

# 1日あたり患者数が35人以下の病棟数の割合が最も高い医療圏と最も低い医療圏の比較

宗谷医療圏	医療圏内の稼働率	1病棟あたり患者数（人/日）	患者数35人/日以下の病棟割合	実質看護師配置割合	稼働している病棟数	患者数35人/日以下の病棟数	届出病床数	患者数（人/日）	看護師数
全病床	62%	27	93%	6.6対1	14	13	613	380	259
急性期一般入院料1～3	62%	27	100%	5.3対1	5	5	219	137	115
地域一般入院料	44%	18	100%	4.5対1	4	4	160	71	71
特定一般病棟入院料	52%	24	100%	6.1対1	2	2	92	47	35
療養病棟入院料	88%	42	67%	15.0対1	3	2	142	125	38

133%  
の患者  
92%  
の看護師

北空知医療圏	医療圏内の稼働率	1病棟あたり患者数（人/日）	患者数35人/日以下の病棟割合	実質看護師配置割合	稼働している病棟数	患者数35人/日以下の病棟数	届出病床数	患者数（人/日）	看護師数
全病床	85%	42	33%	9.5対1	12	4	598	506	239
急性期一般入院料4～7	88%	44	100%	10.3対1	3	0	149	132	58
地域包括ケア病棟入院料	62%	26	87%	7.4対1	1	1	42	26	16
療養病棟入院料	85%	43	67%	9.5対1	8	3	407	348	165
全病床	85%	42	33%	9.5対1	12	4	598	506	239

両極端の事例を比較しているため、賛否両論はあると考えるが、  
病院経営の側面、看護師の効率的な配置という観点では大きな差があるのではないかと

### **3. 経営面からみる病床機能の転換手法・事例**

# 病院種別全開設者の地域別医業利益率比較（全開設者）

## ○ 病院種別全開設者の地域別医業利益率

	北海道地方	東北地方	関東地方	中部地方	近畿地方	中国地方	四国地方	九州地方
一般病院	△16%	△24%	△6%	△11%	△3%	△4%	△9%	△4%
ケアミックス病院	△6%	△17%	2%	△6%	0%	△6%	2%	△5%
療養型病院	1%	-3%	2%	4%	△10%	5%	5%	△2%
精神科病院	2%	-46%	△-7%	△12%	△4%	△13%	△8%	△6%

一般病院、ケアミックス病院は東北地方に次いで2番目に低い地域

## ○ 病院種別全開設者の地域別赤字病院割合 ※調査に回答した病院のみの値

	北海道地方	東北地方	関東地方	中部地方	近畿地方	中国地方	四国地方	九州地方
一般病院	71%	63%	51%	64%	32%	27%	75%	46%
ケアミックス病院	40%	20%	38%	46%	41%	33%	40%	32%
療養型病院	0%	60%	30%	27%	80%	0%	50%	40%
精神科病院	50%	25%	35%	38%	50%	60%	67%	44%

調査に回答した病院での一般病院の地域別赤字病院の割合は、最も高い地域であった。

# 病院が届出ている入院料の医業利益率（全国値）

	急性期一般入院料							地域一般入院料		
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3
R3	△0.7	△3.3	-	2.0	0.1	△5.1	1.1	△1.5	-	△4.3
R2	△3.5	△8.3	-	0.0	△3.0	△4.1	△9.4	3.5	-	△0.6
R1	△1.1	-	-	1.5	△2.9	△1.0	0.6	△0.2	△7.8	△13.6
H30	1.7	△6.5	-	1.5	△0.1	△0.5	2.8	0.3	△6.5	0.8

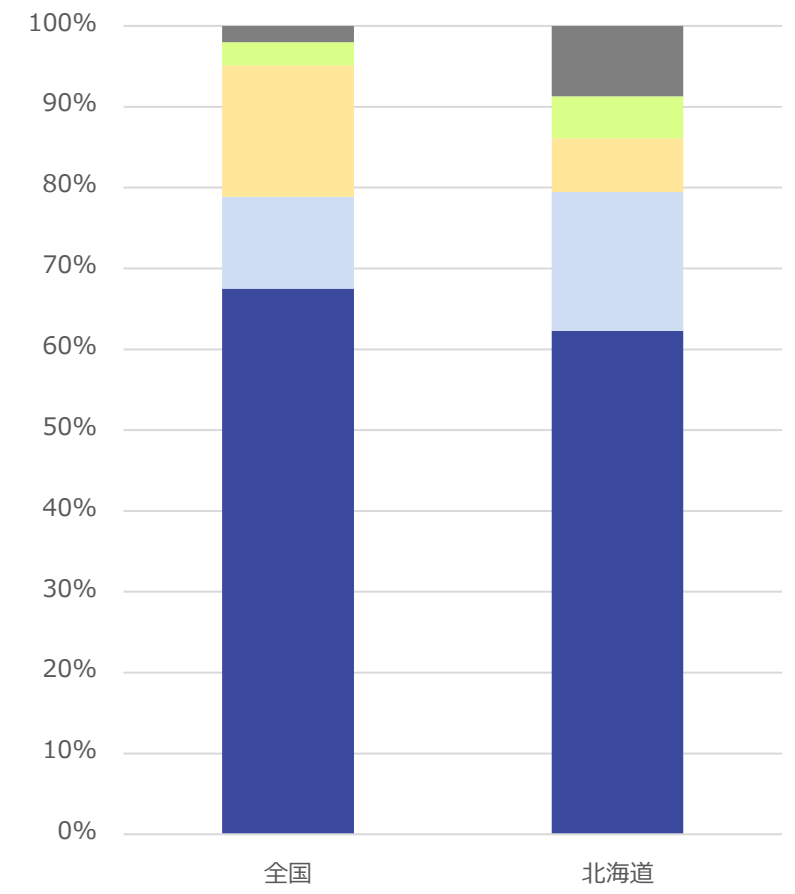
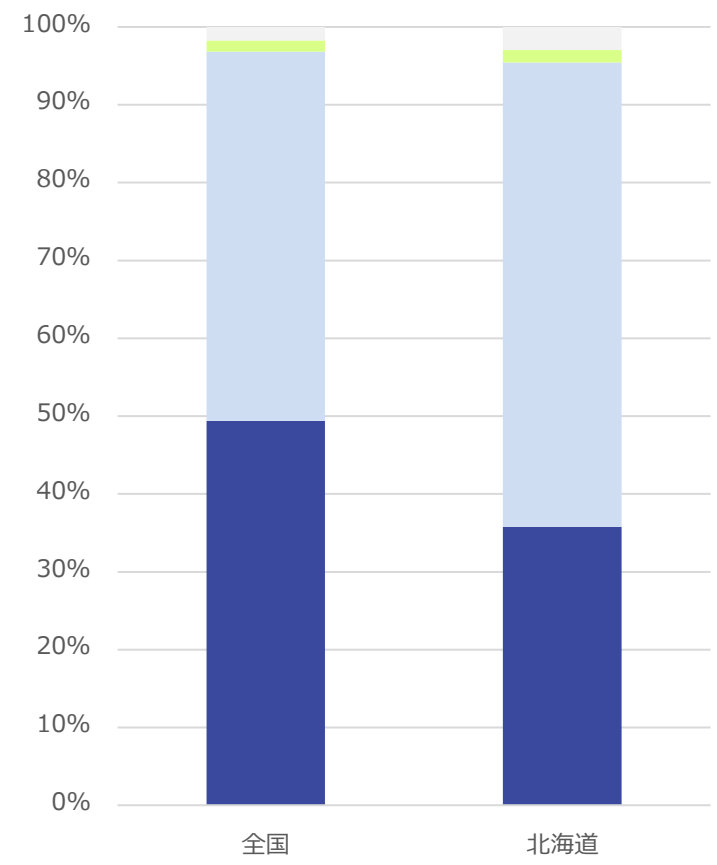
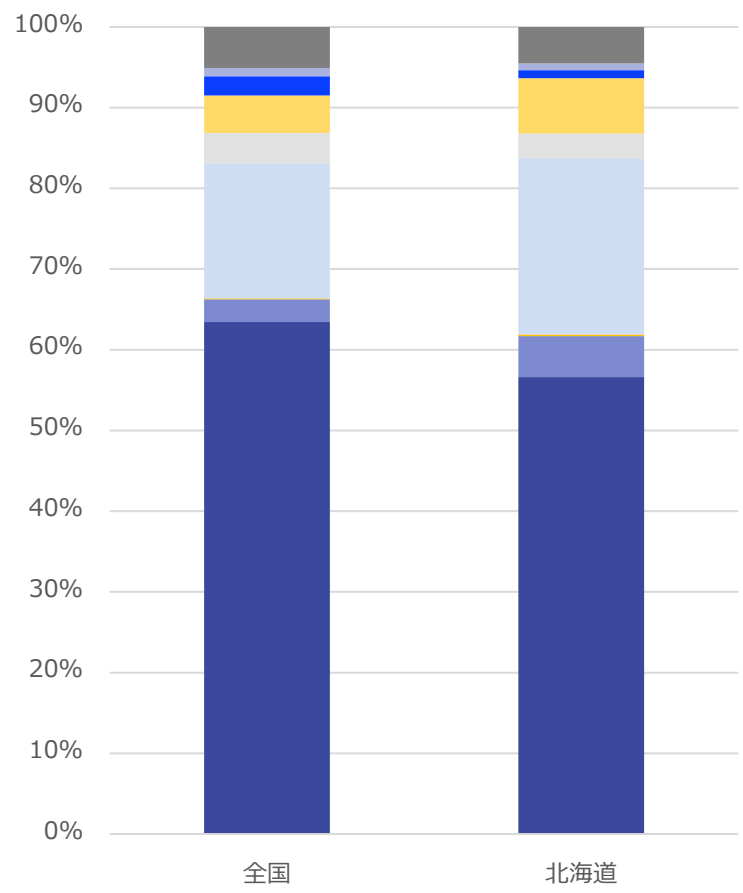
	地域包括ケア病棟入院料				地域包括ケア入院医療管理料			
	1	2	3	4	1	2	3	4
R3	2.2	△1.3	-	-	1.4	△1.3	-	-
R2	△4.4	△5.4	-	-	△1.9	△1.3	-	-
R1	△1.9	△1.7	-	-	1.7	△0.1	-	-
H30	2.5	△1.0	-	-	0.7	0.9	-	-

	回復期リハビリテーション病棟入院料					
	1	2	3	4	5	6
R3	0.7	△4.9	1.9	-	0.2	-
R2	△0.9	-	△0.3	△0.6	-	-
R1	△0.2	△1.8	0.2	△7.0	△2.3	-
H30	1.9	0.8	0.3	-	0.2	-

	療養病棟入院料	
	1	2
R3	0.2	△9.1
R2	1.8	△0.1
R1	5.3	△0.1
H30	2.5	△2.4

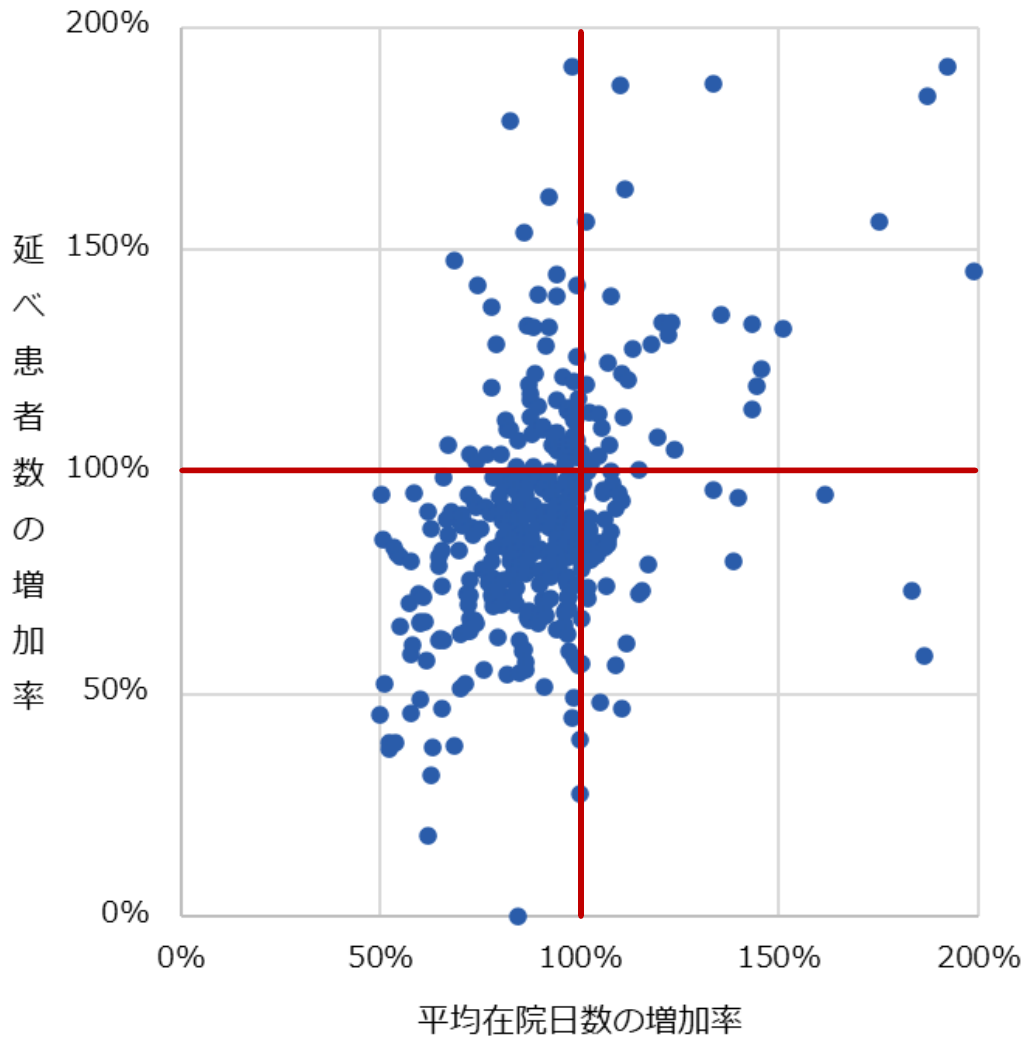
**届出入院料の類型が低い（≒診療報酬で求めている機能にギャップがある）病院の医業利益率は類型が高い病院よりも低い傾向がある（≒求められる患者の集患力が低いまたは実績を出せていない）。**

# 北海道内の届出入院料の状況



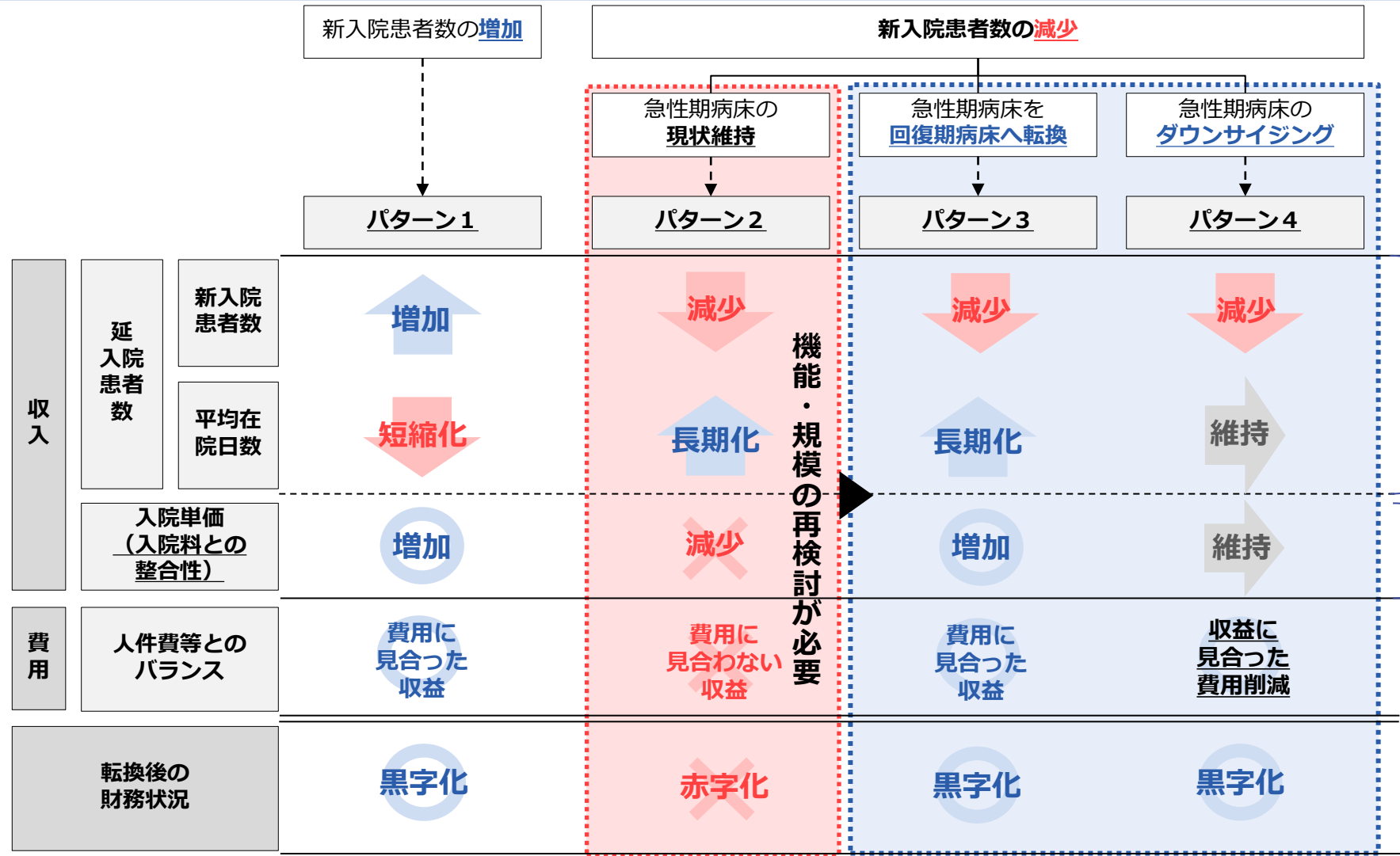
**届出入院料の類型が低い病院の割合が全国と比較して多い**

# 道内各病院の病棟ごとの患者数と平均在院日数の変化



2017年と2022年で比較をすると多くの病院が在院日数を短縮しつつ、延べ患者数が減少してきている。このような状況下で、さらなる在院日数の短縮化を進めることになる施設基準の類上げを機能再編、病床数の見直しなしに実現することは可能か。

# 新入院患者数の増減から考える機能再編パターン（単純化しています）



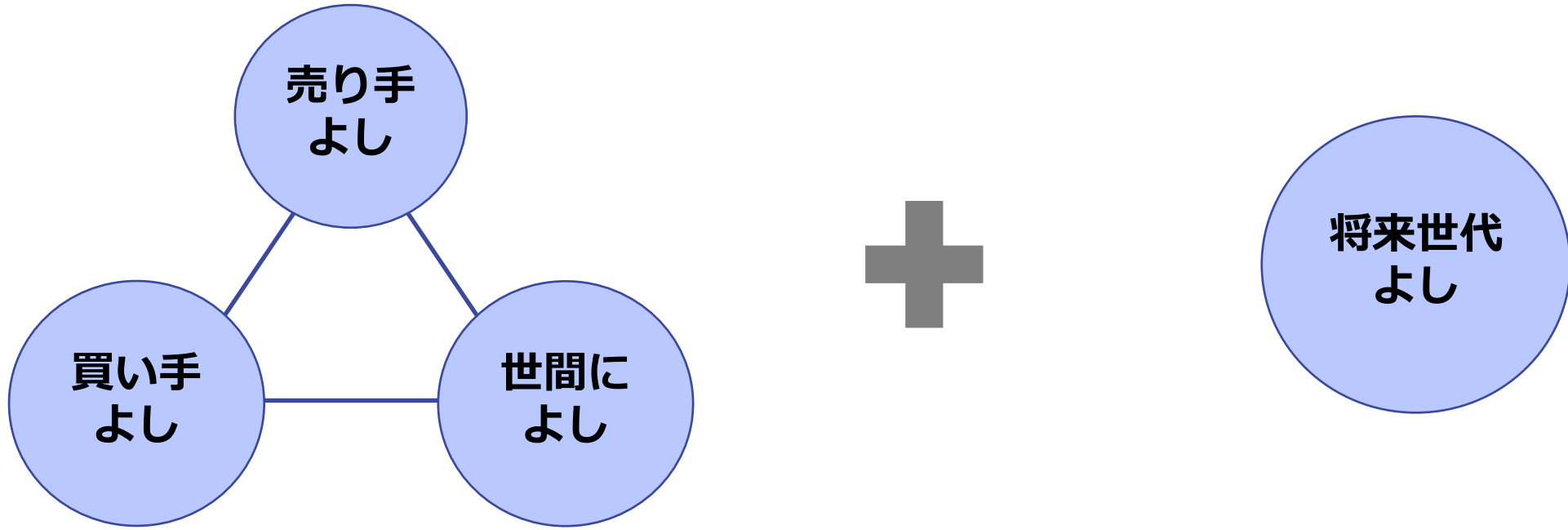
## 即席チェックポイント！

- 新規入院患者数は増加しているか
- 各病棟患者数は35人/日以上いるか
- 夜勤の看護師配置は適切か
- 平均在院日数のクリアに困窮していないか
- 診療単価が以下の水準を下回る場合は要確認
  - ・ 急性期病床が200床以上の6万円を下回る診療単価の場合は病棟単位で地域包括ケア病棟導入検討の余地が出てくる。
  - ・ 急性期病床および許可病床が200床未満で急性期の単価が4.5万円を下回る場合は病床単位で地域包括ケア病棟導入検討の余地が出てくる。
  - ・ 急性期病床の単価が3万円を下回る場合は急性期病床を全床地域包括ケア病棟導入検討の余地が出てくる。

パターンは無限大にあるので、以降でデフォルメした事例を複数紹介します。

# 回復期病床（地域包括ケア病棟・病床）へ転換の検討～機能を見直すという意味合い～

## 近江商人の経営哲学（三方よしから四方よしへ）



## 病院経営になぞらえると・・・

売り手よし	病院経営が安定するような事業であること
買い手よし	地域の患者に求められる事業であること
世間によし	やみくもに競合関係を助長するのではなく地域の医療機関と連携し医療提供体制を構築すること
将来世代よし	将来の需要や雇用情勢を予見し先手を打ち続けること

**病床機能を変えるということは病院の事業を変えるということ。  
 その際には、四方良しの軸をもって検討されたい。**

**※ 本テーマでは経営という観点なので売り手よしに絞って解説します**

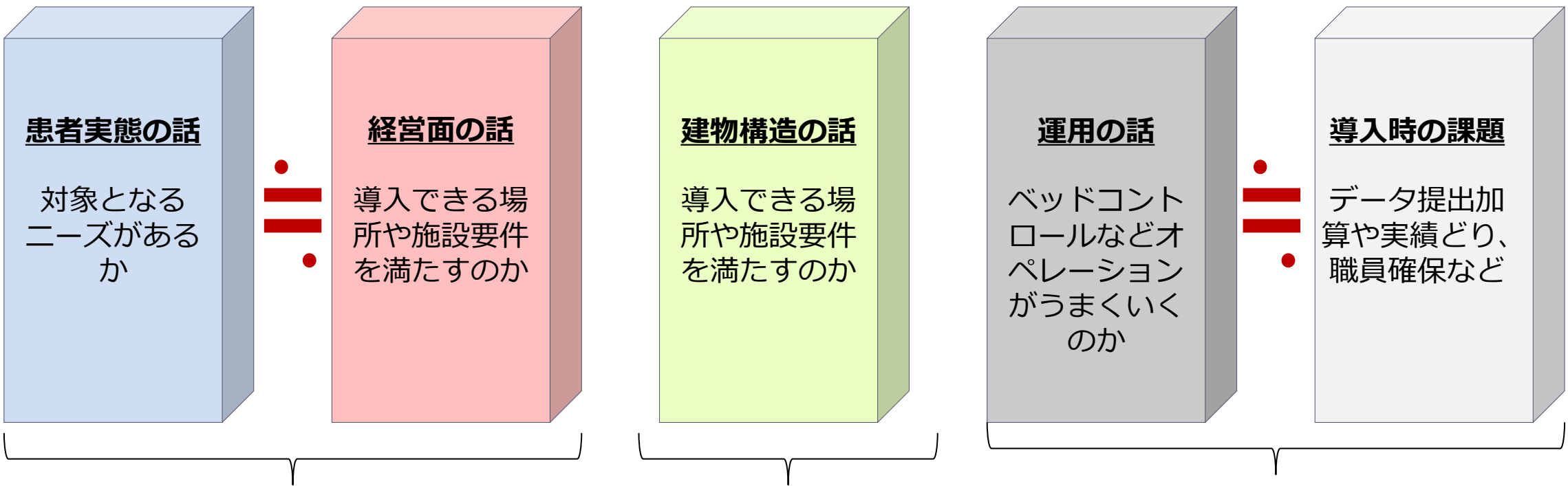


# 地域包括ケア病棟・病床の施設基準

	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度 I <b>12%</b> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度 II <b>8%</b> 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-		6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	
自宅等から入棟した患者割合	<b>2割以上</b> (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		<b>2割以上</b> (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <b>9人</b> 以上				3月で <b>9人</b> 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	<b>7割2分5厘</b> 以上				<b>7割以上</b> (満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
点数（生活療養）	2,809点 (2,794点)		2,620点 (2,605点)		2,285点 (2,270点)		2,076点 (2,060点)	

・ **療養病床については95/100の点数を算定**する。ただし、**救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100**

## 地域包括ケア病棟・病床の導入検討で、議論が錯綜する5つの主たる要因



対象患者像の明確化とシミュレーション ダウンサイジングも視野に入れた図面を用いた議論 現場の納得感とスモールスタート

# 対象患者像の明確化とシミュレーション

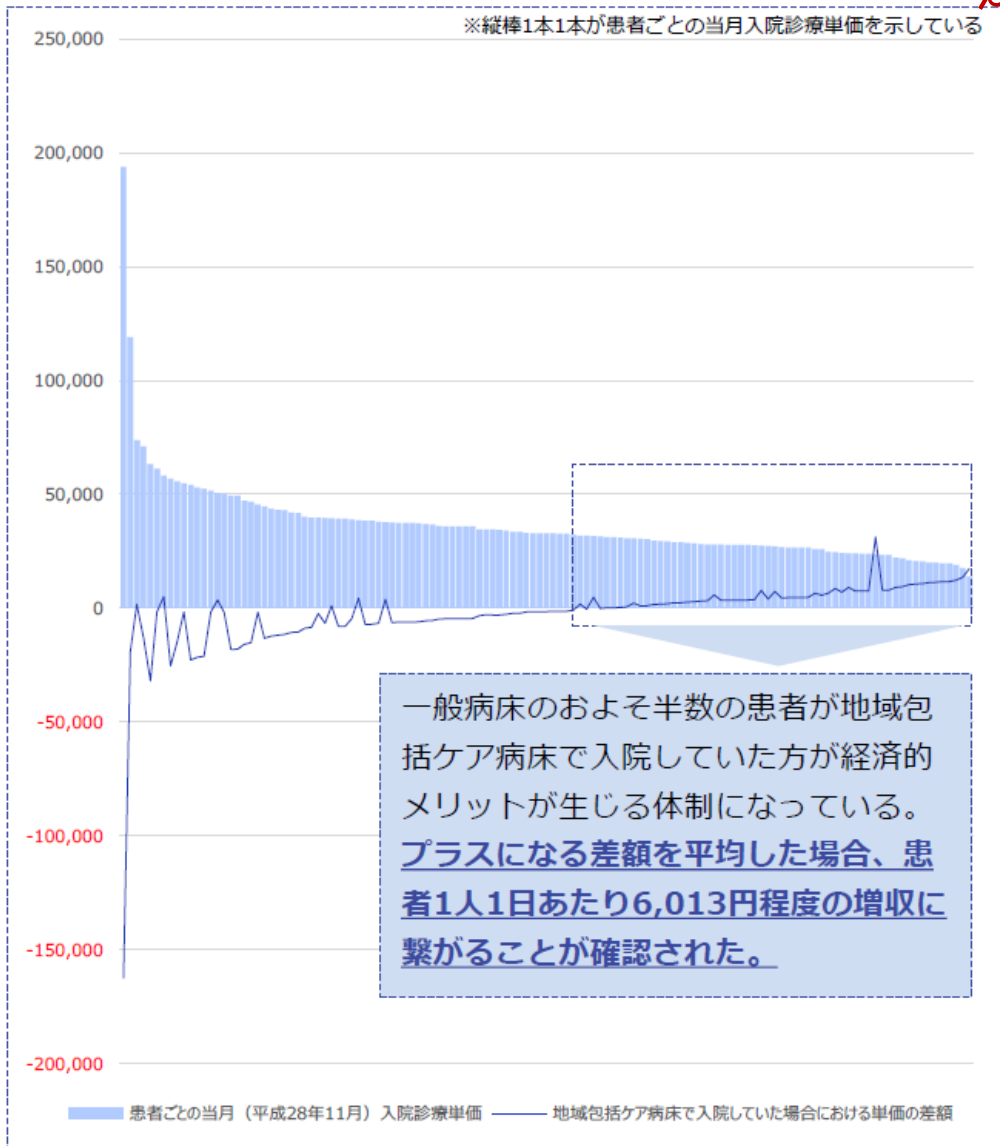
## 一般病棟における基準引き上げのポイントについて

### [地域包括ケア病床の導入検討について]

- ✓ 地域包括ケア病床については、透析、手術、麻酔を除くほとんどの点数が包括収入となっており、地域包括ケア入院医療管理料1および看護職員配置加算、看護補助者配置加算を届出場合の当該病床の入院診療単価は食事を含め31,000円/日を超えます。
- ✓ 貴院における診療単価は、28,945円/日（平成28年4月-11月）となり、地域包括ケア病床の単価よりも低い水準となっています。
- ✓ したがって、診療単価の引き上げを目的とした、地域包括ケア病床の導入の検討が可能と考えられます。
- ✓ 許可病床200床未満の病院については、病床単位で導入することができ、段階的に地域包括ケア病床を導入することが可能です。
- ✓ 大部屋1室4床へ地域包括ケア病床を導入（稼働率90%）したと仮定した場合、経済効果は700万円程度になります。（単価の増加分 6,013円 × 4床 × 90% × 365日）
- ✓ 男性部屋1室4床、女性部屋1室4床、計8床または男性部屋1室4床、女性部屋1室4床、その他状況に合わせて性別を対応する部屋1部屋4床、計12床から始める病院が多いです。

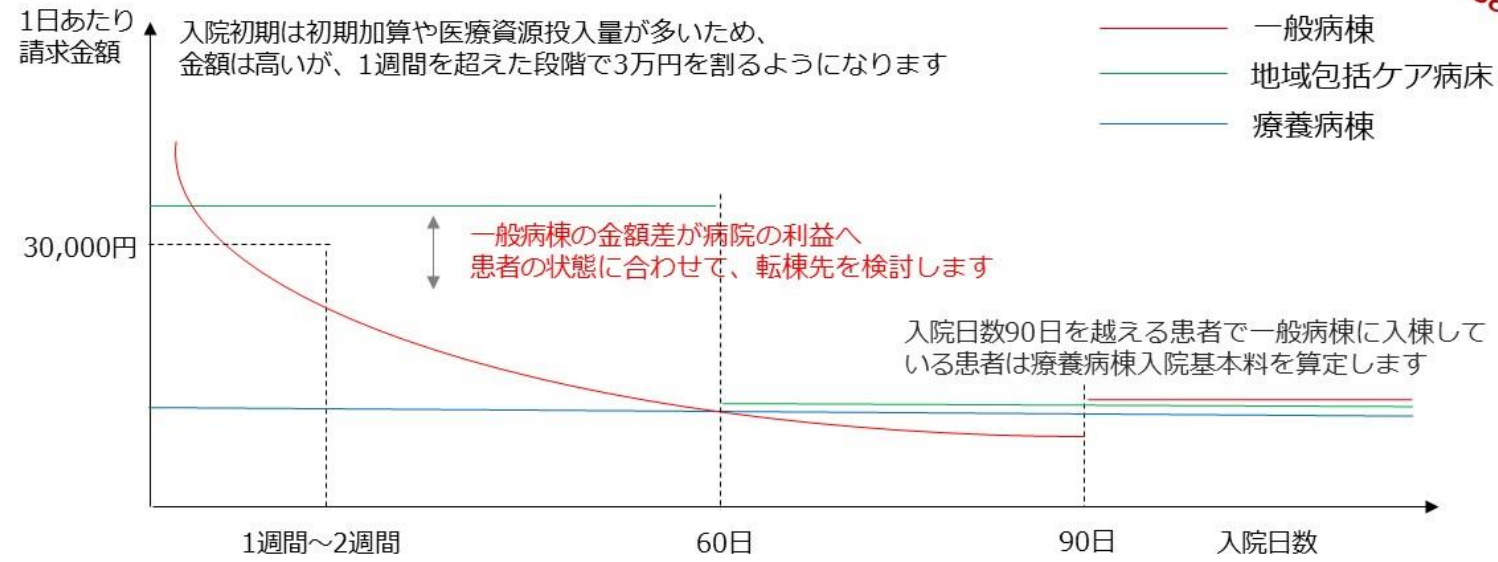
患者1人あたり当月入院診療単価×  
地域包括ケア病床で入院していた場合の差額（円）

Sample

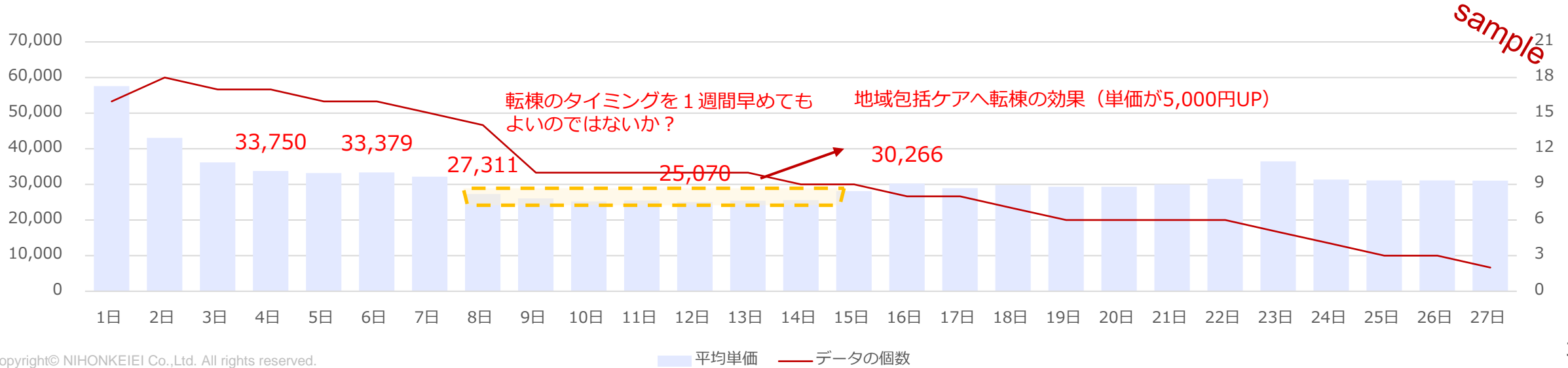


# 対象患者像の明確化とシミュレーション

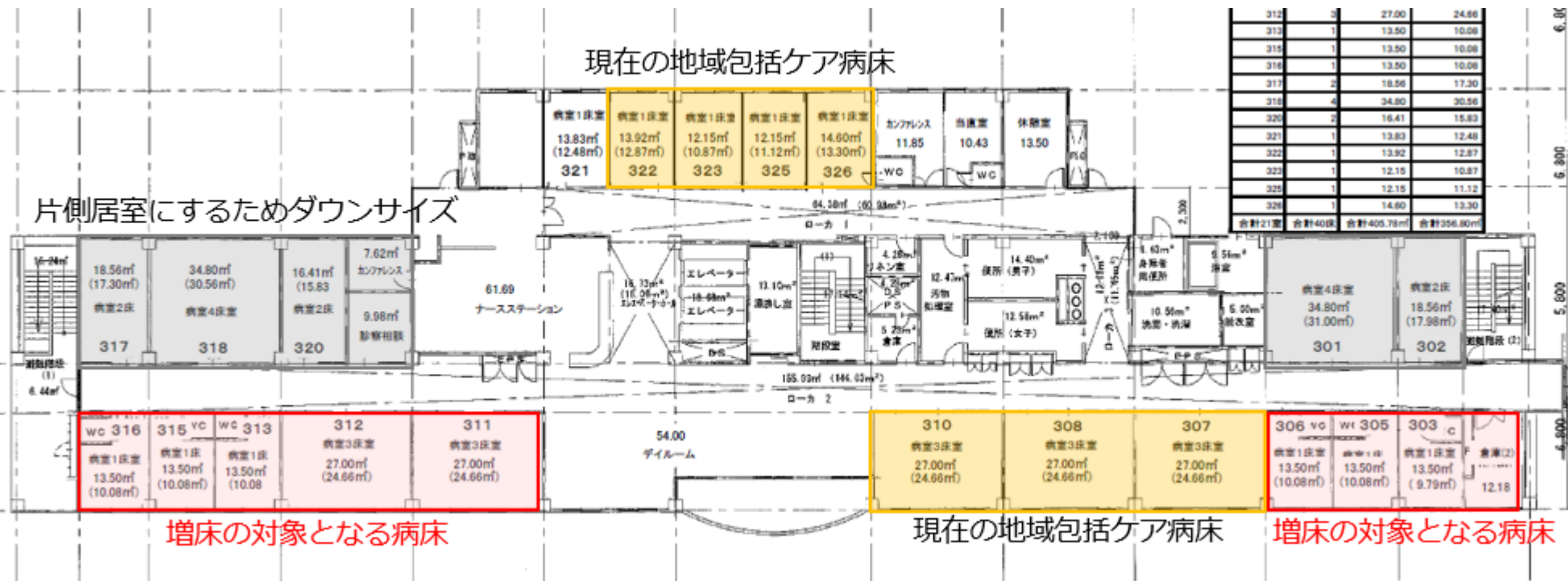
## ■ 機能別入院日数別請求金額のイメージ



## ○ ある病院の入院起算日からの診療単価（14日目一般病床から転棟させている病院）



# ダウンサイジングも視野に入れた図面を用いた議論



## ポイント

### 1. 部屋の広さ

### 3. 室料差額を届けている病床が

- ・ 室料差額収益は確保できているか

### 2. 廊下幅の要件

- ・ 廊下幅は足りるか両側居室か片側居室か
- ・ 廊下幅が足りず両側が病室の場合、ケースによってはダウンサイズも検討

### 4. 重症室個室をどこへ届出るか

- ・ 救急受け入れ用にステーション近くの病床に積極的に地ケア病床を導入しないことも

# 現場の納得感とスモールスタート

## ○ 多職種連携によるベッドコントロールの運用指針明確化

～ベッドコントロール会議の進め方～

### ■ ベッドコントロール会議の目的

地域包括ケア病床の導入に伴い、一般病床から地域包括ケア病床へ転倒させる患者を正確に抽出する必要があります。そのため、看護部・リハビリ科・事務部門が連携し、ベッドコントロール会議で議論を重ねることで、院内全体のベッドコントロールを円滑に進めることを目的としています。

### ■ ベッドコントロール会議の進め方

#### 1) 現状報告

現状報告では、各病棟の現状を共有してください。現状報告の際、以下の項目を各病棟は共有するようにしてください。

3F病棟	4F病棟	地域包括ケア病床
<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在患者数</li> <li>・看護必要度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在患者数</li> <li>・看護必要度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の患者数</li> <li>・今週、来週の退院予定数</li> <li>・今週、来週の転入予定数</li> <li>・在宅復帰率</li> <li>・看護必要度</li> </ul>

#### 2) 転入患者の抽出

対象患者の抽出では、患者リストを活用します。患者リストの各項目に中で以下5点を確認すべき事項として対象患者を抽出してください。

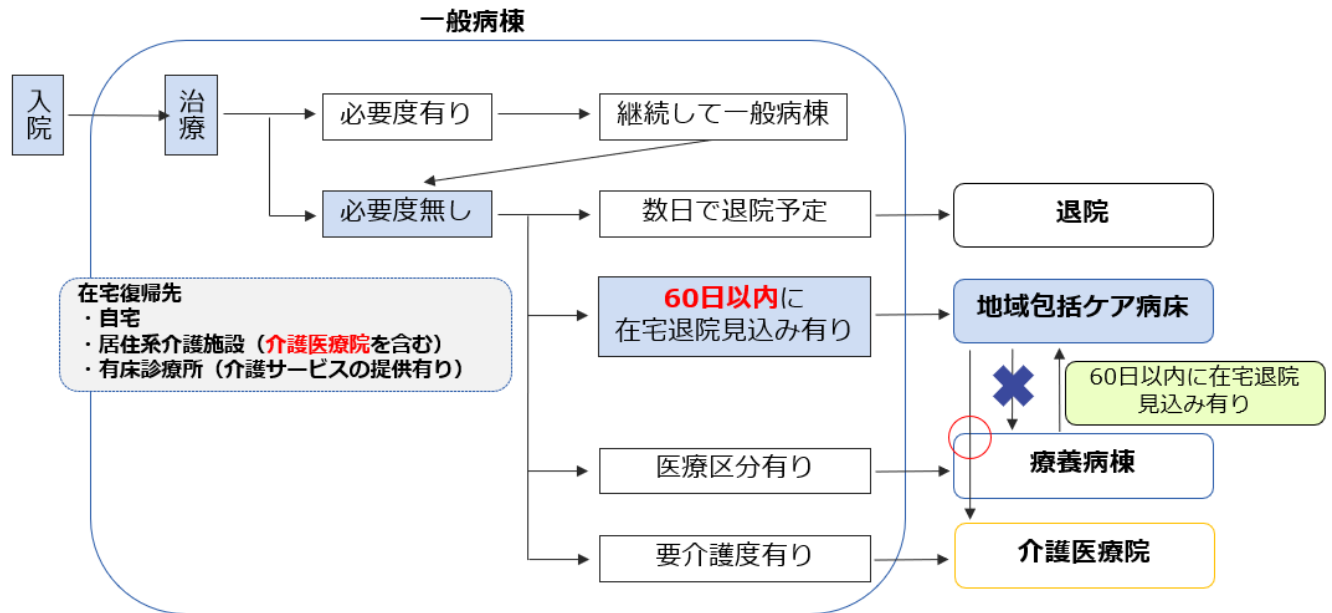
- ①経済合理性〔事務部門〕  
→平均単価3万円以下であるか、治療行為の少ない患者であるか。
- ②リハビリ単位数〔リハビリ科〕  
→リハビリを要する患者の中で、3単位/日以上提供できる状態か。
- ③重症度、医療・看護必要度〔看護部〕  
→地域包括ケア病床の延べ患者数の1割以上の患者がA項目1点以上であるか。
- ④在宅復帰率〔看護部〕  
→地域包括ケア病床全体で、在宅復帰率70%をクリアすることができているか。
- ⑤在院日数〔看護部〕  
→在院日数60日以内で退院する見込みのある患者であるか。

以上5点をふまえ、  
(今週、来週の退院・転出患者 - 今週、来週の転入患者) × 1.5～2人  
を抽出してください。

#### 3) 転入に向けた取り組み

対象患者を抽出することができれば、院内・院外関係者に説明後、転入に向け最終調整を行っていきます。

- ・医師への説明
- ・患者、家族への説明
- ・転入日と最終調整



# 現場の納得感とスモールスタート

## ○ 患者への説明準備

**あかびら市立病院**  
**地域包括ケア病床入院案内時**  
**Q & A 集 (案)**

2018年3月  
 医事課医事係 作成

**Q1**  
地域包括ケア病床って何ですか？

**A1**  
地域包括ケア病床は、急性期（症状が急激に表れる時期・病気になる初期の時期）の治療を終えた患者様が、安心して自宅や施設等に退院することができるよう、在宅復帰に向けた治療やリハビリテーションを行うことを目的とした病床です。

**Q2**  
地域包括ケア病床の対象となる患者はどんな患者ですか？

**A2**  
入院治療により状態が改善し、症状が安定した方で、もう少し治療や経過観察が必要な方や、在宅復帰に向けてリハビリテーションが必要な方が対象となります。  
このような方が地域包括ケア病床に転床し、リハビリテーション等を通じて在宅復帰に向けた準備を、医師や看護師をはじめ当院スタッフが協力して行います。  
また、自宅で療養している患者様のご家族が、さまざまな事情により一時的に介護ができない場合に、その患者様を受け入れることも可能な病床です。

**Q3**  
一般病床と地域包括ケア病床の違いがわからないのですが…。

**A3**  
一般病床は、急性期の治療に特化した病床で、当院では最初に一般病床に入院し、入院のきっかけとなった病気のケア等の治療を中心に行うことがほとんどです。  
その後、症状が落ち着いたり、改善した場合は退院することになりますが、退院に向けてリハビリテーション等を通じて、自宅や施設に戻った後も安心して生活ができるようにサポートすることを目的としているのが、地域包括ケア病床です。  
一言で言えば、一般病床は「急性期の病状を治療する場所」、地域包括ケア病床は「退院して、安心して生活できるよう訓練する場所」といったイメージです。

## ○ スモールスタートの事例



平成30年 4月	一般病棟60床（一般病床48床、地域包括ケア病床12床）に変更
平成30年10月	一般病棟60床（一般病床47床、地域包括ケア病床13床）に変更
平成31年 4月	地域医療連携室設置、地域医療科を在宅医療・健診センターへ名称変更
令和2年3月	一般病棟60床（一般病床43床、地域包括ケア病床17床）に変更
令和2年10月	一般病棟60床（一般病床35床、地域包括ケア病床25床）に変更
令和3年7月	一般病棟60床（一般病床30床、地域包括ケア病床30床）に変更

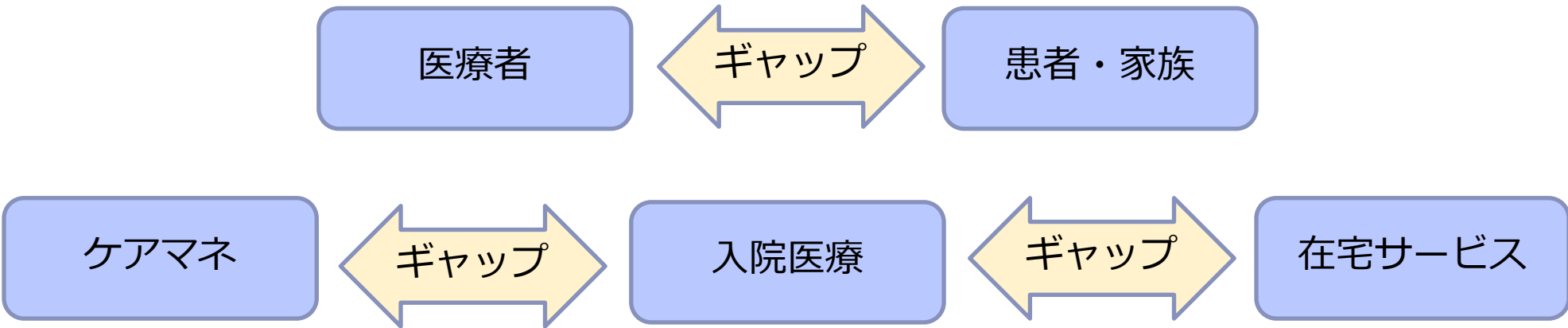
※ 一定の診療単価を下回り（急性期の診療単価が3万前半）60日越えの患者が限られているのであれば、一気に病棟単位へ切り替えた方がベッドコントロールの観点からもオペレーションは容易になる。

## 入退院支援加算

### 通知

(1) 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、**施設間の連携を推進**した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。

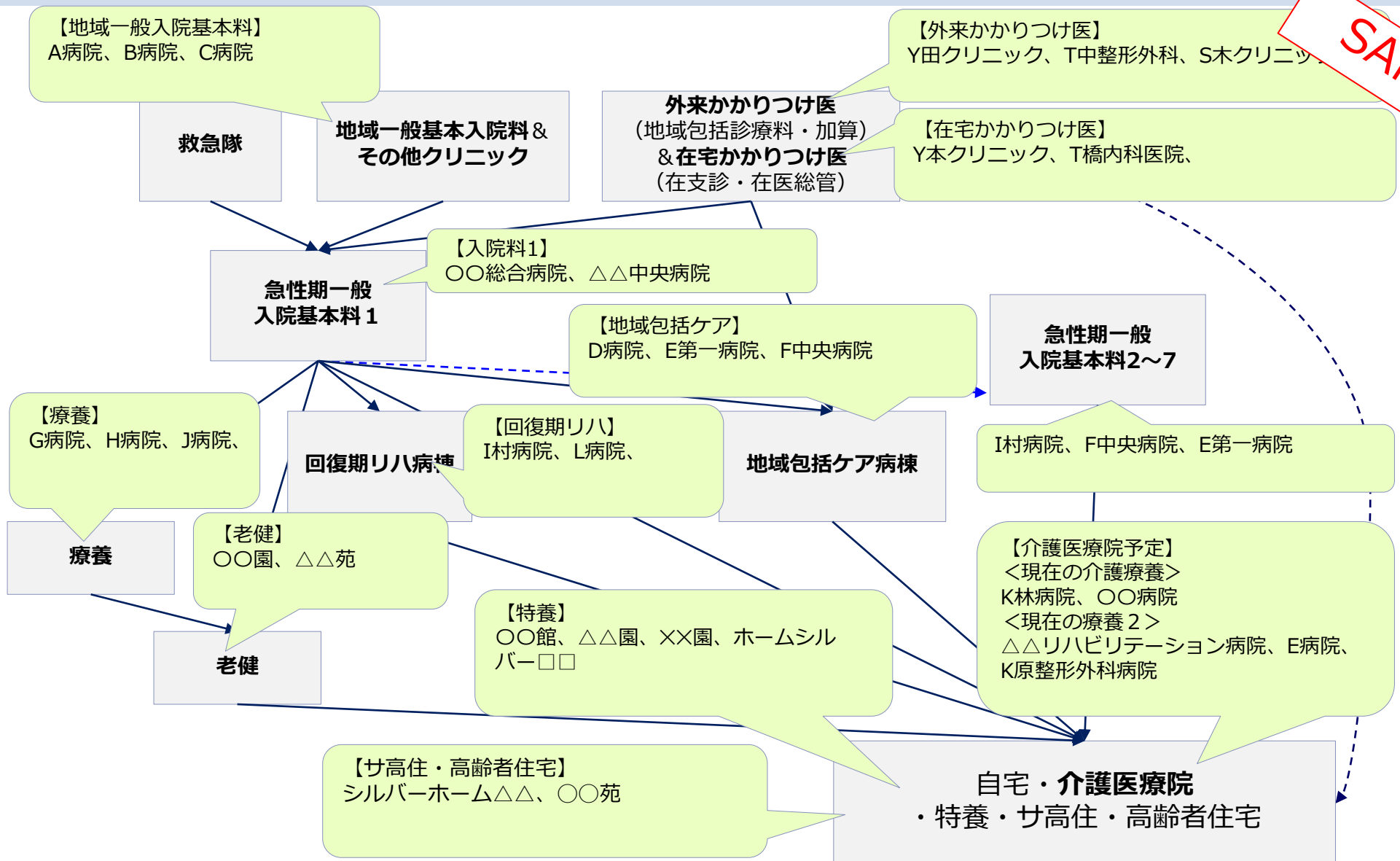
(6) 退院支援計画については、**文書で患者又は家族に説明**を行い、交付するとともに、その内容を診療録等に添付又は記載する。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、必要に応じて**退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援の導入に係る支援**を行う。



**前提・価値観等が異なるので相互理解が求められる。  
説明責任を果たし、コミュニケーションを密にすることが必要。**



# 現場の納得感 | 買い手よし。地域よし。【参考】地域連携マップ



SAMPLE

地域の医療機関をマップ化して連携先（Where）を明確化する。

SAMPLE

Where	Who		
居宅介護支援事業所	キーマン	当法人担当者	当法人で人的ネットワーク (プライベート含む) を持っている人
○市地域包括支援センター	西郷さん	大久保さん	大久保さん
○○苑居宅介護支援事業所	坂本さん	大久保さん	勝さん
ケアマネージャー○○	岩倉さん	高杉さん	三条さん
居宅介護支援事業所○○病院	木戸さん	高杉さん	高杉さん
居宅介護支援事業所 ○○とぴあ	大隈さん	織田さん	江藤さん
居宅介護支援事業所 ○○○	羽柴さん	織田さん	織田さん
○○園居宅介護支援センター	武田さん	織田さん	上杉さん

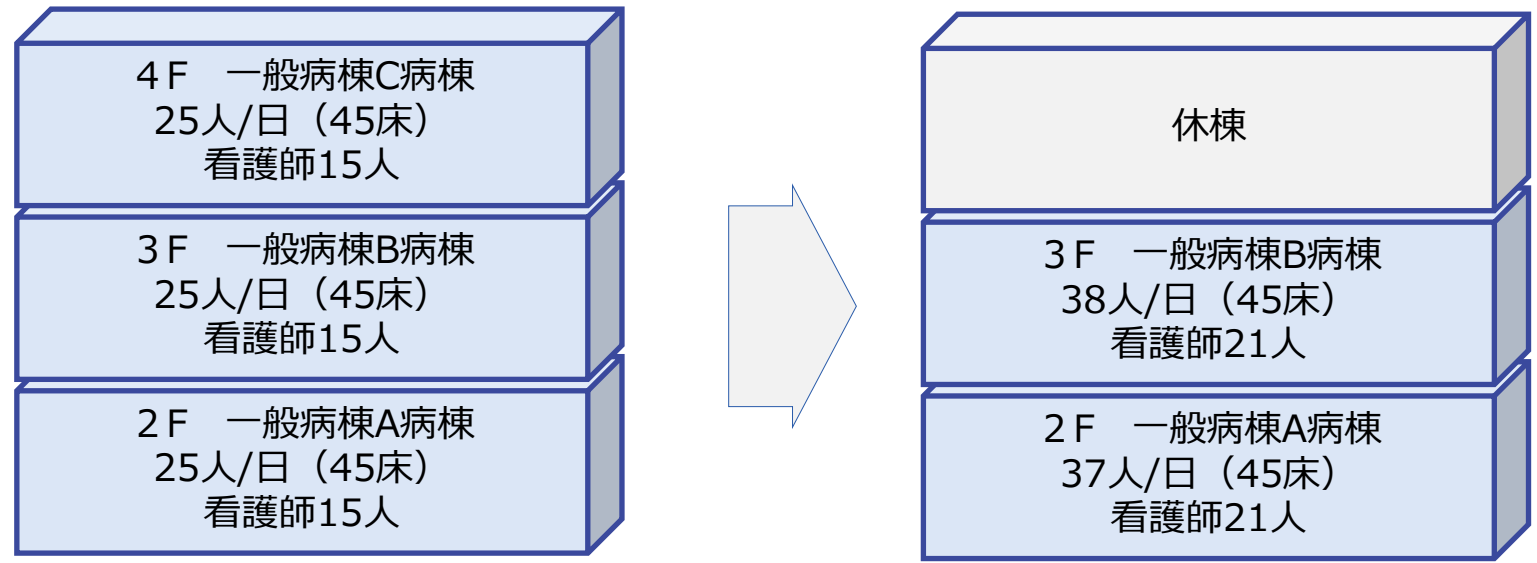
連携先 (Where) だけでなく、その連携先の  
キーマン (Who) も把握しておくとお実態が把握しやすい。

# ダウンサイジングの検討方法①

## 即席チェックポイント！

- 各病棟患者数は35人/日以上いるか
- 病棟看護師の配置は配置基準に対して充足率110~115%程度で収まっているか
- 病棟構成を見直すことが可能か

### 急性期一般入院料4を届出る（単純なケース）



- 各病棟患者数は25人/日(稼働率56%)
- 病棟看護師の配置は配置基準に対する充足率133%
- 構造的にはシンプル

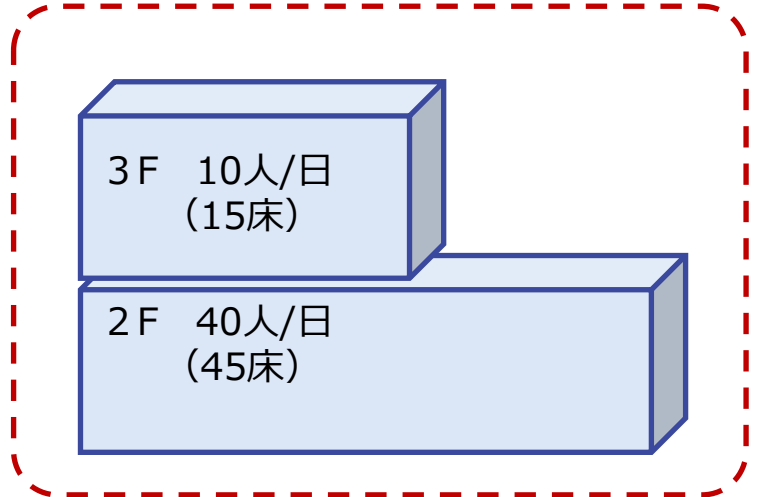
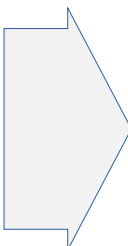
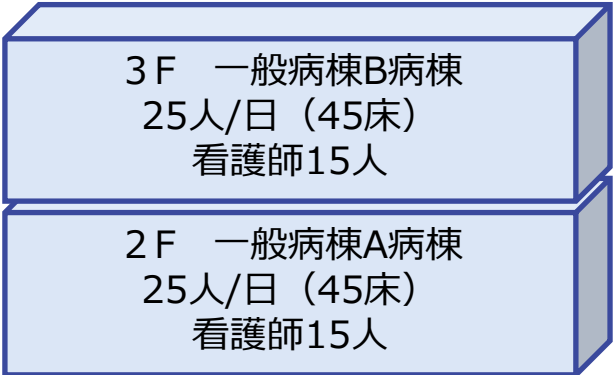
- 各病棟患者数は38人/日(稼働率83%)
- 病棟看護師の配置は配置基準に対する充足率122%
- **配置看護師数は減らしつつも各病棟3名夜勤を実現**
- 1病棟休棟させることで対応

# ダウンサイジングの検討方法②

## 即席チェックポイント！

- 各病棟患者数は35人/日以上いるか
- 病棟看護師の配置は配置基準に対して充足率110~115%程度で収まっているか
- 病棟構成を見直すことが可能か

### 急性期一般入院料を届出る病院（判断に迷うケース）



3Fにサブナースステーションを設けてフロア跨ぎであっても1看護単位として届出ることができる

(最低看護師3名夜勤体制が必要)

- ・ 病床数60床
- ・ 患者数50人/日
- ・ 看護師26人

- 各病棟患者数は25人/日（稼働率56%）
- 病棟看護師の配置は配置基準に対する充足率133%
- 患者数が50人/日いて1つの病棟（45床）に集約することが困難

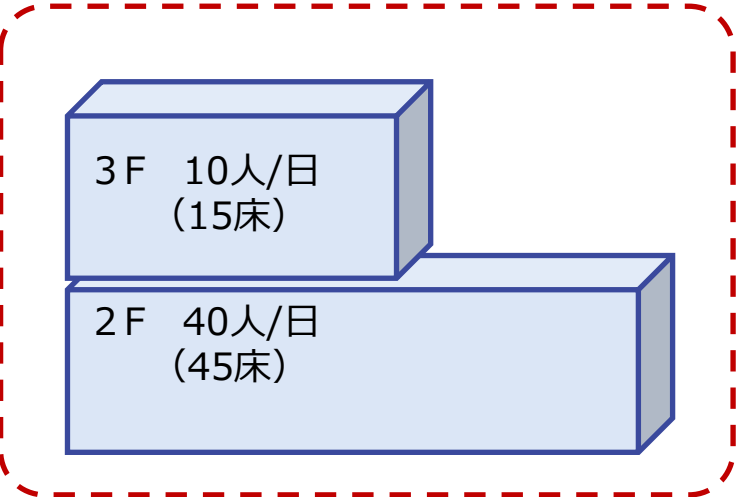
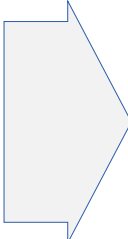
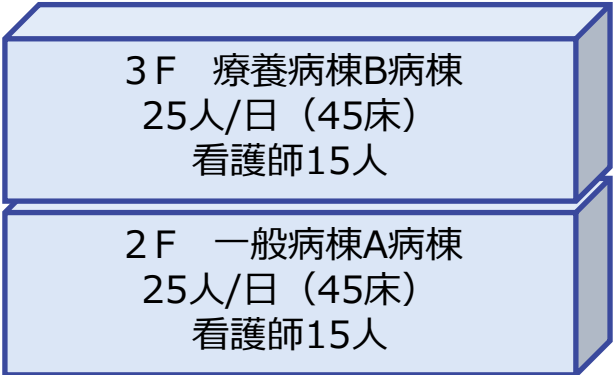
- 各病棟患者数は50人/日（稼働率83%）
- 病棟看護師の配置は配置基準に対する充足率116%  
**配置看護師数は減らしつつ1看護単位で運営**
- サブナースステーションを設けてフロア跨ぎの病棟構成に見直し

# ダウンサイジングの検討方法③ー1

## 即席チェックポイント！

- 各病棟患者数は35人/日以上いるか
- 病棟看護師の配置は配置基準に対して充足率110~115%程度で収まっているか
- 病棟構成を見直すことが可能か

### ケアミックス病院（判断に迷うケース）



基本的には前頁と同様の対応をとる  
→療養病棟の患者をどのように  
受け止めるのか??

- 各病棟患者数は25人/日（稼働率56%）
- 一般病棟看護師の配置は配置基準に対する充足率133%  
療養病棟看護師の配置は配置基準に対する充足率267%
- 地方部で複合的なニーズがある一方療養病棟の患者がうまく増加せず非効率になっている

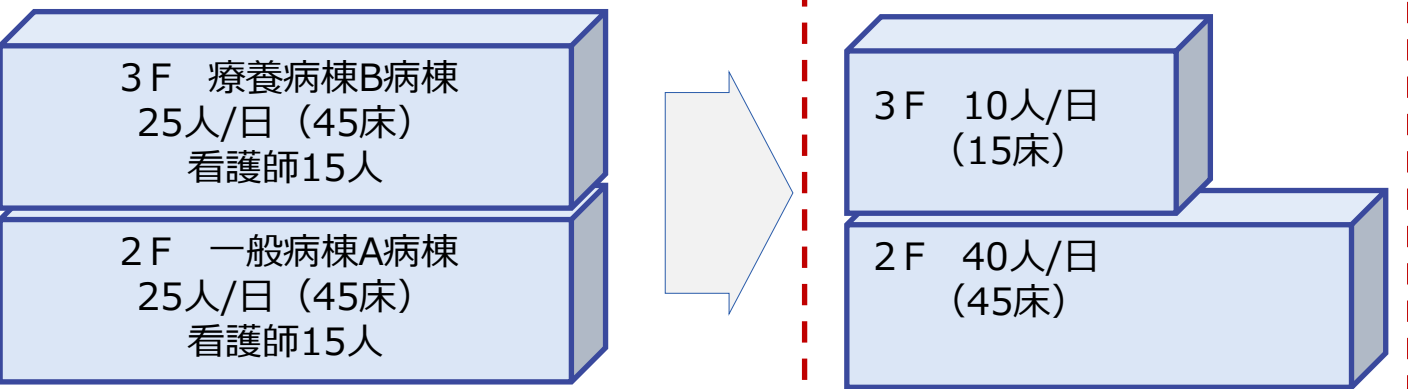
- 各病棟患者数は50人/日（稼働率83%）
- 病棟看護師の配置は配置基準に対する充足率116%  
**配置看護師数は減らしつつ1看護単位で運営**
- サブナースステーションを設けてフロア跨ぎの病棟構成に見直し

# ダウンサイジングの検討方法③ー2

## 即席チェックポイント！

- ❑ 各病棟患者数は35人/日以上いるか
- ❑ 病棟看護師の配置は配置基準に対して充足率110~115%程度で収まっているか
- ❑ 病棟構成を見直すことが可能か

### ケアミックス病院（判断に迷うケース）



- ❑ 各病棟患者数は25人/日（稼働率55%）
- ❑ 一般病棟看護師の配置は配置基準に対する充足率133%  
療養病棟看護師の配置は配置基準に対する充足率267%
- ❑ 地方部で複合的なニーズがある一方、療養病棟の患者がうまく増加せず非効率になっている

基本的には前頁と同様の対応。一般病棟1病棟の構成とする  
→療養病棟の患者をどのように受け止めるのか？？

### 一般病棟の平均在院日数がクリアできなくなるのではないかと？

一般病棟入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、下記のいずれかにより算定する。

- ① 引き続き一般病棟入院基本料を算定する（平均在院日数の対象となる）
- ② 一般病棟入院基本料「注11」の規定により、A101療養病棟入院基本料1の例により算定する（平均在院日数の算定の対象とならない）

②を適応しつつ地域包括ケア病床を導入すれば、病床規模が小さな病院であっても、1病棟に急性期、回復期、慢性期の患者を取り込むことも可能

# 転換手法の主な発想～回復期（地域包括ケア病棟・病床）/ダウンサイジングの観点から

## 即席チェックポイント！

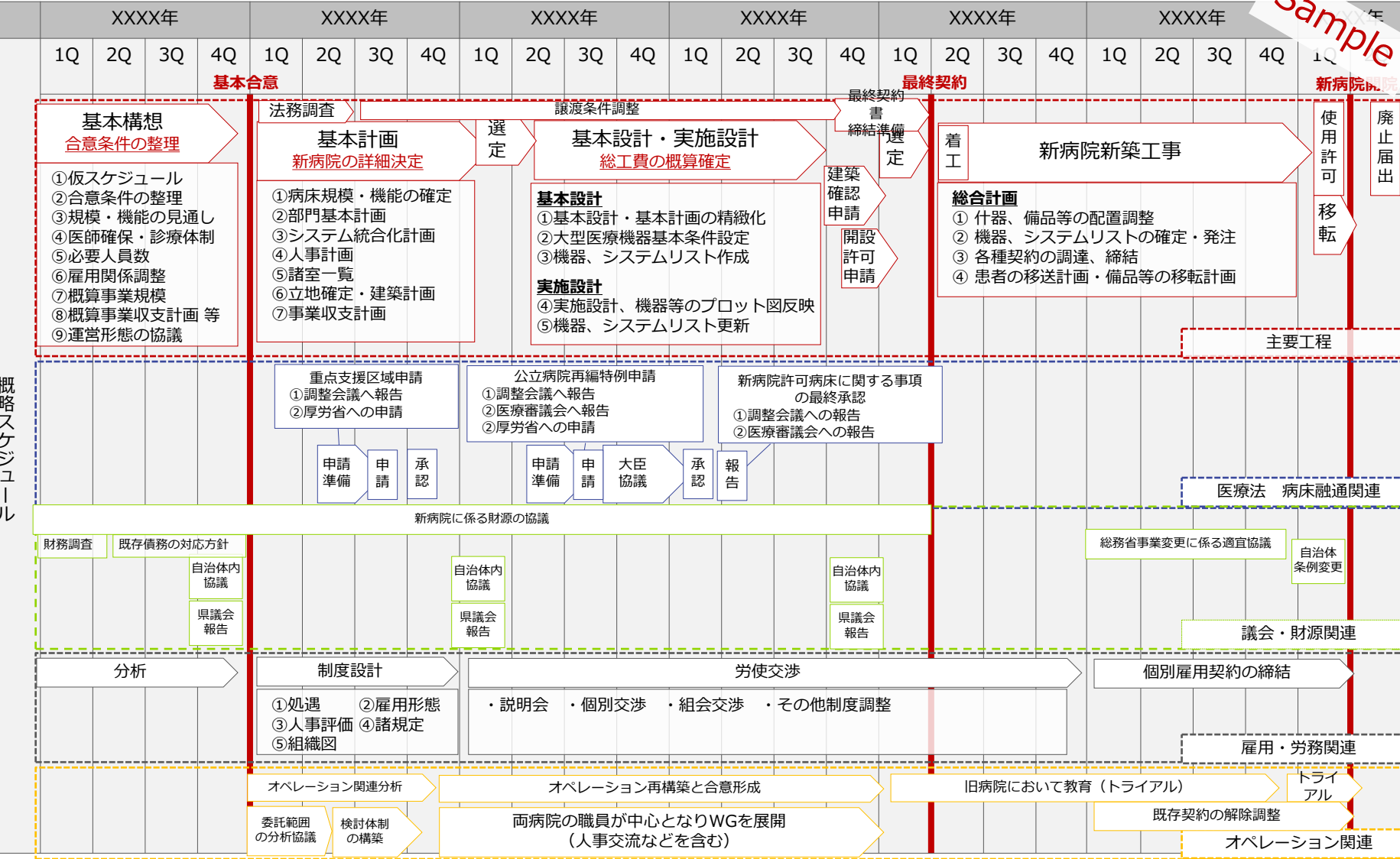
- 各病棟患者数は35人/日以上いるか
- 病棟看護師の配置は配置基準に対して充足率110~115%程度で収まっているか
- 病棟構成を見直すことが可能か
- 診療単価の水準は適切か

→実際にご支援していると、理解しているけれども、建物等構造的な制約により実施できないと思っている医療機関は多い

		現状維持	ダウンサイジング		
			病棟単位の休棟	サブナースステーションを活用した病棟構成の見直し	90日越え患者の取り扱い見直しによる幅広い患者の受入
現状維持					
地域包括ケア病棟等の導入	病床単位でスモールスタート				
	病棟単位で導入				

# 回復期への転換/ダウンサイジングではいずれ限界がくる地域も・・・

Sample



## ダウンサイジングもいずれは限界がくる

—24時間365日医師や看護師など医療従事者を配置する必要のある病院は、いくらダウンサイジングしても一定程度の圧縮不能な固定費や人員数が存在する

—地域の需要や職員確保に限界がきた場合は医療機関単位の統合再編も実施せざるを得ないタイミングが発生する。

## 統合にはかなりの時間を要する

—統合の方向性を検証・意思決定するのに1～2年程度

—その後統合に向けて具体的な議論や施設設備整備を行うことに公立・公的病院であれば、開院まで最低でも7年は要する

**足掛け10年くらいの協議になることを覚悟する必要があるため、先手の議論が必要**

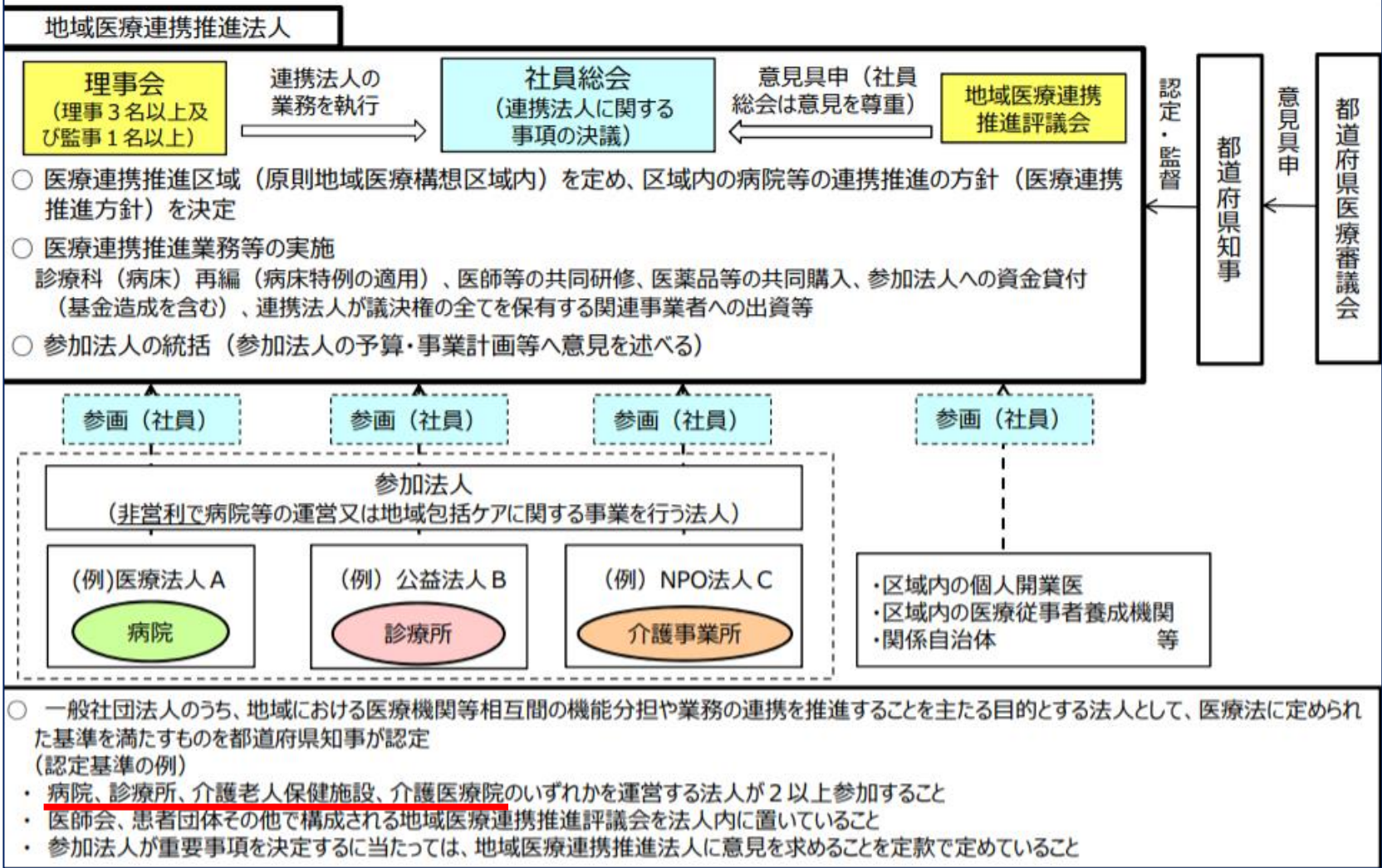
概略スケジュール



# 地域医療連携推進法人

## 地域医療連携推進法人制度の概要

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保



地域の全体最適の議論を促すためにも  
 地域医療連携推進法人の設立検討も視野に

# ～最後に～まとめ

## 1. 2040年に向けて変化する人口構造とその影響

人口減少が加速するなか、需要の変化も大きくなってきている。地域医療構想においては、全道では高齢者人口増加に伴う医療需要の増加も見込まれていたが、実際にはコロナ禍や在院日数の短縮により入院需要の減少はより早期に進められている。他方で、生産年齢人口や出生人口の減少はさらに深刻であり、既存機能の病床数を維持するには、限界を迎えることは目に見えている。各病院が押し並べて採用活動に奔走した場合、実際には採用コストが上がるだけという病院経営としてはマイナスに働く事象も生じる可能性がある。そのため、しっかりと役割分担を明確にしつつ、地域全体として適正な医療従事者の配置になるよう全体最適を目指す必要がある。

## 2. 職員数と経営の関係

病院経営は固定費ビジネス。特に人件費比率が高く人が売上や利益を生み出す事業構造になっている。需要と職員配置のアンバランスということが病院経営としては致命傷になりかねない。ことさら入院医療においては病棟の看護師配置は経営に対する大きな影響力を持つ。そこで重要な観点は1病棟あたりの患者数が適切に獲得できているか（≒地域の需要とマッチしているか）。本テーマでは1病棟あたり35人/日程度を基準に地域需要と事業モデルにギャップがないかの目安とさせていただいたが、ぜひ自院の状況についてもご確認いただきたい。

## 3. 経営面からみる病床機能の転換手法・事例

現在、ダウンサイジングや地域包括ケア病棟/病床に躊躇されている医療機関も一定数あると思われる。データからだけでは単純な話のように見えても実際の患者像、建物の構造、現場の納得感等様々な観点で実現困難な要素があることが推察される。本テーマでは、以下のような検討方法・事例についてお示ししたところであり、各医療機関様の検討の一助になればと考えている。

### (1) 地域包括ケア病棟/病床の導入検討

- － 対象患者像の明確化とシミュレーション
  - － 現場の納得感とスモールスタート
- －ダウンサイジングも視野に入れた図面を用いた議論

### (2) ダウンサイジングの手法

- － 病棟単位の休棟
  - － 90日越え患者の取り扱い見直しによる幅広い患者の受入
- －サブナースステーションを活用した病棟構成の見直し

### (3) 地域需要の変化に単独病院の改善では追いつかない場合

- － いずれは地域単位での再編統合も視野にいれながら議論する必要のある地域も・・・
- － 必要に応じて協議の場として地域医療連携推進法人の活用も・・・

**ご清聴いただき、ありがとうございました。**

株式会社日本経営