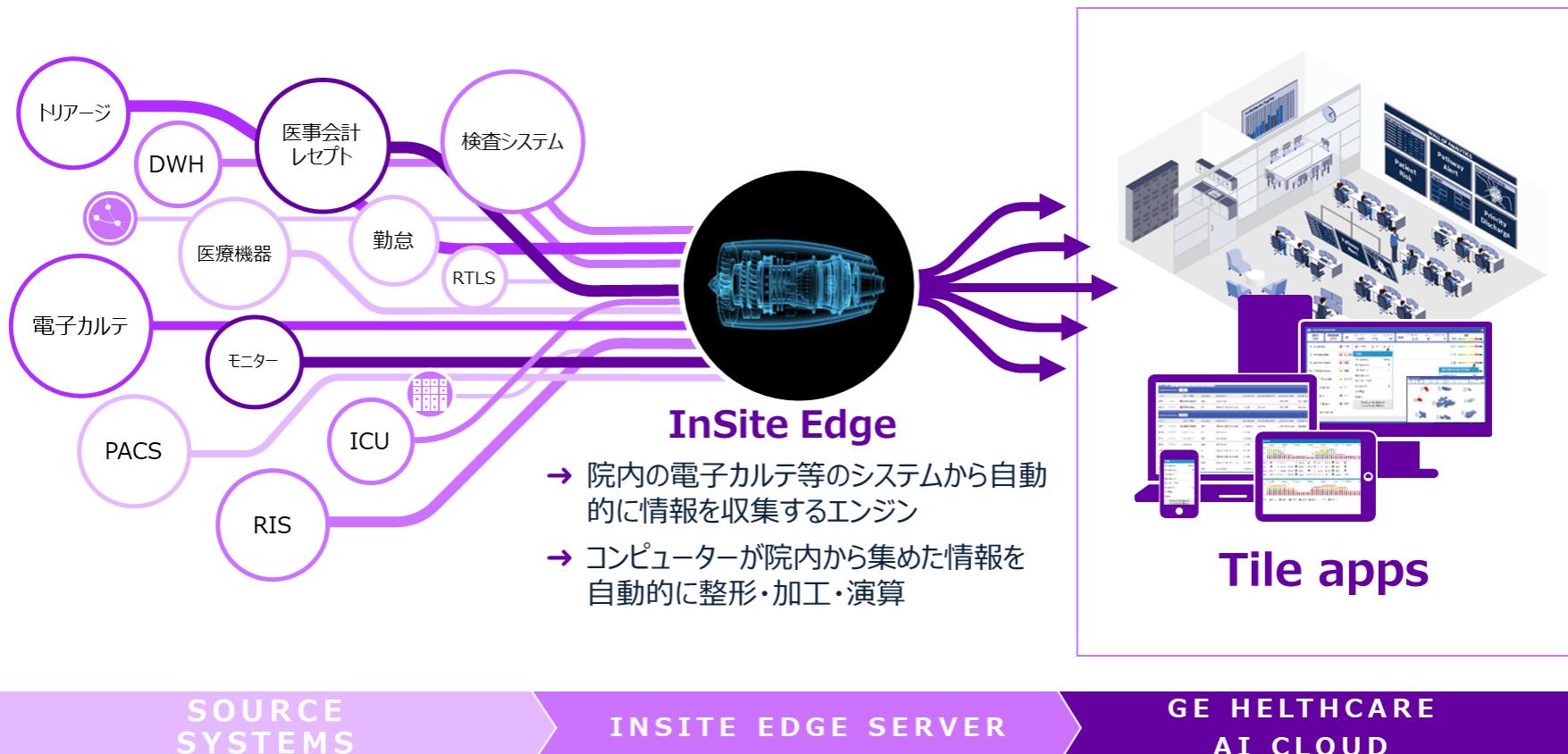


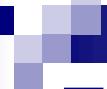
病院経営とコマンドセンター

2026年1月30日
墨東病院学会
事務局 計画課長 丹沢

コマンドセンター概念図



(出典) GEヘルスケア・ジャパン株式会社



コマンドセンターとは

リアルタイムデータを活用した効率的な病院運営



空きベッド、患者のリスクレベル、配置看護師のスキルレベル、
入院患者情報などをリアルタイムに示す

導入1年目

「“DX”・“DPC”の“Dの字”もない病院」

制度理解不足により、特定病院群から陥落
DPC入院期間が全く考慮されていないクリニカルパス
根強い紙文化、非効率、生産性低下の温床 etc …

- ✓ 頻回な異動、専門家が育ちにくい環境、ノウハウ・テクニックが蓄積されていない
- ✓ それに加えコロナ体制の移行により、壊滅的に

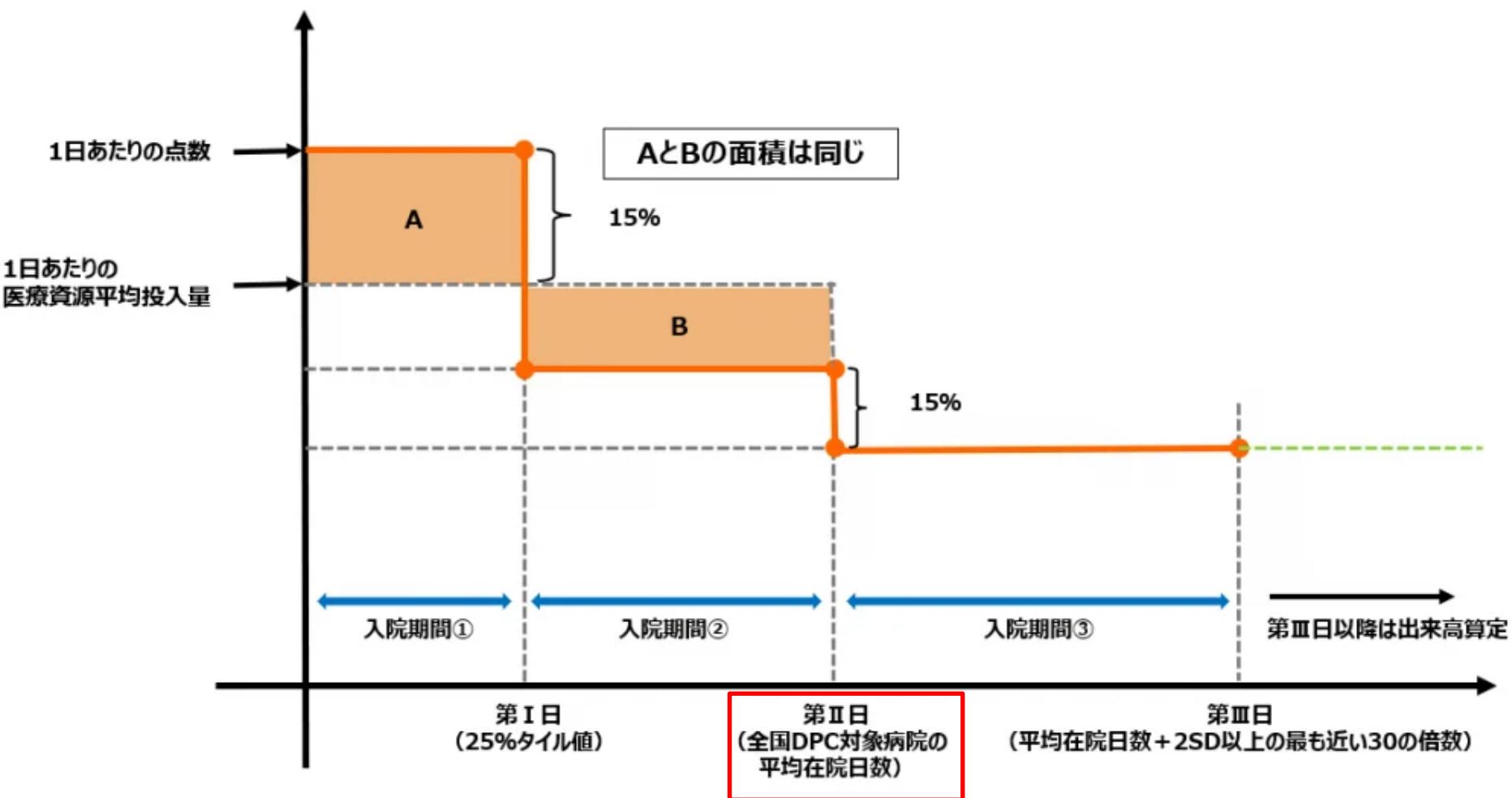
「昭和の病」から脱却、ゲームチェンジャーが必要

はびこる病…



2次システムから出した帳票を、1次に入力する…

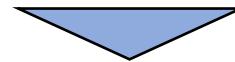
DPC制度への適応



各科応援プロジェクト

これまでの院長ヒアリングの課題

- 年2～3回の実施では各診療科と伴走して、きめ細かく取り組むことが難しい
- 回数を増やすと資料作成、スケジュール調整など、診療科・事務局双方に負担
- 機器整備、人員要望など詰め込みがちになり、結果、論点が定まらない



各科応援プロジェクトミーティング

- 原則資料なし（コマンドで可視化されている）
- 各科の取組、困りごと、KPIの進捗状況を確認
- 機器整備ヒアリングは別個に分離、きめ細かく審議
- 2か月に1回、15分枠で実施。各科の状況変化に即応可

経営戦略会議で
方針伝達、取組結果の確認

各科応援PJで
アクションプラン提示



15分でも目的は達した
双方負担なく、きわめて実利的



コミュニケーションの円滑化

区分	頻度	参加者	取組内容
病床コントロール ミーティング	毎週木曜 8:45~8:55	ゲスト診療科 幹部+病床	<ul style="list-style-type: none"> ・病床コントロールの情報交換 ・2日前退院日指示の徹底 ・各科の目標入院患者数／週の状況確認 ・DPC期間Ⅱ超割合の状況確認 ・各科応援プロジェクトミーティングと連携
退院調整検討 ミーティング	毎週月曜 15:00~	PRセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整に関する気になる事例の検討 ・退院阻害要因の解決に向けた関連各所へのフィードバック ・ノウハウ蓄積と、具体案検討
重症ユニット管理 ミーティング	隔週木曜 16:30	重症系ユニット 責任医師、師長、 関係診療科、 医事専門課長	<ul style="list-style-type: none"> ・各ユニットの病床を効率的に運用するための取り決め、PFMの検討 ・加算取得状況の改善 ・ユニット利用状況の共有
一般病棟管理 ミーティング	各病棟で 実施	病棟看護師長 病棟所属医師 医事課	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCⅡ・Ⅲ超え患者の対策検討 ・適正な病名付与、副傷病の確認 ・加算取得状況（重症系ユニット） ・重症患者、病状変化のある患者の確認

C&Cを契機、院内共通言語とした
多職種連携、コミュニケーションの活性化が図られる

クリニカルパスの改定

分類基準

- A・・・想定DPCの設定「易」　パスとDPCが1対1で照合ができるようなもの
→パスの日数をDPC期間Ⅱと合わせるだけで改善が見込める可能性あり
- B・・・想定DPCの設定「難」　病名、状態、治療内容によりDPC期間Ⅱが変化するもの
→標準的なDPCを選定する必要あり（医師・看護師とのすり合わせが必要）
- C・・・汎用性が高いパス、想定DPCの絞込不可
→パスの統合または分割等の根本的な見直しを行ったうえで想定される
DPC期間Ⅱを確認
- D・・・外れ値
→適用パスとDPCコーディングが一致していない
入院途中から一部の期間だけ適用させている 等

「見える化」、「見せる化」の効果

「見える化」、「見せる化」が一気に進んだこと、
もともと意欲のある職員が多くなったこともあり、
DPC制度への理解が一気に進む



結果

✓ 特定病院群要件 診療密度の向上

入院期間短縮、1日あたりの医療濃度が向上

✓ DPC機能評価係数Ⅱの向上

取組継続により、効率性係数、複雑性係数の向上

✓ クリニカルパスの改善

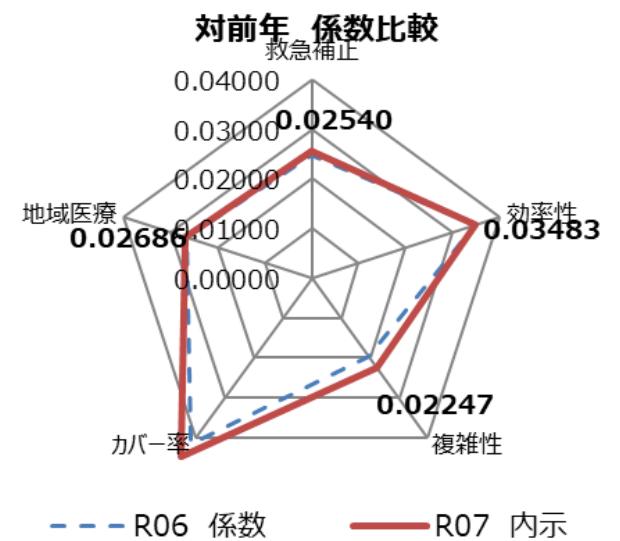
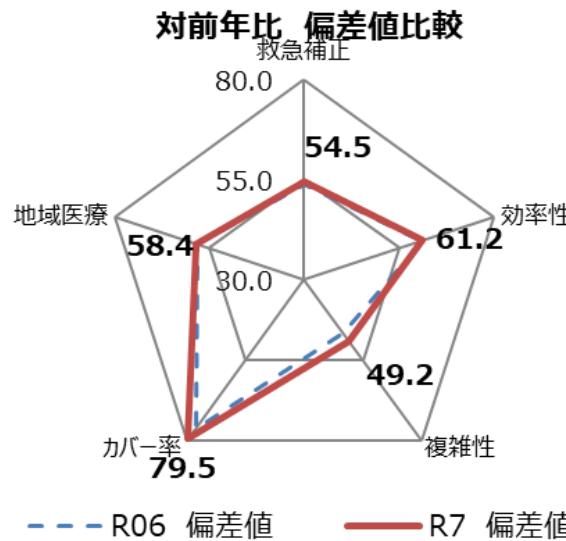
多くの診療科で改善に向けた取組

策定過程で各職種のコミュニケーションが増加

診療密度の向上

項目		実績要件	基準値 (2024)	墨東(2024)		墨東(2026改定)	
必須	1	診療密度	2,537.96	2,510.13	×	2,623.07	○
必須	2	医師研修の実施	0.0150	0.0392	◎	-	-
6つのうち5項目以上満たす	3	a 高度な医療技術の実施(外保連試案) 手術実施症例1件当たりの外保連手術指數	13.38	15.31	○	14.36	○
		b 高度な医療技術の実施(外保連試案) DPC算定病床当たりの外保連手術指數	129.40	124.50	×	147.96	○
		c 高度な医療技術の実施(外保連試案) 手術実施症例件数	5,593.00	5,928.00	○	6,995.00	◎
		A 高度な医療技術の実施(特定内科診療) 症例割合	0.0127	0.0243	◎	0.0273	◎
		B 高度な医療技術の実施(特定内科診療) DPC算定病床当たりの症例件数	0.2338	0.4198	◎	0.6319	◎
		C 高度な医療技術の実施(特定内科診療) 対象症例件数	156.00	306.00	◎	429.00	◎
必須	4	重症患者に対する診療の実施 複雑性指數(重症DPC補正後)	0.0820	0.1706	◎	0.2699	◎

機能評価係数Ⅱの向上



	係数項目	R6 偏差値	R7 偏差値	増減	R6 係数	R7 内示	差	
墨 東 病 院	☆救急補正係数 (旧: 救急医療係数)	53.8	54.5	0.7	0.02480	0.02540	0.00060	
	★効率性係数	61.1	61.2	0.1	0.03466	0.03483	0.00017	
	★複雑性係数	46.9	49.2	2.3	0.01953	0.02247	0.00294	
	★カバー率係数	76.3	79.5	3.2	0.04152	0.04468	0.00316	
	★地域医療係数	58.1	58.4	0.3	0.02643	0.02686	0.00043	
	体制評価係数	72.2	71.5	▲ 0.7	0.01892	0.01866	▲ 0.00026	
	地域医療 係数内訳 (再掲)	定量評価係数 (小児)	53.5	54.5	1.0	0.00494	0.00552	0.00058
		定量評価係数 (小児以外)	48.0	48.2	0.2	0.00257	0.00267	0.00010
	★機能評価係数Ⅱ 合計	69.7	72.4	2.7	0.1221	0.1288	0.0067	

係数 (試算)	増減
改定前	610,206,441
改定後	613,024,073
増減額／月	2,817,632

当院の立ち位置

① 機能評価係数Ⅱのみ

2024年

	係数	病院名
1	0.1211	墨東
2	0.1119	国がん中央
3	0.1118	東海大八王子

2025年

	係数	病院名
1	0.1288	墨東
2	0.1099	災害医療センター
3	0.1089	東海大八王子

② 機能評価係数Ⅱ+救急補正

2024年

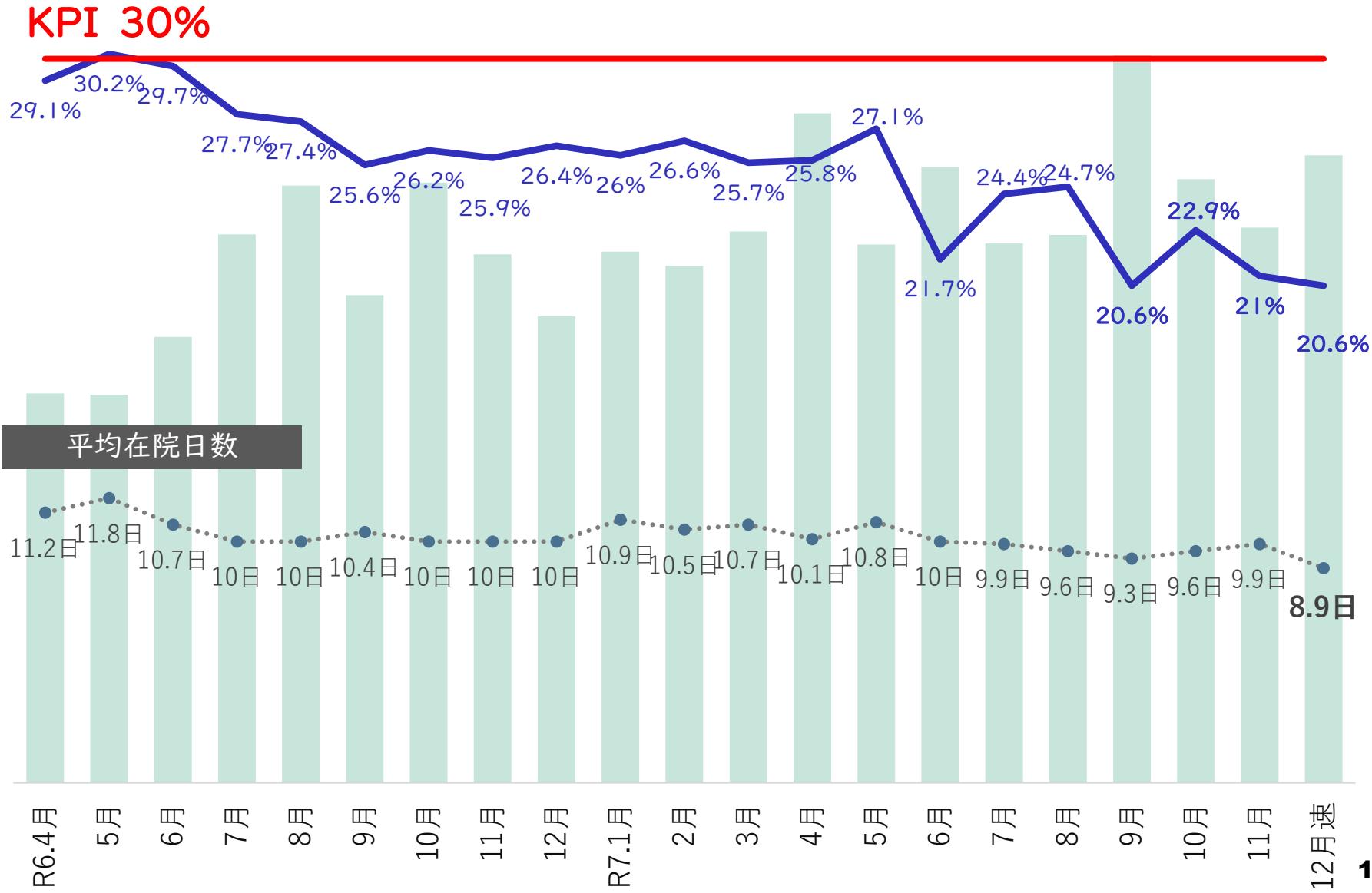
	係数	病院名
1	0.1558	苑田第一
2	0.1496	済生会中央
3	0.1469	墨東

2025年

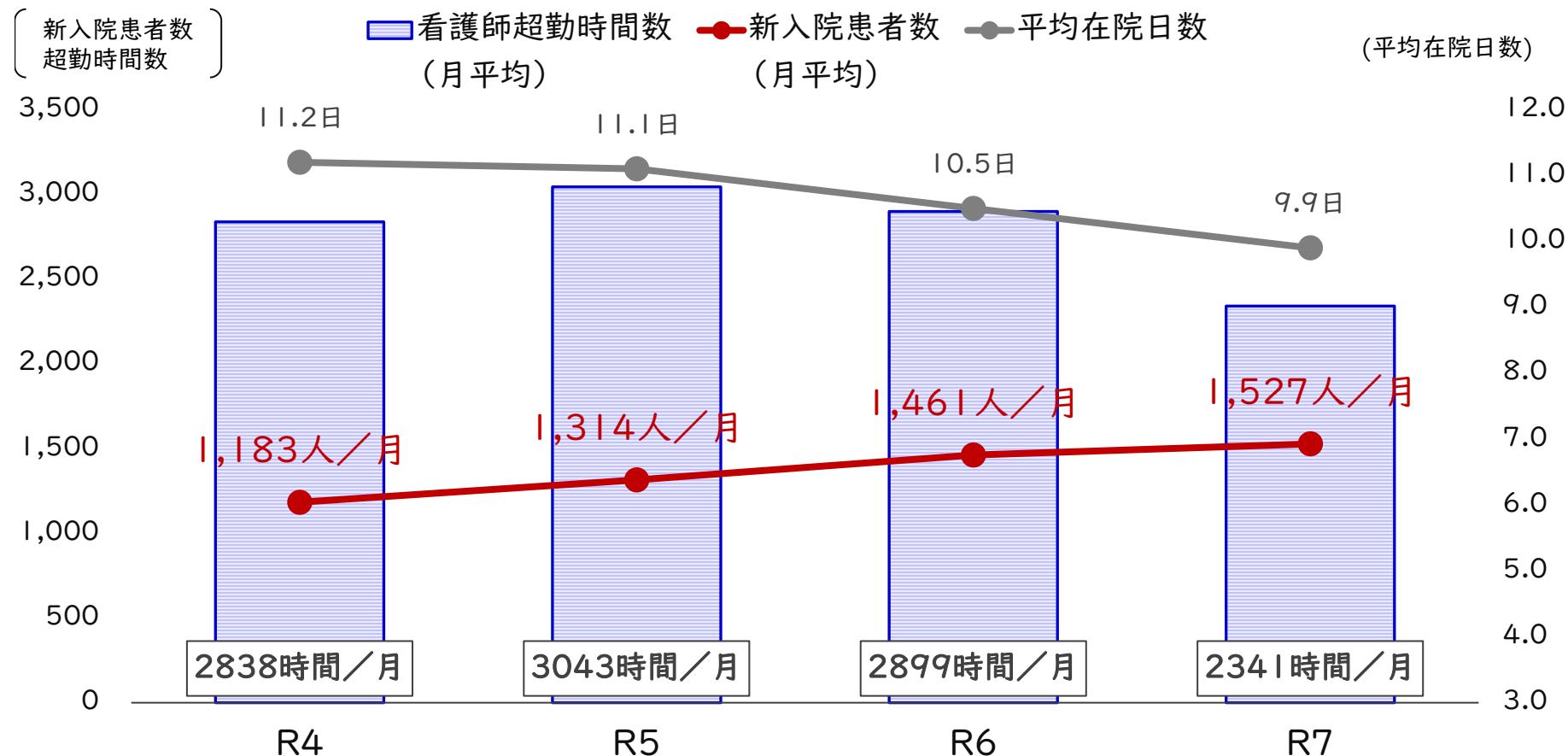
	係数	病院名
1	0.1542	墨東
2	0.1433	災害医療センター
3	0.1398	苑田第一

全国でも26位/1501医療機関

期間Ⅱ超退院率の推移



看護師超勤時間



業務の効率化も果たされている！！

今後の課題

1 少子高齢化

- ✓ 医療需要に変化、高齢者医療など転退院促進の必要性
 - ✓ 各職種働き手の減少
- ⇒ 提供医療の選択と集中、人財の育成・生産性向上、業務の効率化

2 物価、人件費高騰

- ✓ 医療は価格転嫁できず、利益率の悪化
 - ✓ 診療報酬による手当は部分的だが、あらゆるところに人件費増の影響
- ⇒ 費用削減の不斷の取組、不要な業務の廃止

3 医療機関の再編統廃合

- ✓ 2024医療費改定は影響大。医療業界全体が危機
- ⇒ 求められているものは何か、生き残るために何をしていくべきか

今後の展望

1 業務効率化・生産性向上

- ✓ 働き手の減少を考えると重要な視点
- ✓ 機械に「労働基準法」は適用されない。積極的なタスクシフトを
- ✓ 医療従事者が本来業務に注力できる環境づくり

2 事務にもD“X”を

- ✓ 個人的には脅威に思ってほしいDX。価値ある病院事務職に！
- ✓ AIやデジタル技術を駆使して、高度な業務へシフト

3 経常黒字

- ✓ 赤字体質からの脱却。私たちなら絶対できる！！