

されているのである。

このような配慮がなされている DPC に対して、過度の外来シフトやコスト削減を行うと、次回の改定時における点数の下落をもたらす、デフレスパイラル状態に陥ることになる。コスト削減よりも、先に手を打っておくべきことが急性期病院にはある。

急性期病院の経営における最重要課題は、医療連携であり、なかでも逆紹介体制の構築がポイントとなる。第 5 次医療法改正における医療計画の見直しにより、各都道府県は、4 疾病（癌、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）5 事業（救急、災害時、へき地、周産期、小児医療）について、急性期から回復期・維持期等に至るまでの各病期において求められる医療機能を記載し、それらを担う医療機関等の名称を原則として記載することとなっている。地域連携クリティカルパスなどを駆使して連携システムを構築した医療機関が、新しい医療計画に名を連ねることになるのだ。

急性期病院

が医療連携を成功させる 4 つのステップは、(1) 病院内における体制とコンセンサスづくり、(2) 地域診療所の医師への営業活動（勉強会＋連携室

職員による訪問）、(3) 地域コメディカル対象の勉強会の開催（レベルの均質化）、(4) 地域住民全体への啓蒙活動（疾患と医療連携の意義の啓蒙）——である。最初に、院内におけるコンセンサスづくりが不可欠であり、医療連携室に専門医が関わらなければ逆紹介は進みにくい。

これまで、中央部門として位置づけられてきた放射線部門は、医療連携時代には“集客”部門としての重要性を増すだろう。MRI、PET-CT、RI 検査などは、前方連携のきっかけなるし、地域連携クリティカルパスの構築する上で、定期的な検査が欠かせないからだ。

医療連携 2.0（逆紹介）の時代

