

平成23年12月22日(木)
10時45分～12時
中央合同庁舎第5号館2階
厚生労働省講堂

急性期医療に関する作業グループ 第1回会合

議 事 次 第

- 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

(配布資料)

- 資料 1 「急性期医療に関する作業グループ」の開催について
- 資料 2 急性期医療に関する作業グループ第1回会合 提出資料
- 参考資料 1 社会保障審議会医療部会 (11/17) 資料 (抄)
- 参考資料 2 社会保障審議会医療部会 (12/ 1) 資料 (抄)

(平成23年12月22日現在)

急性期医療に関する作業グループ構成員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
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
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
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
横倉 義武	(社) 日本医師会副会長

「急性期医療に関する作業グループ」の開催について

1 開催の趣旨

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検討を行うため、「急性期医療に関する作業グループ」を開催する。

2 検討事項

- 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、これまでの医療部会での議論を踏まえ、検討を進める。
- 来年の早い時期にも具体的方策の内容を取りまとめ、医療部会に報告すべく検討を進める。

3 構成

作業グループの構成員は、以下の 9 名（医療部会の委員から選定）。

相澤委員（(社) 日本病院会副会長）
尾形委員（九州大学大学院医学研究科教授）
高智委員（健康保険組合連合会理事）
田中部会長代理（慶應義塾大学経営大学院教授）
永井委員（東京大学大学院教授）
西澤委員（(社) 全日本病院協会会長）
花井委員（日本労働組合総連合会総合政策局長）
日野委員（(社) 日本医療法人協会会長）
横倉委員（(社) 日本医師会副会長）

4 運営

- (1) 原則として公開とする。ただし、公開することにより、個人情報の保護に支障を及ぼすおそれがある場合、個人又は団体の権利利益が不当に侵害されるおそれがある場合等、座長が非公開が妥当であると判断した場合には、非公開とする。
- (2) 検討会の庶務は、医政局総務課で行う。

急性期医療に関する作業グループ第1回会合 提出資料

- ・ 診療報酬（平成22年度）の入院基本料等・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- ・ 一般病床の機能について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- ・ 急性期病床群（仮称）を位置づける意味・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- ・ 急性期病床群（仮称）を医療法に位置づける効果・・・・・・・・ 5
- ・ 急性期病床群（仮称）の「認定」について・・・・・・・・・・・・ 6
- ・ 急性期病床群（仮称）の認定要件の考え方・・・・・・・・・・・・ 7
- ・ 急性期病床群（仮称）を支える後方支援・連携のあり方について・・・・ 9
- ・ 二次医療圏における病床の機能分化の例・・・・・・・・・・・・ 10
- ・ これまでの医療部会の議論を踏まえ、作業グループで議論すべき論点・・・ 11

診療報酬(平成22年度)の入院基本料等

(一般病床に関する入院基本料)

看護配置		7:1以上	10:1以上	13:1以上	15:1以上
入院基本料 ()は平均在院日数	一般病棟入院基本料	31.6万床 (19日) ※看護必要度基準1割以上	23.4万床 (21日)	3.3万床 (24日)	6.5万床 (60日)
	特定機能病院入院基本料	6.1万床 (28日)			
	専門病院入院基本料	0.7万床 (7:1=30日、10:1=33日、13:1=36日)			
	障害者施設等入院基本料	6.0万床 (平均在院日数の要件なし) ※7:1の看護必要度基準は、重度の肢体不自由児、重度の意識障害者、筋ジストロフィー、難病患者等が概ね7割以上			

特定入院料

救命救急入院料 6,277床

- 対象患者
 - ・意識障害又は昏睡
 - ・急性又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - ・急性心不全(心筋梗塞含む)等
- 看護配置
看護師が常時配置

特定集中治療室管理料 5,215床

- 対象患者
 - ・救命救急入院料と同じ
 - ・重症者9割以上
- 看護配置
看護師2:1以上

脳卒中ケアユニット入院医療管理料 528床

- 対象患者
 - ・脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者が概ね8割以上
- 看護配置
看護師 常時3:1以上

ハイケアユニット入院医療管理料 1,355床

- 対象患者
 - ・重症度基準を満たす患者が概ね8割以上
- 看護配置
看護師 常時4:1以上

新生児特定集中治療室管理料 1,546床

- 対象患者
 - ・高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児等
- 看護配置
助産師又は看護師3:1以上

総合周産期特定集中治療室管理料 1,570床

- 看護配置 助産師又は看護師3:1以上

新生児治療回復室入院医療管理料 102床

- 看護配置 助産師又は看護師6:1以上

一類感染症患者入院医療管理料 137床

- 看護配置 看護師2:1以上

小児入院医療管理料 28,326床

- 看護配置 看護師7:1以上又は看護職員10:1~15:1以上

特殊疾患入院医療管理料 480床

- 対象患者
 - ・脊損、意識障害、筋ジストロフィー、神経難病患者等が概ね8割以上
- 看護配置
看護職員及び看護補助者10:1以上

特殊疾患病棟入院料 11,600床

- 対象患者
 - ・脊損、意識障害、筋ジストロフィー、神経難病患者等が概ね8割以上
- 看護配置
看護職員及び看護補助者10:1以上

亜急性期入院医療管理料 16,432床

- 対象患者
 - ・急性期治療を経過した患者、在宅等からの急性増悪患者(管理料1)
 - ・急性期治療を経過した患者、治療開始日より3週間以内に7:1病床からの転床(転院)患者が2/3以上(管理料2)
- 看護配置
看護職員 13:1以上

回復期リハビリテーション病棟入院料 23,749床

- 対象患者
 - ・回復期リハの必要性が高い患者が8割以上入院(入院料1・2)
 - ・新規入院患者の2割以上が重症(入院料2)
- 看護配置
看護職員 15:1以上

緩和ケア病棟入院料 4,872床

- 対象患者
 - ・悪性腫瘍又はAIDS患者
- 看護配置
看護師 7:1以上

一般病床の機能について

	高度急性期	～	一般急性	～	亜急性期等(軽度の急性期を含む)
	高 診療密度				低
主たる患者像	<ul style="list-style-type: none"> ○発症・受傷直後の特に重症の患者 ○高度な手術を要する患者(心臓外科、移植手術等) ○複数の合併症を有するなど、総合的治療を必要とする患者 ○難治性疾患、希少疾患等の原因や治療法が未解明の疾患の患者 		<ul style="list-style-type: none"> ○中程度の急性疾患の患者 ○一般的な手術を要する患者 ○術後等の病状安定前、あるいは急性期リハビリを要する患者 		<ul style="list-style-type: none"> ○軽度の急性疾患の患者 ○急性増悪した在宅慢性患者 ○後遺症、入院生活等のため生活機能が低下し、リハビリを要する患者 ○緩和ケアを要する患者 ○脊髄損傷、筋ジストロフィー等の特殊疾患の患者
期待される医療	<ul style="list-style-type: none"> ○高度な手術等の侵襲性の高い治療 ○複数科にわたる総合力のある医療 ○三次救急 ○担っている医療に求められるチーム医療 ○担っている医療にふさわしい安全管理体制 		<ul style="list-style-type: none"> ○一般的な手術や急性疾患への対応 ○急性期リハビリ ○二次救急 ○担っている医療に求められるチーム医療 ○担っている医療にふさわしい安全管理体制 		<ul style="list-style-type: none"> ○点滴等の比較的侵襲性の低い医療 ○混在ニーズ対応(ケアミクス) ○回復期リハビリ ○緩和ケア ○特殊疾患等への医療 ○担っている医療に求められるチーム医療 ○担っている医療にふさわしい安全管理体制
	比較的短期間の入院				比較的長期間の入院
特に必要とされる機能	一定数以上の手術の実施				在宅医療支援
	救急医療への対応				回復期リハビリテーション
	退院調整機能				在宅復帰支援
	DPC対象病院等が担う医療				

これまでの「急性期医療」の考え方

- 「急性期病棟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、急性期病棟の提供する入院医療である。
急性期病棟は、重点的かつ高密度な入院医療を提供する病棟であり、基本的には短期入院である。」
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」（2003年3月14日）
- 「急性期入院医療では救急医療や高度医療も担う必要があることから、一定の病床規模を持つ施設に限られ、従来の一般病床のすべてが対応できるわけではない。」
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（2007年11月21日）

これまでの「亜急性期医療」の考え方

- 「亜急性期入院医療は、急性期を過ぎた後なお入院医療を必要とする状態のみならず、疾患の程度により急性期初期からの入院医療にも対応できる病棟である。亜急性期病棟は、重点的・高密度な医療ではないが、適切な入院医療を提供する病棟である。」
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」（2003年3月14日）
- 「亜急性期入院医療とは、急性期以後の状態が固定していない状態や回復期リハビリテーションを要する状態などを指し、入院医療としての需要が高い。その代表的な疾患・状態は、脳血管障害、大腿骨頸部骨折等の整形外科的疾患、肺炎、腹部・胸部手術の術後などの廃用症候群、抗癌剤の定期的な投与、在宅医療への連携、などである。」
全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書（2007年版）」

急性期病床群(仮称)を位置づける意味

- 急性期病床群(仮称)を位置づけ**機能分化**を図ることにより、医療機関内や地域における限られた医療資源の効率化が図られ、急性期及び急性期から引き継ぐ医療の機能の**強化**につながる。
- 認定によって急性期医療を担う急性期病床群(仮称)の機能が明らかとなり、医療機関の機能の一部が**見える化**される。

	短期的効果	中・長期的効果
患者	<ul style="list-style-type: none">●急性期病床群(仮称)を有する医療機関の機能の見える化により、医療機関の選択に資する情報源とすることができる。	<ul style="list-style-type: none">●機能分化の推進によって入院医療の機能強化が図られることにより、急性期から療養まで、疾患の状態に応じたより良質かつ適切な医療を享受し、早期の社会生活復帰等につなげることができる。
医療機関	<ul style="list-style-type: none">●認定を受けるかどうかにあたり自院の機能を把握しつつ、他院の状況を踏まえながら、地域において自院に求められる機能や方向性を見い出すことができる。→●病床群単位での認定に向け、医療機関内の機能分化が図られる。→●急性期病床群(仮称)として認定されることにより、地域における自院の機能や役割を発信することができる。	<ul style="list-style-type: none">●急性期や急性期から引き継ぐ医療について、医療機関内の医療資源を適切に配分することができる。●適切な人員配置により、医療従事者の負担の調整を図ることができる。●急性期や急性期から引き継ぐ医療に応じて、医療従事者の能力や専門性をより発揮させることができる。
地域	<ul style="list-style-type: none">●各医療機関の機能や役割を地域で共有することができる。●機能分化と患者の適切な医療アクセスの推進が、地域全体の医療資源の効率的な活用に資する。	<ul style="list-style-type: none">●地域における限られた医療資源を効率的に活用するとともに、良質な医療を提供する体制を構築することができる。

急性期病床群(仮称)を医療法に位置づける効果

- 限られた医療資源を効率的に活用していくには、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・強化を図ることが必要であり、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ことが重要。
- 診療報酬によって、こうした機能分化を進めることもできるが、医療法において制度上位置づけることにより、診療報酬のみでは対応することのできない以下のような効果が期待される。

<機能の見える化>

- ・ 認定により、急性期病床群(仮称)の機能が明らかとなり、それを有する病院の機能が見える化するとともに、認定を受けることが、医療機関自身が地域の中で担うべき医療を確認し、点検していくことにつながり、それにより地域医療として提供される医療の質が向上していくことが期待される。

<医療計画との関係>

- ・ 急性期病床群(仮称)を医療法に位置づけ、認定業務等に都道府県が関与する場合には、都道府県内の急性期医療の提供状況を都道府県が把握し、より実態に即した医療計画の策定が期待される。

急性期病床群(仮称)の「認定」について

- 急性期病床群(仮称)の「認定」は、人員配置及び構造設備基準に加え、その病床群において急性期医療の実施(緊急入院の割合が一定以上、手術を行う患者の割合が一定以上などといった要件に該当するか)を確認することにより、その病床群において、全体として急性期医療が必要な患者に急性期医療が提供されているかを判断することを想定している。(したがって、一人一人の患者の治療の内容や結果を評価するものではなく、病床群全体として急性期医療の実施を評価することとしている。)
 - 従来の医療法にある「許可」のスキームを導入した場合、急性期病床群(仮称)の患者像が変化し、緊急入院の割合の低下など要件に適合しなくなる場合には、その「許可」は取り消され、医療の提供が禁止されることとなる。しかし、要件に適合しなくなったのは、その病床群において提供される診療等の実態が急性期中心からそれ以外の医療中心に変化したためであり、それをもって直ちに医療の提供を認めないとするは適当ではない。したがって、要件を満たしているかにかかわらず、必要な医療の実施が可能な「認定」というスキームとすることが適当である。
- ※ 「認定」とは、一定の要件を満たしているかを「確認」すること。急性期病床群(仮称)の「認定」は、急性期医療の実施に着目した要件を満たしていることを確認するにすぎない。
- また、従来の許可の要件である人員配置及び構造設備基準に、機能要件を加えることにより、認定の仕組みは「衛生規制としての役割」ではなく、「各医療機関自身が地域の中で担うべき医療機能を確認し、点検していく仕組みを後押ししていく役割」を担うことになる。その点でも、病床の「許可」ではなく、病床群が一定の要件を満たしているかを確認(認定)する仕組みとすることが適当である。
 - なお、地方の医療機関などは、体制が十分でない中でも、地域の医療ニーズに応えるため急性期医療を担わざるを得ない現状や、緊急的に急性期医療を提供せざるを得ないといった状況がある。急性期病床群(仮称)を「許可」の制度とした場合、体制等が一定の要件を満たさない場合には「許可」は与えられないため、こうした少ない人員配置で頑張っている医療機関での急性期医療の実施を禁止してしまうことになる。「認定」のスキームとした場合には、こうした場合でも、医療を行うことは可能であり、地域の状況を勘案した弾力的な運用にもつながる。

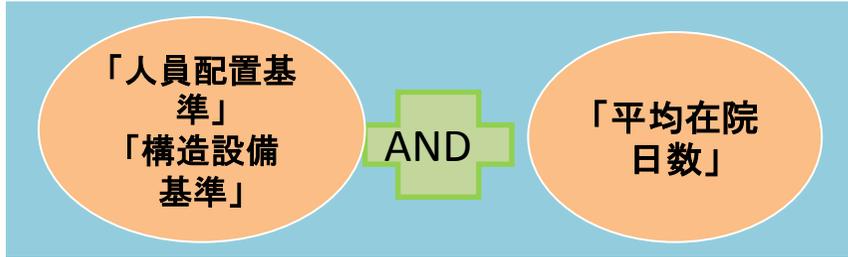
急性期病床群(仮称)の認定要件の考え方(1)

体制等に関する要件 【①】		実施に関する要件		
		【②】	【③】	【④】
<p>※ 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)</p>				
要件	<div style="display: flex; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <div style="flex: 1;">「人員配置基準」と「構造設備基準」</div> <div style="flex: 1;">「平均在院日数」</div> </div>	「入院経路」	「処置内容」	「疾病・病態」
考え方	<div style="display: flex; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <div style="flex: 1;">急性期医療を提供する体制に着目する</div> <div style="flex: 1;">比較的短期間の入院に着目する</div> </div>	救急医療の実施に着目する	医療の実施に着目する	対象とする患者像に着目する

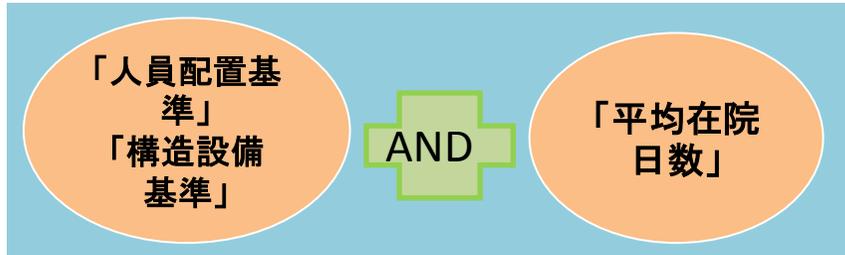
急性期病床群(仮称)の認定要件の考え方(2)

※ 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)

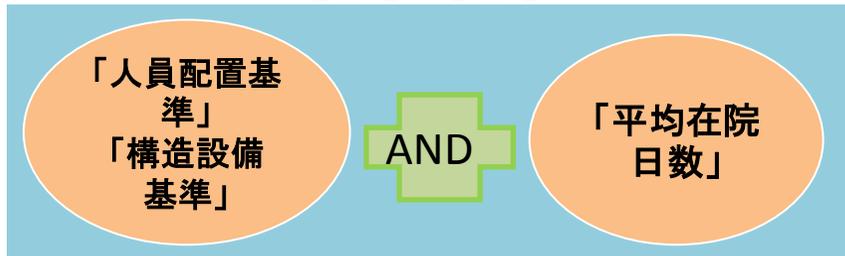
パターン1 (【①】&【②】)



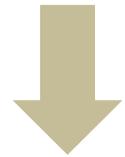
パターン2 (【①】&【③】)



パターン3 (【①】&【④】)



いずれかの要件を満たすこと

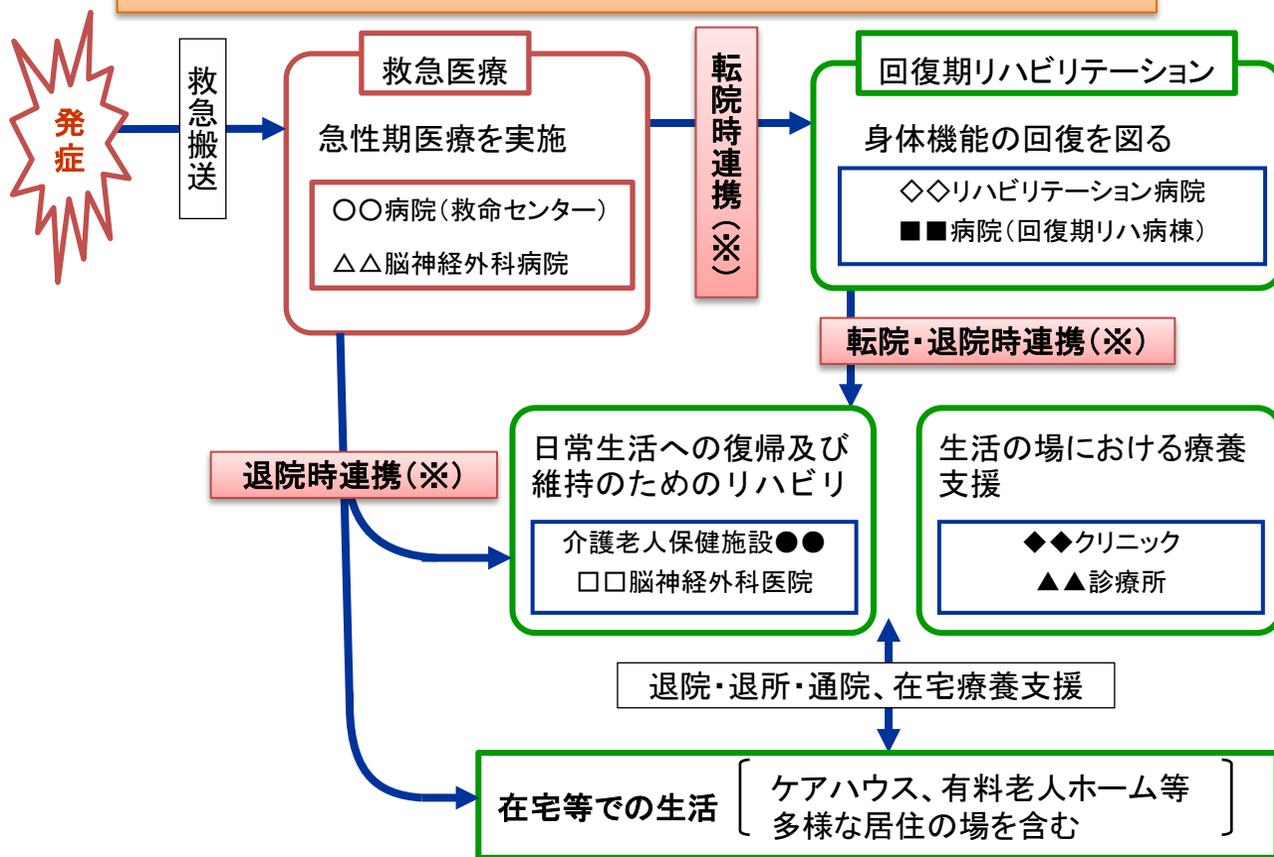


急性期病床群(仮称)に認定

急性期病床群(仮称)を支える後方支援・連携のあり方について

- 急性期から後方病床への患者の流れについては、シームレスな医療提供体制を構築することが重要であり、
 1. 現行においても、医療計画(4疾病5事業)により地域の連携体制の構築を図るとともに、
 2. 在宅医療の拠点となる医療機関の整備等によって、急性期から引き継ぐ医療の充実を図ることとしている。
- また、急性期病床群(仮称)を有する病院自身においても、退院支援部門等の設置により、退院後の患者を他の医療機関等にスムーズにつなげること等を求めることなどを検討。

医療計画(4疾病5事業)による後方連携の促進(脳卒中の例)



在宅医療の拠点となる医療機関の整備による後方機能の支援

<在宅医療の推進>

- 今後、高齢者が増加していく中で、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。
- 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。

→在宅医療の拠点となる医療機関について、法制上、その趣旨及び役割を明確化。

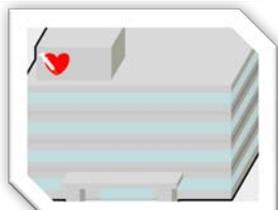
在宅医療を担う医療機関について、具体的な整備目標、役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込む。

※診療報酬上も、地域連携診療計画管理料、急性期病棟等退院調整加算等によって、地域連携や退院支援は評価されている。

二次医療圏における病床の機能分化の例

- 人的資源の集中が必要とされる急性期医療の機能分化・強化の方策について、急性期から療養までを一手に担っているような医療機関も想定されることから、病棟単位を基本とするのが適当。
- 病院全体が急性期病床群(仮称)となる例に加えて、一部の病棟が急性期病床群(仮称)となるイメージとしては、以下のような病院が想定される。各医療機関は、病床を1つのツールとして機能分化を進め、同時に自院の機能の見える化を図るというイメージ。

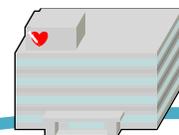
今後の姿(例)



【総合型の高密度医療＋亜急性期医療を提供】

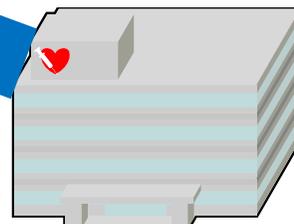
- ・一般300床
- 急性期病床群(仮称)250床＋亜急性期医療50床
- ・看護配置
急性期病床群(仮称) 7:1
その他 13:1
- ・在宅復帰支援担当者増員、PT・OT増員
- 高密度な医療＋亜急性期医療に対応可能な病院

機能分化の方向性(例)



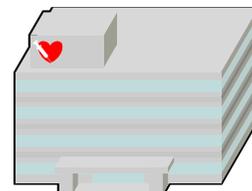
【専門特化型の高密度医療を提供】

- ・一般35床
- ・ICU・看護配置7:1・平均在院日数7日
- 急性期病床群(仮称)35床を有し、心臓・血管疾患に特化した高密度な医療を提供する病院



【密度の高い医療から低い医療まで、幅広く提供】

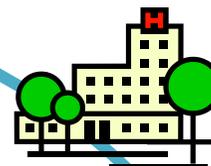
- ・一般300床
- ・看護配置10:1
- ・平均在院日数15.2日
- 高密度な医療の提供の一方で、機能が明らかでない病床群が存在



【総合型の高密度医療を提供】

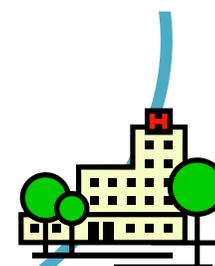
- ・一般200床
- ・地域医療支援病院
- ・ICU、病理解剖室、ドクターヘリ
- ・看護配置7:1
- ・平均在院日数13.1日
- 急性期病床群(仮称)200床を有し、ヘリ搬送等の救急医療を含む高密度な医療を提供する病院

地域連携体制のイメージ



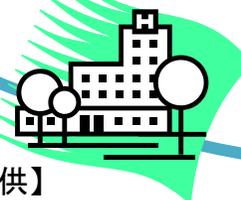
【療養＋在宅医療を提供】

- ・療養120床
- ・在宅医療を精力的に実施
- ・平均在院日数170日



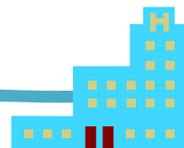
【療養＋回復期リハを提供】

- ・療養160床
- ・回復期リハビリを精力的に実施(PT30人,OT20人)
- ・平均在院日数180日



【療養＋精神医療を提供】

- ・精神170床、療養70床



【重症心身障害児施設】

- ・一般80床
- ・障害者施設等入院基本料

これまでの医療部会の議論を踏まえ、作業グループで議論すべき論点

- 1 一般病床が担う医療の内容と急性期医療の内容
- 2 急性期病床群(仮称)を医療法に位置づける必要性及び認定の考え方
- 3 急性期病床群(仮称)の認定要件の考え方
- 4 急性期病床群(仮称)を支える後方支援・連携のあり方

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

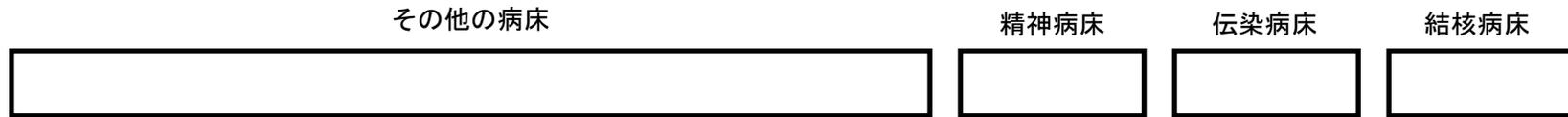
病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

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。

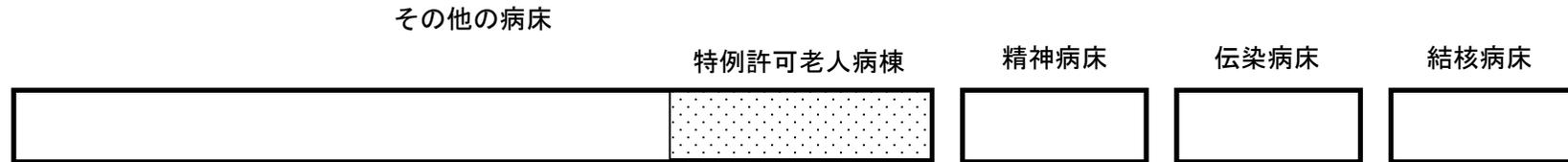
病床区分に係る改正の経緯

【制度当初～】



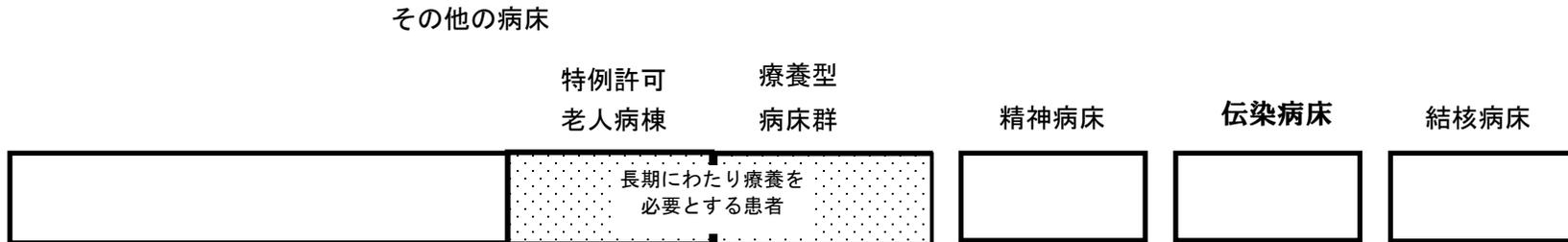
- ・ 高齢化の進展
- ・ 疾病構造の変化

【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。

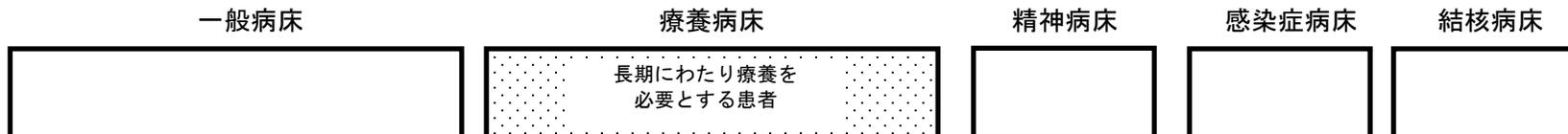
【療養型病床群制度の創設（平成 4 年）】



- ・ 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）⑲）
- ・ 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⑲）
- ・ 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⑱）
- ・ 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

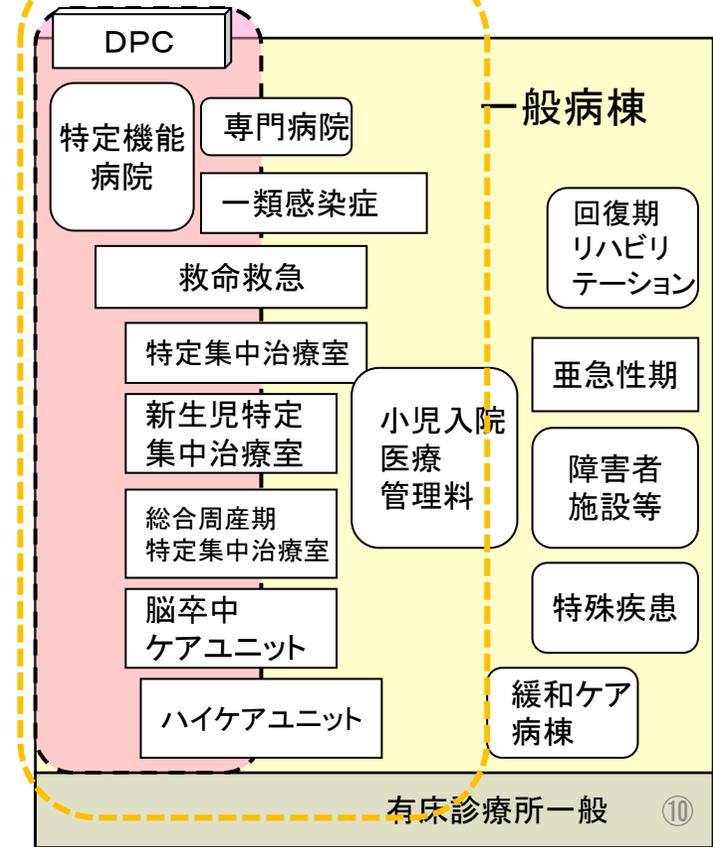
<想定される患者**>

- 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))

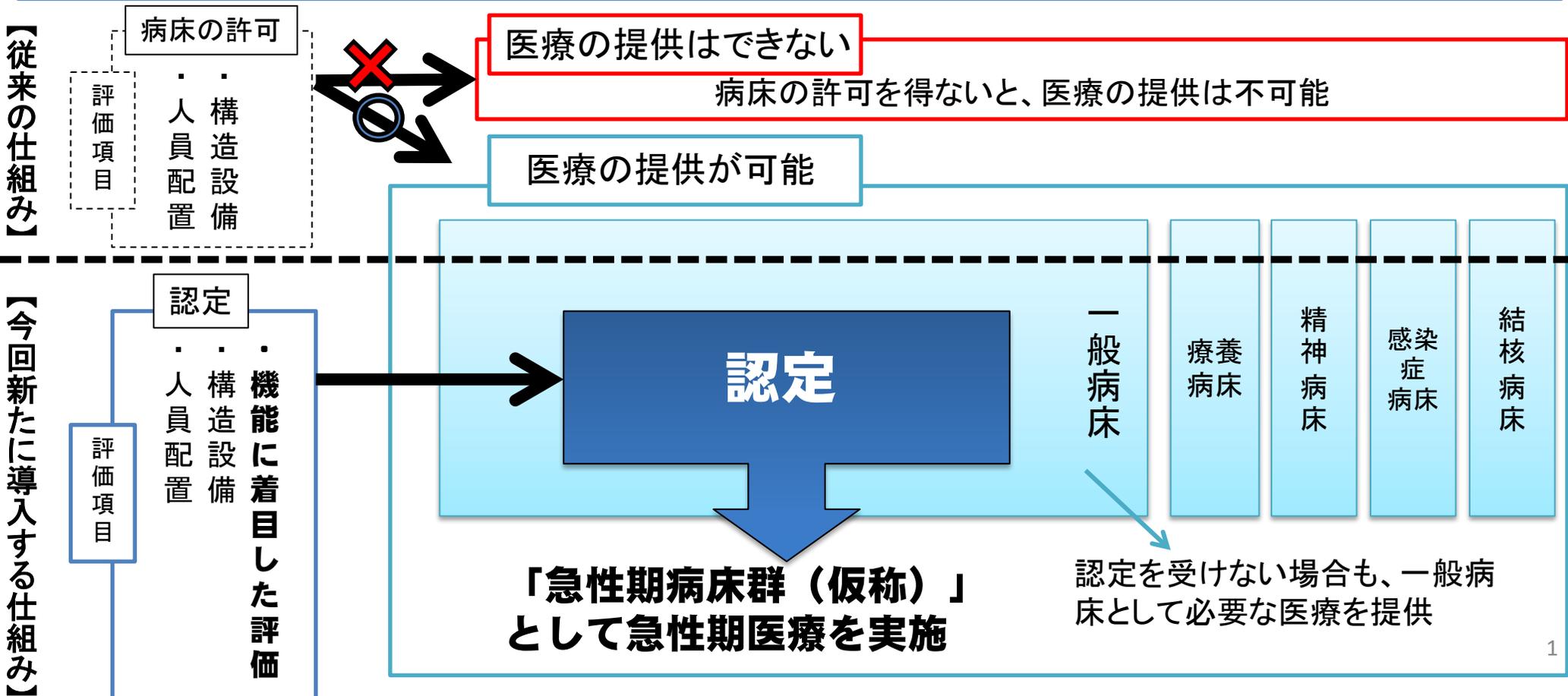
急性期病床群(仮称)の認定制度の導入

○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事が可能に。

○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)

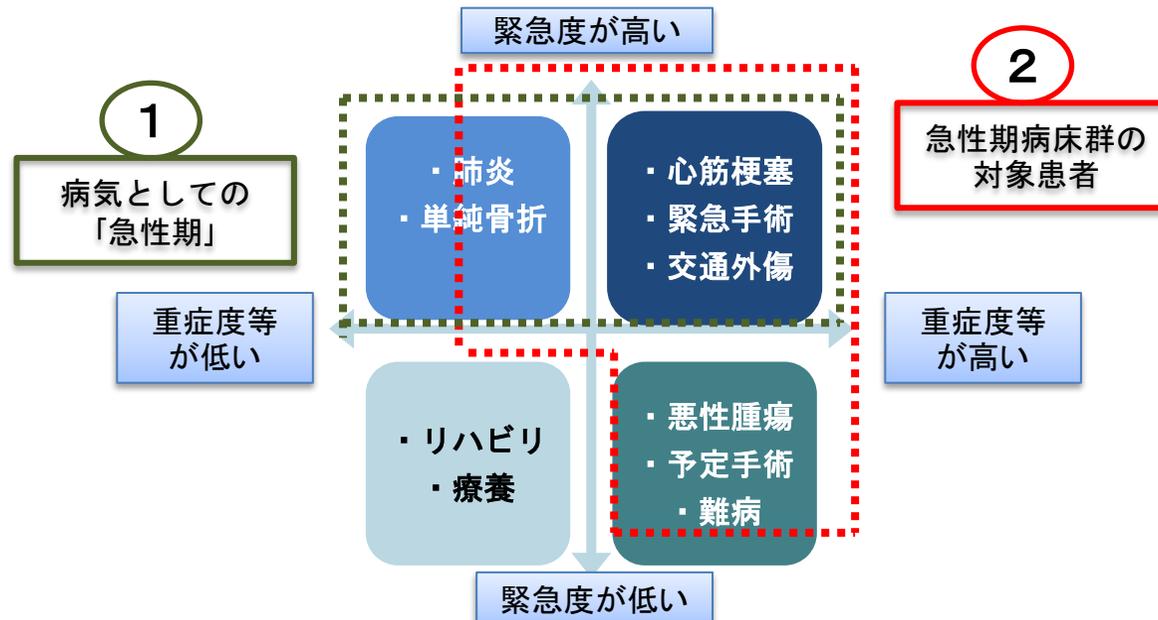
・「急性期入院医療とは、疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、一定程度の改善まで、医師・看護師・リハビリテーション専門職員等が中心となって行う医療」全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書(2007年版)」

・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

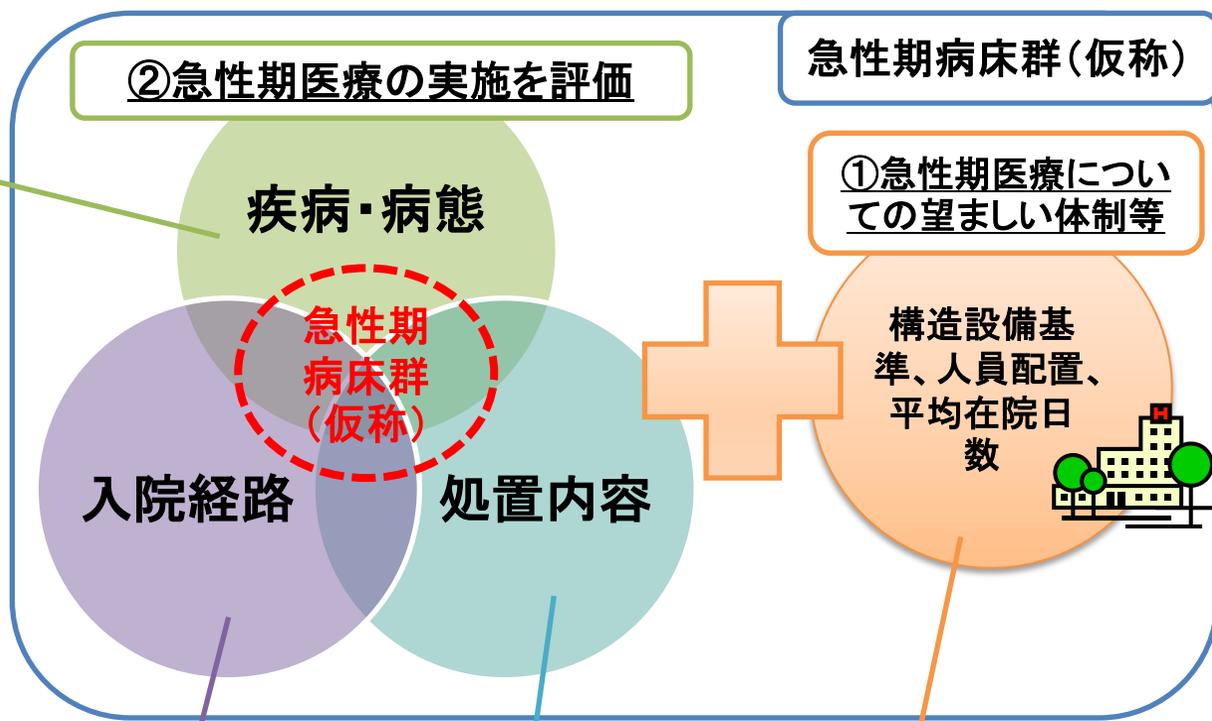
- ①急性期病床群(仮称)の体制:急性期医療の実施にあたって望ましい体制や、効率的な医療の提供がなされているかを評価
- ②急性期医療の実施:個々の患者の治療の内容や結果を評価するものではなく、急性期病床群(仮称)における診療等の実態を評価(対象となる疾病を有する患者が入院している割合や、実施した処置の割合等)。

【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 ○% 認定	救急医療入院 ××%	手術 ××%
〇△病院	対象疾患 ××%	救急医療入院 ××%	手術 認定 □%
△△院	対象疾患 ××%	救急医療入院 院 △% 認定	手術 ××%
××病院	対象疾患 ××%	救急医療入院 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】

一般病床
(107万床)

療養病床
(23万床)

介護療養病床

介護施設
(92万人分)

居住系サービス
(31万人分)

在宅サービス

【2025(H37)年】

高度急性期

一般急性期

亜急性期等

長期療養

介護施設

居住系サービス

在宅サービス

地域に密着した病床での対応

「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