

2012年1月13日(金)
新春記者会見

「新春記者会見資料」

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

平成10年頃 療養環境改善に対する手厚い診療報酬
改修、増改築を行う病院が多くなる

平成15年8月末 その他病床の廃止
一般病床と療養病床の届出

	病床面積	廊下幅	食堂	談話室	機能訓練室
一般	4.3m ²	1.8m	×	×	×
療養	6.4m²	2.7m			

全ての病床の改装済

医師・看護師の数と入院患者の状態で病棟を
「一般」と「療養」に分けて届出

一部しか改装できず

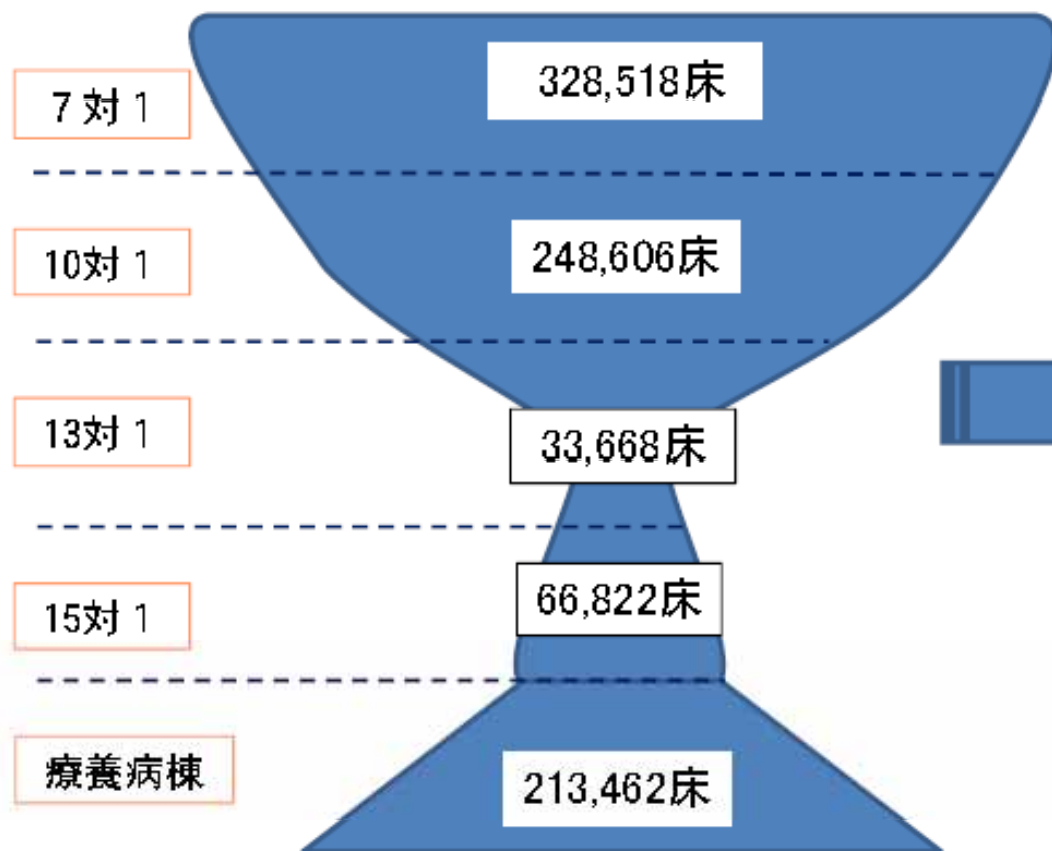
改装できた新たな病棟 「療養」として届出
改装できていない古い病棟 「一般」として届出

全く改装しなかった

全て「一般」として届出

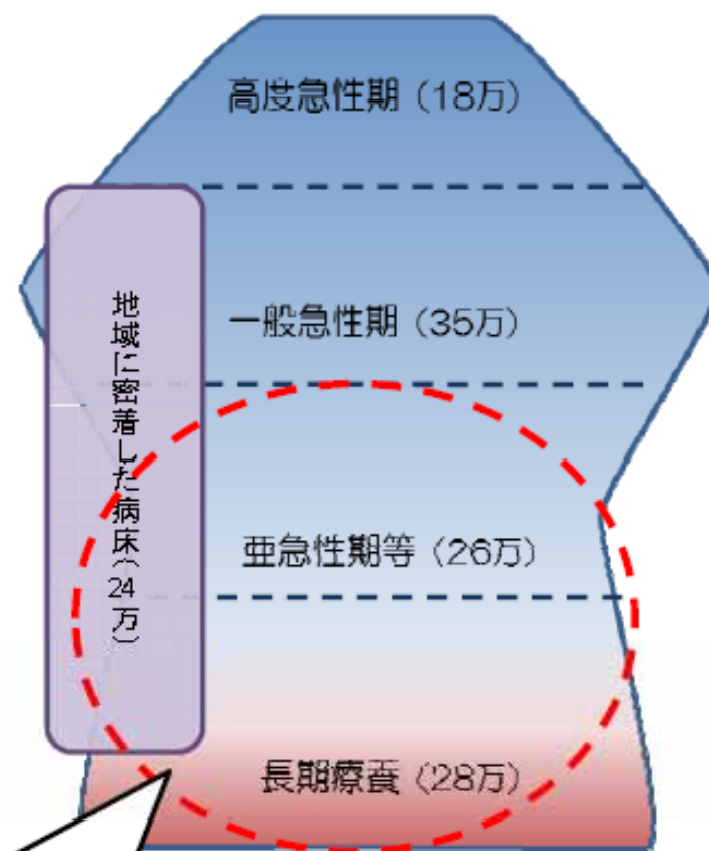
今後の救急医療の後方受入の場

<2010(H22)年の病床数>



保険局医療課調べ

<2025(H37)年のイメージ(再掲)>



今後は、亜急性期・長期療養を担う医療機関の受入機能を強化することが必要ではないか。

入院基本料7:1、10:1拡大について

7:1 30万床として、1.4:1なので、 $214,285.7 \times 22$ 22万人

10:1 30万床として、2:1なので、 $30万 \div 2 = 15$ 15万人

22万人 - 15万人 = **7万人**

10:1から7:1にすることで、看護師は**7万人**余分に必要

13:1の2.6:1から10:1に

15:1の 3:1から10:1に

UPしたところが、仮に10万床あったとすると、

10:1	→	5万人 ÷ 2	=	2.5万人	10:1	→	5万人 ÷ 2	=	2.5万人
13:1	→	5万人 ÷ 2.6	=	19,230人	15:1	→	5万人 ÷ 3	=	16,667人
2.5万人	-	19,230人	=	5,770人	2.5万人	-	16,667人	=	8,333人
5,770人	+	8,333人	=	14,103人					

13:1、15:1から10:1にすることで、看護師は**14,103**人余分に必要

7万人 + 14,103人 = 84,103人

大体5年間で**84,000人**くらいの看護師が一般病床に必要な
いるはずである。

「急性期病床群(仮称)」を制度化した場合のイメージ

第23回医療部会(H23.11.17)資料

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に更新制を導入

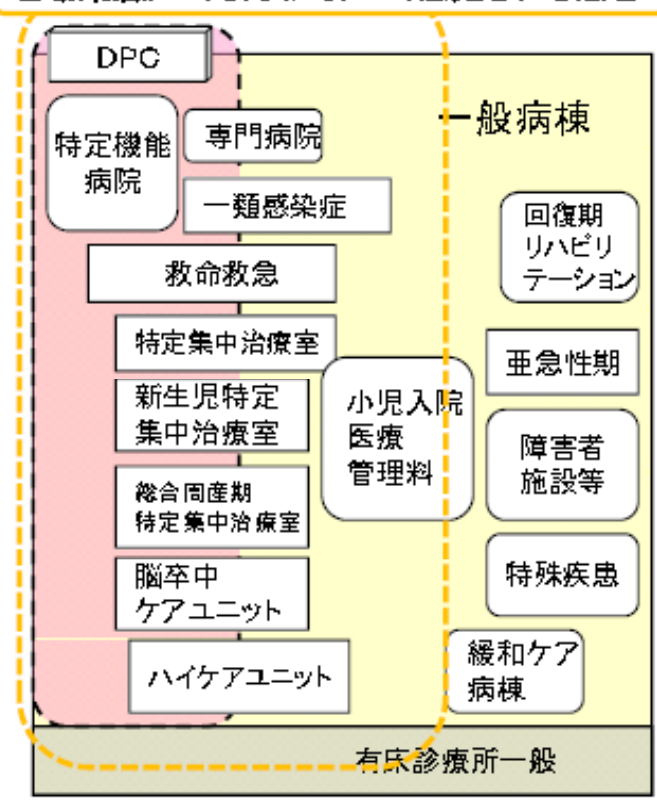
<想定される患者**>

- 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
かということを経合
的に評価

- ①診療行為等
 - ・疾病、病態
 - ・処置内容
 - ・入院時の状態
- 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



1 区中央部保健医療圏

地理上の位置



1 基本情報

1 人口・面積

図表 人口・面積・人口密度・世帯数等

区分	人口 (人)			面積 (km ²)	人口密度 (人/km ²)	世帯数 (世帯)	一世帯当たり人員 (人)
	総数	男性	女性				
東京都	12,576,601	6,264,895	6,311,706	2,186.96	5,750.7	5,890,792	2.14
区中央部	680,856	332,307	348,549	63.52	10,718.8	359,342	1.90

資料：総務省「国勢調査」(平成17年)・国土交通省国土地理院「平成17年全国都道府県市区町村別面積調」

図表 年齢区分別人口

	総数	0～14歳 (年少人口)	15～64歳 (生産年齢人口)	65歳以上 (老年人口)
東京都	12,576,601	1,424,667 (11.3)	8,695,592 (69.1)	2,295,527 (18.3)
区中央部	680,856	63,546 (9.3)	485,338 (71.3)	129,843 (19.1)

注：下段()内は構成比(%)
資料：総務省「国勢調査」(平成17年)

人口は平成17(2005)年10月1日

現在680,856人であり、東京都の人口の5.4%に当たります。

また、年齢区分別人口の構成割合では、老年人口が島しょに次いで高く、一方で年少人口は区西部に次いで低い値になっています。

2 医療機関・保健医療従事者の状況

図表 病院数

区分	区中央部	東京都
病院総数	54	658
一般病院	53	605
精神科病院	1	53
結核療養所	0	0
【再掲】地域医療支援病院	0	6
【再掲】救急告示病院	22	315
【再掲】療養病床を有する病院	10	245

資料：厚生労働省「医療施設調査」(平成18年10月)

図表 病院病床数

区分	病床数		人口10万対病床数	
	区中央部	東京都	区中央部	東京都
病院病床総数	14,484	129,939	2,063.50	1,024.9
一般病床	13,627	83,078	1,941.40	655.3
療養病床	472	20,773	67.2	163.9
精神科病床	320	24,973	45.6	197.0
結核病床	55	962	7.8	7.6
感染症病床	10	153	1.4	1.2


注：人口10万対病床数の算出基準となる人口は、東京都総務局「東京都の人口(推計)」(平成18年10月)を用いた。
資料：厚生労働省「医療施設調査」(平成18年10月)

図表 一般診療所数

区分	区中央部	東京都
一般診療所	1,991 (283.6)	12,458 (98.3)
【再掲】有床診療所	83 (11.8)	924 (7.3)

注：下段()内は人口10万対。算出基準となる人口は、東京都総務局「東京都の人口(推計)」(平成18年10月)を用いた。

資料：厚生労働省「医療施設調査」(平成18年10月)



地域に密着した病床について

不採算地区病院

第1種不採算地区病院

(直近の一般病院までの移動距離が15km以上となる位置に所在)


および

第2種不採算地区病院

(直近の国税調査における「人口集中地区」以外の区域に所在)

病床規模要件150床未満の該当病院数

約310施設



地域に密着した病床について

2次医療圏の病床数が少ない地域

例 = (ア) 1000床未満の地域

(42医療圏)の病院数は


約200施設

(イ) 2000床未満の地域


(113医療圏)の病院数は

約840施設

離島加算に係る地域



急性期の定義からいうと
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。



特養の入所者が熱が出た際に、救急車を呼んでも、搬送先の2次救急病院が「高齢者だから」と断ったら、3次救急病院へ搬送され、高い入院費がかかることとなる。

医療・介護負担対照表

2011.4月

	名 称	点数 (点/日)	10日間入院(円)	20日間入院(円)	10日間入院した 場合の1日平均(円)
高度急性期	救命救急入院料2	8,890 ~ 11,200	1,008,300	1,363,900 (ただし14日が限度)	100,830
	特定集中治療管理料	7,700 ~ 9,200	875,000	1,183,000 (ただし14日が限度)	87,500
	ハイケアユニット入院医療管理料	4,500	450,000	900,000	45,000
一般病棟	7:1入院基本料	1,555 ~ 2,005	200,500	385,520	20,050
	10:1入院基本料	1,300 ~ 1,750	175,000	334,520	17,500
	13:1入院基本料	1,092 ~ 1,542	154,200	292,920	15,420
	15:1入院基本料	954 ~ 1,384	138,400	261,320	13,840
亜急性期	亜急性期入院医療管理料	2,050	205,000	410,000	20,500
回復期	回復期リハビリテーション病棟入院料	1,600 ~ 1,770	160,000 ~ 177,000	320,000 ~ 354,000	16,850
医療療養	療養病棟入院基本料(A ~)	722 ~ 1,758	72,200 ~ 175,800	144,400 ~ 351,600	12,400
介護保険 施設サービス	介護療養型医療施設 (施設サービス費()従来型個室・多床室)	683 ~ 1,334	68,300 ~ 133,400	136,600 ~ 266,800	10,085
	介護療養型老人保健施設 (施設サービス費()従来型個室・多床室)	735 ~ 1,164	73,500 ~ 116,400	147,000 ~ 232,800	9,495
	介護老人保健施設 (施設サービス費()従来型個室・多床室)	734 ~ 1,022	73,400 ~ 102,200	146,800 ~ 204,400	8,780
	介護老人福祉施設 (施設サービス費()従来型個室・多床室)	589 ~ 933	58,900 ~ 93,300	117,800 ~ 186,600	7,610

ただし、単純平均であり、基本部分のみで出来高は含まない。


高度急性期病床で治療しなくてもいいような患者がミスマッチングで高度急性期に搬送された場合、療養病床で治療できる病状の患者はただちに療養病床を中心とする慢性期病床に転入院することにより、節約できる金額は1患者1日当たり約9万円にもなる。患者の病状に合わせて診療機能別病院で治療することが望ましい。

大阪緊急連携ネットワーク 連携実績

(H20.12.10 ~ H23.12.20)

■ 連携紹介数 291例

- 男性 178名、女性 113名
- 18才 ~ 99才 (平均68.5才)
- 紹介患者の依頼までの在院日数 0 ~ 161日 (平均26.2日)
- 3週間以上入院例 124例
- 紹介受託患者のうちには人工呼吸器患者、気管切開、酸素投与、喀痰吸引中など重度の患者も多かった。
- 3次救急病院で治療の必要のないミスマッチな患者を慢性期病床が緊急に引き受けることにより、3次救急の病床に余裕を持たせ、満床理由による搬送拒否を減らす目的であったが、その該当例は約20%であり、残りの大半は救急での処置の終了した重度患者であった。しかし、これ等の患者の受託に入り、3次救急病院は平均在院日数が減少し、かつ新規入院患者数も増加しており、当初の目的は達成されている。3次救急病院からは感謝されており、各種学会で紹介され、注目されている。



急性期病床の50万床の10%がトリアージ対象者であれば、

$$\underline{5万人 \times 9万円 = 45億円}$$

$$\underline{45億円 \times 365日 = 1兆6,425億円} \text{もの医療費が}$$

浪費されていることになる。

この半分を高度急性期病院に、そして残りの半分を慢性期医療以後のシステムに注入すれば、すべて解決するかもしれない。

- 現在の平均在院日数は180日なので、医療療養病床が約24万床として、1ヶ月4万人の入院があることになる。
- 平均在院日数を120日とすると、1ヶ月6万人の入院となる。
- 高度急性期病院からの転院による入院が1万人、急性期病院からの転院による入院が1万人増えると仮定すると、高度急性期病院における1ヶ月のレセプト請求金額を150万円、急性期病院における1ヶ月のレセプト請求金額を100万円としたら、療養病床におけるレセプト請求金額との差はそれぞれ、約100万円、50万円であり、

$$100\text{万円} \times 1\text{万床} \times 12\text{ヶ月} = 1,200\text{億円}$$

$$50\text{万円} \times 1\text{万床} \times 12\text{ヶ月} = 600\text{億円}$$

年間 1,800億円を削減できる

- 一般病床13対1、15対1に入院している特定除外患者の出来高算定と医療区分による包括算定のレセプト請求金額(30日換算)の最大差額が253,000円であるので、包括性により10万円の減額となると仮定したら、

(13対1)
*6万床

特定除外患者割合; **約15%**

9,000床

9,000床 × 10万円 × 12ヶ月

= 108億円

(15対1)
*9万床

特定除外患者割合; **約25%**

22,500床

22,500床 × 10万円 × 12ヶ月

= 270億円

+ =
378億円
の削減

現在の病床数が



90%として、340億2千万円


85%として、321億3千万円

削減できる


- 一般病床(7:1)、(10:1)約60万床のうち、10%(6万床)が特定除外患者であると仮定する。
- 一般病床(7:1)の1ヶ月当たりのレセプト請求額を約150万円、一般病床(10:1)の1ヶ月当たりのレセプト請求額を約100万円、医療療養病床の1ヶ月当たりのレセプト請求額は約50万円であるので、それぞれの差額を100万円、50万円とすると




+ = 5,400億円の削減



一般慢性期病床と
長期急性期病床という
概念の欠如



2025年には3倍に増加する入院患者に
対しては、急性期・回復期・慢性期・介護期
いずれの病院や施設も入院・入所期間を
現在の1/3にしないと対応できない。




特定除外患者の制度は、点数が下がるというよりは、むしろ平均在院日数に算定しなくてよいというメリットが大きい。

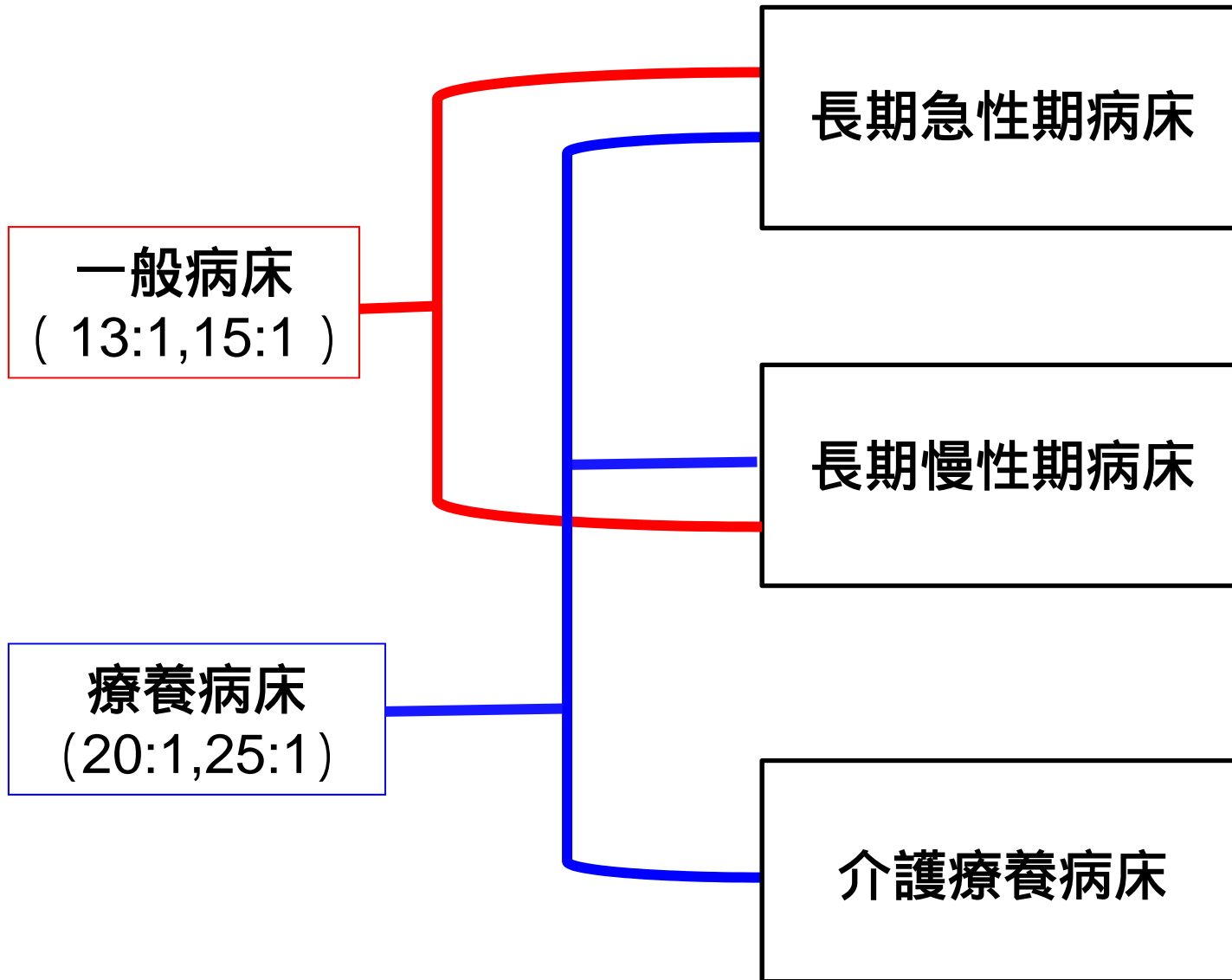
すなわち、7:1、10:1、13:1、15:1の場合に、それぞれに平均在院日数の縛りがあるため、特定除外患者がいることによって、その数を除外することができることが最大のメリットとなっている。



	平均在院 日数	100床当たり	
		1ヶ月当たりの 平均入退院 患者数	1ヶ月あたり <u>平均100人の入退院</u> があった場合の <u>特定除外患者数</u>
7:1	19日以内	158人	37人
10:1	21日以内	143人	30人
13:1	24日以内	125人	20人
15:1	60日以内	50人	



世界各国に比べて日本は、平均在院日数が長い
ため、実際より低く見せたい厚労省と、入院基本料の条件である平均在院日数の縛りに一般病床の中の平均在院日数の長い特定除外患者を平均在院日数に算定しないでよいという救済措置を喜ぶ中小病院の利害が一致してかこのような姑息な経過措置が続いている。



医療・介護
サービスの
需要と供給
(必要ベッド数)
の見込み

厚労省案(2025年)	
高度急性期	22万床 15～16日
一般急性期	46万床 9日程度
亜急性期 回復期リハ	35万床 60日程度
慢性期	28万床 135日程度
精神病床	27万床 270日程度
(入院小計)	159万床
特養 老健 (老健+介護療養)	72万人分 59万人分
居住系	61万人
在宅	436万人分
大計	786万人分

将来実態予想(2025年)	
高度急性期	25万床 15～16日
一般急性期	25万床 9日程度
回復期	15万床 60日程度
長期 急性期	30万床 60日程度
長期 慢性期	30万床 120日程度
精神病床	30万床 270日程度
介護療養	15万床 300日程度
(入院小計)	170万床
特養 老健	119万人分
居住系	61万人
在宅	436万人分
大計	786万人分

急性期

回復期

慢性期

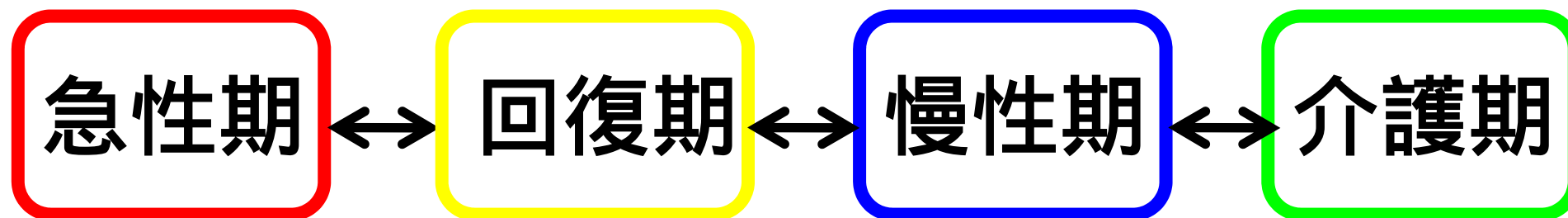
(一部急性期を含む)

医療は慢性期

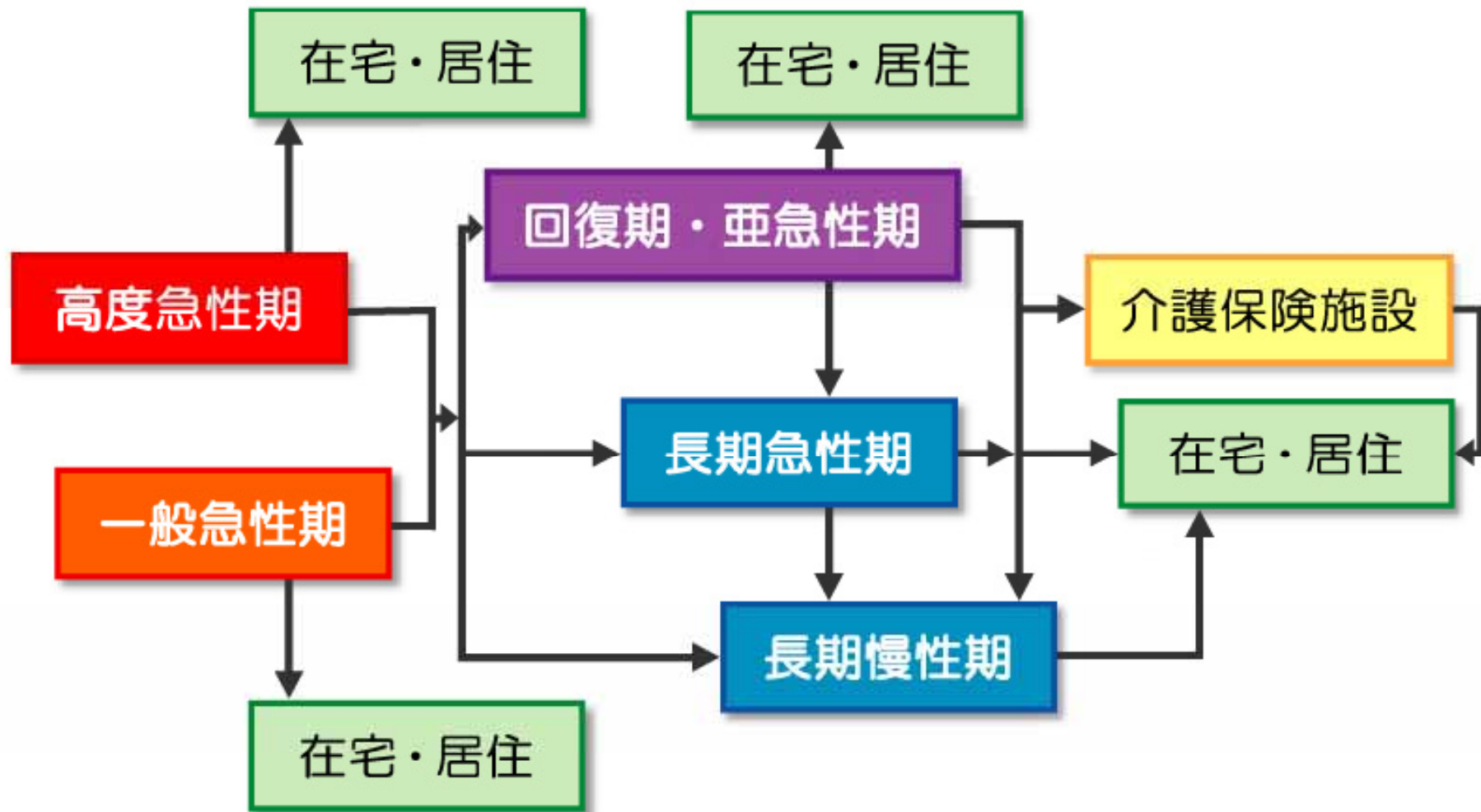
平均在院日数の計算対象としない患者

- | |
|---|
| 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(広範囲熱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(広範囲熱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 |

これからの医療の流れ



将来の医療・介護体制予測



在宅療養支援ネットワーク


在宅療養協力
診療所(主治医)

在宅入院システム


在宅療養
支援診療所
(往診専門)

在宅療養
支援病院
(200床以下)

在宅療養後方病院
(病床制限なし)



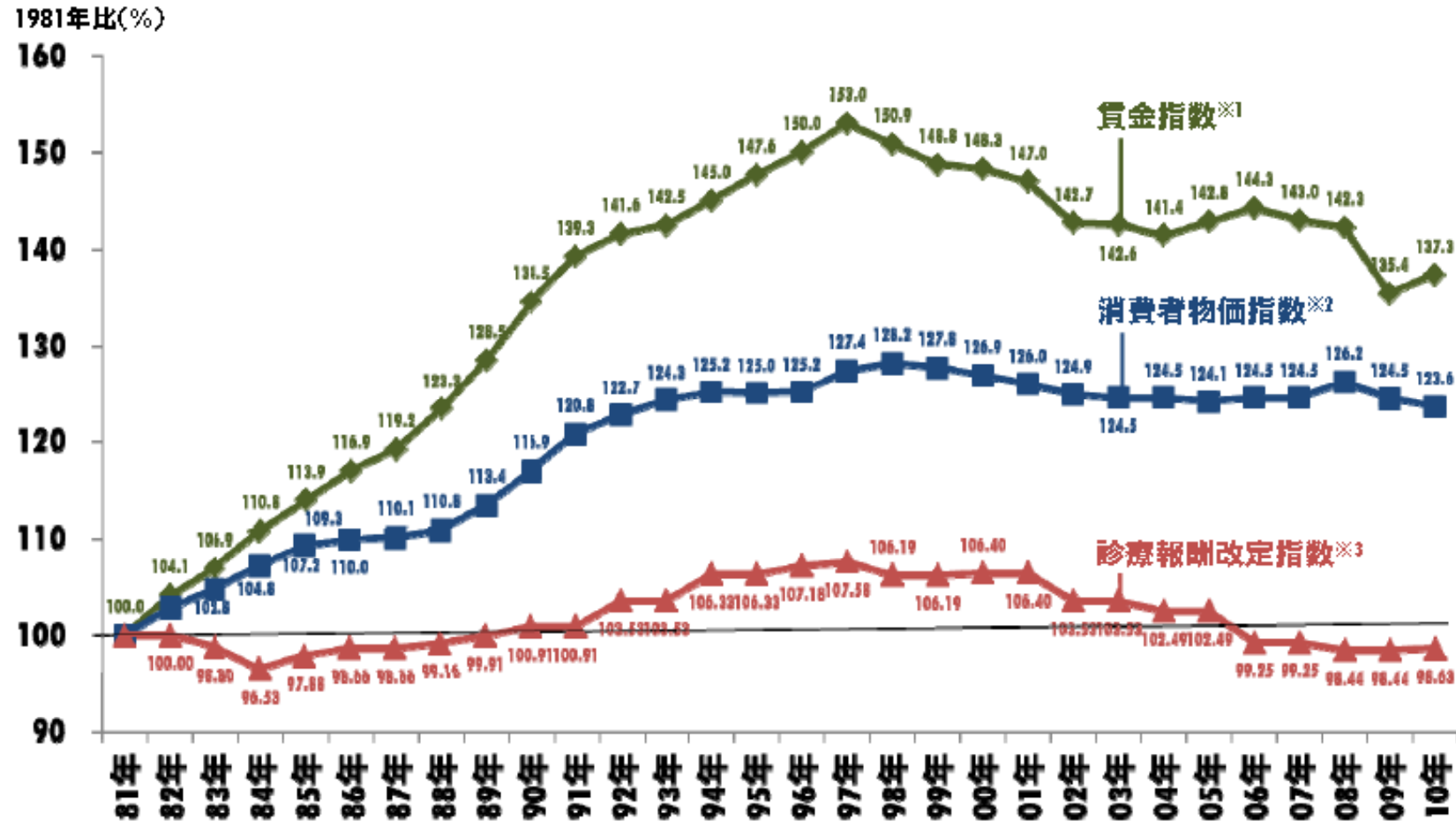
急性期も回復期も慢性期も
それぞれ本物しか残れない
それぞれの定義が明確化される



地域一般病棟
地域一般病床 } とは

地域の特に特徴のない病棟
という意味なのですか

賃金・物価指数を大きく下回ってきた診療報酬改定指数



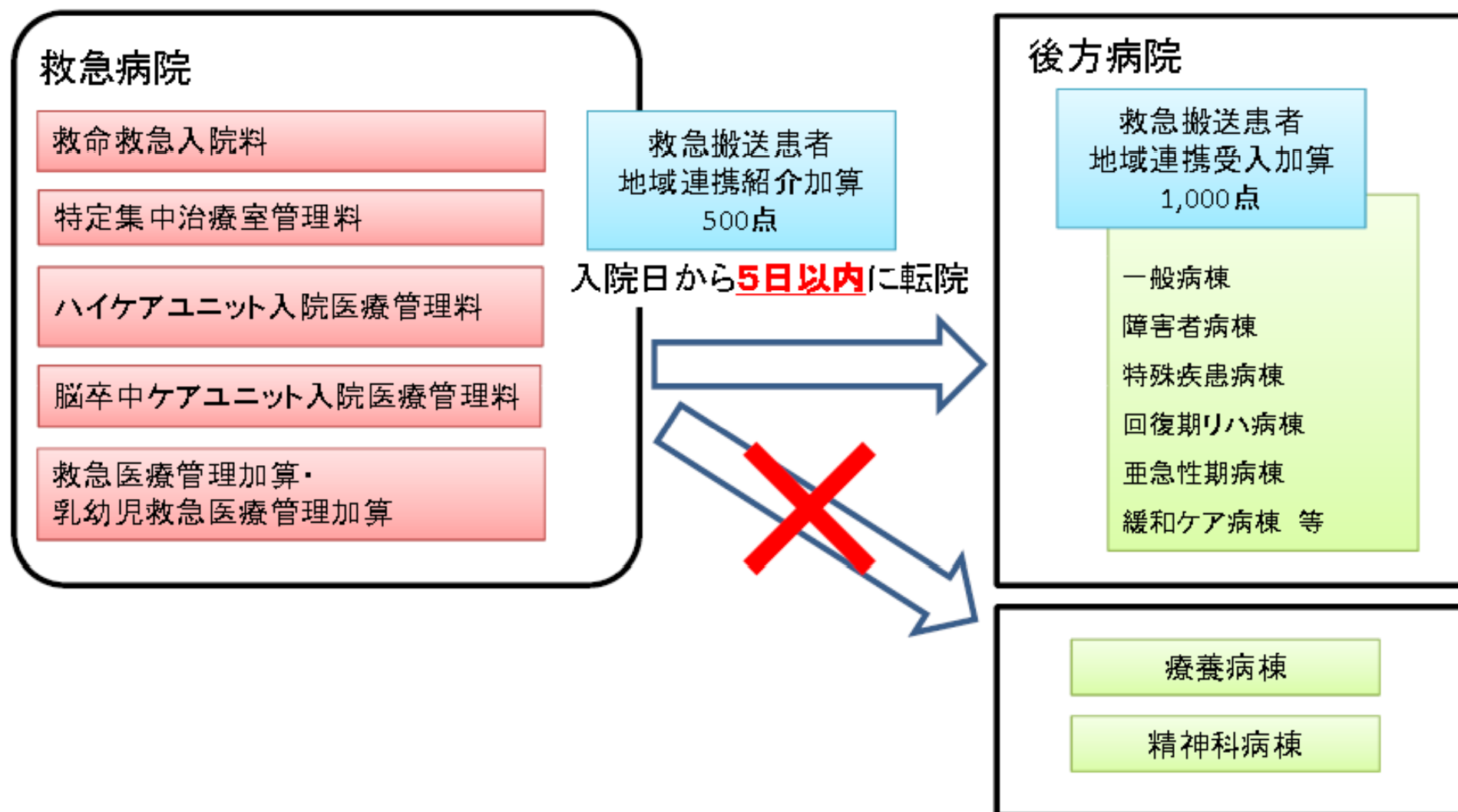
※1 厚生労働省「毎月勤労統計調査」賃金指数(現金給与総額、事業所規模30人以上)による。2011年2月16日公表分。

※2 総務省統計局「消費者物価指数年報」による。2011年8月12日公表分。

※3 厚生労働省発表全体改定率による。1981年を100とした指数で、当該年度の改定率を前年度の指数にかけることで、およその診療報酬単価の推移を示したものの。

救急医療の連携に係る主な診療報酬について

(模式図、現状)



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
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)
特定急病棟入院基本料	6.1万床 (28日)			
専門病棟入院基本料	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、重度の看護障害者、筋ジストロフィー、軽病者等が概ね7割以上			

特定入院料

救命救急入院料 6,277床

- 対象患者
 - ・看護障害又は昏睡
 - ・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
 - ・腎臓、看護障害、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
 - ・腎臓、看護障害、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(管理科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(7:1)病床からの転床(転院)患者が2/3以上(管理科2)
- 看護配置
 - ・看護職員13:1以上

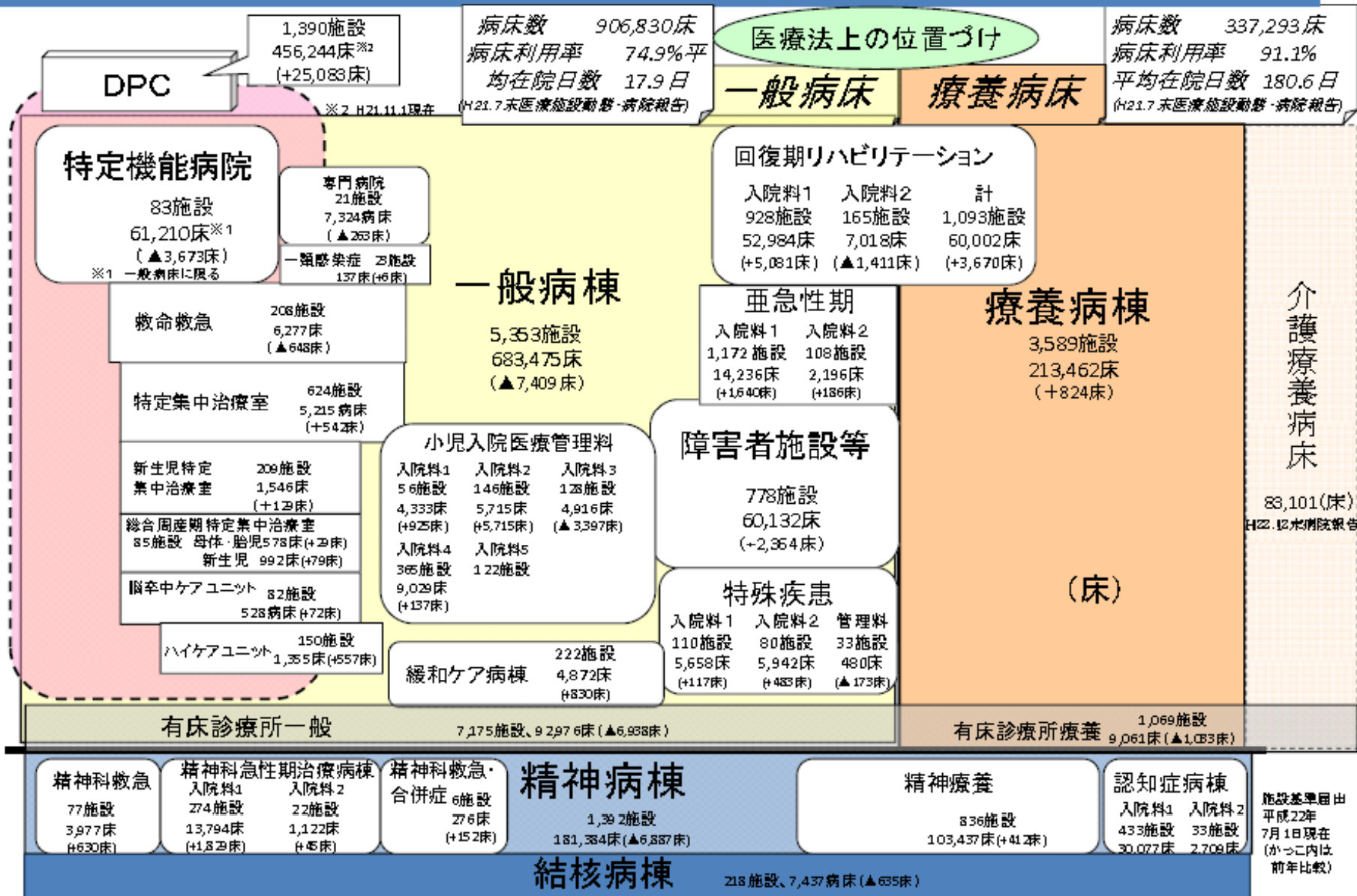
回復期リハビリテーション病棟入院料 23,749床

- 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(入院科1・2)
 - ・新規入院患者の3割以上が重症(入院科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

病院の機能に応じた分類(イメージ)



看護師配置

看護基準		100床 当たり 法定 看護師数	平均 在院 日数	条件						
				看護 師 比率	看護補助 配置基準		看護補助加算(点)			病棟 入院患者
					20:1	25:1	30:1	50:1	75:1	
7:1	(1.4:1)	72人	19日 以内	7割 以上	-	-	-	*	*	看護必要度の 基準を満たす 患者比率 1割以上
10:1	(2:1)	50人	21日 以内	7割 以上	-	-	-	*	*	
13:1	(2.6:1)	39人	24日 以内	7割 以上	-	-	-	(84)	(56)	
15:1	(3:1)	34人	60日 以内	4割 以上	-	-	(109)	(84)	(56)	
20:1	(4:1)	25人	-	2割 以上	-	-	-	-	-	医療区分2.3 患者割合 80%以上
25:1	(5:1)	20人	-	2割 以上	-	-	-	-	-	

* 急性期看護補助体制加算；14日限度で算定可、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センター、一般病棟用の重症度・看護必要度を満たす患者割合が7:1で15%以上、10:1で10%以上

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準

	回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2
点数 (基本点数)	1,720点	1,600点
算定上限	60～180日	
加算	休日リハビリテーション加算:60点(1日につき)	
	リハビリテーション充実加算:40点(1日につき)	
	重症患者回復病棟加算 50点(1日につき)	
1日当たりの リハビリ 提供単位数	1人1日当たり2単位以上のリハビリテーションの実施	
在宅復帰率	60%以上	
重症患者の 割合	20%以上	

	休日 リハビリテーション加算	リハビリテーション 充実加算	重症患者 回復病棟加算
施設 基準	休日を含め、週7日間 リハビリを提供する	1日当たり6単位以上 のリハを提供する	重症患者の3割以上が退院時に 日常生活機能評価で3点以上 改善していること

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。

4

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。

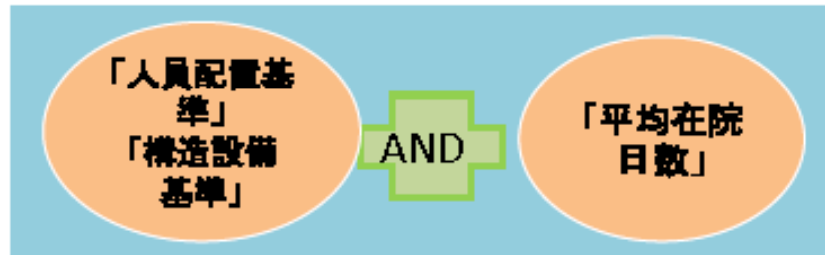
急性期病床群(仮称)の認定要件の考え方(1)

体制等に関する要件 【①】		実施に関する要件			
		<small>※ 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)</small>		【②】	【③】
要件	「人員配置基準」と「構造設備基準」	「平均在院日数」	「入院経路」	「処置内容」	「疾病・病態」
考え方	急性期医療を提供する体制に着目する	比較的短期間の入院に着目する	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)

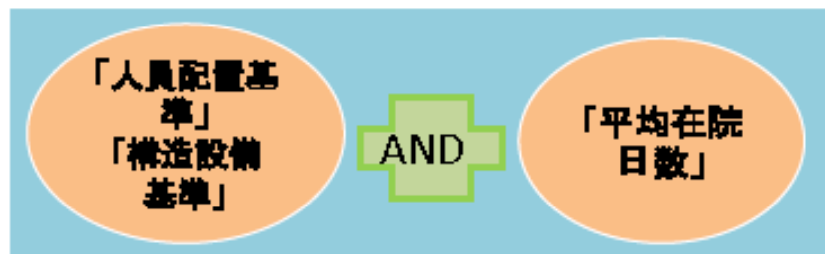
パターン1 (【①】&【②】)



AND



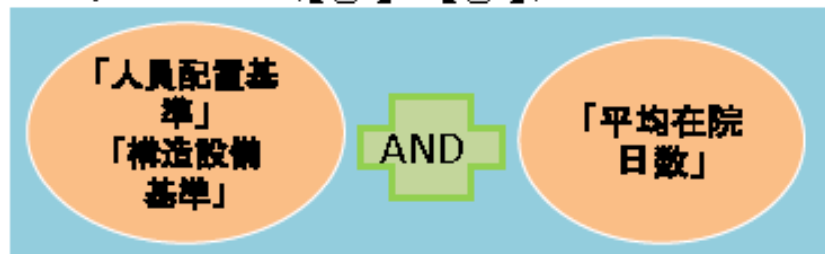
パターン2 (【①】&【③】)



AND



パターン3 (【①】&【④】)



AND



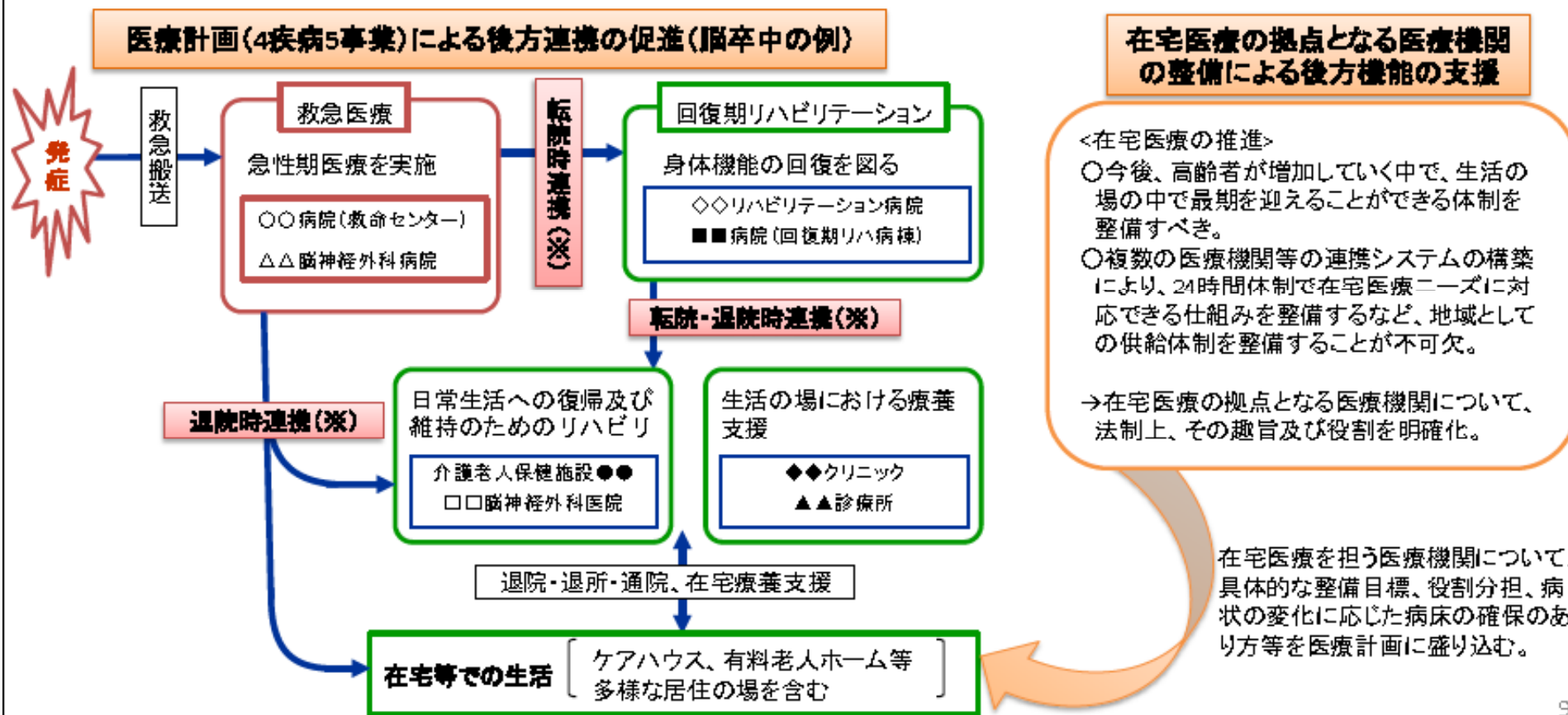
いずれかの要件を満たすこと



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

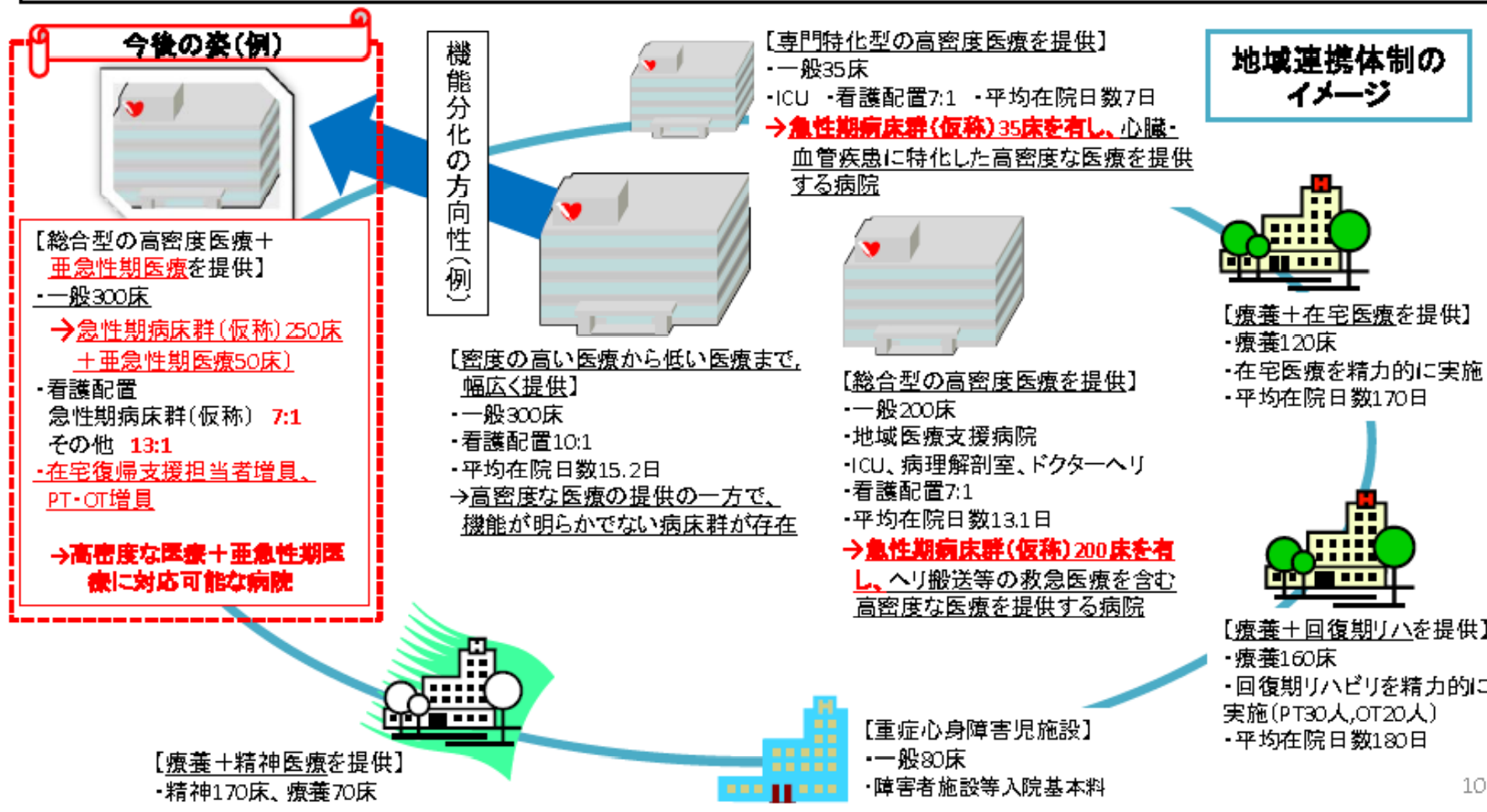
- 急性期から後方病床への患者の流れについては、シームレスな医療提供体制を構築することが重要であり、
 1. 現行においても、医療計画(4疾病5事業)により地域の連携体制の構築を図るとともに、
 2. 在宅医療の拠点となる医療機関の整備等によって、急性期から引き継ぐ医療の充実を図ることとしている。
- また、急性期病床群(仮称)を有する病院自身においても、退院支援部門等の設置により、退院後の患者を他の医療機関等にスムーズにつなげること等を求めることなどを検討。




※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。






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



いわゆる ケアミックス病院 の行方



急性期病院としての機能維持に
後れをとって、仕方なく慢性期病床
に移行している病院の
モチベーションは高いか。



ケアミックス病院の問題点

- D P C 病棟と療養の頻回な転棟
- 一般と療養のキャッチボール