

平成25年4月25日(木)  
17時00分～19時00分  
中央合同庁舎第5号館12階  
厚生労働省専用第12会議室

## 第5回

# 病床機能情報の報告・提供の具体的な あり方に関する検討会

## 議 事 次 第

- 構成員からのプレゼン
- 関係団体からのプレゼン
- 社会保障制度改革国民会議における議論の状況

### (配布資料)

- 資料1 相澤構成員提出資料
- 資料2 日本慢性期医療協会提出資料
- 資料3 全国有床診療所連絡協議会提出資料
- 資料4 社会保障制度改革国民会議における議論の整理
- 資料5 これまでの検討会における主な構成員意見と具体的な論点

# 第5回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

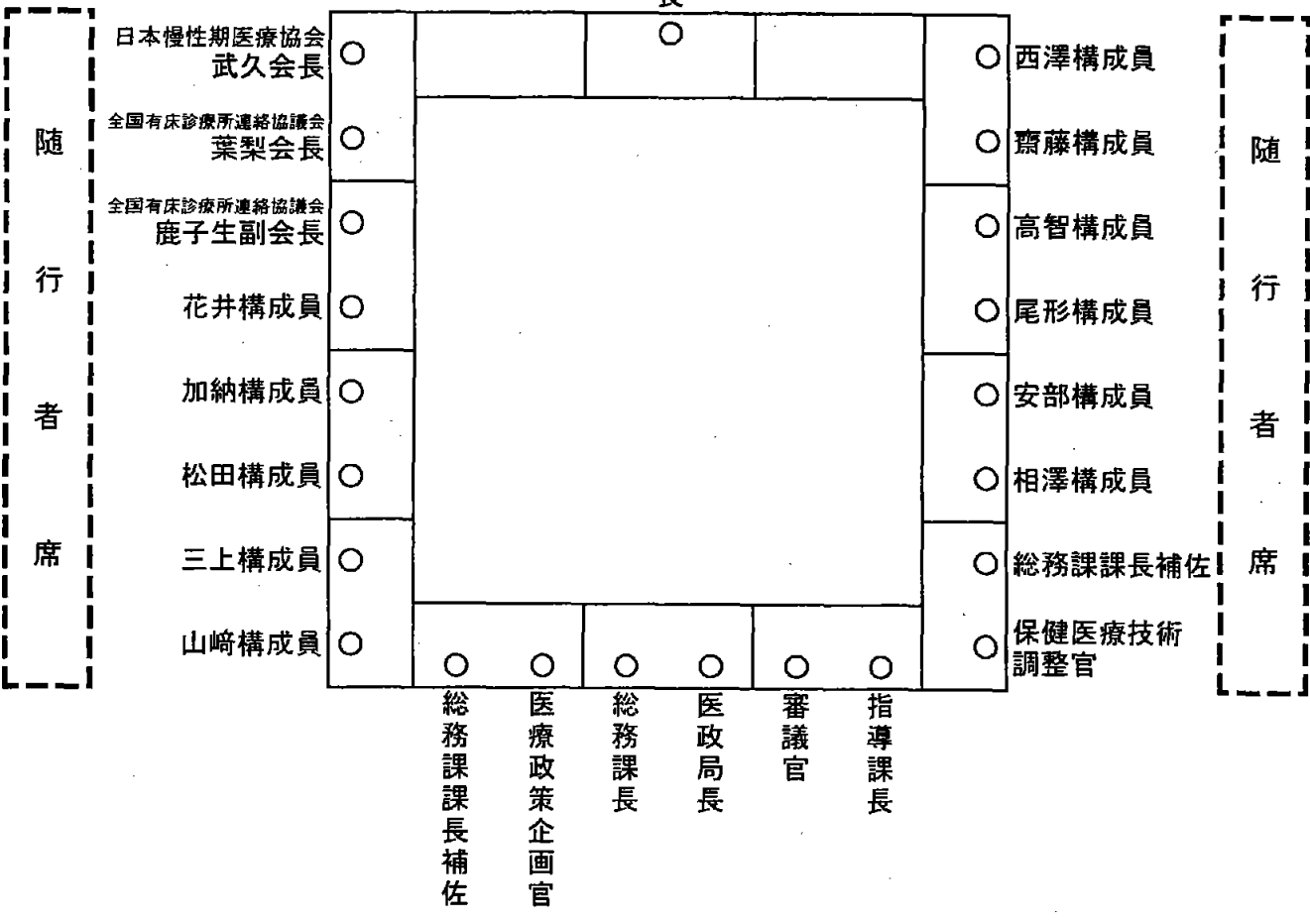
スクリーン

平成25年4月25日(木)  
17:00~19:00  
厚生労働省専用第12会議室(12階)

議室

116-1  
出席協賛

遠藤座長



事務局

傍聴者席

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会構成員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長
安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
◎遠藤 久夫	学習院大学経済学部長
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
西澤 寛俊	社団法人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
加納 繁照	社団法人日本医療法人協会会長代行
松田 晋哉	産業医科大学教授
三上 裕司	社団法人日本医師会常任理事
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 理	新潟県福祉保健部副部長
◎ 座長	

# 医療資源投入量から見る 急性期病院・急性期医療 (2013年4月25日)

研究者; 社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 理事長・院長  
相澤孝夫



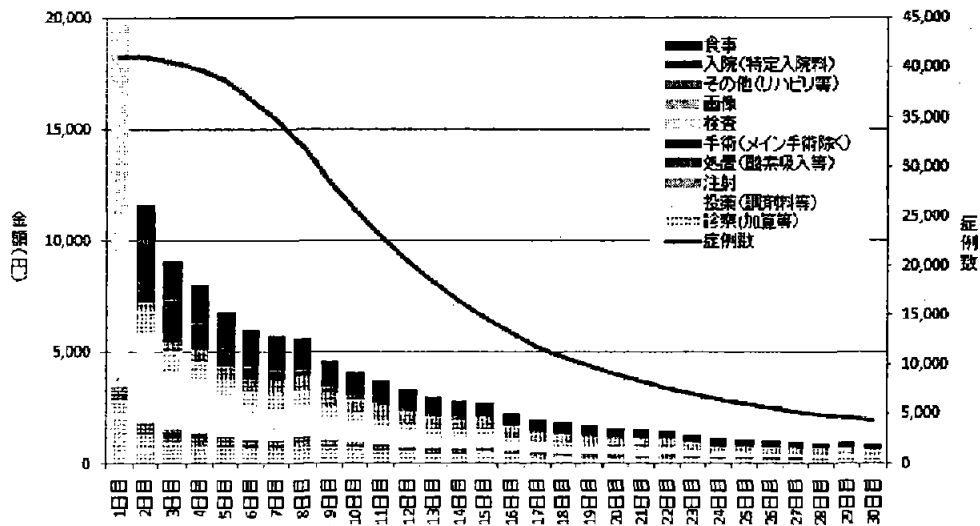
## 前回での報告

- 医療資源投入量の推移から2～3段階の変化が認められる。
  - ①;検査・画像が落ち着くタイミング
  - ②;急性期治療が落ち着くタイミング
  - ③;退院ができるタイミング
- 「高齢者は回復が遅い。年齢層別にするとかなりクリアになると期待できる」
- 「急性期や亜急性期など現在の分け方を患者や患者の家族に説明しようとする、診療区分での分けということしか説明できないが、こういう医療が必要な場合は亜急性期だというふうであれば理解できる。分けるなら医療の中身ではないかと思う」
- 「イメージが分かりやすい」
- 年齢層別の違い
- 看護必要度や看護配置との相関性

# 【成人市中肺炎】1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

040080x099x0xx 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(15歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし

600病院 41,118症例



病院数	600
症例数	41,118
予定・救急区分 (すべて)	
年齢区分 (すべて)	
65歳未満	9,371
65歳以上	7,396
75歳未満	
75歳以上	24,351

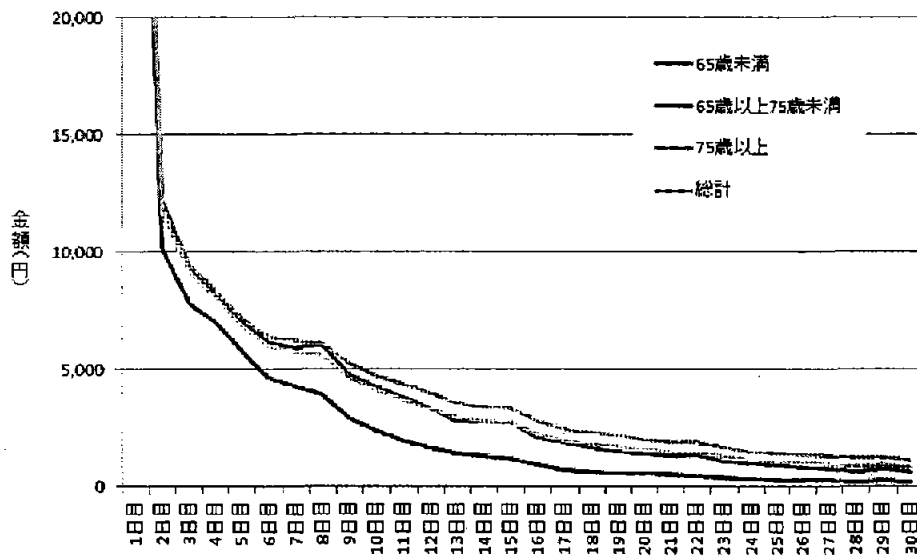


# 【成人市中肺炎】1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

040080x099x0xx 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(15歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし

600病院 41,118症例

## 【年齢別】



病院数	600
症例数	41,118
予定・救急区分 (すべて)	
年齢区分 (すべて)	
65歳未満	9,371
65歳以上	7,396
75歳未満	
75歳以上	24,351

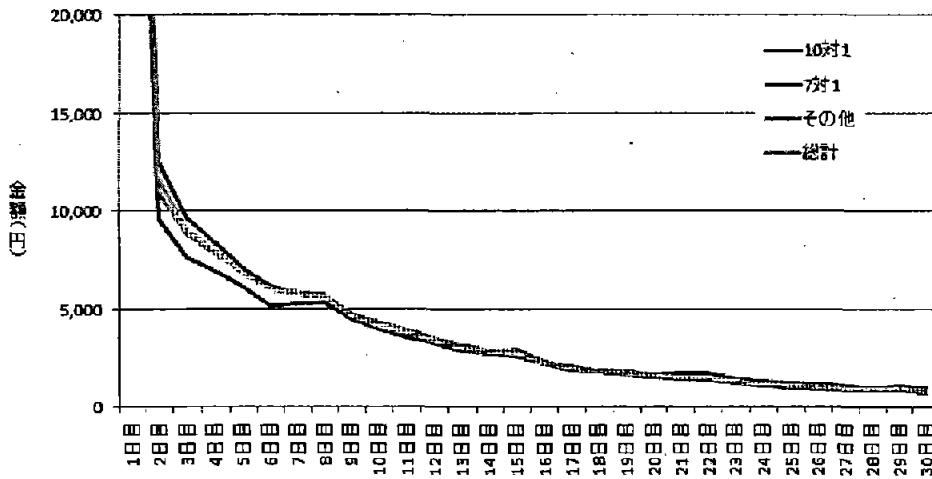


# 【成人市中肺炎】1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

040080x099x0xx 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(15歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし

600病院 41,118症例

## 【看護配置別】



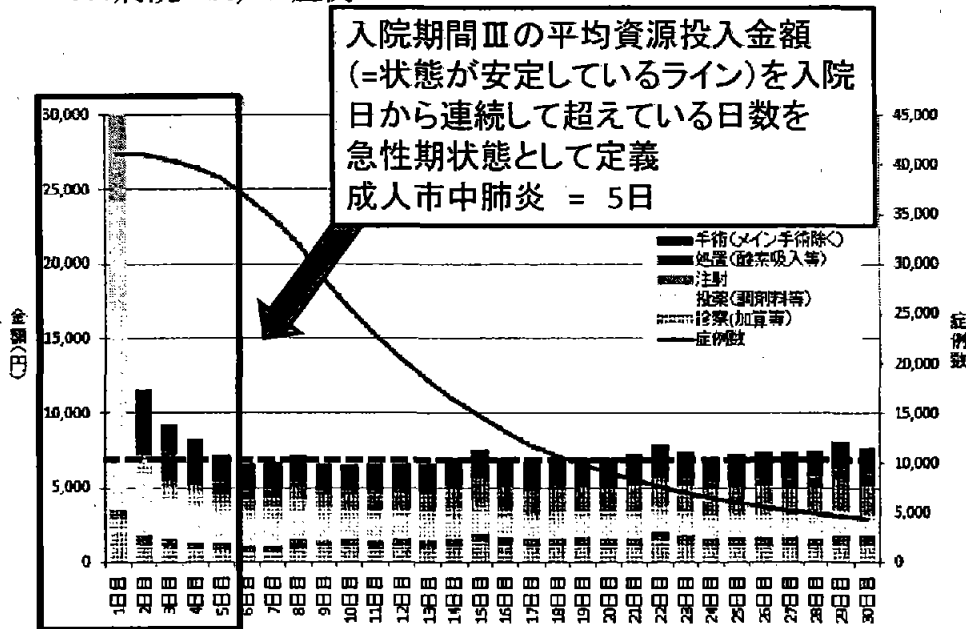
病院数	600
症例数	41,118
予定・救急区分	(すべて)
年齢区分	(すべて)

65歳未満	9,371
65歳以上	7,396
75歳未満	
75歳以上	24,351



# 【成人市中肺炎】1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

600病院 41,118症例



入院期間Ⅲの平均資源投入金額  
(=状態が安定しているライン)を入院  
日から連続して超えている日数を  
急性期状態として定義  
成人市中肺炎 = 5日

病院数	600
症例数	41,118
予定・救急区分	(すべて)
年齢区分	(すべて)

65歳未満	9,371
65歳以上	7,396
75歳未満	
75歳以上	24,351

疾患	肺炎
期間Ⅲ(日)	15~30
期間Ⅲ平均 合計金額	7,405円
急性期日数	5日間

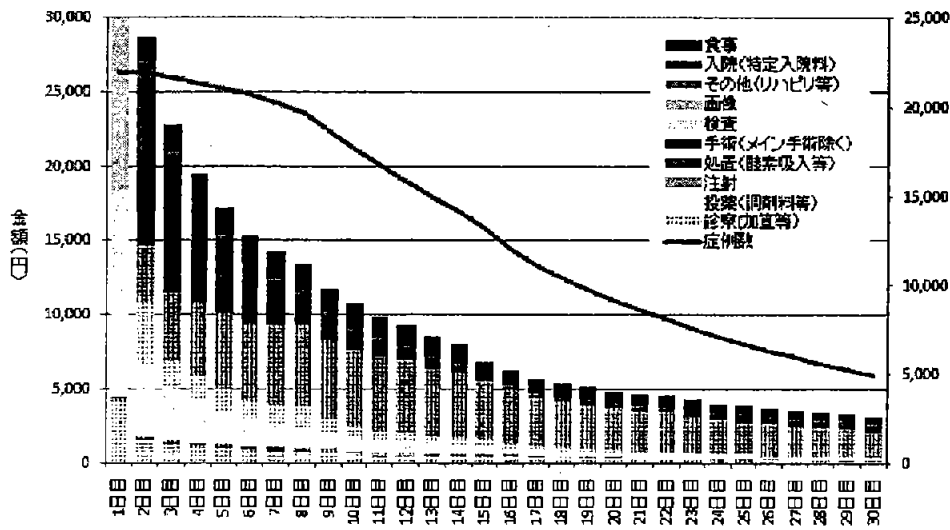
※入院日毎症例数で入院日毎医療資源投入金額を除算



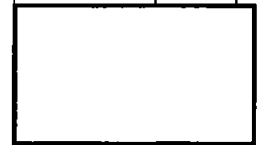
# 【脳梗塞(エダラボン)】 1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

010060x099030x 脳梗塞(JCS30未満) 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等23あり 副傷病なし

563病院 21,939症例



病院数	563
症例数	21,939
予定・救急区分 (すべて)	
年齢区分 (すべて)	



65歳未満	5,279
65歳以上 75歳未満	5,854
75歳以上	10,806

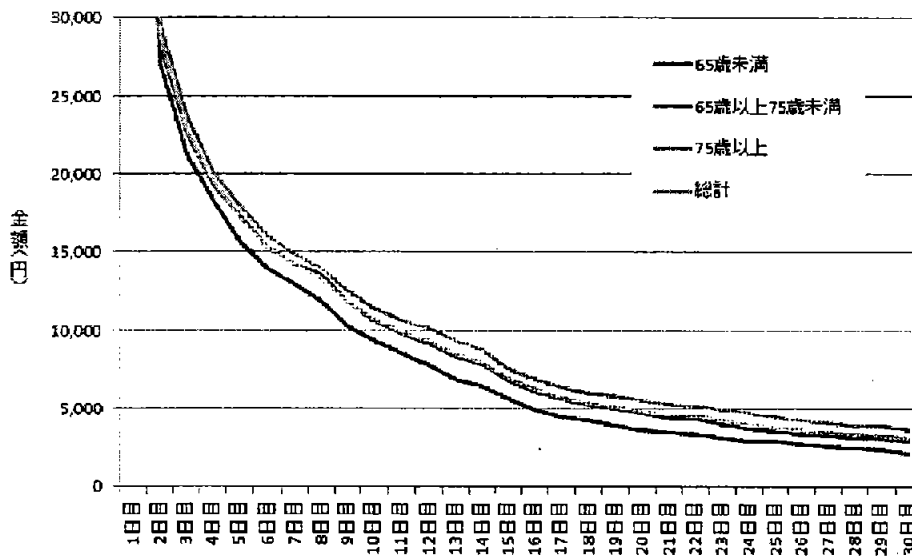


# 【脳梗塞(エダラボン)】 1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

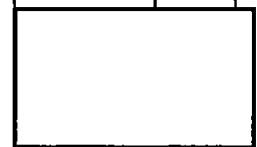
010060x099030x 脳梗塞(JCS30未満) 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等23あり 副傷病なし

563病院 21,939症例

## 【年齢別】



病院数	563
症例数	21,939
予定・救急区分 (すべて)	
年齢区分 (すべて)	



65歳未満	5,279
65歳以上 75歳未満	5,854
75歳以上	10,806

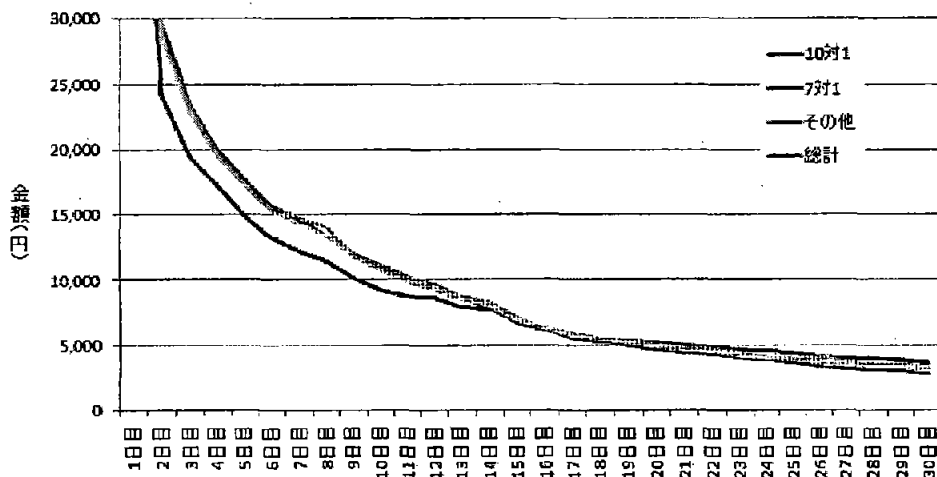


# 【脳梗塞(エダラボン)】 1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

010060x099030x 脳梗塞(JCS30未満) 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等23あり 副傷病なし

563病院 21,939症例

## 【看護配置別】



病院数	563
症例数	21,939
予定・救急区分 (すべて)	
年齢区分 (すべて)	

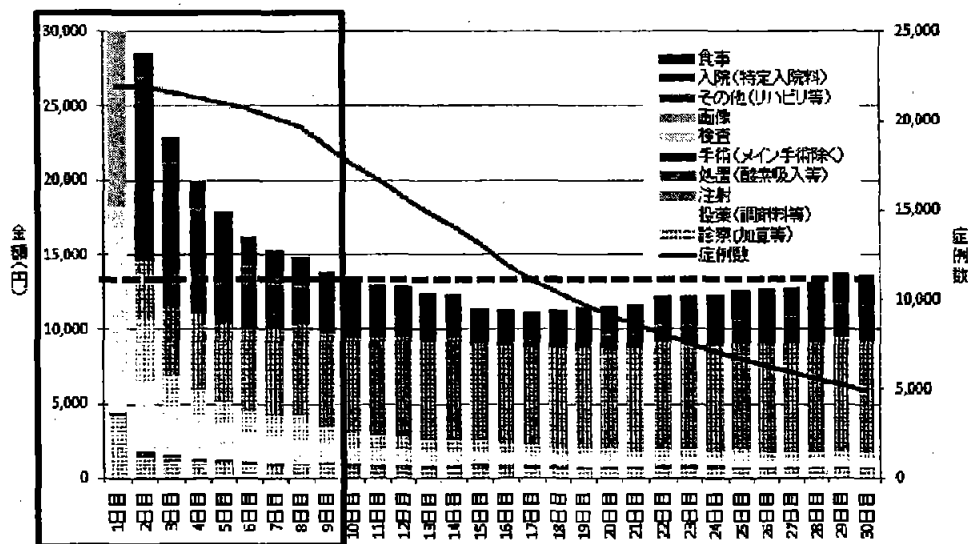
65歳未満	5,279
65歳以上	5,854
75歳未満	
75歳以上	10,806



## 内科系疾患

### 【脳梗塞(エダラボン)】 1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

563病院 21,939症例



病院数	563
症例数	21,939
予定・救急区分 (すべて)	
年齢区分 (すべて)	

65歳未満	5,279
65歳以上	5,854
75歳未満	
75歳以上	10,806

疾患	脳梗塞 エダラボン
期間Ⅲ(日)	19~39
期間Ⅲ平均 合計金額	13,388円
急性期日数	9日間

※入院日毎症例数で入院日毎医療資源投入金額を除算





## ここまでのまとめ

- 疾患によって、資源投入量に年齢差がでるものもあるが、入院基本料(人員配置)による違いはほとんど見られない。
- DPCの入院期間Ⅲの平均資源投入金額(=状態が安定しているライン)を、入院日から連続して超えている日数を急性期状態と定義することで、必要病床数を算出することも可能である。



## 病棟別 急性期医療必要度

研究者; 社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 理事長・院長  
相澤孝夫

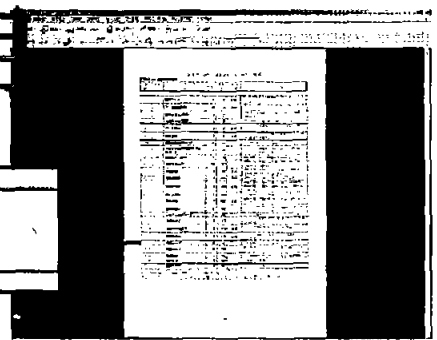
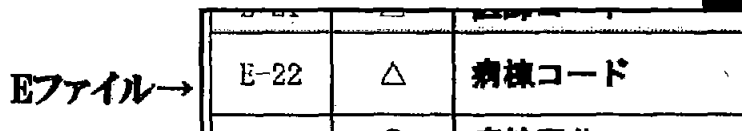


病院内での急性期度合を評価すべく、判断基準を「病床」単位よりは「病棟」単位で行っていくことは出来ないだろうか。

⇒相澤病院をはじめ、各病院での評価方法、検討していく。

病棟データを新に病院に作らせては、各病院の負担になってしまう。既存のデータから活用出来ることがベスト!!

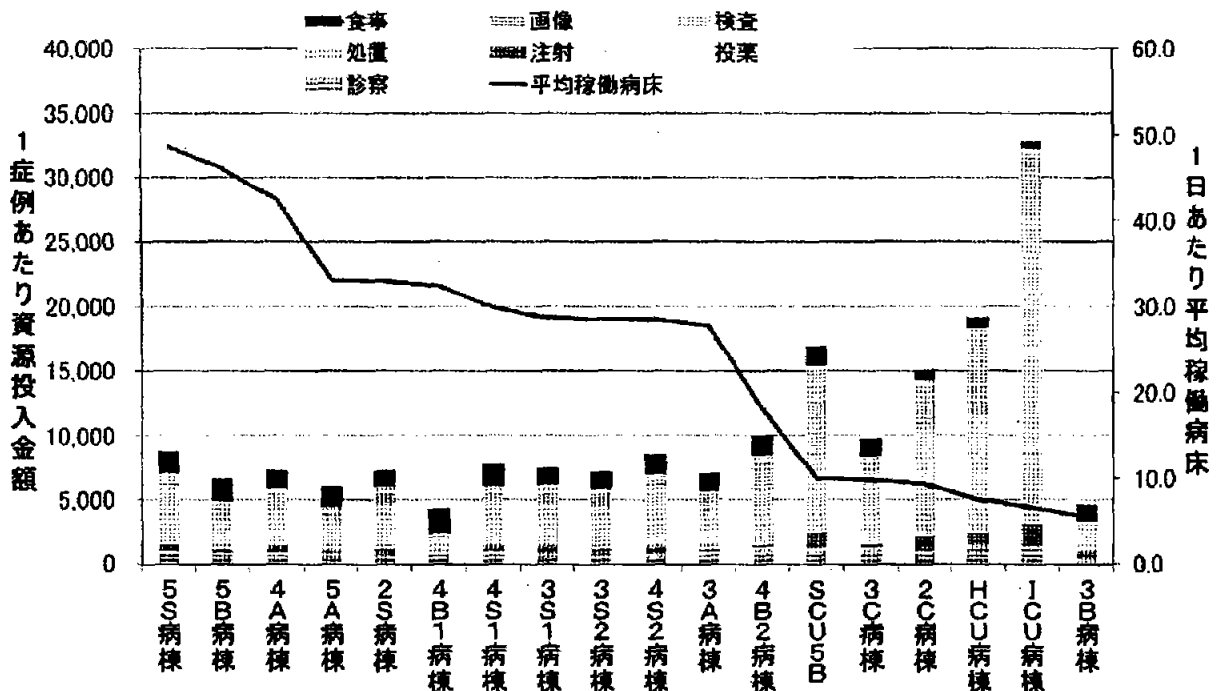
## →DPCデータの活用



※「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料より

【病棟別 1症例(ベット)あたり資源投入金額】  
手術請求・入院請求・その他の請求を除く

### 【相澤病院】



# 【大腿骨頸部骨折】相澤病院 入院日毎推移

160800xx01xxxx 股関節大腿近位骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等

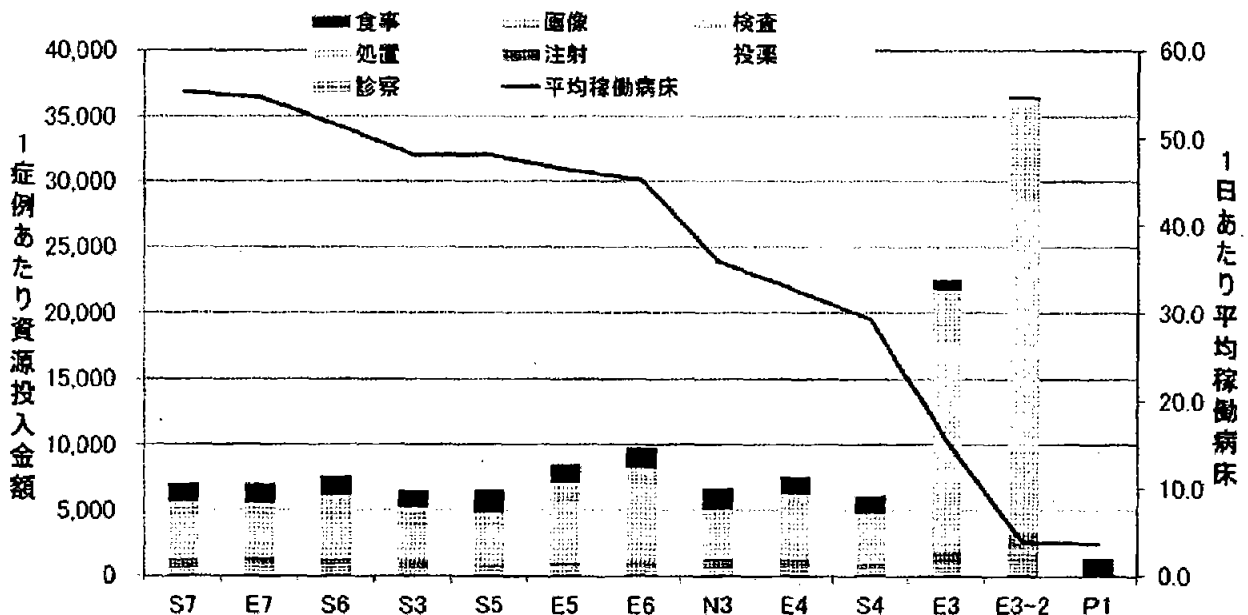
4B2病棟					4B1病棟														
1日 (水)	2日 (金)	3日 (土)	4日 (日)	5日 (月)	6日 (火)	7日 (水)	8日 (木)	9日 (金)	10日 (土)	11日 (日)	12日 (月)	13日 (火)	14日 (水)	15日 (木)	16日 (金)	17日 (土)	18日 (日)	19日 (月)	
診察	2,700円				2,600円								1,300円						1,650円
処置		2,600円	120円	50円	100円	90円	80円	2,640円	160円	90円	90円	90円	90円	90円	1,020円	300円	90円		180円
注射	1,180円	200円		60円															
手術																			
検査	15,640円	210円	3,530円		1,421円			7,584円											
入院	47,640円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	24,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円	23,290円
食事																			
入院期間	23,813日																		22,935日

5日まで⇒4B2病棟としての評価  
6日目～退院日まで⇒4B1病棟として評価

## 【病棟別 1症例(ベット)あたり資源投入金額】

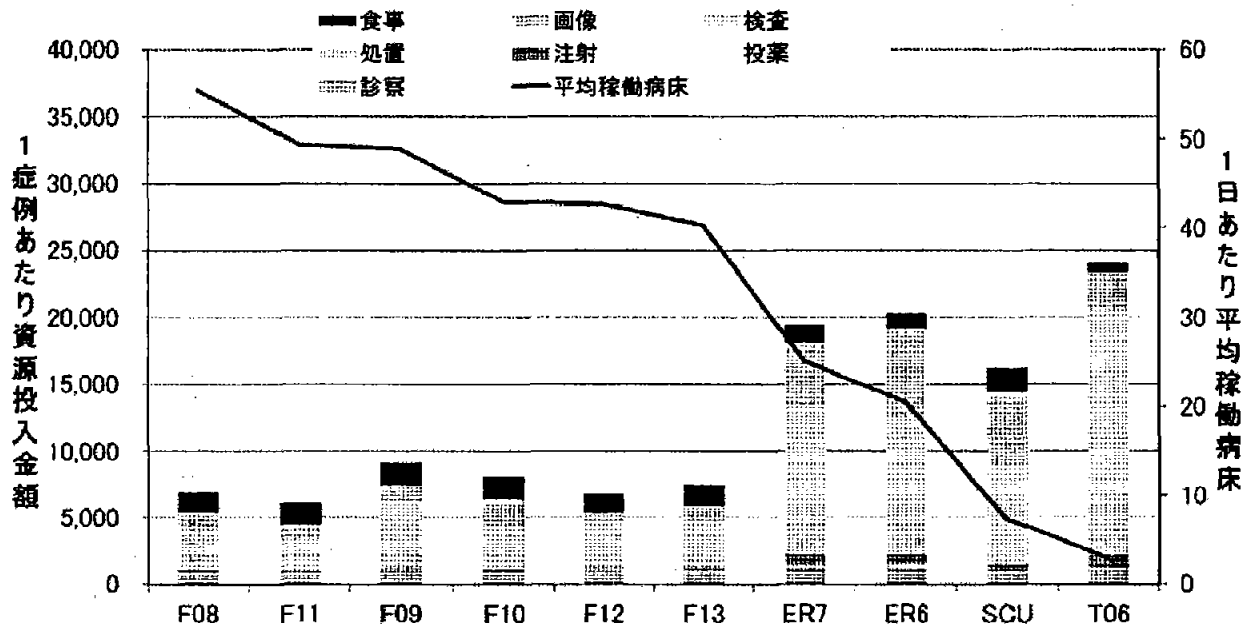
手術請求・入院請求・その他の請求を除く

【公立A病院(500床以上)】



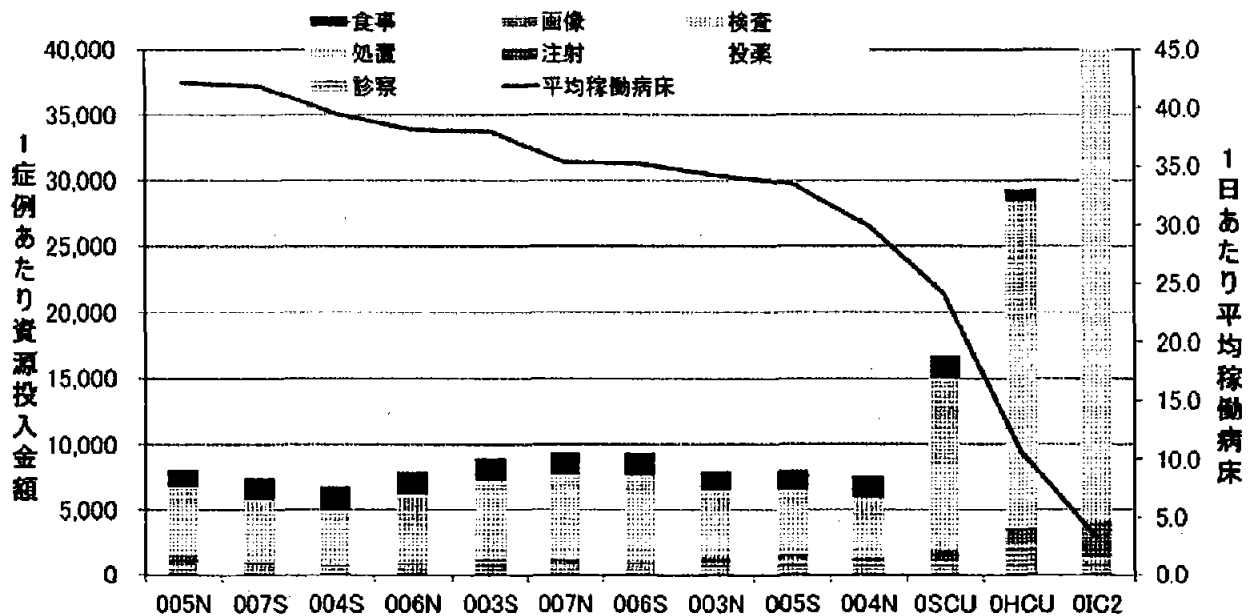
【病棟別 1症例(ベット)あたり資源投入金額】  
手術請求・入院請求・その他の請求を除く

【公立B病院(300床以上)】



【病棟別 1症例(ベット)あたり資源投入金額】  
手術請求・入院請求・その他の請求を除く

【公立C病院(500床以上)】



## ここまでのまとめ

- DPCデータから病棟毎の医療資源量を抽出することは可能である。
- DPC対象病院・準備病院ならばデータの提出は容易である。
- DPCデータでは、「病棟コード」は病院独自コードのため、コードと病棟名の紐付けが必要になる。
- 医療必要度から、各病院とも2～3パターンに病棟を分けることができる。






# ヒアリング資料

一般社団法人日本慢性期医療協会 会長  
医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

武久 洋三



2025年には、日本人の死亡者が  
2010年の1.5倍死ぬとするならば、

1回入院して死亡したら、入院患者は1.5倍  
2回入院して2回目に死亡したら、入院患者は3倍  
3回入院して3回目に死亡したら、入院患者は4.5倍



慢性期医療の対象者が急増

# 急性期病床の平均在院日数

	日本	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	イギリス	アメリカ	韓国
平均在院日数	18.5	7.7	5.2	7.5	6.7	6.8	5.4	10.6

\* 2009年のデータ(韓国のみ2003年)

2012.1月26日 急性期医療に関する作業グループ 第三回会合 資料より 抜粋

2

## 平均在院日数の計算対象としない患者

①精神科身体合併症管理加算を算定する患者
②児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者
③救命救急入院料(広範困難傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
④特定集中治療室管理料(広範困難傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
⑤新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
⑥総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
⑦新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者
⑧一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
⑨特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
⑩回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
⑪亜急性期入院医療管理料を算定する患者
⑫特殊疾患病棟入院料を算定する患者
⑬緩和ケア病棟入院料を算定する患者
⑭精神科救急入院料を算定する患者
⑮精神科救急・合併症入院料を算定する患者
⑯精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者
⑰精神療養病棟入院料を算定する患者
⑱一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第1章第2部第1節一般病棟入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの(特定除外患者)
⑲認知症治療病棟入院料を算定している患者
⑳短期滞在手術基本料1を算定している患者

しかし2012年10月より、13:1,15:1  
の病棟では、特定除外患者は  
療養病棟入院基本料1の  
医療区分が適応されることになった。  
現在、7:1、10:1についても  
調査が行われている。

2013年2月 武久洋三作成 4

## 最近の各病床数

- 一般病床 900,000床
- 亜急性期病床 18,000床
- 回復期リハ病棟 65,000床
- 医療療養病床 220,000床
- 介護療養病床 75,000床



急性期の定義について、“日数”に着目してみると急性期病床で30日超の入院患者は急性期患者と言えるのか。すでに慢性期ではないか。

2011.10月 武久洋三 作成

6

天皇陛下は、心臓バイパス手術を受けられてもわずか2週間足らずで退院され、3週間で業務復帰されている。

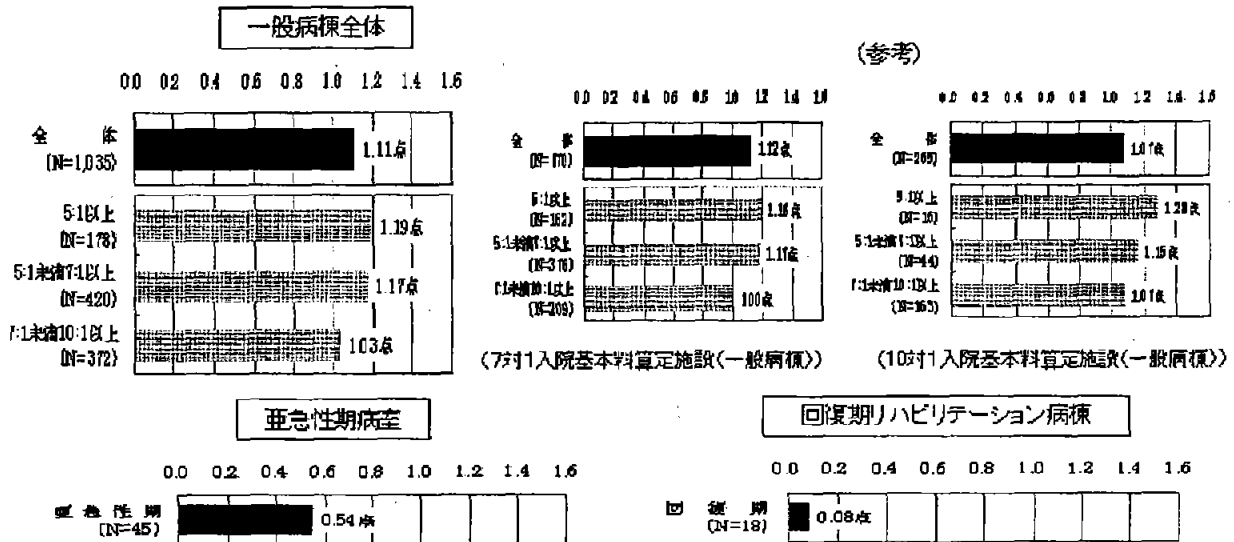
2013年3月 武久洋三作成

7

## 病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均A得点

- 一般病棟における「Aモニタリング及び処置等」の平均A得点をみると、入院患者1人当たり平均1.11点である。看護配置別にみると、5対1以上の看護配置の病棟が1.19点であり、7対1未満10対1以上の看護配置の病棟は1.03点である。
- なお、亜急性期入院医療管理料算定病室では入院患者1人当たり平均0.54点、回復期リハビリテーション病棟入院料では入院患者1人当たり平均0.08点である。

病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均A得点

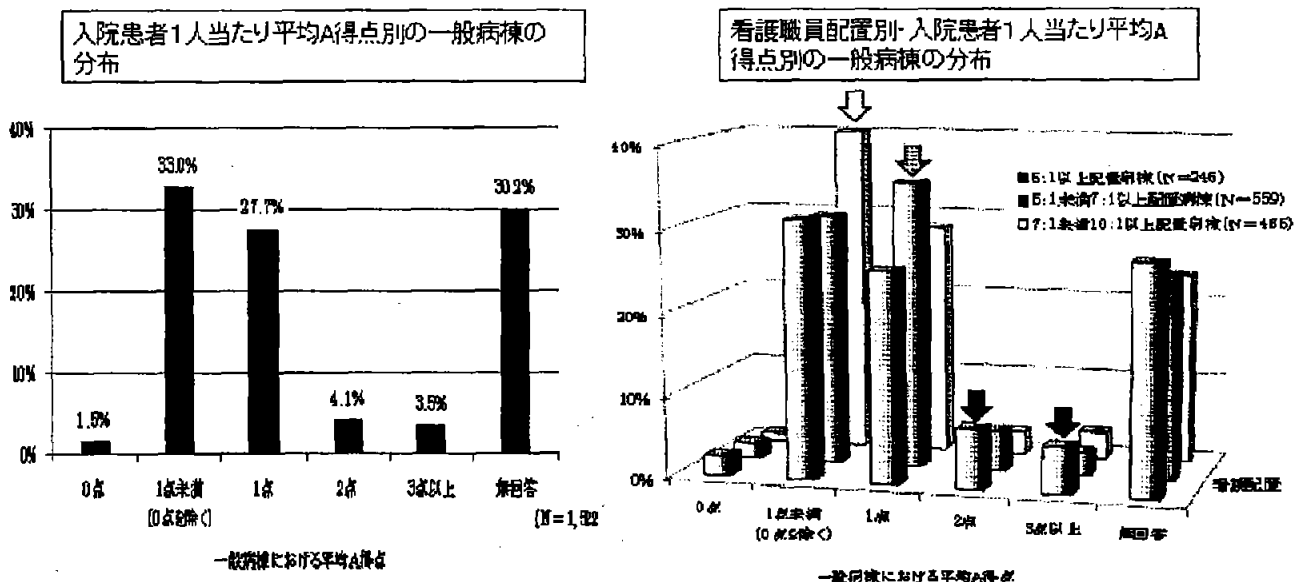


2012.12.13 第2回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会 資料より抜粋

8

## 入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布

- 各一般病棟の入院患者1人当たり平均A得点別の分布をみると、「1点未満(0点を除く)」33.0%、「1点」27.7%、「2点」4.1%、「3点」3.5%などとなっており、看護配置別に比較すると「5:1以上」の配置の病棟では「3点以上」と「2点」の割合が多く、「5:1未満7:1以上」の配置の病棟では「1点」の割合、「7:1未満10:1以上」の配置の病棟では「1点未満(0点を除く)」の割合が多くなっている。



2012.12.13 第2回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会 資料より抜粋

9

入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する  
長期入院等の実態調査の集計結果

	A項目	A項目2点以上の割合	B項目	病棟種別
A	1.56	42.4%	14.82	療養1
	2.22	56.1%	14.22	障害
	1.54	37.5%	13.6	療養1
B	0.08	0.0%	5.38	回リハ
	1.54	38.3%	9.77	療養1
	1.12	17.6%	12.5	療養1
C	1.46	34.1%	12.35	療養1
	0.82	26.7%	11.56	療養1
D	1.28	18.5%	13.55	療養1
E	1.8	38.7%	13.5	療養1
	1.17	16.3%	12.5	療養1
F	0.54	8.3%	10.38	回リハ
	0.57	3.6%	10.96	療養1
	1.44	29.6%	13.76	療養1
G	0.64	4.6%	4.99	回リハ
	1.36	33.3%	12.67	療養2
	0.35	8.0%	12.28	療養1
H	0.3	0.0%	5.49	回リハ
	2.19	66.0%	13.16	療養1
	1.29	30.0%	12.69	療養1
I	0.34	4.8%	6.74	回リハ
J	0.73	16.3%	9.9	療養2
	0.63	10.0%	11.23	療養2
	0.97	23.4%	11.51	療養1
	0	0.0%	1.57	回リハ
K	1.4	23.4%	13.7	療養1
	0.8	4.7%	12.9	療養2
L	0.86	10.7%	12.2	療養1
	0.14	11.1%	1.36	亜急性期
	0.6	10.3%	12.5	一般
M	1.54	46.2%	15	療養1
	1.25	20.0%	7.1	療養1

10

療養病床には一部の一般病床  
以上に重度の患者が  
入院していることが分かった。

医師や看護師などの数により、  
一般病床や療養病床というのではなく、  
患者さんの病態に応じて急性期病床  
や慢性期病床というべきです。

2013年4月武久洋三 作成 12

重症患者の多い慢性期病院では、  
医師や看護師、介護士も法定を  
はるかに加配している。  
看護師は20:1どころか15:1、13:1  
まで加配しないとやっていけない。

慢性期病床では、一部の一般病床の何倍もの重症患者が入院している。少ないスタッフで高度な看護必要度の人を治療するようにされているが診療報酬は一般病床に比べると異常に低い。しかしながら医療事故が起こると急性期とまったく同じように糾弾され、訴訟される。

2013年3月 武久洋三作成 14

療養病床の中にも高いレベルで医療を提供している病院があるということを知らない人達がいる。

厚労省も療養病床は、一般病床よりもレベルの低いものだと認識していたことが誤解を生む原因となったのか。

2013年4月武久洋三 作成 16

一般病床より一部の療養病床のレベルの方が高い病院が多くなっていることを認めるべきである。

レベルの低い一般病床（急性期病床）は、急にはしっかりと慢性期病床を担うことはできない。

2013年4月武久洋三 作成 18

もはや、一般病床と療養病床に分ける必要は無い。  
すでに療養面積などは同じである。

一般病床の入院90日以上の  
特定除外はすべて慢性期の  
報酬とするべきではないか。  
可哀想だからといって、いつまでも  
経過措置を続けることは、公平が  
原則の日本では通用しない。

2013年4月武久洋三 作成 20

特定除外の患者の7:1~15:1  
までの入院の実数はレセプトで  
簡単に確認できる。  
オンライン化で実数を公表する  
べきではないか。



すでに、一般病床は $6.4\text{m}^2 \cdot 4$ 人部屋  
までとなっている。 $4.3\text{m}^2 \cdot 6 \sim 8$ 人  
部屋の増改築が行われていない  
病院もあるが、いつまで経過措置を  
認めるつもりか。

2013年4月武久洋三 作成 22

50床の病院の $4.3\text{m}^2 \cdot 6 \sim 8$ 人部屋  
で慢性期高齢者の多い所でも、  
看護師を7～8人増やせば  
7:1となり、高度急性期並みの  
高い報酬となっている不思議

病床の改築が行われておらず、慢性の高齢者の多い一般病床が高い診療報酬を得ているのはおかしいと思わないのか。

2013年4月武久洋三 作成 24

もはや、急性期病床と慢性期病床とに機能分化して、それに応じた職員配置や報酬とするべきであろう。

しかし、慢性期患者を受け入れている一般病床でも、入院患者の増加を考えれば、存続できるようにしてあげないと可哀想である。

2013年4月武久洋三 作成 26

また、限られたスタッフや環境で地域の救急を一手に担って、手術や高度な処置を多くしている、平均在院日数も実際に短い病院には、特別な支援をしてあげてはどうか。

だからと言って、実質、慢性期  
高齢者の多い一般病床で  
高度急性期機能のない病院まで  
拡大認定をするべきではない。

2013年4月武久洋三 作成 28

一般病床で改築が行われていない  
病床は療養病床になれないから、  
一般病床の人員基準を満たさな  
ければ継続できない。  
入院は慢性期高齢者が中心の  
病院も運営できるようにして  
あげなければならない。

一般病床の4.3㎡・6～8人部屋で  
例えば60日以上入院している患  
者は、環境減算の上、慢性期入院  
基本料のようなものを個別に認め  
てあげてはどうか。

2013年4月武久洋三 作成

有床診療所は、グループホーム  
より 報酬が低いのはおかしい。  
医師が常駐している入院治療とし  
て地域でもっと評価するべきである。

## ケアミックス病院の問題点

- DPC病棟と療養の頻回な転棟
- 一般と療養のキャッチボール

2011.8月武久洋三 作成

32

## 日米の病床機能区分

アメリカ	日本
STAC (5日)	高度急性期 (9日)
LTAC(25日)	長期急性期(60日)
IRF	回復期(120日)
SNF	長期慢性期
HHC	居住系
OPT	在宅

## 長期急性期病床（LTAC）

とは、長期になるものの、

急性期機能を持った病床という意味

H24.1月 武久洋三 作成

34

## LTACのルール(アメリカ)

- 同一法人STACからの転院は

25%まで

- LTACから同一法人STACへの転院は

5%まで

という厳しいルールでキャッチボールは  
できないように縛りを設けている

2012.1月武久洋三 作成

35

# 長期急性期病床の機能を受け持つ 現状の病床種別

1. 一般病床の一部
2. 亜急性期病床
3. 医療療養病床

2013年4月 武久洋三 作成 36

## ポスト急性期の考え方

長期急性期病床（日慢協）

亜急性期病棟（医政局）

亜急性期入院医療管理料2と回復期リハビリテーション病棟  
入院料1の点数が同じ（保険局）

地域一般病棟（全日病）

一般病床等（医師会）

2013.1月 武久洋三 作成



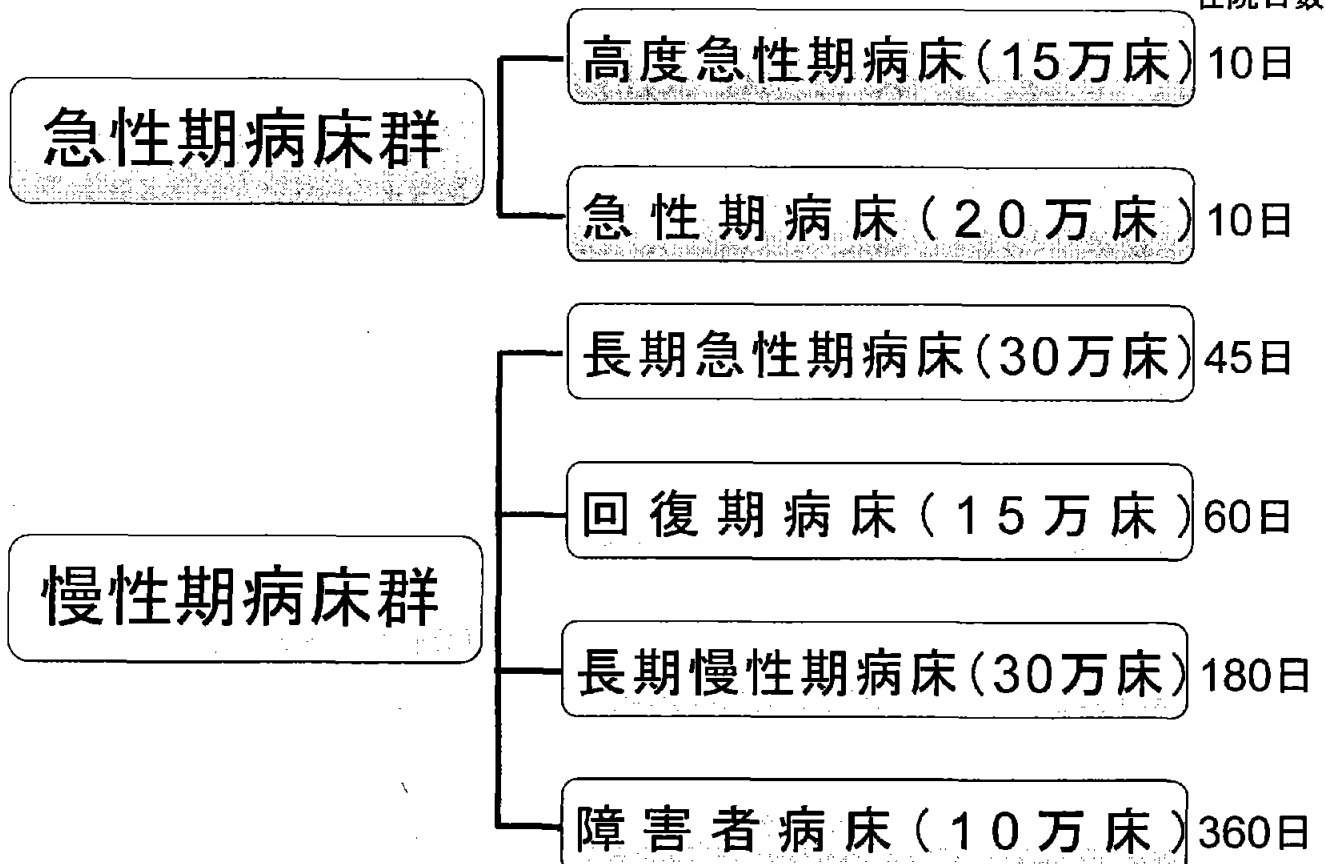
過疎地では病院が1しかない場合などは、  
 病院も初期救急から介護療養までを診る  
 雑貨店型病院の機能を持たなければいけない。

2013年4月 武久 洋三 作成

38

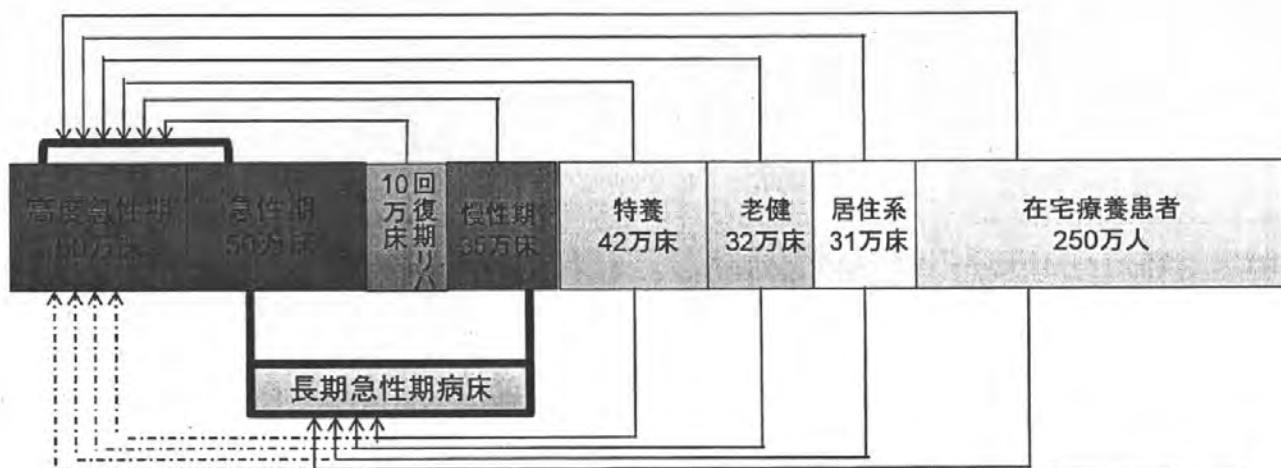
予測平均在院日数の病床機能区分(2025年の予想図)

平均  
在院日数



# 急変患者の動向の現状と将来

現状

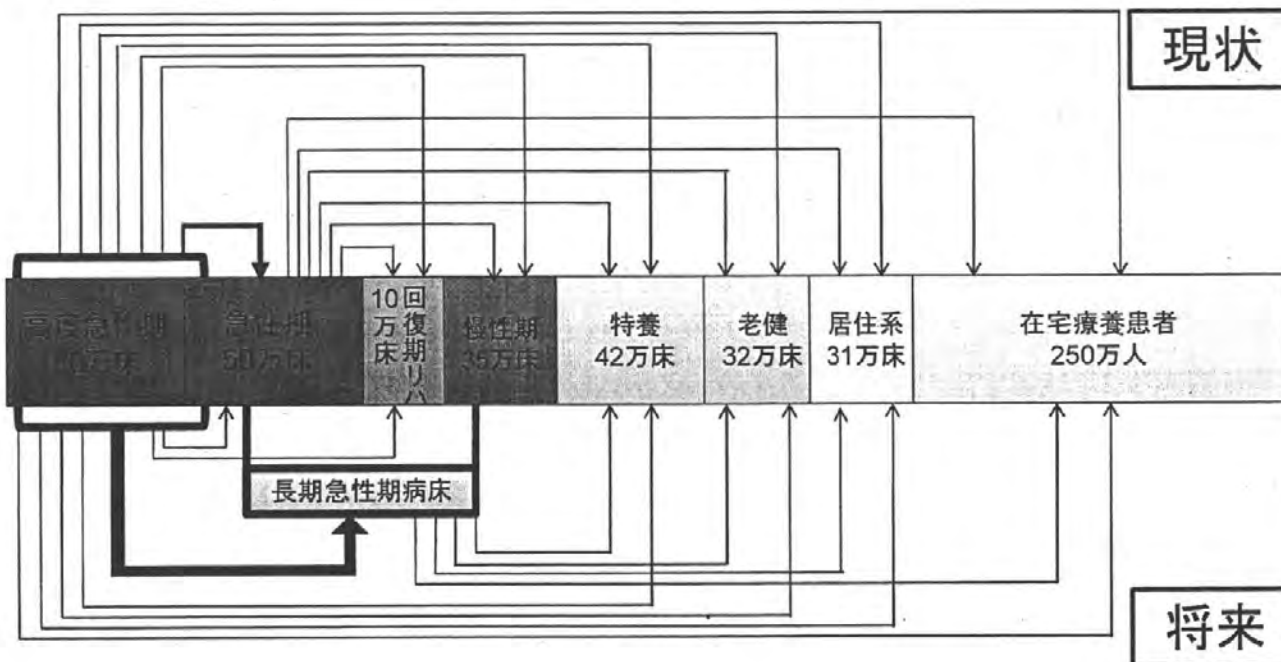


将来

2013年2月 武久洋三作成 40

# 急性期治療後の患者の動向の現状と将来

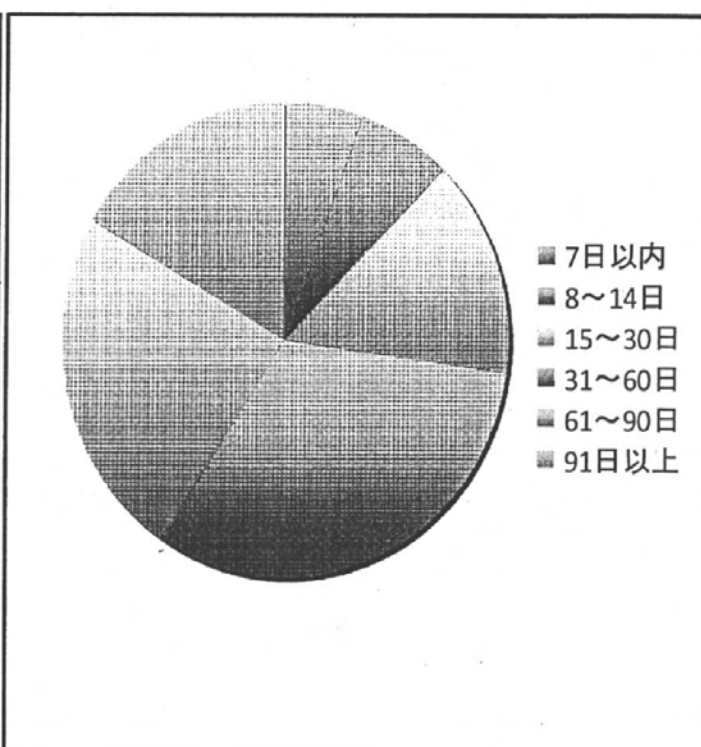
現状



2013年2月 武久洋三作成 41

## 世田谷記念病院(療養病床)入院前における 急性期病院の入院期間(平成24年4月2日～平成25年3月31日)

急性期病院での入院期間	症例数
7日以内	9例
8日～14日	11例
15日～30日	24例
31日～60日	52例
61日～90日	39例
91日以上	27例
合計	162例



**平均 61.9日**

平成25年4月 世田谷記念病院 調査結果より 42

## (2012.9月～2013.2月)療養病床入院前における高度急性期病院の 入院期間

急性期高度 入院期間 での 入院期間	患者数(例)				
	徳島		兵庫	東京	
	A	B	C	D	世田谷
7日以内	14	10	6	5	4
8～14日	25	26	6	0	3
15～30日	29	17	32	2	9
31～60日	20	8	16	8	23
61～90日	3	0	4	6	10
91日以上	1	0	2	8	8
合計	92	61	66	29	57
入院期間平均	23.6日	16.8日	31.0日	83.3日	62.9日

平成25年3月  
関連病院  
調査結果より

東京では高度急性期病院が特に多く、  
実質急性期医療を継承する病床が  
極端に少ないために高度急性期病院に  
多くの長期慢性期患者が多く入院して  
いることがわかる。

2013年2月 武久洋三作成 44

少なくとも一般病床には、慢性期高齢者  
以外にも急性期に準じる患者も相当数  
入院していることを考えると、単純に  
慢性期高齢者のための診療報酬体系  
である医療区分を押し付けることは  
あまりに失礼である。

2011.2月 武久洋三 作成 45

医療区分は療養病床に対しての制度であり、療養病床に比べて療養環境の悪い病棟には適応できない。

## 慢性期病態別診療報酬

2011.2月 武久洋三 作成

46

### リハビリテーション機能

急	性	期	リ	ハ
回	復	期	リ	ハ
慢	性	期	リ	ハ
介	護	期	リ	ハ

2013年2月 武久洋三作成

47

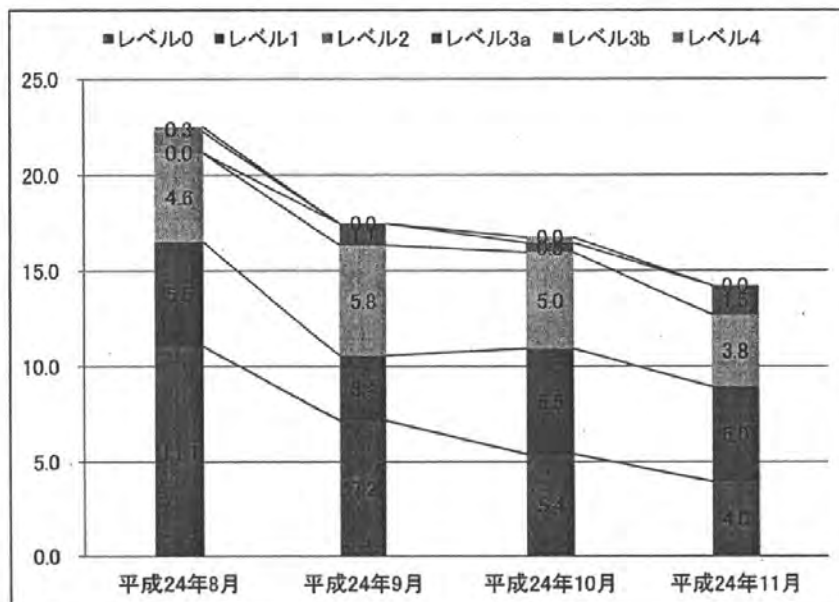
# リハビリテーション

慢性期リハについて、算定上限日数を  
 を超えた期間についてのリハを  
 慢性期リハとして認めてはどうか。

2013年3月 武久洋三作成 48

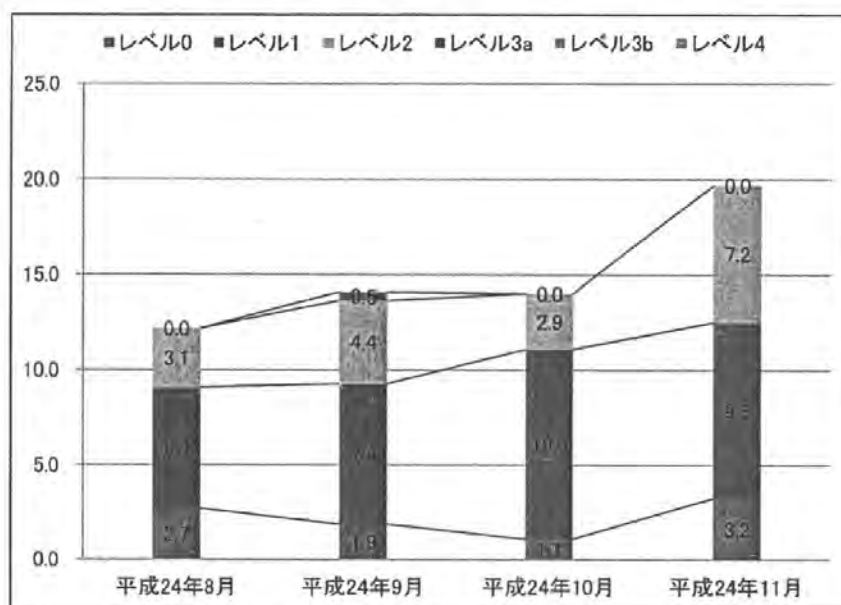
## 7. 夜間の転倒・転落件数の平均の推移(100床あたり) リハ夜勤あり:9病棟

	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3a	レベル3b	レベル4	合計
平成24年8月	11.1	5.5	4.6	0.0	1.1	0.3	22.5
平成24年9月	7.2	3.4	5.8	1.1	0.0	0.0	17.5
平成24年10月	5.4	5.5	5.0	0.5	0.3	0.0	16.7
平成24年11月	4.0	5.0	3.8	1.5	0.0	0.0	14.2



8. 夜間の転倒・転落件数の平均の推移(100床あたり) リハ夜勤なし:4病棟

	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3a	レベル3b	レベル4	合計
平成24年8月	2.7	6.4	3.1	0.0	0.0	0.0	12.2
平成24年9月	1.9	7.4	4.4	0.5	0.0	0.0	14.1
平成24年10月	1.1	10.0	2.9	0.0	0.0	0.0	14.0
平成24年11月	3.2	9.3	7.2	0.0	0.0	0.0	19.7



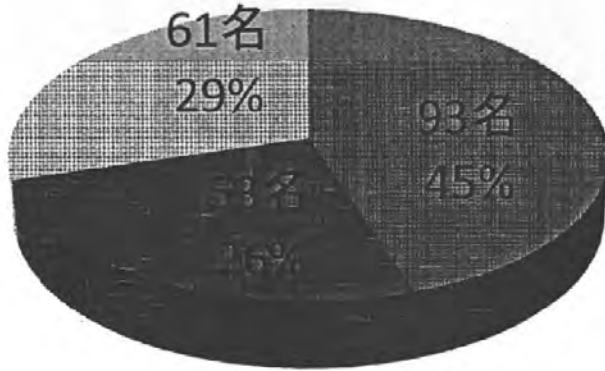
50

## 調査内容

調査病院	14病院
調査期間	2012.1.1～2012.6.30
対象者	上記期間に標準的算定日数を むかえた者のうち、以後6ヶ月間 リハビリを継続した者
対象者数	207名
平均年齢	81.0歳
性別	男性 86名 , 女性 121名

# 疾患別割合

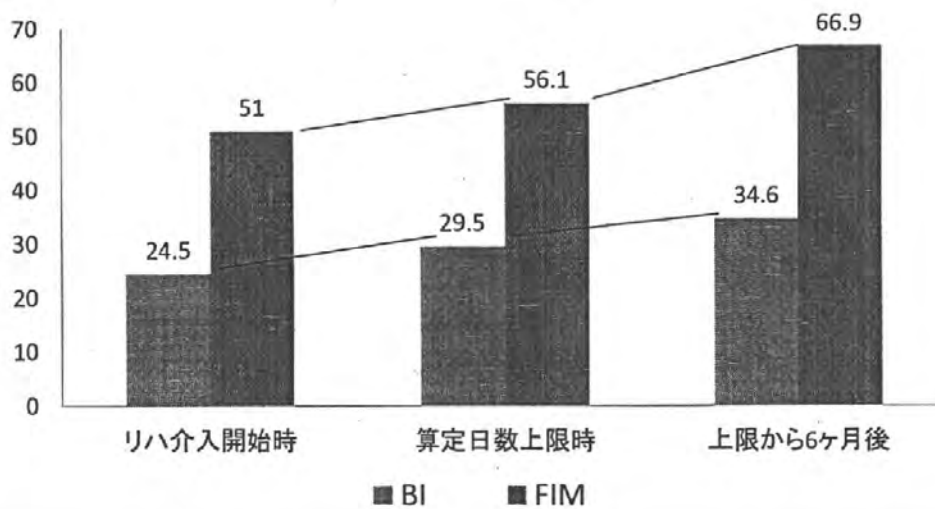
■ 脳血管 ■ 廃用 ■ 運動器



脳血管疾患	93名
廃用症候群	53名
運動器疾患	61名
合計	207名

52

## ADLの推移 全疾患の改善例



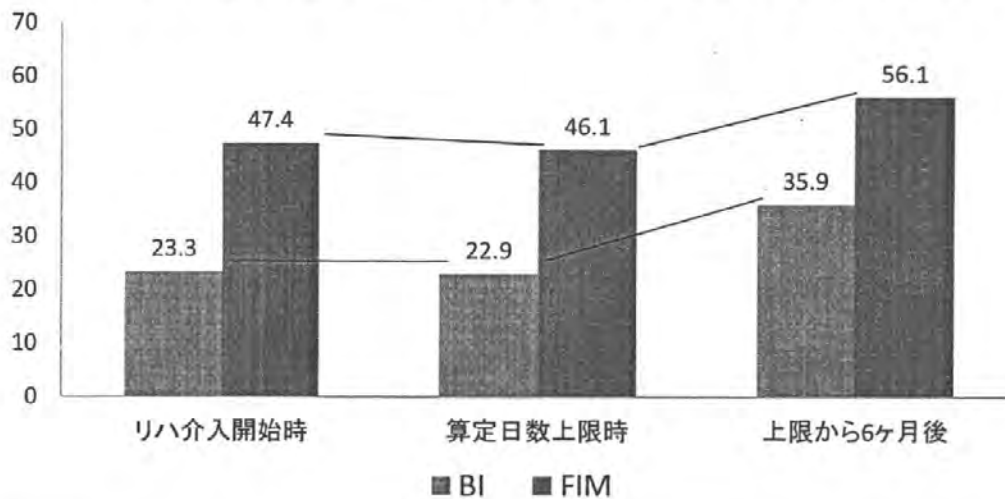
	リハ介入開始から算定日数上限までの変化	算定日数上限から6ヶ月後の変化
BI	+5.0	+5.1
FIM	+5.1	+10.8

39

53



# ADLの推移 廃用症候群の改善例



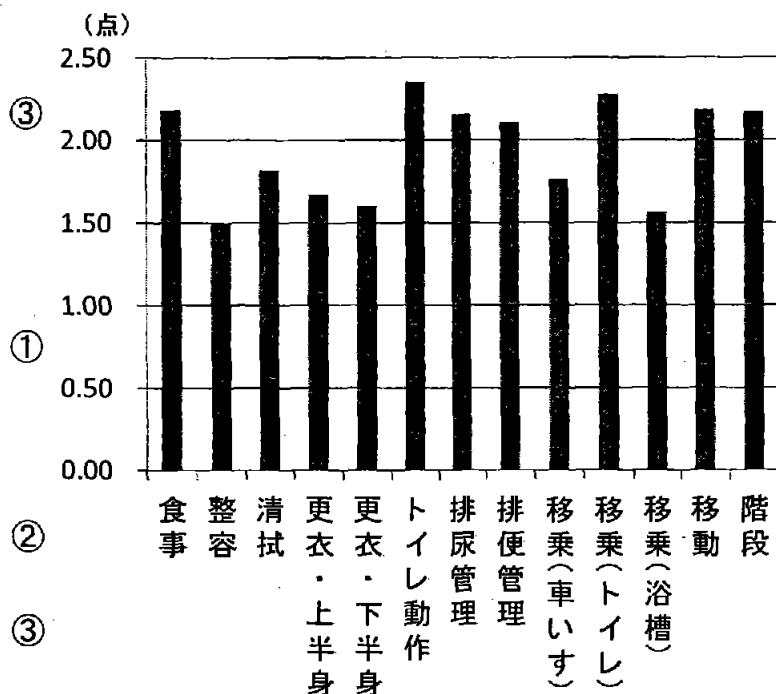
	リハ介入開始から算定日数上限までの変化	算定日数上限から6ヶ月後の変化
BI	-0.4	+13.0
FIM	-1.3	+10.0

54

## 項目別ADL改善度調査 (FIM)

# 平均向上点数 (FIM運動項目)

FIM運動項目	平均向上点数
食事	2.18
整容	1.50
清拭	1.82
更衣・上半身	1.67
更衣・下半身	1.60
トイレ動作	2.35
排尿管理	2.16
排便管理	2.11
移乗(ベッド・車椅子)	1.76
移乗(トイレ)	2.28
移乗(浴槽・シャワー)	1.56
移動	2.18
階段	2.17



56


## 総合リハビリテーション療法士

リハ療法別のリハ施設認可から疾患別診療報酬体系となり、すでに6年経過した現在、リハビリにはPT・OT・STの機能をすべて兼ね備えた療法士の存在が不可欠となっている。

リハビリテーションの教育課程終了後、1年間の  
専攻課程を設け、終了後に国家試験により  
総合リハビリテーション療法士の資格を与える  
べき時期に来ている。

2013年4月 武久 洋三 作成

58



慢性期病院といえども  
急性期治療機能  
を持っていなければならない

2012年1月武久洋三 作成

59

# 慢性期病院における急性期機能

1. 緊急送迎
2. 緊急入院
3. 緊急画像診断
4. 緊急血液検査
5. 緊急処置

2012.1月武久洋三 作成

60

## 新入院患者の検査値の異常値割合

平成22年1月から平成24年11月に、当院を含む計15病院に入院した患者 12,508名の、入院時検査における検査値の異常値割合

	患者数 (名)	割合 (%)
BUN=25以上	3,048	24.4
Na=136未満	3,687	29.5
ALB=3.5以下	5,729	45.8
TCHO=120未満	1,351	10.8
GLU=150以上	3,008	24.0
Hb=8.0未満	480	3.8

No.	紹介元施設名	患者数(名)	BUN25以上		紹介元施設名	患者数(名)	Na136未満		紹介元施設名	患者数(名)	ALB3.5以下				
			平均	最高			平均	最低			平均	最低			
1	1 公立	21	11	52.4%	平均 31.11 最高 131.40	8 公立	26	12	46.2%	平均 135.88 最低 130.00	15 民間	21	18	85.7%	平均 3.19 最低 2.60
2	8 公立	26	12	46.2%	平均 25.52 最高 59.80	23 国立	36	16	44.4%	平均 136.36 最低 128.00	12 公的	26	20	76.9%	平均 3.19 最低 2.30
3	19 公立	75	32	42.7%	平均 24.70 最高 73.20	31 民間	23	10	43.5%	平均 136.49 最低 128.50	18 民間	23	17	73.9%	平均 3.29 最低 2.30
4	20 公立	69	28	40.6%	平均 26.76 最高 149.90	13 公立	45	19	42.2%	平均 137.53 最低 123.00	26 公的	71	52	73.2%	平均 3.17 最低 2.00
5	5 民間	47	17	36.2%	平均 26.98 最高 225.90	11 公的	20	8	40.0%	平均 137.80 最低 131.00	13 公立	45	32	71.1%	平均 3.31 最低 2.40
6	23 国立	36	13	36.1%	平均 25.45 最高 116.10	18 民間	23	9	39.1%	平均 136.46 最低 124.30	11 公的	20	14	70.0%	平均 3.33 最低 2.50
7	32 公立	49	17	34.7%	平均 26.08 最高 166.10	5 民間	47	18	38.3%	平均 136.44 最低 124.00	23 国立	36	25	69.4%	平均 3.23 最低 2.00
8	11 公的	20	6	30.0%	平均 25.19 最高 97.10	1 公立	21	8	38.1%	平均 136.82 最低 126.60	5 民間	47	31	66.0%	平均 3.38 最低 2.40
9	15 民間	21	6	28.6%	平均 21.75 最高 42.60	2 公立	565	209	37.0%	平均 136.84 最低 118.10	28 公立	87	55	63.2%	平均 3.39 最低 2.20
10	22 公立	36	10	27.8%	平均 22.95 最高 98.30	30 公立	102	37	36.3%	平均 136.73 最低 126.30	7 民間	35	22	62.9%	平均 3.31 最低 2.00
11	29 民間	144	39	27.1%	平均 21.69 最高 85.80	12 公的	26	9	34.6%	平均 137.31 最低 126.00	2 公立	565	352	62.3%	平均 3.39 最低 1.90
12	28 公立	87	23	26.4%	平均 21.87 最高 78.10	26 公的	71	24	33.8%	平均 137.06 最低 123.00	8 公立	26	16	61.5%	平均 3.36 最低 2.70
13	31 民間	23	6	26.1%	平均 21.03 最高 53.10	15 民間	21	7	33.3%	平均 137.17 最低 128.20	31 民間	23	14	60.9%	平均 3.36 最低 1.40
14	26 公的	71	18	25.4%	平均 21.78 最高 119.30	6 公的	251	82	32.7%	平均 137.30 最低 120.90	30 公立	102	61	59.8%	平均 3.46 最低 2.10
15	30 公立	102	25	24.5%	平均 20.76 最高 56.70	19 公立	75	24	32.0%	平均 137.66 最低 126.50	6 公的	251	145	57.8%	平均 3.46 最低 1.60
16	21 公立	75	18	24.0%	平均 23.35 最高 176.30	14 公的	22	7	31.8%	平均 136.93 最低 124.00	3 公的	26	15	57.7%	平均 3.40 最低 2.20

紹介元の急性期病院の紹介状を見てみると、病名に脱水や低栄養状態であることを示していた病院は7%であった。また、血液検査結果が異常値であることを示し、注意を促していた病院は、わずか1%であった。

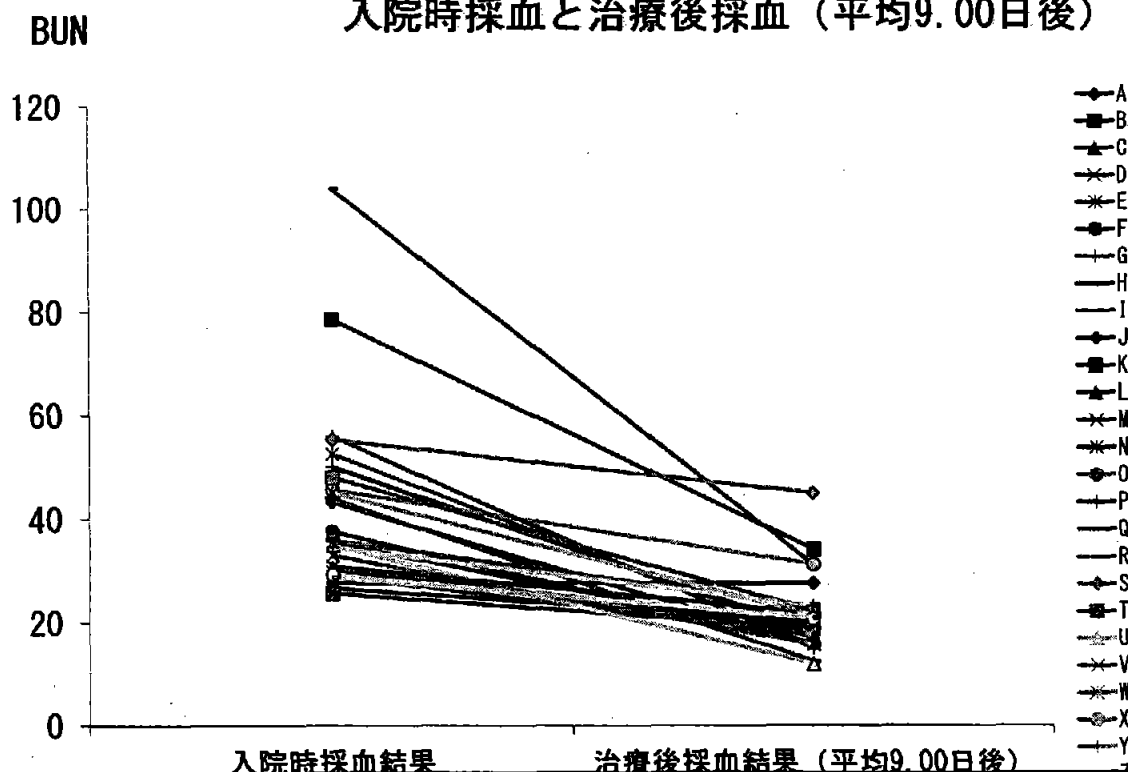
# 間歇的補液療法

間歇的補液療法とは、1日間は栄養投与を行わず、患者ごとに計算した必要水分量の3分の2程度の水分のみを投与し、次の2日間は栄養投与を行うという方法を繰り返すことでBUN及びBUN/Cr比を正常化する方法を基本とする。

経消化管投与が優先されるが、経消化管投与が不可能な、あるいは好ましくないと主治医が判断した症例に対しては点滴による投与を行う。

64

①経消化管的に間歇的補液療法を行った26症例の入院時採血と治療後採血（平均9.00日後）



	入院時採血結果						治療後採血結果 (平均9.00日後)				
	年齢	BUN	Cr	BUN/Cr	ALB	Na	BUN	Cr	BUN/Cr	ALB	Na
平均	78.73	42.05	0.88	52.25	3.55	135.20	21.46	0.80	30.98	3.32	138.82
標準偏差	10.81	17.54	0.60	14.46	0.56	4.26	7.30	0.46	12.66	0.40	4.95

一般病床のうち慢性期患者の多い50万床を10:1から20:1にすると医師数は20,833人あまる。看護師数は12.5万人あまる。

	医師	看護師
10:1 (一般病床)	16:1→31,250人必要	10:1→250,000人必要
20:1 (療養病床)	48:1→10,417人必要	20:1→125,000人必要
	$31,250 - 10,417 =$ 20,833人	$250,000人 - 125,000人$ =125,000人

2012年11月 武久 洋三 作成

66

## 消費税

高額な器機や建築などの設備投資をして診療機能を向上させようとした病院が損をして、何もしないでじっとしている病院が得をするということはおかしい。

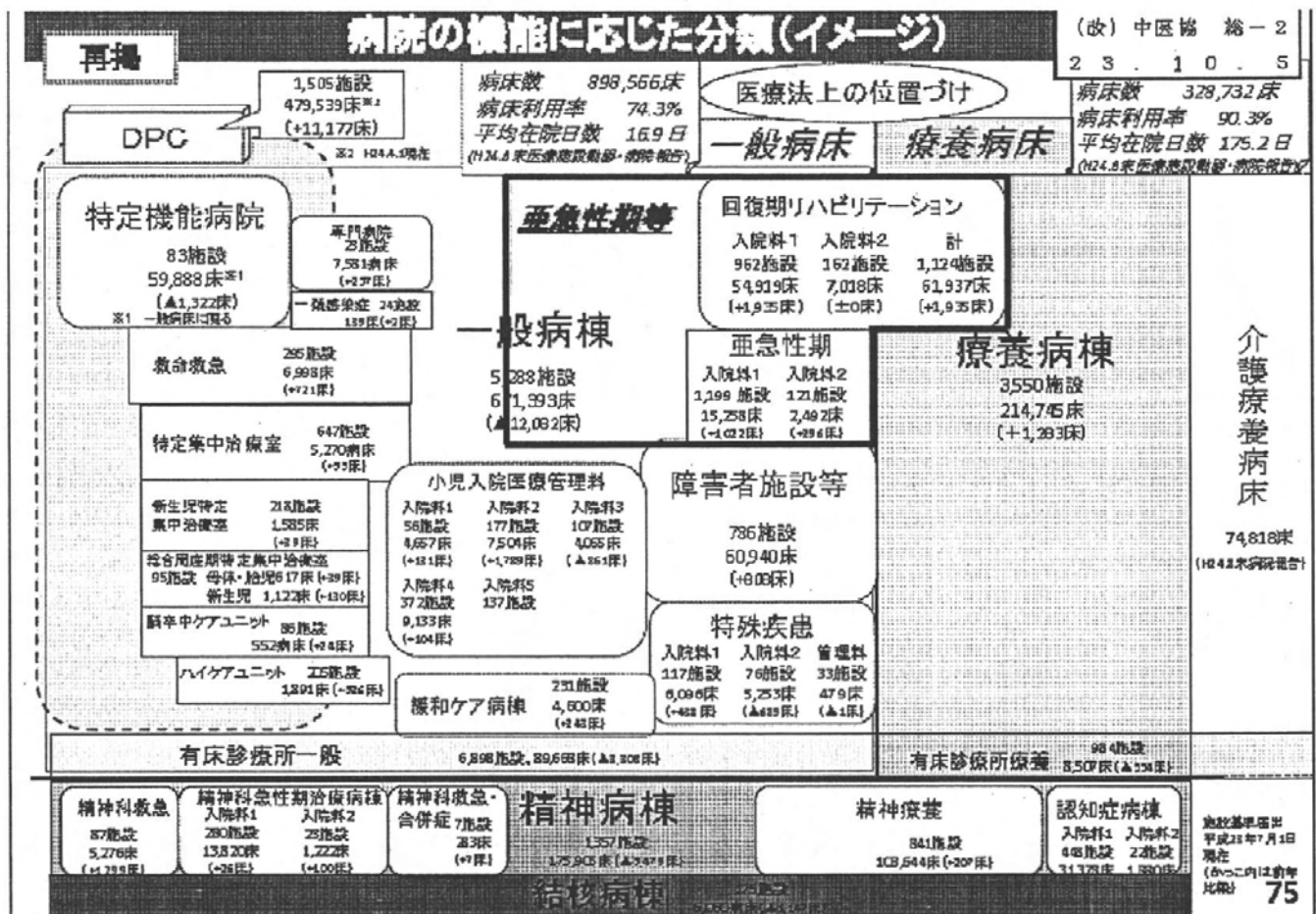
2013年2月 武久洋三作成

67


# それぞれの医療機能の分化を

- 地域中核病院 ————— 高度・急性期医療
- 在宅療養後方病院 ————— 長期急性期・在宅支援
- 長期慢性期病院 ————— 療養病床
- 介護保険施設 ————— 特養・老健
- 在宅 ————— 在宅療養支援診療所

2012.8月武久洋三 作成 68







# 良質な慢性期医療がなければ 日本の医療は成り立たない

2007.9月武久洋三 作成

**70**

# 第5回病床機能情報の報告・提供の 具体的なあり方に関する検討会

## 有床診療所の病床機能について

2013年4月25日

全国有床診療所連絡協議会

会長 葉梨之紀

副会長 鹿子生健一

### 内容

1. 有床診療所の病床機能
  2. 病床利用の現状
  3. 病床機能の報告
  4. 今後の体制整備
- 補足資料

# 1. 有床診療所の病床機能

## 有床診療所の現状

### 基本情報

総施設数 <sup>1</sup> (H25.1)	9,471施設
総病床数 <sup>1</sup> (H25.1)	124,216床
病床規模 <sup>2</sup> (H23.10) 1~9床	33.0%
10~19床	67.0%
在宅療養支援診療所 <sup>3</sup> (H23.10)	2,100施設(全体の21.1%)
診療所における年間死亡数 <sup>4</sup> (H23)	29,203人(全死亡数の2.3%)

出典: 1. 厚生労働省「医療施設動態調査(平成25年1月末概数)」 2. 厚生労働省「平成23年医療施設(静態・動態)調査」平成23年10月1日現在値 3. 厚生労働省「平成23年医療施設(静態・動態)調査」平成23年10月1日現在値 (同調査での無床診療所の在宅療養支援診療所数は11406施設) 4. 厚生労働省「平成23年人口動態統計(死亡)」

### 病床の内訳

(%)

一般病床(111,141床), 89.5	療養病床 (13,075床) 10.5
----------------------	---------------------------

出典: 厚生労働省「医療施設動態調査(平成25年1月末概数)」に基づく。※入院基本料の「施設基準届出」に基づく施設数、病床数とは異なる。

(%)

### 診療科別 施設数

内科系(n=3507), 35.9	外科系 (n=911), 9.3	整形外科 (n=1048) 10.7	産婦人科系(n=2393), 24.5	小児科(n=117), 1.2	脳神経外科(n=160), 1.6	耳鼻咽喉科(n=168), 1.7	その他 (n=330) 3.4
-------------------	---------------------	--------------------------	---------------------	-----------------	-------------------	-------------------	-----------------------

泌尿器科(n=260) 2.7

皮膚科(n=38) 0.4

出典: 厚生労働省「平成23年医療施設(静態・動態)調査」に基づく(本調査では福島県は含まない)。

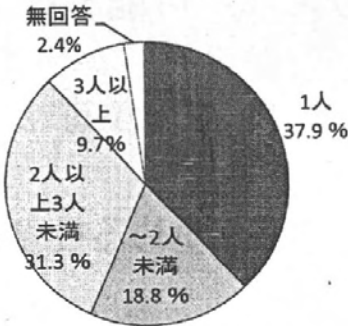
# 有床診療所の現状

平成23年 有床診療所の現状調査

- ◆全国有床診療所連絡協議会会員3,624施設を対象に平成23年6月実施
- ◆回収数1,011施設、うち有床診療所は784施設(無床化した施設が227施設)
- ◆回答入院患者数7,627名(うち一般病床5,689、医療療養病床1,178、介護療養病床637、ショートステイ45)
- ◆届出病床数(平均) 16.5床

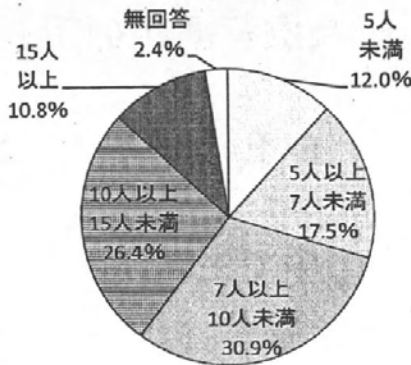
(日医総研ワーキングペーパーNo.242「平成23年 有床診療所の現状調査」)

医師数(常勤換算)  
の分布(施設数=784)



院長の平均年齢  
62.2歳

看護職員数(常勤換算)  
の分布(施設数=784)



※看護職員数は看護師数+准看護師数の合計

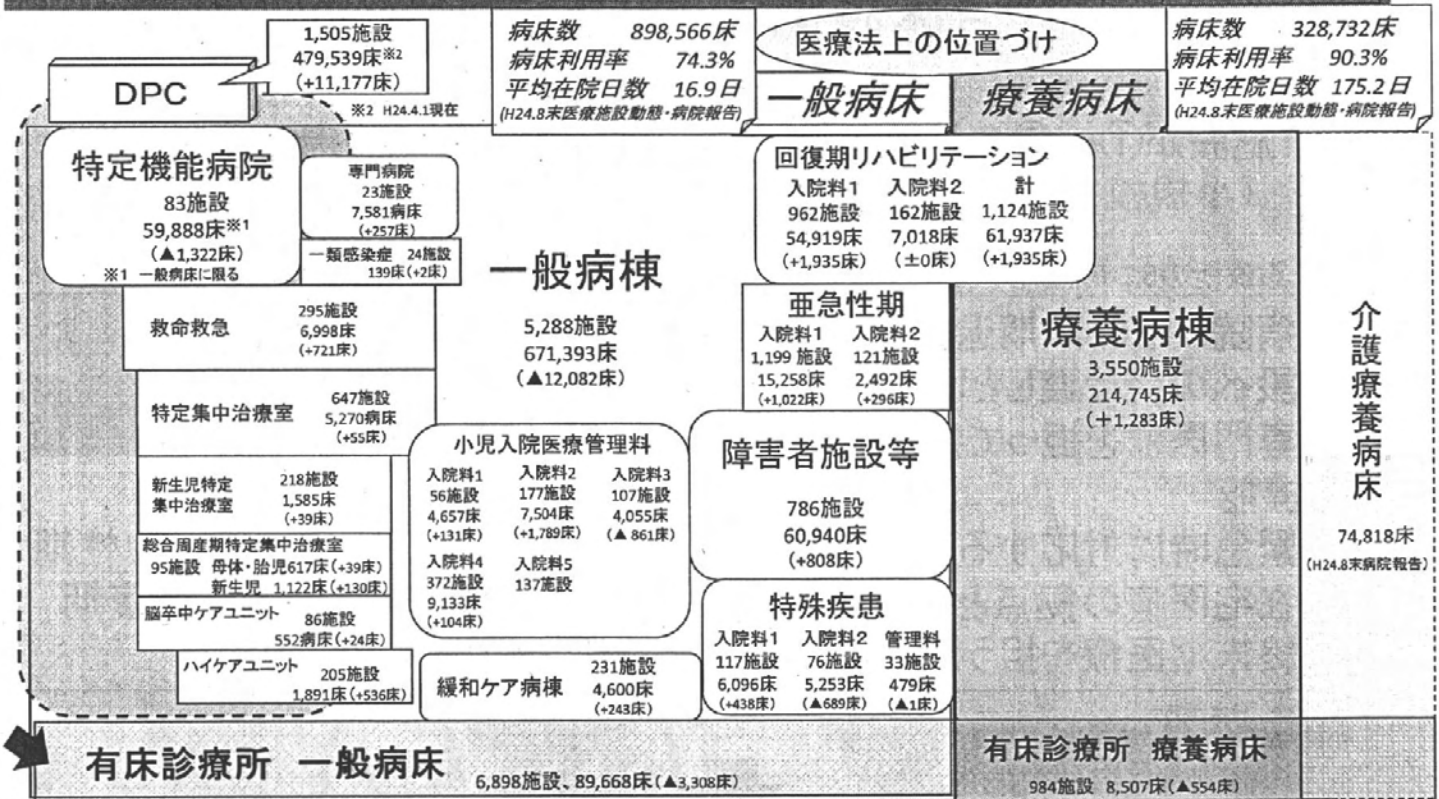
看護職員および看護補助職員の配置

平成23年6月 特定日の入 院患者数	施設数	看護職員数 (平均)	看護補助者 数(平均)
19	68	10.4	2.8
18	51	10.0	2.5
17	52	10.7	2.5
16	35	11.4	2.1
15	47	9.6	1.8
14	33	9.4	1.7
13	29	9.6	1.9
12	32	8.9	1.8
11	27	9.5	1.3
10	42	10.3	2.5
9	30	9.8	1.4
8	26	10.8	1.8
7	31	9.9	1.5
6	29	9.7	2.1
5	32	8.1	1.1
4	23	7.2	1.3
3	23	6.7	1.4
2	15	6.6	1.6
1	10	6.2	0.5
		9.4	1.9

※「特定日の入院患者数」、「看護職員数」、「看護補助者数」に記入があった635施設が対象。

## 病院の機能に応じた分類(イメージ)

中位数 3-3  
25-3 13 一部拡大



精神科救急  
87施設  
5,276床  
(+1,299床)

精神科急性期治療病棟  
入院料1 280施設  
13,820床  
(+26床)  
入院料2 23施設  
1,222床  
(+100床)

精神科救急・合併症  
7施設  
283床  
(+7床)

精神科療養  
841施設  
103,644床(+207床)

精神科救急  
87施設  
5,276床  
(+1,299床)

精神科急性期治療病棟  
入院料1 280施設  
13,820床  
(+26床)  
入院料2 23施設  
1,222床  
(+100床)

精神科救急・合併症  
7施設  
283床  
(+7床)

精神科療養  
841施設  
103,644床(+207床)

精神科救急  
87施設  
5,276床  
(+1,299床)

精神科急性期治療病棟  
入院料1 280施設  
13,820床  
(+26床)  
入院料2 23施設  
1,222床  
(+100床)

精神科救急・合併症  
7施設  
283床  
(+7床)

精神科療養  
841施設  
103,644床(+207床)

精神科療養  
841施設  
103,644床(+207床)

認知症病棟  
入院料1 448施設  
31,378床  
入院料2 22施設  
1,880床

施設基準届出  
平成23年7月1日  
現在  
(かつこ内は前年  
比較)

結核病棟  
175施設  
6,059床(+1,177床)

## 有床診療所の病床機能 特徴

1. かかりつけ医機能を持つ診療所が有する病床であり、外来からの切れ目のない医療が可能である。
2. 診療科に関わらず多様な病態の患者が入院しているケースが多い。
3. 種別にとられず病床を柔軟に利用できる(平成24年度診療報酬改定で一般病床と医療療養病床の相互乗り入れが可能となった)。
4. 一般病床もショートステイ(介護保険)として利用することが可能。
5. 病院病床の機能分化の中で生じるさまざまな隙間を埋める役割を果たす。
6. 19床以下の小規模入院施設で、病院とは異なる施設体系である。

6

## 有床診療所の病床機能

➤ 1施設が①～⑤の機能の1つまたは複数の機能を併せ持つ  
(小規模多機能入院施設)

有床診療所の5つの機能

- ①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
- ②専門医療を担って病院の役割を補完する機能
- ③緊急時に対応する医療機能
- ④在宅医療の拠点としての機能
- ⑤終末期医療を担う機能

病期別

- ➡ 回復期、介護
- ➡ 一般急性期
- ➡ 亜急性期、一般急性期
- ➡ 一般急性期～回復期
- ➡ 終末期

平成23年 日本医師会  
有床診療所に関する検討委員会 答申書



地域密着型の病床

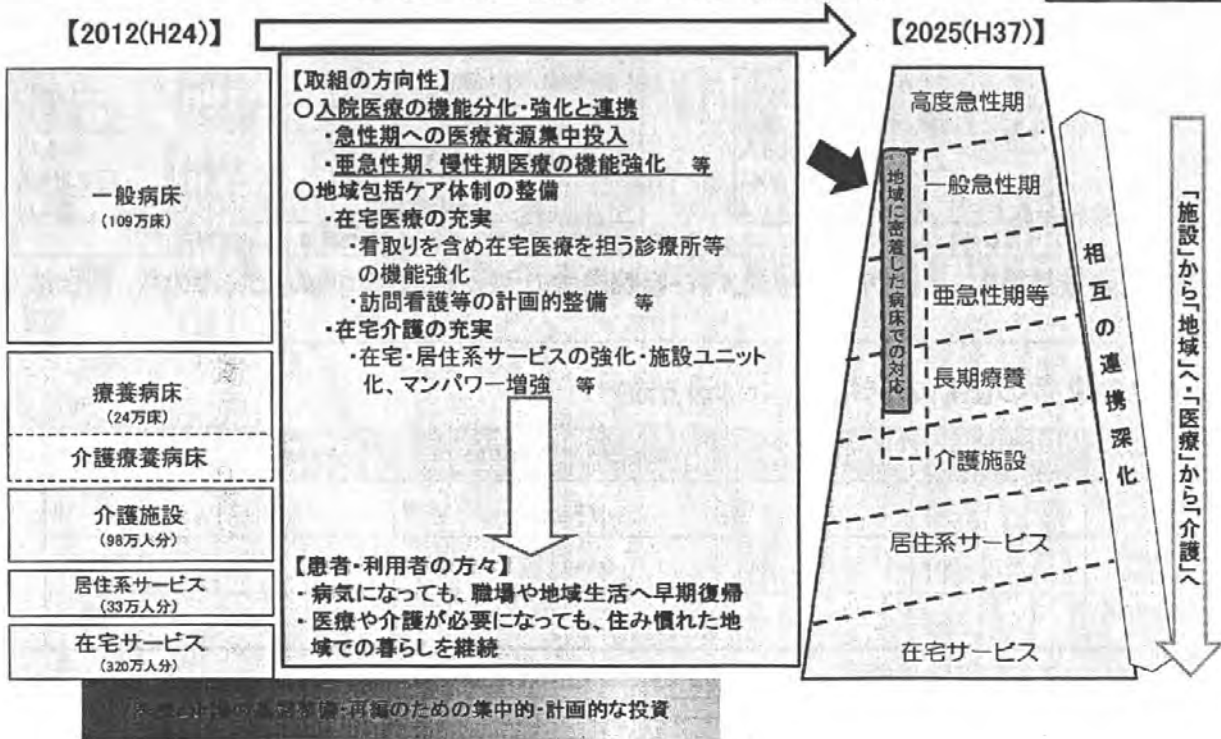
7

# 有床診療所の病床の位置づけ

➤ これらの機能を考えると、社会保障税一体改革の将来像(2025年)の「地域に密着した病床」と示される病床群と一致する。ただし、ショートステイを用いた介護機能も含む。

中医協 総-3  
25. 3. 13 一部追加

## 医療・介護機能の再編 (将来像)



## 2. 病床利用の現状

# 病床の機能① 後方病床としての受入状況

中医協 総-3  
25. 3. 13  
一部追加

## ① 1か月間の新規入院患者の直前の居場所

【入院または転院してきた患者の直前の居場所】

<有床診療所療養病床> n=188(施設数)

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		125人	140人 (+12.0%)
直前の居場所	自宅	58人	67人
	病院	48人	58人 (+20.8%)
	特養等施設	14人	8人

<有床診療所一般病床> n=231(施設数)

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		2579人	2594人 (+0.6%)
直前の居場所	自宅	2222人	2237人
	病院	190人	196人 (+3.2%)
	特養等施設	137人	145人

出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査」

○ 有床診療所の療養病床、一般病床の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合は増加していた。

## ② 現在入院中の患者の直前の居場所 (nは患者数)

(%)

【入院元】

	自宅 (在宅医療なし)	自宅 (在宅医療あり)	病院	他の有床診	介護施設	無回答
全体 (n=6,867)	62.6	6.1	17.9	1.0	6.3	6.0
一般病床 (n=5,889)	65.6	5.5	15.7	0.9	5.9	6.4
医療療養病床 (n=1,178)	48.0	8.7	28.9	1.7	8.5	4.2

○ 病診連携において、有床診療所が一定の後方支援機能を果たしている。

出典：日医総研ワーキングペーパー No.242「平成23年 有床診療所の現状調査」

10

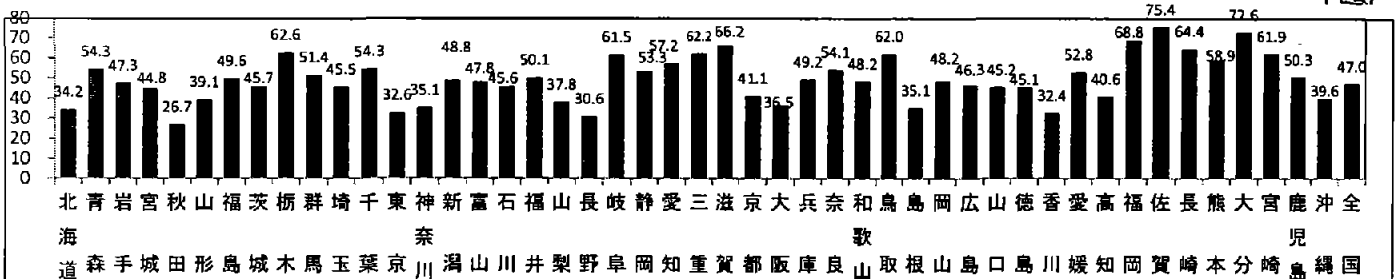
# 病床の機能② 専門医療

➤ 全国の分娩の47%は有床診療所で行われている。眼科では手術件数が月間20件以上ある施設が半分以上を占める。



(%)

診療所における分娩の割合(都道府県別) 全国平均47.0%

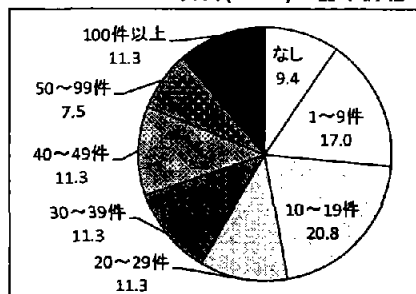


出典 平成23年人口動態調査 厚生労働省

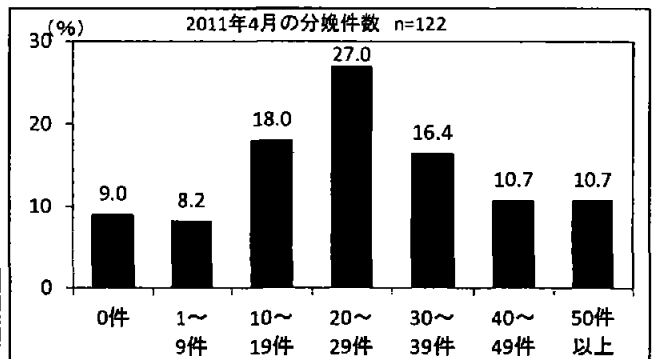
## 1000点以上の手術件数(月間)

1000点以上の手術を月間20件以上実施している有床診療所の割合(診療科別)

眼科(n=53) 52.8%  
整形外科(n=104) 10.6%  
外科系(n=97) 7.2%



## 分娩実施件数(月間)平均37.1件



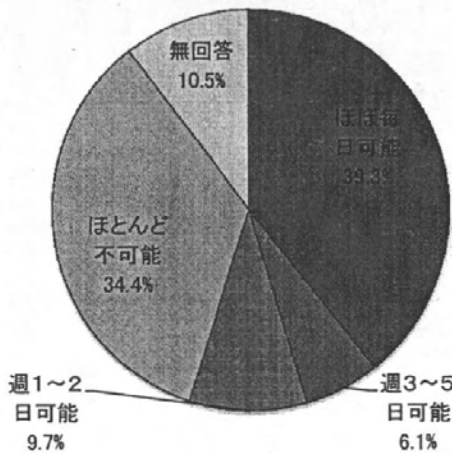
出典 日医総研ワーキングペーパー No.242「平成23年 有床診療所の現状調査」

11

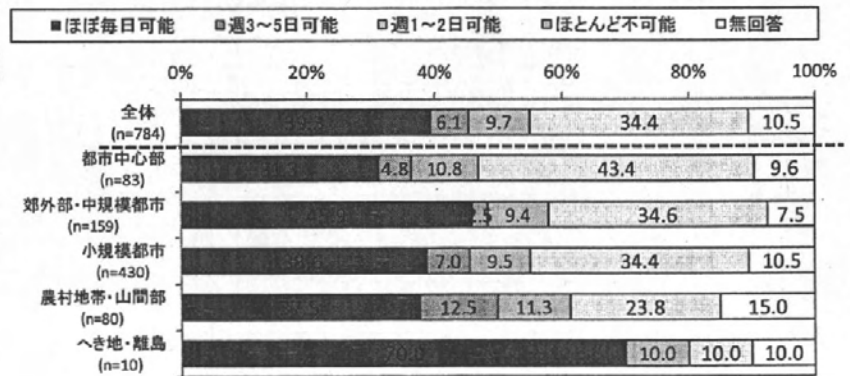
# 病床の機能③ 有床診療所の夜間救急の対応

【夜間救急対応の可否】N=784

【地域別】



夜間の救急対応の可否・地域別



【23年4月1ヶ月の緊急入院件数と医師・職員の配置状況】(人)

緊急入院件数	医師数 (常勤換算)	看護職員 (常勤換算)	看護補助者 (常勤換算)
0件(n=317)	1.6	8.2	1.5
1~4件(n=181)	1.7	10.2	2.4
5件以上(n=125)	2.1	11.6	2.4

○都市中心部に比べて農村地帯やへき地では緊急入院に対するニーズに有床診療所がより多く対応していた。  
○医師や看護職員の体制を整えることでより多くの緊急入院を受け入れていることが把握できた。

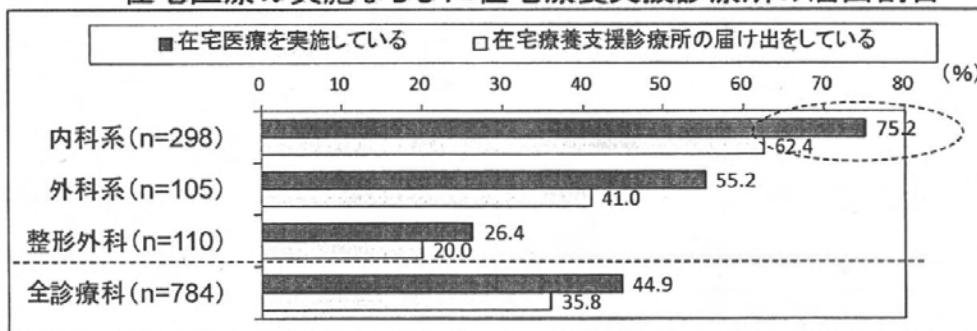
調査対象: 全国有床診療所連絡協議会会員 3,624施設  
回収率: 27.9%(1,011施設) <うち有床784施設、休床・無床化施設227施設>

出典: 日医総研ワーキングペーパーNo.242「平成23年 有床診療所の現状調査」

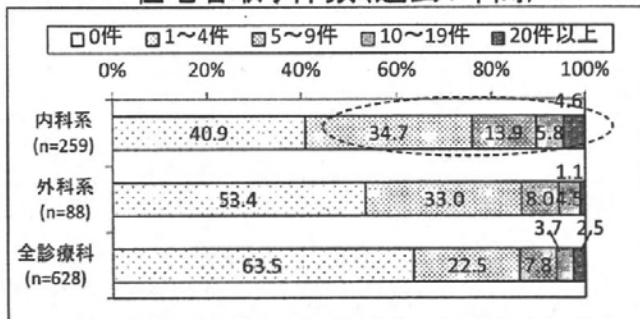
# 病床の機能④⑤ 在宅医療 終末期医療

➤ 在宅医療は回答した内科系診療所の75%が実施していた。また、内科系診療所の約6割が在宅看取りを実施し、院内で看取りを行っている施設は約9割であった。

在宅医療の実施ならびに在宅療養支援診療所の届出割合

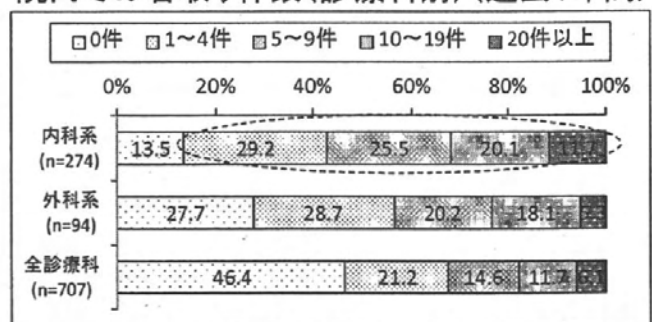


在宅看取り件数(過去1年間)



※無回答を除く (在宅療養支援診療所の届け出の有無にかかわらず全ての診療所対象)

院内での看取り件数(診療科別)(過去1年間)



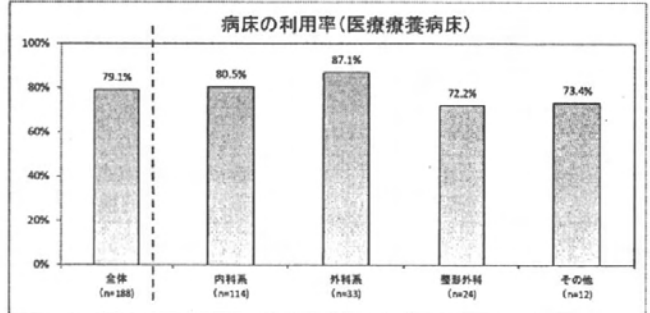
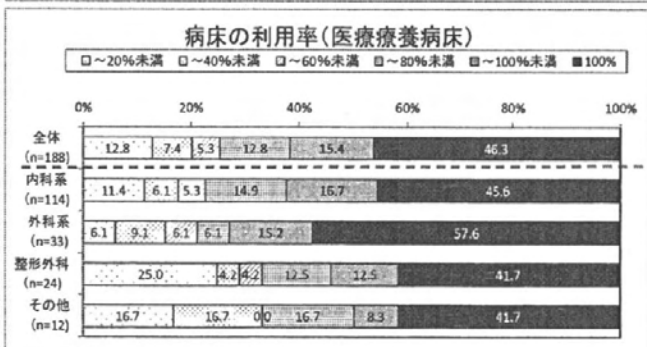
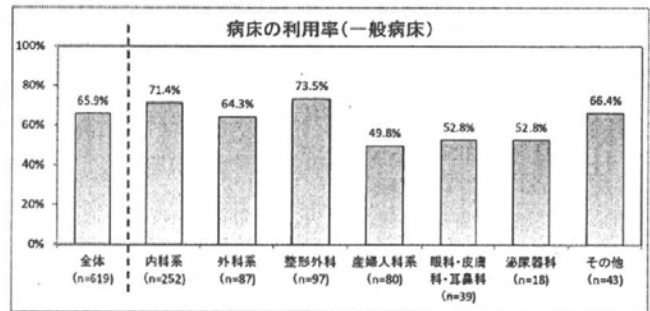
※無回答を除く

出典: 日医総研ワーキングペーパー No.242「平成23年 有床診療所の現状調査」



# 病床の利用状況 ①診療科別

➤ 入院患者の病床の利用状況は一般病床が約7割、療養病床(医療)が約8割であった。内科系、外科系の診療科でやや高い傾向がみられた。

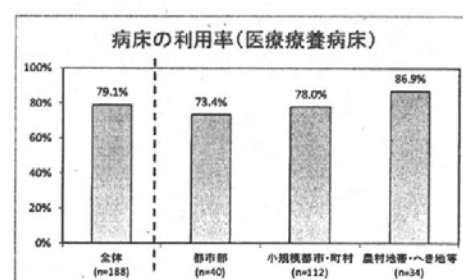
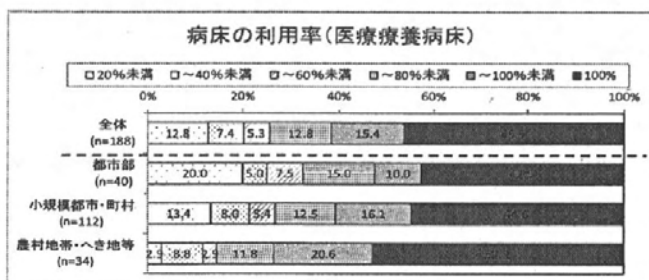
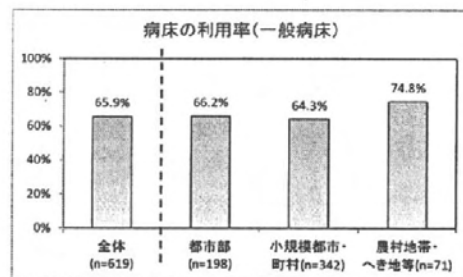
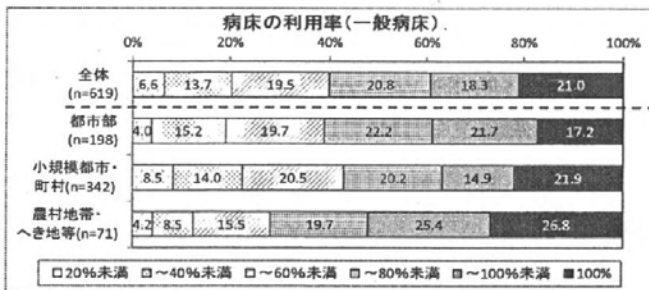


出典 日経総研ワーキングペーパー No.242 「平成23年 有床診療所の現状調査」

※ここでの病床の利用率の算出方法は(平成23年6月の特定日における入院患者数)÷(当該施設の届出病床数) nは施設数

# 病床の利用状況 ②地域別

➤ 病床の利用状況を地域別にみると、都市部や地方部に問わず一定の利用が行われていた。ただし農村地帯・へき地での利用率がやや高い傾向が見られた。



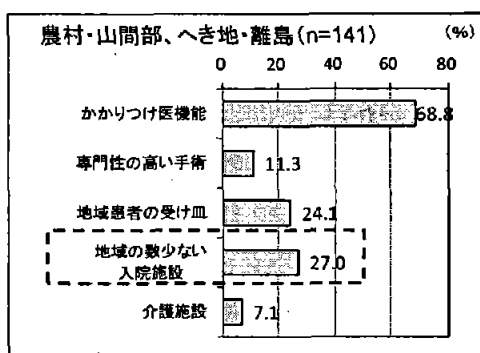
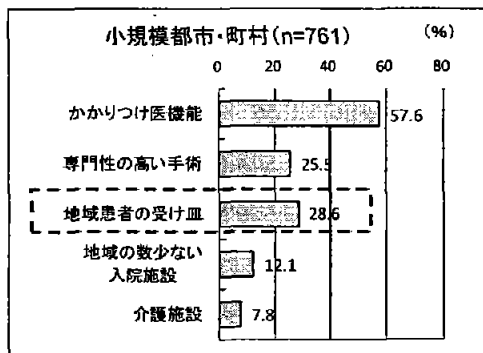
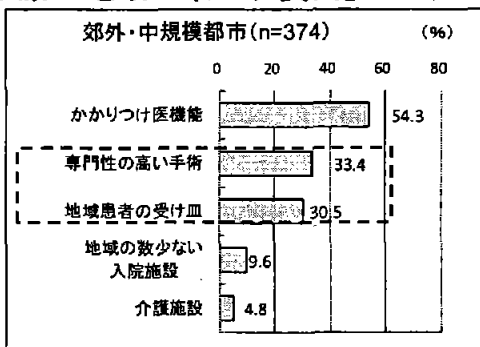
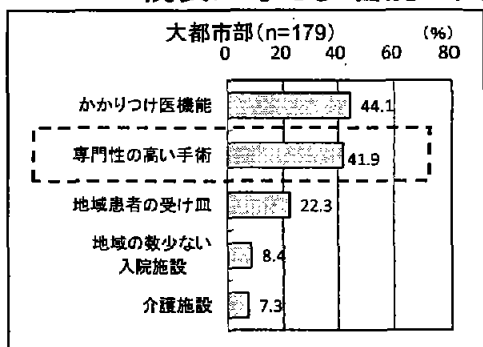
※ここでの病床の利用率の算出方法は(平成23年6月の特定日における入院患者数)÷(当該施設の届け出病床数)、地域の定義は施設からの回答に基づく。nは施設数

出典 日経総研ワーキングペーパー No.242 「平成23年 有床診療所の現状調査」

# 地域による役割の違い

- 大都市部では「専門性の高い手術」、郊外・町村・中規模都市では「地域患者の受け皿」、農村・山間部、へき地・離島では「地域の数少ない入院施設」としての役割が大きい。いずれの地域でもかかりつけ医機能が大きい。

院長が考える「自院の入院医療が地域で果たす役割」 (n=1,532)



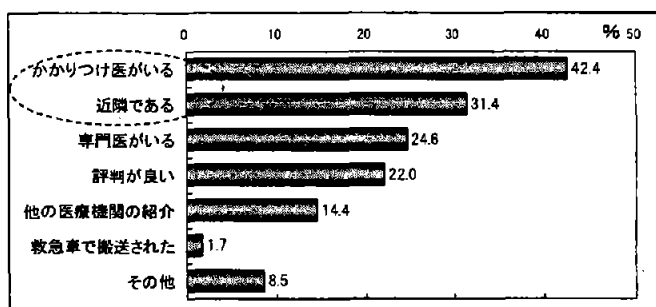
地域の定義は施設からの回答に基づく。複数回答(2つまで)

出典 日医総研ワーキングペーパーNo.177 「平成20年有床診療所の現状把握のための調査」2008年

# 患者さんの視点

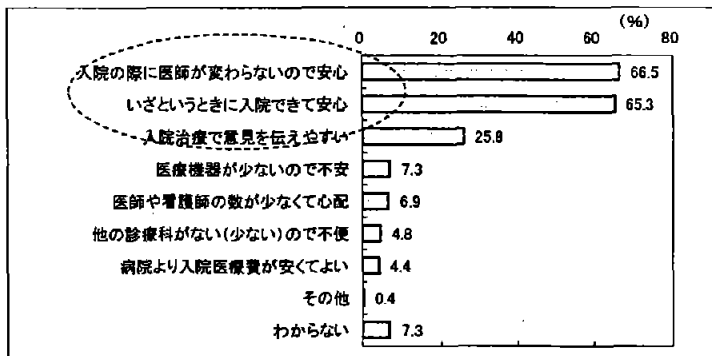
- 有床診療所に入院した理由を入院患者に尋ねると、「かかりつけ医がいること」と、「近隣であること」が大きな理由であった。また、有床診療所の外来患者は「入院しても医師が変わらないこと」、「いざというときに入院できること」に安心感を感じていた。

有床診療所に入院した理由



出典 日医総研 WP No.125 「有床診療所の現状と課題 平成18年改正と平成17年実態調査報告」(入院患者 n=118)

診療所に入院設備があることについて (n=248)



出典 日医総研 WP No.230 「有床診療所 ケーススタディからみた課題」(外来患者へのアンケート)

# 入院患者像 ①病期と在院日数

- ▶ 一般病床でも急性期から慢性期、終末期にいたる多様な患者が入院していた。また在院日数が3か月以上の入院患者が全体の2割を占めていた。

入院患者の病期（一般病床、療養病床）

	急性期	分娩	亜急性期	慢性期	終末期	無回答	合計
一般病床	1,262 22.2%	470 8.3%	1,093 19.2%	1,850 32.5%	198 3.5%	816 14.3%	5,689 100.0%
療養病床	39 3.3%	0 0.0%	69 5.9%	840 71.3%	56 4.8%	174 14.8%	1,178 100.0%

※ここでの病期は平成23年6月の特定日の入院患者について、施設管理者が判断した病期に基づく。また、亜急性期の定義は「急性期を脱し回復期になるまでの患者さんで、通常は2週間から2ヶ月ほどの間」と記載している。

入院患者の在院日数（一般病床、療養病床）

	7日以内	8~14日	15~30日	31~90日	91日~1年	1年以上	無回答	合計
一般病床	1,453 25.5%	680 12.0%	873 15.3%	894 15.7%	571 10.0%	650 11.4%	568 10.0%	5,689 100.0%
療養病床	53 4.5%	34 2.9%	60 5.1%	139 11.8%	226 19.2%	569 48.3%	97 8.2%	1,178 100.0%

※ここでの在院日数は記入日の時点での入院患者の滞在日数

出典 日医総研ワーキングペーパー No.242 「平成23年 有床診療所の現状調査」

# 入院患者像 ②病期と在院日数（診療科別）

- ▶ 内科系の入院患者の病期は急性期から慢性期、終末期にわたり多様であった。在院日数も短期から長期にわたり幅広く分布していた。

病期（診療科別） 一般病床の入院患者

(%)

	急性期	分娩	亜急性期	慢性期	終末期	無回答
内科系(n=2354)	17.8	0.0	16.3	48.3	5.7	11.9
外科系(n=793)	28.0	0.0	19.4	37.2	4.8	10.6
整形外科(n=1129)	28.0	0.0	37.5	17.4	0.1	17.1
産婦人科系(n=585)	6.8	79.0	2.2	1.2	0.0	10.8
眼科・耳鼻咽喉科(n=230)	47.0	0.0	5.2	6.1	0.0	41.7
泌尿器科(n=141)	12.8	0.0	12.8	40.4	9.9	24.1
その他(n=427)	32.6	0.0	20.1	30.2	2.3	14.8

※ここでの病期は平成23年6月の特定日の入院患者について施設管理者が判断した病期に基づく。また、亜急性期の定義は「急性期を脱し回復期になるまでの患者さんで、通常は2週間から2ヶ月ほどの間」と記載している。眼科については白内障手術の入院患者を無回答としたケースが多い。

在院日数（診療科別） 一般病床の入院患者

(%)

	1~7日	8~14日	15~30日	31~90日	91~1年	1年以上	無回答
内科系(n=2354)	15.5	12.2	15.8	17.2	15.3	17.7	6.3
外科系(n=793)	20.8	10.3	16.9	15.9	12.9	14.6	8.6
整形外科(n=1129)	16.8	13.2	22.2	24.2	5.8	4.8	12.9
産婦人科系(n=585)	69.6	8.4	3.6	1.4	0.0	0.0	17.1
眼科・耳鼻咽喉科(n=230)	75.2	13.9	1.3	0.4	0.0	1.7	7.4
泌尿器科(n=141)	25.5	12.1	14.2	8.5	4.3	12.8	22.7
その他(n=427)	27.2	13.8	16.4	15.7	8.0	8.2	10.8

※ここでの在院日数は記入日の時点での入院患者の滞在日数 出典 日医総研ワーキングペーパー No.242 「平成23年 有床診療所の現状調査」

### 3. 病床機能の報告

## 有床診療所の病床機能の報告制度について

有床診療所の病床(一般病床、療養病床)については、「地域密着の病床」という大きな括りの病床機能が最も現状に即している。ただし、個々の施設の機能をわかり易く示すため、オプションとして5つの機能の①～⑤を1つまたは複数示すことが考えられる。



地域密着の病床 +

- ①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
- ②専門医療を担って病院の役割を補完する機能
- ③緊急時に対応する医療機能
- ④在宅医療の拠点としての機能
- ⑤終末期医療を担う機能

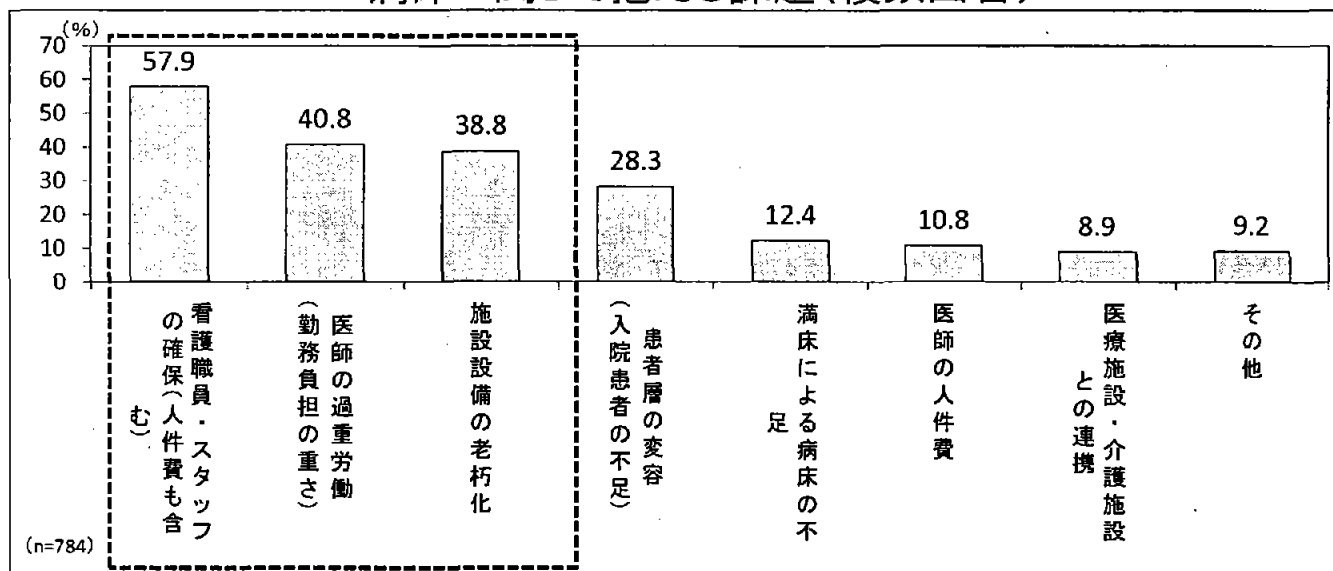
※1つまたは複数の機能を持つ施設が混在している。  
※報告後に病床機能が変更となることもある。

## 4. 今後の体制整備

### 有床診療所が抱える課題

- 看護職員の人件費、医師の勤務負担、施設の老朽化が最大の3つの課題となっている。活性化に向けた対応が必要と考えられる。

病床に関して抱える課題(複数回答)



## まとめ

- ▶ 有床診療所の病床は「地域密着型の病床」として位置づけられ、1つの施設が1つまたは複数の病床機能を有する。
- ▶ 主な機能は病院からの早期退院患者の受け渡し、専門医療、緊急時の医療、在宅医療の拠点、終末期医療である。
- ▶ 急性期から終末期まで、柔軟性のある医療・介護を提供できる病床体系であり、病院病床の機能分化の中、地域の病院との連携により隙間を埋めていく重要な機能を果たす。
- ▶ 有床診療所はわが国独自の医療文化であり今後の超高齢社会に向けて有効活用を行うべきである。

24

## 有床診療所の今後の検討課題

1. 平成25年に予定されている第6次医療法改正において、現行の19床までの入院施設を持つ診療所という定義に、新たに有床診療所の理念を加え、有床診療所を将来においても必要な医療施設として位置付けることを検討。
2. 年間約500施設の有床診療所が病床を閉鎖し、平成2年の約23,600施設(27.2万床)から約9,500施設(12.4万床)(平成25年1月)へと、20年間で6割減少している。地域の患者の病態に合わせた小回りのきく入院機能を維持・強化するため、今後の対策が必要。
3. 特に、病床継続や新規開業の動機付けとなる方策、有床診療所の評価について、審議会の場等での検討が望まれる。

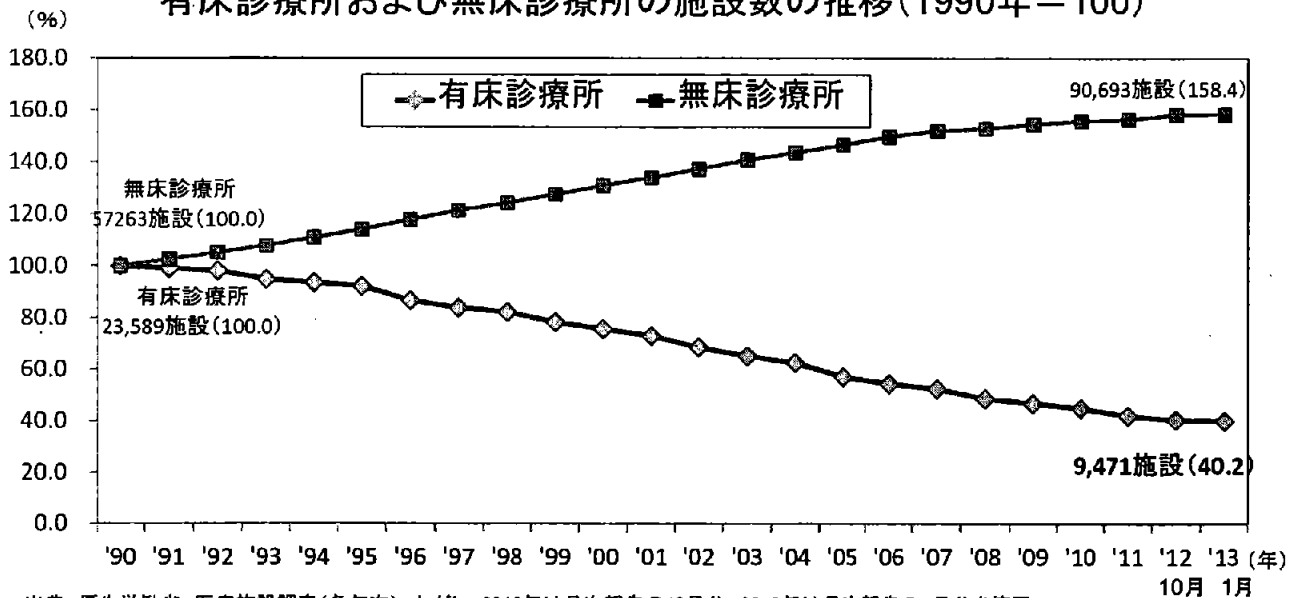
全国有床診療所連絡協議会

# 補足資料

## 診療所数の推移

➤ 無床診療所は増加が続いているが、有床診療所は1990年の施設数の約4割まで減少している。

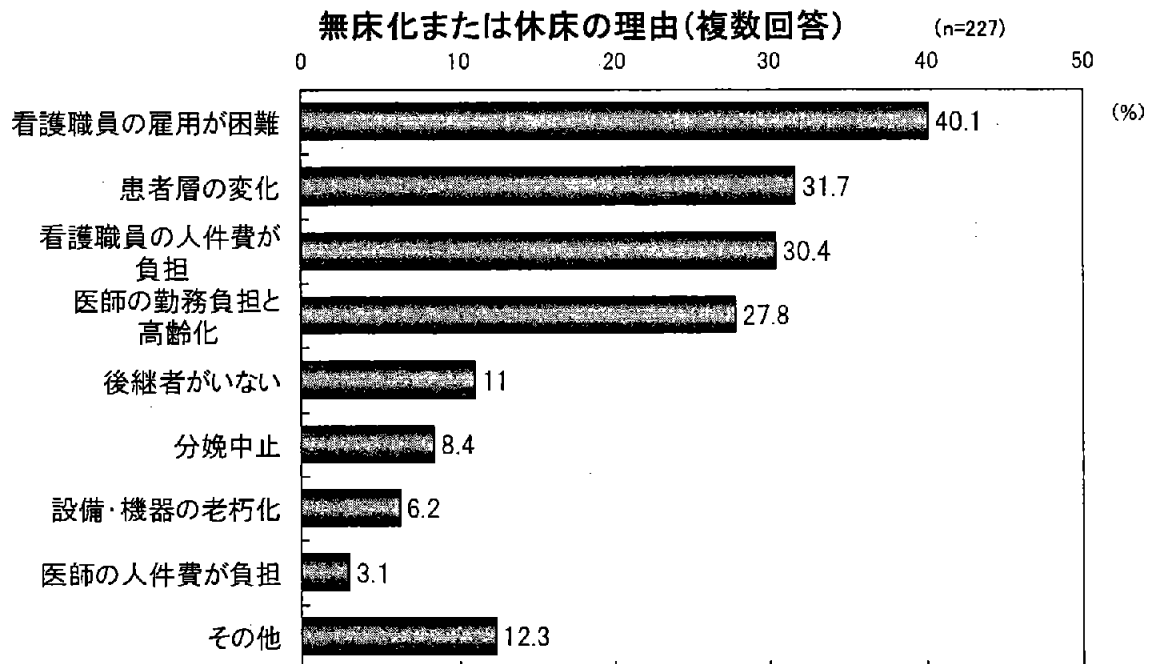
有床診療所および無床診療所の施設数の推移(1990年=100)



出典 厚生労働省 医療施設調査(各年次)。ただし、2012年は月次報告の10月分、2013年は月次報告の1月分を使用。

# 無床化の理由

▶ 病床の廃止や休床の最も大きな理由は看護職員の雇用であった。患者層の変化、看護職員の人件費、さらには医師の勤務負担が続く。



出典 日医総研 ワーキングペーパー No.242 「平成23年有床診療所の現状調査」

28

## 有床診療所の施設体系としての理念

平成23年7月  
第19回社会保障審議会医療部会  
横倉委員提出資料

### 1. かかりつけ医が自ら外来・在宅と一連で入院医療を実践する医療施設

患者の生活や健康状態をよく知っているかかりつけ医が、必要に応じて入院も受け入れる、まさにプライマリケアの理念を実践する施設。

少子高齢化が進行し、独居高齢者世帯の増加等が見込まれる中で、かかりつけ医として自ら入院医療に対応できることは、今後の医療において極めて有効である。

### 2. 地域に密着して地域医療・地域ケアを支える患者主体の入院施設

患者・家族の居宅に最も身近で、地域に密着した医療を実践している入院施設。

医師不足等により病院の集約化が進み、在宅医療の重要性が高まる中、有床診療所は、病院とともに外来・入院・在宅、そして終末期から看取りまで、一連の医療を実践する重要な役割を担っている。

### 3. 専門医療を提供するための小規模入院施設

小手術から比較的高度な手術を含む多様な専門的医療を提供している(例えば、産科の有床診療所は、わが国の全分娩数の約47%を担っている)。地域の医療提供体制を支え、病院への集中や、勤務医の過重労働の軽減にも寄与している。

有床診療所が、今後とも地域においてその機能を十分に発揮し、永続的に役割を果たしていくためには、有床診療所の理念を、医療法に明確に示すべきである。



# 社会保障制度改革国民会議

## 1 設置根拠

- 社会保障制度改革推進法に基づき設置。
- 法律に基づく設置期限は平成25年8月21日。

※国民会議の事務局は、内閣官房社会保障改革担当室が担当している。

## 2 委員

- 委員として以下の有識者15名を任命（法律上は20名以内）。

(会長)	清家 篤	慶應義塾長	神野 直彦	東京大学名誉教授
(会長代理)	遠藤 久夫	学習院大学経済学部長	永井 良三	自治医科大学学長
	伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授	西沢 和彦	日本総合研究所調査部上席主任研究員
	大島 伸一	国立長寿医療研究センター総長	増田 寛也	野村総合研究所顧問
	大日向雅美	恵泉女学園大学大学院 平和学研究科教授	宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
	権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授	宮本 太郎	中央大学法学部教授
	駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授	山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授
	榊原 智子	読売新聞東京本社編集局 社会保障部次長		

### 3-1 開催経過・今後の予定

【第1回】平成24年11月30日

〈議題〉 会長選任等諸手続、各委員からのあいさつ、意見交換 等

【第2回】平成24年12月7日

〈議題〉 医療、介護、年金、少子化対策の各分野について、厚生労働省の関係審議会部会長を務める委員から現状と課題を説明、意見交換

【第3回】平成25年1月21日

〈議題〉 これまでの議論の確認、意見交換

【第4回】平成25年2月19日

〈議題〉 日本経済団体連合会、経済同友会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会の4団体よりヒアリング

【第5回】平成25年2月28日

〈議題〉 全国知事会、全国市長会、全国町村会、財政制度等審議会の4団体よりヒアリング

【第6回】平成25年3月13日

〈議題〉 これまでの議論の確認、「基本的な考え方」に向けての整理に向けた議論、これまでの議論の積み重ね等の共有

## 3-2 開催経過・今後の予定

【第7回】平成25年3月27日（医療・介護①）

〈議題〉 関係者を交えての議論（四病院団体協議会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、全国老人福祉施設協議会、民間介護事業推進委員会）

【第8回】平成25年4月4日（医療・介護②）

〈議題〉 関係者を交えての議論（健康保険組合連合会、全国健康保険協会、国民健康保険中央会、全国後期高齢者医療広域連合協議会）

【第9回】平成25年4月19日（医療・介護③）

〈議題〉 委員からのプレゼンテーション及び議論、関係者を交えての議論（日本医師会）

【第10回】平成25年4月22日（医療・介護④）

〈議題〉 これまでの議論の整理（医療・介護分野）

（予定）

【第11回】平成25年5月9日（少子化対策）

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）

<p>■基本的な考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる」医療から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき。その際、適切な医療の提供とは、疾病や障害に合った適切な場で医療を提供することを基本に考えるべき。</li> <li>○ 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。</li> <li>○ 医療資源を国民の財産と考え、適正に養成、配置し有効に使用できるシステムとする必要があり、個人のすべての要求に応えることは不可能であることを前提に制度を再編すべき。</li> <li>○ 社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。</li> <li>○ 社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。</li> <li>○ 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討すべき。</li> </ul>
-----------------	--

1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護1.6兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。</li> <li>○ 一体改革では、改革があたかもすみやかに実行され、その効果もすぐに現れることを前提とした財政計画が立てられていたが、再考の必要が出てくる。例えば、医療提供体制改革により2015年度までに平均在院日数の減少等で4,400億円の効率化が生じることを見込んで、それも財源とした公費の追加が計画されていたが、さすがに2015年度までにその効果を期待することは難しいなど、改革のタイミング、スピードとこれまでの財政計画との調整は行わなくてはならない。</li> </ul>
<p>■健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 健康の維持・疾病の予防に対するインセンティブが働くような仕組みの構築を推進するべき。</li> <li>○ 健康寿命の問題は、医療も含め、地域にあった包括的なシステムが必要。各自治体に取り組むべき。</li> <li>○ 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。</li> <li>○ 高齢者の地域活動により医療費の節減は可能。</li> <li>○ 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。</li> </ul>

■医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等

【医療・介護の提供体制の在り方】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間で策定すべき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設（財源として消費税増収を活用）し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき。医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していくべき。
- 基金による財政支援は、地域医療・包括ケアビジョンの実現に向けて、具体的な地域医療計画・地域包括ケア計画が策定され、計画の実効性確保の手段も整備されることを前提とすべき。
- 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し（国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う）、地域医療計画に盛り込むべき。
- 地域包括ケア計画は、市町村が主体となって、地域の高齢化ピーク時までの計画を策定し、介護だけでなく、在宅医療、住まい、生活支援、予防を位置づけるべき。特に「住まい」の確保は、長期療養患者や介護施設からの軽度要介護者の受け皿としても重要。
- 医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする、さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じることとし、これらの方向性を医療法改正で明示すべき。

3

- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。
- 医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまで以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。  
現状は診療報酬による機能区分のウェイトが大きいように思われるが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべきではないか。
- 医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。
- 時代によって医療は変わる。医療資源は有限であることを前提に、医療需要に基づいて医療資源を算定し、提供体制の総合計画を定めるべき。
- 地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を住民や医療提供者等に広く示すものとして、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成した実行可能な医療提供体制のビジョンを、都道府県知事が示すべき。具体的な仕組みについては、地方と協議し、地方の理解を得て構築すべき。
- 都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、例えば、保険医療機関の指定・取消権限を都道府県に付与するなど、都道府県の役割を拡大すべき。

40

【外来の役割分担の在り方】

- 診療報酬や医療計画など、全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの医療政策の柔軟性を検討する必要がある。
- 地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みを積極的に活用すべき。
- 都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。
- フリーアクセスを守るためにも初診時一定病床数（例：200床）以上の一般病床での紹介のない外来受診について、初診時特定療養費に代えて、一定額（例：1万円）の定額自己負担を導入すべき。同様の仕組みを再診時にも検討。この場合、救急車の適正利用についても別途検討する必要。
- 患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うとともに、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主役を担当するなど、継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日本型総合医のあり方を検討するべき。
- 医療機関が役割分担を行うこと、一人の医者が総合的に高齢者を診ることなど、フリーアクセスの問題やかかりつけ医への受診体制の変革について結論を出すべき。

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。

【医療法人制度等の在り方】

- 市町村が中心となって、地域で医療と介護を一体的に提供できる体制の整備を図るべき。医療・介護の連携・調整の機能は法律上に位置付ける。
- 老後の暮らしの質を良くする観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- 「キュア」から「ケア」重視の生活支援と看取りの体制を確保するため、医療と介護が一体化した地域包括ケア体制を構築するべき。原則、すべての診療所を在宅療養支援診療所とすること等を検討すべき。また、地域包括ケアへの参画を条件に、こうした診療所や、これを利用する患者への優遇策を検討するべき。
- 高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを供給する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化と、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うべき。
- 医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネーターや支援組織が必要である。
- 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町作りにも参画できるように医療法人制度の見直しを行うべき。  
具体的には、医療法人が病院経営の非営利性を担保しつつ付帯事業で住宅建設（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム）や町のインフラ形成に参加、共同事業を立ち上げることができる道を開き、その際のファイナンスの選択肢として、今後慎重に設計されるべき「ヘルスケアREIT」等を視野に入れるべき。
- 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくため、病院の統合・再編による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅を結合すべき。

【人材の確保】

- 医療法人制度及び社会福祉法人制度については、新しいまちづくりを促進する仕組みの構築が必要であり、具体的には、医療法人制度（及び社会福祉法人制度）の経営統合を促進する制度、医療法人（及び社会福祉法人）の「非営利性」を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度、ヘルスケアも含むコンパクトシティに対する資金調達手段を促進する制度など、総合的な規制の見直しが必要。
- 社会福祉法人こそ、経営の合理化、近代化が必要。大規模化や複数法人の連携を推進。加えて、社会福祉法人非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められるべき。低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組むべき。
- 看護師確保対策として、免許を「登録制」にし、潜在看護師を把握できる公的システムの確立、養成の拡大、離職防止・定着促進を図っていくべきではないか。
- 我が国は医療機関数が多く、フリーアクセスのもとで医療資源を配分すれば、医師不足や看護師不足となりかねない。病院の機能分担と連携を図る必要があり、大都市以外では総合医中心の医療提供体制が必要である。
- 介護人材の確保については、処遇改善とキャリアパスの確立が重要。
- 医療職種の職務の見直しとチーム医療が重要。
- 専門医のトレーニング枠は、地域ごとの調整が必要。
- 生産年齢人口の急速な減少の中、看護師や介護職員の確保が課題。

7

【医療関連データの収集・分析等】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。各地域からの報告内容の妥当性をチェックするとともに、既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していくべき。
- データを収集して、地域による一人当たり医療費のばらつきの原因や地域の取組の費用対効果を研究すべき。
- 保険者がレセプト情報などを使って医療機関の評価を行い、被保険者に伝えることを考えるべき。
- 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。
- 効果的かつ効率的な医療の提供に資するよう、データを収集・分析し、医療の質の更なる向上につなげることが必要である。保険で承認された医療も費用対効果などの観点から常に再評価されるべき。
- 科学的根拠に基づいた医療を提供するべきであり、診療内容の選択の基準を提示できるようにするべき。
- 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。

■医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保

- 健保組合間、健保組合と協会けんぽの間の構造的要因に着目した財政調整に踏み込むべき。
- 高齢者医療の拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。
- 後期高齢者支援金の負担金に対する全面総報酬割の導入、その際に浮いた公費の投入の国保優先の実現を図る必要。
- 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、更には所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引上げのタイミングにふさわしい内容の改革となる。
- 後期高齢者支援金の総報酬割の導入については、浮くとされる国庫負担分を国債残高圧縮への充当（＝将来世代へのツケの先送りの抑制）に使うべきとの意見に加え、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見など、様々な意見があることも踏まえ、浮いた財源の使途も含めて、検討すべき。
- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。

- 国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とするべき。ただし、その際には、保険料徴収・保健事業等引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。
- 地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者を都道府県に一本化し、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制を実現すべき。
- 国保の広域化に当たっては、医療費適正化や保険料徴収に対する地域の取組を反映させる仕組みを検討する必要がある。
- 広域化によって保険料負担を平準化するに当たり、医療費水準が違うことによって保険料水準が高くなることは不公平でないことに留意すべき。
- 市町村国保の広域化については、平成27年度から実施される都道府県単位の共同事業の拡大による保険料の平準化の状況を見ながら、検討することが適当。
- 保険財政安定化事業により市町村国保の財政は県単位化されるが、老人保健制度と同様に責任者不在の仕組み。都道府県が地域保険に参画するとともに、都道府県への医療供給に係る統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限委譲も必要である。
- 国保の広域化については、リスク分散機能の強化や事務の共同化・効率化といった広域化のメリットを追求しつつ、地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応。



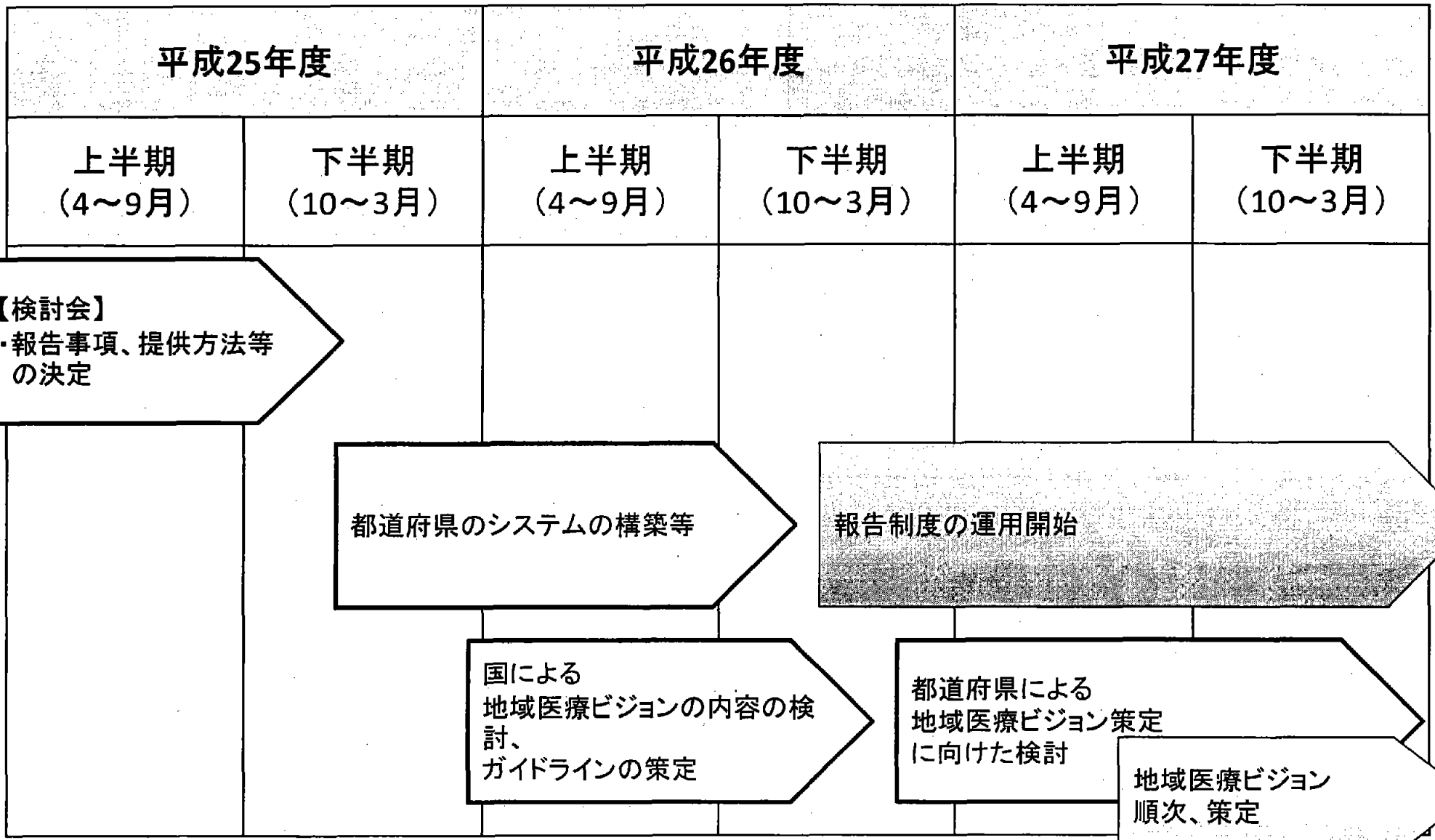
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保険料負担者等の公平感へ配慮するため、所得捕捉の精度に関し、改めて点検・強化を図るべき。</li> <li>○ 欧州諸国の低賃金の方の保険料を免除しても、雇用者責任を果たすという制度を日本でも考えるべき。</li> </ul>
<p><b>■医療保険における療養の範囲の適正化等</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠である。</li> <li>○ 中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化を図るべき。</li> <li>○ 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させるため、「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換すべき。</li> <li>○ 低所得者への配慮は当然として、70歳以上の高額療養費、特に外来特例の見直しを行うべき。</li> <li>○ 70-74歳の医療費自己負担は法律では2割であるのに、確たる理由もなく暫定的に1割のまま。</li> <li>○ 70-74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。</li> <li>○ 後発医薬品の使用促進をはじめ、医薬品に関する見直し等について、具体的に医療費がいくら減るかといった議論をすべき。</li> </ul>

<p><b>■個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 今後のさらなる高齢者人口の増加の中で、地域包括ケア型医療・介護を進めると、在宅での看取りが増加する。終末期医療のあり方について国民的合意を形成する必要がでてくる。 たとえば、リビングウィルによる延命措置の不開始又は中止について、民事、刑事、行政上の取扱い等々について合意形成する必要。</li> <li>○ 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。</li> <li>○ 現場で医療提供側と患者側が決めた医療の積上げが全体の医療費になるが、その際の裁量権は大きく、終末期医療のあり方もこれに関連する問題。医療提供側だけでなく、医療を受ける国民側がどう考え、何を要求するかが大きな要素となるのではないか。</li> <li>○ 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。</li> <li>○ 死生観・価値観の多様化が進む中、医療保険・介護保険で全てに対応するのは財政的に限界であることを踏まえ、抑制する範囲を皆で決める必要がある。</li> </ul>
<p><b>■高齢者医療制度の在り方</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢者医療制度の在り方は、地域保険の在り方・再編成と並行して議論すべき。</li> </ul>

<p><b>■介護サービスの効率化及び重点化</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療の機能分化のためには、しっかりした地域包括ケアを構築すべき。介護施設利用の適正化のためにも町のインフラ作りの全体的な取り組みが必要。介護は、24時間巡回型介護、訪問看護などで、重度要介護者の在宅生活限界点を高めるべき。サービス付き高齢者住宅（住まい＋生活支援等）を整備し、そのため、空き家・空き施設など既存社会資源を有効活用すべき。</li> <li>○ 介護について重点化・効率化が求められており、骨太の方針を示すべき。</li> <li>○ 継ぎ目のない「医療」「介護」システム構築の観点からの医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保が必要。70～74歳の現役並み所得の医療費自己負担3割。ところが、介護に移行すると利用者負担1割。他方、75歳以上の高齢者では「医療」から「介護」へ移行しても1割負担のままであり、全体の整合性を確保していくべき。</li> <li>○ 利用者負担の在り方については、一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。</li> <li>○ 軽度の高齢者は、見守り・配食等の生活支援が中心であり、要支援者の介護給付範囲を適正化すべき。具体的には、保険給付から地域包括ケア計画と一体となった事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し柔軟・効率的に実施すべき。</li> <li>○ デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。</li> <li>○ 引退後の引きこもりを予防し、地域の人的資源として活躍を促進するため、自治体による各種サポーター養成講座の提供、地域貢献活動の紹介により、地域の助け合い活動を拡大し、保険のカバー範囲を見直すべき。</li> </ul>
--------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。</li> <li>○ 補足給付は、所得だけではなく、預貯金や不動産などの資産を勘案して給付すべき。また、低所得となる所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金、世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう見直すべき。</li> </ul>
<p><b>■低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護保険料の低所得者軽減の強化が必要。</li> <li>○ 介護保険では、現役世代の保険料負担の公平性は保険料で調整すべきであり、第2号被保険者の介護納付金について、総報酬割を導入すべき。</li> <li>○ 介護納付金の総報酬割導入については、負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。</li> <li>○ 後期高齢者支援金の全面総報酬割と合わせて介護納付金の総報酬割の検討も必要。</li> </ul>

# 地域医療ビジョンの策定を前倒しする場合のスケジュール



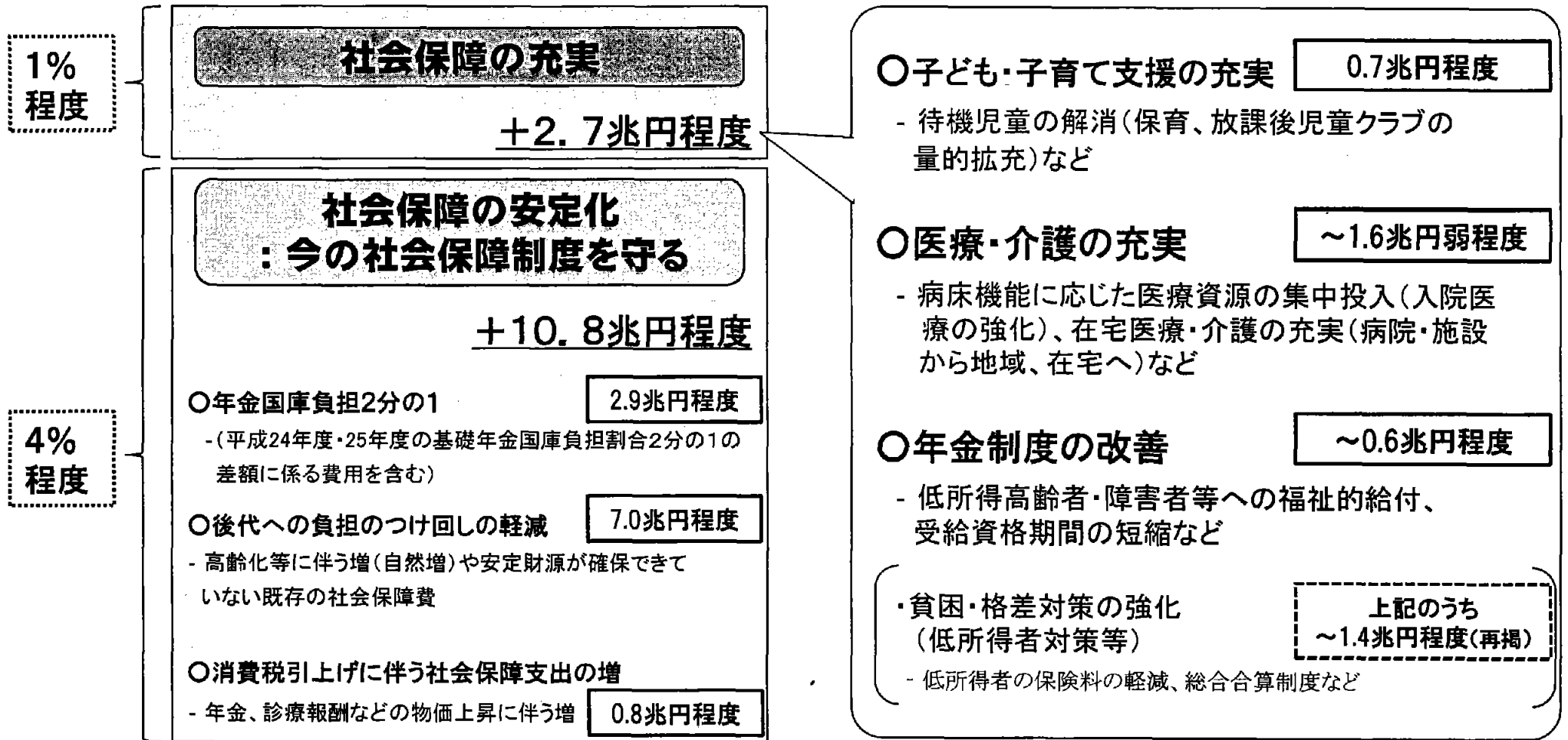
77

# 消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

(注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。

78



## これまでの検討会における主な構成員意見と具体的な論点

※ 点線四角囲みは第1回検討会で提示した論点、○は急性期医療に関する作業グループとりまとめ及び構成員意見（構成員名の後に記載された①は第1回検討会（11/16）を、②は第2回検討会（12/13）を、③は第3回検討会（1/11）、④は第4回検討会（3/7）を指す）、◎は事務局で更に論点を具体化したもの。実線四角囲みはこれまでの議論を整理したもの。

### 1. 医療機関が報告する医療機能について

・急性期、亜急性期及び回復期それぞれの医療機能において、対象とする主たる患者像や求められる医療の内容は何か。

#### <急性期医療に関する作業グループとりまとめ（関連部分抜粋）>

- 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、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、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。
- （その場合、）急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その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、回復期等まで、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。
- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。

#### <第1回検討会における主な構成員意見>

- 「急性期」や「亜急性期」は期間概念だが、病床の機能は、医療資源の投入量や人員配置の手厚さ、設備の状況といったものであり、軽症であって早期のものまで「急性期」として診るのかといった点も議論が必要。（三上構成員①）
- 最初から急性期を定義するのは難しいので、例えば手術件数や救急車による緊急入院件数、リハビリの状況等を報告・公表することで、住民が病院を選択し、結果的に急性期と亜急性期が分かれてくるのではないか。（相澤構成員①）
- 病床の機能から外れた患者について、どの程度までデータを集めるのか、どのレベルの精度を求めるといった議論は重要。（安部構成員①）
- 報告は病棟単位を基本とあるが、病棟の中にHCUがある等、一つの病棟の中でも様々な病床が混在している。例えば、平均在院日数で区分すると、HCUも含めた一般病床の平均値を算出することになり、実態がわからなくならないか。（齋藤構成員①）
- 我が国の将来の医療の一番の課題は、団塊の世代の方の診療のあり方や看取りであ

り、同じ急性期の疾患といっても若年者と高齢者とでは病態や平均在院日数が異なることから、年齢的な疾病の構造も理解した上で、議論すべき。(加納参考人①)

### <具体的論点>

◎報告を求める医療機能については、まずは以下のように病期や診療密度別に大きく区分し、こうした体系の下で、各医療機関の主体的な機能分化の取組を促していくことが適当ではないか。

- ・主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能(「急性期(仮称)」機能)。
- ・主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能(「亜急性期(仮称)」機能)。
- ・主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(「回復期(仮称)」機能)。

◎その際、主たる機能を選択して報告するとともに、その病棟に入院する様々な患者像の実態も含めて報告することで具体的な状況を把握していくことが適当ではないか。(報告事項の具体的な内容について論点2の中で検討。)

### <第2回検討会における主な構成員意見>

- 急性期は平均在院日数や看護師配置ではなく、どういう医療を提供しているかで決めるべきであり、それは医療資源の投入量で判断できる。急性期は、医療資源の投入量が落ち着き増えなくなった時点で終了すると考えてはどうか。(相澤構成員②)
- 最初のインテンシブに治療が必要な期間があって、その後を亜急性や回復期に相当する期間だと整理するのが医療者にも患者にもわかりやすい。(日野構成員②)
- 感染症であれば、発症してから治るまでの間が急性期であり、亜急性期や回復期といったものはない疾患だと思っており、急性期とか亜急性期とかにするのではなく、基本的には医療資源をどれぐらい投入するかということを視点を病棟の機能を分けるほうが一般の市民にとってもわかりやすいのではないか。(三上構成員②)
- 急性期は、急性発症をして、直ちに治療しなければ命にかかわるという概念で考えており、例えば、白内障や内視鏡検査など、必ずしもすぐに治療しなければいけないとは限らない疾病がすべて急性期というわけではないと思う。落ち着いている状態も急性期に入れるのか、といった点はかなり大きな問題でありよく検討が必要。(日野構成員②)
- 亜急性期という医療は患者にとって必要だが、患者にとってその機能はわかりにくいし亜急性期の医療機関に対する信頼性が見えないので、全てを急性期の医療機関に期待している現状がある。したがって、機能や役割は患者にもわかるような形で分類していく必要がある。(山口構成員②)
- 慢性疾患の急性増悪は、医療資源が重装備でなければいけないかと言えば必ずしもそうではないということで、事務局案は「亜急性」に整理しているが、この名前では

いのか。どういう医療資源が必要かという議論をし、名前はその後検討すべきだ（西澤構成員②）。

- ポスト急性期的なところを亜急性とすることは理解できるし、医療の必要度に着目して分けるのは合理的だと思うが、「亜急性期」に在宅・介護施設等からの患者についても亜急性にまとめるのはわかりにくくならないか。（安部構成員②）
- 例えば、かなりの末期状態になったがんの患者が少し手厚い急性期のような医療を受けないといけない場合にも、全て亜急性期に入れてしまうというのはちょっと乱暴ではないか。（山口構成員②）
- 病院団体が考えている「地域一般病棟」は「亜急性」の概念の入る病棟としてイメージしている。（西澤構成員②）
- 地域によっては急性期と回復期リハビリが明確に分かれているところもあれば、ベッド数の少ない地域では、ある程度急性期でリハビリをやってでも家に帰れない患者を回復期リハに移していくスタイルもあり、機能の選択が難しい。（相澤構成員②）
- 脳梗塞や脳疾病は、回復期リハや亜急性期病床に移行しやすいが、心筋梗塞は他の病床へは移行しにくい。回復期といっても疾患によって状況は異なる。（日野構成員②）
- 今は手術の翌日からリハビリに入る病院もあるなど、同時並行的にやっている実態もあるので、その辺をどう切り分けていくか。リハビリには OT・PT の存在が重要であり、回復期リハでは、その配置状況が重要な判断材料になるのではないか。（花井構成員②）
- 急性期リハと回復期リハの目的は違っており、必要なリハはフェーズによって異なってくる。それに合わせた人員配置を考えた方がよい。（松田構成員②）
- 肝硬変患者の定期的な血漿交換など、慢性の疾患でも一定の間隔で医療資源を投入する必要がある場合があり、それをどう考えるのかも、整理が必要。（三上構成員②）
- 急性期とか、亜急性期とか、回復期とかではなくて、現時点としてどういう状態の患者にどういう医療が行われているかをまず把握することが必要。（松田構成員②）
- 現在の病棟の機能だけでなく、将来的にはこうしたいという医療機関の意思、意向も把握していくことが必要であり、そうした判断ができるよう、地域の全体の状況を把握できる形にしていく必要。（三上構成員②）
- 医療機関も主体的に選択して機能分化を進めていくという考え方からすると、現状を報告するだけでなく、今後の方向性をどう考えるかということも情報が必要。（尾形構成員②）

### <第3回検討会における主な構成員意見>

- 急性期からある程度落ち着いていくときに、ずっと同じ病棟で診ていた方がいいとか、あるいは異なる病院で診ていた方がいいという議論が必ず起こるが、それを肯定するデータも否定するデータもない。ある程度の枠組みをえいやでつくるのか、それとも、どこでどこまで診るということはもう少しデータを集める中で最善のものをつくっていくのかということだと思う。（相澤構成員③）
- 回復期をリハビリに限るということであれば、回復期リハビリテーションとした方がわかりやすいのではないか。（西澤構成員③）
- 患者の立場から考えても、回復期にリハビリテーションが入っている方が具体的にイ

メージしやすい。(山口構成員③)

<前回までの議論で概ね合意された事項>

◎報告を求める医療機能の基本的枠組みとしては、病期や診療密度別に「急性期(仮称)」機能、「亜急性期(仮称)」機能、「回復期(仮称)」機能に大きく分類していくことが適当。

<各医療機能の内容(再掲)>

- ・主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能(「急性期(仮称)」機能)。
- ・主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能(「亜急性期(仮称)」機能)。
- ・主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(「回復期リハビリテーション(仮称)」機能)。

◎医療機関の主体的な取組が重要であるため、「現状」の把握とともに「今後の方向」についても報告することが適当。

<更に議論が必要な主な事項>

◎上記の機能の名称や内容等詳細な部分については引き続き検討。



・各医療機関がどの医療機能を選択して報告すればよいかの判断基準をどのようにすべきか。

#### <急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）>

- 各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。
- 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、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と連携を推進し、地域医療の充実を図る。
- 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。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、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する。

#### <第1回検討会における主な構成員意見>

- 報告内容を活用する住民、患者にとって、有効かつ信頼性の高い情報源としていくためにも、とりあえずは「急性期」として報告しておこうといったことにならないようにしていく必要がある。（高智構成員①）
- 報告制度を作り、基準を決めていくことは行政として歓迎するが、一方で、医療機関側から見たときに、行政から縛られるというとらえ方がなされないような基準のつくり方が必要。（山崎構成員①）
- 医療機能の選択は行政ではなく医療機関が自ら主体的に行うものであるが、当然、その選択はきちんとしなければならないし、間違った選択はあってはならない。（西澤構成員①）

#### <具体的論点>

◎医療機関が適切な選択を行うとともに、各都道府県が地域医療ビジョンを策定するために正しい情報を収集するためには、明確でわかりやすい判断基準とすることが必要ではないか。

◎その場合の具体的な判断基準をどのように設定すべきか。

#### <第2回検討会における主な構成員意見>

- 急性期は平均在院日数や看護師配置ではなく、どういう医療を提供しているかで決めるべきであり、それは医療資源の投入量で判断できる。（相澤構成員②）
- 看護師配置が厚いからといって必ずしも急性期をやっているとは限らないといった議論や、高齢者は安定するまで時間がかかるので、平均在院日数で切るのは難しいという議論がある。切り方を、すばっと切るのか、厳しいところにするのか、かなり長めのところとするのかという議論も必要。（相澤構成員②）

- 現状、看護必要度の高い患者が多い病棟ほど、看護師の配置が多くなっており、医療の必要度、看護必要度といった定量的な指標によって区分・分類を考えるのがわかりやすく簡便であり、自然な考え方ではないか。（高智構成員②）
- 医療必要度や看護必要度という尺度は決して客観的なものではないので、尺度として役に立つものになるには時間がかかる。（日野構成員②）
- 機能や役割は患者にもわかるような形で分類していく必要があり、その際、重視すべきは平均在院日数や看護体制よりは、医療の中身ではないか。（山口構成員②）
- 平均在院日数や看護基準は診療報酬上によって誘導されている部分があるが、患者の状況によって必要な看護師配置数や在院日数は変わってくるので、患者像に着目した指標を検討すべき。（西澤構成員②）
- 患者の立場から見ると、看護師の配置も1つの判断材料になり、医療資源の投入と言った場合、当然人員をどうするかも含まれると思うので、看護基準がなくてもいいということにはならないのではないか。（花井構成員②）
- 平均在院日数や看護体制によってどのような医療機関なのかは患者には判断できないと思う。それより、診療報酬の縛りがあり、在院日数もそれに合わせられているところが、患者にとって納得いかないのが、患者の状態に合わせた分類が必要ではないか。（山口構成員②）
- 人員配置や医療の必要度、看護の必要度それぞれを単一でみるのではなく、いくつかの切り口があり、その中に患者にとってわかりやすい切り口と提供側に近い切り口が存在するのではないか。（山崎構成員②）
- 診療報酬において一般病棟入院基本料について、7対1から15対1まで区分されており、医療機能を報告する上でわかりやすく、1つの参考にはなるのではないか。（高智構成員②）

### <第3回検討会における主な構成員意見>

- 資源の投入量が多いものを急性期とする場合に注意すべきことは、必要なものに限って入れるということであり、必要ないのに資源を投入すれば急性期かということではない。（西澤構成員③）
- 診断分類ごとの平均的な医療資源の必要度というものをベースにするケースミックスインデックスという形での評価方法は、たくさん資源を投入するという方向にドライブがかかるようなものではない。（松田構成員③）
- 7対1であればすべて急性期ということではなく、13対1であっても15対1であっても、一部の患者さんについては急性期ということがあるので、そういう考え方で整理していただきたい。（三上構成員③）
- 一般病床の現状は、病棟の情報と、その病棟にどのような病態の患者が入っていて、どのような医療行為を受けているかという情報をクロスさせることにより明確に出てくるのではないか。（松田構成員③）

<前回までの議論で概ね合意された事項>

- ◎ 判断基準は患者にとっても医療提供者側にとっても明確でわかりやすいものとするのが適当。

<更に議論が必要な主な事項>

- ◎ 「急性期（仮称）」及び「亜急性期（仮称）」の判断基準について、
    - ①医療資源の投入実績は、個別の疾患ごとに異なってくるものであり、疾患毎の判断基準を定めるとすれば複雑な判断基準になってしまうこと
    - ②現在の看護必要度は、必ずしも客観的なものとは言えず、見直しが必要であるとともに、診療密度を看護必要度だけで判断することが適当か
    - ③平均在院日数は、疾患や患者によって異なるものであること
    - ④看護配置の状況は、必ずしも診療密度の状況を反映しているとは限らないこと
- といった課題があり、こうした点を踏まえ、どのような判断基準を設定するかは引き続き検討。

- ◎ 「回復期リハビリテーション（仮称）」はどのような判断基準が適当か。

- ・その他報告すべき医療機能として位置づけるべきものがあるか。  
(例) 地域一般、障害者・特殊疾患 等

### <急性期医療に関する作業グループとりまとめ(抜粋)>

- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。

### <第1回検討会における主な構成員意見>

- 社会保障・税一体改革でも「地域一般病床」が示されており、急性期から慢性期に至るまで全てを診るような病床の位置づけも考えた方がよいのではないか。(三上構成員①)
- 患者は、急性期から亜急性期、回復期を経て退院していく中で、院内は、病棟単位、病室単位、あるいは患者単位で医療密度に濃淡がつけられている。亜急性期病棟といっても、そこに入院する患者は、必ず急性期を経て亜急性期になり、退院していくので、それをどういう形で報告するのか。病棟が多ければケアミックスのような形が可能だが、病棟数が少ない場合には、一つの病棟で患者は全ての病期を経験して退院していくので報告の仕方は難しい。(三上構成員①)
- 「地域一般、障害者・特殊疾患等」とあるが、曖昧であり、発信しても受け取りにくい書き方なので、そうならない報告にしていける必要。(高智構成員①)
- 重度慢性期は、どこで検討するのか。病床の機能として分類しないのか、それとも療養病床という形で、一般病床とは別に議論するのか。(三上構成員①)
- 診療報酬上、特定除外制度があり、一般病床でも手厚い医療が長期入院、慢性期になっても必要な方がいることも考慮する必要。(三上構成員①)
- 地域医療ビジョンを作成するには、療養病床についても報告制度の対象としていく必要がある。(松田構成員①)
- 一般病床でも、平均在院日数が60日以上のところがあるが、そこは回復期であり、その中に療養期の患者も入っている。(安部構成員①)

### <具体的論点1>

- ◎ 地域的には、一つの病棟で複数の医療機能を持つことが必要な場合があり、こうした病棟の位置づけも必要ではないか。

### <第2回検討会における主な構成員意見>

- 急性期、亜急性期、回復期というような分類をすること自体が合わない地域があるという実感があり、急性期、亜急性期といった分類ではない「地域一般」といったその特性に合わせた分類の仕方が必要ではないか。(山口構成員②)
- 私たち病院団体の言う「地域一般病棟」は社会保障・税一体改革にある「地域一般病床」とは異なっており、「地域一般病棟」は、都会型の中小病院の役割であって、急性期の病院であるが、かなり亜急性を担っており、急性期と亜急性の混じったイメージである。(西澤構成員②)

- 地域によっては、医療資源が非常に少ない地域があり、1つの病院で総合的な機能を持つようなところもあるので、位置づけることに異論はない。(齋藤構成員②)
- 地域密着型でいろいろな患者さんを診るという機能は、都会であれ、へき地であれ、離島であれ、必要であり、地域を限定する必要はないのではないか。(相澤構成員②)

#### <第4回検討会における主な構成員意見>

- 地域に密着しているからこそ、重装備な設備までは必要ない急性期あるいは高齢者の急性期や、重装備の病院からすぐ帰れない場合の受け入れといった両方の機能を持たなければならない。(西澤構成員④)
- 社会保障・税一体改革における「地域一般病床」は、医療資源が非常に少ないところを想定していると考えていた。(齋藤構成員④)
- 地方の方が高齢化率は高いが、伸び率から言うと大都会の方が問題であり、都会にこれを地域一般病床が必要と考える。(西澤構成員④)

#### <前回までの議論で概ね合意された事項>

- ◎一つの病棟で複数の医療機能を持つ病棟についても位置づけることが適当。

#### <更に議論が必要な主な事項>

- ◎位置づけるに当たって、地域性及び地域性以外の要件をどのように考えるかは引き続き検討。

#### <具体的論点2>

- ◎長期療養の機能を主として担っているのは療養病床であるが、報告制度における療養病床の取り扱いについて、どう考えるか。また、療養病床に限らず、病期が長期化している患者がいる現状について、機能分化の観点から、どう考えるか。

#### <第2回検討会における主な構成員意見>

- 今後の高齢化や認知症の増加、世帯構造の変化を考えると長期療養病床は必要なので報告対象とすべき。療養病床は、看護必要度が高くなる患者が多く、在宅では難しい人が多いと思うので、その状況も把握すべき。(三上構成員②)
- 独居や老老介護の問題だけでなく、家族と暮らしていてもみんなが働いている中では、在宅医療は難しいので、療養病床も見える選択肢として必要であり、報告の中にも含めるべき。(山口構成員②)
- これから5年後に都道府県が実態から地域医療ビジョンを立てるという状況であれば、長期療養の情報も当然必要なので、報告の対象にすべきと思う。(齋藤構成員②)
- 重度慢性期は、基本的には医療資源が多く必要であり、治りにくい疾患を対象にしており、重症病棟のような重症度で分類されればいわゆる急性期と一緒にできるのではないか。(三上構成員)

- 今回、一般病棟について議論が始まり、それが療養病棟まで広がってきたが、精神科病床や認知症治療病棟、認知症疾患医療センター等の整備についても把握していく必要があるのではないかと。(三上構成員②)

＜前回までの議論で概ね合意された事項＞

- ◎ 療養病床についても報告制度の対象とすることが適当。

＜具体的論点3＞

- ◎ 「障害者・特殊疾患」の医療機能は急性期、亜急性期、回復期とは別に位置づけることでよいか。その他、位置づけるべきものがあるか。

＜第2回検討会における主な構成員意見＞

- 特殊疾患についても機能として含めるべき。(三上構成員②)
- 障害者、特殊疾患について、位置づけることはよいが、言葉が非常にわかりにくいので、どのような方を対象にしているのかということが、もう少しわかりやすい表現をしてほしい。(山口構成員②)

＜前回までの議論で概ね合意された事項＞

- ◎ 「障害者・特殊疾患（仮称）」の医療機能は急性期、亜急性期、回復期とは別に位置づけることが適当。

## 2. 医療機能と併せて報告を求める事項について

1. の内容を踏まえ、各都道府県が提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、医療機関に求めるべき報告事項は何か。

### <急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）>

- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する。
- 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、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と連携を推進し、地域医療の充実を図る。
- 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。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、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する。

### <第1回・第2回検討会における主な構成員意見>

- 報告制度のために新たな報告フォーマットを作成するのではなく、ナショナルデータベースの活用や、レセコンのデータを自動的に加工するなど、現時点で既に行われている事務作業の中から報告制度に資する情報を作成していく仕組みを作ることが現実的。（松田構成員①）
- 報告の際、医療現場は、診療報酬で動いているような状況があり、報告に当たっては現場が悩まないような、混乱が少なくなるような仕組みを検討していただきたい。（齋藤構成員②）
- 報告制度の検討に当たっては、地域医療ビジョンの策定に関する内容も頭の隅で同時に考えておく必要があるのではないか。（山崎構成員①）
- 健保連の調査では、入手したい医療機関の情報として、手術件数や専門医の勤務、配置状況、疾患ごとの入院日数などがあった。また、OT、PTの配置状況やリハビリの実施状況、MSWの配置状況等も必要となる情報ではないか。（高智構成員①）
- 例えばアメリカには、ホスピタル・コンペアというサイトがあり、住所地を入力すると、その地域で例えば心筋梗塞の治療をやっている病院の治療に関する量やプロセス、アウトカムに関する情報を確認でき、病院間の比較が可能になっている。オランダの消費者団体も病院の評価をやっているので、そういう試みの情報を集め、その中で使えそうなデータなどを具体的に考えることとしてはどうか。（松田構成員①）
- 産科病棟は混合化し、新生児のMRSA感染率が上昇しているため、混合病棟か否かが病院選択の重要な情報になっており、その情報は報告させるべき。（齋藤構成員①）

- 周産期の計画を作成しようにも、現状では施設ごとの分娩数の情報が不明であり、分娩に関するデータは報告事項としていくべき。(松田構成員①)
- 分娩の病床が一般病床に入っているので、分娩に着目して、その病床の状況が把握できないか。(花井構成員②)
- 急性期の典型的な疾患の手術は、外科を中心とした有床診療所でかなり行われるようになっており、有床診療所のデータも収集していく必要がある。(松田構成員①)
- 有床診療所の病床の位置づけも考えてほしい。(三上構成員②)
- 療養病床の有床診も大事だが、短期の急性期疾患を診る有床診も増えてきており、それは急性期に入ってくるので、そういうものも含めて有床診を見て行く必要がある。(松田構成員②)
- 急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するとされており、個々の医療機関の報告事項だけでなく、医療ビジョンの策定に向けて、フローも視野に入れた議論が必要。(尾形構成員②)
- フローを考えることは重要。在宅や介護施設の整備状況など資源の状況は地域によって様々であり、退院先の有無によって、転棟、退院の仕方がかなり違ってくる可能性があるため、こうした情報も広く把握していく必要がある。(三上構成員②)
- 望んで転院、退院をしている患者はそう多くはないだろうが、理由もわからずに、ここの対象ではないからという理由だけで転院させられるところに不満があり、例えば、回復期リハビリテーションに転院するほうがリハビリを行ううえで効果的と理解できれば、転院することも前向きに捉えられるのではないか。(山口構成員②)
- でき上がった仕組みを運用していく上で、フローの考え方は重要であり、医療機能の継ぎ目をどのようにわかりやすく表現していくかがポイントだと思う。(山崎構成員②)
- 急性期の受け皿が整っておらず、亜急性及び回復期という医療機能が余り高くないため、患者にとっては病院を移りたくないが、一方で、診療報酬上、看護基準と入院日数がリンクしているため、看護配置の厚い病院は患者に泣く泣く退院してもらっている現状も念頭において議論していく必要。(日野構成員②)

### <具体的論点1>

- ◎ できる限り、医療現場に混乱が少なく、医療機関にとっても追加的な負担が生じないような仕組みとすることが必要であり、そのためにはこういった報告内容や報告方法としていくことが適当か。
- ◎ 各都道府県がその医療機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、①「急性期(仮称)」機能、②「亜急性期(仮称)」機能、③「回復期(仮称)」機能、④「障害者・特殊疾患(仮称)」、⑤「長期療養(仮称)」それぞれについて、医療機関に求めるべき報告事項は何か。
- ◎ 地域医療ビジョンの策定に際しては、患者の流れを考えていくことが重要であり、こうした観点から他の医療機関との連携に関する情報についても把握していくことが必要ではないか。こうした情報として把握すべき情報は何か。



か。

### <第3回検討会における主な構成員意見>

- 従来の医療機能情報提供制度というのは、医療機関がどういう治療、検査、処置ができるだろうかというその病院全体で持っているマンパワーや医療機器といった情報が入っているが、どういう疾患でどういう治療がされているかという情報が十分に出てこない。そういった患者特性を追加的に調査することが必要。(三上構成員③)
- 各医療機能の報告事項というものは、基本的にはすべての患者特性情報や医療機関の機能情報を一応報告するという事の中で浮き上がってくるものなのではないか。(三上構成員③)
- それぞれの病院から、どういう患者がどういう治療を受けて入院しているのかの報告を受けることによって、地域全体で医療ニーズがどれくらいあるかというこを把握できるかどうか大きな問題。(三上構成員③)
- 患者のフローの流れを見るには、ナショナルデータベースを使って二次医療圏単位でざくっと分析し、加えて、各医療機関から報告を求める。自院外来への退院や他施設への転院等レセプトに書いてあるような情報のレベルであれば、それほど負担はかからないのではないか。(松田構成員③)
- 連携パスや退院時共同指導料、介護支援指導料等のレセプト情報の中の連携した証拠に関する情報を利用するのがいいのではないか。(三上構成員③)
- 病棟ごとに分化していった場合、病棟間の連携・共働をどうするか。病棟間の連携というのがないと、今抱えている様々な問題を解決できないのではないか。(相澤構成員③)
- 今後の地域医療で、地域の中で患者が病気を発症したときにどういうところに行っているのか、あるいは医療圏を越えているのか、また、患者から見てどこに行ったらいいかといったことを把握することが、流れを調査することの目的。流れの調査は、病院単位、病棟単位の両方をとる必要があると思う。(西澤構成員③)
- 個々の病気の流れでどういう機能が必要か、救急から始まって介護までの流れをつかむ必要があるのではないかと思うが、とりあえず急性期の前後を検討し、将来的にそれぞれの議論をする中で結びつけてはどうか。(西澤構成員③)

### <第4回検討会における主な構成員意見>

- 在院日数で考えるという発想はシンプルで分かりやすいし、病院側の負担も小さいが、これだけで機能分化の状況を本当に把握できるかということ、やや物足りない。例えば回復期リハであれば、在宅復帰等のアウトカム等、特色を明らかに示すデータが考えられるのではないか。(尾形構成員④)
- 今後の地域医療ビジョンの策定を考えても、現状と今後の方向が浮き彫りになるようにするためには、やはり在院日数だけでは足りないと思う。医療機関の負担に留意しつつも、データ提供をもう少し拡充する方向で検討いただきたい。(尾形構成員④)
- 患者数と平均在院日数だけではなかなかわかりにくい。産科病床があるか、手術の件数、地域連携の状況、高額医療機器の保有状況、人員体制等が必要ではないか。医療機関にできるだけ負担がかからない形で、今後の2025年に向けた情報提供のあり方という観点から、検討いただきたい。(花井構成員④)

- 地域医療ビジョンを策定する際にはマンパワーをどうするかが柱になると思うので、病棟が主に診ている診療科の名前や職種別の職員数が必要だと思う。また、どこからきて退院先はどこなのかという連携の情報、病棟によっては患者さんの状況が可視化されるようなものも必要になるのではないかと。（斉藤構成員④）

### <具体的論点2>

#### ◎ 有床診療所からの報告事項についてはどのように考えるか。

- 高齢化の変動や地域の大きな外周の変容により、有床診療所へのニーズはますます高まっていくことは間違いない。お年寄りで膨らみ過ぎている地域に同じレベルの情報を流しても受け取る方としてもなかなか難しいだろう。また、現状はこうだけれども将来はこうしたいという有床診療所の思いというのもぜひ出していただきたい。（高智構成員③）
- 有床診療所は入院基本料の考え方もかなり違っており、診療報酬も低く抑えられているのでかなり苦しい状況にあるが、高齢社会の中では、ショートステイを含む緊急的に在宅の患者を受け入れる医療施設として、これから非常に重要になる。ただ、医療機能としては大きな病院のようなものは求められないので、厳しい条件をつけるということは難しいのではないかと。（三上構成員③）

### <前回までの議論で概ね合意とされた事項>

- ◎ 医療機関にとって極力追加的な負担が生じないように留意しつつ、選択した医療機能毎に、提供する医療の具体的な内容を患者・住民・他の医療機関にわかりやすいように明らかにする情報と、医療機関内や地域における機能分化に資する情報を報告事項として求めることとする。

### <更に議論が必要な主な事項>

- ◎ 医療機能毎の具体的な報告事項は引き続き検討。

### 3. 病床機能情報の提供について

- ・患者や住民にわかりやすく提供するという観点から、
  - ①医療機関による提供方法やその内容はどのような形が適切か。
  - ②都道府県による公表方法やその内容はどのような形が適切か。

#### <急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）>

- （こうした仕組みを通じて、）それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。
- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供する。
- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容について、患者、住民にわかりやすい形で公表する。

#### <第1回・第2回検討会における主な構成員意見>

- 地域住民や患者が報告内容を理解しやすいような工夫が不可欠であり、医療機関からの報告内容をそのまま都道府県が公表することがないようにすべき。（高智構成員①）
- 複数の都道府県情報の比較検討がスムーズにできるような工夫が必要であり、フォーマットの共通化や用語の表記の統一化などを検討すべき。（高智構成員①）
- 患者や住民にわかりやすい情報であるとともに、他の医療機関に対しても非常にわかりやすく、詳細なデータがわかるような情報の表し方が必要。（三上構成員①）
- 公表された情報を住民がきちんと評価できるシステムを考えていく必要がある。（西澤構成員①）
- 医療機能情報提供制度と今回の報告制度を連動させる方法を検討すべき。（齊藤構成員①）
- 転院、退院を望む患者はそう多くはないだろうが、理由もわからずに、ここの対象ではないからという理由だけで転院させられる現状があり、例えば、回復期リハビリテーションに行くことがリハビリにとってより適切だというような状況だということが理解できれば、転院に対して前向きになるのではないか。（山口構成員②）

#### <具体的論点>

- ◎今後、医療機関の機能分化が進んでいく中で、患者が各医療機関の機能を理解し、納得して医療を受けることが更に重要となるが、そのために、医療機関は報告事項の中からどのような情報をどのような形で患者や住民に提供すべきか。
- ◎都道府県は患者や住民に対し、医療機関から受けた情報をどのように加工し、公表していくことが適切か。また、医療機関が他の医療機関と連携を図る観点からは、どのように公表していくことが適切か。

### <第3回検討会における主な構成員意見>

- 急性期の指標の考え方の中に「比較的短期間」や「高度・高密度」とあるが、「比較的短期間」というのは患者と医療者の感覚の違いがとても大きく、「高度・高密度」もどんな場合でも高度で高密度な医療を受けたいというのが一般的な患者の思いだと思う。どういう治療がどの機能に当てはまるかということをお患者や住民がイメージしやすいような具体的な例示により公表することで、啓発にもつながるのではないか。(山口構成員③)
- 医療の現状と患者が持っている知識のギャップが大きくなってきており、そのギャップを報告制度一本で埋めることは難しい。例えば市町村の担当者が総合的な窓口となる等、患者から相談を受けてお手伝いをするという仕組みがあってもいいと思う。患者が使いやすいシステムということ突き詰めると、とても重い仕組みになってしまう。(松田構成員③)
- 本来はかかりつけ医なり主治医なりが専門家としてその地域における医療機関の情報も全て把握した上で説明することが大切なのだろうが、かかりつけ医がいない人もいますので、患者が行政なり地域の医師会なりを介して地域の医療情報を手に入れることができるシステムが必要。(三上構成員③)
- 診療単価は患者負担にも直結しているのだから、患者や住民はそういう情報も必要としているのではないか。(尾形構成員③)
- アメリカの公的保険であるMedicare、Medicaidが各病院から提出されるデータをもとに各病院の医療指標を比較できるサイトを立ち上げているが、ここでのポイントは、各病院が各Medicare、Medicaidに出さなければいけない情報というのは、もう既に集められている情報が最大限有効に活用されているということ。その集めたデータをもとにして、Medicare、Medicaidの方で各病院を比較できる形で整理をして、患者、住民のために情報を整理している。(松田構成員③)

### <前回までの議論で概ね合意とされた事項>

- ◎ 都道府県は患者や住民に対し、医療機関から受けた情報をわかりやすく加工し、公表する。