

チーム医療を活用した急性期医療への取組（C病院の場合）

病院概要（H23年2月1日現在、患者数はH21年度実績）

- ・施設認定： 地域医療支援病院、災害拠点病院、臨床研修指定病院、DPC対象病院など
- ・病床数： 一般病床338床 診療科：26科
- ・職員： 医師84.7人、薬剤師18.6人、看護職員393.9人、MSW7人、理学療法士62人、作業療法士15人、言語聴覚士5人、管理栄養士14人
歯科衛生士2人、臨床検査技師36人、臨床工学技士22人、診療放射線技師17人、その他149.6人 総職員826.8人
- ・患者数： 入院患者数 329.1名（1日平均）、外来患者数 367.0名（1日平均）、平均在院日数 15.7日（一般病床）

実績（H21年度）

紹介率 84.2%、逆紹介率 49.7%、平均在院日数 15.7日

【年間】 初診患者の数11,878人 救急患者の数 4,940人
紹介患者の数 5,059人 逆紹介患者の数 5,892人

急性期機能の強化

○救急医療、専門外来に特化した急性期機能強化への取組

紹介外来を重視し、急性期機能（特に入院治療）に人的資源等を集中するために、地域医療連携を強化

□連携強化するために各種会議を開催

- ・医療機関間の会議（年2回）、院内各職種間の会議（毎月1回）
- ・看護部代表者、地域連携・退院調整担当の実務者が各病棟をラウンドして実施する退院調整会議

☑かかりつけ医との連携

- ・患者さんに近隣のかかりつけ医を知ってもらうため各医療施設を訪問（診療情報を収集）しつつ、かかりつけ医紹介冊子や検索端末を設置
- ・かかりつけ医に同病院の診療内容を紹介するため情報誌を毎月発行
- ・当院搬送車両による患者送迎*、緊急要請時のドクターカー対応など

* 患者さんの状態によっては看護職員が付き添う

□後方連携

- ・回復期リハ病院、訪問看護ステーションとの事例調整会議の開催
- ・顔の見える連携づくり
ネットワーク会、連携パス連絡会、地域カンファレンスの開催
- ・看護スタッフの教育
訪問看護への教育ローテーション等により教育プログラムとして在宅看護のイメージをつかむ場づくり
- ・退院調整パスの活用による標準化と可視化
(他院との合同パス大会も開催→地域全体への意識づけ)



チーム医療の実践

○急性期患者に対するチーム医療の取組

早期に症状の安定化を図り、廃用症候群等を予防するためのチーム医療の実践

☑多職種の病棟配置

薬剤師、管理栄養士、MSW、臨床工学技士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

□各職種の専門性を高める取組

・専門性が必ずしも要求されない周辺業務は、外部委託職員等に委譲

☑急性期リハビリテーションの取組

・早期介入、手厚いリハビリテーションの実施
⇒患者さん1人に対し 9単位のリハ（3時間/1日）

☑栄養サポートチーム（NST）の取組

・入院患者全員を週1回スクリーニングし、栄養状態の不良な患者には、NSTが早期介入
⇒加算数 805件/月（入院患者の51%に介入） [H22.4~H23.1実績]

□急性期チームの取組

・患者さんの必要度に応じて適宜介入
CE（急性期技師）チーム、透析サポートチーム、ICT（感染対策チーム）、呼吸器チーム、糖尿病サポートチーム、皮膚創傷チーム、緩和ケアチーム

