

Interview

社会医療法人財団 池友会 新行橋病院

～ 看護必要度点検の活用と在院日数適正化の取り組み ～

社会医療法人財団 池友会 新行橋病院

病院長 正久 康彦 氏

医事課 係長 進 瑞絵 氏

医事課 主任 輝 淳也 氏

診療情報管理室 福田 由香 氏

東北大学大学院 医学系研究科

公共健康医学講座 医療管理学分野 教授 藤森 研司 氏



新行橋病院 外観

新行橋病院は、地域住民の強い要望により、1997年12月に149床の救急病院として開院しました。2000年10月に8階建ての新病院へ移行し、現在は246床の病床数と23の診療科を有し福岡県行橋・京築地域の中核を成す医療機関です。

救急件数は年間約3,700件あり、急性期病院として救命救急医療、高度医療に取り組んでいます。多発外傷の重症例等、手術が必要な場合にも24時間体制で治療を実施しています。ヘリポートも完備し、中津・宇佐・国東地域まで広域の救急医療を行っています。また、2010年4月には地域医療支援病院に承認され、近隣の開業医の先生方との病診連携も推進しています。名実ともに地域に求められる基幹病院としての運営と、更なる発展のために尽力しています。

■京築医療圏と病院の現状

藤森 地域の特性やその中でどのように病院が設立され、地域に根づいてきたのかについてお聞かせください。

正久 この地区の特徴は、町立病院や市立病院などの公的医療機関が昔からなかったことです。近くには、隣の県である大分県中津市に



藤森教授

ある市立病院の他に、公立病院はありません。

藤森 今も公的な医療機関はないのですか。

正久 今もありません。また、20年前の当院設立までは、この地域には大きな病院が一つもありませんでした。当時は高速道路もありませんでしたので、心筋梗塞等で倒れた患者さんが隣の地区の病院に向かう途中で亡くられることも多くありました。このような状況でしたので、この地区に大きな病院を作ってほしいという地元の声が多くあり、市民団体から当グループの創設者へ、総合病院設立の申し入れがあったことが設立に至った大きなきっかけです。

藤森 まさに、地元のラブコールを受けて、設立に至ったわけですね。病院のサイズは20年前からこの大きさだったのでしょうか。

正久 設立当初は149床で始めました。その後、救急の開始に伴い病床数をだんだん増やして、現在の246床になりました。この増床についても、この地区の方々の陳情があったことがきっかけです。当時からすでに、急性期のベッドが過剰だと言われており、なかなか



正久院長

ベッドを増やせませんでした。この地区の方々が、急性期のベッドを増やしてほしいという署名を7万件ほど集めていただき、県に提出してくださいました。

藤森 土地柄的にはどのような感じなのでしょう。

正久 この地域は、イチジクや桃などが特産品で畑が多く、夜になると人気も少なく、街灯もあまりついていません。ですので、救急を始める前は救急車が来るか心配でした。年末に救急をオープンしたのですが、実際、年末年始には多くの患者さんが来られました。この地区で救急医療を頑張っ

■病床稼働率と他病院との地域連携

藤森 現在246床とのことですが、稼働率はどのくらいになるのでしょうか。

正久 今は93%~94%程ですが、冬場になると100%近くになります。今年の冬は特に大変でしたが、周りの病院との連携を密にして転院をスムーズに行う等、なんとか乗り切ったという感じです。

藤森 すごいですね、患者さんが居なくて困っているという状況ではなさそうですね。

正久 数年前は少なくなった時期もあり、90%を下回りそうな

状況もありました。85%を切ってしまうと採算が取れないと考えていますので、厳しい状況でした。今は、年平均で95%程度は確保できています。

藤森 落ち込んでも90%というのはすごいですね。公的機関であれば、90%を超えていれば素晴らしい値です。平均在院日数はどのくらいでしょうか。

正久 平均在院日数は、大体13日~14日です。

藤森 短いですね。かなり高齢者が多いように見受けましたが、周りの病院との連携ができていているということですね。

正久 そうですね。高齢者はかなり多いですが、周りの病院から患者さんを受け入れて、病状が良くなったらすぐ元の病院に戻すなど、連携を密に行っています。この連携がないと、ベッドがいっぱいになってしまっ

ていて受け入れができないという状況にもなりかねません。ここ15年位は、連携はうまくいっていると思います。

藤森 福岡県全体でみると、特に博多方面は明らかに医療機関が過剰な状況ですが、ここは全く違いますね。逆に足りていないくらいに感じます。この地区、病院の状況がよくわかりました。京築医療圏は、人口の減少スピードが速いのではないかと思います。10年後20年後、この地域の医療をどのようにしていこうとお考えでしょうか。



進氏

正久 2030年くらいが医療需要のピークといわれていますので、そこまでは今の体制のままでいいのではないかと考えています。ただ京築の南部は特に高齢化率が高く、65歳以上の割合が全国平均よりも4%~5%高い状況です。重症の患者さんが多いので、

高齢者にどこまでの医療を提供するのか、線引きをある程度決めなければいけない時がくるのではないかと考えています。

藤森 年齢ではなく患者さんの状態に応じて、対応を考えていかなければいけないわけですね。

正久 そうですね、手当たり次第に医療を提供するのは違うと思いますので、基本的には医師の裁量に任せますが、患者さんの状態やご家族の意向に合わせて最適な対応を決めていく必要があると思います。また、地域内の周りの病院との連携が非常に大切ですので、例えば医療需要が減ってきた場合、当院だけが満床で、周りの病院が空床という状況にならないよう、うまくバランスを取っていくことが重要だと考えています。

■DPCデータの活用と看護必要度

藤森 どのようにデータを活用しているのか、MEDI-ARROWSを使用した分析事例などございましたら教えてください。

福田 当院では、MEDI-ARROWSの看護必要度点検の機能で、EFファイルとHファイルの違いについて一覧を病棟別に出し、看護師に細かくチェックをしてもらっています。

藤森 どのような点でずれが生じていますか。

福田 簡単な事務的なミスもありますし、例えば転棟前で評価した項目は転棟後は評価できない等、評価のルール上のミスもあります。

このデータの活用によって看護師のHファイル作成にかかる負担が非常に大きいということを把握することができました。例えば、モニターの評価を一つ取っても、患者さんの状態によってモニター評価の看護必要度を取れるかどうか



輝氏



福田氏

異なってくるなどがあります。看護師が評価に時間を取られている状況ですので、看護必要度ⅠからⅡにシフトする予定があり、看護師のHファイル作成の負担を少なくしようと思っています。

藤森 看護必要度ⅠとⅡはそれぞれどれくらいですか。

輝 Ⅰは37%～38%で、Ⅱは30%くらいです。

藤森 とても高い数字ですね。

進 Ⅱの方が高いという病院もあるようですが、どのように変わってくるのでしょうか。

藤森 一般的には看護必要度Ⅱの方が、Ⅰよりも5%程度低いと言われています。Ⅱの方が高くなるのは、珍しいケースです。理由の一つとしては、今回のⅡでは救急搬送の有無を見ていないので、救急搬送が少ない病院だとⅠが低く、Ⅱの方が高くなるということもあり得ます。

看護必要度Ⅰで看護師一人が患者さんを評価する平均時間は、大体15分と言われています。看護必要度Ⅱになりますと、A項目とC項目の評価が不要となりますので、評価にかかる時間が約半分になると言われています。この時間の差は、かなり生産性の向上につながると思いますが、看護必要度Ⅰが25%前後の病院ではなかなかⅡに踏み切れないことがあります。これは、看護必要度Ⅰは評価を毎日確認することができますが、看護必要度Ⅱは通常月締めでしか評価しませんので、月末に確認してみたら予想以上に低かったということになってしまう可能性もあります。看護師に毎日評価してもらうのか、月締めの確認とするのかは天秤の問題になるのではないのでしょうか。一つの目安として、平均在院日数が1日延びると

1%程度下がると言われていますので、平均在院日数をしっかりモニタリングしていれば、十分ではないかと思います。

■在院日数の適正化

藤森 その他に、どのような分析をされているのでしょうか。

福田 最近では、入退院支援のために疾患別の全国平均在院日数をモニタリングし、委員会に提出しています。ほとんどの疾患が全国平均より短い在院日数になっています。診療科別や予約別なども出して見ていただいています。

藤森 在院日数は、かなり意識されて見ているのでしょうか。

輝 在院日数は機能評価係数Ⅱの効率性係数に影響がありますので意識して分析を行っています。例えば、一番多い疾患はPCIIになるのですが、予定入院の場合、全国平均を下回っています。緊急症例を含めた時の在院日数は全国平均を上回りますので、なにが原因になっているのかを分析したりしています。

正久 患者さんの年齢が高いこともあり、合併症を持っていたりする場合は、どうしても在院日数は延びる傾向にあります。この地区では、透析患者の外科手術を扱っている急性期の医療機関がありません。また、術後の転院先についても他院のベッド数に限りがありますので、そういった患者さんについては当院である程度診ていかなければなりません。

藤森 在院日数が延びてしまうのはある程度仕方のないことだと思います。このような場合では、外れ値となる患者さんは一時的に外すなどして平均を見てもいいかもしれませんね。病棟の看護師さんたちの中では、入院期間Ⅱという意識があるのでしょうか。

進 現在、入退院支援加算を取得するために委員会が設立され、その委員会から資料の作成も依頼されております。クリニカルパスの見直しを行う上で、全国平均を基準にして考えようということになりましたので、院内の意識は高まってきていると感じています。

藤森 稼働率の低い病院では在院日数の短縮も難しいですが、貴院の場合は稼働率も十分ありますので、取り組みのしがいがありますね。病院自体を行橋市中心部に作るという案はなかったのでしょうか。

正久 当時、行橋市中心部は病院がいくつかあり、現在のこの地域が手薄でしたのでこの地域になりました。今考えてみると、これで良かったのではないかと思います。

藤森 行橋・京築医療圏の状況がよくわかりました。看護必要度や在院日数の取り組みも素晴らしいですね。これからも是非継続してください。ありがとうございました。



左から、進氏、藤森教授、正久院長、福田氏、輝氏

社会医療法人財団 池友会 新行橋病院

所在地：〒824-0026

福岡県行橋市道場寺1411

URL： <http://www.shinyukuhashihospital.or.jp/>

病床数：246床 内：ICU(4床) HCU(10床) 回復期リハビリ(52床)

診療科：内科、呼吸器内科、呼吸器外科、消化器内科、消化器外科、循環器内科、外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、人工透析内科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科、内視鏡内科、内視鏡外科、病理診断科、臨床検査科