医業経営情報 REPORT

Available Information Report for Corporate Management

2017
11

税制改正

介護報酬同時改定へ向けて
2018 年診療報酬改定の方向性

1. 次期診療報酬改定の全体的動向
2. 入院医療をめぐる改定の方向性
3. 外来・在宅医療に関する評価の見直し
4. 「2025 年モデル」を見据えた今後の病医院戦略

1　次期診療報酬改定の全体的動向

1｜2018年診療報酬改定に向けた議論と重点項目

(1)中医協における主な検討項目

国民医療費は、2017 年度予算ベースで約 45 兆円に上っており、高齢化や医療の高度化が進む中で、国民負担は年間 1 兆 7000 億円増加する試算です。2005 年を起点にすると、国民医療費は過去 10 年間で毎年平均 2.5%増加しており、高齢化による同 1.2%を上回っていることから、医療費の伸びを高齢化の範囲内に抑制することを改めて求めています。

また財務省は 10 月 25 日の財政制度等審議会・財政制度分科会において、2018 年度診療報酬改定では２％半ば以上のマイナス改定が必要と示し、医療費の伸びを高齢化の範囲内に抑制することを提案しています。今後、年末に向けて改定率を含め、各項目に反映される点数等評価の設定に向けた議論が進められます。

国民医療費年 2.5%増を吸収する
２%半ば以上のマイナス？

◆財務省が示す 2018 年診療報酬改定の考え方

医療機関の地域連携強化に向けたこれまでの診療報酬改定内容を検証するとともに、地域医療構想の実現に資するよう病床の機能分化・連携をさらに後押しするため、患者の状態像に即した適切な医療・介護を提供する観点から、報酬水準、算定要件など入院基本料のあり方や介護医療院の介護報酬・施設基準のあり方について検討し、介護施設や在宅医療等への転換などの対応を進める。

（出典）経済財政運営と改革の基本方針 2017（抄）（平成 29 年６月９日閣議決定）

◆2018 年診療報酬改定にかかる中医協の主要検討項目

（１）医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進
①入院医療、②外来医療、③在宅医療、④医療と介護の連携調査実施試行的導入及び本格導入に向けた検討

（２）患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現
・アウトカムに基づく評価　・患者や家族等への情報提供や相談支援
・医療機能等に関する情報提供や公表　・患者の選択に基づくサービス提供

（３）重点分野・個別分野に係る質の高い医療提供の推進
・緩和ケアを含むがん　・認知症　・精神医療　・リハビリテーション
・口腔疾患の重症化予防等　・薬剤管理業務

（４）持続可能性の高める効果的　・効率的な医療への対応
①医療品、医療機器等の適切な評価
・薬価制度の抜本改革　・費用対効果　・新しい医療技術の保険適用等
②次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進
・バイオテクノロジー、ICT、AI（人工知能）等

(2)2016 年度診療報酬改定の特徴～次期改定に向けての課題

前回 2016 年度改定は実質マイナス改定でしたが、新規入院料等の新設や大きな変更は見られませんでした。

2018 年には、①DPC の暫定調整係数廃止、②療養型入院基本料２の廃止、③介護療養病床の廃止が予定されていますが、大きな変更はなかったとはいえ、一部の病院には影響を及ぼした改定でもありました。

◆2016 年改定で影響を受けた病院とは

- ７：１入院基本料で重症度、医療・看護必要度が新基準に満たない
- 回復期リハビリ病棟で６単位を超えるリハビリを実施しているが、アウトカムが芳しくない
- 医療療養型で医療区分３の酸素吸入、医療区分２の頻回な血糖検査、うつ症状の見直しに該当する項目が多い
- 医療療養型２で医療区分２・３の患者割合が低い
- 障害者病棟で脳卒中による意識障害患者が多い

改定内容により、全く影響を受けない医療機関と、大きな影響を受ける医療機関があったのが、2016 年度改定の特徴として挙げられます。

このほかにも高度急性期病院は、産科・小児科等が要件となっている総合入院体制加算２（旧）を同加算１にランクアップした病院（例：700 床規模で年間 1.1 億円増）以外にとっては、厳しい改定になりました。

次期改定の検討にあたっては、「2025 年モデル」の実現に向けて、医療機能の分化を推進して主に急性期病床の削減を図りたい厚生労働省の示す方向性からは、次期改定におけるインセンティブによって、病院や病床の機能再編を促したいという意図がうかがわれ、厚生労働省が設定したハードルに満たない、あるいは異なる用途で使用している医療機関に対し、狙い撃ちともいえる評価の見直しを行っているといえます。

こうしたピンポイントでの評価見直しの傾向は次期診療報酬改定以降も継続するとみられ、厚生労働省が推進する地域医療構想との整合性を図るうえでは、各地域ニーズに合致した「地域完結型の医療」を実現する病棟編成が、今後の医業経営安定には不可欠な取り組みになります。

2｜次期改定の基本的視点と具体的方向性

次期診療報酬改定の方向性は、2016 年改定に続き、地域医療構想との連動を含め、基本的に前回改定を踏襲しています。

◆2018 年度診療報酬改定の基本的視点と方向性の例

～平成 27 年 10 月 4 日「第 107 回社会保障審議会医療保険部会」資料

①地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進【重点課題】

- 地域包括ケアシステム構築のための取り組みの強化
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取り組みの推進
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 国民の希望に応じた看取りの推進

②新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 認知症の者に対する適切な医療の評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- 難病患者に対する適切な医療の評価
- 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- 情報通信技術（ICT）等の新たな技術の活用、データの収集・利活用の推進
- 情報アウトカムに着目した評価の推進

③重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
- 難病患者に対する適切な医療の評価
- 救急医療、小児医療、周産期医療の充実

④効率化･適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用推進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組み
- 退院支援などの取り組みによる早期退院の推進
- 残薬や多剤・重複投薬を減らすための取り組みの推進など、医薬品の適正使用を
- いわゆる門前薬局の評価の見直し
- 重症化予防の取り組みの推進
- 医薬品、医療機器、検査などについて、市場実勢価格を踏まえた適正な評価

2 ｜ 入院医療をめぐる改定の方向性

1｜高度急性期と急性期における課題と改定の方向性

(1)看護必要度をめぐる見直し

急性期入院をめぐる改定では、看護必要度に関する見直しが行われる見込みです。

看護配置７：１算定病棟では、手術や化学療法を実施している割合が高いために患者入院単価が高くなります。

そして、日別入院単価が高いほど、看護必要度該当の対象となる患者割合が高いことも指摘されることから、次期改定において急性期要件である看護必要度に関する見直しが行われる見通しです。

◆入院単価に応じた看護必要度該当患者割合

単価の低い患者が７：１病棟に入院している必要性はあるのか？
⇒　疾患別情報を可視化することにより、ADL 項目だけが極端に高い疾患などが明らかになり、厳格化の方向性が窺われるため、該当入院患者が多い病院は要注意

(2)2018 年度改定におけるDPC/PDPSの見直し

ＤＰＣは、重症度係数の廃止等の改定が予定されており、今後は効率性係数と救急医療係数の重要性が増すといえます。

◆DPC 病院の7つのキーワード

1．機能評価係数Ⅱの見直し（重症度係数の廃止、後発医療品⇒機能評価係数Ⅰへ）
2．暫定調整係数廃止（激変緩和措置）
3．重症度、医療・看護必要度（データ分析による見直し）
4．病床回転率（効率性係数の重要性）
5．１日当たり入院単価（７：１平均　52,150 円）
6．ケースミックス（７：１は新生物が多い）
7．退院支援加算１と認知症ケア加算１または２はマスト

2｜ポスト・アキュート機能をめぐる方向性

地域包括ケア病棟には、ポスト・アキュート（他急性期病院からの転院）とサブ・アキュート（在宅患者・施設入所者、急性増悪患者の受け入れ）の２つの機能がありますが、双方について現在は一律化されている点数を、段階的に見直す方向性が検討されています。

一方で回復期リハについては、これまで制度整備が進められてきており、前回改定に引き続き、質の高さを重視したアウトカム評価のための要件の厳格化が予想されます。

(1)地域包括ケア病棟の包括評価見直し

地域包括ケア病棟は比較的手厚い包括点数が設定されていますが、稼働率に問題を抱える医療機関が少なくありません。その理由としては、①医師の転棟に対する理解不足、②看護の専門性の問題と転棟の申し送りの手間、③患者の抵抗、④リハビリスタッフの不足が挙げられます。

サブ・アキュート（直接入院）の評価引き上げが予想される一方、転院や院内転棟などのポスト・アキュート機能については、その評価の見直しが現在も検討されているところです。

◆地域包括ケア病棟～稼働率向上のポイント

- ●入院前・入院中のベッドコントロール、退院支援および退院後の在宅医療支援等も行う
- ●地域包括ケア病棟を重点対象とし、午前退院、午後転棟（転院・入院）の 2 回転を行う

(2)回復期リハビリテーションに関わる改定の検討

回復期リハビリテーション病棟入院料１・２については、アウトカム評価の厳格化とともに、地域包括ケア病棟との整合性をどのように図るのかという検討が行われています。

また、回復期リハ病棟では医業収益対医業利益率が高い（療養型病院経営状況比較：2014 年度福祉医療機構による調査）ことが指摘されており、アウトカム評価重視の傾向から、評価が低い病院についてはリハビリテーション包括化に向かうことが予想されますが、これらをどこまで反映させるのかという議論が続けられています。

◆回復期リハビリテーション病棟に係る論点～2017 年 10 月 25 日中医協総会

- ●回復期リハビリテーション病棟入院料：リハビリテーションの提供、栄養管理等の取り組み状況も踏まえつつ、実施指数に基づく評価の検討
- ●疾患別リハビリテーション料：退院後早期患者について、標準的算定日数の上限除外へ
- ●病棟専従配置のリハビリスタッフ：退院後リハビリテーション提供が可能な取扱いへ

3｜慢性期入院医療は大きな転換期へ

医療療養型病床では、介護療養病床と併せて療養病床入院基本料２の廃止が 2018 年３月末に決定していることから、今後の自院のあり方について選択が迫られています。

来年４月に創設される「介護医療院」は慢性期入院を提供する医療機関にとって、選択肢として重要な位置づけだといえます。

◆慢性期入院医療に係る転換先候補のメリット・デメリット

転換先	メリット	デメリット
医療療養1 （療養病棟入院基本料1）	・入院基本料のアップによる増収効果 ・病院として運営を継続できる	・医療区分2・3の患者割合80%以上のクリア ・看護配置20対1以上のクリア ・重症患者の増加に伴う職員の負担増
医療療養2 （療養病棟入院基本料2）	・医療区分2・3の患者割合や看護配置の要件が医療療養1よりは緩和されている ・2023年度末までは病院として運営を継続できる	・医療区分2・3の患者割合50%以上のクリア ・医療区分や看護配置の要件を満たせず95%への減算を受けると主要加算も算定不可になり大幅減収に ・2023年度末までの経過期間中に移行先を決める必要
介護医療院（Ⅰ）	・大規模改修までは定員4人、1人当たり6.4㎡以上の多床室でも転換できる ・改修に際して補助金を活用できる見通し ・補助給付あり	・介護報酬がどれくらいになるかが現時点では不明 ・医療法上の「病院」から施設になることへの抵抗感 ・表記の問題、家族などへの説明
介護医療院（Ⅱ）	・介護医療院（Ⅰ）に比べて人員基準は緩和 ・大規模改修までは定員4人、1人当たり6.4㎡以上の多床室でも転換できる ・改修に際して補助金を活用できる見通し ・補助給付あり	・介護報酬がどれくらいになるかが現時点では不明 ・医療法上の「病院」から施設になることへの抵抗感 ・表記の問題、家族などへの説明
医療外付け型施設	・医師不足の場合などに病床を居住スペースに転換し、併設の病院・診療所に機能を集約して運営できる ・既存建築物の転用ならば個室は実質面積基準の定めなし ・訪問診療などを併設医療機関から出来高で算定可能	・介護報酬は特定施設入居者生活介護などに準拠するがおおむね療養病床の報酬より低く減収要因になる ・補足給付が使用できない ・特定施設などに転換することへの職員などの抵抗感
地域包括ケア病棟 （地域包括ケア病棟入院料・入院管理料1・2）	・入院料のアップによる増収効果 ・算定要件に医療区分の患者割合がなく影響を受けない ・病院として運営を継続できる	・医師・看護師、リハビリ職の確保 ・医療機器などの設備投資が必要 ・データ提出加算などの施設基準を満たす必要がある
回復期リハビリテーション病棟 （回復期リハビリテーション病棟入院料1・2）	・入院料のアップによる増収効果 ・算定要件に医療区分の患者割合がなく影響を受けない ・病院として運営を継続できる	・リハビリ職の大幅な増員などが必要 ・リハビリ機器などの設備投資が必要 ・アウトカム評価のへ対応が必要
一般病床 （15対1入院基本料、13対1入院基本料など）	・算定要件に医療区分の患者割合がなく影響を受けない ・病院として運営を継続できる	・看護師の増員などが必要 ・医療機器などの設備投資が必要 ・療養病床から一般病床への転換が認められるかは地域の事情によって異なる

現在の医療療養病棟入院基本料２を算定、また介護療養病床が今後とるべき方向性としては、①療養病棟入院基本料１を目指し、20：１看護配置、医療区分２・３を８割以上に、②介護医療院への転換、③経過措置６年間は現状維持、の３つが選択肢として挙げられます。①は難易度が高く、③は医療療養２の経過措置が決定していないこともあり、現状では②介護医療院への転換が現実的に検討すべき対象だといえます。

◆入院医療における経営戦略ポイント

- ●急性期の病棟編成は診療科別から症状重度別へ
- ●急性期病院では病床回転率・新入院患者数が重要
- ●地域包括ケア病棟届出のメリットを生かす
- ●療養病棟２算定病院は介護医療院への転換を検討

3 ｜ 外来・在宅医療に関する評価の見直し

1 ｜ 外来と診療所に係る評価

(1)外来医療の機能分化促進

外来医療に関する前回改定においては、かかりつけ医機能の評価（地域包括診療料および同加算）の拡充、紹介状なしの一定規模以上の大病院受診時の定額負担導入などの改定が行われましたが、2018 年改定でも引き続き外来医療の機能分化とかかりつけ医機能強化を促す評価の見直しが実施されます。

◆外来医療における改定議論の要点～厚生労働省資料：中医協総会

1. 外来医療
   - 外来の機能分化・連携を推進、重複投薬・残薬を減らす、かかりつけ医機能の強化

2. 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入
   - 「保健医療機関及び保険医療療養担当規則」等の改正
     特定機能病院・一定規模以上の地域医療支援病院（500 床以上）
     ⇒　現行の選定療養に加え、定額の徴収を責務とする
   - 定額負担は徴収する金額の最低金額として設定
     初診：5,000 円（歯科　3,000 円）
     最新：2,500 円（歯科　1,500 円）

●定額負担を求めないケース

- **緊急その他やむを得ない事情がある場合**
  救急・公費負担医療・無料定額診療事業の各患者、HIV 感染者
- **その他、定額負担を求めなくてよい場合**
  自施設の他診療科受診中患者、医科・歯科間での院内紹介患者、検診で精密検査指示があった患者、救急医療・周産期事業等における休日夜間受診患者、外来受診後そのまま入院となった患者、大病院が地域で外来診療を実質的に担っているような診療かを受診する患者　　ほか

次期改定では、これまで以上に大病院の外来機能縮小を推進するため、紹介状なしに特定機能病院等の大病院を受診した場合には、現行の選定療養に加えて、初再診時に患者から定額を徴収する見直しの方向性が示されています。

診療所としては、かかりつけ医としての機能充実とともに、連携の強化に向けた取り組みがますます重要となります。

◆認知症に対する主治医機能についての評価

<table>
<tr><th></th><th>対象疾患</th><th>診療内容</th><th>内服薬</th><th>主な施設基準</th></tr>
<tr><td>認知症地域包括診療料
1,515点（月につき※1）</td><td>認知症＋1疾患以上</td><td rowspan="4">担当医を決め、
・療養上の指導
・他の医療機関での受診状況等の把握
・服薬管理
・健康管理
・介護保険に係る対応
・在宅医療の提供
・24時間の対応
等を実施</td><td rowspan="2">内服薬
5種類以下
うち向精神薬
3種類以下</td><td rowspan="2">○診療所又は200床未満の病院
○研修の受講

○病院の場合以下の全て ※2）
・地域包括ケア病棟の届出
・在宅療養支援病院であること

○診療所の場合以下の全て
・時間外対応加算1の届出
・常勤医師が2人以上 ※3）
・在宅療養支援診療所であること</td></tr>
<tr><td>地域包括診療料
1,503点（月につき※1）</td><td>下記のうち2疾患以上
・高血圧症
・脂質異常症
・糖尿病
・認知症</td></tr>
<tr><td>認知症地域包括診療加算
30点（再診料に加算）</td><td>認知症＋1疾患以上</td><td rowspan="2">内服薬
5種類以下
うち向精神薬
3種類以下</td><td rowspan="2">○診療所
○研修の受講
○以下のいずれか一つ
・時間外対応加算1又は2の届出
・常勤医師が2人以上 ※3）
・在宅療養支援診療所であること</td></tr>
<tr><td>地域包括診療加算
20点（再診料に加算）</td><td>下記のうち2疾患以上
・高血圧症
・脂質異常症
・糖尿病
・認知症</td></tr>
</table>

(2)外来医療における課題解消に向けた評価見直しの検討

次期診療報酬改定では、外来医療のニーズの変化や多様性も踏まえ、より質の高い適切な外来医療が提供できるよう、外来患者の特性や病態に応じた評価や、新たなサービス提供のあり方について、評価の見直しが行われる見込みです。

かかりつけ医機能を担う診療所にとって、今後生活習慣病の増加が見込まれるとともに、より質の高い医学管理や重症化予防の取り組みが求められており、厚生労働省としてはこれらへの取り組みを高く評価したい意向です。

そのため、診療所を中心とする外来医療においては、次のような改定の方向性が示されています。

◆外来医療における評価のあり方検討の視点

- ●かかりつけ医機能と専門医療機関等との連携の推進
- ●かかりつけ医を中心とした多職種との連携による医学管理等の推進
- ●医療機関と保険者・自治体等の予防事業との情報共有の推進

（出典）厚生労働省：中医協資料「外来医療（その２）の課題（案）」

また、2018 年改定では、遠隔診療の拡大が検討項目として挙げられています。現在は対面診療が原則で、遠隔診療はあくまで補完的な役割とするのが厚生労働省の見解ながら、一定の医療費抑制効果も求められることから、新たな評価項目として認められる可能性が大きいとみられます。

2｜在宅医療関連評価方法の見直し

在宅医療や訪問看護分野は、今後も高齢患者の増加が続くことが想定され、2025 年には 75 歳以上人口が 18%に達すると推計されています。

こうした中で、在宅医療に対応可能な医療機関は概ね増加傾向にあり、その大部分は診療所が占めています。併せて、訪問看護ステーションの数や規模は増加・拡大しています。

これら現状を踏まえ、近年増加傾向にある自宅等における死亡が微増傾向にあることから、特にニーズが高い介護する家族の負担軽減や急変時対応への不安解消に向けた取り組みへの評価も検討されています。

(1)在宅医療の現状と見直しの方向性

在宅医療については、質と量はもとより、効率性も確保しつつ、多様化する患者ニーズに応えることができるようなサービス提供のあり方や、地域の状況、個々の患者の状態、医療内容、住まいや住まい方等を踏まえた評価のあり方が検討されています。

◆在宅医療をめぐる評価の課題に対応した見直し案

- 在宅療養支援診療所を含めたかかりつけ医による在宅医療提供体制
- かかりつけ医の夜間・時間外の負担軽減に資する、地域の医療機関の連携による救急応需体制
- かかりつけ医機能を補完するため、複数の診療科の医師が協働して行う訪問診療
- 患者の状態や診療内容、居住形態に応じた効果的・効率的なサービス提供

施設基準のハードルの高さから、在学療養支援診療所の届出を断念した診療所であっても、地域におけるかかりつけ医として在宅での看取りまでの医療サービス提供を評価する方向性が固められています。

(2)訪問看護ステーションに関する評価

前回改定を経た結果でみると、重症患者に係る管理料を算定している患者については、その他の患者に比べて病状説明や訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所との連携に係る項目を算定しているケースが多くみられています。

在宅患者の家族が不安として挙げる救急応需体制等の確保のため、地域の医師会が中心となって在宅医療支援センターを設置し、在宅医療を行う主治医の連携を推進するとともに、後方病床の確保や訪問看護ステーションの機能強化を行っている地域があります。こうした実績をもとに、訪問看護ステーションに期待する役割を前提とし、評価の拡大が予想されます。

4 ｜「2025年モデル」を見据えた今後の病医院戦略

1｜その他個別項目の改定の方向性

(1)医療 ICT 化に向けた検討項目

医療機関の機能や規模を問わず、医療等分野における ICT 化の徹底について次のような改定方針が示されています。

近年の総務省主導による ICT 活用推進を受け、医療情報の標準化や共通 ICT インフラを整備し、医療の質と効率性向上を図ることで、世界に誇る保健医療水準を維持するとともに、民間の投資を喚起し、健康で安心して暮らせる社会実現を目指すことを目的としています。これにより、診療報酬上も政策的誘導が行われる可能性があります。

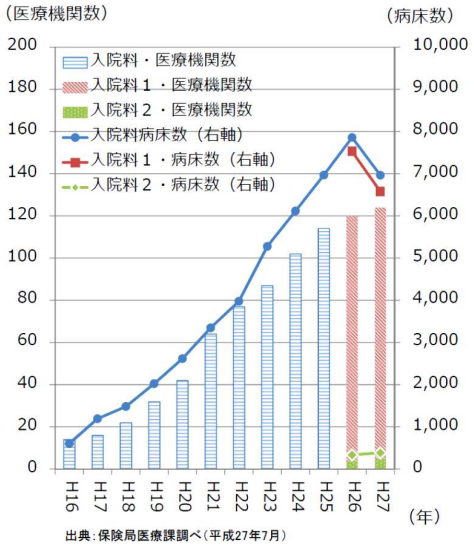
◆厚生労働省が示す医療分野における ICT 化の徹底

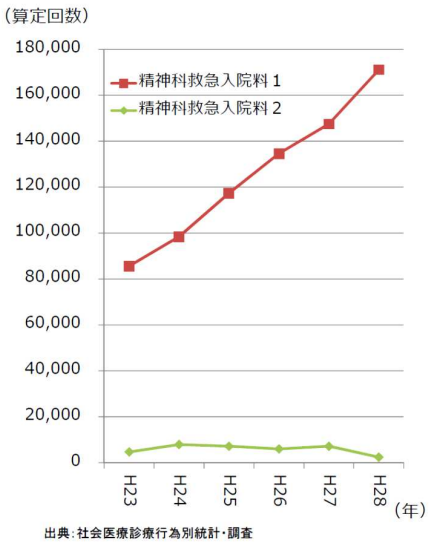
●医療等分野における ICT 化の徹底
　医療連携や医学研究に利用可能な番号の導入
　医療機関データのデジタル化＋地域の医療機関間のネットワーク化
　医療データの医療拡大のための基盤整備

(2)精神医療をめぐる改定の方向性

精神医療については、精神病床の入院患者のうち統合失調症の患者が最も多く、近年は認知症入院患者が微増傾向にあります。

◆精神科救急入院料の届出医療機関数・病床数・算定回数





精神科救急入院料届出医療機関数と病床数は増加傾向
⇒患者状態に応じた、より適切な精神科救急医療体制の構築を目指す評価の見直しを図る方向へ

2｜機能別に見る病医院がとるべき経営戦略

診療報酬改定では、国や厚生労働省が重視する分野に手厚い評価をしており、また政策誘導として評価の見直しや要件の緩和・厳格化が行われていることは否めません。

しかし、改定が重ねられ、政策の軌道修正や変更によって点数が変動するからといって、何も手当をしないままでは今後も安定した病医院経営を確保することは難しくなります。

2025 年に向かっては、自院の機能を正確に見極め、とるべき戦略を策定し、実践していくことが求められています。

(1)急性期医療をめぐる戦略

地域医療構想における４区分については、病棟単位の届出であり、１日入院単価から入院基本料相当部分とリハビリの一部を除外したものです。つまり、診療科単位で急性期の患者が分散している場合、病棟単位の「急性期度合」が高まらないため、診療科単位ではなく、患者の重症度に応じた病棟編成を行う病院が増えてきています。

もともと ICU や HCU では診療科別の概念はないはずであり、急性期の需要に適した病棟編成を検討することが必要です。

1．急性期需要に対応した急性期病床の適正化
2．急性期需要が少ない
　⇒　許可病床のダウンサイジング、または地域包括ケア病棟等の他機能へ転換
3．重症患者が多い　⇒　ICU、HCU 等の急性期ユニットを増やす
4．後発医薬品のある薬剤はすべて切り替え
5．救急医療体制のさらなる充実
6．診療ガイドラインの遵守、クリティカルパス数の増加
7．医療連携・介護連携・院内連携の強化
8．早期リハビリの充実
9．多職種協働によるチーム医療と十分な職員研修予算確保
10．看護師確保のための中長期採用計画策定と卒後教育の充実
11．コメディカル関連点数（栄養指導、薬剤管理指導等）の完全実施・算定
12．「強み」とする診療科、医療分野のさらなる強化

退院支援の充実も重要
⇒入院後早期の退院支援着手
＋　他医療機関と
恒常的に顔の見える連携体制構築

(2)ケアミックス、回復期・療養型の戦略

ポスト・アキュート機能として地域包括ケア病棟を活用する場合には、高度急性期病院との連携が重要になり、また回復期リハビリ病棟については脳血管疾患・大腿骨頸部骨折等の術後患者の受け入れ先として、専門職種の配置・採用等を準備すべきです。

1．回復期リハビリ病棟のリハ提供は 365 日体制、１患者１日平均６単位以上実施
　⇒　理想は８単位以上
2．回復期リハビリ病棟はリハビリ専門医採用が理想
　⇒　困難な場合は週１～２回程度の勤務が可能な非常勤リハビリ専門医を採用
3．十分なリハビリ提供可能な人数まで PT 等を採用
4．後発医薬品のある薬剤はすべて切り替え
5．医療療養型のスタンダード：介護医療院への転換も検討
　⇒　20:1 看護、医療区分２・３患者を８割以上、対象者には積極的にリハビリ提供
6．回復期・療養型はともに在宅復帰率を高める
7．急性期病院、介護施設・介護事業所との連携強化
8．多職種協働によるチーム医療
9．コメディカル関連点数（栄養指導、薬剤管理指導等）の完全実施・算定
10．在宅療養診療所、介護施設、サービス付き高齢者住宅へシームレスにつなぐ

(3)診療所の戦略

「かかりつけ医」のさらなる普及を図る施策が今後も継続すると見込まれ、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるサポート機能を発揮することが求められます。

1．地域のニーズに合致した診療日時（夜間、早朝、日祝日）
2．信頼できる病院との連携、介護施設・介護事業所との連携を強化
3．ホームページ等の広報ツールの充実
4．マイカルテ等による情報開示
5．職員の接遇マナー改善・充実
6．アンケート調査による患者ニーズの把握
7．主治医機能強化と在宅医療への取り組み
8．専門クリニック　⇒　自院の強みとして専門性をより鮮明に打ち出す
　・在宅専門　・ファミリードクター　・糖尿病外来　・認知症外来
　・睡眠時無呼吸　・女性外来　・セカンドオピニオン外来　等

※本レポートは、2017 年 11 月１日（水）、㈱吉岡経営センター主催
診療報酬改定セミナー「2018 年診療報酬改定の概要と病医院経営戦略」
（講師：㈱MMオフィス　代表取締役　工藤　高氏）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。