

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.662 2021. 2. 24

医療情報ヘッドライン

新型コロナウイルス受入病院の 43.3%が冬季ボーナスを減額支給

▶日本病院会 全日本病院協会 日本医療法人協会

人口100万人以上の医療提供体制、 再検証対象病院の抽出基準は一律化せず

▶厚生労働省 地域医療構想に関するワーキンググループ

週刊 医療情報

2021年2月19日号

精神障害にも対応した 地域包括ケアで報告書素案

経営 TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和2年7月分概数)

経営情報レポート

歯科疾患予防で新たな収益を確保 小児歯科取り組み強化のポイント

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

「差額分析」を使った経済的試算 回復期リハビリテーション病棟の設置

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

新型コロナウイルス受入病院の 43.3%が冬季ボーナスを減額支給

日本病院会 全日本病院協会 日本医療法人協会

日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会の3団体は2月16日、合同で調査を実施した「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況（2020年度第3四半期）」の結果を発表。冬季賞与が全体の38.1%、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れている病院の43.3%で減額支給となっていることがわかった。この結果を受け、3団体は「第三波による患者の急増により全国の医療機関は懸命に地域医療を守るために戦っている」としたうえで、「地域における医療提供体制の維持」のため、今後も継続的な医療機関支援が不可欠だと訴えている。

■11月医業利益が前年比マイナス3.2ポイント

この調査は1月13日から2月9日の間で、3団体に加盟する全4,410病院を対象としてメールで実施された。回答数は1,475病院、有効回答率は33.4%だった。

医業利益率はおおよそ前年に比べて1~3ポイント低下。もっとも悪化したのが11月で、前年比3.2ポイント低下の0.8%。賞与月のため単月で赤字となることの多い12月は、1.6ポイント低下のマイナス18.4%だった。とりわけコロナ患者受入病院は医業利益が低下しており、2020年4月から12月の9カ月間で見たと、全体だとマイナス2.1ポイントのところ、コロナ患者受入病院ではマイナス5.1ポイント。コロナ患者受け入れが、医業利益においてマイナスに作用することが如実に表れた格好となった。

患者数を見ると、外来患者数は前年2019年10月が9,613人だったのに対して2020年の同月が447人減の9,166人、11月は2019年が9,195人だったの対

し910人減の8,285人、12月は9,428人だったのに対して708人減の8,720人。

入院患者数は2019年10月が6,155人だったのに対し、2020年同月は129人増の6,284人だったものの、11月は2019年が6,428人だったのに対し398人減の6,030人、12月は2019年が6,575人だったのが456人減の6,119人と再び減少幅が広がり、10~12月の病床利用率も3ポイント以上の減少となっている。なお、救急受入件数、手術件数も減少しているが、緊急手術はほぼ横ばい。緊急手術は必要に応じて実施し、予定手術は控えていた状況が窺える。

■緊急包括支援交付金は約6割しか入金されず

今回の調査では12月末までの新型コロナウイルス感染症に係る緊急包括支援交付金などの医療機関への申請・入金状況調査も行われた。国から医療機関への補助金は、回答した1,334病院の申請額合計約5,568億円に対して、入金額は約3,326億円。約6割しか入金されていない現状が浮き彫りとなった。

各都道府県に焦点を当てると東京都87.8%に対し、一番低いのが徳島県の24.4%と、地域格差も見られる。また、都道府県独自の医療機関への支援策は417病院が合計申請額約173億円に対し、入金額は135億円だった。

この入金状況は経営に少なからぬ影響を与えており、職員に支給する慰労金を除く支援金の入金額を加えた4月から12月までの9か月間の病院の損益は、前年の9か月間と比較しマイナス1.1ポイント。

早期入金がなされるかどうか経営を左右する危うい状態が続いている。

人口100万人以上の医療提供体制、再検証対象病院の抽出基準は一律化せず

厚生労働省 地域医療構想に関するワーキンググループ

厚生労働省は、2月12日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」において、人口100万人以上の地域医療構想区域での「再検証対象病院」の抽出基準は一律化しない方針を明らかにした。今後の人口減少によって人口分布の変化も予想される中、大都市においていかに医療提供体制を確立させるかは重要な論点となるが、フレームワークとして落とし込むだけでなく、随時実情を照らし合わせる必要性を改めて示した形だ。

■限られた医療資源を

適切に配分・機能させるために

コロナ禍でも明らかになったように、地域医療体制において中核を担っているのは地域の公立病院・公的病院だ。一方で、医療資源は限られている。

とりわけ多くのリソースが必要となる「がん」「心疾患」「脳卒中」「救急」「小児」「周産期」の6つの領域は、その地域にどの程度の医療ニーズがあるかも踏まえたうえで、適切に配分させなければ経営が成り立たない。

平たくいえば、前述の6領域すべてを充実させた病院が近接していると、共倒れになるリスクがあるということだ。

そのため、同ワーキンググループでは「診療実績が特に少ない」「類似機能を持つ病院が近接している」の2つの指標で公立病院・公的病院が適切な役割を担っているかを検証すべきだとしてきた。この2つに該当している民間病院がその地域にあり、医療ニーズを満たしているのであれば、ただでさえ赤字化している公立病院・公的病院の経営スリム化を進めることができるからだ。

■大都市でも病院数が

充実していない区域もある

ただし、人口100万人以上の大都市においてこの指標を適用するかどうかは先送りにされていた。なぜならば、今後の人口分布の変動も予想されるため、医療ニーズが読みきれないからだ。

厚労省は今回の会合で、そのあたりの懸念を検証するための統計を提示。「人口100万人以上の構想区域で、99%の病院は車で20分以内の距離に別の病院が存在し、「車で20分圏内に10を超える他病院が所在する病院が半数以上」とあると明示。しかも、過半数は2025年度まで、約3分の1は2040年度まで人口増加が続くとの統計予想も添えた。

これだけならば、「人口100万人以上の構想区域では医療ニーズが増加する」との仮説を立てることもできるだろうが、事はそれほど単純ではない。大都市といえども病院数が充実していない区域もあるからだ。人口100万人以上の構想区域は25区域あるが、そのうち10区域にある約30の公立病院・公的病院はすでに「診療実績が少ない」と判断され、再検証対象病院となっている。

これらを踏まえると、厚労省の主張どおり、単純に再検証対象病院の抽出基準に2指標を当てはめるのではなく、地域ごとの実情に合わせて議論する必要性が見えてくる。

むしろ、それぞれの地域医療構想区域での議論のプロセスを全体でも共有し、さまざまな要素に対応できる有用な判断基準を随時拾い上げて横展開していくことが求められることになりそうだ。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

精神障害にも対応した 地域包括ケアで報告書素案

厚生労働省は2月15日、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会（座長＝神庭重信・九州大学名誉教授）の会合を開き、厚労省が示した「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書」の素案について議論した。次回3月4日の会合で、報告書を取りまとめる方針。素案ではまず、2017年2月に取りまとめられた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書で「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができる精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築する」と示されたことを紹介。

その後、施策を進めるなかで「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築をさらに推進するためには、同システムの構築を推進するうえでの実施主体（責任の主体）および精神保健医療福祉に携わる機関の役割の明確化、重層的な連携による支援体制の構築のさらなる推進に関する検討等が必要との課題が明らかになった」と指摘。この報告書を取りまとめたとした。

厚労省に対しては、報告書に基づき、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、必要な諸制度の見直しや24年度からの次期医療計画・障害福祉計画への反映および必要な財政的方策等も含め、具体的取り組みについて検討し、その実現を図るべきである」と求めた。第2章の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて」では、その基本的な考え方として、以下の3項目を挙げている。

- ▼精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築することが適当。
- ▼「地域共生社会」は、今後、日本社会全体で実現していこうとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」である。
- ▼精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方や実践は、地域共生社会の実現に資する各種の取り組みとの連携を図り、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築にも寄与するものであり、地域共生社会の実現に向かっていくうえでは欠かせないものである。

また、第3章の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素」では、以下の8項目に整理。

- ①地域精神保健および障害福祉 ②地域精神医療
③住まいの確保と居住支援の充実、居住支援関係者との連携 ④社会参加の推進
⑤当事者・ピアサポーター ⑥家族の関わり ⑦人材育成 ⑧普及啓発の推進

それぞれの現状・課題、考え方、役割、具体的な方法、事例などに言及している。

■素案に意見や注文相次ぐ

厚生労働省の素案に対して、櫻木章司構成員（日本精神科病院協会常務理事）は、「全体として書きぶりが評論家的で当事者感がない。今後、精神保健の基本法的な法律も必要であり、そうしたことを当該検討会で検討する必要があるのではないか」と提案。藤井千代構成員（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域・司法精神医療研究部長）も、「将来的には、精神保健基本法的な理念的な法の整備も必要だ」と同調した。（以下、続く）

医療情報②
厚生労働省
事務連絡

宿泊・自宅療養 マニュアル等を改訂

厚生労働省は2月12日付で、「新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律の施行に伴う宿泊療養・自宅療養に関する事務連絡の改正について」を、都道府県等に宛てて事務連絡した。

新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）等の一部を改正する法律が2月13日に施行されたことを受け、新型コロナウイルス感染症対策に関する宿泊療養・自宅療養に関する事務連絡を改正したことについて、周知を求めている。改訂されたのは以下の3つ。

- ▼「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設確保業務マニュアル（第4版）」（第5版に）
- ▼「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る自宅療養の実施に関する留意事項（第4版）」（第5版に）
- ▼「『新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養および自宅療養の対象ならびに自治体における対応に向けた準備について』に関するQ&Aについて（その8）」（その9に）

いずれも、宿泊療養や自宅療養が法的に位置づけられたことを踏まえ、宿泊施設の基準や、宿泊療養の対象者などが追加されている。

病院報告 (令和2年7月分概数)

厚生労働省 2020年11月6日公表

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和2年7月	令和2年6月	令和2年5月	令和2年7月	令和2年6月
病院					
在院患者数					
総数	1 152 518	1 132 251	1 099 283	20 267	32 968
精神病床	277 282	275 436	272 879	1 846	2 557
感染症病床	614	176	414	438	△ 238
結核病床	1 404	1 279	1 338	125	△ 59
療養病床	249 018	248 918	249 345	100	△ 427
一般病床	624 200	606 442	575 307	17 758	31 135
(再掲)介護療養病床	15 075	15 398	15 762	△ 323	△ 364
外来患者数	1 217 634	1 202 418	952 729	15 216	249 689
診療所					
在院患者数					
療養病床	3 510	3 531	3 537	△ 21	△ 6
(再掲)介護療養病床	1 137	1 140	1 162	△ 3	△ 22

注1) 介護療養病床は療養病床の再掲である。数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

注2) 令和2年6月分については、令和2年7月豪雨の影響により、熊本県の病院1施設は報告のあった患者数のみ計上した。(以下同)。

2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	令和2年7月	令和2年6月	令和2年5月	令和2年7月	令和2年6月
病院					
総数	75.8	74.9	71.3	0.9	3.6
精神病床	85.1	84.6	83.9	0.5	0.7
感染症病床	70.0	15.3	13.8	54.7	1.5
結核病床	37.6	32.4	30.6	5.2	1.8
療養病床	84.6	84.2	83.9	0.4	0.3
一般病床	69.7	68.6	62.9	1.1	5.7
介護療養病床	86.0	85.3	86.4	0.7	△ 1.1
診療所					
療養病床	50.4	50.4	50.3	△ 0.0	0.1
介護療養病床	68.1	66.3	65.4	1.8	0.9

注) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

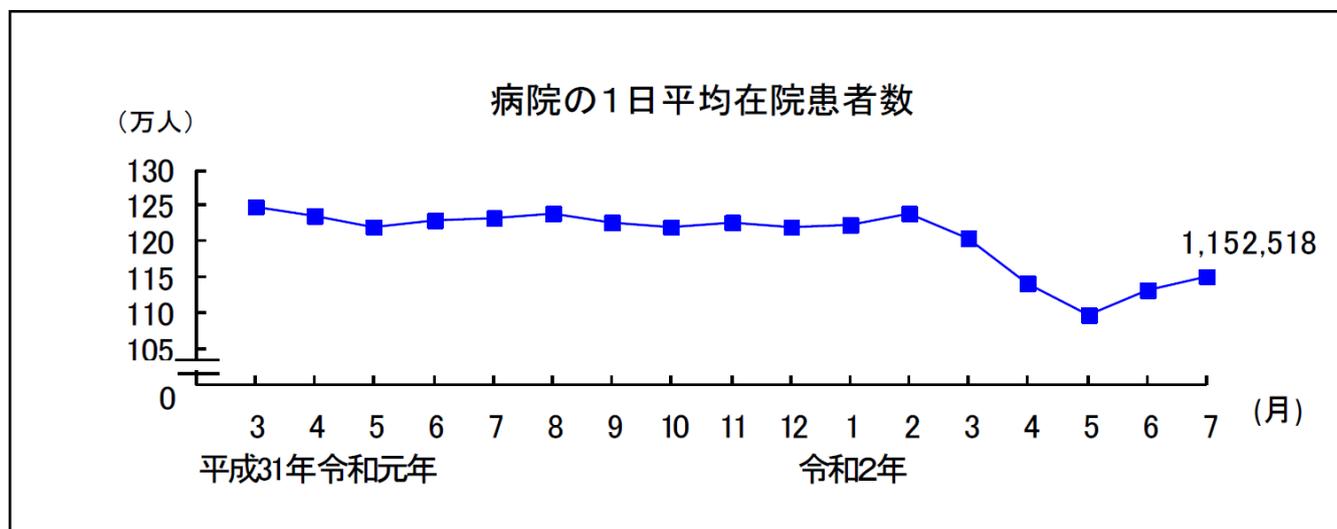
3 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和2年7月	令和2年6月	令和2年5月	令和2年7月	令和2年6月
病院					
総数	27.9	28.3	33.5	△ 0.4	△ 5.2
精神病床	270.0	265.4	316.5	4.6	△ 51.1
感染症病床	7.4	6.1	10.8	1.3	△ 4.7
結核病床	41.7	49.9	50.9	△ 8.2	△ 1.0
療養病床	140.0	135.4	152.8	4.6	△ 17.4
一般病床	16.1	16.2	18.8	△ 0.1	△ 2.6
介護療養病床	334.9	304.6	374.7	30.3	△ 70.1
診療所					
療養病床	106.8	108.6	123.5	△ 1.8	△ 14.9
介護療養病床	151.6	153.1	171.5	△ 1.5	△ 18.4

注) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

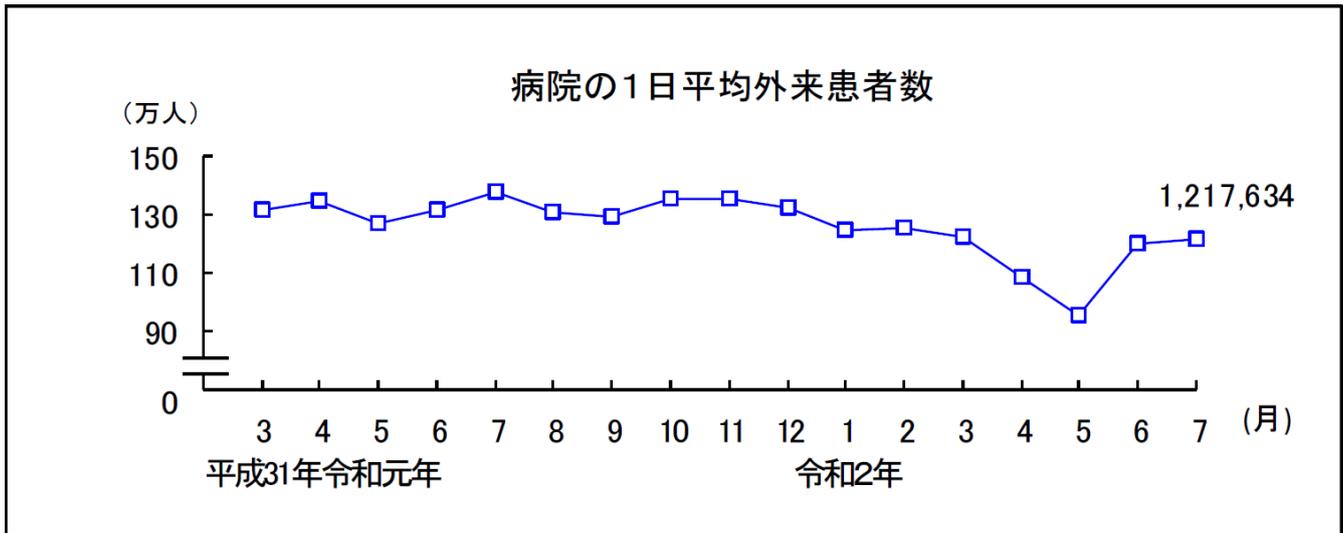
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関} \\ \text{からの他の病床} \\ \text{から移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)}$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

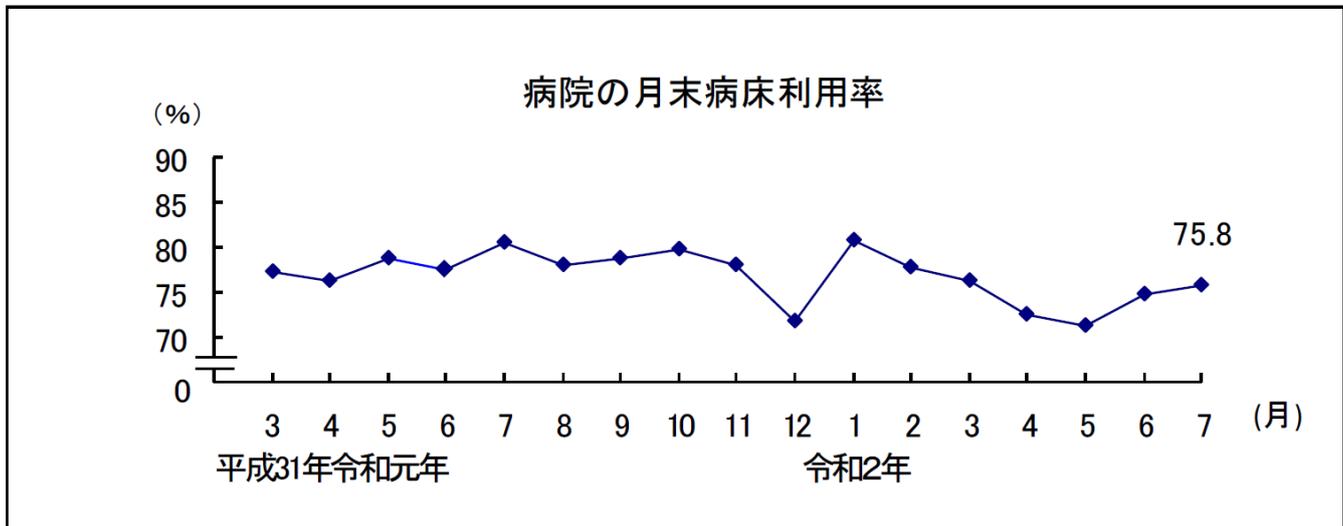


注) 令和元年10月分については、令和元年台風第十九号の影響により、長野県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている。(以下同)

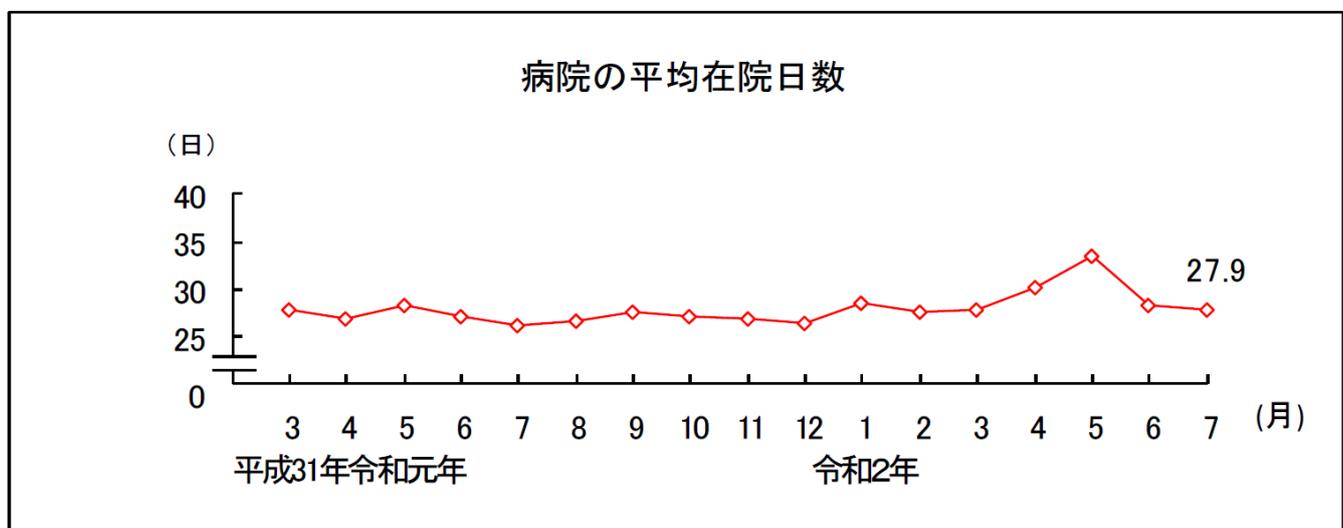
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移





経営情報
レポート
要約版



歯科医院

歯科疾患予防で新たな収益を確保

小児歯科取り組み 強化のポイント

1. う蝕の現状と歯科口腔保健推進計画の概要
2. 小児歯科専門医の取得による技術向上
3. 小児在宅歯科医療への取り組み
4. 小児歯科健診の状況と歯科検診への取り組み



参考資料

- 【厚生労働省】：平成 31 年歯科口腔保健の推進に関する最近の動向 平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 低出生体重児指導マニュアル 在宅歯科医療について 中医協報告（平成 29.1.11）
- 【公益社団法人 日本小児歯科学会】：小児歯科専門医ポスター 専門医制度規則 専門医制度規則細則
- 【福島県ホームページ】：幼児歯科健康診査マニュアル

1

医業経営情報レポート

う蝕の現状と歯科口腔保健推進計画の概要

超高齢社会を迎えた現在、生涯にわたって歯と口腔の健康を保持していくためには、小児期からの歯科疾患の発症予防、治療による重症化対策は非常に重要です。特に、むし歯は全国的に減少傾向にあり、若い世代が虫歯人口の減少に貢献しています。

小児歯科を行うことは、乳幼児や学齢期児童のためだけではなく、高齢化が進む将来において、すべての方の健康増進につながる取り組みです。

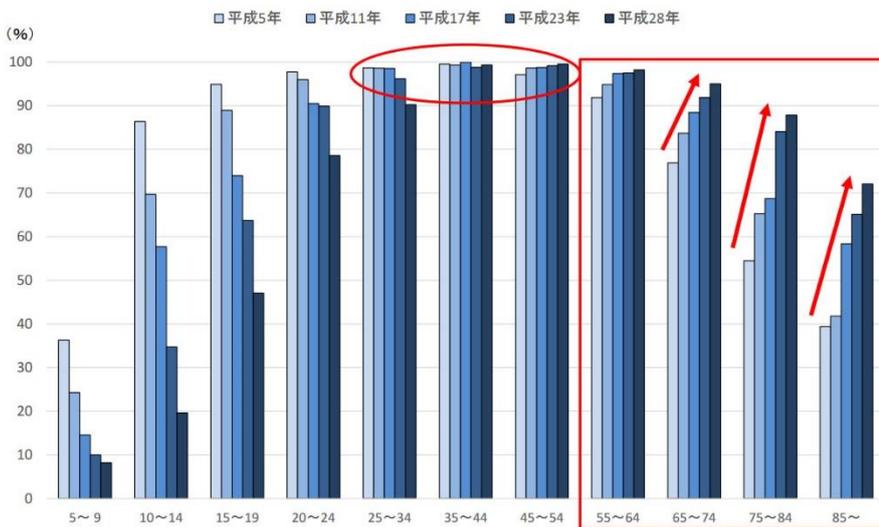
■ う蝕有病率の年次推移

5～9 歳児、10～14 歳児のう蝕有病率は大幅に減少していますが、25 歳を超えると減少は見られず、54 歳まで、ほぼ同じ割合で推移しています。

また、55 歳以上になると増加傾向となり、75 歳以上では大幅に増加しています。

5～9 歳児が 10%以下になっているのは、3 歳児に対するフッ化物塗布、フッ化物入り歯磨剤の使用、甘味制限、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診などの取り組みが効果を発揮しているためです。予防を中心とした小児歯科の取り組みは、学齢期、成人期、高齢期の口腔内の健康保持のために重要な位置づけとなっています。

■ う蝕有病率の年次推移(永久歯:5 歳以上)



厚生労働省：平成 31 年歯科口腔保健推進室 歯科口腔保健に関する最近の動向 より

■ 歯科口腔保健推進計画の概要

厚生労働省では、口腔の健康の保持・増進が、健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていることから、平成 23 年に「歯科口腔保健の推進に関する法律」を策定し、法整備の目的と国及び地方公共団体が講ずる施策と実施体制を整備しました。

2

医業経営情報レポート

小児歯科専門医の取得による技術向上

口腔内の健康保持が全身の健康増進に深く関わっていることが周知されつつありますが、超高齢社会を迎えたわが国で、国民が生涯にわたって歯と口腔の健康を保持していくためには、乳幼児期や学齢期の対策が重要です。

日本小児歯科学会では、小児歯科専門医制度を設け、小児の口腔内の健康保持に必要な、より高度な技術と知識習得のため、専門医の研修・育成をしています。

小児歯科への取り組みに、小児歯科の専門医を取得することも重要な要素です。

■ 小児歯科医師の現状と増加策

小児歯科医師には、小児歯科医療に対する情報や技術習得の手段が少ないのが実情で、個人で専門誌を集め、個人で各研修会を探して参加し、自己研鑽しているのが現状です。

専門的な知識習得や技術向上に寄与する小児歯科学会の会員も、小児歯科医の約 10%です。各学会での情報収集と研修受講等を行うことや、小児歯科専門医の資格習得で、専門性を高める方法があります。

■ 小児歯科医の知識や技術向上への対策

- 小児期の患児管理の高度化のため、カルテをはじめ、様々な資料の収集と分析能力の向上をはかること
- 小児歯科だけでなく関連する矯正歯科、予防歯科をはじめ全身管理を含む幅広い歯科医療・保健の知識と技術の研鑽と向上をはかること
- 患児の転医もあるため、小児歯科共通の資料様式の作成を検討すること
- 小児歯科医療の向上のためには、小児歯科専門で歯科医院経営が成り立つような社会保険における適切な配慮、個々の歯科医師の努力と創意工夫が必要
- 小児歯科学会等の会員となり、新たな小児歯科医療の情報収集や研修会に参加し、技術向上に努める
- 日本小児歯科学会の小児歯科専門医の資格指定等を受ける
- 小児歯科や歯科との連携だけでなく、小児科、産婦人科、医師会、行政等との連携
- 大学病院や基幹病院、子供医療センター、発達障害児センター等との連携

■ 小児歯科専門医の認定取得による知識と技術の向上

(1) 小児歯科専門医制度とは

小児歯科専門医制度とは、小児歯科医療に関する専門的知識と技術、そして公共的使命と社会的責任を有する歯科医師を、日本小児歯科学会で専門医として認定しています。

日本小児歯科学会では、小児歯科専門医制度の中でこどもの全身の健康づくりに寄与する専門医を育成することにより、国民に信頼される小児歯科医療の充実を図っています。

3

医業経営情報レポート

小児在宅歯科医療への取り組み

少子高齢化が進んで出生数が減少している中で、先進国の中でも日本は低出生体重児が占める割合が高く、また、新生児の死亡率が少ないという状況です。その結果、高度医療や在宅医療が必要な小児が増加しています。

また、在宅人工呼吸器管理を行っている小児を対象とした調査結果では、歯科受診歴がない患者が51.9%、1年以上受診を中断している患者も37%いました。

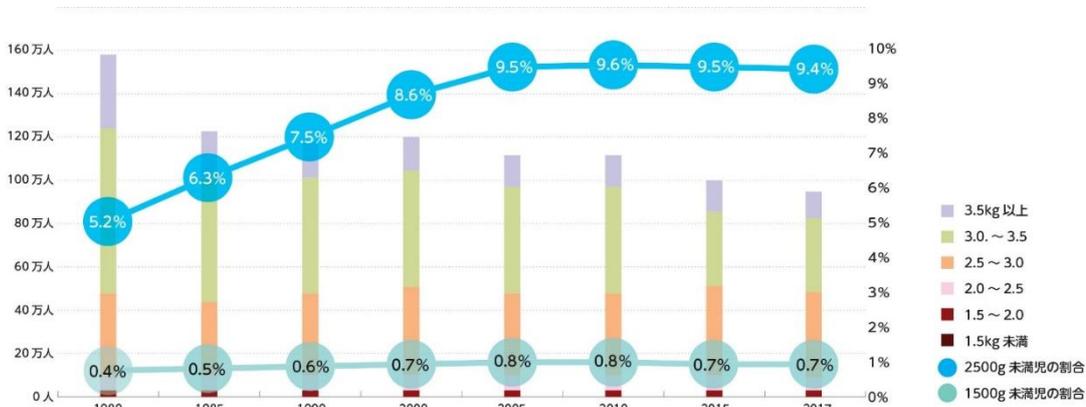
そのため、小児に対する歯科訪問診療のニーズが上がってきています。

■ 低出生体重児の現状

全国の出生数は2005年以降100万人台で推移していましたが、2016年以降は90万人台に減少しています。低出生体重児は1980年代には5.2%でしたが、2010年に9.6%となりそれ以降は9%代が続いています。

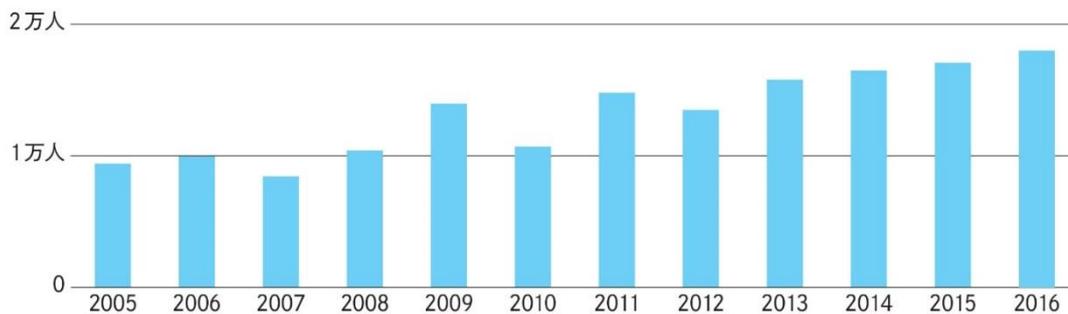
また、低出生体重児の死亡率の推移は検証できませんが、死亡率は7%代となっており、成長後も何らかの医療的ケアが必要な小児数は年々増加しています。

■ 低出生体重児の推移



厚生労働省：低出生体重児保健指導マニュアルより

■ 医療的ケア児数の推移



出典：厚生労働科学研究「医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」(研究協力員奈倉道明、研究代表者田村正徳) 平成29年度研究報告書

4

医業経営情報レポート

小児歯科健診の状況と歯科検診への取り組み

小児歯科検診は、母子保健法により市町村が乳幼児健康診査（1歳6か月児検診・3歳児健診）を行う義務があると定めており、さらに必要に応じ、乳児もしくは幼児に対して、健康診査を行い、または健康診査を受けることを勧奨しなければならないとも定められています。

健全な歯・口腔の育成を目標に設定し、その実現を図るため、歯科疾患等に関する知識の普及啓発、食生活、発達の程度に応じた歯口清掃に係る歯科保健指導や、う蝕予防のための取り組みとして、口腔内の定期検診が重要になってきます。

現在、CTを活用した健診や歯科ドックへの取り組みも始まっています。

■「健康日本21」における歯科口腔の健康への取り組み

健康増進法では「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」が公表され、「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））」を推進することとなっています。

歯・口腔の健康は摂食や心身の状態を良好に保つために重要であり、生活の質の向上にも大きく関係します。目標は、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう、疾病予防の観点から、歯周病予防、う蝕予防及び歯の喪失防止に加え、口腔機能の維持及び向上等について設定されています。この目標達成に向けて、予防歯科への取り組みが増加し、小児歯科では法定検診を含め、定期健診を行い、口腔内の健康保持に努めています。

■ 乳幼児健康診査(1歳6か月健診・3歳児健診)について

母子保健法 第12条では、満1歳6か月を超え満2歳に達しない幼児と、満3歳を超え、満4歳に達しない幼児に対して、厚生労働省令の定めるところにより健康診査を行わなければならないとされています。実際に検診の受診率は高く、厚生労働省平成25年調査では1歳6か月児検診では94.9%、3歳児検診では92.9%となっています。

妊婦を含め、乳幼児、幼児の健診事業は市町村や都道府県で実施されています。

■ 予防歯科への取り組みと歯科検診のすすめ

都道府県や市町村、保健所等で行う小児歯科健診では、短時間で多数の小児を診ることになります。対象者一人に対する時間は5分から10分前後で、検査機器を使わずに口腔内の視覚による検査が主になります。

法定の健診等は当然受診してもらい、その後の定期検診は、歯科医院で精度と専門性の高い歯科検査を行う事の重要性を知ってもらう必要があります。

「差額分析」を使った経済的試算

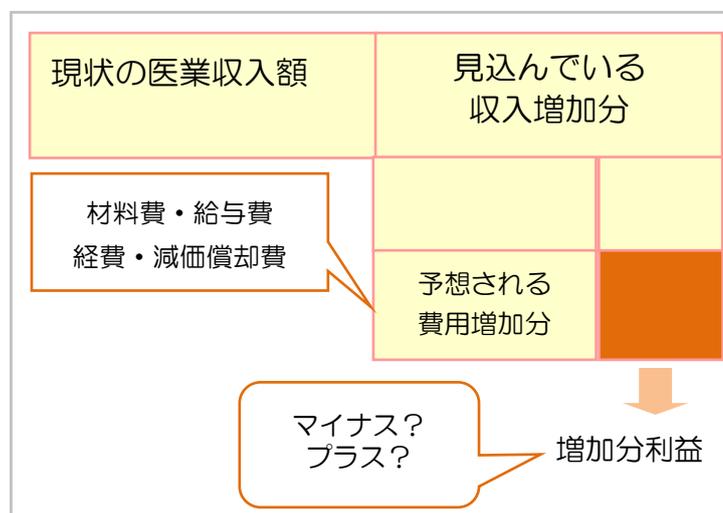
病床区分選択を決定する際に、どのようにして「差額分析」を使って経済的試算を行うのでしょうか？

病床区分選択を決定する際に、将来の自院の方向性を検討する材料として、経済的メリットを測定する方法のひとつに「差額分析」を採用する医療機関があります。入院患者数の減少は医業収入の減少に直結しますが、患者数を維持するために採用した方法に伴って、予想される収入の増減から費用の増減を差し引いた額がプラスになるかどうか、すなわち「増分利益」が発生するか否かが判断材料となります。つまり、ある経営計画に関係する収益と費用の増加分だけを試算し、比較するという手法です。

例えば、医業費用は、材料費、給与費、経費、減価償却費等から構成されており、これらの各費用が消耗度や業務量、人員数により受ける影響を予想し、増減を試算することができます。

そして、経営計画のために投下したコストの回収、見込まれる収入増から、経済的メリットを測定するというものです。

◆入院患者を増加させる計画の増分利益試算の例



療養病床を抱える医療機関にとっては、一般病床や介護関連施設への転換を検討する際にも、病床数の増減に伴う増加分利益の試算結果が判断材料のひとつとなるでしょう。療養病床には病床面積や廊下幅など、一般病床と比較すると病床当たりのスペース基準は高いものが求められており、収益の増減は大きな影響を及ぼすことになるからです。

また、差額分析は看護職員配置をめぐる試算に活用できます。実際に看護配置基準を引き上げることで生ずる経済的影響をシミュレートすると、必要員数や収益増加額、および費用の増加額が把握でき、これらを用いて増益額を試算するのです。

例えば基準引き上げのために病床数を減らしたり、休床したりという選択肢をとると、入院患者数減少による収入減と比例して材料費や経費は減少しますが、看護職員に係る給与費と実質的人数が削減できるわけではありません。

費用のうち、給与費が大きなポイントとなることには注意が必要です。

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

回復期リハビリテーション病棟の設置

「回復期リハビリテーション病棟」を設置した場合、どのような病棟編成が必要でしょうか？

■回復期リハビリテーション病棟の目的と機能

回復期リハビリテーション病棟（以下、「回復期リハ病棟」）では、訓練室だけではなく病棟を中核に位置付けることにより、物理的距離を排除して、病棟と訓練室における患者情報（ADLや機能訓練）などの差に関する情報の共有化を図るとともに、チームアプローチによって総合的なリハ実施計画の策定と実践を可能にするものです。すなわち、チーム医療の新しい形といえます。病棟内に、医師や看護・介護職に加えて、PT・OT・ST・MSWを配置し、各専門職によるチームアプローチを容易にする目的があります。

一方で、構造設備基準は療養型と同様であること、常勤医師（専任1名）、PT（専従2名）、OT（専従1名）、看護職員（15：1、うち看護師比率40%以上）および看護補助者（30：1）の人員配置も要求され、要件としては厳しいものであるといえます。収益性の面では、コメディカルスタッフ個々の向上を図る必要があります。

なお、施設基準については、常勤医師の配置要件が、平成20年度の診療報酬改定において従前の「専従」から「専任」へ基準が緩和されています。

■ケアミックス型病棟での生き残るための病棟編成

急性期病院として救急救命機能の強化を図ると同時に、急性期治療を終えて維持期に移行した患者の受け入れ体制を整備し、自宅退院が不可能な患者への対応を含めた医療体制を目指す場合は、急性期病棟に加えて療養病棟、回復期リハビリテーション病棟を併設もしくは隣接したケアミックス型病棟編成を検討する必要があります。

急性期治療を終えても、日常的に高度で複雑な医療措置を必要とする疾患を有する患者、あるいは入院が長期にわたる療養患者については療養病床の対象とすることがふさわしいと考えられますが、急性期治療の後に積極的なリハビリテーション等の密度の高い医学的管理を必要とする患者に対しては、「回復期リハビリテーション病棟」の適用対象とすることが適当です。

回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等患者を発症後早期に受け入れ、ADL能力の向上と自宅退院を目指したリハビリテーションを実施することを目的とする病棟です。但し、適応疾患や発症から入院までの期間などに制限があるため、一般病床・療養病床と機能を分化させる必要があります。