

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol. 622 2020. 5. 12

医療情報ヘッドライン

30%以上の医療機関で外来患者数
と保険診療収入が5割以上減少

▶東京保険医協会

在宅医療、電話での診療でも
「在医総管」「施設総管」が算定可に

▶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5月8日号

特措法「緊急事態宣言」
5月末まで延長

経営 TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費
(令和元年度6月~7月)

経営情報レポート

職員の健康確保と就業環境改善を図る
勤務間インターバル制度の概要と運用方法

経営データベース

ジャンル：機能選択 > サブジャンル：急性期病院と慢性期病院
病院の機能分化を計る現状分析
リハビリテーションに注力するポイント

京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区南河原九条町30番地1 江藤ビルビル
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6566
経営本社
〒625-0008 近畿圏京都市南区1丁目4番16号 センシブルBLDG ZEN I
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540
大阪本社
〒530-0001 大阪府大阪市北区船場1-1-3 大阪駅前第三ビル31F
TEL: 06-6344-1683 FAX: 06-6344-1578

30%以上の医療機関で外来患者数と保険診療収入が5割以上減少

東京保険医協会

約 5,000 人の開業医で構成されている東京保険医協会は、会員医療機関を対象に実施した「新型コロナウイルス感染症による医業経営への影響【緊急アンケート】」の結果を 4 月 24 日に公表。30%以上の医療機関で、外来患者数および保険診療収入が 5 割以上減少していることがわかった。

また、一般診療所の 94.1%で外来患者が、93.2%で保険診療収入が減少していることも明らかとなっている。同協会は、この結果について「感染予防や院内感染のリスクを回避するため、深刻な受診抑制が引き起こされている」と分析。4 月 23 日に安倍晋三首相および加藤勝信厚生労働相に向け要望書を提出し、家賃補助制度の創設などを求めている。

■マスクや消毒用エタノール製剤の在庫がない医療機関も多い

この緊急アンケートは、4/14 に会員医療機関 4,768 件へ送付され、4/17 までの 4 日間で 1,221 件からの回答を得た。

外来患者数で見えていくと、5 割以上減が 35.3%、4 割減が 16.8%、3 割減が 23.0%。

つまり、3 割以上外来患者が減少している医療機関が 75.1%を占めていることになる。

保険診療収入は、5 割以上減が 33.2%、4 割減が 16.8%、3 割減が 22.7%と、こちらも 3 割以上減少の医療機関が 7 割以上の 72.7%となっている。また、マスクや消毒用エタノール製剤の在庫についても、衝撃的な

結果が出ている。「4 週間以内になくなる」と回答している医療機関がマスクで 66.1%、消毒用エタノール製剤では 72.5%にもものぼっているのだ。これは、早い段階で各医療機関が新型コロナウイルスの感染予防や院内感染防止対策をとれなくなってしまう可能性があることを意味している。

すなわち、患者はもちろんのこと勤務する医療従事者も守れないということであり、前出の外来患者数および保険診療収入の激減と併せて考えれば、まさに医療崩壊の危機を迎えているといえよう。

■首相・厚労相への要望書で

持続化給付金と家賃補助を求める

同協会が首相と厚労相あてに要望書を提出したのは、そうした状況が背景にあるからだ。

具体的に「緊急施策」として要望したのは「医療機関向けの持続化給付金制度」および「家賃（テナント賃料）補助制度」の早急な創設と、国の責任・費用のもとでの全医療機関への「十分な量のマスク、消毒用エタノール製剤、防護用品」の早急な供給。約 1,200 医療機関と、母数も少なく東京という限られた地域の実情をもとにした要望ではあるが、新型コロナウイルス禍の終息への道筋がまったく見えないことを踏まえれば、決して軽視できない。少なくとも、現時点で経営に黄信号が灯っている状況は理解しておくべきではないだろうか。

在宅医療、電話での診療でも 「在医総管」「施設総管」が算定可に

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、4月24日の中央社会保険医療協議会総会で、在宅医療を電話での診療で代替した場合でも在宅時医学総合管理料（在医総管）および施設入居時等医学総合管理料（施設総管）を算定できることを提案し、了承された。薬剤師による訪問薬剤管理指導も、同様に電話で実施した場合薬剤服用歴管理指導料を算定できることになる。

■現時点では本年4月のみの

特例的な取り扱い

これは、在宅医療の現場で、患者側から医師・医療機関に訪問を控えるよう要請されるケースが増えていることを受けてのものだ。

全国規模で緊急事態宣言が発令されている今、宅配便も「置き配」で接触を防止している状態であり、患者やその家族が接触機会を遮断したいと考えるのは当然だといえる。

そこで厚労省は、3月に「月2回以上訪問診療」を算定していた患者に対し、4月に「月1回の訪問診療で残り1回は電話診療」もしくは「2回とも電話診療」していたとしても、「月2回以上」として算定できるとした。

ただし、5月以降も2回以上の訪問診療をしなかった場合は、「月1回以上」として算定することになるため注意が必要だ。

さらに厚労省は、患者側から訪問を拒否されても、「まずは医療上の必要性等を説明し、患者等の理解を得て、訪問診療の継続に努める」としており、念のため説明する必要がある

ることを理解しておきたい。

ちなみに、月2回以上の訪問診療を行っている場合の在宅時医学総合管理料は、「病床を有しない」場合1,100点～4,100点、それに加えて「別に厚生労働大臣が定める状態の患者（末期がん、指定難病など）」の場合は2,640点～5,000点。同様に月2回以上訪問診療を行っている施設入居時等医学総合管理料は「病床を有しない」場合1,100点～2,900点、「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」の場合は2,640点～3,000点となっている。

■「院内トリアージ診療料」の算定が往診でも可能に

また、外来診療で新型コロナウイルスの感染患者もしくは感染の疑いがある患者を診療した場合、特例で「院内トリアージ実施料（300点）」が算定できるようになっている。

この日の総会では、往診の際にも「必要な感染予防策を講じたうえで患者の診療を行った場合」には、適用されることとなった。

訪問看護の場合も同様で、こちらは特別管理加算（2,500円/月）が算定できる。

なお、現状4月と5月以降で扱いが変わる設計としているのは、緊急事態宣言が5月6日までであったからだ。

5月31日まで延長された現時点では、5月以降も同様の扱いとなる可能性が高いだろう。

医療情報①
 安倍晋三首相
 表明

特措法「緊急事態宣言」 5月末まで延長

政府は5月4日、新型コロナウイルス感染症対策本部の会合を開いた。安倍晋三首相は、5月6日とされる新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）に基づく緊急事態措置について、5月31日まで延長することを表明した。対象は全都道府県で変わらず、13都道府県を特定警戒都道府県とすることも継続する。この日の対策本部の会合に先立ち開かれた専門家会議の提言を踏まえ、決めた。期間の延長に併せて、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（対処方針）も改訂した。現状認識として「全国の実効再生産数が1を下回っており、新規報告感染者数は、オーバーシュートを免れ、減少傾向に転じるという一定の成果が現れはじめている」と指摘。一方で、全国の新規報告感染者数は200人程度の水準で推移し、医療提供体制がひっ迫している地域もあるとして、当面、新規感染者を減少させる取り組みの継続が求められるとした。今後については、社会経済活動の維持との両立に配慮した取り組みに移行していくものとし、留意事項として以下などを挙げた。

- ▼地域の感染状況や医療提供体制の確保状況等を踏まえながら、段階的に社会経済の活動レベルを上げていく
- ▼まん延の状況は地域差があり、各都道府県知事が適切に判断する
- ▼すべての住民、事業者に、感染拡大を予防する新しい生活様式を定着させる必要がある
- ▼再度、感染が拡大した場合、厳しい行動変容の要請を行う必要がある

医療ではまず、重症者等に対する医療提供に重点を置いた入院医療の提供体制の確保について、重症者等に対する医療提供に重点を置くべき地域では、入院治療が必要ない無症状病原体保有者や軽症患者は、宿泊施設等での療養とし、宿泊施設が十分に確保されている地域では、軽症者等は宿泊療養を基本とすると示された。子育て等の家庭の事情により本人が自宅での療養を選択する場合等には、電話等の情報通信機器を用いて遠隔で健康状態を把握するとした。

入院、宿泊療養、自宅療養をする場合で、家族に要介護者や障害者、子ども等がいる場合については、「市町村福祉部門の協力を得て、ケアマネジャー、相談支援専門員、児童相談所等と連携し、必要なサービスや支援を行う」と明記された。外来診療・検査体制の確保に関しては、集中的に検査を実施する機関（地域外来・検査センター）の設置や、帰国者・接触者外来への医療従事者の派遣を行うとし、「大型テントやプレハブ、いわゆるドライブスルー方式やウォークスルー方式で、効率的な診療・検査体制を確保する」よう記載された。（以下、続く）

新規感染者の減少傾向維持、 取り組み継続を

政府の新型コロナウイルス感染症対策専門家会議は5月4日に会合を開き、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大に関する現状分析を行い、「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（提言）を取りまとめた。

提言ではまず、対象地域の判断について、感染の状況（疫学的状況）と医療提供体制（医療状況）、近隣の都道府県の感染状況等を踏まえて、基本的対処方針諮問委員会での議論を経て政府判断するとした。疫学的状況では具体的に、以下などの項目を挙げた。

- ▼新規感染者数
- ▼累積感染者数
- ▼倍加時間
- ▼感染経路不明の感染者数の割合
- ▼近隣都道府県の感染状況

医療状況については、以下の具体的項目を挙げている。

- ▼医師が必要と認めるPCR等の検査
- ▼院内感染の制御
- ▼救急医療など、その他の一般医療への影響
- ▼新型コロナウイルス検査における感染疑い例への医療提供ないしフォローアップ体制
- ▼医療機関の役割分担の明確化や患者受け入れ先の調整機能
- ▼重症・重篤例の診療体制
- ▼病床の稼働状況やその動向を迅速に把握・共有できる体制
- ▼軽症者等に対応する宿泊療養施設等の確保など、今後の患者の増大を見据え、重症者から軽症者まで病状に応じた迅速な対応を可能にする医療提供体制

これらを踏まえ、提言では現況について以下などと分析。

- ▼新規感染者の増加は確実に減少
- ▼実効再生産数は、全国、東京都ともに1を下回った
- ▼PCR検査実施数は逡増傾向で、陽性率は低下傾向

「市民の行動変容が成果を上げ、全国的に新規感染者数は減少傾向にあることが推測できる。しかし、いまだかなりの数の新規感染者数を認めており、現在の水準は、新規感染者数が増加しはじめた3月上旬やオーバーシュートの兆候を見せ始めた3月中旬前後の新規感染者数の水準までは下回っていない」とし、「しばらくは、新規感染者数の減少傾向を維持させることを通じて、今後の感染拡大が当面起こり難い程度にまで取り組みを継続することの必要性が示唆される」などと示した。（以下、続く）

最近の医療費の動向

/概算医療費（令和元年度6月～7月）

厚生労働省 2020年1月30日公表

1 制度別概算医療費

●医療費

（単位：兆円）

	総計	医療保険適用							公費
		75歳未満						75歳以上	
		被用者保険	本人		国民健康保険	(再掲)未就学者			
			本人	家族					
平成27年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
平成28年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
平成29年度	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
平成30年度 4～3月	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
4～9月	20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1
10～3月	21.6	12.3	6.8	3.7	2.7	5.5	0.8	8.3	1.1
令和元年度 4～7月	14.5	8.1	4.5	2.4	1.8	3.7	0.5	5.7	0.7
6月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
7月	3.8	2.1	1.2	0.6	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2

注 1) 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注 3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							75歳以上	
		75歳未満						国民健康保険		(再掲)未就学者
		被用者 保険	被用者			国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
			本人	家族						
平成27年度	32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8		
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0		
平成29年度	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2		
平成29年度4～3月	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9		
	4～9月	16.5	10.8	8.2	7.7	8.0	17.4	10.7	46.6	
	10～3月	17.1	11.3	8.7	8.2	8.6	17.9	11.2	47.3	
令和元年度4～7月	11.5	7.5	5.7	5.4	5.6	12.1	7.5	31.9		
	6月	2.8	1.9	1.4	1.3	1.4	3.0	1.9	7.8	
	7月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.5	3.2	1.9	8.2	

注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。
加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費					調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
		医科 入院	医科 入院外	歯科	診療費							
平成27年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8	
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9	
平成29年度	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
平成30年度4～3月	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
	4～9月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5
	10～3月	21.6	17.3	8.3	7.4	1.5	3.9	0.4	0.14	8.7	11.3	1.5
令和元年度4～7月	14.5	11.6	5.6	5.0	1.0	2.6	0.3	0.10	5.8	7.6	1.0	
	6月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.02	1.5	1.8	0.3
	7月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	2.0	0.3

注1) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。
入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● 受診延日数

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成 29 年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成 29 年度 4～3月	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
4～9月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	4.1	0.11
10～3月	12.9	12.8	2.3	8.3	2.1	4.4	0.12
令和元年度 4～7月	8.6	8.5	1.6	5.5	1.4	2.8	0.09
6月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.4	0.7	0.02
7月	2.2	2.2	0.4	1.4	0.4	0.7	0.02

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。
受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● 1日当たり医療費

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考)
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成 29 年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成 29 年度 4～3月	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
4～9月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
10～3月	16.8	35.6	37.3	8.9	7.1	8.9	11.4	13.5
令和元年度 4～7月	16.9	35.9	37.6	9.1	7.2	9.1	11.4	13.7
6月	16.8	36.1	37.8	9.0	7.2	8.9	11.5	13.5
7月	16.9	36.5	38.2	9.0	7.2	9.1	11.3	13.7

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。

「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外を受診延日数で除して得た値である。

歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。



人事・労務

職員の健康確保と就業環境改善を図る 勤務間インターバル制度の 概要と運用方法

1. 勤務間インターバル制度の概要
2. 導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計
3. 勤務間インターバル制度導入と運用方法



■参考文献

【厚生労働省】時間外労働の上限規制 わかりやすい解説 働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて～
勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル 時間外労働等改善助成金(勤務間インターバル導入コース)

1

医療経営情報レポート

勤務間インターバル制度の概要

■ 勤務間インターバル制度が注目される背景

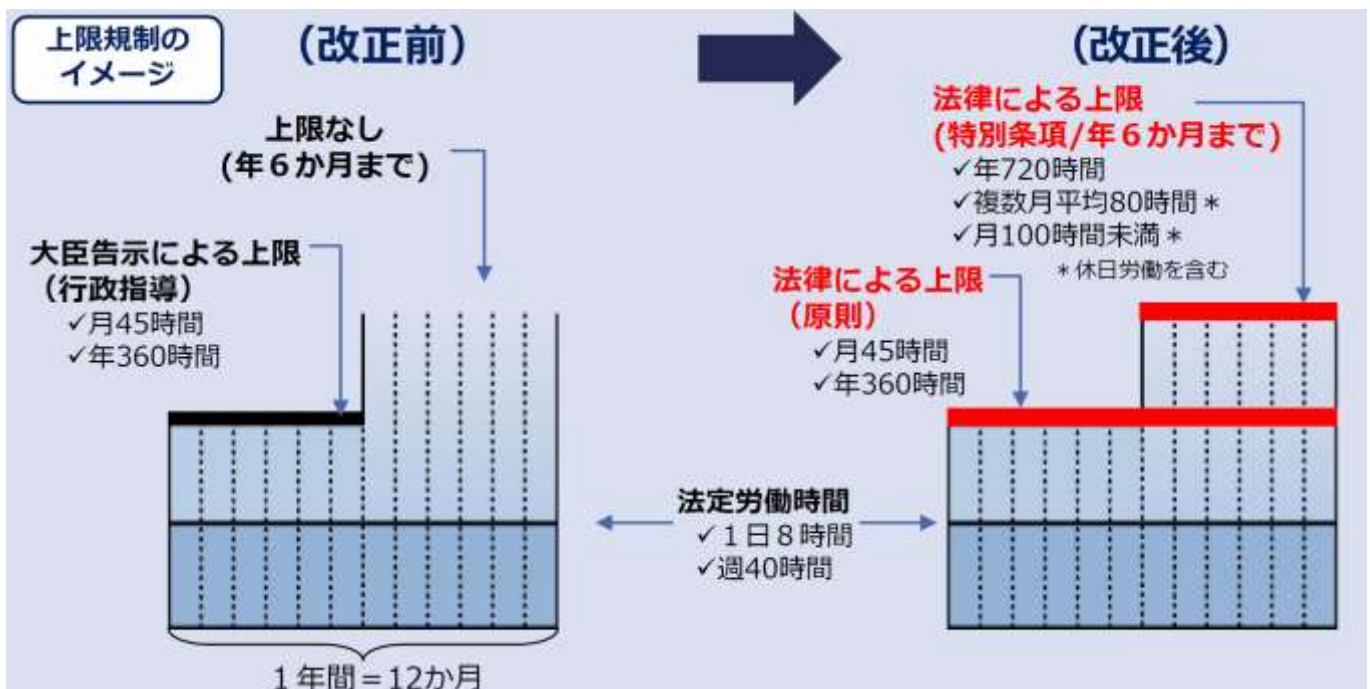
(1) 長時間労働への対応

厚生労働省から、「勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル」が公表されました（令和2年3月30日）。勤務間インターバル制度は、1日の勤務終了後、翌日の出社までの間に、一定時間以上の休息時間（インターバル時間）を確保する仕組みです。

勤務間インターバル制度が注目される背景には、長時間労働に起因する健康被害が増加し、長時間労働を是正する必要があると、社会全体で認識されたことが挙げられます。

長時間労働を原因とする健康被害等が社会問題化したことを受け、2019年4月から（中小企業は2020年4月から）働き方改革関連法で「時間外労働の上限規制」が新たに設けられ、1か月及び1年の時間外労働の時間に上限が設定されました。

◆ 時間外労働の上限規制（※医師は適用猶予）



(出典) 厚生労働省 時間外労働の上限規制 わかりやすい解説

また、職員が健康な生活を送るために必要なインターバル時間を確保するため、勤務と次の勤務の間隔を一定時間空ける勤務間インターバル制度が導入されました。長時間労働となった場合でも、翌日の勤務開始時刻を調整することで、一定の休息時間を確保することができます。

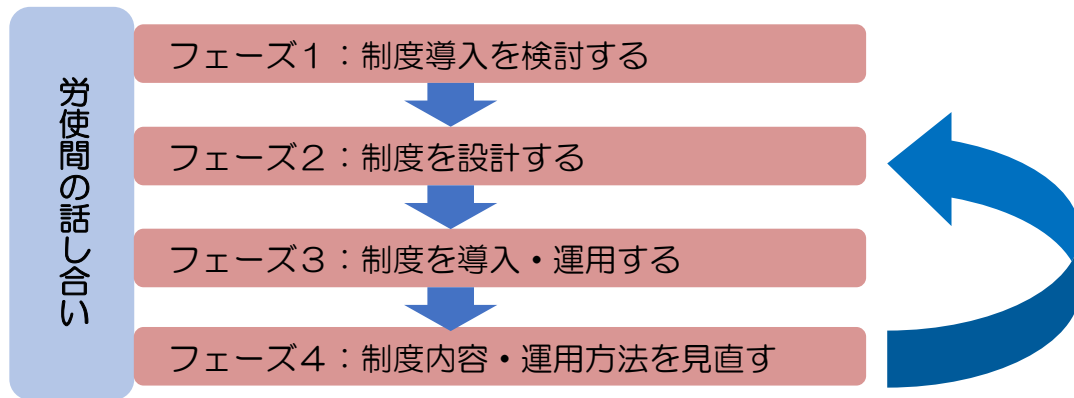
2 医業経営情報レポート

導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計

■ 勤務間インターバル制度導入の全体像

医院が勤務間インターバル制度を導入し、運用するための具体的な取組は、以下の図に示すように、労使間の話し合いを土台とし、そのうえで4つのフェーズに沿ってPDCAサイクルを回しながら進めることが重要です。

◆ 勤務間インターバル制度の導入・運用に向けた取組の全体像



(出典) 厚生労働省 勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル

■ PDCAサイクルの土台となる労使間の話し合い

職員が抱える事情や企業経営の実態を踏まえた制度を設計し、それを円滑に運用していくためには、PDCAサイクルの各フェーズにおいて労使間で十分に話し合うことが必要であり、それを勤務間インターバル制度の導入・運用の土台として位置付けることが重要です。

■ 勤務間インターバル制度の導入の検討

(1) 労働時間等に関わる現状の把握と課題の抽出

制度導入に向けた具体的な検討を始める前に、次表に示した点について現状を把握することが必要です。まずは就業規則等で定められている労働時間に関する規定を改めて確認します。

その上で労働時間（時間外労働や休日労働の有無や長さを含む）、通勤時間等を把握し、インターバル時間が十分に取れているのか、十分に取れていないとすれば、どのような職員がどのような理由でどの程度取れていないのかを確認します。

3

勤務間インターバル制度導入と運用方法

■ 勤務間インターバル制度の導入と運用

(1) 院内への周知

勤務間インターバル制度を導入し、円滑に運用していくためには、現場の管理職や職員の理解と協力が不可欠であり、導入の意義やインターバル時間を確保するための工夫、留意点等について事前に周知することが必要です。

勤務間インターバル制度の周知は、制度導入時に限られるものではありません。労働基準法（第15条第1項、施行規則第5条）では、使用者は労働契約の締結に際して、労働者に労働条件を明示しなければならないとされています。また、労働契約法（第4条第1項）では、労働基準法の労働契約の締結時より広く、労働契約締結前の説明等の場面や、労働契約が締結又は変更されて継続している間の各場面において、使用者は労働条件及び労働契約の内容について、労働者の理解を深めるようにするものとされています。

勤務間インターバル制度は、労働条件の1つです。その内容等について、継続的に周知することが重要です。

(2) 患者や取引先への説明

勤務間インターバル制度の円滑な運用のためには、院内関係者のみならず、患者や取引先からも理解を得ることが重要です。職員が制度の意義を理解しても、患者からの依頼が続けばインターバル時間を確保することは難しくなります。患者・取引先に対して制度の趣旨や内容を説明し、制度導入に伴い配慮してほしいことを伝える等の対応が必要です。

また、制度導入により、サービスの質や内容が低下するのではないかと、トラブルが生じた際はインターバル時間の確保を理由に迅速に対応してもらえないのではないかと不安を感じる患者がいるかもしれません。これらの不安や懸念を解消するためには、以下のような対応例を参考にしつつ、患者に丁寧に説明します。

◆ 制度導入を伝えた際に想定される反応と対応（例）

- 制度導入により、サービスの質や内容が低下するのではないかと
- 同じ看護師に対応してもらいたいのにも、インターバル時間確保のため担当者が変わるのではないかと



制度導入が職員の健康確保、サービスの維持・向上に繋がること、また、異なる担当者であっても同等以上のサービスを提供できる教育訓練を行っていること等について説明

- 想定外のトラブルや自然災害等の発生時は、インターバル時間に関係なく対応してもらわなければ、人命に関わるおそれがある



制度設計のなかで適用除外となるケースを設定していることを説明

(3) インターバル時間を確保しやすい環境づくり

インターバル時間の確保に向けて、管理職には職員の勤務実態を定期的に把握するとともに、日ごろからコミュニケーションを密にとりながら、必要に応じて業務計画や業務量等の調整を行うことが求められます。また、職員も、働き方や休み方、生産性向上に対する意識を高めていくことが必要です。インターバル時間を確保しやすい環境としていくための工夫として、以下のようなことが挙げられます。

◆ インターバル時間の確保に向けた工夫

- 一定時刻になると、自動的にパソコンをシャットダウンする仕組みを導入
- 管理職に対して、職員のインターバル時間の確保状況を定期的に提出させる
- 職員の勤務実態を定期的に把握し、必要に応じて業務内容や業務量等を調整
- 無駄な作業の洗い出し、業務プロセスの見直し
- 人事考課において、働き方改革や業務効率化、(部下の) インターバル時間の確保状況等に関する項目を設定
- 研修会等において、健康管理・睡眠時間の重要性や長時間労働是正に関する情報を定期的に提供

■ 制度内容・運用方法の見直し

(1) 制度の効果検証、課題等の洗い出し

制度導入から一定期間が経過したら、労働時間の管理方法やインターバル時間の確保状況はもちろんのこと、導入目的に基づき期待していた効果が表れているか等を検証し、課題等を洗い出します。

これらは制度導入後、定期的に行うことが望まれます。その際には、職員や管理職を対象にアンケート調査やヒアリング調査を行い、「隠れた課題」がないかを確認することも重要です。



ジャンル：機能選択 > サブジャンル：急性期病院と慢性期病院

病院の機能分化を計る現状分析

病院の機能分化の方向性を定めるため、
自院の現状分析を検討しています。
実施する際のポイントを教えてください。

医療機関の将来の方向性を定め、戦略を策定するためにも、自院の現状分析は有効な判断材料を得ることができます。病院の現状分析を行うには、組織・診療体制、診療内容と医療法その他関連法令による制限、診療報酬請求業務状況等の把握と検証が必要となりますが、大きく分類して、①患者の状況、②経営資源（人的・物的）の両面から分析を行うのが基本的です。そのため、院内で整理している各数値を活用して、まず自院が持つ経営資源を把握し、成果を検証することが重要になります。

■現状分析の資料となるデータ例

- ①病床数（一般・療養の割合）
- ②病床利用率
- ③標榜診療科目、職員配置割合
- ④療養病床における患者分類（医療区分・ADL 状況）と各人数
- ⑤平均在院日数
- ⑥患者 1 人 1 日あたりの診療単価と内訳
- ⑦医療法に定められた人的・物的基準の充足状況
- ⑧リハビリテーション施術患者数と内訳（疾患別・早期）
- ⑨PT・OT 職員数
- ⑩紹介患者数・連携先医療機関別実績
- ⑪算定している施設基準

急性期病院としては、実質的な機能の充実と実績が求められるということであり、看護配置の引き上げと共に、質の高い医療を効率的に提供するという急性期病院の機能を果たせる病院であるか否かの選択が必要です。一方で療養型病院は、介護療養型病床が廃止（2024 年 3 月 末まで移行期間）されたのにあわせて、医療療養型においても入院基本料が再構成されたため、医療必要度や ADL 区分が低い入院患者の割合が高い病院については介護保険関連施設などへの転換も視野に入れた検討が求められるなど、病院の存続という大きな命題を抱えることになりました。

これについては、患者状態の把握のほか、看護職員の配置などの院内における人的資源の適正配置を図るための分析が必要とされます。なお、急性期病院にとって紹介率の向上は、在宅復帰率とともに、地域医療連携の充実を測る指標として引き続き重要です。専門特化による役割の明確化と共に、推移を分析・検証して、今後の見通しを立てる材料にします。

リハビリテーションに注力するポイント

リハビリテーションに注力するため、回復期リハ病棟の設置に取り組む場合、留意すべき点を教えてください。

回復期リハ病棟は、一般・療養病床いずれでも算定が可能です。

回復期リハビリテーション入院料の施設基準としては、次のような条件を満たすことが求められています。

【回復期リハビリテーション病棟入院料：通則、2及び3の施設基準より】

- 専任のリハ医師1名、専従のPT2名以上およびOT1名以上の常勤配置
- 1床あたり床面積6.4㎡以上
- 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）、運動期リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング等（看護必要度評価票A項目）の実施
- データ提出加算の届出

上記を2ヶ月間連続して条件を満たすことができなければ、回復期リハ病棟の算定が認められないため、これら基準を満たしている必要があります。

回復期リハ病棟を取得する際に障害となると考えられるのは、次のような点です。

【回復期リハビリテーション病棟入院料1：施設基準より】

- ①重症患者が新規入院患者のうちの3割に満たない
- ②病棟専任のリハ医師の確保が困難
- ③看護師の人員不足
- ④専従PT・OT（STも含む）管理栄養士の人員確保が困難

回復期リハ病棟は、急性期から必要性のある該当患者を受け入れ、その入院時から適切なADLとFIMの目標を設定するとともに、在宅復帰を想定した患者の生活再建を目指し、地域生活や維持期リハへの橋渡しという目的があります。さらに、近年のリハビリテーションに関する評価は、アウトカムに重点を置く傾向にあり、十分な結果が得られない場合には、施設基準を満たすことができなくなります。よって、こうした目的を十分に果たす環境、つまり急性期と維持期を結ぶ重要な役割を担う施設と人材、そして組織づくりが大きな前提になるといえます。回復期リハビリテーションを担うスタッフの意識と患者支援については、多方面から統一的に問題解決へ取り組む姿勢が求められます。