

平成24年12月13日(木)  
10時00分～12時00分  
中央合同庁舎第5号館18階  
厚生労働省専用第22会議室

## 第2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

### ○ 医療機能の具体的な内容について

#### (配布資料)

資料1 病棟単位でみた一般病床の現状について

資料2 前回の検討会における主な構成員意見と具体的な論点

参考資料

#### (構成員提出資料)

相澤構成員提出資料

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構成員名簿

氏名	所属
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
◎ 座長	

# 病棟単位でみた一般病床の現状について

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。

### 1 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。

### 2 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8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。

### 3 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。

### 4 療養病床

病院又は診療所の病床のうち、前3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。

### 5 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。

# 1. 診療報酬改定結果検証に係る特別調査 (平成21年度中医協調査)

## 基本データ

- 次ページ以降のデータは、診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年度調査)のうち、下記の報告書から作成している。
  - ① 7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査報告書
  - ② 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査報告書  
※各調査とも平成21年8月に実施
  
- 調査対象は、下記の病院から無作為抽出した計3,500施設。(ただし、亜急性期入院管理料の届出病院(1,174施設)及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病院(1,011施設)は、全数を対象)
  - ・ 急性期入院医療を行う医療機関として、一般病棟入院基本料の7対1及び10対1の届出病院
  - ・ 急性期治療を経過した患者に対し医療を提供している医療機関として、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病院

※なお、回収率は、7対1入院基本料算定病院は38.9%(413件)、10対1入院基本料算定病院は26.8%(507件)。
  
- 調査対象病院の一般病棟、亜急性期病室、回復期リハ病棟を対象に「病棟調査」を実施。
  - ※ 一般病棟については、重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合の高い病棟及び低い病棟より各3病棟を選択し、計6病棟を調査対象。なお、この調査において、一般病棟とは「一般病棟入院基本料を算定している病床(特定入院料、短期滞在手術基本料が算定可能な病棟・病室を除く)」を指す。
  - ※ なお、有効回答数は、7対1病棟は1725件、10対1病棟は1,142件。亜急性期病室は395件、回復期リハ病棟は652件。

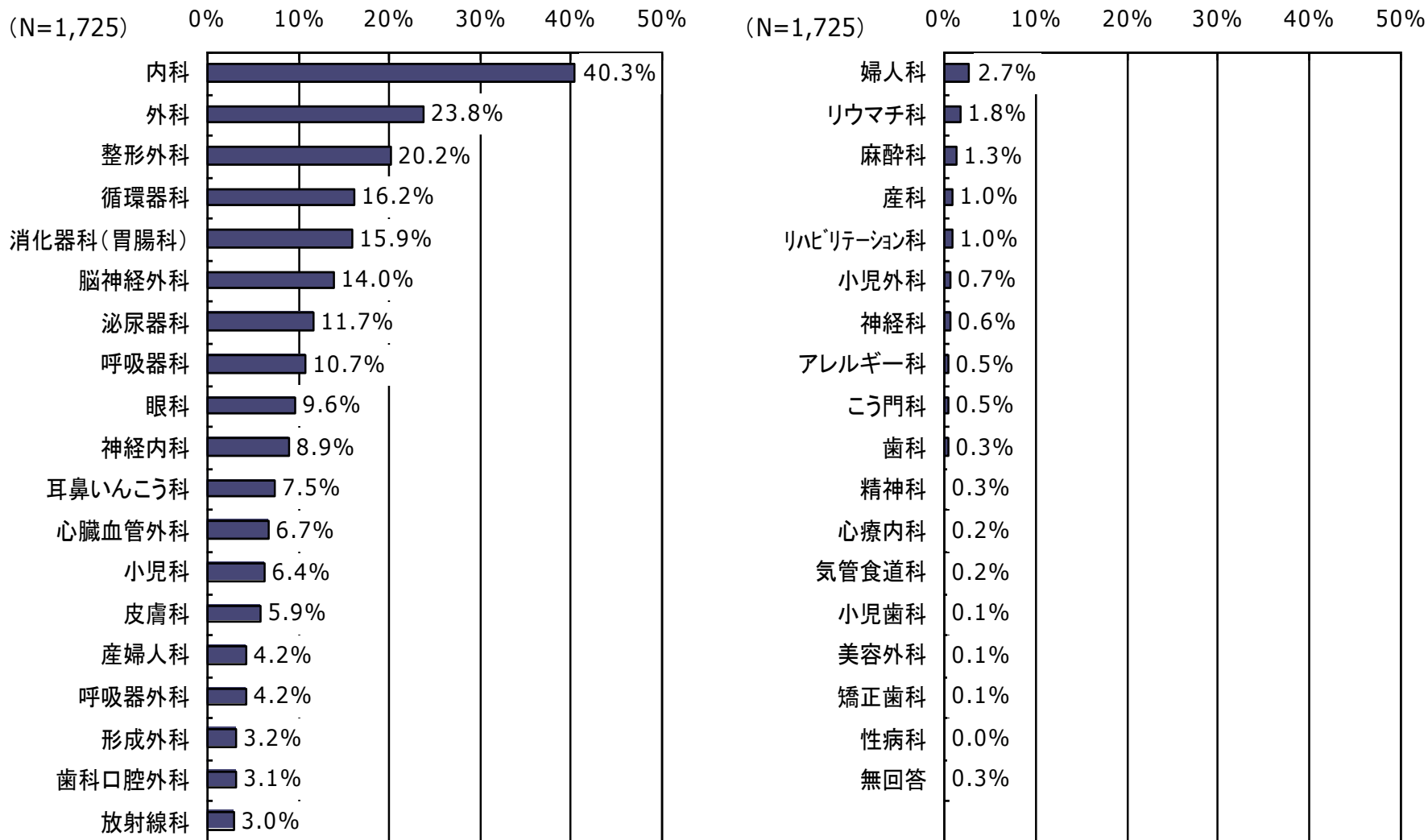
## ①病棟毎の状況

診療科目、1病棟当たり病床数、  
平均在院日数、病床利用率

# 一般病棟（7対1）の診療科目の状況

○ 7対1入院基本料算定病棟の診療科目についてみると、「内科」40.3%が最も多く、次いで「外科」23.8%、「整形外科」20.2%などとなっている

## 病棟の診療科目 [3つまで選択可]

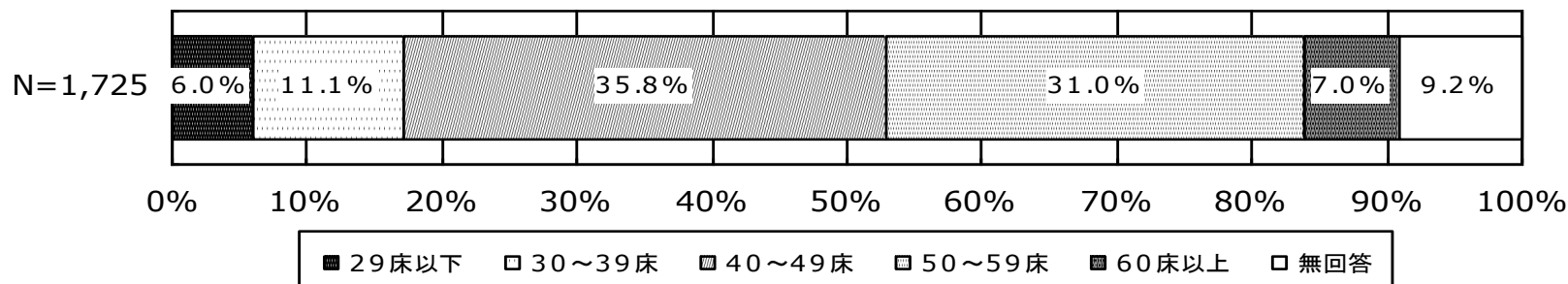




# 一般病棟（7対1）の1病棟当たりの病床数

○ 7対1入院基本料算定病棟の1病棟当たりの病床数についてみると、平均46.5床であり、病床数別の病棟数の構成をみると、「40～49床」35.8%が最も多く、次いで「50～59床」31.0%、「30～39床」11.1%などとなっている。

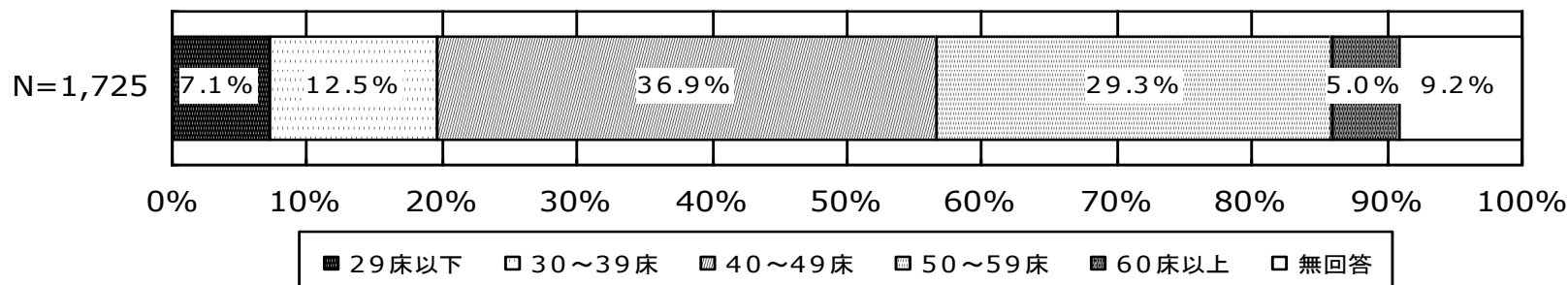
## 1病棟当たりの病床数



平均46.5床

注：感染症病床含む

## 1病棟当たりの一般病床数



平均45.3床

(参考)10対1入院基本料算定病棟

1病棟当たりの病床数・・・平均49.7床(うち、一般病床 平均47.5床)

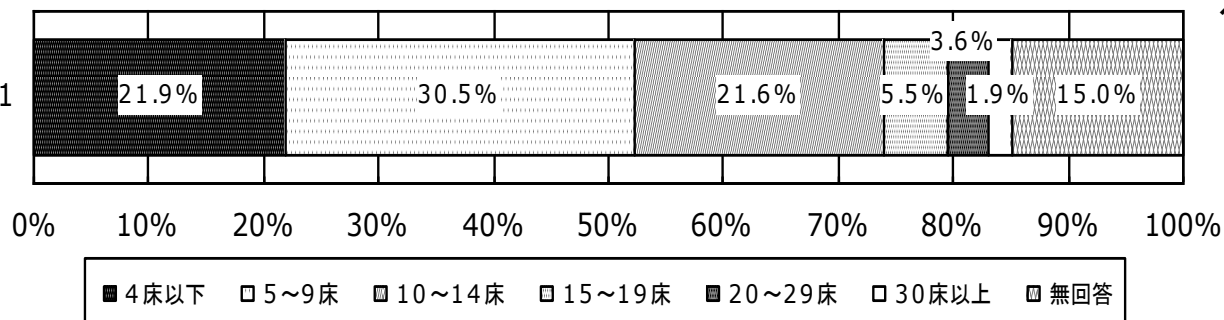
注：診療報酬上、病棟の概念は、看護体制の1単位をもって取り扱うものとされており、1病棟当たりの病床数については、原則として60床以下を標準とされている。

# 1 病棟当たりの亜急性期入院医療管理料届出病床数

- 1病棟当たり亜急性期入院医療管理料届出病床数についてみると、亜急性期入院医療管理料1を算定している病棟では、平均9.2床であり、届出病床数別の病棟数の構成をみると、「5～9床」30.5%が最も多く、次いで「4床以下」21.9%、「10～14床」21.6%となっている。
- 亜急性期入院医療管理料2を算定している病棟では、平均13.5床であり、届出病床数別の病棟数の構成をみると、「5～9床」29.4%が最も多く、次いで「10～14床」14.7%、「15～19床」及び「20～29床」11.8%となっている。

亜急性期入院医療管理料1

N=361



平均9.2床

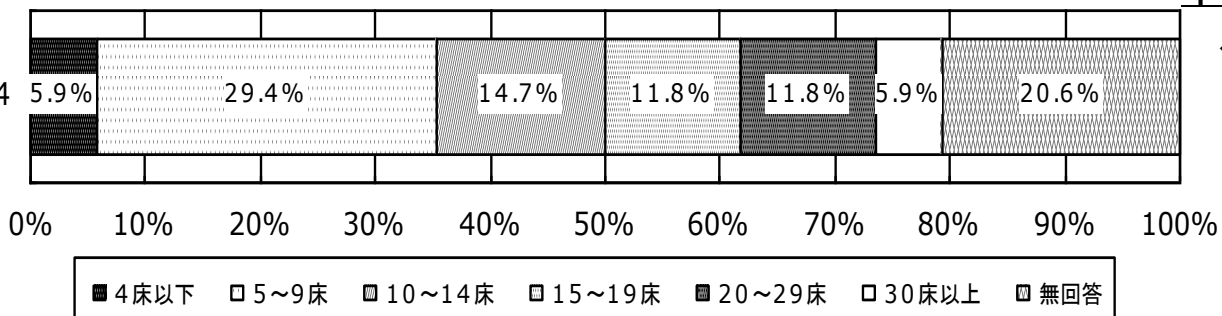
／42.6床 (1病棟当たり病床数)

注：調査実施時点で当該管理料が対象とするのは、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者。

また、病床数は、当該医療機関の有する一般病床の数の1割(一般病床の数が400床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床未満の病院にあっては10床)以下とされていた。

亜急性期入院医療管理料2

N=34



平均13.5床

／33.4床 (1病棟当たり病床数)

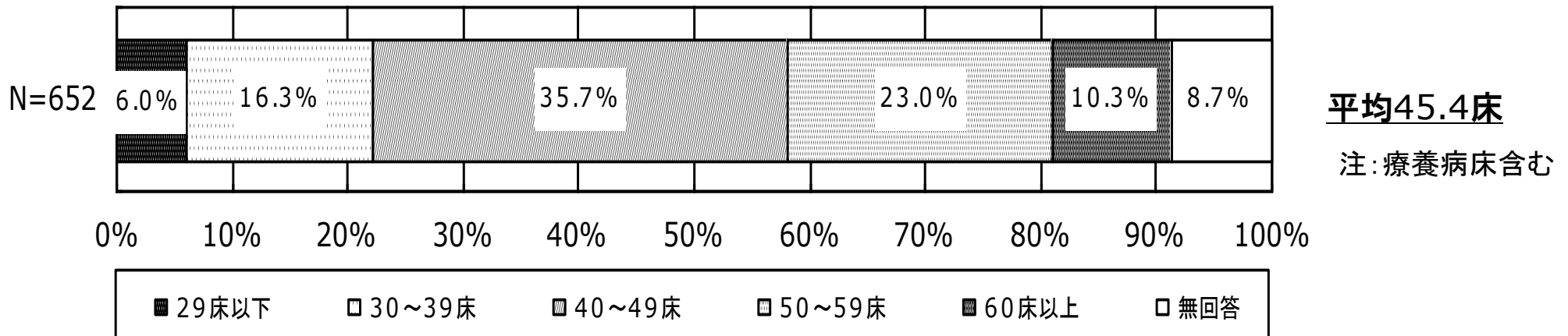
注：調査実施時点で当該管理料が対象とするのは、急性期治療を経過した患者。

病床数は、当該医療機関の有する一般病床の数の3割(一般病床の数が100床未満の病院にあっては30床)以下とされていた。

# 回復期リハビリテーション病棟入院料算定している 1病棟当たりの病床数

○ 1病棟当たりの病床数は平均45.4床であり、病床規模別の構成をみると「40～49床」35.7%が最も多く、次いで「50～59床」23.0%、「30～39床」16.3%となっている。

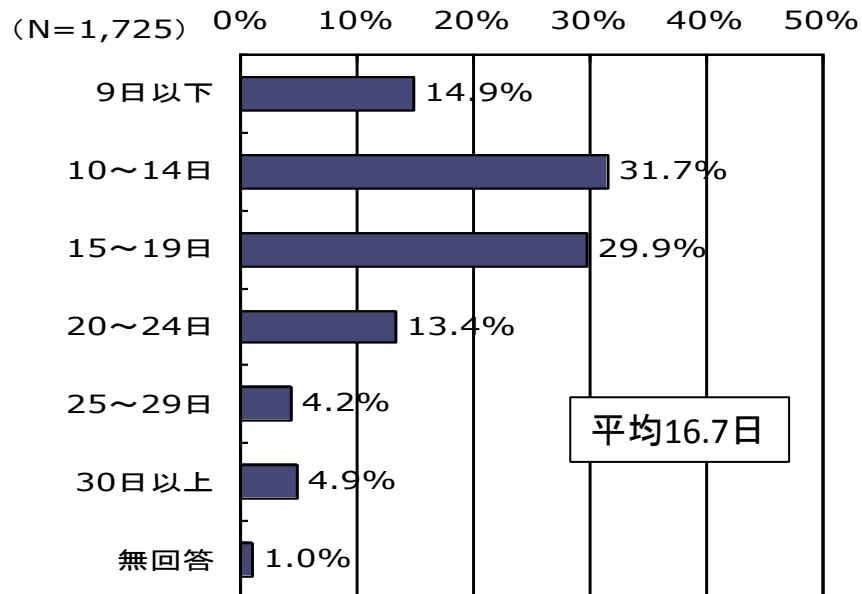
## 1病棟当たりの病床数



# 平均在院日数及び病床利用率（一般病棟・7対1）

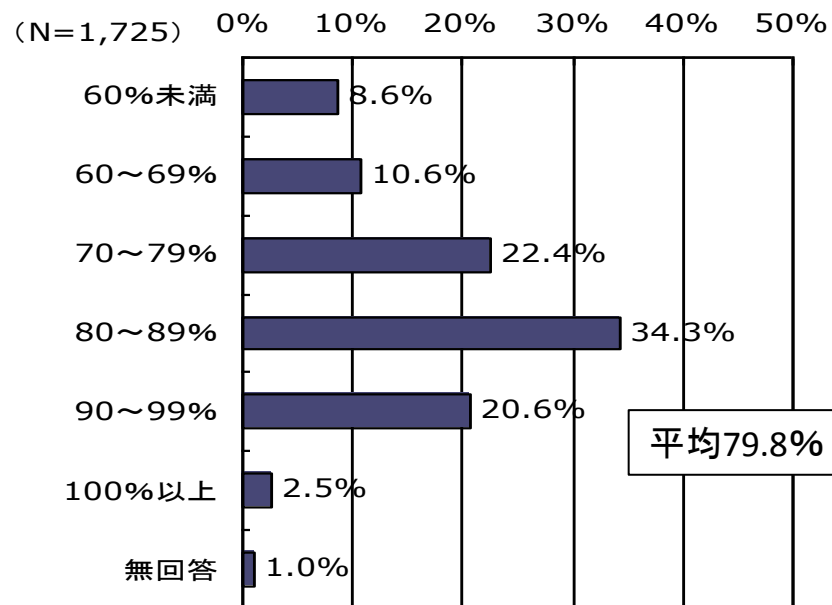
- 平均在院日数は1病棟当たり平均16.7日であり、平均在院日数別の病棟数の構成は、「10～14日」31.7%が最も多く、次いで「15～19日」29.9%、「9日以下」14.9%となっている。
- 病床利用率は1病棟当たり平均79.8%であり、病床利用率別の病棟数の構成は、「80～89%」34.3%が最も多く、次いで「70～79%」22.4%、「90～99%」20.6%となっている。

平均在院日数(7対1入院基本料算定)



※10対1入院基本料算定の場合は、平均19.4日

病床利用率(7対1入院基本料算定)

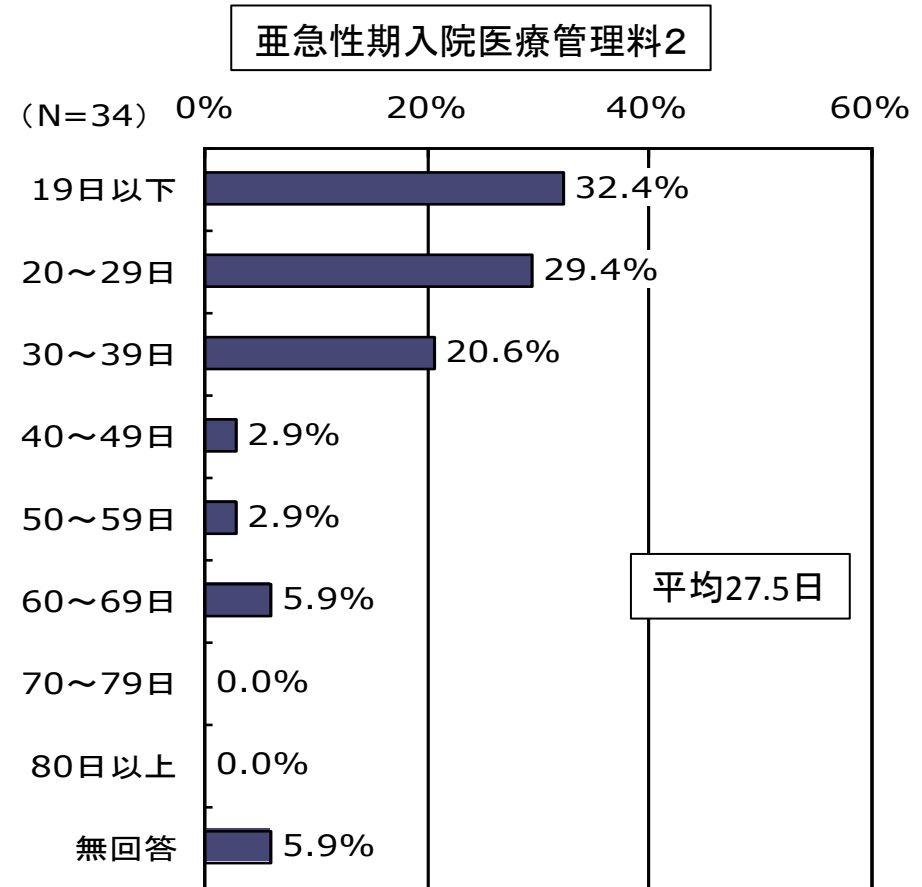
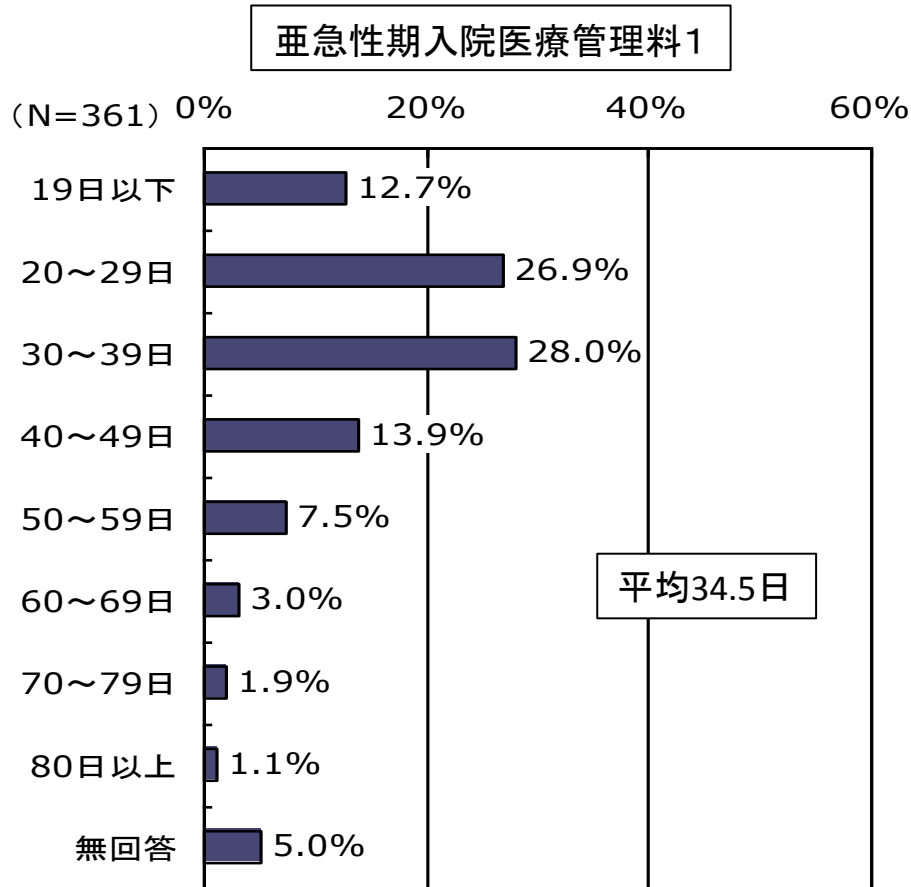


※10対1入院基本料算定の場合は、平均76.6%

注:調査実施時点での当該病棟(7対1)の平均在院日数は、19日以内とされていた。

# 亜急性期病室の平均在院日数

- 亜急性期入院医療管理料1の算定病室では、1病室当たり平均34.5日であり、平均在院日数別の病室数の構成は、「30～39日」28.0%が最も多く、次いで「20～29日」26.9%、「40～49日」13.9%となっている。
- 一方、亜急性期入院医療管理料2の算定病室では、1病室当たり平均27.5日であり、平均在院日数別の病室数の構成は、「19日以下」32.4%が最も多く、次いで「20～29日」29.4%、「30～39日」20.6%となっている。

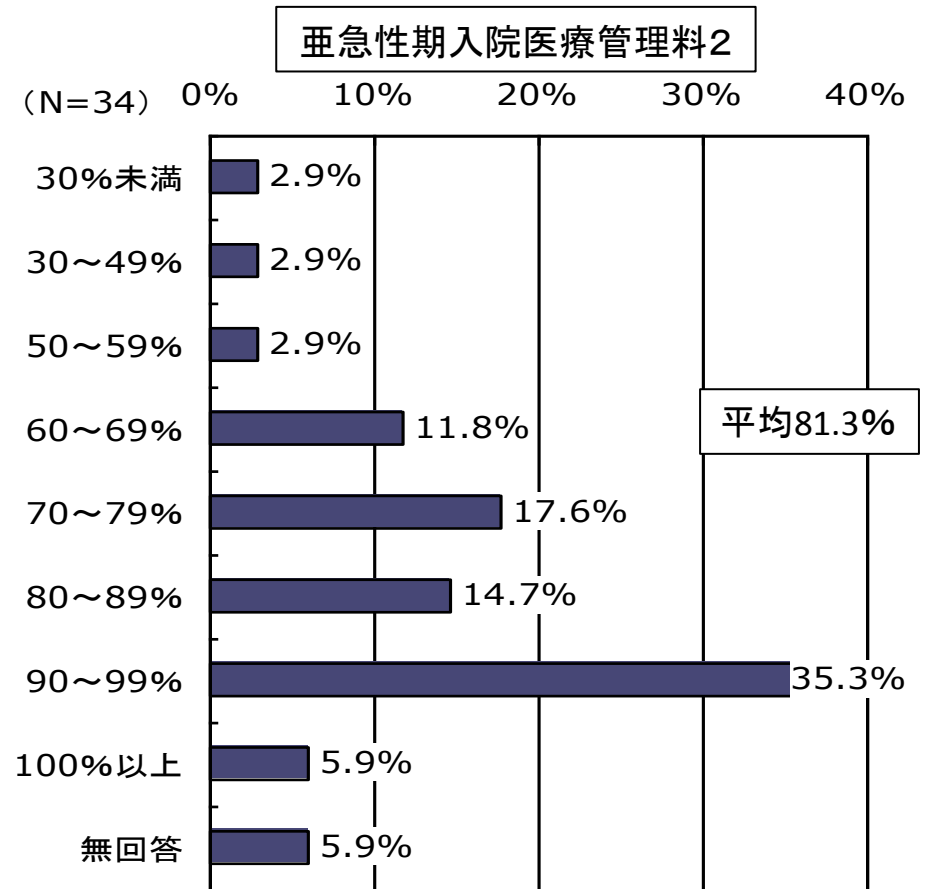
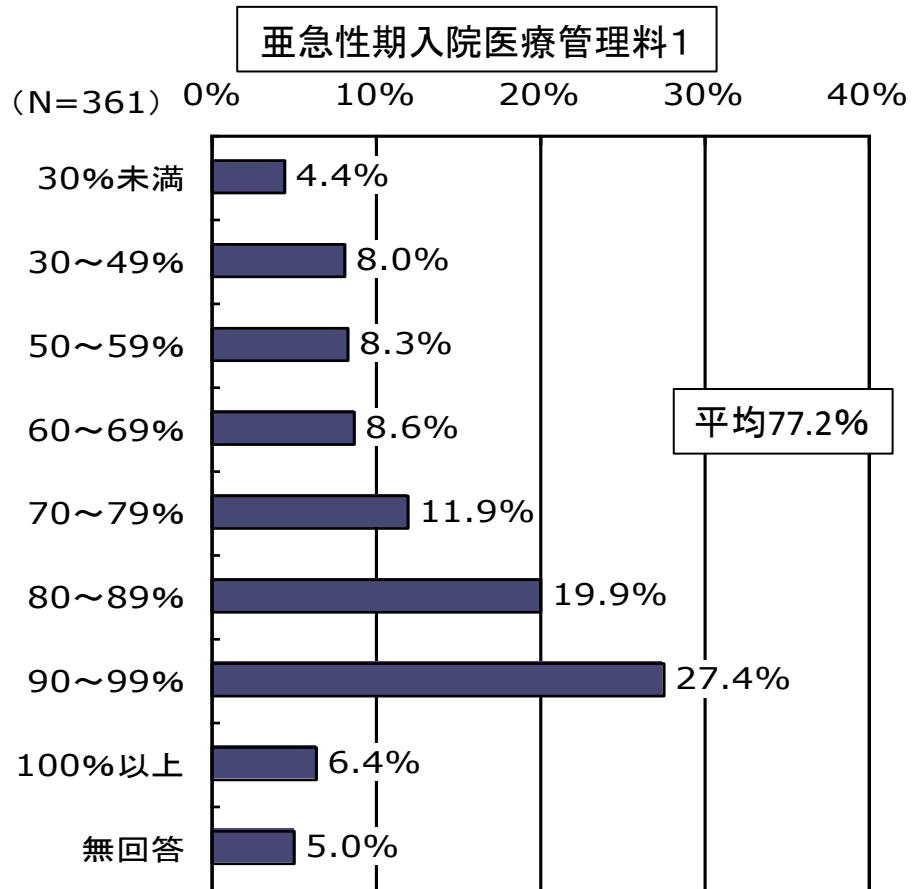


注:調査実施時点での当該管理料は、90日を限度として算定することとされていた。

注:調査実施時点での当該管理料は、60日を限度として算定することとされていた。

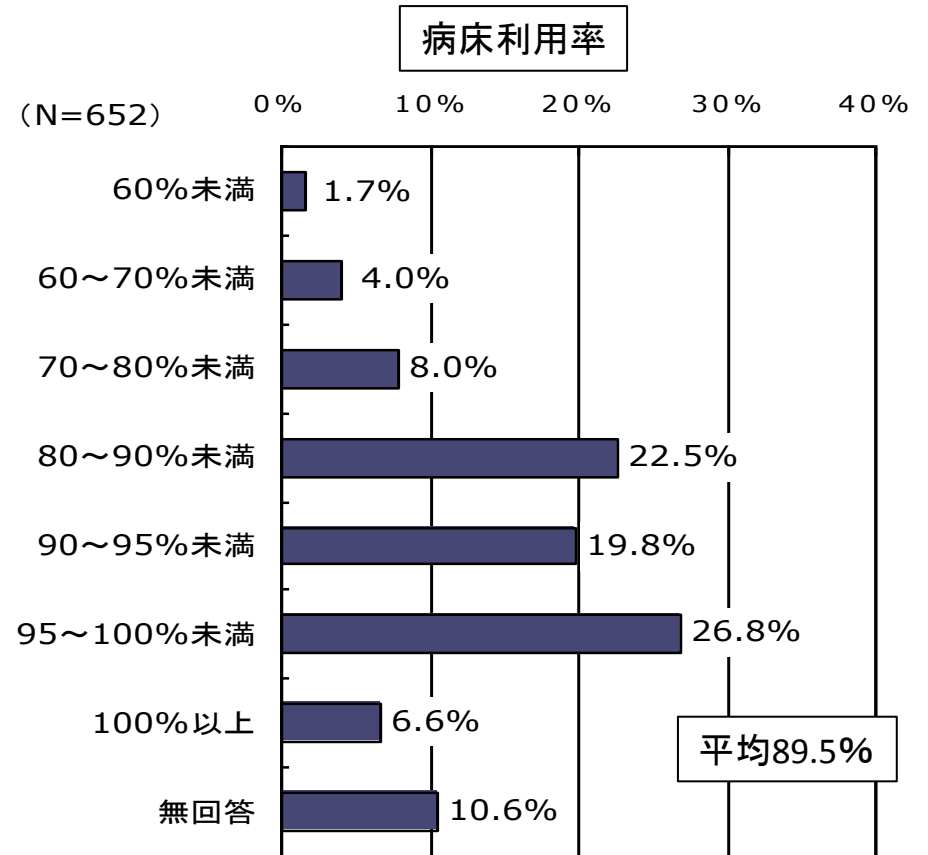
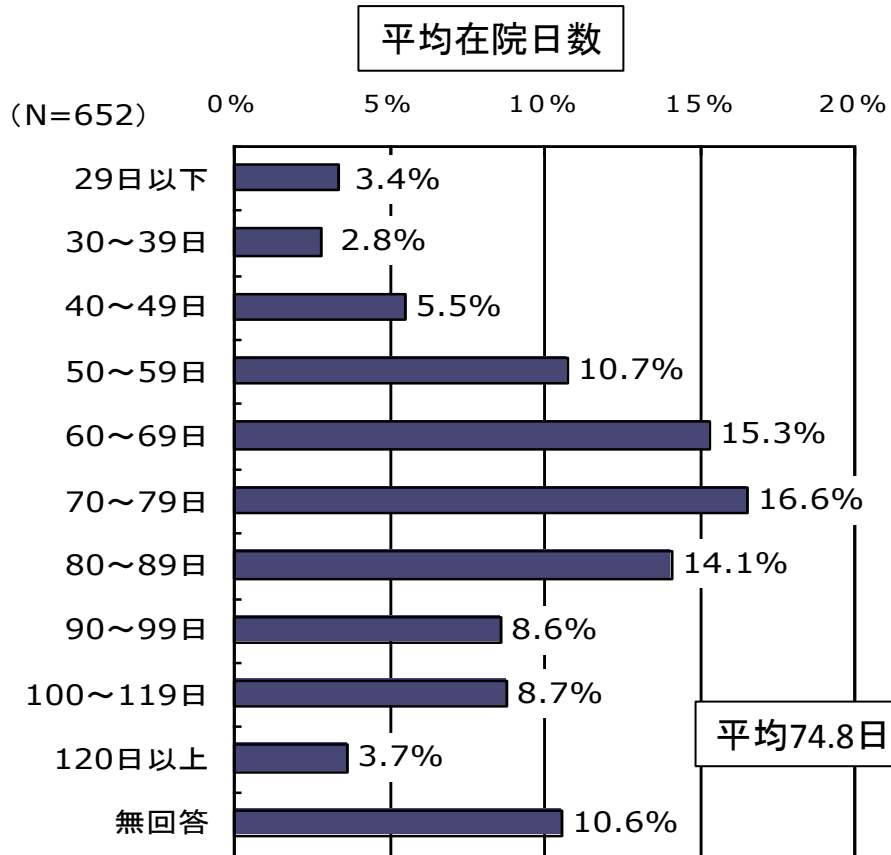
# 亜急性期病室の病床利用率

- 亜急性期入院医療管理料1の算定病室では、1病室当たり平均77.2%であり、病床利用率別の病室数の構成は、「90～99%」27.4%が最も多く、次いで「80～89%」19.9%、「70～79%」11.9%となっている。
- 一方、亜急性期入院医療管理料2の算定病室では、1病室当たり平均81.3%であり、平均在院日数別の病室数の構成は、「90～99%」35.3%が最も多く、次いで「70～79%」17.6%、「80～89%」14.7%となっている。



# 平均在院日数及び病床利用率 (回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟)

- 平均在院日数は1病棟当たり平均74.8日であり、平均在院日数別の病棟数の構成は、「70～79日」16.6%が最も多く、次いで「60～69日」15.3%、「80～89日」14.1%となっている。
- 病床利用率は1病棟当たり平均89.5%であり、病床利用率別の病棟数の構成は、「95～100%未満」26.8%が最も多く、次いで「80～90%未満」22.5%、「90～95%未満」19.8%となっている。



注: 当該入院料は、患者の状態により60～180日までの算定上限日数が設定されている。

## ②病棟毎の患者の状況



## 看護配置と入院患者の状態像について

- 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」は、以下のとおり「A モニタリング及び処置等」と「B 患者の状況等」の項目に分けられる。
- なお、一般病棟入院基本料の7対1入院基本料の施設基準には、以下の配点に基づき、同評価票によるA得点が2点以上、かつB得点が3点以上の基準を満たす患者を「1割以上入院させる病棟であること」という基準も盛り込まれている。

### 「A モニタリング及び処置等」の項目および配点

	0点	1点	2点
創傷処置	なし	あり	
血圧測定	0～4回	5回以上	
時間尿測定	なし	あり	
呼吸ケア	なし	あり	
点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
心電図モニター	なし	あり	
シリンジポンプの使用	なし	あり	
輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
専門的な治療・処置 <sup>注</sup>	なし		あり

注：専門的な治療・処置とは、①抗悪性腫瘍剤の使用、②麻薬注射薬の使用、③放射線治療、④免疫抑制剤の使用、⑤昇圧剤の使用、⑥抗不整脈剤の使用、⑦ドレナージの管理を指す。

### 「B 患者の状況等」の項目および配点

	0点	1点	2点
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

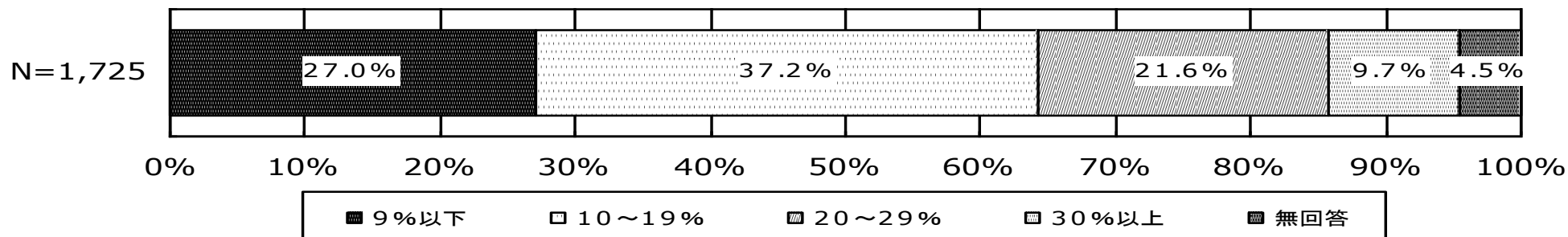
## 重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合（7対1病棟）

- 重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合についてみると、
- ・ 1病棟当たりの平均は17.6%であり、重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合別の施設数の構成は、「10～19%」37.2%が最も多く、次いで「9%以下」27.0%、「20～29%」21.6%となっている。

※「重症度・看護必要度の基準を満たす患者」とは、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者（産科及び小児科の患者を除く）をいう。

※病棟内の一般病棟入院基本料算定病床における状況であり、特定入院料の届出を行っている病室については除いている。

※7対1入院基本料算定病棟（平均17.6%）



注：調査実施時点での当該病棟（7対1）の看護必要度の基準を満たす患者の割合は1割以上とされていた。

# 重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合別の50床当たり看護職員数

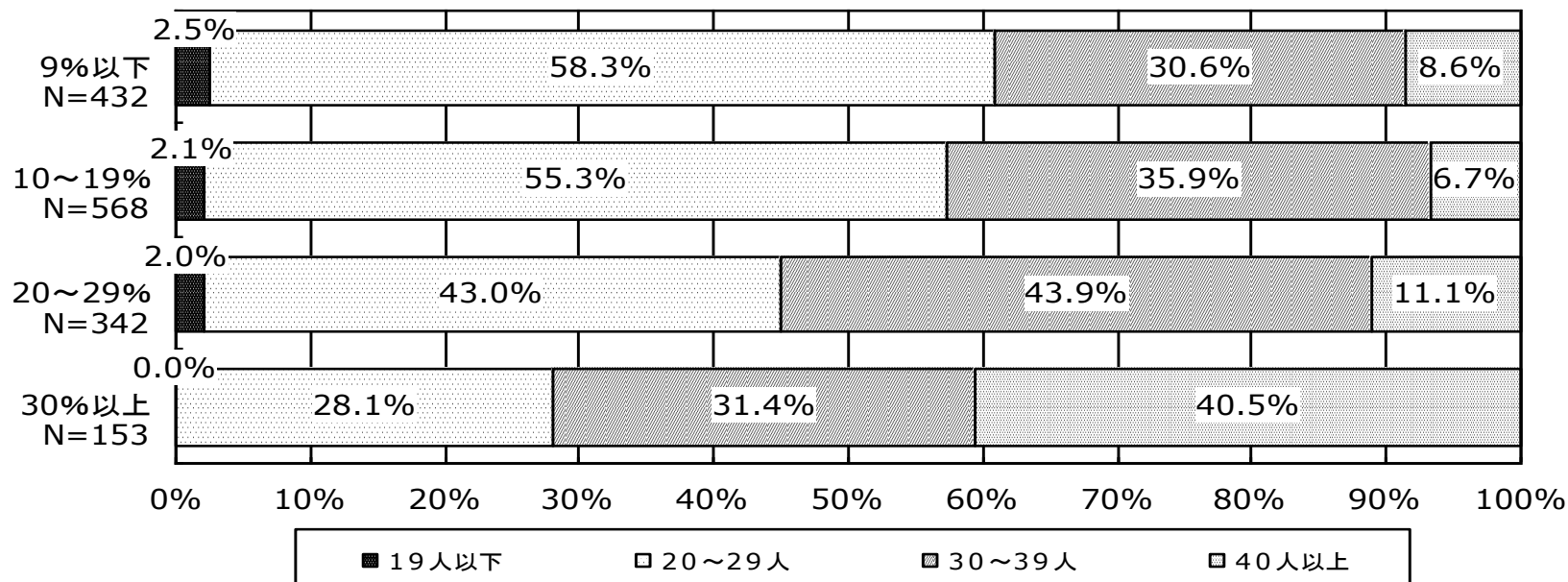
○ 50床当たりの看護職員数について、重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合別にみると、重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が高くなるほど、看護職員数の少ない病棟の割合が減少し、看護職員数の多い病棟の割合が増加する傾向にある。

※ 50床当たりの看護職員(看護師・准看護師)は常勤換算人数

※ 病棟内の一般病棟入院基本料算定病床における状況であり、特定入院料の届出を行っている病室については除いている。

※7対1入院基本料算定病棟

(N=1,495)



注:看護職員数は50床当たりの人数(なお、診療報酬上の看護配置は、入院患者数当たりの人数)

# 50床当たり看護職員数別の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合

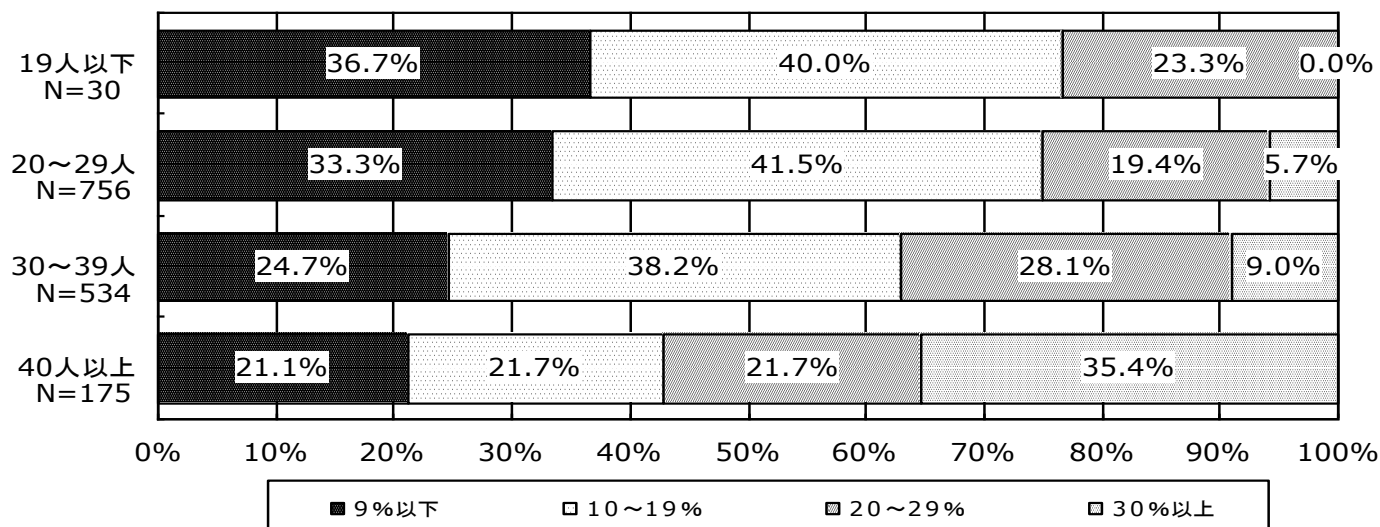
○ 重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、50床当たりの看護職員数別にみると、看護職員数が増加するほど、重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合の少ない病棟の割合は減少し、その割合の多い病棟の割合は増加する傾向にある。

※ 50床当たりの看護職員(看護師・准看護師)は常勤換算人数

※ 病棟内の一般病棟入院基本料算定病床における状況であり、特定入院料の届出を行っている病室については除いている。

※7対1入院基本料算定病棟

(N=1,495)



・重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合

[19人以下] 平均13.8% (有効回答30病棟)      [20~29人] 平均14.9% (有効回答756病棟)

[30~39人] 平均17.5% (有効回答534病棟)      [40人以上] 平均30.9% (有効回答175病棟)

# 重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が高い病棟・低い病棟の特徴 (7対1入院基本料算定病棟)

○ 院内の他病棟と比較した場合に「重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が高い傾向にある」と回答した病棟について、その理由についてみると、「転科・転棟が多い」63.0%が最も多く、次いで「検査が多い」56.9%、「手術が多い」47.5%となっている。

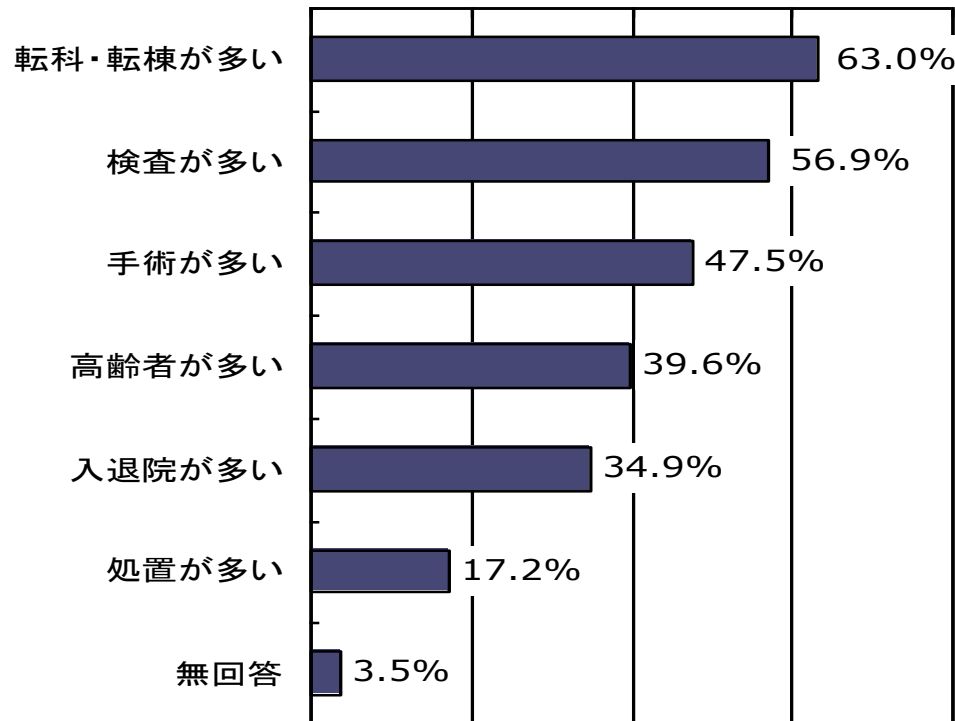
○ 一方、「割合が低い傾向にある」と回答した病棟について、その理由についてみると、「手術が少ない」41.9%が最も多く、次いで「入退院が少ない」38.1%、「転科・転棟が少ない」37.3%となっている。

※ 病棟内の一般病棟入院基本料算定病床における状況であり、特定入院料の届出を行っている病室については除いている。

割合が高い傾向にある理由

(N=714)

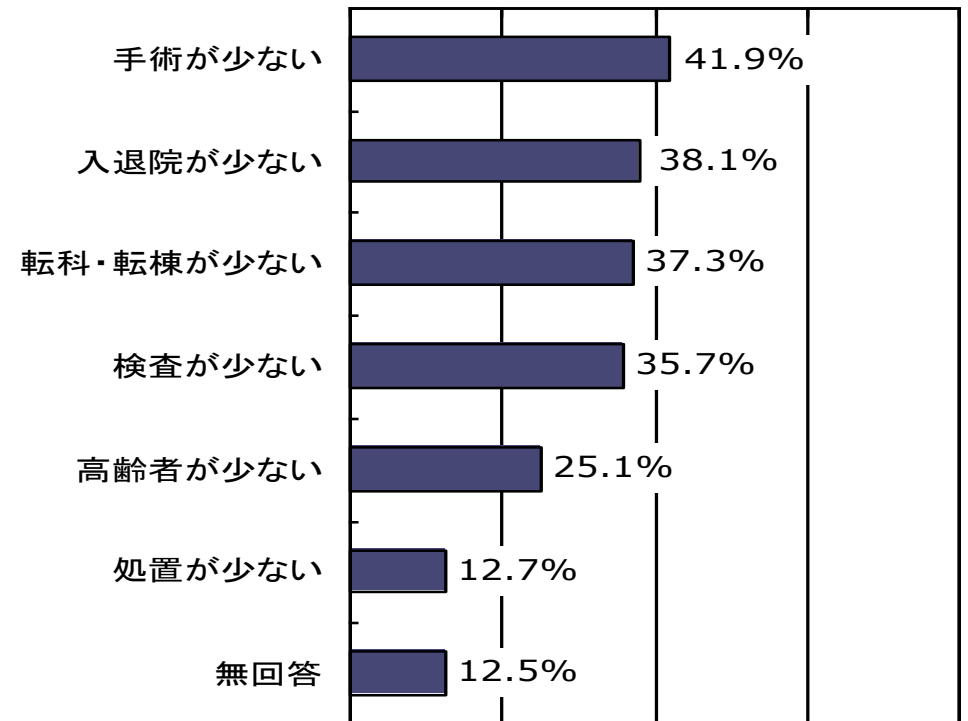
0% 20% 40% 60% 80%



割合が低い傾向にある理由

(N=577)

0% 20% 40% 60% 80%



## 2. 急性期医療の機能分化と急性期病院の あり方に関する調査研究 報告書 (健保連事業)

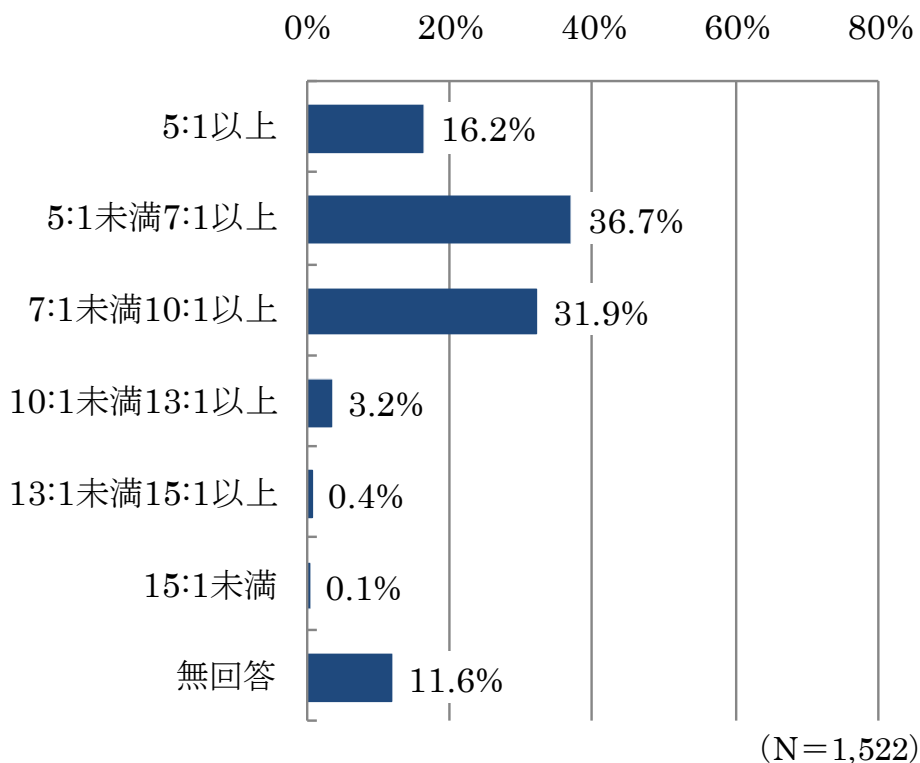
## 基本データ

- 本データは、平成23年6月に健康保険組合連合会から公表された「医療保障総合政策調査・研究基金事業 急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査研究 報告書」から作成している。
- 急性期・亜急性期入院医療を提供している病院から無作為に抽出・選定した1,833病院を対象。なお、調査時点は平成22年11月1日現在。
- アンケート調査票は施設票が261件(回収率14.2%)、退棟患者票は脳梗塞534件、急性心筋梗塞391件の回収があり、一般病棟について1522病棟分の情報を収集した。
- 回答のあった一般病棟のうち、63.6%が「7対1入院基本料(一般病棟)」、34.9%が「10対1入院基本料(一般病棟)」となっている。
- なお、この調査において、一般病棟とは「一般病棟入院基本料を算定している病床(特定入院料、短期滞在手術基本料が算定可能な病棟・病室を除く)」を指す。
- 以下に掲げる調査結果は、病棟毎に集計されたもの。

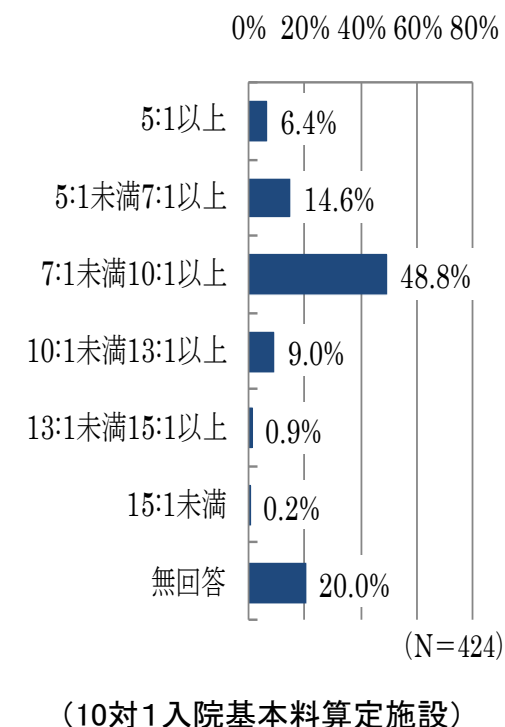
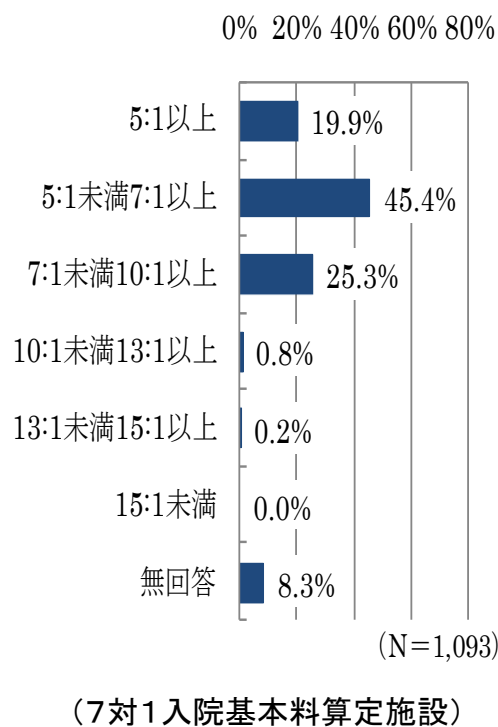
# 一般病棟ごとの看護職員の配置状況について

○ 各一般病棟における看護職員の配置状況をみると、16.2%が「5:1以上」の看護配置の病棟、36.7%が「5:1未満7:1以上」の看護配置の病棟、31.9%が「7:1未満10:1以上」の看護配置となっている。

一般病棟における看護職員配置の状況



(参考)



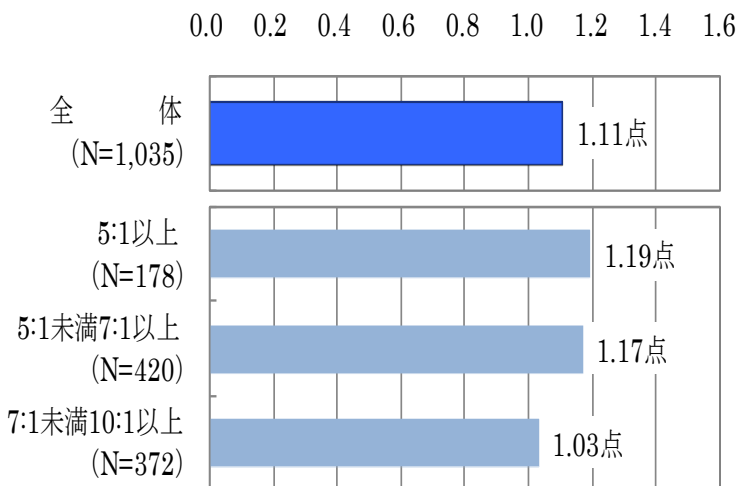


# 病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均A得点

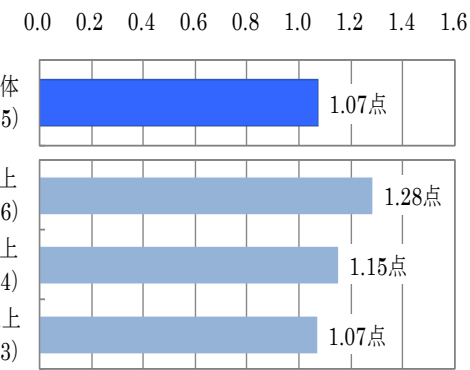
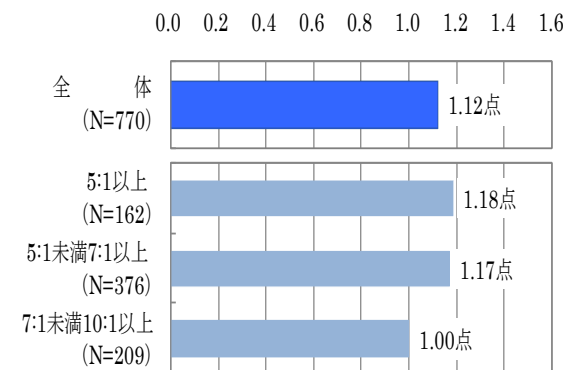
- 一般病棟における「A モニタリング及び処置等」の平均A得点をみると、入院患者1人当たり平均1.11点である。看護配置別にみると、5対1以上の看護配置の病棟が1.19点であり、7対1未満10対1以上の看護配置の病棟は1.03点である。
- なお、亜急性期入院医療管理料算定病室では入院患者1人当たり平均0.54点、回復期リハビリテーション病棟入院料では入院患者1人当たり平均0.08点である。

病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均A得点

## 一般病棟全体



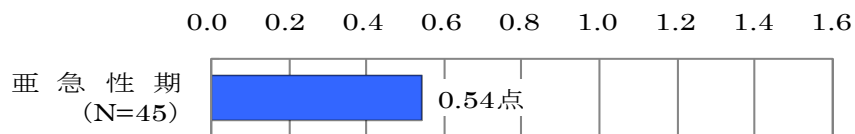
(参考)



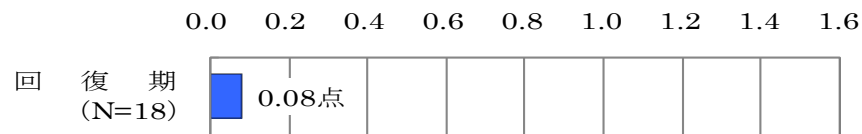
(7対1入院基本料算定施設(一般病棟))

(10対1入院基本料算定施設(一般病棟))

## 亜急性期病室



## 回復期リハビリテーション病棟



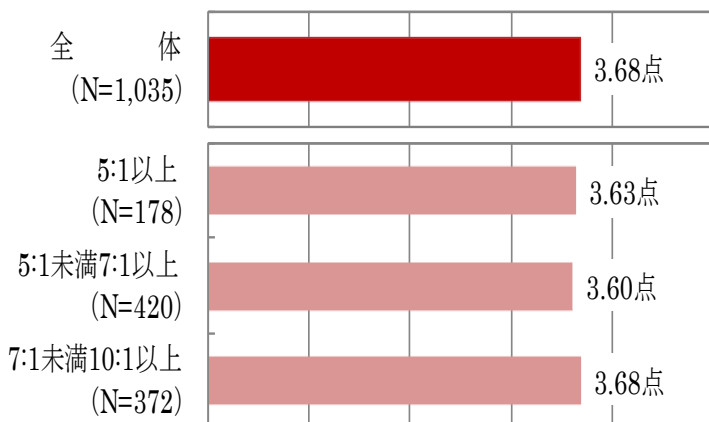
# 病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均B得点

- 一般病棟における「B患者の状況等」の平均B得点についてみると、入院患者1人当たり平均3.68点となっている。看護配置別にみても、得点に大きな違いはない。
- なお、亜急性期入院医療管理料算定病室では入院患者1人当たり平均3.80点、回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟では入院患者1人当たり平均3.42点である。

病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均B得点

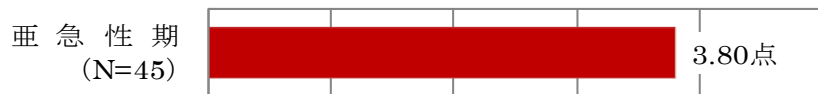
## 一般病棟全体

0.0 1.0 2.0 3.0 4.0 5.0



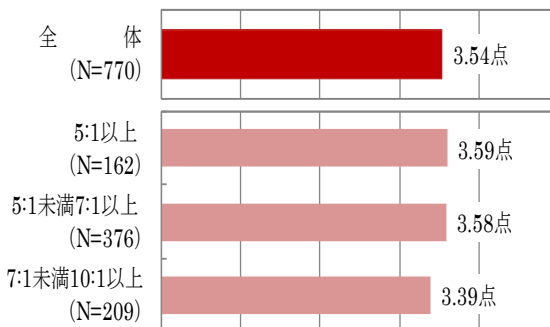
## 亜急性期病室

0.0 1.0 2.0 3.0 4.0 5.0



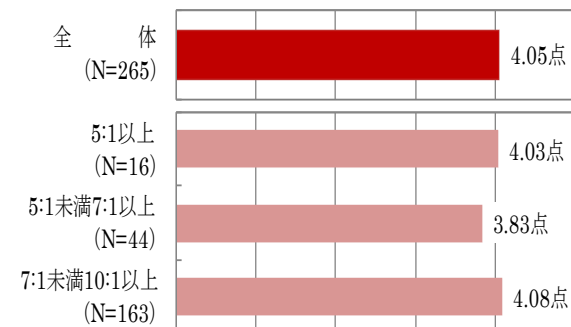
## (参考)

0.0 1.0 2.0 3.0 4.0 5.0



(7対1入院基本料算定施設(一般病棟))

0.0 1.0 2.0 3.0 4.0 5.0



(10対1入院基本料算定施設(一般病棟))

## 回復期リハビリテーション病棟

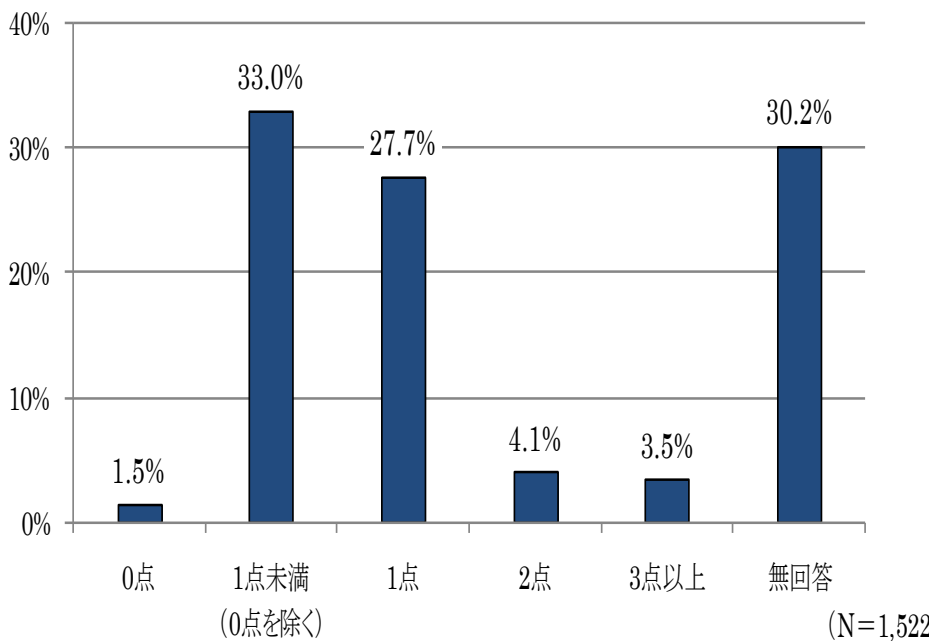
0.0 1.0 2.0 3.0 4.0 5.0



# 入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布

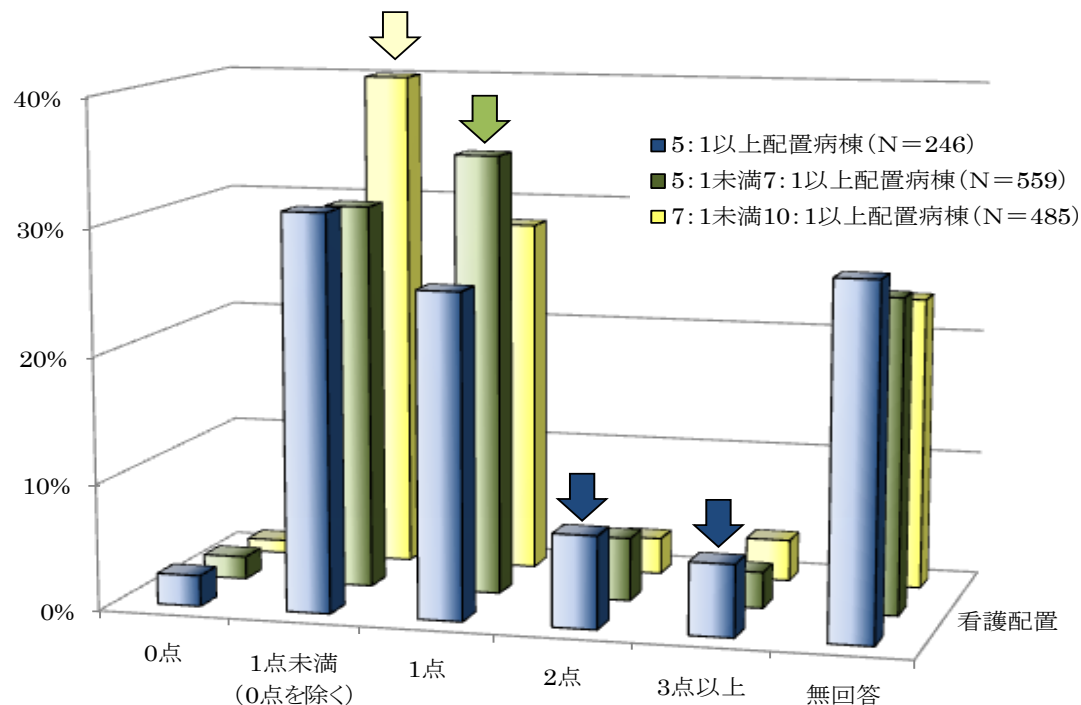
○ 各一般病棟の入院患者1人当たり平均A得点別の分布をみると、「1点未満(0点を除く)」33.0%、「1点」27.7%、「2点」4.1%、「3点」3.5%などとなっており、看護配置別に比較すると「5:1以上」の配置の病棟では「3点以上」と「2点」の割合が多く、「5:1未満7:1以上」の配置の病棟では「1点」の割合、「7:1未満10:1以上」の配置の病棟では「1点未満(0点を除く)」の割合が多くなっている。

入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布



一般病棟における平均A得点

看護職員配置別・入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布

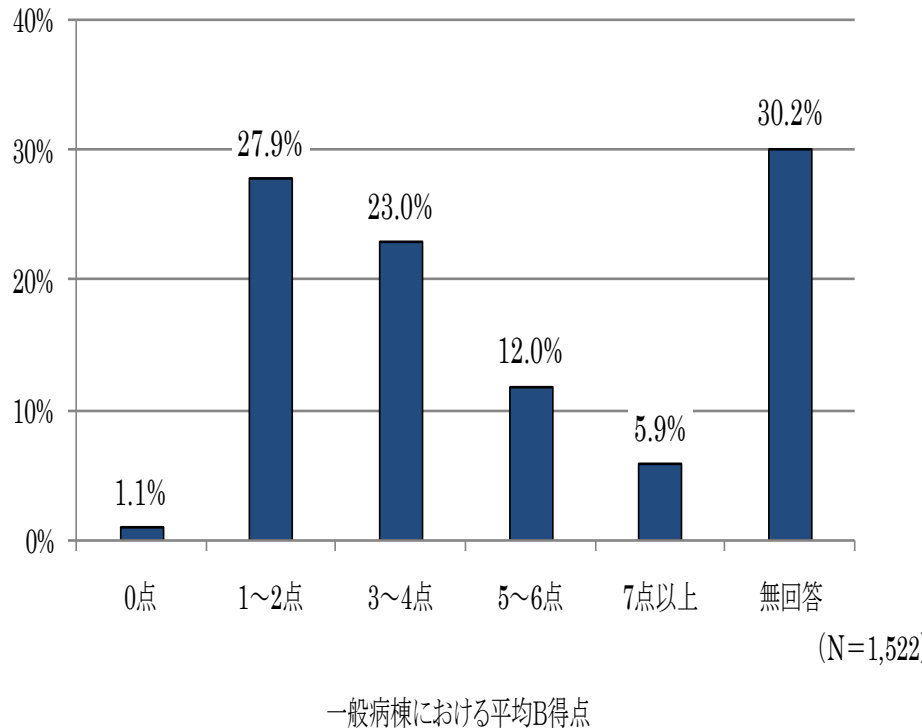


一般病棟における平均A得点

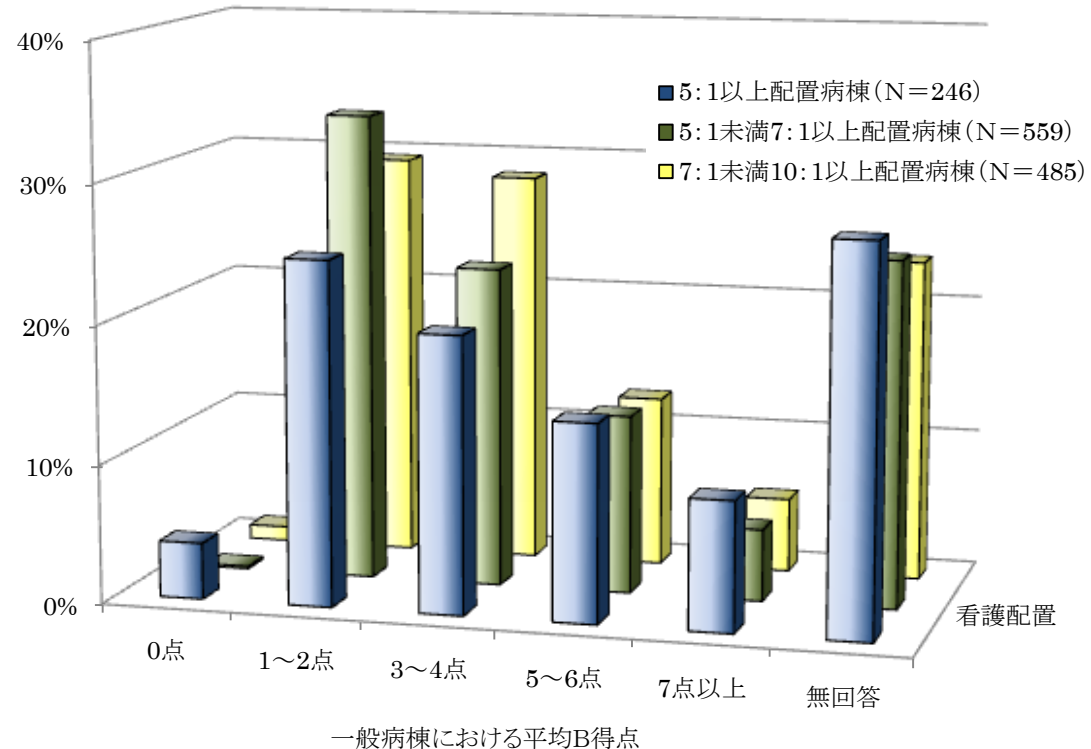
# 入院患者1人当たり平均B得点別の一般病棟の分布

○ 入院患者1人当たり平均B得点の分布をみると、「1～2点」27.9%、「3～4点」23.0%、「5～6点」12.0%などとなっている。なお、看護配置別に比較して一定の傾向はみられない。

入院患者1人当たり平均B得点別の一般病棟の分布



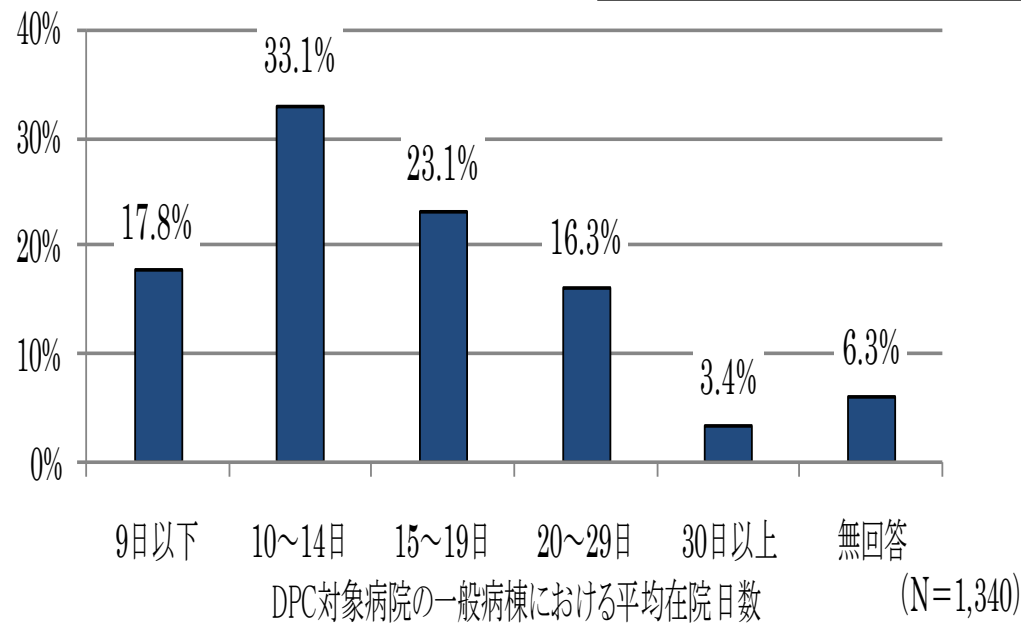
看護職員配置別・入院患者1人当たり平均B得点別の一般病棟の分布



# 一般病棟における平均在院日数別の分布

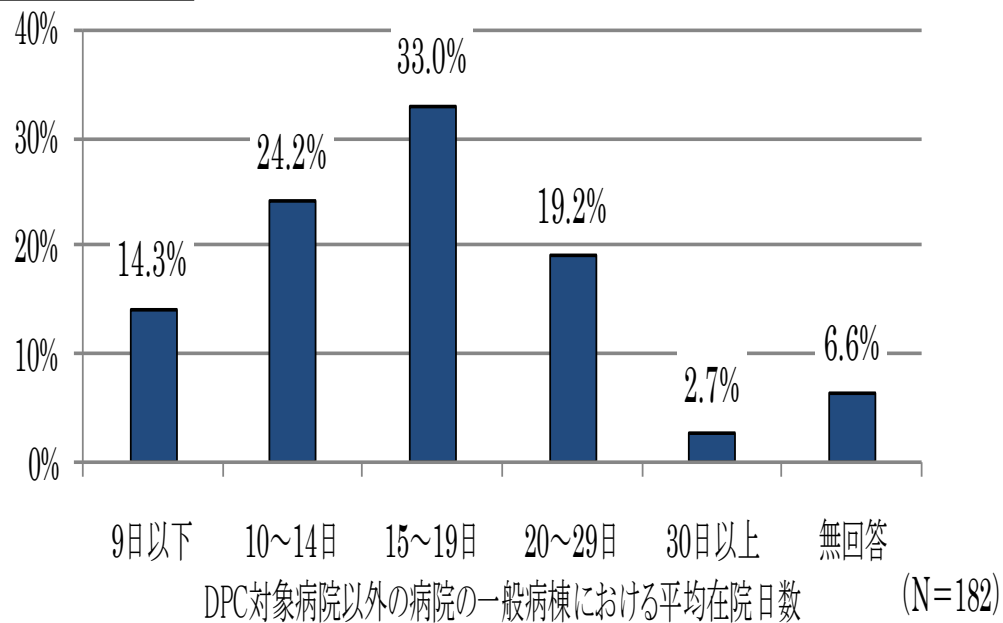
- 一般病棟について平均在院日数別の分布をみると、
  - ・ DPC対象病院では「10～14日」33.1%が最も多く、次いで「15～19日」23.1%、「9日以下」17.8%となっており、
  - ・ DPC対象病院以外の病院では「15～19日」33.0%が最も多く、次いで「10～14日」24.2%、「20～29日」19.2%となっている。
- 平均在院日数の入院患者1人当たり平均をみると、
  - ・ DPC対象病院では平均16.1日、
  - ・ DPC対象病院以外の病院では平均17.2日である。

平均在院日数別の病棟・病室の分布



入院患者1人当たり平均 16.1日

※有効回答1,256病棟で集計

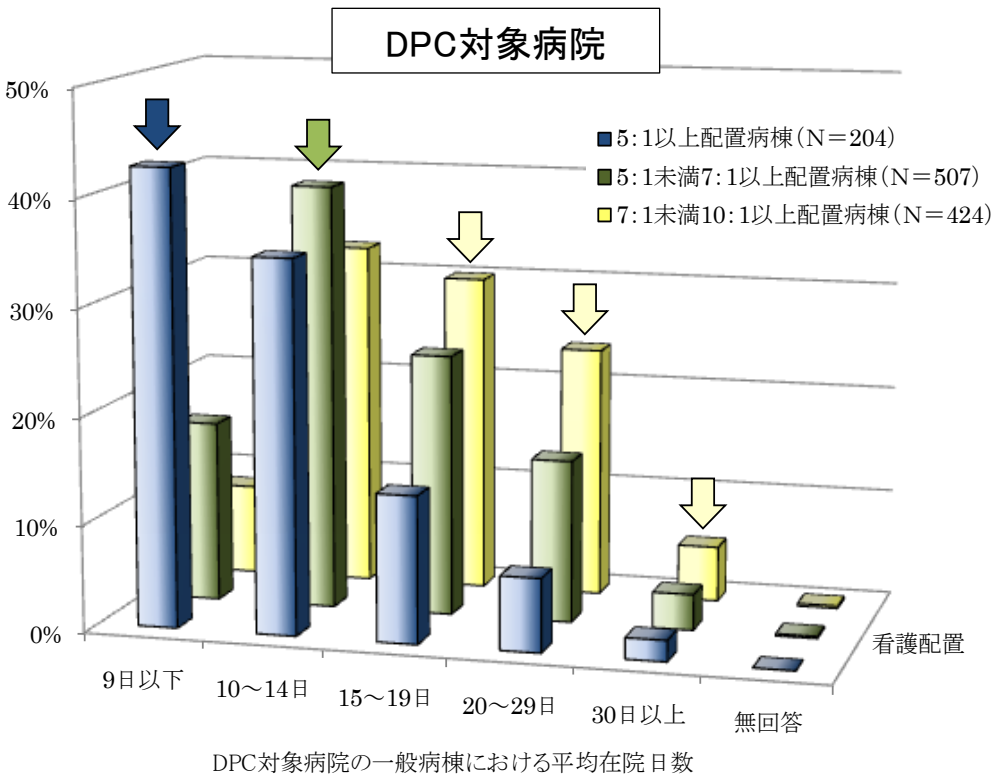


入院患者1人当たり平均 17.2日

※有効回答170病棟で集計

# 看護職員配置別・平均在院日数別の一般病棟の分布

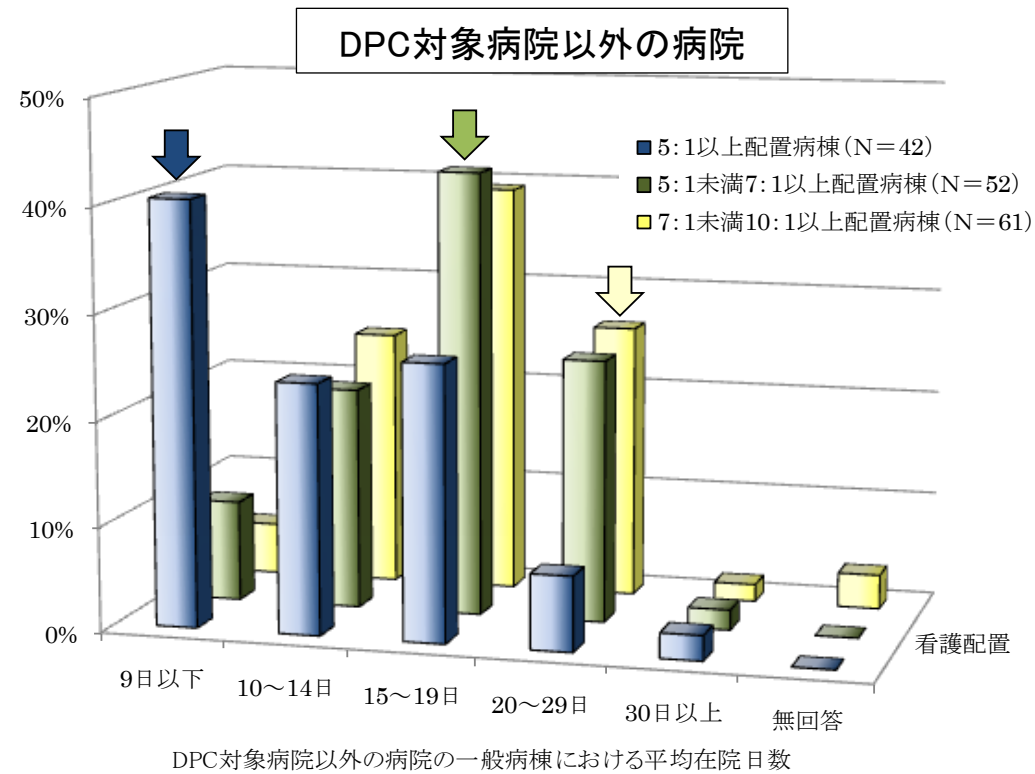
- DPC対象病院・DPC対象病院以外の病院ごとの一般病棟における平均在院日数別の分布について、看護配置別に比較すると、DPC対象病院・DPC対象病院以外のいずれにおいても、「5:1以上配置病棟」では「9日以下」の割合が多く、看護配置が低くなるにつれ平均在院日数の長い病棟の割合が増加し、「7:1未満10:1以上配置病棟」では「20～29日」などの割合が多くなっていた。
- 入院患者1人当たり平均在院日数についても、手厚い看護配置の病棟ほど、平均在院日数が短い傾向がみられた。



DPC対象病院の一般病棟における平均在院日数

入院患者1人当たり平均在院日数

- [5:1以上配置病棟] 平均12.2日 ※有効回答204病棟で集計
- [5:1未満7:1以上配置病棟] 平均15.5日 ※有効回答506病棟で集計
- [7:1未満10:1以上配置病棟] 平均17.5日 ※有効回答423病棟で集計



DPC対象病院以外の病院の一般病棟における平均在院日数

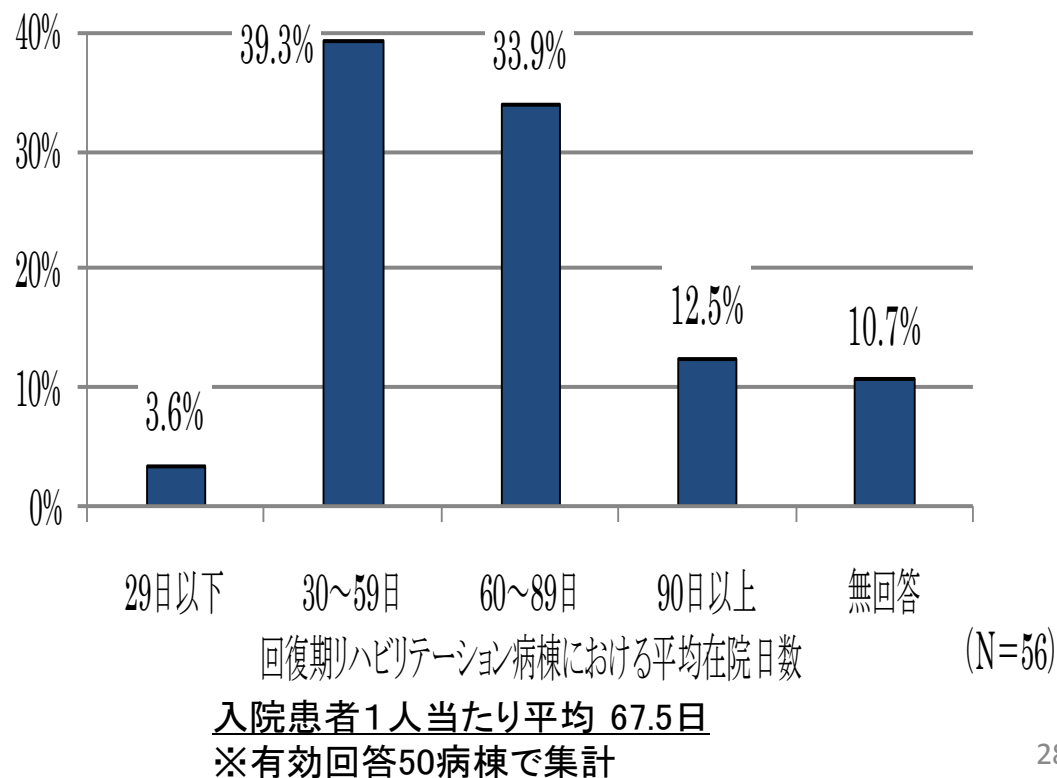
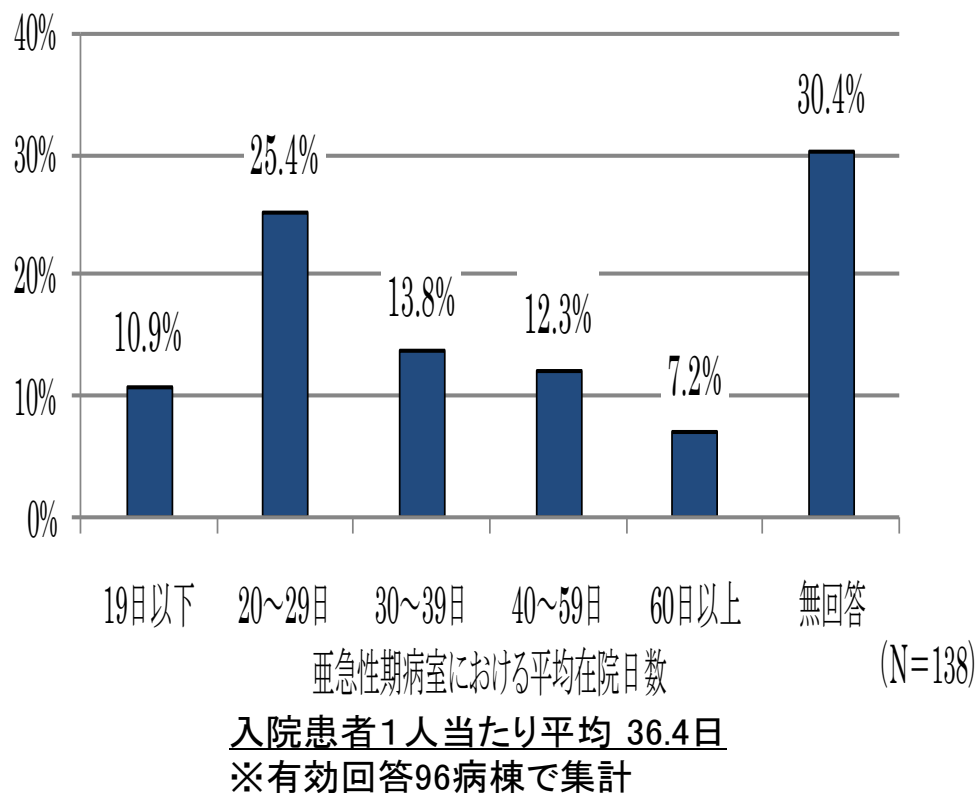
入院患者1人当たり平均在院日数

- [5:1以上配置病棟] 平均13.6日 ※有効回答42病棟で集計
- [5:1未満7:1以上配置病棟] 平均17.3日 ※有効回答52病棟で集計
- [7:1未満10:1以上配置病棟] 平均17.7日 ※有効回答59病棟で集計

## 亜急性期病室・回復期リハビリテーション病棟における 平均在院日数別の分布

- 亜急性期入院医療管理料算定病室の平均在院日数別の分布をみると、「20～29日」25.4%が最も多く、次いで「30～39日」13.8%、「40～59日」12.3%などとなっており、入院患者1人当たり平均36.4日となっている。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟の平均在院日数別の分布をみると、「30～59日」39.3%が最も多く、次いで「60～89日」33.9%、「90日以上」12.5%などとなっており、入院患者1人当たり平均67.5日となっている。

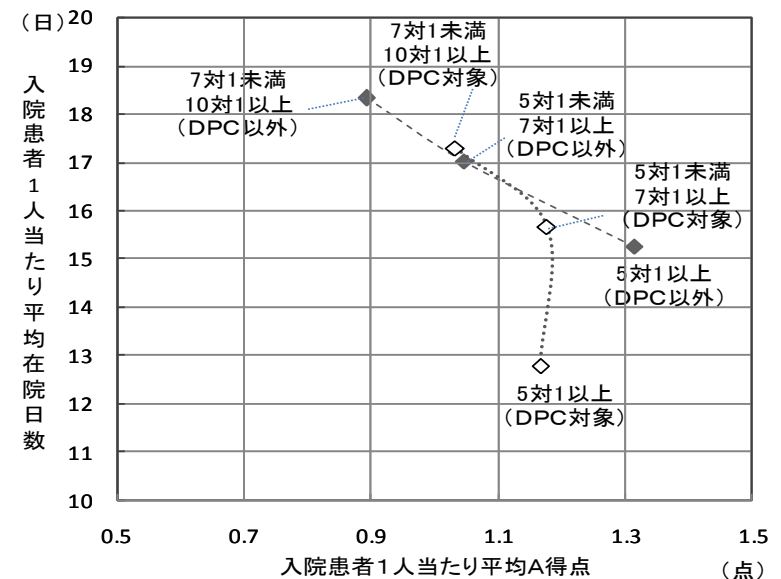
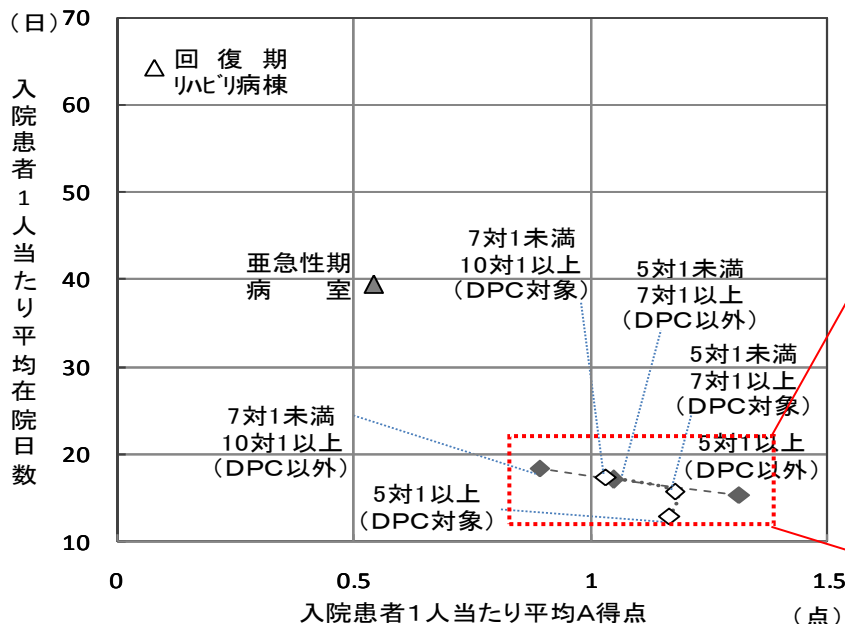
平均在院日数別の病棟・病室の分布



# 看護配置別の一般病棟の入院患者1人当たり平均在院日数と平均A得点の関係について

- DPC対象病院・DPC対象病院以外の病院いずれにおいても、看護配置が手厚い病棟ほど、入院患者1人当たり平均A得点が概ね高くなる傾向がみられると同時に、入院患者1人当たり平均在院日数は短い傾向がみられる。
- DPC対象病院とDPC対象病院以外の病院を比較すると、「5:1以上配置病棟」ではやや傾向が異なるものの、DPC対象病院の方が入院患者1人当たり平均A得点が概ね高くなる傾向がみられる。

DPC対象病院およびDPC対象病院以外の病院の看護配置別の一般病棟の入院患者1人当たり平均在院日数と平均A得点



※DPC対象病院全体(N=924)

入院患者1人当たり平均A得点 : 1.11点 入院患者1人当たり平均在院日数: 16.1日

※DPC対象病院以外の病院全体(N=107)

入院患者1人当たり平均A得点 : 1.06点 入院患者1人当たり平均在院日数: 17.7日



# 診療科と平均在院日数

○ 平均在院日数が30.7日を超える極端に長い病棟の主な診療科について、一般病棟全体と比較すると、「内科」41.3%のほか、「脳神経外科」19.6%、「神経内科」15.2%などの割合が多い。

## 一般病棟の主な診療科【2つまで】

全 体

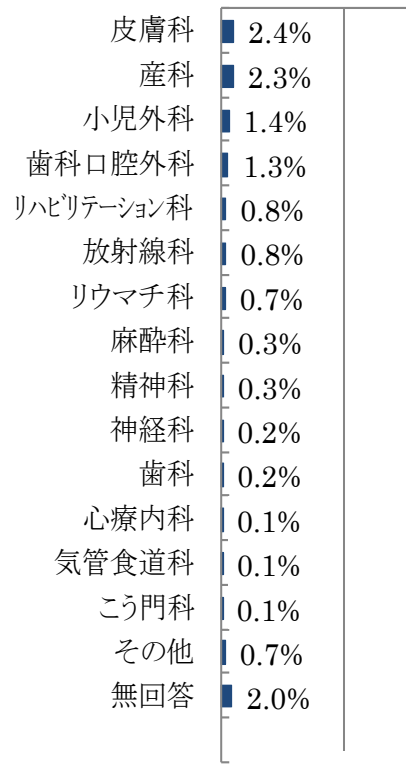
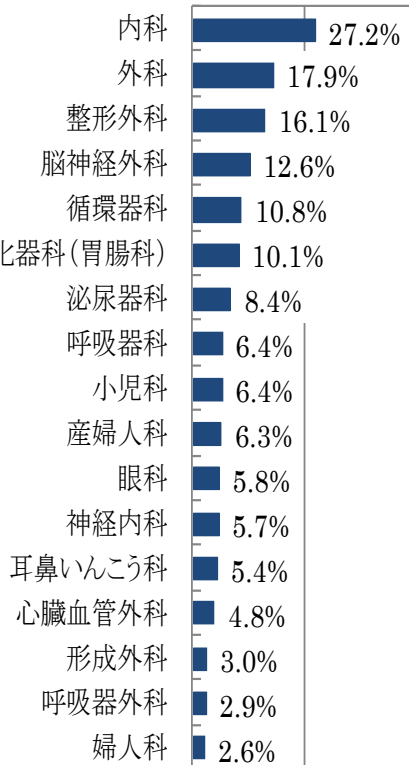
平均在院日数の外れ値における病棟  
(平均在院日数30.7日を超える病棟<sup>※</sup>)

0% 25% 50%

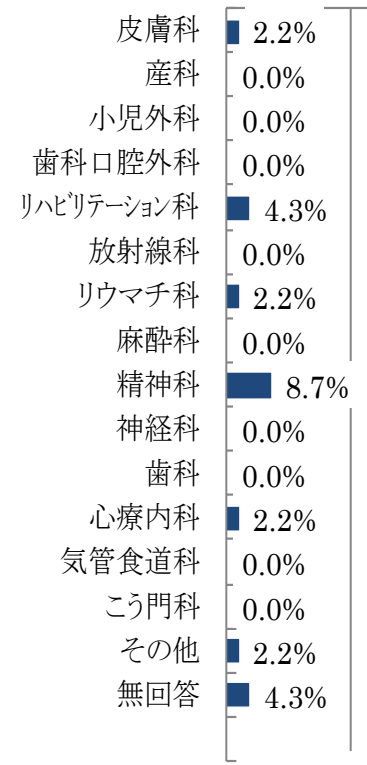
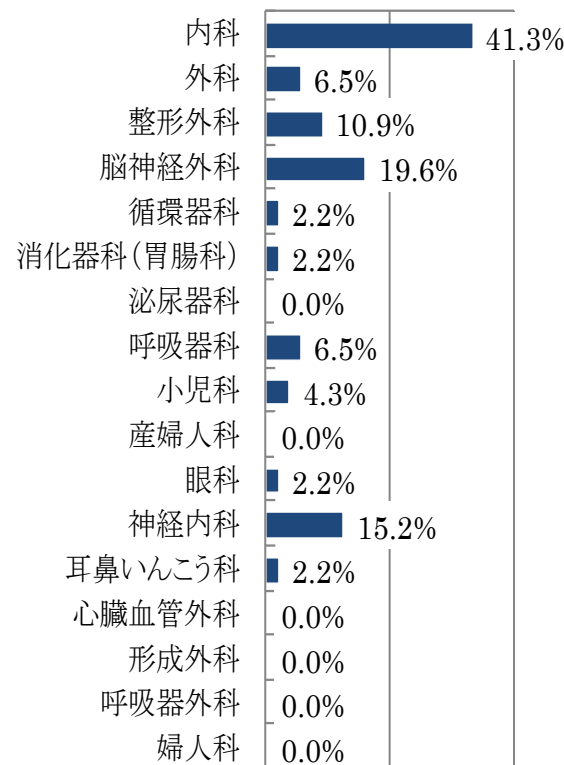
0% 25%

0% 25% 50%

0% 25%



N=1,522

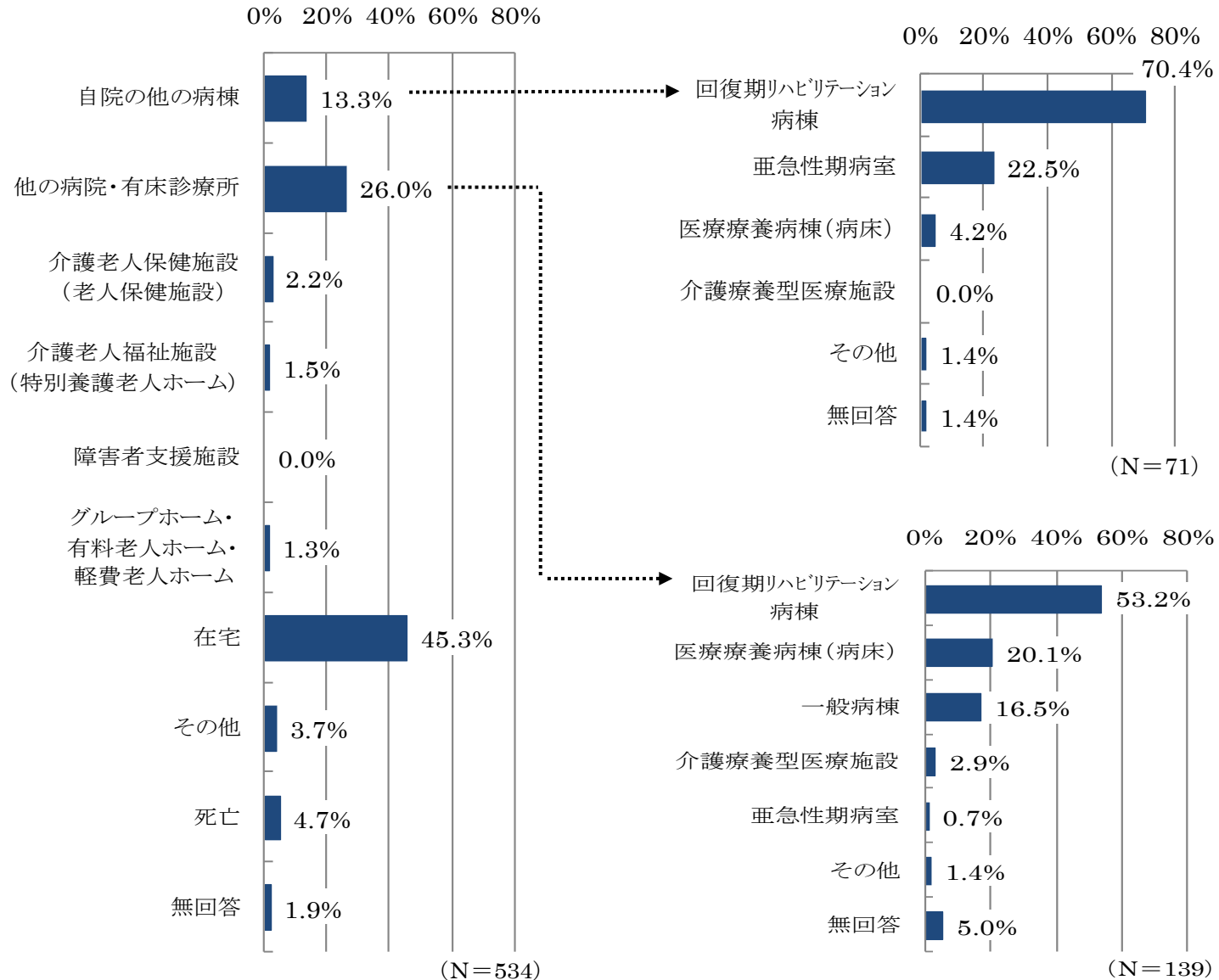


N=46

※統計上、他の値から大きく外れた病棟(平均在院日数の分布を示す箱ひげ図において、その値が内境界点を超える病棟) 30

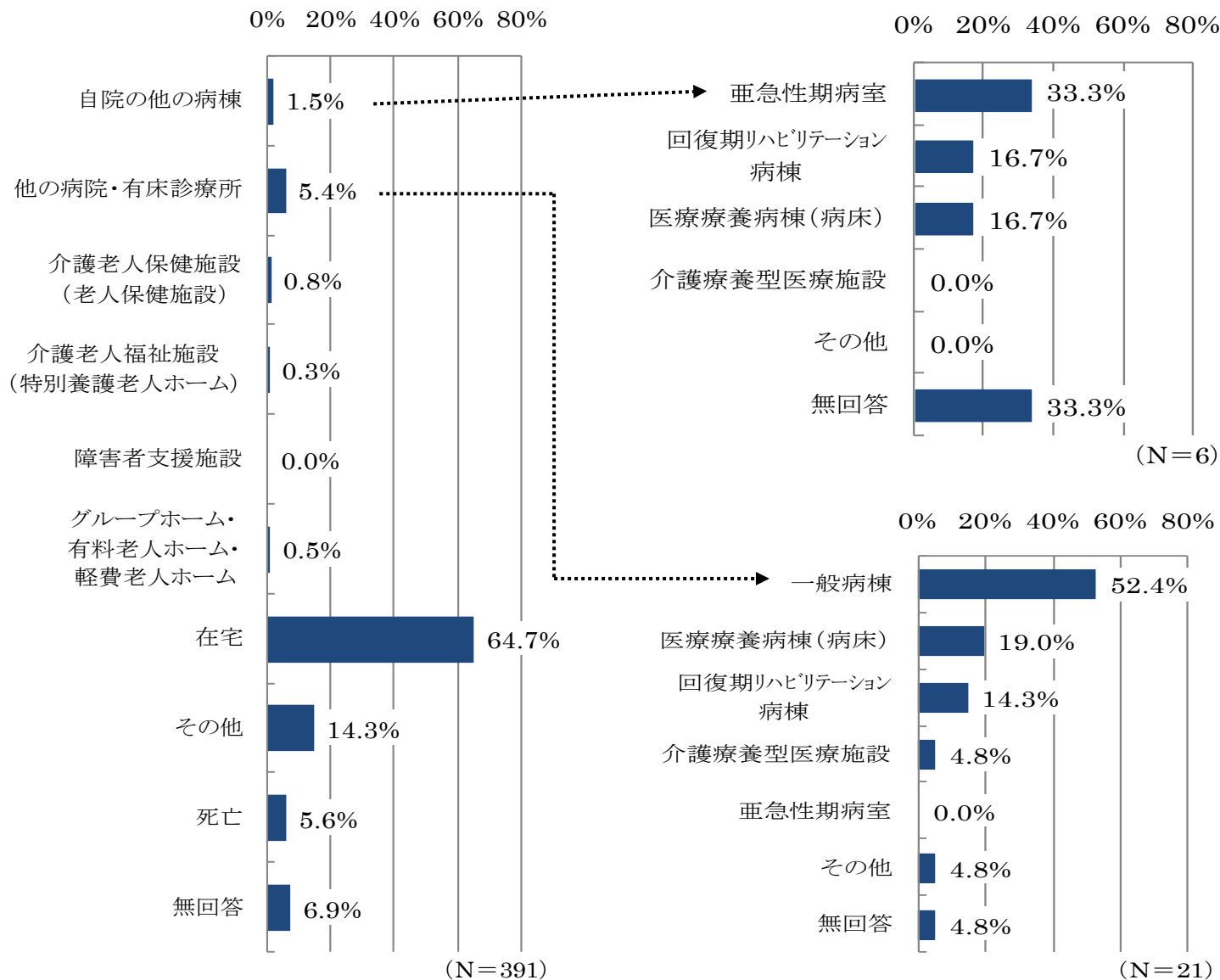
# 一般病棟からの退棟先（脳梗塞患者）

○ 脳梗塞患者は、退棟先が自院の他の病棟の場合でも、他の病院・有床診療所の場合でも、多くが回復期リハビリテーション病棟である。



# 一般病棟からの退棟先（急性心筋梗塞患者）

○ 急性心筋梗塞患者は、退棟先が自院の他の病棟の場合は、33.3%が亜急性期病室、16.7%が回復期リハビリテーション病棟であるが、退棟先が他の病院・有床診療所である場合には、半数以上の52.4%が一般病棟のままとなっている。



(参考) 診療報酬において対象としている患者像等

# 主な入院基本料

主に平均在院日数と看護必要度より区分

入院基本料	患者像等
<b>【一般病棟入院基本料】</b>	
7対1入院基本料	○入院患者の平均在院日数が18日以内 ○看護必要度の基準を満たす患者が1割5分以上入院
10対1入院基本料	○入院患者の平均在院日数が21日以内 (○看護必要度については測定・評価のみ)
13対1入院基本料	○入院患者の平均在院日数が24日以内
15対1入院基本料	○入院患者の平均在院日数が60日以内
<b>【専門病院入院基本料】</b>	○主として悪性腫瘍又は循環器疾患の患者が7割以上入院
7対1入院基本料	○入院患者の平均在院日数が28日以内 ○看護必要度の基準を満たす患者が1割5分以上(悪性腫瘍患者を7割以上入院させる場合は、1割以上)入院
10対1入院基本料	○入院患者の平均在院日数が33日以内 (○看護必要度については測定・評価のみ)
13対1入院基本料	○入院患者の平均在院日数が36日以内
<b>【障害者施設等入院基本料】</b>	○医療型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児を入所させるものに限る。) ○重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が7割以上入院
<b>【療養病棟入院基本料】</b>	
療養病棟入院基本料1	○医療区分2の患者と医療区分3の患者の合計が8割以上
療養病棟入院基本料2	—

# 主な特定入院料

急性期の集中的な治療や濃厚なケア等の特定の機能又は患者特性に着目して区分

特定入院料	患者像等
【救命救急入院料】	<p>○重篤な救急患者（次に掲げる状態にあつて、医師が救命救急入院が必要であると認めた者）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全（心筋梗塞を含む）、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）、広範囲熱傷、大手術を必要とする状態、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態</li> </ul> <p>* 救急蘇生装置、除細動器、ペースメーカー、心電図計、ポータブルエックス線撮影装置、呼吸循環監視装置を治療室内に常備</p>
【特定集中治療室管理料】	<p>○次に掲げる状態にあつて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全（心筋梗塞を含む）、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）、広範囲熱傷、大手術後、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態</li> </ul> <p>○重症度に係る評価の基準を満たす患者が9割以上入院</p> <p>* 救急蘇生装置、除細動器、ペースメーカー、心電図計、ポータブルエックス線撮影装置、呼吸循環監視装置を治療室内に常備</p>
【ハイケアユニット入院医療管理料】	<p>○次に掲げる状態にあつて、医師がハイケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全（心筋梗塞を含む）、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）、広範囲熱傷、大手術後、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態</li> </ul> <p>○重症度・看護必要度に係る評価の基準を満たす患者が8割以上入院</p> <p>* 救急蘇生装置、除細動器、心電図計、呼吸循環監視装置を治療室内に常備</p>
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】	<p>○次に掲げる疾患であつて、医師が脳卒中ケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳梗塞、脳出血、くも膜下出血</li> </ul> <p>○脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者が8割以上入院</p> <p>* 救急蘇生装置、除細動器、心電図計、呼吸循環監視装置を治療室内に常備</p>

特定入院料

患者像等

【小児特定集中治療室管理料】

○15歳未満であって、次に掲げる状態にあり、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者  
 ・意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全（心筋梗塞を含む）、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）、広範囲熱傷、大手術後、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態  
 ○重症度に係る評価の基準を満たす患者が9割以上入院  
 ＊救急蘇生装置、除細動器、ペースメーカー、心電図計、ポータブルエックス線撮影装置、呼吸循環監視装置、体外補助循環装置、急性血液浄化療法に必要な装置を治療室内に常備

【新生児特定集中治療室管理料】

○新生児であって、次に掲げる状態にあつて、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者  
 ・高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全（心筋梗塞を含む）、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）、大手術後、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態  
 ＊救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置・人工換気装置、微量輸液装置、経皮的酸素分圧監視装置、酸素濃度測定装置、光線治療器を治療室内に常備

【総合周産期特定集中治療室管理料】

○出産前後の母体及び胎児並びに新生児

母体・胎児集中治療室管理料

○対象となる妊産婦（産褥婦含む、以下同じ）は、次に掲げる疾患等のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であつて、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたもの  
 ・合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫流産、胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの  
 ＊救急蘇生装置、心電図計、呼吸循環監視装置、分娩監視装置、超音波診断装置を治療室内に常備

【新生児治療回復室入院医療管理料】

○「新生児特定集中治療室管理料」「新生児集中治療室管理料」を算定した者  
 ○対象となる新生児は、次に掲げる状態にあつて、保険医が入院医療管理が必要であると認めた者  
 ・高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全（心筋梗塞を含む）、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）、大手術後、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態  
 ＊救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置・人工換気装置、微量輸液装置、経皮的酸素分圧監視装置、酸素濃度測定装置、光線治療器を治療室内に常備

【小児入院医療管理料】

○専ら15歳未満の小児が入院  
 ○入院患者の平均在院日数が管理料1～3は21日以内、管理料4は28日以内

特定入院料	患者像等
【亜急性期入院医療管理料】 <sup>(注)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○管理料1：急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援及び効率的かつ密度の高い医療を提供</li> <li>○管理料2：急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援及びリハビリテーションを含む効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供</li> <li>○当該病室に入院した日から60日以内の患者</li> <li>○退院患者の在宅復帰率が6割以上</li> </ul>
【回復期リハビリテーション病棟入院料】	<ul style="list-style-type: none"> <li>○脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行い、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が8割以上入院</li> <li>○回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対して、1日当たり2単位以上のリハビリテーションを実施</li> <li>○その他、区分に応じて患者の重症度、退院患者の在宅復帰率等が規定</li> <li>* 回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備(歩行補助具、訓練マット、治療台、各種測定用器具等)を有している</li> </ul>
【特殊疾患入院医療管理料】(病室単位)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○主として長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等</li> <li>○当該患者が8割以上入院</li> </ul>
【特殊疾患病棟入院料】(病棟単位)	
【緩和ケア病棟入院料】	<ul style="list-style-type: none"> <li>○主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者が入院</li> </ul>

\*は構造設備に関する基準

注：平成24年度診療報酬改定以前の「亜急性期入院医療管理料」において対象とする患者像は以下の通り。

管理料1：○急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者

○当該病室に入院した日から90日以内の患者

管理料2：○急性期治療を経過した患者

○当該病室に入院した日から60日以内の患者



## 前回の検討会における主な構成員意見と具体的な論点

※ 四角囲みは前回提示した論点、○は急性期医療に関する作業グループとりまとめ及び構成員意見、◎は事務局で更に論点を具体化したもの。

### 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。

#### <急性期医療に関する作業グループとりまとめ（関連部分抜粋）>

- 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。
- （その場合、）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。
- 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。

#### <主な構成員意見>

- 「急性期」や「亜急性期」は期間概念だが、病床の機能は、医療資源の投入量や人員配置の手厚さ、設備の状況といったものであり、軽症であって早期のものまで「急性期」として診るのかといった点も議論が必要。（三上構成員）
- 最初から急性期を定義するのは難しいので、例えば手術件数や救急車による緊急入院件数、リハビリの状況等を報告・公表することで、住民が病院を選択し、結果的に急性期と亜急性期が分かれてくるのではないか。（相澤構成員）
- 病床の機能から外れた患者について、どの程度までデータを集めるのか、どのレベルの精度を求めるかという議論は重要。（安部構成員）
- 報告は病棟単位を基本とあるが、病棟の中にHCUがある等、一つの病棟の中でも様々な病床が混在している。例えば、平均在院日数で区分すると、HCUも含めた一般病床の平均値を算出することになり、実態がわからなくなるか。（齋藤構成員）
- 我が国の将来の医療の一番の課題は、団塊の世代の方の診療のあり方や看取りであり、同じ急性期の疾患といっても若年者と高齢者とでは病態や平均在院日数が異なることから、年齢的な疾病の構造も理解した上で、議論すべき。（加納参考人）

<具体的論点>

◎報告を求める医療機能については、まずは以下のように病期や診療密度別に大きく区分し、こうした体系の下で、各医療機関の主体的な機能分化の取組を促していくことが適当ではないか。

- ・主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能（「急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能（「亜急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（「回復期（仮称）」機能）。

◎その際、主たる機能を選択して報告するとともに、その病棟に入院する様々な患者像の実態も含めて報告することで具体的な状況を把握していくことが適当ではないか。（報告事項の具体的な内容について論点2の中で検討。）

・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。

### <急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）>

- 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。
  
- 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。

### <主な構成員意見>

- 報告内容を活用する住民、患者にとって、有効かつ信頼性の高い情報源としていくためにも、とりあえずは「急性期」として報告しておこうといったことにならないようにしていく必要がある。（高智構成員）
- 報告制度を作り、基準を決めていくことは行政として歓迎するが、一方で、医療機関側から見たときに、行政から縛られるというとらえ方がなされないような基準のつくり方が必要。（山崎構成員）
- 医療機能の選択は行政ではなく医療機関が自ら主体的に行うものであるが、当然、その選択はきちんとしなければならないし、間違った選択はあってはならない。（西澤構成員）

### <具体的論点>

◎医療機関が適切な選択を行うとともに、各都道府県が地域医療ビジョンを策定するために正しい情報を収集するためには、明確でわかりやすい判断基準とすることが必要ではないか。

◎その場合の具体的な判断基準をどのように設定すべきか。

・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

### <急性期医療に関する作業グループとりまとめ(抜粋)>

- 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。

### <主な構成員意見>

- 社会保障・税一体改革でも「地域一般病床」が示されており、急性期から慢性期に至るまで全てを診るような病床の位置づけも考えた方がよいのではないか。(三上構成員)
- 患者は、急性期から亜急性期、回復期を経て退院していく中で、院内は、病棟単位、病室単位、あるいは患者単位で医療密度に濃淡がつけられている。亜急性期病棟といっても、そこに入院する患者は、必ず急性期を経て亜急性期になり、退院していくので、それをどういう形で報告するのか。病棟が多ければケアミックスのような形が可能だが、病棟数が少ない場合には、一つの病棟で患者は全ての病期を経験して退院していくので報告の仕方は難しい。(三上構成員)
- 「地域一般、障害者・特殊疾患等」とあるが、曖昧であり、発信しても受け取りにくい書き方なので、そうならない報告にしていく必要。(高智構成員)
- 重度慢性期は、どこで検討するのか。病床の機能として分類しないのか、それとも療養病床という形で、一般病床とは別に議論するのか。(三上構成員)
- 診療報酬上、特定除外制度があり、一般病床でも手厚い医療が長期入院、慢性期になっても必要な方がいることも考慮する必要。(三上構成員)
- 地域医療ビジョンを作成するには、療養病床についても報告制度の対象としていく必要がある。(松田構成員)
- 一般病床でも、平均在院日数が60日以上のところがあるが、そこは回復期であり、その中に療養期の患者も入っている。(安部構成員)

### <具体的論点>

- ◎地域的には、一つの病棟で複数の医療機能を持つことが必要な場合があり、こうした病棟の位置づけも必要ではないか。
- ◎長期療養の機能を主として担っているのは療養病床であるが、報告制度における療養病床の取り扱いについて、どう考えるか。また、療養病床に限らず、病期が長期化している患者がいる現状について、機能分化の観点から、どう考えるか。
- ◎「障害者・特殊疾患」の医療機能は急性期、亜急性期、回復期とは別に位置づけることでよいか。その他、位置づけるべきものがあるか。

## 以下については、次回以降議論

### 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。

- 健保連の調査では、入手したい医療機関の情報として、手術件数や専門医の勤務、配置状況、疾患ごとの入院日数などがあつた。また、OT、PTの配置状況やリハビリの実施状況、MSWの配置状況等も必要となる情報ではないか。（高智構成員）
- 産科病棟は混合化し、新生児のMRSA感染率が上昇しているため、混合病棟か否かが病院選択の重要な情報になっており、その情報は報告させるべき。（斉藤構成員）
- 周産期の計画を作成しようにも、現状では施設ごとの分娩数の情報が不明であり、分娩に関するデータは報告事項としていくべき。（松田構成員）
- 報告制度のために新たな報告フォーマットを作成するのではなく、ナショナルデータベースの活用や、レセコンのデータを自動的に加工するなど、現時点で既に行われている事務作業の中から報告制度に資する情報を作成していく仕組みを作ることが現実的。（松田構成員）
- 報告制度の検討に当たっては、地域医療ビジョンの策定に関する内容も頭の隅で同時に考えておく必要があるのではないか。（山崎構成員）
- 例えばアメリカには、ホスピタル・コンペアというサイトがあり、住所地を入力すると、その地域で例えば心筋梗塞の治療をやっている病院の治療に関する量やプロセス、アウトカムに関する情報を確認でき、病院間の比較が可能になっている。オランダの消費者団体も病院の評価をやっているので、そういう試みの情報を集め、その中で使えるようなデータなどを具体的に考えることとしてはどうか。（松田構成員）
- 急性期の典型的な疾患の手術は、外科を中心とした有床診療所でかなり行われるようになってきており、有床診療所のデータも収集していく必要がある。（松田構成員）

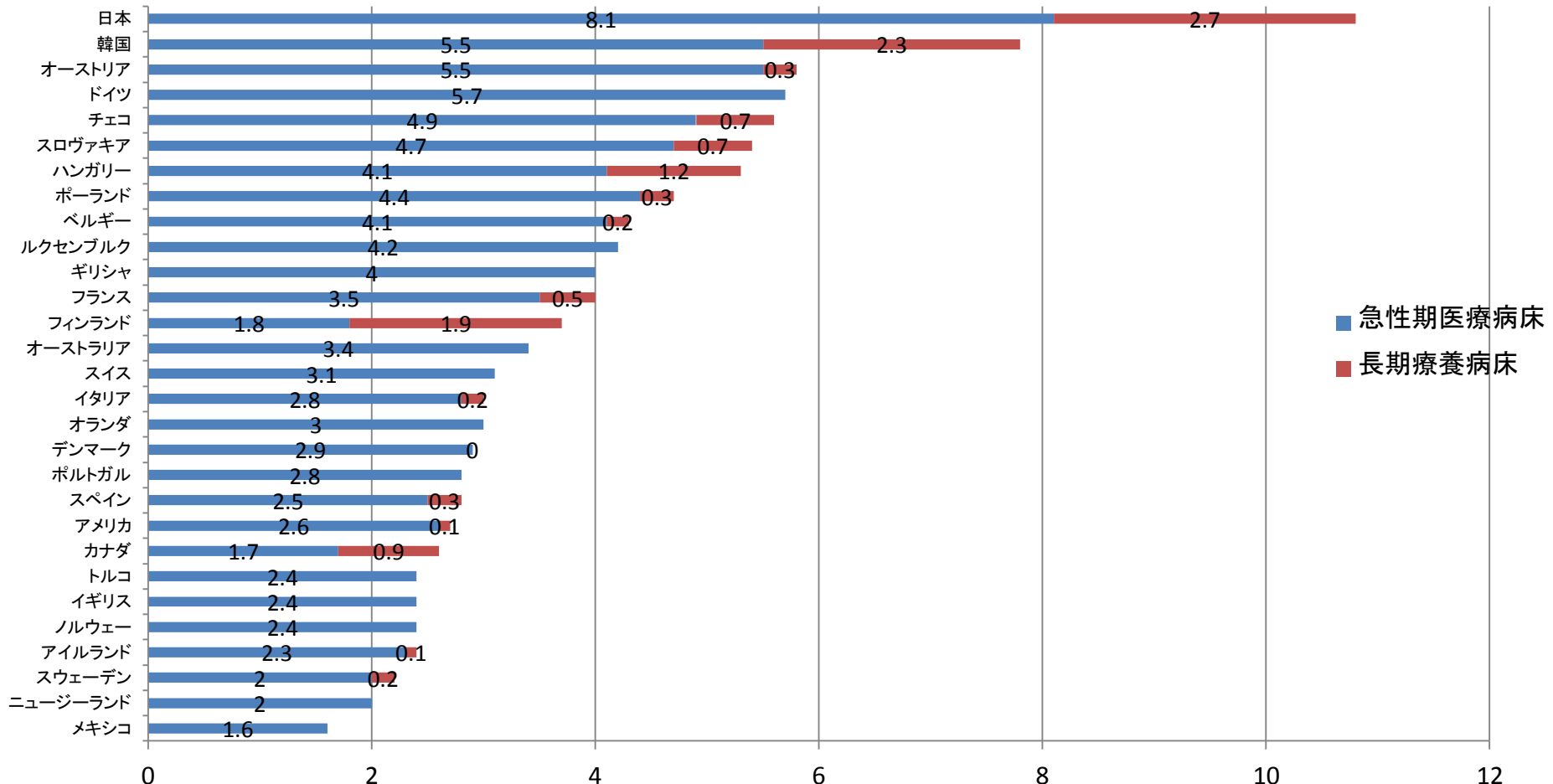
### 3. 病床機能情報の提供について

・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。

- 地域住民や患者が報告内容を理解しやすいような工夫が不可欠であり、医療機関からの報告内容をそのまま都道府県が公表することがないようにすべき。(高智構成員)
- 複数の都道府県情報の比較検討がスムーズにできるような工夫が必要であり、フォーマットの共通化や用語の表記の統一化などを検討すべき。(高智構成員)
- 患者や住民にわかりやすい情報であるとともに、他の医療機関に対しても非常にわかりやすく、詳細なデータがわかるような情報の表し方が必要。(三上構成員)
- 公表された情報を住民がきちんと評価できるシステムを考えていく必要がある。(西澤構成員)
- 医療機能情報提供制度と今回の報告制度を連動させる方法を検討すべき。(斉藤構成員)

# 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(2010年(平成22年))



出典: OECD Health Data 2012

注1) OECDは、「急性期医療病床」及び「長期療養病床」を以下のとおり定義している。

- 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院病床(周産期医療、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(終末期緩和ケアを除く)、非精神疾患や傷害の応急処置やそれによる合併症を防ぐと行った機能を有する病床を含み、精神疾患治療、リハビリ、長期療養、終末期緩和ケアのための病床、精神科病院、薬物中毒の治療に当たる病院内の病床は含まない)
- ②「長期療養病床」: 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院病床(総合病院における長期ケアを担う部門の病床、長期療養に特化した病院の病床、終末期緩和ケアのための病床を含み、精神科病院、薬物中毒の治療に当たる病院の病床やリハビリのための病床は含まない)

注2) OECDの定義を踏まえ、各国がそれに対応していると判断したデータを提出しており、例えば、急性期医療病床として、日本は一般病床及び感染症病床のデータを提出しているが、アメリカでは短期入院病院(在院日数が30日より短い患者が大半の病院)の病床を対象としているなど国によって病床の統計の取り方が異なっており、OECDの定義に完全に一致するものではない。

注3) ギリシャ、アメリカ、カナダは2009年、オーストラリアは2008年、ニュージーランドは2011年のデータ。

# 医療資源投入量から見る 急性期病院・急性期医療

研究者；社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 理事長・院長  
相澤孝夫

研究協力； Global Health Consulting





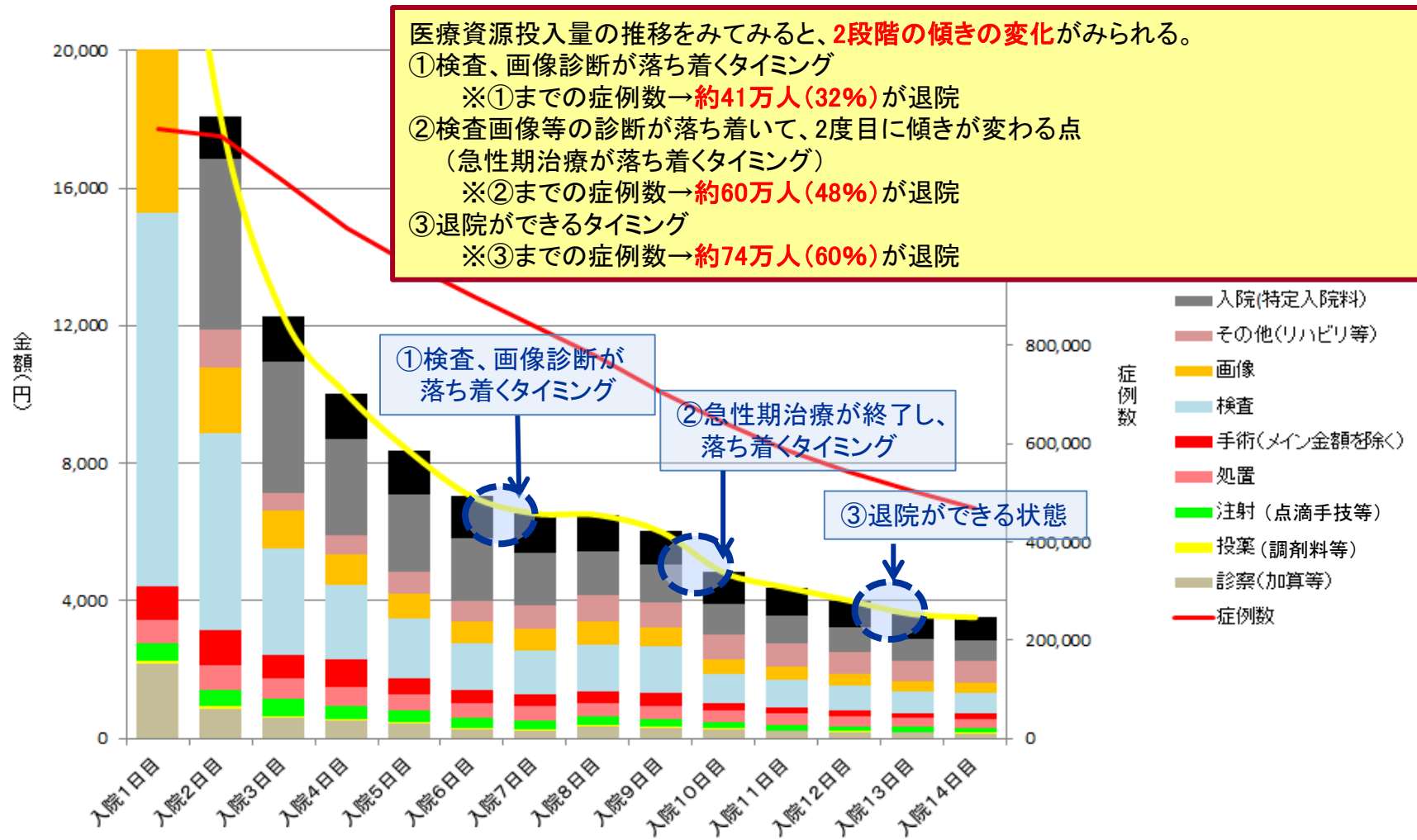
# はじめに

高齢者比率が増加し、また非雇用者の増加などから生産階級の所得低下を招き、日本の社会保障制度は崩壊寸前であり改革が望まれている。平成23年には「社会保障と税一体改革」が示されるも、焦点となる急性期医療・急性期病院についての定義はなく、不明確なままである。

医療において日本は、先進国の中でも医療に関するデータ活用が遅れていることは勿論のこと、データを基にした改革も乏しいのが現状である。今回、医療データを基にして、患者にとって望ましいとする急性期医療・病院のあり方や、診療報酬評価の方向性について政策提言に資する取りまとめを行うことを目的とし研究を行う。

# 1. 全症例平均入院日別手技料投入比較

## 582病院 1,244,110症例



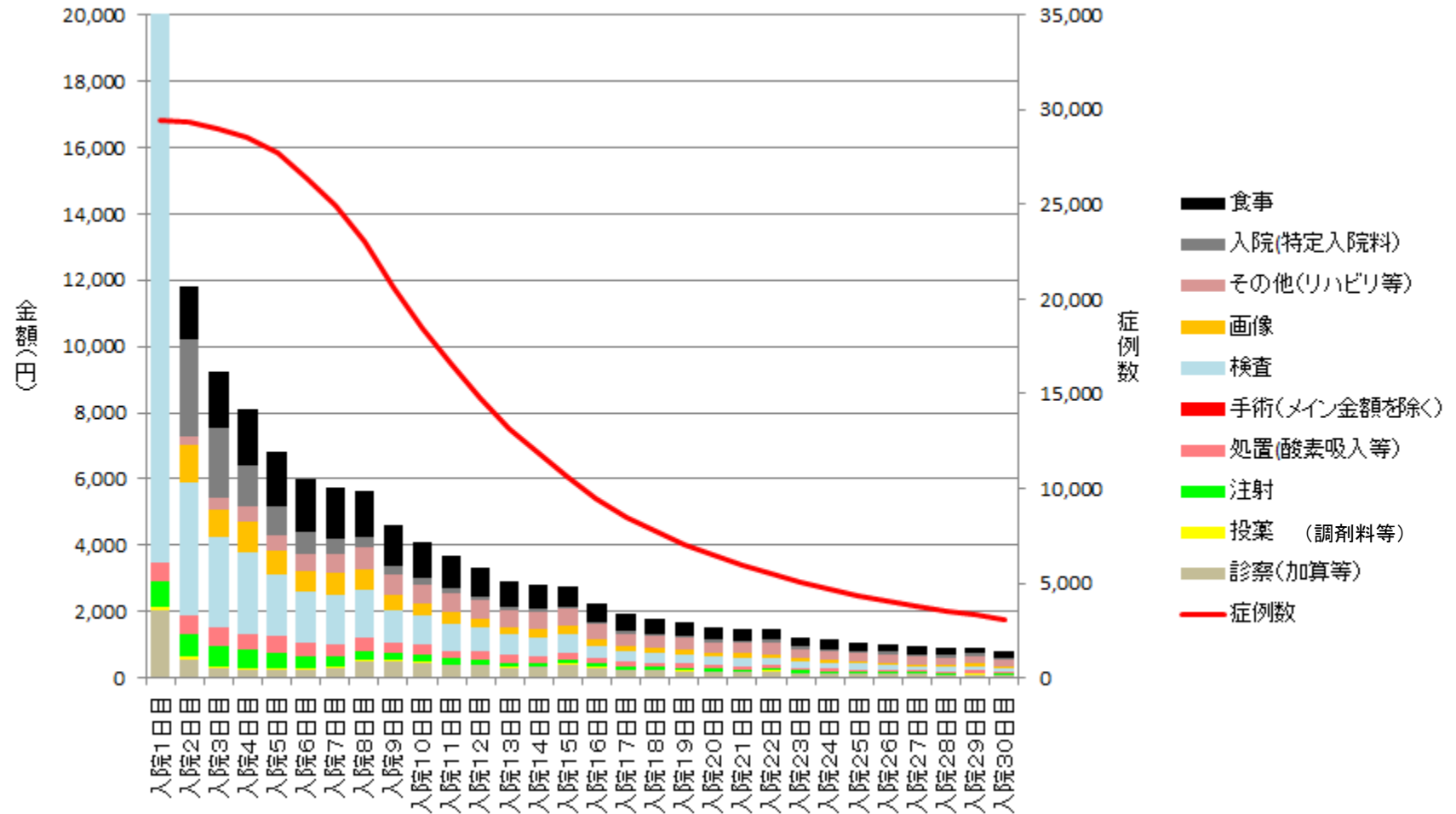
day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
傾き	-40.9%	-32.0%	-18.5%	-16.7%	-15.8%	-7.1%	-0.7%	-7.4%	-19.8%	-9.0%	-8.7%	-9.8%		-2.6%

(調剤料等)

# 2-1-1【成人市中肺炎】 1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

040080x099x0xx 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(15歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし

582病院 29,519症例 ※入院期間Ⅱ;14日

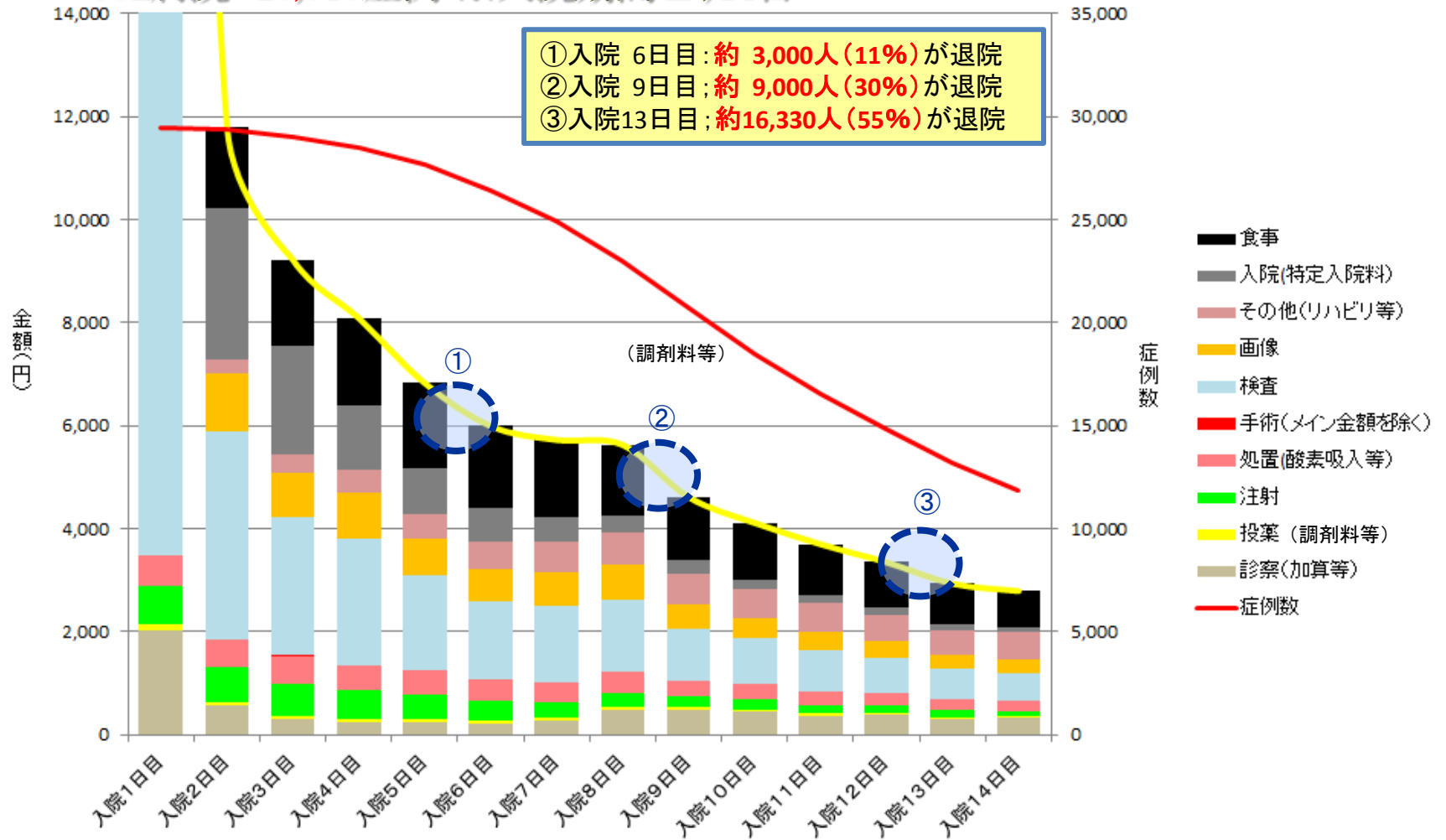


day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
傾き	-72.4%	-21.9%	-12.3%	-15.6%	-12.2%	-4.4%	-1.7%	-18.1%	-10.8%	-10.1%	-9.5%	-12.5%	-4.8%	
金額差	-30,913	-2,582	-1,135	-1,261	-835	-266	-98	-1,015	-499	-414	-351	-416	-141	

# 2-1-2【成人市中肺炎】 1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

040080x099x0xx 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(15歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし

582病院 29,519症例 ※入院期間Ⅱ;14日



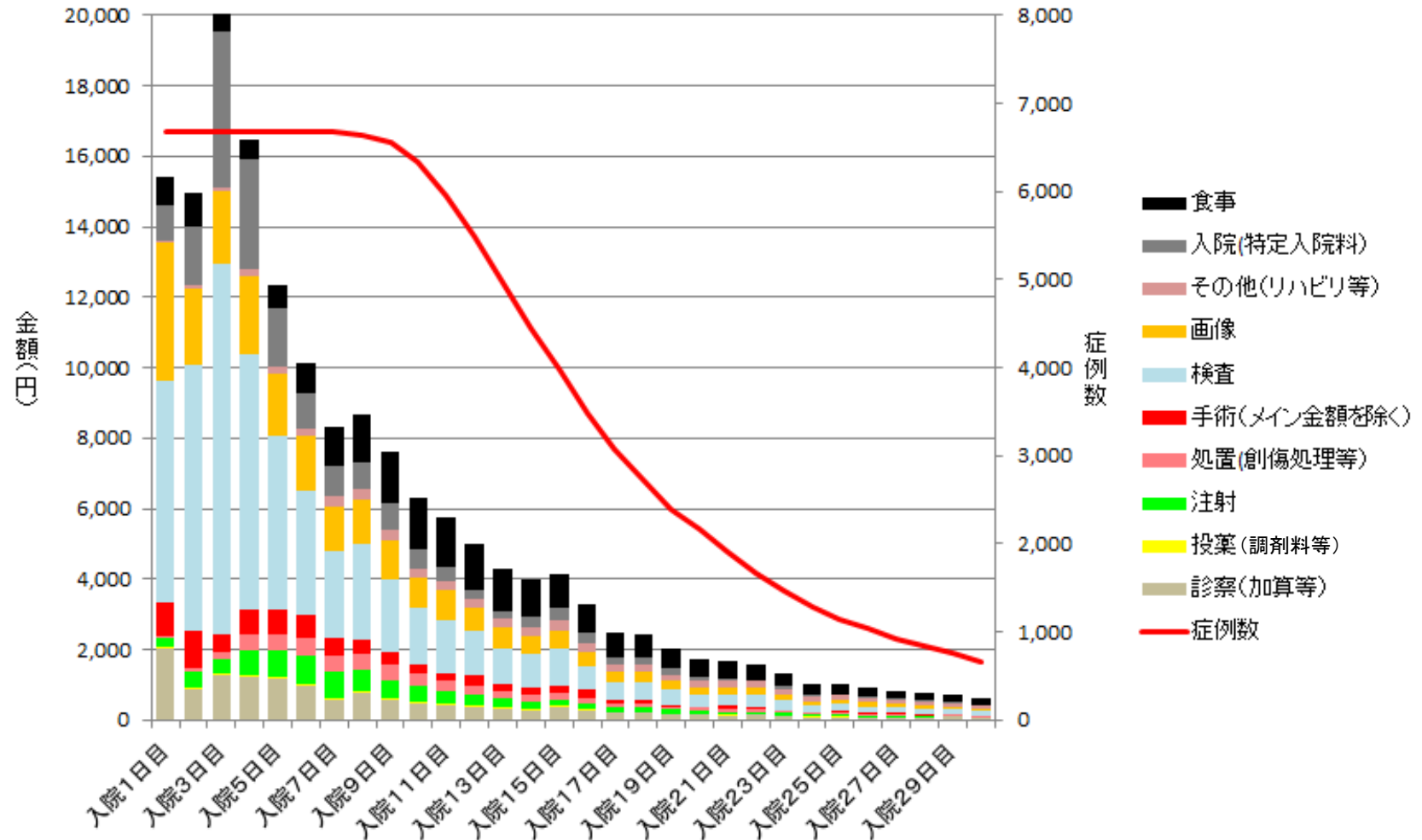
day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
傾き	-72.4%	-21.9%	-12.3%	-15.6%	-12.2%	-4.4%	-1.7%	-18.1%	-10.8%	-10.1%	-9.5%	-12.5%	-4.8%	
金額差	-30,913	-2,582	-1,135	-1,261	-835	-266	-98	-1,015	-499	-414	-351	-416	-141	

# 2-2-1【大腸の悪性腫瘍 結腸切除術】 1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

060035xx0100xx 大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍

結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし

582病院 6,683症例 ※入院期間Ⅱ;18日



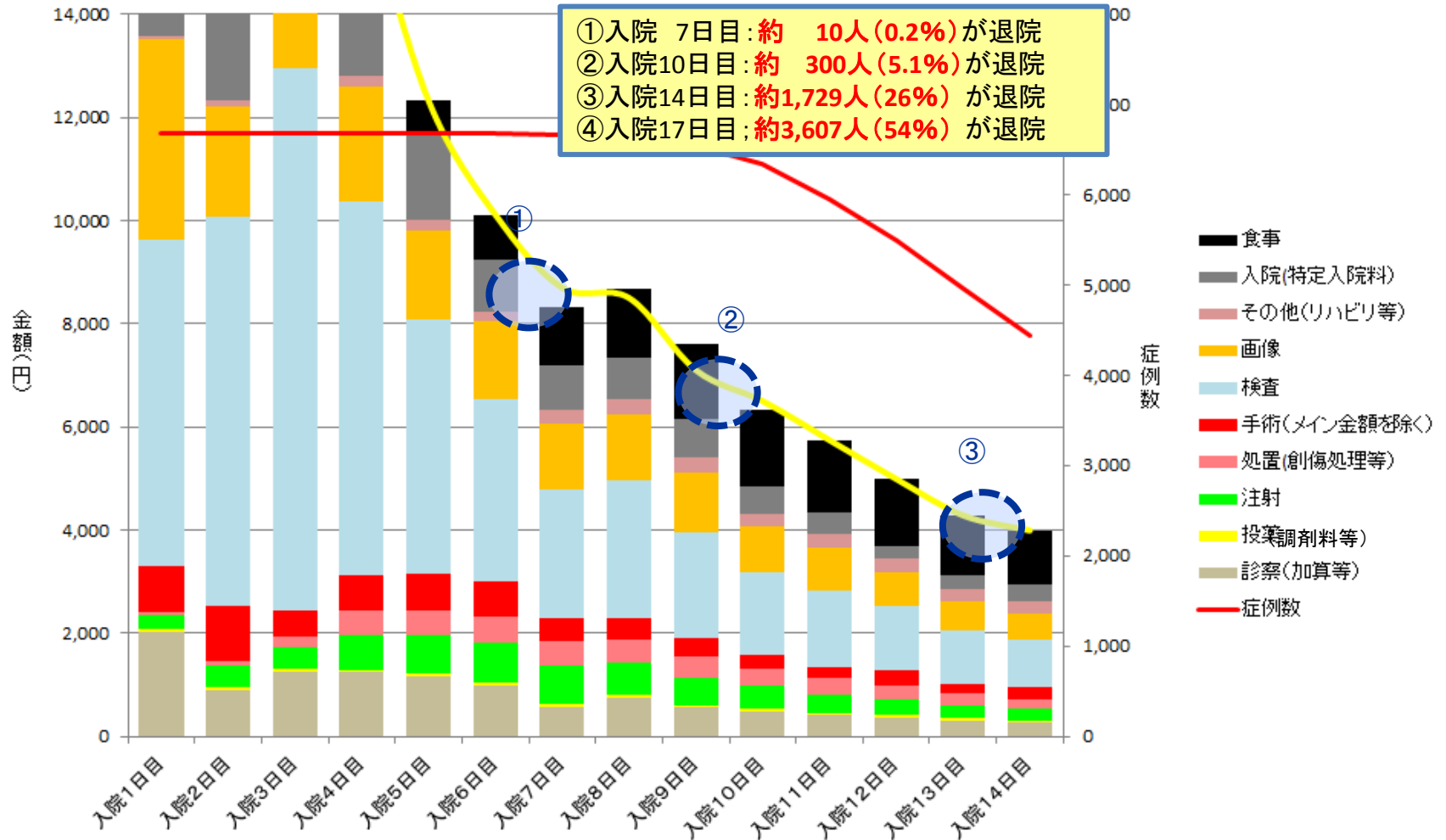
day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
傾き	-3.0%	34.7%	-18.4%	-25.2%	-17.9%	-17.7%	4.1%	-12.3%	-16.8%	-9.1%	-13.1%	-14.1%	-6.8%	
金額差	-458	5,192	-3,703	-4,146	-2,207	-1,792	344	-1,068	-1,273	-577	-755	-705	-292	

# 2-2-2【大腸の悪性腫瘍 結腸切除術】 1症例あたり手技料金額 入院日毎推移

060035xx0100xx 大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍

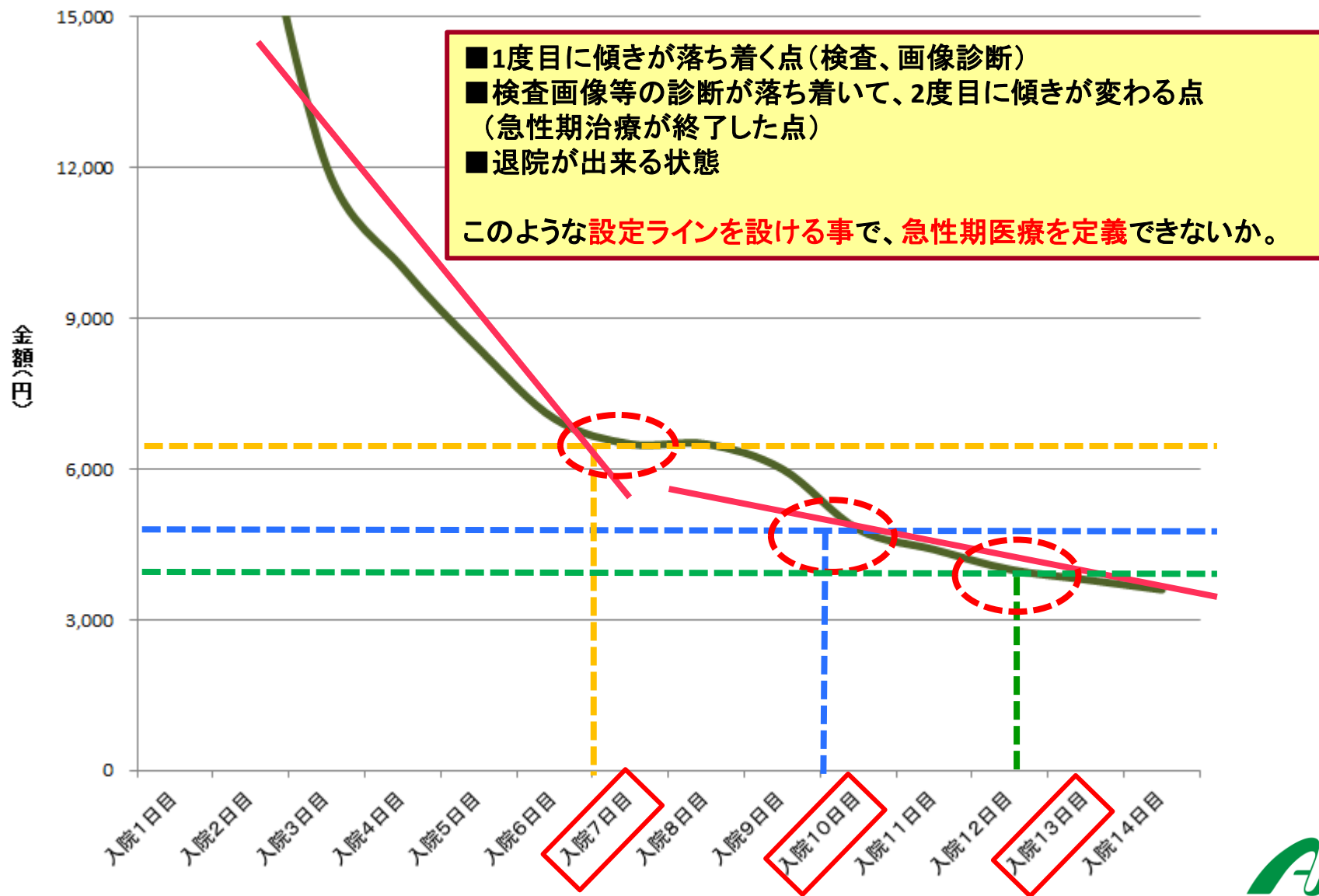
結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし

582病院 6,683症例 ※入院期間Ⅱ:18日



day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
傾き	-3.0%	34.7%	-18.4%	-25.2%	-17.9%	-17.7%	4.1%	-12.3%	-16.8%	-9.1%	-13.1%	-14.1%	-6.8%	
金額差	-458	5,192	-3,703	-4,146	-2,207	-1,792	344	-1,068	-1,273	-577	-755	-705	-292	

### 3. 急性期医療を決める設定ラインの創出



# ここまでのまとめ

- 医療資源投入量の推移から二段階の変化が認められる。
  - ①;検査・画像が落ち着くタイミング
  - ②;急性期治療が落ち着くタイミング
  - ③;退院ができるタイミング
- データを活用することで、疾患毎(DPCコード毎)に分析が可能!!
- ①②③(ロジック)を精緻化することで、病院毎の急性期度合いや、重症患者の受入れ状況、DPCコード毎の急性期度等の抽出等が可能!!
- データを活用することで、急性期医療に対する必要病床数が、病院毎・地域毎にも抽出が可能!!