

病院・介護施設再編・淘汰の時代

されば、いかに歩むのか

なぜ、経営者と戦略マネージャーは、さらなる重荷を背負って険しい山を登るのか

一逆境、挫折、苦悩・敗北からしか掴み取れない智恵

その経営者の覚悟と行動こそが、明日を拓く一

医療法人社団康明会グループ

理事長 遠藤正樹

【第一章】

病院・介護施設再編・淘汰の時代

されば、いかに歩むのか

なぜ、経営者と戦略マネージャーは、さらなる重荷を背負って険しい山を登るのか
一逆境、挫折、苦悩・敗北からしか掴み取れない智恵

その経営者の覚悟と行動こそが、明日を拓く一

戦後最悪のあらゆる危機と急速に変化する時代／誰もが語る生き残り論では淘汰される

一部の経営者と経営陣の姿「今、持つべきときに、持つべき危機感を持っていない」

過去の成功体験に慢心し経営者の背負うべき重荷の意味を理解していないこと

経営者の「重荷」とは何か

職員さんの人生 職員さんの人生を預かるという「重荷」

そして、職員さんの「生活」と「成長」に責任を持つということ

自己の最も深い反省

「操作主義」と「権力志向」に陥ること

では、なぜ、単なる生き残り論では淘汰されていくのか

時代はドッグイヤー さらに危機迫る現代社会はマウスイヤー 急速に変化する時代

昨今のAI DX ロボティクスの進化

過去の病院や介護施設のマネジメントでは通用しない時代

マネジメントというものが、究極、「心のマネジメント」へ向かう

過去の管理手法や今進めている戦略そのものが直ぐに陳腐化していく

ダイナミックに変化する時代／戦略マネージャーの仕事の技法そのものが進化していく

最も根幹的な技法とは何か 「深層対話の技法」

あらゆる分野で活躍するマネージャーが必ず身につけている技法
「相手の心を感じ取る技法」

「深層対話力」

多忙な日々のなかでも「深層対話力」を身につける「反省の習慣」
日々のあらゆる交渉、会議や面接の直後に必ず行うべき「追体験」
この「追体験」を行うとき、決して忘れてはならない「心得」は、「相手の視点」で振り返る

「直後の反省会」を効果的にする「場面設定」の技法
あらゆる「場面設定」の習慣で身につく 最も実践的な「戦略思考」

この数秒間の戦略思考の積み重ね 瞬時に盤面にどう対応するか
わずか 5 分の組織会議にも戦略を持つ そして、行動が戦略的である

戦略の反射神経を身につけることが出来ない経営者やマネージャーが
いかなる崇高な戦略を語っても その戦略が実行できない

そこで、経営者とマネージャーに問われる大局観
未来は予測できないが 予見はできる

あらゆる政策資料やデータ 地域社会の変容を解釈 この解釈をどう洞察するか

この洞察力から時代の先を予見し 次なる主戦場が何処にむかうのか

そして、その「主戦場」における事業展開 人財 スキル ノウハウ スピリット

最も問われるのは 現実変革力 そして、経営者と戦略マネージャーの志と使命感

本気で使命感や志を語るリーダーは、多重人格であり、強運であるという真実

ある経営者との対話

「全く 認知症ばかりで うちは急性期病院だが なぜ、大変な高齢者ばかりになるのか」

「うちは、慢性期 とにかく 医療区分3の患者を集める 所詮、病床稼働率だから」

この経営者の「心の姿勢」は、すべての職員さんに暗黙で伝達される恐ろしい現実

経営者の心の姿勢 心の置き所を定める

職員の生活と成長に責任を持つ 最も成長しなければならないのは経営者とマネージャーであること この答えのない問いを問い続けながら 志と自らの命を何に使うのか「使命」 今後は、経営者マネージャーの野心や私心だけの「管理」手法では通用しない

医療DX AI ロボティクスの進化が起こす劇的な変化の大きな波が襲ってきている

これまでの「論理的思考」「知識の活用」の高度な能力はAIに置き換わっていく

医療では、医師 薬剤師 あらゆるコメディカルの仕事がビッグデータの活用とAI導入によって、置き換わり 失業せざるを得ない有資格者が出てくる 経営者やマネージャーも同様に過去の管理手法そのものも置き換わっていく この切迫した危機感を持たずに、根拠なき楽観論に流されてはならない

AIによって代替されない人間だけが発揮できる能力

「ホスピタリティ マネジメント クリエイティビティ」

現代社会の急速な変化は、螺旋的進化への階段を 駆け上がっていく
心拍数が異常な状態で上がっていくような陰しい螺旋階段を上っていかなければならない

なぜか、昨今の世界人類の危機 混迷の時代

コロナ禍に投資された異次元の財源(104兆円) そして、世界経済の動向から政府はマイナス金利から脱却できずに 財政規律へ向かわざるを得ない

医療も介護も典型的な管理統制経済下にあり、現状維持や二番煎じ型経営では、今以上の報酬等、全く期待できないどころか 減収減益の下り坂を落ちていくのではないかと
社会保障費 地方交付税の圧縮と削減、さらなる増税等に加え、億単位の光熱費、食料費、社会保険料などのすべての額面が、さらに組織に襲いかかること

では、この過去にはなかった逆境 組織の経営危機 どうしたらよいのか
「一心不乱 無我夢中／有難い逆境こそ、経営者とマネージャーを成長させてくれる」

経営＝マネジメントにマジックなどない

そこに、来年4月

働き方改革(労働法制の施行) 同時改定 超パンデミック社会の繰り返し
職員の昇給 DXに投資するべき膨大な額 建物修繕 人財不足

この危機において、経営者とマネージャーは、職員に何を語るのか

優れた先人が残した人類の叡智 「人間学」の書を読まれて 何かを掴まれるのか

「知識」を学んで、「智恵」を掴んだと思い込む 落とし穴

名だたる稲盛和夫氏等の著作を読まれても人間力が伝達されてこない経営者の力量

なぜ、伝わらないのか 「頭」で理解しているだけで「身体」で掴んでいない

「若いときにこそ、買ってでも苦労せよ」

だからこそ、問われる 経営者とマネージャーの幾多の挫折、苦悩、敗北、失敗からしか掴み取れない智恵 この「体験」を糧に成長してきた人間に与えられる運氣力を引き寄せることになるのではないかと

これから戦略と戦術の垂直統合を語る前に、今後の事業承継者(医師や経営参謀)が実践すべきことは、職員の声を聞き届ける いかなる苦情や要求であっても 正対して聞き届ける姿勢 患者さん、ご家族、職員 「その人にとっての真実」に耳を傾ける

この真摯なる人間との格闘無くして、経営者やマネージャーがいかなるビジョンや戦略を語っても、職員さんの共感・共鳴・信頼など得られることはない

未だ、道半ば 修行の身である私の多くの挫折、失敗、敗北からの教訓とは何か

要 諦

戦略と戦術は「全く違う」こと 実は、「戦術思考」が最も重要である
そして、追い風を生かす これからの主戦場＝波が来るのか 乗れるかを予見すること

「戦略と戦術の垂直統合」

優れた経営者とマネージャーは、多くの失敗、敗北や挫折から 戦略から細部にわたる戦術を垂直統合していく能力 生きた経験を体験に昇華されて さらに 目の前の現実の壁を諦めないであらゆる手段・スキル・ノウハウ・人的ネットワークを駆使して進めていく

その新たな事業や事業部には、地域の何処の場所に創るのか 組織の誰をリーダーとして、人事異動を含めて、多くのメンバーが必要となるが誰を選任するのか 運営上の課題は人事と多職種や多くのメンバーをいかに集めるかになる

胆は、看護師24時間365日配置するにはどうすれば良いのか 病棟や外来看護師だけではとても足りないがどうするのか

地域の何処の誰と組んでいくのか このアライアンス(戦略的提携)は誰が交渉するのか その財源(投資)はどれくらいかかるのか

そして、この事業収支はどうなるのか 適正な利益を獲得するまでにどれくらいの時間を要するのか

この事業は果たして、これからの時代に 本当に患者さんのために 地域のためになるのか

実践例 1

終末期の患者さん対象のサービス付き高齢者住宅

安心で安楽な終の棲家創設での敗北 事業譲渡の苦難

実践例 2

現場の幹部・メンバーへの説得力不足／地域ニーズに対応できる病棟再編での修羅場

実践例 3

部門の人事異動と組織内機構改革での職員さんの抵抗 経営者批判 非難 退職者続出

目の前の現実を変える チェンジメーカーとして、最も大切なこと

「職員の人生の時間を大切にする 職員は将棋の駒ではなく

奇跡でご縁した大切な一人の人間であるという意識」

「自己のエゴ・マネジメント」を常に深く見つめる

では、これからの医療機関 介護施設は どのような時代へ向かうのか

このコロナ禍が 3 年間継続し、悪戦苦闘の日々であったが、根強い「地域医療構想」の政策はさらに強化されていく 医療の機能分化の最終ラウンド 診療報酬、医療法による操作によって、医療機関は二極に収斂されていくのではないかと

高度集積かつあらゆる先端医療や手術、救命医療等を推進する医療機関

地域密着型医療とケアを統合する民間病院群をバーチャル統合する病院と介護施設群

民間医療機関には 今から数百億円の投資をして 高度集積型医療機関化は困難である

民間医療機関(法人)は、真の地域密着型医療機関とケア(介護施設等)を統合していく組織が、地域を変革していくことになるのではないかと

これから あらゆる地域で「地域医療連携推進法人」や「社会医療法人」が誕生し この小さな揺らぎが大きな揺らぎとなっていくのではないかと

そこで問われるネットワークを形成する民間医療機関の経営者のエゴ・マネジメント

「組織は生きた生命体／機械論的パラダイムから生命論的パラダイムへ」

小さな揺らぎが大きな揺らぎとなる瞬間が幾多も起こる 過去の増収増益は継続することは極めて難しいこと すべての「もの」や「人件費や法定福利費」が上がっていく時代が継続するなかで、いかにして 地域医療とケアを統合して職員の生活と仕事、成長を支えていくのか

懸命に「単価」を上げるために奮闘する事務長や医事職員の汗

診療報酬の「単価」主義志向は終焉に向かうのではないか

医療DXは、多少遅延するが、診療報酬制度の簡素化とDXによって、「単価」を上げるためだけに追われる職員へ経営者とマネージャーは何を語るのか

「来年4月の診療報酬改定の概要 どのような改定に向かっていくのか」

「3年以上もコロナ禍 幾多の修羅場で疲弊した医療機関に対して、
もう、入院基本料や加算等を下げることはないのではないか」

この、一部の経営者とマネージャーの「根拠なき楽観」こそが、
さらに病院経営を危機に向かわせる

「矛盾を止揚し、エネルギーに変えていく」

これからが本当の超高齢社会の到来 「命を命として扱う」 たとえ、報酬にならずとも、まずは、出向くことすでに外来受療行動は変化しているが さらに外来受診は減少へ向かう 3年に渡るコロナ禍で 加速化するオンライン診療 電話再診 調剤薬局の宅配が新たな常識 「念のため、明日外来に来てください」この促しや指示は、移動手段がない 身体がどうにもならない患者さんと忙しい家族には、到底、困難なことである

今後、さらに超高齢社会で移動手段なき、ご家族の支援が出来ない世帯が急増する

地域密着型医療の心得は、患者さんのお宅に出向く 必要最低限な診療や検査は「御用聞き」としてお迎えに行く その車中で語られる患者さんの真実を聞き届け、感じるドラ

イバーの洞察は 病院の窓口へ 外来職員さんへ伝達していく

メディカルチェックは迅速かつ即丁寧な説明をする 大切な家族にもメールやライン、電話で的確に報告をしていく

そして、必要があれば、緊急訪問し、診療や簡易な検査をする 薬は調剤薬局と手を組んで 患者さんを楽しにする

いくつもの喪失感で孤独な高齢者にとって 誰かが 傍にいてくれる 話を聴いてくれる

今後の医療は、孤独かつ喪失感で苛まれた患者さんの「心」に光を届ける仕事へ向かう

この患者さんの心に光を届ける仕事は、高齢者医療だけに限ったことではない

若くして 癌末期と診断された家族の大黒柱も然り、障がいがある患者さん 先天性の障がいによって呼吸器を装着し懸命に生きる子供達 この方々の傍らで懸命に歩まれている家族

戦後最大 貧富の格差が露呈する 社会の光と影を深くみつめ この影にかすかな光でも良い 光を届ける修行を続けることで 生かされている私達は成長できるのではないかな

亡くなられた創業者の奥様からの遺言

「一隅を照らす、即ち、これ国宝なり」 この最澄の格言

なぜ、医療者として 介護従事者として働くのか

いつまで、病院のほう为上段者であると勘違いし 介護施設を扱っていくのか

実は、介護施設や障がい者施設への医療は、地域の医療機関が細やかに支援いくことが次回の診療報酬改定の大きなテーマとなっている 現場は知らずとも あらゆる介護団体からの陳情行動もあるが、厚生官僚も 財務省の強烈な圧力の中で 社会を良き社会に変えようと懸命に歩まれている

「来年4月の介護報酬改定の概要 どのような改定に向かっていくのか」

「政府は、介護人材不足で、現行の3:1介護に「4:1介護」が新設するのではないかと
これで、経営は、多少、楽になる 人材不足も楽になる」

この一部の経営者や施設長の根拠なき楽観こそが、地域に大切な介護施設を失わせる

経営者やマネージャーは、常に、最悪の事態を想定して 戦略思考を変えていくこと

赤字が恒常化する多くの介護施設 その大きな要因は、空床が増えていること そこに、
血糖チェック インスリン注射 吸引喀痰 経管栄養 バルーン留置 胃瘻 IVH CV等 医
行為ができないことでの入所拒否をせざるを得ない現実

昨今溢れる利己主義 「自分が勤務する病院さえ 自分の報酬が上がれば」この利己主
義の意識 この意識で経営者やマネージャーが経営を考えるのであれば、地域密着型医療、
患者に寄り添う、患者中心医療など単なるお題目に過ぎないのではないか

では、民間医療機関や介護施設のこれからのマネジメントはいかにして

最低限 初級編としてやるべきこと

政府方針 厚労省の政策動向 財務省の財政審等、徹底して これらのペーパーを熟読し
次なる主戦場は何処にむかうのか 風はどちらへ吹いていくのか 矛盾を止揚し、その矛
盾をエネルギーとして 過去の解釈を深く見つめてみる

「解釈力」を磨くこと

確かに支出が増大するなか、現実のキャッシュフローを直視し、あらためて、経営者自身
が覚悟を定めて 戦略思考を変えること 決して、安易な割り切りはしないこと

絶対肯定の思想

「危機は好機」「常にポジティブ」

表面意識と無意識の世界にあるネガティブな想念をいかにして消していくか
経営者は、「ネガティブな想念を消していく」心の姿勢と手法を体得

「形式知では伝わらない「暗黙知」の時代」

人生100年時代 されど、人生は一瞬であること だとすれば、日々の一瞬一瞬が真剣勝負であること 全てのことに心を込めて この後ろ姿に 幹部も職員も 何かを感じる言葉ではない 暗黙知で伝達されること

AI DX 進化する医療機器 ロボティクスを駆使して 地域のために 患者さんのためになることから 優先順位をつけて 投資をしていく できる限り、安価で使い勝手の良い職員さんを楽にすることも 思慮深く考えて 実行レベルへ

「世に溢れるイノベーションという言葉の落とし穴」

患者さん、ご家族、超高齢社会で困窮する世帯が急増する よって、この患者さん、ご家族をイノベーションの「主体」として位置づけ、職員の情熱や智恵を生かしてイノベーションを進めていくという視点に立たなければならない

経営者・マネージャーが、自らの素直な夢、ビジョンを語ること

「言霊」

AI DXは あくまで手段であり 民間医療機関は、これからの時代 確実にやってくる超高齢社会において 24時間365日 救急医療(救急告示)と在宅医療の2つのサービス

100歳であろうと 95歳であろうと 命尽きるまで命はある 命を命として扱う 短い時間で集中したカンファレンス 組織内外ネットワークによって 報酬が安かろうが 職員のあらゆる智恵を結集し、御用聞きとして 患者さん世帯の生涯に渡って頼りになる組織へ向かうことではないか

さらには、例を挙げれば数えきれないが、地域の介護施設や障がい者施設等への「下座の行」 ささやかな支援を徹して心を込めて 実践することではないか

介護施設も恒常的な赤字が続くが、逆境を超えて 挫折を超えて 掴み取った智恵で社会資本として継続させていくことが使命であるのではないか

ご承知の通り、粛々と推進されている「地域医療構想」の必要病床数は、「医療区分1の70%を「在宅」扱いとして算定」されているのである

来年4月の改定前までに、医療区分1に該当する患者さんから入居者さんへ移行できる体制を 地域の医療機関の智恵とノウハウ、スキルを借りて 何処までできるのか 互いに貴重な時間を共有して 考え抜いてみる そして、全ての病床は困難にしてもその医療行為があるために 何処にも行き場のない多くの患者さんを 1人でも良いので受け入れていくこと

当然、現場のケア 看護従事者からは大きな反発と退職者も出るであろうが、理事長や施設長、事務長は、徹して、経営実態を丁寧に説明するとともに、一部の悪しき介護施設文化を変革する険しい歩みにはなるが 命までは取られない とりもなおさず、職員の生活と仕事を守る そして、働き甲斐を創ること 他の施設との差別化戦略ではない

そこで、職員 メンバーの抵抗や退職にいかにして正対するのか

血税＝補助金で造られた特養や障がい者施設 また、高齢者＝金儲けではない 大いなる導き 志と使命感、情熱で造った介護付き有料老人ホーム(介護保険適応)は、早急に進めるべきことではないだろうか

「組織は、経営者の鏡」

なぜ、私達は、常に真剣勝負 自己限定をせずに、心を込めて この一瞬を生きるのか

ささやかな心を込めて実践する経営者とマネージャーの下座の修行

これから医師国家資格を取得し 臨床研修も終えて 病院へ非常勤で勤務される医師や 25年以上継続してお越しになり当直されておられる医師へ 心を込めた 医師当直室のリフォーム いずれの病院も当直医師に勤務をお願いしているが、コロナ禍の渦中、医師当直室のリフォームを事務長等が これから当直されるすべての医師のために…

「生きたお金を遣うことの意味」

「毎年 贈る お中元 お歳暮 1つ1つに心を込めて」

毎年、お中元・お歳暮を 関係機関や当直されている医師、非常勤医師へ贈らせて頂いている すべての医師も 年齢が違ったり、単身であったり、世帯があり お子様も成長されて医学部で勉強されたり 様々である

そこで、その医師全てに 毎年、その世帯に心を込めて 違うお品を贈ることにしている 単身の若き医師であれば 直ぐに使えるクーポン券 世帯があり、奥様とお子さんの世代を何気ない日常に対話から洞察して、その医師世帯の日常の生活風景を想像しながら 贈り物を考え抜いて 心を込めて贈る

「当直医師や非常勤医師も同志である

組織の中で懸命に人生の時間を使っていることへの感謝」

非常勤医師には、職員へ還元する特別手当支給時には、特例で 同様の額面を支給させて頂いている 喩え、アルバイト 研究日とはいえ、その医師にとっても報酬は支給されるが、同じ場で働く同志であること その意味で心を込めて ささやかながら支給させて頂いている

「電話を切る瞬間までの 相手への感謝を込めて」

経営者やマネージャーには、あらゆる電話がスマホや直電にかかってくるが、誰にでも丁寧に 最後、一期一会と念じて 「有難うございます」と祈りを込めて 先方が電話を切るまで待って、相手の電話が切れた後、そっと、受話器を置くこと

「すべての利害関係者や顧客に患者さんへの祈りと頭を下げる修行」

来客者が帰る際、必ず、車で来られても電車で来られても 車が見えなくなるまで、来客者の姿が見えなくなるまで「有難うございます」と感謝の念で 見送ること

これらの下座の行は、忤度ではない 当直の拘束時間 約16時間 この人生の貴重な時間を使って お越し頂いている そして、大切な患者さんの命を預けているのである

「懸命に働く職員さんへの全託と感謝の祈り」

職員も同じである 職員の幸せを創る経営といった著作は沢山あるが、まずは、人生の貴重な時間を捧げてくれていること その職員の傍に多くの患者さんのことで協働していることへの感謝の念 祈りを込めて 全身全霊で正対する

「有難うございます」

近未来ではない 来年4月以降、急速な変化が次々と起こる 政府や都の計画や制度では解決し得ない課題が押し寄せる医療・介護現場

経営者とマネージャーは、最悪の事態を想定して 今夏からでも周到な準備を怠らないこと 確かに、経営者やマネージャー、医療現場幹部・介護事業の経営者・幹部にとっては苦悩の日々が続く 今、飛躍 成長している大企業でさえも倒産寸前、経営危機を乗り越えて今がある 淘汰された倒産された企業に共通することとは何か 「順境」に慢心した組織に他ならないのではないか

「公的報酬である診療報酬も介護報酬も社会保障関連コストは削減する基本的方針は変わらない 収入は上がらない 支出は増大していく 賃金も上げなければ職員が集まらない どうしたら良いのか 金融機関が助けてくれるのでしょうか 政府や都が支援をしてくれるのでしょうか」

敢えて、再編・統合を語る根拠は、私達が半世紀以上語ってきた「連携」という文言 しかし、この「連携」が自分達の組織の都合ではなかったのか 患者さん、ご家族の視点、連携する関連組織の視点が欠如していなかったのではないか

誤解を恐れず申し上げれば、

これからの時代、「再編・統合」は、組織の進化であると解釈すべきではないかだろうか

病床のダウンサイジングや組織間での関係(人間関係)が深い組織との統合、病棟再編、入院基本料の変更、M&A ではない統合による社会医療法人への改組、地方で増加傾向にある地域の特養や病院、NPO 等が共にマネジメントしていく地域医療連携推進法人の創設によるメリットだけを思考するのではなく、これからの組織の在り方、地域医療・ケアの在り方そのものを変えていくことになっていくのではない

来年から全ての医療機関も小規模の介護事業所や訪問看護ステーションも詳細な決算書が、都の検索で閲覧できるようになる 昨今のコロナ禍後の中小企業の倒産増加は、私達の医療・ケア・福祉事業も対岸の火事ではない

答えのない問いを問い続けるマネジメント

「医師がいないのです 紹介して頂けますか／病床が空いてしまって 収入が減額してしまって 患者さんを紹介いただけませんか／関東信越厚生局の調査で返還しなければならなくなりました その返還額は現預金を超えています どうやって資金繰りをやったらいのか そして、銀行に説明したらよいのですか」これらの相談 即解決したいと誰かに頼んで楽になりたいという安易なマネジメントに他ならない すべて、この結果責任は、経営者とマネージャーに向けられる

これらの問いは、AIでは回答が出来ない そして、この相談に乗ってくれる相談者などいない 仕方ないと割り切ってしまうマネジメント手法は、「経営者とマネージャーの魂の弱さ」を象徴している 今、いずれの医療機関も介護施設もケア事業所も皆必死であり、人間関係が良好であっても、この問いや相談に応じる余裕などないのが現実

だとするならば、あらゆる打ち手を考え抜く 行動すること以外にないのではない

AIに置き換えられないのは、窮地の盤面でのマネジメント

だからこそ、今期の周到な準備を怠らないこと そして、受験生と同様に 受験日当日の会場が開くまでの一分一秒まで、諦めないで参考書に向かって集中することではない

これは、精神論でも観念論でもない

過去の小手先のマネジメントでは、再編・淘汰の渦に巻き込まれて ネガティブな経営者やマネージャーの後ろ姿から伝達される力量に呆れて 職員は離れていく

「昔懐かしい地域の風景と現在の風景の違いに何を感じるのか」

「経営者の感じる力 その感性

そこに、これからの経営者とマネージャーが語る組織方針がある」

「人生の砂時計 砂は刻々と落ちている」

確かに死ぬまでエゴは蠢く しかし、このエゴを深く見つめること 蠢いているエゴをマネジメントしていく修行 未だ、道半ば 修行の身 非力で稚拙な経営者であるが、今、できること ささやかな修行

これからも この旅を続けていく 経営者として相応しい人間になるために 成長せねばならないと 日々、反省と内観を 人生の砂時計の音を聴きながら これからの危機を好機として ネガティブな想念を消し去り 自己限定せず、一步でも前に歩いていく

経営者とマネージャーや幹部は、自分の命を何に使うのか

「使 命」

その問い紙の裏側に書かれた 1つの文字

「志」

「すべての人間の人生には、大切な大切な意味がある」

了

【第二章】

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

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 財源問題はどうしていくのか 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、深く見つめ、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の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)を定めて波に乗ることが、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、EBMI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場所ではないだろうか 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場所である

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・メディカルの方数の表である。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ところである。「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える

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、地域毎のバリエーション統合による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ヵ年において、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ヵ年で、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ヵ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らば、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

今日の研修会の場合 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

【第三章】 終章

答申直前/危機迫る 医業・介護事業経営

過去にはない最悪の次年度トリプル改定はどうなるのか
答申改定率の次元を超えた試行実験 棚からぼた餅などない

病院や介護施設/事業所の経営は、
私達の「真価が問われる」改定に向かう

最悪と解釈するか 有難い試練としての好機と解釈するか
—この「解釈力」こそが問われている—

なぜ、これからのマネジメントや次年度の改定について、7月・9月・そして、本日3回にわたって連続で語るのか 誤解を恐れず申し上げれば、学生時代に病院実習で指導して頂いた大先輩から仕事で行き詰った時に、一昨年から今年 シンクロしているかのようにならぬかと電話が鳴ることが増えた「遠藤さん、元気かい 仕事は大変ではないか 俺は年寄になったから何も言うことはないけれど、遠藤さんが元気で頑張っているのであればそれでいい 頼むよ これからの病院をな」当時、この指導者の大先輩は、病院事務長であり、MSW からスタートした方であった 実習では、早朝から病院の廊下をモップ清掃、病院組織のことなどわからない学生に「今日は、うちの病院のボイラー管理をやっている人物と一緒に過ごしなさい」この実習で何を学べと言うのか 当時は理解に苦しみ、現場実習を嘆願するも許可を得られず、指示通りにボイラー管理をしている職員さんと対話しながら動いた 今思えば、病院の職員さん 誰一人いなくなったら患者さんを救えない 守れないことを体験から学べということ 真剣にボイラー管理をしながら、いくつもの病室を走り回り、温度や湿度管理をするボイラー技士さんの姿は忘れることができない

まだまだ、道半ばとは言え、あの先輩方のような大きな背中と器のような人間として成長しているのか 理事長とは名ばかりで、この天の配剤 この重責は、多くの先輩方が導いたのではないのか その職責に相応しい人間に成長せよとの声ではないか そこで、もう自己限定せずに、今できる全てを賭けて 次年度改定のことを深掘し、官僚とも会って話を聴き、国会議員ともセッションをする 前回の改定後から、直観ではあったが、今回は確実に大きな転換期であること そして、今、懸命に歩まれているご同行である同志や仲間の皆様と共に歩むことを腹決めした 今日も多くの方々の人生の貴重なお時間を頂戴し、浅学菲才ではあるが、等身大の己の姿で真剣勝負をさせていただく

まず、**今回の改定のキーマンは誰か** いかなる大企業でも病院や介護施設でも、誰かが準備をして、何かを目的にして、あらゆる職員、部下や関係者とネゴシエーションをして懸案事案や提案を決めて進めていく 経営者も経営参謀もリーダーも然り、常にあらゆる盤面 ご同行であれ関連企業であれ、特に決裁権限を持つ人物に逢う際には、裏を取り、ご挨拶ではなく、何を提案するのか、何を聞き届けするのか その一瞬に向かって周到な準備をすることは鉄則 これは、あらゆるビジネスでも業者折衝においても経営者や参謀であれば理解していることである

前回の第2章では、武見厚労大臣のことについて語ったが、推察の域ではあるが、確実に、次年度改定は、財務省と厚労省のキーマンが存在するのではないか 次年度予算も赤字国債4年連続40兆円超え、そして、コロナ禍で投じた国家予算に匹敵する多額な国家の資金を取り戻そうと財務省官僚であれば考えるであろう そして、総理大臣も変わり、政治家に対して、財政規律重視へ向かわせようと必死に根拠資料や説明を繰り返すであろう そして、財務省は厚労省のキーマンと社会保障コストを抑制・削減するための根拠資料の作成することを打診することは誰もが理解するところである 霞が関は近いが遠い存在ではないことを、我々は知るべきである 全ては、医療者や多くのエッセンシャルワーカー等が感染リスクを背負って懸命に現場で闘っている渦中に、次年度改定のこと霞が関で時間を掛けてネゴシエーションされていたのではないか

そのキーマンは、**診療報酬を取り纏める 医療課長 真鍋馨氏と介護報酬を取り纏める 老健課長 古元重和氏**である この2人の医系技官について、経歴や学位論文のテーマ、医系技官がセッションする座談会での語る内容等、出来る限り、ネット上ではあるが何度も検索してみた

今回のキーマンは、医療課長 医系技官 真鍋馨氏であること これは、間違いないのではないかと 決して、犯人捜しではないことは理解いただきたい 自身を振り返ってみても、人間が文書を書くとき 課題設定してテーマを決めて論文を書くときは、その人間の情動から湧き上がってくる内容になる 自身も、大学時代の研究テーマは、保健医療福祉のインテグレーション、大学院の修士論文 テーマは、医療機関のコア・コンピタンス経営とバーチャルネットワークに関する研究である

さて、真鍋馨医療課長の経歴と学位論文から、何が洞察できるのか 驚いたのは、まさしく、これまで財政審や政府の骨太骨子、そして、中医協でのテーマ設定と内容が合致している人物である 1999年 介護保険制度創設前 老健局介護保険施行準備室介護報酬係長から2000年施行時は、介護報酬専門官 つまり、誰よりも介護保険制度を知り尽くした人物である

その後、現在の療養病床の医療区分を作った元 医療課長麦谷氏とともに、医療区分の創設を含め、医療課長補佐として診療報酬改定の全容を知り尽くしていること その後、老健課長として、介護保険サービスに係る方であれば誰もが知っている 科学的介護情報システム「LIFE」を創設 発足させた責任者である

そして、コロナ禍 感染症法改正前から老健局の後輩医系技官である古元課長と今回の診療報酬と介護報酬改定についてネゴシエーションと根拠資料の取りまとめをしていたものと推察する

さらに、真鍋馨課長の学位論文テーマ、Abstract を読んだが、ここでも今回の改定におけるすべての Keywordに通じる内容である

その学位論文(医学博士)のテーマは、「歯の喪失がある一般高齢者の肺炎死亡リスクに対する口腔ケアの影響評価に関する研究」である 何人かの医師の学位論文を読んでいるが、真鍋馨課長の医学博士論文は、明らかに公衆衛生学や医療社会学を基本とした論文ではないだろうか そして、この学位論文は、「LIFE」設立責任者かつ老健課長であった2020年3月に書かれていること 何より、研究テーマの胆は、「費用対効果」であること

今回の改定の胆になっている高齢者に関する資料やデータも、直近の内容から過去の内容まで盛り沢山になっているのは、この学位論文を書く際にあらゆる先行研究からの内容であることも洞察できる 雑誌の医系技官のセッションでは、真鍋馨氏は、「医系技官の仕事に誇りを持って働いていこう」と他の医系技官へ語っていることも理解できた

さらに、現在、厚労省医系技官のトップは、(医務技監)同じ老健課長も歴任した迫井正深技監の存在 つまり、同じ老健局課長の先輩後輩であり、財務省とのネゴシエーション等も、この迫井医務技監の後ろ盾は大きいのではないか

組織は、人事がすべてであること そして、この抜擢された人物が、今回の診療報酬と介護報酬改定のキーマンであること このことで、自身も猛省しているが、介護保険サービスで当たり前に行っていることを、医療機関に隙や弛緩があったことに気づかされる彼らは、地域包括ケアシステムを構築すること、そして、真鍋馨課長の研究テーマでもある「費用対効果」の観点から、医療資源投入量の分析やコストパフォーマンスを甘く見ていたこと 医療と介護のシームレスな制度 報酬であるべきはずの内容が、実際には、医療提供側の論理で思考してきたこと、確かに医療資源の集中と選択 コスト 介護サービスへの架け橋をしっかりと作ってこなかったこと 究極、診療報酬や介護報酬の点数や加算ばかりを注視し過ぎたことにより、自身の魂の弱さから、主人公である患者の QOL、最期の盤面について割り切ってきたことは否めない事実である

次に、**今月11月1日に、財務省 財政制度分科会において、165ページにわたって、「社**

会保障」について、現在の社会保障制度の課題と今後の政策について取り纏められた本音と建前が発布されている。勿論、現政権の主政策である少子化問題の財源から記されているが、第3章では、診療報酬改定と介護報酬改定の内容を抜粋して説明する。

ご承知の通り、毎回、改定の際には、多くの族議員や与党幹部へのロビー活動が血気盛んになるが、介護保険サービスに係る事業者連盟等が与党の大物幹部に対して、何度も要望書提出や請願を繰り返している。その写真がSNS等を通じて発信されている。メディアでも介護人材不足や窮する介護現場の実態が赤裸々にテレビ等で報道されている。

一方、日本医師会からの要望は、懸命に医師会長や医師会幹部が強く訴えても、「診療所についての報酬アップなどはない。賃金は、診療所経営が良好な経営状況を踏まえて安定していることから、経営者である院長が経営努力すべきである」との回答は、この分科会の資料から、財務省も政府、厚労省も含め、明確に診療所の報酬単価を引き下げることが明記されていることから、理解せざるを得ない。

病院については、1)現場従事者の処遇改善(医師の働き方改革への対応 基金による支援) 2)地域医療構想の実現(看護配置に適度に依存した報酬体系からの転換) 3)公立病院改革の推進(公立病院の経営改善を促す措置) この3点が強調されている点は、過去にはない財務省の強力な姿勢が読み取れる。

調剤報酬については、予算執行調査結果の反映(調剤基本料 地域支援体制加算の見直し)の1点が明記されている。この予算とは何の予算を示すのか。地域の薬剤師会に確認をしたい。

また、特に、「公立病院等の経営状況」については、注視すべきである。当該医療圏(稲城 日野) 隣接医療圏(青梅 福生 阿伎留)、この5院所の実態は計り知れないが、これまでのような公立病院経営では、確実にメスが入ることが予見される。同様に医療法人における直近の経営・財務状況(財務省機動的調査結果)も看過出来ない。経常利益が黒字法人 約76% 赤字法人 24%であり、その額面と利益率には驚愕するものの、財務省が示していること、次年度から全ての医療法人決算内容がオープンに発信(義務化)されることから、今後は、詳細な決算内容が分析されて、財務省 厚労省による医療費統制と管理が進むことは確実である。

この診療所と医療法人の経営・財務状況がすべて真実であるならば、一般企業も懸命に経営努力していることもあり、「国民から当たり前努力せよ」と指摘されても数字だけ見る限り、言い訳すら出来ない現実を直視すべきであろう。

さらに、財務省の公的な文書に、参考としながらも、都内一般診療所医療法人の法人設立時期に基づく経常利益率の分析(武蔵野大学国際総合研究所研究主幹 松山幸弘氏「都内の医療法人決算が示すコロナ禍公費バブル 2022年3月」)を掲載し、末尾には、

「長年診療報酬改定の根拠とされてきた医療経済実態調査では、内部留保取崩しによる経常利益率低下を看過して診療報酬引き上げをしてきたことになる」と言い切っている点については、次年度、まずは、この研究者とのヒアリングをしたいと考える

これは、都内一般診療所医療法人の調査結果であることで、決して、医療法人の病院の結果ではないことを確認しておく この内容が真実であり、財務省の分科会公文書として明記されていることを踏まえれば、診療所と病院のすみわけと医師会の運営とあり方そのものを医師会自ら検証すべきときではないだろうか

病床機能報告では、これまで通り、財務省、厚労省が示す病床の機能分化を進めること、特に、駄目押しとも言えるが、「7:1といった看護配置に過度に依存した診療報酬体系からの転換 そして、10:1看護配置要件急性期入院料は廃止し、回復期への転換を促すことを検討すべき」との論調には変わりはない

では、これまで記した通り、キーマン等が、感染症法改正前から、医療課と老健課が共同して3回 共通課題を共有 多くの有識者と意見を聴いて取り纏めている

そして、次のステップとして、先月10月27日に発表された実態調査結果から導き出した方針は、「有限な医療資源と質の高い医療提供」「介護施設 介護事業所 障がい者事業所との連携」「高齢化に伴う高齢者救急の需要増大を見据えて、効果的・効率的な入院・外来体制」「医療従事者の負担軽減」「医師の働き方改革の推進」となっている

この調査結果から、今後の実効すべき課題が、下記の9点掲げられている

- 1) 地域包括ケアシステムのさらなる推進
- 2) 医療・介護・障がいサービス連携の実効性
- 3) リハビリテーション 口腔 栄養
- 4) 要介護等の高齢者に対応した急性期入院医療
- 5) 高齢者施設・障がい者施設等における医療
- 6) 認知症ケア
- 7) 人生の最終段階における医療・介護
- 8) 訪問看護
- 9) 薬剤管理

そして、この課題解決のために、「多職種連携」「情報の確実な共有と連携」を推進すること 効果的なリハビリテーションを行うための「栄養状態」改善が不可欠

その栄養改善のために「口腔機能」の維持・向上が最重要 医療と介護連携が義務化

要件 必須 主治医とケアマネジャーとの連携強化が必須 退院時における情報共有 シームレスな医療介護連携が必須 リハビリテーション 口腔 栄養の一体的推進強化 この一体的な推進をスクーリングすることが義務化 つまり、これまでの切れ目のある連携ではない 確実に繋ぎ 理解し そして、リハビリテーション 口腔 栄養の一体的な推進を診療報酬でも介護報酬でも要件 義務化していくことになる

これからの内容は、パワーポイントで簡潔に説明するので割愛するが、やはり、急性期一般入院基本料から療養病棟にいたる入院料において、高齢者特有の誤嚥性肺炎や尿路感染症、骨折、心不全等が最上位にあり、今回の改定の胆である高齢者医療へのコスト 医療資源投入量 費用対効果を踏まえた改定の根拠であることは間違いない 統計における入院患者の年齢構成も高齢化の一途、要介護別を見ても、介護を要する患者群の入院が顕著である 同じく認知症の症状は別にして、認知症も増加の一途

そして、在宅要介護高齢者の悪化の要因は、一般病院への入院が要因であることが指摘されている さらに、安静臥床の弊害が根拠資料として示されている

さて、今回の診療報酬改定の要諦を簡潔に述べる

超高齢社会において、医療資源投入量＝医療コストの費用対効果から 高度急性期や急性期の入院基本料の高い急性期病床で、誤嚥性肺炎や尿路感染症や骨折等の患者を入院させることが、高齢患者等にとって、果たしてよいことなのか

この問いこそが、今回診療報酬改定の最も重要なメッセージである

高度急性期医療は、救命救急、重篤な疾患や手術、難治性疾患の治療に特化すべきであり、地域医療構想で目標とする医療機能分化を明確にして、医療資源投入量と高齢患者のQOLの観点からリハビリテーション 口腔ケア 栄養管理をスクーリングできる回復期機能の病院で入院すべきではないか

看護配置に傾斜した報酬体系を見直し、重症度、医療・看護必要度、急性期はⅡ DPCに収斂し、上記の重症度分類は、根拠を示して変更する そして、※要介護高齢者をトリアージして、即、回復期機能等へ搬送すること

この搬送リスクについては、中医協等で議論されているが、13:1の回復期の看護配置では困難との意見があることから、10:1以上の看護配置になるのではないかと そして、経過措置の期間中において、回復期医療機能は、さらに、即、対応できるだけの医療提供体制を強化することが不可欠となる

一般病棟の重症度、医療・看護必要度の変更するA・B・C大項目はどうなるのか

A項目 モニタリングと処置 このA項目を下げることはすべての得点に影響するので、医療課がどう考えるか？ 5 輸血や血液製剤の管理のうち 専門的な治療・処置 ①～④までの抗がん剤や麻薬等に関する項目は2点から1点に格下げか？ ⑤放射線治療についても1点へ格下げされる可能性有

7 I 救急搬送後の入院 5日から3日へ短縮 II 緊急に入院を必要とする状態も5日から3日へ短縮 そして、2点から1点にされる可能性は否定できない

B項目は、急性期入院基本料1(7:1)は、除外

C項目は、18 骨の手術は、高齢者や要介護高齢者の場合の骨折は、11日～大幅に短縮される 19 胸腔鏡 腹腔鏡手術 5日から3日に短縮する可能性有

上記は、あくまで予見であり、今回の改定の要諦を思慮すれば、要介護高齢者や高齢者特有の疾患における項目 治療や処置 手術は、得点を無にするのか、期間短縮化することを設定するのか

注) 重症度、医療・看護必要度については、さらに精緻化される可能性があること 特に、AとC項目は、さらに項目が増えるのではないかと推察する

次の転院(下り搬送)による救急医療体制 休日・夜間 中等症患者について、図法で示されているが、厚労省の意図する下段の重症患者と中等症患者のトリアージによって、役割分担ができるのではないかと

つまり、「休日・夜間帯の中等症の患者」は、回復期機能&亜急性期機能を担保した医療提供ができる医療機関と解釈する これは、令和3年度新潟県提出資料の地域医療構想で検討された内容であり、※2次 3次救急の機能を明確にすることを意味しており、転院先としては、2次救急医療機関であり、回復期医療機能を持ち合わせた病院であると解釈する

今回の改定は、大枠の病棟機能変更等や要件が課されることから経過措置が設定されることは確実であるが、あくまで中等症状かつ即休日夜間の受入れとなると回復期医療機能に救急機能がなければならぬため、現行の急性期入院基本料看護配置 10:1だけは、2年後の改定までは廃止することなく経過措置とするのではないかと

この政策を進めていくとするならば、急性期・回復期・慢性期の入院基本料は、これまで以上に収斂され、地域医療構想以上の病床が減少することになることは誰が見ても理解できる しかし、即は困難かつ政策を進める官僚等の社会的責任や政府への社会不安が

増大することを最も恐れている この大いなる試行実験は、「経過措置期間」を設定することになるであろう

しかし、この大局的な方針は変わることがなく、次回改定までには、その結果と経営実態を分析したうえで、日本版マネジドケア(医療費統制管理)が進むことになるだろう

次に、DPC/PDPSは、現在、急性期病院群の85%がDPC算定病院であることから、高度急性期・急性期入院基本料を算定する病院は、DPCが要件化されることも経過措置を置いて、急性期群の仕分け、回復期機能への移行を報酬改定で進めることになるのではないかと

繰り返しになるが、財務省が強調している10:1の廃止については、現在の急性期入院基本料2又は4に収斂し、経過措置を置いて、まず、4を廃止するのではないかと 実態調査では、2と4の基本料について差異はないとする結果が出ていることを踏まえれば、10:1看護配置だけでは、急性期入院基本料から回復期機能へ移行せざるを得ないであろう また、急性期2へ格上げするのであれば、急性期としての重症度、2次救急医療等が絶対要件となることも推察できる

さらに、最も懸念するのは、コロナ禍での大混乱はあったにせよ、令和2年から4年までの2か年において、急性期群の病床稼働率が全体的に減少していることである 財務省はコロナバブルと揶揄するものの、果たして、あのパンデミックを乗り越えたのは、この急性期群の病床への入院受入があつてのことである これは、急性期群の病院経営者や経営参謀、現場従事者からすれば、補助金はあったにせよ、怒りを超え、病院組織と個の士気に関わる大きな傷跡を残しており、今なお苦悩、疲弊している 今後も継続する超パンデミック社会において、必ず、繰り返される感染を、一体、誰が守るのか 感染症法改正時も然り、都道府県知事の指示や命令だけで医療者が動くのか この間の医療者への賞賛と批判、非難の繰り返しは、志高き医療者への心理まで突き動かすことになることを懸念する

また、経営者や経営参謀が、今回の改定を受けて、意思決定することに対して、賃金は上がらず、あのパンデミックへの社会的評価もなく、政府の言いなりになっていると思わせないような丁寧な説明と説得、何より、離職を留まてもらうコミュニケーション力=対話が重要になるのではないかと 危機を好機に捉える まさしく、経営者と参謀の言霊力が問われている改定ではないだろうか

また、現在13:1 15:1の看護配置で地域医療を支えている地域一般病床は、これも経過措置期間を置いて、回復期医療機能への誘導 操作がされることになるだろう 決して、放漫経営などしていない病院群でありながら、何とか、救急告示病院として24時間365日

体制で一次救急を支えてきた病院群にとっては、病床機能を変えることへの抵抗やその機能を個と組織が理解して病院経営継続することは大変なことではないか 特に、1床あたり4.3㎡ 旧耐震の病院は高騰する建設費等により、窮地に追い込まれる可能性が高い

その意味では、すべてに共通するが、財務力を直視し、病床機能変更等については、今年度中に覚悟して、2月点数発表以降の経営者の意思決定が問われている 官僚からすれば、この改定を進めていくことで大手柄となり、出世することに繋がることは間違いなが、果たして、容易に現場従事者を操作できるのか 経過措置期間を極力長くして、現場や病院団体とのヒアリングを繰り返していかなければならない大改定であることであることを強調する

私見ではあるが、**財務省と厚労官僚の大いなる試行実験**であること 賢くおとなしい医療者や介護従事者等は、この大いなる試行実験の実態について、根拠を持って示す時期が必ず訪れることになるろう

さらに、霞が関の官僚と政府に対して、旗を振るだけでなく、決めるのは「選挙行動」で声を出せない患者さんと家族と共に、これから当社団研究会は他の団体とも共同して、この改定の影響と現場実態をデータと根拠、何より、「選挙」で地方議会や都道府県議会、国政選挙で訴えかける行動をしていかなければならない

今回の社会保障費削減を目的する診療報酬と介護報酬改定と同時にすべきことは明確である この公務員だけが守られる社会 我が国の行財政改革は幾度も失敗に終わっていること このハードランディングな大枠を変える改定は理にかなっていることは多々あるが、現場医療者が働く病院や介護施設、事業所無くして、患者の命は救えないということ、先般、政治家や企業経営者の悪質な不正等が続いているが、「生命の安全保障政策としての医療と介護等を守ること」について、大いに議論すべきではないだろうか 診療側も支払い側も二項対立はせずに、47都道府県の地域医療や介護の現状を踏まえたさらなる協議が必要ではないか 2年に一回の改定 介護は3年に一回の改定は、現場従事者の混乱と混迷を招くこと、全てではないが、過去の「国策」の失敗について、大いに反省すべきことがあることを、敢えて、この場で指摘しておきたい

さて、注目の回復期医療機能は現状維持で大きく退歩することになることについて強調する この地域医療構想＝病床削減政策は、超高齢社会において高度急性期・急性期群を削減し、大きな受け皿として回復期機能へ移行させることが主眼であることは申し上げるまでもない 地域包括ケア病床と回復期リハビリテーション病床は、今後、「多機能型亜急性期機能と回復期医療機能かつ地域医療とケアを繋ぐ冠動脈機能を担うこと」にな

るからである。取って、心臓機能を隠すのは、3本の冠動脈がしっかりと機能し、身体全体に心臓が血液を循環させることを意味する。つまり、地域医療とケア全体を俯瞰していくこと。そのための複数要件が課されることになる。

具体的には、看護配置10:1に引き上げる可能性があることは前述した。そして、高度急性期・急性期群から、極力、即、転送が受け入れられる医療提供体制を強化することが求められる。そして、リハビリテーション、口腔ケア、栄養管理のスクリーニングの義務化と実績。リハビリテーションは、現行の2単位からさらに包括されているものの2単位以上の実施が求められる可能性がある。実態調査では、1日あたりの医療資源投入量が入院後徐々に低下傾向にあることから、現行の60日の包括点数から14日以上から低減されるようなことがあることも否定できない。

歯科衛生士の配置、訪問栄養支援の実績、疾患別リハビリテーションのCM・訪問看護・訪問介護等への情報提供の必須化、要件化である。介護福祉士が多いことも踏まえてACPに参画し、その内容を診療録に記すこと、残すこと。さらには、高齢者施設や障がい者施設との連携(提携)医療受け入れ要件と実績が課せられることになるのではないかと。

同様に、回復期リハビリテーション病床には、地域包括ケア病床以上に要件と義務化、そして、第三者評価認定の認証を受けることなど注視することが沢山ある。

中医協の診療側の意見が多いことから、看護配置10:1の新設が地域包括同様に課せられる可能性は否定できない。徹して、アウトカム評価推進とFIM測定効果を厳格化していくこと。高度急性期から即受け入れ可能な医療提供体制の強化推進。

リハビリテーション、口腔(嚥下検査は必須)、栄養に係る職員体制配置要件。専任の管理栄養士による栄養評価とその結果は要件に課されるであろう。経過措置期間はあるにせよ、現在、第三者評価、医療評価機構の認証を受けていない病院は、別の機能がある病棟を持つ病院機能のすべてに認証を受けることが必要であることから、経過措置期間はあるものの、未受審の病院は早急に準備を進めるべきであろう。

そこには、膨大な帳票やマニュアルを要すること。過去の医療評価よりはるかに膨大なマニュアルが必要なこと、職員の時間外労働が超過すること、受審料も決して安価ではないことを含め、地域でナンバー1のリハビリテーション病院を目指すこと、それを具現化することを経営者や参謀、特に、リハビリテーションスタッフへの深い理解が極めて重要であることは指摘するまでもない。さらに、退院前後の訪問指導実績要件、疾患別リハビリテーションの書面を確実に在宅医療、ケアを担う地域スタッフへの伝達手段と内容が問われる。身体拘束に関する何らかの業務基準を作成することが要件化されることになるが、これも書面で記することになるので、DXによる業務の効率化や合理化、さらには、地域リハビリテーション、地域貢献活動の参加についても要件化されるであろう。ここまで要

件化される回復期リハビリテーション病床は報酬が上がらないこと、さらには、急性期同様に入院基本料1に収斂されていくことを思慮すれば、いずれの病院機能も同様であるが、厳しい試練を、いかに解釈するか この回復期リハビリテーション病床だけを取り上げても、「2年の経過措置は絶対に必要」であることを強調する

次に、慢性期領域の療養病床等(病棟)について記述する 平成18年に導入された医療区分による入院患者のすみ分けは、慢性期医療だけでなく、急性期病院からの転院や退院問題＝出口問題が露呈した 当時、厚労省のヒアリングに、医療法人社団永生会の安藤高夫理事長先生の指示で公式会議に参加する機会が与えられた 著名な高度急性期群や急性期病院の院長等に囲まれ会議に説明した 誰も、全く「医療区分」を知っている院長はおらず、問題提起したポイントの一部は官僚にカットされていたこと これが、官僚の会議の取り纏めの手法かと驚いたが、いずれの慢性期の病院群は、1単位の病棟で年間約4,000万～5,000万減収になることを共有し、そこから、慢性期群の病院は、必死に区分2・3の患者を集める行動をスタートした 当時は、療養病棟1単位とは言え、現場で働く職員さんの説明集会を何度も開催し、医療区分のこと 減収の額面も含めて頭を下げてお願いしたことは、ある意味、職員への給与を超えて 病院が潰れるか 修羅場の日々であったことを回想する 今思えば、有難い修行の機会 試練であったと語れるが、医師や看護師等の理解を得るには、誰もがかなりの時間を費やしたのではないか

さて、今回の改定では、患者の疾患と状態としての医療区分3と処置等の内容を含めて、医療区分1－3の組合せを、医療資源投入量の差異を明確にして、「医療区分の精緻化が為される」「11月22日中医協で慢性期の課題や論点等が発表」されている

現在の3分類から処置と病態を含めて、9分類マトリックス区分へ変更させることが確実となった 誰もが予見することであるが、医療区分2・3の内容を精緻化していくことが進むことになるであろう

具体的には、「酸素療法」「頻回な血糖検査の実施」「パーキンソン病関連疾患」「24時間常時監視管理」「介護医療院でも当たり前に実施している吸引喀痰1日8回以上」そして、「IVH」について、別枠で大量の紙数を使って論点整理されていることを考えると、パワーポイントで示した通り、経腸栄養を優先すべきであるとの診療ガイドラインを根拠に、漫然とIVH管理することは、確実に区分算定から除外されることは必至ではないだろうか 前回の第2章で厚労官僚とのヒアリングでのやり取りを語ったが、「在宅復帰強化加算」の要件化についての問いに対して、官僚から「特に現在考えていない」、そして、中医協で医療区分の内容を深めていく協議をすることになるとの回答は、この「精緻化をする」意味であった

現時点では、9分類区分マトリックスがどのようになり、区分算定の精緻化について説明しきれないが、全ての病院機能 入院基本料同様に報酬の変更を超えた精緻化になること現状維持では大きな退歩になることは確実ではないだろうか

さらに、療養病棟のリハビリテーションの論点において、区分1 ADL1の患者群へのリハ算定が多いことが指摘されており、この制約に併せて、重度2・3区分の患者群へのリハビリテーション算定が課される可能性がある 唯一出来高であるが、点数算定だけに視野狭窄なリハビリテーションスタッフも、この改定を機に意識を変えるべきであろう「点数を上げる 稼ぐ」このリハビリテーションスタッフの意識を確認したうえで、経営者や管理者は指導をすべきことではないか

また、特定行為研修修了看護師の配置が、現在、療養病棟で約4%であることを指摘している これも推察であるが、医療区分の精緻化でさらに重度の疾患や病態・処置行為が増えることから、5%以上の上述の修了看護師を要件化することになるのではないかと

そして、この新たな医療区分算定については、次年度6月からスタートすることも懸念する したがって、1月時点の〇〇点の発表以降、早急に現場従事者皆で、患者・家族も知らない 従事者も知らないでは困ることから、事前の説明の機会が必要となるのではないかと 減収はともかく、区分2・3が80%以上とされている療養病棟そのものの運営が出来なくなることに 特に、医師への深い理解と看護師等、全ての従事者への説明を準備すべきではないかと そこに、決して、不正請求等は許されないこと この不正は、いかなる矛盾があろうともやってはならないことを警鐘したい

データ提出要件については、第2章でも記したが、全ての病院機能(入院基本料算定要件)に課せられること しかし、精神科の大半を占める「精神一般15:1」「精神療養病棟」「認知症治療病棟」「認知症療養病棟」だけが課されていない現実と電子カルテ導入率が低いことを踏まえると、ここは、厚労省と日本精神病院協会の真摯な協議において、経過措置期間設定時期のさらなる延長することを優先事項として進めることを要請し合意形成すべきではないだろうか

当事者ではないが、昨今の厚労省と日本精神病院協会との関係に距離を感じるのは私だけであろうか 主張が正当であっても、まずは、実態を踏まえて協会は現場の実態の理解を促すことを優先すべきではないだろうか 病院団体とは、団体に加盟する病院群を継続させること そこで懸命に働く職員の雇用を守ること 何より、精神疾患かつ窮する患者の命を命として扱うこと

このデータ提出の課題は至急課題、かつ病床稼働率の低迷による収支差の悪循環等、組織は生き物であり、いずれの病院組織に共通するが、すべては、経営者の責任であること

次に、これからさらに増える在宅医療(訪問診療等)について述べる 当然、人口統計からも地域医療構想の具現化等によって、在宅医療ニーズは増大することは誰もが理解するところである

昨今、在宅療養支援診療所の届け出が落ち着き、一斉に病院群が在宅療養支援病院として増加していること **在宅医療は即何かあれば入院が出来る病院病床を保持する病院が、今後、主導することになろう** 第8次医療計画では、都道府県が地域の実情を踏まえて医療計画に「圏域」設定を進めていくことが記されている

中医協の課題と論点整理においては、「急変時の対応」が最も進んでいないことが指摘されている あらためて、24時間365日の迅速な医療者行動が求められていること そして、居宅だけでなく、介護施設や障がい者施設への対応や小児や幼児への疾患の訪問診療も増えている

そこで、これは**警鐘ではあるが、上述した課題において、「80%以上が施設総管」つまり、同一建物の介護施設等に偏重していることを指摘していることである** これも同一建物については、「移動距離」と大勢の入居者への診療ができることを受けて、報酬が居宅と比して、4分の1にカットされたこと このことで、在宅療養支援診療所を廃業する医師がいたことも事実である これは、当時、陳情行動を繰り返したが、意図的かつ恣意的な改定であったこと

したがって、施設を中心に訪問診療を実施している診療所・病院は、80%又は70%かはわからないが、何らかの減算措置が講じられる可能性があること おそらく、100分の80 100分の70 つまり、報酬をさらに、20%から30%減額されることも過去の経緯から否定できないのではないだろうか

また、介護保険制度における「居宅療養管理指導」について、さらに、施設総管が過半数の院所について、切り込んでくる可能性も否定できない そうなれば、上述した減算を加えると、医師の人件費や院所に関わる職員の人件費を考えると、院所経営は継続出来なくなることになる

ここで強調したいのは、介護保険制度上の「居宅療養管理指導」の書面は、当たり前であるが、医師が訪問から院所へ戻ってから、夕方以降に丁寧に記載する重要な書面であり、AI や DX を駆使しても、この書面の重要性は、後に述べる介護サービスとのシームレスサービス提供において極めて重要であり、あくまで医師が最終的に記述する書面である

さらに、明らかに一部であるが、月300回を超える医療機関があること この回数は理解に苦しむが、これは、厚生局が査定し、現場で実地調査し、返還か減額すれば良いことであり、異常な回数を課題と論点に記する点は、この文書を作成した恣意的意図的かつ現場軽視 患者軽視 一部と信じるが、官僚の小賢しい姿そのものである 本来、課題と論点は、

シンプルに言えば、「患者のために良きことになっているのか」そして、「診療所や病院がやりたくても出来ないようなことを課題として、それをどうすれば軽減、解決できるのか」これが、課題と論点であること 一部ではあろうが官僚の恣意的意図的な操作主義の記述は、今後、我々も含めて、病院団体や同業者とともに、丁寧かつ真摯に指摘 反省を促すべきことではないか

報酬について述べるが、「令和4年5月時点＝コロナ禍における情報通信機器を用いた診療を行った診療は、全体の約0.05%程度となっていることを指摘している この情報通信機器を用いていないことを敢えて算定状況とする根拠は、月2回一律の訪問診療ではなく、情報通信機器を活用して診療をするべき つまり、適切に診療回数を設定し、一部の安定した患者については、軽減せよとのメッセージと捉えることができる

当然、情報通信機器を活用することには全く異論はないが、今後の院所の訪問体制については、患者の疾患や病態・症状によって、訪問回数を増減させることは理解するところである そこで、重要なことは医師が診療録に、なぜ、2回訪問診療する根拠を記すること そして、情報通信機器の活用を進め、その内容についても、必ず、診療録に記する(録音や録画等も含む)ことが義務であることを、あらためて、強調したい

「根拠と真実は、すべて診療録にあること」このことを、再度、改定前に、医師や在宅に関わる全てのコ・メディカルの記事も含めて周知徹底することが重要である

今回のトリプル改定について、障がい者分野の改定について深堀を試みたが、実際の現場や実情をヒアリングすることが出来なかったことについて、深くお詫び申し上げます

しかし、第2章で記した来年改正で、社会的弱者への支援が強化されると述べたが、前述した 11月1日発布 財務省 社会保障では、障がい者分野の報酬も減額するような内容が列記されている この内容については、別の当事者にお願いして、当該診療圏、隣接診療圏に偏在する精神科単科病院の経営状況の変化に併せて、再度、障がい者サービスの内容と報酬について、情報共有する機会を設定することを検討したい

繰り返しになるが、精神科単科病院は何処へ向かうのか この問いは、前回のオープンセミナーで当社団理事の三田村氏から、赤裸々な精神科単科病院の実情を聞き届けする機会が与えられた そして、「アウトリーチ」の難易度も理解するところである さらに、建設費や物価の高騰、人件費問題も含めて、容易に精神科の患者の住まいを創ることは、財務状況にもよるが、同志等のコメントを聴く限り、全てが不採算事業であり、新たな事業展開については、今、すべきか または、病床の住まい化からすべきか これから、何等かの政策が発信されると推察するが、今、出来ることは何か このことに懸命に走り回っている経営参謀の姿を拝見するたび、精神科の患者の幸せを希求していること、そして、事業性が低いメンタルヘルス事業への取組など、山積する仕事を抱えながら多くの制約の中で動いている姿

これこそが、生きた智恵ではないか

今回の全ての改定に共通することは、現場の生きた智恵 経営参謀の実践行動こそが問われており、それをコミットする経営者の姿こそ 切迫する医業・介護経営にとって、大切なことであること、日々痛切に感じる いずれの現場でもうつ症状や精神症状で職場を離職又は休職せざるを得ない職員が増加している 介護離職だけではないこと 確実なことは、この複雑かつ紛争も終焉しない緊迫する世界情勢において、78年間、戦争がない国 日本 そこで、生かされている人間にとっての使命を全うしようとする この若き経営参謀の走る姿 苦悩する姿こそが、領域を問わず、腹決めして失敗を恐れず、少額な原資で マネジメントを進めること この日々の苦行こそが、参謀を成長させることは誰も否定できない

精神科単科病院の軽々な生き残り、サバイバル論ではなく、ダウンサイジングをするのか、身体合併症をやるのか、アディクション等に特化した診療を進めるのか、一部でも介護医療院への転換を進めるのか 精神の訪問看護ステーションを創設し、そこで、トリアージされた患者を 短期で入院 または、外来・訪問し、生活支援や就労支援へ結びつける悪戦苦闘の活動をしていくのか

企業の障がい者雇用枠は、さらに強化されていくことは確実 就労支援活動だけでも出来ないものか 「人格障害だよ 治らないから」だけで切る捨てるのか 「発達障害だからどうしようもない あの職員さんは早く辞めさせたほうが良い」と過去に精神科に同行受診した職員の診療後、自身に向かって言い捨てた医師の姿は忘れることは出来ない 確かに治らないが、その人間にとって、抛り所がない 誰にも理解されない このことを、誰かが光を届けること、昨今、NPOや企業も発達障害の児童への教育を展開している

もう、長期収容型精神科単科病院で利益を出していく時代は、とうの昔に終焉していることを理解すべきは、経営者ではないだろうか

次のテーマに入るが、今日も、「薬がないと説明し謝罪する 調剤薬局の薬剤師の姿」がある さらに深刻化する薬剤不足問題は、後発薬品メーカーへの護送船団によって、薬価切下げとジェネリックシフトを強化してきた厚労省 そして、ジェネリックメーカーの相次ぐ不正、コロナ禍から薬剤不足は増加の一途であったが、先般の薬剤不足は深刻化している

この問題について、国会議員にヒアリングした 「先般の薬剤不足問題は、最も頭が痛いところであり、年単位で継続することになる」 誠実かつ正直に回答して頂いたことに感謝したい

一方、11月1日の財務省の資料によれば、「後発医薬品の安定供給の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 中間とりまとめ」で、「取り得る一連の施策について提言を行う予定」と記され、「安定供給等の企業情報の可視化」、「少量多品目構造の解消」だけが記されているのみである。この内容1枚で理解できるが文書は綺麗であるが、内容は、「言い訳」に過ぎないのではないか。

だとするならば、調剤薬局の薬剤師と医療・介護、福祉領域で新たな仕事が山積していることを深く見つめることが重要ではないだろうか。不足する薬剤問題は、病院も調剤薬局も在庫調整する薬剤師によるヒューマンネットワークによる仕事へシフトすること、ご同行であること。そして、システムではないヒューマンネットワークにより、必要な薬が届くような取組を病院も含めて、問われている。

財務省が記した内容を批判することは今日で終わりにして、当該医療圏5市の薬剤師会と医師会、病院等で、この大きな課題。年単位で進む薬剤不足を解決までは出来ないにしても、軽減できる智恵と行動を共にすること。何処の在宅にも残薬。飲み忘れた薬剤が沢山あることを見てきた。

そして、特養にも、サ高住にも、ショートステイにも薬剤師の存在がない。医師や施設管理者等と徹して、不足している薬剤について、上述したヒューマンネットワークで軽減、解決できることがあるのではないか。

確かに、薬剤師の需給バランスは崩れ、過去の医師に次ぐ高度な知識による社会に対する社会貢献は誰もが理解していること。昨今の調剤薬局経営者の苦悩は計り知れないが、急激に増えた夜間休日対応を整えている薬局は、約74%と医療課の調査で明らかになっている。まさしく、施設を含め、在宅薬剤管理の取組へのシフトチェンジが期待されているのではないだろうか。さらには、患者の終末期の盤面には90%が関与していることも評価されている。「居宅療養管理指導」で、在宅IVHや疼痛に対する麻薬管理等、薬学的管理が行われている。当事者ではないが、「薬価差がないから儲からない。調剤だけやっていれば儲かったのに」と嘆く経営者と「これから、薬剤師が本領発揮し活躍できる時代」と語る経営者。この2人の調剤薬局経営者の薬局の大きな分かれ道になるのではないだろうか。

そして、真鍋馨医系技官/医療課長が強調している「リハビリテーション 栄養管理 口腔ケアの一体的取組」は、すでに記述したが、全ての医療機能に要件としてされることは確実ではないか。すでに、手前どもで試行的に進めているが、これから増大する窮する在宅療養患者の栄養管理については、子供の食育同様に重要なことであることは申し上げるまでもない。

あらゆる院所や医療施設としての老健施設や調剤薬局でも実践している。勿論、院内、

施設内の食事も重要であるが、これから訪問栄養食事指導の職場内の理解 特に、医師の理解が重要である この訪問栄養食事支援活動は、訪問介護同様に、極めて、高度な知識とノウハウ、カウンセリング、ホスピタリティが求められることになる

これから、あらゆる院所で、在宅医療や訪問看護、訪問リハビリテーション、歯科衛生士による口腔ケア、そして、この訪問栄養食事指導と地域の調剤薬局や様々な介護サービス、あらゆるご同行の皆様と共に、地域包括ケアのヒューマンネットワークが形成されることになるであろう

次に施行から23年経過した介護保険制度とサービスについて、マクロ的な視点と現実の現場の実態を踏まえて、現時点での状況と予見する内容について記述したい

まず、施行から23年 理念は継続されているが、あまりにも安価な報酬と法人格であれば事業が出来ること 超高齢社会だから儲かるとの安易な思考の企業は淘汰され去っていった そして、中小事業所の競争激化と保険者(区市町村)の介護保険特別会計が限界にきていること

そして、何よりも、支えて 人材不足の恒常化 この人材不足問題は、我々の世代で解決し得る課題ではないと考えている

ネット上でもメディアでも廃業が相次いでいる配信や報道 この配信等により、介護人材は、より一層、介護職からの転職を促すようなネガティブフィードバックに陥っている 今、政府も、この介護人材不足について、根本的な解決策はないことが、前述してきた 財務省の資料からも一目瞭然である 内閣総理大臣賞の賞状は頂きたい心境はあるが、これも好事例の横展開と記載されている通り、軽々なキャッチコピーと捉えている経営者も現場従事者も多いのではないか

社会福祉法人の経営の協働化・大規模化は、後ほど記述するが、経営実態調査結果を見ても、赤字と赤字の社会福祉法人に経営再建の道は険しいことは誰でも理解できる 賃上げの呼び水としての処遇改善加算は唯一救われることであるが、処遇改善加算による賃金を上げる施策が長期化しているので、介護職にとっては、この処遇改善制度は、貰って当たり前の世界になっていることが洞察される

給付の適正化での事業拡大による効率化の単価への影響を経済学的に主張しても、現場従事者は決して心が救われないこと そして、伝達されていないこと サ高住の適正化で同一建物内の通所介護やケアマネジメントの囲い込みは一部であり、事業性に乏しい事業であり、入所者にとっては、厚生年金の範疇で入所できるサ高住も標的にされるばかり

で、あまりにも、政府や財務省の思考そのものが現代社会とはかけ離れており、何処かに戦前の家事は妻や娘がすること 介護も然り この我が国の進化を見据えていない点は看過できない 社会で介護を支えるとの理念と5つ目のお互い様の社会保険制度である重要な制度は、この23年で行き詰ったことを物語っているのではないかと 介護保険の病床廃止のことで議連を立ち上げた自民党本部の会合に末席で参加した

その時に、現総理の先輩かつ総理候補の筆頭であった 故 加藤紘一先生と対話したことを今でも鮮明に覚えている

「君、私の出身の山形県ではな 親の介護をしない嫁や娘は村八分になるんだよ この介護保険は、現金給付にできないものかな 日本は島国だが、県によって文化や歴史の違いがあって全国統一の現物給付はそぐわないと思うが 君はどう考えるか」

これは、決して、大政治家の批判ではない 本当に優しい眼差しで若造である私に向かって 加藤先生の故郷である山形の実態をありのままに語られたことであり、支持者の方々の声でもあることでもある

大物政治家 宏池会のリーダーである加藤紘一先生に、恐れ知らずの若い私は、「もうすぐ総理になる加藤先生が、その話をしてしまつては、この介護保険制度の理念もビジョンも無くなってしまうので、どうか、先生、現金給付の話をされることはなされないほうが宜しいかと存じます」と、失礼ながら申し上げた

確かに、故 加藤紘一先生が語ったことは考えさせられた 雪深い東北 我慢強い東北の方々 北海道も同様であるが、冬は毎日雪かきから始まり 夜も屋根から雪を降ろす危険な作業が続く 家族の絆も深い 医療にせよ 介護にせよ サービスを受ける サービス提供する側も都下に住む我々にとっては想像を絶すること

このエピソードは初めて記するが、最も大きな課題である「担い手不足」20年後は、65万人が必要であることが誰もが知っていることである そして、スマホ世代の若い方は年金など無いだろうと儉約思考であり、将来への不安に対して堅実に貯金 結婚や子供を持つことにコスパが悪いと発する方もいる お金を掛けないでいかに生きていくか 長寿国の日本の介護保険制度は、何処へ向かうのか 頭脳明晰な財務省官僚も現状と課題の整理で、「限界」と記している点は、今回の経営実態調査結果も含め、厳しい介護保険制度 財源問題以上に支えて不足がどうにもならないこと しかし、これからのニーズは増大していくことから、まずは、ネガティブ思考からポジティブ思考への転換を現場から進めることが大切なことではないか

加藤紘一先生が語った現金給付は、この支えて不足でどうにもならない現実においては、介護ができる家族を有する家庭においては現金給付の思考も一理あること、現金給付か現物給付か 当然、第三者がジャッチするしくみがあってのこと 都下では地方の安価な住宅型有料ホームへの入所が増加の一途 この選択制にすることも考える時ではない

かと思うのは私だけだろうか 病院は短期入院 施設も在宅復帰 看取り加算ばかりが列記される介護施設等 介護休暇での離職が増えていく 保険者が市区町村 生きた「智慧」で試行的にできないか

今後は、さらに、保険者＝区市町村 組長と執行部 地方議会の責任は重大になること 介護保険は、区市町村の組長が、経営者だからである そして、その経営者である組長が経営者として仕事をしているか さらに、市民を代表する議会の社会的道義的な責任が問われていること 現在、我が国では SNS の利用者は80%を超え、今後、過半数の方が SNS 等で繋がることになる時代へ向かう 市民参加型の行財政改革を進めていくには、市民のあらゆる声を整理できる AI 等を駆使して、市民参加型の行財政改革を進めていくことになるかと予見する 予算主義の弊害 予算を全て執行するのではなく、あらゆる企業も病院も介護施設がやっているように 1 円でも収入を増やし、支出を少なくする この予算ありき この予算をいかにして分配するか現在の介護保険制度同様に、性急な行政改革＝切り捨て財政にならざるを得ないことが起こること それが、直前か間もなく起きることとは誰もが否定できないであろう

介護保険制度について私見を記すつもりはなかったが、あまりにも財源問題ばかりに捉われ、20年後には支えてが65万人以上不足すること 加えて、ICT機器 介護ロボット活用で人員配置を効率化する 看取り加算ばかりの列記 そして、少額な加算と要件化 これを現場の介護職や看護師、相談員、CMへ説明すれば、誰もがネガティブになるのではないかと危惧するからである

今日、勤労感謝の日であるが、街中を走っている車両は、介護や看護の訪問車両ばかりであり、隣の部屋でケアマネージャー等が高齢者の窮する家族からの電話対応に追われている

そして、全ての介護施設も介護事業所も大小問わず、決算書が可視化されることによって、若い志高い学生や介護職等は、親御さんから、「勤め先の経営が大変だな 転職したかどうか」これが、親御さんの本音ではないだろうか 決算書の可視化は重要であるが、都下の社会福祉法人の経営実態は赤字に転落していないだろうか 社会福祉法人は売買できないこと 土地や建物(資産)は、一切、担保にはならないことを思慮すると、赤字が3期連続継続すれば、金融機関も融資することを躊躇うのではないかと 融資さえしなくなるのではないかと 株式会社である地銀、メガ3行、そして、信金も含め、今、1円でも利益を出そうと必死に闘っていることは、第1章で記した通りである

社会福祉連携推進法人も赤字同士の社会福祉法人を統合しても一部合理化できることはあるが、経営の再建は容易ではないことは、この大規模化が進まない大きな事由であること これも繰り返しになるが、現預金が枯渇して業者への支払いが出来なくなること

で倒産するのである。経営努力は経営者や参謀の責任で執行すべきことであるが、体裁の安価な加算だけの報酬改定を継続するならば、支えてである介護職の賃金アップや賞与減額等、結果、離職に追い込むことを真剣に考える時ではないだろうか。このような事態にいかに対処すべきなのか。

誤解を恐れず申し上げれば、経営再建が出来ない法人。特に、社会福祉法人は、理事者を社会から信用と信頼を得ている介護企業のメンバー、つまりボードメンバー(理事者)を交代させることを保険者や都道府県は認めるべきである。中小も然りであるが、ここまで介護保険サービスが進化していることは、企業の参入によって、競争が働いたことによるものではないか。競争なきところに進化はないと考えるからである。コンビニ、スーパー、あらゆる企業も切磋琢磨し、不眠不休で努力してやっているからこそ成長しているのではないか。

未だに、営利企業だからというレッテルが都道府県や区市町村の一部の公務員に陰性感情の意識があることを指摘しておく。企業やあらゆる法人格に対して、保険制度創設から認めてきたことである。複数の大手介護企業の経営陣や経営者とお逢いしているが、徹底して支えてを雇用し、研修を何度も開催し、介護サービスの質の向上、合理化、効率化を進めている。社会福祉法人は性善説で成り立ってきており、利益を出す必要がないと一部ではあるが豪語する経営者がいることも事実である。

しかし、利益がなければ、職員の雇用どころか、賃金や生活を守ることは出来ないことは、経営者や参謀、リーダーならば誰もが理解していることである。医療法人も然りであるが、今回の改定で、診療所や病院が儲かっているから診療報酬を下げるとの財務省の思考そのものが間違っていないだろうか。コロナバブルで儲けた病院と揶揄するマスコミもメディアには感染しなかった人物はいなかったのか。すでに、コロナの補助金は賃金アップ等に遣われていること。コロナバブルと揶揄する方々は、あの修羅場の現場をどれだけ見ていたのか。

経営努力をしているからこそその利益であり、その利益から納税していることで社会に貢献しているのではないか。そこで懸命に働く職員がいるからこそ、社会保険料、住民税等も全て1円も残さず徴収されていることを忘却してはいるのではないか。これから、特に人口減少で働き手が不足するなかで、いかにして、納税者を増やすか。高齢になっても働いて納税して頂き、その血税をいかに分配するのが、財務省が政治家に提案し、国政、都政、市議会等で真剣に議論すべきではないだろうか。

敢えて、一部の不正だけを取り上げて、コロナバブルで儲かっているという評論や揶揄は、病院等の医療者や介護従事者だけがすべて共犯扱いのように批難していることである。「批判と非難」。この意味の違いがわからない一部のSNSの声やメディア報道、研究

者等、これこそが、某週刊誌等と同じレベルであること 現代社会の病であること この場で多くの方々が言えないことを代弁しておきたい

そして、**懸案事項は、3年半後の介護報酬改定へ持ち越し**となっている まず、軽度者を財源問題から公的介護から共助へ移行させようとする曖昧な「総合支援 生活援助サービスの給付のあり方」、そして、「ケアマネジメントに関する給付のあり方 一部利用者負担化」、「そして、所得による負担割合の見直し これは、国政が落ち着けば、法改正する予定であったが 延期せざるを得ない」懸案事項である

併せて、財務省は、多死社会へ向けて、新たな増税を時期はともかく打ち出すことになる う まず、相続税である 企業からの法人税を増税すること 介護では、共助と自助へのシフト 地域支援事業＝要介護1・2への訪問介護や通所介護の事実上のサービス規制は、次々回の改定(第 10 期計画)で進めることが目論まれている 何度も地域支援事業は懸案として挙がり、延期されているので、3 年半後の改定の時期にどのように変わっているのか

政府や財務省や厚労省がいかにして進めるのか 懸案事項も含め山積する課題があること これも、事実上の介護保険制度行き詰まり現象を象徴し、我々も深く考え抜くべきことではないだろうか

人材紹介会社の規制強化を進めることは決まっているが、一部の悪徳な事業者の排除に留まり、数社だけが残ることになるのではないか 法的な規制をどこまでできるかがポイントになるものの、全て、紹介会社を排除することは法的に困難である これは、厚労省が作成するガイドラインによる適正化を進めることになるかと推察している

サ高住のケアマネジメントの適正化についてであるが、一部の不適正な事業所のみを発信している事実があることは明らかである

このサ高住事業は極めて事業性が乏しいことを強調おきたい 私自身が、都モデル第 1 号を創設したこともあり、医療法人や社会福祉法人の職員給与で介護事故を防止しながら進めれば大幅な赤字になることは事実である 特に、同一建物減算がすでに存在するが、これ以上の減算は法外であり、当事者団体と最終陳情をしているところである 一部ではあるが軽々な介護保険のコンサルタントは講演で減算されるのではないかとコメントする識者もいるが、**現場の経営者とすれば、医療・介護難民を出してはならぬとの使命から、病院退院後の多様な生活の場の選択かつ厚生年金で賄える住まいは、医療・介護難民にとっては、救いの場であり、この住まいによって、年間2,700億円の介護保険財源が減少することも根拠を示して提示している**

介護付き有料ホームも含めて、あらゆる選択肢から終の棲家を選ぶのは、財務省でも厚労省官僚ではないこと 「高齢者と家族であること」を強調しておく

11月10日 前年の「介護事業経営実態調査結果」が発表された この実態調査は、調査事業の母数が少ないこともあること、そして、安価な報酬かつ小規模事業所が多いことから、**利益率で安易に評価することは絶対にしてはならないこと**である

この経営実態調査で明らかなことは、介護保険施設の特養 老健が、すでに、収支差がマイナスであること このことは、これまで記してきた通り、極めて、深刻な事態と捉えるべきであろう

この結果を見る限り、福祉用具貸与の一部自費にする制度改正だけが何とか継続できる事業である その他は、パート職員 1 名も雇用できず、移動車両が軽い事故にあえば、即、利益が吹き飛び 極めて、悲惨な経営の実態である

さらに次年度から義務化される決算内容の開示義務 可視化で明らかになるが、**昨今の相次ぐ廃業を裏付ける最悪の収支差になることは確実**である

では、全ての事業に収支差がない、つまり赤字転落であることは明らかであるが、既に、**収支差が赤字で窮する介護老人保健施設(老健)の改定**について記述したい

ご承知の通り、約 40 年前、「中間施設構想＝病院と在宅を繋ぐハブ施設機能」としてシンボリックに現厚労省から発信された重要な施設である 昨今の施設の同志とのヒアリングや現場を見る限り、皆、病院同様に走り回っている姿 これこそ、超在宅復帰強化～在宅強化型老健を象徴している この在宅復帰型を進めることなくして、経営が継続出来ないことになるからである

一方、特養待機待ちの入居者を囲い込み、病床稼働を満床にしている一部の施設が今なお存在していること この施設を決して否定することではない つまり、老健の機能分化政策を進めたいがために、3か月で居宅や在宅扱いの施設へ戻そうと必死に闘っている施設と長期特養待機型の施設について、財源問題から性急に進めたことによって、大切な介護の支えてを失い 仕事の遣り甲斐 ケアへの志や深い想いを抱く職員の素直な気持ちを奪い取ったかのような退所促進エンジンのように扱ってきたこと 何より、安価な報酬単価によって、今回の経営実態調査の結果になっていること あくまで、**中間施設構想の凝り固まった理念の体裁先行型** そして、財源だけに注視してきた政策担当者 厚労官僚の責任や都道府県、保険者の責任は重大であることを強調する

国と東京都の補助金によって創られた施設＝税金が投入された施設が、今、経営危機に迫っている現実を厚労省や都、保険者、議会は黙って見過ごすのか

先般、都立病院9院所の赤字400億円により、この9院所は独立行政法人化へ改組した先日、長年、この赤字病院で従事してきた都立病院職員とディスカッションする機会があった 現状への怒りで熱くなる職員の話の黙って聞き届けしたが、私は、「命まで取られ

るわけでもない 大切な患者さんが傍にいて プロとして働ける職場と仕事がある」と答えた **「公私格差」と「意識の格差」**には、あらためて、強い情動が湧き上がってきた

民間病院、企業も上述した老健施設で懸命に働く職員からすれば、「退職金どころか、来月の年末賞与を支給されるかどうか さらに、従事する施設が潰れるかもしれない不安と向き合って今現場で悪戦苦闘している」この現実 この矛盾を把持して経営者と参謀は何を見つめて働いているのか **明日もない 過去もない極限の世界で苦悩し続けているのではないか**

この老健の経営危機の課題は、長期特養待機型の入居者が多い群の報酬低減を徐々に進めながら現場実態を踏まえて、本来の中間施設への転換を推し進めるべきではなかったのではなかったのか

今回の課題と論点を見ても、基本料には触れずに、安価な加算をつけるだけに留まっているかのようなようであったが、小さな文字で若干基本料に差をつけると記されている

個人的な期待を込めて申し上げれば、**長期特養待機型老健の基本料を低減した投入量を、超強化型と強化型の入所基本料へコストシフトすること**ではないだろうか 走り回り、無理に居宅へ在宅扱いの病院や施設に移行させる仕事はプロの介護職と相談員等にとっては容易ではないことは、現場従事者なら誰でも理解していることである

敢えて、**今回改定の老健の論点**について記述する まず、「**社会福祉士配置の評価**」つまり配置加算であろう その下段に小さな文字で記されているのは、**「在宅復帰強化する各種類型間における基本報酬において、更に評価の差をつけることとしてはどうか」と記されている**

超強化型機能型類型が、全体の28.6%まで増加していること 在宅支援をする社会福祉士配置が多いことを含め、基本料が上がることになるだろう 単位数は安価でないことを祈るが、このことだけで、老健を経営する経営者の心は癒されることはないだろう

次の論点は、**短期集中リハビリテーションの実施と評価に加えて、今回の胆である「LIFE」提出加算を新設すること、認知症短期集中リハビリテーションにおける「居宅への訪問による生活状況を把握」の実施無と実施有の差をつけること** そして、口腔ケア 栄養の一体的な取り組み加算Ⅱを算定していることと「LIFE」提出することによる評価 これも加算されるであろう

今回の介護報酬改定は、この「リハビリテーション 口腔ケア 栄養管理を実施し、「LIFE」提出することが、全ての介護保険サービスに共通すること まずは、要件化することを目的として、医系技官が進めたい「LIFE」を集約したの医療とは違うが、介護のDPC化を

進めることである

現場では、この「LIFE」が役に立たないとの声を聴いているが、老健局は、この現場が LIFE を活用することを当たり前にして、データを集約していくことで、官僚の「介護を学問にしたい、科学にしたいとする意図」は明確である 否定はしないが、この LIFE について、入居者 利用者のためだと作成・提出する職員と役に立たないからと一切関与しない職員の意識の差 いかなる矛盾や実務が増えようとも、この LIFE 提出が当たり前になる前提においては、この職員の意識を理解し、促す努力すべきは、施設管理者、事務長、経営者の役割ではないだろうか

また、老健における医療提供において、対象疾患 慢性心不全が憎悪した場合の評価を加えていく 慢性心不全を診療できる医師が存在するか否かは別にして、慢性心不全 つまり、高齢者に多い傷病名であることを受け、施設内での医療提供により、病院へ安易に搬送しないことを企図する論点であることは間違いない

すべての介護施設やサービスの共通する LIFE に加えて、ターミナル加算＝看取りについては、加算として設定されて久しいが、この看取りを適切に評価することの差異をつける小賢い官僚のメッセージには呆れている 死亡日から〇〇日との設定で差異をつける行為を誰がするのか 看護師か介護職員である

本音を申し上げれば、日数差異を数えざるを得ない職員にとっては苦痛そのものであり、また、人間の最期まで尽くして歩む現場職員の意識の変容を危惧する 死生観の思想なき官僚の姿そのものではないだろうか この加算を、本体の基本料に計上すべきであることを、全ての介護施設サービスに係る経営者は当事者団体を通じて働きかけるべきではないか ポリファーマシー解消推進の観点から多剤投与からの転換を図ることには異議はないが、意図的に老健医師と薬剤師が共同し、本当に必要な薬剤を減らすことはすべきではないと考えるのは私だけであろうか

このかかりつけ医師連携薬剤指導の算定評価については慎重に進められること、薬剤費が持ち出しの老健であるからこそ、尚更、経営者の考え方や思想が問われていることではないか

次に、今回の経営実態調査で収支差において、老健同様にマイナスであった経営破たん寸前の「介護老人福祉施設 特養」の改定について論点を記述する

誤解を恐れず申し上げれば、原則、要介護3以上を入所基準にして以来、急激に特養の経営が悪化してきたことは否めない事実ではないだろうか 終の棲家として、我が国で国・都・一部は区市の単独補助もあり、創られた公的な施設と認識している

今回の論点は、極めて、明確である 生活の場である特養から医行為や適切な検査は最低限実施し、結果を踏まえて配置医師緩和を含め、特養で極力看取することを推進すること

である 喩えはよくないが、30年以上前の良質な特例許可老人病院への転換を促すものと推察している その根拠は、今回の論点が、配置医師の規制緩和と緊急時の医療体制強化であることが明確に記されている

これは、医療機関に大きな影響があることも指摘しておきたい すべてに共通するが、特養からの救急搬送が急増し、その高齢者が入院基本料の高い高度急性期・急性期病院に搬送され、その疾患は、診療報酬で記した誤嚥性肺炎や尿路感染症、骨折、慢性心不全等であることを受けて、この特養を代表する介護保険施設や入所施設等の高齢患者をトリアージして、回復期機能や慢性期医療へ搬送することを意図しているのである 医療の選択と集中 医療資源投入量と費用対効果 何より、医療機能分化と医療費削減の推進である

したがって、特養施設経営者や看護リーダー、介護リーダー、経営者は、このことを踏まえ、近隣の医療機関と、再度、この年末から年始に掛けて、緊急時の医療体制における受入れを高度急性期や急性期ではない病院群との受入れを真摯に協議することを最優先させること また、特養で従事する看護師には丁寧な説明と即納得はされないと思うが、早急に「医行為についての研修の機会を近隣の病院の看護管理者や看護リーダー、病院介護職員(看護助手)との合同研修会を実施」すべきである 医行為は様々であるが、上段者も下段者も存在しない 現場から変革する以外に、すでに赤字転落している経営破たん寸前の特養に逃げ場やいくつもの選択はないのである

医療機関や診療所も然り、今回の改定は、医療と介護の互いの強みと弱みを共有し、入居者の命と最期の瞬間まで人事を尽くすことに他ならないと考えるからである 配置医師要件は緩和されることは詳細が明らかになっていないことから、正式発表後、即、行動すべきではないだろうか 確かに医療機関も介護施設もケアに従事する職員が不足していることで経営者誰もが苦悩していること しかし、地域の特養の入居者により高度な治療をすることが良きことか、その治療によって、入居者の生命 QOLはどうなるのか

「費用対効果がない 利益に繋がらないとする医療機関」は、今後、地域から見放されるであろう あくまで、地域医療は、誰のために存在するのか 当該医療圏141万人の住民そこに存在する「90%が民間医療機関である」こと あのパンデミックで何処の誰だかわからない感染患者を救った 守ったのは、その大多数がこの医療圏にある民間病院や診療所ではなかったのだろうか

毎晩、都知事のメッセージと感染者数ばかりに覆われた生活 生活すべてがコロナ一色であり、職員にも厳格な感染対策を講じさせた経営者と参謀は、あの修羅場の体験 生かさずして、これからさらなる逆風に立ち向かっていく医療機関のマネジメントを進めるのか これは、弛緩した自身へ向けたメッセージと覚悟であることを申し上げたい

次に、介護保険制度発足以降、急激に増加した介護付き有料老人ホーム 特定入所者生活介護 この介護保険財源(介護保険対象)から安価な報酬が発生している施設について論点を記述する

この施設も、実態調査では前年比収支差マイナスでなり、特養同様の経営危機を抱いている 要介護3-5の要介護高齢者の入居増 現在 約46%となり、すでに、全国では、この施設群は、32万人を入居させる社会資本となっている 収支差も、コロナ禍の影響はあったが、上述した要介護高齢者の重度化は、亡くなる方が増えることは容易に予測できる

看取りに関して、積極的な施設群と受け入れていない施設との差異は拡大している 根拠は、「夜間看護職員がいないこと」「対応が難しい医療処置行為があること」が最も多いことが課題となっている オンコール体制で看護師が対応することによって得られる報酬は、「1日 100円」である これには、あらためて、看護師を愚弄かつオンコールで携帯電話を枕元で離さず保持し、現場の入居者のことを心配しながら夜を過ごす看護師に対する冒とく報酬であることを強く指摘する

具体的には、現在加算対象である「たんの吸引」「胃瘻 腸瘻の管理」「経鼻経管栄養管理」であるが、今回の改定では、「酸素療法」「インスリン注射」を追加対象されることになるであろう

結論から申し上げれば、特養同様に、配置医師要件はないが、医療機関の選定と在宅療養支援診療所の医師陣や事務長 看護師等と詰めた協議を早急にするべきであろう

医師の働き方改革によって、医師の働く場も選択と集中されることから、終の棲家として、急変時の場合のあらゆる処置行為も含め、入居者と家族の意向を踏まえて、容易ではないことは承知しているが、支える病院病床を複数保持すること、現在の主治医(在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院)と施設看護師と介護職員が詰めた協議のうえで、重要な選択肢として、医療体制強化と人員確保は必須になることは確実である

病院も同様、稼働率 施設も全て稼働率であることから、入居条件等を狭めることなく、リスクはあるものの、この改定を機に入居紹介センターだけに依存しない「在宅扱いの施設」であることから、病院や診療所、ご同行の関係者からの紹介を待つだけでなく、退院先、退所先、居宅で窮する方々のために、急がば廻れの思考で、この課題を解決すべく粘り腰の戦略で医療・介護難民の安楽かつ笑顔溢れる場への転換こそが求められることは、いずれの経営者や参謀は十分理解していることであろう

次に、何年もの年数が掛けられて議論されてきた介護保険病床から転換した「介護医療院」の課題と論点について述べる この施設の定義は、「医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設」である この介護医療院も前年比で損益は極めて厳しい事態に陥って

いることが実態調査で明らかである。これまで記述した通り、病院や介護施設の課題や論点、何より、**要介護高齢者の医療については、診療報酬制度改正でダイナミックに変わっていくことになる**

まず、論点では、「看取りへの対応」、「療養病床からの移行加算廃止」が掲げられている

人員基準は、I型 医師は、48:1以上 施設で3以上 看護職は、I型 6:1以上 介護職員 I型 5:1以上 リハビリテーションスタッフは、実情に応じた適当数とされている。そこに、介護保険施設であることから、ケアマネージャー1名以上(100床) 薬剤師は、I型 150:1以上である

予見されることは、**重度化 要介護高齢者への医療と生活施設として人員基準が上位のI型でも若干低いことが洞察できる** 強みは、「在宅扱いの介護施設」であること

そして、医療者は、24時間365日存在することである。あらゆる施設類型から入居者を想定すると、極めて、重度の障害と神経難病でもALS等の患者、言い方は語弊があるが、「植物状態」のレベル、つまり、高度急性期から回復期機能でも制約があり入院継続出来ない患者の生活療養の場。在宅復帰率等関係ない場となるのではないだろうか

当該医療圏には、まだ施設数が希少であることを受け、上述した入居者のQOLを重視した場として、さらなる関係者の理解を深めていくことと

偶然であるが、個人的に親交があった人物が高度急性期病院で急変し、「植物状態レベル」となって、介護医療院へ入所し長年お世話になった末に逝去され、家族はスタッフさんに感謝していると語ったことは脳裏に焼き付いている。前職の大学付属病院でも、このようなレベルの患者の行き場が全く無く 走り回った体験がある。最も難しい転院や転所援助である

今、生きる人間すべてが、このような重篤な状態に置かれる可能性があること。そして、**病院は長期には入院できないこと いかなる高齢者施設群や病院でも対応できない患者 この姿は、医療者であれば誰もが関わってきたことだろう**

少なくとも、**八王子市内には、2か所の介護医療院が存在し**、皆、37年以上前からの同志であること。都心から 当該医療圏内から。これまで介護保険病床廃止問題に末席で関わってきた人間として、多くの入居者(患者)の最期の場合。極めて、重要な場であることを皆で共有したいと考える

次に、**介護保険サービスの「通所・訪問サービス」の主要事業の課題と論点**について記述する。前述した通り、介護経営実態調査では、1枚の収支差の〇%だけを見ても、現実の実態を理解することは出来ない

これまでの社保審介護給付費分科会の資料から、Keyword は、「リハビリテーション」「口腔ケア」「栄養状態 栄養管理」の一体的取組 そして、全てに共通する「LIFEの提出」「医療連携と提携 必ず、繋ぎ シームレスは義務」「認知症対応」である

何より、支えて不足から要件を小手先ではあるが、人員要件緩和になっていくことは注視すべきである

今回は、パワーポイントを全て配布することから、ポイントと重要な論点にフォーカスして記する

まず、「通所介護 デイサービス」については、1)入浴介助加算(Ⅰ)要件として研修を課すことになる。また、居宅への訪問であるが、介護福祉士ではなく 介護士が訪問することでの要件緩和(人員不足)がされると予見する。また、個別機能訓練加算も、人員不足と経営実態から、介護業務との兼務が認められることになるのではないかと

次に医療施設しか事業が出来ない「通所リハビリテーション」について記する。まず、医療施設しか出来ない(主要は、病院 診療所 老健)ことにより、通所介護以上に、疾患別リハビリテーションで実施されたことが、居宅生活に生かされるように、入院前後、退所前後へ向けて、計画書や要約等、あらゆるデータを共有する

そして、理解し、居宅でも共同して維持・ADL QOLの向上に努めることが義務化されることになる。現在の実態は上記が希薄であることを受けて、要件化されることは確実である。医師会と厚労省で揉めていたかかりつけ医とのカンファレンスも過去のような体裁から実効性ある参加が必須となろう。そして、「LIFE」データ提出も義務化 要件になること 未提出減算措置になる。診療報酬同様に、リハビリテーションマネジメント加算に、口腔ケア、栄養評価と管理は要件化される

したがって、運動器機能向上加算も見直され、上述した Keyword がすべて課せられること。そこで、DX 等を活用したツール利活用等、職員を楽にする手法を経営者は再考し、早期に導入すべきであることは申し上げるまでもない

次に、在宅ケアの核となる「訪問介護」について課題と論点を記する。まず、訪問介護は支えてがならず、かつ極めて、ホスピタリティやカウンセリング、あらゆるスキルとノウハウを要するプロしか出来ない仕事であることは、誰もが認めることであろう

論点では、看取り期に訪問介護士が40%程度サービス提供していること この看取りも増えていることから、特定事業所加算の重度者要件に「看取りケア〇〇人以上」のような評価が新設させることになる

同一建物減算は、未だ、未確定であるが、陳情行動を含め、これ以上の減算があれば、訪問介護事業もサ高住等も事業性はさらに低下し、廃業に追い込まれることから、正式な発表を待つこととする

引き続き、訪問看護ステーションの課題と論点について記す 新設されるのは、「専門管理加算」つまり、1年間だと記憶するが、訪問看護について専門コースで知識習得から実習まで徹して研修を受講し、訪問看護師のプロスクールを履修した看護師への配置の評価ではないだろうか

看取り体制の強化について、介護保険扱いと医療保険扱いの報酬に格差が在ることから見直すとの記述があるが、医療保険は現状維持 介護保険の報酬を加算するのか この「5,000円の差異」をどうするのか 予見では、介護保険扱いの看取りについて、若干、報酬を上げるのではないかと推察する

また、ICT利活用による24時間体制について、若干、緩和が設定されることになる 医師同様、他の24時間体制のスタッフは働き方改革以上に過重な労働による精神の荒廃に至ることを体験した経営者として申し上げれば、このICT利活用で、看護師ではなくても対応できる体制を構築することは、看護師多機能居宅介護を有する訪問看護ステーションが先行するであろう しかし、24時間 一瞬の予断も許さない現場で、介護職やリハビリテーションスタッフが対応することで体制を構築できるか 大きな課題である ICT利活用は合理化に繋がることは理解できるが、実際の緊急訪問や深夜に駆けつける訪問看護師にとって大規模化組織でなければ軽減できないものとする

懸案事項であった「理学療法士等の訪問看護評価」であるが、あくまで、重度の医療ニーズを踏まえたサービスを評価する観点に変わりはないことから、理学療法士等の訪問は適正化するのではないかと推察する

さらに、円滑な在宅移行の観点から、退院日当日の初回訪問について、若干、評価されることになろう

訪問介護同様に、迅速性かつ緊急性が高い訪問看護ステーションは、介護保険サービスとの連携は必須である 確実に患者に関わる専門職等と連携し、伝えること 繋ぐこと 繋がることによる評価を要件化することになるのではないかと推察する 一部ではあるが、敢えて、1月の利用者請求額の掲載がされている 請求額が1か月で65万円以上のものが、全体の約0.4%存在することから、高額な請求に関して適正化をするであろう

主傷病は、「精神および行動の障がい」が最も多く、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病名のうち、「統合失調症の利用者が約半数」を占めていることが課題として挙げられている。精神科訪問看護について、今回の改定で評価するが、若干、適正化することも推察している。また、同一建物居住者への算定回数や割合が上がっていることについては、前述したサ高住等の事案同様に、同一建物に関する適正化は発表を待つこととする。

次に、短期入所生活介護と療養介護(ショートステイ)であるが、ここでも「看取り」の実態が増えていることを受けて、加算新設をするのではないだろうか。しかし、長期利用については、通常の安価な施設入所報酬に低減されることになるだろう。

最後に小規模多機能型居宅介護について論点を整理する。やはり、看護師多機能創設以降、小規模多機能型居宅介護ニーズは、「認知症対応力」が問われるようになってきたことを受けて、認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置、指導や研修の実施について、若干の評価をしていくことになるだろう。

一方、総合事業の拠点化としての総合マネジメント加算は90%程度実施していることから、基本報酬に組み込まれる。つまり、要件になる。今後の総合事業を見据えて、地域交流の拠点づくりの取組は評価されるであろうが、詳細は未定である。したがって、訪問・通所・宿泊の三つのサービスで注目された地域密着型サービスも転換の時期を迎えていること。利用者コストや特養待機者の利用増から利用者確保が困難になっている事業も散見することもあり、経営実態も含め、通所系も訪問系も、今後も事業性が乏しい事業を継続できるか。

いずれの事業も試練や逆風が継続するなかで、経営者や管理者は、今回の改定後の事業継続と戦略の見直しを進めることが急務であり、何より、支えて働く職員の発掘と雇用を守ることが問われている。

次に「介護人材処遇改善等」について、パワーポイントに記してあること。そして、この「介護処遇の一本化」については、支えてである介護職員等の報酬に影響することにて、敢えて、詳細は控えるが、全ての現場で最も高い処遇改善を適正に配布する。公金であることから、絶対に不適正な配布や不正をしないこと。

そして、令和5年度の厚労省補正予算案のポイントに注視すれば、I 物価高騰対応 1) 医療・介護・障がい分野の職員に対する処遇改善支援 539億円
2) ICT ロボット導入後生産性の向上 経営の協働化 374億円 顕著に目立っているのは、IV DX イノベーション 特に、マイナンバーカードと健康保険証との一体化 887億円 電子処方箋普及と機能向上 251億円 懸案のドラッグラグやロスの解消を含めた創薬力強化 2.4億円 V 医療施設 社会福祉施設等の耐災害性強化等 646億円

看護補助者の処遇改善事業「49億円」が追加予算案に計上されている

賃上げを実施した医療機関に対する補助金になると思われるが、額面が、49億円であり、看護職から看護補助者へのタスクシフトとシェアを円滑化することを成果イメージとしている

全ての病院が対象にはならない補助金が交付されることではないことは額面からも理解できる

しかし、ようやく「49億円」ではあるが、初めて、厚労省医政局看護課が追加予算(案)として掲げたことは懸命に働く医療機関の介護職員(法的には看護助手)にかすかな光が当たったことは、予算案だとしても何よりも嬉しいことである

厚労省追加額の補正予算案の総額は、1兆4,151億円

誰もが感じる理不尽で非合理的な診療報酬改定の
本体部分を超えた大幅な引き下げと病床削減策

そして、窮する介護保険制度の小手先の加算
薬剤不足は国策の失敗 詭弁と言いつの公文書

人間の生命と生活を軽視し、
財政規律と経済重視で我が国を支配する財務省

20年後 介護職は、65万人以上不足

この現実の矛盾

変革していくのは現場の私達ではないか

医療資源投入量 費用対効果

要素還元主義と機械論パラダイム思想の改定

この矛盾を把持し、有難い試練として引き受け

眼の前の患者さん 入居者さんの

「命」を一人称で深く見つめる

機械論的パラダイムから生命論的パラダイムへ転換

今を生きる 私達の「使命」ではないか

経営者や参謀、リーダーが部下や職員の人生を預かる

マネジメントの道を歩むならば、

その極限の世界を見つめるべきではないだろうか

その極限のぎりぎりの姿というものを、

一度、正面から見つめてみるべきではないか

箱根路の駅伝の空みるまでは 生きていたいとふた月まえか

我が師の最期に残した詩に込められた想い

明日もない あるのは 今日の一瞬だけ

未来を創造せよ

今を生きろ 今を生き切れ

了