

長期入院患者数の削減

医療法人敬愛会 中頭病院 看護部 平良由利子 たいらゆりこ

1. はじめに

当院は沖縄市の中部に位置し、救急告示病院、地域支援病院としての承認を得、病床数 326 床のうち 20 床の開放型病床を持つ急性期病院である。平均在院日数 10 日、ベット稼働率 98% である。今年に入り、日々変動はあるが入院ベットの空きがなく、救急搬送や紹介入院の患者様をお断りしたケースが発生し、院長より緊急の課題が提示された。現状を打破するために職種を超えたメンバーがお互いの役割を活かしながら取り組もうと急ぎよ発足した QC サークルである

2. テーマ選定理由

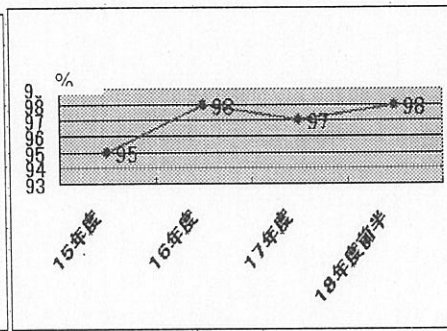
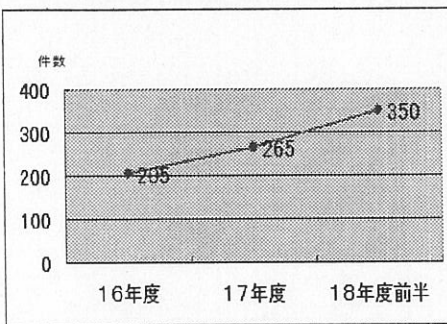


図1 救急車搬送件数

図2 病床稼働状況

急性期病院として、地域からの認識も高まり病床稼働率や救急搬送件数もアップしてきている。しかし、ベットが満床という理由で救急車搬送や紹介患者の受入れのお断りや、他院への紹介などが発生している。そこで、地域からの要望に応えるために、長期入院患者様の対策が急務ということで、関連部署へメンバーを招集しサークル活動に取り組んだ。

3. 現状把握

平成 18 年 5 月 平成 18 年 6 月

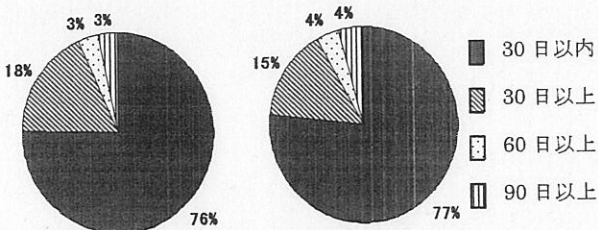


図3 長期入院患者の占める割合

現状把握その①

月間の入院患者を、入院日数別に表した図である。当院では、30日以上の入院期間を長期入院と定義付けており、5月が24%、6月23%を占めている。

サークルチーム名: ユイマール			(2006年7月結成)		
リーダー氏名 (職種)	平良由利子 (看護師)	所属 部門	看護・管理・事務 医療技術・その他	月あたり会合回数	4回
リーダー経験				平均会合時間	60分
メンバーの数	女5名 男2名 計 7名	活動 内容	質・能率・CS コスト・安全	平均会合出席率	100%
				テーマ歴	1件目

現状把握その②

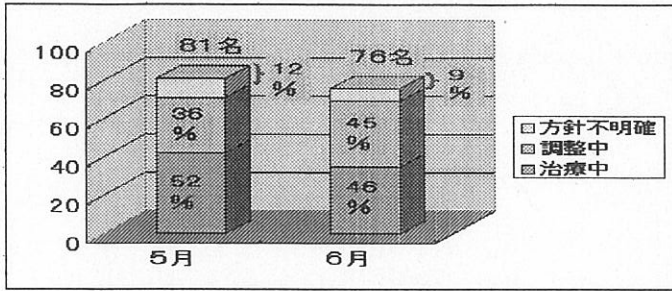


図4 長期入院患者の治療経過

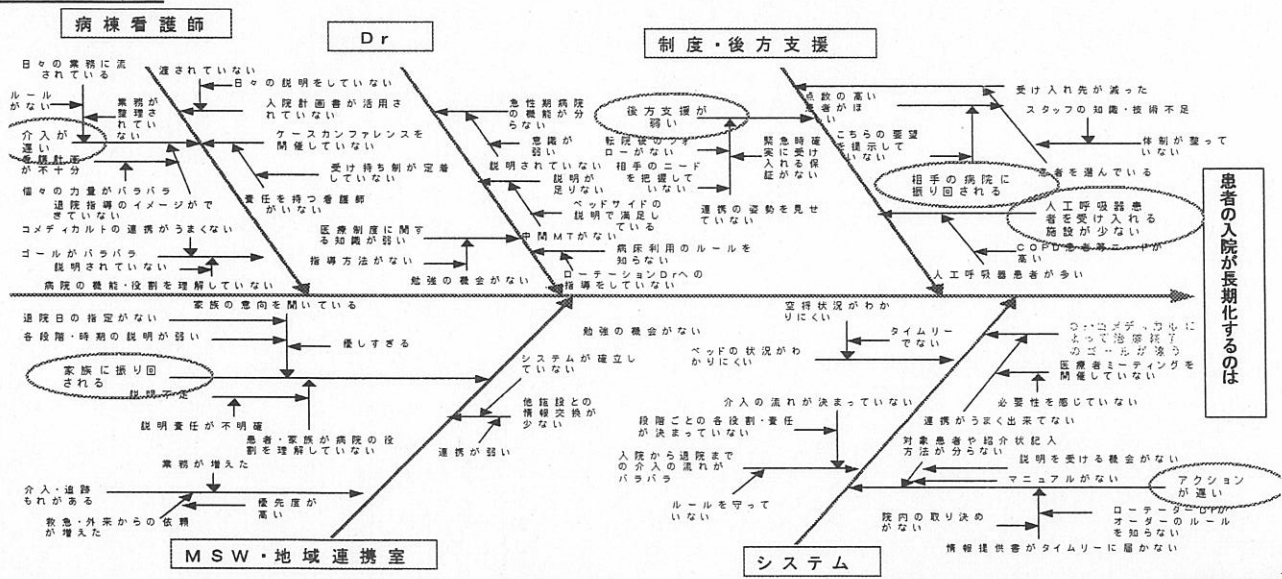
長期入院患者の治療経過別に表した。調整中とは、治療終了後の方針が明確であるが、退院後の療養環境など何らかの介意が必要である場合。方針不明確は、医療者間の方針が統一されてない場合をいう。

以上のことより、①全入院ベットの 23%~25%を長期入院患者で占めている。長期入院患者のうち医療者間の方針確認がされていないケースが 12%~9%を占めていることがわかった。

4. 目標設定

何を：長期入院患者数を いつまでに：9月前半までに どうする：20%削減する

5. 要因解析



6. 対策の検討と実施

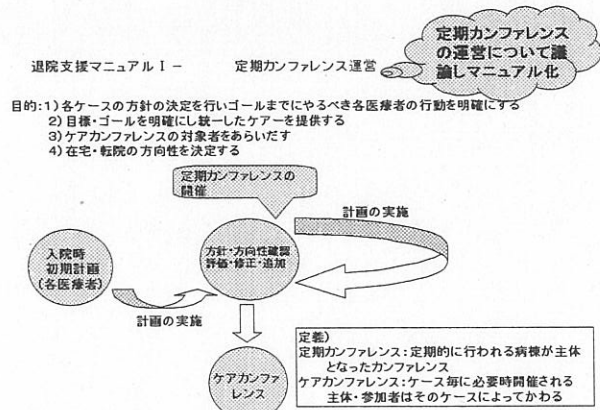
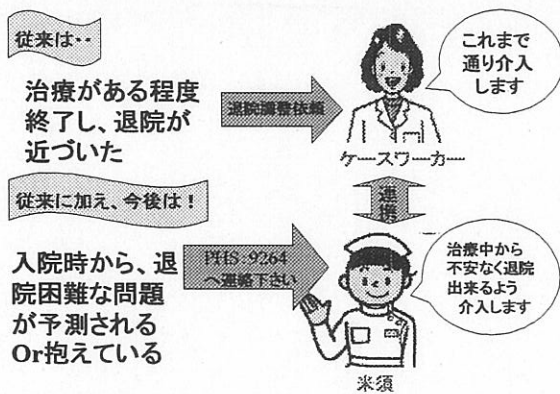


対策①退院コーディネーターの業務内容の具体化を行う。

主な活動内容として、①主治医との意見・情報交換(直接あるいは電話・メールを活用し、コーディネーターの意見を述べ、治療方針確認を行う。方向性決定についての助言を行うこともある)②入院時情報よりのスクリーニング③定期カンファレンスへの参加(退院に際して困難を生じているケースの相談を受け、現場のスタッフとともに医療・心理・社会的問題状況を分析し退院に向けて助言及び直接介入を行う)④退院指導等に関してアドバイザーとして参加⑤退院支援システムの構築⑥各フロア一担当 Dr と意見・情報交換(各フロア毎に、任命された Dr と、検討困難な患者についての意見交換や医局へのアピール時の方法論について相談を行っている)

対策の実施② 退院コーディネーターによる 医局会への説明会

対策の実施③ 関係者へのワークアウトの 説明会



対策の実施④ 退院支援に関わるスタッフの経過的業務内容

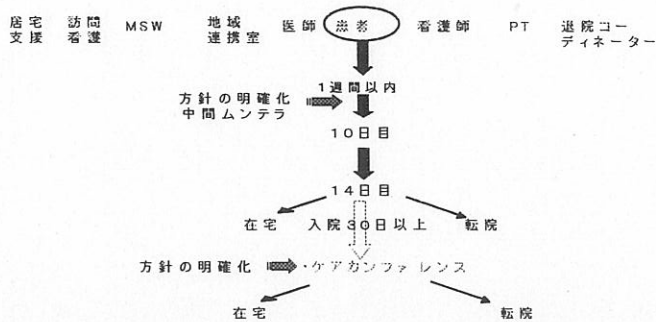
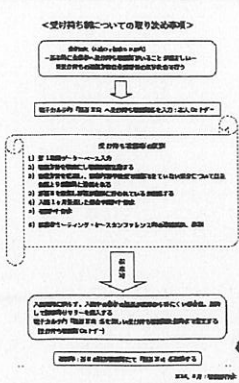


図5 退院支援に関するプロトコール

患者を中心に、医師、退院コーディネーター、域連携室、医事課、リハビリ、病棟、居宅、訪問看護、MSW など、退院支援に関与する各部署業務内容を、患者の入院日数の経過に沿って標準化をおこなった。お互いの業務内容を把握することで効率的な運営ができるようになっていく。

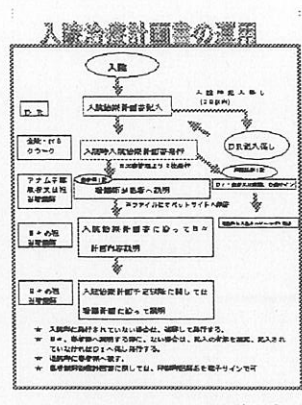
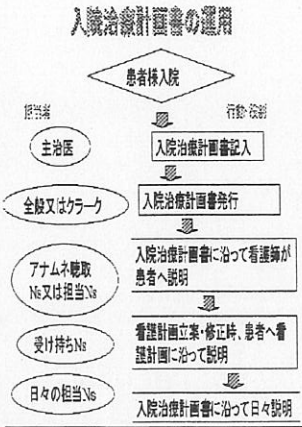
対策の実施⑤固定チーム受け持ち制の取り組み強化 対策の実施⑥入院治療計画書のフロー図

①受け持ち制について 手順化 ②固定チームにおける各役割・機能の見直し



役割	役割	役割	役割
主治医	看護師	薬剤師	リハビリ
...

看護提供のあり方を再度話し合いました
受け持ち看護師の役割を明確化した



対策の実施 ⑦ケースワーカーによる医局勉強会

対策の実施 ⑧後方病院との連携強化

病院の機能について

1680歳(16800円) / 1日

150円

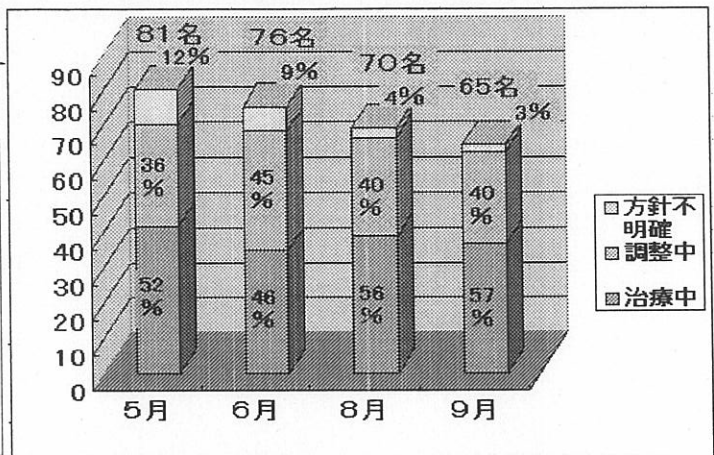
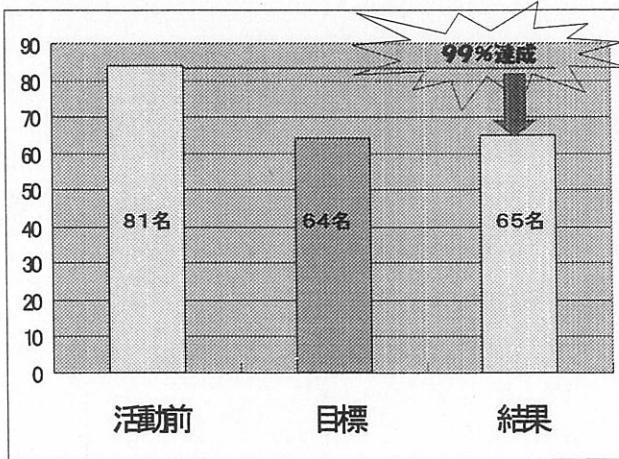
180円

病院の機能・後方病院の機能を理解してもらいました

レスピレーター患者を受け入れていなかった病院へ積極的に働きかけることで、受け入れの流れを作った

訪問日	主な活動内容
7/13	受入状況確認の為訪問 ・事務部長、MSW
7/22	レスピに関する情報収集 ・患者選択の為の情報収集
7/29	呼吸療法士・臨床工学士・コーディネーターカンファレンス…1回目 レスピ機種に関する情報収集 ・臨床工学士と機種確認
8/9	呼吸療法士・臨床工学士・コーディネーターカンファレンス…2回目 主治医とのカンファレンス
8/10	ムンテラ 呼吸療法士・担当看護師・コーディネーターカンファレンス…3回目 情報提供者提出
8/11	家族とともに訪問・面談…(午後機種変更) 呼吸療法士・臨床工学士立ち会い及び勉強会開催
8/17	転院日時決定
8/22	転院

6. 効果の確認



効果の確認期間が短かった事もあり、目標達成率は99%であった。しかし有形効果として、これまでの治療方針の不明確な患者が12%から3%に減少した事がいえる。

7. 標準化と管理の定着

	何を	誰が	いつ	どこで	どうする
標準化	入院治療計画書に沿って、治療計画を	担当看護師が	入院時と日々	病室で	患者に説明する
	看護計画を	受け持ち看護師が	立案時・計画修正時	病室で	患者に説明する
教育	定期カンファレンスを	師長主催で	毎週1回	カンファレンス室で	開催する
	ケアカンファレンスを	師長主催で	必要時	カンファレンス室で	開催する
	病院の機能・役割について	退院コーディネーター・MSW	毎月、月初め	講義室で	中途採用医師に対しオリエンテーションを行う
管理	プロトコル表に沿った退院支援を	各担当が	各介入段階で	各現場で	実施する
	NPPVフロー図に沿った呼吸管理を	看護師と医師が	発生時	現場で	実践する
	後方病院との情報交換を	退院コーディネーターが	長期患者退院時・必要時	各病院・施設	訪問する

8. まとめ

病院方針から、退院コーディネーターの誕生を機に横断的なQCサークルを結成し、活動できたことは、各職種と各々の役割について意見交換出来、より効果的なチーム医療の提供に繋がった。