

「昨年7月1日に205人の入院患者さんと一緒に無事に引っ越してきました」と院長の北徹氏は語り始めた。「新病院移転計画段階で、病床の効率的な運用を理由に830床から700床へのdownsizingが決定されていました。130床少なくなった病床数で、当院の最大の課題は救急医療と予定入院加療をいかに両立させるかです」と北氏は続ける。



■神戸市立医療センター中央市民病院 ■病床数 700床（一般690床）
■職員数 1571人 ■DPC/PDPS 平成21年4月

神戸市立医療センター中央市民病院

患者さんの医療ニーズに応える

入院前検査センター創設

新病院の700床のうち10床は感染症病床であるため、実際の病床数は690床。そのなかで以前は30床だった救急病床を50床に増床した。「内訳は36床の救急病床と14床のEmergency ICUとCCUです」（北氏）。この結果、一般病床は640床まで減った。「在院日数を減らし、効率良く患者を受け入れる仕組みを考えたわけですが、その1つがDPC/PDPSで言うと入院期間Ⅱ以上の患者をどうやってⅡ以内に収めるか、これをやらないと入院患者を受け入れられない」、そう考えた北氏は入院前検査センターの創設を決めた。

「前院長の時代から入院前検査センターを運用している病院を調査していました。新病院への移転に伴い、新病院の機能に合った形で導入しました」（北氏）。患者さんの服用している薬のチェック、クリニカルパスの説明、手術のある場合にはその説明と同時に麻酔

科医による診断を入院前に済ませる。これにより入院当日、もしくは翌日に手術を行うことができます。さらに退院支援看護師及びMSWが退院後の生活を視野に入れ、医療や介護の継続の必要性を入院前にチェックし関わっていきます。これらの効果が結果として在院日数の短縮に結びつきます。

実際にモデルとなる病院の調査を行った医事課長の原隆男氏は、「当院の入院前検査センターには看護師、MSW、事務、薬剤師、医師など様々な職種の人が係わって入院予定の患者さんをすべて事前に検査するシステムをとりました」と説明する。

北氏も「患者さんのニーズ、つまり当院での治療を必要とする患者さんを一人でも多く受け入れるためには、こうして効率化を図るしかない」と続ける。

入院単価は8万円超え

入院前検査を行い、クリニカルパス

を整備しただけでは在院日数は短縮化しない。退院後の連携先も確保する必要がある。さらなる連携強化を図るため、地域の病院群と話し合いの場を持ち協議を重ねているという。

「当院の患者さんは非常に重症の方が多く、受け入れが困難と言う病院が多かった」と北氏は連携対策の難しさを話す。それでも病床数が少なくなることもあり、少しでもベッドを空けられるよう連携先との交渉を進めた。

「民間病院協会の会員病院との話し合いで、当院からお願いしたい患者さんを共通シートを用いて連携できるシステムを作りました」と北氏は話す。

北氏が目指すのは、患者さんにも、送り先の病院にも有効な連携だ。「患者さんが追い出されたと感じるような連携をしてはいけませんし、患者さんを送った病院から、『患者さんは納得していなかったよ』などと言われるようでもいけない。きちんと説明し、納得した上で連携先病院に移っていただかない

表：平均在院日数の短縮と1床単価（1日あたり）の相関

年	H19	H20	H21	H22	H23
平均在院日数 (前年との差)	14.4日 —	14.1日 △0.3	13.7日 △0.4	13.0日 △0.7	12.2日 △0.8
1日単価 (前年との差)	58,545円 —	60,852円 +2,307	64,093円 +3,241	72,074円 +7,981	79,855円 +7,781

と連携しているとは言えません」（北氏）というのだ。こうして在院日数が短縮化され、病床稼働率も90%以上の高い水準で一定したため、「今年は1床の単価が8万5000円/日を超えるのではないかと北氏は語る。

スタッフの意識の変化

平均在院日数が12.2日、病床稼働率は「平成23年の11月は98.6%、12月は96.5%、平成24年1月は93%でした。12月28日から1月3日までは、救急入院を除き入院患者を受け入れていません。それなのに90%以上の稼働率というのは高すぎるくらいです」と原氏は話す。病床稼働率が高くなると、その分、スタッフも疲弊してくる。そこで生きてくるのが、神戸市民病院機構が取り入れたPFI方式の病院運営だ。

医療行為や病院経営は市民病院機構が行うが、検体検査や医療事務、総合案内、さらに病院の設計、建設、維持管理などは特別目的会社の神戸メディカルケアパートナーズが行っている。

また、医師の代わりに事務作業を行うドクターズクラークは80人以上配属している。「毎月、ドクターズクラーク検討会を開き、どの部署にクラークが必要かという要望を聞いています。一番要望が多いのが外来のクラークです」（原氏）。現在、同院のすべての外来ブースにクラークが配属され、電子カルテへの入力等を行っている。

北氏は、「診療報酬上規定された医師事務作業補助加算に必要な人数の

クラークを配属していますが、もっと高度な仕事もしてもらいたい。たとえば当院の種々の疾患での治療成績などのデータ入力とデータ解析が逐次出るようにしていきたい」と話す。

役割分担をはっきりさせ、医師は医師の仕事に、看護師は看護師の仕事に専念できる環境を作ることによって病院全体を活性化しようとしているのだ。そのためには、「各種の医療従事者の雇用を増やしかつ待遇を改善することが必要である」と北氏は言う。こうしたコストも相当なものだと思うが、そこは「きちんと計算している」と北氏は話す。

「年に2回の院長ヒアリングですべての診療科から話を聞き、こちらからも要望を出しています」（北氏）。DPCデータもそこでは活用される。原氏は、「医師もDPCのデータには興味を持っていません。当院の医師は、出来高とDPC/PDPSとの比較データを示しただけでは満足しません。そこでベンチマーク対象の病院と当院のデータをDPCコード別、診療行為別に示して、何が違うのかを医事課がカンファレンス等に出席して、プレゼンテーションするようにしています」と語る。北氏も、「スタッフの意識は大きく変わりました。限られた医療資源で、より重症の患者さんを診療するには何をしなければならないのかを理解したのだと思います」と続ける。

患者さんを幸せにする医療

北氏は次の目標として、院内での連携の強化を挙げる。「他の病院との連



院長
北 徹氏



医事課長
原 隆男氏

携、院内の効率化だけでは患者さんは幸せになれません。患者さんの心の問題をどう解決するか。さらに当院は高齢の患者さんが増えており、それぞれに独居の問題や慢性疾患など多くの悩みを抱えています。これらを解決していけるようにしたい。

その第一歩として北氏は救急病床に総合診療科医を配属した。「救急の医師は、患者をいち早く診断しアドバンストリアージをするのが主な役割です。しかし、患者さんの背景に何があるのか、家族との関係はどうなのかということも解決しないとイケません」と言うのだ。総合診療科の医師は地域医療連携センター長も兼任し、連携も担うことになる。「ともすれば専門分化した科の中に、横断的に患者を診療していく総合診療科のみならず、皮膚科、糖尿病内科、緩和ケアチーム、精神科、さらに歯科・歯科口腔外科にも加わっていただき、こうした医師・歯科医師の協力のもと患者さんを総合的に診療していきたい」と北氏は結んだ。