

入退院患者支援体制の再構築に向けた取り組み

施設名：久留米大学病院 氏名：山本 都江

【概要】

2018年度の診療報酬改定で、入院前から退院を意識した支援の評価充実が図られ、外来からの入院支援を重要視されている。当院では、医療連携センターの事務・看護師が中心となって、「入退院支援センター」として一部の診療科で試行導入し、多職種で話し合いを重ねているものの、有効な運用ができていなかった。今回、入院時支援の強化を目的に、多職種協働の拡充と組織体制の見直しを図り、入退院患者支援体制を再構築し、医療の質の向上と患者満足度につなげたいと考えた。初診～入院までの医師業務と入退院支援センター業務の整理・標準化を図り、各専門職の強みを活かした患者状態の向上を目指すためのしくみ作りを進めた。その結果医師の業務量減少が可視化でき、診療科拡大につながった。患者からは、外来診療やセンターの対応等について良好な意見が得られた。今後更に効率的に診療・検査が行われ、患者サービスに寄与する仕組み作りが必要である。看護部管理室内では、医療連携センターへ看護師長配置の検討を行うことの意志決定を図り、承認を得て病院規約が修正された。今回の診療報酬改定で入院時支援加算が新設されたことは、その内容から、看護師の役割が大きく関与することを意味している。今後、看護師長の配置によって、看護管理者が入退院支援を更に推進することができるため、共に診療プロセスの協働を支援していく必要がある。

【背景】

当院では、2016年よりPFM（Patient Flow Management）システムを導入、医療連携センターの事務・看護師が中心となって、「入退院支援センター」として一部の診療科で試行中である。その目的は①患者状態の向上：関連部門多職種で協働して効果的に診療プロセスを支援することと②職員生産性の向上：業務の集中化・標準化を図り、収支改善につなげることにある。しかし多職種で話し合いを重ね試行しているものの、各診療科の入院までの外来運用フローが標準化されておらず、現状では診療科の拡大や入院時支援加算につながっていない。本来の患者主体の入退院支援以上に、医師業務負担軽減のための入院前検査の代行入力を強く要望する診療科が多く、心臓外科・心臓内科の一部の診療から試行を重ねて、2017年10月から、肝胆膵外科でも運用を開始したが、事務職の負担が大きくそれ以上の拡大に至っていない。

また、医療連携センターの看護師は、病棟看護師の負担軽減のために入院前の基本情報聴取・退院支援スクリーニングを約7年前より実施しており、入院後、病棟看護師との連携・介入により入退院支援加算Ⅰの取得はできているのだが、「入院前、つまり外来から退院を意識した支援」が行える有効な運用はなされていない。

私は、入退院支援センターワーキングメンバーの一員で、各診療科と多職種をつなぎ業務をマネジメントする立場であり、スムーズな退院支援に向けた、入退院支援強化のために体制の再構築と運用の検討が必要であると考えた。

【実践計画】

1. 目標

- 1) 入院前情報を活かした支援の充実と入院前からの多職種協働を拡大した患者支援ができる。
- 2) 組織体制の再構築による医療連携センター内の業務・機能の向上、入退院支援のため組織体制

の再構築ができる。

2. 実行計画

- 1) -①外来～入院決定～入院までのフローを標準化し、対象診療科の拡大と専門職活用の検討を行う。
-②入院時支援加算取得開始にむけ入院前に療養支援計画の立案ができるよう記録等を整える。
- 2) -①医療連携センターの機能に入退院支援も含めた体制へと組織再編を提案する。
-②看護部内で、平成 31 年 4 月から医療連携センターの看護師長の配置検討を行う。
-③患者や全職員の認知度を高めるために、外来の表示やブースの増設を提案する。

【結果】

目標 1) に対して

初診～入院までの医師業務と入退院支援センター業務の整理・標準化を図った。医師業務のタスクシフティングも目指すが、事務職の負担にもならないように調整を重ねた。医師からは、診察中に検査のスケジュールリングやオーダー入力をする時間が短縮され、「助かっている」との意見が聞かれた。実際に介入前後で、医師の電子カルテアクセス時間は患者 1 人当たり平均約 10 分減少していた。外来看護師が患者へ検査説明をする運用にしたことで、患者との面談が増加し、患者への関わりが増加した。この結果を他診療科医師へアピールし、消化器外科と呼吸器外科の導入を開始した。

各専門職の強みを活かした患者状態の向上を目指すことも同時に進めた。整形外科・呼吸器病センターでは、入院前に外来で持参薬確認と術前中止薬の抽出を外来看護師が行っていたが、薬剤師に依頼する運用へ変更し、安全かつ効率的に対応できるようになった。また、頭頸部悪性疾患患者には、入院前に必ず栄養状態のアセスメントを行い、栄養相談や栄養剤処方ができるように、入退院支援センターの看護師が外来医師・外来看護師と連携して、栄養相談や処方オーダー等ができるような体制を作り、栄養相談の件数も増加した。

入院時支援加算算定に向けた対応としては、加算算定に必要な必須要件についてはクリアできていたのだが、入院病棟へつなげる為の療養支援の計画を立てることが不足していたため、患者情報用紙を療養支援計画の記載ができるように変更し、入院前支援加算は 2 月より取得可能となった。

目標 2) に対して

医療連携センターの現組織図は、所属や配置を示したもので、各部門の働きや指揮命令系統が明確ではなかった。入退院支援を行っているが、その機能が全く見えないものであった。そこで、他病院の組織図を参考にし、新組織図の提案を行った。現在改訂中である。

看護部管理室内では、医療連携センターへ看護師長配置の検討を行うことの意志決定を図った。その目的は、副看護部長が行っているベッドコントロール業務を看護師長へ委譲し、副看護部長が新患者の獲得やスムーズな退院支援のための、関連病院との連携を強化することや、入退院支援センターの取り組みをスムーズに行うことを推進していくためである。看護部長より上部組織へ上申し、承認を得て、病院規約が修正された。

今年度は入退院支援センターが試行中ということで、外来の表示やブースの増設といったハード面での改善はできなかった。

【評価及び今後の課題】

入院後の患者に、外来診療や入退院支援センターの対応等について聞き取り調査を行ったところ「詳

しい説明を聞いた」「丁寧な質問対応だった」との意見が聞かれた。来院回数についての不満は少なかったが、診察や検査間の待ち時間が長いことへの不満があった。今後更に効率的に診療・検査が行われ、患者サービスに寄与する仕組み作りが必要である。

これまで、事務主導で入退院支援センターの拡大等をすすめてきた。しかし今回の診療報酬改定で入院時支援加算が新設されたことは、その内容から、看護師の役割が大きく関与することを意味している。今後、看護師長の配置によって、看護管理者が入退院支援を更に推進することができるため、共に診療プロセスの協働を支援していく必要がある。