HOSPITAL VIEW
ホスピタル ビュー | 2020.3 | Vol.41

The first step to the future

近年の急性期病院では、入院前から始まる入退院支援、いわゆるPFM（Patient Flow Management）への取り組みが拡がっています。

2014年に佐久総合病院（長野県佐久市）から高度急性期の機能を分割して開院した佐久医療センター（同市）は、PFMは急性期病院の経営には不可欠と判断。開院と同時に患者サポートセンター内に入退院支援室を設置し、PFMを先駆的に進めてきました。

今回は、同院におけるPFMの運営体制についてお話をお聞きしました。

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院・佐久医療センター
副統括院長 西澤 延宏 先生

PFM体制の構築で進める これからの急性期病院の経営改善 現場スタッフの負担軽減と業務の効率化が 患者満足度と医療の質を向上させる

佐久医療センターは、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院として高度急性期医療を地域に提供しています。DPC特定病院群である同院の平均在院日数は10.7日で、病床利用率は89%（2018年度）。この良好な運営の大きな支えとなっているのが患者サポートセンターによるPFMです。

PFMの導入と同センターの立ち上げに携わった副統括院長の西澤延宏先生は、「PFMとは予定入院患者さんの情報を外来段階で把握して問題解決を図り、効率的に入院前から退院後までの流れをマネジメントすること。経営的観点から注目されているが、その背景には急性期医療を取り巻く環境変化がある」と説明します。

医療制度改革による機能分化やDPC制度によって、平均在院日数の短縮化が進んでいます。急性期病院では新規入院患者数を増やして病床利用率を上げ、より多くの患者さんに、質の高い医療を効率よく提供していかなければ経営が成り立ちません。一方、患者像も変化しています。高齢化とともに併存症を持つ患者さんが増え、安全に手術を行うには病歴の把握や中止薬の管理の徹底が必要です。また、独居や老々介護、経済状態の問題など、病態以外の理由で退院が困難となるケースが増えてきました。

「もっとも問題になってくるのが、こういった変化による現場へのしわ寄せだ。重症度、医療･看護必要度の高い患者さんが次々に入れ替わり、医師や看護師は入退院関連業務の増加に疲弊している。患者さんとのコミュニケーションの時間が十分に取れなくなると、退院時に“追い出された”と苦情が出るなど、経営的にも悪循環に陥ってしまうだろう」と西澤先生は指摘します。

このような経営課題の解決策として評価されているのが、入退院を円滑に進めるPFMです。同院では外来や病棟の医師･看護師の負担軽減にフォーカスしたPFM

体制を構築。入退院業務の一元化によって、効率性とともに患者満足度と医療の質の向上を実現しています。

では、患者サポートセンターは具体的にはどのように運営されているのでしょうか。――そこには多職種が連携しながら自律的に行動し、効率的かつ安全に医療を進める仕組みが整備されていました。

“集中化”を極めた体制づくりで 現場スタッフの負担軽減と患者満足を推進

同院のPFM体制のベースは、業務の“集中化”です。図1に示すように、患者サポートセンターには入退院支援室をはじめ、前方連携を担う地域医療連携室やMSWが所属する医療福祉相談室、外来業務を行う医事課など、患者支援部門が一堂に集結。人材の集中投入によって総勢67名の多職種が集まり、“ここにくれば何でも対応してくれる場所”として、チーム医療による患者中心の医療サービスと支援を提供しています。

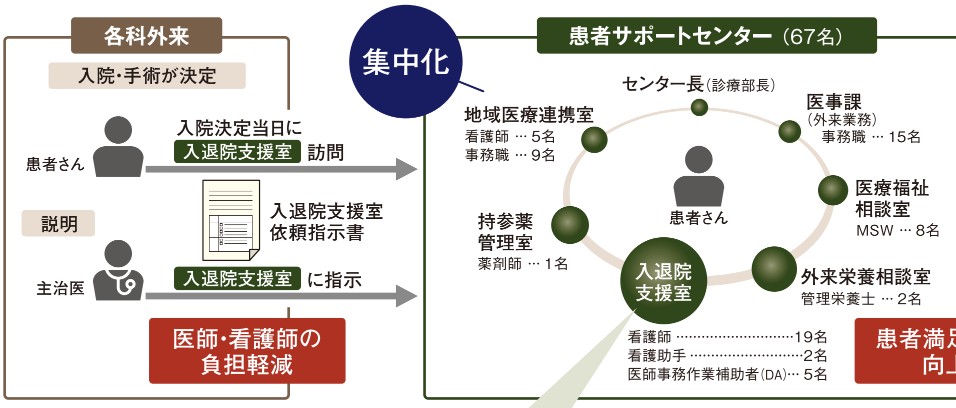
PFMの中心的業務を担う入退院支援室には、医師や看護師が外来や病棟で行っていたさまざまな入退院関連業務を整理・移行。現場の負担を軽減するだけではなく、入院までの患者さんの窓口を支援室に一本化することで情報の集約と迅速な対応が促され、効率的なフロー・マネジメントを行っています。

患者サポートセンター
入退院支援室
師長　中島 浩美 氏

このような集中化に伴って支援室で導入した制度が、患者さんごとに1人の受け持ち看護師を決める担当制です。入院前の面談や検査は、患者さんのすべての情報を把握している担当看護師を通して進められていきます。入退院支援室師長の中島浩美氏は、「“私があなたを担当します”と、最初の面談で伝えると安心される。また、あらかじめ接していると、看護師も患者さんのその日の状態を見極めやすい。今日の術前検査はここまで、といった判断も的確に行え、インシデントの回避や安全性につながっている」と話します。患者さんとの信頼関係を築く

図1 ■ 佐久医療センターのPFMの流れ

外来で入院が決まった当日に、医師は電子カルテから指示書を出力して記載し、外来スタッフが指示書を持ち、患者さんを入退院支援室に案内する。支援室が入院までの窓口となってすべての業務を管理進行するので、外来や病棟の医師、看護師の負担軽減と患者満足度向上につながっている。



■ 患者サポートセンターのスタッフルーム

情報・医療知識の共有と互いに顔の見える連携環境を目指し、大部屋を採用。

図2 ■ ①入退院支援室の主な業務

支援業務は、支援室の看護師が中心となって多職種と連携しながら進行する。

標準化

- バイタル測定
- 病歴確認・電子カルテ入力
- 検査対応（予約・実施・追加検査調整）
- パスを用いた説明、入院、医療費の説明
- 周術期管理
- 入院前支援評価（退院後の生活の援助）
- かかりつけ医の確認・問い合わせ
- 他科紹介受診の対応
- 病棟への申し送り　など

クリニカルパス　フローチャート・チェックリスト

■ ②周術期管理におけるその他の主な業務

2018年度の新患来院数は5,642人で、そのうち手術患者数は3,302人。入院のほぼ6割に周術期管理が必要となる。

術前問診・歯科問診・嚥下問診	麻酔科医による術前評価
手術説明	歯科口腔スクリーニング
肺塞栓リスク評価	管理栄養士による外来栄養食事指導と入院時適正食種への変更
禁煙指導・呼吸訓練	手術室看護師への情報提供
自己血貯血対応	MSW、認定看護師との面談・連携
術前検査と結果評価、必要に応じた追加検査や他科受診	術前カンファレンスへの参加
薬剤師による持参薬確認と持参薬鑑別書の作成	主治医術前面談
	電話訪問（休薬・体調確認）

＋ 周術期外来（麻酔科医による診察）

（西澤先生ご提供資料より作成）

ことで、治療に関する疑問や不安を解消したり、退院後の環境を評価してMSWの支援につなげるなど、医療的なリスクはもとより、心理的、社会的リスクにも早期に対応することができます。入退院支援業務の集中化は、外来や病棟スタッフの負担軽減とともに、入院患者さんのさまざまな不安の軽減にも貢献しているのです。

“標準化”が可能にする 効率的で自律的な入退院支援業務

PFM体制のもう1つのベースは、“標準化”です。従来、入院前の流れや対応は、各診療科や医師それぞれのやり方で進められていました。しかし、業務の進め方をその都度確認していると、効率的かつ自律的な支援はもとより、医師の負担軽減も困難です。そこで、中島氏ら看護師は医師の理解と協力を仰ぎ、入退院に関わる業務や流れの標準化を進めてきました（図2-①）。

たとえば、クリニカルパスは患者さんの治療の流れを標準化し、退院や転院を計画的に行うためのツールです。同院では、医師と他部門の協力のもとに支援室のパス専任看護師が中心となってパスを作成し、登録数は現在269種類に上ります。その結果、予定手術入院での使用が増え、パス適用率は73%まで向上。100%適用している診療科も多く、標準化は順調に進んでいます。

標準化した業務を進めるためにもっとも現場で活用されるツールが、「入退院支援室依頼指示書」と「フローチャート・チェックリスト」です。指示書は、標準化を図りつつ治療の個別性にも対応するために、胃手術、開心術など、疾患や手術に応じて107種類が用意されています。入院や手術が決まると、医師は指示書に日程、必要な検査、使用するパスなどについて記載し、指示を出します。入院にあたって医師が行う主な業務はこれだけで、後は支援室が中心となって指示書に沿った入退院支援業務を進めていきます。

「フローチャート・チェックリスト」は、指示への対応を標準化し、それぞれフロー図にまとめたものです。たとえば、主治医が手術入院前に糖尿病の診察を指示した場合は「周術期血糖コントロール依頼フロー」に則り、追加検査や眼科検診、問診まで支援室で完了。診断に必要なデータを揃えてから糖尿病・内分泌内科へ紹介し、術前コントロールが必要と診断されれば主治医へ報告

栄養科
管理栄養士
主任 鈴木 さやか 氏

医療秘書課
医師事務作業補助者（DA）
恵星 まどか 氏

して入院日の再調整まで行います。また、すべての検査結果は支援室が確認していますが、異常があれば“専門医の診察が必要と考えます。予約を進めて検査結果を報告しますがよろしいでしょうか”と主治医に報告。「主治医は検査値を確認してGOサインを出すだけで、支援室の業務フローが動き出す」（中島氏）ということです。

入退院支援室の看護師を中心に機能する 多職種連携による周術期管理

同院の入退院支援業務でもっともウエイトを占める周術期管理は、このような集中化と標準化を基盤に多職種が参画し、幅広い業務で構築されています（図2-②）。

周術期管理をトータルに進める役割を担っているのが、支援室に所属する19名の看護師です。もっとも患者さんに近い立場として多様な業務を行っており、たとえば中止薬の管理では持参薬管理室の薬剤師と連携し、休薬確認の電話訪問も行っています。

「支援室との連携によって、より多くの患者さんに栄養状態の早期のアセスメントと指導が可能になり、術後の良好な予後に貢献できるようになった」と話すのは、管理栄養士の鈴木さやか氏です。センターには管理栄養士が常駐し、指示書と患者情報をもとに入院食の適正化や外来栄養指導を行っています。2016年度の診療報酬改定でがん患者さんが外来栄養指導料の算定対象となったことも後押しとなり、月に100件程度だった外来と入院前の栄養指導件数が、今では150件に増加しました。また、入院期間が短期化する中、支援室と管理栄養士が「NST低栄養患者抽出フロー」に則って、入院前から低栄養の患者さんの絞り込みを開始。各病棟と連携し、入院直後からNSTが早期介入を行っています。

同院のPFMに携わるもっともユニークな職種が、医師事務作業補助者（Doctor's Assistant、以降「DA」）です。周術期管理において、DAは麻酔科医による術前評価（カルテ診）や周術期外来の補助業務を行っています。術前評価では優先順位に沿ったカルテの準備や、主治医と担当看護師への評価結果の報告を、周術期外来では緊急性を考慮して診察順を決め、診察に同席して麻酔科医をサポートします。周術期管理以外でも、各種データや書類の代行入力、患者説明時の資料の準備、パスの微調整や患者さんの予定確認・検査予約など、支援室のDAの業務は多様です。DAの恵星まどか氏は、「業務の標準化と看護師や他職種による指導が充実しているので、安全性を担保しながら業務を遂行することができる」と、体制の整備が日々のDAの業務を支えていると話します。

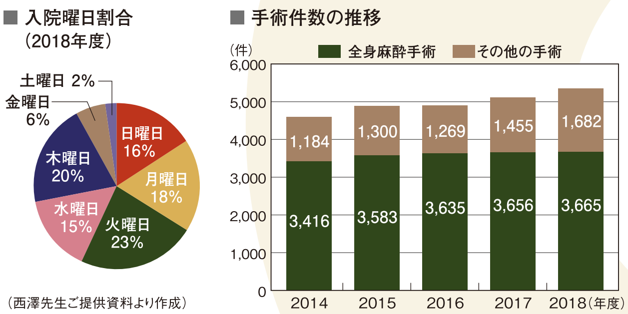
“本来の働き方改革”で経営にも貢献 緊急入院にも拡がるこれからのPFM

このような充実したPFM体制は、病院経営にも貢献しています。たとえば、手術件数の増加です（図3）。PFMによって入院曜日の偏りが減少し、また、外科医や手術室看護師が手術に集中できる環境が整備されたことによって、外科医の増員がほとんどないにも関わらず、同院の手術件数は右肩上がりです。西澤先生はこういった数字を説明しながら、「本来業務に専念できる環境づくり――これが当院のPFMの成果であり、“本来の働き方改革”による経営改善だ」と胸を張ります。

PFM導入から6年。西澤先生はその体制構築の過程を

図3 ■ 入院曜日割合と手術件数の推移

患者情報の取得や麻酔科医の診察を外来で終えているため、病棟での業務が最小限になり、日曜入院・月曜手術も定着。また、術前中止薬の管理によって手術中止が減少するなど、PFM体制は手術件数の増加に貢献している。



（西澤先生ご提供資料より作成）

振り返り、「生みの親は経営側にいる私だが、育ての親は運営の仕組みをつくり上げてきた看護師だ」と強調します。中島氏は、「部門全体がPFMの目的を理解して取り組んできた。今後は、昨年から開始した緊急入院患者さんへの介入も充実させていく」と意欲を見せています。

地域医療構想などによってさらに機能分化が進み、急性期病院の運営においてPFMの重要性はますます高まっていきます。常に進化を続ける佐久医療センターのPFMに、これからも目が離せません。

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院　佐久医療センター
所在地／長野県佐久市中込3400番地28
病床数／450床

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・静注用人免疫グロブリン製剤）
献血ヴェノグロブリン®IH5%静注
0.5g/10mL,1g/20mL,2.5g/50mL,5g/100mL,10g/200mL
献血ヴェノグロブリン®IH10%静注
0.5g/5mL,2.5g/25mL,5g/50mL,10g/100mL,20g/200mL
（生物学的製剤基準　ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン）献血

血漿分画製剤
献血アルブミン5%静注 5g/100mL 12.5g/250mL「JB」
献血アルブミン20%静注 4g/20mL 10g/50mL「JB」
献血アルブミン25%静注 5g/20mL 12.5g/50mL「ベネシス」
赤十字アルブミン25%静注 12.5g/50mL
（生物学的製剤基準　人血清アルブミン）献血

血漿分画製剤［静注用人免疫グロブリン製剤（液状）］
献血ポリグロビン®N5%静注 0.5g/10mL 2.5g/50mL 5g/100mL
献血ポリグロビン®N10%静注 2.5g/25mL 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（血液凝固阻止剤）
ノイアート®静注用 500単位・1500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
クロスエイトMC静注用 250単位・500単位 1000単位・2000単位
生物学的製剤基準「乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子」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、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。
製造販売元
一般社団法人
日本血液製剤機構

血液凝固阻止剤
アコアラン®静注用600・1800　600国際単位、1800国際単位／バイアル
（アンチトロンビン　ガンマ（遺伝子組換え）静注用）
薬価基準収載　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、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。
製造販売元
協和キリン株式会社
販　売　元
一般社団法人
日本血液製剤機構

［文献請求先及び問い合わせ先］
一般社団法人
JB 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　https://www.jbpo.or.jp/med/di/
2019年7月作成

企画・発行
一般社団法人
JB 日本血液製剤機構

BA-XKS-411A-
2020年3月作成
審J2002321