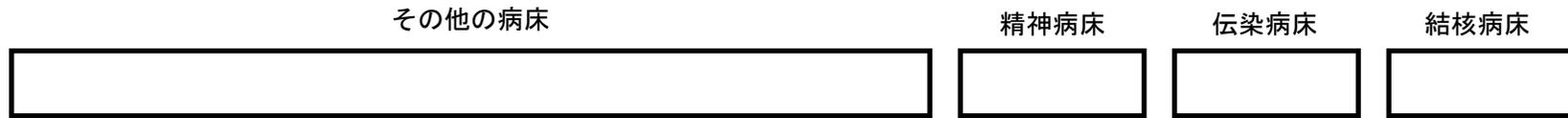


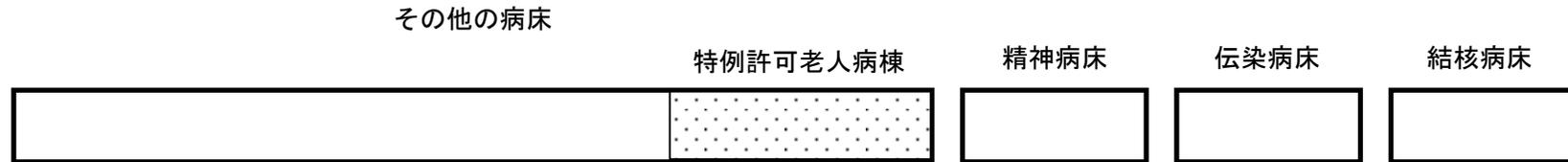
病床区分に係る改正の経緯

【制度当初～】



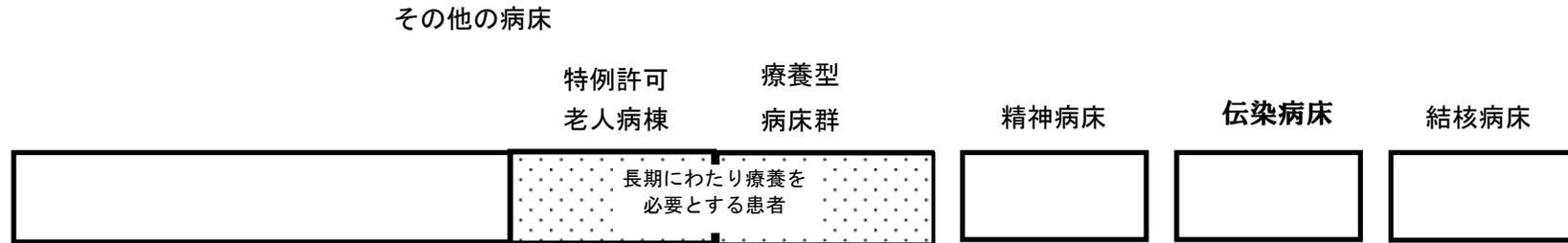
- ・ 高齢化の進展
- ・ 疾病構造の変化

【特例許可老人病棟の導入（昭和 58 年）】



- ・ 高齢化の進展、疾病構造の変化に対応するためには、老人のみならず、広く「長期療養を必要とする患者」の医療に適した施設を作る必要が生じる。

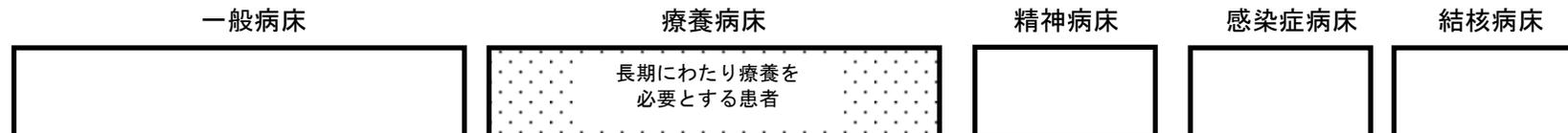
【療養型病床群制度の創設（平成 4 年）】



- ・ 少子高齢化に伴う疾病構造の変化により、長期にわたり療養を必要とする患者が増加。療養型病床群等の諸制度が創設されたものの、依然として様々な病態の患者が混在。

【一般病床、療養病床の創設（平成 12 年）】

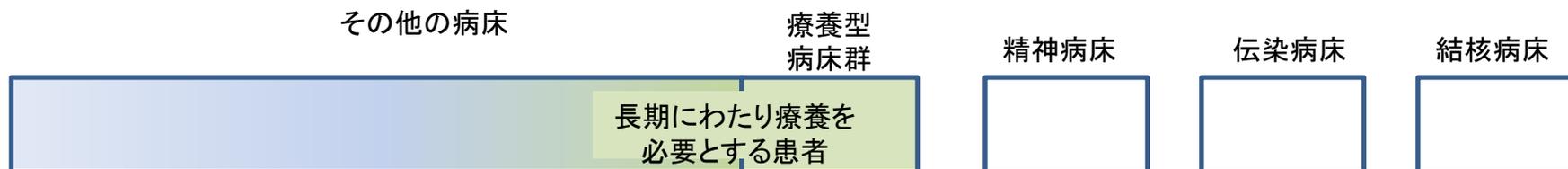
患者の病態にふさわしい医療を提供



平成9年改正により、診療所に療養型病床群の設置が可能となった。

機能分化に関する提言①

当時(平成12年改正前)の病床類型



その他の病床:精神病床、伝染病床、結核病床以外の病床

療養型病床群:その他の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのもの

◆平成8年11月13日 国民医療総合政策会議「21世紀初頭における医療提供体制について」(抜粋)

- 急性期医療の充実、介護保険の導入等を踏まえ、単に一般病床というくりではなく、全体の必要病床数の枠の中で急性期病床と慢性期病床に区分することを検討すべきである。

◆平成9年8月7日 「21世紀の医療保険制度(厚生省案)

—医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向—」(抜粋)

- 現行の必要病床数の算定方式を見直し、急性期病床と慢性期病床とに区分して、医療計画上の必要病床数を算定する。
- 病院の医療従事者の人員配置基準及び構造設備基準を見直し、急性期病床及び慢性期病床のそれぞれにふさわしいものとする。

◆平成10年7月3日 「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」報告書(抜粋)

- 次のように一般病床を区分するものとする。
 - ・ 急性期病床「主として、急性期医療を必要とする患者又は亜急性期医療を必要とする患者に対し一定期間の集中的な医療を提供して、患者の状態の改善を図る病床」
 - ・ 慢性期病床「主として、慢性期医療を必要とする患者に対し長期間にわたり医療を提供する病床」
- 急性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、当該病床に治療及び回復機能が求められることから、その平均在院日数を考慮しつつ、機能にふさわしい人員配置基準を検討すべきであり、現行の一般病床の職種と員数の基準を参考としながら設定する必要がある。
- 慢性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、これらの病床に長期間にわたる医療の提供が求められることから、その機能に着目し、療養型病床群の職種と員数の基準を踏襲し設定する必要がある。

◆平成11年7月1日 医療審議会「医療提供体制の改革について(中間報告)」(抜粋)

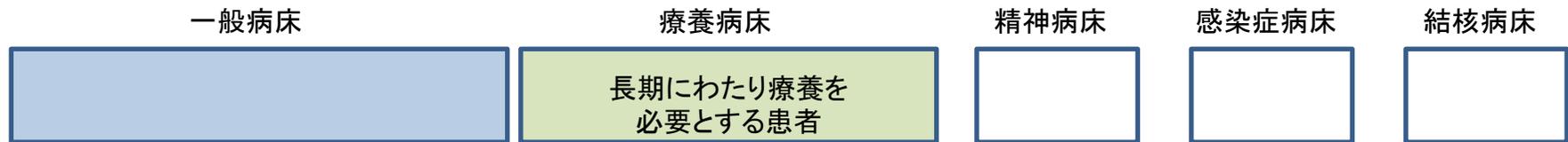
- 現行の一般病床の在り方を見直し、主として急性期の患者が入院する病床と主として慢性期の患者が入院する病床に区分し、その機能分化を図り、それぞれの病床において提供する医療サービスにふさわしい人員配置基準、構造設備基準を設定することが必要である。
- 新たな病床区分への移行の段階においては、一般病床全体で必要病床数を算定するという現行の仕組みは基本的に維持しつつも、必要病床数の算定に当たり、急性期患者のための病床、慢性期患者のための病床のバランスのとれた整備が図られるよう配慮していくことが必要である。その上で、新たな病床区分への移行が進んだ後は、それぞれの病床ごとに必要病床数を算定していくことが望ましい。

◆平成12年1月12日 「医療提供体制の改革について(医療審議会会長メモ)」(抜粋)

- 病床区分の趣旨が生かされるよう、提供される医療サービスの形態に着目し区分するものとし、現行「その他の病床」を主として治療が必要な患者を収容するための一般病床と、主として長期にわたる療養を必要とする患者を収容するための療養病床とに区分してはどうか。
- 医療計画について、新しい病床区分が定着するまでの間においては、地域間格差の是正及び在院日数の短縮傾向等に対応しつつ、全体として基準病床数を算定する。新しい病床区分が定着した後においては、一般病床及び療養病床のそれぞれについて算定し、その合計数をもって基準病床数とする。

機能分化に関する提言②

現行(平成12年改正以降)の病床類型



療養病床: 病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

一般病床: 病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外のものをいう。

◆平成14年3月28日 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」(抜粋)

2. 病院病床の機能の明確化・重点化

病院病床については先の医療法改正において、平成15年8月末までに療養病床と一般病床に区分されることとされているが、さらに広告規制の緩和を含めた医療情報の提供と患者の選択が進むことによって、病院病床の機能分化が促進されると考えられる。

なお、病院病床の機能分化については、急性期の患者にとっては望ましい方向である一方、亜急性期、慢性期の患者に係る病床の在り方は慎重に検討すべきという意見があった。

また、地域医療計画については、本来社会が求めている機能に対して新規参入規制になっている面があるとしたら、議論すべきという意見があった。

◆平成20年6月19日 社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))

中間とりまとめ(抜粋)

(2) サービス提供体制の構造改革

① 病院機能の効率化と高度化

- ・ 国際標準から見て過剰な病院病床数について、疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と地域住民の利便性に配慮しつつ集約化を進め、思い切った適正化を図る。
このことにより、医療(治療)から介護(生活支援)、施設・病院中心から在宅・地域中心という超高齢社会の医療・介護ニーズに対応したサービス提供体制整備を大きく促進する。
- ・ 同時に、専門的な医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心に、診断・治療技術の進展に対応し、国際標準から見ても遜色のない水準の医療サービス提供を確保するための人的配置の思い切った拡充と病院・病床機能に対応した機器装備の充実を図る。

◆平成20年6月19日 社会保障国民会議 中間報告(抜粋)

4 医療・介護・福祉サービスの改革

(3) サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

(略)「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

① サービス提供体制の構造改革

・ 病院機能の効率化と高度化

国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化

専門的医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実

具体的改革の方向

(総論)

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ(B1シナリオ)から、最も改革が進んだシナリオ(B3シナリオ)まで、複数の改革シナリオを見込む。

(急性期医療)

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。
- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院－社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

(慢性期医療)

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

(在宅医療・地域ケア)

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。
- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

(専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務(看護師業務)のうち医師(看護師)でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。

これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。
- 入院から退院(転院)・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。

(参考)各改革シナリオにおける主な充実要素、効率化・重点化要素

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・急性期医療の職員58%増、 単価約1.5倍 (増加率や倍率は、現状及びAシナリオの一般病床対比でみた場合)	・急性期医療の職員100%増 単価約1.8倍	・高度急性 116%増/約2.1倍 ・一般急性 80%増/約1.6倍
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・居住系・在宅介護利用者 約37万人/日増加 (増加数は、Aシナリオの居住系・在宅介護利用者数に対する数)	・居住系・在宅介護利用者 約43万人/日増加	(同左)
	認知症への対応	・グループホーム、小規模多機能 施設の充実 約95万人/日 (Aシナリオでは25+数万人/日)	(同左)	(同左)
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2007年の1.6~1.7倍 程度 (Aシナリオでは、2007年に対して1.4~1.5倍程度)	・1.7~1.8倍程度	(同左)
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大、訪問診療の拡充等各種サービスの充実 ・各医療機関や介護サービス等の機能分化・強化、在宅医療・在宅介護の推進等のため、各サービス間の連携強化 など		
効 率 化 ・ 重 点 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・急性期:平均在院日数12日 病床数80万床 ・亜急性期・回復期等:75日 52万床 (Aシナリオの一般病床では、平均在院日数20.3日[急性15.5日(高度急性20.1日、 一般急性13.4日)、亜急性期等75日]、病床数133万床)	・急性期:平均在院日数10日 病床数67万床 ・亜急性期・回復期等:60日 44万床	・高度急性:16日/26万床 ・一般急性:9日/49万床 ・亜急性期・回復期等: 60日/40万床
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約38万人/日減少 (減少数は、Aシナリオの入院・介護施設利用者数に対する数)	・入院・介護施設入所者 約50万人/日減少	・入院・介護施設入所者 約49万人/日減少
	予防(生活習慣病・介護)	・生活習慣病予防により外来患者 数約32万人/日減少 (対Aシナリオ)	(同左)	(同左)
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、2012年まで△0.3%、 その後△0.1%程度 (伸び率ケース①の場合)	(同左)	(同左)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△10%	・病院医師の業務量△20%	(同左)

病院・病床機能を巡る現状と課題

機能未分化

医療法上は、慢性期医療を担う療養病床と、急性期医療を中心として担う一般病床と機能分化が行われてきたが、同じ一般病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、医療提供体制における機能分担が不明確。

従事者の少なさ

国際的にみて人口当たり病床数は諸外国に比して多くなっているが、病床当たりの医師、看護職員数や全体としてのスタッフ数も少なく、急性期病床（日本では一般病床）間で比較した平均在院日数が長くなっている。

スタッフの負荷増大

術前・術後の平均在院日数の短縮が進む中で病床当たりの従事者数も並行して増加傾向にはあるが、一方、インフォームドコンセントの実施、医療安全の確保、医療技術・機器の高度化等が相俟って、医療機関・スタッフの業務は増大している。

後方機能不足

急性期治療を経過した患者に対する社会・家庭復帰支援や地域生活支援において、

- ・ 急性期治療を経過した重症患者の受け皿となる病床
- ・ 在宅療養を支える機能などが不足している。

【論点】

- 患者の病期、ニーズに応じた医療資源の投入、診断・治療技術の進展への対応、提供体制上の役割の明確化等の観点から、一般病床について、果たす役割、有する体制等に応じて機能分化をすべきではないか。また、機能分化をより効率的に進めるためにどのような方法が考えられるか。
- その際、従来は慢性期医療に着目した病床機能の明確化が行われてきたが、医療資源の集中投入がより必要な重症患者等への急性期医療の機能強化、急性期医療から引き継ぐ病床の確保の必要性などを踏まえた在り方を考えてはどうか。

急性期機能強化・後方連携の事例

急性期病院における医療連携の取組（A病院の場合）

病院概要（H23年3月1日現在、患者数はH22年4月～12月実績）

- ・施設認定：地域医療支援病院、臨床研修指定病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院、DPC対象病院など
- ・病床数：一般病床406床、感染症病床3床 診療科：外科、内科、小児科、脳神経外科、泌尿器科、婦人科、整形外科、麻酔科など
- ・職員：医師120人、薬剤師20人、看護職員515人、MSW8人、理学療法士20人、作業療法士12人、言語聴覚士3人、管理栄養士5人
臨床検査技師20人、臨床工学技士7人、診療放射線技師27人、総職員1075人
- ・患者数：入院患者数（1日平均）375名、外来患者数（1日平均）505名、平均在院日数（一般病床）12.1日

前方連携・地域医療支援

○主な取組

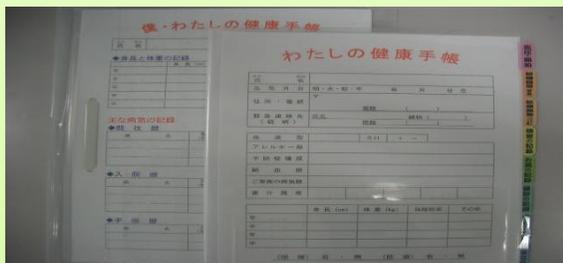
- ・かかりつけ医の推進のために、ポスター等を用いて普及啓発し、患者がかかりつけ医を探すのを支援
- ・地域医療支援病院としての役割を医師に自覚してもらうために、病診連携医師心得十箇条を作成
- ・かかりつけ医との共同診療を促進するための共同診療カードを導入
- ・他施設（病院、診療所、訪問看護ステーションなど）との情報共有促進のために患者所持型の情報ツール「わたしの健康手帳」を導入
- ・診療情報提供書の様式に、医師の共同診療に対する意識を高めるために「共同診療の依頼欄 有無」を追加
- ・診療所からのクレーム等に対し、すぐに院内周知と先方への訪問及び説明する連携職員の配置

実績（H21年度）

紹介率 69%

年間

初診患者の数 22925人
紹介患者の数 13309人
救急患者の数 2508人



後方連携

○主な取組

- ・大腿骨連携パス、脳卒中連携パス毎に地域連携合同会議を開催（医師、看護師、リハビリ、MSW、事務職員の5職種が参加）
会場は持ち回りとし、会議後、その病院を見学
- ・毎月、看護師、事務職員、MSW、リハビリの連携チームが、受入条件や連携方法を打合わせるために、連携医療機関を訪問
- ・毎週、後方連携病院の師長、MSWが来院し、転院予定者の情報交換および患者・家族との面談を行う
- ・看護師研修の実施（病棟看護師を後方連携病院に研修派遣）
- ・退院調整期間を短縮化するために、連携病院間の診療情報提供書（医師・看護・MSW用の3種）を標準化し、同時に複数の連携病院への転院依頼を可能にした（転院待機が5.4日短縮）



実績（H21年度）

逆紹介率 43.4%
平均在院日数 12.4日

年間 逆紹介患者の数 9951人