

COVID-19 感染患者の受け入れが 急性期民間病院の経営に及ぼした影響 —感染症患者への対応と今後の課題—

小 早 川 正 樹

キーワード：COVID-19、地域医療構想、重症度・医療、看護必要度、一般患者分類、地域密着型病院

1. はじめに

A 病院は兵庫県神戸市垂水区に位置し、急性期医療を担う民間病院である。神戸市では 2020 年 3 月 1 日に COVID-19 感染が確認され、その後 3 度の緊急事態宣言が発出された。A 病院では地域医療ニーズに応えるべく 2020 年 9 月から休棟していた産婦人科病棟を COVID-19 専用病床として開棟した。

日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会の 3 団体が調査を行った『新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査（2020 年度第 4 四半期）』では、756 病院の通年での損益の推移検討がなされた。損益及び支援金の回答があった 716 病院では対前年で 4.3 ポイントの医業利益の悪化を認めた。特に COVID-19 受入れ病院では 4.7 ポイント対前年で悪化し、-7.0%となった。医業利益に支援金を加えた利益率では、平均では損益がなんとか黒字ではあるが、支援金を加えた利益率が大幅なマイナスの病院も多数見られ、大きなばらつきが生じていることが報告されている（図 1）。独立行政法人福祉医療機構は、『病院経営動向調査（2021 年 3 月特別調査）』で 2020 年度の医業収益の決算見込みで一般病院の 43.8%は「増加・横ばい」であるものの、「1 割減」が 40.1%、「2 割減」が 10.5%と 54.9%の病院が減収の見込みである調査結果を公表しているが、COVID-19 感染患者を受入れた病院では、経営が厳しいといわれている。

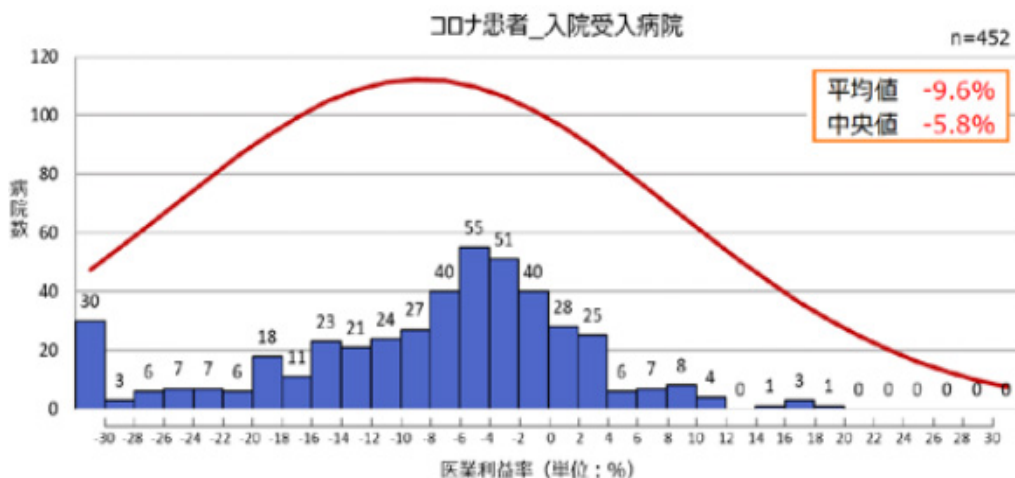


図 1：2020 年度 COVID-19 受入れ病院医業利益に支援金を加えた利益率

それは、COVID-19 感染拡大による受診控えや感染対策によって病院経営が圧迫されているからとされるが、厚生労働省は、診療報酬上の臨時的な取扱いを発出し、COVID-19 に対応した医療機関に診療報酬上のインセンティブを与えた。

具体的には届出なしに二類感染症等患者管理加算や酸素吸入を必要とする呼吸不全状態の中等症Ⅱの患者に対する救急医療管理加算を通常の 5 倍相当の点数で算定できること、人員配置のみ基準を満たすことで特定集中治療室等が 3 倍の点数で算定できることなどの臨時的な診療報酬上の取扱いで評価している。

A病院では 2020 年 9 月から COVID-19 専用病床を稼働し、COVID-19 感染患者の受入れを開始した。軽症者のみを受入れ、入院中に重症化した場合は速やかに重症者を管理できる医療機関に転院させるはずであった。しかし、感染が拡大し、重症者を受け入れる病院が患者を受け入れることができなくなり、中等症、重症者も診療せざるを得なくなった。そして、このことによって医療行為や日常生活に介助が必要となり、急激に看護師の負担が大きくなっていった。

本稿では、A病院の COVID-19 感染拡大前の状況を各種データから明らかにし、COVID-19 感染患者の受け入れが病院経営に及ぼした影響について明らかにする。また、これからの COVID-19 感染収束後の A病院の経営戦略について考察を行う。

2. 目的と方法

本研究では、各種データから COVID-19 感染拡大前の A 病院の立ち位置を分析し、COVID-19 感染患者の入院受入れの経過について患者の状態像、財務諸表への影響について振り返る。また、COVID-19 感染症収束後の COVID-19 専用病棟の運用を中心に、外部分析、内部分析、クロス SWOT 分析を元に今後の戦略について考察を行う。

COVID-19 感染患者については COVID-19 専用病床を開棟した 2020 年 9 月 1 日から 2021 年 4 月 30 日までの患者を対象とした。DPC データを始めとする院内データ、財務諸表は過去 5 年分を対象とした。なお、本研究にあたり兵庫県立大学大学院経営研究科倫理審査委員会の審査を受審した。

3. COVID-19 感染拡大前の A 病院のポジショニング・アプローチ

3-1. A 病院の沿革と概況

A 病院は神戸市垂水区のほぼ中心に位置しており（図 2）、常勤医師 52 名、脳神経外科、循環器内科、救急科、整形外科をはじめとする 28 の診療科を標榜する垂水区唯一の地域支援病院である。垂水区には大病院がなく、公的病院もない。許可病床数は 325 床で、急性期一般病棟入院料 1 が 263 床（うち 49 床は休床）、特定集中治療室管理料 3 が 8 床、地域包括ケア病棟が 54 床の 276 床で稼働を行っている。

A 病院は、2013 年に神戸市中央区から現在の垂水区へ新築移転しており、2015 年に地域支援病院の指定を受けた。2017 年 3 月に大学からの医師派遣中止により産婦人科を閉科し、2018 年 3 月に小児科も閉科した。また、2017 年 6 月には地域包括ケア病棟を開設した。このような病院の変遷はあるものの、経営戦略の企画や、院内全体をマネジメントする部門はなく、院長をはじめ病幹部で意思決定を行っている。



図 2 : A 病院の位置と周辺病院

3-2. 地域医療構想と病床報告制度

地域医療構想より神戸二次医療圏と令和 2 年度の病床機能報告より垂水区と周辺区の病床機能別稼働病床数と 2025 年の予定について表 1 にまとめた。神戸二次医療圏、垂水区内ともに回復期機能の病床が足りず、特に垂水区では回復期、慢性期機能の病床が少ないとされ、垂水区外の医療機関に転院している。

垂水区内の病床機能報告に報告のある病院ごとの病床機能別稼働病床数を表 2 に、入院料別病床数を表 3 にまとめた。

同じ急性期機能の病床であっても看護配置が 7 対 1 を求められる急性期一般入院料 1 から看護配置 13 対 1 の地域一般入院料 1 まだが混在している。ここからは特に A 病院が競合する医療機関を B 病院、C 病院、D 病院に焦点を当てる。なお、C 病院は 2020 年 7 月に新築移転されたため診療実績は現時点で公表されていない。

表 1 : 病床機能別稼働病床数と 2025 年の予定

病床機能	神戸			垂水区		須磨区・西区・明石市
	2025年 必要病床数	2020年 稼働病床数	比較 (必要-稼働)	2020年 稼働病床数	2025年度 予測	2020年 稼働病床数
高度 急性期	2,074	2,182	108	8	24	179
急性期	5,910	7,233	1,323	766	787	3,228
回復期	5,032	2,649	-2,383	142	102	1,056
慢性期	2,631	2,814	183	69	60	1,186

表 2 : 2020 年の垂水区病床機能別稼働数

病床機能	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	総計
高度急性期	8	0	0	0	0	0	8
急性期	268	137	68	131	60	60	724
回復期	0	40	50	0	52	0	142
慢性期	0	0	0	0	0	60	60
総計	276	177	118	131	112	120	934

表 3 : 入院料別病床数

入院料	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	総計
特定集中治療室管理料 3	8						8
急性期一般入院料 1	214	137		131			482
急性期一般入院料 4					60		60
急性期一般入院料 7				68			68
地域一般入院料 1						60	60
回復期リハビリテーション病棟 入院料 1					52		52
回復期リハビリテーション病棟 入院料 6				50			50
地域包括ケア病棟入院料 2	54	40					94
療養病棟入院料 1						60	60
総計	276	177	118	131	112	120	934

3-3. 垂水区内の病院における診療実績

中央社会保険医療協議会が公表している DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告より A 病院、B 病院、D 病院の診療実績について示す。手術の有無別 DPC データ件数推移を表 4、救急車による搬送の推移を表 5、他院より紹介有りの件数推移を表 6、緊急入院の割合推移を表 7 に示した。

A 病院の実患者数が 2016 年度から 2018 年度にかけて大幅に減少している理由は産婦人科、小児科の入院が無くなったことに加え、2017 年 6 月より地域包括ケア病棟に病床転換を行ったため、眼科を中心とした短期滞在手術等の入院が DPC データとして

計上されていないためである。A 病院は症例数、救急車による搬送の件数、他院より紹介有りの件数が最も多く、垂水区内で最も急性期医療に貢献している。救急車による搬送件数が増加することによって緊急入院の割合が増加している。B 病院は症例数、救急車による搬送件数、他院より紹介有りの件数ともに減少傾向にあり、手術を行わない緊急の入院患者を多く診療している。D 病院は 6 割以上が予定入院であり、半数が手術を行っている。他院より紹介を受け予定手術を行うという効率的な医療を提供していると推測される。

表 4：手術の有無別 DPC データ件数推移

	手術	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
A 病院	あり	2,534	2,347	1,915	1,456	1,436
	なし	2,812	2,934	2,760	2,663	2,493
B 病院	あり	357	461	421	328	255
	なし	1,509	1,271	1,279	1,066	1,187
D 病院	あり	1,171	1,002	1,182	1,322	1,327
	なし	1,213	1,195	1,235	1,162	1,218

表 5：1 か月当たり救急車による搬送件数推移

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
A 病院	82.8	96.2	97.3	120.6	106.0
B 病院	66.3	63.5	65.8	51.8	57.8
D 病院	4.8	12.4	11.1	12.7	13.4

表 6：1 か月当たり他院より紹介有り件数推移

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
A 病院	220.6	269.6	234.5	184.5	215.3
B 病院	30.5	25.2	24.3	15.6	11.3
D 病院	66.8	62.7	72.1	78.4	74.0

表 7：緊急入院割合推移

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
A 病院	60.9%	64.2%	69.6%	71.6%	71.3%
B 病院	81.6%	79.0%	79.3%	75.5%	84.0%
D 病院	36.0%	38.7%	36.4%	35.2%	34.2%

4. COVID-19 の感染状況

4-1. 神戸市の状況

2019 年 12 月に中華人民共和国の湖北省武漢市で肺炎患者の集団発生が報告され、世界中に COVID-19 の感染は世界に拡大し、世界保健機関は公衆衛生上の緊急事態を 2020 年 1 月 30 日に宣言した。日本国内では 1 月 16 日に国内初の感染が報告され、2 月 1 日に指定感染症に指定された。その後の水際対策では感染を防げず、3 度の緊急事態宣言発令がなされた

神戸市では 2020 年 3 月 3 日に 2 名の感染者が初めて報告された。2020 年 3 月から 2021 年 5 月 31 日までの神戸市の日別陽性者数と入院中等の患者の推移について図 3 に示した。

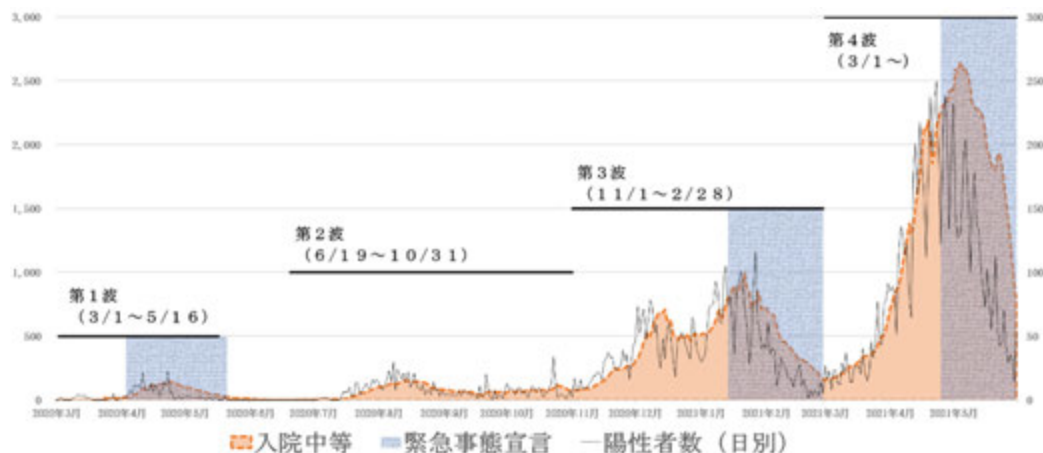


図 3：神戸市感染者推移

4-2. A 病院における感染症に関わる状況

A 病院で初の COVID-19 感染患者が発覚したのは、2020 年 4 月 16 日である。近隣介護施設から発熱により救急搬送された 80 代の患者が一般病棟へ入院となった。入院後、保健所に PCR 検査の依頼を行い、検査結果が陽性になると感染拡大防止のため、休棟としていた病棟（のちの COVID-19 専用病棟）に急遽転棟し、管理職看護師が持ち回りで看護を提供し、通常の入院診療とは完全に隔離し、入院管理を行うことができた。第一波の段階で COVID-19 感染患者が入院したことで職員の恐怖心や危機感が高まった。

しかし、現時点 2021 年 8 月まで職員や入院患者の COVID-19 陽性が確認されたがクラスターと言われるような感染拡大は起こっていない。

2020 年 9 月 1 日より COVID-19 専用病棟として休棟していた病棟を改修し、届出病床 10 床で運用を開始した。2020 年度の COVID-19 関連の A 病院の出来事を図 4 に示した。

月日	内容	月日	内容
2020年		8月6日	病棟所属看護師の陽性を確認。 当該所属病棟の新規入院を2週間中止。
4月10日	PCR検査の外注依頼開始。	8月17日	船舶関係のPCR検査依頼受付開始。
4月16日	近隣施設より80代女性が入院。 保健所にPCR検査依頼。	9月1日	COVID-19陽性入院患者受入開始。
4月17日	COVID-19陽性と発覚。 濃厚接触者に該当する者はいないものの、 当該患者の入院病棟の入退院を停止。	2021年	
4月20日	隔離のため、休棟中の病棟へ転棟。 レストラン・職員食堂が休業。 売店の営業時間が短縮。	1月11日	救急外来所属看護師の抗原検査陽性を確認。
7月7日	院内でのLAMP法検査開始。	1月12日	同部署の別の看護師のLAMP法検査陽性を確認。
7月21日	PCR検査センター運用開始。 開業医からのPCR検査依頼を受付。	1月13日	濃厚接触者となった4名が自宅待機。 救急診療部門の人員不足のため、 非当番日の3日間の時間外救急診療を休止。
7月28日	帰国者接触者外来運用開始。 保健所からの検査依頼を受付。	1月22日	院内でのPCR法検査開始。
7月29日	院内での抗原検査開始。	2月16日	病棟看護師1名と入院患者1名のPCR陽性を確認。 当該病棟の新規入院を2週間停止。
8月3日	発熱外来運用開始。	3月11日	入院患者1名のPCR陽性を確認。 当該患者の病室について入退院を2週間中止。 別病棟の職員1名と入院患者1名の陽性を確認。 当該患者の病室について入退院を2週間中止。
		3月15日	職員へのワクチン接種開始。

図 4 : 2020 年度 COVID-19 関連の出来事

4-3. 病床構成の変化

COVID-19 感染拡大前は小児科産婦人科病棟であった南 5 階病棟は休床していたが、2020 年 9 月より COVID-19 専用病床として運用を開始した。その後、入院患者、病棟看護師の COVID-19 感染により図 4 に示した通り度重なる新規入院の受入れ停止を行った。また、COVID-19 専用病床とは別に一般病床をポスト COVID-19 病床、アフター COVID-19 病床として使用した。また、2022 年 4 月に一般病床 6 床を脳卒中ケアユニットに病床転換する予定である。病棟ごとの病床変化について図 5 に示す。

許可病床数	北5階 52床	南5階 49床	北6階 54床	南6階 54床	北7階 54床	南7階 54床	ICU 8床
2020年 8月6日						新規入院の 2週間停止	
						35床運用	
9月1日		10床稼働					
2021年 2月16日	新規入院の 2週間停止		新規入院の 2週間停止				
3月11日	新規入院の 2週間停止						
4月24日	新規入院の 2週間停止						
5月10日	新規入院の 2週間停止					新規入院の 2週間停止	
5月14日					新規入院の 2週間停止		
5月17日						45床運用	
5月27日					新規入院の 2週間停止		
6月4日						47床運用	
6月11日						50床運用	
6月18日						54床運用	
6月22日	ポストコロナ:21床 コロナ疑い:13床 34床運用						
2022年 5月1日					6床を SCUに転換		

図 5：病床変化の推移

5. COVID-19 感染症患者の専用病棟の概要

5-1. COVID-19 感染症の専用病棟

A病院の COVID-19 感染症患者の専用病棟の設置に際して、建築環境からみた問題は、それほど大きくなかった。建物はエレベーターホールを挟んで南北に病棟が分かれており、一般の患者と動線を分けることが容易だったからである。

COVID-19 患者の専用病棟の図面を図 6 に示した。ここは、産婦人科として稼働していた病棟であったが、ここの 4 床室を 1 床として個室管理を行った。届出病床は 10 床としたが、実際に使用できる病床は 13 床用意し、患者の状態や退院後速やかに次の患者を受け入れられるよう多めに確保した。

病棟スタッフの控室も個室 3 床あり、広さも十分で、浴室が完備されており、勤務終了後シャワーを浴びることが可能であった。2021 年 4 月に慢性維持透析を行っている患者の受入れを依頼され、透析室を増設した。

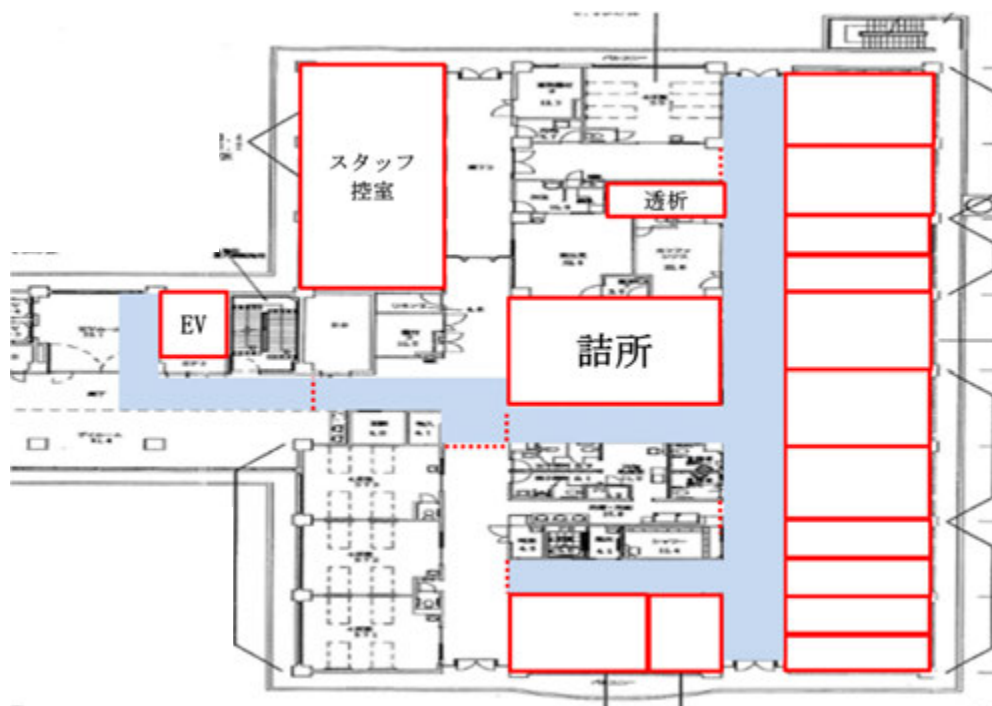


図 6 : COVID-19 専用病床図面

5-2. 患者数の推移

2020 年 9 月から 2021 年 4 月までの月ごとの COVID-19 専用病棟の延べ患者人数と平均在院日数を図 7 に示した。開棟した 9 月から 1 月にかけて入院患者数が増えた。2 月に一旦は患者数が減少するものの、再度 4 月にかけて上昇しており、市中の感染拡大の影響が示された。4 月は 1 月と同様に稼働率 100%を超えた上に、平均在院日数が短くなっており、患者の入れ替わりが激しかった。

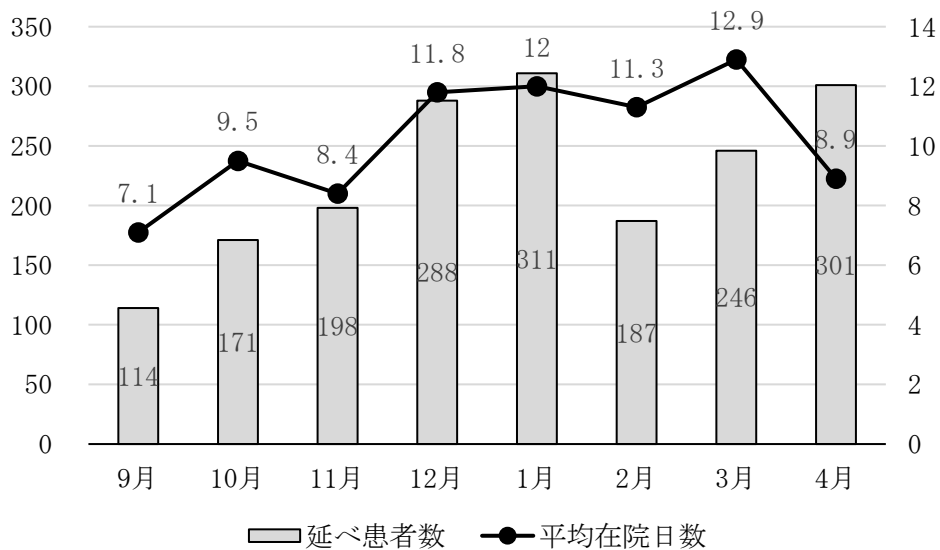


図 7 : COVID-19 患者数推移

5-3. 病棟運用と看護配置

専用病床の看護師の配置に際しては、各病棟から 1, 2 名が選出され、1~3 か月で交代することとされた。入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式 9）より日勤、夜勤勤務時間の推移と稼働率を図 8 に示した。

2020 年 9 月から 2021 年 1 月に稼働率は増加しているが、看護師の配置に変化はないため、看護師の負担は大きくなっていると推察された。特に 12 月、1 月は稼働率が 90% を超え、最も過酷な勤務環境であった。

このため 4 月には夜勤看護師数を 3 人配置することとし、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出た。

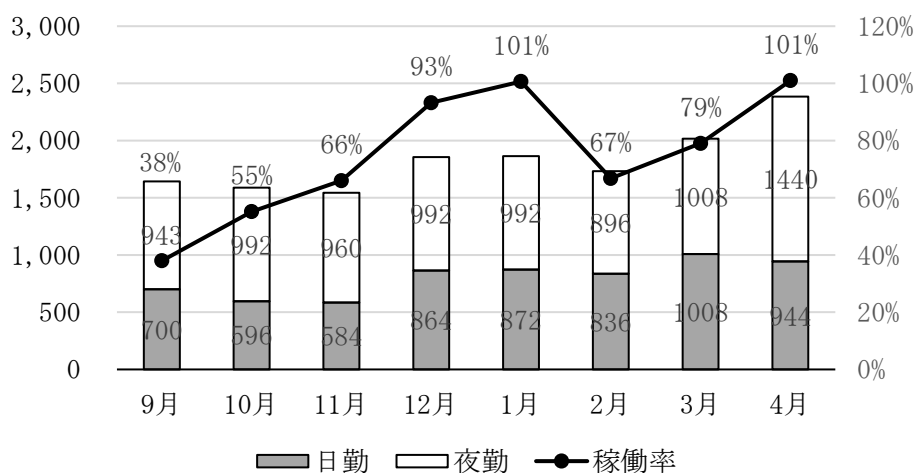


図 8：看護配置と稼働率

5-4. 看護必要度を用いた患者の状態の推移

看護師の配置数は変わらずに患者数が増加したことを確認したことは、看護師の負担を増加させたと推察されることから、これを実証するために、「重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）」の評価結果を用いて、患者の状態を分析した。

看護必要度にはA項目、B項目、C項目とある。しかし、A病院では、COVID-19 感染患者に対して手術は行われなかったため、C項目の分析は行っていない。

分析の結果、COVID-19 感染患者においては、A項目の「呼吸ケア」、「心電図モニター」、「専門的な治療・処置」が必要とされていた（図9）。

B項目の「診療上の指示が通じない」、「危険行動」の2項目の該当者は多かった（図10）。

COVID-19 感染患者におけるA項目の該当率が高いことは、患者が重症であることを示しているが、「呼吸ケア」を必要とした患者は12月から一気に増加していた。また、「専門的な治療・処置」はステロイド薬が大半を占め、COVID-19の中等症Ⅱ以上が入院していることがわかる。

B項目の認知症の該当者も、A項目の該当者増えた12月頃から、同じく増加していたが、1月をピークに徐々に低下した。「危険行動」より、「指示が通じない」患者が多い傾向にあり、1月は3人に1人が「指示が通じない」に該当する患者であった。

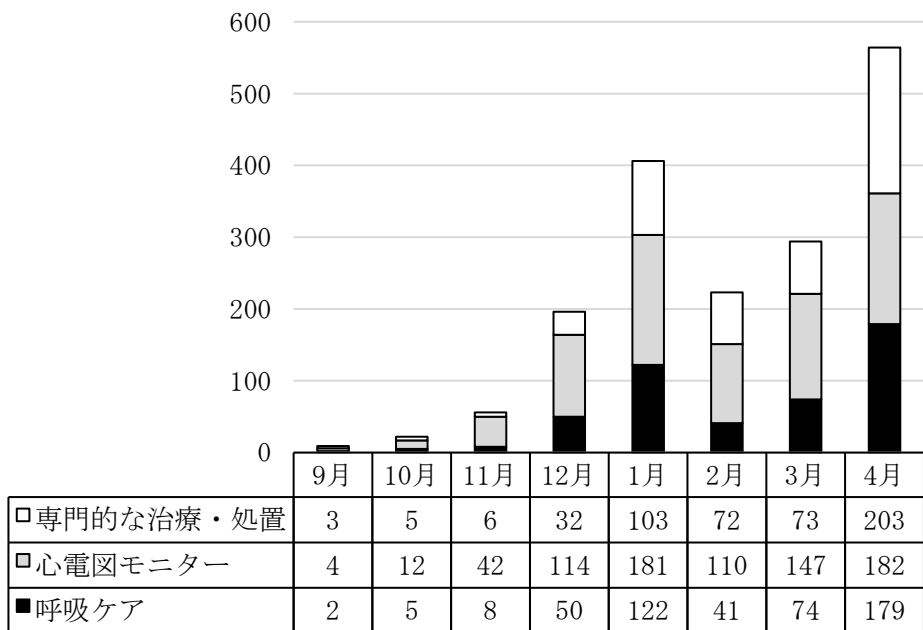


図 9 : A 項目の推移

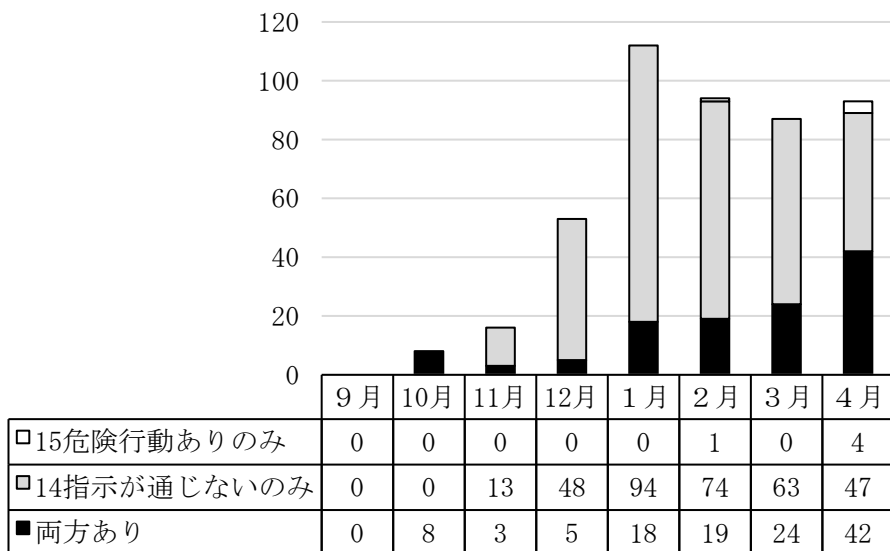


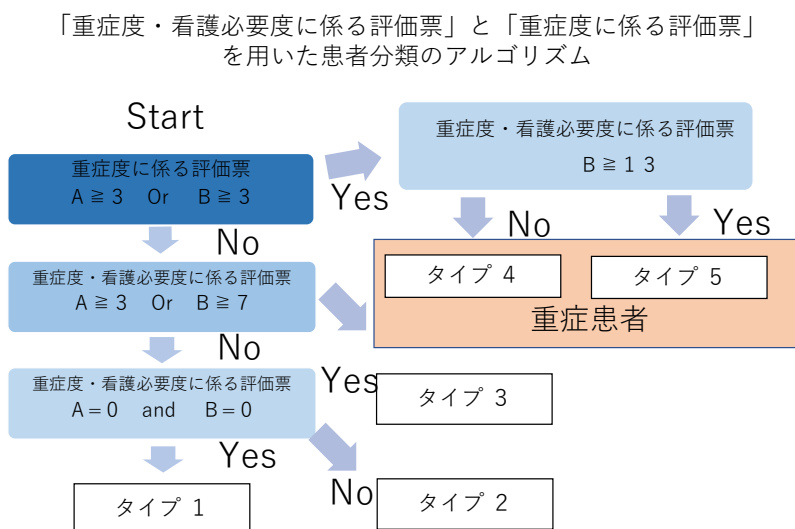
図 10 : B 項目の推移

5-5. 看護必要度を用いた患者分類法Ⅱによる患者像

患者の全体的な手間のかかり具合を客観的に示すため、東野、筒井ら(2011)によって開発された、「一般病棟用の重症度・医療、看護必要度に係る評価票」を用いた、一般患者分類別の患者タイプの分析を行った。処置の発生割合が高く、患者の状況においても介助が必要な状況が高まるタイプ4や5の患者が増加していることがわかった。

また、この患者タイプは、臨床像として把握しやすく、看護資源の適正な資源配分を検討する指標となると述べていることから、A病院の患者に、この一般患者分類法の考え方を適用してみた(図11と表8)。

これにより、A病院のCOVID-19専用病棟に入院した患者のタイプ別分類を100分率にして図12に示したが、これから9月から4月にかけて、医療処置や、看護師による介入が必要となるタイプ4・5の患者の割合が増えていることがわかる。さらに、1月からは、タイプ4・5の患者が半数を占め、看護師の負担がかなり増加していたことが推察された。



嶋森好子 筒井孝子 編集：マネジメントツールとしての看護必要度 第2版 中山書店,東京,2008.11 より

図 11：看護必要度の得点を用いた患者分類方法

表 8 一般患者分類法の考え方

B得点/A得点	0	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	3	3	3	3	3	3	3
1	2	2	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
4	3	3	4	4	4	4	4	4	4
5	3	3	4	4	4	4	4	4	4
6	3	3	4	4	5	5	5	5	5
7	3	3	4	4	5	5	5	5	5
8	3	3	4	4	5	5	5	5	5
9	3	3	4	4	5	5	5	5	5
10	3	3	4	4	5	5	5	5	5
11	3	3	4	4	5	5	5	5	5
12	3	3	4	4	5	5	5	5	5

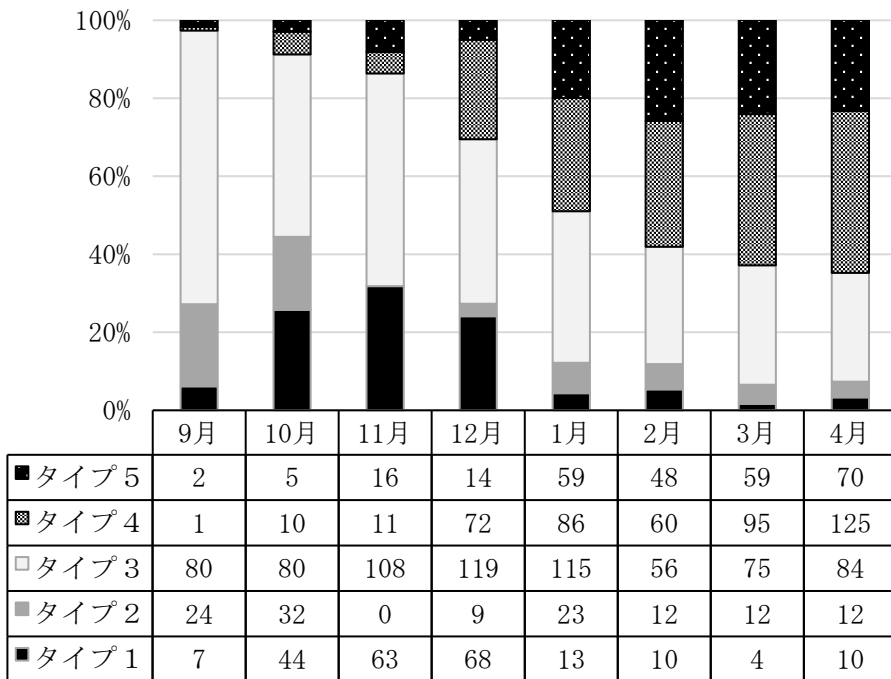


図 12 : 一般患者分類法の推移

5-6. 1日当たりの平均請求点数の推移

DPCデータのEファイルより診療報酬の1日当たりの平均請求点数の推移を図13に示した。4月にハイケアユニット入院医療管理料を届け出ているため、入院料は含まず、点滴、処置、検査、画像、とその他の項目で分類した。

受入れを開始した9月は、全員が新規入院のため、入院時の検査があることで単価が高くなっていると考えられた。11月25日までは退院基準に退院前にPCR検査で2回の陰性確認を行っていた。その後は重症度が高くなるにつれ点滴の項目が高額になっている。処置は1月より慢性維持透析が必要な患者の受け入れを始めたため、呼吸器の使用と相まって増加していた。

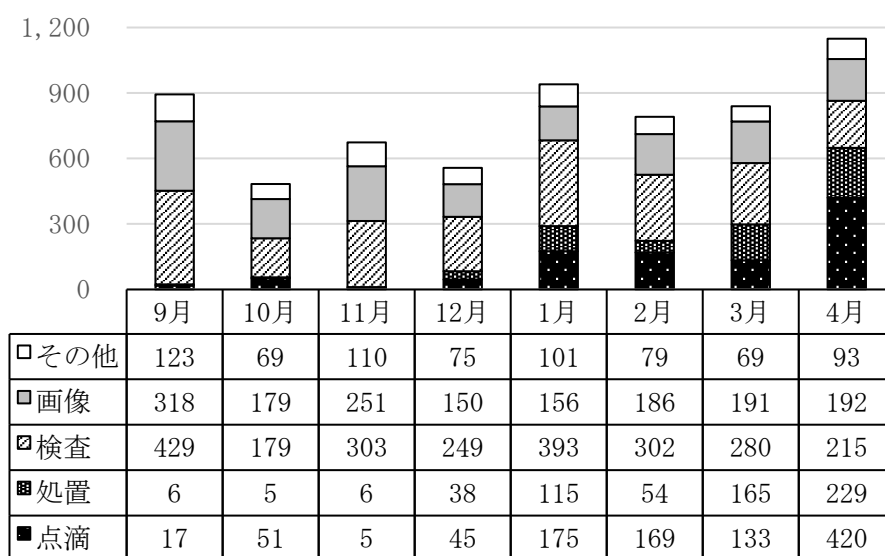


図13：1日当たりの平均請求点数

6. COVID-19 感染拡大前後の経営状況の変化

6-1. 財務への影響

A病院の2016年度を100%とした損益計算書の推移を図14に示した。医業費用は材料費および人件費が微増しているものの、費用管理はなされていた。2020年度はCOVID-19感染対策費用として経費が前年度より1.6ポイント増加していたが、設備関係費は7.4ポイントも減少しており、費用全体としては平年と変わらずに推移していた。

反対に、収益構造は外来を縮小し、入院収益を拡大していた。これはCOVID-19感染拡大に直面した2020年度でも変わっておらず、財務諸表上ではCOVID-19の影響はほとんど受けていなかった。

2016年度、2017年度は当期純利益がマイナスあったが、産婦人科、小児科を閉鎖し、救急医療に力を入れたため、黒字化している。2020年度は支援金を含まない事業利益でも黒字化した。なお、A病院は2020年に法人格の変更したため、会計区分の変更がある。

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
【事業収益】	100.0%	96.0%	105.0%	105.9%	107.2%
〔医業収益〕	100.0%	96.0%	104.2%	105.1%	106.8%
入院診療収益	100.0%	95.0%	109.1%	113.4%	117.3%
外来診療収益	100.0%	99.9%	95.1%	85.5%	81.0%
保健予防活動収益	100.0%	101.2%	78.9%	77.4%	69.8%
【事業費用】	100.0%	99.8%	101.1%	101.4%	102.3%
〔医業費用〕	100.0%	99.8%	101.0%	101.2%	102.0%
(材料費)	100.0%	100.6%	103.3%	105.5%	104.0%
医薬品費	100.0%	93.1%	93.5%	80.4%	76.3%
診療材料費	100.0%	108.9%	113.1%	130.4%	131.0%
(給与費)	100.0%	99.5%	102.5%	102.0%	102.9%
(委託費)	100.0%	95.8%	97.8%	107.8%	111.2%
(設備関係費)	100.0%	106.9%	97.0%	92.1%	84.8%
減価償却費	100.0%	105.5%	83.5%	75.7%	73.5%
(経費)	100.0%	90.4%	83.3%	76.7%	80.2%
〔事業利益〕	100.0%	253.2%	-59.4%	-81.1%	-95.5%
【事業外収益】	100.0%	110.4%	61.5%	45.1%	427.1%
【事業外費用】	100.0%	119.9%	87.1%	16.9%	16.2%
〔経常利益〕	100.0%	439.3%	-206.9%	-251.7%	-890.8%
【臨時収益】	100.0%	2412.0%	5832.7%	4528.3%	6848.4%
【臨時費用】	100.0%	12.5%	27.7%	80.0%	62.1%
〔当期純利益〕	100.0%	293.5%	-159.5%	-167.5%	-621.0%

図 14 : A病院の損益計算書の推移

6-2. COVID-19 感染患者の受け入れによる診療報酬上のインセンティブ

COVID-19 感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の診療報酬上の評価を適切に行う観点から、臨時的に特例が認められた。『新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて』はその 51 まで発出されていた（令和 3 年 8 月 1 日時点）。A 病院が主に算定している診療報酬について表 9 に示した。

患者の状態によって救急医療管理加算が 3 倍、5 倍相当の点数が算定できるため、COVID-19 病棟の単価は他の病棟と比べても高かった。特に 2021 年 4 月よりハイケアユニット入院医療管理料 1 を届け出た影響は大きいため、財務諸表の分析は 2021 年 3 月までとした。

表 9 主な診療報酬上の特例

通知	項目	点数
その 9	院内トリアージ実施料	300 点
	二類感染症患者入院診療加算	250 点
その 18	SARS-Cov-2 核酸検出	1,350 点
	SARS-Cov-2 抗原検出	600 点
	微生物学的検査判断料	150 点
	免疫学的検査判断料	144 点
その 19	ハイケアユニット入院医療管理料 1	20,565 点
	看護配置加算	500 点
	救急医療管理加算	2,850 点
その 27	救急医療管理加算	4,750 点
その 35	入院感染症対策実施加算	10 点
その 44	医科外来等感染症対策実施加算	5 点

6-3. 財務諸表の推移

2018 年度から 2020 年度までの 3 年間の医業利益率を図 15 に示した。2019 年度は前年と比べ収支が安定していたところ、2020 年 4 月に COVID-19 感染拡大の影響もあり 3 年間で最も低い医業利益率を記録した。しかし、その後利益率は改善し、2021 年 1 月には 114.2%と過去最大の利益率を計上した。年度全体としては 2018 年度から 2020 年度まで医業利益率は年度ごとに上昇している。

また、2020 年度の入院診療収益、外来診療収益、事業費用の前年同月比の推移を図 16 に示した。患者の診療控えや、一部職員の中でも感染症に対する不安から、「通常業務を控えた方が良いのではないか」との声が上がった 5 月の外来診療が最も影響を受けている。

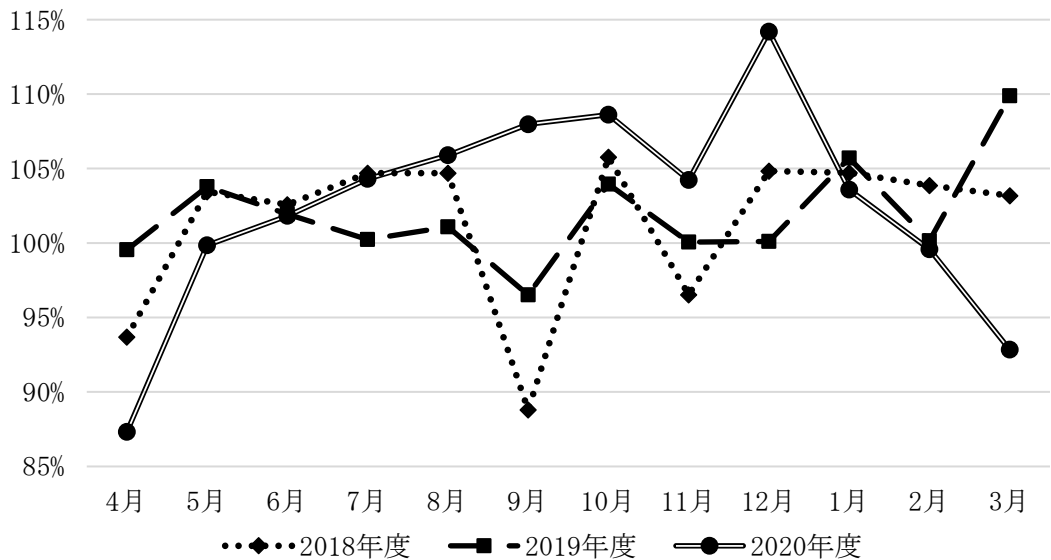


図 15: 医業利益率の推移

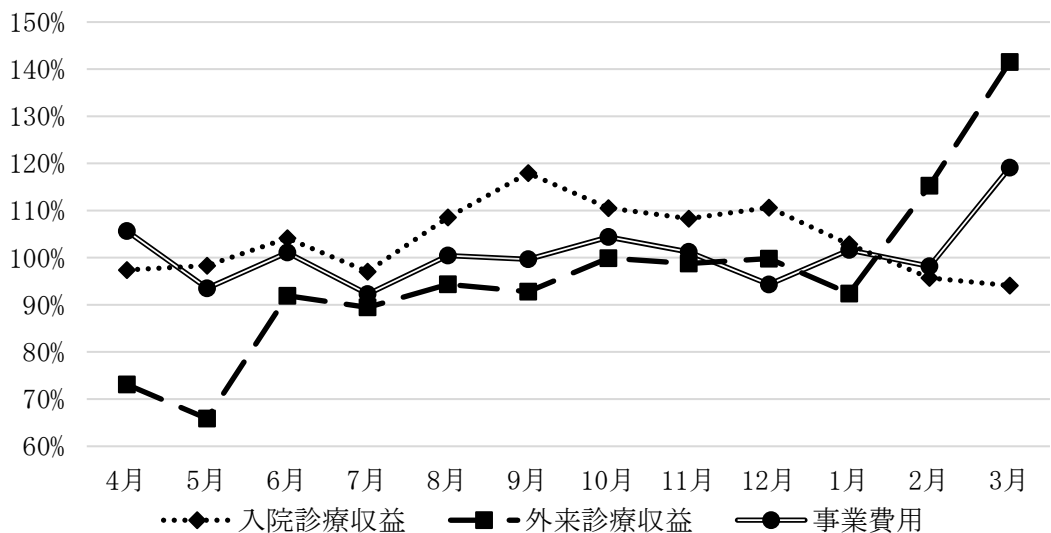


図 16: 2020 年度入院外来収益と事業費用の前年同月比推移

6-4. COVID-19 関連支援金

2021 年 3 月までに申請した COVID-19 に関する主な支援金を図 17 にまとめた。支援金の増大は図 14 の事業外収益に表れ、感染対策や職員への慰労にあてられた。

・新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業 10床×4,500千円=45,000千円	
・インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業	22,000千円
・新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制設備事業 令和2年度:71千円×空床237床=16,827千円	
・こうべ病院安心サポートプラン事業	8～11月期:55,267千円
・インフルエンザ流行期発熱外来診療体制確保支援	22,967千円

図 17 : COVID-19 関連の主な支援金

6-5. 請求保留

都道府県の要請による休業や営業時間の短縮要請に応じた事業者への協力金も兵庫県は支給が滞っている。これに似た現象が医療機関についても起こっている。

COVID-19 の診療においては、行政より『感染症患者医療費公費負担決定通知書』（以下公費通知書）の到着を待ち、診療報酬明細書（以下レセプト）レセプト請求を行う。公費通知書は、感染者増大により到着が遅れ、未請求レセプトが多く発生しており、請求までの管理や未収金増大を引き起こしている。

未請求レセプトの件数と平均請求点数を表 10 に示したが、通常のレセプト請求は前月の診療を翌月に請求し、翌々月に診療報酬金額が医療機関に振り込まれる。だが、COVID-19 感染患者のレセプト請求は公費通知書が届くまで、請求を保留にしておかなければならず、表 10 のように請求に時間を要することとなる。

表 10 月別レセプト請求月一覧

診療月	件数	レセプト請求件数												未請求
		10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月		
9月	19	13	5	1										0
10月	22	/	9	9	4									0
11月	30	/	/	10	13		1	3	2	1				0
12月	34	/	/	/	9	6	8	6	3			1		1
1月	37	/	/	/	/	5	9	13	3		2	2		3
2月	25	/	/	/	/	/	1	13	6	2	1	1		1
3月	25	/	/	/	/	/	/	/		8	7	8		2
4月	44	/	/	/	/	/	/	/	1	4	23	5		11

7. 内部分析

7-1. A病院の理念

A病院は2020年4月に新院長が就任し、2020年10月1日に改めて重点的に取り組むべき項目を図18に掲げた。市や医師会からの強い要望があったものの、経営的に小児科、産婦人科を撤退せざるを得なかった経験から、より地域のために社会貢献をする意識は強くなっている。COVID-19感染拡大時も早い段階で、発熱外来の設置、病床確保、ワクチン接種を院長の強いリーダーシップで実行に移した。

<p>私たちは、掖濟（腋に手を添えて助ける）の心で、社会に貢献します。</p> <p>1) 地域医療構想に則って地域から求められる医療の推進 2) 救急医療、循環器疾病などの政策医療の継続 3) 医療機関としての安定性と継続性</p>

図 18 : A病院の事業概要と重点項目

7-2. A病院の入院経路及び退院先

DPCデータより、A病院の入院経路及び退院先について図19にまとめた。年々、施設からの入院は増えているが、8割以上が家庭からの入院である。また自宅へ退院する割合は徐々に低下し、転院や施設へ退院する割合が増加している。

表1で示した通り、神戸市二次医療圏でも、垂水区でも回復期病棟は不足している。A病院の退院先が回復期リハビリテーション病棟となっている患者数を表11に示した。回復期リハビリテーション病棟への転院患者は増加傾向にあり、A病院からは毎月30人ほど回復期リハビリテーション病棟へ転院している。

また、在院日数の平均差を図20に示した。平均在院日数は全国平均よりは短いが昨今、徐々に長くなってきた。反対に、患者構成の指標は上昇しており、全国的に平均在院日数が長い疾患の割合が増えていることがわかった。

入院経路	2018年度	2019年度	2020年度	A病院	退院先	2018年度	2019年度	2020年度
家庭から	88.6%	85.0%	83.6%			自宅へ	79.2%	74.6%
転院	1.8%	2.3%	3.0%		転院	8.5%	11.1%	12.7%
施設から	9.5%	12.6%	13.2%		施設へ	8.2%	10.2%	11.0%

図 19 : A病院の入院経路及び退院先

表 11：回復期リハビリテーション病棟へ転院患者数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
2018年度	25	31	25	26	27	21	28	27	29	32	33	37	341	28.4
2019年度	26	32	31	41	41	25	31	26	38	38	31	38	398	33.2
2020年度	37	33	28	33	21	33	50	30	44	36	29	40	414	34.5

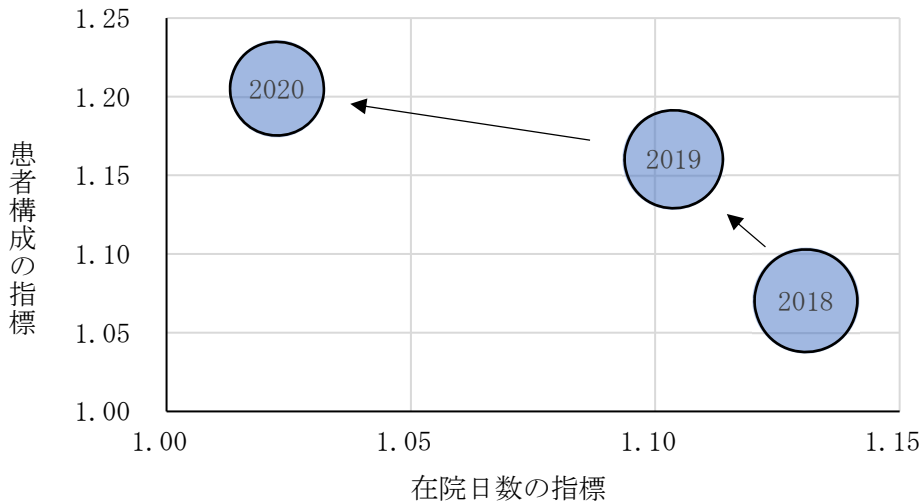


図 20：在院日数と患者構成指標

7-3. 病棟別稼働率

表 12 に病棟別の稼働率と平均在院日数の推移を示した。COVID-19 感染拡大前の 2018 年度から 2019 年度では、平均在院日数が 0.7 日伸び、稼働率は 2.3% 上昇していた。2020 年度は病棟の新規入院患者の制限（図 5）もあり、稼働率は低下している。なお、平均在院日数には施設基準上の平均在院日数ではなく、入棟退棟数にて算出した。

A 病院は、短期滞在手術等の短期入院を主に地域包括ケア病棟で受け入れているため、地域包括ケア病棟の平均在院日数が一般病棟より短かった。

表 12 病棟別稼働率と平均在院日数

		2018年度	2019年度	2020年度
ICU	稼働率	60.4%	62.6%	69.7%
	平均在院日数	2.7日	2.9日	2.6日
一般病棟	稼働率	89.8%	92.1%	88.0%
	平均在院日数	13.4日	14.1日	13.7日
地域包括 ケア病棟	稼働率	80.4%	79.5%	85.7%
	平均在院日数	13.4日	12.2日	13.0日

7-4. 診療科別分析

診療科別の入院売上について図 21 に示した。売上全体を 100% とし、脳外科、整形外科、循環器科、救急科、その他の科の 5 つの診療科で分析をした。

図 14 に示した通り、売上全体として上昇しているが、その中でも救急科が売上を伸ばしている。診療科別入院延人数推移（図 22）から救急科の患者数は増加している。一方、脳外科、循環器科は延患者数が減少傾向であった。2020 年度は全ての一般病棟で COVID-19 の感染拡大による新規入院の停止などの影響を受けた（図 5）が、COVID-19 専用病床 10 床増やしたことで、前年度と比べれば、0.11% の減少にとどまった。

また、診療科別入院単価（図 23）より、循環器科は 2019 年度に単価を増やしていたが、それ以外の診療科は微減していた。ただし、2020 年度は平均在院日数の短縮（表 12）や COVID-19 による診療報酬上の特例措置（表 9）により、どの診療科も単価はあがった。

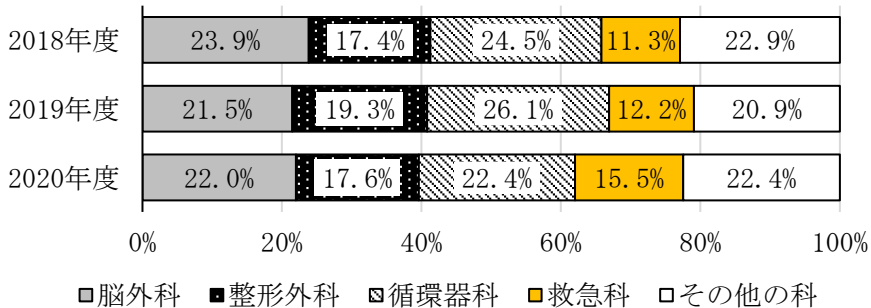


図 21：診療科別入院売上推移

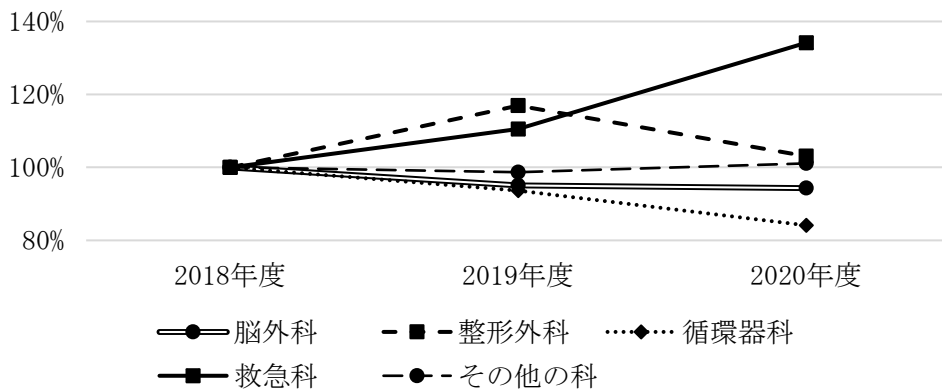


図 22：診療科別入院延人数推移

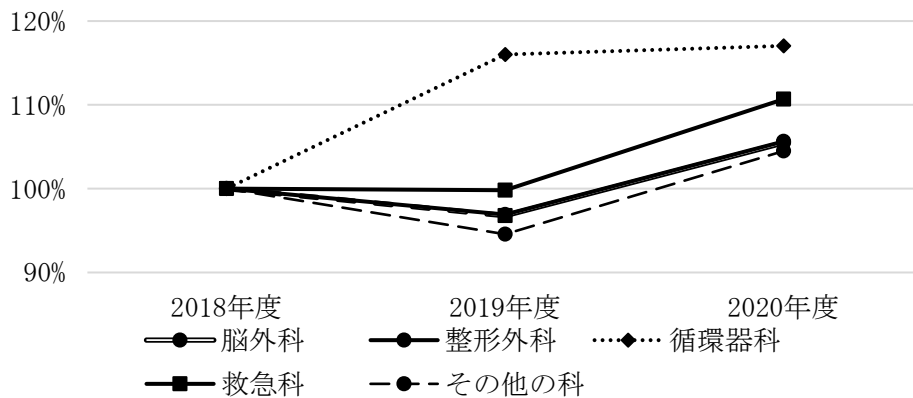


図 23：診療科別入院単価推移

8. COVID-19 感染収束後の外部分析

8-1. A 病院と垂水区の人口

DPC データより A 病院入院患者の 2018 年度から 2020 年度の年齢区分と住所を表 13 に示した。A 病院の入院患者の約 8 割は垂水区在住で、その内 65 歳以上の割合は全体の 6 割を超えており、A 病院の入院患者は垂水区の高齢者が大半を占めていた。

垂水区の年齢階級別人口将来予測を図 24 に示した。75 歳以上の人口は 2015 年と比べると 2030 年に約 140%に増加するが、2025 年を超えると横ばいと推移する予測となっている。65 歳以上での増加率でみると、2040 年に 110%のピークを迎え大きな増加はない。垂水区では高齢者の高齢化は 2025 年まで急激に進むが、高齢者全体の人口増

加は大きくない。

表 13 A 病院の入院患者住所と年齢区分

	65 歳未満	65～74 歳	75 歳以上	総計
垂水区	14.8%	15.2%	48.1%	78.1%
西区	2.6%	2.2%	5.4%	10.2%
須磨区	0.8%	1.0%	3.0%	4.8%
明石市	0.6%	0.6%	1.7%	2.9%
その他	1.0%	0.6%	2.5%	4.1%
総計	19.8%	19.6%	60.6%	100.0%

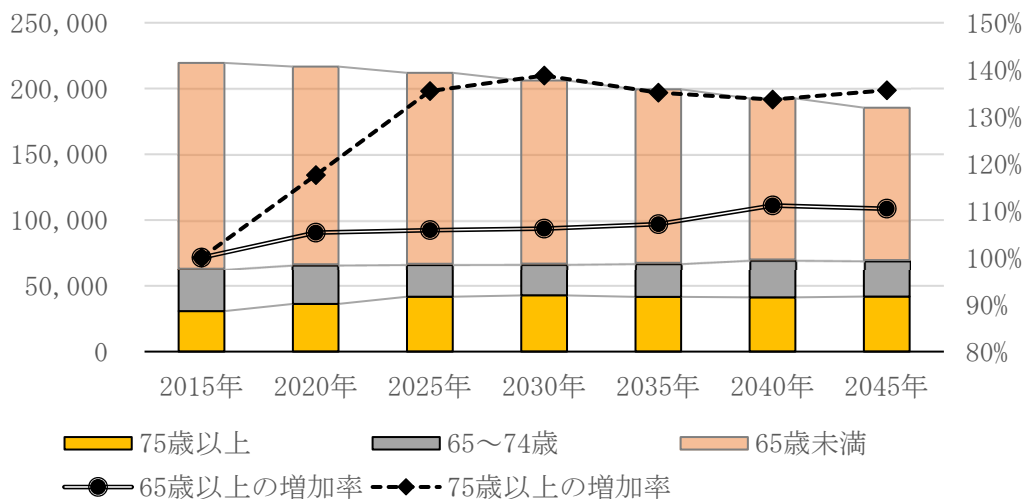


図 24：垂水区の年齢階級別人口将来予測

8-2. 2025 年以降の病床機能

医療機関別に 2025 年の予定病床機能を表 14 に、届出入院料を図 25 にまとめた。A 病院は急性期一般病棟の 12 床を 6 床の脳卒中ケアユニット入院医療管理料に転換する予定である。このため急性期を 12 床減少させ、高度急性期を 6 床分増加した。これと、COVID-19 専用病棟として使用している 49 床を未定とした。

垂水区で特定集中治療室を備えているのは A 病院だけであるが、2025 年 2 月に B 病院が 16 床特定集中治療室を届出する予定である。B 病院は新築移転の整備事業計画があり、垂水区の病院では手薄となっている産科機能及び小児救急を含めた救急機能を持つ急性期病院として、地域の中核病院となるように地域支援病院を目指すこととな

っている。立地も駅に近く、心臓血管外科があり、ハイブリッド手術室を設置する予定である。病床数は高度急性期16床、急性期200床に変更となる。そのうち、産婦人科専用病床が14床、NICUの機能を含む小児科専用病床を13床が計画されている。

また、2020年7月に開院したC病院は救急医療と回復期リハビリテーション病棟を中心に地域医療を支える病院である。現在の急性期病床は13対1の看護基準である急性期一般入院料7を届け出ている。新規開院のため実績がなく、広報誌から2020年度の手術の実績を表15にまとめたが、今後、外科系診療科のシェアを伸ばしていくことが予想される。

表 14 2025年の垂水区予定病床機能数

病床機能	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	総計
高度急性期	14	16	0	0	0	0	24
急性期	256	200	68	131	60	60	787
回復期	0	0	50	0	52	0	102
慢性期	0	0	0	0	0	60	60
未定	55	0	0	0	0	0	49
総計	325	216	118	131	112	120	1,022

	現在	COVID-19収束後	主な診療科
A病院	ICU：8床 急性期1：214床 地ケア：54床 COVID-19：10床 休床：39床 全病床数：325床	ICU：8床 SCU：6床 急性期1：202床 地ケア：54床 未定：55床 全病床数：325床	救急科 脳外科 循環器内科 整形外科
B病院	急性期1：137床 地ケア：40床 COVID-19：12床 全病床数：189床	ICU：16床 急性期1：200床 (うち産科14床、NICUを含む小児科13床) 全病床数：216床	救急科 産科 小児科
C病院	急性期7：68床 回リハ3：50床 全病床数：118床	急性期7：68床 回リハ3：50床 全病床数：118床	脳外科 整形外科
D病院	急性期1：131床 全病床数：131床	急性期1：131床 全病床数：131床	消化器内科 消化器外科

図 25：4病院比較

表 15 C 病院の 2020 年度手術統計

外科	鼠経ヘルニア手術	8件	外科 脳神経	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	11件
	結腸切除術 (悪性腫瘍手術)	5件		頭蓋内血腫除去術 (開頭) (脳内)	8件
	合計	41件		合計	43件
外整形科	骨折観血的手術 (大腿)	50件	外科 肛門	痔瘻根治手術 (複雑)	36件
	人工骨頭挿入術 (股)	13件		痔核手術	33件
	合計	95件		合計	148件

8-3. MDC 別シェア

A 病院の MDC 別シェアについて、診療圏を神戸二次医療圏では広すぎるため A 病院を中心とした半径 5 km 内に存在する医療機関を対象 (図 26) とし、図 27 に示した。なお、令和元年度の診療実績を使用しているため、2020 年 7 月開院の C 病院は含まれていないので注意が必要である。

A 病院は脳神経、皮膚疾患のシェアが 60% を、循環器疾患は 40% を超えている。女性、新生児、小児疾患は診療を行っていない。圏域内で最も症例が多い消化器疾患のシェアが最も低く、13.1% である。

また垂水区内の医療機関のみの MDC 別シェアを図 28 に示した。7 つの疾患が 60% を超えており、垂水区内での存在感は大きいと言える。A 病院は垂水区では乳房疾患の治療を行える唯一の医療機関であるため、シェア 100% となっている。

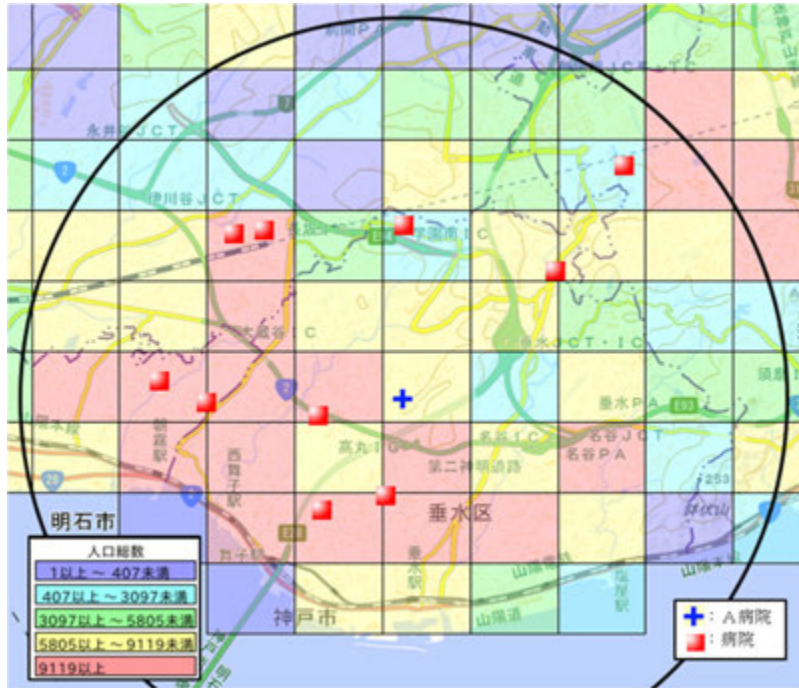


図 26 : A 病院半径 5 km 圏内の医療機関

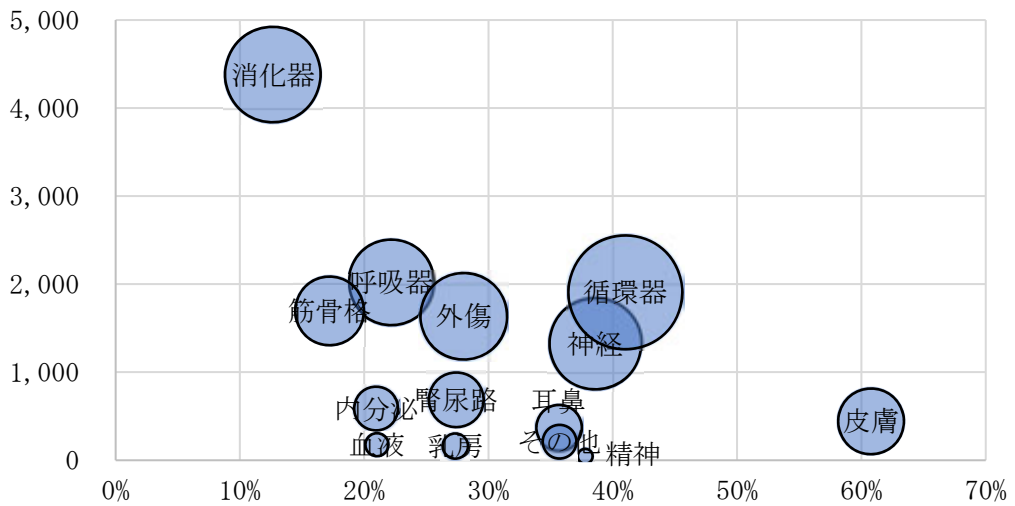


図 27 : A 病院の MDC 別シェア

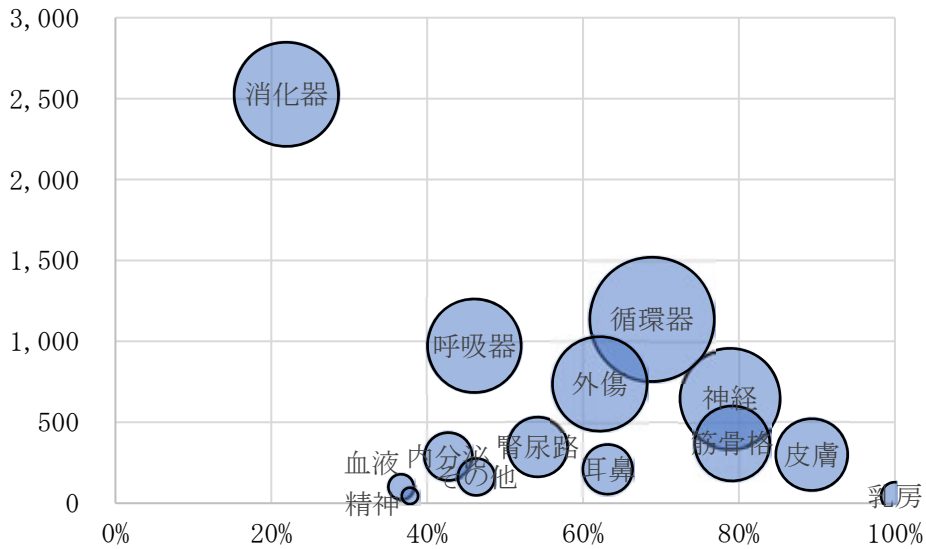


図 28 : A 病院の垂水区内での MDC 別シェア

8-4. 周辺医療機関との比較

垂水区内で A 病院と同じ急性期医療を提供する医療機関の一般病床について比較を表 16 にまとめた。令和 2 年度病床機能報告を基に作成したが、A 病院の患者数に誤りがあり調査し訂正した。また B 病院の稼働率が 43.9% と低すぎ、数字には疑念が残る助教となっている。C 病院は実績がなく、データはなかった。D 病院は救急告示病院の告示を受けておらず、救急車の受入れがなかったが、新規入院患者数は多いことがわかった。B 病院は 2025 年に新築移転することが決まっており、アメニティや設備の面で A 病院、D 病院は差をあげられることとなる。

表 16 垂水区内の医療機関比較

医療機関	建物 建築	稼働 病床数	新規 入院	平均 稼働率	平均在院 日数	急性期 一般入院料	救急車 受入件数
A 病院	2001	276	3,947	87.2%	12.42	1	3,510
B 病院	1986	185	1,728	43.9%	14.80	1	1,899
C 病院	2020	118	-	-	-	7	-
D 病院	1997	131	2,639	66.8%	11.94	1	0

9. クロス SWOT 分析による戦略

9-1. クロス SWOT 分析

クロス SWOT 分析（図 29）を行い、COVID-19 収束後の病床の運用構成について検討した。A 病院の強みは救急車搬送の受入れや、かかりつけ医からの紹介患者を診療するという地域医療支援病院の役割を担っていることである。

弱みは退院調整に時間がかかり、適時のベッドコントロールができず、稼働率が不安定になっていることである。また、看護師を始めとした医師、コメディカル、事務の人材不足も弱みとなる。

機会は、A 病院が担っている地域医療支援病院の役割を代替できる医療機関が十分にないこと、医療を特に必要とする後期高齢者が増加することであり、脅威は2025年にB病院が新築移転し、高度急性期を含めた救急医療を提供すること、C病院が2020年7月に新規参入したことを挙げた。

また、働き手世代の減少と新しい医療機関が出来たことによる新規職員の確保がより難しくなると考えた。

① [強み×機会]、② [弱み×機会]、③ [強み×脅威]、④ [弱み×脅威] の4つのパターン別に戦略を挙げた。

①強みを活かす戦略は、垂水区の後期高齢者をターゲットに急性期医療を提供する病床を稼働する戦略である。②弱みを転換して機会を掴む戦略は、全体の稼働病床数は変更せず、職員を増やし、提供する質を高める戦略である。③強みで脅威に立ち向かう戦略は、回復期リハビリテーション病棟に転床する戦略である。④脅威を回避する戦略は COVID-19 感染拡大前の休床にもどす戦略である。

		内部要因	
		Strength	Weakness
COVID-19専用病床の運用を主眼においた A病院の経営戦略		救急患者の受入 診療科・医師数（規模） 地域密着型病院 地域包括ケア病棟	建物の老朽化 稼働率が不安定 人材の不足 組織力の低さ ベッドコントロール 退院調整力の低さ
外部 要因	Opportunity	①強みを活かす	②弱みを転換して機会を掴む
	後期高齢者の増加 急性期病院は少ない 慢性期の病院が周囲に多い	急性期病床で本格稼働を行う。 垂水区の後期高齢者をターゲット。	病院の一部改修を行い、稼働病床 数は変更せず、病棟数を増やす。 職員の増員が必要になるが、安定 的でゆとりある稼働を行いながら 教育や質に力を入れる。
	Threat	③強みで脅威に立ち向かう	④脅威を回避する
	B病院の新築移転 （小児・周産期、救急、心臓血管外科） C病院の新規参入 （救急、脳外科、整形外科、回復期リハ） 働き手の減少	回復期リハビリテーション病棟に 転床する。 自院の脳外科・整形外科の患者を 転棟させ、稼働率を上げる。	COVID-19前の稼働に戻す。 休床。

図 29 : COVID-19 専用病床の今後の運用クロス SWOT 分析

9-2. 戦略別人件費試算

COVID-19 の感染収束は現時点ではいつになるか不明である。しかし、集団免疫が獲得され第 2 類相当指定感染症からも外れ、通常の疾患として扱われることを予想した経営について検討しておくべきと考えた。

図 29 で示したクロス SWOT 分析から、①強みを活かす、②弱みを転換して機会を掴む、③強みで脅威に立ち向かう、④脅威を回避する戦略が挙げられた。これらの戦略を、①急性期病棟として再稼働、②急性期病棟全体のバランスを取り再稼働、③回復期リハビリテーション病棟として再稼働、④COVID-19 以前の休床とすることに対応すると考えた。

以下に戦略別人件費試算（図 30）を示した。まず、①急性期一般入院料 1 を 49 床で開床した場合、COVID-19 感染拡大前の 2019 年度の入院 1 日単価と病床稼働率を元に仮定すると、人件費率は 24.8%になると仮定される。

②は COVID-19 感染拡大前の一般病床数 214 床を 4 病棟から 5 病棟で割り振り 42 床の一般病棟で運用した場合を想定した。看護師の追加人員は、現在 1 病棟 35 人配置から 30 人配置に変更し、10 人の増員が必要と算出した。病床を分散させることで、看護師の負担軽減、看護師が患者 1 人当たりにかかるケアの時間、患者情報の把握など財務諸表上では評価できない利点があると考えた。また、病棟が増えることでベッド

コントロールが容易になり稼働率が上がることも期待した。さらに急な入院患者の増加にもオーバーベッドとして対処できる利点もある。

③は回復期リハビリテーション病棟入院料へ転換した場合の最低必要人員を想定した。表 11 で示した通り、A 病院では専門的なリハビリ治療が必要な患者を他の医療機関へと転院させている。現在転院させている患者を自病院でリハビリを進めていくことで、地域医療構想に沿った病床の転換を進めていく方針である。稼働率については毎月 30 人前後の対象者がいるため、100%とした。リハビリの単価は脳血管（245 点）：廃用症候群（180 点）：運動器（185 点）が 5：1：4 と仮定し、平均の診療報酬額 214 点と仮定し、入院収益を算出した。セラピストは 1 日 18 単位リハビリを提供し、49 人に 6 単位提供することを想定し、最低人員 22 人と算出した。④については休床に戻すため追加の利益、人員なしとした。

以上の①～④の戦略を実施した場合、入院収益が最も高いのは、①急性期病棟として再稼働であるが、人件費も①は高く、稼働率を維持することが課題となる。②急性期病棟全体のバランスを取り再稼働させた場合、人件費は増えるが、稼働率を上げられなければ、収益は増加しない。③回復期リハビリテーション病棟として再稼働した場合、回復期リハビリテーション病棟入院料 6 から算定を開始しなければならないため入院 1 日単価が低く、①と比べて人件費率も高くなる。④は費用が上がらないが、収益も上がらず、これまで以上の成長は見込めない。

戦略	①強み×機会	②弱み×機会	③強み×脅威	④弱み×脅威
病床区分	急性期一般 入院料1	急性期一般 入院料1	回復期リハ 入院料6	休床
病床数	49床	42床	49床	0床
入院1日単価	5,200点	-	1,749点	0点
稼働率	91.7%	-	100%	-
患者1人1日リハ単位数	-	-	6単位	-
入院収益	70,095,480円	-	44,585,100円	0円
看護師	44万円 34人	10人	16人	-
看護補助者	28万円 4人	3人	1人	-
セラピスト	41万円 2人	-	22人	-
薬剤師	46万円 1人	1人	1人	-
MSW	35万円 1人	1人	1人	-
事務員	33万円 2人	2人	2人	-
人件費合計	18,370,000円	6,710,000円	17,810,000円	0円
人件費比率	26.2%	-	39.9%	0%

図 30：戦略別人件費試算

10. 考察

2025年、2040年に向けてA病院の在り方を検討するにあたって、①急性期機能の増床、②既存の急性期病床を分散、③回復期機能へ転換、④休床の4つの選択肢について考察し、今後の課題をまとめた。

10-1. 今後の垂水区内の急性期医療提供体制

垂水区の外部環境は、2020年7月にC病院の新規参入があり、2025年2月にはB病院の新築移転が予定されている。高齢者の人口が増え、急性期医療の需要が増加することを考慮しても、垂水区内の急性期医療の競争は厳しくなることが予想される。

しかし、B病院の病床数は現在の急性期137床、回復期40床から高度急性期16床、急性期200床と病床機能の高度化はあるものの、病床数は39床しか増加せず、うちA病院と競合しない産婦人科14床、小児科13床が含まれるため、A病院の競合としては実質12床の増加にすぎない。また、B病院の計画では令和6年4月の目標は外来患者116,800人と現在のおよそ2倍に増やす予定という。A病院は外来患者を縮小し、入院診療に比重を置くことで経営を安定化しているため、B病院とは役割分担をすることで地域密着型病院として切磋琢磨できると考える。

C病院は脳神経外科疾患や骨折を中心とした救急医療と社会復帰を目指す回復期に力をいれる病院で、A病院との競合が予想される。D病院は消化器系を中心とした予定入院、予定手術を提供しており、差別化戦略を採用している。

現時点では垂水区でのこれまでの実績、病床数、診療科、看護配置などでは、A病院は競争優位であると考えますが、地域住民やかかりつけ医や救急隊から選ばれる病院であり続けなければ、医療機関としての安定性と継続性が脅かされると考える。

10-2. クロスSWOT分析を踏まえた経営戦略の検討

A病院は、産婦人科、小児科を閉鎖してから、救急医療に重点を置き、経営は安定してきたところであった。病棟を閉鎖したことによって、感染拡大への対応として、他の病院よりも早く、帰国者接触者外来、COVID-19専用病棟での患者の受け入れ、ワクチン接種への協力など、地域で必要とされる医療の提供を行ってきた。

財務的には支援金を加えない事業利益率2.3%とCOVID-19感染にも関わらず病床利用率は88.56%と、昨年と変わらない水準を維持できた。これはCOVID-19対応から逃げなかったことと地域密着型病院として認識されているからだと考える。

COVID-19 の感染が収束したとしても、高齢者を中心とする救急医療の需要は増えることが予想される。A 病院は垂水区で最も信頼される地域密着型病院となるべく、救急医療をはじめ、循環器疾患、脳血管疾患の治療を行い、地域医療に貢献することを目的としているが、今後、感染症が収束する、しないに関わらず、②既存の急性期病床を分散（図 31）し、医療や看護サービスの質の向上を図る戦略をとるべきと考えている。

これまで休床をしなければならなかった主因は、看護師不足であった。このことを鑑みると、49 床を一度に再開させることは、看護サービスの質を低下させることになると推察され、長期的な稼働計画を策定し、一部稼働を継続することで、看護師の理解を深めながら、看護師の採用計画も同時にすすめていくことが重要と考えられる。

このことに関しては、今回、新たに COVID-19 患者の看護必要度を分析した。小菅ら（2020）の研究によると、認知項目の有無が看護師の介助を多く必要とするとされているが、A 病院の患者の B 項目の「診療上の指示が通じない」、「危険行動」の 2 項目の該当者が多かった（図 10）。また、COVID-19 感染患者における A 項目の該当率が高いことは、患者が重症であることを示しているが、「呼吸ケア」を必要とした患者は 12 月から一気に増加していた。看護部が処置の手間がかかる認知症を併発した感染症患者を受け入れていることを明らかにした。

東野ら（2011）は、「一般病棟用の重症度・医療、看護必要度に係る評価表」を用いた新たな患者分類の開発と臨床的な有効性と妥当性の検証を行った結果、一般患者分類別の患者タイプ 1 から 5 とタイプの数が高くなるにしたがって、その処置の発生割合も高くなり、同様に患者の状況においても介助が必要な状況が高まるタイプ 4 や 5 の患者が増加していることがわかった（図 11 と表 8）。

このことから、看護部の負担が増加していることが明らかにされた。これを病院全体で共有することにつながり、多職種での協働を検討する素地になると思う。また、この患者タイプは、臨床像として把握しやすく、看護資源の適正な資源配分を検討する際に、定期的に、この一般患者分類法の考え方を適用することが重要と考えられた。

③回復期リハビリテーション病棟に転換も考えられた。地域医療構想からも必要とされる回復期病床を増やし、経営的にも表 11 で示した通り自院内で安定的な集患を行えることから、検討の余地はあった。しかし、A 病院は垂水区の中で急性期医療に大きく貢献しており、今後も急性期医療を求められていること、地域に代替医療機関が十分にあるとは言い難いことから、A 病院には回復期病床よりも急性期病床の方が地域に求められていると考えた。

病院を移転してから19年が経過し、周囲の医療機関とアメニティの面で差別化することは難しいが、今回のCOVID-19の専用病棟を設置したことで、ゆとりある病室の提供や、看護スタッフとのスムーズなコミュニケーションは提供できることがわかった。満床であっても空床が存在することから、個室希望など融通の利く病床コントロールが行い易くなり、また一時的な需要増加にもオーバーベッドとして対応できる。入院療養を提供する看護師の観点からは、管理する患者が減るため、患者情報の把握がしやすくなる効果が得られる。

財務の観点からは、人件費率が高くなることが予想されるが、夜勤看護師数から6床運用しているICUの配置を手厚くし、8床運用にし、収益を上げるなどの工夫を行い、投資と捉え急激な病床数変更による質の低下を回避すべきだと考える。

北5階	急性期一般1	52床	→	北5階	急性期一般1	46床
南5階	COVID-19	10床		南5階	急性期一般1	42床
北6階	急性期一般1	54床		北6階	急性期一般1	48床
南6階	地域包括ケア	54床		南6階	地域包括ケア	54床
北7階	急性期一般1	54床		北7階	急性期一般1	42床
南7階	急性期一般1	54床			脳卒中ケア	6床
ICU	特定集中治療	8床		南7階	急性期一般1	46床
				ICU	特定集中治療	8床

図 31：病棟別病床転換イメージ

10-3. 病院マネジメントの必要性

ルメルト（2012）は、『良い戦略は十分な根拠に立脚したしっかりとした基本構造を持っており、一貫した行動に直結する』と述べている。また、『良い戦略とは「何をするか」を示すだけでなく、「なぜやるのか」「どうやってやるのか」を示すもの』とも述べている。

本稿では、A病院の戦略を質の向上を目指した急性期医療の提供と位置付けた。

A病院は全国に医療機関を持つ公益社団法人に属しているが、法人本部からのガバナンスは弱く、またA病院自体にも経営戦略を企画する部門はなく、経営戦略は院長をはじめとした病院幹部で決定されている。

病院は専門職の集団であり、専門職であるが故に病院全体や地域での立ち位置など視点を持ちにくい。医療機関の中で国家資格を持たない事務職こそ、専門職のバイアスがなく、全体をありのまま観察しやすい。病院マネジメントの専門職として、事務が病院の経営戦略を企画し、病院で起こっている問題を発見するために、日常的にデ

一夕収集する新たな部門が必要だと考える。

COVID-19 感染患者の受け入れを 9 月に行い、当初は軽症患者ばかりであったが、12 月には中等症、重症患者ばかりになった。しかし、人材の追加投入はなく、現場の負担、とくに看護師の負担が大きかったことは、本稿で示した看護必要度の分析結果からも明らかであった。このような業務量の変化、つまり患者数や患者の看護必要度の変化をすぐさま察知し、問題を顕在化し、病院全体の問題として報告する部門を創設し、院内システムとして不適合管理を行う必要がある。

また、この部門は病院の方針を職員に伝える役割も担い、問題に対してどのように対処したか、反対にどうして対処しなかったなど問題解決までのプロセスを全職員に伝えるところまでを担うことが期待される。

COVID-19 が収束した後も、A 病院が地域に必要とされる地域密着型病院としてあり続けるには外部環境の変化を読み取り、内部体制を変えていく必要がある。そのためには病院長のリーダーシップだけに頼るのではなく、病院マネジメントを担う部門の創設がこれからは重要な役割を果たすものと考えられる。

1 1. 結語

A 病院は COVID-19 感染症患者の受け入れを地域の中で最も早く対応できた。COVID-19 感染拡大前から救急医療で地域に貢献していたため、患者数や収益に大きな影響は出ず、医療提供が継続できた。しかし、COVID-19 感染の専用病棟の看護必要度の分析した結果、看護部の問題を病院全体の問題として対処できなかった課題が明らかとなった。

変化の速度が激しい経営環境の中で病院幹部だけでなく全職員がやるべきことを理解して行動することが、地域から必要とされる地域密着型病院として重要になってくる。これを実現するためには、院内の情報や問題を発見し、全職員に伝える院内マネジメントを担う部門が必要不可欠だと考えた。マネジメントの専門職として事務が中心となり、病院全体をマネジメントする部門の創設が期待される。

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筒井孝子教授、小山秀夫特任教授、貝瀬徹教授、木下隆志先生より熱心かつ丁寧なご指導を賜り、深謝申し上げます。兵庫県立大学大学院経営研究科の医療・介護マネジメントコースにおいて

講師の皆様にはご熱心にご教授をいただき感謝申し上げます。そして大学院同期の皆様には、多く励まされ、支援を頂きました。重ねて御礼申し上げます。また、勤務面で多大なご支援とご協力を頂いた職場の皆様はこの場を借りて御礼申し上げます。

参考文献（引用文献、引用ホームページを含む）

- [1] E-Stat（統計でみる日本・政府統計の総合窓口）ホームページ
<https://www.e-stat.go.jp/>（2021年7月4日アクセス）
- [2] Richard P. Rumelt（2012）GOOD STRATEGY, BAD STRATEGY The Difference and Why It Matters（村井章子訳（2012）『良い戦略、悪い戦略』日経BP）
- [3] 有賀徹、塚川敏行（2019）「救急医療の「出口問題」について - 医療の機能分化連携、地域包括ケア推進のもとで - 」日本臨床救急医学会雑誌、p429-435
- [4] 一般社団法人日本病院会ホームページ、日本病院会ドキュメント文書インデックス <https://www.hospital.or.jp/docu/index.html>
（2021年6月13日アクセス）
- [5] 医療法人沖縄徳洲会神戸徳洲会病院ホームページ、病院概要、
<https://www.kobetokushukai.org/>（2021年8月4日アクセス）
- [6] 鐘江康一郎（2010）「医療経営士中級一般講座テキスト2 経営理念・ビジョン／経営戦略－経営戦略実行のための基本知識」株式会社日本医療企画
- [7] 河田津也（2019）「中規模地域密着型ケアミックス病院における差別化集中戦略－堺市北部エリアにおける地域医療分析－」商大ビジネスレビュー、9巻2号、p99-132
- [8] 厚生労働省ホームページ、自治体・医療機関向けの情報一覧（事務連絡等）（新型コロナウイルス感染症）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00088.html
- [9] 厚生労働省ホームページ、中央社会保険医療協議会（中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織）（DPC 評価分科会）（2021年4月12日アクセス）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128164.html
- [10] 厚生労働省ホームページ、病床機能報告
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>（2021年6月13日アクセス）

- [11] 神戸市ホームページ、神戸市保健医療計画
<https://www.city.kobe.lg.jp/a15830/shise/kekaku/health/hokeniryokeikaku.html> (2021年6月13日アクセス)
- [12] 神戸市ホームページ、市内での新型コロナウイルス感染症患者の発生について
https://www.city.kobe.lg.jp/a73576/kenko/health/infection/protection/covid_11.html (2021年6月18日アクセス)
- [13] 神戸市ホームページ、市民病院・その他の医療機関に関すること
<https://www.city.kobe.lg.jp/a65055/kenko/health/byouin.html> (2021年8月4日アクセス)
- [14] 国立社会保障・人口問題研究所、日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計、<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp>）
(2021年6月13日アクセス)
- [15] 小菅瑠香、笈淳夫、鄭佳紅（2021）「全室個室病棟の病床管理と看護必要度の関係に関する研究—S病院の事例を通して—」日本建築学会技術報告集、27巻65号、p339-343。
- [16] 齋藤哲哉（2019）「意識改革から始まる病院経営の改善」日本病院会雑誌 Vol. 66 No. 12、p1408-1425
- [17] 嶋森好子、筒井孝子（2008）「マネジメントツールとしての看護必要度」中山書店
- [18] 社会医療法人財団順心順心神戸病院ホームページ、順心神戸病院 発行物、
<https://www.junshin.or.jp/kobe/document.html> (2021年6月27日)
- [19] 高野与志哉、山本康弘、齋藤恵一（2015）「ケアユニットの効率的運用を目的としたDPCと患者分類法Ⅱによる周術期における患者状態への関係因子と患者像の分析」日本医療経営学会誌、9巻1号、p21-28。
- [20] 独立行政法人福祉医療機構、社会福祉法人経営動向調査
<https://www.wam.go.jp/hp/sh-survey/> (2021年6月3日アクセス)
- [21] 東野定律、大野賀政昭、筒井孝子（2011）「一般病棟用「重症度・看護必要度」に関わる評価票」を用いた患者分類の有用性、妥当性に関する研究」経営と情報、24巻1号、p51-62。
- [22] 深澤宏一（2020）「2018年度の急性期病院の決算と新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の病院経営への影響」病院、79巻9号、p710-715。
- [23] 目黒道生（2020）「複数回入院の患者に着目した地域基幹病院の今後の病院機能の在り方」商大ビジネスレビュー、10巻3号、p81-102