

# これからの病院マネジメント —医師の働き方改革と病院経営の両立—

佐久総合病院・佐久医療センター  
西澤延宏

**2023.9.23**

# 本日の話

---

- ◆これからの病院マネジメントとPFM
  - ◆佐久医療センターにおけるPFM
  - ◆地域との連携
  - ◆PFM導入の効果
  - ◆PFMによる病床管理
  - ◆医師事務作業補助者の活用
  - ◆これからの病院経営
- 

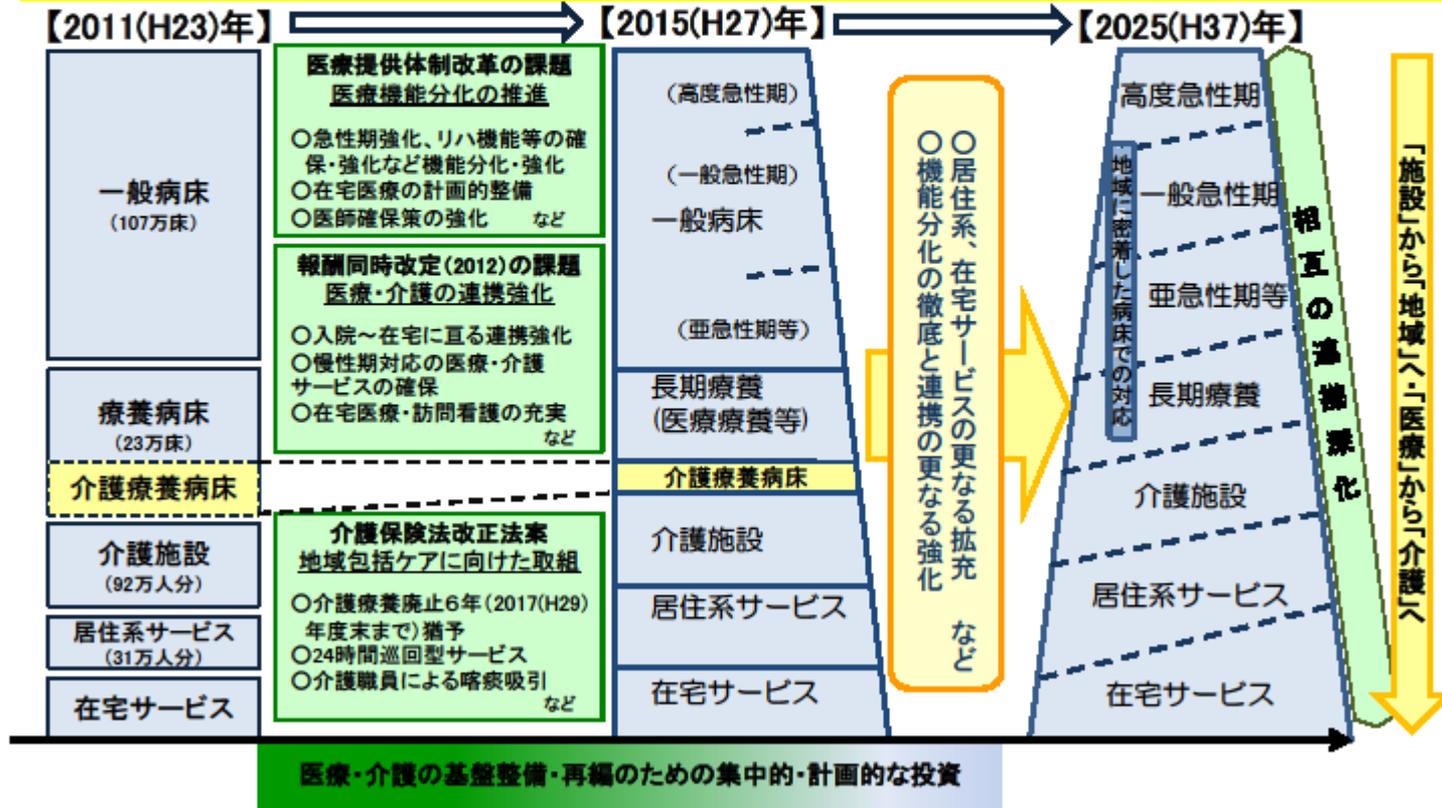


# 社会保障・税の一体改革 成案

社会保障改革に関する集中検討会議資料 平成23年05月19日

## 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



診療報酬と地域医療構想で誘導されている

# 機能分化はなぜ行われるのか

---

◆効率化

◆質の向上

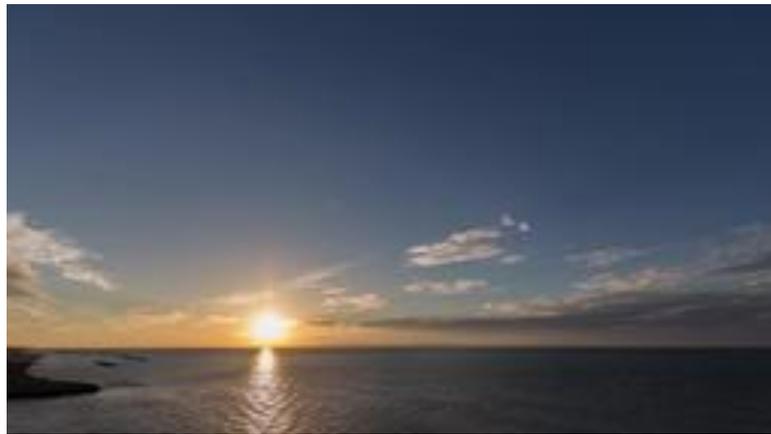
限りある医療資源を有効に使い、  
患者さんの病態に応じた場所に対応する  
＝集中と選択



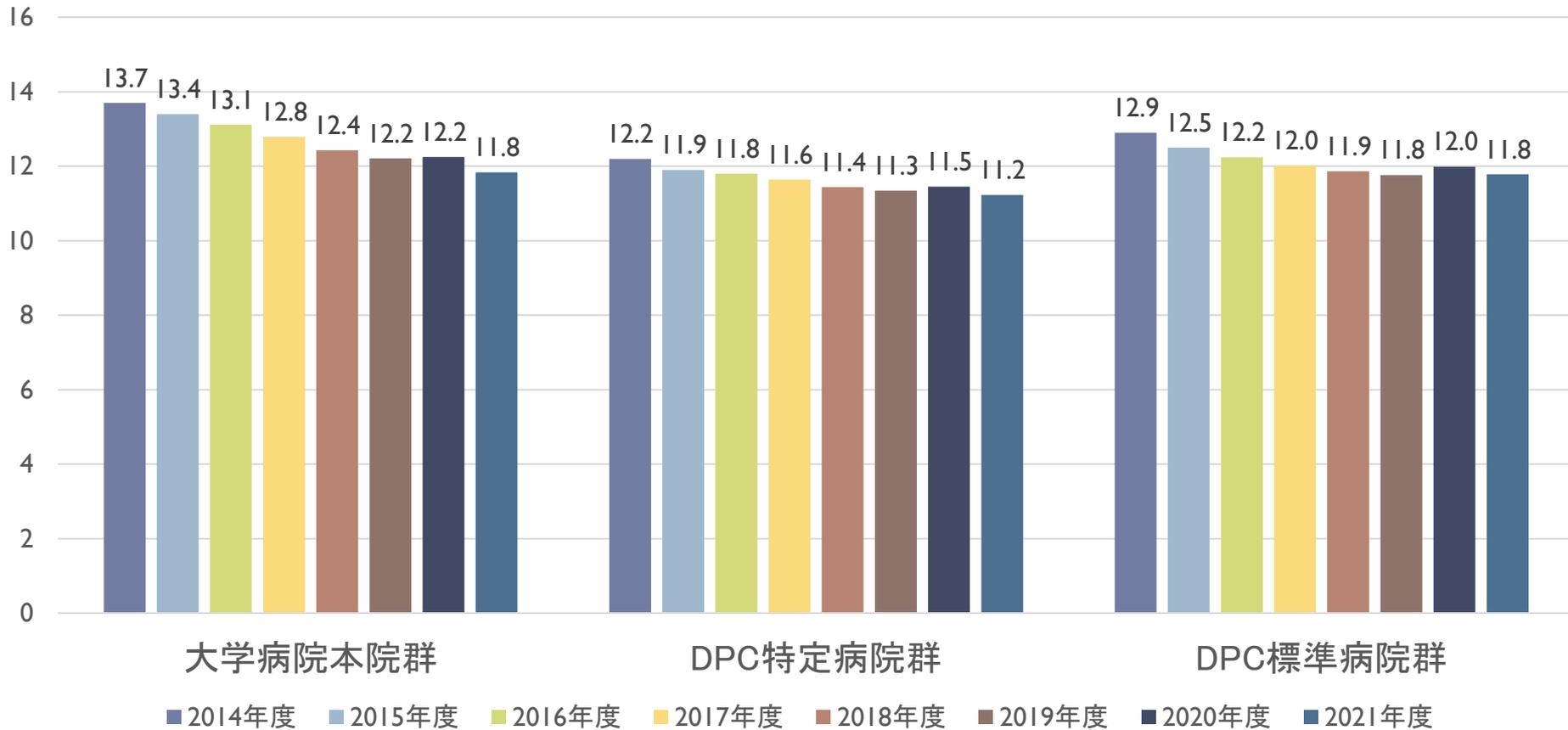
# 機能分化の時代の 急性期病院のミッション

---

重症の患者さんを  
より効率よく  
より数多く診療する



# 一般病棟 平均在院日数 (DPC)



2023/3/22 DPC評価分科会資料より

# 平均在院日数の短縮の影響

---

- ◆ 新入院患者数が増えない場合
  - 病床利用率が低下し、経営悪化
    - 病棟閉鎖・病床削減
    - 病床機能転換（地域包括ケア病棟等）
- ◆ 新入院患者数が増える場合
  - 病床利用率は低下せず、入院単価が上がり  
経営的にはいいが、患者重症度は上がる
    - 現場の医師・看護師の負担増

患者数の増えない病院は経営が悪化し  
患者数の増える病院はスタッフが疲弊する

---

# 医療介護業界のマンパワー不足

---

## ◆就業人口の変化

・産業分野別の人口構成(2000年→2021年)

①卸売業・小売業(1139万人→1062万人)

②製造業(1199万人→1037万人)

③医療・介護(477万人→884万人)

## ◆医療介護分野は労働集約型産業



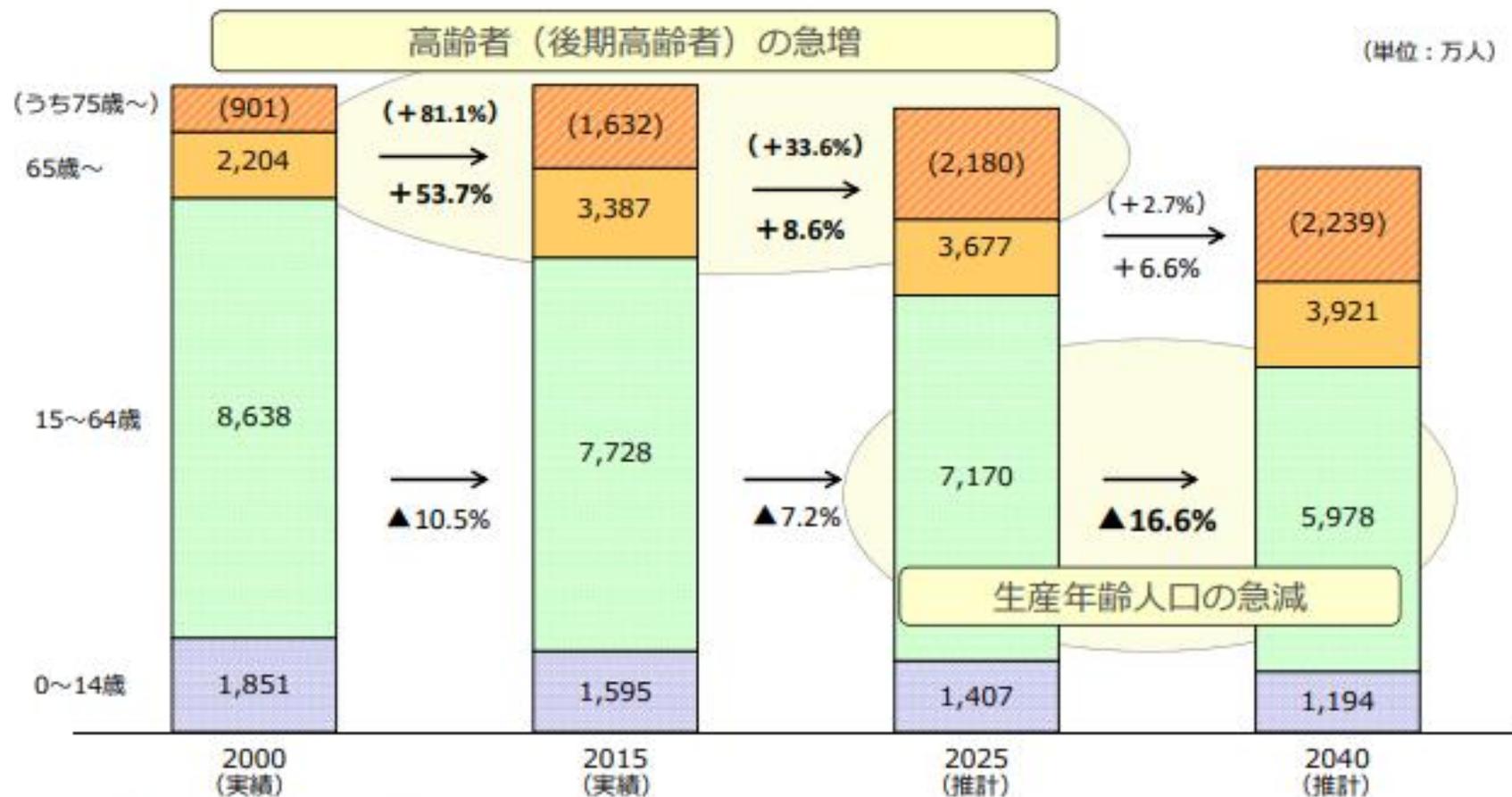
少子高齢化が進み、今後のさらなる医療介護ニーズの増加への対応困難

---

## 人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

### 【人口構造の変化】



# 退院阻害要因の増加

---

## ◆退院阻害要因

- ・介護力・経済状態・ADL低下
- ・服薬管理・退院先の選択
- ・問題行動

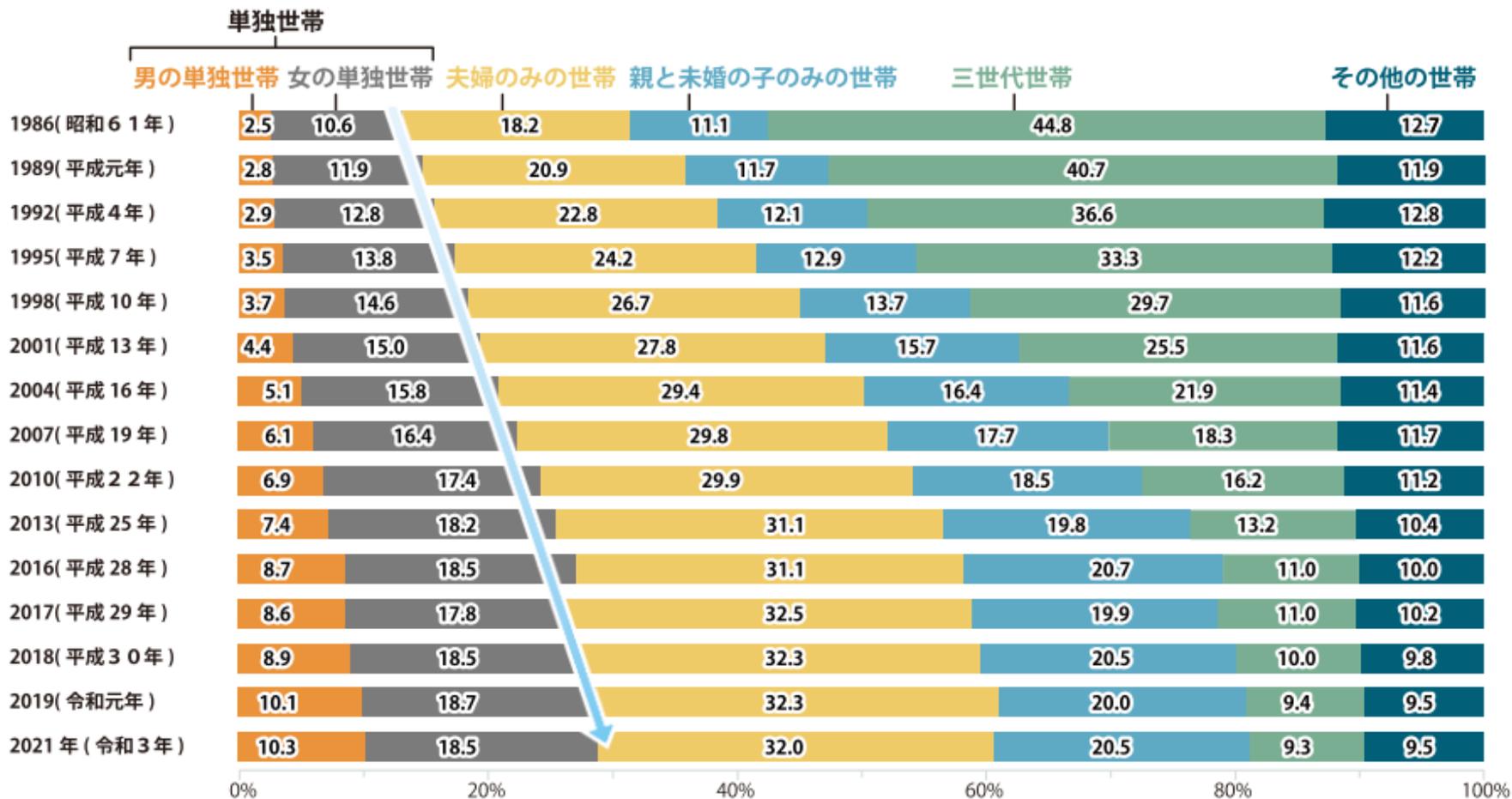
少子高齢化とともに増加しており、

病院単独では解決できないことが多い  
医師だけでは対応できず多職種連携が必要



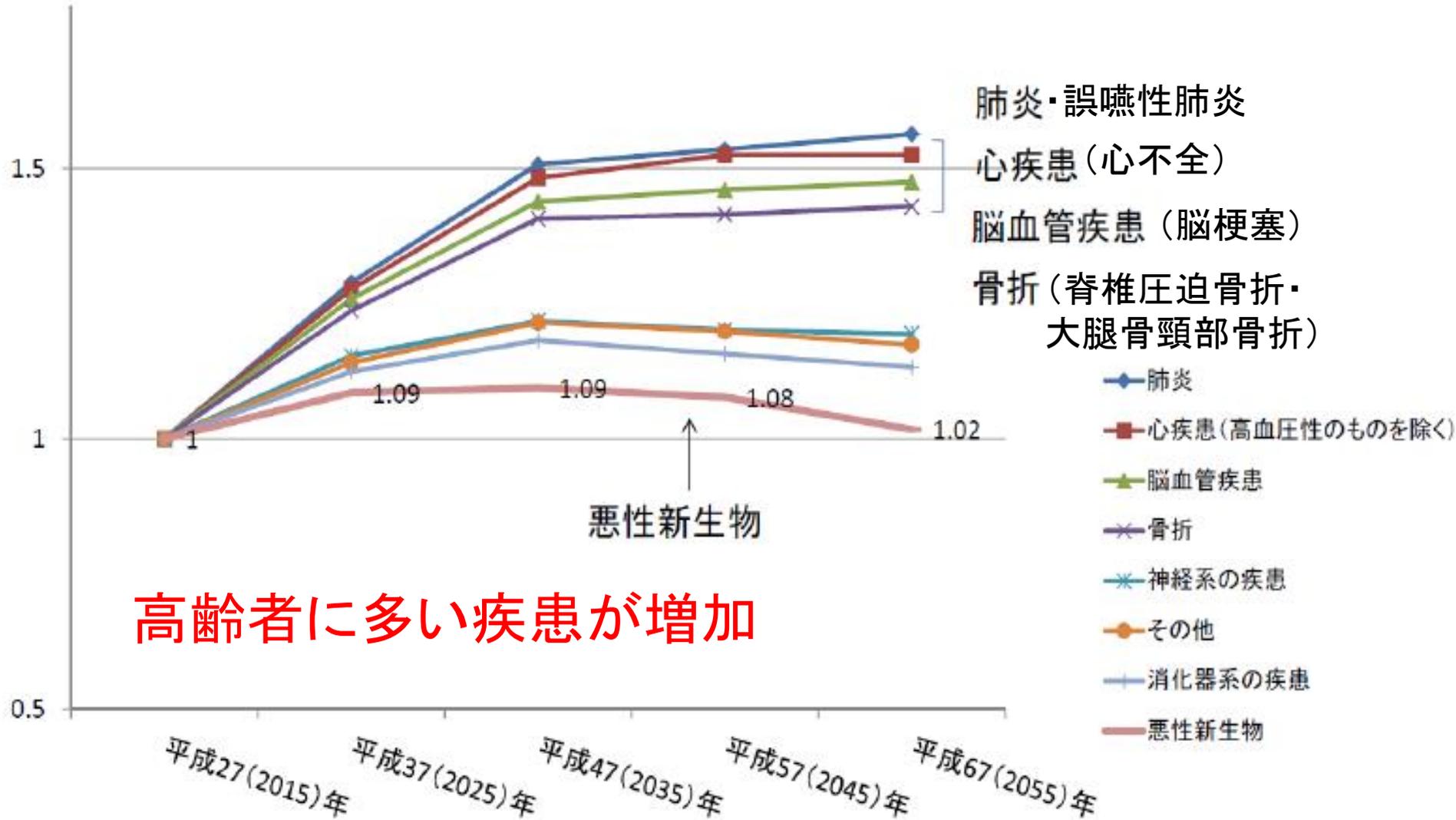
# 65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移

○ 高齢者独居世帯は年々増加傾向にある。



# 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



# 入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



# 高齢者の入院患者の特徴

---

- ▶ 重症でなくても入院が必要なことが多い
- ▶ 救急搬送され、緊急入院となりやすい
- ▶ 多くの疾患と愁訴を抱えた要支援・要介護の医療需要が多い
- ▶ 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
  - ▶ 医師だけでは、対応できない
- 



# これからの急性期入院医療

---

- ▶ 入院理由となった疾病を治し、命を救う医療  
= 不変



# これからの急性期入院医療

---

- ▶ 入院理由となった疾病を治し、命を救う医療  
＝不変
  
  - ▶ 退院支援の重要性
    - 複数の慢性疾患を抱えつつ、在宅生活への  
復帰・継続を支える医療
    - 衣服着脱・経口摂取・自力排泄など  
＝介護との連携
-

# 病院マネジメントの必要性

---

- ◆ 患者さんの高齢化・平均在院日数短縮・新型コロナ対応などによる現場の業務負担増加
- ◆ 慢性的な人手不足
- ◆ 医師の働き方改革による長時間労働の是正
- ◆ 物価高騰による医薬品費・材料費・光熱費の増加
- ◆ 診療報酬改定・消費税による経営環境の悪化



今までと同じことを同じにやっていると、  
病院はじり貧になり、立ち行かなくなる

---



# 医師の働き方改革

---

- ◆ 2024年4月より、医師の時間外労働時間の上限規制を適用
    - 一般の病院で、960時間
    - 地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準で、1860時間
  - ◆ 全国一律のルール
  - ◆ 病院内全ての医師に適応
  - ◆ 2024年3月までの猶予期間があり、その間に各病院は対応しなければならない
- 



# 医師の時間外労働時間制限

---

単純な労働時間制限は誰も幸せにしない

- ▶ 医師・・経験症例の減少・研修時間の減少  
→ 医師の成長の鈍化・医療の質の低下
- ▶ 患者さん・・診療制限によるアクセス悪化
- ▶ 病院管理者・・診療制限等による経営悪化



医師の労働時間を減らしながら、成果・実績が  
上げられるようなマネジメントが必要

**= 医師の生産性の向上**

---

# 医師の生産性の向上のために

---

より多くの患者さんに標準的な医療を  
効率的に、医師の負担を増やさずに  
提供できるようなマネジメント

= 医師が本来業務に専念できる仕組み

**PFM** (Patient Flow Management)



# P F M (Patient Flow Management)

---

入院前から退院後までの流れ(Flow)を  
マネジメントすること



# P F M (Patient Flow Management)

---

予定入院患者さんの情報を入院前に  
把握して問題解決を図ることで  
入院前から退院後までの流れ(Flow)を  
マネジメントすること

＝外来から始まる入退院支援



# P F M (Patient Flow Management)

---

- ▶ 入院患者は、予定入院と緊急入院  
緊急入院のマネジメントは困難



- ▶ 予定入院患者は、予定手術・検査、化学療法等 医療行為前は、「健康な患者」
- ▶ 予定入院患者は入院までに時間がある



- ▶ 予定入院患者は、病院の体制・運用で、外来でのマネジメント可能

外来に医療資源を集中投入して  
リスクを減らし、効率化を図る

---



# リスク管理の必要性

---

- ▶ 身体的なリスク
  - ・併存症・主治医は原疾患中心
  - ・内服薬・抗凝固薬・抗血小板薬など
  - ・栄養状態
- ▶ 精神的なリスク・患者さんの不安への対応
- ▶ 社会的なリスク・独居・経済問題



- ▶ リスク管理のメリット
  - ①合併症の減少
  - ②在院日数の減少
  - ③患者さんの不安軽減

備えあれば憂いなし

# 周術期マネジメントの重要性

---

- ▶ 予定入院の中心は、予定手術患者



- ▶ **予定手術患者の管理の重要性**

術前検査は外来で行い入院後は最小限に  
入院前の説明・リスク管理を最大限に



- 外来での収入増加
- 入院での業務減少・合併症減少により、  
コスト削減・スタッフの負担軽減
- 患者の不安軽減



# 本日の話

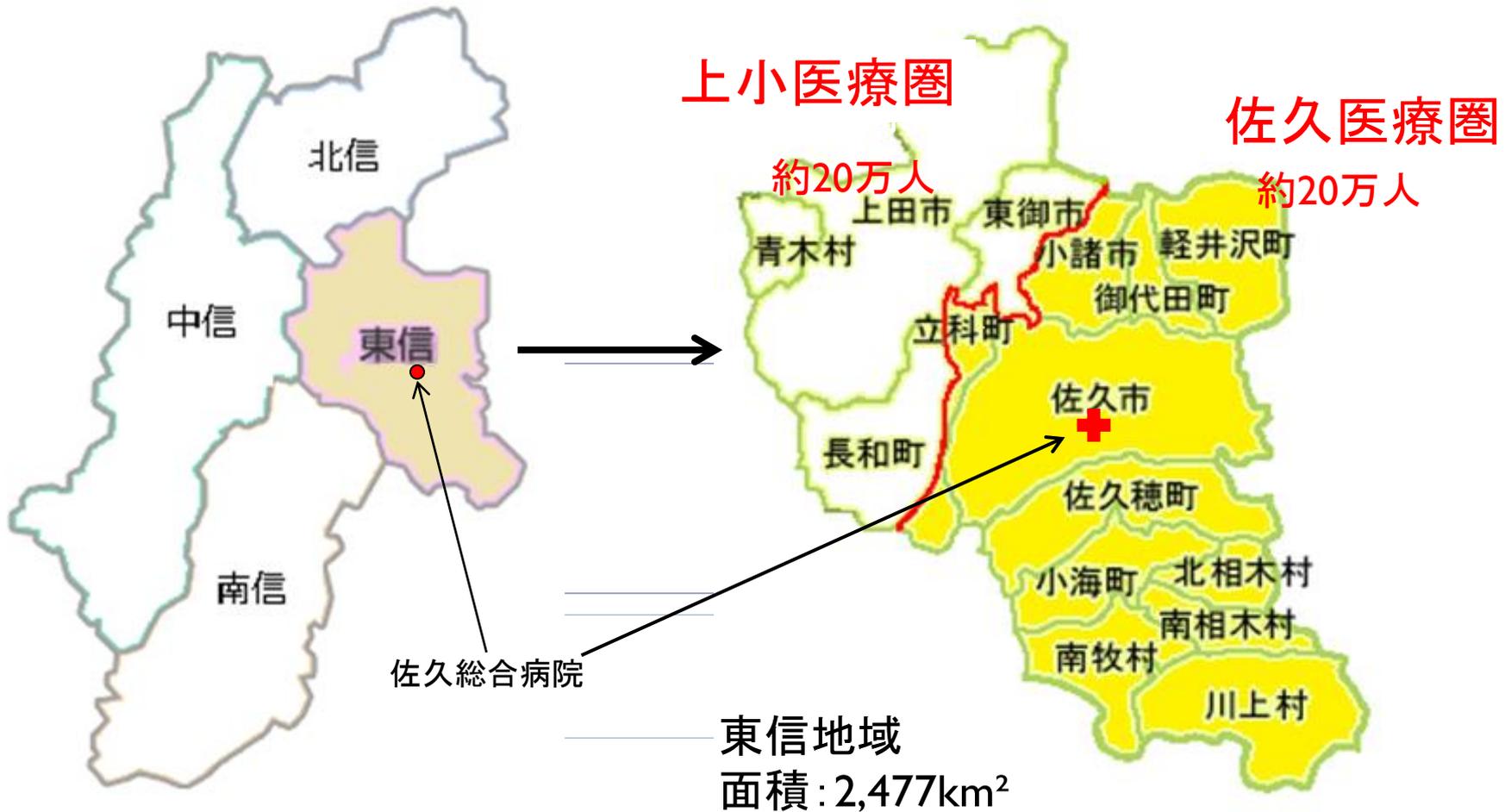
---

- ◆ これからの病院マネジメントとPFM
  - ◆ 佐久医療センターにおけるPFM
  - ◆ 地域との連携
  - ◆ PFM導入の効果
  - ◆ PFMによる病床管理
  - ◆ 医師事務作業補助者の活用
  - ◆ これからの病院経営
- 



# 長野県の医療圏

## 東信の2次医療圏



# 現在の佐久総合病院グループ

---

- ▶ 病院・・・3  
    本院・佐久医療センター・小海分院
- ▶ 診療所・・・1
- ▶ 老人保健施設・・・2
- ▶ 訪問看護ステーション・・・7
- ▶ 農村医学研究所・看護学校

常勤職員 2412人(医師272人含)

(2023年4月現在)

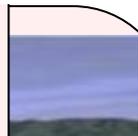
---



# 病院の分割再構築

450床

高度急性期の  
佐久医療センター



2014年3月1日開院

旧佐久総合病院



821床

地域密着の  
佐久総合病院(本院)



309床

2019年3月改築終了

## 2病院機能分担の概略

佐久総合病院本院		佐久医療センター
佐久地域の一般病院	位置づけ	東信全体の急性期病院
<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急を含む総合一般診療</li> <li>・慢性期医療</li> <li>・回復期リハビリテーション</li> <li>・通院リハビリセンター</li> <li>・緩和ケア</li> <li>・精神科病床</li> <li>・高齢者医療・福祉</li> <li>・在宅医療</li> <li>・健康管理センター・健康増進センター</li> <li>・老人保健施設</li> <li>・日帰り手術センター</li> </ul>	主な機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救命救急センター</li> <li>・紹介中心の専門外来・一般外来</li> <li>・高機能診断センター(共同利用)</li> <li>・がん診療センター(地域がん診療拠点病院)</li> <li>・センター的機能 (周産期医療、消化器、循環器、脳血管等)</li> <li>・在院日数の短い一般病床</li> <li>・特殊治療病床、感染症病床</li> <li>・オープンベッド、手術室</li> <li>・医療情報管理センター</li> <li>・治験等研究部門</li> <li>・広域災害医療センター</li> </ul>
<b>309床</b>	病床数	<b>450床</b>
<b>一般急性期・亜急性期 回復期リハ・在宅拠点</b>	目標	<b>高度急性期病院(DPCⅡ群) 地域医療支援病院</b>

# 佐久医療センターの経営戦略

---

- ◆高度急性期医療に特化  
(地域医療支援病院・DPCⅡ群)
- ◆外来は、紹介と専門外来
- ◆入院は、平均在院日数を短縮して効率化すると共に、医療の質を上げ、その上で現場のスタッフを疲弊させない

**PFMの中心として  
患者サポートセンターの設置**

---

# 佐久医療センター 2022年度実績

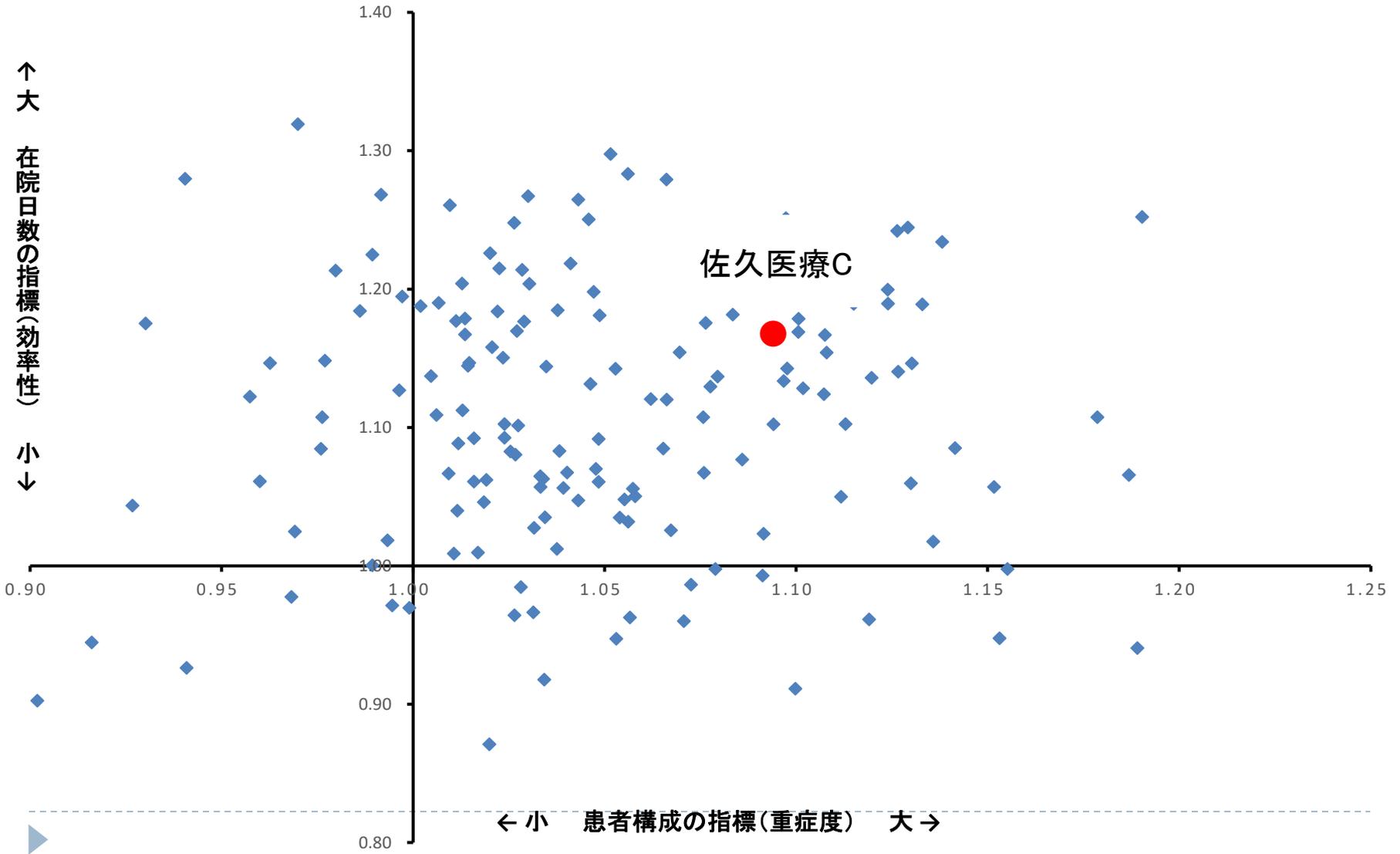
専門医療と救急・急性期医療に特化した  
予約・紹介型の高度急性期病院

- ◆ ベッド数: 450床
- ◆ 平均在院日数: 10.3日
- ◆ 紹介率: 73.6%・逆紹介率: 105.8%
- ◆ 救急車搬入数: 3704台
- ◆ 病床利用率 81.6%
- ◆ 手術件数: 5653件 (全身麻酔手術 3949件)

地域医療支援病院・DPC特定病院群

# 2021年度 DPC指標散布図

## DPC特定病院群



## 今、佐久医療センターでは

---

- ▶ 医師が外来で手術・入院を決めても、あまり時間がかからない
- ▶ 病棟看護師がほぼ定時に業務が終了し、普通に帰宅できる(残業が少ない)
- ▶ 手術目的で入院してきた患者さんが内服薬管理不足などで手術中止になることはない
- ▶ 看護師・医師事務作業補助者の離職率が低い

患者サポートセンター設置の効果

---

# 患者サポートセンター

## 基本方針

顔の見える多職種連携により、質の高いチーム医療をワンストップで実践し、患者中心の医療サービス・支援の提供を行う



**PFMの中心**

専門職がその専門性を担いながらチームとして連携を持ち安心・安全を提供していく

# 患者サポートセンターに集約した部門

- ▶ 地域医療連携室
- ▶ 入退院支援室
- ▶ 患者相談窓口
- ▶ 医事課(新患受付、文書受付、会計窓口)
- ▶ 総合案内
- ▶ 医療福祉相談室
- ▶ 外来栄養相談
- ▶ 持参薬管理室
- ▶ クリニカルパス管理



# 患者サポートセンターの構成人員

部 署	職 種	人 数
地域医療連携室	看護師(退院支援)	5
	事務(紹介患者対応)	10
入退院支援室	看護師(入院支援中心)	21
	看護助手	2
	医師事務作業補助者	5
医療社会事業科	MSW	7
医事課(外来受付含む)	事務	13
薬剤部	薬剤師(交代)	1
栄養科	管理栄養士(交代)	2
患者サポートセンター長	医師(兼務)	1
合 計	2023年8月現在	67

# 入退院支援室

---

- ◆患者さんに手術・検査などの入院医療を、安心して安全に、満足して受けていただくための支援をする
- ◆現場の医師・看護師の負担軽減を図る

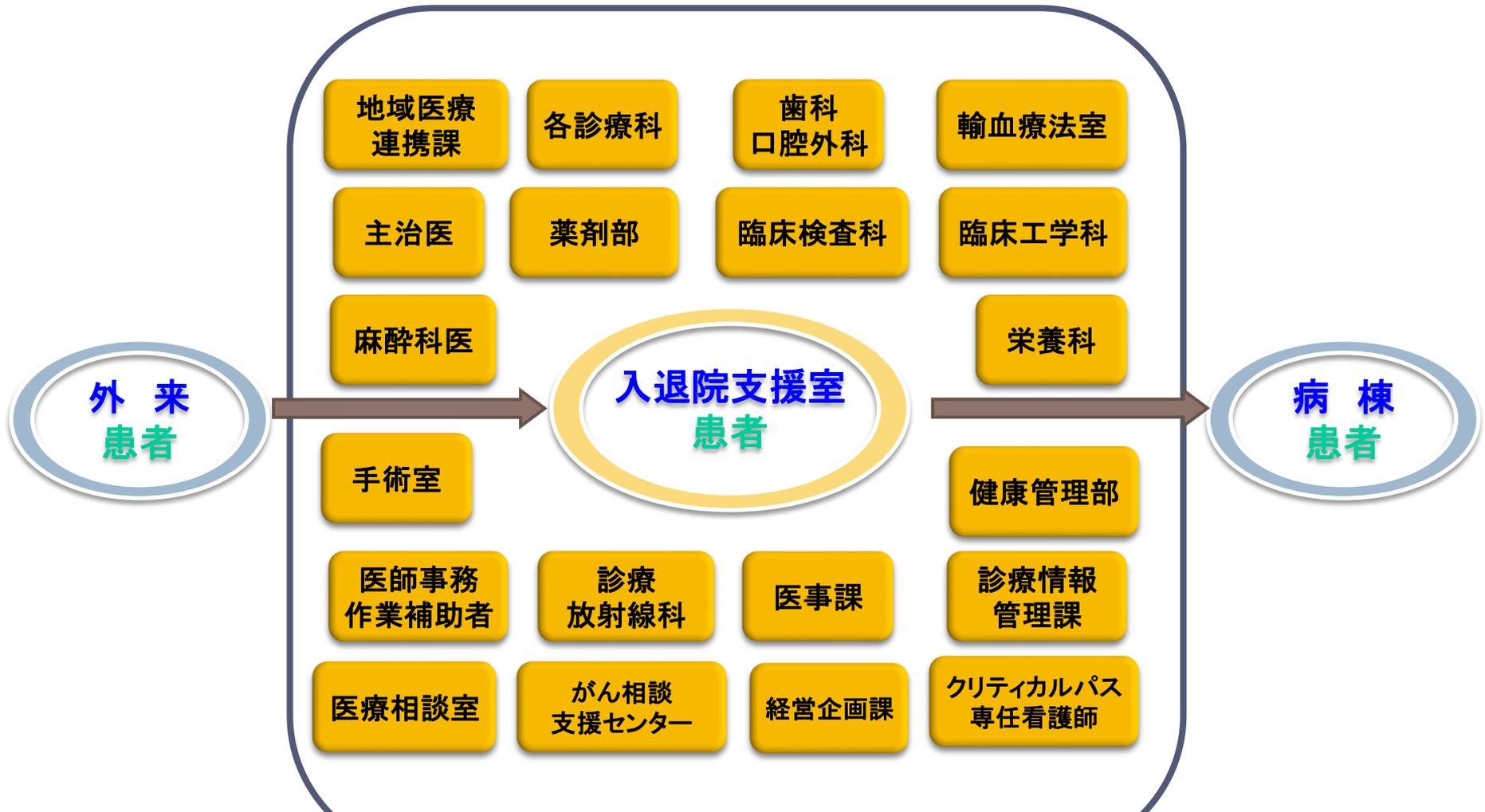


全予定入院患者の入院関連業務を集中し、  
多職種によるタスクシフトを進め、  
標準化した入退院支援を行う

---



# 他職種・他部門との連携



入退院支援は入院が決まった日から



### 胃手術 入退院支援室 依頼指示書

ID <<PATIENTNO>> 患者名 <<ORIBP KANJ>> 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		

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

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

食事・栄養に関する項目を指示

検 査	<input type="checkbox"/> 採血・検尿 ( ) (確認) ( )	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 ( ) ( )
	※胃局所切除術の場合 GEA・CA19-9・検尿 不要	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 心電図 ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 胃透視 ( ) ( )
	<input type="checkbox"/> 呼吸機能 ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要
	<input type="checkbox"/> 胸・腹部X-P ( ) ( )	<input type="checkbox"/> バリウム ・ ガストロ
	<input type="checkbox"/> 便潜血 ( ) ( )	<input type="checkbox"/>
	陽性時TCS (有 ・ 無) ( ) ( )	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 胸部CT(単純) ( ) ( )	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 腹骨CT(造影+3D-CTAngio) ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 歯科/パントモ ( ) (Dr) ( )
<input type="checkbox"/> 上腹部超音波 ( ) ( )	歯科受診日 月 日 ( ) 時 分	

必要な検査に  
チェック

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)

# 入退院支援室の業務

---

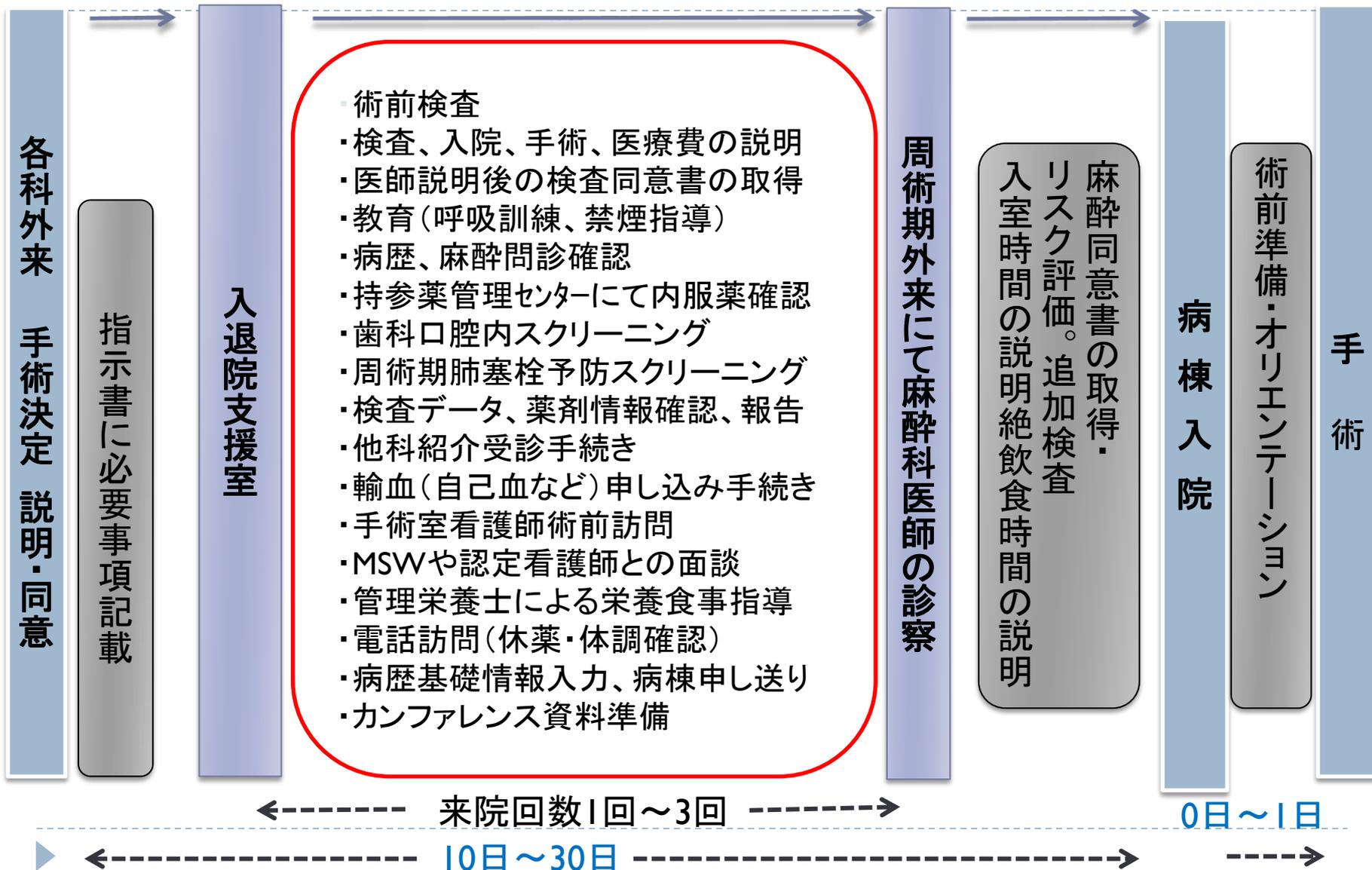
- ◆パスを用いての説明・オリエンテーション
- ◆病歴聴取・電子カルテへの入力
- ◆術前に必要な検査の予約・オーダー入力
- ◆術前検査の評価、必要に応じて他科受診
- ◆持参薬管理室との連携で持参薬の確認・中止
- ◆かかりつけ医への問い合わせ
- ◆退院後の生活への援助・入院前から退院調整
- ◆管理栄養士による栄養指導
- ◆口腔内ケアの実践(必要に応じて歯科受診)
- ◆高額療養費の事前申請

医師は、入院適応と日程を決めるだけ

---



# 手術決定から手術当日まで



# 入退院支援室の看護師

---

- ▶ 入院前管理の中心 患者さん毎の**担当制**
- ▶ 病歴・既往歴・家族歴の聴取・入力
- ▶ データのチェック・・必要な追加検査
- ▶ 入院・手術・医療費の説明
- ▶ 教育・・禁煙・呼吸訓練
- ▶ 電話相談・電話訪問
- ▶ 当日入院症例では、前日に電話で体調確認

**入院までのコンシェルジュ(総合相談・お世話係)**

---





# 検査データの確認

---

検査に異常があれば、主治医に確認し、  
必要に応じて、追加検査・他科紹介へ

## ▶ 血液検査

- 腎機能障害；腎臓内科紹介・薬剤変更
- 血糖異常；追加検査施行し、内科紹介
- 貧血；追加検査して、要すれば鉄剤内服 等

## ▶ 胸部X-P・CT・MRI・超音波

レポート内容を確認し、主治医に連絡

---



# 薬剤部と連携した周術期薬剤管理

## 持参薬管理室

持参薬の確認: 抗凝固薬、糖尿病薬、ビスフォス  
フォネート、TDM対象薬など  
アレルギー情報、サプリメント情報、市販薬情報

## 持参薬報告鑑別書の作成

## 入退院支援室

手術・検査に伴う抗凝固薬・抗血小板薬の  
休薬についての説明文書

患者氏名: 〇〇〇〇〇〇 性別: 〇〇〇〇〇〇〇〇  
生年月日: 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日  
手術・検査日: 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

持参薬名: 〇〇〇〇〇〇〇〇  
持参薬名: 〇〇〇〇〇〇〇〇

2023年02月14日 薬剤師 〇〇〇〇

確認書

本人氏名: \_\_\_\_\_  
薬剤師氏名 (印刷): \_\_\_\_\_

## 休薬確認書

抗凝固、抗血小板薬  
術前休薬指示  
休薬確認書  
休薬前日電話訪問

血栓リスク薬  
VTE予防リスク評価  
付加的リスクの確認

糖尿病薬(ビグアナイド)  
造影剤検査  
腎機能チェック  
検査前休薬指示  
休薬確認書  
休薬前日電話訪問

ビスフォスフォネート  
歯科口腔スクリーニング  
情報提供

緑内障点眼薬  
緑内障罹患の確認  
禁忌薬の使用防止  
点眼薬使用の励行

TDM(ジギタリス、テオフィリン製剤、  
抗てんかん薬)  
血中濃度測定  
副作用チェック  
主治医報告

# 持参薬鑑別報告書

## チェック薬剤の確認

## 持参薬鑑別報告書

1/2

患者氏名: 約束の人

入院日:  
病棟名:

作成日: 2012年06月15日  
作成者: 畠山 裕美子

	写真	薬品名	後発	チェック薬剤	用量	用法	日数 回数	採用		振替薬	コメント	一般名	薬効分類	色・識別
								院内	院外					
1		バイアスピリン錠 100mg	●	抗凝固・抗血小板薬	1錠	1日1回 朝食後	14日	○	○			アスピリン	他に分類されない血液体液用薬	白
2		メグルロ錠 250mg		糖尿病薬(ピグアナイド)	3錠	1日3回 朝食後 昼夕 食直後	14日	○	○			塩酸メホルミン	ピグアナイド系製剤	白〜帯黄 白 DG 271:250
3		プラビックス錠 75mg		抗凝固・抗血小板薬	1錠	1日1回 朝食後	14日	○	○	プラビックス錠 25mg		硫酸クロピドグレル	他に分類されない血液体液用薬	白〜微黄 白 sa 75:
4		フォサマック錠 350mg		ビスフォスフォネート	1錠	1日1回 起床時	7日	○	○	ボナロン錠 35mg	週1回服用	アレンドロン酸ナトリウム水和物	他に分類されない、その他の代謝性医薬品	白 77:
5		ロキソニン錠 60mg		NSAIDs(非ステロイド系抗炎症薬)	1錠	痛い時に服用	10回	○	○	ロルフェナミン錠 60mg (ロキソニン可)		ロキソプロフェンナトリウム	その他の解熱鎮痛消炎剤	極薄紅 SANKYO 157:
6		ゼルベックスカプセル 50mg			1CP	痛い時に服用				ゼルベックス細粒 10% 100mg/g		テブレノン	その他の消化性潰瘍用剤	灰青緑/

代替薬

一般名

院内採用の有無

効能効果

(患者さん用)

# 予約 確認票

【患者情報】

患者ID

患者さん氏名  
生年月日

【予約情報】

病 院 : 佐久医療センター  
予 約 日 : 令和 05 年 〇 月 〇 日(月)  
時 間 : 午前 11 時 00 分  
診 療 科 : C消化器内科

[担当医: 担当医師名]

【紹介元】 紹介元医療機関名

医師名 紹介医師名

【ご案内】

## ◆来院場所

- ・最初に「紹介受付」に予約時間の30分前にお越し下さい。
- ※外來の状況でお待ちいただく場合がありますのでご了承ください。

## ◆持ち物

**お薬手帳**または、**現在お使いのお薬**

※お薬手帳をお忘れになると診療が遅れる可能性があります。

- ・予約確認票 (この用紙)
- ・紹介状及び資料
- ・保険証
- ・佐久病院グループの「診察券」

※診察券は、佐久病院グループの全ての施設が共通で使用できます。

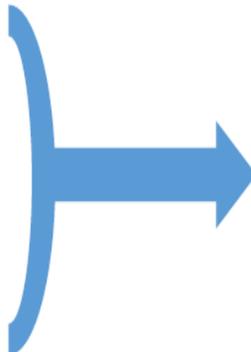
## ◆食事の制限

- ・食事の制限はありません。

## ◆その他

当日は検査のご予定はございません。ご承知おき下さい。

◆不明な点がございましたら、地域医療連携室までお問い合わせください。



電子カルテで取得した予約内容から、  
該当の予約を選択し、表示させる。

来院時間は「科」によって異なるため、  
システムに入力し、表示させる。

「その他」欄には個別に患者さん  
にお伝えしたい内容を入力できる。

令和 05 年 9 月 11 日

〒385-0051 長野県佐久市中込 3 4 0 0-2 8

JA 長野厚生連 佐久医療センター

地域医療連携室 担当 担当者名

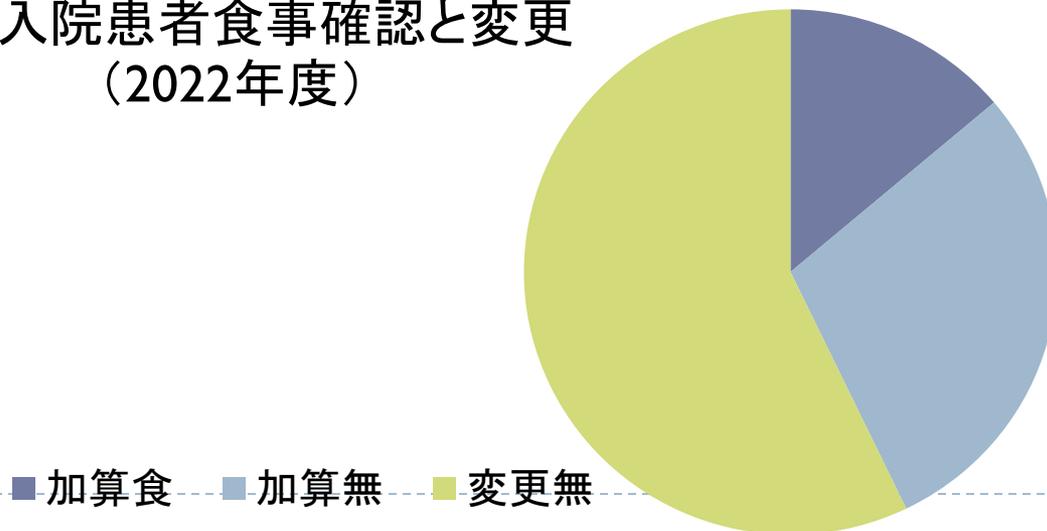
TEL:0267-62-8181(代表) (内線2175,2176)

診療日の8時30分~17時00分まで(土曜日は12時50分まで)

# 管理栄養士の外来からの支援

- ▶ 栄養状態の把握と外来栄養指導
- ▶ 各種併存症の把握（高脂血症・糖尿病等）とそれに対応した食事の提供
  - 入院予定患者の食事オーダーの確認と訂正
  - 加算食への変更

予定入院患者食事確認と変更  
(2022年度)



胃手術 入退院支援室 依頼指示書

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)

検 査	<input type="checkbox"/> 採血・検尿 ( ) (確認) ( )	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 ( ) ( )
	※胃局所切除術の場合 GEA・CA19-9・検尿 不要	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 心電図 ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 胃透視 ( ) ( )
	<input type="checkbox"/> 呼吸機能 ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 前投薬 スポラミン・グルカゴン・不要
	<input type="checkbox"/> 胸・腹部X-P ( ) ( )	<input type="checkbox"/> バリウム ・ ガストロ
	<input type="checkbox"/> 便潜血 ( ) ( )	<input type="checkbox"/>
	陽性時TCS(有・無) ( ) ( )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 胸部CT(単純) ( ) ( )	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 腹骨CT(造影+3D-CTAngio) ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 歯科パントモ ( ) Dr ( )	
<input type="checkbox"/> 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)

# NST介入 低栄養基準

該当 チェック	I 体重減少と検査値の確認(低栄養基準)
	体重減少:1週間で3%以上、1ヶ月5%以上
	血清アルブミン値:3.0g/dl以下
	総リンパ球数: $0.8 \times 10^3$ /ul以下

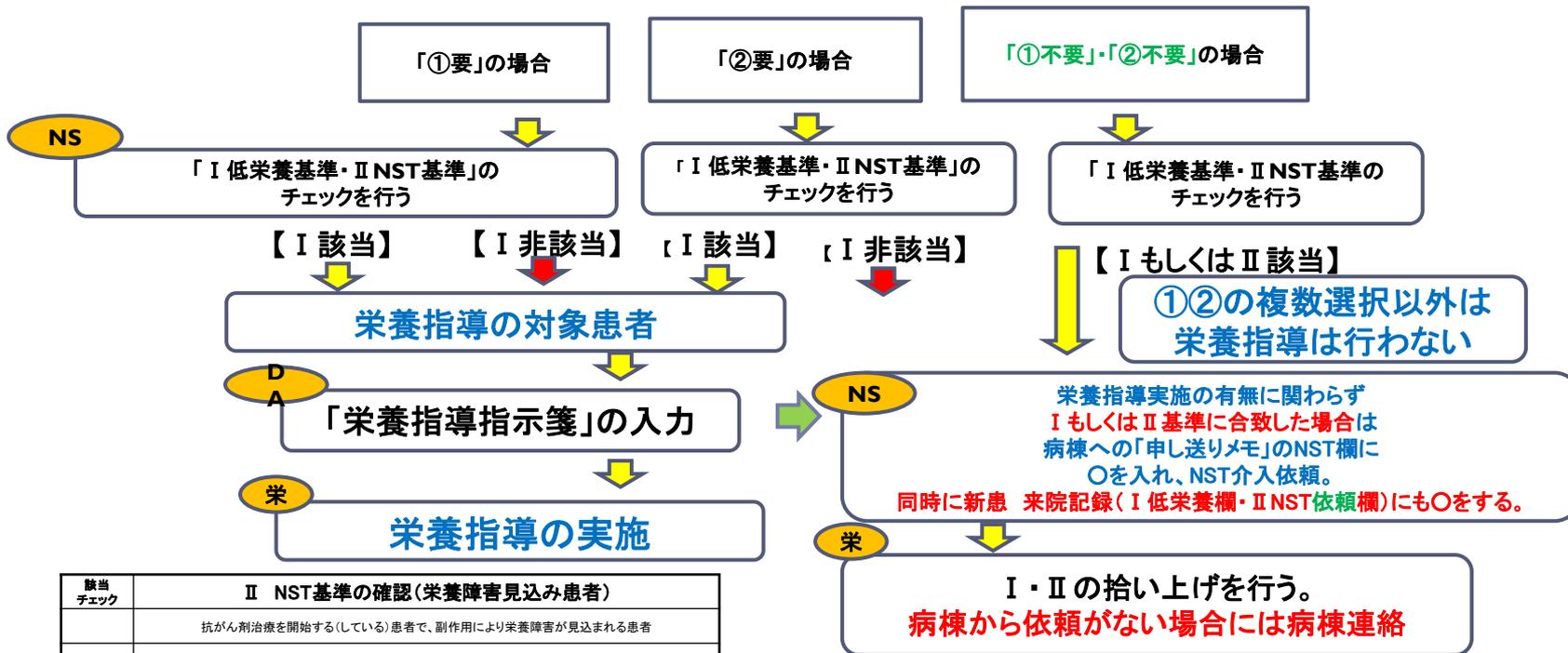
該当 チェック	II NST基準の確認(栄養障害見込み患者)
	抗がん剤治療を開始する(している)患者で、 副作用により栄養障害が見込まれる患者
	脳卒中等の疾患により嚥下障害を認めており、 経口摂取が困難になる可能性が高い(既に困難な)患者
	著しい食欲低下を認めており、栄養治療を実施しなければ、 本来の治療に支障がある患者
	・アルブミン2.5g/dL以下で治療により栄養障害の状態に なることが見込まれる患者



# NST 低栄養基準 フローチャート

該当 チェック	I 体重減少と検査値の確認(低栄養基準)
	体重減少:1週間で3%以上、1ヶ月5%以上
	血清アルブミン値:3.0g/dl以下
	総リンパ球数: $0.8 \times 10^3$ /ul以下

該当項目が1つ以上で  
基準を満たす



該当 チェック	II NST基準の確認(栄養障害見込み患者)
	抗がん剤治療を開始する(している)患者で、副作用により栄養障害が見込まれる患者
	脳卒中等の疾患により嚥下障害を認めており、経口摂取が困難になる可能性が高い(既に困難な)患者
	著しい食欲低下を認めており、栄養治療を実施しなければ、本来の治療に支障がある患者
	・アルブミン2.5g/dL以下で治療により栄養障害の状態になることが見込まれる患者

※該当項目が1つ以上で基準を満たす

# 術前歯科口腔スクリーニング

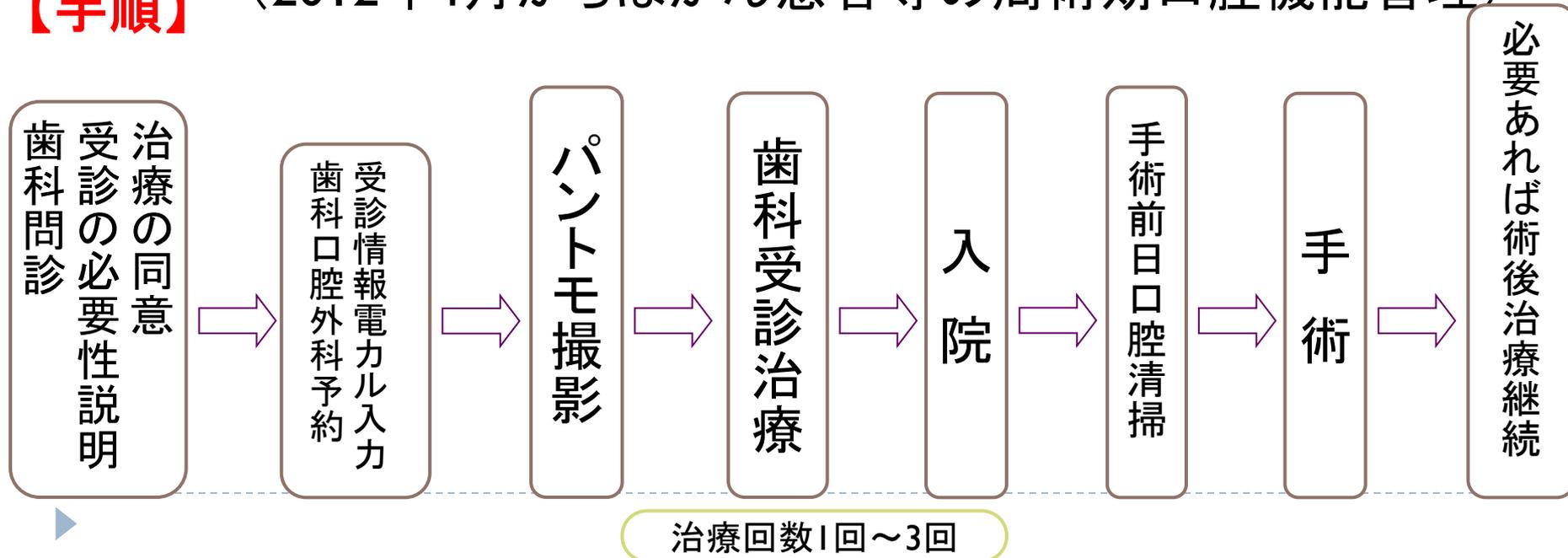
## 【目的】

- ▶ 挿管時の折歯、脱臼の防止を行う。
- ▶ 術後の感染のリスクを減らす。
- ▶ 化学療法をスムーズに導入する。
- ▶ 手術後の食事摂取をスムーズに行う。

2008年11月より開始

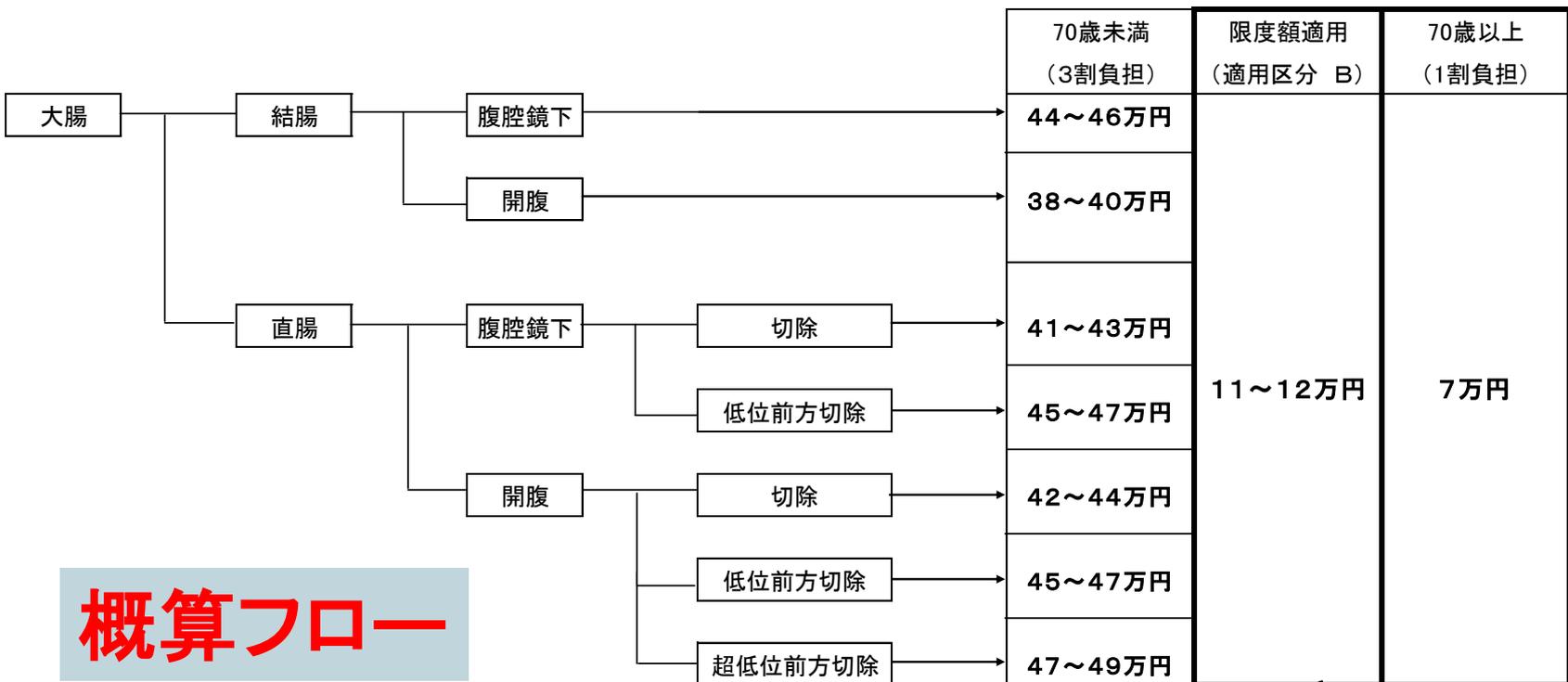
【対象】15歳以上 全身麻酔で手術を受ける患者

【手順】(2012年4月からはがん患者等の周術期口腔機能管理)



# 事前の医療費の説明

## 大腸



**概算フロー**

\* 70歳以上と限度額適用については請求月が1か月の場合です。  
入院期間が月をまたぐ場合はこの限りではありません。

# 医療ソーシャルワーカーの支援

---

## 入院前からの退院調整

内容：限度額適応認定証の手続き

高額療養費制度

身障者の手続き

医療費の支払いの相談

介護保険の申請

入院前からのケアマネとの連携

（佐久地域入退院支援ルール）

---



# DA（医師事務作業補助者）の活用

入院に関する事務業務を標準化して  
可能な限り、DAに依頼  
（医師は確認・承認）



- ① 医師の負担軽減
- ② 効率性・安全性の向上



医師の生産性の向上



# 新入院予定患者の書類準備

- ◆入院に必要な基本的な書類の準備
- ◆疾患毎・手術の有無に応じた書類の準備
- ◆患者用・医療者用クリカルパスの準備

## 【基本セット】

入院案内の冊子  
問診表  
申し送りメモ  
入院セット用紙  
個室希望用紙

+

## 【麻酔関連】

麻酔問診  
歯科問診  
歯科スクリーニング説明用紙

+

## 【疾患別必要書類】

クリカルパス  
VTE説明用紙  
限度額説明用紙  
次回予約・検査用紙  
ICU・HCU入室ご案内用紙  
紙  
Etc...

# 検査入力

患者さん・家族の都合と  
検査室の兼ね合い  
検査の順番・コストを考慮



DAの代行入力により  
外来診療時間の短縮  
患者サービスの向上  
外来収入の増加

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	<input type="checkbox"/> 採血・検尿 ( ) ( ) Dダイマー 採血 不要・要 ( ) 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	<input type="checkbox"/> 上腹部超音波 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 腹部CT ( ) ( ) 造影：あり・なし MPR：あり・なし <input type="checkbox"/> 注腸造影 ( ) ( ) (バリウム・ガストロ) 前投薬(スボラミン・グルカゴン・不要) <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 ( ) ( ) 他所で済 ⇒ 消化管潰瘍 無・有 抗凝固薬 ( ) 続行・中止
	A <input type="checkbox"/> 胸・腹部X-P ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 心電図 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 呼吸機能 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 胸部単純CT ( ) ( )	期間 / ~ / 前投薬 スボラミン・グルカゴン・不要 生検 有・無
	C <input type="checkbox"/> 心エコー ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 心臓心電図 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 頸部超音波 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 下肢超音波 ( ) ( )	<input type="checkbox"/> PET ( ) ( ) ※検査目的： ( ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 歯科レントモ ( ) Dr ( ) 歯科受診日 月 ( ) 日 ( ) 時 ( ) 分
	<input type="checkbox"/> TOS スtent(有・無) ( ) ( ) スtent無の場合：点墨(有・無) ※DA検査入力 抗凝固薬 ( ) 続行・中止 期間 / ~ / 前投薬 スボラミン・グルカゴン・不要 スtent有の場合：紹介状入力 Dr ( ) 連絡 済 ※施行医師に検査日決定して頂く	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 歯科レントモ ( ) Dr ( ) 歯科受診日 月 ( ) 日 ( ) 時 ( ) 分 座薬：禁・可 浣腸：禁・可 腸管狭窄：無・有
直腸	<input type="checkbox"/> 骨盤MRI(単) ( ) ( ) 撮像部位 Rs・Ra・Rb・P	<input type="checkbox"/> 自己血 輸血 有・無 <input type="checkbox"/> 予想出血量 ( ) mL <input type="checkbox"/> 目標貯血量 ( ) mL × 回 <input type="checkbox"/> 自己血輸血同意書 <input type="checkbox"/> 血液製剤・輸血療法同意書 ※貯血フロー・チェックリストに準ずる
薬	【使用クリニックパス】 1 腹腔鏡下結腸切除術 2 腹腔鏡下直腸切除術 3 腹腔鏡下直腸切除術＋一過性のストマ造設 4 腹腔鏡下直腸切断術(マイルズ)	常用薬の確認(持参薬管理室) (事前に) ( ) ( ) ★抗凝固薬・抗血小板薬の内服 有・無 ★糖尿病薬の内服 有・無 ★TDM対象薬の内服 有・無 中止薬指示・休薬確認書作成 休薬確認 ( ) ( ) / ( ) ( ) ~ ( ) ( ) / ( ) ( ) まで ( ) ( ) / ( ) ( ) ~ ( ) ( ) / ( ) ( ) まで
入院支援室	【鉄剤内服 要の場合】 <input type="checkbox"/> 入院時採血 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> フェルム処方 ( ) ( )	内視鏡潰瘍の有無 S/H/A・1/2・無 NSAIDs使用不可のチェック 可・不可 パス適応(サイン) ( ) 75歳以下Stage II・IIIの場合付箋作成 済
承認サイン	Dr. ( ) 外来Ns ( )	入院支援室 担当Ns ( ) 申し送りNs ( )

医師は行う項目に  
チェック

# 大腸術前検査セットオーダー

セット一覧

オーダー 薬剤 必要時

病院 | 科 | 医師 |

YROOT ¥患者サポートセンター

- 001:ラバコシ002:DIC-CT003:ICG/薬
- 004:肝 HCC005:肝 転移006:肝臓手
- 007:肝臓 3[008:肝臓 3[009:胆・膵手
- 010:胆・膵3 011:胆・肝・f012:膵体部
- 013:追加検 014:インスリ015:インスリ
- 016:胃 術前017:胃 術前018:TCSオ
- 019:Dr篠原 020:大腸 術 021:大腸 術
- 022:直腸癌 023:《全麻》024:《局麻》
- 025:ヘルニ026:小児全027:食道 術
- 028:食道 術029:食道 3 030:ポート造
- 031:ポート造032:TAE 術033:腹部血
- 034:ERCP 035:バクテロ036:入院中
- 037:冠動脈038:メタネフ039:痰
- 040:局麻 041:ERCP 術042:ブルゼ

021

閉じる(C) 上階層に戻

大腸 術前検査 Bセット

- 日数00
- 内視鏡 C消化器外科 連携室予約D
  - GP01 内視鏡 内視鏡
    - 胃・十二指腸内視鏡検査
    - 薬剤:ガスコンロップ 2% 5mL
    - 薬剤:プチルスコプラミン臭注20mg 1本
    - 薬剤:キシロカインゼリー2% 6mL
    - 薬剤:キシロカインポンプスプレー 1g 1g
    - 薬剤:フロナーゼMS 20000単位
    - 薬剤:重曹 1g 1g
    - コメント:基礎疾患 なし
    - 検査目的:大腸術前精査
    - 特別指示:入退院支援室
- 生理 C消化器外科 連携室予約D 【読影依頼】
  - GP01 腹部超音波 生理検査
    - C上腹部超音波(外来)
    - コメント:肝臓
    - コメント:胆嚢
    - コメント:膵臓
    - コメント:脾臓
    - コメント:腎臓
    - 検査目的:術前精査
    - 特別指示:入退院支援室
- 画像 C消化器外科 連携室予約D 【読影依頼】
  - GP01 CT検査 【CT造影】腹骨盤部
    - 腹骨盤部造影
    - コメント:腎機能異常・ヨードアレルギー・喘息 無
    - 検査目的:大腸術前精査
    - 検査目的:肝転移 リンパ節転移 深達度検索
    - 特別指示:入退院支援室
- 画像 C消化器外科 連携室予約D 【読影依頼】
  - GP01 X線透視 【食道・胃腸】
    - 注腸造影撮影(術前精査)
    - 検査目的:大腸術前精査
    - 特別指示:バリウム・ガストログラフィンでお願いします
    - 特別指示:入退院支援室
- 画像 C消化器外科 連携室予約D 【読影依頼】
  - GP01 R検査 グルコース代謝量
    - 18-FDG PET
    - コメント:独歩

# 検査オーダー代行入力 / 登録セット

セット一覧

オーダー 薬剤 必要時

病院 | 科 | 医師

消化器 I G

- 001:胃 術前検査 Aセット
- 002:胃 術前検査 Bセット
- 003:胃 腹骨盤単純CT(造影不可の場合)
- 004:食道 術前検査 Aセット ※下肢エコー必須
- 005:食道 術前検査 Bセット
- 006:食道 3DCTAngio
- 007:食道パス前処置処方(※手術前日にオーダー)

CEA			
CA19-9			
CA-125			
GP02	血糖	血漿	灰/2ml
	HbA1c		
GP03	PT	血漿	黒/2ml
	APTT		
GP04	血算	全血	紫/2ml
	ABO・Rh血液型		
	像(機械)		
GP05	不規則抗体	血漿	赤紫/4ml
GP06	随時尿		尿コップ

診療科・疾患・麻酔方法別に 標準化して  
セット登録

生理 C消化器外科 連携室予約D  
GP01 心電図等 生理検査  
心電図12誘導  
検査目的:術前検査  
特別指示:入退院支援室

生理 C消化器外科 連携室予約D  
GP01 心電図等 生理検査  
簡易フローボリューム  
コメント:努力肺活量検査  
検査目的:術前検査  
特別指示:入退院支援室

画像 C消化器外科 連携室予約D 【読影依頼】  
GP01 CT検査 【CT単純】胸部  
胸部単純  
検査目的:術前検査  
特別指示:入退院支援室

閉じる(C) 001 上階層に戻る(B)

# パスオーダーの入力

カルテ   オーダントリ   文書一覧   患者ToDo   経過表   フローシート   **オーバビュー**   日めくり   患者フォーラム   付箋   診察取消   診察内容確認

腹腔鏡下胆嚢摘出術(ラパコレ)3;84日(通用予定)

パスコード 0816

適応基準

除外条件

目標

手術前日 [入院:1日間] 2/1(水)

手術当日 [入院:1日間] 2/2(木)

手術当日 [入院:1日間] 2/3(木)

手術当日 [入院:1日間] 2/4(木)

術後 [入院:2日間] 2/3(金)~2/4(土)

基準日設定   本日   最新化   印刷   表示設定

日付	2012年02月01日(水)	2012年02月03日(金)	2012年02月04日(土)
ユニット名	手術前日	手術当日	術後
イベント名	入院・術前日	手術当日	術後
入外区分			
適用パス			
イベント	入院基本	入院決定(10:08)	
	手術		
	輸血		
	透析		
	予約		
パリアンス			
クリティカルインディケータ			
患者状態	手術に向けて準備ができる	循環動態が安定している	手術に向けて準備が完了している
アウトカム	体温が38.5℃以下である	体温が38.5℃以下である	体温が38.5℃以下である
	出血がない、または少量である	出血がない、または少量である	出血がない、または少量である
	嘔気がない	嘔気がない	嘔気がない
	脈拍が120回/分以下である	脈拍が120回/分以下である	脈拍が120回/分以下である
生活動			
知識・教			

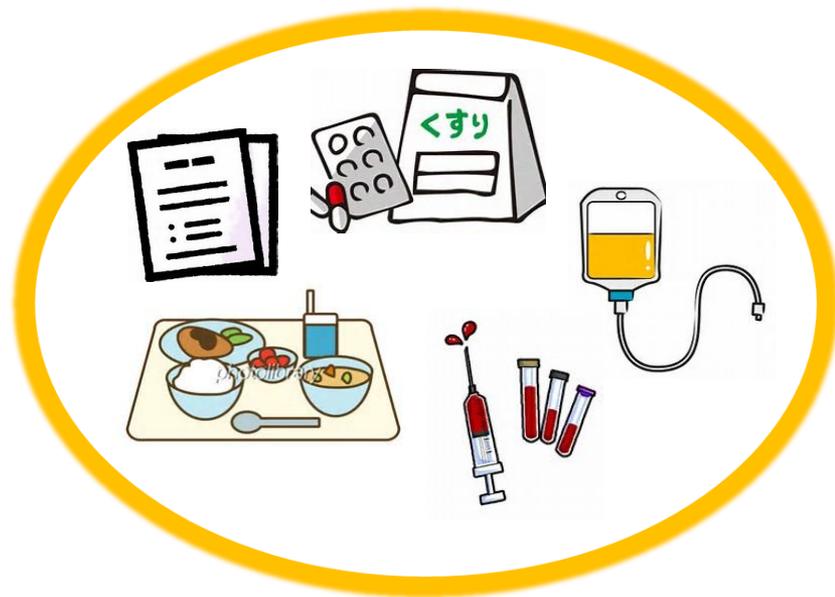
**それぞれのパスでステップを設定し、運用**

**パスオーバビュー画面**

指示書に従い、パスオーダーの代行入力と入院時のステップを適応

# パス入力時に同時に行うこと

- ▶ アレルギー・既往の確認
- ▶ 処方・点滴の確認
- ▶ 集中治療室への依頼・連絡
- ▶ 血糖測定システムへの入力
- ▶ 抗菌薬チェックシートへの入力
- ▶ 入院診療計画書の仮作成
- ▶ 退院時紹介状の仮作成
- ▶ 術後リハビリの予約取得



誰でも同じように入力できることで  
指示間違いの防止

# DAが行うことによるメリット



**事務作業に慣れたDAが確認しながら  
▶ 入力する事で、統一した入力が可能**

# 具体的なメール（DAより）

---

〇〇さん。△月△日入院  
同日手術予定の方です。  
eGFR △△ でした。

クリニカルパスの必要時指示について  
ロキソプロフェンナトリウム錠

→アセトアミノフェン 1g

ボンフェナック坐薬

→アンヒバ200mg × 2

に変更してよろしいでしょうか。

---



# 本日の話

---

- ◆ これからの病院マネジメントとPFM
  - ◆ 佐久医療センターにおけるPFM
  - ◆ **地域との連携**
  - ◆ PFM導入の効果
  - ◆ PFMによる病床管理
  - ◆ 医師事務作業補助者の活用
  - ◆ これからの病院経営
- 



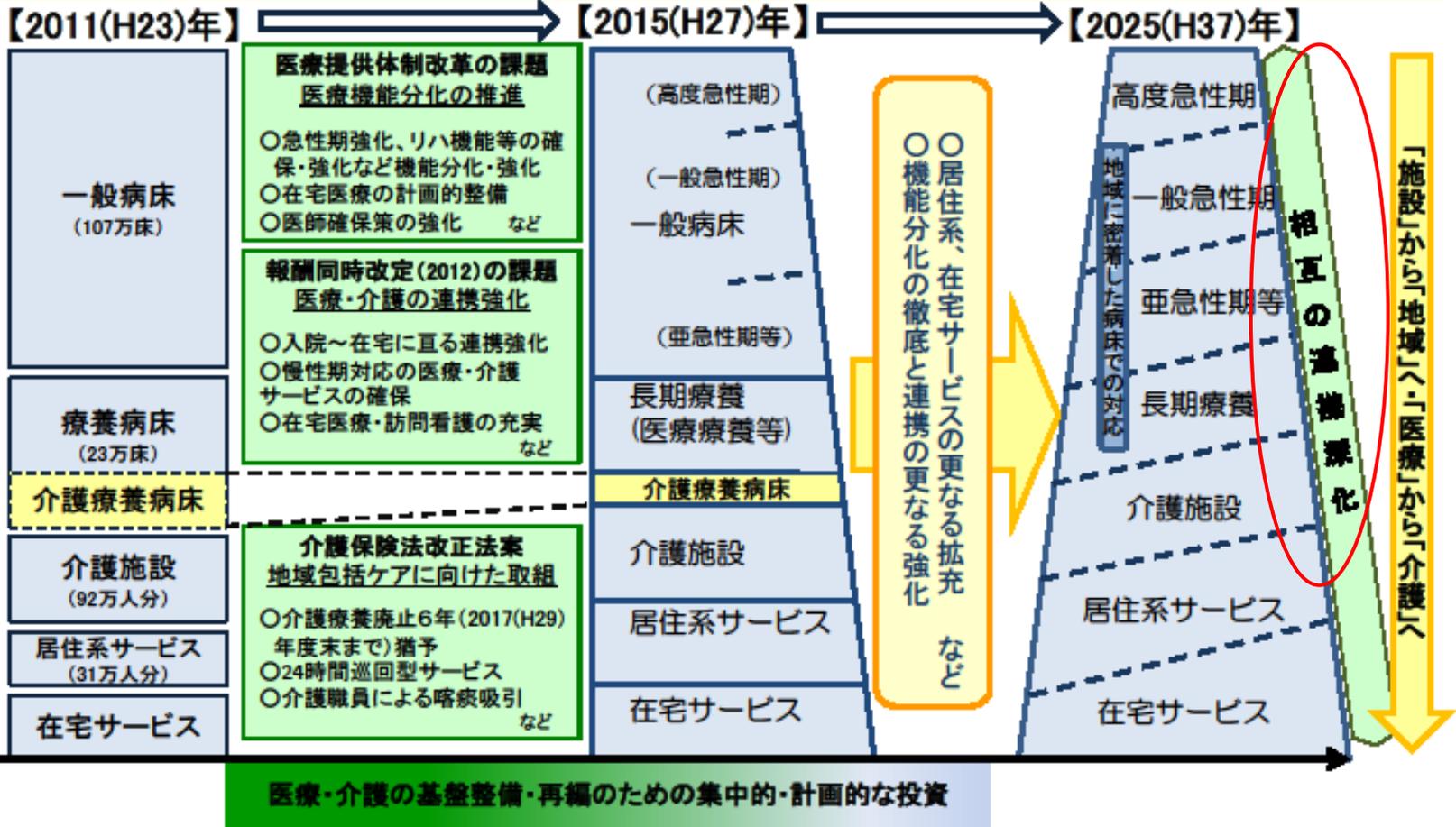
# 社会保障・税の一体改革 成案

社会保障改革に関する集中検討会議資料 平成23年05月19日

## 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の实情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



# 地域での連携の重要性

---

◆機能分化と連携は車の両輪

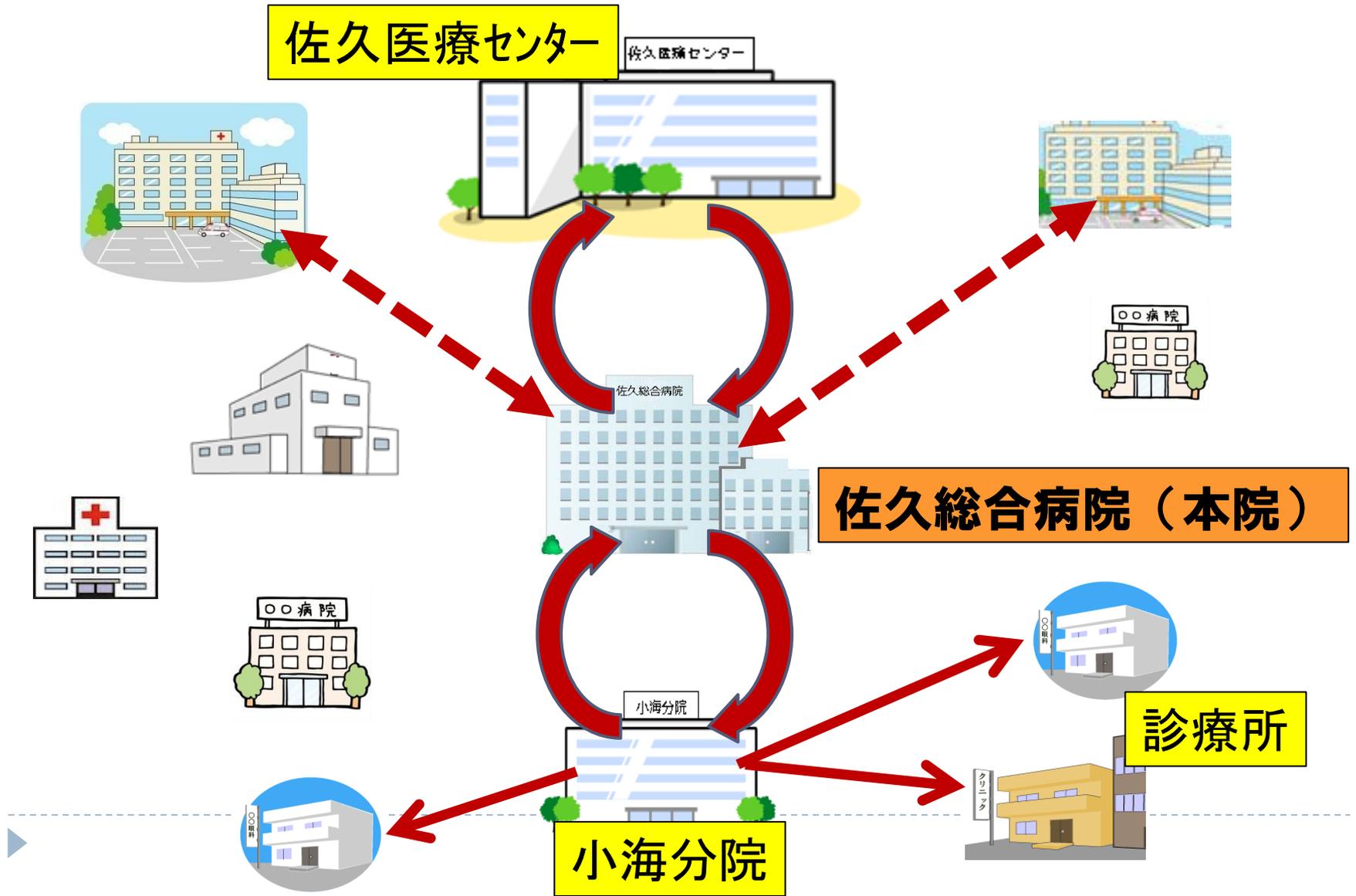


◆地域の他の医療機関・介護施設・行政・保健所等全てのステークホルダーとの連携を強化する

**「最高のバトンタッチを！」**



# 佐久総合病院グループによる ICTによる診療情報の共有



# 電子カルテ画面

The screenshot shows the EMR interface with the following components:

- Top Menu:** カルテ, オペダントリ, 文書一覧, 患者ToDo, 経過表, フローシート, オーパビュー, 日めくり, 患者フォーラム, 付箋, 診察取消, 診察
- Filtering:** 操作者, 自科, 全科 (selected), 表示, フィルタ, 表示設定切替, 医師記録, 印刷, 検索(Q), 設定
- Left Sidebar:** DPCNAVI, SCOPE, 検査結果, 細菌照会, 内視鏡参照, 超音波, 病理照会, 紹介状・返書, ORSYS, 他科紹介一覧, 入院診療要約, 看護ケアファイル, アンキオ看護..., クリニカルポー..., Yagee
- Tree View:** 全科カルテ (2013/04/05(金)-2014/04/09(木)), 過去のデータを表示する, 2013/04/05(金), 2013/04/08(月), 2013/04/10(水), 2013/04/11(木), 2013/04/17(水), 2013/05/28(火), 2013/05/29(水), 2013/05/31(金), 2013/06/01(土), 2013/06/02(日), 2013/06/22(土), 2013/06/24(月), 2013/09/10(火), 2013/11/05(火), 2014/02/19(水), 2014/02/21(金), 2014/03/05(水), C呼吸器外科, 山本 亮平(医師), 入院指示, 定型文書: 指示書・依頼書, 予約, CDA, 栗山 緑(DA), 定型文書: 説明書・同意書, 成澤 美紀(DA), 2014/03/09(日), C外科, 刈屋 朋(研修医), 診察記事, 2014/03/10(月), C呼吸器外科, 山本 亮平(医師), 定型文書: 説明書・同意書, 定型文書: 手術関係, 入院指示, 2014/03/11(火)
- Main Content Area:**
  - 09:29 予約**: 予約 予約日 2014/03/05(水) 09:00~ C呼吸器外科 C呼外) 山本亮平  
予約行為: 普通 (1人分) 予約区分: 診察  
依頼科: C呼吸器外科 依頼医: 山本 亮平  
気胸, CXR
  - 山本 亮平(医師) - (外科)**
  - 09:30 診察記事**: 暇なときに脱気している。まだ膨らみきっていない。26日に試験。仕方がないので試験後に。
  - 2014年03月05日(水)**
  - 山本 亮平(医師) - (C呼吸器外科)**
  - 10:57 入院指示**: 入院決定 2014/03/10 10:00 C 2階南病棟
  - 11:17 定型文書: 指示書・依頼書**: 6肺手術 入退院支援室依頼指示書.xls(C呼吸器外科)  
作成者: 山本 亮平  
対象期間: 2014年03月05日
  - 11:26 予約**: 予約 予約日 2014/03/05(水) 19:00~ C患者棟\*1センター 当日受付  
予約行為: 普通 (1人分) 予約区分: 診察  
依頼科: C呼吸器外科 依頼医: 山本 亮平

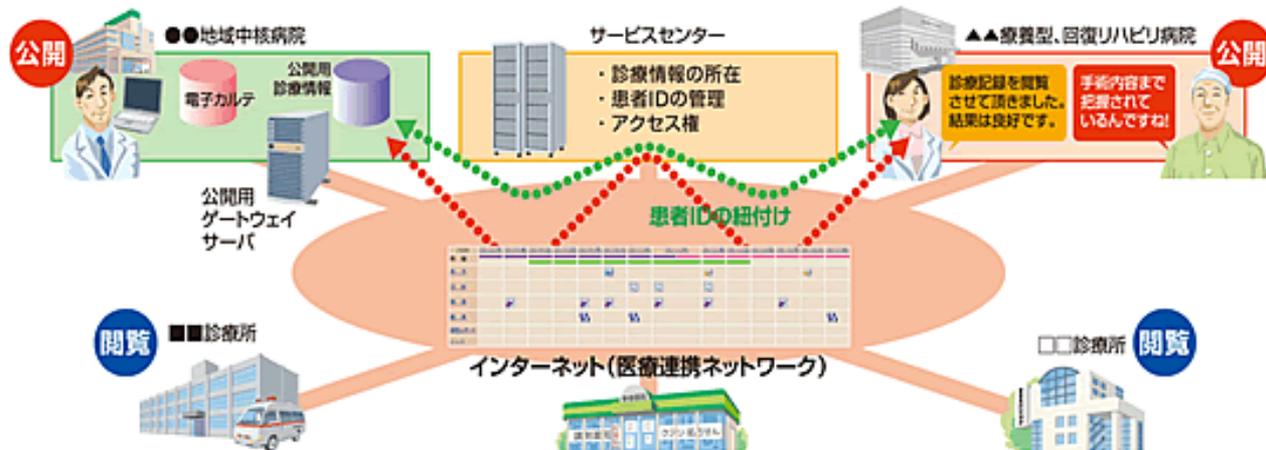
佐久病院グループの全ての診療情報を参照可能

# 地域医療連携ネットワークサービス (ID-LINK)

地域の全ての公的・公立病院7病院とは、お互いに  
全情報開示＝患者情報の共有



専門医へのコンサルト・転院への準備  
画像など詳細な情報の共有



# 佐久地域入退院支援ルール

---

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

介護支援等連携指導料算定へ

---



# 看護師の連携

---

## ◆ 東信地域看護連携協議会

2005年に立ち上げ、東信地域の病院  
26施設が参加 組織率100%

## ◆ 実際の連携についての標準化

- ◆ 申し送り状(看護サマリー)の統一
  - ◆ 情報一覧表の作成
    - 経腸栄養剤一覧表
    - 連携窓口・病院概況一覧表
    - 診療科一覧表
-

看護情報／サマリー（東信地区統一）

病棟→

フリガナ 患者氏名	様 (ID: ) 歳			生 性	主治医	( )	
病 名	入院期間		～				
既 往 歴	介護保険	申請 (有 無)	介護度 ( )				
	ケアマネ	事業所					
		担当者氏名					
	その他支援者						
入院中の経過要約		血液型 (Rh)					
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照		感 染 症	HBs	梅毒RPR	MRSA		
<input type="checkbox"/> 入院診療要約参照			HCV	梅毒TP			
<input type="checkbox"/> 看護サマリー継続紙参照		アレルギー	無 有 ( )				
病状説明と理解		退院後の 方 向 性	自宅		施設	未定	
ご本人			申込先 施設名				
ご家族	日常生活動作						
	麻 痺	有 (右半身 左半身 上肢 下肢 その他)					
		無					
継続される看護問題 (問題・目標・看護実践内容・アセスメント)		移 動	自立 見守り 一部介助 全介助				
			独歩 杖歩行 歩行器 車椅子 ベッド上				
	意 思 疎 通	可 不可 (言語障害 有 無)					
		認知症	有 無				
		高次脳機能障害	有 無				
		視力障害	有 無	眼鏡使用	有 無		
		聴力障害	有 無	補聴器使用	有 無		
	身長 :		cm	体重 :		kg	
	食 事	自立 セッティングで自立 一部介助 全介助					
		摂 取 方 法	経口 経鼻 胃ろう 腸ろう				
		食 事 の 体 位	ベッド上 リクライニング 車椅子 車椅子 机				
		食 事 の 内 容					
	補 助 食 品						

# 医療と介護の連携推進

## ケアマネジャーとの連携改善

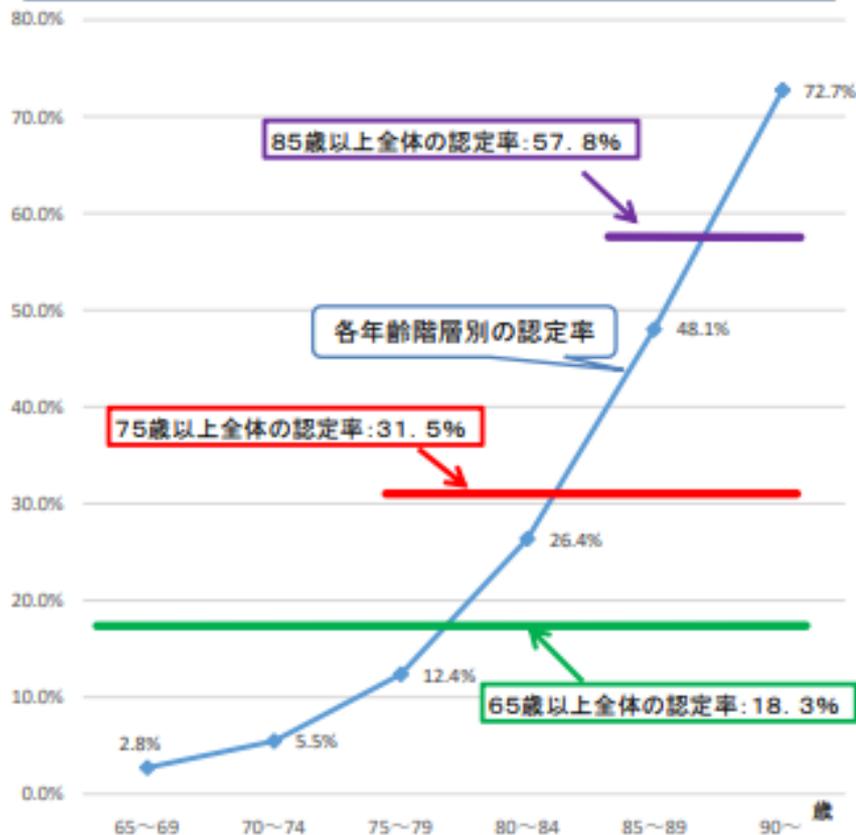
- ▶ ケアマネジャーの問い合わせ窓口を**一本化**
- ▶ 患者サポートセンタースタッフ・病棟看護師・ケアマネジャーでカンファレンスを行う



# 医療需要の変化 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

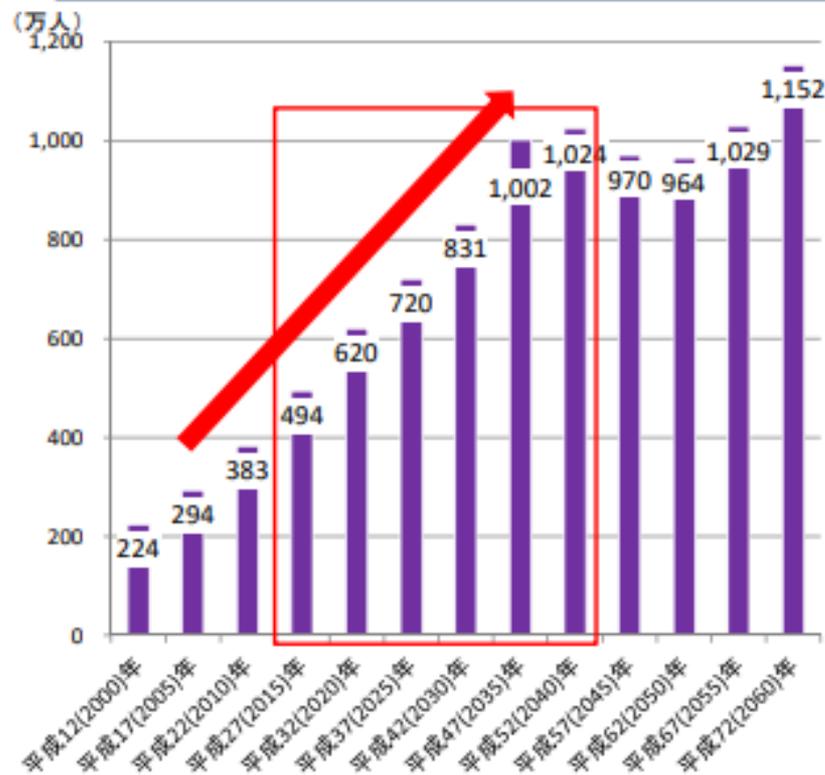
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

## 年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

## 85歳以上の人口の推移

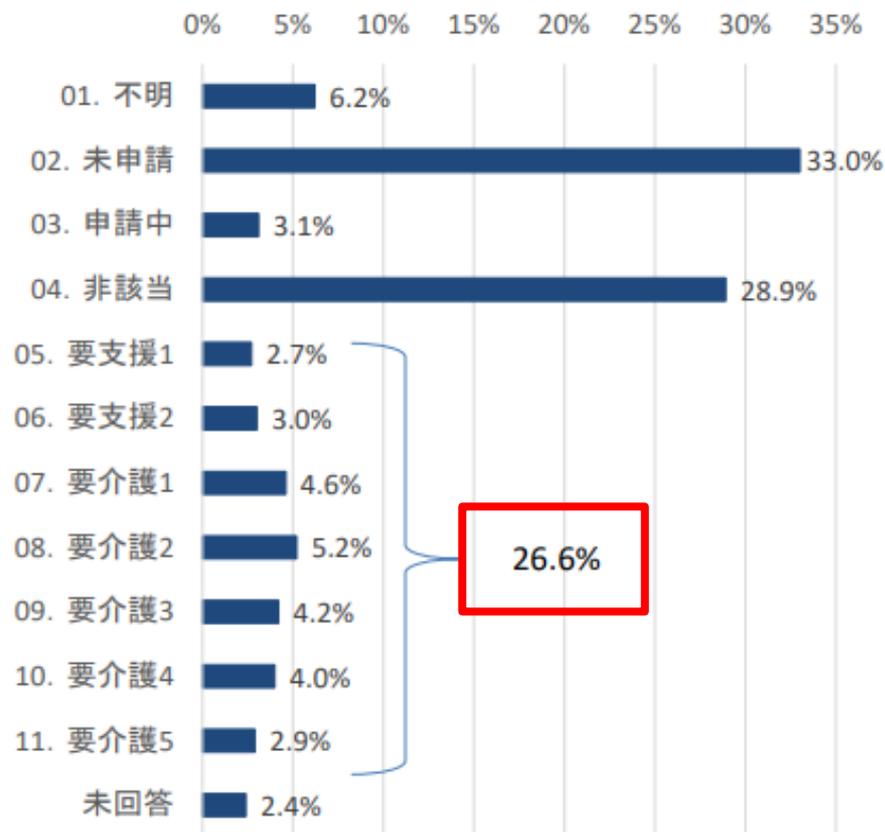


出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成28年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

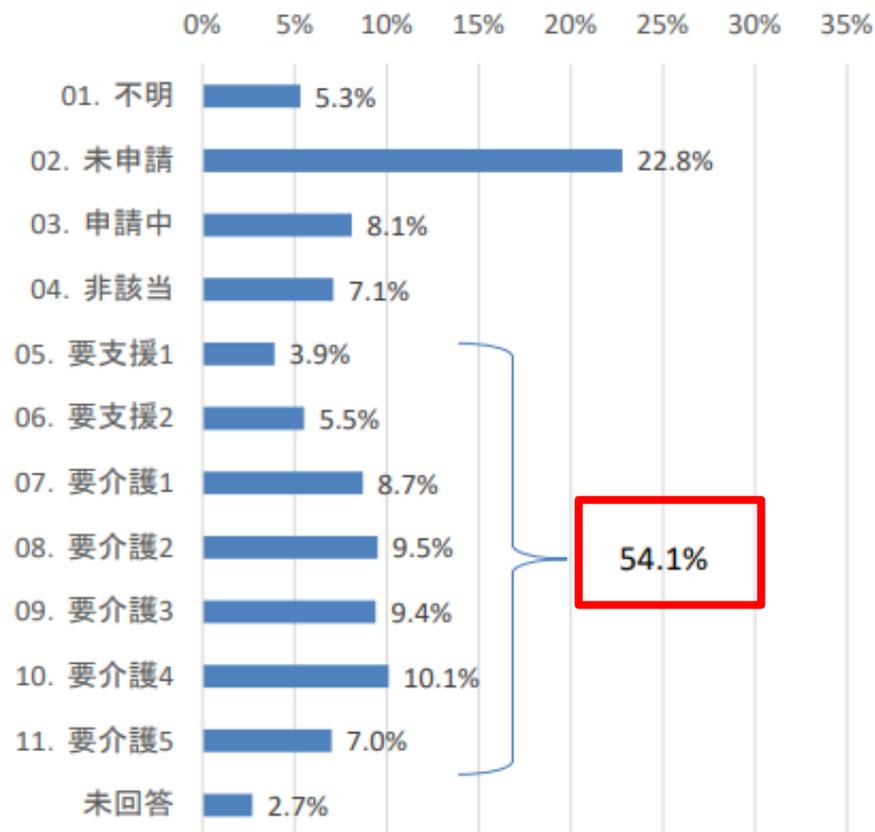
# 入院患者に占める要介護者等の割合

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

■ 急性期一般入院料等



■ 地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



# 佐久医療センター内に 訪問看護ステーション設置（2019年9月）



# 本日の話

---

- ◆ これからの病院マネジメントとPFM
  - ◆ 佐久医療センターにおけるPFM
  - ◆ 地域との連携
  - ◆ **PFM導入の効果**
  - ◆ PFMによる病床管理
  - ◆ 医師事務作業補助者の活用
  - ◆ これからの病院経営
- 



# 患者満足度の高い早期退院

---

- ▶ きちんとした説明があり、不安に対して相談・対応できる体制  
(入院前から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・介護施設との連携

「追い出された」とは言われない

---

# 80歳男性・独居 開心術予定の患者さん

---

術後10日間経過すれば、退院可能  
(急性期医療は終了)  
でも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 <<DYTDAY>>	
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 ( 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・ラリン服用時 術前日PT-INR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」

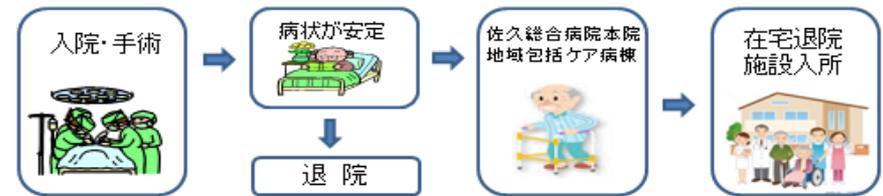
手術後の生活に不安がある方へ

## 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。

# 医師から見た 患者サポートセンター

---

- ▶ 入院適応・入院日・手術日を決めれば、入院指示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のリスク管理をして、その後の対応もしてくれる
- ▶ 患者さんのことで困ったら、相談すればきちんと対応してくれる



医師本来の業務に専念できて、労働時間が短縮する

**多くの医師の望む本当の働き方改革**

---



# 医師の記載した症状詳記への追記

## 追記前

慢性腎不全により〇〇中の患者、▲/▽CABGを行った患者です。術後肺炎遷延したため長期入院となりました。その後原因不明(頭部 CT,MRI,髄液検査等を施行)の意識障害のためICUと病棟とを行き来していました。□/□には原因不明の腸腰筋血腫あり、血管造影にて血管塞栓また、○/○に虚血性腸炎に伴い下血し、下部消化管内視鏡下に止血術を行いました。貧血のため輸血を必要としました。意識障害は依然として改善なく原因も不明でした。○/▲より発熱し、肺野に浸潤影があり肺炎と診断しました。□□□□にて治療を行ないましたが改善は悪く、次第に炎症反応の上昇、酸素必要量の増加を認めました。1の深夜に血圧が低下し、治療に対する反応なく□□□□に永眠となりました。

## 追記後

慢性腎不全により〇〇中の患者、▲/▽CABGを行った患者です。術後肺炎遷延したため長期入院となりました。その後原因不明(頭部 CT,MRI,髄液検査等を施行)の意識障害のため◆/◆より ICUと病棟とを行き来していました。○/○腎機能低下により CHDF 開始、その後○/○になって全身状態が急速に悪化しました。JCS200 体温 34.0℃ 血圧 65/40 脈拍 120 WBC37000にて敗血症性ショックと診断し、抗生剤・ステロイドを使用するとともに、大量輸液・昇圧剤(ノルアドレナリン)の投与にて血圧の維持を図りました。○/○には原因不明の腸腰筋血腫あり、血管造影にて血管塞栓術を施行し、また○/○に虚血性腸炎に伴い下血し、下部消化管内視鏡下に止血術を行いました。貧血のため輸血を必要としました。意識障害は依然として改善なく、原因も不明でしたが○/○より発熱し、肺野に浸潤影があり培養にて緑膿菌が検出され緑膿菌性肺炎と診断しました。以上により緑膿菌を原因とする敗血症性ショックと診断しました。□□□□を使用すると共に、全身状態を改善すべく、治療を行ないましたが改善は悪く、次第に炎症反応の上昇、酸素必要量の増加を認めました。▲/▲ JCS200 体温 38.6℃ 脈拍 120 WBC16200 血液培養から同一の緑膿菌が検出されました。○/○の深夜に血圧が低下し、治療に対する反応なく□□□□に永眠となり

医師の記載した症状詳記の内容と、カルテ記載・検査結果などを踏まえ、病態の再検証を行う。不足した部分は追記し、再度医師に確認後請求を行う。

# 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
- ▶ 周術期外来には、必ずDAが同席
- ▶ 外来段階で、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

---

# 病棟看護師の負担軽減の重要性

---

- ▶ 入院患者の重症化・高齢化、入院患者数増加、新型コロナウイルス感染症による看護業務の増加
  - ▶ 医療の高度化への対応の必要性
  - ▶ 家族構成の変化による看護師への家族支援の減少
  - ▶ 少子化の進行による若年労働者の減少
- ↓
- ▶ 夜勤可能な病棟看護師の減少

病棟看護師が、無理なく夜勤ができるような  
負担軽減策は、働き方改革の中でも重要課題

---



# 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

---



# 予定入院への病棟看護師の対応 (一般的な病院)

---

病歴聴取・入力、看護計画、経過表作成、持参薬  
確認、入院診療計画書、褥創スケール、看護必  
要度、退院支援スクリーニング、DPC入力

入院・手術準備物品確認

病棟オリエンテーション

バイタルチェック・入力

入院業務・入力に要した時間

- ・パスあり 90分
- ・パスなし 120分

---

▶ 平均110分(30分～180分)

# 予定入院への病棟看護師の対応 (佐久医療センター)

---

病歴・必要文書確認  
入院・手術準備物品確認  
看護計画立案  
病棟オリエンテーション  
バイタルチェック・入力

外来でできることは  
外来でやっておけば  
病棟看護師は楽

日曜日入院もOK

入院業務・入力に要する時間

**15～20分**

---



# 患者サポートセンター対応の条件①

---

- ◆ クリニカルパスへの協力  
(クリニカルパス担当看護師の助力)
- 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



# 佐久医療センターのクリニカルパス

---

- ▶ 中央管理(クリニカルパス担当看護師の配置)
- ▶ フォーマット・用語の統一
- ▶ 可能な限り、退院予定日を明記する
- ▶ 医師別は認めない
- ▶ 誰でもわかる記載
  - ・患者用は事務職員がチェック
  - ・医療従事者用は、専門外の若い看護師がチェック

専門外の病棟でも専門病棟と同様に対応可能  
＝医療の質の担保に重要

---

隣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	<b>14時</b> 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・ラクソベロン)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だきます。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				尿管の管を抜きます		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 常食が出来ます	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ください 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 積極的に動きましょ 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		・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・髻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 そこか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

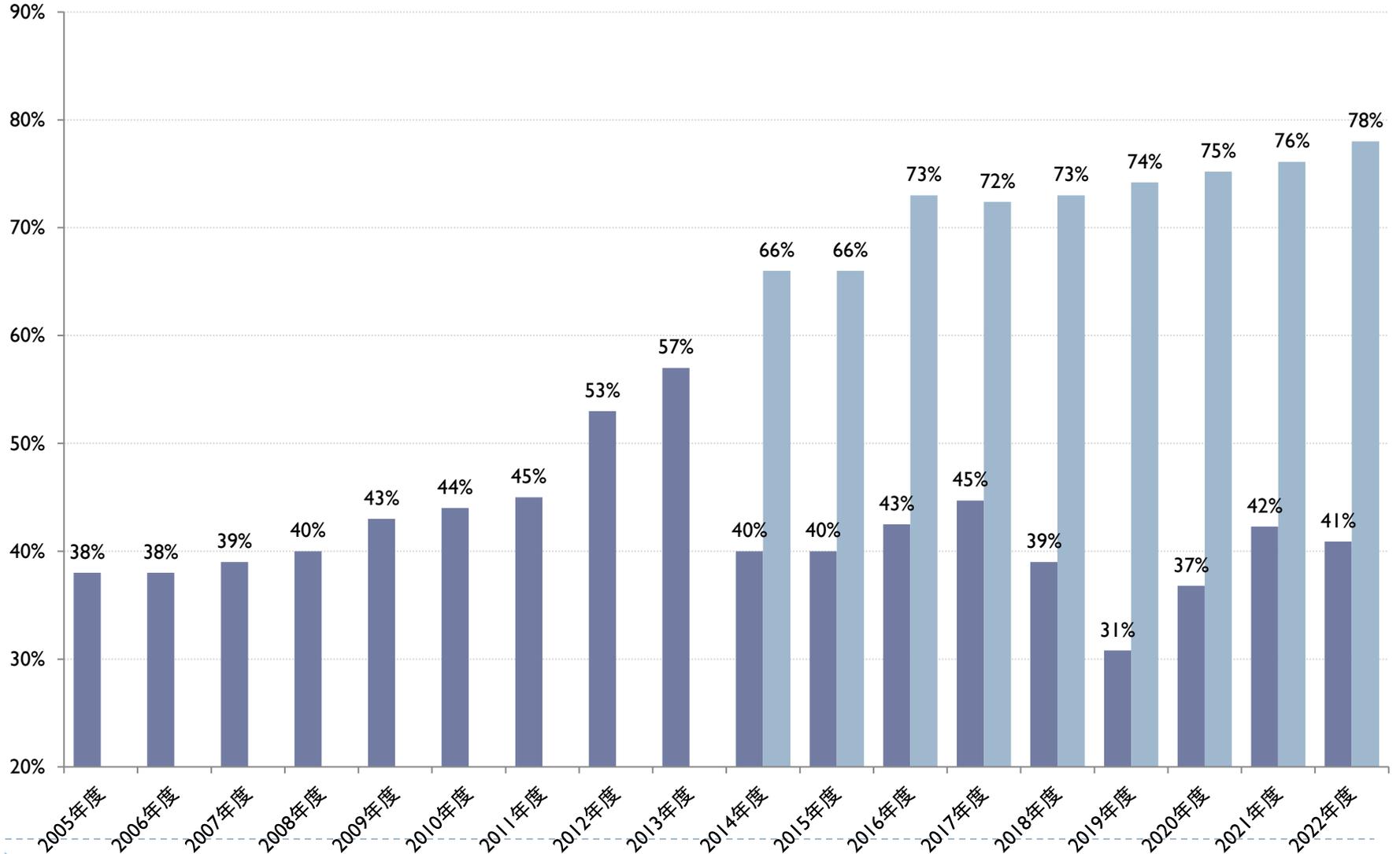
---

- 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



## 患者サポートセンター対応の条件②

---

### ◆標準化への協力

医師業務のタスクシフトは、他の職種の負担になりやすい



業務の標準化によって、個々の医師の直接の指示なしでも各職種が自律的に動けば負担が軽減でき、インシデントも減少する

標準化なくしてタスクシフトなし

---

# 標準化プロジェクト (2008年～2013年)

院内全診療科で様々な業務・対応を統一する

- ▶ 術前検査の標準化(検査内容の統一)
- ▶ 予防的抗菌薬投与の標準化
- ▶ 周術期肺塞栓症予防策の標準化
- ▶ 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
- ▶ 呼吸訓練の標準化(訓練器具・指導方法)等

# 標準化によるフローチャート作成

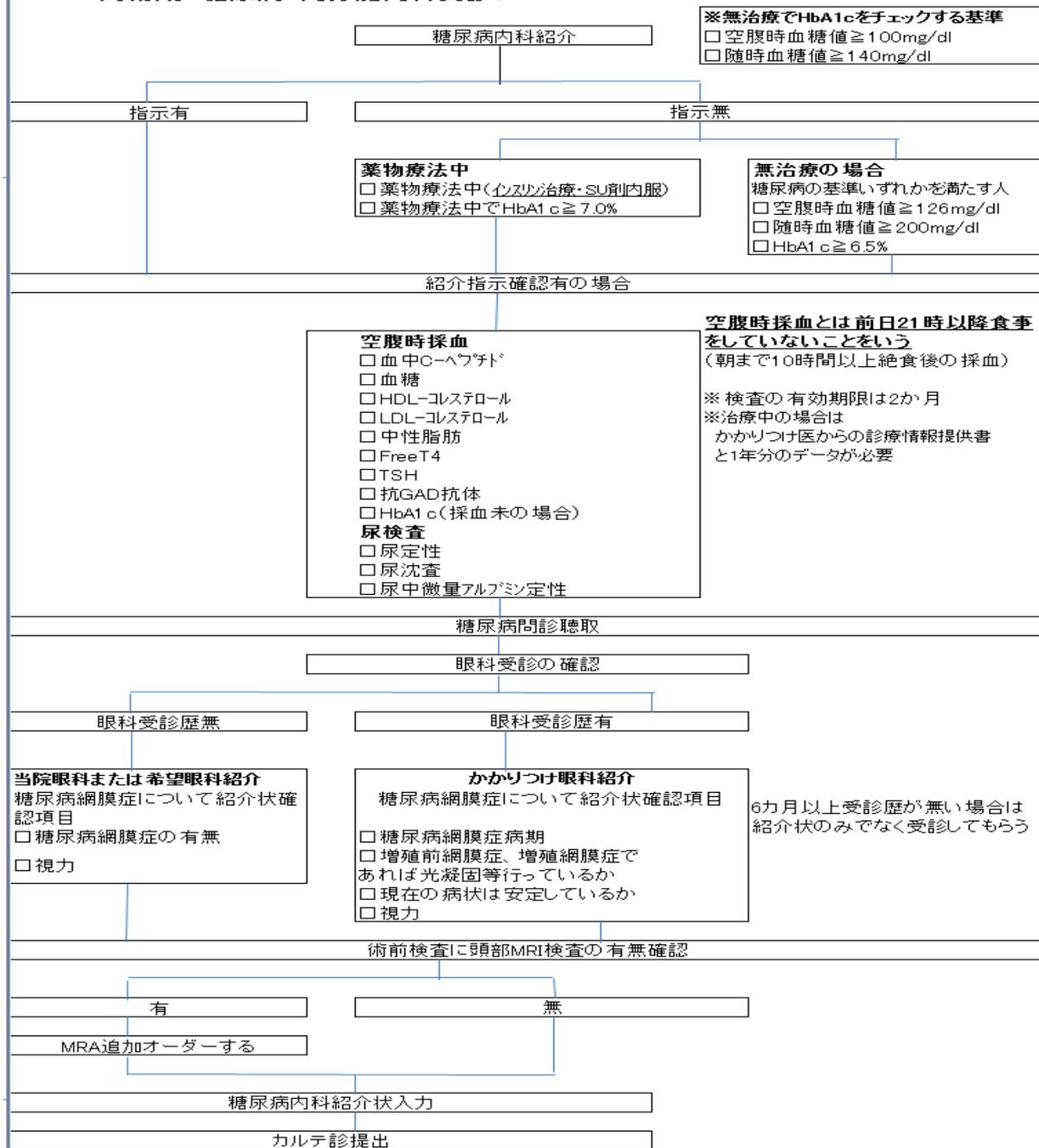
---

様々な業務やリスク管理を標準化することで、  
誰でも同じ対応ができる

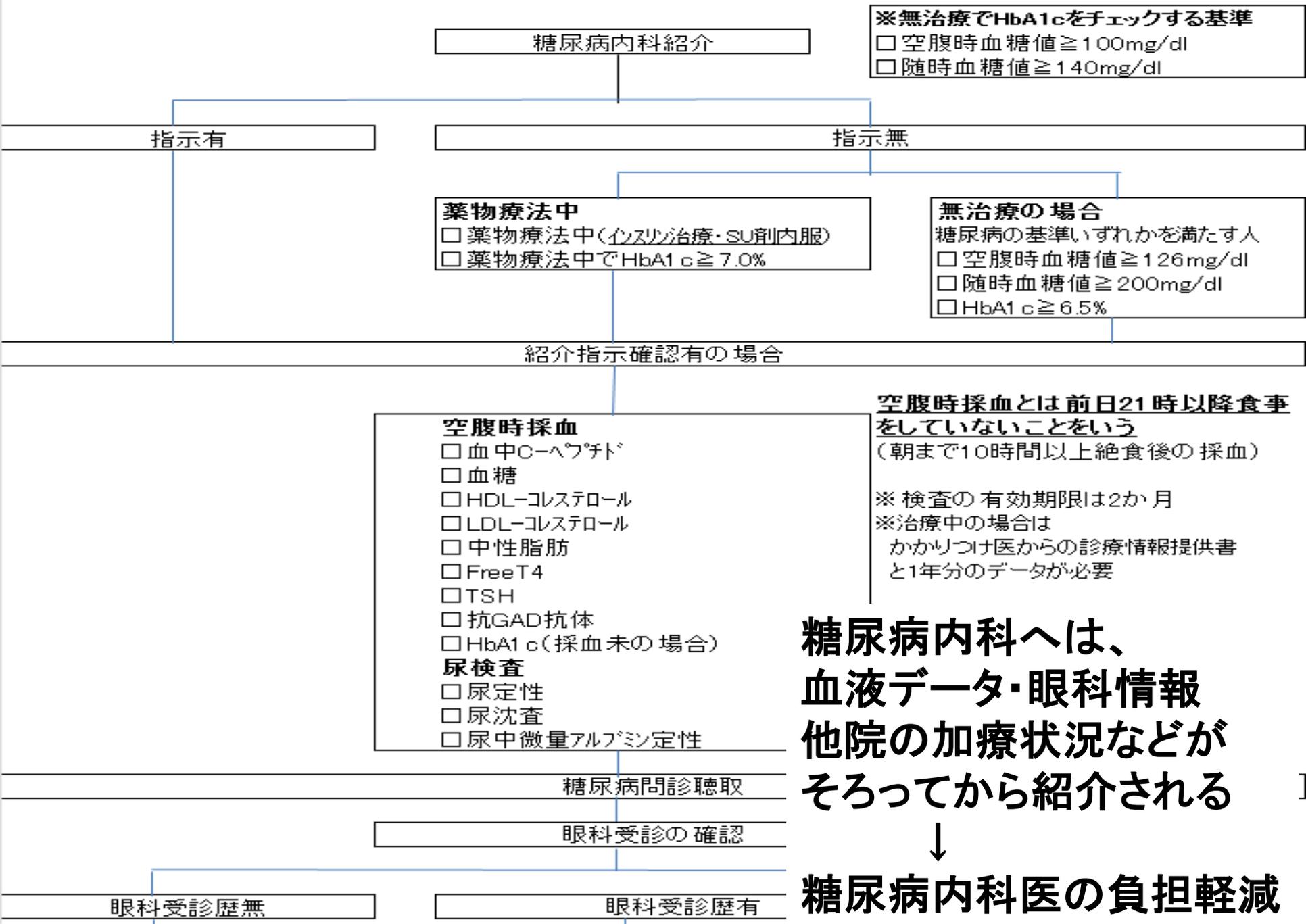
- ・周術期血糖コントロール管理・依頼
  - ・腎機能低下時の対応
  - ・NST低栄養抽出
  - ・自己血貯血 ・持続硬膜外麻酔可否
  - ・周術期TDM ・周術期肺塞栓予防
  - ・術後NSAIDs使用可否 ・感染症結果説明
  - ・術前貧血チェックと鉄剤内服 等
- 



周術期 糖尿病・内分泌内科受診フロー



# 周術期 糖尿病・内分泌内科受診フロー



※無治療でHbA1cをチェックする基準

- 空腹時血糖値  $\geq 100\text{mg/dl}$
- 随時血糖値  $\geq 140\text{mg/dl}$

指示有

指示無

薬物療法中

- 薬物療法中(インスリン治療・SU剤内服)
- 薬物療法中でHbA1c  $\geq 7.0\%$

無治療の場合

- 糖尿病の基準いずれかを満たす人
- 空腹時血糖値  $\geq 126\text{mg/dl}$
- 随時血糖値  $\geq 200\text{mg/dl}$
- HbA1c  $\geq 6.5\%$

紹介指示確認有の場合

空腹時採血

- 血中C-ペプチド
- 血糖
- HDL-コレステロール
- LDL-コレステロール
- 中性脂肪
- FreeT4
- TSH
- 抗GAD抗体
- HbA1c(採血未の場合)

尿検査

- 尿定性
- 尿沈査
- 尿中微量アルブミン定性

空腹時採血とは前日21時以降食事をしていないことをいう

(朝まで10時間以上絶食後の採血)

※検査の有効期限は2か月

※治療中の場合は

かかりつけ医からの診療情報提供書と1年分のデータが必要

糖尿病問診聴取

眼科受診の確認

眼科受診歴無

眼科受診歴有

糖尿病内科へは、血液データ・眼科情報他院の加療状況などがそろってから紹介される



糖尿病内科医の負担軽減

# 具体的な会話

---

「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、××で高かったです。術前、早めに、糖尿病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、糖尿病内科の△△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」

# 術前貧血に対するフローチャート

外科・整形外科術前貧血に対する対応

2016/4/19 更新

<<QR1^300>>  
 胃手術 入退院支  
 ID <<PATIENTNO>> 患者名 <<ORIB>>

入院日 月 日( ) 時  
 手術日 月 日( ) 時 分・on call  
 病名※1 ( )  
 術式 ( )  
 次回外来 月 日( ) 時 分(入院日・手)  
 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

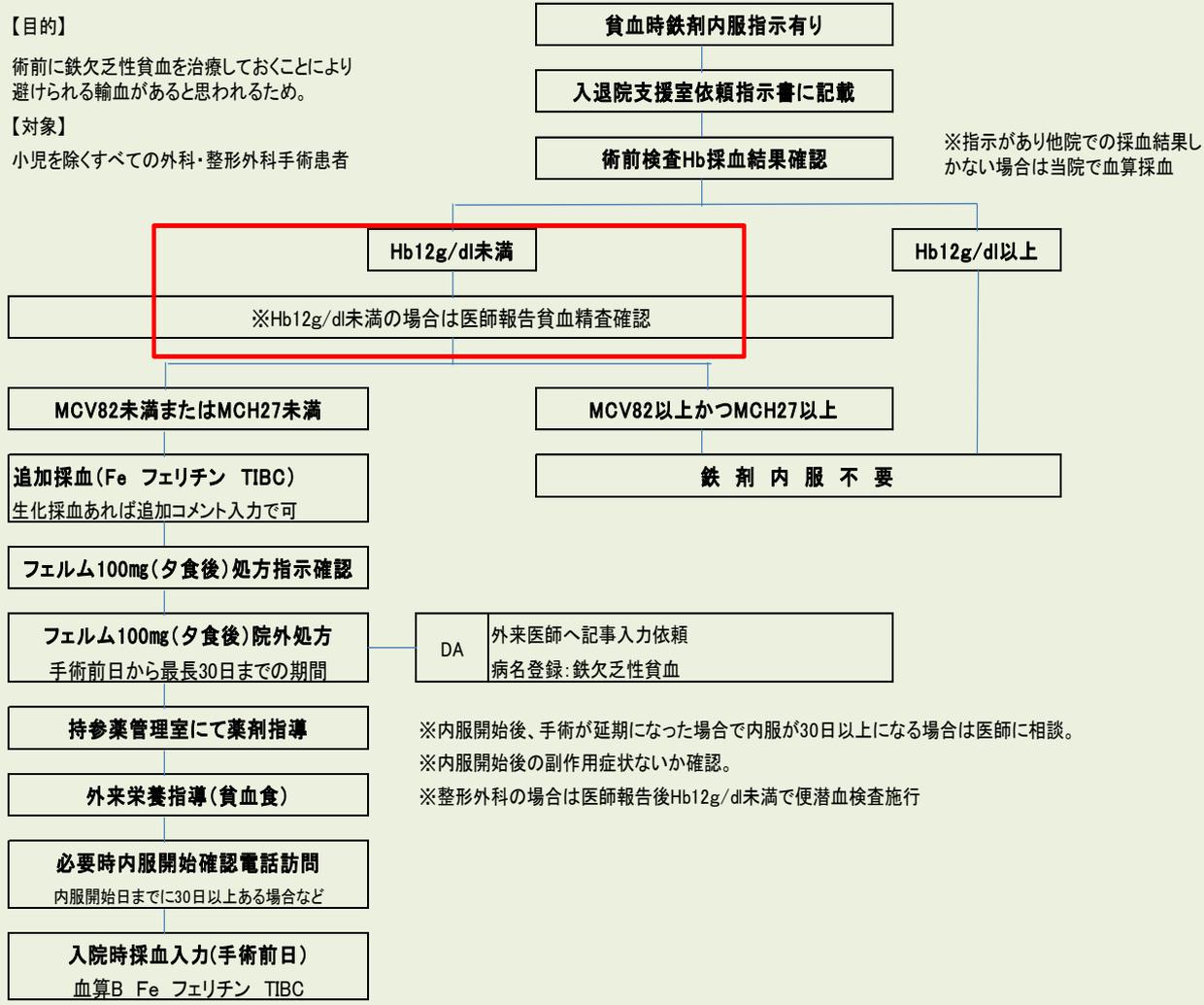
パス適応 対象 ・ 対象外  
 【使用クリニカルパス 医療者用】 胃切除術 ・ 胃切除術  
 【使用クリニカルパス 患者様用】 幽門側胃切除術パス ・ 胃全摘パス ・ 審査腹腔鏡 ・ 一般説明

【目的】

術前に鉄欠乏性貧血を治療しておくことにより避けられる輸血があると思われるため。

【対象】

小児を除くすべての外科・整形外科手術患者



胃切除術 胃切除術 胃切除術 胃切除術

# 周術期口腔機能管理フローチャート

<<QR1300>>  
 胃手術 入院支援室 依頼指示書 <<DYTDAY>>

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

入院日 月 日( ) 時 予定入院期間

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

術式 ( )

次回外来 月 日( ) 時 分(入院日・手術日未定の場合)

術前面談 月 日( ) 時 分 他科紹介 有

( 外来 ・ 入院支援室 ・ 病棟 )

告知 済 ・ 未 ( ) 血糖測定指示

呼吸訓練 要 ・ 不要 ( 主治医入力)

術前からの口腔機能管理 無 ・ 有 DA代行の場合

( かかりつけ医 ・ 当院 ・ どちらでも可 ) ( )

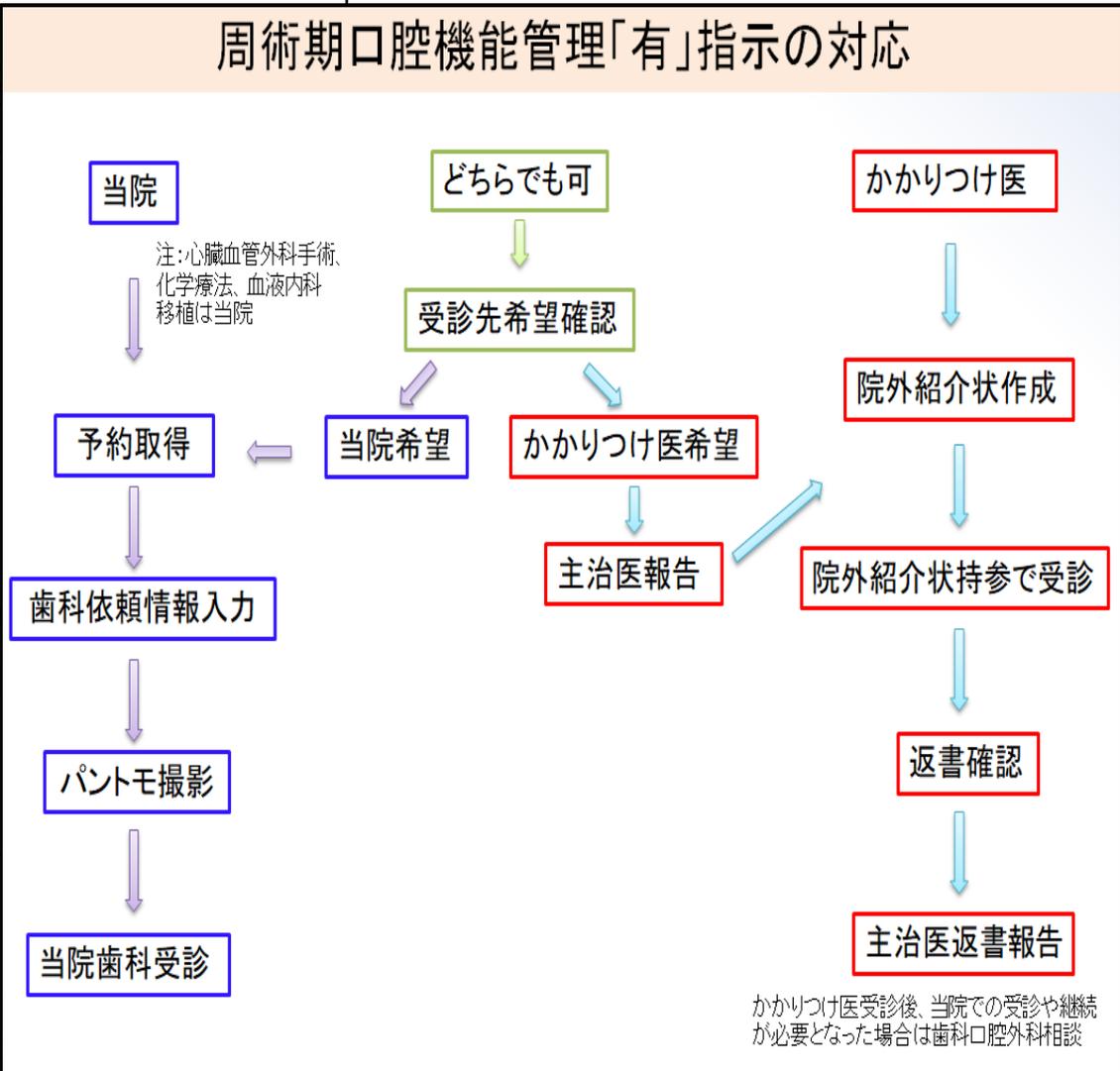
集中治療室入室の有無 無 ・ 有 ( HCU ・ ICU ) 期間【

貧血基準値以下の場合 鉄剤内服 要 ・ 不要 術後地域包括ケ

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

【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



# 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仕事がい

---

# 医療安全面からのP F M

---

- ◆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、テクニカルスキルは大事だが、  
ノンテクニカルスキルも大事

---



# 本日の話

---

- ◆ これからの病院マネジメントとPFM
  - ◆ 佐久医療センターにおけるPFM
  - ◆ 地域との連携
  - ◆ PFM導入の効果
  - ◆ PFMによる病床管理
  - ◆ 医師事務作業補助者の活用
  - ◆ これからの病院経営
- 



# 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・手術件数の増加
- ▶ 病態・病状に応じた病床を選択する必要性  
(ICU・HCUなど)
- ▶ 緊急入院患者の速やかな受け入れ  
↓
- ▶ 病床のより効率的で有効な運用の必要性



# 病床管理での対立

- ▶ 経営側は、緊急入院患者を速やかに受け入れ、新入院患者数・手術件数を増加させ、病床の利用率を上げたい



- ▶ 病棟看護師は、患者の高齢化・重症化、コロナ禍などで負担が増加しており、業務増加を拒否しがち
  - 1日の受け入れ患者数の制限
  - 休日の予約入院の受け入れ制限
  - 専門外の入院患者の受け入れ拒否

病棟看護師の負担を軽減したうえで、効率的に  
病床が運用できる手法

**=PFMを用いた病床管理**

# 病床管理のよくある問題

---

- ▶ 各科の定床が決まっていて、定床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
- ▶ 休日の予定入院が難しい
- ▶ 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



# PFMによる病床管理の要点

---

I、看護部による病床の中央管理

II、病床の混合利用の推進

III、休日の予定入院の受け入れ

IV、予定入院患者の午後入院

V、看護部による退院・転院日決定

---



# I、看護部による病床の中央管理

---

- ▶ 病棟で働く主力のスタッフは看護師



- ▶ 看護部が責任をもって、一元的に病床管理する
  - 各病棟の病床の状況把握と調整
  - 病棟間の看護業務の平準化

各診療科の定床廃止が前提条件

定床設定は百害あって一利なし



# 佐久医療センターでの病床の中央管理

---

- ▶ 入退院支援室に、入退院に関する全ての情報を集約し、一元的に管理
- ▶ 予定入院に関する情報は、全て入退院支援室で把握  
あらかじめ、病態がわかっているため、調整が容易  
(必要に応じて、前日から調整)
- ▶ 緊急入院に関しては、救命救急センター・各科外来・地域医療連携室から、情報を集約

入院適応は医師が決めるが、入院病棟・病床の決定は  
看護部が行う

---

# 朝9:00の病床管理会議



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

入院・退院数  
がわかる

# 病床管理用紙

病棟	患者数	2021/5/20 (木)		13:20 現在							ICU							HCU					カテ回復室					手回		
		23		22		転入	転出	Bed. Over 予想	男性							女性							4000円個室						6500円	3万円
		入院	退院	1	2				3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5					
48 C3階東病棟	34	男 1 女 4	男 5 女 0	男 2 女 0	男 2 女 0			(11)																						×
48 C3階西病棟	43	男 0 女 0	男 0 女 0	男 2 女 0	男 2 女 0			(7)																						×
48 C3階南病棟	48	男 2 女 0	男 2 女 0	男 1 女 1	男 2 女 1			(3)																						×
40 C2階東病棟	33	男 2 女 3	男 5 女 2	男 0 女 2	男 2 女 0			(4)																						×
6 CNICU	4	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0			(2)																						
12 CGCU	1	男 1 女 0	男 1 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0			(10)																						
48 C2階西病棟	44	男 2 女 3	男 5 女 3	男 2 女 3	男 5 女 5			(4)																						×
48 C2階南病棟	47	男 0 女 2	男 2 女 2	男 3 女 2	男 5 女 5			(4)																						×
48 C1階南病棟	48	男 1 女 1	男 2 女 1	男 3 女 1	男 4 女 0			(2)																						×
34 C1階西病棟	48	男 0 女 1	男 1 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0		1																							×
15 C救命救急	7	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0			(9)																						
20 CHCU	14	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0			(6)																						
5 CICU	10	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0		0																							
6 CLDR	0	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0			(8)																						
16 10 14 C1階西病棟		男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0	男 0 女 0			(5)																						

転入・転出を朝のベッドコントロールで確認

男・女・個室（料金別）  
小児個室・感染症個室の空床を確認

重症系ユニット病床の調整

病棟の1床は病院の1床  
満床にならない限り、各病棟は受け入れる



## Ⅱ、病床の混合利用の推進

---

- ▶ 入院前に病歴聴取・術前管理・指示が終了
- ▶ 麻酔科診察・指示が終了
- ▶ クリニカルパスの充実
- ▶ 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



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

緊急入院の受け入れよりも、専門外であっても  
予約入院の受け入れの方が負担が少ない

---

### Ⅲ、 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でも対応できない
  - ▶ 麻酔科診察が、入院後だと、休日入院できない
  
  - ▶ PFMにより、入院前のマネジメント不足はない
  - ▶ 麻酔科診察は、周術期外来として、外来で行う
  - ↓
  - ▶ 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



## IV、 予定入院患者の午後入院

---

- ▶ 予定入院が午前入院だと、退院患者と重なる
  - ▶ 午前入院患者のために、前日より病床確保が必要
  
  - ▶ PFMにより、多くの予定入院患者が午後入院可能
  - ▶ 午前中に、退院患者のほとんどが退院する
- ↓
- ▶ 同じ病床を、退院患者・新入院患者の2人で無理なく使用できる
  - ▶ 前日からの病床確保が不要
  - ▶ 昼前に、入院患者数が最も少なくなるので、ベッド移動が容易で、カンファレンスもやりやすい
-

# 心臓血管造影の検査(上肢)を受けられる

様 へ

担当医 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

検査当日 月 日( ) 時 分に ご家族の方と一緒に2階血管造影室 回復室受付にお越しください

	検査当日( / )		検査後1日目以降
	検査前	検査後	
<p>予定治療処置検査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>来院前に『血管造影室・回復室に来院して手術・検査を受けられる方へのご案内』をご確認ください</li> <li>検査着に着替えます</li> <li>金属類や入れ歯は外してください</li> <li>検査前にトイレを済ませてください</li> <li>点滴を始めます</li> <li>※尿の管を入れる場合もあります</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師より検査結果の説明があります</li> <li>落ちついたところで入院病棟へご案内します</li> <li>管を入れた部分に圧迫バンドを巻き、出血の予防をします</li> <li>※5～8時間程度で外れる予定です</li> <li>点滴は続けて行きます</li> </ul> <p>&lt;治療となった場合&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高度治療室(HCU)に入室します</li> <li>数時間経過をみて一般病棟へ移動します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療をした場合には経過観察のため入院期間が1日延長したり、入院中の経過によって、入院期間が変わることがあります</li> </ul> <p>&lt;退院について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主治医の許可が出れば退院となります</li> <li>退院が決まりましたら看護師より退院後の生活について説明があります</li> <li><b>退院は原則、午前中にお願います</b></li> <li><b>※午後退院を希望される場合は病棟看護師へお申し出ください</b></li> </ul>	
<p>食事</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>朝食は食べずにお越しください</li> <li>午後の検査の方は昼食を食べずにお越しください</li> <li>水分は飲むことが出来ます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査後より飲食ができます</li> <li>水分は多めに飲んでください(造影剤を排泄するために)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前に栄養指導があります(ご家族の方も是非参加してください)</li> </ul>	
<p>内服</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>朝食は食べませんが、いつも通りに内服してください</li> <li>※休薬が必要な方は、休薬同意書をお渡ししますので、ご確認ください</li> <li>入院後は、医師の指示通りに内服してください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤師より薬の説明があります</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>内服薬は指示通りに内服してください</li> </ul>	
<p>活動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査した手は、固定している間はあまり曲げないでください(それ以外の部位は動かさず)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査部位に異常がなければ普段通りの生活をしてください</li> </ul>	
<p>清潔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴、シャワー浴は出来ません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後、入浴ができます</li> </ul>	
<p>その他</p> <p>&lt;検査に必要な持ち物&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 検査同意書 (その他持ち物は入院案内をご確認ください)</li> <li>※お薬について</li> <li>かかりつけ医から処方されているお薬がある方は、予定入院期間より多めにお持ちください</li> </ul> <p>&lt;ご家族の方へ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>検査終了まで待合室にてお待ちいただきます</li> <li>※ご家族の都合がつかない場合は、医師にご相談ください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査した部位の痛み、しびれ、出血がありましたら、看護師にすぐお知らせください</li> <li>上記入院中の療養支援計画について説明を受けました</li> </ul> <p>年 月 日</p> <p>本人または家族の署名 _____</p> <p>この説明用紙は入院時もお持ちください</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>異常がありましたら下記へご連絡ください</li> <li>退院した日は入院病棟へ</li> <li>以降、平日の昼間は外来1ブロックへ</li> <li>夜間・休日は救急外来へ</li> <li>医療センター TEL:0267-62-8181</li> </ul>	

※この経過内容は当院での標準的な診療内容を記載しています。検査後の経過には個人差があり、必ずしも内容どおりには進まないこともあります。その都度対応していきますのでご安心ください

## <退院について>

- ・主治医の許可が出れば退院となります
- ・退院が決まりましたら看護師より退院後の生活について説明があります
- ・退院は原則、午前中にお願ひします  
※午後退院を希望される場合は病棟看護師へお申し出ください

## V、看護部による退院・転院日決定

---

- ◆ クリニカルパスの使用率の向上
    - ＝可能な限り、入院前に退院予定日を決めておく
  - ◆ 退院許可は医師が出すが、退院日の決定は看護師
  - ◆ 退院予定などの入力は、看護部の仕事
  - ◆ 転院日は、看護師が調整し、決定する
    - ＝医師は、転院許可を出し、診療情報提供書を記載
  - ◆ 退院支援カンファレンスの連日開催
    - （午前の最初か、昼前）
  - ◆ 病棟看護師の教育・意識づけ（退院支援フロー）
- 



## 病棟担当表

2022/4/1

病棟	主たる診療科	退院支援部門	病棟専任退院支援職員
3東	循環器内科 心臓血管外科 感染症内科	A	A
3西	腎臓内科 脳神経外科	B	B・C
	小児科		
3南	形成外科 耳鼻咽喉科 整形外科	C	D
2東	産科 婦人科 小児外科	C	C
	NICU GCU		
2西	消化器内科 消化器外科(2G・3G)	D	B
2南	呼吸器外科 甲状腺外科 乳腺外科 泌尿器科 消化器外科(1G)	E	A・E
1西	血液内科 呼吸器外科 乳腺外科 泌尿器科	E	E
1南	緩和ケア内科 呼吸器内科 糖尿病・内分泌内科 消化器内科 内視鏡内科 腫瘍内科 婦人科	A	C・D
救命救急	集中治療を要する重症患者・状態の変化がある急性期患者等の管理	B	F
ICU	院内急変 心臓血管等の大手術、循環器内科治療 呼吸器管理		
HCU	全身麻酔後の管理		

## 看護師とMSWの コンビ体制

看護師5名・MSW6名を配置  
どちらかが専任退院支援職員

手厚い配置で充実した支援

# 連日のカンファレンスの実施

カンファ

## 退院支援カンファレンス

- 各病棟のスケジュールに合わせた時間
- 連携室NS・MSW・病棟NSの参加

**\* 平日ほぼ毎日実施する**

		月	火			
1西	退院支援CF	13:30	Drカンファ後			
	Drカンファ		13:30 三石Dr、中澤Dr			
1南	退院支援CF	11:30		11:30		11:30
	Drカンファ			8:30 呼吸器内科	15:30 腫瘍内科	
2西	退院支援CF	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
	Drカンファ	8:30 消化器内科福島Dr	8:30 消内工藤Dr、山田Dr	8:15 3 G		8:30 2 G
2南	退院支援CF	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
	Drカンファ	8:30 1 G	8:30 泌尿器科	8:30 救急科 8:45 心外	8:30 呼吸器外科	8:30 乳腺外科
2東 NICU	退院支援CF	10:30	10:30	10:30	10:30	10:30
	Drカンファ					
3西	退院支援CF	08:40	08:40	08:40	08:40	08:40
	Drカンファ		8:35 脳外科	17:30 脳外リハカンファ		8:30 腎臓内科
	退院支援CF	08:40	08:40	08:40	08:40	08:40

# 退院支援フロー

令和4年5月1日版

- ◆入院後48時間以内に入退院支援スクリーニング・アセスメント票の入力を実施する。フリー記載欄はアセスメント内容等を入力する 入力はワークフローから退院に向けて患者家族の意向を確認し、テンプレート入院時看護記録内の「患者の状態」カルテ入力を行う。
- ◆予定入院者については、「入院前支援評価」を参照すること  
栄養状態の評価と栄養指導、持参薬の確認、周術期管理、歯科口腔機能管理、肺塞栓予防リスク評価、認知症の評価、せん妄リスク評価、褥瘡リスク評価、転倒・転落リスク評価、入院前に利用した介護福祉サービス、退院困難な要因の評価、療養支援計画  
低栄養の評価は、体重減少(1週間で3%以上又は1ヶ月で5%以上、血清アルブミン3.0以下(入院前支援評価参照) \* 緊急入院は左記に準ずる

- ◆入退院支援スクリーニング  
退院困難な要因なしの場合は確定保存ワークフロー不可は終了 (印刷不要)

- 入退院支援スクリーニング・アセスメント票の塗りつぶし項目は、退院困難な要因があり支援の必要性がある。印刷して、病棟BOXへ2枚提出  
◆救急・HCU・ICU病棟は退院支援計画書の退院困難な要因をチェック・左下担当者名の入力を行い一時保存を行う

状態変化等により退院困難な要因があった場合は再度入退院支援スクリーニング・アセスメント票を修正する

- ◆患者・家族と退院支援面談(病棟Ns 連携室Ns MSW)
  - ・原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活を含めた話し合いを行う。
  - ・バリエーション発生しないパス適応ケース、病棟NS中心の退院支援ケースなどは、入院時の意向確認を退院支援面談として**意向確認記載**をする。
  - ・退院、転院調整を要するケースは、連携室NS、MSWが行い、退院支援面談記録をカルテ記載する。

- ◆退院支援カンファレンス
  - ・退院支援計画を実施するにあたり、3者多職種が協働してカンファレンスを実施する。
  - ・今後の支援の具体的な方法を検討する。 退院支援カンファレンス記録、参加者氏名をカルテ記載する。
  - ・退院支援の進捗状況など確認し、必要に応じて検討する。
- ◆退院支援計画の作成、確認

(病棟Ns) \* 記録のタブは医療福祉連携/退院調整

- ◆退院支援計画書の説明・交付
  - ・患者家族に説明を行い、交付する。
  - ・説明した内容はカルテ記載する。
  - ・「入退院支援加算」を算定入力する。
- ◆退院支援計画書のスキャン
  - ・署名後の計画書をスクリーニング提出BOXへ入れる。
  - ・連携室でスキャンする。
- ◆退院支援
  - ・退院指導内容や退院に向けた支援内容をカルテ記載する。
  - ・パンフレットなども使用する。
  - ・退院当日の指導内容の記録
- ◆退院時にはワークフローの転帰先分類の入力と確定保存を行う

(連携室Ns MSW)

- ◆退院支援計画書の説明・交付
  - ・患者家族に説明を行い、交付する。→病棟看護師も実施している
  - ・説明した内容はカルテ記載する。
  - ・NECスキャンする。
  - ・「入退院支援加算」を算定入力する。
- ◆退院支援・退院調整
  - ・退院、転院後の療養生活を担う関係機関など連絡調整、在宅サービス導入に係る支援を行う。
  - ・退院支援計画に変更があった場合や退院調整の支援経過に関しては、カルテ記載を行う。

# 本日の話

---

- ◆これからの病院マネジメントとPFM
  - ◆佐久医療センターにおけるPFM
  - ◆地域との連携
  - ◆PFM導入の効果
  - ◆PFMによる病床管理
  - ◆医師事務作業補助者の活用
  - ◆これからの病院経営
- 



# 医師業務のタスクシフト

---

- ◆ 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
- ◆ 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、労働生産性を高める
- ◆ 様々な業務をコストの低い職種に移すことでコストを削減する

**医師の負担軽減とコスト削減**

---



# 医師業務のタスクシフトの実際

---

- ◆ 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)
- ◆ 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

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

---

# 佐久総合病院グループの 医師事務作業補助者

---

- ◆ 所属は、医療秘書課  
課長・主任・リーダー
  - ◆ 責任者は、診療部長
  - ◆ 名称はDA (Doctor`s Assistant)
  - ◆ 研修は、すべて自前
  - ◆ 業務内容・配置は、各職種が参加する  
医師業務改善委員会で検討
- 
- 

# 佐久総合病院でのD Aの業務

---

- ▶ **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
  - ◆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)
- @外来配置の看護師 26名
-

# 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

---



# 年1回の定期診察の場合

---

- ▶ 予約センターで、電話で予約
- ▶ 当日は、診察前に検査をオーダーして、施行  
(DA)
- ▶ 医師は診察して検査結果を説明するのみ



# 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

---

# 医師事務作業補助者の3大問題

---

- ◆ 処遇・・・できるだけ、正規職員へ
- ◆ 教育
- ◆ 離職・・・離職率30%（全国平均）  
離職が減れば、レベルは上がる  
（佐久総合病院グループは、5%程度）



# DAの離職を減らすには

---

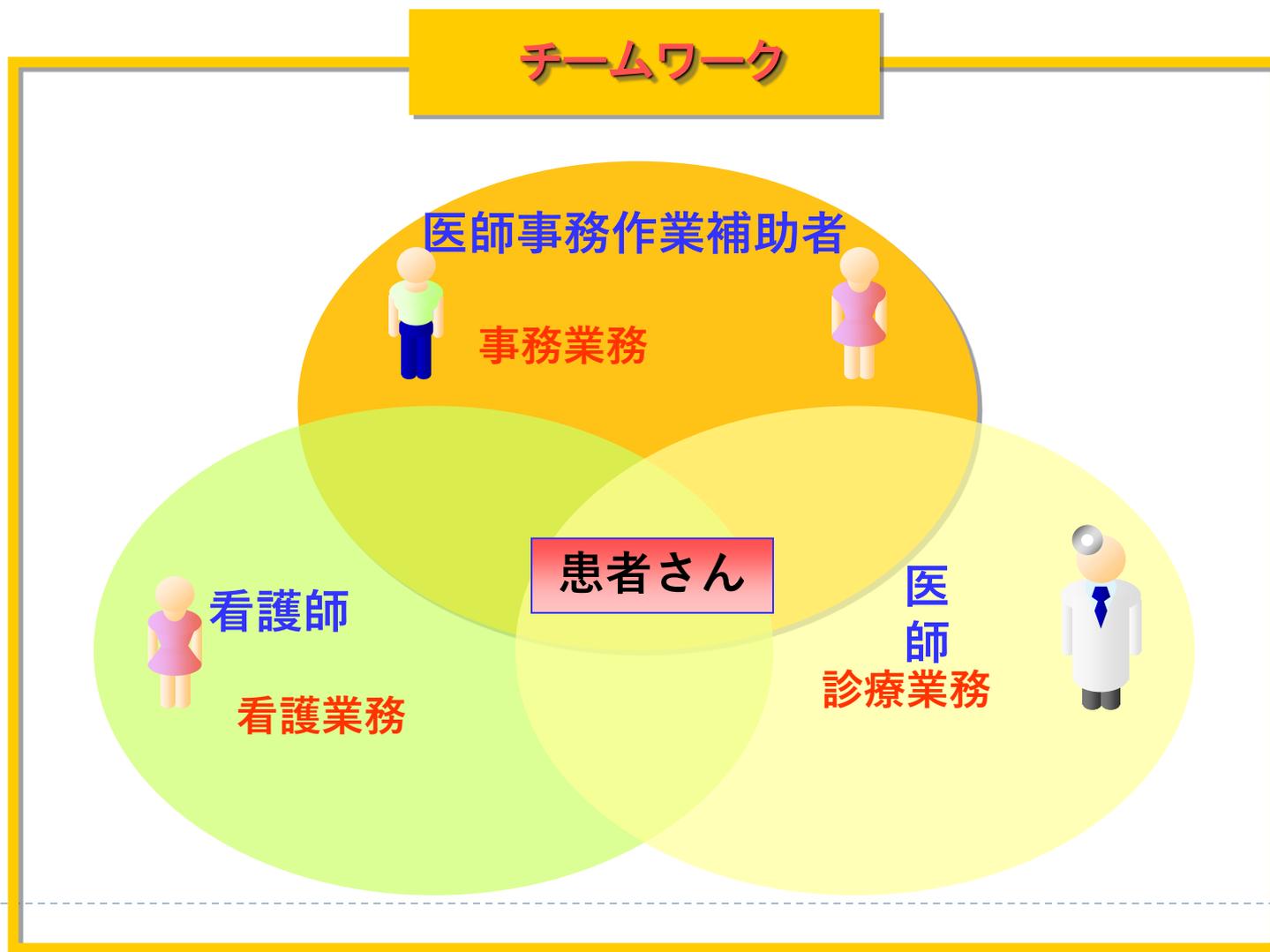
- ▶ 重要なのは、業務の標準化  
（反対語は、属人化）
- ▶ 同じ業務を複数のスタッフができるようにする  
→ 助け合えて、相談ができる
- ▶ できるだけ、現場で仕事をし、チームの一員として業務を行う

休みやすく、やめやすいと、やめる人が減る

---



# 医師事務作業補助者もチーム医療の仲間



# 医師事務作業補助者の育成

---

- ▶ 病院の中での位置付けを明確にして、処遇も考慮する
- ▶ 業務内容を明確にして、自分たちで育てる
- ▶ 患者さんのために働くチームの一員として、一緒に仕事をする
- ▶ 医師事務作業補助者の働きを評価する  
(医師からの評価、経営面からの評価)

現在、病院経営上、一番戦略的な職種

---



# 本日の話

---

- ◆ これからの病院マネジメントとPFM
  - ◆ 佐久医療センターにおけるPFM
  - ◆ 地域との連携
  - ◆ PFM導入の効果
  - ◆ PFMによる病床管理
  - ◆ 医師事務作業補助者の活用
  - ◆ **これからの病院経営**
- 

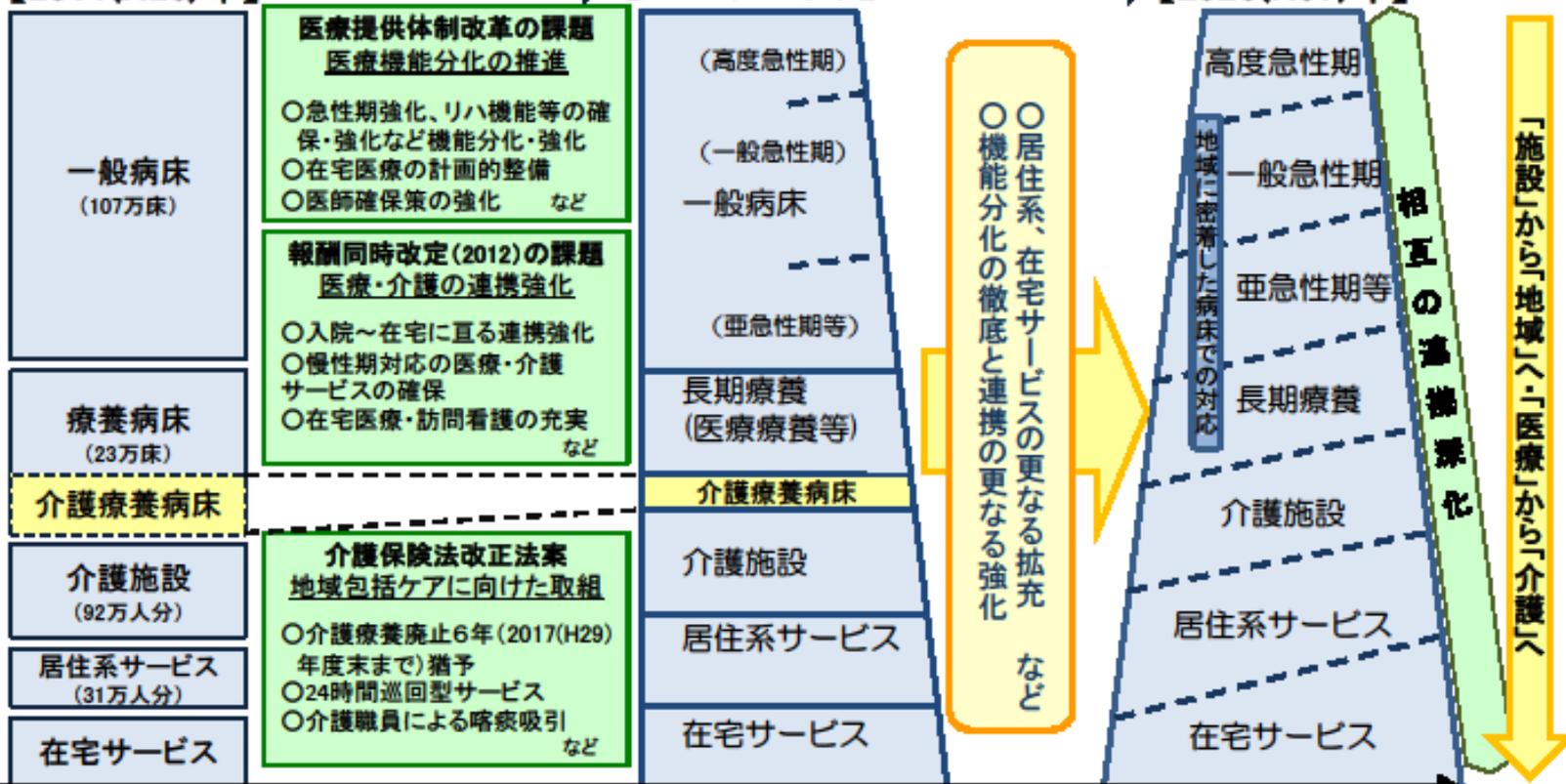


# 社会保障・税の一体改革

## 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

# 急性期病院の2極分化

---

## ◆高度急性期＝集約、治す医療

比較的まれで高度な医療が必要な疾患

高度で専門的な医療(手術・集中治療)

広い診療圏、アクセスよりも機能重視

24時間対応(多くのスタッフが必要)

(地域医療支援病院・DPC特定病院群)

## ◆一般急性期(地域密着)＝分散、治し支える医療

り患率が高いCommonDiseaseを扱う

生活支援やリハビリ機能も持つ必要性

狭い診療圏、アクセス重視

---

# これからの急性期病院

「断らない病院」と「面倒見のいい病院」



高度急性期病院



一般急性期病院

# 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減少？コスト増加？



急性期病院経営は、きびしくなるだけ

急性期としてやっていくなら、経営改善を進め、  
急性期病院らしい経営をするしかない

---



# 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  
＝高回転モデルの追求

- ・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、PFM

---



# 佐久医療センター 経営分析レポート (2022年10月～2023年3月)

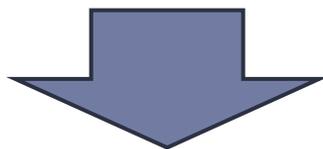
	2022年 10月	2022年 11月	2022年 12月	2023年 1月	2023年 2月	2023年 3月	
 症例数(件)	評価 A	評価 B	評価 A	評価 A	評価 A	評価 A	症例数 987件/月
 1日単価 (円)	評価 S	評価 S	評価 A	評価 S	評価 A	評価 S	1日単価 98,800円
 手術症例数 (件)	評価 A	評価 A	評価 A	評価 S	評価 A	評価 A	手術数 546件/月
 II超率	評価 B	評価 A	評価 B	評価 A	評価 B	評価 A	DPC期間II超 28.9%
 対出来高 増収率	評価 B	評価 C	評価 C	評価 C	評価 C	評価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

# 病院成績表 (佐久医療センター)

2022年6月

 症例数(件)	1,039	評価 A	 1日単価 (円)	102,393	評価 S	 II 超率	24%	評価 S
 対出来高増収率	5.9%	評価 B	 加算算定 (円)	38,338	評価 C	 財務収支 (百万円)		
 手術症例数 (件)	564	評価 A	 手術稼働			評価年月 (DPC)	評価年月 (手術)	評価年月 (財務)
						22年06月	(なし)	最新月

比較対象 : 93病院 80,694症例

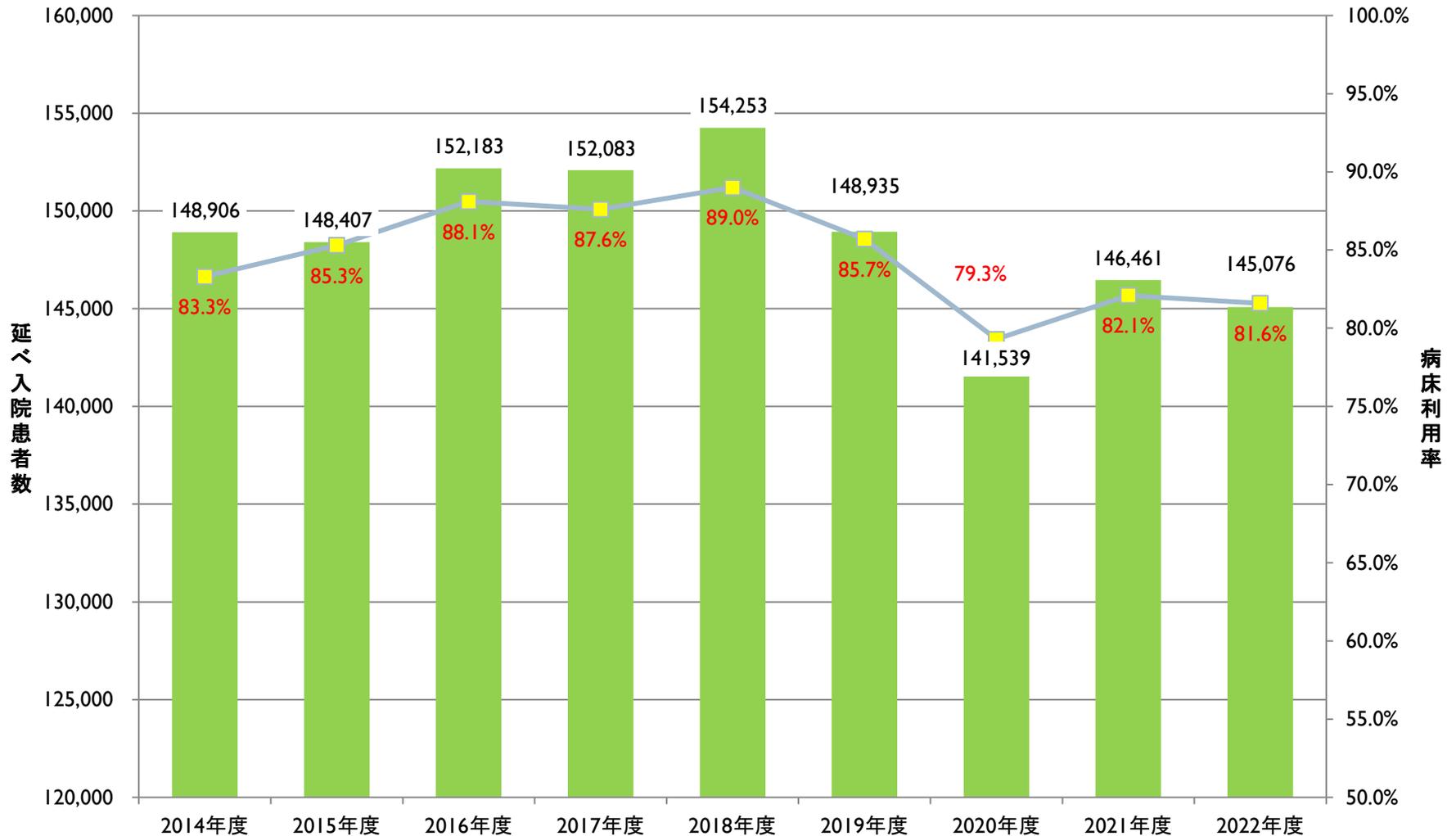


2023年6月

 症例数(件)	1,060	評価 A	 1日単価 (円)	100,641	評価 S	 II 超率	27%	評価 A
 対出来高増収率	8.1%	評価 A	 加算算定 (円)	37,364	評価 B	 財務収支 (百万円)		
 手術症例数 (件)	589	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 : 79病院 72,835症例

# 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

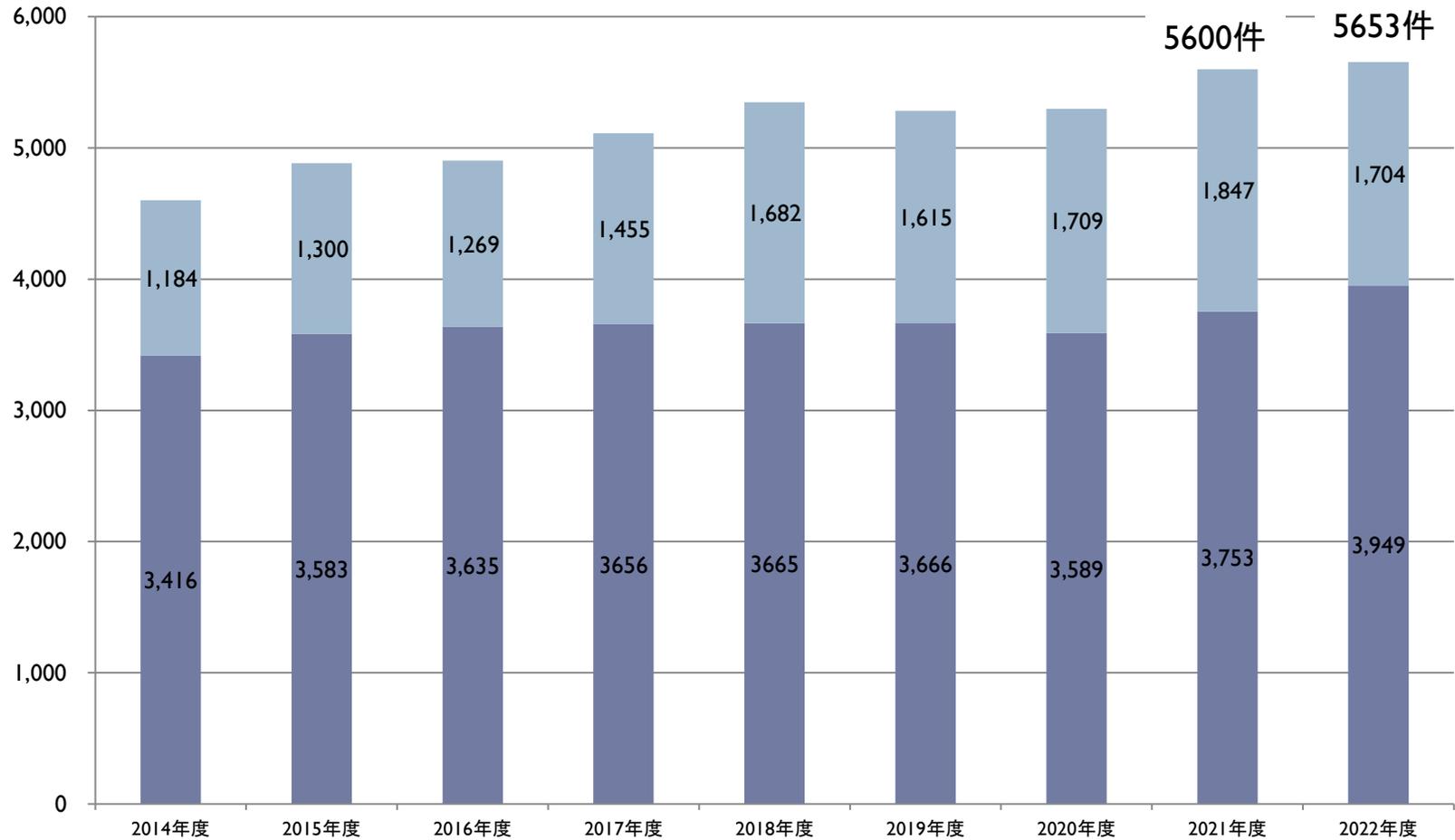
# 手術件数

# センター

(件)

■ その他の手術

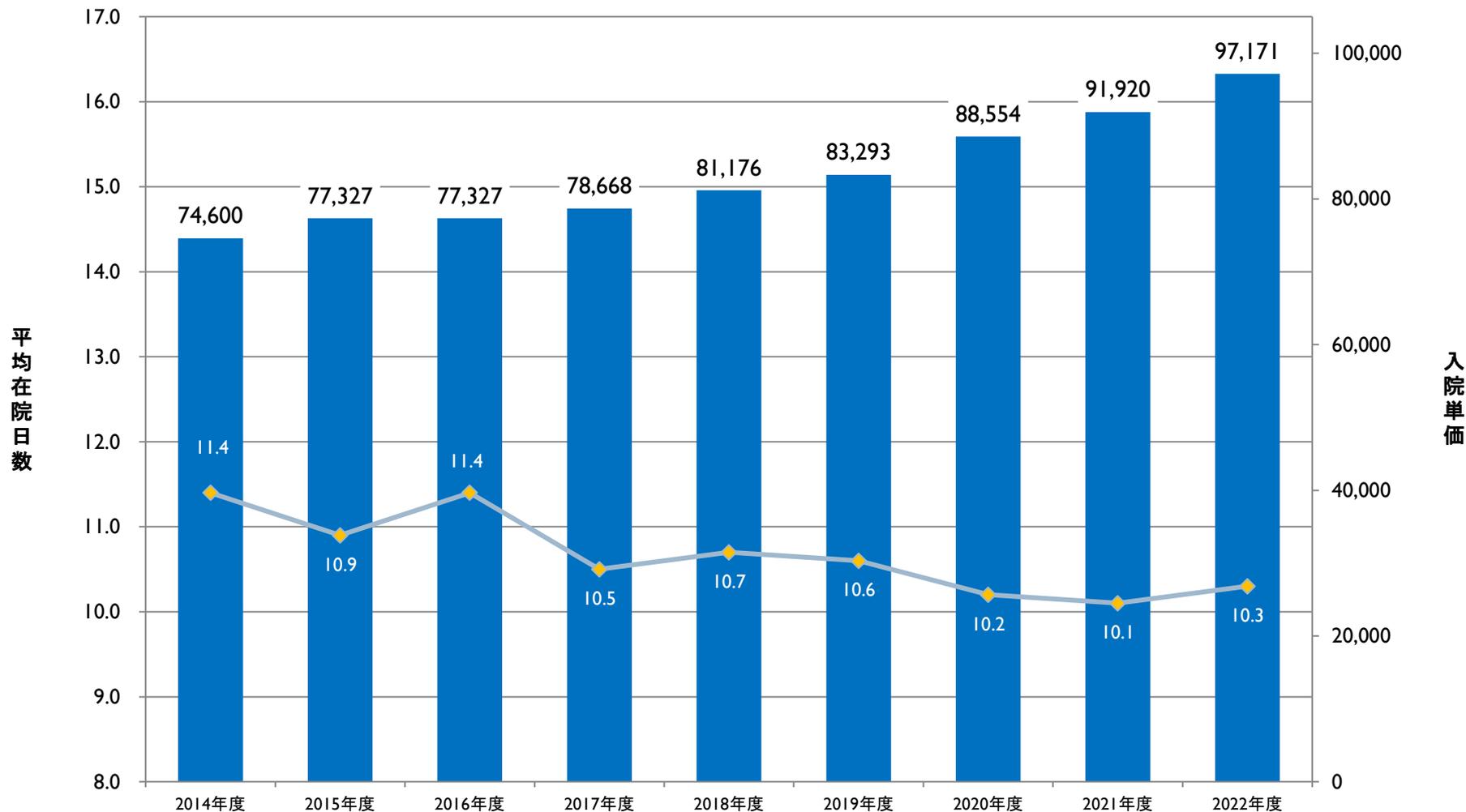
■ 全身麻酔手術



# 平均在院日数と入院単価

■ 入院単価

◆ 平均在院日数



# 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



- ▶ 患者サービスの向上
    - (長い術前入院日数を喜ぶ患者はいない)
  - ▶ 入院単価・診療密度の上昇
  - ▶ 当日入院は、病棟看護師の負担軽減
-

# 心臓血管造影の検査(上肢)を受けられる

様へ

担当医 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

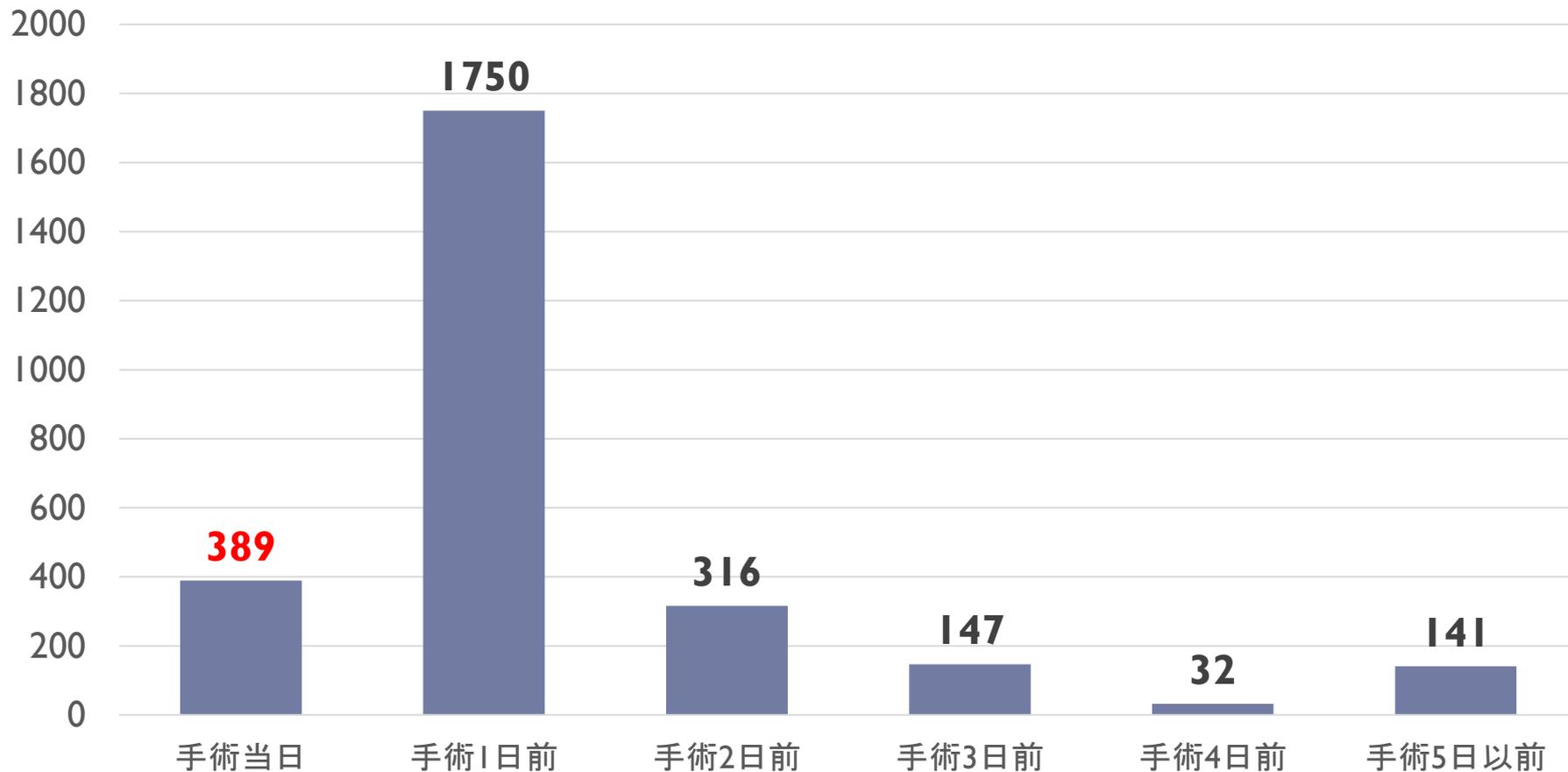
検査当日 月 日( ) 時 分に ご家族の方と一緒に2階血管造影室 回復室受付にお越しください

	検査当日( / )		検査後1日目以降
	検査前	検査後	
予定治療処置検査  <ul style="list-style-type: none"> <li>来院前に『血管造影室・回復室に来院して手術・検査を受けられる方へのご案内』をご確認ください</li> <li>検査着に着替えます</li> <li>金属類や入れ歯は外してください</li> <li>検査前にトイレを済ませてください</li> <li>点滴を始めます</li> <li>※尿の管を入れる場合もあります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師より検査結果の説明があります</li> <li>落ちついたところで入院病棟へご案内します</li> <li>管を入れた部分に圧迫バンドを巻き、出血の予防をします</li> <li>※5～8時間程度で外れる予定です</li> <li>点滴は続けて行きます</li> </ul> <p>&lt;治療となった場合&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高度治療室(HCU)に入室します</li> <li>数時間経過をみて一般病棟へ移動します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療をした場合には経過観察のため入院期間が1日延長したり、入院中の経過によって、入院期間が変わることがあります</li> </ul> <p>&lt;退院について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主治医の許可が出れば退院となります</li> <li>退院が決まりましたら看護師より退院後の生活について説明があります</li> <li>退院は原則、午前中にお願います</li> <li>※午後退院を希望される場合は病棟看護師へお申し出ください</li> </ul>	
食事 <ul style="list-style-type: none"> <li>朝食は食べずにお越しください</li> <li>午後の検査の方は昼食を食べずにお越しください</li> <li>水分は飲むことが出来ます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査後より飲食ができます</li> <li>水分は多めに飲んでください(造影剤を排泄するために)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前に栄養指導があります(ご家族の方も是非参加してください)</li> </ul>	
内服 <ul style="list-style-type: none"> <li>朝食は食べませんが、いつも通りに内服してください</li> <li>※休薬が必要な方は、休薬同意書をお渡ししますので、ご確認ください</li> <li>入院後は、医師の指示通りに内服してください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤師より薬の説明があります</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>内服薬は指示通りに内服してください</li> </ul>	
活動 <ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査した手は、固定している間はあまり曲げないでください(それ以外の部位は動かさず)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査部位に異常がなければ普段通りの生活をしてください</li> </ul>	
清潔 <ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴、シャワー浴は出来ません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後、入浴ができます</li> </ul>	
その他 <p>&lt;検査に必要な持ち物&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 検査同意書 (その他持ち物は入院案内をご確認ください)</li> <li>※お薬について</li> <li>かかりつけ医から処方されているお薬がある方は、予定入院期間より多めにお持ちください</li> </ul> <p>&lt;ご家族の方へ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>検査終了まで待合室にてお待ちいただきます</li> <li>※ご家族の都合がつかない場合は、医師にご相談ください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査した部位の痛み、しびれ、出血がありましたら、看護師にすぐお知らせください</li> <li>上記入院中の療養支援計画について説明を受けました</li> </ul> <p>年 月 日</p> <p>本人または家族の署名 _____</p> <p>この説明用紙は入院時もお持ちください</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>異常がありましたら下記へご連絡ください</li> <li>退院した日は入院病棟へ</li> <li>以降、平日の昼間は外来1ブロックへ</li> <li>夜間・休日は救急外来へ</li> <li>医療センター TEL:0267-62-8181</li> </ul>	

※この経過内容は当院での標準的な診療内容を記載しています。検査後の経過には個人差があり、必ずしも内容どおりには進まないこともありますが、その都度対応していきますのでご安心ください

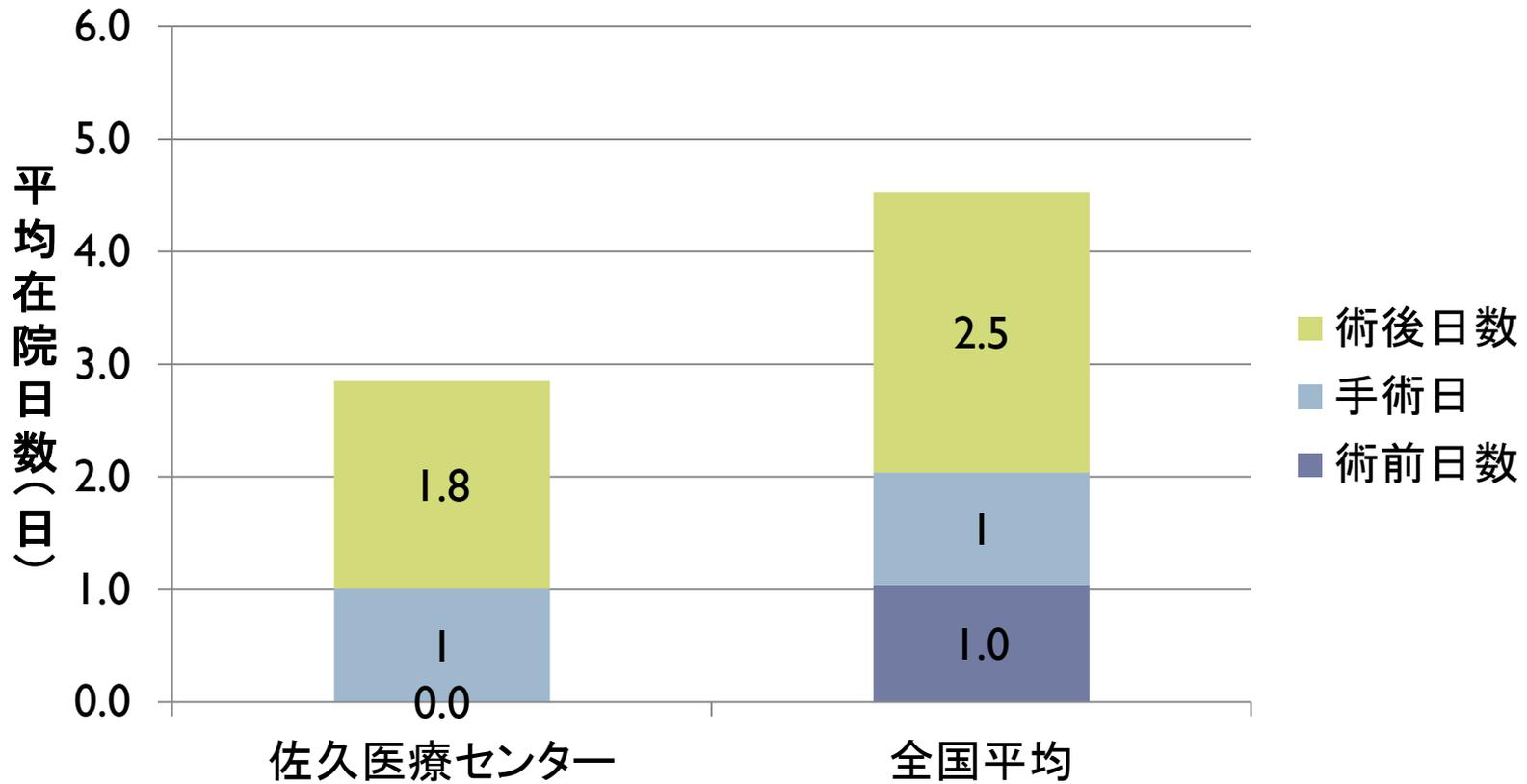
## 心カテは、カテ後に1泊入院が基本

# 予定全麻手術患者 手術前入院日 2022年度



**77.1%の手術が、手術当日か前日入院**

# K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側) 060160x001xxxx



2021年度予定入院 全国平均:EVE参加1311病院



# 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

---



# ベンチマーク分析

最重要指標



診療科：\*  
(2つ以上選択した場合は\*と表示されます)

年月：21年04月～22年03月

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：[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)]

比較対象：92病院 1,206,645症例

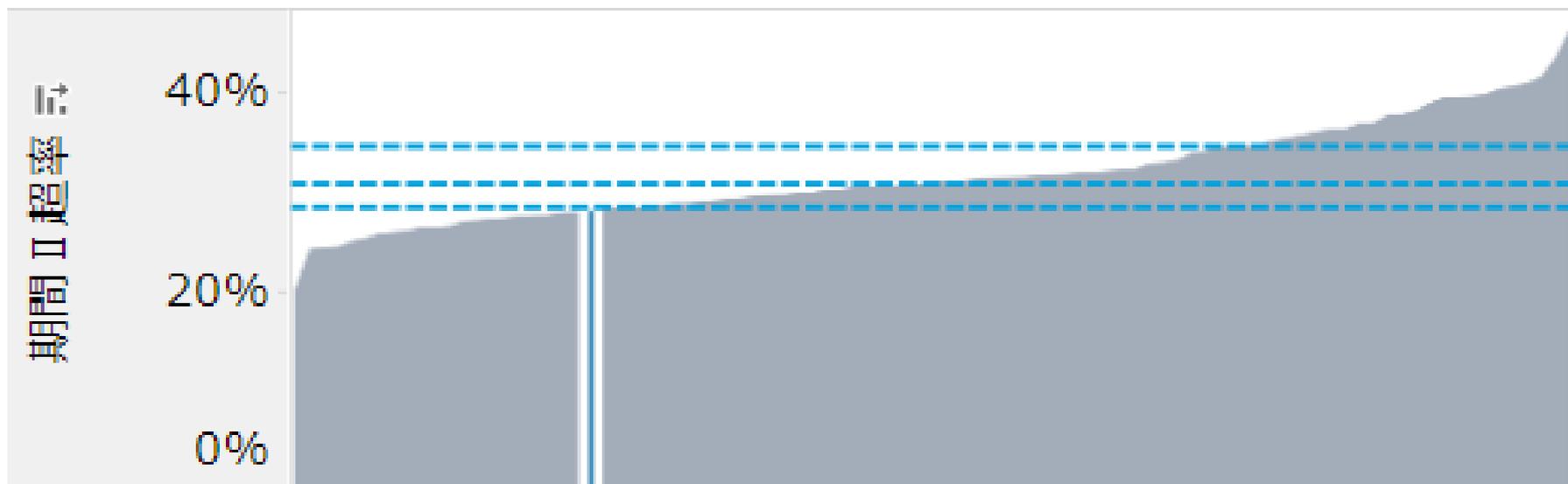
## 【DPC特定病院群】

期間Ⅱ超率

自院値

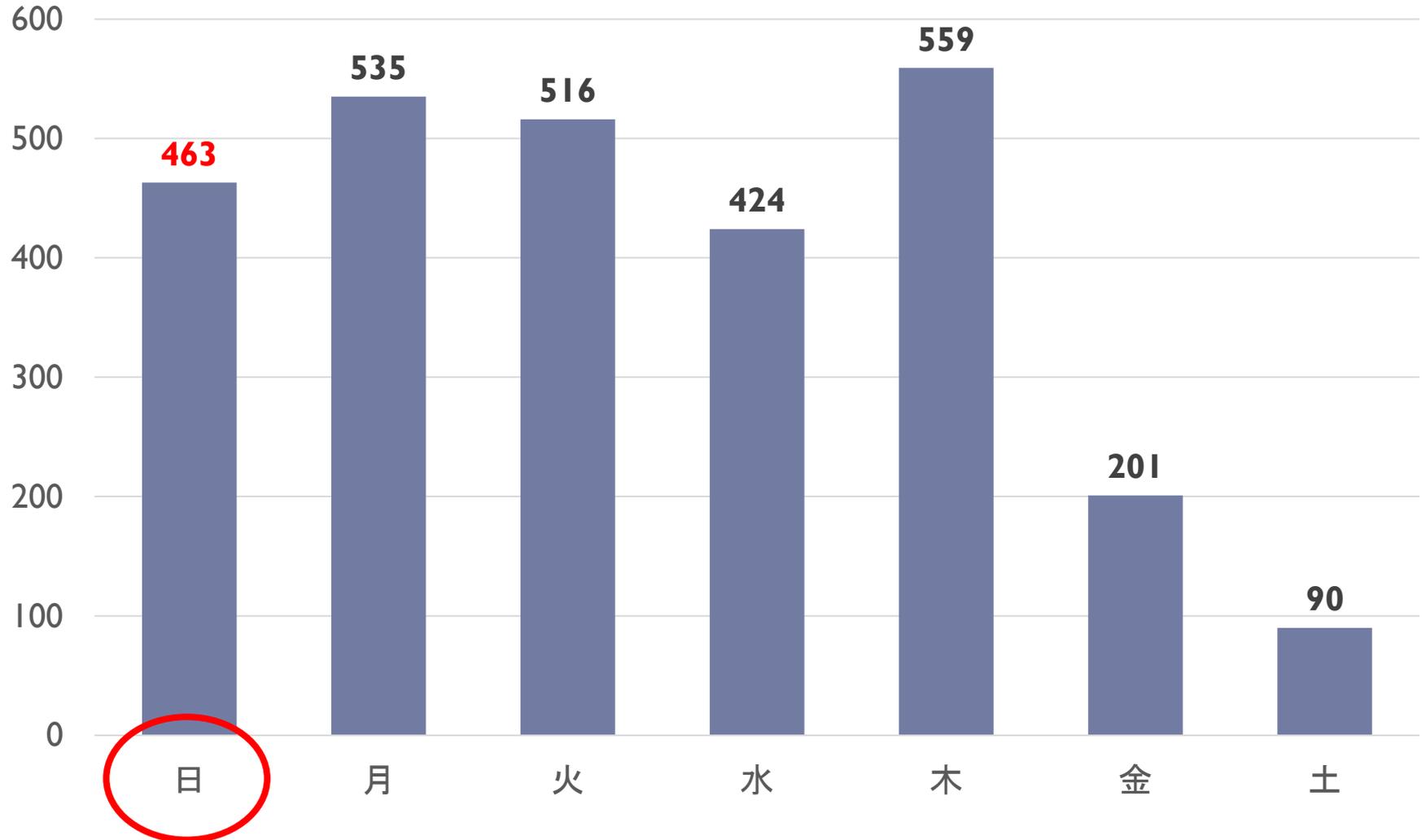
28.0%

(22位 /92病院)



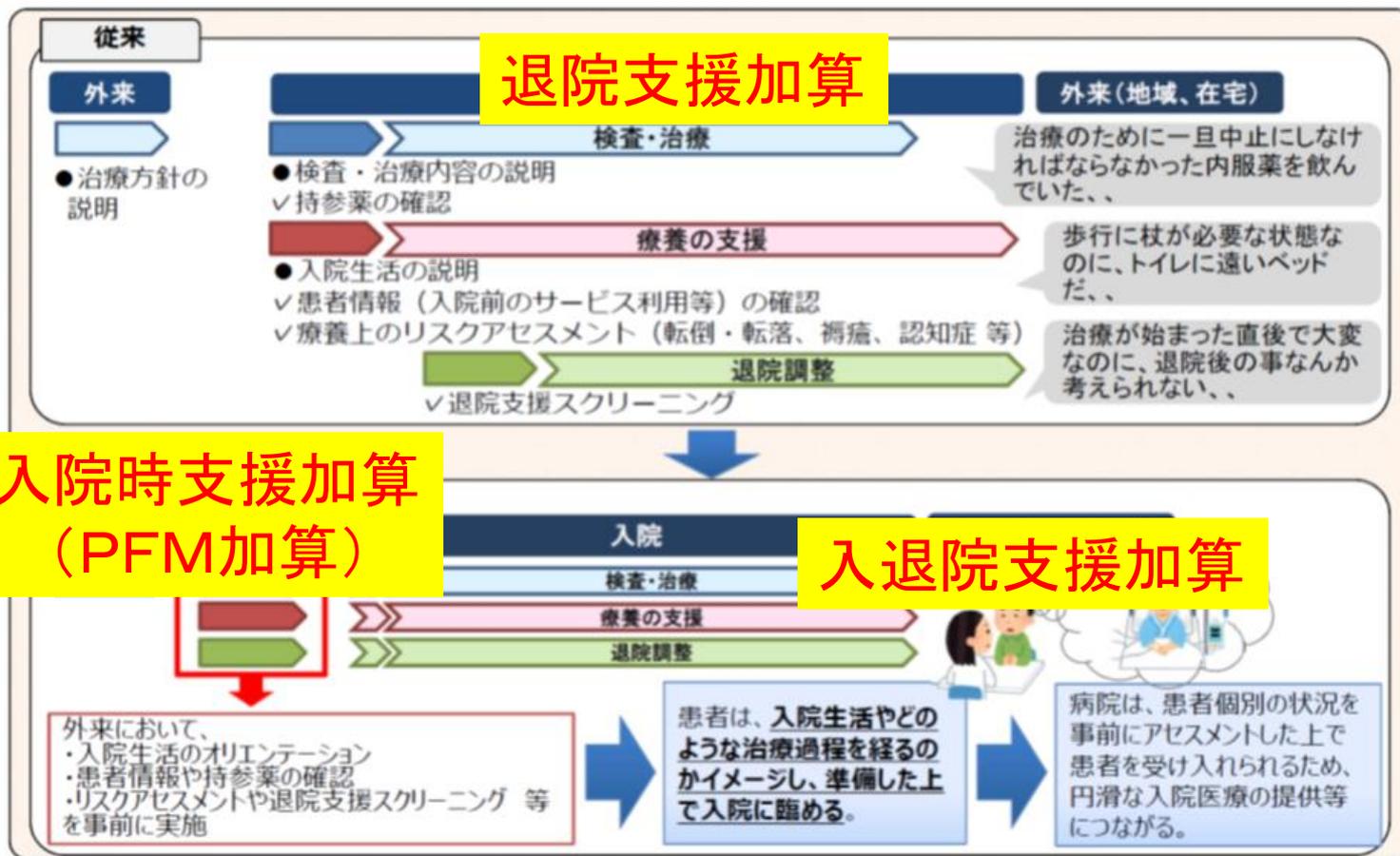
# 予定全身麻酔患者 入院曜日

## 2022年度



# 2018年度診療報酬改定

## 入院前からの支援の機能強化(イメージ図)



# 入院時支援加算(P F M加算)

---

- ▶ 入院前に下記の支援を行う
  - ①身体的・社会的・精神的背景を含め患者情報把握
  - ②入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握
  - ③褥創に関する危険因子の評価
  - ④栄養状態の評価
  - ⑤持参薬の確認
  - ⑥入院中に行われる治療・検査の説明
  - ⑦入院生活の説明
  - ⑧退院困難な要因の有無の評価

入院前からの多職種連携と支援  
医師の負担がない加算

---



年月：21年04月～22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：[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)]

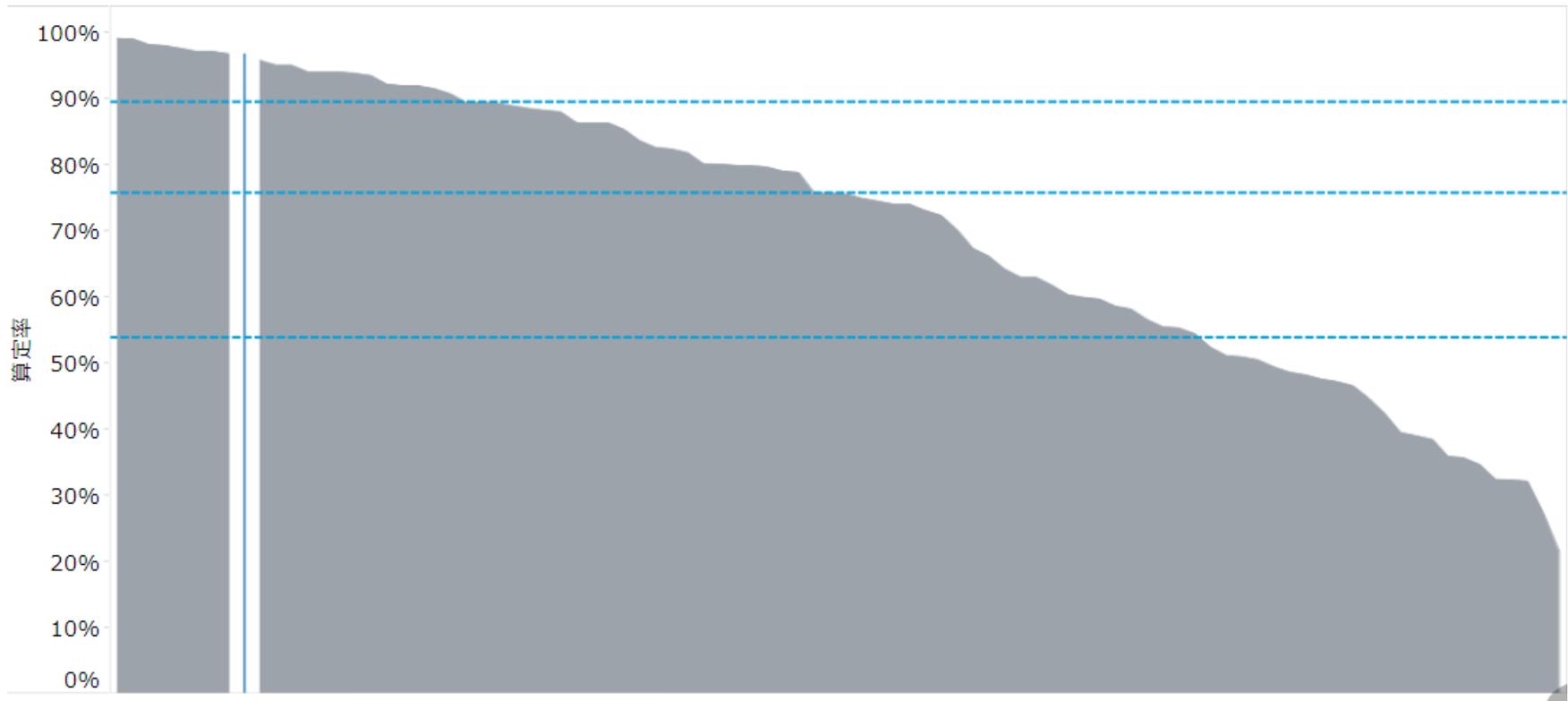
## 入退院支援加算1・2 算定率ベンチマーク

## 【DPC特定病院群】

自院値

96.7%

( 9位 / 92病院)



自院/他院：自院  
算定率： 97%

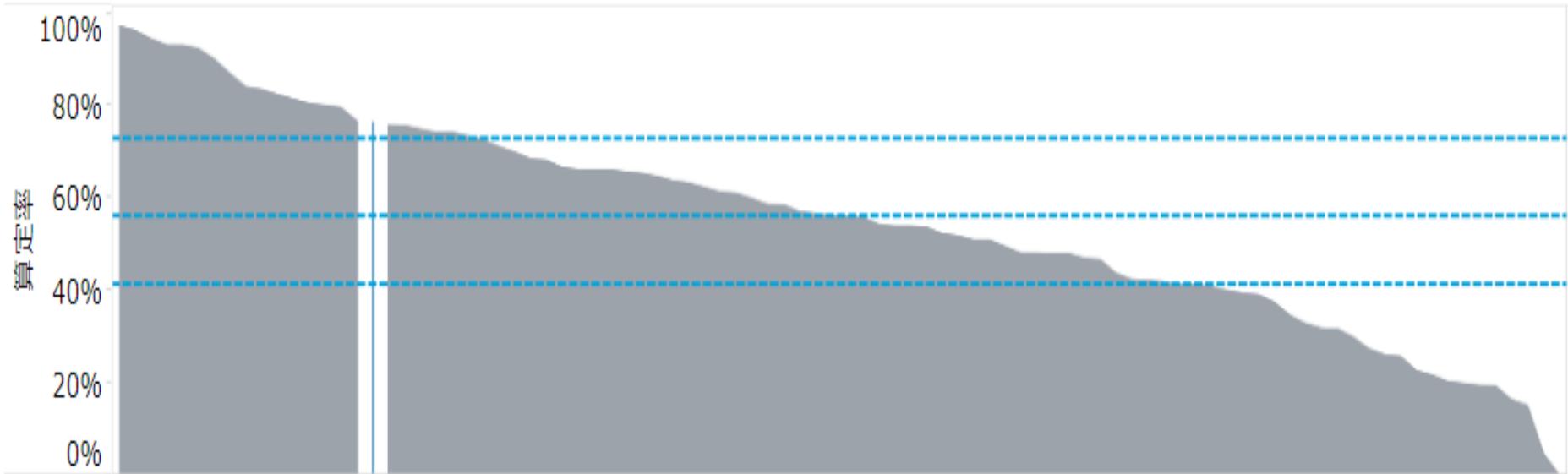
 病院ダッシュボードX

年月：21年04月～22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：[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)]

## 入院時支援加算 算定率ベンチマーク

### 【DPC特定病院群】

自院値 76.1% ( 17位 /92病院)



自院/他院: 自院  
算定率: 76%

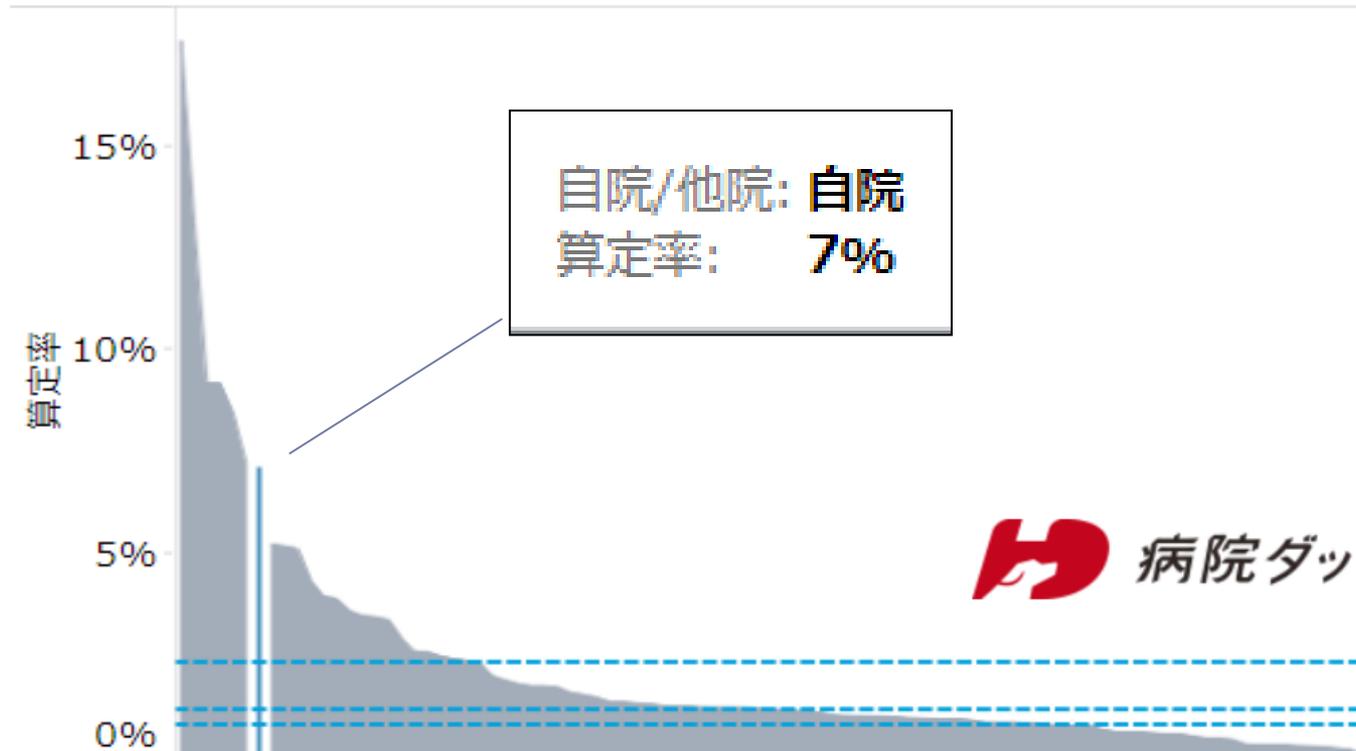
 病院ダッシュボードX

年月：21年04月～22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：[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)]

## 介護支援等連携指導料 算定率ベンチマーク

### 【DPC特定病院群】

自院値 7.1% ( 7位 /92病院)



# PFMに対する考え方

---

- ▶ 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



より多くの患者に質の高い医療を  
効率的に、無理なく提供できる

患者・現場スタッフ・病院経営者  
皆にメリットがある

---



# 働きがいのある働き方改革へ

---

## ◆病院経営で職員のために確保すること

- ・給与
- ・心身の健康
- ・私的時間
- ・働きがい

働き方改革で、働きやすくなるが、

働きがいは、必ずしも確保できない

病院のマネジメント改革に取り組み

働きがいのある働き方改革へ

---

# 働き方改革はマネジメント改革

---

- ◆ 医師の指示がないと動けない・動かない医療  
↓
- ◆ 医師は、診断・治療・手術に専念する
- ◆ 業務を標準化し、タスクシフトした上で、各専門職が、自分で考えて、判断し、実践していく  
(自律して働くことで働きがいも生まれる)

本当のチーム医療とは、各職種が連携しながら  
専門性を最大限に発揮すること

---



# 結語

---

PFMの導入は、タスクシフトが進み、効率化が図れるとともに、医師・看護師の負担軽減に寄与する一方、医療の質の向上・経営改善に貢献することが可能である

今後の急性期病院においては、医師の働き方改革への対応と経営改善を両立する方策として、PFMへの取り組みが重要である

E-MAIL; [nishizawa.nobuhiro@sakuhp.or.jp](mailto:nishizawa.nobuhiro@sakuhp.or.jp)