

【概要】

当院の入退院センターでは、予定入院や緊急入院のベッドが確保できない場合にベッドコントロールを行っており、空床を効率的に運用している。しかし、ベッドコントロール件数は年々増加し、転棟による患者サービスの低下や業務の煩雑さが課題になっている。当院の平均在院日数は 12.8 日に短縮しているが、平成 27 年度の DPC (Diagnosis Procedure Combination ; 診断群分類) 期間Ⅱを超える患者は全体の 30%以上を占めていた。また、平成 27 年度の退院調整加算件数が 183 件と少ないことから、退院支援の遅れが入院の長期化の要因となっていることが考えられた。そこで、大学病院で治療を必要とする患者が適切な病棟にスムーズに入院できるように、経営的な視点も踏まえ、DPC 期間Ⅱ超えの患者を削減すること、また退院支援を強化する必要があると考えた。DPC 期間Ⅱ超えの患者数を DPC ごとに在院日数分布グラフで見える化し、どのような患者が長期化しているか各病棟の看護師長や病棟医長へ情報提供した。また退院支援を強化するために医師や看護師の退院支援に関する知識の習得や手順の浸透を図り、次年度の退院支援加算 1 取得に向け、退院支援担当者を病棟に専任配置するための人員を確保した。地域連携の強化に関しては、大学病院として地域医療連携セミナーやインターネット回線を活用した遠方の訪問看護ステーションとの TV ケア会議、市内の訪問看護ステーションとの交流会などを実施し顔の見える関係づくりを行っている。

【背景】

当院は北海道のほぼ中央に位置する地域の中核的な特定機能病院である。北海道の医療施設は札幌と旭川に集中しており、当院に入院する患者の約 25%は旭川市外の 3 次医療圏にあたる道北、オホーツク、十勝など広範な地域から来ている。急性期の治療を終えるとそれぞれの地域に戻っていくが地元で専門医がいないため、2~3 日かけて外来を受診する患者も少なくない。地域包括ケアシステムを考える上では旭川市だけでなく、広域分散型の地域特性を踏まえて考えていく必要がある。

入退院センターでは、年間約 6000 件のケースマネジメントと約 800 件のベッドコントロールを実施している。また、地域医療連携室では、入院時スクリーニングにより退院支援が必要な患者を抽出し退院調整を行っている。入退院センターと地域医療連携室は別組織であるが、入院前から退院支援が必要な患者に早期から介入するために連携を図っている。しかし当院の平均在院日数は 12.8 日に短縮しているにも関わらず、平成 27 年度の DPC 期間Ⅱを超える患者は全体の 30%以上を占めていた。そこで、入退院センター担当副看護部長として、大学病院で治療を必要とする患者が適切な病棟にスムーズに入院できるように、経営的な視点も踏まえ、DPC 期間Ⅱ超えの患者を削減すること、また退院支援が必要な患者に早期から介入するために、退院支援に関する知識の習得や手順の浸透、人員確保、地域連携の強化が必要であると考えた。

【実践計画】

1. 経営企画課の協力を得て DPC 期間Ⅱ超患者の在院日数分布グラフを作成し、各病棟の看護師長や病棟医長に説明、各病棟でパスの作成や修正など入院日数短縮に向けた対策を検討する。その後、各病棟の看護師長から課題の取り組み状況を把握し支援する。
2. 退院支援看護師育成セミナーを継続し、セミナー後のアンケートから理解状況、活用状況、内容についての課題を評価する。また病棟看護師長からセミナーの内容が行動に活かされているか、課題となっていることは何か聞き取り調査する。
3. 次年度に向け、退院支援看護師育成セミナーを継続教育プログラムに組み込み、各病棟に退院支援のリーダー的役割を担う看護師を育成する。

4. 次年度の退院支援加算1取得に向け、退院支援件数等の実績を積み上げ、地域医療連携室の人員確保に向けて経営企画課や医療支援課に交渉する。

【結果】

1. 経営企画課の協力を得て平成28年11月までのDPC期間Ⅱ超えの患者が多い疾患に関して、在院日数分布グラフを作成した。各病棟の看護師長に説明、病院長ヒアリングの資料としても活用し、各病棟でパスの作成や修正など、在院日数短縮に向けた対策の検討を依頼した。(1月～2月)
2. 退院支援看護師育成セミナーは2月までに予定通り5回開催し延べ223名の参加があった。5回すべて受講した看護師は平成27年度の受講者も含め32名で各病棟に1～2名となった。アンケート結果からは、退院支援の必要性や手順が理解できた、実際に訪問看護師から話を聞いたことで在宅でのイメージが付き実践に活かせる、自部署でも普及していきたいなどの反応が聞かれた。また副看護師長研修で退院支援の必要性や病棟看護師の役割について説明した。地域医療連携室看護師に働きかけ、看護師長会議や副看護師長会議で退院支援や介護支援連携指導等について手順の説明と協力依頼を行ない、診療報酬加算件数の実績報告を行った。医師に対しては地域医療連携室長から運営委員会や医長連絡会議で説明し協力を依頼した。介護支援連携の件数増加により地域の担当者からも退院前に情報共有でき安心という声が聞かれ、入院前から地域医療連携室に連絡が入るなど、地域とのコミュニケーションが良好になっている。
3. 退院支援看護師育成セミナーは、看護部継続教育プログラムの在宅療養支援研修に加え、退院支援看護師育成研修として組み込むこととなり、教育委員会と協働しラダーレベルに対応したベーシックコース、アドバンスコース、フォローアップ研修のプログラムを検討中である。
4. 退院支援加算件数は、平成28年12月までに533件で目標を達成した。次年度の退院支援加算1取得に向け、地域医療連携室の看護師を増員した場合の増収見込みを約1000万円と試算し、看護部長から病院長補佐会議や財務委員会等に増員の要望を提出した。その結果、看護師2名の増員が認められ、次年度の退院支援加算1取得にむけ準備中である。
5. 大学病院の中でも最も早く退院支援加算1を取得し、退院支援に積極的に取り組んでいる鳥取大学医学部附属病院の入退院センター、医療福祉支援センターを見学し、病棟に退院支援専任看護師が配置されることで、スムーズな退院が実現し患者のQOLの向上につながっていることを実感した。また、訪問看護師など地域の担当者との連携、専任配置の看護師と病棟看護師の役割についても学ぶことができ、今後の退院支援強化に向けての示唆を得ることができた。
6. 地域連携の強化としては、地域医療連携セミナーで、全職員を対象に地域包括ケアシステムについて外部講師による講演会を実施した。看護学科と協働し遠方の訪問看護ステーションとのインターネット回線を使用したTVケア会議を4回実施、今後は市内の訪問看護ステーションとの交流会を予定している。地域の担当者のレベルアップや顔の見える関係づくりにつながった。

【評価及び今後の課題】

1. DPC期間Ⅱ超えの患者は、平成28年11月までで36%であり前年度より3%増加していた。今後はクリニカルパスの電子化に向けパスを見直すとともに、入院期間の短縮に向けた対策を検討する。
2. 退院支援のリーダー的役割を担う看護師が各病棟に1～2名育成され、退院支援の必要性が認識されつつある。さらに、すべての看護師が退院支援に関われるように今後も研修を継続する。
3. 各病棟に退院支援職員が専任配置されることで、退院支援件数の増加だけでなく、計画が実践され在院日数が短縮しているか、患者が望む退院につながっているか評価する。
4. 地域連携の強化に関しては、TVケア会議、訪問看護ステーションとの交流会を継続する。