

平成23年12月8日(木)  
10時～12時30分  
中央合同庁舎第5号館9階  
厚生労働省省議室

## 第25回

# 社会保障審議会医療部会

## 議事次第

- 医療提供体制のあり方について
- その他

### (配布資料)

- 資料1-1 病床区分の見直しについて
  - 資料1-2 情報提供・広告について
  - 資料1-3 チーム医療の推進について
  - 資料1-4 これまでの議論を踏まえた医療提供体制の改革に関する意見について
- 参考資料

### (委員提出資料)

中川委員提出資料

(平成23年12月8日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
上田 清司	全国知事会 (埼玉県知事)
海辺 陽子	NPO法人がんと共に生きる会副理事長
遠藤 直幸	全国町村会 (山形県山辺町長)
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
※ 加藤 達夫	(独) 国立成育医療研究センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
光山 由一	(社) 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会 部会長補佐
近藤 勝洪	(社) 日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	(社) 日本看護協会常任理事
※ 齋藤 英彦	(独) 国立病院機構名古屋医療センター名誉院長
水田 祥代	九州大学名誉教授・福岡歯科大学常務理事
田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
永井 良三	東京大学大学院教授
中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
山本 信夫	(社) 日本薬剤師会副会長
※ 横倉 義武	(社) 日本医師会副会長

※：社会保障審議会委員

# 病床区分の見直しについて

# これまでの部会における病床機能等に関する委員の主な御意見

## 【機能分化、機能の明確化について】

- ・ 似たような総合病院が多すぎという印象が国民にはある。きっちり先進的な医療を提供してもらえるところと、治療後に近所で定期的に経過観察をしてもらえるところと、機能の棲み分けを行うべき。砂漠に水を撒くような感じではなく、どこに集中的にやるのかというのを、国民の目にもわかるように議論していく必要。(海辺委員⑭)
- ・ 国民・患者が一般病院のイメージ、機能、役割、設置の趣旨等について共有の認識を持つことのできる考え方を新たに考案する必要がある。(高智委員⑰)
- ・ 医療の高度化や国民の意識も変わる中、医療を提供する際、自分の病院の機能をアピールできないと、国民・患者も分からないし、病院間の連携もできない。(西澤委員⑰)
- ・ 救命センターの数が本当にこれだけ必要なのか、そこがどういう機能を果たしているのかということをもう一度検証すべきではないか。高度急性期の必要数もPICUと同じような形で決めていくべき。(日野委員代理⑰)
- ・ それぞれの医療機関が自ら担う機能を選択し、その実情を患者、住民に明示することが必要。(高智委員⑳)
- ・ 入院医療は、高度機能病棟、急性期病棟、地域一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、慢性期病棟とし、病棟単位で機能分化させることが望ましい。(西澤委員⑰)
- ・ 一般病床については、急性期とそれ以外の亜急性期で区分をして最適化する必要がある。(小島委員⑰)
- ・ 多様な一般病床を分かりやすい観点で、一般病床を再度機能分化させることに賛成。(齋藤(訓)委員⑰)
- ・ 機能分化の議論は、イメージだけで理想を追い求めるのではなく、診療報酬の扱いについての議論も不可欠。(中川委員⑰)
- ・ HCUから一般病床、いわゆる急性期病床への移行を制度的に決めるのがいいのか、議論が必要。制度で決めてしまうと、運用ができなくなるおそれがある。(横倉委員⑰)



一般病床について、機能分化を進め、機能の明確化を図り、それを患者や国民の目にも明らかにしていくべきではないか。

## 【患者の病期、ニーズに合わせた人員配置の見直しについて】

- ・ がんの患者が増えると、非常に高度な治療を求める患者の数が増えるので、そういう病院などに手厚く医師を配置する必要がある。(海辺委員⑫)
- ・ 経験豊かで高いスキルを持った医師、医学部の教授などは、外来でかぜの患者を診るのではなく、最も重症度の高い方に向けてことが医療資源の効率的なあり方。(高智委員⑬)
- ・ 今以上にマンパワーが増えない中、病床数が非常に多く、広く薄くマンパワーを配置している状況をどうするのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(齋藤(訓)委員⑭)
- ・ 一般病床は、さまざまな機能を持った病床が一緒くたになっており、同一の基準では整合性がとれない。地域一般病床と急性期病床を区分する必要がある、人員配置は自ずと異なる。(相澤委員⑭)
- ・ 医療従事者不足が指摘されている現状や、中小病院が非常に多い日本の医療提供体制の現状を踏まえると、医療安全と効率性確保の観点から、主に医療度に合わせた人的資源の集中化を図るべき。そのためには、病期別の機能分化が適当。(西澤委員⑰)
- ・ 機能分化に伴った人の配置はどうするのか。チーム医療の議論が進む中で、どういう職種の人員がどれだけ必要かということも念頭に置いた議論をしないと、単に病床の議論だけで終わってしまう。(山本(信)委員⑰)
- ・ 一般病床の機能分化の問題を議論するときは、人的な基準も一体として議論しなければならない。(近藤委員⑰)
- ・ 病床区分には、病気のステージによる分け方と医療にどれくらいのマンパワーが必要かという医療密度による分け方がある。どのくらいの医療の密度の病棟がどのくらい必要なのかという、算定、算出が必要ではないか。(永井委員⑰)
- ・ 高度医療に関しては医療密度が関係してくるのではないか。(加藤委員⑰)
- ・ 人員配置を厚くして相当重症の人を診なければならない病棟をまず分けして、そのほかを一般病床で運用していくというのが現実的ではないか。(相澤委員⑰)



患者の病期、ニーズに合わせた人的資源の集約化が必要であり、急性期医療に手厚く配置していくべきではないか。

## 【急性期医療から引き継ぐ医療について】

- ・ 救急・急性期の先の所を整備しなければ、救急・急性期がうまくいかない。在宅医療、介護まで含めてしっかり整備してこそ、医療機関の機能分担もうまくいく。(西澤委員(16))
- ・ 「機能未分化」と「後方機能不足」は一体かつ裏腹な問題であり、同時に解決していく必要がある。その際、在宅療養を支える機能が鍵であり、診療所、訪問看護ステーション、居住系サービスまでを含め検討することが重要。(尾形委員(17))
- ・ 胃瘻を置いて在院日数、入院日数を短縮して退院させてしまえば、それを処置しなければならない病院が増えてくる。そのジレンマが解決されなければならない。(加藤委員(18))
- ・ 療養病床の再編について、ほとんど介護保険施設に転換できていないようだが、介護の社会化という、基本的な理念は推進する必要。(小島委員(伊藤参考人)(14))
- ・ 社会保障国民会議のシミュレーションで「亜急性期・回復期」となっていた区分は、地域特性も考慮した柔軟な病床運営を可能とするため、地域における軽度～中等度の急性疾患患者の受入、急性期病棟からの亜急性期患者の受入、地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク支援の機能を持つ「地域一般病棟」としてはどうか。(西澤委員(17))
- ・ 一般病床の退院後をどうするかというとき、在宅のウェイトは非常に大きい。在宅療養をどうするかということと急性期の機能は裏腹の関係であることは明らか。(尾形委員(17))
- ・ 人口どれくらいに対し、本当にどれくらいの医療提供体制が必要なのか。高度の急性期はある程度切り分けられるとして、一般病床の機能分化をどうしていくかということ議論していくべき。(相澤委員(19))
- ・ 医療提供体制は都会などの人口集中地域と人口がわりとまばらな地域では随分あり様が違う。地方モデルというものも頭の隅に入れながら改革案を作っていくべき。(横倉委員(18))
- ・ 地域では、高度も急性期も亜急性期も混在した中で医療が行われており、それを分別することが本当に患者にとって分かりやすい、効率的な医療であるのかどうかを検討すべき。(相澤委員(21))
- ・ 地域差が非常に大きい中で、急性期から療養にかける区分について、地域一般病床というものの概念が必要ではないか。一般病床の議論を是非していただきたい。(横倉委員(17))
- ・ 特に地方には急性期医療から亜急性期、あるいは社会的入院まで担っている病院があるので、法律と診療報酬を相互にやっていかないといけない。(邊見委員(17))
- ・ 有床診療所や、中小病院の一般病床のあり方をしっかり議論すべき。(横倉委員(14))
- ・ HCUから一般病床、いわゆる急性期病床への移行を制度的に決めるのがいいのか、議論が必要。制度で決めてしまうと、運用ができなくなるおそれがある。(横倉委員(17)) [再掲]



急性期のみならず、急性期医療から引き継ぐ医療や在宅医療についても、機能分化、強化が必要ではないか。また、地域の実情に即した対応も必要ではないか。



## ■論点

- 患者の疾患の状態に応じ良質かつ適切な医療が効率的に行われるよう、急性期医療への医療資源の集中投入や、亜急性期・慢性期医療の機能分化・強化等により、入院医療の機能の明確化、強化を図り、そしてその機能を国民・患者に明らかにしていく必要がある。  
 一方、これまでもこうした方向性はあらゆる機会を示されてきたものの、なかなか実現には至っていない状況。そこで、こうした考えを医療法においても明記し、その方向性に沿って取り組む姿勢を明らかにするため、国、都道府県及び医療機関について、病床の機能分化等の推進に関する責務規定を設けてはどうか。
- 特に、急性期医療については、社会保障・税一体改革成案においても、2025年に向けた取組として、医療資源の集中投入を図るとされており、これにより機能強化を図ることで、病院医療従事者の負担の軽減や専門医等の集約による医療の質の向上等が図られ、もって、早期の社会生活復帰を可能となることが期待される。そこで、機能分化・強化を推進する取組の一環として、医療法上、一般病床について、新たに急性期医療を担う病床群(急性期病床群(仮称))を位置づけることとしてはどうか。
- 急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療についても機能分化・強化が必要であるが、病床と機能が「急性期対応」として一致する急性期病床と異なり、亜急性期等の病床は診療報酬上の評価も様々であり、多様な機能を有している中で、制度上位置づけることについて、どう考えるか。



機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図る必要があるとの意見を踏まえ、事務局から「急性期病床群(仮称)」を提案。しかし、その内容等が不明確だとして、引き続き御議論いただくこととなった。

# 前回の部会における病床区分の見直しに関する主な御意見

## 【機能分化の必要性について】

- 高度で良質な医療の提供や勤務医等の負担軽減、高齢化の中での医療費効率化の必要性などの視点から見れば、病床の機能分化は進める必要がある。その方法として急性期病床群(仮称)が提案されており、議論は進めるべき。(花井委員(伊藤参考人))
- 今後、医療費を大きく増やすのは難しいという前提で全体の配分を検討しなければいけない。(海辺委員)
- 全ての委員が我が国の医療提供体制をさらにより良いものとするべきであり、その方向性として機能分化と連携が不可欠という点は了承されていると考えている。(部会長)

## 【急性期病床群(仮称)の認定制度導入による機能の可視化】

- 患者から見れば、どういう病院に行くべきかよく分からない現状がある。心配だから大きい病院に行ったら、来るなどと言われる。こうした状況は改善すべき。(海辺委員)
- 病床の機能分化の可視化や適切な医療アクセスの確保、都道府県による実態把握が可能となり、それにより情報発信のあり方も変わってくる。この議論を止めるべきではなく、積極的に対応すべき。(高智委員)
- 各病院が責任をもって、急性期医療をきちんとやっているということを自ら示し、それを住民が選んでいくのが当然。(遠藤委員)
- 病床機能の見える化は患者視点からは必要。自治体が医療計画を作成する上でも有効になるのではないかと。(光山委員(藤原参考人))
- 考え方の枠組みとしては良いと思う。ただし、患者の移動を伴うものであり、患者側にもよく了解してもらう必要がある。その点について慎重な議論が必要。(永井委員)




## 【「急性期病床群(仮称)」の定義の不明確さ、制度導入による影響等への懸念について】

- 急性期医療と急性期病床群(仮称)は、同じ語句を使いつつ、対象が違うことが問題。(相澤委員、西澤委員)
- 急性期病床群(仮称)という概念の議論がない。病気は複雑で、個々の患者で異なり、動的でもあり日々変わる。こういう区分で切ると、患者もどこに行けばよいかわからない。我々医療提供者も患者をどこに紹介していいのか分からない。現場が混乱するのではないか。(日野委員)
- 急性期病床群の定義が曖昧で、イメージがわきにくいという指摘は当たっている。(尾形委員)
- 昔の厚生省は、急性期医療は「例えば肺炎や骨折の治療」としていたが、今回の資料では「急性呼吸不全や開放骨折」となっており、こんな混乱の中で実施すると、日本の医療が混乱する。語句の整理を含めて、どういう概念で日本の医療を作るのかを議論していくべき。(相澤委員)
- DPC分科会は、急性期に軽度から重症まで幅広い概念が含まれ、全日病の報告書は急性期リハビリを位置づけている。事務局の提案は、軽度急性期は除かれ、リハビリも別なため、専門家が考える急性期とずれている。(西澤委員)
- 日本の医療の利点は、小さな病院が地域に多くあり、それが急性期から慢性期までを支えていること。これらの病院が急性期病床群、亜急性期病床群、療養病床群として分けて持っているわけではない。病床群で分けることが国民のためになるのか、また、急性期病床群等を持っているからといって、患者が選ぶことができるのか疑問。(相澤委員)
- 急性期病床群(仮称)が定義づけられると、報道等により、急性期医療ができるのは認定病床だけといった誤解が生じることを懸念している。(西澤委員)
- 急性期病床群(仮称)の導入は、平均在院日数の短縮、診療報酬での差別化によって、医療費自体を削減する手法として利用しようとしているのではないか。(山崎委員)
- 構造設備基準には無駄な基準が多く、人員配置については、突然離職者が出た場合に、重症な患者が残ったまま認定が取り消され、収入は半減するといったことが生じ得るため、大変な問題が含まれている。(山崎委員)
- 制度により必要な医療が受けられない国民を作るべきではないが、そういう制度にならないか懸念。(横倉委員)

## 【継続的な議論の必要性について】

- 時代とともに機能分化していかなくてはならない中、急性期病床群(仮称)については継続して議論すべき重要なテーマである。(部会長)
- 議論が尽くされていない、時期尚早という理由で議論しないというのは問題であり、医療法を改正するかどうかにかかわらず、議論すべき。(海辺委員)
- 急性期病床群の認定という話が出てきたが、我々としては十分な議論をしていない。(横倉委員)
- もっと議論を重ねて、現実的なものに練り上げてもらいたい。(日野委員)
- 医療法改正に関する政策は、検討会等で議論し、審議会で議論し、国会に提出するのが従来のやり方ではないか。別に検討会を設け、議論すべき。(山崎委員)
- 医療部会にある程度固まった案が出る前に、他の検討会で議論し、煮詰めたものを出してほしい。(西澤委員)
- 医療提供側と患者側とで意見が分かれているように見えるが、医療提供側として、反対しているわけではなく、急に出てきて、十分な議論がないということや、定義付けがはっきりせず、こういう形だと混乱が生じるのではないかと懸念がある。(西澤委員)

- 
- ・病床の機能分化を進めていくべきという認識は委員共通の理解となっている。
  - ・その推進策として事務局から提案した急性期病床群(仮称)の認定制度については、「急性期医療」や「急性期病床群(仮称)」の定義の問題、制度導入による影響等への懸念が示された。
  - ・「急性期病床群(仮称)」について、十分な議論ができておらず、継続して議論すべきという意見や別途、検討会を設けるべきとの意見があった。
  - ・その一方で、国民・患者に対する病床の機能の見える化等は評価されるべきという意見があり、導入について積極的に対応すべきという意見もあった。

## ■ 考え方の整理と今後の対応

- 患者の疾患の状態に応じ良質かつ適切な医療が効率的に行われるよう、一般病床について機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化を図り、もって、その機能を国民・患者に明らかにしていく必要がある。
- これまでもこうした方向性が様々な機会を示されてきたものの、実現に至っていない状況を踏まえると、その実現に向け、法制上、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要である。
- 一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策については、早急に別途検討作業の場を設け、来年の早い時期にもその内容を取りまとめ、部会に報告すべく検討を進めることとしてはどうか。
- この作業では、機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について、これまでの議論を踏まえ、検討を進めることとしてはどうか。

# 情報提供・広告について

# 情報提供・広告について

## 検討会の開催

- 「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」(座長:長谷川敏彦 日本医科大学医療管理学教室教授)を再開し、以下の検討課題について具体的に検討を行っている。

### 【開催状況】

第7回 10/19 (主な議題) 医療機関のホームページの取扱い、医療に関する広告規制の基本的考え方

第8回 11/4 (主な議題) 医療機関のホームページの取扱い、医療に関する広告規制の基本的考え方、アウトカム指標等の公表の取扱い

第9回 12月中に開催予定

## 検討課題

- ① 医療機関のホームページの取扱い: 医療機関のホームページの医療法における取扱いについて
- ② 医療に関する広告規制の基本的考え方: 医療に関する広告に係る現行の規定方法(ポジティブリスト形式)のあり方について
- ③ アウトカム指標等の公表の取扱い: 医療の成果(アウトカム)や過程(プロセス)に関する指標の公表の取扱いについて
- ④ 医療機能情報提供制度の見直し: 運用のあり方について
- ⑤ その他

## 今後の予定

- 年度内を目途に取りまとめ予定。

# 医療情報の提供のあり方等に関する検討会

## 目的

平成17年12月8日にとりまとめられた社会保障審議会医療部会の「医療提供体制に関する意見」においては、①都道府県が医療機関から報告のあった情報を整理して公表する制度の対象とする「一定の情報」の範囲、②広告できる事項の見直しや広告に関するガイドラインの策定等の課題について、厚生労働省に少人数の検討会を設けて議論し、必要な対応をとることとされている。

これを受けて、本検討会では、医療に関する広告規制や情報提供のあり方やその具体的内容などについて検討することとしている。

【過去の開催実績】平成18年9月～平成20年9月(計6回)

## 委員

(五十音順、敬称略)

稲垣 恵正	健康保険組合連合会理事
大道 道大	社団法人日本病院会副会長
加納 繁照	社団法人日本医療法人協会副会長
近藤 真寿	栃木県保健福祉部医事厚生課長
坂本 正	株式会社毘沙門堂編集長
鈴木 邦彦	社団法人日本医師会常任理事
長谷川 敏彦	日本医科大学医療管理学教室主任教授
森原 琴恵	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局次長
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長



# チーム医療の推進について

# 対応案（看護師特定能力認証制度の創設）

- 看護師の臨床実践能力のうち医学的な部分を強化した看護師について、厚生労働大臣が能力を認証する制度（看護師特定能力認証制度）を創設してはどうか。
- その場合、業務独占や名称独占とせず、現場の実情を考慮した制度とする。

## 看護師特定能力認証制度の概要

- 看護師が実施する上で、高度な知識・判断が必要な一定の医行為を「特定行為」として明確化
  - ※「特定行為」は看護師の業務（診療の補助）の範囲内
- 特定行為については、
  - ① 一定の追加的教育を受け、その能力について厚生労働大臣の認証を受けた看護師が医師の指示の下に実施
    - ※ 事前に実施方法に関する詳細を取り決め（プロトコールの作成）
    - ※ 認証の要件：①看護師免許取得、②実務経験5年以上、③厚生労働大臣指定のカリキュラムを修了、④厚生労働大臣実施の試験に合格
  - ② 認証を受けていない看護師が実施する場合には、医師の「具体的指示」と安全管理体制を求める

## 制度の導入による効果

- 高度な知識・判断が必要な医療行為を、安全管理体制を確保して看護師が実施可能に
  - 効率的・効果的な医療資源の活用による医療の質の向上
  - 患者のQOL・満足度の向上

## 今後の検討課題

- ・ 特定行為の範囲
- ・ 養成課程の内容（期間、カリキュラムの内容、実習時間等）
- ・ 安全管理体制のあり方
- ・ 専門看護師・認定看護師からの移行 等

## 「看護師特定能力認証制度骨子（案）に対する意見」

平成23年12月7日

チーム医療推進会議

本会議では、平成22年5月から、チーム医療を推進するための方策や看護師業務のあり方について10回にわたり議論を重ねてきた。看護師業務のあり方については、チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループにおける17回にわたる議論を踏まえて、前回会議で「看護師特定能力認証制度骨子（案）」が提示されたところである。

現在、政府・与党では、「社会保障・税一体改革成案」の具体策について取りまとめを行っており、看護師の業務のあり方を含むチーム医療についても医療提供体制の重要な要素として議論がなされている。

そこで、チーム医療推進のための議論を行ってきた本会議として、「看護師特定能力認証制度骨子（案）」について現時点での意見を次のように整理した。

- 看護師の業務については、
  - ・ 看護師が現在行っている医行為の中には、診療の補助に含まれるか否か明確でない、高度な知識・判断が必要とされるものが相当の範囲で存在すること
  - ・ これらの医行為を看護師が実施するためには、医療安全の観点から、教育を付加することが必要であることで意見が一致した。
  
- また、高度な知識・判断が必要とされる医行為（特定行為）を明確化し、それらを実施する看護師の条件（教育や安全管理体制）を法制化することについては、
  - ・ 特定行為が診療の補助として看護師も実施可能であることを明確にするためには、法律に規定する必要がある。特定行為を法律に位置付けた場合、それらを実施できる人や条件も法律により規定する必要がある
  - ・ 医師等が常駐しない特別養護老人ホームや在宅領域において、患者のニーズを満たすためには厚生労働大臣の認証が必要である
  - ・ 診療の補助の明確化と国に担保された教育が行われれば、一般的に

は医療機関ごとの研修の負担も軽減し、現場の医師の責任は軽くなるというメリットがある

との法制化に賛成の意見があった一方で、

- ・ 特定行為を法令で規定することで、「一般の看護師が行う業務ではない」と誤認され、現在行われている行為が事実上実施されなくなる等、現場に混乱をもたらすおそれがある
- ・ 医師と看護師との責任関係があいまいになる懸念がある
- ・ 厚生労働大臣による認証を行うのであれば、特定看護師（仮称）養成調査試行事業及びチーム医療実証事業（特定看護師（仮称）業務試行事業）の結果について検証すること等を通して、慎重な議論を行うべきである
- ・ 特定行為の検討は、他職種の業務範囲への影響を配慮して行うべきである

との法制化に対し慎重な意見があった。

- 一部の委員からは、例えば、学会が看護師の能力を認定する仕組みや、ガイドラインを設定することであればよいが、厚生労働省が能力認証を行うことには反対との意見があった。
- これらの議論を踏まえ、看護師特定能力認証制度について、今後、政府において法制化を見据え議論を行う際には、以下の点について十分配慮することが必要であり、本会議での意見を尊重されたい。
  - ・ 特定行為やカリキュラムの具体的な内容等、制度の詳細については、特定看護師（仮称）養成調査試行事業及び特定看護師（仮称）業務試行事業の実施状況、専門看護師や認定看護師との関係等を踏まえ、引き続き十分に検討する必要がある。その際、特定行為については、チーム医療推進の観点から、医療関係職種の業務範囲との関連を踏まえつつ検討を進める必要がある。
  - ・ 今後、薬剤師等の看護師以外の医療関係職種の業務のあり方についても検討を進め、関係者の意見の集約を図ることとする。

# 看護師特定能力認証制度骨子(案)

## 【背景及び目的】

医療現場における患者の高齢化や医療の高度化・複雑化に伴い、高度かつ専門的な疾病の治療に併せて、療養生活の質を向上させるための専門的なケアを安全かつ効率的に患者に提供するために、「チーム医療」の推進が必要不可欠となっている。

「チーム医療」の推進に当たり、看護師の役割は重要であり、例えば、高い臨床実践能力を有する看護師が、患者の状態を総合的かつ継続的に把握・評価する看護師の職能を基盤として幅広い医行為(診療の補助)を含む看護業務を実施すること等が求められている。

しかし、診療の補助について、個々の医行為がその範囲に含まれるか否かが必ずしも明確でないことから、特定の医行為(以下「特定行為」という。)が診療の補助の範囲に含まれることを明確にするとともに、その実施方法を看護師の能力に応じて定めることにより、医療機関等において医療安全を十分に確保しつつ、適切かつ効率的に看護業務を展開する枠組みを構築するため、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)の改正を行うこととする。

## 【制度骨子】

### 1 特定行為

医師又は歯科医師の指示の下、臨床に係る実践的かつ高度な理解力、思考力、判断力その他の能力をもって行わなければ、衛生上 危害を生ずるおそれのある行為に関する規定を保健師助産師看護師法に位置付けることとする。

- \* 特定行為の具体的内容(診療の補助の範囲内)については下位法令で規定する予定。
- \* 特定行為の具体例(平成23年度特定看護師(仮称)業務試行事業の実施状況等も踏まえ、引き続き検討)
  - ・褥瘡の壊死組織のデブリードマン
  - ・脱水の判断と補正(点滴) 等

### 2 特定行為の実施

看護師は、以下のいずれかの場合に限り、特定行為を実施することができることとする。

(1) 厚生労働大臣から能力の認証を受けた看護師が、能力認証の範囲に応じた特定行為について、医師の指示を受けて実施する場合

- \* この場合には、医師による包括的指示(医師が患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為をプロトコルを用いる等により事前に指示すること)があれば足りる。

(2) 看護師が、特定行為を実施しても衛生上危害を生ずるおそれのない業務実施体制で、医師の具体的な指示を受けて実施する場合

- ＊ 衛生上危害を生ずるおそれのない業務実施体制の具体例(平成23年度特定看護師(仮称)業務試行事業の実施状況等も踏まえ、引き続き検討)
- ・行為のマニュアルを整備すること
  - ・特定行為それぞれに対する講習、技術トレーニング等を実施すること 等

### 3 厚生労働大臣の認証

(1) 厚生労働大臣は、以下の要件を満たす看護師に対し、特定能力認証証を交付することとする。

- ① 看護師の免許を有すること
- ② 看護師の実務経験が5年以上であること
- ③ 厚生労働大臣の指定を受けたカリキュラムを修了すること
- ④ 厚生労働大臣の実施する試験に合格すること

＊ カリキュラム及び試験の具体的な内容については、看護の基盤強化と医学的知識を学ぶための大学院修士課程相当(2年間)程度及び8ヶ月程度の2つの修業期間のカリキュラムを念頭に置き、専門分野を通じた教育を含め平成23年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業の実施状況等も踏まえ、引き続き検討。

(2) 特定能力認証証の交付を受けた者は、特定能力認証証の交付を受けた後も、特定行為を含む業務を行うのに必要な知識及び技能に関する研修を受け、その資質の向上を図るように努めなければならないこととする。

### 4 その他

(1) 試験事務を実施する第三者機関の指定

厚生労働大臣は、3(1)④の試験の事務を実施する機関を指定できることとする。

(2) 施行

法の成立後、施行までに一定の準備期間を設けることとする。

(3) 経過措置

施行に伴い必要な経過措置を設けることとする。



## 医療提供体制の改革に関する意見（案）

平成23年〇〇月〇〇日  
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、昨年10月より〇回にわたり、医療提供体制の改革について、審議を重ねてきたところであるが、これまでの議論を踏まえ、医療提供体制の改革に関する意見を、以下のとおり取りまとめた。

厚生労働省においては、本部会の意見を踏まえ、医療提供体制の改革に必要な事項について、更に所要の検討を進め、医療法等の改正を行う等、改革に早急に取り組み、着実にその実施を図られたい。

## I 基本的な考え方

- 我が国の医療提供体制は、戦後、公的病院・民間病院の整備が図られ、50年前に国民皆保険制度を実現して以来、全国民に必要な医療サービスを保障していくため、医療提供体制の一層の充実が図られ、その結果、世界最長の平均寿命を達成するなど、高い保健医療水準を実現してきた。
- その一方で、急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、医療技術の高度化、国民の医療に対するニーズの変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。しかしながら、我が国の医療提供体制は、機能の分化が十分とは言えず、また、必要な医療サービスが不足しているなど、こうした変化に十分に対応できていない。
- さらに、国際的に見た人口当たりの医師数は少ないなど医療を担う人材の不足や、医師の地域・診療科偏在などが課題とされ、また、救急患者の受入れの問題、地域医療の困窮など様々な課題に直面している。

- 限りある医療資源の中で、世界に冠たる我が国の医療制度を将来にわたって維持・発展させていくには、現在抱えている様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指していく必要がある。
- 本年6月に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」においても、医療・介護の分野について、病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、在宅医療の充実等といった改革項目が示され、政府・与党においては、この改革成案に基づき更に検討を進め、その具体化を図ることとされたところである。
- このような状況の中で、国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師等の確保・偏在対策、②病院・病床の機能の明確化・強化、③在宅医療・連携の推進、④医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべきである。

## Ⅱ 個別の論点について

### 1. 地域の実情に応じた医師等確保対策

#### (1) 医師等の人材確保

- 医師の地域間、診療科間の偏在の是正は重要な課題である。このため、都道府県が担う役割を強化し、地域の実情に応じた医師確保体制を構築すべきである。
- 看護職員の不足も深刻な問題であり、離職防止対策や養成所への補助等により看護職員の確保を図っていくべきである。
- 病院勤務医の疲弊、女性の医療従事者の増加、看護職員の不足といった現状を踏まえ、負担の大きい医療従事者の労働環境の改

善に向けた取組が必要である。

## (2) 医師等の養成、配置のあり方

- 実効性のある地域枠の設定や医師の養成過程において診療科を一定程度誘導する等によって、医師の地域間や診療科間の偏在是正を図っていく必要がある。
- 医療技術の高度化・専門化に伴い、医師の専門分化の傾向が見られるが、高齢化の中で第一線の現場で幅広く診ることのできる医師を確保し、地域の医療と介護をつなぐ役割を果たすため、総合的な診療を行う医師を養成し、専門医との役割分担を行う必要がある。
- こうした課題への対応として、総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要がある。

## (3) 医師確保対策のあり方

- 医師不足地域の医師確保の観点から、キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に責任を持って取り組むため、法制化等により、都道府県の役割を明確化すべきである。
- また、都道府県は、医療圏ごと、診療科ごとの医師の需給の状況を把握した上で、より必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かい対応を行うことが必要である。

## 2. 病院・病床の機能の明確化・強化

### (1) 病床区分のあり方

### (2) 特定機能病院のあり方

- 特定機能病院が担う「高度な医療」とは、今後の高齢社会においては、複数の疾患を持つ複雑性の高い患者への対応が必要となる中で、多分野にわたる総合的な対応能力を有しつつ、かつ専門性の高い医療を提供することになると考えられる。
- また、特定機能病院は、一般の医療機関では通常提供することが難しい診療を提供する病院として、地域医療の最後の拠り所としての役割を担っていくべきである。
- 大学病院に外来が集中し、勤務医の疲弊につながっているという指摘がある。また、患者が大病院を選ばざるを得ない現状もあるとの指摘もある。貴重な医療資源の効率的な配分及び勤務医の労働環境への配慮の観点から、特定機能病院の外来診療のあり方を見直す必要がある。
- 特定機能病院における研究については、論文数等によって評価することとなっているが、その質の担保のためには、更なる評価の観点が必要である。
- 特定機能病院については、制度発足当初から医療を取り巻く様々な環境が変化している中、以上の指摘を踏まえつつ、その体制、機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要である。

- 高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、特定機能病院に対する評価のあり方を検討する必要がある。

### **(3) 臨床研究中核病院（仮称）の創設**

- 基礎研究、開発段階の臨床研究から市販後の臨床研究までの一連の流れと、そこから新たな基礎研究につながるというイノベーションの循環の中で、医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を創設すべきであり、法制上位置づけることなどについて前向きに検討すべきである。

### **(4) 地域医療支援病院のあり方**

- 当初の地域医療支援病院の理念を踏まえ、地域医療支援病院における外来診療のあり方を見直す必要がある。
- 地域医療支援病院について、地域医療の確保を図る観点から、他の医療機関間との連携のあり方等について評価すべきである。
- 地域医療支援病院については、以上の点を踏まえつつ、その役割・機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要である。

### **(5) 診療所のあり方**

- 地域で切れ目のない医療・介護の提供が必要とされる中、地域住民の身近にある病床としての有床診療所の役割が大きくなる一方、一般的な診療や在宅医療を提供するものから、特殊な診療科を有し、又は専門性の高い医療を提供するものまで診療所の機能は多様である。医療提供体制における地域での有床診療所及び無

床診療所の役割や機能を踏まえその活用を図っていく必要がある。

## (6) 人員配置標準のあり方

- 人員配置標準については、疾病構造の変化等今日の医療提供体制に対応したものに見直すことが考えられる一方で、医療が高度化する中で医療の安全を確保するといった観点や勤務医等の労働環境への配慮、外来機能についての診療所との役割分担などを踏まえる必要がある。

## 3. 在宅医療・連携の推進

### (1) 在宅医療の推進、医療・介護間の連携

- 今後、高齢者が増加していく中で、在宅医療と介護の連携により、生活の場の中で最期を迎えることができる体制を整備すべきである。
- 在宅医療を推進するには、複数の医療機関等の連携システムの構築により、24時間体制で在宅医療ニーズに対応できる仕組みを整備するなど、地域としての供給体制を整備することが不可欠である。そのためには、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー等、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要である。また、地域の関係機関による協議の場を作るという方向性を明確にすべきである。
- 在宅医療を担う関係者間の調整を行うコーディネート機能を担うことのできる人材を養成していくことが必要である。
- 在宅医療の拠点となる医療機関について、診療報酬上の位置付けだけでなく、法制上、その趣旨及び役割を明確化すべきである。



- 在宅医療の提供体制を計画的に整備するため、在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込むべきことを法制上明確にすべきである。
- 訪問看護は在宅医療で重要な役割を果たすが、人員体制が不十分で、訪問看護師への負荷が大きく、離職率も高い状況である。そこで、訪問看護を提供する体制の確保・充実が必要である。
- 有床診療所は、入院医療と在宅医療、医療と介護のつなぎ役として重要な役割を担っており、在宅医療の推進のためには、その活用を図っていくべきである。

## **(2) 地域における医療機関間の連携**

- 医療機能の分化とともに連携が重要であり、地域における医療機関間の連携を更に推進していくための取組が必要である。
- 急性期医療から地域生活への円滑な移行を進める上では、退院後に、地域の診療所や訪問看護ステーションにスムーズにつながるための退院調整機能を強化することが必要である。
- 医療機関間の連携の促進という観点から、医療情報のICT (Information and Communication Technology) 化等により、医療機関間の情報の共有を進めていくことも必要である。

## **4. 医療提供体制整備のための医療計画の見直し**

### **(1) 医療計画のあり方**

- 二次医療圏について、二次医療圏間で医療提供体制に格差が見られるため、地域の実情や現在の医療を取り巻く状況等を踏まえ、医療計画作成指針の見直しを行う必要がある。その際、都道府県

が見直しについて具体的な検討ができるよう、二次医療圏の設定の考え方をより明示的に示すべきである。

- 在宅医療の提供体制を計画的に整備するため、在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込むべきことを法制上明確にすべきである。(再掲)

## (2) 4疾病5事業の見直し

- 増加する精神疾患患者への医療の提供を安定的に確保するため、医療連携体制を計画的に構築すべき疾病及び事業(4疾病5事業)に精神疾患を追加すべきである。その際、一般医療と精神科医療との連携や社会復帰という観点での地域の関係機関との連携といった視点が重要である。
- 疾病・事業ごとの医療計画のPDCAサイクルを効果的に機能させることで、計画の実行性を高めることができるように、医療計画作成指針を見直すことが必要である。

## 5. 救急・周産期医療体制の見直し

- 救急医療を担う医療機関の位置付けや支援を検討する上では、救急車の受入実績だけでなく、休日・夜間の診療体制の状況を評価する視点や医療圏ごとに人口に大きな差があることも考慮して評価する視点が必要である。
- 周産期医療については、NICU(新生児集中治療室)の整備だけではなく、在宅医療体制の充実を図ることで、病院から家庭への移行を進めていく必要がある。

## 6. 医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

### (1) チーム医療の推進

- 少子化が進む中、限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、各医療職種の役割分担を見直し、チーム医療を推進していくべきである。
- チーム医療の推進にあたっては、各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべきである。

### (2) 看護師、診療放射線技師等の業務範囲

- 高齢社会が進む中、介護の分野においても高度の医療を必要とする患者が増えてきており、安全性の確保とサービスの質の向上のために、現在看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要がある。
- 現場で患者に寄り添っている看護師が、患者に安全かつ迅速にサービスを提供するために、またやる気のある看護師がその能力を十分に発揮するためにも、一定以上の能力を公的に認証する仕組みは重要である。併せて、基礎教育内容を見直し、看護師全体のレベルアップを図ることが必要である。こうした取り組みが患者の安全・安心につながる事となる。
- 診療放射線技師については、教育等により安全性を担保した上で、検査関連行為と核医学検査をその業務範囲に追加することが必要である。
- 薬剤師等他の医療関係職種の業務範囲についても議論を進めるべきである。

## 7. 国民の関与と情報活用

### (1) 患者中心の医療と住民意識の啓発

- 限られた医療資源を有効に活用する観点から、医療を利用する住民の意識を高めていくことも検討すべきである。

### (2) 広告・情報提供のあり方

- 医療を提供する側と受ける側との間にある「情報の非対称性」を軽減していく観点から、医療情報提供を充実させる必要がある。
- 医療機関に関する医療機能に係る情報の公表にあたっては、公表情報の標準化が重要である。
- 医療機関のホームページの取扱いについて検討を行い、必要な措置を講じていくべきである。

### (3) 医療の質の評価・公表のあり方

- 医療の質に関する情報（アウトカム指標やプロセス指標等）については、その内容や標準化等について検討が進められているが、こうした検討を踏まえながら、医療の質に関する情報の公表に向けた取組を進めていくべきである。ただし、全ての分野についての指標を評価・公表することは難しいため、分野を絞ることも検討すべきである。

## 8. その他

### (1) 医療法人

- 医療法人に係る制度について、地域医療を安定的に確保する上

で重要な主体であるという視点を踏まえつつ、税制上の取扱いを含め、必要な制度の見直しを行うことが必要である。

- 医療法人に対する規制のあり方について検討を行う上では、非営利の法人であるという医療法人の性格を維持することが重要である。

## (2) 外国医師の臨床修練制度の見直し

- 医療の分野において、アジアの国々をリードし、貢献していくためにも、臨床修練制度において、厳格な審査を前提として、手続き面の簡素化を図るべきである。
- 臨床修練に加え、教授・研究の中で外国の医師等が診療を行うことを認めるべきである。その際、医師不足対策や医療機関の宣伝という間違った趣旨での利用を制限するため、臨床修練よりも厳格な基準を設け、適切な運用を担保するための仕組みを設けるべきである。

## (1) 病床区分のあり方

- 患者の疾患の状態に応じ良質かつ適切な医療が効率的に行われるよう、一般病床について機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化を図り、もって医療機関が自ら担う機能を選択し、その機能を国民・患者に明らかにしていく必要がある。
- これまでもこうした方向性は様々な機会を示されてきたものの、実現に至っていない状況を踏まえ、その実現に向け、法制上、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要である。
- 急性期医療については、病院医療従事者の負担の軽減や専門医等の集約による医療の質の向上等を図るとともに、患者の早期の社会生活復帰を可能とする観点からも、医療資源を集中化させることにより機能強化を図るべきである。  
一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策については、別途検討の場を設け、早急に検討すべきである。その際は、人的資源の集中化が求められる医療等について十分な議論が必要である。
- また、機能分化の推進に当たっては、病床の機能の見える化が重要であり、その機能に着目した評価を行うことが重要であるが、評価の具体的な方法については十分な議論が必要である。
- 急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療や在宅医療についても機能分化・強化を図っていく必要がある。

# 病床区分の見直しについての参考資料 (社会保障審議会医療部会(12/1)資料(抄))

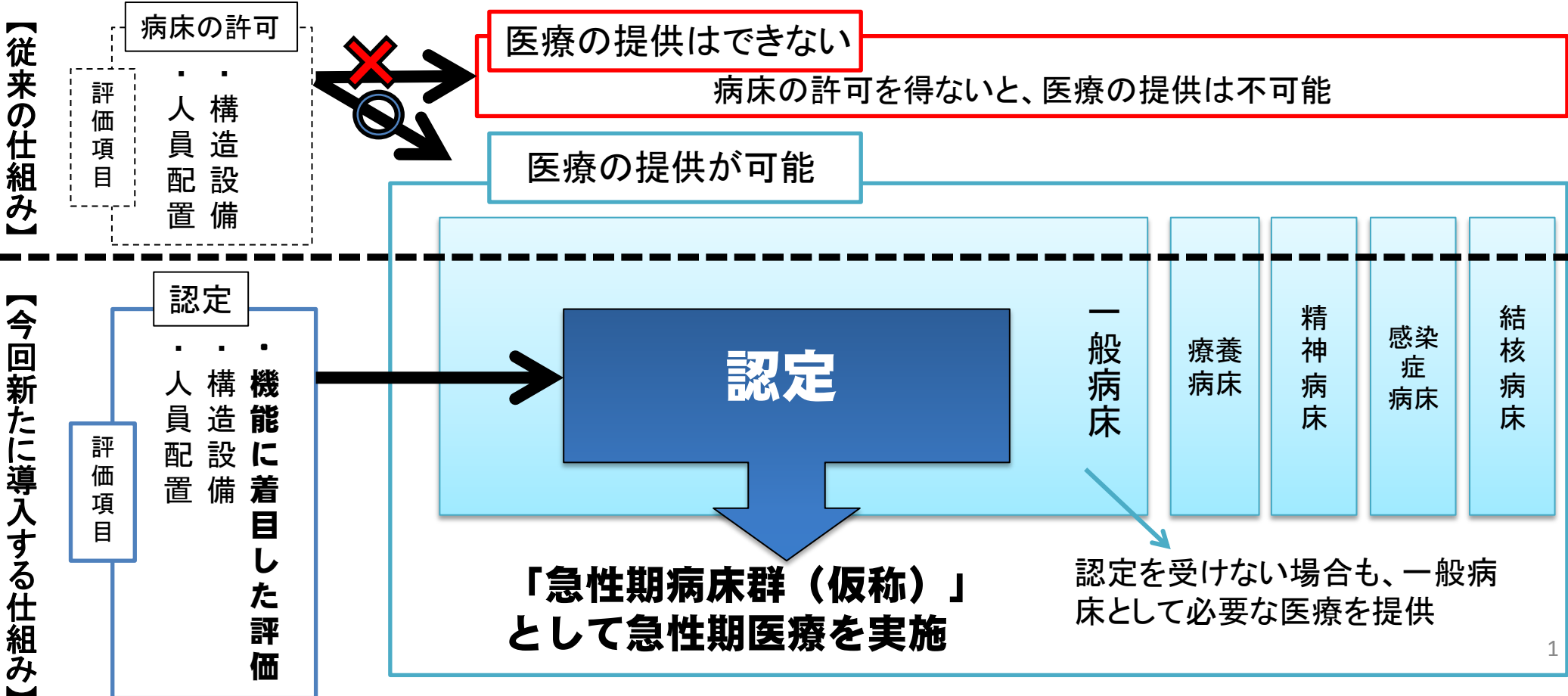
# 急性期病床群(仮称)の認定制度の導入

○病床の機能分化の推進策として、都道府県による「急性期病床群(仮称)の認定制度」を医療法において導入(「許可」という規制ではない)。

これにより、国民・患者に対し病床の機能を目に見えるようにし、適切な医療アクセスにつなげることが可能に。

○機能分化を推進していくための仕組みであり、そのためには、機能を明らかにしていく必要。そこで、急性期医療の機能(患者の疾病・病態や処置内容など)に着目した評価を導入。

○また、地域での急性期医療の提供状況を、認定を行う都道府県が把握可能となる。その結果、実態に即した医療計画の策定が期待され、より実効的な医療提供体制の整備につながる。





# 急性期病床群(仮称)の対象となる患者や急性期医療のイメージ

急性期病床群(仮称)の対象となる患者:

例えば、心筋梗塞によって入院した患者や、手術後の患者のように、状態が不安定であって、症状の観察などの医学的な管理や、傷の処置などの治療を日常的に必要としている場合を想定

○これまでの「急性期医療」の考え方

・「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」

中医協DPC評価分科会から同基本問題小委への提案（平成19年11月21日）

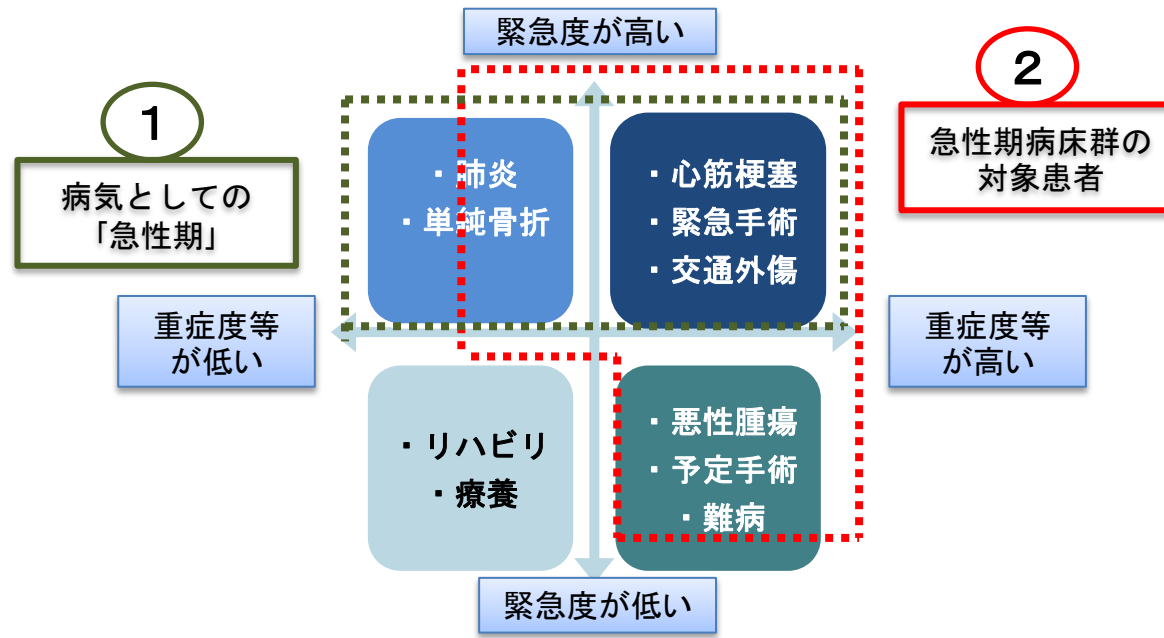
・「急性期入院医療とは、疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、一定程度の改善まで、医師・看護師・リハビリテーション専門職員等が中心となって行う医療」全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書（2007年版）」

・急性期病床の対応する入院医療は急性疾患だけではない。重度の急性疾患（心筋梗塞、脳動脈瘤破裂等）はもちろんであるが、悪性腫瘍、高度な専門的手術・治療等も、急性期病床の提供する入院医療である。

四病院団体協議会「厚生労働省『医療提供体制の改革の基本的方向』に対する意見」（平成15年3月14日）

○医療者にとって「急性期」とは、病気のステージ(発症初期であること)や発症様式(急性に発症すること)、救急医療という概念で捉えられることが多い(①)。

「急性期病床群(仮称)」で想定する急性期医療とは、こうした「急性期」と必ずしも一致するものではなく、緊急度や重症度等を含め、より高密度な医療を必要とする患者を想定しており、より広い概念で捉えている(②)。



# 急性期病床群(仮称)の認定要件(イメージ)

急性期病床群(仮称)の認定に当たっては、主に以下のような病床(群)の「機能」に着目した評価を想定

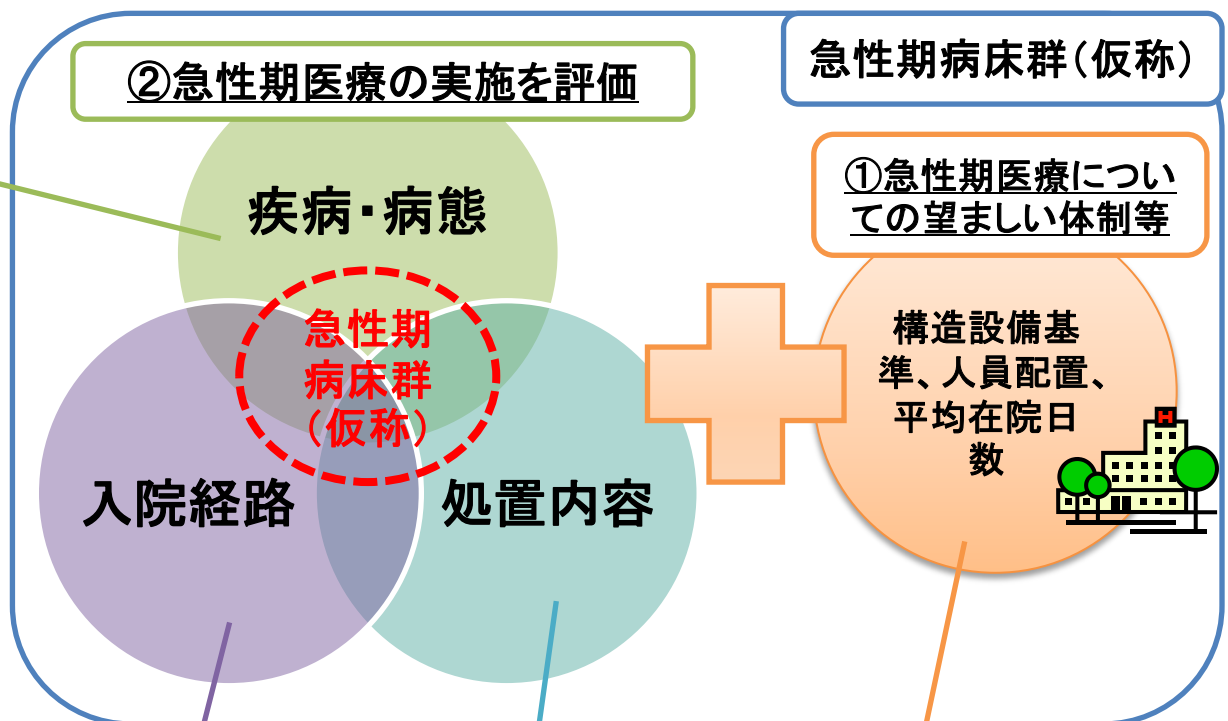
- ①急性期病床群(仮称)の体制:急性期医療の実施にあたって望ましい体制や、効率的な医療の提供がなされているかを評価
- ②急性期医療の実施:個々の患者の治療の内容や結果を評価するものではなく、急性期病床群(仮称)における診療等の実態を評価(対象となる疾病を有する患者が入院している割合や、実施した処置の割合等)。

**【項目例】**  
(共通する病態)  
・意識障害 ・昏睡 ・ショック ・急性腎不全  
(内科系疾患)  
・急性呼吸不全 ・急性心不全 ・急性薬物中毒  
・重症感染症 ・脳血管障害 ・重篤な代謝障害  
(外科系疾患) ・外傷 ・開放骨折  
(小児) ・入院を要する疾病  
(精神科系疾患) ・精神科身体合併症等

**認定の要件例**

※例えば、次のような要件を設定した場合、  
・対象疾患に該当する患者が○%以上  
・救急医療入院が△%以上  
・手術を行う患者が□%以上

	疾病・病態	入院経路	処置内容
〇〇病院	対象疾患 ○% <b>認定</b>	救急医療入院 ××%	手術 ××%
〇△病院	対象疾患 ××%	救急医療入院 ××%	手術 □% <b>認定</b>
△△院	対象疾患 ××%	救急医療入院 △% <b>認定</b>	手術 ××%
××病院	対象疾患 ××%	救急医療入院 ××%	手術 ××%



②急性期医療の実施を評価

急性期病床群(仮称)

①急性期医療についての望ましい体制等

疾病・病態

急性期病床群(仮称)

入院経路

処置内容

構造設備基準、人員配置、平均在院日数

【項目例】  
・緊急入院 等

【項目例】  
・手術 ・人工呼吸器  
・人工腎臓 等

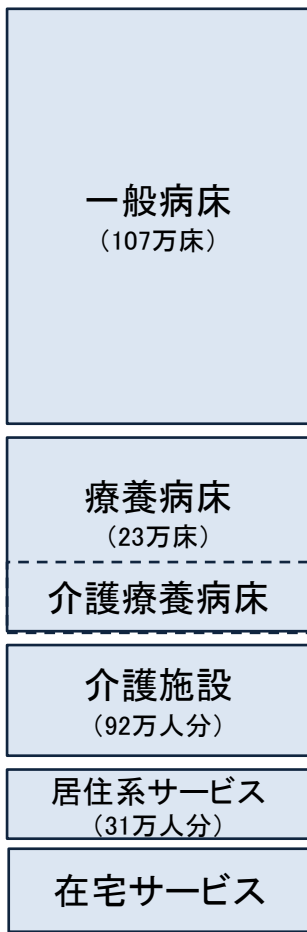
【項目例】  
(構造設備基準)  
・化学、細菌、病理の検査施設  
・退院支援部門・診療録管理体制  
(人員配置)医師、看護師、薬剤師  
(平均在院日数)

対象病床群を縮小した上で、要件を満たせば認定を受けることは可能。

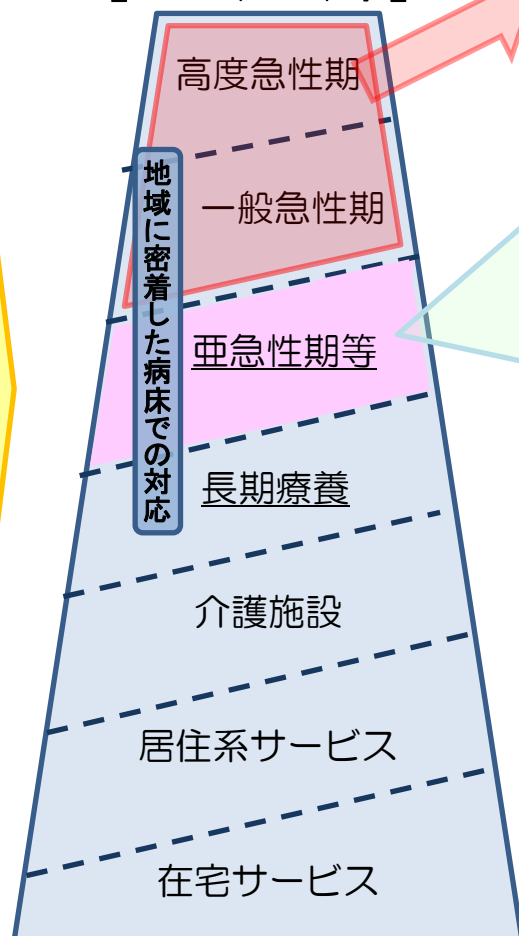
# 急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療について

○急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療について、社会保障・税一体改革成案において、サービス利用の具体的シナリオとして想定されている改革イメージは下記のとおり。

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



「急性期病床群(仮称)」を位置づけ(今回の提案)

- ・急性期から医療必要度がそれなりに高い状態で退院してくる者の受け皿としての機能強化
- ・リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化、24時間対応可能な在宅医療の体制整備等
- ・在宅療養患者の急性増悪時の対応等  
⇒リハビリ、地域連携、退院時支援等の観点から、コメディカルを中心に3割程度の増員を図る

# 病床区分の見直しについての参考資料 (社会保障審議会医療部会(11/17)資料(抄))

## 病床の区分

病床について、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて、以下のように定義されている。

### 一 精神病床

病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。

### 二 感染症病床

病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症（結核を除く。）、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同条第八項に規定する指定感染症（同法第7条の規定により同法第19条又は第20条の規定を準用するものに限る。）の患者（同法第8条（同法第7条において準用する場合を含む。）の規定により一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。）並びに同法第6条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。

### 三 結核病床

病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。

### 四 療養病床

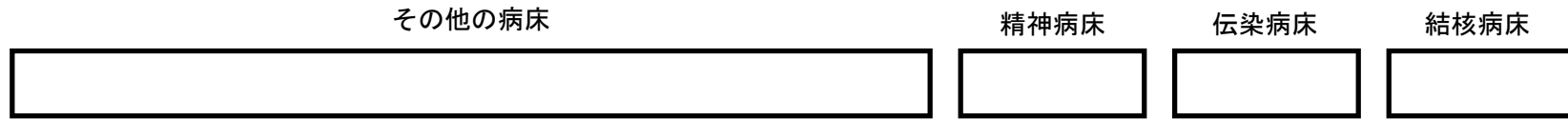
病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

### 五 一般病床

病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

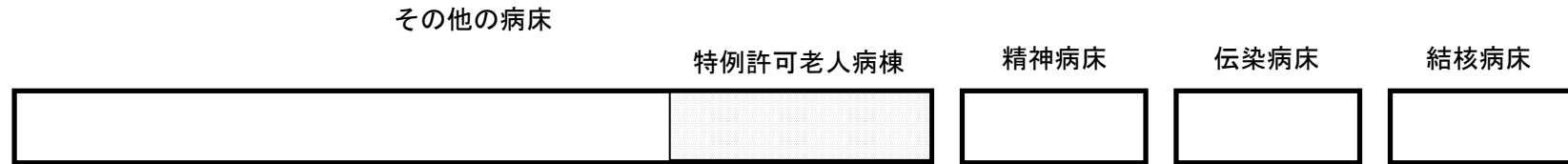
# 病床区分に係る改正の経緯

## 【制度当初～】



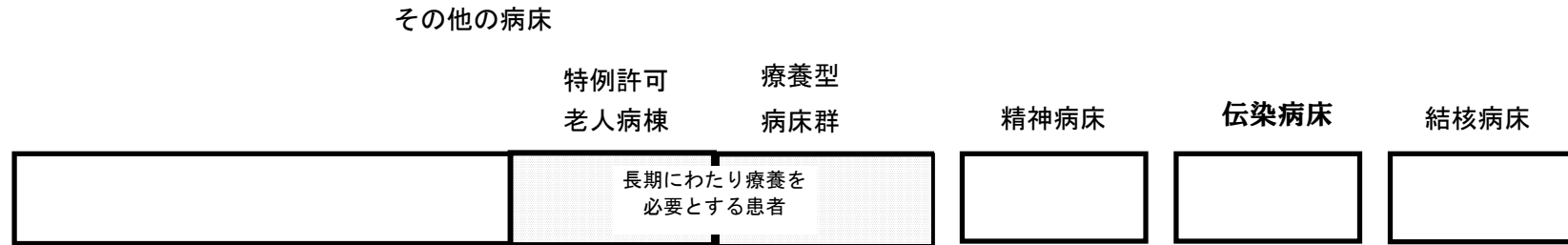
- ・ 高齢化の進展
- ・ 疾病構造の変化

## 【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。

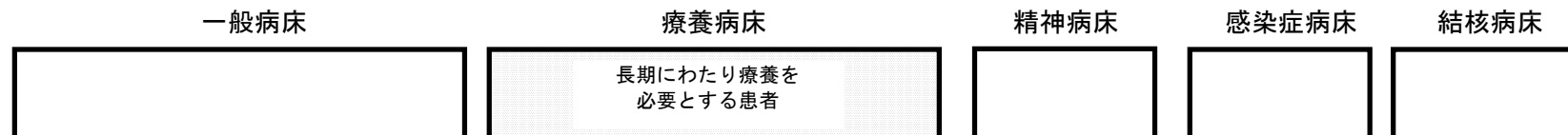
## 【療養型病床群制度の創設（平成 4 年）】



- ・ 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。

# 病床の機能分化を巡る現状

- 病床の機能分化について、医療法上での対応として、これまでは長期療養対応の体系化を図ってきたところ。一方、一般病床については、診療報酬上は、病院の機能に応じて、多様な病院・病床が位置づけられているが、医療法上は、その他病床としての区分しかなされておらず、同じ病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、機能分担が明確になっていない。
- 我が国は、国際的にみて人口当たりの病床数は多くなっている一方、病床当たりの医師、看護職員数や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は長い。一方で、病床当たりの医療従事者と平均在院日数の間には、相関関係がある。
- 近年、平均在院日数の短縮は進んでいるものの、一方で、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・機器の高度化等により、医療機関・スタッフの業務は拡大している状況。
- さらに、急性期治療を経過した患者に対し、その受け皿となる病床や在宅療養を支える機能の不足がみられる。

## 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。



# これまでの部会における病床機能等に関する委員の主な御意見

## 【機能分化、機能の明確化について】

- ・ 似たような総合病院が多すぎという印象が国民にはある。きっちり先進的な医療を提供してもらえるところと、治療後に近所で定期的に経過観察をしてもらえるところと、機能の棲み分けを行うべき。砂漠に水を撒くような感じではなく、どこに集中的にやるのかというのを、国民の目にもわかるように議論していく必要。(海辺委員⑭)
- ・ 国民・患者が一般病院のイメージ、機能、役割、設置の趣旨等について共有の認識を持つことのできる考え方を新たに考案する必要がある。(高智委員⑰)
- ・ 医療の高度化や国民の意識も変わる中、医療を提供する際、自分の病院の機能をアピールできないと、国民・患者も分からないし、病院間の連携もできない。(西澤委員⑱)
- ・ 救命センターの数が本当にこれだけ必要なのか、そこがどういう機能を果たしているのかということをもう一度検証すべきではないか。高度急性期の必要数もPICUと同じような形で決めていくべき。(日野委員代理⑲)
- ・ それぞれの医療機関が自ら担う機能を選択し、その実情を患者、住民に明示することが必要。(高智委員⑳)
- ・ 入院医療は、高度機能病棟、急性期病棟、地域一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、慢性期病棟とし、病棟単位で機能分化させることが望ましい。(西澤委員⑰)
- ・ 一般病床については、急性期とそれ以外の亜急性期で区分をして最適化する必要がある。(小島委員⑰)
- ・ 多様な一般病床を分かりやすい観点で、一般病床を再度機能分化させることに賛成。(齋藤(訓)委員⑰)
- ・ 機能分化の議論は、イメージだけで理想を追い求めるのではなく、診療報酬の扱いについての議論も不可欠。(中川委員⑰)
- ・ HCUから一般病床、いわゆる急性期病床への移行を制度的に決めるのがいいのか、議論が必要。制度で決めてしまうと、運用ができなくなるおそれがある。(横倉委員⑰)



一般病床について、機能分化を進め、機能の明確化を図り、それを患者や国民の目にも明らかにしていくべきではないか。

## 【患者の病期、ニーズに合わせた人員配置の見直しについて】

- ・ がんの患者が増えると、非常に高度な治療を求める患者の数が増えるので、そういう病院などに手厚く医師を配置する必要がある。(海辺委員⑫)
- ・ 経験豊かで高いスキルを持った医師、医学部の教授などは、外来でかぜの患者を診るのではなく、最も重症度の高い方に向けていることが医療資源の効率的なあり方。(高智委員⑬)
- ・ 今以上にマンパワーが増えない中、病床数が非常に多く、広く薄くマンパワーを配置している状況をどうするのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(齋藤(訓)委員⑭)
- ・ 一般病床は、さまざまな機能を持った病床が一緒くたになっており、同一の基準では整合性がとれない。地域一般病床と急性期病床を区分する必要がある、人員配置は自ずと異なる。(相澤委員⑭)
- ・ 医療従事者不足が指摘されている現状や、中小病院が非常に多い日本の医療提供体制の現状を踏まえると、医療安全と効率性確保の観点から、主に医療度に合わせた人的資源の集中化を図るべき。そのためには、病期別の機能分化が適当。(西澤委員⑰)
- ・ 機能分化に伴った人の配置はどうするのか。チーム医療の議論が進む中で、どういう職種の人員がどれだけ必要かということも念頭に置いた議論をしないと、単に病床の議論だけで終わってしまう。(山本(信)委員⑰)
- ・ 一般病床の機能分化の問題を議論するときは、人的な基準も一体として議論しなければならない。(近藤委員⑰)
- ・ 病床区分には、病気のステージによる分け方と医療にどれくらいのマンパワーが必要かという医療密度による分け方がある。どのくらいの医療の密度の病棟がどのくらい必要なのかという、算定、算出が必要ではないか。(永井委員⑰)
- ・ 高度医療に関しては医療密度が関係してくるのではないか。(加藤委員⑰)
- ・ 人員配置を厚くして相当重症の人を診なければならない病棟をまず区分けして、そのほかを一般病床で運用していくというのが現実的ではないか。(相澤委員⑰)



患者の病期、ニーズに合わせた人的資源の集約化が必要であり、急性期医療に手厚く配置していくべきではないか。

## 【急性期医療から引き継ぐ医療について】

- ・ 救急・急性期の先の所を整備しなければ、救急・急性期がうまくいかない。在宅医療、介護まで含めてしっかり整備してこそ、医療機関の機能分担もうまくいく。(西澤委員⑬)
- ・ 「機能未分化」と「後方機能不足」は一体かつ裏腹な問題であり、同時に解決していく必要がある。その際、在宅療養を支える機能が鍵であり、診療所、訪問看護ステーション、居住系サービスまでを含め検討することが重要。(尾形委員⑰)
- ・ 胃瘻を置いて在院日数、入院日数を短縮して退院させてしまえば、それを処置しなければならない病院が増えてくる。そのジレンマが解決されなければならない。(加藤委員⑱)
- ・ 療養病床の再編について、ほとんど介護保険施設に転換できていないようだが、介護の社会化という、基本的な理念は推進する必要。(小島委員(伊藤参考人)⑭)
- ・ 社会保障国民会議のシミュレーションで「亜急性期・回復期」となっていた区分は、地域特性も考慮した柔軟な病床運営を可能とするため、地域における軽度～中等度の急性疾患患者の受入、急性期病棟からの亜急性期患者の受入、地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク支援の機能を持つ「地域一般病棟」としてはどうか。(西澤委員⑰)
- ・ 一般病床の退院後をどうするかというとき、在宅のウェイトは非常に大きい。在宅療養をどうするかということと急性期の機能は裏腹の関係であることは明らか。(尾形委員⑰)
- ・ 人口どれくらいに対し、本当にどれくらいの医療提供体制が必要なのか。高度の急性期はある程度切り分けられるとして、一般病床の機能分化をどうしていくかということを議論していくべき。(相澤委員⑰)
- ・ 医療提供体制は都会などの人口集中地域と人口がわりとまばらな地域では随分あり様が違う。地方モデルというものも頭の隅に入れながら改革案を作っていくべき。(横倉委員⑱)
- ・ 地域では、高度も急性期も亜急性期も混在した中で医療が行われており、それを分別することが本当に患者にとって分かりやすい、効率的な医療であるのかどうかを検討すべき。(相澤委員⑳)
- ・ 地域差が非常に大きい中で、急性期から療養にかける区分について、地域一般病床というものの概念が必要ではないか。一般病床の議論を是非していただきたい。(横倉委員⑰)
- ・ 特に地方には急性期医療から亜急性期、あるいは社会的入院まで担っている病院があるので、法律と診療報酬を相互にやっつけていかないといけない。(邊見委員⑰)
- ・ 有床診療所や、中小病院の一般病床のあり方をしっかり議論すべき。(横倉委員⑭)
- ・ HCUから一般病床、いわゆる急性期病床への移行を制度的に決めるのがいいのか、議論が必要。制度で決めてしまうと、運用ができなくなるおそれがある。(横倉委員⑰)[再掲]



急性期のみならず、急性期医療から引き継ぐ医療や在宅医療についても、機能分化、強化が必要ではないか。また、地域の実情に即した対応も必要ではないか。

## ■論点

- 患者の疾患の状態に応じ良質かつ適切な医療が効率的に行われるよう、急性期医療への医療資源の集中投入や、亜急性期・慢性期医療の機能分化・強化等により、入院医療の機能の明確化、強化を図り、そしてその機能を国民・患者に明らかにしていく必要がある。  
  
一方、これまでもこうした方向性はあらゆる機会を示されてきたものの、なかなか実現には至っていない状況。そこで、こうした考えを医療法においても明記し、その方向性に沿って取り組む姿勢を明らかにするため、国、都道府県及び医療機関について、病床の機能分化等の推進に関する責務規定を設けてはどうか。
- 特に、急性期医療については、社会保障・税一体改革成案においても、2025年に向けた取組として、医療資源の集中投入を図るとされており、これにより機能強化を図ることで、病院医療従事者の負担の軽減や専門医等の集約による医療の質の向上等が図られ、もって、早期の社会生活復帰を可能となることが期待される。そこで、機能分化・強化を推進する取組の一環として、医療法上、一般病床について、新たに急性期医療を担う病床群(急性期病床群(仮称))を位置づけることとしてはどうか。
- 急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療についても機能分化・強化が必要であるが、病床と機能が「急性期対応」として一致する急性期病床と異なり、亜急性期等の病床は診療報酬上の評価も様々であり、多様な機能を有している中で、制度上位置づけることについて、どう考えるか。



## <急性期病床群(仮称)を制度上位置づけるとした場合の論点>

### (法的位置づけ)

- 急性期病床群(仮称)においてのみ急性疾患に対応可能とするという法的構成は現状に鑑みると困難と考えられることから、急性期病床群(仮称)については、現行の「病床の許可」と同様の仕組みではなく、例えば、都道府県知事による認定を行うといった仕組みとしてはどうか。

#### ※ 「許可」と「認定」について

一般病床は、人員配置及び構造設備基準等に適合し都道府県知事の許可を得なければ、入院治療を行うことができない。一方、例えば「急性期病床群(仮称)の認定」という仕組みでは、既に許可を受けた一般病床の一部について、一定の要件を満たした場合に急性期病床群(仮称)として認定する仕組みであり、認定がなくとも、急性期医療をはじめとした入院治療を行うことは可能である。

### (機能に着目した評価の導入)

- 急性期の患者の状態に応じた良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、急性期病床群(仮称)については、人員配置や構造設備基準だけでなく、その病床群において、急性期の患者に適切な急性期医療が効率的に提供されているか(すなわち、患者の疾病・病態や処置内容など)といった機能についても、認定に当たっての要件としてはどうか。

現行の診療報酬においても一部機能に着目した評価を行っているが、こうした制度を導入することにより、医療法においても、人員配置や構造設備基準だけでなく機能を評価する仕組みを設け、他の政策手段と連動して医療提供体制の強化に取り組むことが有効ではないか。

### (更新制の導入)

- 急性期病床群の認定要件を継続的に満たしているかを確認するために、認定について、更新制を導入してはどうか。

### (診療所の取扱い)

- 診療所の一般病床については、現在、人員配置基準も設けられていないが、急性期病床群(仮称)の対象とすることについて、どう考えるか。

# 「急性期病床群(仮称)」を制度化した場合のイメージ

## 現行(平成12年改正以降)の病床類型

一般病床(1,038,630床\*)

精神、感染症、結核、療養病床以外の患者

療養病床  
(356,877床\*)

長期にわたり療養を  
必要とする患者

精神病床  
(349,321床\*)

精神疾患を  
有する患者

感染症病床  
(1,785床\*)

感染症  
の患者

結核病床  
(9,502床\*)

結核  
患者

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

\*平成20年医療施設調査より

## 目指す方向性

### 一般病床

精神、感染症、結核、療養病床以外の患者  
(急性期患者を除く)

### 急性期病床群(仮称)

<法的位置付け>

- 一般病床のうち、都道府県知事による認定
- 認定要件を継続的に満たしているかを確認するため更新制を導入

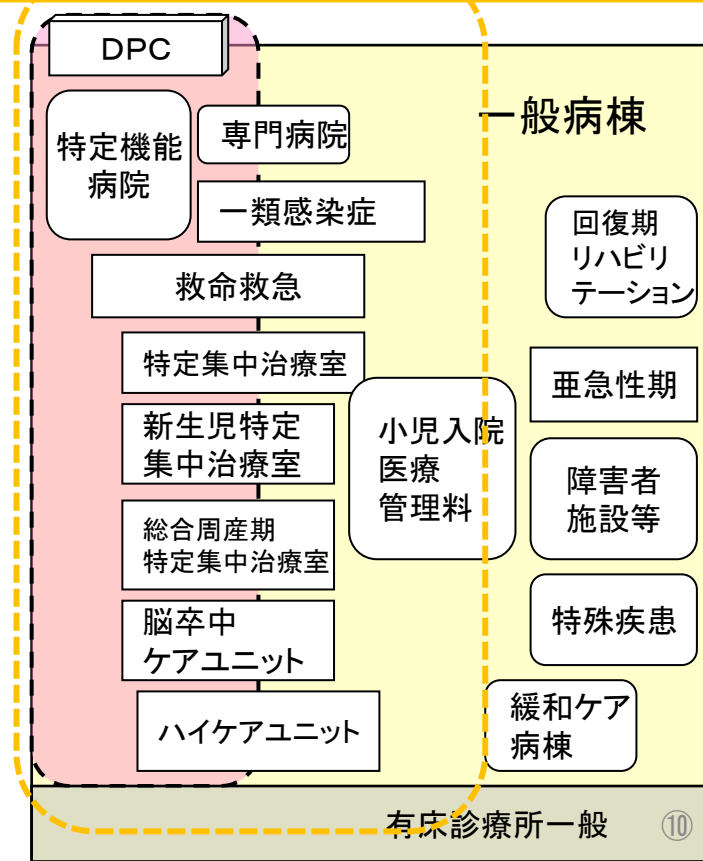
<想定される患者\*\*>

- 心筋梗塞によって入院した患者や手術後の患者のように、状態が不安定であって、症状の観察などの医学的な管理や、傷の処置などの治療を日常的に必要とする患者
- 例) 周術期の患者、救急室からの患者 等

\*\*急性期にある患者  
に対し、急性期に見  
合った適切な医療が  
効率的に行われているか  
ということを総合的に  
評価

- ① 診療行為等
  - ・ 疾病、病態
  - ・ 処置内容
  - ・ 入院の目的
- ② 施設等
  - ・ 構造設備基準
  - ・ 人員配置
  - ・ 平均在院日数 等

## 診療報酬上の評価において想定される患者



# 病床区分の見直しについての参考資料 (社会保障・税一体改革成案関係資料)

# 社会保障・税一体改革成案(抄)

## (平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)

### I 社会保障改革の全体像

### 2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

#### (2) 個別分野における具体的改革

＜個別分野における主な改革項目(充実／重点化・効率化)＞

#### II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。  
そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
  - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
  - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防



# 医療提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～良質な医療を効率的に～

- 高齢化等に伴う医療ニーズの増大や医療技術の高度化等に対応するため、患者ニーズに応じて入院機能の分化を図り、メリハリを付けて医療資源を投入する。
- 看取り対応も含めた在宅医療の充実・強化、医療と介護の連携強化等を進める。
- これらにより、患者の職場、地域生活等への早期復帰を支援し、平均在院日数の短縮を図る。

所要額（公費）  
2015年  
0.4兆円程度

## <現状>

- 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師不足・偏在等への対応が急務。
- 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者が少ない。一方で、医療技術の高度化等に伴い医療スタッフの業務は増大。
- 一般病床の役割分担が不明確で、病院の人員配置も手薄。
- 疾病構造が変化する中で、急性期治療を経た患者を受け止める亜急性期、リハビリ等の入院機能や、在宅医療機能などが不足。



## 充 実

### <改革の具体策>

- 医師の確保・偏在対策（地域医療支援センター等）、看護職員確保対策の強化、多職種連携・協働によるチーム医療の推進。
- 急性期医療への資源集中投入、亜急性期・回復期・慢性期医療への資源投入強化を始めとして手厚い体制へと入院医療の機能強化。  
(例) 高度急性期対応の従事者:現状の約2倍程度(2025年に)  
亜急性期等対応の従事者:コメディカルを中心に現状の約3割程度増(同上)
- 診療所等による総合的な診療や在宅療養支援の強化・評価、訪問看護の計画的整備など、地域における外来・在宅医療の充実。
- 精神病床の機能に応じた体制強化やアウトリーチ(訪問支援)体制整備など、精神保健医療の改革。
- 在宅連携拠点機能の整備や連携パスの普及など、入院から在宅への移行時や医療と介護の間での連携強化。  
(合わせて8,700億円程度)

## 重点化・効率化

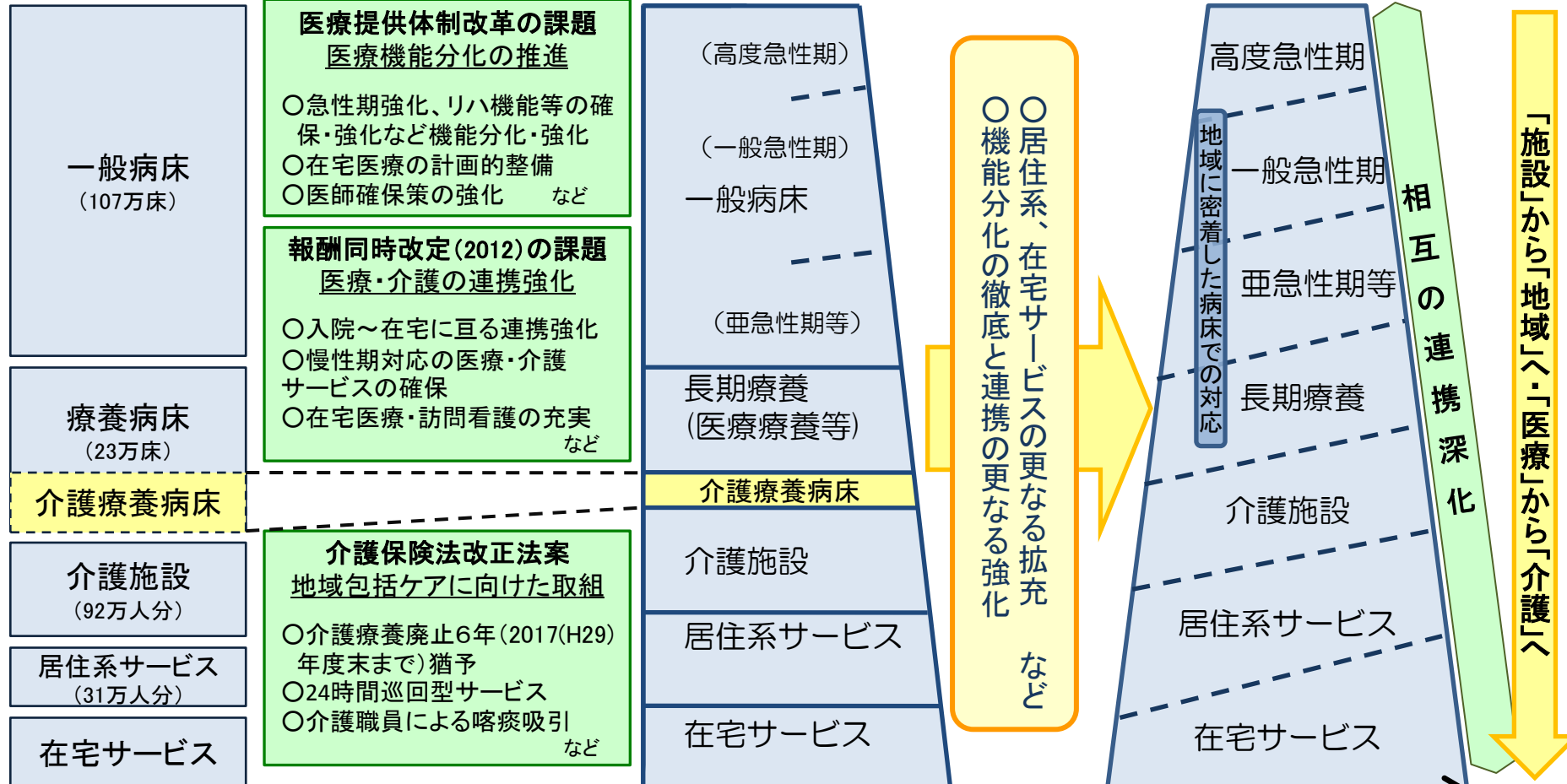
### <改革の具体策>

- 医療資源の投入強化等による機能強化、医療機関間や医療と介護の連携の強化等により、平均在院日数の短縮。(▲4,300億円程度)

# 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

# 医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

## 医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

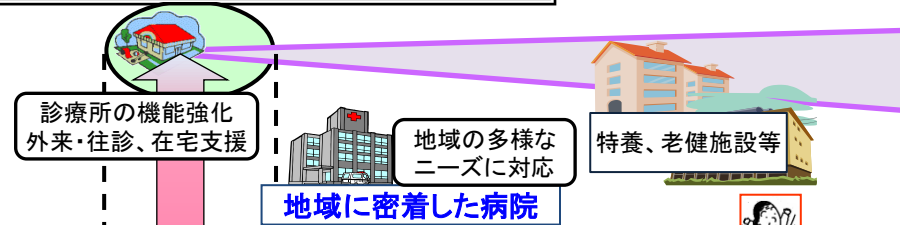
&

## 地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討

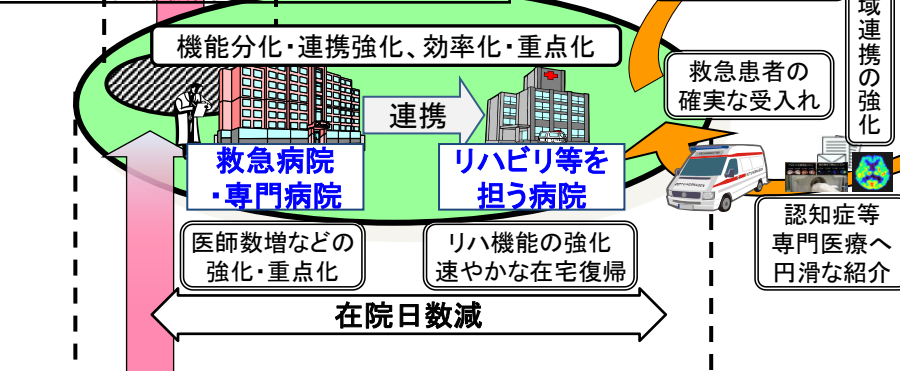
### 市町村レベル:

主治医(総合医を含む)による日常の診療対応



### 人口20～30万レベル:

救急病院など地域の基幹病院を中心とする医療機関のネットワーク



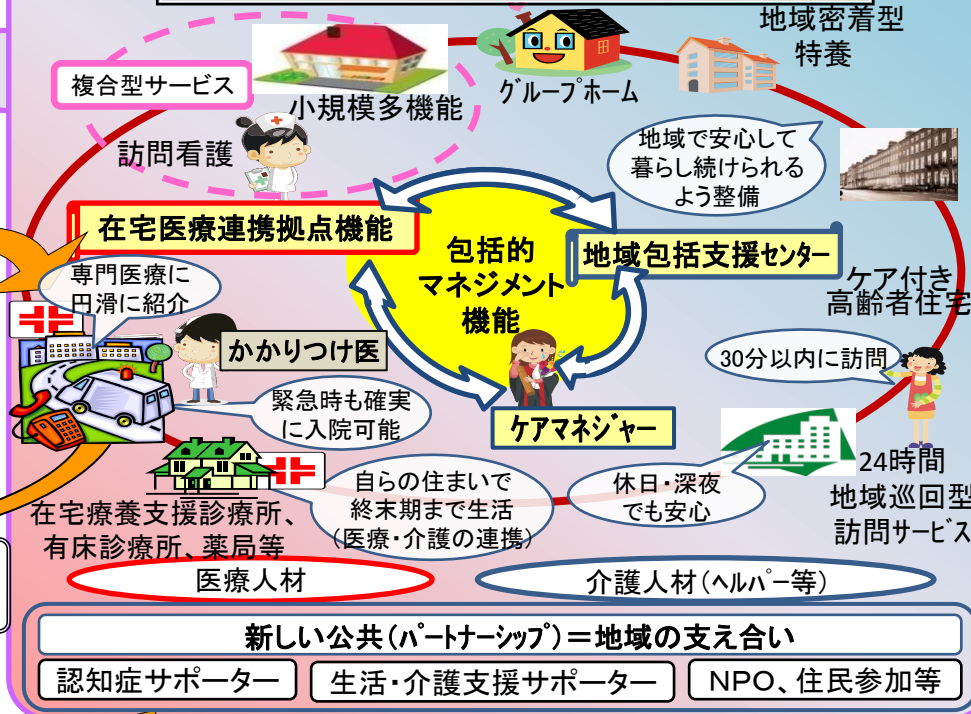
### 都道府県レベル:

救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備



### 小・中学校区レベル(※):

日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制



新しい公共(パートナーシップ)＝地域の支え合い

認知症サポーター

生活・介護支援サポーター

NPO、住民参加等

※ 人口1万人程度の圏域。 4

# 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。



# (参考)改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素(2025年)

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期の職員等 2倍程度増(単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合)</li> <li>・一般急性の職員等 6割程度増(単価 約1.5倍)( " )</li> <li>・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増)</li> <li>・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度</li> <li>・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増)</li> <li>・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備</li> </ul>
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増</li> </ul>
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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等各種サービスの充実</li> <li>・介護職員の処遇改善(単価の上昇)</li> <li>・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増)など</li> </ul>
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期 : 平均在院日数 15~16日程度</li> <li>・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度</li> <li>・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合)</li> </ul>
	※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	( 現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度(高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。 )
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養 在院日数1割程度減少</li> <li>・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)</li> </ul>
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少</li> </ul>
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伸び率として、△0.1%程度(医療の伸び率ケース①の場合)</li> <li>( 現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。 )</li> </ul>
医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)</li> </ul>	

# 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15~16日程度
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等57~58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 28万床 66万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 21万床 49万人/月 70%程度 9日程度
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等			【その他等】 41万床 58万人/月 90%程度 19~20日程度 (うち亜急性期等(6月未満)は46日程度)	【その他等】 30万床 43万人/月 90%程度 19~20日程度 (うち亜急性期等(6月未満)は46日程度)
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	37万床、91%程度 139日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	155万床、83~84%程度 24日程度	155万床、83~84%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	132万人分 73万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

(注) パターン1に係る注を参照。

# 病床区分の見直しについての参考資料

# 病院の機能に応じた分類(イメージ)

平成23年10月5日  
中医協総会資料

DPC	1,390施設 456,244床※2 (+25,083床) ※2 H21.11.1現在	病床数 906,830床 病床利用率 74.9% 平均在院日数 17.9日 (H21.7末医療施設動態・病院報告)	医療法上の位置づけ	病床数 337,293床 病床利用率 91.1% 平均在院日数 180.6日 (H21.7末医療施設動態・病院報告)
			一般病床	療養病床

### 特定機能病院

83施設  
61,210床※1  
(▲3,673床)  
※1 一般病床に限る

救命救急 208施設  
6,277床  
(▲648床)

特定集中治療室 624施設  
5,215病床  
(+542床)

新生児特定集中治療室 209施設  
1,546床  
(+129床)

総合周産期特定集中治療室 85施設  
母体・胎児578床(+29床)  
新生児 992床(+79床)

脳卒中ケアユニット 82施設  
528病床(+72床)

ハイケアユニット 150施設  
1,355床(+557床)

専門病院 21施設  
7,324病床  
(▲263床)

一類感染症 23施設  
137床(+6床)

### 一般病棟

5,353施設  
683,475床  
(▲7,409床)

回復期リハビリテーション  
入院料1 入院料2 計  
928施設 165施設 1,093施設  
52,984床 7,018床 60,002床  
(+5,081床)(▲1,411床)(+3,670床)

亜急性期  
入院料1 入院料2  
1,172施設 108施設  
14,236床 2,196床  
(+1,640床)(+186床)

障害者施設等  
778施設  
60,132床  
(+2,364床)

特殊疾患  
入院料1 入院料2 管理料  
110施設 80施設 33施設  
5,658床 5,942床 480床  
(+117床)(+483床)(▲173床)

小児入院医療管理料  
入院料1 入院料2 入院料3  
56施設 146施設 128施設  
4,333床 5,715床 4,916床  
(+925床)(+5,715床)(▲3,397床)

入院料4 入院料5  
365施設 122施設  
9,029床  
(+137床)

緩和ケア病棟 222施設  
4,872床  
(+830床)

### 療養病棟

3,589施設  
213,462床  
(+824床)

介護療養病床  
83,101(床)  
H22.12末病院報告

有床診療所一般 7,175施設、92,976床(▲6,938床)

有床診療所療養 1,069施設、9,061床(▲1,033床)

精神科救急 77施設  
3,977床  
(+630床)

精神科急性期治療病棟  
入院料1 入院料2  
274施設 22施設  
13,794床 1,122床  
(+1,829床)(+45床)

精神科救急・合併症 6施設  
276床  
(+152床)

### 精神病棟

1,392施設  
181,384床(▲6,887床)

精神療養 836施設  
103,437床(+412床)

認知症病棟  
入院料1 入院料2  
433施設 33施設  
30,077床 2,709床

施設基準届出  
平成22年  
7月1日現在  
(カッコ内は  
前年比較)

### 結核病棟

218施設、7,437病床(▲635床)



# 病院の機能分化について(現在の入院料を基準としたイメージ)

平成23年10月5日  
中医協総会資料

## <一般病床の例>

高度急性期

亜急性期等

出来高

包括(特定入院料)

特定機能病院入院基本料(専門病院入院基本料を含む)

7:1 約5.9万床(特 28日, 専 30日)

10:1 約0.8万床(特 28日, 専 33日)

一般病棟入院基本料

7:1 約31.6万床(19日)

10:1 約23.4万床(21日)

13:1 約3.3万床(24日)

15:1 約6.5万床(60日)

約4.1万床

救命救急入院料

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

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

ハイケアユニット入院医療管理料(19日)

新生児特定集中治療室管理料

新生児治療回復室入院医療管理料

一類感染症患者入院医療管理料

小児入院医療管理料(21日-28日)

看護配置に応じた評価の例

( ):平均在院日数要件

DPC/PDPSを選択

(注)一部、出来高の評価が加わる

病棟の機能に応じた評価の例

約1.7万床

特殊疾患病棟入院料

特殊疾患入院医療管理料

緩和ケア病棟入院料

約7.6万床

亜急性期入院医療管理料

回復期リハビリテーション病棟入院料

現行の病床数

計約42万床

計約24万床

計約2万床

計約17万床

- 入院基本料においては、看護配置に応じた評価のベースに加えて出来高評価により医療提供に応じた評価を行い、特定入院料においては、病棟の機能に応じた包括評価を行っているが、必ずしも高度急性期から亜急性期等の患者の状態に応じた評価体系にはなっていない。
- 社会保障改革に関する集中検討会議では、2025年の病床数の推計として、高度急性期 18万床、一般急性期 35万床、亜急性期等 26万床、地域一般病床 24万床としているが、診療報酬上の評価として、それぞれどの程度の病床数が必要か明確にする必要がある。

# 亜急性期等病床に求められる機能

平成23年10月5日  
中医協総会資料

亜急性期等病床に求められる機能は回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料等の入院料のほか、一般病棟や療養病棟、有床診療所の入院基本料等加算で評価されている。

急性期治療を経過した患者  
の受け入れ

救急・在宅等支援療養病床初期加算(療養病棟)  
有床診療所一般病床初期加算(有床診療所)  
救急・在宅等支援療養病床初期加算(有床診療所) 等

合併症管理

重症者等療養環境特別加算(一般病棟)  
重症患者回復病等加算(回復期リハ病棟入院料)等

リハビリテーション

回復期リハビリテーション病棟入院料  
亜急性期入院医療管理料等

在宅復帰支援

入院早期からの退院支援については、中医協で議論中  
急性期病棟等退院調整加算(※)等  
(※) 亜急性期入院医療管理料算定病棟においても、入院料と別に算定可能。

在宅・介護施設等からの  
緊急入院

在宅患者緊急入院診療加算(一般病棟)  
救急・在宅等支援療養病床初期加算(療養病棟)  
有床診療所一般病床初期加算(有床診療所)  
救急・在宅等支援療養病床初期加算(有床診療所) 等