

S 医療・福祉グループ内各事業所連携のガバナンス強化 に向けた N リハビリテーション病院の経営戦略

上野 勝弘

キーワード：ガバナンス、地域医療構想、地域包括ケアシステム、回復期リハビリテーション病棟、連携、経営戦略

1. はじめに

現在、我が国は高齢化に伴う「2025年問題」に直面しており、社会保障制度改革が進められている。「2025年問題」とは、団塊の世代（1947年～1949年生誕）が75歳以上の後期高齢者となり全人口の18%を占め、また、65歳以上の高齢者が全人口の30%を占めることとなるため、社会構造の変化が必要になることである。

「2025年問題」への対応として2013年の社会保障制度改革国民会議の報告では、医療・介護に関わる方向性として、①「病院完結型」から地域全体で治し支える「地域完結型」へ、②受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実、川上から川下までのネットワーク化、③地域ごとに医療・介護・予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築、④国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要性、の4項目が上げられた。そして2014年に定められた「医療介護総合確保推進法」に基づき、都道府県では2次医療圏別に医療需要と病床の必要量を推計し、適切な病床を整備する地域医療構想が進められている（羽田明浩 2017）。このような社会保障制度改革のもと、神戸市にある S 医療・福祉グループは総合的な医療・介護・福祉サービスを提供し、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域貢献に取り組んでいる。

2. 目的と方法

S 医療・福祉グループの地域包括ケアシステムの構築のため、グループ内の各事業所連携強化と各事業所のガバナンスを強化する方策を検討し、S 医療・福祉グループの一翼を担う N リハビリテーション病院の取り組み課題を明らかにすることを目的とする。また各事業所におけるガバナンスの問題点を抽出し、N リハビリテーション病院の現状分析を行い、S 医療・福祉グループにおける N リハビリテーションの経営戦略を再検討し、S 医療・福祉グループの 2025 年に向けたあるべき姿を示す。

3. ガバナンス

不祥事発生を抑制するための監視・抑制の仕組みと共に社会的信頼性を獲得し経営効率化をはかる仕組みに「社会から信頼される企業を形成する」ことを目的とした営利組織のコーポレート・ガバナンスがある。近年、営利組織だけでなく非営利組織にも応用されるようになった。

非営利組織である医療機関は、国民の健康・生命に関わるインフラシステム的作用を担っており公益性が重視されている。医療サービスの質を維持し「社会から信頼される医療機関を形成する」ためにも、組織を管理監督するガバナンスという観点が重要視されている。2015 年 9 月 28 日に「第 7 次改正医療法」が公布され、「医療法人制度の見直し」として、医療法人の経営の透明性を確保するため、ガバナンスの強化も提示された。このガバナンスは、行われる場が臨床であるクリニカル・ガバナンスと非臨床のホスピタル・ガバナンスに分けられている。

クリニカル・ガバナンスは、医療サービスを受ける側の患者及び地域住民に安全で質の高い医療サービスの提供を担保するシステムである。目標が設定され、現場での実践、モニター、監査と評価、関係者への説明責任を包摂した体系的なプロセスとして機能していることが特徴とされている。臨床現場での良質な医療サービスを地元密着型で提供することを目的としている。

ホスピタル・ガバナンスは、病院経営者を規律する仕組みが有効に機能するためのシステムとして、①理事会、監事、外部監査人などの機関設計、②内部統制環境の整備・運用、③リスクの認識・評価、④統治活動、⑤簡潔な情報伝達の整備・運用、⑥モニタリングの 6 つの要件を確立することで、医療機関が効率的で質の高い医療経営を行うことが可能であるとされている。また、病院経営の安定・健全化の実現へ向けて長期的な病院の価値増大を目的としている(持松志帆 2018)。

このように、政策的側面からガバナンス機能の充実に向けた取り組みは推奨されているが、クリニカル・ガバナンスやホスピタル・ガバナンスを実現させていくには、人材の育成や体制整備が課題となっている。本稿では、地域包括ケアシステムを構築し地域へ貢献していく中で、Nリハビリテーション病院が属するS医療・福祉グループの事業所間連携に対し、クリニカル・ガバナンス強化の方策を検討する。

4. 現状と課題

4-1. S医療・福祉グループの概要

現在、S医療・福祉グループは、神戸市灘区に2次救急医療を担う急性期病院、併設した居宅介護支援事業所・訪問看護・介護ステーション、老人保健施設2施設がある。灘区に隣接する東灘区には介護老人保健施設、ケアハウス、小規模多機能ホーム、中央区にはクリニック2施設、そしてNリハビリテーション病院、また、神戸市に隣接する三田市に特別養護老人ホームを有している。灘区を中心に各事業所と連携しながら地域包括ケアシステム構築に向けた地域貢献を行なっている。前方支援・後方支援ができる環境のもと状況に合わせ適宜連携に努めており、地域の医療・介護・福祉における川上から川下までのネットワーク化において、Nリハビリテーション病院の位置は川中の役割を担っている。この前方・後方連携では各事業所が所在する地域の情報把握が重要であると考えられる。しかし、事業所間でそれらの情報が統合されておらず、また、共有されていないため効果的な連携が図れていないことが課題である。

4-2. 地域医療構想

少子高齢化が進み人口減少社会が到来する中、地域医療構想により病床再編が進んでいる。兵庫県保険医療計画では、地域医療構想による神戸2次医療圏の将来の必要病床数推計を出している。回復期病床は2017年度の稼働病床数2,904に対して2025年度には必要病床数5,032と2,927床が不足している。2025年に向けての必要病床数では急性期病床の病床数は1,721病床も多い状態と推計されており、今後、不足する回復期病床の病床数を増やすにあたり、急性期病床からの病床転換が必要とされている(表1)。

回復期病床数の推移をNリハビリテーション病院が開設した2013年以降、2014年度と2018年度の病床機能報告の稼働病床数をもとに表2に示した。回復期病床数は1,270床から2,173床と大幅に増床している。増床要因を回復期リハビリテーション病床と地域包括ケア病床別に見ると、回復期リハビリテーション病床は990床から

1029 床の 39 床の増床に対し、地域包括ケア病床数は 106 床から 844 床と 738 床の大幅な増床となっており、急性期病床から病床機能転換が図られていることを示している。このことは、急性期医療機関が地域包括ケア病床へ転床することで、回復期リハビリテーション病棟のある他医療機関への転院ではなく、直接在宅へ退院する患者割合を増やしていると考えられる。

表 1：神戸 2 次医療圏必要病床数推計

	2017年 病床機能報告	2025年 推計ツール	差引
高度急性期機能病床	2141	2074	67
急性期機能病床	7631	5910	1721
回復期機能病床	2105	5032	△ 2927
慢性期機能病床	2904	2631	273
合計	14781	15647	△ 866

「兵庫県保健医療計画（平成 30 年改定）第 2 部各圏域の計画 神戸圏域」から筆者作成

表 2：神戸 2 次医療圏の回復期病床数

稼働病床数	回復期病床数			(内訳)回復期リハビリ テーション病床			(内訳)地域包括ケア病床		
	2014年	2018年	2025年	2014年	2018年	2025年	2014年	2018年	2025年
報告年度	2014年	2018年	2025年	2014年	2018年	2025年	2014年	2018年	2025年
東灘区	125	251	320	125	125	125	0	126	92
灘区	0	74	122	0	0	0	0	74	122
兵庫区	151	254	254	116	116	116	35	133	133
長田区	131	195	285	131	121	121	0	74	44
須磨区	44	104	104	44	56	56	0	0	48
垂水区	52	92	92	52	52	52	0	40	40
北区	231	418	418	205	203	203	26	189	215
中央区	173	409	409	173	209	209	0	143	143
西区	363	376	376	144	147	147	45	65	65
合計	1270	2173	2380	990	1029	1029	106	844	902

兵庫県病床機能報告（平成26年度、平成30年度）より筆者作成

4-3. 回復期リハビリテーション病棟における施設基準の変遷

回復期リハビリテーション病棟は 2000 年に創設され、高齢者の寝たきり予防のために集中的にリハビリテーションを提供し、在宅復帰を支援することを目的とし、人員配置、入院期間、適応疾患、施設基準を規定した病棟である。「量」から「質」の向上が求められるようになり、2016 年の診療報酬改定からアウトカム評価が導入され、質の評価が厳格化されることになった。指標とされたのは日常生活機能評価である

FIM(Functional Independence Measure)が用いられ、入院時と退院時の運動項目の合計点数差である利得を用いた実績指数で評価された。2016年では入院料1の基準を満たすには「実績指数27以上」が必要となった。そして、2018年には「実績指数37以上」、2020年には「実績指数40以上」と引き上げられ(図1)、厳格化された(筒井孝子2020)。「実績指数」の基準を満たしていれば、患者一人の疾患別リハビリテーション提供単位数上限が9単位/日まで算定が可能とされたが、基準を満たさなければ6単位/日までと制限されることになった。しかし、2019年度にNリハビリテーション病院が所在する地域の診療報酬審査支払機関から「実績指数」の基準を満たしていたとしても、運動器リハビリテーション料に関しては6単位/日が上限として妥当であるとのことで、6単位を超えるリハビリテーション料が制限されている。

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 一⑬

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)		15対1以上(4割以上が看護師)			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○		○(※経過措置あり)			
休日リハビリテーション	○		- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における退院時の日常生活機能評価 ※○内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		-	
自宅等に退院する割合	7割以上					
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数	2,085点 (2,071点)	2,025点 (2,011点)	1,861点 (1,846点)	1,806点 (1,791点)	1,702点 (1,687点)	1,647点 (1,632点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

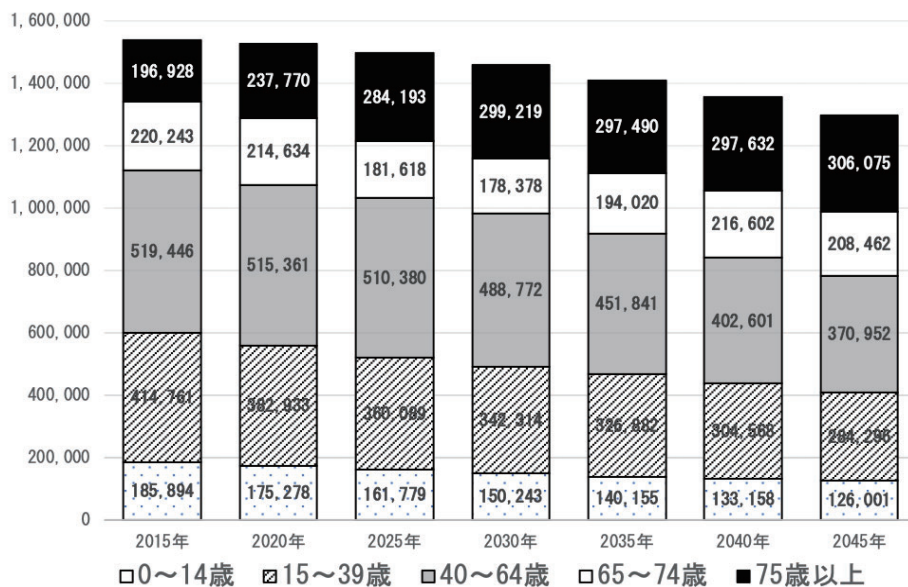
170

令和2年度診療報酬改定の概要 より抜粋

図1：回復期リハビリテーション病棟入院料

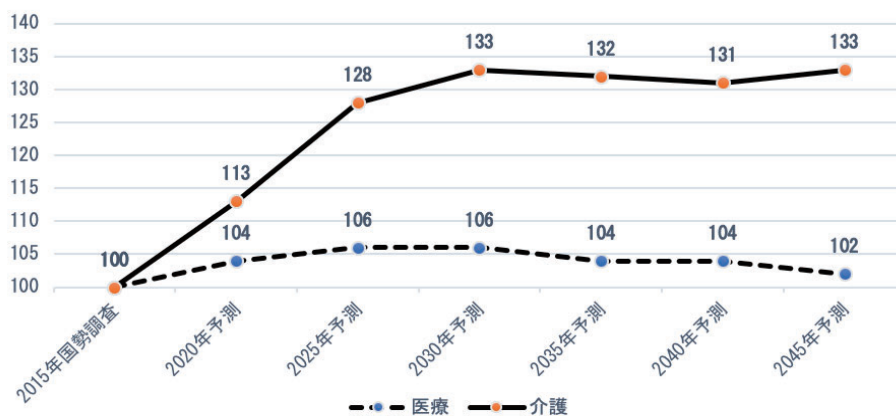
4-4. 環境分析

神戸2次医療圏の人口は2020年の推計で152万5千人、うち高齢者人口は45万2千人（高齢化率29.6%）である（図2）。また、医療介護需要予測では、介護需要に関しては高齢化率の高まりと合わせ高くなっているが、医療需要に関しては横ばいで推移している（図3）。介護需要の高まりが推計され、今後も医療・介護の連携強化はさらに重要となってくると考えられる。



日本医師会 地域医療情報システム JMAP から筆者作成

図2：神戸市将来推計人口（人）



日本医師会 地域医療情報システム JMAP から筆者作成

図3：医療介護需要予測指数

医療需要における神戸2次医療圏の疾病分類推計では、神経系や筋骨格系などのリハビリテーション対象疾患群に比べ、循環器系・呼吸器系疾患の内部障害を有する患者や悪性新生物を有する患者数が多い(表 3)。神戸2次医療圏の推計入院患者数を年齢階級別に見ると、65歳以降の高齢者が急激に増加している(図 4)。今後、重複疾患を有する高齢患者群がリハビリテーションの対象となってくることが予測される。

このため、高齢患者群への対応ができる医療提供体制の整備と、地域で生活を支えられる体制の整備が必要であると考えられる。

表 3：神戸2次医療圏 疾病分類別推計 入院患者数

疾患名	患者数	うち圏域内の入院患者数	圏域内での入院割合(%)
精神及び行動の障害	2230	1613	72.3%
循環器系疾患	2500	2208	88.3%
新生物	1393	1202	86.3%
損傷、中毒、外因の影響	1500	1321	88.1%
消化器疾患	680	617	90.7%
神経系疾患	912	534	58.6%
呼吸器系疾患	1276	1129	88.5%
筋骨格系及び結合組織の疾患	835	733	87.8%
内分泌、栄養及び代謝疾患	369	307	83.2%
その他	1645	1440	87.5%
合計	13340	11104	83.2%

(平成29年3月兵庫県入院患者調査) 筆者作成

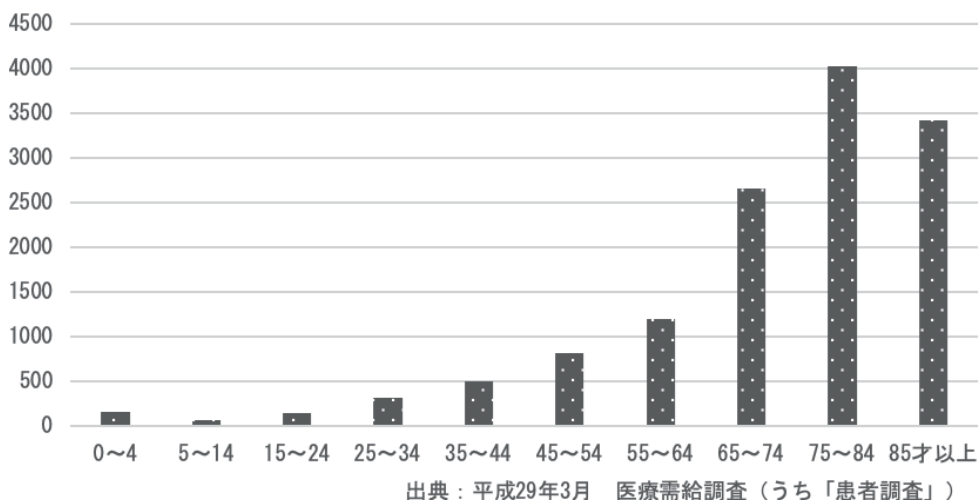


図 4: 神戸圏域 推計入院患者数

4-5. N リハビリテーション病院における入院患者の特徴

N リハビリテーション病院の入院患者の特徴を基本属性（性別・年齢）、患者居住区、紹介元医療機関で分析した。

回復期リハビリテーション病棟入院患者に関して、2018年、2019年の性別・平均年齢を回復期リハビリテーション病棟協会調査報告書の全国平均と比較すると、男女比率に関しては大きな差は見られないが、平均年齢では各年度とも4歳程低くなっている（表4）。小児患児の受け入れも行なっていることで、60歳未満の患者受け入れ割合が多く（図5）、全国平均に比べれば、平均年齢を押し下げる要因となっている。

表4：回復期リハビリテーション病棟入棟患者 性別比率 平均年齢

	Nリハビリテーション病院					全国平均		
	性別比率		平均年齢		全体	性別比率		全体
	男	女	男	女		男	女	
2019年度	41.1	58.9	69.0	75.0	72.5	42.2	57.8	76.6
2018年度	41.5	58.5	71.0	74.5	73.1	42.4	57.6	77.5

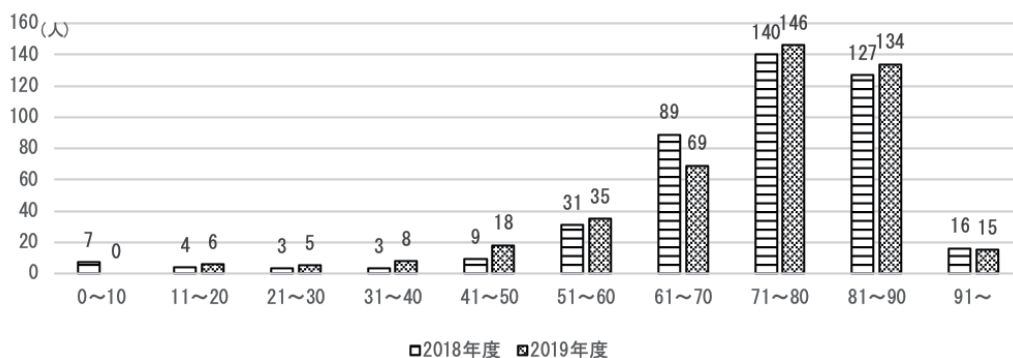


図5：入院患者年齢階級別 患者数

回復期リハビリテーション病棟入院患者の居住区を見ると、N リハビリテーション病院のある中央区が最も多く、次に関連事業所がある灘区からの入院患者が多い。東灘区に関しては開設年度以降、患者数を減らしている状況である。中央区から西・北側にある各区からの患者は5%程度である。しかし、隣接しない垂水区や市外からの患者は10%を超え入院しており、遠方地域からの患者受け入れ割合が高い特徴がある（図6）。この点に関しては、兵庫県下・神戸市内全区からの入院がある神戸市立医療センター中央市民病院や兵庫県立こども病院、あんしん病院に隣接していることが影響していると考えられる。

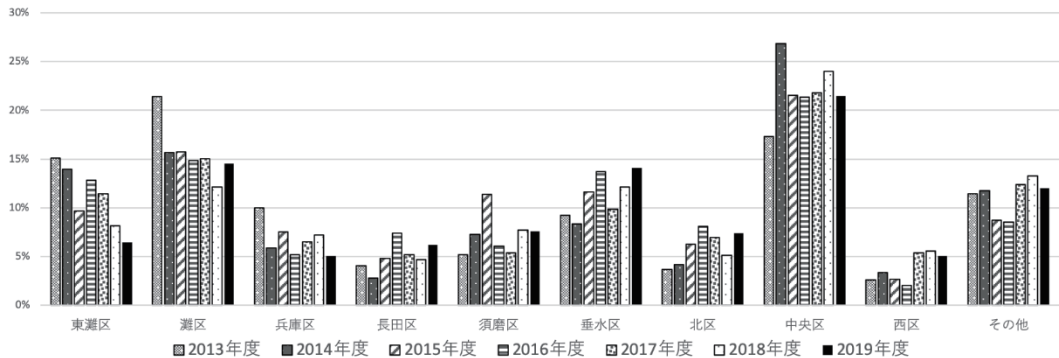


図 6：回復期リハビリテーション病棟入棟患者 居住区比率

回復期リハビリテーション病棟入院患者の退院先を見ると、70%以上は在宅・在宅系施設へ退院している。年度によって変動はあるが10～15%は急性期病院へ転院している。10%未満では介護老人保健施設への入所となっており、約10～20%は在宅施設への退院となっている(図7)。

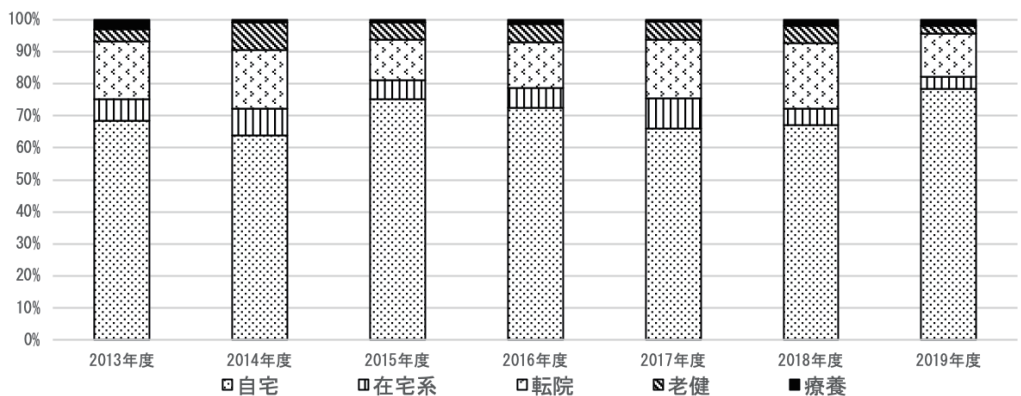


図 7：回復期リハビリテーション病棟入棟患者退院先比率

疾患別リハビリテーション対象患者比率を見ると、脳血管疾患が2013年開設時には52%であったが2019年度は38%と7年で14%減少していた。運動器疾患に関しては40%から54%と14%の増加を認めた。2019年度の回復期リハビリテーション病棟協会調査報告書の全国平均では脳血管疾患は48%と10%少なく、運動器疾患は43%と11%多くなっている(図8)。

廃用疾患割合に関しては、全国平均と同程度の割合となっている。脳血管疾患の急性期治療では神戸圏域では血管内カテーテル治療が発展しており、急性期医療機関から直接、在宅復帰する患者割合も増加していることが、入院患者割合の変化に影響しているものと考えられる。

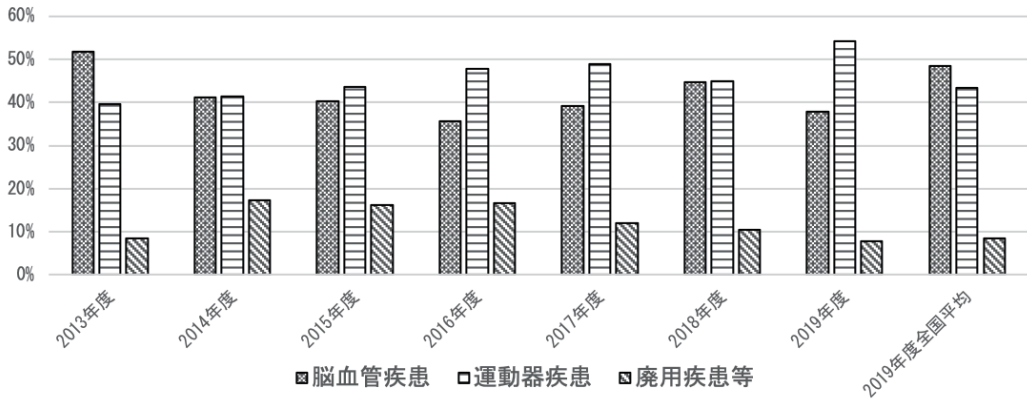


図8: 回復期リハビリテーション病棟入棟患者 疾患別リハビリテーション比率

紹介元医療機関の特徴をみると、Nリハビリテーション病院開設当初の2013年度では、所在する中央区内の急性期医療機関からの紹介患者は70%程度であった。現在は90%程度まで増加し、集中している状況である(図9)。さらに、中央区内の急性期医療機関と比較すると、隣接する神戸市立医療センター中央市民病院からの紹介入院患者は60%を超えている。また、ポートアイランド島内にある医療機関で見ると、全入院患者のうち70%を占める状態となっている(図10)。紹介患者の受け入れ割合に大きな偏りが出ている要因の一つには、Nリハビリテーション病院が所在するポートアイランドは神戸医療産業都市となっており、医療機関が集積し連携が図りやすい状況が考えられる。現状の連携体制を維持しつつも、今後ポートアイランド島内以外の急性期医療機関からの紹介患者を受け入れることができるリハビリテーション病院としての魅力を高めていくことが課題だと考えられる。

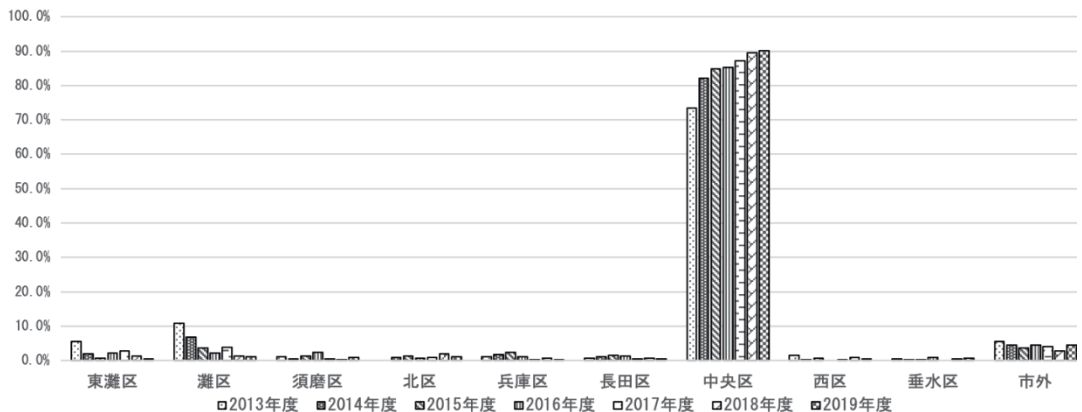


図9: 回復期リハビリテーション病棟入棟患者 紹介元医療機関所在地 内訳

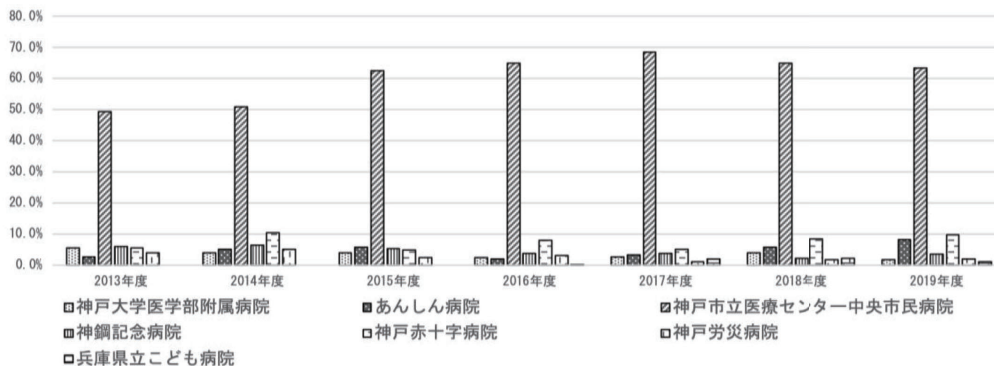


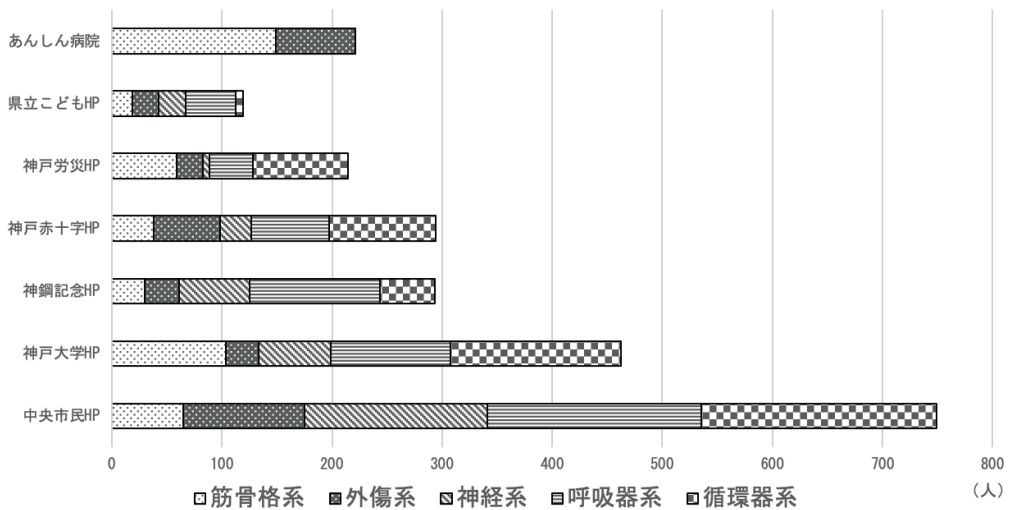
図 10: 回復期リハビリテーション病棟入棟患者 中央区内紹介元医療機関 内訳

リハビリテーション対象疾患群を 2018 年度の DPC データを元に、MDC 分類の筋骨格筋系・外傷系・神経系・呼吸器系・循環器系の月別平均患者数を中央区内にある急性期医療機関ごとに抽出した(図 11)。

運動器疾患リハビリテーションのベースとなる筋骨格筋系・外傷系疾患群、脳血管疾患リハビリテーションのベースとなる神経系疾患群の患者割合に対し、呼吸器系・循環器系の疾患群割合も各医療機関ともに同程度割合の患者数であった。

図 8 に示したように回復期リハビリテーション病棟での全国平均の入院患者割合は、主に脳血管疾患リハビリテーションと運動器疾患リハビリテーション料を算定する患者が多く、また回復期リハビリテーション病棟に入棟するには、これまでは発症からの期限が設定されており、期限を超過すると入棟することができなかったことから、これらの疾患群が主なターゲットとなっていた。しかし、2020 年度の診療報酬改定では発症からの期限が削除され、急性期医療機関での長期入院患者も入棟できるようになった。高齢化社会が進むなか、呼吸・循環器系疾患を有するなど重複疾患患者の増加が予測される。

今後は、回復期リハビリテーション病棟に入棟できる疾患群の中には、このような重複障害を有する重症な患者群がこれまで以上に含まれてくるものと予測されるため、医療サービスを必要とする患者群への対応できる診療体制整備が重要となる。



病院情報局より筆者作成

図 11：中央区内急性期医療機関の MDC 分類における月別平均患者数（平成 30 年度）

4-6. 競合分析

神戸 2 次医療圏の回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関の病床数推移、疾患別リハビリテーション施設基準、回復期リハビリテーション病棟施設基準を 2014 年度と 2018 年度の病床機能報告や 2020 年度の近畿厚生局施設基準の届出受理状況、回復期リハビリテーション病棟協議会公開情報、各病院ホームページなどから整理した（表 5）。

2014 年から 2018 年で北区の L 病院では 37 病床の稼働病床を減らしているにもかかわらず、病院数は 2014 年から 2018 年までに 2 病院 79 床の病床が増え、2018 年から 2020 年では 2 病院 85 床の病床が増え、合計病床数は 129 床も増床し過当競争となっている。しかも回復期リハビリテーション病棟施設基準は「基準 1」をとっている施設が多数を占めており、病棟施設基準での差別化は困難である。

2019 年度の回復期リハビリテーション病棟協会調査報告書では、全国で心大血管疾患リハビリテーション料を取得している施設は 23.5%、神戸圏域でも 19 病院中 4 病院（21%）が取得し、同程度で少なく、N リハビリテーション病院はいまだ差別化できている。地域医療構想により急性期医療機関の病床機能転換で、地域包括ケア病床も含めた回復期病床数は増加している。今後、神戸 2 次医療圏域のなかでどのようなポジショニングを行なっていくか、明確にしていく必要がある。

表 5：神戸 2 次医療圏 回復期リハビリテーション病院 病床数・施設基準

所在地	病院	稼働病床数推移						疾患別リハ施設基準					回復期 リハ病棟 施設基準
		2014年	2018年	2020年	2014年	2018年	2020年	脳血管 疾患	廃用 疾患	運動器 疾患	呼吸器 疾患	心大血 管疾患	
		各施設 病床数推移			各域区内 病床数推移								
東灘区	A病院	80	80	80	125	125	185	I	I	I	I	-	1
	B病院	45	45	45				I	I	I	I	-	4
	C病院			60				I	I	I	I	I	1
兵庫区	D病院	60	60	60	116	116	141	I	I	I	I	-	1
	E病院	56	56	56				I	I	I	I	-	1
	F病院			25				II	II	I	I	I	1
長田区	G病院	83	73	73	131	121	121	I	I	I	I	-	1
	H病院	48	48	48				I	I	I	I	-	2
須磨区	I病院	44	56	56	44	56	56	I	I	I	-	-	3
垂水区	J病院	52	52	52	52	52	52	I	I	I	I	-	1
北区	K病院	50	50	50	205	203	203	I	I	I	I	I	1
	L病院	155	118	118				I	I	I	-	-	1,3
	M病院		35	35				I	I	I	I	-	3
中央区	O病院	50	38	38	173	209	209	I	I	I	I	-	2
	P病院	27	27	27				I	I	I	I	-	1
	N病院	96	100	100				I	I	I	I	I	1
	Q病院		44	44				I	I	I	I	-	1
西区	R病院	100	100	100	144	147	147	I	I	I	-	-	1
	S病院	44	47	47				I	I	I	-	-	2
		稼働病床数 合計			990	1029	1114						
		病床数 増床推移				39	124						

4-7. N リハビリテーション病院 自院分析

N リハビリテーション病院の回復期リハビリテーション病棟直近3ヶ年の病床稼働率は、2017年度から2018年度にかけて86.8%から88.4%と向上している。要因としては図8に示した入院患者割合で、脳血管疾患患者割合が2018年度に比べ少なく、運動器疾患患者割合が多くなっている点が影響していたと考えられる。

運動器疾患患者の特徴としては、在院日数が脳血管疾患患者に比べ短く、在院日数短縮に影響していると考えられる。また、2018年度から2019年度の病床稼働率は、88.4%から87.5%と低下している(表6)。その要因としては、入院患者数に差は見られないが、入院患者割合で運動器疾患患者が多くなっていることも要因であろう(図8)。

財務面を損益計算書から分析すると(表7)、2017年度から2019年度にかけて収益性は改善されている。2017年度は、給与費用が構成比率62%と高く経常利益では赤字であった。しかし、2018年度は給与比率が57%、2019年度は57.7%と2017年度と比べ

引き下がり、経常利益率は5.5%、5.4%と改善した。EVITDAは2018年度13.5%、2019年度12.7%となり収益性の改善が図られている。しかし、給与比率が2019年度に0.7%高まっており経費比率を高めている。

また、2019年度から総医業収益面への影響として、運動器疾患リハビリテーション料の算定単位数が、これまで9単位/日算定可能であったものが6単位/日に制限され、算定単位数が減少していることが要因として考えられた。今後、経常利益を高めるには病床稼働率を改善し、医業収益を高める取り組みを継続していかねばならない。

表6：病床稼働率

回復期リハビリテーション病棟（100床）	2017年度	2018年度	2019年度
病床稼働率	86.6	88.4	87.5
平均在院日数	70.7	74.8	75.2
年間入院患者数	445	429	433
医療療養型病棟（50床）	2017年度	2018年度	2019年度
病床稼働率	42.5	45.8	43.8

表7：損益計算書分析

損益計算書	2017年度(千円)	構成比	2018年度(千円)	構成比	趨勢比	2019年度(千円)	構成比	趨勢比
総医業収益合計	1,751,954	100.0%	1,811,336	100.0%	103.4%	1,747,609	100.0%	96.5%
材料費合計	101,923	5.8%	99,458	5.5%	97.6%	100,973	5.8%	101.5%
給与費合計	1,085,655	62.0%	1,033,351	57.0%	95.2%	1,008,478	57.7%	97.6%
委託費合計	119,207	6.8%	120,078	6.6%	100.7%	123,215	7.1%	102.6%
設備関係費合計	168,666	9.6%	152,859	8.4%	90.6%	140,465	8.0%	91.9%
経費合計	187,507	10.7%	189,211	10.4%	100.9%	170,264	9.7%	90.0%
医業費用合計	1,737,221	99.2%	1,681,630	92.8%	96.8%	1,623,092	92.9%	96.5%
医業利益	14,733	0.8%	129,706	7.2%	880.4%	124,516	7.1%	96.0%
経常利益	-18,182	-1.0%	99,279	5.5%	546.0%	93,570	5.4%	94.2%
税引前当期純利益	-18,182	-1.0%	99,279	5.5%	546.0%	93,570	5.4%	94.2%
当期純利益	-18,182	-1.0%	99,279	5.5%	546.0%	93,570	5.4%	94.2%
医業利益率	0.8%		7.2%			7.1%		
経常利益率	-1.0%		5.5%			5.4%		
償却前医業利益率	8.3%		13.3%			12.5%		
EBITDA	149,403	8.5%	245,276	13.5%		221,354	12.7%	

4-8. Bリハビリテーション病院クロスSWOT分析

S医療・福祉グループでは、地域医療における川上から川下まで繋ぐ地域包括ケアシステム構築への取り組みを各事業所が進めている。リハビリテーションの中核を成す事業所であるNリハビリテーション病院では、積極的な施設間連携が図られていない状況である。S医療・福祉グループ内の各事業所が情報を共有し連携を強化していくシステムを構築すると共に、連携を継続していけるガバナンスを強化していくことが課題となっている。

Nリハビリテーション病院は2013年の開設から8年目の、リハビリテーションに特

化した病院である。基本理念は「1. 誠実な医療、2. 地域医療への貢献、3. 人材の育成、4. 健全な運営」である。図 12 は N リハビリテーション病院の SWOT 分析を示したものである。これまで回復期リハビリテーション病棟では、脳血管疾患患者・整形外科疾患患者を中心に充実したリハビリテーションを提供できるよう病棟施設基準 1 を維持してきた。また、歯科との連携し摂食嚥下障害への取り組みも行なってきた。

高齢化が進むことで疾病構造も多様化し、重複疾患を有した患者が増加している。隣接する急性期医療機関との連携を密に取り、早期の患者受け入れや小児患児の受入れなど、所在する地域の急性期医療機関との連携に力を入れてきたつもりであった。

また、開設以降、呼吸・循環器疾患など内部障害の患者にも対応できるよう、循環器内科の診療体制を強化するなど N リハビリテーション病院内部の強化もなされたと考えていたが、いずれも不十分な状況であったことがわかった。

<p align="center">Bリハビリテーション病院 クロスSWOT分析</p>	<p>*強み</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. リハビリ特化・対応力 2. 回復期病棟・疾患別リハ施設基準 3. 小児から成人・高齢者対応 4. 歯科連携 5. 急性期から地域まで対応できる医療福祉グループ事業所・設備 	<p>*弱み</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. リハビリスタッフの経験値 2. 管理者層の育成 3. 紹介元急性期医療機関の偏り 4. データ管理不足 5. 理念の共有不足 6. 医療福祉グループ内連携力
<p>*機会</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域連携 2. 循環器・呼吸器疾患患者の増加 3. 認知症患者増 4. フレイル・サルコペニア 	<p>*積極的に攻めていける部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 内部障害対応力（心臓リハビリテーション） 2. 摂食嚥下障害対応力 3. 教育体制強化 4. 看護部・リハビリ部連携強化 5. 地域連携の強化 6. 訪問リハビリテーションの整備 	<p>*改善が必要な部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療福祉グループ内連携（ガバナンス強化） 2. データ整備 3. 管理者層の育成体制 4. 地域・社会貢献活動の推進
<p>*脅威</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 競合病院の増加 2. 診療報酬改定 3. 感染症対策 4. 人口減少 5. 医療技術の進歩 	<p>*差別化すべき部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療福祉グループのブランド 2. 急性期医療機関との連携強化 	<p>*致命傷回避・撤退縮小検討部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人口減少・紹介患者減少に伴う病床機能転換 2. 設備投資 3. 経営戦略強化

図 12 : N リハビリテーション病院クロス SWOT 分析

5. 考察

5-1. Nリハビリテーション病院の経営戦略

Nリハビリテーション病院が所在する地域は、中央区のポートアイランドにあり、神戸市の住民基本台帳に基づく人口では、中央区の138,195人に対し14,135人と10%程度しか居住していない(2020年7月31日現在)。また、この地域は神戸医療産業都市として、高度急性期医療を担う医療機関をはじめ複数の専門医療機関が集積しているが住民が少ない。島内の住民が多い地域に回復期病床機能を有する医療機関が1施設あり、地域性を発揮しにくい立地にある。

しかし、医療技術が進歩するなか、急性期医療機関では脳血管疾患・運動器疾患を中心とした患者に加え、呼吸・循環器疾患を有する患者も増加(図11)し、リハビリテーションを必要とする対象患者割合は変化してきている。高齢化が進むなか、呼吸・循環器疾患・がん疾患を有するような、医療度の高い患者への対応が必要とされている。

COVID-19感染症患者の増加に伴い、治療後の後方支援体制は、灘区のN病院で発熱外来、COVID-19専用病床を確保し、検査も保健所・医師会だけでなく自前で抗原検査、PCR簡易検査に取り組んでいる。

Nリハビリテーション病院では、高度急性期病院でCOVID-19から生還したが廃用の進んだ症例に対し、積極的にリハビリテーションを行っており、今後行う予定である。このように現状の立地を鑑みた、急性期医療機関との連携を強化する戦略がまずは、重要と考えている。

5-2-1. S医療・福祉グループ連携戦略

Nリハビリテーション病院が属するS医療・福祉グループは、地域包括ケアシステムの構築に向け、グループの強みを生かしながら、地域に根差した医療・介護・福祉サービスを提供していくことが求められる。

現在のNリハビリテーション病院に入院している患者情報を収集整理し、各事業と情報共有できるよう発信していくことは、急性期から回復・維持期におけるグループ連携のガバナンス強化を図る連携戦略に必要な要件であるとする。

Nリハビリテーション病院と他の事業所における連携実績を見ると、N病院は開設年度以降、紹介患者、転院患者ともに非常に少ない(図13)。一方、施設系退院患者では表8に示したが、S医療・福祉グループが所在する灘区・東灘区・中央区に居住地がある退院患者では、当該グループ施設の利用には一定の連携実績がある。

このように各事業所の独立性が高まってきたため、患者・利用者の連携が遅れてい

る。各々の事業所に明確な連携システムが構築されておらず、退院の方向性に合わせ患者・家族へ相談員は、適宜事業所の案内している状況である。

また、各事業所の稼働状況といった患者・利用者の情報は、共有情報としては常に把握はされていない。したがって、グループ内でシームレスに各事業所が利用できる効率的な体制を構築することは、地域包括ケアシステムの構築を促進し地域貢献へ繋がられるものと考ええる。

N リハビリテーション病院は、情報共有システムを構築し、各事業所との連携可能性（転院・入所・在宅サービス利用）が判断できる体制を整備していく。また、各事業所情報の見える化（ホームページや SNS、院内掲示）を積極的に実施し、各事業所を知ってもらえる環境を作る。さらに人材育成では、リハビリテーション部門では、これまでも各事業所へのスタッフ配置転換を実施してきたが、この配置転換を通して急性期・回復期・維持期の臨床を積み、経験の幅を広げ、リハビリテーション提供サービスの質を高められる人材育成を引き続き行なっていくことが必要である。

グループガバナンス戦略として、関連介護事業所から誤嚥性肺炎により N 病院へ入院した患者で、摂食嚥下機能の改善に歯科連携が必要な場合は N リハビリテーション病院へ転院し、重点的にリハビリテーションを行い関連介護事業所へ再入所するような事業所間連携に取り組んでいく。このようなグループ内連携から地域包括ケアシステムの構築に取り組む S 医療・福祉グループだと、急性期医療機関そして地域に周知していくことが重要であると考ええる。

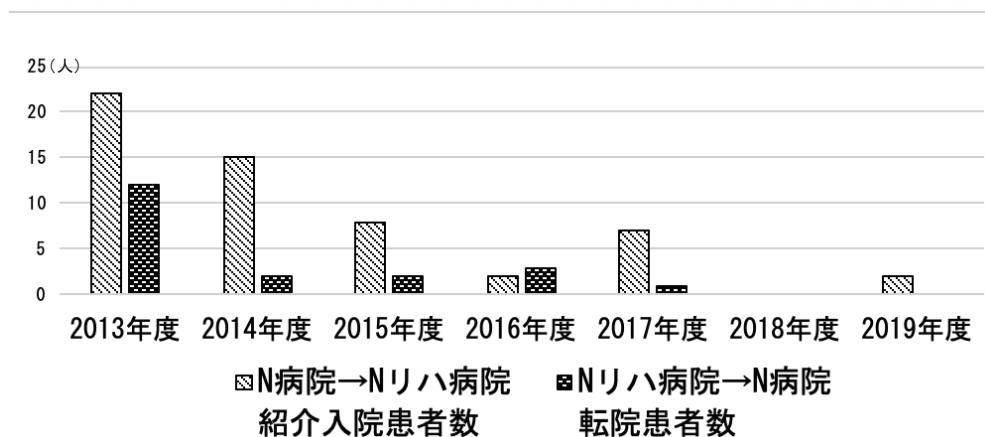


図 13 : N 病院との患者連携実績

表 8：施設系退院患者の A 医療・福祉グループ関連施設利用内訳

在宅施設退院患者数	総数	居住区域 中央/灘/東灘	グループ 施設利用	老人保健施設退院患者数	総数	居住区域 中央/灘/東灘	グループ 施設利用
2013年度	13	8	2	2013年度	7	6	3
2014年度	29	7	2	2014年度	30	23	6
2015年度	24	15	1	2015年度	22	11	3
2016年度	28	18	0	2016年度	26	20	4
2017年度	41	24	2	2017年度	25	16	4
2018年度	22	13	0	2018年度	24	13	4
2019年度	16	9	0	2019年度	10	4	2

5-2-2. B リハビリテーション病院の急性期医療機関連携戦略

2013 年の開設以降、これまでも急性期医療機関との連携強化として、①神戸圏域にある神戸広域脳卒中地域連携協議会や大腿骨頸部骨折地域連携クリニカルパス会への参加、②脳血管疾患患者における急性期早期離床アプローチ（装具療法）の回復期リハビリテーション病棟入院後の継続、③運動器疾患患者では抜糸前の術後早期の受け入れ（1 週間以内）、④2014 年から神戸圏域回復期リハビリテーション病院では実施されていなかった心臓リハビリテーションの実施、⑤2016 年度の兵庫県立こども病院ポートアイランド移転に伴い、他の回復期リハビリテーション病棟では実績の少ない小児患児の受け入れを開始、⑥がん患者の術後リハビリテーション対応、⑦COVID-19 感染症治療後患者の受け入れ、などの取り組みを実施してきた。

回復期リハビリテーションを必要とする患者は、同時に高度な医療サービスも必要としており、また、幅広い領域の医療とリハビリテーションが必要となっている。このような患者を受け入れられる医療機関として、急性期医療機関との連携強化を図るには、急性期医療を理解したリハビリテーションを提供できる人材の育成が重要な課題である。

急性期医療機関との連携においては、在宅復帰を目標とした回復期リハビリテーションクリニカルパスを作成し、地域の後方支援事業所とも連携を図った急性期から維持期をシームレスに繋ぐ、効果的・効率的なリハビリテーションサービスを展開していく必要がある。

人材育成に関して、N リハビリテーション病院では、58 名のリハビリテーション専門職が在籍しているが、急性期リハビリテーション経験のないスタッフが大半である。臨床経験豊かな人材育成は安心・安全で信頼できる医療機関として、急性期医療機関との連携を強化する重要な要素と考える。

今後の人材育成対策としては、①2020 年度から隣接する神戸市立医療センター中央

市民病院で、2年間勤務する臨床研修体制を開始した。急性期リハビリテーションを学び、急性期から回復期にかけての流れを経験した人材を育成していく取り組みである。来年度以降も毎年1名を研修に送り出し、中長期的な人材育成を行なっていく。

②回復期リハビリテーション病棟生活でのリハビリテーションを強化することと、他職種協働ができる体制を整備するため、2020年7月からリハビリテーション科スタッフの早出・遅出病棟配置を開始した。病棟の日常生活場面にリハビリテーション専門職種が介入することは、病棟生活のリハビリテーションの質を向上させることになる。また、看護部・リハビリテーション部のスタッフが一丸となった在宅復帰支援体制の強化でもある。このような取り組みから、他職種連携ができる人材の育成を行なっていく。

③医療専門職としての資質向上に向け、日本リハビリテーション医学会や日本心臓リハビリテーション学会などの各学会で医師・コメディカルは学会発表を行なっている。自組織だけでなく急性期病院との連携研究も積極的に行なっており、継続して臨床研究を通じた人材育成を行なっていく。

④2019年度から臨床教育を目的とし、1年間の事業所配置転換を開始。S医療・福祉グループ内で急性期・回復期・維持期のリハビリテーション業務を行っている。各事業所のリハビリテーション専門職種が人員不足とまらない体制が構築されており、今後は各時期を経験した、地域リハビリテーションに強い人材を育成していく。

⑤リハビリテーション医を始め看護部門、リハビリテーション部門では臨床研修施設として取り組んでおり、指導教育できる人材育成も引き続き行なっていく。このような人材育成体制を整備することは、S医療・福祉グループの取り組む地域包括ケアシステム構築にとって重要であると考えられる。

次に、急性期医療機関との連携強化策として、回復期リハビリテーションクリニックパスの作成を検討した。

現在、隣接する神戸医療センター中央市民病院とは心臓血管外科・循環器内科の患者に対し心臓リハパス、股関節・膝関節の人工関節置換術に対し人工関節パス（あんしん病院も同パス運用）を作成し、予定手術後のリハビリテーションを実施（状況によっては術前の入院リハビリテーションも実施）している。入院患者の受け入れ連携パスで、近年の運動器疾患患者割合が増えている（図8）要因となっている。他の疾患群でもこのような連携パスの必要性があると考えられる。

今後は、連携パスから発展させた、回復期リハビリテーションクリニックパスを考案し、短期に集中したりハビリテーション介入から在宅復帰へ繋げていく体制を整備する。特に、心臓リハビリテーションでは連携強化が図りやすことから、短期入院リハビリテーションを行い、在宅復帰後は外来リハビリテーションへと繋げていく。そし

て再入院予防へ向けたプログラムを展開していく。

このような対応ができれば、急性期医療機関に多く入院している呼吸器・循環器系疾患患者を新規に受け入れられる体制整備が取れるのではないかと考える。また、退院後のフォローアップ体制としては、外来リハビリテーションに加え通院できない場合は訪問リハビリテーションを実施し、地域の在宅サービスへ繋いでいく役割を担う必要がある。

そして、在宅復帰が難しいケースでは、地域の後方支援事業所との連携が必要なため、S医療・福祉グループとの連携や他の在宅医療・介護サービス事業所との連携を強化し退院支援を行うことが重要と考える。

2020年8月現在、COVID-19感染症患者の対応に迫られており、神戸市立医療センター中央市民病院や神戸市内の急性期病院では、COVID-19感染症患者の受入れが強化されている。感染の拡大状況にもよるが、回復期病床を有する医療機関には状態の安定したCOVID-19感染症患者の円滑な受け入れが求められる。このような感染症患者を受け入れられる体制をハード・ソフトの両面から整備していくことが医療機関に求められている。

現在、感染リスクに配慮しながらリハビリテーション室で、入院・外来のリハビリテーションを実施している。しかし、感染症対策の観点から施設内設備を見直し、会議室として使用されている部屋をリハビリテーション室へ用途変更し、リハビリテーション室を2分化する検討が必要である。

入院・外来患者のゾーニング、また、過密とならないリハビリテーションが提供できるという施設メリットを作り出すことは、急性期医療機関や患者から感染症対策が取れている施設として選ばれる要因となるものと考え。今後は、感染症対策が図られている病院としても急性期医療機関や患者に周知されることも重要であると考え。

5-2-3. ポートアイランド島内の競合戦略

ポートアイランドには島内の地域医療を担う競合する医療機関の0病院がある。回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、障害者病棟を有する救急指定病院で、また、老人保健施設も同一施設に併設し、急性期・回復期・生活期まで地域に根ざした医療・介護サービスを提供している。ポートアイランド島内での競合戦略はでは、Nリハビリテーション病院が強みとする循環器疾患を有する脳血管疾患・運動器疾患・廃用疾患患者群、また、歯科との連携が必要な摂食嚥下障害を有する脳血管疾患・廃用疾患患者群をターゲットとし、急性期医療機関からの紹介患者を受け入れていく。そ

して退院後のフォローとして、外来・訪問リハビリテーションまで対応できることを、急性期医療機関や地域に周知していくことが重要であるとする。

6. 結語

本稿において、S 医療・福祉グループが地域包括ケアシステム構築に取り組む地域で各事業所が機能的に連携するにあたり、N リハビリテーション病院の課題から分析し、連携におけるガバナンス強化に向けた取り組みを検証した。事業所間で有効に活用できる情報はあっても、その活用はなされていなかった。

筒井 (2014) によると、日本における連携には、相互理解の日常化を示す、いわゆる顔の見える関係を日常的に創ることが大事であるというような「linkage(連携)」レベル、個人や団体は責任を持ち、特定の状況については協働してその業務を実行する「coordination(協調)」レベル、利用者にサービスをオーダーメード的に作らなければならない「full integration(完全な統合)」の3つのレベルがあるとされている。S 医療・福祉グループの2025年にあるべき姿としては、「coordination(協調)」レベルの連携が図れていることだと考える。そして、様々な医療・介護サービスの分野を一つの組織で行うものとして、垂直統合された連携を強化するガバナンス構造が必要だと考える。N リハビリテーション病院だけの現状分析だけでなく各事業所の現状分析からも課題を抽出・整理し、連携に必要な情報共有システムを構築すること、そしてその連携が継続できる連携ガバナンスの強化を図っていかなければならない。

N リハビリテーション病院は、高度急性期医療を担う医療機関が集積した地域で急性期医療機関との連携を強化しながら、これまでも回復期リハビリテーションが必要な患者を受け入れてきた。今後、高齢化が進み重複疾患を有した医療度が高い高齢者や小児疾患まで、幅広い患者へのリハビリテーションが必要となる。そして、COVID-19感染症により、これまでの診療体制を変化させていかなければならない状況である。S 医療・福祉グループのグループガバナンス戦略から連携を強化すること、人材育成を通し多様な患者への対応力を高めること、強みを生かした回復期リハビリテーションクリニカルパスを用いたリハビリテーション提供体制を構築すること、外来だけでなく訪問リハビリテーションによる退院後のフォロー体制を整備することなどから、急性期医療機関との連携を強化し、地域への貢献を果たしていくことが重要であるとする。そして、病院運営を強化し事業の継続性を高められる体制を整備するためには、院内ガバナンスを強化する上で病院機能評価の取得を目指していくことも必要だと考える。

7. 謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、筒井孝子教授、小澤修一教授、木下隆志教授、大冢賀政昭先生より丁寧かつ熱心なご指導を賜りました。ここに感謝の意を表します。そして、共に学んだ同級生の支えもあり、本稿を書き上げることができました。皆様にもお礼申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 羽田明浩(2017)「(02) 組織間関係論から見る地域医療連携推進法人」『経営學論集』第87集日本の経営学 90年の内省と構想[日本経営学会 90周年記念特集]、pp. F2-1-F2-9
- [2] 持松志帆(2018)「医療機関におけるガバナンスの構築—医療機関の質保証に関する規格とマネジメントの在り方—」『川崎医療福祉学会誌』28巻1号、pp. 147-155。
- [3] 松本有史(2018)「回復期リハビリテーション病院の経営戦略—医療マーケティングから見た病床数の再編—」『商大ビジネスレビュー』8巻2号、pp. 237-254。
- [4] 服巻陽子(2018)「リハビリテーション特化型中小病院におけるブランド論」『商大ビジネスレビュー』8巻2号、pp. 183-212。
- [5] 宮地千尋(2012)「地域包括ケアシステムにおける在宅療養支援病院の経営戦略」『商大ビジネスレビュー』2巻1号、pp. 281-294。
- [6] 筒井孝子(2020)『看護必要度 第8版』日本看護協会出版会
- [7] 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規

引用ホームページ

- [1] 日本医師会 地域医療情報システム JMAP
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000509330.pdf> (2020年4月29日アクセス)
- [2] 平成30年度診療報酬改定後の算定状況等について
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000547022.pdf> (2020年8月2日アクセス)
- [3] 厚生労働省 社会保障制度改革国民会議報告書
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf (2020年8月10日アクセス)

- [4] 厚生労働省 今後の社会保障改革について-2040年を見据えて-
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000474989.pdf> (2020年8月10日アクセス)
- [5] 社会保障制度改革の全体像
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf (2020年8月10日アクセス)
- [6] 兵庫県保健医療計画(平成30年改定)第2部各圏域の計画 神戸圏域
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/kenniki021kobe.pdf> (2020年8月4日アクセス)
- [7] 回復期リハビリテーション病棟協会ホームページ
<http://www.rehabili.jp/index.html> (2020年7月29日アクセス)
- [8] 病院情報局
<https://hospia.jp/hosdetail/1285108218> (2020年7月20日アクセス)
- [9] 兵庫県ホームページ 病床機能報告
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/byousyoukinouhoukoku.html> (2020年7月7日アクセス)
- [10] 近畿厚生局ホームページ 施設基準の届出受理状況
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei_jo_kyo_00004.html (2020年8月5日アクセス)
- [11] 神戸市ホームページ 最新の住民基本台帳に基づく人口
<https://www.city.kobe.lg.jp/a89138/shise/toke/toukei/jinkou/juukijinkou.u.html> (2020年8月18日アクセス)