

病床区分の見直しについての参考資料 (社会保障審議会医療部会(12/1)資料(抄))

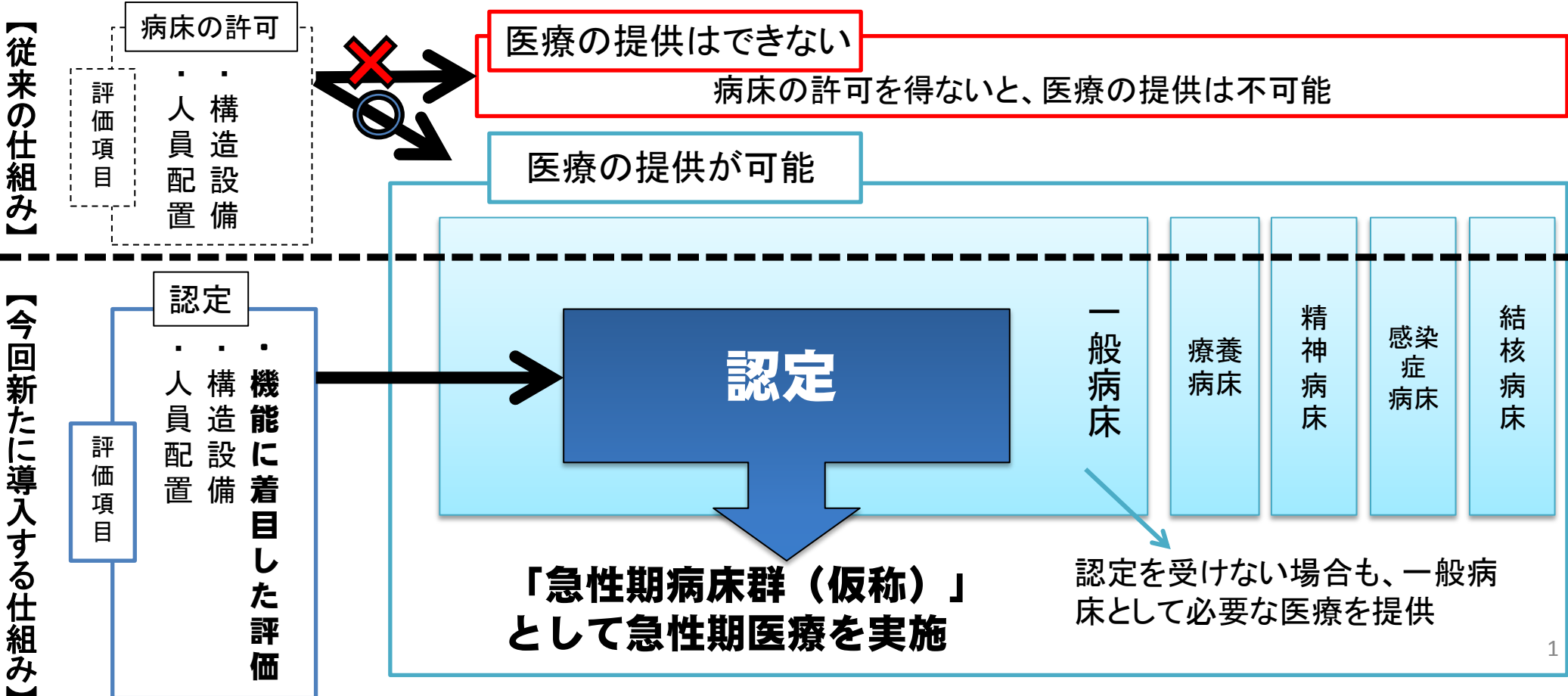
急性期病床群(仮称)の認定制度の導入

○病床の機能分化の推進策として、都道府県による「急性期病床群(仮称)の認定制度」を医療法において導入(「許可」という規制ではない)。

これにより、国民・患者に対し病床の機能を目に見えるようにし、適切な医療アクセスにつなげることが可能に。

○機能分化を推進していくための仕組みであり、そのためには、機能を明らかにしていく必要。そこで、急性期医療の機能(患者の疾病・病態や処置内容など)に着目した評価を導入。

○また、地域での急性期医療の提供状況を、認定を行う都道府県が把握可能となる。その結果、実態に即した医療計画の策定が期待され、より実効的な医療提供体制の整備につながる。



急性期病床群(仮称)の対象となる患者や急性期医療のイメージ

急性期病床群(仮称)の対象となる患者:

例えば、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している場合を想定

○これまでの「急性期医療」の考え方

- ・「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」

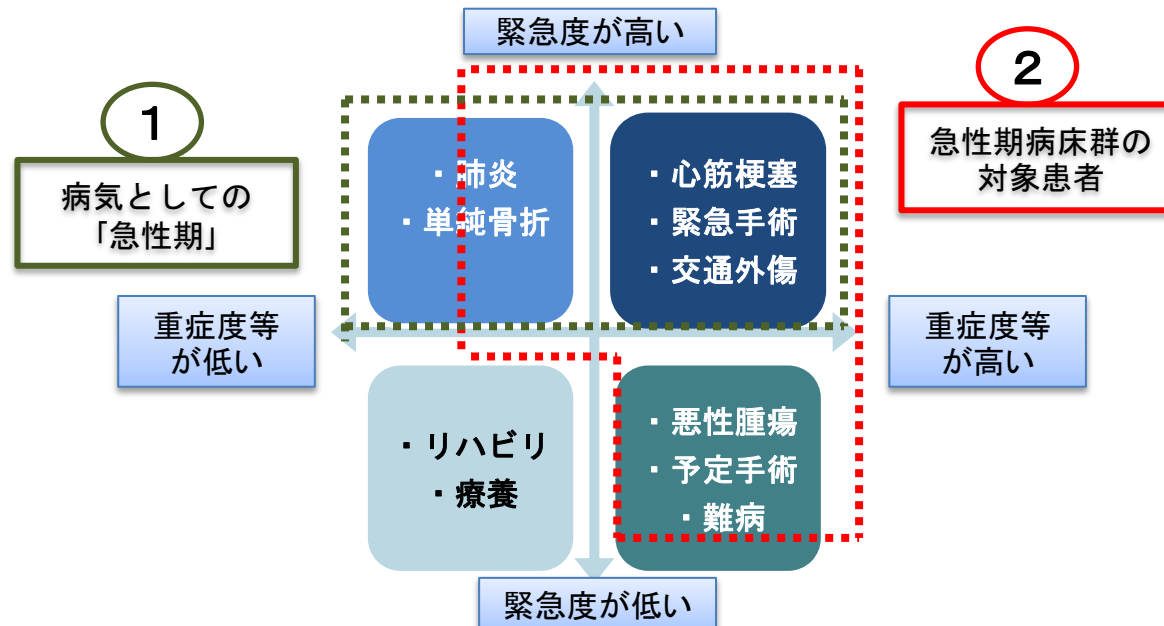
中医協DPC評価分科会から同基本問題小委への提案（平成19年11月21日）

- ・「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）」
- ・急性期病床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、急性期病床の提供する入院医療である。

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」（平成15年3月14日）

- 医療者にとって「急性期」とは、病気のステージ(発症初期であること)や発症様式(急性に発症すること)、救急医療という概念で捉えられることが多い(①)。

「急性期病床群(仮称)」で想定する急性期医療とは、こうした「急性期」と必ずしも一致するものではなく、緊急度や重症度等を含め、より高密度な医療を必要とする患者を想定しており、より広い概念で捉えている(②)。



急性期病床群(仮称)の認定要件(イメージ)

急性期病床群(仮称)の認定に当たっては、主に以下のような病床(群)の「機能」に着目した評価を想定

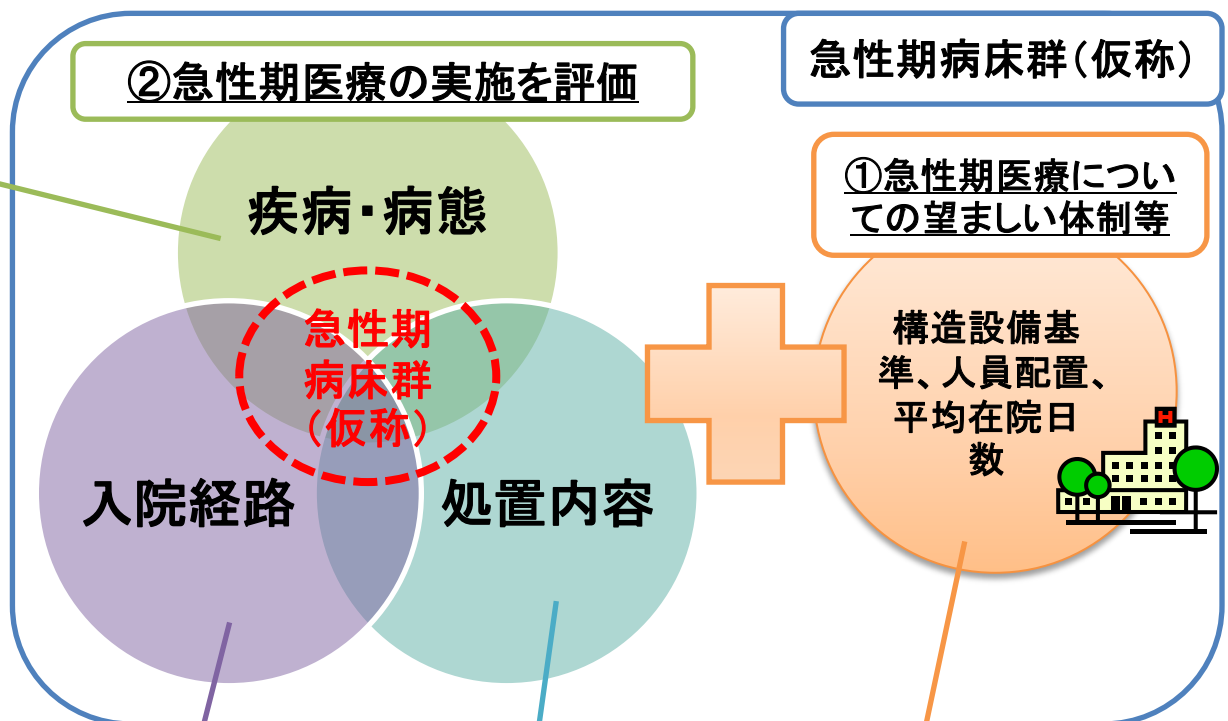
- ①急性期病床群(仮称)の体制:急性期医療の実施にあたって望ましい体制や、効率的な医療の提供がなされているかを評価
- ②急性期医療の実施:個々の患者の治療の内容や結果を評価するものではなく、急性期病床群(仮称)における診療等の実態を評価(対象となる疾病を有する患者が入院している割合や、実施した処置の割合等)。

【項目例】
(共通する病態)
・意識障害 ・昏睡 ・ショック ・急性腎不全
(内科系疾患)
・急性呼吸不全 ・急性心不全 ・急性薬物中毒
・重症感染症 ・脳血管障害 ・重篤な代謝障害
(外科系疾患) ・外傷 ・開放骨折
(小児) ・入院を要する疾病
(精神科系疾患) ・精神科身体合併症等

認定の要件例

※例えば、次のような要件を設定した場合、
・対象疾患に該当する患者が○%以上
・救急医療入院が△%以上
・手術を行う患者が□%以上

	疾病・病態	入院経路	処置内容
〇〇病院	対象疾患 ○% 認定	救急医療入院 ××%	手術 ××%
〇△病院	対象疾患 ××%	救急医療入院 ××%	手術 □% 認定
△△院	対象疾患 ××%	救急医療入院 △% 認定	手術 ××%
××病院	対象疾患 ××%	救急医療入院 ××%	手術 ××%



②急性期医療の実施を評価

急性期病床群(仮称)

①急性期医療についての望ましい体制等

疾病・病態

急性期病床群(仮称)

入院経路

処置内容

構造設備基準、人員配置、平均在院日数

【項目例】
・緊急入院 等

【項目例】
・手術 ・人工呼吸器
・人工腎臓 等

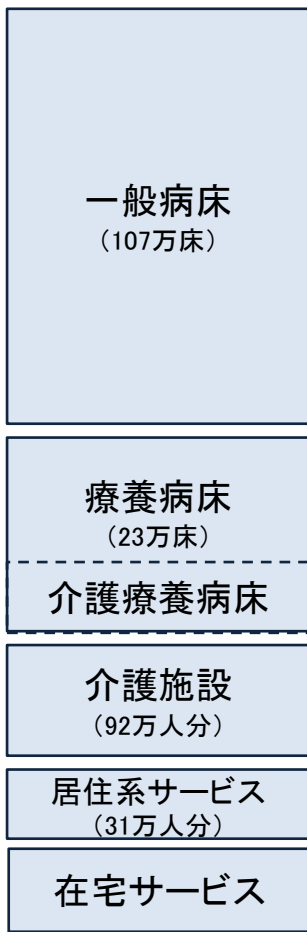
【項目例】
(構造設備基準)
・化学、細菌、病理の検査施設
・退院支援部門・診療録管理体制
(人員配置)医師、看護師、薬剤師
(平均在院日数)

対象病床群を縮小した上で、要件を満たせば認定を受けることは可能。

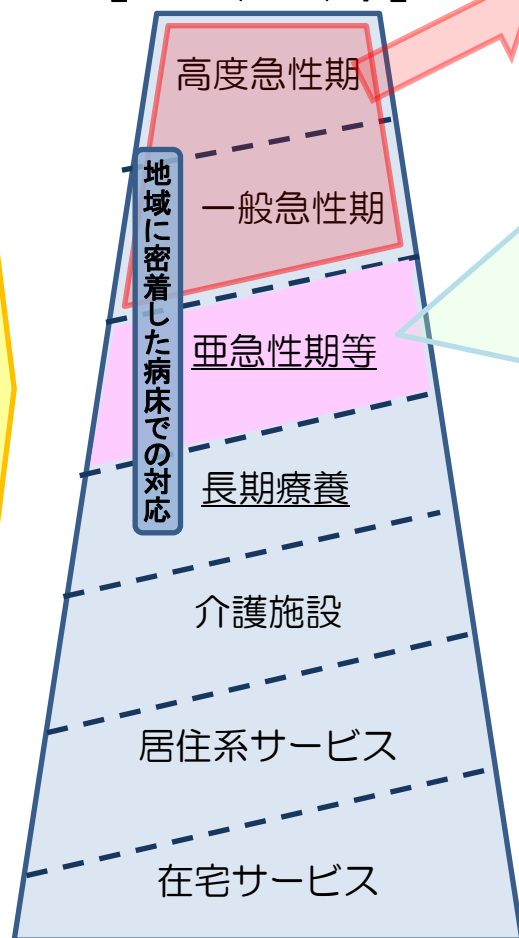
急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療について

○急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療について、社会保障・税一体改革成案において、サービス利用の具体的シナリオとして想定されている改革イメージは下記のとおり。

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



「急性期病床群(仮称)」を位置づけ(今回の提案)

- ・急性期から医療必要度がそれなりに高い状態で退院してくる者の受け皿としての機能強化
- ・リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化、24時間対応可能な在宅医療の体制整備等
- ・在宅療養患者の急性増悪時の対応等
⇒リハビリ、地域連携、退院時支援等の観点から、コメディカルを中心に3割程度の増員を図る

病床区分の見直しについての参考資料 (社会保障審議会医療部会(11/17)資料(抄))

病床の区分

病床について、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて、以下のように定義されている。

一 精神病床

病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。

二 感染症病床

病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症（結核を除く。）、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同条第八項に規定する指定感染症（同法第7条の規定により同法第19条又は第20条の規定を準用するものに限る。）の患者（同法第8条（同法第7条において準用する場合を含む。）の規定により一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。）並びに同法第6条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。

三 結核病床

病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。

四 療養病床

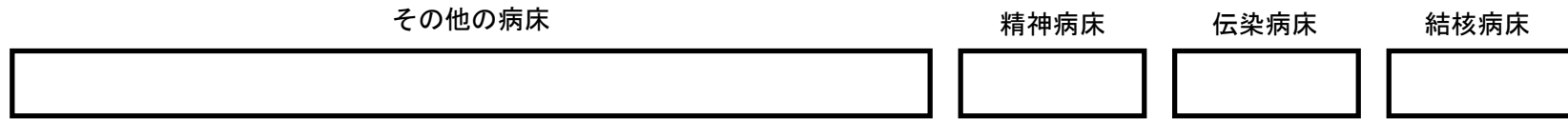
病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

五 一般病床

病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

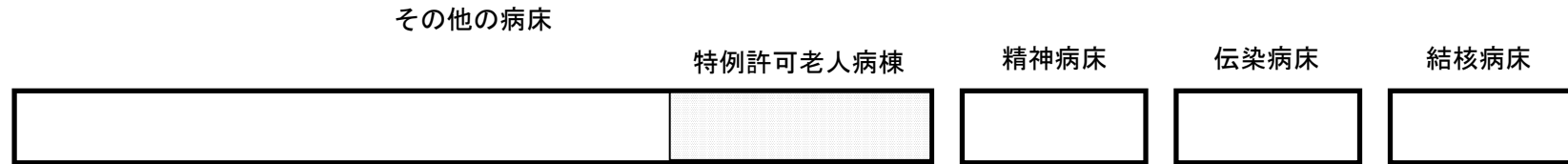
病床区分に係る改正の経緯

【制度当初～】



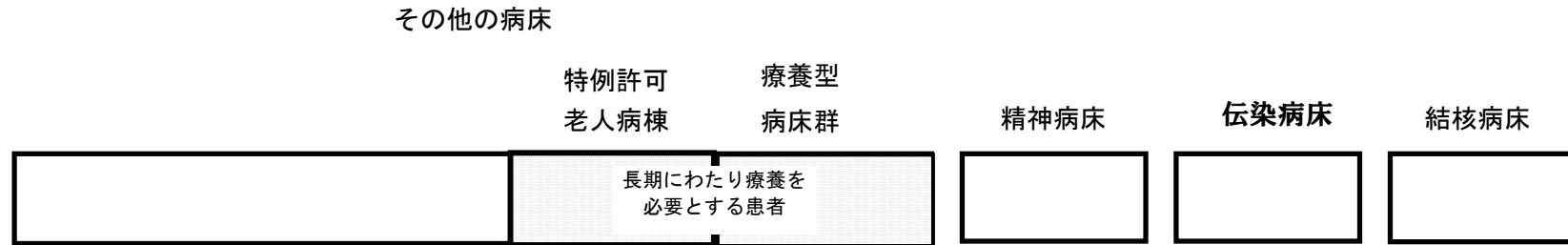
- ・ 高齢化の進展
- ・ 疾病構造の変化

【特例許可老人病棟の導入（昭和 58 年）】



- ・ 高齢化の進展、疾病構造の変化に対応するためには、老人のみならず、広く「長期療養を必要とする患者」の医療に適した施設を作る必要が生じる。

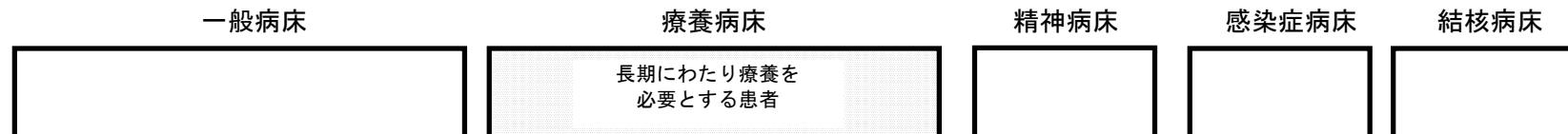
【療養型病床群制度の創設（平成 4 年）】



- ・ 少子高齢化に伴う疾病構造の変化により、長期にわたり療養を必要とする患者が増加。療養型病床群等の諸制度が創設されたものの、依然として様々な病態の患者が混在。

【一般病床、療養病床の創設（平成 12 年）】

患者の病態にふさわしい医療を提供



平成9年改正により、診療所に療養型病床群の設置が可能となった。

病床の機能分化を巡る現状

- 病床の機能分化について、医療法上での対応として、これまでは長期療養対応の体系化を図ってきたところ。一方、一般病床については、診療報酬上は、病院の機能に応じて、多様な病院・病床が位置づけられているが、医療法上は、その他病床としての区分しかなされておらず、同じ病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、機能分担が明確になっていない。
- 我が国は、国際的にみて人口当たりの病床数は多くなっている一方、病床当たりの医師、看護職員数やスタッフ数も少なく、急性期病床（日本では一般病床）間で比較した平均在院日数は長い。一方で、病床当たりの医療従事者と平均在院日数の間には、相関関係がある。
- 近年、平均在院日数の短縮は進んでいるものの、一方で、インフォームドコンセントの実施、医療安全の確保、医療技術・機器の高度化等により、医療機関・スタッフの業務は拡大している状況。
- さらに、急性期治療を経過した患者に対し、その受け皿となる病床や在宅療養を支える機能の不足がみられる。

病院・病床機能を巡る現状と課題

機能未分化

医療法上は、慢性期医療を担う療養病床と、急性期医療を中心として担う一般病床と機能分化が行われてきたが、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。

従事者の少なさ

国際的にみて人口当たり病床数は諸外国に比して多くなっているが、病床当たりの医師、看護職員数や全体としてのスタッフ数も少なく、急性期病床(日本では一般病床)間で比較した平均在院日数が長くなっている。

スタッフの負荷増大

術前・術後の平均在院日数の短縮が進む中で病床当たりの従事者数も並行して増加傾向にはあるが、一方、インフォームドコンセントの実施、医療安全の確保、医療技術・機器の高度化等が相俟って、医療機関・スタッフの業務は増大している。

後方機能不足

急性期治療を経過した患者に対する社会・家庭復帰支援や地域生活支援において、

- ・ 急性期治療を経過した重症患者の受け皿となる病床
- ・ 在宅療養を支える機能などが不足している。

【論点】

- 患者の病期、ニーズに応じた医療資源の投入、診断・治療技術の進展への対応、提供体制上の役割の明確化等の観点から、一般病床について、果たす役割、有する体制等に応じて機能分化をすべきではないか。また、機能分化をより効率的に進めるためにどのような方法が考えられるか。
- その際、従来は慢性期医療に着目した病床機能の明確化が行われてきたが、医療資源の集中投入がより必要な重症患者等への急性期医療の機能強化、急性期医療から引き継ぐ病床の確保の必要性などを踏まえた在り方を考えてはどうか。

これまでの部会における病床機能等に関する委員の主な御意見

【機能分化、機能の明確化について】

- ・ 似たような総合病院が多すぎという印象が国民にはある。きっちり先進的な医療を提供してもらえるところと、治療後に近所で定期的に経過観察をしてもらえるところと、機能の棲み分けを行うべき。砂漠に水を撒くような感じではなく、どこに集中的にやるのかというのを、国民の目にもわかるように議論していく必要。(海辺委員⑭)
- ・ 国民・患者が一般病院のイメージ、機能、役割、設置の趣旨等について共有の認識を持つことのできる考え方を新たに考案する必要がある。(高智委員⑰)
- ・ 医療の高度化や国民の意識も変わる中、医療を提供する際、自分の病院の機能をアピールできないと、国民・患者も分からないし、病院間の連携もできない。(西澤委員⑱)
- ・ 救命センターの数が本当にこれだけ必要なのか、そこがどういう機能を果たしているのかということをもう一度検証すべきではないか。高度急性期の必要数もPICUと同じような形で決めていくべき。(日野委員代理⑲)
- ・ それぞれの医療機関が自ら担う機能を選択し、その実情を患者、住民に明示することが必要。(高智委員⑳)
- ・ 入院医療は、高度機能病棟、急性期病棟、地域一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、慢性期病棟とし、病棟単位で機能分化させることが望ましい。(西澤委員⑰)
- ・ 一般病床については、急性期とそれ以外の亜急性期で区分をして最適化する必要がある。(小島委員⑰)
- ・ 多様な一般病床を分かりやすい観点で、一般病床を再度機能分化させることに賛成。(齋藤(訓)委員⑰)
- ・ 機能分化の議論は、イメージだけで理想を追い求めるのではなく、診療報酬の扱いについての議論も不可欠。(中川委員⑰)
- ・ HCUから一般病床、いわゆる急性期病床への移行を制度的に決めるのがいいのか、議論が必要。制度で決めてしまうと、運用ができなくなるおそれがある。(横倉委員⑰)



一般病床について、機能分化を進め、機能の明確化を図り、それを患者や国民の目にも明らかにしていくべきではないか。

【患者の病期、ニーズに合わせた人員配置の見直しについて】

- ・ がんの患者が増えると、非常に高度な治療を求める患者の数が増えるので、そういう病院などに手厚く医師を配置する必要がある。(海辺委員⑫)
- ・ 経験豊かで高いスキルを持った医師、医学部の教授などは、外来でかぜの患者を診るのではなく、最も重症度の高い方に向けていることが医療資源の効率的なあり方。(高智委員⑬)
- ・ 今以上にマンパワーが増えない中、病床数が非常に多く、広く薄くマンパワーを配置している状況をどうするのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(齋藤(訓)委員⑭)
- ・ 一般病床は、さまざまな機能を持った病床が一緒くたになっており、同一の基準では整合性がとれない。地域一般病床と急性期病床を区分する必要がある、人員配置は自ずと異なる。(相澤委員⑭)
- ・ 医療従事者不足が指摘されている現状や、中小病院が非常に多い日本の医療提供体制の現状を踏まえると、医療安全と効率性確保の観点から、主に医療度に合わせた人的資源の集中化を図るべき。そのためには、病期別の機能分化が適当。(西澤委員⑰)
- ・ 機能分化に伴った人の配置はどうするのか。チーム医療の議論が進む中で、どういう職種の人員がどれだけ必要かということも念頭に置いた議論をしないと、単に病床の議論だけで終わってしまう。(山本(信)委員⑰)
- ・ 一般病床の機能分化の問題を議論するときは、人的な基準も一体として議論しなければならない。(近藤委員⑰)
- ・ 病床区分には、病気のステージによる分け方と医療にどれくらいのマンパワーが必要かという医療密度による分け方がある。どのくらいの医療の密度の病棟がどのくらい必要なのかという、算定、算出が必要ではないか。(永井委員⑰)
- ・ 高度医療に関しては医療密度が関係してくるのではないか。(加藤委員⑰)
- ・ 人員配置を厚くして相当重症の人を診なければならない病棟をまず区分けして、そのほかを一般病床で運用していくというのが現実的ではないか。(相澤委員⑰)



患者の病期、ニーズに合わせた人的資源の集約化が必要であり、急性期医療に手厚く配置していくべきではないか。

【急性期医療から引き継ぐ医療について】

- ・ 救急・急性期の先の所を整備しなければ、救急・急性期がうまくいかない。在宅医療、介護まで含めてしっかり整備してこそ、医療機関の機能分担もうまくいく。（西澤委員⑬）
- ・ 「機能未分化」と「後方機能不足」は一体かつ裏腹な問題であり、同時に解決していく必要がある。その際、在宅療養を支える機能が鍵であり、診療所、訪問看護ステーション、居住系サービスまでを含め検討することが重要。（尾形委員⑰）
- ・ 胃瘻を置いて在院日数、入院日数を短縮して退院させてしまえば、それを処置しなければならない病院が増えてくる。そのジレンマが解決されなければならない。（加藤委員⑱）
- ・ 療養病床の再編について、ほとんど介護保険施設に転換できていないようだが、介護の社会化という、基本的な理念は推進する必要。（小島委員（伊藤参考人）⑭）
- ・ 社会保障国民会議のシミュレーションで「亜急性期・回復期」となっていた区分は、地域特性も考慮した柔軟な病床運営を可能とするため、地域における軽度～中等度の急性疾患患者の受入、急性期病棟からの亜急性期患者の受入、地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク支援の機能を持つ「地域一般病棟」としてはどうか。（西澤委員⑰）
- ・ 一般病床の退院後をどうするかというとき、在宅のウェイトは非常に大きい。在宅療養をどうするかということと急性期の機能は裏腹の関係であることは明らか。（尾形委員⑰）
- ・ 人口どれくらいに対し、本当にどれくらいの医療提供体制が必要なのか。高度の急性期はある程度切り分けられるとして、一般病床の機能分化をどうしていくかということを議論していくべき。（相澤委員⑰）
- ・ 医療提供体制は都会などの人口集中地域と人口がわりとまばらな地域では随分あり様が違う。地方モデルというものも頭の隅に入れながら改革案を作っていくべき。（横倉委員⑱）
- ・ 地域では、高度も急性期も亜急性期も混在した中で医療が行われており、それを分別することが本当に患者にとって分かりやすい、効率的な医療であるのかどうかを検討すべき。（相澤委員⑳）
- ・ 地域差が非常に大きい中で、急性期から療養にかける区分について、地域一般病床というものの概念が必要ではないか。一般病床の議論を是非していただきたい。（横倉委員⑰）
- ・ 特に地方には急性期医療から亜急性期、あるいは社会的入院まで担っている病院があるので、法律と診療報酬を相互にやっていかないといけない。（邊見委員⑰）
- ・ 有床診療所や、中小病院の一般病床のあり方をしっかり議論すべき。（横倉委員⑭）
- ・ HCUから一般病床、いわゆる急性期病床への移行を制度的に決めるのがいいのか、議論が必要。制度で決めてしまうと、運用ができなくなるおそれがある。（横倉委員⑰）〔再掲〕



急性期のみならず、急性期医療から引き継ぐ医療や在宅医療についても、機能分化、強化が必要ではないか。また、地域の実情に即した対応も必要ではないか。

■論点

- 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、急性期医療への医療資源の集中投入や、亜急性期・慢性期医療の機能分化・強化等により、入院医療の機能の明確化、強化を図り、そしてその機能を国民・患者に明らかにしていく必要がある。

一方、これまでもこうした方向性はあらゆる機会を示されてきたものの、なかなか実現には至っていない状況。そこで、こうした考えを医療法においても明記し、その方向性に沿って取り組む姿勢を明らかにするため、国、都道府県及び医療機関について、病床の機能分化等の推進に関する責務規定を設けてはどうか。
- 特に、急性期医療については、社会保障・税一体改革成案においても、2025年に向けた取組として、医療資源の集中投入を図るとされており、これにより機能強化を図ることで、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が図られ、もって、早期の社会生活復帰を可能となることが期待される。そこで、機能分化・強化を推進する取組の一環として、医療法上、一般病床について、新たに急性期医療を担う病床群(急性期病床群(仮称))を位置づけることとしてはどうか。
- 急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療についても機能分化・強化が必要であるが、病床と機能が「急性期対応」として一致する急性期病床と異なり、亜急性期等の病床は診療報酬上の評価も様々であり、多様な機能を有している中で、制度上位置づけることについて、どう考えるか。

<急性期病床群(仮称)を制度上位置づけるとした場合の論点>

(法的位置づけ)

- 急性期病床群(仮称)においてのみ急性疾患に対応可能とするという法的構成は現状に鑑みると困難と考えられることから、急性期病床群(仮称)については、現行の「病床の許可」と同様の仕組みではなく、例えば、都道府県知事による認定を行うといった仕組みとしてはどうか。

※ 「許可」と「認定」について

一般病床は、人員配置及び構造設備基準等に適合し都道府県知事の許可を得なければ、入院治療を行うことができない。一方、例えば「急性期病床群(仮称)の認定」という仕組みでは、既に許可を受けた一般病床の一部について、一定の要件を満たした場合に急性期病床群(仮称)として認定する仕組みであり、認定がなくとも、急性期医療をはじめとした入院治療を行うことは可能である。

(機能に着目した評価の導入)

- 急性期の患者の状態に応じた良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、急性期病床群(仮称)については、人員配置や構造設備基準だけでなく、その病床群において、急性期の患者に適切な急性期医療が効率的に提供されているか(すなわち、患者の疾病・病態や処置内容など)といった機能についても、認定に当たっての要件としてはどうか。

現行の診療報酬においても一部機能に着目した評価を行っているが、こうした制度を導入することにより、医療法においても、人員配置や構造設備基準だけでなく機能を評価する仕組みを設け、他の政策手段と連動して医療提供体制の強化に取り組むことが有効ではないか。

(更新制の導入)

- 急性期病床群の認定要件を継続的に満たしているかを確認するために、認定について、更新制を導入してはどうか。

(診療所の取扱い)

- 診療所の一般病床については、現在、人員配置基準も設けられていないが、急性期病床群(仮称)の対象とすることについて、どう考えるか。

「急性期病床群(仮称)」を制度化した場合のイメージ

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

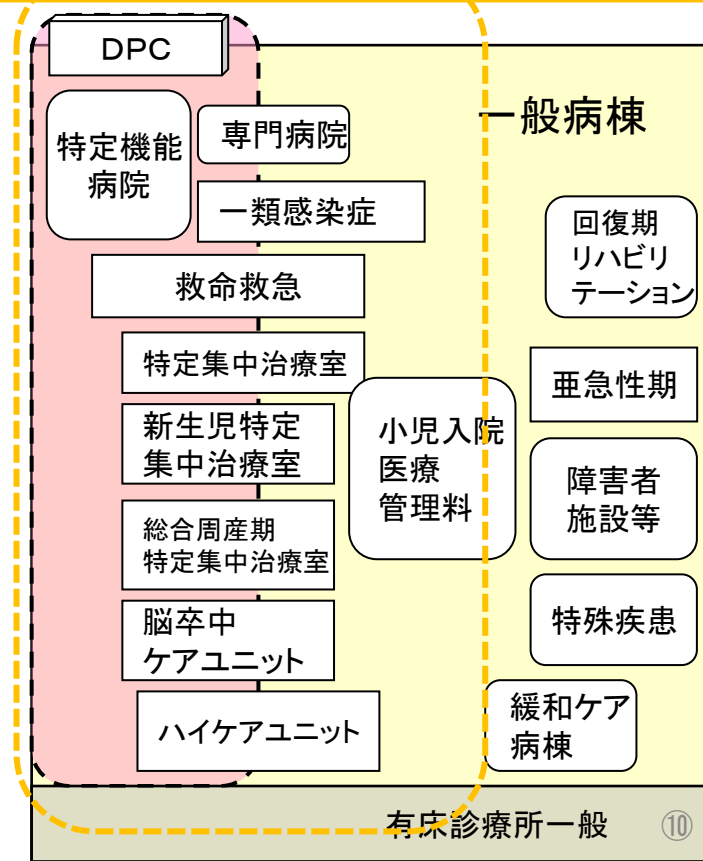
<想定される患者**>

- 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
ということを総合的に
評価

- ① 診療行為等
 - ・ 疾病、病態
 - ・ 処置内容
 - ・ 入院の目的
- 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



病床区分の見直しについての参考資料

第17回社会保障審議会医療部会(3/9)資料(抄)
医療施設機能について(病床機能を中心に)

病床の区分

病床について、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて、以下のように定義されている。

一 精神病床

病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。

二 感染症病床

病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症（結核を除く。）、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同条第八項に規定する指定感染症（同法第7条の規定により同法第19条又は第20条の規定を準用するものに限る。）の患者（同法第8条（同法第7条において準用する場合を含む。）の規定により一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。）並びに同法第6条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。

三 結核病床

病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。

四 療養病床

病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

五 一般病床

病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

病院病床に関する主な構造設備の基準及び人員の標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
	<p>(各病床共通)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 <p>(外来患者関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1 					

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 平成24年3月31日までは、6:1でも可

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
必置施設	<ul style="list-style-type: none"> ・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設 ・診療に関する諸記録 ・分べん室及び新生児の入浴施設※2 ・消毒施設 ・洗濯施設 ・消火用の機械又は器具 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備 	
病床面積	6.4㎡/床 以上 〈既設〉※3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(その他)	6.4㎡/床 以上※4	一般病床と同じ		一般病床と同じ	一般病床と同じ
廊下幅	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	一般病床と同じ	療養病床と同じ	一般病床と同じ	一般病床と同じ

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 産婦人科又は産科を有する病院に限る。

※3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

※4 平成5年4月1日時点で既に開設の許可を受けていた病院内の病床を、平成12年4月1日までに転換して設けられた療養型病床群であった場合は、6.0㎡/床 以上

医療施設別、病床区分別の人員配置標準について

	病床区分	職 種							
		医師	歯科医師 (歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科口腔 外科の入院患者を 有する場合)	薬剤師	看護師及び 准看護師	看護 補助者	栄養士	診療放射線技 師、事務員そ の他従業員	理学療法士 作業療法士
一般病院	一般	16 : 1	16 : 1	70 : 1	3 : 1	—	病床数 100 以上の病院 に1人	適当数	適当数
	精神・ 療養	48 : 1	16 : 1	150 : 1	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)			
	外来	40 : 1 (注2)	病院の実状に応 じて必要と認め られる数	取扱処方せ んの数 75 : 1	30 : 1	—			
特定機能病 院	入院 (病床区分 による区別 はなし)	すべて (歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科口腔 外科を除く) の入院患者	歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科 口腔外科の入院 患者	すべての入 院患者	すべての入 院患者	—	管理栄養 士1人	適当数	—
		8 : 1	8 : 1	30 : 1	2 : 1				
	外来	20 : 1	病院の実状に応 じて必要と認め られる数	調剤数 80 : 1 (標準)	30 : 1				
療養病床を有 する診療所		1人	—	—	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)	—	適当数(事務 員その他の 従業者)	—

(注1) 療養病床の再編成に伴い省令改正。平成24年3月31日までは、従来の標準である「6 : 1」が認められている。

(注2) 耳鼻咽喉科、眼科に係る一般病院の医師配置標準は、80 : 1である。

一般病床及び療養病床に係る医療従事者の配置標準に関する改正経緯について

<医師>

昭和23年医療法制定時

<看護師>

入院患者	外来患者
16:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

入院患者	外来患者
4:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成4年第二次 医療法改正

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
4:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成12年第四次 医療法改正

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成18年第五次 医療法改正

<同上>

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	4:1 ※平成24年3月31日までは6:1	30:1

< 歯科医師 >

昭和23年医療法制定時

入院患者	外来患者
16 : 1	40 : 1

昭和31年改正

入院患者	外来患者
16 : 1	病院の実情に応じて必要と認められる数

< 薬剤師 >

昭和23年医療法制定時

調剤
80 : 1

平成10年改正

療養型病床群や精神病院等の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150 : 1	70 : 1	75 : 1

平成12年第四次医療法改正

精神病床及び療養病床の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150 : 1	70 : 1	75 : 1

< 看護補助者 >

平成4年第二次医療法改正時

療養型病床群に係る病室の入院患者

6 : 1

平成12年第四次医療法改正

療養病床の入院患者

6 : 1

平成18年第五次医療法改正

療養病床の入院患者

4 : 1

(※平成24年3月31日までは6 : 1)

< 栄養士 >

昭和23年医療法制定時

入院患者

1以上

(病床数100以上の病院のみ)

< 診療放射線技師、事務員その他従業者 >

昭和23年医療法制定時

病院の実情に応じた適当数

< 理学療法士及び作業療法士 >

平成10年第三次医療法改正時

病院の実情に応じた適当数
(療養型病床群を有する病院のみ)

平成12年第四次医療法改正

病院の実情に応じた適当数
(療養病床を有する病院のみ)

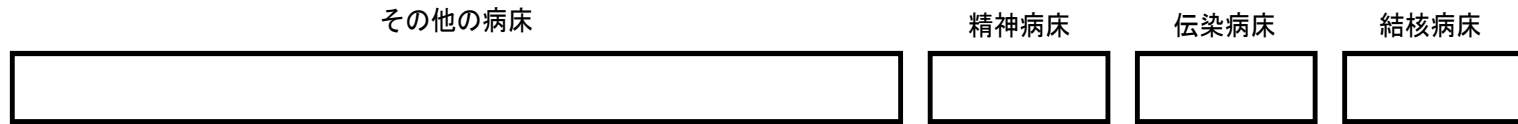
診療報酬における機能分化の例

	7対1入院基本料	亜急性期入院医療管理料		回復期リハビリテーション病棟入院料	
		管理料1	管理料2	入院料1	入院料2
対象患者		○亜急性期の患者	○急性期治療を経過した患者(3分の2以上)	○回復期リハビリテーションの必要性の高い患者(8割以上)	○新規入院の2割以上が重症患者
算定単位	○看護必要度基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟	○病室単位 ○一般病床の1割以下	○病室単位 ○一般病床の数の3割以下	○病棟単位	
人員配置	○看護職員:7対1(うち7割以上が看護師)	○看護職員:13対1(うち7割以上が看護師) ○在宅復帰支援担当者の適切な配置		○リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士の適切な配置 ○看護職員:15対1(うち4割以上が看護師) ○看護補助者:30対1	
その他	○2人以上による病棟夜勤 ○平均在院日数19日以内	○2人以上による病棟夜勤 ○特定機能病院以外の病院(管理料2については許可病床数が200床未満) ○在宅復帰率6割以上		○在宅復帰率6割以上	○2人以上による病棟夜勤 ○回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1日当たり2単位以上のリハビリテーションを提供

病床の機能分化に関するこれまでの議論

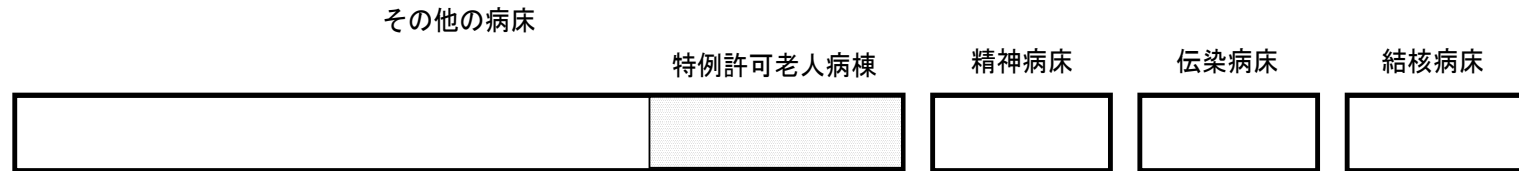
病床区分に係る改正の経緯

【制度当初～】



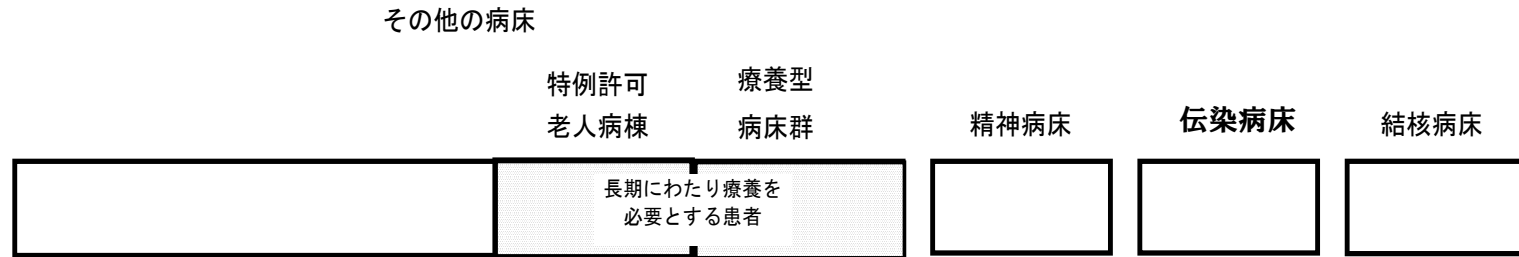
- ↓
- ・ 高齢化の進展
 - ・ 疾病構造の変化

【特例許可老人病棟の導入（昭和 58 年）】



- ↓
- ・ 高齢化の進展、疾病構造の変化に対応するためには、老人のみならず、広く「長期療養を必要とする患者」の医療に適した施設を作る必要が生じる。

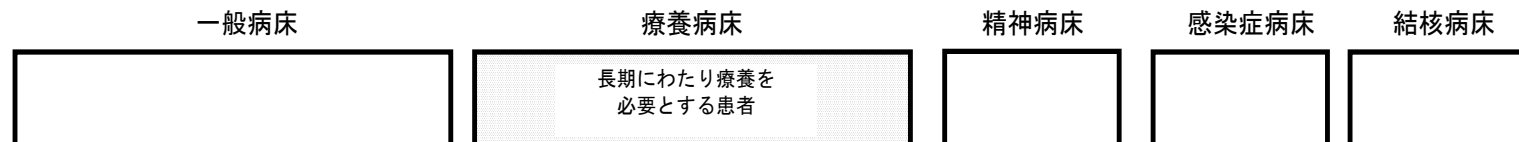
【療養型病床群制度の創設（平成 4 年）】



- ↓
- ・ 少子高齢化に伴う疾病構造の変化により、長期にわたり療養を必要とする患者が増加。療養型病床群等の諸制度が創設されたものの、依然として様々な病態の患者が混在。

【一般病床、療養病床の創設（平成 12 年）】

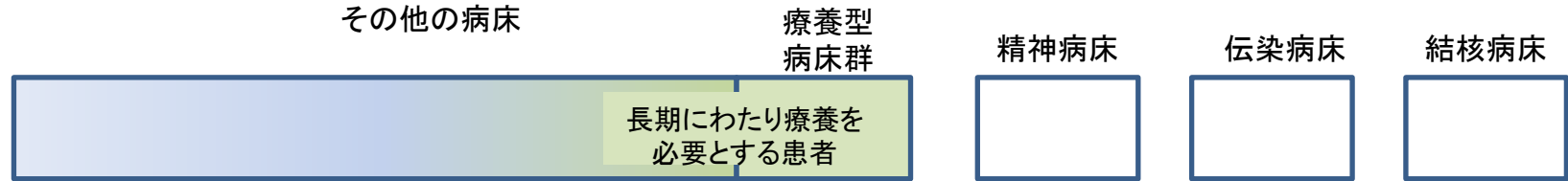
患者の病態にふさわしい医療を提供



平成9年改正により、診療所に療養型病床群の設置が可能となった。

機能分化に関する提言①

当時(平成12年改正前)の病床 類型



その他の病床: 精神病床、伝染病床、結核病床以外の病床

療養型病床群: その他の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのもの

◆平成8年11月13日 国民医療総合政策会議「21世紀初頭における医療提供体制について」(抜粋)

- 急性期医療の充実、介護保険の導入等を踏まえ、単に一般病床というくりではなく、全体の必要病床数の枠の中で急性期病床と慢性期病床に区分することを検討すべきである。

◆平成9年8月7日 「21世紀の医療保険制度(厚生省案)

—医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向—」(抜粋)

- 現行の必要病床数の算定方式を見直し、急性期病床と慢性期病床とに区分して、医療計画上の必要病床数を算定する。
- 病院の医療従事者の人員配置基準及び構造設備基準を見直し、急性期病床及び慢性期病床のそれぞれにふさわしいものとする。

◆平成10年7月3日「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」報告書(抜粋)

- 次のように一般病床を区分するものとする。
 - ・ 急性期病床「主として、急性期医療を必要とする患者又は亜急性期医療を必要とする患者に対し一定期間の集中的な医療を提供して、患者の状態の改善を図る病床」
 - ・ 慢性期病床「主として、慢性期医療を必要とする患者に対し長期間にわたり医療を提供する病床」
- 急性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、当該病床に治療及び回復機能が求められることから、その平均在院日数を考慮しつつ、機能にふさわしい人員配置基準を検討すべきであり、現行の一般病床の職種と員数の基準を参考としながら設定する必要がある。
- 慢性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、これらの病床に長期間にわたる医療の提供が求められることから、その機能に着目し、療養型病床群の職種と員数の基準を踏襲し設定する必要がある。

◆平成11年7月1日 医療審議会「医療提供体制の改革について(中間報告)」(抜粋)

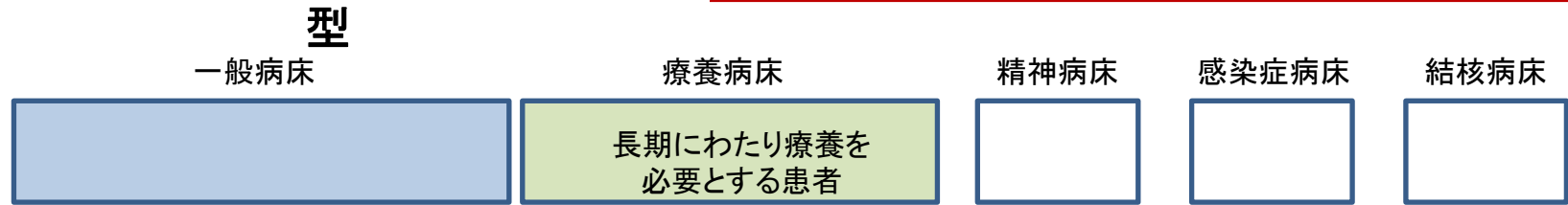
- 現行の一般病床の在り方を見直し、主として急性期の患者が入院する病床と主として慢性期の患者が入院する病床に区分し、その機能分化を図り、それぞれの病床において提供する医療サービスにふさわしい人員配置基準、構造設備基準を設定することが必要である。
- 新たな病床区分への移行の段階においては、一般病床全体で必要病床数を算定するという現行の仕組みは基本的に維持しつつも、必要病床数の算定に当たり、急性期患者のための病床、慢性期患者のための病床のバランスのとれた整備が図られるよう配慮していくことが必要である。その上で、新たな病床区分への移行が進んだ後は、それぞれの病床ごとに必要病床数を算定していくことが望ましい。

◆平成12年1月12日「医療提供体制の改革について(医療審議会会長メモ)」(抜粋)

- 病床区分の趣旨が生かされるよう、提供される医療サービスの形態に着目し区分するものとし、現行「その他の病床」を主として治療が必要な患者を収容するための一般病床と、主として長期にわたる療養を必要とする患者を収容するための療養病床とに区分してはどうか。
- 医療計画について、新しい病床区分が定着するまでの間においては、地域間格差の是正及び在院日数の短縮傾向等に対応しつつ、全体として基準病床数を算定する。新しい病床区分が定着した後においては、一般病床及び療養病床のそれぞれについて算定し、その合計数をもって基準病床数とする。

機能分化に関する提言②

現行(平成12年改正以降)の病床類



療養病床: 病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

一般病床: 病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外のものをいう。

◆平成14年3月28日 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」(抜粋)

2. 病院病床の機能の明確化・重点化

病院病床については先の医療法改正において、平成15年8月末までに療養病床と一般病床に区分されることとされているが、さらに広告規制の緩和を含めた医療情報の提供と患者の選択が進むことによって、病院病床の機能分化が促進されると考えられる。

なお、病院病床の機能分化については、急性期の患者にとっては望ましい方向である一方、亜急性期、慢性期の患者に係る病床の在り方は慎重に検討すべきという意見があった。

また、地域医療計画については、本来社会が求めている機能に対して新規参入規制になっている面があるとしたら、議論すべきという意見があった。

◆平成20年6月19日 社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))

中間とりまとめ(抜粋)

(2) サービス提供体制の構造改革

① 病院機能の効率化と高度化

- ・ 国際標準から見て過剰な病院病床数について、疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と地域住民の利便性に配慮しつつ集約化を進め、思い切った適正化を図る。
このことにより、医療(治療)から介護(生活支援)、施設・病院中心から在宅・地域中心という超高齢社会の医療・介護ニーズに対応したサービス提供体制整備を大きく促進する。
- ・ 同時に、専門的な医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心に、診断・治療技術の進展に対応し、国際標準から見ても遜色のない水準の医療サービス提供を確保するための人的配置の思い切った拡充と病院・病床機能に対応した機器装備の充実を図る。

◆平成20年6月19日 社会保障国民会議 中間報告(抜粋)

4 医療・介護・福祉サービスの改革

(3) サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

(略)「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

① サービス提供体制の構造改革

・ 病院機能の効率化と高度化

国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化

専門的医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実

具体的改革の方向

(総論)

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ(B1シナリオ)から、最も改革が進んだシナリオ(B3シナリオ)まで、複数の改革シナリオを見込む。

(急性期医療)

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。
- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院－社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

(慢性期医療)

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

(在宅医療・地域ケア)

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。
- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

(専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務(看護師業務)のうち医師(看護師)でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。

これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。

- 入院から退院(転院)・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。

(参考)各改革シナリオにおける主な充実要素、効率化・重点化要素

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・急性期医療の職員58%増、 単価約1.5倍 (増加率や倍率は、現状及びAシナリオの一般病床対比でみた場合)	・急性期医療の職員100%増 単価約1.8倍	・高度急性 116%増/約2.1倍 ・一般急性 80%増/約1.6倍
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・居住系・在宅介護利用者 約37万人/日増加 (増加数は、Aシナリオの居住系・在宅介護利用者数に対する数)	・居住系・在宅介護利用者 約43万人/日増加	(同左)
	認知症への対応	・グループホーム、小規模多機能施設の充実 約95万人/日 (Aシナリオでは25+数万人/日)	(同左)	(同左)
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2007年の1.6~1.7 倍程度 (Aシナリオでは、2007年に対して1.4~1.5倍程度)	・1.7~1.8倍程度	(同左)
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大、訪問診療の拡充等各種サービスの充実 ・各医療機関や介護サービス等の機能分化・強化、在宅医療・在宅介護の推進等のため、各サービス間の連携強化 など		
効率化 ・重点化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・急性期:平均在院日数12日 病床数80万床 ・亜急性期・回復期等:75日 52万床 (Aシナリオの一般病床では、平均在院日数20.3日[急性15.5日(高度急性20.1日、一般急性13.4日)、亜急性期等75日]、病床数133万床)	・急性期:平均在院日数10日 病床数67万床 ・亜急性期・回復期等:60日 44万床	・高度急性:16日/26万床 ・一般急性:9日/49万床 ・亜急性期・回復期等: 60日/40万床
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約38万人/日減少 (減少数は、Aシナリオの入院・介護施設利用者数に対する数)	・入院・介護施設入所者 約50万人/日減少	・入院・介護施設入所者 約49万人/日減少
	予防(生活習慣病・介護)	・生活習慣病予防により外来患者数約32万人/日減少 (対Aシナリオ)	(同左)	(同左)
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、2012年まで △0.3%、その後△0.1%程度 (伸び率ケース①の場合)	(同左)	(同左)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△10%	・病院医師の業務量△20%	(同左)

病院・病床機能を巡る現状と課題

機能未分化

医療法上は、慢性期医療を担う療養病床と、急性期医療を中心として担う一般病床と機能分化が行われてきたが、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。

従事者の少なさ

国際的にみて人口当たり病床数は諸外国に比して多くなっているが、病床当たりの医師、看護職員数や全体としてのスタッフ数も少なく、急性期病床（日本では一般病床）間で比較した平均在院日数が長くなっている。

スタッフの負荷増大

術前・術後の平均在院日数の短縮が進む中で病床当たりの従事者数も並行して増加傾向にはあるが、一方、インフォームドコンセントの実施、医療安全の確保、医療技術・機器の高度化等が相俟って、医療機関・スタッフの業務は増大している。

後方機能不足

急性期治療を経過した患者に対する社会・家庭復帰支援や地域生活支援において、

- ・ 急性期治療を経過した重症患者の受け皿となる病床
- ・ 在宅療養を支える機能などが不足している。

【論点】

○ 患者の病期、ニーズに応じた医療資源の投入、診断・治療技術の進展への対応、提供体制上の役割の明確化等の観点から、一般病床について、果たす役割、有する体制等に応じて機能分化をすべきではないか。また、機能分化をより効率的に進めるためにどのような方法が考えられるか。

○ その際、従来は慢性期医療に着目した病床機能の明確化が行われてきたが、医療資源の集中投入がより必要な重症患者等への急性期医療の機能強化、急性期医療から引き継ぐ病床の確保の必要性などを踏まえた在り方を考えてはどうか。

急性期機能強化・後方連携の事例

急性期病院における医療連携の取組（A病院の場合）

病院概要（H23年3月1日現在、患者数はH22年4月～12月実績）

- ・施設認定：地域医療支援病院、臨床研修指定病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院、DPC対象病院など
- ・病床数：一般病床406床、感染症病床3床 診療科：外科、内科、小児科、脳神経外科、泌尿器科、婦人科、整形外科、麻酔科など
- ・職員：医師120人、薬剤師20人、看護職員515人、MSW8人、理学療法士20人、作業療法士12人、言語聴覚士3人、管理栄養士5人、臨床検査技師20人、臨床工学技士7人、診療放射線技師27人、総職員1075人
- ・患者数：入院患者数（1日平均）375名、外来患者数（1日平均）505名、平均在院日数（一般病床）12.1日

前方連携・地域医療支援

○主な取組

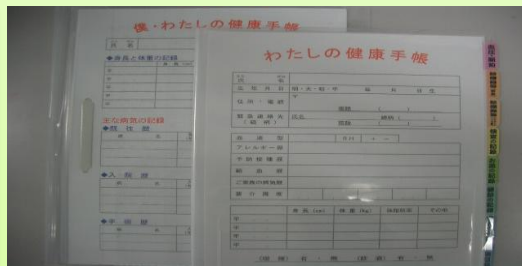
- ・かかりつけ医の推進のために、ポスター等を用いて普及啓発し、患者がかかりつけ医を探すのを支援
- ・地域医療支援病院としての役割を医師に自覚してもらうために、病診連携医師心得十箇条を作成
- ・かかりつけ医との共同診療を促進するための共同診療カードを導入
- ・他施設（病院、診療所、訪問看護ステーションなど）との情報共有促進のために患者所持型の情報ツール「わたしの健康手帳」を導入
- ・診療情報提供書の様式に、医師の共同診療に対する意識を高めるために「共同診療の依頼欄 有無」を追加
- ・診療所からのクレーム等に対し、すぐに院内周知と先方への訪問及び説明する連携職員の配置

実績（H21年度）

紹介率 69%

年間

初診患者の数 22925人
紹介患者の数 13309人
救急患者の数 2508人



後方連携

○主な取組

- ・大腿骨連携パス、脳卒中連携パス毎に地域連携合同会議を開催（医師、看護師、リハビリ、MSW、事務職員の5職種が参加）会場は持ち回りとし、会議後、その病院を見学
- ・毎月、看護師、事務職員、MSW、リハビリの連携チームが、受入条件や連携方法を打合わせるために、連携医療機関を訪問
- ・毎週、後方連携病院の師長、MSWが来院し、転院予定者の情報交換および患者・家族との面談を行う
- ・看護師研修の実施（病棟看護師を後方連携病院に研修派遣）
- ・退院調整期間を短縮化するために、連携病院間の診療情報提供書（医師・看護・MSW用の3種）を標準化し、同時に複数の連携病院への転院依頼を可能にした（転院待機が5.4日短縮）



実績（H21年度）

逆紹介率 43.4%
平均在院日数 12.4日
年間 逆紹介患者の数 9951人

急性期病院における医療連携の取組（B病院の場合）

病院概要（H22年12月1日現在、患者数はH22年実績）

- ・施設認定：地域医療支援病院、臨床研修指定病院、総合周産期母子医療センター、がん診療連携拠点病院、DPC対象病院など
- ・病床数：一般病床1141床、感染症病床10床 診療科：内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、産婦人科など
- ・職員：医師414人、歯科医師5人、薬剤師78人、看護職員1222人、MSW8人、理学療法士33人、作業療法士21人、言語聴覚士8人、管理栄養士18.8人、歯科衛生士13人、臨床検査技師115人、臨床工学技士45人、診療放射線技師73.6人、総職員2879人
- ・患者数：入院患者数（1日平均）1050名、外来患者数（1日平均）2835名、平均在院日数（一般病床）12.2日

前方連携

○主な取組

- ・CT、MRI、PET/CTなどの共同利用を推進するために、他院からアクセス可能な放射線科のWeb予約制度を構築
- ・画像診断医が不在の地域の医療機関を支援するために、医療画像伝送ネットワークを構築
- ・連携医療機関のリストおよび医師会との共作の顔写真つき担当医表を作成し、同病院HP、医師会イントラネットに掲載
- ・地域連携を目的とした勉強会を実施（地域医療連携室関与 45回/年）
- ・転院先との相互理解を深めるための多職種による病院訪問活動（病院訪問4-5件/年、診療所訪問（連携室単独）100-150件/年）

後方連携

○主な取組

- ・後方連携病院の多職種（看護師、リハビリ、MSW）が来院し、転院予定の患者・家族と面会（診療情報提供書では見えない部分の情報共有）
- ・退院待機時間を短縮するために、後方連携病院の空床情報を登録してもらう（11病院）
- ・かかりつけ医への紹介の促進のために、診察室で右の用紙（かかりつけ医のご紹介）を配布し地域医療連携室で医療機関を紹介

地域医療支援

○主な取組

- ・病院情報システム研究会（2001年～事務局として活動）
県西部18病院：地域連携・経営・医事・物流・情報のWG
- ・連携実務者の会5医療圏の代表者会（2009年～事務局として活動）
県内20病院：各病院の連携実務者が集い、情報交換等を実施
- ・看護連携を奨める会（2002年～事務局として活動）
県西部28病院：後方連携病院の看護師が集い、情報交換等を実施
- ・地域連携に関わる報告体制の構築
連携上のトラブルと再発防止策を収集し、評価分析することで連携の質向上につなげる
- ・地域連携小児夜間・休日診療運営
場所を提供し医師会と協働しながら夜間・休日の小児医療を提供
- ・開放病床利用：現在153名の診療所医師が登録（2010年運用実績）
利用者数：のべ80名 利用医療機関：17医療機関
共同指導実施回数：78回 共同指導実施患者数：47回

かかりつけ医のご紹介

総合相談・地域医療センターへ（中央玄関横）ご持参ください

※当院は急性期病院です。病状が安定すると、他の病院・医院のご紹介をさせていただきます。できる限り患者さまのご希望にそった病院医院をご紹介させていただきます。かかりつけの先生よりご依頼があれば、いつでも診察させていただきます。

実績（H22年）

紹介率	68.1%	逆紹介率	84.7%
年間		平均在院日数	12.2日
初診患者の数	37054人	救急患者の数	1660人
紹介患者の数	23563人	逆紹介患者の数	31387人

出典：B病院よりいただいた資料を参考に作成

チーム医療を活用した急性期医療への取組（C病院の場合）

病院概要（H23年2月1日現在、患者数はH21年度実績）

- ・施設認定： 地域医療支援病院、災害拠点病院、臨床研修指定病院、DPC対象病院など
- ・病床数： 一般病床338床 診療科：26科
- ・職員： 医師84.7人、薬剤師18.6人、看護職員393.9人、MSW7人、理学療法士62人、作業療法士15人、言語聴覚士5人、管理栄養士14人、歯科衛生士2人、臨床検査技師36人、臨床工学技士22人、診療放射線技師17人、その他149.6人 総職員826.8人
- ・患者数： 入院患者数 329.1名（1日平均）、外来患者数 367.0名（1日平均）、平均在院日数 15.7日（一般病床）

実績（H21年度）

紹介率 84.2%、逆紹介率 49.7%、平均在院日数 15.7日
【年間】 初診患者の数11,878人 救急患者の数 4,940人
紹介患者の数 5,059人 逆紹介患者の数 5,892人

急性期機能の強化

○救急医療、専門外来に特化した急性期機能強化への取組

紹介外来を重視し、急性期機能（特に入院治療）に人的資源等を集中するために、地域医療連携を強化

□連携強化するために各種会議を開催

- ・医療機関間の会議（年2回）、院内各職種間の会議（毎月1回）
- ・看護部代表者、地域連携・退院調整担当の実務者が各病棟をラウンドして実施する退院調整会議

☑かかりつけ医との連携

- ・患者さんに近隣のかかりつけ医を知ってもらうため各医療施設を訪問（診療情報を収集）しつつ、かかりつけ医紹介冊子や検索端末を設置
- ・かかりつけ医に同病院の診療内容を紹介するため情報誌を毎月発行
- ・当院搬送車両による患者送迎*、緊急要請時のドクターカー対応など
* 患者さんの状態によっては看護職員が付き添う

□後方連携

- ・回復期リハ病院、訪問看護ステーションとの事例調整会議の開催
- ・顔の見える連携づくり
ネットワーク会、連携パス連絡会、地域カンファレンスの開催
- ・看護スタッフの教育
訪問看護への教育ローテーション等により教育プログラムとして在宅看護のイメージをつかむ場づくり
- ・退院調整パスの活用による標準化と可視化
（他院との合同パス大会も開催→地域全体への意識づけ）



チーム医療の実践

○急性期患者に対するチーム医療の取組

早期に症状の安定化を図り、廃用症候群等を予防するためのチーム医療の実践

☑多職種の病棟配置

薬剤師、管理栄養士、MSW、臨床工学技士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

□各職種の専門性を高める取組

- ・専門性が必ずしも要求されない周辺業務は、外部委託職員等に委譲

☑急性期リハビリテーションの取組

- ・早期介入、手厚いリハビリテーションの実施
⇒患者さん1人に対し 9単位のリハ（3時間/1日）

☑栄養サポートチーム（NST）の取組

- ・入院患者全員を週1回スクリーニングし、栄養状態の不良な患者には、NSTが早期介入
⇒加算数 805件/月（入院患者の51%に介入） [H22.4～H23.1実績]

□急性期チームの取組

- ・患者さんの必要度に応じて適宜介入
CE（急性期技師）チーム、透析サポートチーム、ICT（感染対策チーム）、呼吸器チーム、糖尿病サポートチーム、皮膚創傷チーム、緩和ケアチーム



回復期リハビリ病院における医療連携の取組（D病院の場合）

病院概要（H22年12月現在、患者数はH22年実績）

- 施設認定：回復期リハビリテーション病棟（3つの回復期リハビリ病棟：2病棟各48床、1病棟47床）
- 病床数：療養病床143床 診療科：神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科
- 職員：医師6人、登録歯科医師19人、薬剤師2人、看護師70人、社会福祉士8人、理学療法士54人、作業療法士41人、言語聴覚士25人、管理栄養士4人、歯科衛生士3人、介護福祉士30人、診療放射線技師2人、総職員295人
- 患者数：入院患者数（1日平均）137名、外来患者数（1日平均）23名、平均在院日数（療養病床）96日

前方連携

○主な取組

- 毎週1回、主な急性期病院のカンファレンスに出席
（出席者 院長;Dr、臨床部長;PT、臨床副部長;Ns、社会福祉士）

・紹介入院時の工夫

- 急性期病院からの入院予約用紙をFAXで受付
- 毎朝の病床会議で、入院日及び病棟を決定
- 入院日を連絡
- 平日に入院を受入



実績（H22年）
紹介率 100%

受入疾患
 脳血管疾患：84.2%
 運動器疾患：6.0%
 廃用症候群：9.1%

後方連携

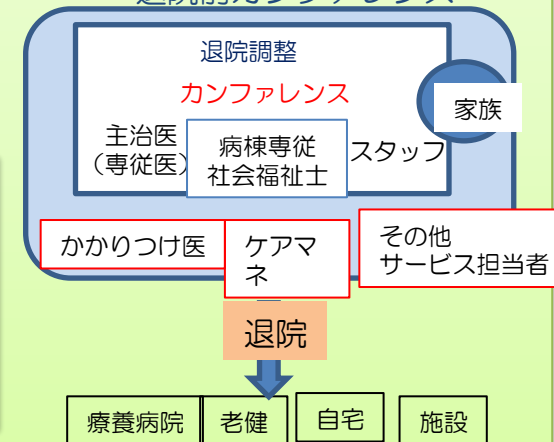
○主な取組

- 病棟専従社会福祉士が中心となり、カンファレンスにて退院調整
（出席者 病棟専従社会福祉士、医師、病棟師長、副師長、担当スタッフ）
- 退院時の工夫

- 退院前に自宅or介護老人保健施設等を訪問
- 退院前カンファレンスを実施

参加依頼：かかりつけ医、ケアマネ、その他サービス提供者

退院前カンファレンス



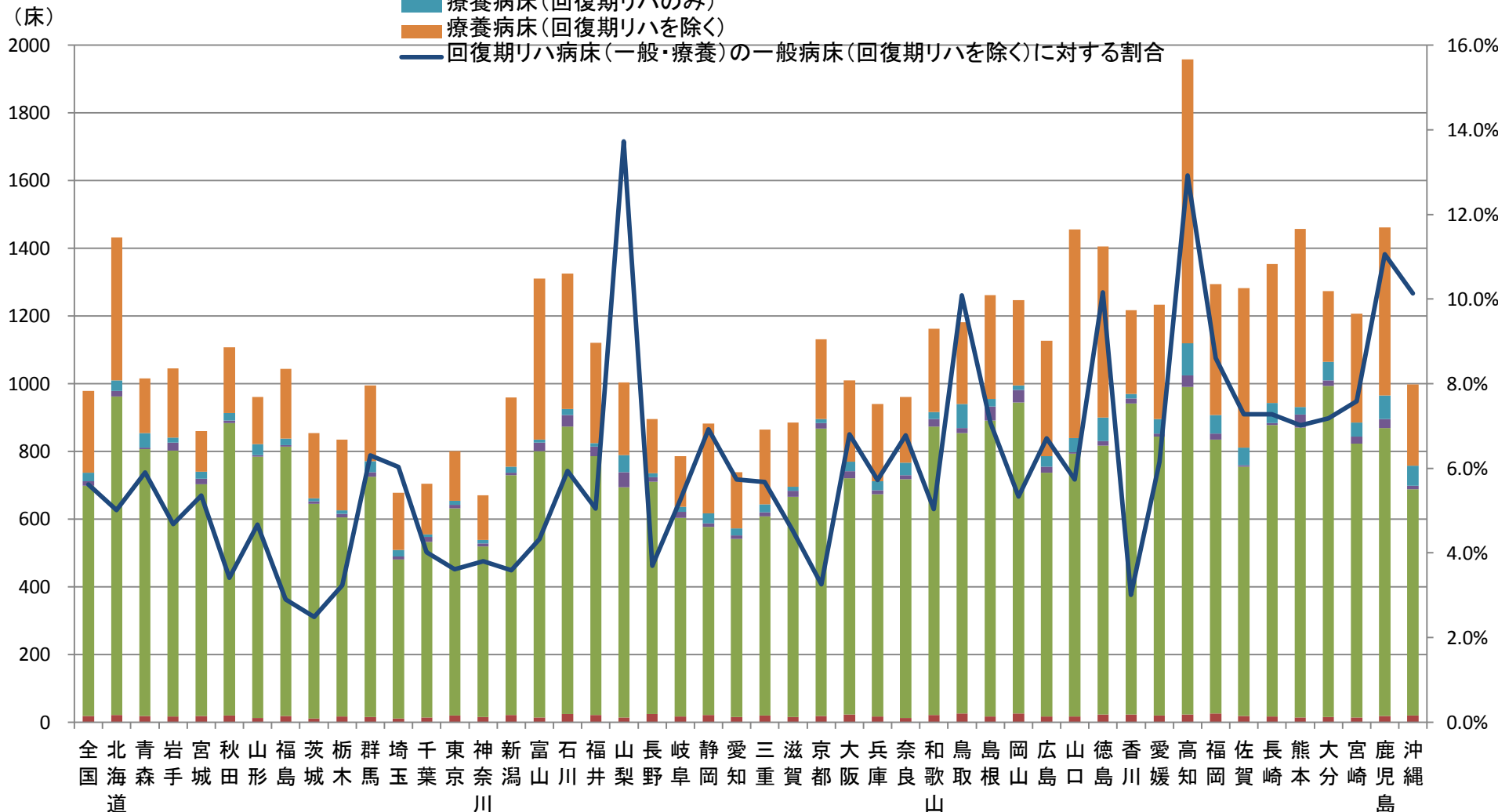
実績（H22年）
 在宅復帰率 91.5%
 自宅復帰 82.8%
 施設等 8.7%
 平均在院日数 96日

亜急性期・回復期機能の確保

人口10万当たりの一般病床と療養病床の状況(都道府県別)

○ 人口10万人当たりの回復期リハ病床(一般・療養)の一般病床(回復期リハ病床を除く)に対する割合は5.6%で、都道府県ごとにみると、茨城県の2.5%から、山梨県の13.7%まで分布。

- 一般病床(ICU等のみ)
- 一般病床(ICU等・回復期リハを除く)
- 一般病床(回復期リハのみ)
- 療養病床(回復期リハのみ)
- 療養病床(回復期リハを除く)
- 回復期リハ病床(一般・療養)の一般病床(回復期リハを除く)に対する割合

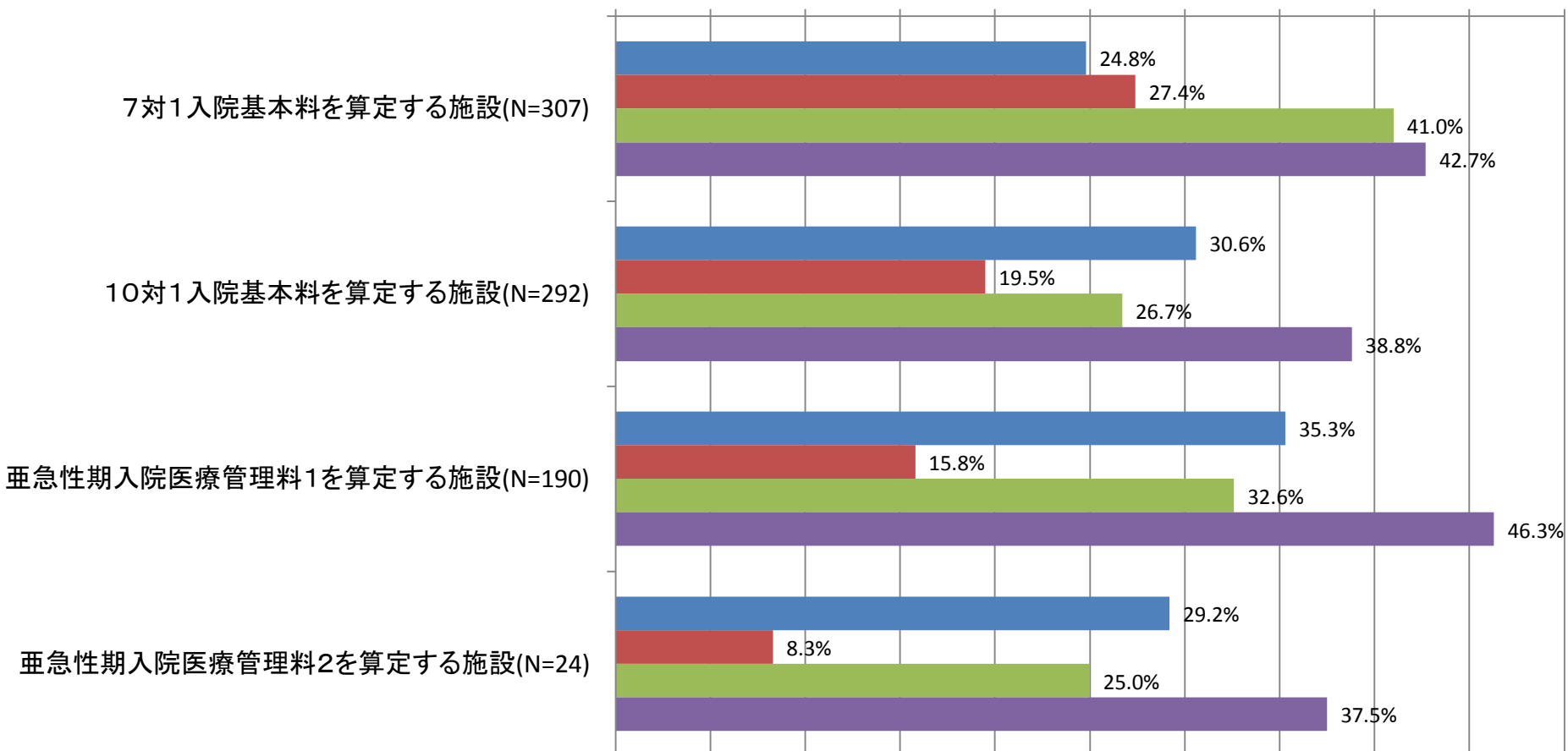


連携先として増やしたい医療機能

○ 連携する医療機関数を「増やしたい」と回答した医療機関に、今後の連携先として増やしたい医療機能を聞いたところ、7対1入院基本料を算定する施設をはじめ、回復期リハビリ機能および療養機能と回答する施設が多かった。

■ 急性期医療機能 ■ 亜急性期医療機能 ■ 回復期リハビリ機能 ■ 療養機能

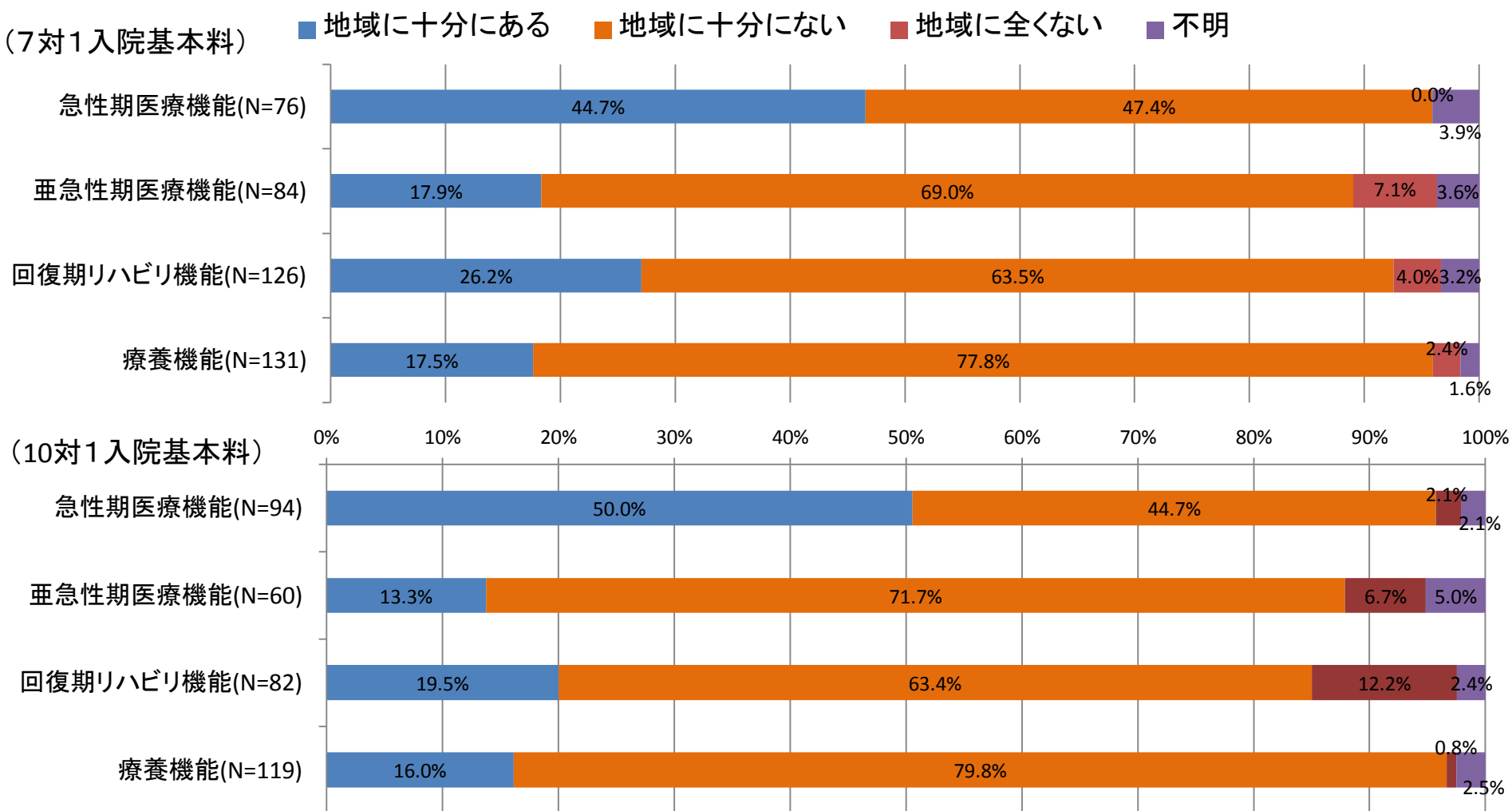
0.0% 5.0% 10.0% 15.0% 20.0% 25.0% 30.0% 35.0% 40.0% 45.0% 50.0%



※診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年調査)を基に作成

急性期機能を有する病院からみた連携先として確保したい 医療機能の整備状況

○ 7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定する病院に、連携先として確保した医療機能が、現に地域にあるか否かを聞いたところ、特に、亜急性期医療機能、回復期リハビリ機能、療養機能が地域に不足しているとの回答が多かった。

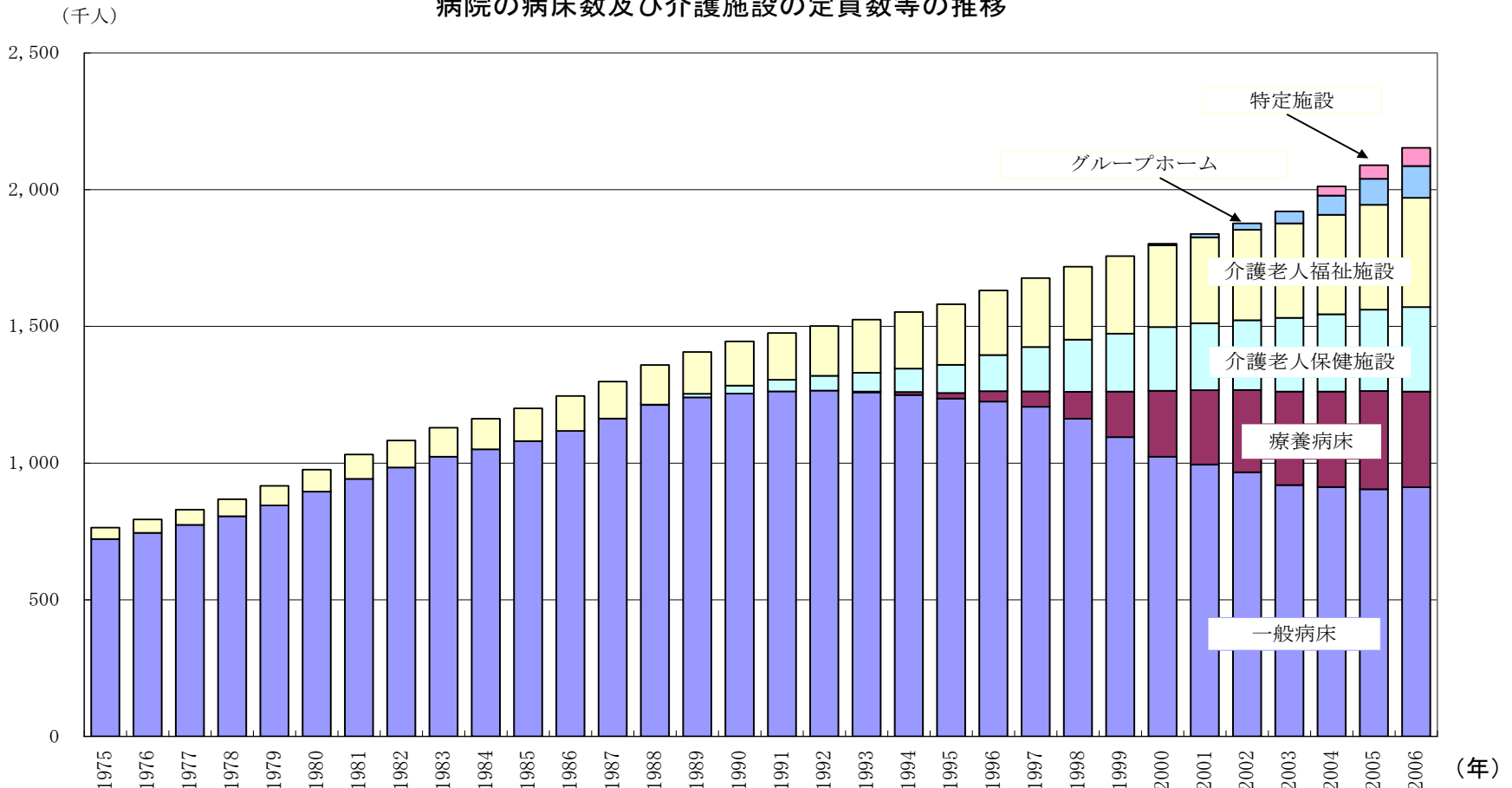


※診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年調査)を基に作成

病床数及び介護施設の定員数等の推移

- 老人医療費無料化時代(1973~82年)から1980年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズはほぼ病院で受け入れていたが、1990年からのいわゆるゴールドプランによる基盤整備、2000年からの介護保険制度の導入により、ニーズに応じた供給体制の整備が進んでいる。

病院の病床数及び介護施設の定員数等の推移



(注) グループホーム、特定施設:介護サービス施設・事業所調査における認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護。

なお、2006年はそれぞれ介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。

介護老人福祉施設 介護老人保健施設:介護サービス施設・事業所調査。1975年~99年はそれぞれ特別養護老人ホーム、老人保健施設。

一般病床、療養病床:各年の医療施設調査における病院の病床数。1999年~02年は、経過の旧療養病床群は療養病床に、老人病床は一般病床に含む。

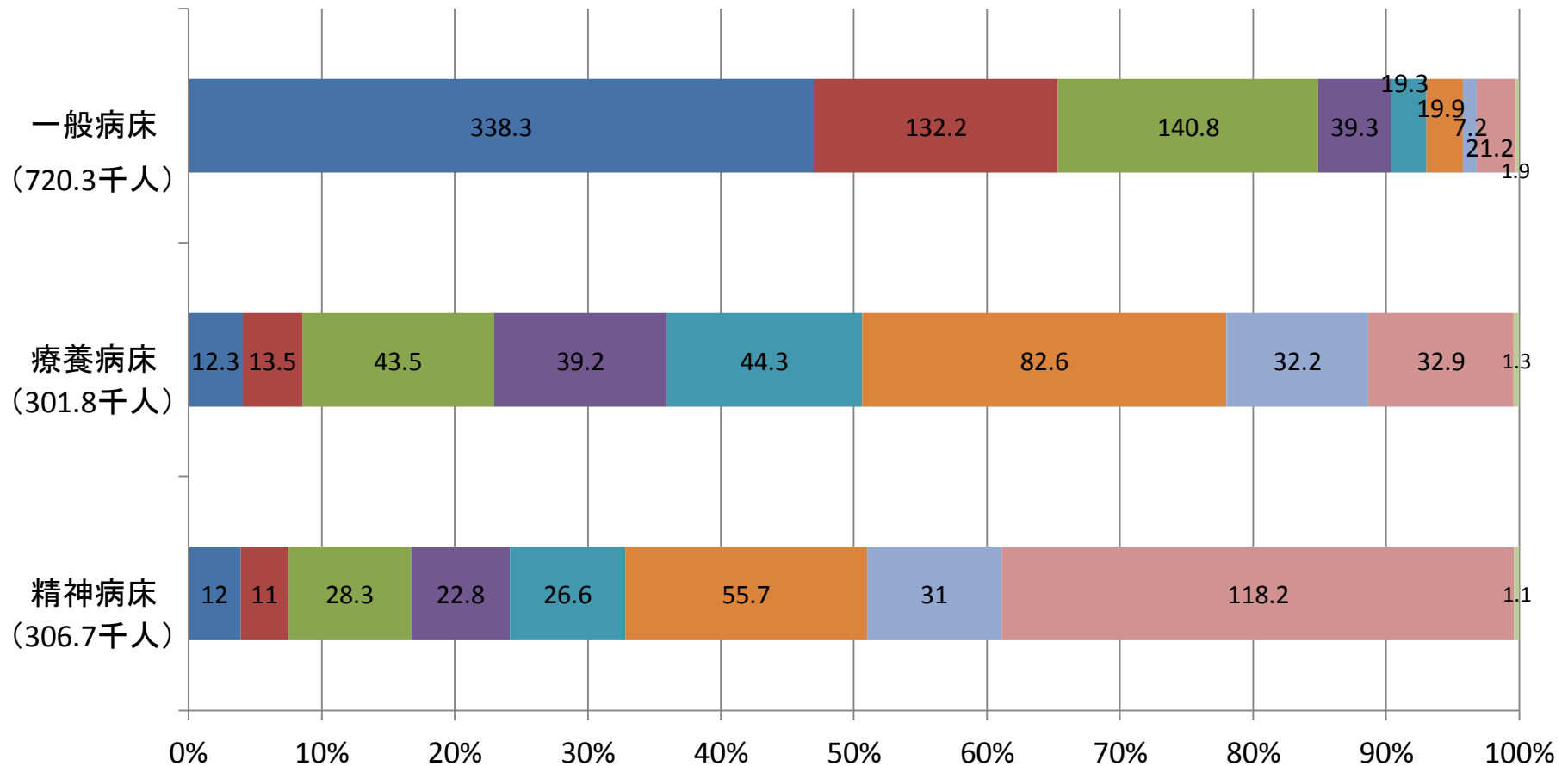
入院患者の状況

入院期間別入院患者数(病院)

○ 一般病床にあっては、入院してから14日以内の患者が50%弱。

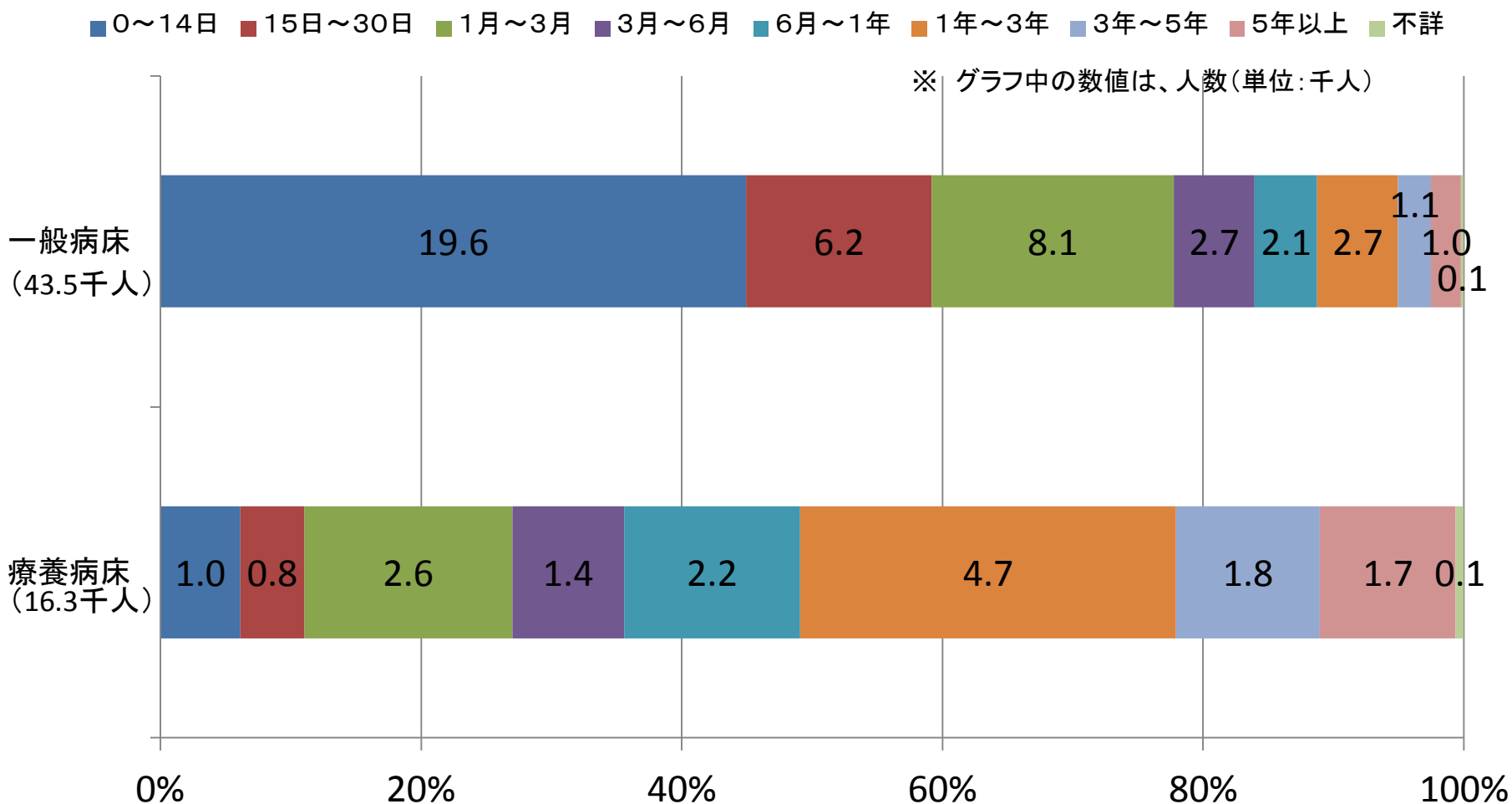
■ 0~14日 ■ 15~30日 ■ 1月~3月 ■ 3月~6月 ■ 6月~1年 ■ 1年~3年 ■ 3年~5年 ■ 5年以上 ■ 不詳

※ グラフ中の数値は、人数(単位:千人)



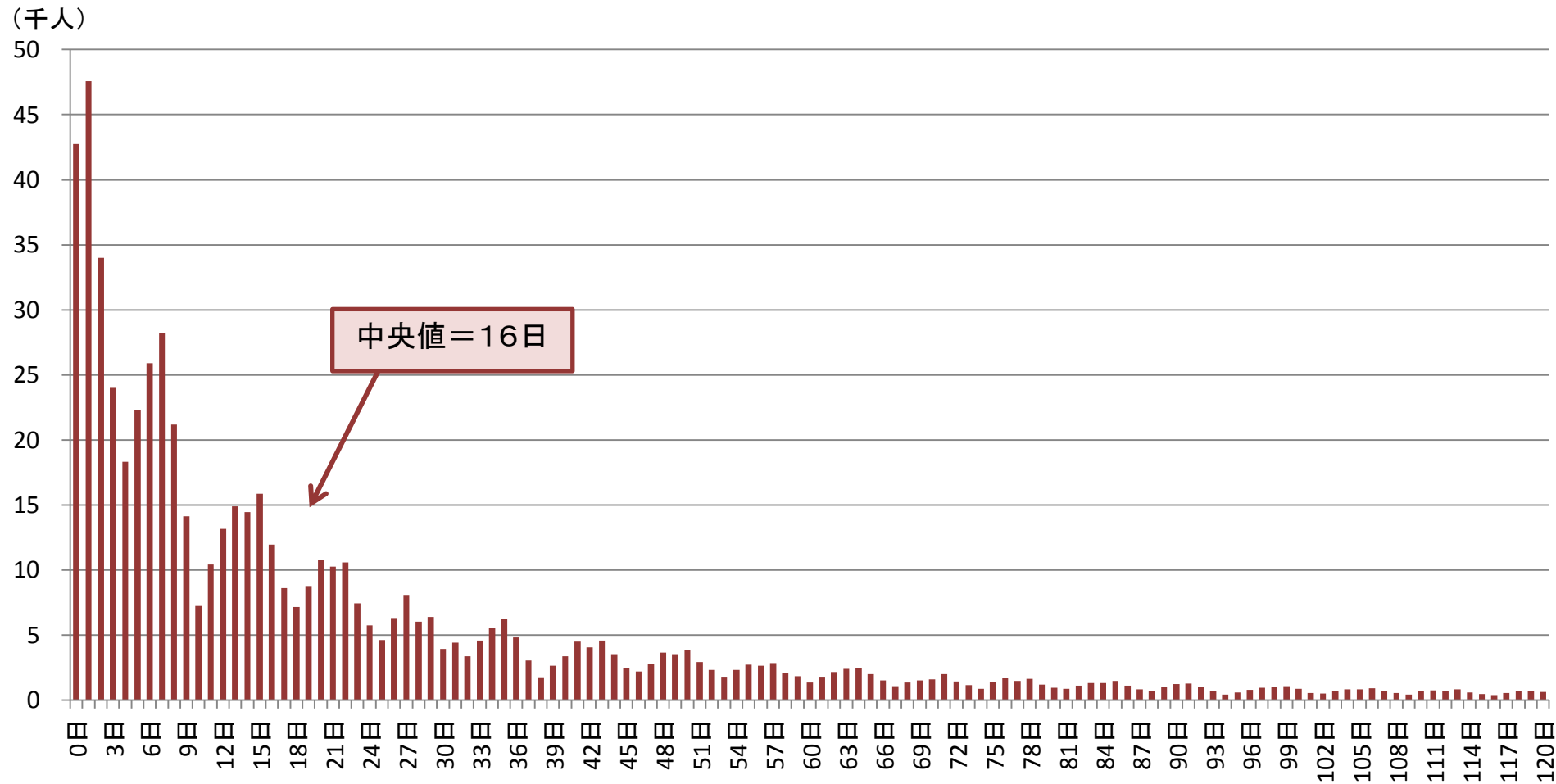
入院期間別入院患者数(診療所)

○ 一般病床にあっては、入院してから14日以内の患者が約45%。



日数ごとにみた推計入院患者数(病院・一般病床)の推移(0~120日)

- 病院・一般病床の推計入院患者(720.3千人)について、調査日(火・水・木曜日)において入院から何日目になっているかをみると、以下のとおり。
- 休日の影響による入院患者数の増減はみられるが、1日当たり一定程度の新期入院があるとすれば、ある日に入院した患者は1週間を超える前後までに半数ほどが退院し、全入院患者の中央値である16日までには3分の2ほどが退院していると推測することができる。



注) 120日以上は略

出典) 厚生労働省 平成20年「患者調査」より作成

退院患者の在院期間別内訳(病院)

○ 患者調査による1か月間(平成20年9月)の推計退院患者数は、一般病床が1063.7千人、療養病床が

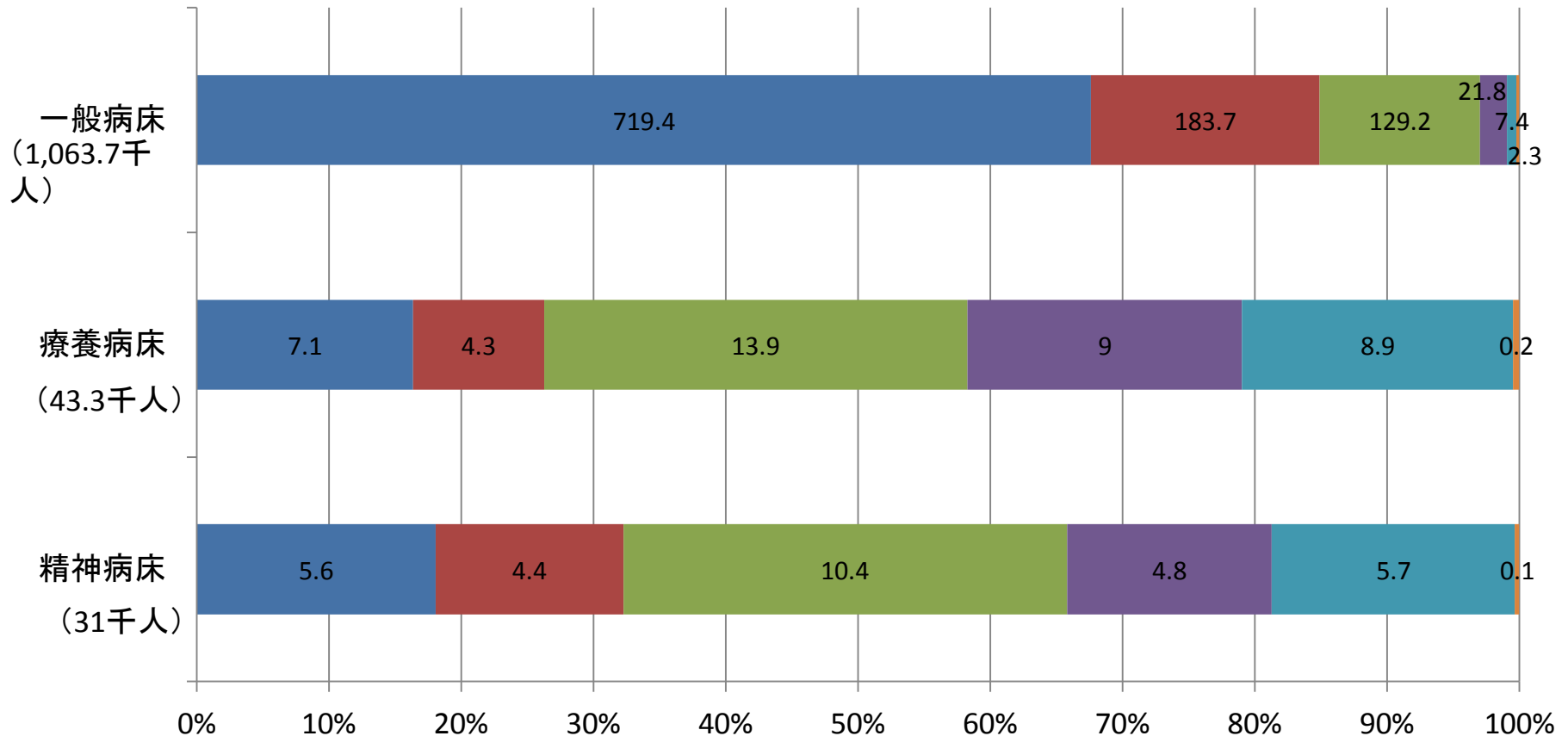
43.3千人、精神病床が31千人。

○ 退院患者平均在院期間は、一般病床が21.1日、療養病床が213日、精神病床が347.7日。

○ 一般病床にあっては、入院してから14日以内の患者が70%弱。

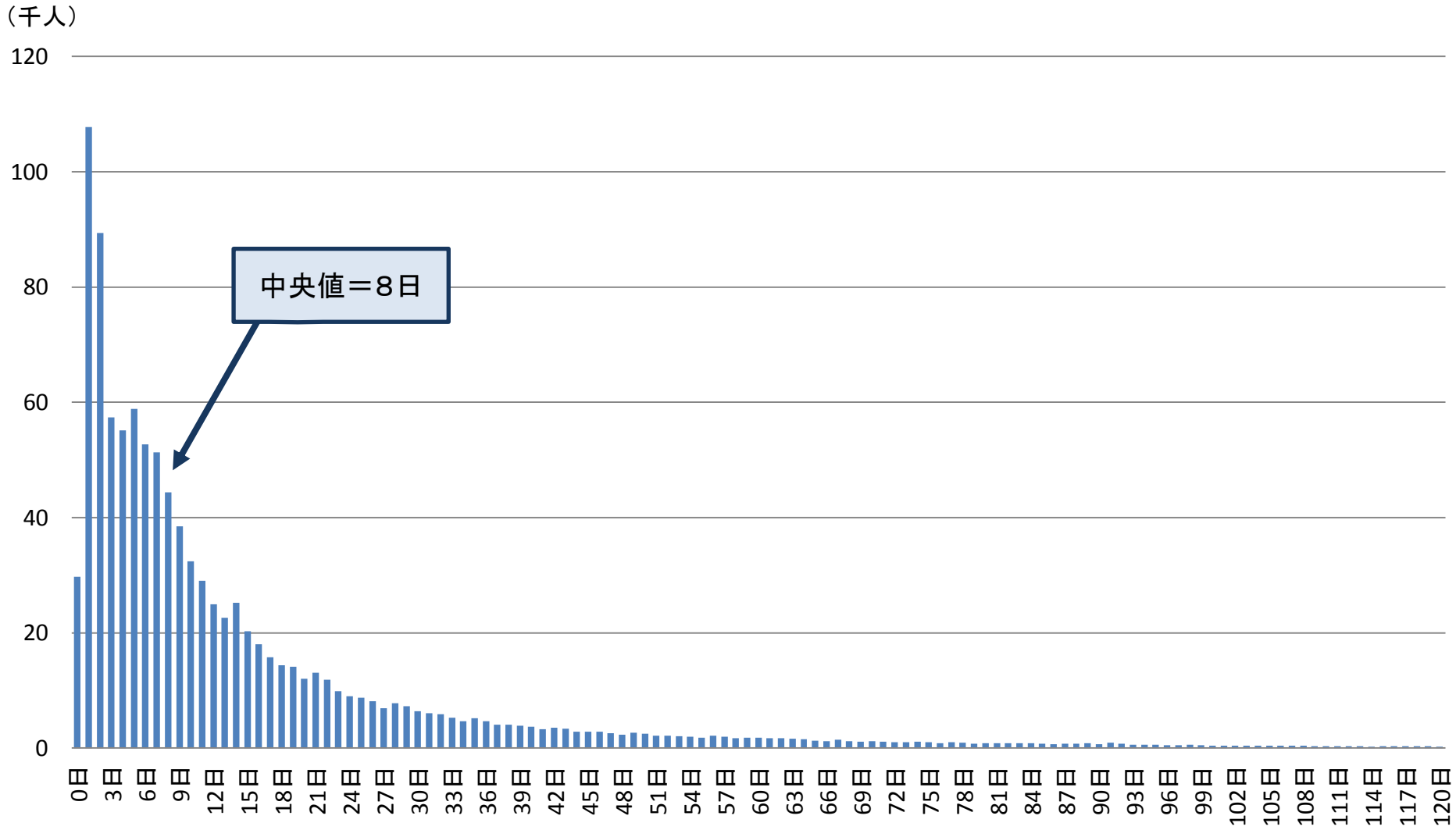
■ 0~14日 ■ 15~30日 ■ 1~3月 ■ 3~6月 ■ 6月以上 ■ 不詳

※ グラフ中の数値は、人数(単位:千人)



日数ごとにみた推計退院患者数(病院・一般病床)の推移(0~120日)

- 病院・一般病床の月間推計退院患者(平成20年9月。106.4万人)について、退院までの在院日数ごとの退院患者数(特別集計)をみると、以下のとおり。
- 121日以上も含めた平均値は21.1日、同中央値は8日。



注)120日以上は略

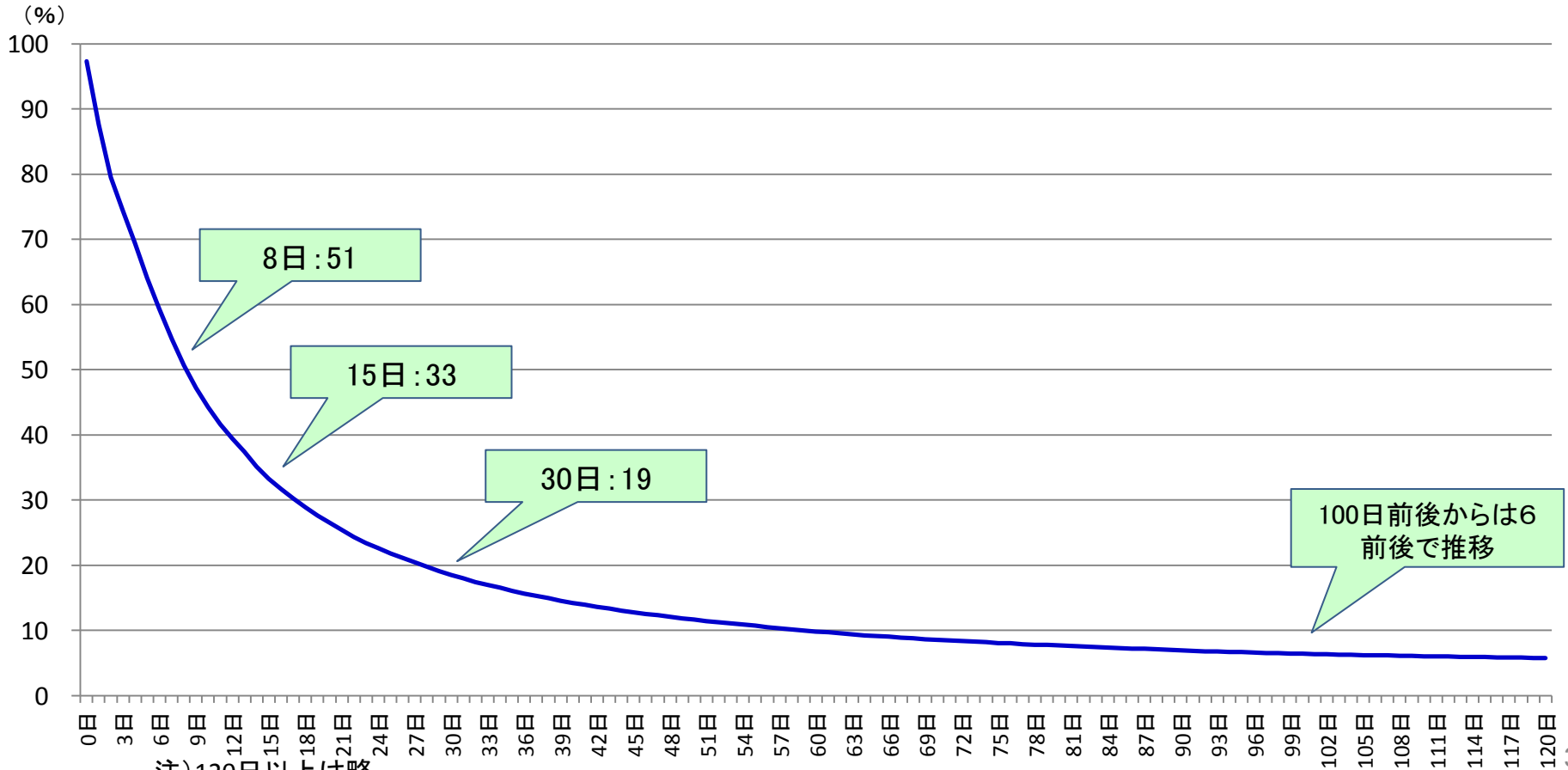
出典)厚生労働省 平成20年「患者調査」より作成

退院曲線イメージ(日数ごと退院患者数からの推測)

- 病院報告(平成20年)によると、病院の一般病床の1日平均新入院患者数は38,999人。
- 患者調査による月間推計退院患者(平成20年9月)について、在院日数ごとの退院患者数(特別集計)を30で除して得た数を X_k とする。今回の特別集計では、 $0 \leq k \leq 120$ (k は整数)。
- これらの数字により、ある日に入院した患者のうち、 n 日後に入院している患者数 Y は、以下の式で表される。

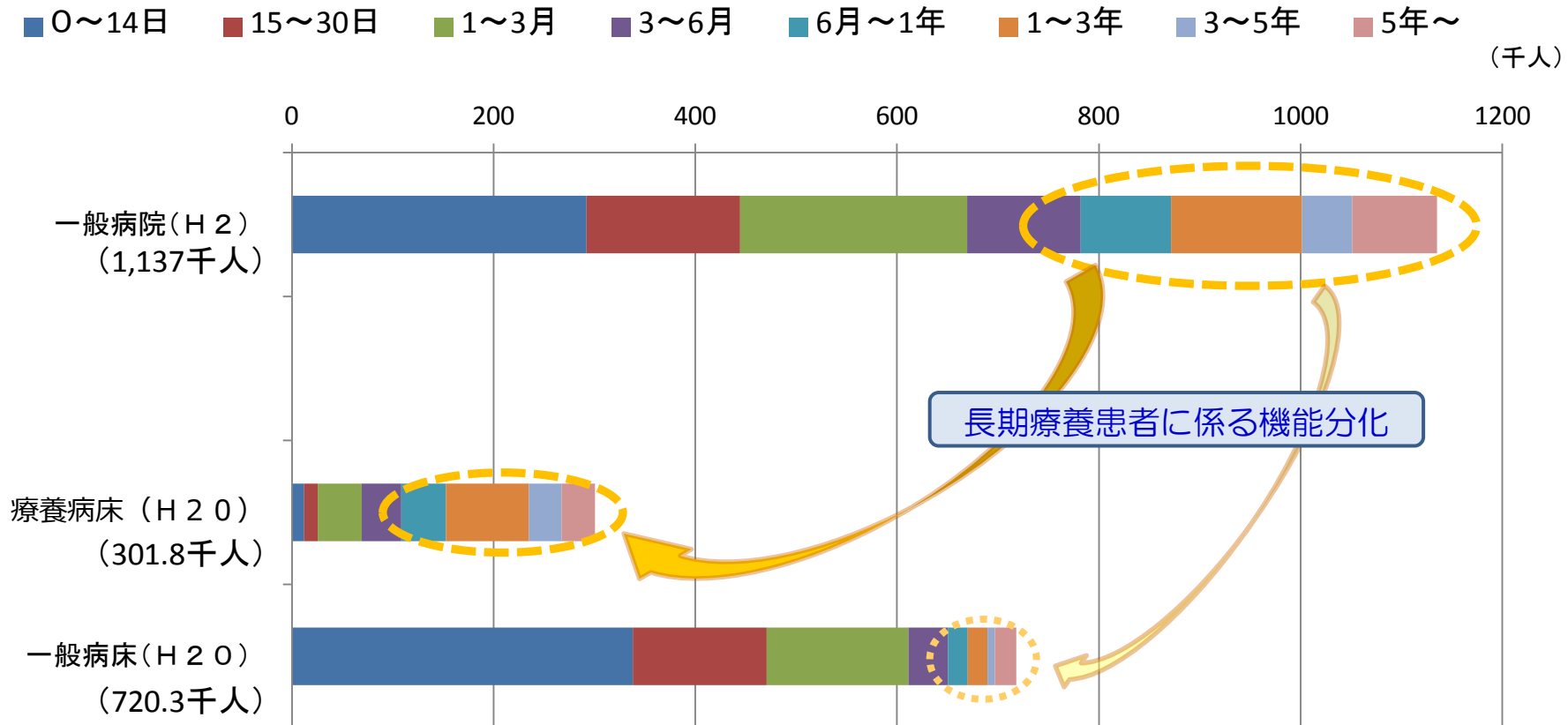
$$Y = 38,999 - \sum_{k=0}^n X_k$$

- 1日平均入院患者数(38,999人)を100として、上式で得られる Y を百分率に換算してグラフ化すると以下の通り。



入院期間別入院患者数と一般病床・療養病床(病院)

- 平成2年「患者調査」(療養病床(療養型病床群)の制度化以前)によると、一般病院(精神病院(当時)、結核療養所以外の病院)の入院患者は1,137千人、うち31%が6月以上入院。
- 平成20年患者調査によると、一般病床と療養病床の入院患者合計は1,022千人、うち25%が6月以上入院。一般病床のみでみると、6月以上入院は9%強。
- 介護基盤の整備、平成2年のデータには総合病院等の精神病床を含むこと、患者像は期間のみで語りきれないこと等の留意点はあるが、全体としては、病床類型の機能分化によって、現在では長期療養を要する患者は主として療養病床で対応していると言える。

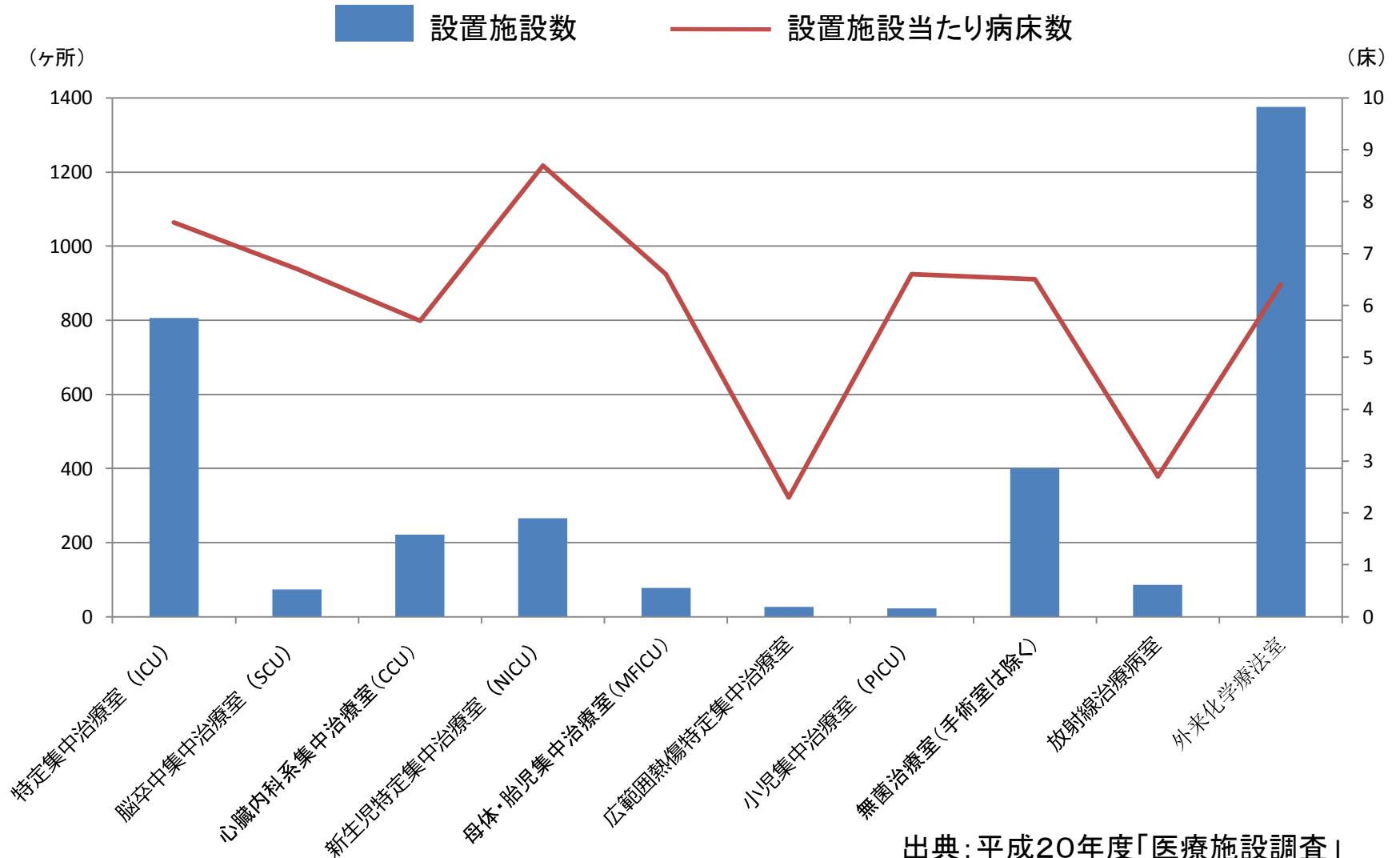


特殊診療設備の状況

特殊診療設備は、数床単位（ユニット単位）で運営されている。

病院の特殊診療設備の保有状況

○ 特定集中治療室(ICU)、新生児特定集中治療室(NICU)、小児集中治療室(PICU)といった特殊診療設備は、単純平均すれば、概ね6~9床で運営されている。

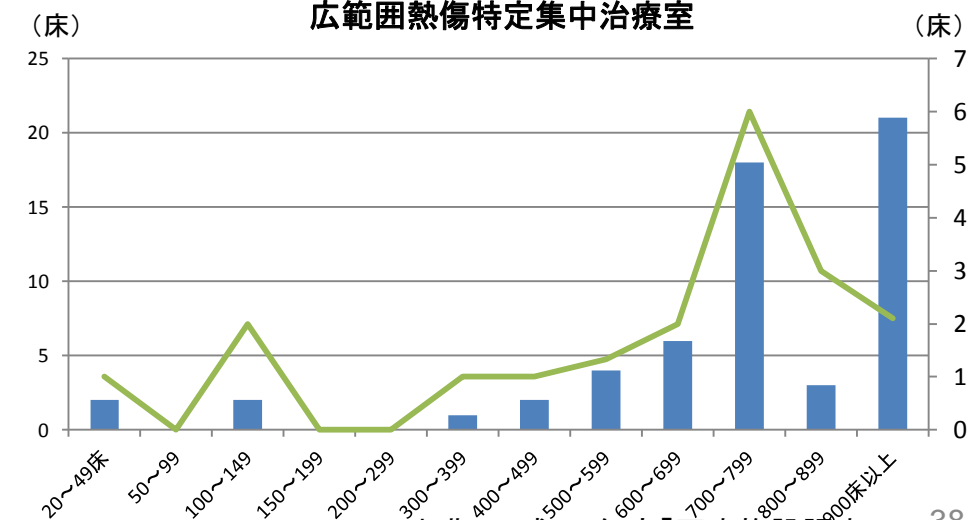
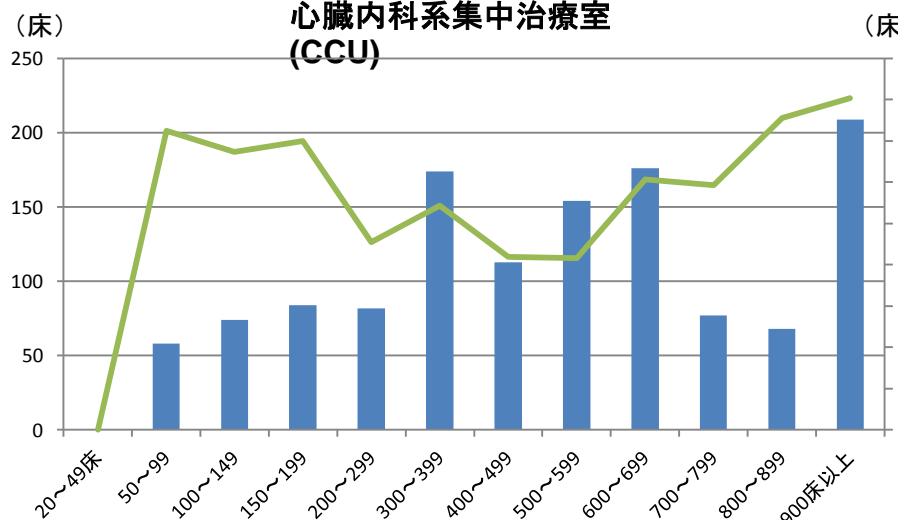
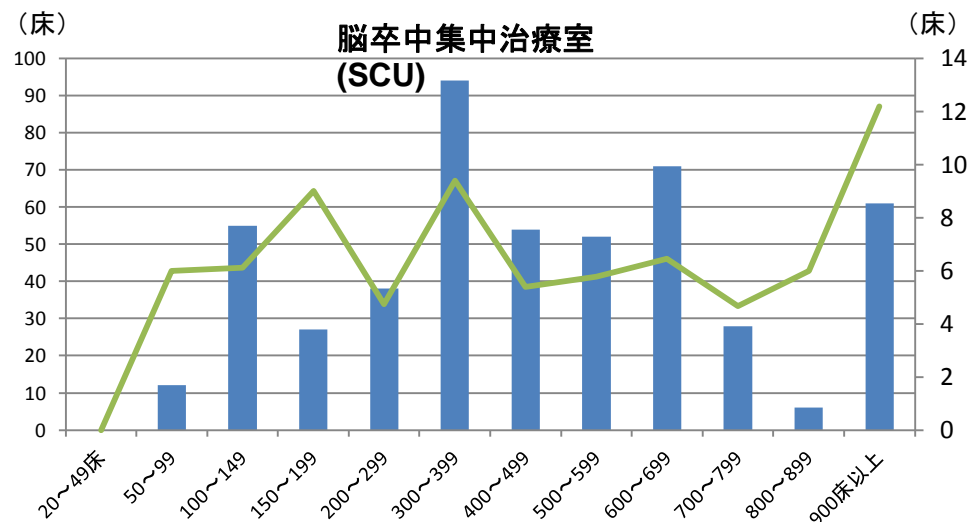
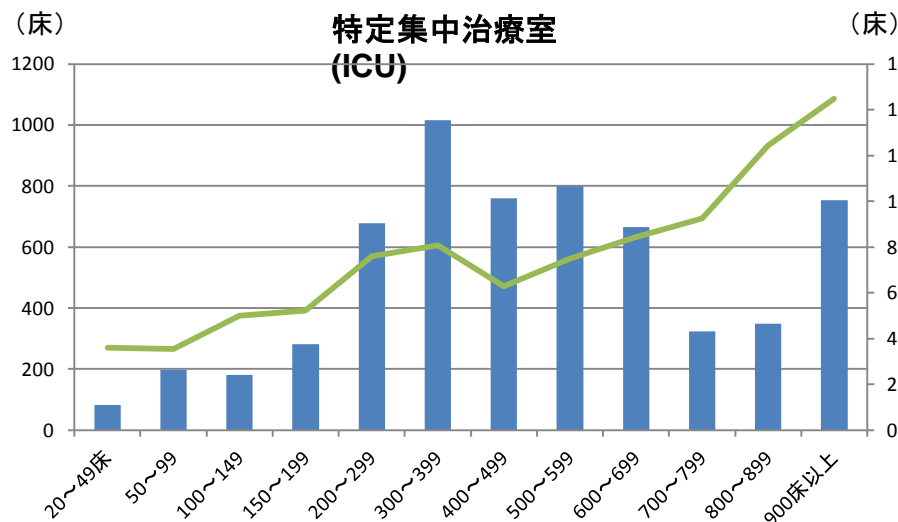


特殊診療設備の病床規模別保有状況①

- 特定集中治療室(ICU)の設置施設当たり病床数は、平均7床前後で、設置病院の病床規模にほぼ比例している。
- 脳卒中集中治療室(SCU)や心臓内科系集中治療室(CCU)については、設置病院の病床規模に対して、設置施設当たり病床数にややばらつきがある。

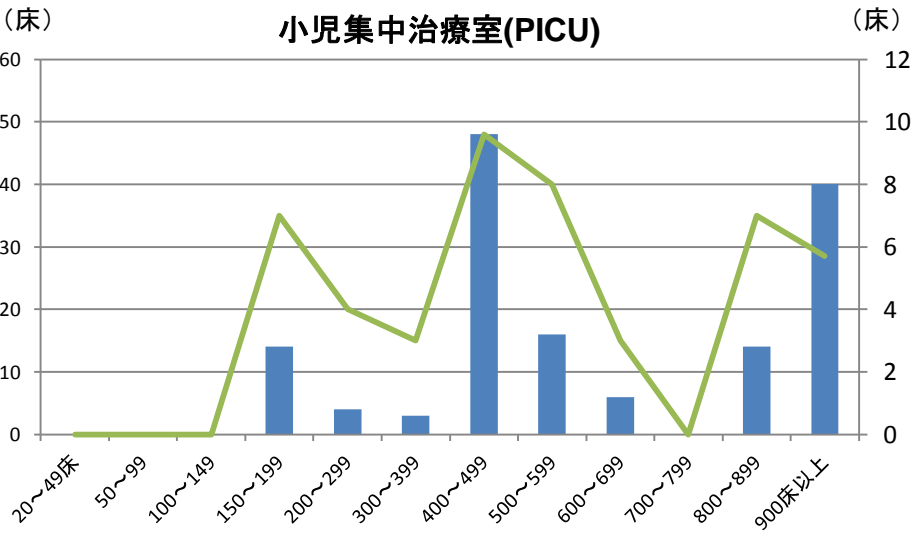
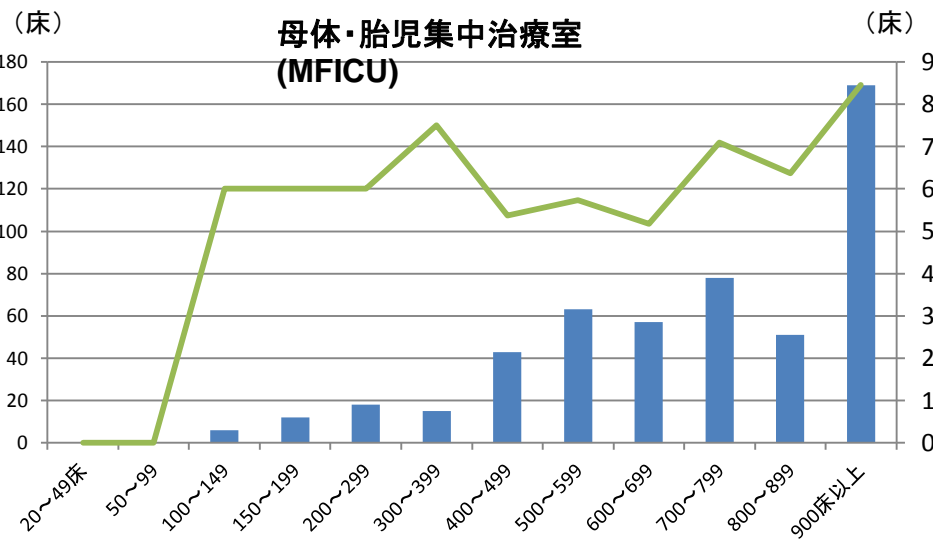
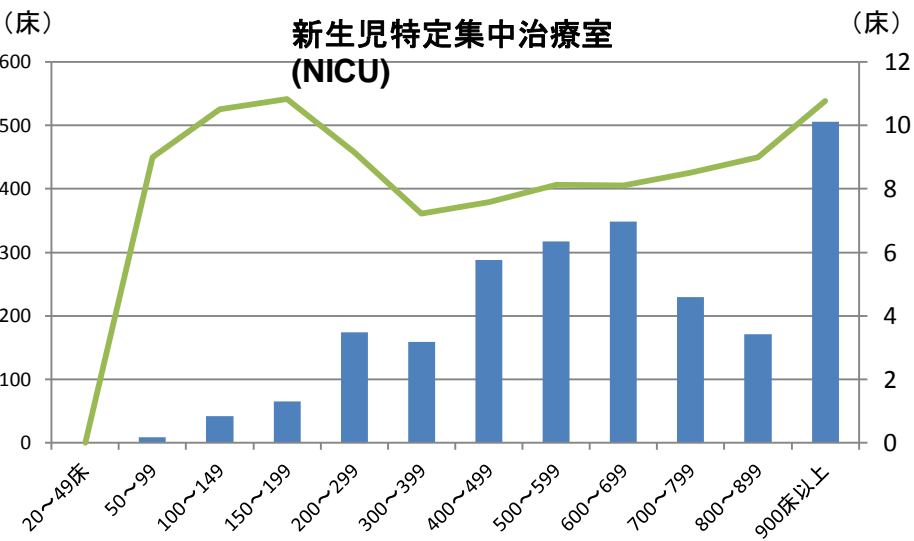
■ 病床数

— 設置施設当たり病床数



特殊診療設備の病床規模別保有状況②

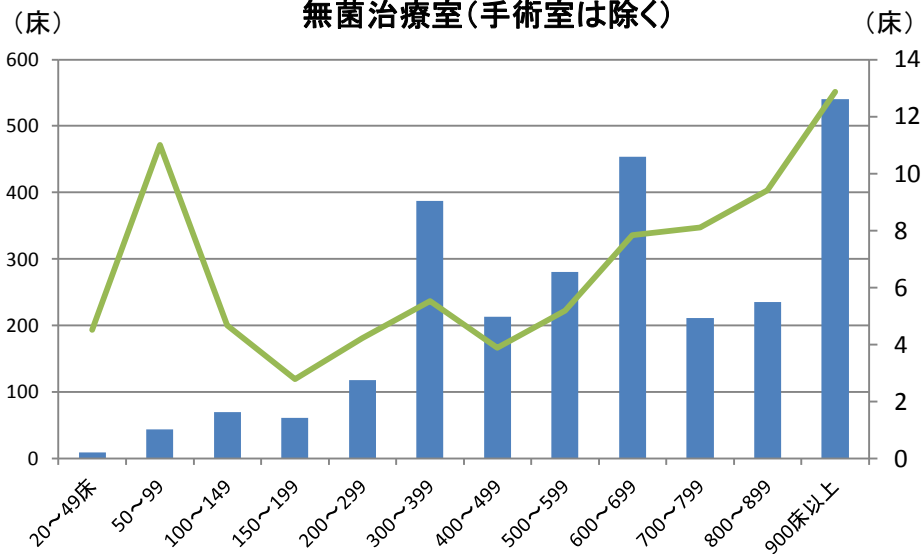
○ 新生児特定集中治療室(NICU)は概ね8~10床で運営しており、母体、胎児集中治療室(MFICU)は概ね5~7床で運営している。



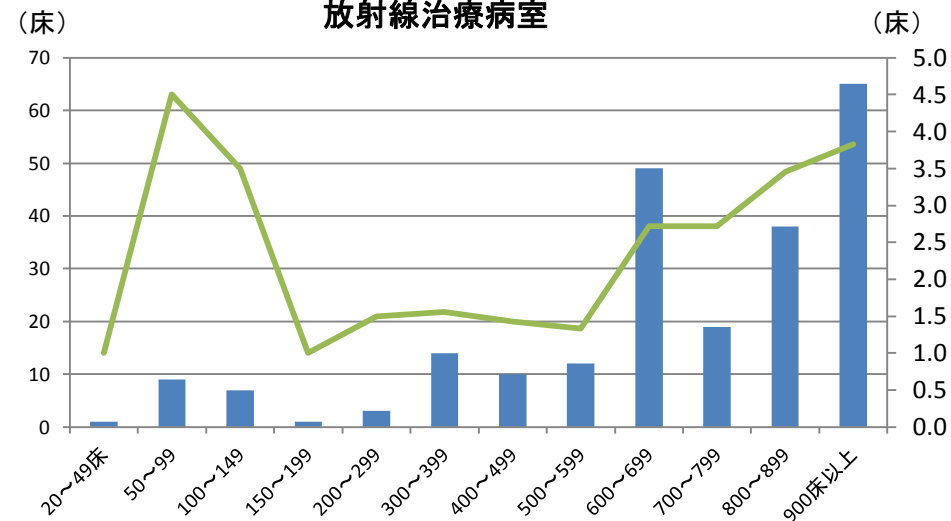
特殊診療設備の病床規模別保有状況③

○ 外来化学療法室は、設置施設当たり病床数が設置病院の病床規模とほぼ比例しているが、無菌治療室(手術室は除く)や放射線治療病室にはそのような傾向はみられない。

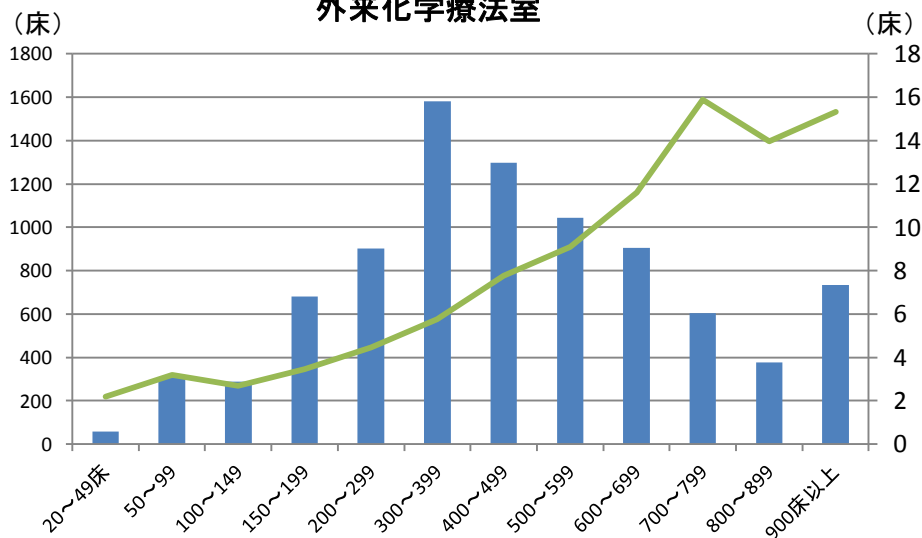
無菌治療室(手術室は除く)



放射線治療病室

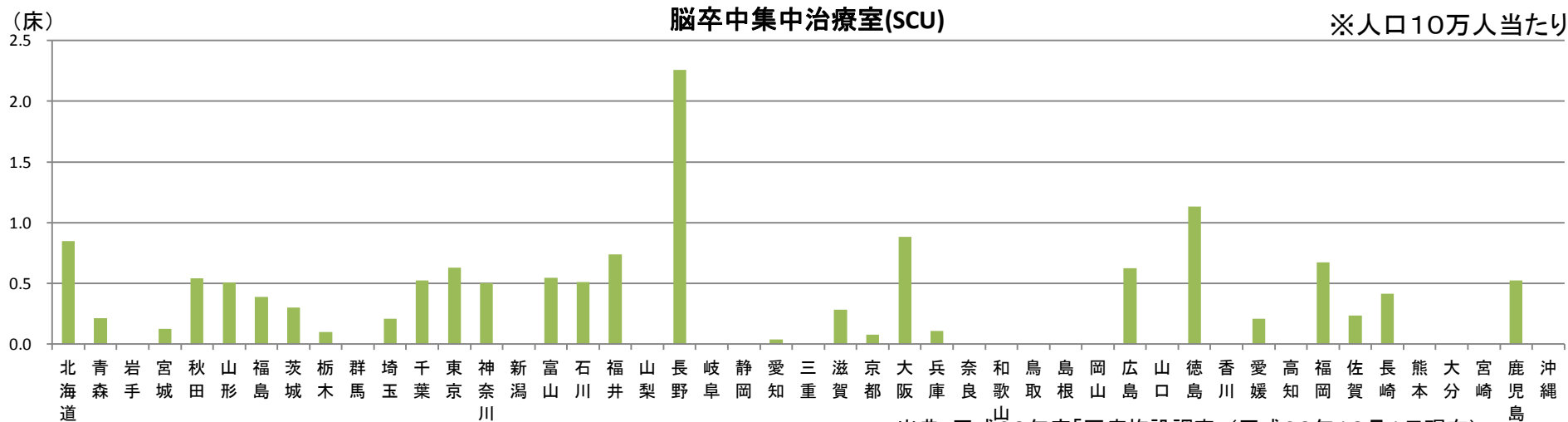
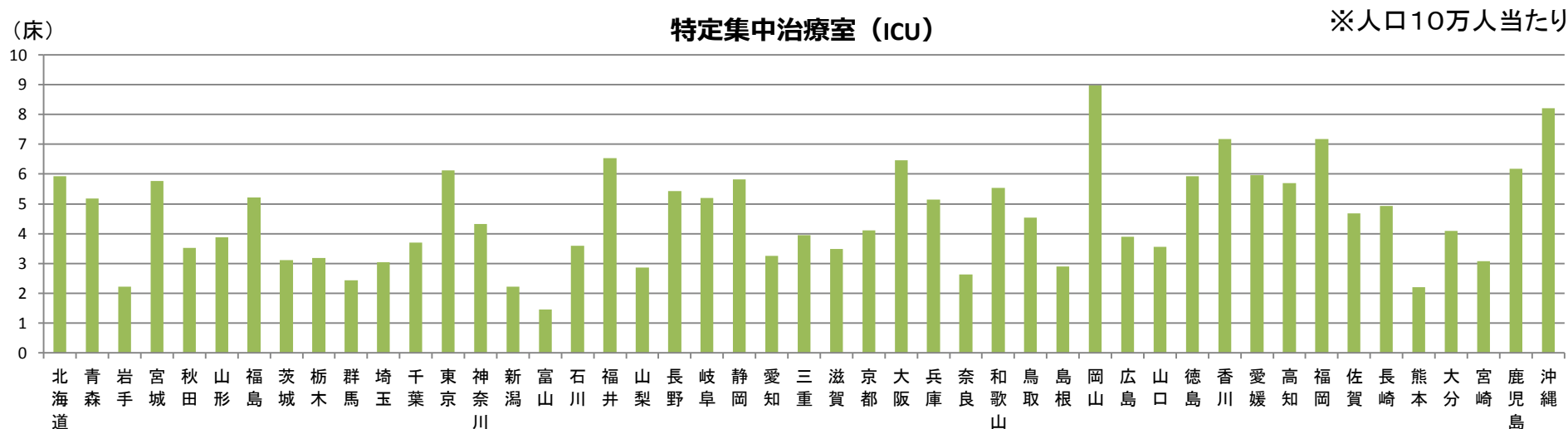


外来化学療法室



特殊診療設備の都道府県別病床数①

- 特定集中治療室(ICU)の人口10万人当たり病床数は4.8床。都道府県別にみると、最多は岡山県(9.0床)、最少は富山県(1.5床)。
- 脳卒中集中治療室(SCU)の人口10万人当たり病床数は0.4床。都道府県別にみると、最多は長野県(2.3床)。



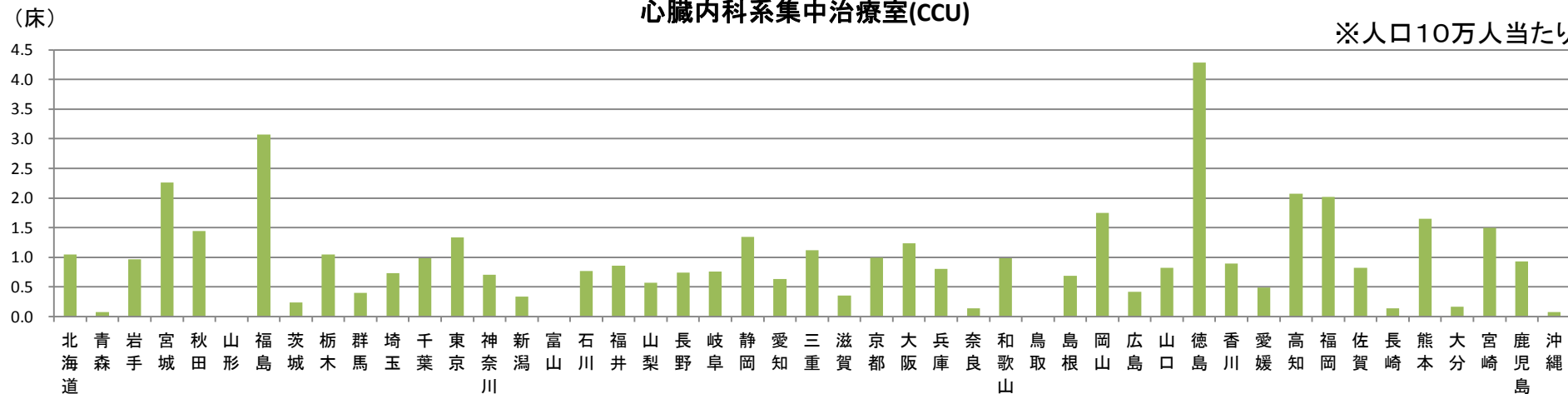
出典:平成20年度「医療施設調査」(平成20年10月1日現在)
統計局「人口推計」(平成20年10月1日現在)

特殊診療設備の都道府県別病床数②

- 心臓内科系集中治療室(CCU)の人口10万人当たり病床数は1.0床。都道府県別にみると、最多は徳島県(4.3床)。山形県、富山県、鳥取県は病床を持たない。
- 広範囲熱傷特定集中治療室の人口10万人当たり病床数は0.05床。地方ごとに、特定の病院に機能が集積されていることがうかがえる。

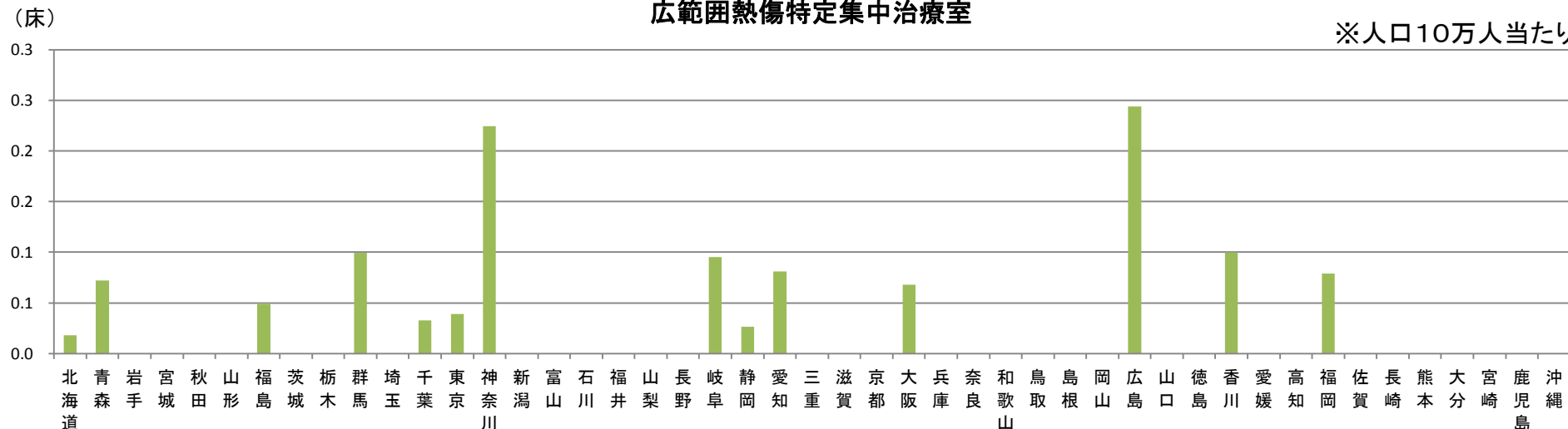
心臓内科系集中治療室(CCU)

※人口10万人当たり



広範囲熱傷特定集中治療室

※人口10万人当たり

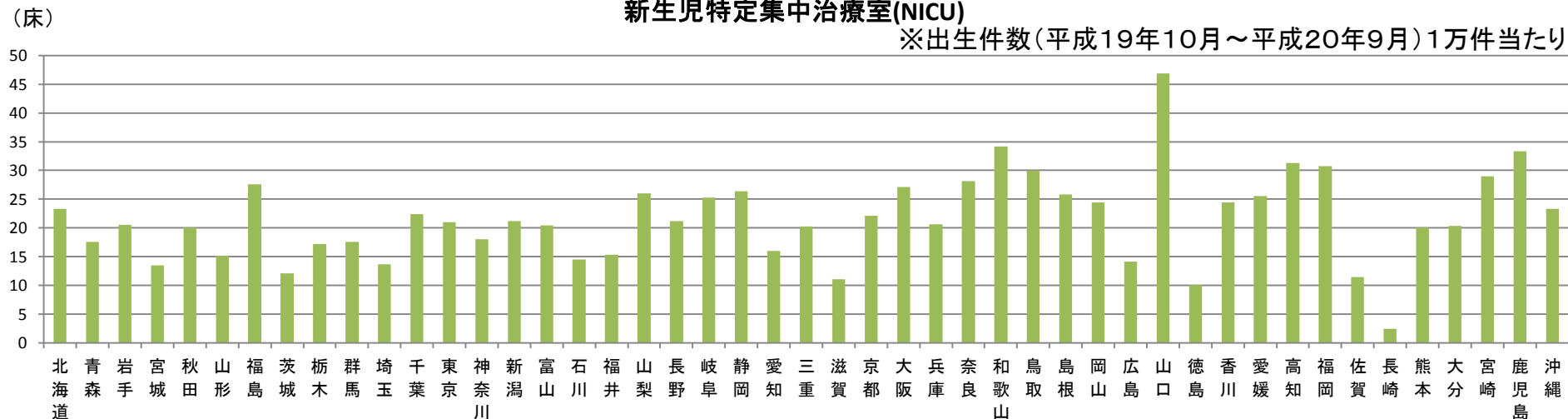


特殊診療設備の都道府県別病床数③

- 新生児特定集中治療室(NICU)の出生件数1万件当たり病床数は21.1床。都道府県別にみると、最多は山口県(46.9床)、最少は長崎県(2.5床)。
- 母体・胎児集中治療室(MFICU)の出生件数1万件当たり病床数は4.7床。都道府県別にみると、最多は香川県(14.0床)。山形県、富山県、佐賀県、長崎県は病床を持たない。

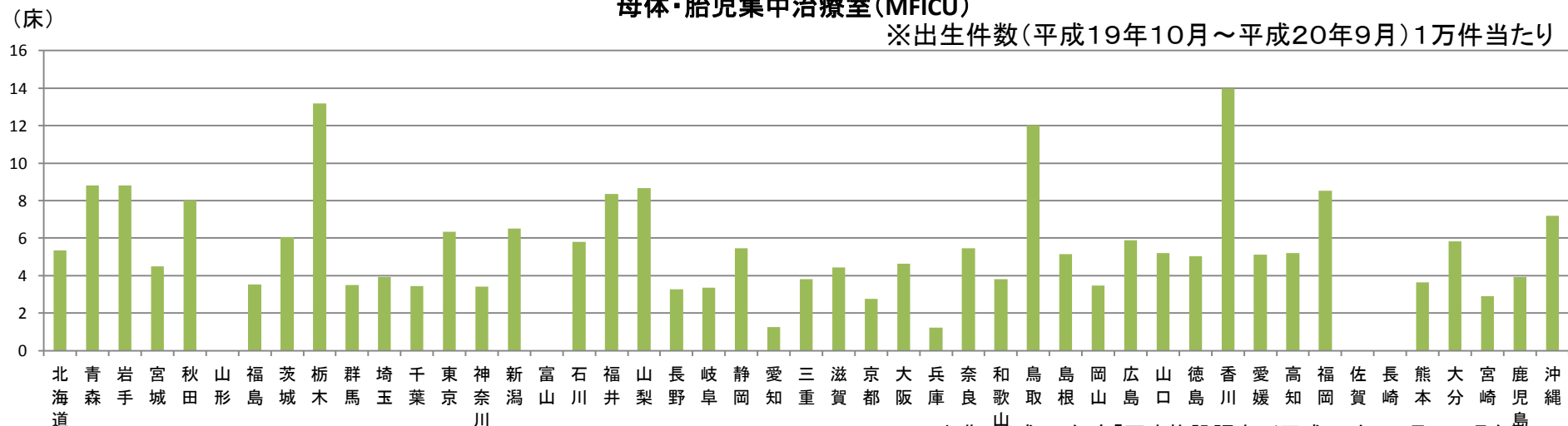
新生児特定集中治療室(NICU)

※出生件数(平成19年10月～平成20年9月)1万件当たり



母体・胎児集中治療室(MFICU)

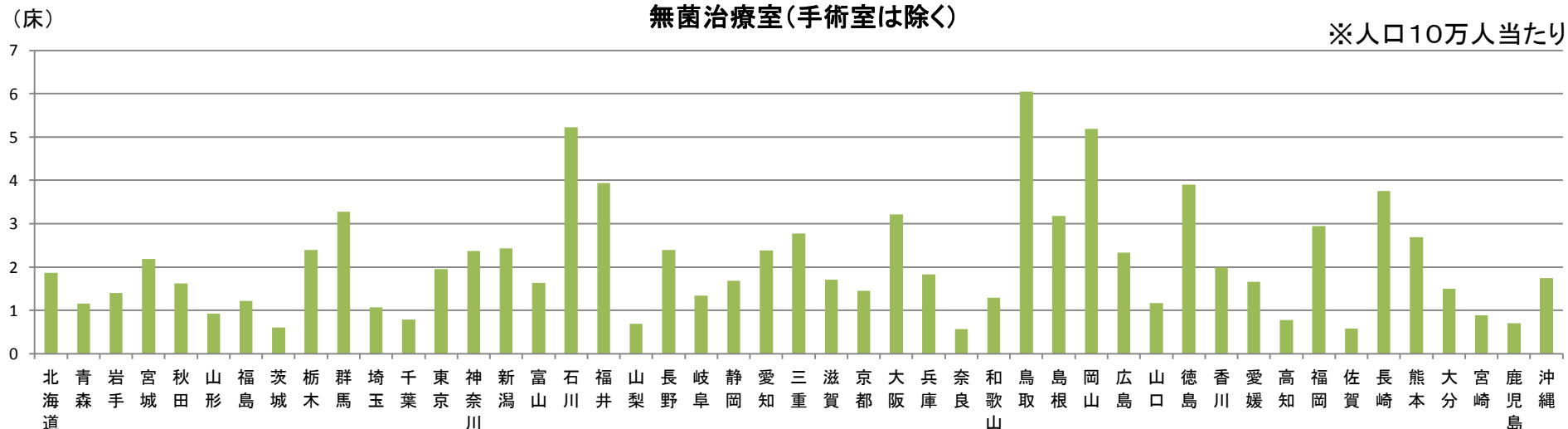
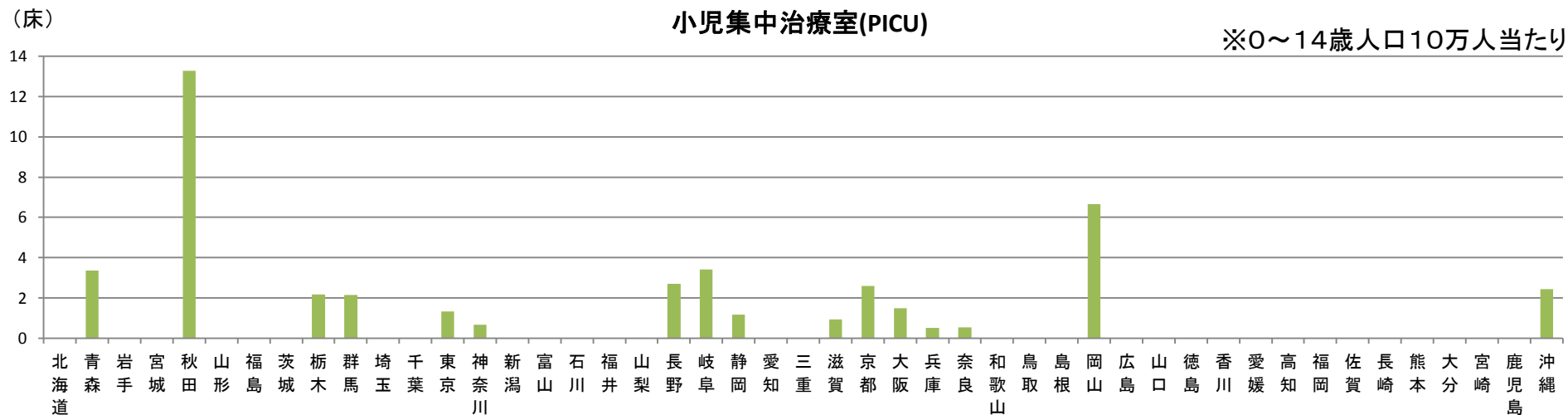
※出生件数(平成19年10月～平成20年9月)1万件当たり



出典:平成20年度「医療施設調査」(平成20年10月1日現在)
統計局「人口推計」(平成20年10月1日現在)

特殊診療設備の都道府県別病床数④

- 小児集中治療室(PICU)の0～14歳人口10万人当たり病床数は0.8床。都道府県別にみると、最多は秋田県(13.3床)。病床を持たない県も多く、特に北陸や四国、九州で顕著。
- 無菌治療室(手術室は除く)の人口10万人当たり病床数は2.1床。都道府県別にみると、最多は鳥取県(6.1床)、最少は奈良県(0.6床)。



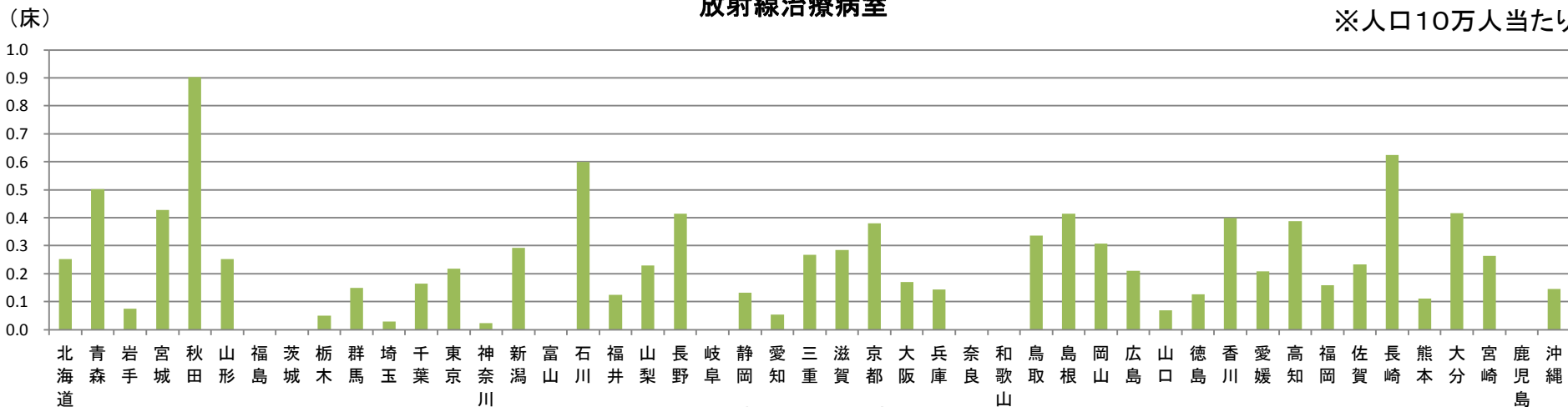
出典:平成20年度「医療施設調査」(平成20年10月1日現在)
統計局「人口推計」(平成20年10月1日現在)

特殊診療設備の都道府県別病床数⑤

- 放射線治療病室の人口10万人当たり病床数は0.2床。都道府県別にみると、最多は秋田県(0.9床)。福島県、茨城県、富山県、岐阜県、奈良県、和歌山県、鹿児島県は病床を持たない。
- 外来化学療法室の人口10万人当たり病床数は6.9床。都道府県別にみると、最多は新潟県(13.1床)、最少は埼玉県(4.5床)。

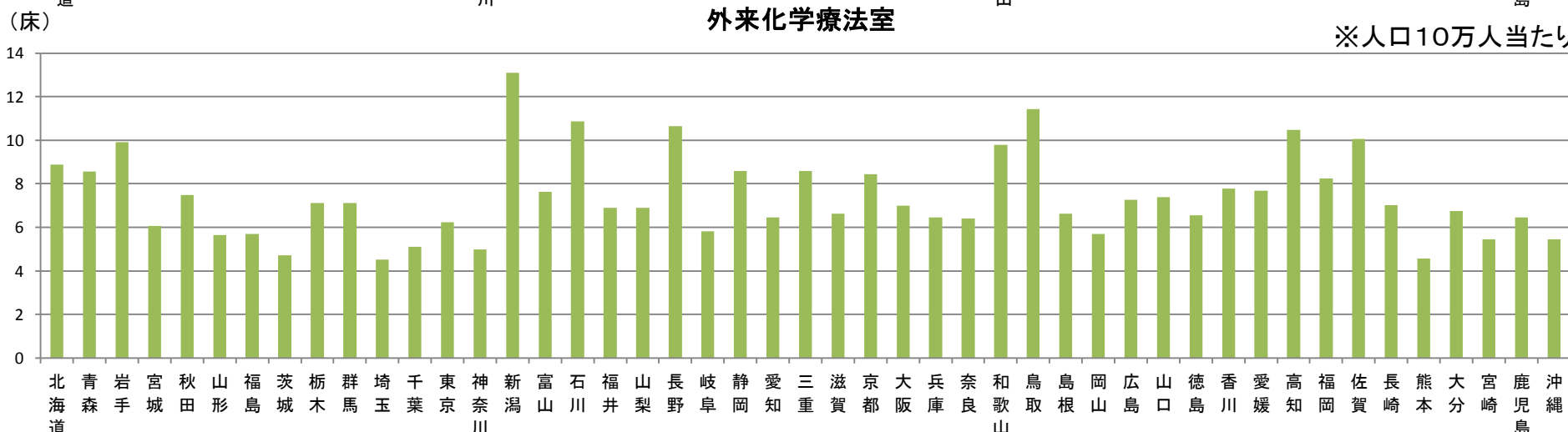
放射線治療病室

※人口10万人当たり



外来化学療法室

※人口10万人当たり

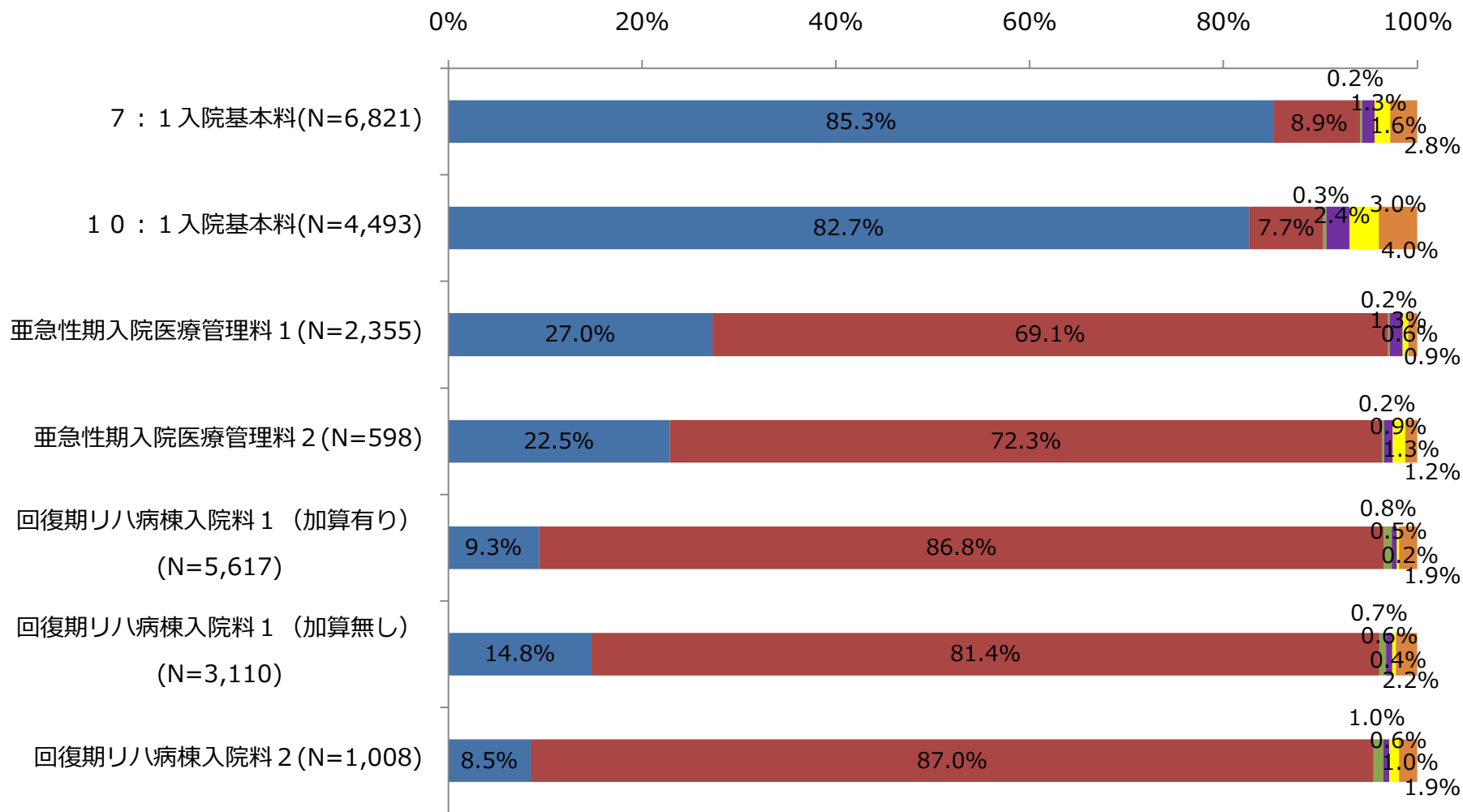


出典:平成20年度「医療施設調査」(平成20年10月1日現在)
統計局「人口推計」(平成20年10月1日現在)

診療報酬上の機能と患者の状況

入棟前（入室前）の居場所

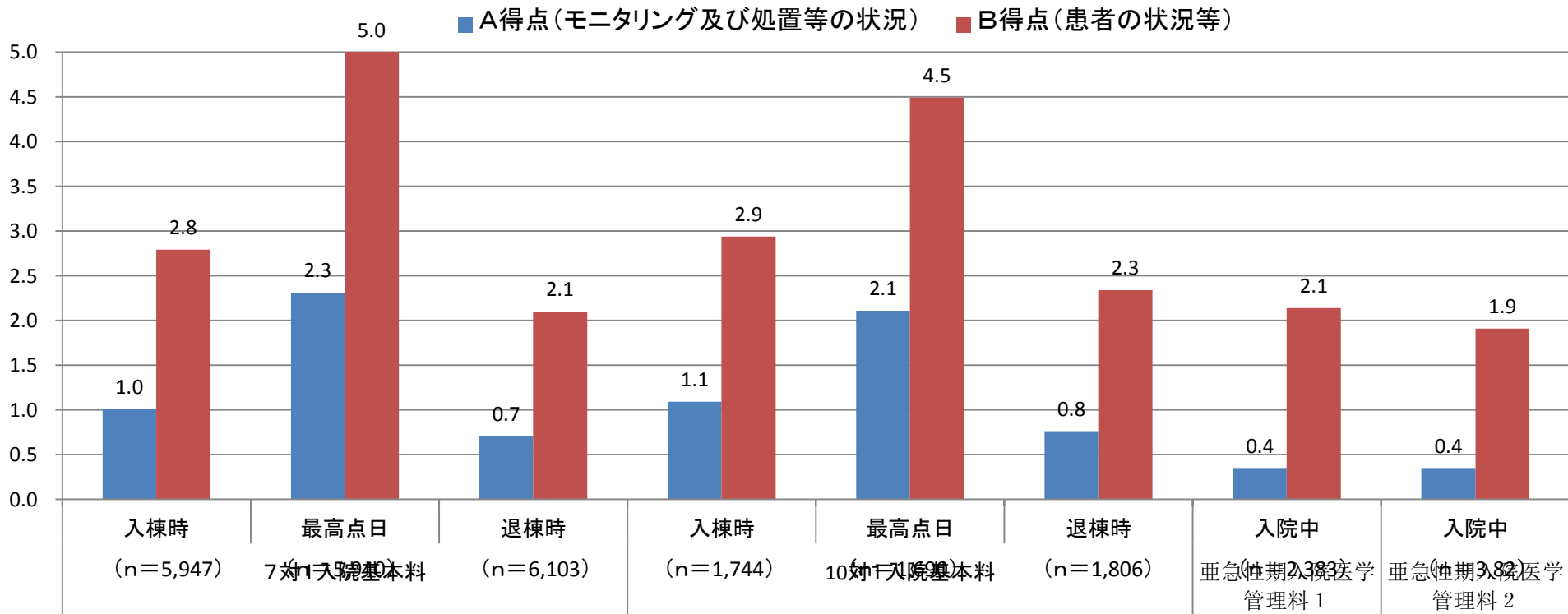
- 在宅
- 回復期リハビリテーション病棟
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- 病院（回復期リハビリテーション病棟を除く）
- 介護老人保健施設（老人保健施設）
- その他



※診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成21年調査）を基に作成

入院中の患者の状況

○ 患者の状態像をみたところ、急性期の患者により手厚い体制で対応する7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定する病棟の入院患者は、主に急性期治療を経過した患者に対応する亜急性期入院医学管理料を算定する病室の入院患者よりも看護の必要性が高く、また、生活の自立度が低かった。



注) A得点とは、患者のモニタリング及び処置等の状況について、以下に掲げる事項により点数化を行ったもの。なお、亜急性期入院医学管理料を算定する病院とその他の入院基本料を算定する病院とでは、点数化の基礎となる項目が異なるため、単純な比較はできない。

- ・ 7対1入院基本料算定病院および10対1入院基本料算定病院については、創傷処置、血糖測定、時間尿測定、呼吸ケア、点滴ライン同時3本以上、心電図モニター等の9項目
- ・ 亜急性期入院医学管理料を算定する病院については、創傷処置、血糖測定5回以上、時間尿測定、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引等の32項目

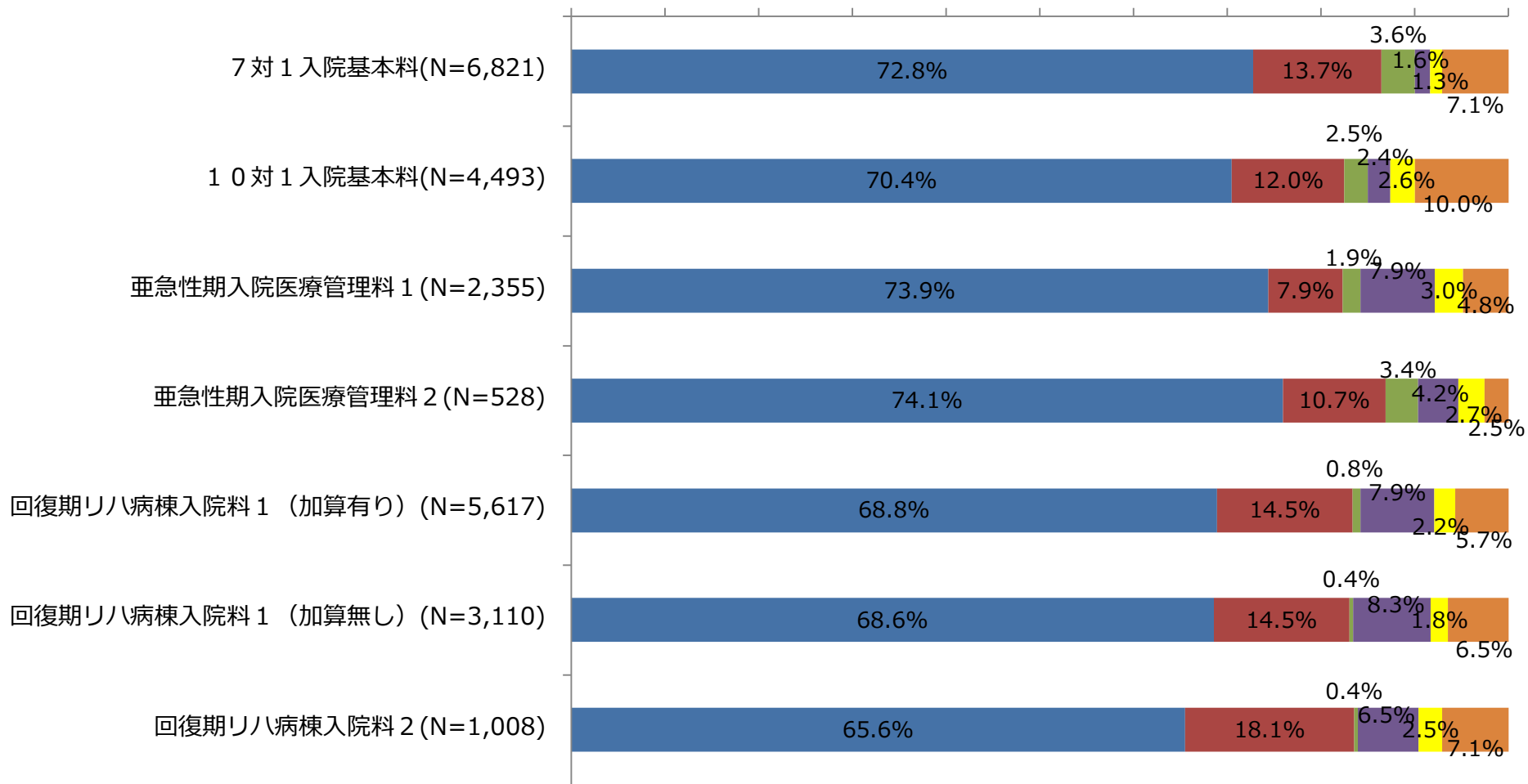
B得点とは、寝返り、起き上がり、座位保持、移乗等の7項目により、患者の状態等について、点数化を行ったもの。なお、亜急性期入院医学管理料を算定する病院とその他の入院基本料を算定する病院とでは、点数化の基礎となる項目が異なるため、単純な比較はできない。

※診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年調査)を基に作成

退棟後（退室後）の居場所

- 在宅
- 回復期リハビリテーション病棟
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- 病院（回復期リハビリテーション病棟を除く）
- 介護老人保健施設（老人保健施設）
- その他

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

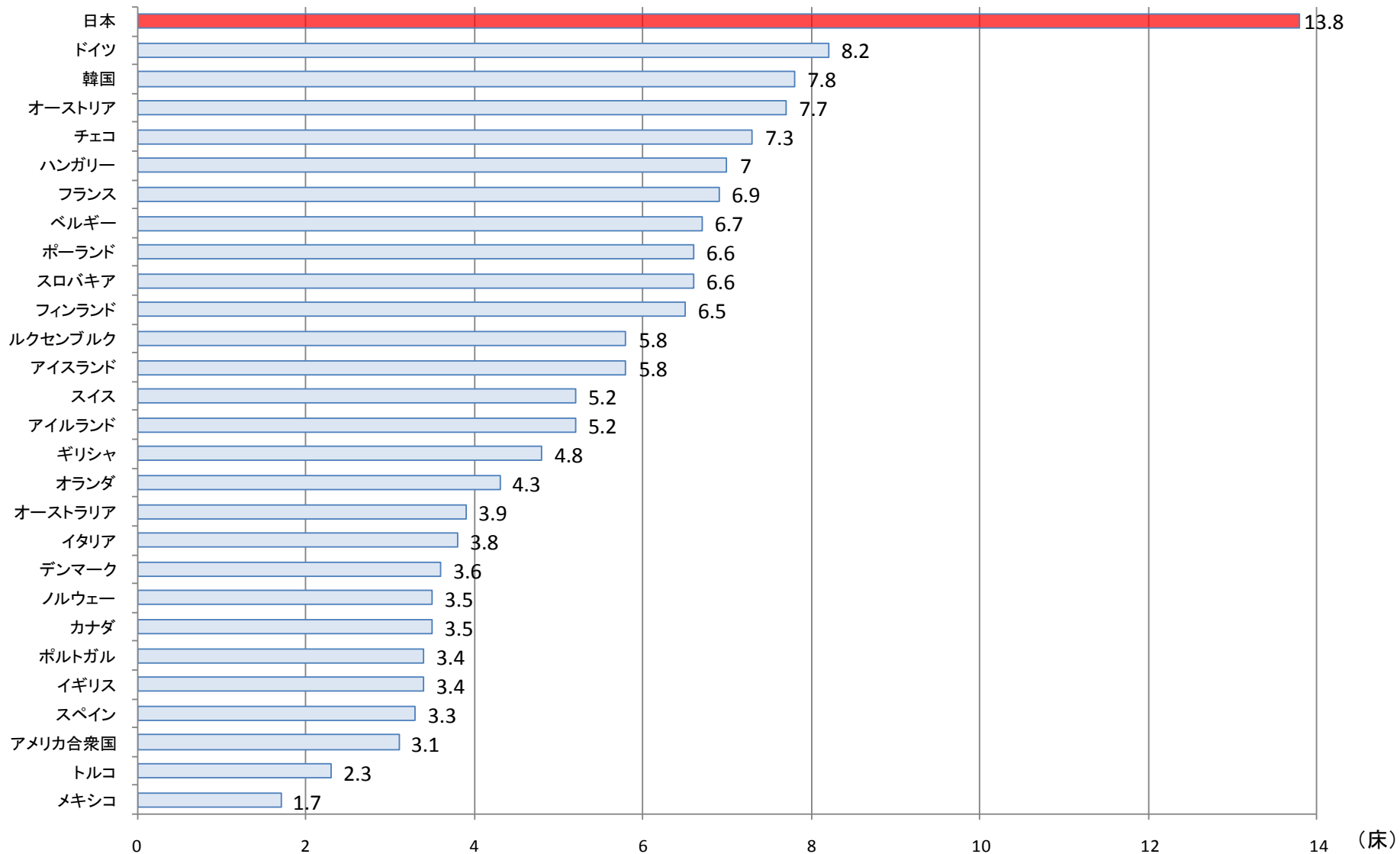


※診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年調査)を基に作成

国際比較

諸外国に比して、人口当たりの病床数は多いが、病床当たりのスタッフ数は少ない中で、インフォームドコンセントや医療安全確保、医療技術の高度化など業務は増大。

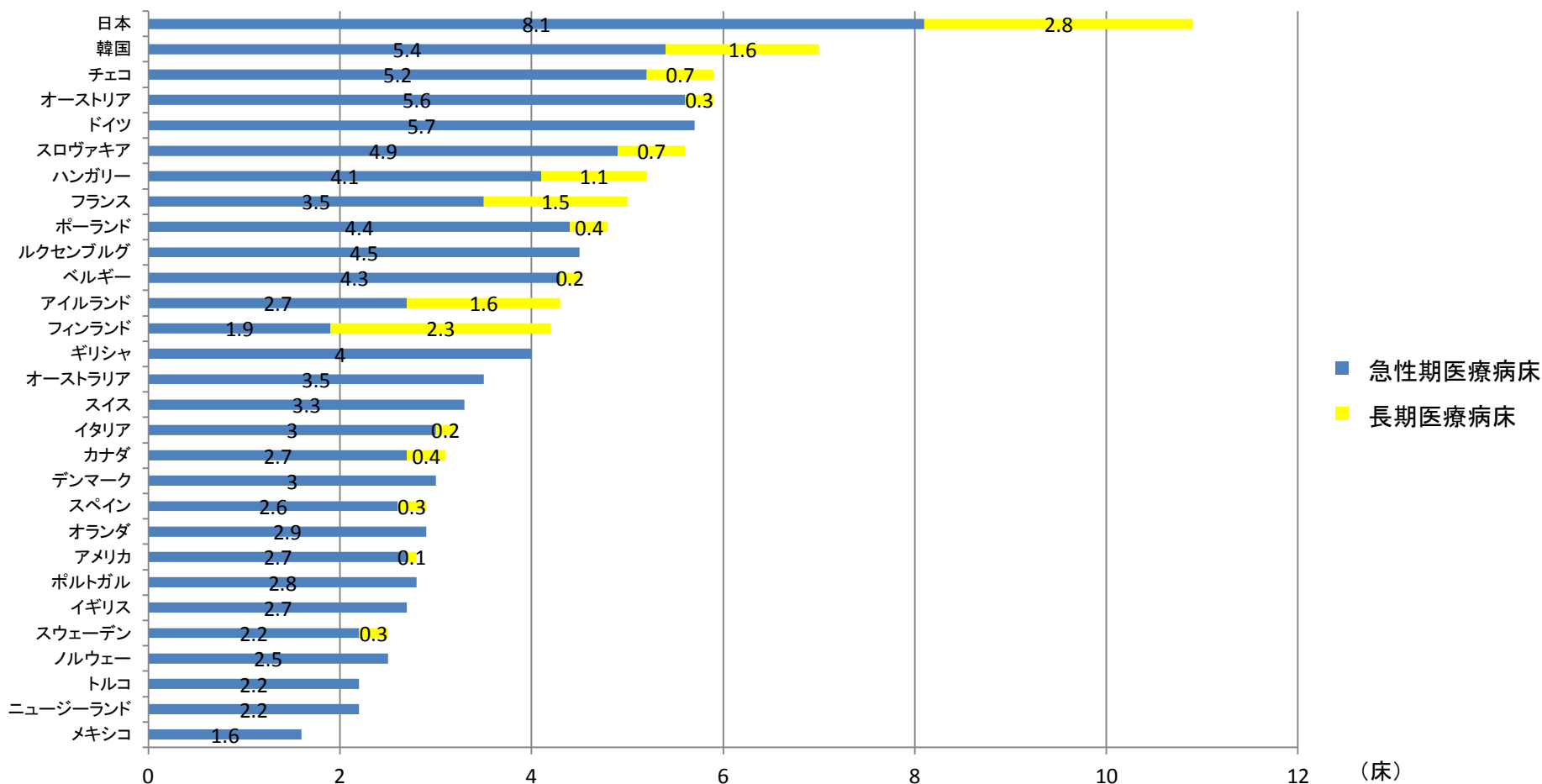
OECD諸国の病床数について(2008年(平成20年))



出典: OECD Health Data 2010

注) 上記の病床は、急性期・精神・療養・一般等医療機関における全ての病床数を含めたもの。
(ただし、ナーシングホームや老健施設における病床数などを除く。)

OECD諸国の人口1,000人当たりの急性期医療病床数、 長期医療病床数(2008年(平成20年))



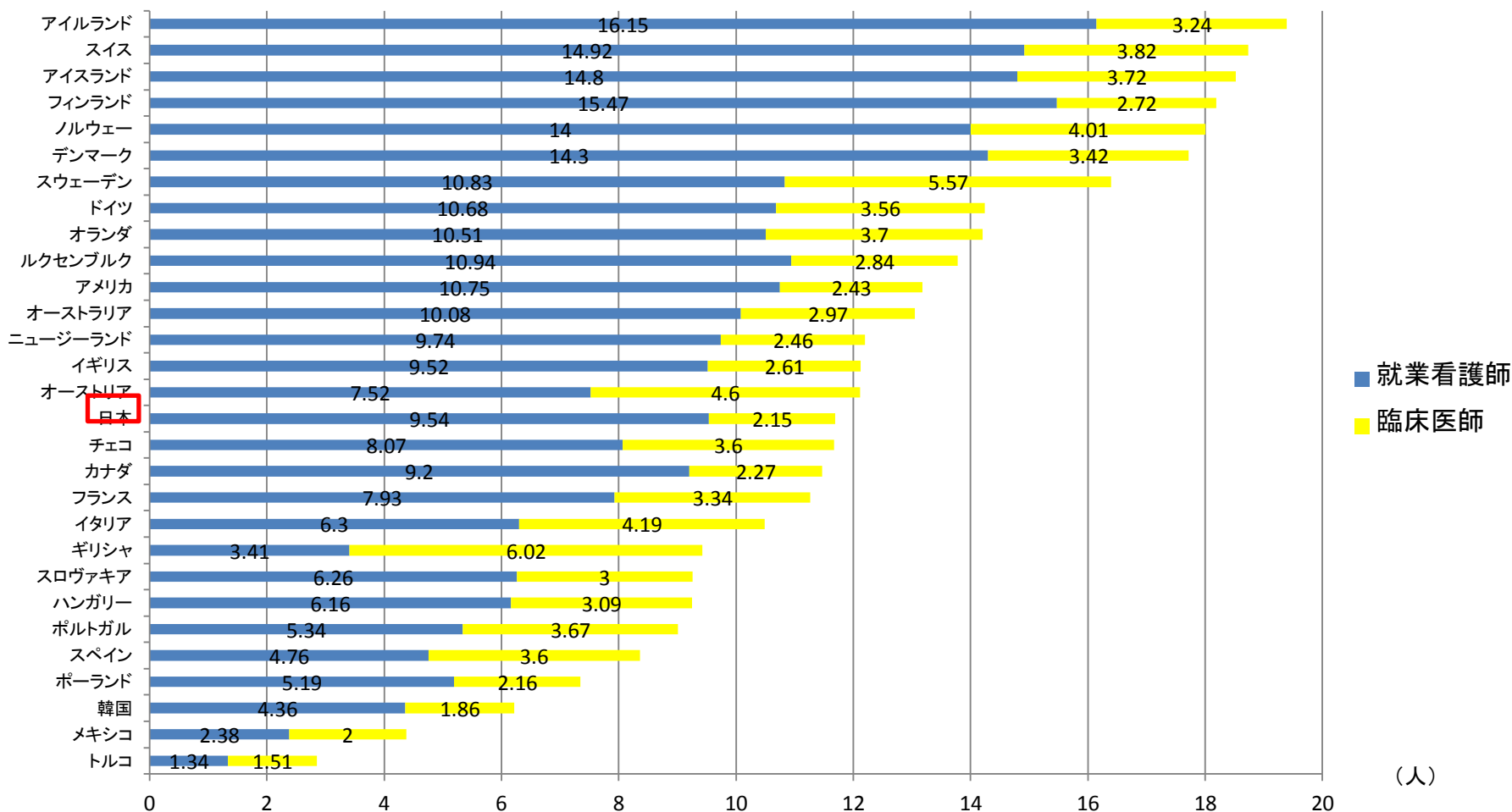
出典:OECD Health Data 2010

注1)急性期医療病床:急性期の患者に対し治療を行うための病床(病院内のものに限る。)

注2)長期医療病床:慢性的疾患やADL(Activities of Daily Living)における自立度の減少のため、長期のケアが必要とされる患者を収容する病床(病院内のものに限る)。諸外国では、ナーシングホームとして、病院外に病床が設けられているケースもある。

注3)国によりそれぞれの病床に含まれる基準が異なっているため、完全には定義と一致していないものもある。

OECD諸国の人口1,000人当たりの臨床医師数及び就業看護師数(2008年(平成20年))



出典:OECD Health Data(2010)

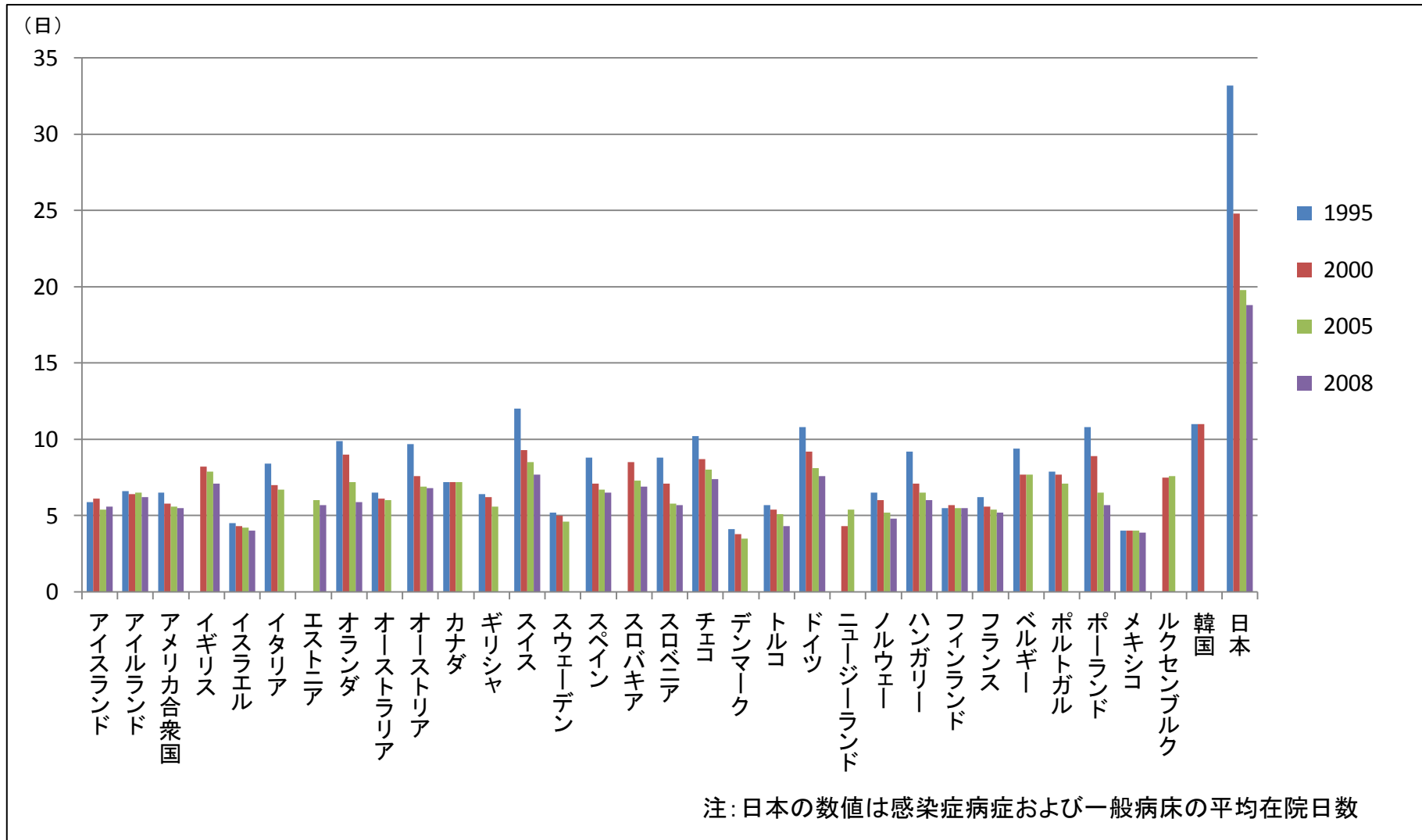
注1)臨床医師:患者に直接サービスを提供している医師。(卒業していない学生、歯科医師及び歯科外科医師、行政機関、研究機関等直接患者と接触しない職場で働いている医師、雇用されていない医師、退職した医師を除く。)

注2)就業看護師:基本的な看護教育課程を修了し、自身の国からあらゆる場面で看護業務を行う資格を与えられ、承認を得ており、患者に直接サービスを提供する看護師。

注3)国によってはOECDの定義に含まれない者まで含んでいるため、臨床医師数、就業看護師数の厳密な比較はできない。

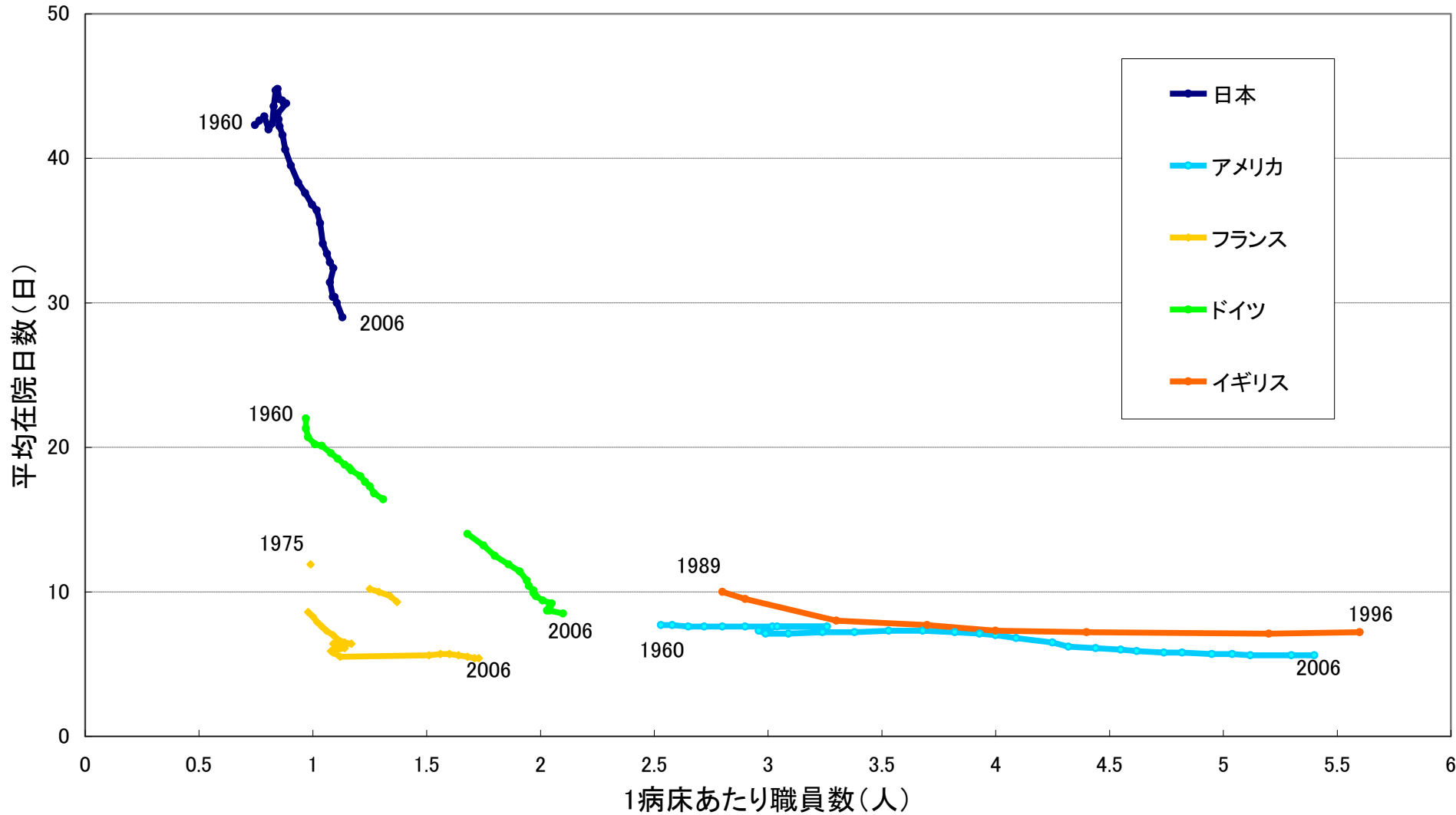
急性期医療の平均在院日数(1995-2008)

○ ほとんどの国で、急性期医療の平均在院日数は短縮傾向にある。



出典: OECD Health Data 2010

平均在院日数と1病床当たり職員数



(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」

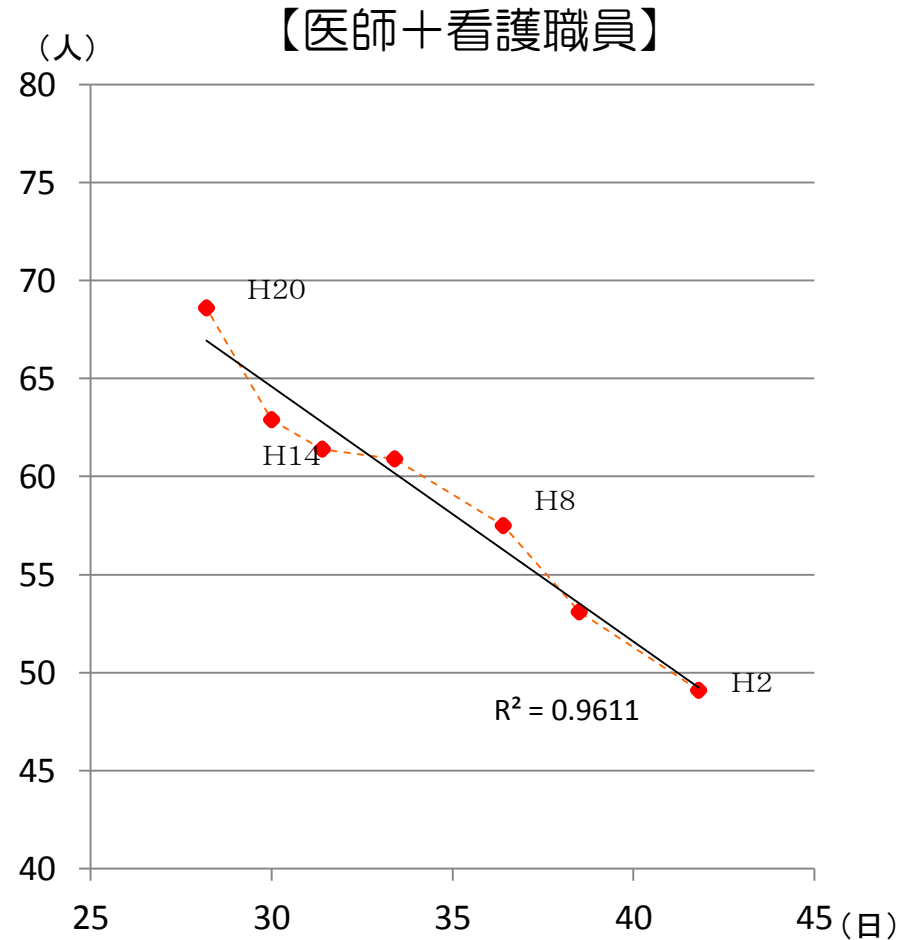
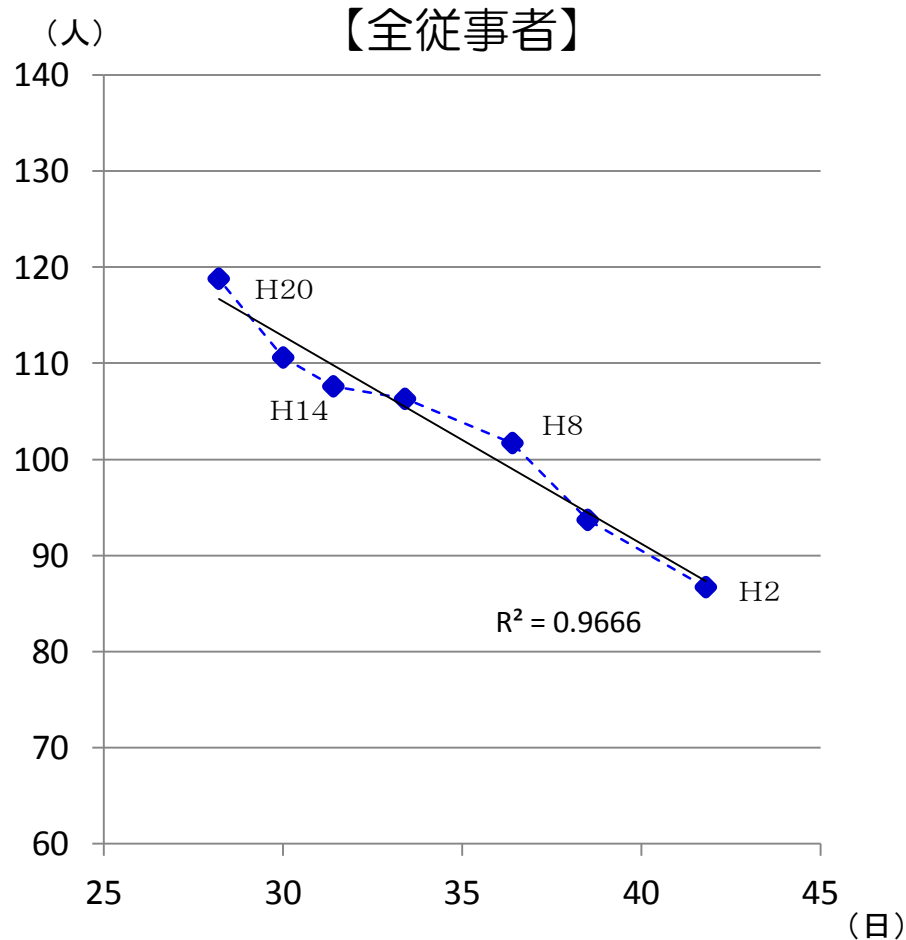
(注) 1. 日本は一般病院の数値である。

2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。

100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

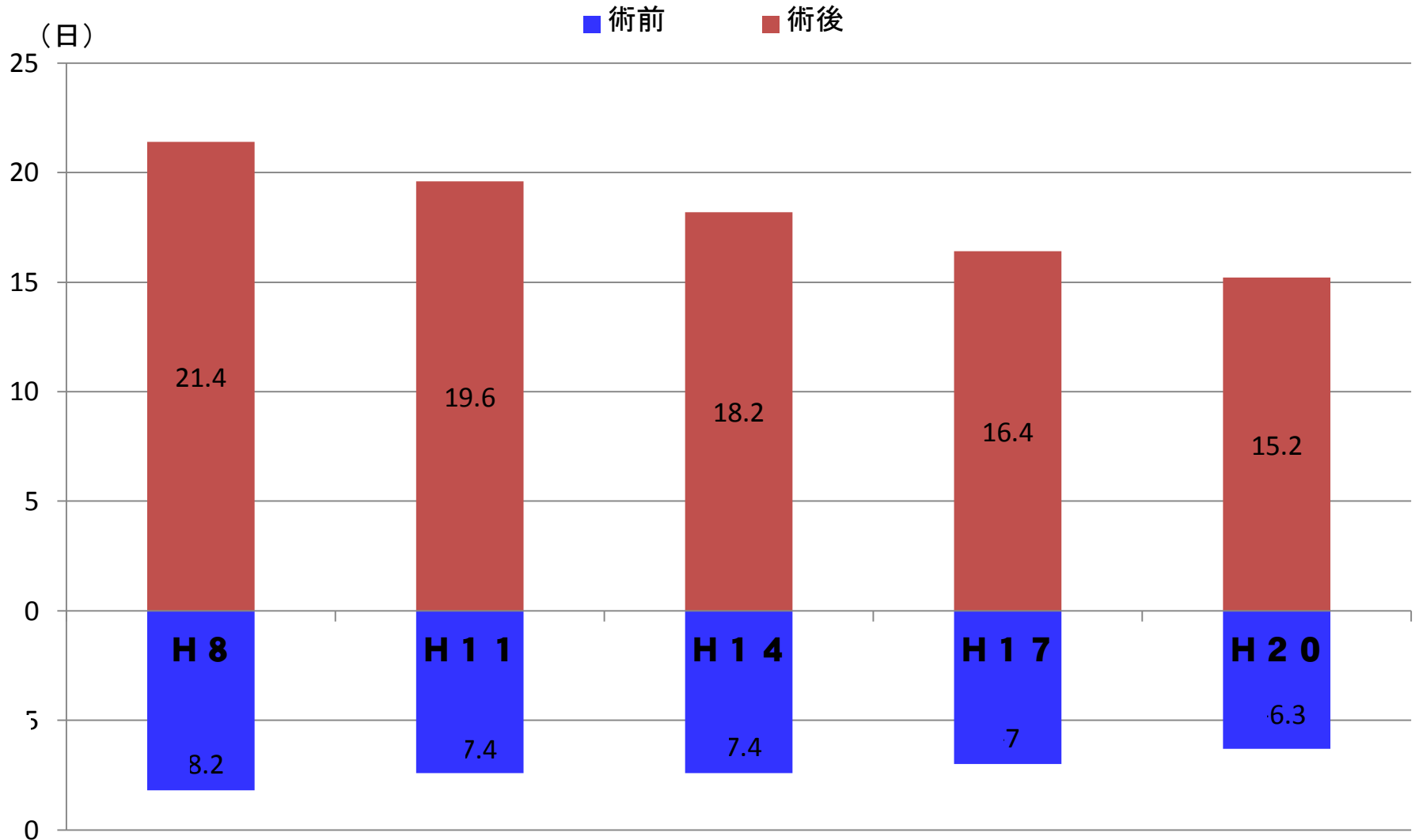
○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

	<平成2年>	→	<平成8年>	→	<平成14年>	→	<平成20年>
100床当たり従事者数	86.7人	→	101.7人	→	107.6人	→	118.8人
うち、医師+看護職員	49.1人	→	57.5人	→	61.4人	→	68.6人
平均在院日数	41.8日	→	36.4日	→	31.4日	→	28.2日



退院患者の手術前・手術後の平均在院期間(病院)

○ 平成20年患者調査によると、病院の退院患者のうち手術有りの者について平成8年と比べると、手術前の在院期間は約2割、手術後の在院期間は約3割、それぞれ短縮されている。

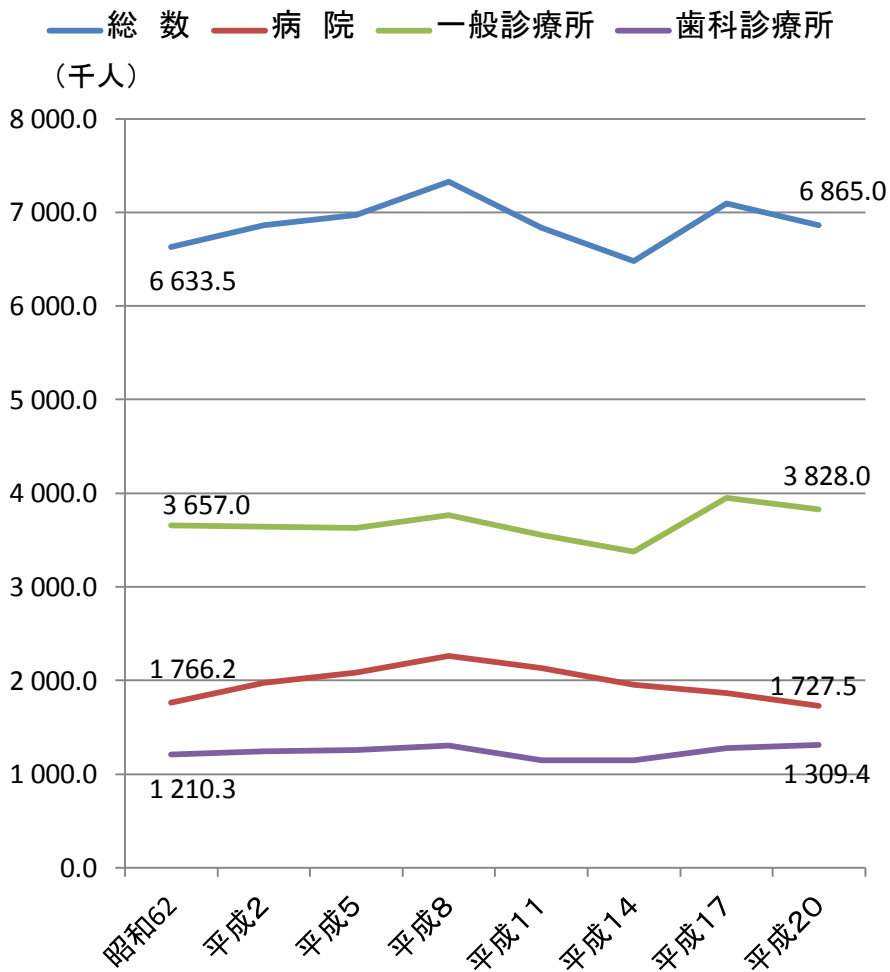


その他

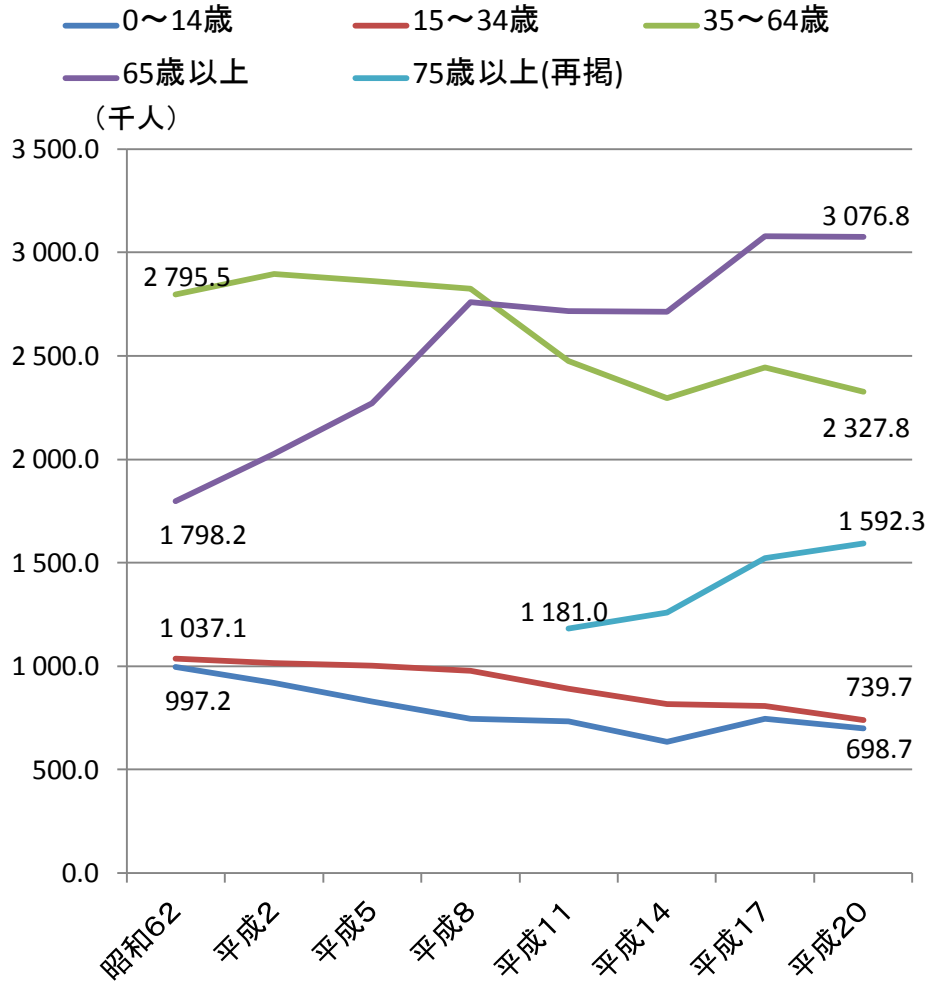
外来受診の状況

平成20年患者調査によると、調査日における推計外来患者数は、病院が約170万人、一般診療所が約380万人、歯科診療所が約130万人となっている。

<推計外来患者数(施設種類別)>



<推計外来患者数(年齢階級別)>



入院・外来別患者の受診状況

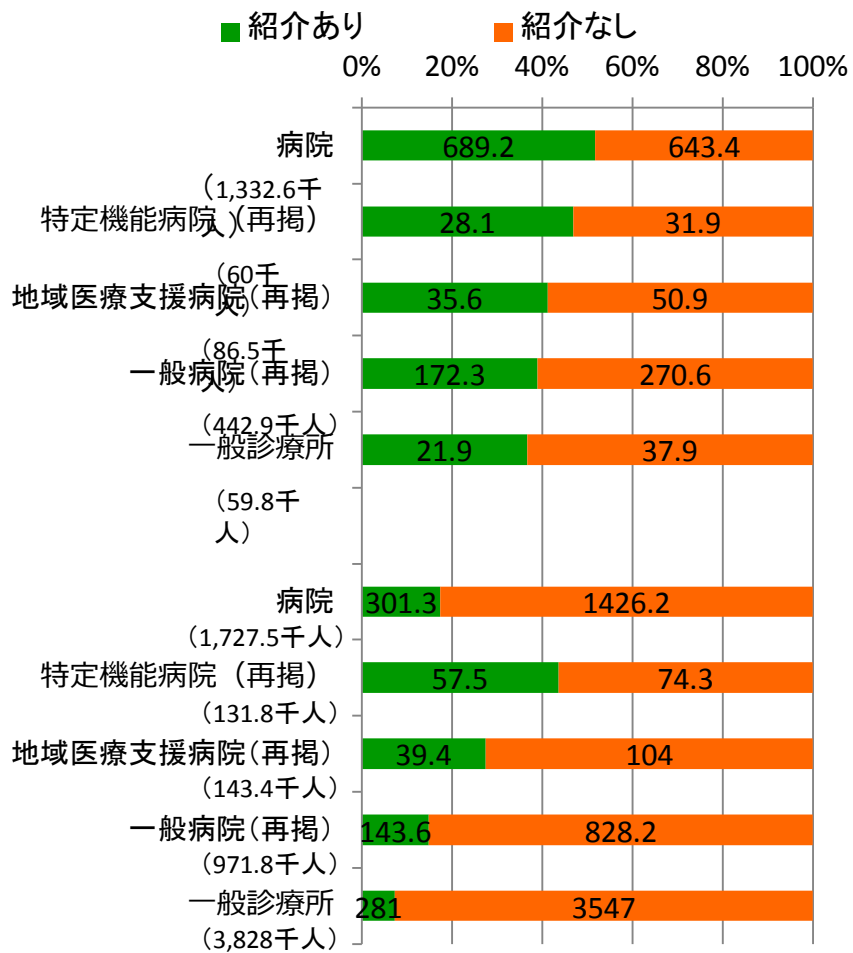
○ 平成20年患者調査の調査日における外来患者数は、病院が約170万人、一般診療所が約380万人、歯

科診療所が約130万人。

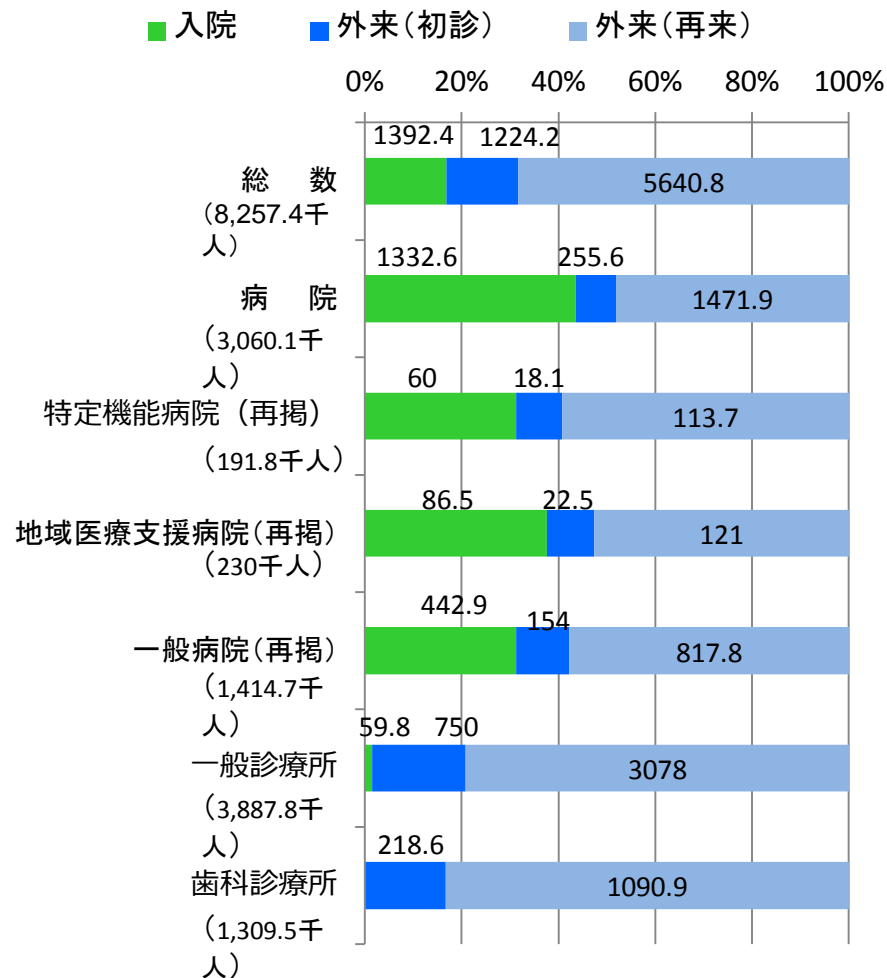
○ 病院で受診した患者のうち紹介ありは、入院で52%、外来で17%。

※ いずれもグラフ内の数値は、人数(単位:千人)

＜紹介の有無別推計患者数＞



＜入院・外来別推計患者数＞



* 「一般病院」は、精神科病院、結核療養所、特定機能病院、地域医療支援病院、療養病床を有する病院のいずれにも当たらない病院。

○病院の従業者数の推移（病院報告より）

（単位：人）

	11年	14年	17年	20年	21年
医師	166616.7	174261.2	180022.3	187947.6	191125.3
薬剤師	41472	38987.6	40119.6	41760	43113.6
看護師等	759504	758780.3	769514.5	829867.6	850030.3

○100床当たり従業者数の推移（病院報告より）

（単位：人）

	11年	14年	17年	20年	21年
全体	98.4	99.7	102.6	110	113.7
医師	10.1	10.6	11	11.7	11.9
薬剤師	2.5	2.4	2.5	2.6	2.7
看護師等	46	46.2	47.1	51.5	53.1

○人員配置標準の適合率（医療法第25条に基づく立入検査結果より）

（単位：％）

	11年	14年	17年	20年	21年
全体	86.8	89.1	93.1	94.9	95.5
医師	69.0	75.0	83.8	88.3	90.0
薬剤師	82.9	84.1	90.7	93.7	94.4
看護師等	98.1	98.3	99.3	98.9	99.2

※ 従事者数は常勤換算を行った数値

※ 病院報告は各年10月1日現在の数値

※ 「看護師等」は、保健師、助産師、看護師、准看護師の計

○ 病床規模別に見た外来患者数と、1病院あたり外来患者延べ数(年間)

	外来患者総数	病院数	1病院あたり外来患者延べ数(年間)(α)	1日当たり患者数($\alpha / 365$)
総数	517,148,265	8,745	59,136	162
20～29床	4,487,945	140	32,057	88
30～39	10,037,481	339	29,609	81
40～49	15,336,475	551	27,834	76
50～99	70,197,486	2,269	30,938	85
100～149	49,019,233	1,432	34,231	94
150～199	64,114,290	1,320	48,571	133
200～299	58,677,467	1,123	52,251	143
300～399	69,187,660	737	93,877	257
400～499	50,330,801	370	136,029	373
500～599	37,329,386	198	188,532	517
600～699	28,004,816	115	243,520	667
700～799	16,480,461	55	299,645	821
800～899	13,218,607	34	388,783	1,065
900床以上	30,726,157	62	495,583	1,358

※1 平成21年病院報告

※2 1病院あたり外来患者延べ数については、外来患者総数を病院数で割った数を小数点第2位で四捨五入したもの。

<参考> 一般診療所における1日当たり平均外来患者数は38.6人(平成20年度患者調査の調査日における外来患者数(3,823千人)を全国の一般診療所数(99,083)で割った数を小数点第2位で四捨五入したもの。)

自治体病院における救急告示病院の構成比(2009年度)

自治体病院では、おおむね看護基準が低くなるにしたがって、救急告示病院の割合が少なくなっているが、同じ看護基準の場合、不採算地区の病院は、不採算地区以外よりも救急告示病院の割合が高い。特に不採算地区の15対1では、救急告示病院の割合は82.2%であり、不採算地区以外の13対1、15対1に比べてきわめて高い。

