

平成24年11月16日(金)  
14時30分～16時30分  
中央合同庁舎第5号館9階  
厚生労働省省議室

## 第1回

# 病床機能情報の報告・提供の具体的な あり方に関する検討会

## 議 事 次 第

### ○ 報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等 について

#### (配布資料)

資料1 「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の開催について

資料2 病床の機能分化についてのこれまでの経緯

資料3 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

資料4 本検討会において議論すべき論点

参考資料

# 「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」 の開催について

## 1 開催の趣旨

- 一般病床の機能分化については、昨年12月にとりまとめられた社会保障審議会医療部会意見書を踏まえ、「急性期医療に関する作業グループ」が設けられ、計8回にわたり議論が行われた。本年6月には「一般病床の機能分化の推進についての整理」がとりまとめられ、社会保障審議会医療部会です承されたところ。
- とりまとめでは、一般病床の機能分化の推進に向け、医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入することとされ、「報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める」とされた。
- これを踏まえ、報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等について検討を行うため、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」を開催する。

※ 一般病床の機能分化の推進についての整理（とりまとめ）（抄）

- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。
- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する。報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める。

## 2 検討事項

- 報告を求める医療機能（急性期、亜急性期、回復期等）の具体的な内容について
- 医療機能毎の報告事項（提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備など）について 等

## 3 構成員

別紙のとおり

## 4 運営

- 原則として公開とする。ただし、公開することにより、個人又は団体の権利利益が不当に侵害されるおそれがある場合等、非公開が妥当であると座長が判断した場合には、非公開とする。

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会  
構成員名簿

(敬称略。五十音順)

氏名	所属・役職
相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長
安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
遠藤 久夫	学習院大学教授
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
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
西澤 寛俊	社団法人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	社団法人日本医療法人協会会長
松田 晋哉	産業医科大学教授
三上 裕司	社団法人日本医師会常任理事
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 理	新潟県福祉保健部副部長

## I 基本的な考え方

- 現在抱える様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築。
- ①医師等の確保・偏在対策、②病院・病床の機能の明確化・強化、③在宅医療・連携の推進、④医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべき。

## II 個別の論点について

### 地域の実情に応じた医師等確保対策

#### 【医師の養成、配置のあり方】

- 総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要。

#### 【医師確保対策のあり方】

- キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に取り組むため、法制化等により都道府県の役割を明確化。
- 都道府県は、医療圏・診療科ごとの医師の需給状況を把握し必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かな対応が必要。

### 病院・病床の機能の明確化・強化

#### 【病床区分のあり方】

- 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・強化が必要であり、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。
- 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、検討の場を設け、早急に検討（※）。

#### 【臨床研究中核病院（仮称）の創設】

- 医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を法制上位置づけることなどについて検討。

#### 【特定機能病院のあり方】

- 高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、評価のあり方を検討。

### 在宅医療・連携の推進

#### 【在宅医療の推進、医療・介護間の連携】

- 在宅医療の推進には、複数の医療機関等の連携システムの構築など、地域としての供給体制整備が不可欠。そのためには、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要。
- 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すべき。
- 在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担等を医療計画に盛り込むことを法制上明確にすべき。

### 医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

#### 【チーム医療の推進】

- 限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、チーム医療を推進していくべき。各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべき。

#### 【看護師、診療放射線技師等の業務範囲】

- 安全性の確保とサービスの質の向上のため、現在看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要。看護師が安全かつ迅速にサービスを提供するため、その能力を十分に発揮するためにも、公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要（※）。
- 診療放射線技師については、安全性を担保した上で、検査関連行為と核医学検査をその業務範囲に追加することが必要。

※「一般病床の機能分化」については、「急性期医療に関する作業グループ」で具体的な枠組みがとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会で了承。「看護師の能力認証の仕組み」の法制化については、「チーム医療推進会議」において、制度の詳細について、現在検討中。

## 医療提供体制の改革に関する意見

平成23年12月22日  
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、昨年10月より15回にわたり、医療提供体制の改革について、審議を重ねてきたところであるが、これまでの議論を踏まえ、医療提供体制の改革に関する意見を、以下のとおり取りまとめた。

厚生労働省においては、本部会の意見を踏まえ、医療提供体制の改革に必要な事項について、更に所要の検討を進め、医療法等の改正を行う等、改革に早急に取り組み、着実にその実施を図られたい。

### I 基本的な考え方

- 我が国の医療提供体制は、戦後、医療機関の整備が図られ、50年前に国民皆保険制度を実現して以来、全国民に必要な医療サービスを保障していくため、医療提供体制の一層の充実が図られ、その結果、世界最長の平均寿命を達成するなど、高い保健医療水準を実現してきた。
- その一方で、急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、医療技術の高度化、国民の医療に対するニーズの変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。しかしながら、我が国の医療提供体制は、機能の分化が十分とは言えず、また、必要な医療サービスが不足している面があるなど、こうした変化に十分に対応できていない。
- さらに、国際的に見て人口当たりの病床数が多い一方で、人口当たりの医師数は少ないなど医療を担う人材の不足や、医師の地域・診療科偏在などが課題とされ、また、救急患者の受入れの問題、地域医療の困窮など様々な課題に直面している。

- 限りある医療資源の中で、世界に冠たる我が国の医療制度を将来にわたって維持・発展させていくには、現在抱えている様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指していく必要がある。
- 本年6月に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」においても、医療・介護の分野について、病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、在宅医療の充実等といった改革項目が示され、政府・与党においては、この改革成案に基づき更に検討を進め、その具体化を図ることとされたところである。
- このような状況の中で、国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師等の確保・偏在是正、②病院・病床の機能の明確化・強化、③在宅医療・連携の推進、④医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべきである。

## Ⅱ 個別の論点について

### 1. 地域の実情に応じた医師等確保対策

#### (1) 医師等の人材確保

- 医師の地域間、診療科間の偏在の是正は重要な課題である。このため、都道府県が担う役割を強化し、地域の実情に応じた医師確保体制を構築すべきである。
- 看護職員の不足・偏在も深刻な問題であり、離職防止対策や養成所への補助等により看護職員の確保を図っていくべきである。
- 病院勤務医の疲弊、女性の医療従事者の増加、看護職員の不足といった現状を踏まえ、負担の大きい医療従事者の労働環境の改

善に向けた取組が必要である。

## (2) 医師の養成、配置のあり方

- 実効性のある地域枠の設定や医師の養成過程において診療科を一定程度誘導する等によって、医師の地域間や診療科間の偏在是正を図っていく必要がある。
- 医療技術の高度化・専門化に伴い、医師の専門分化の傾向が見られるが、高齢化の中で第一線の現場で幅広く診ることのできる医師を確保し、地域の医療と介護をつなぐ役割を果たすため、総合的な診療を行う医師を養成し、専門医との役割分担を行う必要がある。
- こうした課題への対応として、総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要がある。

## (3) 医師確保対策のあり方

- 医師不足地域の医師確保の観点から、キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に責任を持って取り組むため、法制化等により、都道府県の役割を明確化すべきである。
- また、都道府県は、医療圏ごと、診療科ごとの医師の需給の状況を把握した上で、より必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かい対応を行うことが必要である。

## 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。

## (2) 特定機能病院のあり方

- 特定機能病院が担う「高度な医療」とは、今後の高齢社会にお

いては、複数の疾患を持つ複雑性の高い患者への対応が必要となる中で、多分野にわたる総合的な対応能力を有しつつ、かつ専門性の高い医療を提供することになると考えられる。

- また、特定機能病院は、一般の医療機関では通常提供することが難しい診療を提供する病院として、地域医療の最後の拠り所としての役割を担っていくべきである。
- 大学病院等大病院について、外来が集中し勤務医の長時間勤務などにつながっているという指摘がある。また、患者が大病院を選ばざるを得ない現状もあるとの指摘もある。貴重な医療資源の効率的な配分及び勤務医の労働環境への配慮の観点から、特定機能病院の外来診療のあり方を見直す必要がある。
- 特定機能病院における研究については、論文数等によって評価することとなっているが、その質の担保のためには、更なる評価の観点が必要である。
- 特定機能病院については、制度発足当初から医療を取り巻く様々な環境が変化している中、以上の指摘を踏まえつつ、その体制、機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要である。
- 高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、特定機能病院に対する評価のあり方を検討する必要がある。

### **(3) 臨床研究中核病院（仮称）の創設**

- 基礎研究、開発段階の臨床研究から市販後の臨床研究までの一連の流れと、そこから新たな基礎研究につながるというイノベーションの循環の中で、医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を創設すべきであり、法制上位置づけることなどについて前向

きに検討すべきである。

#### (4) 地域医療支援病院のあり方

- 当初の地域医療支援病院の理念を踏まえ、地域医療支援病院における外来診療のあり方を見直す必要がある。
- 地域医療支援病院について、地域医療の確保を図る観点から、他の医療機関間との連携のあり方等について評価すべきである。
- 地域医療支援病院については、以上の点を踏まえつつ、その役割・機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要である。

#### (5) 診療所のあり方

- 地域で切れ目のない医療・介護の提供が必要とされる中、地域住民の身近にある病床としての有床診療所の役割が大きくなる一方、一般的な診療や在宅医療を提供するものから、特殊な診療科を有し、又は専門性の高い医療を提供するものまで診療所の機能は多様である。医療提供体制における地域での有床診療所及び無床診療所の役割や機能を踏まえその活用を図っていく必要がある。

#### (6) 人員配置標準のあり方

- 人員配置標準については、疾病構造の変化等今日の医療提供体制に対応したものに見直すことが考えられる一方で、医療が高度化する中で医療の安全を確保するといった観点や勤務医や看護職員等の労働環境への配慮、外来機能についての診療所との役割分担、地域の事情などを踏まえる必要がある。

### 3. 在宅医療・連携の推進

#### (1) 在宅医療の推進、医療・介護間の連携

- 今後、高齢者が増加していく中で、在宅医療と介護の連携により、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である。
- 在宅医療を推進するには、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である。そのためには、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要である。また、地域の関係機関による協議の場を作るという方向性を明確にすべきである。
- 在宅医療を担う関係者間の調整を行うコーディネート機能を担うことのできる人材を養成していくことが必要である。
- 在宅医療の拠点となる医療機関について、診療報酬上の位置付けだけでなく、法制上、その趣旨及び役割を明確化すべきである。
- 在宅医療の提供体制を計画的に整備するため、在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担、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べきことを法制上明確にすべきである。
- 訪問看護は在宅医療で重要な役割を果たすが、人員体制が不十分で、訪問看護師への負荷が大きく、離職率も高い状況である。そこで、訪問看護を提供する体制の確保・充実が必要である。
- 有床診療所は、入院医療と在宅医療、医療と介護のつなぎ役として重要な役割を担っており、在宅医療の推進のためには、診療所が置かれている地域の状況や特性に即した活用を図っていくべきである。

## (2) 地域における医療機関間の連携

- 医療機能の分化とともに連携が重要であり、地域における医療機関間の連携を更に推進していくための取組が必要である。
- 急性期医療から地域生活への円滑な移行を進める上では、退院後に、地域の診療所や訪問看護ステーションにスムーズにつながるための退院調整機能を強化することが必要である。
- 医療機関間の連携の促進という観点から、医療情報のICT（Information and Communication Technology）化等により、医療機関間の情報の共有を進めていくことも必要である。

## 4. 医療提供体制整備のための医療計画の見直し

### (1) 医療計画のあり方

- 二次医療圏について、二次医療圏間で医療提供体制に格差が見られるため、地域の実情や現在の医療を取り巻く状況等を踏まえ、医療計画作成指針の見直しを行う必要がある。その際、都道府県が見直しについて具体的な検討ができるよう、二次医療圏の設定の考え方をより明示的に示すべきである。
- 在宅医療の提供体制を計画的に整備するため、在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担、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べきことを法制上明確にすべきである。（再掲）

### (2) 4疾病5事業の見直し

- 増加する精神疾患患者への医療の提供を安定的に確保するため、医療連携体制を計画的に構築すべき疾病及び事業（4疾病5事業）

に精神疾患を追加すべきである。その際、一般医療と精神科医療との連携や社会復帰という観点での地域の関係機関との連携といった視点が重要である。

- 疾病・事業ごとの医療計画のP D C Aサイクルを効果的に機能させることで、計画の実効性を高めることができるように、医療計画作成指針を見直す必要がある。

## 5. 救急・周産期医療体制の見直し

- 救急医療を担う医療機関の位置付けや支援を検討する上では、救急車の受入実績だけでなく、休日・夜間の診療体制の状況を評価する視点や医療圏ごとに人口に大きな差があることも考慮して評価する視点が必要である。
- 周産期医療については、NICU（新生児集中治療室）の整備だけではなく、在宅医療体制の充実や福祉サービスとの連携強化を図ることで、病院から家庭等への移行を進めていく必要がある。

## 6. 医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

### （1）チーム医療の推進

- 少子化が進む中、限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、各医療職種の役割分担を見直し、チーム医療を推進していくべきである。
- チーム医療の推進にあたっては、各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべきである。
- チーム医療の推進のためには、各医療職種間の情報の共有を進めていくことが必要であり、医療情報のICT化等が有用である。

## (2) 看護師、診療放射線技師等の業務範囲

- 高齢社会が進む中、介護の分野においても高度の医療を必要とする患者が増えてきており、安全性の確保とサービスの質の向上のために、現在看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要がある。
- 現場で患者に寄り添っている看護師が、患者に安全かつ迅速にサービスを提供するために、また、その能力を十分に発揮するためにも、公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要がある。併せて、基礎教育内容を見直す等により、看護師全体について、質・量の両側面からレベルアップを図ることが必要である。こうした取組みが患者の安全・安心につながる事となる。
- 診療放射線技師については、教育等により安全性を担保した上で、検査関連行為と核医学検査をその業務範囲に追加することが必要である。
- 薬剤師等の医療関係職種の業務範囲についても議論を進めるべきである。

## 7. 国民の関与と情報活用

### (1) 患者中心の医療と住民意識の啓発

- 限られた医療資源を有効に活用する観点から、医療を利用する住民の意識を高めていくことも検討すべきである。

## (2) 広告・情報提供のあり方

- 医療を提供する側と受ける側との間には「情報の非対称性」が存在することを前提に、分かりやすい医療情報の提供を推進していく必要がある。
- 医療機関等に関する医療機能に係る情報の公表にあたっては、国民・患者に分かりやすく情報を提供する観点から、公表情報の内容やその形式を標準化することが重要である。
- 医療機関等のホームページの取扱いについて検討を行い、必要な措置を講じていくべきである。

## (3) 医療の質の評価・公表のあり方

- 医療の質に関する情報（アウトカム指標やプロセス指標等）については、その内容や標準化等について検討が進められているが、こうした検討を踏まえながら、医療の質に関する情報の公表に向けた取組を進めていくべきである。ただし、全ての分野についての指標を評価・公表することは難しいため、分野を絞ることも検討すべきである。

## 8. その他

### (1) 医療法人

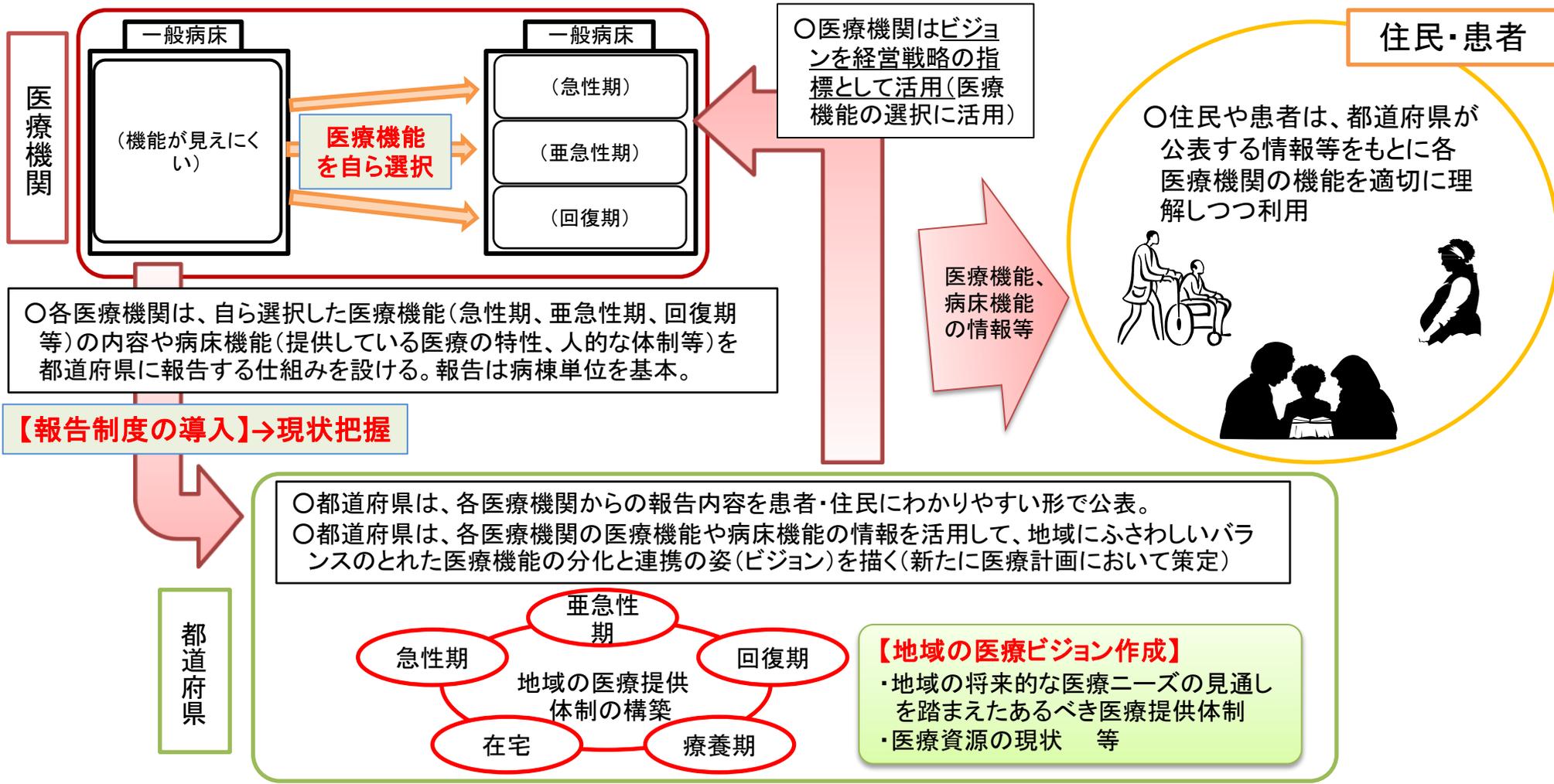
- 医療法人に係る制度について、地域医療を安定的に確保する上で重要な主体であるという視点を踏まえつつ、税制上の取扱いを含め、必要な制度の見直しを行うことが必要である。
- 医療法人に対する規制のあり方について検討を行う上では、非営利の法人であるという医療法人の性格を堅持することが重要である。

## (2) 外国医師等の臨床修練制度の見直し

- 医療の分野において、アジアの国々をリードし、貢献していくためにも、臨床修練制度において、厳格な審査を前提として、手続き面の簡素化を図るべきである。
- 臨床修練に加え、教授・研究の中で外国の医師等が診療を行うことを認めるべきである。その際、医師不足対策や医療機関の宣伝という間違った趣旨での利用を制限するため、臨床修練よりも厳格な基準を設け、適切な運用を担保するための仕組みを設けるべきである。
- 今回の見直しは、外国の医師免許等を日本の医師免許等として認めるものではなく、あくまで一定の目的の場合に医師法等の特例を認めるものである点に十分留意すべきである。

# 一般病床の機能分化を推進するための仕組み

- 一般病床の機能分化を推進していくため、
  - ①医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入するとともに、
  - ②報告を受けた情報を活用し、医療計画において、その地域にふさわしい地域医療のビジョンを策定する仕組みを導入。これにより、地域の実情に応じた医療機能の分化と連携を推進し、均衡ある地域医療の発展を図る。  
※この枠組みについては「急性期医療に関する作業グループ」でとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会で了承。
- 「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において、報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等について検討。



## 一般病床の機能分化の推進についての整理

平成24年6月15日  
急性期医療に関する作業グループ

### 1. 基本的な考え方

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。
- 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能(急性期、亜急性期、回復期など)の情報を把握し、分析する。その情報をもとに、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。

この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。
- これにより、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。その結果、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。

将来に向けて、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれの機能に応じた資源投入により体制を強化し、入院医療全体について機能強化を図る。
- こうした仕組みを通じて、それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。

## 2. 医療機能及び病床機能を報告する仕組み

(医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み)

- 各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。その際、医療機能情報提供制度を活用することを検討する。

※ 報告は、病棟単位を基本とする。

(報告すべき内容)

- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。
- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する。報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める。

(報告とその内容の閲覧、都道府県による公表について)

- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供する。
- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容について、患者、住民にわかりやすい形で公表する。

### 3. 地域において均衡のとれた機能分化と連携を推進していくための方策

- 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化と連携を推進し、地域医療の充実を図る。
- 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。こうした現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する。
  - ※ 国において、予め、都道府県に報告された医療機能に係る情報を分析し、地域において均衡のとれた医療機能を適切に推進するための地域医療のビジョンに関するガイドラインの作成等を医療提供者や利用者の意見も踏まえ、検討。その際、医療資源の限られた地域等について、地域の実情に応じた配慮も併せて検討。
  - ※ 上記のビジョンの策定については、医療機関からの情報を踏まえ行うものであることや都道府県の準備期間を考慮し、次々回の医療計画の策定の中で検討。
- 国は、各地域の病床機能の現状を把握、分析し、地域の実態も踏まえ、医療法における医療機能の登録制など位置づけのあり方や病床区分の見直しについて今後検討を行う。

#### 4. 国や都道府県、医療機関、患者・住民等の役割について

- 機能分化を推進するに当たっての基本的考え方や、国や都道府県、医療機関、患者・住民等の役割について、医療法に位置づける。

# 社会保障・税一体改革大綱(抄)

平成24年2月17日 閣議決定

## 第1部 社会保障改革

### 第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

#### 2. 医療・介護等①

(地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化)

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

#### (1) 医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

#### <今後の見直しの方向性>

##### i 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

##### ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

##### iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

##### iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

- ☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

# 医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)】



## 【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
  - ・急性期への医療資源集中投入
  - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
  - ・在宅医療の充実
    - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
    - ・訪問看護等の計画的整備 等
  - ・在宅介護の充実
    - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

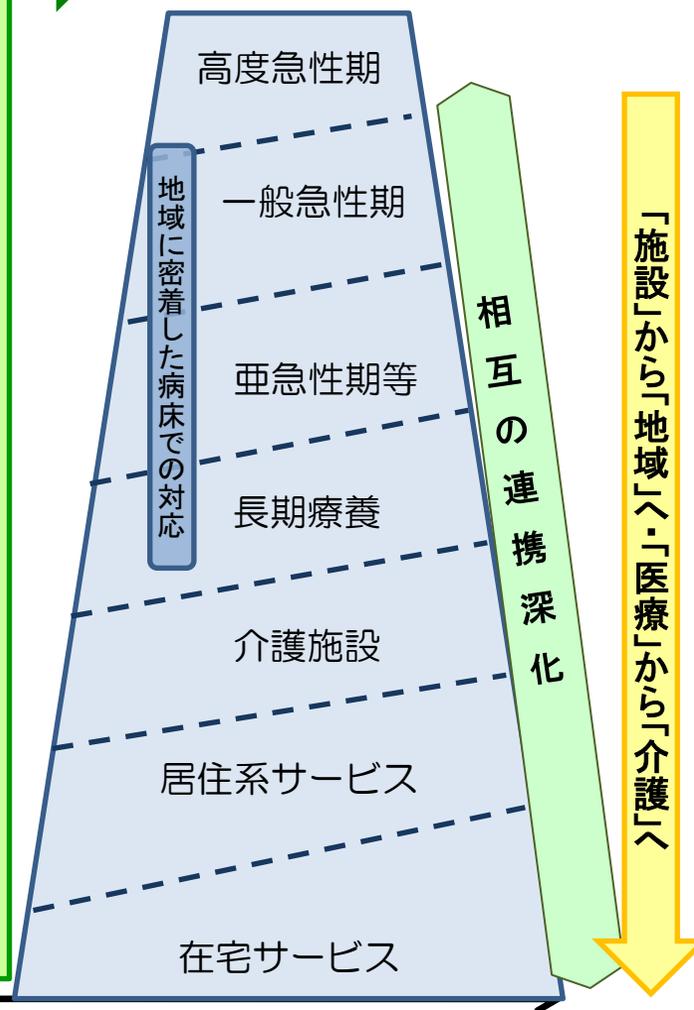
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

医療法等関連法を順次改正

## 【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

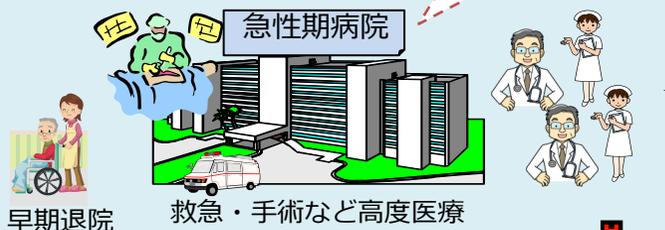
# 医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

## 改革のイメージ

### 病気になったら



(人員 1.6倍  
~2倍)

### 包括的 マネジメント

- ・在宅医療連携拠点
- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー



- ・医療から介護への円滑な移行促進
- ・相談業務やサービスのコーディネート

- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

### 退院したら

<地域包括ケアシステム>  
(人口1万人の場合)

#### 医療



在宅医療  
・訪問看護

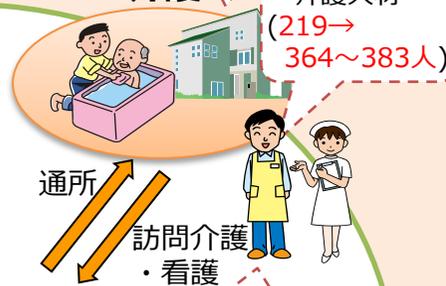
- ・在宅医療等  
(1日当たり  
17→29人分)
- ・訪問看護  
(1日当たり  
31→51人分)

#### 住まい



通所

#### 介護



通院

- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス (15人分)

↑



### 生活支援・介護予防

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

# 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)

## 1. 医療機能及び病床機能を報告する仕組みの導入

- 各医療機関（診療所を含む。）が、病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける（医療機能情報提供制度の活用検討）  
※ 報告は、病棟単位を基本
- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告。
- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告。

報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める。

- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供。
- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容を、患者、住民にわかりやすい形で公表。



今回の検討会の設置

## 2. 医療機能の情報把握

- 都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握。

## 3. 地域医療ビジョンの策定(次々回の医療計画)

- （医療機能の）現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定。

- ※ 国において、予め、都道府県に報告された医療機能に係る情報を分析し、地域において均衡のとれた医療機能を適切に推進するための地域医療のビジョンに関するガイドラインの作成等を医療提供者や利用者の意見も踏まえ、検討。その際、医療資源の限られた地域等について、地域の実情に応じた配慮も併せて検討。



今後検討会を設置して、検討

- ※ 上記のビジョンの策定については、医療機関からの情報を踏まえ行うものであることや都道府県の準備期間を考慮し、次々回の医療計画の策定の中で検討。

## 4. その他

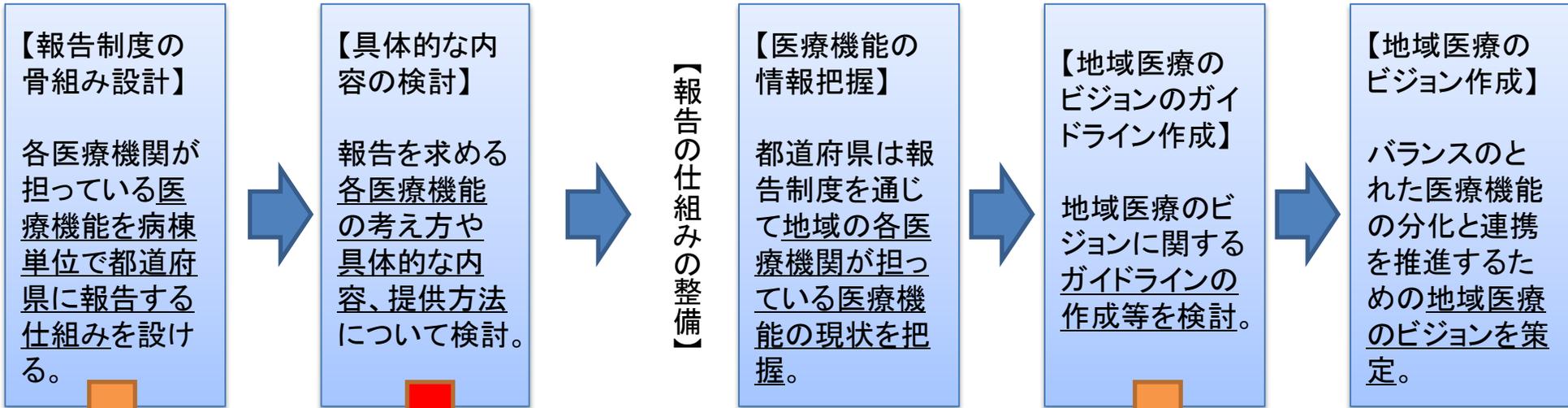
- 機能分化を推進するに当たっての基本的考え方や、国や都道府県、医療機関、患者・住民等の役割について、医療法に位置づける。

# 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)

スケジュール



制度の流れ



検討会等



# 本検討会において議論すべき論点

## 1. 医療機能の具体的な内容について

- 急性期、亜急性期及び回復期それぞれの医療機能において、対象とする主たる患者像や求められる医療の内容は何か。
- 各医療機関がどの医療機能を選択して報告すればよいかの判断基準をどのようにすべきか。
- その他報告すべき医療機能として位置づけるべきものがあるか。  
(例)地域一般、障害者・特殊疾患 等

## 2. 医療機能毎の報告事項について

- 1. の内容を踏まえ、各都道府県が提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、医療機関に求めるべき報告事項は何か。

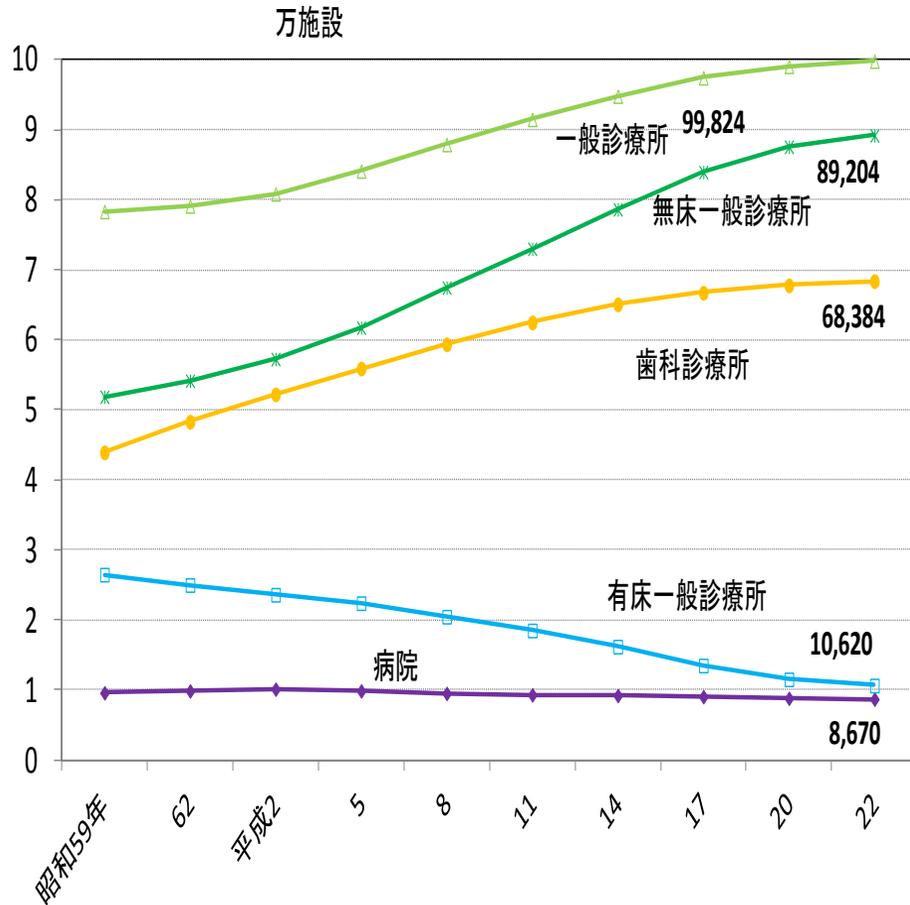
## 3. 病床機能情報の提供について

- 患者や住民にわかりやすく提供するという観点から、
  - ①医療機関による提供方法やその内容はどのような形が適切か。
  - ②都道府県による公表方法やその内容はどのような形が適切か。

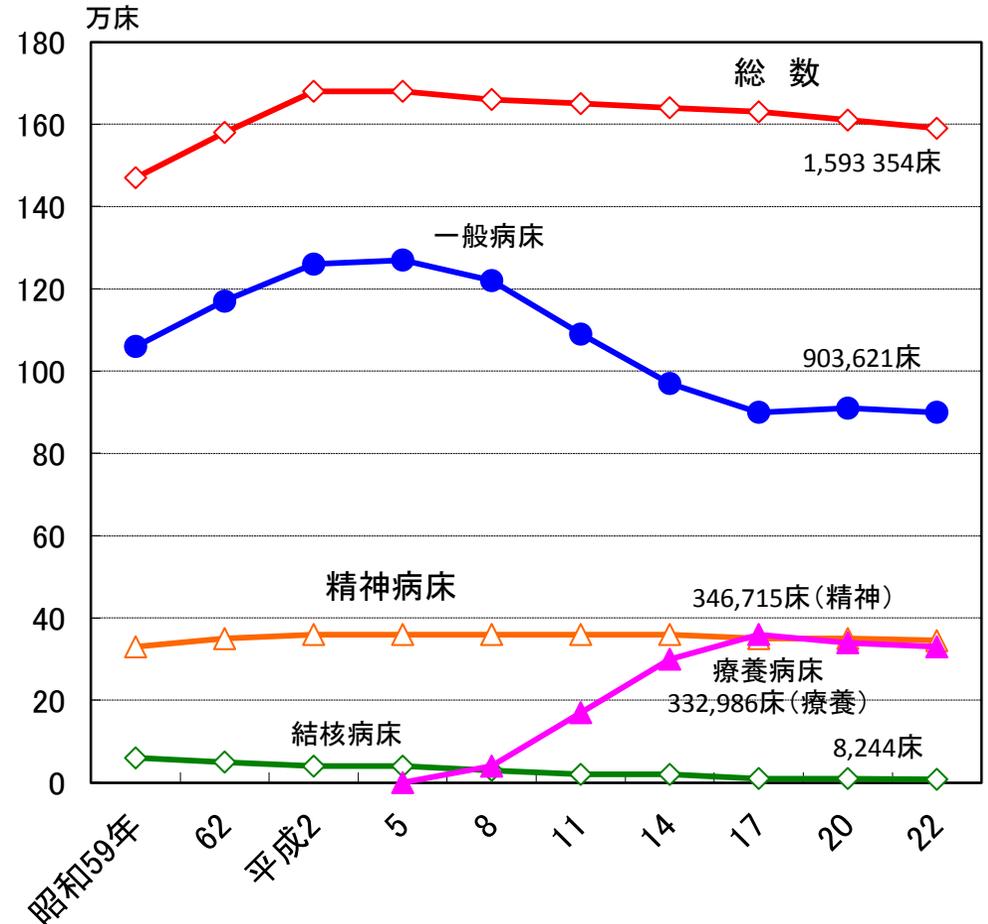
# 医療施設数及び病院病床数の推移

- 病院数は、平成2年をピークに1割減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
  - 病院病床数は、平成4年をピークに減少。
- ※なお、病床は、病院病床のほか、診療所における病床数が136,985床（平成22年）存在。

## 医療施設数の推移

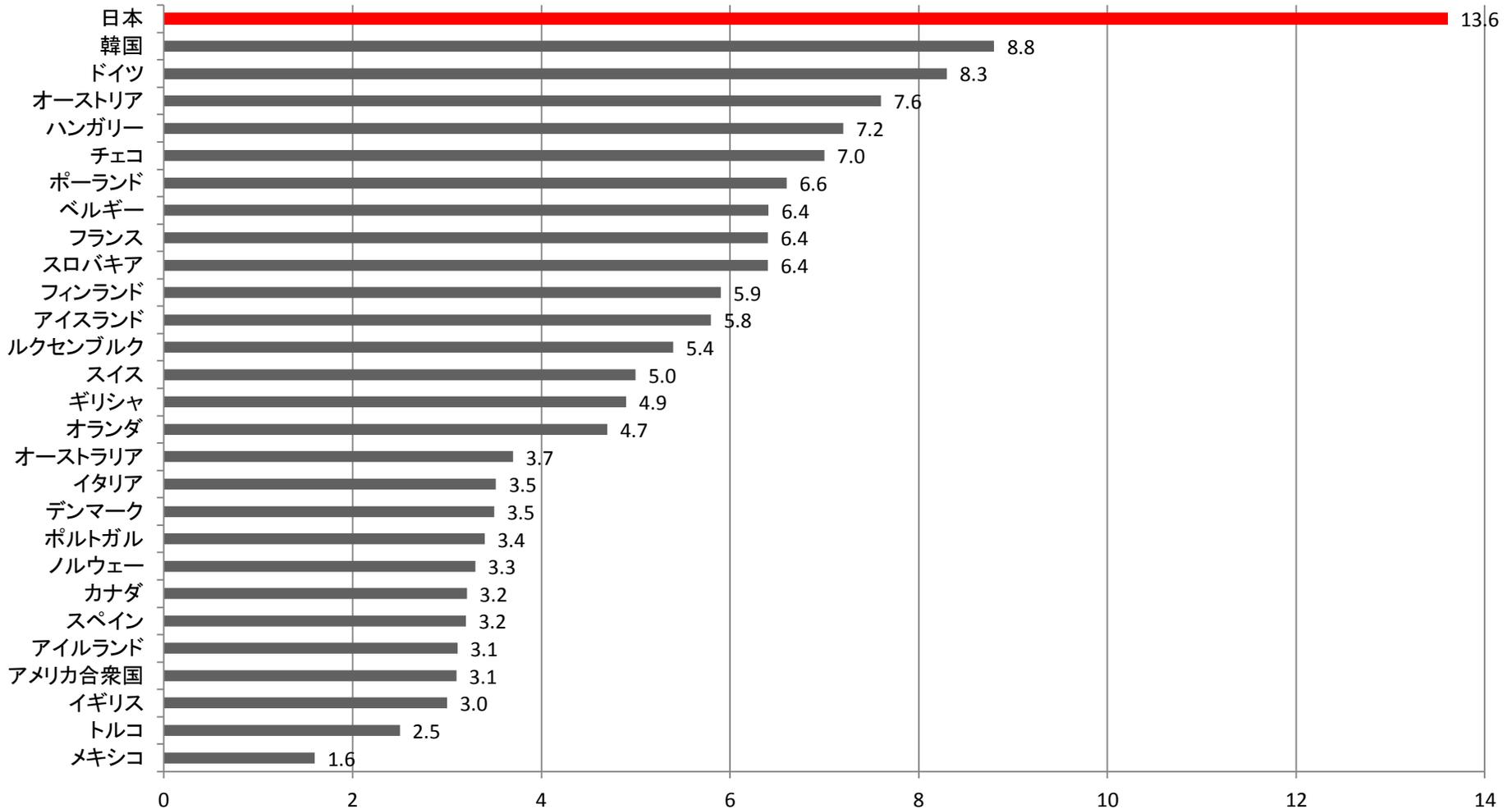


## 種類別病院病床数の推移



# OECD諸国の病床数について(2010年)

人口1000人当たりの病床数は13.6と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。



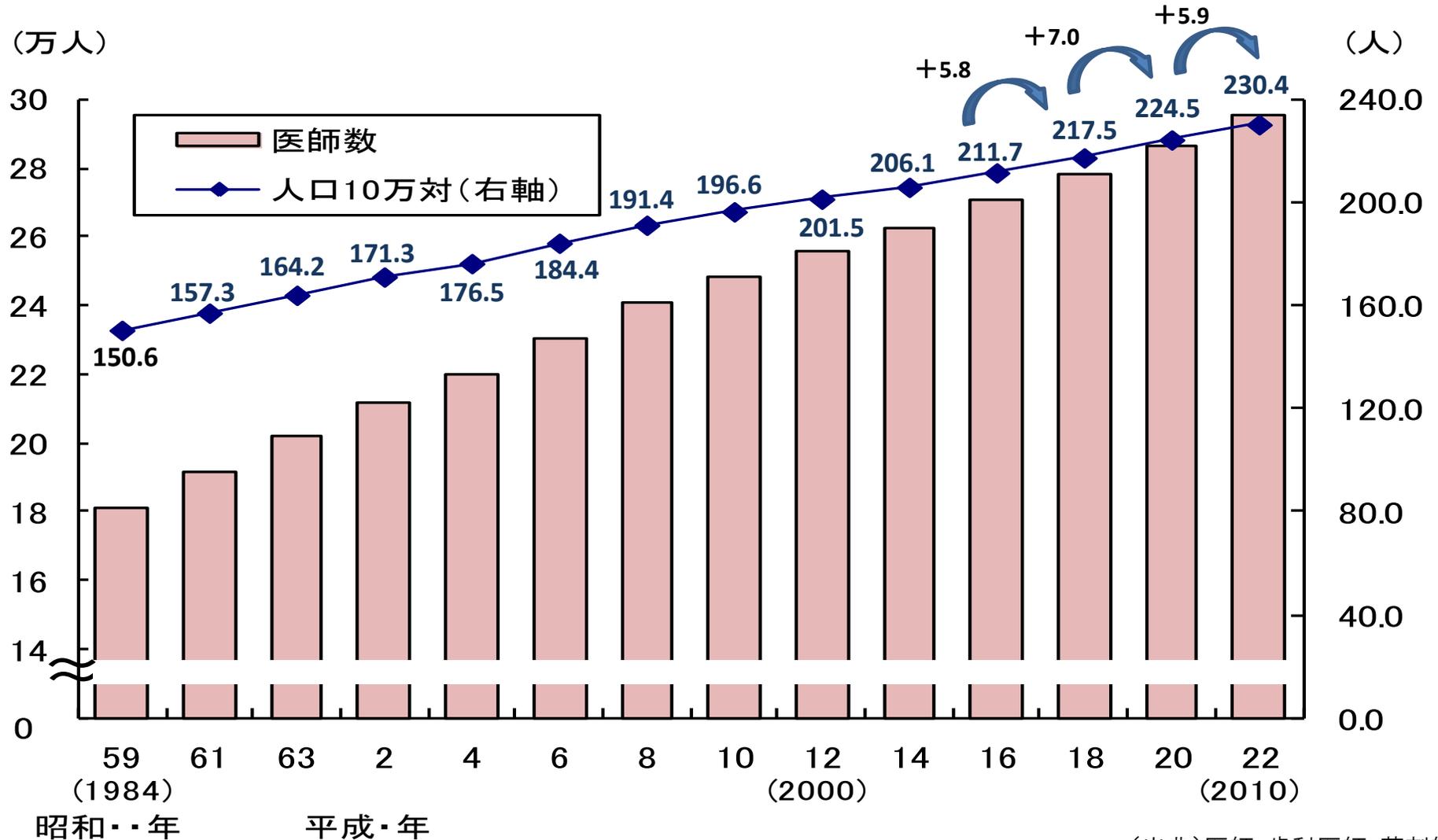
出典:「OECD HEALTH DATA 2012」

(注1)アイスランドは2007年の推計値、ポルトガルは2010年の推計値

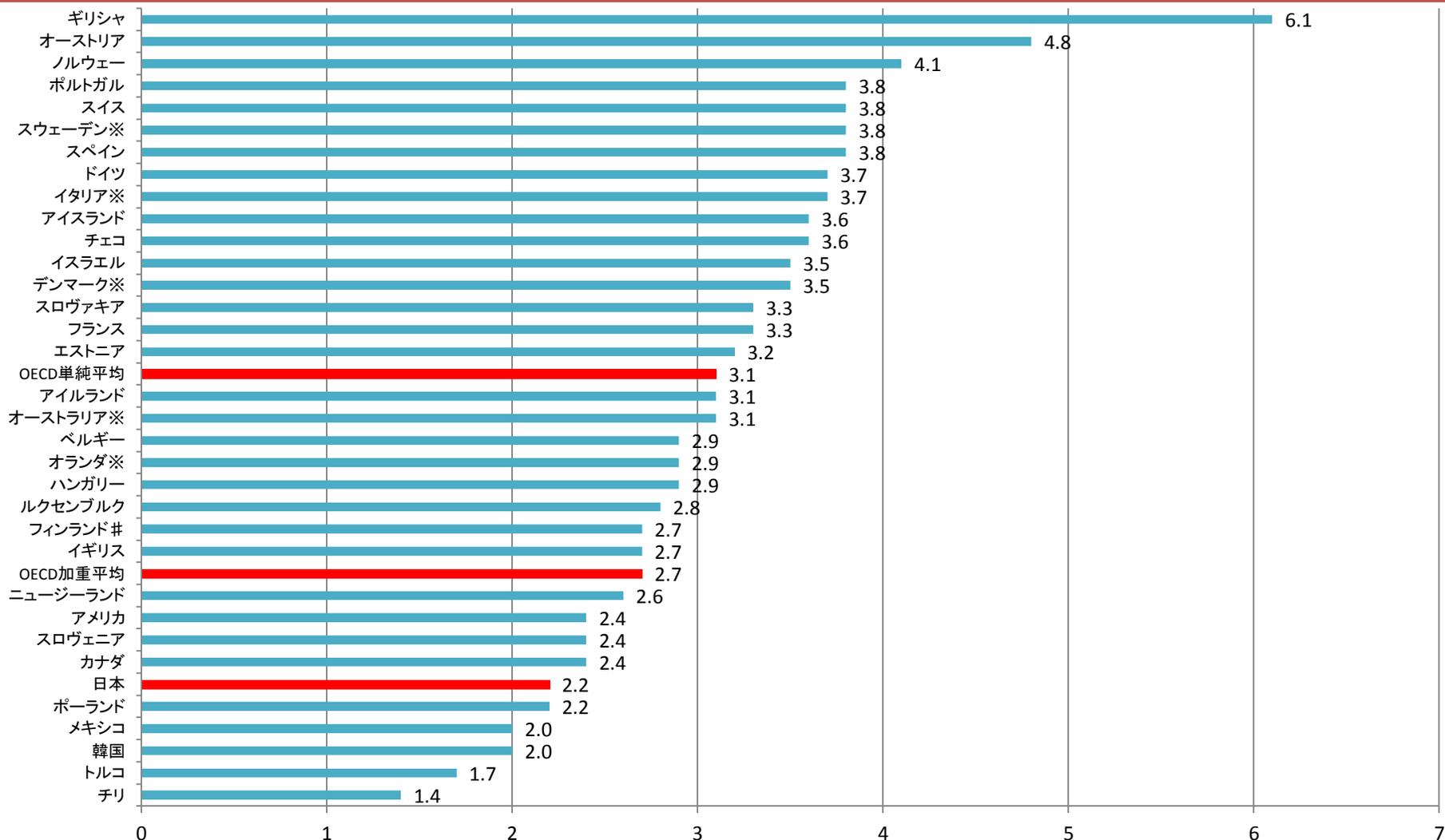
(注2)ギリシャ・オランダ・オーストラリア・カナダ・アメリカ合衆国は2009年の値

# 人口10万対医師数の年次推移

- 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。  
 (医師数) 平成10年 24.9万人 → 平成22年 29.5万人 (注) 従事医師数は、28.0万人



# 人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2010年(平成22年))



※は2009年、#は2008年

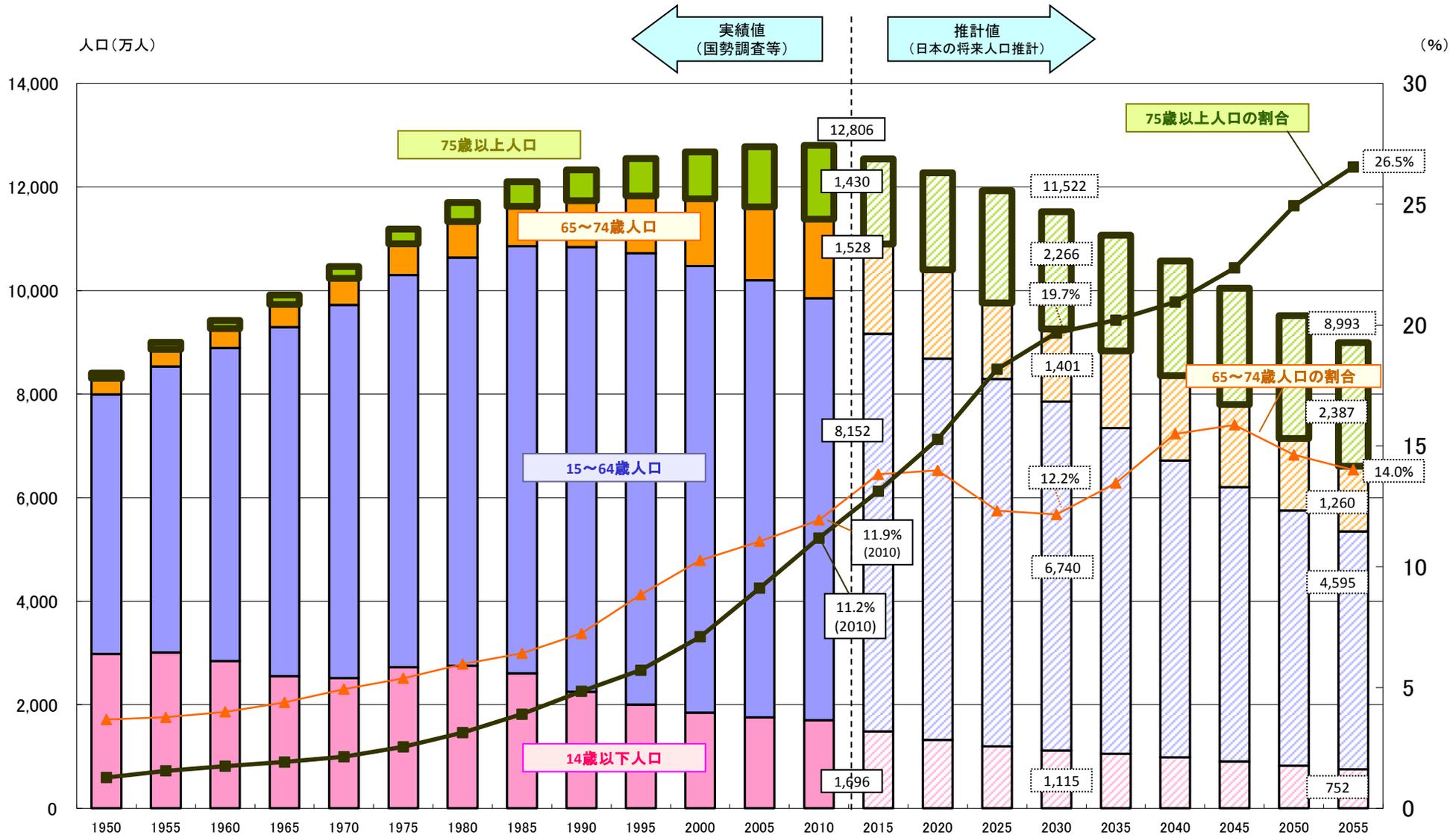
注1 単純平均とは、各国の人口1000人当たり医師数の合計を国数で割った値

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数に1000を乗じた値

注3 ギリシャ・スロヴァキア・フランス・アイルランド・オランダ・カナダ・トルコは研究機関等に勤務し臨床にあたらぬ医師を含み、ポルトガル・チリは資格を有して現役で働いていない医師を含む

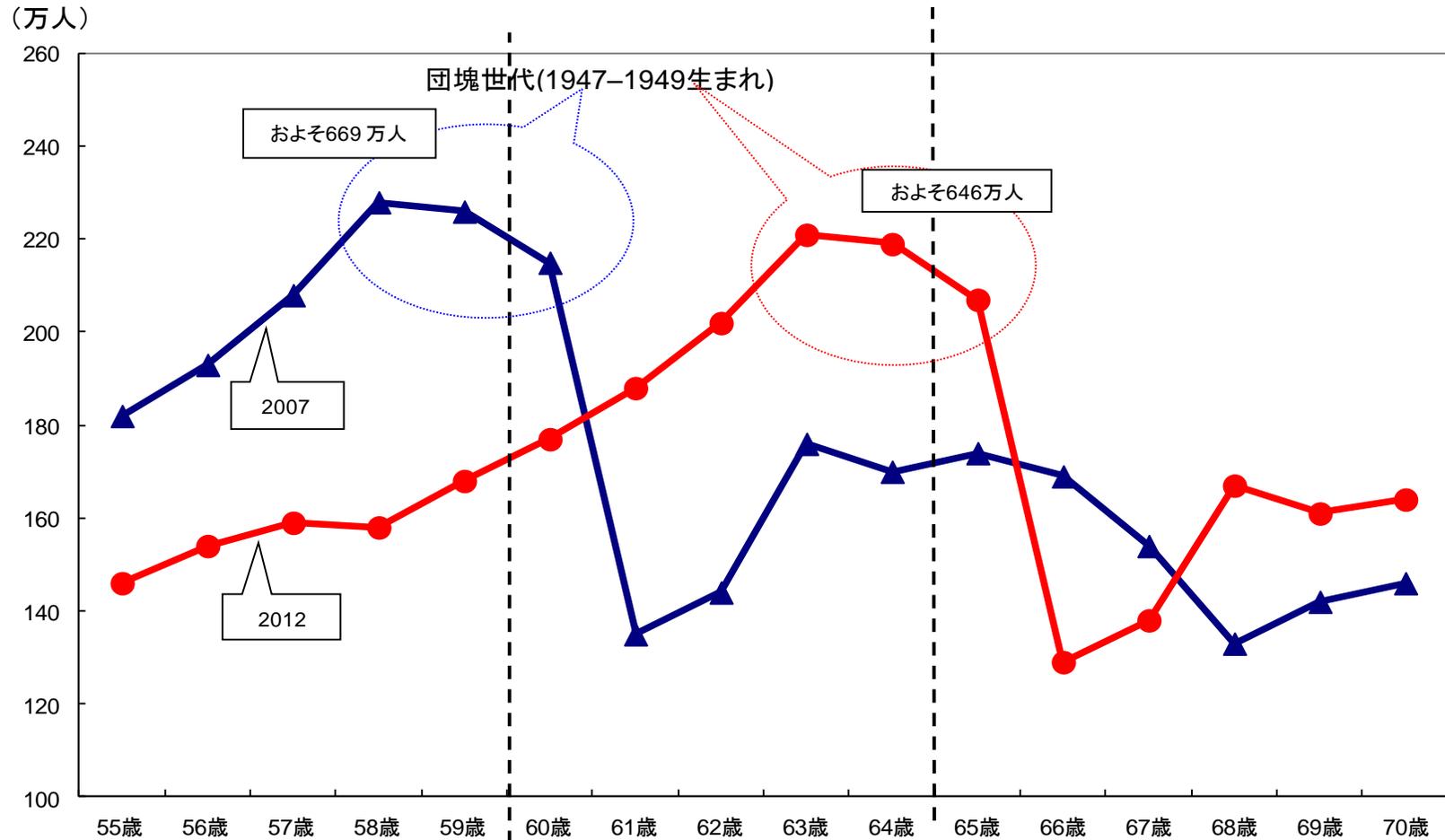
注4 アイルランドは推計値

# 我が国の人口推計



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(平成22年10月1日推計)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

# 我が国における団塊世代の高齢化



# 現在の性・年齢階級別の医療サービス利用状況をそのまま将来に投影した場合における入院者数等の見込み

- 現状を将来に投影した場合、1日当たり入院者数は、133万人→162万人(2025年)に増加。このニーズに対応する必要病床数は、一般病床で107万床→129万床に、病床総数で166万床→202万床に急増。
- しかし、我が国は、諸外国に比べ人口当たり病床数は多いが医師数は少ない中で、このように病床を増やしていくことは非現実的。
- したがって、医療資源を効果的かつ効率的に活用していくため、病床の機能分化を進め、機能に応じた資源投入を図ることにより、入院医療全体の機能強化と在宅医療等の充実を図ることが必要。

## 1. 1日当たり入院者数の見込み

	平成23(2011)年度	平成27(2015)年度	平成37(2025)年度
高度急性期	80万人/日	86万人/日	97万人/日
一般急性期			
亜急性期・回復期等			
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	31万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	34万人/日
入院計	133万人/日	143万人/日	162万人/日

## 2. 必要病床数の見込み

高度急性期	【一般病床】 107万床		【一般病床】 114万床		【一般病床】 129万床	
一般急性期	75%程度 19~20日程度		75%程度 19~20日程度		75%程度 19~20日程度	
亜急性期・回復期等	23万床		27万床		34万床	
長期療養(慢性期)	91%程度 150日程度		91%程度 150日程度		91%程度 150日程度	
精神病床	35万床		36万床		37万床	
	90%程度 300日程度		90%程度 300日程度		90%程度 300日程度	
入院計	166万床		178万床		202万床	
	80%程度 30~31日程度		80%程度 30~31日程度		80%程度 30~31日程度	
(参考)総人口	1億2729万人		1億2623万人		1億2157万人	

※社会保障・税一体改革における「医療・介護に係る長期推計」におけるデータによる。必要病床数の見込みにおいて、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数。

# 「一般病床」の現状について (急性期医療に関する作業グループ第3回(1/26)資料)

# 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。

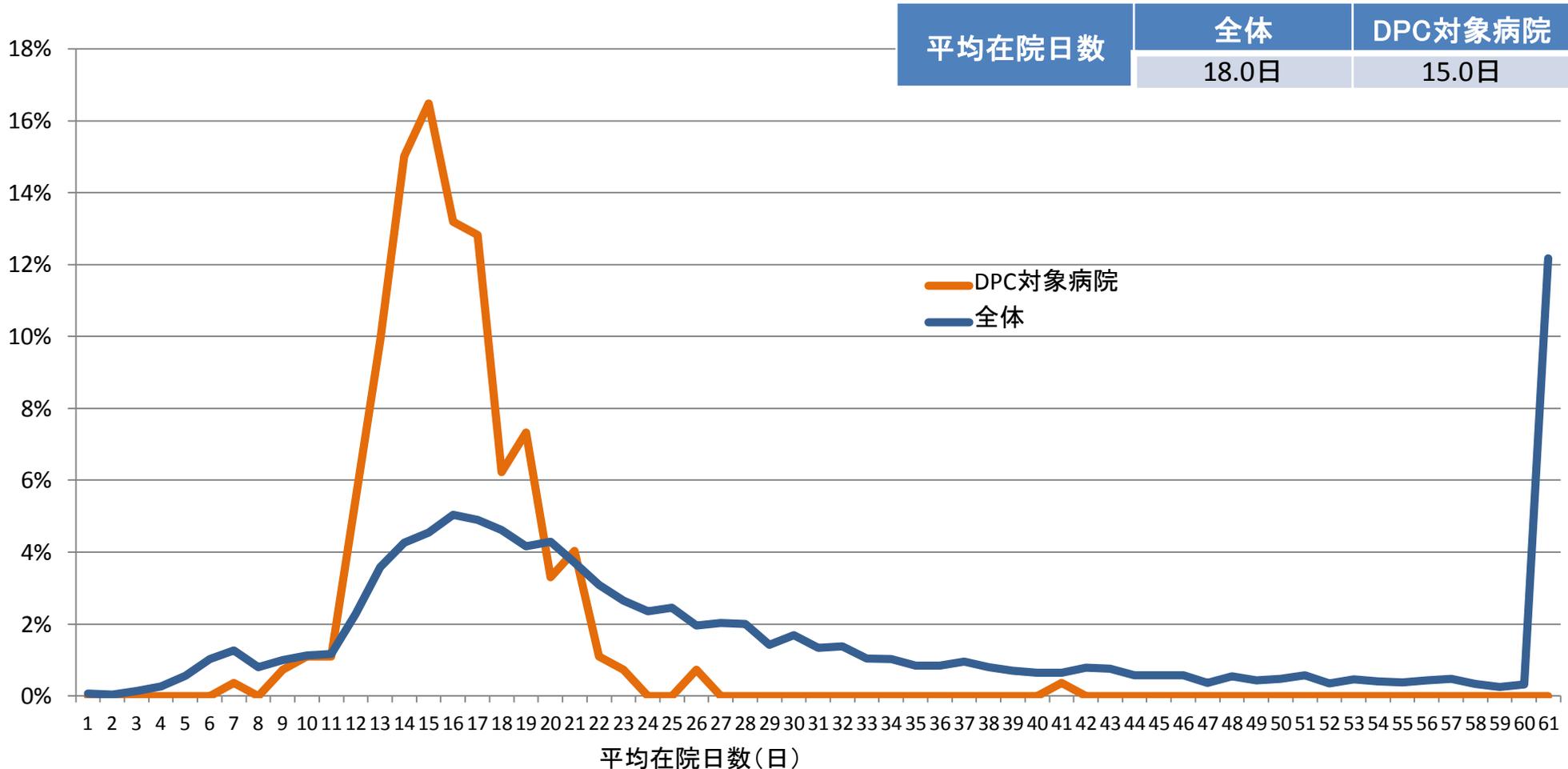
○「平均在院日数」とは、一般病床の平均在院日数を指す。なお、算定に当たっては、病院報告における定義  $\left( \frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \right)$  を用いた。

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。



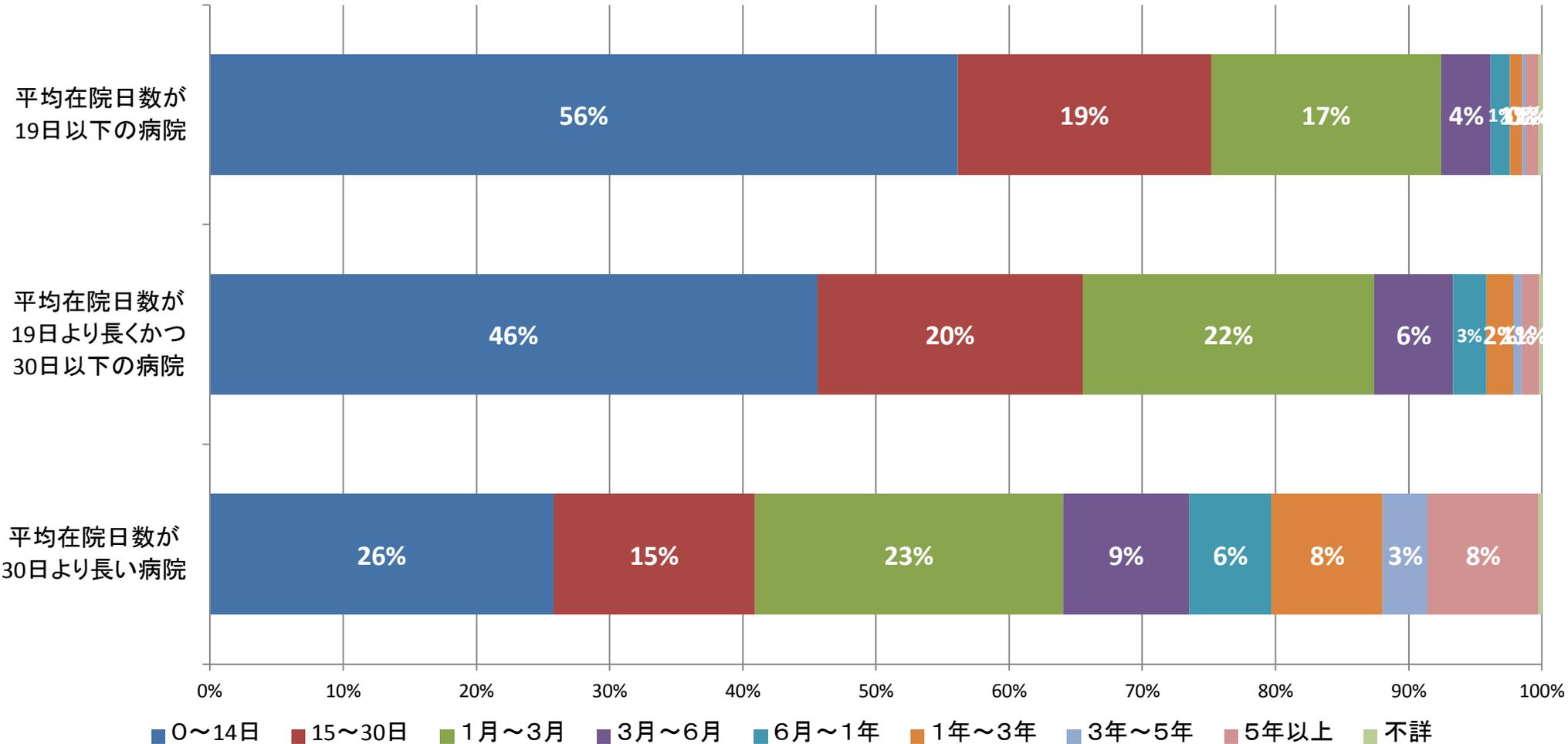
# 入院患者の入院期間別内訳

- 「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。

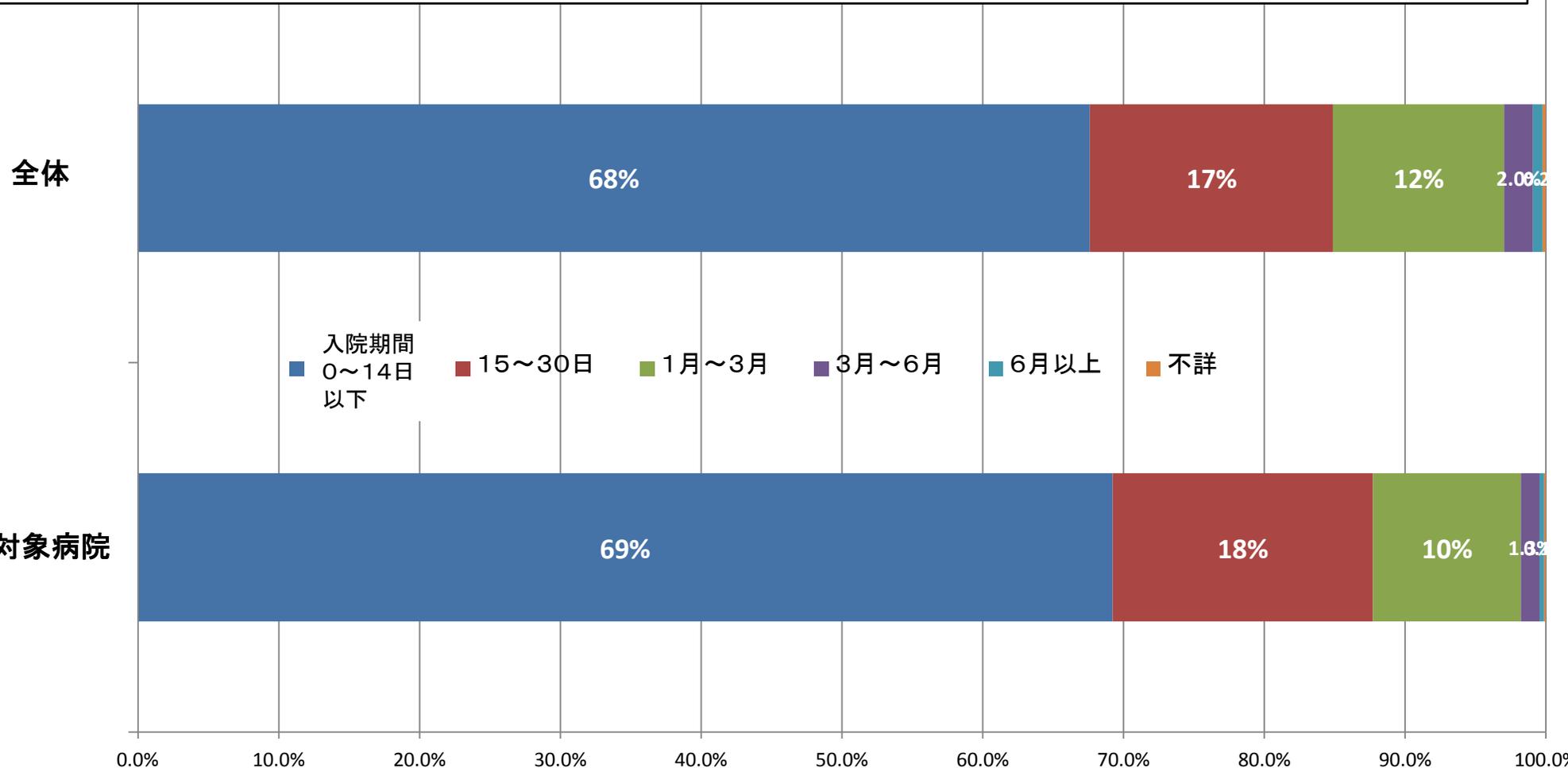


注) 本スライドにおける平均在院日数の定義は、「平成20年患者調査」の定義に基づく。

# 退院した患者の入院期間別内訳

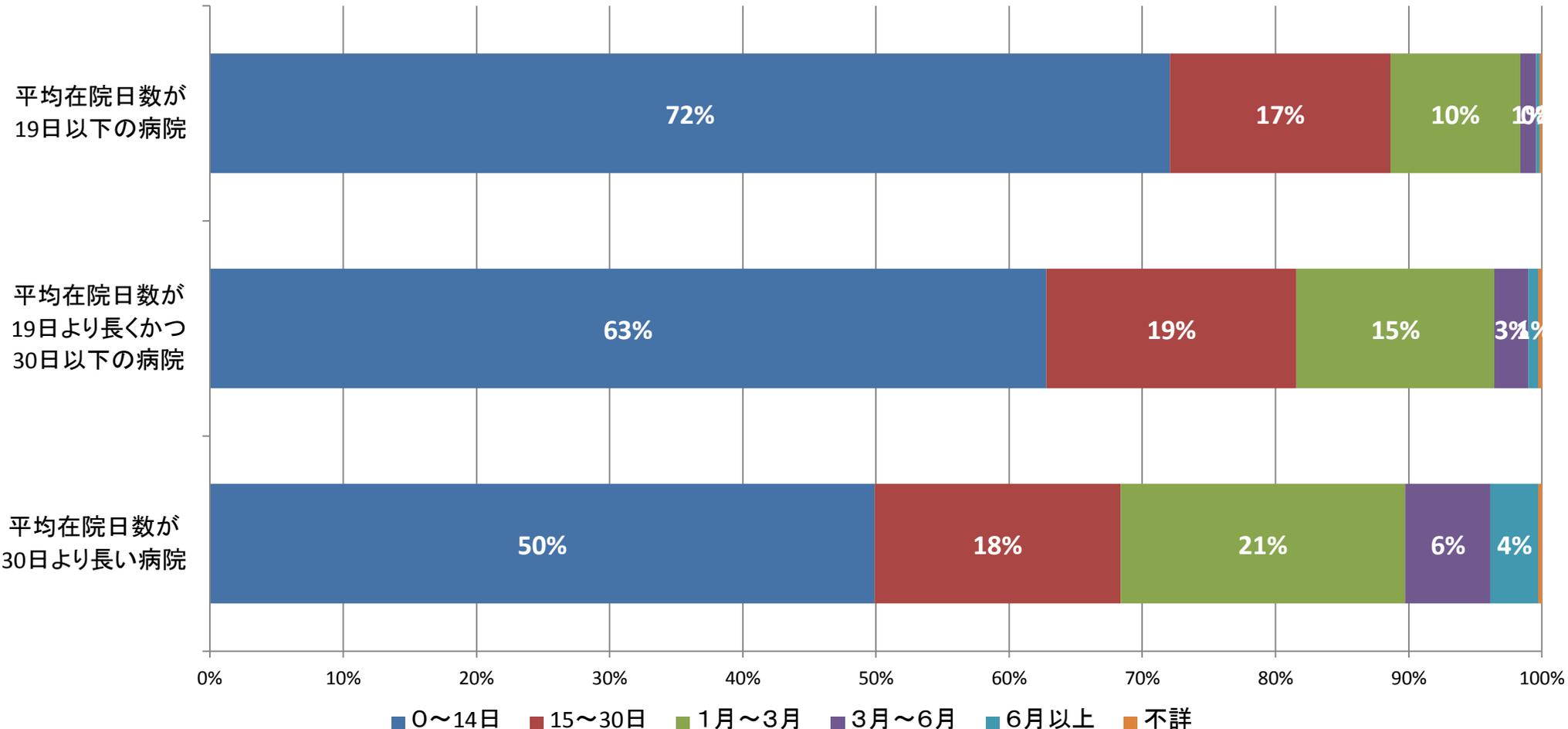
○「一般病床を有する病院」においては、一般病床から退院した患者のうち、入院期間が14日以下であった患者が約68%、入院期間が1月以上であった患者が約15%であった。

○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。

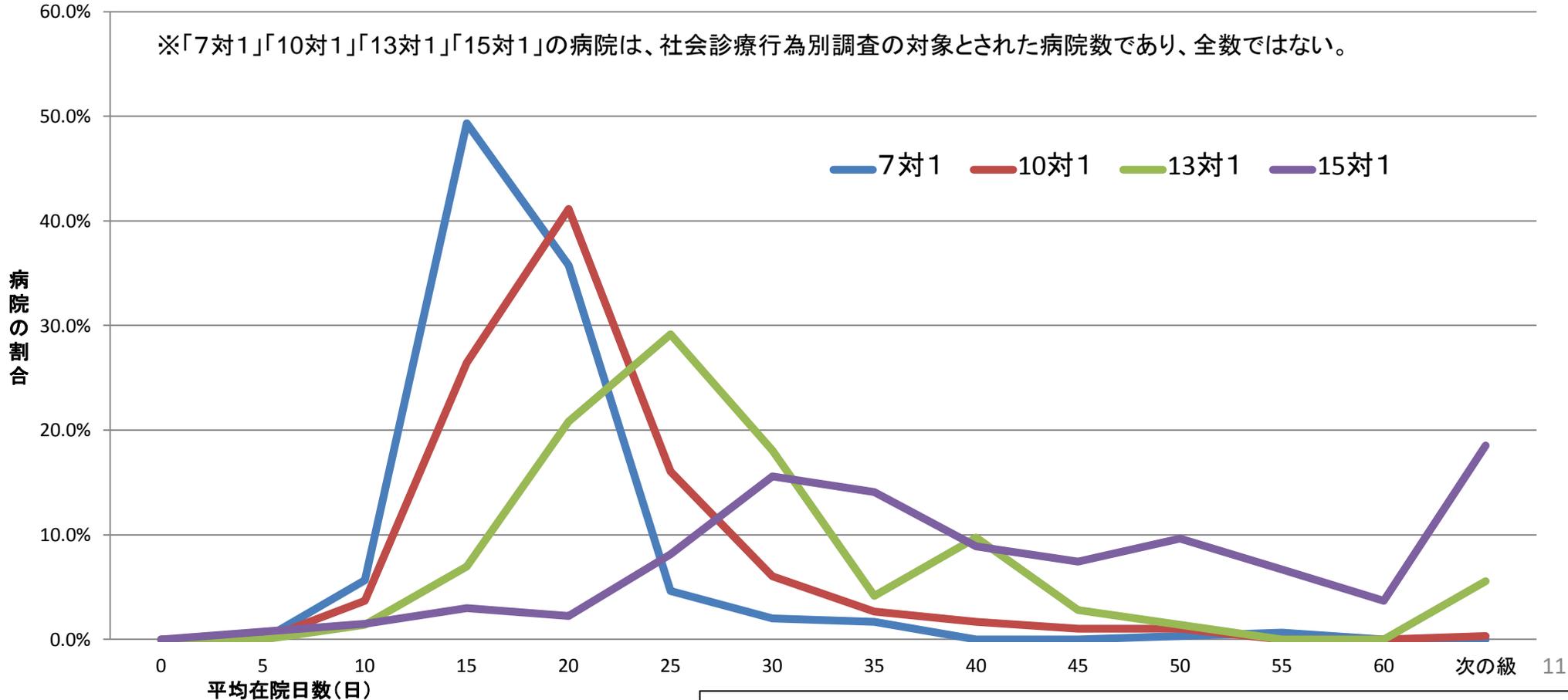
\*\*「3. 病棟看護職員」は、各病院の一般病棟における人員配置である。

# 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。

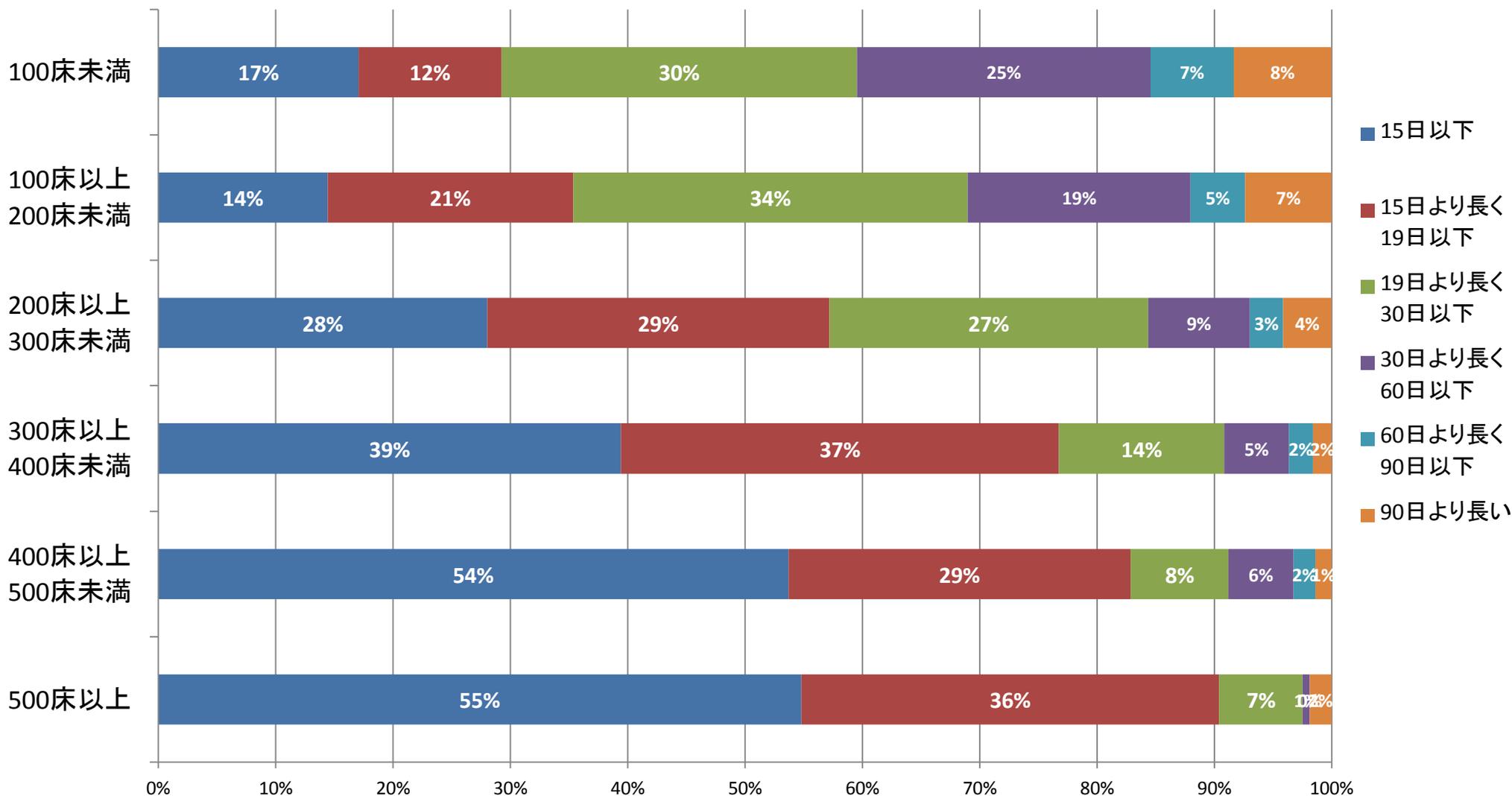
看護配置基準	7対1 (302病院)	10対1 (299病院)	13対1 (72病院)	15対1 (135病院)
平均在院日数	14.6日	16.2日	24.3日	36.4日

※「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。

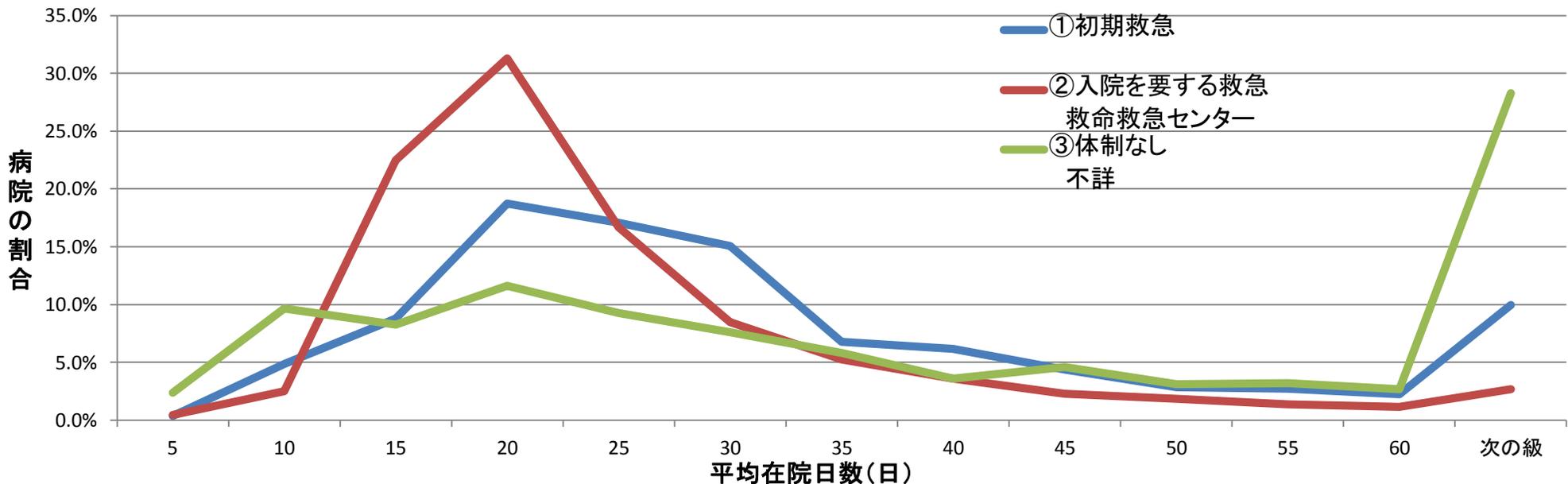


## I -② 一般病床で実施されている医療の内容について

# 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

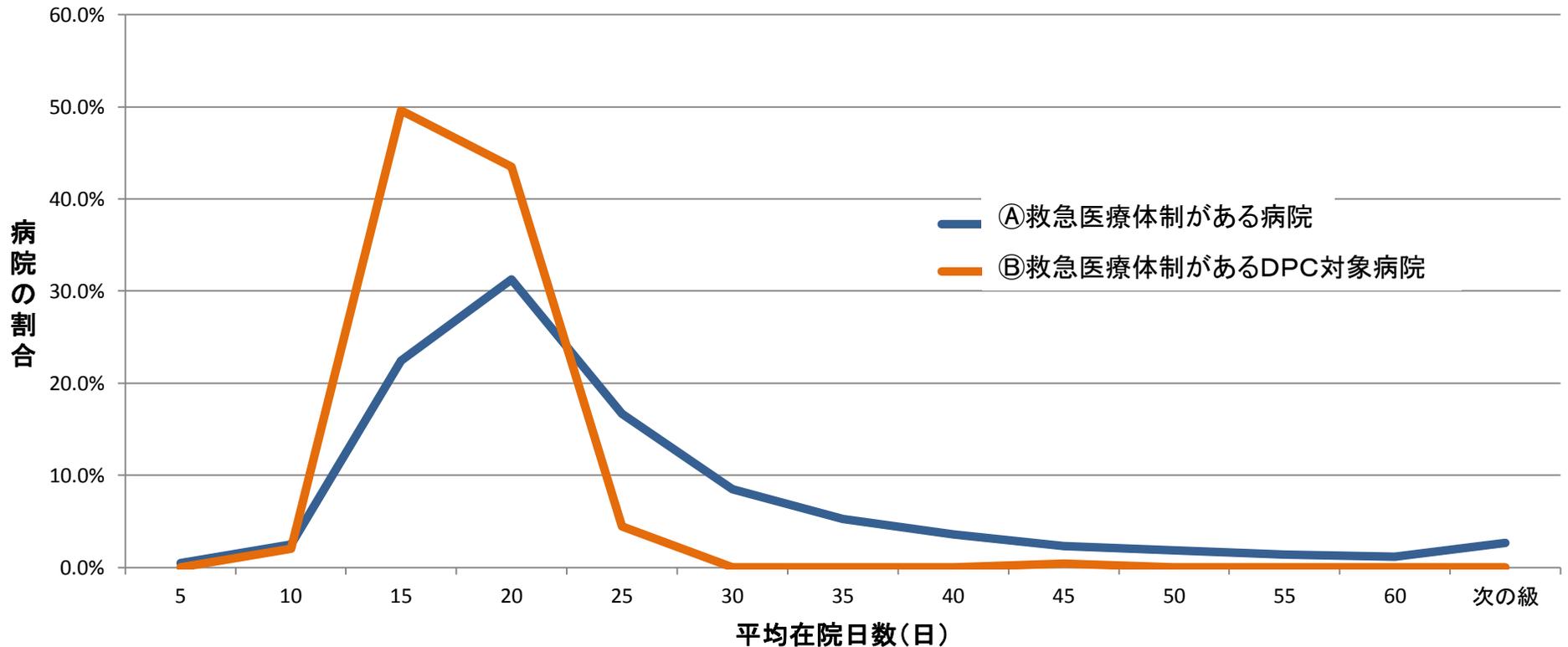


注) 初期救急医療体制・・・初期救急医療施設。比較的軽症な急病患者の診療を受け持つ休日・夜間急患センターと地区医師会の会員が当番制で診療を行う在宅当番医制をいう。  
 入院を要する救急医療体制・・・第二次救急医療施設。精神科救急を含む24時間体制の救急病院、病院輪番制方式による施設をいう。  
 救命救急センター・・・第三次救急医療施設。(高度救命救急センターを含む。)  
 体制なし・・・救急医療体制がない施設をいう。

# 救急医療体制の有無別の平均在院日数

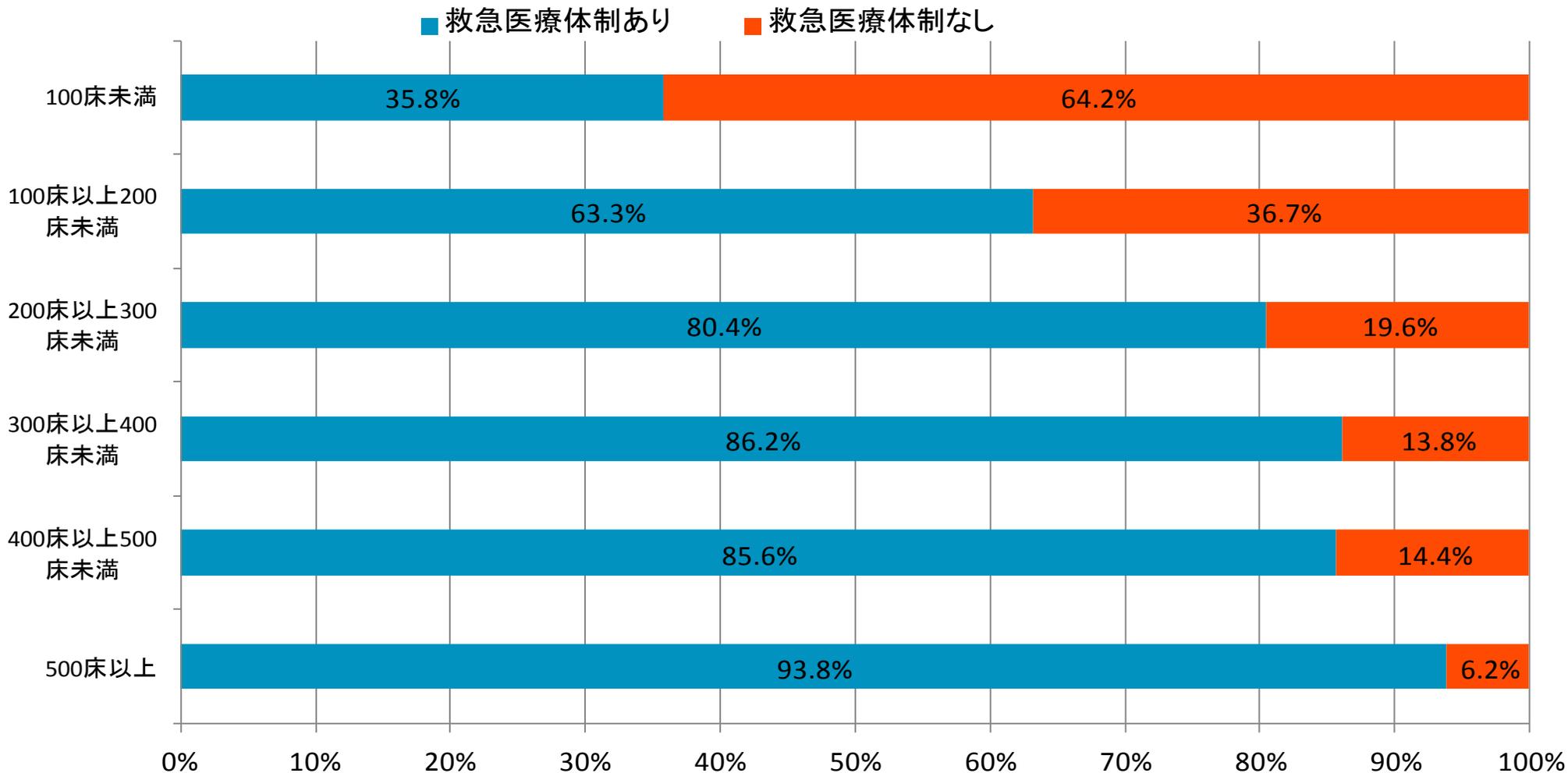
- 分析対象のDPC対象病院263病院のうち、「入院を要する救急医療体制(「救命救急センター」を含む。)」がある病院は246病院。
- 「入院を要する救急医療体制(救命救急センターを含む。)」のうち分析対象のDPC対象病院をみると、平均在院日数は1.5日短い。

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

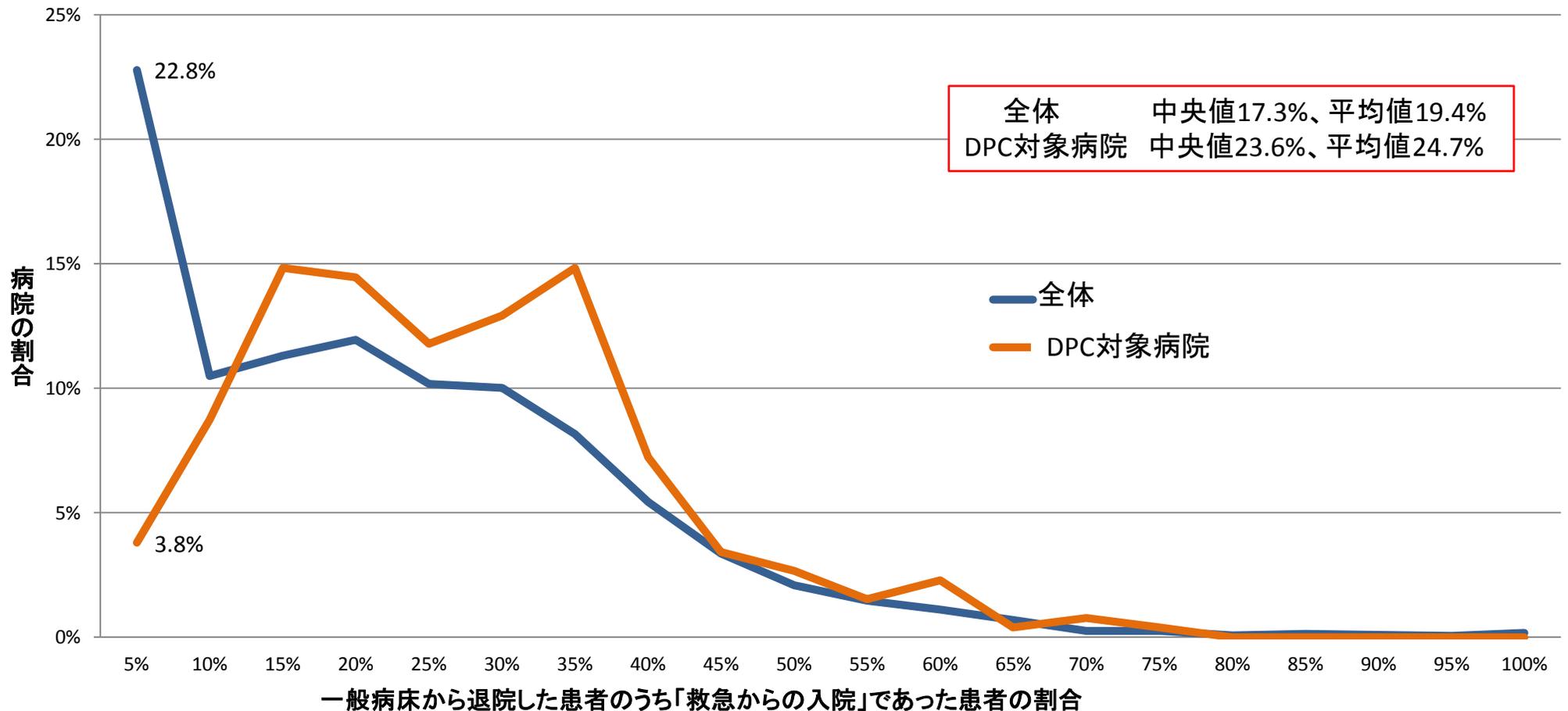
○一般病床の規模別にみると、100床未満の病院群においては、「入院を要する救急医療体制（救命救急センターを含む。）」がある病院は約36%、500床以上の病院群では約94%であった。



# 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

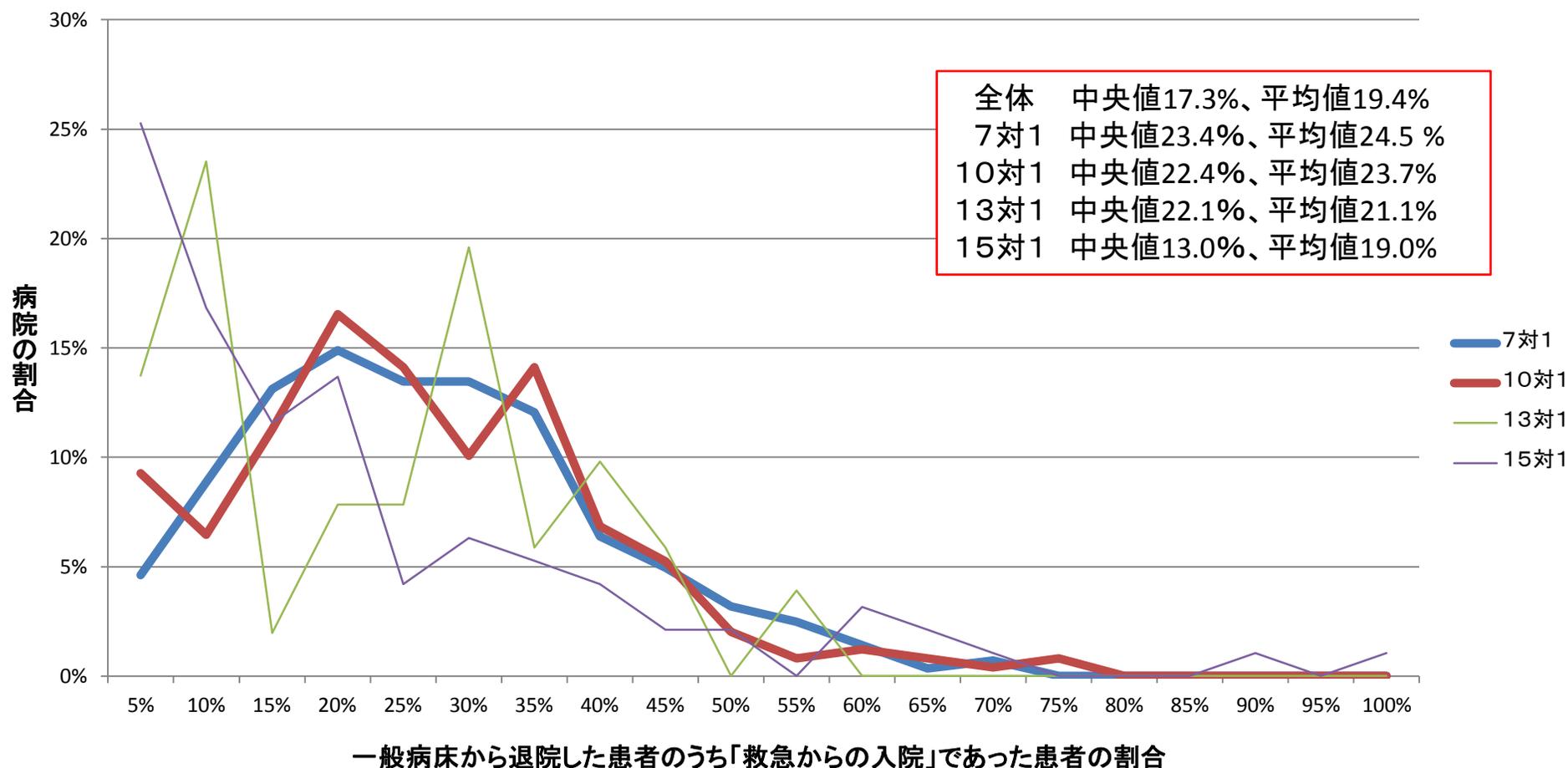
- 各病院における一般病床から退院した患者のうち、「救急からの入院\*」であった患者の割合について比較すると、中央値については、全体では約17%、分析対象のDPC対象病院では約24%であった。
- 「救急からの入院」であった患者の割合が5%以下の病院は、全体では約23%、分析対象のDPC対象病院では約4%であった。

\*「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

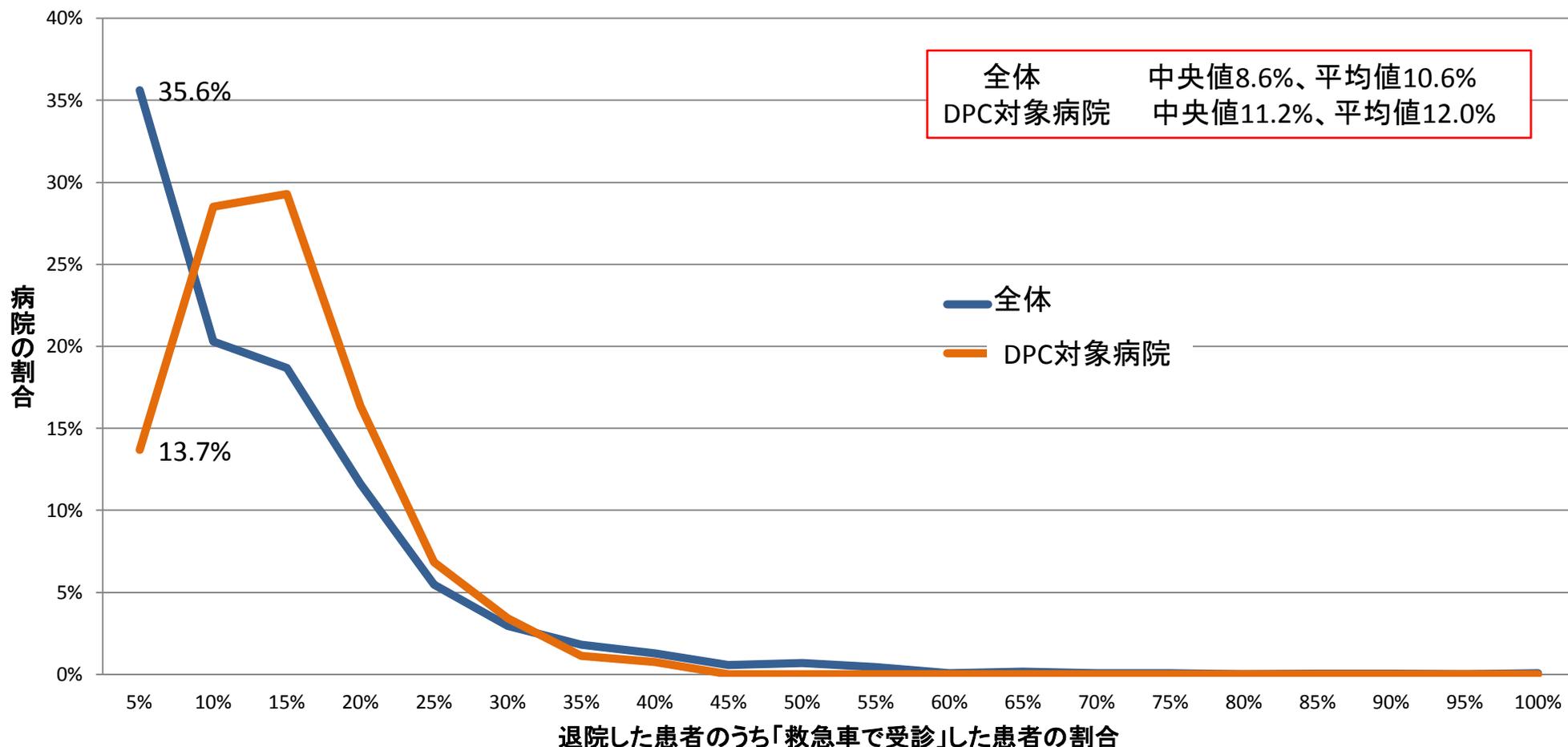
○各病院における一般病床から退院した患者のうち、「救急からの入院」であった患者の割合について、診療報酬上の一般病棟入院基本料算定別にみると、中央値については、7対1病院では約23%、15対1病院では約13%であり、看護配置が高い病院ほど、その割合は高い。



※「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。

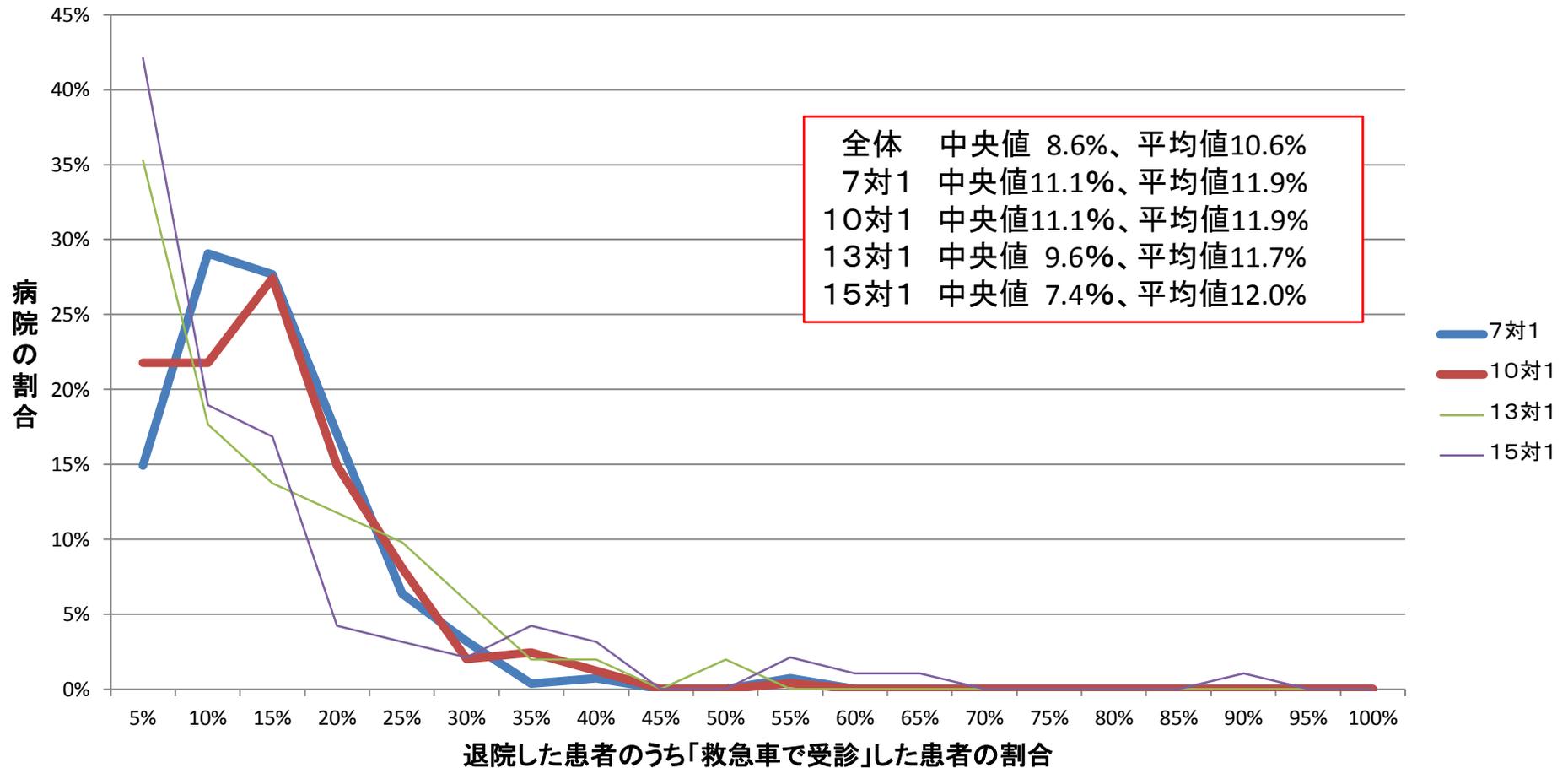
# 退院した患者のうち「救急車で受診」した患者の割合

- 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

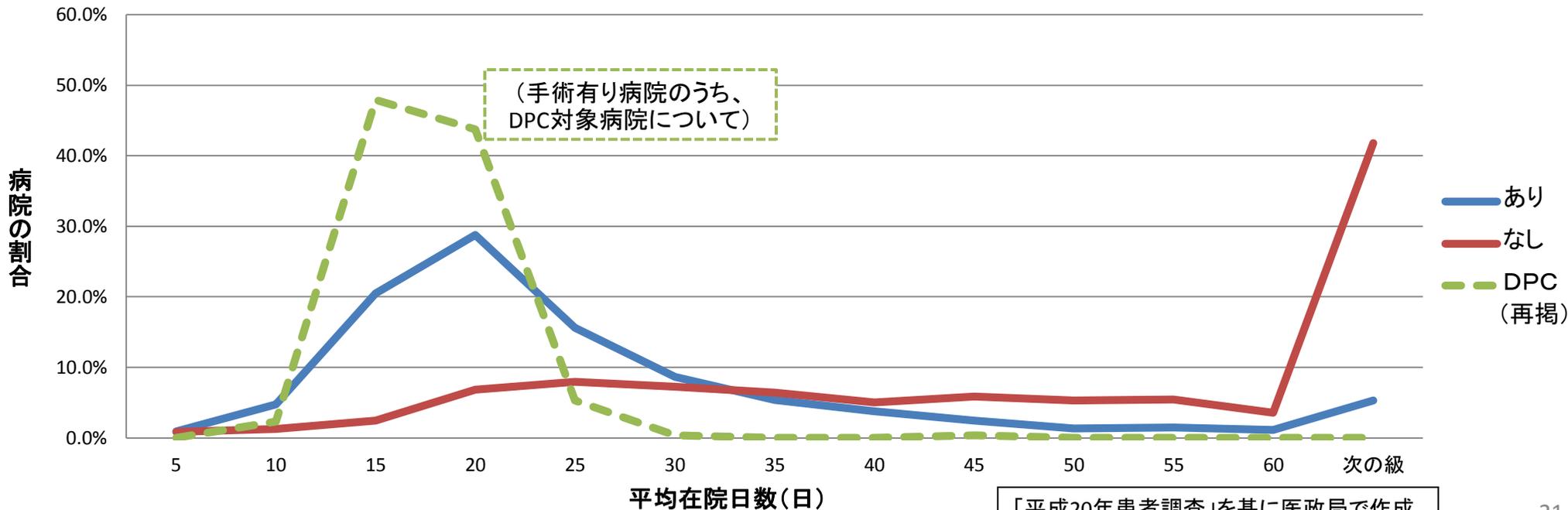
# 手術の有無別の平均在院日数

- 「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%)**

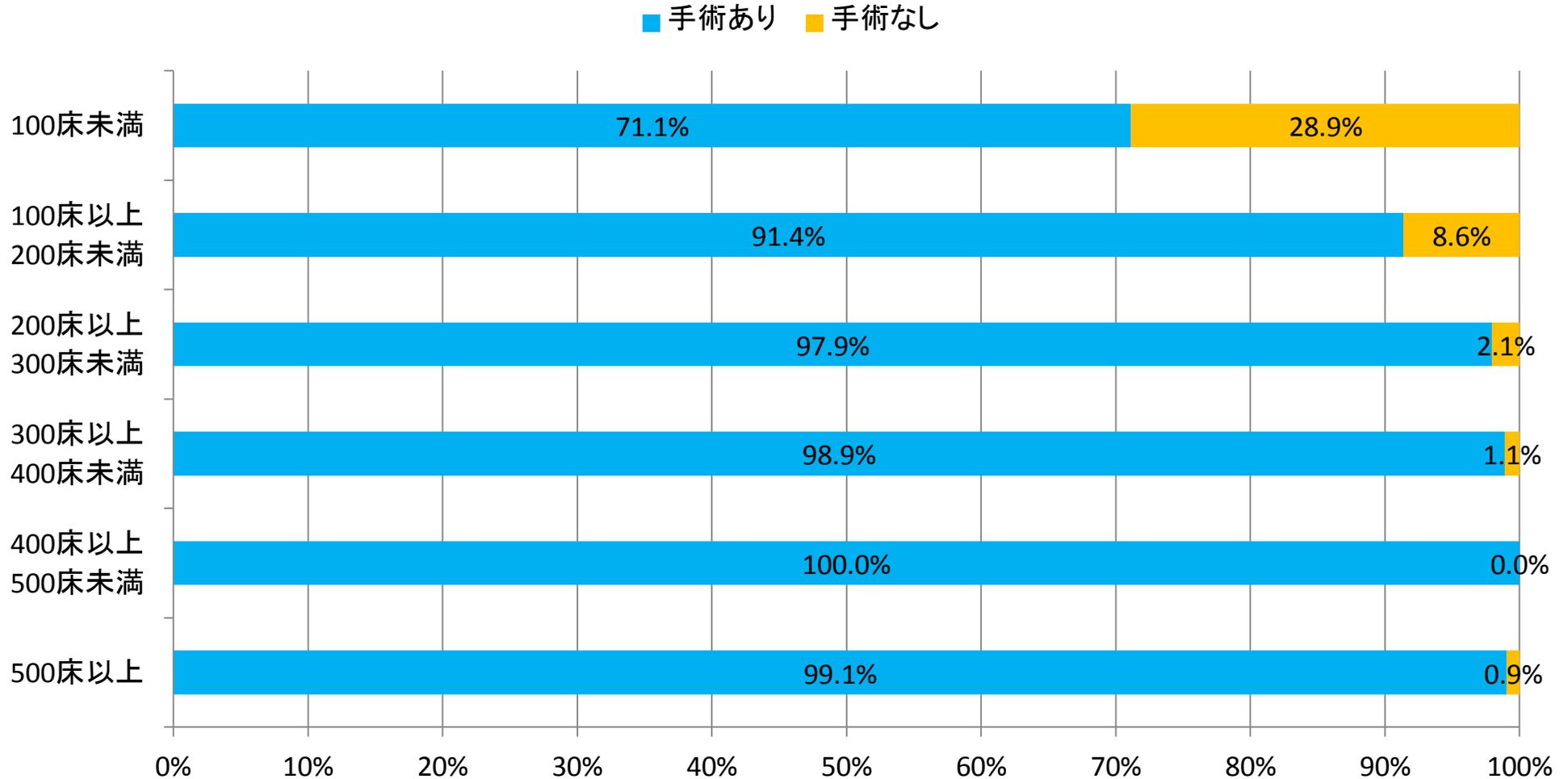
※患者調査によるため、  
分析対象は4,354病院。

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



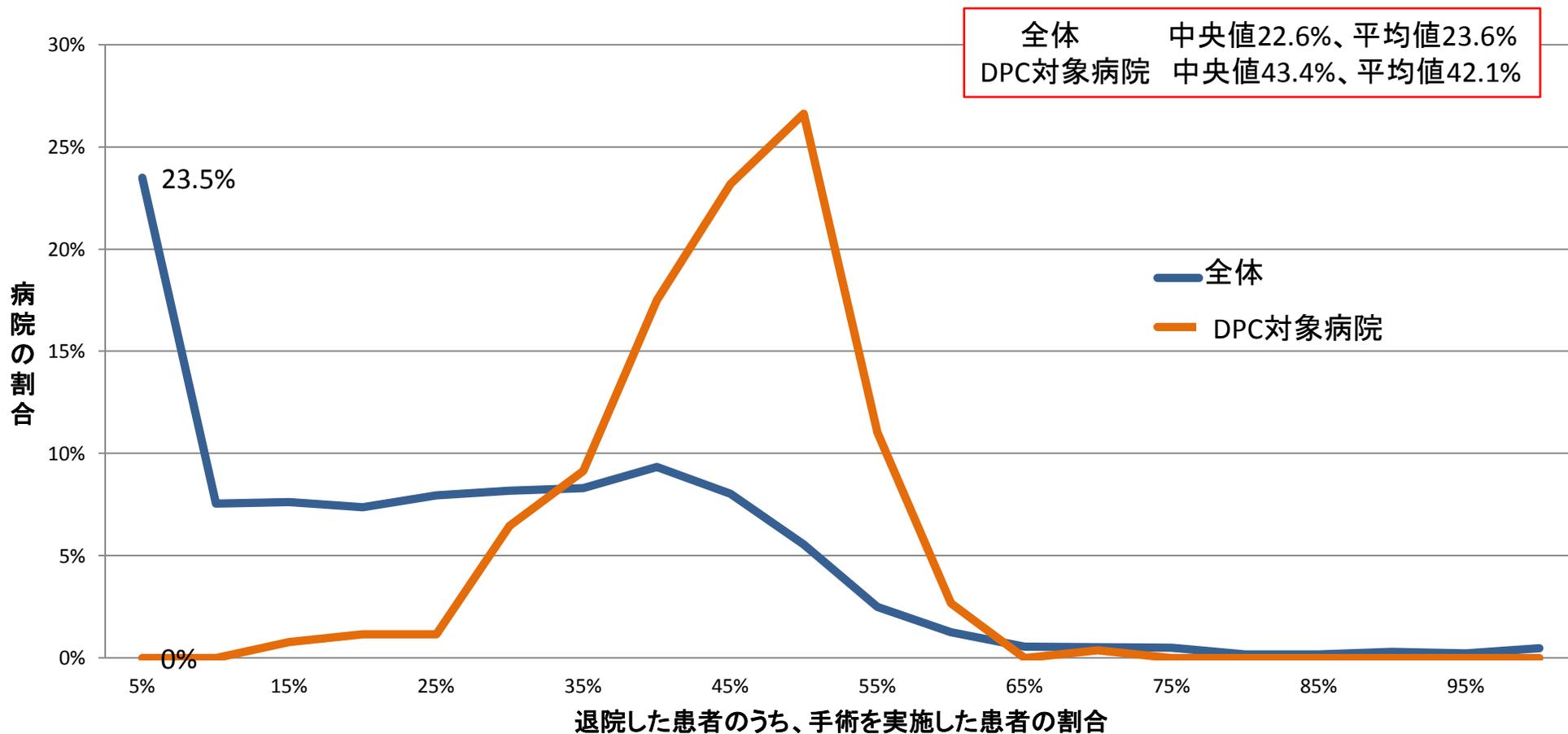
# 病床規模別の手術の実施状況

○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。



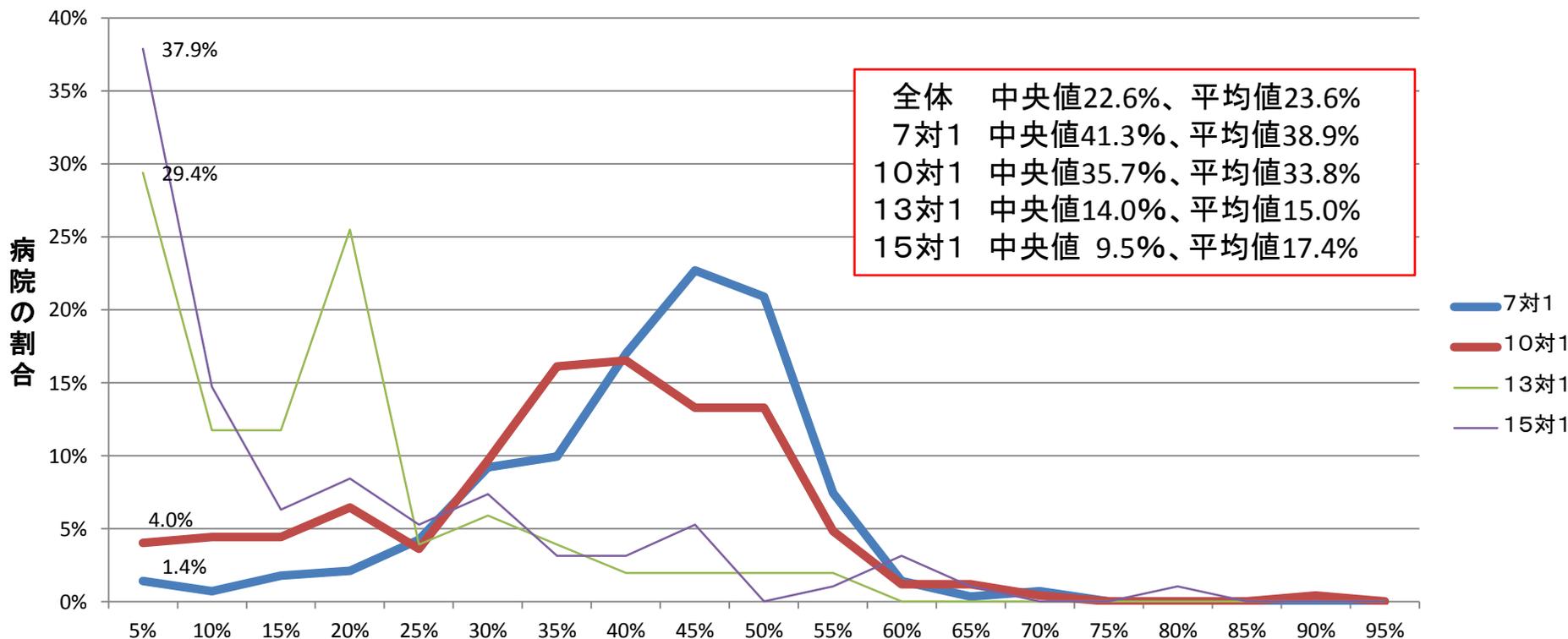
# 退院した患者のうち「手術を実施した患者」の割合

- 「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

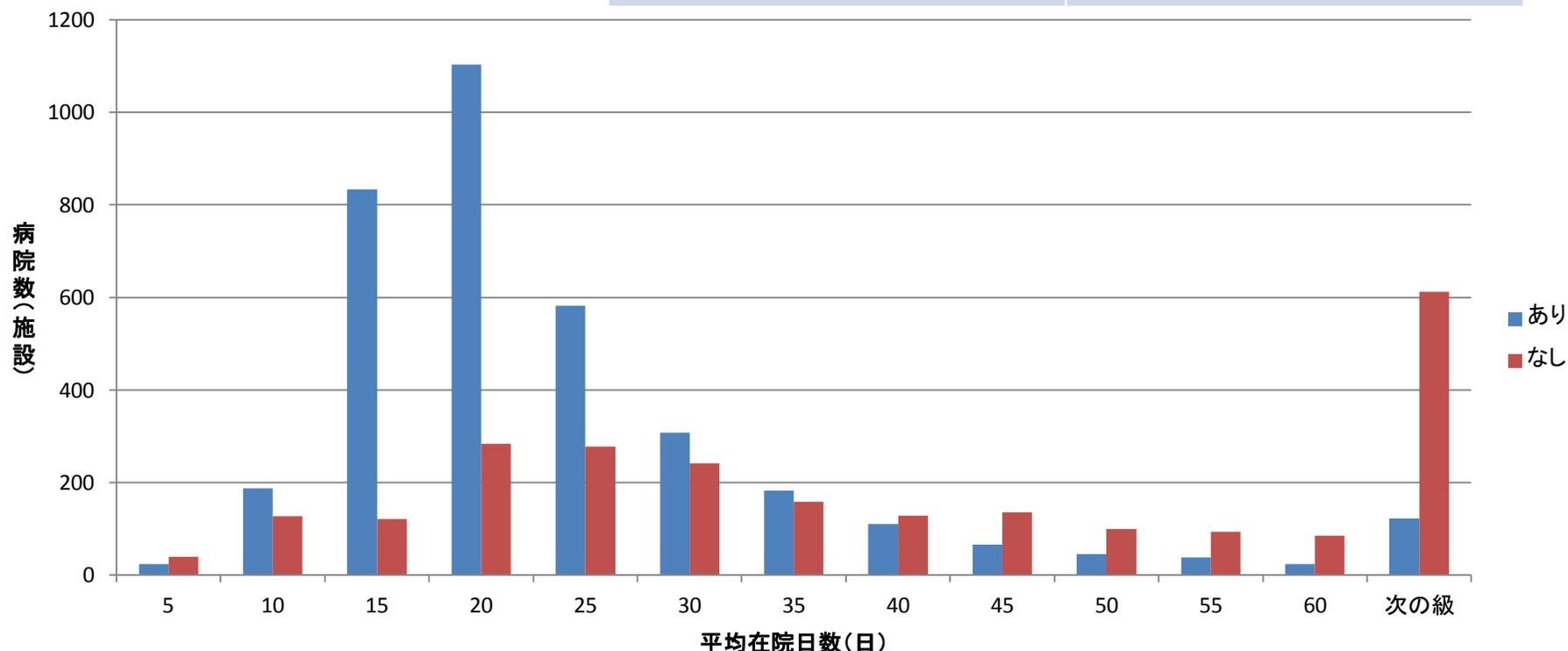
※「7対1」「10対1」「13対1」「15対1」の病院は、社会医療診療行為別調査の対象とされた病院数であり、全数ではない。

# 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

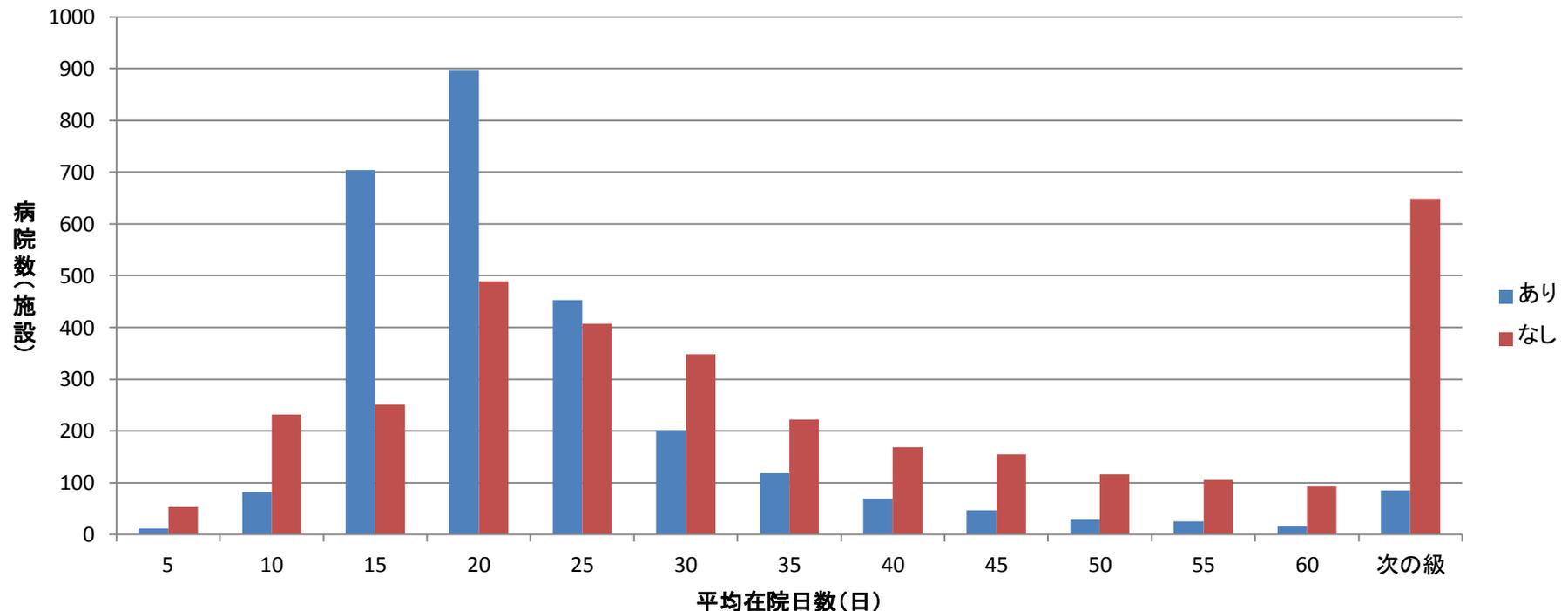


# 内視鏡下手術の有無別の平均在院日数

○「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

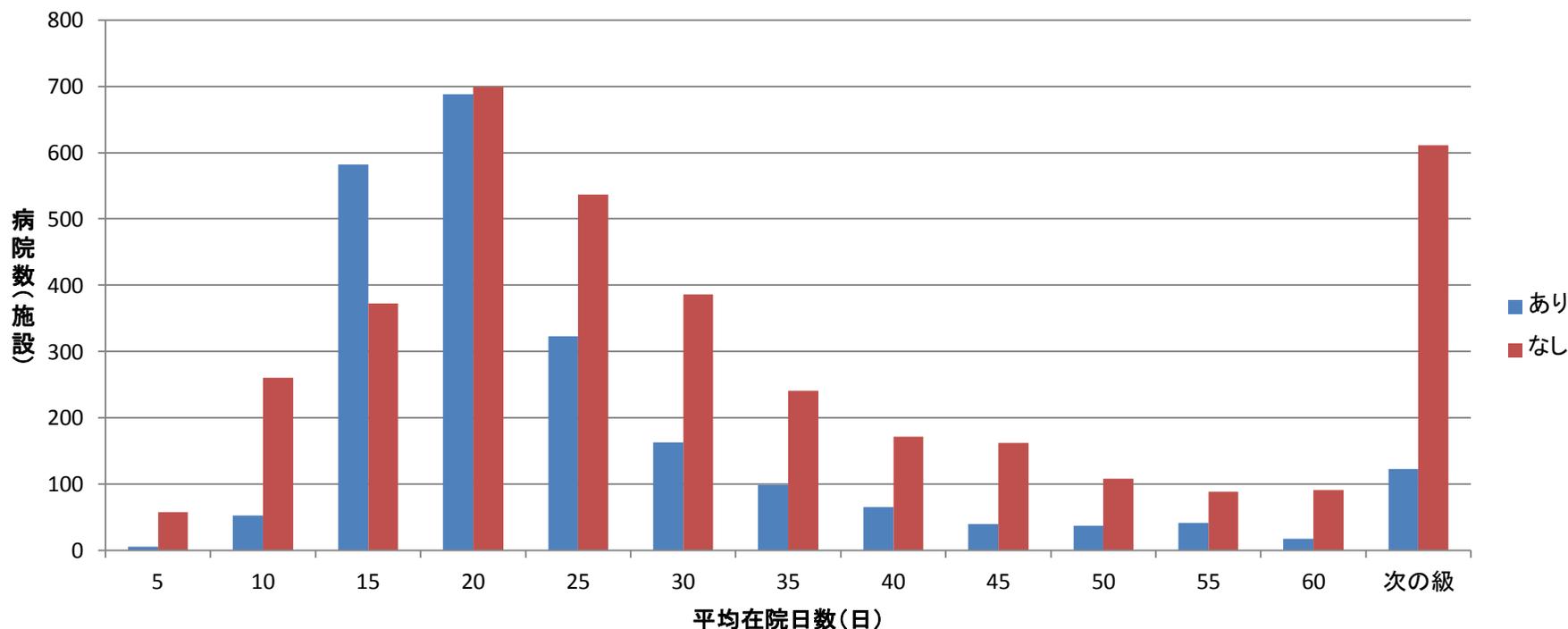


# 人工透析の有無別の平均在院日数

○「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%)**

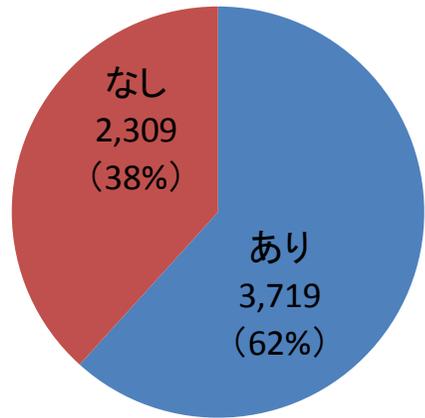
人工透析	平均在院日数
あり(2,240病院)	16.2日
なし(3,788病院)	22.5日
全体(6,028病院)	18.0日



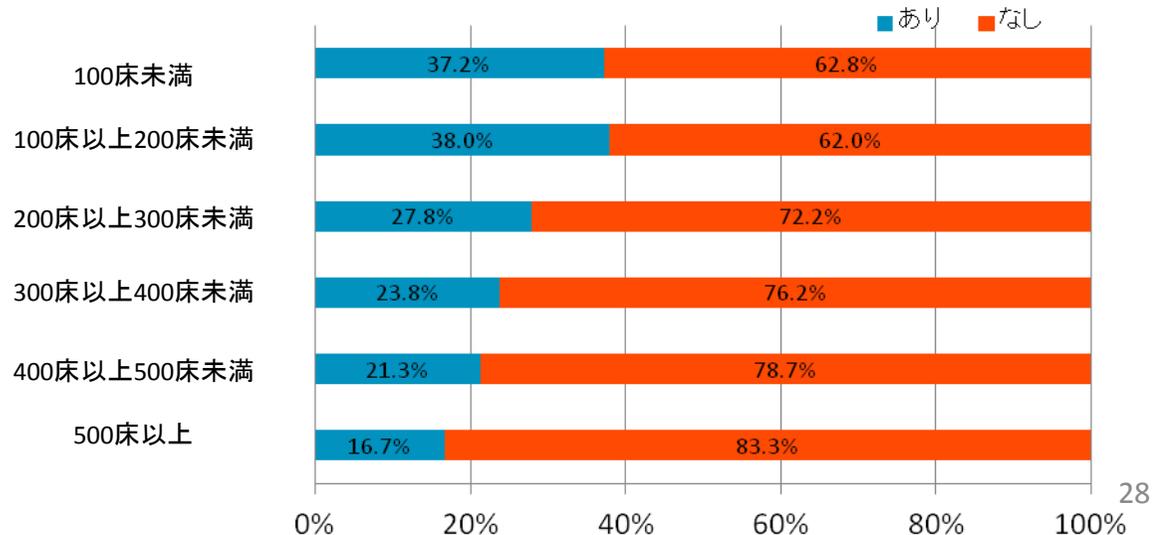
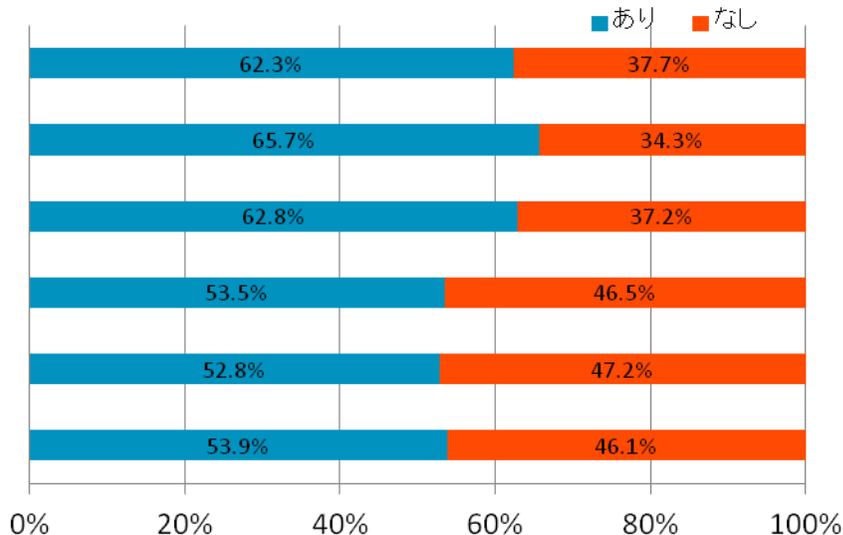
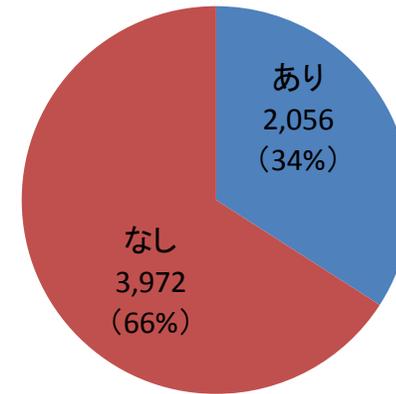
# 在宅サービスの実施状況

- 「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

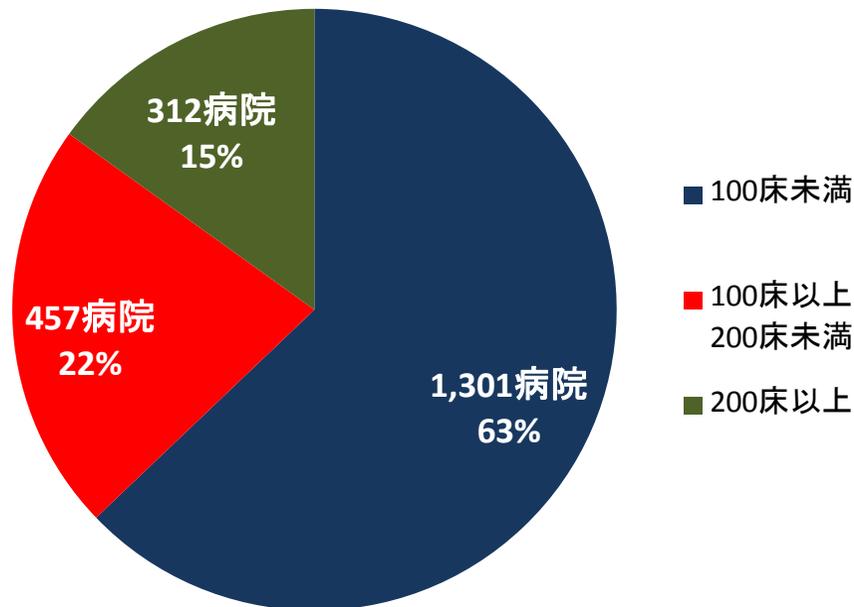


# 在宅患者訪問診療の実施状況

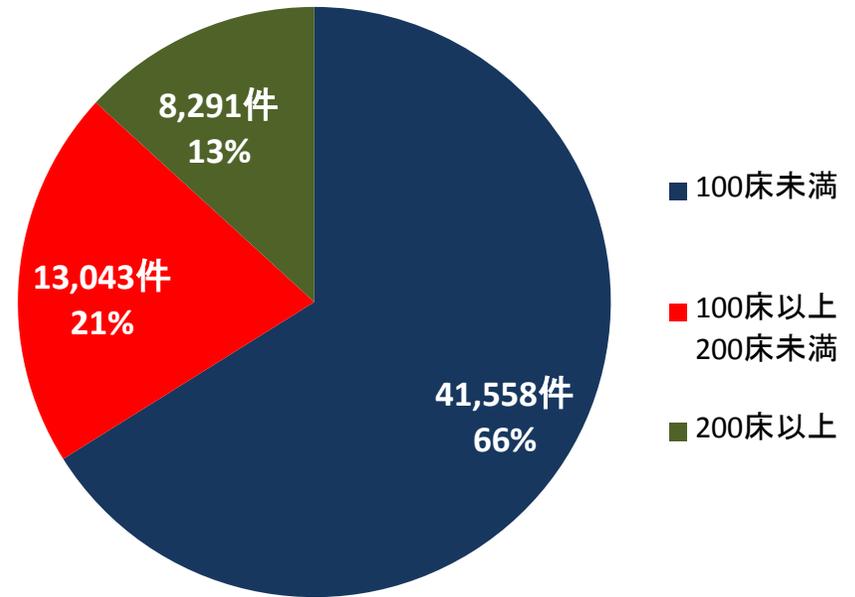
○「一般病床を有する病院」における在宅患者訪問診療の実施については、実施病院の約6割が100床未満の病院であった。また、実施件数についても約7割が100床未満の病院によるものであった。

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



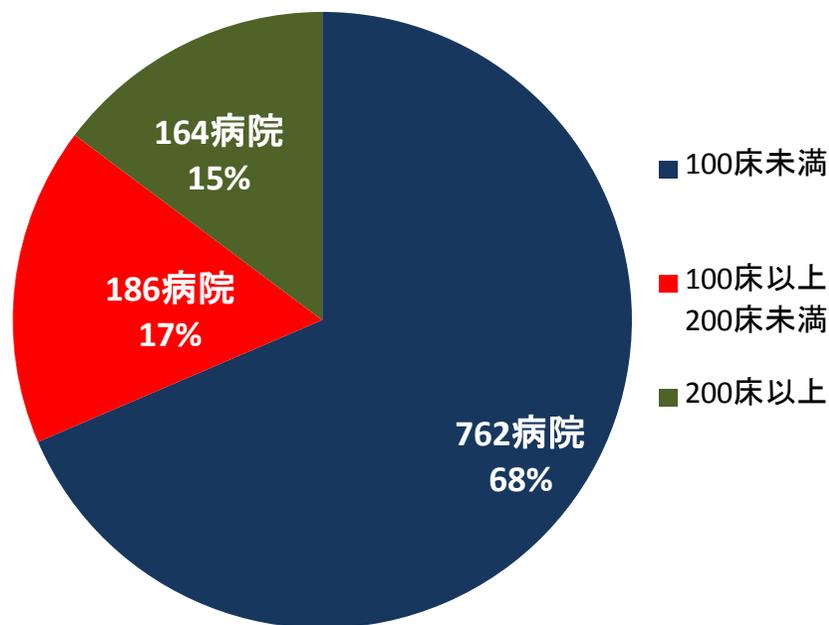
「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

# 在宅患者への往診の実施状況

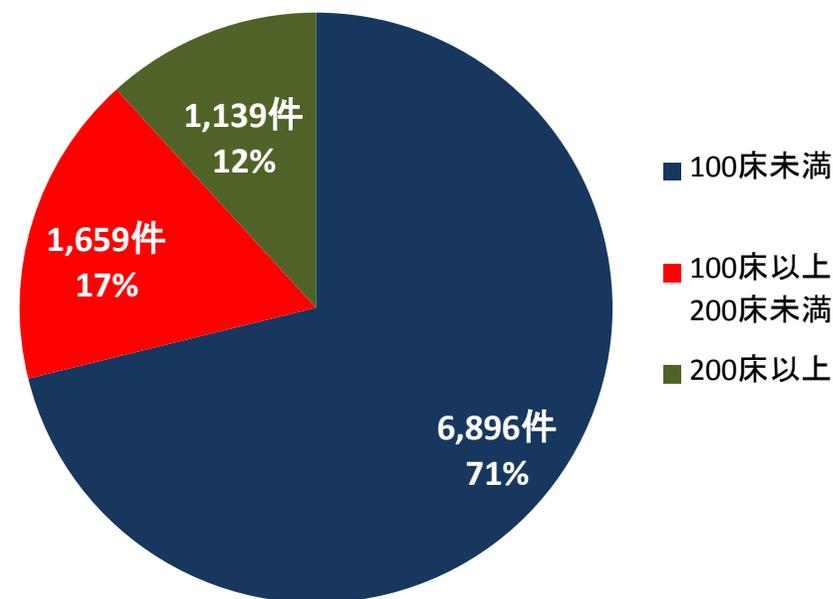
○「一般病床を有する病院」における往診の実施については、実施病院の約7割が100床未満の病院であった。また、実施件数についても約7割が100床未満の病院によるものであった。

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



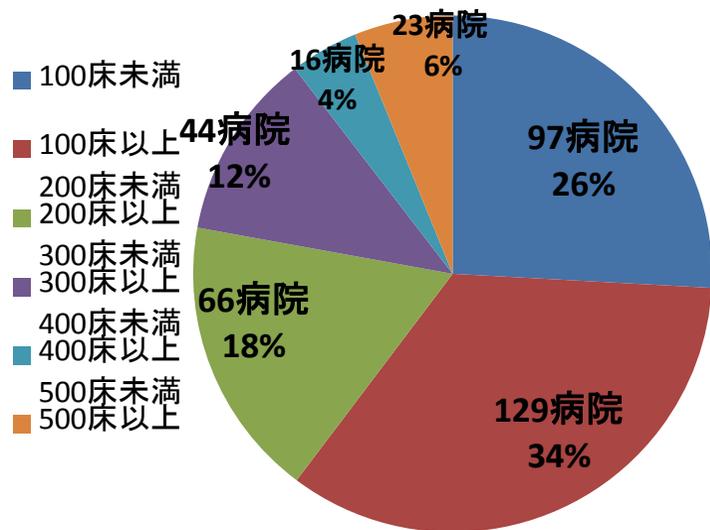
「平成20年医療施設静態調査」を基に医政局で作成

# 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%）

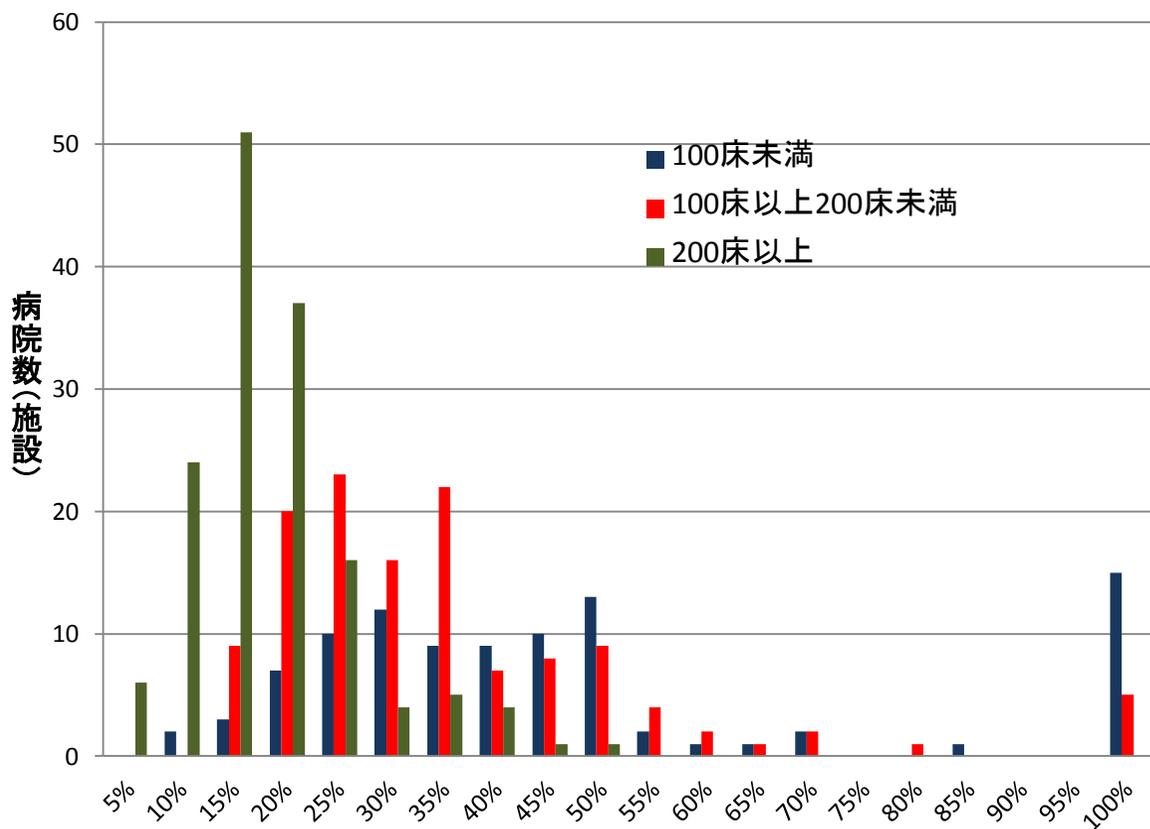
病床規模別にみた回復期リハ病床を有する病院



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

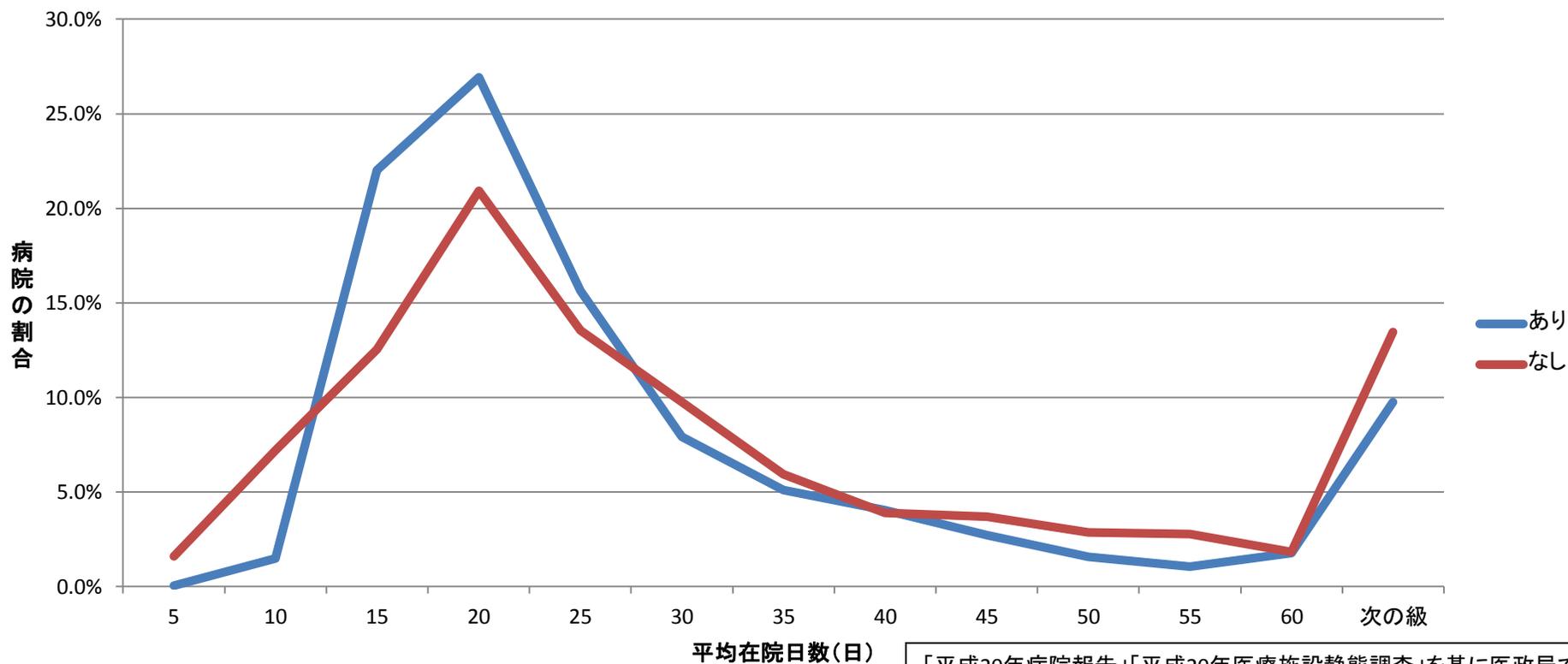
# 退院調整支援担当者の有無別の平均在院日数

○「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

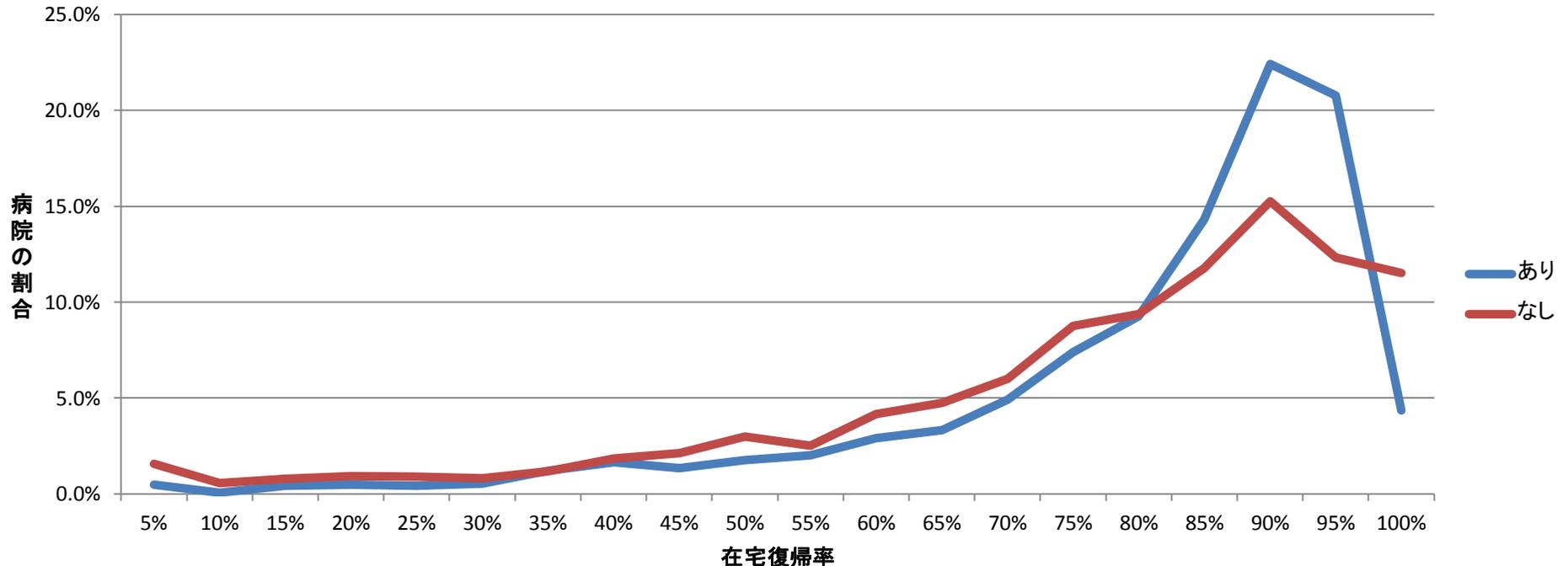


# 退院調整支援担当者の有無別の在宅復帰率

○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。

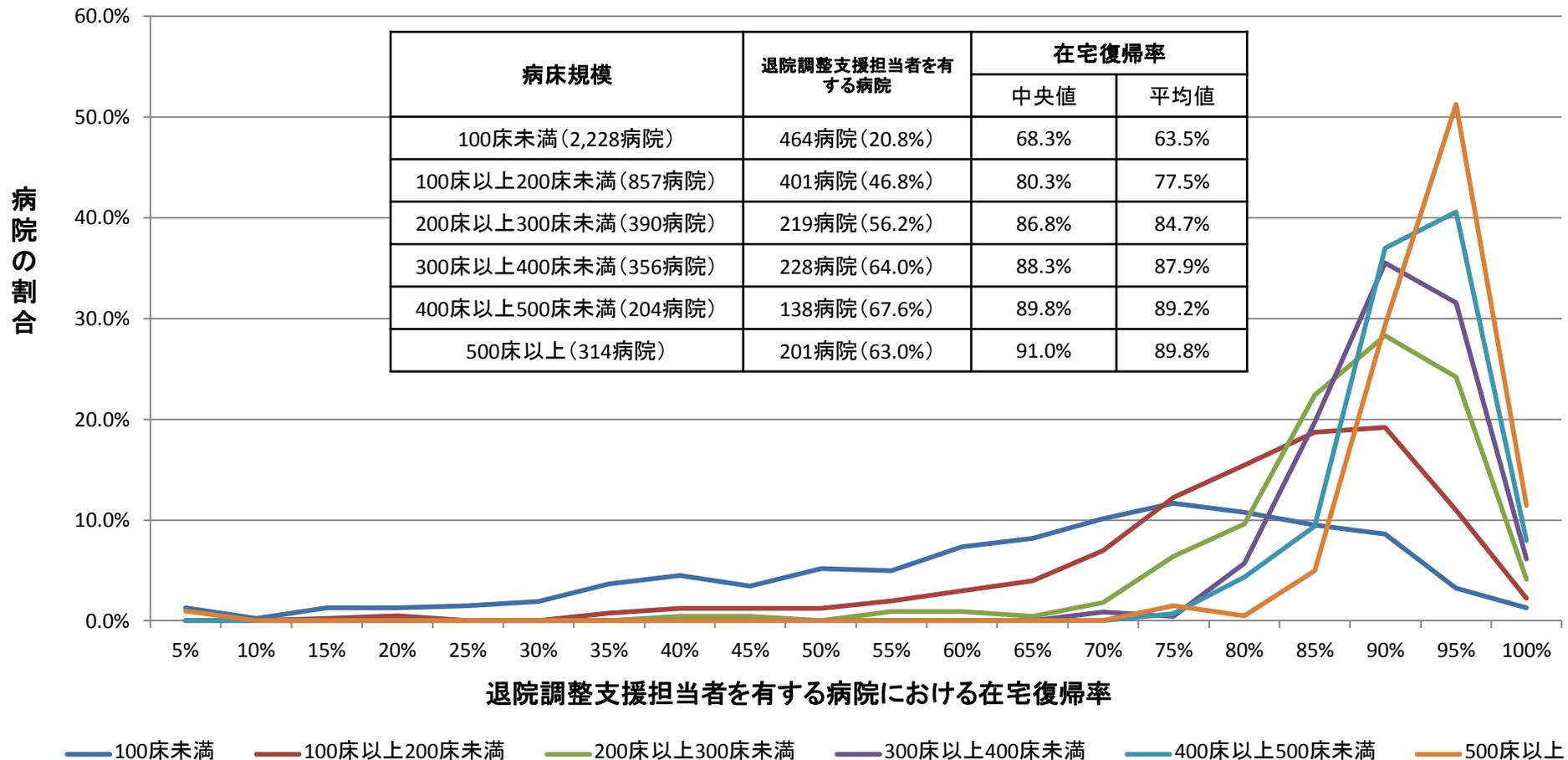
退院調整支援担当者	在宅復帰率	
	中央値	平均値
あり(1,651病院)	84.4%	78.4%
なし(2,703病院)	80.6%	74.4%

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。

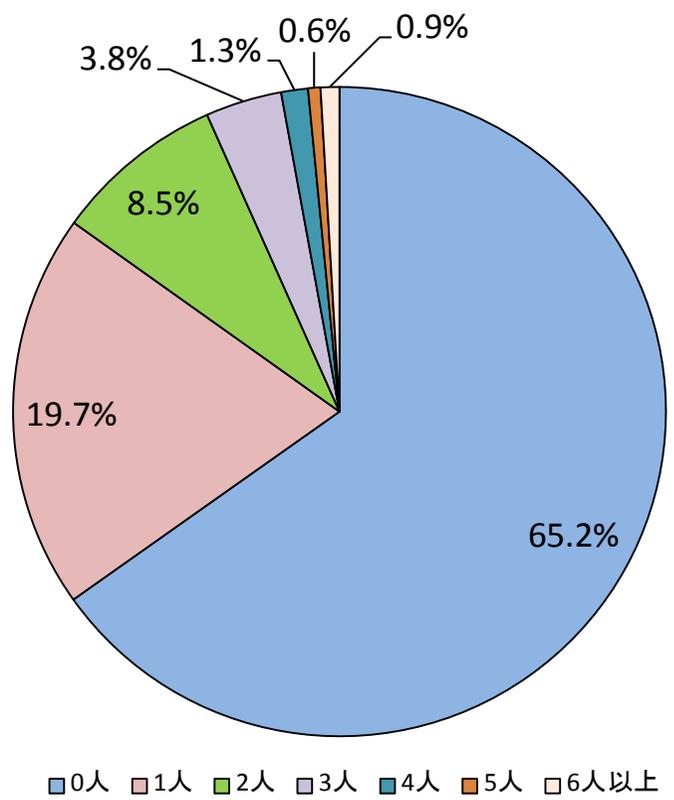


# 退院調整支援担当者及び医療安全体制についての責任者の配置状況

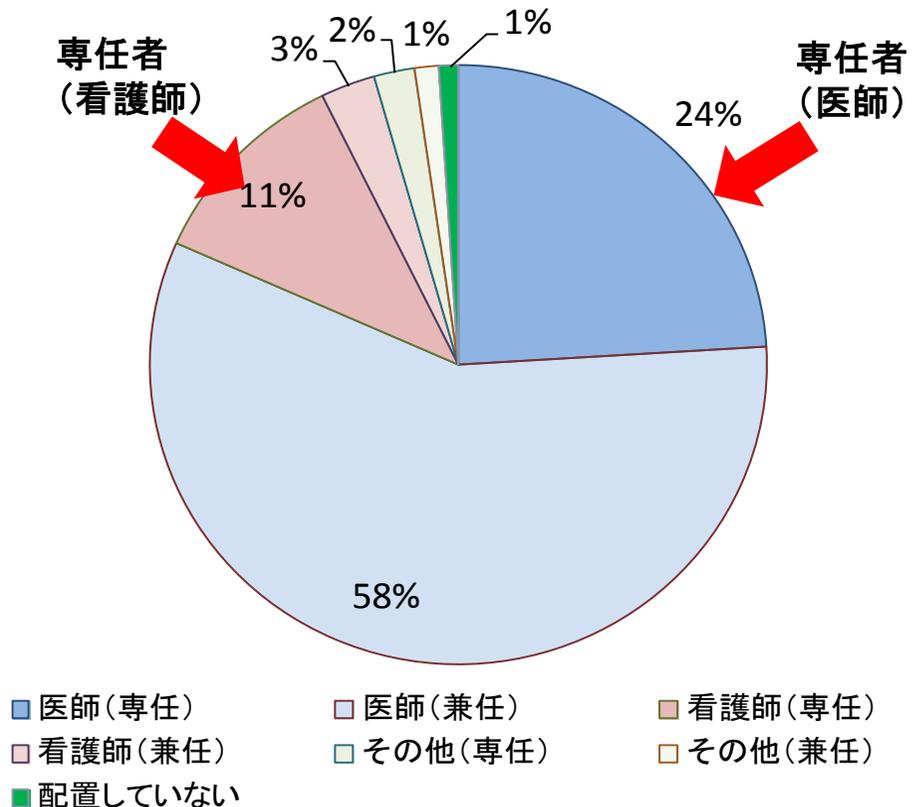
○「一般病床を有する病院」においては、退院調整支援担当者を配置している病院の割合が約35%。そのうち、担当者数1人の病院の割合が約20%と最も高い。

○「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



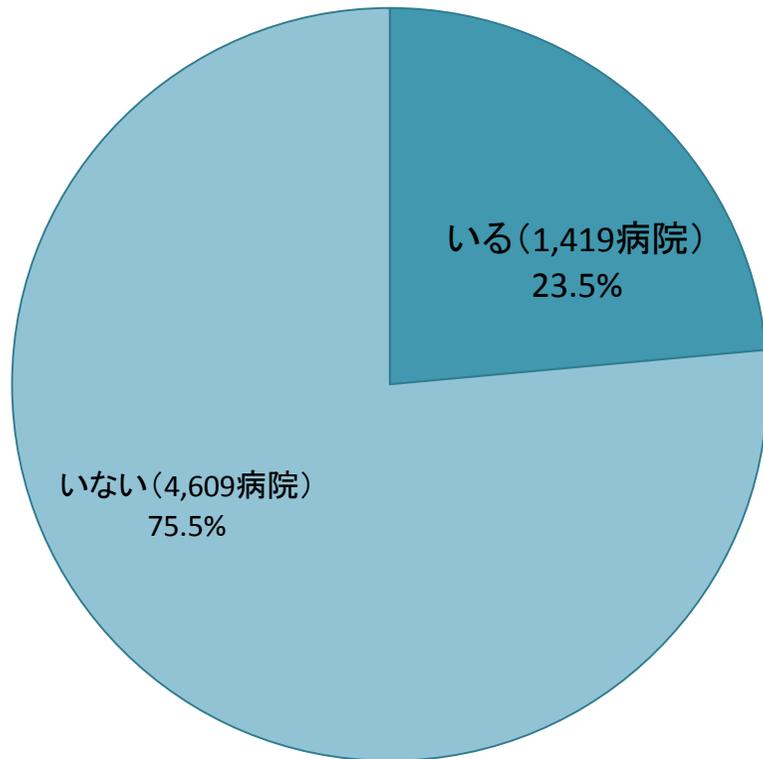
注)ここでいう専任とは専らその業務を任されて担当することをいい、担当業務以外の業務を多少兼任することを差し支えないとされている。

# 臨床研修医の有無及びその分布状況

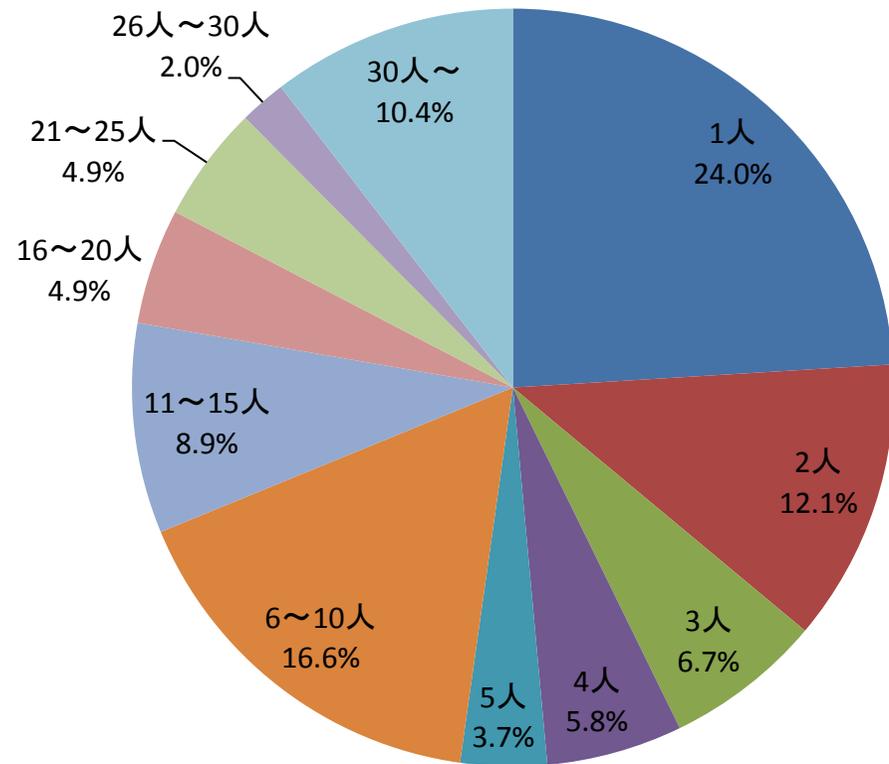
○「一般病床を有する病院」においては、臨床研修医のいる病院の割合は約24%。

○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



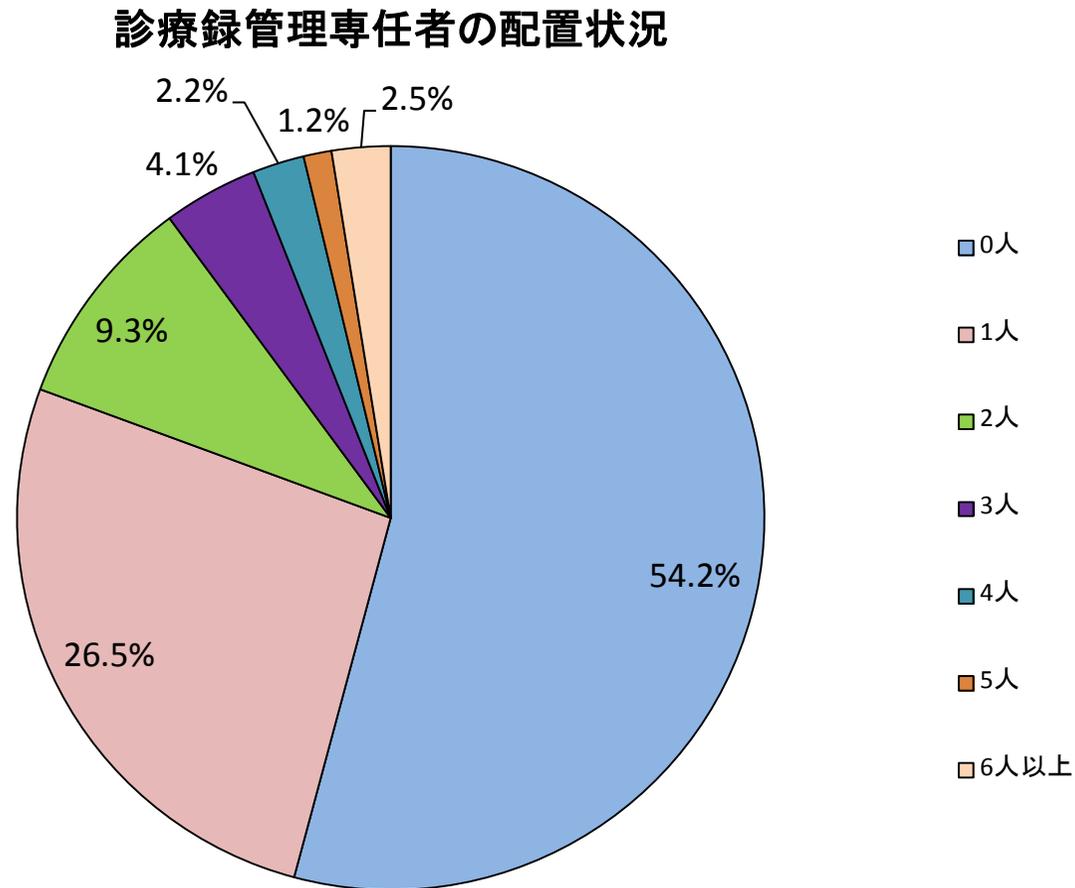
## 臨床研修医の人数の分布状況



「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。



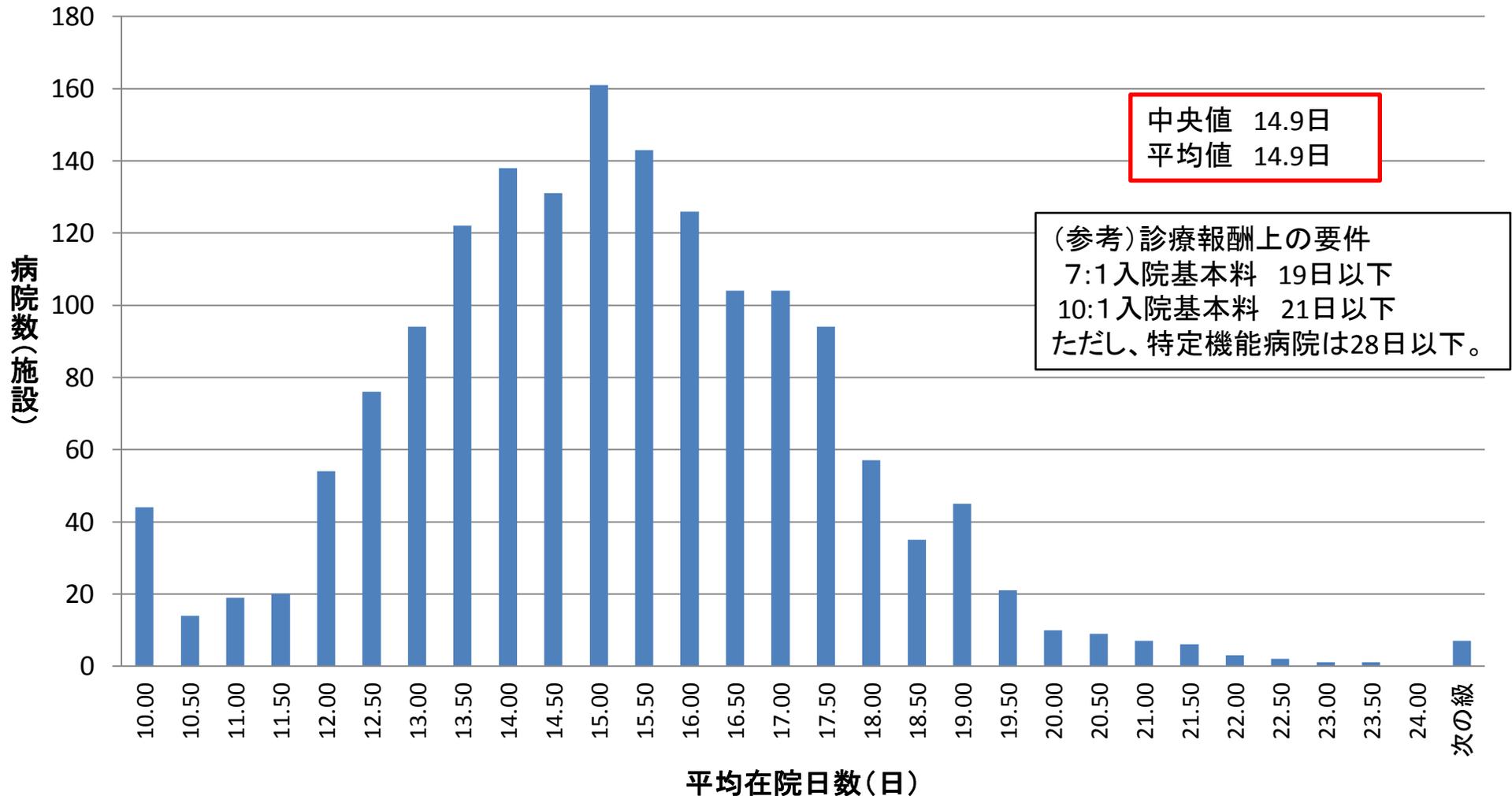
## Ⅱ DPC対象病院とDPC準備病院について (DPCデータ\*を基に分析)

\* 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

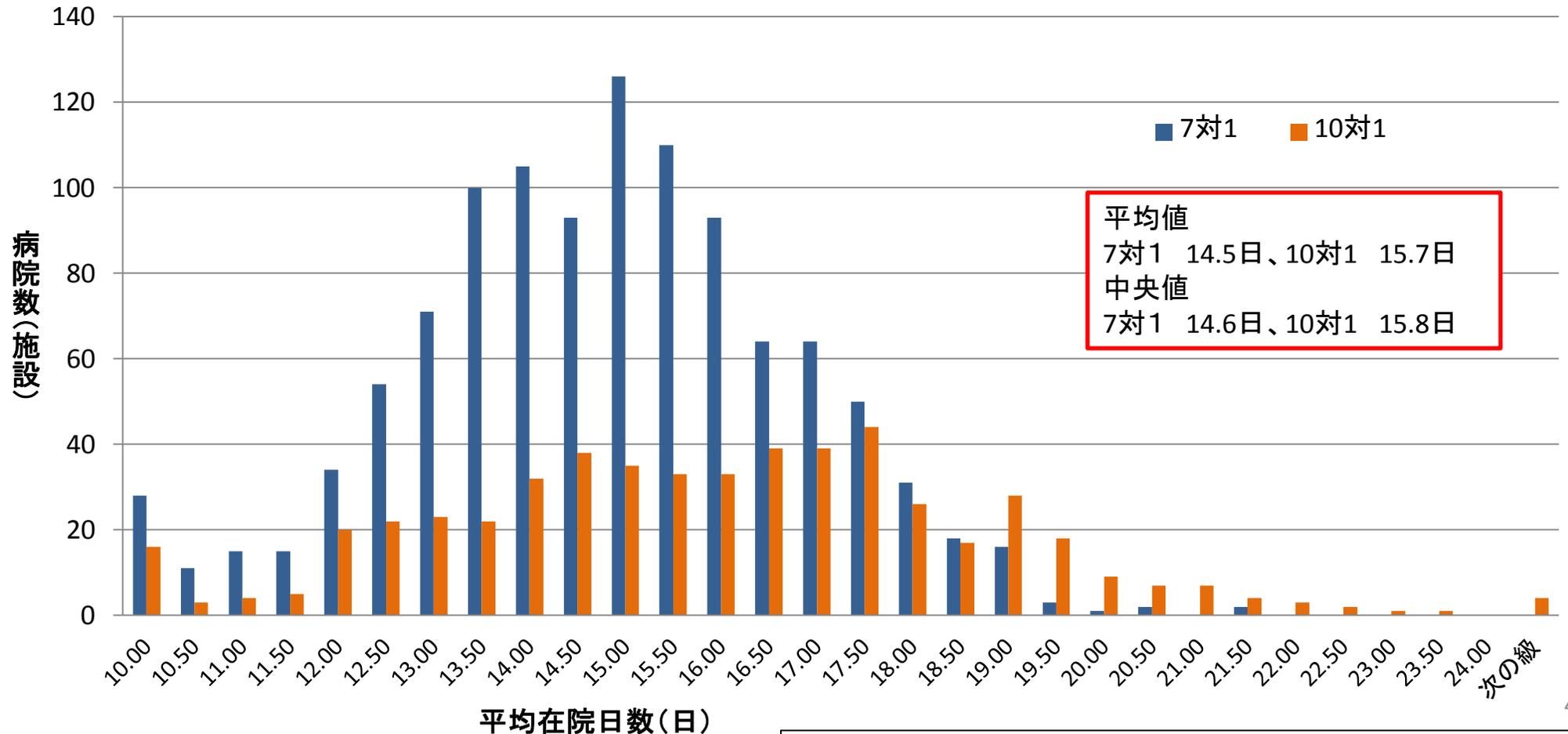
# DPC病院における平均在院日数の分布

○DPC病院の平均在院日数は約15日。



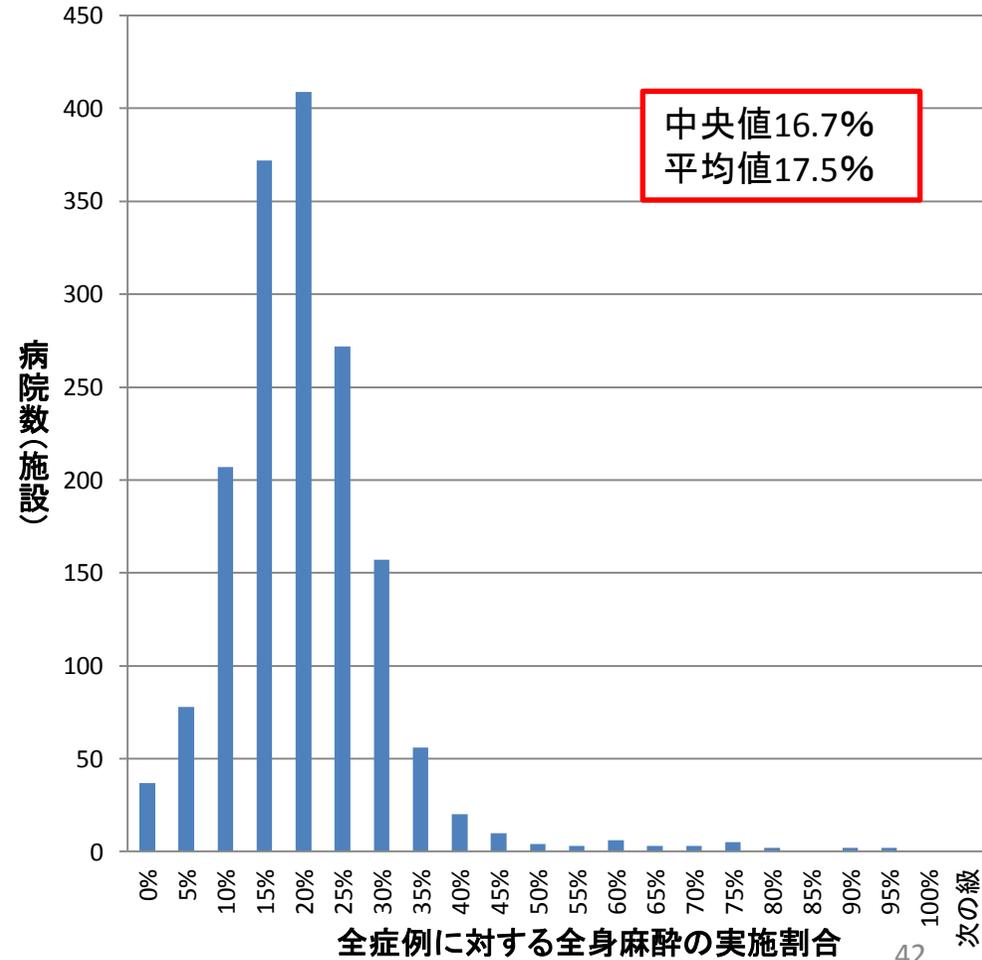
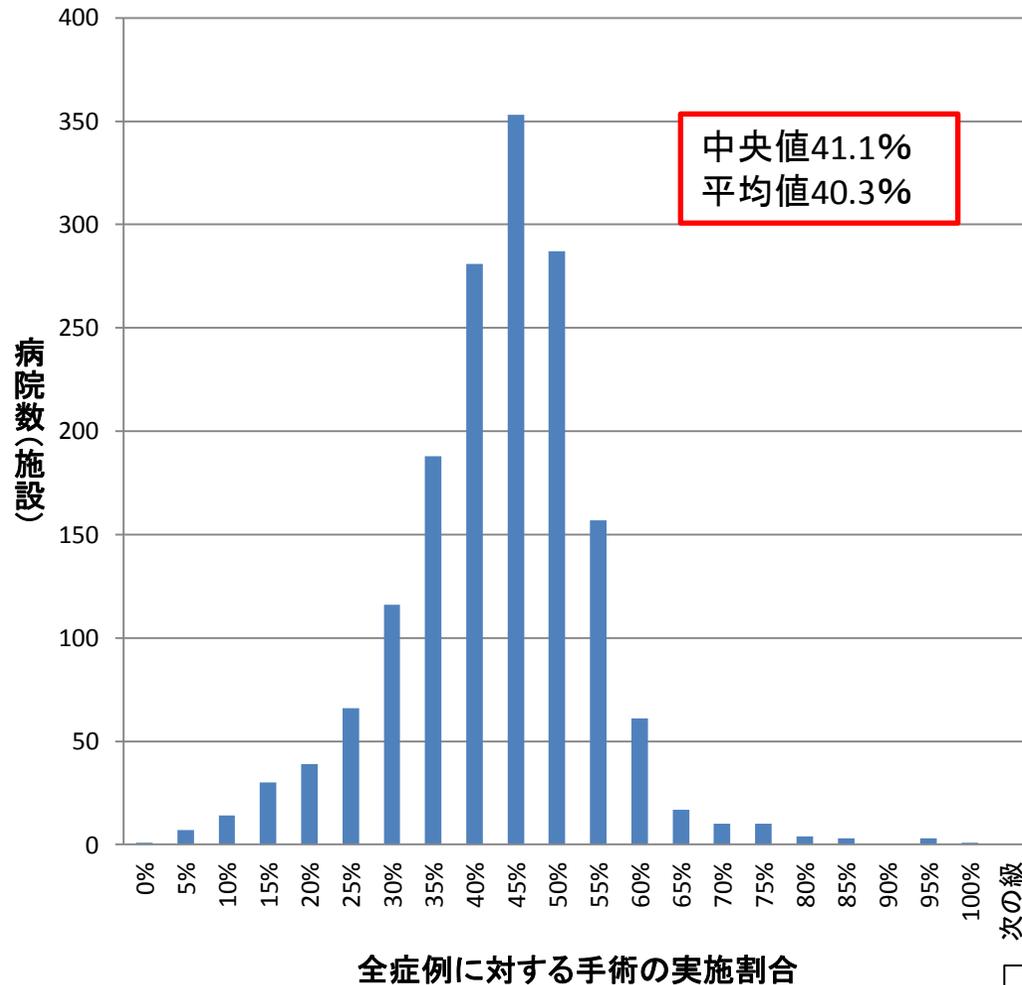
# DPC病院における看護配置基準ごとの平均在院日数の分布

○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%。

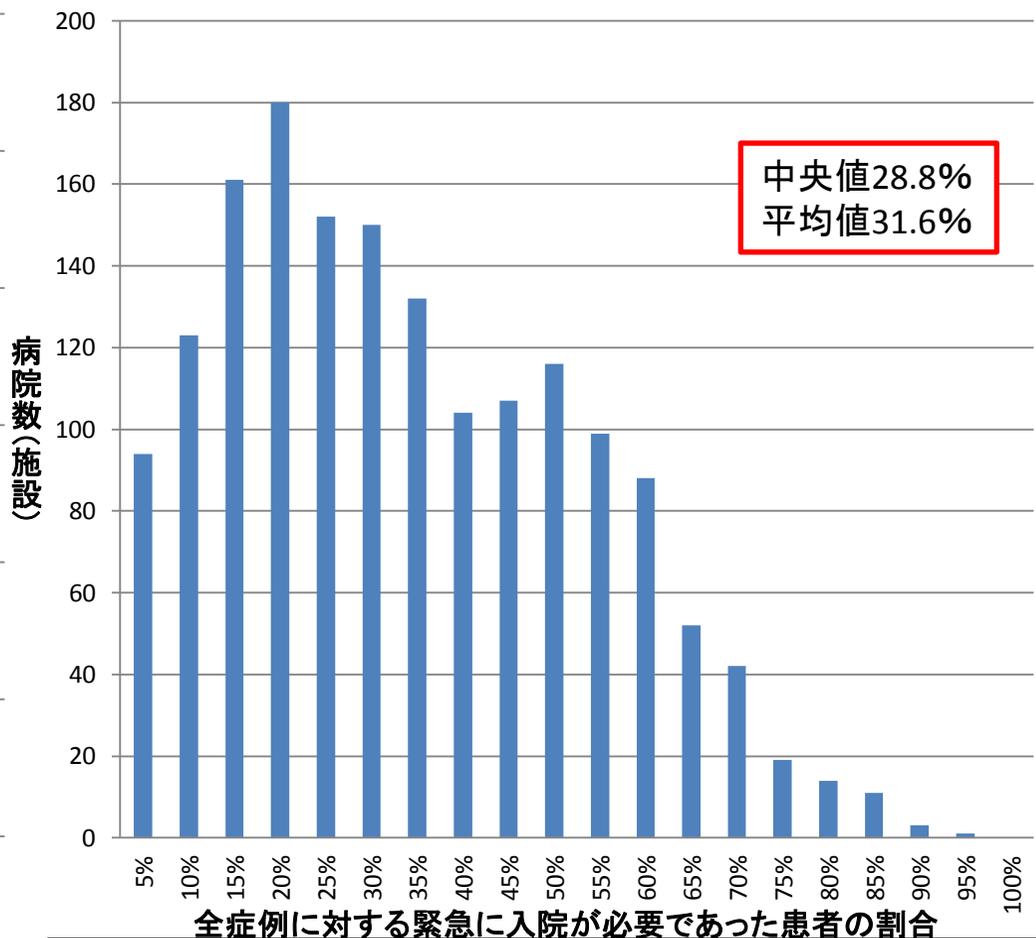
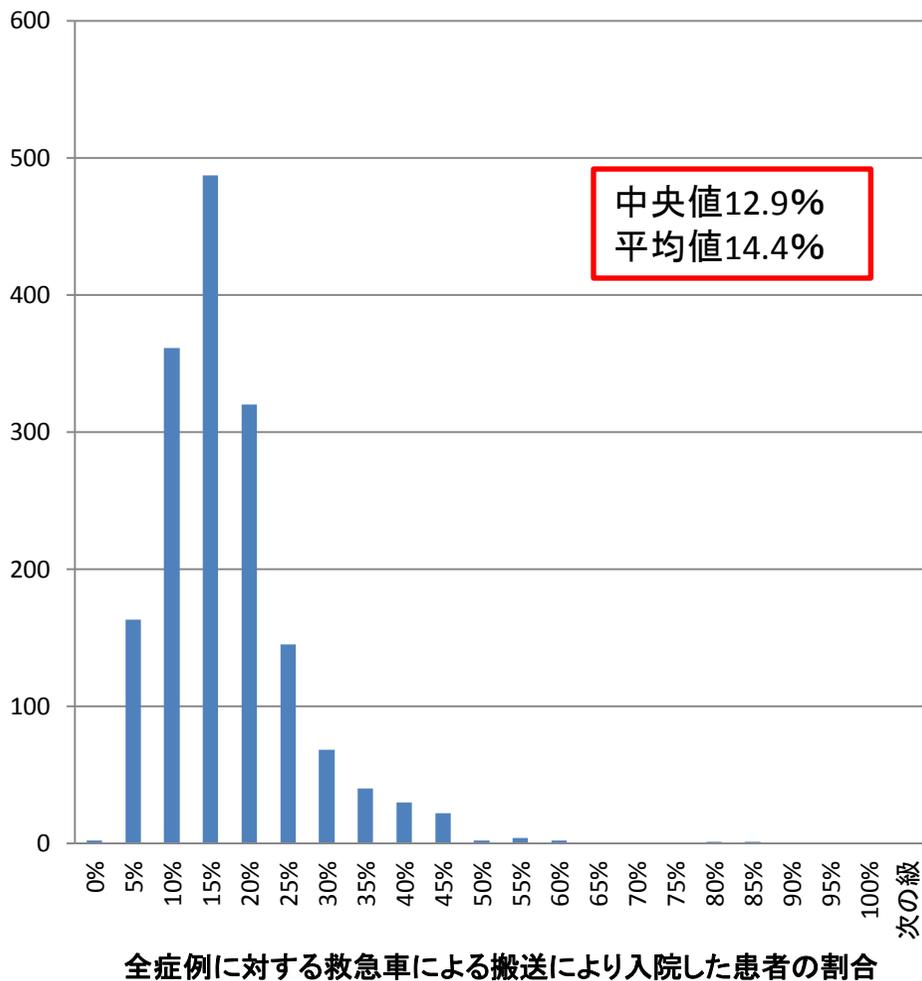


# DPC病院における「救急車による搬送患者」「緊急入院患者」の割合

○ 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。

