

平成 27 年 10 月 22 日
一般社団法人日本病院会 副会長 相澤孝夫

病院と病床機能と診療報酬における評価のあり方について

はじめに；新たな医療提供体制を構築するために重要なことは、「医療提供者、国民、行政の三者が将来の姿のビジョンを共有しながら一体となって取り組むことである」と日本医師会・四病院団体協議会は提言したが、病床機能報告制度、地域医療構想、2025年の都道府県毎の必要病床数の推計値の公表及び診療報酬における評価と将来の姿のビジョンが医療提供者・国民・行政の三者において共有できていない現状があり、医療現場には混乱が広がっている。この状況下で拙速に改革をすすめることは混乱を更に助長する危険がある。理解の共有を優先した改革の推進をお願いしたい。

1；医療法で定められた病床機能報告制度では「その病棟における病床を概ねどの病期（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の患者が占めているか」を病棟毎にその病棟の病床数も含め報告することになった。したがって、急性期機能を持つ病棟として報告を行ったとしても、その病棟には急性期患者のみならず、回復期や慢性期の患者も一定数入院している。同様に、回復期機能を持つ病棟とし

て報告を行ったとしても、その病棟には回復期患者のみならず、急性期や慢性期の患者も一定数入院している。例えば、回復期病床 50 床と報告したとしても、入院している患者の病期で見れば 50 床全てに回復期の患者が入院しているわけではなく、何床かには急性期の患者や慢性期の患者が入院している。

一方、今般行われた病床機能毎の病床数推計は機能毎の 1 日医療資源投入量を設定した上で、機能毎の患者の延べ入院日数を計算して調査日数で除した数値を用い、それをその機能の患者が入院していた病床数として置き換えた数値から病床利用率を病床機能ごとに設定して計算したものである。その計算値で示された機能毎の病床数と病床機能報告制度から集計された機能毎の病床数が乖離しているのは至極当然の結果である。(別添 1) これらの各々の数値の意味が国民・医療機関・行政の間において、共通の理解となっておらず、理解の共有を図ることが、現在の混乱状態を是正するためにまず必要であると思われる。

特に、高齢者の救急や慢性疾患の急性増悪など高齢者の急性期医療を行っているにもかかわらず、病床機能報告制度においては回復期機能と報告せざるを得ない病棟であっても、急性期患者を治療し

ていることを国民に認知してもらう必要がある。(別添2)

2 ; 超高齢社会の到来で高齢者が増えることによる課題のひとつは、患者の退院までの日数が高齢になればなるほど長くなり、自宅復帰率が低下することである(別添3)。しかし、加齢に伴う入院日数延長の程度は疾患によって異なる(別添4)。高齢になれば急性期の期間が長くなり入院期間が延長するとは考えにくく、そこには、様々な要因(別添5)が関与していると思われる。高齢者が増加する今後、急性期を脱却した後に在宅復帰可能な状態となるまでの入院期間をいかに短縮できるかが日本の医療に課せられた今後の大きな課題であると思われるが、この点についても理解がすすんでいるとは思えない。

3 ; 高齢社会において重要なポジションを占められる地域包括ケア病棟に対する認識の格差がある。病床機能報告制度において、回復期と報告すべき病棟には、2つのタイプの病棟が存在する。その1つは、単に急性期後の患者を入院させるばかりでなく、高齢者の救急受入(在宅や介護施設等の患者の急性増悪にも対応)、かかりつけ医との連携機能や介護との連携、患者支援機能等の機能を有し、

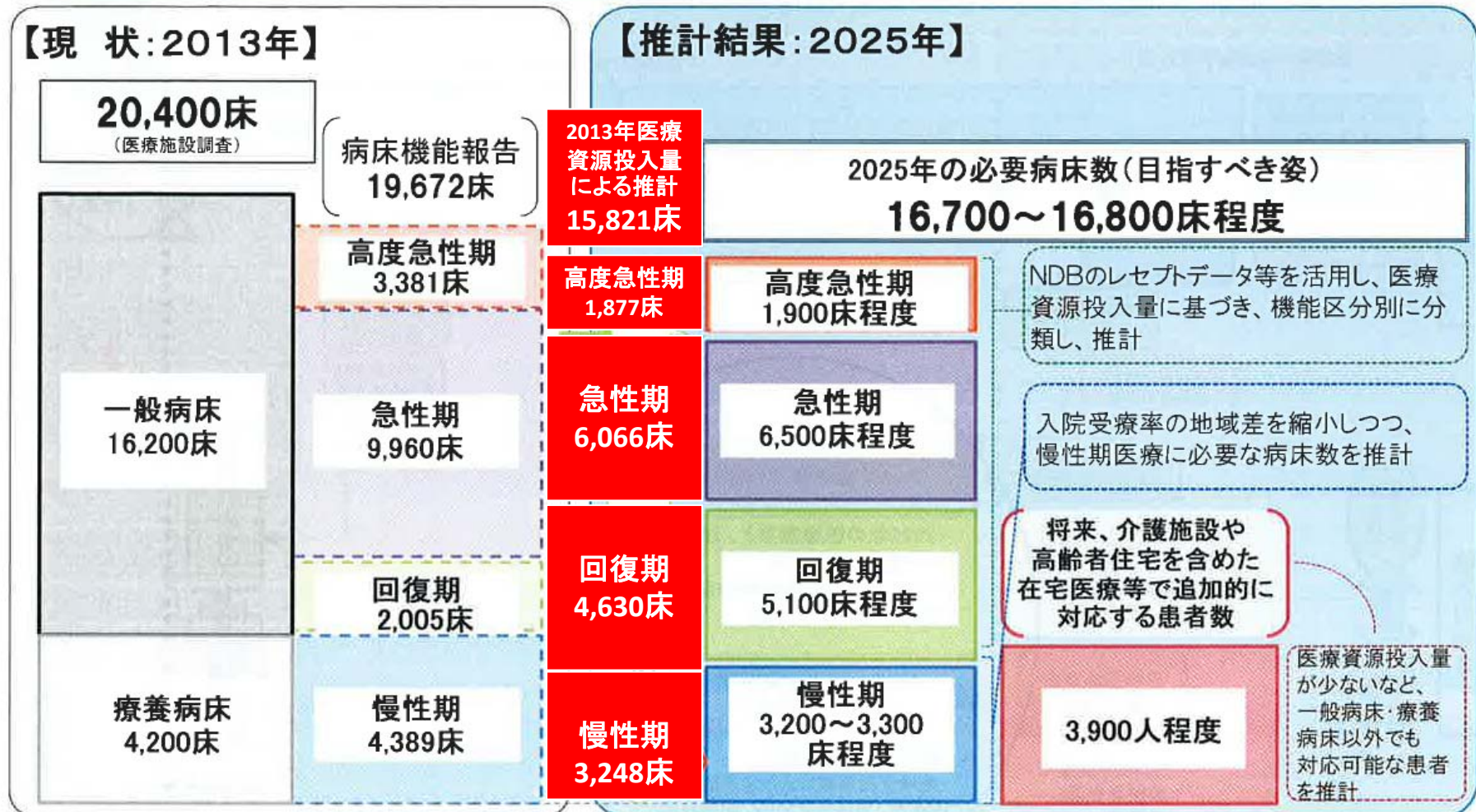
退院可能な状態となるまでの患者の回復に寄与し、在宅医療とも密接な連携を持つ病棟である。このような病棟を有する病院は、かかりつけ医と協働して地域包括ケアを推進すべきであるが、このような機能は病棟単独でできるものではなく病院全体で機能すべきである。このような病院が「地域において果たす役割が今後いかに必要であり、かつ今後の少子高齢化社会においていかに重要であるか」の理解の共有を国民・医療機関・行政の間で図ることが、将来に向かって前進するために必要である。診療報酬においては、病棟としての評価と病院としての評価を別々にかつ適切に行うべきであると推察する。もう1つのタイプは、急性期機能病棟を有する病院において、主として急性期後の患者を入院させ、退院可能なまでの患者回復に寄与する病棟である。この病棟はリハビリにより生活機能の回復を図ったり、介護の重度化予防を図る機能を有していなければならない。同じ回復期病棟でも前述した病棟とは異なる機能を有することになる。すでに、リハビリ機能を強化して、積極的に患者の機能回復を図る病棟は回復期リハビリ病棟として、リハビリ機能の強化度合いとリハビリ成果等により診療報酬上で評価を受けている。

4 ;病床機能報告制度において、急性期機能として報告する病棟は、高度急性期・急性期の患者数の多少により病棟毎の入院医療機能に差が生ずる。急性期医療の質を担保するためには、その病棟機能に応じた看護師の配置が必要である。しかし、複数の急性期病棟を有する病院の場合（特に救急患者を積極的に受け入れている場合）には、各病棟に入院する急性期患者の数や重症度は常に一定ではなく大きく変動する。しかし看護師配置を評価する入院基本料は病院における急性期機能病棟の全てで一種類の看護師配置しか認めていない。看護師配置については複数の急性期病棟間において、各病棟の機能（ある一定の機能を有する病棟は病棟群で）に応じて柔軟に看護師配置を行うことが現実的な対応である。また、急性期機能の病棟を有する病院の病院としての機能は様々である。高度急性期機能の病棟も有している病院も有れば急性期機能の病棟ばかりの病院や回復期機能・慢性期機能の病棟も有している病院もある。地域の事情に応じて病院は、様々な機能の病棟の組み合わせによって地域に必要とされる病院機能を発揮している現実がある。病院全体の機能は病棟の単なる総和ではなく、病院全体としてどのような機能を発揮して地域に貢献しているのかが重要である。地域における病棟の

機能別配置だけを議論するのではなく、現在わかりにくく複雑になっている病院の機能を国民にとって分かりやすい病院機能分類に再編し、地域における病院の配置についても検討すべきである。

以上

長野県における2025年のあるべき病床数の推計結果について



* 2015年7月時点 (未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(20,400床)とは一致しない。)

平成27年6月15日:内閣官房情報調査会資料
平成27年6月11日:長野県医療審議会資料

病院毎の診療報酬

別添2

診療報酬上の評価

急性期患者の割合 0%

50%

100%

病床機能報告(病棟機能)

ICU・HCU(?)

7:1入院基本料(?)

地域包括ケア病棟
入院料(?)

回復期患者の割合

100%

50%

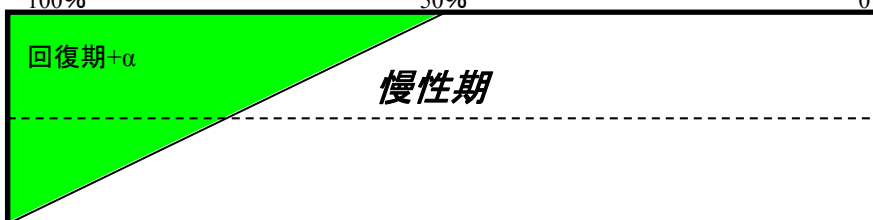
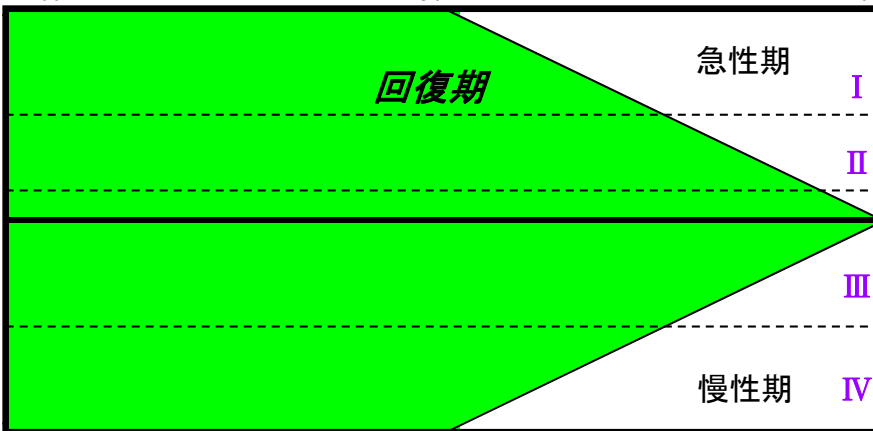
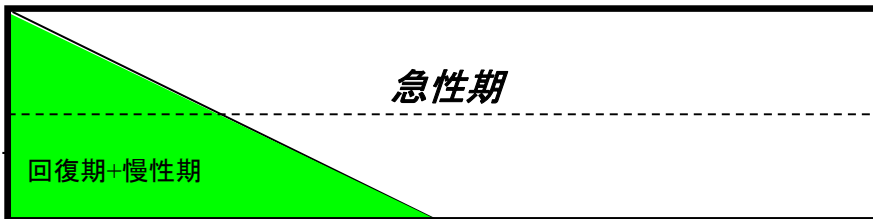
0%

慢性期患者の割合

100%

50%

0%



高度急性期病床

急性期病床

回復期病床

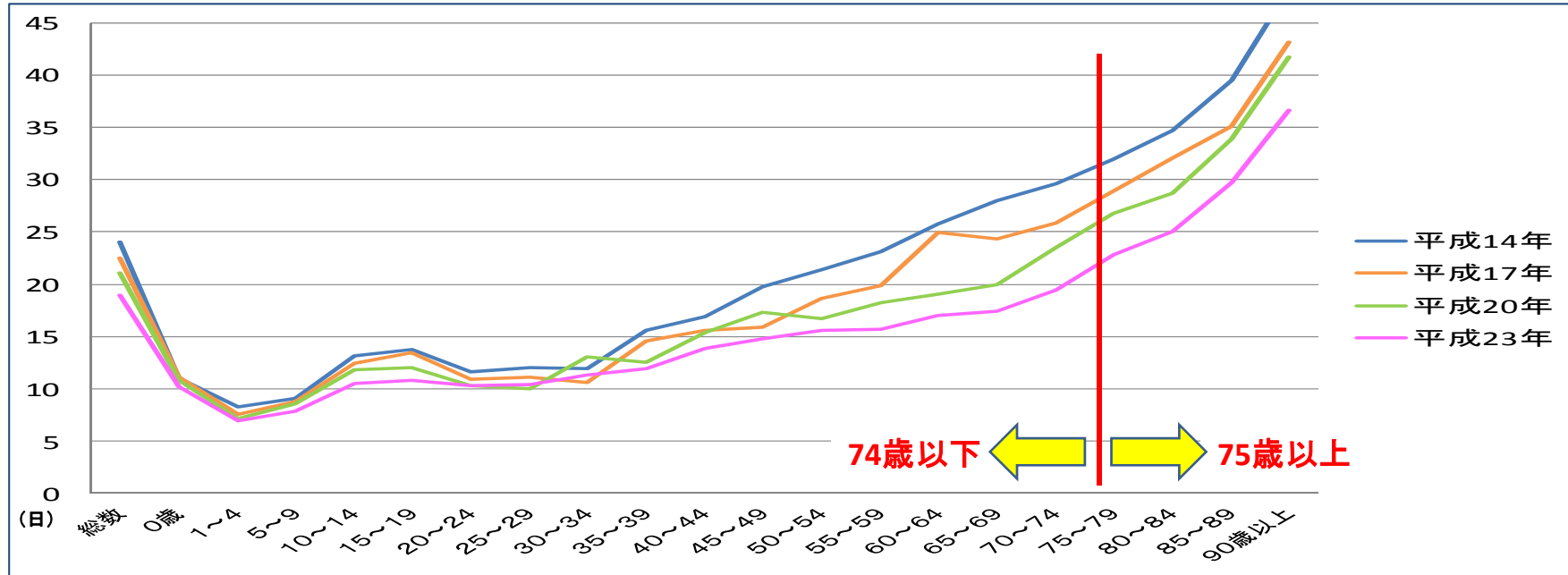
慢性期病床

病棟における病期毎の入院患者数の割合

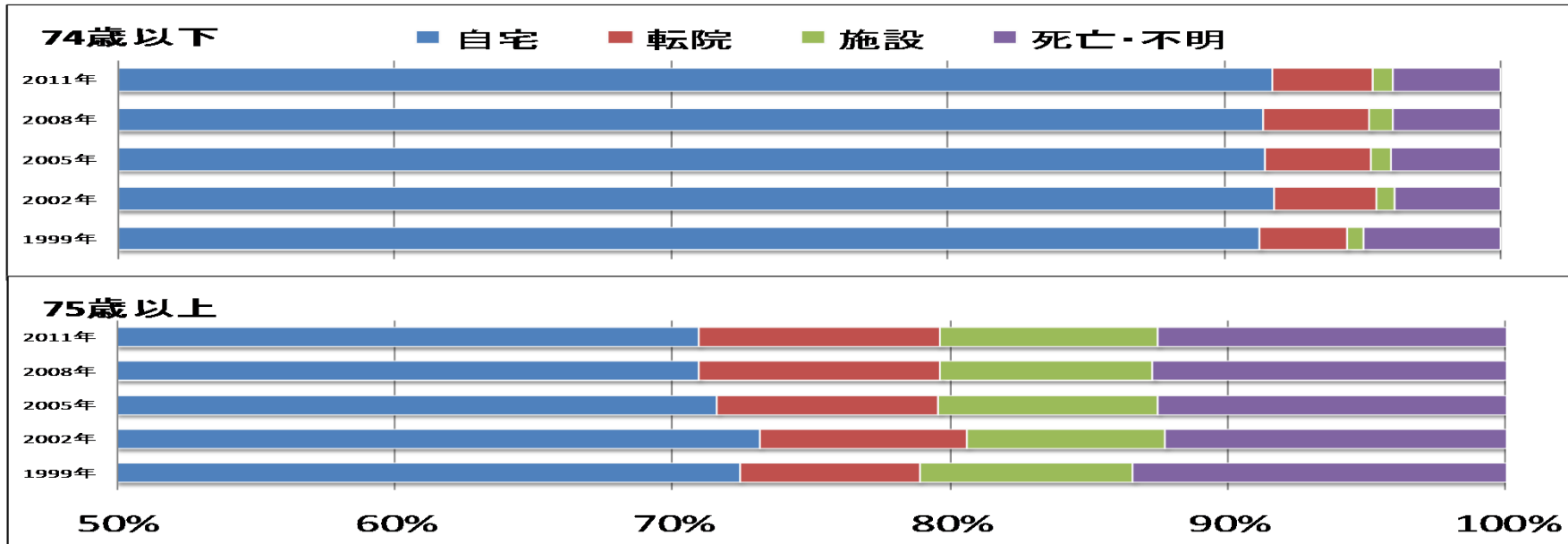
独自に作成

年齢別平均在院日数の変化【一般病床】

別添3



退院後の行き先



別添4

疾患別・年齢階級別 退院患者数および平均在院日数 (厚生労働省 平成23年9月患者調査)

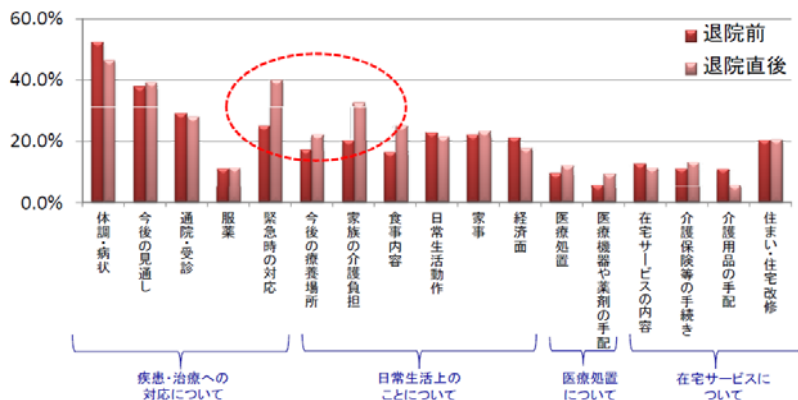
	病院全体		一般病床		0～19		20～64		65～74		75歳～	
	退院患者数	平均在院日数	退院患者数	平均在院日数	病院退院患者	平均在院日数	病院退院患者	平均在院日数	病院退院患者	平均在院日数	病院退院患者	平均在院日数
総数 (単位:千人)	1182.8	34.3	1107.3	18.9	99.4	9.5	436.6	24.3	233.9	35.3	409.5	50.2
1 感染症及び寄生虫症	32.5	21.9	31.0	18.2	6.5	6.2	10.6	14.3	4.8	24.3	10.5	37.6
2 新生物	234.3	19.9	231.8	18.3	2.9	19.6	91.2	15.7	68.4	18.5	71.3	26.7
(悪性新生物)(再掲)	201.4	21.0	199.2	19.3	1.4	32.2	71.4	17.0	62.6	19.0	65.5	27.0
胃の悪性新生物(再掲)	(21.5)	22.4	(21.2)	20.2			(6.4)	16.3	(6.9)	19.9	(8.1)	29.2
結腸及び直腸の悪性新生物(再掲)	(33.6)	18.1	(33.3)	15.8	0		(11.5)	13.0	(11.1)	14.2	(10.8)	27.5
気管、気管支及び肺の悪性新生物(再掲)	(27.9)	21.9	(27.6)	20.2	0		(8.3)	19.5	(9.7)	19.7	(9.8)	26.1
3 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	8.1	30.4	8.0	28.1	1.1	13.7	2.1	18.5	1.3	32.0	3.6	41.9
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	33.8	29.1	32.3	21.7	2	7.6	12.2	21.4	6.5	25.0	13.1	43.5
糖尿病(再掲)	17.7	35.1	16.8	24.2	0.2	16.9	8	26.2	4.4	26.3	5	65.2
5 精神及び行動の障害	34.1	304.1	5.9	44.0	1.3	39.7	20.7	192.2	4.8	606.6	7.1	463.2
6 神経系の疾患	39.0	78.6	33.0	35.0	4.3	17.7	14.5	52.1	6.9	69.0	13.1	131.0
7 眼及び付属器の疾患	41.4	6.1	41.3	5.9	0.8	10.0	9.6	6.6	12	6.3	18.9	5.6
白内障(再掲)	28.8	4.7	28.7	4.6	0		4.3	3.4	8.7	4.9	15.4	4.9
8 耳及び乳様突起の疾患	9.7	8.1	9.6	7.9	1.1	5.0	4.2	7.6	2.2	7.6	2.3	10.8
9 循環器系の疾患	157.9	45.9	143.9	23.6	1.2	14.6	41.2	23.2	39.8	29.4	75.3	67.4
(心疾患(高血圧性のものを除く))(再掲)	82.4	21.6	80.3	15.5	0.6	14.8	21.6	9.4	21.7	10.9	38.3	34.4
虚血性心疾患(再掲)	(44.1)	9.4	(43.8)	8.0	0		(14.0)	6.5	(14.2)	6.4	(15.8)	14.6
脳血管疾患(再掲)	50.9	97.4	39.7	44.5	0.1	24.9	11.4	57.3	11.7	70.4	27.3	126.7
10 呼吸器系の疾患	104.2	26.1	99.8	20.0	29.4	5.6	17.9	13.9	10.7	30.8	45.8	43.2
肺炎(再掲)	41.4	28.7	39.2	22.4	10.1	5.7	4.6	16.3	4.2	36.5	22.2	40.3
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患(再掲)	7.5	31.5	7.0	17.6	3.8	5.9	0.3	34.5	0.6	37.5	2.6	68.8
11 消化器系の疾患	138.2	13.0	136.8	12.0	7.4	5.6	55.5	10.2	29.4	11.6	45.5	18.7
肝疾患(再掲)	9.6	27.6	9.2	23.8	0		4.3	21.8	2.4	25.0	2.8	38.6
12 皮膚及び皮下組織の疾患	18.0	26.0	17.4	22.3	1.5	7.1	6.1	17.6	3.3	28.1	7.3	35.7
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	53.8	32.6	50.5	25.4	3	13.2	19.5	21.3	12.4	27.2	18.8	51.1
関節症(再掲)	9.5	38.2	8.9	33.8	0		2.6	27.3	2.6	32.5	4.2	49.2
脊柱障害(再掲)	23.3	28.2	22.2	22.2			9	18.5	5.7	23.2	8	44.0
14 腎尿路生殖器系の疾患	58.0	21.9	56.5	17.4	3	9.1	23.8	11.5	10.6	22.9	20.6	35.2
糸球体疾患、腎尿管間質性疾患及び腎不全(再掲)	26.8	35.3	25.7	27.0	1.4	13.1	8	22.3	5.4	34.2	11.9	47.1
乳房及び女性生殖器の疾患(再掲)	8.9	5.9	8.8	5.8	0.1	7.7	7.5	5.2	0.7	8.8	0.4	11.7
15 妊娠、分娩及び産じょく	51.5	9.2	51.5	9.2								
17 先天奇形、変形及び染色体異常	7.8	16.5	7.8	15.8	5.5	14.9	1.6	17.7	0.3	22.3	0.2	26.1
18 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	24.8	20.3	23.9	15.5	2.9	6.4	6.9	9.6	4.1	15.5	10.9	31.9
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	106.3	32.9	97.9	25.6	10.5	8.5	36.8	19.1	15.4	37.1	43.4	49.0
骨折(再掲)	60.4	39.6	53.9	31.7	4.2	8.0	16.6	21.7	8.3	39.7	30.8	53.4
20 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの	15.6	8.0	14.9	6.6	0.8	6.1	11.4	5.5	1.4	10.2	1.9	22.7

患者が退院前後で「不安・困り事」を有する割合

平成23年
1月21日
中医協資料
一部修正

○ 退院前後の患者の不安や困り事は、1)疾患・治療への対応について、2)日常生活上のことについて、3)医療処置について、4)在宅サービスについてなどが挙げられる。特に、入院中に具体的な状況を想像しにくいことは、退院後に不安が大きくなることが予想される。

退院前:入院中、病棟で調査票に記入
退院後:退院して1週間から10日後に、自宅に調査票を郵送



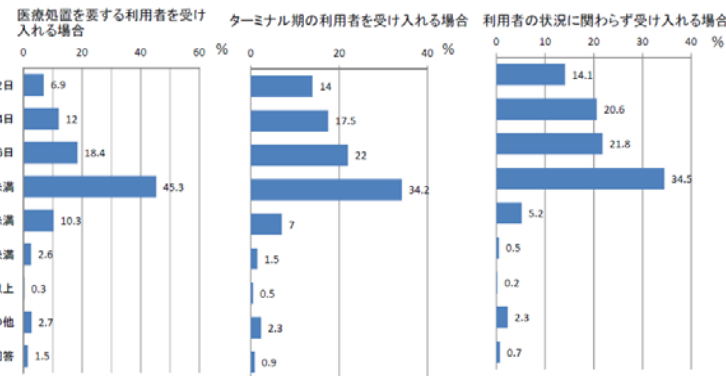
村島ら「高齢者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因」2007

平成23年11月11日 中央社会保険医療協議会 総会資料より

在宅への移行に必要な準備期間

平成23年
1月21日
中医協資料

医療処置を要する利用者、ターミナル期の利用者、また、利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、「1週間以上、2週間未満」準備に最低限必要である。



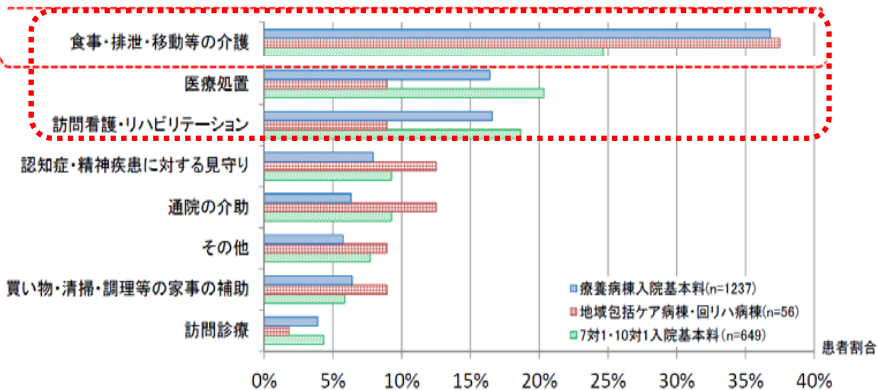
川越博美:早期退院における病院との連携を推進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究
平成14年社会福祉・医療事業財団(長寿社会福祉基金)助成事業3月

平成23年11月11日 中央社会保険医療協議会 総会資料より

退院困難な患者が退院後に必要な支援

○ 入院中の患者のうち、医学的な理由以外で退院できない患者が、退院後に必要な支援としては「食事・排泄・移動等の介護」が最も多かった。

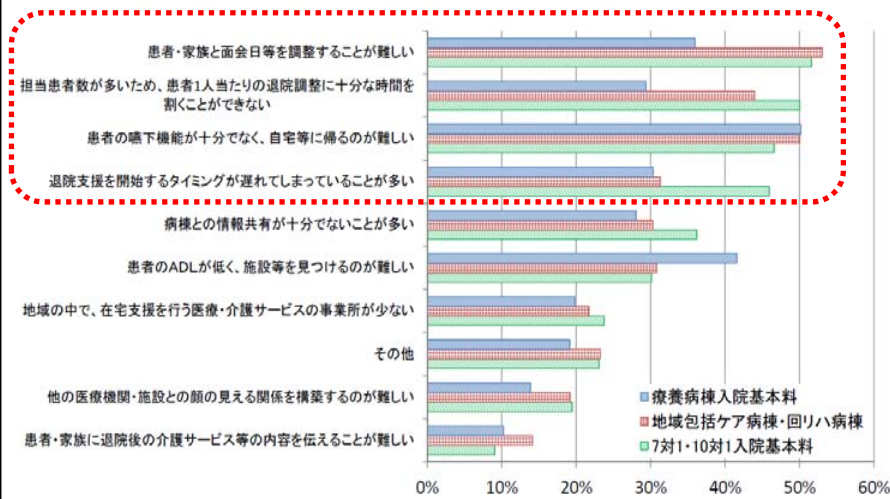
<医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院できない患者が退院後に必要な支援>



平成27年6月10日 中央社会保険医療協議会 総会資料より

退院支援を行うに当たって困難な点

○ 退院支援室等において、退院支援を行うに当たって困難な点として、患者・家族との面会や十分な退院調整に向けた時間の確保、嚥下機能が低下した患者の取扱い等が挙げられた。



平成27年6月10日 中央社会保険医療協議会 総会資料より