



2025年改革シナリオの仕上げに向けた 20年診療報酬改定とこれからの病院経営戦略

～新元号、働き方改革、改正入管法(特定技能)施行、
消費税増税が行われる2019年度の病院経営とは…～

今年は、医療介護経営者にとっては、4月にスタートした働き方改革、改正入管法施行に伴う新たな在留資格(特定技能)創設、10月には消費税増税に伴う2019年臨時診療・介護・障害報酬改定や新・処遇改善加算への対応が迫られている。さらに、中医協においては、既に2020年診療報酬改定の審議も始まり、年末には意見の取りまとめが行われ、翌年2月には答申のスケジュールとなっている。

そこで当会では4月21日(日)に、2012年に始まった2025年改革シナリオのロードマップも半分が経過し、いよいよ総仕上げの第一歩となる、2020年診療報酬改定の位置づけや重点施策を展望し、“先手必勝”の準備や対応策を多角的に議論する病院経営シンポジウムを開催した。千葉大学医学部附属病院 副病院長・病院経営管理学研究センター長 井上 貴裕氏には平均在院日数の短縮と病床稼働率との兼ね合いに苦闘する急性期病院の経営指針、また、日本最大の回復期病床を持つ一般社団法人巨樹の会 副理事長 桑木 晋氏には回復期リハ病床運営の詳細、ASK 梓診療報酬研究所 所長 中林 梓氏には2020年診療報酬改定の準備対応と2025年に向けたビジョンと病院経営についてご講演をいただいた。シンポジウムでは、介護コンサルタントの小濱介護経営事業所 代表 小濱 道博氏、医療・介護・福祉事業コンサルタントのウェルフェア・J・ユナイテッド株式会社 代表取締役社長 本間 秀司氏も加わり、今後の病院経営についてディスカッションや質疑応答を行った。『Visionと戦略』7月号特集では、その内容を取りまとめたので報告する。

- | | | |
|---------------|---------------------------------------|---|
| Part 1 | 地方では医療介護需要が低下
事業エリアと事業編成の着眼点 | 『Visionと戦略』編集部 |
| Part 2 | 2025年改革シナリオに向けた
高度急性期・一般急性期病院の経営戦略 | 千葉大学医学部附属病院 副病院長
病院経営管理学研究センター長
井上 貴裕 氏 |
| Part 3 | 日本最大の回復期病床で実践する
アウトカム創出のポイント | 一般社団法人巨樹の会 副理事長
桑木 晋 氏 |
| Part 4 | 在宅復帰が顕著に報酬に反映された
療養病棟・介護医療院・老健の今後 | ASK 梓診療報酬研究所 所長
中林 梓 氏 |
| Part 5 | 激変する制度変更と市場規模で
問われる医療介護経営の重点施策 | 小濱介護経営事業所 代表
小濱 道博 氏 |
| | | ウェルフェア・J・ユナイテッド株式会社 代表取締役社長
本間 秀司 氏 |

- | | | |
|---------------|--|---|
| Part 6 | パネルディスカッション
医療・介護・障害福祉に裾野広げ
主治医契約や勉強会で地域に入る | |
| | 司 会 | 一般社団法人日本慢性期医療協会 会長 武久 洋三 氏 |
| | シンポジスト | 小濱介護経営事業所 代表 小濱 道博 氏 |
| | | ウェルフェア・J・ユナイテッド株式会社 代表取締役社長 本間 秀司 氏 |
| | | 千葉大学医学部附属病院 副病院長・病院経営管理学研究センター長 井上 貴裕 氏 |
| | | 一般社団法人巨樹の会 副理事長 桑木 晋 氏 |
| | | ASK 梓診療報酬研究所 所長 中林 梓 氏 |

地方では医療介護需要が低下 事業エリアと事業編成の着眼点

仙台市に続々と進出する
全国の勝ち組介護事業者

すでに高齢者人口が減少を

続けている地域では、医療需要も介護需要も低下しているが、2040年を過ぎれば、大多数の地域で医療需要も介護需要も減少に転じる。患者も利用者も減少すれば、事業は成り立ちようがない。そのような中、その窮状を見通して病院の生存策として制度化された地域医療連携推進法人は、設立が思うように進んでいない。制度化の当初に「医療法人理事長は、一国一城の主」意識が強いから、同業者といっしょになることは嫌がるだろう」と懸念されたが、それが現実になった。患者をめぐる連携は強化しても、経営の連携には至りそうにない。

かつて金融当局は銀行と信用金庫を次々に合併させて整理統合を図ってきたが、病院

は法人形態が異なるうえに、ベッド数という権益が存在するので、行政主導による経営統合は想定しにくい。となれば、もはや事業エリアで勝つ以外に存続は難しく、あるべき経営姿勢は同業者との共生でも、現実には競争にならざるを得ない。介護事業も同様だ。共生・連携と競争は表裏一体の関係になったのである。

医療法人・社会福祉法人の黒字化請負人として豊富な実績を持つウエルフェア・J・ユナイテッド株式会社代表取締役社長の本間秀司氏は、介護事業成長戦略の条件として以下を示す。需要が増える分野は、認知症、知的障害、精神障害。需要が増える地域は、札幌、仙台、首都圏、名古屋、大阪、広島、福岡、各県の県庁所在地、中核都市の開発地区など。利益が上がる事業は順に、看護小規模多機能・小規模多機能、大型デ

イサービス、訪問介護（首都圏）、老健、生活介護、障害者グループホーム、就労継続A型・就労継続B型である。

すでに目端の利く事業者は、この条件をクリアしようと動き出している。「全国展開を行っている法人をはじめ、札幌、青森、東京、福岡、東北各県から、全国大会、地方大会の勝ち組が、どんどん仙台市に向かっていく」（本間氏）という。

介護の実地指導では 抜き打ちが増える予想

一方、経営リスク対策も一層の厳しさが問われるようになった。医療機関は介護事業の拡充で経営強化を図っているが、介護事業者に対する自治体の実地指導が強化されている。実地指導の結果、指定取消・効力の停止処分の対象になった介護保険施設・事業所数は2006年度には79件

だったが、11年度に166件、13年度に218件、17年度には257件と右肩上がりに増加を続けている。

厚生労働省は「指定期間内に最低一回は実地指導を行うように助言している。実際には6年以内に実地指導が行われない事業所も多く存在する」と指摘したうえで、対策を打ち出した。「丸一日掛けていた指導を半日で終え、一日に同地域で複数件の指導を行うなど、より多くの実地指導件数を確保する」「高齢者住宅の併設事業所については、重点的に実地指導を行うとともに、市町村に指定権限が移譲された居宅介護支援への市町村の指導体制強化を充実する」などである。

小濱介護経営事務所所長の小濱道博氏は「抜き打ち指導が増えるだろう」と予想する。

実地指導にはローカルルールが適用されるため、自治体によって判断の異なる項目も少なくない。ある自治体では泊りデイサービスが認可されても、他の自治体では認可されない例もある。小濱氏が挙

げる実地指導対策は①実地指導は全て記録を確認して判断される。記録の時効は5年なので5年分の保存があればOKの自治体が多い②納得できない自治体の指導や発言には必ず根拠を確認する③法律などの根拠を明確にして発言、確認、意見する癖を身につける—など。

いかにして過酷な経営環境に向き合うかは経営者次第だが、医療機関に改革を呼び込んでいる関連事業の経営者から、見識の高い発言を聞いた。AIを活用した病院・診療所向け音声認識システム開発で国内最大手のアドバンス・メディア（東証マザーズ上場）の鈴木清幸会長兼社長は「経営者の役割は未来を發明して、發明した未来に社員と取引先など人々を連れていくこと」と述べている。

制度化に先んじてサービスを開発する、つしま医療福祉グループ代表の対馬徳昭氏にも同様の着想が見て取れる。先行者は社会像を描ける優れたクリエイターでもある。

（文／編集部）

2025年改革シナリオに向けた

高度急性期・一般急性期病院の経営戦略

平均在院日数の短縮は分かった鉄則だが、病床稼働率との兼ね合いに苦闘する病院が後を絶たない。「平均在院日数を短縮して新入院患者数の獲得に注力すべき」と主張する井上貴裕氏が急性期病院の経営指針を解説する。



千葉大学医学部附属病院 副院長
病院経営管理学研究センター長

井上 貴裕 氏

ます。

それから軽症な外来患者を減らすことが重要なポイントになっています。外来患者の削減は

地域包括ケア入院料が梯子を外される可能性
■病院経営を概観すると、何が焦点になっているのでしょうか。

井上 急性期病院は新規入院患者を獲得する必要がありますが、そのためには在院日数を短縮してベッドを空けておく必要があります。それでもベッドが埋まらなければ回復期や地域包括ケアなどへの機能転換を図り、それでも稼働率を改善できなければダウンサイジングを図る必要があります。

■病院機能別の収支状況、一般病院と一般診療所の損益状況につ

いて説明していただけますか。

井上 厚生労働省の「医療経済実態調査」から特定機能病院、DPC対象病院、療養病棟入院基本料1の収支状況を分析すると、特定機能病院とDPC対象病院は赤字で、療養病棟入院基本料1は手堅く黒字を維持しています。100床当たり医療収益を見ると、特定機能は療養病棟の3倍、DPCは療養病棟の2倍ですが、医薬品費と材料費の負担額が大きいので、高度急性期に取り組めば大幅に赤字が増えるのが、今の診療報酬体系の実態です。

今年10月に消費税が増税されるので、医薬品費と材料費の負担は一層重くなるでしょう。急性期をやれば赤字に近づいていく傾向は避けられません。地域医療構想では急性

期にふさわしくない病院でも急性期を続けたがっています。日本の財政事情を考えれば、急性期病院の経営はますます厳しくなっていくと思います。

一方、一般病院と一般診療所の損益状況を見ると、平成24年度を境目に一般病院の損失は下降を続け、一般診療所は利益を出していますが、下降傾向にあります。今後、一般診療所はV字回復をして、

一般病院の損失はさらに下降していくのではないのでしょうか。V字回復の理由は、かかりつけ医機能を強化して算定要件をクリアすると、初診料に機能強化加算80点が新設されたことです。届出のハードルは高いですが、この加算の対象は200床以下の病院と診療所なので、220床などの病院はダウンサイジングしたほうがよいと思います。

■地域包括ケア病棟の開設については、どのように評価されていますか。

井上 平成30年度診療報酬改定における地域包括ケア病棟

入院料・入院医療管理料の再編によって、急性期病棟の患者さんを地域包括ケア病棟に移すのではなく、在宅の患者さんを直接受け入れる流れに入っています。地域包括ケア病棟はいずれ梯子が外されるかもしれませんが、現状では使い勝手が良く、入院診療単価の中央値が3万2000円と経済性も高いので、開設したほうがよいと思います。

「平成28年度入院基本料等の調査」によると、地域包括ケア病棟・病室1の届出を行った理由は、多い順に「より地域のニーズに合った医療を提供できるため」「収益を上げやすいため」「他の病棟と組み合わせることで患者の状態に即した医療を提供できるため」「7対1を維持するため一部を地域包括ケア病棟に転換する必要があったため」という回答でした。「収益を上げやすい」はホンネでしょうが、儲かるからという理由で届出を行った病院が多いと、将来、梯子を外されても仕方がありません。

「2025年改革シナリオの仕上げに向けた 20年診療報酬改定とこれからの病院経営戦略」

自治体病院への補助金は どこまで正当化されるか

■「医療経済実態調査」から

開設主体別にはどのような傾向が見出せるのでしょうか。

井上 一般病院では大病院ほど赤字幅が大きいのですが、国公立を除くと赤字幅が縮小しています。へき地などを除けば、もはや国公立で病院を支える必要があるのかという議論が出てくると思います。とくに自治体病院は補助金を入れないと存続が危ぶまれるほど危機的な状況に陥っています。都立病院などでは年間60億円以上の補助金を受け取っています。

しかもベッドが空いているので、ダウンサイジングをすればよいのですが、容易ではないのです。自治体病院がダウンサイジングをすれば職員定数も減らされ、さらに補助金が削られる可能性があるからです。自治体病院の中には「政策医療を担っているから補助金の交付は正当化されるべきだ」と主張される方がいます。確かにそういう面もある

でしょうが、それでも私が見る限り、年間に何十億円もの補助金を受け取るのは、いかななものかと思っています。

■自治体病院の中で補助金をアテにしないで、健全経営に取り組んでいる例はありますか。

井上 特別な補助金がなくとも、岐阜県の大垣市民病院（903床）のように純医療収支額が年間23億円の黒字という例があります。真つ当な医療を行っている病院だと思います。補助金は美味しいので、一度受け取ると足腰が立たなくなってしまう。なるべく減らしていくって、補助金なしでも経営できる体質に改善すべきだと思います。

大垣市民病院の強さは人件費率が約40%にとどまっていることにあります。しかし給与が低いわけではなく、医師も看護師も事務職も、1人当たりの給与は他の自治体病院を上回っています。人件費率が低いのは材料費率が高いからで、高額な医薬品の院内処方背景にあります。一方、この病院では建物が老朽化し

ていますが、贅沢をしようという考えはなく、無駄な物品を購入して予算を消化しようという考えもありません。

ただ、大垣市民病院では医師数と看護師数が病床数に比べて少なく、一方で医師数と看護師数に比べて患者数が多く、医師と看護師がよく働く病院と評価できますが、今後の働き方改革ではより効率的な働き方を模索する必要があります。よく働き、良い医療を提供している病院なのですから、今後はダウンサイジングをして、もっと筋肉質の病院に改革する必要があるかもしれません。

千葉大学大学院は 在院日数短縮で単価増

■経営環境に対する認識はどうあるべきなのでしょう。

井上 外部環境を見て自分たちはどこに向かうのかを見極めなければなりません。大垣市民病院の半径10キロメートル圏内の病院分布を見ると、大垣市民病院の独り勝ちです。以前、民間大病院が開設されたときに患者を相当数奪

われるのではないかという危機感が院内にありました。そうはなりません。名古屋から東海道線で30分という地の利も働いているのかもしれない。やはり魅力的な街で、人が働きたいという環境でないと良い病院経営は難しいと私はつくづく感じています。

ただ、外部環境はなかなか変えられません。自分たちの病床機能を見直したほうがよく、それにより収支を改善できる可能性があります。次回の診療報酬改定でも急性期患者を何で評価するかが焦点になるでしょうが、やはり在院日数を短縮して手術を行うことになると思います。それが急性期の役割です。重症度、医療・看護必要度には①入院初期の患者のほうが看護必要

度が高い②救急患者のほうが予定入院患者よりも看護必要度が高い③手術患者のほうが看護必要度が高いという3つの特徴があります。在院日数を短縮して手術をしつかりと行う。急性期病院に求められていることは、このことに

尽きます。

患者の年齢が比較的若くて、手術をして治すことに重点を置くかどうかで、急性期としての評価が左右されますが、これも外部環境に影響されるので、なかなか変えることはできません。

■これまでのご説明を踏まえて、井上先生が副院長を務めている千葉大学医学部附属病院（850床）の収支をお聞かせいただけますか。

井上 当院は平成27年度から平均在院日数の短縮を積極的に進め、入院診療単価が上昇しました。その結果、26年度は7億円の赤字、27年度は当初10億円の赤字予算でしたが、25億円の赤字に収めました。当初予算に対して、診療機能向上による増収が77億であり大きな影響を及ぼしました。その後、現在は黒字化していますが、消費税の補填不足が年間数億円になり、適切な投資が行えていないことが中長期的な診療機能に影響を及ぼすことを懸念しております。

（文／編集部）

日本最大の回復期病床で実践する アウトカム創出のポイント

カマチグループが運営する回復期リハ病床は15病院で計3040床。FIMチェックのPDCAサイクルを速く廻し、FIMを上げやすいところの見極めと意思統一のカンファレンスによってアウトカム創出に取り組んでいる。グループを構成する巨樹の会副理事長の桑木晋氏に、回復期リハ病床運営のポイントを尋ねた。



一般社団法人巨樹の会
副理事長 桑木 晋 氏

東京都内のリハ患者数のシェアは25%で、都内の回復期リハ病床は最大規模です。

東京都内のリハ患者数でシェア25%を占める

■カマチグループの概要について教えてください。

桑木 医療分野では4法人のもとに23病院・3診療所・2事業所を運営し、教育分野では1学校法人のもとに7校・1事業所を運営しています。グループが運営する病院は、急性期病院が8病院、回復期リハ病院が15病院。総病床数は、急性期が1557床、回復期リハが3040床です。

■回復期病床は

どのようなトレンドにあると考えていますか。

桑木 マクロトレンドは高齢化に伴うフレイル化と医療費増加に伴う病病連携の推進です。フレイル患者様が増えた結果、ケアが終わってもすぐには家に帰れない患者様は増えていきます。また、医療費が伸びる中で高コストの急性期病院にいつまでも患者様に入院していただけない状況にあり、DPCⅡ期以降は転院していただきたいという

インセンティブが働いてきます。

ミクロトレンドは平均在院日数短縮化のために急性期からのさらなる流入増加の可能性があることです。回復期リハや地域包ケア病棟など回復期機能を持った病床の潜在需要はまだ多く、カマチグループの回復期リハ併設急性期病院では退院患者様の7〜16%が回復期を経由しています。しかし地域ごとに温度差はありそうで、グループ内の単体の回復期リハ病院でも紹介件数は地域ごとにかかなりの差が開いています。人口動態と競合状態を考えながらの展開が必要です。

としても、地域によっては患者様の獲得合戦が起きている印象がありますが、全体として回復期病床は今後も伸びていく市場です。

■カマチグループはどのような方針で回復期リハ病床を運営しているのでしょうか。

桑木 回復期リハ病床のKPI（重要業績評価指標）として、新規入院数、稼働率、リハビリ実績指数（アウトカム）を設定し、回復期病床入院料1の基準獲得をめざしています。まず新規入院数については営業体制を構築しています。営業チームを整備して、営業コンセプトの確定、営業対象の同定、営業スケジュール管理、営業フィードバック管理、営業ツール作成などを実施しています。

稼働率についてはベッドコントロール・入院退院管理として、入院から退院までの情報の見える化、待機患者状況の把握による入院の安定化に向けた営業との情報共有、患者急変への対応、退院の安定化のための病床との情報共有な

どに取り組んでいます。

■アウトカム創出のコツは急性期からの早期受け入れ

■アウトカムについて、カマチグループは緻密な分析と創出策を実践していると伺っています。

桑木 リハビリ実績指数であるFIM利得の向上に力を入れています。60床の回復期病床の場合、回復期6と5で1日55点であれば月に99万円の差、回復期4と3で1日55点であれば月に99万円の差、回復期2と1で1日60点ならば月に108万円の差、さらに回復期2と1ならば体制強化加算で月に360万円の差がつかます。アウトカムを上げない理由はありません。そのために、できるだけ良い状態に上げて退院時のFIM利得を大きくし、できるだけ悪い状態で受け入れて入院時のFIM利得を小さくし、平均在位日数を短くして、算定上限日数が可能な限り長くなるようにと、アウトカムの要素を因数分解しています。

アウトカム創出のコツは、

「2025年改革シナリオの仕上げに向けた 20年診療報酬改定とこれからの病院経営戦略」

できるだけ低いFIMで算定上限日数の長い患者様を受け入れて、できるだけ高いFIMまで、できるだけ早く結果を出して退院につなぐことです。

カマチグループのデータから言えることは、受け入れでは急性期病院とのスムーズな連携によって早期に受け入れることが重要で、できれば発症2週間以内での受け入れをめざすことです。アウトカム37を超えようとすると、外部受け入れでは廃用症候群だけではなく厳しく、脳血管障害がポイントになります。内部受け入れでは廃用症候群の扱いが肝心で、約10%は急変して急性期病棟へ戻りになっています。

■FIMの管理はどのように行っているのですか。

桑木 FIMチェックのPDCAサイクルを速く廻し、FIMを上げやすいところの見極めと意思統一のカンファレンスが重要です。アメリカのリハビリテーショングループのヘルス・サウス社は7日ご

とにFIMをチェックしていますが、FIMの数字をレーダーグラフ化して伸びを見える化しています。患者様と全との関係スタッフが前回に比べてどこが伸びたのか、どこが課題なのかを見える化することが重要です。

FIMの伸長が悪い方の見極め方には二つあります。一つは、状態が悪すぎて伸びない方の見極めです。マンツーマンで期間一杯リハビリを受けるのは異常というコンセンサスを固めて、早めに転院するほうが長い目で見て患者様のためになるので、転院先の確保が重要です。転院先には地域包括ケア病棟、療養病棟、介護医療院などがあります。訪問看護など在宅サービスも選択肢です。

もう一つの見極めは状態が良すぎて伸びない方で、早めの退院で外来リハ、訪問リハ、デイケア、デイサービスへの引き継ぎが重要です。また、FIM伸長の悪い方の移動手段を獲得できれば、外来への移行も見えてくるはずですよ。

■マンパワーを確保する手段についてはいかがでしょうか？有効な手段はありますか。

桑木 例えば回復期60床に必要な人員は、医師2人、看護師30人、セラピスト50人（PT30人、OT15人、ST5人）、看護補助者20人、MSW2人です。実感としてはセラピストと看護補助者の確保が難しく、苦戦を避けられません。

リハの単位数とFIM利得は比例するので、365日にわたって9単位のできる人員配置をめざすのが基本です。セラピストを確保するには教育体制の整備やキャリアアップの明示などによって、魅力のある職場環境を整備したうえで学校訪問や説明会などを実施することです。きれいごとに見えるかもしれませんが、これが近道です。それから介護人材の確保では、技能実習生の受け入れも一つの手段になる可能性が出てきます。台湾では300万人の65歳以上人口に対して、介護に従事する外国人は25万人もいます。日本では出入国

管理法の改正によって5年間で最大6万人の介護人材を受け入れる予定です。現在のEPA人材が4300人であることを考えると、かなりのインパクトですが、3000万人を超える高齢者人口を考えると、人材の取り合いは必至です。

患者教育を実施して行動変容を促す

■回復期リハには他業界の知見や機器の活用も有効ではないでしょうか。有効な例がありましたら教えてください。

桑木 例えば認知機能改善のレクリエーションに関する知見については、介護事業者はデイサービスなどを通じて病院よりも多く持っています。ルネサンスは、集団での頭と体を使った運動で頭を活性化して、認知項目の改善につながるプログラムを開発しています。

あるいはパラマウントベッドが開発した床に投影した仮想現実の画像で利用者に運動を促し、達成感を与えるシステムは、負荷の低いメニュー

ならば人員を割らずに自主トレに応用可能です。医療システムのスタートアップ企業であるmedivR（大阪府豊中市）は、仮想現実ゲームを使ったリハビリ機器を開発して、医薬品医療機器総合機構に「一般医療機器」として受理され、歩行機能の改善機器として販売しています。

■アウトカムの創出には患者教育も大切ではないでしょうか。

桑木 リハビリは最大でも1日に3時間しか介入できません。その3時間を最大限有効に活用するためには、残りの21時間を有効活用することが必要で、なぜ自分がそのような行動をとるのかを納得することが重要です。カマチグループは8病院で2カ月ごとに健康教室を開いて、ベッドの選定、福祉用具の説明、清拭・体位変換の方法、介護保険で利用できるサービスの説明、口腔ケア方法、リハビリとアミノ酸サプリメントの関係、正しい内服方法などを取り上げています。

在宅復帰が顕著に報酬に反映された 療養病棟・介護医療院・老健の今後

療養病棟・介護医療院・老健施設の経営は、在宅復帰の成果が顕著に報酬に反映されるようになってきた。介護医療院への転換はなかなか進んでいないが、転換を誘導する報酬体系も組まれている。今後の経営指針について中林梓氏が解説する。



ASK 梓診療報酬研究所

在宅復帰機能強化加算は 介護医療院の促進措置

■2018年度診療報酬改定

において、療養病棟入院基本料で大きな見直しがありました。着目すべきポイントは何でしょうか。

中林 療養病棟入院料1を算定する病棟で、厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算が

氏 1日につき50点
付くことになりました。

中林 療養病棟を持っていて、病棟は、どこも静かにしています（笑）、潤ったと思います。

在宅復帰をさせられる病院を評価しようという改定でした。

しかも療養病棟から自院の介護医療院に移った場合も全て在宅復帰に認められるのです。在宅復帰機能強化加算は「介護医療院を開設したほうが得ですよ」というメッセージを診療報酬の中に入れたのであって、今回の改定の特徴に挙げられます。介護医療院を開設するかどうかを検討している病院は、この加算の持

つメリットを知っておいていただきたい。

療養病棟入院基本料では、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、自宅等から入院した患者に対し患者又はその家族の治療方針の意思決定支援を行えば、入院日から14日間に対して在宅患者支援療養初期加算が1日につき350点付きます。一方、他院の急性期一般病棟から自院の療養病棟への転院や自院の一般病棟から療養病棟への転棟では、急性期患者支援療養病床初期加算として1日につき300点です。

■在宅患者支援療養病床初期加算と急性期患者支援療養病

床初期加算に対して、どんな理由で1日につき50点の差が設けられたのでしょうか。

中林 それは地域包括ケアシステムを推進するための改定だったからです。住み慣れた家のできるだけ長く住んで、できれば看取りもやってもらいたいというのが地域包括ケアシステムの考え方なので、ぎりぎりまで施設か自宅で過ごしてほしいという意図が込められています。その患者さんたちを急性期病棟を経ずに直接療養病棟で受け入れ、脱水、低栄養、口腔を改善して、施設や自宅に復帰させることに50点高い点数を付けたわけですね。

療養病棟を持っている病院は患者さんが急性期からの移行なのか、施設や自宅からの直接入院なのかを把握したうえで、改めて地域における役割を考えていただきたい。例えば認知症を持った一人暮らしの高齢者が発熱した場合、療養病棟で受け入れて1週間入院しているうちに脚の筋力が衰えて、歩行が困難になるかもしれません。その後1週

間をかけて歩行訓練を行って筋力を回復させて退院させれば、1日につき350点が入院期間の15日に対して算定されるのです。ぜひ療養病棟の運営方法を確認していただきたいと思います。

在宅復帰機能強化加算と 夜間看護加算を取得する

■療養病棟の運営方法を確認する視点は何ですか。

中林 療養病棟を持っている病院は、どれだけ地域の介護施設と無床診療所と連携できているでしょうか？介護施設と無床診療所に「あの病院がなかったら困る」と言われれば、経営上は勝ちです。とくに在宅医療を受けている老老世帯では、必ず夫婦のどちらかが介護の限界に達する可能性が高いので、レスパイトとしての入院機能が必要になってきます。

自院の入院患者だけでなく地域の患者さんも地域で暮らし続けるには、療養病棟がないと困るのです。この現状を踏まえたベッド運用を考えてください。

「2025年改革シナリオの仕上げに向けた 20年診療報酬改定とこれからの病院経営戦略」

■療養病棟には夜間看護体制の充実を目的に加算が新設されましたね。

中林 1日につき35点の夜間看護加算が新設されました。施設基準に「夜勤を行う看護要員の数は、常時16対1であること」「ADL区分3の患者を50%以上入院させる病棟であること」と書かれています。

「看護要員」と書かれてあるのが看護職員である必要はなく、看護補助者でもOKなのです。これは診療報酬の嫌らしいところですが、「看護職員」と書かれてあれば看護師・准看護師に限定されますが、「看護要員」なので看護補助者でも要件をクリアできます。

ただし、夜間配置の全員が看護補助者では要件に認められません。留意事項として「各病棟における夜勤の看護要員の最小必要数を超えた看護職員1人を含む3人以上でなければ算定できない」と書かれているので、必ず看護職員1人の配置が必要です。

この看護体制は人事労務管理にも関わってきます。看護要員が手厚いと看護職員は退

職しなくなりますが、どのようにして看護補助者を確保するかという課題があります。看護補助者の採用は大変で、募集しても若い人の応募を期待できません。私が関わっている公的病院の看護補助者の平均年齢は65歳です。

ここで私がお願いしたいのは、夜間看護加算と在宅復帰機能強化加算の両方を取っていただきたいことです。

■夜間看護加算と在宅復帰機能強化加算の両方を取るとは矛盾していませんか？

中林 例えば療養病床が50床の場合、30床をADL区分3以上の患者さんで埋めて、残りの20床については先ほど説明した介護施設、無床診療所、自院の外来などから直接入院患者を確保すれば、夜間看護加算と在宅復帰機能強化加算の両方を取ることができます。現に両方を取れている病院があります。

ただし、漫然と療養病棟を運用するのではなく、必ずデータを取りながら両方の加算取得を意識しないと算定には至りません。

介護医療院転換の壁は 行政が開道を拓くこと

■介護医療院についてお尋ねします。介護医療院への転換はあまり進んでいません。転換に際しては何がポイントになるのでしょうか。

中林 介護医療院には類型Iと類型IIがあり、類型Iのほうが点数は高いのですが、医師の宿直が要件になっています。介護医療院への転換を考えている病院は、類型Iでいくのか類型IIでいくのかを検討していただいてもよいと思います。病室の指定基準は1人当たり8.0㎡以上ですが、転換の場合は6.4㎡以上で可能となっています。

令和3年3月31日までの間、入所者に介護医療院のサービスを提供すれば、届出を行った日から起算して1年まで1日につき93単位の移行定着支援加算が適用されます。この加算を1年にわたって丸々欲しいのなら、来年4月までに転換しなければなりません。しかも病床を転換す

れば地域医療介護総合確保基金からの補助金が期待出来る。補助金を利用して利用者さんにとって良い環境の介護医療院を作るのも、ひとつの選択肢ではないでしょうか。

1年はあつという間に経ってしまふので、そろそろ転換のシミュレーションをして準備をしておく必要があります。

転換をすすめる時に一番大変なのが行政との折衝です。転換を申請に行くと「うちの自治体は介護保険財源が乏しいから」というような理由で、なかなか認可されないケースが少なくありません。

審査機関を引き延ばされてしまふと来年4月が過ぎてしまふので、今から準備に入ることをお勧めします。

■介護医療院への転換に遡巡している病院は、転換が得なのか損なのかを見極められていないからですね？

中林 I型でいくなら療養病棟と収入はほぼ変わりませんが、加算の取り方によっては収入が上がります。II型への転換を含めて、収入が大きく

下がることはありません。それから、リハビリに強い介護医療院とか、設備の立派な介護医療院とか、介護医療院は病院によって特徴が出ると思います。「うちの介護医療院はこれがウリである」という特徴を考えておくことも必要です。

■介護老人保健施設の経営見通しはいかがでしょうか。

中林 厚生労働省は「中間施設という機能は変えない」という方針を変えていないので、特養化した老健の収入は下がっていくでしょう。にもかかわらず、基本型の老健には加算型をめざそうとしない例があります。そういう老健の財務内容を見ると、問題なく運営できているのです。

しかし次回の改定で、苦しくなっていくかもしれません。やはり在宅強化型をめざすべきで、それが難しくとも加算型はめざすべきです。加算型をめざすのも難しい場合、次回の改定で収入が下がることを覚悟しておく必要があるでしょう。

(文／編集部)

激変する制度変更と市場規模で

問われる医療介護経営の重点施策

人口減少によって医療需要と介護需要は、地域間格差があるものの、中長期には大きく下落していく。事業展開への影響は必須だが、もうひとつ、医療から介護へ需要が移行する中で、業務運営の切り替えも求められている。当該分野の第一人者が要点を解説する。



小濱介護経営事務所
代表 小濱 道博氏

**介護職員処遇改善加算
勤続10年・月8万円は誤算**

小濱介護経営事務所

代表 小濱 道博氏

2019年4月1日以降は、維持期・生活期リハビリテーション料の請求は医療保険から介護保険の請求に移りました。Q & Aが出て9月1日までの経過措置が発表されましたが、通所リハの許認可が必要なので、対応が遅れている病院も見受けられます。この移行は請求先が変わっただけでなく、制度が変わったのです。ただし、維持期・生活

期リハビリテーション料を算定していた患者さんが1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションの利用を開始した場合、実際の通所リハの提供時間が1時間より短くなった場合でも、19年9月30日までは、1時間以上2時間未満の単位数を算定できます。

介護保険サービスでは、ケアマネジャーがケアプランを作らないとサービス提供ができず、請求もできません。保健医療機関でもケアマネジャーとの連携が必要になってきますし、介護保険サービスに必要な書類作成も発生します。

それから介護事業者には、実地指導という役所による定期的な監査が入ります。実地指導の時に書類が不足してい

たり、手続きの順番が間違っていたり、諸々の問題が明らかになると報酬の返還が命じられます。介護は医療に比べて書類の量が13倍から15倍と多いので、医療と同じ感覚で書類を処理していると報酬返還になりかねません。コンプライアンス遵守が厳しく求められているのです。

いかにして医療のシステムを介護のシステムに転換できるか。これが重要なテーマになっています。例えば介護医療院の運営でも、作成する書類も手続きの仕方も医療とは違うのですが、職員の思考が医療のルールから介護のルールに切り替わっていないケースがたくさんあります。

こうした中で今年10月から処遇改善加算がスタートしま

す。巷では「勤続10年以上で介護福祉士資格を持つていれば給与が月8万円上がる」という都市伝説が蔓延していますが、普通に考えて毎月8万円も上がるはずがありません。資格を持つて10年勤続しているだけで毎月8万円上がるのであれば、他の職種が不満を持つてしまうし、あり得ない制度です。

国は、介護福祉士の資格を取って何年勤務しても給料は他の職種とさほど変わらず、希望が持てずに早期退職につながっているのが、各事業所・各施設に1人は一般企業並みの給料の方を配置してほしいと考えています。一般企業並みとは年収440万円程度で、富士山の頂上に登った該当者が1人いれば、加算の残金は裾野に位置する他の職員で分けてもらっても構わないという制度なのです。やや複雑な仕組みになっているので、計算式をしつかりと理解してください。(談)

医療・介護需要の推移に基づく 事業展開が厳しく問われる

ウェルフェア・J・ユナイテッド株式会社
代表取締役社長 本間 秀司氏



ウェルフェア・J・ユナイテッド株式会社
代表取締役社長 本間 秀司氏

私どもはコンサルティングを受託したら必ず、お客様の地域のマーケティング・マッピングを行います。厚生労働省が様々な数字を発表しているので、それぞれの数字を地域に当てはめると医療・介護マーケットの需要推移が全て分かります。川崎市を例に取って2015年から2065年までの推移を見ると、2015年に医療(75歳以上)・介護の市場規模は1024億円、2055年には4520億円に拡大します。ビックリするほど恵まれたマーケットですが、残念ながら多くの法人は奈良市と同様のマーケットに置かれています。

奈良市では医療は伸びていきませんが、介護は成長産業なので、奈良市で事業を行うには医療と介護のダブルでの事業が求められます。さらに75歳未満の医療だけの事

「2025年改革シナリオの仕上げに向けた 20年診療報酬改定とこれからの病院経営戦略」

業展開では、2015年に998億円だった市場規模は半端でないペースで縮小していくので、大変な事態に至ってしまっています。医療機関の経営者にはマーケット・マインドが不可欠です。

もっと深刻な例が小樽市で、医療需要は2015年をピークに縮小し、介護需要は2025年をピークに縮小していき、どちらも一本調子で縮小していきます。すでに病床も老健もガラガラになり始めていますが、医療機関の経営者と現場スタッフの多くは「厳しいな」と思う程度で、マーケットをあまり認識していません。

小樽市の75歳未満の医療需要は2015年に317億円でしたが、2025年に237億円、2035年に179億円に縮小するので、この市場での医療機関経営にもはや展望を持てません。日本中でこうした地域が山ほど出てくるのです。

私が医療・介護業界に関わるようになったのは10年前で、それ以前は大手企業の内

部統制やマーケティングなどの営業やコンサルティングを行っていました。医療・介護業界には他の業界では当たり前のマーケティングが欠けていますが、今こそ合理的に経営を考えるべき時代です。大事なことは、2040年や2055年に空いている席数から逆算することです。

地域の世帯状況、医療・介護の施設数とサービス類型数をマッピングすれば、患者さんと利用者さんのフローを把握でき、どこで勝負すべきかが分かります。すなわち、今後の経営の盛衰は中長期の事業計画次第です。

私どものお客様は旭川市から石垣島まで150法人あり、医療法人は30法人です。最初に訪問した時に行うのは財務分析で、いつまでに償却が終わるかを最も重視しています。管理職は収支で現場を廻していますが、経営者は償却で考えないと、経営が成り立たなくなってしまう。さらにマッピングも含め、管理職との情報共有が極めて大切です。(談)

(文／編集部)

パネルディスカッション

医療・介護・障害福祉に裾野広げ

主治医契約や勉強会で地域に入る

医療介護事業者は同業者と競争するのではなく、共生すべきであるという見解がある。非営利事業という本義からすれば共生に向かうべきだが、経営者には、一國一城の主意識が強く、地域医療連携推進法人の設立も進んでいない。何を指針に経営すればよいのか。病院経営者とコンサルタントが焦点を提示した。



司 会	一般社団法人日本慢性期医療協会 会長	武久 洋三 氏
シンポジスト	小濱介護経営事務所 代表	小濱 道博 氏
	ウェルフェア・J・ユナイテッド株式会社 代表取締役社長	本間 秀司 氏
	千葉大学医学部附属病院 副病院長・病院経営管理学研究所センター長	井上 貴裕 氏
	一般社団法人巨樹の会 副理事長	桑木 晋 氏
	ASK 診療報酬研究所 所長	中林 梓 氏

働き方改革が進めば 当直医師の派遣に制約

武久 医療・介護の経営環境が厳しくなることを感じていても、データで分析していただくと、より厳しさを理解できます。医療法人理事長は多額の給料を受け取っていると思いますが、法人にお金を残しておかないと、これからの厳しい時代に対応するのは難しいのではないのでしょうか。演者の方々が今日の講演で追加したいことがありましたら、お願いします。

井上 私は自分の病院に視野が集中しがちなため、他の先生のお話を聞いていて、外国語を聞いているような感じもして(笑)、ずいぶん医療介



武久 洋三氏

護は裾野の広い分野であることを実感しました。これからは働き方改革が重要な論点になると思います。大学病院から関係病院に当直の医師を派遣する場合、寝当直ならいいのでしょうか、救急に関わったりすれば、時間外手当がきちんと支払われても、勤務時間にカウントされると、大学病院から当直医師を派遣しにくくなってしまいます。そうなれば中小病院が大きな打撃を受けてしまいます。

追徴金を支払わざるを得ない病院も増えています。かといって、保守的になりすぎると何もできなくなってしまいます。法律は遵守しなければならなので、今後の病院経営では働き方改革が大きな課題になると思います。

武久 巨樹の会は患者数の多い地域に病院を新規開設してきましたが、将来は、日本全体で人口が減少してきます。桑木先生のご意見はいかがですか。

桑木 本間先生のお話を聞いていて、身につまされるような思いがしました。病院経営はPLを中心に行われていますが、BSを分析してキャッシュフローを適切な投資に充当できているかどうかとなると疑問が湧いてきます。また、病院は地域から逃げられないという責任も負っているのです。30年先、50年先を見通した事業計画も立てなければならぬと実感しました。

病院グループの中には右肩上がりの経営を信じているグループもありますが、どのよ

うにして地域で生き残り、生き残れなければ合併など再編をどうするかも考えなければならぬ時代に入ったことも感じました。

武久 中林先生、追加発言を願います。

中林 私は診療報酬の分析を専門としています。自分の仕事を卑下するつもりはありませんが、これからは医療機関の皆さんが関心を持つてくださる診療報酬改定よりも、患者数がどう推移するのか、診療報酬の財源を稼いでくれる働き手があるのかという問題のほうが重要になってくるのではないかと思います。

何でも保険点数に頼る経営では通用しないことを痛感しています。

武久 私を含めて病院経営は大変になってきますね。介護職員が不足しているとか、出生数が減っているのに准看護師を蔑視して看護教育を全て大学に統一しようとか、日本中の患者さんをカバーできない状況になりつつあります。フロアーからのご質問はありますか？

出席者A どうすれば地域の先生方に民間病院に顔を向けていただけるようになるのか。あるいは地域住民から地域共生社会における我が事として民間病院を見ていただけるのか。このことが地域に不可欠な民間病院になる数少ない方策かと思うのですが、このテーマに民間病院はどのように取り組めばよいのでしょうか。本間先生と中林先生にお尋ねします。

勉強会や無料相談で顔の見える関係作り

本間 とても大事なことは、勉強会など地域住民が集まれる機会をつくることだと思います。それから特養をはじめ介護施設に主治医機能を提供するために、積極的に訪問することも大事です。私は病院のコンサルティングを受けるときには稼働率をチェックして、どのぐらいの施設と主治医契約をしているかをお聞きしています。そして積極的に訪問してくださいとアドバイスします。主治医契約を結ぶことにより病床は満床になります。

中林 事例をご紹介します。ある病院は半年に1回、地元介護施設・ケアマネジャー・無床クリニックの院長先生を呼んで、地域の実情を情報共有する勉強会を開いています。その勉強会で地域のための病院であり、必ず地域と手を組んで医療を良くすることを宣言して、さらに各診療科の医師と顔の見える関係を築いています。

もうひとつの事例ですが、イオンの中に「町の保健室」を開いて、看護師を常駐させて無料相談を受け付けている医療法人があります。検査が必要なら自院を案内するなど地域に溶け込める取り組みだと思っています。

本間 勉強会で一番効果が出るのは、3回シリーズとか4回シリーズを組むことです。そのうち1回か2回は外部講師を招き、ケアマネジャーや相談員を一本釣りがすることがとても大事です。地域連携のスタッフは一本釣りの大切さを痛いほど分かっているのです、すぐにリストアップできます。

「2025年改革シナリオの仕上げに向けた 20年診療報酬改定とこれからの病院経営戦略」



中林 梓氏



桑木 晋氏



井上 貴裕氏



本間 秀司氏



小濱 道博氏

出席者B 地域の様々な会合

が、高齢者による高齢者のための集まりになってきているので、高齢者がいなくなった崩壊してしまいます。若い人たちを取り込む必要があると思いますが、どうすればよいのか。カマチグループは多くの蓄積をお持ちだと思っています。桑木先生、いかがでしょう？

桑木 そのアプローチは難しいと思います。カマチグループがB to Cのアプローチができていないかと言え、十分にできていないかと思えます。健康教室や勉強会を定期的に開いて、地道に関係を築いていく。さらに開業医との関係作りが大切です。それから地域包括支援センター、あるいは市議会議員や区議会議員などもネットワークを持っていくので、そういう人たちを通して地元のキーパーソンとつながることが重要だと思っています。

生き残り条件の一つは5G時代への対応

武久 経営環境の厳しさを経

営者自身がいまひとつ肌身に感じていない現状があります。国がいつまで補助金を出し続けられるのか。いくら安倍晋三さんが頑張っても財源が枯渇すれば出せないのので、公立病院はすぐに潰れるでしょう。うし、中途半端な民間病院も潰れるでしょう。これはブラフで申し上げているのではなくありません。皆さん方、どうでしょう？民間病院では手術件数や外来患者数が確実に減ってきています。医療と介護の複合体が求められていると思いますが、小濱先生、いかがでしょうか。

小濱 もう医療と介護を分ける時代ではありません。制度的に医療を介護に移すという流れでは、リハビリテーションや介護医療院が挙げられます。今までは医療だけで収益を確保できたので、介護は副業のように運営してきた法人が多いのですが、医療だけでは収益を確保できなくなりました。さらに訪問診療も含めて、いかにして裾野を広げることが病院経営に問われてきます。医療と介護をひとつと捉

えて在宅サービスを拡大すると、経営が安定していきま

す。

いかにして地域に周知するかについては、まだまだ住民にとって医療は敷居が高いので、「やってあげる」という姿勢でなく、自分たちから住民の位置に降りていって「いっしょにやる」という姿勢が必要で、それから成人障害者が6年間で140万人も増えているので、障害者福祉も取り込んで医療・介護・障害者福祉の多角的経営に切り替えて、住民と幅広く関わることが求められていると思います。

武久 人間の一生をトータルで見ると医療と介護の間を行き来する期間があるので、このプロセスをどうするかが非常に大事です。医療も介護も他の産業に比べて経営改革が遅れています。井上先生、急性期病院の経営マインドはいかがですか。

井上 やはり医療の質の高い病院を評価すべきだと思いますが、国の政策として在院日数の短い病院を評価する流れ

です。多くの急性期病院は病床稼働率を優先していて、診療密度の低い病院はDPCから退出させようという議論が、ようやく起きてきた段階です。在院日数を短くするインセンティブをもっと与えれば、在院日数はかなり短くなると思います。

武久 今はIT時代なので多少お金をかけてでもITを導入すれば、ある程度少ない人数でも現場を廻せるようになるので、IT導入は必須であると思います。医療と介護にITを導入するにはどんな視点が必要でしょうか。

本間 いよいよ「5G」が始まるので、大量の情報が一度に流れるようになってきます。あと5年で医療、介護、行政の情報連携が一元化されるでしょうし、相当な投資が発生するでしょう。この流れに対応できるかどうかは、事業者が生き残る条件になると思います。

武久 IT導入は避けて通れません。本日はありがとうございました。