

平成24年3月12日(月)
17時～19時
中央合同庁舎第5号館12階
専用第15・16会議室

急性期医療に関する作業グループ 第5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第5回会合資料
- 資料 2 一般病床の機能分化の推進（「比較的高い診療密度を要する医療を提供する病床（群）（提案中の「急性期病床群（仮称）」）」）についての整理
- 資料 3 今後の議論を進めていく上でのポイント

(平成24年3月12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第5回会合 資料

【目次】

1. 平均在院日数別の医療の実施

2. 病棟看護職員数と地域性の関係 (都道府県別)

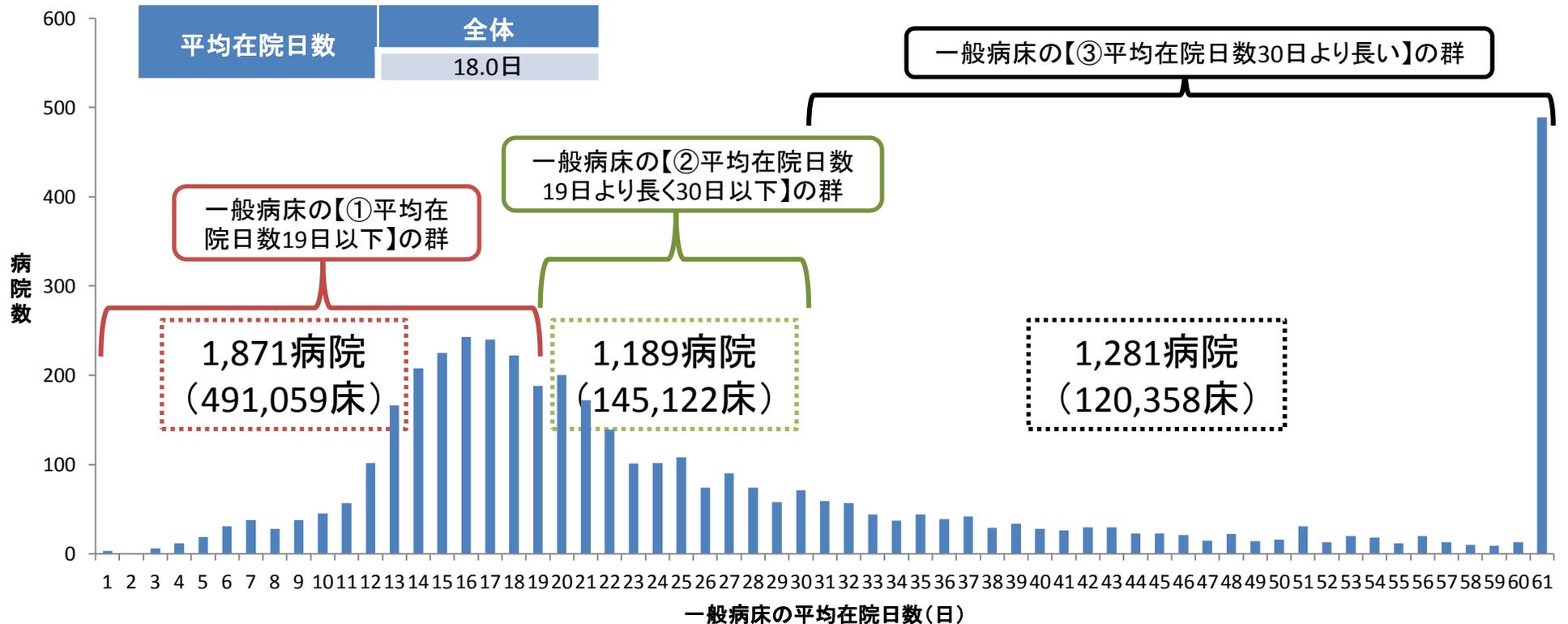
※「平均在院日数」とは、一般病床の平均在院日数を指す。

なお、算定に当たっては、病院報告における定義 $\left(\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \right)$ を用いた。

1. 平均在院日数別の医療の実施

平均在院日数別の病院における医療の実施について

- これまで、当作業グループにおいては、一般病床の平均在院日数や救急・手術の実施割合、リハビリや在宅医療の実施数等、一般病床が提供している幅広い医療について議論頂いているところ。
- 今回は、それらのデータを踏まえ、各医療機関の平均在院日数別に、【①19日以下】【②19日より長く30日以下】【③30日より長い】の3群に分類し、「比較的高い診療密度を要する医療」と考えられる救急・手術の実施について分析することにより、それぞれの一般病床が提供する医療について、その傾向を明らかにする。



平均在院日数別の病床規模の違い

○平均在院日数が短い群ほど大規模病院が多く、平均在院日数が長い群ほど小規模病院が多い。

平均在院日数別	病院数	全病院に占める割合	一般病床数	全一般病床に占める割合
全病院（※患者調査分析対象）	4,341	-	756,539床	-
①19日以下の病院	1,871	43.0%	491,059床	64.9%
②19日より長く30日以下の病院	1,189	27.3%	145,122床	19.2%
③30日より長い病院	1,281	29.5%	120,358床	15.9%

①平均在院日数19日以下

病床規模	全体	100床未満	100以上200未満	200以上300未満	300以上400未満	400以上500未満	500以上
病院数	1,871	616	299	226	271	170	289
病床数	491,059	30,870	44,124	54,974	91,359	74,605	195,127

②平均在院日数19日より長く30日以下

病床規模	全体	100床未満	100以上200未満	200以上300未満	300以上400未満	400以上500未満	500以上
病院数	1,189	695	302	102	50	17	23
病床数	145,122	37,362	43,166	24,365	16,841	7,154	16,234

③平均在院日数30日より長い

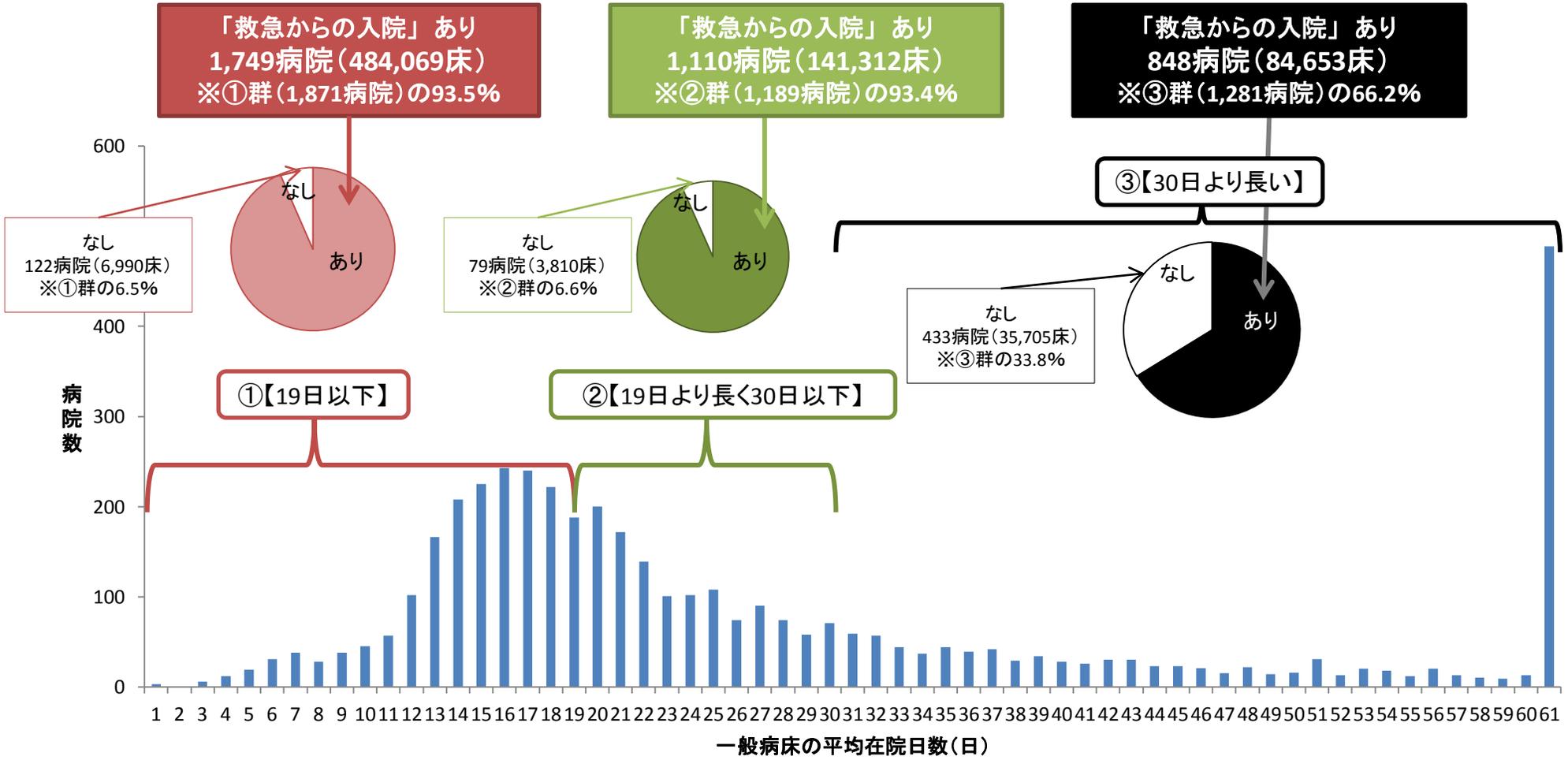
病床規模	全体	100床未満	100以上200未満	200以上300未満	300以上400未満	400以上500未満	500以上
病院数	1,281	904	256	62	35	17	7
病床数	120,358	47,127	34,361	15,129	11,483	7,220	5,038

平均在院日数別の病院における救急医療の実施

○平均在院日数別3群それぞれについて、「救急からの入院*」であった患者の有無別に表示。

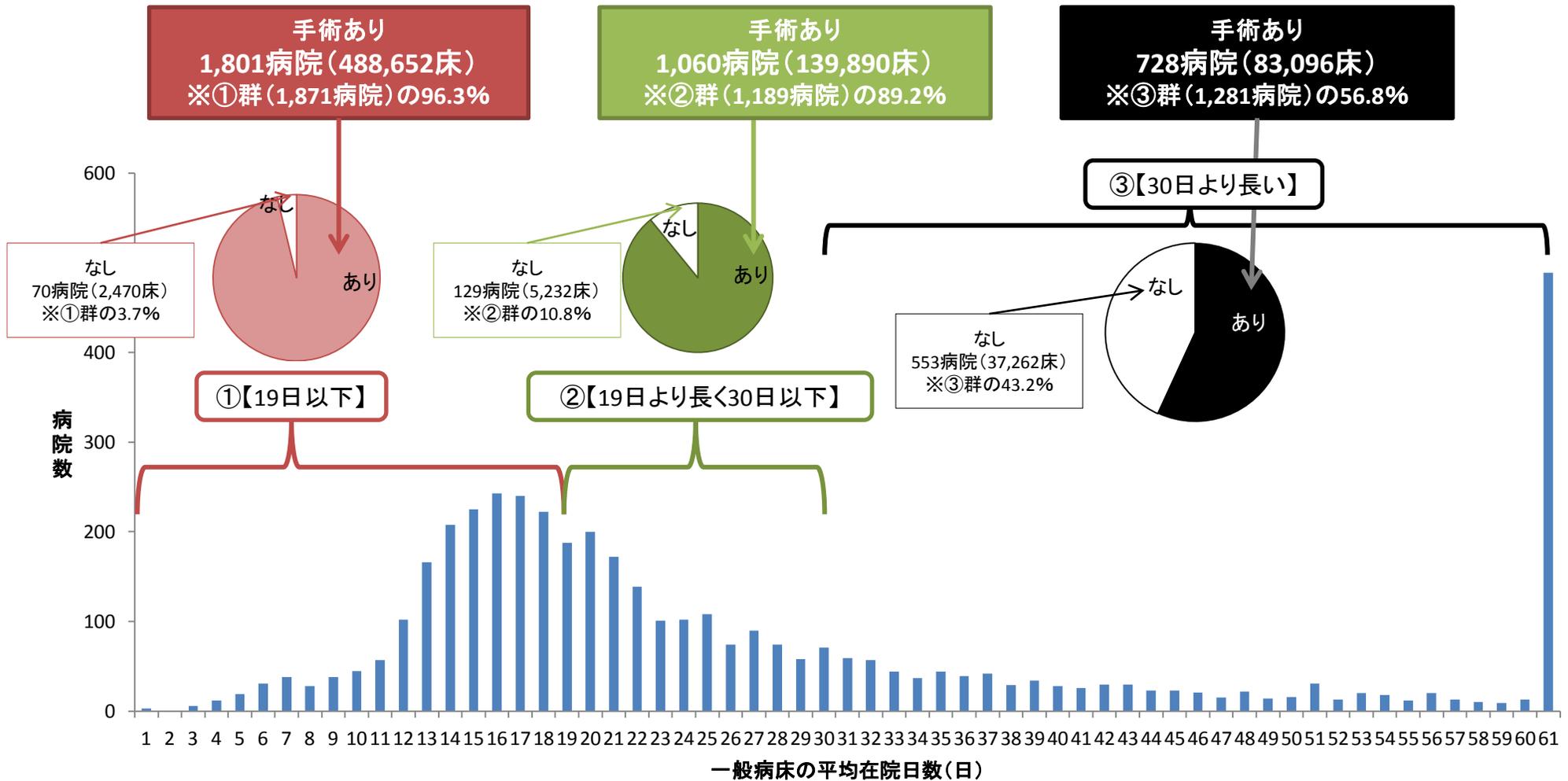
*「救急からの入院」とは、救急車、救急外来、診療時間外のいずれかにより入院した患者。

○平均在院日数が短い群ほど、「救急からの入院」であった患者を受け入れている医療機関が多い。



平均在院日数別の病院における手術の実施

- 平均在院日数別3群それぞれについて、手術を実施した患者の有無別に表示。
- 平均在院日数が短い群ほど、手術を実施している医療機関が多い。



平均在院日数別の救急・手術の実施の有無

○平均在院日数別3群における救急・手術の有無については、平均在院日数が短い群ほど「救急患者の受入れ」または「手術」を実施している病院が多く、また、実施割合も高くなる。

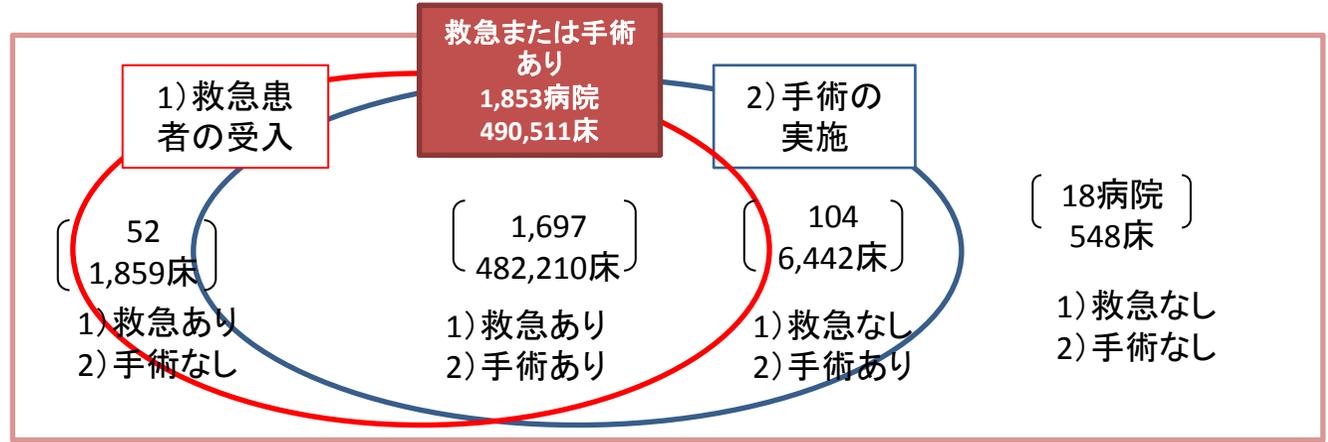
○【③30日より長い】群においては、救急及び手術の実施がいずれもない病院が約23%ある。

平均在院日数ごとの医療の実施について(救急・手術の有無)

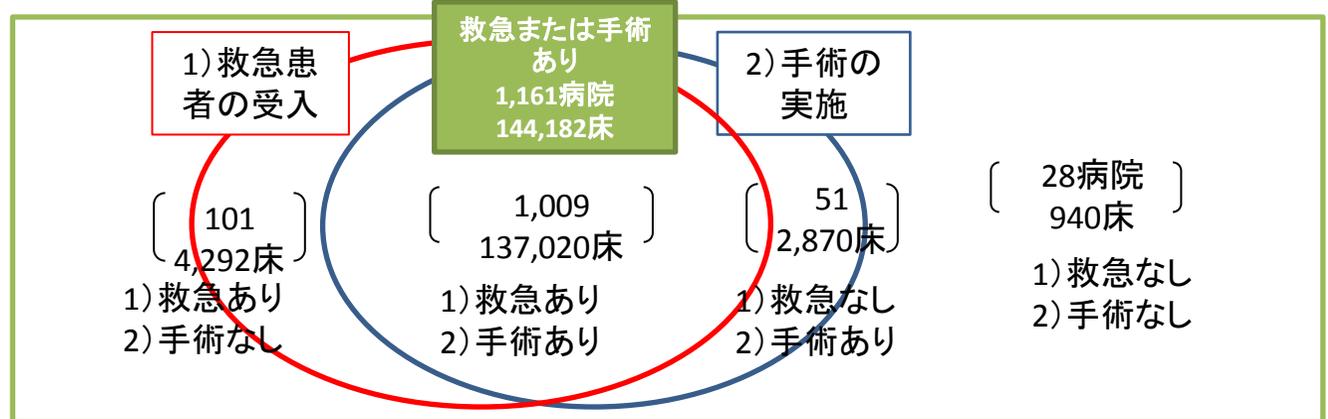
	「救急患者の受入れ」または「手術」を実施している病院					「救急患者の受入れ」及び「手術」実施のいずれもない病院		
	病院数	病床数	各群の病院に占める割合 (各群の病床に占める割合)	救急からの入院であった患者の割合 中央値 (平均値)	手術の実施割合 中央値 (平均値)	病院数	病床数	各群の病院に占める割合 (各群の病床に占める割合)
①19日以下	1,853	490,511	99.0% (99.9%)	22.5% (23.2%)	35.7% (34.5%)	18	548	1.0% (0.1%)
②19日より長く 30日以下	1,161	144,182	97.6% (99.4%)	20.2% (22.6%)	20.4% (22.2%)	28	940	2.4% (0.6%)
③30日より長い	990	98,418	77.3% (81.8%)	12.7% (16.8%)	9.9% (15.0%)	291	21,940	22.7% (18.2%)

平均在院日数別の救急・手術の実施の有無（詳細）

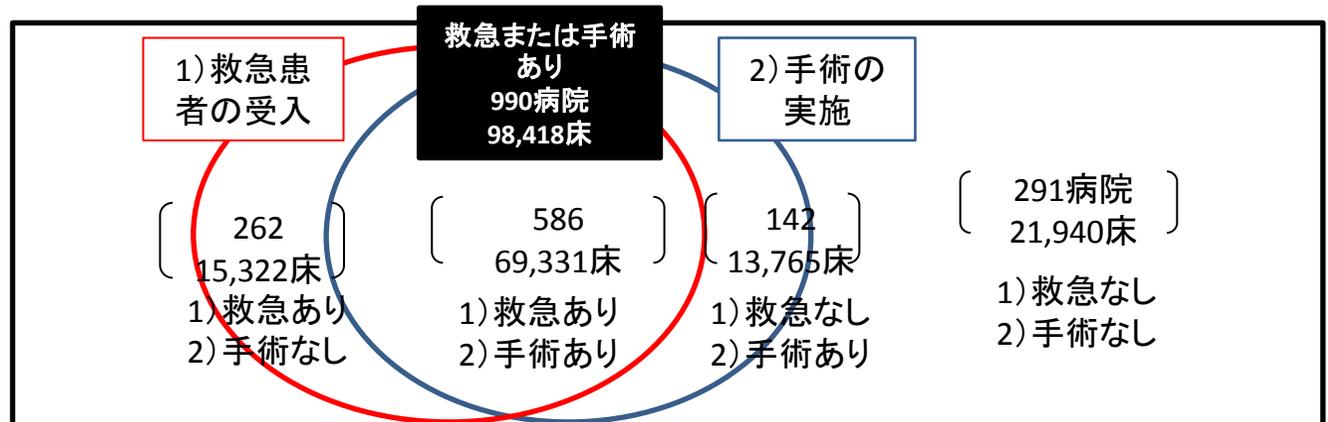
①平均在院日数19日以下
1,871病院(491,059床)



②平均在院日数19日より長く30日以下
1,189病院(145,122床)



③平均在院日数30日より長い
1,281病院(120,358床)



「平成20年患者調査」「平成20年病院報告」
を基に医政局で作成

平均在院日数別の救急・手術の実施（救急・手術割合が10%以上）

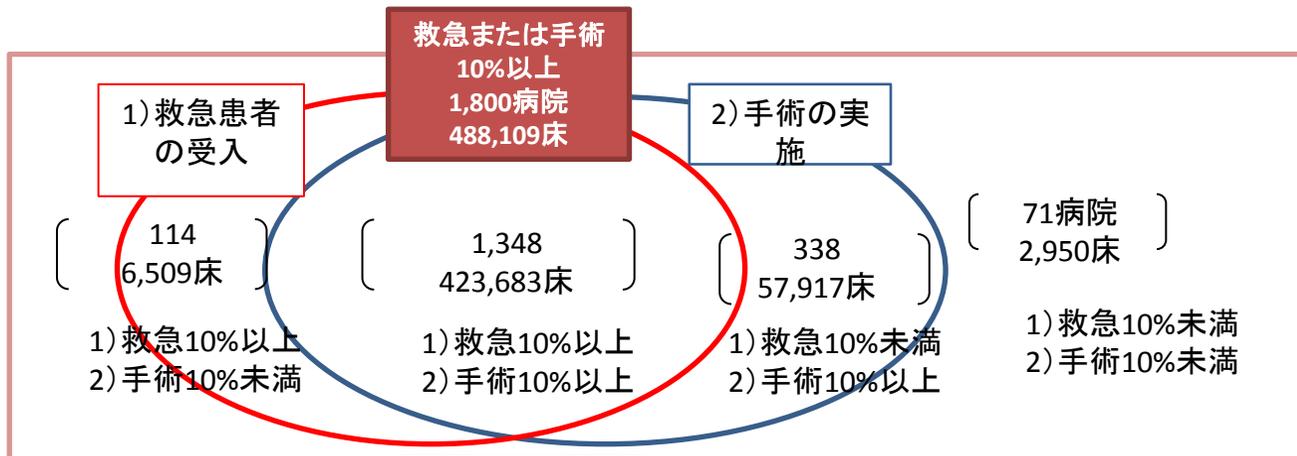
- 次に、救急・手術の有無だけではなく、全退院患者に対する「救急患者の受入れ」割合が10%以上、または「手術」実施割合が10%以上であることを指標にして、平均在院日数の3群ごとに分析。
- 平均在院日数別3群における救急・手術の10%以上の実施については、平均在院日数が短い群ほど、「救急患者の受入れ」10%以上または「手術」実施10%以上の病院が多くなる。
- 【②19日より長く30日以下】群においては、「救急患者の受入れ」10%以上、「手術」実施10%以上のいずれもない病院が約10%あり、【③30日より長い】群においては約39%ある。

平均在院日数ごとの医療の実施について（救急10%以上、手術10%以上）

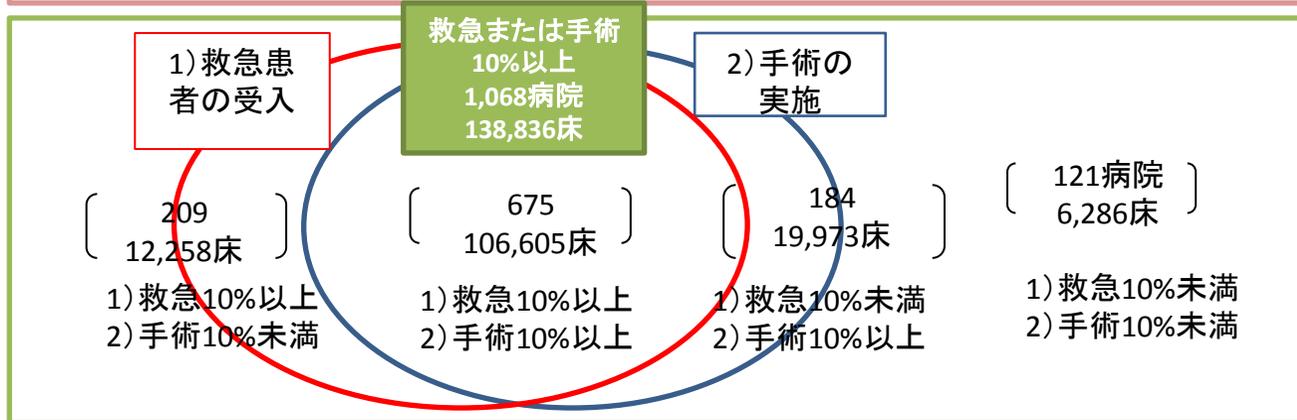
	「救急患者の受入れ」10%以上、または「手術」実施10%以上の病院					「救急患者の受入れ」10%以上、「手術」実施10%以上のいずれもない病院		
	病院数	病床数	各群の病院に占める割合 (各群の病床に占める割合)	救急からの入院であった患者の割合 中央値 (平均値)	手術の実施割合 中央値 (平均値)	病院数	病床数	各群の病院に占める割合 (各群の病床に占める割合)
①19日以下	1,800	488,109	96.2% (99.4%)	23.1% (23.8%)	36.2% (35.4%)	71	2,950	3.8% (0.6%)
②19日より長く30日以下	1,068	138,836	89.8% (95.7%)	21.7% (24.1%)	22.1% (23.8%)	121	6,286	10.2% (4.3%)
③30日より長い	781	81,001	61.0% (67.3%)	17.0% (20.2%)	14.8% (12.2%)	500	39,357	39.0% (32.7%)

平均在院日数別の救急・手術の実施(救急・手術割合が10%以上)(詳細)

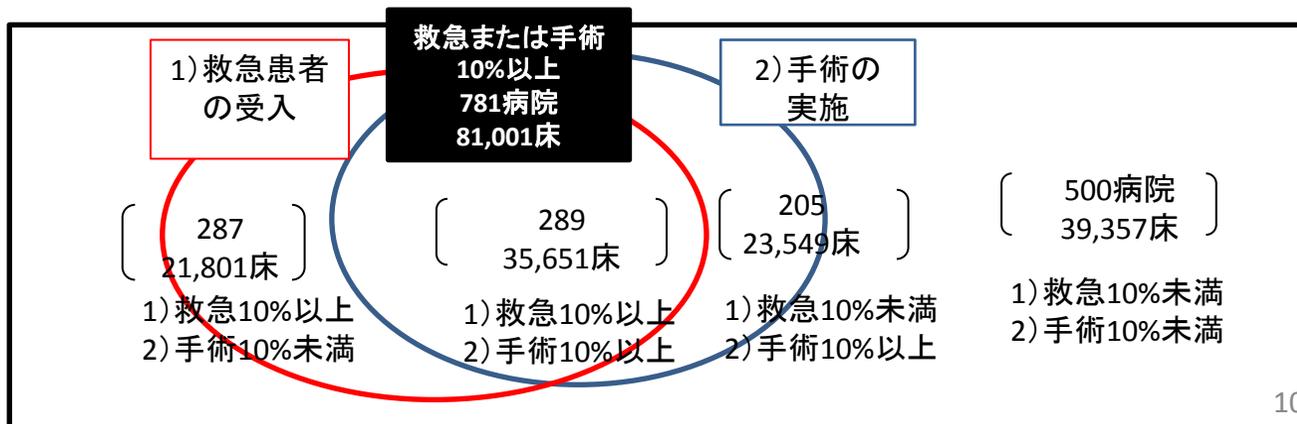
①平均在院日数19日以下
1,871病院(491,059床)



②平均在院日数19日より長く30日以下
1,189病院(145,122床)



③平均在院日数30日より長い
1,281病院(120,358床)



「平成20年患者調査」「平成20年病院報告」
を基に医政局で作成

平均在院日数別の救急・手術の実施(救急・手術割合が全体の中央値以上)

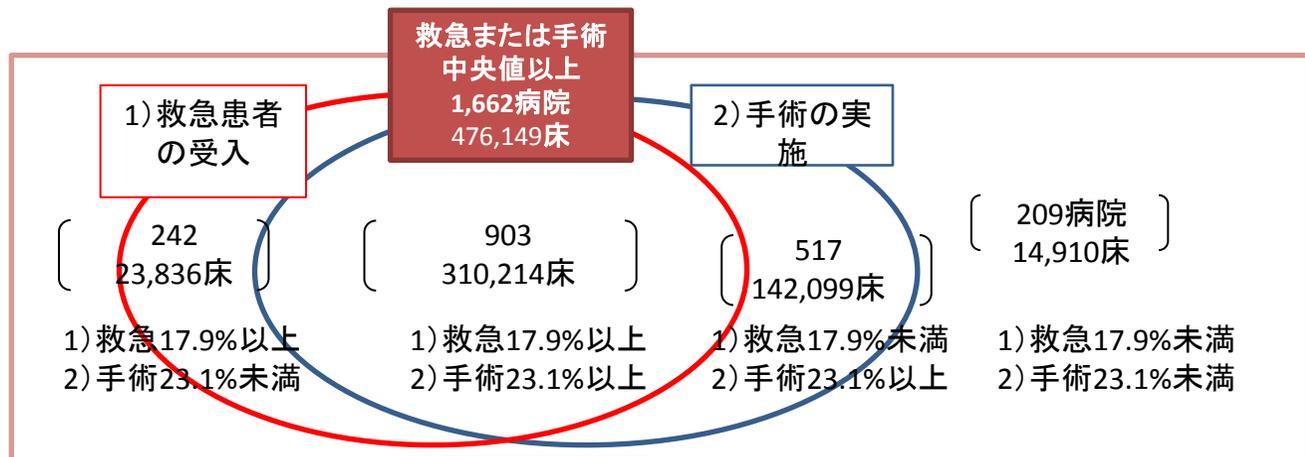
- 最後に、全退院患者に対する「救急患者の受入れ」割合が全体(4,341病院)の中央値(17.9%)以上、または「手術」実施割合が全体の中央値(23.1%)以上であることを指標にして、平均在院日数の3群ごとに分析。
- 平均在院日数別3群における救急・手術の中央値以上の実施については、平均在院日数が短い群ほど、「救急患者の受入れ」中央値以上または「手術」実施中央値以上の病院が多くなる。
- 【①19日以下】群においては、「救急患者の受入れ」中央値以上、「手術」実施中央値以上のいずれもない病院が約11%あり、【②19日より長く30日以下】群においては約27%あり、【③30日より長い】群においては約60%ある。

平均在院日数ごとの医療の実施について(救急中央値(17.9%)以上、手術中央値(23.1%)以上)

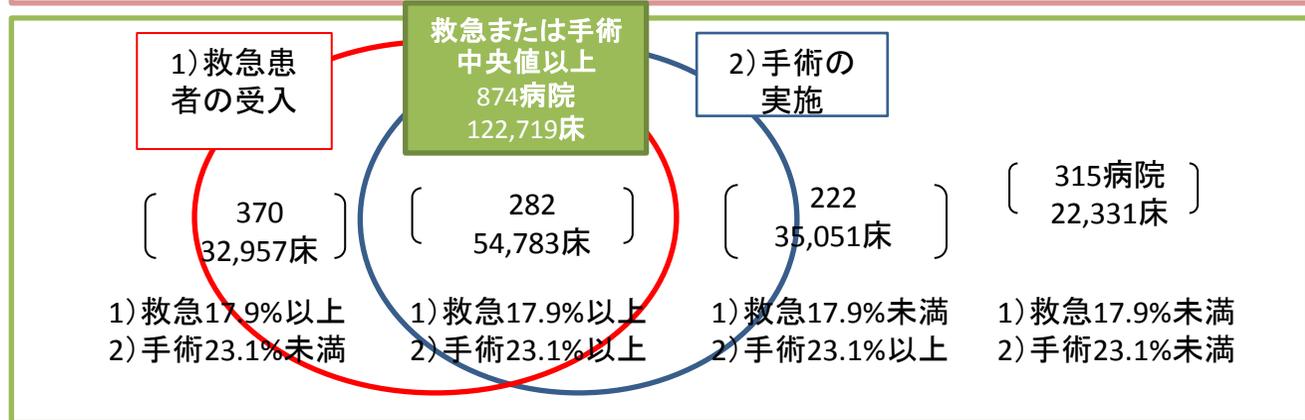
	「救急患者の受入れ」中央値以上、または「手術」実施中央値以上の病院					「救急患者の受入れ」中央値以上、「手術」実施中央値以上のいずれもない病院		
	病院数	病床数	各群の病院に占める割合 (各群の病床に占める割合)	救急からの入院であった患者の割合 中央値 (平均値)	手術の実施割合 中央値 (平均値)	病院数	病床数	各群の病院に占める割合 (各群の病床に占める割合)
①19日以下	1,662	476,149	88.8% (97.0%)	24.6% (25.0%)	37.5% (37.1%)	209	14,910	11.2% (3.0%)
②19日より長く30日以下	874	122,719	73.5% (84.6%)	25.9% (27.1%)	25.9% (26.3%)	315	22,331	26.5% (15.4%)
③30日より長い	523	55,289	40.8% (45.9%)	23.1% (25.0%)	20.2% (22.1%)	758	65,069	59.2% (54.1%)

平均在院日数別の救急・手術の実施(救急・手術割合が全体の中央値以上)(詳細)

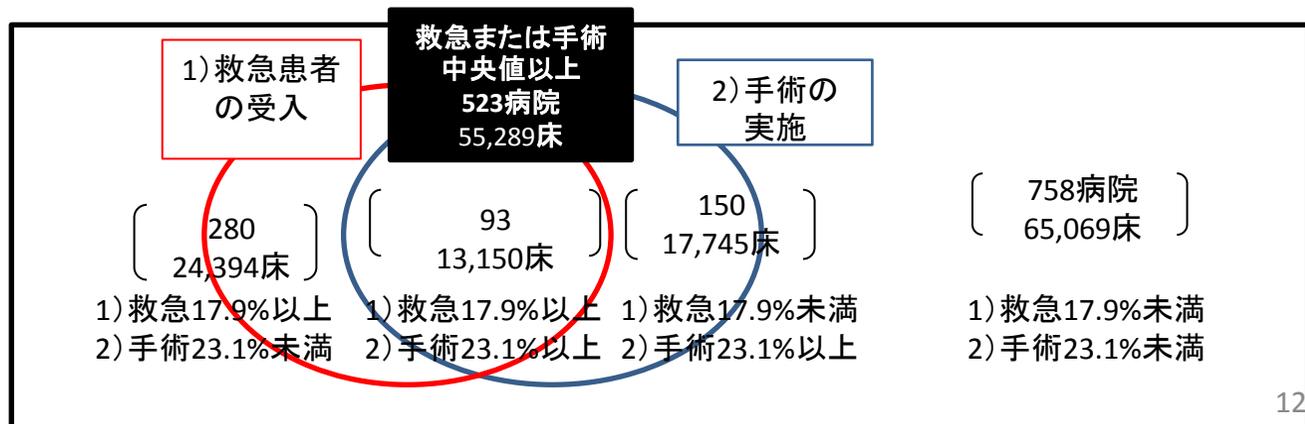
①平均在院日数19日以下
1,871病院(491,059床)



②平均在院日数19日より長く30日以下
1,189病院(145,122床)



③平均在院日数30日より長い
1,281病院(120,358床)



「平成20年患者調査」「平成20年病院報告」
を基に医政局で作成

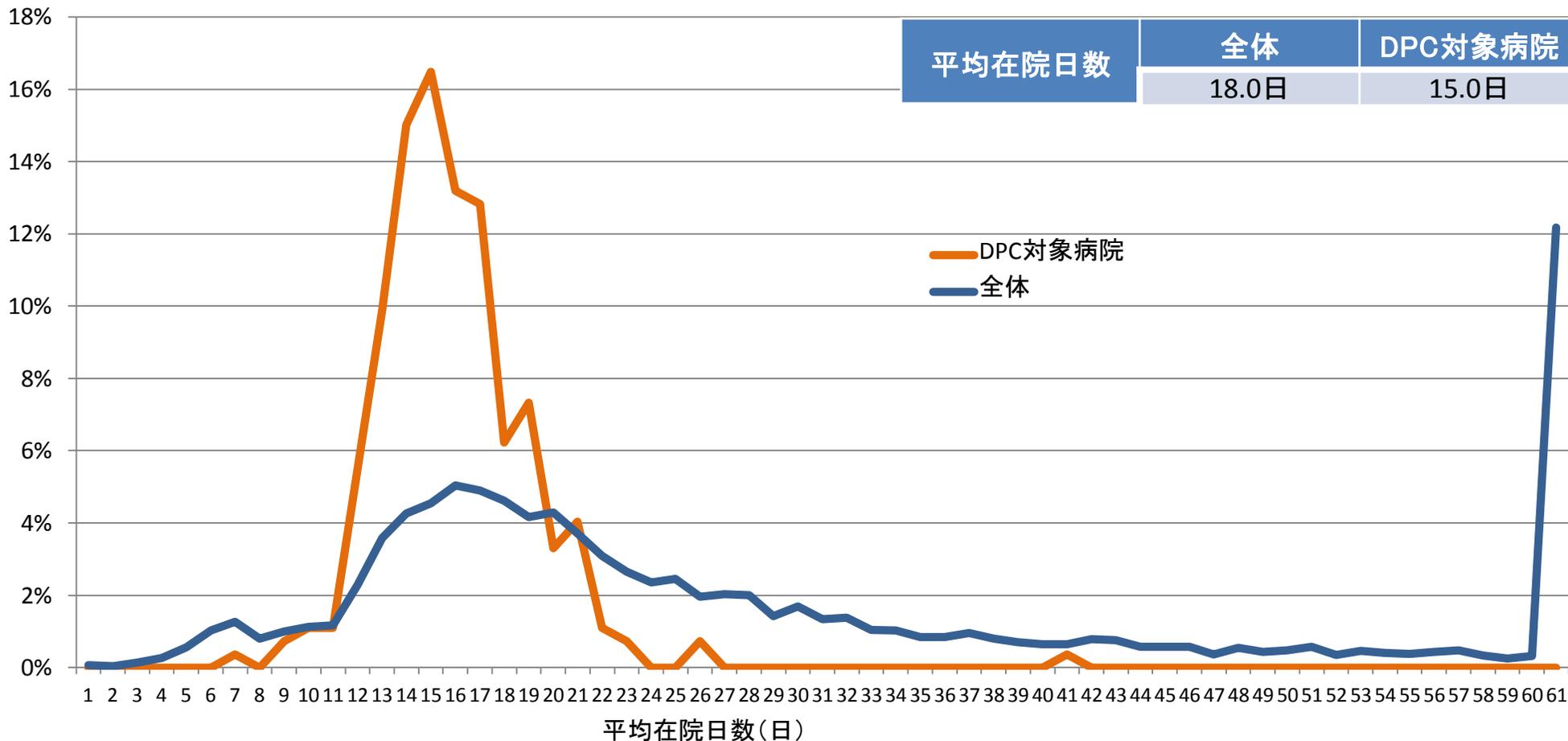
まとめ ①

- 「比較的高い診療密度を要する医療」と考えられる救急や手術について、平均在院日数が長い医療機関の中にも実施している病院はあるものの、平均在院日数が短い医療機関ほど、救急または手術のいずれかを実施している割合が高く、また、救急患者や手術患者が全患者に占める割合も高い。つまり、平均在院日数が短い医療機関では、「比較的高い診療密度を要する医療」をより実施しているといえる。
- 今回提案する「比較的高い診療密度を要する医療」を提供する病床(群)については、比較的短期間の入院であることを想定しているが、少なくとも救急や手術という観点からは、その妥当性が示されたといえるのではないか。

(参考)

平均在院日数別の病院の分布

○「一般病床を有する病院」において、一般病床に入院する患者の平均在院日数は約18日。このうち、分析対象のDPC対象病院の一般病床に入院する患者の平均在院日数は約15日であり、一般病床を有する病院全体に比べて3日短い。

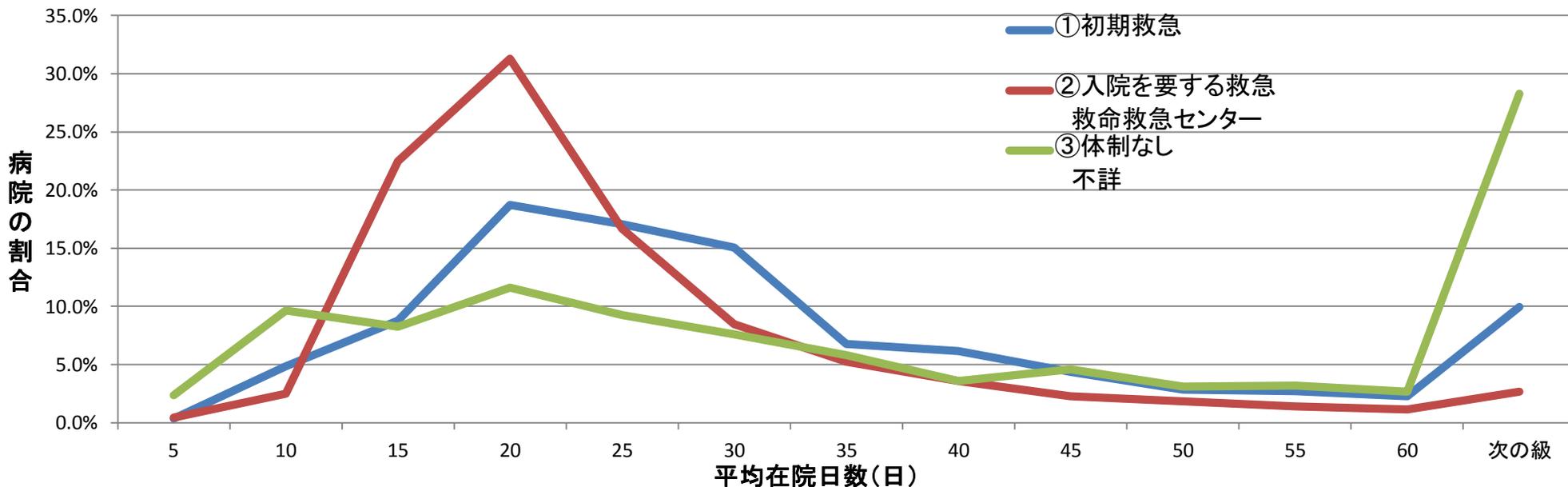


(参考)

救急医療体制の有無別の平均在院日数

- 「一般病床を有する病院」においては、「初期救急医療体制」を有する病院は約14%、「入院を要する救急医療体制(「救命救急センター」を含む。)」を有する病院は約53%。
- 「入院を要する救急医療体制(「救命救急センター」を含む。)」を有する病院の平均在院日数は、「初期救急医療体制」を有する病院に比べて約5日、救急医療体制がない病院に比べて約10日短い。

救急医療体制	平均在院日数
①初期救急医療 843病院(14.0%)	21.7日
②入院を要する救急医療(救命救急センター214病院を含む) 3,187病院(52.9%)	16.5日
③なし(不詳含む) 1,998病院(33.1%)	26.4日



注) 初期救急医療体制・・・初期救急医療施設。比較的軽症な急病患者の診療を受け持つ休日・夜間急患センターと地区医師会の会員が当番制で診療を行う在宅当番医制をいう。

入院を要する救急医療体制・・・第二次救急医療施設。精神科救急を含む24時間体制の救急病院、病院輪番制方式による施設をいう。

救命救急センター・・・第三次救急医療施設。(高度救命救急センターを含む。)

体制なし・・・救急医療体制がない施設をいう。

「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

(参考)

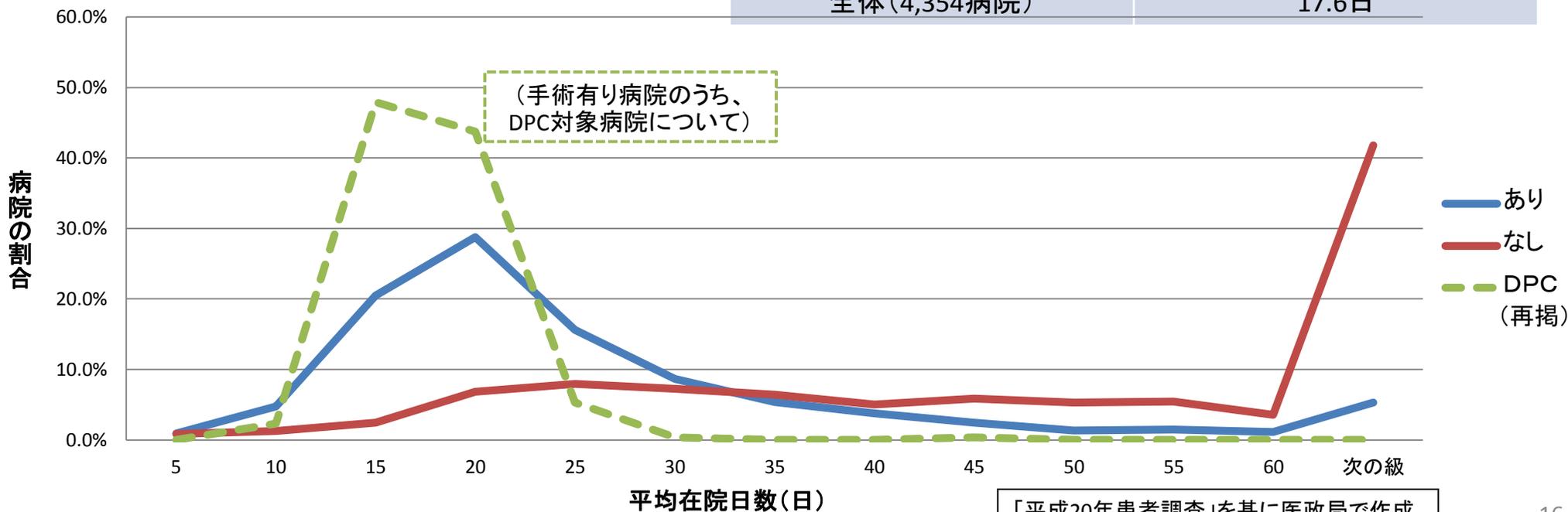
手術の有無別の平均在院日数

- 「一般病床を有する病院」においては、手術を実施する病院は約83%。
- 手術実施の有無別で平均在院日数をみると、手術有りの病院の平均在院日数は約17日であり、手術なしの病院に比べて約39日短い。
- 分析対象のDPC対象病院については、すべて手術有りの病院に含まれている。

手術あり
3,622病院(83.2%)

※患者調査によるため、
分析対象は4,354病院。

手術	平均在院日数
あり(3,622病院) (DPC対象病院263を含む。)	16.8日
なし(732病院)	55.9日
全体(4,354病院)	17.6日



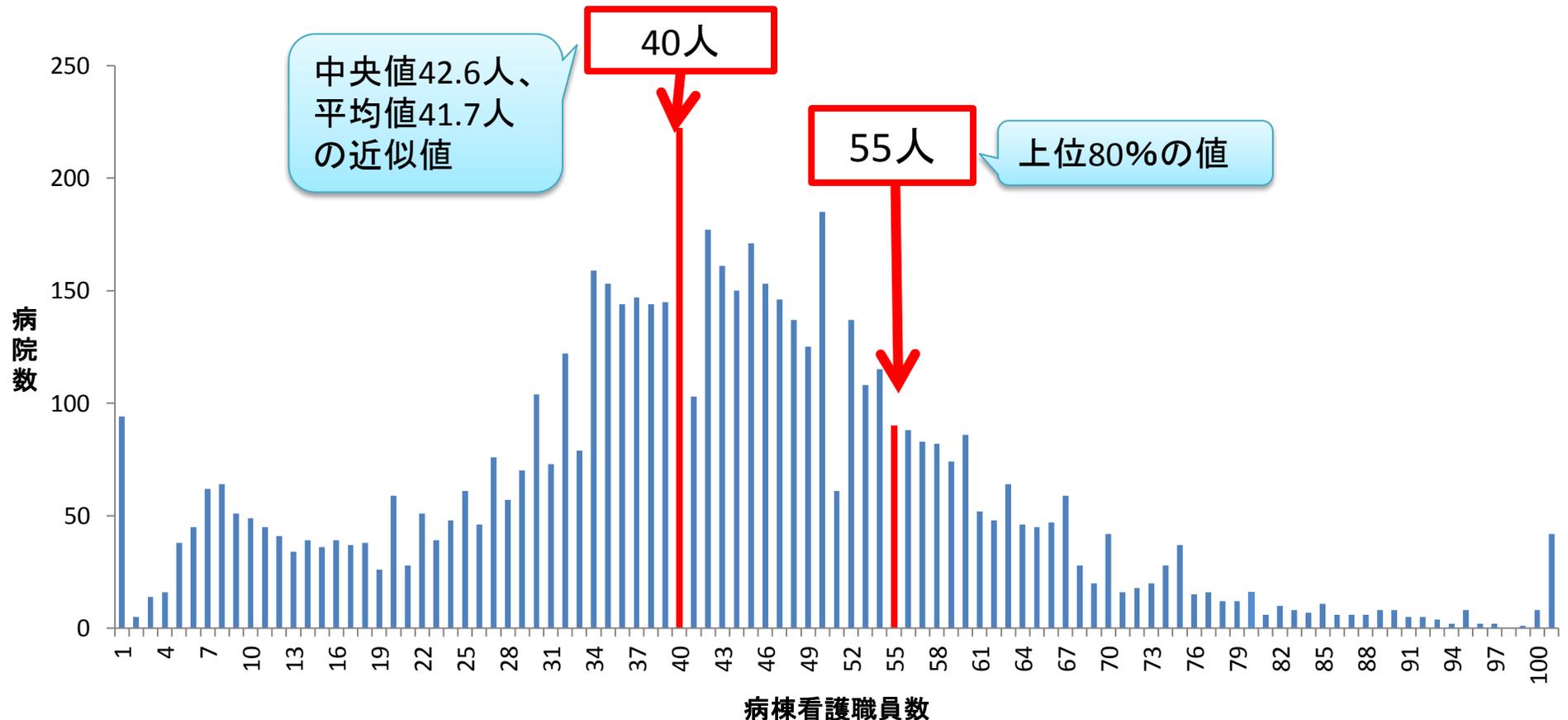
2. 病棟看護職員数と地域性の関係 (都道府県別)

- これまで一般病床の機能分化は2年ごとに改定される診療報酬という経済的な誘導策により先行的に取り組まれており、既に一定の成果を挙げてきたといえる。
- しかしながら、診療報酬はあくまでも個々の医療機関内における機能分化の推進が主であるため、地域ごとの医療資源の適切な配分には馴染まないと考えられる。その点について、各医療機関の病棟看護職員数という観点から、都道府県別の状況について検証する。

病棟看護職員数の考え方について

○ 病院における人的資源を代表する要素として、一般病床100床当たりの病棟看護職員数をみた場合に、以下の考え方により、それぞれの人数について検討。

- ① 全病院の中央値・平均値に近い【病棟看護職員40人】
- ② 全病院の上位80%の値である【病棟看護職員55人】



都道府県内における病棟看護職員40人以上の病院が占める割合

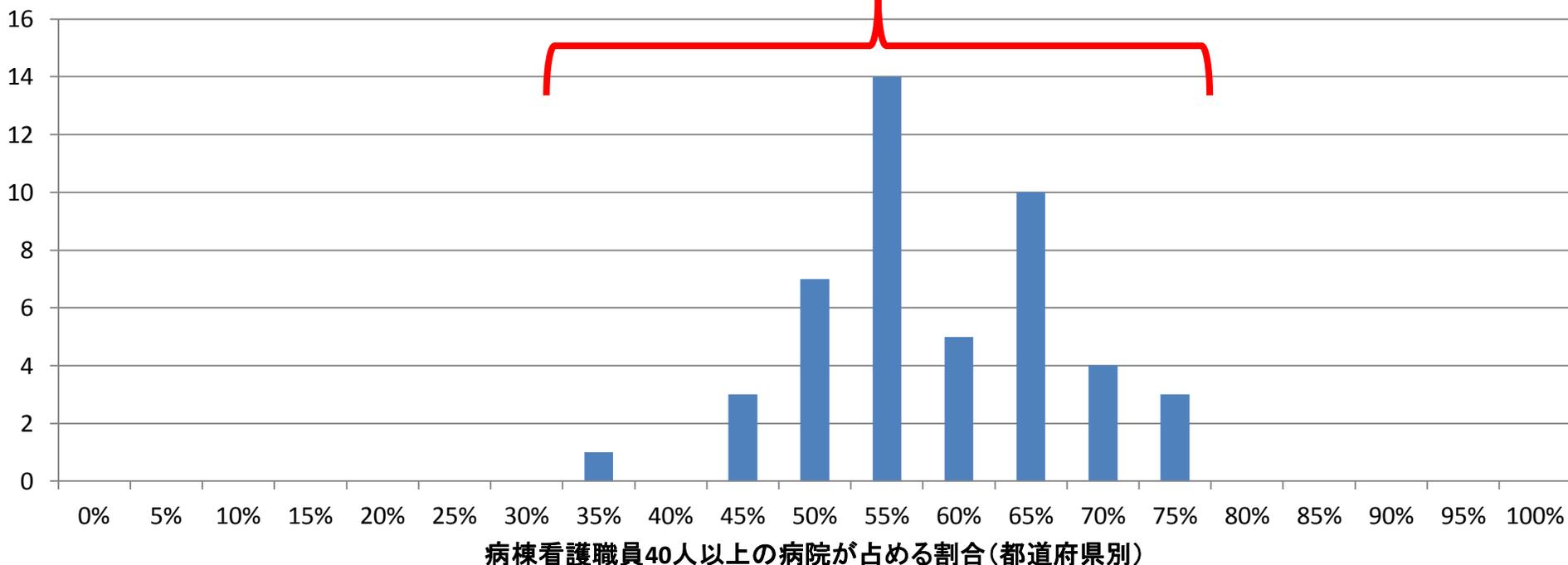
○ 病院における人的資源を代表する要素として、一般病床100床当たりの病棟看護職員数をみた場合に、全病院の中央値・平均値*に近い40人を区切りとし、病棟看護職員40人以上の病院が、各都道府県内の病院に占める割合を算出。

○ 病棟看護職員40人以上の病院が占める割合については、都道府県によって、31.8%～74.4%まで幅広く分布。

*一般病床を有する6,028病院について、一般病床100床当たりの病棟看護職員(看護師・准看護師)数の中央値は42.6人、平均値は41.7人であるため、病棟看護職員数40人を区切りとした。

■ 病棟看護職員40人以上の病院

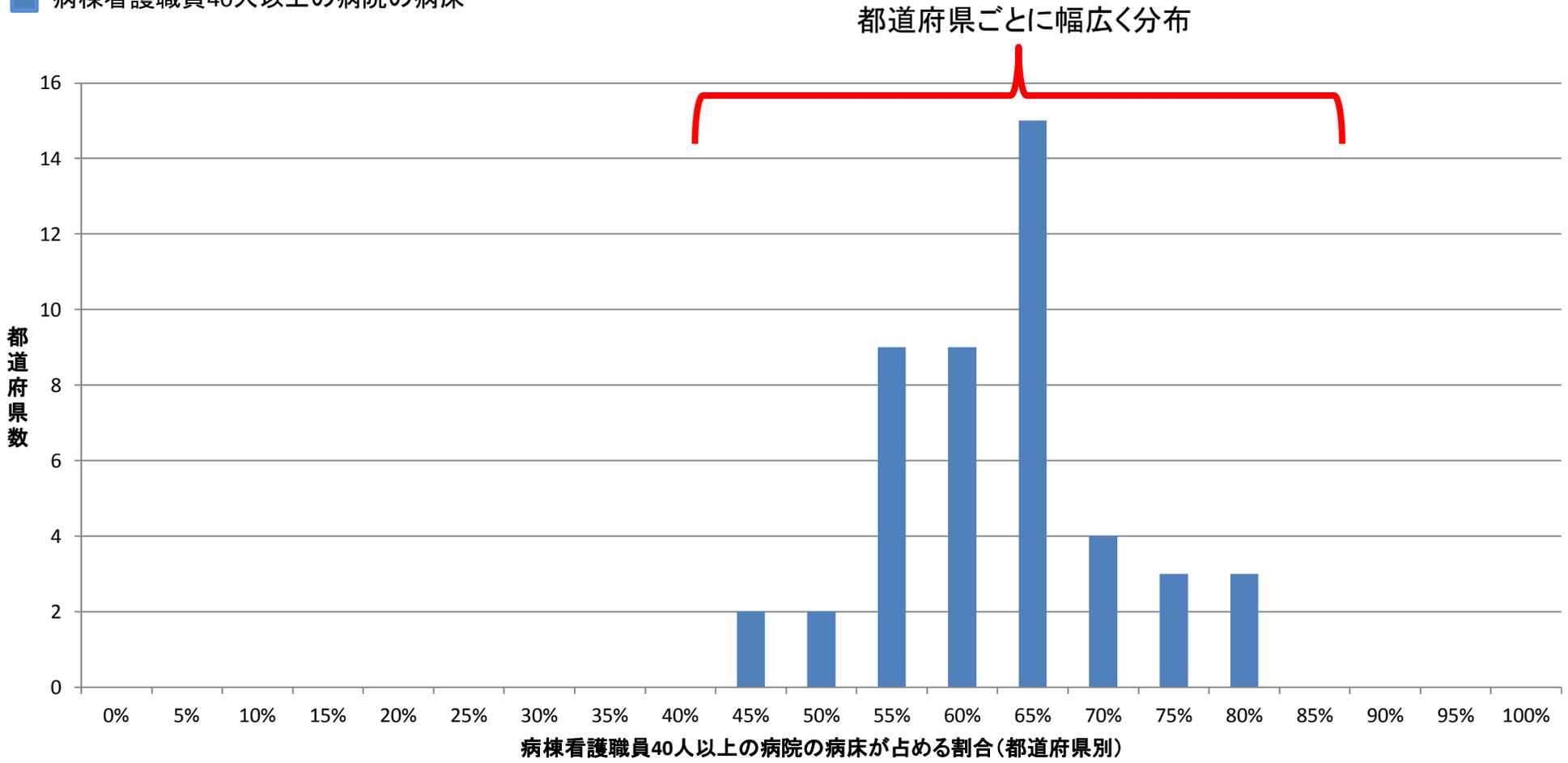
都道府県ごとに幅広く分布



都道府県内における病棟看護職員40人以上の病院の病床が占める割合

○病棟看護職員40人以上の病院の病床が占める割合については、都道府県によって、43.0%～78.2%まで幅広く分布。

■ 病棟看護職員40人以上の病院の病床



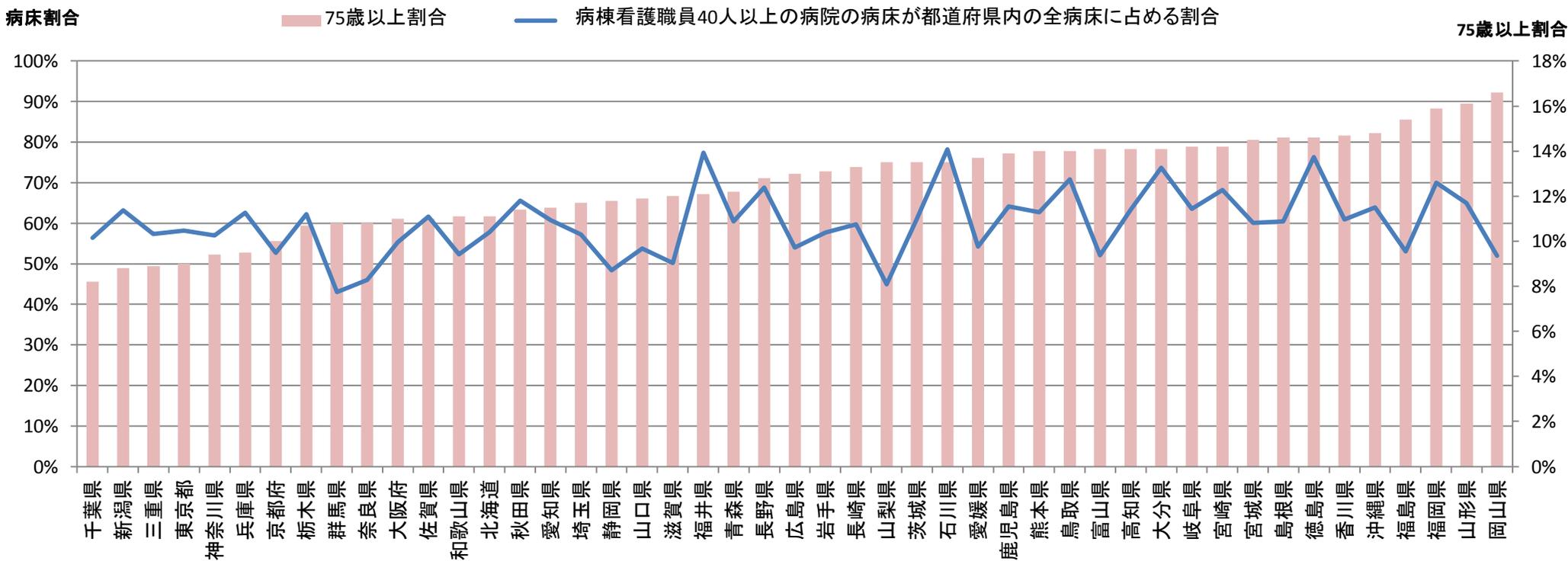
「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

病棟看護職員40人以上の病院が占める割合と高齢化割合の関係性

○都道府県ごとに、病棟看護職員40人以上の病院の病床が、都道府県内の全病床に占める割合と地域性(①高齢化率、②人口密度、③人口10万当たり一般病院数、④人口10万当たり一般病床数)との関係性について検証する。

○これまでの検証では高齢化率の高低により医療の提供の内容に差があることが示されてきたが、都道府県ごとに検証すると、病棟看護職員40人以上の病院の病床が都道府県内の全病床に占める割合は、高齢化率という地域特性に影響されているとはいえず、両者に一定の関係性は見られない。

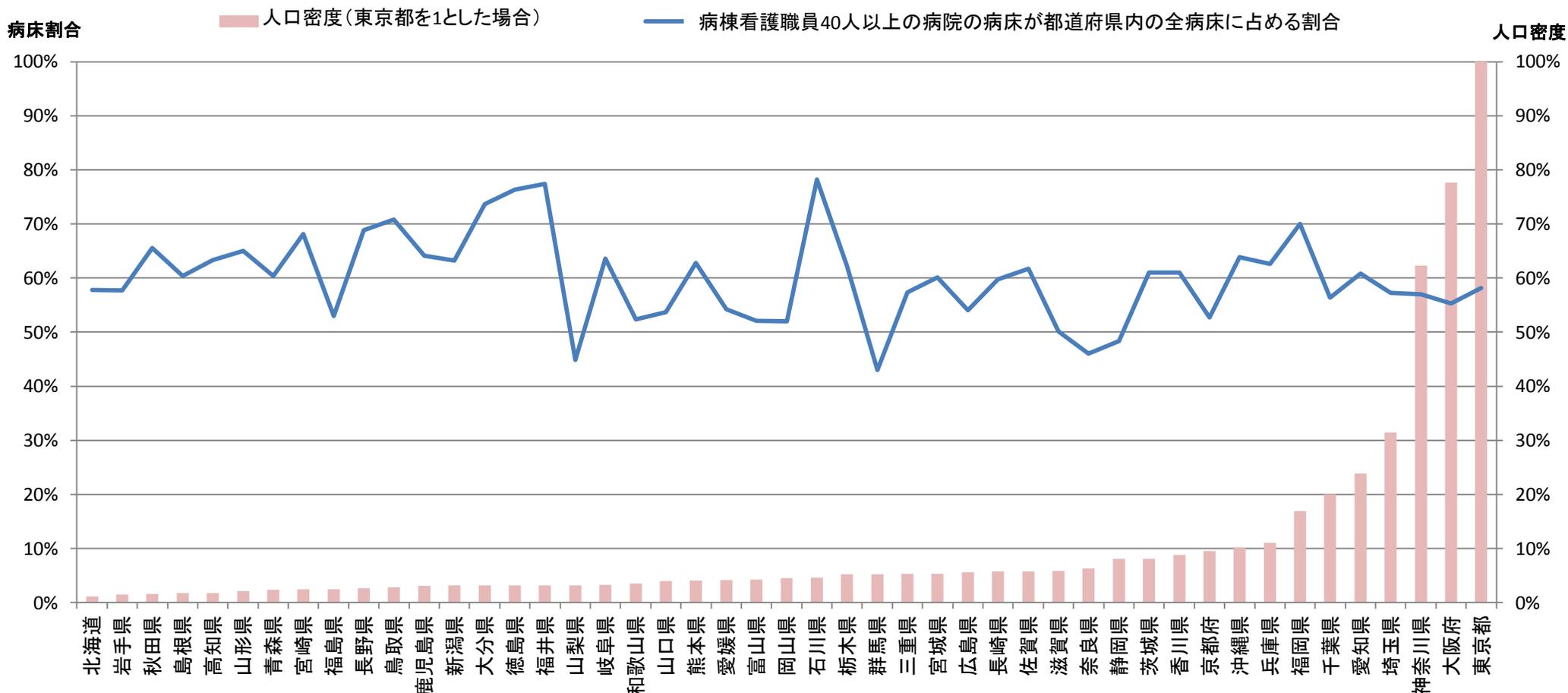
①高齢化率



病棟看護職員40人以上の病院が占める割合と人口密度の関係性

○都道府県ごとにみると、病棟看護職員40人以上の病院の病床が都道府県内の全病床に占める割合は、人口密度という地域特性に影響されているとはいえず、両者に一定の関係性は見られない。

②人口密度

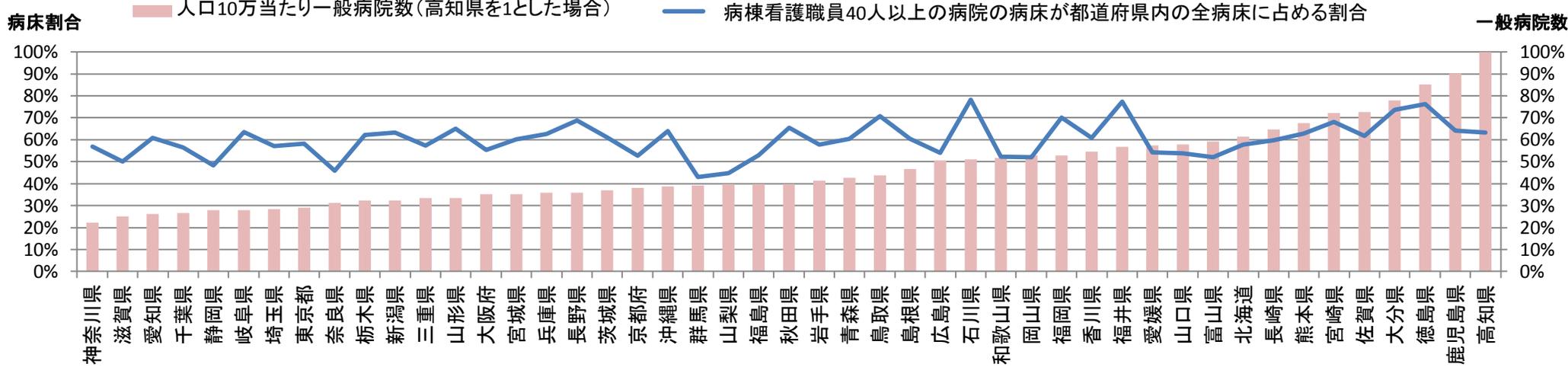


「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

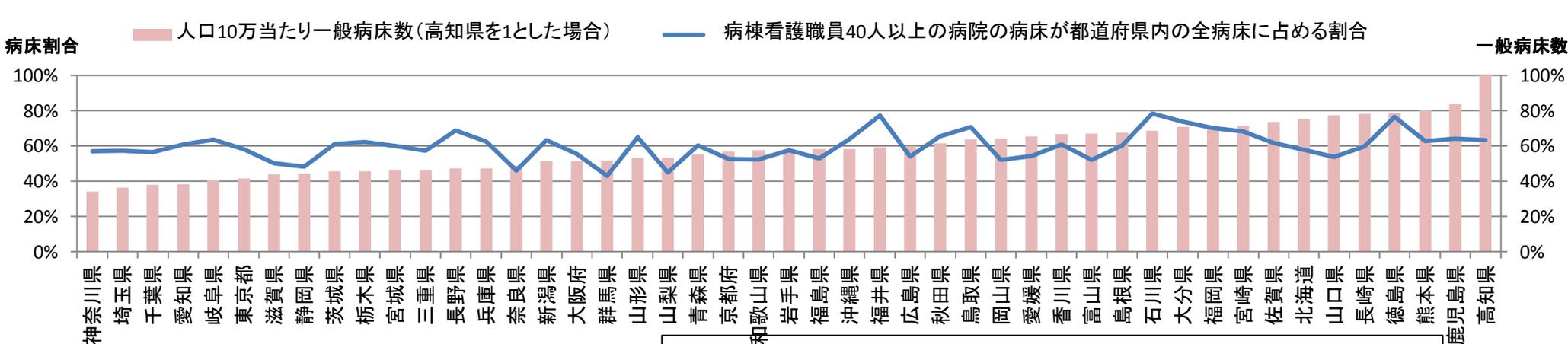
病棟看護職員40人以上の病院が占める割合と医療資源(病院・病床数)の関係性

○都道府県ごとにみると、病棟看護職員40人以上の病院の病床が都道府県内の全病床に占める割合は、医療施設数・一般病床数という地域特性に影響されているとはいえず、両者に一定の関係性は見られない。

③人口10万当たり一般病院数



④人口10万当たり一般病床数

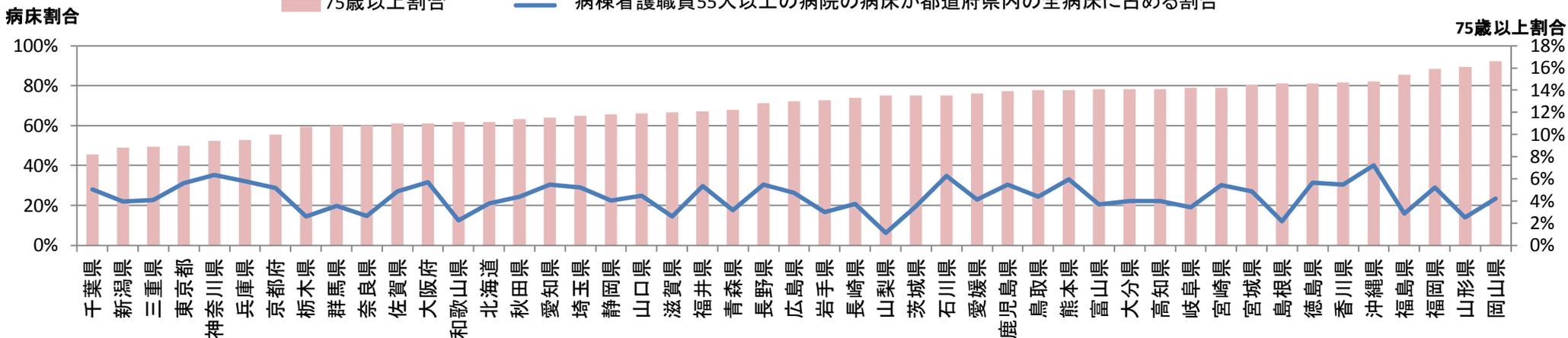


「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

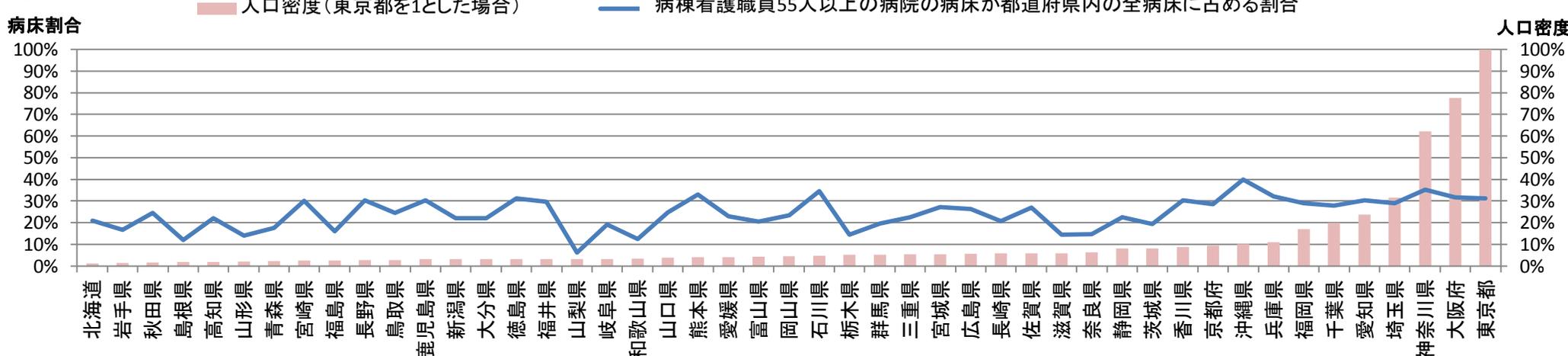
病棟看護職員55人以上の病院の場合(×高齢化率・人口密度)

○都道府県ごとに、病棟看護職員55人以上の病院の病床が都道府県内の全病床に占める割合と地域性(①高齢化率、②人口密度、③人口10万当たり一般病院数、④人口10万当たり一般病床数)との関係性について検証すると、病棟看護職員55人以上の病院の病床が都道府県内の全病床に占める割合は、高齢化率や人口密度といった地域特性に影響されていないといえる。

① 高齢化率



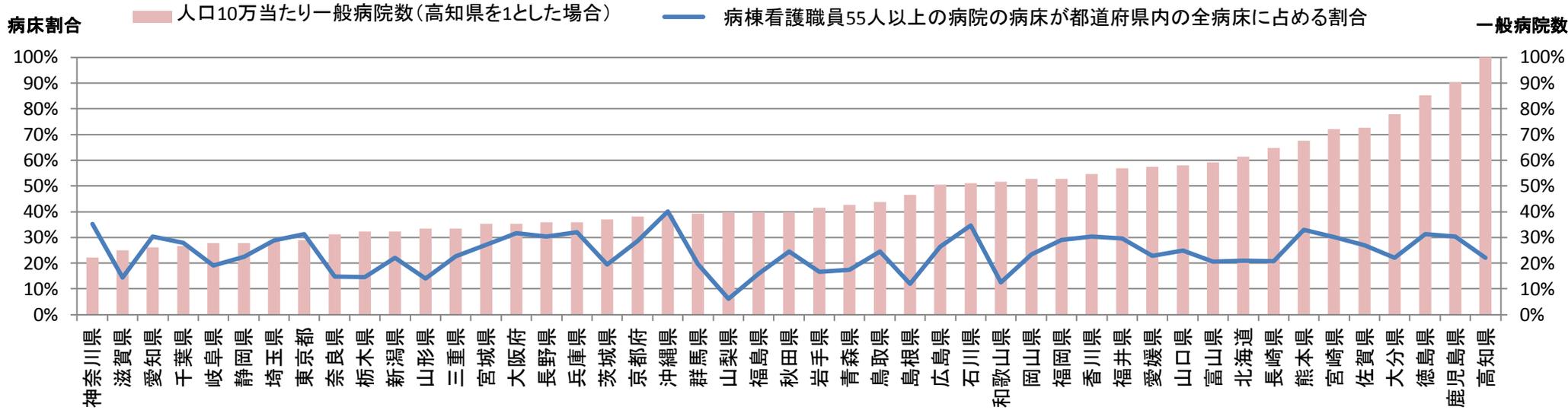
② 人口密度



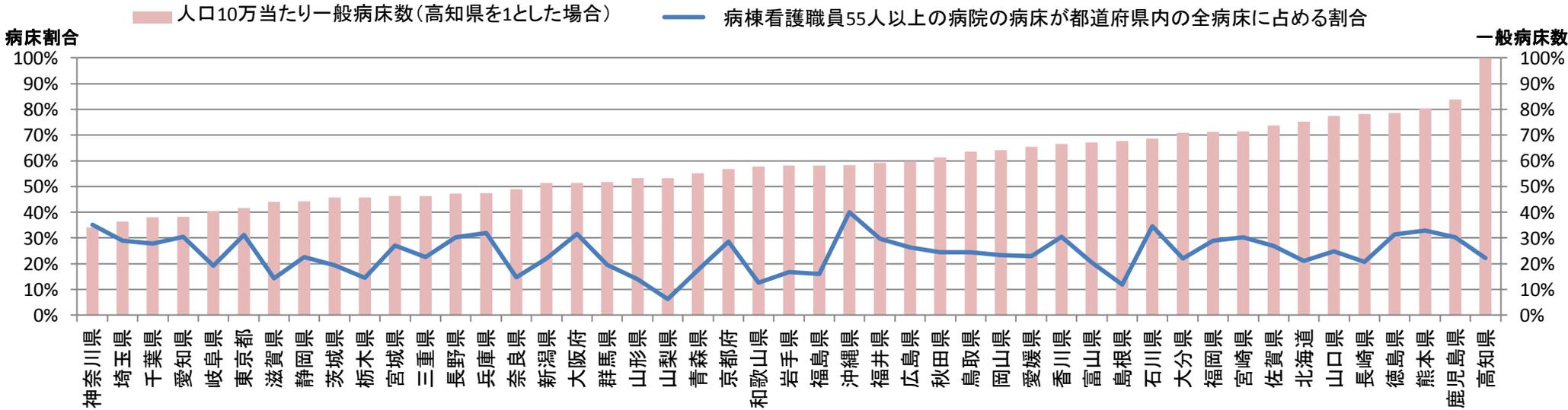
「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

病棟看護職員55人以上の病院の場合(×病院・病床数)

③人口10万当たり一般病院数



④人口10万当たり一般病床数



「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

まとめ ②

- 医療資源について、看護職員の配置が厚い病院の病床が、都道府県内の全病床に占める割合という観点から見た場合、地域の特性と医療資源との間に関連は見られず、現在の機能分化の方策だけでは、地域の特性に応じた医療提供体制の構築は達成できないのではないか。
- 将来に向けて、それぞれの医療機関が適切に機能連携・分担をしつつ、地域全体としても、必要な医療機能がバランスよく提供される体制の構築が必要。

一般病床の機能分化の推進（「比較的高い診療密度を要する医療を提供する病床（群）（提案中の「急性期病床群（仮称）」）」）についての整理（案）

※ 昨年、医療部会で提示した事務局提案について、これまでの作業グループでの議論を踏まえて再度整理したもの。

1. 基本的な考え方

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、「急性期」から「亜急性期」、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、第一段階として「急性期」に着目し、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。
- 一般病床について、「比較的高い診療密度を要する医療を提供する病床（群）（提案中の「急性期病床群（仮称）」）」を医療法に位置づけ、一般病床の機能分化を図る。
これにより、「急性期医療」のニーズに見合った病床と、これと同様に重要な「亜急性期」等の医療を担う病床も明らかとなり、「急性期医療」から「亜急性期」等の医療について、医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。
その結果、「急性期」から「亜急性期」等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。
- それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効率的な医療提供に努める。
また、それぞれの医療機関が適切に機能連携・分担をしつつ、地域全体としても、必要な医療機能がバランスよく提供される体制の構築を目指す。
さらに、医療機関が認定された機能を地域の他の医療機関に発信することを通じて、国民・患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用する一助となる。

2. 一般病床の機能分化の推進（「比較的高い診療密度を要する医療を提供する病床（群）（提案中の「急性期病床群（仮称）」）」の位置づけ）について

- 現在幅広い機能を担っている一般病床のうち、「比較的高い診療密度を要する医療を提供する病床（群）（提案中の「急性期病床群（仮称）」）」を医療法上に位置づける。
※ 「比較的高い診療密度を要する医療」として、例えば、心筋梗塞による入院や、手術前の患者のように、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、創傷の処置などの治療を日常的に必要なとしている場合等が考えられる。

(医療機関の自主的な申請による確認を受ける仕組み(認定))

- 各医療機関が、自主的に都道府県に申請して確認を受ける仕組み(認定)とする。

※ 認定は、病棟を基本とする。(病院全体で認定を受けることも可能)

(認定の要件)

- 認定要件は、「比較的高い診療密度を要する医療を提供する病床(群)(提案中の「急性期病床群(仮称)」)」にふさわしい、①人的な体制、②望ましい構造設備基準、③提供している医療の機能や特性(例えば、救急入院の患者の割合が一定以上あること、手術を受ける患者の割合が一定以上あること、平均在院日数等)を基本とする。

※ 要件の確認については、個々の患者ではなく、認定を受けようとする病棟の病床全体(群)として要件を満たしているかを確認。

※ 医療資源の限られた地域等については、認定に当たって一定の配慮等を検討。

※ 認定要件の具体的な内容については、基本的な仕組みについて整理できた後、別途検討。

(報告と認定の更新について)

- 認定を受けた医療機関は、定期的に、必要な事項を都道府県に報告するとともに、一定の期間ごとに認定の更新を受ける。

※ なお、要件を満たさなくなった場合には、直ちに認定全体の取消しを行うのではなく、認定される病棟範囲の変更や一定期間の猶予など個別の医療機関の事情に配慮した仕組みを設けることも検討。

- 都道府県は、認定を受けた医療機関からの報告の内容について、公表する。

(制度導入への配慮)

- 制度導入時期については、地域の医療提供体制に混乱が生じることのないよう、十分な準備期間を設ける。

※ 診療所の取扱い
診療所の一般病床についても、当該病床群の対象とすることについて、どう考えるか。

3. 地域において均衡のとれた機能分化を推進していくための方策について

- 地域において「比較的高い診療密度を要する医療を提供する病床（群）（提案中の「急性期病床群（仮称）」）」が、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化の推進を目指す。
- 具体的には、各医療機関の「比較的高い診療密度を要する医療を提供する病床（群）（提案中の「急性期病床群（仮称）」）」の認定状況に基づき、地域の現状を把握する。こうした現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、今後のその地域におけるバランスのとれた医療機能の目安を含め、機能分化のビジョンを地域ごとに策定する。
- ※ 国において、予め、今後の地域におけるバランスのとれた医療機能の目安に関するガイドラインの作成等を検討。
- ※ 上記の機能分化のビジョンの策定については、基本的に各医療機関の認定状況を踏まえるものであることや都道府県の準備期間を考慮し、認定制度導入後、一定の期間をおいて行う方向で検討。

4. 国や都道府県、医療機関、患者の役割について

- 機能分化を推進するに当たっての、国や都道府県、医療機関、患者の役割について、医療法に位置づける。

急性期医療に関する作業グループ (今後の議論を進めていく上でのポイント (案))

【機能分化の意義について】

- 高齢社会に向かう中で、それに合った医療提供体制を考えるとともに、機能分化をしなければならないのではないか。(西澤構成員④)
- 一般病床はその他病床とされ、入院期間の長い回復期リハ病棟、緩和ケア病棟、特殊疾患病床も一般病床となっている。(相澤構成員④)
- 急性期で手厚い医療が必要な人もそうでない人も混在している病室で入院しているが、地域や介護との連携を進め、医療の資源を有効に活用していくことが、もっとも急を要することだ。病床群の話は、現状の問題というより、これからの超少子高齢社会に向けてどうしていくべきかという話だと理解している。(花井構成員①)
- 介護も含めた地域の医療提供体制の連携は以前に比べれば進んだが、途中である。急性期病床がそれへの第一歩であるという観点も大切。(座長④)
- 急性期、亜急性期、慢性期、在宅を一体的に考えていかなければ、急性期の部分は人も財源も非常に手厚いため、急性期でそれらを全部使い果たしてしまうのではないか。(中川参考人④)
- 急性期をきちんと区分し、受診が適切に行われるよう、受診に際し患者の満足度が上がるようにするということや、医療費の効率的な使用にも寄与するといった方向性で、新しい病床群像を描いていくべき。(高智構成員①)
- 医療資源は社会的な資源であり、国民みんなで支え合っていく必要があるという観点からみれば、医療資源の効率化とか有効活用というものは非常に重要な視点であり、そこからも病床機能の区分というものは進めていくべき。(花井構成員②)
- 医療資源に対する負担は保険料、税金、ポケットマネーしかない。雇用環境も経済も非常に悪い状況の中、医療資源が効率的に活用することは至上命題である。(高智構成員④)
- 医療資源の有効活用という側面を1つの理念として考えた方がよいのではないか。多くの考え方を同時に詰め込むと混乱する。(日野構成員②)
- 急性期医療を患者が選ぶというのは、間違った選択をしかねない。急性期病床の方がいいと思われるのは問題であり、急性期病床群は、医療全体が良質になるために必要なことであり、患者それぞれにふさわしい医療サービスが提供されるという説明が適切だ。(座長③)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

医療資源の有効活用や、「急性期」から「亜急性期」等まで患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい良質な医療サービスを受けることができるという観点から、一般病床の機能分化を進めるべきという考え方が重要ではないか。

【医療機関自身による機能の選択・発信と患者の適切な理解・利用の促進】

- 機能分化で最も重要なのはその病院の意志であり、それを患者・国民に発信し、本当にそうになっているのかはデータから見ることもできるシステムを作れば、国民にもわかりやすく病院も頑張れる仕組みになるのではないか。(相澤構成員③)
- 病院自身が手掛ける医療を決めていくことが必要であり、それにより、患者に提供される医療の質の向上や患者にとっても提供される医療サービスの可視化につながる。病院が自ら行うことを発信していくというのは情報提供にも通じるものであり、病院のこれからの大きな仕事になっていくのではないか。(高智構成員③)
- 患者が選択するというのではなく、機能分化が今後の社会の在り方、医療の目指す方向性ということではないか。急性期病床を見える化することで、患者自身が賢い選択をしていくきっかけになるのではないか。(花井構成員③)
- 病院の一部に急性期病床群があったからといって、それで患者が選択するわけではないと思う。(相澤構成員①)
- 10年前から比べると機能分化は進んできていると思う。ニーズと違うところに患者が行くのは、機能分化していないからではなくて、情報がきちんと伝わっていないためではないか。(西澤構成員①)
- 機能の見える化は、各医療機関の機能情報をどのように国民に知らせるかという方法論で相当解決するのではないか。(横倉構成員②)
- 機能の見える化による選択というのは、急性期病床群がなくても情報は開示されているので対応できている。また、急性期医療を担うための設備や人員配置は医療機関が自ら考えながらやっているのだから、あえて急性期病床群を新たに設ける必要はないのではないか。(西澤構成員③)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

医療機関が自らの機能を選択し、医療資源を再配分していくとともに、その選択した機能を発信していくことで、患者が医療機関の機能を適切に理解し、利用していくことにつなげていくことが重要ではないか。

いか。

【医療法に位置づける必要性について】

- 診療報酬の他に、医療法で区分する必要性が理解できない。(横倉構成員①)
- 病院は自らが機能分化を進めており、それをもっと縛ってやるのか、この流れに任せて現場がもっと機能分化しやすいように後押し的なことだけをやるのか、議論が必要。(西澤構成員③)
- 診療報酬改定の中で、各医療機関はその地域における役割を自覚化するようになってきているし、医療計画の見直しの中で地域における役割が明確化される。こうした時期に医療法で決めるのがよいか、それともある程度地域の中で区分けが行われた上で医療法で定めていくのか、時間軸を考えるべき。(横倉構成員③)
- 一般病床は、幅広い概念である現在の定義だからこそ、地域の医療ニーズの変化・多様化に柔軟に対応できてきたが、機能分化を法制度で決めてしまうと、運用が硬直的になる恐れがある。(中川参考人④)
- 法制化すると、人口がどんどん減っている地方の病院などは、要件を満たすために自らに都合のよいように患者や治療を選択することも起こり得るため、危険である。(日野構成員④)
- 国際比較を見ると日本が特異な状況に見えるが、日本では、他の病床を除いた残りが一般病床とされ、その除き方が十分ではないため、多様な要素が混じっている。(尾形構成員③)
- 国民から見ても、精神や療養病床を除いたものが一般病床だというのはわかりにくい。診療報酬上で、急性期医療を担っている病院・病床が評価されてきており、医療法上でも急性期病床を区分する時期に来ている。(尾形構成員②)
- 医療法で決める意味は、1つの基準を日本という国の中で共通にすることだ。ベッド数や医療機関の数も相当違いがある中、同じ保険料を払っているのに、受けられる医療の質と量が違うのは疑問であり、医療法で、最低のスタンダードとして法律で決めておくということは必要ではないか。(花井構成員②)
- 診療報酬では、基本的な考え方が整理されていないため、政策変更がしばしば起き、現場の混乱をもたらしている面がある。基本的な考え方は医療法で整理しておく必要があるのではないか。(尾形構成員③)
- 個々の医療機関は診療報酬に反応して動くが、地域全体の医療提供体制は診療報酬ではできないことは重要な論点。(座長④)
- 診療報酬は非常に「切れ味が鋭い」という事実と特性の両方を押さえておく必要がある。医療現場の混乱をもたらすことがないように、医療法に位置づける

ことが正攻法ではないのか。(高智構成員④)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

今後の国や地域における医療提供体制のあるべき姿を示す役割を担うのが医療法であることを念頭に置く必要があるのではないか。

【急性期医療等の概念整理について】

- 「急性期医療」という言葉の定義や「急性期病床群（仮称）」のイメージが共通認識とならない限り、議論が進まない（西澤、日野、横倉構成員①）
- 言葉の使い方は、全体像が見えた後にフォローしていけば十分だ。（高智構成員①）
- 中医協の中で、急性期の定義を議論した覚えはない。なぜ、今回は急性期の定義の議論が必要となるのか。(花井構成員④)
- 医療費の効率化という切り口から急性期医療を捉えると、救命救急センターや3次救急のような高機能の集団をつくり、集約化を図ることだが、患者が考える急性期は、急な頭痛や発熱、交通事故等である。概念がバラバラのまま急性期病床群をつくって機能するのか。（日野構成員①）
- 高度急性期等々非常に人員を厚く配置しなければならない医療はあるが、急性期の定義が難しい。（横倉構成員②）
- 急性発症でもなく、とにかく今、緊急に手当が多く必要だという濃密な医療を施さなければならない人を、緊急医療という概念でとらえた方がわかりやすいのではないか。（横倉構成員①）
- 一般急性期と亜急性の間で分けるのではなく、全部まとめて急性期病床群という考えもあるのではないか。あえて分けるのであれば、一般と亜急性の間を分けるよりは、高度と一般を分けた方が分けやすいという考えもある。また、高度、一般、亜急性までを急性期とみて、それから外れるものを外してクリアにしていくという考え方もある。様々なデータを用いて、どういう形が一番わかりやすいかをもう一度検討した方がよい。（西澤構成員②）
- 急性期病床群を導入するとかえって機能分化を妨げるのではないか。一般病床に含まれるものを見つつ、急性期から明らかに外れるものを外していくやりの方がやりやすいのではないか。（西澤構成員③）
- 急性期ではないものは何かということを明確にした方がよりわかりやすいのではないか。（横倉構成員②）
- 「急性期医療とは何か」と「急性期の病床とは何か」は少しずれると思う。構成員間で完全な一致は不可能であるにしても、ある程度すり寄せていって

はどうか。(座長④)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

一般病床を機能分化し、人的資源の厚い配置を要する医療について、「急性期」という概念だけでなく、「比較的高い診療密度を要する医療」といった異なる概念からも議論していくべきではないか。

【地域への配慮について】

- 地方や中小病院が急性期病床から排除されてはならないし、同病床にならなくても急性期医療ができるようにしておく必要がある。(座長④)
- 配置が薄い病院でも救急医療や手術を頑張っているが、そこは負担も重くなっているのではないか。医療資源が薄い地域、医療機関が少ない医療圏において、今後、何らかの対策が必要ではないか。(花井構成員④)
- 地方では、1病院が様々な機能を持つことが多く、こうした病院への配慮も考える必要があり、その中で医療法で厳格に規定することがいいのか疑問。(横倉構成員①)
- 急性期病床群のハードルを上げすぎるとこの病床群がない地域が多く出るため、基準の設定が難しい。国が大筋のみ決めておいて、細部はそれぞれの地域に任せるといった規定をしてもよいのではないか。(横倉構成員③)
- 大都市で医療資源が豊富なところは分けがけができるが、地域によってはそれを明確に区分けすることで国民に迷惑をかける地域があるのではないか。1つの病院の中でいろんな機能を持つ、地域に密着した病院が日本の医療を支えており、そこに混乱をもたらしたくないか。(横倉構成員②)
- 地域に密着した病院、もしくは地域密着の在り方というものが非常に重要。在宅との関係や地域の診療所との関係でも、様々な状態の方が来るが、より高度の医療が必要な方はより高度な医療機関に転送して行く必要があるし、また、バックアップも必要。(横倉構成員②)
- 最も必要なのは、急性期病床から次につなぐ亜急性期、療養や終末期を迎えられるところを明確にすることだという意見が多くある。初めにそれを考えていった方がよいのではないか。(横倉構成員②)
- 医療法の規定だけで地域の医療の提供体制が整うかといえば、それは別問題。地域の医療提供体制はこまめな対応が必要であり、国はそういうことを考えて医療計画を策定するよう都道府県に指導してほしいし、地方も考えてほしい。急性期病床群の数が重要なのではなく、地域で急性期医療を提供できる量と質が整備されているかが重要。(西澤構成員③)
- 医療計画に対する情報格差の是正、計画作成への積極的関与により、地域の

重要な問題として住民・患者の理解が進み、それが適切な受診を促し、地方自治体における予算の確保につながる等、強力な応援団になり得るのではないか。(高智構成員④)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

医療資源の限られた地域における医療に混乱がもたらされないよう配慮した仕組みも必要ではないか。地域において身近に必要な医療機関の役割も念頭におく必要があるのではないか。

【今後の高齢化への対応について】

- 高齢者は治療以外にも、身体的な介護がかなり必要になってくる。また、高齢者は様々な疾患を持っており、身体機能も衰えており、その人がどんな機能、状態かを見ていくことが、急性期の入院医療では非常に重要になってきている。(相澤構成員②)
- 今後は、高齢者に対する急性期医療を念頭におく必要があり、現在の状況に応じた提供体制をつくっても2025年は今と全く違う人口構造であり、齟齬を来すのではないか。(西澤構成員②)
- これからどういう疾患の患者がどれだけ出るかを考え、急性期病床の必要数を算出し、認定を考えていかないと、患者の数と認定を受けた病床数とに齟齬を来すのではないか。その結果、患者が必要な医療を受けられなくなることを危惧している。(西澤構成員③)
- 後期高齢者は全国一律に増加していくわけではなく、それも念頭において、医療機能を考え、資源を投下し過ぎないというような視点からも検討を進めるべき。(座長②)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

今後高齢者が増加することにより求められる医療機能がどのように変化するかという視点も念頭におきつつ、検討を進める必要があるのではないか。

【急性期病床群（仮称）の要件について】

- 医療法上の認定要件はできる限りシンプルなものが多い。細かに要件を規定する必要はなく、例えば在院日数を軸として、その他幾つかの基本的な要件を設定すれば十分ではないか。(尾形構成員②)
- 看護基準で15対1という手薄な状況であっても人口が集中していない不採算地区では約8割の病院が救急を担っている状況にあり、急性期病床を定める際に病棟、病床、病院のいずれの単位とするのかを議論する際に考慮する

必要がある。(横倉構成員③)

○今の日本の医療がどのくらいのマンパワーで行われており、求められている急性期医療を行うためには何人が必要かということをご提案すべき。(永井構成員③)

○平均在院日数や看護師数が要件としてあれば、病院自らが機能を選択できない。平均在院日数の短縮は限界に達している。平均在院日数を実態に合わせるには、疾病の小分類で算出するなど検討が必要。(中川参考人④)

○平均在院日数は、医療圏の医療資源が厚いか、薄いかではなく、高齢者の割合がかなり影響するのではないか。(相澤構成員④)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

機能分化のための認定要件の設定に当たっては、指摘された点も踏まえ、検討を進めることが必要ではないか。

【急性期病床群（仮称）を機能させるための患者の役割について】

○病床の機能分化は患者がステージにより移動するということであり、それが機能するようなソフトをしっかりと考えておく必要。区分だけしても今度は手厚いところに患者が集まる。(永井構成員③)

○機能分化について、患者が納得できるような情報の提供があれば、病床を移動することに対しそんなに問題は生じないのではないか。(花井構成員③)

○患者を転院させることは大変。むしろそれを法制化してはどうか。応召義務が注目される状態で、医療関係者が能動的に動くというのは非常に難しい。(日野構成員③)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

機能分化を進めるには、患者の理解・協力も必要であり、それを促すことも併せて検討が必要ではないか。