
特集：トータルケア病棟開設

トータルケア病棟開設 —看護部から—**“Total Care Ward” — from the department of Nursing —**

長谷川 美津枝

Mitsue HASEGAWA

要 旨

当院は新潟県がん診療連携拠点病院としてがんの急性期医療や先進医療に邁進してきたが、近年の病床利用率の推移や診療報酬改定に伴った7対1入院基本料の維持に向け、経営的観点から病床再編に踏み切った。平成27年4月にがん化学療法病棟50床を廃止し10病棟500床を9病棟450床へと縮小する一方で、外来化学療法室は15床から30床に拡充する等、段階的に再編を進めてきた。

更に平成28年10月には、東西6病棟の2病棟103病床を地域包括ケア病棟（以下トータルケア病棟と記す）に移行した。トータルケア病棟の開設に関しては、がんの急性期・専門病院である当院が地域包括ケア病床を有することに意義はあるのか、急性期病院から慢性期病院にシフトするのと言った疑問の声もあったが、当該病棟は「患者ががんと共存し、その人らしい生活を送るために在宅支援を充実させる病棟」として院内に位置づけている。開設後も課題は山積しているが、当院が今後がん専門病院としてあり続けるために選択した「専門病院としての地域包括ケア病棟」について、開設時から現在に至るプロセスや意義、今後の展望について報告した。

はじめに

当院はがん専門病院としてがんの急性期医療を担ってきた。しかし、昨今、国の医療施策は病院の機能分化や選択と集中に向かって推進している中、病院経営の戦略として病床再編は急務となった。この病院改革は、当院が今後がん専門病院としてあり続けるために必要と判断し、選択したものである。看護部では組織の判断に対して、看護師の立場でできることに協力しながら組織運営に参加したいと考えている。看護部の立場から「がん専門病院におけるトータルケア病棟」導入のプロセスと意義、課題、今後の展望について報告する。

I. 病床再編の経緯

当院は開設以来、がん医療やがん看護に特化した急性期医療や先進医療を強みや誇りとして、邁進してきた。昨今、近隣施設におけるがん医療の均てん化に伴った新患者数の減少、在院日数の短縮等によ

り、平成25年度から病床利用率が80%を下回るようになった（図1）。

平成28年度は診療報酬改定を迎えるにあたり、看護必要度基準を満たす重症者の割合も旧評価基準で20%を切っていたことから、新看護必要度評価基準になった場合、7対1入院基本料の維持は困難と想定された（図2）。病院を取り巻く医療情勢から、7対1入院基本料を維持するために、院長の指揮の下で組織横断的なプロジェクト（経営戦略プロジェクト 病院経営戦略会議）を発足し、経営コンサルタントの介入を受けながら病床再編を推進してきた。

再編の第1段階は、昨年4月にがん化学療法病棟50床を削減し、病床数を500床から450床にダウンサイジングすることから始まった。更なる病院改革の選択肢としては、①再びダウンサイジングする、②入院基本料を10対1に変更する、③緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟を開設する案が挙げられた。経営戦略会議で検討を重ねた結果、7対1入院基本料の維持を優先とし、一般病棟9病棟のうち2病棟・103床を

新潟県立がんセンター新潟病院 看護副部長

Key words：がん専門病院(Cancer care facilities), 看護必要度(Nursing necessary degree), 病床再編(Bed reorganization) トータルケア病棟(Total care ward), トータルケア(Total care), 転棟(Change ridge)

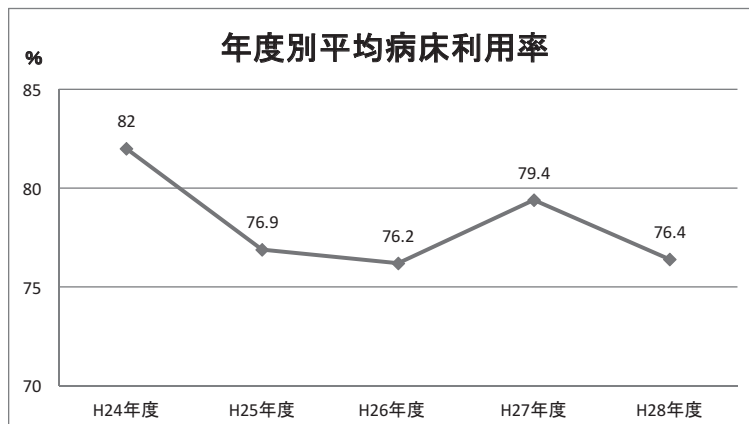


図1 病床利用率

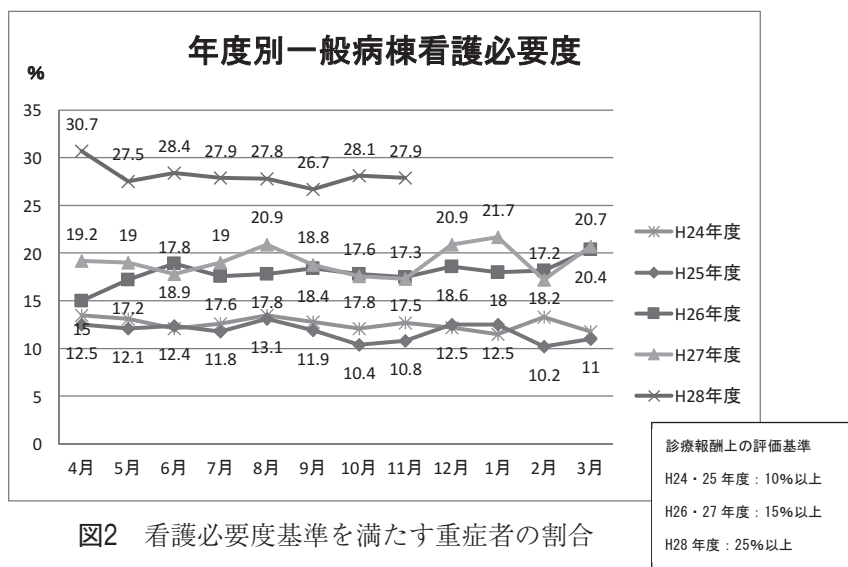


図2 看護必要度基準を満たす重症者の割合

地域包括ケア病棟として運用し、入院診療科を再編することに決定した。

II. 病床再編の目的・意義・プロセス

病床再編の目的は7対1入院基本料の維持であり、病棟格差のある病床利用率の均てん化、がん患者さんへのトータルケアの提供、地域連携や在宅支援の強化である。

トータルケア病棟の開設、病床再編のプロセスは図3のとおりである。

平成26年12月から診療科別勉強会や検討会、職員への動機づけのための院長説明会の開催、DPC分析、地域包括ケア病棟に転棟する患者の選定基準や転棟手順の整備、院外へのPR等の開設準備を開始した。平成28年6月から8月にかけてトータルケア病棟への転棟患者の選定や、転棟による看護必要度の変化を確認しながらシミュレーションを実施し、10月からの本格稼働を目指した。看護部では患者選定の基準

(図4)や選定用のスクリーニングシート(図5)、トータルケア病棟の運用基準(図4)を作成しながらスタッフへの理解や協力を求め、職員へのイメージ化を図ってきた。シミュレーションの結果では、一般病棟とトータルケア病棟との病床利用率や業務量の格差、リハビリオーダーとその実績作りへの課題が明らかになった。

組織改革に関しては勿論賛成意見ばかりではなく、病床の混合化が進展していくことへの不安や転棟作業等に関する業務の煩雑さ等々ネガティブな意見も多くあり、現場には混乱も生じた。そのような混沌とした現場の思いを汲み取り取りまとめ役を担う看護師長に対して、組織改革への理解を深めるために病床再編に関するランチオン意見交換会(図6写真)を開催したり、「トータルケア病棟通信」(図7)を発行して再編結果や進捗を現場にフィードバックする等、看護職員に対する共通認識の醸成を図ってきた。

また一般病棟と開設したトータルケア病棟の稼働を安定的に維持するには、一般病棟から効率的に転棟を行うしくみ作りが急務であった。当初はトータルケア病棟に転棟する患者として、出来高算定可能と判断した化学療法や放射線療法の患者を想定していたが、後にこれらの診療は包括算定であると判明したため、転棟する患者の選定については再考が必要となった。これを解決するための一施策として、クリニカルパスに転棟時期を組み入れて運用することが効果的と考え、医師と相談しながら幽門側胃切除や乳房再建術、腎摘出術、子宮頸部手術でクリニカルパスによる転棟患者の対象の拡大を図った。

Ⅲ. 結果・課題

病床再編後の経営指標では、一般病棟の病床利用率は80%前後まで上昇し（図8）、また看護必要度の重症者割合は約2%上昇した（図9）。看護必要度の重症者割合を筆頭に、一般病床の病床利用率、平均入院患者数も少しずつだが右肩上がりとなり、少なからず7対1入院基本料の維持に貢献し始めていると言える。

地域包括ケア病棟の運用について考えてみると、がん専門病院と一般病院の運用では若干意味合いが異なるように思われる。一般的に地域包括ケア病棟は、患者の生活復帰に向けた支援を目指す病棟であ

28年8月1日発行 病棟部会幹事会

トータルケア病棟通信 Vol.1

トータルケア病棟の発足については、日頃より御協力いただきありがとうございます。
6月よりトータルケア病棟への転棟シミュレーションを開始してから2か月が過ぎようとしています。10月からの本稼働に向け、近況や課題をお知らせしますので、今後とも皆様のご支援をよろしくお願いいたします。

トータルケア病棟（地域包括ケア病棟）とは？

急性期治療を経過した患者を受け入れ、60日を限度として在宅復帰支援を行う機能を有した病棟

施設基準

看護職員 13:1以上 看護必要度重症者（A1以上、又はC1以上）が10%以上 在宅復帰率70%以上 リハビリを提供する患者は2単位/日以上 専任の在宅復帰支援担当者を1名以上配置 専従のPT、又はOT、STを1名以上配置する

現状報告！

トータルケア病棟への転棟患者選出については、現在0PCの日出点（2708点以下）と看護必要度データ（重症者の要件を満たさない患者）から医師選で対象患者を洗い出し、更に部署毎に処置の有無や退院先等の情報を考慮した上で患者をスクリーニングし、幹事会（毎週火曜日 15:30）で検討しています。幹事会を待たずに転棟したい場合でも、随時トータルケア病棟の看護部長と相談し可能としています。

転棟に関する課題

- バスに転棟予定を載せることができないか検討中（幽門側胃切除、乳房再建術等）
- リハビリが必要な患者は1日3単位/日（月～金）以上をクリアできる方が望ましい（3単位/日クリア不可の患者が増えれば要件の2単位/日の維持が困難。リハビリの実績から除外するために終了操作も考慮）
- 個室希望のある患者はどうか（個室が空くまで転棟不可？）
直近で退院予定の患者であっても一般病床の空床が少なくなれば転棟が必要となる
- 転棟に際する業務負担増が必要
只今移行期ですので、一般病床とトータルケア病棟との稼働率格差の発生や転棟タイミング、産入対応等で様々な違いが発生し、ご連絡をおかけしておりますが、1つ1つ相談しながら進めてまいります。どうぞ意見やご提案がありましたら、病棟部会・幹事会までご連絡くださるようお願いいたします。

図7 資料

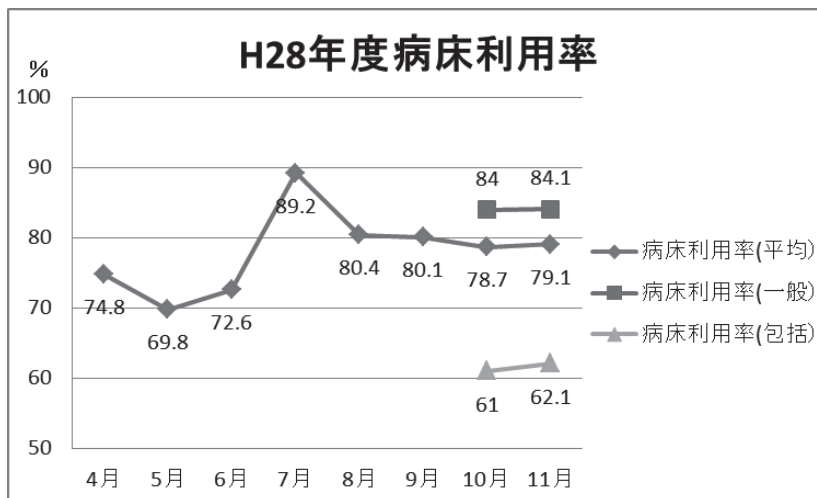


図8 再編後の病床稼働率

り、リハビリを中心とした機能訓練や生活指導、教育入院、退院調整等を必要とする患者が入院する。一方、がん専門病院の地域包括ケア病棟では、がんの症状コントロールや緩和ケア、術後や化学療法後の回復期、またクリニカルパスから逸脱し、ポストアキュートにある患者等が対象となる。そのため、転棟時には地域包括入院基本料の算定内での診療が可能な状態にあるか、転棟後に新たな治療や検査が追加にならないかどうか、出来高算定可能な治療かの見極めが重要となる。

現在抱えている問題としては以下の7点があげられる(図10)。

- 1) がんのターミナル期の患者の特徴として、転棟時期には重症度は低いが病状が進行すると看護必要度の評価点数が上がり重症カウントされる
- 2) 殆どの一般病棟では患者の混合化が進んだことで業務が煩雑化した
- 3) 転出病棟も転入病棟も転棟に係る業務量が増加した
- 4) 病床利用率が上がったことで以前よりも一般病棟の入院対応が困難なことがある
- 5) トータルケア病棟に患者を転棟させて一般病棟に空床を確保しなければならないが、患者の選定について主治医の協力を得なければならない

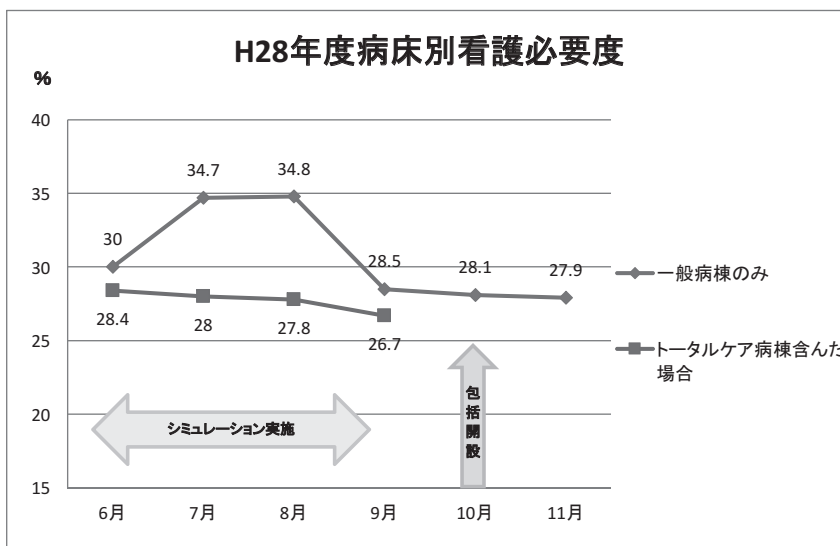


図9 再編後の看護必要度基準を満たす重症者の割合

変革推進上の問題点

- 1 変革に対する動機付け(相違する価値観 コンセンサスが得られにくい)
- 2 患者さんにとってのメリットは何か?(見えにくい)
- 3 トータルケア病棟スタッフのモチベーション低下
- 4 トータルケアと一般病棟の稼働格差・業務量格差
- 5 転棟患者の選出
- 6 看護必要度基準を満たさないが日当点の高い化学療法・放射線療法の患者をどうするか
- 7 転棟関連業務の煩雑化

図10 問題点

6) 転棟が進まない場合はトータルケア病棟と一般病棟の病床稼働や業務量に格差が生じやすい

7) 急性期から慢性期の患者ケアへとギアチェンジしたことが、トータルケア病棟に関連するスタッフのモチベーションにも影響を及ぼしている

今後の課題としては、がん医療に特徴的な化学療法や放射線療法の患者の転棟時期の見極めや一般病棟とトータルケア病棟との病床利用率の均てん化、がん患者さんにとってのトータルケア病棟の意義の見直し、円滑な病棟間移動、クリニカルパスの工夫による転棟の推進、在宅支援に関する知識や技術の習得、職員のモチベーションアップ対策等があげられる。

前述したように、経営指標上では徐々に病床再編の効果が表れているが、今後さらに組織改革を推進していくには「医療や看護の質」にも目を向けなくてはならない。疾患別・科別の病棟編成から、高度急性期・急性期、亜急性期・慢性期といった病期別に再編成したことが、患者にとってどんなメリットや意義をもたらしたのか、転棟によって患者への不利益は生じていないか改めて見直す時期に入ったと判断している。がん専門病院におけるトータルケア病棟の導入という全国的にも初めての体験を経験知に積み重ねながら、その時々で正しいことを判断し、柔軟な解決を図っていくことが看護部には求められている。

IV. まとめ・展望

地域包括ケア病棟の開設に向けた経営戦略プロジェクトを立ち上げてから、試行錯誤による準備期間を経て、本格稼働を迎える段階に至った。現在、他のがん専門病院において地域包括ケア病棟の導入事例は殆どない。その中で当院が先行を切った背景には病院経営の観点のみならず、「がん患者にトータルケアを行う」こと、即ち「患者を生活者として捉え、在宅復帰やQOLの向上に向け組織的に支援すること」にある。看護部はその原点を大事にしたいと考えている。

トータルケア病棟への転棟では、がん医療に特有な化学療法や放射線治療はDPCの日当点が複雑なため、医事課と相談しながら日当点や転棟時期を考慮する必要がある。またがん患者は、症状や状態が進行・変化しやすいため、転棟のタイミング、即ち病状の安定期や在宅移行期の見定めが重要となる。ベッドコントロールでは、一般病棟とトータルケア病棟との病床利用率・看護必要度評価のバランスをとることが重要であり、双方に偏りが生じないように入院・転棟を決定していくことが要となる。

看護部には、組織が必要と判断した病床再編やトータルケア病棟の運営に関して、業務改善の仕掛け作りをしながら部署の理念である「その人らしさを大切にされた最善のがん看護」を提供し、また個々の看護師は、トータルケアを必要としている患者に快適な療養生活を提供するという目的がある。患者の生活支援の要となっていくトータルケア病棟の運営の充実や効率的な病床管理に向け、更なる組織化を目指したい。