

PFMによる 入退院支援

Patient Flow Management (PFM)。

提唱者である元東海大学医学部附属病院の田中豊氏の言葉を借りれば、患者さんの身体的・精神的・社会的リスクを入院前に把握し、入院から退院までを一つの流れとして管理する仕組みのことをいう¹⁾。栃木県鹿沼市の上都賀総合病院は、早くからPFMを組織化し、病棟との緊密な連携を土台とした退院調整システムを築き上げてきた。病院経営と患者満足度を両立させつつ、現場のモチベーションも高く保たれているその仕組みは、入退院支援を強化したい全国の医療関係者から注目を集めている。

(2018年8月 上野賀総合病院にて取材)

1) 田中豊.: 看護展望. 2016-7 増. 41 (9): 6-13

上野賀厚生農業協同組合連合会 上野賀総合病院

所在地 栃木県鹿沼市下田町1-1033
病床数 一般302床（うち緩和ケア7床、地域包括ケア48床、ハイケアユニット4床）、精神50床

1日平均入院患者数 286.1名

1日平均外来患者数 792名

平均在院日数 14.4日

(2018年8月実績)

急性期病院として生き残るには 医療の効率化が不可欠



上野賀総合病院 病院長
十川 康弘 先生

地元の農業者によって1935年に開設され、約80年の歴史を持つ上野賀総合病院（以下、同院）。医療法31条で規定される公的医療機関であり、栃木県北西部の県西二次医療圏（鹿沼市、日光市）に立地する唯一の総合病院である。多様な疾患への対応はもとより、二次救急医療の担い手として、あるいは三次救急との連携、かかりつけ医や在宅医、介護、福祉とのネットワークの構築など、求められる役割は幅広く、地域から寄せられる期待も大きい。

後述するPFMやベッドコントロールの取り組みは全国から注目され、視察に訪れる関係者が絶えない。病床稼働率などの指標も経営が順調であることを想起させる。しかし、病院長の十川康弘先生に病院や地域の実情について尋ねたところ、返ってきたのは経営者としての危機感だった。

「日光市はおよそ25年前から、鹿沼市は20年ほど前から人口が減り続けています。そうした中で地域医療構想が策定され、圏域における必要病床数が定められました。当院のような急性期の医療ニーズは減少していくことが確定的であり、当然ながら得られる診療報酬も減っていくことになります。もはや自分たちの都合を優先した医療を展開しているのは、経営が成り立たない時代に入っているのです。重要なのはいかにして医療の効率化を図っていくか。それを抜きにしてこれから先の厳しい時代を乗り切ることはできないと思っています」

実は十川先生が危機感を持ったのは、ここ数年の話で

はない。病院長に就任した10年前の時点で、同院を取り巻く環境が厳しさを増していくことをすでに見越していた。

病院長以下、関係職種が一丸となり PFMの業務内容やシステムを具体化

「私が病院長に就任したのは2010年です。当時の病床数は512床（一般392床、精神科120床）で、一般病床の稼働率は60%台でした。平均在院日数は18日で、7対1入院基本料（当時）の算定要件をギリギリで満たしているような状況です。非常に非効率な医療を行っていたわけですが、建物の借入金がほとんどなかったこともあり、経営としては成り立っていました」（十川先生）

このときすでに国は、病院の機能分化の必要性、それに伴う急性期医療の効率化、病床の集約化などの将来像を示していた。加えて圏域の人口も先の見えない減少局面に入っていた。新病院の建設を控えていた同院は、病床の大幅なダウンサイジングを決断する。「将来を見据えれば病床数は明らかに過剰であり、建て替えるに合わせて352床（一般302、精神科50床）まで削減することとしました。その際、私が危惧したのは、512床のときと同じ医療をしていては、352床の病院の適切な運営は不可能だということです。新病院が稼働するまでに、352床の病院で効率的な医療を行うための改革を断行する必要がありますがありました」

十川先生のいう改革とは、新病院への移行を前提としたITシステムの構築、ベッドコントロールによる効率的な病床管理などであり、そのうちの一つがPFMだった。「いい出会いがありました」と十川先生。PFMの生みの親であり、東海大学医学部附属病院の田中豊氏（当時）の協力を得て、導入に向けた検討を開始する。「私たちが採用したのは、プロジェクトミーティングという手法です。病院長をはじめ、その業務に関係するすべての人間を集め、問題点を抽出し、解決策を考える。そして期限を区切って実践し、その結果を評価、再び話し合いの場を持ち、課題や解決策を検討する。検討と実践、検証を繰り返し、PFMにおける業務の内容やシステムを具体化していきました」

プロジェクトミーティングは2年にわたって行われ、当初は週1回の頻度で会議の場が設けられたという。その過程で2012年には、外来受診案内や相談業務などを行うメディカルサポートセンター（MSC）を患者支援センター（PFM）に改組。入退院支援や地域連携の充実をめざし、業務の拡大を図っていくこととなった。なお、対外的には“患者支援センター”であるが、内部的には担当役割そのものを部署名とし“PFM”と呼んでいる。

3つのカンファレンスを通して 質の高い退院支援を実践する



上都賀総合病院
副院長/看護部長/PFMセンター長

齋藤 由利子 さん

上都賀総合病院
看護師長/PFM退院支援専従看護師

飯野 直子 さん

「当初は「PFM って何?」と院内で懐疑的な見方をされることもありましたが、いまは医師からも信頼され、任されているという実感があります」

こう語るのは副院長/看護部長でPFMセンター長を務める齋藤由利子さんだ。PFMは齋藤さんをトップに、看護師が7名（うち退院支援専従看護師1名）、ソーシャルワーカー（以下、MSW）が5名、事務員が6名、計19名で構成される。PFMというと入退院支援の仕組みのみを指すことも多いが、PFMを組織化している医療機関では、入退院に限らず外来診療支援や地域医療連携など、幅広い役割を持たせているケースも少なくない。同院も同様だ。

とはいえ特筆すべきは、やはり入退院支援の取り組みだろう。図1は緊急入院を対象とした退院調整システムの流れを示したものだ。ポイントとなるのが迅速な基本情報聴取と3つのカンファレンス。以下、それぞれの概要や目的について、齋藤さんと退院支援専従看護師としてそのすべてに関わる飯野直子さんのコメントとともに紹介したい。

① PFMによる基本情報聴取（入院当日）

患者家族と面談し、専用のスクリーニングシートを用いて退院調整の必要性をチェック。必要ありと判断した場合は退院支援計画書を作成するとともに、病棟看護師に申し送りする。基本情報聴取の対象は日勤時間帯（8:30～17:00）の緊急入院であり、時間外は病棟看護師が対応する。家族から聞き取りを行うのは、緊急入院の場合、早急な治療を要するケースが多いため。

「当院の特徴として、予約入院よりも緊急入院のほうが多く、後者が6割を占めます。そして退院調整を必要とする患者さんの多くが緊急入院の患者さんです。もちろん予約入院に関しても、入院前に基本情報の聴取を行い、必要に応じて支援をしています。ただ、多くが検査目的の入院だっ

たり、クリティカルパスに沿った治療が行われるなど、退院調整を要するケースは比較的少ないのが実情です。

緊急入院時の基本情報聴取のポイントとしては、この時点で退院支援計画書の作成も行ってしまうこと。家族が次にいつ来院されるかわからないからです」（飯野さん）

② 入院時退院支援カンファレンス

PFMの看護師やMSW、リハビリテーションスタッフらで構成する退院支援チームによる最初のカンファレンス。各病棟で週1回行う。各々が持つ患者情報を統合するとともに、医療および介護上の課題を多視点から、総合的にアセスメント。今後の方向性や退院後の生活イメージを共有する。基本的に医師は不参加だが、やり取りをすべて電子カルテに記載し、情報共有を図っている。

「医師不在でも問題なく行うことはできますが、個人的には参加していただきたいという思いはあります。[一人で患者さんの治療方針や転院先を決めるのは難しい][話し合いたい]と加わってくれている医師もいるのですが、同じ思いを持ち、ともに考え、方向性を共有することは私たちの大きな励みになっています」（飯野さん）

「この段階の患者さんは、入院して間もないこともあり、自分の病気を受け入れることができず、今後について考えること自体、難しいケースも多々あります。そうした気持ちの揺れも含めて、病棟の看護師が患者さんの思いをくみ取り、それをカンファレンスの場に提供することが非常に重要になります」（齋藤さん）

③ 退院調整カンファレンス

医療者側の見解と患者・家族の意向のすり合わせの場。医療者は患者さんや家族が必要とする情報を提供し、退院先や退院後の生活に関する本人の意思決定を支援する。「病気と今後どう付き合っていけばよいのかなど、患者さんは不安を抱えています。結論を急かすようなことはせず、意思決定に寄り添う姿勢が欠かせません。たとえばがんの告知を伴うなど、意思決定が容易でない場合は、カンファレンスを数回開くこともあります。

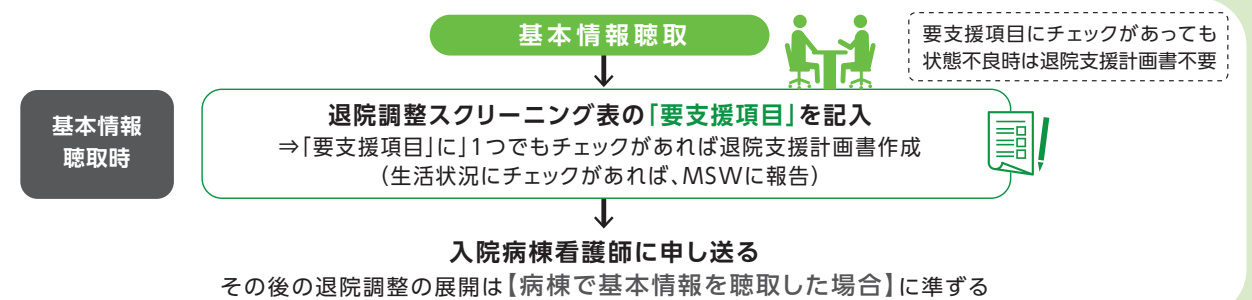
最近では地域で患者さんを支えていたケアマネジャーに参加していただくことも増えてきました。患者さんにとって大切な情報が、本人や家族からではなくケアマネジャーから得られることもあるからです」（飯野さん）

④ 拡大カンファレンス

在宅復帰後も病院同様の医療やケアが可能なのか。何らかのサービスの導入やサポートが必要となるのか。ケアマネジャーら地域の支援者を交えて、患者さんが安心して在宅復帰できるよう療養環境や社会資源などの調整を行う。

図1 退院調整フローチャート

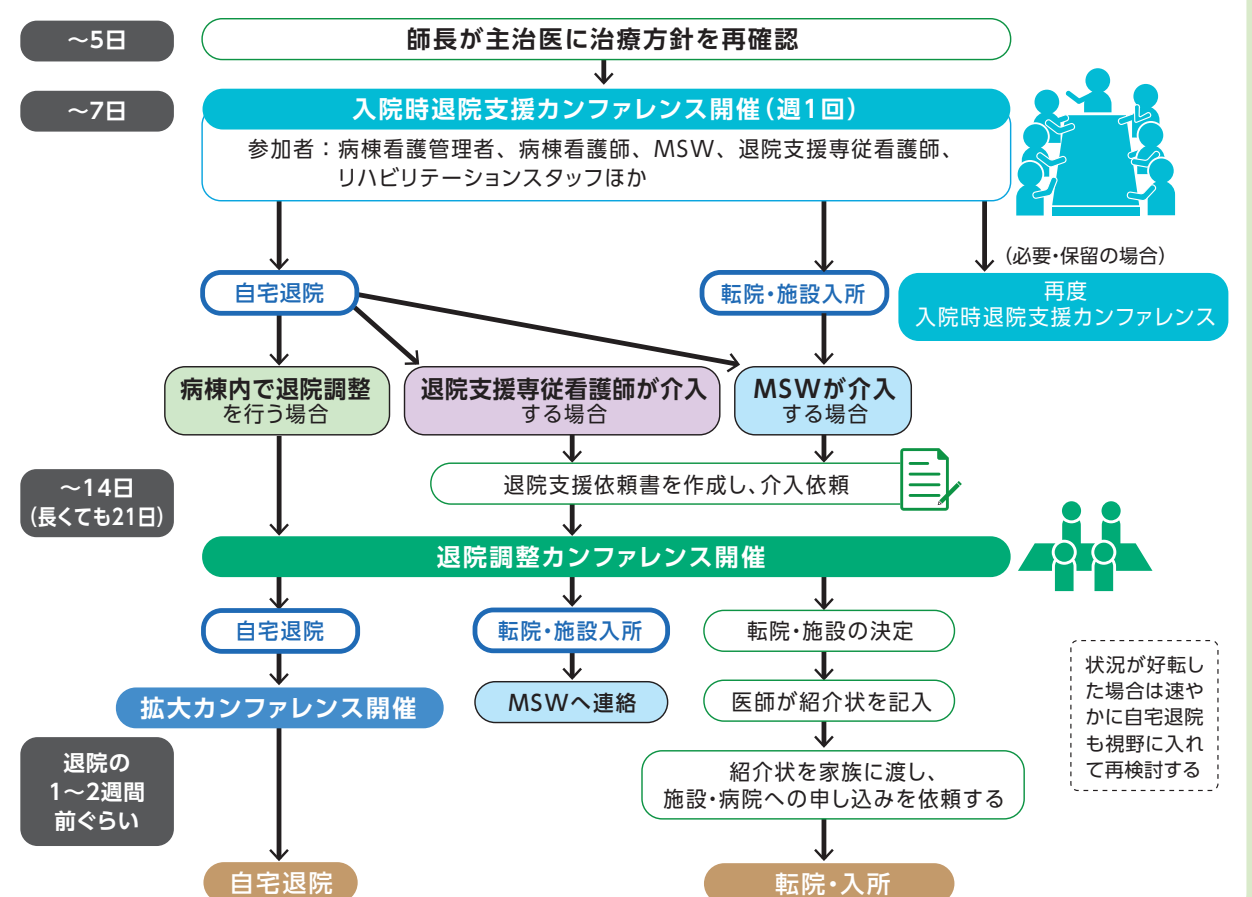
【PFMで基本情報聴取した場合】



【病棟で基本情報聴取した場合】



【ここからは退院調整必要・保留と判断された場合】



一連の流れの中で、飯野さんが「最も重要」としているのが入院時退院支援カンファレンスである。「以前はスクリーニングで患者を選定しても、看護師の力量によって早期介入につながらないケースがありました。そこで選定患者全員を入院時退院支援カンファレンスの対象とし、支援が必要な患者さんのアセスメント内容を受け持ち看護師にフィードバックする仕組みとしたのです。これにより個人の能力に頼らず、支援の質を確保できるようになりました」。



上都賀総合病院 提供

一連の退院調整の流れにおいて、その質を左右するカギを握るのが病棟看護師だ。患者さんと最も接点の多い病棟看護師が、症状の変動はもとより、人となりや生活背景、揺れる思いなどをきちんとくみ取り、それをカンファレンスに反映できるかどうかで支援の方向性は変わってくる。このため同院では、看護部における院内クリニカルラダーのⅠ～Ⅳのそれぞれに『退院支援・調整コース』を組み込むなど、教育に力を入れている。2012年からは、『かみつが座』と称した寸劇を取り入れた研修も実施。「退院支援の事例を演じることが振り返りとなり、今後同様の状況に遭遇した際により良い対応が可能になります」(飯野さん)。2015年からは、在宅の視点を養うことを目的に、リハビリテーションスタッフによる退院前訪問に合わせた同行研修も行っている。「まだまだ全員が質の高い支援を行えているとはいえず、能力の高い職員がいるから機能しているというのが現実です。せっかくのシステムを形骸化させないためにも、人材育成には今後も力を注いでいくつもりです」(齋藤さん)

ベッドコントロールの権限は看護部に全師長が納得の上で、受け入れ病棟を決定

PFMを担う部署、部門を持つ医療施設では、ベッドコントロールもPFMが担当しているケースが多い。だが同院は違う。ベッドコントロールの権限は看護部にある。「PFMでベッドコントロールを行う場合、空床状況に応じて、患者さんを振り分けていくという作業になると思います。しかし病棟の事情はさまざまです。たとえば5床の空きがあったとしても、日勤の看護師8名のうち3名が病欠しているというような状況では、すべてに患者さんを振り向けることはできません。こうした病棟ごとの状況を把握した臨機応変な病床管理は、看護部だからこそ可能だと思っています。もう一つ、当院は全入院に占める内科の割合が多く、内科の病棟だけでは患者さんを受け入れきれないこともあります。その場合、他科の病棟に振り分けなければならないが、こうした病棟の特殊性も看護部がベッドコントロールを行う



上都賀総合病院 提供

理由の一つです」(齋藤さん)

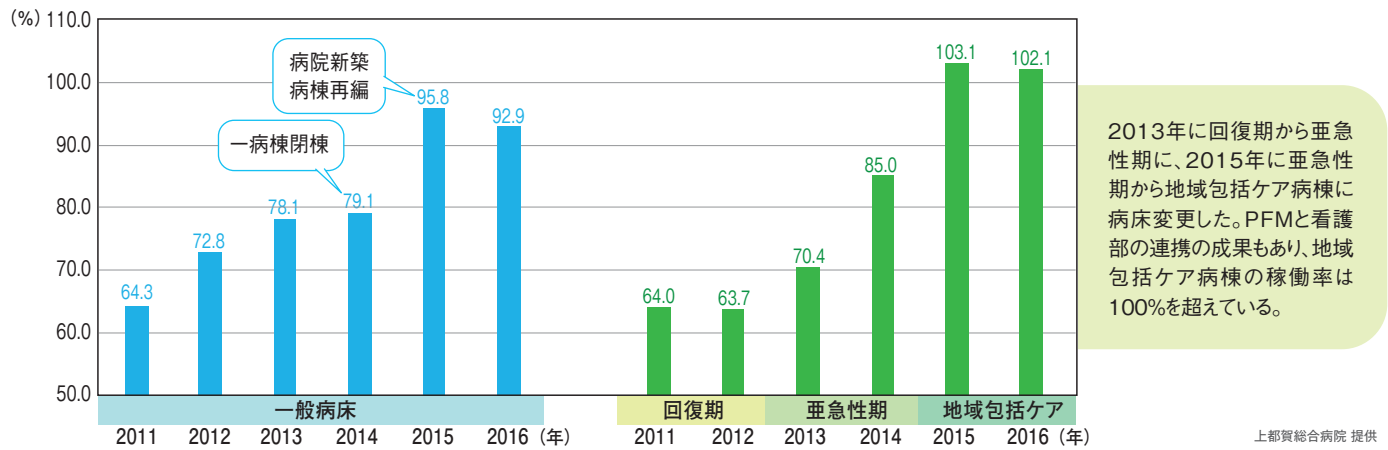
毎朝9時から行われる師長ミーティングには、ベッドコントロールの司令塔となる看護部長と副看護部長、全病棟の師長、退院支援専従看護師が参加する。各病棟の空きベッドやその日の業務の状況、人員体制などを確認、全員で共有したうえで、翌日の予約入院患者の入院先などを決定している。緊急入院については、基本的には該当する診療科の病棟に入院することになるが、それが難しい場合は看護師長もしくは副看護師長が持つPHSに連絡が入り、受け入れ可能な病棟に振り分けられる。「重要なのは各病棟の事情を全員で共有すること。そのプロセスを経て最も余力がある病棟に患者さんを振り分けるのであれば、各病棟の師長も納得して受け入れることができます」(齋藤さん)

師長ミーティングでは、翌日に地域包括ケア病棟に転棟させる患者さんも決めている。「PFMとの連携が重要で」と齋藤さん。退院支援専従看護師である飯野さんがミーティングに参加しているのはこのためだ。「入院時退院支援カンファレンスの段階で、疾患や生活背景などを考慮した上で、地域包括ケア病棟を経由して退院したほうがよいと考えられる患者さんを選定しておきます。そして適切と考えられる時期に師長ミーティングで転棟を提案するわけです。ただし、患者さんの状態は日一日と変わっていきますから、最終的な転棟の判断は各病棟の師長に委ねることになります。なお、転棟患者を提案する際は、地域包括ケア病棟の在宅復帰率という観点から、転棟後の退院先なども考慮しています」(飯野さん)

取り組み前後で各種指標も上向き 成功の秘訣は、病院トップと現場の関係性

先の通りPFMが組織化されたのは2012年であり、当時すでにベッドコントロールの権限も看護部にあった。図2は一般病棟と地域包括ケア病棟の病床稼働率の推移を示したものであるが、退院調整やベッドコントロールの取り

図2 一般病棟と地域包括ケア病棟の病床稼働率の推移(2月度比較)



上都賀総合病院 提供

組みが院内で定着するにつれ、稼働率が改善していることが読み取れるデータといえるだろう。また、かつて18日だった平均在院日数も、新病院が開院し、地域包括ケア病棟が開設された2014年には、14.3日まで短縮された。

退院調整のシステムやベッドコントロールを十二分に機能させることができた秘訣はどこにあったのか。「病院長は病院としての方針などこだわるべき部分はこだわりますが、そこが同じであれば現場を信頼し、任せていただけます。私自身、目標を共有し、新たな、自由な発想でチャレンジすることが大きなモチベーションとなるのですが、病院長にはそれを支援していただけていると感じています」(齋藤さん)

「良い人材に恵まれました。彼女たちがいてくれたから当院の現在があります。一つ言えるのは、新たなプロジェクトを動かす際、最も避けなければならないのはトップが抵抗勢力になること。そうならないように心掛けています」(十川先生)

なお、入退院支援加算1(2017年度までは退院支援加算1)の算定数はここ数年、年間1500～1600件前後で安定し、横ばいで推移している。2018年度の診療報酬改定で新設された入院時支援加算についても、入院前に褥瘡のスクリーニングや栄養評価の実施を要したものの、もともとPFMで予約入院患者への基本情報聴取は行っていたこともあり、大きな体制変更なく算定できているようだ。

入院前支援の充実図り、医師負担を軽減 外来移行する患者さんの支援も開始

手術を予定する患者さんの入院前支援の強化を図るため、2018年5月に新たな部署として診療サポートセンターを立ち上げた。術前検査に関する代行入力や事前説明、全身麻酔予定患者の歯科受診の手配、術前中止薬の服用有無の確認などを役割とする。ベテラン看護師3名と事務作業補助員1名が実務に当たる。「術前検査の事前説明や術前中止薬の確認は、医師でなくても可能な業務です。病院の生産性を上げる、すなわ

ち医師がより多くの患者さんに対応し、診療報酬を得ることは重要な経営課題であり、そのためには医師が医師にしかできない仕事に注力できる体制を整えていかなければなりません」(十川先生)

また、再入院の防止や外来患者支援の拡大を目的とした新たな取り組みもスタートさせている。退院から外来に移行する一部の患者さんを継続支援する試みだ。たとえば、先の入退院支援における拡大カンファレンスで、糖尿病治療における服薬コンプライアンスが問題になったとする。その患者さんが退院後に外来受診した際、事前に入院時の情報を把握した外来看護師や認定看護師が、きちんと服薬できているかを確認する。同様にカンファレンスで介護力不足やADL低下が問題点として挙げられたなら、次回来院時にPFMの看護師やMSWが、生活上の不都合がないかなどを確認するという流れだ。「近年は外来ですでに治療を受けている方が入院となるケースも少なくありません。外来看護師が患者さんの思いや生活背景などを事前に聞き取っておき、それを入院時に病棟に伝えることができれば、より効果的な支援が可能になります。退院から外来につなげるという事例を重ねることで、外来看護師の入退院支援への意識を高めることができればと期待しています」(飯野さん)

「外来患者の支援といってもその数は膨大で、外来看護師が全患者に対応するのは現実的ではありません。そこで、たとえば内科であれば糖尿病、がん、心不全の患者さんに限定するなど対象を絞り、外来看護師やPFMの看護師らが手分けをして介入するというかたちで支援を始めました」(齋藤さん)

どちらの取り組みも端緒についたばかり。軌道に乗るかどうかは未知数である。だが、外から見ると、成功は約束されているようにも感じられる。

あらためて強調したい。十川先生、齋藤さん、飯野さんをはじめ同院には、全国から注目を集める、病院経営と患者満足度を両立させる仕組みを作り上げ、機能させてきた実績があるということ。