

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.584 2019.7.30

医療情報
ヘッドライン

約14万人の医師を対象に 「医師の働き方実態調査」を実施

▶厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会

2018年の 医療事故は4,565件、 療養上の世話、治療・処置が6割以上

▶公益財団法人 日本医療機能評価機構

週刊
医療情報

2019年7月26日号

1ラウンドの議論を取りまとめ、 秋から2ラウンド

経営
TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査

(平成31年2月末概数)

経営情報
レポート

勤務環境改善と適正な労働時間を管理する 医療機関における働き方改革

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

医療情報
ヘッドライン
①

約14万人の医師を対象に 「医師の働き方実態調査」を実施

厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会

厚生労働省は、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を新たに立ち上げ、7月5日に第1回会合を開催。約14万人の医師を対象に「医師の働き方実態調査」を実施する方針を明らかにした。また、医師の時間外労働上限規制の例外となる医療機関を年内に特定し、来年の通常国会に医療法改正案を提出したい意向も示している。

■4月から働き方改革関連法が順次適用、 時間外労働時間の罰則付き上限規制等導入

今年4月から働き方改革関連法が順次適用され、時間外労働時間の罰則付き上限規制などが導入された。

医師の場合は5年間の猶予が設けられたため、2024年4月からの適用となるが、原則として年間960時間以下となる。とはいえ、24時間365日対応が必要な救急医療の場合、機械的に労働時間を短縮することはできない。短期集中的に臨床経験を積む必要がある臨床研修医の場合も同様であるため、この両者に関しては年間1,860時間以下（月100時間以下）と設定された。

この年間1,860時間以下を厳守するためには、その医療機関が労働時間短縮に取り組んでいる必要があるとの考えから、確認・評価するための第三者機関（評価機能）を新たに設置。定められた要件を満たしているとの評価を受けなければ、「年間1,860時間以下」の対象医療機関にならないということになっ

た。しかし、現時点では評価要件が定まっていないため、今回立ち上げた「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で検討を進めていこうというわけだ。

■評価機能による確認は遅くとも 2022年度に開始する必要がある

前述したように、医師の時間外労働上限規制は2024年4月から適用されるため、2023年度中には要件を満たした医療機関の特定を完了させなければならない。

厚労省は、評価機能による確認は遅くとも2022年度に開始する必要があると見込んでおり、残された時間は限られている。

検討会の構成員である今村聡日本医師会副会長は「新設するのではなく、都道府県に設置されている『医療勤務環境改善支援センター』の機能を強化して対応すべき」と提案。都道府県から独立した機関とはならない難点はあるが、現実的な案ではあり、厚労省がどのように判断するか注目される。

なお、約14万人と半数近い医師を対象に行われる大規模な「医師の働き方実態調査」は、9月2日～8日の1週間の勤務状況や、8月の宿直・オンコール回数、コメディカルとの業務分担の取組状況や出産・育児経験がある場合の離職経験、勤務先の支援状況なども項目に盛り込まれている。

有効回答率を上げるため、オンラインでの回答も受け付ける予定だ。

医療情報
ヘッドライン
②

2018年の医療事故は4,565件、療養上の世話、治療・処置が6割以上

公益財団法人 日本医療機能評価機構

日本医療機能評価機構は 7 月 5 日、「医療事故情報収集等事業」の 2018 年年報を公表。

2018 年に報告された医療事故が 4,565 件だったことがわかった。そのうち死亡事故は 356 件、「障害残存の可能性ある」事故は 1,735 件となっており、約 45%が重要な事故となっていたことが明らかとなっている。

■診療科別の最多は整形外科で全体の11.8% (665件)、次いで外科が8.3%(469件)

事故の内容としてもっとも多いのが、ベッドからの移動中の転落や入浴中の熱傷などの「療養上の世話」で 1,553 件（全体の 34.0%）。次いで「治療・処置」が 1,283 件（同 28.1%）となっており、この 2 つで全体の 6 割以上を占めている。

診療科別に見ると、最多が整形外科で全体の 11.8%（665 件）。次いで外科が 8.3%（469 件）、内科 6.6%（369 件）、消化器科 6.3%（356 件）、循環器内科 5.7%（319 件）、呼吸器内科と小児科が 5.0%（ともに 284 件）と続く。

ヒヤリ・ハット事例として報告されたのは 92 万 1,140 件。このうち、「誤った医療」が実施されたと報告されているのは 61 万 6,197 件。全体の約 7 割が該当する形となった。もっとも多いのが「薬剤」で 19 万 5,735 件、次いで「療養上の世話」が 14 万 2,533 件、「ドレーン・チューブ」が 10 万 5,554 件となっている。

■医療事故の再発をできるだけ防ぐため、「再発・類似事例の分析」を実施

同機構では、これらの医療事故の再発をできるだけ防ぐため、注意喚起の目的で「再発・類似事例の分析」を実施している。

2018 年に報告された再発・類似事例の報告件数で多かったものは「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例」（63 件）、「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」（33 件）、「体内にガーゼが残存した事例」（32 件）、「アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例」（22 件）などが挙げられている。

業務に追われる中で、確認をつい怠ってしまったり起こったと思われる事例が多い。医療事故は患者にとってはもちろん、医師や看護師をはじめとする医療機関側にとっても大きなダメージを受けることとなる。経営的に見ても、事故をできるだけ未然に防ぐことが重要となるため、現場でこれらの事例を共有しつつ、繰り返し注意喚起を促す地道な取り組みがやはり必要だといえるのではないかな。



医療情報①
中央社会保険
医療協議会

1ラウンドの議論を取りまとめ、 秋から2ラウンド

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は7月24日に総会を開き、2020年度の診療報酬改定に向けた「第1ラウンド」の議論を取りまとめた。中医協は今秋から、外来・入院・在宅・歯科・調剤といった個別テーマごとの「第2ラウンド」の議論に入る。厚労省はこの日、第1ラウンドの議論を取りまとめた「議論の概要」を示した。

1ラウンドの議論については、

- ①患者の疾病構造や受療行動等を意識しつつ、年代別の課題の整理
 - ②昨今の医療と関連性の高いテーマについての課題の整理
- の大きく2つの観点から行ったとした。

①に関しては、

- ▼乳幼児期～学童期・思春期 ▼周産期 ▼青年期～中年期 ▼高齢期 ▼人生の最終段階
- の5つ時期に分けて課題を抽出し、議論した。

ここで挙げられた課題については、②の各テーマの議論に反映し検討を進めた。

②では、以下の8つのテーマで議論を進めた。

- (1) 患者・国民に身近な医療のあり方について
- (2) 働き方改革と医療のあり方について
- (3) 科学的な根拠に基づく医療技術の評価のあり方について
- (4) 医療におけるICTの利活用について
- (5) 医薬品・医療機器の効率的かつ有効・安全な使用等について
- (6) 地域づくり・まちづくりにおける医療のあり方について
- (7) 介護・障害者福祉サービス等と医療の連携のあり方について
- (8) 診療報酬に係る事務の効率化・合理化および診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について

■かかりつけ医機能の重要性は共通認識

(1)ではとくに、かかりつけ医機能がテーマとなった。厚労省は「かかりつけ医機能の評価について、これまでの診療報酬改定における対応を踏まえ、専門医との連携や他職種との連携等を含め、どのように考えるか」を論点として示した。（以下、続く）

医療情報②
日本
専門医機構

地域別診療科別シーリング、 協議会を8月設置へ

一般社団法人日本専門医機構（理事長＝寺本民生・帝京大学臨床研修センター長）は7月19日に7月度の理事会を開き、2020年度の専攻医募集より導入される地域別診療科別のシーリング（領域別の必要医師数）について、21年度のシーリングでの改善につなげるよう、協議会を設置して検討を加える方針を承認した。

同月22日に同機構が開いた定例記者会見で、寺本理事長が明らかにした。

対象となるのは、外科・産婦人科・臨床検査・救急・総合診療を除く14診療科。シーリングの設定については、都道府県や各領域学会等からさまざまな疑義が寄せられている。

またこの日は、記者会見に引き続き、懇談会が開かれた。

寺本理事長が「サブスペシャリティ専門医制度の概要」、同機構理事でサブスペシャリティ領域検討委員長の渡辺毅・福島労災病院院長が「内科系サブスペシャリティの考え方」、同機構副理事長の兼松隆之・長崎市立病院機構理事長は「外科系サブスペシャリティの考え方」——について、それぞれプレゼンテーションした。

■寺本理事長「まずはシーリングに対する懸念払拭が重要」

寺本理事長は、「20年シーリングについて各地域、学会に通知した結果、これまで全くシーリング対象でなかった地域から驚きの声や、シーリングがかかったことにより困っているという意見があった。各領域学会からは、必要医師数について理解できないなどの声が上がった」と説明。今後のシーリングのあり方について、十分議論、検討し、そうした懸念を払拭する必要から協議の場（協議会）の設置に至ったと経緯を説明した。

6月の記者会見で寺本理事長は、「協議会を7月には設置したい」と述べていたが、これについて「その後の調整がうまくいかず、議論の開始は8月からになる」との見通しが示された。

協議は、1回につき5つ程度の領域学会が参加する会合を、都合4回開催するほか、10月中に知事会、市長会、町村長会などからの意見を聴取して、11月には議論を取りまとめるスケジュール感を明らかにした。取りまとめについては、専門医機構の意見として厚生労働省に提出したいとしている。協議会の座長は寺本理事長が務める。（以下続く）

参加メンバーについて、最初の4回の協議（ヒアリング）は、

▼各学会の指名された代表者 ▼同機構のシーリング担当 ▼厚労省の担当者
——を想定。

週刊医療情報（2019年7月26日号）の全文は、当事務所のホームのページよりご確認ください。

医療施設動態調査 (平成31年2月末概数)

厚生労働省 2019年5月8日公表

病院の施設数は前月に比べ 2施設の減少、病床数は 1, 793床の減少。
一般診療所の施設数は 19施設の増加、病床数は 448床の減少。
歯科診療所の施設数は 19施設の減少、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成31年2月	平成31年1月			平成31年2月	平成31年1月	
総数	178 926	178 928	△ 2	総数	1 634 108	1 636 349	△ 2 241
病院	8 353	8 355	△ 2	病院	1 540 981	1 542 774	△ 1 793
精神科病院	1 054	1 055	△ 1	精神病床	328 598	328 843	△ 245
一般病院	7 299	7 300	△ 1	感染症病床	1 884	1 884	-
療養病床を 有する病院（再掲）	3 715	3 721	△ 6	結核病床	4 747	4 713	34
地域医療 支援病院（再掲）	574	574	-	療養病床	315 578	316 811	△ 1 233
				一般病床	890 174	890 523	△ 349
一般診療所	102 115	102 096	19	一般診療所	93 069	93 517	△ 448
有床	6 806	6 836	△ 30				
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	816	824	△ 8	療養病床 （再掲）	8 179	8 269	△ 90
無床	95 309	95 260	49				
歯科診療所	68 458	68 477	△ 19	歯科診療所	58	58	-

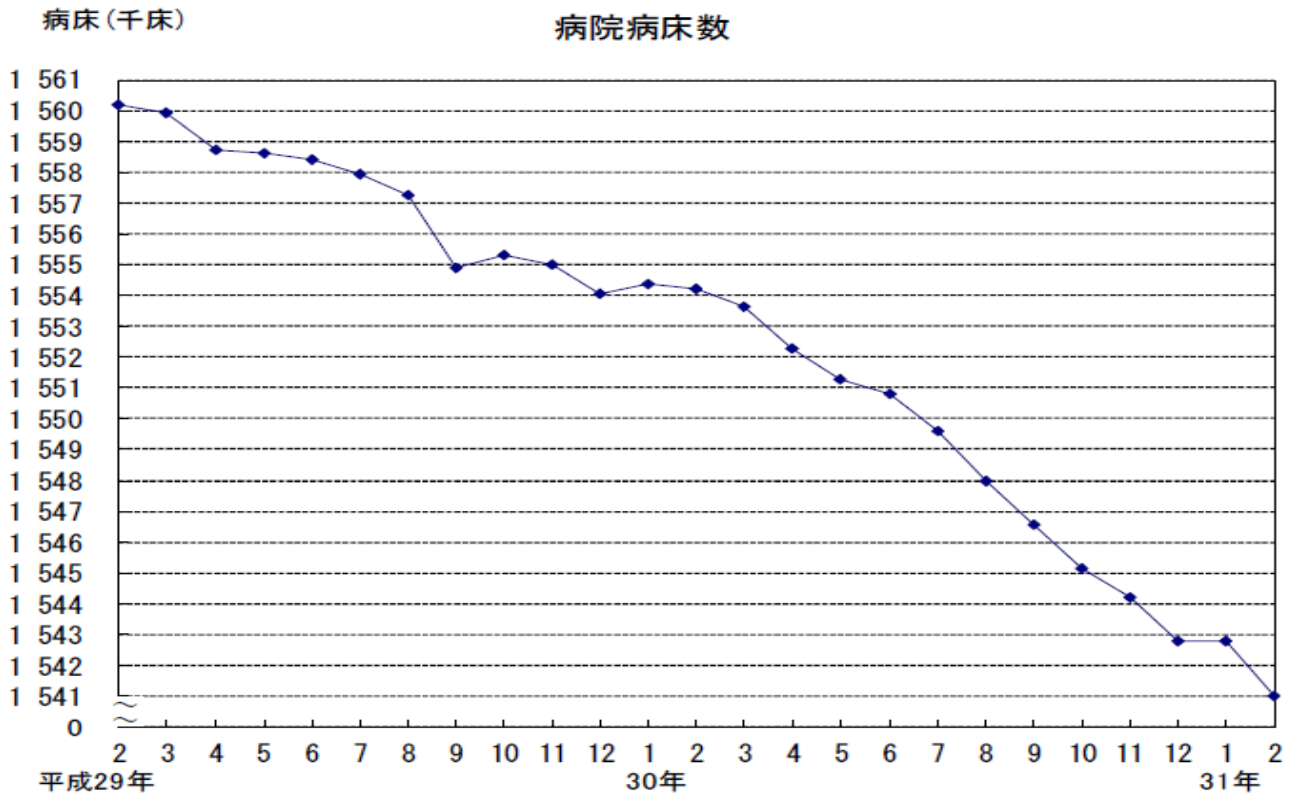
2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成31年2月末現在

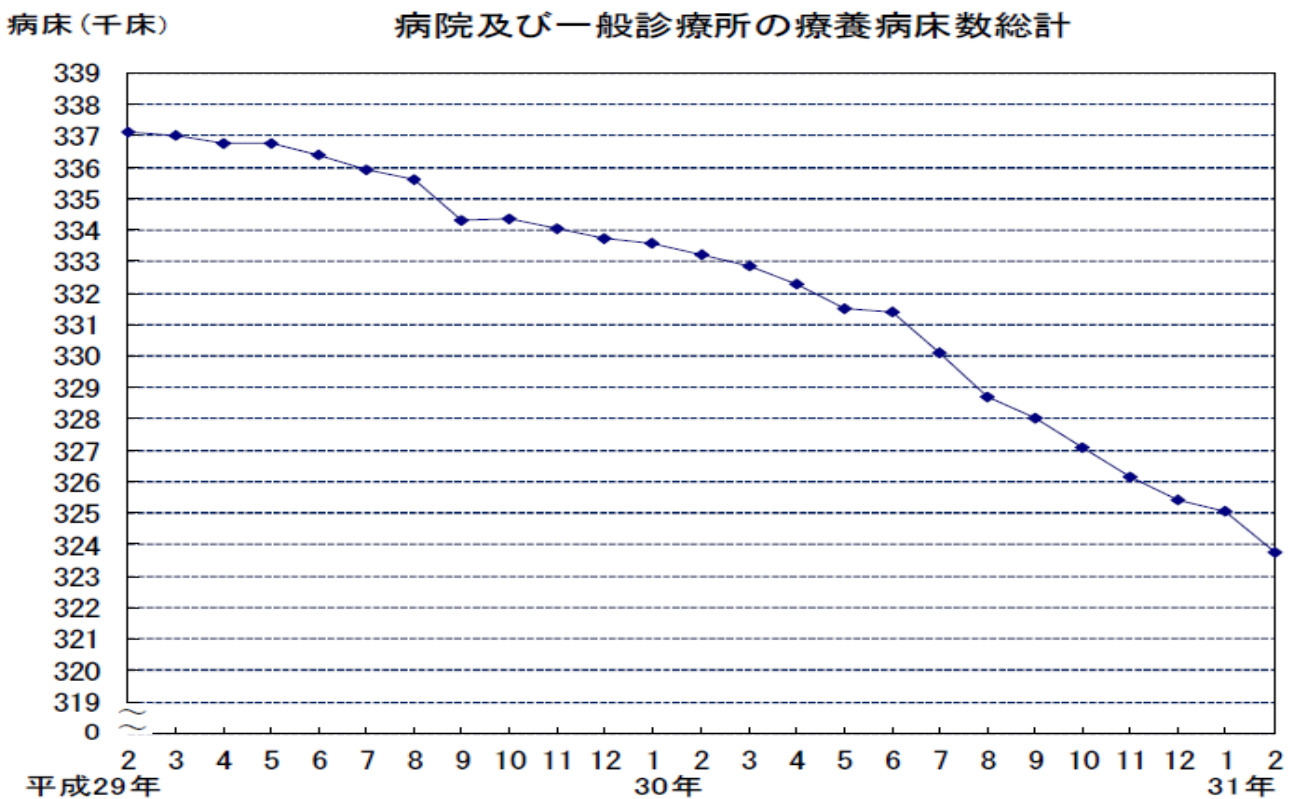
	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 353	1 540 981	102 115	93 069	68 458
国 厚生労働省	14	4 622	22	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 739	-	-	-
国立大学法人	47	32 683	148	19	1
独立行政法人労働者健康福祉機構	33	12 461	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 197	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 823	2	-	-
その他	24	3 711	361	2 156	3
都道府県	199	52 934	253	176	7
市町村	619	127 750	2 931	2 184	254
地方独立行政法人	104	40 751	33	17	-
日赤	91	35 190	205	19	-
済生会	85	22 880	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 717	-	-	-
厚生連	103	32 678	66	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	300	-	2
共済組合及びその連合会	42	13 362	145	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	196	49 181	494	271	103
医療法人	5 752	861 113	43 079	70 209	14 484
私立学校法人	112	55 524	189	38	16
社会福祉法人	199	34 148	9 898	339	37
医療生協	82	13 672	305	267	52
会社	35	9 123	1 699	10	10
その他の法人	212	44 587	736	284	114
個人	181	16 881	41 179	17 055	53 369

参 考

■病院病床数



■病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査(平成31年2月末概数)の全文は、
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



人 事 ・ 労 務

勤務環境改善と適正な労働時間を管理する 医療機関における 働き方改革

- 1.医療機関における働き方改革
- 2.医療従事者の負担軽減と働き方改革の推進
- 3.労働時間に関する具体的対応策
- 4.働き方改革に向けた支援ツールと管理体制



■参考文献

「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」について～時間外労働の上限規制 わかりやすい解説(厚生労働省) 医師の働き方に関する検討会(厚生労働省) 医療従事者の勤務環境の改善について(厚生労働省) 平成 30 年度診療報酬改定の概要(厚生労働省) PHASE3 2018 年 11 月号

1

医業経営情報レポート

医療機関における働き方改革

■ 医療機関における働き方改革の必要性

医療機関における働き方改革は、医師会を中心に厚生労働省等で議論が進められています。

2017 年4月に「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が報告書をまとめ、今後の医療提供のあり方として、「働く人が疲弊しない、財政的にも持続可能なシステム」を確立することが必要であるとしています。

一方で、急速な改革は医療の崩壊につながる可能性があるかと懸念されています。

現在医療従事者は、日進月歩の医療技術や、より質の高い医療に対するニーズの高まり、患者へのきめ細かな対応が求められる傾向等により、長時間労働に拍車がかかっています。

医療従事者の働き方は、社会全体の課題として、提供側だけでなく患者側等も含め、医療提供体制を損なわない働き方改革を進めていく必要があります。

働き方改革を進める上で重要な医療提供体制については、医師の偏在問題への対応、地域医療構想の進展に向けた取り組み等が行われています。

◆ 医療提供体制の現在の状況

（基本的な考え方）

- 少子高齢化が進み、地域で求められる医療機能も変化を迎えている。「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の体制構築が必要であり、その受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実させるとともに、地域における医師の確保を進めていく必要がある

（地域医療構想）

- 医療機能（高度急性期／急性期／回復期／慢性期）の分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築することを目的として、医療機能ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの。2016 年に全都道府県において策定済み
- 現在、公立・公的医療機関等の医療機関ごとの具体的対応方針について、各地域の地域医療構想調整会議において合意形成を進めており、今年度中に完了予定
- 地域医療の確保に配慮しつつ医師の働き方改革を進める観点からは、2025 年に地域医療構想を実現し、最大限、医療提供体制の効率化を図っておく必要があり、医師の働き方改革が 2024 年に実現するという前提で、地域医療構想調整会議における議論を進め、具体的な医療機関の再編に着手していくことが求められる

（医師偏在対策）

- 我が国の医師数は戦後一貫して増加しているが、地域間や診療科間の医師偏在は、今なお解消に至っていない
- 地域で求められる医療提供体制を維持していくためには、地域医療構想の実現だけでなく、これと整合する形で、地域ごとに医師を確保する必要がある
- このため、本年 7 月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」において、全国ベースで医師の多寡を客観的に評価可能な医師偏在指標を算出し、医師少数区域・多数区域を定め、地域枠増員などの具体的な施策を含む「医師確保計画」を都道府県が主体的に策定するなど、実効的な医師偏在対策を実施できる仕組みを整備した
- 既に施行したもの、2019 年 4 月施行のもの、2020 年 4 月施行のものに順次着手し、医師の働き方改革の実現に当たり地域で十分な医師が確保できるよう、対応を進めていく

（出典）厚生労働省 第 14 回 医師の働き方改革に関する検討会 資料 2-2

2

医業経営情報レポート

医療従事者の負担軽減と働き方改革の推進

■ 医療従事者の負担軽減と働き方改革推進への対応

2017年12月に公表された2018年度診療報酬改定の基本方針では、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進を基本方針の一つとして、下記のように基本的視点と具体方向性の例が示されました。

◆ 基本的視点

医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要

◆ 具体的方向性の例

● チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善

専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善

● 業務の効率化・合理化

保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化

● ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入

最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を推進

● 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化

- ・ 医療機関間の連携、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導、医療・介護連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、医療・介護関係者間の多職種連携の取組等を推進
- ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進

● 外来医療の機能分化

大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進

これを受けて2018年度診療報酬改定では、「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進」が4つの柱のうちの1つに設定され、チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善と業務の効率化・合理化が具体的な内容として盛り込まれました。

3

医業経営情報レポート

労働時間に関する具体的対応策

■ 労働時間の適正把握

厚生労働省より、2017 年1月 20 日に「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」（以下、「本ガイドライン」という）が公開され、始業・終業時間の管理方法等が示されました。

ポイントは、労働時間の把握については客観的な記録を基礎とし、やむを得ず自己申告で労働時間を把握する場合は、労働者による適正な申告を前提とすることです。

使用者には労働時間を適正に把握する義務があります。

また、労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たります。

例えば、参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間は、労働時間に該当します。

◆ 始業・終業時刻の確認・記録

- 使用者は、労働時間を適正に把握するため、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、これを記録すること
- ※ 労働時間の適正な把握を行うためには、単に 1 日何時間働いたかを把握するのではなく、労働日ごとに始業時刻や終業時刻を使用者が確認・記録し、これを基に何時間働いたかを把握・確定する必要がある

◆ 始業・終業時刻の確認及び記録の原則的な方法

- 使用者が始業・終業時刻を確認し、記録する方法としては、原則として次のいずれかの方法によること
 - イ) 使用者が、自ら現認することにより確認し、適正に記録すること
 - ロ) タイムカード、IC カード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し適正に記録すること
- ※ タイムカード、IC カード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基本情報とし、必要に応じて、例えば使用者の残業命令書及びこれに対する報告書など、使用者が労働者の労働時間を算出するために有している記録とを突き合わせるにより確認し、記録する

4

医業経営情報レポート

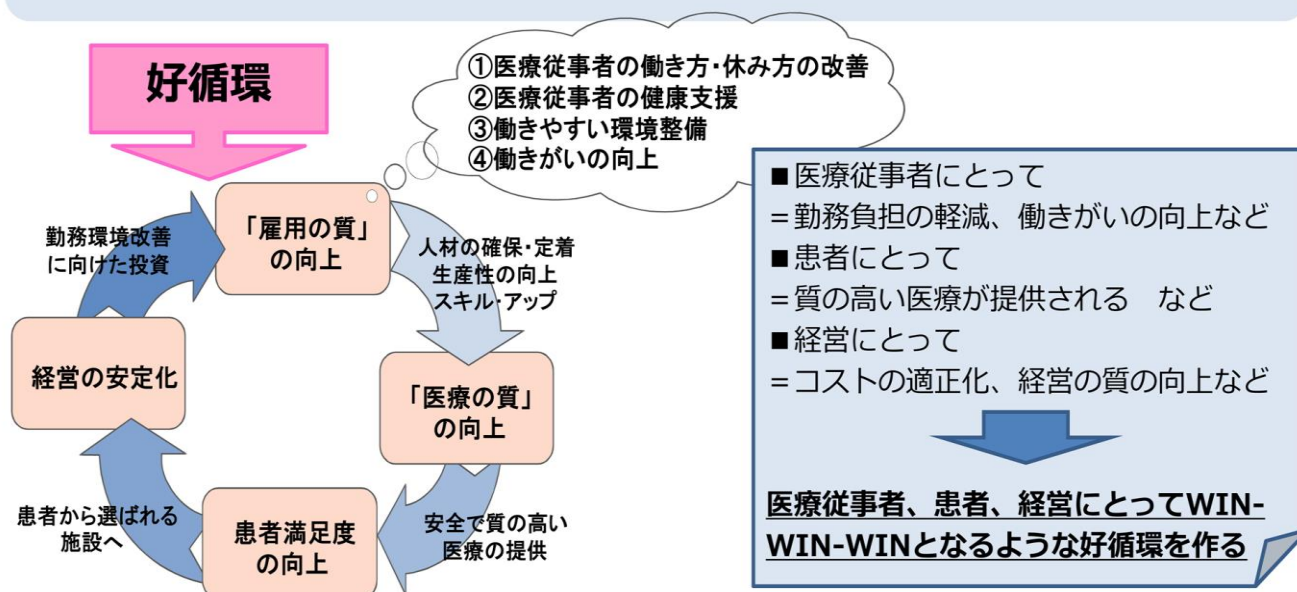
働き方改革に向けた支援ツールと管理体制

■ 勤務環境改善支援ツール

厚生労働省は、医療勤務環境改善を図ることで医療従事者の勤務負担の軽減、働きがいの向上に繋がるだけではなく、患者には質の高い医療が提供され、経営にはコストの適正化や経営の質の向上が期待されるとしています。

◆ 医療勤務環境改善の意義

- 医療機関が、「医療の質の向上」や「経営の安定化」の観点から、自らのミッションに基づき、ビジョンの実現に向けて、組織として発展していくことが重要。
そのためには、医療機関において、医療従事者が働きやすい環境を整え、専門職の集団としての働きがいを高めるよう、勤務環境を改善させる取組が不可欠。
- 勤務環境の改善により、医療従事者を惹きつけられる医療機関となるだけでなく、「医療の質」が向上し、患者の満足度も向上。



(出典) 厚生労働省 医療従事者の勤務環境の改善について

厚生労働省内に設置された医師の働き方に関する検討会では参考資料として医療機関の管理者に向けてのリーフレットが示されました。

このリーフレットは、働き方改革関連法の順次施行による医療機関の法適用情報や相談窓口について案内しています。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



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

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。

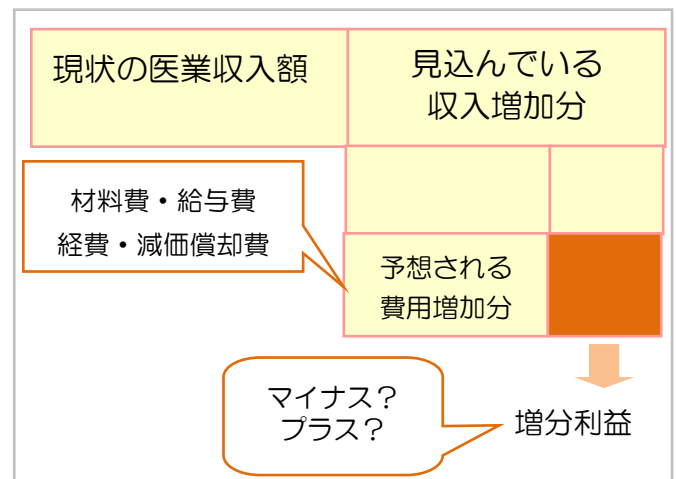
そして、経営計画のために投下したコストの回収、見込まれる収入増から、経済的メリットを測定するというものです。

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。

◆入院患者を増加させる計画の増分利益試算の例



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、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、チーム医療の新しい形だといえます。

病棟内に、医師や看護・介護職に加えて、リハビリスタッフ（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ことができます。

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以上、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うえ、また収益性の観点からは、生産性を重視すべく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。

回復期リハ病棟は、例えば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し、患者の早期社会復帰を図る病棟です。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、一般病床および療養病床との機能の分化が求められます。

■ケアミックス型病棟での生き残るための病棟編成

回復期リハビリテーション病棟入院料は、その算定対象患者は平均在院日数計算の対象外になりますが、一般病棟・療養病棟のいずれでも算定することができます。

急性期病院として救急救命機能の強化を図ると同時に、ポスト・アキュート（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や回復期リハ病棟を併設、もしくは隣接したケアミックス型の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。