

病院・介護施設再編/機能分化と統合の時代
激変・混迷する時代における3つの心得

—まず、戦略思考を変えよ—

その先を読み、そこから戦略思考が始まる

その先に戦陣を築け、そこから戦略行動が始まる

一般社団法人南多摩医療圏病院管理研究会 会長 遠藤正樹
勤務先:医療法人社団康明会グループ

前章・第1章(7月31日)では、末席の経営者として、僭越ながら、経営者と経営参謀・リーダーのマネジメント手法と基本的な心得/職場の心の生態系の変化とマネジメント/戦略と戦術の垂直統合/チェンジメーカーとしてして最も大切なエゴ・マネジメントを深く見つめる意味/暗黙知の経営と対話の技法/組織は生きた生命体であり、機械論的パラダイムから生命論的パラダイム転換への時代へ向けた思想/経営者と経営参謀の絶対肯定の想念/有限な人生における私達の使命と志について語りました

第2章では、すでに、厚労省の概算要求が財務省へ そして、社保審医療部会や介護保険等の部会、中医協の議論が中盤に差し掛かっている 12月中旬の答申まで、残り約 2 か月となった今、敢えて、具体的な各論について、ご同行の皆様と解釈する機会 財政審や政府の骨太骨子、そして、社保審の部会での議論や資料、中医協で発信されている資料を洞察し、来年の法改正やトリプル改定(今回は、診療報酬改定を中心 一部、介護保険改定の方針と考え方 次回は、11月初旬~中旬トリプル改定にフォーカス研修を予定)の予見を踏まえて、過去の戦略から戦略思考を変えなければならない根拠とその戦略思考について考えを深めてみたいと思う

まず、注目するのは、日本政府が、社会的共通資本としての社会保障分野について、どのような政策を進めようとしているのか 現政権が、事実上、管理統制経済下にある医療・介護・障がい者分野等について、少子化と超高齢社会への山積する課題を抱えながら、3か年に渡るコロナ禍での巨額な国家予算に匹敵する政策投資をした影響、これまでの医療機関の機能分化と再編統合へ向けた政策をどのように進めるのか 財源問題はどのようにしていくのか 第1章でも述べた通り、あらゆる有事への対処、現政権が一貫して進める「経済成長と財政規律」へ向けた政策をいかにして進めるのかについてご同行の皆様が不安視している「各論 改定はどう変わるのか」この各論について私見を交えて予見を語る

まず、今月13日 第2次岸田改造内閣が発足 注視すべきは、厚生労働大臣 武見敬三氏の就任 誰もが認める政策通 医師ではないが、厚生行政や医療政策、キャスターや大学での教鞭等の実績を持つ論客であり頭脳明晰な大臣就任 また、武見氏の父親は、世界医師会会長まで務められた日本医師会の天皇とまで評され、我が国の医師会の歴史においても、高度経済成長期の最も代表的な人物であることは、誰もが知り得るところである

さて、この武見敬三氏の厚労省大臣の就任を、いかに解釈するのか すでに、日本医師会会長が喜びのコメントを発表しており、医療業界にとっては、この人事を歓迎する雰囲気が伝達されてくる

そこで、敢えて、医療機関や介護施設、介護事業所、全ての社会保障分野に従事する経営者やマネージャー・リーダーが心得るべきは、武見氏の大任就任への賞賛や評価は別にして、決して、楽観してはならないことである 現代社会のあらゆる危機は、過去の我が国の昭和の全盛期 高度成長期とは全く時代も状況も大きく変わっているからである 今こそ、経営者とマネージャーは、最悪の事態を想定したマネジメントについて、深く見定め、急速に変化している時代へ向けた医療サービス提供の在り方、医療機関の存在意義やポジショニングを意思決定し、周到な準備と重層的な打ち手を思考し、実践行動に入るべきではないか

そして、現時点のあらゆる政党における騒めきと与党内における活発な動きはメディア報道からも明らかな通り、本年年末解散か、来年1月通常国会の冒頭解散 つまり、衆議院解散総選挙へ向かう夜明け前と推察する 与野党ともに、必死に一議席でも多く獲得しようと蠢いている姿は、決して、私達の業界だけでなく、危機迫る時代においては、この動きを看過できない 今から年末までの政府の最優先事項は、敢えて、私達が従事する社会保障分野におけるトリプル改定ではないことだと申し上げたい 昨今の劇場型選挙、有権者の投票率が低い我が国においては、「支持率」や「好感度」を上げようとする政策で共感を得るかが基本的考え方である だとするならば、マイナンバーカードと個人情報紐付け誤りによる国民の不安・不信から「国民が納得する着地点を提示」すること、そして、総理の地元の給食業者で起こった病院や学校給食における物価高騰による廃業等、この病院や学校等の「食事が瓦解」すれば社会問題として、現政権にとってはさらなる支持率低下を招くことになる そして、コロナは収束していない事実は、私達現場従事者であれば誰もが理解している この第9波と発信されている「急場のコロナ対策」、医療機関への補助等は半減させても対策を講じていることを国民の眼に見えるようにすることではないか 来月には経済政策大綱が発表されるが、この内容には、財源問題を越えた解散向けの予算・特別の予算枠をいかに編成するか 現在、この攻防戦が活発化、激化しているのである

第1の心得

予想外の出来事を排除せず、天の声と虚心に認め、引き受けること

では、私達が最も注目すべきは、この衆院解散総選挙前における「財務省主導の社会保障分野の歳出改革を断行する強い意志」を見つめるべきである。マクロ経済の視座から、百家争鳴な主張があらゆるメディアや経済評論家、研究者から発信されている。虚心坦懐に、財政審の内容を読めば、我が国の債務残高対GDPは世界最悪であり、財務省は、「経済成長と財政の健全化」を最も重視していることが理解できる。

新たな資本主義についての記述はあるものの、最も財政審の記述で強調されていることは、「3年に渡るコロナ対策に投じた巨額なコストで低下した財務余力の回復」、そして、過去にもあったが、記述で「最も力が込められているのは、医療・介護等の社会保障分野の歳出改革を断行することが大命題」となっている。この歳出改革と事実上の増税財源で、新たな資本主義へ重点投資し、経済成長と財政規律を健全化していくことに他ならない。

「歴史的転機における」をテーマにした財政審の記述は、財務省官僚等の苦心惨憺たる論文であると言わざるを得ない。敢えて、「論文」と記したのは、幼少時から受験戦争の闘いで勝ち抜いて、東大で偏差値が最も高いレベルで知識習得をして、財務省に入省し、その中で徹底して闘ってきた官僚の執念の姿。この光景が眼に浮かぶからである。

約100年前にマクロ経済学の著作等を遺したジョン・メイナード・ケインズが記した「ワイズスペンディング＝不況対策として財政支出を行う際は将来的に利益・利便性を生み出すことが見込まれる事業・分野に対して選択的に行うことが望ましいという意味」、そして、「EBPM＝行財政の徹底した効率的や無駄の排除、証拠に基づく政策立案」の2点を強調している点が、現在の我が国の政策であることの主眼であること。

その矛先こそが、「持続可能な社会保障分野への歳出改革が急務かつ2025年度問題を控え、事実上最後の機会」と強調されていることに、私達、社会保障分野に従事する全ての人間は深く見つめるべきではないだろうか。

そして、上述した財政審の建議は、本年6月16日に政府が発表した通称「骨太骨子（経済財政運営と改革の基本方針2023 加速する新しい資本主義 ～未来への投資の拡大と構造的賃上げの実現～）」において、政府答弁用に言葉巧みにしたたかに分かりやすいように、抽象的な文体に変換されていることを指摘しなければならない。

この骨太骨子の内容を、新たな厚労省大臣 武見敬三氏は、まさに、その文書通りに語ったことも、現代政治を象徴していることを、経営者や経営参謀やリーダーは、素直に受け止めるべきであろう。

第2の心得

財政審建議と政府の骨太骨子は、

社保審と中医協と連動していることを深く読み解き解釈すること

さて、財政審と骨太骨子から、何を洞察するのか いかに関係すべきか

超高齢社会への対応と財源問題から給付と負担バランスを変えていくこと

既に、閣議決定している高齢化等による自然増は、年換算5,000億円～6,000億円

そして、保険料増加額は、7,000億円と発表されている

そして、診療報酬と介護報酬を1%引き上げると、2,500億円公費増

保険料は、3,000億円引き上がること

したがって、医療提供体制は、効果的・効率的に機能の集中と再編を促し、削減すること

そして、3つの大きなテーマの体制と財源削減に向けた改定や法改正に向かう

病院の役割分担 医療資源投入量の概念による「地域医療構想」の強化推進

診療所等の「かかりつけ医機能」の実効性と確保/強化推進

「地域包括ケア」 医療と介護の連携と統合の強化推進

これまでの改定や法制度改正にはなかった予想外の事態が起きることが予見される

私達の生業 社会保障分野の歳出改革断行政策は、社会保障分野の「地形」がダイナミックに変化することになるのではないだろうか

経営者やマネージャー・リーダーは、最悪の事態を先読みし、これまでの「山登り戦略」の戦略を捨て去り、「波乗り戦略」の戦略思考を身につけることが求められている

なぜ、これまでの山登り戦略を捨て去らねばならないのか

根拠は明確 財政審と骨太骨子が、そのまま社保審の部会や中医協に投影されているからである 日々変化する天候や風、波を予見し、その重心場へ 主戦場へ向かう

周到な準備と重層的な目標(打ち手)を定めて波へ乗ることが、何より、組織を潰さないこと 職員さんの雇用を守ることになるからである

では、社保審の各部会や中医協の資料は、何を主張し、何を变えていきたいのか

全てに共通するには、医療資源投入量(投資コスト)の徹底した削減

超高齢社会に向けた病床機能の「選択と集中」を裏付ける根拠を資料提示

例を挙げれば切りがないが、

入院患者の変化 死因 一般病棟入院基本料推移 その病棟の患者に掛かるコスト 平均在院日数推移 病床稼働率変化 認知症有無 要介護度差異 主傷病名の内訳 看護補助体制の推移 複雑すぎる届け出内容 データ提出要件 そして、コロナ禍で投じた政策投資による医療機関の資産増等 危機迫る病院の損益上の赤字実態から陳情や要望があることを理解したうえで、その説明に必要な根拠データが赤裸々に提示されている

まず、入院患者数の推移は、0歳児と後期高齢者75歳以上 そして、2040年の入院患者数は、65歳以上が、80%を超えるデータが示されている

死因については、圧倒的に悪性新生物や心疾患による死因が増えていくが、老衰による死因が増えていくことが指摘されている

病床種類別の病床数の推移は、総数150万床、一般88万床、精神32万床、療養28万床を例示し、この1999年度から現在に至る病床数に変化が無いことを示しているように思えてならない つまり、現在の政策とは乖離した病床数が多いことを図にしたのではないかと、その意図を感じざるを得ない

一般病棟入院基本料の病床数の推移においては、まず、急性期一般1(7:1)を削減したい意図に加え、急性期一般2-6(10:1)も削減・統合へ向かわせたい意図、地域一般3は廃止を意図し、1-2は減少傾向であり、回復期機能へ転換させたい意図がうかがえる

さらに、急性期一般入院基本料の推移を個々の届け出状況を再掲している点は、注視すべきであろう。前述した急性期一般1は、やはり、高度集積かつ救命・救急医療体制かつ手術等が多いことが前提であり、その他については、この急性期一般入院1から除外したいと意図が明確ではないだろうか。

そして、急性期一般4が増えている現状を踏まえた図表が提示されていることから、財政審が10:1を廃止すべきとの強い主張を受け入れたかはわからないが、10:1看護を死守し、何とか急性期一般2-5に留まろうとし、悪戦苦闘してきた医療機関にとっては、極めて、過酷な現実。つまり、重症度、医療・看護必要度評価(以下、重症度評価と記す)を見直すこと、そして、救急医療体制があること、手術等が行える医療機関を集約し、この10:1看護は、急性期一般2-3か、又は、2のレベルの選択と集中。統合していくことを懸念するところである。加えて、急性期一般3は、経過措置を置いて、廃止し、回復期機能である地域包括ケア病棟(病床)への誘導をしていくのではないかと予見する。

また、上述した一般病棟入院基本料の病床稼働率の推移であるが、コロナ禍でのクラスター等を思慮しても、明らかに稼働率が低迷している実態があることを受けて、やはり、ここでも選択と集中の考え方から、病床の有効活用の観点から、感染症のことも踏まえた何らかの誘導策や報酬削減を意図していると解釈すべきではないだろうか。

次に、精神科以外の入院料毎の平均在院日数と病床利用率が示されているが、急性期一般1-6までの大きな差異がないこと、やはり、地域一般入院料は、地域包括ケア病棟より入院期間が長く、病床利用率も高値であることから、上述した懸念させる廃止へ向かう可能性を示唆していると推察する。また、過去の数値と比して、平均在院日数と病床利用率の相関をみると、明らかに病床利用率が低迷している点にも注目したい。これは、**医療経営にとっては、最も危機であることを裏付けるからである。病床利用率の低迷は、さらに収益が下がっていくことに他ならないからである。したがって、いかにして、この病床利用率を上げていく戦略思考が問われているのかということも、私達、経営者や経営参謀・リーダーにとっては、重要視しなければならないポイントである。**

次に入院料毎の認知症の有無についてであるが、母数が少ないことはあるものの、現場感としては、これから認知症とその他の疾患の混合診療や治療を進めることは必至であること、これまで認知症の治療やケアに取り組んでこなかった一部の急性期も然りであるが、精神科病院に依存することなく、当たり前認知症と他の疾患の治療等において、医師だけでなく、看護・ケア・リハビリテーション・栄養等の総合的なアプローチが必要な点を重視し、この点については、退院先の選定も含め、認識を新たにするべき点ではないだろうか。

次に、入院料毎の要介護度別の構成比率であるが、急性期一般1-6 そして、地域一般1-3において、差異が見受けられる。そこで、重症度のC項目を除外して算定していくことも考えられるが、どう解釈すべきか

ここで、注目するのは、回復期リハビリテーション病棟の要介護度の差異である。回復期リハ病棟1-5の差異が、やはり、入院料1が最も重度であることが理解できる。回復期リハ病棟については、前回の改定で入院料5の廃止があったが、急性期同様に、アウトカム評価も含めて、入院料1-2に統合されていくのではないかと予見する

次は、注目すべき入院料毎の患者の主傷病名の内訳である。これは、現場経営者や従事者であれば、誰もが驚愕するデータではないだろうか。急性期一般入院料1-地域包括ケア病棟まで、ほぼ、高齢者特有の主傷病であることに注目すべきであろう。療養病棟は、他の急性期からの転院が多いことから、CVAの患者群が多いことは理解する。この主傷病名の内訳構成データは、財務省も厚労省含め、入院料の再編・統合へ向けての根拠となるのではないかと。この言わば、高齢者特有の主傷病名の診断・治療・ケア・リハビリテーションや相談支援、栄養指導等は、地域完結すべき内容かつ地域包括ケア病棟等の回復期かつ医療資源投入量の観点からすれば、さらに、回復期機能の病棟(病床)が、多機能かつ地域包括ケアと連動し、迅速に患者を受け入れることが、今回の改定の大きなポイントになるのではないかと

次は、敢えて、厚労省が提示した全ての病院が人材不足に苦悩している「看護補助者」の従事者数の動向である。ご承知の通り、介護保険サービスや保育においては、処遇改善給付が政策投資されている。一方、医療機関は、未だ、看護補助者扱いの処遇改善も無いが懸命に保助看法の療養上の世話を実践している法律上では看護助手ではあるものの、介護福祉士を取得し、スキル・ノウハウ等を持ち合わせた大切な人材である。なぜ、介護福祉士の合計と相関させたデータを提示したのか。厚労省官僚とのヒアリングでは、明確な回答は得られなかったが、何か根拠があるのではないかと考えている。前述した要介護度分類度合によって、介護福祉士の配置加算(仮称)を多少でも加えるのか。期待はしているが、この推移と陳情・要望は継続していく

次は、現行の診療報酬における機能に応じた届け出の実態である。前述してきた通り、入院基本料の再編・統合と複雑化した届け出、コロナ禍の渦中のデータであるものの、いよいよ、届け出基本料の整理がされていくのではないかと。また、病床稼働率の低迷は顕著であり、選択と集中。医療資源投入量の概念からすれば、空床の病床を、感染症も含めて、活用すべきであるとの保険者側の主張も出てくるであろう。また、精神病棟の再編と統合や来年から施行される法律改正と改定において、現在の状況を放置できないことも深く経営者やマネージャーは心得るべきではないだろうか

ここまでの整理から考えれば、地域医療構想のシナリオへ実効性があり、確実に進める最優先課題を、知事権限の行使だけでなく、診療報酬の入院料の再編・統合の両面から圧力や付加が掛かることは必然であろう

厚労省官僚とのヒアリングでは、「再度、この地域医療構想については巻き直す」とのコメントがあったことを踏まえて、さらに、2025年度病床必要量 119.1万床 現在と比して、「高度急性期 ▲22.9万床 急性期 ▲12.4万床 回復期 +16.5万床 慢性期 ▲1.2万床」は、来年の改定を機に、さらに病床を削減していくことになるのではないかと胆に銘じておくべきである

次は、前述してきた入院医療の評価体系と期待される機能の図である 再掲するが、急性期一般病棟は、まず、7:1は少なく高度集積医療機関へと整理していくこと、急性期一般2-6は、救急医療体制や重症度等によって、より基本料1にちかい基本料へ統合していく可能性が大きいこと、併せて、急性期一般では、13:1と15:1が併存するが、厚労省とのヒアリングでは、「15:1の人員配置では、急性期医療に対応できるか否か 若干、否定的に考えている」とのコメントから、経過措置期間を置いて、廃止か病床機能転換せざるを得ない状況へ誘導していくこと、地域包括ケア病棟(病床)は、地域包括ケアのプラットフォームとして、在宅医療の強化も含めて、さらなる期待と要件が課せられることは明白であろう 例えば、改定時に即進めるとするならば大変なことであるが、療養病床をベースとする地域包括ケア病棟(病床)には、次々回改定で、救急告示体制を課することになるであろう

また、回復期機能の重要な回復期リハ病棟であるが、やはり、アウトカム評価を継続し、次回改定では、第三者評価を義務化(医療機能評価機構の認証?)が経過措置を置いて設定されることも十分に考えられる そして、急性期一般同様に、極めて、入院料1にちかい機能へ統合していくこと、さらには、リハビリテーションが出来高であることから、回復期リハから地域包括ケア病棟への誘導も視野に入れるべきではないだろうか

療養病棟は、前回の改定で厳格なIVHに関する摂食 嚥下評価体制による区分改定が実施されたが、さらに、IVHに関して、EBMに基づいた終末期の患者群に対してのIVHの期間が倫理上の問題は多々あるが、2週間程度に限定される可能性も否定できないところである 療養病棟は、より重度かつ難治性の疾患への治療・看護・リハ・栄養・相談等を含めて、多機能かつ地域医療においてさらなる貢献が期待されるところではないだろうか 栄養ステーションの機能も付加されることから、益々、高齢者群の患家での栄養支援が進むことが期待されるところである

次の図は、前回改定で示された図の再掲であるが、敢えて、地域包括ケア病棟が中心となり、感染症や外来感染対策にも寄与し、これまで記した病院機能と地域包括ケアとの重要なプラットフォームとして、さらなる機能発揮し、地域医療・ケア完結型へ向かわせようとする意図が読み取れる

次の入院1日当たりの推移であるが、医療資源投入量の観点から超高齢社会へ向けて、増加傾向であることは理解できるが、敢えて、この推移を示したのは、概ね、1日当たり30,000円程度に抑制していく意図がうかがえる。どう解釈するか様々な議論があると思うが、若干の出来高を含めても、3万5,000円～4万円までに抑えていきたいとの政府側の期待値が推察される

次の資料は年齢階級別 国民医療費の伸び幅を示しているが、出産後～乳幼児(0歳～4歳)と明らかな高齢者の医療費増が当然ではあるが、この高齢者群への医療費コストを抑制することが、この示された図の意図であることは指摘するまでもない

次は、今回の一般急性期入院基本料を含む、重症度はさらに厳格化していくのではないかとその予見とリスク感覚を踏まえて推察する

まず、A項目7 I(救急搬送後の入院 5日間) II(緊急に入院する必要とする状態 5日間)については、EBMに基づき、この5日間の入院を例えば3日間に短縮する可能性は否定できないのではないかと

C項目18(骨の手術 11日間)については、大腿骨部骨折や圧迫骨折等の高齢者特有の骨折等に関しては、11日の期間を短縮化する可能性も否定できないこと

C項目19(胸腔鏡・腹腔鏡手術 5日間)についても、医療技術の進歩も踏まえて、5日から短縮化される可能性も否定できないのではないかと。あくまで、予見であることを踏まえて、今後の中医協や社保審等の真摯なる議論を注視する

繰り返しになるが、財政審建議では、10:1看護 急性期一般入院基本料2-5を廃止すべきとの記述があることを受けて、前述した重症度の厳格化(必要度係数に大きな差異がない)と救急医療体制、そして、重症度Iの届出に統一すれば、この財政審建議の主張の通り、極めて、10:1看護 急性期入院一般基本料1に統合されていく可能性は否定できないことは理解しておくべきではないかと

そして、急性期一般入院基本料の年齢構成の推移が示されている。令和4年実績では、75歳以上の高齢者比率が、66%を占めていること。そして、85歳以上の高齢者群が増えていることも指摘されていることを考えると、高齢者への偏見ではなく、急性期一般入院基本料の医療資源を活用して医療費コストは高いことで良いのか。この点が指摘されているものと推察する

次のデータも1日当たりのレセプト請求点数の実態であるが、現場感としては、労働集約型でタスクシフトをしたと仮定しても、決して高額な報酬であるとは思えない

しかし、医療資源投入量 つまり、コストが安価で 高齢者群を入院料の高額な医療機関に入院させることは政府のワイズスペンディングの観点から考えれば理解出来なくはない

この入院料毎のデータは、次年度改定も含めて、重要なデータであることは指摘するまでもないが、機能分化と統合の観点から、高額な入院基本料は、病床稼働率を低下されるばかりか、看護人員等の人件費コストを思慮すれば、次回改定で、7:1主義の徹底は、高度集積医療機関かつ重症度が高く 手術や救急医療体制が無ければ出来得ないことを踏まえ、今、再考すべき医療機関は少なくないを考える

特に、公立病院のような赤字は当たり前、いつまでも区市町村が繰入金(血税)で補填してくれるという幻想は、次なる改定で終焉させるべきである 公私格差問題を含め、総務省 都道府県の厳格な指導や民間移譲等、一部の悪しき地方公務員の思考では医業経営どころか 今後の介護保険財源含め、区市町村財政を崩壊させること 一部の楽観的な公務員には医業経営など出来ないことは明確であることを指摘しておきたい 根拠は明確である 退路がある人間 逃げ道がある人間にはマネジメントは出来ないのである

既に、都は、都立9院所の医療機関を独立行政法人に改組し、9院所の400億円の赤字体質改善を徹底して都が管理しているところである

医療機関同士がご同行として地域医療を真剣に考えるならば、一部の周産期や小児科の合併症、難治性医療、救急医療は別として、これまでの公私格差問題の解消こそが、医療費削減に繋がること 国民や市民に経営情報の開示をし、賃金格差も踏まえて、一部のリスク感覚も危機感も無き公務員型 昭和の幻想を抱いている公立病院の医療者には厳しいようだが、即退場をするべきであることを強く主張したい また、その管理者である組長や行政執行部の責任追及を含め、市民医療の担保と在り方そのものの変革無くして、今後の地域医療は無との認識で医療再編・統合は進めていくべきであることを強調する

次の論点は、第1章でも記した これまで放置されてきた介護施設や障がい者施設への適正かつ公正な医療の関与の在り方の事案である 平均年齢85.5歳の入居者の誤嚥性肺炎や尿路感染症等で急性期一般病床へ入院させることが果たして入居者のQOLを思慮すれば正しいことなのか 厚労省官僚の縦割りではない 合同チームによる問題提起である 次回改定では、介護施設の配置医師の要件緩和の議論が深まっていくが、過去のような高齢者の人権を無視した医療提供側の論理で金儲けだけが目的であった一部の診療所や調剤薬局を復活させることがないように、柔軟で適切な配置医師の要件緩和と病院の適切な介入と支援が出来ることを期待しているところである

次の資料は、医療機関の医師を除いた看護師やコ・メディカルの員数の表である。明らかに、急性期一般入院料1-6と地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟のほうが、リハスタッフ、相談員、社会福祉士、看護補助者の員数が多いことが理解できる。

したがって、敢えて、厚労省がこの員数図表を示した根拠は、超高齢社会へ向けて、回復期機能を有する病棟のほうが、QOLも含めて、より関われる支援者が多いことを問題提起するデータである。また、注目するのは、看護補助者の内訳における介護福祉士の員数が、急性期一般よりはるかに多いことが理解できる。厚労省とのヒアリングの質問項目で、介護保険での処遇改善までは要求しないが、仮称 介護福祉士配置加算の質問をしたが、明確な回答を得ることが出来なかった。しかし、約6倍以上の介護福祉士が看護補助者の内訳に人数を記したのか。この解釈は、今後、あらためて、社保審医療部会や中医協の議論を睨みながら、注視していく。

地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟について、あらためて、施設基準や要件等から次回改定で注視すべき点について、整理をする。まず、地域包括ケア病棟は、リハビリテーション機能を有し、単位数も設定され、包括払いとなっている点、居宅等からの受入れ患者数や地域包括ケアと連動し、即、入院し、診断から治療、ケア、退院後の生活支援、訪問診療までシームレスな点においては、繰り返しになるが、今後の地域のプラットフォームとなることは確実である。一般・療養においても届け出は可能であり、療養病棟には制約があるものの、一般病棟(病床)においては、一部出来高払い制度もあり、現時点でも地域で有効な医療資源であることは指摘するまでもない。これ以上の要件を課すことはないとは考えるが、24時間365日 地域で対応できる病棟という考え方からすれば、療養病棟ベースの病棟には、一次告示救急医療体制が課せられることは、次々回改定で行われる可能性は高いことは明確であることを強調する。

回復期リハビリテーション病棟については、厚労省とのヒアリングにおいて、やはり、アウトカム評価重視が強調されたコメントは脳裏に焼き付いている。また、第三者評価についても義務化される可能性は高いことを踏まえ、より、地域でナンバー1のリハビリテーション機能と在宅復帰支援体制の強化を進めるべきであろう。入院基本料についても急性期一般2-5や地域一般同様に、より1-2に寄ったアウトカム実績等が評価されることになるのではないかと。疾患別でかつ病床利用率が低迷している病棟は、地域医療のポジショニングを再考し、報酬は下がるが、地域包括ケア病棟への移行も視野に入れるべきではないだろうか。

次は、データ提出要件について、厚労省官僚とのヒアリングも踏まえて、記することとしたい。すでに、ご承知の通り、過半数の医療機関にはデータ提出要件が課されているところである。そこで、ご同行である精神科病院については、データ提出要件が課せられているのは、「精神科救急急性期入院基本料」だけであり、今後の精神科医療もデータが重視され、医療費コストから外せないことから、このデータ提出要件は、精神科病院の死活問題に関わる事案であることを強調していきたい。

上述したヒアリングにおいてもデータは重要であるとの認識は、厚労省官僚から洞察することが出来たが、いつまでにデータ提出を要件化することについては、今後、日精協が窓口であることから、その交渉を見守ることとしたい。しかし、いずれにしても、近未来、精神科病院については、データ提出要件化が課せられることだけは、確実ではないだろうか。

32万3,502床の精神科病床が存在する以上、深い答え無き精神医療であるが、次年度の障がい者に関する一部法律改正も踏まえて、経営者と経営参謀、リーダーも職員さんも、この要件が課せられることにはなるが、データ提出への膨大なコストや運営を含めて、早急な意思決定と経営者のコミットメントが期待される場所である。「この内容については、当社団研究会理事であり、精神科担当である三田村順二郎さんの講演内容を、是非、リフレクション」してください。

在宅医療については、地域医療構想の巻き直しをしていくとの厚労省官僚のコメントからも、やはり、入院医療は治療に限定し、退院後の居宅や施設ケアに向かわざるを得ない点と訪問診療の必要量は、第8次医療計画でも明らかな通り、2040年以降にまで増大していくことを考えれば、今、在宅医療関連報酬を削減していくことは考えにくい。

しかし、オンライン診療やICT利活用を踏まえた過去の一律の訪問診療は、今後、見直しや改定で低減されていくことになることは至極当然であると考えます。

都道府県毎に地域の実情を踏まえた在宅医療「圏域」設定については、すでに、厚労省は方針を発表していることから、医療機関や訪問看護ステーション、有限な訪問介護、調剤薬局、居宅介護支援事業所、あらゆる介護施設との連携を深めること、地域毎のバーチャル統合による24時間365日急変時の対応を含め、医療機関の役割はさらに期待されていくと考える。

また、災害時のBCP策定も地域毎にご同行のネットワーク形成が不可欠になる。在宅医療提供の体制については、厚労省のイメージ図通りであるが、さらなる地域毎での患者さんと家族に関わる医療者、介護従事者、福祉関係者、行政も含め、さらなるプロとしての人間関係を深めることが重要になることは申し上げるまでもない。

第2章では時間制約、「介護保険サービスの改定」については介護経営実態調査データが、11月上旬になることから、次回の11月中旬に予定している 当社団のセミナー 第1部・第2部 約3時間を今年度の直近の診療報酬改定・介護報酬改定・障がい者等サービス改定について、ダイジェストで整理をしていきたいと考えている

1点だけ 大切なことを申し上げるが、財政審建議では、介護保険サービスは激増する高齢者とサービス提供「財源問題(公費支出)」と人材不足の恒常化」が明らかであり、現時点では、根本的な保険改革を強く進める根拠も政策を示すことが出来ないのが実態であること

23年に渡って、特に財源とサービス提供の在り方(保険料・公費負担の上昇・最も窮しているのは人材不足)について、3年毎の改定で変革出来なかったことを、財政審では、「現状と課題」の整理において、「限界」として記している点は、今回のダイナミックな診療報酬改定とは異なる点である

しかし、医療費の伸び率 2000年と2022年比 約1.6倍 介護保険の伸び率は、約4倍の13.3兆円であることから、来年から第9期介護保険事業計画に入るが、この9期中の3カ年において、根本的かつ抜本的な公費負担削減と互助と自助へ移行した介護保険サービスの改革が進められることとなる

したがって、私見では、施設や組織の大規模化を推奨していくこと 急場、利用者負担を大幅増に見直していくこと、保険者への地方交付税での貸し付けは継続するにしても、保険者も新規事業参入等を認めない条例を議会決定すること等はあるが、上述した経営実態調査で利益率が高い数値でない限り、大幅な減額改定にはならないと推察する

最も懸念することは、この3カ年で、第10期 令和9年(2027年度～2029年度)の介護保険制度は、根本的に見直されることは確実であることから、現状でも利益など無い介護保険サービスを経営する経営者の皆様は、3カ年は継続出来たとしても、令和9年からは継続出来る状況にはならないと覚悟し、この猶予期間での事業をどうしていくか

今から来年4月に掛けて、
この経営者の「経営判断 意思決定が問われている」と考える

第3の心得

まず、戦略思考を変えよ

誰もが理解する経営戦略は不断の見直しが新たな常識

まず、経営者と経営参謀・リーダーは、危機感を持ち続けるリスク感覚こそが、最もこれから重要である

あらゆる業界において、多くの淘汰された企業や組織は、この「リスク感覚」を喪失し、中長期事業計画の見直し無しに、市場の自由化と情報化の嵐に吹き飛ばされていった

まさしく、管理統制経済 労働集約型 公的保険に守られてきた医療・介護事業は、現代市場の進化に例えれば、物語のまだ単なる「序幕」に過ぎないことに気づくべきである

すでに、私達の業界は、すでに、先が見えてきたのではないのでしょうか

これまで記した通り、我が国の社会保障分野の歳出改革の断行

つまり、「公助」 公的財源を極力投資することなく、患者と利用者負担を増やして、給付するサービスは制約と要件を課していくこと 公的医療・介護保険の縮小を進める

しかし、人生100年時代 超高齢社会と少子化問題によって、財源問題で窮地にある

超高齢社会では、すべての方々が健康で元気であることはない 健康ブームは、その高齢者の方々の危機意識を象徴することではないか

市場における「主戦場」「重力場」の移行していく方向を見定めること

その場所に先回りして、そこに戦陣を築くこと

その主戦場に移行してくるのを待つだけでなく 実践 行動へと仕掛けること

そこに事業である限り、極めて、現実的な苦勞と困難に直面
どの苦勞を意思決定するのか 経営者の覚悟に他ならない
有限な経営資源を、どの戦線に投入していくのか

21世紀初頭の情報主権革命によるパワーシフトが、さらに進化している
情報弱者であった「患者さん・ご家族」が医療提供や医療機関情報、疾患の治療や予後、
薬の副作用や効能等、情報主権が、「患者中心医療市場」に主導権が握られている事実は
誰もが理解していること

つまり、市場＝地域の形勢が変化し、経営者や参謀や医療者や介護事業者は、この地域
の深層の本質を見つめていくことは、戦略思考の初級編であることは、頭で理解している
のではないか

そこで、私達に最も問われていることは何か

日本型経営は素晴らしいが、この1点「日本型組織のエゴ」

医療機関や介護施設等に共通する組織内の軋轢

本質的な問題は、個々の部門長の姿勢にこそある

これは、経営者の他責ではないこと

「部門長がその部門の「利益代表」になってしまっている現実ではないだろうか

我が国の悪しき組織文化は、経営会議のメンバーが経営者の目線ではなく、
「部門の目線」で組織の将来を見つめていること

経営者の代理になっていないことに大きな問題がある

「現状維持 二番煎じ型経営継続は、組織を潰す 雇用もできない危機に陥る」

「組織の立場になって考える」という思考スタイルを身につけることこそが、
この激変・混迷の時代 医療・介護・福祉事業においては、最も重要なことではないか

この目に見えない多数決には唯一の解決策がある

経営者 トップの「英断」に他ならない

この部門別代表のリーダー同士の軋轢を調整するのではなく、明確な経営戦略上の判断を下して、揺るぎない信念で実行していくなれば、この問題は解決できる 経営者のコミットメントする力量が問われている

このスタイルは、我が国 唯一 日本組織の悪しき文化ではないだろうか

すでに、ここまで追い詰められた医療機関 介護施設組織の経営危機 修羅場

確かに、大局観 歴史観 世界観 そして、死生観は重要である

歴史観からすれば、「機能分化」と「機能統合」は進化の本質 プロセスであることは理解しているが、この窮地と修羅場 潰れるかもしれない この危機の事態

銀行も然り、若いバンカーの支店長代理と記された名刺 必死に融資を取り付けようと走るバンカー 同じ管理統制経済 人件費の削減 店舗の閉鎖 インターネットバンキングの普及 マイナス金利政策 銀行法で定められた生業しか出来ない 役職定年 実績を上げなければ 先がないことへの不安

医療や介護・福祉事業だけが 院長代理 理事長代理という経営者目線でやってこなかった組織文化 この組織文化では、これからさらなる修羅場へ向かうのではないだろうか

もう、山登りの戦略思考を捨て去ること

刻々と変わる「地形」 この山登り戦略は全く通用しない時代

山が谷へ 谷が山に 突然火山噴火で 溶岩で流されていく 地形そのものが変化

山登りのメタファーから、サーフィンのメタファーが求められる

サーファーは、乗っている波の刻々の変化を瞬時に感じ その変化に合わせて機敏に体勢を変え、バランス良く波に乗り続けることによって、目的の方向へ向かっていく

つまり、ゆるやかなビジョンを描き、環境変化を刻々に把握し、経営戦略を迅速に修正

この波の変化と一体となって 経営戦略を柔軟に実現していく

さらに、掘り下げれば、経営戦略というものから、
「偶然性」というものを排除することなく むしろ、それを積極的に活用しようとする

「偶然」と「意志」の弁証法 「偶然」に任せているようで、明確な「意志」を持ち、「意志」に従っているようで、「偶然」を積極的に生かす

すでに、本当の勝負は始まっているのである
戦略から戦略思考へ 戦略の進化と戦略思考を変えることの意味

失敗に見えることから、次なる成功へ結びつける価値ある何かを掴めるか

この思考こそが、戦略思考において、不断に問われていることではないか

そして、このような「粘り腰」の思考スタイル、したたかな思考スタイルを持って、
日々のマネジメントに取り組まない限り、
私達は「戦略的反射神経」と呼ぶべき力量を身につけ、鍛えていくことはできない

現代のあらゆる危機と急速に変化が起こっていく時代
単に、「戦略的立案能力」を磨くだけでは有効な戦略を展開することなどできない
常に「重層的な戦略」を準備し、不断に「戦略的反射神経」を鍛え続けることによってのみ、
予測できぬほどの激しく変化する時代の荒波を乗り切っていくことができると信じる

誰もが感じる厳しい時代という認識

大いなる逆説

それは、経営者やマネージャーにとって、素晴らしい時代である

一人の人間として成長できる時代がやってきていることであると解釈する想念

「人生100年時代 しかし、100年とは言え 一瞬の人生である」

いかにして仕事を残すのか

今日の研修会場の 100人以上の人生が ここにある

仕事の壁に突き当たって苦しむ仲間

自分の能力に限界を感じて悩む仲間

この修羅場と危機の仕事に意味を感じることが出来ずに悩む仲間

そうした仲間の気持ちに、深く「共感」できるか

そのことが、私達に深く問われている

その仲間の気持ちに「共感」できたとき、
そこには、黙っていても「共感」の場が生まれるのだと考える

そして、そのとき初めて、私達は、仲間と共に、
素晴らしい共同作品を残す仕事に取り組むことができると信じている

その「意味」を深く求めながら歩むとき、
私達が仲間と共に残す「共同作品」には、「魂」が宿るのではないのでしょうか

了