

特集

大阪府医師会都市区等医師会長協議会 特別講演

令和4年度診療報酬改定を 踏まえた動向について

日本医師会長 松本 吉郎



この記事は、令和4年7月21日(木)に開催された「大阪府医師会都市区等医師会長協議会」での特別講演の様子をまとめたものです。



松本吉郎・日本医師会長

6月25日の日本医師会定例代議員会で会長に選出いただきました松本です。

本日は「令和4年度診療報酬改定を踏まえた動向について」ということで、私なりに8項目について整理し、重要項目をピックアップしてお話しさせていただきます。



急性期充実体制加算



私は、去年10月に中医協の3期目を満期で退きましたが、その後も医療保険担当として今回の改定には強く関わってきました。コロナ禍で疲弊している医療機関に対して大きな変化のないような改定を求めましたが、ふたを開けてみると、結構な項目を改定することになりました。その中でも目を引くのが高度急性期で、かなり点数がつかしました。それ以外のところは厳しい改定になったという思いがあります。急性期充実体制加算は、まさに厚生労働省、あるいは財務省が描く高度急性期の将来像が凝縮されていると思います。ここはしっかりと勉強していく必要があるところですよ。

高度かつ専門的な医療の提供、重症救急患者に対する医療の提供、自宅や後方病床等への退院を支援する機能、この三つを踏まえた形で急性期や高度急性期を考えていく必要があります。

急性期充実体制加算は、まさにスーパー急性期と言われているように、全身麻酔による手術が年2,000件、緊急手術もほとんど毎日1件行うような体制が求められます。総合入院体制加算は、全身麻酔による手術件数は800件と急性期充実体制加算に比べるとやや少なくなっています。それから、急性期充実体制加算は、一般病棟における平均在院日数が14日以内、同一医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟した患者の割合が1割未満という要件がつかしました。精神科を標榜して充実した体制を整備した場合には、精神科充実体制加算で評価されます。

そのほか、入退院支援加算1または2をしっかりと取っていくということが重要かと思えます。また、感染対策向上加算1も、コロナを考えると、意味深げな加算になると思います。

それから、急性期充実体制加算を取りたい病院は、急性期一般入院料1を届け出ていること、敷地内薬局を設置していないことが条件になりました。日医としても敷地内薬局は問題視しており、相当見直されるころだと思えます。

療養病棟入院基本料または地域包括ケア病棟入院料の届け出を行っていないことも条件になっています。

急性期充実体制加算と総合入院体制加算を14日間算定した場合の累積点数を比較すると、急性期充実体制加算が非常に高い点数に

なっています。12日目からは総合入院体制加算1のほうが1日当たりの点数が高くなりますが、全体としては急性期充実体制加算が一番高い点数で、続いて総合入院体制加算1・2・3の順序になります。(図1)

急性期充実体制加算をまとめますと、まず24時間の救急医療提供が求められます。救命救急センターまたは高度救命救急センターを有しているか、救急搬送件数が年2,000件ということになり、かなり厳しい要件になります。手術等の要件も事細かに決められています。感染対策向上加算1を届け出ている、院内の対策とあわせて地域の診療所等とも連携し、指導的な役割を担うことも必要です。

外来機能分化に関する取り組みも、初診に係る選定療養の届出・実費の徴収、紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上となっています。紹介受診重点医療機関という言葉がここに入ってきて、これもまた新しい考え方で、今改定の重要なポイントになっていま

す。



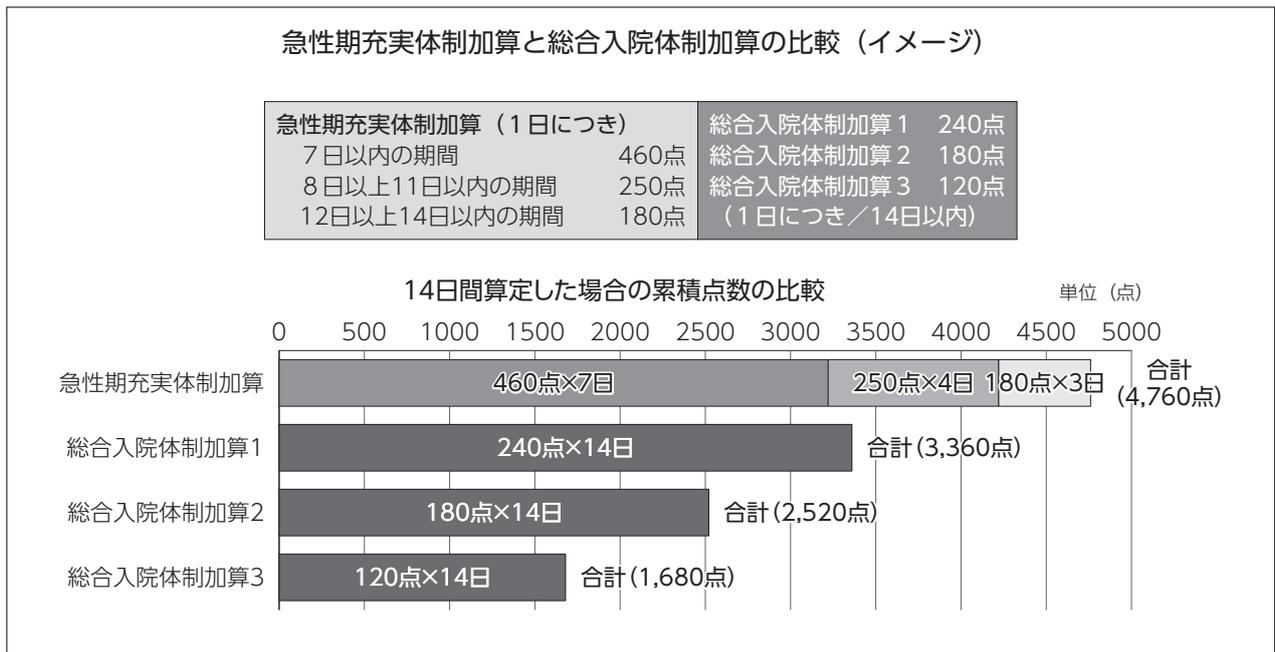
急性期一般入院料



重症度、医療・看護必要度の見直しが求められました。日医としては、変更しないよう主張していましたが、3期連続で公益裁定になりました。国の施策として、ベッドを減らしたいという思いが色濃く、ここの闘いです。機能分化ということは、急性期一般の1を減らせということと同意義で、ずっと言われています。

特に心電図モニターの管理が削除になったのは非常に痛いです。心電図モニターの管理を重症度、医療・看護必要度のカウントから除こうという考えが出てきました。大きく影響したと思いますし、またその影響の具合が出てくることでしょう。中医協では強く反対しましたが、公益裁定に押し切られました。あと、輸血や血液製剤の管理の点数を1点か

(図1)



ら2点に変更、これはプラス方向に行ったと思います。

それから、「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更したこともプラス要因だと思いますが、結果を追っていかないといけないと思います。

重症度、医療・看護必要度が変わり、例えば200床未満の緩和措置が取られたことはよかったですと思います。必要度ⅠとⅡの差は、改定前は2ポイント差でしたが、改定後は3ポイント差になりました。改定後の必要度Ⅰでは基準を満たせなくなっても、経過措置期間に必要度Ⅱに移行することで該当患者割合を満たせる医療機関もあると思いますし、200床未満の緩和措置も効果的だったと思います。入院料4については、入院料3に比べて4ポイント差となっています。今回の基準見直しによって可能な限り4から落ちないような配慮をしました。入院料5は廃止になっ

て、7段階から6段階になりましたが、これも一定の配慮をすることができたと思います。少し厳しくなったところはありますが、何とか急性期Ⅰに留まっていたと思います。一方、1と2はもともと点数に大きな差はないので、7対1から10対1にして、実質的な点数があまり変わらない2に移るという選択も考えられます。(図2)



地域包括ケア病棟



今回の改定で一番厳しく踏み込まれたと思います。地域包括ケア病棟は、平成26年から診療報酬で評価されるようになり、あっという間に11.5倍に増えました。これは、厚労省が急性期を減らすため、ある程度の点数をつけて誘導してきたのですが、今度は増え過ぎたために少し調整しようという力が働いているのだと思います。回復期リハビリテーショ

(図2)

重症度、医療・看護必要度の評価項目および施設基準の見直し			
改定後 (公益裁定)			
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	IとⅡの差
急性期一般入院料1	31% (28%)	28% (25%)	3pt
急性期一般入院料2	27% (25%)	24% (22%)	3pt
急性期一般入院料3	24% (22%)	21% (19%)	3pt
急性期一般入院料4	20% (18%)	17% (15%)	3pt
急性期一般入院料5	※ 旧入院料6 (新入院料5) と統合		
急性期一般入院料6・5	17%	14%	3pt
急性期一般入院料7・6	—		

✓ 必要度ⅠとⅡの差

- ▶改定前は2ポイントの差であったが、改定後は3ポイントに広がった。改定後の必要度Ⅰでは基準を満たせなくなってしまう病院であっても、経過措置期間(令和4年9月30日まで)に必要度Ⅱに移行することで、該当患者割合を満たせる医療機関もあるのではないかと。

✓ 200床未満の医療機関に対する緩和措置

- ▶入院料1であれば3ポイント、入院料2～4については2ポイント分の緩和がなされている。

✓ 入院料ごとの該当患者割合の差(階段の幅)

- ▶入院料4については、入院料3と比べて4ポイント差となっており、今回の基準見直しによっても、可能な限り、入院料4から落ちないよう配慮。

✓ 旧入院料5の廃止

- ▶旧入院料6(新入院料5)に統合されたが、新入院料5の該当患者割合は、旧入院料6の基準よりも低い。(旧入院料の5や6を算定されている医療機関は、新入院料5に留まれるように配慮)

※ () 内は200床未満の緩和措置

ン病棟も増えましたが、こちらは1.2倍程度に収まっているので、今回もそれほど大きな改定は求められませんでした。(図3)

重症患者割合が、重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合は14%以上から12%以上、Ⅱの場合は11%以上から8%以上になりました。それから、入退院支援および地域連携業務を担う部門の設置に加え、入院料および管理料1・2については、入退院支援加算1を届け出ていることが要件になっています。これは許可病床100床以上の場合ですが、うまくできない場合には10%の減算規定があります。

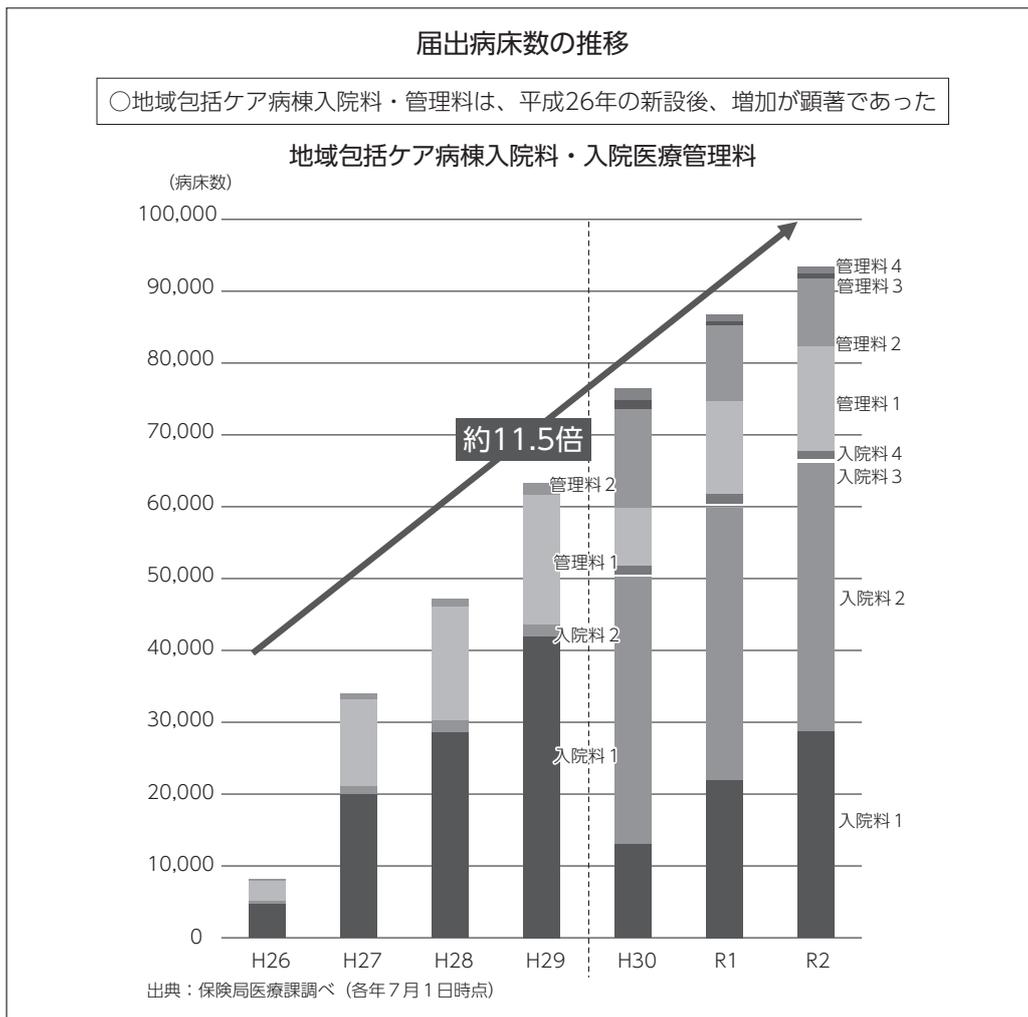
大きかったのは、救急の実施が入ったこと

です。一般病床において届け出る場合、二次救急医療機関または省令に基づく救急病院(200床未満は、救急外来の設置または24時間の救急医療提供)としております。

さらに、在宅復帰率の引き上げ(1・2)と新設(3・4：在宅復帰率7割以上)、一般病棟から転棟した患者割合の要件(2・4のみ)は許可病床数400床以上でしたが、「200床以上」となり、減算も厳しくなりました。

地域包括ケア病棟は、①いわゆるポストアキュート部分、②他院あるいは在宅等からの入院、③退院後の支援——の三つの役割があ

(図3)



り、バランスよく取れる医療機関を評価する形になったということです。

日医としては、地域によって役割が違いますので、あまり高度な設定をしないよう訴えていましたが、厳しい改定が行われました。自宅から入棟した患者割合も厳しくなり、緊急患者の受け入れなど、実績等も事細かに求められることになりました。

ただし、点数を減らすことは絶対に認めないとの姿勢を貫きましたので、要件が厳しくなったということです。特に、急性期1と地域包括ケア病棟の両方を持っているところは、どう見極めていくのか。今後の方針を考えていかなければならないと思います。

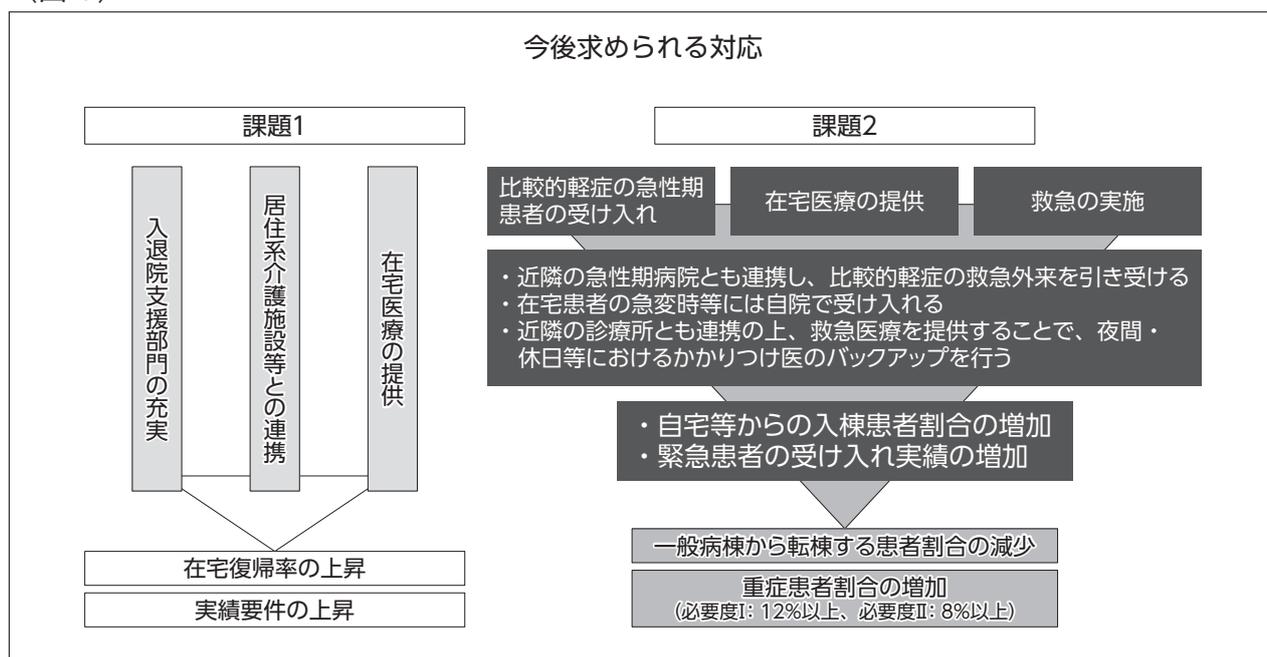
今後の課題1としては、入退院支援部門の充実、居住系介護施設等との連携、在宅医療の提供で、特に今後は在支病と地域包括ケア病棟の両方を持つというようなことがステータスとして求められるのではないかと思います。課題2としては、比較的軽症の急性期患

者の受け入れ、在宅医療の提供、救急の実施が求められるので、急性期、療養病棟を含めて、やはり地域全体で連携して診るということは当然のことながら必要になると思います。(図4)

在宅復帰率の引き上げも非常に厳しいです。施設基準を満たせなくなる可能性があります。在宅復帰率の実績を上げるには、居住系介護施設や有床診療所との連携が求められるし、入退院支援加算が非常に重要になってきます。人の配置や連携など手間がかかるところに加算が認められていますので、そこが一つのポイントになると思います。

機能強化型在支病の施設基準に、地ケア病棟入院料・入院医療管理料1または3を届け出ているという要件が新しく入ったのは、やはり在支病と地ケアの両方を持つということ为国が進めているからだと思えますし、先述したように、人をたくさん配置してチームとして行うようなところには、加算がつくよう

(図4)



な仕組みになっています。ここをしっかりと見極めていくことが重要です。

回復期リハビリテーション病棟

重症者の割合が3割だったところ（1・2）は4割に、2割だったところ（3・4）が3割に上がりました。それから、第三者評価を受けていることが望ましいという要件が追加されました。ただ、いろいろな「望ましい」要件がありますが、将来、義務化されるということが考えられるので、ここはしっかりと取り組んでいただきたいです。

重症者の割合は非常に厳しい要件が入りました。重症度に応じた見直しや、重症者の回復割合に係る実績のバランスを取るにはかなりの努力が必要かと思えます。患者によっては、一般病棟を経ずに直接回リハに受け入れることを検討することも重要だと思えます。

医療従事者の負担軽減・働き方改革の推進

地域医療体制確保加算が520点から620点に見直され、新規入院患者ごとに認められることになりました。この100点の上積みは大きいと思います。救急用の自動車または救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が年2,000件以上など、これまでは大病院しか算定できませんでしたが、もう少しベッド数の少ない病院、あるいは救急搬送件数2,000件以下の病院での算定を要望し、ハイリスク分娩加算などを算定しているところは加算できるようになりました。労働時間短縮計画等の作成が必要ですが、それほど厳しいハードルではないと思います。もちろん、労働時間の短縮に

しっかりと取り組んでいただきたいと思えます。

もう一つは、医師事務作業補助体制加算をしっかりと引き上げることができました。要件が多少厳しくなったところもありますが、点数自体はかなり上がりましたので、ここも現場の努力で取っていただきたいと思えます。

手術および処置の時間外加算1に係る要件の見直しも行いましたし、夜間の看護配置に係る評価も充実させることができたのは評価できると思えます。ここで点数が大きく上がりました。特定行為研修修了者の活用推進、看護補助者のさらなる活用に係る評価の新設等も行われています。



感染症対策



コロナ対応としての診療報酬上の特例に関しては、院内トリアージ実施料（300点／回）が算定可能となり、大きな点数になっていると思えます。入院に関する点数については、継続される予定です。外来に関する点数については、9月30日に期限を迎えるものもありますが、さらに状況を見ながら、期限を越えても継続できるよう政府に訴えていきます。

自宅療養中の新型コロナ患者に対して電話等を用いた初再診も充実させています。コロナ禍においてはオンラインよりも電話の方が利用されたということは、しっかりと認識しています。

外来感染対策向上加算等の新設です。病院には感染防止対策加算1と2がありました。大幅な点数の引き上げになりました。そ

れなりの厳しい要件はつきましたが、しっかり役割を果たしていくことが基幹病院や高度救急も含めて求められています。感染対策向上加算1を算定し、しっかりと地域の病院や診療所と連携を取って指導的な立場になってほしいという願いの710点だと思えますし、指導強化加算30点とか連携強化加算30点、サーベイランス強化加算5点など、自院だけではなく、地域の病院の手助けもしてほしいということだと思えます。

今回、先生方のご要望に沿う形で初診・再診料の引き上げも要望しましたが、再診料を1点引き上げるのに100億円要しますので、非常に厳しい。一方で、外来感染対策向上加算の6点と連携強化加算の3点、サーベイランス強化加算1点を全部取ると10点になります。月1回の算定ですが、すべて取れば大きな加算になると思えます。ただ、サーベイランス強化加算は診療所ではなかなか取りにく

い面もあります。特にJANISとかJ-SIPHEはハードルが高いと思われます。(図5)

平時と有事ではかかりつけ医の対応は違うというのが日医の基本的な考えですが、財務省筋は、コロナ禍でかかりつけ医が機能しなかったと言っています。当初は、未知の感染症であり、資材不足や検査の不備、発熱外来も帰国者・接触者外来に限られていました。保健所の機能不全で医療機関が対応できなかった面もあり、コロナ対応とかかりつけ医制度を結びつけて論じられるのは心外です。しかし、外来感染対策向上加算を取っていないと、かかりつけ医として機能していないと言出しかねないことを心配しています。ここをしっかりとガードしなければならないと思っています。

外来感染対策向上加算については、しばらく経つとこれが当たり前だということを言われ、引きはがしにかかれる可能性もありま

(図5)

外来感染対策向上加算の新設 (令和4年度改定)	
(新) 外来感染対策向上加算	6点 (患者1人につき月1回)
[主な施設基準]	
(1) 専任の院内感染管理者が配置されていること。	
(2) <u>少なくとも年2回程度</u> 、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関または地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関または地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、 <u>少なくとも年1回参加していること。</u>	
(3) 新興感染症の発生時等に、 <u>都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。</u>	
(4) 新興感染症の発生時等に、 <u>発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。</u>	
(新) 連携強化加算	3点 (患者1人につき月1回)
[施設基準]	
(1) 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、 <u>過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。</u>	
(新) サーベイランス強化加算	1点 (患者1人につき月1回)
[施設基準]	
(1) 院内感染対策サーベイランス (JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) 等、 <u>地域や全国のサーベイランスに参加していること。</u>	

す。ハードルはありますが、できる限り取るように努力をしていただきたい。専任の院内管理者、カンファレンスも何とか頑張っていたが、郡市区医師会がしっかりとサポートして、この点数が取りやすいような努力を会長先生にお願いしたいと思います。

6月26日の代議員会では、感染症対策加算の要件が厳しいとのご意見を頂戴しました。繰り返しになりますが、地域の基幹病院と中小病院、診療所が連携して、面として感染症対策を実施するための評価ですので、病院にも地域と連携を取っていただくようお願いしたいと思います。

連携評価（病診連携・外来機能分化）

病診連携の情報提供に係る評価については3回にわたる改定がありました。平成30年度改定で療養・就労両立支援指導料1,000点、相談体制充実加算500点が新設されました。産業医関係の診療報酬としては初めての画期

的な点数だったと思います。利用するにはまだまだハードルが高いという指摘もありますが、対象疾患や提携先も拡大しながら、療養と就労の両立支援をしていきたいと思えます。両立支援を受けた患者がしっかりと働き、世の中を支える。要するに、患者は支えられる側でもあり、世の中を支える側にもなるわけで、この点をしっかりと支援していきたいと思っています。令和2年度に見直しがあり、4年度改定では、心疾患、糖尿病および若年性認知症が対象疾患として追加されました。企業側の連携先に衛生推進者も追加し、小規模のところでも取れるような形にしております。（図6）

妊産婦、産褥期の自殺率は諸外国に比べて高く、自殺予防の観点でハイリスク妊産婦連携指導料1・2を要望し、平成30年度改定で新設されました。私自身、自殺対策については長年取り組んでおり、ようやく評価されたという思いがあります。令和4年度改定では、かかりつけ医にもこころの連携指導料

（図6）

平成30年度改定（新設）	
がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価および、専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価が新設。	
療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点
令和4年度改定（見直し）	
①療養・就労両立支援指導料における対象患者および連携先の拡大 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患および主治医の診療情報提供先を見直す。 ・対象となる疾患に心疾患、糖尿病および若年性認知症を追加 ・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている衛生推進者を追加	
②療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士および公認心理師を追加する。	

(Ⅰ)と(Ⅱ)を新設しました。私は、自殺予防について厚労省に6年間訴えており、ようやく確保できた点数です。精神科または心療内科を標榜する保険医療機関とかかりつけ医の連携というところで高い点数をつけています。

また、大阪府では医療的ケア児について先進的に取り組まれ、主導的な役割を果たしていただいております、感謝申し上げます。2年度改定で学校に対する情報提供ということで初めて点数がつきました。これもずっと要望していたのですが、会社への情報提供に対して算定できる点数を産業医でつくり、今度は学校に出した場合でも点数を取れるようにしました。ここも大きなポイントになったと思います。今回の改定では、対象の学校・児童相談所等も増やし、高校等も追加しました。も

う一つは、アレルギー疾患の児童に関して、学校に情報提供ができるようになりました。小児慢性特定疾病とアレルギー疾患を有する患者を追加できました。今後、対象患者を増やしていきたいと思っております。

次に、紹介受診重点医療機関という項目が新しく入り、いろいろなところに顔を出しています。本来は、紹介受診重点医療機関をつくって、地域との機能分化を図るとというのが一つの流れですが、選定療養費の複雑な仕組みをここに組み込んだことは納得がいきません。無理のない範囲で行うのは結構ですが、2,000円を増やして、その2,000円は医療保険から控除するというのは、ある意味苦し紛れの改定だったと思います。

このような形で機能を強化・分化して、大病院の受診からなるべく一般の診療所に移す

(図7)

連携強化診療情報提供料の新設

▶ 外来医療の機能分化および医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料(Ⅲ)について、

- ・ 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
- ・ 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

(改)【連携強化診療情報提供料】 150点

[算定要件]

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

[対象患者]

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院または診療所から紹介された患者
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

地域の診療所等



例：生活習慣病の診療を実施

紹介受診重点医療機関



例：合併症の診療を実施

患者を紹介 →

← 診療状況を提供

連携強化診療情報提供料を算定

という意味ではいいと思います。特に大きな病院は入院機能で頑張っていたかどうかというのは、方向としては誤っていないと思います。一方で、選定療養費の件は逆に違和感があるところではあります。

重点医療機関になれば初日800点、地域医療支援病院は1,000点つきますが、これを両方取ることではできません。こういった方向に向かうか、注視していきたいと思っています。

診療情報提供料（Ⅲ）は分かりにくいので、今回は連携強化診療情報提供料に変更し、対象を増やしています。かかりつけ医機能を有する医療機関であれば取れますので、地域包括診療加算・診療料の届出があれば取りやすくなります。ここも紹介受診重点医療機関という言葉が入っています。医療法の中では紹介率と逆紹介率という「率」が残っていますが、診療報酬では、紹介「割合」、逆紹介「割合」と変わり、逆紹介の分母に再診患者が入ります。これがどのような影響を及ぼすか注視していきたいと思っています。もともと

と初診患者というよりは、再診患者をしっかりとかかりつけ医に戻してほしいという要望でしたので、こうしたところと関連した定義の変更だと思います。（図7）

機能強化加算、地域包括診療加算

地域包括診療料・加算については1と2がありますので、診療所には何とか地域包括診療加算2を取っていただきたいと思っています。予防接種に係る相談に対応することを要件に追加していますが、これは普通の診療所であればやっていることだと思いますので、大きな変更ではないと思っています。診療所や200床未満の病院にとっては大きな点数だと思いますので、ぜひ取得していただきたいと思っています。

また、機能強化加算は、ア) 地域包括診療加算、イ) 地域包括診療料、ウ) 小児かかりつけ診療料、エ) 在宅時医学総合管理料、オ) 施設入居時等医学総合管理料——のいずれ

（図8）

機能強化加算

地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。

- ① 介護保険制度の利用等に関する相談への対応および要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。
- ② 警察医として協力していること。
- ③ 母子保健法に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6カ月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること。
- ④ 予防接種法に規定する予防接種（定期予防接種）を実施していること。
- ⑤ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医または小学校、中学校もしくは高等学校の学校医に就任していること。
- ⑥ 「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席していること。
- ⑦ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。

れかの届出を行うことが要件になります。一般的な診療所であれば、小児科はウが取れるでしょう。小児科以外ですとエを取るか、ア・イを取っていくことになろうかと思えます。エが取れない場合はアを取っていただきたいと思えます。

かかりつけ医機能として求められる対応については決して無理のないことだと思いますし、これは「必要に応じて」という言葉が入っていますので、すべての患者にしなければならないということではありません。

それから、地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応のいずれかを行っている常勤の医師を配置するとの要件ですが、私は皮膚科ですが介護認定審査に係る主治医意見書は年に何回か書きますし、予防接種をすることは当然だと思っています。また、小学

校の学校医もしていますので、①から⑦までのいずれかを行うことは決してハードルが高いものではないと思えます。特に内科、小児科の先生は問題ないと思えます。(図8)

あとは、地域包括診療加算の実績要件が少し変わりました。地域包括診療料加算の患者を年に3人以上診るか、もしくは、例えば往診を年3人以上行うということになります。

「又は要件」ですので、何とかクリアしていただきたいと思えます。

これは、機能強化加算に係る院内掲示の例ですが、こういったことを貼り出していたいくことになろうかと思えます。(図9)

ご清聴賜りまして、ありがとうございます。

(文責：広報委員会)

(図9)



機能強化加算に係る院内掲示 (例)

当院は「かかりつけ医」として、必要に応じて次のような取り組みを行っています。

- ◇健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関する相談に応じます。必要に応じ、専門の医師・医療機関をご紹介します。
- ◇保健・福祉サービスの利用に関するご相談に応じます。
- ◇夜間・休日の問い合わせへの対応を行っています。
- ◇受診している他の医療機関や処方されているお薬を伺い、必要なお薬の管理を行います。

●● 医院

※ 厚生労働省や都道府県のホームページにある「医療機能情報提供制度」のページで地域の医療機関が検索できます。



参考資料 (白本) の巻末にサンプルを掲載したので活用ください