

# 急性期医療に関する作業グループ第1回会合 提出資料

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

# 診療報酬(平成22年度)の入院基本料等

(一般病床に関する入院基本料)

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

## 特定入院料

### 救命救急入院料 6,277床

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

### 特定集中治療室管理料 5,215床

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

### 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 528床

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

### ハイケアユニット入院医療管理料 1,355床

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

### 新生児特定集中治療室管理料 1,546床

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

### 総合周産期特定集中治療室管理料 1,570床

- 看護配置 助産師又は看護師3:1以上

### 新生児治療回復室入院医療管理料 102床

- 看護配置 助産師又は看護師6:1以上

### 一類感染症患者入院医療管理料 137床

- 看護配置 看護師2:1以上

### 小児入院医療管理料 28,326床

- 看護配置 看護師7:1以上又は看護職員10:1~15:1以上

### 特殊疾患入院医療管理料 480床

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

### 特殊疾患病棟入院料 11,600床

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

### 亜急性期入院医療管理料 16,432床

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

### 回復期リハビリテーション病棟入院料 23,749床

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

### 緩和ケア病棟入院料 4,872床

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

# 一般病床の機能について

	高度急性期	～	一般急性	～	亜急性期等(軽度の急性期を含む)
	高 診療密度				低
主たる患者像	<ul style="list-style-type: none"> <li>○発症・受傷直後の特に重症の患者</li> <li>○高度な手術を要する患者(心臓外科、移植手術等)</li> <li>○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</li> <li>○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</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○中程度の急性疾患の患者</li> <li>○一般的な手術を要する患者</li> <li>○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</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○軽度の急性疾患の患者</li> <li>○急性増悪した在宅慢性患者</li> <li>○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</li> <li>○緩和ケアを要する患者</li> <li>○脊髄損傷、筋ジストロフィー等の特殊疾患の患者</li> </ul>
期待される医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高度な手術等の侵襲性の高い治療</li> <li>○複数科にわたる総合力のある医療</li> <li>○三次救急</li> <li>○担っている医療に求められるチーム医療</li> <li>○担っている医療にふさわしい安全管理体制</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○一般的な手術や急性疾患への対応</li> <li>○急性期リハビリ</li> <li>○二次救急</li> <li>○担っている医療に求められるチーム医療</li> <li>○担っている医療にふさわしい安全管理体制</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○点滴等の比較的侵襲性の低い医療</li> <li>○混在ニーズ対応(ケアミクス)</li> <li>○回復期リハビリ</li> <li>○緩和ケア</li> <li>○特殊疾患等への医療</li> <li>○担っている医療に求められるチーム医療</li> <li>○担っている医療にふさわしい安全管理体制</li> </ul>
	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"><li>●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。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>●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。</li></ul>
医療機関	<ul style="list-style-type: none"><li>●認定を受けるかどうかにあたり自院の機能を把握しつつ、他院の状況を踏まえながら、地域において自院に求められる機能や方向性を見い出すことができる。</li><li>→●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。</li><li>→●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。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>●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。</li><li>●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。</li><li>●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。</li></ul>
地域	<ul style="list-style-type: none"><li>●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。</li><li>●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。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>●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。</li></ul>

# 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ことは適当ではない。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。

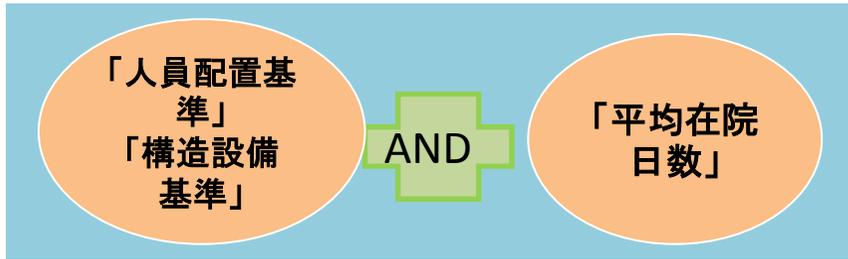
## 急性期病床群(仮称)の認定要件の考え方(1)

<b>体制等に関する要件</b>  <b>【①】</b>		<b>実施に関する要件</b>			
		<b>【②】</b>	<b>【③】</b>	<b>【④】</b>	
<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>					
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

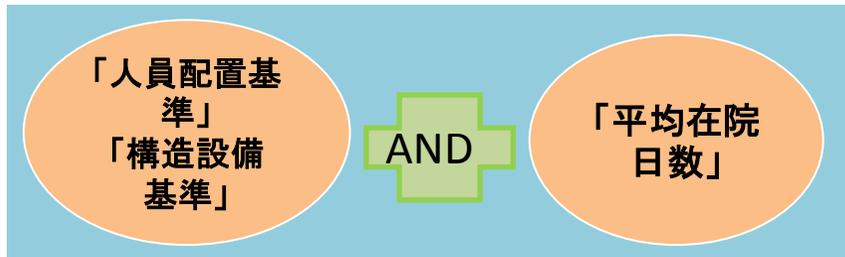
# 急性期病床群(仮称)の認定要件の考え方(2)

※ 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)

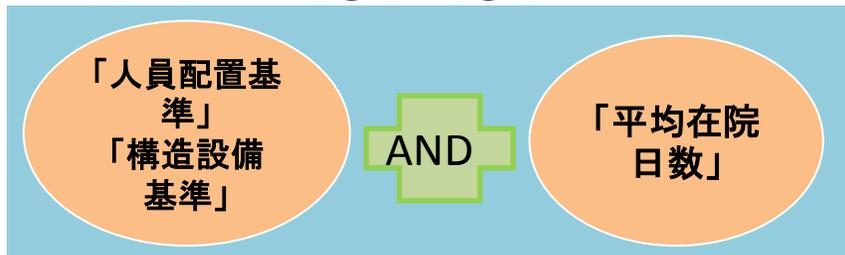
## パターン1 (【①】&【②】)



## パターン2 (【①】&【③】)



## パターン3 (【①】&【④】)



いずれかの要件を満たすこと

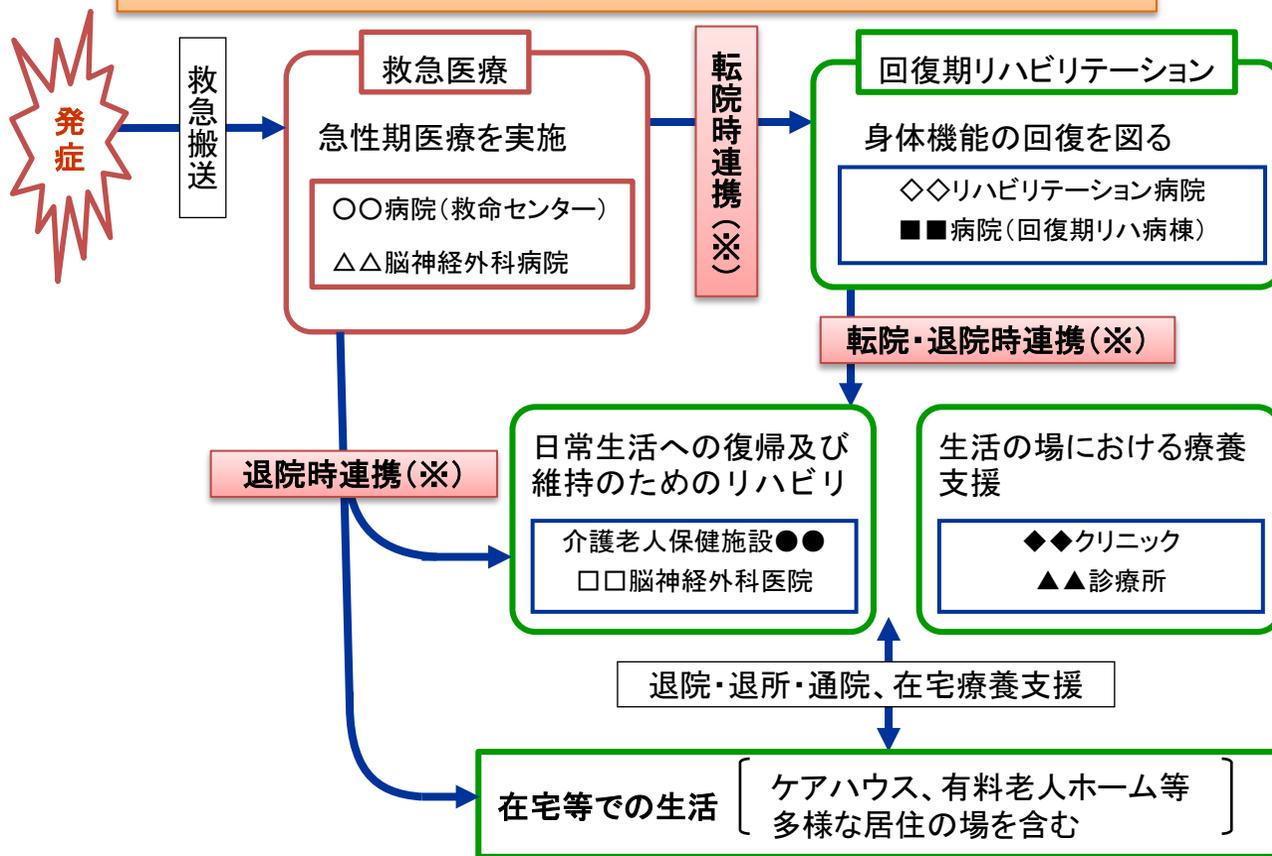


急性期病床群(仮称)に認定

# 急性期病床群(仮称)を支える後方支援・連携のあり方について

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

## 医療計画(4疾病5事業)による後方連携の促進(脳卒中の例)



## 在宅医療の拠点となる医療機関の整備による後方機能の支援

### <在宅医療の推進>

- 今後、高齢者が増加していく中で、生活の場の中で最期を迎えることができる体制を整備すべき。
- 複数の医療機関等の連携システムの構築により、24時間体制で在宅医療ニーズに対応できる仕組みを整備するなど、地域としての供給体制を整備することが不可欠。

→在宅医療の拠点となる医療機関について、法制上、その趣旨及び役割を明確化。

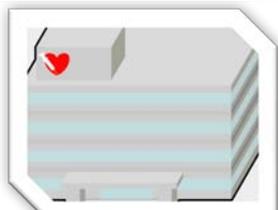
在宅医療を担う医療機関について、具体的な整備目標、役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込む。

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

# 二次医療圏における病床の機能分化の例

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

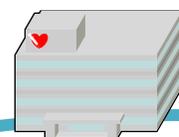
## 今後の姿(例)



【総合型の高密度医療+亜急性期医療を提供】

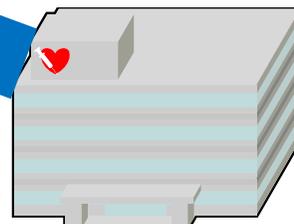
- ・一般300床
- 急性期病床群(仮称)250床 + 亜急性期医療50床
- ・看護配置 急性期病床群(仮称) 7:1  
その他 13:1
- ・在宅復帰支援担当者増員、PT・OT増員
- 高密度な医療+亜急性期医療に対応可能な病院

機能分化の方向性(例)



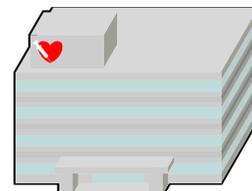
【専門特化型の高密度医療を提供】

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



【密度の高い医療から低い医療まで、幅広く提供】

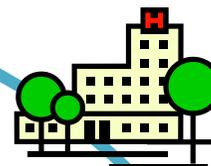
- ・一般300床
- ・看護配置10:1
- ・平均在院日数15.2日
- 高密度な医療の提供の一方で、機能が明らかでない病床群が存在



【総合型の高密度医療を提供】

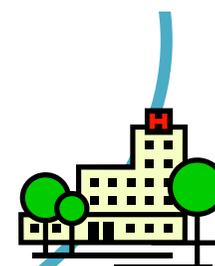
- ・一般200床
- ・地域医療支援病院
- ・ICU、病理解剖室、ドクターヘリ
- ・看護配置7:1
- ・平均在院日数13.1日
- 急性期病床群(仮称)200床を有し、ヘリ搬送等の救急医療を含む高密度な医療を提供する病院

## 地域連携体制のイメージ



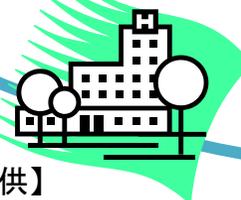
【療養+在宅医療を提供】

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



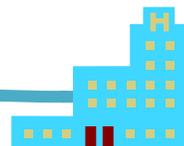
【療養+回復期リハを提供】

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



【療養+精神医療を提供】

- ・精神170床、療養70床



【重症心身障害児施設】

- ・一般80床
- ・障害者施設等入院基本料

## これまでの医療部会の議論を踏まえ、作業グループで議論すべき論点

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