

平成24年1月26日(木)
14時～16時
中央合同庁舎第5号館9階
厚生労働省省議室

急性期医療に関する作業グループ 第3回会合

議 事 次 第

- 一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について

(配布資料)

資料 1 「一般病床」の現状について

資料 2 急性期病床の各国定義

参考資料 1 急性期医療に関する作業グループ第1回及び第2回会合提出資料

参考資料 2 医療提供体制の改革に関する意見(抄)

参考資料 3 社会保障審議会医療部会(12/1)資料(抄)

参考資料 4 社会保障審議会医療部会(11/17)資料(抄)

参考資料 5 社会保障審議会医療部会(3/9)資料(抄)

(構成員提出資料)

横倉構成員提出資料

(平成24年1月26日現在)

急性期医療に関する作業グループ構成員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
永井 良三	東京大学大学院教授
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
横倉 義武	(社) 日本医師会副会長

「一般病床」の現状について

目次

I	一般病床を有する病院について	2
I-①	平均在院日数について	4
I-②	一般病床で実施されている医療の内容について	13
I-③	病院が有する体制について	32
II	DPC対象病院とDPC準備病院について	39

I 一般病床を有する病院について

基本データ

○「平成20年患者調査」「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」「平成20年社会医療診療行為別調査(6月審査分)」を基に、一般病床を有する6,028病院を対象にした分析を実施。そのうち、「病院報告」「医療施設静態調査」は全数調査であり、「患者調査」「社会医療診療行為別調査」は抽出調査。

○平成20年度のDPC対象病院は715だが、「平成20年社会医療診療行為別調査(6月審査分)」で抽出したDPC対象病院はそのうちの273であり、それを今回の分析対象のDPC対象病院としている。

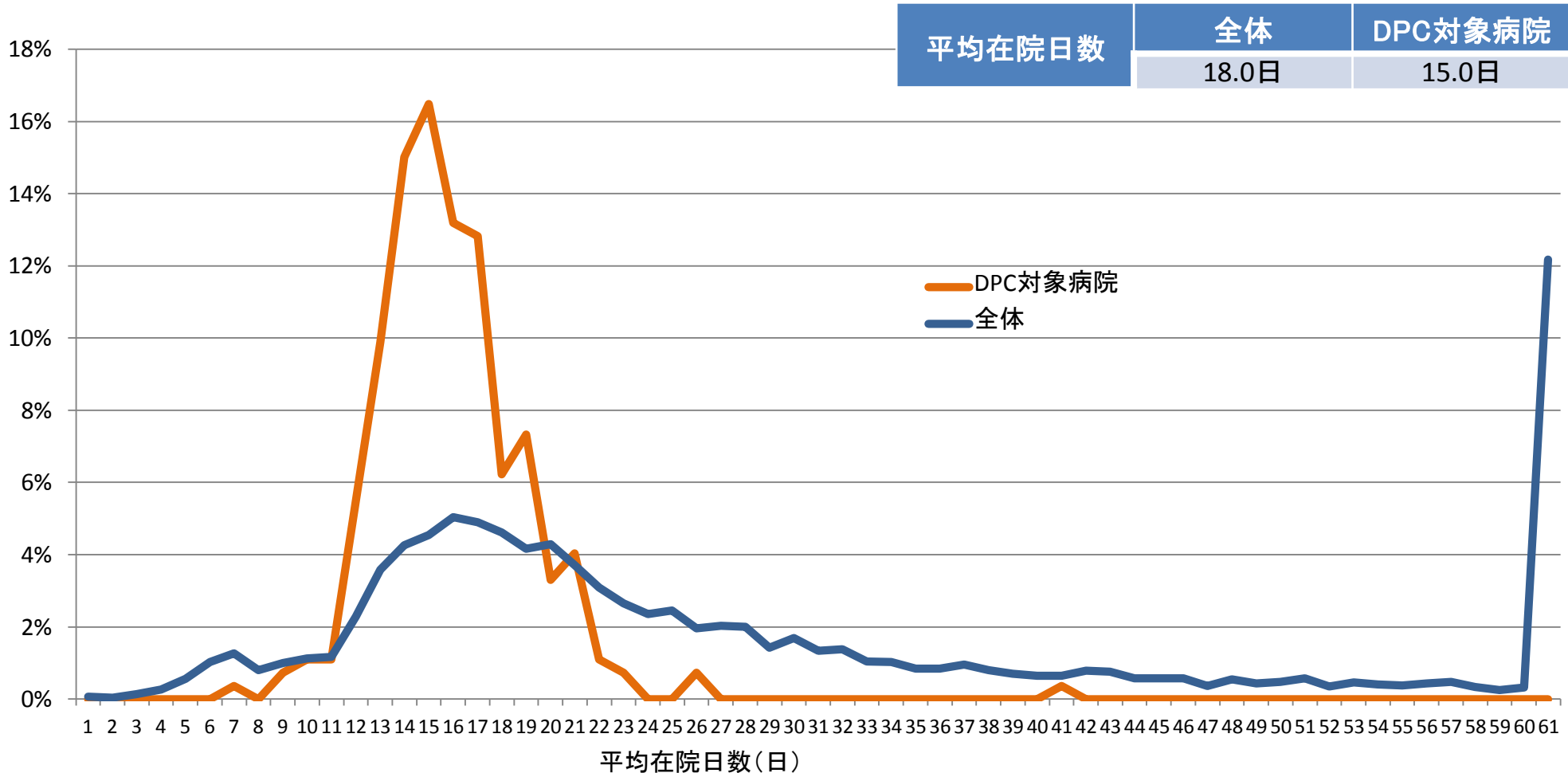
○「平均在院日数」とは、一般病床の平均在院日数を指す。なお、算定に当たっては、病院報告における定義 $\left(\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \right)$ を用いた。

項目		病院数		病床数	
分析対象病院	平均在院日数19日以下	6,028 ※うち「患者調査」の対象は4,354病院、「社会医療診療行為別調査」の対象は846病院	2,461 (40.8%)	904,202	552,224 (61.1%)
	平均在院日数19日より長い		3,567 (59.2%)		351,978 (38.9%)
病床規模別	100床未満	平均在院日数19日以下	3,424 (56.8%)	178,423 (19.7%)	50,623 (28.4%)
			平均在院日数19日より長い		1,001 (29.2%)
	100床以上 200床未満	平均在院日数19日以下	1,222 (20.3%)	172,836 (19.1%)	63,196 (36.6%)
			平均在院日数19日より長い		432 (35.4%)
	200床以上 300床未満	平均在院日数19日以下	460 (7.6%)	111,201 (12.3%)	63,905 (57.5%)
			平均在院日数19日より長い		263 (57.2%)
	300床以上 400床未満	平均在院日数19日以下	383 (6.4%)	128,684 (14.2%)	99,005 (76.9%)
			平均在院日数19日より長い		294 (76.8%)
	400床以上 500床未満	平均在院日数19日以下	216 (3.6%)	94,267 (10.4%)	78,504 (83.3%)
			平均在院日数19日より長い		179 (82.9%)
	500床以上	平均在院日数19日以下	323 (5.4%)	218,791 (24.2%)	196,991 (90.0%)
			平均在院日数19日より長い		292 (90.4%)

I -① 平均在院日数について

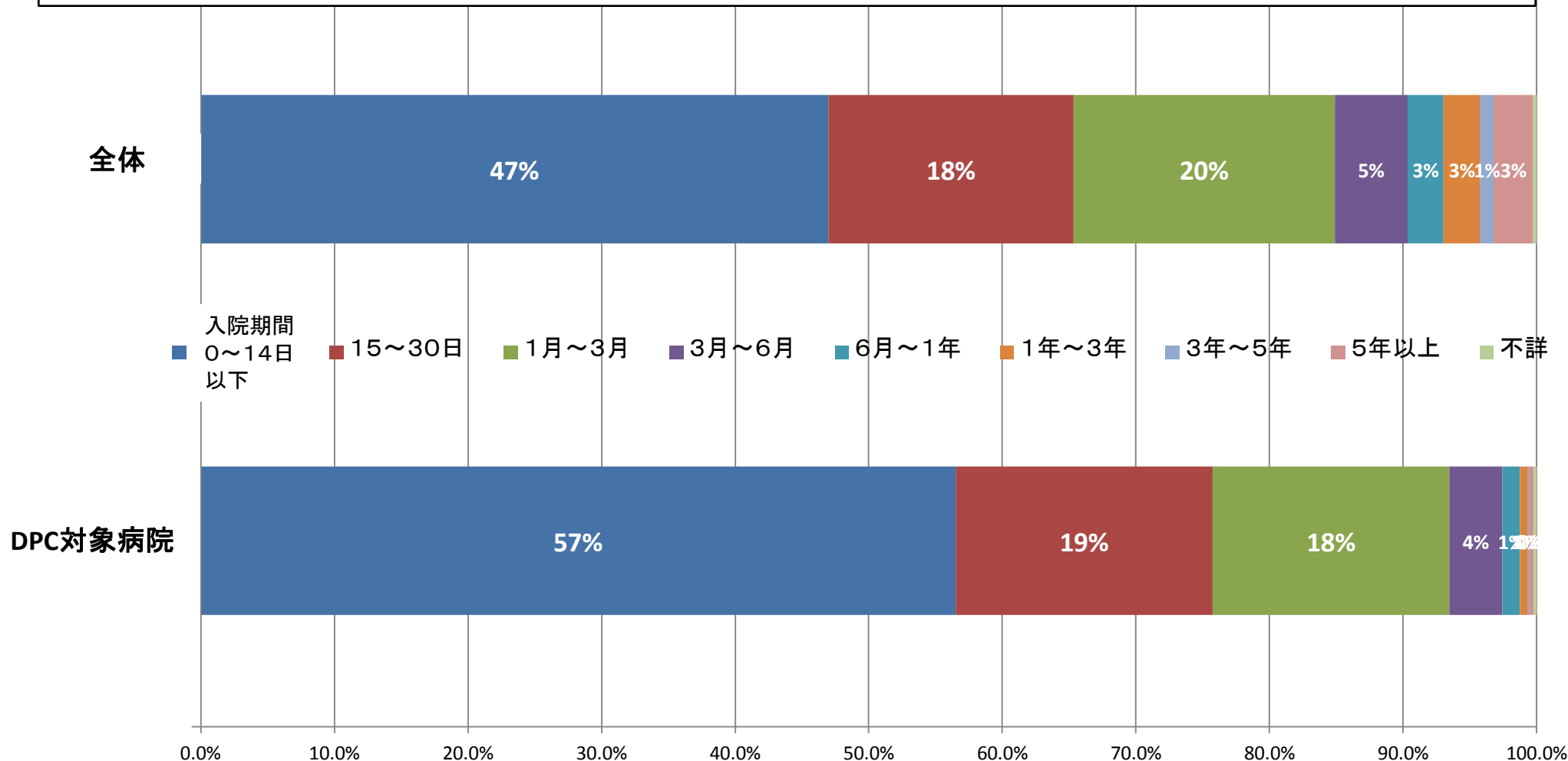
平均在院日数別の病院の分布

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



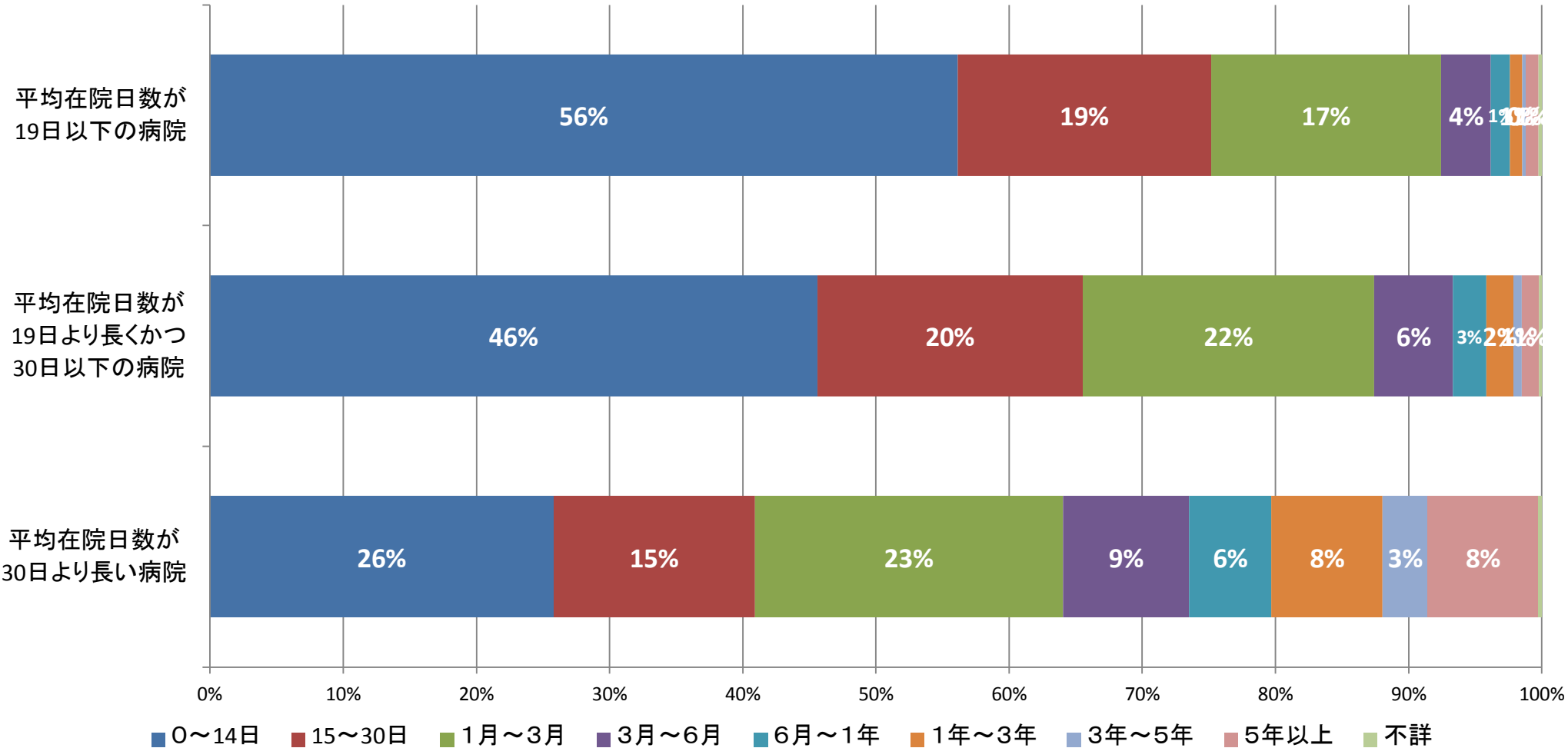
入院患者の入院期間別内訳

- 「一般病床を有する病院」においては、一般病床における入院期間別の患者の割合をみると、入院期間が30日以下の患者が約65%、入院期間が3月以上の患者が約15%であった。
- 分析対象のDPC対象病院においては、一般病床に入院した患者のうち、入院期間が30日以下の患者が約76%、入院期間が3月以上の患者が約6%であった。



入院患者の入院期間別内訳

- 「一般病床を有する病院」のうち平均在院日数が19日以下の病院においては、一般病床に入院している患者のうち、入院期間が30日以下の患者が約75%、入院期間が3月以上の患者が約8%であった。
- 平均在院日数が19日より長くかつ30日以下の病院においては、入院期間が30日以下の患者が約66%、入院期間が3月以上の患者が約13%であった。
- 平均在院日数が30日より長い病院においては、入院期間が30日以下の患者が約41%、入院期間が3月以上の患者が約36%であった。

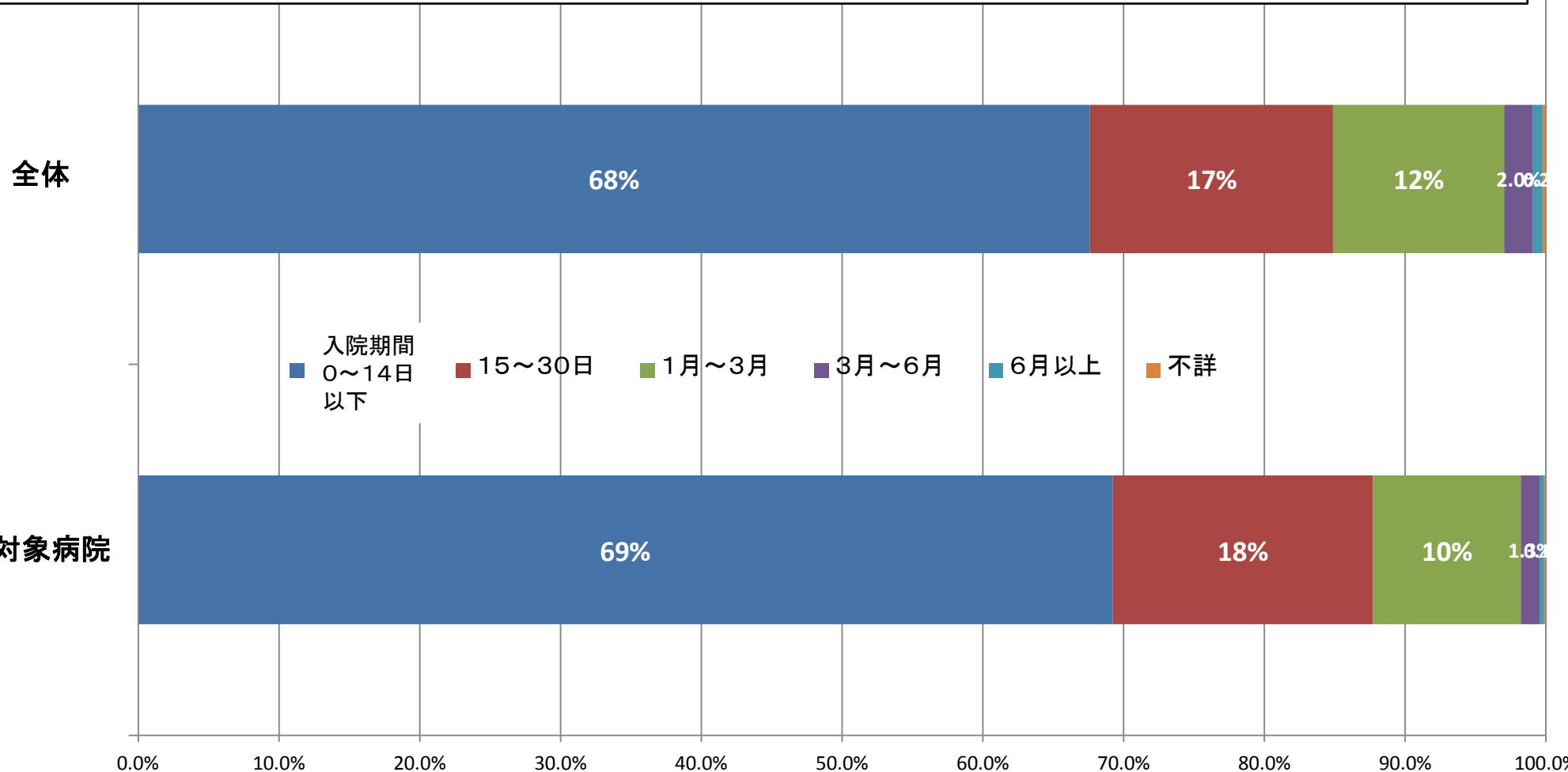


注) 本スライドにおける平均在院日数の定義は、「平成20年患者調査」の定義に基づく。

退院した患者の入院期間別内訳

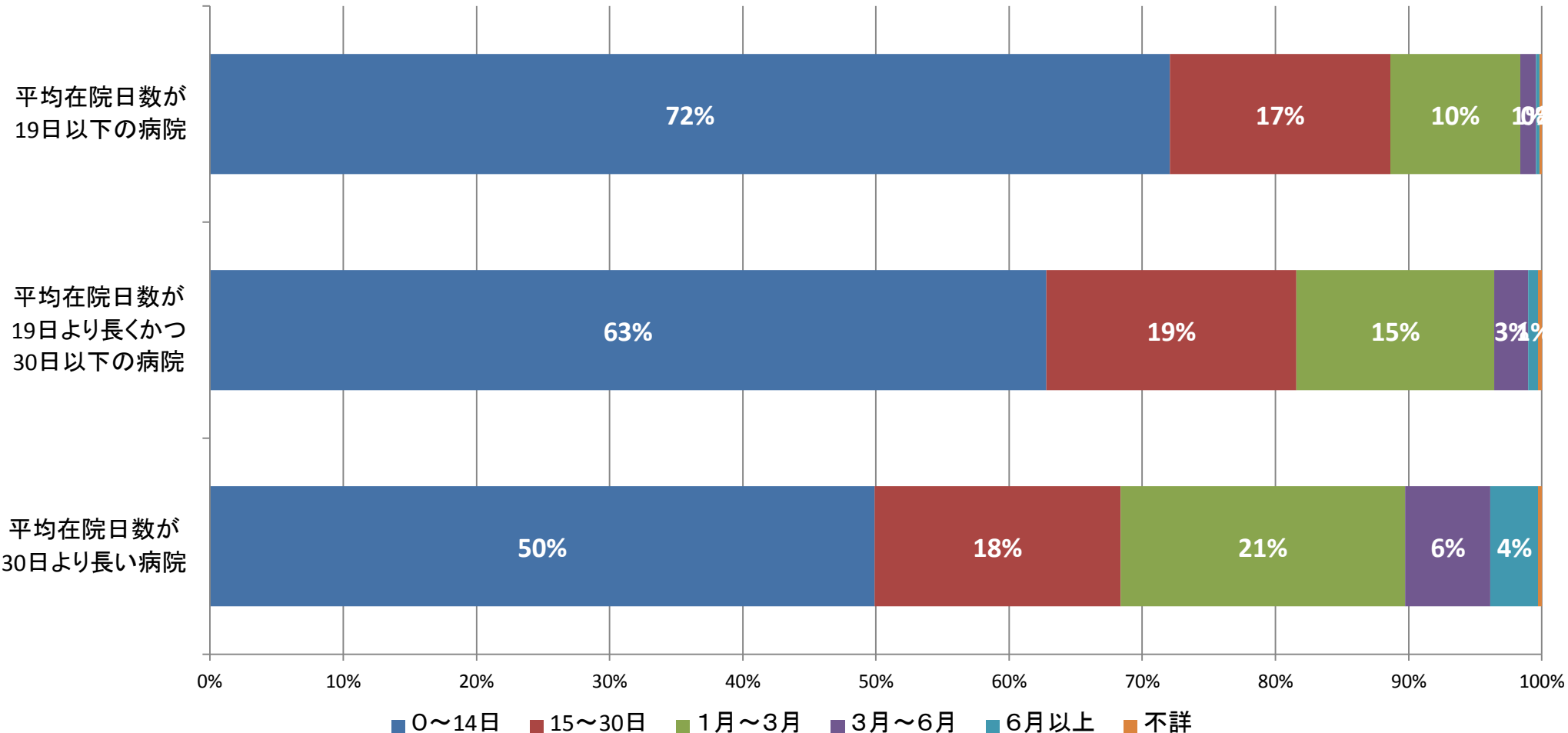
○「一般病床を有する病院」においては、一般病床から退院した患者のうち、入院期間が14日以下であった患者が約68%、入院期間が1月以上であった患者が約15%であった。

○分析対象のDPC対象病院においては、一般病床から退院した患者のうち、入院期間が14日以下の患者が約69%、入院期間が1月以上の患者が約13%であった。



退院した患者の入院期間別内訳

- 「一般病床を有する病院」のうち平均在院日数が19日以下の病院においては、一般病床から退院した患者のうち、入院期間が14日以下の患者が約72%、入院期間が1月以上の患者が約11%であった。
- 平均在院日数が19日より長くかつ30日以下の病院においては、入院期間が14日以下の患者が約63%、入院期間が1月以上の患者が約18%であった。
- 平均在院日数が30日より長い病院においては、入院期間が14日以下の患者が約50%、入院期間が1月以上の患者が約32%であった。



注) 本スライドにおける平均在院日数の定義は、「平成20年患者調査」の定義に基づく。

「平成20年患者調査」を基に医政局で作成

医療関係者の配置と平均在院日数との関係

○「一般病床を有する病院」における医療関係者（医師、看護師、助産師及び保健師）の配置状況と平均在院日数との関係については、一般病床の平均在院日数が短い（19日以下）病院群と、長い（19日より長い）病院群とを比較すると、平均在院日数が短い病院群のほうが医師や看護職員の配置が手厚い。

医療者	対象病院の平均在院日数		常勤換算数(100床当たり)
1. 医師*	平均在院日数	19日以下	中央値15.2人、平均値17.0人
		19日より長い	中央値10.1人、平均値10.7人
2. 看護職員*	平均在院日数	19日以下	中央値79.0人、平均値81.5人
		19日より長い	中央値65.7人、平均値67.1人
3. 病棟看護職員**	平均在院日数	19日以下	中央値44.2人、平均値43.9人
		19日より長い	中央値38.1人、平均値37.6人

*「1. 医師」「2. 看護職員」は病院全体の職員であるため、一般病床以外の病床（療養病床、精神病床等）の職員も含まれる。ここでは、一般病床のみに着目する観点から、分析対象病院を「一般病床と感染症病床のみを有する病院」とした。

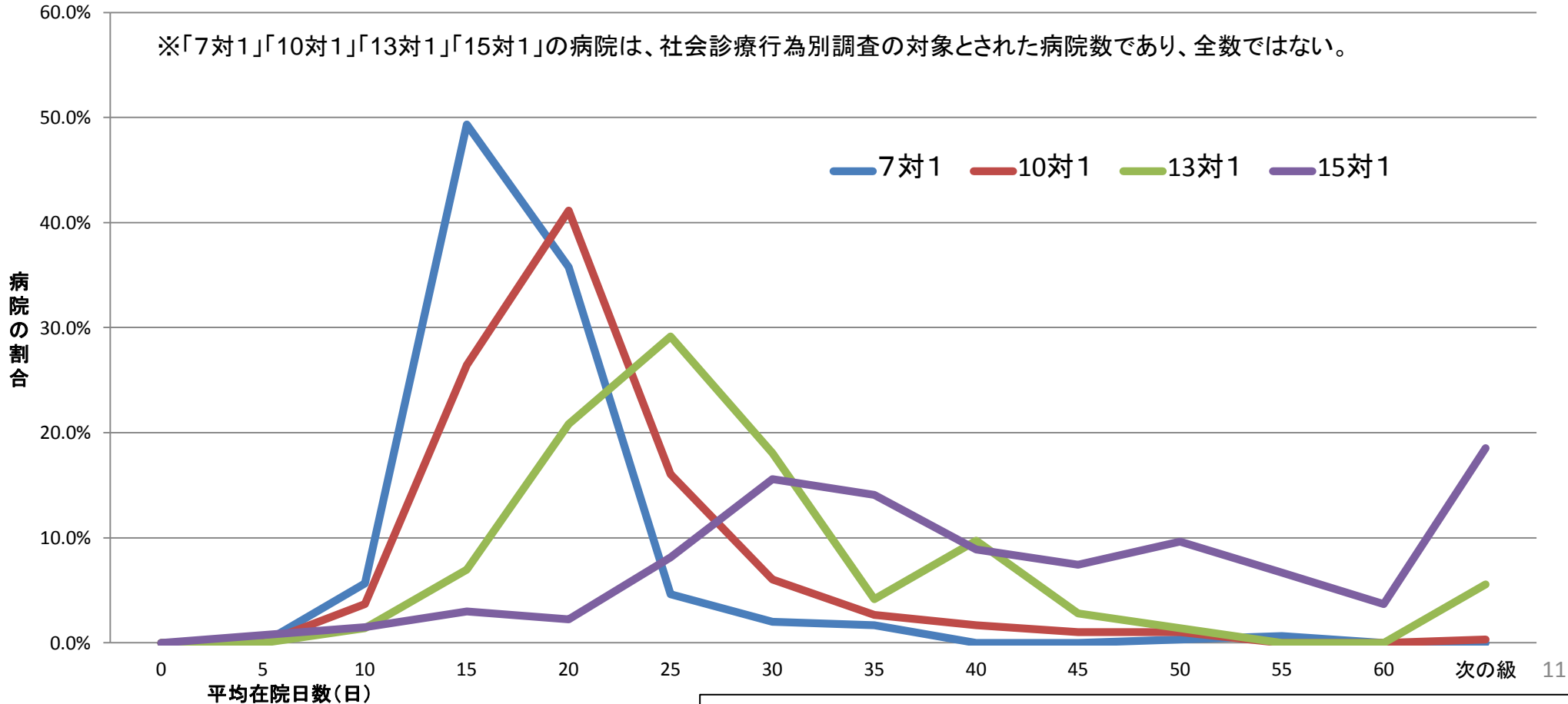
**「3. 病棟看護職員」は、各病院の一般病棟における人員配置である。

看護配置基準ごとの平均在院日数別の病院の分布

- 「一般病床を有する病院」においては、診療報酬上の一般病棟入院基本料算定別にみると、看護配置が手厚い病院ほど、平均在院日数が短い。
- 15対1病院においては、他の基本料の病院群に比べて、平均在院日数は幅広く分布している。

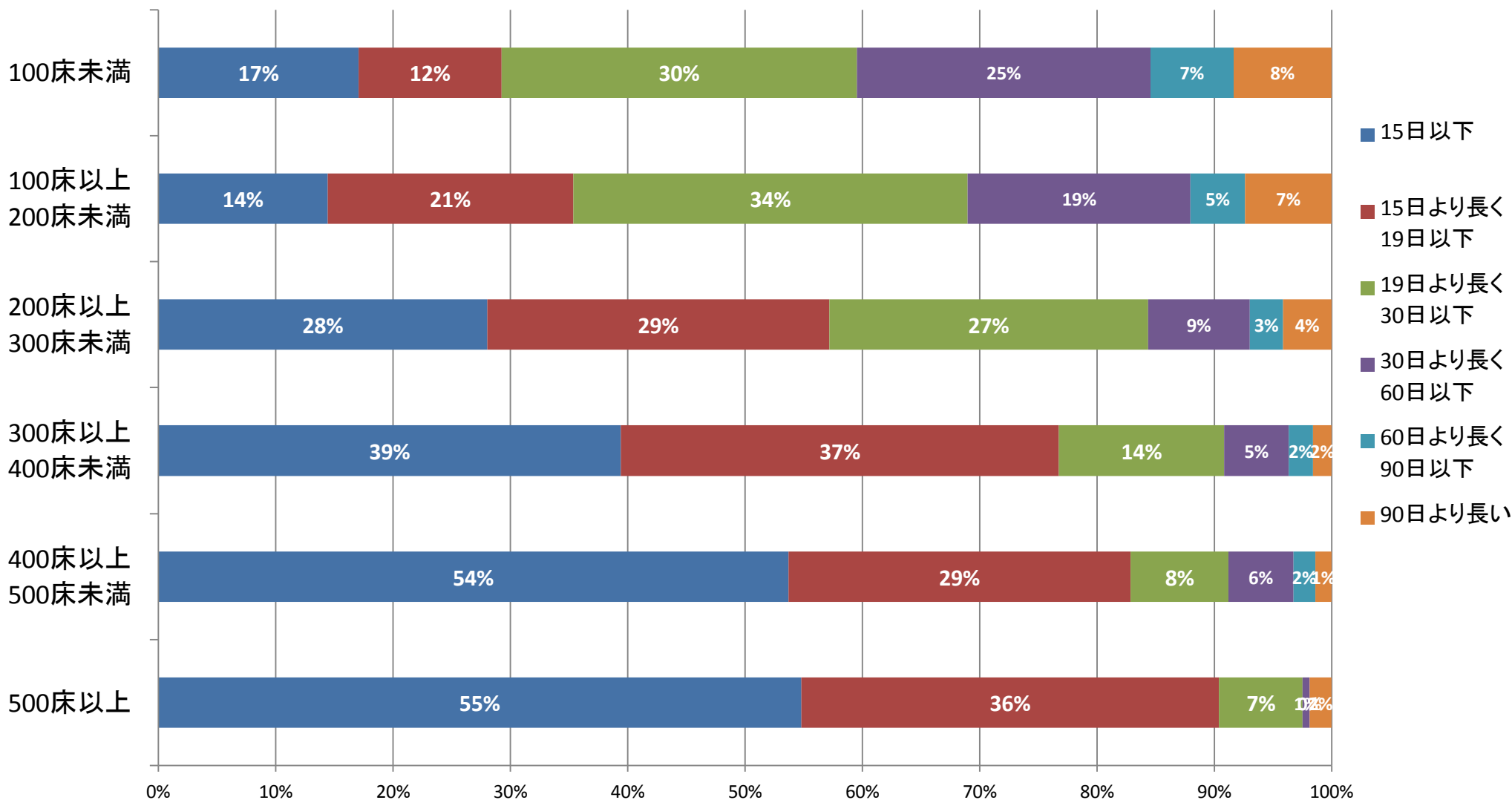
看護配置基準	7対1 (302病院)	10対1 (299病院)	13対1 (72病院)	15対1 (135病院)
平均在院日数	14.6日	16.2日	24.3日	36.4日

※「7対1」「10対1」「13対1」「15対1」の病院は、社会診療行為別調査の対象とされた病院数であり、全数ではない。



病床規模別の平均在院日数の分布

○一般病床の規模別に比較すると、病床の規模が大きい病院ほど、一般病床の平均在院日数は短い傾向にある。平均在院日数が19日以下の病院は、200床未満の病院では約3割、500床以上の病院では約9割であった。

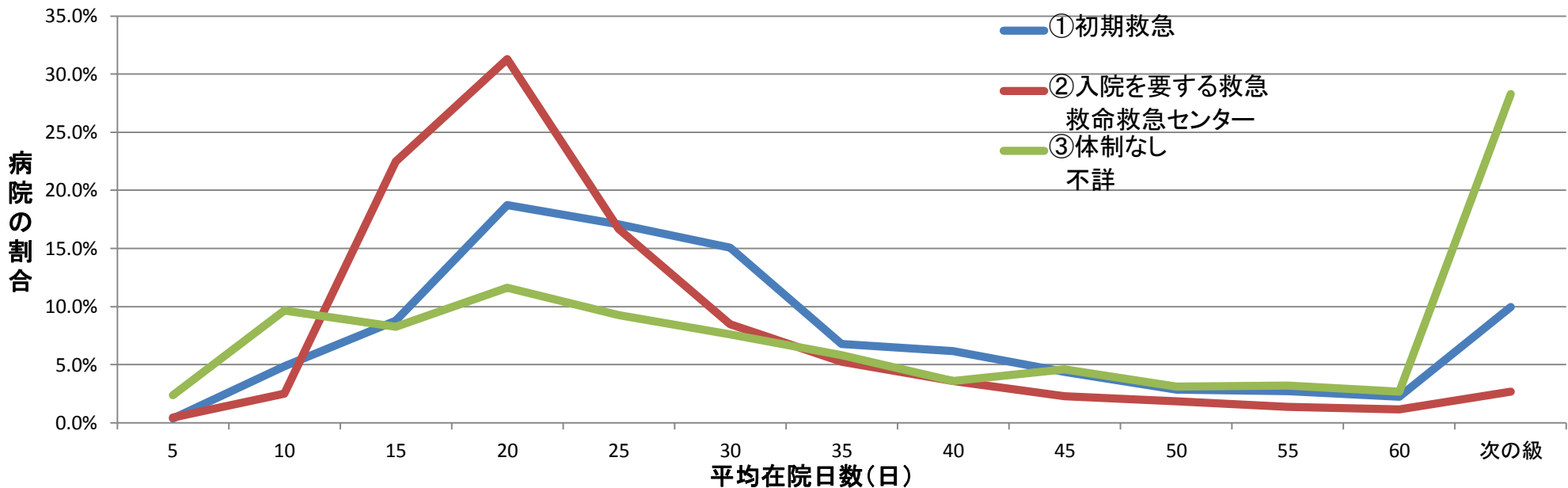


I -② 一般病床で実施されている医療の内容について

救急医療体制の有無別の平均在院日数

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

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

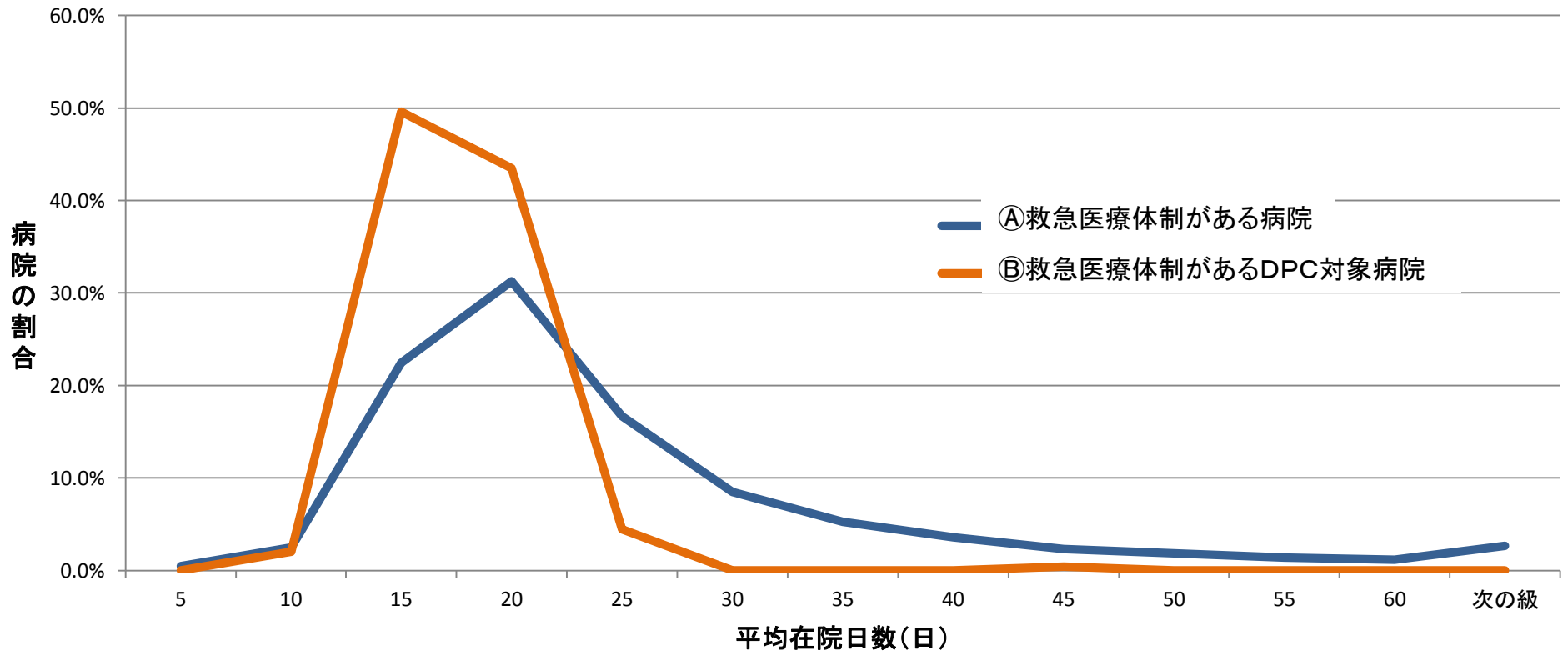


注) 初期救急医療体制・・・初期救急医療施設。比較的軽症な急病患者の診療を受け持つ休日・夜間急患センターと地区医師会の会員が当番制で診療を行う在宅当番医制をいう。
 入院を要する救急医療体制・・・第二次救急医療施設。精神科救急を含む24時間体制の救急病院、病院輪番制方式による施設をいう。
 救命救急センター・・・第三次救急医療施設。(高度救命救急センターを含む。)
 体制なし・・・救急医療体制がない施設をいう。

救急医療体制の有無別の平均在院日数

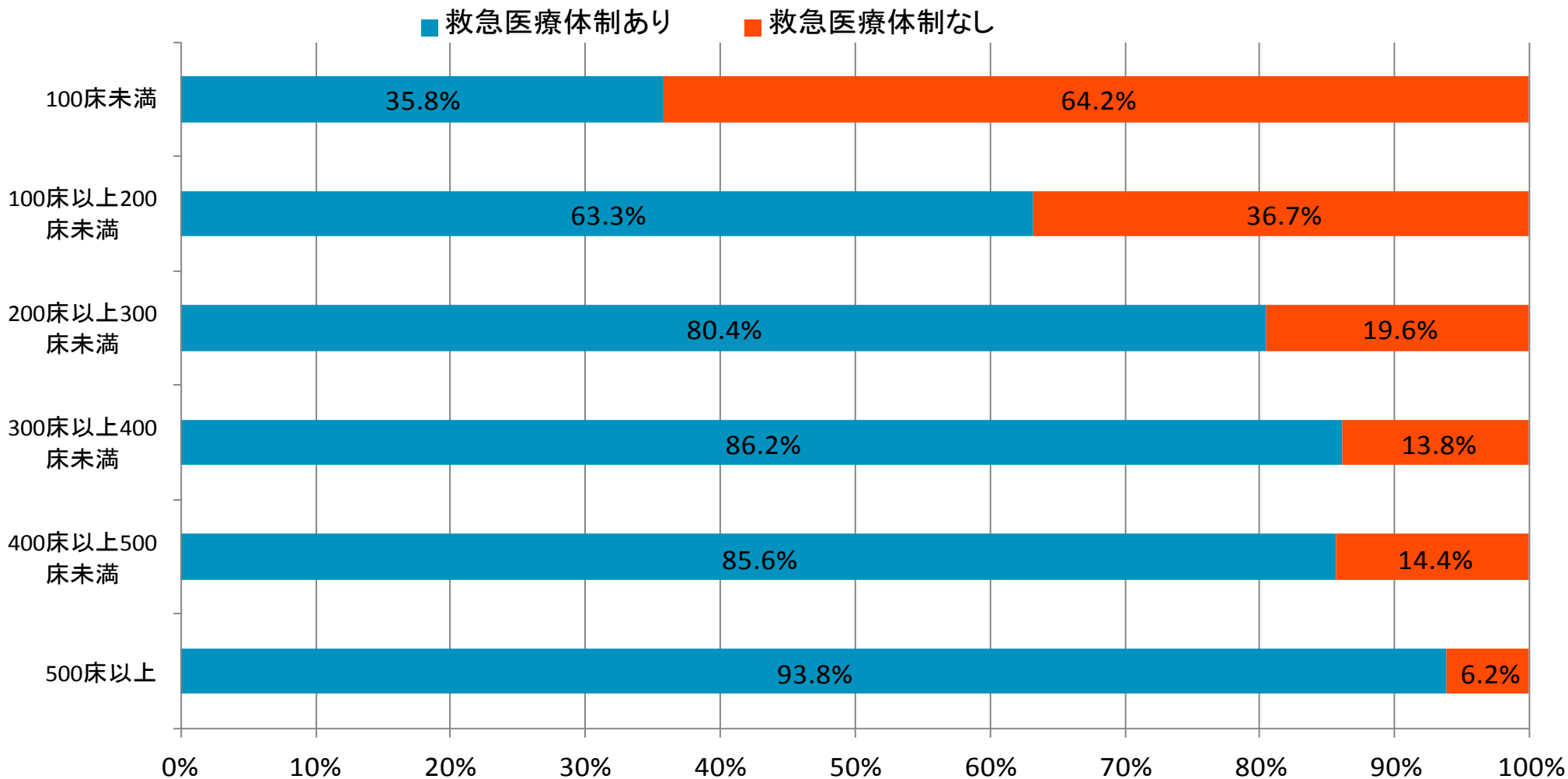
- 分析対象のDPC対象病院263病院のうち、「入院を要する救急医療体制(「救命救急センター」を含む。)」がある病院は246病院。
- 「入院を要する救急医療体制(救命救急センターを含む。)」のうち分析対象のDPC対象病院をみると、平均在院日数は1.5日短い。

救急医療体制	平均在院日数
①入院を要する救急医療(救命救急センター含む)がある病院 3,187病院(52.9%)	16.5日
②入院を要する救急医療(救命救急センター含む)があるDPC対象病院 246病院(①の内数)(4.1%)	15.0日



病床規模別の救急医療体制の整備状況

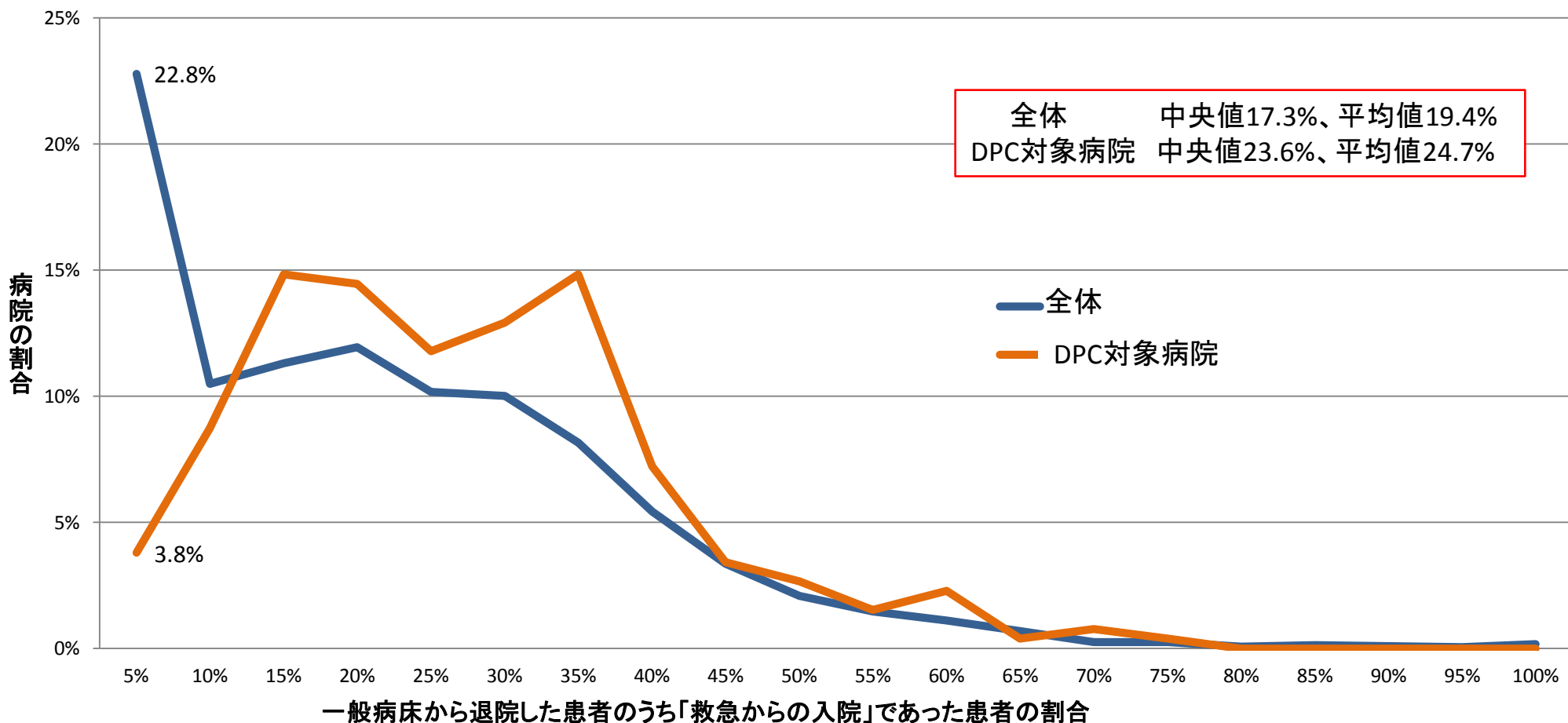
○一般病床の規模別にみると、200床未満の病院群においては、「入院を要する救急医療体制（救命救急センターを含む。）」がある病院は約36%、500床以上の病院群では約94%であった。



退院した患者のうち「救急からの入院」であった患者の割合

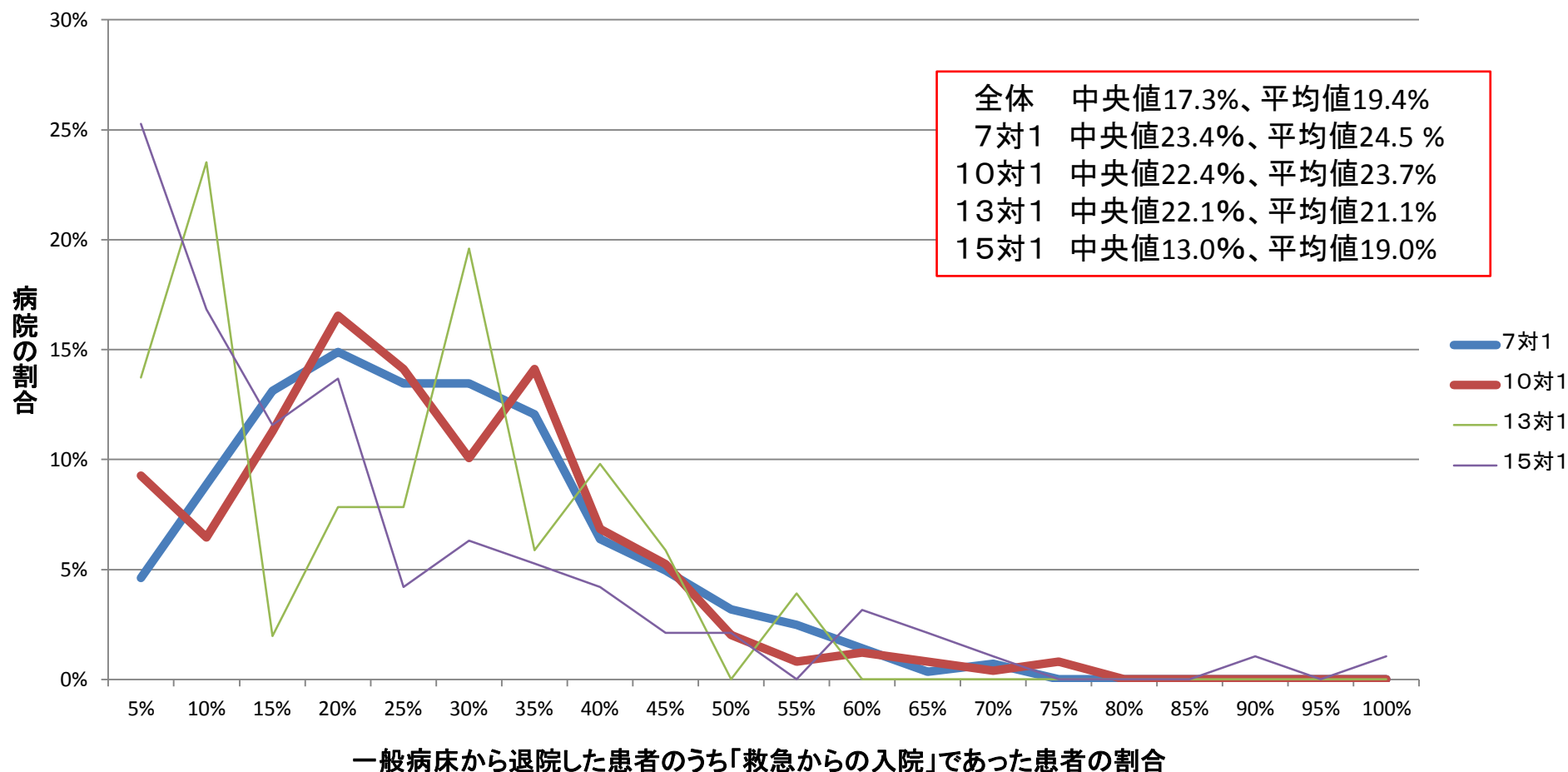
- 各病院における一般病床から退院した患者のうち、「救急からの入院*」であった患者の割合について比較すると、中央値については、全体では約17%、分析対象のDPC対象病院では約24%であった。
- 「救急からの入院」であった患者の割合が5%以下の病院は、全体では約23%、分析対象のDPC対象病院では約4%であった。

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



退院した患者のうち「救急からの入院」であった患者の割合

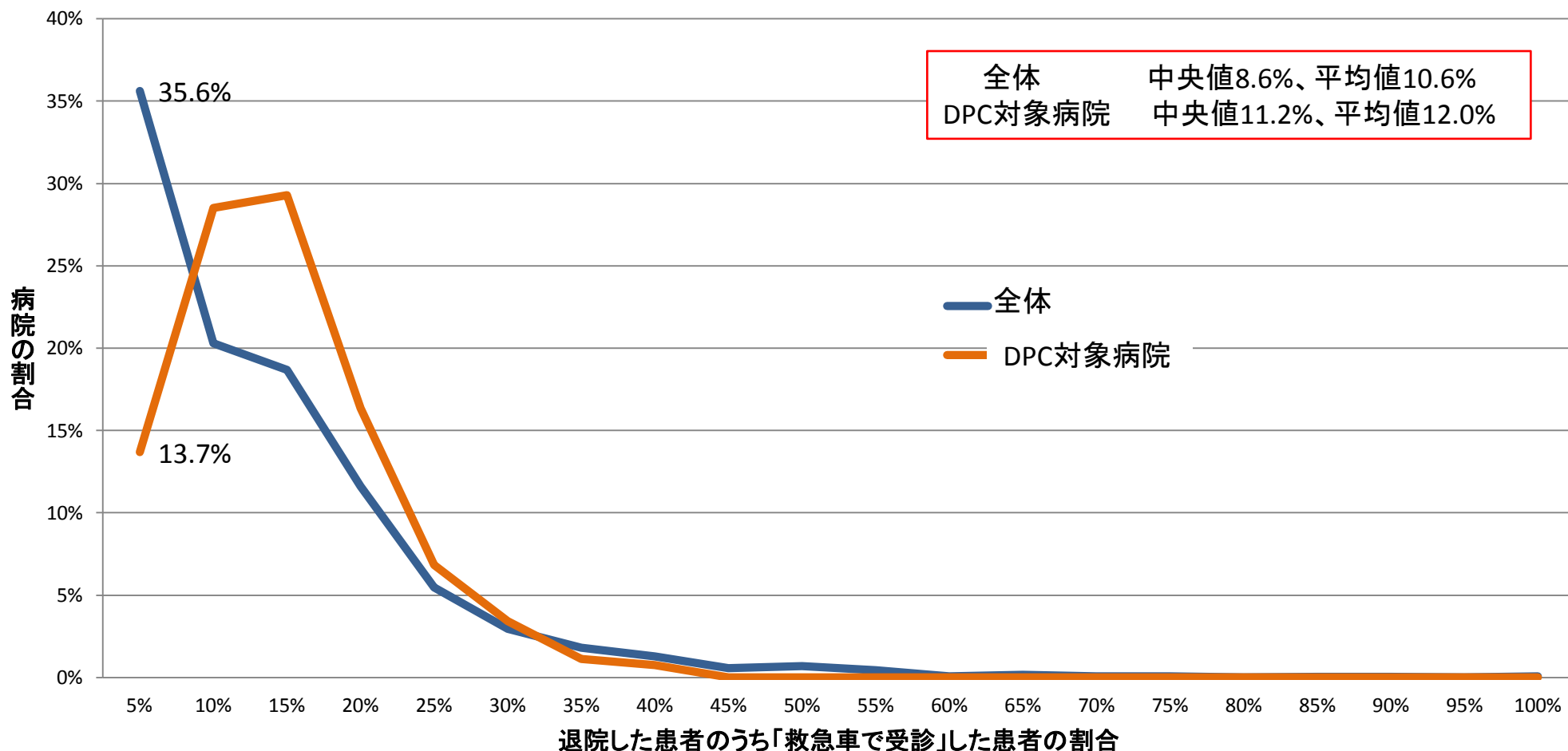
○各病院における一般病床から退院した患者のうち、「救急からの入院」であった患者の割合について、診療報酬上の一般病棟入院基本料算定別にみると、中央値については、7対1病院では約23%、15対1病院では約13%であり、看護配置が高い病院ほど、その割合は高い。



※「7対1」「10対1」「13対1」「15対1」の病院は、社会診療行為別調査の対象とされた病院数であり、全数ではない。

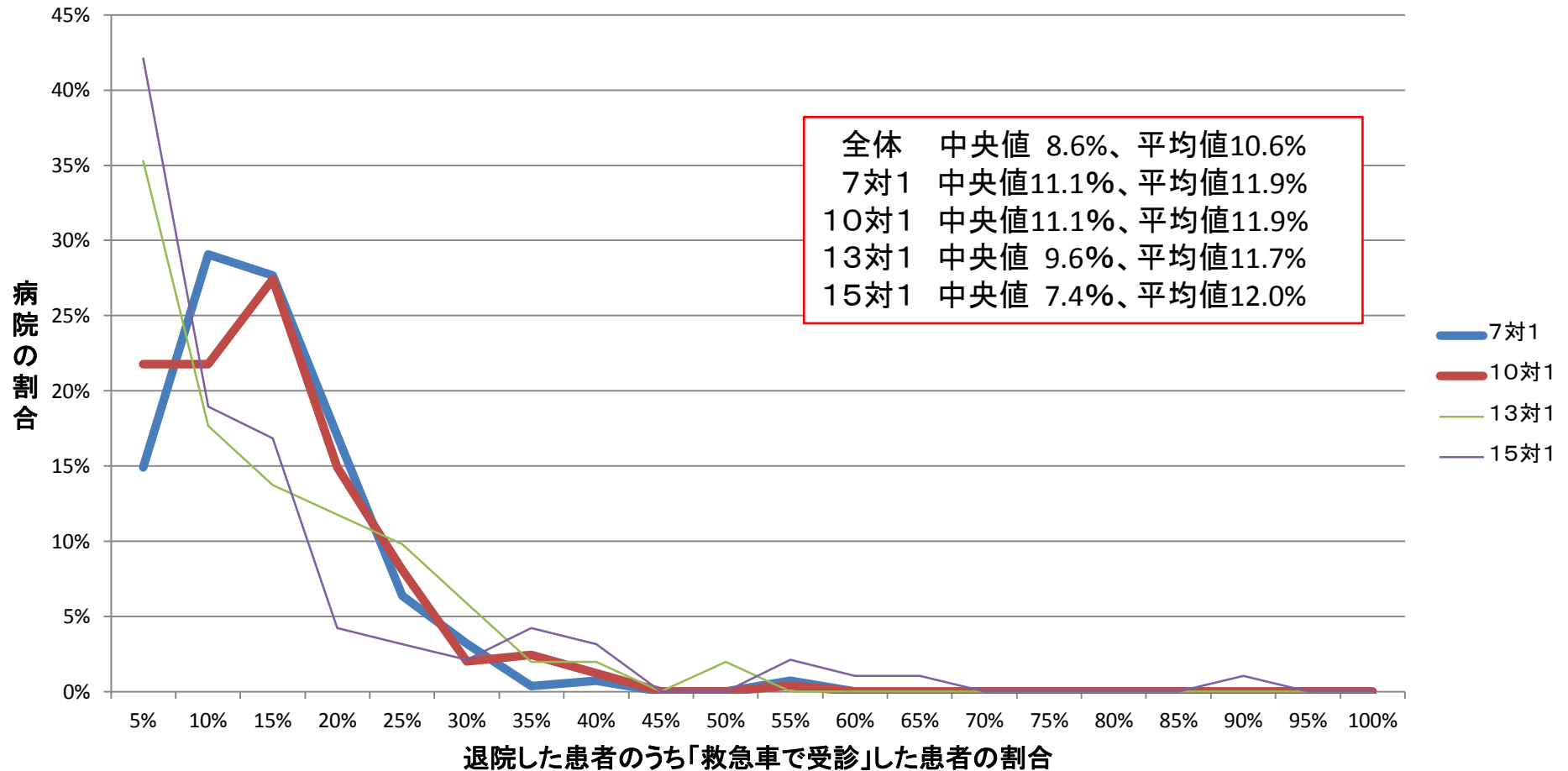
退院した患者のうち「救急車で受診」した患者の割合

- 一般病床から退院した患者のうち、「救急車で受診」した患者の割合について、中央値で見ると、全体では約9%、分析対象のDPC対象病院では約11%であった。
- 「救急車で受診」した患者の割合が5%以下の病院は、全体では約36%、分析対象のDPC対象病院では約14%であった。



退院した患者のうち「救急車で受診」した患者の割合

○一般病床から退院した患者のうち、「救急車で受診」した患者の割合について、診療報酬上の一般病棟入院基本料算定別にみると、中央値については、7対1病院及び10対1病院では約11%であり、15対1病院では約7%であった。



※「7対1」「10対1」「13対1」「15対1」の病院は、社会医療診療行為別調査の対象とされた病院数であり、全数ではない。 20

「平成20年患者調査」「平成20年社会医療診療行為別調査」を基に医政局で作成

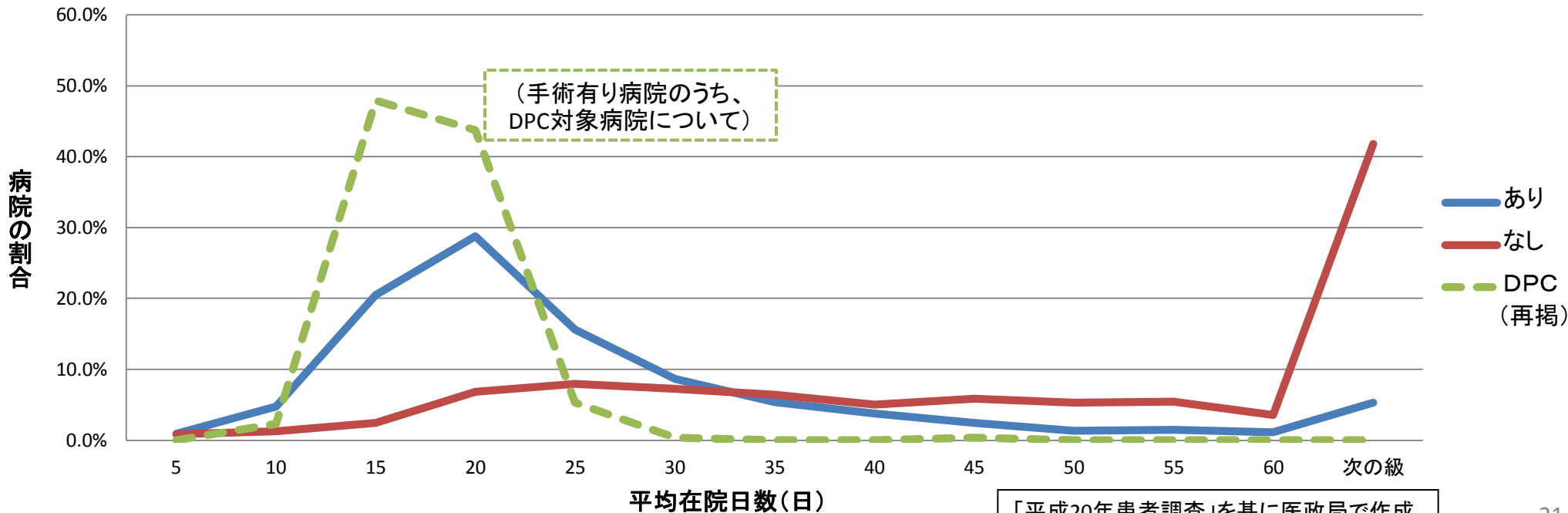
手術の有無別の平均在院日数

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

手術あり
3,622病院(83.2%)

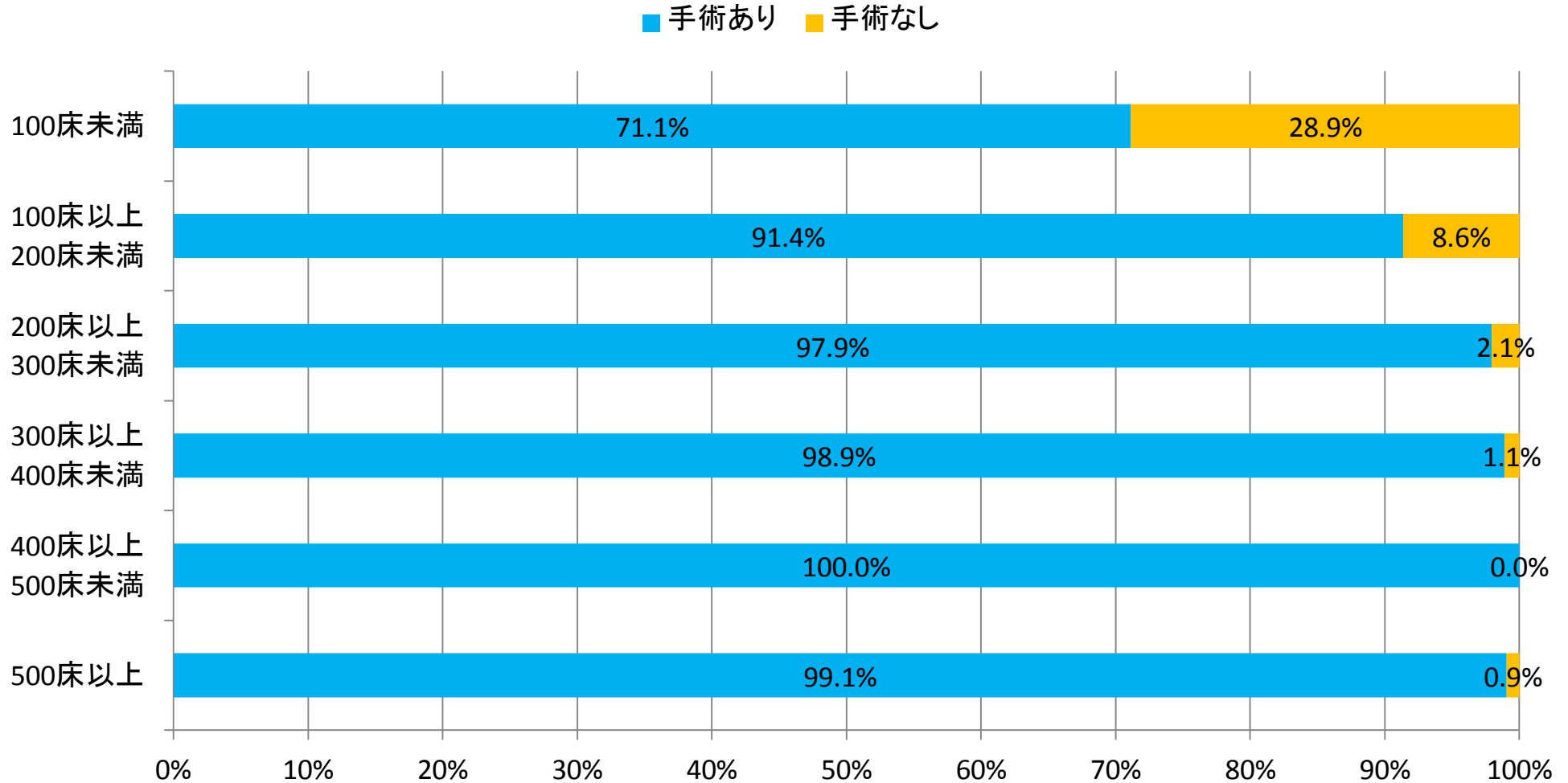
※患者調査によるため、
分析対象は4,354病院。

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



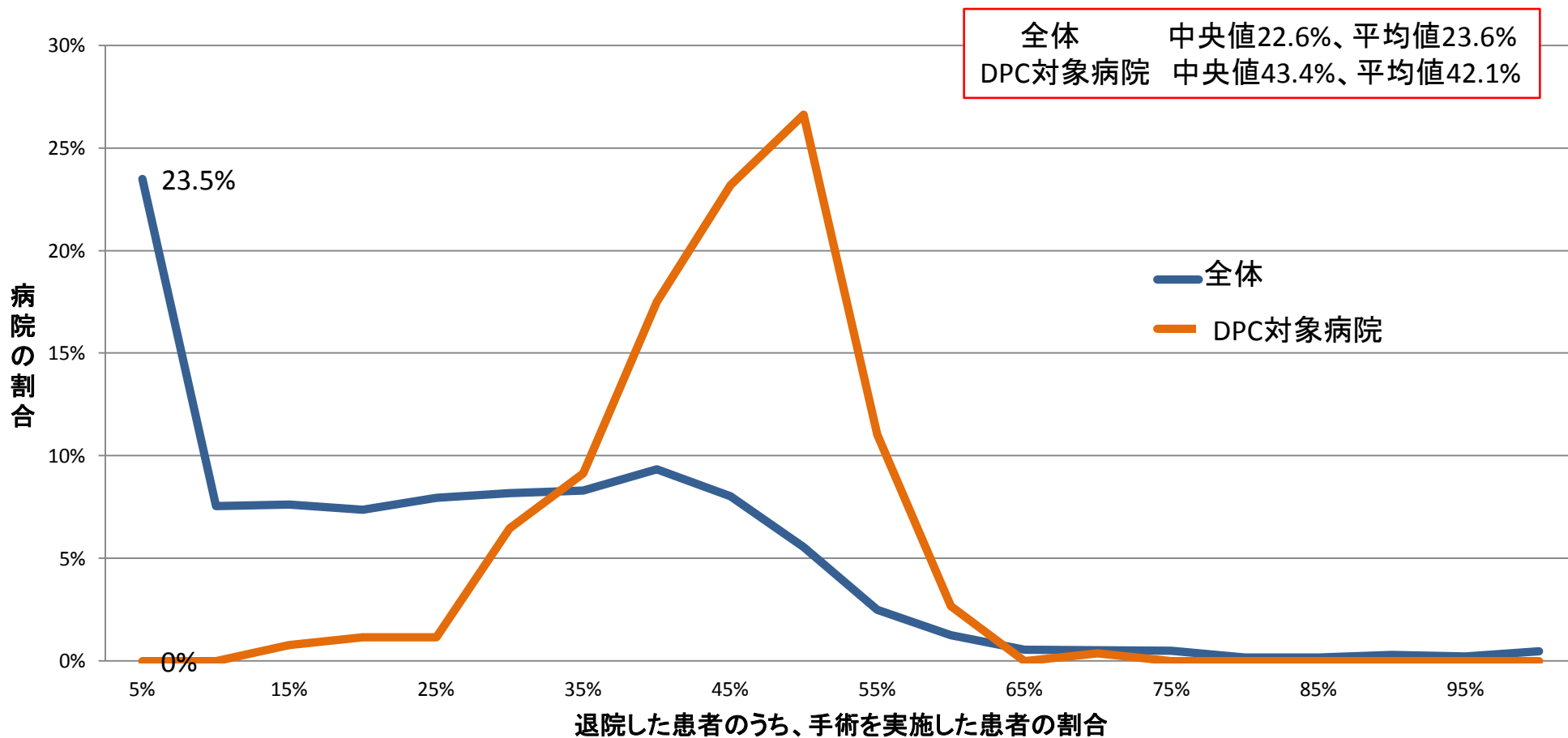
病床規模別の手術の実施状況

○一般病床の規模別にみると、手術を実施する病院の割合は、100床未満の病院群では約71%と最も低く、200床以上の病院群では95%以上であった。



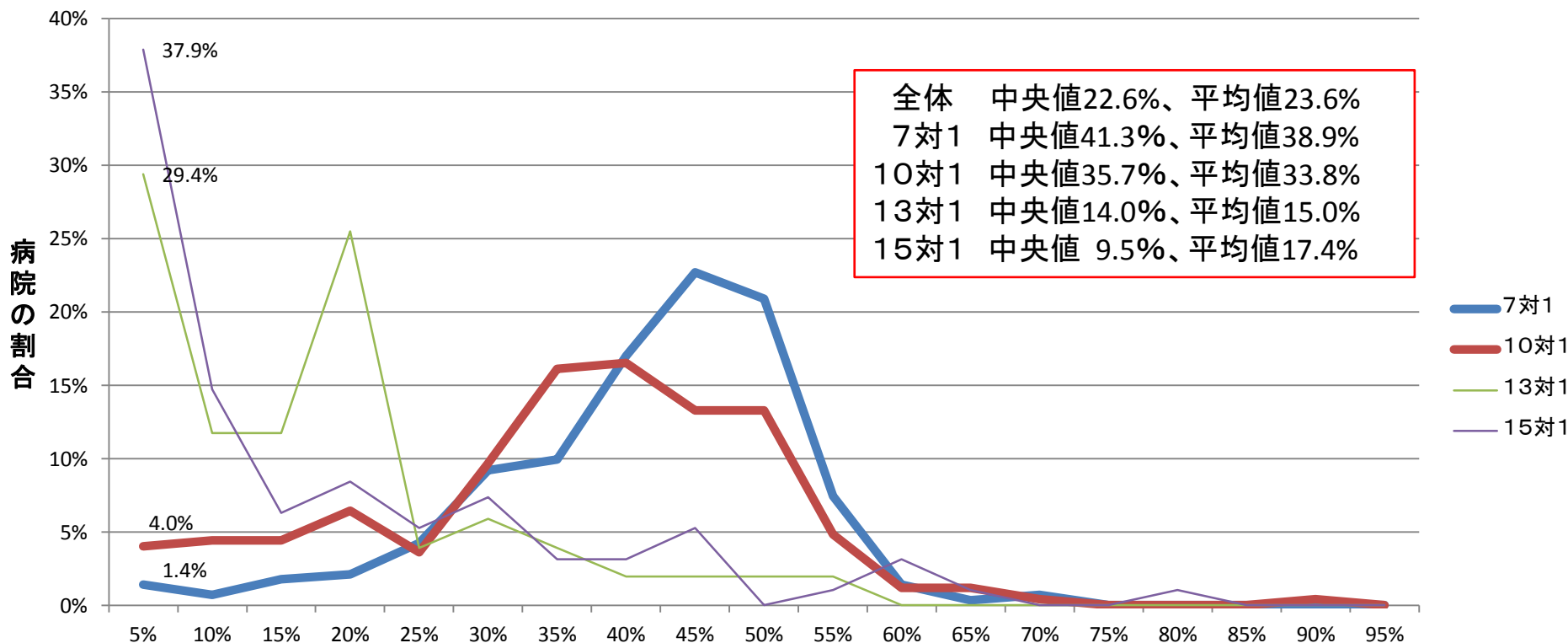
退院した患者のうち「手術を実施した患者」の割合

- 「一般病床を有する病院」全体においては、一般病床から退院した患者のうち、手術を実施した患者の割合の中央値は、約23%。手術を実施した患者の割合が5%以下(手術患者なしを含む。)の病院は、全体の約24%。
- 分析対象のDPC対象病院においては、一般病床から退院した患者のうち、手術を実施した患者の割合の中央値は約43%。手術を実施した患者の割合が5%以下(手術患者なしを含む。)の病院はない。



退院した患者のうち「手術を実施した患者」の割合

- 一般病床から退院した患者のうち、手術を実施した患者の割合について、診療報酬上の一般病棟入院基本料算定別にみると、中央値については、7対1病院では約41%、15対1病院では約10%であった。
- 手術を実施した患者の割合が5%以下(手術患者なしを含む。)の病院は、7対1病院では約1%、15対1病院では約38%であった。



退院した患者のうち、手術を実施した患者の割合

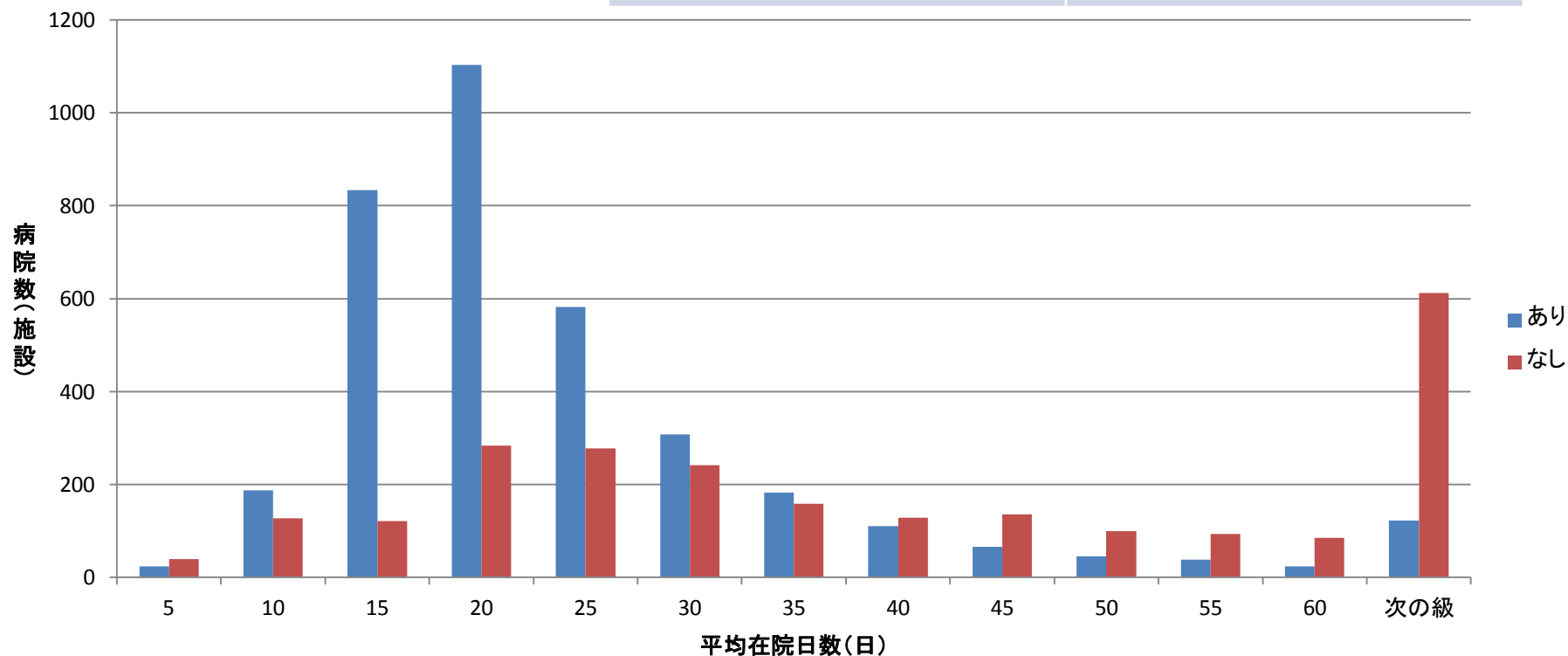
※「7対1」「10対1」「13対1」「15対1」の病院は、社会医療診療行為別調査の対象とされた病院数であり、全数ではない。

全身麻酔の有無別の平均在院日数

○「一般病床を有する病院」においては、全身麻酔による手術を実施している病院は、実施していない病院に比べて、平均在院日数が約14日短い。

**全身麻酔あり
3,626病院(60.2%)**

全身麻酔	平均在院日数
あり(3,626病院)	16.7日
なし(2,402病院)	31.1日
全体(6,028病院)	18.0日

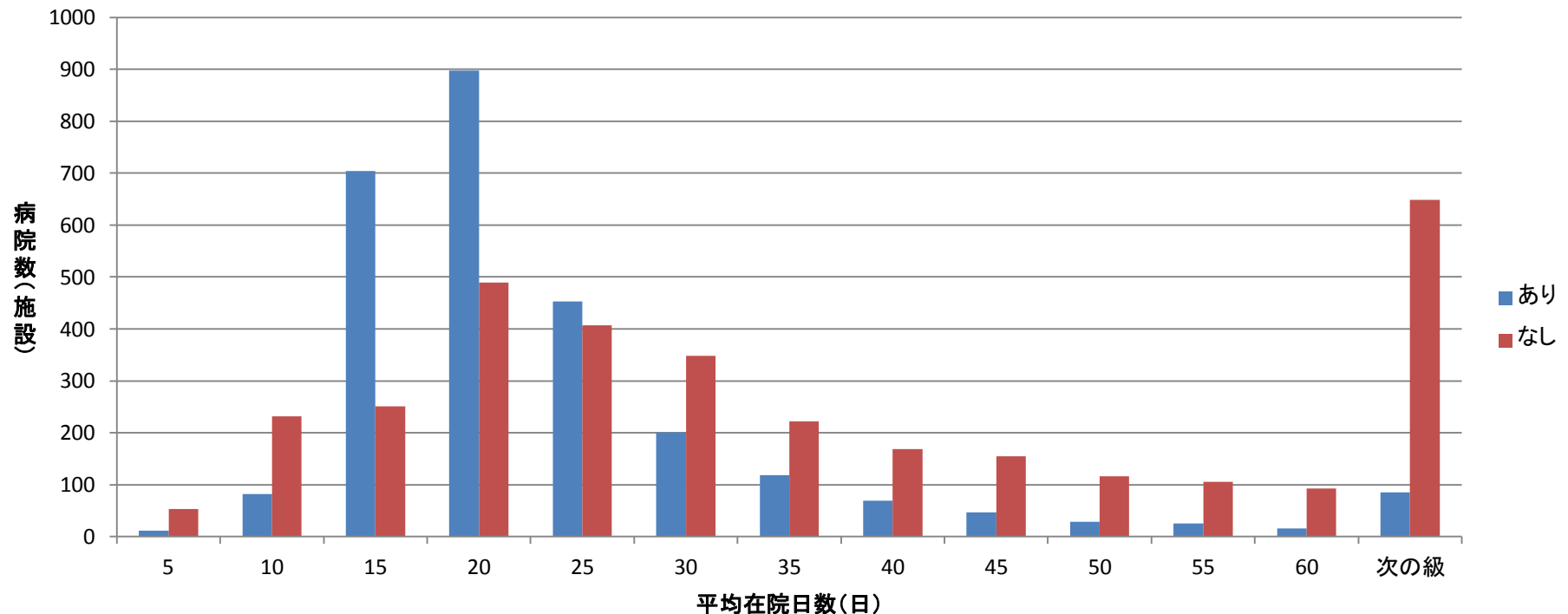


内視鏡下手術の有無別の平均在院日数

○「一般病床を有する病院」においては、内視鏡下手術を実施している病院は、実施していない病院に比べて、平均在院日数が約8日短い。

**内視鏡下手術あり
2,738病院(45.4%)**

内視鏡下手術	平均在院日数
あり(2,738病院)	16.3日
なし(3,290病院)	24.4日
全体(6,028病院)	18.0日

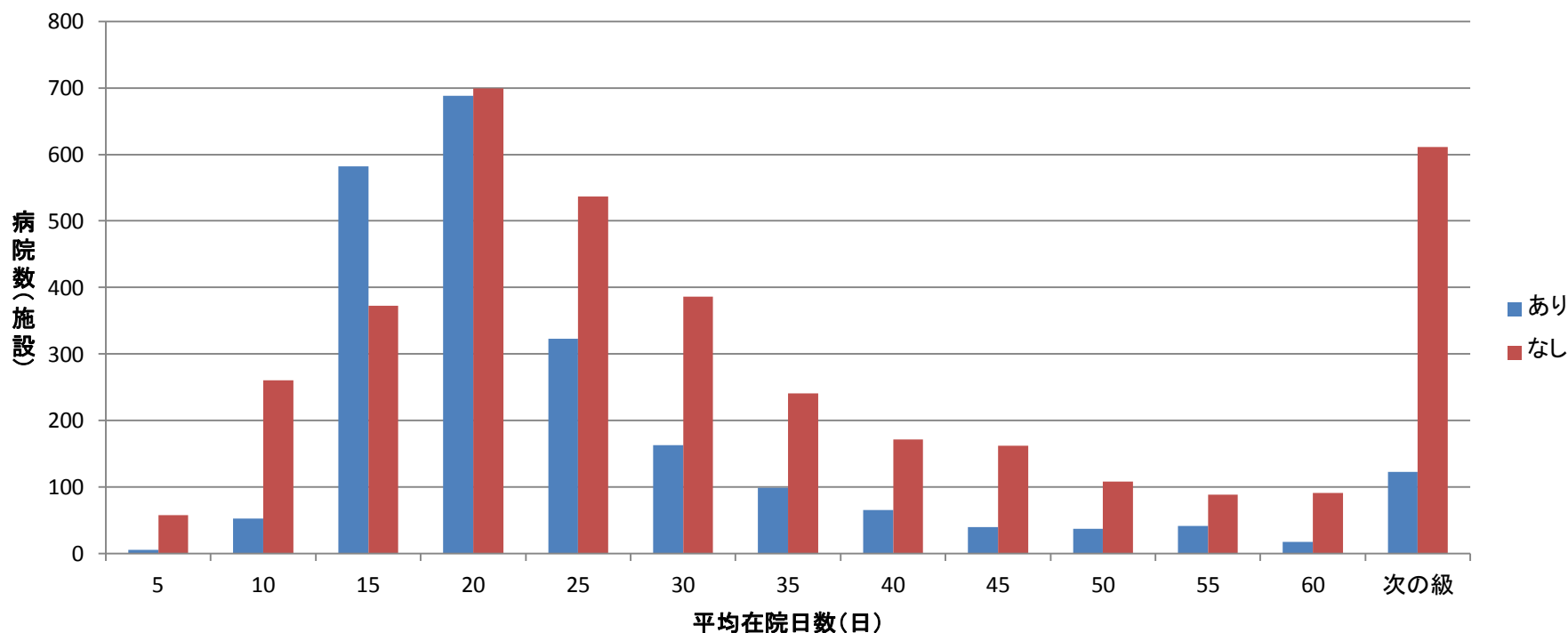


人工透析の有無別の平均在院日数

○「一般病床を有する病院」においては、人工透析を実施している病院は、実施していない病院に比べて、平均在院日数が約6日短い。

**人工透析あり
2,240病院(37.2%)**

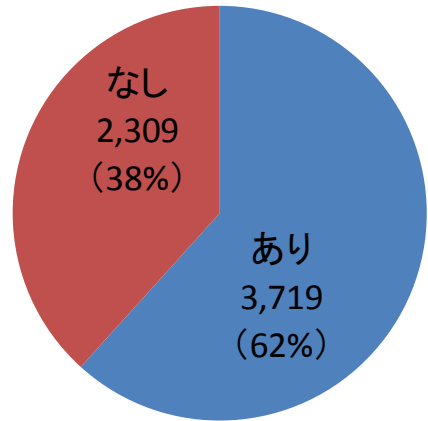
人工透析	平均在院日数
あり(2,240病院)	16.2日
なし(3,788病院)	22.5日
全体(6,028病院)	18.0日



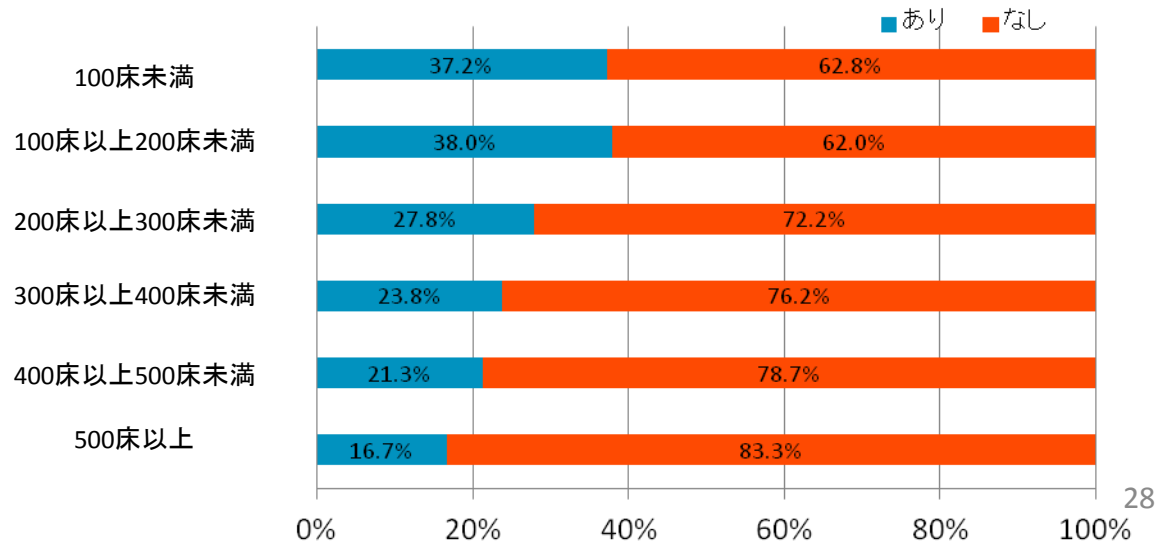
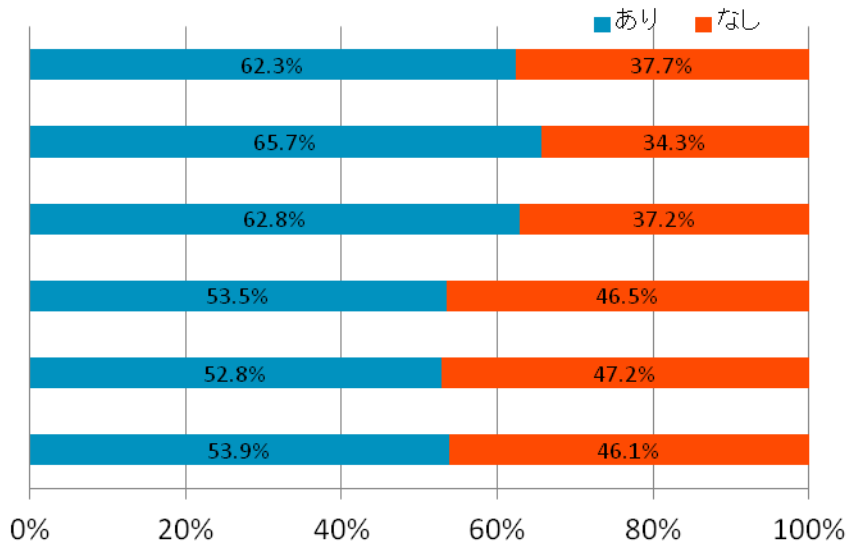
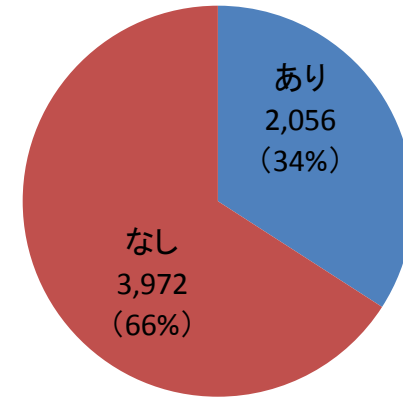
在宅サービスの実施状況

- 「一般病床を有する病院」においては、医療保険等による在宅サービスを実施している病院は62%、介護保険による在宅サービスを実施している病院は34%であった。
- 病床の規模別に在宅サービスの実施状況をみると、病床の規模が小さい病院においては、在宅サービスの実施割合が高い。

医療保険等による在宅サービス



介護保険による在宅サービス

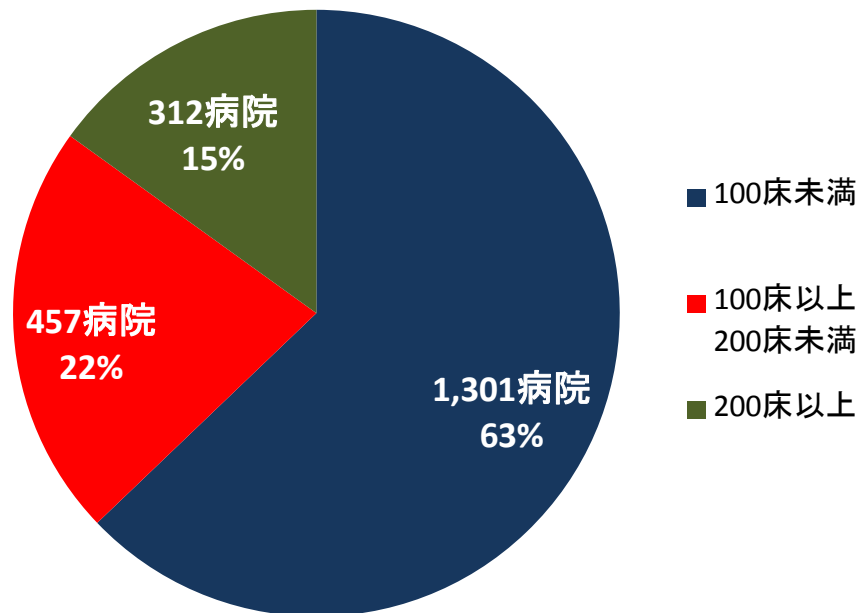


在宅患者訪問診療の実施状況

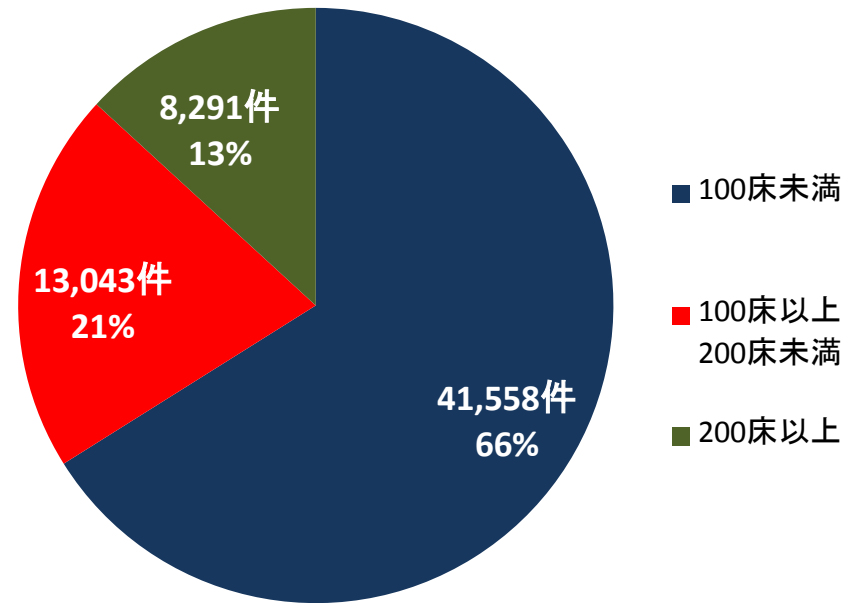
○「一般病床を有する病院」における在宅患者訪問診療の実施については、実施病院の約6割が100床未満の病院であった。また、実施件数についても約7割が100床未満の病院によるものであった。

在宅患者 訪問診療	全体	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上
病院数	2,070	1,301	457	312
実施数	62,892	41,558	13,043	8,291

在宅患者訪問診療実施病院



在宅患者訪問診療実施件数



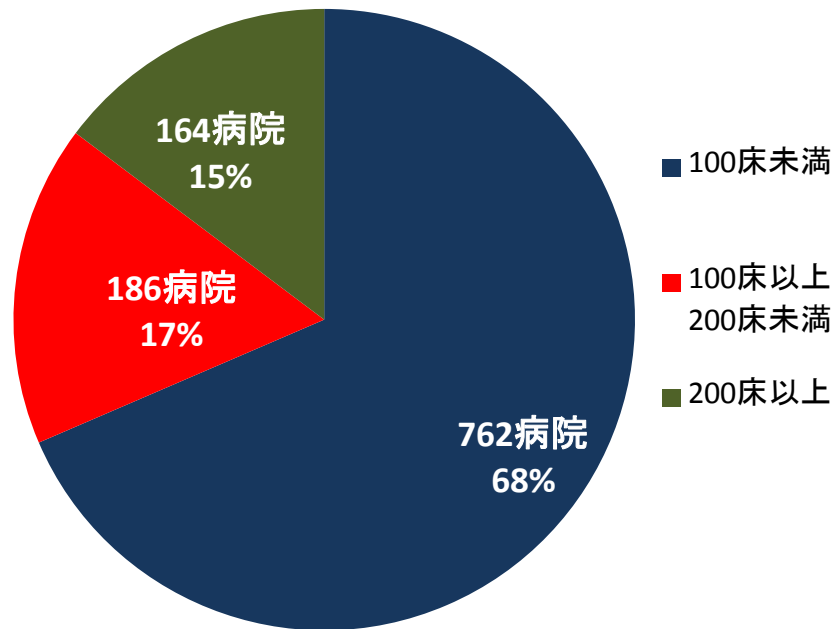
「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

在宅患者への往診の実施状況

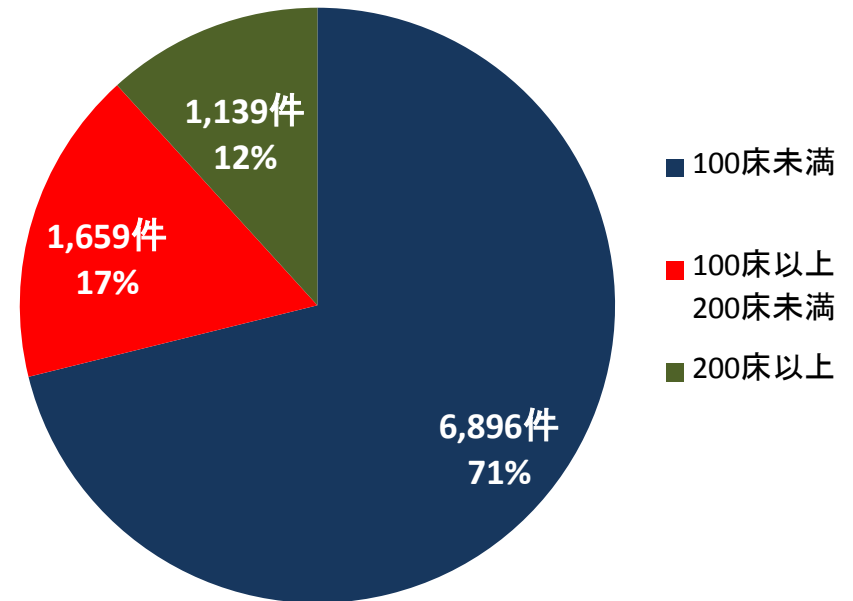
○「一般病床を有する病院」における往診の実施については、実施病院の約7割が100床未満の病院であった。また、実施件数についても約7割が100床未満の病院によるものであった。

往診	全体	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上
病院数	1,112	762	186	164
実施数	9,694	6,896	1,659	1,139

往診実施病院



往診実施件数



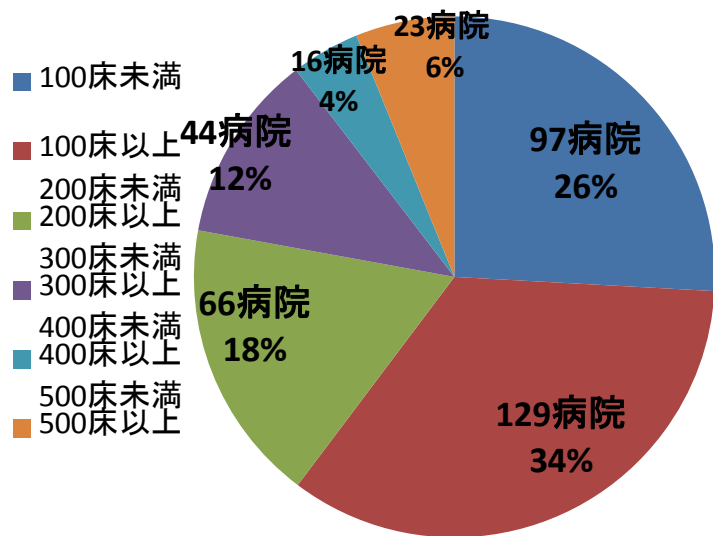
「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

回復期リハビリテーション病床

- 「一般病床を有する病院」においては、一般病床の回復期リハビリテーション病床（以下「回復期リハ病床」という。）を有する病院が375施設。そのうち、200床未満の病院の割合は、約6割であった。
- 一般病床に占める回復期リハ病床の割合については、病床規模別にみると200床未満の病院において回復期リハ病床の割合が高い病院が多い。

回復期リハ病床を有する病院 375施設（6.2%）

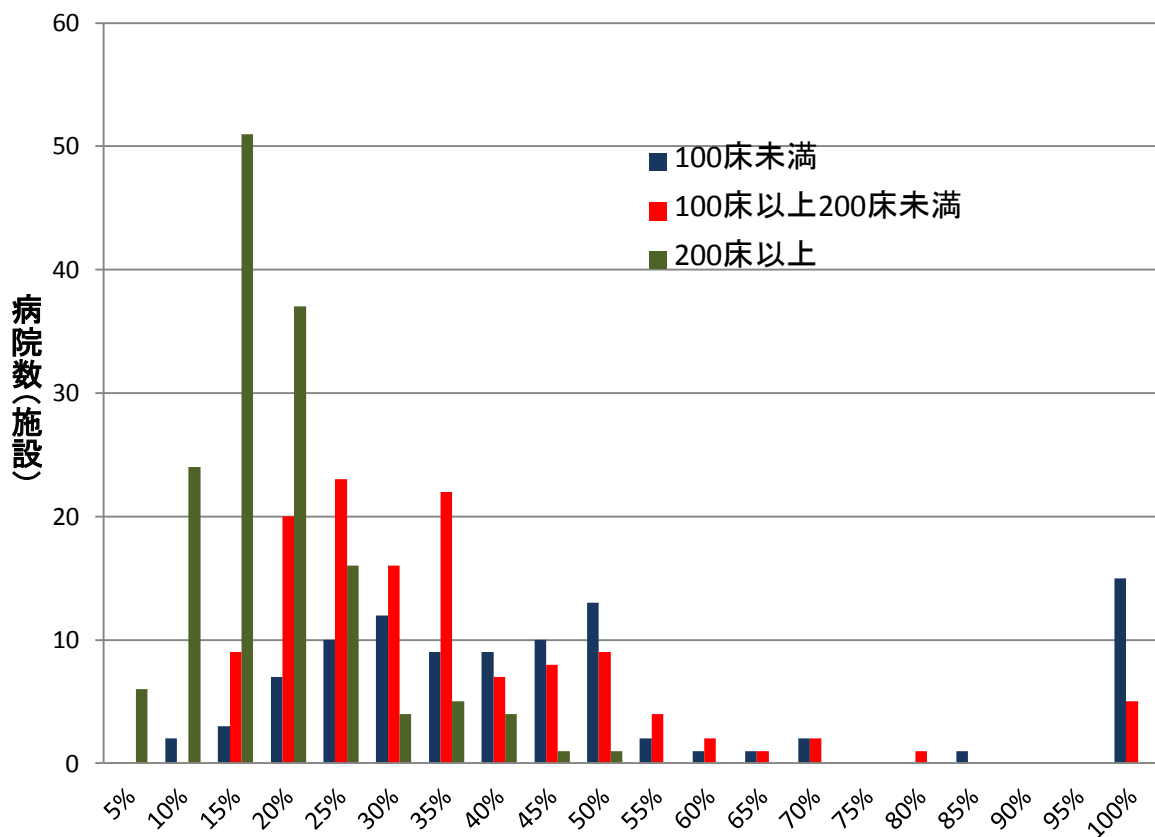
病床規模別にみた回復期リハ病床を有する病院



病床規模別の病院に対する
回復期リハ病床を有する病院の割合

100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上
2.8%	10.6%	14.3%	11.5%	7.4%	7.1%

病床規模別の病院における一般病床に占める回復期リハ病床の割合の分布



一般病床に占める回復期リハ病床の割合

I -③ 病院が有する体制について

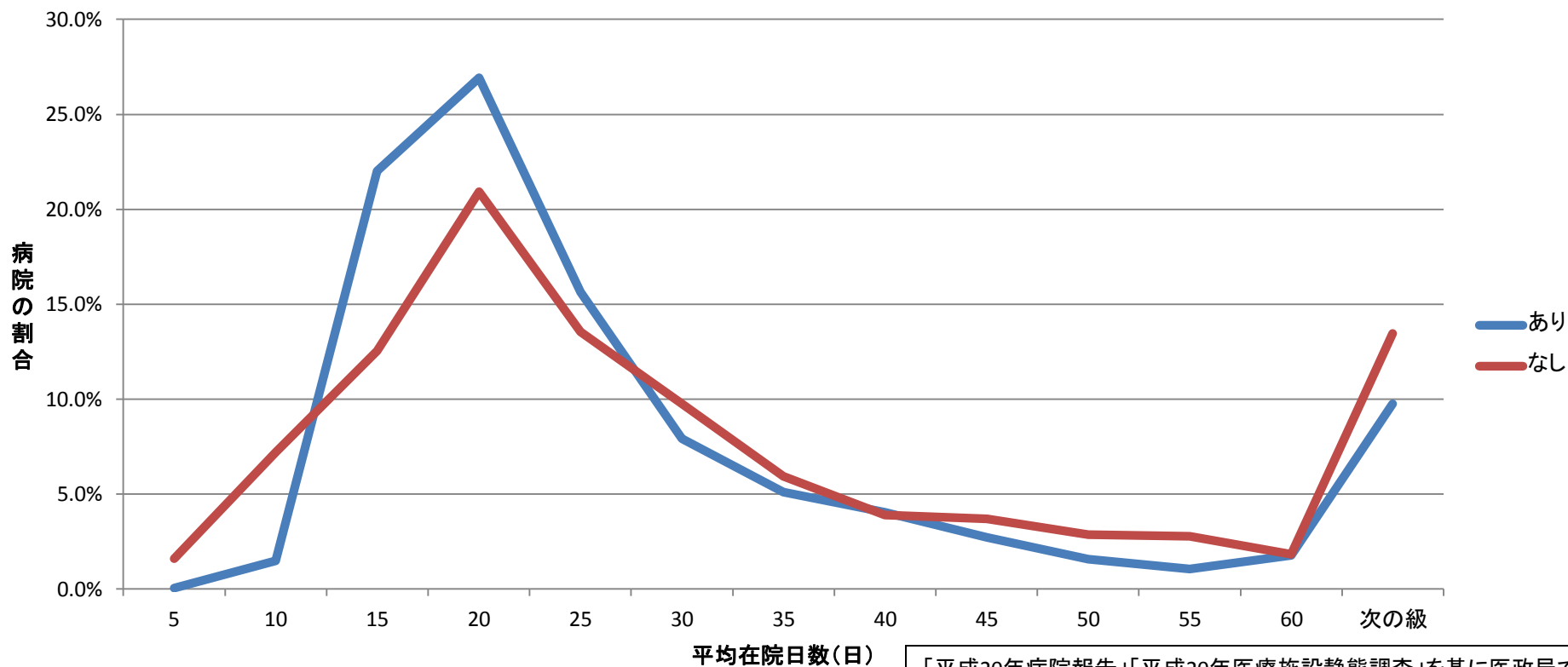
退院調整支援担当者の有無別の平均在院日数

○「一般病床を有する病院」においては、退院調整支援担当者を有する病院の割合は、約35%。

○退院調整支援担当者を有する病院の平均在院日数は、退院調整支援担当者を有しない病院に比べて約2日短い。

**退院調整支援担当者あり
2,099病院(34.8%)**

対象病院	平均在院日数(日)
体制あり(2,099)	17.2日
体制なし(3,929)	19.0日
全体(6,028)	18.0日

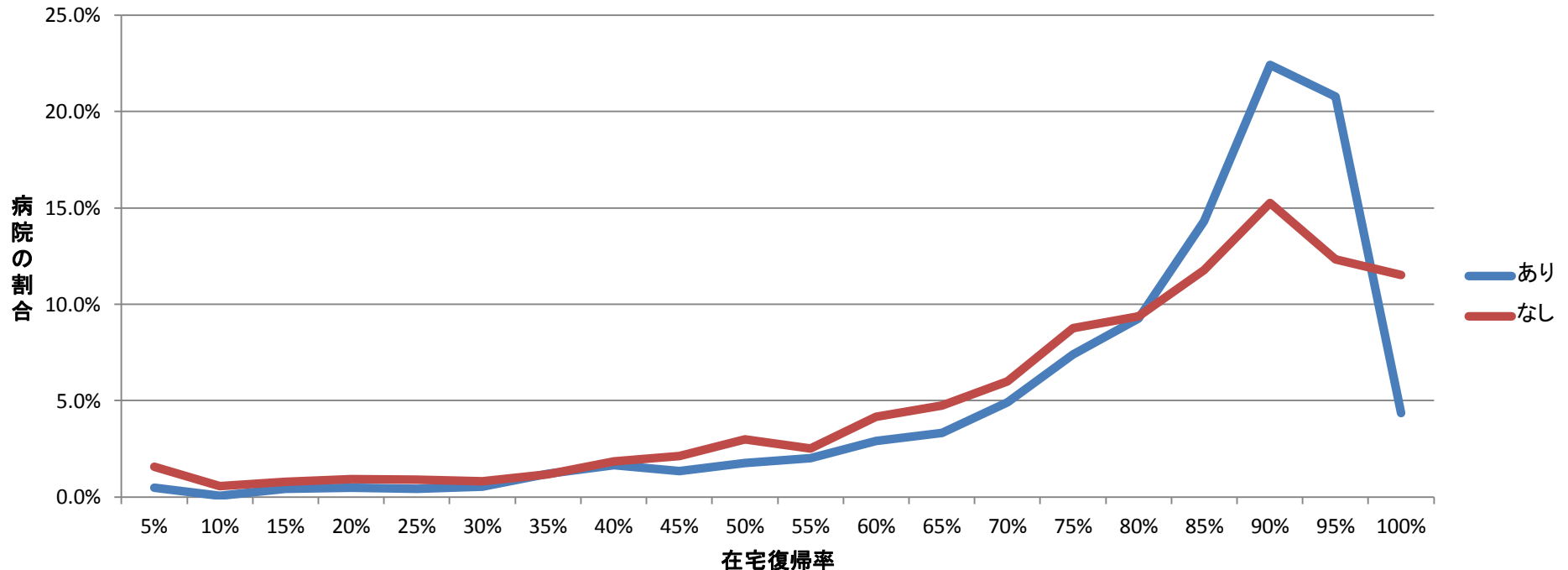


退院調整支援担当者の有無別の在宅復帰率

○退院調整支援担当者を有する病院は、中央値及び平均値で見ると、有しない病院に比べて、患者の在宅復帰率がともに約4%高い。

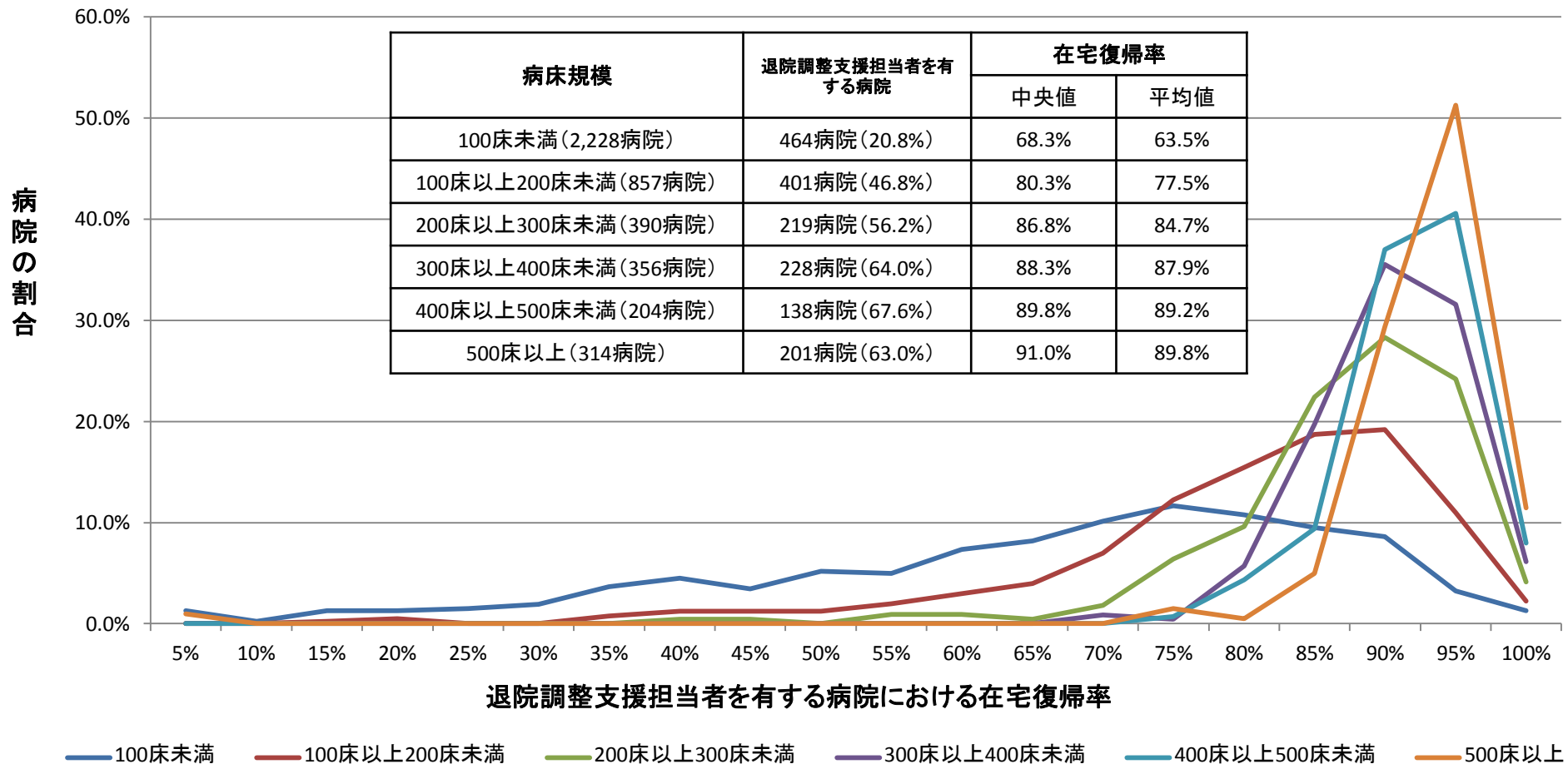
退院調整支援担当者	在宅復帰率	
	中央値	平均値
あり(1,651病院)	84.4%	78.4%
なし(2,703病院)	80.6%	74.4%

退院調整支援担当者の有無別の在宅復帰率



退院調整支援担当者を有する病院における病床規模別の在宅復帰率

- 病床規模別に退院調整支援担当者の有無をみたところ、100床未満の病院で退院調整支援担当者を有する病院の割合は約21%であり、500床以上の病院では約63%であった。
- 退院調整支援担当者を有する病院(1,651病院)について、病床規模別にその在宅復帰率をみたところ、病床規模が大きいほど、患者の在宅復帰率は高くなる。

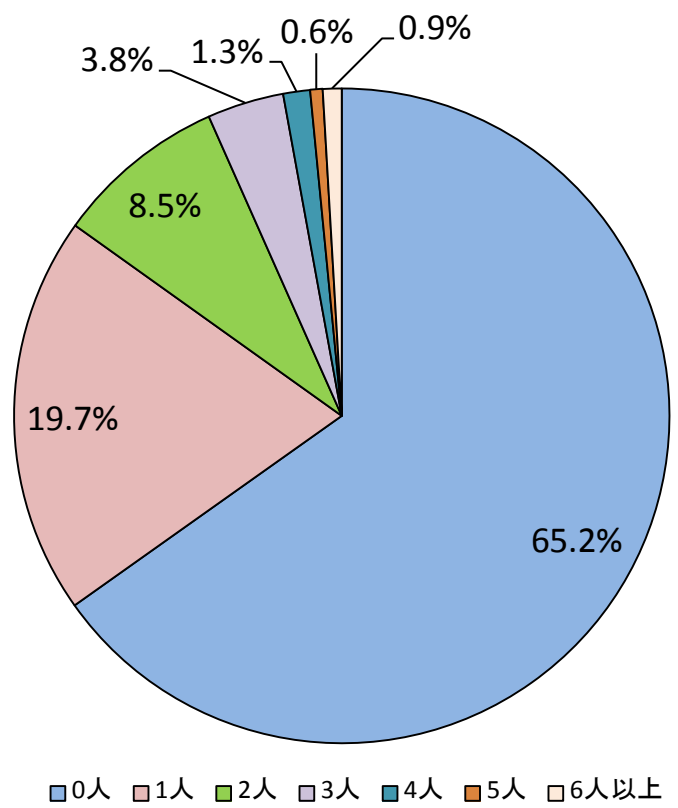


退院調整支援担当者及び医療安全体制についての責任者の配置状況

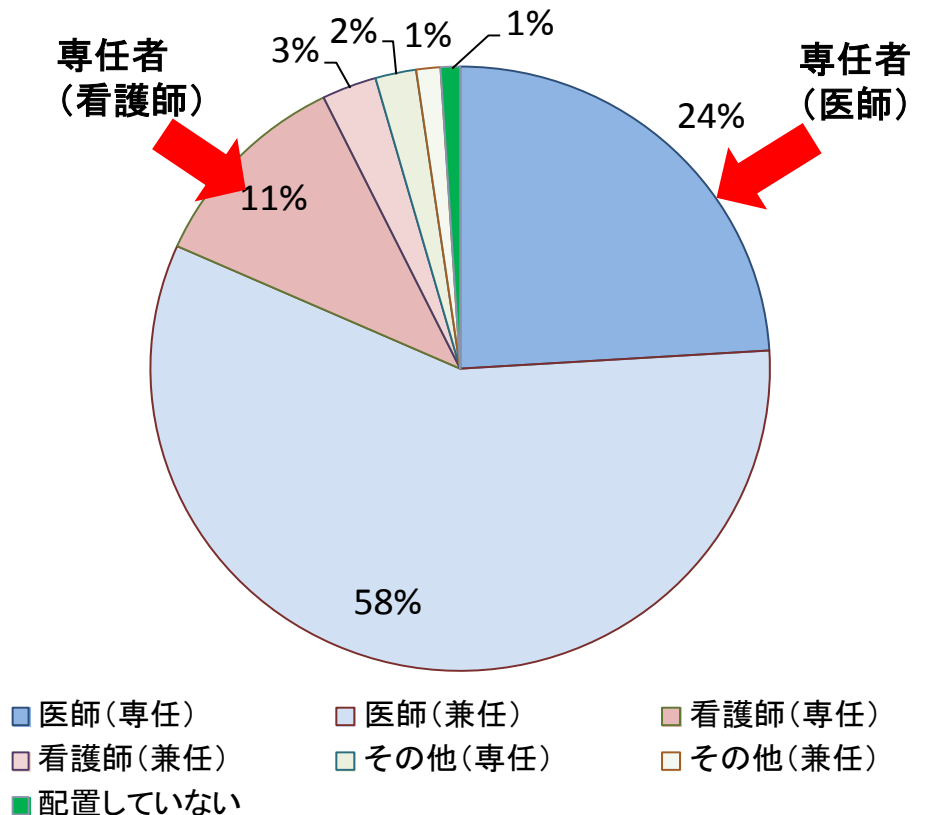
○「一般病床を有する病院」においては、退院調整支援担当者を配置している病院の割合が約35%。そのうち、担当者数1人の病院の割合が約20%と最も高い。

○「一般病床を有する病院」においては、医療安全体制の責任者を配置している病院の割合が約99%。そのうち、責任者を専任としているのは、約37%。また、責任者の資格の割合は医師約82%（そのうち専任者約24%）、看護師約14%（そのうち専任者約11%）であった。

退院調整支援担当者の配置状況



医療安全体制についての責任者の配置状況



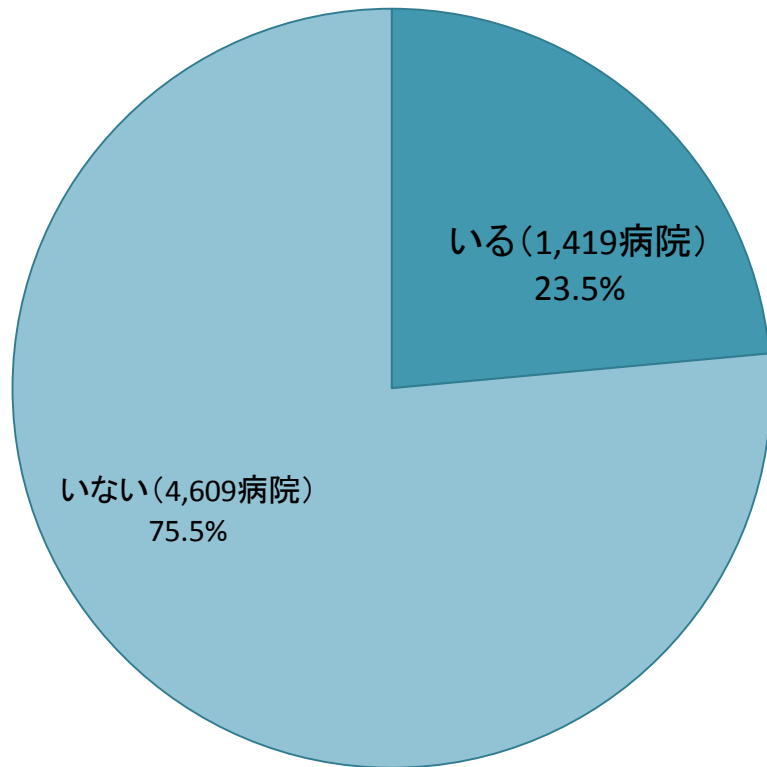
注)ここでいう専任とは専らその業務を任されて担当することをいい、担当業務以外の業務を多少兼任することを差し支えないとされている。

臨床研修医の有無及びその分布状況

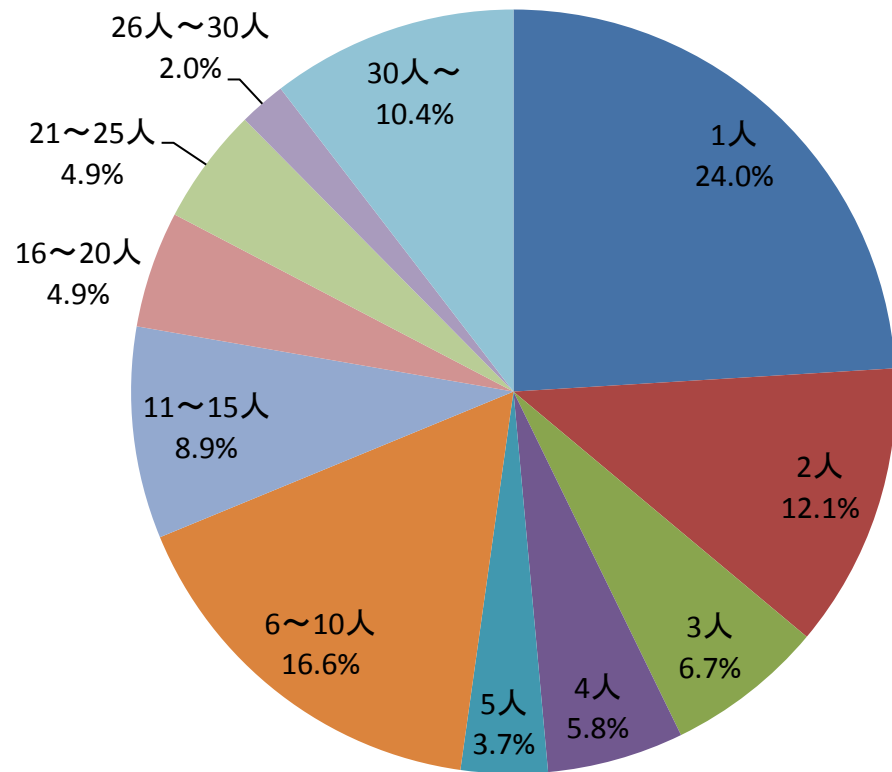
○「一般病床を有する病院」においては、臨床研修医のいる病院の割合は約24%。

○臨床研修医のいる病院の約24%が臨床研修医数は1人であり、約52%が5人以下であった。一方、30人以上の臨床研修医のいる病院は約10%となっている。

臨床研修医がいる病院の割合



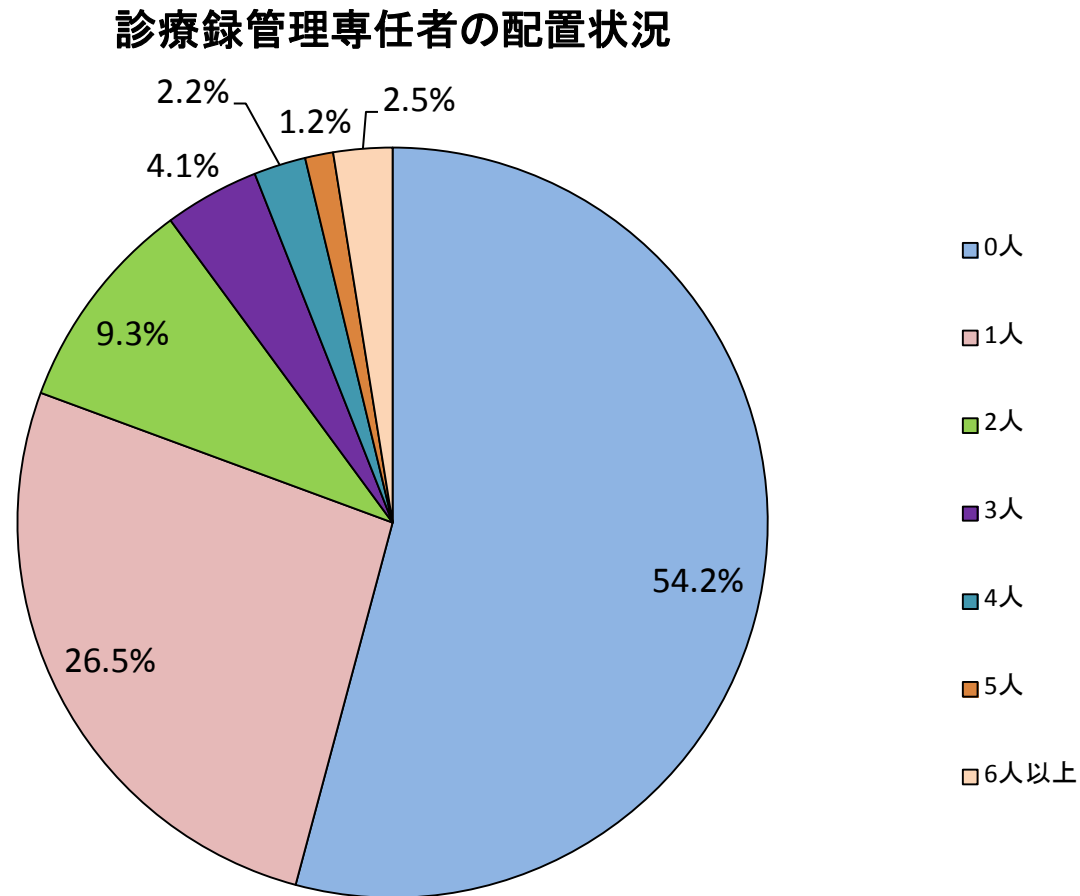
臨床研修医の人数の分布状況



「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

診療録管理専任者の配置状況

○「一般病床を有する病院」においては、診療録管理専任者を配置している病院の割合は約46%。診療録管理専任者を配置している病院のうち、最も割合が高いのは担当者数1人の病院(約27%)であった。



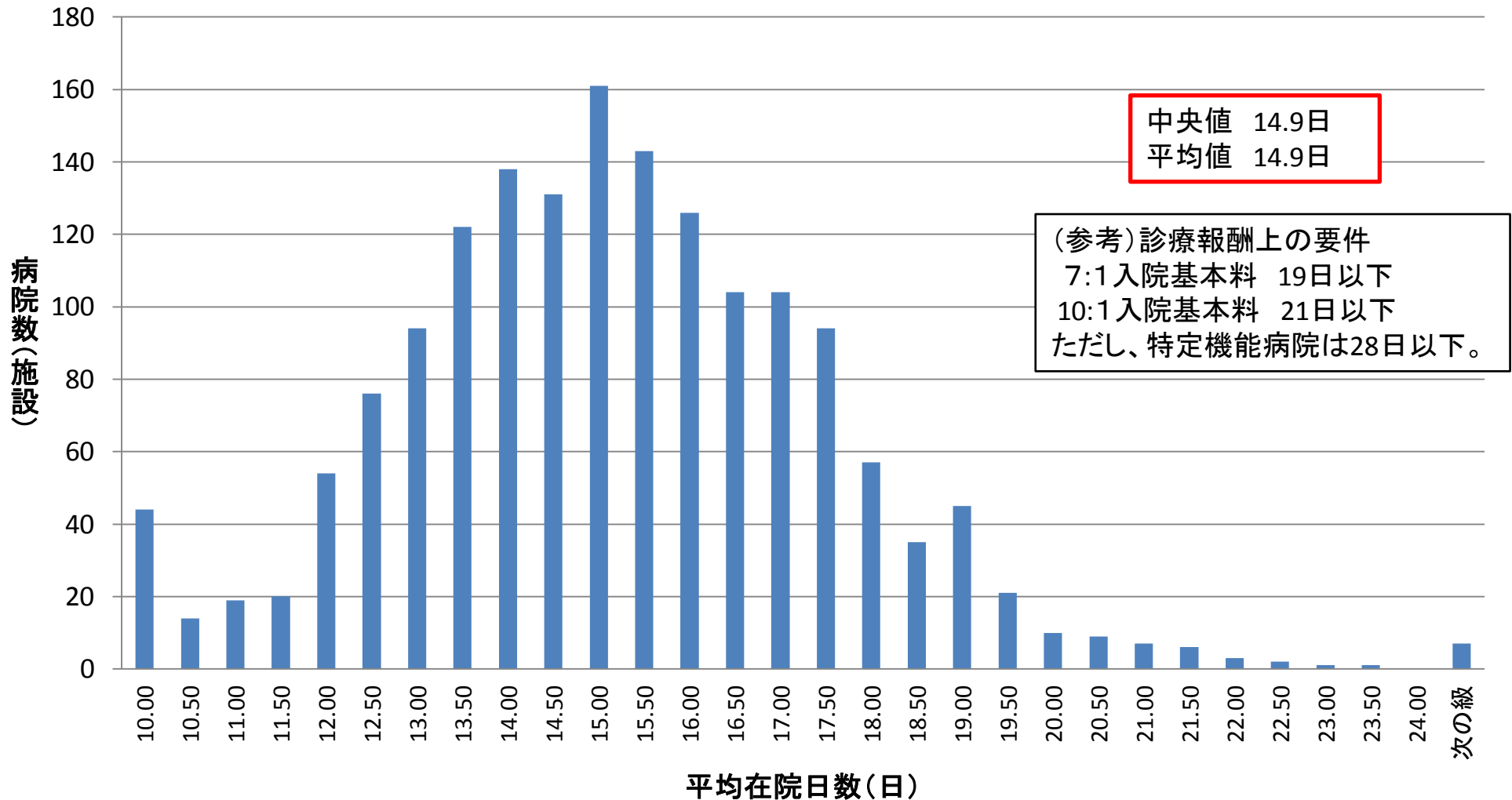
Ⅱ DPC対象病院とDPC準備病院について (DPCデータ*を基に分析)

* DPC対象病院とDPC準備病院(以下「DPC病院」という。)について、「平成23年度第9回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会」のデータ(平成22年7～12月の6月分を対象)を基に分析。

	病院数	病床数
7対1病院	1,106	377,673
10対1病院	535	118,325
13対1、15対1病院	7	660
全体	1,648	496,658

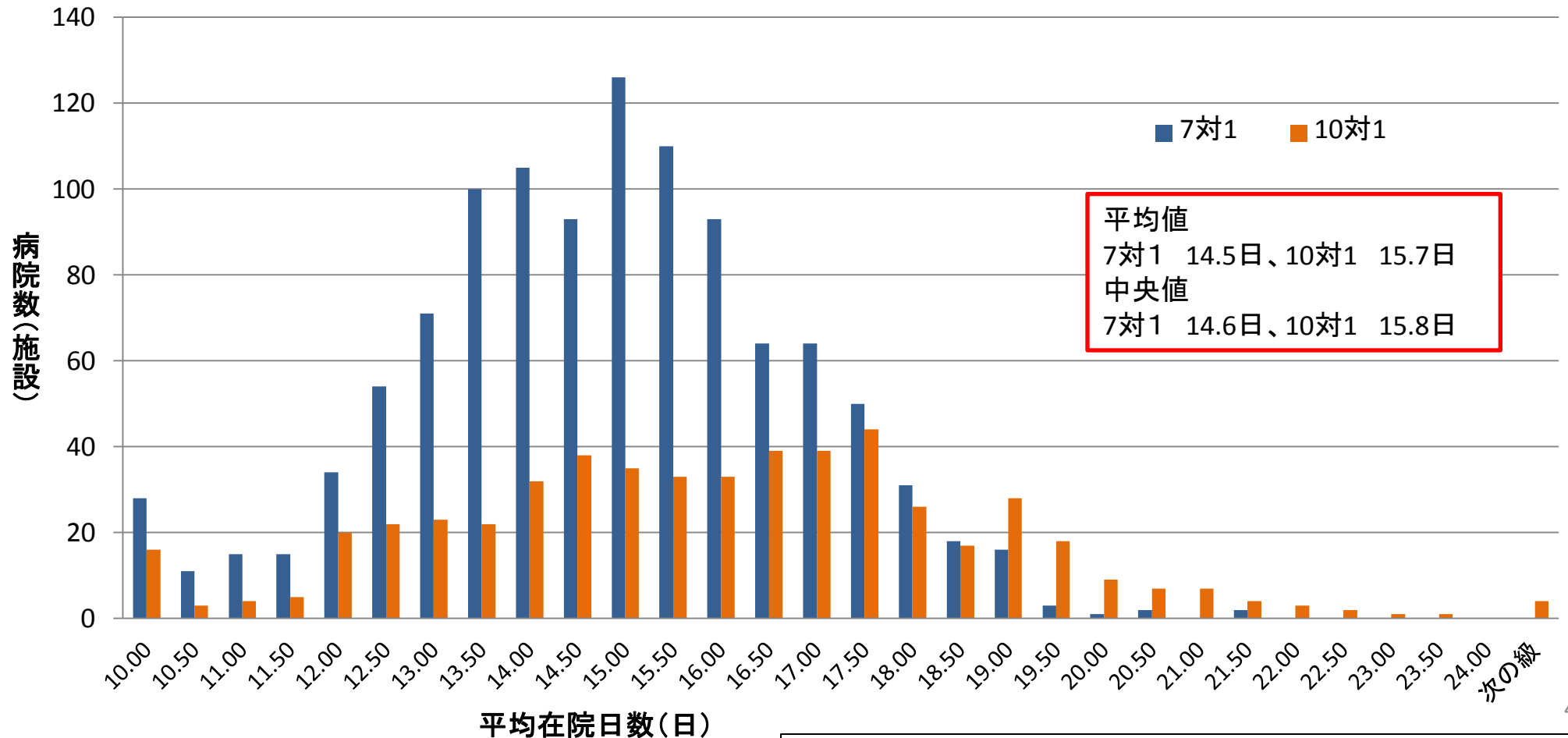
DPC病院における平均在院日数の分布

○DPC病院の平均在院日数は約15日。



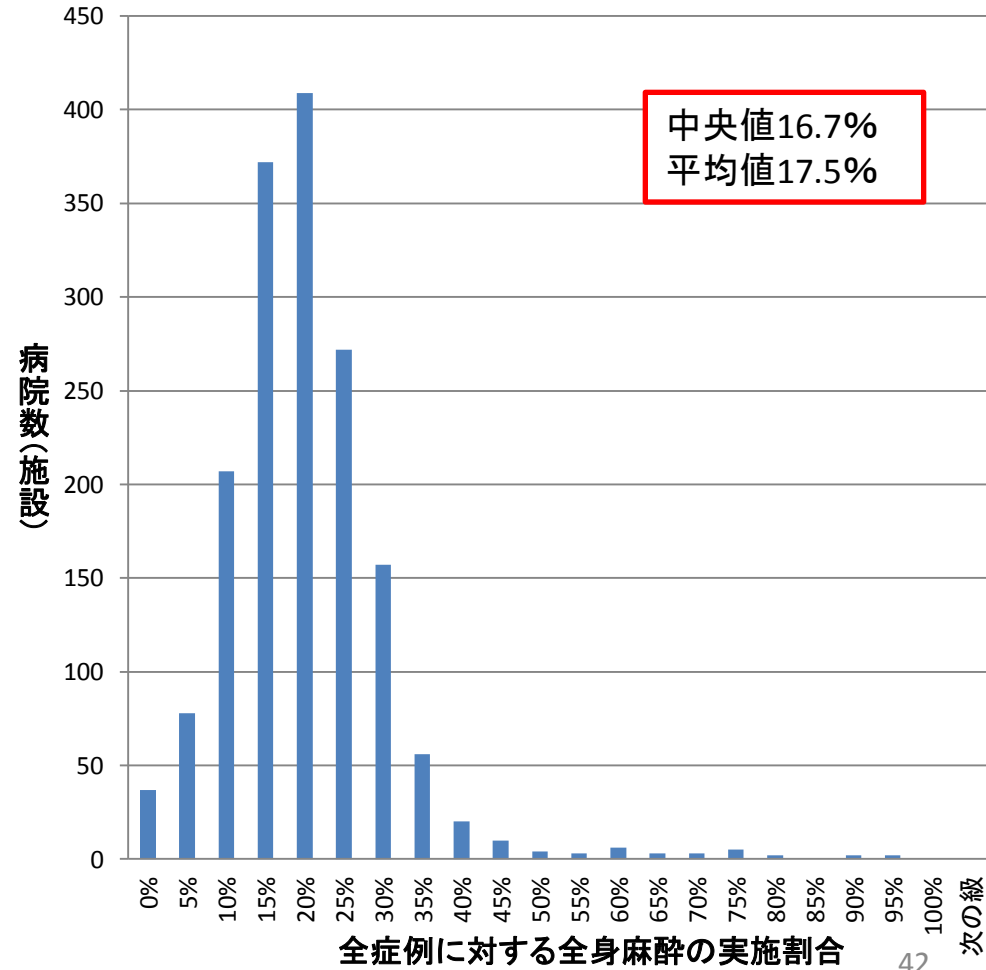
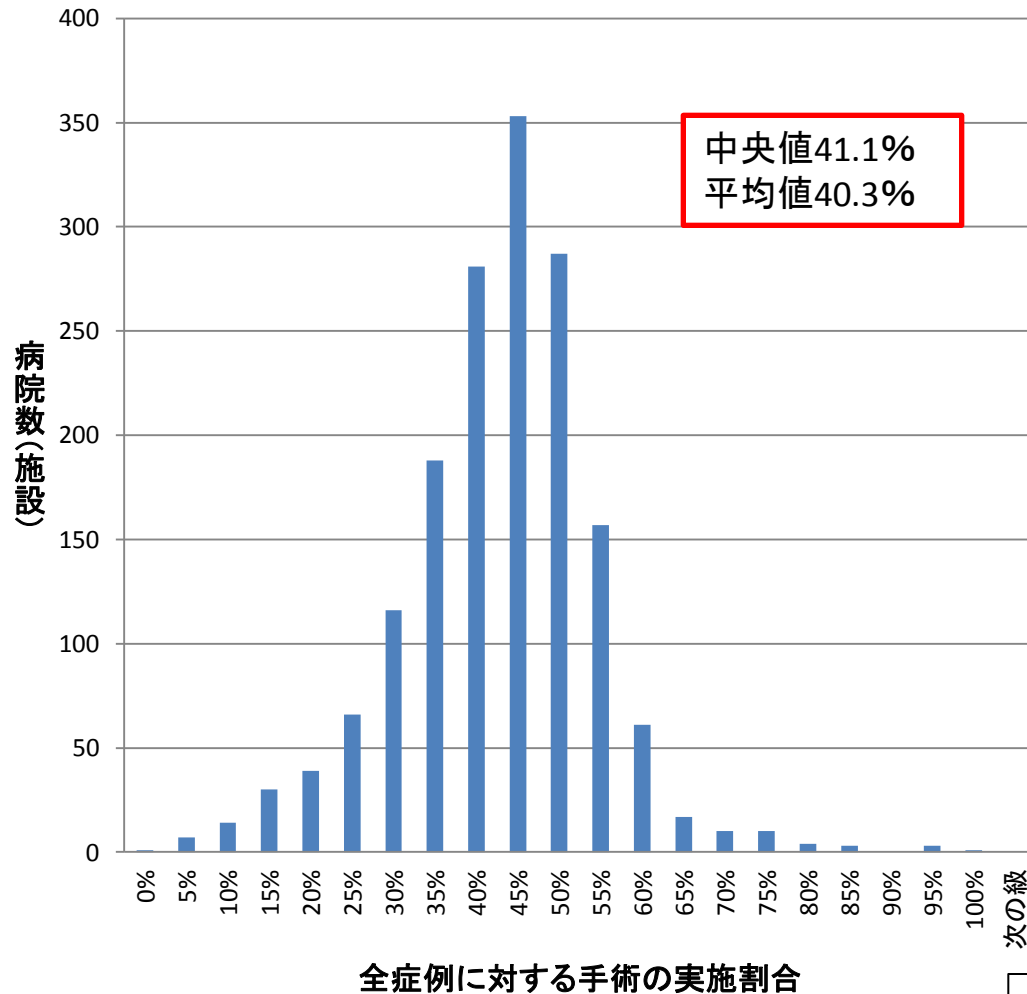
DPC病院における看護配置基準ごとの平均在院日数の分布

○DPC病院においては、一般病棟入院基本料7対1、10対1病院別に平均在院日数をみると、7対1病院は14.5日、10対1病院は15.7日と、約1日の差がみられる。



DPC病院における「手術」「全身麻酔」の割合

○ DPC病院においては、病院ごとの全症例に対する「手術」の実施割合の平均値は約40%。「全身麻酔」の実施割合の平均値は約18%。

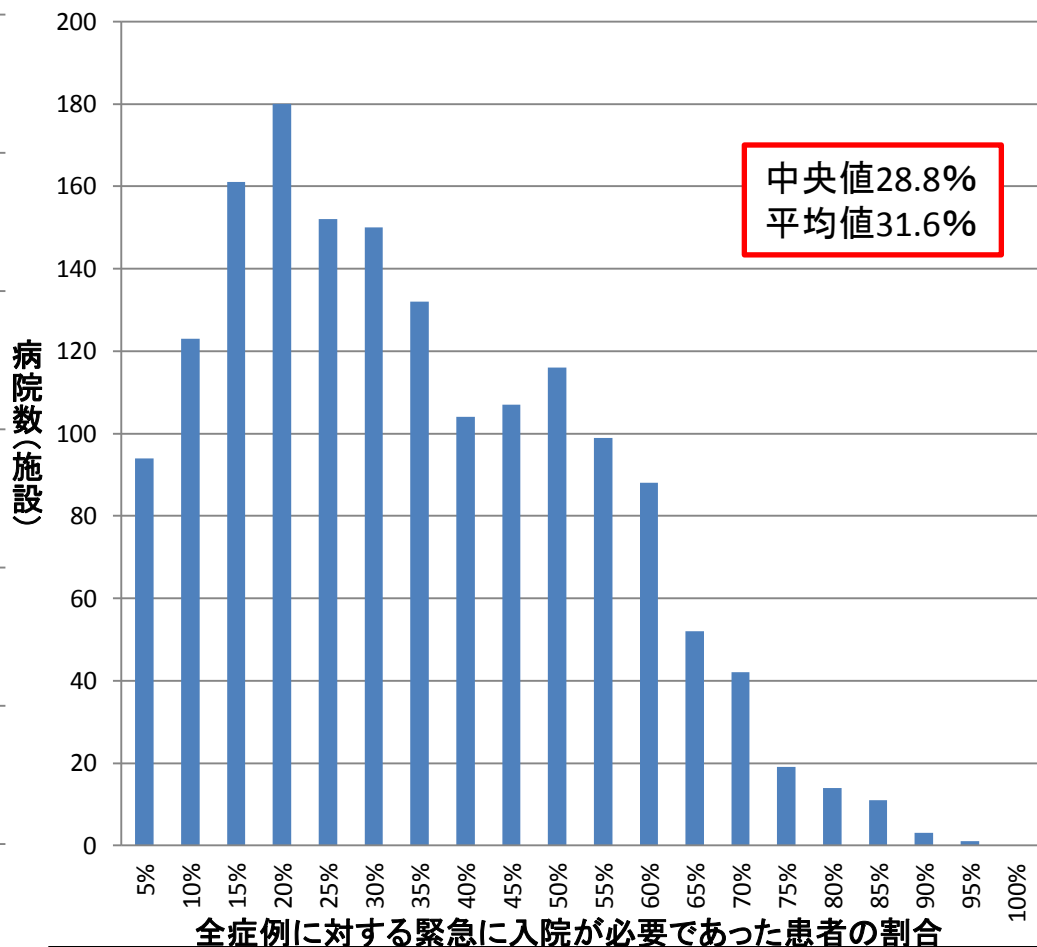
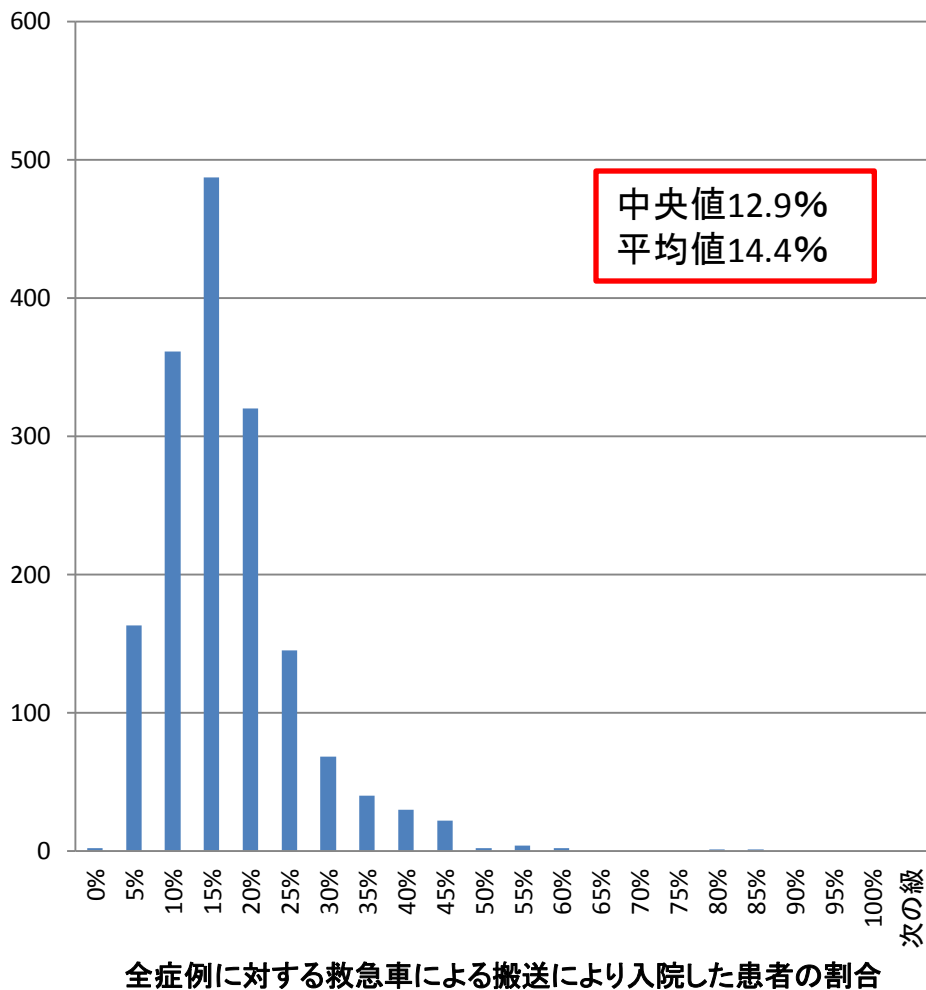


DPC病院における「救急車による搬送患者」「緊急入院患者」の割合

○ DPC病院においては、病院ごとの全症例に対する「救急車による搬送により入院した患者」割合の平均値は約14%、「緊急に入院が必要であった患者*」割合の平均値は約32%であった。

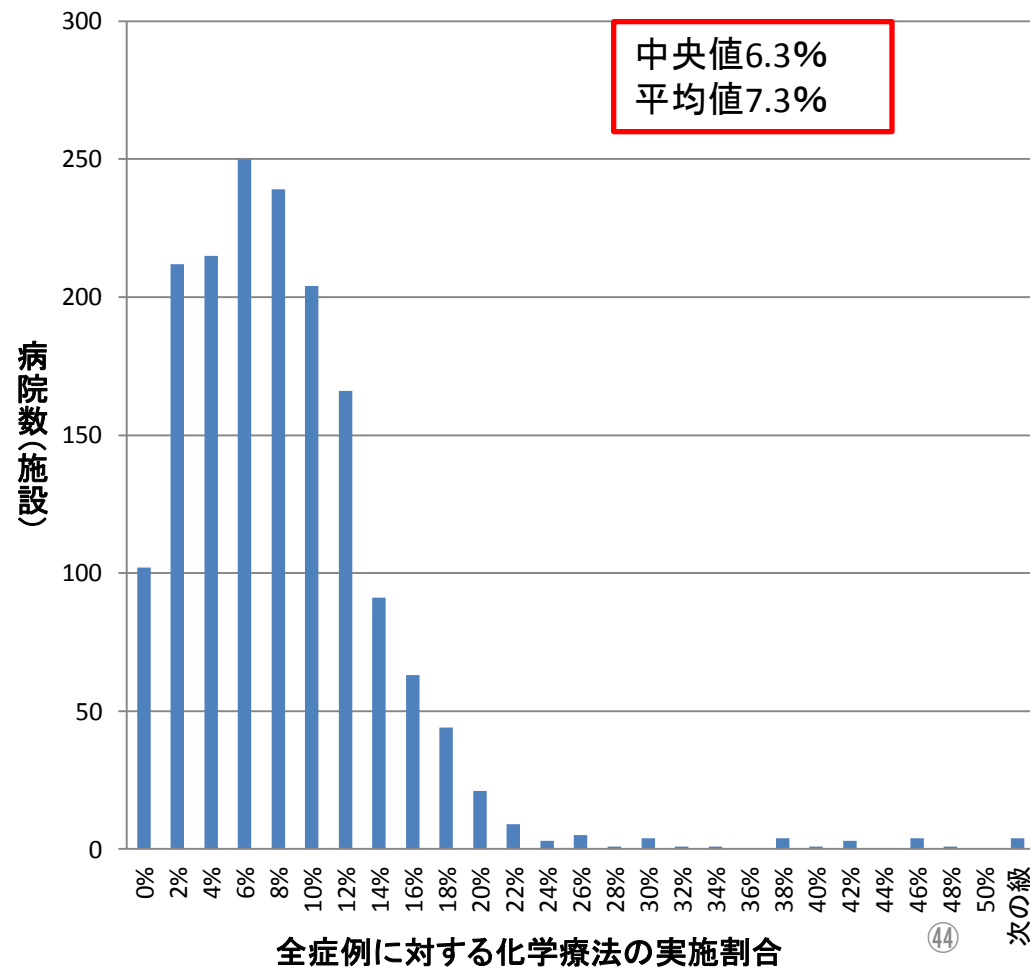
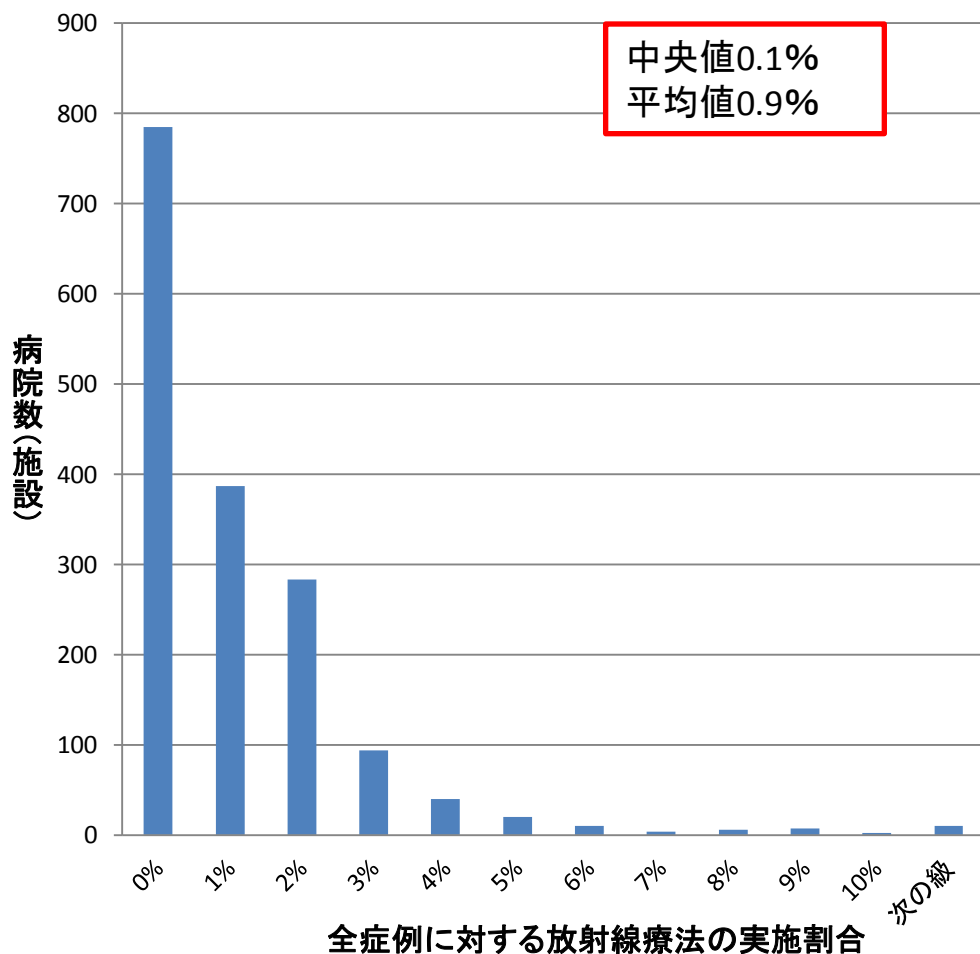
*「緊急に入院が必要であった患者」とは、医師の診察等により緊急に入院が必要と認められたもの

- ・吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- ・意識障害又は昏睡
- ・呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- ・急性薬物中毒
- ・その他上記の要件に準じるような重篤な状態 等



DPC病院における「放射線療法有り」「化学療法有り」患者の割合

- DPC病院について、病院ごとの全症例に対する「放射線療法有り」患者割合の平均値は約1%、「化学療法有り」患者割合の平均値は約7%。
- 入院医療としての放射線・化学療法の実施割合は多くない。



急性期病床 (acute care beds) の各国定義

OECDによる定義

OECDにおける急性期病床 (acute care beds) は、現在次のように定義されている。

○含まないもの

- ・精神疾患治療、リハビリ、長期療養、終末期緩和ケアといった、その他の治療機能を与えられた病床
- ・精神科病院、薬物中毒の治療にあたる病院内の病床
- ・リハビリのための病床
- ・終末期緩和ケアのための病床

○含むもの

- ・周産期(産科)医療、非精神疾患治療、傷害に対する治療、外科手術、非精神疾患や傷害の症状の緩和(ただし終末期緩和ケアを除く)、非精神疾患や傷害の応急処置、非精神疾患や傷害による合併症を防ぐといった機能のうち1つ以上を有する病床

※ 2006年までは、平均在院日数が18日以内の治療に用いられる病床を急性期病床の定義としていたが、2007年以降SHA (A System of Health Accounts) に準拠した上記定義に変更されている。2006年までの定義(18日以内)に準拠して、急性期病床を定義している国として、デンマーク、フィンランドがある。

各国の定義

	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
人口1,000人当たり急性期病床数(注1)	8.11	1.78	3.47	5.66	2.99	2.68	2.66	5.55
平均在院日数(注2)	18.5	7.7	5.2	7.5	6.7	6.8	5.4	10.6
施設類型or病床類型	病床	病床	病床	病院	病床	病床	病院	病床
施設種類(施設類型の場合)	—	—	—	総合病院(注3)	—	—	短期入院病院(注4)	—
病床種類(病床類型の場合)	・感染症病床 ・一般病床	・急性期医療のための病床(ケベック州以外) ・短期入院のための病床(ケベック州)	・外科病床 ・産科病床 ・その他急性期病床	—	下記以外の全病床 ・リハビリ病床 ・精神科病床 ・長期療養病床	・外科病床 ・産科病床 ・その他急性期病床	—	下記以外の全病床 ・精神科病床 ・結核病床

注1 2009年のデータ(アメリカのみ2007年)。

注2 2009年のデータ(韓国のみ2003年)。

注3 精神科病院、リハビリホーム、ナーシングホームは含まない。

注4 原則30日以内の入院加療を行う病院。

急性期医療に関する作業グループ 第3回会合	参考資料1
平成24年1月26日	

参考資料(急性期医療に関する作業グループ 第1回及び第2回会合資料)

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	2
・ 一般病床の機能について	3
・ 急性期病床群（仮称）を位置づける意味	5
・ 急性期病床群（仮称）を医療法に位置づける効果	6
・ 急性期病床群（仮称）の「認定」について	7
・ 急性期病床群（仮称）の認定要件の考え方	8
・ 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	10
・ 二次医療圏における病床の機能分化の例	11
・ 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	12

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			

入院基本料
()は平均在院日数

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"> ○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
特に必要とされる機能	比較的短期間の入院				比較的長期間の入院
	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い出すことができる。→●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。

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。

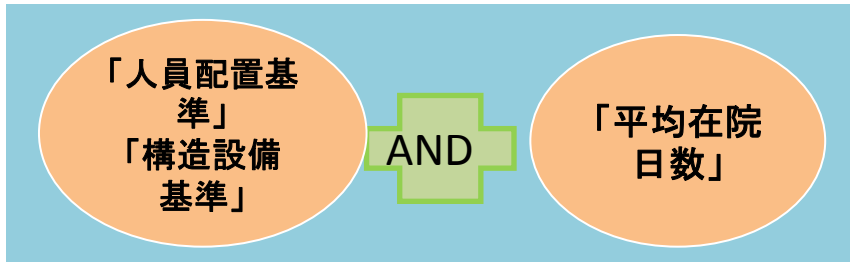
急性期病床群(仮称)の認定要件の考え方(1)

体制等に関する要件 【①】		実施に関する要件			
		【②】	【③】	【④】	
※ 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)					
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

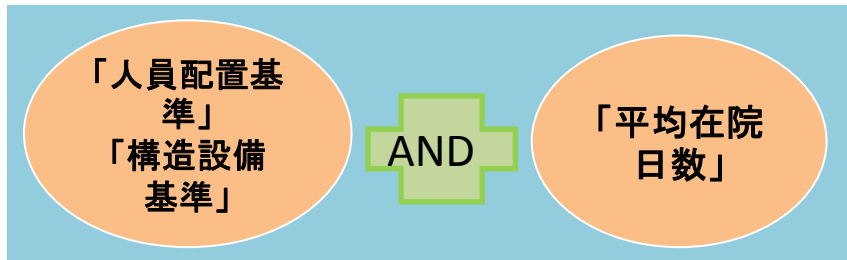
急性期病床群(仮称)の認定要件の考え方(2)

※ 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)

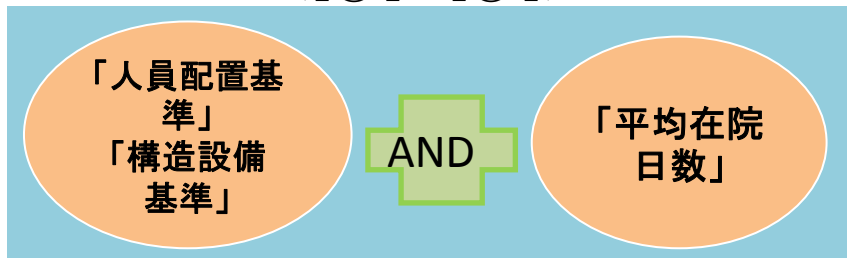
パターン1 (【①】&【②】)



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

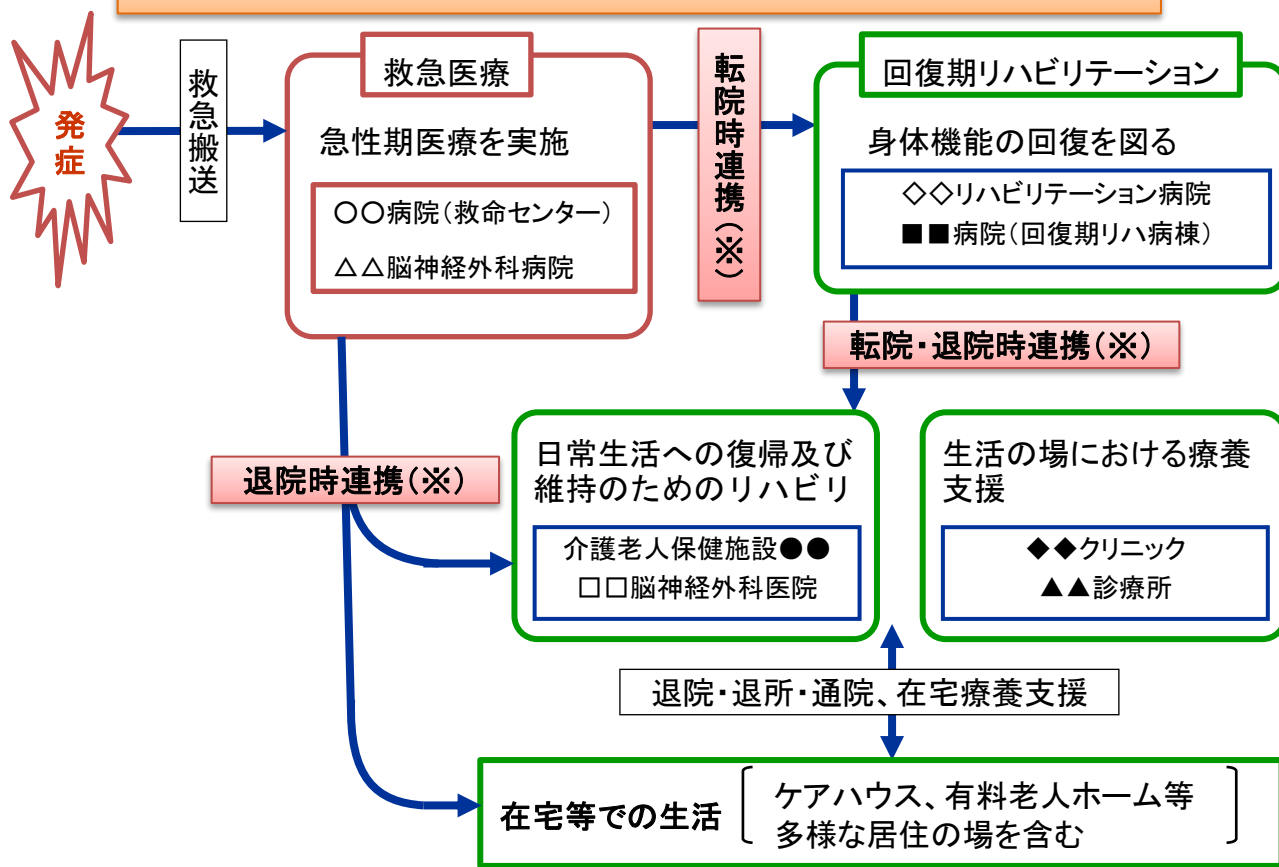


急性期病床群(仮称)に認定

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。

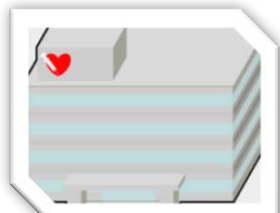
在宅医療を担う医療機関について、具体的な整備目標、役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込む。

※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。

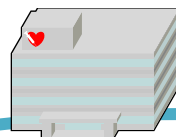
今後の姿(例)



【総合型の高密度医療＋亜急性期医療を提供】

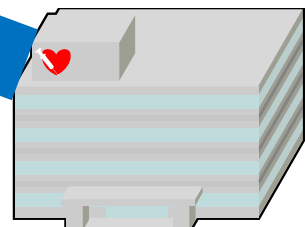
- ・一般300床
- 急性期病床群(仮称)250床＋亜急性期医療50床
- ・看護配置
急性期病床群(仮称) 7:1
その他 13:1
- ・在宅復帰支援担当者増員、PT・OT増員
- 高密度な医療＋亜急性期医療に対応可能な病院

機能分化の方向性(例)



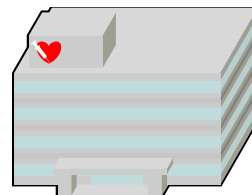
【専門特化型の高密度医療を提供】

- ・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】

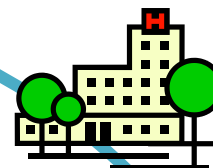
- ・一般300床
- ・看護配置10:1
- ・平均在院日数15.2日
- 高密度な医療の提供の一方で、機能が明らかでない病床群が存在



【総合型の高密度医療を提供】

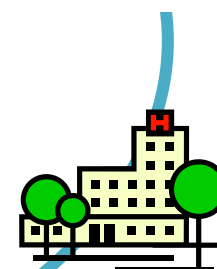
- ・一般200床
- ・地域医療支援病院
- ・ICU、病理解剖室、ドクターヘリ
- ・看護配置7:1
- ・平均在院日数13.1日
- 急性期病床群(仮称)200床を有し、ヘリ搬送等の救急医療を含む高密度な医療を提供する病院

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

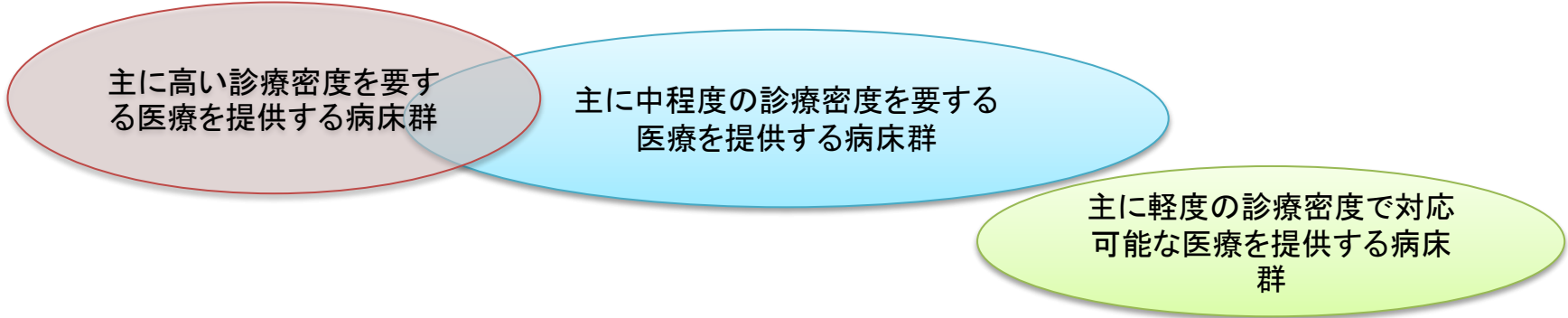
これまでの医療部会の議論を踏まえ、作業グループで議論すべき論点

- 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

急性期医療に関する作業グループ第2回会合 補足資料

一般病床が担っている機能

○人的資源の集中を必要とする病床群として、主にどのような医療を提供する病床群を対象にしたほうがよいか。なお、この場合、当該病床群が提供可能な医療という観点ではなく、当該病床群が主に提供する医療、という観点で考えてはどうか。



	高度急性期	～	一般急性期	～	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 	

医療提供体制の改革に関する意見（抄）

平成 23 年 12 月 22 日
社会保障審議会医療部会

2. 病院・病床の機能の明確化・強化

(1) 病床区分のあり方

- 患者の疾患の状態に応じ良質かつ適切な医療が効率的に行われるよう、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必要がある。
- これまでもこうした方向性は様々な機会を示されてきたものの、実現に至っていない状況を踏まえると、その実現に向け、法制化を含め、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要である。
- 急性期医療については、病院医療従事者の負担の軽減や専門医等の集約による医療の質の向上等を図るとともに、患者の早期の社会生活復帰を可能とする観点からも、医療資源を集中化させることにより機能強化を図るべきである。
一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策については、別途検討の場を設け、早急に検討すべきである。その際は、人的資源の集中化が求められる医療等について十分な議論が必要である。
- また、機能分化の推進に当たっては、病床の機能の見える化が重要であり、その機能に着目した評価を行うことが重要であるが、評価の具体的な方法については十分な議論が必要である。
- 病床区分のあり方を検討するに当たっては、地域の実情を踏まえ地域に必要な医療機能とは何かという観点からも検討する必要がある。
- 急性期や亜急性期等の医療から在宅医療についても機能分化・強化を図っていくとともに、国民・患者にとって分かりやすいものとしていく必要がある。