
特集：トータルケア病棟開設

トータルケア病棟開設 — 病棟再編準備委員会委員長の立場から —**"Total Care Ward" — from the preparatory committee —**

田中 洋史

Hiroschi TANAKA

要 旨

平成28年4月の診療報酬改定で7対1看護体制の要件が従来よりも厳しいものに改訂された。背景には医療費の抑制政策がある。当院では平成27年度中から対応を検討した結果、平成28年10月から地域包括ケア病棟（トータルケア病棟）を導入し、病棟再編を行った。一般病床450床のうち100床を包括ケア病床に変換するという大きな変革であり、実施までに多くの議論と調整を要した。現在、各部署、全スタッフの理解と協力を得て包括ケア病棟を運用し、一般病床の7対1看護体制を維持している。当院はがん専門病院で患者の多くはがん患者である一方、地域包括ケアシステムは必ずしもがんに特化したものではない。現在も試行錯誤をしながら、がん患者にとって理想的な地域包括ケアシステムを模索している。

はじめに

当院では平成28年10月より地域包括ケア病棟（トータルケア病棟）の運用を正式に開始した。これに伴う病棟の再編は、各部署にとってそれぞれ小さくないインパクトがあるものとなった。本稿では、病棟再編準備委員会委員長の立場からこれまでの流れを改めて振り返り、現状を総括したうえで今後の課題について考察したい。

I 包括ケア病棟導入の背景

そもそもなぜ、包括ケア病棟の導入が必要で、そのために病棟再編までしなくてはならないのか？深く考えれば考えるほど禅問答のようになってしまいそうであるが、自分なりにこれまでの流れや背景を整理してみると、ことの根っこはやはり医療費の問題にたどり着く。少子高齢化時代をむかえ、医療技術が早い速度で進化変貌する中で、増加する医療費をどのように制御していくかは、周知のように政策上の最重要課題の一つである。このことに関連して、これまで多くの政策がくりだされてきた。以下に鍵となる3つの事項；DPC制度、7対1看護体制、地域包括ケア病棟について簡潔に記載したうえで当院の状況から今回の包括ケア病棟導入の背景を改めて整理したい。

1. Diagnosis Procedure Combination(DPC)制度；平成15年から、大学病院などの特定機能病院に導入され、後にその対象が拡大された。DPC制度は、従来行われていた診療行為ごとに医療費を計算し請求する「出来高支払方式」とは大きく異なり、患者ごとの病名や診療行為の内容に応じて、厚生労働省が定めた診断群分類点数に基づいて1日あたりの診療報酬基本点（日当点）が決定される方式である。DPC制度下では、入院期間が長期化すると日当点は抑制される傾向にあり、入院期間の短縮が促されることになった。厚生労働省の年次報告によれば平成27年4月の時点でDPC対象病院は全国の一般病院7528のうち1580病院で、病床数では一般病床89万9325床中、DPC算定病床48万4081床と53.8%を占めていた。DPC制度の導入による入院期間の短縮は医療費抑制の重要な柱とされている。
2. 7対1看護体制；病床の機能分化による差別化が政策として進められる中で、平成18年度の診療報酬改定で導入された制度である。7対1看護体制は文字通り、入院患者7名に対して1名の看護師を配置し、より手厚い看護体制をとることによって急性期医療を担えるようにする代わりに、高い日当点を設定するというものである。多くの

新潟県立がんセンター新潟病院 内科

Keywords：地域包括ケアシステム(The integrated community care system), 診療報酬改定(Revision of medical fee) 医療費抑制(Healthcare cost containment), がんセンター病院(Cancer center hospital)

病院がこの7対1看護体制の病床を申請した結果、その数は当初の想定を上回るものとなった。平成20年の診療報酬改定で、一定の患者重症度・看護必要度を満たすことが7対1看護体制の要件とされ、さらに平成24年、26年にはその要件が厳しくなる方向で段階的に改訂されたが、7対1病床は、平成28年度当初で約36万床と、病院の一般病床全体の約4割を占めていた。医療の提供がコストのかかるものである以上、経済性、採算は考慮される。高度な医療を提供可能で、かつ高い収益が見込める7対1病床を、多くの医療機関が増やして維持しようとするのは自然の流れであった。

3. 地域包括ケア病棟；平成26年4月の診療報酬改定では、急性期医療後の亜急性期医療を充実させる目的で、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）が新設された。入院後、急性期医療により状態の落ち着いた患者を受け入れ、在宅療養への橋渡しをする役割を担う病棟との位置づけで、急性期を脱した後、退院までにもう少し時間を要する患者の受け皿となることを期待されて設定されたものである。設定の背景には増え過ぎたとされる急性期病床数の抑制方針があった。
4. 当院の状況；当院では平成21年からDPC制度が導入され、平成23年7月には7対1病床を申請した。その後一時的な10対1病床申請期間はあったものの、基本的に7対1病床で運用している。医療技術の進歩に加え、DPC制度導入を含む医療環境の変化などを背景に、当院でも平均在院日数の短縮傾向が続いており、現在は2週間を下回り10日間にせまろうとしている。平均在院日数が短くなれば、入院患者実数が増えない限り病床稼働率は低下する。当院は平成11年に西2階化学療法病棟50床を増設以来500床であったが、平均在院日数が短縮傾向にある中で病床稼働率は80%台で推移していた。がん患者数は増加傾向にある中で、平均在院日数短縮のインパクトが大きかったことが推察される。このような状況と、外来化学療法実施数の増加傾向を考慮し、平成27年3月には西2階化学療法病棟50床を閉鎖し450病床となった。閉鎖した病棟は外来化学療法室に改変し、同年11月から運用している。
5. 7対1病床運用要件の厳格化；平成28年4月の診療報酬改定では、病床運用適正化の一環として7対1病床運用の条件見直し、厳格化＝7対1病床数の削減方針が示された。看護必要度評価項目の内容が変更されたうえで、入院患者の25%が看護必要度に基づく重症度条件を満たすことが7対1病床の申請に求められることになったのである。従来は15%以上であったから、この改定のインパクトはたいへん大きなものであった。改定によって、

相当数の病院が7対1病床の規準を満たせなくなると予想された中、当院も例外ではなく、シミュレーションでは、25%以上の重症度要件を満たして7対1病床を維持することは難しいと考えられた。7対1病床の維持を諦め、10対1病床へ転換することは日当点の低下による医業収益の大幅な減少に直結する。当院でもその減少幅は億の単位になると想定された。もしもそのような事態になった場合、人員配置を含めて見直され、従来通りの医療を提供し続けることが難しくなる可能性が高いと考えられた。

6. 当院の対応；当院は、都道府県がん診療連携拠点病院として地域のがん医療の中核を担っている。患者の多くはがん患者である。患者の高齢化と医療技術の進歩などを背景に、各スタッフが個々のがん患者に対応する事項は増える一方である。平成28年度の診療報酬改定にどう対応するかに関して、平成27年度以降の経営戦略会議において議論が繰り返された結果、改定後も医業収益を確保し、従来通り、また従来以上の高度な専門医療を提供するためには7対1病床の維持を目指すべきとの方向性が決定された。そして、そのための方策として一般病床の一部を包括ケア病床に転換することが決定された。包括ケア病床では日当点は60日まで固定され、看護必要度から判定される重症度の違いによる日当点の差はない。また、包括ケア病床の重症度は一般病床の重症度計算には含まれない。包括ケア病床を導入し、適切に運用することによって、一般病床で重症度の高い患者を集中的に診療し、新たな7対1病床の規準をクリアしようとするのが今回の病棟再編である。

Ⅱ 病棟再編準備委員会での検討

包括ケア病棟の導入、病棟再編を円滑に行うことを目的に、平成28年4月に設置され、私が委員長に指名された。委員名簿を示す（表1）。4月7日以降9月15日まで8回の委員会が開催され、実際の運用に関する各種の取り決めについて議論した。

1. 病棟再編の内容；包括ケア病床の規模をどうするか、また、どの病棟を包括ケア病床に転換するかは最大の課題であった。これらのことについては病棟再編準備委員会の設置前、平成27年度内から経営戦略会議、コンサルティング会社と各診療科の面談において検討がなされた後、平成28年1月に各診療科の代表医師、各病棟の看護部長を含む病棟再編検討ワーキングチームが立ち上がり、議論を経て平成28年3月に原案が決定された（表2）。包括ケア病床転換病床数については、各種シミュレーションの結果、50床分では7対1病床を維持するためには不十分との結論になり、100床分の転換方

針となった。各病棟は、それぞれの診療科の患者特性により、看護必要度から判定される重症度基準を満たす患者が多い病棟と少ない病棟に分かれる。一般的に手術症例が多く入院する外科系の病棟では重症度は高くなる傾向にある一方、内科系の入院、特に化学療法や放射線療法が主目的の症例が多い病棟では重症度は低い傾向にある。転換する病棟の選定にあたっては、従来の病棟毎の患者重症度、病床利用率、当該診療科の入院患者数、患者背景などを総合的に判断し、東6階病棟と西6階病棟を包括ケア病棟に転換することが決定された。転換される2つの病棟の主診療科であった整形外科、形成外科、呼吸器内科の診療への影響は特に大きいと予想され、それらの診療科の、病棟転換後の“行き先”についても併せて慎重に議論が行われた。その結果、整形外科、形成外科の患者は東4階病棟に移動し、呼吸器内科の患者については従来から入院していた西3階病棟での患者数を増やす方向となった。乳腺外科と婦人科は東6階病棟への入院をやめて、主病棟である西4階病棟に患者を集中させることとした。循環器内科

は従来から西6階病棟に入院していたが、専門的なモニター類などの移動が困難であることも考慮し、包括ケア病棟への転換後も西6階病棟を主病棟とすることとした。また、呼吸器内科患者数増加に伴う西3階の入院患者数増加に対応して、皮膚科の入院患者の主病棟を西3階病棟から包括ケア病棟転換後の東6階病棟とすることも決定された。このこと背景には、包括ケア病棟であっても、手術や麻酔については出来高算定が可能という事情があった。

2. 包括ケア病棟の名称：今回の病床再編、転換については、実際に患者の病棟移動を伴うものであり、その内容について患者に理解していただく必要がある。平成28年5月以降、病棟や外来に、病棟再編の告知文書を掲示し、説明文書を作成、入院予定患者への配付と説明を開始した。さらに、病棟再編準備委員会では、包括ケア病棟の理念に基づき、全人的ながん医療を提供するというスタッフの意思を示せるような包括ケア病棟の名称について検討した。“専門的治療”、“フォローアップ”、“退院ケア”、“プライマリケア”などの言葉

表1 病棟再編準備委員会委員名簿

田中臨床部長 (委員長、西6階病棟長)	中川臨床部長 (病棟部会長)	小林整形外科部長 (東6階病棟長)	長谷川看護副部長	丸山看護副部長
若井看護副部長	浅見東6階病棟師長	桜井西6階病棟師長	松浦事務長補佐	金子医事企画員
小山医事企画員	オブザーバー 佐藤院長	オブザーバー 水沢事務長	オブザーバー 内藤看護部長	オブザーバー 上原リハビリ技師長

表2 病棟再編内容


病棟	再編前診療科	再編後診療科
西3	放射線科、頭頸部外科、呼吸器内科、眼科、皮膚科	放射線科、頭頸部外科、呼吸器内科、眼科* (~平成28年9月)
東4	泌尿器科、脳神経外科、麻酔科	泌尿器科、脳神経外科、整形外科、形成外科
西4	乳腺外科、婦人科	乳腺外科、婦人科
東5	消化器外科	消化器外科
西5	消化器外科、呼吸器外科	消化器外科、呼吸器外科
東6	整形外科、形成外科、血液内科、乳腺外科、婦人科	トータルケア病棟、皮膚科、眼科* (平成28年9月~)
西6	呼吸器内科、循環器内科	トータルケア病棟、循環器内科
東7	血液内科、小児科	血液内科、小児科
西7	消化器内科、内分泌内科、緩和ケア科、血液内科	消化器内科、内分泌内科、緩和ケア科、血液内科

* 眼科は平成28年9月に西3階から東6階に移動

が候補としてあがった中で、検討の結果、最終的に“トータルケア病棟”とすることが決まった。がんは、一般的には慢性疾患のイメージが強いかもしれないが、病状経過中に急性疾患としての対処を要する場面が必ずある。それは病状発症から診断時のこともあれば、手術を受けた後、回復に至るまでの経過中のこともある。また、病状が軽快した後の進行再発時などにも急性疾患としての対処を要することが少なくない。がんの患者を診断から治療、その後にいるまで“トータル”に診療するという思いを込めた名称である。現在運用しているトータルケア病棟の告知文書と入院予定患者への説明文書を図1に示す。

3. スケジュール：平成28年4月の診療報酬改定で7対1看護体制の条件変更と運用の厳格化が決定されたが、医療現場に与える影響が大きいことが考慮され、施行後半年間の移行猶予期間が設定された。今回、2病棟を包括ケア病棟（トータルケア病棟）に転換することが決定された後、移行猶予期間を考慮し、正式な変更申請は平成28年10月1日付けで行う方針とした。病床の移行については6月から9月を試行期間と設定し、病棟再編の内容

を院内向けに配付周知したうえで、6月1日以降の入院については基本的に病棟再編後の病棟への入院をするように依頼した。なお、包括ケア病棟の算定要件として、リハビリを平均2単位/日、14単位/週以上実施するという事項がある。このリハビリ要件については、包括ケア病棟に入院する全ての患者を対象とするものではなく、あくまでもリハビリを実施している患者に限定して適用されるものであるが、それでも土日を含めて平均で一日2単位（＝40分）以上のリハビリを実施するのは、患者にとってもリハビリ技師にとっても容易なことではない。このリハビリ要件については正式に変更申請を行う前に3ヶ月間の実績をつくることが求められていた。包括ケア病棟転棟候補患者の中からリハビリ対象となる患者について慎重な検討と選定を行い、限られたスタッフを適切に配置することが移行期間から必要となったが、リハビリ技師と整形外科医師、医事課スタッフの連携のもと、実績をつくることができた。なお、今回の病床再編にあたっては、すでに包括ケア病棟の運用を開始し、実績をあげていた新潟県立新発田病院を平成27年11月に訪問して状況をみせていただ



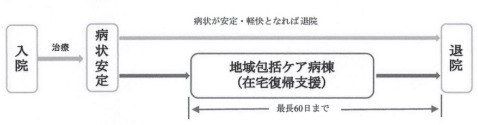
新潟県立がんセンター新潟病院
NIIGATA CANCER CENTER HOSPITAL

トータルケア(地域包括ケア)病棟開設のご案内

平成28年10月より、当院の東西6階病棟をトータルサポートの充実を図るトータルケア病棟(地域包括ケア病棟)として運用することになりました。
【トータルケア病棟】に入院された患者さんには、在宅復帰をスムーズに行うために『在宅復帰支援計画』を作成し、主治医・看護師・専門スタッフ・退院支援部門担当者(医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師)等が協力して、効率的に患者さまの在宅支援を行ってまいります。
がんの専門病院でトータルケア(地域包括ケア)病棟を設置する意味はがんのトータルサポートを行うことにあると考えます。トータルケア病棟を開設することで一般病床の円滑な運用をすすめる、患者さまや地域の皆様のニーズに迅速に対応できるよう努めてまいります。

※トータルケア病棟とは

急性期治療を經過し病状が安定した患者さんが、引き続き在宅復帰等に向けて治療・症状コントロール・各部門の専門スタッフによる支援を行い、安心して退院していただけるための準備病棟として位置づけています。
ご自宅等への退院準備をしっかりと整え、地域に復帰できるようお手伝いすることを目的としています。



ご不明な点は、地域連携・相談支援センターまでお気軽にお問い合わせ頂きますようお願いいたします。
【レインボープラザ(地域連携・相談支援センター)】：TEL025-266-5161 FAX025-266-5162
電話対応時間：平日9:00～17:00(土日祝日を除きます)

入院される患者さんへ

「トータルケア病棟」運用開始のご案内

トータルケア病棟(地域包括ケア病棟)とは

- 平成 26 年度の診療報酬改定において新設された在宅復帰支援を行う病棟です。
- 現在、日本では4人に1人が65歳以上の高齢者ですが、今後は高齢化の進展により、更に高齢者の方々の入院が増える予見されています。
これに対応していくため、国においては急性期治療後の療養が必要な場合に、患者さんの病態に応じて、地域の医療・介護との連携を図りながら、最終的には在宅復帰を目指す機能を持った「地域包括ケア病棟」を作っていくことが必要であるとされました。
- 当院でも、高度急性期医療をより充実させる一方で、上記のような高齢化ががん治療のトータルサポートの充実を図るため、平成28年10月1日より、6階西6病棟と東6病棟を「トータルケア病棟(地域包括ケア病棟)」として運用開始いたしました。
- 患者さんやご家族の皆さまには病棟・病室の移動等のご負担をおかけする場合がありますが、ご理解ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

対象となる患者さん

急性期の治療が一段落し、在宅復帰に向けて経過観察やその他の支援が必要な方が対象になります。
一般病棟に入院中の方で、主治医が必要と判断した場合は、「トータルケア病棟」へ移動し、継続入院となります。

在宅復帰に向けた支援

一般病棟と同様に担当医・担当看護師が治療、ケアを行い、退院後の生活自立や症状のコントロールに向けて支援します。さらに、相談員・在宅復帰支援担当者にご相談に応じます。

平成28年10月
がんセンター新潟病院長

図1

いた。新発田病院の皆様からはその後も、手続きや必要書類などに関して、実践的な内容を繰り返しご教示いただいた。新発田病院と当院では病院の性格や役割に違いがあるが、たいへん多くのことを学ばせていただいた。この場を借りて御礼申し上げます。

4. 運用の実際：包括ケア病棟に転棟する候補患者をいかにして抽出し、患者本人や主治医をはじめとする関連スタッフの同意を得てスムーズに転棟させるかが最重要課題である。実際の運用の流れを以下に記す。①一般病床入院中の患者について、DPCの日当点と、看護必要度から判断する患者重症度をもとに、医事課で病棟毎に包括ケア病棟転棟候補患者リストを作成し、毎週月曜日に各病棟に配布する。②各病棟ではこのリストをもとに、包括ケア病棟への転棟が可能な症例を絞り込み、火曜日の朝までに看護部長室に報告する。③各病棟からの転棟患者候補リストを看護部でまとめ、これを毎週火曜日の午後、病棟再編準備委員会委員他、関係部署スタッフが集まり、個々の症例の転棟可否、転棟先、転棟日を決定する。④実際の転棟にあたっては、原則として主治医が包括ケア病棟向けの新たな診療計画書を発行し、患者本人に説明して同意を得たうえで実行する。

Ⅲ 現状と課題

平成28年6月からの移行期間を経て、10月から正式なトータルケア病棟の運用が開始された。その道のは決して平坦なものではなかったが、現在毎週火曜日の午後に10～20名の転棟候補患者について検討が行われ、その多くで転棟が決定、実行されている。当初の目的である看護必要度から判定される患者重症度に基づいた一般病床の7対1看護体制の維持は達成できている。これまでの現状と課題を、送り手となる一般病棟と、受け手となる包括ケア病棟に分けて以下に記す。

1. 送り手となる一般病床の現状と課題

- 1) 病床稼働率、病床回転率の不均衡：ある程度予想されたことではあったが、実際に運用が開始されると、今回の病棟転換で主病棟が変わった診療科に転棟患者が集中した。その結果、多くの患者を包括ケア病棟に送り出す病棟とそうでない病棟に分かれることとなった。そして、前者では、入院、転棟を含む患者の出入りが多くなり、他の一般病床と比較して病棟スタッフの負担が大きくなる傾向が認められた。具体的には西3階病棟がこれに相当し、移行期間中に再度議論がなされたうえで、病棟業務の平均化を図る目的で、眼科に西3階病棟から東6階病棟に移ってもらうことをお

願いして了承いただいた。平成28年9月に移動が実施され、問題の解消方向に有効であった。

- 2) 転棟候補患者リストの作成と絞り込み：転棟患者の選定にあたり主治医の確認、協力と、患者本人の同意が必要不可欠であるが、この点についてもいろいろな温度差が存在しており、現状についてさらに各方面への丁寧な説明が必要と感じている。できるだけ多くの診療科からまんべんなく転棟候補患者を抽出することが理想的である。そのために、クリニカルパスを適用している手術症例の中から、術後安定期に包括ケア病棟転棟症例を出す方向で検討が進められ、平成28年9月以降、主治医の協力を得て、食道がん、胃がん、大腸がんなどの手術症例を転棟させている。しかし、そもそも入院期間が短縮傾向にある中で、1～2週間程度の入院期間設定が多い手術症例では、包括ケア病棟転棟後の入院日数が極端に短いケースなどもでており、そのような場合には、本来の包括ケア病棟の意義を十分果たせていないのではないかと意見もある。当院では入院下での化学療法や放射線療法症例も多い。化学療法施行例では、化学療法剤の部分のみについては包括ケア病棟転棟後も出来高算定が可能となっており、日当点の推移を含めて総合的な判断のうえで転棟症例を抽出している。一方で放射線治療症例では治療が数週間に及ぶ事例もある中で、包括ケア病棟転棟後には放射線治療の出来高算定は認められておらず、適切な転棟時期について検討を継続している。

2. 受け手となる包括ケア病棟の現状と課題

- 1) 稼働率の低迷：東6階と西6階の2病棟で合計100床の包括ケア病床として運用しているが、その稼働率はこれまでに70%程度までにとどまっている。結果として、一般病床の稼働率が相対的に上昇し、前述した診療科による差も相まって、病棟間の繁忙度の差につながっている。包括ケア病棟の稼働率を上げるためには、先述したように送り手となる一般病床の転棟患者リストの充実はもちろんのこと、両者の効率的な連携が必要である。
- 2) 包括ケア病床患者の特性と傾向：包括ケア病棟においては、術後急性期を脱した患者から、病状進行終末期の患者に至るまで、多診療科の多様な患者を受け入れている。そのため、スタッフは稼働率では測りきれないストレスを感じている場合もある。病状進行、終末期の患者の中には、転棟後、在宅療養を目指すのか、ホスピス等への転院を目指すのか、なかなか方向性が定まらないケースも散見される。病状によっては重症度、看護必要度が急激に変化・上昇する場合もある。包括ケア病棟の入院期間は60日までと限定されているが、病状や社会的な要因などから、長期化して60日を

超えそうになる症例もでてきている。そのようなケースでは、主治医のリーダーシップの発揮が改めて求められている。

IV 今後に向けて

包括ケア病棟の運用が正式にスタートして3ヶ月あまりが経過した。各部署ではまだまだ試行錯誤の状況があり、一部では葛藤や混乱の声も聞かれる。

「今回の病棟再編は本当に患者さんのためになることなのか？」

「そもそもだれの、何のための再編なのか？」

「もともと忙しいのに、これ以上面倒なことができるか！」

「混合病棟が増える中で、専門性をもった高度ながん医療を従来通り提供できるか？」

導入前から様々な声が聞こえてきたし、今も、聞こえてくる。本稿でこれまでの流れを振り返ってきたが、今でもこれらの声に対して絶対的な回答をすることはできない。今回の病棟再編が正しい選択なのかどうかについての結論を出すにはまだ早すぎるかもしれないが、現状では、7対1病床の維持という第1目標は達成できている一方で、これまで述べてきたように様々な課題も見つかっている。運用に追われ、実際の患者の立場にたった検証まで至っていないのが実情でもある。

地域包括ケア病棟のシステムが必ずしもがんに特化したものではない中で、その運用基準を満たそうとしたときに無理や矛盾を感じることも多い。様々な事情・背景で化学療法や放射線治療を入院下に実施するケースにおいて、それらの重症度評価にはもっと配慮があってもよいのではと思う。今回の病棟再編を、がん患者にとっての意義のある“トータルケア”実現につなげるためには、私たちが実践する中で議論を重ね、問題点があれば提起していくことも重要であると考えます。

医療費抑制という、簡単には収束しそうにない大きなうねりの中で、すべての医療従事者がもがいている。荒れる大海に浮かぶ木片に必死でしがみついているような状態、かもしれない。しかも、うねりはこれからますます高くなるかもしれないし、突然逆のうねりがくるかもしれない。そんな中で、変化

する状況に対して何の対策も講じなければ、あっという間に木片からも振り落とされて海の底に沈んでしまう、かもしれない。2年後にはまたどんな診療報酬改定がなされるかわからないが、今を乗り切らなければ2年後はない。一番怖いのは無関心や諦めだと思う。

それぞれのスタッフは、当院での仕事に誇りをもって毎日頑張っておられると思う。それは、眼前の患者さんの力になって何とか助けてあげたいという思いや、がん医療の発展に寄与したいという崇高な気持ちに支えられていると思う。今回の病棟再編によってそのような崇高な気持ちが萎えたり、薄れたりするようなことはなんとしても避けなければならない。そのためには、状況についての定期的な振り返りと総括を行って情報発信し、丁寧に説明することが求められていると思うので、今後真摯に進めていきたい。

医療をとりまく状況は大きく変革し、厳しくなる一方である。今回の病棟再編という大きな変革にあたり、それぞれのスタッフが日々様々な課題に直面していると思う。それを解決するための建設的な意見をぜひとも聞かせていただきたい。よりよい医療を提供するための、最も重要な医療資源は、きれいな病院や高額な薬剤・機器などではなく、スタッフであると信じている。これまで私たちが、よい医療と信じて実践してきたものを存続させるために、多くの皆さんの力をこれからも病棟再編にかかせていただきたいと思う。

参考資料

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム [参考2017-1-31]
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
- 2) 厚生労働省：平成28年度診療報酬改定の概要 [参考2017-1-31]
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000125201.pdf>
- 3) 厚生労働省：医療施設（静態・動態）調査・病院報告 [参考2017-1-31]
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>