

O-224

個人用透析装置の原液供給システム化

満間大介¹、高橋壮太郎¹、藤野瑛里加¹、西尾勝¹、杉田栄一¹、平賀聖悟²

¹JCHO 三島総合病院 臨床工学会、²透析センター

【はじめに】当院の透析室病床数は34床、内15台個人用透析装置（以下：個人機）を揃えており、各患者に合わせた透析液の処方や組成の変更に対応できる体制を整えている。条件変更が無い場合はキンダリー3Eを使用し、個人機を運用している。

【目的】個人機15台に対する原液タンクの管理は困難なため、原液溶解装置から各個人機まで原液を供給する原液集中配管を作製し、作業の効率化と安定した透析液を供給すること。

【方法】原液集中配管は、A、B原液溶解装置それぞれからシングルパスの主配管を作製し、その主配管から枝分れし各個人機へ原液を供給する。各個人機には原液ポートを設置しており、使用時は本体の原液コネクタを付け替えることで原液を供給できる。本体への原液供給時以外では、原液が滞留しないよう洗浄用の配管を接続し、逆止弁を取り付け、その先は排水の配管へ繋げている。原液集中配管は個人機への原液供給の他、電磁弁を用い原液溶解装置と連動して、治療前の配管内の液置換、使用後の消毒、消毒後の洗い流しを行っている。電磁弁の設置位置は、排水の配管を3～4台で1グループにまとめた最後尾であり、計5台設置している。溶解装置の溶解完了、消毒、洗浄のタイミングで電気信号を受信し、末端から順次動作する。電磁弁の開閉時間は個別に設定可能なため、当院の機器配置に合わせた開閉時間を設定している。

【考察】原液集中配管は、1、原液配管をシステム化することでコネクタの接続以外は自動的に配管の液置換から消毒まで行われ、作業の効率化に有用な手段と考える。2、洗浄・消毒を行うことが可能で、配管内で原液が滞留することはない、また原液を翌日以降に使用することはないため、安定した組成の透析液の供給と、汚染のリスクを軽減するものと考えられる。

【結語】原液集中配管は、作業の効率化と安定した透析液の供給を行うことができる、有用な手段である。

O-225

水質管理の取り組み ～QM活動の報告～

園師岳志、小泉美季、片岡陽聖、三浦友美、姫松祥平、小笠原元太、駒山洋樹、岩田裕美、中武宏文、淀川菜穂子

JCHO 宮崎江南病院 臨床工学会

【はじめに】

当院の透析センターでは平成27年頃よりRO装置（逆浸透精製水製造システム：DRO-EX）の水質異常警報が頻発し、作業負担と高額な経費がかかり、対応に難渋していた。そこで、スタッフの作業負担を軽減し、安全な透析液を提供することを目標としてQM活動を行ったので報告する。

【方法】

要因を解析し、4つの対策を実施した。

- 1) フィルタサイズ変更とクエン酸消毒
- 2) 院内の水道状況確認
- 3) 自然気象と原水硬度の関連調査
- 4) セラミックス式前処理装置エルセの設置

【結果】

1)～3)の対策では改善されず、4)エルセ設置後からRO装置の警報件数は激減した。そのため臨時でのメンテナンス費用は不要となり、大幅なコスト削減につながった。しかしながら、約1年後に警報発生するようになり、原因は明確にはなっていないがこれまでの経緯から、自然災害や道路工事による水道管の振動によるものと思われる。

【結論】

作業時間が短縮し、目標達成できた。また、活動を通じてチームワーク向上につながった。今後は、調査を継続して地域の中核病院として情報発信し、クラウド型電子カルテが導入されたことで透析業務の効率化を図っていききたい。

O-226

過剰除水管理における灌流指標機能付きパルスオキシメータの有用性

高濱格、吉海尚志、谷口総志、白濱一也

JCHO 熊本総合病院 臨床工学会

【目的】透析中の除水速度は血圧・脈拍数により管理しているが、除水量が多い患者においては透析後半の血圧低下を生じる。血圧低下の最大要因は除水過多による脱水であり、早期発見することで防げる可能性がある。今回我々は、指先の灌流指標（以下PI）を測定できるパルスオキシメータ（以下PIPO）を用いて、末梢循環をモニタリングしながら除水管理を行うことにより血圧低下を軽減できたので報告する。

【対象と方法】対象は体重増加率5%以上の透析患者12名。除水管理においてPIPO使用前後の収縮期血圧（以下SBP）を透析開始時より1時間毎に5回測定し、各3クールで比較検討した。PIはPIPO（マシモ社製MightySatRx）を非シャント肢の第二指先に装着し、1時間毎に5回測定した。またPIPO使用による除水管理は、循環不良とされるPI：1.0%未満に下がらないように除水速度の減少または停止などのコントロールを行った。

【結果】SBPは終了時までPIPO未使用群で $150 \pm 4 \text{ mmHg}$ (Median $\pm$ SE) から $110 \pm 5 \text{ mmHg}$ へ低下したが、PIPO使用群では $151 \pm 5 \text{ mmHg}$ から $142 \pm 4 \text{ mmHg}$ と血圧低下は有意に軽減した（ $P < 0.01$ ）。使用群では、PIは開始 $5.5 \pm 1.2\%$ から2時間後 $3.0 \pm 0.9\%$ に減少しており、ほとんどの症例で透析前半に除水コントロールを実施し、3時間以降の血圧低下が軽減した。また平均除水量は両者とも3.6L程度であり差は認められなかった。

【考察】SBP低下前にPI低下がみられたが、これは自律神経反応による末梢血管収縮、または脱水による末梢循環減少が起こっていたと推測される。PIPO使用により末梢での脱水を早期発見が可能となり、透析後半の血圧低下を軽減できたと考えられる。

【結語】パルスオキシメータから得られるPIは、末梢循環の変化を数値化するでき、簡便かつ携帯性に優れ、除水過多患者における除水管理の有用なツールとして期待できる。今後はさらに研究を進め、循環血流量モニタリング装置との比較などを行っていききたい。

O-227

高齢化に伴う入院時透析条件設定と管理について ～栄養評価の観点から～

葛岡孝一、佐久間夏、菊地幸枝、木幡宏実、木村朋由

JCHO 仙台病院 臨床工学会

【目的】栄養評価の観点から、高齢入院透析患者に対する透析条件と管理について検討する。

【対象・方法】期間2017年4月～2018年3月に10日間以上入院し退院した、年齢75歳以上の患者を対象とし後方視的に検討した。GNRI、入院時タイライザー分類別にそれぞれ死亡率と入院日数を比較した。入院時直近のBMI、GNRI、ALB、DWを退院群、死亡退院群で比較した。退院群における入院時GNRI、BMIの変化率と入院日数について検討した。

【結果・考察】栄養障害は死亡率入院日数に影響を与え、多くの患者が入院時点で栄養障害のリスクを抱えていた。また死亡リスクが高い患者ほど、入院時から栄養指標項目が低く入院中にさらに低下する傾向が見られた。高齢透析患者の管理として血液データの評価の他、栄養指標項目の推移は特に重要であり、これからの課題としてこれらの栄養指標項目を低下させない、透析条件と取り組みを検討し、実践していくことが重要であると思われる。

O-228

CHDF継続中の小児患者に、ACH-Σで血漿交換用回路を使用しPMXを施行した一例

原拓渡、安部茂樹、谷政範、松本一志
JCHO九州病院 臨床工学会

【背景】

当院で採用している血液浄化装置は旭化成メディカル社製ACH-Σであり、現在この装置に対応するPMX用回路は小児用が販売されていない現状がある。今回、小児患者の緊急PMXを依頼され、代用回路として小児用血漿交換回路を使用し、治療したことを報告する。

【臨床経過】

患者は3歳男性、体重12～14kg、劇症型心筋炎にて他院でPCPS導入、その後腎機能低下によりCHDFを導入された。当院への転院時PCPSは離脱していたが、CHDFは継続中であった。当院でのCHDFは、通常の生食ブライミング後、赤血球濃厚液75ml、献血アルブミン5%（5g／100mL）25mlで置換し電解質補正後に行っていた。当院への転院48日目、患者状態悪化により敗血症性ショックを疑われPMX導入となった。

【方法】

PMXは充填量の問題からCHDFとの同時施行は難しく、CHDFを一時離脱後に開始することとした。ブライミングは、小児用血漿交換回路の血流ラインのみを使用し、PMXモードにて生食で行った。使用しない回路は機械に接続せず、補液ラインは鉗子で遮断した。次に患者のCHDFを離脱し、清潔操作で回路内の血液を貯血バッグに貯留した。その後、貯血バッグからPMXに血液置換を行い、治療を開始した。

【結果】

PMXは2日間6時間ずつ行い、問題なく治療を終了した。

【考察】

小児PMXに対応した装置を保有していない施設では機器のレンタルが必要であり、調達に時間がかかることや在庫がない場合などが問題になる。今回、ACH-Σでも回路を代用する事で安全に施行できたことにより、それらの問題を解決できることが示唆された。

【結語】

ACH-Σはオートブライミング機器の為、本来は専用回路でなければブライミングができないが、血漿交換用回路の一部を代用し、PMXモードでブライミングすることで問題なく治療することができた。

O-229

当院における重症下肢虚血に対する血液浄化療法の有用性について

廣島屋靖大¹、渡辺豊¹、吉野貴光¹、岡澤勝巳¹、花岡英二²、白鳥享³、室谷典義⁴

¹JCHO千葉病院 腎センター、²整形外科診療部長、³腎センター診療部長、⁴院長

【はじめに】当院では2016年度より足関節上腕血圧比（以下：ABI）のカットオフ値に満たなかった透析患者に皮膚灌流圧（以下：SPP）を実施している。SPPがカットオフ値（40mmHg）未満、あるいは重症下肢虚血（以下：CLI）が疑われる30mmHg未満の透析患者には医師の判断で適宜DFサーモ療法とLDL吸着療法など（以下：血液浄化療法）を実施している。

【目的】当院におけるCLIに対する血液浄化療法の有用性を明らかにする。

【対象】CLIに対する治療を目的とする血液浄化療法を実施した6名。

【方法】対象6名の血液浄化療法前後のSPP、臨床症状の変化を調査する。

【結果】血液浄化療法実施前は5名のCLIが疑われた。血液浄化療法実施後は創部とSPPの改善が認められた。

【考察】LDL吸着療法にはLDL値の低下と臨床症状の改善（下肢の温感、潰瘍の治癒、疼痛の消失、歩行距離の改善）が報告されている。臨床症状の改善やSPPの上昇傾向から、当院における血液浄化療法にはCLIに改善効果があることが示唆された。

【結語】当院における血液浄化療法には、CLIの改善に十分な効果があることが明らかになった。

O-230

JCHO理念を活用した病院のプロモーション
～コーポレート契約の推進～

島津忠司、依藤慎一、古川恵理、青野努
JCHO 東京高輪病院

【はじめに】我々 JCHO は地域医療への貢献を目的とした団体であるが、近隣企業等においては名前の認知度に比して、その役割がよく理解されていない。各部門の営業のみでは当然のことながら地域における JCHO の役割をプロモーションする機会にはなり難い。しかし、地域における我々の存在意義をきちんと相手に理解してもらわない限り、自院を活用して頂くことには繋がらず、結果として経営的な成績も向上しないと思われた。地域の各企業は「何かの際に頼りにできる医療機関」を求めている。

【方法】どの部署がどのチャネルでも同じ説明が可能となるよう、JCHO のコンセプトに基づく自院の役割を簡潔に解説したプロモーションチラシを作成し、健診で営業を開始した。健診の受診勧奨という単純な営業ではなく、自院が救急医療から予防医療までパッケージで受け入れ可能な機能を持つことを訴求した。その上で、希望する企業とは「コーポレート契約」と命名した月額5万円の契約を締結することとし、急患受け入れから集団予防接種の手配まで、包括的に医療を提供していくことを約束した。

【結果】約10件の訪問先全てが「コーポレート契約」に興味を示し、新規で2件の契約を得た。契約に当たり特別な費用は発生しておらず、運用変更も必要ない。さらに、新規の健診契約、産業医契約、集団予防接種も増加させることができた。また、余得として契約先とのコミュニケーション機会が増し、信頼関係が深まった。

【考察】JCHO の理念や自院の提供できる医療を理解して頂くことで、近隣各企業から安定した契約料を得ることが可能である。本取り組みは、全国のどの JCHO 病院でも実施可能であり、利益的貢献度が高い。また、近隣企業から自院に対する信頼感が増し、増患にも繋がる。地域協議会などの場でも同様のプロモーションを行うことによって、各地域において JCHO 全体の存在感をアピールすることにも貢献できると思われる。

O-231

当院の経営改善への取り組み事項

青木一蔵
JCHO 四日市羽津医療センター 事務部 総務企画課

2018年4月に診療報酬改定により、それまで看護必要度25%以上で7対1一般病棟入院基本料が算定できていたものが、重症度・医療、看護必要度が30%を達成出来なければ年間約8千万円の収入減が見込まれると本部から示された。昨年度の目標としては入院基本料を落とさない事が当院の第一目標となっており、そのために年度当初の医局会で影響について説明し、具体策を説明した。結果として一般病棟入院基本料1を維持できたことから報告する。病院医療収益で影響度の大きい指標としては新入院患者数の増加であることを分析し、新入院増加の達成のためには1.救急車からの入院、2.紹介患者の入院、3.新たな疾病や検査などの拡大による入院が考えられるが、当院はそこでもっとも重要視している救急車からの入院率の向上を焦点に当て取り組んだ。具体的に行った事は救急患者応需率のデータを地区事務所より取得し、ブロック内の同規模病院と比較した。その結果、当院は入院比率が低いことで看護必要度への影響だけでなく、入院患者数、入院診療単価（特に入院後2日間の点数）DPC係数にも影響しており、診療部長会議や医局会においてこれらについて丁寧に説明し、理解させることから始め、看護必要度を考慮し具体的に評価表を元にA項目の「酸素やモニターの管理」での加点を説明、各診療科毎の推移を示し地域包括ケア病棟への転棟などの意識的なコントロールを行った。また、受入台数の向上に貢献した医師に対して院長から表彰を行う計画である。更なる今年度の取組みとして、当院の健診センターの強みを生かし、SAS検査入院を取り扱うこととし検査入院を含めた新入院患者の増を目標とすることとしている。

O-232

地域医療連携室の取り組みによる経営改善の効果について

工藤夕貴
JCHO さいたま北部医療センター 地域医療連携室

【目的】地域医療連携室の業務とは病院内から見ると、横断的部署であり、院内連携推進の核となることが役割として求められている。そして病院外から見ると、地域医療連携室は病院の営業窓口であり、院外との幅広いネットワークや顔の見える関係性を構築する役割を求められている。この取り組みは患者の為にを行うものであることを前提とした上で病院の経営改善への効果について検証した。

【方法】地域における医療ニーズを把握した上で、連携のあり方や病院としての方向性を院内における重要な会議で示した。具体的な取り組みとしては病病連携の推進による近隣病院との機能分化の推進、病診連携の推進による近隣診療所との連携推進、近隣施設との協力医療機関としての連携強化を実施した。

【結果】外来による紹介患者数は前年度比177件増加、入院による紹介患者数は前年度比127件増加となった。近隣の診療所や施設からの緊急の紹介依頼件数は前年度比で190件増加、近隣の病院からの転院依頼件数は前年度比で122件増加となった。

【考察】今回行った近隣の医療機関及び施設との機能分化、連携推進の取り組みを行ったことにより、病院運用で重要となる平均入院患者数や実働病床利用率の向上改善が見られた。

【結語】地域医療連携室は病院の営業窓口として、他の医療機関や施設と顔の見える関係性を構築することが重要であると考えられた。

O-233

入金誤算（診療報酬請求額と入金決定額の差異）

中村祐己
JCHO 九州病院 事務部 医事課

【現状】

当院の入金誤算（＝診療報酬請求額と入金決定額の差異）は請求総額に対しては比較的小額であると考えられる。2019年3月の入金誤算をみると支払基金は-6,630円、国保連合会は39,307円であった。しかし、2018年度の国保連合会の入金誤算は変動が大きい状況であった。国保連合会への請求は医療費助成事業があるため入金誤算へ影響を与えていると想定している。

【検証】

入金誤算が大きい国保連合会を対象に検証を行った。1、返戻・査定・復活について集計管理表（Excel）に集計した結果と支払額決定通知書を検証。2、診療報酬等支払額決定通知書内訳書を元に市町村ごとに入金額を検証。2について、市町村によっては該当件数が多く差異分析の限界がありすべての検証とはいかなかった。

【取り組みと効果】

入金誤算の検証は集計管理表（Excel）と支払額決定通知書で行っている。

□返戻管理（返戻・過誤）

・返戻管理表（Excel）

返戻されたレセプトを基に診療年月日・管掌・科・入外・ID・返戻理由・返戻点数・返戻月・給付割数・自己負担額・食事請求額・食事負担額を返戻管理表へ入力。

・返戻検算集計表（Excel）

返戻されたレセプトを基に、件数・日数・返戻点数・自己負担額・食事請求額・食事負担額を入力し、その合計が返戻管理表（Excel）の合計と一致するか確認する。

主担当が返戻管理表を入力し、副担当が返戻検算集計表を入力することで、間違えやすい給付割数や自己負担額の考え方の不一致をなくす。

【考察】

入金誤算について、市町村によっては該当件数が多く差異分析の限界がありすべての検証までとはいかず大雑把な推計となった。しかし、返戻・査定・復活について集計の質を高めることで、入金誤算が少なくなると考えられる。今回の検証も踏まえて、課題は該当件数が多く差異分析の限界がある市町村の入金額についての対応を明確にし、入金誤算の低減に取り組んでいきたい。

O-234

健診受診者数及び健診収入の増加対策について

小林春樹

JCHO 東京蒲田医療センター 管理課

【はじめに】当院の健康管理センターによる収入は病院収入全体の12%を占めており、他の診療収入に比べ人件費及び材料費もそれほどかからないことから利益率も高く、病院経営の安定化を目指す当院にとって健診収入の拡大は必達の目標となっている。

【目的】健診による収入増加対策の成果を明らかにする。

【方法】2018年度から以下の対策を行った。

1 受診者の増加について：I院内健診は大田区の区民健診をターゲットとし、未受診者へのダイレクトメールによる受診案内、医師から担当患者への声掛け、院内ポスターによる受診勧奨を行った。

II院外（健診バス）健診は新規事業所への電話等による営業活動、及びお得意様事業所へのコミュニケーションの強化を行った。

2 院内・外オプション検査単価の増加について：健診受診者が受けやすくなる・受けやすいオプション検査の導入を行った。

【結果】2018年度の受診者数は対前年度と比較し院内健診は376人（1.25%）の増加、バス健診は388人（1.29%）の減少となり、トータルで12人減（0.04%）と増加には至らなかった。しかし、売上げ収入においては対前年度に比べ2,570万円（5.05%）の増収となった。

【まとめ】営業活動及びオプション検査の工夫等により、2017年度まで現状維持であった収入は増加となり一定の成果をあげる事が出来た。しかし、民間の健診機関との競争は激しくなっており、健診受診者や事業所から当健康管理センターが選ばれる様な特色や新たなサービスを提供していかなければならないと思われた。

O-235

増収のための院内健診拡大に向けての取り組みについて

山田久美子

JCHO 可児とうのう病院 健康管理センター

【はじめに】

当院健康管理センターは、増収対策として設備の充実した院内健診の拡大に力を入れている。さらなる拡大に向けての受診者数増加、健診単価増加を目的に取り組みを実施したので報告する。

【方法】

1. 内科診察の医師を1人体制から2人体制に変更、事務の業務を以前は専任制だったが、どの業務も皆が担当するように変更した。看護師も他部署から応援スタッフとして増員し受診受け入れ体制を整備した。

2. 4月～11月の未受診者に対し12月に申込書同封の書面にて受診勧奨を行った。

3. 例年1月～3月に実施している人間ドックキャンペーンの前年度利用者へ12月に申込書を送付。新規受診者を取り入れるため地域情報誌への掲載や、院内にリーフレットを常設した。

4. 健診単価を増やすための新規オプションとして、受診者への負担の少ないオプション検査を導入。遺伝子検査、アレルギー検査、LOX-index、MCI、亜鉛の血液検査5項目、尿、血液、身体計測で算出する健康年齢を導入。促進方法として、業者作成のリーフレットを受診者全員の案内資料に同封。ポスターを施設内に掲示。その他の既存のオプション検査についても当日追加希望者を積極的に受け入れた。

【結果】

これらの取り組みにより受診受け入れ可能数を増加させることができ、閑散期に当たる1月～3月も前年度より受診者数が531名増加し年間として860名増加した。

また、新規オプション6項目については8,792,000円増収。全体としては前年度より年間15,255,693 円の増収となり十分な成果が得られたと考える。

【おわりに】

今年度は心エコー検査や簡易脳ドック健診など既存の検査機器を有効活用する検査を導入し、他の検査も随時検討している。受診者の既往歴や生活習慣に特化した検査の案内や健診後の結果説明などが課題となるが、今後もさらなる院内健診の拡大に努め、保健予防活動収益増収の取り組みを続けて行く。

O-236

経営分析研修に参加して

福田久美、島山正信
JCHO 天草中央総合病院 事務部

【はじめに】

JCHO 本部で行われた経営分析研修に参加し、分析方法・改善活動の内容等を学んだ。病院経営に関するデータの収集・分析を行い、経営改善に繋がる方策を導き出し、実行に移すことで安定経営に寄与することを目的に取り組んだ内容をここに報告する。

【方法】

研修終了後、管理者に報告し今後の経営改善活動に対し全面的協力を得た。そこで、事務部を中心とした経営改善ワーキンググループ（以下WG）を立ち上げ、収入増に繋がる項目の分析・改善に着手した。

【結果】

<事例1.看護必要度の見直し>

「A」「C」項目について、Libraより抽出したデータを看護部、医事課へ情報提供し、入力漏れが生じやすい項目の把握。医事課と看護部での勉強会を行い、入力内容の認識の統一ができ、平成30年11月より急性期一般入院基本料4を取得。また、地域包括病床の運用改善、摂食機能療法の算定強化に取組み、他職種へ働きかけ、経営改善に繋がる活動を行った。

【まとめ】

当院の平成29年度の経常利益は97万円であったが、平成30年度は2,200万円の見込みとなり、WGの活動を通して経営改善に貢献できたと考える。

【今後の課題】

Libraのデータを用い、情報の共有化・可視化を行うことは、職員のコスト意識向上に大変有用だと思われる。今後も活動を継続していく上で、人材育成やモチベーションの維持が課題となる。職員一人一人の意識改革を進めていく上で、WG活動の理解と重要性を今後も発信していきたい。

O-237

経営改善に向けて事務職員ができること

岡村綾子
JCHO 横浜中央病院 事務部

【はじめに】 当院では、昨年までDPC激変緩和係数（調整係数）の経過措置もあり一定の診療報酬が保障されていましたが、今年度より経過措置がなくなり年間4,300万の減収が見込まれています。昨年度、本部で実施された経営分析研修を受講し、分析の手法・視点等様々なことを学び、改めて当院の経営状況を見直し他病院と比較したところ入院診療単価が低いことがわかりました。調整係数の減収を埋めるためにはどうすればいいか、入院診療単価をあげるにはどうすればいいかをLibraや他の診療データを使用し、当院の実情を把握し経営改善に向けて取組んでいる内容について報告します。

【取組み】 当院の現状を知ってもらうため、職員対象にDPC（係数）について説明を実施。Libraを使い疾患別患者数（上位5疾患）・手術件数（上位5手術）を診療行為別に他病院と診療科別に比較、各診療科部長にフィードバックし現状を把握してもらい、さらに平均在院日数、使用薬剤、検査の回数等も比較し、他病院との違いを確認し変更できるところはないか検討していく。また、経営改善に向け継続して取組むこととして、1.診療報酬算定チェック（安定した診療単価確保）、2.施設基準取得状況チェック（安定した診療単価確保）、3.紹介患者数・救急入院患者数チェック（新入院患者確保）をLibraを活用し実施した。1に関しては特定薬剤治療管理料の算定を強化し50%から70%にアップした。2に関しては4月に診療録管理体制加算1を取得した。3に関しては紹介入院率が全体の9%から26%にアップした。

【今後の課題】 疾患分析を定期的に実施し安定した収益確保を目指す。激変緩和係数を補填できるよう機能評価係数をアップさせる。診療機能の見直し、各診療科の診療機能を再分析し、収益増を目指す。各部門の生産性をあげるために所属長とのヒアリングを実施し、現状把握と問題点を洗い出し改善していく。

O-238

医療・看護必要度2の向上を目指した医事課入院係の取り組みと方法

石成和久¹、鈴木真佐也²
¹JCHO 仙台病院 医事課、²総務企画課

【目的】 平成30年度診療報酬改定により、急性期一般入院料1を算定できない場合、当院は年間1億8,500万円の収益減になることが予想された。さらに、必要度2が届出基準に達していないことから、レセプトデータの見直しをすることで必要度2の25%以上および入院料1の届出を目指した。

【方法】 必要度1では評価しているがそれに該当するコストが入力されていない患者をリスト化するツールの開発は総務企画課が担当した。このリストをもとに医事課は必要度1と2で不一致している患者の電子カルテと医事会計システムをチェックし、それが正しいのかコストの入力漏れなのかを判断した。入力漏れと判断した項目については追加算定する作業を7月、8月に各々3回ずつ実施した。また、必要度1についても病棟にフィードバックを行った。

【結果】 必要度2は7月の中間で25.4%だったが最終では28.1%と2.7%の上昇。同様に8月も中間26.0%から最終30.4%と4.3%もの上昇を得た。これにより6～8月の3ヵ月平均が27.4%となり、併せて必要度1も基準値を超えたことから急性期一般入院料1の届出が実現した。

【考察】 レセプトデータの見直しによって必要度2の数値が大幅に上昇したことコストの入力漏れが大きな影響を与えたと考えられた。また、必要度2の向上を目的として行った調査であったが、必要度1の向上につながることも判明した。

【結語】 必要度1と2で定義が異なる項目もあり完全一致は難しいが、必要度2の向上において今回の方法を取り入れることで安定的に維持することが可能であると証明した。

O-239

地域包括ケアチーム結成による病院収益向上への効果

根岸晴美¹、鈴木由美子²、関塚明子¹、谷賢実¹
¹JCHO 群馬中央病院 地域医療連携センター、²医事課

【取組みの背景・目的】

当院の属する医療圏は、1つの大学病院と、当院を含めた4つの地域医療支援病院があり、地区医師会や行政とともに、地域包括ケアシステムの構築に向け様々な取り組みが進められている。当院は、333床で、60床の地域包括ケア病棟を持ち、地域医療連携センターを中心に連携に携わる様々な活動をしている。今回、その取組みのひとつとして、地域包括ケアチームを2018年6月より立ち上げ、主に後方連携機能を向上させるよう運用開始した。その取組みにより、紹介患者数・紹介率向上への効果を得られたため、報告する。

【取組みの内容】

外科・内科・整形外科・神経内科・皮膚科・老健医師の他、病棟課長、外来師長、地域医療連携センター、医事課等、多職種スタッフによる地域包括ケアチームの結成。月に一度、包括チームで受け入れる患者について多職種で協議する会議を持ち、受け入れ前の段階から退院後の方向性を話しあい、よりスムーズな入院計画を検討している。その他、在宅医療、介護に関わるスタッフとの研究会や検討会を開催し、顔の見える連携を図るとともに、病院と在宅の垣根を低くする活動をしている。また、医師会や行政、地域診療所、施設等へ定期的な渉外活動を行い、病院全体のお断り率の減少と紹介患者数の向上を目指している。

【取組みの成果】

各研究会の開催により、連携医療機関や行政、施設関係者との緊密な連携を図ることができ、在宅医療関係者からの入院依頼が増加している。2018年度は前年度と比べ、紹介患者数1,290名の増、紹介率も5.9%の向上ができた。また、「摂食機能訓練パス」の地域連携パスを構築し、その稼働につなげることができた。今後も地域から信頼され、選ばれる病院として定着できるよう、地域包括ケアチームの取組みは重要であり、それによる紹介患者の増加は病院経営の改善につながると考えることから、チームの活動を広げていきたい。

O-240

包括ケア病棟の病床稼働率上昇と転棟時期の適正化に向けた取り組み

近藤清典¹、山口博司²

¹JCHO金沢病院 看護部、²事務部

【はじめに】当院は地域包括ケア病棟を開設して3年目である。平成30年度の地域包括ケア病棟入院患者の入院元は自宅から6.3%、介護福祉施設から0.3%、他院からの転院2.0%、当院急性期から91.3%とほぼ自院急性期病棟からの受け入れである。病床利用率は77.2%と低く、急性期病棟から地域包括ケア病棟への転棟時期もDPC点数より包括ケア病棟の点数が上回る時期を大きく過ぎていることが多くあった。病院収益を考えたとき地域包括ケア病棟の病床利用率の上昇と適切な時期での転棟が行われることが必要である。

【背景】地域包括ケア病棟のベッドコントロールは副看護部長、地域包括ケア病棟看護師長、急性期病棟看護師長、医事課長、リハビリ士長が集まり行う。急性期病棟看護師長がリストに地域包括ケア病棟への転棟が必要と考える患者をエントリーし、医事課の視点、リハビリ的視点、病院全体のベッド状況など考慮し転棟の可否を判断する。その中から包括ケア病棟看護師長が患者状況、病棟のベッド状況などを考慮し転棟日を決定する。急性期病棟看護師長は患者の退院可能な到達点などを考慮しDPC期間3を日安に転棟のエントリーを行う。この時点でDPC点数より包括ケア病棟の点数の方が高い患者がほとんどであった。さらにここから転棟するまでに日数を要することも多い。転棟時期は包括ケア病棟看護師長が決定するが、空床があってもナースステーションから遠い部屋となり観察への不安や見守りや看護度の高い患者の増加による安全確保の不安などから転棟が進まない状況があった。そのため急性期病棟看護師長には患者をエントリーするタイミングを早める必要性の説明と意識付け、仕組みづくりを行い、包括ケア病棟看護師長には病床稼働率上昇を目指すための工夫を考え、早期転棟を可能とする仕組みづくりに取り組んだ。

【まとめ】急性期病院の中で包括ケア病棟の病院収益を考えた有効活用を実践した内容を報告する。

O-241

固定チームナースング 継続の困難さとその要因

館野洋子、園田保子
JCHO うつのみや病院 看護部

【背景】当院では2010年に看護提供方式として固定チームナースングを導入し、各部署でチーム目標を達成するための小集団活動を実践していた。しかし2016年以降看護課全体で年間計画発表や成果発表の情報共有する場を開催しておらず、経年的にその目標や方法などが曖昧になっていった。患者の看護上の問題解決に向けたケアの継続性や部署の課題の解決には看護提供方式を意識し、機能させる必要がある。今回実践に対する現状把握と問題点を明確にする目的で調査を行ったので報告する。

【方法】対象：看護提供方式に固定チームナースングを選択した4病棟と附属老健の看護職員と介護福祉士137名。方法：固定チームナースング評価表を用いて自記式質問紙調査を実施した。施設内倫理委員会での承認を得た。

【結果】回収率100%。対象者は看護師111名、介護福祉士16名。看護師長5名、副看護師長以下スタッフは132名。師長、副師長とチームリーダーはそれ以外に比べ、優位に回答に有意差があった(p=0.047)。質問で「はい」と答えた者が多かったのは「どの患者にも受持ちナースを決めている」84.7%「日々リーダーは突発的な出来事が発生時は師長に報告している」78.8%で、「チームリーダーは責任と権限移譲の範囲を明確にして師長から任命されている」は62%であった。反対に少なかったのは「チーム会の出席率」5%「チーム会で目標の評価を定期的に行う」11%だった。

【考察】師長、副師長、チームリーダーは情報の共有ができていて、それ以外のスタッフが一堂に会すチーム会の運営が効果的に働いていないことが大きな要因となり、スタッフとの間に差が生じていることが考えられる。組織化や運用に関するルール化もされているが、チーム会やチーム目標を達成するための小集団活動や関する事項はいずれも師長、副師長、チームリーダーが周知啓蒙を行い継続することで、定着を図る必要性が示唆された。

O-242

内視鏡配属者のための教育プログラム効果 ～ループリック評価を用いた評価基準・目標の共有を通して～

近藤摩弥、村山幸枝、山崎みどり、関口有希子
JCHO 埼玉メディカルセンター 看護部 専門治療室

【はじめに】内視鏡看護は専門性が問われる分野である。医療チームで行う1つの検査の中で、看護ケアを安全に提供することが求められる。また検査中に医師の介助、患者への看護、家族のサポートを同時に行わなければならない。スタッフの入れ替わりと共に、効率的な育成が望まれるが、現在の内視鏡室の教育体制には技術面でのチェックリスト以外には明確な基準がなく、指導するスタッフ間で指導内容・方法がバラバラであった。そこで、明確な評価基準を確立し、教育プログラムを見直すことを検討した。

【方法】内視鏡スタッフ全員にインタビューによる調査を行い、現在の内視鏡教育の問題点をあげ、評価ツールの検討を行った。検討の結果、より実践的な能力を評価するというパフォーマンス評価が適していると考え、パフォーマンス評価で使用されるループリック評価に基づいて能力の活用や目標の到達度を評価することとした。

【結果・考察】現在の内視鏡教育についてのインタビューでは、技術面でのチェックリストのみでは個人の進捗状況がわかりづらい、評価しても他のスタッフと共有できないといった意見がきかれた。一方、現在使用しているチェックリストに疑問はなく、こういうものだという観点で使用しているという答えもあった。チェックリストには本質的に必要とされる能力を伸ばすための課題はなく使いづらいと感じていても、前者は改善方法がわからなく、後者は本質的な問いまで考えるには至らなかったためと考える。パフォーマンス評価を取り入れ、ループリック評価表を作成することで「看護ケアを安全に提供することを目標設定とし、そこから何を身に付ければ良いのか」をスタッフ全体で考えるきっかけとなった。内視鏡看護の中の医師の介助以外にも、検査中の看護にも着目した新しい教育プログラムを作成することができた。今後も改善を重ねることでより良い教育プログラムが構築できると考える。

O-243

看護師が知覚するストーマケアチェックリストの効果 人工肛門造設患者へ統一した看護の実現に向けて

木村美沙紀、掛川万理恵、安藤春菜、橋本春美
JCHO 群馬中央病院

【目的】当病棟は外科急性期一般病棟であり、入院患者はがん患者が多く、大腸がんの患者が増加している。大腸がんでストーマ造設時の術前、術後の管理について看護師同士の情報共有の場は、電子カルテ上の掲示板機能を活用しているが十分に情報共有できないことがある。先行研究では、患者用のストーマ管理のクリニカルパスはあるが、医療者用のケアチェックリストは作成されていない。そのため当院独自のストーマケアチェックリストを作成し、術前説明から、術後の患者に合った器具選択までの一連の流れが書かれた一目で分かるようにした。そのチェックリストを活用することで看護師間の統一したケアを提供できると考えた。看護師が知覚するケアチェックリストの効果を明らかにし、ストーマ造設患者へ統一した看護への有用性と今後の課題を考察した。

【倫理的配慮】院内の倫理委員会の承認を受けた。

【方法】ストーマケアチェックリストを活用した病棟看護師に質問紙を用いてデータ収集を行った。

【結果・考察】ストーマケアチェックリストは、半数以上の看護師が使いやすいと何らかの効果があると感じており、使いづらいと答えた看護師は一人もいなかった。また、ストーマ造設した患者のケアの一連の流れが可視化できるため、統一した看護を計画的に行うことができた。さらに患者や家族に説明や申請が済んでいるか等の進行状況がわかり、仕事の効率向上に繋がった。チェックリストは活用することで、一目で済んでいる項目が確認でき、ストーマケア未実施を減らす効果も期待できる。また看護師により、身体障害者手帳の申請説明や医師意見書等に関する知識の不足があり、指導に必要な知識を整理し、周知する方法を今後検討する。ストーマケアチェックリストを使用しやすくするため、電子カルテ上で使用できるように運用方法を改善する取り組みを行い、継続して使用できるようにしたい。

O-244

乳がん患者の日常を支援する体制の構築 ～アピアランス（外見）ケア「おしゃれ教室」の実践報告～

坂口まさみ¹、田中真紀²、山口美樹²
¹JCHO 久留米総合病院 看護部、²乳腺外科

【緒言】乳がんの診療は手術・抗がん剤・放射線といった侵襲的ながん治療であり、外見変化を生じさせ患者のQOLを下げる大きな要因となっている。A病院の乳がん患者は50歳代前後が多く、家庭や社会で重要な役割を担う年代であるため、治療しながら社会活動に従事するには外見の日常整容は欠かせない。今回、乳がん患者の社会復帰の一助を目的に、A病院で開催しているアピアランス（外見）ケア「おしゃれ教室」について報告する。

【実践内容】乳がん患者を対象におしゃれ教室を企画し、2010年12月より1回/1～2か月、60～90分/回、女性病棟のデイルームで講義・デモンストレーション及び参加者体験型セミナーを開催している。内容は術後の乳房補整方法、抗がん剤による脱毛時の対処方法、メイクレッスン、爪のケア、リフレッシュヨガ、口腔ケア、リンパ浮腫のケアなど、外見変化を来す症状に対応した内容を中心に構成した。講師は看護師・業者スタッフ及び乳がん経験者で講義内容に関連した専門職者にボランティアで講師を引き受けてもらった。

【結果】参加人数は1～10名程度、参加者の9割以上が入院患者で、患者の参加理由としては実際に外見整容方法に悩んでいる患者もいたが、多くは看護師からの勧誘での参加だった。おしゃれ教室は外見ケアの学習だけでなく参加者同士で悩みや辛さを共有したり、人工乳房やウィッグへのネガティブなイメージを払拭する機会となった。また、会の進行を担っている看護師もアピアランスケアについて学ぶ機会になっていた。

【考察】外見変化を伴う乳がん治療は患者にとって社会活動を躊躇させるような辛い経験であり、医療者は患者の経験している苦痛と向き合い適切なサポートが必要がある。おしゃれ教室の開催は外見変化への対策を学び・体験することで患者自身前向きになるきっかけとなっていた。また参加者同士で辛さを共有することで相互扶助効果も見られていた。

O-245

OHAT 評価・口腔ケアプロトコルの導入から定着に向けた取り組み

小久保佳津恵、栗本聡美
JCHO 中京病院 看護部

【はじめに】H26 年に行った病棟看護師全員を対象とした食事に関するアンケートから、看護師は口腔ケアの重要性を認識しながらも、実践しているケアに自信が持てずにいることを知った。そのため、コンセプトを「いつでも食べられる口づくり」と掲げて多職種協働での研修プログラムを構築し、H27 年から NST リンクナースを中心とした口腔ケア回診(以下、回診)・OJT を開始した。回診を重ねる中で、回診者の主観的な観察評価、ケア方法の OJT では、評価や手技の伝達に差異があるという疑問・課題が生じていた。そこで回診後の患者ケアに継続性や効果を評価するために、客観的な評価ツールである OHAT 評価・口腔ケアプロトコルを H28 年 12 月より導入した。今回 OHAT 評価・口腔ケアプロトコル導入から 2 年が経過し、評価・プロトコルの定着と今後の課題を報告する。

【口腔ケア回診の実践経過】看護部の取り組みとして、H29 年 6 月にリンクナースから OHAT 評価を病棟に浸透させる役割を担うべく委員会化を行った。委員会では口腔ケア用品を整え、半年毎に OHAT 評価の定点調査や病棟での取り組みの経過報告を行い、各委員が病棟看護師に働きかけを行えるように支援を実施している。また導入当初は、対象者を欠食中・経管栄養の患者に限定したため対象者は入院病棟で偏りが生じ、病棟看護師に周知が不十分であった。そこで高齢者・誤嚥性肺炎の入院患者が増加する見込みが予測されることから、対象者を H30 年 6 月から短期入院(3 日以内)を除く 65 歳以上の入院当日・1 週間毎に口腔状態を評価することに変更した。また委員会以外にも研修会でことあるごとに、OHAT 評価について教育機会を作っている。

【課題】OHAT 評価は定着方向にあるが、対象者が少ない又は緊急入院が多い病棟では定着しているとはいえない現状があり、今後も継続していくことが課題である。

O-246

慢性閉塞性肺疾患患者の呼吸困難感に対する患者の思いと看護師の捉え方に関する検討

丸山李穂、肥後智子
JCHO 相模野病院 看護部

【目的】呼吸困難感のある COPD 患者の思いと看護師が呼吸困難感とその背景をどう捉えているかを明らかにし看護実践の示唆を得る。

【方法】調査 1: 患者の思いを把握するため面接を行い、調査 2: 看護師の捉え方を把握するため看護師 23 名に質問用紙調査を実施した。

【倫理的配慮】倫理委員会の承認を受け個人が特定できないよう配慮した。

【結果】調査 1: <呼吸困難感の要因><呼吸困難感に対する思い><呼吸困難感時の対処><看護援助>の大カテゴリー 4 が得られた。調査 2: 頻回にある、時々あると答えた項目は、「関りで困った」96%、「SP02 に異常がないがなぜ呼吸困難感があるか疑問に思った」74%、「COPD 患者に緩和ケアが必要」74%であった。又、「関わりで困った(P=0.24)」他 7 つで経験年数の違いにより有意差があった。自由記載では『どの様なことで困った』では、[SP02 が保たれているが呼吸困難感がある時の対応方法が分からない 9 名]。『SP02 値に異常はないが何故呼吸困難感があるか理由をどの様に考えたか』では、「不安、恐怖、パニックなどの精神的理由 10 名」。「緩和ケアが必要と考える理由」では、「疼痛緩和より症状コントロールが難しい 2 名」[呼吸困難感に死に直結する 2 名]であった。

【考察】調査 1 と 2 より《HOT 受容に対する看護援助》: HOT 受容過程には様々な問題があり多方面からの患者理解が必要。《QOL 改善のための労作時の呼吸困難感における看護実践》: 労作時の呼吸困難感の支援は精神、社会面の支援につながり、患者の自己効力感を高める支援が必要。《呼吸困難感を訴える患者の精神的ケア》: 呼吸困難感に死を連想し、一人の環境は症状を増悪させるが、ベッドサイドケアには限界がある。《看護師への要望》: 看護師と患者の間には酸素への受け止めに差がある。《退院調整》: 退院後の生活に順応するために様々な思いがある。以上 5 つの考察より各々に看護示唆が得られた。

O-247

DPC機能評価係数Ⅱの効率性係数の今後の評価向上へ繋げる取り組み

大沢恵津子
JCHO秋田病院 総務企画課

【目的】A病院の平成31年度機能評価係数Ⅱの効率性係数は0.00062であり、前年度と比較して▲0.00239となった。この要因の1つは2016年4月診療報酬改定でDPC期間Ⅲが30日単位で固定され、医師の早期退院への意識が遠のき入院日数が長期化した事が考えられる。そこで効率性係数の改善を目的とした取り組みについて報告する。

【方法】(1) 厚生労働省DPC公開データの平成29年度、診断群分類トップ20の全国と当院を比較する。(2) 診断群分類の在院日数の全国平均とA病院を比較し、効率性を算出し、平成30年度、平成31年度のDPC入院期間率を比較する。(3) 医局会、医務局会議で(1)(2)の結果を周知する。(4) 平成31年3月から週1回、DPC期間超えの患者、10日以内に超える患者の一覧を病棟単位で作成し、医師、病棟、医事、地域医療連携室に情報提供を行う。

【結果】全国トップ20の診断群分類中6症例の在院日数の合計が全国と比較して、49.2日と長期化していた。全国トップ20の診断群分類を1として、当院の在院日数、件数で効率性を算出し、前年度と比較すると▲46.5%となった。DPC入院期間率は、前年度と比較して入院期間Ⅰ+Ⅱ期間が4%減少、入院期間Ⅲ+Ⅳ超えが4%増加した。平成30年12月から平成31年2月のDPCⅢ期間超えの率は前年度と比較してさらに20%増加していたが、取り組み後は、平成31年3月は▲3.1%減少した。

【考察】効率性係数向上のため毎月入院期間率を提示し、医師と病棟が10日以内にDPC期間を超える患者に退院調整をした結果、在院日数短縮に繋がった。さらに、地域医療連携室からは、退院支援サポートについても効率良くなったと評価された。今回、現状の共有と医師のDPC入院期間への関心が高まった事で効率性係数の向上に繋がると考える。今後も情報共有を継続し、経営改善へアプローチしていきたい。

O-248

当院における診療記録量の監査の取り組み

深澤加寿子、宮川楓、福澤幸世、大川恵美子、有田真由美
JCHO相模野病院 診療情報管理室

【背景・目的】当院では、これまで各診療科の医師がカンファレンスで診療録の定期監査を行っていた。2018年4月に診療情報管理士が増員され5名体制となった為、さらなる診療記録の質向上を目指し、監査項目を増やし診療情報管理士による量的監査を開始した。

【方法】点検項目は、経過記録、手術、麻酔記録、同意書、死亡に関連する記録、看護記録、スキャン文書、および入院診療計画書の21項目とした。2018年8月より、退院1週間後に各項目について、0点「監査項目を実行していない」、1点「監査項目を一部実行している」、2点「監査項目を実行している」と、点数をつけて評価し、得点率として集計した。

【結果】全項目の達成率は、2018年8月が98.2%、9月が98.1%であった。不備のあった項目は、手術記録（経過記録への記載はあったが手術記録として作成されていなかった）、同意書（作成されていたが、控えをとっていなかった。ある診療行為に対して同意をとらなくても良いと思いついていなかった）であった。

【考察・結語】経過記録はほぼ記載されていた。手術記録や同意書などの不備は、今まで診療情報管理室が介入していなかったこともあり、医師の認識不足が推察された。監査結果を医局会で報告した結果、手術記録の不備については速やかに修正された。今後は、毎月の結果を継続的に各該当部署へフィードバックすることで、診療録に対する意識が強まり、質も改善すると考えられる。

O-249

診療科別効率性指数の算出による係数改善の試み

大橋真紀子
JCHO中京病院 診療情報管理室

【目的】当院のDPCデータから診療科別の効率性指数を概算して評価を行い、効率性係数低下の要因となっている診療科および診断群分類を見極め、各診療科に対して改善を働きかけることにした。

【方法】院内の直近1年間のDPCデータ（様式1とDファイル）と、厚生労働省から公開されているDPC全国データを用い、以下の手順により全DPC対象病院の平均的患者構成に補正した診療科別効率性指数を算出し、さらに特に効率性係数に影響が大きいと思われる診断群分類を挙げ各診療科に対して情報提供を行った。1. A) 当院のDPCコード別平均在院日数、B) 当該DPCコードの全国症例数、C) 当該DPCコードの全国在院日数データ、を準備 2. A、B、Cから診療科ごとの全国の症例数で補正した平均在院日数と効率性指数を算出 3. AとCから診療科ごとにDPCコード別の当院平均在院日数と全国平均在院日数の比率を算出 4. 全国症例数が多く3の比率が低い診断群分類について、客観的数値と共に各診療科に提示

【結果】暫定値ではあるが指数の最低は0.79、最高は1.72と診療科により大きな差があった。指数が低かった診療科を詳細にみると、全国症例数上位の診断群の在院日数の超過が大きく影響していた。科別、DPC別にみることによって診療科ごとの改善ポイントが明確になった。なお、この指数の科別順位はⅡ日超え件数やⅡ日超え率の科別順位とは一致していなかった。

【考察】効率性係数の計算には、自院で年間12症例以上ある診断群が対象で、かつ患者構成が全DPC対象病院と同じと仮定した値が使われる。従って効率性係数の改善には、Ⅱ日超え件数やⅡ日超え率を問題にするだけでは不十分で、患者構成の違いを補正したうえでの平均在院日数による指標を出すことが重要となる。今後も院内で診療科ごとの評価を定期的に行い、機能評価係数Ⅱの改善を図りたい。

O-250

救急医療係数の向上にむけて
－対象症例の検証－

中村朋代
JCHO九州病院 医事課

【現状】当院の救急医療係数は低い。2017年度の年間の退院件数は13944件であり、予定外入院の患者は5204件、うち救急医療係数の対象となる緊急入院は1797件（34.5%）と予定外入院（65.5%）が大きく上回っている状況であった。救急医療管理加算の算定対象となる症例に対して算定をせず、予定外入院となっている可能性が大いにあり得た。そのため退院症例のリストを出力し予定・予定外・緊急入院の現状の把握を行った。その結果が予定外入院の65.5%であった。

【検証と結果】予定外入院の中で緊急入院の対象となる症例が無いか検証を行った。対象を入院当日に創傷処理や皮膚切開術、小児科入院を除き緊急手術を行っている症例に絞りデータの抽出を行った。結果として232件が入院当日に緊急手術を行っていたことが分かった。内科の内視鏡手術、整形外科の骨接合術、産婦人科の緊急帝王切開などがあった。

【取り組みと効果】当院では医師に救急医療管理加算を算定可能か書類で確認を行い算定を行っている。書類で算定不可とあれば入院当日に手術を行っていても、特に追求せずにそのまま請求を行っていた。そこで算定不可と記載された症例に対し、当日手術があるものに関して医師に算定可能ではないかと打診することとした。この取り組みは2018年5月より開始した。その結果2018年度は予定外入院が5151件、うち緊急入院は1990件（38.6%）で前年度に比べ4%上昇した。特に整形外科、産婦人科で算定症例が増えていた。

【考察】内科系の当日手術のない症例については「緊急入院を要する重症患者」の判定が医師によって異なったり、判定基準がわからないといった理由があった。当日手術ありの症例で4%上昇したこともあり、内科系疾患についても基準を決めれば算定症例が増えると思われる。院内での基準を定め、医師に周知を行い2019年度の1年間データを集計する。

O-251

当院の診療密度向上対策について

安藤芳浩
JCHO九州病院

当院は現在、DPC特定病院群（旧2群）に位置づけられており、この区分は1.診療密度 2.医師研修の実施 3.高度な医療技術の実施 4.重症患者に対する診療の実施の4つの評価基準により2年に1度見直される。今回の見直しは、2017年10月～2019年9月の2年間の実績を基に2020年4月より行われることとなる。この度、2017年10月～2018年3月の実績を確認し1.診療密度について、基準値が2413.38のところ、実績は2399と僅かに基準値を下回っていることが分かった。仮にDPC標準病院群（旧3群）に落ちた場合、現在と基礎係数の差が0.0334あり、月に約1,100万円の減収となる。そのため診療密度の向上を病院の重点課題と位置づけ、各診療科においては在院日数の短縮（特に全国的に症例数の多い疾患の在院日数マネジメント）に努めているところである。一方医事課では、DPCの包括範囲であり医事データへの入力漏れが散見される処置・検査について、看護師が医療・看護必要度で入力したHファイルと医事データの内容EFファイルとの相違から、H30.10～H30.12の3ヶ月間で、1.創傷処置225件 2.呼吸ケア193件 3.心電図モニター497件 4.シリンジポンプの管理69件 5.ドレナージの管理239件と合計で1223件のデータを追加入力した。また、ポータブルの超音波検査機器について、医師が自ら検査することで実施入力漏れが多数あることが分かり、医師が実施入力しやすいフォームの作成及び検査機器に紙伝票を備え付けと、2通りの入力方法を設けることで漏れを少なくする取り組みを行った。2019年3月から実施したが、2月の超音波検査総件数2356件、3月2906件とその成果が現れている。DPC制度のもとで包括される処置・検査の確実な医事データへの反映は病院群区分に大きな影響をもつことを意識して今後取り組んで行く。

O-252

DPCデータを使った地域包括ケア病棟の運営

岩村卓也
JCHO福岡ゆたか中央病院 診療情報管理室

【目的】JCHO移行当時、当院では結核病床63床を有しており、病院経営黒字化のためには7対1入院基本料を算定し続ける必要があった。平成26年度診療報酬改定では、短期滞在手術基本料の見直しにより、平均在院日数の計算対象から除外しなければなくなり、平均在院日数を維持する為に無理な退院調整を行う事で、病床利用率が低下し、入院延べ患者数が減少、収益減という悪循環が続いていた。そこで地域包括ケア病棟を導入することにより、一般病棟での平均在院日数の維持と経営面での増収を目指す事とした。

【方法・結果】過去のDPCデータから地域包括ケア病棟開設当初の疾患群は、胸椎、腰椎圧迫骨折、心不全、2型糖尿病、ウイルス腸炎等を一般病棟から転棟させることとした。また、糖尿病教育入院や緩和ケア目的の入院、他院からの廃用症候群予防目的の入院を地域包括ケア病棟の直接入院例とした。開設後は、厚生労働省から公開されるDPCデータ「退院患者調査」の結果と当院の平均在院日数を比較し、病院職員への在院日数の意識付け資料作成や、地域包括ケア病棟への転棟材料として活用するなどした。平成30年度に暫定調整係数が廃止された為、一概に比較は出来ないが、平均在院日数短縮を評価したDPC係数の一つである効率性係数が平成29年度に比べ平成30年度は増加した。また、一般病棟の平均在院日数は平成28年度以降、徐々に短縮し、病床利用率も高い状況で推移している。

【まとめ】地域包括ケア病棟対象患者の選定にDPC診断群分類を用いることで、患者選定が容易になり、さらに全国平均と比較する事で病院職員への在院日数短縮という意識付けにも繋がったと考える。また、一般病棟のベッドコントロールが容易になったことで、現在でも、急性期一般入院料1の算定を維持し続けることが出来ている。経常収支についても地域包括ケア病棟導入以降、黒字経営を続けている。