

急性期病院における退院計画のあり方とは —在院日数の短縮，患者家族の理解と安心—

平田貴代美

第59回国立病院総合医学会
(平成17年10月15日 於広島)

IRYO Vol. 61 No. 4 (247-249) 2007

要旨

患者・家族の早期退院への理解と安心感を確保しながらの在院日数の短縮でなければならない。そこで、急性期病院としての全スタッフによる退院計画システムの再構築が必要と考えた。入退院の激しい急性期病院の現状から情報を共有する手段として退院計画チャートを考案し、退院計画に関する記録の統一を図り稼動を開始したところである。全スタッフが、退院計画・退院支援を基本的な責務として認識できるよう、退院計画の指導・支援・調整を行っているところである。

全スタッフが患者・家族と共に目標と情報を共有しながら進める退院計画は、患者・家族の理解と安心を生み、それは早期退院につながると結論した。

キーワード 退院計画，退院調整，在院日数の短縮，急性期病院

はじめに

近年医療費抑制と病院機能分化の流れのなかで、急性期病院にとって在院日数短縮は避けては通れない課題となった。当院は、平成6年より退院調整専門看護師を配置し安心できる退院提供に取り組んできた。そして、この退院調整により築いた地域との窓口を生かし、前方・後方連携を担う地域連携室として平成14年に再スタートし、平成16年急性期入院加算取得に至った。しかし、今後ますます在院日数の短縮が求められると予測されるが、患者・家族への早期退院への理解と安心感を確保しながらの在院日数の短縮でなければならない。そこで、今まで退院調整が機能別として動いていた流れを見直し、チーム医療としての退院計画システムの構築に向けての取り組みを試みているところである。今回、急性

期病院としての退院計画のあり方について検討した。

退院調整窓口から地域連携室へ

平成6年、ベッドコントロールを担っていた看護部にとって、3カ月以上の長期入院患者が全体の22%を占め慢性的なベッド不足が大きな課題であった。そこで、過去3年間に脳外科病棟から退院となった患者250名に追跡調査を実施、退院においての問題点を明らかにし病院へ交渉、1名の退院調整専門看護師の設置が認められ活動開始となった。

この退院調整専門看護師の活動は、退院調整を通して医療・保健・福祉すなわち地域へ連絡・相談を行うことにより、地域からの連絡・相談も受けるようになり、そこに地域と病院との窓口ができた。そこで、平成14年この退院調整により築いた地域との

済生会山口総合病院 地域連携室

別刷請求先：平田貴代美 済生会山口総合病院 地域連携室 〒753-8517 山口市緑町2-11

(平成18年3月29日受付，平成18年11月17日受理)

Ideal Hospital Discharge Plan at Acute Hospital: Ensure That Patients and Families Have a Good Understanding and Secure Feeling about a Shorter Hospital Stay Kiyomi Hirata

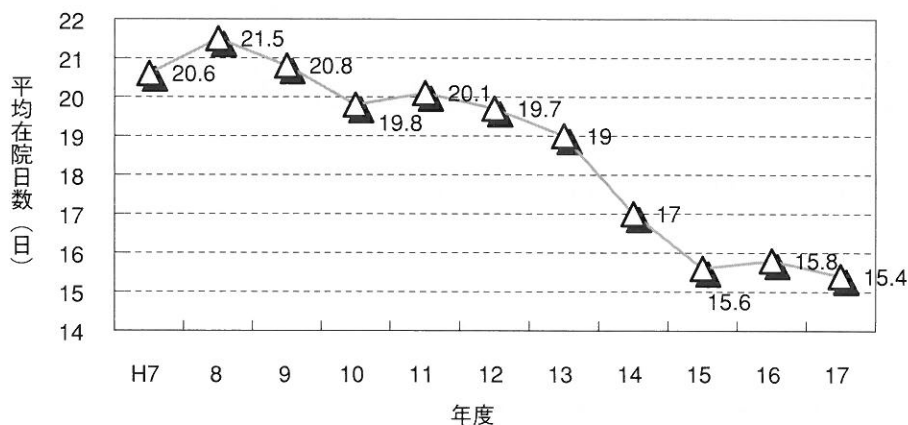


図1 平均在院日数の推移

窓口を地域連携室とし再スタートとした。

現在地域連携室は、看護師3名が退院調整・療養相談・病診連携・連絡調整業務を、事務2名が企画・広報・渉外・データ分析業務を担い、院長直属の組織となった。

チーム医療としての退院計画システムの必要性

当院の平均在院日数の推移としては、退院調整を始めた平成7年度からみると、徐々に短縮し平成14年度17日に達し、平成15・16・17年と15日台を推移している。目下の目標は、14日である(図1)。

在院日数の延長の要因とは、

1. 患者・家族への当院としての治療ゴールについての説明が適時になされない。すなわち、退院計画の開始のタイミングが適時でない。
2. 患者・家族を中心とした全スタッフによる退院計画システムではなく、退院が決定し退院調整に入ることが多い。
3. 退院調整担当のみでの調整では、患者・家族の理解や満足を得るには不十分であり、期間を要してしまう。

と考える。

そこで、全スタッフによるすなわちチーム医療としての退院計画システムを再構築することが必要と考える。まずは、全スタッフが退院計画や退院支援を病院の基本的な責務として認識し、チーム医療による退院計画の実践が必要である。そして、われわれ退院調整担当は、病棟に密着し患者・家族そしてスタッフに対して支援や調整を行うことで退院計画の充実を図る。その結果、患者・家族の早期退院へ

の理解と安心感を確保、すなわち質を落とすことなく在院日数を短縮することにつながると考える。

急性期病院としての退院計画システムとは

退院計画についての意識調査を、チームリーダーができる看護師・看護主任・副看護師長・看護師長の計101名を対象に行った。その結果は、退院計画を責務として感じているとともに、入院早期から退院に関することを考えようとしている。しかし、めまぐるしい業務に追われることで、カンファレンスを開催し具体的な退院計画への取り組みができていくかということに関しては低い評価であった。

めまぐるしい入退院そして各種の検査・手術に追われているのが、急性期病院の現実である。その急性期病院において、患者・家族に対し早期退院への理解と安心感を得るためには、まず患者・家族と共に全スタッフが情報と目標を共有することが重要である。そのうえで、退院後の生活を考えた各職種による計画的な指導や支援を行い、転院・入所先または在宅へつないでいく退院計画システムを構築したいと考えた。以上のことを、医師をはじめ看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・医事課職員へ理解と参加を求める働きかけを現在行っている。めまぐるしい入退院にじっくり腰をすえてカンファレンスを行うことができない現状に残された手段は、記録の統一であった。そこで、退院計画に関する情報はすべて統一した様式に記載をすることを提案、退院計画チャートを作成し稼働させている。そして、退院計画の流れとしては、図2の示すとおりである。退院調整担当としては、この退院計画システムの充実に向けて今後も指導・支援・調整を行っていく。

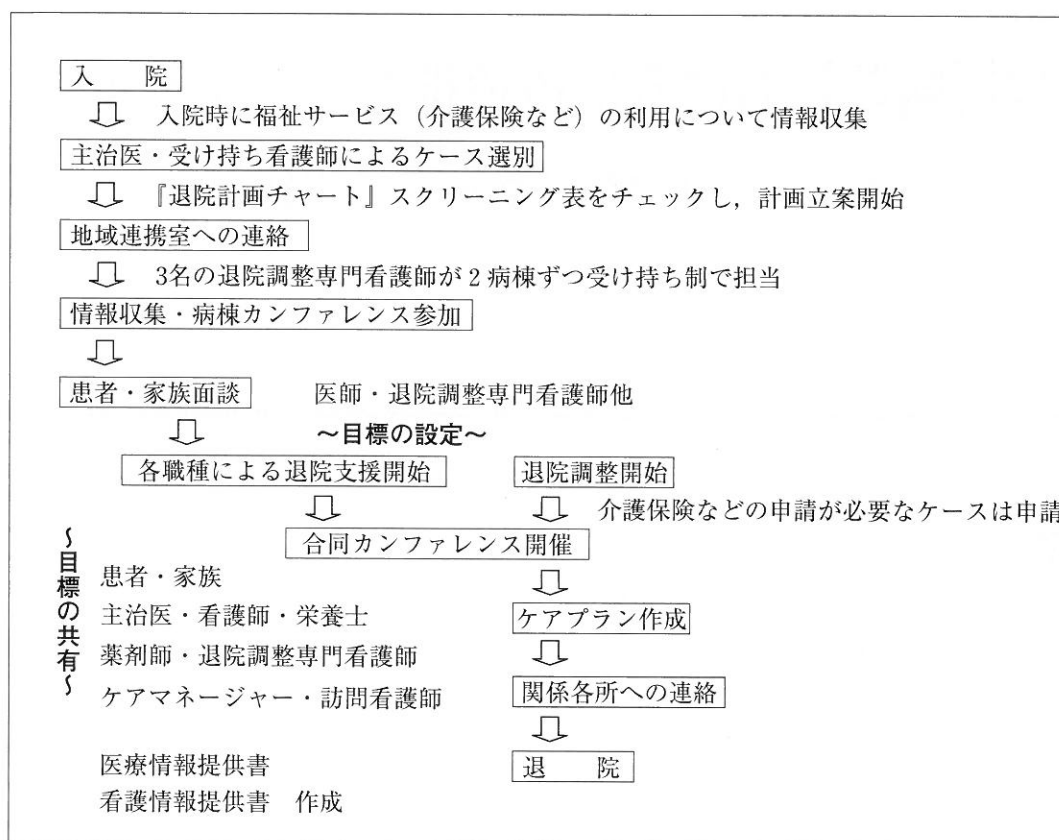


図2 退院計画の流れ

ま と め

患者・家族の早期退院への理解と安心感を確保しながら在院日数を短縮するにあたり、急性期病院としての退院計画のあり方を模索している現在である。そこで、以下のことを重要と考える。

1. 全スタッフが、退院計画・退院支援を基本的な

責務として認識する。

2. 退院計画に関する記録の統一を図り、チーム医療としての退院計画システムの再構築を図る。

3. 退院調整担当は、病棟に密着し早期に情報を得ながら、退院計画の指導・支援・調整を行うことで退院計画の充実を図る。