

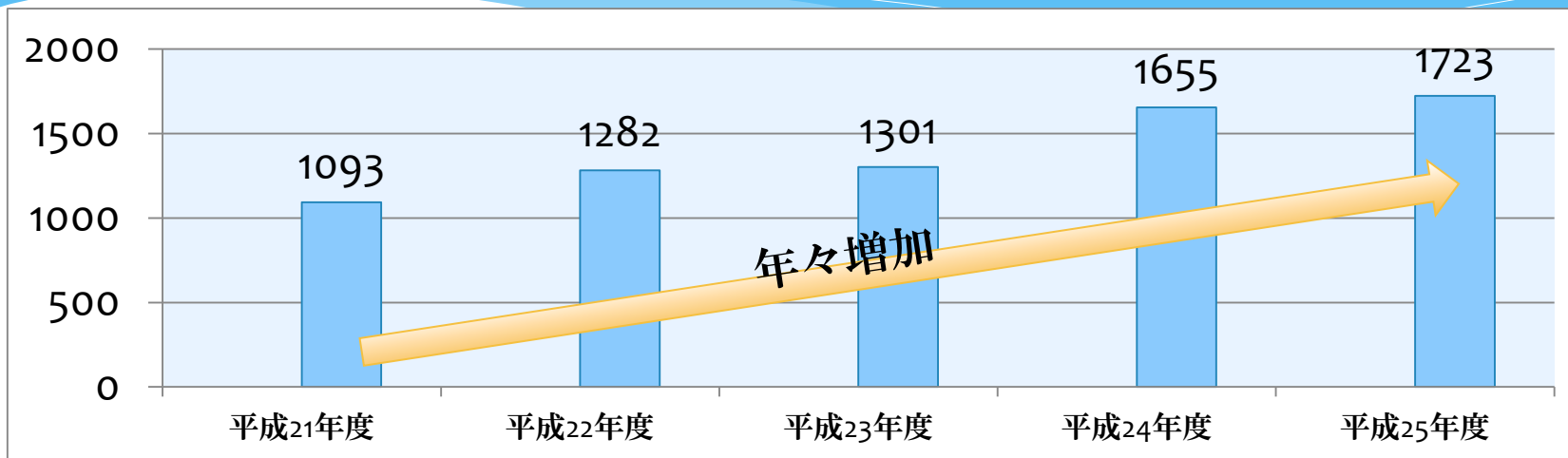
大腿骨頸部骨折地域連携パスにおける 在院日数の短縮

JCHO中京病院
大腿骨地域連携パスチーム

大腿骨地域連携パスにおける 退院調整

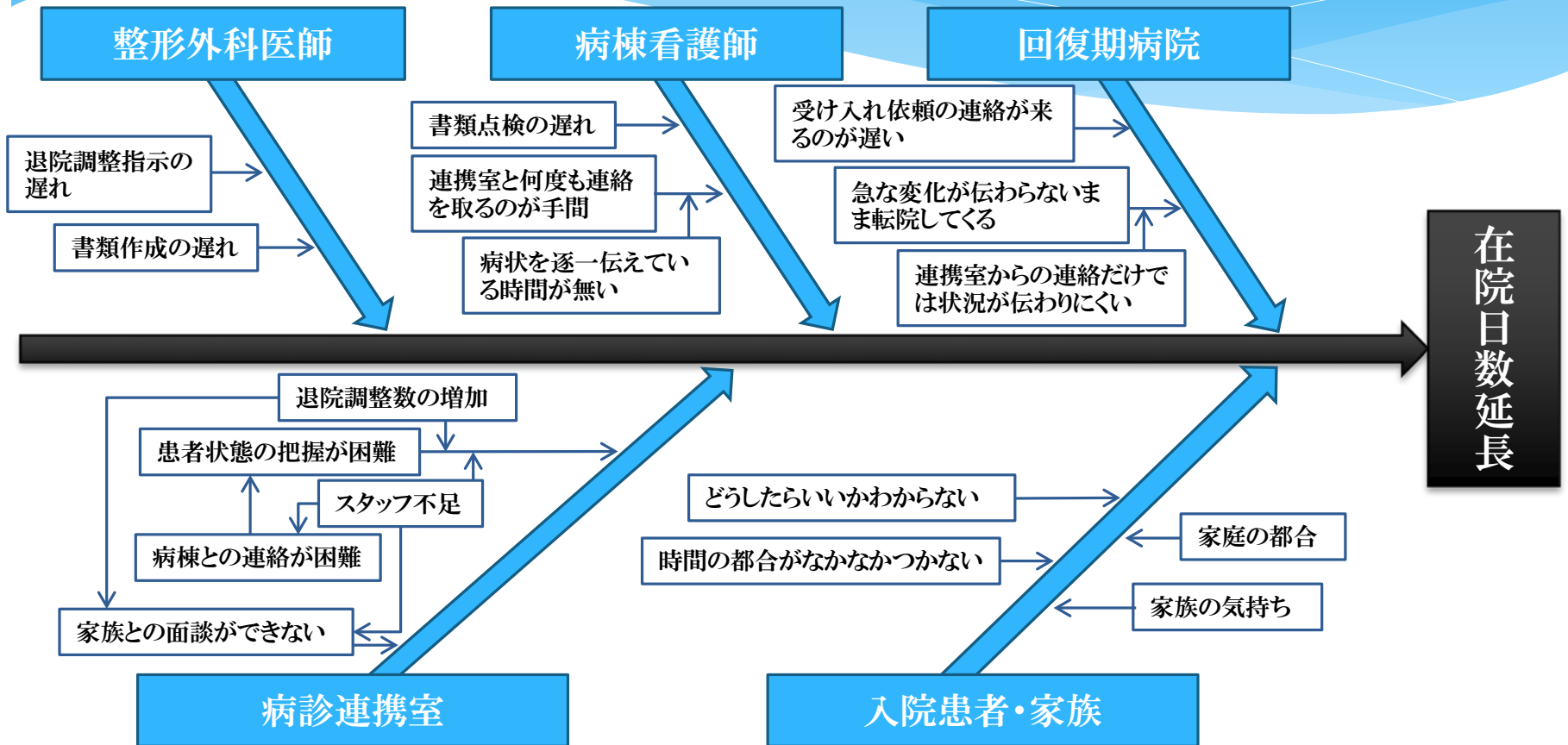
- * 回復期に早期に転院することで、より密度の濃いリハビリが可能になる
 - * パス上では術後10日～14日程度での転院を想定
- * 遅れてしまうと経過の面でデメリットがある
 - * 回復期から転院してくるまでの期間が長いとの指摘あり
- * 登録した転院先に転院するため、調整先は限られているのに面談等調整が進まない
 - * 全身状態の変化が起こりやすい時期に転院先や転院時期を相談するため、情報のやり取りをこまめにする必要があるができない
- * 退院調整が上手くいかず、平均約25日での転院となっていた

連携室における退院調整



- * 連携室には全ての診療科の退院調整依頼があり、多忙
- * 退院調整以外の連携業務、苦情相談等もあり
- * Ns3名、MSW5名
- * 一つ一つの退院調整に時間をさけず、情報収集や面談、連絡が遅延しがち

在院日数延長の特性要因図



問題共有

- * **大腿骨近位部骨折は早期に転院すべき**
 - * 連携室での退院調整では早期の面談が難しい
 - * 件数は増加するもののマンパワーが増やせない
 - * 病棟⇔連携室の院内での情報交換は伝言ゲーム
 - * 正しく伝わらないことがある
 - * 伝わるまでの時間のロスがある
 - * 院内の情報交換が増えると、転院先に正しく状況が伝わらない
 - * 介在する部署は少ないほうが混乱が少ない
 - * 今後の方針を共有するためには家族とのコミュニケーションが必要

改善方法

大腿骨地域連携パスについては病棟で退院調整を実施
(平成26年6月～)

目標

- * 受付→面談→受け入れ先決定を短縮する
- * 在院日数14日を目標に設定
 - * 受け入れ先決定から退院までは約10日(それまでの実績から)
 - * 入院から面談を1日、受け入れ先決定を3日

例外

元の施設に戻る場合、生活保護、施設への退院希望

病棟退院調整の実際①

Step1:入院時:医師

- * 地域連携パス使用かどうかを入院時に決定
- * 地域連携パスについてお話し、同意を得る

Step2:入院時:病棟入院担当者

- * 退院計画スクリーニング実施
- * 患者情報提供書、薬剤情報提供書を依頼
- * 退院調整係へ面談を依頼

Step3:Op前後:病棟退院調整係

- * 退院調整係が入院当日またはできるだけ早く面談
- * 患者家族の居住先、認知機能、リハビリの程度・意欲等をチェック
- * 回復期か一般病院か情報提供し、転院先を決定
- * 地域連携パスについて再度お話し
- * 退院計画スクリーニングに同意を得る

病棟退院調整の実際②

Step4:Op前後:師長(師長代行)

- * 希望病院へ電話で患者情報を連絡

Step5:Op後:病棟看護師

- * 必要書類(患者情報提供書、診療情報提供書、処方指示書、FAX送信票)を全て揃える
- * 師長の確認後、連携室で書類をFAX送信

Step6:Op後:師長(師長代行)

- * 希望病院より受け入れ可能電話が入る
- * 師長は、受け入れ可能日を担当看護師に連絡

Step7:転院前:チームリーダー

- * 転院日がOKか医師、家族に連絡
- * 必要時には介護タクシー予約
- * 必要書類や処方等を医師に依頼

転院

病棟での退院調整の効果

	2014年1月～5月	2014年6月～12月	有意差
平均年齢	79.7歳	81.8歳	N.S.
総数	42件	64件	
DPC I	8件(19.0%)	32件(50.0%) ↑	P<0.001
DPC II	20件(47.6%)	29件(45.3%)	
DPC III以上	14件(33.3%)	3件(4.7%)	
在院日数平均	25.4日	15.7日 ↓	P<0.001
入院～手術	1.3日	0.7日 ↓	P<0.05
入院～面談	2.4日	1.3日 ↓	P<0.05
面談～転院先決定	12.6日	3.8日 ↓	P<0.001
転院先決定～退院	10.4日	10.6日	N.S.
回復期在院日数平均	54.3日	56.6日	N.S.
総入院日数平均	79.7日	71.9日	N.S.

退院調整による新たな学び

- * 入院時から、在宅復帰を見据えた看護で患者・家族と関わり合える
 - * 患者・家族と同じ目標をもつことができる
- * 常に退院支援の視点で**患者の生活をとらえる**ことが習慣化
 - * 他病棟よりもスムーズに退院調整・在宅復帰支援ができる
- * 地域連携会で回復期病院の職員と顔の見える会議ができる
- * 早期の回復期病院への転院は、患者のADL拡大と高齢者の廃用症候群の予防にも繋がることの実感できる

ただ在院日数を減らす目的が達成されただけでなく、
在宅復帰という目標を共有し、
地域で生活できるようになるための方法を考えるようになった

今後の展望

- * 急性期・回復期・維持期で連携し、地域での生活によりよく戻るために
 - * 回復期への転院はスムーズになったが、スタートラインに立ったに過ぎない
 - * 転院すること自体が、患者および患者家族にとってより満足度の高い治療の一環となるようにする
 - * アウトカム・バリエーションの見直しと集積を行い、地域での生活にスムーズにつながるようにパスを改善する(現在取組中)
- * 認知症への対応に連携を生かす
 - * 認知症自体の評価と対応を連携パスを通して急性期・回復期・維持期で一貫して実施し、在宅生活に戻った時に適切な対応ができるようにする(現在取組中)

まとめ

- * 大腿骨地域連携パスによる転院調整業務を、多忙な連携室から病棟に移管した
 - * 情報の伝達経路がシンプルになり、家族や患者との相談がスムーズになったため、入院～転院までの期間は短縮した
 - * 転院調整を行うことで、患者や家族の生活に目を向けることが習慣化され、転院だけでなく在宅復帰を含めた退院支援を常に考えることができるようになった
- * 地域連携パスは最終的に「地域で生活する」ことを目標に行われるパスであることを忘れてはならない
 - * 今後もその目標に向けて問題点を整理し、改善点を洗い出し、よりよい地域連携に努めていく必要がある
 - * 計画管理病院である当院はその旗振り役として中心的役割を担う責任を負っており、常に改善に目を向ける