

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.615 2020.3.17

医療情報ヘッドライン

療養・就労両立支援指導料の要件を見直し 相談支援加算も新設

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

「診療情報提供料Ⅲ」を新設 医療機関間での双方向の情報提供評価

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2020年3月13日号

COVID-19 患者急増時に向けた 検討を依頼

経営 TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告（暫定） （令和元年9月）

経営情報レポート

働き方改革の推進と質の高い医療を実現 2020年診療報酬改定の概要

経営データベース

ジャンル：機能選択 > サブジャンル：病床機能選択 小規模病院存続の条件 急性期病院として生き残るには

京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区西九条3丁目30番地1 江崎ビル
TEL：075-693-6363 FAX：075-693-6565
滋賀本社
〒525-0059 滋賀県草津市野跡1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6 階
TEL：077-560-5530 FAX：077-560-5540
大阪支社
〒530-0001 大阪府大阪市北区南田1-1-3 大塚駅前第三ビル31F
TEL：06-6344-1683 FAX：06-6344-1578

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

療養・就労両立支援指導料の要件を見直し、相談支援加算も新設

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省の中央社会保険医療協議会では、1月31日の総会で「療養・就労両立支援指導料」の要件見直しを了承した。「相談支援加算」も新設され、働きながら治療を受けている患者をサポートしていることがより手厚く評価されるようになる。間接的ながら、企業で働く人たちの働き方改革を後押しすることになりそうだ。

■今回の見直しで、対象疾患をがん以外に

脳卒中、肝疾患、指定難病にも拡充

「療養・就労両立支援指導料」(1,000点)は、患者の治療と仕事の両立を推進するため、2018年の診療報酬改定で新設された。

しかし、対象患者が「産業医が選任されている事業場に勤務しているがん患者」に限定されているほか、診療情報を提供した後、産業医からの助言を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行うまで算定できないことがネックとなり、算定回数は伸び悩んだ。改定直後の2018年6月審査分ではあるものの、算定回数はわずか10回に留まり、同時に、専任の看護師が就労を含む療養環境の調整などにかかわる相談窓口を設置した場合に評価される「相談体制充実加算」(500点)も新設されたが、482病院・85診療所が届出を行ったにもかかわらず、算定回数は5回にとどまった。

そこで今回の見直しでは、対象疾患をがん

以外に脳卒中、肝疾患、指定難病にも拡充し、産業医がいる職場に勤務している人だけでなく、「総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、保健師」がいる職場に勤務している場合も対象となる。そして、企業に診療情報を提供したことや、提供後の勤務環境の変化を踏まえて療養上必要な指導を行うことも評価する、というように、算定しやすい仕組みに変更することになった。

■事実上の要件緩和となるため、点数は

現行よりも引き下げられる公算が高い

なお、算定回数が著しく少なかった「相談体制充実加算」は廃止となるが、代わりに「相談支援加算」を新設する。「両立支援コーディネーター養成研修」を修了した専任の看護師または社会福祉士が療養上の指導に同席して相談支援すれば加算できるため、治療と仕事の両立をサポートする医療機関にとっては朗報だといえる。事実上の要件緩和となるため、点数は現行よりも引き下げられる公算が高いが、現在の日本では、労働人口の約3分の1がなんらかの疾病を抱えながら働いているとされる。高齢化がさらに加速することも踏まえればニーズはさらに高まっていくと考えられるため、医療機関にとっては、算定しやすい加算が増えたことを前向きにとらえ、収益拡大の経営戦略として盛り込んだほうが得策だともいえる。

「診療情報提供料Ⅲ」を新設 医療機関間での双方向の情報提供評価

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省の中央社会保険医療協議会では、1月31日の総会で「診療情報提供料Ⅲ」が新設されることを了承した。これまでなかった医療機関間での双方向の情報提供を評価する。

厚生労働省は、妊婦を産科以外の医療機関が診療するメリットが生まれることを匂わせており、2019年1月に凍結された「妊婦加算」の代替的な役割を果たすことも期待しているといえる。さらに厚労省は、妊娠糖尿病や訪問診療の褥瘡ケアなどで活用するイメージを持っており、かかりつけ医機能をより強化するとともに、医療機能の分化・連携をより推進させる意図が明確になった。

■かかりつけ医に対するフィードバックで 加算が算定できる仕組みは産科に朗報

これまでは、他の保険医療機関へ紹介した際に「診療情報提供料」(Ⅰは250点、Ⅱは500点)の算定が可能だった。

しかし、紹介先の医療機関からのフィードバックを評価する仕組みがなかったため、紹介先医療機関にある意味でボランティア的な対応を求めていることになる。当然、かかりつけ医のもとに十分なフィードバックがなされない可能性もあり、患者にとっては不利益につながる構造だった。

たとえば、糖尿病の患者が糖尿病網膜症の治療のため眼科医療機関を受診するとき、糖尿病の医学管理をしているかかりつけ医へ糖

尿病網膜症に関する指導内容や、今後の治療方針について情報提供されるべきだが、それが不十分であれば予後が悪くなってしまう可能性もある。

また、「妊婦加算」は、初診料や再診料が上乘せされることが問題視されて凍結に追い込まれたわけだが、妊婦の診療には通常でも多大な配慮が必要になる。その意味でも、産科を手厚く評価することは必要であり、かかりつけ医に対するフィードバックで加算が算定できる仕組みは産科にとって、わずかながら朗報といえよう。

■歯科との連携は整っており、診療情報を 提供した場合、3月に1回120点を算定

なお、歯科との連携では同様の仕組みがすでに整っている。2018年度の診療報酬改定で新設された「診療情報連携共有料」がそれで、患者の同意を得て当該患者に関する検査結果や投薬内容などの診療情報を提供した場合、3月に1回120点を算定できる。

対象患者は「慢性疾患を有する患者又は歯科治療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査値や診療情報を確認する必要がある患者」であり、糖尿病などの生活習慣病が歯周病を引き起こしやすいことを踏まえてのものだ。「診療情報提供料Ⅲ」は、この「診療情報連携共有料」の点数や算定条件を内科内の連携にも適用する形になるものと思われる。

医療情報①
厚生労働省
事務連絡

COVID-19 患者急増時に向けた 検討を依頼

厚生労働省は3月6日付で、「新型コロナウイルスの患者数が大幅に増えたときに備えた医療提供体制等の検討について（依頼）」を都道府県等に宛てて事務連絡した。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染ピーク時の患者数を推計するための計算式を示したうえで、「国内で患者数が大幅に増えたとき」に対応できるよう、外来を担当する医療機関、入院病床やICU 病床等の準備や、感染防御に必要な資材、人工呼吸器等医療機器の確保など、医療提供体制について、以下の具体的項目を検討するよう求めている。

- ▼帰国者・接触者外来の増設や、一般の医療機関において、必要な感染予防策を講じたうえで、COVID-19 が疑われる方の外来診療を担当する医療機関の設定
- ▼COVID-19 患者の入院医療を提供するための医療機関と病床の設定
- ▼集中治療や人工呼吸器を要する管理が必要な重症患者を受け入れる医療機関と病床の設定
- ▼感染防御に必要な資材、人工呼吸器等医療機器の確保
- ▼COVID-19 が疑われる方の外来診療を原則として行わず、その他の医療を集中的に提供することとする医療機関（例えば、重症化しやすい方が来院するがんセンター、透析医療機関及び産科医療機関等、重傷者を多数受け入れる見込みのある感染症指定医療機関等、地域の実状に鑑みて医療機能を維持する必要がある医療機関等）の設定

■ピーク時の計算式示す

事務連絡で厚労省が示した計算式は、以下のとおりとなっている。

- ①ピーク時において1日あたり新たにCOVID-19 を疑って外来を受診する患者数

$$(0-14 \text{ 歳人口}) \times 0.18 / 100 + (15-64 \text{ 歳人口}) \times 0.29 / 100 + (65 \text{ 歳以上人口}) \times 0.51 / 100$$
- ②ピーク時において1日あたりCOVID-19 で入院治療が必要な患者数

$$(0-14 \text{ 歳人口}) \times 0.05 / 100 + (15-64 \text{ 歳人口}) \times 0.02 / 100 + (65 \text{ 歳以上人口}) \times 0.56 / 100$$
- ③ピーク時において1日あたりCOVID-19 で重症者として治療が必要な患者数

$$(0-14 \text{ 歳人口}) \times 0.002 / 100 + (15-64 \text{ 歳人口}) \times 0.001 / 100 + (65 \text{ 歳以上人口}) \times 0.018 / 100$$

医療情報②
日本
医療法人協会

COVID-19 対応で 緊急要望書を厚労相に提出

日本医療法人協会（医法協、加納繁照会長）は 3 月 9 日、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応に伴う緊急要望書を、加藤勝信厚生労働相に宛てて提出した。

要望は、以下の 4 項目である。

- ▼一般医療機関における診療を維持するために必要な医療用マスク、ガウン、防護服、除菌消毒用品等の優先配布・確保を、国が責任をもって行う
- ▼COVID-19 患者を受け入れた医療機関では濃厚接触者の隔離（自宅待機）が伴うため、外来閉鎖、病棟閉鎖による収入減が発生する。その損失補てんを国が責任をもって行う
- ▼COVID-19 対応による病院経営悪化への対応として、低利（無利子）緊急融資、返済期限の延長が受けられるよう早急に対応する
- ▼PCR 検査について、大学病院、大手検査機関のみでなく、一般病院でも実施可能とする

医療情報③
厚生労働省
初会合

健康・医療・介護情報利活用 検討会が初会合

厚生労働省は 3 月 9 日、「健康・医療・介護情報利活用検討会」の初会合を開いた。

同検討会は、これまで「医療等分野情報連携基盤検討会」や「国民の健康づくりに向けた PHR の推進に関する検討会」で検討してきた課題等を踏まえ、費用対効果や情報セキュリティの観点も踏まえて一体的に検討し、健康・医療・介護情報の利活用を推進することを目的に設置された。この日厚労省は、論点として、以下の 3 点を提案した。

- ① 健診・検診情報を本人が電子的に確認・利活用できる仕組みのあり方
- ② 医療等情報を本人や全国の医療機関等において確認・利活用できる仕組みのあり方
- ③ 電子処方箋の実現に向けた環境整備

併せて、「健診等情報利活用ワーキンググループ（WG）」と「医療等情報利活用 WG」の設置を提案、了承された。前者は論点①、後者は論点②と③について検討する。

スケジュールについては、2020 年夏の工程表策定に向けて一定の結論を出すよう求めた。

介護保険事業状況報告(暫定) (令和元年9月)

厚生労働省 2019年12月6日公表

概 要

1 第1号被保険者数(9月末現在)

第1号被保険者数は、3,539万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(9月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、667.0万人で、うち男性が210.5万人、女性が456.5万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.5%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、384.4万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、88.3万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.2万人で、うち「介護老人福祉施設」が55.1万人、「介護老人保健施設」が35.6万人、「介護療養型医療施設」が3.4万人、「介護医療院」が1.4万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,435億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅(介護予防)サービス分は3,979億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,353億円、施設サービス分は2,591億円となっている。

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

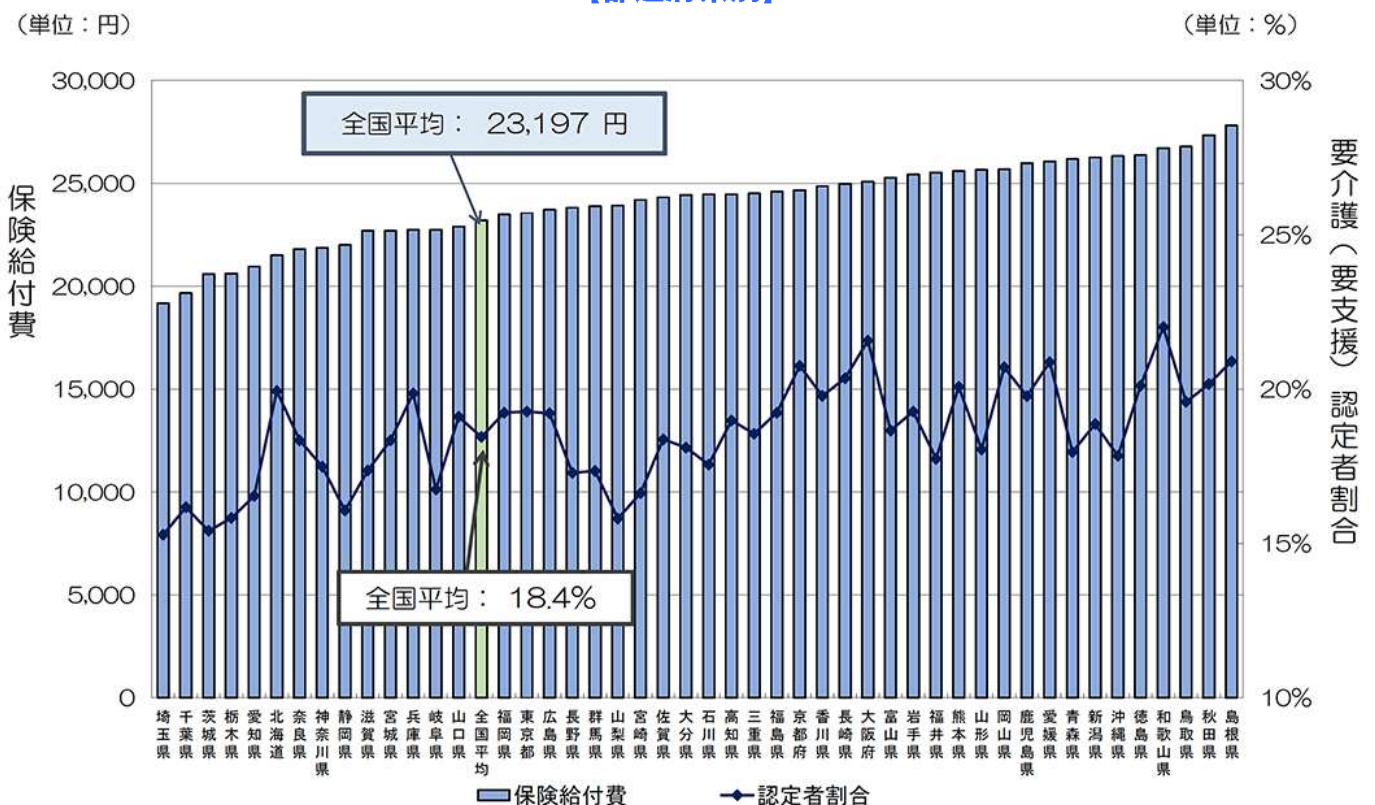
高額介護（介護予防）サービス費は201億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は39億円となっている。

(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は273億円、うち食費分は173億円、居住費（滞在費）分は101億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。）

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護（要支援）認定者割合 【都道府県別】



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。
- ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
- ※3 保険給付費は、令和元年7月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、令和元年7月末実績である。



制度改正

働き方改革の推進と質の高い医療を実現

2020年診療報酬 改定の概要

1. 次期診療報酬改定の基本的方向性
2. 外来・在宅医療に関する改定のポイント
3. 入院医療に関する改定のポイント
4. 精神医療その他診療所に関わる改定のポイント



※本レポートは、2020年2月19日（水）、㈱吉岡経営センター主催診療報酬改定セミナー「2020年診療報酬改定の概要と病医院経営対応」（講師：(株)エム・アール・シー 代表取締役 石上登喜男氏）の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、または一部加工しています。

参考資料

診療報酬改定セミナー「2020年診療報酬改定の概要と病医院経営対応」レジュメ
【厚生労働省】中央社会保険医療協議会 総会資料と進め方について（案）

1

医業経営情報レポート

次期診療報酬改定の基本的方向性

■ 2020 年診療報酬改定の方向性

(1) 2020 年度診療報酬は、前回に続き全体マイナス改定へ

次期診療報酬改定の改定率は、診療報酬本体部分が 0.55%引き上げられた一方で、薬価や材料価格の引き下げの影響により、全体改定率は 0.46%のマイナス改定となりました。

前回改定と同様に、全体改定率は引き下げられましたが、本体部分のプラス改定は今回で 7 回連続（2019 年改定を含むと 8 回連続）となりました。

また、2020 年度改定は、2018 年改定（診療報酬と介護報酬の同時改定）の取組みが更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、医師等の働き方改革の推進や、

患者・国民にとって身近であり、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続性の向上を図ることが重要であるとの認識のもとに行われます。

◆2018 年度診療報酬 改定率等

【全体改定率】	▼0.46%	(▼0.19%)
1. 診療報酬本体	+0.55%	(+0.55%)
※うち、消費税財源を活用した救急病院における 勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08% を含む		
各科改定率	医科：+0.53%	(+0.63%)
	歯科：+0.59%	(+0.69%)
	調剤：+0.16%	(+0.19%)
2. 薬価等	①薬価	▼0.99% (▼1.65%)
	②材料価格	▼0.02% (▼0.09%)

注) () 内は 2018 年の改定率

●医師の働き方改革への対応について

- ・診療報酬として 公費 126 億円程度
- ・地域医療介護総合確保基金として 公費 143 億円程度

勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

2 医業経営情報レポート

外来医療に関する改定ポイント

■ 外来医療の機能分化の推進

紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しが行われ、対象となる医療機関が拡大される見通しとなり、特定機能病院に加え新たに 200 床以上の地域医療支援病院（一般病床 200 床未満を除く）が対象となります。

◆ 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

現行（対象病院）

特定機能病院及び許可病床 400 床以上の地域医療支援病院



改定後（対象病院）

特定機能病院及び 200 床以上の地域医療支援病院（一般病床 200 床未満を除く）

また、紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介状なしで受診した患者に対する初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲を定額負担の対象範囲と同様に、特定機能病院及び 200 床以上の地域医療支援病院（一般病床 200 床未満を除く）に拡大します。

◆ 紹介率・逆紹介率の低い大病院の初診料等について（現行）

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等（※1）が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者（※2）に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214 点を算定する。

- ※1 紹介率の実績が 50%未満かつ、逆紹介率の実績が 50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院
- ※2 他の病院又は診療所等からの文書による照会がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）
（外来診療料についても同様）

さらに、全世代型社会保障検討会議がまとめた中間報告では、遅くとも 2022 年度初めまでに定額負担の対象病院を病床数 200 床以上の一般病院に拡大するとしていますが、本年 1 月 20 日に開催された社会保障審議会医療部会では、対象病院を 200 床以上の一般病院に拡大することについて更なる議論が必要であるとの声が多く、今後が注目されます。

3

医業経営情報レポート

入院医療に関する改定のポイント

■ 地域の救急医療体制を評価

政府は、2020年改定の重点課題として「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」を掲げており、地域医療で過酷な労働実態が見られる「救急医療実績の極めて高い病院」を対象として評価を充実させ、医療提供を継続できるよう医療機関をサポートする動きが見られます。そして、地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について評価を行うこととし、「地域医療体制確保加算」を新設しました。当該加算の施設基準として、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していることが示されています。

◆ 地域医療体制確保加算の算定要件と施設基準

(新) 地域医療体制確保加算 520点

● 算定要件

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

● 施設基準（一部抜粋）

- 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
 - ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
 - ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。
 - ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
 - ④ ③の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに定期的に評価し、見直しを行うこと。
 - ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。

- ア) 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）
 - イ) 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
 - ウ) 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
 - エ) 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
 - オ) 当直翌日の業務内容に対する配慮
 - カ) 交替勤務制・複数主治医制の実施
 - キ) 育児・介護休業法第23条第1項^{※1}、同条第3項^{※2}又は同法第24条^{※3}の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用
- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- ※1) 育児のための所定労働時間の短縮措置のこと
 - ※2) 介護のための所定労働時間の短縮等の措置のこと
 - ※3) 小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者等に関する措置のこと

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟は2014年診療報酬改定で評価が導入され、算定医療機関が増加してきた経緯があります。その理由の一つに点数設定が高いことが挙げられますが、特に大病院において入院元が自院の急性期病棟が多く、本来の役割が果たせていない現状がありました。

こうした現状を踏まえ、急性期治療を経過した患者や、在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件が見直されます。また、地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、4月以降、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出ることができなくなります。

◆ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の主な変更点 【経過措置】令和2年9月30日まで

- 許可病床数400床以上の病院は地域包括ケア病棟入院料の届出ができなくなる
- 許可病床数400床以上の病院にあっては、入院患者に占める同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること
- ⇒ 地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
- 地域包括ケア病棟入院料1及び3並びに地域包括ケア入院医療管理料1及び3について、地域包括ケアの実績に係る施設基準を見直す。
- ⇒ 自宅等から入院したものの割合が1割5分以上（改定前：1割以上）であること
- ⇒ 自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上（改定前：3人以上）であること



ジャンル：機能選択 > サブジャンル：病床機能選択

小規模病院存続の条件

小規模病院が将来的に存続するための条件を教えてください。

50 床程度の一般（急性期）病院の開設を検討する場合の経営計画を、事例として紹介します。

1. 立地条件

①競合が比較的少ない診療圏を選択（都市部を回避）する

⇒ 大規模な交通機関に近接するなど、様々な交通アクセスが確保できる位置を確保

②若年層が居住し、近隣に回復期・慢性期患者の転院が可能な信頼性の高い病院があり、また地域連携のネットワークが構築されている地域を選択する

2. 標榜診療科目

外科、整形外科、消化器内科、神経内科、産婦人科、小児科、麻酔科等

* 日帰り手術を中心とする外科系であれば、麻酔科は必須

3. 診療体制

①急性期病院の要件を全て満たし、外来部門を重点スペースに据える

②救急告示（内科系、外科系、産婦人科、小児科）

③地域に対する保健活動（検診、人間ドック、地域セミナー等）への積極的取り組み

4. 医療情報管理

①電子カルテ・オーダーリングシステムの導入（データ提出加算の必須）

②診療録管理体制の整備

③医療情報交換ネットワーク・システムの完備（参加）、地域医療連携体制の充実

5. 経営管理体制

様々な医療サービス提供に対応可能な経営体制をもつ医療機関として、診療部門と経営管理部門の機能を分離し、経営に関わる意思決定機関を最上部に置く組織体制とする。



ジャンル：機能選択 > サブジャンル：病床機能選択

急性期病院として生き残るには

**急性期病院として生き残るには、
どのような点に取り組む必要がありますか。**

急性期病院とは、診療報酬上の概念です。2018年診療報酬改定により再編された一般病院の入院基本料についてみると、急性期一般入院料4以上の算定をベースとし（旧一般病棟入院基本料10：1は急性期一般入院料7に相当）、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定（Hファイル）と併せて、次のような体制・機能を備えていることが必要だといえます。

■急性期病院であるための条件

- ① 紹介患者数が初診患者総数の30%以上（紹介率30%以上）
- ② 一般病棟入院患者数の平均在院日数が17日以内
- ③ データ提出体制加算を届出・算定および診療情報の管理・活用
- ④ 院内事故防止体制の整備
- ⑤ 地域連携室の設置

医療の機能分担の観点から、診療所が外来、また入院機能は病院がそれぞれ担うものとする、急性期の入院患者の獲得は、救急医療体制の整備と紹介率の向上が重要なポイントです。地域の救急要請に対して十分に応えるためには、年間3000件以上の救急受け入れ実績が必要といわれており、これが急性期病院として病院運営を継続するためのひとつの目安であるといえます。

併せて、ポスト急性期は在宅復帰率の向上が重要です。近年重視された指標でもあり、80%以上を確保するため、地域との連携が求められています。

さらに、生き残りの条件としては、次のような点に注力することが求められます。

■生き残りの条件

- ① 診療科目の選択と整備
- ② 質と量を備えたマンパワーの確保
- ③ 経営基盤の強化

とりわけ、経営基盤の強化のためには、「医業原価額が大きくても原価率は低い」こと、また「人件費額が大きくても人件費率は低い」ことを目指す経営管理能力を持つこと、つまり管理能力を有するトップのリーダーシップが重要な役割を果たすといえるでしょう。