

【概要】

当院は、2018年に新病院を開院していくつかの新しいシステムを導入した。その1つとして、総合診療科を拡充し緊急入院を受け入れる36床の病棟開設をした。夜間には、緊急入院を全て受け入れ、48時間以内に一般病棟への転棟と転院で対応することを運用方法とした。夜間の緊急入院を受け入れる空床を常時5床以上確保することにした。しかし、実際は空床を確保することが出来ない状態に陥り、院内全体の病床管理を改善する必要があると考え、本プロジェクトを計画した。

まず、2次救急をスムーズに受け入れることが出来るための課題を明確にした。その結果、緊急入院する患者の5割は高齢者であることが分かった。これらの現状を踏まえ、緊急受け入れ病棟に、夜間5床以上の空床を確保するため、①ベッドの空床状況を可視化する ②緊急受け入れ病棟は常時入院が受け入れられるように空床を確保する ③昼夜問わず早期に転院搬送出来るシステムを構築することにした。②の実現のため、緊急入院が決定する時間が午後からが殆どであることから、15時以降の緊急入院は翌日の予定入院病床を使用して病床決定する事にした。また、室料差額を免除しての入院を可能にした事で、入院が必要な患者に病床を提供する事が出来た。これらの運用策について『緊急入院時のベッドコントロール運用』として明文化し、看護師、医師、多職種に周知した。より安定的な夜間の空床確保に向けて、看看連携による退院支援活動を充実させ、病病連携による転院システムを構築することが今後の課題である。

【背景】

当院は、2014年8月に新病院前期開院し、その後2018年1月にグランドオープンした。新病院のコンセプトである、患者さんと家族のための、医療の効率化と安全性を追求する為に、いくつかの新しいシステムも導入した。その1つが、前期開院時より患者支援センター内のベッドコントロール部門で行う、ベッドコントロールの方法を一元化して病床管理を行うシステムである。診療部門では、総合診療科の拡充とユニバーサル外来の導入によって、24時間体制での診療と断らない医療の実現を目指して運用を始めている。グランドオープン時に2次救急の緊急入院を受け入れる36床の病棟を開設し1年が経つ。当初の病棟運用方法として、夜間の緊急入院は全て受け入れ、48時間以内に一般病棟への転棟と他院への転院のいずれかで対応し、夜間の緊急入院を受け入れる為に5床以上の空床を確保することとされていた。しかし、現状では空床を1床も確保することが出来ない日もあり、緊急受け入れ病棟としての機能が果たせていない状況に陥っている。緊急受け入れ病棟の空床を確保する為には、院内全体の病床管理を改善する必要があると考え、本プロジェクトを計画した。

【実践計画】

1. 2次救急をスムーズに受け入れることが出来るための課題を特定する。
 - 1) 2次救急を受診する患者と緊急受け入れ病棟に入院している患者の特性について調査する。10月
 - 2) 一般病棟で無差額の混合病床を有する病棟と内科の診療科を有する病棟、外科の診療科を有する病棟の3病棟を対象に、入院している患者の特性について調査する。10月
2. 緊急受け入れ病棟としての機能を果たす為、夜間は5床以上の空床を確保する体制を検討する。
 - 1) ベッドコントロール担当看護師と、緊急受け入れ病棟の転棟調整について検討する。7月
 - 2) 救急診療体制委員会のメンバーと協働し、2次救急受け入れ体制の問題点を明らかにする。10月

【結果】

1. 当院を受診する外来患者は、新来患者及び再来患者共に区東北部医療圏からが全体の5割弱を占め、2次救急を受診する患者も同様である。患者特性は、70才以上の高齢者と15才未満の小児が、全体の5割を占めていた。受診する診療科は、総合診療科が全体の4割、内科系と小児科が3割、外科系が3割であった。緊急入院受け入れ病棟に入院する患者は診療科も複数科を受け入れ、6割弱が70才以上の高齢者で多くの患者が日常生活援助を必要としている状況である。また、院内の在院日数や病床回転率と比較すると、在院日数も短く病床回転率も低い結果であった。病院全体の夜間緊急入院数は、1日7~8件であった。
2. 一般病棟で無差額の混合病床を有する病棟と内科の診療科を有する病棟、外科の診療科を有する病棟それぞれの患者特性について調査した。どの病棟も入院患者の8割は定床診療科の患者であり、入院患者全体の5割が高齢者であった。院内の在院日数や病床回転率と比較すると、外科診療科は在院日数が平均より短く、内科診療科と混合病床は院内平均を上回っていた。回転率も同様の結果であった。
3. 緊急受け入れ病棟の転棟調整について、ベッドコントロール担当看護師を交えて検討した。転棟調整する為に他病棟の空床状況を早い段階で確認する必要がある。現状では病棟ラウンドと同時に空床情報も確認して転棟調整していた。早い段階で空床情報を確認することで転棟調整に着手することが出来ると考え、新たにFAXでの空床確認を導入することを計画した。計画運用について7月の看護師長会で研修生(副看護部長)が報告し7月中旬から運用開始とした。ベッドコントロールを一元化にしている為、空床病床の活用方法として予定入院・緊急入院・院内調整の順で調整し日々業務していた。空床確認のFAXを導入する際、現状のベッドコントロールの調整方法について見直す事なく実施したことで、緊急受け入れ病棟の転棟調整を効果的に実施するまでには至らなかった。
4. 2次救急の応需率向上に向けた体制について、救急診療体制委員会メンバーである内科系の診療科医師と看護部、事務部でメンバー構成し9月から11月に話し合いを実施した。各部門・各診療科での問題点を共有する為に意見交換し3点問題としてあげられた。①ベッドの空床状況を可視化する。②緊急受け入れ病棟は常時入院が受け入れられるように空床を確保する。③昼夜問わず早期に転院搬送出来るシステムを構築する。以上のことについて、今後も検討が必要と共通認識できた。また、救急車の受け入れについて、東京都福祉保健局が全ての救急指定病院に向けて、指導された内容についても話し合いの中で確認しあった。①については可視化する以前に、現状の運用を評価した。②についての対策を考える為に、外来師長と総合診療科・緊急受け入れ病棟の管理を兼務している師長、看護部長、研修生(病床管理副看護部長)で問題について検討した。これまで、夕方の緊急入院患者のベッド調整は、緊急受け入れ病棟の空床を使用していたことで夜間使用する空床が確保出来ていないことが明らかとなった。日中の緊急入院が決定する時間が殆ど午後からであることから、15時以降の緊急入院対応が大きな問題であると考えた。対策として、翌日の予定入院病床を使用し病床決定する事で緊急受け入れ病棟の空床を、日中の緊急入院患者で使用せず対応する対策を講じた。この対策について院長・副院長会議の中で、副院長である看護部長が報告した。またその際、病院長より必要に応じて室料差額免除での入院を許可された。その後も話し合いを重ね、救急車もしくはウォークインでの患者の診療を受け入れ、必要時入院対応がスムーズにいく体制を整えた。12月の部長会、医長会・医局長会、看護部運営会議で、今後の方向性について口頭で研修生(病床管理副看護部長)が報告した。『緊急入院時のベッドコントロール運用』を作成し内容としては、調整方法と室料差額免除運用について具体的に明文化した。その後、令和2年1月看護部の業務連絡会

で『緊急入院時のベッドコントロール運用』を提示し研修生(病床管理副看護部長)が運用説明を行い運用開始とした。運用後の結果として、緊急入院受け入れ病棟の空床は最大3床確保することが出来たが、連日確保するには至らなかった。③については①、②を実施する事で、直ちに転院調整を必要とする患者がどの程度いるのか確認して再検討する事とした。

【評価及び今後の課題】

当院は特定機能病院として、2次・3次救急医療を24時間断らないことを目指している。今回、救急患者の特性を調査してみると高齢者を多く受け入れていることが分かった。現在、高齢者の独居も増えてきていることから、入院生活における日常的援助にも多くの時間を費やしている。

緊急入院受け入れ病棟としての機能を生かし、緊急入院を受け入れる病床管理について多職種と取り組み運用を実施することができたが、当初目標にしていた5床以上の空床確保には至らなかった。

緊急入院受け入れ病棟の役割を担う為には、院内の病床を効果的かつ効率的に運用させる必要がある。従って、今後も継続的に退院支援を進め、看看連携による地域医療・介護に繋ぐことや適切な退院日設定がなされることと、多職種と協働し病病連携による転院システムを構築することが課題である。