医療と介護をつなぐ情報誌

季刊

solasto

No.19
Summer
2017

特集

病棟運営のキモは稼働率でなく回転率とのバランスにある！

あしたを元気に
ソラスト

病床回転率を意識すれば真の地域ニーズが見えてくる

地域医療構想をはじめ、医療の質と効率性を高める視点から「患者が必要な場所で必要な医療を受けられる」体制づくりが進められている。賛否両論があるが、病院医療では急性期・回復期・慢性期等における患者の状態像が示されており、各機能にそぐわない患者を受け入れることは、限られた医療資源の浪費と見なされ、診療報酬等での減額を余儀なくされる。

たとえば、急性期医療では7対1入院基本料に「重症度、医療・看護必要度」が設けられ、該当患者が25%以上という基準を満たさなければならない。こうした基準は今後、さらに厳しくなるのは確実であり、基準をぎりぎり満たす範囲で、在院日数を延ばして病床稼働率の維持に注力しているところは早晩経営が立ちいかなくなるだろう。

そこで考えたいのが「病床回転率」に主眼を置いた経営だ。重症な患者を受け入れて集中的な治療を行い、速やかに退院させて次の患者を受け入れる――。これを実践するには、救急医療機能やリハビリを含めた体制強化、地域連携の充実などが不可欠になり、医療資源の選択と集中の観点から一部病床の機能転換を考える必要もある。

患者・地域視点に立つと、病床回転率が低いのは「地域ニーズとのミスマッチ」と見ることもできる。回転率を意識した経営は、真の地域ニーズに対応するための第一歩と言えるかもしれない。

［医療と介護をつなぐ情報誌］
季刊 solasto
NO.19
Summer
2017

C O N T E N T S

トップランナーたちの挑戦 ～経営現場からの便り～ 4
加納 繁照さん
社会医療法人協和会加納総合病院理事長・院長
一般社団法人日本医療法人協会会長
地域包括ケアの支え手となるべく二次救急医療機関の機能に磨きをかける

特集 7
病棟運営のキモは稼働率でなく回転率とのバランスにある!
8 背景
さまざまな政策を通して国は「効率化」を誘導している
11 解説
病床コントロールに求められる診療報酬点数の視点
12 取組
東京医科大学
千葉県済生会習志野病院

連載
ドキュメント・ザ・多職種連携 14
お年寄りと最期まで一緒にいるために僕たちは「介護」からはみだしていく
加藤 忠相さん
株式会社あおいけあ代表取締役
あしたを元気に! ソラスト施設 訪問記 16
働きやすい職場づくりが温かな介護の提供につながる
デイサービス
ソラスト武蔵小杉（神奈川県川崎市）

笑顔のひと 18
〝子育て重視〟のスタンスを守りつつ介護職のキャリアも積み上げたい
原 絵理納さん
ソラスト武蔵小杉　ケアワーカー
コトバの鍵 19
病床機能報告制度

VEGETABLE OIL INK
FSC www.fsc.org ミックス 責任ある木質資源を使用した紙 FSC® C006469
UD FONT 見やすく読みまちがえにくいユニバーサルデザインフォントを採用しています。

トップランナーたちの
挑戦
～経営現場からの便り～

地域包括ケアの支え手となるべく 二次救急医療機関の 機能に磨きをかける

社会医療法人協和会加納総合病院理事長・院長
一般社団法人日本医療法人協会会長

加納 繁照さん

都市部における救急医療を支えるのが
民間によって運営される二次救急医療機関だ。
本格的に進む超高齢化を目前にした今、
加納繁照さんは「二次救急病院」の活用を訴える。

地域ごとの病院経営に合った政策が必要

――地域ごとの医療体制構築の必要性が指摘され、具体策として地域医療構想が進んでいます。加納先生は従前、都市部と地方では医療提供体制を分けて検討するよう訴えてきました。

地域医療構想をはじめ様々な医療政策の論議が進んでいますが、全国一律の政策はもはや不可能になったことは明らかです。「都市部」と「地方」では医療を取り巻く環境はまったくの別物で、それを前提に医療提供体制を考えなければ、どんな政策も絵に描いた餅になってしまうでしょう。

救急医療はその端的な例です。地方では公的病院が中心になって支えなければいけませんが、都市部では逆で、多くの民間病院が「面」で支えていく必要があります。

救急搬送受入件数の割合を見ると、公立病院が50％を超える都道府県は25県ありますが、この地域の人口は全国のおよそ3分の1にとどまります。さらに現在が高齢化のピークを迎えていて、今後、人口は徐々に減少していくと見込まれます。むしろ過疎化のほうが深刻で、自ずと患者数も限られます。このような地域では、診療報酬だけで救急医療を運営していくのは難しく、「政策医療」と位置づけ、場合によっては公的病院が中心となって支えていくべきでしょう。

一方、総人口の3分の2が暮らす22都道府県では救急搬送受入の50％以上を民間病院が担っており、東京や大阪などの都市部になるほどその傾向は顕著になります。このような地域は人口が多いので、地方のように公的病院が救急患者を一手に引き受けるという体制は不可能です。多くの二次救急民間医療機関が「面」で受け皿を作る必要があるのです。医療政策も当然、民間病院の経営実態に合ったものが求められるし、まして民間病院が倒れた後に公立病院を改めて建てるというのは、無駄が多すぎます。今後、高齢者人口の増加は、これらの地域で起きることにも留意すべきでしょう。

夜間の救急搬送受入体制の充実こそ課題

――地域包括ケアシステムとの関わりについてはどのように考えていますか。

病院が地域から期待される役割は、まずは急変時の対応でしょう。そして、それにふさわしい体制を整えているのは二次救急医療機関です。救急医療でも高齢患者の場合は軽症が大半だから、受け入れる医療機関の体制もそれに応じたものでいい、といった議論が一部で聞かれますが、とんでもない誤解です。万全の体制を敷いたうえで、患者さんを迎え入れ、いろいろ検査や処置をするからこそ、重症患者でも外来処置で帰宅できるケースが生まれるのです。

かのう・しげあき
社会医療法人協和会理事長、社会福祉法人大協会理事長、一般社団法人日本医療法人協会会長。1980年、順天堂大学卒業。京都大学医学部附属病院等を経て、90年、特定医療法人協和会副理事長。92年、加納総合病院院長に就任。2009年、社会医療法人協和会理事長。

日中であればどのような医療機関でも医師や専門スタッフがいるでしょうから、受け入れたうえでトリアージする、といったこともできるかもしれませんが、最大の問題は夜間帯です。仮に在宅療養の患者さんが急変した際に搬送先の病院の当直医が一人だけ、というのでは、対応に限界があります。

当院における夜間救急の当直体制は医師が内科系、外科系、脳外科の専門医を1人ずつ計3人、さらに看護師、診療放射線技師、薬剤師、事務担当といった専門スタッフも配置しています。これだけ手厚くしているからこそ、医師が安心して診療できるのです。ただし、この体制を維持するのは決してたやすいことではありません。一晩の人件費だけでも約50万円、年間約1億8000円を要します。仮に年間4000件の救急搬送を受け入れるなら、1件あたり4～5万円の人件費負担を見込まなければいけません。

近年、このような体制維持について診療報酬でもようやく評価されるようになってきました。「夜間休日救急搬送医学管理料」は2012年度診療報酬改定で初めて設けられ、16年度改定では点数が一気に3倍増になり、算定できる時間枠も拡大しました。さらに「救急医療管理加算」という二次救急医療機関が算定できる入院料加算も点数が増えています。また「重症度、医療・看護必要度」でも、A項目で「救急搬送後の入院」が加えられました。今後も一層のご理解と評価を求めていきます。

柔軟性の高い人員配置が可能な報酬体系を

――入院医療の体制整備も重要ですが、それには診療報酬上の評価が欠かせません。

賛否両論ありますが、「病棟群」での評価は検討の余地があると思っています。無理をして全棟で7対1体制を維持するよりは、4病棟のうち2棟は7対1体制、2棟は10対1体制というスタイルはあっていい。16年度診療報酬改定では10対1への移行は2年間限定といった条件が出てきたために病院としては使いづらいものになってしまいましたが、これを改善すれば、病院も実態に合わせたより柔軟性の高い人員配置が可能になりますし、専門職のスキルをフル活用できるようになります。

救急搬送受入件数が年間で5000件近い当院でも、総病床数のうち7対1病床が270床、回復期リハビリテーション病棟が96床、20対1病床が53床というケアミックス体制になっています。それくらい、患者像は変化していくのです。病棟群評価が導入できれば、そうした患者さんの状態変化に応じた柔軟な人材配置が可能になるでしょう。

ただし、これによって病棟全体の算定点数が減るようでは本末転倒です。そのあたりも踏まえたうえで注意深く議論していく必要があることも、付け加えておきたいと思います。

病院は在宅医を支援する役割も果たすべき

――在宅患者を支える医療・介護提供者との連携も求められそうです。

私が理事長・院長を務める加納総合病院が位置する大阪市医療圏は、高齢化のピークが2030年頃と予測されていますが、現在でもすでに高齢者の単身世帯や高齢者のみ世帯が急増しており、在宅療養支援、在宅での看取りが大きな課題になっています。

こうしたことは、病院も含めた地域全体で対策を考えるべきで、急性期病院も「救命」だけを担っていれば十分というわけではなく、地域の医療・介護や生活支援、つまり「地域包括ケアシステム」を支えていくことが求められています。国の政策でもそれを後押しする施策が見られ、2014年度診療報酬改定で新設された「在宅療養後方支援病院」はその典型でしょう。

在宅医療を担う一番手は何と言ってもかかりつけ医の先生方ですが、在宅療養支援のすべてをかかりつけ医一人に委ねてしまうのは、あまりにも負担が大きすぎます。病院が在宅医を支えることについて、本腰を入れて検討すべきです。たとえばかかりつけ医が学会に出かける日は代わりに病院の医師が訪問診療に行くとか、泊りがけで出かける用事があれば代わりに往診したり、病状が気になるなら患者さんには一時的に入院していただくといった対応が考えられます。いわば「在宅医のためのレスパイト機能」です。何も病院が在宅医に取って代わって訪問診療を担う必要はありません。かかりつけ医の先生方からご要望があれば対策を講じるべきでしょうが、それは二次的な役割だろうと思っています。

そのための情報共有も必須ですが、無理に費用をかけてＩＴネットワークを整備しなくてもいい。地域によっては在宅療養を続ける患者さん宅の冷蔵庫に、救急搬送にあたって必要な情報を入れておくといったことをしていますが、そうしたアナログの対応でも十分、共有は可能です。この構想を地域の診療所の先生方にご相談申し上げたところ、とても前向きなお答えを頂きました。ぜひ取り組んでいきたいと考えています。

特集

病棟運営のキモは稼働率でなく回転率とのバランスにある！

© aireo - Fotolia.com

病棟の経営指標として、病床稼働率を重視してはいないだろうか。もちろん、重要な指標ではあるのだが、実は近年では「満床なのに赤字」ということもあり得るのだ。入院期間を延ばして稼働率を維持した結果、1ベッド1日あたりの単価が下がり、思うような収益が得られなかったということなのだ。これを防ぐには、在院日数を短縮して病床の回転を上げ、単価を上げていくしかないのだが、徹底すればするほど稼働率は下がってしまう。これからの時代、このバランスをとることが、病棟運営のキモになるのだ。

背景

さまざまな政策を通して国は「効率化」を誘導している

病床稼働率ではなく、在院日数を短縮して回転を上げて高単価で病棟を運営する。言い換えれば「効率化」である。これは、国の医療政策が誘導する方向性でもある。その先に、急性期病床の削減があるからだ。背景には少子高齢化の伸展と、社会保障費の高騰が横たわる。少し乱暴な言い方をすれば、効率化を求めてたどり着いた先が、地域包括ケアシステムなのだ。その結果、入院医療においては機能分化と連携の強化を強力に進めていると言えよう。ここでは、背景となる医療政策を見ていきたい。

近年の医療政策は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、機能分化と連携の強化が旗印として掲げられている。急性期の入院医療にフォーカスすれば、必要な患者を必要な期間だけ治療し、その後必要があれば回復期の病棟、さらに慢性期の病棟や介護施設等、在宅へと移動させるような仕組みをつくろうということだ。

必要な患者を必要な期間だけ治療するのが急性期病棟の役割だとするならば、必要な期間を超えて患者を入院させることは非効率であり、評価されないということになる。一方で、病棟単位で効率化を考えた場合、少ない病床で多くの患者を診ることとなる。これを掛け合わせると、平均在院日数を短縮し、病床の回転を上げることで単価を上げて収益性を確保するという戦略が浮かび上がる。

平均在院日数の短縮は多角的に誘導

では、具体的にどのような政策が、「効率化」への誘導となっているのだろうか。

柱にあるのは、平均在院日数の短縮政策であろう。一般病棟入院基本料の施設基準に平均在院日数を置き、診療報酬改定ごとに少しずつ短くしてきた（図表1）。そして、DPC/PDPSの導入である。特定機能病院を対象に2003年に導入された、診断群分類別包括支払制度で、以降順次対象を拡大。現在は急性期（一般病棟入院基本料7対1、10対1）まで対象となっており、1664病院が参加している。

DPC/PDPSでは、仕組みとして、在院日数の短縮を誘導している。入院期間により診療報酬に差がつけられ、入院期間Ⅰ、同Ⅱ、同Ⅲの順に点数が下がる。入院期間Ⅲや包括算定期間外の患者が多く入院していると、病棟全体の収益性が下がることになる（図表2）。加えて、機能評価係数Ⅱの効率性係数が、在院日数短縮の努力を評価したものとなっており、こちらでも在院日数短縮への誘導がなされる。従って、DPC参加病院は、必死に点数を上げようと躍起になる。

また、2008年度診療報酬改定で、「一般病棟7対1入院基本料」の算定要件に初めて「重症度・看護必要度」の該当患者割合が導入されたが、これも、患者の早期退院を促す要因になっている。当初1割だった該当患者割合が12年度改定で1割5分に、さらに14年度改定では項目が改訂されて厳格化され、名称を「重症度、医療・看護必要度」に変更した。16年にはさらに項目の見直しが行われ、C項目を新設。該当患者割合が25％とされた。一連の改定は、7対1病棟の「絞り込み」が目的と言われており、実際に一般病棟7対1入院基本料の届け出病床数は減少しているが、医療機関側での対応もあって微減にとどまっている。そしてこれも実は、在院日数短縮への誘導でもあるのだ。

地域医療構想や医療計画は、地域全体での医療機能分化と連携の強化を目指すもので、地域全体の効率化には当然、個々の医療機関の効率化が必然的に伴う。地域や行政からのプレッシャーという形で顕在化するもので、場合によっては業態の転換まで行き着くものだ。

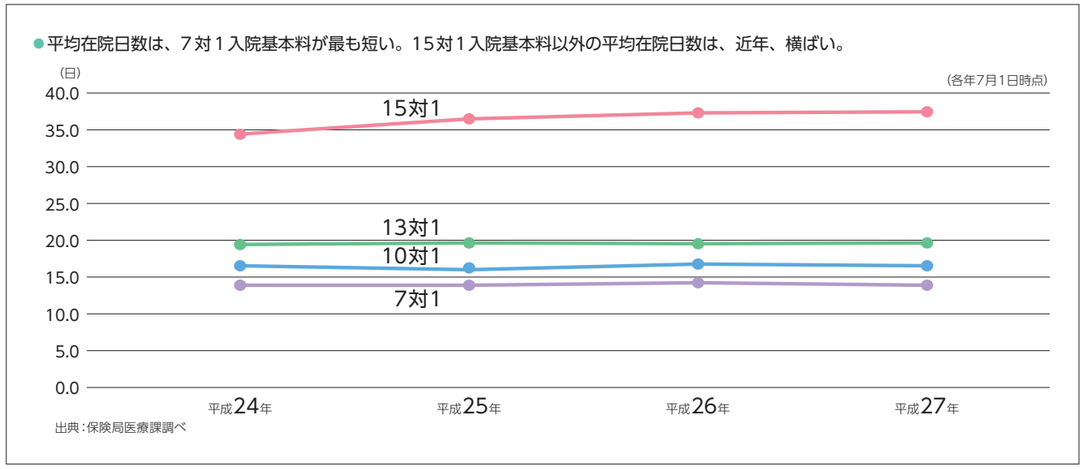
このように、医療に関する施策の多くが、直接的であれ間接的であれ、「効率化」に向かっている。

重症度要件と稼働率はトレードオフの関係

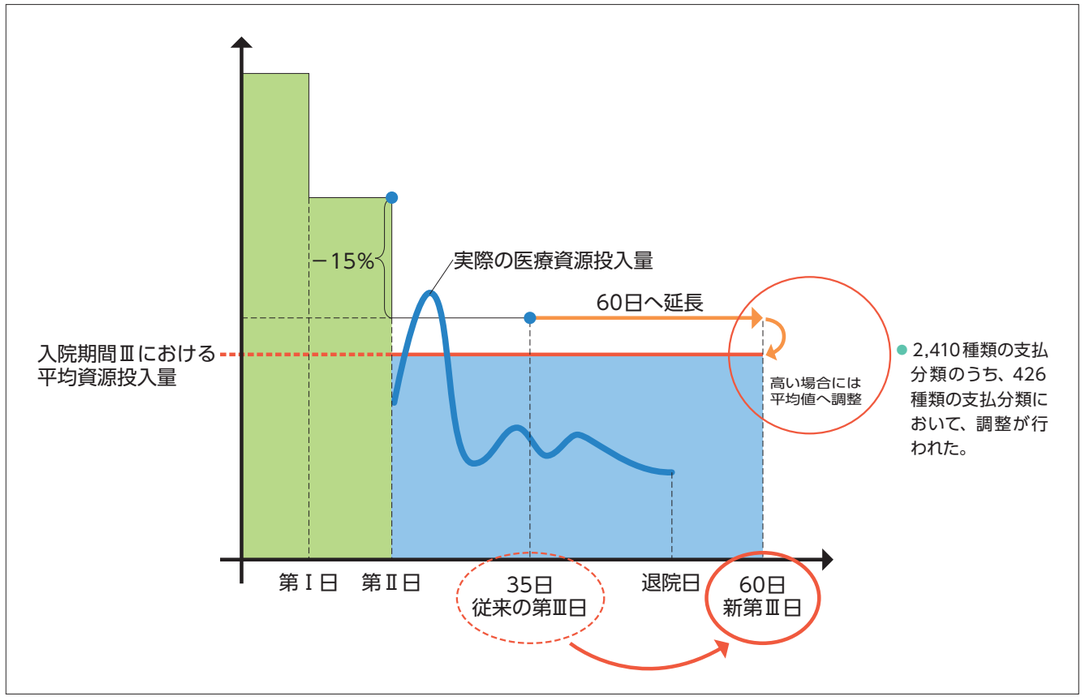
こうした政策のなかで、「重症度、医療・看護必要度」は、特に急性期医療の現場のベッドコントロールに大きな影響を与えている。

「重症度、医療・看護必要度」は、A項目（モニタリングおよび処置等：8項目）、B項目（患者の状況等：7項目）、C項目（手術等の医学的状況：7項目）のそれぞれについて点数をつけ、「A得点2点以上かつB得点3点以上」「A

図表1　一般病棟入院基本料区分別平均在院日数の推移



図表2　DPC/PDPSの算定期間



解説 病床コントロールに求められる診療報酬点数の視点

高崎健康福祉大学
准教授
木村 憲洋氏

効率性は、つまり患者の数を増やすことが重要だ。

在院日数を延ばして患者を長く入院させ、病床稼働率を維持することで何とか成り立っているような「急性期病院」は、早晩経営が立ち行かなくなるだろう。

2010年ごろに、入院医療の効率性に関する論文が多数発表されている。この時、結局は効率性を上げるには1ベッドあたりの入院、退院の数を増やすということに、議論は収束していった。政策的には、患者を集めて在院日数を短くするという方向に向かわざるを得ないのだ。それがつまり、回転率を上げるということになる。

国は、この方向に沿ってインセンティブをつける政策を展開している。診療報酬上では、在院日数短縮に対する評価であり、早期の退院を促す退院支援加算などの各種加算がそれに当たると言えよう。高齢化の進展によって患者数が増加することが見込まれるなかで、病床数を増やさずに対処していきたいという国の考えが背景にあると考えられる。

病床機能報告制度では、病院自らが機能を報告することになっている。定性的な定義づけしかなく、各医療機関の「自己申告」。しかし今後、医療機関は自院についてどれだけの数の看護師が必要か、医師が必要かを自ら考え、提供している医療とのバランスをとっていかなければならなくなるだろう。

報告は、そうした自己分析を踏まえて行われなければならない。そうでなければ、地域医療構想の達成は不可能となってしまうだろう。

機能転換に際しては スタッフの意識付けがカギに

ただ、地域により事情はおのずと異なってくる。地方自治体が医療政策を担っていく時代では、自分たちの感覚がどうなのか、つまり急性期というものをどのように捉えるかということが、病床の機能に大きく影響するはずだ。

加えて重要なのは、診療報酬の点数をどのように安定して算定していくかということだ。病床コントロールに、報酬の考え方を盛り込むということ。病棟の届け出についても、点数を基準に考えていけば、急性期の病床がどのくらい必要かが、見えてくるはずだ。それにより、自院のなかに地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を展開することで、病床稼働率も上げていけるというような判断も可能になる。今後は、そうしたことをやっていかなければならないだろう。

もちろん、点数中心の患者マネジメントはいいことではない。しかし、戦略的にはある程度目安にはなるはずだ。しかも、このようなマネジメントが実は、患者の状態像に合わせて適切な病床に移っていくという、国が描く姿に近づくことになる。これからの時代は、いかに自分たちの患者の病態を把握し、適切な病棟を選択し、そのうえで収入を考えていくことが求められるようになる。

こうした経営の行き着く先には、理屈としてはダウンサイズも選択肢に入ってくる。ただ、現実には多くの病院が借り入れをしており、ダウンサイズした時点で返済ができなくなる可能性が高い。事実上ダウンサイズは困難で、病床機能を転換し利益率を上げていく他はない。

そうなったときに必要なのは、自分たちの病院のポジションを理解するということ。そのうえで、どのような形で患者を受け入れ、そして送り出していくのかを考えなければならない。

さらにそれを、内部の職員にも理解を得て意識付けし、オペレーションしていくことが重要となる。実際、急性期病棟の一部を地域包括ケア病棟に転換した病院では、稼働率が100％を超えるようなところと、「閑古鳥」が泣いているような病院に二極化している。その違いは、この「理解と意識付け」にあると、私は見ている。要は組織として取り組んでいるかどうかの違いだ。

得点3点以上」「C得点1点以上」のいずれかを満たす場合を「該当患者」とする（図表3）。一般病棟7対1入院基本料の施設基準としては該当患者が25％以上となっている。

A項目は、入院当初や手術直後などに多く行われるものがほとんどで、一般的には入院期間が長いほど評価がなくなっていく。B項目は、加齢性のものに関しては治療の進行に関係なく評価されるが、治療の影響の場合には、やはり改善して評価を得られなくなっていく。C項目は、明確に期限を限っている。つまり、「重症度、医療・看護必要度」の点数は、在院日数が長くなればそれだけ、評価しづらくなるものと言えよう。

結果として、7対1入院基本料を維持するためには、該当患者の基準を満たさなくなった患者はできるだけ早期に退院・転棟させるような運用が求められることになる。それがすなわち、在院日数の短縮につながる。

ただし、在院日数を短縮すると、病床稼働率は落ちる。新規入院患者数が同じなら、平均在院日数が半分になれば病床稼働率も半分になる。単純な算数の問題である。経営的な視点で見れば、在院日数の短縮を図りつつ、その分新規入院患者数を増やしていくことが理想ということになるだろう。そのなかで、新規の集患が難しいということになれば、一部を地域包括ケア病棟などへの転換や、病床そのもののダウンサイズを考えざるを得ないだろう。

これまで、多くの病院は病床稼働率を経営指標の1つとして重視してきた。しかし今、トレンドは「効率性」である。病床稼働率はもちろん大事だが、そのために退院を先延ばしするようなオペレーションでは、7対1入院基本料の要件すら満たせなくなる可能性は高い。病床の回転率をいかに上げて1床1日あたりの単価を上げ、併せて「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合を維持していくか。そして同時に、病床稼働率をいかに確保するか。このバランスをとることが、急性期病院の経営の要となってくるのではないだろうか。

図表3　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価表

A　モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 ①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、 ②褥瘡の処置	なし	あり	—
2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	—
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4 心電図モニターの管理	なし	あり	—
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7 輸血や血液製剤の管理 ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療	なし	—	あり
8 救急搬送後の入院（2日間）	なし	—	あり

B　患者の状況等	0点	1点	2点
9 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15 危険行動	ない	—	ある

C　手術等の医学的状況	0点	1点
16 開頭手術（7日間）	なし	あり
17 開胸手術（7日間）	なし	あり
18 開腹手術（5日間）	なし	あり
19 骨の手術（5日間）	なし	あり
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
22 救命等に係る内科的治療（2日間） ①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり

各入院料・加算における該当患者の基準

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 （地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む）	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

取組 病床稼働率と「重症度」の「二兎」を追える病院が生き残る

東京医科大学
評議員　理事長付参与
醍醐 象器氏

私は、入院収入の要となるのは、やはり病床の「稼働」だと捉えています。そして、そこからワンランク上がるために必要なのが、患者さんの「重症度、医療・看護必要度」を上げていくこと、すなわち、単価を上げていくという視点ではないでしょうか。

「重症度、医療・看護必要度」はよくできていると感心しています。十分には検証しているわけではありませんが、確かに、「重症度、医療・看護必要度」が高いと単価も高くなる傾向があるようです。そうだとすれば、「重症度、医療・看護必要度」の低い患者さんは、急性期からは去っていただかなければならなくなるということです。今後、「重症度、医療・看護必要度」は、そうした患者さんの峻別の基準になっていくことになるとみています。

それを踏まえれば、理想的には「少ない病床を高回転で回す」ということでしょうが、現実的ではありません。私は、稼働率のアップにプラスして、患者さんの「重症度、医療・看護必要度」を高めていくことが、自ずと回転率のアップにつながると考えています。つまり、病床稼働を上げながら、患者さんの重症度も上げていく。その「二兎」を追える病院が、急性期として生き残っていける病院だと思います。

稼働率を上げる、ベッドを埋めるために、予約入院を確保していく。まずはそれでいいのです。しかし、やがてベッドが埋まるようになると、今度は新入院患者を受け入れるベッドが足りなくなります。そこで、退院コントロールが必要になります。

退院コントロールで重要なのは、予約退院をより高い精度で管理することです。例えば、ある日の予約退院数を、3日前までは「3人」と把握していたのに、いざ当日になってみたら「10人」になってしまったという状況がしばしば起これば、ベッドコントロールはうまくいきません。少なくとも、3日前までには患者の予約退院を確定させられるような仕組みを定着させなければ、病床回転率を上げることはできないでしょう。

こうした「出口戦略」にしっかり取り組まなければ、いかに入院を増やしていくかという「入口戦略」もおぼつかなくなります。

退院コントロールを円滑に進めるためには、後方連携先をいかに獲得するかがカギとなります。こうした一連の流れがスムーズに回るような体制づくりが求められるのです。

ひとくちに後方連携といっても、患者さんを受け入れてくれるところを、どこでもいいから探し出せばいいというものではありません。患者さんの住まいや疾病、状態などを踏まえて、その患者さんに合った機能をもつ医療機関を見つける必要があります。

そのためには、地域における病病連携、病診連携、病施連携のネットワークを構築しておかなければなりません。

当院でも退院支援に力を入れていますが、その取り組みのなかで、退院支援の質を上げると、看護の質が上がるということに気づきました。退院支援では、退院先の調整は主にMSWが行いますが、患者さんの退院指導やご家族、在宅等の関連事業所、行政などとの情報のやりとりは退院支援看護師が行います。そもそも、看護師も含め、医療人は患者さんの病気に目が行きがちですが、退院支援に関わる看護師の場合、患者さんを生活者として見る目が養われます。

その経験が生かされて全人的な看護ができるようになり、看護力が向上するのです。

患者の「質」を求めると医療の「質」が求められる

従来の医療連携では、「紹介入院の件数を増やすことができればいい」という捉え方でした。「紹介率」という言葉があるように、“数値”が重視されていたのです。しかし、今や、数だけを追いかけても収入にはつながりません。「重症度、医療・看護必要度」を高めるためには、「重症度、医療・看護必要度」の高い患者さんをいかに多く受け入れることができるかということが課題になってきます。

急性期病院にとっては、自院の得意分野を生かせる患者さん、医師が自らの専門分野で腕を振るえる患者さんを送ってもらうことが本望でしょう。例えば、肝臓疾患の治療が得意な病院であれば、肝臓疾患の患者さんが紹介されてくることが、受け入れる病院にとっても、紹介元の医療機関にとっても、また、患者さん自身にとっても望ましいことに違いありません。こうしたマッチングも、患者さんの「質」を見極めることによって可能になります。

他方、その急性期病院の機能、強みが何なのかということが地域の他の医療機関に認識されていなければ、そうしたマッチングも実現しません。急性期病院として、何を「売り」にしているのか。それが周りにも認識されていなければなりません。

言い換えれば、急性期病院側の「質」も問われているということになります。「質」の高い患者さんを紹介してもらうためには、自らの診療の「質」も高めなければならないのです。

取組 地域連携の取り組みのなかで回転率重視の運営を模索

千葉県済生会
習志野病院事務次長
兵藤 敏美氏

千葉県済生会習志野病院は、東葛南部医療圏の中核病院です。一般病棟7対1入院基本料を中心に急性期医療を担っています。現在は、病床稼働率に頼った病棟運営から、回転率に主眼を置いた運営に切り替えている途上です。

昨年、ある月に病床稼働率が98％とほぼ満床状態だったにもかかわらず病棟の収益が赤字となってしまうという出来事がありました。分析したところ、入院期間の長い患者が散見され、それが単価を押し下げた結果だとわかりました。

そこで、入院期間を短縮して回転を上げるため、DPC/PDPSの入院期間Ⅰ・Ⅱの割合と延べ入院患者数について、診療科ごとに目標管理を導入しました。病院全体として全入院患者に対する入院期間Ⅰ・Ⅱの患者の割合について、72％に設定しました。今、69％くらいですが、延べ患者数を大きく下げずに目標に近づけていけば、経営改善につながっていくと考えています。

そのためには、新規の入院患者の数を増やさなければなりません。地域の診療所からの紹介や、救急の積極受け入れなど、これまでも手を尽くしてきましたが、最近は「地域共生」をキーワードに、地域の医療機関や介護施設との関係構築を進めています。

当院の近隣には、100～300床の中小規模の一般急性期病院が多く、医療安全や院内感染対策等の人材育成にまで手を回すのが難しい、という「悲鳴」が聞こえてきました。そこで、そうした病院のスタッフが、当院のカリキュラムに参加できるようにしたほか、当院から講師を派遣する「出張講習」なども行いはじめました。さらに、医師や看護師が必要に応じてお手伝いに行くような取り組みも始めています。

こうした病院や介護施設と手を携え、地域に根ざした地域包括ケアシステムを構築していきたいと考えています。そのなかで、当院が果たせる役割を、粛々と担っていきたいと思っています。将来的には、地域医療連携推進法人制度を活用することも、考えています。

お年寄りと最期まで一緒にいるために僕たちは「介護」からはみだしていく

加藤 忠相さん

株式会社あおいけあ代表取締役

かとう・ただすけ
1997年、東北福祉大学社会福祉学部卒業。横浜市の特別養護老人ホームに奉職するも、従来型介護の限界を痛感し3年で退職。2000年、株式会社あおいけあを設立し、自らグループホームとデイサービスの運営を開始。07年、小規模多機能型居宅介護「おたがいさん」を開業し、元の事業を再編成した。16年、NHK『プロフェッショナル』で取り上げられ、介護業界の若きリーダーとして注目を集めている。17年7月、原案から携わった映画『ケアニン』が公開。現在は慶應義塾大学非常勤講師も務める。

いま、地域包括ケアシステムの理想に最も近い施設として注目されているのが、神奈川県藤沢市の株式会社あおいけあである。小規模多機能型居宅介護を中心とした、決して大きくない事業所だが、行動を束縛されない利用者は自由に一日を過ごし、スタッフにも笑顔があふれ、地域住民や子どもたちが毎日遊びに来るという。同事業所を牽引する若き介護事業経営者・加藤忠相氏が、どのような考えをもってこの場所をつくり上げてきたのか、その思いを聞いた。

介護・医療・福祉・町づくりにまで広がる「化学反応」

「多職種連携」というキーワードに対し、加藤忠相氏は、「それは必ずしも介護と医療の連携だけを指す言葉だとは思わない」と前置きし、藤沢市で2012年から続く「絆の会」について語りはじめた。

「もともとは東日本大震災直後に被災地で出会ったボランティア仲間の飲み会でした。初期メンバーには特に『変わり者』が多く、みんな行動力がすごかったんです。ここでの出会いをきっかけに、勤め先を飛び出して新しいことを始める人がたくさん出ています」

UR団地の一室に小規模多機能型居宅介護を開設したことで知られる「ぐるんとびー」の菅原健介氏も、加藤氏との出会いを機に介護業界に参入したひとり。その際、「絆の会」で知り合った看護師とパートナーを組んだという。また、同市辻堂で肢体不自由児向けのデイサービスを始めた仲間がいたり、女子会のような集まりが派生したり、様々な「化学反応」を生んでいる。加藤氏は、「介護・医療の分野だけでなく、保険、住宅、自動車といった分野の人たちも参加しているので、何かあったときに助け合える関係が築けている」と語る。

2017年4月、加藤氏自身が手がける二施設目となる小規模多機能型居宅介護「おとなりさん」が開所した。その新築された建屋の1階には、北鎌倉にあった日本料理店「菜根や」が入居し、料理店として営業しながら、利用者30人分の食事も賄っている。その店主との出会いも「絆の会」だった。「高齢者のリスクとしてフレイルやサルコペニアがありますが、しっかりとだしをとった、入れ歯がなくても食べられるおいしい料理を提供できるようになり、おばあちゃんたちの残食が激減しました。食材も、『絆の会』のメンバーが作っている有機無農薬野菜など地元のものを使っています」

絆の会の様子

その建屋には3室の賃貸アパートも設けられた。月に1回、1時間でも株式会社あおいけあでのボランティアに参加するという条件で家賃を低く抑え、若者やシングルマザー、生活保護受給者でも入居できるよう考えている。

加藤氏は、「地域密着といいながら高齢者しか見ないのは間違い」というこぶし園の小山剛氏の言葉を引きつつ、高齢者も、子どもたちも、親たちも、課題をもつ人も、そうでない人も「ごちゃ混ぜ」になって共に地域をつくっていくことが理想と強調する。

若き日の衝撃が理想の居場所づくりを決意させた

株式会社あおいけあは、藤沢市の中央部、亀井野という地区で2000年より介護施設を運営している。創業者である加藤氏は、町田街道に面する旧家の多いこの地で生まれ育った。

大学卒業後、特別養護老人ホームで衝撃的な実態を目の当たりにする。「そこではお年寄りを管理・支配するような、職員のための介護が行われていました。効率よくオムツを替え、予定どおりお風呂に入れることが求められ、お年寄りとゆっくり話をすることは必要とされませんでした」

その特養を辞し、自ら会社を設立したのは、加藤氏が25歳の時。グループホームとデイサービスを開業し、苦労しながら軌道に乗せるも、やがて回数が限られたサービスではお年寄りの生活をケアしきれないことに行き詰まりを感じ始める。そこで、保険外サービスとしてあった宅老所に注目。小規模多機能型居宅介護サービスが始まったこと契機に取り組むことにした。

「小規模多機能型居宅介護は利用料が『包括払い』という制度になっていて、デイサービスのように事前にメニューを決める必要がありません。じいちゃんばあちゃんが何かをしたいと言い出したときも、すぐに実現できます」

加藤氏はスタッフの裁量を広げ、分業が基本となっている介護職の働き方を変革していく。「送迎だけ、夜勤だけ、入浴介助だけといった働き方をしていては、自分が何の仕事をしているのかわからなくなります。僕たちの本来の仕事は、最期までじいちゃんばあちゃんと一緒にいること。必要ならばパート職員でも医療知識を身につけてもらう」という。同社の勉強会は介護の専門性だけを深く掘り下げるのではなく、医療分野や、時には農業にまで、その境界を「はみだす」ことを旨としている。

現在、加藤氏は講演会も多くこなし、大学院などでは教壇にも立つが、同社の取り組みを例に、「みながこうするべき」という言い方は決してしない。自分たちは一つの正解に向かって一致団結する世代ではないという持論もある。しかし、高齢者ケアを核とする人間同士のふれ合いの素晴らしい部分を示すことで、これから新しいことをする人の背中を押したいという。そんな思いが、今夏公開された映画『ケアニン〜あなたでよかった〜』には込められている。

「僕は人見知りだし、本当は人前に出たくないタイプです。だからこそ、僕自身が居心地の良い場所や地域をつくりたいと考え、既存の枠にとらわれないこともやってきました。先駆者たちが開拓してきた介護の道を継ぐ世代として、きれいな花を咲かせたいと思います」

あおいけあの取り組み

2000年
藤沢市亀井野に株式会社あおいけあ設立。続いてグループホーム「結」と、翌年デイサービス「いどばた」を開所。

2003年ごろ
デイサービスのあり方に行き詰まりを感じ、全国の事例研究を開始。特にアザレアンさなだの宮島渡氏に大きな影響を受ける。

2007年
小規模多機能型居宅介護「おたがいさん」を開所。のちにデイサービス「いどばた」を小規模多機能のサテライト事業として再編する。

2016年
NHK『プロフェッショナル』で取り上げられる。

2017年
「おたがいさん」がモデルとなった映画『ケアニン〜あなたでよかった〜』公開。

株式会社あおいけあ
神奈川県藤沢市亀井野4-12-93
http://www.aoicare.com
小規模多機能型居宅介護事業所「おたがいさん」、サテライト型事業所「いどばた」、グループホーム「結」などを運営。地域密着型の利点を生かして、地域に根付く事業を展開。高齢者を「社会資源」となるようサポートし、シングルマザーや子どもたちを含めた地域住民全体にも働きかけ、地域を変えていくことを目指す。

＼あしたを元気に！／
ソラスト施設
solasto
訪問記

働きやすい職場づくりが温かな介護の提供につながる

1階に一般デイ、2階に認知デイを併設し、地域の高齢者を幅広くサポートしているソラスト武蔵小杉。スタッフの快活な声が響く室内は、いつも明るいムードに包まれている。中重度や認知症も含む多様な利用者を、スムーズな連携と確かなスキルでしっかりサポートしている現場の様子を取材した。

デイサービス
ソラスト武蔵小杉
（神奈川県川崎市）

認知デイ管理者
藤平 将義（ふじひら まさよし）さん

一般デイ管理者
海馬 千栄子（かいま ちえこ）さん

設立	一般型：2004年8月 認知型：2004年9月
所在地	神奈川県川崎市中原区 小杉町2-227 ITOビルⅡ
TEL	044-739-3575
FAX	044-739-3577
スタッフ数	一般デイ11人、認知デイ7人
提供サービス	通所介護（定員：一般25人、認知12人）、訪問介護、居宅介護支援

ソラスト武蔵小杉の外観

（上）元気が自慢の認知デイスタッフ
（下）連携力抜群の一般デイスタッフ

利用者とスタッフの距離が近くアットホームな雰囲気が特徴

近年、高層マンションや商業施設が建ち並び、若いファミリー層で賑わうようになった武蔵小杉。そうした再開発地域に隣接するソラスト武蔵小杉は、変貌を続ける町のなかで、地元に古くから住み続ける高齢者を受け入れている。1階の一般デイの定員は25人、2階の認知デイは12人と、それぞれ気心の知れた間柄で、利用者とスタッフの距離が近く、アットホームな雰囲気が特徴だ。

この日、最初に訪れた認知デイでは、スタッフにもり立てられながら利用者が大きな声で歌を歌い、なごやかな時間が流れていた。合間にスタッフが冗談を言うと、利用者の顔が一斉にほころび、笑い声が上がる。

管理者の藤平将義さんは、「利用者への声掛けの際には、大きな声を出すよう心掛けています」と話す。明るい雰囲気づくりのためでもあるが、個々の利用者の状況をフロアのスタッフ全員で共有する意味もあるという。「○○さん、座ってくださいね」といった声が聞こえると、立ち歩いている利用者がいることが、見なくても瞬時に伝わる。その結果、近くのスタッフがすばやく対応できるのだ。

利用者をさりげなく支援するスタッフ

「安全管理には細心の注意を払っている」と強調する藤平さんは、「家庭では包丁も持たせてもらえない方がほとんどですが、ここでは、安全な環境下で思う存分、調理などのレクを楽しんでもらい、生活力への自信もつけてほしいですね」と語る。

2時間で20人を入浴介助 スタッフの連携力と技術が自慢

一方、1階の一般デイでは、マシンを使った機能訓練による下肢筋力維持・向上をメインに、利用者一人ひとりのニーズに合わせたきめ細かな介護に取り組んでいる。スタッフには看護師も配置されており、中重度も含めた、幅広い高齢者を手厚く支援している。

「私たちの自慢は、午前中の2時間に、約20人の利用者の個浴を一気に終わらせられること」と話すのは、一般デイの管理者、海馬千栄子さんだ。大人数の入浴を短時間で済ませるには、スタッフの連携力と高い対応技術が不可欠である。不安そうな利用者には、親しいスタッフが個別に声を掛けるといった工夫もしているという。「何より大切なのは、利用者との信頼関係が築かれていることです」と胸を張る。日頃から、利用者と密にコミュニケーションをとっていることが、スムーズなケアの実現につながっている。

（左上）看護師の手厚いサポートがあるので、中重度の利用者も安心して過ごせる
（左下）快活で優しい男性スタッフは、特に“女性人気”が高い
（右）認知デイでも筋力保持を重視し、体を動かす活動を積極的に取り入れている

“家庭が一番”がモットー 働きやすい環境づくりに配慮

「スタッフが利用者から信頼され、円滑に連携できる関係性が築かれている背景には、働きやすい職場環境もあるのでは」と語る海馬さん。自ら定期的にスタッフと個人面談を行い、悩みや不満を吸い上げて、みんながストレスをためないよう配慮している。時にはプライベートな相談にものり、スタッフが家庭を尊重しながら、心おきなく仕事に取り組めるようサポートしているそうだ。

家庭第一主義は、認知デイの現場でも同じ。藤平さんは、「無駄な残業はせず、仕事が終わったら早く帰るようスタッフに促しています」と言う。自身も率先して早く片づけ、みんなと一緒に職場を出るよう心掛けている。

「スタッフに心のゆとりがなければ、利用者に寄り添った介護はできません」と強調する藤平さん。スタッフが安心して仕事に勤しめる環境を整えることが、ひいては質の高い、温かな介護につながると考えている。家庭を大切に思うスタッフの心が、現場の家庭的な雰囲気づくりに反映されているのかもしれない。

利用者の声

小曽根（おぞね）トミさん
（87）

以前は遠方の施設に通っていましたが、半年少し前にこちらに移ってきました。今は週2日通っています。スタッフの皆さんがとにかく明るく快活で、私もいっぱい元気をもらっています。入浴の時も細やかな気づかいをしてくださるので安心です。利用者同士の仲の良さも自慢ですね。みんな毎回来るのを楽しみにしていて、休む人なんていませんよ。

私は、今は足が悪いので、トレーニングが思う存分できませんが、これからはがんばって、足も治していきたいと思っています。

PERSON'S CLOSE UP 笑顔のひと

〝子育て重視〟のスタンスを守りつつ介護職のキャリアも積み上げたい

ソラスト武蔵小杉
ケアワーカー
原 絵理納さん
（はら・えりな）
介護専門学校卒業後に日本医療事務センター（当時）に入社。グループホーム勤務後、出産のために休職したが、2015年にソラスト武蔵小杉に復職。現在、育児と仕事を両立させている。

復職時に勤務体制を相談 育児優先の希望が受け入れられる

介護職に就こうと思ったきっかけは、進路を決めるときに、北海道で独り暮らしをしている祖母のことが気に掛かったからです。私の住まいは東京でしたから、自分が介護職に就いても祖母を日常的に介護することはできませんが、私が地元の高齢者を支援するように、北海道の介護職の方に祖母をサポートしてほしいと思いました。

介護専門学校を卒業後、日本医療事務センター（現在のソラスト）に入社し、最初の5年はグループホームで、常勤で働いていました。出産の際に休職し、復職しようとしたときに、ホーム長には「育児を最優先したいので、夜勤のあるグループホームには戻れない。できればデイサービスを希望したい」と正直に打ち明けました。それに応えて、エリアマネージャーも動いてくれて、ソラスト武蔵小杉の認知デイへの配属が決まりました。

今は週5日のフルパートですが、子どもの保育園のお迎えがあるため、夕方5時半にあがらせてもらっています。子どもの急変時にも同僚が快くカバーしてくれるので、精神的な負担もなく仕事を続けることができています。

職場が変わったことで 介護へのまなざしも変わる

職場がグループホームから認知デイに変わったことで、当初は戸惑いもありました。認知症の方の生活支援という点では共通しますが、デイサービスでは、レクリエーションを企画して、皆さんの前に立って場を盛り上げたりしなければなりません。利用者さんに合わせた企画を考えるために、一人ひとりの好みや性格を把握したり、人前で話す練習に努めたりしました。

ここで働くようになって、在宅高齢者の介護のあり方に目が向くようになりました。送迎時にご家族の方と言葉を交わす機会も多く、家庭での介護に悩んでいるご家族を支えなければ、という思いが強くなりました。世の中にある「介護＝つらい」というイメージをなくしたいというのが、私の目標です。

私自身、知識や経験をもっと積んで、ご家族にいろいろなサービスを提案し、介護上のアドバイスなどもできるようになりたいと思っています。私にとって介護職は一生の仕事。使命感と向上心をもち続けながら、地域の皆さんに貢献していきたいですね。

コトバの鍵

●今月のコトバ●

病床機能報告制度

© freehandz - Fotolia.com

有床診療所を含む病床を持つ医療機関は、病棟単位でその医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、毎年都道府県に報告する仕組みです。2014年6月に成立した医療介護総合確保法に位置づけられ、14年度から運用が始まりました。医療機能については、▽高度急性期機能、▽急性期機能、▽回復期機能、▽慢性期機能――のいずれかを選択することとされています。

ただし、機能の選択については定性的な基準しかなく、事実上各医療機関の自己申告となっています。そのため、最初の報告（14年秋）では、7対1入院基本料を算定する一般病棟の多くが「高度急性期」と報告するなど、その「精度」には疑問符がついていました。しかし近年は理解が進み、「トンデモ」な報告は影を潜めたと言われています。

今、地域医療構想の策定がすべての都道府県で完了し、構想実行の段階に入っています。地域医療構想調整会議も開かれ、地域のなかで医療機関や病棟が「機能分化」をしていかなければならない、という意識は共有されてきています。報告は年に1度、義務付けられています。報告の内容は公表され調整会議の構成員や行政関係者にももちろん、フィードバックされます。報告した内容が、自院の立場や役割、求められる機能を踏まえてのものなのか、一目瞭然となるのです。

逆の見方をすれば、この病床機能報告が、自院の立場や役割、求められる機能を見つめ直す機会だと言うことはできないでしょうか。これに向き合えればおのずと、地域医療構想にもきちんと対応していくことができるのではないでしょうか。

季刊 solasto 第19号
発行日 平成29年7月31日 ●編集 株式会社日本医療企画 ●発行 株式会社ソラスト

ソラストのICT宣言

ICTを活用し、クオリティーと生産性を飛躍的に高める、医療事務・介護・保育のイノベーションリーダーへ。

- □医療・介護連携をリードし、地域社会の未来に貢献します。
- □プロフェッショナルを育て、良い生涯キャリアを生み出します。
- □新しい働き方で、自分らしいワークライフバランスの実現を目指します。
- □50年の歴史で培った「やさしさ」と「安心」をお届けします。
- □業界リーダーとして責任ある行動を約束します。

株式会社ソラスト　http://www.solasto.co.jp/
【本社】〒108-8210 東京都港区港南1-7-18 DBC品川東急ビル6F

あしたを元気に ソラスト