

【参考文献】

- ・ 安藤高朗、病院将来計画における療養病床の位置付け、病院(61)7、2002
- ・ 老人の専門医療を考える会、老人病院機能評価マニュアル、厚生科学研究所、2004
- ・ 安藤高朗、高橋泰、猪口雄二、亜急性期病床の現状と今後のあるべき姿、日経ヘルスケア21、2005
- ・ 池上直己、療養病床の将来-慢性期入院医療実態調査からの課題、社会保険旬報、(2284)、2006
- ・ 安藤高朗、診療報酬改定の高齢者専門病院への影響、病院(65)12、2006
- ・ 安藤高朗、今後の慢性期入院医療について、日本病院会雑誌(53)10、2006
- ・ 安藤高朗、天本宏、西澤寛俊、療養病床再編 本当にこれよりよいのか、生き残りか、転換か、選択肢を検討する、病院経営(16)348、2006

【書籍】

- ・ 永生病院 40 周年記念誌「永い人生」(2001)、医療法人社団永生会
- ・ 新版老人病院機能評価マニュアル(2004)、老人の専門医療を考える会、厚生科学研究所

【資料】

●老人医療の歴史と永生病院

老人医療の歴史		永生会の歴史	
1961	国民皆保険の実施	1961	八王子市に高齢者医療専門病院を開設(内科:21床)
		1966	300床(老人内科、精神科)
1973	老人医療の無料化(老人福祉法改正)	1973	医療法人社団永生会設立 381床 普通病床201床・精神科病床112床 408床 普通病床206床・精神科病床202床
1983	老人保健法の施行		
1986	老人保健施設創設	1986	494床 特例許可病床288床・精神科病床226床
1989	ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十カ年戦略)策定	1989	安藤高朗院長就任(現、理事長)
1990	老人医療費の定額化(介護力強化病院制度)	1990	新館増設 778床:特例許可病床270床・精神科病床220床・一般病床228床
1992	療養型病床群の創設	1992	778床:特例許可病床324床・精神科病床220床・一般病床234床
		1993	778床:特例許可病床412床・精神科病床220床・一般病床146床
		1995	774床:介護力強化病床412床・精神科病床216床・一般病床146床
1997	介護保険法制定	1997	介護老人保健施設「イマジン」開設
		1999	八王子市在宅介護支援センター「片倉」開設 訪問看護ステーション「とんぼ」開設
2000	介護保険法施行	2000	774床:療養型病床群 354床、精神科病床 216床(稼働109床)、一般病床 146床、介護保険型病床 58床
		2001	774床:療養型病床群 294床:精神科病床 216床(稼働109床);一般病床 146床:回復期リハビリテーション病床 60床:介護保険型病床 58床
2006	特定長期被保険者の生活療養費の自己負担化	2002	訪問看護ステーション「めだか」開設 667床 一般病床 146床 医療型療養病床 54床 精神科病床 109床 回復期リハビリテーション病床 100床 介護保険型療養病床 258床
2008	老人保健法改正 病床転換支援事業		
2012	介護療養病床の廃止		

(永生病院広報誌「永生病院 40 周年記念誌」などから作成)



● 永生会の法人概要

- ・理念：『人々に質の高い、安心な、安らぎにあふれたヘルスケアサービスを提供します。』
- ・基本方針：
 1. ヘルスケアの質の向上を目指します。
 2. 満足度の向上を図ります。
 3. 健全経営の維持に努めます。

● 永生病院

- ・理念：『私たちは地域の皆様の健康に貢献するため、質の高い医療、安心な医療、分り易い医療に努め、ふれあいと安らぎにあふれた医療を実践します。』
- ・永生病院の目標

[わたくしたちの病院の目標]

私たちの病院は

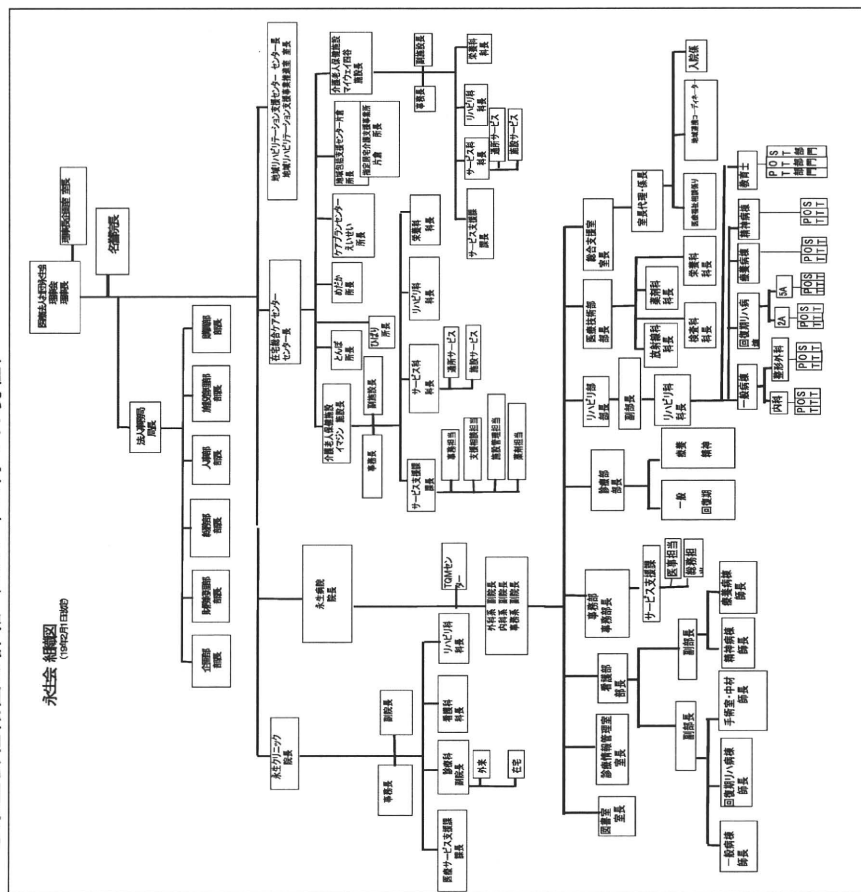
- 患者さまに公正な医療を提供します。
 - 医師による説明と患者さまの選択に基づく医療を進めます。
 - 患者さまのプライバシーを尊重します。
 - 診療情報を患者さま自身にお伝えします。
 - より良い医療が行われるよう、研修、研鑽いたします。
 - 患者さまの人生が最後まで豊かであるように、その意志を尊重します。
- 以上の事をすするためにも患者さまのご協力をお願いいたします。

- ・診療科目：内科、神経内科、整形外科、精神科、リハビリテーション科
- ・病床数：667床
- ・関連病院：日本大学医学部関連病院
- ・施設指定等：
 - ・総合リハビリテーション施設
 - ・日本リハビリテーション医学会研修施設
 - ・日本整形外科学会認定研修施設
 - ・日本脳卒中学会研修教育施設
 - ・日本医療機能評価複合認定病院 第 GA6-2 号
 - ・地域リハビリテーション支援センター指定施設
- ・関連施設
 - ・永生クリニック（内科、神経内科、整形外科、リハビリテーション科）
 - ・介護老人保健施設イマジン（入所 130 名、通所 50 名）
 - ・介護老人保健施設マイウェイ四谷（入所 100 名、通所 30 名）



- ・訪問看護ステーション 3 施設：めだか、とんぼ、ひばり
- ・八王子市地域包括支援センター片倉
- ・ケアプランセンターえいせい
- ・医療法人社団明生会 セントラル病院
(永生会ホームページ、パンフレット等より抜粋)

● 永生会組織図の詳細（2007年2月1日現在）



(病院提供資料より)

平成22年度改定

増補 2010年度における状況

目次

第一章 制度の動向 37

 第一節 2010年度の診療報酬改定の概要 37

 第二節 療養病棟入院基本料の再編成等 37

 第三節 介護療養病床の廃止問題 39

第二章 急性期病院を傘下に 40

 第一節 南多摩病院の事業を継承する 40

 第二節 永生病院と南多摩病院との連携の現状と今後 41

第三章 病棟種別の変化と入院患者の状況 42

 第一節 病棟種別・病床数の推移 42

 第二節 患者の状態の変化について 44

 第三節 医療区分2・3の割合を維持する仕組み 47

 第四節 既存の医療療養病床と一般病床との関係 48

 第五節 職員の異動・処遇について 48

第四章 2010年診療報酬改定の経営への影響 49

第五章 今後の永生会の展望 50

 第一節 介護療養病床の今後 50

 第二節 社会医療法人化の検討 50

 第三節 グループ内の老人保健施設「マイウェイ四谷」 51

 第四節 永生会の今後の展望 51

【巻末資料】 54

第一章 制度の動向

第一節 2010年度の診療報酬改定の概要

2010年度診療報酬改定の全体改定率はプラス0.19%（約700億円）となり、10年ぶりのプラス改定となった。その内訳は表1-1のとおりである。急性期医療に重点的に4,000億円が配分された。

表 1-1：平成 22 年診療報酬改定の改定率

全体改定率	+0.19% (約 700 億円)
診療報酬 (本体)	+1.55% (約 5,700 億円)
医科	+1.74% 入院 +3.03% (約 4,400 億円) (約 4,800 億円) 外来 +0.31% (約 400 億円)
急性期入院医療に概ね 4,000 億円を配分	
歯科	+2.09% (約 600 億円)
調剤	+0.52% (約 300 億円)
薬師等	▲1.36% (約 5,000 億円)

第二節 療養病棟入院基本料の再編成等

療養病床に関連する改定についてみると、従来の入院基本料（次頁表 1-2）においても看護職員の配置状況により点数に差を設けているうえ、25：1 の場合は医療区分 2 と 3 の構成比を 80%未満に留めるように規制していたが、改定後は「療養病棟入院基本料」を「1」と「2」（次頁表 1-3）の 2 類型に明確に分けた。さらに医療区分・ADL 区分ごとの点数付けは、「1」と「2」のそれぞれにおいて、従来の 5 分類から各 9 分類に変更された。

その結果、25 対 1 かつ医療区分 2・3 割合が 80%未満の場合には減収となった。なぜなら、「2」となった 25 対 1 で算定していた病院は、9 分類引き下がることとなり、特に、「医療区分 3・ADL 区分 1」の場合の下がり幅がマイナス 348 点と大きかったからである。一方、「1」で配置基準 20 対 1 かつ医療区分 2・3 の患者割合が 80%以上を占める場合には増収となった。

新たな要件として、ADL 区分及び医療区分に該当する患者の状態像、提供した医療をチェックした評価票の提出が追加された（改定前は自院で評価することのみが要件）。但し、評価票において治療・ケアの内容の評価表（Q I、Quality Indicator）を測定するために必要なデータは提出されているが、その収集・分析結果の広報は行われていない。

その他に、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」が新設された。これは療養病床において、急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を受け入れた場合に、150 点（14 日まで）を算定できるといっている。

表 1-2：2010 年診療報酬改定前の療養病棟入院基本料

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	885 点		
ADL 区分 2		1,320 点	
ADL 区分 1			1,709 点

※看護職員および看護補助者が 25 対 1（ただし、医療区分 2・3 割合が 80%以上の場合は 20 対 1）

表 1-3：新たな療養病棟入院基本料

①「療養病棟入院基本料 1」の点数 (旧点数との比較)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	934 点	1,369 点	1,758 点
ADL 区分 2	887 点	1,342 点	1,705 点
ADL 区分 1	785 点	1,191 点	1,424 点

※看護職員および看護補助者が 20 対 1（医療区分 2・3 割合が 80%以上）

②「療養病棟入院基本料 2」の点数 (旧点数との比較)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	871 点	1,306 点	1,695 点
ADL 区分 2	824 点	1,279 点	1,642 点
ADL 区分 1	722 点	1,128 点	1,361 点

※看護職員および看護補助者が 25 対 1

第三節 介護療養病床の廃止問題

2006年6月、療養病床の廃止を盛り込んだ介護保険法の改正が、医療制度改革関連法の一環として参院本会議で可決・成立し、介護療養病床は2012年度（平成24年度）に廃止し、有料老人ホームや老人保健施設などの介護施設への転換を促す方針が明らかにされていた。

しかし、2009年8月に行われた総選挙により、介護療養病床廃止の撤回を公約に掲げた民主党が政権を取った。新しい政権のもと、介護療養病床の廃止の延期に関する検討が行われ、2010年11月30日に社会保障審議会介護保険部会できつりまとめられた『介護保険制度の見直しに関する意見』では、①介護療養病床の新規の指定は行わない、②既存の介護療養病床には一定の猶予を与えるべき、とされた一方、③「介護療養病床の廃止方針を撤回すべきではないか」との意見も併記された。

民主党は2010年12月22日に発表した『介護保険制度の見直しに関する提言』の中で、「平成23年度末（平成24年3月）の廃止を3年間延期する法改正を行う」とした。

その後、2011年2月23日、民主党の厚生労働部門会議で介護療養病床の廃止を6年延期することが了承された。

なお、介護療養病床については、平成21年度の介護報酬改定によって以下のように点数が変更している（表1-4）。

表 1-4：介護療養型医療施設等の施設サービスマス

要介護度	介護療養		介護療養型老人保健施設		介護保健施設サービスマス	
	看護<6対1>介護<4対1>		転換型		従来型	
	多床室	多床室	多床室	多床室	多床室	多床室
	平成18年	平成21年	平成18年	平成21年	平成18年	平成21年
1	782単位	794単位	814単位	814単位	781単位	813単位
2	892単位	904単位	897単位	897単位	830単位	862単位
3	1,130単位	1,142単位	1,012単位	1,012単位	883単位	915単位
4	1,231単位	1,243単位	1,088単位	1,088単位	937単位	969単位
5	1,322単位	1,334単位	1,164単位	1,164単位	990単位	1,022単位

単位：（一日あたり）

第二章 急性期病院を傘下に

永生会では、2009年に東京都国民健康保険団体連合会より南多摩病院を傘下におさめた。その経緯は次のとおりである。

第一節 南多摩病院の事業を継承する

南多摩病院は、JR西八王子駅からごく近いところに位置する地域の二次急性期医療を担う病院である（表2-1、図2-1）。2007年に事業を廃止が決定され、2008年に事業継承先が公募された。2009年4月1日に、永生会が東京都国民健康保険団体連合会から費用公募額14億円で継承し、新たなスタートを切ることとなった。

表 2-1：南多摩病院概要

住所	東京都八王子市散田町3丁目10番1号
交通	JR西八王子駅徒歩1分
許可病床数	170床（2F：52床、3F：60床、4F：58床）
平均在院日数	17.2日
指定	母性保護法指定、救急告示医療機関、東京都指定二次救急医療機関など
施設基準	入院基本料 10対1
救急搬送件数	平成22年1～12月：1,551件（うち、一般1,422件、小児科129件）
標榜科目	内科、外科、整形外科、消化器内科、消化器外科、呼吸器内科、神経内科、小児科、皮膚科、泌尿器科、眼科、婦人科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科、その他（人間ドック、健康診断、人工透析センター32台）

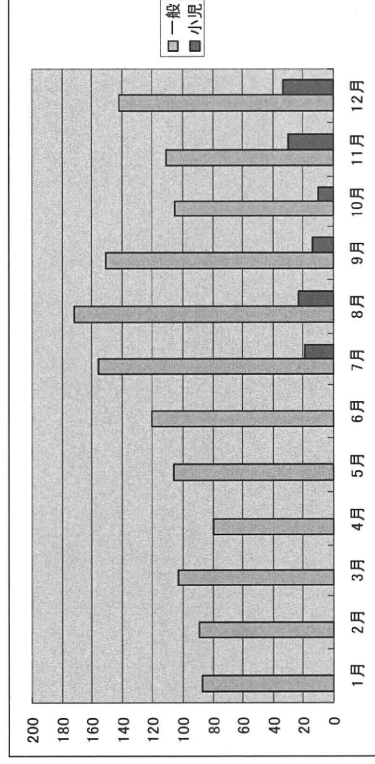


図 2-1：南多摩病院の救急搬送件数推移（平成22年）

公募にあたり永生会が名乗りをあげた理由としては2点あった。1 点目は、駅前（JR 西八王寺駅）に別法人が入ってしまうと、永生会としては同じ医療圏での活動が難しくなるリスクがあるという点、次に、もともと永生病院と南多摩病院は、機能の棲み分けが出来ており、各々の機能を十分に活用していくことで相乗効果を得られるであろうという点である。

永生病院から南多摩病院までは、約 2.8km の距離である。周辺状況として、都立八王子小児病院が小児総合医療センターに統合されるといいう話が合ったことも関係している。仮に、他の法人が南多摩病院を継承し、その法人の意図により診療科を取捨選択されたならば、地域が求めている機能が弱体化してしまうことも予想された。

地元医師会や八王子市が、南多摩で小児及び二次救急を維持することを継承時の要望としていたため、永生会はその後、都立小児病院の統廃合による八王子小児病院の移転・閉院に伴い、その一部機能を南多摩病院で承継し 2010 年 4 月 12 日から新たに小児科を開設した。同年 1 月には救急科も新設している。

第二節 永生病院と南多摩病院との連携の現状と今後

南多摩病院を傘下にして以降、永生病院への患者紹介については、現段階では大きな変化はない。理由としては、南多摩病院では入院患者が退院後、直接自宅へ戻るケースが多く、当院への紹介はまだ少ないことにある。逆に、永生病院や在宅患者が急変した際、南多摩病院で受け入れてもらう流れは出来つつある。南多摩病院の今後としては、現在の配置基準 10 対 1 から 7 対 1 への変更、新しい診療科の開設などにより急性期病院としての機能向上を目指している。

永生会グループは、新たに参画した南多摩病院と既存各施設との連携により、急性期医療、亜急性期・慢性期医療、リハビリテーション、介護保険施設・デイケア・グループホーム等による介護サービス、訪問診療・訪問看護による在宅ケアに至る、切れ目のない幅広いサービスを提供していくための基盤を広げている。

第三章 病棟種別の変化と入院患者の状況

第一節 病棟種別・病床数の推移

2011 年 1 月現在、永生病院の病棟構成は図 3-1 のとおりである。ケース本編時点（2006 年 11 月）と、現時点の療養病棟等の種別・病床数の変遷については、表 3-1 にまとめた。

図 3-1 (左)：永生病院の病棟構成 (2011 年 1 月現在)
表 3-1 (右)：病棟別の病床数の推移

病棟	2006年11月	現在	2008年11月	種別
4B	54	54	54	急性期病棟
小計	54	54	54	急性期病棟
4A	54	46	46	急性期病棟
2S	48	50	50	急性期病棟
小計	102	96	96	急性期病棟
2N	50	44	44	急性期病棟
3S	58	44	44	急性期病棟
4S	48	46	46	急性期病棟
南A	-	32	32	急性期病棟
南B	-	40	40	急性期病棟
小計	198	162	162	急性期病棟
3A	50	50	50	一般病棟
3B	54	54	54	一般病棟
3C	42	60	60	一般病棟
小計	146	164	164	一般病棟
5A	60	40	40	回復期リハビリ病棟
2A	40	42	42	回復期リハビリ病棟
小計	100	82	82	回復期リハビリ病棟
5S	50	50	50	精神科病棟
5N	52	52	52	精神科病棟
小計	102	102	102	精神科病棟
総計	667	628	628	



表 3-2：医療療養 3 病棟の入院基本料推移

	2008年		2009年		2010年	
	9月	10月	7月	7月	6月	6月
4B(54床) 療養病棟入院基本料 (25:1)				療養病棟入院基本料 (20:1)		
4A(46床) 介護療養 (25:1)					療養病棟入院基本料 (20:1)	
2S(50床) 介護療養						療養病棟入院基本料 (20:1)

※医療療養病棟転換前の 4A・2S 病棟の人員配置は 6 対 1（介護療養）であった。

過去の経緯を振り返ると、2004年9月当時、4 A病棟はもともと医療療養病棟であった病棟が介護療養病棟へ転換されていた。しかし、同フロアで医療療養病棟（4 B病棟）と介護療養病棟（4 A病棟）とが並存している状態について患者・家族の理解が得られず、2008年9月に再び医療療養病棟へ転換した。4 A病棟をまず転換させた背景として、もともと医療療養病棟であったこともあり、酸素吸入などの配管設備が整っていたことから重症者を受け入れ易く、また実際に重症者が多くなくなっていたこともあった。

転換時の人員配置は25対1でスタートし、徐々に人員を増やし、2009年7月より20対1となった。

4 A病棟を医療療養へ戻したことに関して、田野倉事務部長は次のように述べている。「2000年に介護保険が導入された当時、療養病棟はすべて介護療養病棟となるであろう社会情勢にあったが、当院は病床数が多いため、当初は3 Sの一病棟のみを介護保険にするにとどまった。それから2～3ヵ月後、1病棟（4 B）を残して他の病棟も医療療養病棟から介護療養病棟へ転換させた。

4 B病棟を医療保険で残しておいた理由としては、介護療養病棟だけではなく、医療も必要な患者さんの受け皿として、また、介護報酬の引き下げなどの経営環境の悪化や、介護療養病棟で看るには重症度が高い方が増加している、などの様々な状況が重なったことによる。

さらに、介護療養病棟は廃止の話が浮上し、完全に廃止となるのを待って対応が後手に回ってしまうので、まずは4 A病棟から医療療養病棟へ戻すこととなった。」

その後、入院患者が全体的に重症化してきているという状況もあり、4 A病棟以外にもう一病棟を医療療養病棟へ転換させる必要性が生じた。

新たに転換させる病棟を選ぶにあたり、本館の2～4階の介護療養病棟が対象となった。フロアにリハビリ訓練室がある2階の2 S病棟や、個室が多い3階の3 S病棟が候補として挙がった。最終的に2 S病棟を医療療養に転換することとなった。2010年6月に転換し、療養病棟入院基本料1の20対1を算定している。

介護療養病棟を医療療養病棟へ転換する際には、既存の医療療養病棟（4 B病棟）で積み重ねてきた経験が参考となった。

具体的には、配置基準20対1と25対1のそれぞれにおける、収支と患者確保のシミュレーションを行う際には、これまでの経験が参考となった。

人員の増減、看護職員1人当たりの平均夜間勤務時間を月72時間以内にごとにおさめるかといった人材管理面、またモニター、酸素配管、備品などの施設・設備面の準備においても経験は活かされた。

なお、対象となった病棟では、医療区分や、医療機器についてなどの勉強会を催した。

第二節 患者の状態の変化について

入院患者が全体的に重症化してきているという状況は前節でふれたが、介護療養病棟から医療療養病棟へと転換した2病棟（2 S・4 A病棟）の医療処置数は、図3-1のとおりである。IVH（中心静脈栄養）や24時間持続点滴・酸素吸入・気管切開・吸引は医療区分3に該当し、どの医療療養病棟とも増えている。

医療区分80%以上を、20対1の人員配置で維持することは難しいため、例えば気管切開の患者を20名程度に留めるなどの調整を過去には行っていた（現在は行っていない）。なお、経管栄養の患者も増えており、多いときには1病棟35名前後になることもある。

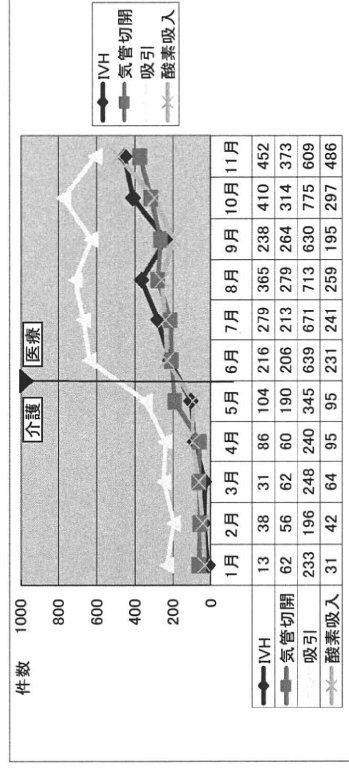


図3-1-1：2 S病棟における医療処置数の推移（平成22年1月～11月）

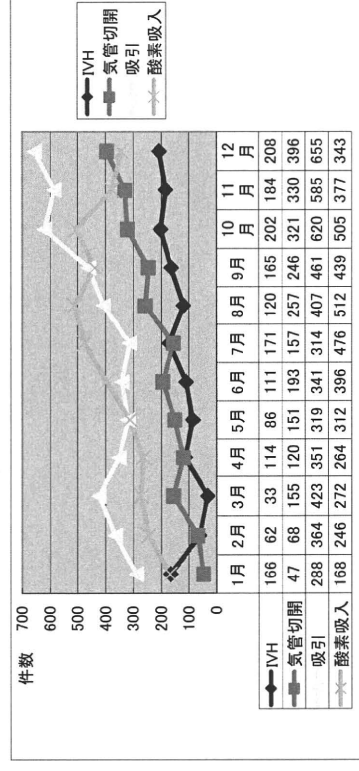


図3-1-2：4 A病棟における医療処置数の推移（平成21年1月～12月）

介護保険から医療保険への転換する際、入院患者の構成によっては、難しい場合がある。例えば、要介護度が高いが医療区分は低い患者において、認知症で徘徊がある、医療区分2、3に該当しない合併症を抱えているケースなどである。

療養病床における入院患者の要介護度の推移は、図3-2のとおりである。医療療養、介護療養ともに高くなっており、両者を合わせた平均は2006年の3.99が、2010年には4.38となっている。

病棟別にみると、4A病棟はもともと重症患者が多かったため、2008年9月に介護療養病床から医療療養病床に転換した際の患者移動は少なかった。同病棟には精神科病棟から認知症の患者も移した。

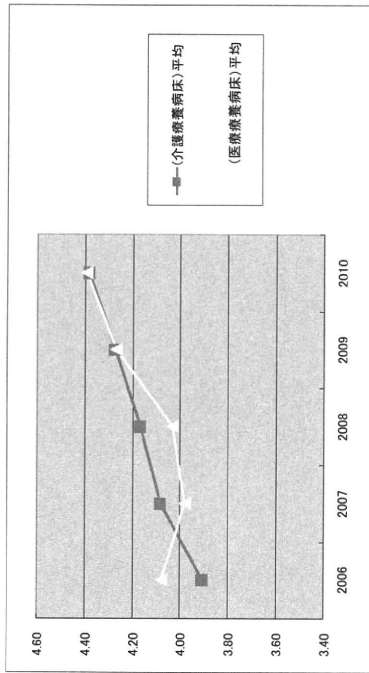
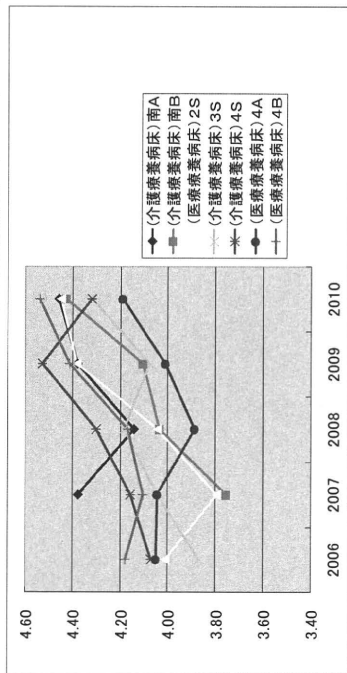


図3-2：療養病床入院患者の要介護度平均推移 (2006年～2010年)

<参考：病棟別>：療養病床入院患者の要介護度推移 (2006年～2010年)



一方、2010年6月に2S病棟を医療療養病床へ転換した際には、4A病棟の際とは異なり、直接入院が大幅に増え、また介護療養から8名の患者が転棟した。

2S病棟の転換前後における患者の入退院経路の内訳は表3-3：入院経路、表

3-4：退院経路のとおりである。

表3-3：2S病棟への入院経路 (平成22年)

入院経路	介護小計 (1~5月)					医療小計 (6~12月)					合計		
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月		11月	12月
直接入院	1	2	3	1	4	11	7	5	9	7	8	6	50
南多摩病院(車輦)	0	1	0	1	0	2	1	1	1	1	0	1	6
内科からの転科	3	1	2	2	2	10	0	2	2	2	4	1	13
神経内科 "	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
整形外科 "	1	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0
回復期 "	2	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1
療養 "	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護 "	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	8
精神科 "	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0
合計	7	5	5	5	7	28	10	10	13	11	14	15	82

表3-4：2S病棟からの退院経路 (平成22年)

退院経路	介護小計 (1~5月)					医療小計 (6~12月)					合計		
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月		11月	12月
死亡	1	0	0	2	3	6	2	1	2	2	6	5	3
病棟へ	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
神経内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
整形外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
回復期	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
療養	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1
介護	0	0	0	0	0	0	2	1	2	2	1	0	1
精神科	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	3
自宅	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
病院	1	0	0	1	3	5	0	1	1	0	2	1	6
特養	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外	1	0	4	6	1	12	0	1	0	0	0	0	0
老健	4	3	4	10	7	28	5	5	5	5	10	8	5
合計	4	3	4	10	7	28	5	5	5	5	10	8	5

4 A病棟では、配置基準を25対1から20対1にしたのに合わせて、80%未満であった医療区分2と3の割合を、徐々に80%以上に増やしたのでスムーズに移管できた(図3-4)。

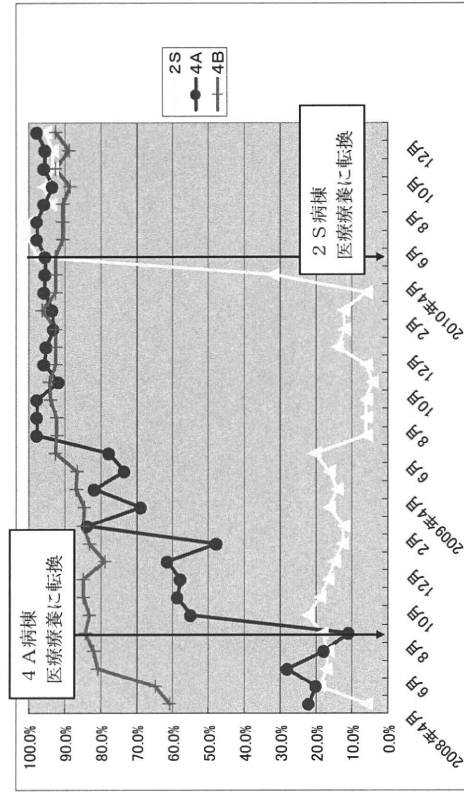


図3-4: 医療療養3病棟の医療区分2・3の推移

第三節 医療区分2・3の割合を維持する仕組み

医療区分構成比については、毎日の区分を担当看護師が看護記録の温度版に記入し、それらの情報を師長がまとめチェックしている。区分変更がある場合は、変更内容を担当看護師がチェックし、師長に提出するようにになっている。

また、医事課においても比率を捕捉している。入院相談では、医療区分1の患者が多ければ、医療区分2及び3の患者の入院を受け入れなければならないなど、病棟の状況を考慮して対応するようになっている。

現在、医療区分3の患者に対しては、今後はどのように変化するかを配慮した上で受けるかを判断している。入院相談には、各病棟1名の入院係(看護師やケースワーカー)があたっている。また、医療区分が1になれば、介護保険病棟に転棟できるのが当院のメリットでもある。医療区分1から介護保険適用へ転棟したり、介護老人保健施設へ移動させることによって、医療療養病棟において医療区分1の割合が増えないよう努めている。

第四節 既存の医療療養病棟と一般病床との関係

一般病棟で症状が落ち着き、かつ長期入院の可能性がある医療区分2・3に該当する患者を、医療療養病棟に転棟させている。療養病棟の中でも、環境が異なるので、家族への案内時に選択してもらえようになっている。各病棟には個室があるため、感染症、及び希望者への対応が可能となっている。

一方、重症で呼吸器管理などの積極的治療を要する患者は、一般病棟に転棟する必要がある。また、一般病棟が満床のため対応できず、かつ医療療養病棟に空床がある時には、医療療養病棟に入院させるケースもある。

第五節 職員の異動・処遇について

4 A病棟は、2008年9月時点では25対1であったが、徐々に人員を増やし2009年7月には20対1とした。看護師は、院内からの異動で4～5名増員した。4 A病棟に異動した者の欠員を埋めるため、もとの病棟には、中途採用者を採用し、4 A病棟に直接新人を採用することはしなかった。

介護職員については、介護処遇改善交付金を活用して給与を上げた。交付金の対象者は、制度的には介護保険適用の介護職員のみとなっている。しかし、当院には医療保険病棟もあり、医療分野にも介護職役割を果たしている看護補助者(当院では、介護療養病棟に勤務する者は「介護職員」、その他の病棟は「看護補助者」としてそれぞれ位置づけられている)。そのため、介護病棟の職員の給与を上げるわけにはいかない一方で、交付金は当該病棟の職員に対してのみ支給されるため、交付金を受けべきかどうかを躊躇した。しかし、持ち出しはあつたにせよ、補助される部分もあるので、交付を受けることとした。

介護病棟の職員のみではなく、医療保険病棟で介護職として位置付けている者に対しても支給した。上げ幅は、介護福祉士1万3,000円、介護福祉士でない介護職1万5,000円とし、勤務年数に関わらず一律とした。介護福祉士はもともと給料が高かったため、昇給額は介護福祉士でない介護職員の方を多くしている。上げる際には、今後の政策情勢も踏まえ、ベースアップではなく手当として支給し、処遇改善交付金が廃止された際には手当は原則的に無くなる旨を説明した。

しかしながら、交付金がたとえ無くなっても手当を全額無くすることは現実的ではなく、半額くらいになると予想される。今回の交付金に伴い処遇が改善されたものの、准看護師・介護職員のモデル賃金の格差(本編13ページ 図3-1)は大きな変動はない。

第四章 2010年診療報酬改定の経営への影響

2011年1月、東京都病院協会における講演会において、渡部サービス支援課長は、永生病院の2010年度改定の影響について「施設基準の変更が行われた2009年11月と改定後の2010年4月の点数を比較した結果、精神科では3～4%増、療養病床2～8%増、回復期リハ病床3%前後増だった。」と話し、それらの要因について下記のように示した。

「療養病床棟入院基本料」については、改定により医療区分とADL区分に応じた各9分区分へ変更されたが、2病床とも改定前より20対1で算定しており、医療区分2・3が8割以上を満たしていたため、点数の高い「療養病床棟入院基本料1」をそのまま算定する事ができた。

また、急性期医療を担う病院の一般病床・老健・特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に適用される「救急・在宅など支援療養病床の初期加算」の対象となる件数は、月に10件程度に留まった。

回復期リハ病床で増収となった理由として、改定で引き上げ(1単位につき235点→245点)となった「脳血管疾患等リハビリテーション料1」の施設基準をそのまま維持できたこと、新設された休日リハビリテーション加算(60点)を算定できたことが挙げられる。

なお永生会では、2008年6月より365日リハビリテーションを導入している。

2010年診療報酬改定による、医療療養病床への影響(対3月実績比)は表4-1、表4-2のとおりである。

表4-1: 医療療養病床への影響(対3月実績比)

単位 (%)				
4月予想	4月実績	7月実績	9月実績	9月実績
2.21	-0.78	3.44	2.38	2.38

表4-2: 医療療養病床への影響(項目別: 一日当りの保険点数)

単位 (点)				
H21.11月	4月改定試算	4月実績	9月実績	9月実績
入院料	1,445	1,485	1,434	1,519
リハビリ	226	229	221	253
食事	180	180	182	177
合計	1,851	1,893 (2.26)	1,888 (1.99)	1,949 (5.2)

第五章 今後の永生会の展望

第一節 介護療養病床の今後

さらにもう1病床(3S病床)を医療療養病床に転換する計画があったが、介護療養病床廃止が3年間延期されると思われる情勢のため中断した。しかし、来年度中には医療療養病床へ転換する方向性が打ち出されるとの話も出ている。

本館の方向性として、医療療養病床を中心に(精神科病床も含めて)、全て医療保険の適用される病床となる方向である。

南館72床(介護療養2病床)は、介護療養型老人保健施設に転換する可能性もある。永生病院本院と隣接している老人保健施設「イマジン(定員:入所130名、うち認知症病床36名、通所50名)」は、現在も廊下を通じて行き来できる。

仮に南館を介護療養型老人保健施設に転換するとすれば、イマジンより重症な利用者を受け入れ、イマジンにはある程度自立している利用者を受け入れることにより、機能の棲み分けをする必要がある。

老健のあり方として田野倉事務部長が参考としているのは、鳥取県済生会境港総合病院におけるサテライト老健である。境港総合病院は平成20年に、療養病床のうち29床を介護療養型老人保健施設サテライト「はまかぜ」に転換。サテライト老健に重症な利用者、外の老健に軽い利用者という棲み分けをすることにより、職員の動きが良くなったといわれている。

イマジンに同居する利用者は、現在は介護度や重症度を考慮せず、混在している状態である。単に対象者を介護度3、ないし4より軽い状態に限る、というわけ方ではなく、何らかの判断基準を設ける必要性が議論されている。

第二節 社会医療法人化の検討

急性期病院である南多摩病院を地域医療の視点から永生会の傘下におさめたが、結果として、救急病院がグループ内にあることになり、社会医療法人化の検討も視野に入っている。しかしまだ、構想段階であり、準備は始まったばかりである。

安藤理事長は、今後の相続や円滑な事業承継という観点から、移行時に課税されない特定医療法人が社会医療法人への移行が考えられ、中でも法人税や収益事業など移行後のメリットを勘案すれば、社会医療法人への選択が最善であると述べている(日本医療法人協会ニュース、平成23年2月1日、第320号)。

<参考> 社会医療法人の認定要件(救急医療等確保事業についての実績要件)

- ・直近3年間の時間外、休日、深夜加算が初診料算定の20%以上
 - ・直近3年間の夜間、休日等における救急自動車等の搬送件数が年平均750件以上であること
- など

第三節 グループ内の老人保健施設「マイウェイ四谷」

四谷にある老人保健施設「マイウェイ（定員：入所 100 名、うちユニット型 72 名、通所 30 名）」は、都内で住んでいた患者が当院で療養し、状態が良くなったからマイウェイへ移動し、そこで日常生活に慣れ、都区内の自宅へと戻る、という流れをイメージして作られた。しかし、永生病院とは場所が遠く離れているため、医療連携を行う難しさがある。胃瘻の患者を入所させるなど重症患者を受け入れる工夫はしている。また、セントラル病院が現在の介護療養病床から全部医療療養病床に切り替わるという話もある。そうなれば、都内は療養病床も少ないというところもあり、連携の流れは変わってくるだろう。

第四節 永生会の今後の展望

今後は、療養病床の認知症患者の問題が出てくると、安藝看護部長は述べる。「医療区分 2・3 で算定できるものが限定的であり、医療区分 1 でも人手を要する場合もある。認知症の方は主に精神科病棟で看ているが、介護療養病床においても増加しており、医師も寝かせきりにしないよう薬を調整したりするスキームが必要。抑制を行わず、QOL を高めることを考慮すると少人数では対応が難しい。」

安藤理事長は、介護療養病床を認知症合併症の治療のできる病棟とすれば良いのでは、と提案している。

なお、永生病院の療養病床における入院患者の認知症の程度（日常生活自立度は、平成 23 年 1 月時点で、図 5-1：介護療養病棟、図 5-2：医療療養病棟のとおりにあり。現状では、年間の推移を分析し始めた段階である。

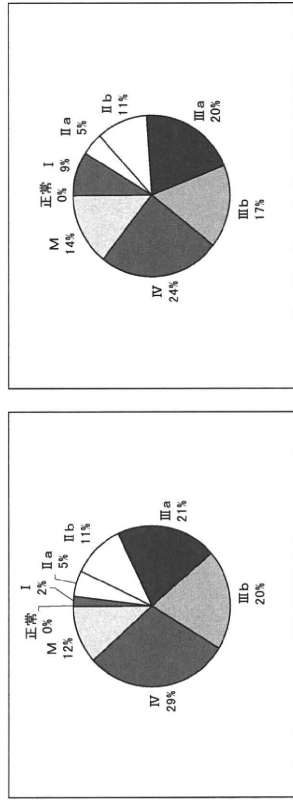


図 5-1：介護療養 4 病棟 (155 名の内訳) 図 5-2：医療療養 3 病棟 (132 名の内訳)
図 5：日常生活自立度 (平成 23 年 1 月の状況)

<参考> 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
III a	日中を中心として上記 III の状態がみられる
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

2006 年時点の永生会の中長期ビジョンと比較して新たに設けられている事項のうち主要なものとしては、「南多摩病院 (救急) 一般 170 床」「街づくり」などが強調されている (図 5-3)。

南多摩病院の重要性については前述のとおり、地域におけるニーズに応える、また永生会の社会医療法人化という視点からも、重要なポジ션을占めている。

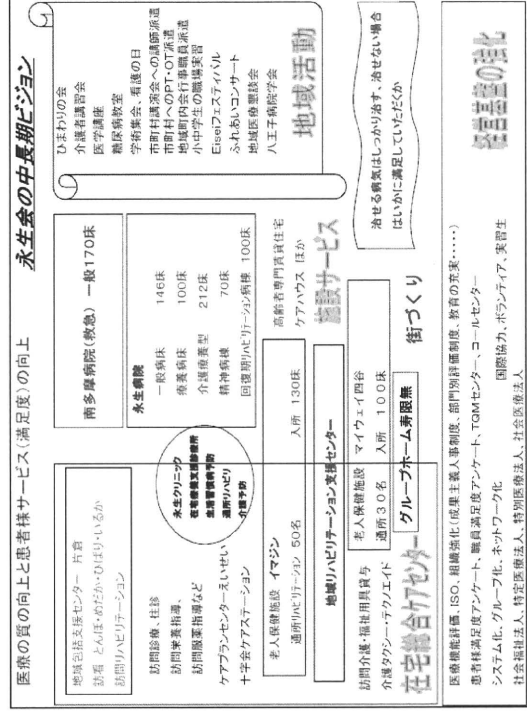


図 5-3：永生会の中長期ビジョン

安藤理事長はさらなる構想として、ケア付き住宅に、小規模のリハビリテーションセンターをつけ、そこへ往診や訪問看護、ヘルパーサービスを提供するといった「高齢者にやさしい街づくり」を提言している。例えば、地域のデパート等が閉店してしまったり、病院とマンションの合築、老健や有料マンションが入る。あるいは多機能施設に改修する。そのようなことを通して、あらゆる職業や、業種の人が力をあわせていくという構想である。

その構想を実現するためにも、中長期ビジョンにある往診の強化、高齢者専用賃貸住宅への取り組み、病院と施設を結びリハビリセンターなどが今後、ますます重要になってくるであろう。

◆ 巻末資料「老人医療の歴史と永生病院」2006年度以降分

2006	診療報酬・介護報酬の同時改定 第5次の医療法改正 健保法等の一部改正 地域ケア整備構想の策定 (参議院附帯決議) 療養病床再編の実施	八王子市地域包括支援センター「片倉」開設 訪問看護ステーション「ひばり」開設 デイケア（通所リハ）開始（永生クリニック） 「在宅療養支援診療所」届け出（永生クリニック） ●療養病床再編に対応し、病棟の増設など療養環境改善を軸とし、永生病院の当面の運営策を決める
2007	第5次医療法改正が施行 ●療養病床から転換する介護施設として医療機能を高めた新たな老健施設の新設構想を発表	南館完成 訪問看護ステーション「いるか」開設 「永生会研究開発センター」開設 DPC 準備病院となる 628床 一般病棟 146床 医療療養病床 54床 精神科病棟 70床 回復期リハ病棟 100床 介護療養型医療施設 258床
2008	診療報酬改定 後期高齢者医療制度 (長寿医療制度) 開始	本館南建物の耐震補強工事開始 回復期病棟で365日リハビリ開始 糖尿病専門外来開始（永生クリニック） 628床（4A病棟：介護から医療へ転換） 一般病棟 146床 医療療養病床 100床 精神科病棟 70床 回復期リハ病棟 100床 介護療養型医療施設 212床
2009	介護報酬改定	認知症グループホーム「寿限無」開設 南多摩病院の経営を承継 「永生会ホールセンター」開設
2010	診療報酬改定	南多摩病院にて救急科を開設 南多摩病院にて小児科を開設 628床（6月）（2S病棟：介護から医療へ転換） 一般病棟 146床 医療療養病床 150床 精神科病棟 70床 回復期リハ病棟 100床 介護療養型医療施設 162床 628床（11月） 一般病棟 164床 医療療養病床 150床 精神科病棟 70床 回復期リハ病棟 82床 介護療養型医療施設 162床

目次

- ・ディスカッションのポイント(ケースのねらい) 1
- 1. 病院の概要とDPC導入の目的 3
- 2. DPC導入以前の準備 5
- 3. DPCの実施に伴う変化 6
- 4. DPCの制度的問題 7
- 5. 追補 9

資料

1. 組織図
2. 医療法人伯鳳会赤穂中央病院沿革(平成10年以降)
3. 平均在院日数
4. 病床種別変更
5. 実施されているクリティカル・パス一覧
6. 貸借対照表

「DPC支払い方式の導入事例～赤穂中央病院のケース」

■ディスカッションのポイント(ケースのねらい)

- 病院にDPC支払い方式導入を決定するに至った背景は何か。また、これは組織の維持においてどのような意味を持つか。
- DPCを導入するにはいろいろな条件があるが、データ上には現れない組織上の成熟も関連する。そのような、組織文化を醸成するためにどのようなことをする必要があるか。
- DPCの導入と定着のためにはさまざまな様々な制度改革が必要である。そうした必須実施項目の中で、何を優先して実施すべきか。
- DPC導入後には、平均在院日数の短縮は目立って見られる特徴である。赤穂中央病院の場合には主要疾患別にどのような影響があったのか。
- DPC導入後の平均在院日数の短縮は経営上さまざまな問題を引き起こす。赤穂中央病院のケースではどのような問題が起きたか。また、それに対してどのような対策が試みられたか。
- 現行のDPCの制度はまだ導入してから日が浅く、マクロの視点から見てもさまざまな問題点をはらんでいる。今後、よりよい医療のためにはどのような制度的な変更が必要となるか。

1. 病院の概要とDPPC導入の目的

医療法人伯鳳会赤穂中央病院は、兵庫県西南端、岡山県との県境に接する人口約5万2千人の赤穂市に位置する。許可病床数265床（一般168床、回復期リハビリテーション42床、亜急性期病床22床、特殊疾患療養病床33床）、人工透析21床の中規模病院で、昭和37年2月に設立された。職員数は、約400名（常勤医32名・非常勤医36名、看護部180名、他）であり、内科、精神科、神経内科、呼吸器科、循環器科、アレルギ科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、形成外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、歯科（口腔外科）、矯正歯科、麻酔科がある。併施設としては、赤穂はくほう会病院（内科、神経内科、皮膚科、眼科、循環器科（心臓血管外科）、脳神経外科、小児科、外科、大腸肛門科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科・矯正歯科、医療療養型病床28床）、明石はくほう会病院（内科、外科、循環器科、小児科、呼吸器科、胃腸科、整形外科、肛門科、放射線科、脳神経外科、リハビリテーション科、病床数87床（一般20床（亜急性期病床9床）、回復期リハビリテーション病床24床、医療療養型43床）、ジャスコ診療所、介護老人保健施設伯鳳会プラザ（98床）、伯鳳会在宅ケアセンター（居宅介護支援事業所・訪問介護ステーション）、伯鳳会訪問看護ステーション、西はりま医療専門学校等がある。平成19年に姫路市にある小国病院（産科、婦人科、内科、39床）を買収した。リハビリなどの後方施設を含めて併設施設が多い。これは、治療は自前のグループ内でできるだけ完結するようにしているためである。患者の視点で考えれば、他の医療機関に紹介されるよりは全て診てくれるが理想であり、自院完結型の総合的医療を目指している。

赤穂中央病院の立地する西播磨医療圏は、赤穂市、相生市、たつの市、宍粟市、太子町、上郡町、佐用町の4市3町からなる二次医療圏である。この医療圏にある総合病院は、当病院のほか赤穂市民病院とIHI播磨総合病院が挙げられる。西播磨医療圏は、東西のアクセスに比して南北のアクセスは悪く、実際の医療圏としては岡山県和気郡が加わっている。従来、たつの市、宍粟市、太子町との関係は薄かったが、近年の医療崩壊の影響で今ままであまり患者が来なかった地域からも救急の搬送が増え、姫路市やたつの市、佐用町などからも患者が来るようになった。

スタッフの採用に関しては、他の医療機関と比べて比較的恵まれた状況にある。放射線技師は充足しており、リハビリテーション（PT・OT）に関しても専門学校があるので充足している。看護師の定着率はよく、少しずつ増加している。ただ、薬剤師に不足感がある。

赤穂中央病院は日本医療機能評価機構認定病院（一般病院種別A）であり、

ISO14001の認定を受けている。平成14年度厚生労働省「電子カルテ推進事業補助金」をうけ、平成15年2月より完全電子カルテをスタートしている。平成12年には病院機能評価を初めて受審し、平成17年にはver.5.0に改定した。

平成16年4月よりDPPC試行許可病院として認定され、実際にDPPC制度に基づいた診療報酬の支払いを受けている。DPPC導入の理由としては、まず現在の高齢化による医療需要の増加と生産人口減少による政府歳入の減少が起きている現況では、診療報酬の出来高払いから包括払いへの移行は不可避であると考えることによる。この時流に乗るためには、病院の体力があるうちに導入すべきであると判断したため、DPPC導入によって診療過程が可視化でき、評価を通じて医療の質の向上が期待できると加えて、DPPCごとの原価管理を行うことにより経営を改善できると考えたことがあげられる。また、現行のDPPC制度の下では、当病院ほどの規模の病院がDPPCを導入できるかどうかの瀬戸際に置かれている。現在DPPCへ参加する病院は特定機能病院や規模の大きいエリート病院が多く、偏った基礎データが収集される可能性があり、他の大病院とは異なる患者群をもつ当院の参加はデータ収集の観点でも、広くDPPCを普及するという観点においても重要であると考えた。

2. DPC導入以前の準備

赤穂中央病院ではDPCの導入以前に、包括払いへの移行は不可逆的なものと考えて包括払いに対する対応を検討してきた。平成13年度からは、厚生労働省が民間病院等を対象に実施している「急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査」に参加した。この調査には2年間協力し、この調査の終了後に「DPC導入の影響評価に関する調査」に参加した。これらの準備に加え、赤穂中央病院では平成15年2月よりすでに完全電子カルテ化が達成されていた。

このように電子カルテの導入はすでに済んでいたものの、「DPC導入の影響評価に関する調査」において提出が求められるE、Fファイル（診療明細情報・診療行為明細情報）の作成には大変な苦労があった。平成16年2月にDPCの試行に参加ができることがわかるとすぐに参加を表明し、委員会を作って2月中に説明会を行い、4月からの導入という強行日程であったため、E、Fファイルの作成にはほとんど時間がとれず大変な苦労をした。また、病院のコンピューター・システムがDPCに対応していなかったため、最初の2ヶ月は電算レセに代えて手書きレセを使用しなければならなかった。医事システムは3～7月の短期間で開発した。その間の医事課の負担は非常に増大した。

DPCを導入するに当たって、院内体制の再整備が検討された。病名のコーディングについては、DPC導入時にすでに院内で行われており、診療情報管理士は医師のつけたコードをチェックのみを担当するだけの状況がすでに整備されていた。また、DPC導入のために必ず必要となる原価計算に関しては、原価計算委員会を作って平成15年1月までには原価計算を実際にできるようにした。クリティカル・パスもすでに実施されていたが、原価計算を行った結果、今までの出来高払いのもとで行っていた治療ではDPC導入後に赤字となる疾患が存在することがわかったため、コスト削減のために今まで用いられていたクリティカル・パスが見直されることとなり、DPC導入の直前の平成16年1月にはパス委員会を構成しなおした。

また、職員の意識の改革に関しても、赤穂中央病院では早くから取り組んでいった。平成13年度からは職員の賞与に業績連動性を導入している。各部署、施設で業績連動性を導入した場合には不公平感を招くことから、医療法人全体としての予算達成状況が基準になる。職員に経営の意識を持たせるようになってきている。現中間マネージャーが組織全体の利益を考えて行動するようになりつつある。現在では、例えば各科、各患者ごとに出来高払いよりもマイナスになってしまうような場合は、看護部長がその理由の報告を求めめるなど、職員の意識が相当高くなってきている。

赤穂中央病院がDPC導入を比較的スムーズに行うことができたのは、まず、

電子カルテがすでに導入されるなどのIT化が進んでいったことが上げられよう、それでもE、Fファイル作成に非常に苦労した。ITに対する先行投資は必須である。また、出来高払いと包括払いでは全く文化が変わってしまうので、それに対する組織作りが必要である。チームワークの醸成、職種間・診療科間の連携は必須であり、連携をうまく構築することに成功したことがDPC導入に対して組織が柔軟な対応をできた理由であろう。ICT、NST委員会活動なども活性化されてきている。これらの各委員会は多職種から構成され、職種の異なるヒエラルキーを取り除くことを意識して組織されていて、それぞれが強力な権限を持っている。また、DPC導入のためには目先のことしか心配できないような経営状況ではないことが重要である。長期的な成長を見越して質の向上を図ることができるとは状況にない限りはならない。赤穂中央病院では、平成9年、10年の危機を乗り切った後で、その後多少なりとも経営にゆとりができ将来に対しての投資ができたことが大きく貢献したといえよう。

3. DPCの実施に伴う変化

DPC導入に伴うクリティカル・パスの改訂に関しては、ジェネリック医薬品の採用、術前・退院前検査の外來へのシフト、エビデンスのない医療行為の削減などを盛り込んで改訂がなされた。これは薬剤コストの引下げと平均在院日数の短縮に寄与し、平均在院日数は2.4日短縮された。特に、白内障、脱腸、肺炎、大腸ポリプ切除術、狭心症、心臓カテーテル検査などで在院日数は大きく低下した。

クリティカル・パスの適用の状況は、患者のおよそ半分がパスでカバーされている。特に白内障では100%、狭心症では80%と特定の疾患でパスのカバー率が極めて高い。パスの対象疾患は全部で50疾患ほどであり、合計して約200本のパスがある。パスは外來・入院共通であり、看護師が書類を作成して医師がチェックをするといった方法で出来上がっている。

ジェネリック医薬品の選定基準に関しては、シミュレーションをして病院・患者にもアメリカ製品があれば導入することが定められ実施されている。まずは医師が認める輸液などから使い始め、その次に使用量の多い内服薬から転換して行った。選定は「医療用医薬品品質情報集」(オレンジ・ブック)などを見たり資料を検討したりして決定している。さらに、急性期病棟で採用したものは外來でも使うといった院内ルールも取り決めていく。これらジェネリック医薬品の問題としては、安定供給が確保できるか否かが最も重要である。赤穂中央病院では、突然供給を止めるようなメーカーが、今までに1社だけあった。この問題がクリアされれば、品質に関しては大きな問題はないと考えている。実際、薬剤の

品目数で全体の14.1%、コストで6.7%をジェネリック医薬品が占めているが、品質が問題になったことはない。

平均在院日数の短縮に関しては、短縮をすれば単純によいというものではなく、DPCの制度上、大幅な平均在院日数の短縮は必ずしも経営の改善につながる場合がある。DPCでは、在院日数を入院期間Ⅰ、入院期間Ⅱ、特定入院期間と分割し、入院日数の短い方が一日あたりの単価が高くなる仕組みを採用している。在院日数の短縮は入院期間Ⅰの患者を増加させるので、患者あたりの単価は高くなる。しかし、一方で平均在院日数の低下は病床稼働率が低下することになり、赤穂中央病院でも、平均在院日数が14日台になると空床率が増えるようになり、14日を切ると逆に経営が苦しくなる。DPCを続けていくには実質配置10対1看護が必須になることもあり、平成17年には、急性期病床を163床から136床に減少したが、一般病床の平均在院日数は平成17年7月～9月平均で14.9日まで低下した。そこで、新規入院患者数を増加させて病床稼働率を上げるとともに、パスを拘子定規のように適用するのではなく、退院時に看護師が患者のニーズを聞きに行きニーズに沿ったかたちで退院日を調整するようにすること、平均在院日数を15.3～15.4日で維持するように気をつけた。平成19年8月～10月の平均では15.7日である。その後、平成19年5月には一般病床を165床に、平成22年6月には168床に増やした。

新規入院患者は、もともとDPC導入後、健診センター等を作って健診を受けた者の外来予約を取ることなどを行ったり、院の質を向上させたりするなど経営努力をした結果増加していたのであるが、平成20年ごろには逆に周辺の医療機関で医師の確保が困難になってきたところがある影響で、救急の搬入などが大きく増加した。以前は年間の搬入が700～800件位であったが、平成20年には1,200～1,300件まで増え、現在は年間1,000件となっている。こうした業務量の増大に伴い、職員がburn outしないように注意をしなければならぬ状況になっている。

病院の経営状態は良好である。ほぼ毎年経常利益の目標は達成されている。平成17年には売り上げが60億円、経常利益が7億円であったものが、平成21年には売り上げが98億円、経常利益が10億円になっている。自己資本比率は30%を超えている。

4. DPCの制度的問題

赤穂中央病院では、DPCの導入後、経営努力によるコスト削減のために収支は改善した。しかし、DPCをマクロの視点から見ただけの場合は、問題点がいくつもある。最も大きな問題は調整係数の問題である。DPC包括点数には当該施設

の前年実績に基づいて決定される調整係数が含まれてきた。調整係数自体は、様々な条件の医療施設間の条件を調整するために必要であるが、調整係数が診療報酬改定の度に改定され、前年度の包括点数を担保するように定められるのは、DPC導入施設に大きな利益をもたらす一方で、導入施設と未導入施設間の格差が大きくなり、国全体の医療費の削減にはつながらないという側面を持っていた。調整係数が撤廃されればもともと医療費が下がる可能性がある。また、調整係数の計算式は公開されていないため、前年度の7月から10月までの実績を基に算定されるとの情報しかなく、DPC制度導入の経営戦略を立てにくいという欠点も指摘されていた。しかし、平成22年度から前年の包括点数に応じた調整係数は段階的に廃止され、新たな機能評価係数に置き換えられることになっており、DPC導入施設においては調整係数の廃止を考慮に入れた経営が求められている。病院によって教育のための人員を配置するなどコストが異なる点については、調整係数の代わりに、機能評価係数を増額することで対応できると考えられる。しかし、調整係数がなくなると、ホスピタリティ・フィー（包括評価部分）が平均15%低下し、総収入が6%低下することになり、調整係数の廃止時に大きな混乱がないよう準備が必要である。

赤穂中央病院はこのようにDPCを導入することができたが、DPCがより多くの医療施設に浸透していくためには、改善しなければならない点はいくつか考えられる。まず、DPCの点数が現行では原価からつくられていないという問題があるだろう。現行ではDPCの点数は出来高払いの「医科点数表の解釈」（いわゆる「青本」）の点数の焼き直しであり、この点数が原価を反映していないものになっていると、DPC導入によって赤字になる科と黒字になる科がばらばらついてしまう問題がある。診療科がそろった総合病院では、赤字科と黒字科が相殺するが、そうでなければDPCを導入できなくなってしまう。この問題を解決するためにも、DPCの点数を原価から作成しなおす必要があると考えられる。

また、DPCは診断が確定した患者の治療部分をカバーするには良い支払方法であるが、診断をつけるための費用が無視されているというのも問題である。多くの検査の末、点数の少ない疾患の診断がなされた場合には赤字となる。これは内科などにとっては大変不利な状況であり改善される必要がある。

さらに、DPCはホスピタリティの部分が包括払いになるが、手術や手技料などのドクターフィーは出来高払いになっている。赤穂中央病院では、DPCの導入後診療内容の高度化を通じてドクターフィーは増額の傾向にあり、全診療報酬に占める割合も増加してきている。ホスピタルフィー部分は平均在院日数の短縮等を通じて縮小傾向にあるので、ドクターフィーの部分を確保するために一層の診断内容の高度化が求められる。ただし、制度的に手技料にあまりに大きなウェイトを置いている感がある。高価な新薬や癌の化学療法などが包括部分に含ま

れていることは大きな問題である。癌の化学療法は全て出来高払いでもよいと考
えている。

5. 追補

○赤穂中央病院の近況

平成20年3月から、赤穂市民病院が医師不足を理由に脳疾患患者の救急受入れ
を制限するなど、周辺地域の医療崩壊は赤穂中央病院にも影響した。しかし、平
成21年9月から赤穂市民病院が脳疾患救急の受け入れを再開するなどの変化があ
り、平成22年には西播磨医療圏の状況は好転はしてきている。それでも赤穂中央病
院への救急搬送件数は平成20年に増加して以来減っており、年間1,000件強を
受け入れ、地域シェア40%を占めている。また外来には多い時で1,000人、一日
平均850人ほどが来院し、紹介がなくとも患者は確保できている状況にある。

伯鳳会グループは平成22年1月に大阪北市民病院の民間移譲プロジェクトを社
会福祉法人大阪明徳病院と共同で落札した。社会福祉法人大阪明徳病院の経
営権を取得、廃院する大阪北市民病院跡地に、明徳病院の病床332と北市民病
院からの移譲病床150を合わせた482床の新病院を開院する予定である。経営権
取得後、明徳病院では生産性が高まり、月当たり4～5千万円の利益が出るよう
になっている。経営を引き継いだ当初は給料カットの状況であったが、2010
年度からは定期昇給が復活、給与カットも一部終了し、今後は質の向上が目指さ
れている。

○組織の特徴

理事長は組織内の連帯感を高めることを重視しており、毎月の貸借対照表と損
益計算書等を職員に公開している。これは現理事長の就任時に始められたもので、
経営危機を脱するためには職員の連帯と協力が不可欠であり、そのために経営実
態の開示が必要との判断に基づくものである。経営の透明性を高めることで、経
営陣と職員が危機感や問題意識を共有し、それぞれが責任と覚悟を持つことにつ
ながり、両者が一体となって経営危機を乗り越える体制がつけられた。

また、理事長が年度毎に法人の経営指針を全職員に対して明示し、それが部門
別目標や職員の個人目標に反映される仕組みが取り入れられていて、目標の明確
化も重視されている。さらに、職能資格等級制度を導入しており、法人が職員に
求める職能が明確にされている。これらの取り組みにより組織の目標に加え、職
員の個人的な目標も明確となり、各職員がモチベーションを保ち、成長できる職
場環境となっている。目標が明確になることで、目標を達成しようとする職員の
意思と行動がより強まり、それが法人全体の活力になっている。一方で、職員の

モチベーションを支える人事評価制度も取り入れられていて、各職員が掲げた目
標の達成状況に基づき人事考課がおこなわれている。

理事長には「組織がよくならなければ、個人もよくなる」という発想があ
る。チームによる経営を目指す理事長は、トップが数値を示してそれを指せ、
というスタイルではなく、各部門、職員が自ら目標となる数値を設定し、その数
値を提示した現場が達成にむけて努力するスタイルを確立した。これにより、現
場職員によるマネジメント、プランニングが実現している。実際に行動する立場
にある現場職員が目標とする数値を理事長に提示することにより、目標達成に対
する現場の責任感がより強固となり、職員一人一人が赤穂中央病院を「自分の病
院」として強く意識することにつながっている。

そして、外来入院分離やDPCの導入、病院買取などの経営上の大きな節目を
数年毎に経ることも組織の強化につながり、理事長の目が細部まで届かなくても
経営上の問題が生じない体制が構築されている。

○看護師教育

看護師教育にはプリセプター制度を導入している。看護師のメンタルヘルス対
策にも取り組んでいて、教育プログラムにメンタルヘルスのメンテナンスに関す
る項目を組み入れている。また月に2回、保健師を1名招いて相談窓口を設けて
いる。離職率が7%と低いが、これには上述のような人事評価制度や報酬制度、
モチベーションを活かす管理職の対応等が貢献していると考えられる。

看護師長は、患者毎に特定入院期間開始日を把握するとともに、患者毎の出来
高請求額と包括請求額の差額を日々確認している。また、各看護師はコストが高
くなる薬剤などをおおよそ把握していて、そういった処置の有無によってDPCコードと
とるようにしている。さらに、IVHなどの処置の有無によってDPCコードと
入院期間が変わることも認識しており、それらも踏まえて医事課と連絡を取り合
い入院期間の調整を行う場合もある。これらのデータの把握はもとも看護師長
が行ってきたが、最近では主任クラスでも出来るようになってきている。データ
の活用については、研修会などで一斉に教育することはせず、病棟でのOJTで
指導している。そのため、データを読み、活用する能力を主任クラスにうまく伝
達できるよう、看護師長を教育することも重要となっている。

参考文献

古城資久：DPC時代における病院管理、医薬ジャーナル、41(2)：88-93、2005。
院内改革事例報告：職能資格等級制度導入で病院が活性化 医療法人伯鳳会赤穂
中央病院（兵庫県赤穂市）、月刊保険診療、60(11)：97-101、2005。

古城資久：A 4 一枚の経営改善計画をもとに一赤穂中央病院の改革（シリーズ改
 革 赤穂中央病院）. 看護部マネジメント. 11(236)：5-11. 2006.
 古城資久：企業の発展と社員の自己実現を両立させる人材育成とは. 兵庫県中小
 企業家同友会 Doyu Hyogo. 145：46-51. 2006.
 古城資久：地域完結型医療 VS 地域包括型医療—保健・医療・福祉複合体の優位性
 を論じる. 病院経営. 19(403)：26-33. 2009.
 医療法人伯鳳会：虹. 52号. 2010.
 山内春代：病院改革が患者満足度の向上につながった. 看護. 59(3)：54-57. 2007.

参考資料 1：組織図

伯鳳会組織図

平成 21 年 4 月

