

HOSPITAL VIEW

ホスピタル ビュー | 2015.9 | Vol.25



The first step to the future

2014年度の診療報酬改定、地域医療構想の策定等、行政による病床機能の再編が進められつつある中、すでに医療機能の見直しに動き出した病院があります。

そのひとつである松波総合病院(岐阜県羽島郡)は、地域医療支援病院、地域災害拠点病院の指定を受ける501床の中核病院です。今回は、病棟再編を中心とした同院の医療体制の再構築について、病院長の山北宜由先生にお話を伺いました。

社会医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院
病院長 山北 宜由 先生

地域での役割を見直し、効率のよい入院治療に向けて 病棟再編と改築で進めた病院再構築

急性期医療を中心としてきた当院では、医療改革の行方を睨みつつ、今後担うべき役割について、地域の医療需要を分析しながら機能再編の検討を進めてきました。その結果、新たな体制として選択したのが“スーパーケアミックス”です。スーパーケアミックスとは、“高度急性期から急性期”、“急性期後(以下、「ポストアキュート」)”の2つを両輪に構築する医療体制です。それぞれに特化して強化を図り、ケアミックスを超える充実した医療体制を目指すという意志を込めて、当院が名づけました。

この体制を選択したのは、すでに地域に生じていた医療機能の偏りのためです。県下でもっとも大きな当医療圏には、年間全身麻酔件数1,000例以上の病院が当院のほか、に3施設あり、アクセスの良い隣接地域も含めると、急性期医療は過多傾向です。一方、慢性期病院は常に満床で、今後さらに加速する高齢患者の増加から、地域にとって、そして当院の存続にとっても、ポストアキュートの医療の充実が重要課題であるのは明らかでした。

そこで私たちは、それまでの7対1病棟、ICU、回復期リ

ハビリテーション病棟(以下、「回復期リハ病棟」)に加え、2014年9月にHCUと地域包括ケア病棟を、2015年5月には増床のうえ障害者病棟を開設するなど、すでに計画中であった病院改築と並行し、近年でもっとも大規模な病棟再編を行いました。

急性期では高度医療の強化で差別化を図り、ポストアキュートでは病棟構成を見直し在宅復帰までを担う——これが当院が取り組んだ病院機能の再構築だったのです。



社会医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院
所在地／岐阜県羽島郡笠松町田代185-1
病床数／501床

図1 ■ 松波総合病院の病床の変遷 (2014年4月以降)

2014年4月 432床 (休床:2床)	2014年7月 445床 (休床:13床)	2014年9月 445床 (休床:13床)	2015年4月 501床	2015年5月 501床
ICU3:6床	ICU3:8床	ICU3:8床	ICU3:8床	ICU3:8床
7対1病棟:369床	7対1病棟:369床	HCU2:20床 7対1病棟:294床	HCU2:20床 7対1病棟:353床	7対1病棟:294床
回復期リハ病棟2: 55床	回復期リハ病棟2: 55床	地域包括ケア病棟1: 55床 回復期リハ病棟2: 55床	地域包括ケア病棟1: 60床 回復期リハ病棟2: 60床	地域包括ケア病棟1: 60床 回復期リハ病棟2: 60床 障害者病棟10対1: 59床

地域包括ケア病棟の導入で実現した 効率のよい医療と高度急性期の充実

当院が今回の病棟再編で目指したのは、“メリハリの
ある医療体制”を確立し、病状や医療必要度に合わせた
“効率のよい医療”により経営改善を図ることでした。とい
うのは、当時、ICUにも回復期リハ病棟にも該当しない患
者さんはすべて7対1病棟で診ざるを得ず、ICUと急性期
の間、つまりHCUに該当する方と、医療必要度が下がり、
すでに7対1看護を必要としない患者さんの混在が、7対1
病棟で常態化していたからです。

このため、当初の病棟構成案では、HCUと療養病棟の
導入を中心に収支のバランスの試算を進めていました。
しかし、ここで頭を抱えることとなったのが、看護配置で
す。折からの看護師不足の中、収益を下げず、できるだけ
現状の人数でやりくりしてHCUに看護師を配置する必要
があったため、再編は一時、足踏み状態でした。

このような中で迎えた2014年度診療報酬改定は、廃用
症候群のリハビリの減点や7対1病棟の“重症度、医療・看
護必要度”の厳格化等、病床転換を促す厳しい内容でし
た。しかし、新設された地域包括ケア病棟に目を向け
ると、ポストアキュートの病棟としてさまざまな患者さんが
該当し、療養病棟よりも高い点数配分となっています。早
速いろいろな角度からシミュレーションしたところ、7対1
病棟との看護配置の差からHCUへの看護配置が可能と
なること、さらに、加算をすべて取れば7対1病棟との差額
分がHCUの収益でカバーできるという試算結果が得ら
れたのです。そこで療養病棟案を白紙に戻し、7対1病棟
の55床を地域包括ケア病棟に移行したうえでHCU20床

を新設し、看護師を移動しました(図1)。

こうして、ICU、HCU、7対1病棟という高度急性期から
急性期医療の充実とともに、それを受ける回復期リハ病
棟、地域包括ケア病棟という一連の流れにより、メリハリ
のある医療体制が構築できました。今回の病棟再編は、
地域包括ケア病棟の選択がHCUの新設を可能にし、救急
患者受け入れ体制の強化にもつながった点や、ポストア
キュートの病棟が充実したことで7対1病棟に重症度の高
い症例を集約でき、重症度、医療・看護必要度がクリアで
きた点等、経営改善の礎になったと評価しています。

医療必要度に合わせた病棟運用には ペイシェントフローの管理が不可欠

地域包括ケア病棟の現在の稼働状況をみると、同病棟
の機能とされている、ポストアキュート、サブアキュート、
在宅復帰支援の3つのうち、当院では7対1病棟からの転
棟、つまりポストアキュート機能が主となっています。ま
た、地域包括ケア病棟の在宅復帰率は9割を超えており、
在宅復帰支援の役割も十分に果たしています。

さらに当院は2015年、それまで当地域にほとんどな
かった障害者病棟を増床によって開設し、高度急性期か
らポストアキュートまで計6種類の病棟を運用する病院
となりました。しかし、このように分化された病棟を機能
通りに稼働させるには、常に患者さんの病態変化を把握
し、医療必要度に合わせて、いつ、どの病棟に移ってら
うかを一元管理する部署が必要です。

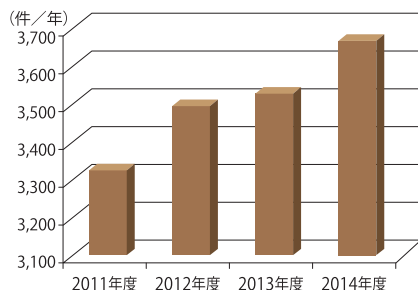
そこで新たに設置したのが、患者さんの流れを管
理する(=ペイシェント・フロー・マネジメント、以下、

図2 ■ 入退院 (PFM) センター



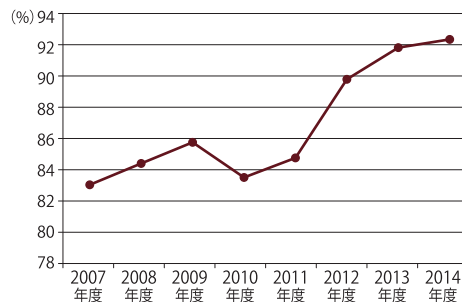
センターでは、予約入院の患者さんやそのご家族に、病状、ご家族の状況等を伺い、病床の説明や入院後の生活について情報提供を行う。

図3 ■ 手術件数の推移



「手術件数の増加にともない麻酔科医の確保も今後の課題のひとつ」と、山北先生。

図4 ■ 急性期病床 (含ICU・HCU) 稼働率の推移



ICU、CCUの新設や増床、HCUの新設等により急性期病床の稼働率は、近年順調に上昇している。

「PFM」)、「入退院 (PFM) センター」です。全病棟のベッドコントロールに関わる権限は、主治医へのアドバイスも含め、全面的にこの部門に与えています (図2)。

ここには副院長をトップに、まず現在の容態から今後の治療の流れを適切に予測するために看護師を配置し、さらに病状と医療の投入度は比例していることから、医療必要度を医事会計上から確認する医事課スタッフも加え、計8名のメンバーが、最新の状況から患者さんの院内でのフローを毎日、確認・管理しています。

院内でのフローに加え、入院までのフロー管理もここでの役割です。特に急性期の患者さんでは、紹介元と連絡をとり、スムーズな事務手続きから一刻も早い治療へとつなげる役割を担っています。一方、障害者病棟を円滑に運用するには、必要とされる患者さんの地域での人数を把握し、その時期等の予測をたてる必要があるため、地域の病院を回って、当院を紹介しながら情報を得る関係づくりも進めています。これらの業務は、地域医療介護連携室と協力しながら、チームとなって取り組んでいます。

こうした組織づくりとともに推し進めてきた病棟再編から1年、長期的評価にはまだ時間が必要です。たとえば、地域包括ケア病棟は急性期病床の稼働率の影響を受けやすい点だけではなく、今後、定着が進めば要件の見直しが実施される等、行政による多様な影響も考えられるからです。しかし、すでに収益面でプラスの効果が現れていることから、短期的には、今回の病棟再編は正しい選択だったと考えています。

救急医療の環境整備や 高度医療への設備投資でハード面を強化

このような病棟再編は、急性期を担う北館の新築、主

にポストアキュートを担う南館の改修という大規模な病院改築とともに進めましたが、同時に、地域の急性期病院との差別化を目指し、設備投資等によるハード面の強化にも力を入れました。

特に地域貢献に不可欠な救急医療においては、救急医療センター長が新館の設計段階から関わり、機動力が発揮できる理想的な環境を整備することができました。たとえば、当院は年間に約3,500台以上の救急搬送を受け入れています。よりスムーズで迅速な搬送が行えるよう、主要道路である県道からダイレクトにセンターへ入る搬入口を設置しました。また、平時に限らず、混乱を招きやすい災害時も想定し、屋上のヘリポートから3階のICUや手術室、1階の救急医療センターまでを専用エレベーター1本でつなげて効率的な動線確保するとともに、救急エリアにCTとレントゲン室を配置しています。

高度急性期医療の強化としては、ハイブリッド手術室を含む手術室の増床、手術支援ロボットや3テスラのMRI等の設備投資を行い、手術件数も順調に増加しています (図3)。また、ポストアキュートの医療を行う南館には、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟、障害者病棟、さらに敷地内で運営していた老健施設を館内に移設するなど、医療と在宅を結ぶ体制を整えました。当院が提供する医療体制を、2つの診療棟を中心にわかりやすく配置することができ、地域の中核病院として新しいかたちをつくることのできたのではないかと思います。

研修医獲得への効果も期待 今後は在宅医療との連携も課題に

しかし、どれだけ病棟機能を充実させハード面を整備しても、医療を行うのは人であり、基本となるのはいかに優秀な人材を育てるかです。そのため、研修医の獲得は

大きな課題ですが、当院のように地方に位置する臨床研修病院は独自の魅力がなければ研修医が集まりにくく、医師の採用も困難です。そのようなことから、今回のスパーケアミックスへの再構築には、幅広い医療体制による研修医獲得への狙いもありました。教育システムにも注力し、全国の著名な医師によるセミナーやプレゼン大会、レジデント限定のメディカルラリーへの参加等、多様な取り組みも行っていますが、最近ではこれらが刺激となり、自主企画による朝カンファランスが毎日行われるなど、モチベーションの高い研修医が育っています。

他職種のモチベーション向上も今回の病院再構築から期待する成果のひとつで、ここでもいろいろな支援体制を整備してきました。たとえば資格取得においては報

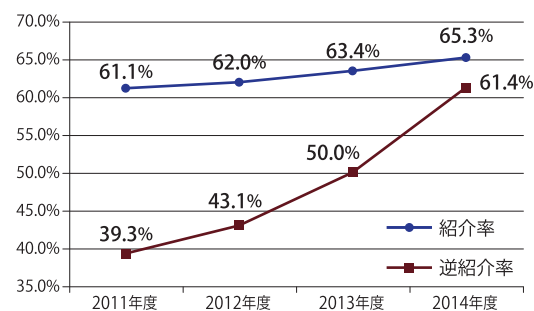
奨金や研修費用を負担する制度を設けたり、院内認定看護師制度も創設しました。こういったサポートは、病院の再構築を形だけの整備に終わらせないためには不可欠で、各職種の専門性を高めるためにも、今後もいろいろなかたちで続けていく方針です。

さて、このように順調に進んでいる当院の医療機能の再構築ですが、今後の課題も残されています。

もっとも重要な課題は、在宅医療との連携をいかに構築していくかです。当地域には在宅医療に熱心な開業医の先生が多いので、地域での共存を目指して当院はサポート役に徹し、連携を密に進めながら増悪時の入院を円滑に支援する方針です。また、当院ではいち早く総合内科を創設していますが、高齢者が持つ複数の慢性疾患から速やかに疾患を特定する場合等、地域連携において大きく貢献できる診療科として今後も期待をかけています。すでに総合内科は研修医からも人気が高く、当院の特色のひとつとして専門医の育成に力を入れています。

1911年に開設以来、100年以上にわたって岐阜県で医療を提供してきた当院には、その時代に地域が必要としている最良の医療を提供する、というスタンスが根づいています。今後、医療経営ではさらに難しい選択を迫られる局面があるでしょう。しかし今回の病院機能の再構築のように、どのような状況でも、常に地域医療への貢献に視点を置いて柔軟に対応し、健全経営に取り組んでいきます。

図5 ■ 紹介率・逆紹介率の推移(地域医療支援病院として)



2014年度、地域医療支援病院の承認要件が見直され、紹介率の計算式から救急車搬送が除外、紹介率・逆紹介率の基準も引き上げられた。同院の紹介率・逆紹介率は右肩上がりで、地域連携は強化されていることがわかる。

善意と医療のかけ橋

善意の献血による血液製剤を通じ 高い倫理観と使命感をもって人びとの健康に貢献します

血漿分画製剤(液状・静注用免疫グロブリン製剤)

献血 ウェノグロブリン® IH 5% 静注
0.5g/10mL・1g/20mL・2.5g/50mL・5g/100mL・10g/200mL
(生物学的製剤基準 ポリエチレングリコール処理免疫グロブリン) [献血]

血漿分画製剤(血液凝固阻止剤)

ノイアート® 静注用 500単位
(生物学的製剤基準 乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ) [献血]

血漿分画製剤

献血 アルブミン 25% 静注 5g/20mL [ベネシス]
12.5g/50mL
献血 アルブミン 5% 静注 5g/100mL [ベネシス]
12.5g/250mL
(生物学的製剤基準 人血清アルブミン) [献血]

血漿分画製剤(静注用免疫グロブリン製剤(液状))

日赤ポリグロビン N5% 静注 0.5g/10mL
2.5g/50mL
5g/100mL
日赤ポリグロビン N10% 静注 5g/50mL
10g/100mL
(生物学的製剤基準「pH4処理酸性人免疫グロブリン」) [献血]

血漿分画製剤

クロスエイト MC 静注用 250単位
500単位・1000単位
(生物学的製剤基準「乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子」) [献血]

血漿分画製剤

赤十字アルブミン 20% 4g/20mL
10g/50mL
赤十字アルブミン 25% 静注 12.5g/50mL
赤十字アルブミン 5% 静注 12.5g/250mL
(生物学的製剤基準「人血清アルブミン」) [献血]

薬価基準収載 特定生物由来製品 処方箋医薬品 (注意・医師等の処方箋により使用すること)

効能・効果、用法・用量、禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等につきましては、添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)
JB 一般社団法人 日本血液製剤機構
東京都港区浜松町2-4-1

2015年5月作成

[資料請求先]

一般社団法人 日本血液製剤機構 くすり相談室 〒105-6107 東京都港区浜松町2-4-1 医療関係者向け製品情報サイト <http://www.jbpo.or.jp/med/di/>