



コロナ以降のサステイナブルな病院等の経営支援

## 医療機関の経営モデル集



令和4年3月



埼玉県



# 経営モデル作成の目的とアプローチ

# 本研修は、コロナ禍で影響を受けた医療機関に対して「経営モデル」を作成し普及することで、県内医療機関の「持続可能な経営基盤を確立すること」を目的としています

## 本研修の目的

### 本研修の目的

- 医療機関の経営を支援するため、医介連携・病診連携など、診療報酬の改定動向等を踏まえた新たな経営モデルを作成し、県内医療機関に普及することで「持続可能な経営基盤を確立すること」を目的としています

### 本研修の内容

- 本研修では、埼玉県地域特性を踏まえた「経営モデル」のご説明を行います
- 経営モデルの作成にあたって、地域性と医療機能の二つの視点を考慮しています
- まず、地域性については、県内の二次医療圏を「大都市型」「地方都市型（200床以上急性期特化あり）」「地方都市型（200床以上急性期特化なし）」「過疎型」の4区分に分類しています
- また、医療機能は「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」「外来・在宅」という5区分に分類しています
- それぞれの区分に沿った病院の特徴ごとに病院を①急性期特化型、②③ケアミックス型、④回復期・慢性期型、⑤診療所・介護施設に分類しています
- 上記分類ごとに、経営モデルを提示しています。経営モデルは「連携・院内基盤強化」と「機能再編」の2つの切り口から整理し、それぞれ、「概要」「導入時の論点」「増収額のイメージ」を記載しています
- 各医療機関が上記区分のどこに該当するか、本資料中に記載をしております。経営モデル検討時の参考資料としてお役立てください

# 経営モデル作成に向けた地域特徴の整理を行うため、全国の二次医療圏を類型化し、二次医療圏を特徴ごとに4つに分類しています。当該分類に当てはめると、当県の二次医療圏（副次圏）は以下のように整理できます

## 地域分類

地域分類	定義	該当医療圏
大都市型	<p>定義：1床当たりの面積が30㎡未満の二次医療圏</p> <p>特徴：自二次医療圏・副次圏内に複数の200床以上の急性期特化型病院が存在するため、急性期と回復期間の機能分化が進んでいる</p>	南部、南西部、東部（北・南）さいたま
地方都市型（200床以上急性期特化あり）	<p>定義：1床当たりの面積が30㎡以上、500㎡未満の二次医療圏かつ自二次医療圏・副次圏の中に200床以上の急性期特化型病院がある</p> <p>特徴：大都市型には及ばないが、自二次医療圏（副次圏）内の急性期特化型の病院にて高度急性期医療がなされ、回復期は転院となることが多く、機能分化が進んでいる傾向にある</p>	川越比企(南)、西部、利根（北・南）北部(東)
地方都市型（200床以上急性期特化なし）	<p>定義：1床当たりの面積が30㎡以上、500㎡未満の二次医療圏かつ自二次医療圏・副次圏の中に200床以上の急性期特化型病院がない</p> <p>特徴：自二次医療圏（副次圏）に高度急性期病院がないため、他医療圏へ患者が流出している。地域医療を一手に担うこと必要性が高まるため、一病院が複数の機能を持つ傾向にある</p>	県央、川越比企（北）、北部(西)
過疎型	<p>定義：1床当たりの面積が500㎡以上の二次医療圏</p> <p>特徴：高度急性期病院がないため、別の二次医療圏へ患者が流出している。高度医療を別の二次医療圏、在宅医療を含む地域医療の提供を自医療圏で完結させることが求められる</p>	秩父



# 地域特徴と医療機関の機能を切り口に、以下の分類で経営モデルを策定しています

## 二次医療圏・副次圏モデル別の医療・介護機能の分類

機能/モデル	大都市型	地方都市型： 200床以上急性期特化あり	地方都市型： 200床以上急性期特化なし	過疎型
高度急性期	1 急性期特化型		3 ケアミックス型	
急性期	2 ケアミックス型			
回復期	4 回復期・慢性期型			
慢性期				
外来・在宅	5 診療所・介護施設			

### ● 医療・介護機能の分類の定義

類型	内容
急性期特化型	急性期機能のみを担う回復期・慢性期機能のない医療機関
ケアミックス型	急性期機能に加え回復期・慢性期機能を持つ医療機関
回復期・慢性期型	急性期機能のない医療機関
外来・在宅	診療所、病院の外来機能、在宅医療、介護事業所

# 経営モデル

# 連携・院内基盤強化に関する経営モデルは以下の通りです 自院で活用可能な経営モデルをご検討ください

## 経営モデル（連携・院内基盤） 1/2

推奨医療機関					No	項目	内容
1	2	3	4	5	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 登録医・登録施設制度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病診連携・医介連携の深化を目的に登録医・施設制度を創設する</li> <li>• 診療所に向けては、医療機器共同利用や開放型病院共同指導等を行えるようにする</li> <li>• 介護施設は特に医師や医療職の配置が要件となっていない施設（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等）をターゲットに連携強化を企図する</li> </ul>
1	2	3	4	5	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入退院体制の適正化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入院時の適切な介入によって、円滑な退院支援に繋げる</li> <li>• 結果として、入退院支援加算、入院時情報提供加算、入院時支援加算、薬剤管理指導料等の算定に繋げる</li> </ul>
1	2	3	4	5	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● タイムリーな空床情報の収集と提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 高度急性期病院が速やかに転院調整できるよう、転院先として多い医療機関の空床情報を収集し、最適な転院先を確保する</li> <li>• 回復期病院としては、転院症例獲得のために空床情報をタイムリーに提供する</li> </ul>

# 連携・院内基盤強化に関する経営モデルは以下の通りです 自院で活用可能な経営モデルをご検討ください

## 経営モデル（連携・院内基盤） 2/2

推奨医療機関					No	項目	内容
1	2	3	4	5	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 栄養指導を用いた病診連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院時に「栄養情報提供書」を送付することで、かかりつけ医に栄養状態を共有し、必要に応じて、かかりつけ医からの指示で当院の栄養士が指導を行う</li> <li>・ 当該指導によって増収に繋げる</li> </ul>
1	2	3	4	5	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護施設との連携による在宅復帰機能強化加算の届出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療区分1の患者を介護医療院や特養に退院させることで施設基準の要件を満たすことにより、在宅復帰機能強化加算の届出が可能</li> <li>・ 慢性期患者を在宅復帰に繋げるためには、地域の施設が受入られる症例を認識しておくことが必要であるため、施設ごとの受入リストの作成が必要となる</li> </ul>
1	2	3	4	5	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護施設側の医療連携体制加算算定に向けた連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ グループホームなどは医療機関との連携によって介護報酬が算定できる（医療連携体制加算）ため、連携を図ることでかかりつけ患者の増加に繋げる</li> </ul>
1	2	3	4	5	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 円滑な在宅復帰に向けた退院時共同指導</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院した患者の関係者（入院元医療機関・在宅療養担当医療機関・居宅介護支援事業所・訪問看護等）が退院カンファレンスなどに参加し、退院後の療養生活に関する情報共有・指導を行うことで算定が可能となる</li> </ul>



# 機能再編に関する経営モデルは以下の通りです 自院で活用可能な経営モデルをご検討ください

## 経営モデル（機能再編） 1/2

推奨医療機関					No	項目	内容
1	2	3	4	5	1	● 各種ユニットの導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期病棟の高度化に向けた特定入院料の導入</li> <li>患者像、施設構造、人員要件を満たす場合に導入余地がある</li> </ul>
1	2	3	4	5	2	● 緩和ケア病棟の導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん領域に強みをもち、一般病棟の稼働率が低下している場合に検討</li> <li>急性期一般で受入れる患者層とターゲットが異なることや在院日数を長く見込めることから稼働率の向上の可能性はある</li> </ul>
1	2	3	4	5	3	● 地域包括ケア病棟・病床の導入（急性期から）	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期病棟または病棟の一部を地域包括ケア病床に転換</li> <li>当県では回復期病床が不足しているため、稼働が低下している急性期病棟から転換すると入院患者の増加が見込める</li> <li>また、急性期病棟の入院単価は入院日数が経過するほど低下するが、地域包括ケア病床は原則一定である。そのため、一定期間経過後に急性期病棟から地域包括ケア病床へ転棟させることで、入院単価が増加する可能性が高い</li> </ul>
1	2	3	4	5	4	● 地域包括ケア病棟・病床の導入（慢性期から）	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期病棟または一部を地域包括ケア病床へ転換</li> <li>入院初期を地域包括ケア病床で受入れ、患者状況を把握するトリアージ用の病床として活用</li> <li>在宅復帰が見込める患者に対してはリハビリ等を積極的に行い、在宅復帰困難な患者は自院の療養病棟へ転棟</li> <li>当該運用を行う際、地域包括ケア病棟入院料（管理料）は3 or 4となる</li> </ul>

# 機能再編に関する経営モデルは以下の通りです 自院で活用可能な経営モデルをご検討ください

## 経営モデル（機能再編） 2/2

推奨医療機関					No	項目	内容
1	2	3	4	5	5	● 回復期リハビリテーション病棟の導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳、整形領域の急性期患者が多く、転院先に苦慮している場合に検討</li> <li>回復期リハビリテーション病棟の対象疾患は入院期間Ⅱ以降のDPC点数が低い傾向がある</li> <li>施設基準上の要件（特にセラピスト）をクリアする場合、増収となる可能性が高い</li> </ul>
1	2	3	4	5	6	● 精神病棟の機能分化	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神病棟を複数持っている病院は患者属性に合わせた特定入院料を選択することで入院単価が上昇し、増収に繋がるケースがある</li> <li>患者属性によって「精神科救急入院料」、「精神科急性期治療病棟入院料」、「精神科療養病棟入院料」、「認知症治療病棟入院料」を選択する</li> </ul>
1	2	3	4	5	7	● 在宅機能の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>200床未満の病院や診療所において、在宅医療提供への意向がある場合に検討</li> <li>在宅医療の提供により、かかりつけ患者の増加や在宅療養支援病院・診療所、在宅時医学総合管理料の届出による単価向上によって増収に繋がるケースがある</li> </ul>

# ①急性期特化型（主に都市部）

急性期特化型病院では、病病連携による紹介患者の増加や円滑な退院調整を目的に実施されています。一方、地域のケアミックス病院では、増患に向けた病診・医介連携が考えられます。

## 概要

施設間の関係・連携強化の下地づくりのため、施設間での協定を結ぶ取り組みです。急性期特化型の病院では病院を対象にした登録医制度、ケアミックス型の病院では診療所・介護施設を対象にした登録医・登録施設制度の実施が考えられます。

### 連携の内容および増収のロジック

当該制度を創設した医療機関は、登録した施設に対してメリットのあるメニューを提供します。（詳細は下表参照）登録医・施設となると、病院間の連携が深まり（他院の職員にも院内研修に参加してもらい顔の見える関係づくり）、結果として、紹介や逆紹介の件数増加に繋がります。

また、医療職の配置が必要でない介護施設（例：住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅）とも関係を深めることで訪問診療・看護等の在宅医療の提供先の増加やかかりつけ患者の増加が可能になり増収に繋がると考えられます。

### 登録医・施設のメニュー（イメージ）

- 講演会・研修会の案内
- 院内およびホームページでの掲示
- 紹介患者に対する診療・検査の優先予約
- 地域連携広報誌の送付
- 開放型病院共同指導料の算定
- 登録施設専用予約ダイヤルの設置
- 登録施設の案内リーフレットを作成・院内配布

## 導入時の論点

### 論点①：連携ターゲットの明確化

自院の経営課題と照らして、連携を強化すべきターゲットを明確化します。例えば、病床稼働率が高く、転院調整に苦慮している病院であれば回復期やケアミックス病院と、稼働が低迷しているのであれば患者供給元との連携を強化すべきです。それらを踏まえて、左記の登録医のメニューを検討します。

### 論点②：登録するメリットの訴求力

登録医・施設制度を創設しても登録してもらえないと意味がありません。左記のメニューは一般的なものであるため、各病院独自のメニューの考案がなければ登録が進まない、または、登録しても連携が進まない（現状と変化がない）という事態が想定されます。例えば、高度急性期病院であれば当該診療科へ直に繋がるホットラインの創設や、地域のケアミックス病院であれば医療機器の共同利用の金額を安価に設定する等、自院に求められるニーズに応えるようなメニュー設定が求められます。

### 論点③：登録メリット実現に向けた院内基盤

各メニュー（メリット）の実現のためには、事務や連携室だけでなく、院内全ての職種の協力が不可欠です。例えば、「紹介患者に対する診療・検査の優先予約」一つとっても、予約方法の見直しや予約時のオペレーションの見直し等、多職種を交えた改善活動が必要となります。

## 増収額のイメージ

- 前提
  - 急性期特化型 月1名手術症例が増加 1名1,000千円
  - ケアミックス型 月3名の入院紹介 1名 333千円

約**12**百万円/年 増収

上記の前提の患者増加があった場合

高度急性期病院（≒急性期特化型病院）は円滑な退院調整を図ることで新患の受入による単価増加、回復期病院は転院症例獲得による増収に繋がります。

### 概要

タイムリーな空床情報の収集は高度急性期病院、空床情報の提供は回復期受入する医療機関で行います。

### 連携の内容および増収のロジック

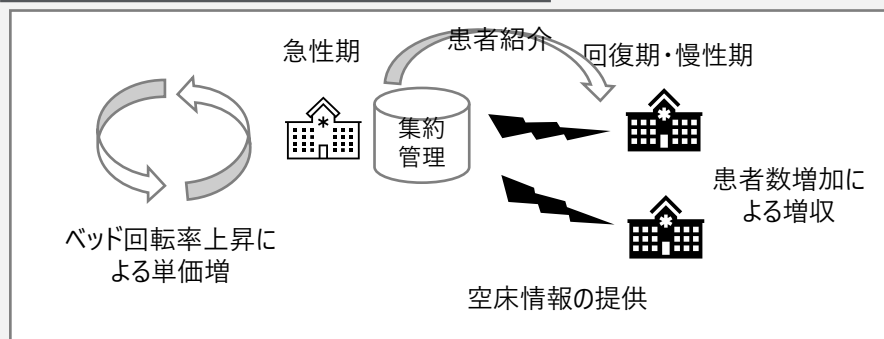
#### 【高度急性期病院】

急性期治療終了後の患者の転院調整に時間を要し、救急患者の受入が困難となる事例も存在する。一般的に急性期治療が終了した患者よりも救急患者の方が入院単価が高いため、ベッド回転率が向上することで増収に繋がる。

#### 【回復期病院】

ポストアキュート患者の受入による患者増加によって増収に繋がる。高度急性期病院へのヒアリングによると、転院で最も優先させることは「受入の速さ」という回答が多い。空き情報を共有することで、高度急性期病院側は空きベッドのある病院を探す手間が省けるため自院への問い合わせ件数の増加・受入患者増加に繋がる。

#### ● 運用イメージ



#### 論点①：回復期からの空き情報の共有方法

現在、回復期病院から高度急性期病院への空き情報の共有はFAXで行われていることが多い状況です。当該運用では、高度急性期病院側のデータ管理が困難であるため、ICTツールを用いて日々の空き情報を入手できる体制構築が求められます。その調整のため、病院間で実施される地域連携のための会議でツール・内容・ルール等をすり合わせておくことと円滑に進むと考えられます。

#### 論点②：高度急性期病院側のICT基盤整備

ICTでの情報共有のための旗手となるのは、複数の回復期・慢性期病院の情報を一元管理する高度急性期病院側となると想定されます。高額の情報共有ツールを導入しても中小病院では費用面がネックとなり、運用の阻害要因となる可能性があります。その回避のためにも一般的に使用されているツール（例：共有フォルダでのExcel管理、google スプレッドシート等）で実施していくことも一案となります。

### 増収額のイメージ

#### ● 前提

- 救急断り患者：月1件減少、1入院の総額：1,000千円
- 転院症例：月1件増加、1入院の総額1,200千円

約**26**百万円/年 増収

※対象施設での増収合計額

栄養士を中心とした病診連携を図ることも可能です。連携の副次効果として外来栄養指導分の増収効果も期待できます。

### 概要

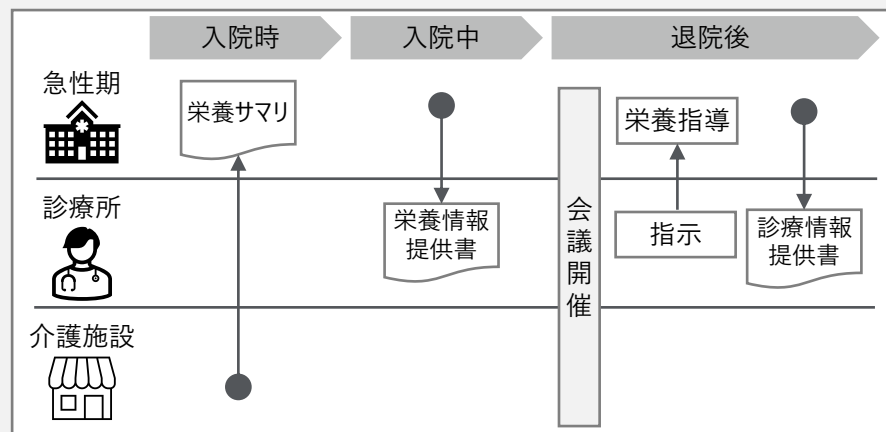
外来栄養指導を実施する余地のある医療機関が対象となります。診療所からの紹介を受けるような病院であれば概ね検討の余地があります。

#### 連携の内容および増収のロジック

##### 【病診連携の流れ】

- 入院時に関連施設より「栄養サマリ」を受領
- 退院時に「栄養情報提供書」を病院から診療所へ送付
- 関連施設の栄養士にて毎月会議を開催（各施設の食事・栄養に関する情報交換等）
- かかりつけ医（診療所）より直接指示を受け外来栄養指導を実施（病院の医師の診察なし）。実施後、「診療情報提供書」を送付

##### ● 運用イメージ



出所：日本公衆衛生協会「地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集」（2018）

### 導入時の論点

#### 論点①：かかりつけ医との連携

当該流れを構築するためには、診療所のかかりつけ医の先生の協力は不可欠です。まずは地域勉強会等で宣伝やちらし作成などの啓もう活動を実施し、協力診療所を構築します。その後、運用しやすいよう指示箋の様式・予約方法等の見直しを行います。

#### 論点②：施設間会議の設定

施設を跨ぐ会議を設定するためには、必要性を訴求する必要があります。実施病院では、施設間で食種・栄養量・食形態・濃厚流動食などに対する意識に違いがあるという課題が生じている事例があります。

当該内容の会議設定は対面である必要がないため、ICT機器を用いた（ZOOM等）オンライン会議を行うことで会議が開催しやすくなります。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 外来栄養指導：月10件×200点

約**0.2**百万円/年 増収

入院先医療機関と退院後の療養生活に関わるかかりつけ医、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等の密な連携を評価する報酬が診療報酬・介護報酬で設けられています

### 概要

入院先医療機関の退院カンファレンスなどに退院後の療養生活に関わる関係者が参加し、退院後の療養生活に関する指導を入院先医療機関の関係者と共同で患者に対して行うとそれぞれの施設で診療報酬、介護報酬を算定できます

### 連携の内容および増収のロジック

退院時に共同で指導を行った場合、各施設で以下のような報酬を算定できます

#### 【入院先医療機関】

①診療報酬:退院時共同指導2 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが在宅療養担当の医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同で指導を実施した場合に算定できます。また、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所の関係者も当該指導に加わった場合、多機関共同指導加算 (2,000点) を算定できます

②診療報酬:介護支援等連携指導料 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが居宅介護支援事業所のケアマネジャーと共同して、退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定できます

#### 【在宅担当療養医療機関】

・診療報酬:退院時共同指導1 (900点)

- 主な算定要件:退院時共同指導2の算定要件に記載した指導を実施した場合、算定できます。また在宅療養支援診療所の場合は点数が1,500点に上がります

#### 【居宅介護支援事業所】

・介護報酬:退院・退所加算 (450単位～900単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関から利用者に関する情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定できます

#### 【訪問看護ステーション】

・介護報酬:退院時共同指導加算 (600単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同して指導を入院中の利用者に対して行い、退院後、当該利用者に対して訪問看護を行った場合に算定できます

### 導入時の論点

#### 論点①：指導対象とする患者に関する方針

指導に関わる関係者の業務量を考慮すると、全ての患者に共同指導を行うことは現実的ではありません。したがって、入院先医療機関と退院後の療養生活に関わる関係者の間で、共同指導を行うことが望ましい患者に関する基本方針を定め、関係者間で予め認識をすり合わせておく必要があります (例:新規に在宅医療を導入する患者、退院後に利用する介護サービスに変更が生じる可能性のある患者等)

#### 論点②：指導日の日程調整

共同指導を実際に実施していく場合、指導対象となる患者を入院先医療機関において抽出した上で、指導日に関する関係者の日程調整を行う必要があります。入院先医療機関において指導対象となる患者を抽出するオペレーションは、指導対象とする患者に関する方針や医療機関内の体制により変わりますが、関係者の日程調整を考慮すると早めに対応することが必要です。

#### 論点③：ICTの利用

現行の診療報酬、介護報酬ではビデオ通話を利用した指導も認められています。ビデオ通話を利用することで関係者が入院先医療機関に赴く必要がなくなるので指導に係る時間的コストを下げることはできますが、予め利用するツール等について関係者間で認識のすり合わせを行っておく必要があります。

### 増収額のイメージ

#### ● 前提

- 入院先において年間250名の患者に退院時共同指導実施：400点
- 退院時共同指導実施した地域の診療所：900点
- うち半分の患者 (125名) に居宅介護支援事業所が同席：450単位
- 50名の患者に訪問看護ステーションが同席：600単位

約**4**百万円/年 増収

※対象施設での増収合計額

急性期一般病棟で受入れている患者の疾病・重症度に応じたユニットへの転換を検討する

## 概要

急性期一般入院料1を届出ている場合に検討の余地があります。各ユニットで受入患者等の要件が異なるため、自院の患者構成に応じて導入ユニットを検討します

## 増収のロジック

各ユニットの対象となる患者を入院させることで、ユニット毎に設けられている診療報酬部分が加算となり、増収となります。ユニット毎の対象患者と看護配置は以下の通りです。

名称	対象患者	看護配置
救命救急入院料		4:1
特定集中治療室管理料	医師が救命救急入院が必要であると認めた者：意識障害、急性呼吸不全等	2:1
ハイケアユニット入院医療管理料		4:1 or 5:1
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかであって医師が必要と認めた者	3:1
小児特定集中治療室管理料	医師が救命救急入院が必要であると認めた者で15歳未満：意識障害等	2:1
新生児特定集中治療室管理料	新生児で医師が必要と認めた者：高度の先天奇形、低体温等	3:1
総合周産期特定集中治療室管理料	母体または胎児にリスクの高い妊娠だと医師が認めた者：合併症妊娠等	3:1
新生児治療回復室入院医療管理料	医師が必要だと認めた者：高度の先天奇形、低体温等	6:1

## 導入時の論点

## 論点①：人員配置

ユニットケア導入時の論点として、人員配置がネックになることが多い傾向にあります。医師の専従配置や看護師の常時配置が課題となります。看護師の配置は、一般病棟のように1日の傾斜配置が出来ないため、夜勤人数が多く必要になります。具体的には、脳卒中ケアユニットを9床導入した場合、常時3名以上の配置が必要となります。

## 論点②：看護必要度

看護必要度に対する論点は2つ存在します。一つ目は、一般病棟の看護必要度の評価項目とユニットの評価項目が異なることです。つまり、一般病棟で看護必要度を満たす患者が必ずしもユニットで看護必要度を満たす患者ではないことを留意して導入可否を決める必要があります

二つ目は、ユニット導入による一般病棟への影響です。ユニット導入によって、重症の患者（看護必要度を満たす患者）が一般病棟から減少します。ユニット導入分の看護必要度の低下に一般病棟が耐えられるかを試算しておく必要があります。最悪の場合、ユニットは導入したが一般病棟の入院料が類下げになることも見通されます。

## 増収額のイメージ

- 前提
  - ・ ハイケアユニット入院医療管理料1：4床導入、稼働率80%
  - ・ 1日当たりの増加分の入院単価：6,855点

約80百万円/年 増収



悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者の受入を積極的に行っている、もしくは行っていくことで集患や単価増加に繋がる

## 概要

緩和ケア病棟入院料の算定対象は悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者に限られています。当該患者で1病棟構成できる場合、緩和ケア病棟入院料の導入を検討する余地があります。

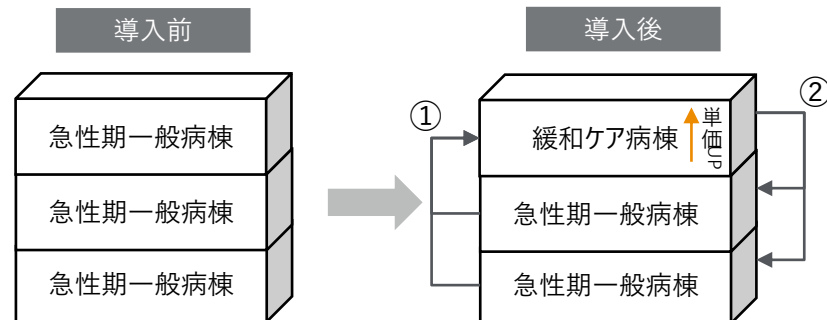
## 増収のロジック

緩和ケア病棟の算定対象の患者の急性期一般病棟における平均単価は30千円/日～40千円/日になると推測されます。一方で、緩和ケア病棟入院料で算定すると単価は50千円/日前後になることが推測されます。

したがって、急性期一般病棟から緩和ケア病棟に転換する場合を想定すると、入院単価の上昇分が増収につながります。

## ● 導入時の患者移動・機能分担のイメージ

【複数の急性期一般病棟を持つ病院の1病棟を緩和ケア病棟に転換する場合】



導入時は緩和ケア病棟の算定対象の疾患の患者を緩和ケア病棟に集め ①、緩和ケア病棟の算定対象外の患者を急性期一般病棟に移動します ②。導入後は同様の病棟間の機能分担のもとで運用します

急性期一般病棟入院料から緩和ケア病棟入院料での算定に切り替わることによる単価上昇分が増収につながります

## 導入時の論点

## 論点①：職員配置

7対1の看護配置が必要となるため、10対1以下の病棟から緩和ケア病棟に切り替える場合、より手厚い看護配置が必要となります。また、緩和ケアに関する研修を修了した医師を病棟に専任配置する必要があります。

## 論点②：設備投資

患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を病棟に設置することや一定以上の病棟面積（患者1人につき30㎡以上）や病床面積（患者1人につき8㎡以上）の確保が必要です。

## 論点③：単価の維持と新規入院患者

緩和ケア病棟入院料は入院日数が長くなると単価が低くなるよう制度設計されているため、一定の水準以上の単価を維持するためには実患者の確保が必要となります。平均在院日数を60日にコントロールしながら30床/90%で運用する場合、年間約160人の患者の確保が必要となります。

## 論点④：在宅医療を担う医療機関との連携

緩和ケア病棟を届出する医療機関は施設基準上、地域の在宅医療を担う医療機関と連携し、当該医療機関の患者の緊急時の受入に対応することや当該医療機関の職員に緩和ケアに関する研修を実施することが求められています。このような施設基準上の要件に加え、論点③の新規入院患者の確保という点でも、緩和ケア病棟を導入する場合には在宅医療を担う医療機関との連携が重要になります。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- 緩和ケア病棟：30床、稼働率90%
- 転換前の病棟の単価（急性期一般病棟の場合）：30,000円～40,000円/日
- 緩和ケア病棟の単価：50,000円/日

約96-192百万円/年 増収

②ケアミックス型（200床以上急性期特化型あり）  
（主に都市部）

急性期特化型病院では、病病連携による紹介患者の増加や円滑な退院調整を目的に実施されています。一方、地域のケアミックス病院では、増患に向けた病診・医介連携が考えられます。

### 概要

施設間の関係・連携強化の下地づくりのため、施設間での協定を結ぶ取り組みです。急性期特化型の病院では病院を対象にした登録医制度、ケアミックス型の病院では診療所・介護施設を対象にした登録医・登録施設制度の実施が考えられます。

#### 連携の内容および増収のロジック

当該制度を創設した医療機関は、登録した施設に対してメリットのあるメニューを提供します。（詳細は下表参照）登録医・施設となると、病院間の連携が深まり（他院の職員にも院内研修に参加してもらい顔の見える関係づくり）、結果として、紹介や逆紹介の件数増加に繋がります。

また、医療職の配置が必要でない介護施設（例：住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅）とも関係を深めることで訪問診療・看護等の在宅医療の提供先の増加やかかりつけ患者の増加が可能になり増収に繋がると考えられます。

#### 登録医・施設のメニュー（イメージ）

- 講演会・研修会の案内
- 院内およびホームページでの掲示
- 紹介患者に対する診療・検査の優先予約
- 地域連携広報誌の送付
- 開放型病院共同指導料の算定
- 登録施設専用予約ダイヤルの設置
- 登録施設の案内リーフレットを作成・院内配布

### 導入時の論点

#### 論点①：連携ターゲットの明確化

自院の経営課題と照らして、連携を強化すべきターゲットを明確化します。例えば、病床稼働率が高く、転院調整に苦慮している病院であれば回復期やケアミックス病院と、稼働が低迷しているのであれば患者供給元との連携を強化すべきです。それらを踏まえて、左記の登録医のメニューを検討します。

#### 論点②：登録するメリットの訴求力

登録医・施設制度を創設しても登録してもらえないと意味がありません。左記のメニューは一般的なものであるため、各病院独自のメニューの考案がなければ登録が進まない、または、登録しても連携が進まない（現状と変化がない）という事態が想定されます。例えば、高度急性期病院であれば当該診療科へ直に繋がるホットラインの創設や、地域のケアミックス病院であれば医療機器の共同利用の金額を安価に設定する等、自院に求められるニーズに応えるようなメニュー設定が求められます。

#### 論点③：登録メリット実現に向けた院内基盤

各メニュー（メリット）の実現のためには、事務や連携室だけでなく、院内全ての職種の協力が不可欠です。例えば、「紹介患者に対する診療・検査の優先予約」一つとっても、予約方法の見直しや予約時のオペレーションの見直し等、多職種を交えた改善活動が必要となります。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 急性期特化型 月1名手術症例が増加 1名1,000千円
  - ケアミックス型 月3名の入院紹介 1名 333千円

約**12**百万円/年 増収

上記の前提の患者増加があった場合

適切な退院支援のためには、退院困難患者に対する入院時からの介入が必要と言われており、旧：退院支援加算も入退院支援加算に名称が変更されています。入院時の情報収集に対する診療報酬の算定により増収に繋がります。

概要

一定の新規入院患者数がある病院が対象となります。新規入院患者に対して診療報酬の算定が可能となるため、急性期病院の方が増収効果は大きくなります。

連携の内容および増収のロジック

入院時に下表の診療報酬を算定することで増収に繋がります。

診療報酬名	概要
入院時支援加算 1 or 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>予定入院の患者に対し、入院前に情報収集を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定可能</li> </ul>
せん妄ハイリスク患者ケア加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>全患者に対し、せん妄リスクに関するスクリーニングおよび該当患者に対する予防的対策実施により算定可能</li> </ul>
薬剤管理指導料	<ul style="list-style-type: none"> <li>直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に算定可能</li> </ul>
入退院支援加算1	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施した場合に算定可能</li> <li>入退院支援加算2の場合、地域包括ケア病棟からの退院で算定出来ないため、1の届出が必要</li> </ul>
総合機能評価加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定</li> </ul>

導入時の論点

論点①：施設基準の届出

左記の診療報酬はいずれも施設基準のため、各要件を満たす必要があります。なお、入院時支援加算や総合機能評価加算は、入退院支援加算に対する加算であるため、入退院支援加算の届出・算定が出来ないと算定できません。

論点②：入院時のオペレーション整理

入院体制の適正化にあたっては、入院経路による場合分けを行ったうえで各職種のフローを構築します。例えば、自院外来からの予定入院の場合は、最終外来または入院支援センターで情報収集を行えますが、救急の場合は病棟ナースが基本情報を収集する等、同じ病院においても入院経路によって、介入のオペレーションは異なります。少なくとも予定・予定外&救急でのフローは作成しておく必要があります。

論点③：入退院支援加算1への類上げ

すでに地域包括ケア病床を運用していて、入退院支援加算1を算定していない場合は優先的に届出を検討してください。入退院支援加算1は地域包括ケア病床でも出来高算定が可能のため、介入患者に対して600点の算定が可能となります。

増収額のイメージ

- 前提
  - 入退院支援加算1:600点+入院時支援加算：230点+総合機能評価加算：50点
  - 薬剤管理指導：325点
  - せん妄ハイリスク患者ケア加算：100点
  - 入退院患者：月25名

約**4**百万円/年 増収

高度急性期病院（≒急性期特化型病院）は円滑な退院調整を図ることで新患の受入による単価増加、回復期病院は転院症例獲得による増収に繋がります。

概要

タイムリーな空床情報の収集は高度急性期病院、空床情報の提供は回復期受入する医療機関で行います。

連携の内容および増収のロジック

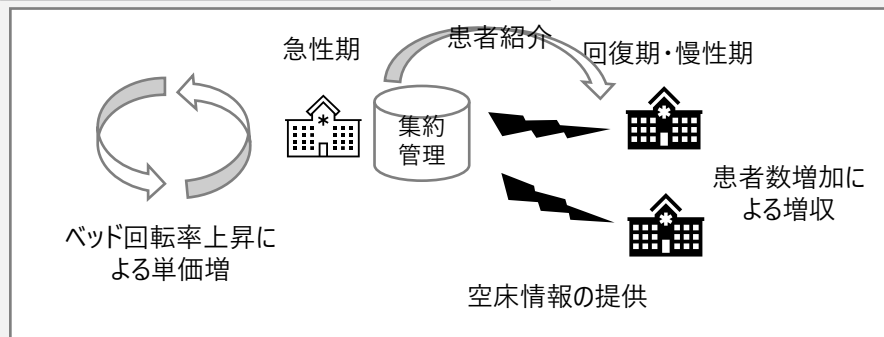
【高度急性期病院】

急性期治療終了後の患者の転院調整に時間を要し、救急患者の受入が困難となる事例も存在する。一般的に急性期治療が終了した患者よりも救急患者の方が入院単価が高いため、ベッド回転率が向上することで増収に繋がる。

【回復期病院】

ポストアキュート患者の受入による患者増加によって増収に繋がる。高度急性期病院へのヒアリングによると、転院で最も優先させることは「受入の速さ」という回答が多い。空き情報を共有することで、高度急性期病院側は空きベッドのある病院を探す手間が省けるため自院への問い合わせ件数の増加・受入患者増加に繋がる。

● 運用イメージ



論点①：回復期からの空き情報の共有方法

現在、回復期病院から高度急性期病院への空き情報の共有はFAXで行われていることが多い状況です。当該運用では、高度急性期病院側のデータ管理が困難であるため、ICTツールを用いて日々の空き情報を入手できる体制構築が求められます。その調整のため、病院間で実施される地域連携のための会議でツール・内容・ルール等をすり合わせておくことで円滑に進むと考えられます。

論点②：高度急性期病院側のICT基盤整備

ICTでの情報共有のための旗手となるのは、複数の回復期・慢性期病院の情報を一元管理する高度急性期病院側となると想定されます。高額の情報共有ツールを導入しても中小病院では費用面がネックとなり、運用の阻害要因となる可能性があります。その回避のためにも一般的に使用されているツール（例：共有フォルダでのExcel管理、google スプレッドシート等）で実施していくことも一案となります。

増収額のイメージ

● 前提

- 救急断り患者：月1件減少、1入院の総額：1,000千円
- 転院症例：月1件増加、1入院の総額1,200千円

約**26**百万円/年 増収

※対象施設での増収合計額

栄養士を中心とした病診連携を図ることも可能です。連携の副次効果として外来栄養指導分の増収効果も期待できます。

## 概要

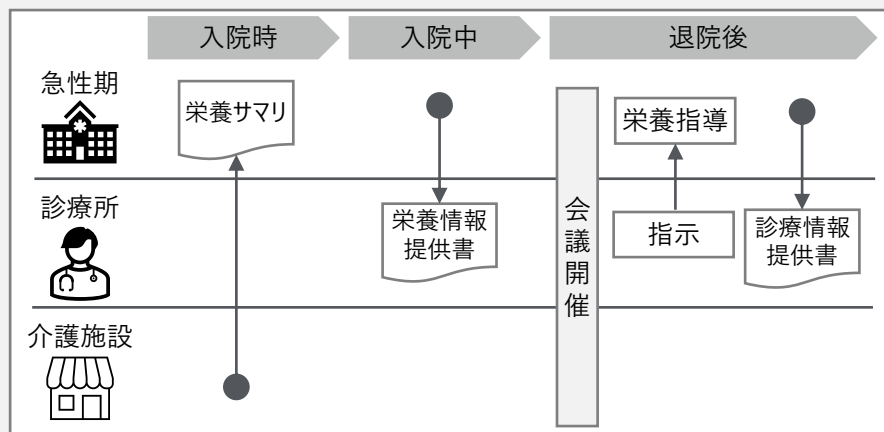
外来栄養指導を実施する余地のある医療機関が対象となります。診療所からの紹介を受けるような病院であれば概ね検討の余地があります。

### 連携の内容および増収のロジック

#### 【病診連携の流れ】

- 入院時に関連施設より「栄養サマリ」を受領
- 退院時に「栄養情報提供書」を病院から診療所へ送付
- 関連施設の栄養士にて毎月会議を開催（各施設の食事・栄養に関する情報交換等）
- かかりつけ医（診療所）より直接指示を受け外来栄養指導を実施（病院の医師の診察なし）。実施後、「診療情報提供書」を送付

#### ● 運用イメージ



出所：日本公衆衛生協会「地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集」（2018）

## 導入時の論点

### 論点①：かかりつけ医との連携

当該流れを構築するためには、診療所のかかりつけ医の先生の協力は不可欠です。まずは地域勉強会等で宣伝やちらし作成などの啓もう活動を実施し、協力診療所を構築します。その後、運用しやすいよう指示箋の様式・予約方法等の見直しを行います。

### 論点②：施設間会議の設定

施設を跨ぐ会議を設定するためには、必要性を訴求する必要があります。実施病院では、施設間で食種・栄養量・食形態・濃厚流動食などに対する意識に違いがあるという課題が生じている事例があります。

当該内容の会議設定は対面である必要がないため、ICT機器を用いた（ZOOM等）オンライン会議を行うことで会議が開催しやすくなります。

## 増収額のイメージ

- 前提
  - 外来栄養指導：月10件×200点

約**0.2**百万円/年 増収

## No6.介護施設側の医療連携体制加算算定に向けた連携

グループホーム（認知症対応型共同生活介護）では、医療機関との連携によって算定できる介護報酬、医療連携体制加算があります。医療機関側としては、グループホーム全体のかかりつけ医になれることから増患に繋がります。

### 概要

在宅医療を提供している医療機関が対象となります。訪問診療だけでなく、24時間連絡体制の訪問看護を実施している医療機関であればより検討しやすいです。

### 連携の内容および増収のロジック

#### 【医療連携体制加算1の要件（抜粋）】

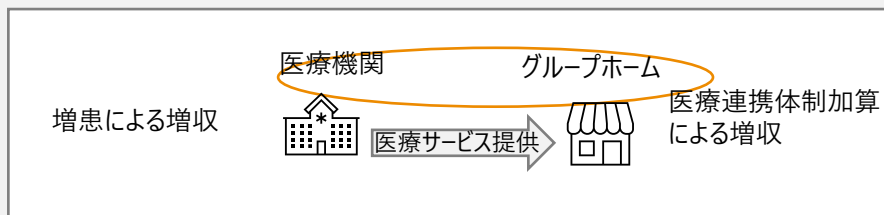
グループホームでは下記の要件を満たせば、当該加算の算定が可能です。

- 認知症対応型共同生活介護事業所の職員、または病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること
- 看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること
- 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
- 利用者に対する日常的な健康管理、通常時及状態悪化時における医療機関との連絡や調整、看取りに関する指針の整備を行うこと

#### 【連携の概要】

グループホームでは、上記加算のために医療機関との連携が必要となります。当該連携を行うことで、自院のかかりつけ患者の獲得に寄与します。なお、グループホームは1ユニット9名であることが多いため、1施設で9名から18名のかかりつけ患者を獲得できる可能性があります。

#### ● 運用イメージ



### 導入時の論点

#### 論点①：グループホームのピックアップ

連携対象となるグループホームをピックアップすることが必要です。具体的には、近隣エリアで「医療連携体制加算」の算定がない事業所を見つけることです。そのためには、厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」を活用することで実現が可能です。

#### 論点②：院内体制

連携に向けては、看護部との調整が必要となります。既に訪問看護を行っている医療機関であれば実施しやすいですが、訪問看護を実施していない場合、24時間の連絡体制の整備などは論点になりやすい傾向にあります。「24時間対応」は「訪問」でなく「連絡体制」の構築である旨を看護部へご理解いただくことで検討が進みやすくなる可能性があります。

#### 論点③：グループホームとの役割分担

グループホームとの協議にあたっては、当該加算算定に関わる「連携内容」を具体的な業務として明示しておくべきです。場合によっては、グループホーム側から要件以上のサービス提供の要求（今すぐ看護師に来てほしい等）がある可能性があるため、当該加算算定にかかる連携内容として医療機関としてどこまでのサービス提供を行うかを明示しておくことが望ましいと考えます。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 1施設2ユニット：18名
  - 全て外来患者になり、単価10千円

約**2**百万円/年 増収

入院先医療機関と退院後の療養生活に関わるかかりつけ医、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等の密な連携を評価する報酬が診療報酬・介護報酬で設けられています

### 概要

入院先医療機関の退院カンファレンスなどに退院後の療養生活に関わる関係者が参加し、退院後の療養生活に関する指導を入院先医療機関の関係者と共同で患者に対して行うとそれぞれの施設で診療報酬、介護報酬を算定できます

### 連携の内容および増収のロジック

退院時に共同で指導を行った場合、各施設で以下のような報酬を算定できます

#### 【入院先医療機関】

##### ①診療報酬:退院時共同指導2 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが在宅療養担当の医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同で指導を実施した場合に算定できます。また、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所の関係者も当該指導に加わった場合、多機関共同指導加算 (2,000点) を算定できます

##### ②診療報酬:介護支援等連携指導料 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが居宅介護支援事業所のケアマネジャーと共同して、退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定できます

#### 【在宅担当療養医療機関】

##### 診療報酬:退院時共同指導1 (900点)

- 主な算定要件:退院時共同指導2の算定要件に記載した指導を実施した場合、算定できます。また在宅療養支援診療所の場合は点数が1,500点に上がります

#### 【居宅介護支援事業所】

##### 介護報酬:退院・退所加算 (450単位～900単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関から利用者に関する情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定できます

#### 【訪問看護ステーション】

##### 介護報酬:退院時共同指導加算 (600単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同して指導を入院中の利用者に対して行い、退院後、当該利用者に対して訪問看護を行った場合に算定できます

### 導入時の論点

#### 論点①：指導対象とする患者に関する方針

指導に関わる関係者の業務量を考慮すると、全ての患者に共同指導を行うことは現実的ではありません。したがって、入院先医療機関と退院後の療養生活に関わる関係者の間で、共同指導を行うことが望ましい患者に関する基本方針を定め、関係者間で予め認識をすり合わせておく必要があります (例:新規に在宅医療を導入する患者、退院後に利用する介護サービスに変更が生じる可能性のある患者等)

#### 論点②：指導日の日程調整

共同指導を実際に実施していく場合、指導対象となる患者を入院先医療機関において抽出した上で、指導日に関する関係者の日程調整を行う必要があります。入院先医療機関において指導対象となる患者を抽出するオペレーションは、指導対象とする患者に関する方針や医療機関内の体制により変わりますが、関係者の日程調整を考慮すると早めに対応することが必要です。

#### 論点③：ICTの利用

現行の診療報酬、介護報酬ではビデオ通話を利用した指導も認められています。ビデオ通話を利用することで関係者が入院先医療機関に赴く必要がなくなるので指導に係る時間的コストを下げることができますが、予め利用するツール等について関係者間で認識のすり合わせを行っておく必要があります。

### 増収額のイメージ

#### ● 前提

- 入院先において年間250名の患者に退院時共同指導実施：400点
- 退院時共同指導実施した地域の診療所：900点
- うち半分の患者 (125名) に居宅介護支援事業所が同席：450単位
- 50名の患者に訪問看護ステーションが同席：600単位

約**4**百万円/年 増収

※対象施設での増収合計額



急性期一般病棟で受入れている患者の疾病・重症度に応じたユニットへの転換を検討する

## 概要

急性期一般入院料1を届出ている場合に検討の余地があります。各ユニットで受入患者等の要件が異なるため、自院の患者構成に応じて導入ユニットを検討します

## 増収のロジック

各ユニットの対象となる患者を入院させることで、ユニット毎に設けられている診療報酬部分が加算となり、増収となります。ユニット毎の対象患者と看護配置は以下の通りです。

名称	対象患者	看護配置
救命救急入院料		4:1
特定集中治療室管理料	医師が救命救急入院が必要であると認めた者：意識障害、急性呼吸不全等	2:1
ハイケアユニット入院医療管理料		4:1 or 5:1
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかであって医師が必要と認めた者	3:1
小児特定集中治療室管理料	医師が救命救急入院が必要であると認めた者で15歳未満：意識障害等	2:1
新生児特定集中治療室管理料	新生児で医師が必要と認めた者：高度の先天奇形、低体温等	3:1
総合周産期特定集中治療室管理料	母体または胎児にリスクの高い妊娠だと医師が認めた者：合併症妊娠等	3:1
新生児治療回復室入院医療管理料	医師が必要だと認めた者：高度の先天奇形、低体温等	6:1

## 導入時の論点

## 論点①：人員配置

ユニットケア導入時の論点として、人員配置がネックになることが多い傾向にあります。医師の専従配置や看護師の常時配置が課題となります。看護師の配置は、一般病棟のように1日の傾斜配置が出来ないため、夜勤人数が多く必要になります。具体的には、脳卒中ケアユニットを9床導入した場合、常時3名以上の配置が必要となります。

## 論点②：看護必要度

看護必要度に対する論点は2つ存在します。一つ目は、一般病棟の看護必要度の評価項目とユニットの評価項目が異なることです。つまり、一般病棟で看護必要度を満たす患者が必ずしもユニットで看護必要度を満たす患者ではないことを留意して導入可否を決める必要があります。

二つ目は、ユニット導入による一般病棟への影響です。ユニット導入によって、重症の患者（看護必要度を満たす患者）が一般病棟から減少します。ユニット導入分の看護必要度の低下に一般病棟が耐えられるかを試算しておく必要があります。最悪の場合、ユニットは導入したが一般病棟の入院料が類下げになることも見通されます。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- ハイケアユニット入院医療管理料1：4床導入、稼働率80%
- 1日当たりの増加分の入院単価：6,855点

約80百万円/年 増収

悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者の受入を積極的に行っている、もしくは行っていくことで集患や単価増加に繋がる

## 概要

緩和ケア病棟入院料の算定対象は悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者に限られています。当該患者で1病棟構成できる場合、緩和ケア病棟入院料の導入を検討する余地があります。

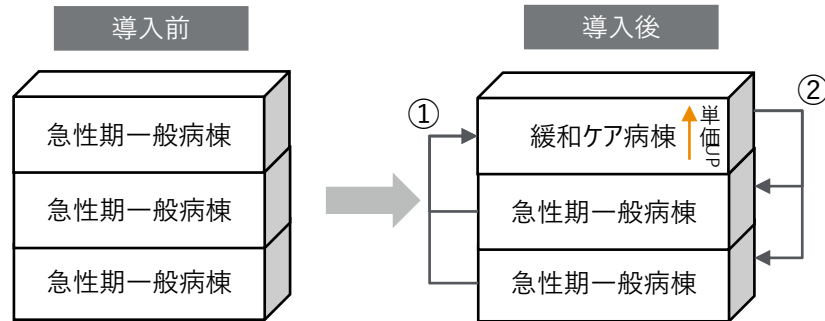
## 増収のロジック

緩和ケア病棟の算定対象の患者の急性期一般病棟における平均単価は30千円/日～40千円/日になると推測されます。一方で、緩和ケア病棟入院料で算定すると単価は50千円/日前後になることが推測されます。

したがって、急性期一般病棟から緩和ケア病棟に転換する場合を想定すると、入院単価の上昇分が増収につながります。

## ● 導入時の患者移動・機能分担のイメージ

【複数の急性期一般病棟を持つ病院の1病棟を緩和ケア病棟に転換する場合】



導入時は緩和ケア病棟の算定対象の疾患の患者を緩和ケア病棟に集め (①)、緩和ケア病棟の算定対象外の患者を急性期一般病棟に移動します (②)。導入後は同様の病棟間の機能分担のもとで運用します  
急性期一般病棟入院料から緩和ケア病棟入院料での算定に切り替わることによる単価上昇分が増収につながります

## 導入時の論点

## 論点①：職員配置

7対1の看護配置が必要となるため、10対1以下の病棟から緩和ケア病棟に切り替える場合、より手厚い看護配置が必要となります。また、緩和ケアに関する研修を修了した医師を病棟に専任配置する必要があります。

## 論点②：設備投資

患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を病棟に設置することや一定以上の病棟面積（患者1人につき30㎡以上）や病床面積（患者1人につき8㎡以上）の確保が必要です。

## 論点③：単価の維持と新規入院患者

緩和ケア病棟入院料は入院日数が長くなると単価が低くなるよう制度設計されているため、一定の水準以上の単価を維持するためには実患者の確保が必要となります。平均在院日数を60日にコントロールしながら30床/90%で運用する場合、年間約160人の患者の確保が必要となります。

## 論点④：在宅医療を担う医療機関との連携

緩和ケア病棟を届出する医療機関は施設基準上、地域の在宅医療を担う医療機関と連携し、当該医療機関の患者の緊急時の受入に対応することや当該医療機関の職員に緩和ケアに関する研修を実施することが求められています。このような施設基準上の要件に加え、論点③の新規入院患者の確保という点でも、緩和ケア病棟を導入する場合には在宅医療を担う医療機関との連携が重要になります。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- 緩和ケア病棟：30床、稼働率90%
- 転換前の病棟の単価（急性期一般病棟の場合）：30,000円～40,000円/日
- 緩和ケア病棟の単価：50,000円/日

約**96-192**百万円/年 増収

No3.  
地域包括ケア病棟・病床の導入（急性期から）

入院単価が低下している患者を地域包括ケア病棟へ転棟（転床）させることで入院単価および収益が増加する

## 概要

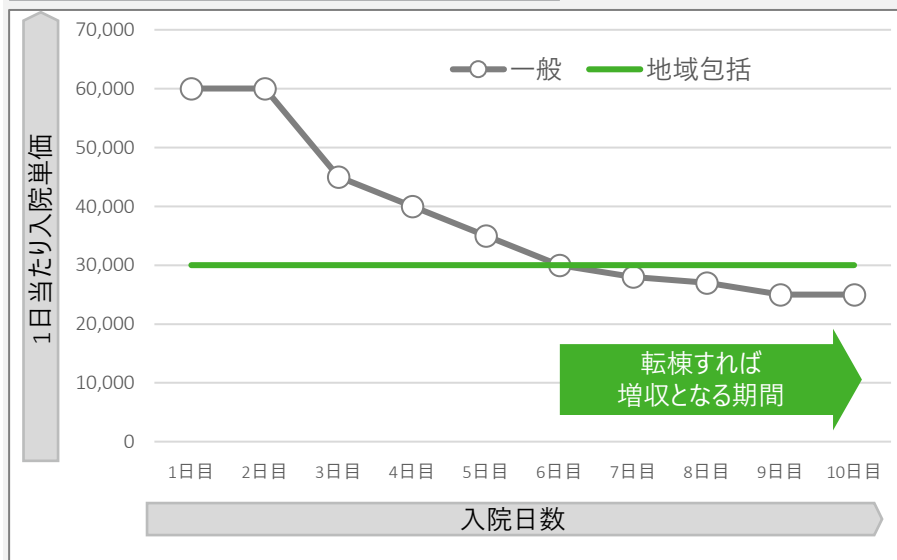
急性期一般病床のある200床未満の病院が主な対象となります。また、DPC算定病院と出来高病院では、算定ルールが異なります。収益的には、出来高病院のほうが増収メリットを享受できる場合が多い傾向にあります。

## 増収のロジック

DPC・出来高の双方、入院前半の入院単価は高く、日数が経過するほど入院単価が減少する傾向があります。一方、地域包括ケア病棟・病床は、60日まで一定の入院料が設定されています。

そのため、入院単価が減少していく一般病棟入院料と一定の地域包括ケア病棟入院料の入院単価が逆転するタイミングで転棟（転床）すれば、増収に繋がります。

## ● 増収イメージ



## 導入時の論点

## 論点①：請求方法（出来高かDPCか）

地域包括ケア病棟の算定ルールは、出来高請求かDPCかで異なります。出来高請求の場合、地域包括ケア病棟へ入棟した日から地域包括ケア病棟入院料の算定が可能です。DPCの場合は地域包括ケア病床へ入院した場合でも入院期間Ⅱが終わるまで（管理料の場合はⅢまで）DPCの点数を算定し続けることとなります。

特にDPCの場合は傷病名と自院の機能評価係数によって、入院単価が大きく異なるため、増収する傷病名とタイミングについての分析が必要となります。

## 論点②：入院料の類上げ

地域包括ケア病棟入院料は4つの単価で構成されており、在宅復帰率7割以上・7割未満と、サブアキュートや在宅医療提供の有無によって単価が変わります。急性期からの転換の場合は、在宅復帰率7割以上の地域包括ケア病棟2からスタートすることが一般的で、導入後により単価の高い1への類上げを目指していきます。

具体的な要件としては、在宅からの緊急入院の受入割合などのサブアキュートに関する要件と訪問診療や訪問看護等の在宅医療・介護の提供に関する要件が設けられています。

## 論点③：院内オペレーションの整備

地域包括ケア病棟の導入以前の入院料が急性期一般のみの場合は原則、入院した病棟から退院する運用を取られています。地域包括ケア病棟を導入した場合、「院内転棟」が発生することが見通されます。そのため、一般病棟と地域包括ケア病棟間での情報共有や患者移動などのオペレーション整備が必要となります。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- 地域包括ケア病棟：50床、稼働率90%
- 転棟時の患者の入院単価は27,000円/日
- 地域包括ケア病棟の単価は30,000円/日

約**50**百万円/年 増収

No5.  
回復期リハビリテーション病棟の導入

急性期一般病棟メインの病院において、脳・整形領域の症例が多い場合に検討します。一般病棟の稼働率が上がらない場合、稼働向上によって増収となる場合があります

## 概要

一般病棟で脳・整形領域の手術患者が一定数存在する病院が対象となります。

## 増収のロジック

回復期リハビリテーション病棟は、①算定できる患者に制限がある ②リハビリが出来高算定可能 ③入院料の算定可能期間が長いという3つの特徴があります。算定できる患者は以下の通りであり、主に脳神経外科や整形外科が活用する病棟となります。そのため、回復期リハビリテーション病棟では、疾患別リハビリテーションの脳血管疾患リハビリテーションや運動期リハビリテーションが出来高算定可能です。これは、同じ回復期の特定入院料である地域包括ケア病床と異なる特徴です。（地域包括ケア病床はリハビリの出来高算定が不可）また、入院期間についても下表のとおりで上限が60日から180日と一般病棟は勿論、地域包括ケア病床よりも長い期間の入院が可能です。

一般病棟の稼働率が低迷している場合、上記の特徴を生かすことで増収に繋がられます。具体的には、稼働していない病床を回復期リハビリテーション病棟へ変更することで、これまで他院に任せていた回復期の治療を自院で担うことが出来るため、空いていたベッド分が増収となります。

疾患	期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後、又は義肢装着訓練を要する状態	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷、頭部外傷を含む多部位外傷	180日
多肢の骨折、大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折、外科手術又は肺炎などの治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後	60日
股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日

## 導入時の論点

## 論点①：症例数

回復期リハビリテーションの導入にあたっては、まず「導入病床数を埋めるだけの対象患者が存在するのか」が論点になります。仮に導入病床50床、想定平均在院日数が90日の場合、年間で約200名の対象患者が自院の一般病床に存在するかが確認のポイントとなります。200名を大幅に超える患者が存在し、かつ、一般病床の稼働率が低迷しているのであれば、増収になる可能性は非常に高いと言えます。

## 論点②：セラピスト数

回復期リハビリテーション病棟は、基本部分が約16,000円-21,000円と比較的低い水準で設定されています。しかし、患者に対するリハビリテーションは出来高請求が可能のため、入院単価の増加を図るためには、リハビリテーションを多く提供する体制が必要です。

## 論点③：院内オペレーションの整備

前述した地域包括ケア病棟と同様です。導入以前の入院料が急性期一般のみ場合は原則、入院した病棟から退院する運用を取られています。回復期リハビリテーション病棟を導入した場合、「院内転棟」が発生することが見通されます。そのため、一般病棟と回復期リハビリテーション病棟間での情報共有や患者移動などのオペレーション整備が必要となります。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- 全病床200床、一般病棟患者数140名（回復期リハ導入前）
- 回復期リハビリテーション病棟：50床、単価32,000円
- 回復期リハ導入後、一般病床140名、回復期リハ45名

約**525**百万円/年 増収

医療機関間又は病棟間での機能分担を図ることで、“特徴ある精神病棟”に切り替え、その特徴ある病棟機能を評価した入院料の導入を行うことで増収に繋げる

### 概要

精神病床において届出・算定できる入院料は入院基本料の他、複数の特定入院料があります。入院料ごとに算定対象となる患者（疾患、年齢、入院日からの日数...etc）や施設基準の要件（平均在院日数、自宅への移行率、人員配置...etc）が設定されています。医療機関間の連携や病棟間の機能分担を通じて、病棟の患者像を変え、“特徴ある精神病棟”に切り替えることで、当該機能を評価した入院料の届出・導入が可能となり、増収を図ることができる可能性があります。

### 増収のロジック

#### 【想定ケース】

以下の前提の医療機関を想定した増収シナリオの例を紹介します  
 ・2病棟の精神病棟を持つ医療機関で15対1入院基本料を届出  
 ・2病棟に在院日数が短い患者と長い患者が混在しており、13対1入院基本料への類上げには2病棟全体の平均在院日数を80日以内に抑えることが課題（それ以外の要件は充足しているものとする）

#### 【増収シナリオ】

1つの病棟を在院日数の短い患者のための病棟、一方の病棟を在院日数が長い患者のための病棟に機能を分けることで増収を図ることができる可能性があります  
 例えば、在院日数の短い患者のための病棟の平均在院日数が80日を下回るのであれば当該病棟を13対1入院基本料に類上げし、在院日数が長い患者のための病棟を在院日数や算定上限日数の要件がない精神療養病棟に切り替えることで増収を図ることができる可能性があります。

#### 【その他、留意事項】

上記の入院日数の観点以外にも、認知症に対する治療を評価した認知症治療病棟や精神病棟患者の地域移行を評価した地域移行機能強化病棟入院料等、様々な観点から精神科医療機能を評価した入院料が診療報酬では設定されています。そのため、地域間や病棟間の機能分担を通じて、入院基本料の類上げや特定入院料の届出を可能とすることで増収を図ることができる可能性があります。

### 導入時の論点

#### 論点①：施設基準

届出を行う入院基本料、特定入院料の施設基準上の要件を充足する必要があります。例えば特定入院料を導入する場合、複数名以上の精神保健指定医の配置が必要となる入院料が多いため、精神保健指定医の配置が課題となるケースがあります。他にも、入院料によっては入院患者の自宅への移行割合や設備的な要件（訓練室、保護室...etc）を充足する必要があるため、人的・設備投資や病棟の運用変更を通じて各入院料の施設基準を充足する必要があります。

#### 論点②：入棟・転棟のオペレーション

左記事例のように院内の複数の精神病棟の機能分担を図る場合、各病棟の機能に応じて新規入院時の入棟先病棟を振り分けるルールや病棟間の転棟に関するルールを整備する必要があります。

#### 論点③：地域連携

機能分担を医療機関間で進めていく場合、地域の医療機関での連携が必要となります。また、1医療機関内で病棟の機能分担・転換を進める場合にも地域との連携が必要となるケースがあります。例えば、地域移行機能強化病棟入院料の届出にあたっては入院患者を自宅へ移行させることが必要となるため、施設との連携や精神科デイケアを提供している医療機関との連携が必要となるケースがあります。また、精神科急性期治療病棟（入院日数3か月以内の患者が入院患者の4割以上であることは必要）や10対1入院基本料（平均在院日数:40日以内であることが必要）の届出を目指す場合、入院期間の短い患者の割合を高めることが必要となるため、入院期間の長い患者を他の医療機関に紹介し、逆に入院期間の短い急性期の患者の紹介を依頼する必要が発生するケースがあります。

※当該内容は、精神病棟のみの病院についてもご活用いただけます

### 増収額のイメージ

- 前提（左記ケースの場合）
  - ・ 2病棟（50床×2病棟、稼働率:90%）
  - ・ 転換前の病棟の単価:15,000円/日
  - ・ 転換後の病棟の単価:16,000円/日  
（13対1入院基本料の病棟:19,000円、精神療養病棟:13,000円※）

約**33**百万円/年 増収

（※）転換後の単価は入院患者に対する診療密度等で変動します。上記はあくまで一定の仮定を置いた上でのモデルケースです

在宅医療サービスの提供による患者の増加、在宅医療関連の診療報酬・介護報酬を算定することで増収に繋げる

### 概要

200床未満の病院および診療所が主な対象となります。また、200床未満で地域包括ケア病床を持つ病院では特に有用な選択肢となります。

### 増収のロジック

在宅機能の強化によって、在宅療養支援病院（診療所）（以後、在宅病）の届出を目指します。それにより、初診料の機能強化加算の届出、在宅時医学総合管理料・施設入居時総合管理料の単価増加が可能となります。また、地域包括ケア病床を有する病院では、最も入院単価の高い地域包括ケア病棟入院料(医療管理料) 1の要件の一部に訪問診療や訪問看護が設けられていることから、間接的に地域包括ケア病床の入院単価の増加にも影響があります。

患者数面においても、これまで外来通院が困難な患者に対しても医療サービスの提供が可能となるため、増患による増収も期待できます。

#### ● 各施設基準の関係

- 在宅時医学総合管理料
  - 施設入居時総合管理料
- ⇒在宅病とその他で単価が異なる

- 初診料（機能強化）
- ⇒要件に「在宅療養支援病院であること」という記載がある

- 地域包括ケア病棟入院料（医療管理料）1
- ⇒訪問診療の回数が3か月で30回等の要件がある

在宅病が必要

### 導入時の論点

#### 論点①：緊急時の体制

在宅病の届出に向けた要件のうち、緊急時の体制が最も多い論点です。特に「24時間の連絡体制」や「24時間の往診体制」の要件を満たすためには院内体制の検討が必要となります。一見、ハードルが高いようにも感じられますが、病院よりも医療資源の乏しい診療所でも多く届出がなされている施設基準であるため、病院であれば比較的届出しやすい施設基準です。

#### 論点②：在宅患者の獲得

施設基準の届出が完了した後、在宅医療サービスを提供する患者の獲得が必要となります。患者の獲得に向けては、訪問診療サービスの提供量が少ないエリアへのサービス展開とその周知が必要となります。

また、介護施設と連携を図ることで、一度に複数名の在宅医療提供患者の獲得が可能となります。詳細は、「連携・院内基盤整備 No.1 登録医・登録施設制度」をご覧ください。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 初診患者：700名/月
  - 在宅時医学総合管理料 算定患者：30名/月

約 **8+α** 百万円/年 増収

+α部分は在宅患者獲得によって変化

### ③ケアミックス型（200床以上急性期特化型なし）

急性期特化型病院では、病病連携による紹介患者の増加や円滑な退院調整を目的に実施されています。一方、地域のケアミックス病院では、増患に向けた病診・医介連携が考えられます。

## 概要

施設間の関係・連携強化の下地づくりのため、施設間での協定を結ぶ取り組みです。急性期特化型の病院では病院を対象にした登録医制度、ケアミックス型の病院では診療所・介護施設を対象にした登録医・登録施設制度の実施が考えられます。

### 連携の内容および増収のロジック

当該制度を創設した医療機関は、登録した施設に対してメリットのあるメニューを提供します。（詳細は下表参照）登録医・施設となると、病院間の連携が深まり（他院の職員にも院内研修に参加してもらい顔の見える関係づくり）、結果として、紹介や逆紹介の件数増加に繋がります。

また、医療職の配置が必要でない介護施設（例：住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅）とも関係を深めることで訪問診療・看護等の在宅医療の提供先の増加やかかりつけ患者の増加が可能になり増収に繋がると考えられます。

### 登録医・施設のメニュー（イメージ）

- 講演会・研修会の案内
- 院内およびホームページでの掲示
- 紹介患者に対する診療・検査の優先予約
- 地域連携広報誌の送付
- 開放型病院共同指導料の算定
- 登録施設専用予約ダイヤルの設置
- 登録施設の案内リーフレットを作成・院内配布

## 導入時の論点

### 論点①：連携ターゲットの明確化

自院の経営課題と照らして、連携を強化すべきターゲットを明確化します。例えば、病床稼働率が高く、転院調整に苦慮している病院であれば回復期やケアミックス病院と、稼働が低迷しているのであれば患者供給元との連携を強化すべきです。それらを踏まえて、左記の登録医のメニューを検討します。

### 論点②：登録するメリットの訴求力

登録医・施設制度を創設しても登録してもらえないと意味がありません。左記のメニューは一般的なものであるため、各病院独自のメニューの考案がなければ登録が進まない、または、登録しても連携が進まない（現状と変化がない）という事態が想定されます。例えば、高度急性期病院であれば当該診療科へ直に繋がるホットラインの創設や、地域のケアミックス病院であれば医療機器の共同利用の金額を安価に設定する等、自院に求められるニーズに応えるようなメニュー設定が求められます。

### 論点③：登録メリット実現に向けた院内基盤

各メニュー（メリット）の実現のためには、事務や連携室だけでなく、院内全ての職種の協力が不可欠です。例えば、「紹介患者に対する診療・検査の優先予約」一つとっても、予約方法の見直しや予約時のオペレーションの見直し等、多職種を交えた改善活動が必要となります。

## 増収額のイメージ

- 前提
  - 急性期特化型 月1名手術症例が増加 1名1,000千円
  - ケアミックス型 月3名の入院紹介 1名 333千円

約**12**百万円/年 増収

上記の前提の患者増加があった場合



適切な退院支援のためには、退院困難患者に対する入院時からの介入が必要と言われており、旧：退院支援加算も入退院支援加算に名称が変更されています。入院時の情報収集に対する診療報酬の算定により増収に繋がります。

### 概要

一定の新規入院患者数がある病院が対象となります。新規入院患者に対して診療報酬の算定が可能となるため、急性期病院の方が増収効果は大きくなります。

#### 連携の内容および増収のロジック

入院時に下表の診療報酬を算定することで増収に繋がります。

診療報酬名	概要
入院時支援加算 1 or 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>予定入院の患者に対し、入院前に情報収集を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定可能</li> </ul>
せん妄ハイリスク患者ケア加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>全患者に対し、せん妄リスクに関するスクリーニングおよび該当患者に対する予防的対策実施により算定可能</li> </ul>
薬剤管理指導料	<ul style="list-style-type: none"> <li>直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に算定可能</li> </ul>
入退院支援加算1	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施した場合に算定可能</li> <li>入退院支援加算2の場合、地域包括ケア病棟からの退院で算定出来ないため、1の届出が必要</li> </ul>
総合機能評価加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定</li> </ul>

#### 論点①：施設基準の届出

左記の診療報酬はいずれも施設基準のため、各要件を満たす必要があります。なお、入院時支援加算や総合機能評価加算は、入退院支援加算に対する加算であるため、入退院支援加算の届出・算定が出来ないと算定できません。

#### 論点②：入院時のオペレーション整理

入院体制の適正化にあたっては、入院経路による場合分けを行ったうえで各職種のフローを構築します。例えば、自院外来からの予定入院の場合は、最終外来または入院支援センターで情報収集を行えますが、救急の場合は病棟ナースが基本情報を収集する等、同じ病院においても入院経路によって、介入のオペレーションは異なります。少なくとも予定・予定外&救急でのフローは作成しておく必要があります。

#### 論点③：入退院支援加算1への類上げ

すでに地域包括ケア病床を運用していて、入退院支援加算1を算定していない場合は優先的に届出を検討してください。入退院支援加算1は地域包括ケア病床でも出来高算定が可能のため、介入患者に対して600点の算定が可能となります。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 入退院支援加算1:600点+入院時支援加算：230点+総合機能評価加算：50点
  - 薬剤管理指導：325点
  - せん妄ハイリスク患者ケア加算：100点
  - 入退院患者：月25名

約**4**百万円/年 増収

高度急性期病院（≒急性期特化型病院）は円滑な退院調整を図ることで新患の受入による単価増加、回復期病院は転院症例獲得による増収に繋がります。

### 概要

タイムリーな空床情報の収集は高度急性期病院、空床情報の提供は回復期受入する医療機関で行います。

### 連携の内容および増収のロジック

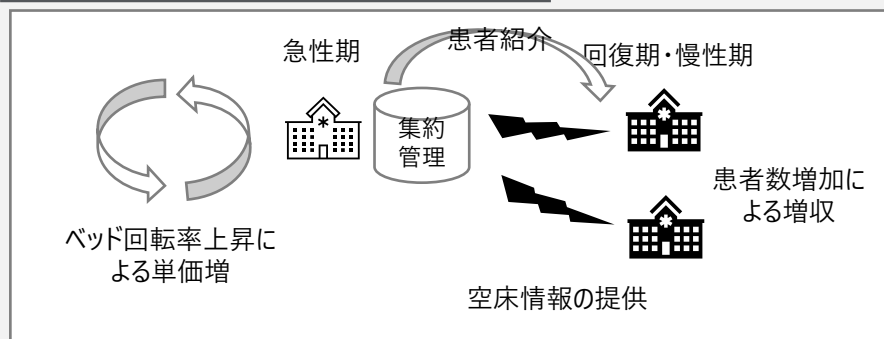
#### 【高度急性期病院】

急性期治療終了後の患者の転院調整に時間を要し、救急患者の受入が困難となる事例も存在する。一般的に急性期治療が終了した患者よりも救急患者の方が入院単価が高いため、ベッド回転率が向上することで増収に繋がる。

#### 【回復期病院】

ポストアキュート患者の受入による患者増加によって増収に繋がる。高度急性期病院へのヒアリングによると、転院で最も優先させることは「受入の速さ」という回答が多い。空き情報を共有することで、高度急性期病院側は空きベッドのある病院を探す手間が省けるため自院への問い合わせ件数の増加・受入患者増加に繋がる。

#### ● 運用イメージ



#### 論点①：回復期からの空き情報の共有方法

現在、回復期病院から高度急性期病院への空き情報の共有はFAXで行われていることが多い状況です。当該運用では、高度急性期病院側のデータ管理が困難であるため、ICTツールを用いて日々の空き情報を入手できる体制構築が求められます。その調整のため、病院間で実施される地域連携のための会議でツール・内容・ルール等をすり合わせておくことで円滑に進むと考えられます。

#### 論点②：高度急性期病院側のICT基盤整備

ICTでの情報共有のための旗手となるのは、複数の回復期・慢性期病院の情報を一元管理する高度急性期病院側となると想定されます。高額の情報共有ツールを導入しても中小病院では費用面がネックとなり、運用の阻害要因となる可能性があります。その回避のためにも一般的に使用されているツール（例：共有フォルダでのExcel管理、google スプレッドシート等）で実施していくことも一案となります。

### 増収額のイメージ

#### ● 前提

- 救急断り患者：月1件減少、1入院の総額：1,000千円
- 転院症例：月1件増加、1入院の総額1,200千円

約**26**百万円/年 増収

※対象施設での増収合計額

栄養士を中心とした病診連携を図ることも可能です。連携の副次効果として外来栄養指導分の増収効果も期待できます。

### 概要

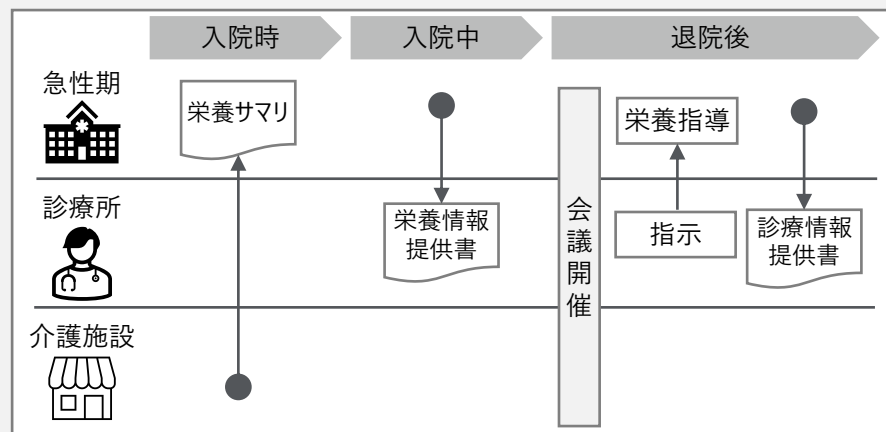
外来栄養指導を実施する余地のある医療機関が対象となります。診療所からの紹介を受けるような病院であれば概ね検討の余地があります。

#### 連携の内容および増収のロジック

##### 【病診連携の流れ】

- 入院時に関連施設より「栄養サマリ」を受領
- 退院時に「栄養情報提供書」を病院から診療所へ送付
- 関連施設の栄養士にて毎月会議を開催（各施設の食事・栄養に関する情報交換等）
- かかりつけ医（診療所）より直接指示を受け外来栄養指導を実施（病院の医師の診察なし）。実施後、「診療情報提供書」を送付

##### ● 運用イメージ



出所：日本公衆衛生協会「地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集」（2018）

### 導入時の論点

#### 論点①：かかりつけ医との連携

当該流れを構築するためには、診療所のかかりつけ医の先生の協力は不可欠です。まずは地域勉強会等で宣伝やちらし作成などの啓もう活動を実施し、協力診療所を構築します。その後、運用しやすいよう指示箋の様式・予約方法等の見直しを行います。

#### 論点②：施設間会議の設定

施設を跨ぐ会議を設定するためには、必要性を訴求する必要があります。実施病院では、施設間で食種・栄養量・食形態・濃厚流動食などに対する意識に違いがあるという課題が生じている事例があります。

当該内容の会議設定は対面である必要がないため、ICT機器を用いた（ZOOM等）オンライン会議を行うことで会議が開催しやすくなります。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 外来栄養指導：月10件×200点

約**0.2**百万円/年 増収

## No6.介護施設側の医療連携体制加算算定に向けた連携

グループホーム（認知症対応型共同生活介護）では、医療機関との連携によって算定できる介護報酬、医療連携体制加算があります。医療機関側としては、グループホーム全体のかかりつけ医になれることから増患に繋がります。

### 概要

在宅医療を提供している医療機関が対象となります。訪問診療だけでなく、24時間連絡体制の訪問看護を実施している医療機関であればより検討しやすいです。

### 連携の内容および増収のロジック

#### 【医療連携体制加算1の要件（抜粋）】

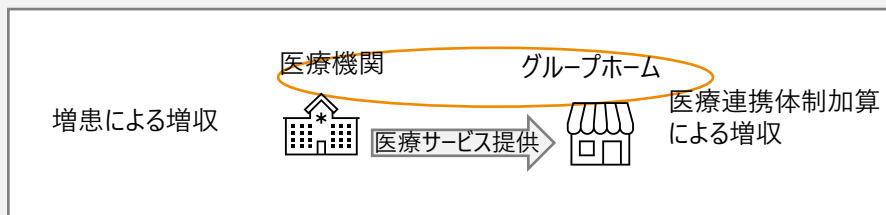
グループホームでは下記の要件を満たせば、当該加算の算定が可能です。

- 認知症対応型共同生活介護事業所の職員、または病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること
- 看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること
- 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
- 利用者に対する日常的な健康管理、通常時及状態悪化時における医療機関との連絡や調整、看取りに関する指針の整備を行うこと

#### 【連携の概要】

グループホームでは、上記加算のために医療機関との連携が必要となります。当該連携を行うことで、自院のかかりつけ患者の獲得に寄与します。なお、グループホームは1ユニット9名であることが多いため、1施設で9名から18名のかかりつけ患者を獲得できる可能性があります。

#### ● 運用イメージ



### 導入時の論点

#### 論点①：グループホームのピックアップ

連携対象となるグループホームをピックアップすることが必要です。具体的には、近隣エリアで「医療連携体制加算」の算定がない事業所を見つけることです。そのためには、厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」を活用することで実現が可能です。

#### 論点②：院内体制

連携に向けては、看護部との調整が必要となります。既に訪問看護を行っている医療機関であれば実施しやすいですが、訪問看護を実施していない場合、24時間の連絡体制の整備などは論点になりやすい傾向にあります。「24時間対応」は「訪問」でなく「連絡体制」の構築である旨を看護部へご理解いただくことで検討が進みやすくなる可能性があります。

#### 論点③：グループホームとの役割分担

グループホームとの協議にあたっては、当該加算算定に関わる「連携内容」を具体的な業務として明示しておくべきです。場合によっては、グループホーム側から要件以上のサービス提供の要求（今すぐ看護師に来てほしい等）がある可能性があるため、当該加算算定にかかる連携内容として医療機関としてどこまでのサービス提供を行うかを明示しておくことが望ましいと考えます。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 1施設2ユニット：18名
  - 全て外来患者になり、単価10千円

約**2**百万円/年 増収

入院先医療機関と退院後の療養生活に関わるかかりつけ医、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等の密な連携を評価する報酬が診療報酬・介護報酬で設けられています

### 概要

入院先医療機関の退院カンファレンスなどに退院後の療養生活に関わる関係者が参加し、退院後の療養生活に関する指導を入院先医療機関の関係者と共同で患者に対して行うとそれぞれの施設で診療報酬、介護報酬を算定できます

### 連携の内容および増収のロジック

退院時に共同で指導を行った場合、各施設で以下のような報酬を算定できます

#### 【入院先医療機関】

##### ①診療報酬:退院時共同指導2 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが在宅療養担当の医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同で指導を実施した場合に算定できます。また、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所の関係者も当該指導に加わった場合、多機関共同指導加算 (2,000点) を算定できます

##### ②診療報酬:介護支援等連携指導料 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが居宅介護支援事業所のケアマネジャーと共同して、退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定できます

#### 【在宅担当療養医療機関】

##### 診療報酬:退院時共同指導1 (900点)

- 主な算定要件:退院時共同指導2の算定要件に記載した指導を実施した場合、算定できます。また在宅療養支援診療所の場合は点数が1,500点上がります

#### 【居宅介護支援事業所】

##### 介護報酬:退院・退所加算 (450単位～900単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関から利用者に関する情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定できます

#### 【訪問看護ステーション】

##### 介護報酬:退院時共同指導加算 (600単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同して指導を入院中の利用者に対して行い、退院後、当該利用者に対して訪問看護を行った場合に算定できます

### 導入時の論点

#### 論点①：指導対象とする患者に関する方針

指導に関わる関係者の業務量を考慮すると、全ての患者に共同指導を行うことは現実的ではありません。したがって、入院先医療機関と退院後の療養生活に関わる関係者の間で、共同指導を行うことが望ましい患者に関する基本方針を定め、関係者間で予め認識をすり合わせておく必要があります (例:新規に在宅医療を導入する患者、退院後に利用する介護サービスに変更が生じる可能性のある患者等)

#### 論点②：指導日の日程調整

共同指導を実際に実施していく場合、指導対象となる患者を入院先医療機関において抽出した上で、指導日に関する関係者の日程調整を行う必要があります。入院先医療機関において指導対象となる患者を抽出するオペレーションは、指導対象とする患者に関する方針や医療機関内の体制により変わりますが、関係者の日程調整を考慮すると早めに対応することが必要です。

#### 論点③：ICTの利用

現行の診療報酬、介護報酬ではビデオ通話を利用した指導も認められています。ビデオ通話を利用することで関係者が入院先医療機関に赴く必要がなくなるので指導に係る時間的コストを下げることができますが、予め利用するツール等について関係者間で認識のすり合わせを行っておく必要があります。

### 増収額のイメージ

#### ● 前提

- 入院先において年間250名の患者に退院時共同指導実施：400点
- 退院時共同指導実施した地域の診療所：900点
- うち半分の患者 (125名) に居宅介護支援事業所が同席：450単位
- 50名の患者に訪問看護ステーションが同席：600単位

約**4**百万円/年 増収

※対象施設での増収合計額

急性期一般病棟で受入れている患者の疾病・重症度に応じたユニットへの転換を検討する

## 概要

急性期一般入院料1を届出ている場合に検討の余地があります。各ユニットで受入患者等の要件が異なるため、自院の患者構成に応じて導入ユニットを検討します

## 増収のロジック

各ユニットの対象となる患者を入院させることで、ユニット毎に設けられている診療報酬部分が加算となり、増収となります。ユニット毎の対象患者と看護配置は以下の通りです。

名称	対象患者	看護配置
救命救急入院料		4:1
特定集中治療室管理料	医師が救命救急入院が必要であると認めた者：意識障害、急性呼吸不全等	2:1
ハイケアユニット入院医療管理料		4:1 or 5:1
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかであって医師が必要と認めた者	3:1
小児特定集中治療室管理料	医師が救命救急入院が必要であると認めた者で15歳未満：意識障害等	2:1
新生児特定集中治療室管理料	新生児で医師が必要と認めた者：高度の先天奇形、低体温等	3:1
総合周産期特定集中治療室管理料	母体または胎児にリスクの高い妊娠だと医師が認めた者：合併症妊娠等	3:1
新生児治療回復室入院医療管理料	医師が必要だと認めた者：高度の先天奇形、低体温等	6:1

## 導入時の論点

## 論点①：人員配置

ユニットケア導入時の論点として、人員配置がネックになることが多い傾向にあります。医師の専従配置や看護師の常時配置が課題となります。看護師の配置は、一般病棟のように1日の傾斜配置が出来ないため、夜勤人数が多く必要になります。具体的には、脳卒中ケアユニットを9床導入した場合、常時3名以上の配置が必要となります。

## 論点②：看護必要度

看護必要度に対する論点は2つ存在します。一つ目は、一般病棟の看護必要度の評価項目とユニットの評価項目が異なることです。つまり、一般病棟で看護必要度を満たす患者が必ずしもユニットで看護必要度を満たす患者ではないことを留意して導入可否を決める必要があります。

二つ目は、ユニット導入による一般病棟への影響です。ユニット導入によって、重症の患者（看護必要度を満たす患者）が一般病棟から減少します。ユニット導入分の看護必要度の低下に一般病棟が耐えられるかを試算しておく必要があります。最悪の場合、ユニットは導入したが一般病棟の入院料が類下げになることも見通されます。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- ハイケアユニット入院医療管理料1：4床導入、稼働率80%
- 1日当たりの増加分の入院単価：6,855点

約80百万円/年 増収

悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者の受入を積極的に行っている、もしくは行っていくことで集患や単価増加に繋がる

## 概要

緩和ケア病棟入院料の算定対象は悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者に限られています。当該患者で1病棟構成できる場合、緩和ケア病棟入院料の導入を検討する余地があります。

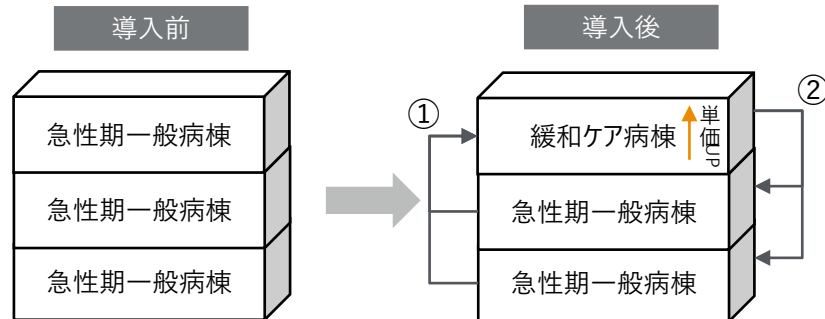
## 増収のロジック

緩和ケア病棟の算定対象の患者の急性期一般病棟における平均単価は30千円/日～40千円/日になると推測されます。一方で、緩和ケア病棟入院料で算定すると単価は50千円/日前後になることが推測されます。

したがって、急性期一般病棟から緩和ケア病棟に転換する場合を想定すると、入院単価の上昇分が増収につながります。

## ● 導入時の患者移動・機能分担のイメージ

【複数の急性期一般病棟を持つ病院の1病棟を緩和ケア病棟に転換する場合】



導入時は緩和ケア病棟の算定対象の疾患の患者を緩和ケア病棟に集め ①、緩和ケア病棟の算定対象外の患者を急性期一般病棟に移動します ②。導入後は同様の病棟間の機能分担のもとで運用します  
急性期一般病棟入院料から緩和ケア病棟入院料での算定に切り替わることによる単価上昇分が増収につながります

## 導入時の論点

## 論点①：職員配置

7対1の看護配置が必要となるため、10対1以下の病棟から緩和ケア病棟に切り替える場合、より手厚い看護配置が必要となります。また、緩和ケアに関する研修を修了した医師を病棟に専任配置する必要があります。

## 論点②：設備投資

患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を病棟に設置することや一定以上の病棟面積（患者1人につき30㎡以上）や病床面積（患者1人につき8㎡以上）の確保が必要です。

## 論点③：単価の維持と新規入院患者

緩和ケア病棟入院料は入院日数が長くなると単価が低くなるよう制度設計されているため、一定の水準以上の単価を維持するためには実患者の確保が必要となります。平均在院日数を60日にコントロールしながら30床/90%で運用する場合、年間約160人の患者の確保が必要となります。

## 論点④：在宅医療を担う医療機関との連携

緩和ケア病棟を届出する医療機関は施設基準上、地域の在宅医療を担う医療機関と連携し、当該医療機関の患者の緊急時の受入に対応することや当該医療機関の職員に緩和ケアに関する研修を実施することが求められています。このような施設基準上の要件に加え、論点③の新規入院患者の確保という点でも、緩和ケア病棟を導入する場合には在宅医療を担う医療機関との連携が重要になります。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- 緩和ケア病棟：30床、稼働率90%
- 転換前の病棟の単価（急性期一般病棟の場合）：30,000円～40,000円/日
- 緩和ケア病棟の単価：50,000円/日

約**96-192**百万円/年 増収

No3.  
地域包括ケア病棟・病床の導入（急性期から）

入院単価が低下している患者を地域包括ケア病棟へ転棟（転床）させることで入院単価および収益が増加する

## 概要

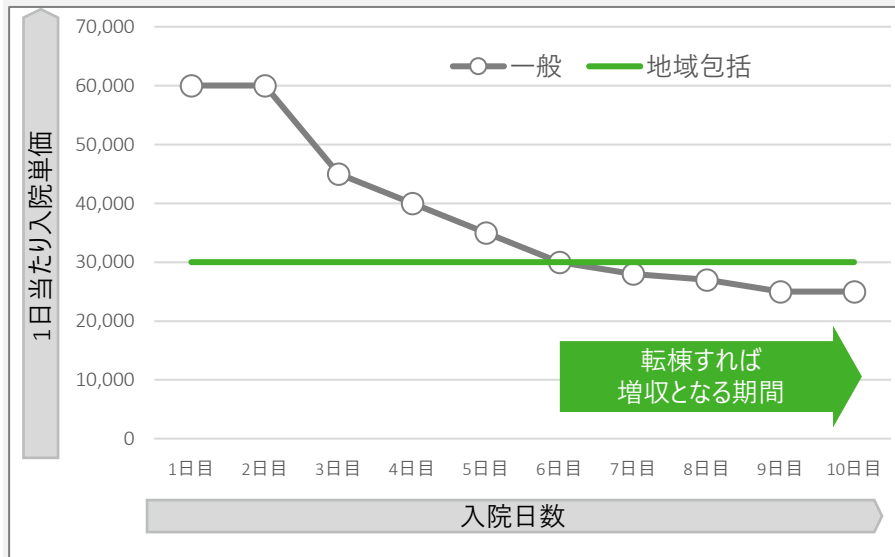
急性期一般病床のある200床未満の病院が主な対象となります。また、DPC算定病院と出来高病院では、算定ルールが異なります。収益的には、出来高病院のほうが増収メリットを享受できる場合が多い傾向にあります。

## 増収のロジック

DPC・出来高の双方、入院前半の入院単価は高く、日数が経過するほど入院単価が減少する傾向があります。一方、地域包括ケア病棟・病床は、60日まで一定の入院料が設定されています。

そのため、入院単価が減少していく一般病棟入院料と一定の地域包括ケア病棟入院料の入院単価が逆転するタイミングで転棟（転床）すれば、増収に繋がります。

## ● 増収イメージ



## 導入時の論点

## 論点①：請求方法（出来高かDPCか）

地域包括ケア病棟の算定ルールは、出来高請求かDPCかで異なります。出来高請求の場合、地域包括ケア病棟へ入棟した日から地域包括ケア病棟入院料の算定が可能です。DPCの場合は地域包括ケア病床へ入院した場合でも入院期間Ⅱが終わるまで（管理料の場合はⅢまで）DPCの点数を算定し続けることとなります。

特にDPCの場合は傷病名と自院の機能評価係数によって、入院単価が大きく異なるため、増収する傷病名とタイミングについての分析が必要となります。

## 論点②：入院料の類上げ

地域包括ケア病棟入院料は4つの単価で構成されており、在宅復帰率7割以上・7割未満と、サブアキュートや在宅医療提供の有無によって単価が変わります。急性期からの転換の場合は、在宅復帰率7割以上の地域包括ケア病棟2からスタートすることが一般的で、導入後により単価の高い1への類上げを目指していきます。

具体的な要件としては、在宅からの緊急入院の受入割合などのサブアキュートに関する要件と訪問診療や訪問看護等の在宅医療・介護の提供に関する要件が設けられています。

## 論点③：院内オペレーションの整備

地域包括ケア病棟の導入以前の入院料が急性期一般のみの場合は原則、入院した病棟から退院する運用を取られています。地域包括ケア病棟を導入した場合、「院内転棟」が発生することが見通されます。そのため、一般病棟と地域包括ケア病棟間での情報共有や患者移動などのオペレーション整備が必要となります。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- 地域包括ケア病棟：50床、稼働率90%
- 転棟時の患者の入院単価は27,000円/日
- 地域包括ケア病棟の単価は30,000円/日

約**50**百万円/年 増収



## 回復期リハビリテーション病棟の導入

急性期一般病棟メインの病院において、脳・整形領域の症例が多い場合に検討します。一般病棟の稼働率が上がらない場合、稼働向上によって増収となる場合があります

## 概要

一般病棟で脳・整形領域の手術患者が一定数存在する病院が対象となります。

## 増収のロジック

回復期リハビリテーション病棟は、①算定できる患者に制限がある ②リハビリが出来高算定可能 ③入院料の算定可能期間が長いという3つの特徴があります。算定できる患者は以下の通りであり、主に脳神経外科や整形外科が活用する病棟となります。そのため、回復期リハビリテーション病棟では、疾患別リハビリテーションの脳血管疾患リハビリテーションや運動期リハビリテーションが出来高算定可能です。これは、同じ回復期の特定入院料である地域包括ケア病床と異なる特徴です。（地域包括ケア病床はリハビリの出来高算定が不可）また、入院期間についても下表のとおりで上限が60日から180日と一般病棟は勿論、地域包括ケア病床よりも長い期間の入院が可能です。

一般病棟の稼働率が低迷している場合、上記の特徴を生かすことで増収に繋がられます。具体的には、稼働していない病床を回復期リハビリテーション病棟へ変更することで、これまで他院に任せていた回復期の治療を自院で担うことが出来るため、空いていたベッド分が増収となります。

疾患	期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後、又は義肢装着訓練を要する状態	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷、頭部外傷を含む多部位外傷	180日
多肢の骨折、大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折、外科手術又は肺炎などの治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後	60日
股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日

## 導入時の論点

## 論点①：症例数

回復期リハビリテーションの導入にあたっては、まず「導入病床数を埋めるだけの対象患者が存在するのか」が論点になります。仮に導入病床50床、想定のある平均在院日数が90日の場合、年間で約200名の対象患者が自院の一般病床に存在するかが確認のポイントとなります。200名を大幅に超える患者が存在し、かつ、一般病床の稼働率が低迷しているのであれば、増収になる可能性は非常に高いと言えます。

## 論点②：セラピスト数

回復期リハビリテーション病棟は、基本部分が約16,000円-21,000円と比較的低い水準で設定されています。しかし、患者に対するリハビリテーションは出来高請求が可能のため、入院単価の増加を図るためには、リハビリテーションを多く提供する体制が必要です。

## 論点③：院内オペレーションの整備

前述した地域包括ケア病棟と同様です。導入以前の入院料が急性期一般のみ場合は原則、入院した病棟から退院する運用を取られています。回復期リハビリテーション病棟を導入した場合、「院内転棟」が発生することが見通されます。そのため、一般病棟と回復期リハビリテーション病棟間での情報共有や患者移動などのオペレーション整備が必要となります。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- 全病床200床、一般病棟患者数140名（回復期リハ導入前）
- 回復期リハビリテーション病棟：50床、単価32,000円
- 回復期リハ導入後、一般病床140名、回復期リハ45名

約**525**百万円/年 増収

医療機関間又は病棟間での機能分担を図ることで、“特徴ある精神病棟”に切り替え、その特徴ある病棟機能を評価した入院料の導入を行うことで増収に繋げる

### 概要

精神病床において届出・算定できる入院料は入院基本料の他、複数の特定入院料があります。入院料ごとに算定対象となる患者（疾患、年齢、入院日からの日数...etc）や施設基準の要件（平均在院日数、自宅への移行率、人員配置...etc）が設定されています。医療機関間の連携や病棟間の機能分担を通じて、病棟の患者像を変え、“特徴ある精神病棟”に切り替えることで、当該機能を評価した入院料の届出・導入が可能となり、増収を図ることができる可能性があります。

### 増収のロジック

#### 【想定ケース】

以下の前提の医療機関を想定した増収シナリオの例を紹介します

- ・2病棟の精神病棟を持つ医療機関で15対1入院基本料を届出
- ・2病棟に在院日数が短い患者と長い患者が混在しており、13対1入院基本料への類上げには2病棟全体の平均在院日数を80日以内に抑えることが課題（それ以外の要件は充足しているものとする）

#### 【増収シナリオ】

1つの病棟を在院日数の短い患者のための病棟、一方の病棟を在院日数が長い患者のための病棟に機能を分けることで増収を図ることができる可能性があります

例えば、在院日数の短い患者のための病棟の平均在院日数が80日を下回るのであれば当該病棟を13対1入院基本料に類上げし、在院日数が長い患者のための病棟を在院日数や算定上限日数の要件がない精神療養病棟に切り替えることで増収を図ることができる可能性があります。

#### 【その他、留意事項】

上記の入院日数の観点以外にも、認知症に対する治療を評価した認知症治療病棟や精神病棟患者の地域移行を評価した地域移行機能強化病棟入院料等、様々な観点から精神科医療機能を評価した入院料が診療報酬では設定されています。そのため、地域間や病棟間の機能分担を通じて、入院基本料の類上げや特定入院料の届出を可能とすることで増収を図ることができる可能性があります。

### 導入時の論点

#### 論点①：施設基準

届出を行う入院基本料、特定入院料の施設基準上の要件を充足する必要があります。例えば特定入院料を導入する場合、複数名以上の精神保健指定医の配置が必要となる入院料が多いため、精神保健指定医の配置が課題となるケースがあります。他にも、入院料によっては入院患者の自宅への移行割合や設備的な要件（訓練室、保護室...etc）を充足する必要があるため、人的・設備投資や病棟の運用変更を通じて各入院料の施設基準を充足する必要があります。

#### 論点②：入棟・転棟のオペレーション

左記事例のように院内の複数の精神病棟の機能分担を図る場合、各病棟の機能に応じて新規入院時の入棟先病棟を振り分けるルールや病棟間の転棟に関するルールを整備する必要があります。

#### 論点③：地域連携

機能分担を医療機関間で進めていく場合、地域の医療機関での連携が必要となります。また、1医療機関内で病棟の機能分担・転換を進める場合にも地域との連携が必要となるケースがあります。例えば、地域移行機能強化病棟入院料の届出にあたっては入院患者を自宅へ移行させることが必要となるため、施設との連携や精神科デイケアを提供している医療機関との連携が必要となるケースがあります。また、精神科急性期治療病棟（入院日数3か月以内の患者が入院患者の4割以上であることは必要）や10対1入院基本料（平均在院日数:40日以内であることが必要）の届出を目指す場合、入院期間の短い患者の割合を高めることが必要となるため、入院期間の長い患者を他の医療機関に紹介し、逆に入院期間の短い急性期の患者の紹介を依頼する必要が発生するケースがあります。

※当該内容は、精神病棟のみの病院についてもご活用いただけます

### 増収額のイメージ

- 前提（左記ケースの場合）
  - ・ 2病棟（50床×2病棟、稼働率:90%）
  - ・ 転換前の病棟の単価:15,000円/日
  - ・ 転換後の病棟の単価:16,000円/日  
（13対1入院基本料の病棟:19,000円、精神療養病棟:13,000円※）

約**33**百万円/年 増収

（※）転換後の単価は入院患者に対する診療密度等で変動します。上記はあくまで一定の仮定を置いた上でのモデルケースです

在宅医療サービスの提供による患者の増加、在宅医療関連の診療報酬・介護報酬を算定することで増収に繋げる

### 概要

200床未満の病院および診療所が主な対象となります。また、200床未満で地域包括ケア病床を持つ病院では特に有用な選択肢となります。

### 増収のロジック

在宅機能の強化によって、在宅療養支援病院（診療所）（以後、在宅病）の届出を目指します。それにより、初診料の機能強化加算の届出、在宅時医学総合管理料・施設入居時総合管理料の単価増加が可能となります。また、地域包括ケア病床を有する病院では、最も入院単価の高い地域包括ケア病棟入院料(医療管理料) 1の要件の一部に訪問診療や訪問看護が設けられていることから、間接的に地域包括ケア病床の入院単価の増加にも影響があります。

患者数面においても、これまで外来通院が困難な患者に対しても医療サービスの提供が可能となるため、増患による増収も期待できます。

#### ● 各施設基準の関係

- 在宅時医学総合管理料
  - 施設入居時総合管理料
- ⇒在宅病とその他で単価が異なる

- 初診料（機能強化）
- ⇒要件に「在宅療養支援病院であること」という記載がある

- 地域包括ケア病棟入院料（医療管理料）1
- ⇒訪問診療の回数が3か月で30回等の要件がある

在宅病が必要

### 導入時の論点

#### 論点①：緊急時の体制

在宅病の届出に向けた要件のうち、緊急時の体制が最も多い論点です。特に「24時間の連絡体制」や「24時間の往診体制」の要件を満たすためには院内体制の検討が必要となります。一見、ハードルが高いようにも感じられますが、病院よりも医療資源の乏しい診療所でも多く届出がなされている施設基準であるため、病院であれば比較的届出しやすい施設基準です。

#### 論点②：在宅患者の獲得

施設基準の届出が完了した後、在宅医療サービスを提供する患者の獲得が必要となります。患者の獲得に向けては、訪問診療サービスの提供量が少ないエリアへのサービス展開とその周知が必要となります。

また、介護施設と連携を図ることで、一度に複数名の在宅医療提供患者の獲得が可能となります。詳細は、「連携・院内基盤整備 No.1 登録医・登録施設制度」をご覧ください。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 初診患者：700名/月
  - 在宅時医学総合管理料 算定患者：30名/月

約 **8+α** 百万円/年 増収

+α部分は在宅患者獲得によって変化

## ④回復期・慢性期型

適切な退院支援のためには、退院困難患者に対する入院時からの介入が必要と言われており、旧：退院支援加算も入退院支援加算に名称が変更されています。入院時の情報収集に対する診療報酬の算定により増収に繋がります。

概要

一定の新規入院患者数がある病院が対象となります。新規入院患者に対して診療報酬の算定が可能となるため、急性期病院の方が増収効果は大きくなります。

連携の内容および増収のロジック

入院時に下表の診療報酬を算定することで増収に繋がります。

診療報酬名	概要
入院時支援加算 1 or 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>予定入院の患者に対し、入院前に情報収集を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定可能</li> </ul>
せん妄ハイリスク患者ケア加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>全患者に対し、せん妄リスクに関するスクリーニングおよび該当患者に対する予防的対策実施により算定可能</li> </ul>
薬剤管理指導料	<ul style="list-style-type: none"> <li>直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に算定可能</li> </ul>
入退院支援加算1	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施した場合に算定可能</li> <li>入退院支援加算2の場合、地域包括ケア病棟からの退院で算定出来ないため、1の届出が必要</li> </ul>
総合機能評価加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定</li> </ul>

論点①：施設基準の届出

左記の診療報酬はいずれも施設基準のため、各要件を満たす必要があります。なお、入院時支援加算や総合機能評価加算は、入退院支援加算に対する加算であるため、入退院支援加算の届出・算定が出来ないと算定できません。

論点②：入院時のオペレーション整理

入院体制の適正化にあたっては、入院経路による場合分けを行ったうえで各職種のフローを構築します。例えば、自院外来からの予定入院の場合は、最終外来または入院支援センターで情報収集を行えますが、救急の場合は病棟ナースが基本情報を収集する等、同じ病院においても入院経路によって、介入のオペレーションは異なります。少なくとも予定・予定外&救急でのフローは作成しておく必要があります。

論点③：入退院支援加算1への類上げ

すでに地域包括ケア病床を運用していて、入退院支援加算1を算定していない場合は優先的に届出を検討してください。入退院支援加算1は地域包括ケア病床でも出来高算定が可能のため、介入患者に対して600点の算定が可能となります。

増収額のイメージ

- 前提
  - 入退院支援加算1:600点+入院時支援加算：230点+総合機能評価加算：50点
  - 薬剤管理指導：325点
  - せん妄ハイリスク患者ケア加算：100点
  - 入退院患者：月25名

約**4**百万円/年 増収

高度急性期病院（≒急性期特化型病院）は円滑な退院調整を図ることで新患の受入による単価増加、回復期病院は転院症例獲得による増収に繋がります。

概要

タイムリーな空床情報の収集は高度急性期病院、空床情報の提供は回復期受入する医療機関で行います。

連携の内容および増収のロジック

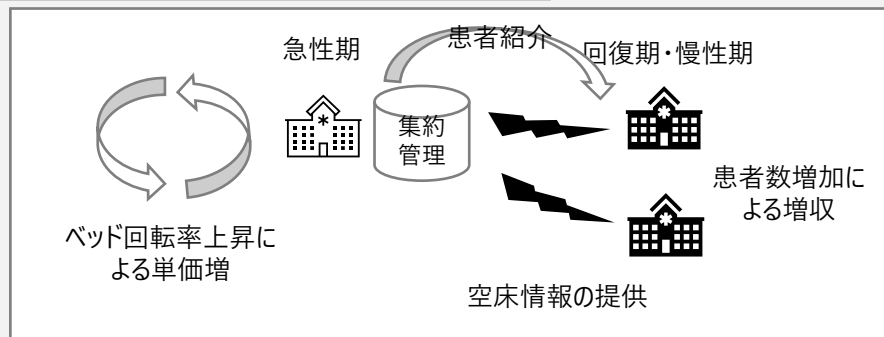
【高度急性期病院】

急性期治療終了後の患者の転院調整に時間を要し、救急患者の受入が困難となる事例も存在する。一般的に急性期治療が終了した患者よりも救急患者の方が入院単価が高いため、ベッド回転率が向上することで増収に繋がる。

【回復期病院】

ポストアキュート患者の受入による患者増加によって増収に繋がる。高度急性期病院へのヒアリングによると、転院で最も優先させることは「受入の速さ」という回答が多い。空き情報を共有することで、高度急性期病院側は空きベッドのある病院を探す手間が省けるため自院への問い合わせ件数の増加・受入患者増加に繋がる。

● 運用イメージ



論点①：回復期からの空き情報の共有方法

現在、回復期病院から高度急性期病院への空き情報の共有はFAXで行われていることが多い状況です。当該運用では、高度急性期病院側のデータ管理が困難であるため、ICTツールを用いて日々の空き情報を入手できる体制構築が求められます。その調整のため、病院間で実施される地域連携のための会議でツール・内容・ルール等をすり合わせておくことで円滑に進むと考えられます。

論点②：高度急性期病院側のICT基盤整備

ICTでの情報共有のための旗手となるのは、複数の回復期・慢性期病院の情報を一元管理する高度急性期病院側となると想定されます。高額の情報共有ツールを導入しても中小病院では費用面がネックとなり、運用の阻害要因となる可能性があります。その回避のためにも一般的に使用されているツール（例：共有フォルダでのExcel管理、google スプレッドシート等）で実施していくことも一案となります。

増収額のイメージ

● 前提

- 救急断り患者：月1件減少、1入院の総額：1,000千円
- 転院症例：月1件増加、1入院の総額1,200千円

約**26**百万円/年 増収

※対象施設での増収合計額

## No5.介護施設との連携による 在宅復帰機能強化加算の届出

療養病棟でも介護施設等との連携によって在宅復帰を促すことで、在宅復帰機能強化加算の届出が可能となり、増収に繋がります。

### 概要

療養病棟入院基本料1の病棟をもつ病院が対象となります。なお、グループ内に介護施設を有する等、病院と介護施設が連携を図りやすい状況にあれば当該施設基準の届出可能性は高まります。

### 連携の内容および増収のロジック

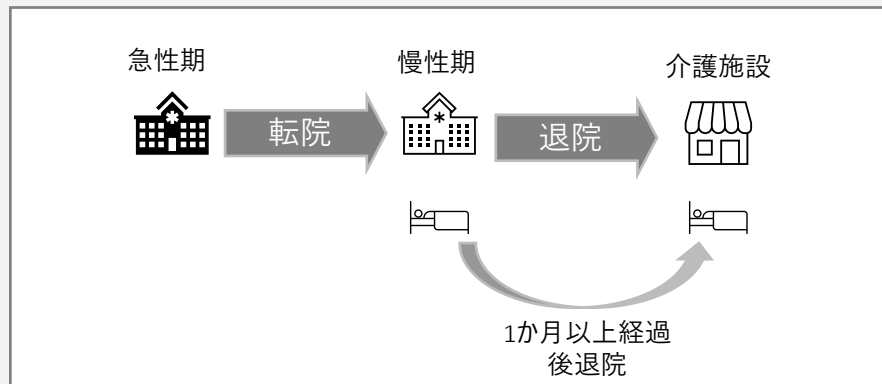
#### 【在宅復帰機能強化加算の要件（抜粋）】

- 療養病棟入院基本料1を算定している病棟であること
- 1ヶ月以上入院していた患者のうち、在宅（自宅、居住系施設等）に退院した患者が50%以上であること
- 転院入在宅復帰患者/1日当たりの平均患者数 = 15%以上であること

#### 【連携の概要】

他院から療養病棟へ転院してきた患者（医療区分1がターゲット）を在宅（介護医療院・特別養護老人ホーム等）へ退院させることが必要となります。

#### ● 運用イメージ



### 導入時の論点

#### 論点①：退院先施設との連携

元々、急性期病棟に入院していた患者を療養病棟で受け入れているため、一定の医療処置が必要である可能性が高いです。病院から介護施設へ退院させるためには、受入側の施設でも一定の医療処置に対応できる体制が必要です。そのため、医師配置が必要な上に在宅復帰施設として認められている介護医療院と連携を強化することが当該加算の届出に向けて有用です。

#### 論点②：紹介元病院との連携

当該加算の算定に向けては、急性期病床からの転院入在宅復帰患者が一定数必要です。例えば、100床の療養病院で稼働率90%の場合、年間で14名の転院入在宅復帰症例が必要となります。そのため、紹介元病院に対して、「医療区分に関わらず紹介の連絡を希望する」旨を伝えておくことが重要です。

#### 論点③：医療区分への影響

上述の通り、在宅復帰の可能性が高い患者は医療区分1であることが多いです。そのため、療養病棟入院基本料1の施設基準である医療区分2・3の該当患者割合を低下させるというデメリットがあります。

療養病棟入院基本料1の医療区分2・3の該当患者割合が80%に近い病院は慎重に検討することをお勧めします。

### 増収額のイメージ

#### ● 前提

- 療養病棟入院基本料1：100床、稼働率90%
- 在宅復帰機能強化加算：50点（患者1名/日）

約**16**百万円/年 増収

## No6.介護施設側の医療連携体制加算算定に向けた連携

グループホーム（認知症対応型共同生活介護）では、医療機関との連携によって算定できる介護報酬、医療連携体制加算があります。医療機関側としては、グループホーム全体のかかりつけ医になれることから増患に繋がります。

### 概要

在宅医療を提供している医療機関が対象となります。訪問診療だけでなく、24時間連絡体制の訪問看護を実施している医療機関であればより検討しやすいです。

### 連携の内容および増収のロジック

#### 【医療連携体制加算1の要件（抜粋）】

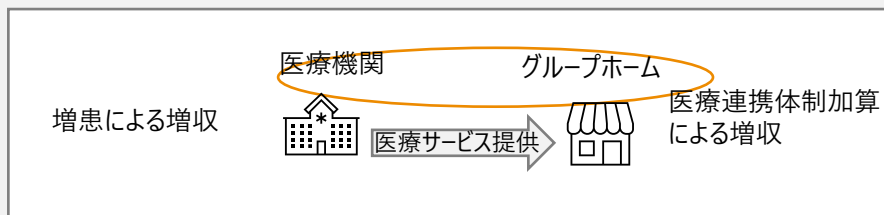
グループホームでは下記の要件を満たせば、当該加算の算定が可能です。

- 認知症対応型共同生活介護事業所の職員、または病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること
- 看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること
- 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
- 利用者に対する日常的な健康管理、通常時及状態悪化時における医療機関との連絡や調整、看取りに関する指針の整備を行うこと

#### 【連携の概要】

グループホームでは、上記加算のために医療機関との連携が必要となります。当該連携を行うことで、自院のかかりつけ患者の獲得に寄与します。なお、グループホームは1ユニット9名であることが多いため、1施設で9名から18名のかかりつけ患者を獲得できる可能性があります。

#### ● 運用イメージ



### 導入時の論点

#### 論点①：グループホームのピックアップ

連携対象となるグループホームをピックアップすることが必要です。具体的には、近隣エリアで「医療連携体制加算」の算定がない事業所を見つけることです。そのためには、厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」を活用することで実現が可能です。

#### 論点②：院内体制

連携に向けては、看護部との調整が必要となります。既に訪問看護を行っている医療機関であれば実施しやすいですが、訪問看護を実施していない場合、24時間の連絡体制の整備などは論点になりやすい傾向にあります。「24時間対応」は「訪問」でなく「連絡体制」の構築である旨を看護部へご理解いただくことで検討が進みやすくなる可能性があります。

#### 論点③：グループホームとの役割分担

グループホームとの協議にあたっては、当該加算算定に関わる「連携内容」を具体的な業務として明示しておくべきです。場合によっては、グループホーム側から要件以上のサービス提供の要求（今すぐ看護師に来てほしい等）がある可能性があるため、当該加算算定にかかる連携内容として医療機関としてどこまでのサービス提供を行うかを明示しておくことが望ましいと考えます。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 1施設2ユニット：18名
  - 全て外来患者になり、単価10千円

約**2**百万円/年 増収



入院先医療機関と退院後の療養生活に関わるかかりつけ医、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等の密な連携を評価する報酬が診療報酬・介護報酬で設けられています

### 概要

入院先医療機関の退院カンファレンスなどに退院後の療養生活に関わる関係者が参加し、退院後の療養生活に関する指導を入院先医療機関の関係者と共同で患者に対して行うとそれぞれの施設で診療報酬、介護報酬を算定できます

### 連携の内容および増収のロジック

退院時に共同で指導を行った場合、各施設で以下のような報酬を算定できます

#### 【入院先医療機関】

①診療報酬:退院時共同指導2 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが在宅療養担当の医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同で指導を実施した場合に算定できます。また、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所の関係者も当該指導に加わった場合、多機関共同指導加算 (2,000点) を算定できます

②診療報酬:介護支援等連携指導料 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが居宅介護支援事業所のケアマネジャーと共同して、退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定できます

#### 【在宅担当療養医療機関】

診療報酬:退院時共同指導1 (900点)

- 主な算定要件:退院時共同指導2の算定要件に記載した指導を実施した場合、算定できます。また在宅療養支援診療所の場合は点数が1,500点に上がります

#### 【居宅介護支援事業所】

介護報酬:退院・退所加算 (450単位～900単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関から利用者に関する情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定できます

#### 【訪問看護ステーション】

介護報酬:退院時共同指導加算 (600単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同して指導を入院中の利用者に対して行い、退院後、当該利用者に対して訪問看護を行った場合に算定できます

### 導入時の論点

#### 論点①：指導対象とする患者に関する方針

指導に関わる関係者の業務量を考慮すると、全ての患者に共同指導を行うことは現実的ではありません。したがって、入院先医療機関と退院後の療養生活に関わる関係者の間で、共同指導を行うことが望ましい患者に関する基本方針を定め、関係者間で予め認識をすり合わせておく必要があります (例:新規に在宅医療を導入する患者、退院後に利用する介護サービスに変更が生じる可能性のある患者等)

#### 論点②：指導日の日程調整

共同指導を実際に実施していく場合、指導対象となる患者を入院先医療機関において抽出した上で、指導日に関する関係者の日程調整を行う必要があります。入院先医療機関において指導対象となる患者を抽出するオペレーションは、指導対象とする患者に関する方針や医療機関内の体制により変わりますが、関係者の日程調整を考慮すると早めに対応することが必要です。

#### 論点③：ICTの利用

現行の診療報酬、介護報酬ではビデオ通話を利用した指導も認められています。ビデオ通話を利用することで関係者が入院先医療機関に赴く必要がなくなるので指導に係る時間的コストを下げることはできますが、予め利用するツール等について関係者間で認識のすり合わせを行っておく必要があります。

### 増収額のイメージ

#### ● 前提

- 入院先において年間250名の患者に退院時共同指導実施：400点
- 退院時共同指導実施した地域の診療所：900点
- うち半分の患者 (125名) に居宅介護支援事業所が同席：450単位
- 50名の患者に訪問看護ステーションが同席：600単位

約**4**百万円/年 増収

※対象施設での増収合計額

No.4.  
地域包括ケア病棟・病床の導入（慢性期から）

全病床が療養病棟入院基本料を算定している病院において、1病棟を地域包括ケア病棟へ転換する。当該地域包括ケア病棟は、入院時の受入病棟として活用し、60日間で治療などを実施、その後療養病棟へ転棟する

## 概要

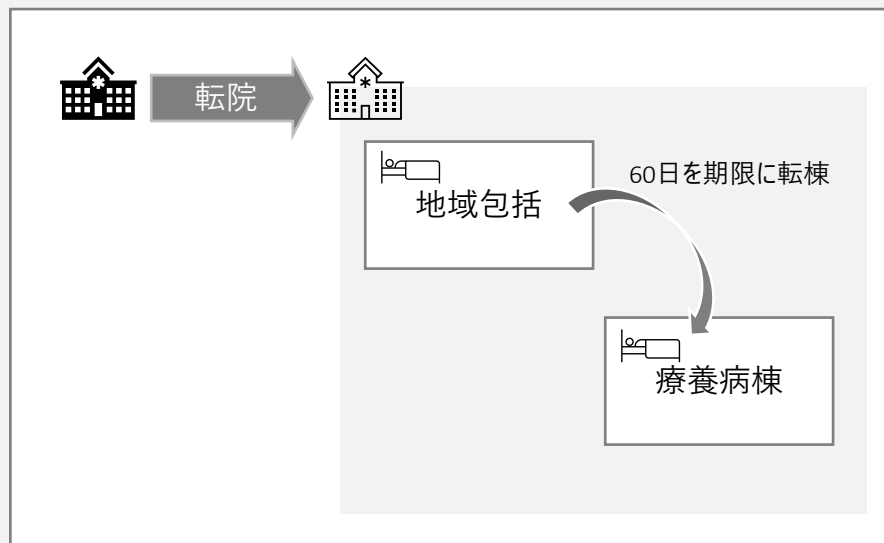
全ての病床で療養病棟入院基本料を算定している病院が対象となります

## 増収のロジック

療養病棟の入院単価は、療養病棟入院基本料1で約20千円/日、2で14千円/日※となっています。一方、地域包括ケア病棟入院料は加算等を入れると3で25千円/日、4でも23千円/日と療養病棟入院基本料より高い単価となっています。

しかし、地域包括ケア病棟入院料は60日までしか算定できないため、60日以降は療養病棟へ転棟というフローとなります。

## ● 運用イメージ



※中医協 令和3年11月19日「入院（その4）」

## 導入時の論点

## 論点①：職員配置

療養病棟は看護配置が20対1が原則ですが、地域包括ケア病棟では13対1の配置が必要です。また、地域包括ケア病棟が入院の窓口となるため、当該病棟配置の医師の負荷や理解が必要となります。

## 論点②：新規入院患者数

地域包括ケア病棟の滞在可能日数は60日のため、新規入院患者が一定数いなければ当該病棟の稼働率は低下します。稼働率90%を目指す場合、概算で月に15名の新規入院患者が必要となります。

## 論点③：入院料の類上げ

地域包括ケア病棟入院料は4つの単価で構成されており、在宅復帰率7割以上・7割未満と、サブアキュートや在宅医療提供の有無によって単価が変わります。慢性期からの転換の場合は、在宅復帰率7割未満の地域包括ケア病棟4からスタートすることが一般的で、導入後により単価の高い1への類上げを目指していきます。

具体的な要件としては、在宅からの緊急入院の受入割合などのサブアキュートに関する要件と訪問診療や訪問看護等の在宅医療・介護の提供に関する要件が設けられています。

## 増収額のイメージ

## ● 前提

- 地域包括ケア病棟：50床、稼働率90%
- 転棟時の患者の入院単価、療養病棟入院基本料1の場合 20,000円/日、2の場合 14,000円/日
- 地域包括ケア病棟の単価は25,000円/日

約**82-147**百万円/年 増収

医療機関間又は病棟間での機能分担を図ることで、“特徴ある精神病棟”に切り替え、その特徴ある病棟機能を評価した入院料の導入を行うことで増収に繋げる

### 概要

精神病床において届出・算定できる入院料は入院基本料の他、複数の特定入院料があります。入院料ごとに算定対象となる患者（疾患、年齢、入院日からの日数...etc）や施設基準の要件（平均在院日数、自宅への移行率、人員配置...etc）が設定されています。医療機関間の連携や病棟間の機能分担を通じて、病棟の患者像を変え、“特徴ある精神病棟”に切り替えることで、当該機能を評価した入院料の届出・導入が可能となり、増収を図ることができる可能性があります。

### 増収のロジック

#### 【想定ケース】

以下の前提の医療機関を想定した増収シナリオの例を紹介します

- ・2病棟の精神病棟を持つ医療機関で15対1入院基本料を届出
- ・2病棟に在院日数が短い患者と長い患者が混在しており、13対1入院基本料への類上げには2病棟全体の平均在院日数を80日以内に抑えることが課題（それ以外の要件は充足しているものとする）

#### 【増収シナリオ】

1つの病棟を在院日数の短い患者のための病棟、一方の病棟を在院日数が長い患者のための病棟に機能を分けることで増収を図ることができる可能性があります

例えば、在院日数の短い患者のための病棟の平均在院日数が80日を下回るのであれば当該病棟を13対1入院基本料に類上げし、在院日数が長い患者のための病棟を在院日数や算定上限日数の要件がない精神療養病棟に切り替えることで増収を図ることができる可能性があります。

#### 【その他、留意事項】

上記の入院日数の観点以外にも、認知症に対する治療を評価した認知症治療病棟や精神病棟患者の地域移行を評価した地域移行機能強化病棟入院料等、様々な観点から精神科医療機能を評価した入院料が診療報酬では設定されています。そのため、地域間や病棟間の機能分担を通じて、入院基本料の類上げや特定入院料の届出を可能とすることで増収を図ることができる可能性があります。

### 導入時の論点

#### 論点①：施設基準

届出を行う入院基本料、特定入院料の施設基準上の要件を充足する必要があります。例えば特定入院料を導入する場合、複数名以上の精神保健指定医の配置が必要となる入院料が多いため、精神保健指定医の配置が課題となるケースがあります。他にも、入院料によっては入院患者の自宅への移行割合や設備的な要件（訓練室、保護室...etc）を充足する必要があるため、人的・設備投資や病棟の運用変更を通じて各入院料の施設基準を充足する必要があります。

#### 論点②：入棟・転棟のオペレーション

左記事例のように院内の複数の精神病棟の機能分担を図る場合、各病棟の機能に応じて新規入院時の入棟先病棟を振り分けるルールや病棟間の転棟に関するルールを整備する必要があります。

#### 論点③：地域連携

機能分担を医療機関間で進めていく場合、地域の医療機関での連携が必要となります。また、1医療機関内で病棟の機能分担・転換を進める場合にも地域との連携が必要となるケースがあります。例えば、地域移行機能強化病棟入院料の届出にあたっては入院患者を自宅へ移行させることが必要となるため、施設との連携や精神科デイケアを提供している医療機関との連携が必要となるケースがあります。また、精神科急性期治療病棟（入院日数3か月以内の患者が入院患者の4割以上であることは必要）や10対1入院基本料（平均在院日数:40日以内であることが必要）の届出を目指す場合、入院期間の短い患者の割合を高めることが必要となるため、入院期間の長い患者を他の医療機関に紹介し、逆に入院期間の短い急性期の患者の紹介を依頼する必要が発生するケースがあります。

※当該内容は、精神病棟のみの病院についてもご活用いただけます

### 増収額のイメージ

- 前提（左記ケースの場合）
  - ・ 2病棟（50床×2病棟、稼働率:90%）
  - ・ 転換前の病棟の単価:15,000円/日
  - ・ 転換後の病棟の単価:16,000円/日  
（13対1入院基本料の病棟:19,000円、精神療養病棟:13,000円※）

約**33**百万円/年 増収

（※）転換後の単価は入院患者に対する診療密度等で変動します。上記はあくまで一定の仮定を置いた上でのモデルケースです

在宅医療サービスの提供による患者の増加、在宅医療関連の診療報酬・介護報酬を算定することで増収に繋げる

### 概要

200床未満の病院および診療所が主な対象となります。また、200床未満で地域包括ケア病床を持つ病院では特に有用な選択肢となります。

### 増収のロジック

在宅機能の強化によって、在宅療養支援病院（診療所）（以後、在宅病）の届出を目指します。それにより、初診料の機能強化加算の届出、在宅時医学総合管理料・施設入居時総合管理料の単価増加が可能となります。また、地域包括ケア病床を有する病院では、最も入院単価の高い地域包括ケア病棟入院料(医療管理料) 1の要件の一部に訪問診療や訪問看護が設けられていることから、間接的に地域包括ケア病床の入院単価の増加にも影響があります。

患者数面においても、これまで外来通院が困難な患者に対しても医療サービスの提供が可能となるため、増患による増収も期待できます。

#### ● 各施設基準の関係

- 在宅時医学総合管理料
  - 施設入居時総合管理料
- ⇒在宅病とその他で単価が異なる

- 初診料（機能強化）
- ⇒要件に「在宅療養支援病院であること」という記載がある

- 地域包括ケア病棟入院料（医療管理料）1
- ⇒訪問診療の回数が3か月で30回等の要件がある

在宅病が必要

### 導入時の論点

#### 論点①：緊急時の体制

在宅病の届出に向けた要件のうち、緊急時の体制が最も多い論点です。特に「24時間の連絡体制」や「24時間の往診体制」の要件を満たすためには院内体制の検討が必要となります。一見、ハードルが高いようにも感じられますが、病院よりも医療資源の乏しい診療所でも多く届出がなされている施設基準であるため、病院であれば比較的届出しやすい施設基準です。

#### 論点②：在宅患者の獲得

施設基準の届出が完了した後、在宅医療サービスを提供する患者の獲得が必要となります。患者の獲得に向けては、訪問診療サービスの提供量が少ないエリアへのサービス展開とその周知が必要となります。

また、介護施設と連携を図ることで、一度に複数名の在宅医療提供患者の獲得が可能となります。詳細は、「連携・院内基盤整備 No.1 登録医・登録施設制度」をご覧ください。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 初診患者：700名/月
  - 在宅時医学総合管理料 算定患者：30名/月

約 **8+α** 百万円/年 増収

+α部分は在宅患者獲得によって変化

## ⑤ 診療所・介護施設

栄養士を中心とした病診連携を図ることも可能です。連携の副次効果として外来栄養指導分の増収効果も期待できます。

### 概要

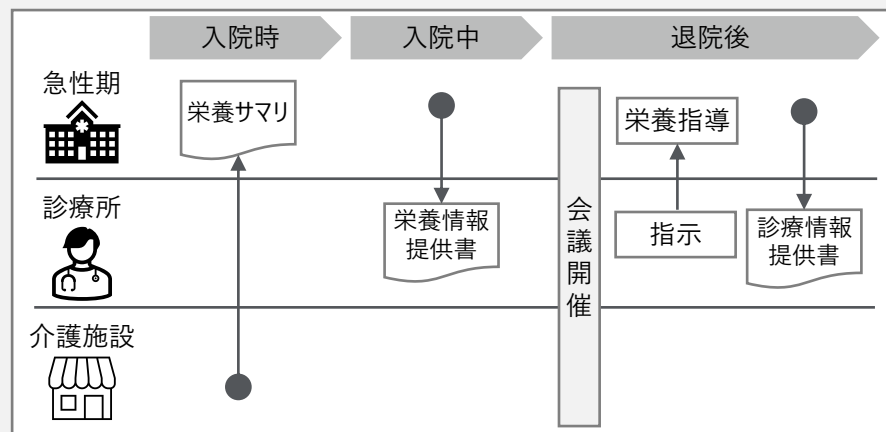
外来栄養指導を実施する余地のある医療機関が対象となります。診療所からの紹介を受けるような病院であれば概ね検討の余地があります。

#### 連携の内容および増収のロジック

##### 【病診連携の流れ】

- 入院時に関連施設より「栄養サマリ」を受領
- 退院時に「栄養情報提供書」を病院から診療所へ送付
- 関連施設の栄養士にて毎月会議を開催（各施設の食事・栄養に関する情報交換等）
- かかりつけ医（診療所）より直接指示を受け外来栄養指導を実施（病院の医師の診察なし）。実施後、「診療情報提供書」を送付

##### ● 運用イメージ



出所：日本公衆衛生協会「地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集」（2018）

### 導入時の論点

#### 論点①：かかりつけ医との連携

当該流れを構築するためには、診療所のかかりつけ医の先生の協力は不可欠です。まずは地域勉強会等で宣伝やちらし作成などの啓もう活動を実施し、協力診療所を構築します。その後、運用しやすいよう指示箋の様式・予約方法等の見直しを行います。

#### 論点②：施設間会議の設定

施設を跨ぐ会議を設定するためには、必要性を訴求する必要があります。実施病院では、施設間で食種・栄養量・食形態・濃厚流動食などに対する意識に違いがあるという課題が生じている事例があります。

当該内容の会議設定は対面である必要がないため、ICT機器を用いた（ZOOM等）オンライン会議を行うことで会議が開催しやすくなります。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 外来栄養指導：月10件×200点

約**0.2**百万円/年 増収

## No5.介護施設との連携による 在宅復帰機能強化加算の届出

療養病棟でも介護施設等との連携によって在宅復帰を促すことで、在宅復帰機能強化加算の届出が可能となり、増収に繋がります。

### 概要

療養病棟入院基本料1の病棟をもつ病院が対象となります。なお、グループ内に介護施設を有する等、病院と介護施設が連携を図りやすい状況にあれば当該施設基準の届出可能性は高まります。

### 連携の内容および増収のロジック

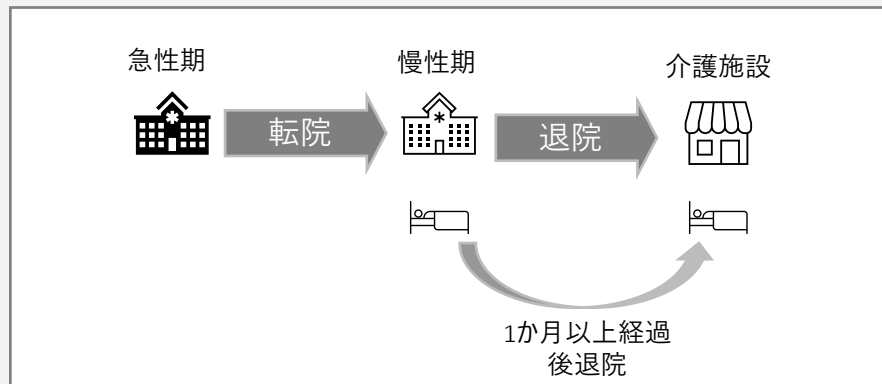
#### 【在宅復帰機能強化加算の要件（抜粋）】

- 療養病棟入院基本料1を算定している病棟であること
- 1ヶ月以上入院していた患者のうち、在宅（自宅、居住系施設等）に退院した患者が50%以上であること
- 転院入在宅復帰患者/1日当たりの平均患者数 = 15%以上であること

#### 【連携の概要】

他院から療養病棟へ転院してきた患者（医療区分1がターゲット）を在宅（介護医療院・特別養護老人ホーム等）へ退院させることが必要となります。

#### ● 運用イメージ



### 導入時の論点

#### 論点①：退院先施設との連携

元々、急性期病棟に入院していた患者を療養病棟で受け入れているため、一定の医療処置が必要である可能性が高いです。病院から介護施設へ退院させるためには、受入側の施設でも一定の医療処置に対応できる体制が必要です。そのため、医師配置が必要な上に在宅復帰施設として認められている介護医療院と連携を強化することが当該加算の届出に向けて有用です。

#### 論点②：紹介元病院との連携

当該加算の算定に向けては、急性期病床からの転院入在宅復帰患者が一定数必要です。例えば、100床の療養病院で稼働率90%の場合、年間で14名の転院入在宅復帰症例が必要となります。そのため、紹介元病院に対して、「医療区分に関わらず紹介の連絡を希望する」旨を伝えておくことが重要です。

#### 論点③：医療区分への影響

上述の通り、在宅復帰の可能性が高い患者は医療区分1であることが多いです。そのため、療養病棟入院基本料1の施設基準である医療区分2・3の該当患者割合を低下させるというデメリットがあります。

療養病棟入院基本料1の医療区分2・3の該当患者割合が80%に近い病院は慎重に検討することをお勧めします。

### 増収額のイメージ

#### ● 前提

- 療養病棟入院基本料1：100床、稼働率90%
- 在宅復帰機能強化加算：50点（患者1名/日）

約**16**百万円/年 増収

## No6.介護施設側の医療連携体制加算算定に向けた連携

グループホーム（認知症対応型共同生活介護）では、医療機関との連携によって算定できる介護報酬、医療連携体制加算があります。医療機関側としては、グループホーム全体のかかりつけ医になれることから増患に繋がります。

### 概要

在宅医療を提供している医療機関が対象となります。訪問診療だけでなく、24時間連絡体制の訪問看護を実施している医療機関であればより検討しやすいです。

### 連携の内容および増収のロジック

#### 【医療連携体制加算1の要件（抜粋）】

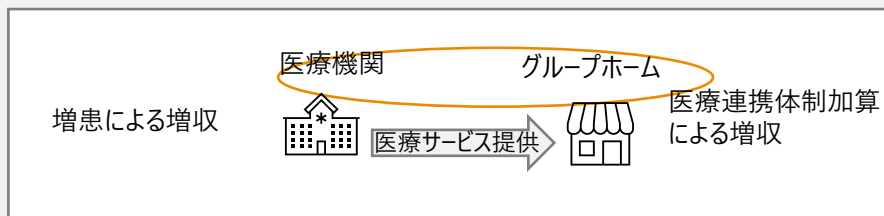
グループホームでは下記の要件を満たせば、当該加算の算定が可能です。

- 認知症対応型共同生活介護事業所の職員、または病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること
- 看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること
- 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
- 利用者に対する日常的な健康管理、通常時及状態悪化時における医療機関との連絡や調整、看取りに関する指針の整備を行うこと

#### 【連携の概要】

グループホームでは、上記加算のために医療機関との連携が必要となります。当該連携を行うことで、自院のかかりつけ患者の獲得に寄与します。なお、グループホームは1ユニット9名であることが多いため、1施設で9名から18名のかかりつけ患者を獲得できる可能性があります。

#### ● 運用イメージ



### 導入時の論点

#### 論点①：グループホームのピックアップ

連携対象となるグループホームをピックアップすることが必要です。具体的には、近隣エリアで「医療連携体制加算」の算定がない事業所を見つけることです。そのためには、厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」を活用することで実現が可能です。

#### 論点②：院内体制

連携に向けては、看護部との調整が必要となります。既に訪問看護を行っている医療機関であれば実施しやすいですが、訪問看護を実施していない場合、24時間の連絡体制の整備などは論点になりやすい傾向にあります。「24時間対応」は「訪問」でなく「連絡体制」の構築である旨を看護部へご理解いただくことで検討が進みやすくなる可能性があります。

#### 論点③：グループホームとの役割分担

グループホームとの協議にあたっては、当該加算算定に関わる「連携内容」を具体的な業務として明示しておくべきです。場合によっては、グループホーム側から要件以上のサービス提供の要求（今すぐ看護師に来てほしい等）がある可能性があるため、当該加算算定にかかる連携内容として医療機関としてどこまでのサービス提供を行うかを明示しておくことが望ましいと考えます。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - ・ 1施設2ユニット：18名
  - ・ 全て外来患者になり、単価10千円

約**2**百万円/年 増収



入院先医療機関と退院後の療養生活に関わるかかりつけ医、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等の密な連携を評価する報酬が診療報酬・介護報酬で設けられています

### 概要

入院先医療機関の退院カンファレンスなどに退院後の療養生活に関わる関係者が参加し、退院後の療養生活に関する指導を入院先医療機関の関係者と共同で患者に対して行うとそれぞれの施設で診療報酬、介護報酬を算定できます

### 連携の内容および増収のロジック

退院時に共同で指導を行った場合、各施設で以下のような報酬を算定できます

#### 【入院先医療機関】

##### ①診療報酬:退院時共同指導2 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが在宅療養担当の医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同で指導を実施した場合に算定できます。また、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所の関係者も当該指導に加わった場合、多機関共同指導加算 (2,000点) を算定できます

##### ②診療報酬:介護支援等連携指導料 (400点)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルが居宅介護支援事業所のケアマネジャーと共同して、退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定できます

#### 【在宅担当療養医療機関】

##### 診療報酬:退院時共同指導1 (900点)

- 主な算定要件:退院時共同指導2の算定要件に記載した指導を実施した場合、算定できます。また在宅療養支援診療所の場合は点数が1,500点に上がります

#### 【居宅介護支援事業所】

##### 介護報酬:退院・退所加算 (450単位～900単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関から利用者に関する情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定できます

#### 【訪問看護ステーション】

##### 介護報酬:退院時共同指導加算 (600単位)

- 主な算定要件:入院先医療機関の医師、看護師、コメディカルと共同して指導を入院中の利用者に対して行い、退院後、当該利用者に対して訪問看護を行った場合に算定できます

### 導入時の論点

#### 論点①：指導対象とする患者に関する方針

指導に関わる関係者の業務量を考慮すると、全ての患者に共同指導を行うことは現実的ではありません。したがって、入院先医療機関と退院後の療養生活に関わる関係者の間で、共同指導を行うことが望ましい患者に関する基本方針を定め、関係者間で予め認識をすり合わせておく必要があります (例:新規に在宅医療を導入する患者、退院後に利用する介護サービスに変更が生じる可能性のある患者等)

#### 論点②：指導日の日程調整

共同指導を実際に実施していく場合、指導対象となる患者を入院先医療機関において抽出した上で、指導日に関する関係者の日程調整を行う必要があります。入院先医療機関において指導対象となる患者を抽出するオペレーションは、指導対象とする患者に関する方針や医療機関内の体制により変わりますが、関係者の日程調整を考慮すると早めに対応することが必要です。

#### 論点③：ICTの利用

現行の診療報酬、介護報酬ではビデオ通話を利用した指導も認められています。ビデオ通話を利用することで関係者が入院先医療機関に赴く必要がなくなるので指導に係る時間的コストを下げることができますが、予め利用するツール等について関係者間で認識のすり合わせを行っておく必要があります。

### 増収額のイメージ

#### ● 前提

- 入院先において年間250名の患者に退院時共同指導実施：400点
- 退院時共同指導実施した地域の診療所：900点
- うち半分の患者 (125名) に居宅介護支援事業所が同席：450単位
- 50名の患者に訪問看護ステーションが同席：600単位

約**4**百万円/年 増収

※対象施設での増収合計額

在宅医療サービスの提供による患者の増加、在宅医療関連の診療報酬・介護報酬を算定することで増収に繋げる

### 概要

200床未満の病院および診療所が主な対象となります。また、200床未満で地域包括ケア病床を持つ病院では特に有用な選択肢となります。

### 増収のロジック

在宅機能の強化によって、在宅療養支援病院（診療所）（以後、在宅病）の届出を目指します。それにより、初診料の機能強化加算の届出、在宅時医学総合管理料・施設入居時総合管理料の単価増加が可能となります。また、地域包括ケア病床を有する病院では、最も入院単価の高い地域包括ケア病棟入院料(医療管理料) 1の要件の一部に訪問診療や訪問看護が設けられていることから、間接的に地域包括ケア病床の入院単価の増加にも影響があります。

患者数面においても、これまで外来通院が困難な患者に対しても医療サービスの提供が可能となるため、増患による増収も期待できます。

#### ● 各施設基準の関係

- 在宅時医学総合管理料
  - 施設入居時総合管理料
- ⇒在宅病とその他で単価が異なる

- 初診料（機能強化）
- ⇒要件に「在宅療養支援病院であること」という記載がある

- 地域包括ケア病棟入院料（医療管理料）1
- ⇒訪問診療の回数が3か月で30回等の要件がある

在宅病が必要

### 導入時の論点

#### 論点①：緊急時の体制

在宅病の届出に向けた要件のうち、緊急時の体制が最も多い論点です。特に「24時間の連絡体制」や「24時間の往診体制」の要件を満たすためには院内体制の検討が必要となります。一見、ハードルが高いようにも感じられますが、病院よりも医療資源の乏しい診療所でも多く届出がなされている施設基準であるため、病院であれば比較的届出しやすい施設基準です。

#### 論点②：在宅患者の獲得

施設基準の届出が完了した後、在宅医療サービスを提供する患者の獲得が必要となります。患者の獲得に向けては、訪問診療サービスの提供量が少ないエリアへのサービス展開とその周知が必要となります。

また、介護施設と連携を図ることで、一度に複数名の在宅医療提供患者の獲得が可能となります。詳細は、「連携・院内基盤整備 No.1 登録医・登録施設制度」をご覧ください。

### 増収額のイメージ

- 前提
  - 初診患者：700名/月
  - 在宅時医学総合管理料 算定患者：30名/月

約 **8+α** 百万円/年 増収

+α部分は在宅患者獲得によって変化

# Appendix

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 自院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 1 急性期特化型の病院リスト(1/5)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
医療法人慈公会公平病院	南部	戸田市
医療法人社団東光会戸田中央産院	南部	戸田市
医療法人社団東光会戸田中央総合病院	南部	戸田市
蕨市立病院	南部	蕨市
川口市立医療センター	南部	川口市
社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会川口総合病院	南部	川口市
社会医療法人社団大成会武南病院	南部	川口市
医療法人千葉外科内科病院	南部	川口市
かわぐち心臓呼吸器病院	南部	川口市
朝霞厚生病院	南西部	朝霞市
医療法人社団武蔵野会TMGあさか医療センター	南西部	朝霞市
独立行政法人国立病院機構埼玉病院	南西部	和光市
医療法人社団武蔵野会新座志木中央総合病院	南西部	新座市
医療法人向英会高田整形外科病院	南西部	新座市
医療法人社団サンセリテ三浦病院	南西部	富士見市
医療法人社団明芳会イムス三芳総合病院	南西部	三芳町
春日部市立医療センター	東部	春日部市
秀和総合病院	東部	春日部市
草加市立病院	東部	草加市
医療法人社団協友会メディカルトピア草加病院	東部	草加市
医療法人移山会二宮病院	東部	草加市
医療法人社団州山会広瀬病院	東部	八潮市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」(<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>)、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 1 急性期特化型の病院リスト(2/5)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
永井マザーズホスピタル	東部	三郷市
越谷市立病院	東部	越谷市
医療法人社団聖心会十全病院	東部	越谷市
医療法人社団南越谷病院	東部	越谷市
獨協医科大学埼玉医療センター	東部	越谷市
市川胃腸科外科病院	東部	越谷市
産婦人科菅原病院	東部	越谷市
医療法人道心会埼玉東部循環器病院	東部	越谷市
レイクタウン整形外科病院	東部	越谷市
医療法人社団協友会彩の国東大宮メディカルセンター	さいたま	さいたま市北区
医療法人宇治病院	さいたま	さいたま市大宮区
至誠堂富田病院	さいたま	さいたま市大宮区
自治医科大学附属さいたま医療センター	さいたま	さいたま市大宮区
埼玉県立小児医療センター	さいたま	さいたま市中央区
さいたま赤十字病院	さいたま	さいたま市中央区
社会福祉法人シナプス埼玉精神神経センター	さいたま	さいたま市中央区
医療法人川久保病院	さいたま	さいたま市浦和区
医療法人有隣会わかさ病院	さいたま	さいたま市南区
医療法人秋葉病院	さいたま	さいたま市南区
さいたま市立病院	さいたま	さいたま市緑区
医療法人社団幸正会岩槻南病院	さいたま	さいたま市岩槻区
岩槻中央病院	さいたま	さいたま市岩槻区

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」(<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>)、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 自院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 1 急性期特化型の病院リスト(3/5)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
埼玉脳神経外科病院	県央	鴻巣市
埼玉県立がんセンター	県央	伊奈町
大谷整形外科病院	川越比企	東松山市
シャローム病院	川越比企	東松山市
医療法人瀬川病院	川越比企	小川町
宏仁会小川病院	川越比企	小川町
明海大学歯学部附属明海大学病院	川越比企	坂戸市
医療法人社団マウナケア会清水病院	川越比企	坂戸市
埼玉医科大学病院	川越比企	毛呂山町
医療法人行定病院	川越比企	川越市
医療法人豊仁会三井病院	川越比企	川越市
医療法人愛和病院	川越比企	川越市
南古谷病院	川越比企	川越市
川越胃腸病院	川越比企	川越市
埼玉医科大学総合医療センター	川越比企	川越市
独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院	西部	所沢市
国立障害者リハビリテーションセンター病院	西部	所沢市
防衛医科大学校病院	西部	所沢市
医療法人慈桜会瀬戸病院	西部	所沢市
医療法人社団和風会所沢中央病院	西部	所沢市
所沢肛門病院	西部	所沢市
佐々木記念病院	西部	所沢市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」(<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>)、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 1 急性期特化型の病院リスト(4/5)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
所沢明生病院	西部	所沢市
医療法人社団桜友会所沢ハートセンター	西部	所沢市
飯能中央病院	西部	飯能市
医療法人泰一会飯能整形外科病院	西部	飯能市
狭山厚生病院	西部	狭山市
医療法人西狭山病院	西部	狭山市
医療法人金子病院	西部	入間市
豊岡第一病院	西部	入間市
医療法人永仁会入間ハート病院	西部	入間市
埼玉医科大学国際医療センター	西部	日高市
医療法人十善病院	利根	加須市
騎西病院	利根	加須市
埼玉医療生活協同組合羽生総合病院	利根	羽生市
社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会栗橋病院	利根	久喜市
新井病院	利根	久喜市
牛村病院	利根	幸手市
医療法人双鳳会山王クリニック	利根	白岡市
埼玉県立循環器・呼吸器病センター	北部	熊谷市
藤間病院	北部	熊谷市
籠原病院	北部	熊谷市
深谷赤十字病院	北部	深谷市
医療法人良仁会桜ヶ丘病院	北部	深谷市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」(<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>)、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 自院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 1 急性期特化型の病院リスト(5/5)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
医療法人信猶会菊地病院	北部	深谷市
医療法人葵深谷中央病院	北部	深谷市
皆成病院	北部	深谷市
医療法人益子会（社団）児玉中央病院	北部	本庄市
医療法人花仁会秩父病院	秩父	秩父市



# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 2 ケアミックス型の病院リスト：大都市型・地方都市型（200床以上の急性期特化型あり）（1/4）

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
医療法人財団啓明会中島病院	南部	戸田市
医療法人新青会川口工業総合病院	南部	川口市
医療法人安東病院	南部	川口市
医療法人健仁会益子病院	南部	川口市
医療法人刀水会齋藤記念病院	南部	川口市
寿康会病院	南部	川口市
医療法人社団協友会東川口病院	南部	川口市
医療法人三誠会川口誠和病院	南部	川口市
埼玉協同病院	南部	川口市
医療法人厚和会河合病院	南部	川口市
医療法人社団桐和会川口さくら病院	南部	川口市
医療法人社団厚生会埼玉厚生病院	南部	川口市
医療法人山柳会塩味病院	南西部	朝霞市
医療法人社団武蔵野会TMG宗岡中央病院	南西部	志木市
坪田和光病院	南西部	和光市
堀ノ内病院	南西部	新座市
医療法人財団明理会イムス富士見総合病院	南西部	富士見市
みずほ台病院	南西部	富士見市
医療法人さくらさくら記念病院	南西部	富士見市
医療法人社団草芳会三芳野第2病院	南西部	ふじみ野市
医療法人誠壽会上福岡総合病院	南西部	ふじみ野市
医療法人社団草芳会三芳野病院	南西部	三芳町

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」（<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>）、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 2 ケアミックス型の病院リスト：大都市型・地方都市型（200床以上の急性期特化型あり）(2/4)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
医療法人梅原病院	東部	春日部市
医療法人財団明理会春日部中央総合病院	東部	春日部市
医療法人光仁会春日部厚生病院	東部	春日部市
みくに病院	東部	春日部市
医療法人社団嬉泉会春日部嬉泉病院	東部	春日部市
医療法人社団庄和会庄和中央病院	東部	春日部市
医療法人社団全仁会東都春日部病院	東部	春日部市
医療法人社団全仁会埼玉筑波病院	東部	松伏町
医療法人社団明日佳埼玉あすか松伏病院	東部	松伏町
医療法人埼玉会埼玉草加病院	東部	草加市
医療法人社団協友会八潮中央総合病院	東部	八潮市
医療法人財団健和会みさと健和病院	東部	三郷市
医療法人社団愛友会三郷中央総合病院	東部	三郷市
医療法人三愛会三愛会総合病院	東部	三郷市
医療法人社団協友会吉川中央総合病院	東部	吉川市
医療法人社団協友会越谷誠和病院	東部	越谷市
医療法人社団大和会慶和病院	東部	越谷市
さいたま市民医療センター	さいたま	さいたま市西区
指扇病院	さいたま	さいたま市西区
独立行政法人地域医療機能推進機構さいたま北部医療センター	さいたま	さいたま市北区
医療法人ヘブロン会大宮中央総合病院	さいたま	さいたま市北区
医療法人社団双愛会大宮双愛病院	さいたま	さいたま市大宮区

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」（<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>）、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 自院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 2 ケアミックス型の病院リスト：大都市型・地方都市型（200床以上の急性期特化型あり）（3/4）

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
医療法人明浩会西大宮病院	さいたま	さいたま市大宮区
さいたま記念病院	さいたま	さいたま市見沼区
医療法人聖仁会西部総合病院	さいたま	さいたま市桜区
医療法人社団松弘会三愛病院	さいたま	さいたま市桜区
独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター	さいたま	さいたま市浦和区
医療法人博仁会共済病院	さいたま	さいたま市緑区
医療法人社団弘象会東和病院	さいたま	さいたま市緑区
丸山記念総合病院	さいたま	さいたま市岩槻区
医療法人社団医鳳会さいたま岩槻病院	さいたま	さいたま市岩槻区
医療法人社団愛友会伊奈病院	県央	伊奈町
丸木記念福祉メディカルセンター	川越比企	毛呂山町
医療法人武蔵野総合病院	川越比企	川越市
社会医療法人社団尚篤会赤心堂病院	川越比企	川越市
医療法人社団誠弘会池袋病院	川越比企	川越市
医療法人康正会病院	川越比企	川越市
帯津三敬病院	川越比企	川越市
医療法人社団関心会関本記念病院	川越比企	川越市
所沢市市民医療センター	西部	所沢市
社会医療法人至仁会圏央所沢病院	西部	所沢市
埼玉西協同病院	西部	所沢市
医療法人社団医鳳会並木病院	西部	所沢市
医療法人社団秀栄会所沢第一病院	西部	所沢市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」（<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>）、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 2 ケアミックス型の病院リスト：大都市型・地方都市型（200床以上の急性期特化型あり）（4/4）

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
旭ヶ丘病院	西部	日高市
武蔵台病院	西部	日高市
新久喜総合病院	利根	久喜市
東鷲宮病院	利根	久喜市
蓮江病院	利根	久喜市
社会医療法人熊谷総合病院	北部	熊谷市
熊谷外科病院	北部	熊谷市
埼玉慈恵病院	北部	熊谷市
熊谷生協病院	北部	熊谷市
医療法人啓清会関東脳神経外科病院	北部	熊谷市
医療法人社団優慈会佐々木病院	北部	深谷市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」（<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>）、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 3 ケアミックス型の病院リスト：地方都市型（200床以上の急性期特化型なし）・過疎型(1/3)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
こうのす共生病院	県央	鴻巣市
医療法人財団ヘリオス会ヘリオス会病院	県央	鴻巣市
医療法人社団愛友会上尾中央総合病院	県央	上尾市
医療法人藤仁会藤村病院	県央	上尾市
埼玉県総合リハビリテーションセンター	県央	上尾市
医療法人壽照会大谷記念病院	県央	桶川市
医療法人財団聖蹟会埼玉県央病院	県央	桶川市
北里大学メディカルセンター	県央	北本市
東松山市立市民病院	川越比企	東松山市
東松山医師会病院	川越比企	東松山市
医療法人埼玉成恵会病院	川越比企	東松山市
武蔵嵐山病院	川越比企	東松山市
小川赤十字病院	川越比企	小川町
坂戸中央病院	川越比企	坂戸市
医療法人関越病院	川越比企	鶴ヶ島市
医療法人靖和会飯能靖和病院	西部	飯能市
社会医療法人入間川病院	西部	狭山市
狭山中央病院	西部	狭山市
医療法人社団清心会至聖病院	西部	狭山市
社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院	西部	狭山市
原田病院	西部	入間市
医療法人明晴会西武入間病院	西部	入間市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」（<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>）、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 3 ケアミックス型の病院リスト：地方都市型（200床以上の急性期特化型なし）・過疎型(2/3)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
医療法人豊岡整形外科病院	西部	入間市
小林病院	西部	入間市
行田中央総合病院	利根	行田市
社会医療法人壮幸会行田総合病院	利根	行田市
医療法人社団弘人会中田病院	利根	加須市
医療法人大久保病院	利根	加須市
独立行政法人国立病院機構東埼玉病院	利根	蓮田市
蓮田病院	利根	蓮田市
秋谷病院	利根	幸手市
医療法人幸仁会堀中病院	利根	幸手市
社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院	利根	幸手市
医療法人社団哺育会白岡中央総合病院	利根	白岡市
医療法人ひかり会パーク病院	利根	白岡市
埼玉よりい病院	北部	寄居町
医療法人桂水会岡病院	北部	本庄市
本庄駅前病院	北部	本庄市
医療法人柏成会青木病院	北部	本庄市
医療法人三光会そのべ病院	北部	本庄市
本庄総合病院	北部	本庄市
医療法人鈴木外科病院	北部	本庄市
秩父市立病院	秩父	秩父市
本強矢整形外科病院	秩父	秩父市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」（<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>）、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 自院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 3 ケアミックス型の病院リスト：地方都市型（200床以上の急性期特化型なし）・過疎型(3/3)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
埼玉医療生活協同組合皆野病院	秩父	皆野町
国民健康保険町立小鹿野中央病院	秩父	小鹿野町

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 4 回復期・慢性期型の病院リスト(1/3)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
医療法人社団東光会戸田中央リハビリテーション病院	南部	戸田市
医療法人社団敬寿会わらび北町病院	南部	蕨市
医療法人今井病院	南部	蕨市
一般財団法人鳩ヶ谷中央病院	南部	川口市
医療法人あかつき会はとがや病院	南部	川口市
医療法人社団浅野病院	南西部	志木市
医療法人寿鶴会菅野病院	南西部	和光市
医療法人泰一会和光リハビリテーション病院	南西部	和光市
医療法人社団青葉会新座病院	南西部	新座市
北野病院	南西部	新座市
富家病院	南西部	ふじみ野市
医療法人財団明理会埼玉セントラル病院	南西部	三芳町
医療法人光仁会南部厚生病院	東部	春日部市
武里病院	東部	春日部市
医療法人社団春日部さくら病院	東部	春日部市
医療法人親和会鳳永病院	東部	草加市
草加松原リハビリテーション病院	東部	草加市
医療法人社団協友会埼玉回生病院	東部	八潮市
埼玉みさと総合リハビリテーション病院	東部	三郷市
医療法人財団東京勤労者医療会みさと協立病院	東部	三郷市
医療法人財団明理会新越谷病院	東部	越谷市
リハビリテーション天草病院	東部	越谷市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」(<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>)、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」



# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 4 回復期・慢性期型の病院リスト(2/3)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
指扇療養病院	さいたま	さいたま市西区
大和田病院	さいたま	さいたま市見沼区
大宮共立病院	さいたま	さいたま市見沼区
医療法人栄寿会林病院	さいたま	さいたま市桜区
医療法人ひかり会クリニカル病院	さいたま	さいたま市岩槻区
医療法人社団愛友会上尾中央第二病院	県央	上尾市
医療法人社団博翔会桃泉園北本病院	県央	北本市
希望（のぞみ）病院	県央	伊奈町
医療法人社団顕心会伊奈中央病院	県央	伊奈町
医療法人啓仁会平成の森・川島病院	川越比企	川島町
医療法人社団敬悠会菅野病院	川越比企	坂戸市
医療法人若葉会若葉病院	川越比企	坂戸市
鶴ヶ島池ノ台病院	川越比企	鶴ヶ島市
医療法人眞美会麻見江ホスピタル	川越比企	鳩山町
医療法人埼玉病院	川越比企	川越市
医療法人刀圭会本川越病院	川越比企	川越市
西武川越病院	川越比企	川越市
医療法人社団哺育会笠幡病院	川越比企	川越市
医療法人真正会霞ヶ関南病院	川越比企	川越市
川越リハビリテーション病院	川越比企	川越市
医療法人社団東光会東所沢病院	西部	所沢市
医療法人啓仁会所沢ロイヤル病院	西部	所沢市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」（<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>）、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 各種定義に従って分類した病院は以下の通りです 本院の状況を踏まえ、目安としてご利用ください

## 4 回復期・慢性期型の病院リスト(3/3)

医療機関名	二次医療圏名称	市町村
新所沢清和病院	西部	所沢市
医療法人社団和風会所沢リハビリテーション病院	西部	所沢市
医療法人社団明雄会北所沢病院	西部	所沢市
明生リハビリテーション病院	西部	所沢市
医療法人社団グロリア会前田病院	西部	狭山市
医療法人尚寿会大生病院	西部	狭山市
さって福祉病院	利根	幸手市
医療法人今井病院	利根	杉戸町
熊谷福島病院	北部	熊谷市
あねとす病院	北部	深谷市
埼玉療育園	北部	寄居町
医療法人彩北病院	北部	本庄市
医療法人本庄福島病院	北部	本庄市
医療法人社団寿会吉沢病院	北部	本庄市
秩父生協病院	秩父	秩父市
秩父第一病院	秩父	秩父市
医療法人彩清会清水病院	秩父	秩父市

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」(<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>)、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 疾患専門性の高い病床のみで構成されている病院は分類対象外となっています

## 分類対象外の病院①

医療機関名	二次医療圏名称	対象外の理由
静風荘病院	南西部	病床機能報告において全病床が障害者施設等入院基本料であるため
中川の郷療育センター	東部	同上
医療法人社団望星会望星病院	さいたま	同上
医療型障害児入所施設カリヨンの杜	さいたま	同上
カルガモの家	川越比企	同上
埼玉県立嵐山郷	川越比企	同上
医療法人社団青葉会狭山神経内科病院	西部	同上
医療法人社団愛友会蓮田一心会病院	利根	同上
北深谷病院	北部	同上
福祉医療センター太陽の園	北部	病床機能報告において全病床が障害者施設等入院基本料及び特殊疾患入院料であるため
医療法人誠朗会上野病院	南部	病床機能報告において全病床が介護療養病床であるため
城南中央病院	川越比企	病床機能報告に入院料の記載がなく、当該医療機関のWEBサイトでも入院料を確認できなかったため
医療法人恵愛会恵愛病院	南西部	同上
医療法人石川病院	さいたま	同上
医療法人仁栄会所沢緑ヶ丘病院	西部	同上
佐瀬病院	西部	同上
ふじみの救急病院	南西部	病床機能報告および当該医療機関のWEBサイトでも令和2年度時点の入院料を確認できなかったため
栗原眼科病院	利根	同上
医療法人土屋小児病院	利根	同上
光の家療育センター	川越比企	重症心身障がい児（者）のための入所施設であるため

（※）上記の病院は専門性の高い入院料・管理料のみで構成されているため、当該分類の対象外となっております。なお、対象外となる項目は以下の通りです。  
緩和ケア病棟入院料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、介護療養病床

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」（<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>）、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 疾患専門性の高い病床のみで構成されている病院は分類対象外となっています 精神病棟については、機能再編No.6「精神病棟の機能分化」をご参照ください

## 分類対象外の病院②

医療機関名	二次医療圏 名称	対象外の理由
医療法人高仁会戸田病院	南部	全病床が精神科病床であるため
医療法人高仁会川口病院	南部	同上
朝霞病院	南西部	同上
医療法人社団翠会和光病院	南西部	同上
医療法人社団明雄会三芳の森病院	南西部	同上
春日部セントノア病院	東部	同上
医療法人社団慶栄会八潮病院	東部	同上
尾内内科神経科病院	東部	同上
医療法人社団心明会中村病院	東部	同上
順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院	東部	同上
医療法人社団俊睿会南埼玉病院	東部	同上
医療法人秀峰会北辰病院	東部	同上
医療法人社団恵仁会与野中央病院	さいたま	同上
医療法人社団輔仁会大宮厚生病院	さいたま	同上
聖（しょう）みどり病院	さいたま	同上
医療法人白翔会浦和神経サナトリウム	さいたま	同上
埼玉県済生会鴻巣病院	県央	同上
医療法人社団宗仁会武蔵野病院	県央	同上
埼玉県立精神医療センター	県央	同上
医療法人緑光会東松山病院	川越比企	同上
医療法人昭友会埼玉森林病院	川越比企	同上

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」（<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>）、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 疾患専門性の高い病床のみで構成されている病院は分類対象外となっています 精神病棟については、機能再編No.6「精神病棟の機能分化」をご参照ください

## 分類対象外の病院③

医療機関名	二次医療圏 名称	対象外の理由
川越同仁会病院	川越比企	全病床が精神科病床であるため
医療法人山口病院	川越比企	同上
医療法人三信会岸病院	川越比企	同上
医療法人社団ゆうしん西川病院	川越比企	同上
川越セントノア病院	川越比企	同上
医療法人社団松弘会トワーム小江戸病院	川越比企	同上
医療法人信和会三ヶ島病院	西部	同上
医療法人啓仁会ロイヤルこころの里病院	西部	同上
所沢慈光病院	西部	同上
南飯能病院	西部	同上
飯能老年病センター	西部	同上
武蔵の森病院	西部	同上
医療法人狭山ヶ丘病院	西部	同上
医療法人尚寿会あさひ病院	西部	同上
松風荘病院	西部	同上
医療法人藍生会不動ヶ丘病院	利根	同上
池沢神経科病院	利根	同上
久喜すずのき病院	利根	同上
医療法人社団心の絆蓮田よつば病院	利根	同上
医療法人慈光会東武丸山病院	利根	同上
医療法人社団白桜会新しらおか病院	利根	同上

出所：埼玉県「病院・救急診療所名簿」(<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/5505.html>)、厚生労働省「令和2年度病床機能報告の報告結果」

# 疾患専門性の高い病床のみで構成されている病院は分類対象外となっています 精神病棟については、機能再編No.6「精神病棟の機能分化」をご参照ください

## 分類対象外の病院④

医療機関名	二次医療圏 名称	対象外の理由
西熊谷病院	北部	全病床が精神科病床であるため
埼玉江南病院	北部	同上
医療法人邦央会楽仙堂病院	北部	同上
医療法人社団明雄会本庄児玉病院	北部	同上