



これからの病院マネジメント —急性期病院における 入退院支援の必要性—

佐久総合病院・佐久医療センター
西澤延宏

2024.11.23

本日の話

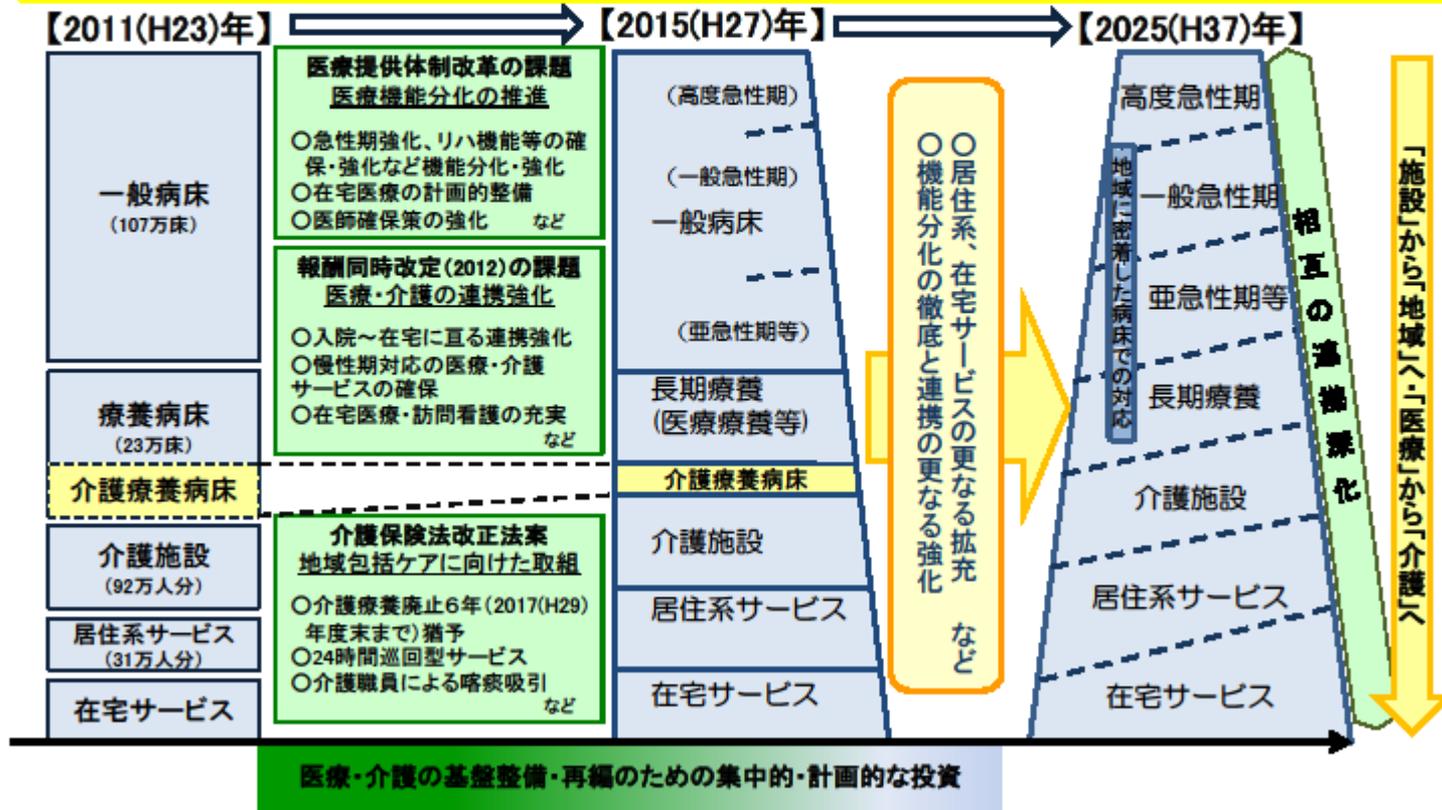
- ◆ 現在の急性期病院の状況
- ◆ 佐久医療センターの紹介

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

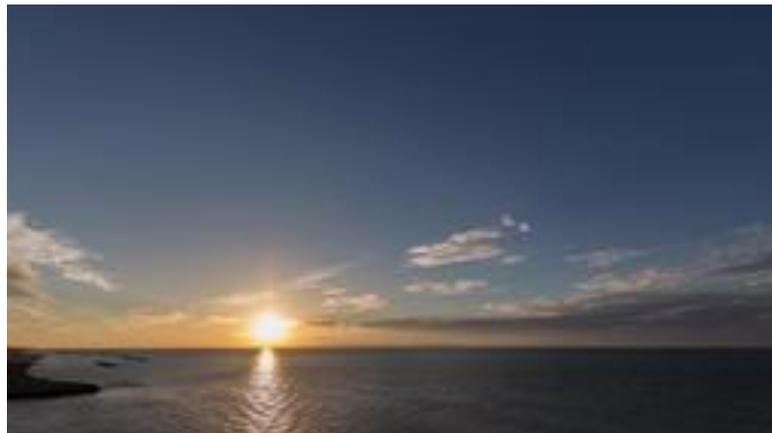
◆効率化

◆質の向上

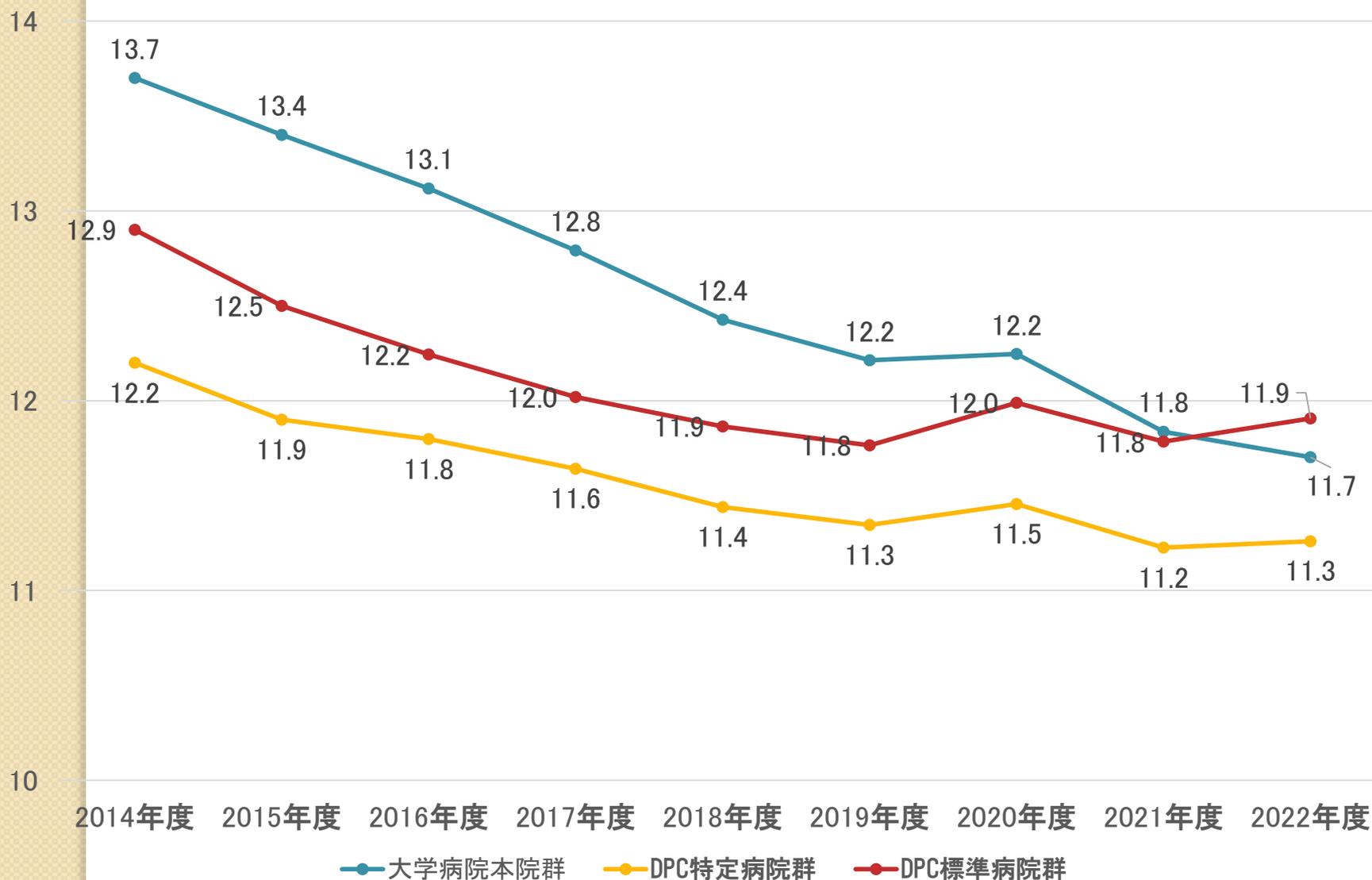
限りある医療資源を有効に使い、
患者さんの病態に応じた場所に対応する
＝集中と選択

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



平均在院日数（DPC病院）



急性期病院における 平均在院日数短縮の原因

- 外来への移行（化学療法など）
- D P C 導入
- 医療技術の進歩
- 重症度、医療・看護必要度の導入
- 在宅復帰率の導入
- 機能分化の進展
 - 転院の増加
 - 地域包括ケア病棟の増加

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

患者さんの増えない病院は経営が悪化し

患者さんの増える病院はスタッフが疲弊する

以前に比べて急性期病院では

- 患者さんが高齢化して重症化してきている
- 平均在院日数が短くなり、より多くの患者さんへ対応する必要がある
- 医療が高度化してきて、知識と技術が必要
- より丁寧な説明が求められる
- より多くの記録が必要になっている
- 経営のことをうるさく言われる



現場の医師・看護師の疲弊・閉塞感

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



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

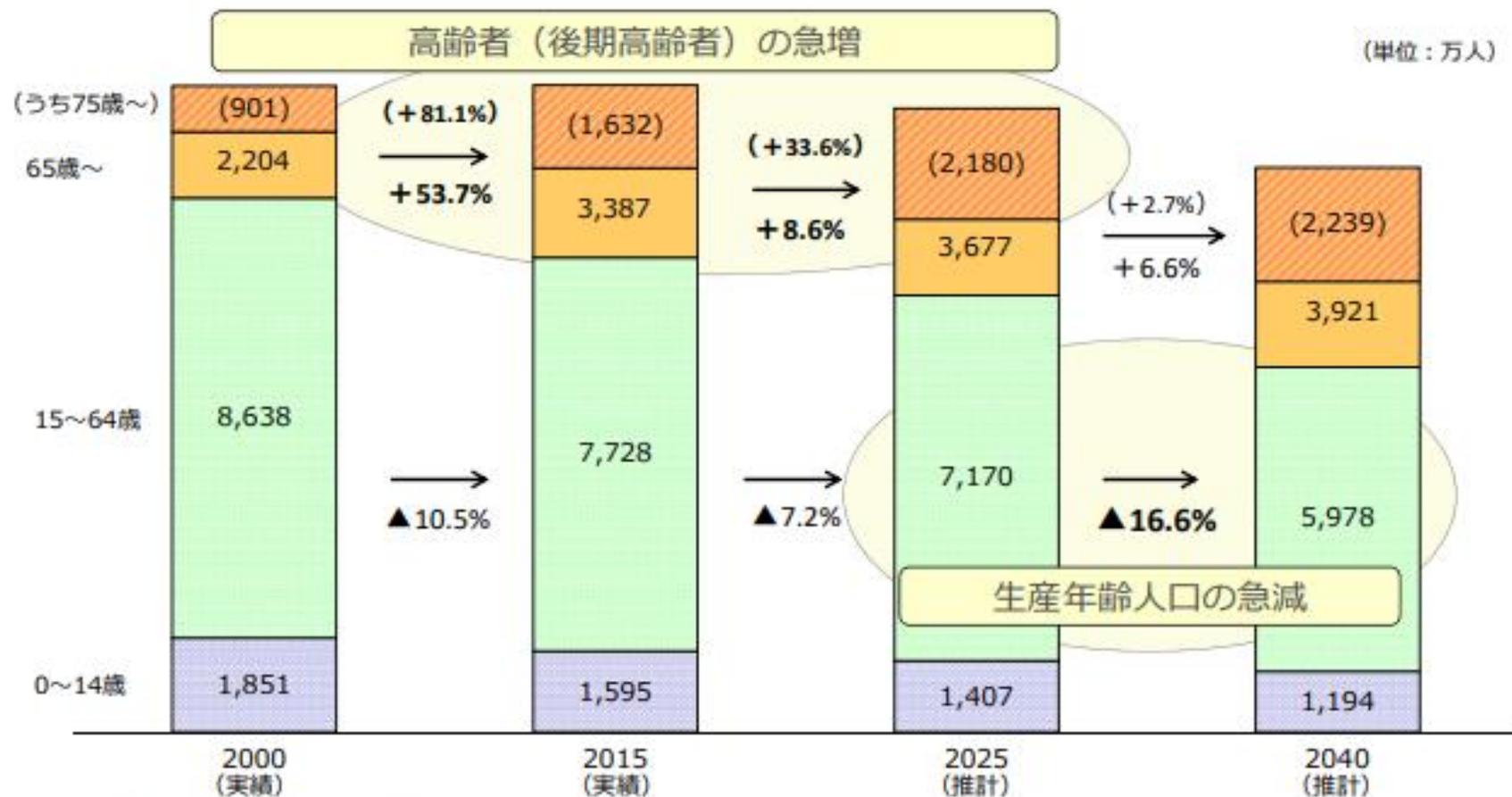


今後のさらなる医療介護ニーズの増加への
対応困難

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】



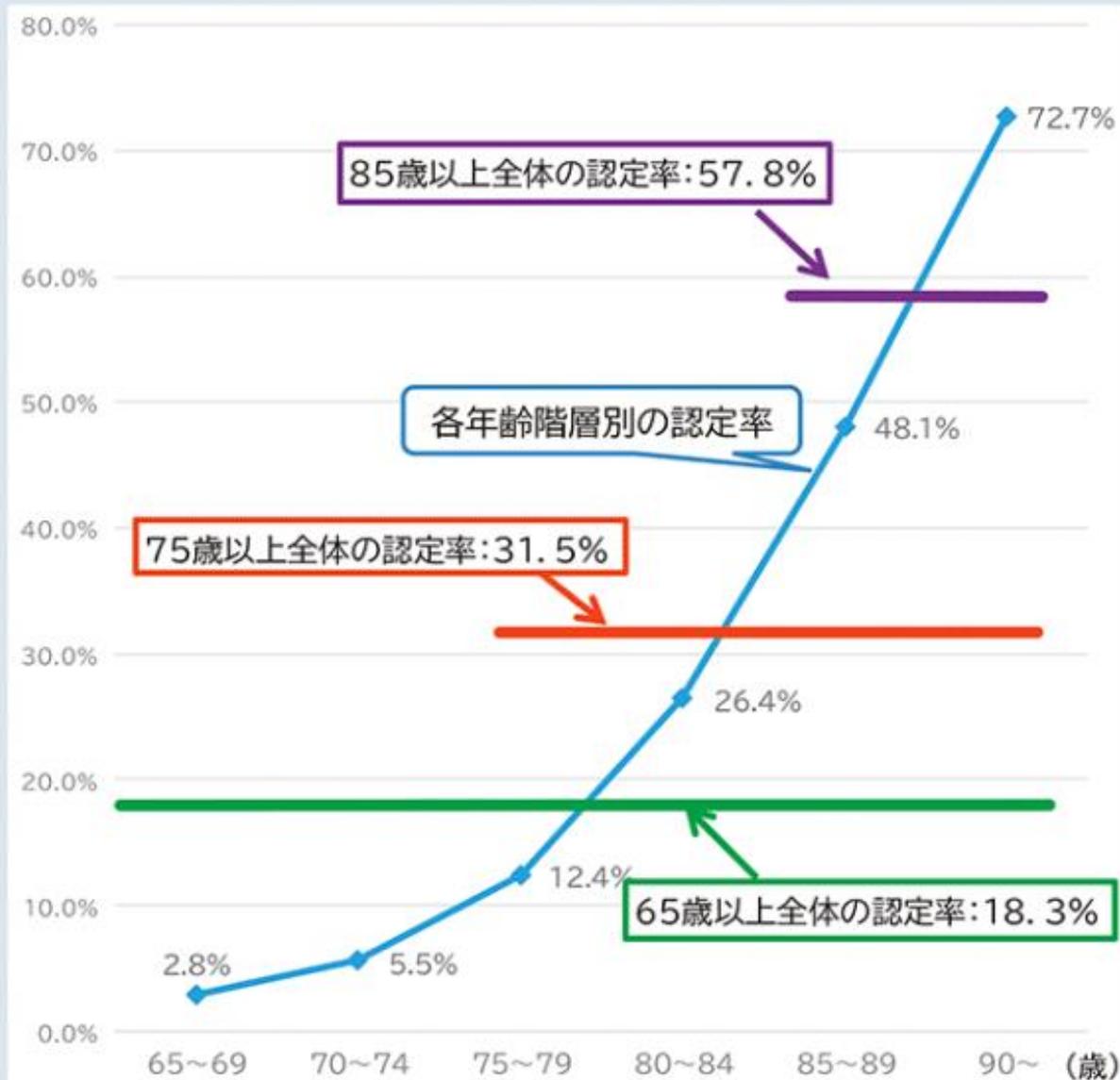
退院阻害要因の増加

◆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

年齢階級別の要介護認定率



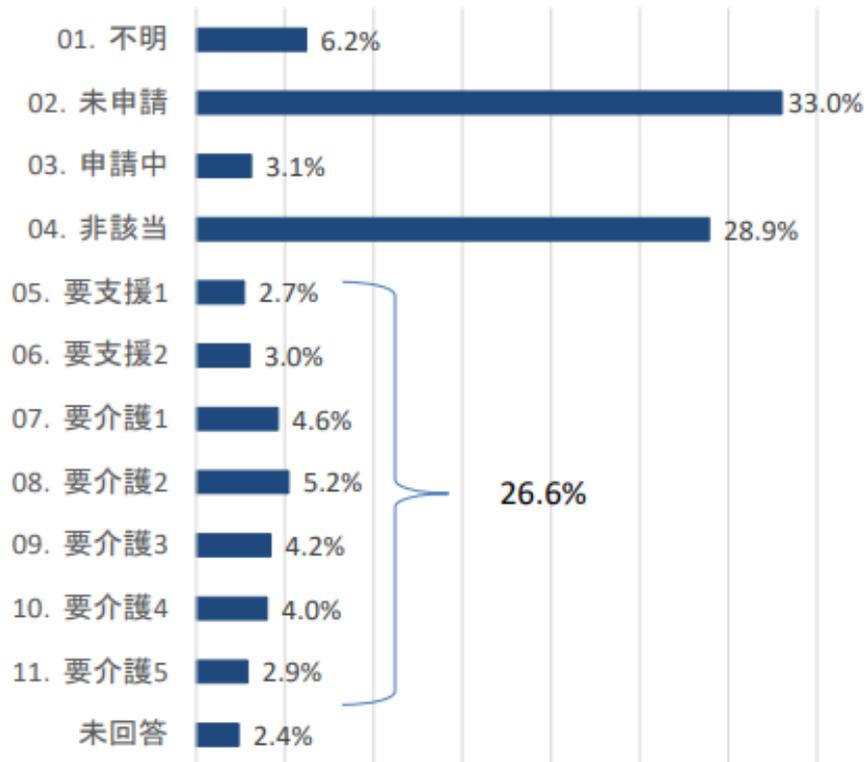
資料：厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険事業状況報告」、総務省統計局「人口推計」より厚生労働省老健局総務課

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。

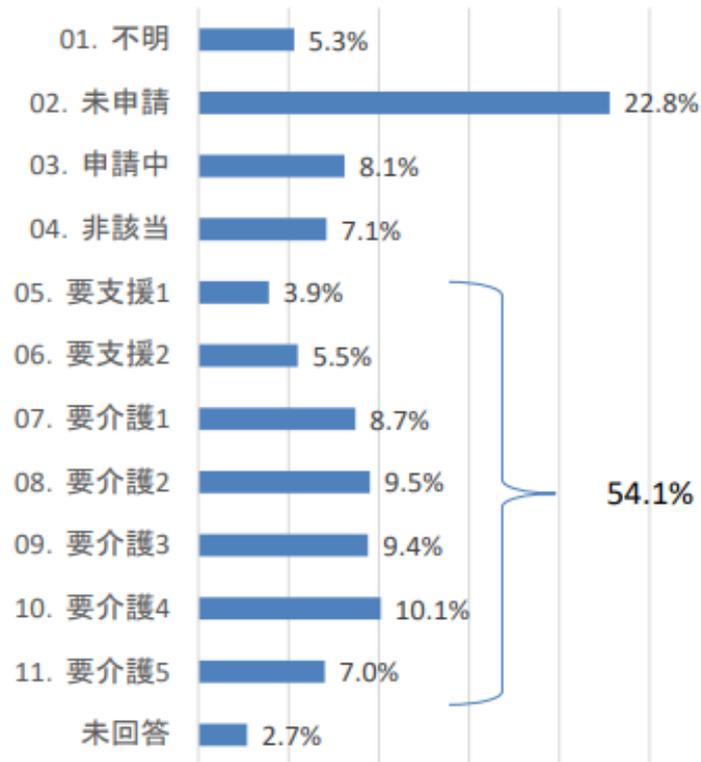
■急性期一般入院料等

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35%



■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

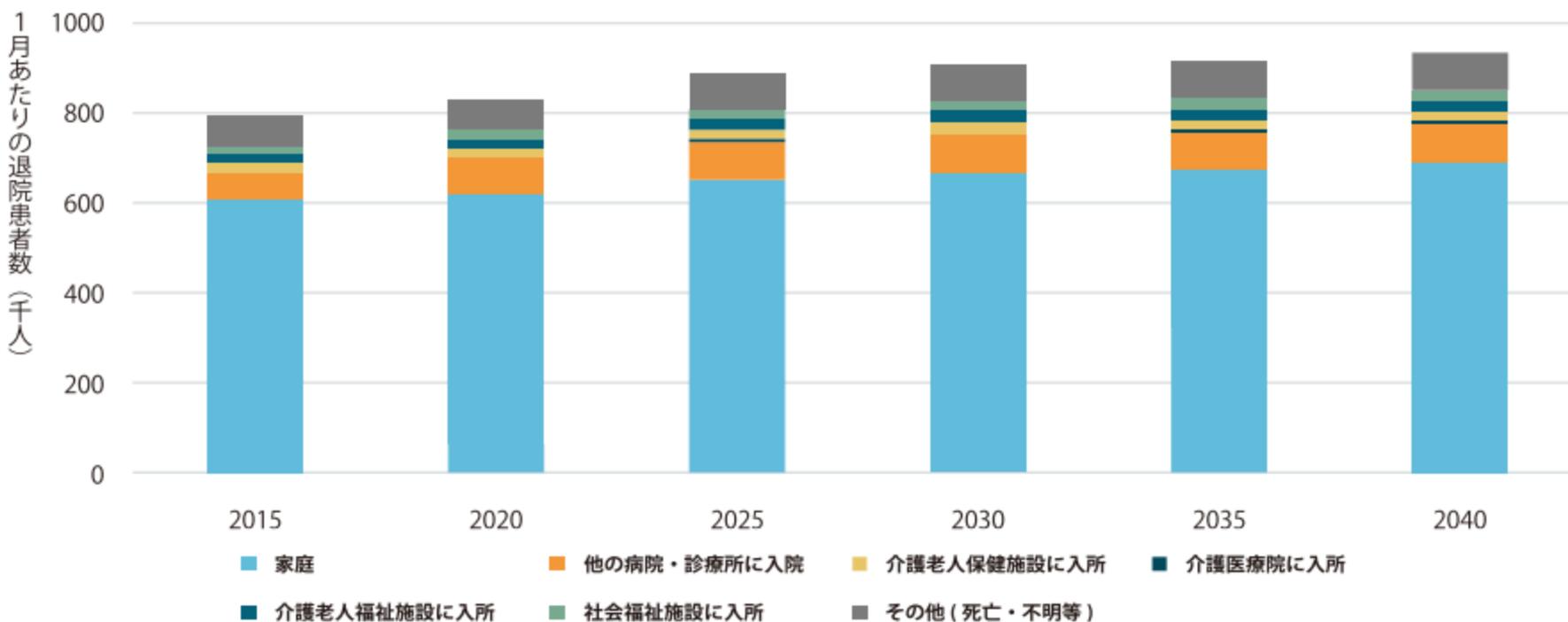
0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35%



介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数が増加する

○ 2025年から2040年にかけて、65歳以上の人口が増加することに伴い、全ての退院先について退院する患者数が増加すると見込まれる。

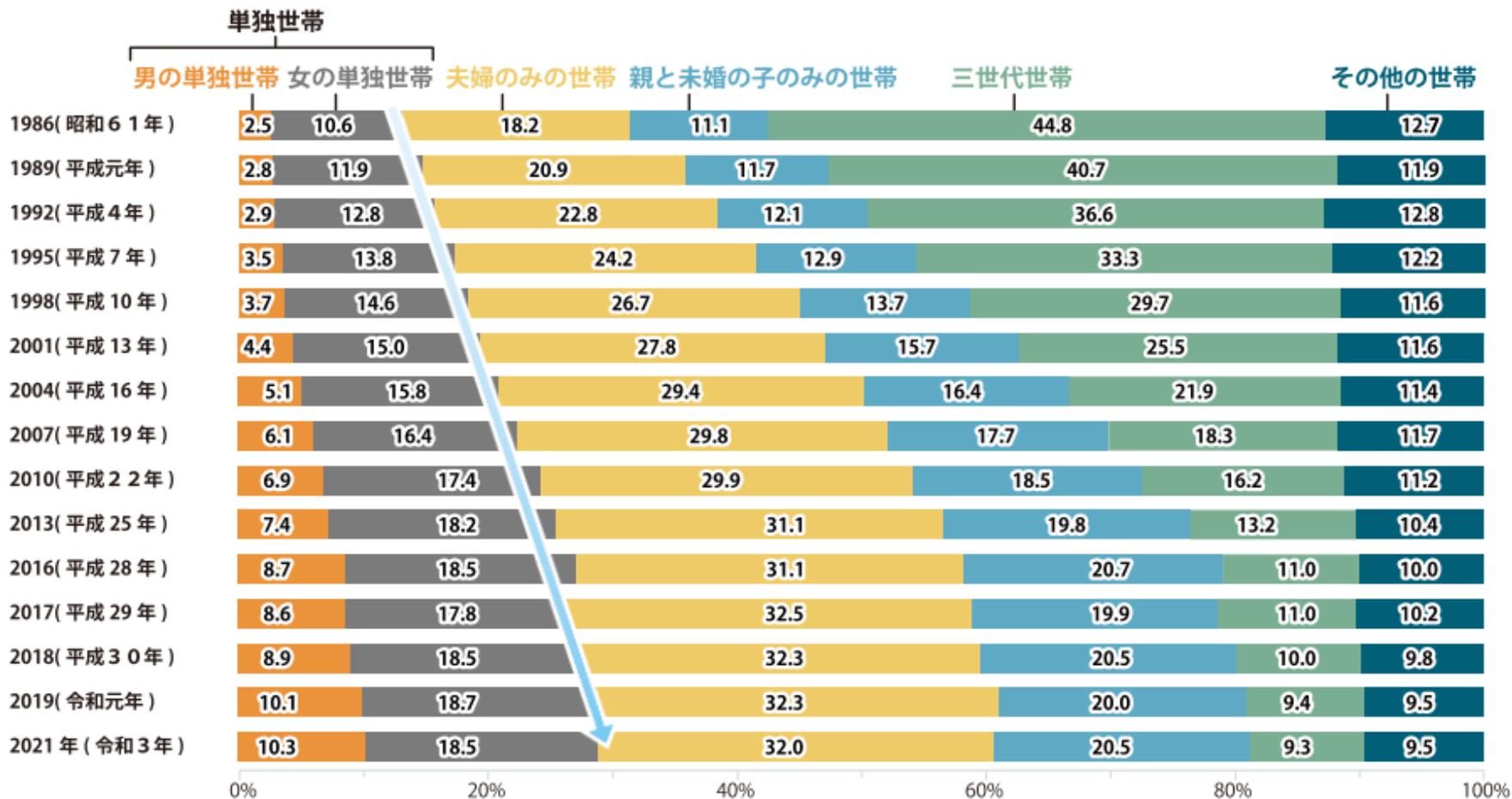
65歳以上における退院患者の退院先の推移



介護との連携の重要性は、増加する

65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の推移

○ 高齢者独居世帯は年々増加傾向にある。



急性期病院でよくあること

- 医師が外来で手術・入院を決めるとその場でオーダーを出すので時間がかかる
- 病棟看護師が業務が終了しないのでなかなか帰れない（残業が多い）
- 手術目的で入院してきたのに、内服薬管理不足などで手術中止になる患者さんがいる
- 看護師・医師事務作業補助者の離職が多い

医師の働き方改革

- 医師も一般の労働者と同じに、労務管理が必要であり、時間外労働時間の上限規制を設定
 - 一般の病院で、960時間
 - 特別な場合で、1860時間
- 全国一律のルール
- 病院内全ての医師に適応

医師の時間外労働時間制限

単純な医師の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
- 患者さん ・ ・ 外来制限によるアクセスの悪化
- 病院管理者 ・ ・ 時間外手当の増加 ・ 外来制限による経営の悪化



医師の労働時間が減っても、成果・実績を上げられるような仕組みの必要性

病院マネジメントの必要性

- ◆患者の高齢化・入院患者数増加・平均在院日数短縮などによる現場の業務負担増加
- ◆慢性的な人手不足
- ◆新型コロナウイルス感染症による負担増加
- ◆物価高騰による材料費・光熱費等の増加
- ◆診療報酬改定・消費税による経営環境の悪化
- ◆医師の働き方改革による長時間労働の是正



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

これからの病院マネジメント

安全で質の高い医療を提供し
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も
行わなければならない



そのためには、生産性の向上が必要

生産性の向上

生産性＝成果÷投入資源

- 同じ仕事量を短時間で行う
- 同じ時間でより多くの仕事を行う
- 同じ仕事をコストをかけずに行う



個人のスキルの向上と共に組織内の
仕組み作り・業務見直しが必須

病院での生産性の向上

より多くの患者に、標準的な医療を
効率的に、現場スタッフ（特に医師）の
負担を増やさずことなく提供できる考え方

＝医師が本来業務に専念できる仕組み

P F M (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

= 外来からの入退院支援

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

**外来段階で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 備えあれば憂いなし
 - ② 在院日数の減少
 - ③ 医療スタッフ ・ 患者さんの不安軽減

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
- 患者さん・医師の不安軽減

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)

従来

外来

- 治療方針の説明

入院

検査・治療

- 検査・治療内容の説明
- ✓ 持参薬の確認

療養の支援

- 入院生活の説明
- ✓ 患者情報(入院前のサービス利用等)の確認
- ✓ 療養上のリスクアセスメント(転倒・転落、褥瘡、認知症等)

退院調整

退院支援スクリーニング

外来(地域、在宅)

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいて、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、

入院時支援加算
(PFM加算)

入退院支援加算

外来

入院

外来(地域、在宅)

検査・治療

療養の支援

退院調整

外来において、
・入院生活のオリエンテーション
・患者情報や持参薬の確認
・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等
を事前に実施

患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

入院時支援加算(PFM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による
連携と支援が必要



入退院（PFM）センターの広がり

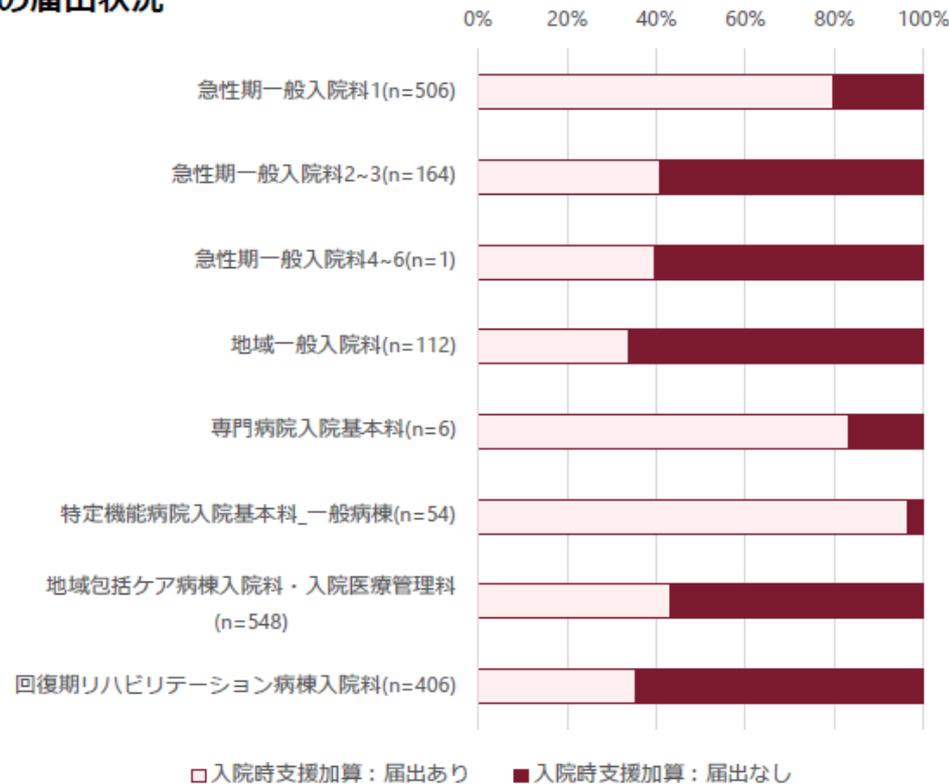
外来でのマネジメントは共通

- 患者サポートセンター
- 入退院支援センター
- 入院前検査センター
- 入院前管理室・周術期管理チーム
- メディカルサポートセンター
- 入院前検査予約センター

入院時支援加算の届出状況

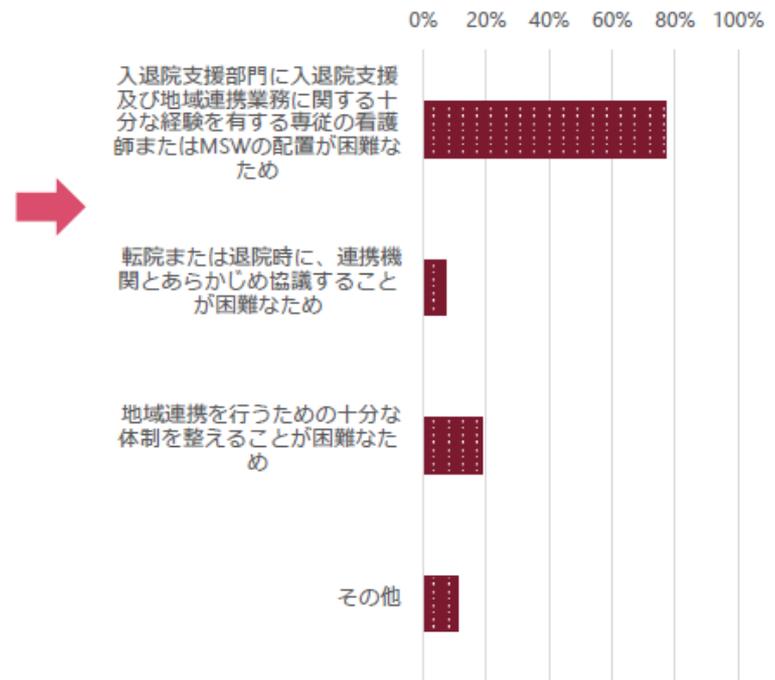
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■ 入退院支援加算1・2届出医療機関における入院時支援加算の届出状況



■ 急性期医療機関（※）において入院時支援加算を届け出していない理由（複数回答） (n=112)

（※）急性期一般病棟、特定機能病院（一般）、専門病院



これからの入退院支援

- 予定入院
P F Mを充実させ、入院前から
退院後を見据えた支援を行う
- 緊急入院
入院後速やかに退院支援を開始する

適切な入退院支援が病院の将来を決める

Patients Flow Management

▼そこが知りたい!▼

入退院支援 まるわかりガイド

医療から医療のキーワード“PFM”

監修 武藤三郎 監訳 佐藤正一 監訳 佐藤正一



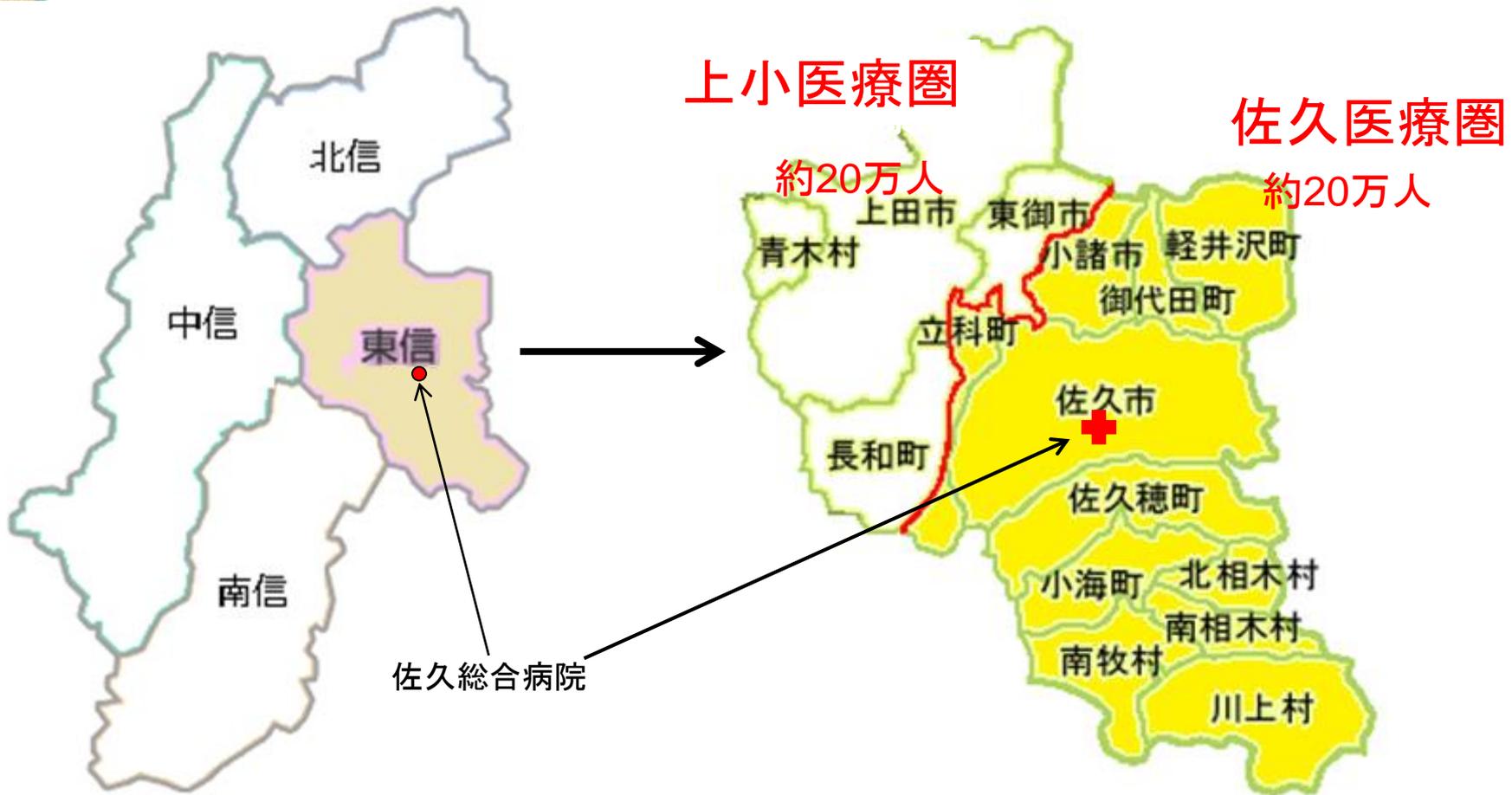
入病前・退院後も
スムーズに流れる PFM

監訳! 佐藤正一監訳 佐藤正一監訳 佐藤正一監訳

照林社から出版

長野県の医療圏

東信の2次医療圏



病院の分割による再構築

- 機能分化の必要性
 - 当院だけでは地域の医療を担いきれない
- +
- 現地の建物の一部がまだかなり使用可能
 - 移転に対する住民の反対運動



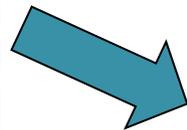
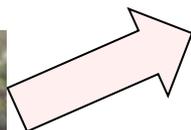
高度急性期病院機能を分離して移転し、
一般急性期・回復期等の病院機能は残す

病院の分割再構築

旧佐久総合病院



821床



高度急性期の
佐久医療センター

450床



2014年3月1日開院

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

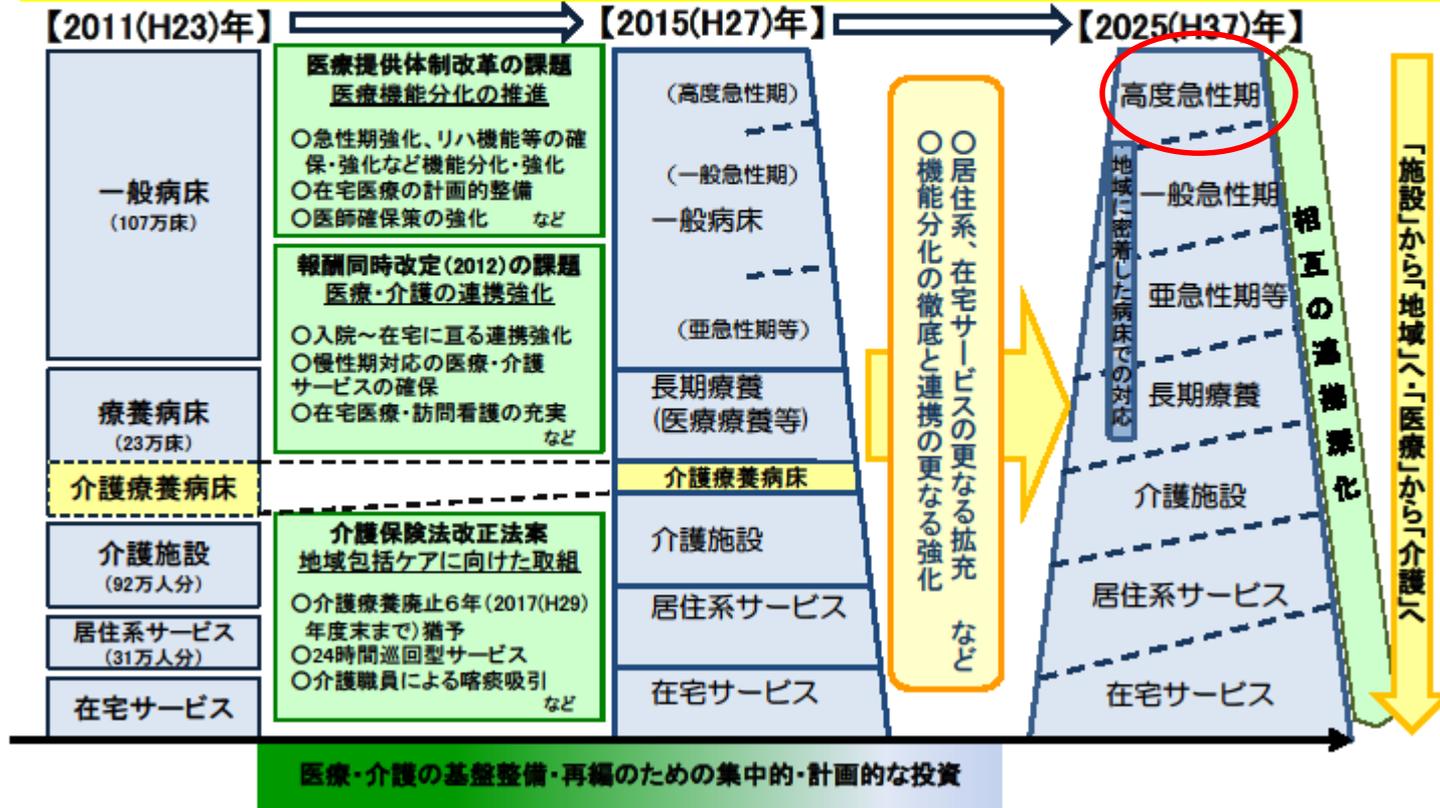
佐久総合病院本院		佐久医療センター
佐久地域の一般病院	位置づけ	東信全体の急性期病院
<ul style="list-style-type: none"> ・救急を含む総合一般診療 ・慢性期医療 ・回復期リハビリテーション ・通院リハビリセンター ・緩和ケア ・精神科病床 ・高齢者医療・福祉 ・在宅医療 ・健康管理センター・健康増進センター ・老人保健施設 ・日帰り手術センター 	主な機能	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センター ・紹介中心の専門外来・一般外来 ・高機能診断センター(共同利用) ・がん診療センター(地域がん診療拠点病院) ・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

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。



高度急性期病院としての 佐久医療センター

●急性期の入院医療に特化

4つのセンター機能を重視

救命救急センター・がん診療センター

脳卒中・循環器病センター

周産期母子医療センター

●重症患者への対応

救命救急センター 20床

ICU 16床 HCU 20床

NICU 6床 GCU 12床

●手術室 10室 (ハイブリッド手術室 1室)

●ドクターヘリ

●PET,320列CT

急性期機能の絞り込み

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
- 宅老所
- 農村医学研究所 ・ 看護学校

常勤職員 2223人（医師242人含）
（2024年4月現在）

佐久医療センター 2023年度実績

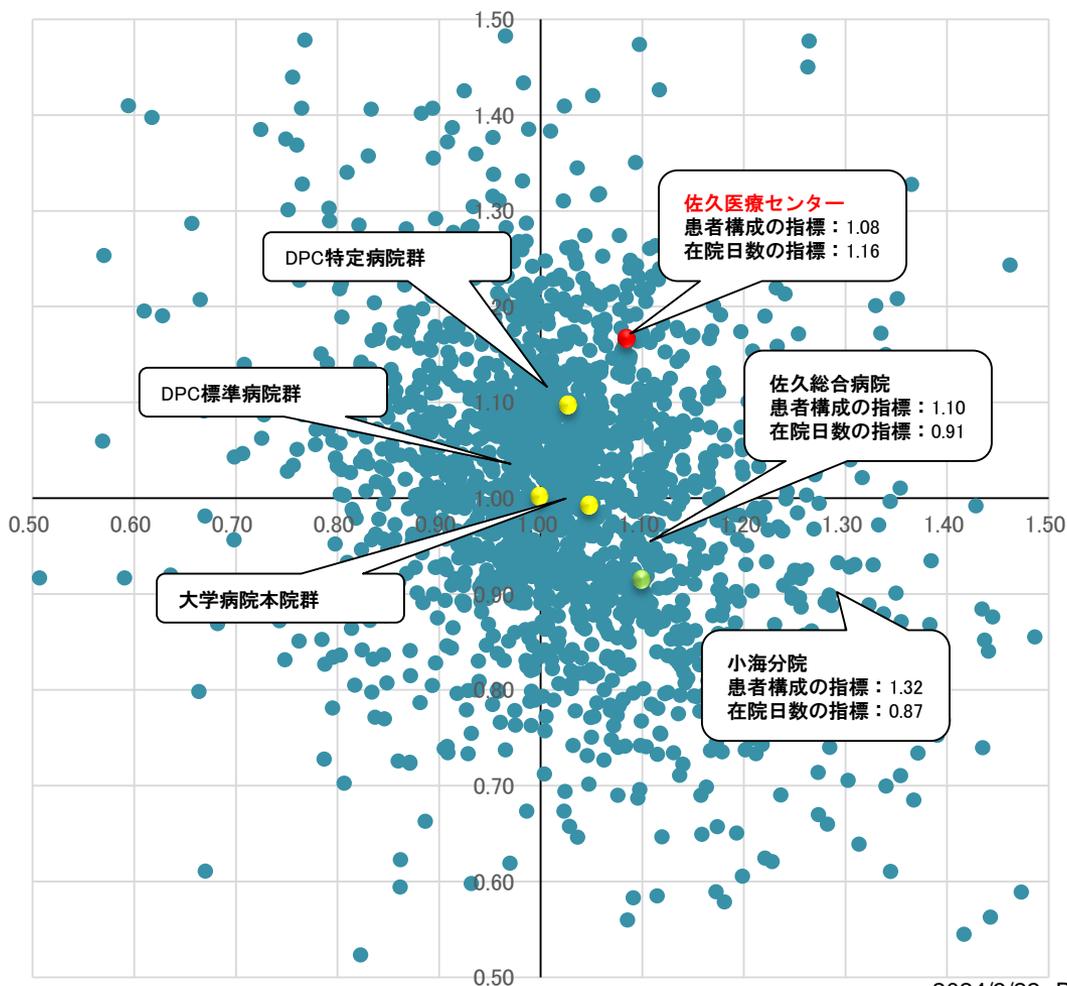
専門医療と救急・急性期医療に特化した
予約・紹介型の高度急性期病院

- ◆ ベッド数：450床
- ◆ 平均在院日数：10.1日
- ◆ 紹介率：73.7%・逆紹介率：105.4%
- ◆ 救急車搬入数：4017台
- ◆ 病床利用率 85.1%
- ◆ 手術件数：5954件（全身麻酔手術 4106件）

地域医療支援病院・D P C 特定病院群

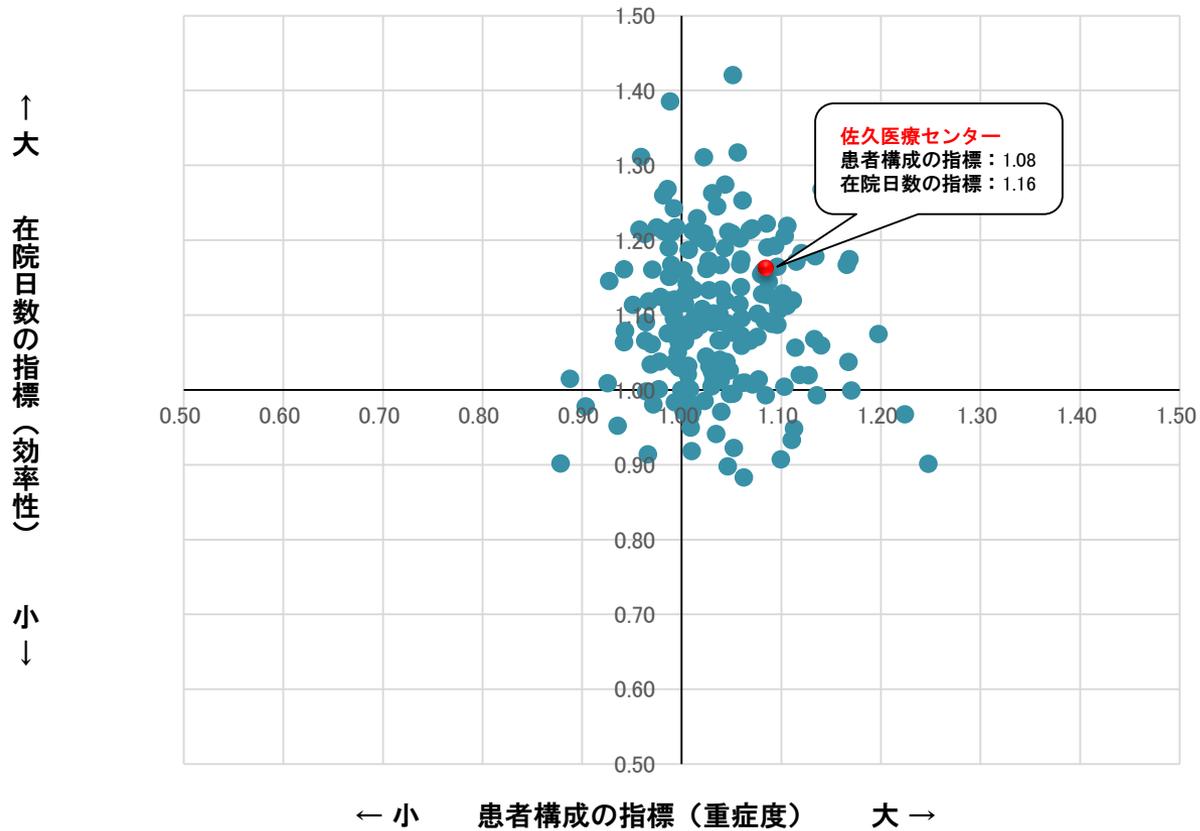
2022年度 D P C 指標散布図

↑ 大
在院日数の指標（効率性）
小 ↓



← 小 患者構成の指標（重症度） 大 →

2022年度 DPC 特定病院群 散布図



佐久医療センターの運営戦略

- ◆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、患者満足度を上げ、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**

患者サポートセンターのミッション

- ◆ 患者さん・ご家族に手術・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

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、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が少ない

患者サポートセンター設置の効果