心電図 を装着します	回診があります 状態が良ければ 鼻の管を抜きます			尿の管を 抜きます			背中に入っ てる痛み止めの 管を抜きます
食事	制限は ありません ※状態により栄 養指導がある場 合があります	制限ありません 常食がです	朝・昼は消化の良い食事 になります。それ以降食事 は食べられません ※病院食以外は食べない でください。水分は飲んで 頂いて構いません	当日の水分がとれる時間 は前日の麻酔科診察で 決まります	食事・飲水は できません	食事・飲水は できません	→	回診後に 飲水出来ます	朝から栄養剤が 始まります 1日3食		昼から 重湯が 始まります	
安静		制限ありません 眠れないときは申し出て下さい 眠剤をお渡しします		ベッド上安静です ※ベッドを起こすこ とはできません		ベッドに 座ったり 歩く練習を 始めます	病棟の廊下を 歩けます	状態がよければ病棟内なら制限なくなります 積極的に動きましよう 傷の痛みがあるので我慢せず申し出てください				
清潔		入浴できます						体を拭き、着替えます ※自分で出来ない所はお手伝いします				
患者様・ ご説明家族様へ		・手術承諾書・輸血同意書をお預かりします ・手術に必要な物品を確認します (物品は別紙を確認してください) ・看護師による病棟オリエンテーションがあります ①入院生活についての説明 ②入院までの経過・症状などについてお尋ねします ③手術までの経過・処置・必要物品などの説明 ・リストバンドを装着します	洗面・髭そりを済ませておいてください 	手術室で背中から痛みどめの管をいれます そこら痛みどめを入れますが、効かない場合は我慢せず申しして下さい 		困ったことや、 分からないことが ありましたら、 いつでもお尋ね下さい						

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 2005～2022年度

■ 本院 ■ センター



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

病床管理のよくある問題

- 各科の定床が決まっていて、他に空床があってもそれ以上の患者の受け入れができない
- 専門病棟が満床との理由で、他の病棟に空床があっても、緊急入院の受け入れができない
- 翌日の予約入院患者がいるので、現在、空床があっても、緊急入院の受け入れができない
- 各病棟・各診療科などに、1日当たりの新入院患者数の上限がある
- 休日に予定入院を受け入れられない
- 午前中、退院患者がまだ在院しているのに、予定入院患者が入院してきてしまって、ベッドが不足する

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
- P F M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受け入れ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**

P F M導入による病床の利用

- 予定入院患者は、P F Mを使って、安全に効率的に治療する
- 緊急入院患者は、P F M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**

ポストコロナの急性期病院経営

- ◆人口減少による急性期の患者数減少
- ◆新型コロナウイルス感染症に対する補助金や空床確保・ワクチン接種等の収入が減少
- ◆物価高騰による材料費・光熱費等の増加
- ◆医師の働き方改革による患者数減少？コスト増加？



急性期病院の経営は、さらにきびしくなる

急性期としてやっていくなら、機能分化を進め、急性期病院らしい経営が必要

急性期らしい病院経営を目指して

安全に、効率よく、数多く、無理なく

- 平均在院日数短縮
 - 新入院患者数増加・手術件数増加
 - 病床の効率的運用
 - 現場の医師・看護師の負担軽減
- モチベーション上昇

全てに対応できるのが、P F M

P F Mの経営効果

◆効率性の向上

平均在院日数・術前日数の短縮

入院期間Ⅱ超率の減少

手術延期・中止の減少

◆病床運用の効率化

◆加算・指導料算定の増加

▪ 入退院支援加算・入院時支援加算

▪ 介護支援等連携指導料

◆入院後の術前検査の減少

佐久医療センター 経営分析レポート（2022年10月～2023年3月）

	2022年 10月	2022年 11月	2022年 12月	2023年 1月	2023年 2月	2023年 3月	
 症例数(件)	評価 A	評価 B	評価 A	評価 A	評価 A	評価 A	症例数 987件/月
 1日単価 (円)	評価 S	評価 S	評価 A	評価 S	評価 A	評価 S	1日単価 98,800円
 手術症例数 (件)	評価 A	評価 A	評価 A	評価 S	評価 A	評価 A	手術数 546件/月
 II 超率	評価 B	評価 A	評価 B	評価 B	評価 B	評価 B	DPC期間 II 超 28.9%
 対出来高 増収率	評価 B	評価 C	評価 C	評価 C	評価 C	評価 B	対出来高 5.6%
 加算算定 (円)	評価 B	評価 B	評価 B	評価 C	評価 B	評価 B	加算算定 50050円/症例

佐久医療センター

経営成績表

2023年3月

 症例数(件) 1,059 評価 A	 1日単価 (円) 101,617 評価 S	 II 超率 28% 評価 B
 対出来高増収率 7.2% 評価 B	 加算算定 (円) 44,112 評価 B	 財務収支 (百万円)
 手術症例数 (件) 604 評価 A	 手術稼働	評価年月 (DPC) 評価年月 (手術) 評価年月 (財務) 最新月 (なし) 最新月

比較対象：50病院 43,266症例

2022年3月

 症例数(件) 1,067 評価 S	 1日単価 (円) 96,002 評価 S	 II 超率 28% 評価 S
 対出来高増収率 6.4% 評価 B	 加算算定 (円) 40,708 評価 C	 財務収支 (百万円)
 手術症例数 (件) 605 評価 S	 手術稼働	評価年月 (DPC) 評価年月 (手術) 評価年月 (財務) 22年03月 (なし) 最新月

比較対象：93病院 77,677症例

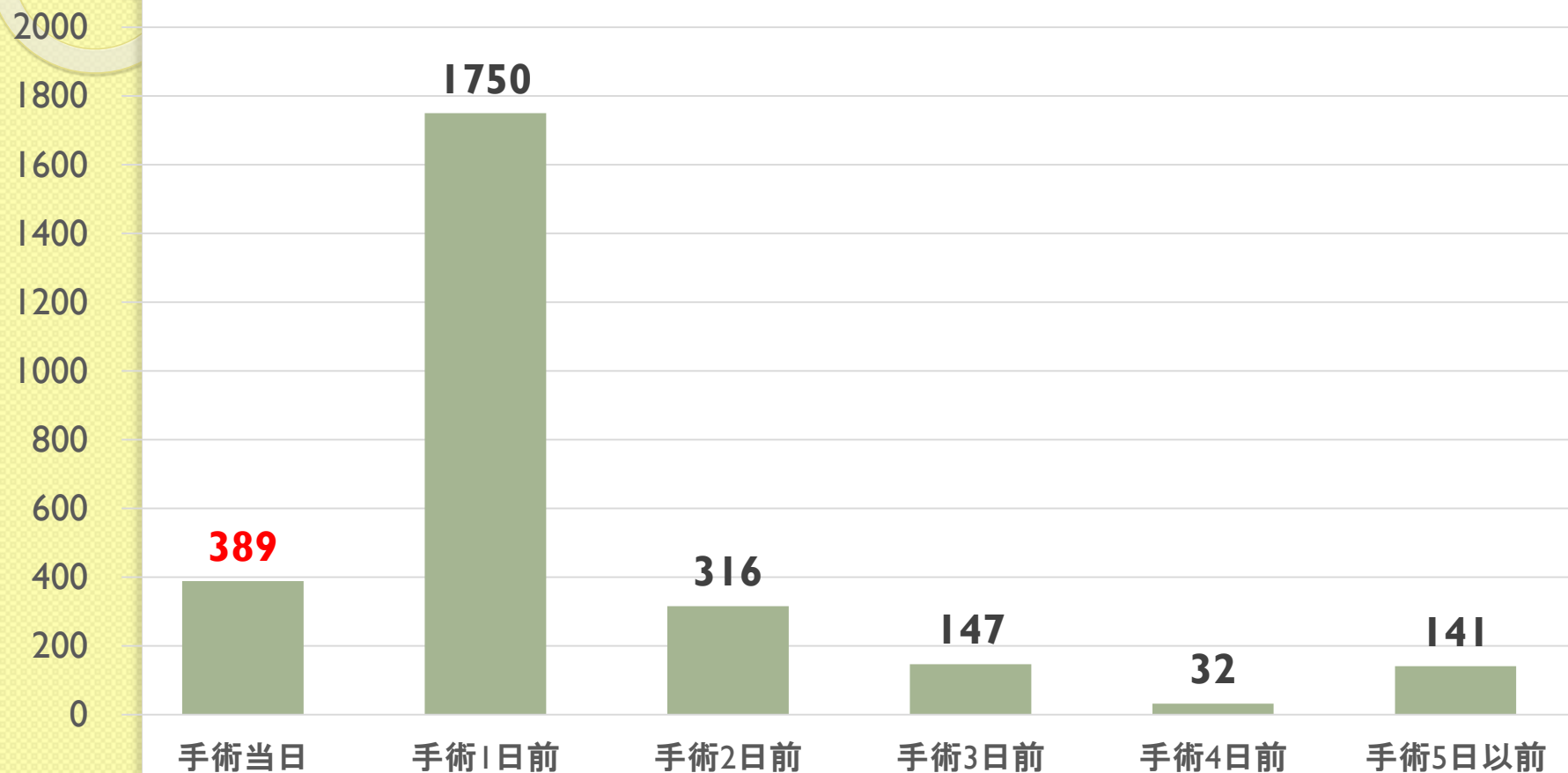
術前日数の短縮

- 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

予定全麻手術患者手術前入院日 2022年度



2022年度で予定全身麻酔患者の内 **14%**が**手術当日入院**

休日の予定入院患者の受け入れ

- 休日には、入院後に、マネジメント不足に気がついていても対応できない
- PFMで、入院前のマネジメント不足はない
↓
- 休日入院、休日翌日の手術が無理なく可能になる
↓
- 休日翌日の午前からの手術増加

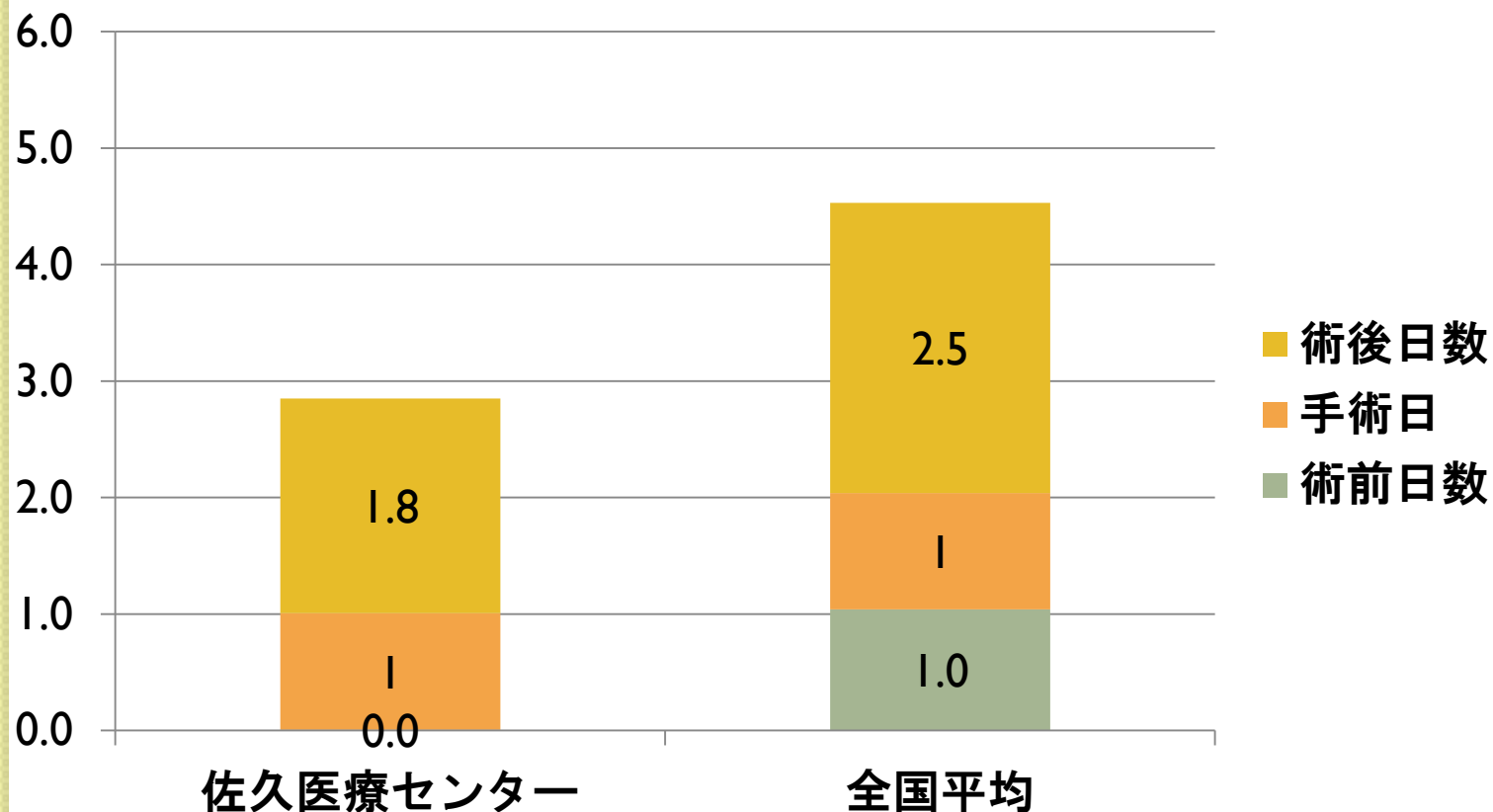
予定全身麻酔患者 入院曜日

2022年度



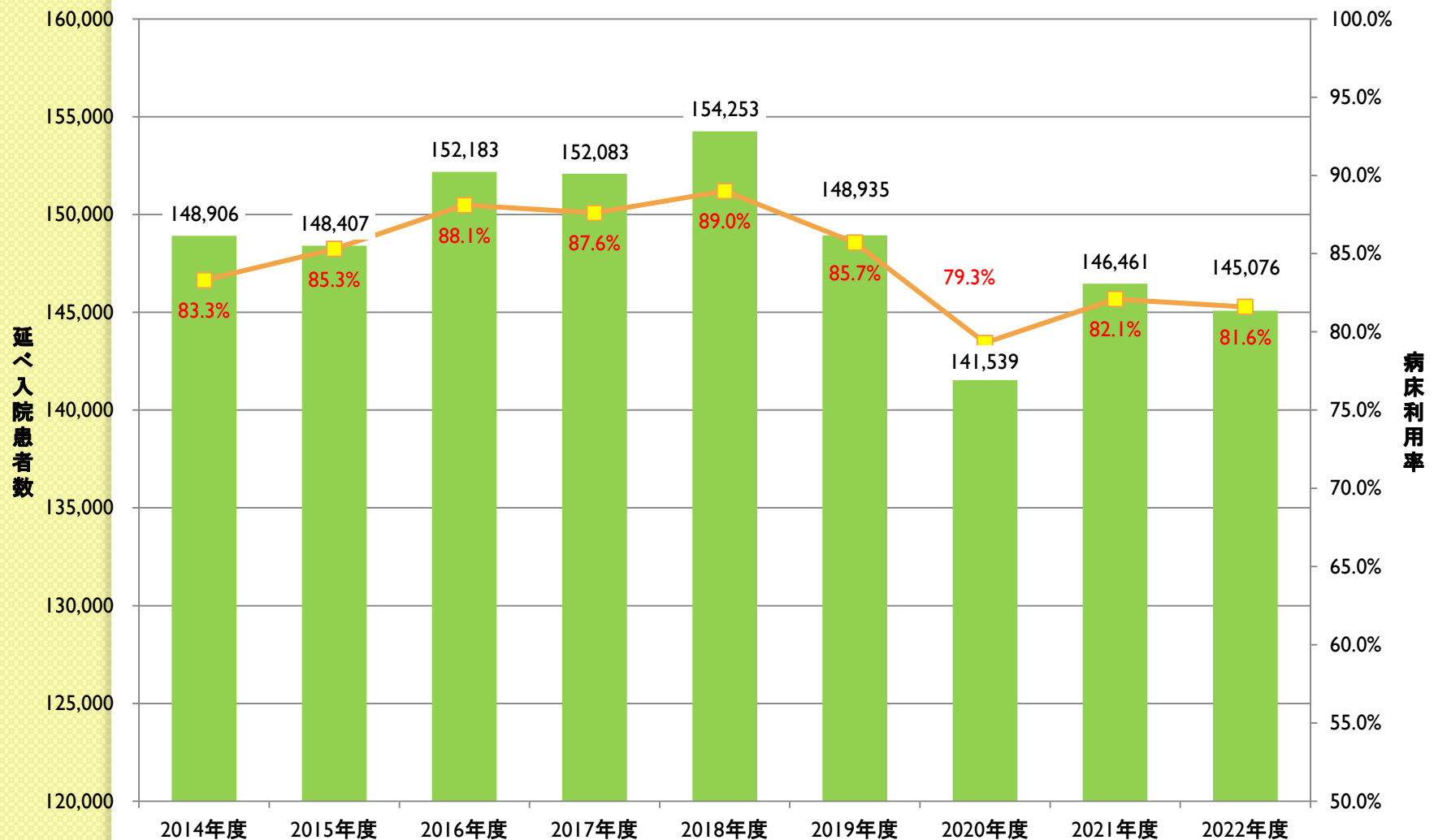
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側） 060160x001xxxx

平均在院日数（日）



2021年度予定入院 全国平均:EVE参加1311病院

延入院患者数と病床利用率



病床利用率 = 0時患者延べ患者数 ÷ 病床数

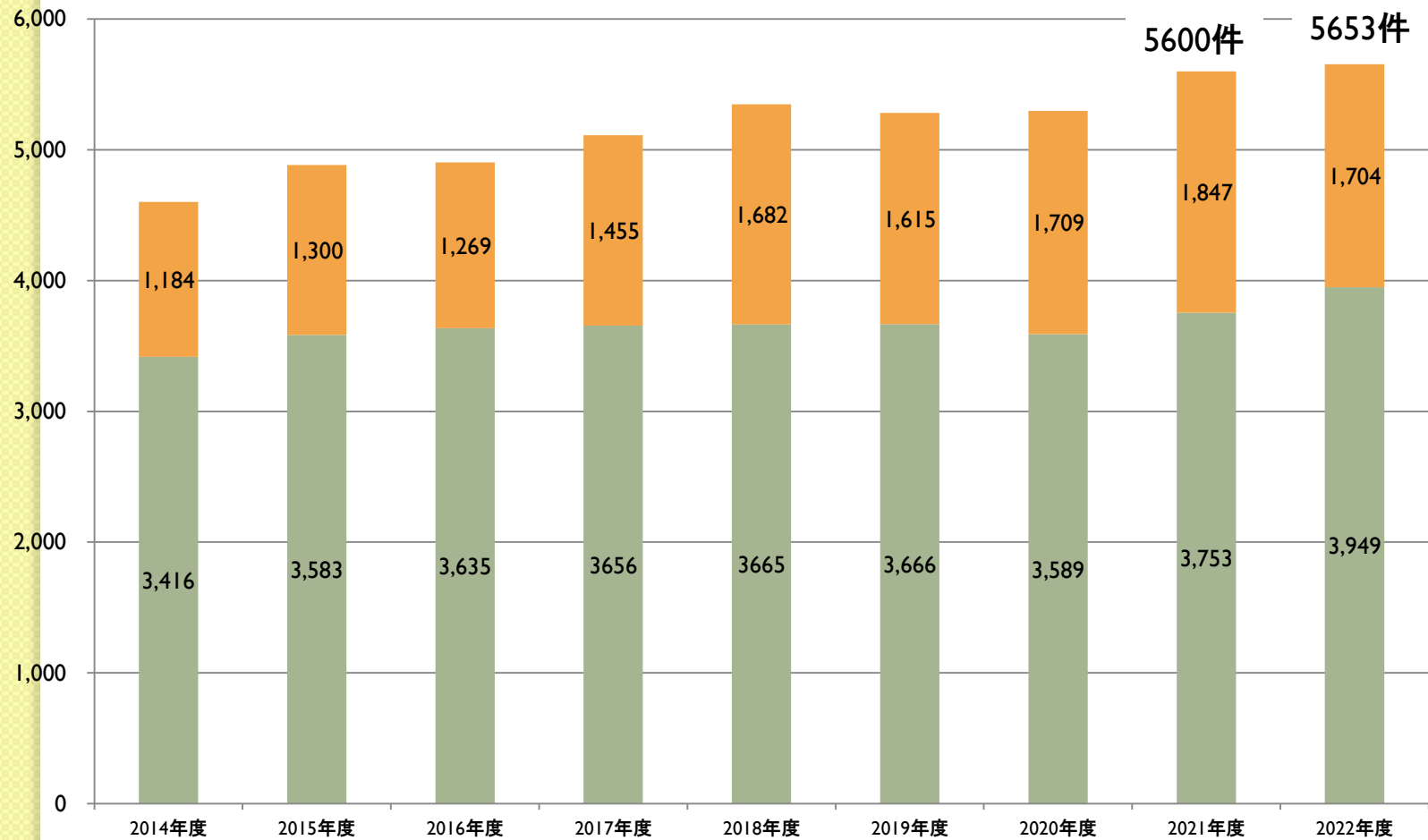
手術件数

センター

(件)

その他の手術

全身麻酔手術

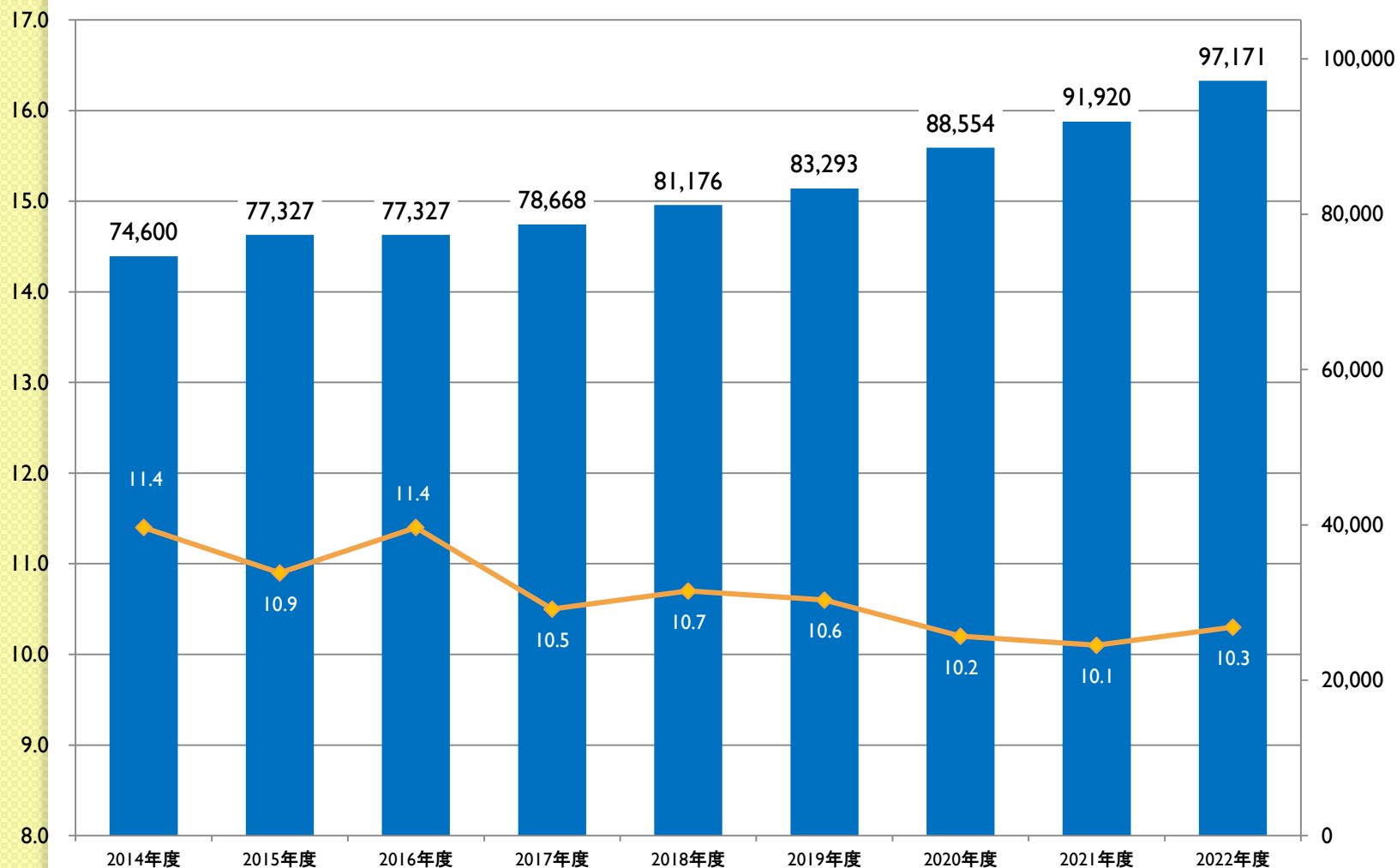


平均在院日数と入院単価

■ 入院単価

◆ 平均在院日数

平均在院日数



入院単価

佐久医療センター 入退院支援加算算定率

年月：22年04月～23年03月

予定入院：すべて

厚生局：[北海道][東北][関東信越][東海北陸][近畿][中国四国][四国][九州]

病床規模：[100床未満][100-199床][200-299床][300-399床][400-499床][500床以上]

設立母体：[大学][公立][民間][公的]

病院群：[DPC特定病院(Ⅱ)]

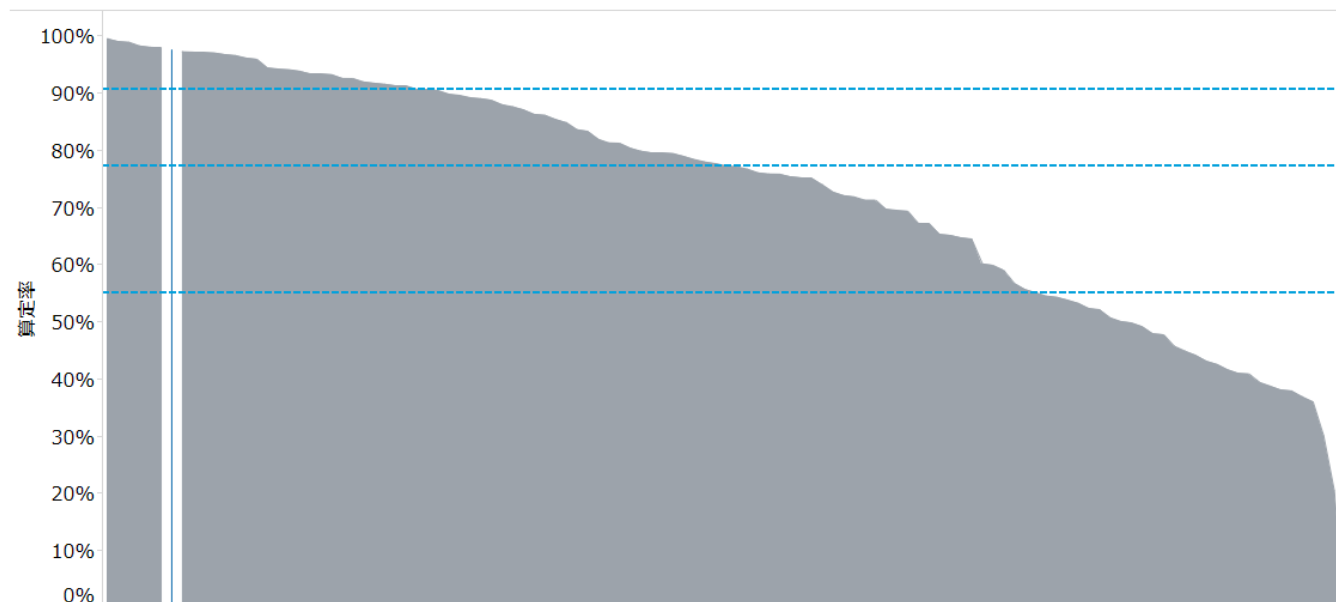
[絞り込み条件：複数選択]

入退院支援加算1・2 算定率ベンチマーク

自院値

97.4%

(7位 / 117病院)



65歳以上 在院日数8日以上 死亡症例除外

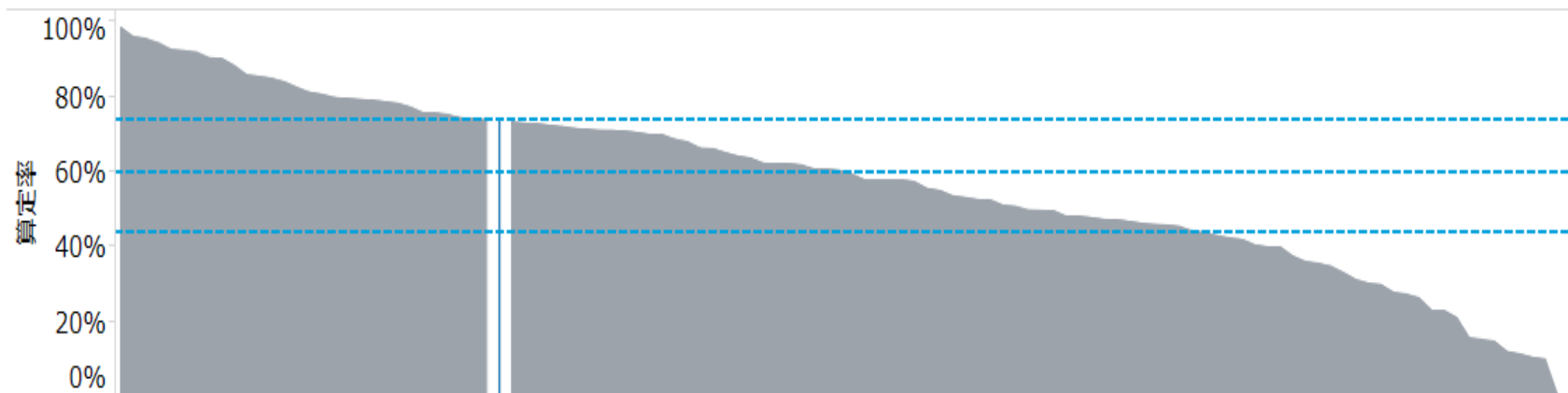
佐久医療センター 入院時支援加算算定率

年月：22年04月～23年03月 予定入院：すべて
 厚生局：[北海道][東北][関東信越][東海北陸][近畿][中国四国][四国][九州]
 病床規模：[100床未満][100-199床][200-299床][300-399床][400-499床][500床以上]
 設立母体：[大学][公立][民間][公的]
 病院群：[DPC特定病院(Ⅱ)]
 診療科：* (2つ以上選択した場合は*と表示されます)
 MDC2：* : *
 MDC6：* : *
 DPC：* : *
 ICD10：*

[絞り込み条件：複数選択]

入院時支援加算 算定率ベンチマーク

自院値 73.1% (31位 /116病院)



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

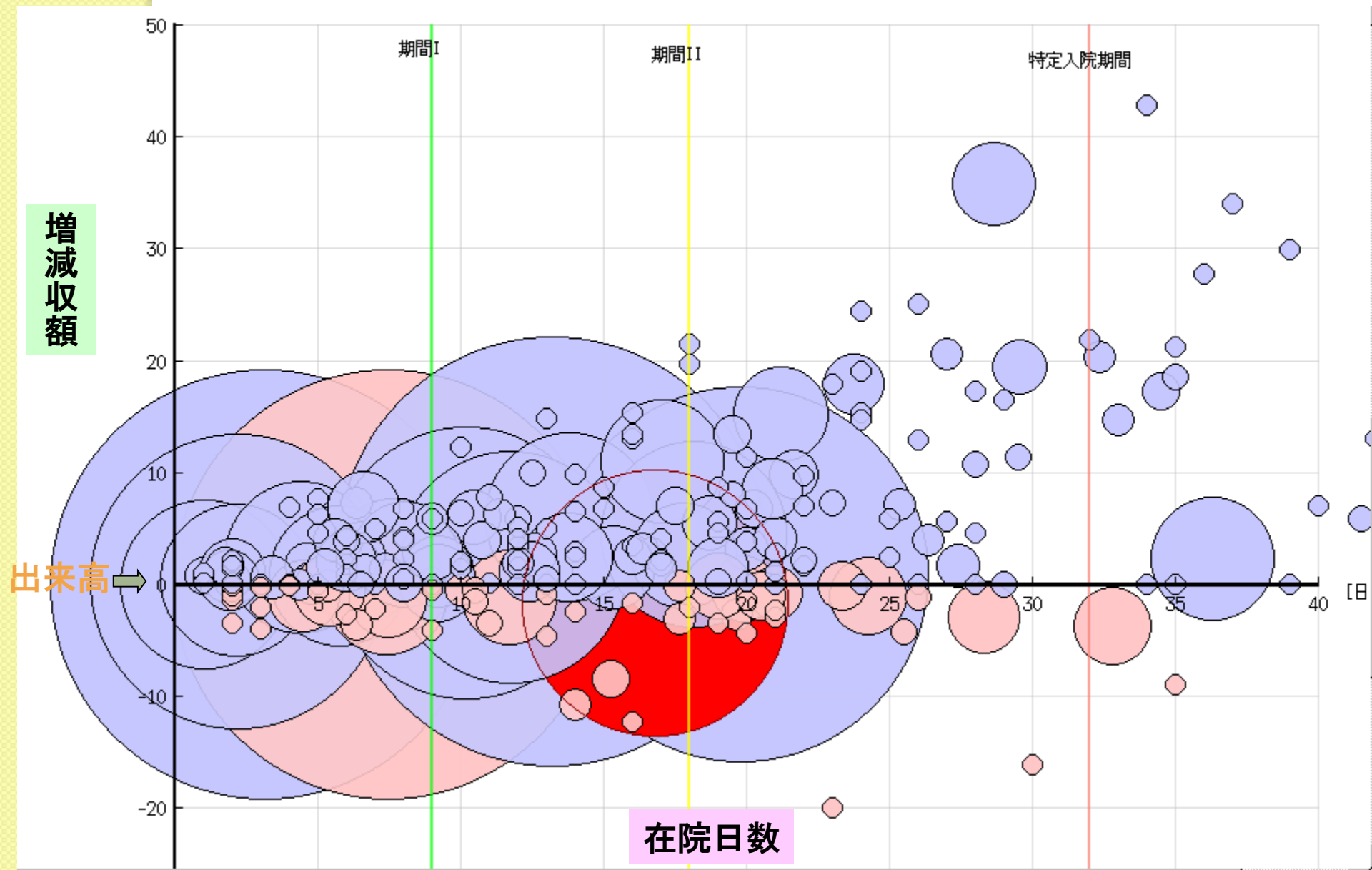


外科 大腸癌 結腸切除術 DPCデータ分析

対象期間2009.04-2009.11

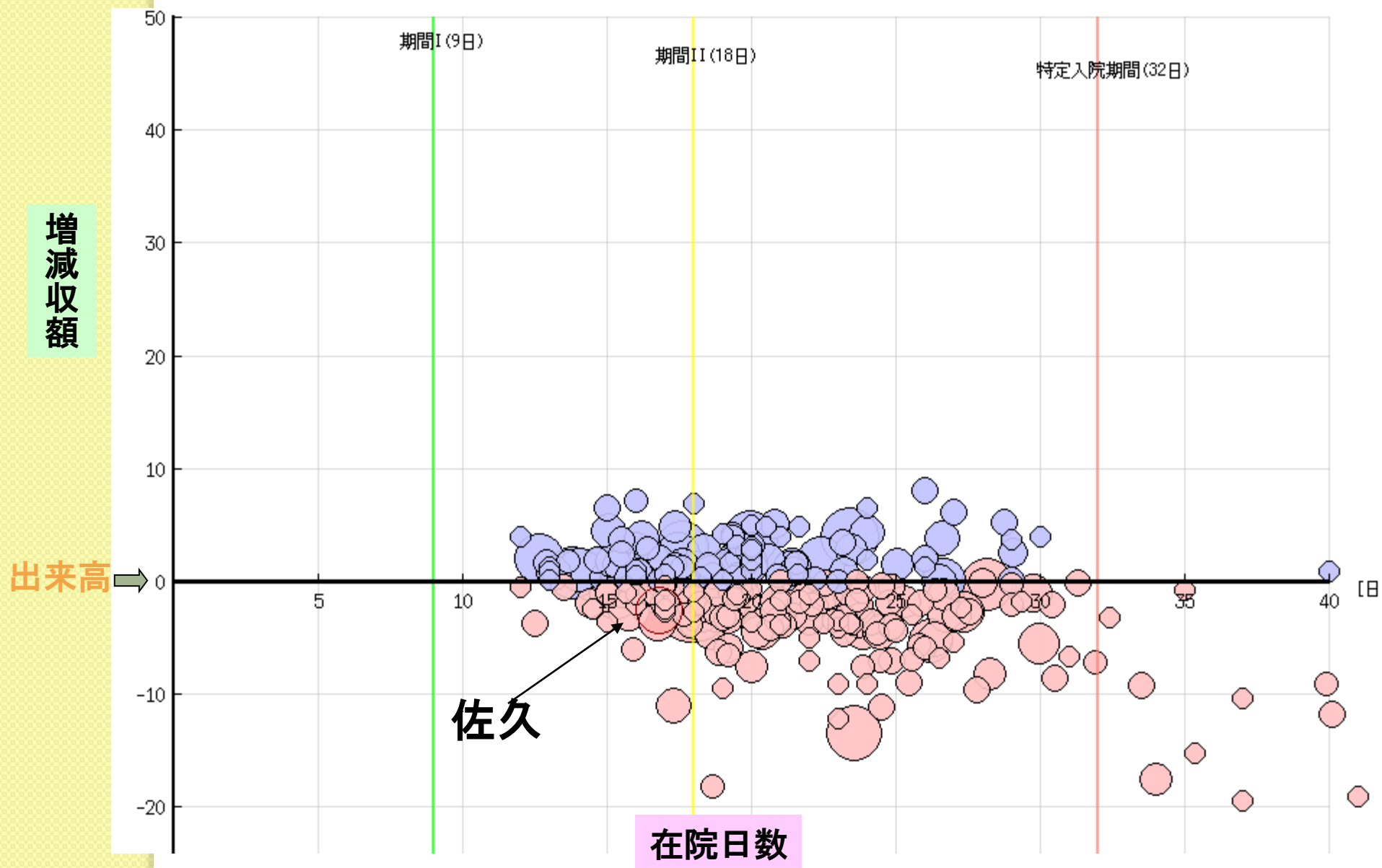
2010.01.13

大腸癌 結腸切除術



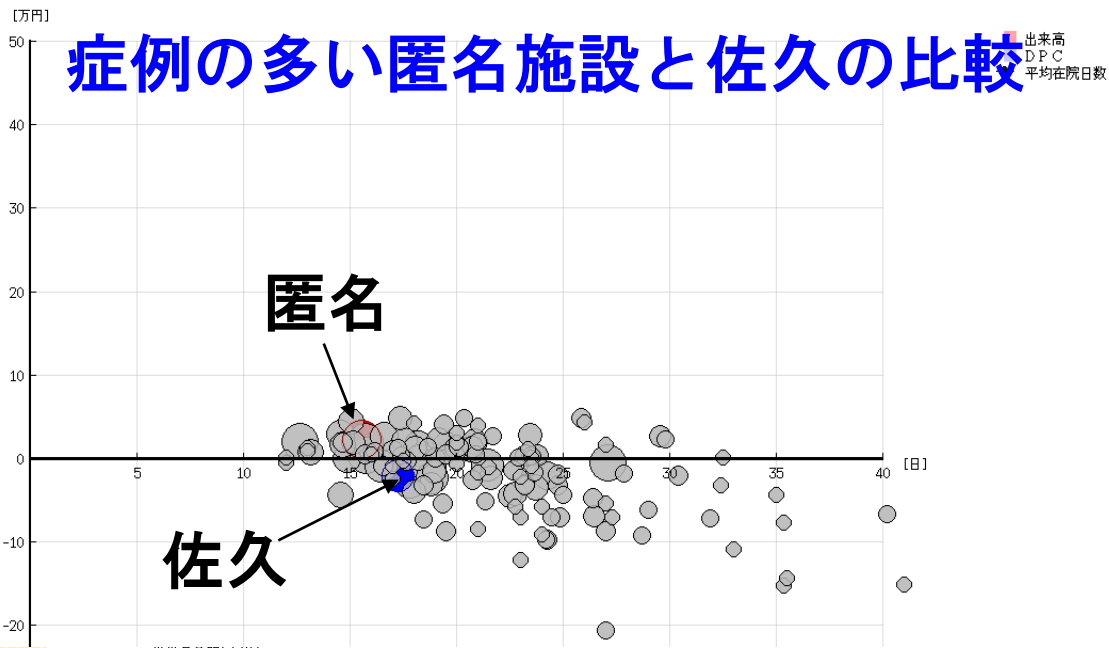
EVEより

大腸癌 結腸切除術 ベンチマーク 対象期間2009.04-2009.11

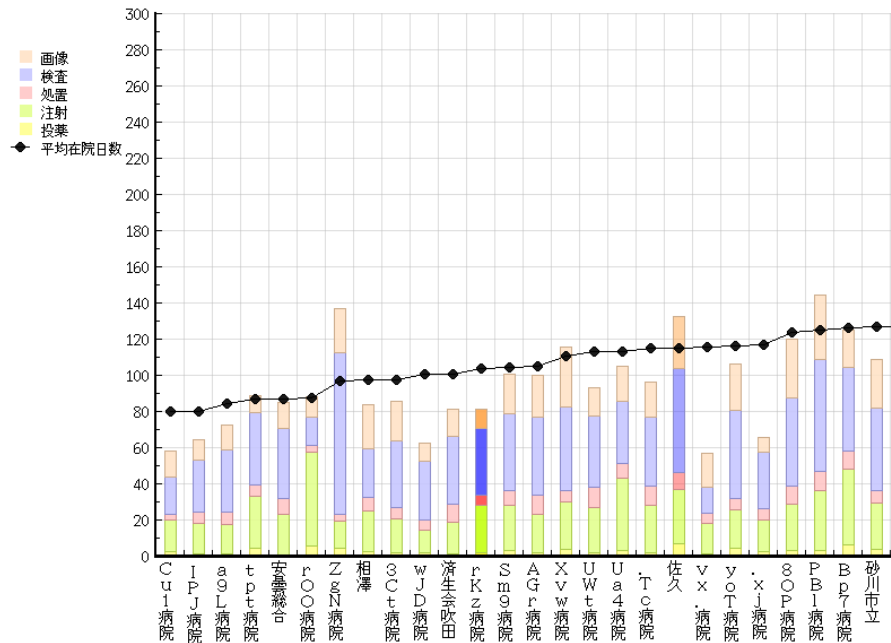


EVE-ASPより

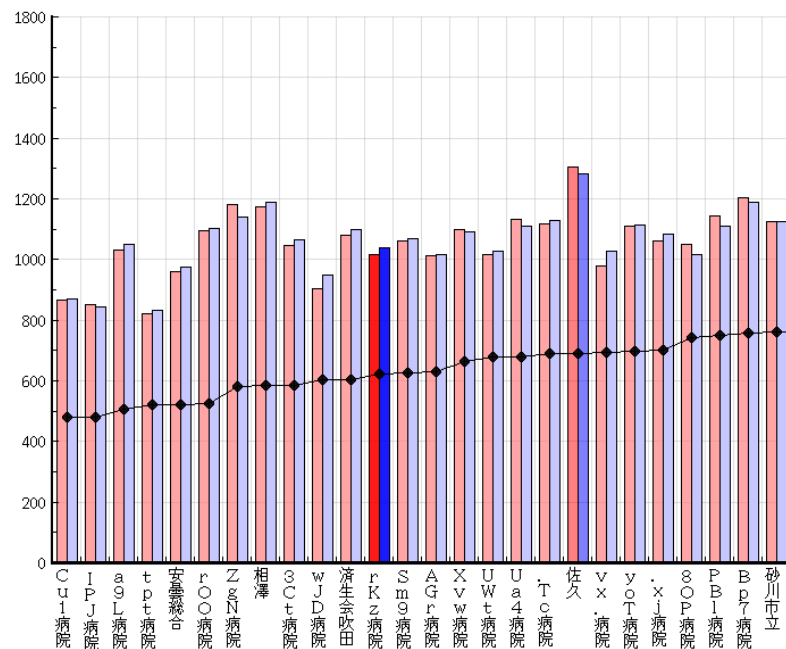
症例の多い匿名施設と佐久の比較



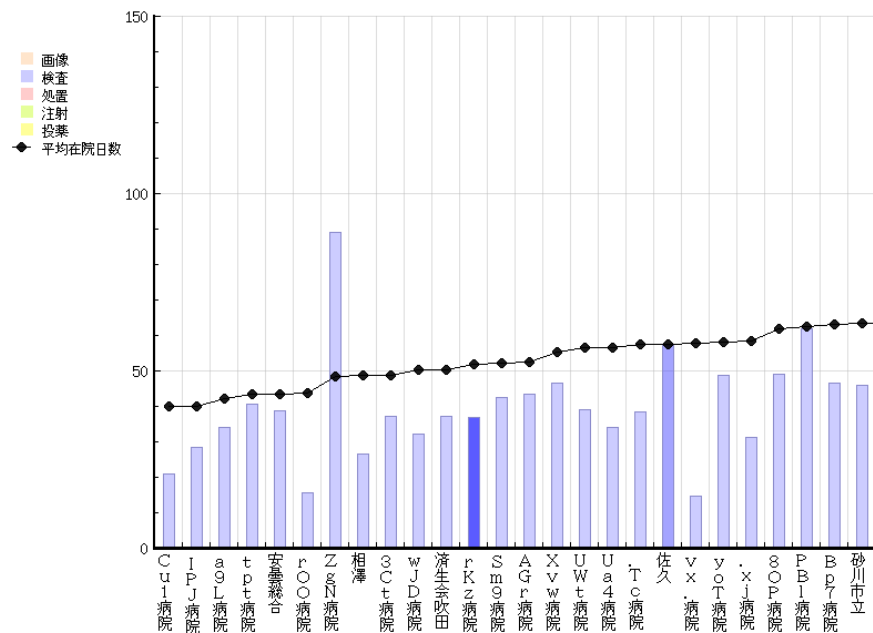
出来高金額[十円]



収入[千円]

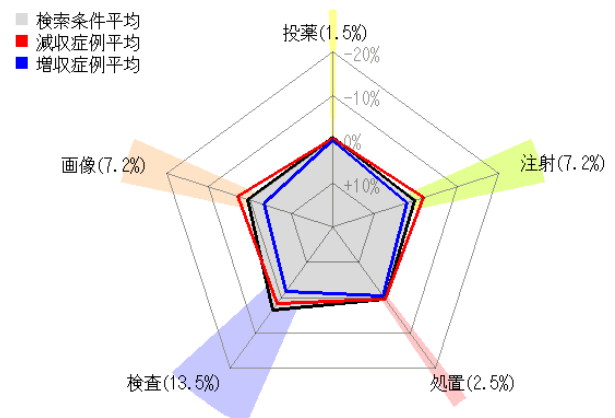


出来高金額[千円]



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

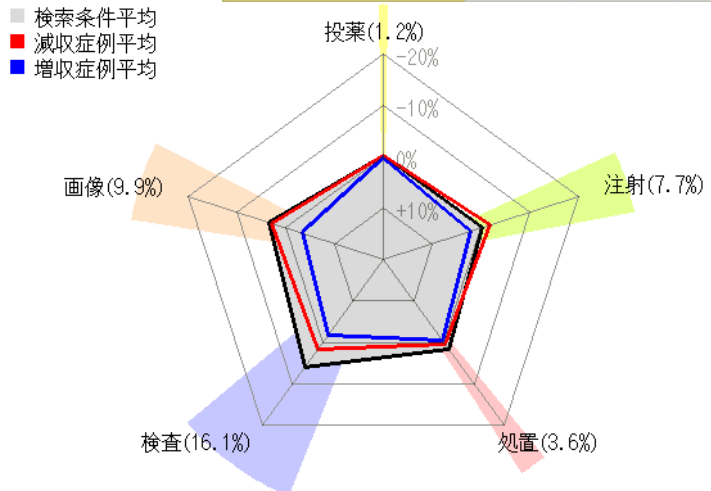
対象期間2009.04-2009.11



	件数	割合		合計	平均	出来高との差
症例数	44件	-	出来高	5,760万円	130.9万円	-
緊急入院	15件	34.1%	DPC(係数なし)	5,458万円	124.0万円	▲5.2%
手術	44件	100.0%	DPC(医療機関別係数)	5,686万円	129.2万円	▲1.3%
死亡	0件	0.0%	DPC(機能評価係数)	5,648万円	128.4万円	▲1.9%

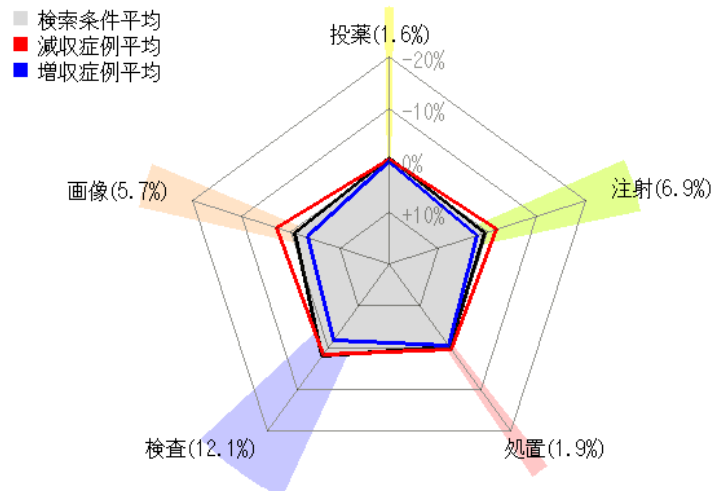
緊急入院 15件

	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

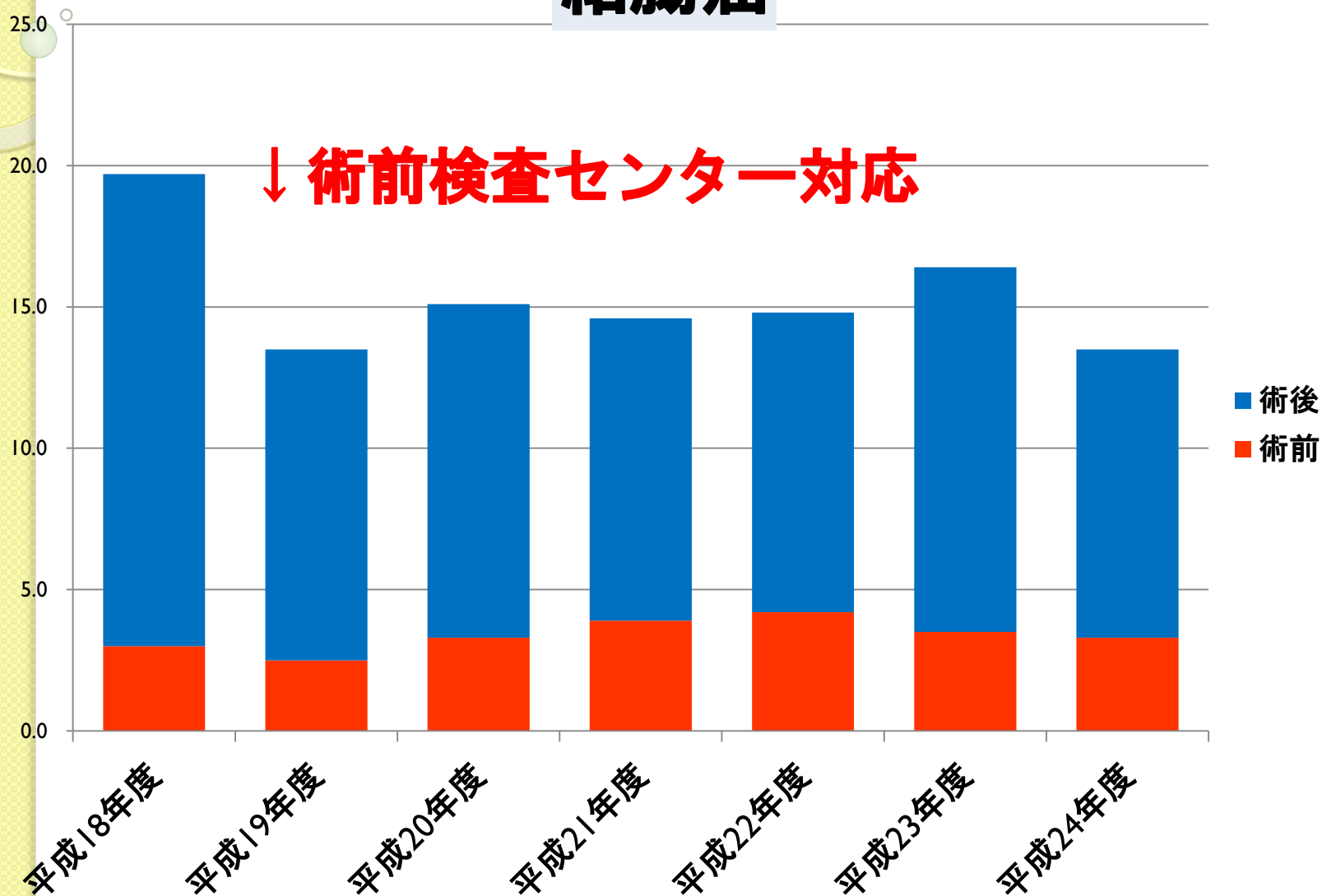
	合計	平均	出来高との差
出来高	3,636万円	125.4万円	-
DPC(係数なし)	3,491万円	120.4万円	▲4.0%
DPC(医療機関別係数)	3,639万円	125.5万円	+0.1%
DPC(機能評価係数)	3,614万円	124.6万円	▲0.6%



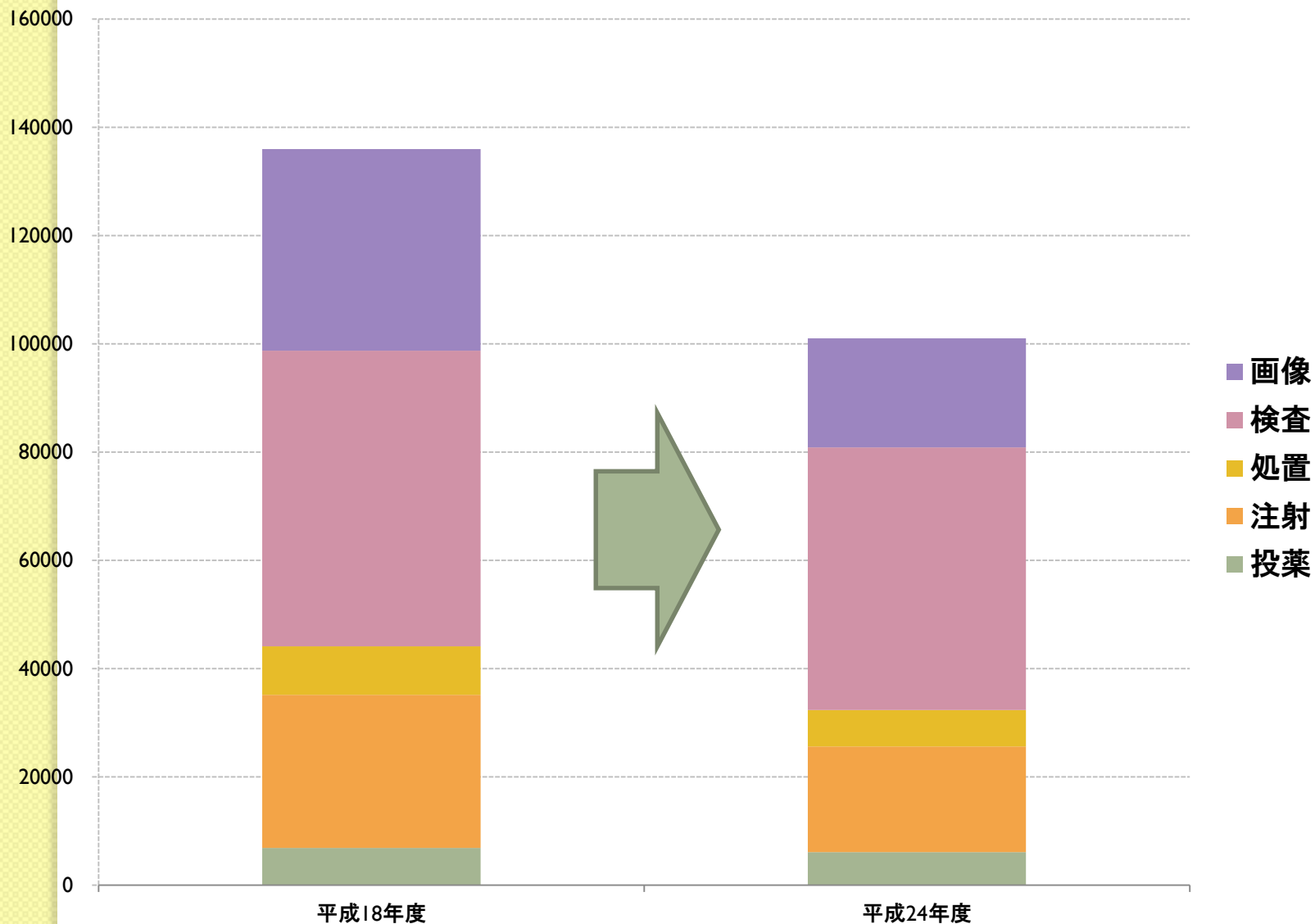
予定入院手術患者 術前・術後日数動向

結腸癌

↓ 術前検査センター対応



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

P F M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



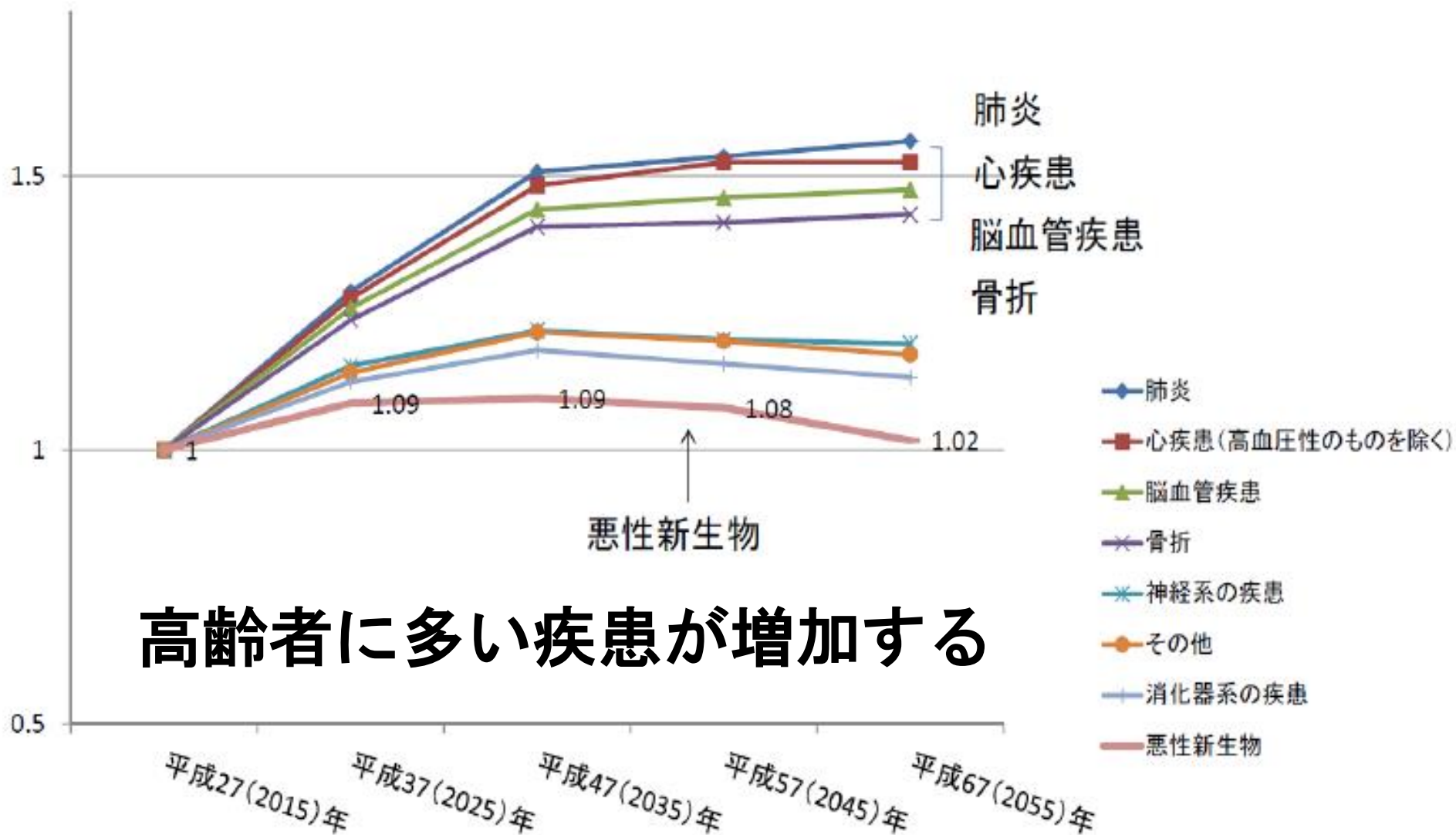
- 全体の病態や患者の生活を総合的に考慮した医療目標を設定して対処する必要



- 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



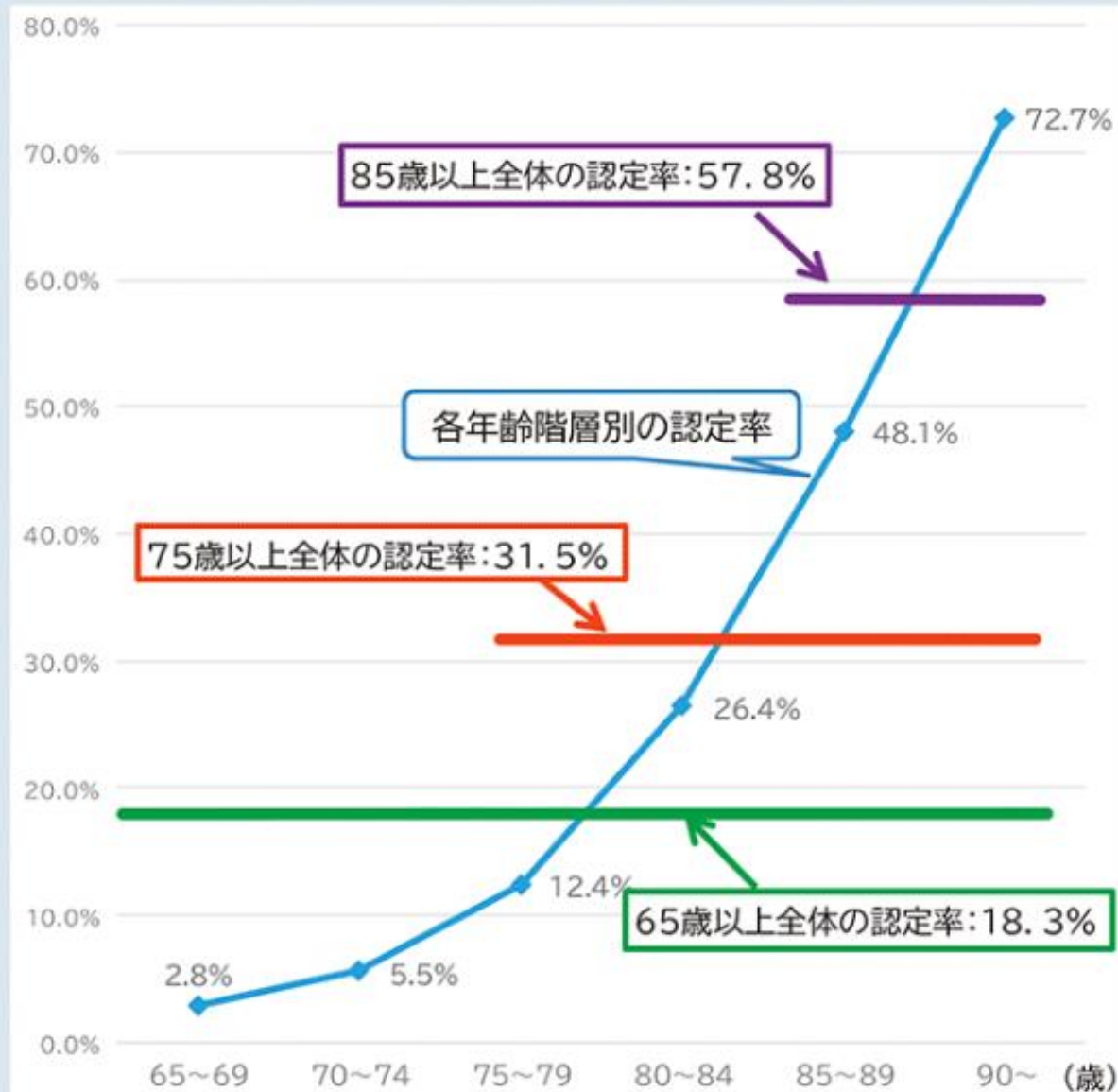
今後、増加する疾患への対応

- 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

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

年齢階級別の要介護認定率



資料：厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険事業状況報告」、総務省統計局「人口推計」より厚生労働省老健局総務課

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

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P F M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