

23. 当院の入退院システムの再構築を検討する

東京慈恵会医科大学附属病院 畠山 まり子

【背景】

当院は特定機能病院として高度先進医療を提供するという役割を担い、手術件数が年々増加している(別表 1)。その変化や業務内容の増幅に対しては、適切な業務改善が行なわれず、看護師の時間外労働という形で対応していた。看護部はその状況を変えようと患者フローシステムを検討し、入院前の病歴聴取を行なうなど独自で動き出した。しかし、病院にすでにある「患者支援・医療連携センター」や「ベッドコントロール」などとの業務は連結されず、各々が独自で対応していた。また、病院としての入退院システムのあり方が明確になっていないため、看護部以外の他部門は役割認識が低い。問題を打開するには、患者中心の医療、そして患者サービスの向上を目指すために、入院から退院、そして退院後の生活に最善の治療が提供できる環境を整備する必要がある。病院としての全体像を明らかにするための一歩として、看護部が考えるコンセプトを立案し病院の検討材料のひとつとしたい。

【実践計画】

1. 看護部としての入退院システムのあるべき姿を明確にする。
 - ① アンケートにより看護の質の検証および、病棟で獲得した時間の有効利用とその検証
 - ② 実態調査により患者支援・医療連携センターの活動内容を知り、質を評価する。
 - ③ ベッド調整システムの立案
 - ④ 適正な業務および適正な業務に必要な人材の明確化
2. 患者支援・医療連携センターと入院前病歴聴取時との連携の構築
3. 看護部が立案した全体像を病院全体のあるべき姿として検討する機会を得る

【結果】

1. 最初に実践したことは、グリーンカウンターと、患者支援・医療連携センターとの連携である。在宅療養支援は入院後に依頼があった患者のみに担当看護師が訪問し対応していた。そのため支援のスタートが遅れてしまい、退院や転院がスムーズにいかないケースがあり、計画的入院に影響を及ぼすこともあった。そのため、患者支援・医療連携センターの担当師長と話し合い、グリーンカウンターで病歴聴取が済んだ患者記録から対象患者をピックアップし、スクリーニングすることで、入院と同時に患者や家族に退院支援の必要性や方法などを指導するという方法に変更した。
2. 患者支援・医療連携センター担当看護師が、グリーンカウンターでスクリーニングを開始して2か月経過した12月初旬、現在グリーンカウンターで行われている病歴聴取および患者支援・医療連携センター担当看護師の介入に関し、病棟看護師の意識調査を行い、その有効性について検証した。

病棟看護師100名を無作為に抽出し、アンケートを行った結果、①入院と同時に患者の全体像が分かり、治療・ケアへの流れがスムーズになった96%、②病歴聴取の業務負担が軽減したことで時間外労働が減少した92%と効果を実感している。③病棟・外来

間の患者問題の共有やケアの継続が円滑になったかという質問に関しては 69%、④在宅室スタッフの介護保険等ハイリスクスクリーニングの結果、病棟での退院支援が充実したという質問は 63%と、質的業務の向上も認知され始めていることが判明した(別表 2)。

3. ベッドコントロールに看護師が関与するという方法は一昨年より導入していたが、運用内規も制定されておらず、業務内容は担当師長に一任されていた。その方法は担当師長に一任され、病棟や救急室との連携はなく、一方的な連絡により展開されていた。また運用内規が不備だったため、夜勤帯での緊急入院は夜間事務の了承が得られないなどの理由で入院を拒まれるケースもあった。

今回、ベッドコントロール調整として担当看護師に依頼し初めて運用内規を明文化した。関連病棟を 4 グループにわけ、空床状況や受け入れ状況を事前に情報交換し、各々 1 名の代表師長が集合し、話し合いをした上で効率的に入院できるシステムを構築した。2 月より導入しているが、その効果はまだ検証していない。しかし、このシステムにも医師が介入することはなく、看護部と業務課独自のシステムであり、課題を残している。

4. 考案した組織図は 4 つのカテゴリーに分類した。「継続診療」として①看護情報の引き継ぎ、②手術前処方確認、③検査説明、④手術前オリエンテーションなど、「ベッド調整」としては①ベッドコントロール、②入院予約管理、「療養支援」として①療養上の相談、②福祉制度の説明、③退院・転院の支援など、「受診支援」としては、①紹介患者管理、②外来予約管理を主な業務とした(別表 3)。今後はがん診療連携拠点病院としての役割や、HIV 患者支援などの体制も検討する必要がある。

現段階では素案の状態であり、まだ病院全体として検討するまでの材料には至っていない。また、他部署にもその認識を変えるところには至っていない。

【評価及び今後の課題】

1. 看護部としては、高機能・高回転を目指すためには、患者の入退から退院までの流れをマネジメントする必要があるという認識で一致し、既存の業務を連結しなければならないと認知することができた。
2. 先に導入した病歴聴取に関しては、時間外労働の減少など一定の効果は得ている。しかし、時間外労働の減少で獲得した時間の有効利用については今後の検証項目である。また、患者支援・医療連携センターによる退院支援のスクリーニングは、スムーズな退院・転院・社会資源の活用など効果を得ている。
3. ベッドコントロール調整システムに関しては経過観察後に検証を行う必要がある。
4. 各々の部署を連結する動き、および全体の構築は遅れをとっている。しかし他部署に入退院システムのあり方について説明する機会を得たことで、他部署の認識に刺激を与えることができた。そのような積み重ねの上で、病院側に対し検討材料のひとつとして提供したい。
5. 患者サービスの向上を目指すためには外来病棟一元管理が不可欠である。
6. 外来病棟一元管理には医師の協力と理解が必要であり、医師の認識を変えることが重要である。

(別表 1)

	H15年	H16年	H17年	H18年	H19年	H20年	H21年	H22年
年間手術件数推移	9925	9362	10064	11110	12313	13029	14443	14706
病床稼働率	87.1	84.7	87.2	87.2	87.0	84.7	86.4	84.4
平均在院日数	16.1	15.6	15.0	14.0	13.9	13.0	12.7	11.5
一日入院患者数 (平均)	52.1	51.2	66.2	72.5	72.3	73.6	73.4	74.2

(別表 2)

【退院

支援対象者】

	PFM 開始前	PFM 開始後	分析
病棟でのアセスメント 開始時期	14.7 日	0.5 日	・早期に退院支援が開始できた ・入院日より介入
介護保険の活用率	20.06%	42.85%	・必要とする患者が活用できた
平均在院日数	43.24 日	20.8 日	・早期支援開始で入院期間が短縮した

(別表 3) 組織図

