

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

平成23年6月
健康保険組合連合会

目 次

第1章．調査研究の概要	1
1．背景と目的.....	1
2．調査研究の実施方法	1
1) 実施方法.....	1
(1) 急性期医療における現状整理.....	2
(2) 急性期医療における機能分化の実態調査（アンケート調査）.....	2
2) 実施体制.....	4
第2章．急性期医療における現状整理.....	5
1．医療提供体制と診療報酬上の評価の変遷.....	5
2．医療機能の分化・連携について	7
3．急性期医療の現状について	9
1) 急性期医療機能の位置付け.....	9
(1) 医療施設体系.....	9
(2) 診療報酬.....	10
(3) 医療計画.....	10
2) 急性期医療の現況	12
4．急性期医療における将来イメージ.....	20
第3章．急性期医療における機能分化の実態調査.....	27
1．アンケート調査の概要.....	27
2．回答病院の概要	29
3．看護配置状況と医療機能.....	33
1) 回答病院が有する一般病棟の状況.....	33
2) 一般病棟の看護配置状況	34
3) 看護配置と入院患者の状態像	35
4) 看護配置と平均在院日数	42
4．脳梗塞、急性心筋梗塞における急性期医療の状況	56
1) 一般病棟への入棟までの患者の経過	56
2) 一般病棟における患者の経過	57
3) 一般病棟からの退棟先.....	61

5 . チーム医療の状況.....	63
1) 一般病棟における多職種の特従・専任職員の配置状況.....	63
2) 病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催状況.....	65
3) 多職種によるチーム医療の提供状況	67
4) 地域連携診療計画の活用状況	68
6 . 急性期医療における機能強化の課題	72
1) 高度急性期医療機能における課題	72
2) 一般急性期医療機能における課題	74
3) 亜急性期・回復期医療機能における課題	78
第4章 . 調査結果に関する考察	85
1 . 主な調査結果	85
2 . 主な分析・考察	89
1) 直接的に効率的資源配分を促す評価	89
(1) 病棟ごとの施設基準(人員評価)	89
(2) 集中治療室の基準の細分化	90
2) 情報共有の推進.....	90
(1) 転棟・退院に関する患者の理解と「患者用」パスの活用.....	90
(2) 多職種チームの推進.....	91
(3) 地域連携パスの柔軟な活用	91
3 . まとめ.....	92

資料編(急性期医療における機能分化の実態調査の結果)

第1章. 調査研究の概要

1. 背景と目的

社会保障国民会議（開催期間：平成20年1月29日～11月4日）では、医療・介護サービスの改革にあたり、「急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現すること」が前提とされている。また、現・民主党政権でも「療養病床38万床を維持しつつも、急性期病床から亜急性期病床へ、亜急性期病床から療養病床への転換を図る」としており、亜急性期を含めた急性期医療の機能強化、機能分化が焦点となっている。

特に平成20年度診療報酬改定では、新たに「高度急性期」が設置されたほか、亜急性期を「急性期治療終了後の受皿機能」、「在宅患者の後方支援機能」に区分し、「亜急性期入院管理料²」を設けるなど、急性期・亜急性期の機能分化が進みつつあり、「一般病床」の再編が模索されている状況にある。

本調査研究では、今後、診療報酬改定の焦点となる「急性期医療」の機能分化・機能強化の具体像について、施設基準および診療報酬評価等から浮き彫りにし、患者にとって望ましいとする急性期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た。

2. 調査研究の実施方法

1) 実施方法

急性期・亜急性期入院医療を提供している病院を対象にアンケート調査を行い、病院の属性別（病床規模や機能等）に、提供している治療・処置内容等から急性期医療の姿を把握するとともに、施設基準や診療報酬上で求められている条件への対応や職種間の役割分担のあり方を明らかにする。

急性期医療に関連する診療報酬の届出・算定があり、一般病棟で重症度の高い患者数を多く受け入れている病院では、手厚い看護職員の傾斜配置や専従・専任者の配置による体制整備が図られている等、機能分化が進んでいると考えられることから、調査対象病院における医療機能等の実態を把握する。急性期医療を提供している病院の脳梗塞、急性心筋梗塞の患者にみる医療機能の移行の実態と、患者状態像の実態を把握する。

急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関して、「実態」および「課題」の整理・検討を行う。

(1) 急性期医療における現状整理

現在、医療提供体制におけるこれまでの議論を踏まえ、医療機能の分化・強化・連携の推進とそのフェーズにおける急性期医療機能に関する分類のあり方、制度上の対応方法など、様々な検討がなされている。

ここでは、現時点において既存の政策資料や統計資料などから把握できる、主な急性期医療の現況と諸外国との比較結果の整理を行った。

(2) 急性期医療における機能分化の実態調査（アンケート調査）

社会保障国民会議最終報告（平成20年11月4日）を受け、医療・介護サービスのあるべき姿に向けた必要な医療機能等の強化のあり方を検討することを目的に、急性期病院が提供している治療・処置内容等を把握するとともに、施設基準や診療報酬で求められている条件への対応、職種間の役割分担の実態などについて調査を実施した。

本調査結果は、急性期医療における患者状態像と医療機関の医療提供実態の双方に基づいた各種算定要件の見直しや加算を要する項目の検討など、今後の急性期医療において必要な医療機能等の強化のあり方の検討、急性期医療に関連する診療報酬体系への提言を行うための基礎資料とするものである。

調査対象施設

調査協力依頼病院は、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病院を対象とした。

調査方法

本調査は郵送発送・郵送回収、自記式とし、施設票、退棟患者票から構成される。

【施設票】

回答者は、施設長 / 事務責任者を想定し、施設の状況について詳細を調査した。

【退棟患者票】

急性期病院において、平成22年10月の1カ月間に一般病棟を退棟した手術後の

患者のうち、主傷病が脳梗塞、急性心筋梗塞の患者 5 名ずつの計10名を調査対象とした。なお、回答者は、担当看護師 / 診療情報管理士を想定した。

調査項目

調査票は、施設票、退棟患者票より構成される。各調査票における調査項目の概要は以下のとおりである。

図表1-2-1 病院アンケート調査（施設票）の内容

項 目	調査内容
1．施設概要	開設者 承認等の状況 診療報酬に係る届出状況 入院基本料に係る届出の状況 特定入院料等に係る届出の状況 届出病床数 入院患者数・平均在院日数等 職種別職員数および一般病棟への専従者数・専任者数
2．一般病棟の詳細	一般病棟数 一般病棟における常勤看護職員の勤務体制 病棟別概要 ・診療科 ・病床数 ・入院患者数 ・平均在院日数 ・看護職員数・平均残業時間・傾斜配置状況・平均 A 得点 ・平均 B 得点 傾斜配置を判断するうえで影響する患者の状況
3．回復期リハおよび亜急性期病室の概要	回復期リハビリテーション病棟の概要 亜急性期病室の概要
4．院内カンファレンス・チーム医療について	院内カンファレンスの開催回数（参加職種別） 多職種によるチーム医療について ・呼吸ケアチーム ・栄養サポートチーム など
5．その他	高度急性期医療を提供する病室における具体的課題 一般急性期医療を提供する病棟・病室における具体的課題 等 地域連携診療計画の活用状況 医療機能の有するにも関わらず算定を困難としている要件等 急性期医療の強化・特化を阻害する要因等

図表1-2-2 病院アンケート調査（退棟患者票）の内容

項 目	調査内容
1．患者の基本情報	性別 年齢 主傷病・副傷病 入院日 手術日 手術から一般病棟入棟までに経過した室 リハビリの実施状況
2．一般病棟への入棟後の 状況	入棟日 一般病棟名 一般病棟の傾斜配置状況 転棟状況 医師・看護師以外の職種の関わり状況 最も重症の時点とその時のモニタリングおよび処置等の状況、 患者の状況
3．一般病棟から退棟時の 状況	退棟日 地域連携パスの活用状況 一般病棟での通算在院日数 退棟時のモニタリングおよび処置等の状況、患者の状況 退院先（回復期リハ病棟・亜急性期病室に移行した理由）

アンケート調査票回収状況

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。

2) 実施体制

健康保険組合連合会 企画部 社会保障研究グループ

みずほ情報総研株式会社

森岡 聖晴 社会経済コンサルティング部 シニアコンサルタント

井高 貴之 社会経済コンサルティング部 コンサルタント

また、調査の実施や調査結果の分析、報告書の作成等に当たっては、次の方から助言を得た。

今中 雄一 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野

第2章. 急性期医療における現状整理

1. 医療提供体制と診療報酬上の評価の変遷

わが国では、医療提供体制の整備に関連する医療法において、平成4年の第二次医療法改正における特定機能病院制度および療養型病床群の創設に端を発し、平成9年の第三次医療法改正における総合病院制度の廃止と地域医療支援病院制度の創設、平成12年の第四次医療法改正における療養病床と一般病床の区分、平成18年の第五次医療法改正における地域医療の連携体制の構築の推進を盛り込んだ医療計画制度の見直し等、医療機能の分化・連携を推進するための様々な制度改革が行われてきた。特に、第五次医療法改正では、都道府県の医療計画において、医療圏域ごとに主要な4疾病・5事業について発症から入院、居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した診療実施施設（急性期、回復期、在宅療養等の機能ごとの医療機関）が明示されることとなった。

こうした医療機能の機能分化・連携の推進を実現すべく、診療報酬上においても様々な評価が行われている。

平成12年度診療報酬改定では、特定入院料の中で「回復期リハビリテーション病棟入院料」が新設され、平成16年度診療報酬改定では同様に特定入院料の中で「亜急性期入院医療管理料」が新設された。「回復期リハビリテーション病棟入院料」は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折などの患者に対して、ADL能力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なうための病棟を評価するものであり、「亜急性期入院医療管理料」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等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室を評価するものである。

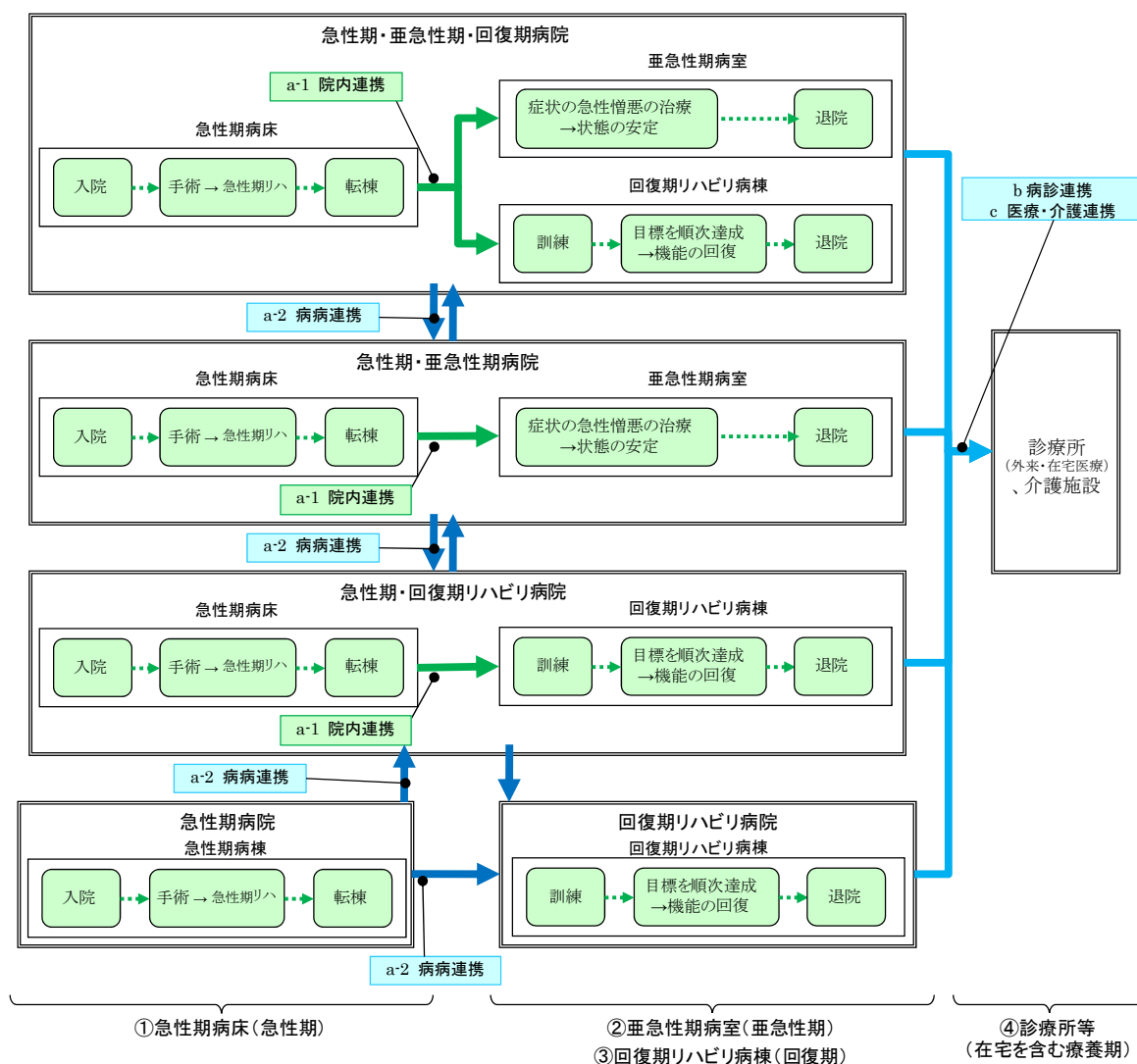
また、平成18年度診療報酬改定では、急性期入院医療の評価として「7対1入院基本料」が新設されるとともに、地域連携診療計画（地域医療連携パス）を活用して医療機関間で診療情報が共有されている体制の評価として「地域連携診療計画管理料」および「地域連携診療計画退院時指導料」が新設された。さらに、「地域連携診療計画管理料」および「地域連携診療計画退院時指導料」の対象疾患のうち、脳卒中については、各都道府県が作成する医療計画に脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載されていることが算定要件として盛り込まれており、制度改革と連動した形で医療機能の分化・連携が進められている。

直近の平成22年度診療報酬改定では、2つの重点課題と4つの視点が示され、その中の「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」および「充実が求められる領域

を適切に評価していく視点」「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」にも見られる通り、医療機能の分化・連携とともに、質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について評価がなされるようになっていく。

このように、患者を短期間に集中して治療し、可能な限り早期に日常生活や残存機能を生かした療養生活に復帰させるべく、急性期、亜急性期・回復期、在宅を含む療養期等の医療機能の明確化や、それぞれを担う各医療機関の役割分担と治療のステージに応じた専門的な医療の提供、急性期から回復期、回復期から療養期への医療連携が推進されている所である。

図表2-1-1 医療提供体制の連携（概念図）



出典)「第2回 医療構造改革に係る都道府県会議配付資料」(平成19年4月17日)より作成

2. 医療機能の分化・連携について

高齢化率の進展に伴う医療・介護需要の増大、医師をはじめとする人的・物的資源の不足・偏在、救急医療や産科小児科医療、後方病床の不足等を背景に、平成18年の第五次医療法改正以降、医療機能の分化・連携の推進が行われてきた。

平成22年12月14日の閣議決定「社会保障改革の推進について」では、社会保障改革の具体的な制度改革案とその必要財源、必要財源の安定的な確保と財政健全化を同時達成するための税制改革について一体的に検討し、その実現に向けた工程表とあわせ、平成23年半ばまでに成案を得ることとしている。改革の基本的方向については、「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」の内容を尊重したものとするとされている。

「社会保障改革に関する有識者検討会報告」では、前政権下において社会保障の機能強化に関する具体的な提言を行った「社会保障国民会議」、社会保障、雇用、教育の連携を踏まえて安心社会への道筋を展望した「安心社会実現会議」の議論の蓄積を尊重しつつ、新たな視点からの検証も加えて議論を発展させていくとしている。

うち、医療機能の分化・連携の推進については、「サービス保障 医療・介護」において以下の3点からサービス供給体制の整備を図るべきとしている。

- a. 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を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る。
- b. 都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって地域医療のネットワーク化を実現する。
- c. 不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できるかぎり最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現する。

また、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」では、「サービス給付（医療、介護）」において、医師不足が深刻な急性期医療を中心に、「病床機能の効率化・高度化」「地域における医療機能ネットワーク化」「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効率的な仕組み」「急性期からポストホスピタ

ルの一体化」「ガンをはじめとする生活習慣病対策の強化」などに効率的・重点的に資源を投入すること」が必要であるとしている。

上述の医療機能の分化の徹底と集約化や地域資源の効率的な活用、患者の早期の家庭復帰など、医療機能の分化と連携を推進するうえで、急性期医療に関する検討は最重要課題であることがわかる。

3. 急性期医療の現状について

急性期医療機能に関する検討を行うに当たり、当該医療機能の位置付けを「医療施設体系」および「診療報酬」「医療計画」の別に整理すると以下ようになる。

1) 急性期医療機能の位置付け

(1) 医療施設体系

現行の医療施設は、医療法によって「病院」、「診療所」、「助産所」、「薬局」が定義されている。うち、病院については「20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。(医療法第1条の5第1項)」とされている。また、診療所については「患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの。(医療法第1条の5第2項)」とされている。

また、病床の区分については、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて「精神病床」、「感染症病床」、「結核病床」、「療養病床」、「一般病床」が定義されている。うち、療養病床については、「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」とされ、一般病床については、上記の4つの病床「以外のもの」とされている。

急性期医療機能は主に一般病床で提供されるものの、上述の定義のとおり急性期医療が明記された病床区分とはなっていない。

図表2-3-1 一般病床・療養病床における人員配置標準

	一般病床		療養病床	
人員配置標準	医師	16 : 1	医師	48 : 1
	薬剤師	70 : 1	薬剤師	150 : 1
	看護職員	3 : 1	看護職員	4 : 1
			看護補助者	4 : 1
			理学療法士および作業療法士	
			病院の実情に応じた適当数	
			(ただし、看護職員、看護補助者は平成24年3月31日までは6 : 1でも可)	

(2) 診療報酬

急性期医療を提供する病床を区分する方法の一つとして、診療報酬体系が用いられている。具体的には、特定入院料として、急性期医療に該当する「救命救急入院料」や「特定集中治療室管理料」、「ハイケアユニット入院医療管理料」等が設けられているほか、入院基本料についても看護職員の配置の手厚さや平均在院日数により「7対1」、「10対1」、「13対1」、「15対1」に区分され、各医療機能に応じた診療報酬が設定されている。

しかしながら、特定の医療機能を評価した特定入院料と比べ、入院基本料の各区分における医療機能の実際については不明確な点も多い。今後、そうした実態を明らかにしつつ、急性期医療を担う病院・病床の基準等について検討していくことが必要である。

(3) 医療計画

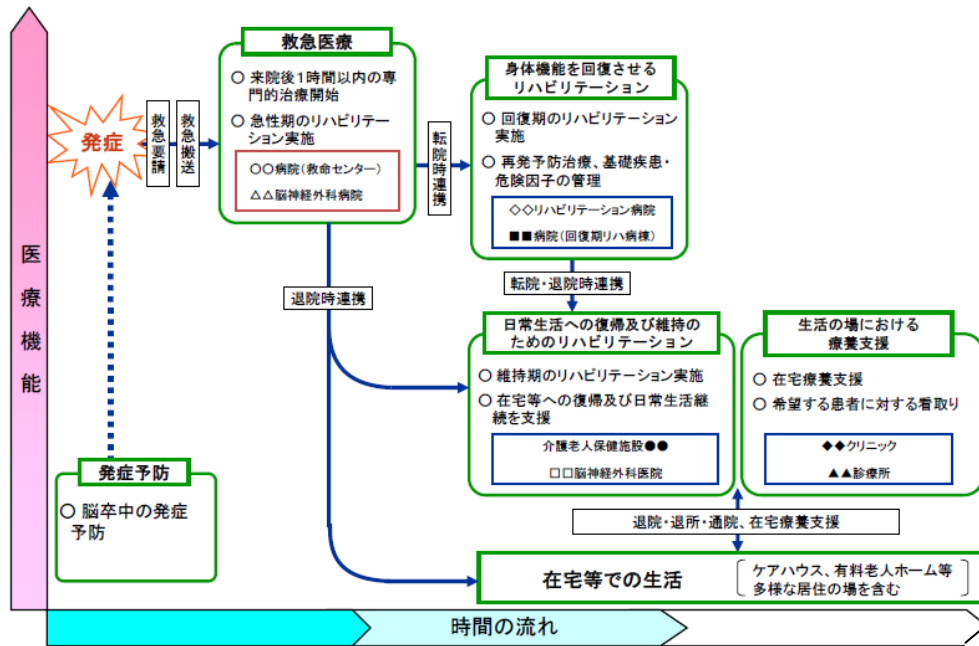
急性期医療を提供する病床を区分するもう一つの方法としては、都道府県が策定する医療計画制度が挙げられる。

医療計画は、各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するものである。

平成18年の第五次医療法改正によって、「地域完結型医療」を実現すべく、4疾病5事業（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載することとされている。

あわせて、一部の診療報酬（初診料における時間外加算、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料等、DPCの機能評価係数 の地域医療指数等）では、医療機関名が医療計画に記載されていることが算定要件とされており、診療報酬との連動も図られている。

図表2-3-2 医療計画に記載されている医療機能と医療機関 例①（脳卒中）



出典) 社会保障審議会医療部会資料より抜粋

図表2-3-3 医療計画に記載されている医療機能と医療機関 例②（脳卒中）

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション 《在宅療養》 生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後2時間以内の急性期病院到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援 ●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院	●リハビリテーションを専門とする病院 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●通所リハビリテーション事業所(病院・診療所・老健) ●診療所 等
求められる事項(抄)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時間実施 ●専門的診療の24時間実施 ●来院後1時間以内にt-PAIによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療 ●希望する患者に対する居宅での看取り ●居宅介護サービスとの連携
連携	●発症から治療開始までの時間短縮		●医療施設間における診療情報・治療計画の共有		
指標による現状把握	●基本健診受診率	●発症から救急通報までの時間 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●SCU等を有する医療機関数・病床数 ●t-PAIによる脳血栓溶解療法実施医療機関数、実施率 ●急性期リハビリテーション実施医療機関数	●回復期のリハビリテーション実施医療機関数 ●入院中のケアプラン作成率	●介護保険によるリハビリテーション実施施設数 ●在宅療養支援診療所数
			●地域連携クリティカルパス導入率		
●在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ●発症1年後のADLの状況 ●脳卒中を主原因とする要介護認定者数 ●年齢調整死亡率					

出典) 社会保障審議会医療部会資料より抜粋

注) ただし、各医療機能の定義や医療機関名の記載状況は都道府県ごとに大きく異なっており、急性期医療機能をはじめ地域の医療機能の整備状況や各医療機能の実際については比較等も困難となっている。

2) 急性期医療の現況

ここでは、既存の統計資料にもとづき急性期医療の現況について整理を行う。

なお、急性期医療機能は前述したようにそれが明記された病床区分はないが、主に一般病床で提供されるものであることから、以下では病院の一般病床の現況について整理した。

平成21年医療施設（動態）調査では、病院の一般病床は、病床数が療養病床の約3倍の906,401床あり、病床利用率は90%前後ある療養病床や精神病床と比較すると75.4%と小さい。

また、病院一般病床の1日平均在院患者数は684,236人、平均在院日数は18.5日である。

図表2-3-4 病床の種類別にみた病床数・病床利用率など

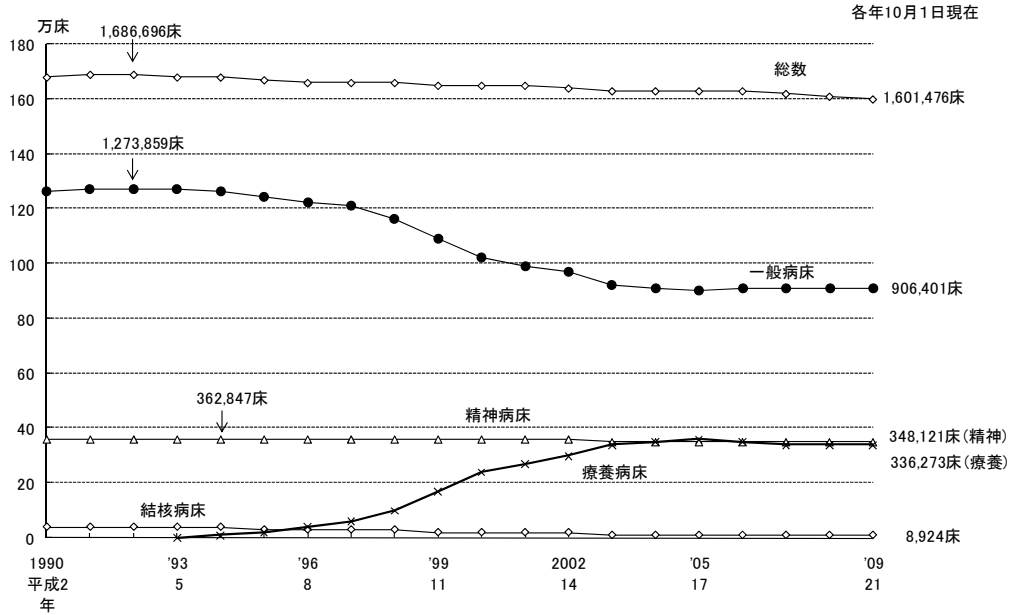
病床の種類別	病床数	病床利用率	1日平均 在院患者数 (人)	平均在院日数 (日)
病院 一般病床 a	906,401	75.4%	684,236	18.5
療養病床 a	336,273	91.2%	307,458	179.5
精神病床 a	348,121	89.6%	313,124*	307.4
他の病床 a	10,681	31.4%*	3,315	61.7*
一般診療所 a	141,817	-	-	-
療養病床 a	16,476	70.5%	11,748	104.2
在宅医療(参考) b			98,700	

出典) a : 平成21年医療施設（動態）調査・病院報告の概況 (* : 加重平均値)

b : 平成20年患者調査の概況

病床の種類別に病床数の推移をみると、一般病床は平成7年頃より減少し、平成17年以降は増減なくほぼ維持しているが、平成4年の1,273,859床から平成21年の906,401床へと367,458床減じている。一方で、療養病床は一般病床の減少と対照的に平成17年頃まで増加し、それ以降はほぼ維持している傾向がみられる。

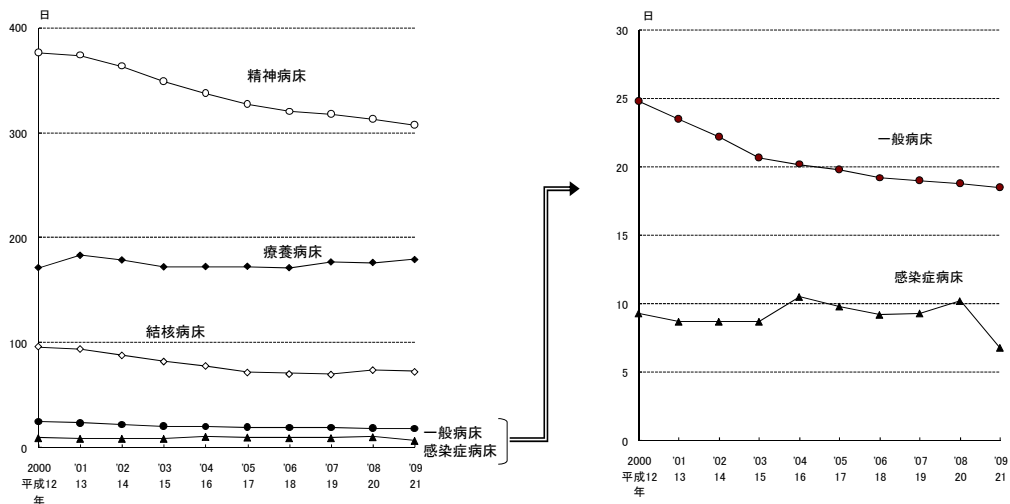
図表2-3-5 病床の種類別に見た病院病床数の推移



出典) 平成21年医療施設(動態)調査の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/xls/01.xls>

また、病院の病床種類別に平均在院日数の推移をみると、一般病床は平成12年時点の約25日から平成21年の18.5日へと6～7日程減じている。なお、療養病床はほぼ横ばい、精神病床や結核病床は数十日のレベルで大きく減じていることもわかる。

図表2-3-6 病院の病床の種類別に見た平均在院日数の推移



注: 1) 「一般病床」は、平成10～12年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13～15年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を除く。)」である。
 2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13～15年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

出典) 平成21年病院報告の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/xls/02.xls>

参考までに、平成21年病院報告における病院の種類・主な職種別にみた100床当り常勤換算従事者数をみると、准看護師を除き、医師や薬剤師、看護師は一般病院の従事者数が多く、医師は13.6人、看護師は45.6人となっている。

図表2-3-7 病院の種類・主な職種別にみた100床当り常勤換算従事者数

(単位：人)

各年 10月1日現在

		総数	医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	准看 護師	その他
平成 21 年 (2009)	総数	113.7	11.9	0.6	2.7	41.2	10.4	46.8
	精神科病院	65.5	3.4	0.1	1.2	18.6	13.7	28.6
	結核療養所	75.7	4.5	-	3.1	16.3	13.3	38.4
	一般病院	122.9	13.6	0.7	3.0	45.6	9.8	50.2
平成 20 年 (2008)	総数	110.0	11.7	0.6	2.6	39.6	10.6	45.0
	精神科病院	64.1	3.3	0.1	1.2	18.0	13.9	27.7
	結核療養所	76.2	4.9	-	3.0	12.9	17.0	38.5
	一般病院	118.8	13.3	0.7	2.9	43.7	10.0	48.4

出典)平成21年病院報告の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/xls/02.xls>より抜粋

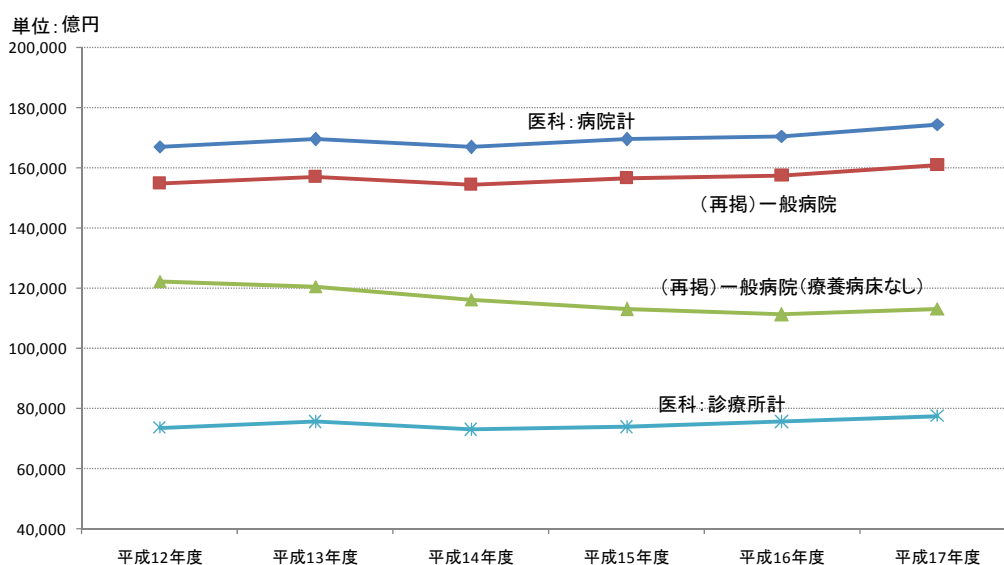
一般病院の医療費は、平成18年3月号まで厚生労働省保険局調査課より「医療機関メディアス」により公表されていたが、それ以降のデータについては公表されていない。公表データをもとに一般病院の医療費についてその状況と推移を整理すると、次頁の図表2-3-8のようになる。

公表データの最終年度である平成17年度には、医科医療費が25兆円、そのうち一般病院分は16兆円、さらに一般病院の中でも療養病床を有しない病院については11兆円の医療費である。この療養病床を有しない病院についての医療費を、急性期医療の医療費とする場合、平成12年度の12兆円から若干の減少傾向にあるが、平成17年度には微増しており、その後も11兆円前後の医療費で推移していることが予想される。(後述の社会保障国民会議におけるシミュレーションにおいて、一般病床分の医療費を平成19年に11兆円としていることとも整合する。)

図表2-3-8 医療機関機能別医療費

(単位:億円)

医療機関機能別		平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	
保険 医療 機関	計		240,518	244,984	239,808	243,116	246,105	251,829
		計	166,926	169,434	166,864	169,363	170,501	174,317
	病院	小計	166,920	169,390	166,817	169,328	170,459	174,265
		一般病院	154,987	157,142	154,341	156,536	157,449	161,076
		療養型病床群を有する病院(再掲)	32,839	36,701	38,191	43,657	46,330	48,021
		療養型病床 60%以上(再掲)	9,474	10,866	11,241	13,299	14,227	15,040
		療養型病床群を有しない病院(再掲)	122,148	120,441	116,150	112,879	111,120	113,055
		地域医療支援病院(再掲)	973	1,279	1,962	2,545	4,725	7,052
		特定機能病院(再掲)	12,980	13,376	13,184	13,527	13,749	14,156
		精神病院・結核療養所	11,933	12,249	12,476	12,792	13,010	13,188
		診療所	計	73,593	75,550	72,944	73,753	75,603
	小計	73,147	75,031	72,256	73,241	75,216	77,138	
	有床	23,752	23,363	21,397	20,633	20,141	19,871	
	療養型病床群を有する診療所(再掲)	4,830	4,956	4,585	4,543	4,421	4,317	
	療養型病床 60%以上(再掲)	1,817	1,927	1,826	1,849	1,837	1,832	
無床	49,395	51,668	50,860	52,608	55,075	57,267		



出典) 医療機関メディアス - 医療機関医療費の最近の動向 - 平成18年3月号 厚生労働省保険局調査課
<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/i-med/2006/03/18.html>

3) 急性期医療の国際比較

OECD HEALTH DATA 2010にもとづき、急性期医療における国際比較を行ったものが下図表である。なお、比較対象とした国は「アメリカ」「イギリス」「ドイツ」「フランス」「スウェーデン」の5カ国である。

当該5カ国と比較して日本に特徴がみられる指標は、以下のものがある。

- ・総医療費の対GDP比 / 人口1000人当り総病床数・急性期医療病床数
- ・平均在院日数・平均在院日数(急性期) / 1人当たり総医療費
- ・病床100床当たり医師数・看護職員数

図表2-3-9 医療分野における国際比較

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
総医療費の対GDP比 (%)	16.0	8.7	10.5	11.2	9.4	8.1(1)
人口1000人当り総病床数	3.1	3.4	8.2	6.9	—	13.8
うち、急性期医療病床数	2.7(1)	2.7	5.7	3.5	—	8.1
人口1000人当り医師数	2.4	2.6(4)	3.6	3.3(2)	3.6(2)	2.2
病床100床当たり医師数	24.8(1)	—	22.1	26.3	—	9.9
人口1000人当り看護職員数	10.8(2)	9.5(4)	10.7	7.9(2)	10.8(2)	9.5
病床100床当たり看護職員数	161.9(1)	—	71.2	80.7	—	38.8
平均在院日数	6.3	8.1	9.9	12.9	5.8(1)	33.8
平均在院日数(急性期)	5.5	7.1	7.6	5.2	4.5(1)	18.8
1人当たり総医療費(米ドル)	7,538	3,129	3737	3,696	3,470	2,729(1)
平均寿命(男)(歳)	75.3	77.6	77.6	77.8	79.4	79.3
平均寿命(女)(歳)	80.4	81.8	82.7	84.5	83.4	86.1

出典) OECD HEALTH DATA 2010

注1 「 1」は2007年のデータ 「 2」は2006年のデータ

「 3」は2005年のデータ 「 4」は2009年のデータ その他特に注がない場合は2008年のデータ

注2 スウェーデンは病床数非公表

注3 病床100当たり医師数および看護職員数は「病院」の病床数・医師数・看護職員数に基づき、以下の算式にて作成

病床100床当り医師数 = Physicians employed in hospital / Total hospital beds × 100

病床100床当り看護職員数 = Professional nurses & midwives employed in hospitals / Total hospital beds × 100

注4 平均寿命については、アメリカは2007年、イギリスは男2006年・女2007年、フランス、スウェーデンは2009年のデータ

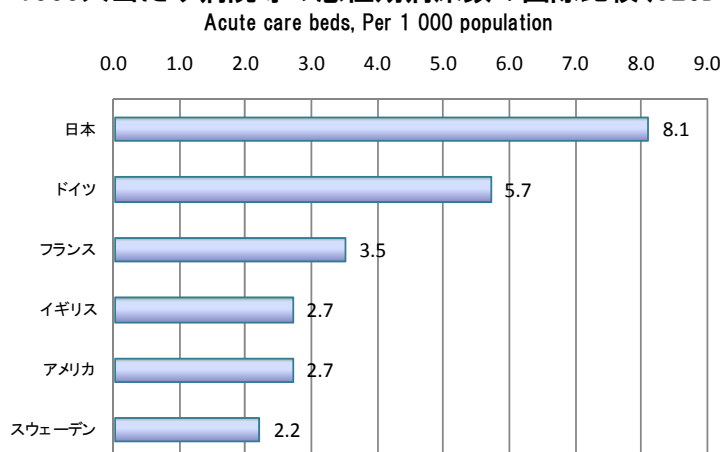
総医療費の対GDP比

総医療費の対GDP比では、アメリカが最も高く16.0%、次いでドイツの10.5%であり、日本は他5カ国に比べると8.1%と小さい。

人口1000人当たり総病床数・急性期医療病床数

病床数について人口1000人当たりで換算して国際比較を行うと、日本は群を抜いて病床が多く、特に下図表にみるように急性期病床数は8.1とフランスやアメリカ、イギリスなどの倍以上の大きさであることがわかる。

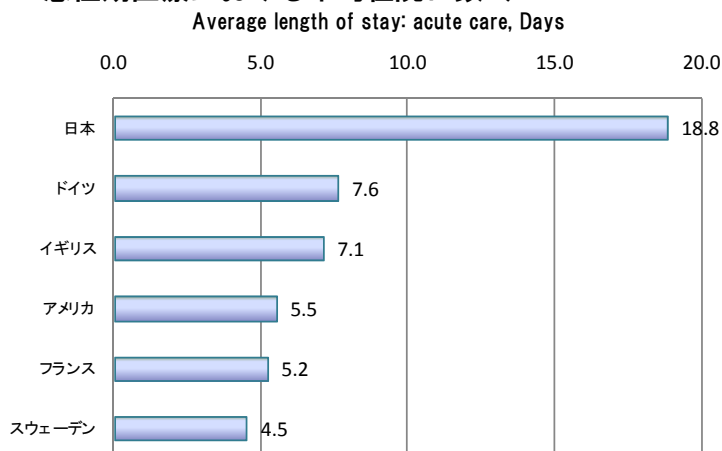
図表2-3-10 人口1000人当たり病院等の急性期病床数の国際比較(OECD HEALTH DATA 2010)



平均在院日数・平均在院日数（急性期）

平均在院日数についても前述の病床数と同様、日本は群を抜いて長く、下図表にみる急性期医療における平均在院日数は18.8とドイツやイギリス、アメリカなどの倍以上の大きさであることがわかる。

図表2-3-11 急性期医療における平均在院日数 (OECD HEALTH DATA 2010)



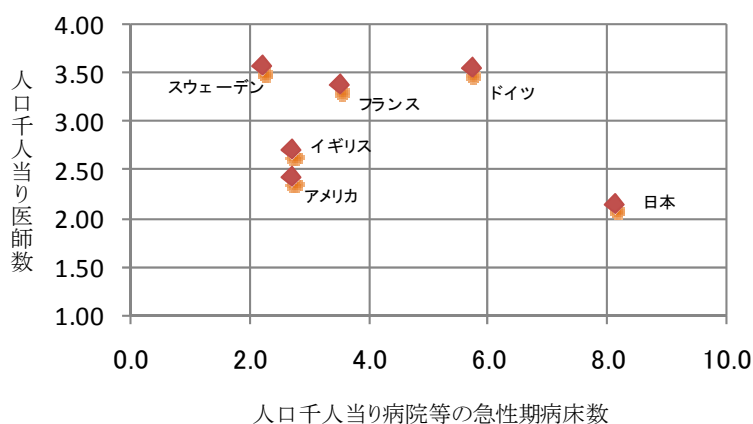
1人当たり総医療費

1人当たり医療費は、米ドル換算の値で日本は2,729ドルであり、他の国がいずれも3,000ドルを超えていることに比較すると、総医療費の対GDP比と同様、低いことがわかる。

人口1000人当たりの病院等の急性期病床数と医師数

人口1000人当たりの病院等の急性期病床数と同換算の医師数との関係を、各国でプロットした図が下図表である。日本は急性期病床数が多く、医師の少ないことが明示されている。

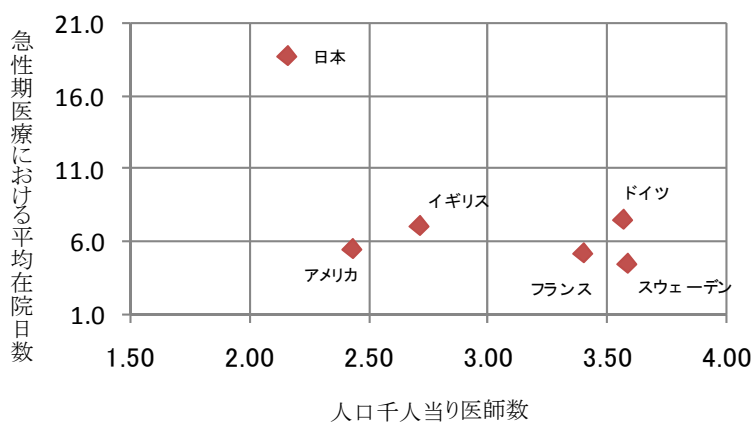
図表2-3-12 人口1000人当たりの病院等の急性期病床数と医師数 (OECD HEALTH DATA 2010)



人口1000人当たりの医師数と急性期医療の平均在院日数

同様に、医師数と平均在院日数の関係を見ると、比較的医師が少ないアメリカやイギリスの平均在院日数を比べても、日本の平均在院日数は群を抜いて長いことが分かる。

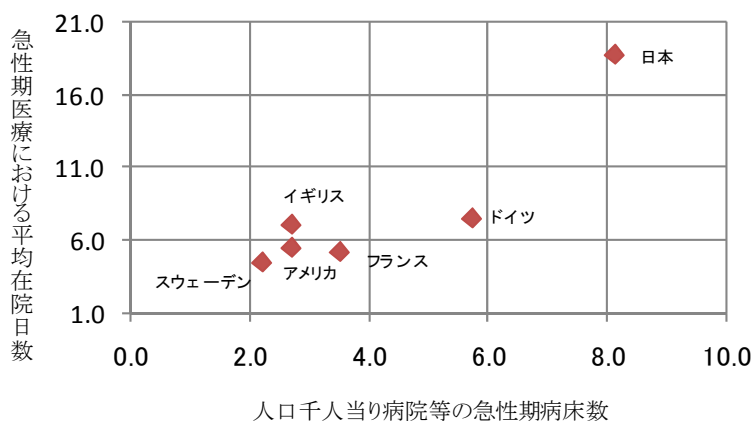
図表2-3-13 人口1000人当たりの医師数と急性期医療の平均在院日数 (OECD HEALTH DATA 2010)



人口1000人当たりの病院等の急性期病床数と平均在院日数

また、急性期病床数と平均在院日数との関係を見ると、日本が他国に比べて、急性期病床数が多く、平均在院日数も非常に長いことが浮き彫りになっている。

図表2-3-14 人口1000人当たりの病院等の急性期病床数と平均在院日数
(OECD HEALTH DATA 2010)



病床100床当たりの医師数と看護職員数

病床100床当たりの医師数と看護職員数を見ると、日本はいずれの値も他国(アメリカ、ドイツ、フランス)に比べてかなり小さいことがわかる。病床100床当たりの医師数については、他国の1/2以下である。

図表2-3-14 病床100床当たりの医師数と看護職員数 (OECD HEALTH DATA 2010)



4. 急性期医療における将来イメージ

前節まで医療機能の分化・強化の推進過程においては急性期医療が重要であるとの観点から現況の整理を行ったが、ここでは、その推進における指針として社会保障国民会議における医療・介護費用のシミュレーションを参考に、急性期医療における将来イメージを整理する。

社会保障国民会議における医療・介護費用のシミュレーションは、基本的に以下の3点を目的として実施された。

社会経済の変容や国民生活の変化の中で、将来にわたって国民が安心して生涯を送ることのできる、安定的・持続的な医療・介護・福祉サービス保障体制のあり方を検討する。

必要な医療・介護・福祉サービスを国民に提供できる体制とその効率的・効果的運用のあり方、それを実現するために必要な費用を安定的・持続的に確保していく方策を検討する。

医療・介護・福祉サービスの客観的な現状認識と将来見通しを検討する。

また、そこでは、必要な医療・介護サービスを確保する観点から大胆な改革を行うことを前提とし、サービスの充実強化と効率化を同時に実施するような複数のシナリオが検討されている。なお、それらは経済成長、科学技術進歩、効率化要素等、医療費の伸びに影響を与える要因を適正に織り込むものであり、平成37年(2025年)での改革シナリオ達成を前提に、平成37年(2025年)時点での推計結果を示し、併せて、現在の財源構成を前提に、平成37年(2025年)における必要財源の規模も試算している。

改革シナリオの中でも医療・介護サービスのあるべき姿を大胆に示したB2シナリオでは、平成37(2025)年の需給状況について、医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革によって、急性期を現在の欧米並みの水準まで高めていく姿を示している。一般病床において医療資源の一層の集中投入、急性期と亜急性期・回復期等の機能分化等を想定し、亜急性期や回復期のリハビリテーションが必要なケース等に対しても適切な設備・人員配置の下で状態像に応じた医療や介護を受けられることとしている。また、在宅医療や居住系サービス、在宅介護サービスの充実・強化等により、比較的重度者であっても、希望に応じて住み慣れた地域でケアを受けることができるものとされている。

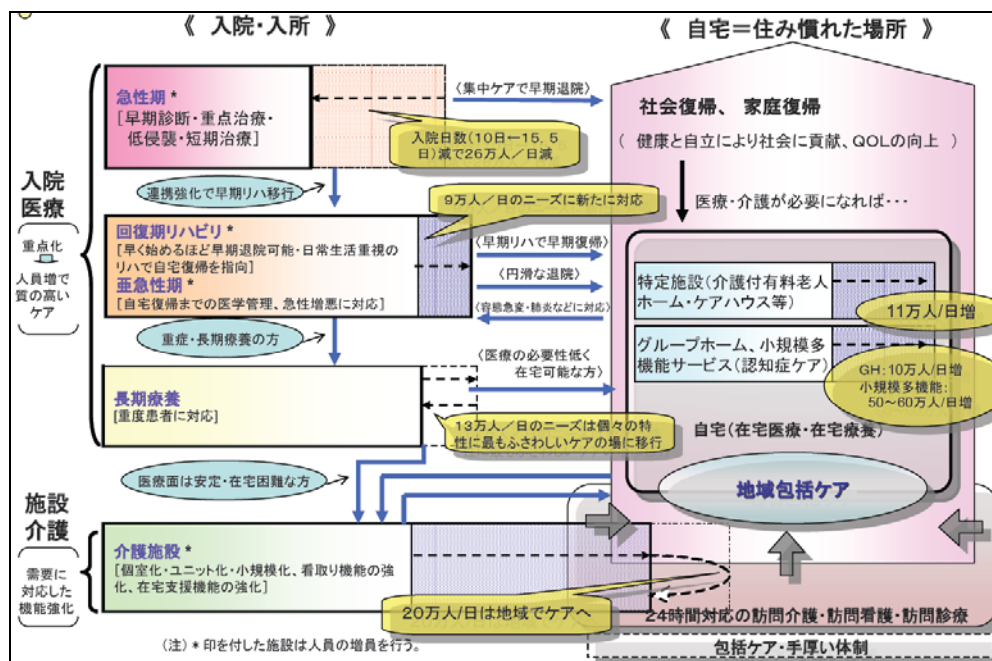
なお、医療および介護の提供体制については、概ね以下の前提条件をその将来イメージとしている。

急性期医療の充実強化・効率化
 急性期医療の職員数充実(現在の一般病床全体の平均に比べ倍増の水準に引き上げ)
 平均在院日数の短縮(現在の一般病床全体の平均に比べ半減(現状20.3日から10日へ))

病院病床の機能分化
 現状投影シナリオで一般病床133万床となるところ、急性期・亜急性期・回復期リハビリ病床等に機能分化し、「急性期67万床」「亜急性期等44万床」合わせて全体として現状程度の病床(約110万床)で高齢化需要増に対応

在宅医療・在宅介護の充実
 訪問診療の充実、居住系サービスの充実等による居住系・在宅介護利用者の増(現状から約43万人/日の増)等)
 マンパワーの充実確保(全体で現状の1.7~1.8倍に増加)

図表2-3-15 医療機能の分化・強化における将来イメージ (B2シナリオ)



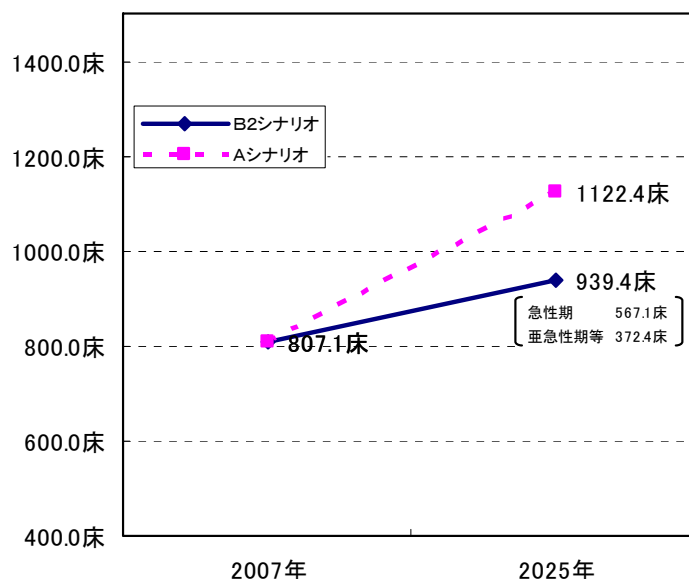
出典) 医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)(社会保障国民会議資料)より抜粋

現状を投影したシナリオである A シナリオは、今後も、不明確な機能分化、手薄な人員配置、ニーズに対応したサービス供給の不足等の現状の医療・介護サービス提供体制の問題点は解決されず、効率化もされないまま推移することを想定している。そのため、平成19(2007)年度の年齢階級別・サービス類型別の利用状況がそのまま続いた場合を仮定し、今後の高齢化の進展を見込んで機械的に計算している。また、各サービスの供給は現状と同水準で行われる場合を想定し、各サービスの単価は現在の単位当たり費用が続くことを想定している。

この A シナリオと B2 シナリオにおいて想定されている一般病床（急性期病床、亜急性期・回復期リハ）における病床数の変化と病床100床当たり医師数と看護職員数、平均在院日数を下図表に整理した。

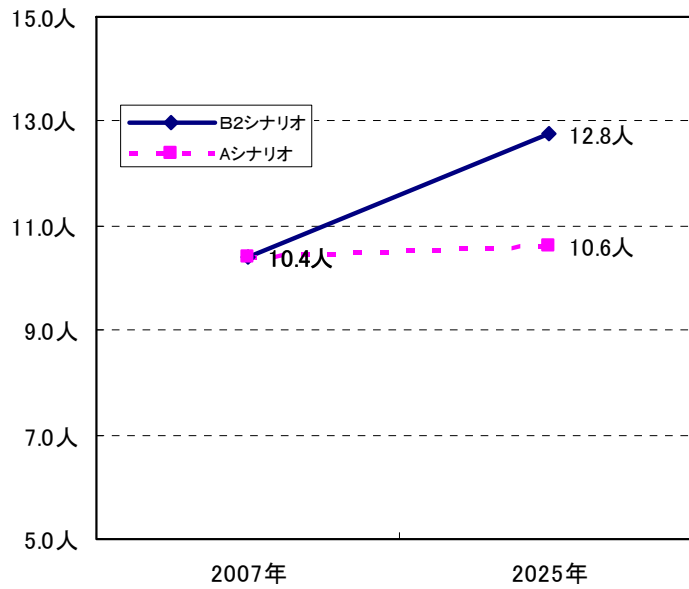
B2 シナリオは、改革シナリオとして緩やかでもなく急激な変化を想定したものでもないが、一般病床（急性期病床、亜急性期・回復期リハ）数の伸びは A シナリオに比べると鈍化しており、一方で病床100床当たりの医師数や看護職員数は増加、平均在院日数は減少している。

図表2-3-16 B2シナリオの改革 病床数（人口10万対）
一般病床（急性期病床、亜急性期・回復期リハ）

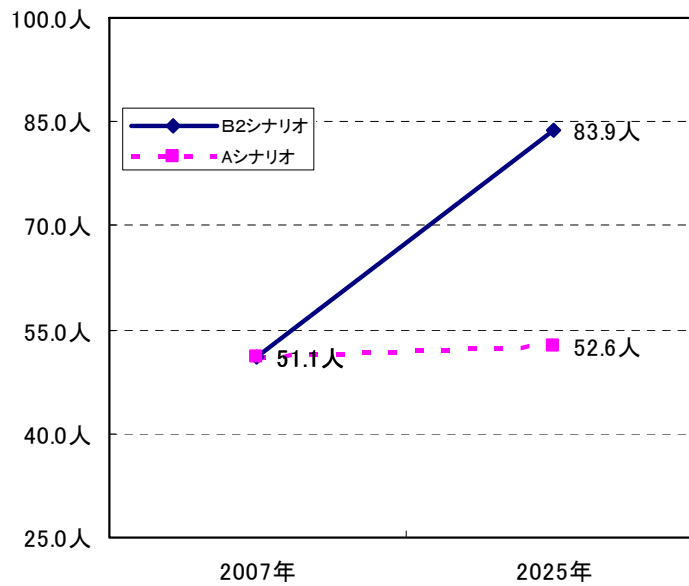


出典) 医療提供体制の機能分化と連携方策に関する調査研究(健康保険組合連合会)より抜粋

図表2-3-17 B2シナリオの改革 医師数（病床100床当たり）
一般病床（急性期病床、亜急性期・回復期リハ）

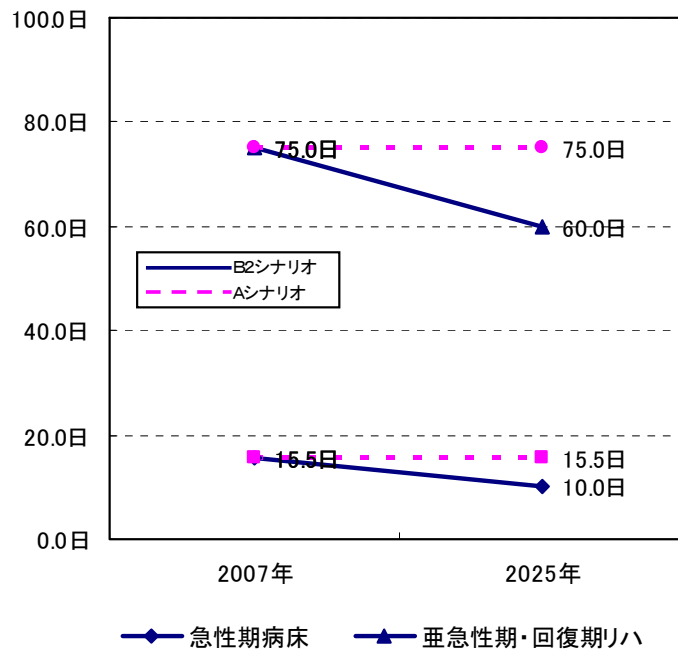


図表2-3-18 B2シナリオの改革 看護職員数（病床100床当たり）
一般病床（急性期病床、亜急性期・回復期リハ）



出典) 医療提供体制の機能分化と連携方策に関する調査研究 (健康保険組合連合会) より抜粋

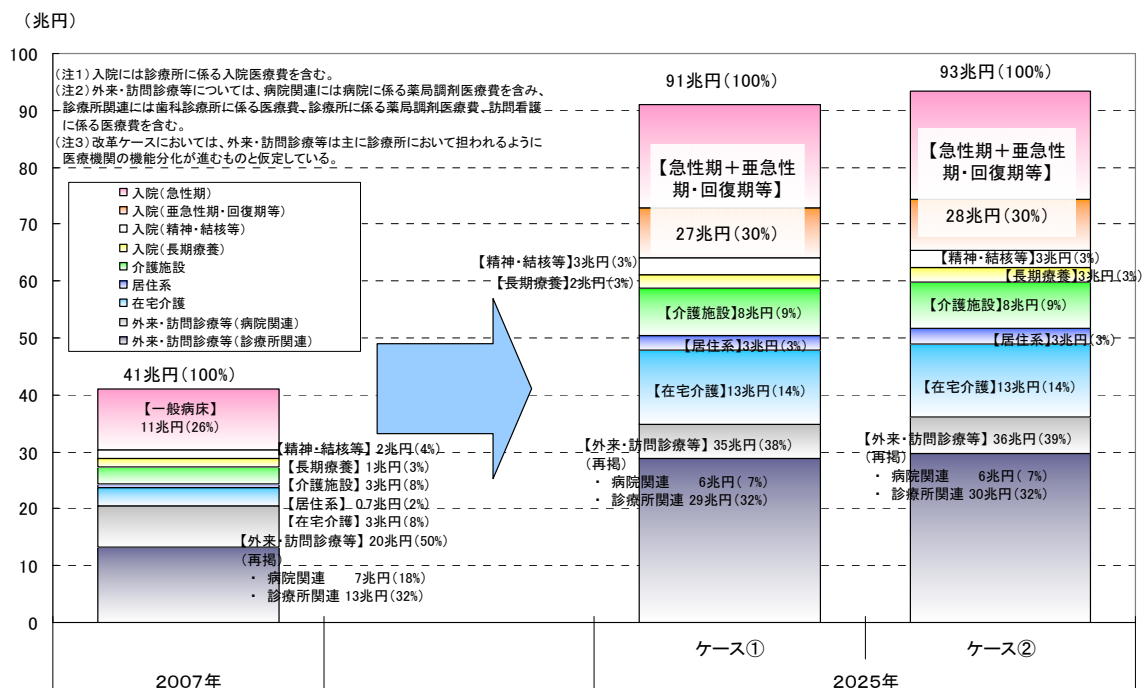
図表2-3-19 B2シナリオの改革 平均在院日数
急性期病床および亜急性期・回復期リハ



出典) 医療提供体制の機能分化と連携方策に関する調査研究 (健康保険組合連合会) より抜粋

また、下図表は、前述の前提条件等にもとづく将来推計結果であるが、平成19年（2007年）に急性期医療として一般病床11兆円であった医療費は、平成37年（2025年）には1.7倍に増大し、入院（急性期）が18～19兆円（亜急性期・回復期等と合算すると27～28兆円）となっている。

図表2-3-20 医療・介護費用にみるサービス構造の変化（B2シナリオ・経済前提Ⅱ-1）



出典) 社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料) http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu/siryuu_1.pdf

医療機能の分化・強化にあたっては、急性期医療を中心としたサービス供給体制の見直しや急性期医療機能における実態や分類のあり方、制度上の対応方法等について検討すべきと考えられる。

現状の急性期医療は、主にそれをやっている一般病床が15年程前との比較では変動がみられるものの、ここ数年ではほぼ90万床を維持しており、また、他の病床に比較すると病床数が非常に大きいため、100床当りの従事者数も多い状況である。

改革シナリオにおいても、一般病床(急性期病床、亜急性期・回復期リハビリ病床)数の伸びの鈍化、病床100床当たりの医師数や看護職員数の増加から、一般病床(急性期病床、亜急性期・回復期リハビリ病床)へのマンパワーの投入が想定されている。また、一般病床は、平均在院日数が年々減少しており、平成21年(2009

年)時点では18.5日であるが、他国に比べると病床数は多く平均在院日数も長いことから、医療機能等を考慮した医療提供体制の構築に関する整理、検討が重要であることがわかる。

また、急性期医療関連の現在の医療費が11兆円程であり、将来的には18～19兆円に迫ることが想定されていることから、医療提供体制における必要な医療資源や財源等を全体にバランスよく配置するなど、各機関の機能や病床数等にもとづく調整等を行い、あるべき姿に向けたより具体的な方策を検討するための基礎資料の整備は直近の課題になるものと考えられる。

第3章. 急性期医療における機能分化の実態調査

1. アンケート調査の概要

本アンケート調査は、社会保障国民会議最終報告（平成20年11月4日）を受け、医療・介護サービスのあるべき姿に向けた医療機能等の強化のあり方を具体的に検討するために、急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関して、「実態」および「課題」の整理、検討を行う基礎資料を得ることを目的として実施した。

現行の診療報酬体系では、病院の病棟毎の医療機能は大きく「特定入院料」と、「入院基本料」によって評価されている。このうち、「特定入院料」については、「救命救急入院料」や「特定集中治療室管理料」、「ハイケアユニット入院医療管理料」、「亜急性期入院医療管理料」等、明確な医療機能と施設基準が定められ、患者の状態等に応じて算定がなされる。

一方、急性期医療に関連して、一般病棟における「入院基本料」は、「療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病等入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟」であって、看護配置、看護比率、平均在院日数、その他の事項について厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることが条件となる。特定入院料と比較して機能の幅が広く不明確ではあるものの、一般病棟で重症度の高い患者を多く受け入れている病院では、手厚い看護職員の配置や専従・専任者の配置、チーム医療等の体制整備が図られていると考えられる。

以下、本調査の結果を通し、急性期・亜急性期入院医療を提供している病院の属性や患者状態像、提供している治療・処置内容等から急性期医療の姿を把握するとともに、急性期医療の機能分化の方策、施設基準や診療報酬上で求められている条件への対応、職種間の役割分担のあり方を検討する。

図表3-1-1 急性期医療に関連する特定入院料と入院基本料（一般病棟）

	特定入院料	入院基本料（一般病棟）
主な施設基準	高度急性期医療関連 救命救急入院料 特定集中治療室管理料 ハイアユニット入院医療管理料 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 新生児特定集中治療室管理料 総合周産期特定集中治療室管理料 新生児治療回復室入院医療管理料 など	7対1入院基本料 ・看護職員配置が7対1以上 ・看護職員のうち、看護師が7割以上 ・平均在院日数が19日以内 ・看護必要度基準を満たす患者1割以上 ・常勤医師数が入院患者数の1割以上 10対1入院基本料 ・看護職員配置が10対1以上 ・看護職員のうち、看護師が7割以上 ・平均在院日数が21日以内
	亜急性期・回復期医療関連 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 緩和ケア病棟入院料 など	13対1入院基本料 ・看護職員配置が13対1以上 ・看護職員のうち、看護師が7割以上 ・平均在院日数が24日以内 15対1入院基本料 ・看護職員配置が15対1以上 ・看護職員のうち、看護師が4割以上 ・平均在院日数が60日以内 入院基本料等加算 ・「総合入院体制加算」「急性期看護補助体制加算」「医師事務作業補助体制加算」「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」「地域医療支援病院入院診療加算」「がん診療連携拠点病院加算」等

2. 回答病院の概要

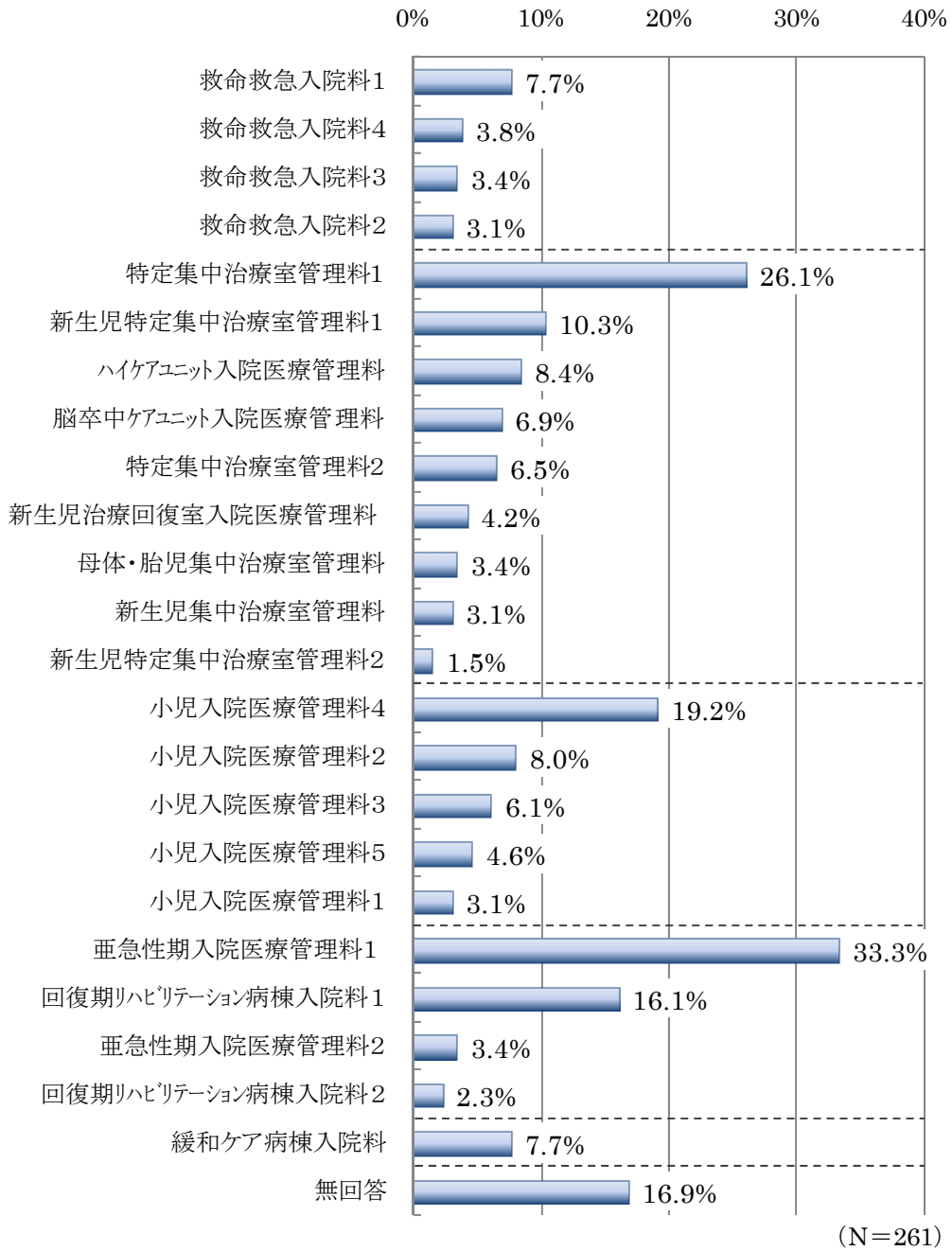
本アンケート調査では、261病院からの回答があった。その承認等の状況を見ると、「DPC対象病院」77.4%、「二次救急医療機関」73.6%、「災害拠点病院」32.6%、「がん診療連携拠点病院」20.7%、「地域医療支援病院」19.5%等と、急性期医療における様々な医療機能の属性がうかがえる。

また、特定入院料の届出状況を見ると、回答病院において「特定集中治療室管理料1」26.1%や「新生児特定集中治療室管理料1」10.3%等の高度急性期医療を担っていることがうかがえるほか、「亜急性期入院医療管理料1」33.3%や「回復期リハビリテーション病棟入院料1」16.1%等の急性期医療機能の受け皿となる医療機能を有する施設も多いことが確認できる。

図表3-2-1 承認等の状況【複数回答】

	施設数	割合
DPC対象病院	202件	77.4%
二次救急医療機関	192件	73.6%
災害拠点病院	85件	32.6%
がん診療連携拠点病院	54件	20.7%
地域医療支援病院	51件	19.5%
地域周産期母子医療センター	41件	15.7%
救命救急センター	32件	12.3%
DPC準備病院	28件	10.7%
総合周産期母子医療センター	10件	3.8%
特定機能病院	9件	3.4%
小児救急医療拠点病院	5件	1.9%
専門病院	5件	1.9%
高度救命救急センター	4件	1.5%
無回答	12件	4.6%
合計	261件	100.0%

図表3-2-2 特定入院料等に係る届出の状況【複数回答】

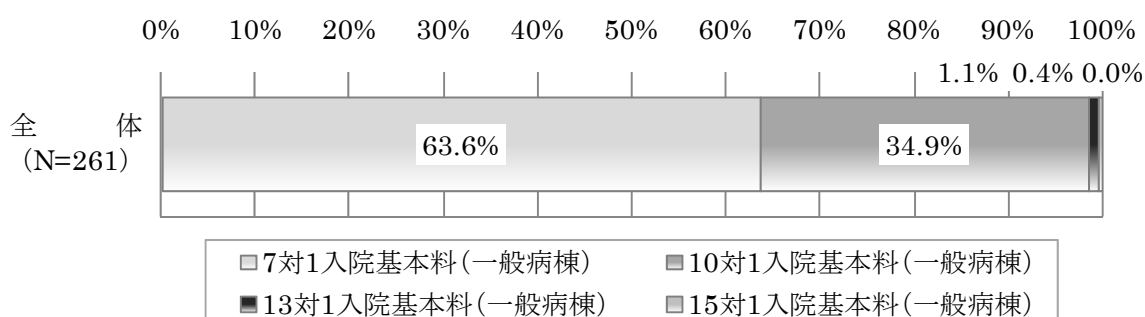


回答病院の入院基本料に係る届出状況をみると、63.6%が「7対1入院基本料(一般病棟)」、34.9%が「10対1入院基本料(一般病棟)」となっており、手厚い看護職員配置に基づいて医療が提供されている。

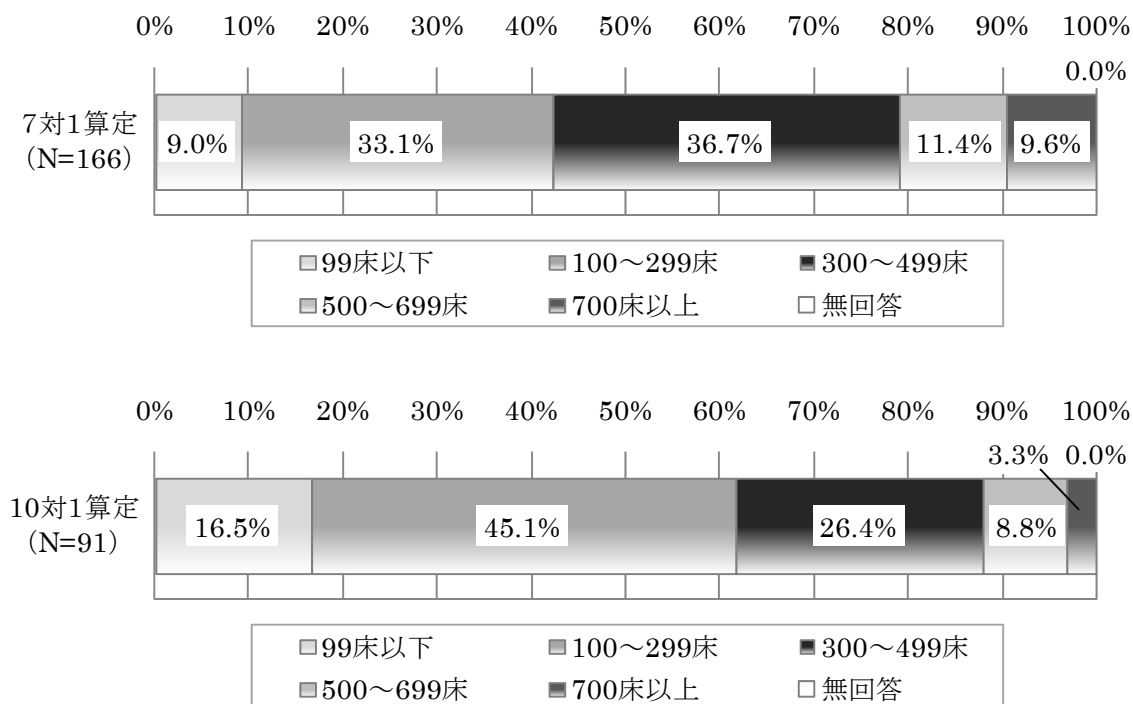
さらに、7対1入院基本料算定施設と10対1入院基本料算定施設の施設規模を比較すると、7対1入院基本料算定施設の方が病床規模が大きく、また、100床当たりの職員配置をみると、看護職員以外の体制についても概ね7対1入院基本料算定施設が手厚い配置となっている。

さらに、平均在院日数についても、7対1入院基本料算定施設が短い傾向にある。

図表3-2-3 入院基本料に係る届出の状況



図表3-2-4 届出病床数の分布

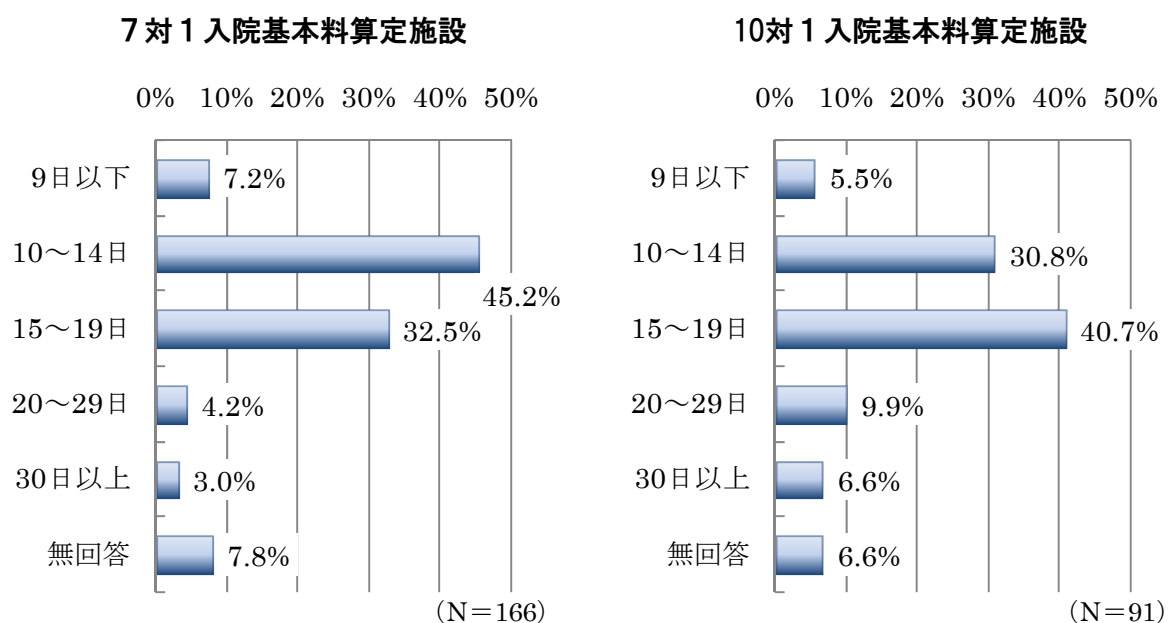


図表3-2-5 1施設当たり職員数（常勤換算）の職種別構成

	7対1入院基本料算定施設		10対1入院基本料算定施設	
	1施設当たり職員数	100床当たり職員数	1施設当たり職員数	100床当たり職員数
医師	85.3人	23.1人	46.6人	16.9人
看護師・准看護師	300.8人	81.6人	188.7人	68.4人
看護補助者	27.5人	7.5人	27.4人	9.9人
薬剤師	15.4人	4.2人	9.6人	3.5人
理学療法士	11.1人	3.0人	9.0人	3.2人
作業療法士	5.4人	1.5人	4.0人	1.5人
言語聴覚士	2.4人	0.7人	1.9人	0.7人
診療放射線技師	17.9人	4.9人	10.9人	4.0人
臨床検査技師	22.2人	6.0人	14.3人	5.2人
臨床工学技士	6.2人	1.7人	4.6人	1.7人
ソーシャルワーカー（社会福祉士等）	3.3人	0.9人	2.4人	0.9人
事務職員	59.5人	16.1人	42.4人	15.4人
合計	557.1人	151.0人	361.8人	131.2人
1施設当たり病床数	368.9床		275.7床	

7対1入院基本料算定施設は有効回答163施設、10対1入院基本料算定施設は有効回答89施設で集計

図表3-2-6 平均在院日数の分布



3. 看護配置状況と医療機能

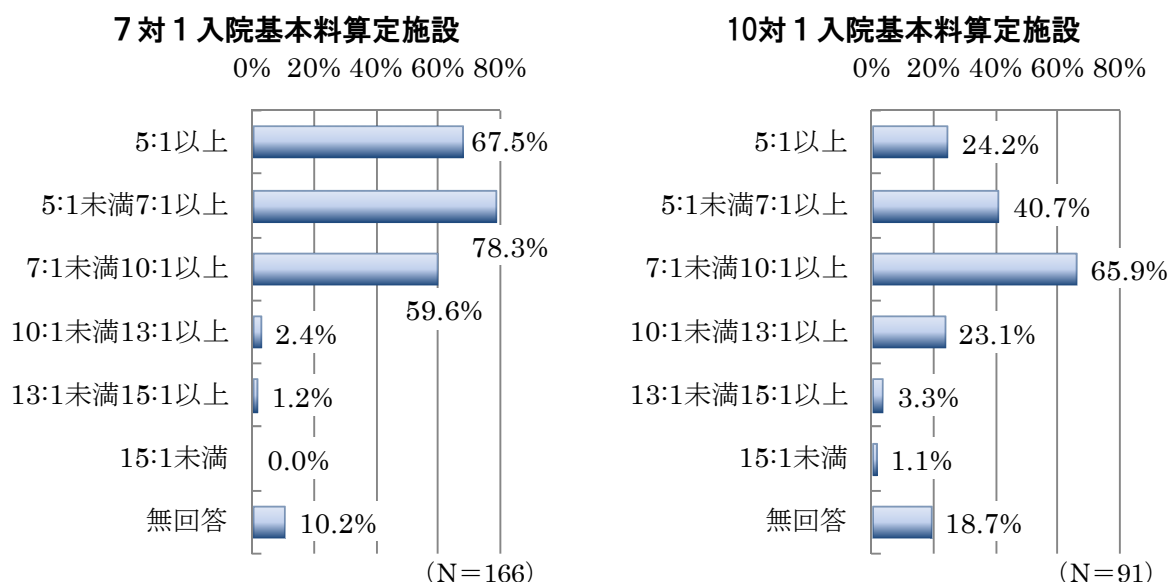
1) 回答病院が有する一般病棟の状況

入院基本料（一般病棟）は、「療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病等入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟」であって、看護配置、看護比率、平均在院日数、その他の事項について厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることが条件となる。このうち、看護配置については、現行、「一般病棟が複数病棟ある場合に、月平均1日当たり看護職員配置数を満たしていれば、病棟間での傾斜配置が可能である」との考え方にに基づき、病棟ごとに重症度の高さ等に応じて手厚い看護配置を行うことが可能となっている。

急性期医療に関して、「一般病棟^{注1}」の医療機能を捉えて整理するうえでは、この看護職員の傾斜配置状況が一つの軸となる。

回答病院が有する一般病棟の状況について看護配置別にみると、7対1入院基本料算定施設では、「5：1以上」の看護配置の病棟を有する施設が67.5%、「5：1未満7：1以上」の看護配置の病棟を有する施設が78.3%、「7：1未満10：1以上」の看護配置の病棟を有する施設が59.6%であった。同様に、10対1入院基本料算定施設では、24.2%、40.7%、65.9%となっており、7対1入院基本料算定施設と10対1入院基本料算定施設の両者とも、個々の病棟の状況に応じて看護配置の手厚さを調整していることが推察される。

図表3-3-1 各看護職員配置の一般病棟を有する医療機関の状況【複数回答】



注1 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。

2) 一般病棟の看護配置状況

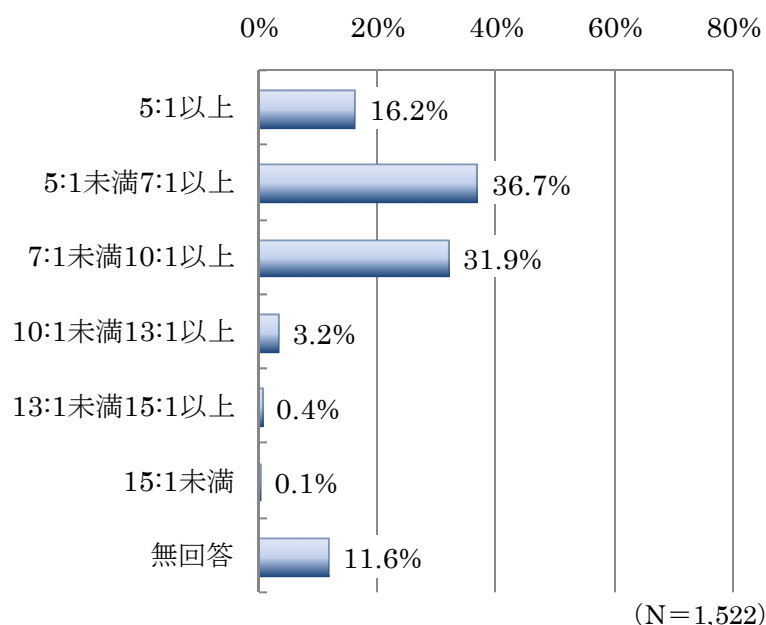
7対1入院基本料算定施設、10対1入院基本料算定施設それぞれにおいて、個々の病棟の状況に応じて看護配置の手厚さが調整されている中、手厚い看護職員の配置を行っている一般病棟では、重症度の高い患者を多く受け入れ、より濃密な急性期医療が提供されていると考えられる。そのため、一般病棟の看護職員の傾斜配置別に医療機能をみていく必要がある。

一般病棟について分析を進めるに当たり、本アンケート調査では、回答病院から1,522病棟分の一般病棟の情報が収集できている。以下、一般病棟の病棟単位で分析を深めることで一般病棟の医療機能について整理していく。

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た。

なお、「5：1以上」の看護配置の病棟について、一部、病床規模の小さい病棟で2：1前後などの集中的な看護職員の配置を行っている病棟もみられたが、一方で、当該病棟を有する施設の特定入院料の届出状況を見ると、特定集中治療室管理料やハイケアユニット入院医療管理料等の届出を行っていない施設もみられた。こうした集中的な看護職員の配置を行っている病棟は、医師等の配置や業務の専従特化といった施設基準を満たすことができないために特定集中治療室管理料等の特定入院料を算定していないものの、病院内では集中治療の役割を担う病棟として機能している一般病棟であると推察される。

図表3-3-2 一般病棟における看護職員配置の状況



3) 看護配置と入院患者の状態像

平成20年度診療報酬改定では、急性期を担う医療機関において入院患者の重症度等の状態を評価し実情に合わせた適正な配置を行っている病院を診療報酬上で評価することを目的に、一般病棟の7対1入院基本料の施設基準に「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用い「継続的に患者状態像の測定・評価を行っていること」が盛り込まれ、同評価票による患者状態像の評価が義務付けられた。さらに、平成22年度診療報酬改定では、一般病棟の10対1入院基本料において、同様の取り組みを行っている場合に算定できる「一般病棟看護必要度評価加算」が新設された。

「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。

図表3-3-3 「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 ^{注2}	なし		あり

図表3-3-4 「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

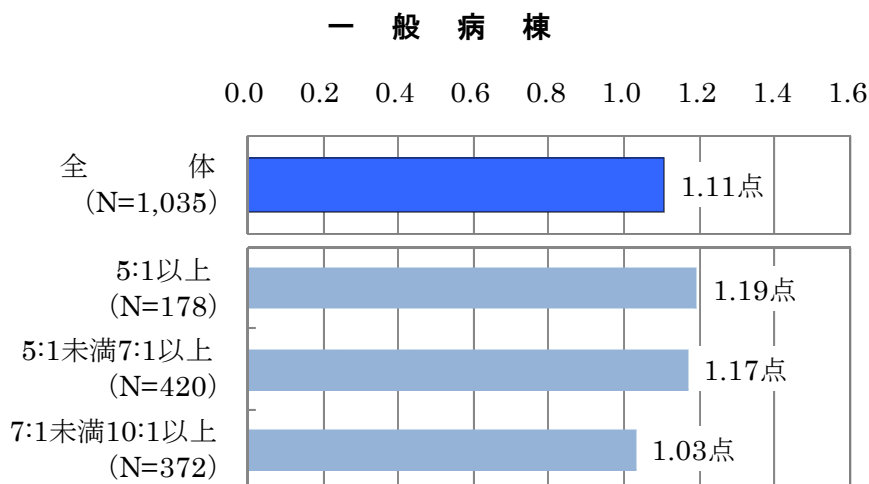
^{注2} 専門的な治療・処置とは、抗悪性腫瘍剤の使用、麻薬注射薬の使用、放射線治療、免疫抑制剤の使用、昇圧剤の使用、抗不整脈剤の使用、ドレナージの管理を指す。

一般病棟の現場において、医療従事者が患者の状態像を評価するために日常的に用いられているため、本調査においても各一般病棟における入院患者の状態像について同評価票に基づく入院患者1人当たりの平均A得点・B得点から入院患者の状態像を把握していく。

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^{注3}をみると、入院患者1人当たり平均1.11点であった。看護配置別にみると、手厚い看護配置を行っている病棟の方が入院患者1人当たり平均A得点が高い傾向にあることがうかがえる。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点であった。

一方、一般病棟における「B 患者の状況等」の平均B得点^{注4}についてみると、入院患者1人当たり平均3.68点となっており、看護配置別にみると、看護配置の手厚さに対して一定の傾向はみられなかった。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点であった。

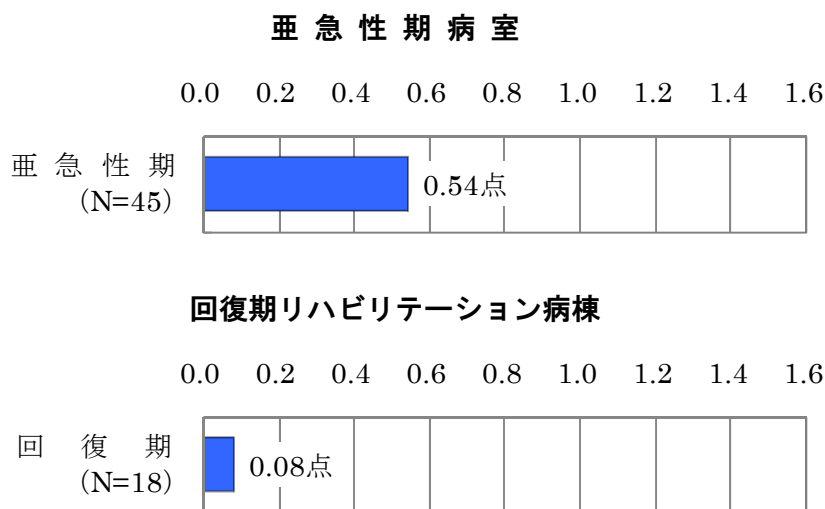
図表3-3-5 病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均A得点



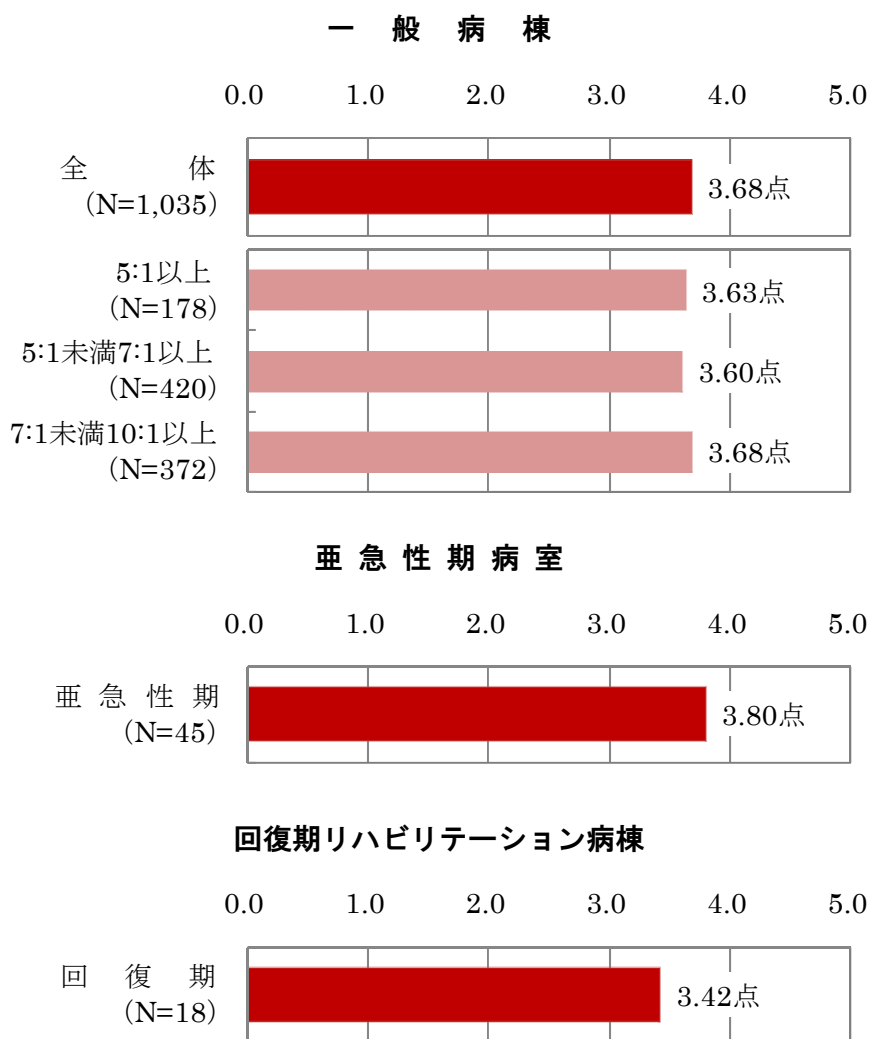
注3 各一般病棟の患者を対象とする「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の「A モニタリング及び処置等」の得点の入院患者1人当たり平均値。

注4 各一般病棟の患者を対象とする「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の「B 患者の状況等」の得点の入院患者1人当たり平均値。

図表3-3-6 病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均A得点（つづき）



図表3-3-7 病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均B得点

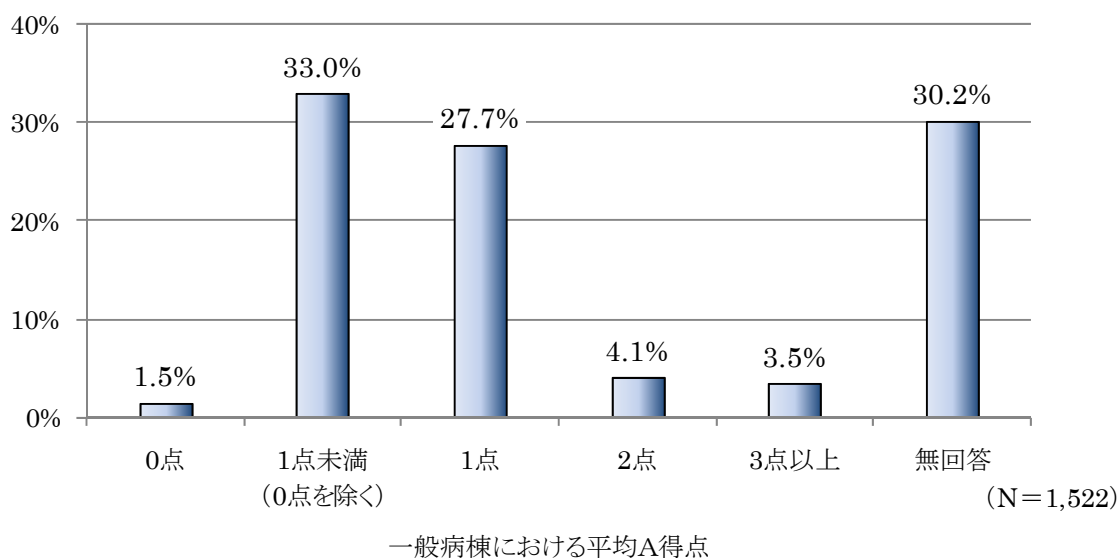


さらに、各一般病棟の入院患者1人当たり平均A得点別の分布をみると、「1点未満(0点を除く)」33.0%、「1点」27.7%、「2点」4.1%、「3点」3.5%などとなっており、看護配置別に比較すると「5:1以上」の配置の病棟では「3点以上」と「2点」の割合が多く、「5:1未満7:1以上」の配置の病棟では「1点」の割合、「7:1未満10:1以上」の配置の病棟では「1点未満(0点を除く)」の割合が多くなっていた。

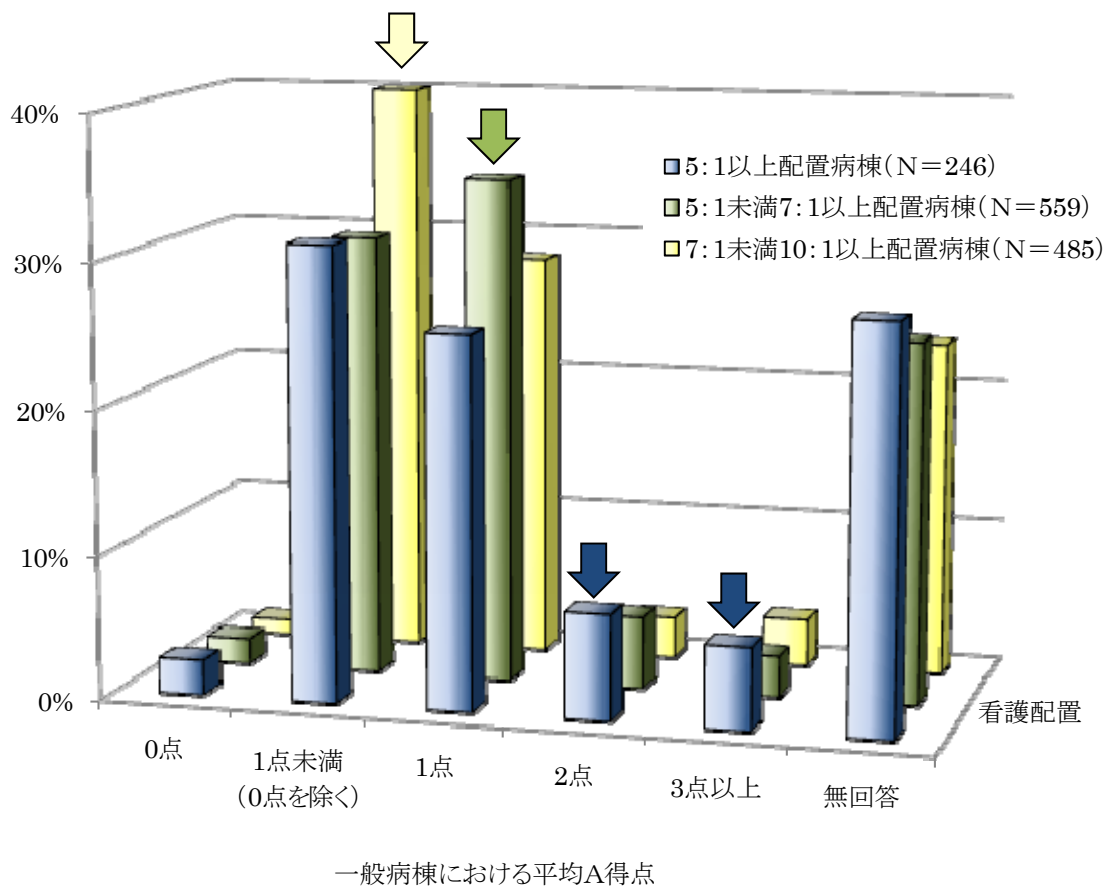
一方、入院患者1人当たり平均B得点の分布をみると、「1~2点」27.9%、「3~4点」23.0%、「5~6点」12.0%などとなっており、看護配置別に比較して一定の傾向はみられなかった。

このことから、看護職員の配置状況に影響を与える入院患者の状態像としては、「A モニタリング及び処置等」の内容が「B 患者の状況等」の内容に比べて影響が大きく、モニタリングおよび処置等を要する重症な患者への医療提供に当たっては、手厚い看護職員の配置が求められることが推察される。

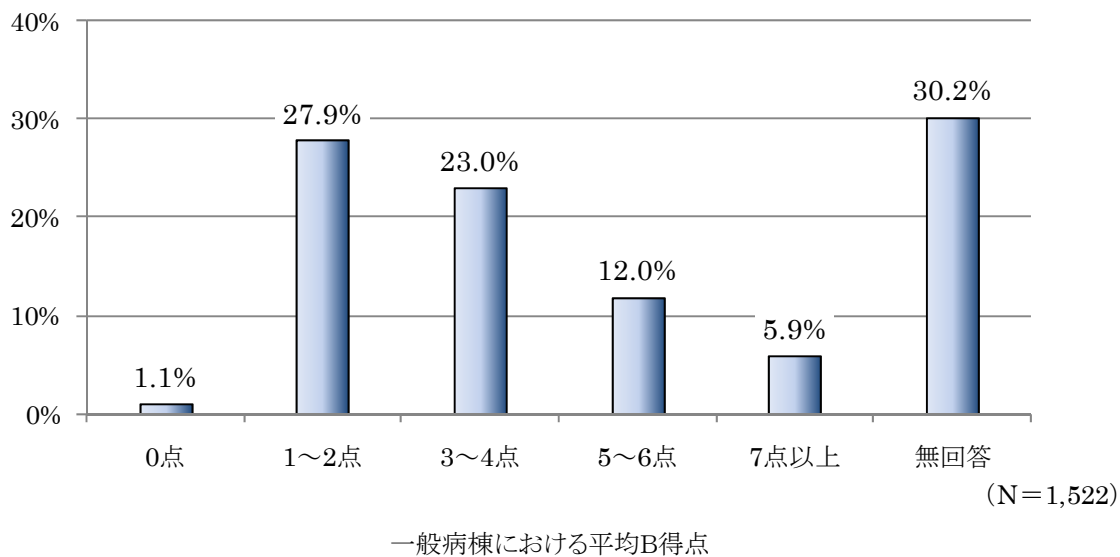
図表3-3-8 入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布



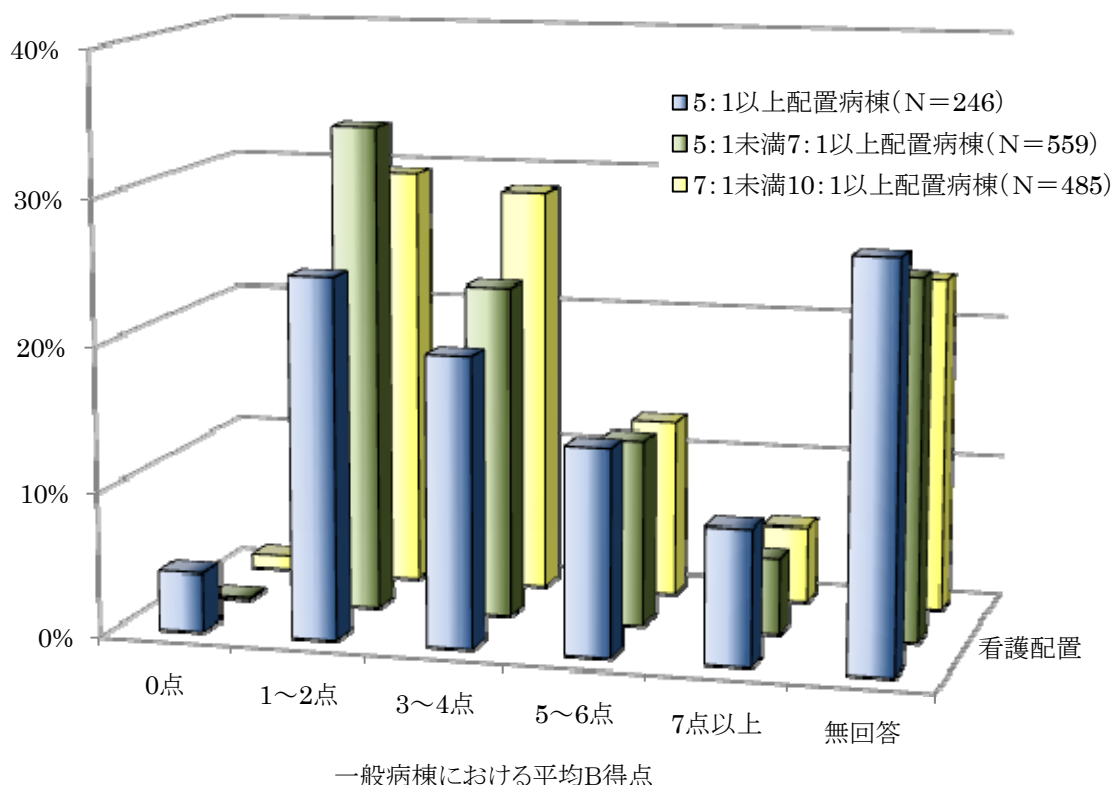
図表3-3-9 看護職員配置別・入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布



図表3-3-10 入院患者1人当たり平均B得点別の一般病棟の分布



図表3-3-11 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



加えて、回答病院において「一般病棟の傾斜配置を判断するうえで影響する患者の状況」として挙げる項目をみると、「A モニタリング及び処置等の状況」の項目を挙げる割合が多く、特に、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上」、「昇圧剤の使用」、「心電図モニター」、「シリンジポンプの使用」など、呼吸や循環動態が不安定な患者の状況を挙げる回答が多い傾向にあった。

なお、「B 患者の状況等」の項目については、前述のとおり、個別の一般病棟における看護配置との関係はうかがえなかったものの、「7対1以上と判断する場合」と比較して「7対1未満10対1以上と判断する場合」では「食事摂取の介助」や「寝返りの介助」の項目を挙げる割合が多くなっていた。

このことから、看護職員の役割として、手厚い看護配置の一般病棟では重症な患者の多さ等から相対的に「診療の補助」を担うことが期待されており、また、看護配置が低い病棟になるにつれて相対的に「療養上の世話」を担う必要性が高くなっていると考えられる。

図表3-3-12 一般病棟の傾斜配置を判断するうえで影響する患者の状況【3つまで】

		施設数			割合		
		5：1以上と判断する場合	5：1未満7：1以上と判断する場合	7：1未満10：1以上と判断する場合	5：1以上と判断する場合	5：1未満7：1以上と判断する場合	7：1未満10：1以上と判断する場合
モニタリング及び処置等の状況	呼吸ケア	34件	36件	16件	25.0%	21.4%	10.0%
	点滴ライン同時3本以上	30件	28件	16件	22.1%	16.7%	10.0%
	昇圧剤の使用	23件	15件	3件	16.9%	8.9%	1.9%
	心電図モニター	17件	24件	18件	12.5%	14.3%	11.3%
	シリンジポンプの使用	17件	29件	12件	12.5%	17.3%	7.5%
	抗不整脈剤の使用	16件	8件	4件	11.8%	4.8%	2.5%
	血圧測定5回以上	12件	24件	11件	8.8%	14.3%	6.9%
	麻酔注射薬の使用	11件	12件	2件	8.1%	7.1%	1.3%
	輸血や血液製剤の使用	10件	18件	10件	7.4%	10.7%	6.3%
	時間尿の測定	8件	8件	2件	5.9%	4.8%	1.3%
	抗悪性腫瘍剤の使用	6件	10件	11件	4.4%	6.0%	6.9%
	ドレナージの管理	4件	13件	9件	2.9%	7.7%	5.6%
	創傷処置	2件	5件	4件	1.5%	3.0%	2.5%
	免疫抑制剤の使用	2件	2件	0件	1.5%	1.2%	0.0%
	放射線治療	0件	0件	2件	0.0%	0.0%	1.3%
患者の状況等	寝返りの介助	13件	17件	19件	9.6%	10.1%	11.9%
	食事摂取の介助	6件	9件	25件	4.4%	5.4%	15.6%
	移乗の介助	5件	10件	14件	3.7%	6.0%	8.8%
	口腔清潔の介助	3件	3件	7件	2.2%	1.8%	4.4%
	衣服の着脱の介助	3件	3件	9件	2.2%	1.8%	5.6%
	起き上がりの介助	1件	7件	9件	0.7%	4.2%	5.6%
	座位保持の介助	0件	2件	3件	0.0%	1.2%	1.9%
無回答		59件	73件	91件	44.1%	43.5%	56.9%
総数		135件	168件	160件			

一般病棟の傾斜配置状況について「5：1以上」の病棟がある135施設、「5：1未満7：1以上」の病棟がある168施設、「7：1未満10：1以上」の病棟がある160施設でそれぞれ集計

4) 看護配置と平均在院日数

一般病棟における医療提供状況を把握するに当たって、1人の入院患者により病床が占有されている平均期間を表す平均在院日数をみていく。

なお、一般病棟の平均在院日数を分析するうえでは、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度である DPC 制度（1日当たりの包括評価制度）に留意する必要がある。当該制度では、一般病棟入院患者を対象として、DPC（診断群分類）毎に設定される包括評価部分と出来高評価部分で診療報酬額を算出する。その際、診療の効率化推進と早期退院のインセンティブの観点から、入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定する方式となっている。こうした仕組みが平均在院日数にも大きく影響を与えることから、今回は、DPC 対象病院とそれ以外を区別して分析を行っている。

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%などとなっており、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%などとなっていた。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（N = 1,256）DPC 対象病院以外の病院では平均17.2日（N = 170）であった。

上述の制度的要因を背景に、DPC 対象病院の平均在院日数が DPC 対象病院以外の病院と比較して短い傾向にあることがうかがえる。

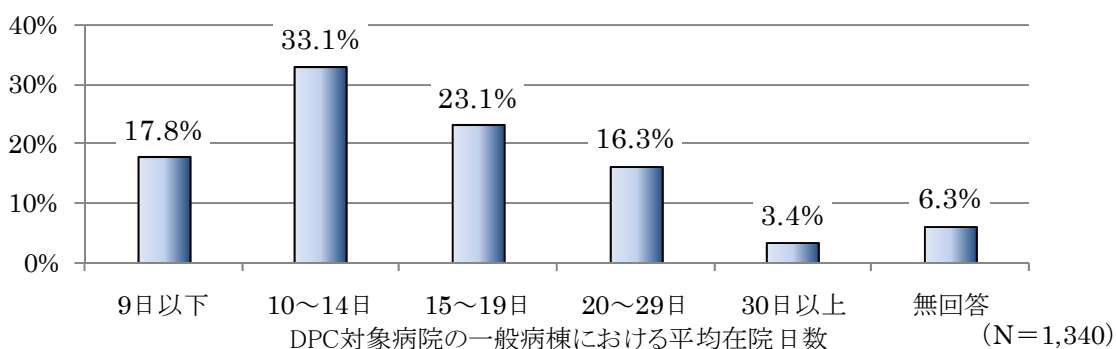
また、亜急性期入院医療管理料算定病室の平均在院日数別の分布をみると、「20～29日」25.4%が最も多く、次いで「30～39日」13.8%、「40～59日」12.3%などとなっており、入院患者1人当たり平均36.4日（N = 96）となっていた。回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟の平均在院日数別の分布をみると、「30～59日」39.3%が最も多く、次いで「60～89日」33.9%、「90日以上」12.5%などとなっており、入院患者1人当たり平均67.5日（N = 50）となっていた。

なお、一般病棟入院基本料の施設基準には、平均在院日数について、7対1入院基本料では19日以内、10対1入院基本料では21日以内（特定機能病院入院基本料（一般病棟）では両者とも28日以内）、13対1入院基本料では24日以内、15対1入院基本料では60日以内であることが盛り込まれている。本調査の回答病院の入院基本料に係る届出状況は、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）」であるが、個別の病棟で見ると、平均在院日数が20日を超える病棟が2割程度存在する。このことについては、平均在院日数が以下の算出式に基づいて一般病棟全体で算出されるため、平均在院日数の短い病棟における患者数の影響を受けることによると考えられる。

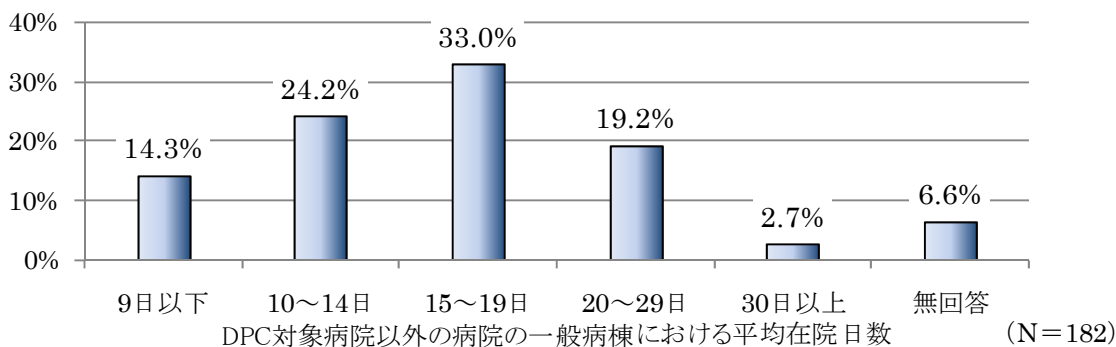
診療報酬上における平均在院日数の算出式

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{一般病棟全体における直近3カ月間の在院患者延数}}{\left(\text{一般病棟全体における当該3カ月間の新入棟患者数} + \text{一般病棟全体における当該3カ月間の新退院患者数} \right) \times 0.5}$$

図表3-3-13 平均在院日数別の病棟・病室の分布

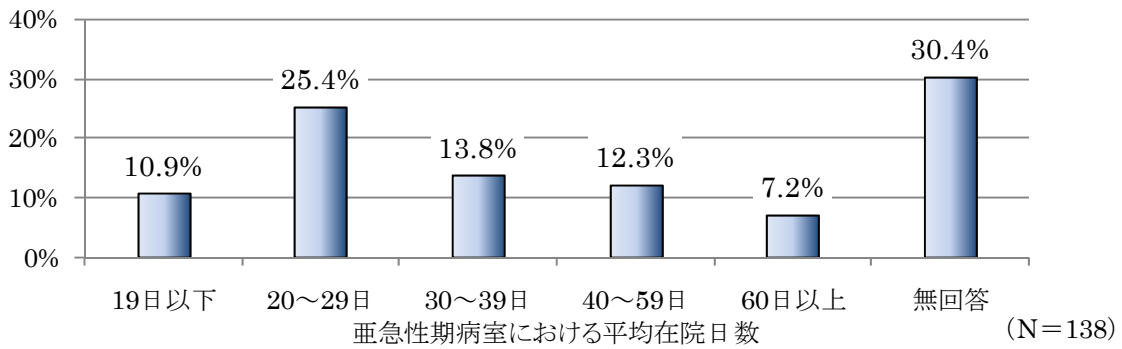


入院患者1人当たり平均 16.1日 ※有効回答1,256病棟で集計

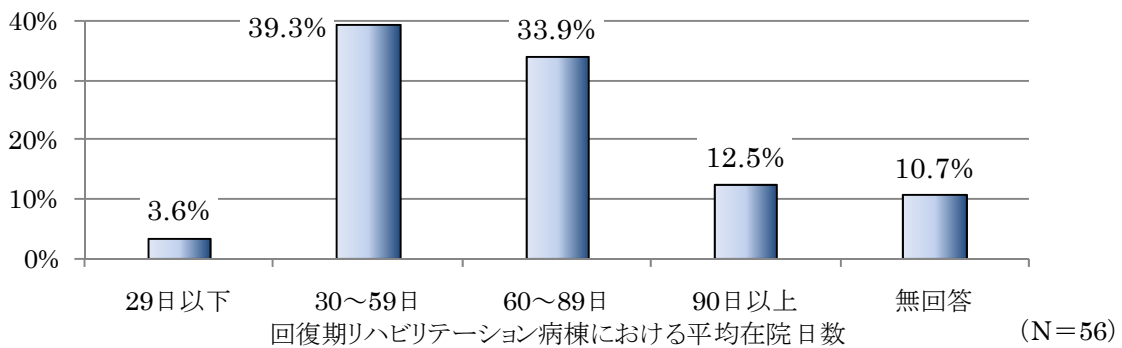


入院患者1人当たり平均 17.2日 ※有効回答170病棟で集計

図表3-3-14 平均在院日数別の病棟・病室の分布（つづき）



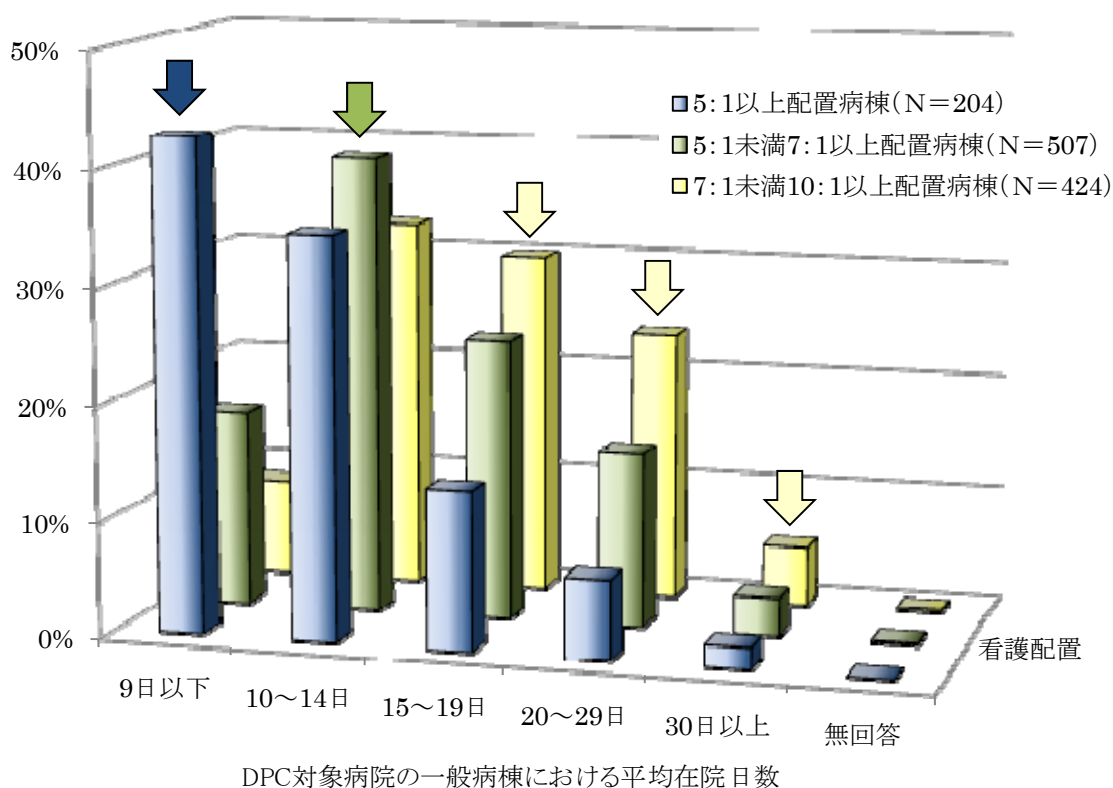
入院患者1人当たり平均 36.4日 ※有効回答96病棟で集計



入院患者1人当たり平均 67.5日 ※有効回答50病棟で集計

また、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。

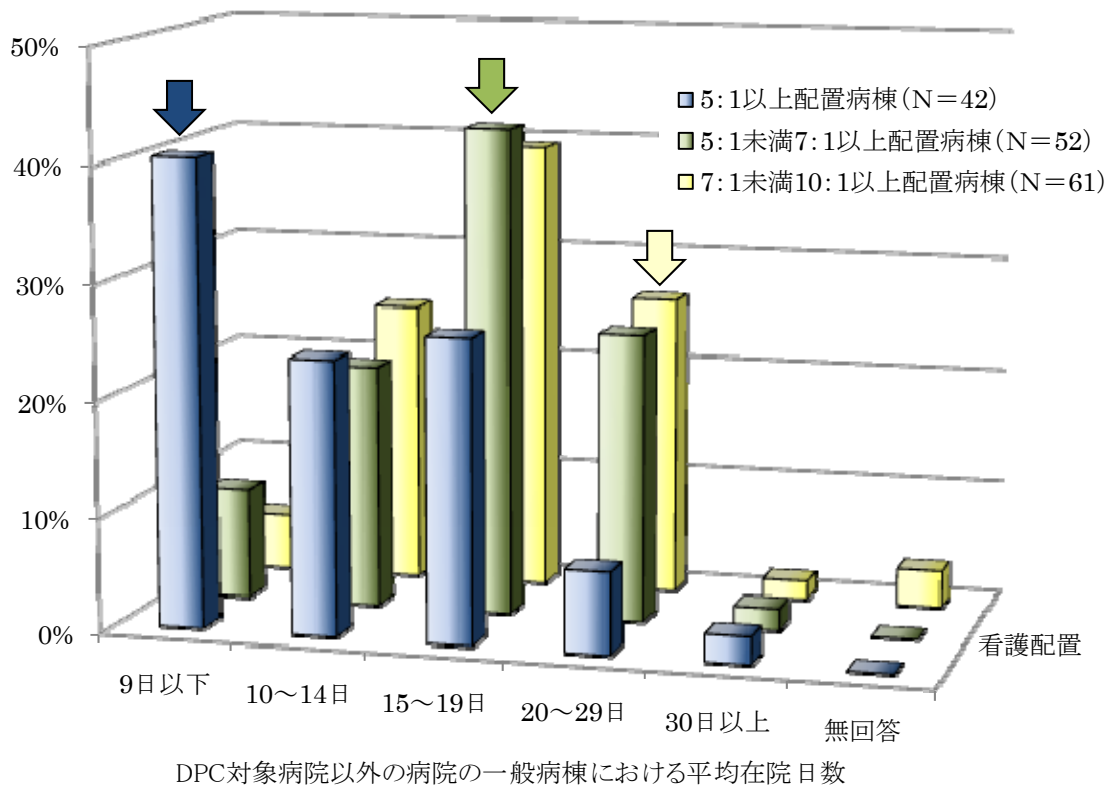
図表3-3-15 看護職員配置別・平均在院日数別の一般病棟の分布（DPC対象病院）



入院患者 1 人当たり平均在院日数

[5 : 1 以上 配 置 病 棟]	<u>平均 12.2 日</u>	※有効回答204病棟で集計
[5 : 1 未 満 7 : 1 以 上 配 置 病 棟]	<u>平均 15.5 日</u>	※有効回答506病棟で集計
[7 : 1 未 満 10 : 1 以 上 配 置 病 棟]	<u>平均 17.5 日</u>	※有効回答423病棟で集計

図表3-3-16 看護職員配置別・平均在院日数別の一般病棟の分布 (DPC対象病院以外の病院)



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

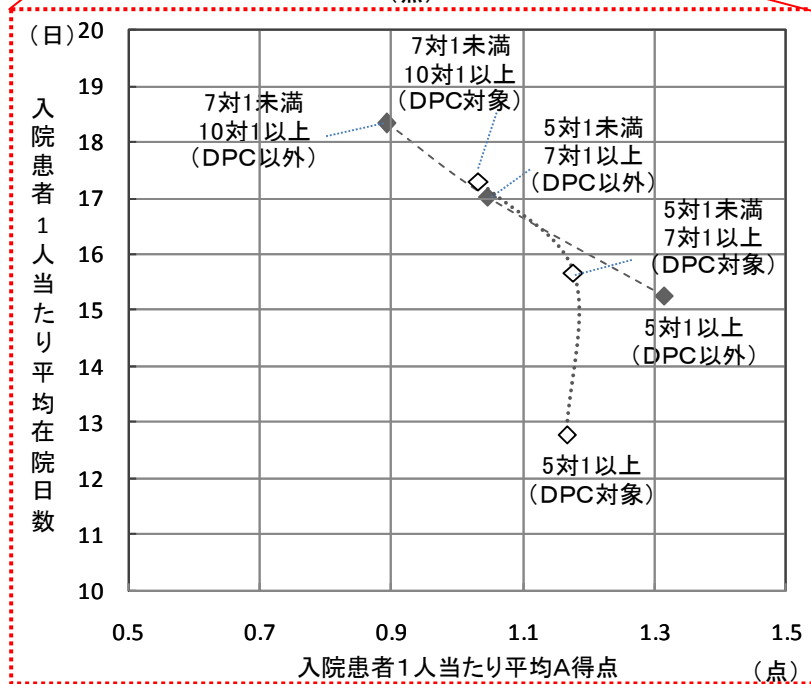
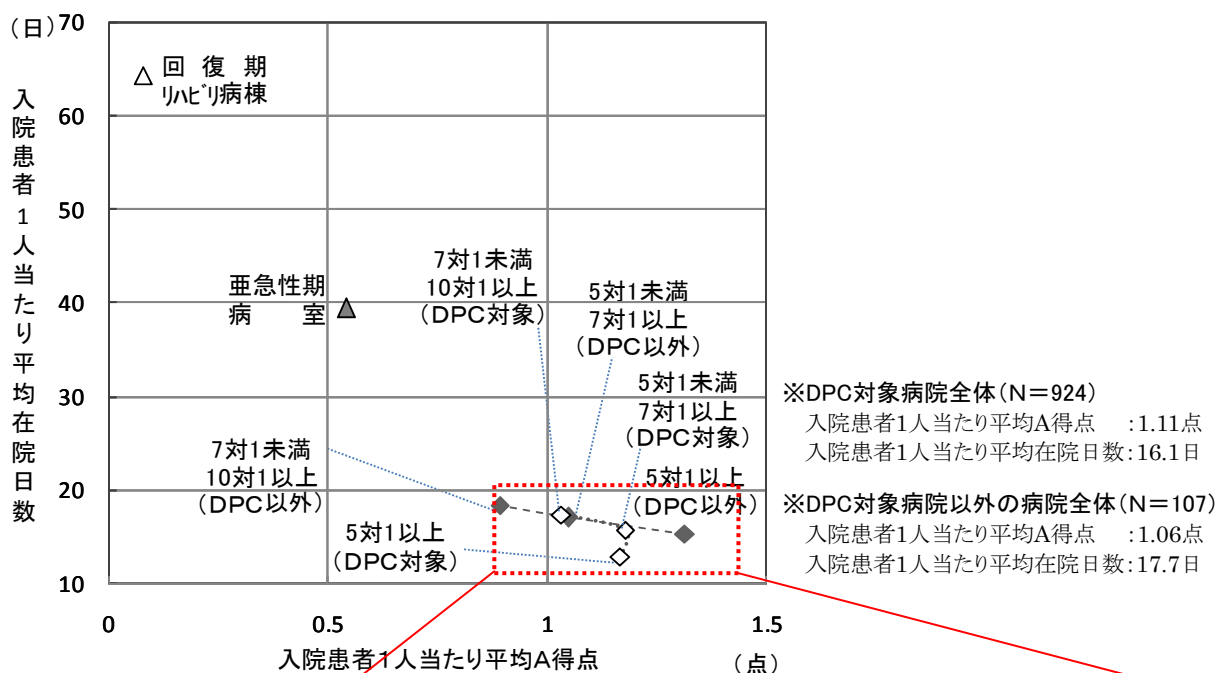
さらに、前述のとおり、モニタリングおよび処置等を要する重症な患者への医療提供に当たって手厚い看護配置がなされている状況を踏まえ、DPC 対象病院・DPC 対象病院以外の病院の一般病棟における看護配置別の平均在院日数と入院患者の状態像を比較した。

その結果、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た。また、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た。

このことから、看護配置が手厚い病棟ほど、モニタリングおよび処置等を要する重症な患者は多いものの、看護職員によるサービスの充実を図ることなどにより、入院患者は短い平均在院日数で退院にまで至ることができていると考えられる。

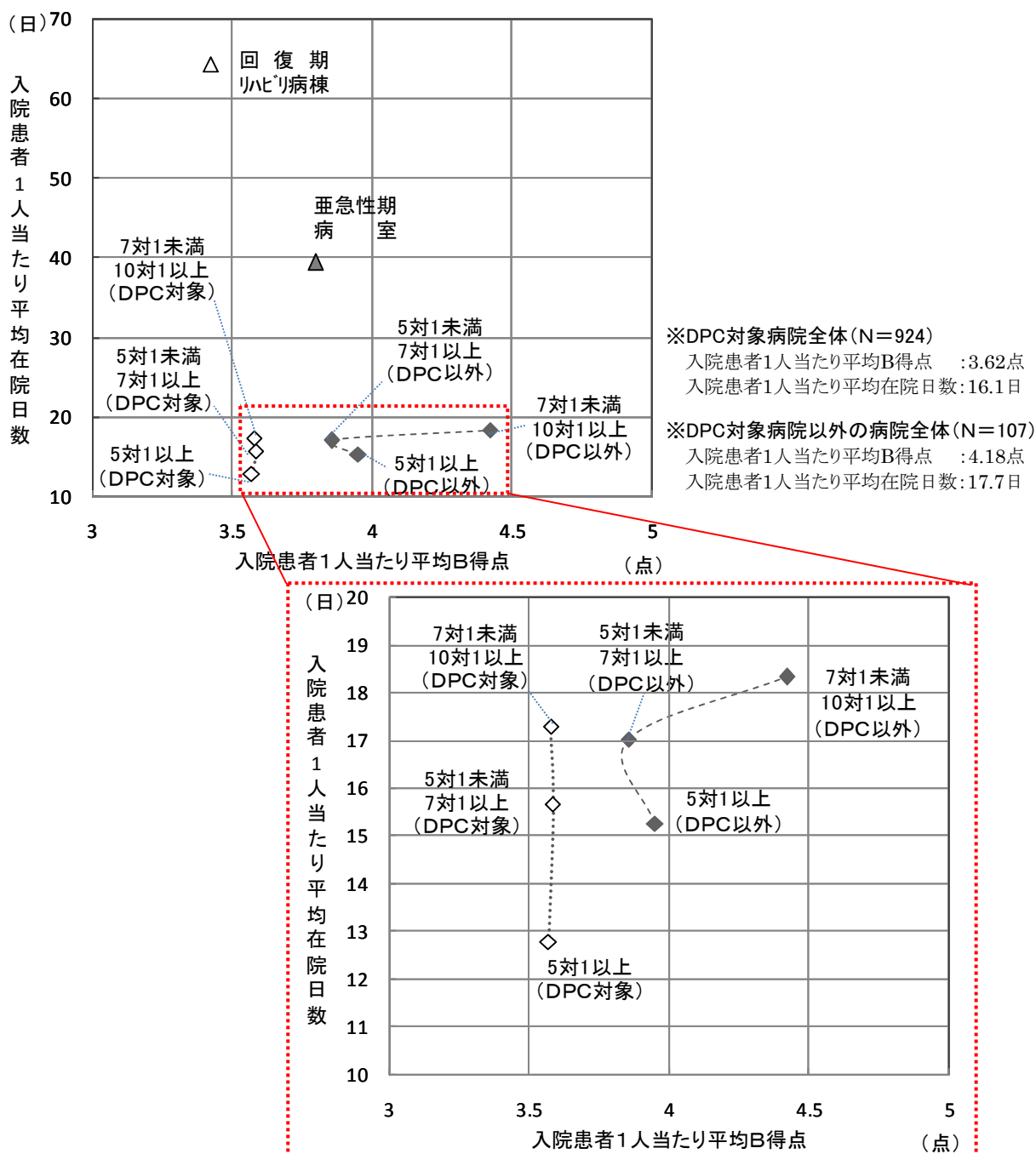
なお、入院患者 1 人当たり平均 B 得点は、看護配置別の比較において一定の傾向はみられず、DPC 対象病院と DPC 対象病院以外の病院の比較では、DPC 対象病院の方が入院患者 1 人当たり平均 B 得点が低くなっていた。

図表3-3-17 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



「5：1以上 (DPC対象)」149病棟、「5：1未満 7：1以上 (DPC対象)」382病棟、「7：1未満 10：1以上 (DPC対象)」333病棟、「5：1以上 (DPC以外)」29病棟、「5：1未満 7：1以上 (DPC以外)」37病棟、「7：1未満 10：1以上 (DPC以外)」36病棟、「亜急性期病室」45病室、「回復期リハビリ病棟」18病棟でそれぞれ集計

図表3-3-18 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B得点



「5：1以上 (DPC対象)」149病棟、「5：1未満7：1以上 (DPC対象)」382病棟、「7：1未満10：1以上 (DPC対象)」333病棟、「5：1以上 (DPC以外)」29病棟、「5：1未満7：1以上 (DPC以外)」37病棟、「7：1未満10：1以上 (DPC以外)」36病棟、「亜急性期病室」45病室、「回復期リハビリ病棟」18病棟でそれぞれ集計

一方で、看護配置と平均在院日数の関係性をみるに当たり、DPC 対象病院・DPC 対象病院以外の病院ごとに両者の分布をみた結果は、次頁のとおりである。看護配置は概ね 7 : 1 前後で病棟が集まっており、また、平均在院日数は30日以内の病棟がほとんどであることがうかがえる。

平均在院日数に関する統計値から、平均在院日数が極端に長い（または短い）病棟（平均在院日数の分布を表す箱ひげ図において、その値が内境界点を超える病棟）をみると、平均在院日数が30.7日を超える病棟が該当することがうかがえる。

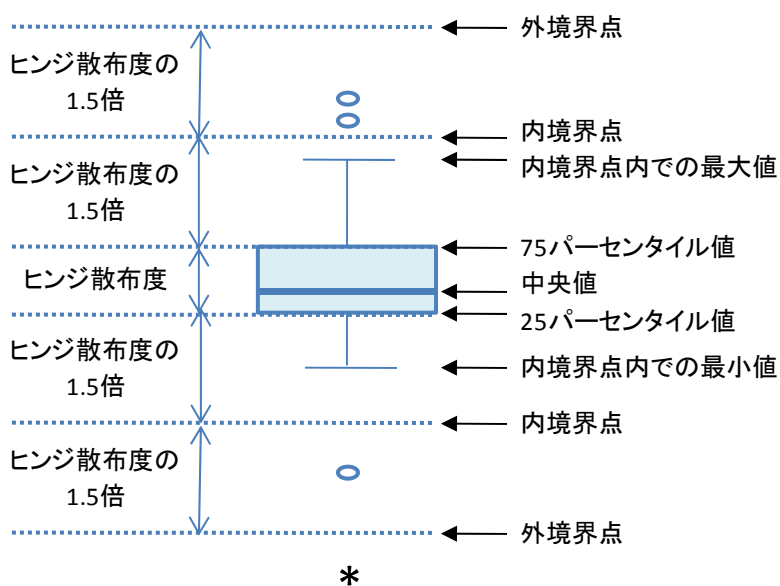
図表3-3-19 平均在院日数に関する統計値

	平均在院日数
中央値	14.6日
75パーセンタイル値	11.2日
25パーセンタイル値	19.0日
上側の内境界点	30.7日
下側の内境界点	- 0.5日
有効回答	1,352病棟

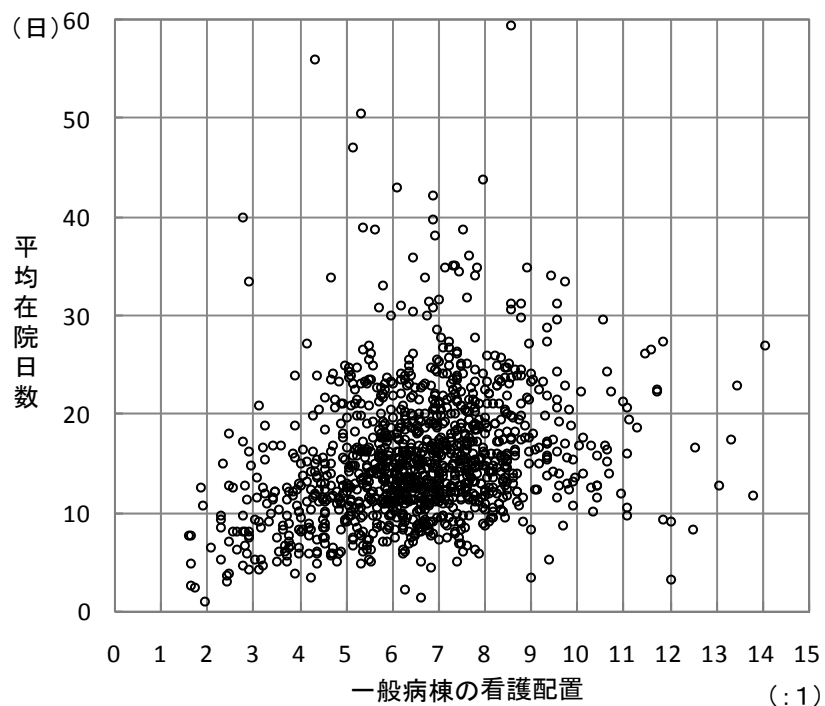
箱ひげ図

箱ひげ図とは、データ解析で用いられる図的表示方法の一つである。

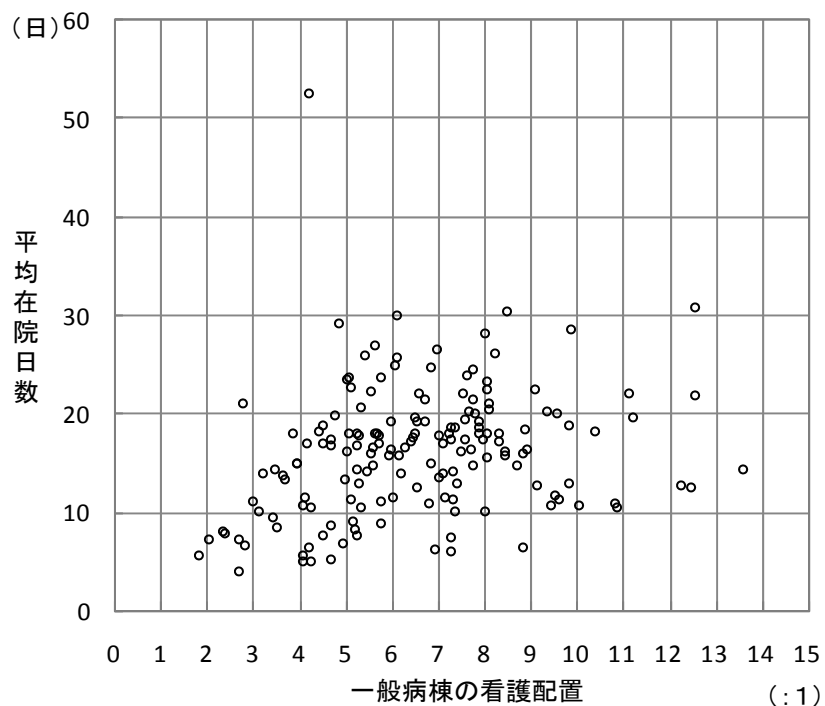
箱ひげ図の箱は、データの第1四分位（25パーセンタイル値）、第3四分位（75パーセンタイル値）の範囲を示し、箱の中の線は中央値（50パーセンタイル値）を示す。通常、第1四分位、第3四分位から箱の長さの1.5倍を足した値である内境界点を越える値を外れ値（統計上、他の値から大きく外れた値）とする。



図表3-3-20 DPC対象病院における一般病棟の看護配置と平均在院日数の分布

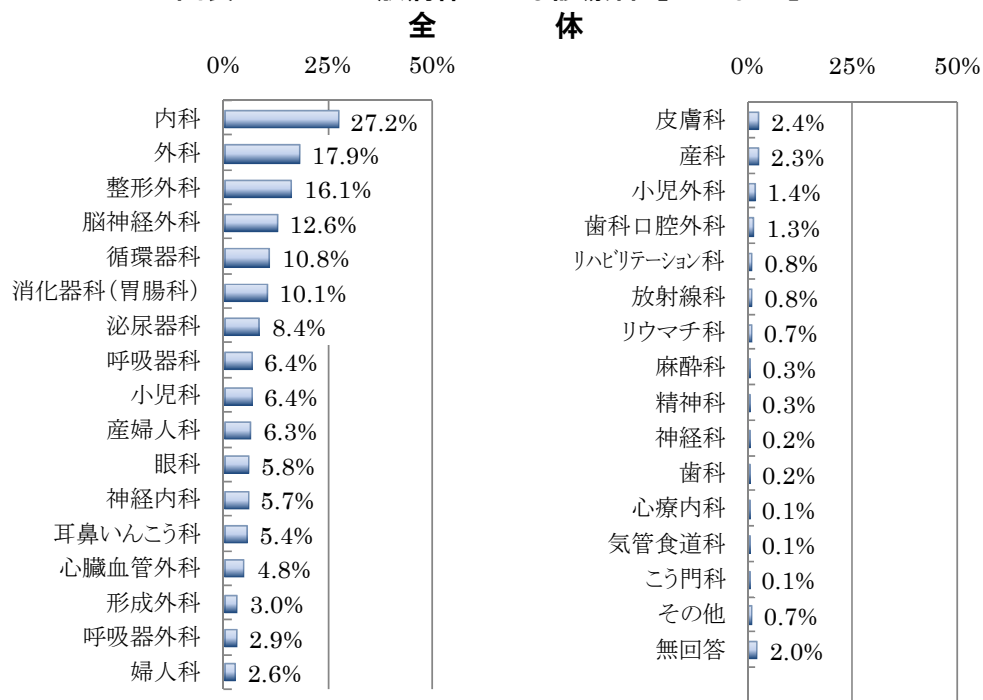


図表3-3-21 DPC対象病院以外の病院における一般病棟の看護配置と平均在院日数の分布



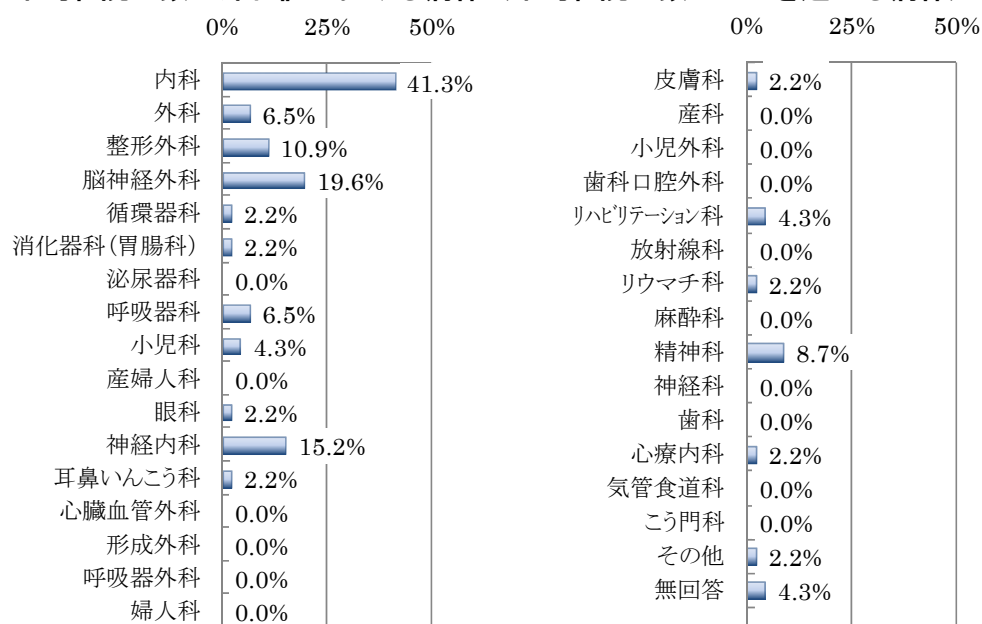
平均在院日数が30.7日を超える極端に長い病棟の主な診療科について、一般病棟全体と比較すると、「内科」41.3%のほか、「脳神経外科」19.6%、「神経内科」15.2%などの割合が多くなっていた。身体機能や生活機能の大幅な低下を伴う脳や脊髄、神経、筋肉の疾患を扱う診療科において看護配置と平均在院日数の関係性が低い可能性がある。

図表3-3-22 一般病棟の主な診療科【2つまで】



(N=1,522)

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）



(N=46)

さらに、看護配置の高い病棟群と看護配置の低い病棟群における看護配置と平均在院日数の関係性をみるうえで、平均在院日数の外れ値を除外し、両者の相関係数、決定係数を算出して相関分析を行った。分析においては、2変数間の関係を見る観点から、主に相関係数に着目した。

その結果、看護配置の高い病棟群では、DPC 対象病院で相関係数0.32、DPC 対象病院以外の病院で相関係数0.49と弱い相関、あるいは比較的強い相関がみられ、看護配置が高くなるほど平均在院日数が短くなる傾向がうかがえた。一方、看護配置の低い病棟群では、DPC 対象病院で相関係数0.08、DPC 対象病院以外の病院で相関係数0.05とほとんど相関がみられず、看護配置の高い病棟群と比較しても関係性が弱い傾向にあった。

また、DPC 対象病院と DPC 対象病院以外の病院を比較すると、DPC 対象病院以外の病院の方が看護配置と平均在院日数の関係が強くなっていた。DPC 対象病院では、診療報酬上の平均在院日数短縮化のインセンティブ等の影響も大きく、看護配置による平均在院日数への影響度合いが相対的に低いことがうかがえる。

相関係数

2つの変数の間で、一方が増加するにつれて、他方が直線的に増加あるいは減少する関係を表した指標。-1 ~ +1の範囲で示され、明確な基準ではないが、以下のように判断することが多い。

- ・ 0.0 ~ ±0.2 : ほとんど相関がない(0.0は無相関)
- ・ ±0.2 ~ ±0.4 : 弱い相関がある
- ・ ±0.4 ~ ±0.7 : 比較的強い相関がある
- ・ ±0.7 ~ ±1.0 : 強い相関がある(1.0は完全に一直線の関係)

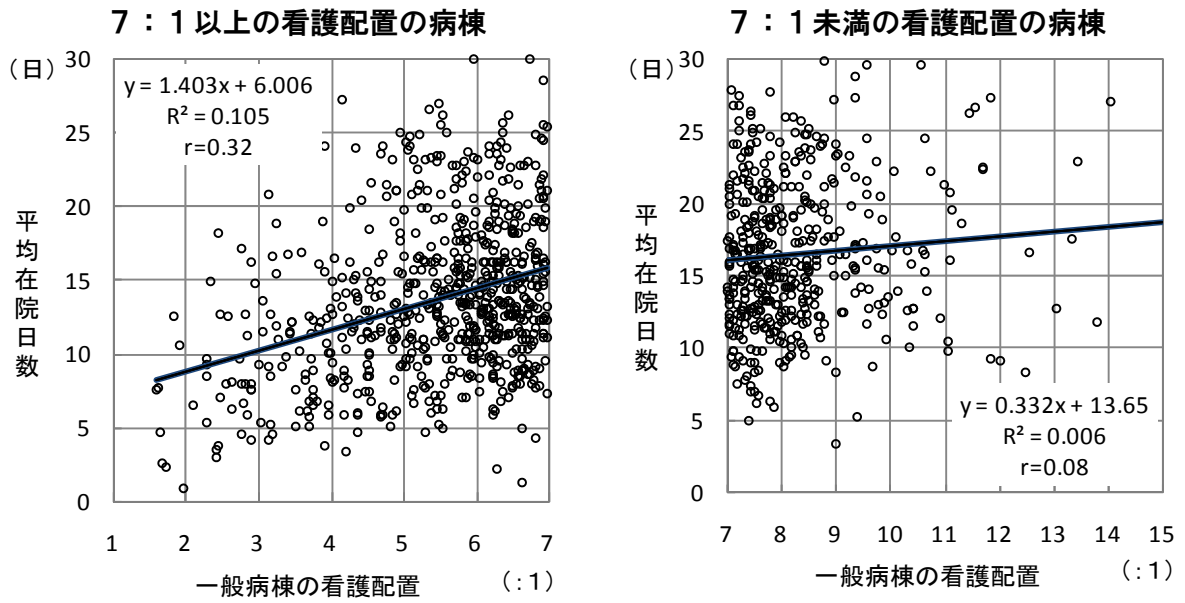
決定係数

求めた相関係数がどの程度の説明力をもつのかを示す指標。

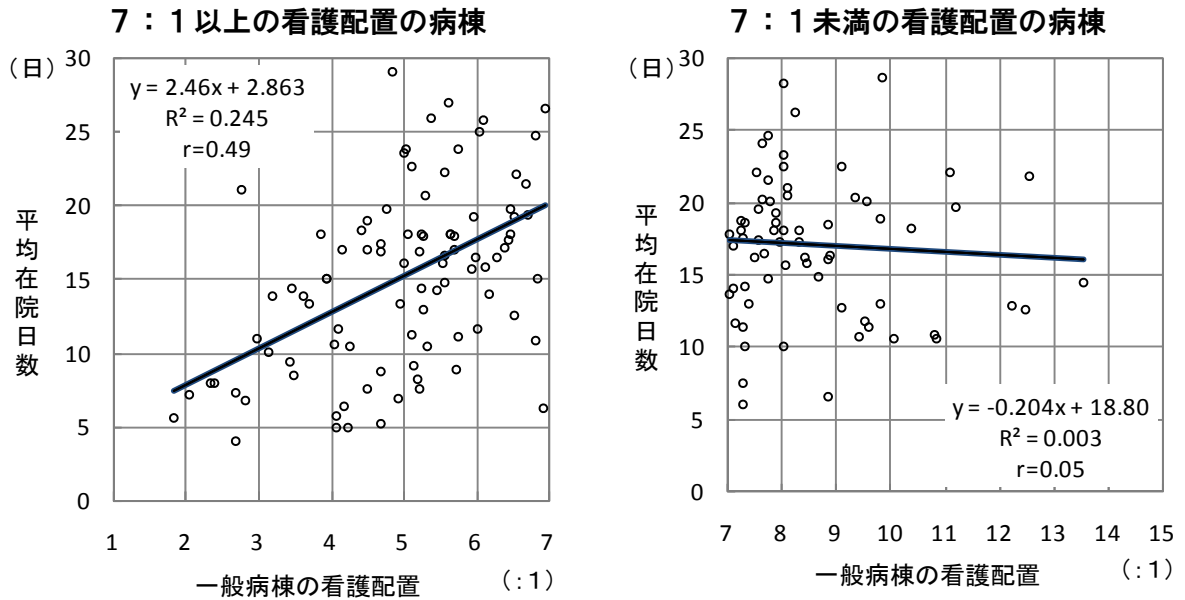
$$Y = aX + b$$

このYの全変動のうち、Xの変動によって説明される部分の割合が決定係数である。

図表3-3-23 DPC対象病院における一般病棟の看護配置と平均在院日数
(外れ値を除く)



図表3-3-24 DPC対象病院以外の病院における一般病棟の看護配置と平均在院日数
(外れ値を除く)



これらのことから、一般病棟入院基本料算定病棟の看護配置について、手厚い看護配置を行っている個別の病棟に対しては、診療の効率化推進と早期退院のインセンティブの観点から、診療報酬上で評価していくことも検討に値するといえる。

診療報酬上の評価のあり方を検討するうえでは、7：1以上など、一定基準以上の手厚い看護配置を行っている病棟を対象とすることが肝要である。また、個別の病棟について「重症度の基準を満たす患者を一定割合入院させること」等の基準を設けることも求められる。

また、DPC 対象病院は、DPC 対象病院以外の病院と比較して看護配置による平均在院日数の短縮化への影響度合いが相対的に低いものの、入院患者1人当たり平均 A 得点が概ね高く、重症な患者が多い傾向がみられ、また、急性期入院医療を対象とした診療報酬制度の対象病院にも位置付けられている。このことから、急性期入院医療の機能強化に当たっては、DPC 対象病院の一般病棟を優先的に評価していくことが望ましい。

さらに、現行の診療報酬体系では、入院基本料や特定入院料等の施設基準において「当該病棟の入院患者の平均在院日数が定められた日数以内であること」といった平均在院日数の基準が盛り込まれており、一般病棟入院基本料では、こうした基準に適合しているか否かについて、一般病棟入院基本料算定病棟全体で算出される平均在院日数に基づいて判断がなされる。急性期医療の機能強化に当たって、一般病棟における個別の病棟の手厚い看護配置を評価するうえでは、個別病棟ごとに「平均在院日数が一定日数以内であること」等の要件を盛り込むことも検討していく必要がある。平均在院日数が極端に長い急性期の一般病棟の機能強化については、脳神経外科や神経内科等における疾患の特徴から看護配置と平均在院日数の関係性が低い可能性があることを踏まえ、平均在院日数の基準ではなく、リハビリテーションや退院調整の状況に基づいて評価していくことも検討する必要がある。

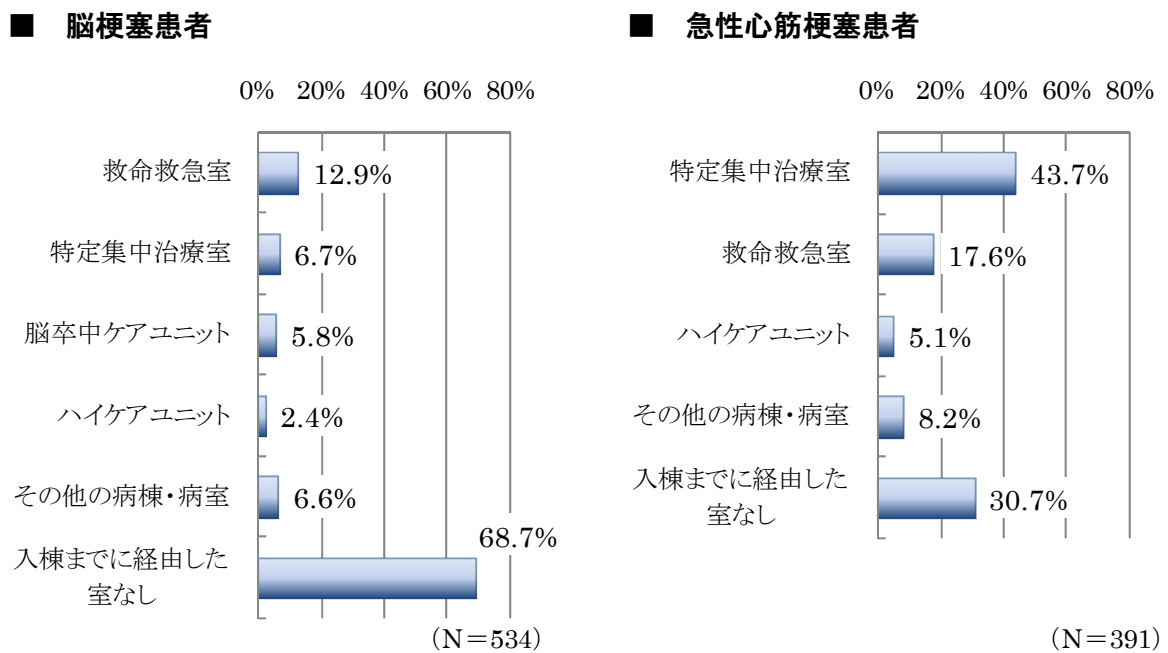
4. 脳梗塞、急性心筋梗塞における急性期医療の状況

ここでは、回収された脳梗塞534件、急性心筋梗塞391件の退棟患者票にもとづき、それぞれの特性を整理する。

1) 一般病棟への入棟までの患者の経過

脳梗塞の患者は、一般病棟への入棟までに経由した室はないとの回答が68.7%と最も多く、次いで救命救急室を経ている患者(12.9%)が多い。一方、急性心筋梗塞の患者は、特定集中治療室を経た患者が43.7%と最も多い。

図表3-4-1 一般病棟への入棟までに患者が経由した室



2) 一般病棟における患者の経過

患者1人当たり一般病棟における患者の経過は、総体的に脳梗塞患者の期間が長く、例えば、脳梗塞患者は入棟後の最も重症な時点から22.5日目に退棟となり、急性心筋梗塞患者に比べると約10日長い。なお、いずれの患者も入院から3日目前後で一般病棟へ入棟することもわかる。

また、一般病棟での通算在院日数は、脳梗塞患者が27.3日、急性心筋梗塞患者が15.6日であり、転棟・転院・退院までの待機日数はそれぞれ2.9日、1.6日である。

図表3-4-2 患者1人当たり一般病棟における患者の経過

	脳 梗 塞 患 者	急性心筋梗塞患者
入院から一般病棟への入棟までにかかる日数	3.5日目	2.5日目
入棟から入棟後の最も重症な時点 ^{注5} までにかかる日数	3.5日目	1.3日目
入棟後の最も重症な時点から退棟までにかかる日数	22.5日目	12.7日目
入院から一般病棟からの退棟までにかかる日数	29.5日目	16.5日目
うち、一般病棟への入棟から退棟までにかかる日数	26.0日目	14.0日目

脳梗塞患者は有効回答402人、急性心筋梗塞患者は有効回答276人で集計

図表3-4-3 患者1人当たり一般病棟における通算在院日数・待機日数

	脳 梗 塞 患 者	急性心筋梗塞患者
一般病棟での通算在院日数	27.3日	15.6日
うち、転棟・転院・退院までの待機日数	2.9日	1.6日

脳梗塞患者は有効回答381人、急性心筋梗塞患者は有効回答257人で集計

注5 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」に基づき、「A モニタリング及び処置等の状況」「B 患者の状況等」の合計点数が最も高かった時点の状況。

脳梗塞患者と急性心筋梗塞患者の状態像を A 得点・B 得点により比較すると、重症時において A 得点は急性心筋梗塞患者が高く、B 得点は脳梗塞患者が高いことがわかる。なお、退棟時点においても、脳梗塞患者は B 得点が4.1点と高い。

図表3-4-4 患者1人当たり一般病棟における患者の状態像（A得点・B得点）の変化

	脳 梗 塞 患 者	急性心筋梗塞患者
《入棟後の最も重症な時点》		
A モニタリング及び処置等の得点	1.6点	3.6点
B 患者の状況等の得点	6.4点	5.5点
《一般病棟からの退棟時点》		
A モニタリング及び処置等の得点	0.2点	0.7点
B 患者の状況等の得点	4.1点	1.3点

脳梗塞患者は有効回答372人、急性心筋梗塞患者は有効回答259人で集計

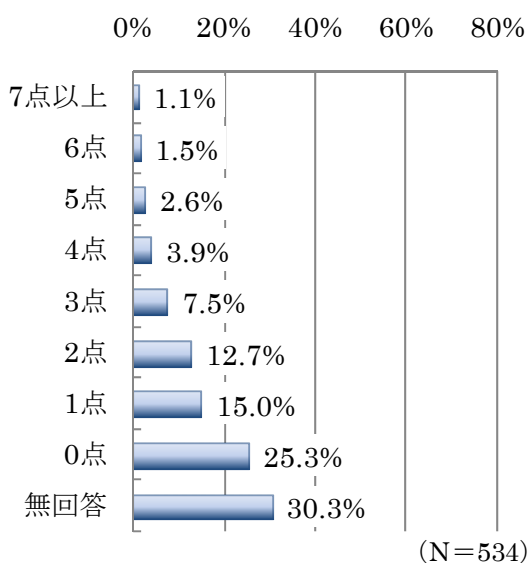
また、一般病棟における患者の状態像の変化の分布について、A 得点別、B 得点別に示したものが図表3-4-5～図表3-4-6である。

図表3-4-5 一般病棟における患者の状態像の変化の分布（脳梗塞患者）

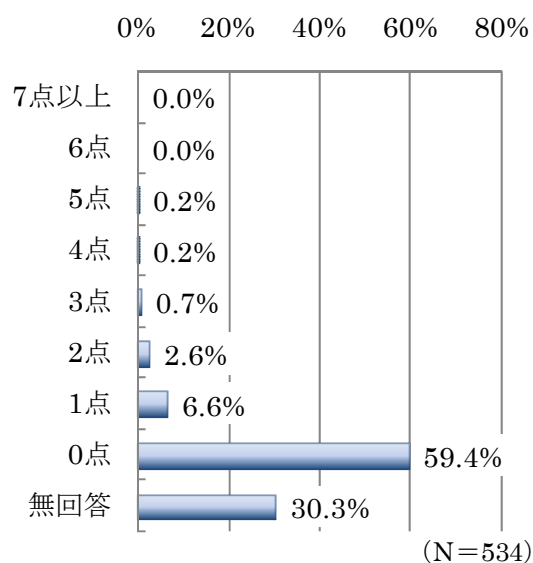
■ 脳梗塞患者

《A モニタリング及び処置等の得点》

【入棟後の最も重症な時点】

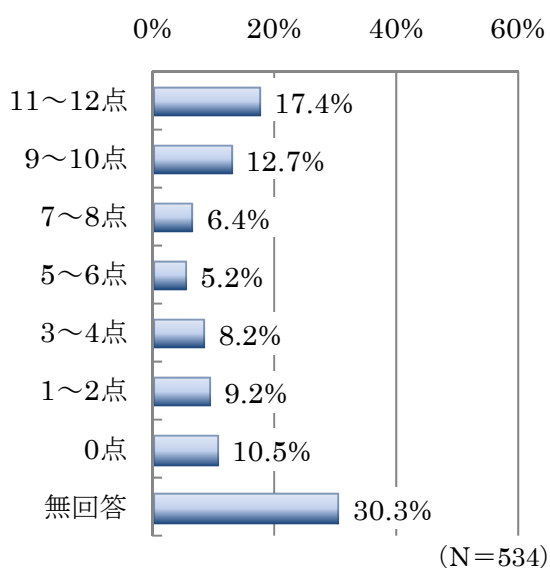


【一般病棟からの退棟時点】

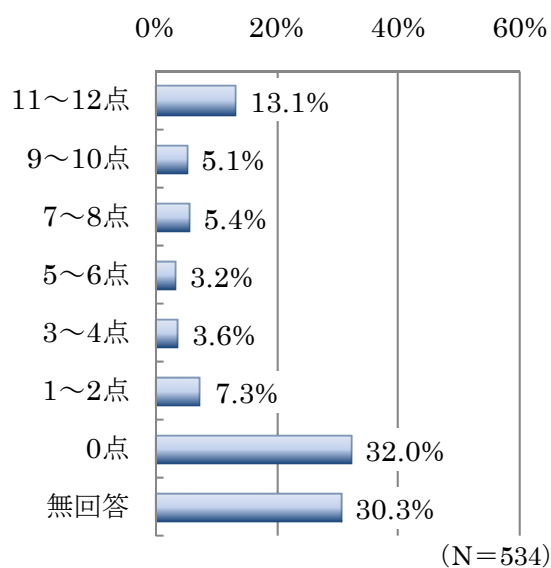


《B 患者の状況等の得点》

【入棟後の最も重症な時点】



【一般病棟からの退棟時点】

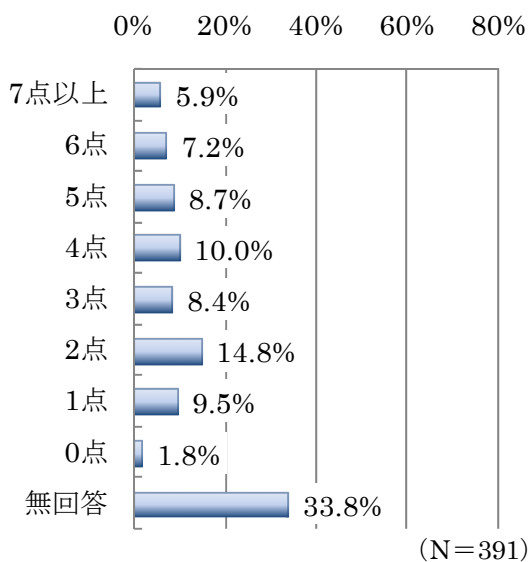


図表3-4-6 一般病棟における患者の状態像の変化の分布（急性心筋梗塞患者）

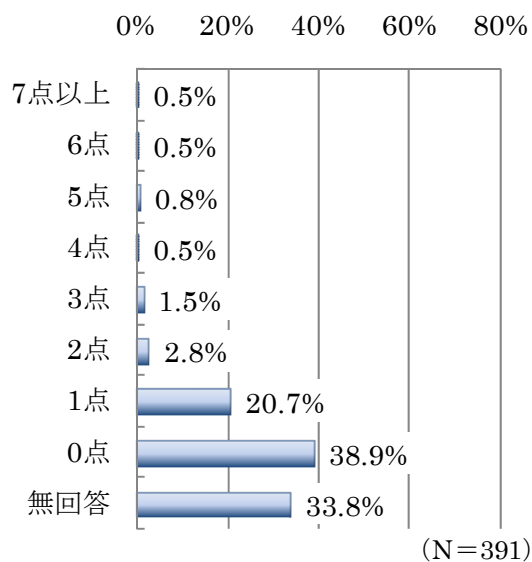
■ 急性心筋梗塞患者

《A モニタリング及び処置等の得点》

[入棟後の最も重症な時点]

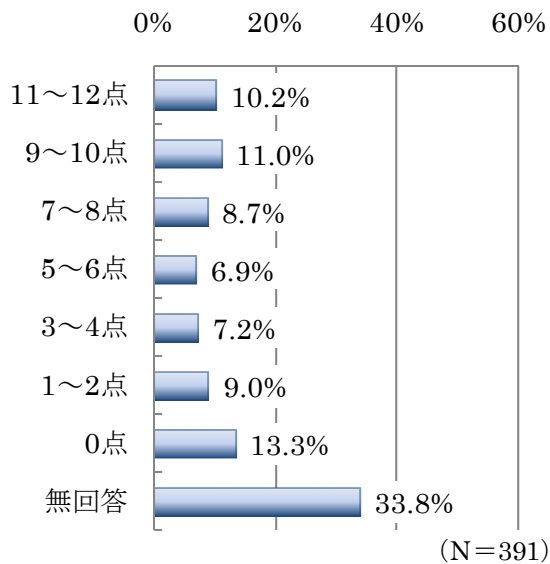


[一般病棟からの退棟時点]

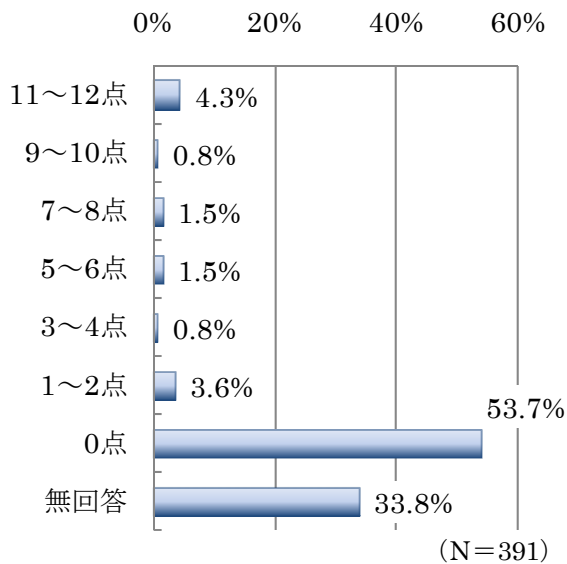


《B 患者の状況等の得点》

[入棟後の最も重症な時点]



[一般病棟からの退棟時点]

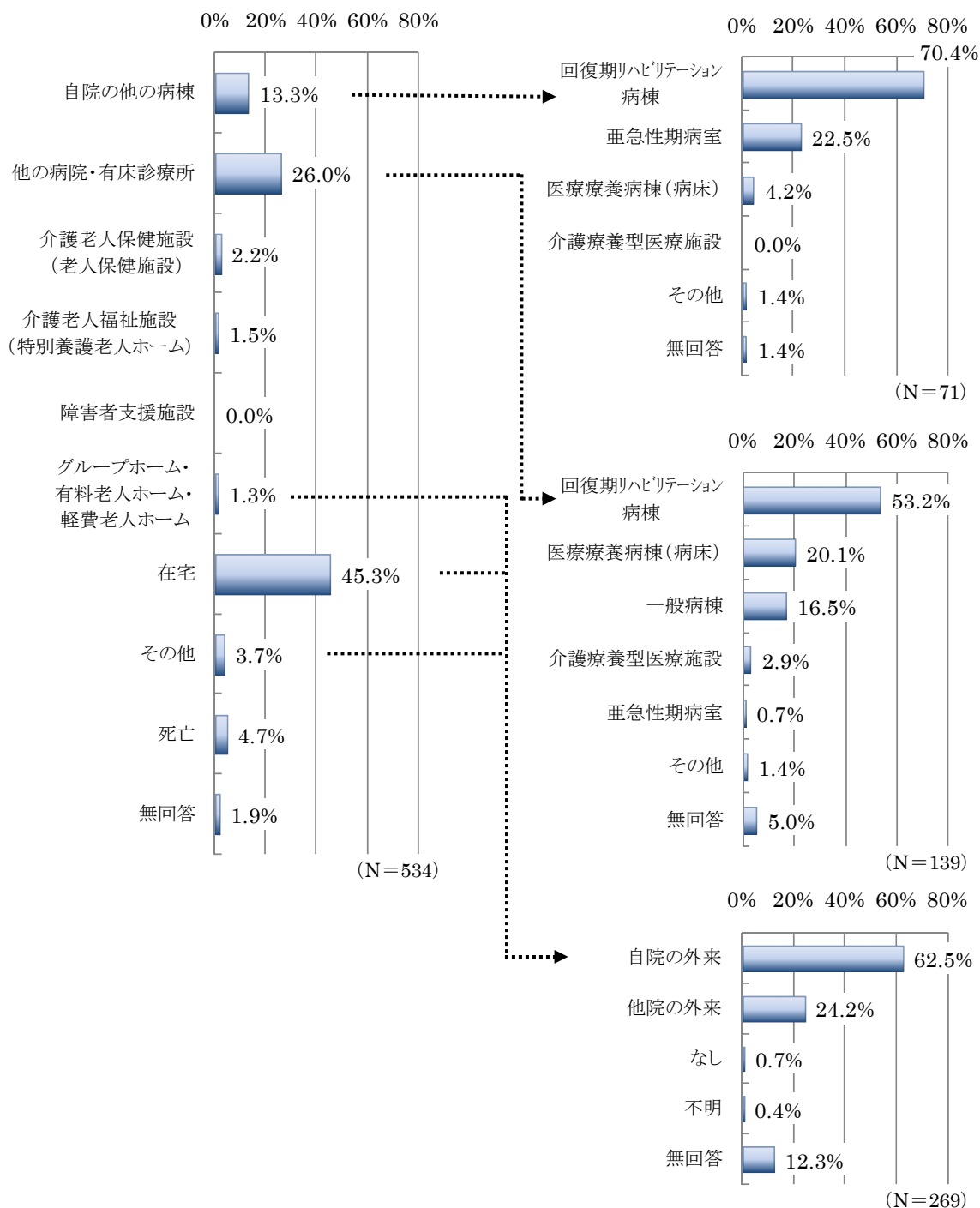


3) 一般病棟からの退棟先

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。なお、退棟先が在宅等の場合は、62.5%が自院の外来患者となっている。

図表3-4-7 一般病棟からの退棟先（脳梗塞患者）

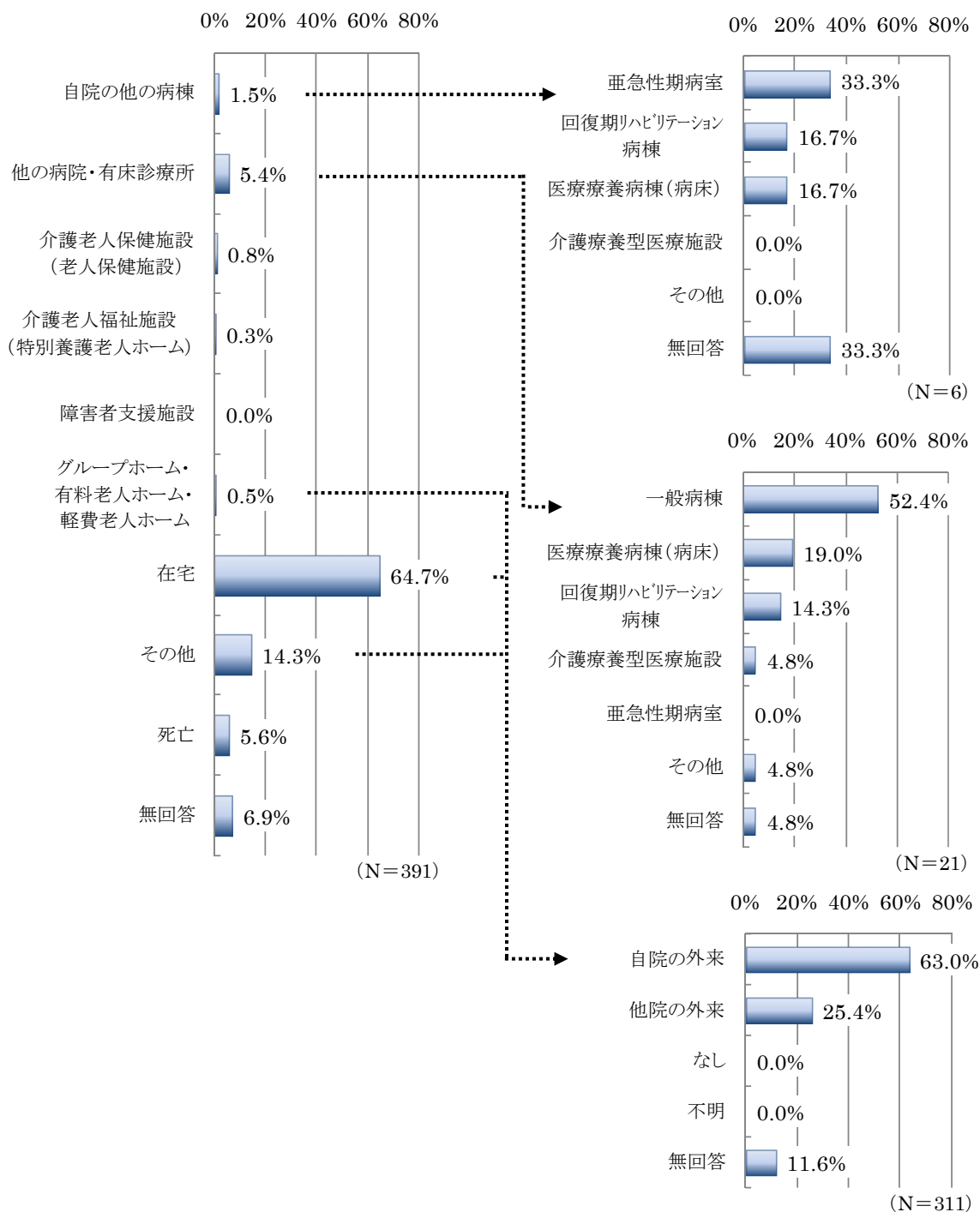
■ 脳梗塞患者



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%が一般病棟のままであり、脳梗塞患者に比べると異なる状態での退棟があるとわかる。

図表3-4-8 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



5. チーム医療の状況

1) 一般病棟における多職種の特従・専任職員の配置状況

本アンケート調査では、一般病棟における医療機能の状況に加え、病院の医療機能に大きく影響を与えるチーム医療の状況についても把握した。

回答病院における一般病棟の特従^{注6}職員の有無をみると、看護師・准看護師以外では、医師は14.8%、看護補助者は90.8%、薬剤師は10.6%、理学療法士は14.8%、作業療法士は13.4%、言語聴覚士は7.7%、診療放射線技師は4.9%、臨床検査技師は4.9%、臨床工学技士は5.6%、ソーシャルワーカーは14.1%、事務職員は30.3%の施設で一般病棟に特従職員の配置を行っていた。

一方、一般病棟の専任^{注7}職員の有無をみると、医師は92.3%、看護師・准看護師は29.6%、看護補助者は19.0%、薬剤師は75.4%、理学療法士は65.5%、作業療法士は54.9%、言語聴覚士は43.7%、診療放射線技師は54.2%、臨床検査技師は51.4%、臨床工学技士は45.1%、ソーシャルワーカーは57.7%、事務職員は39.4%の施設で一般病棟に専任職員の配置を行っていた。

一般病棟における急性期医療の提供に当たって、医師・看護職員以外の職種についても、専任の形態で多く関わっていることがうかがえる。一方で、現状においては医療従事者の不足から専従による関与が難しいものの、本来は専従による活動が医療の質向上の観点から望ましいことも考えられ、また、専任の形態で複数の業務を兼務していることで医療従事者の負担が大きくなっている可能性もある。

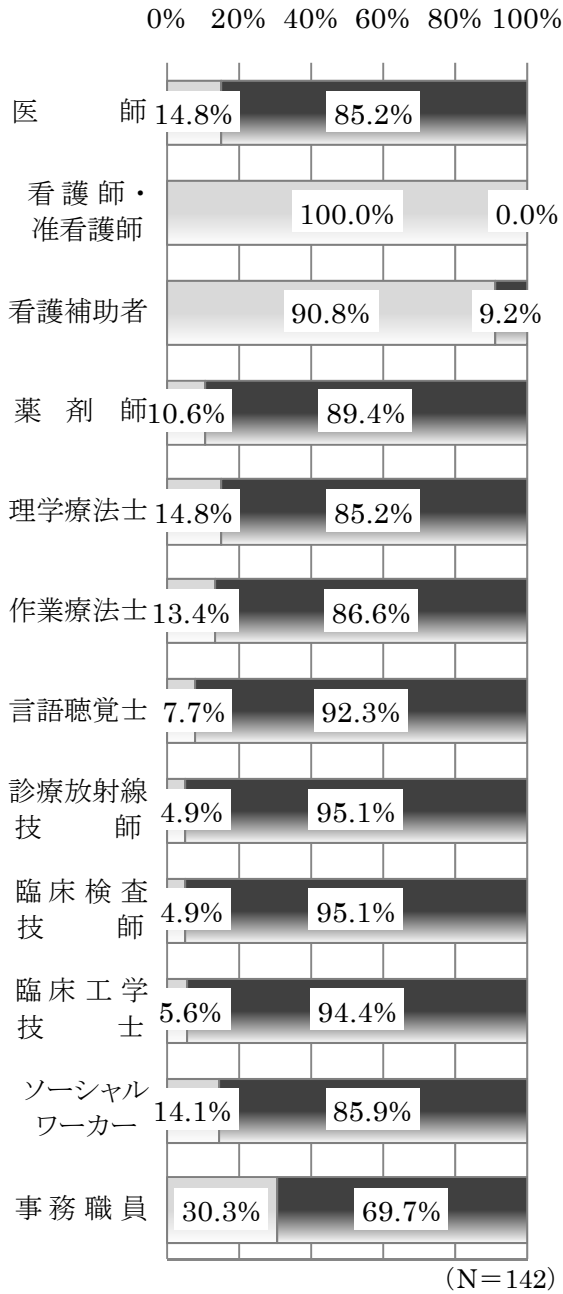
^{注6} 専従とは、原則、一般病棟の業務のみに従事することを指す（他の部署等からの要請に応じて、その都度、他の部署等の業務に従事している場合は専従職員に含む）。

^{注7} 専任とは、一般病棟での業務とその他の部署等での業務を兼務していることを指す（例：午前の3時間は一般病棟の薬剤管理業務に従事するが、午後の5時間は薬剤部門での調剤業務に従事する者等）。

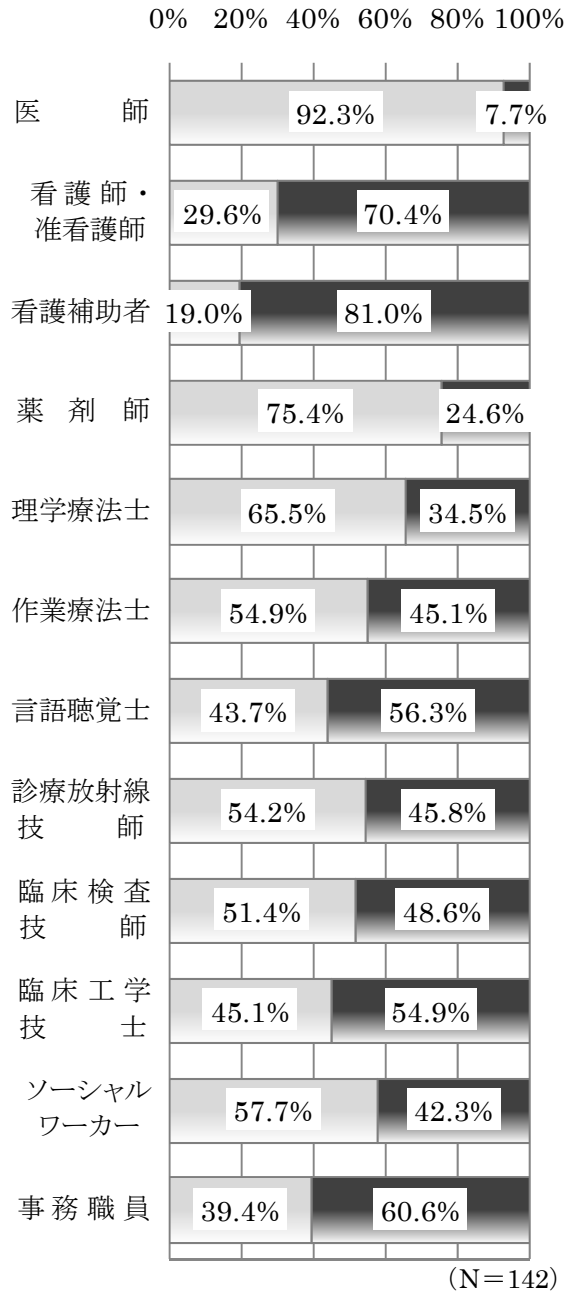
図表3-5-1 一般病棟へ専従・専任している職員の有無

■ 一般病棟専従職員の有無

■ 一般病棟専任職員の有無



□ 一般病棟専従職員がいる
■ 一般病棟専従職員がいない

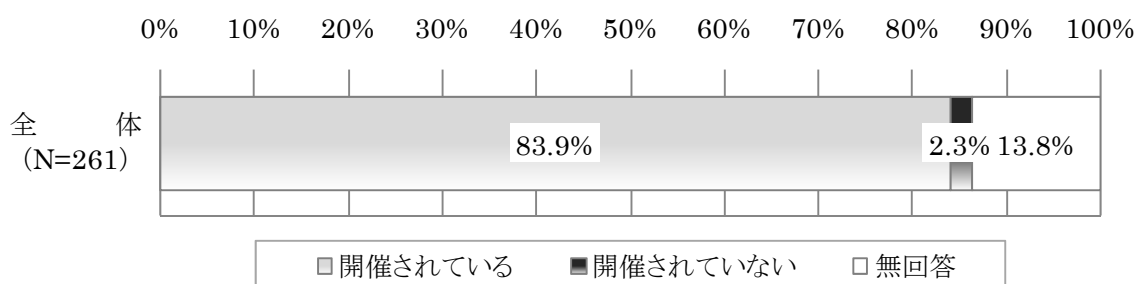


□ 一般病棟専任職員がいる
■ 一般病棟専任職員がいない

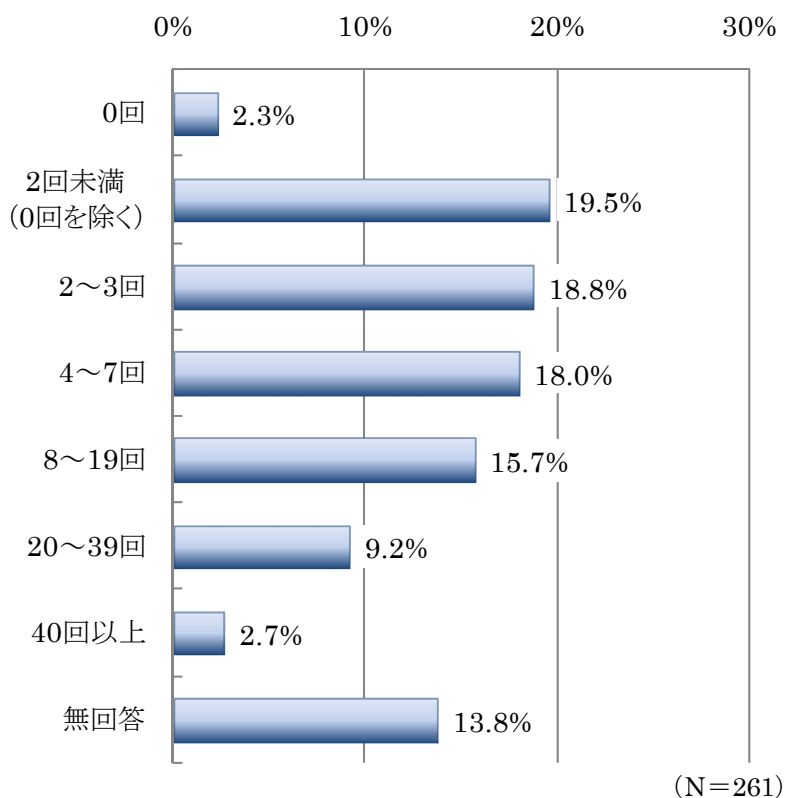
2) 病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催状況

回答病院において病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催状況を見ると、83.9%の施設で開催されており、平成22年10月1ヶ月間の病棟単位で実施される院内カンファレンスの50床当たりの開催回数は、1施設当たり平均9.4回であった（資料編13頁参照）。

図表3-5-2 病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催の有無
（平成22年10月1ヶ月間）



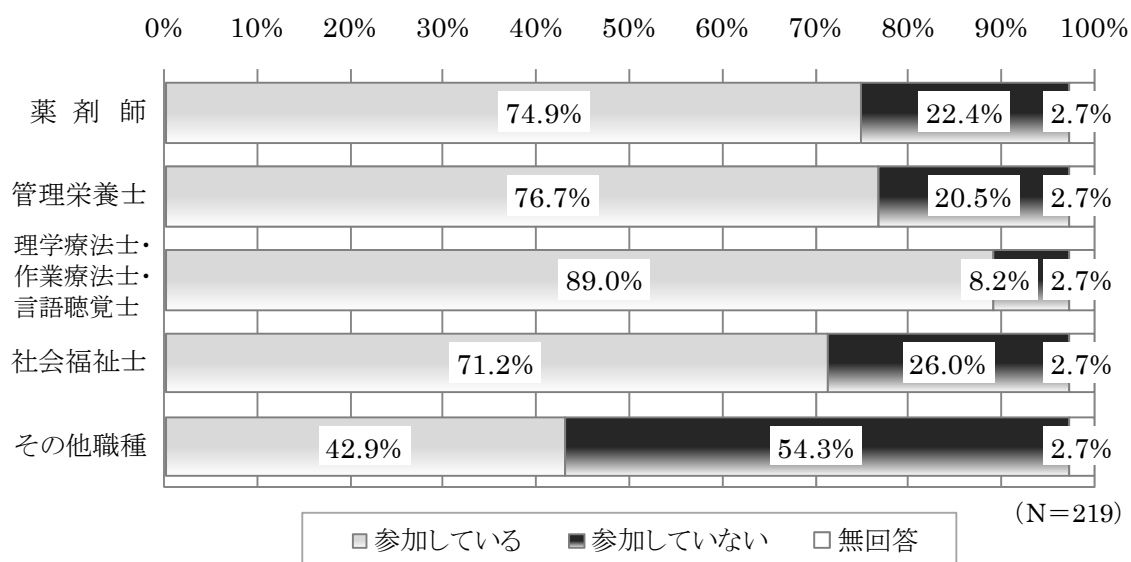
図表3-5-3 病棟単位で実施される院内カンファレンスの50床当たりの開催回数の分布
（平成22年10月1ヶ月間）



病棟単位で実施される院内カンファレンスが開催されている施設について、病棟単位の院内カンファレンスへの医師・看護職員以外の職種別の参加の有無をみると、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士」が参加している施設が89.0%で最も高く、次いで「管理栄養士」が参加している施設が76.7%、「薬剤師」が参加している施設が74.9%などであった。

急性期医療の提供に当たって、病棟単位で実施される院内カンファレンスを通じ、多職種間での情報共有が行われていることがうかがえる。

図表3-5-4 病棟単位で実施される院内カンファレンスへの
医師・看護職員以外の職種別の参加の有無



3) 多職種によるチーム医療の提供状況

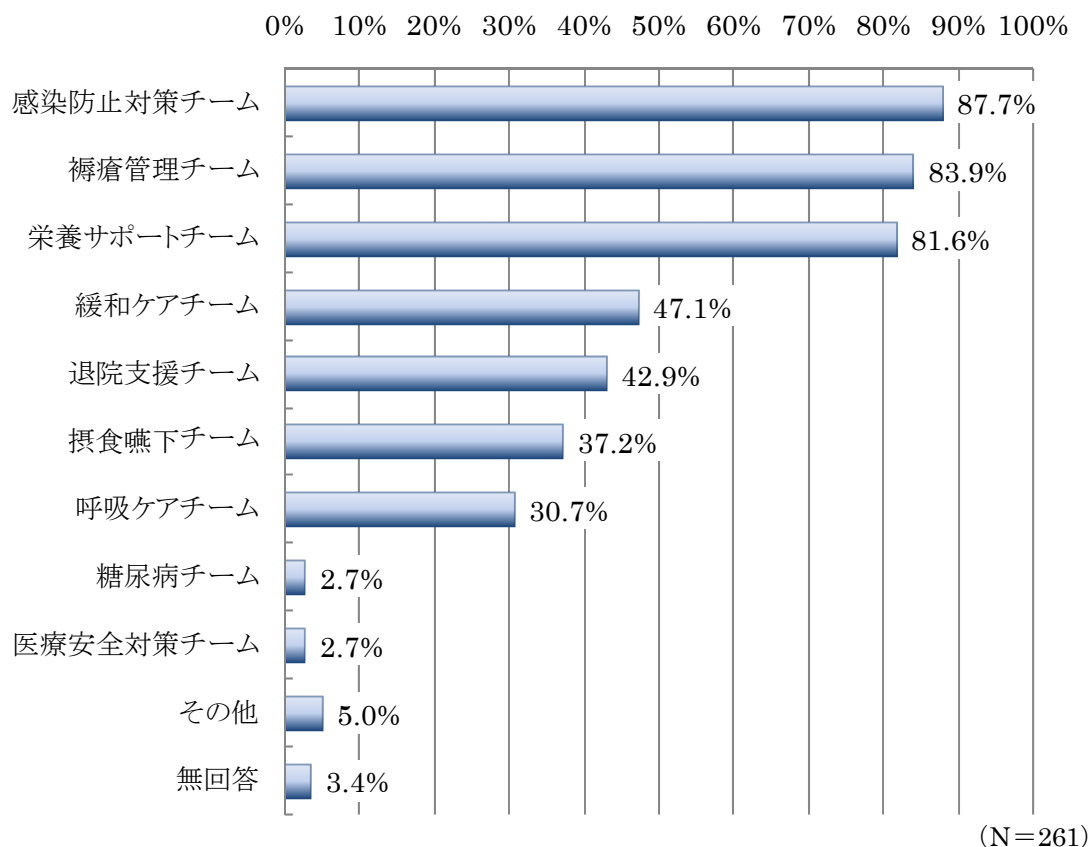
回答病院における多職種によるチームの設置状況についてみると、「感染防止対策チーム」87.7%が最も多く、次いで「褥瘡管理チーム」83.9%、「栄養サポートチーム」81.6%などであった。

なお、「その他」では、「クリニカルパスチーム」、「がん化学療法チーム」、「喫煙コントロールチーム」、「総合医療サポートチーム」、「医療サービス向上チーム」、「モニターアラームコントロールチーム」などが挙げられた。

これらチームの参加職種についてみると（資料編18～22頁参照）感染防止対策チームでは、「薬剤師」93.0%が最も多く、次いで「臨床検査技師」88.2%、「管理栄養士」47.6%などであった。また、褥瘡管理チームでは、「管理栄養士」83.6%が最も多く、次いで「薬剤師」75.3%、「理学療法士」45.7%などであった。栄養サポートチームでは、「管理栄養士」95.8%が最も多く、次いで「薬剤師」88.7%、「臨床検査技師」68.1%などとなっていた。

急性期医療を提供する施設の多くで、多職種によるチーム医療が行われていることがうかがえる。

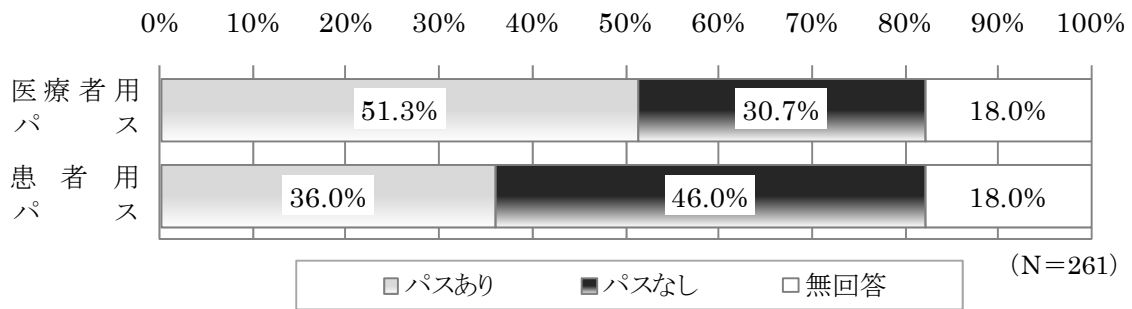
図表3-5-5 院内における多職種によるチームの設置状況



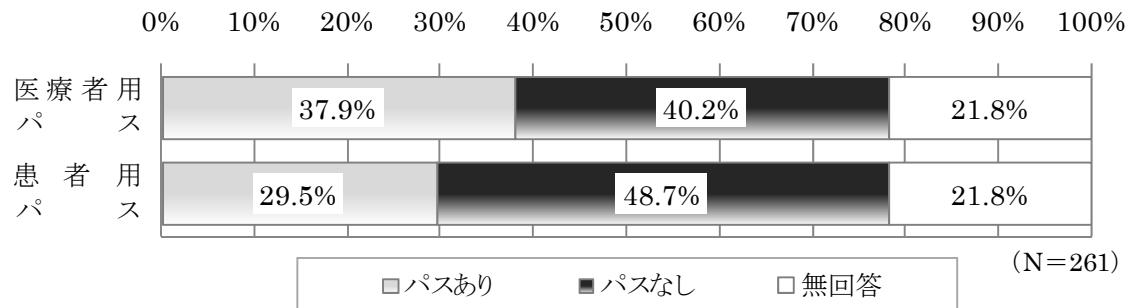
4) 地域連携診療計画の活用状況

回答病院における地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況をみると、医療者用パスとして「脳卒中」の地域連携パスの活用が51.3%で最も多く、次いで「大腿骨頸部骨折」の地域連携パスの活用が37.9%、「がん」の地域連携パスの活用が21.1%などとなっていた。ほとんどの疾患の地域連携パスが半数に満たない活用状況となっており、特に患者用パスの活用が進んでいない状況がうかがえる。

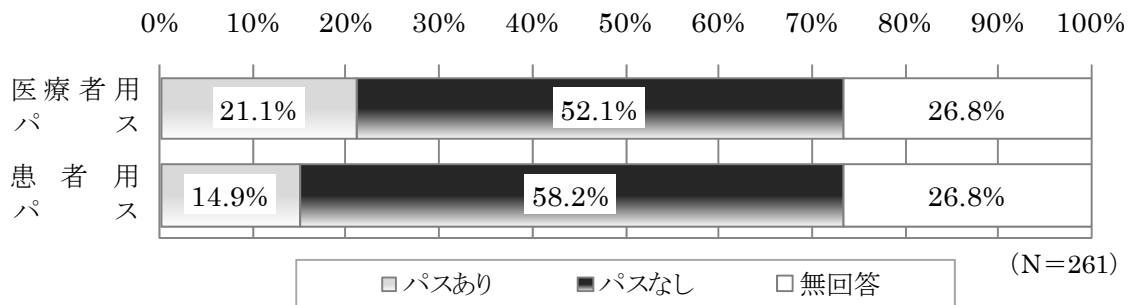
図表3-5-6 脳卒中の地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



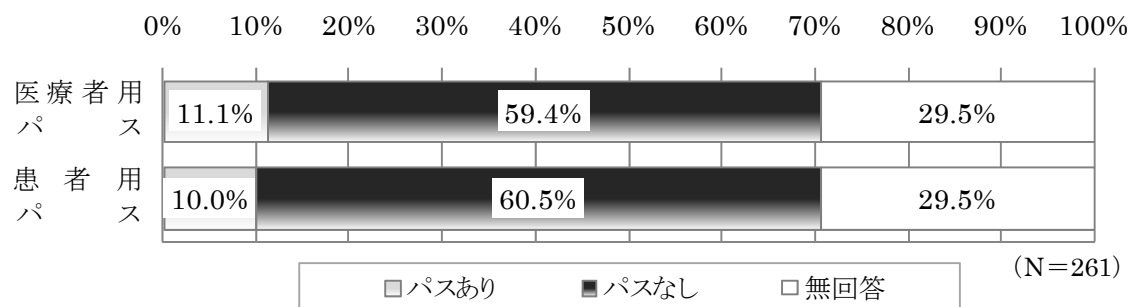
図表3-5-7 大腿骨頸部骨折の地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



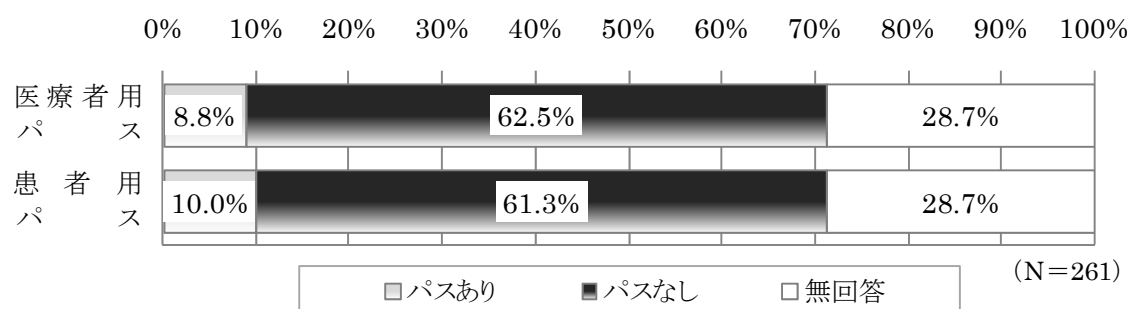
図表3-5-8 がんの地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



図表3-5-9 急性心筋梗塞の地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



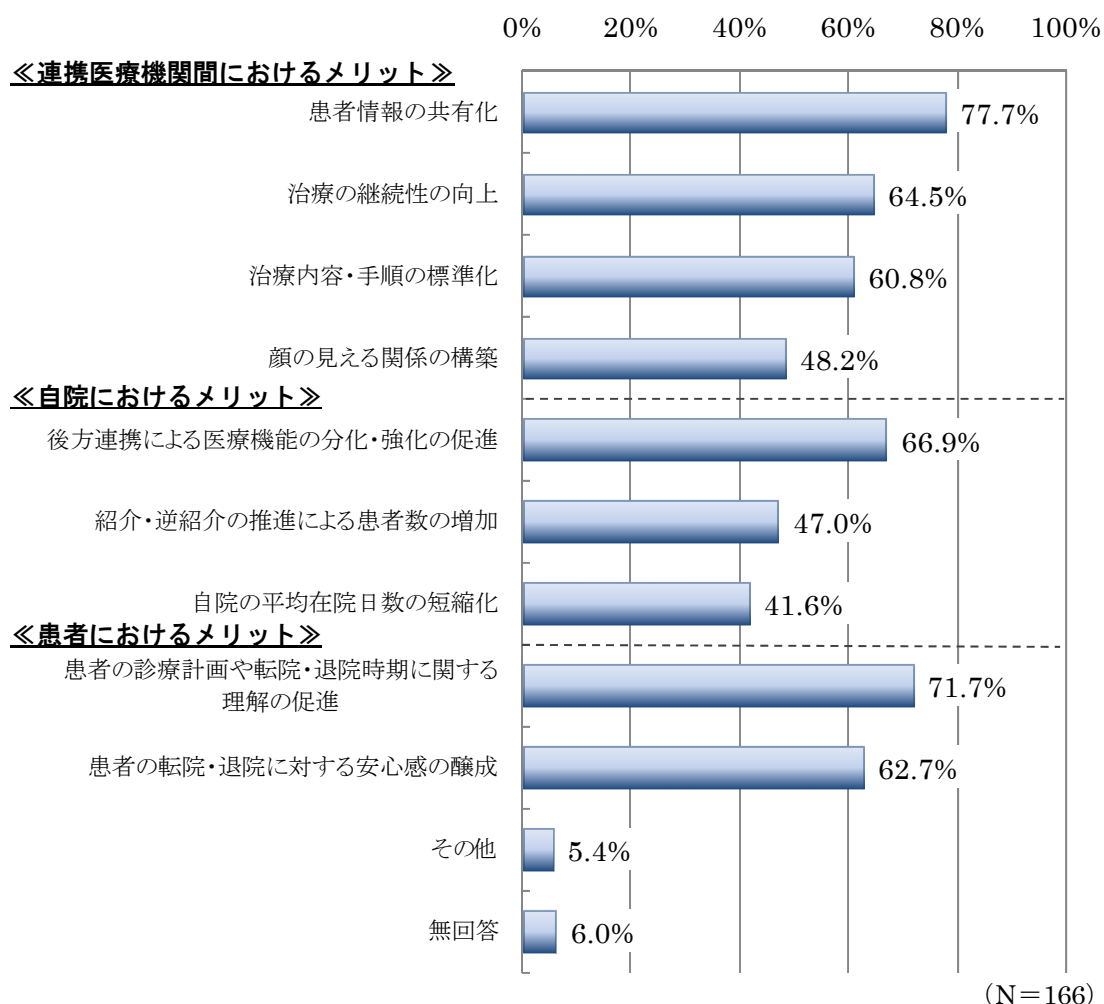
図表3-5-10 糖尿病の地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん、糖尿病、急性心筋梗塞のいずれかの地域連携パスを活用している施設における地域連携パスの活用のメリットをみると、「患者情報の共有化」77.7%が最も多く、次いで「患者の診療計画や転院・退院時期に関する理解の促進」71.7%、「後方連携による医療機能の分化・強化の促進」66.9%などであった。

地域連携パスの活用は、「患者情報の共有化」や「治療の継続性の向上」、「治療内容・手順の標準化」等による医療の質の向上に資するとともに、「後方連携による医療機能の分化・強化の促進」、さらには「患者の診療計画や転院・退院時期に関する理解の促進」を通じた医療機能間の患者の円滑な移行にも貢献することがうかがえる。

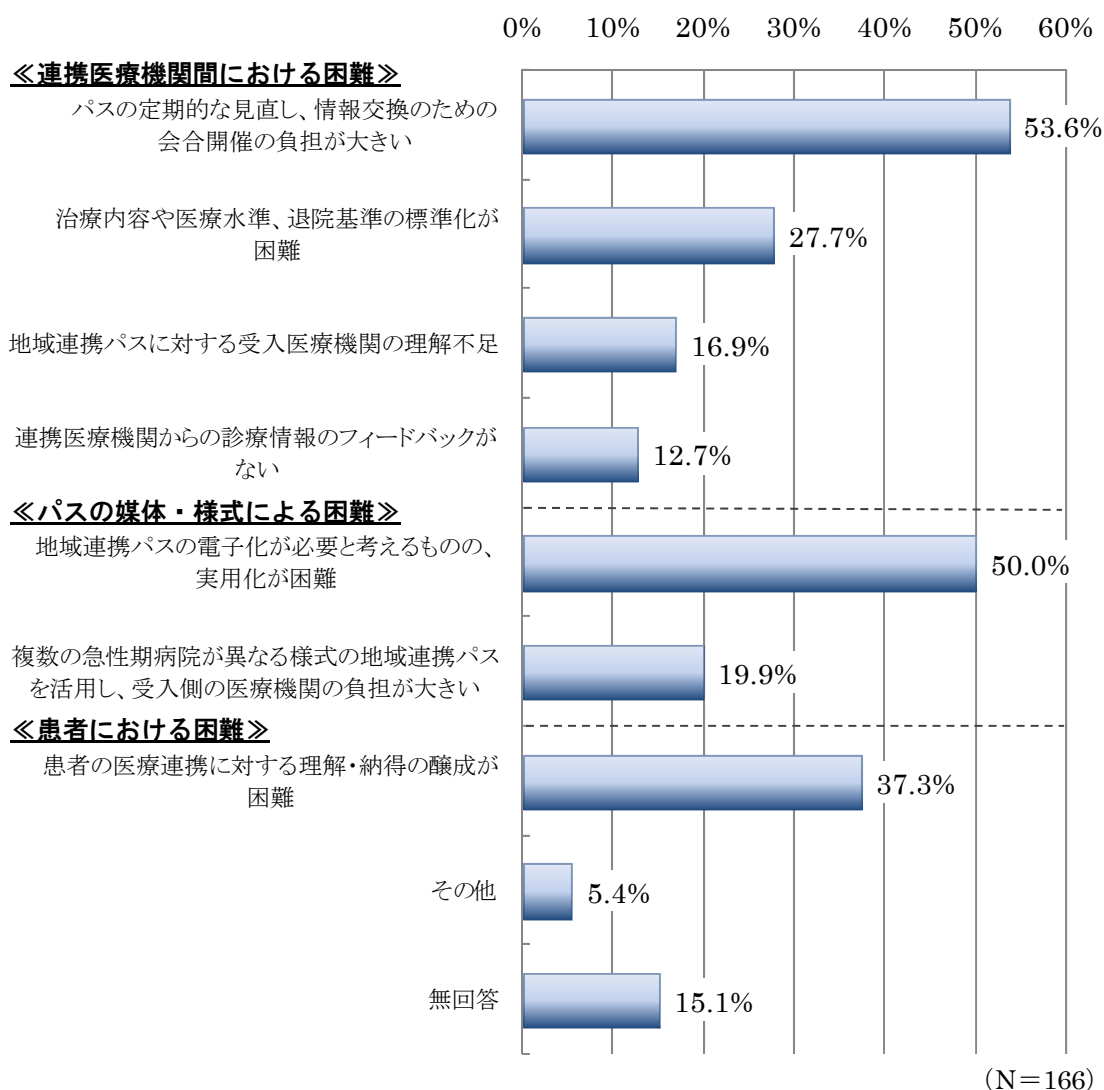
図表3-5-11 地域連携パスの活用のメリット



大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん、糖尿病、急性心筋梗塞のいずれかの地域連携パスがある166施設で集計

また、大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん、糖尿病、急性心筋梗塞のいずれかの地域連携パスを活用している施設における地域連携パスの活用に当たっての困難をみると、「パスの定期的な見直し、情報交換のための会合開催の負担が大きい」53.6%が最も多く、次いで「地域連携パスの電子化が必要と考えるものの、実用化が困難」50.0%、「患者の医療連携に対する理解・納得の醸成が困難」37.3%などであった。今後、地域連携パスの普及に当たっては、地域連携パスに関する診療報酬上の算定要件となっている「パスの定期的な見直し、情報交換のための会合開催」のあり方の見直しや、地域連携パスの活用に当たっての事務負担の軽減のための電子化の推進方法について検討していくことが求められる。

図表3-5-12 地域連携パスの活用に当たっての困難



大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん、糖尿病、急性心筋梗塞のいずれかの地域連携パスがある166施設で集計

6. 急性期医療における機能強化の課題

1) 高度急性期医療機能における課題

回答病院のうち、高度急性期医療を提供する病室を有する施設の当該病室における課題をみると、「医療従事者数の不足」47.0%が最も多く、次いで「移行先(転棟先等)での重症患者の受入困難」35.0%、「移行先(転棟先等)でのベッドの不足」27.4%などとなっていた。

具体的な医療機能の強化・特化を阻害する要因として、「医療従事者数の不足」については、「医師・看護師をはじめとする医療従事者の不足、医師の診療科間の偏在のため、体制の維持、人材の確保が困難であること」、「医師や看護師に業務が偏在し、どのステージの医療に特化しても特定の職種の負担が大きくなること」等、いずれの医療機能においても該当する意見のほか、高度急性期医療に特徴的な内容として「人員配置上で「常時配置」規定がある場合、人員確保が困難になること」が挙げられていた。

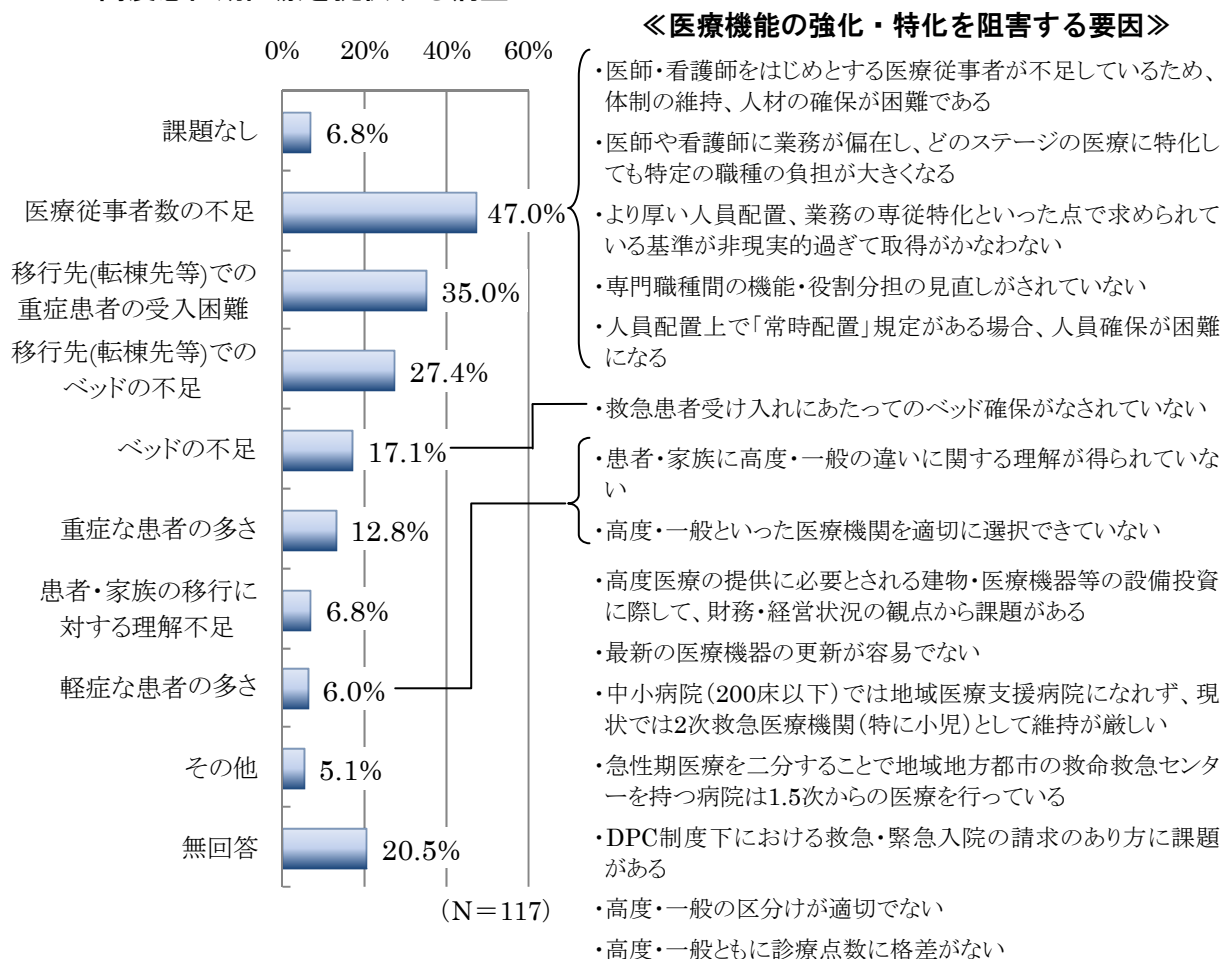
また、「ベッドの不足」については、高度急性期医療に特徴的な内容として「救急患者受け入れにあたってのベッド確保がなされていないこと」が挙げられていた。

さらに、高度急性期医療と一般急性期医療に関連する内容として「患者・家族に高度・一般の違いに関する理解が得られていないこと」、「高度・一般といった医療機関を適切に選択できていないこと」との意見が挙げられており、結果、「軽症な患者の多さ」につながる阻害要因となっていると考えられる。

その他、「高度・一般の区分けが適切でないこと」、「高度・一般ともに診療点数に格差がないこと」との意見が挙げられ、高度急性期医療の評価の充実、一般病棟における医療機能の整理が必要であることがうかがえる。

図表3-6-1 高度急性期医療機能における課題

■ 高度急性期医療を提供する病室



救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ICU/ICUユニット入院医療管理料、脳卒中ICU/ICUユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、母体・胎児集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定している117施設で集計

2) 一般急性期医療機能における課題

一方、自院の一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う一般病棟を有する施設について当該病棟における課題をみると、「医療従事者数の不足」49.1%が最も多く、次いで「重症な患者の多さ」25.2%、「移行先(転棟先等)での重症患者の受入困難」24.3%などであった。

具体的な医療機能の強化・特化を阻害する要因として、「医療従事者数の不足」については、前述の医師・看護師の不足や業務の偏在のほか、一般急性期医療に特徴的な内容として「一般病棟は施設基準以上の手厚い看護配置を行っているが、夜勤者を確保するのが難しい状況にあること」、「看護師率を高くし、夜勤時間に制限をかけることによって、急性期医療を提供する体制を評価していること」等、夜勤体制の確保の困難に関する意見が挙げられていた。

また、「移行先(転棟先等)でのベッドの不足」として後方病床に関する意見が多く挙げられており、特に一般急性期医療に関わる内容としては「回復期病床、療養型病床の地域における確保が難しいこと」、「医療を必要とする患者の受入病院が減少しており、コストのかかる医療を行わざるを得ない状況であること」、「急性期以降の亜急性期・療養等のフォローが必要となる患者の入院先として医療機関が選べない状況であること」等が挙げられていた。

さらに、「軽症な患者の多さ」に関連して、前述の患者等における高度急性期医療と一般急性期医療の区分の理解に関する課題のほか、「他の施設・病院・診療所にいるべき患者を急性期病院で診ていること」との意見も挙げられた。

高度急性期医療、一般急性期医療における機能強化の課題の回答結果を比較すると、「医療従事者数の不足」に加え、高度急性期医療を提供する病室では、「移行先(転棟先)での重症患者の受け入れ困難」等の「移行先に関する課題」が上位となっており、自院の一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟では、それに対応する形で「重症な患者の多さ」が上位となっている。特定集中治療室等における高度急性期医療後の患者を一般病棟に受け入れるうえで、一般病棟の対応体制が十分でないことが急性期医療における患者の移行を阻害し、診療の効率化と早期退院を阻害している可能性がある。

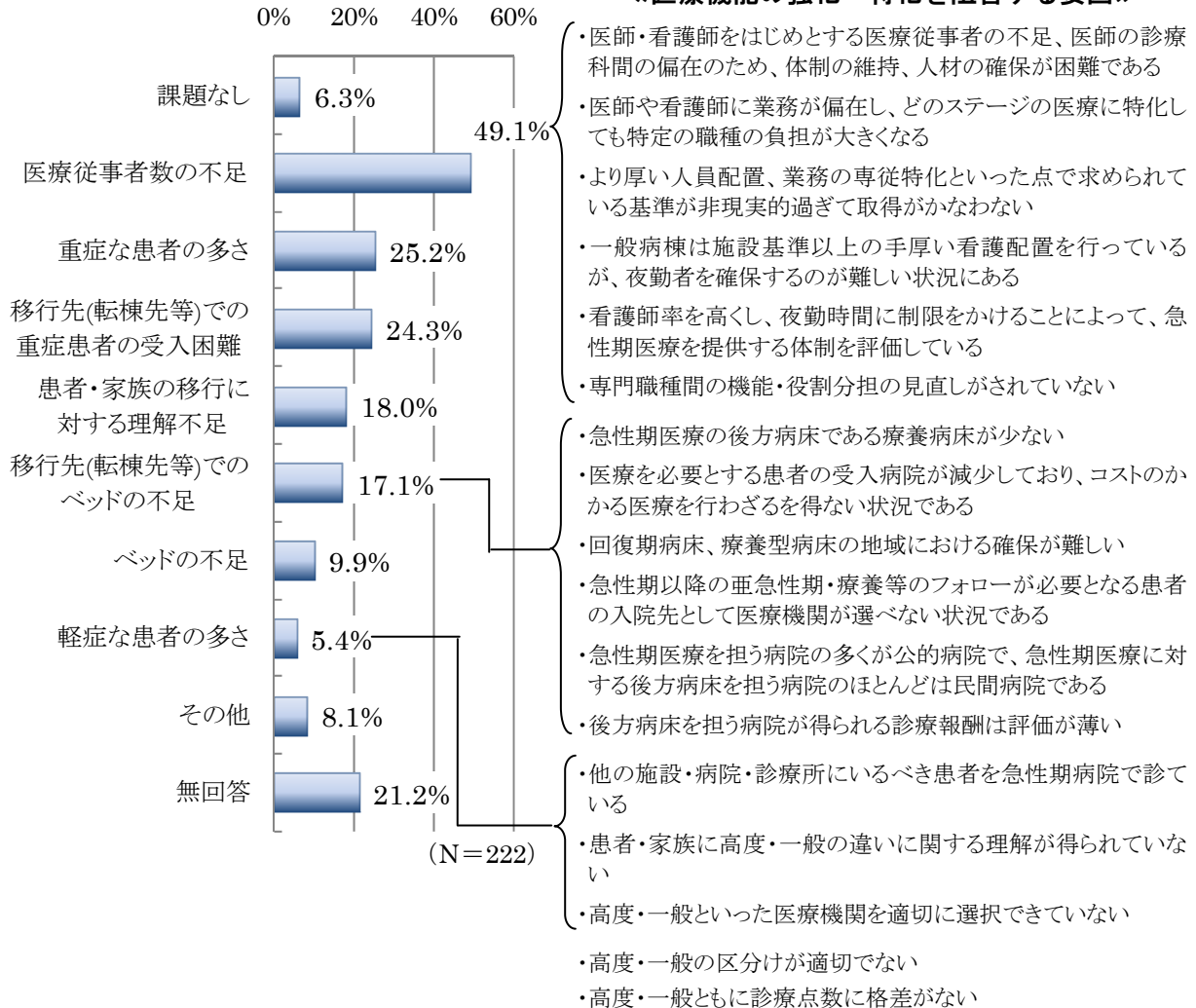
また、自院の一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟と後述する亜急性期病室、回復期リハビリテーション病棟における課題を比較すると、前者の「移行先(転棟先)での重症患者の受け入れ困難」に対応する形で、回復期リハビリテーション病棟、亜急性期病室では「医療従事者不足」が上位となっている。一般急性期医療後の患者の受け皿として、回復期リハビリテーション病棟、亜急性期病室の整備を図っていくことも求められる。

図表3-6-2 一般急性期医療機能における課題
 (一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟)

■ (一般急性期医療を提供する病棟)

一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟

《医療機能の強化・特化を阻害する要因》



自院の一般病棟入院基本料の届出よりも高い看護配置を行っている一般病棟がある222施設で集計

さらに、自院の一般病棟入院基本料の届出の看護配置以下の傾斜配置を行う一般病棟を有する施設について当該病棟における課題をみると、「医療従事者数の不足」30.6%が最も多く、次いで「患者・家族の意向に対する理解不足」11.6%、「移行先（転棟先等）でのベッドの不足」9.9%などであった。

具体的な医療機能の強化・特化を阻害する要因として、「移行先（転棟先等）でのベッドの不足」については、「急性期医療を受けた患者を受け入れる介護施設の不足」、「社会的入院を解消する社会資源の整備が十分ではないこと」、「それぞれの役割を担う病院等の不足により、在宅医療の充実を図ることなどに対して診療所等を含めた全ての医師の理解を得られていないこと」等、慢性期医療への移行や医療・介護連携に関する課題、在宅医療における受け皿の不足に関連する意見が挙げられていた。

また、「軽症な患者の多さ」については、「特定疾患療養管理料や特定疾患処方管理料（特処方）などのために、同じ医療を受けても診療所に通院するよりも圧倒的に大病院での医療費が安価であり、慢性疾患患者が急性期病院に押し寄せてきていること」等、診療報酬上の課題も挙げられていた。

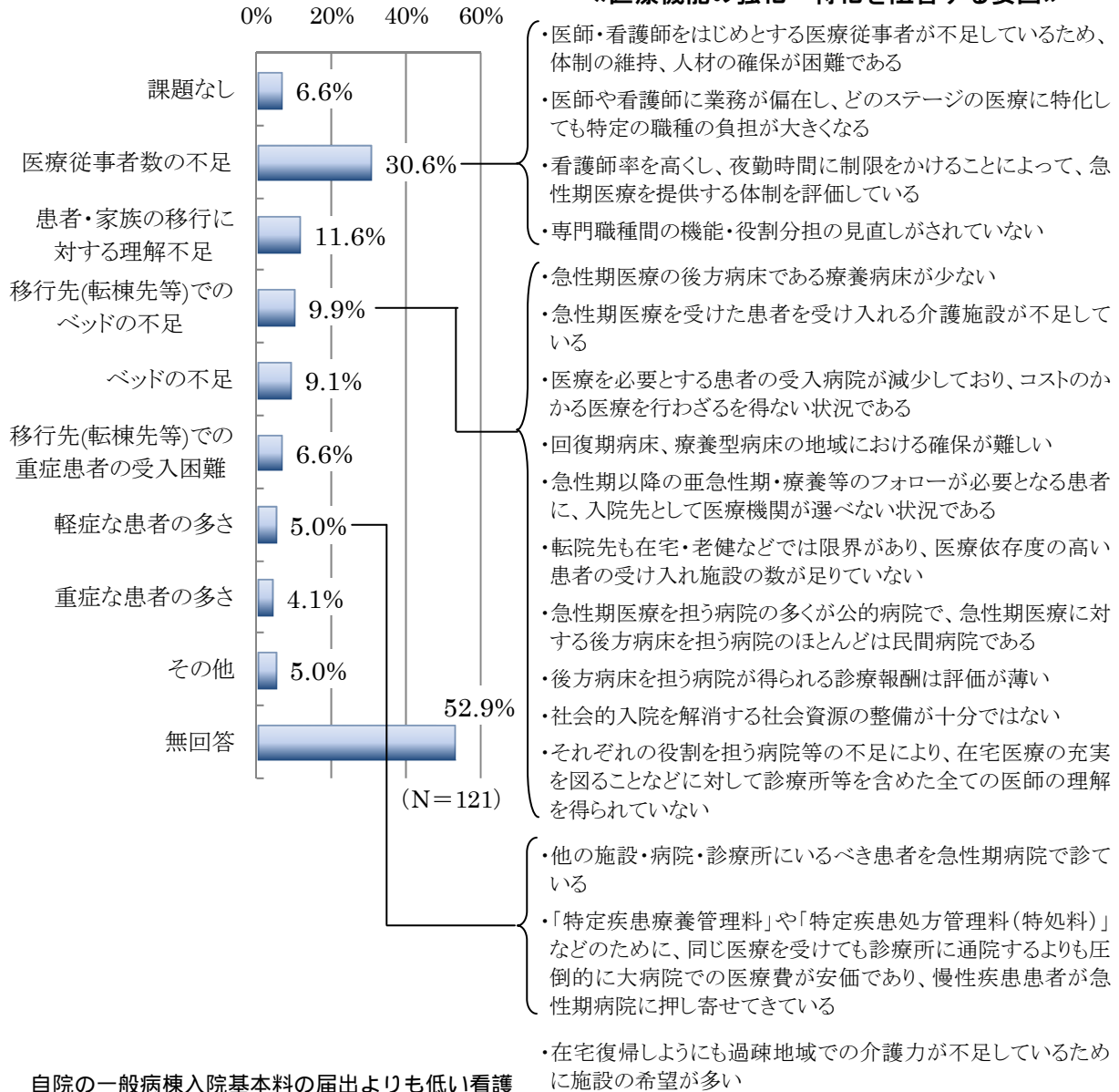
一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟と比較して、看護配置以下の傾斜配置を行う病棟では「患者・家族の移行に対する理解不足」、「移行先（転棟先等）でのベッドの不足」が上位となる傾向がうかがえた。地域における亜急性期病室や回復期リハビリテーション病棟の確保、在宅医療・在宅介護の充実に加え、患者・家族の医療連携に関する理解を促し、急性期医療後の患者の移行も図っていくことが必要である。

図表3-6-3 一般急性期医療機能における課題
 (一般病棟入院基本料の届出の看護配置以下の傾斜配置を行う病棟)

■ (一般急性期医療を提供する病棟)

一般病棟入院基本料の届出の看護配置以下の傾斜配置を行う病棟

《医療機能の強化・特化を阻害する要因》



自院の一般病棟入院基本料の届出よりも低い看護配置を行っている一般病棟がある121施設で集計

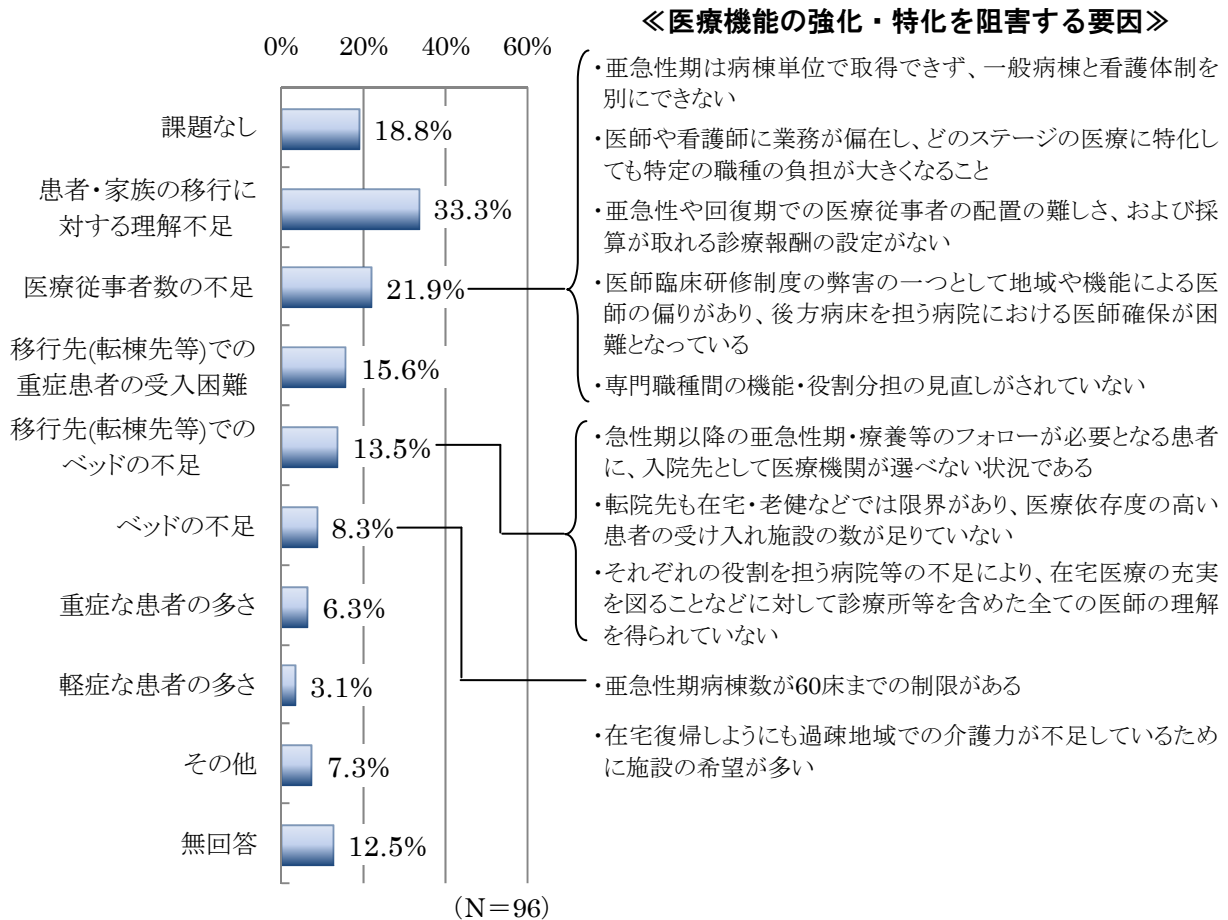
3) 亜急性期・回復期医療機能における課題

亜急性期入院医療管理料算定病室を有する施設について当該病室における課題をみると、「患者・家族の移行に対する理解不足」33.3%が最も多く、次いで「医療従事者数の不足」21.9%、「課題なし」18.8%などであった。一方、回復期リハビリテーション病棟を有する施設について当該病棟における課題をみると、「医療従事者数の不足」54.2%が最も多く、次いで「患者・家族の移行に対する理解不足」35.4%、「重症な患者の多さ」22.9%などであった。転院の可能性が高くなること等も相まって「患者・家族の移行に対する理解不足」が上位となる傾向がうかがえた。

また、具体的な医療機能の強化・特化を阻害する要因としては、「亜急性や回復期での医療従事者の配置の難しさ、および採算が取れる診療報酬の設定がないこと」等が挙げられていた。

図表3-6-4 亜急性期医療機能における課題

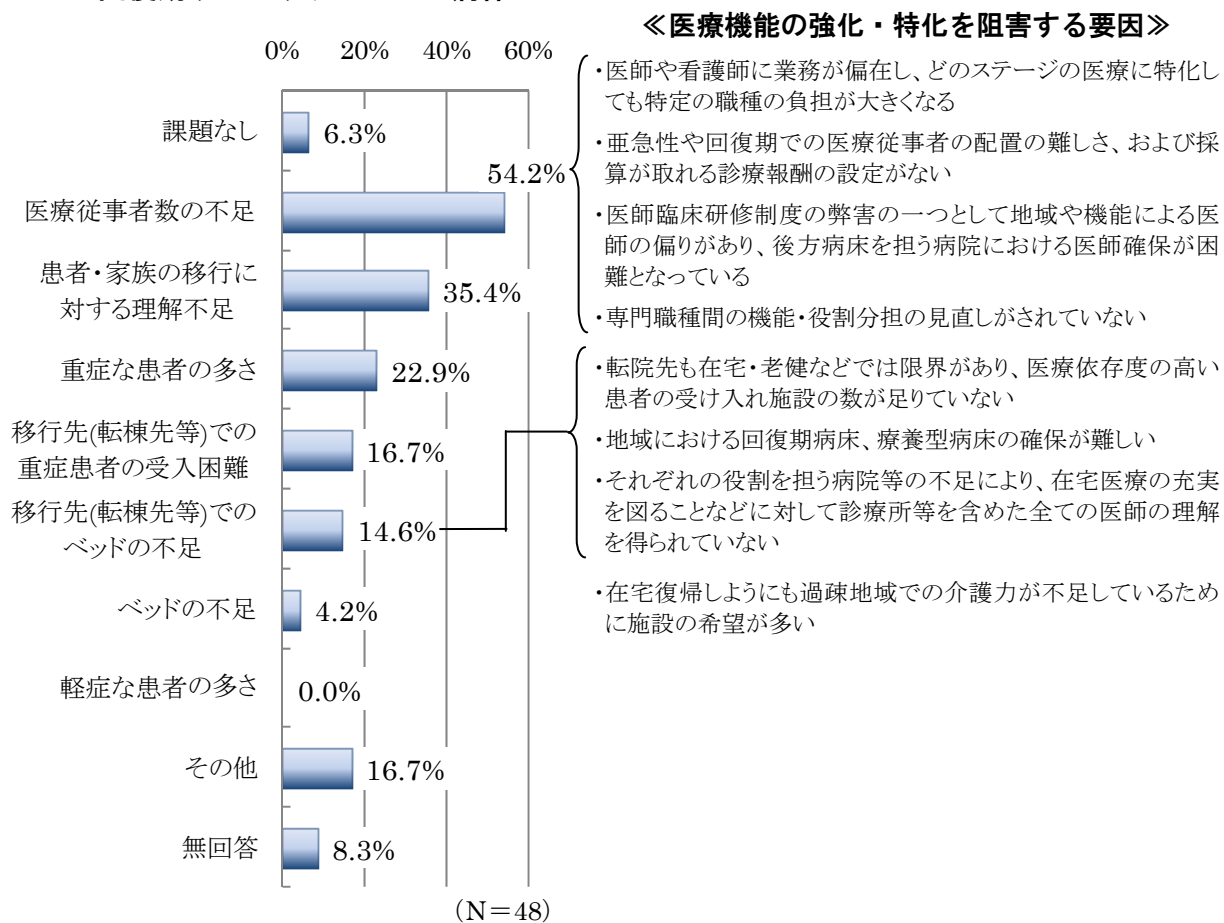
■ 亜急性期入院医療管理料算定病室



亜急性期入院医療管理料を算定している96施設で集計

図表3-6-5 回復期医療機能における課題

■ 回復期リハビリテーション病棟



回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している48施設で集計

その他、医療機能の強化・特化を阻害する要因としては、以下の回答が挙げられた。

- 当該医療圏内における立地・機能性・疾病構造等から、提供可能な医療機能が限定される
- 都市部(人口密集地)と地方(人口過疎)とでの医療圏等に占める人口数並びに人口構成が異なる
- 病院として外来を外に出したくても、一定外来もこない入院も確保できず、収益的にも困難になる
- 外来との差について、特定療養費として診療報酬上区分していない
- 外来機能をどうするかが課題となっている
- 費用の適正分配がなされていない
- 特に高齢者において、在宅よりも入院とした方が自己負担金額が少なくすむ現在の医療費制度に課題がある
- 看取りの基準に課題がある
- 診療報酬が低いいため、病院の経営も困難である

4) 急性期医療における機能強化に向けた方向性

これまでみてきたとおり、急性期医療機能における機能強化の課題解決に当たっては、まず、高度急性期医療後の患者を受け入れるための一般病棟の対応体制の整備を図る必要がある。しかしながら、ほとんどの医療機能において医療従事者の不足が大きな課題となっている現状にあつては、急性期医療機能の強化に当たっても、優先度を勘案しながら強化の対象を選定し、順次、充実を図っていくことが必要である。

一般急性期医療を担う一般病棟入院基本料算定病棟は、特定入院料と比較して機能の幅が広く不明確ではあるものの、本調査の結果より、現状において病棟ごとに重症度の高さ等に応じて手厚い看護配置が行われていることが確認できた。このことから、一般病棟における複数病棟間での傾斜配置状況に基づき、手厚い看護配置を行っている病棟について、病棟単位での診療報酬による評価のあり方を検討していくことも意義は大きい。

前述のとおり、個別の看護配置について、診療の効率化推進と早期退院のインセンティブの観点から手厚い看護配置を評価することを検討するうえでは、7：1以上など、一定基準以上の手厚い看護配置を行っている病棟を対象とし、また、重症な患者が多いDPC対象病院の一般病棟を優先的に評価することが肝要であろう。DPC対象病院とDPC対象病院以外の病院について、急性期医療機能における課題を比較すると、DPC対象病院においてより一層「医療従事者数の不足」の割合が多く、また、一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟の課題では「重症な患者の多さ」の割合が多くなっている。このことから、DPC対象病院の一般病棟について優先的に手厚い評価を行っていく必要性が高いことがうかがえる。

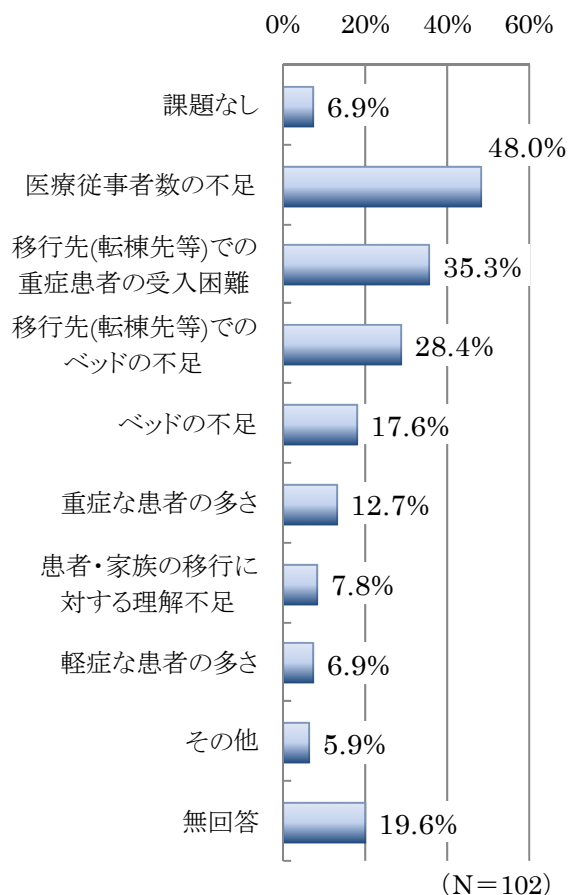
また同時に、職種間の役割分担と多職種によるチーム医療を推進することにより、それぞれの職種における専門知識・技術を効果的に活用し、負担軽減も図りながら医療の質の向上を図っていくことも求められるであろう。

加えて、急性期医療機能における課題解決に当たっては、急性期医療後の患者の移行を円滑に進めるため、後方病床となる地域の亜急性期入院医療管理料算定病室や回復期リハビリテーション病棟の確保、在宅医療・在宅介護の充実により、地域の受け皿を整備していくことも必要である。地域のサービス提供量の不足の解消に加え、関係者間のネットワーク形成を促すことで、効率的な医療・介護提供体制を構築していくことが望まれ、同時に、患者・家族の医療連携に関する理解を促すことも求められる。こうした課題の解決策の一つとして、医療者用・患者用の地域連携パスの活用は有意義であり、今後、地域連携パスに関する診療報酬の見直し等も視野に入れつつ、その普及を図っていくことが望まれる。

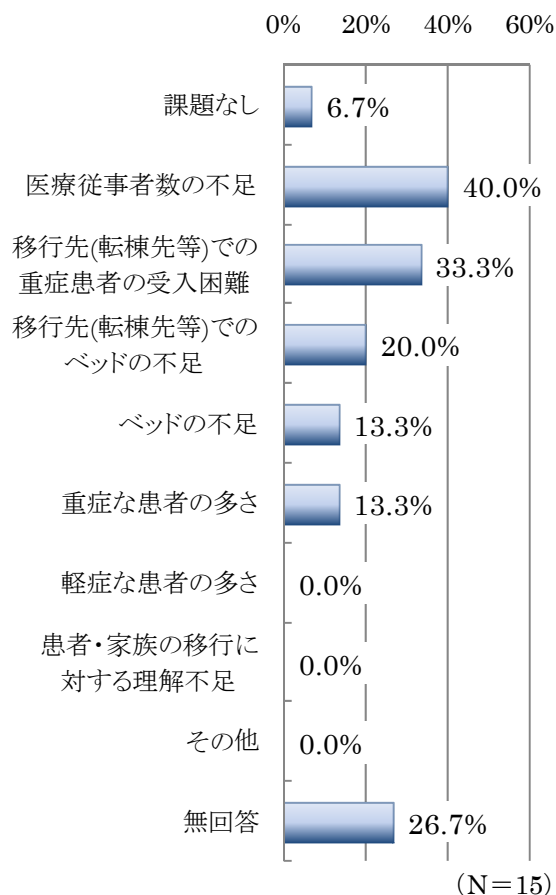
図表3-6-6 DPC対象病院とDPC対象病院以外の病院における急性期医療機能の課題

■ 高度急性期医療を提供する病室

[DPC対象病院]



[DPC対象病院以外の病院]



DPC対象病院で、かつ救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、母体・胎児集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定している102施設で集計

DPC対象病院以外の病院で、かつ救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、母体・胎児集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定している102施設で集計

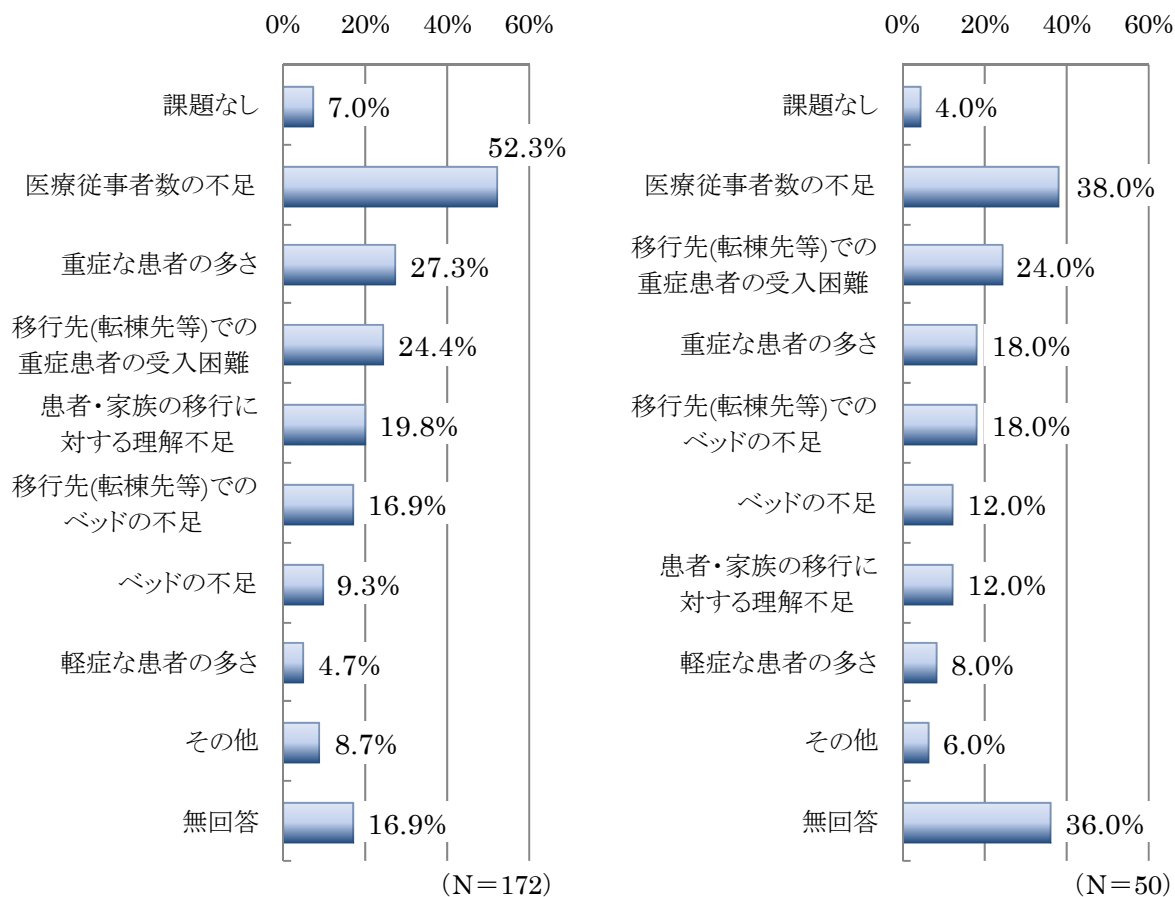
図表3-6-7 DPC対象病院とDPC対象病院以外の病院における急性期医療機能の課題
(つづき)

■ (一般急性期医療を提供する病棟)

一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟

[DPC対象病院]

[DPC対象病院以外の病院]



DPC対象病院で、かつ自院の一般病棟入院基本料の届出よりも高い看護配置を行っている一般病棟がある172施設で集計

DPC対象病院以外の病院で、かつ自院の一般病棟入院基本料の届出よりも高い看護配置を行っている一般病棟がある172施設で集計

(参考) 急性期医療機能の全体像と課題

機能区分	現況(調査結果による)	課題	参考: 社会保障国民会議における 将来イメージ*
<p>A</p> <p>高度・一般急性期</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p>《一般病棟における現況》</p> <p>○看護配置の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5:1以上 : 16.2% ・5:1未満7:1以上 : 36.7% ・7:1未満10:1以上 : 31.9% <p>○患者状態像</p> <p>平均A得点 1.11点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5:1以上 : 1.19点 ・5:1未満7:1以上 : 1.17点 ・7:1未満10:1以上 : 1.03点 <p>平均B得点 3.68点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5:1以上 : 3.63点 ・5:1未満7:1以上 : 3.60点 ・7:1未満10:1以上 : 3.68点 <p>○平均在院日数</p> <p>DPC対象病院 16.1日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5:1以上 : 12.2日 ・5:1未満7:1以上 : 15.5日 ・7:1未満10:1以上 : 17.5日 <p>DPC対象以外 17.2日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5:1以上 : 13.6日 ・5:1未満7:1以上 : 17.3日 ・7:1未満10:1以上 : 17.7日 	<p>① 医療従事者数の不足</p> <p>② 高度急性期: 移転先(転棟先等)での重症患者の受入困難</p> <p>③ 一般急性期: 重症な患者の多さ</p> <p>④ 高度急性期: 移転先(転棟先等)でのベッドの不足</p> <p>⑤ 一般急性期: 移転先(転棟先等)での重症患者の受入困難</p> <p>⑥ 高度急性期: ベッドの不足</p> <p>⑦ 一般急性期: 患者・家族の移行に対する理解不足</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【脳梗塞患者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○退棟までの期間: 入院から29.5日目 ○退棟先 ・他の病院・有床診療所: 26.0% <ul style="list-style-type: none"> →回復期リハ: 53.2% ・自院の他の病棟 : 13.3% <ul style="list-style-type: none"> →回復期リハ: 70.4% <p>【急性心筋梗塞患者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○退棟までの期間: 入院から16.5日目 ○退棟先: <ul style="list-style-type: none"> ・在宅 : 64.7% </div>	<p>● 重症患者への医療資源の集中投入による平均在院日数の短縮、病床数の圧縮</p> <p>● がん拠点病院をはじめとする高度医療提供病院の整備</p> <p>● 病院における専門外来等の専門化や一般外来の縮小の推進、一般外来患者の診療所への移行</p> <p>● 急性期の機能分化推進のための診療報酬の配分の見直し</p> <p>● 医師と看護師等との役割分担、チーム医療の推進による病院勤務医の負担軽減の推進</p> <p>● 医師養成数・従事医師数の増加、医師等人材確保対策の実施</p> <p>● 看護師・コメディカル・医師事務作業補助者等の配置基準の引き上げ ー など</p> <p><シナリオB2による具体的数値></p> <ul style="list-style-type: none"> ○平均在院日数35%短縮 <ul style="list-style-type: none"> ・15.5日→10日 ○職員数100%増 <ul style="list-style-type: none"> (医師、看護師、その他職員) ○利用者数47万人(35%減) ○病床稼働率70% ○病床数67万床 ○単価82%上昇

※ 出典) 社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション (本体資料)
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu/siryuu_1.pdf

(参考) 急性期医療機能の全体像と課題 (つづき)

機能区分	現況(調査結果による)	課題	参考: 社会保障国民会議における 将来イメージ※
B 亜急性期	<p>○施設基準における看護配置 ・看護職員配置が13対1以上であること</p> <p>○患者状態像 ・平均A得点 0.54点 ・平均B得点 3.80点</p> <p>○平均在院日数: 36.4日</p>	<p>① 患者・家族の移行に対する理解不足</p> <p>② 医療従事者数の不足</p> <p>③ 移行先(転棟先等)での重症患者の受入困難</p> <p>④ 移行先(転棟先等)でのベッドの不足</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性期から回復期等に向けた地域連携パスの導入、地域医療ネットワークの構築等による回復期への移行促進 ● 急性期病床から回復期等への転換による亜急性期・回復期リハ病床数の拡大(二次医療圏における亜急性期病床の整備等) ● 急性期から回復期等に向けた地域連携パスの導入、地域医療ネットワークの構築等による急性期からの移行促進 ● リハビリの早期開始・強化に向けたコメディカル等の職員体制の強化、配置基準を引き上げ ● 社会復帰できる体制の構築による在宅・地域への移行促進
C 回復期リハビリテーション	<p>○施設基準における看護配置 ・看護職員配置が15対1以上であること</p> <p>○患者状態像 ・平均A得点 0.08点 ・平均B得点 3.42点</p> <p>○平均在院日数: 67.5日</p>	<p>① 医療従事者数の不足</p> <p>② 患者・家族の移行に対する理解不足</p> <p>③ 重症患者の多さ</p> <p>④ 移行先(転棟先等)での重症患者の受入困難</p>	<p><シナリオB2による具体的数値></p> <ul style="list-style-type: none"> ○急性期から移行する利用者数25万人/日 ○平均在院日数20%短縮(75日→60日)により医療療養・介護施設へ移行する利用者数11万人/日 ○在宅医療の体制整備により在宅へ移行する利用者数5万人/日 ○職員数(コメディカル等)30%増 ○利用者数40万人(29%増) ○病床稼働率90% ○病床数44万床 ○単価1%上昇

※ 出典) 社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syukaihosyoukokuminkaigi/iryuu/siryuu_1.pdf

第4章. 調査結果に関する考察

京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野
教授 今中 雄一

1. 主な調査結果

目的と調査対象について：

本調査研究の目的は、病院対象のアンケート調査を行い、病院の属性別に、提供している治療・処置内容等から急性期医療の姿を把握するとともに、施設基準や診療報酬上定められている条件への対応や職種間の役割分担の在り方を明らかにすることである。

今回の調査対象は、急性期医療を提供する261病院で、公的医療機関36.8%、医療法人33.7%、国5.7%、社会保険関係団体4.6%、その他19.2%であった。また、対象病院では、DPC対象病院が77.4%、二次救急医療機関が73.6%、災害拠点病院32.6%、がん診療連携拠点病院20.7%、地域医療支援病院19.5%、となっており、急性期医療を担う様々な病院をカバーしている。また、特定機能病院9件、高度救急救命センター4件も含まれている。設立主体、機能など、急性期医療を担う多種の病院がバランスよく含まれているといえよう。

調査対象病院は、一般病床が平均305.8床で、一般病棟平均6.3病棟を有する。1施設1日当たり全身麻酔手術件数は3.1件、平均在院日数は18.2日、1日当たり入院患者249.5人、外来患者459.7人であった。100床あたり人員は、医師21.3人、看護師77.6人、看護補助者8.2人、コメディカル22.3人、事務職15.9人であった。

看護職員配置について：

看護職員配置は施設レベルで施設基準をとることとなるが、実際には、病棟ごとに傾斜配置をとられている実態が、今回の調査で明らかとなった。看護職員配置が7：1の施設において、約7割が5：1以上を配置する病棟を有している。また、10：1入院基本料算定施設においても、5：1以上の病棟を有する施設が24.2%、5：1未満7：1以上の病棟を有する施設が40.7%に見られた。

一方で、自施設の施設レベルでの看護職員配置に及ばない配置（例：7：1施設における10：1病棟）を有する施設も約3～6割と、無視できない。

看護職員配置と処置等との関係：

7：1未満10：1以上配置の病棟（5：1未満7：1以上の場合を括弧内に記載）と判断する場合でも、呼吸ケア10.0%（21.4%）、点滴ライン3本以上10.0%

(16.7%)、心電図モニター11.3%(14.3%)、シリンジポンプの使用7.5%(17.3%)、
血圧測定5回以上6.9%(14.3%)と、ハイリスクの患者は少なくない。これらは
7:1病棟での患者割合と比し0.4倍から0.8倍に相当する。

また、7:1未満10:1以上配置の病棟(5:1未満7:1以上の場合を括弧
内に記載)では介助に係る看護師等への負担が大きい。寝返りの介助を要する患
者11.9%(10.1%)、食事摂取の介助15.6%(5.4%)、移乗の介助8.8%(6.0%)と、
介助を要する患者の割合が高い。7:1病棟での患者割合と比し1.2倍から3倍に
相当する。

亜急性期入院医療や回復期リハビリテーション病棟について：

今回の調査対象病院では、亜急性期入院医療管理料1が33.3%(2が3.4%)回
復期リハビリテーション病棟入院料1が16.1%(2が2.3%)とその普及が急性期
病院での併設という形でも見られている。

多職種カンファレンスとチーム医療について：

病棟単位のカンファレンスは、50床(1病棟に相当する)1カ月当たり、平均
すると9.4回と大変多いが、20回以上の施設が11.9%あり、平均を押し上げている。
とはいうものの、1-2回19.5%、2-3回18.8%、4-7回18.0%、8-19回15.7%であり、
多くの施設で毎週複数回のカンファレンスが行われている。職種は、医師、看護
師以外に、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福
祉士など、多職種が参加している。

多職種によるチームの設置状況としては、感染防止対策チーム87.7%、褥創管
理チーム83.9%、栄養サポートチーム81.6%と、よく行き渡っている状況が示さ
れた。一方で、緩和ケアチーム47.1%、退院支援チーム42.9%、摂食嚥下チーム
37.2%、呼吸ケアチーム30.7%などは、まだ、十分に普及していない。

急性期医療機能における課題：

救命救急入院料や特定集中治療管理料をとっている高度急性期医療を提供す
る施設では、医療従事者の不足47.0%、移行先での重症患者の受入困難35.0%、
移行先でのベッドの不足27.4%といった課題が挙げられている。一方、看護配置
において手厚い傾斜配置を行う病棟のある施設では、上記課題に加えて、重症な
患者の多さ25.2%、患者・家族の意向に対する理解不足18.0%が、課題として挙
げられている。

回復期リハビリテーション病棟、亜急性期病棟などでは、患者家族の意向に対す
る理解不足が、3分の1程度を占め、さらに大きな課題となっている。

地域連携パス：

地域連携パス（地域連携診療計画）医療者用、患者用の活用状況は、大腿骨頸部骨折頸部骨折で、37.9%、29.5%、脳卒中で51.3%、36.0%と、それなりの普及傾向が見られる。患者用パスは、患者・家族が納得いく転棟・転院を行うためにも重要なツールである。しかしながら、患者用パスの活用のない場合が少なくない。

また、がん21.1%、14.9%、糖尿病8.8%、10.0%、急性心筋梗塞11.1%、10.0%などの領域では、まだまだ普及の余地がある。

看護職員体制と残業時間：

一般病棟の1病棟当たりの平均病床数は45.3床、看護職員数は26.3人（50床当たり29.0人）であった。1ヶ月の平均残業時間は、8.4時間、3交代制では9.5時間、2交代制では6.6時間と、2交代制で小さい傾向が示唆された。7：1入院基本料算定の病棟では、1ヶ月の平均残業時間は、9.6時間（3交代制11.2時間、2交代制7.3時間）と多く、10：1病棟では4.0時間（3交代制4.5時間、2交代制2.1時間）と少なめであった。総じて、2交代制で小さい傾向が示唆された。

一般病棟への入棟までの経過：

脳梗塞患者では、救命救急室から12.9%、特定集中治療室から6.7%、脳卒中ケアユニットから5.8%、ハイケアユニットから2.4%、直接の入棟が68.7%であった。集中治療室の利用は限定的で、直接の入棟が多い。

急性心筋梗塞患者では、特定集中治療室から43.7%、救命救急室から17.6%、ハイケアユニットから5.1%、直接の入棟が30.7%であった。

一般病棟における経過：

入院から一般病棟までの平均日数が、脳梗塞で3.5日目、急性心筋梗塞で2.5日目で入棟となり、通算在院日数は、脳梗塞で27.3日、急性心筋梗塞で15.6日、そのうち、退院等までの待機日数が脳梗塞で2.9日、急性心筋梗塞で1.6日であった。

入棟後、最も重症な時点（と患者状態A得点、B得点）は、脳梗塞で3.5日目（A得点1.6、B得点6.4）、急性心筋梗塞で1.3日目（A得点3.6、B得点5.5）であった。一般病棟からの退棟時の患者状態は、脳梗塞でA得点0.2、B得点4.1、急性心筋梗塞でA得点0.7、B得点1.3であった。

一般病棟からの退棟先：

脳梗塞患者では、自院内では、回復期リハビリテーション病棟70.4%と高く、次いで亜急性期病棟22.5%、この2者でほとんどを占める。他院への移行では、回復期リハビリテーション病棟53.2%、医療療養病床20.1%であった。直接に在

宅には45.3%の患者が移行している。

急性心筋梗塞患者では、64.7%の患者が直接に在宅に移行している。自院の他病棟への転棟は少なく1.5%であった。他院への移行も少なく5.4%で、そのうち、一般病棟への移行が52.4%、医療療養病床への移行が19.0%であった。

急性心筋梗塞では、急性期医療病棟で治療はほぼ完結し、おそらく入院医療の要する併存疾患、特に併存疾患を伴う虚弱高齢者などの対応で移行が行われているのではないかと推察される。脳梗塞患者では、自院内外で病棟の機能分化に応じた移行が行われている。

2. 主な分析・考察

総じて言えることは、資源配分のより効率的な配分を推進する余地があること、現状の分析とそれに基づく提案について、次のようにまとめることができる。

1) 直接的に効率的資源配分を促す評価

(1) 病棟ごとの施設基準(人員評価)

急性期医療において、重症患者が多く人員を必要とする病棟においては、傾斜配置を行っている実態が明らかになった。看護職員配置が7:1の施設において約7割が5:1以上を配置する病棟を有している。さらには、10:1入院基本料算定施設においても、5:1以上の病棟を有する施設が24.2%、5:1未満7:1以上の病棟を有する施設が40.7%に見られた。

一方で、自施設の施設レベルでの看護職員配置に及ばない配置(例:7:1施設における10:1病棟)を有する施設も約3~6割と、無視できない。

今回の調査でも確認できたが、現場には医療従事者の不足感がある。一般に、急性期医療に対応できる看護師は不足している。そのため特に地方の病院などは看護師数を確保しにくい。限られた人気病院以外では、地域医療を支え地域の中核的役割を占めていても、看護師確保は難しい。そういう中で施設まるごとの、急性期入院の入院基本料がとれない場合、無理な人員体制の中、傾斜配分をして、重症患者対応をせざるを得ない。

その際、他の病棟で、看護師の過不足(不足)が生じていることが想定される。7:1未満10:1以上配置の病棟と判断する場合でも、呼吸ケア10.0%、点滴ライン3本以上10.0%、心電図モニター11.3%、シリンジポンプの使用7.5%、血圧測定5回以上6.9%と、ハイリスクの患者は少なくない。これらは7:1病棟での患者割合と比し0.4倍から0.8倍に相当する。その上、寝返りの介助を要する患者11.9%、食事摂取の介助15.6%、移乗の介助8.8%と、介助を要する患者の割合が高い。7:1病棟での患者割合と比し1.2倍から3倍に相当する。7:1未満10:1以上配置の病棟でも看護負担は大きく、総じて看護師マンパワーの不足となっていることが想定される。マンパワー不足病棟では、提供医療の安全性の低下、看護師の労働条件の悪化、といった悪循環が想定されうる。

効率を高めるためには、理論的には病院ごとの機能分化のみならず、病棟ごとの機能分化が望まれる。現行では、施設毎に看護職員配置の基準をとるため、病棟ごとで過不足が生じ、資源配分に無駄が生じていると考えられる。施設レベルではなく、病棟レベルで看護職員配置の基準を定めることにより、限られた人員

の効率的配分の促進と、医療の安全確保・労働条件の確保が期待される。

(2) 集中治療室の基準の細分化

調査対象施設の26.1%が集中治療室を有している(特定集中治療室管理料1)。特定集中治療室管理料の施設基準は、いわゆる Intensive Care Unit (ICU) も、Coronary Care Unit (CCU) 冠動脈疾患管理室も、包含する。後者は心臓系に特化し、これらは患者像が異なる。この施設基準で、外傷患者、術後の重症患者、急性心筋梗塞、脳梗塞、など、様々な重症患者を扱う。必要な入室日数も異なる。病院によって、患者の重症度は大きく異なることも指摘されている。また、ICU は麻酔科医が、CCU は循環器内科医が所管し、看護師の専門性も異なる。

実情に合わせて、特定集中治療室管理料を区分しないと、資源配分に過不足が生じ、非効率な資源配分となることが想定される。

まず、特定集中治療室管理料から、冠動脈疾患管理室を分離する必要がある。その上で、特定集中治療室を、(人工呼吸日数など医療者の労力を表す重症度スコアなどで) その患者重症度の平均像をもって、段階的に評価していく必要があるであろう。

今後、基準を明確にするためには情報技術の標準化と活用を普及させることも重要である。

上記に関しては、急性期医療を担う病院のほとんどが脳卒中に対応しているにも関わらず、脳卒中ケアユニット入院医療管理料をとる施設は、6.9%とまだまだ少ない。

2) 情報共有の推進

(1) 転棟・退院に関する患者の理解と「患者用」パスの活用

病棟では、患者・家族の移行に対する理解不足が課題として挙げられている。地域連携パス(地域連携診療計画)の患者用パスは、患者・家族が納得いく転棟・転院を行うためにも重要なツールであるにも関わらず、まだ普及の余地がある。医療者用パス、患者用パスの活用状況は、大腿骨頸部骨折頸部骨折で、37.9%、29.5%、脳卒中で51.3%、36.0%と、両者間のギャップがあり、3割程度に患者用パスが使われていない。

今後、「患者用」入院医療クリニカルパスおよび「患者用」地域連携パスをさらに活用して、転棟後、転院・退院後の説明を行い患者の納得いく理解を得ておくことが、「入院前から」必要になるであろう。

(2) 多職種チームの推進

多職種の参加するカンファレンスも、チーム医療も、よく行われている実態が当調査で示された。また、一人の患者のケアに多くの職種が関わる実態も当調査でも確認された。しかし、医療人員不足が現場で痛感され、医療がより複雑化し高度化していき、安全管理が一層重視される中、コメディカルの役割のさらなる充実が望まれる。コメディカルの行為を評価していくためにも、多職種チームの施設基準への導入は重要と考える。一方で、専従や専任を求めるが、その基準のあいまいであること、また、専従者には幅広い経験を維持させることが困難になること（これにより他領域への理解や将来のキャリア展開を狭める可能性がある）など、今後の課題もある。

(3) 地域連携パスの柔軟な活用

地域連携パスは、施設間の連携手段として、有力なツールである。患者・家族向けの地域連携パスも、入院から転棟・退院、退院後の医療・ケアまで、患者の理解と準備を支え、納得いく転棟・退院のために重要である。一入院中に会う多くの職種とのコミュニケーションの助けともなる。

地域連携パスに関する診療報酬の施設基準では、年に3回の会議が義務付けられている。顔の見えるコミュニケーションは重要だが、一つの小さな組織が、多くの連携相手と多くの会議を重ねるのは負担となり、効率のよいものとは考えにくい。情報技術・通信技術による電子会議や遠隔会議なども積極的に活用し、連携パスの根拠情報や共通のデータセットを視野に入れ、日頃のコミュニケーションを充実させる必要がある。

また、介護への連携についてスコープに入れておくことも、特に虚弱高齢者において益々重要となってくくであろう。

以上より、地域連携パスは入院前の患者への説明から求め、パスを巡る施設間の会議については回数より内容を重視する評価を導入できないものか。特に虚弱高齢者においては介護まで視野に入れることが望まれる。

3. まとめ

本調査で急性期医療の多くの側面とそれらに関する課題がみえてきた。診療報酬・施設基準の改善により、限られた人的資源と限られた財源をより効率的に配置し、医療の質・安全を向上させる余地がある。以下に、最も重要と考えられる数点に絞ってまとめる。

多くの現場では、人員不足に直面しており、施設内では、施設レベルの基準以上の人員を、重症患者の多いいくつかの病棟に配置する、いわゆる傾斜配置を行っている。一方で、人員不足病棟の存在が想定される。これらの実態は、患者安全の確保、労働負担の適正化という点で問題であり、また、施設レベルでの看護師配置基準は、限られた財源と限られた看護師という人員資源の効率的な配分を阻んでいる可能性があり、病棟ごとの配置基準と診療報酬上の評価について検討する価値があると考えられる。

急性期医療の要である集中治療については、現場での資源の必要度がばらついている状態に対して、施設基準が一様で対応しきれておらず、これも、限られた資源と財源の効率的活用を阻んでいる可能性がある。冠動脈疾患管理室の分離や、特定集中治療室の平均的人的資源必要度に応じた施設基準の段階化など、実態に応じた基準の細分化が求められているのではないかと考えられる。

医療人員不足が現場で痛感され、医療がより複雑化し高度化していき、安全管理が一層重視される中、コメディカルの役割のさらなる充実を推進する必要がある。本調査で、多職種チームやカンファレンスの活動が改めて示されたが、充実させることができる余地は大きく、さらにコメディカルの活動を評価する診療報酬上の仕組みが求められている。

一方で、急性期医療の後の移行先が不十分であるという現場認識が、改めて示された。制度として移行先の資源を整備する一方で、患者・家族が納得して移行できる体制も益々重要になる。パス、特に患者用地域連携パスの活用にはまだまだ普及の余地があり、今後、納得のいく円滑な移行（転棟や転院）をより確実にするために、入院前から、患者用パスを用いた患者への説明を徹底することが一層重要になってくると考えられる。

資料編

(急性期医療における機能分化の実態調査の結果)

1 . 施設調査の結果概要	資料-1
1) 回答病院の概要	資料-1
2) 急性期医療を提供する病院の職員体制	資料-7
(1) 職員体制	資料-7
(2) 一般病棟における専従・専任職員の配置状況	資料-9
3) 一般病棟の看護職員の傾斜配置の状況	資料-11
(1) 一般病棟の看護職員の傾斜配置の状況	資料-11
(2) 一般病棟の傾斜配置を判断する上で影響する患者の状況	資料-12
4) 病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催状況	資料-13
5) 多職種によるチーム医療の提供状況	資料-17
6) 急性期医療機能における課題	資料-23
7) 地域連携診療計画の活用状況	資料-30
8) 診療報酬上の課題	資料-35
2 . 一般病棟調査の結果概要	資料-39
1) 一般病棟の概要	資料-39
2) 一般病棟の看護職員体制	資料-46
3) 一般病棟における看護職員配置の状況	資料-49
4) 看護職員配置と患者状態像の関係	資料-50
5) 看護職員配置と平均在院日数の関係	資料-65
3 . 退棟患者調査の結果概要	資料-71
1) 急性期医療における脳梗塞患者および急性心筋梗塞患者の概要	資料-71
2) 一般病棟への入棟までの患者の経過	資料-77
3) 一般病棟における患者の経過	資料-79
4) 一般病棟における多職種の関わり状況	資料-99
5) 地域連携パスの活用状況	資料-106
6) 一般病棟からの退棟先	資料-107
調査票：急性期医療における機能分化の実態調査（施設票・退棟患者票） ..	資料-113

資料編. 急性期医療における機能分化の実態調査の結果

1. 施設調査の結果概要

1) 回答病院の概要

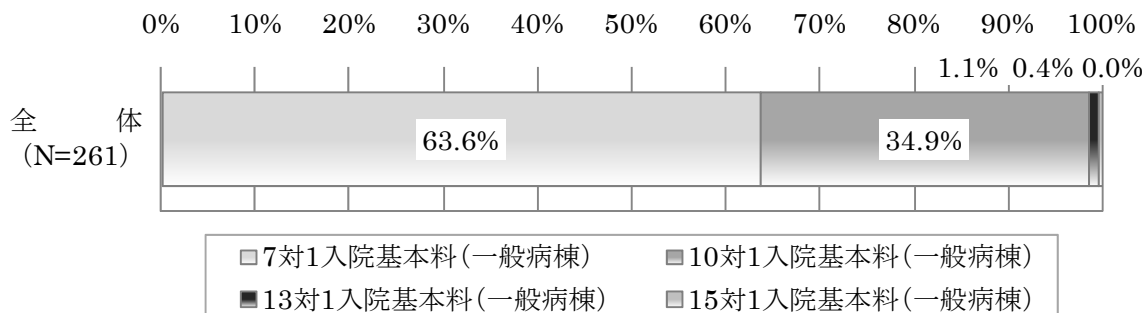
資料1-1 開設者

	施設数	割合
公的医療機関	96件	36.8%
医療法人	88件	33.7%
国	15件	5.7%
社会保険関係団体	12件	4.6%
個人	1件	0.4%
その他	49件	18.8%
無回答	0件	0.0%
合計	261件	100.0%

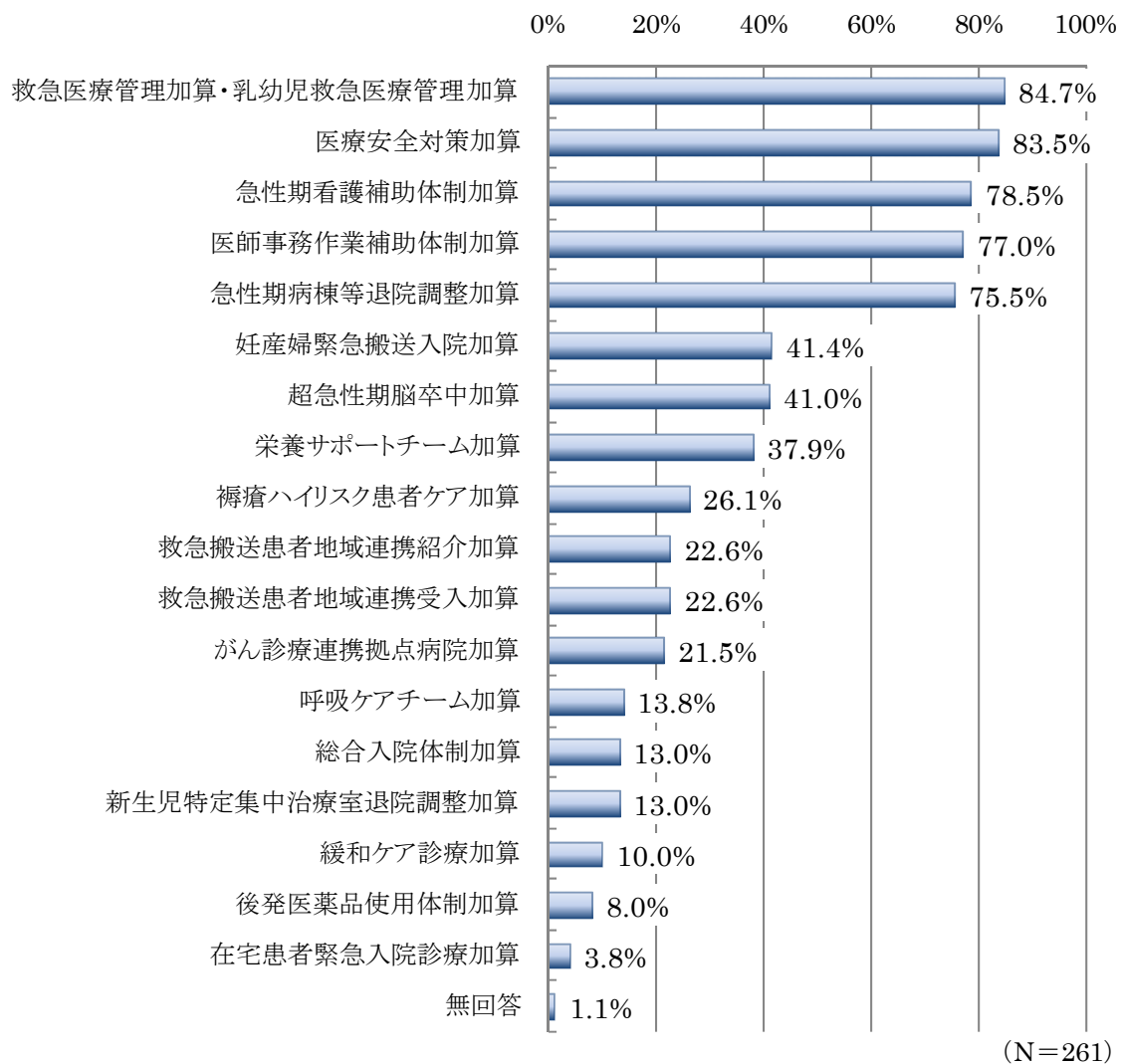
資料1-2 承認等の状況【複数回答】

	施設数	割合
DPC対象病院	202件	77.4%
二次救急医療機関	192件	73.6%
災害拠点病院	85件	32.6%
がん診療連携拠点病院	54件	20.7%
地域医療支援病院	51件	19.5%
地域周産期母子医療センター	41件	15.7%
救命救急センター	32件	12.3%
DPC準備病院	28件	10.7%
総合周産期母子医療センター	10件	3.8%
特定機能病院	9件	3.4%
小児救急医療拠点病院	5件	1.9%
専門病院	5件	1.9%
高度救命救急センター	4件	1.5%
無回答	12件	4.6%
合計	261件	100.0%

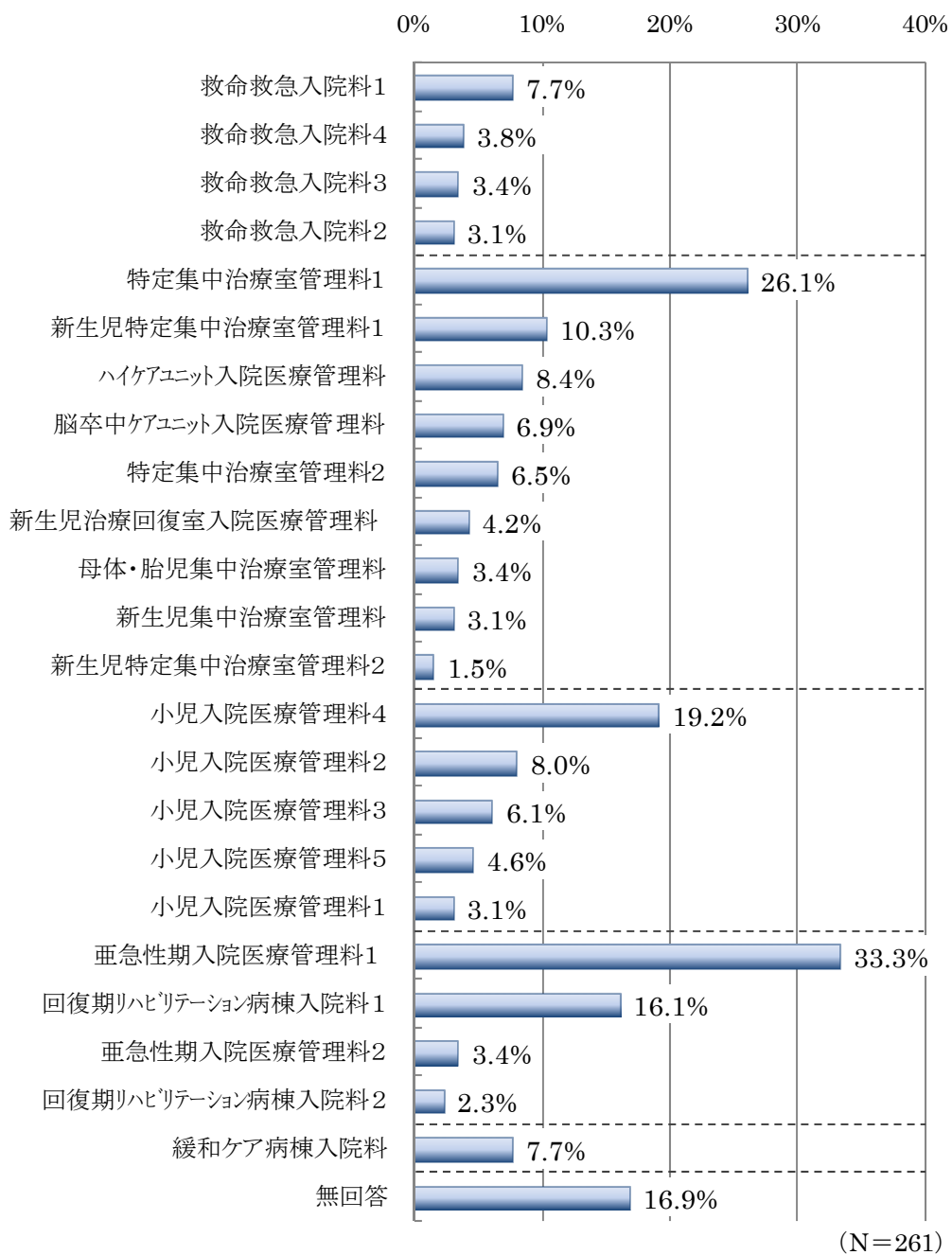
資料1-3 入院基本料に係る届出の状況



資料1-4 診療報酬に係る届出の状況【複数回答】



資料1-5 特定入院料等に係る届出の状況【複数回答】

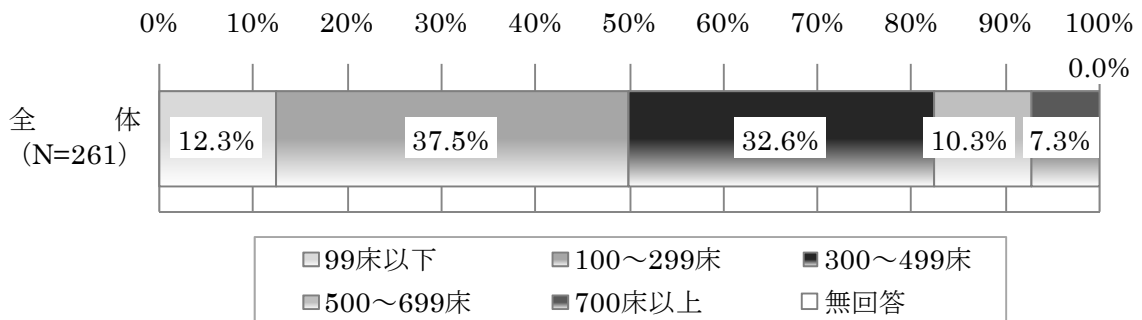


資料1-6 1施設当たり届出病床数の病床種別構成

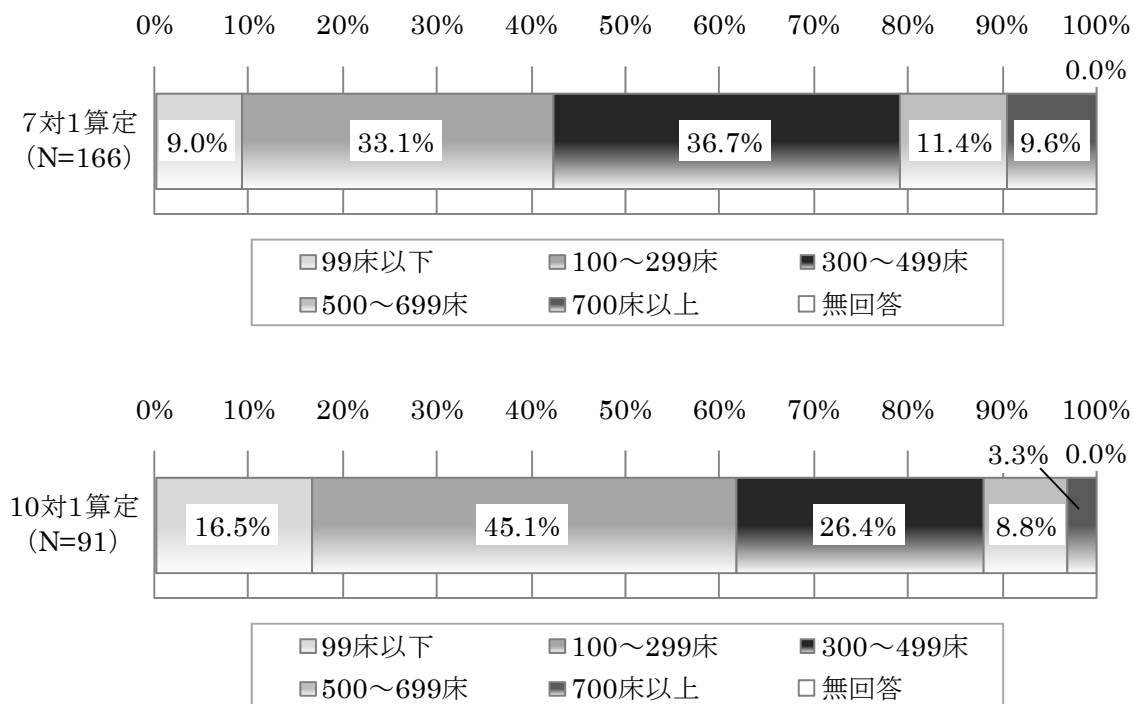
	1施設当たり 病床数	割合
一般病床数	305.8床	92.8%
療養病床（医療保険適用）	8.6床	2.6%
療養病床（介護保険適用）	1.4床	0.4%
その他（精神病床・感染病床・結核病床等）	13.8床	4.2%
合計	329.5床	100.0%

有効回答261施設で集計

資料1-7 届出病床数の分布



資料1-8 届出病床数の分布 (つづき)



■ 1施設当たり一般病棟数

… 平均 6.3 病棟

※有効回答255施設で集計

■ 1施設1日当たり入院患者数

… 平均 249.5 人

※有効回答241施設で集計

■ 1施設1日当たり全身麻酔（静脈麻酔は除く）手術件数

… 平均 3.1 件

※有効回答241施設で集計

■ 入院患者1人当たり平均在院日数

… 平均 18.2 日

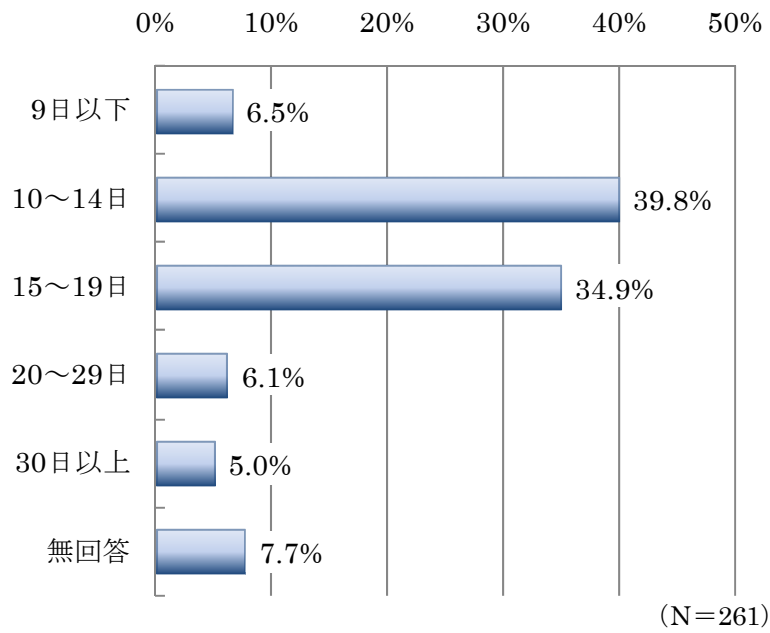
※有効回答241施設で集計

■ 1施設1日当たり外来患者延べ数

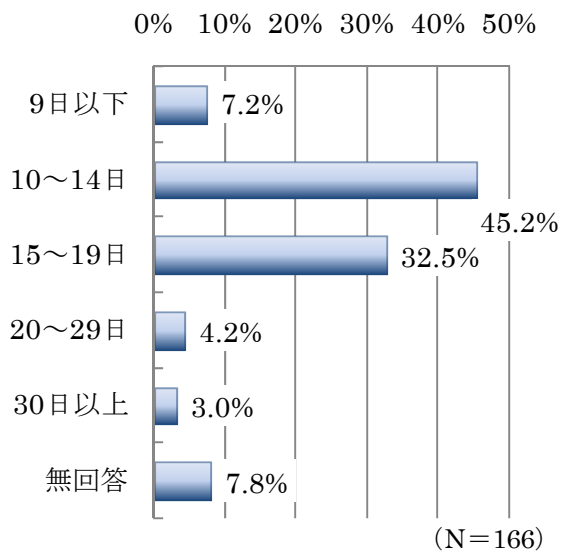
… 平均 459.7 人

※有効回答241施設で集計

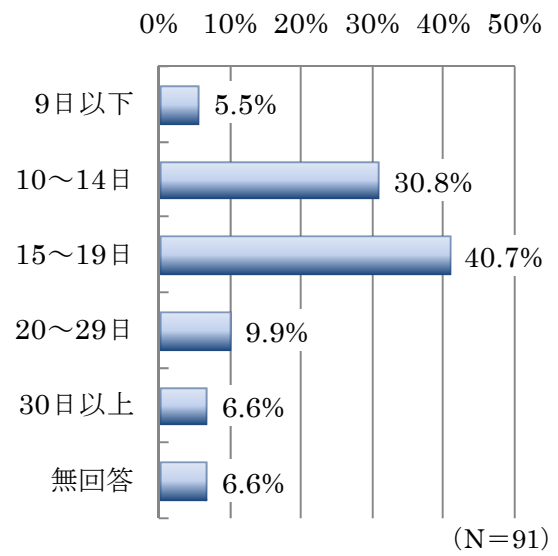
資料1-9 平均在院日数の分布



7対1入院基本料算定施設



10対1入院基本料算定施設



2) 急性期医療を提供する病院の職員体制

(1) 職員体制

資料1-10 1施設当たり職員数(常勤換算)の職種別構成

	1施設当たり 職員数	100床当たり 職員数
医 師	70.6人	21.3人
看護師・准看護師	257.8人	77.6人
看護補助者	27.3人	8.2人
薬剤師	13.2人	4.0人
理学療法士	10.2人	3.1人
作業療法士	4.9人	1.5人
言語聴覚士	2.2人	0.7人
診療放射線技師	15.2人	4.6人
臨床検査技師	19.2人	5.8人
臨床工学技士	5.6人	1.7人
ソーシャルワーカー(社会福祉士等)	3.0人	0.9人
事務職員	52.8人	15.9人
合 計	482.0人	145.1人
1施設当たり病床数	332.1床	

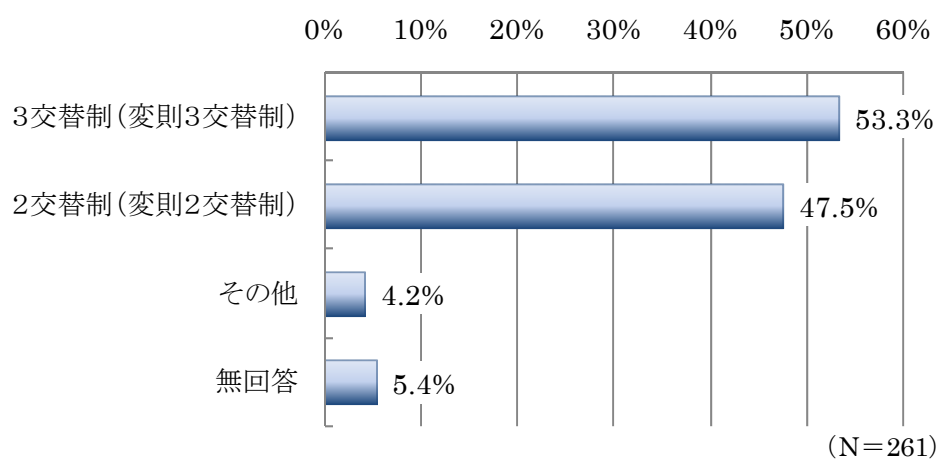
有効回答256施設で集計

資料1-11 1施設当たり職員数（常勤換算）の職種別構成（つづき）

	7対1入院基本料算定施設		10対1入院基本料算定施設	
	1施設当たり職員数	100床当たり職員数	1施設当たり職員数	100床当たり職員数
医師	85.3人	23.1人	46.6人	16.9人
看護師・准看護師	300.8人	81.6人	188.7人	68.4人
看護補助者	27.5人	7.5人	27.4人	9.9人
薬剤師	15.4人	4.2人	9.6人	3.5人
理学療法士	11.1人	3.0人	9.0人	3.2人
作業療法士	5.4人	1.5人	4.0人	1.5人
言語聴覚士	2.4人	0.7人	1.9人	0.7人
診療放射線技師	17.9人	4.9人	10.9人	4.0人
臨床検査技師	22.2人	6.0人	14.3人	5.2人
臨床工学技士	6.2人	1.7人	4.6人	1.7人
ソーシャルワーカー（社会福祉士等）	3.3人	0.9人	2.4人	0.9人
事務職員	59.5人	16.1人	42.4人	15.4人
合計	557.1人	151.0人	361.8人	131.2人
1施設当たり病床数	368.9床		275.7床	

7対1入院基本料算定施設は有効回答163施設、10対1入院基本料算定施設は有効回答89施設で集計

資料1-12 一般病棟における常勤看護職員の勤務体制の状況【複数回答】

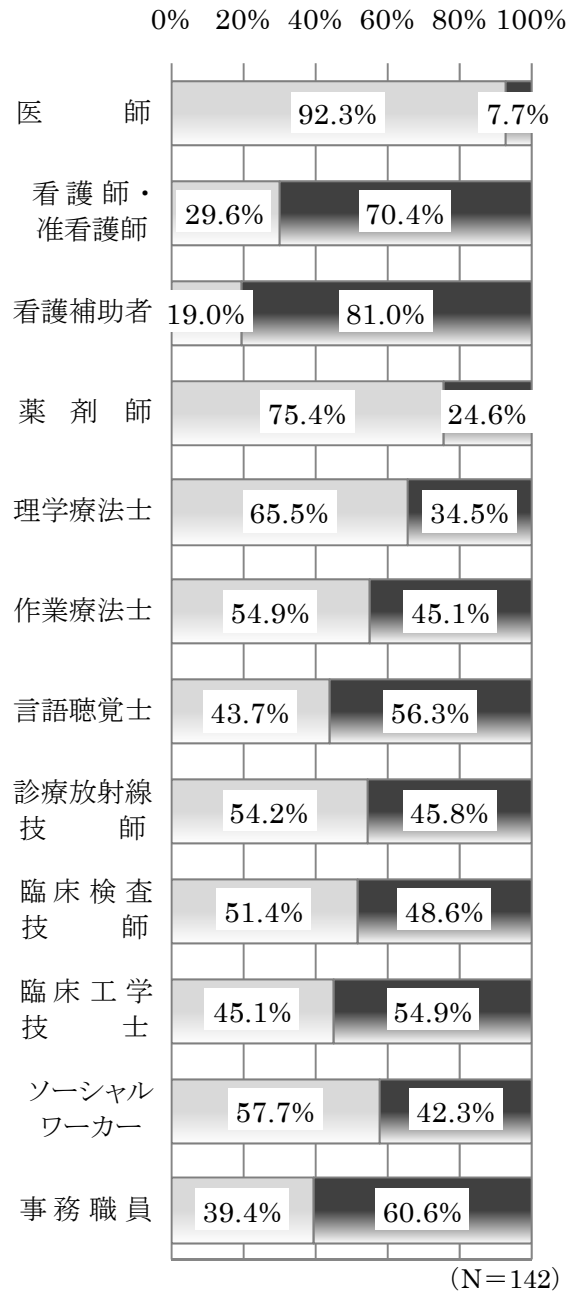
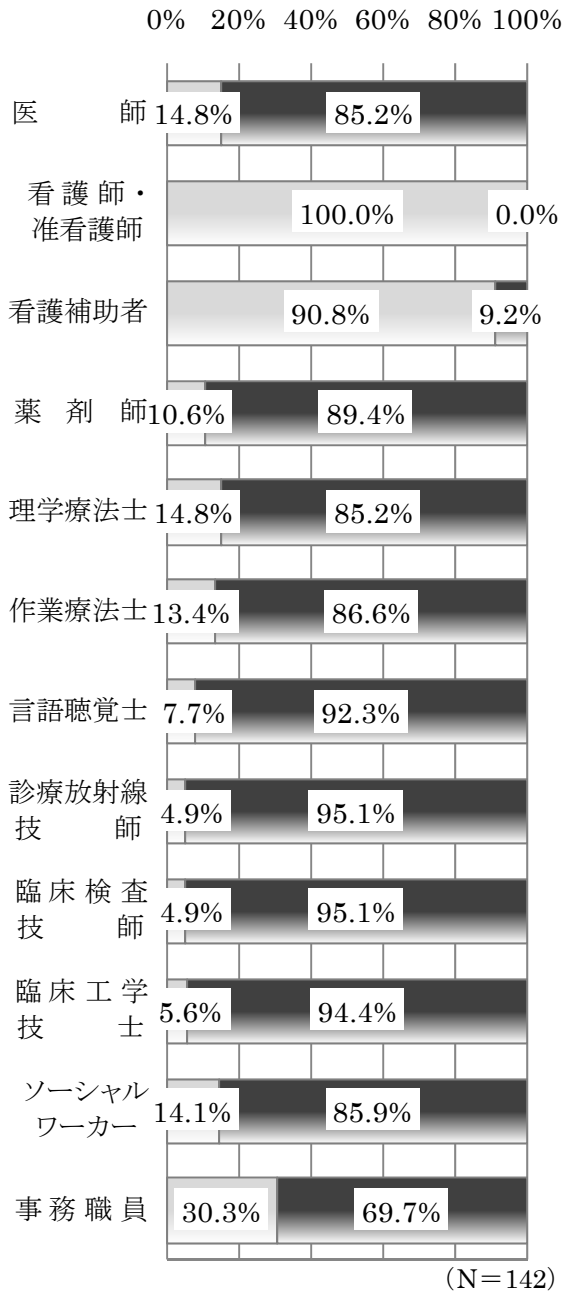


(2) 一般病棟における専従・専任職員の配置状況

資料1-13 一般病棟へ専従・専任している職員の有無

■ 一般病棟専従職員の有無

■ 一般病棟専任職員の有無



□ 一般病棟専従職員がいる
■ 一般病棟専従職員がいない

□ 一般病棟専任職員がいる
■ 一般病棟専任職員がいない

資料1-14 1施設当たり職員数の専従・専任別構成

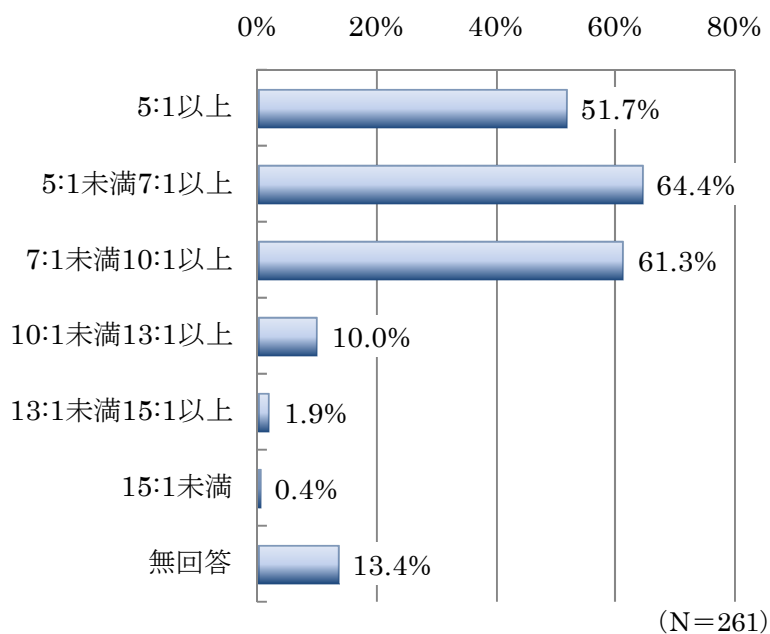
	1施設当たり職員数			割 合		
	専従	専任	全体	専従	専任	全体
医 師	7.3人	52.7人	70.7人	10.3%	74.5%	100.0%
看護師・准看護師	162.3人	11.0人	259.8人	62.5%	4.2%	100.0%
看護補助者	17.9人	2.1人	29.0人	61.7%	7.2%	100.0%
薬剤師	0.7人	7.8人	13.3人	5.3%	58.8%	100.0%
理学療法士	1.1人	6.8人	11.0人	10.0%	61.6%	100.0%
作業療法士	0.6人	3.2人	5.3人	11.3%	60.2%	100.0%
言語聴覚士	0.2人	1.3人	2.3人	8.7%	56.9%	100.0%
診療放射線技師	0.5人	6.2人	14.4人	3.5%	43.1%	100.0%
臨床検査技師	0.6人	8.0人	19.2人	3.1%	41.6%	100.0%
臨床工学技士	0.2人	3.0人	5.7人	3.5%	52.4%	100.0%
ソーシャルワーカー(社会福祉士等)	0.3人	2.0人	3.3人	9.2%	61.4%	100.0%
事務職員	3.8人	11.3人	53.7人	7.1%	21.0%	100.0%

有効回答142施設で集計

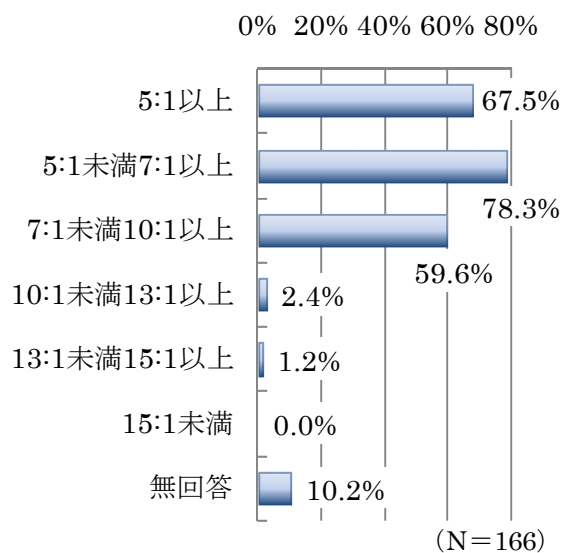
3) 一般病棟の看護職員の傾斜配置の状況

(1) 一般病棟の看護職員の傾斜配置の状況

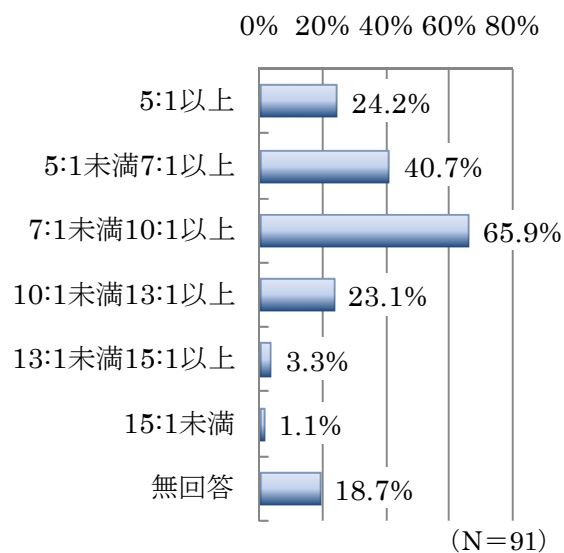
資料1-15 各看護職員配置の一般病棟を持つ医療機関の状況【複数回答】



7対1入院基本料算定施設



10対1入院基本料算定施設



(2) 一般病棟の傾斜配置を判断する上で影響する患者の状況

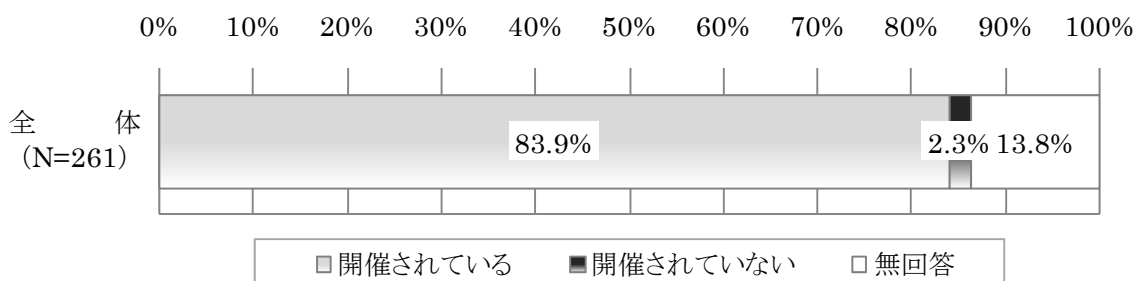
資料1-16 一般病棟の傾斜配置を判断する上で影響する患者の状況【3つまで】

		施設数			割合		
		5:1以上 と判断する 場合	5:1未満 7:1以上 と判断する 場合	7:1未満 10:1以上 と判断する 場合	5:1以上 と判断する 場合	5:1未満 7:1以上 と判断する 場合	7:1未満 10:1以上 と判断する 場合
モニタリング及び処置等の状況	呼吸ケア	34件	36件	16件	25.0%	21.4%	10.0%
	点滴ライン同時3本以上	30件	28件	16件	22.1%	16.7%	10.0%
	昇圧剤の使用	23件	15件	3件	16.9%	8.9%	1.9%
	心電図モニター	17件	24件	18件	12.5%	14.3%	11.3%
	シリンジポンプの使用	17件	29件	12件	12.5%	17.3%	7.5%
	抗不整脈剤の使用	16件	8件	4件	11.8%	4.8%	2.5%
	血圧測定5回以上	12件	24件	11件	8.8%	14.3%	6.9%
	麻酔注射薬の使用	11件	12件	2件	8.1%	7.1%	1.3%
	輸血や血液製剤の使用	10件	18件	10件	7.4%	10.7%	6.3%
	時間尿の測定	8件	8件	2件	5.9%	4.8%	1.3%
	抗悪性腫瘍剤の使用	6件	10件	11件	4.4%	6.0%	6.9%
	ドレナージの管理	4件	13件	9件	2.9%	7.7%	5.6%
	創傷処置	2件	5件	4件	1.5%	3.0%	2.5%
	免疫抑制剤の使用	2件	2件	0件	1.5%	1.2%	0.0%
	放射線治療	0件	0件	2件	0.0%	0.0%	1.3%
患者の状況等	寝返りの介助	13件	17件	19件	9.6%	10.1%	11.9%
	食事摂取の介助	6件	9件	25件	4.4%	5.4%	15.6%
	移乗の介助	5件	10件	14件	3.7%	6.0%	8.8%
	口腔清潔の介助	3件	3件	7件	2.2%	1.8%	4.4%
	衣服の着脱の介助	3件	3件	9件	2.2%	1.8%	5.6%
	起き上がりの介助	1件	7件	9件	0.7%	4.2%	5.6%
	座位保持の介助	0件	2件	3件	0.0%	1.2%	1.9%
	無回答	59件	73件	91件	44.1%	43.5%	56.9%
総数	135件	168件	160件				

一般病棟の傾斜配置状況について「5:1以上」の病棟がある135施設、「5:1未満7:1以上」の病棟がある168施設、「7:1未満10:1以上」の病棟がある160施設でそれぞれ集計

4) 病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催状況

資料1-17 病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催の有無
(平成22年10月1ヶ月間)

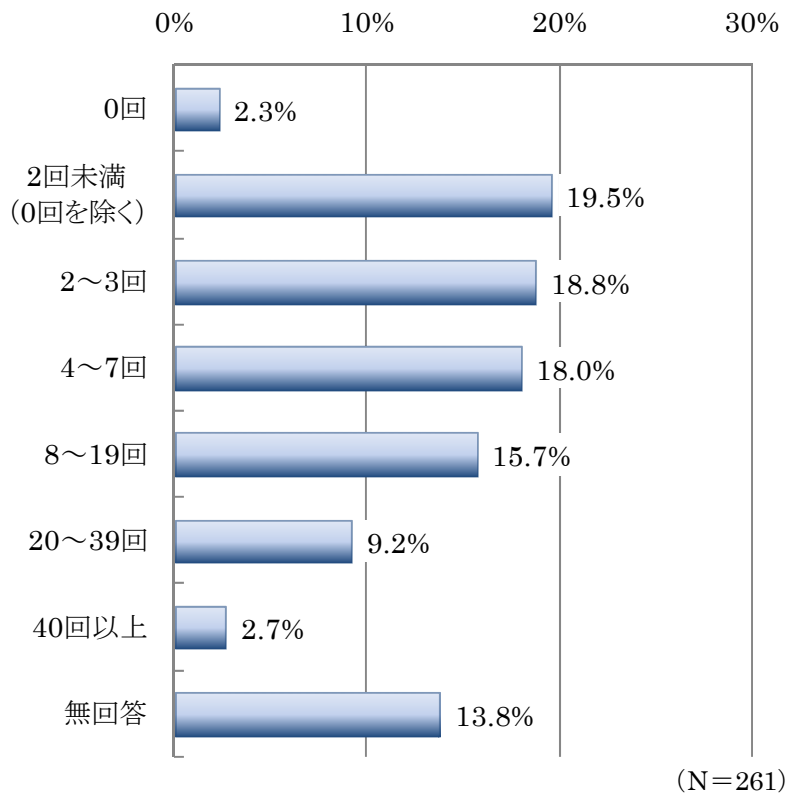


■ 1施設当たり病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催回数
 … 平均 61.4 回 ※有効回答225施設で集計

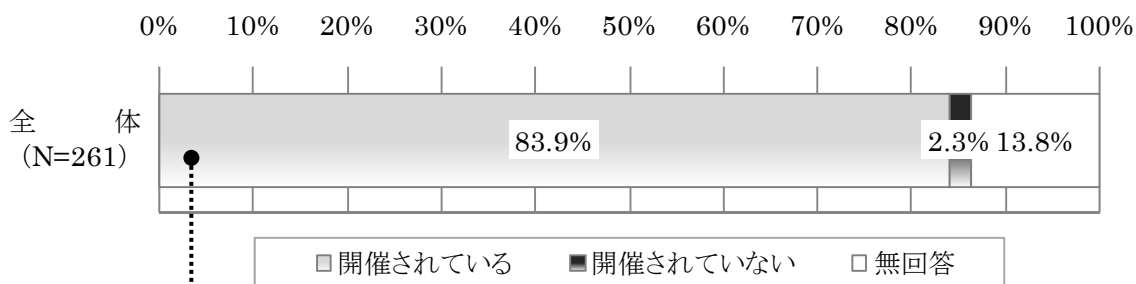
病棟単位で実施される院内カンファレンスの50床当たりの開催回数
 … 平均 9.4 回 ※有効回答225施設で集計

(参考) 1施設当たり病床数 … 平均 327.8 床 ※有効回答225施設で集計

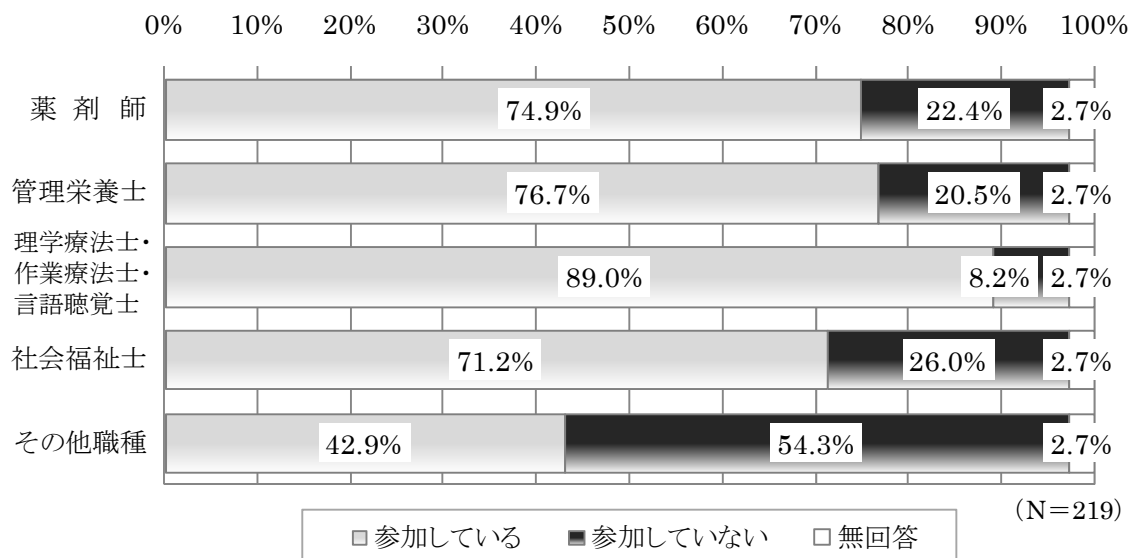
資料1-18 病棟単位で実施される院内カンファレンスの50床当たりの開催回数の分布
(平成22年10月1ヶ月間)



資料1-19 病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催の有無
(平成22年10月1ヶ月間) [再掲]



資料1-20 病棟単位で実施される院内カンファレンスへの
医師・看護職員以外の職種別の参加の有無



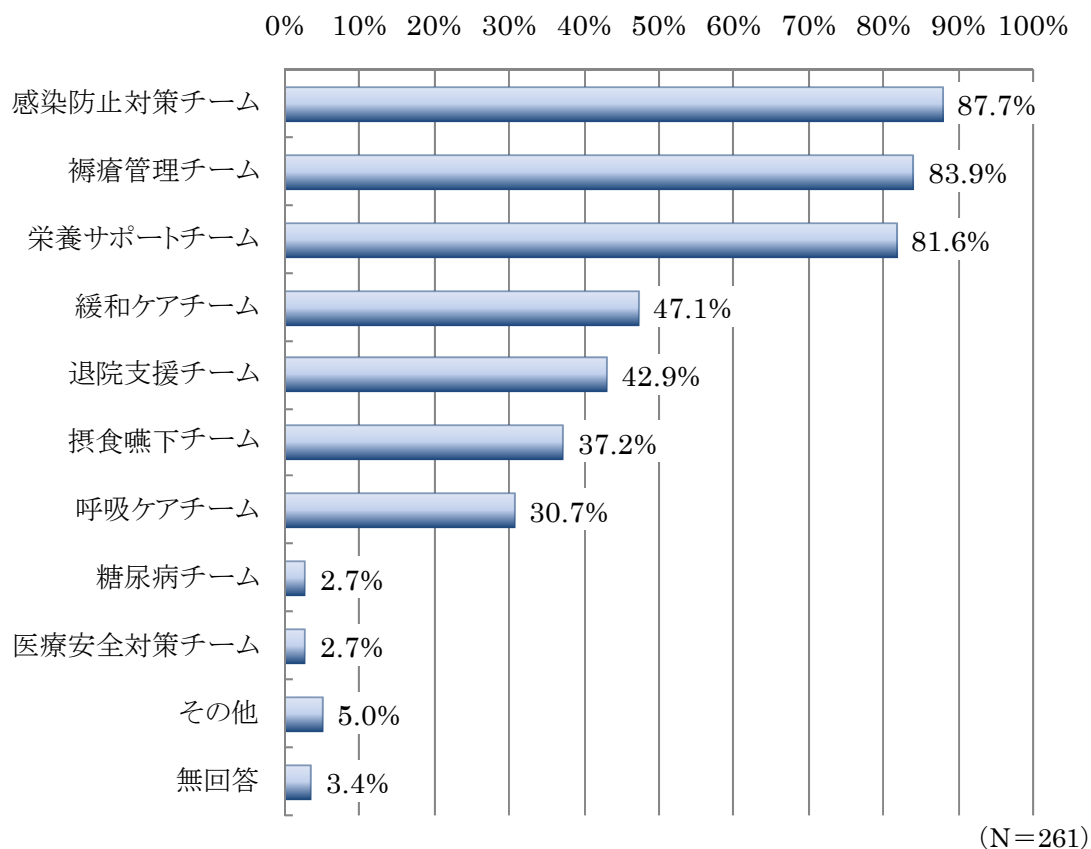
資料1-21 1施設当たり病棟単位で実施される院内カンファレンスの
参加職種別の参加回数

	1施設当たり 参加回数	50床当たり 参加回数
病棟単位で実施される院内カンファレンスの開催回数	62.4回	9.4回
うち、薬剤師が参加した回数	9.0回	1.4回
うち、管理栄養士が参加した回数	8.4回	1.3回
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が 参加した回数	15.0回	2.3回
うち、社会福祉士が参加した回数	10.4回	1.6回
うち、その他の医師・看護職員以外の職種が 参加した回数	4.0回	0.6回
1施設当たり病床数	331.2床	

有効回答213施設で集計

5) 多職種によるチーム医療の提供状況

資料1-22 院内における多職種によるチームの設置状況



資料1-23 感染防止対策チームの参加職種

	施設数	割合
薬剤師	213件	93.0%
臨床検査技師	202件	88.2%
管理栄養士	109件	47.6%
放射線技師	80件	34.9%
理学療法士	70件	30.6%
臨床工学技士	37件	16.2%
作業療法士	21件	9.2%
言語聴覚士	14件	6.1%
社会福祉士	12件	5.2%
上記の職種の参加はなし	10件	4.4%
総数	229件	

資料1-24 褥瘡管理チームの参加職種

	施設数	割合
管理栄養士	183件	83.6%
薬剤師	165件	75.3%
理学療法士	100件	45.7%
臨床検査技師	57件	26.0%
作業療法士	40件	18.3%
言語聴覚士	13件	5.9%
社会福祉士	13件	5.9%
放射線技師	5件	2.3%
臨床工学技士	3件	1.4%
上記の職種の参加はなし	15件	6.8%
総数	219件	

資料1-25 栄養サポートチームの参加職種

	施設数	割合
管理栄養士	204件	95.8%
薬剤師	189件	88.7%
臨床検査技師	145件	68.1%
言語聴覚士	102件	47.9%
理学療法士	61件	28.6%
作業療法士	33件	15.5%
社会福祉士	24件	11.3%
放射線技師	10件	4.7%
臨床工学技士	5件	2.3%
上記の職種の参加はなし	6件	2.8%
総数	213件	

資料1-26 緩和ケアチームの参加職種

	施設数	割合
薬剤師	116件	94.3%
管理栄養士	66件	53.7%
社会福祉士	56件	45.5%
理学療法士	47件	38.2%
作業療法士	15件	12.2%
臨床検査技師	11件	8.9%
放射線技師	10件	8.1%
言語聴覚士	6件	4.9%
臨床工学技士	3件	2.4%
上記の職種の参加はなし	3件	2.4%
総数	123件	

資料1-27 退院支援チームの参加職種

	施設数	割合
社会福祉士	102件	91.1%
理学療法士	38件	33.9%
薬剤師	26件	23.2%
管理栄養士	24件	21.4%
作業療法士	23件	20.5%
言語聴覚士	16件	14.3%
臨床検査技師	5件	4.5%
放射線技師	3件	2.7%
臨床工学技士	2件	1.8%
上記の職種の参加はなし	7件	6.3%
総 数	112件	

資料1-28 摂食嚥下チームの参加職種

	施設数	割合
管理栄養士	78件	80.4%
言語聴覚士	77件	79.4%
薬剤師	39件	40.2%
理学療法士	35件	36.1%
作業療法士	22件	22.7%
臨床検査技師	21件	21.6%
放射線技師	6件	6.2%
社会福祉士	5件	5.2%
臨床工学技士	1件	1.0%
上記の職種の参加はなし	2件	2.1%
総 数	97件	

資料1-29 呼吸ケアチームの参加職種

	施設数	割合
理学療法士	58件	72.5%
臨床工学技士	52件	65.0%
薬剤師	20件	25.0%
管理栄養士	17件	21.3%
作業療法士	9件	11.3%
言語聴覚士	9件	11.3%
臨床検査技師	9件	11.3%
社会福祉士	3件	3.8%
放射線技師	2件	2.5%
上記の職種の参加はなし	5件	6.3%
総数	80件	

資料1-30 糖尿病チームの参加職種

	施設数	割合
薬剤師	7件	100.0%
管理栄養士	7件	100.0%
臨床検査技師	7件	100.0%
理学療法士	5件	71.4%
作業療法士	0件	0.0%
言語聴覚士	0件	0.0%
放射線技師	0件	0.0%
臨床工学技士	0件	0.0%
社会福祉士	0件	0.0%
上記の職種の参加はなし	0件	0.0%
総数	7件	

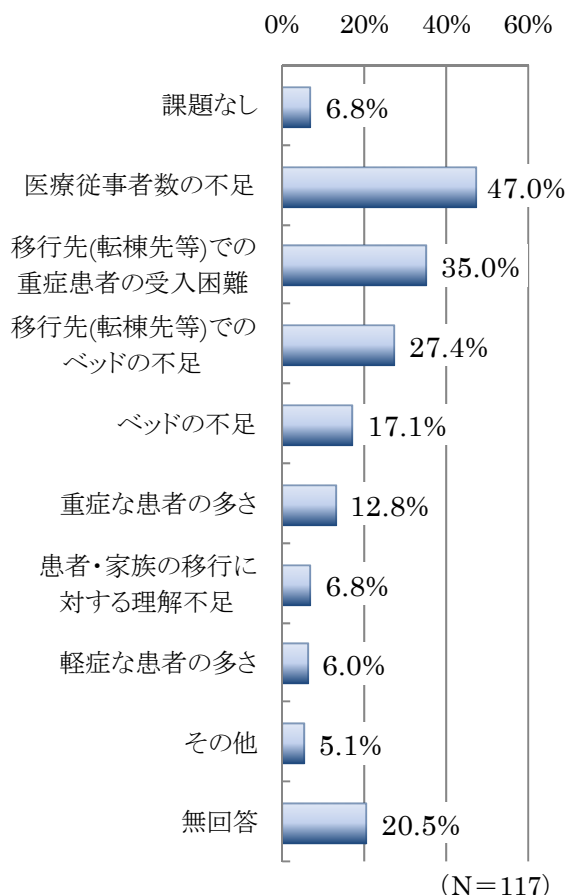
資料1-31 医療安全対策チームの参加職種

	施設数	割合
薬剤師	6件	85.7%
臨床検査技師	5件	71.4%
理学療法士	4件	57.1%
放射線技師	4件	57.1%
管理栄養士	3件	42.9%
臨床工学技士	3件	42.9%
言語聴覚士	2件	28.6%
社会福祉士	2件	28.6%
作業療法士	1件	14.3%
上記の職種の参加はなし	0件	0.0%
総 数	7件	

6) 急性期医療機能における課題

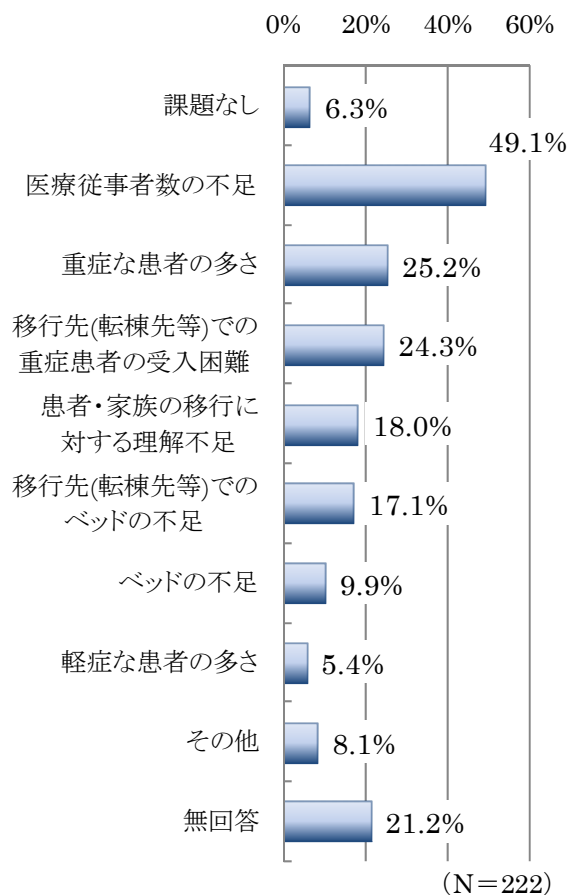
資料1-32 急性期医療機能別の課題

■ 高度急性期医療を提供する病室



救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、母体・胎児集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定している117施設で集計

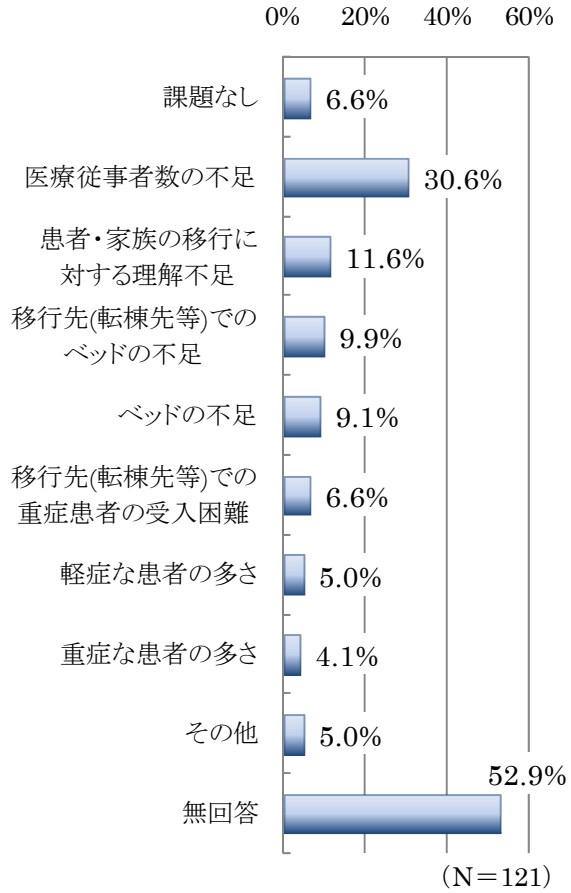
■ (一般急性期医療を提供する病棟) 一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟



自院の一般病棟入院基本料の届出よりも高い看護配置を行っている一般病棟がある222施設で集計

資料1-33 急性期医療機能別の課題（つづき）

■ （一般急性期医療を提供する病棟）
一般病棟入院基本料の届出の看護配置
以下の傾斜配置を行う病棟

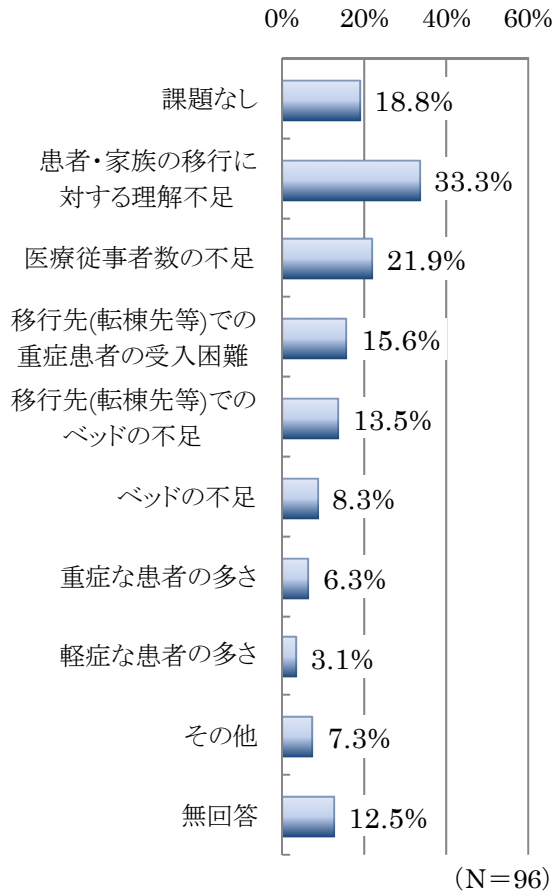


自院の一般病棟入院基本料の届出よりも低い看護配置を行っている一般病棟がある121施設で集計

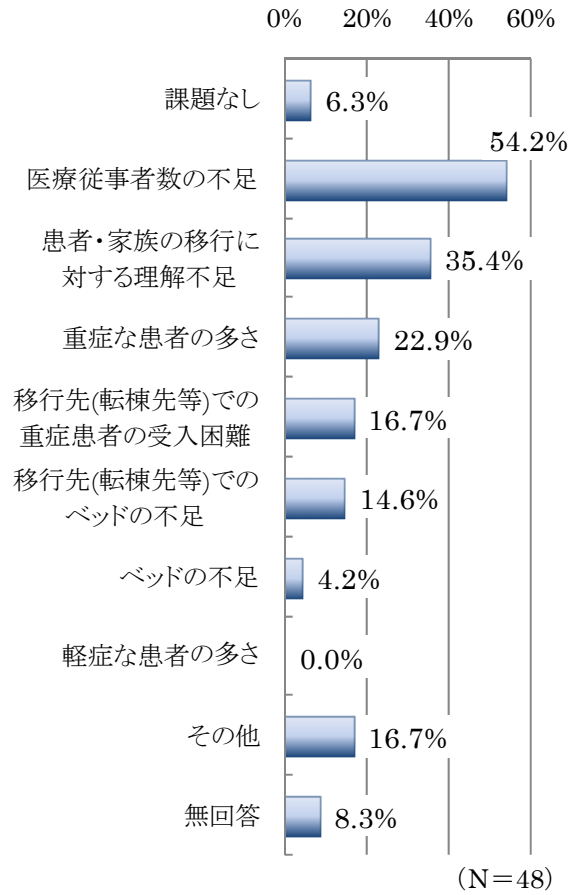
資料1-34 急性期医療機能別の課題（つづき）

■ 亜急性期入院医療管理料算定病室

■ 回復期リハビリテーション病棟



亜急性期入院医療管理料を算定している96施設で集計

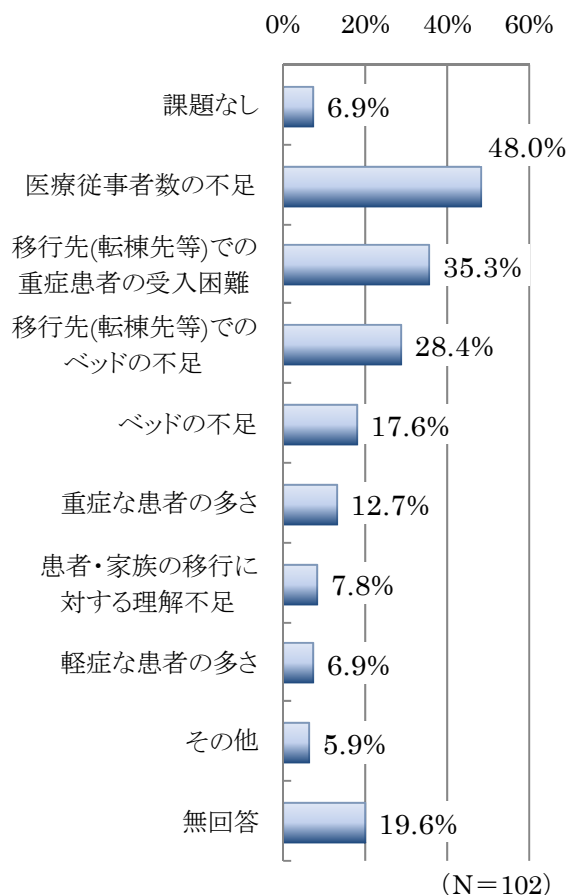


回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している48施設で集計

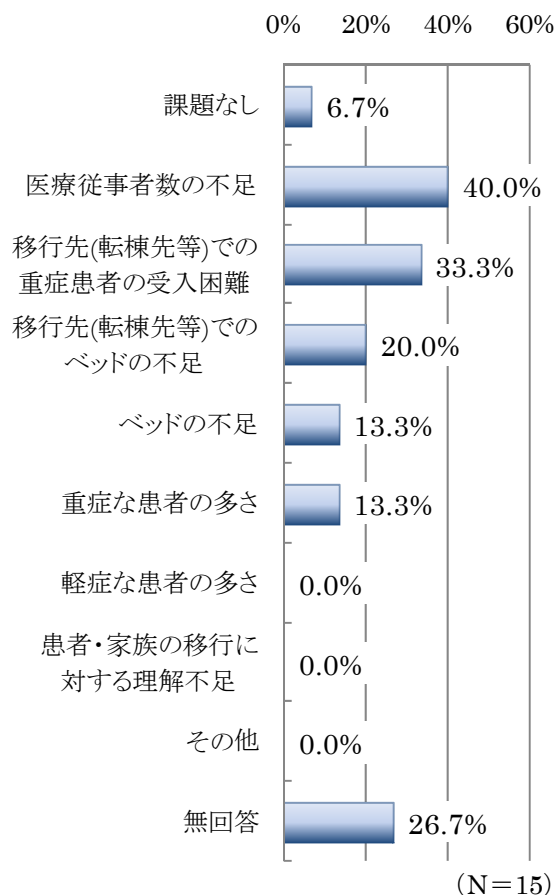
資料1-35 DPC対象病院とDPC対象病院以外の病院における急性期医療機能の課題

■ 高度急性期医療を提供する病室

[DPC対象病院]



[DPC対象病院以外の病院]



DPC対象病院で、かつ救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、母体・胎児集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定している102施設で集計

DPC対象病院以外の病院で、かつ救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、母体・胎児集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定している102施設で集計

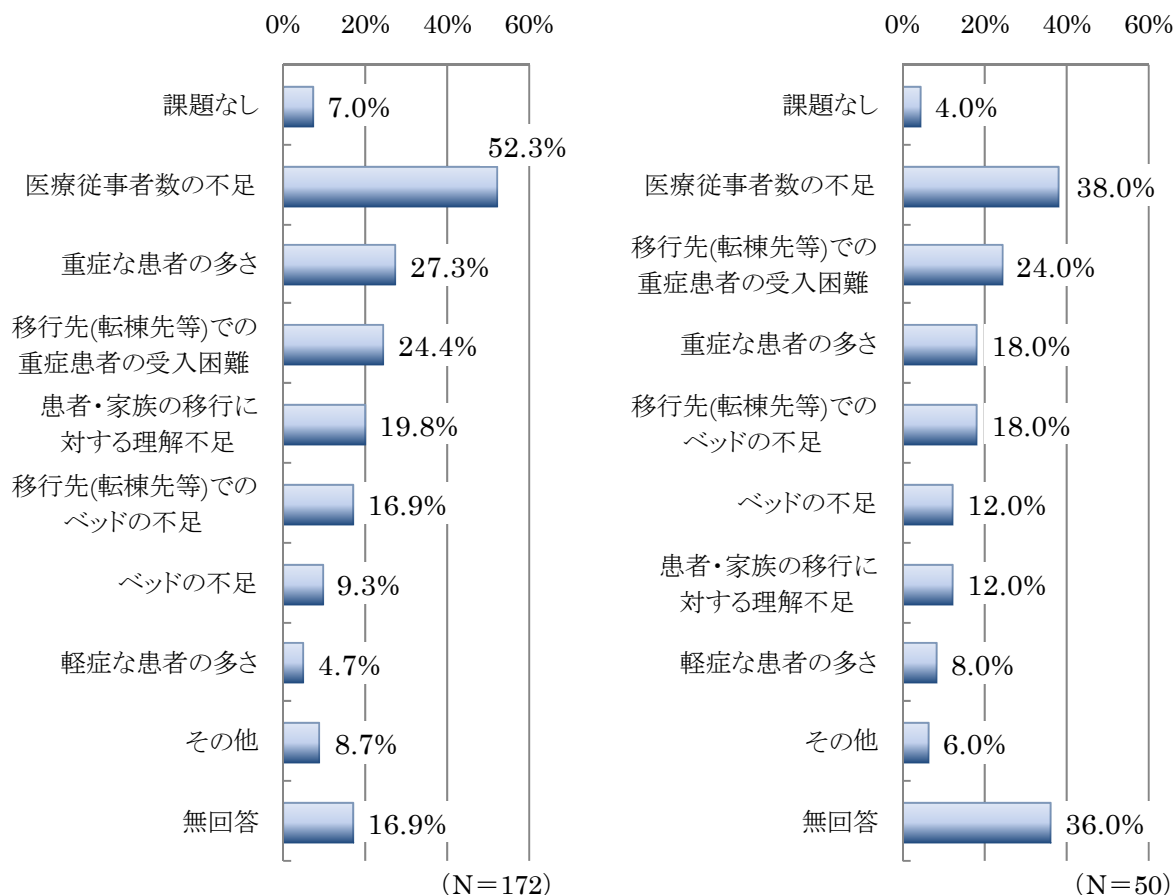
資料1-36 DPC対象病院とDPC対象病院以外の病院における急性期医療機能の課題
(つづき)

■ (一般急性期医療を提供する病棟)

一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の傾斜配置を行う病棟

[DPC対象病院]

[DPC対象病院以外の病院]



DPC対象病院で、かつ自院の一般病棟入院基本料の届出よりも高い看護配置を行っている一般病棟がある172施設で集計

DPC対象病院以外の病院で、かつ自院の一般病棟入院基本料の届出よりも高い看護配置を行っている一般病棟がある172施設で集計

資料1-37 急性期医療における機能強化・特化の阻害要因

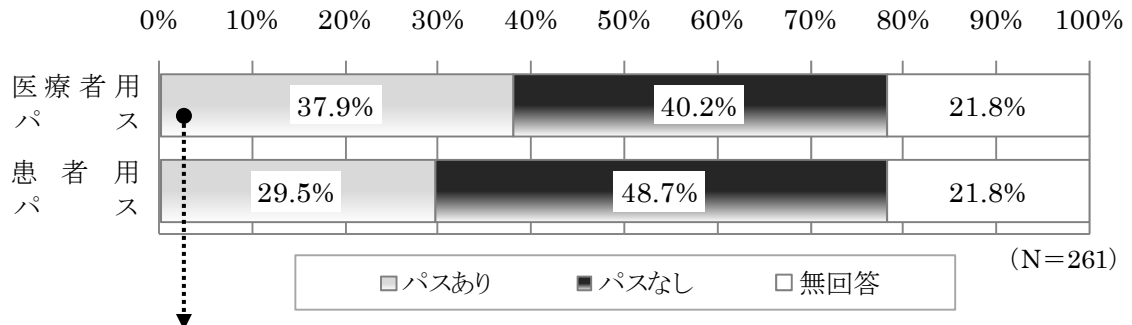
主な内容	件数
急性期医療の後方病床である療養病床が少ないこと	11件
医師・看護師をはじめとする医療従事者の不足、医師の診療科間の偏在のため、体制の維持、人材の確保が困難であること	9件
他の施設・病院・診療所にいるべき患者を急性期病院で診ていること	4件
患者・家族に高度・一般の違いに関する理解が得られていないこと	3件
急性期医療を受けた患者を受け入れる介護施設の不足	3件
亜急性期は病棟単位で取得できず、一般病棟と看護体制を別にできないこと	2件
医療を必要とする患者の受入病院が減少しており、コストのかかる医療を行わざるを得ない状況であること	2件
一般病棟は施設基準以上の手厚い看護配置を行っているが、夜勤者を確保するのが難しい状況にあること	1件
「特定疾患療養管理料」や「特定疾患処方管理料(特処料)」などのために、同じ医療を受けても診療所に通院するよりも圧倒的に大病院での医療費が安価であり、慢性疾患患者が急性期病院に押し寄せてきていること	1件
DPC制度下における救急・緊急入院の請求のあり方	1件
高度・一般の区分けが適切でないこと	1件
在宅復帰しようにも過疎地域での介護力が不足しているために施設の希望が多いこと	1件
それぞれの役割を負う病院等の不足により在宅医療の充実を図ることなどに対し、診療所等を含めた全ての医師の理解を得られていないこと	1件
より厚い人員配置、業務の専従特化といった点で求められている基準が非現実的過ぎて取得がかなわないこと	1件
亜急性や回復期での医療従事者の配置と、採算が取れる診療報酬の設定がないこと	1件
亜急性期病棟数が60床までの制限があること	1件
医師や看護師に業務が偏在し、どのステージの医療に特化しても特定の職種の負担が大きくなること	1件
医師確保において、医師臨床研修制度の弊害の一つとして地域や機能による偏りがあり、後方病床を担う病院が苦勞していること	1件
回復期病床、療養型病床の地域における確保が難しいこと	1件
転院先も在宅・老健などでは限界があり、医療依存度の高い患者の受け入れ施設の数が足りていないこと	1件
高度・一般といった医療機関を適切に選択できていないこと	1件
看護師率を高くし、夜勤時間に制限をかけることによって、高度な急性期医療を提供する体制を評価している点	1件

資料1-38 急性期医療における機能強化・特化の阻害要因（つづき）

主な内容	件数
急性期以降の亜急性期・療養等のフォローが必要となる患者に、入院先として医療機関が選べない状況であること	1件
急性期医療を担う病院の多くが公的病院で、急性期医療に対する後方病床を担う病院のほとんどは民間病院であること	1件
急性期医療を二分する事で地域地方都の救命救急センターを持つ病院は1.5次からの医療を行っているが、人的対応を考慮した制度設計がされていないこと	1件
救急患者受け入れにあたってのベッド確保がなされていないこと	1件
後方病床を担う病院が得られる診療報酬は評価が薄いこと	1件
高度・一般共診療点数に格差がないこと	1件
高度医療の提供が必要とされる建物・医療機器等の設備投資に際しての財務・経営状況	1件
最新医療機器の更新が容易でないこと	1件
社会的入院を解消する社会資源の整備が十分ではないこと	1件
人員配置上で”常時配置”規定がある場合、人員確保が困難になること	1件
専門職種間の機能・役割分担の見直しがされていないこと	1件
中小病院(200床以下)では地域医療支援病院になれず、現状では2次救急医療機関(特に小児)として維持が厳しい点	1件
当該医療圏内における立地・機能性・疾病構造等から、提供可能な医療機能が限定されること	1件
都市部(人口密集地)と地方(人口過疎)とでの医療圏等に占める人口数並びに人口構成が異なること	1件
病院として外来を外に出したくても、一定外来もこない入院も確保できず、収益的にも困難になること	1件
外来との差について、特定療養費として診療報酬上区分していないこと	1件
外来機能をどうするかが課題となっていること	1件
費用の適正分配がなされていないこと	1件
特に高齢者において、在宅よりも入院とした方が自己負担金額が少なくすむ現在の医療費制度に課題がある	1件
看取りの基準に課題がある	1件
診療報酬が低いいため、病院の経営も困難である。	1件

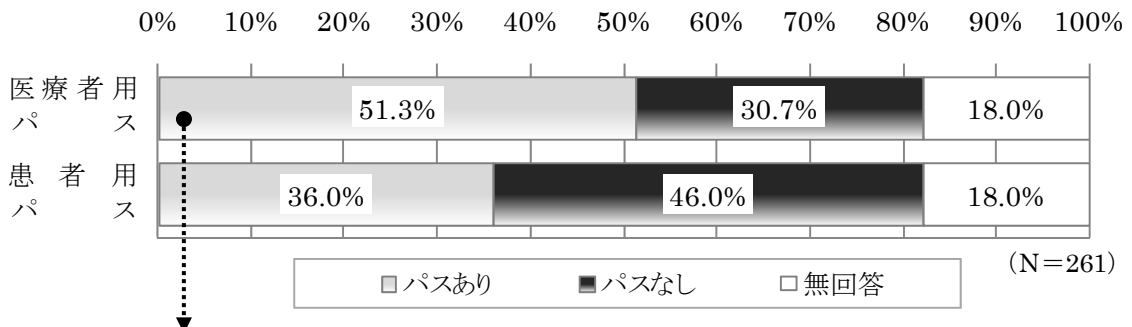
7) 地域連携診療計画の活用状況

資料1-39 大腿骨頸部骨折の地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



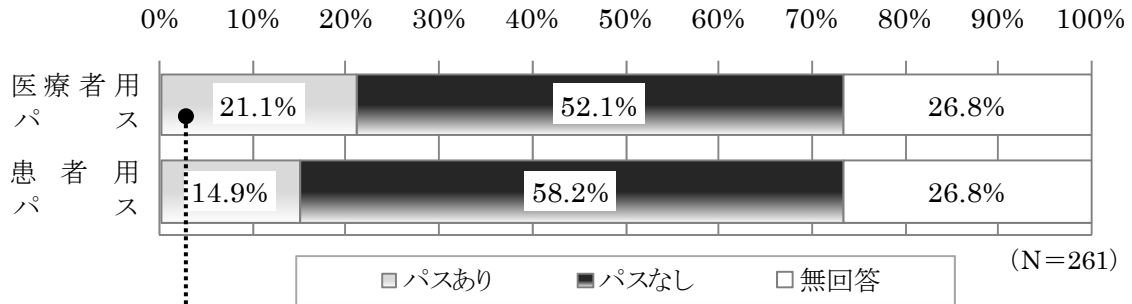
■ 1施設当たり1ヶ月間の活用件数
 ... 平均 4.9 件 ※有効回答83施設で集計
 1施設当たり1ヶ月間の対象疾患のうちで活用できなかった件数
 ... 平均 2.7 件 ※有効回答83施設で集計

資料1-40 脳卒中の地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



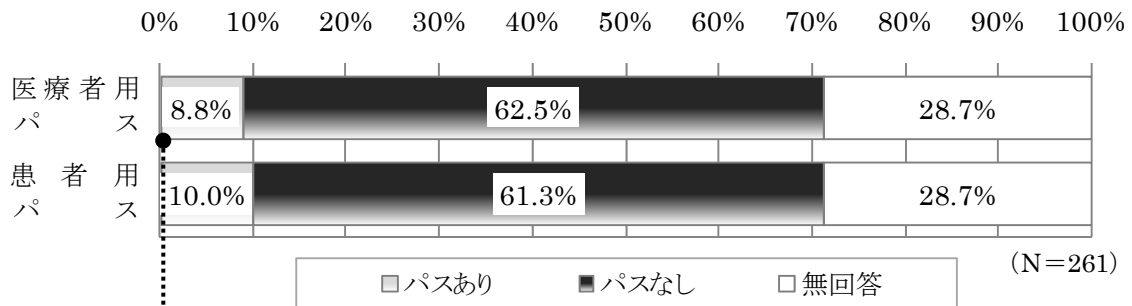
■ 1施設当たり1ヶ月間の活用件数
 ... 平均 8.5 件 ※有効回答113施設で集計
 1施設当たり1ヶ月間の対象疾患のうちで活用できなかった件数
 ... 平均 6.2 件 ※有効回答113施設で集計

資料1-41 がんの地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



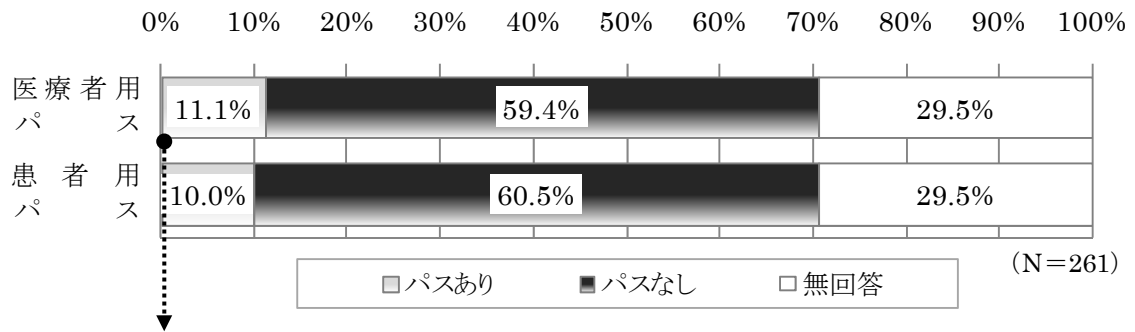
■ 1施設当たり1ヶ月間の活用件数
 ... 平均 3.9 件 ※有効回答33施設で集計
 1施設当たり1ヶ月間の対象疾患のうちで活用できなかった件数
 ... 平均 4.6 件 ※有効回答33施設で集計

資料1-42 糖尿病の地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



■ 1施設当たり1ヶ月間の活用件数
 ... 平均 4.5 件 ※有効回答17施設で集計
 1施設当たり1ヶ月間の対象疾患のうちで活用できなかった件数
 ... 平均 1.6 件 ※有効回答17施設で集計

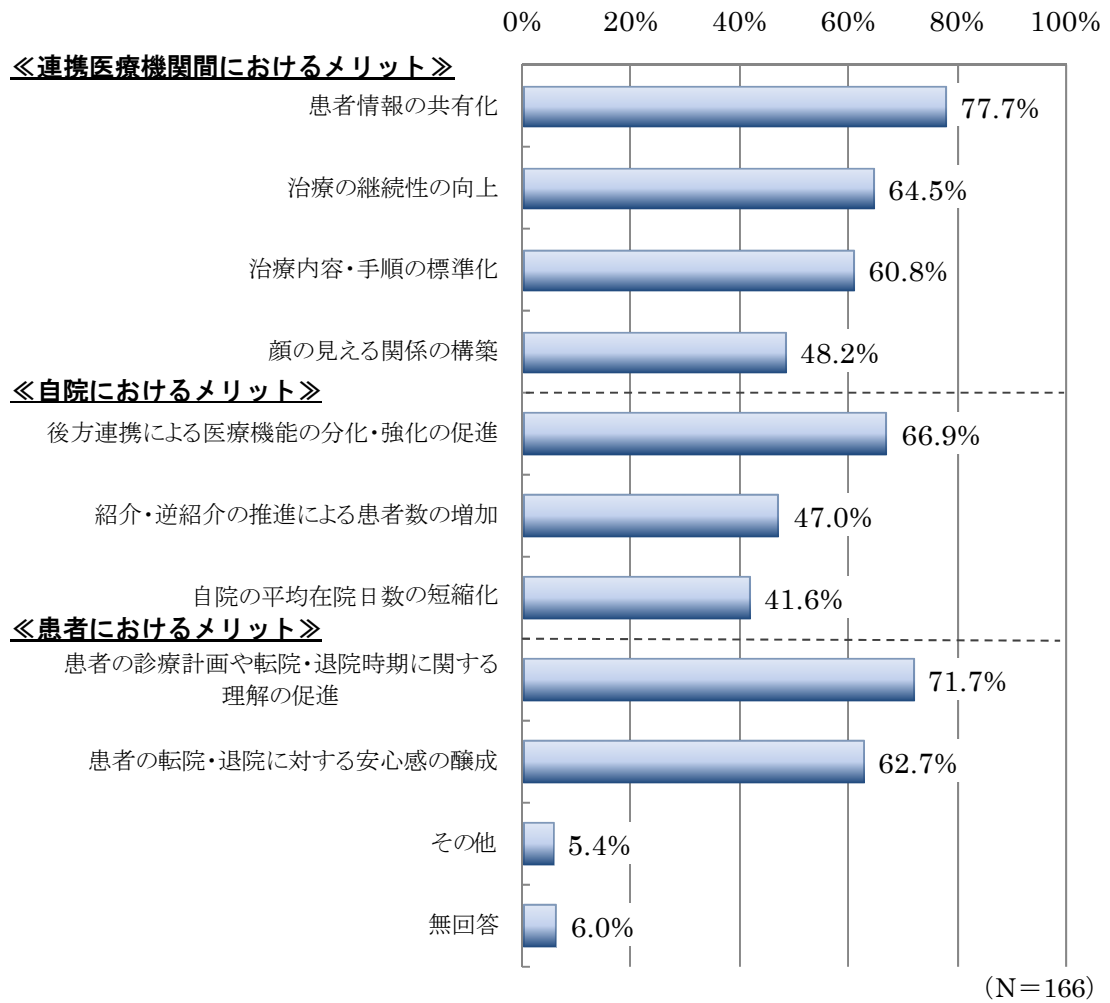
資料1-43 急性心筋梗塞の地域連携診療計画（地域連携パス）の活用状況



■ 1施設当たり1ヶ月間の活用件数
 … 平均 2.4 件 ※有効回答21施設で集計

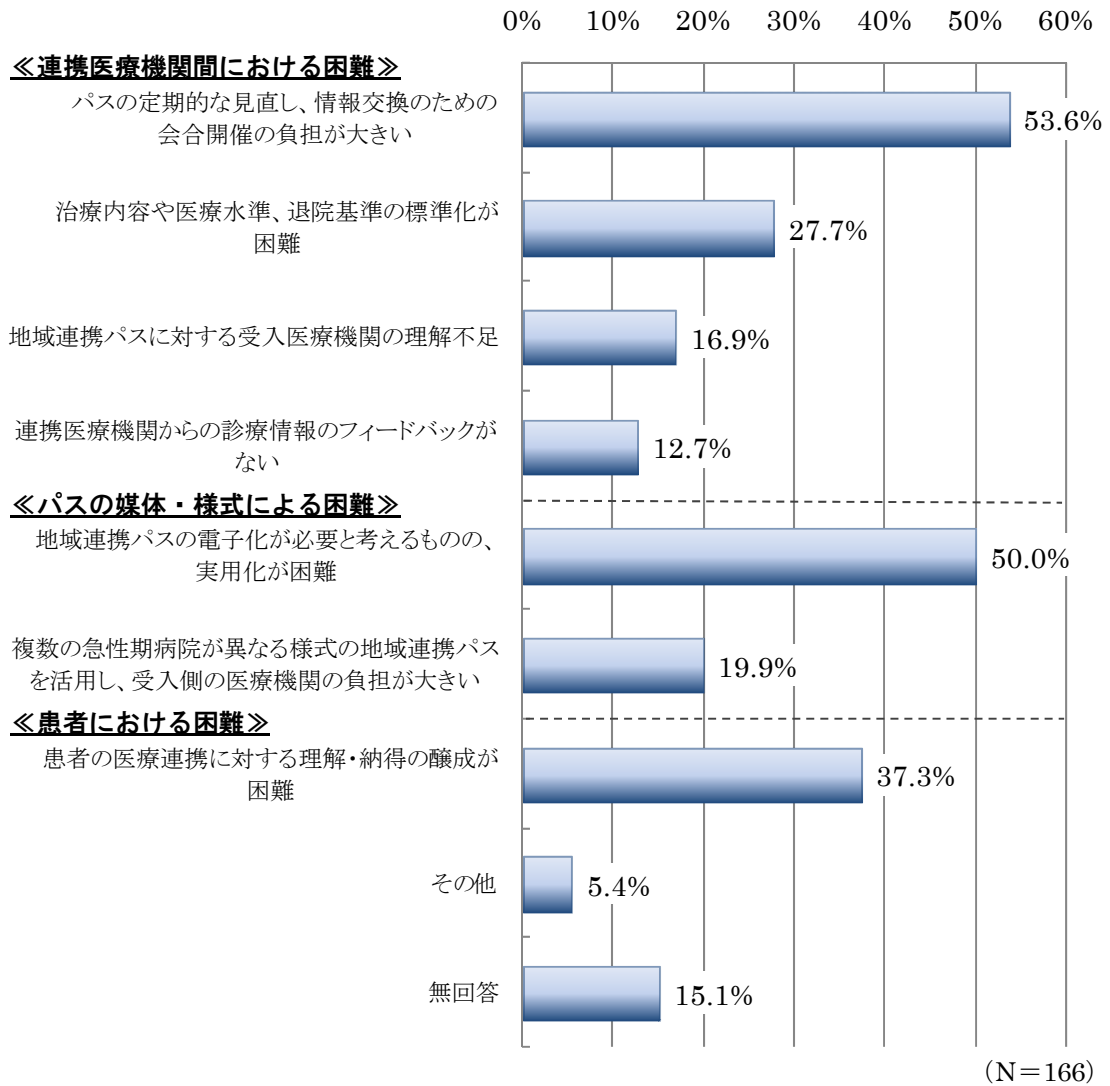
1施設当たり1ヶ月間の対象疾患のうちで活用できなかった件数
 … 平均 4.0 件 ※有効回答21施設で集計

資料1-44 地域連携パスの活用のメリット



大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん、糖尿病、急性心筋梗塞のいずれかの地域連携パスがある166施設で集計

資料1-45 地域連携パスの活用にあたっての困難



大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん、糖尿病、急性心筋梗塞のいずれかの地域連携パスがある166施設で集計

8) 診療報酬上の課題

資料1-46 診療報酬の施設基準や加算の算定を困難としている要件(条件)

主な内容	件数
栄養サポートチーム加算において、実質的には実施しているが、専従配置、医師等の研修履行等の要件を満たさない場合の算定不可	7件
緩和ケア診療加算で、3年以上精神医療に従事した常勤の精神科医が必要であること	4件
呼吸ケアチーム加算における専任看護師の要件において、認定看護師自体少なく、また認定を受ける場所(機会)も少ないこと	4件
人員要件(職種・診療科・人数等)における医療従事者確保の困難さ	4件
7対1入院基本料において、看護師の確保が難しい	3件
がん患者カウンセリング料において、研修を終了した認定看護師の不足(研修の機会も少ない)	3件
医師事務作業補助体制加算等において、特定機能病院入院基本料を算定していることによる算定不可	3件
医療安全対策加算等において、「専従」要件により算定できないこと(専従は500床以上の規模の病院でないが無理である、薬剤師・看護師の専従が難しい)	3件
感染防止対策加算において、実質的には実施しているものの、専従配置、医師等の研修履行等の要件を満たしておらず、算定できないこと(認定看護師自体少なく、また認定を受ける場所(機会)も少ない)	3件
指定の研修を終了していることという要件の場合、指定の研修参加人数が限られており、参加が困難であること	3件
特定集中治療室管理料1における、常時特定集中治療室内に勤務している医師の確保、看護師の配置要件	3件
医師事務作業補助加算において、施設基準に緊急入院患者数、施設規模の要件があること	2件
栄養サポートチーム加算の算定	2件
急性期看護補助体制加算において、重症度スコアの判定の煩雑さ(病院毎にばらつきがある)	2件
総合入院体制加算における特定機能病院の除外(高度救命救急センターのほとんどは大学病院で、多くが特定機能病院であるため算定できない)	2件
総合入院体制加算における「限定患者における治癒または逆紹介患者の割合が4割以上」という要件において、開業医等と連携する際には退院後、万全をきたす為に1度外来受診をした上で転医としているケースが多くあるため難しいこと	2件
超急性期脳卒中加算において、人員体制の基準が実体にそぐわない部分があること(薬剤師がオンコールでの呼び出し体制で、病院に24h在沖していない等)	2件
特定集中治療室管理料の算定	2件
7対1入院基本料において、入院患者数減少により数字の上だけで7対1を算定している病院があること	1件
医師不足	1件
がん患者リハビリテーション料において、研修を修了した医師・看護師の不足	1件

資料1-47 診療報酬の施設基準や加算の算定を困難としている要件（条件）（つづき）

主な内容	件数
がん告知時の医師・看護師の対応について、資格認定医師・資格認定看護師の不足	1件
がん治療連携計画策定料において、退院後の治療を連携して担う病院の不足	1件
がん診療連携拠点病院加算において、指定病院では算定できないこと	1件
すべての加算において、1つでも要件を満たさないと全部算定ができないこと	1件
ニコチン依存症管理料	1件
ハイリスク分娩管理加算の施設基準において、地域で普通分娩を行える施設数が少なく当院で行うしかない場合、その施設基準があっても算定が出来ないこと	1件
緩和ケア、リハビリテーション料、医療安全対策加算等において、中小HPなりに人員をそろえやっっているが、施設基準をとれず算定できない点(脳血管リハビリテーション)	1件
リハビリテーション料において、治療開始から30日までとされているが、高齢化とともに全身症状がなかなか安定せず、発生直後からリハビリテーションを積極的に開始できないことが多い(呼吸器リハビリテーション料、心大血管リハビリテーション料)	1件
リハビリテーション料の早期加算の条件において、実質的には発生直後から対応していても、早期加算が取りにくいと、急性期で必要なリハビリテーションが制限される場合があること(脳血管疾患等リハビリテーション料)	1件
医師事務作業補助加算における専従要件について、医師、看護師の不足により記録や文書発行などが担いきれない	1件
医師事務作業補助加算における専従要件について、研修義務、医師の確認があってもそれで本当に安全なのか疑問	1件
医師事務作業補助加算における専従要件について、事務を配置しても採算が取れない	1件
医師事務作業補助体制加算	1件
医師事務作業補助体制加算において、「医師の指示の下」に重点を置きすぎ、管理しきれないこと	1件
医師事務作業補助体制加算において、基準が厳しい割に評価が少なく、増収の評価が難しい	1件
一般病棟看護必要度評価加算において、7対1入院基本料では算定不可であること	1件
栄養サポートチームにおける専従1名(1チームあたり)要件において、複数のチーム(各病棟毎)が存在しても1チームでの申請しかできないこと	1件
栄養サポートチームにおいて、活動していても専従要件の従事者が管理職の為に算定が出来ないこと	1件
栄養サポートチーム加算で、医師・看護師・薬剤師・栄養士いずれか1人は専従週1回以上の回診が必要であること	1件
栄養サポートチーム加算において、公的病院では新時代に見合ったコメディカル職員を正規に増員することができないため、コメディカル職員の不足による算定不可	1件
栄養サポートの点数について、1回200点/週では専従者に係る費用をまかなえないこと	1件
過疎地域における医療従事者の確保はハード面的には可能であるが、ソフト面的に従事者の確保教育が難しいこと	1件
感染制御チームにおける専従要件において、実質的には必要十分な活動をしていても専従ではないため、要件を満たせないこと	1件
看護補助者の配置加算において、外来や手術室部門の配置困難	1件
急性期看護補助体制加算	1件

資料1-48 診療報酬の施設基準や加算の算定を困難としている要件（条件）（つづき）

主な内容	件数
急性期看護補助体制加算において、7対1要件を十分に満たしていても、15歳以下の小児入院医療管理料3の患者を対象に入れられないため10%要件を満たすことが出来ないこと	1件
急性期看護補助体制加算において、看護必要度の基準が厳しいこと	1件
急性期看護補助体制加算について、各病棟に看護補助業務の定型的業務を処理するために業務を委託して病院負担で看護師業務の軽減を図っていても、外部スタッフのため看護補助者として認められないこと	1件
急性期看護補助負担体制加算における「年間の緊急入院患者数200名以上」という要件	1件
急性期病棟等退院調整加算において、「専従」要件	1件
救急搬送患者地域連携紹介加算と受入加算において、退院との協議が必要なこと	1件
救急搬送患者地域連携紹介加算と受入加算はいずれか一方のみしか届出できないこと	1件
救命救急入院料において、施基、実体は救命救急センター以上に機能していても、県の認可が取れないことがあること	1件
救命救急入院料の算定	1件
強度変調放射線治療において、放射線治療医師2名以上の配置という要件は、病院が中央から離れていると難しいこと	1件
呼吸ケアチーム加算において、呼吸科医・看護師・理学療法士で対応していても、臨床工学士がいないと算定できないこと	1件
死亡原因検索のための死亡時画像診断が保険診療の中でできないこと	1件
自宅退院の場合は算定不可であり、かかりつけ医のメリットがないこと	1件
小児入院医療管理料1における医師20名要件において、同病棟を担当している耳鼻科医等がカウントできないこと	1件
小児入院医療管理料2における看護師の夜勤時間の多さ	1件
小児入院医療管理料において、急性期病院で1病棟すべてを15歳未満の小児で取扱うのはなかなか困難であり、「1」～「3」の「もっぱら15歳未満の小児を入院させる病棟である」という条件が難しい	1件
障害者施設等入院基本料	1件
新生児治療回復室入院医療管理料において、回復室としての部屋はあっても、新生児特定集中治療室と同室になっていると算定が出来ないこと	1件
新生児治療回復室入院医療管理料における看護師配置の困難さ	1件
新生児特定集中治療室管理加算において、「単独病棟にしなければならない」という要件	1件
新生児特定集中治療室管理料1における医師常時配置において、小児科医師の不足による算定不可	1件
精神病棟13対1における平均在院日数の要件	1件
総合入院体制加算（治癒率）	1件
総合入院体制加算において、婦人科の医師が少ないため24時間は難しいこと	1件
総合入院体制加算における「初診時に選定療養を取ること」という要件において、200床未満の病院では選定療養を取ることができないため算定できないこと	1件
総合入院体制加算における、全身麻酔の800件という要件	1件

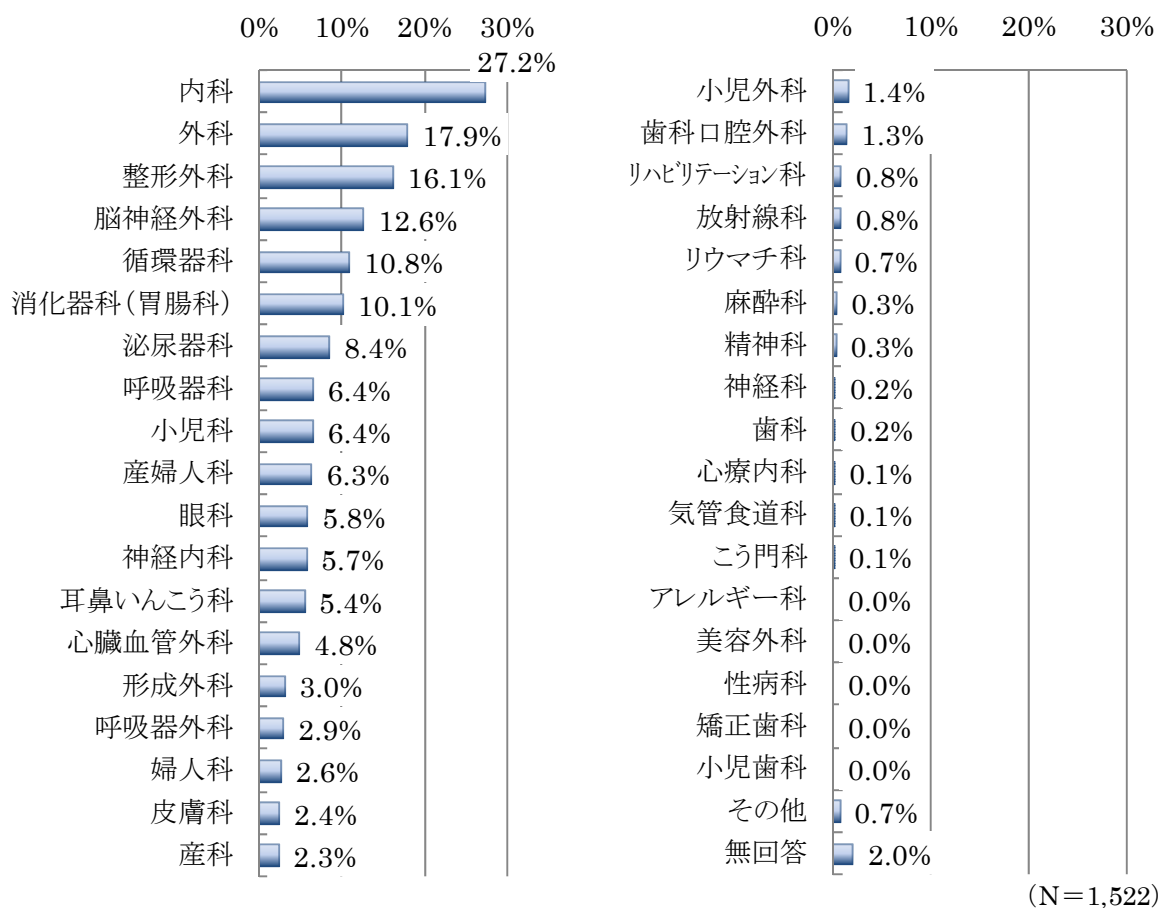
資料1-49 診療報酬の施設基準や加算の算定を困難としている要件（条件）（つづき）

主な内容	件数
退院時に届出が済んでいない医療機関へ紹介予定である場合に算定できないこと	1件
救命救急入院料において、第3次救急を担うDPC対象病院が重篤な患者の救命救急医療を行う場合、事前の診療情報が全くないことが多いため、検査や治療を短時間に集中して行っているも、現行では1日あたりの包括点数であり出来高ではないため、救命のために行った医療が評価されにくくなっていること	1件
地域がん登録の体制が整備されていないため、実施できないこと(県や市町村によって整備されていない)	1件
地域との連携に関する加算などは受け入れ施設との合意が取りにくいこと(人工呼吸器が付いている患者は診れないなど)	1件
地域医療支援病院における指定要件(紹介率など)において、初診受け入れ抑制につながる危険があること	1件
地域連携小児夜間・休日診療2及び院内トリアージ加算における、「365日24時間小児救急を提供する体制を整備している」という要件、「小児救急認定看護師を配置し、院内トリアージに係る研修も実施している」という要件について、連携をとれる近隣の要件の緩和、または加算の2の要件である小児科を担当する医師の要件のうち小児科医をはずさないこと	1件
糖尿病合併症管理料についての、専任の常勤看護師の配置、30分以上の指導が条件では収益にならないこと	1件
入院患者数に対する病棟看護師数その他において、7対1要件を十分に満たしていても、15歳以下の小児入院医療管理料3の患者を対象に入れられないため10%要件を満たすことが出来ないこと	1件
認知症専門診断管理料において、認知症センターの体制基準が厳しすぎる	1件
認定看護師のハードルが高いこと(定員が少ないこと)	1件
脳卒中ケアユニット入院医療管理料における経験を5年以上有する専任の常勤医師が常時1名以上配置、看護師の当該治療室内での常時配置、脳画像診断が常時行える体制等、特に夜間、休日の配置確保が他業務兼務(急患対応等)等の要件	1件
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	1件
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準において、10例以上の経験が必要な点	1件
療養環境加算	1件
褥創ハイリスク患者ケア加算において、「専従」要件	1件
褥創ハイリスク患者ケア加算において、ラウンドを行っていても、研修要綱で取得できない	1件

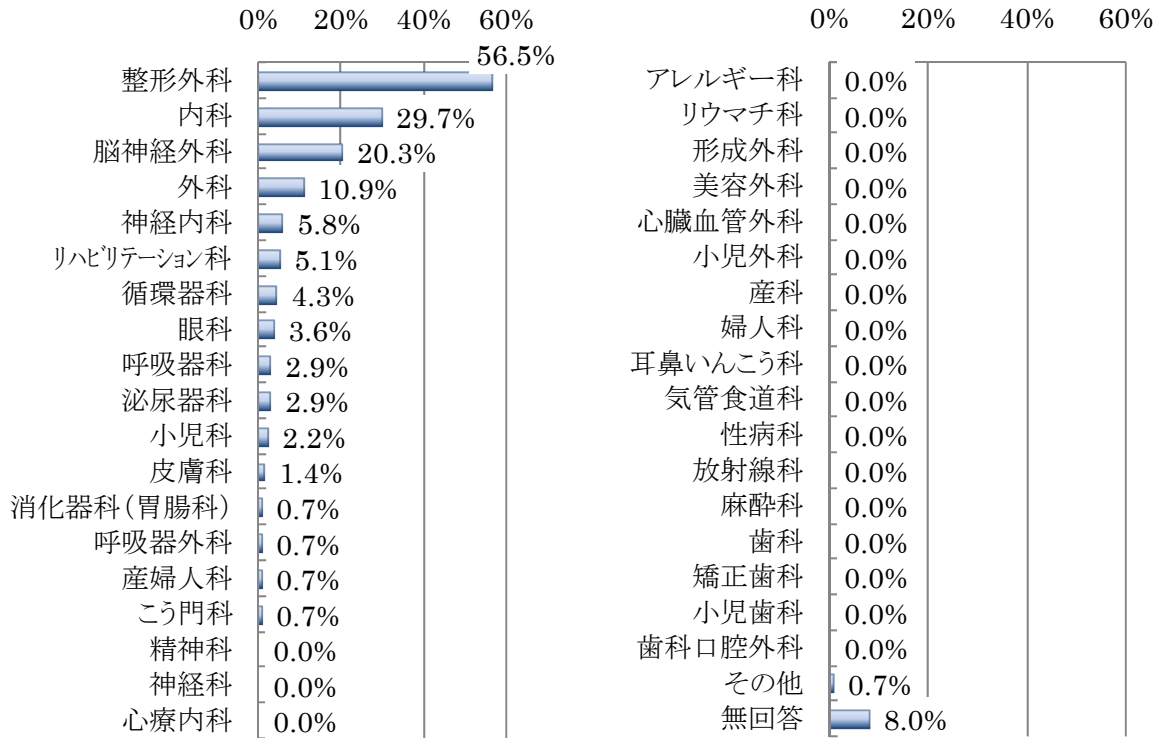
2. 一般病棟調査の結果概要

1) 一般病棟の概要

資料2-1 一般病棟の主な診療科（全体）【2つまで】

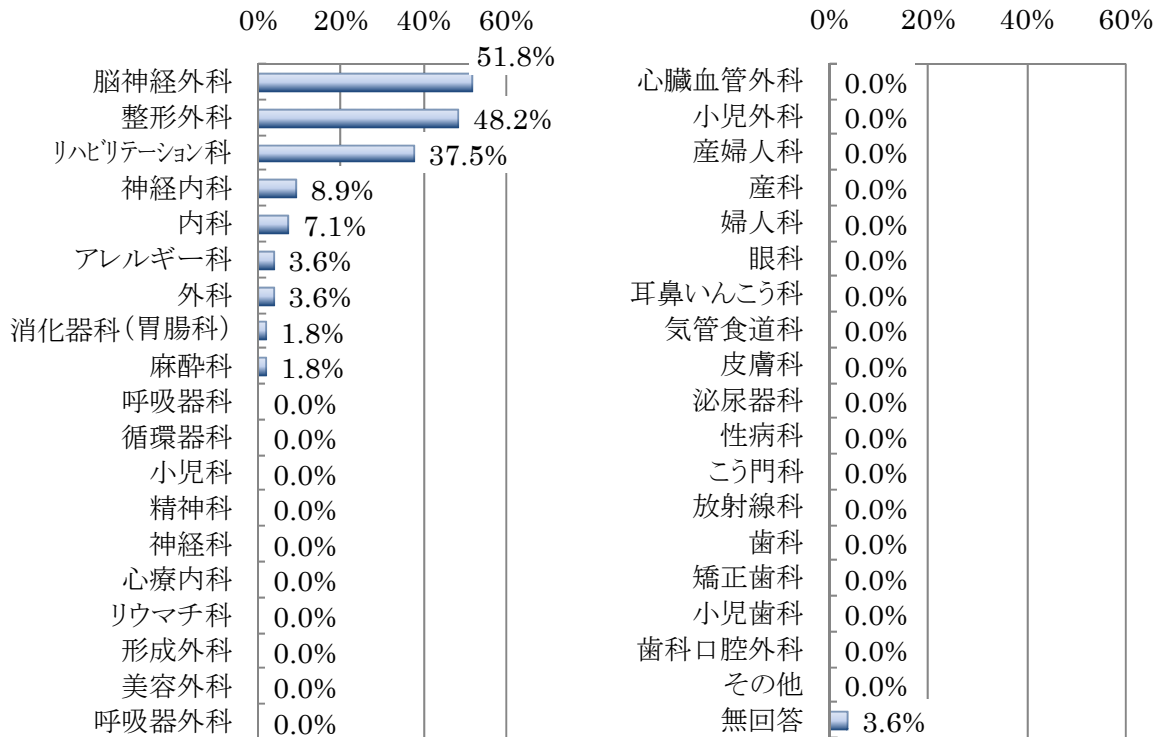


資料2-2 亜急性期病室の主な診療科【2つまで】



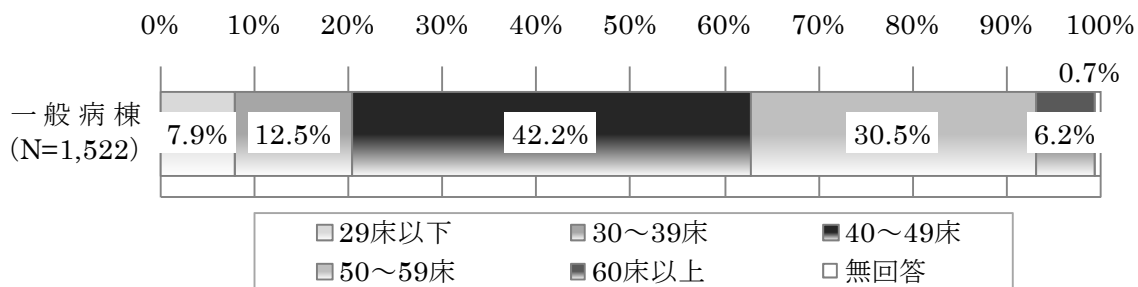
(N=138)

資料2-3 回復期リハビリテーション病棟の主な診療科【2つまで】



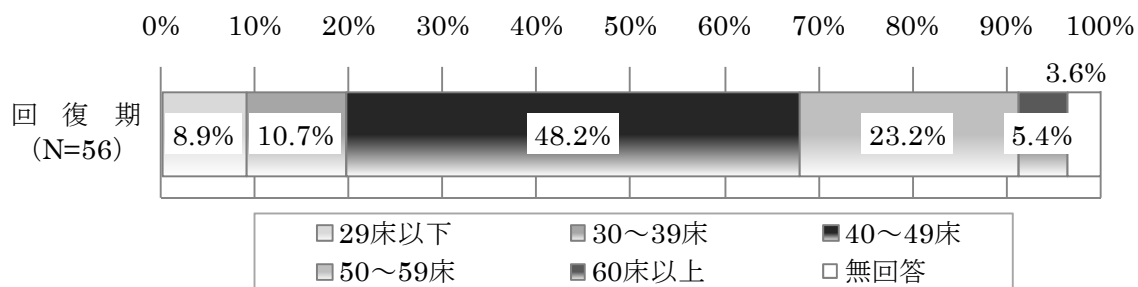
(N=56)

資料2-4 一般病棟の稼働病床数の分布



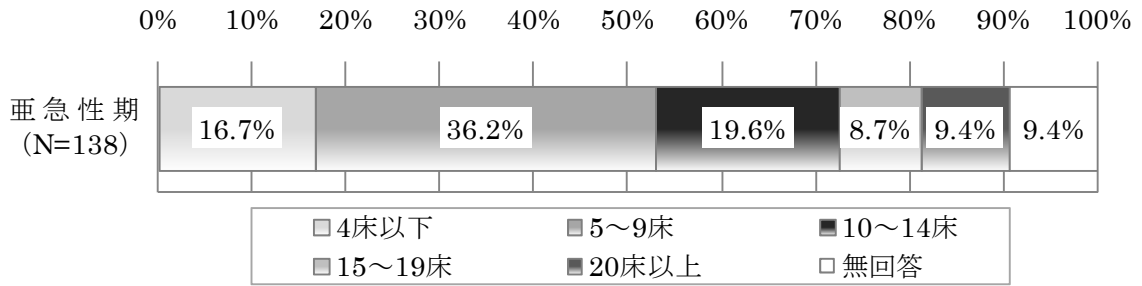
■ 一般病棟の1病棟当たり稼働病床数
 … 平均 45.2 床 ※有効回答1,511病棟で集計

資料2-5 回復期リハビリテーション病棟の稼働病床数の分布



■ 回復期リハビリテーション病棟の1病棟当たり稼働病床数
 … 平均 44.3 床 ※有効回答54病棟で集計

資料2-6 亜急性期病室の稼働病床数の分布

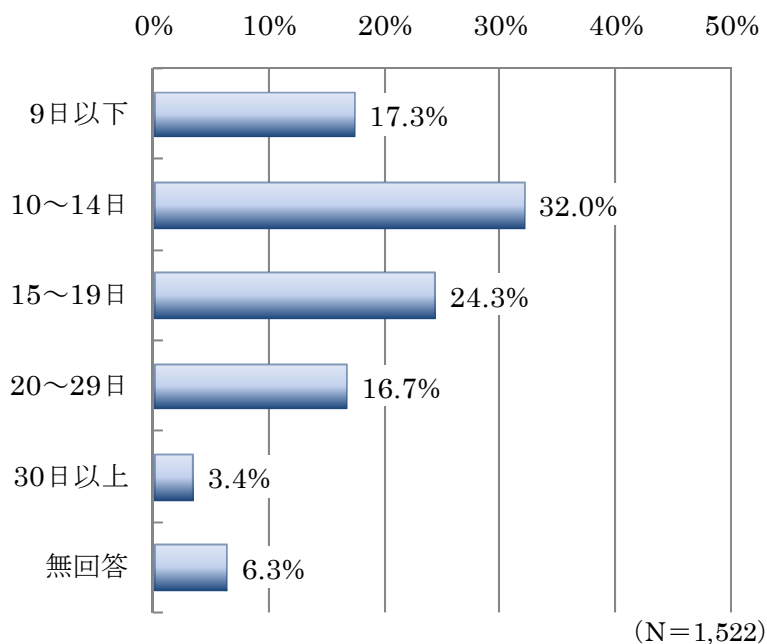


亜急性期病室の1病室当たり稼働病床数
 … 平均 11.2 床 ※有効回答125病室で集計

資料2-7 一般病棟の平均在院日数の入院患者数・平均在院日数

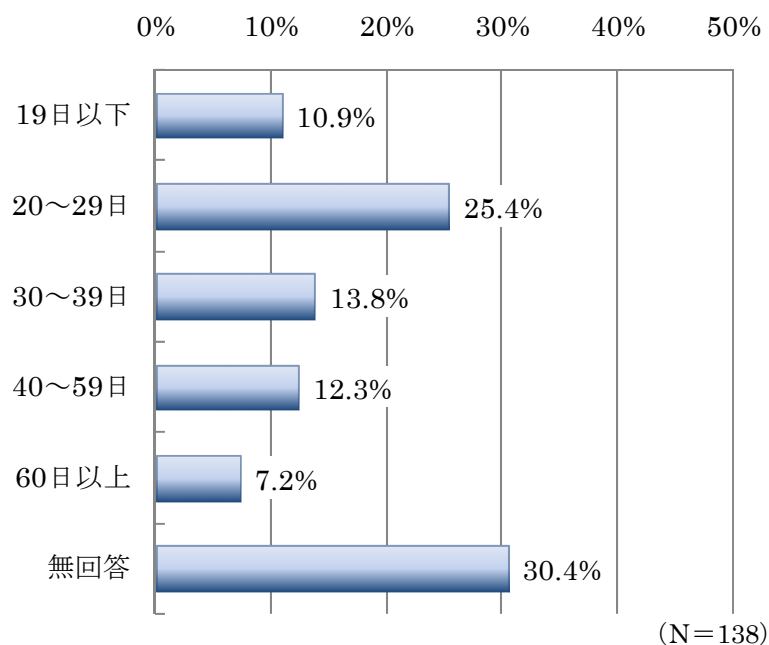
■ 一般病棟の1病棟1日当たり入院患者数	...	平均 36.1 人	※有効回答1,432病棟で集計
うち、全身麻酔（静脈麻酔は除く）手術後の患者数	...	平均 6.0 人	※有効回答1,217病棟で集計
■ 一般病棟の入院患者1人当たり平均在院日数	...	平均 16.2 日	※有効回答1,426病棟で集計

資料2-8 一般病棟の平均在院日数の分布



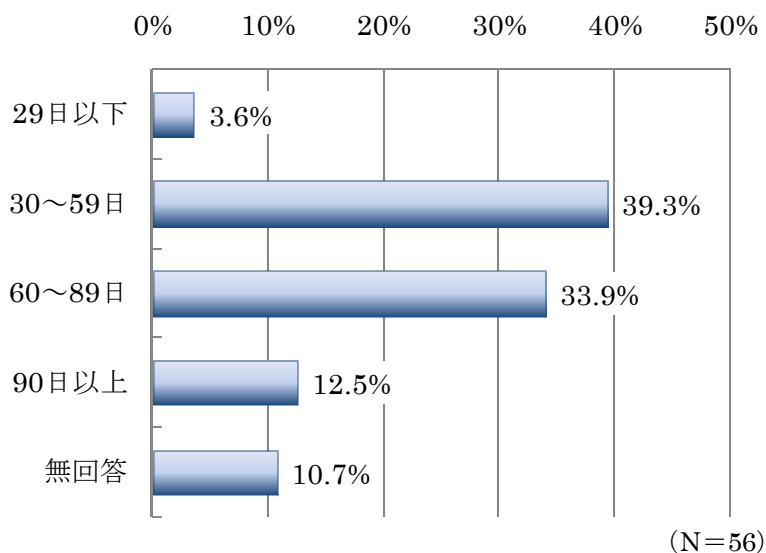
資料2-9 亜急性期病室の入院患者数・平均在院日数

- 亜急性期病室の1病室1日当たり入院患者数
... 平均 8.9 人 ※有効回答96病室で集計
- うち、全身麻酔（静脈麻酔は除く）手術後の患者数
... 平均 2.5 人 ※有効回答86病室で集計
- 亜急性期病室の入院患者1人当たり平均在院日数
... 平均 36.4 日 ※有効回答96病室で集計



資料2-10 回復期リハビリテーション病棟の入院患者数・平均在院日数

- 回復期リハビリテーション病棟の1病棟1日当たり入院患者数
… 平均 37.1 人 ※有効回答50病棟で集計
- うち、全身麻酔（静脈麻酔は除く）手術後の患者数
… 平均 6.3 人 ※有効回答40病棟で集計
- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者1人当たり平均在院日数
… 平均 67.5 日 ※有効回答50病棟で集計



2) 一般病棟の看護職員体制

資料2-11 一般病棟の1病棟当たり看護職員数

	1病棟当たり 職員数	50床当たり 職員数
雇用看護職員数(常勤換算)	26.3人	29.0人
1病棟当たり病床数	45.3床	

有効回答1,430病棟で集計

資料2-12 回復期リハビリテーション病棟の1病棟当たり看護職員数

	1病棟当たり 職員数	50床当たり 職員数
雇用看護職員数(常勤換算)	16.2人	18.1人
1病棟当たり病床数	44.8床	

有効回答49病棟で集計

資料2-13 亜急性期病室の1病室当たり看護職員数

	1病棟当たり 職員数	50床当たり 職員数
雇用看護職員数(常勤換算)	6.2人	21.0人
1病棟当たり病床数	14.7床	

有効回答23病室で集計

資料2-14 一般病棟における常勤看護職員の勤務体制別の看護職員1人当たり1ヶ月間の平均残業時間

	全 体	3交替制	2交替制	その他の勤務体制
		(変則3交替制)	(変則2交替制)	
看護職員1人当たり1ヶ月間の平均残業時間	8.4時間	9.5時間	6.6時間	3.3時間
1病棟当たり雇用看護職員数(常勤換算)	26.4人	26.5人	26.6人	25.3人

有効回答1,306病棟(3交替制(変則3交替制)は824病棟、2交替制(変則2交替制)は594病棟、その他の勤務体制は58病棟)で集計。一般病棟における常勤看護職員の勤務体制は、回答病院ごとの複数回答による結果を用いて集計。

資料2-15 7対1入院基本料算定施設の一般病棟における常勤看護職員の勤務体制別の看護職員1人当たり1ヶ月間の平均残業時間

	全 体	3交替制	2交替制	その他の勤務体制
		(変則3交替制)	(変則2交替制)	
看護職員1人当たり1ヶ月間の平均残業時間	9.6時間	11.2時間	7.3時間	3.6時間
1病棟当たり雇用看護職員数(常勤換算)	27.7人	28.0人	27.9人	25.8人

有効回答975病棟(3交替制(変則3交替制)は578病棟、2交替制(変則2交替制)は481病棟、その他の勤務体制は52病棟)で集計。一般病棟における常勤看護職員の勤務体制は、回答病院ごとの複数回答による結果を用いて集計。

資料2-16 10対1入院基本料算定施設の一般病棟における常勤看護職員の勤務体制別の看護職員1人当たり1ヶ月間の平均残業時間

	全 体	3交替制	2交替制	その他の勤務体制
		(変則3交替制)	(変則2交替制)	
看護職員1人当たり1ヶ月間の平均残業時間	4.0時間	4.5時間	2.1時間	0.9時間
1病棟当たり雇用看護職員数(常勤換算)	22.5人	23.2人	21.1人	21.2人

有効回答327病棟(3交替制(変則3交替制)は244病棟、2交替制(変則2交替制)は111病棟、その他の勤務体制は6病棟)で集計。一般病棟における常勤看護職員の勤務体制は、回答病院ごとの複数回答による結果を用いて集計。

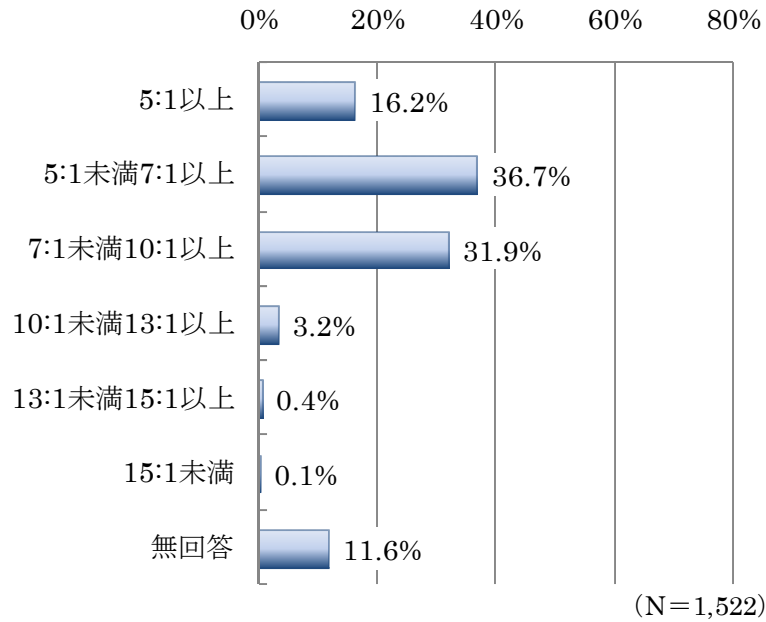
資料2-17 回復期リハビリテーション病棟および亜急性期病室における
常勤看護職員の勤務体制別の看護職員1人当たり1ヶ月間の平均残業時間

	回復期 リハビリテーション病棟	亜急性期病室
看護職員1人当たり1ヶ月間の 平均残業時間	10.8時間	4.7時間
1病棟当たり雇用看護職員数 (常勤換算)	16.4人	6.2人

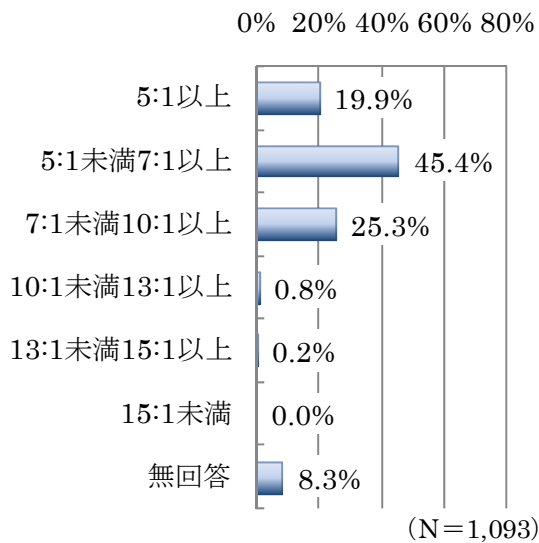
回復期リハビリテーション病棟は有効回答46病棟、亜急性期病室は有効回答23病棟で集計。

3) 一般病棟における看護職員配置の状況

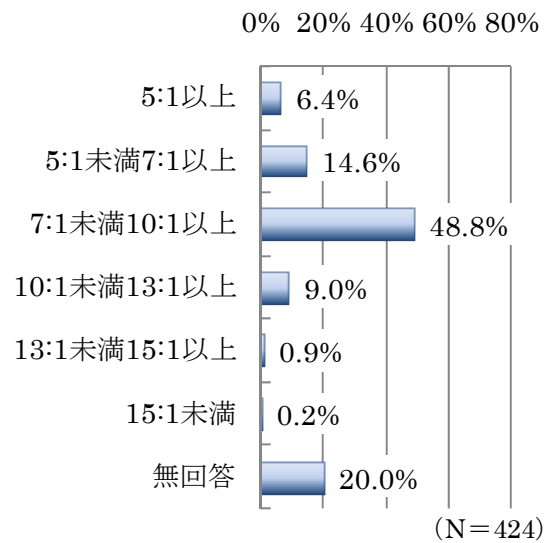
資料2-18 一般病棟における看護職員配置の状況



7対1入院基本料算定施設



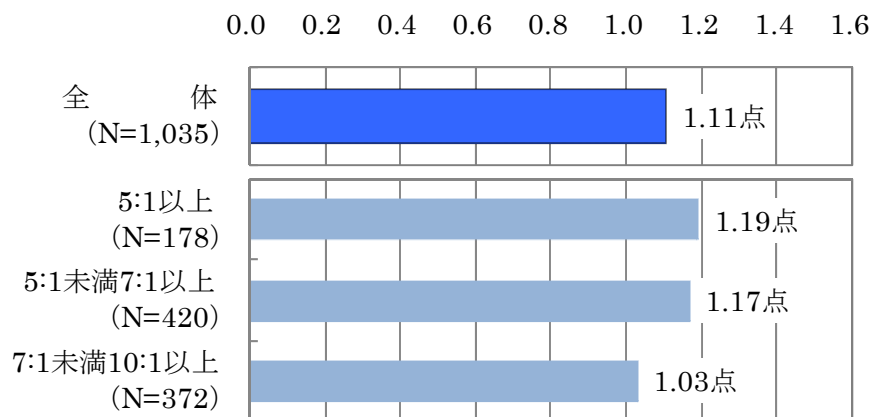
10対1入院基本料算定施設



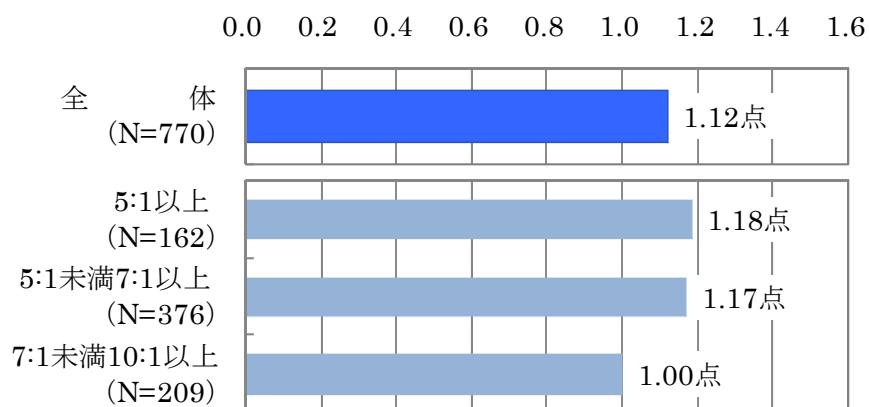
4) 看護職員配置と患者状態像の関係

資料2-19 看護職員配置別の一般病棟における入院患者1人当たり平均A得点

一般病棟全体

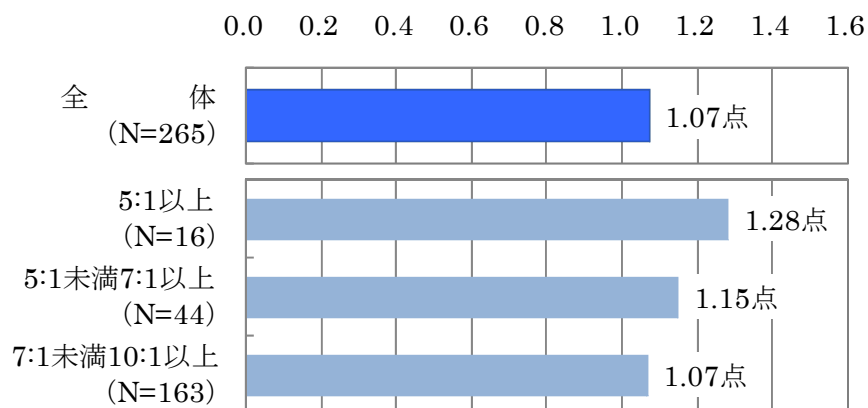


7対1入院基本料算定施設

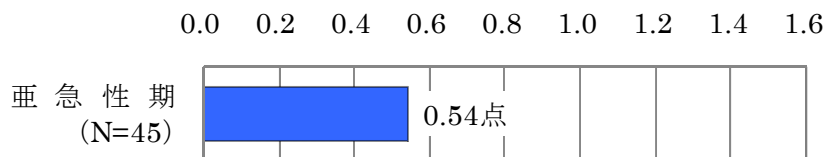


資料2-20 看護職員配置別の一般病棟における入院患者1人当たり平均A得点（つづき）

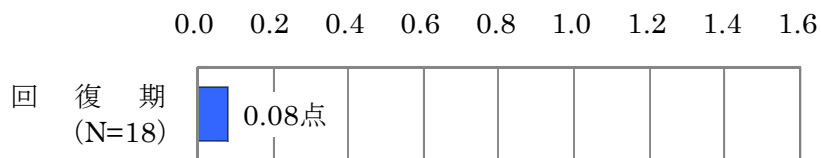
10対1入院基本料算定施設



亜急性期病室

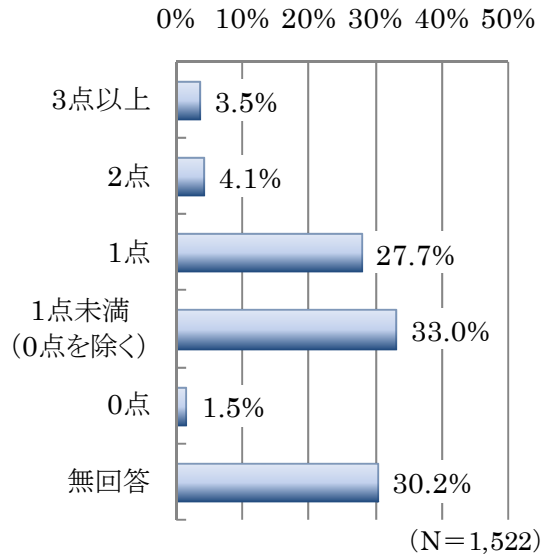


回復期リハビリテーション病棟

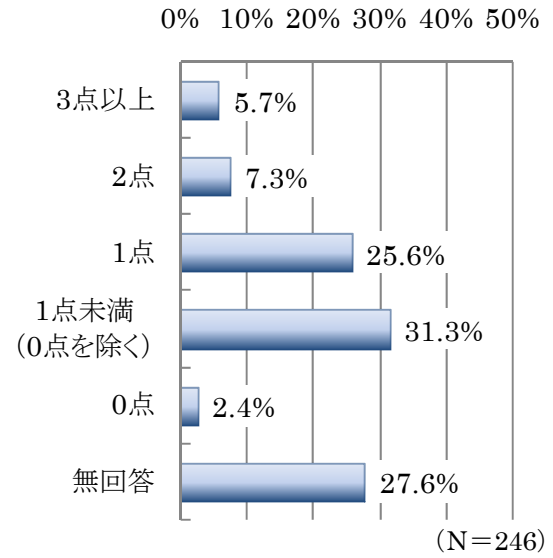


資料2-21 看護職員配置別の一般病棟における
1病棟入院患者1人当たり平均A得点の分布

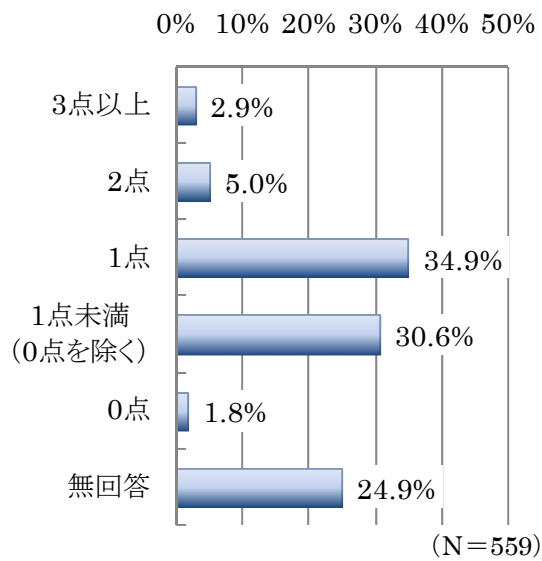
■ 全 体



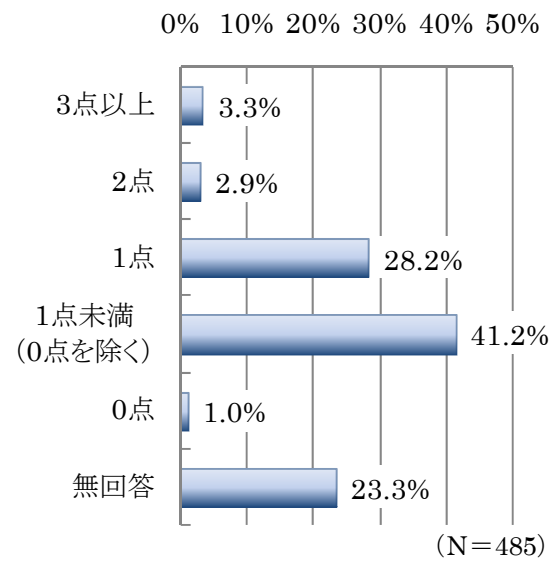
■ 5 : 1 以上の配置の病棟



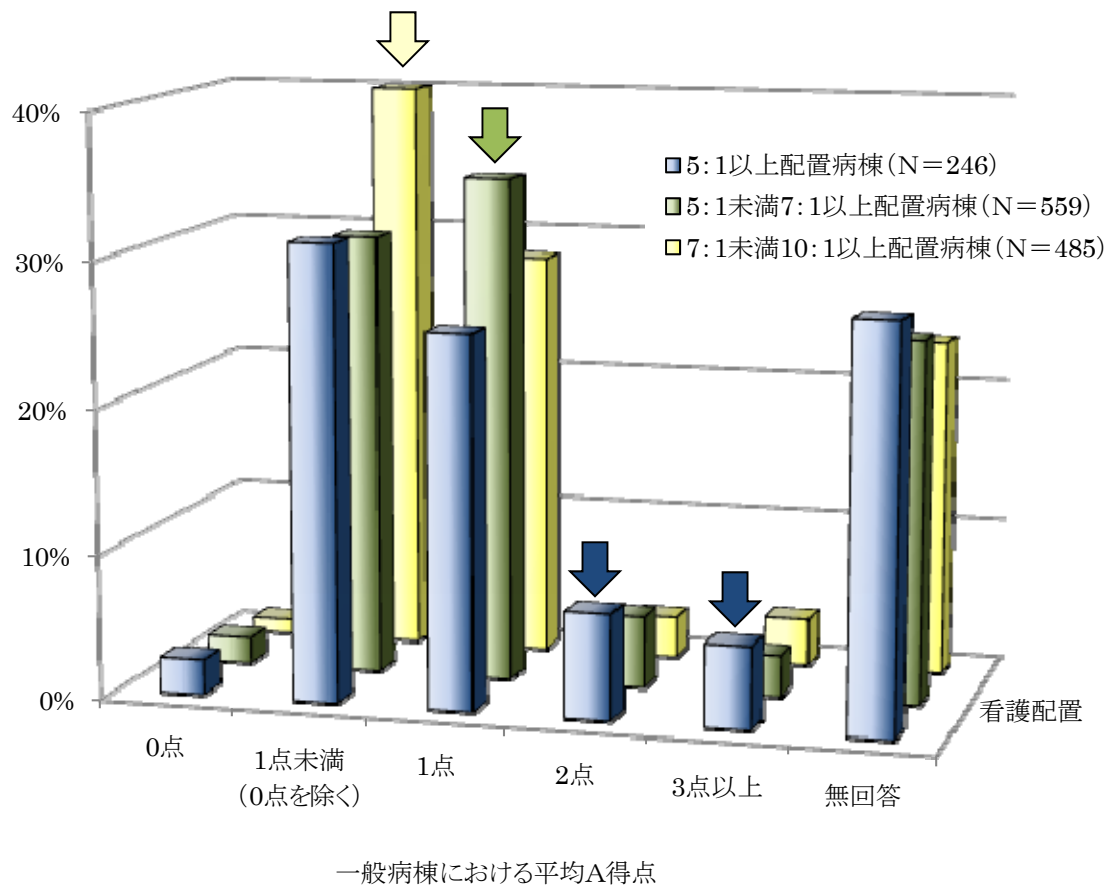
■ 5 : 1 未満 7 : 1 以上の配置の病棟



■ 7 : 1 未満 10 : 1 以上の配置の病棟

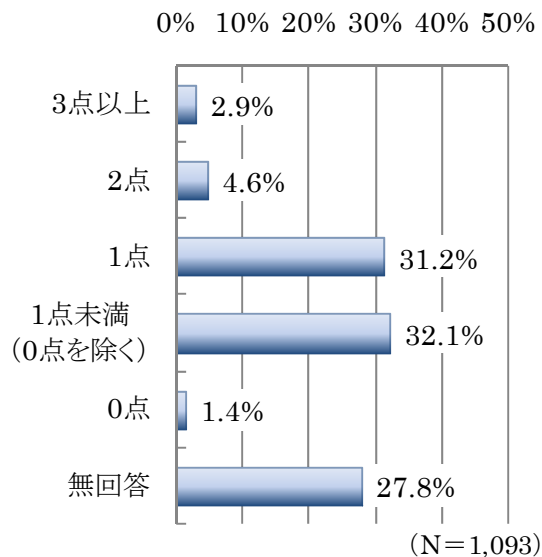


資料2-22 看護職員配置別・入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布の比較

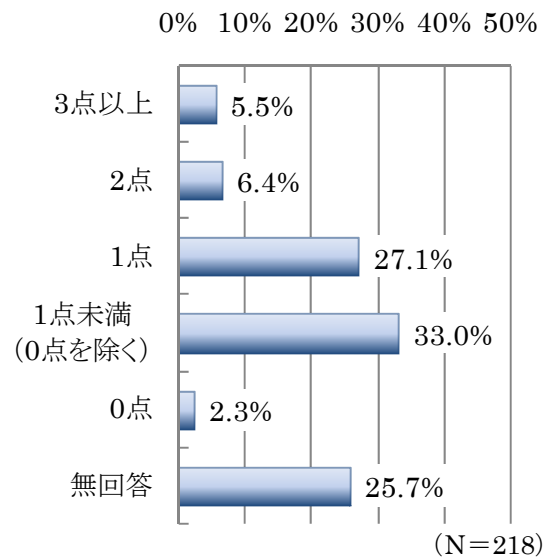


資料2-23 7対1入院基本料算定施設の一般病棟における
1病棟入院患者1人当たり平均A得点の分布

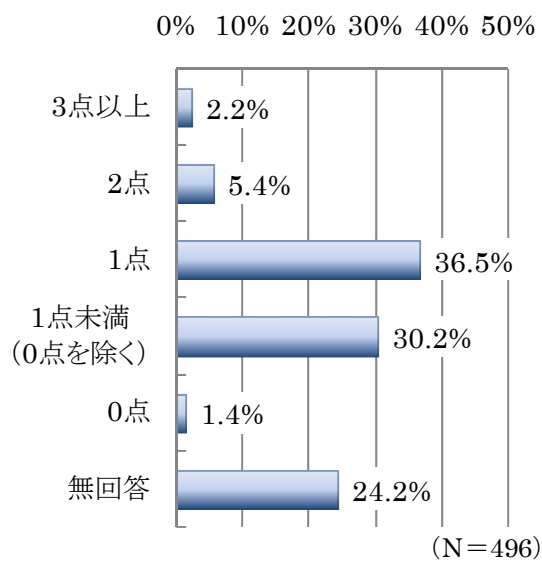
■ 全 体



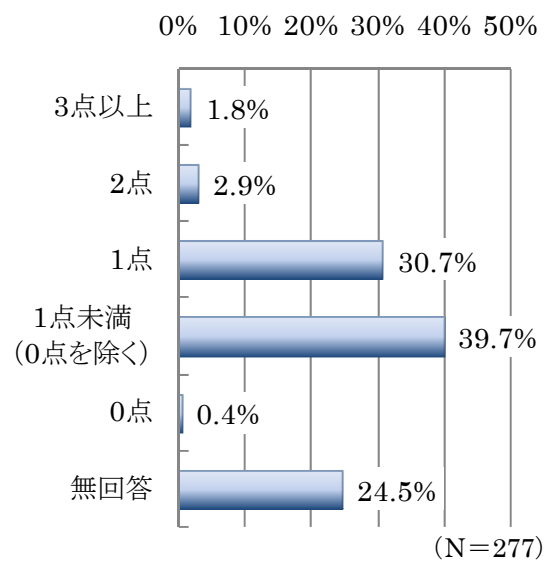
■ 5 : 1 以上の配置の病棟



■ 5 : 1 未満 7 : 1 以上の配置の病棟

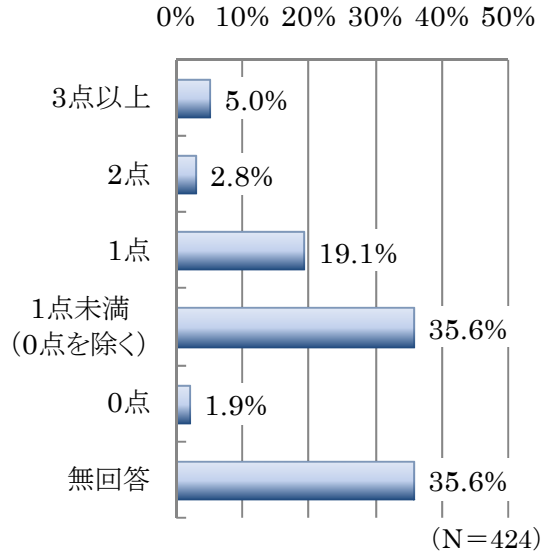


■ 7 : 1 未満 10 : 1 以上の配置の病棟

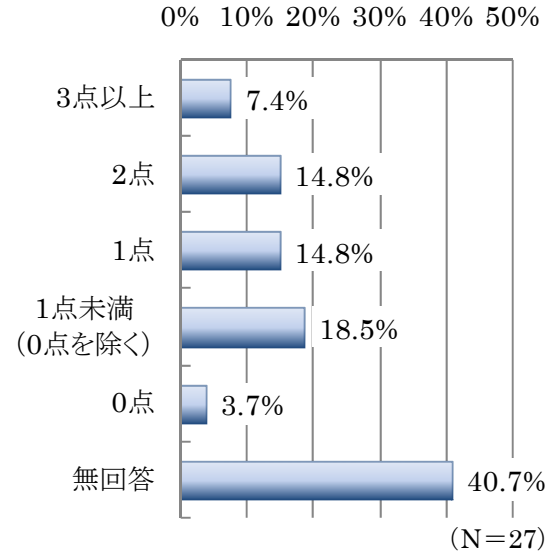


資料2-24 10対1入院基本料算定施設の一般病棟における
1病棟入院患者1人当たり平均A得点の分布

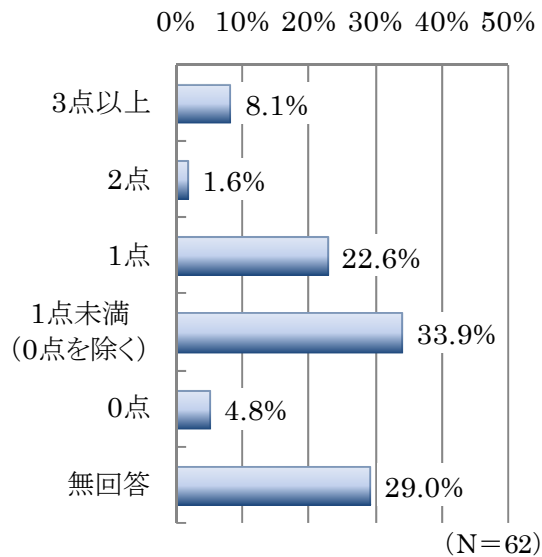
■ 全 体



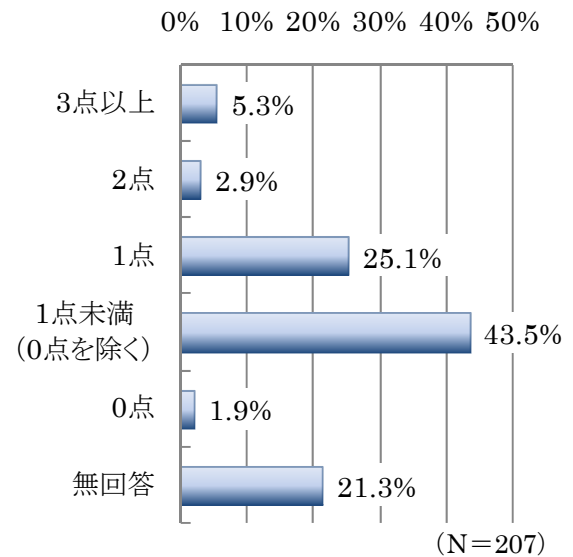
■ 5 : 1 以上の配置の病棟



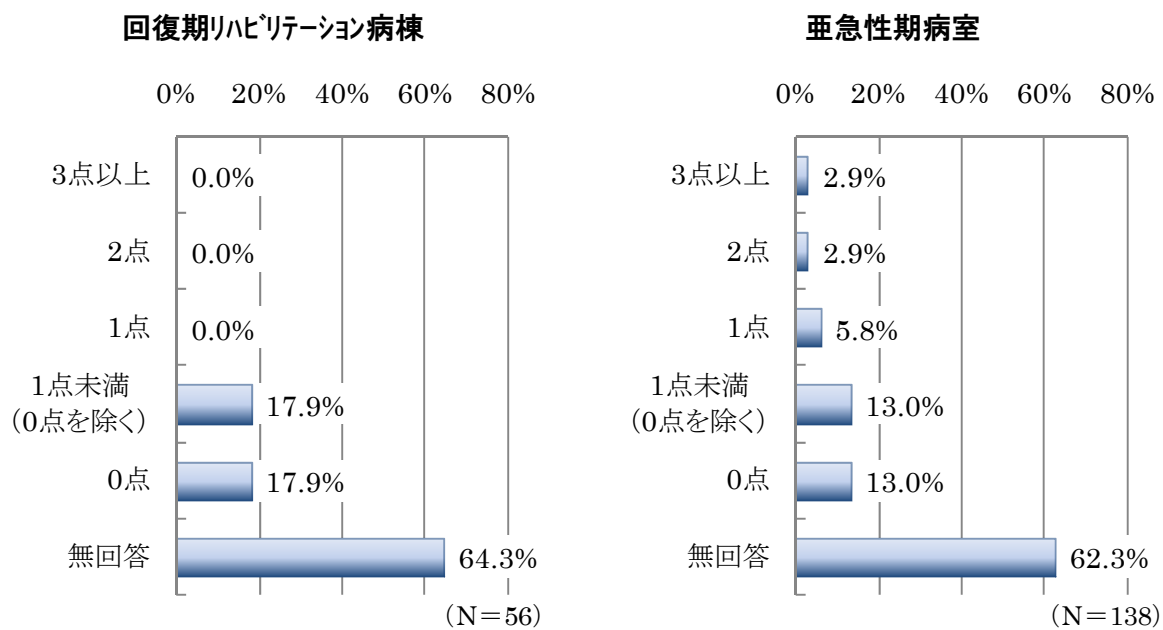
■ 5 : 1 未満 7 : 1 以上の配置の病棟



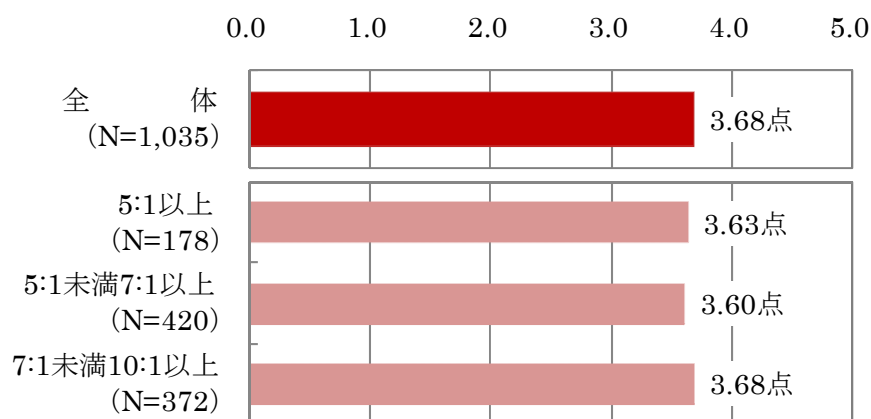
■ 7 : 1 未満 10 : 1 以上の配置の病棟



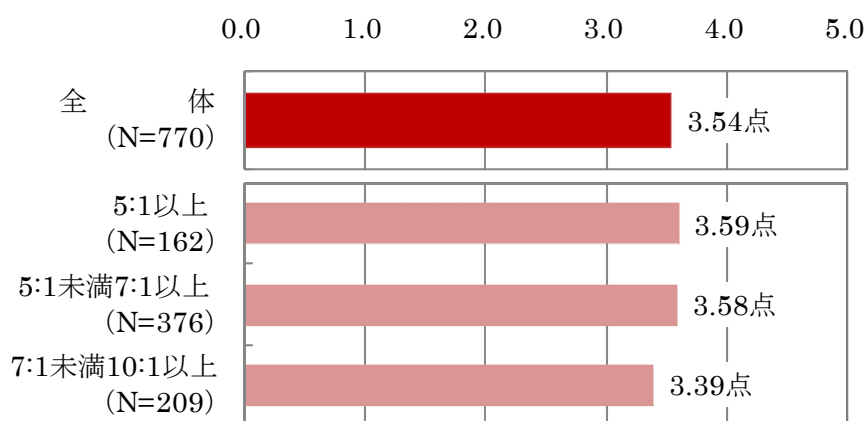
資料2-25 回復期リハビリテーション病棟・亜急性期病室における
1病棟入院患者1人当たり平均A得点の分布



資料2-26 一般病棟における入院患者1人当たり平均B得点
一般病棟全体

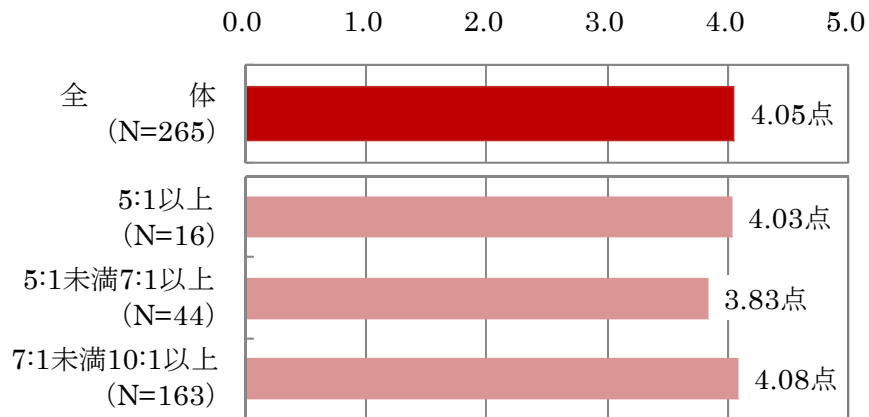


7対1入院基本料算定施設

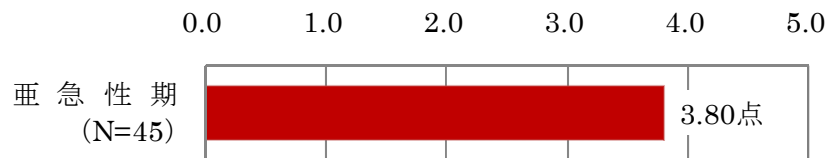


資料2-27 一般病棟における入院患者1人当たり平均B得点(つづき)

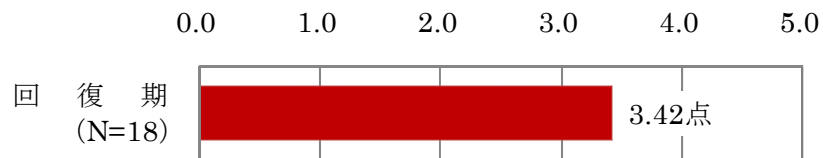
10対1入院基本料算定施設



亜急性期病室

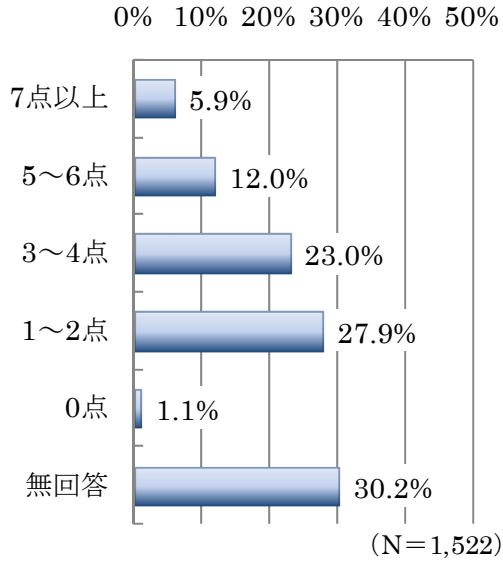


回復期リハビリテーション病棟

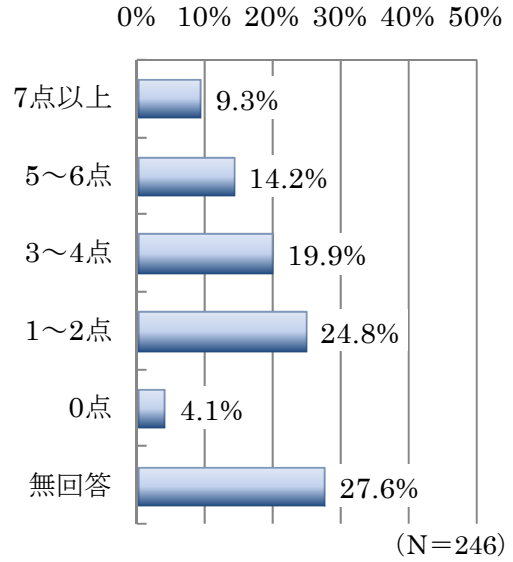


資料2-28 看護職員配置別の一般病棟における
1病棟入院患者1人当たり平均B得点の分布

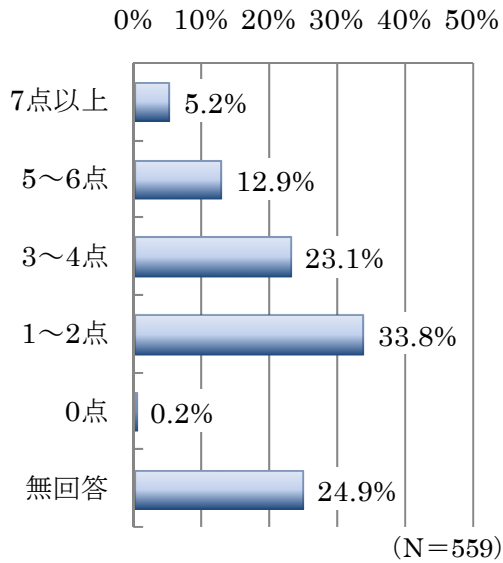
■ 全 体



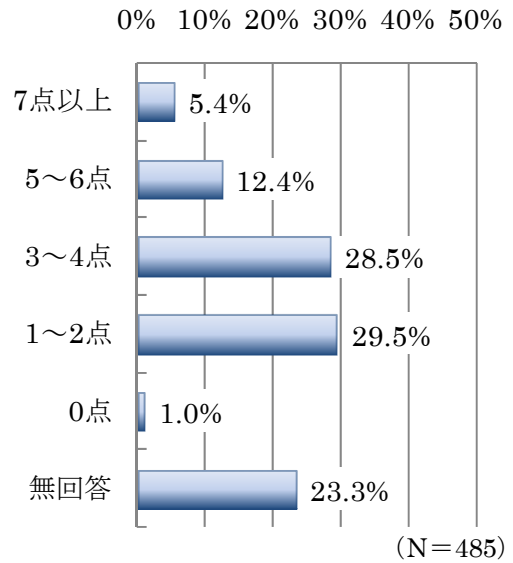
■ 5：1以上の配置の病棟



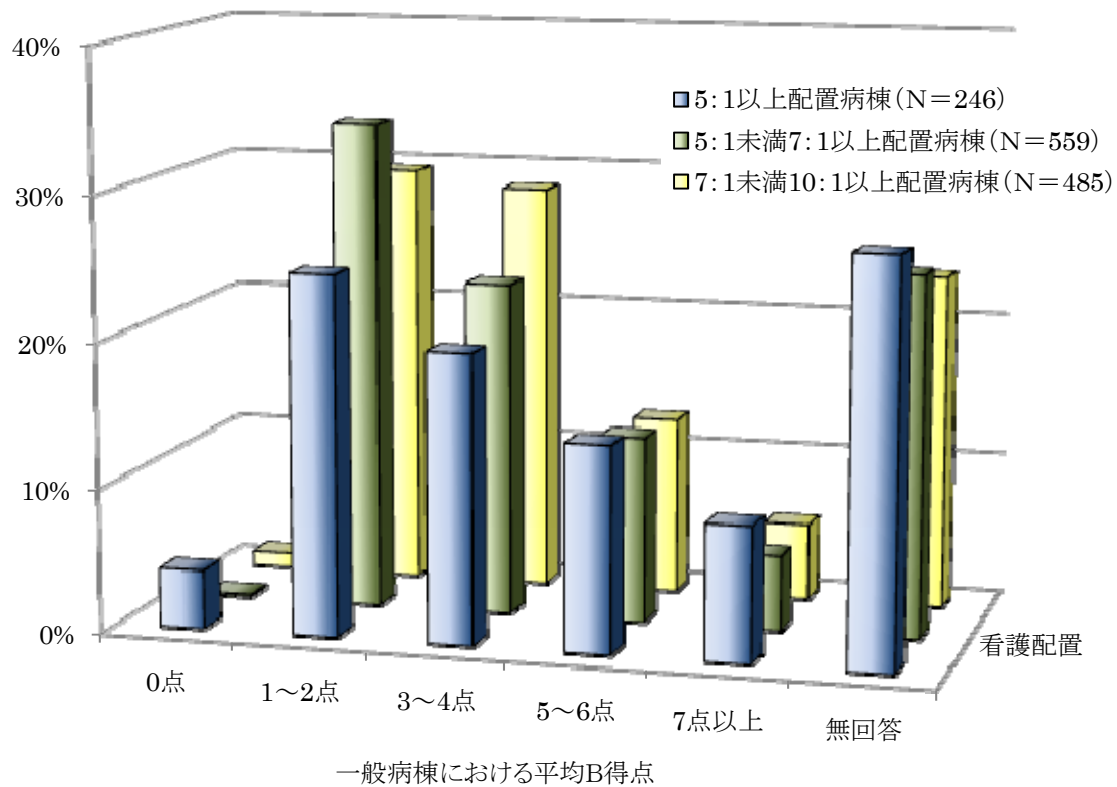
■ 5：1未満7：1以上の配置の病棟



■ 7：1未満10：1以上の配置の病棟

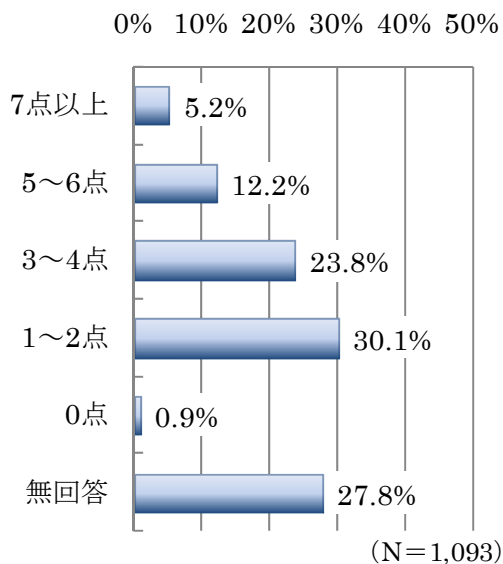


資料2-29 看護職員配置別・入院患者1人当たり平均B得点別の一般病棟の分布の比較

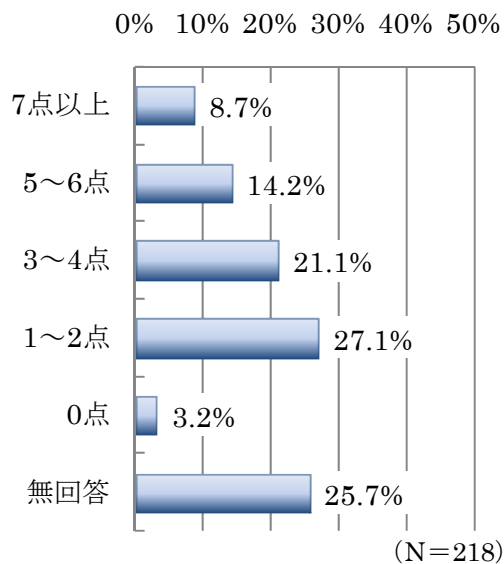


資料2-30 7対1入院基本料算定施設的一般病棟における
1病棟入院患者1人当たり平均B得点の分布

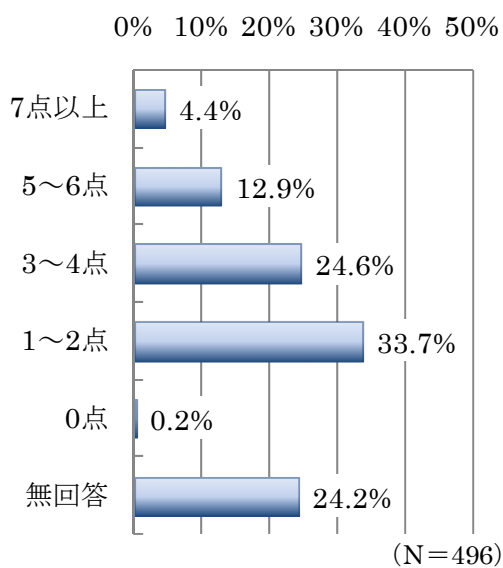
■ 全 体



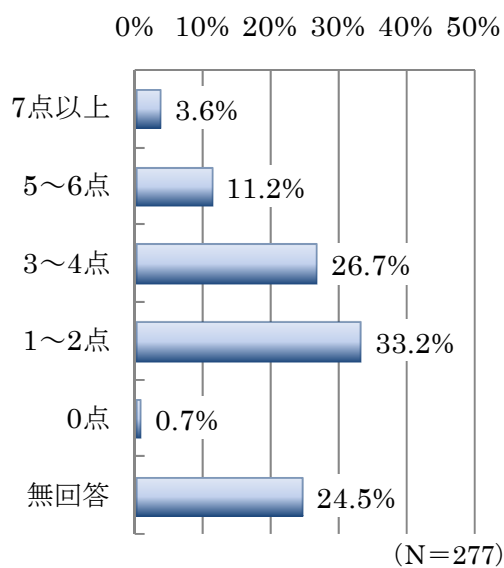
■ 5 : 1 以上の配置の病棟



■ 5 : 1 未満 7 : 1 以上の配置の病棟

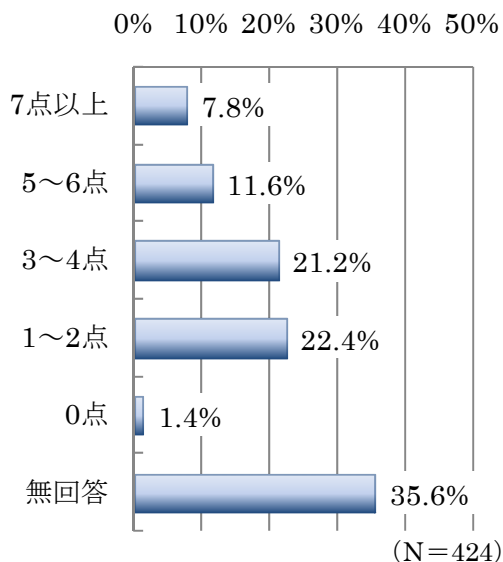


■ 7 : 1 未満 10 : 1 以上の配置の病棟

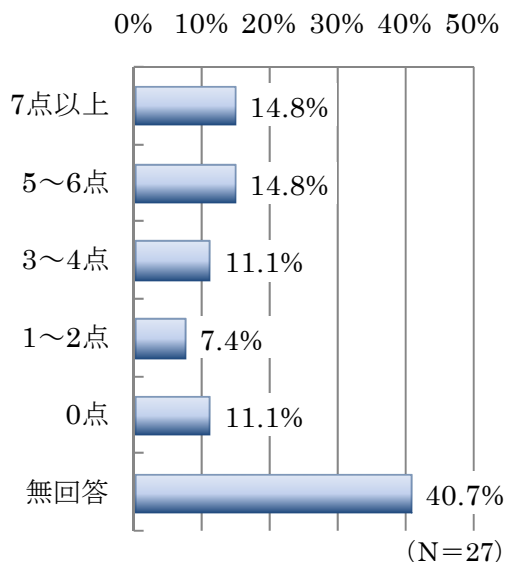


資料2-31 10対1入院基本料算定施設的一般病棟における
1病棟入院患者1人当たり平均B得点の分布

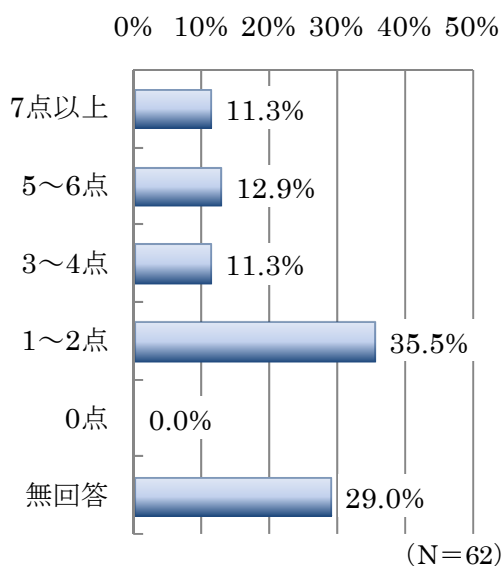
■ 全 体



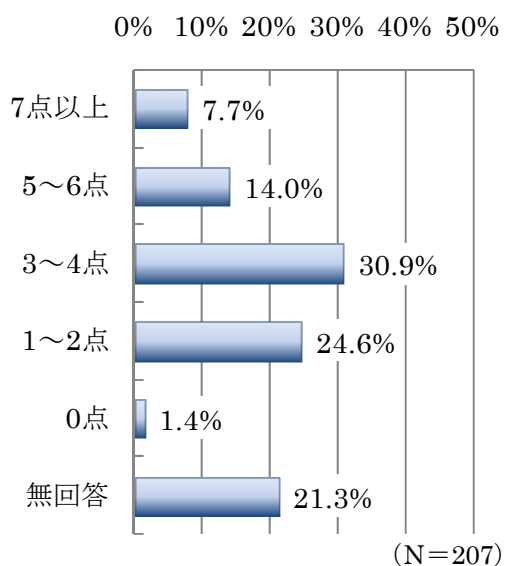
■ 5 : 1 以上の配置の病棟



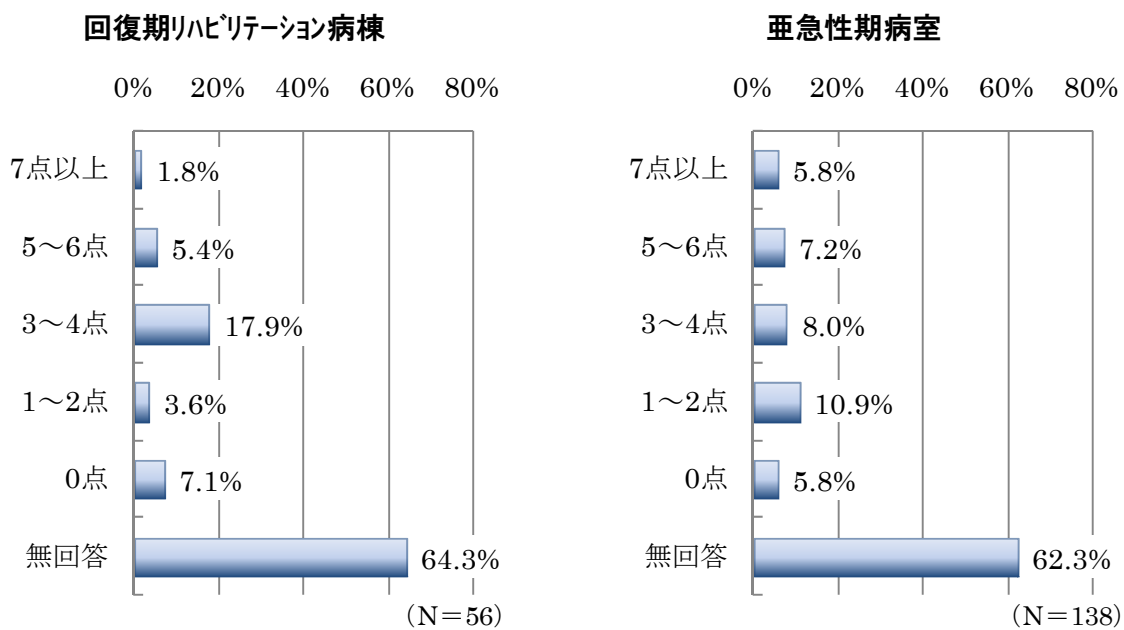
■ 5 : 1 未満 7 : 1 以上の配置の病棟



■ 7 : 1 未満 10 : 1 以上の配置の病棟



資料2-32 回復期リハビリテーション病棟・亜急性期病室における
1病棟入院患者1人当たり平均B得点の分布

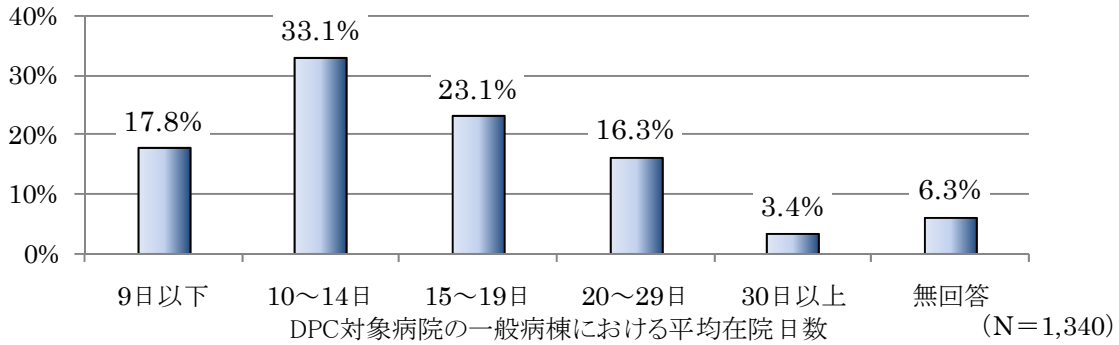


資料2-33 主な診療科別の一般病棟における入院患者1人当たり平均A得点・B得点

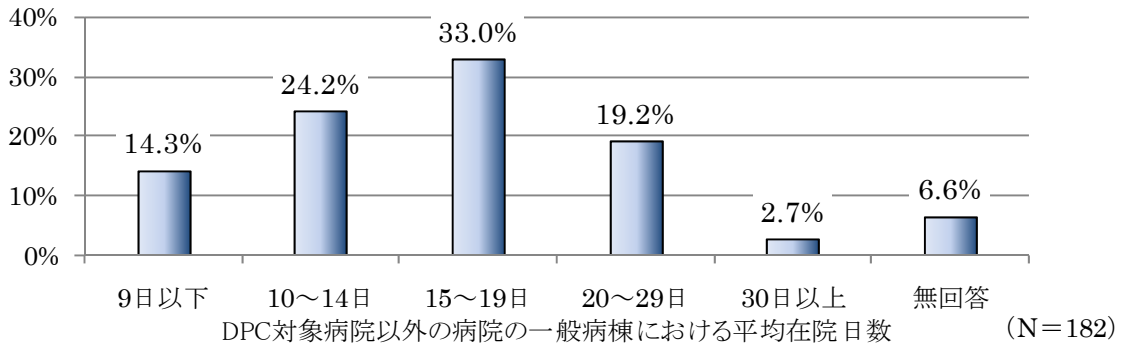
	平均 A得点	病棟数		平均 B得点	病棟数
全 体	1.11点	1035件	全 体	3.68点	1035件
こう門科	4.60点	1件	こう門科	9.90点	1件
気管食道科	2.17点	2件	脳神経外科	5.49点	133件
循環器科	1.56点	115件	神経内科	5.10点	67件
心臓血管外科	1.56点	52件	気管食道科	4.34点	2件
外科	1.43点	185件	整形外科	4.23点	164件
リウマチ科	1.39点	9件	リハビリテーション科	4.10点	9件
その他	1.31点	7件	内科	4.03点	265件
放射線科	1.31点	10件	循環器科	4.00点	115件
麻酔科	1.28点	3件	形成外科	3.86点	30件
内科	1.18点	265件	小児科	3.50点	55件
脳神経外科	1.15点	133件	その他	3.49点	7件
消化器科（胃腸科）	1.13点	121件	消化器科（胃腸科）	3.41点	121件
泌尿器科	1.12点	89件	呼吸器科	3.35点	74件
呼吸器外科	1.10点	29件	心臓血管外科	3.35点	52件
形成外科	1.08点	30件	外科	3.33点	185件
呼吸器科	1.08点	74件	泌尿器科	3.23点	89件
心療内科	1.06点	2件	眼科	3.21点	65件
小児外科	1.01点	14件	歯科口腔外科	3.16点	15件
皮膚科	1.00点	26件	心療内科	3.09点	2件
婦人科	0.99点	32件	リウマチ科	2.99点	9件
歯科口腔外科	0.99点	15件	皮膚科	2.95点	26件
神経内科	0.96点	67件	耳鼻いんこう科	2.81点	56件
耳鼻いんこう科	0.89点	56件	呼吸器外科	2.76点	29件
整形外科	0.87点	164件	精神科	2.61点	1件
眼科	0.84点	65件	麻酔科	2.59点	3件
小児科	0.80点	55件	婦人科	2.52点	32件
歯科	0.75点	3件	小児外科	2.39点	14件
産婦人科	0.70点	58件	産婦人科	2.32点	58件
産科	0.59点	25件	放射線科	2.16点	10件
リハビリテーション科	0.47点	9件	歯科	1.48点	3件
精神科	0.22点	1件	産科	1.45点	25件
神経科	-	0件	神経科	-	0件
アレルギー科	-	0件	アレルギー科	-	0件
美容外科	-	0件	美容外科	-	0件
性病科	-	0件	性病科	-	0件
矯正歯科	-	0件	矯正歯科	-	0件
小児歯科	-	0件	小児歯科	-	0件

5) 看護職員配置と平均在院日数の関係

資料2-34 平均在院日数別の病棟・病室の分布

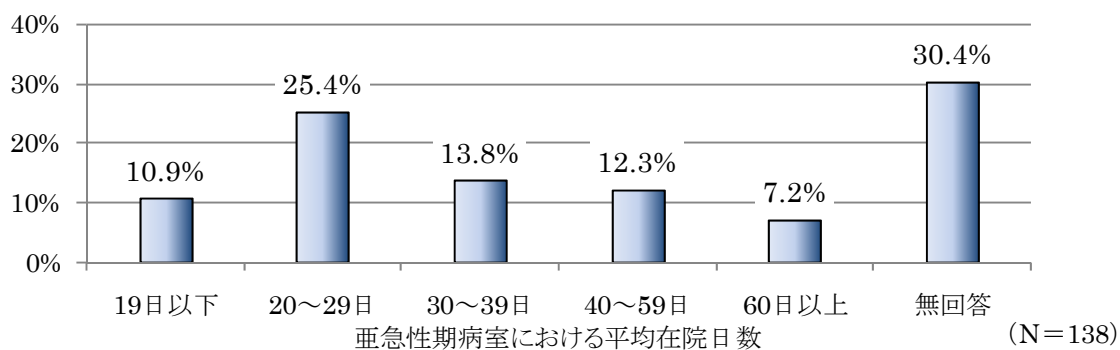


入院患者1人当たり平均 16.1日 ※有効回答1,256病棟で集計

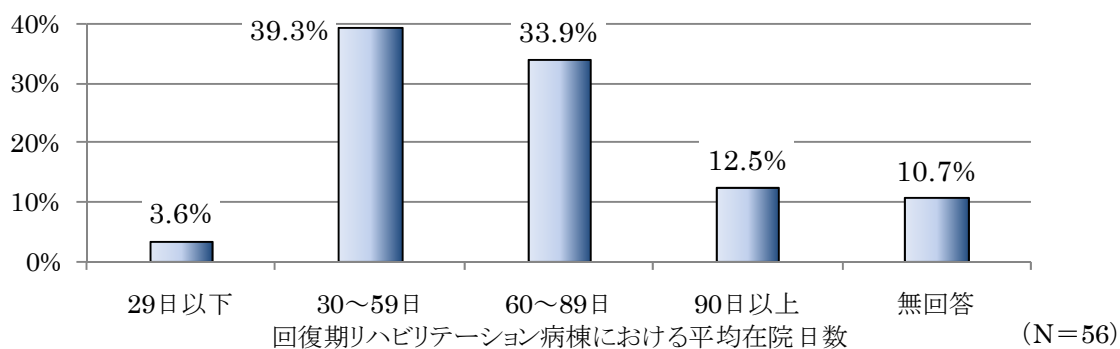


入院患者1人当たり平均 17.2日 ※有効回答170病棟で集計

資料2-35 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病棟・病室の分布

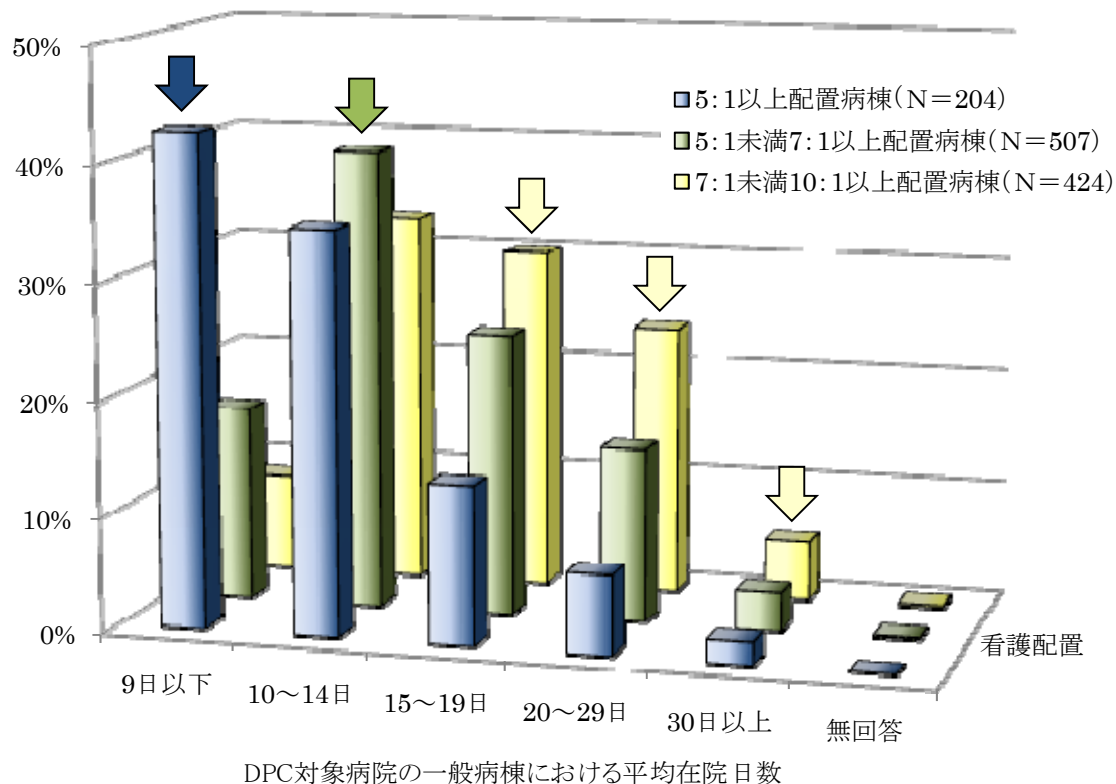


入院患者1人当たり平均 36.4日 ※有効回答96病棟で集計



入院患者1人当たり平均 67.5日 ※有効回答50病棟で集計

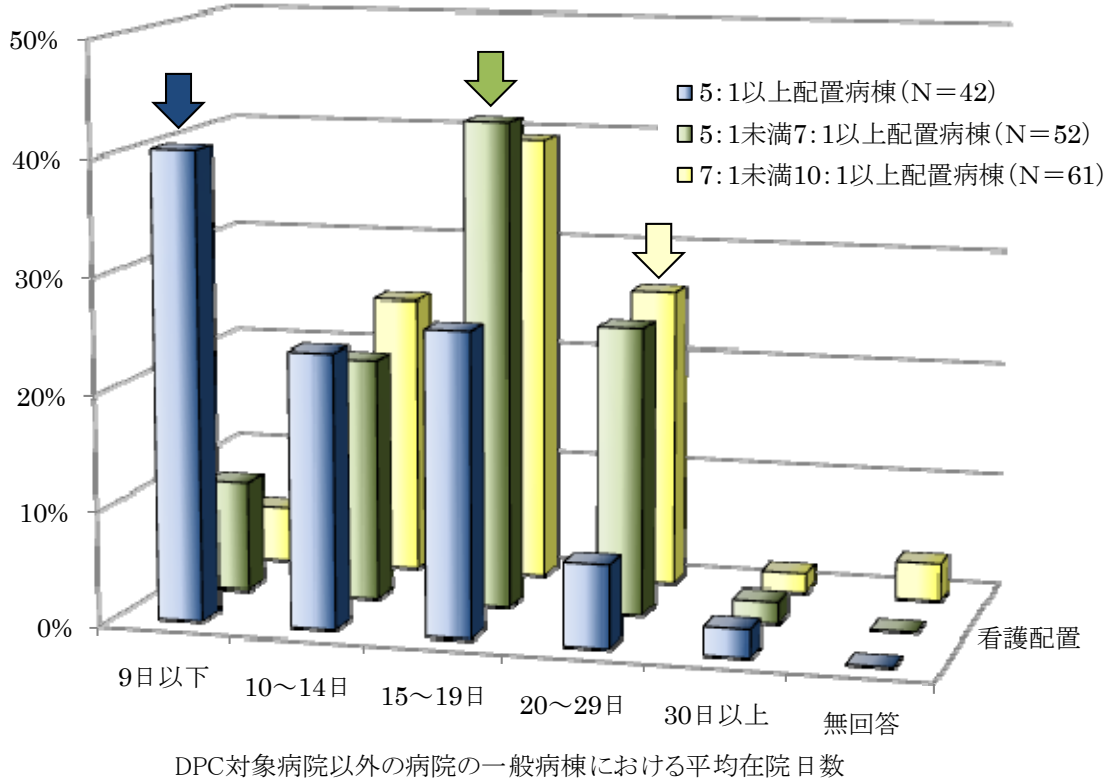
資料2-36 看護職員配置別・平均在院日数別の一般病棟の分布（DPC対象病院）



入院患者1人当たり平均在院日数

[5 : 1 以上 配 置 病 棟]	<u>平均 12.2日</u>	※有効回答204病棟で集計
[5 : 1 未 満 7 : 1 以 上 配 置 病 棟]	<u>平均 15.5日</u>	※有効回答506病棟で集計
[7 : 1 未 満 10 : 1 以 上 配 置 病 棟]	<u>平均 17.5日</u>	※有効回答423病棟で集計

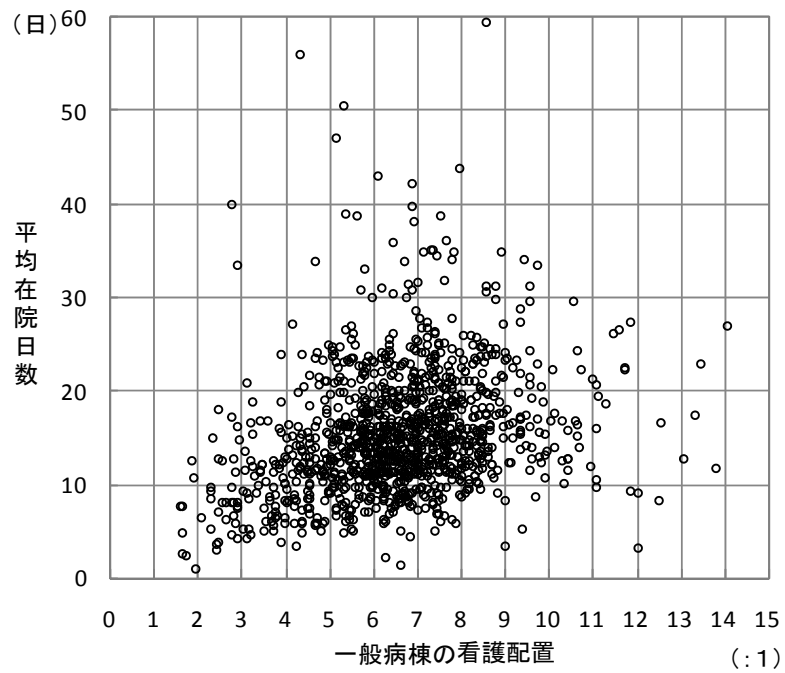
資料2-37 看護職員配置別・平均在院日数別の一般病棟の分布（DPC対象病院以外の病院）



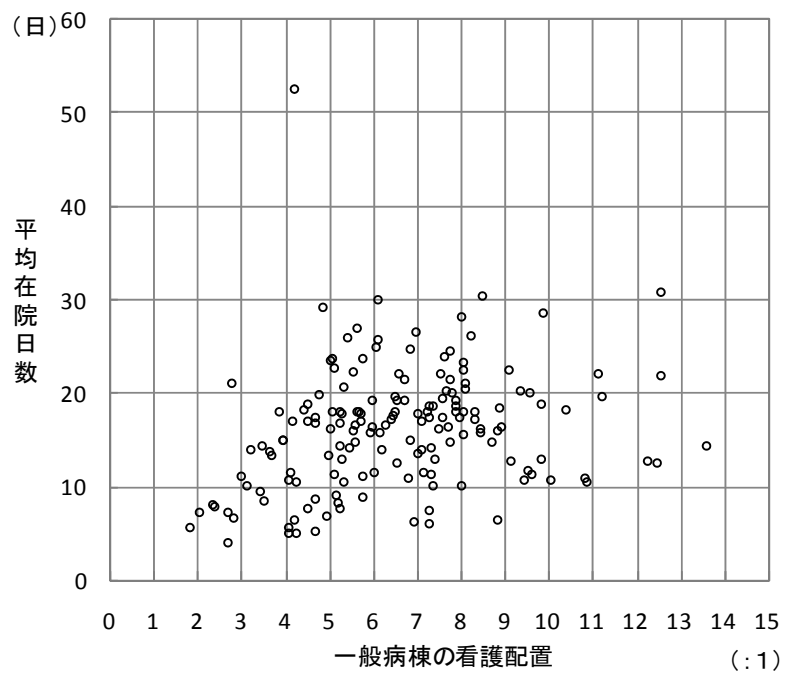
入院患者 1 人当たり平均在院日数

[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

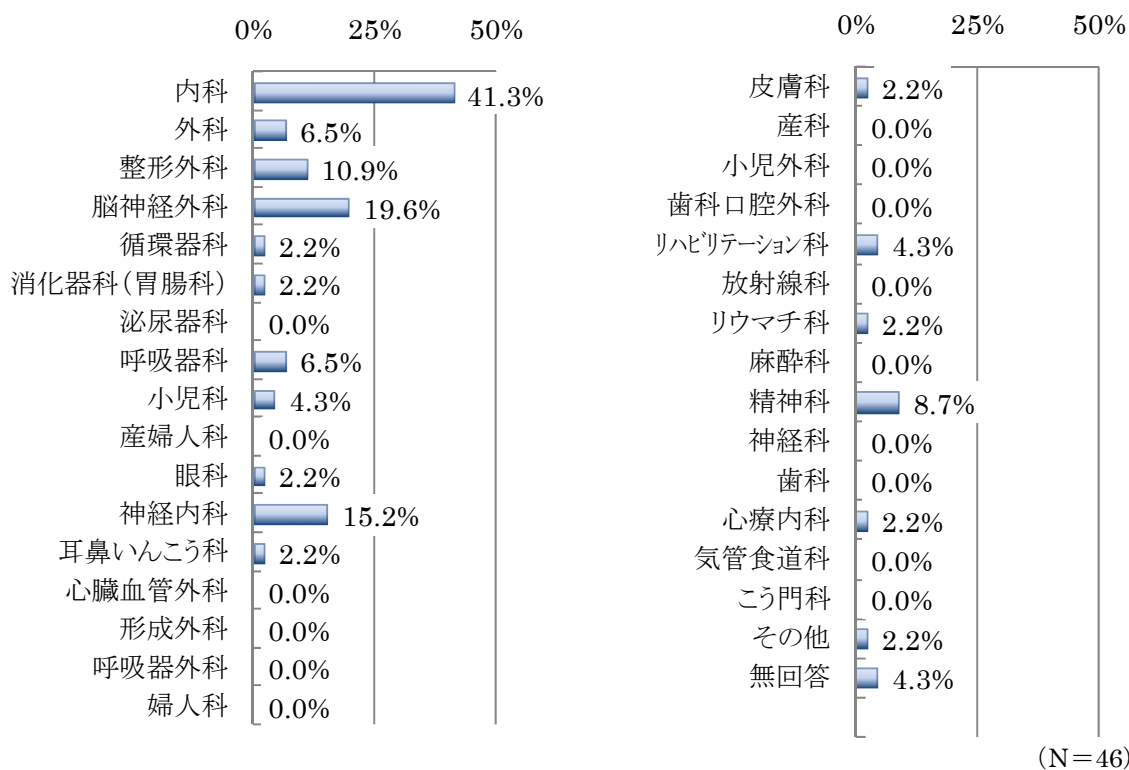
資料2-38 DPC対象病院における一般病棟の看護配置と平均在院日数の分布



資料2-39 DPC対象病院以外の病院における一般病棟の看護配置と平均在院日数の分布

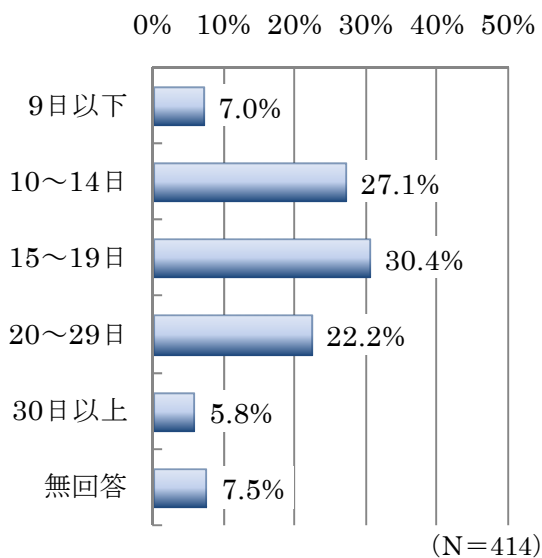


資料2-40 一般病棟の主な診療科 平均在院日数の外れ値における病棟
 (平均在院日数30.7日を超える病棟)
 【2つまで】

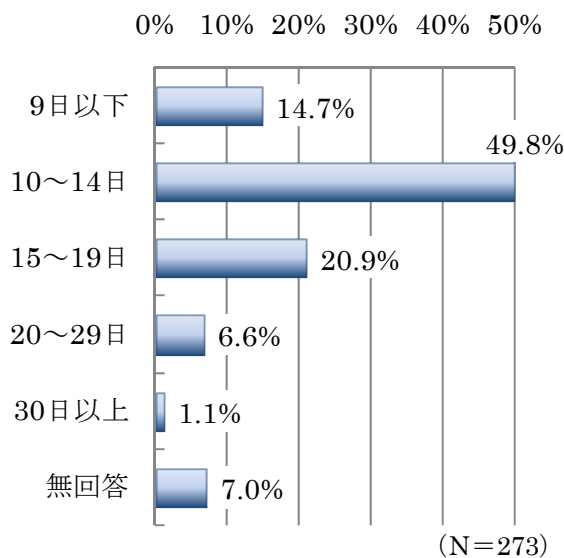


資料2-41 内科・外科の一般病棟における1病棟当たり平均在院日数の分布

■ 内科の病棟



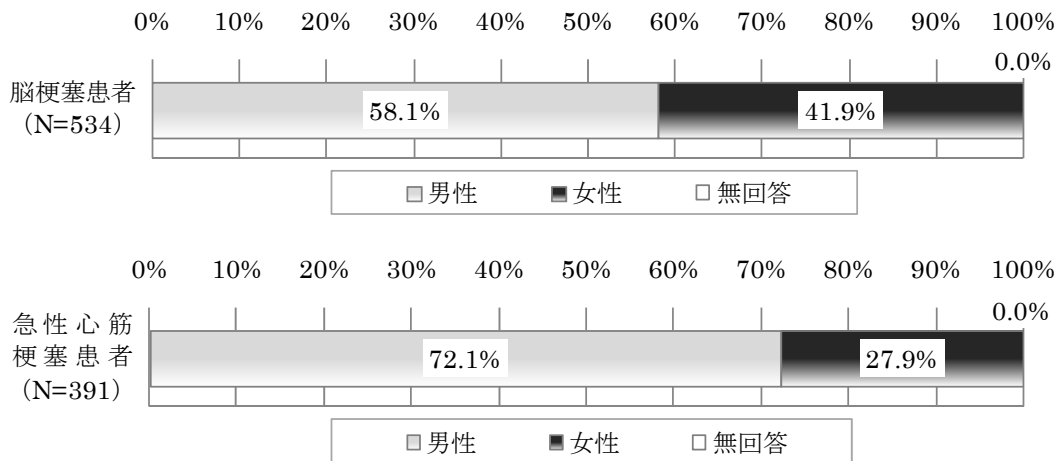
■ 外科の病棟



3. 退棟患者調査の結果概要

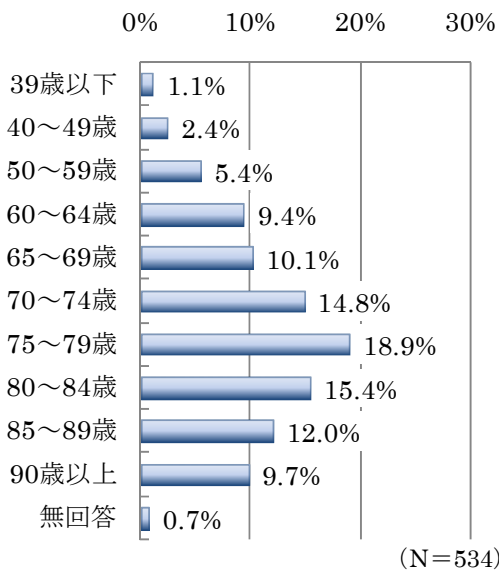
1) 急性期医療における脳梗塞患者および急性心筋梗塞患者の概要

資料3-1 患者の性別

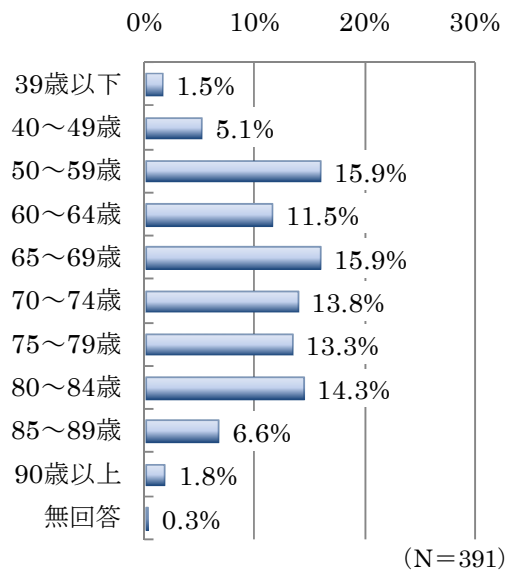


資料3-2 患者の年齢（平成22年10月1日時点）

■ 脳梗塞患者

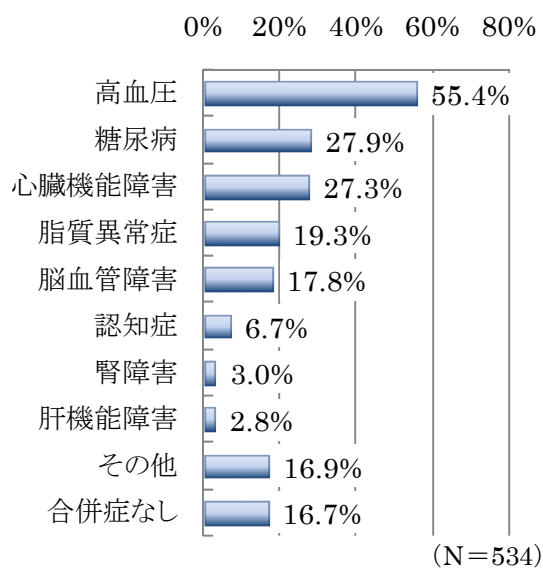


■ 急性心筋梗塞患者

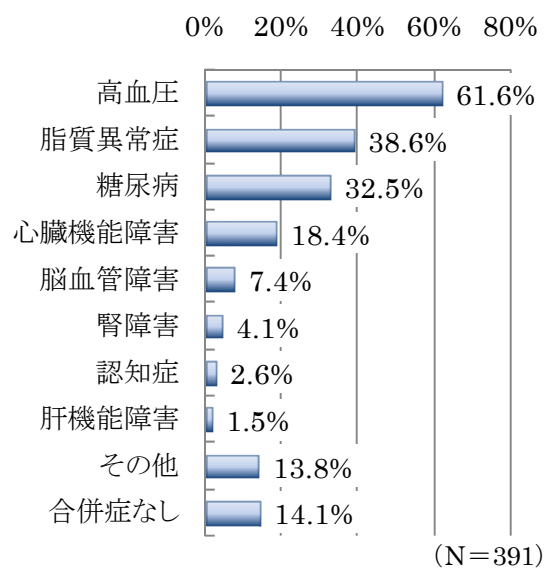


資料3-3 入院前の既往症・合併症

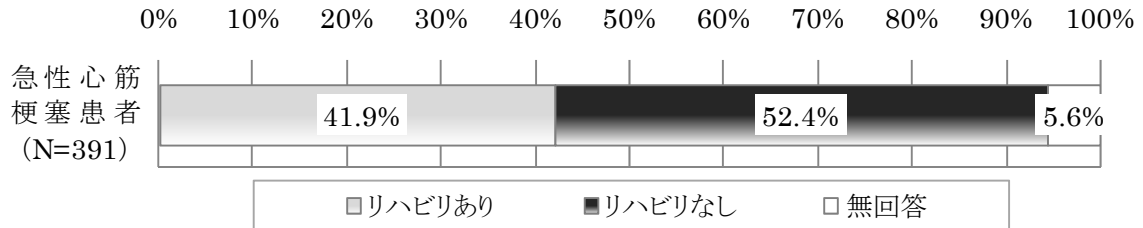
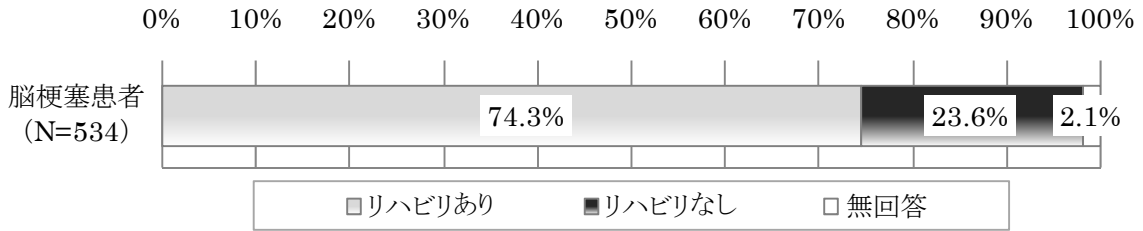
■ 脳梗塞患者



■ 急性心筋梗塞患者



資料3-4 リハビリの実施の有無



- 脳梗塞患者の患者1人当たり入院からリハビリまでの期間

... 平均 3.5 日 ※有効回答378人で集計

患者1人1週間当たり平均頻度

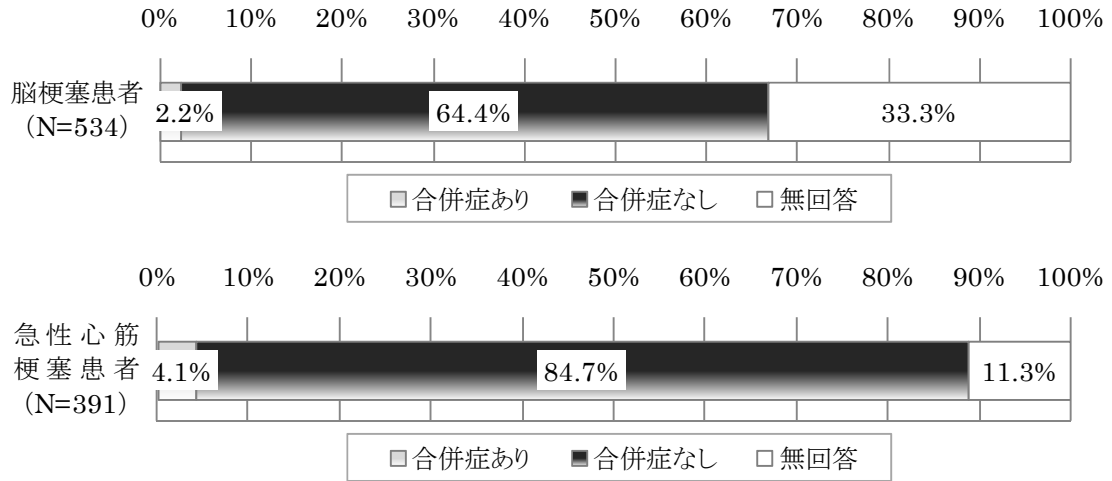
... 平均 週14.0 単位 ※有効回答366人で集計
- 急性心筋梗塞患者の患者1人当たり入院からリハビリまでの期間

... 平均 4.9 日 ※有効回答163人で集計

患者1人1週間当たり平均頻度

... 平均 週 8.2 単位 ※有効回答112人で集計

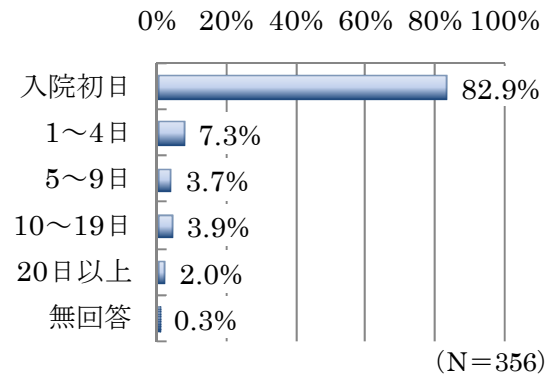
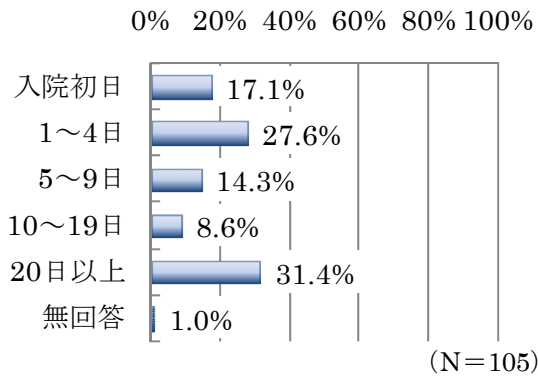
資料3-5 手術・検査後の合併症の有無



資料3-6 手術を受けた患者の入院から手術までの期間

■ 脳梗塞患者

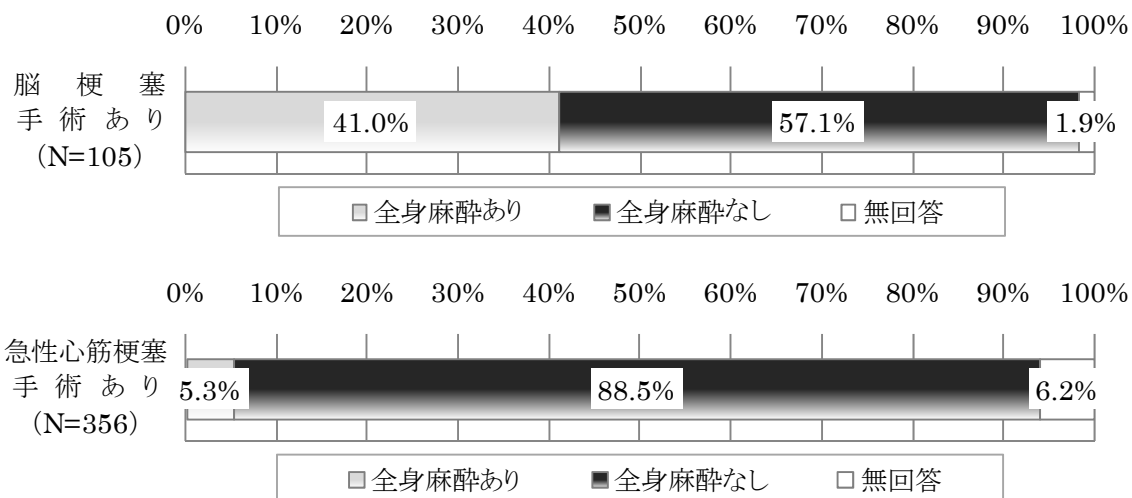
■ 急性心筋梗塞患者



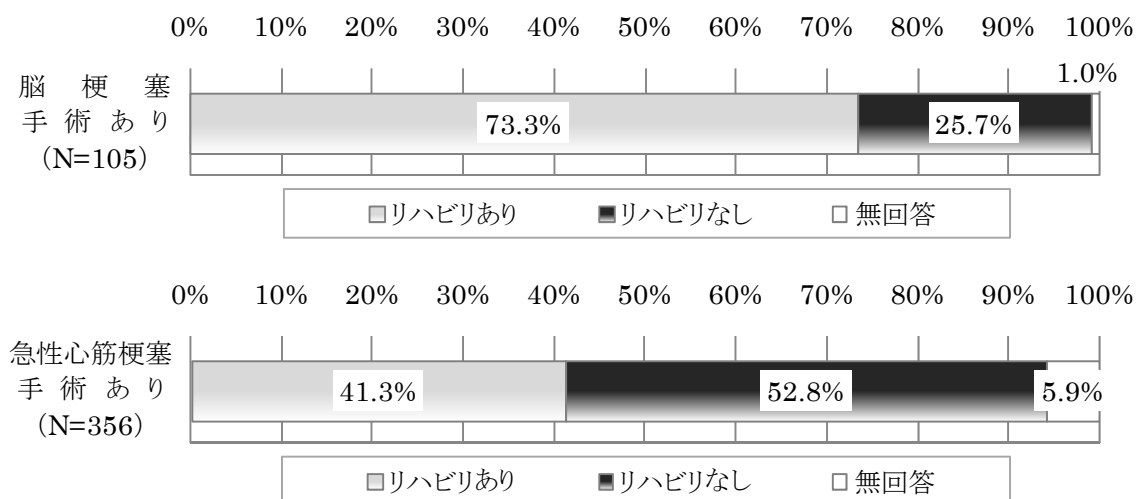
■ 脳梗塞患者の患者1人当たり入院から手術までの期間
 ... 平均 16.1 日 ※有効回答104人で集計

■ 急性心筋梗塞患者の患者1人当たり入院から手術までの期間
 ... 平均 1.5 日 ※有効回答355人で集計

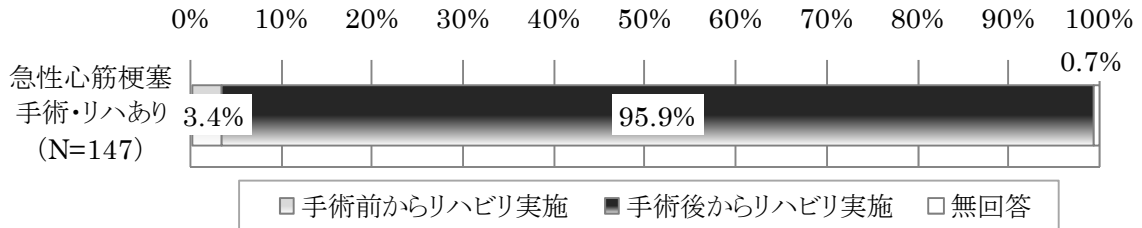
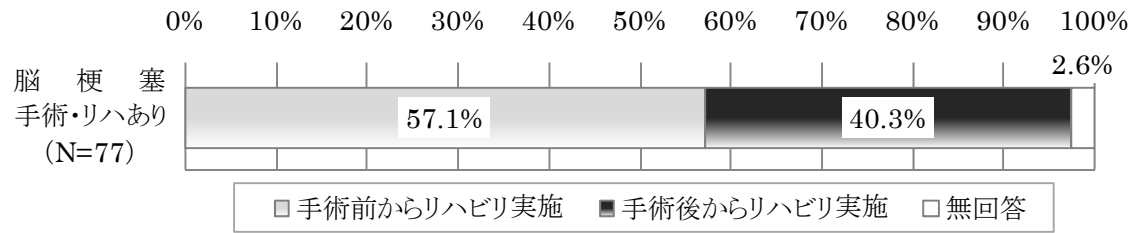
資料3-7 手術を受けた患者の全身麻酔（静脈麻酔を除く）の有無



資料3-8 手術を受けた患者のリハビリの実施の有無



資料3-9 手術を受けた患者におけるリハビリの開始時期の状況



- 手術を受けた脳梗塞患者の患者1人当たり入院からリハビリまでの期間
 - … 平均 5.8 日 ※有効回答 75人で集計
 - 患者1人1週間当たり平均頻度
 - … 平均 週11.2 単位 ※有効回答 72人で集計

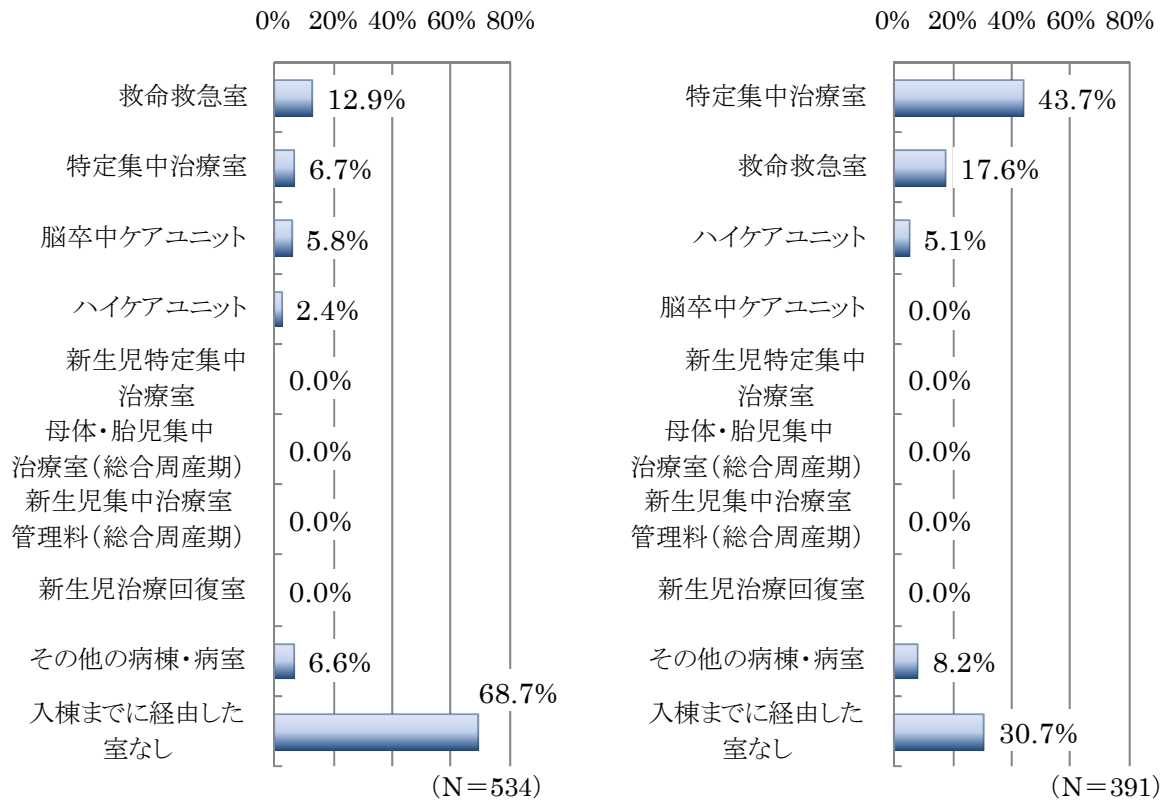
- 手術を受けた急性心筋梗塞患者の患者1人当たり入院から手術までの期間
 - … 平均 4.7 日 ※有効回答146人で集計
 - 患者1人1週間当たり平均頻度
 - … 平均 週 7.4 単位 ※有効回答100人で集計

2) 一般病棟への入棟までの患者の経過

資料3-10 一般病棟への入棟までに患者が経過した室

■ 脳梗塞患者

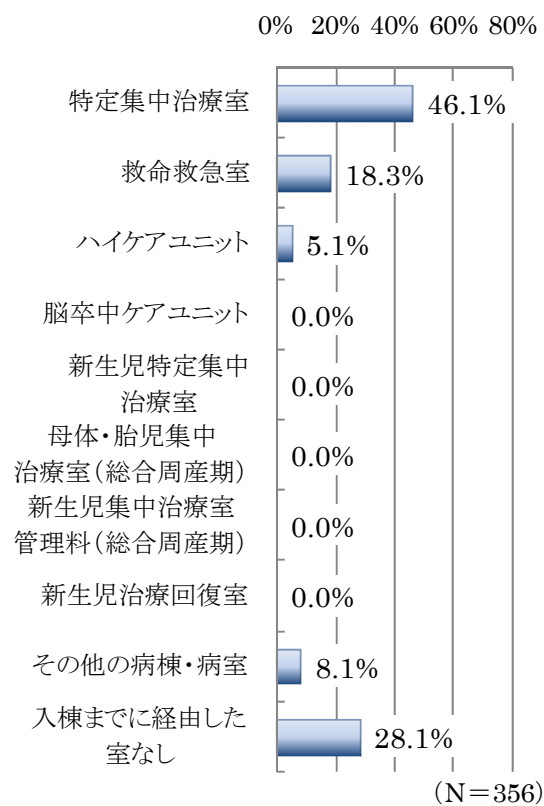
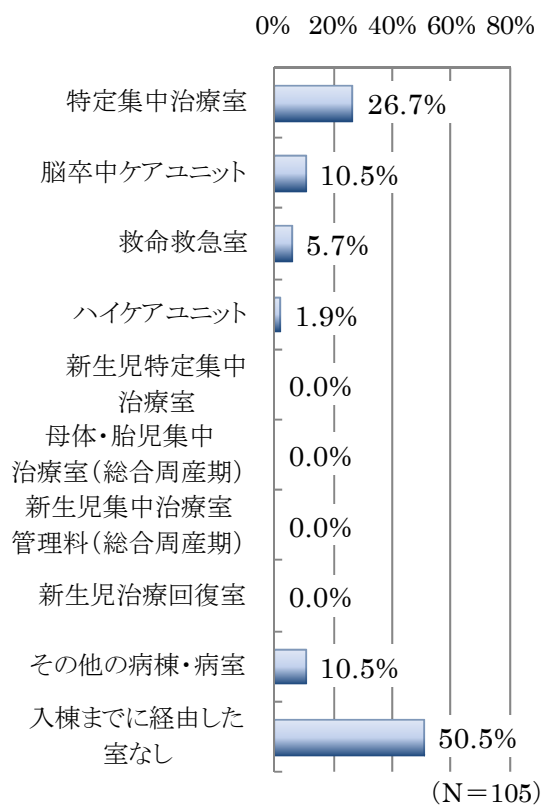
■ 急性心筋梗塞患者



資料3-11 手術を受けた患者の一般病棟への入棟までに患者が経由した室

■ 脳梗塞患者（手術を受けた患者）

■ 急性心筋梗塞患者（手術を受けた患者）



3) 一般病棟における患者の経過

資料3-12 患者1人当たり一般病棟における患者の経過

	脳 梗 塞 患 者		急性心筋梗塞患者	
	全 体	手術を受けた患者	全 体	手術を受けた患者
入院から一般病棟への入棟までにかかる日数	3.5日目	6.0日目	2.5日目	2.4日目
入棟から入棟後の最も重症な時点 ^{注1} までにかかる日数	3.5日目	6.7日目	1.3日目	0.9日目
入棟後の最も重症な時点から退棟までにかかる日数	22.5日目	25.9日目	12.7日目	13.0日目
入院から一般病棟からの退棟までにかかる日数	29.5日目	38.6日目	16.5日目	16.4日目
うち、一般病棟への入棟から退棟までにかかる日数	26.0日目	32.6日目	14.0日目	14.0日目

脳梗塞患者は有効回答402人（手術を受けた患者は75人）、急性心筋梗塞患者は有効回答276人（手術を受けた患者は246人）で集計

資料3-13 患者1人当たり一般病棟における通算在院日数・待機日数

	脳 梗 塞 患 者		急性心筋梗塞患者	
	全 体	手術を受けた患者	全 体	手術を受けた患者
一般病棟での通算在院日数	27.3日	35.9日	15.6日	15.5日
うち、転棟・転院・退院までの待機日数	2.9日	3.0日	1.6日	1.7日

脳梗塞患者は有効回答381人（手術を受けた患者は72人）、急性心筋梗塞患者は有効回答257人（手術を受けた患者は229人）で集計

注1 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」に基づき、「A モニタリング及び処置等の状況」「B 患者の状況等」の合計点数が最も高かった時点の状況。

資料3-14 患者1人当たり一般病棟における患者の状態像（A得点・B得点）の変化

	脳 梗 塞 患 者		急性心筋梗塞患者	
	全 体	手術を受けた患者	全 体	手術を受けた患者
《入棟後の最も重症な時点》				
A モニタリング及び処置等の得点	1.6点	3.4点	3.6点	3.6点
B 患者の状況等の得点	6.4点	9.5点	5.5点	5.2点
《一般病棟からの退棟時点》				
A モニタリング及び処置等の得点	0.2点	0.4点	0.7点	0.6点
B 患者の状況等の得点	4.1点	4.7点	1.3点	0.8点

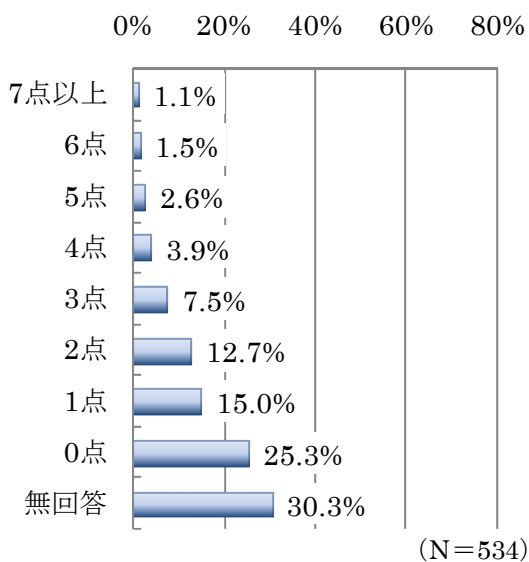
脳梗塞患者は有効回答372人（手術を受けた患者は66人）、急性心筋梗塞患者は有効回答259人（手術を受けた患者は232人）で集計

資料3-15 一般病棟における患者の状態像の変化の分布（脳梗塞患者）

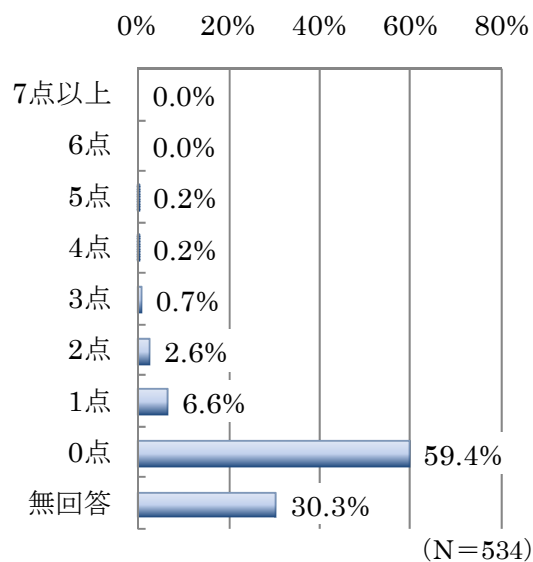
■ 脳梗塞患者

≪A モニタリング及び処置等の得点≫

[入棟後の最も重症な時点]

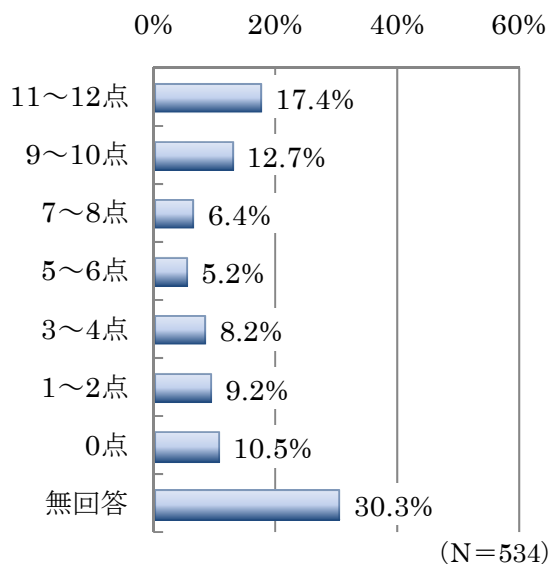


[一般病棟からの退棟時点]

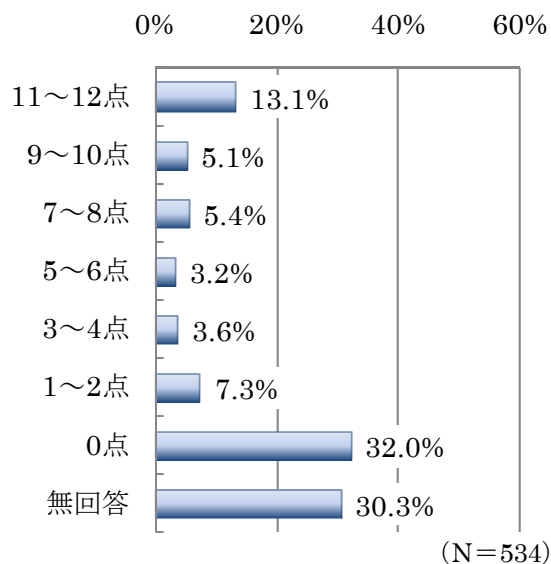


≪B 患者の状況等の得点≫

[入棟後の最も重症な時点]



[一般病棟からの退棟時点]

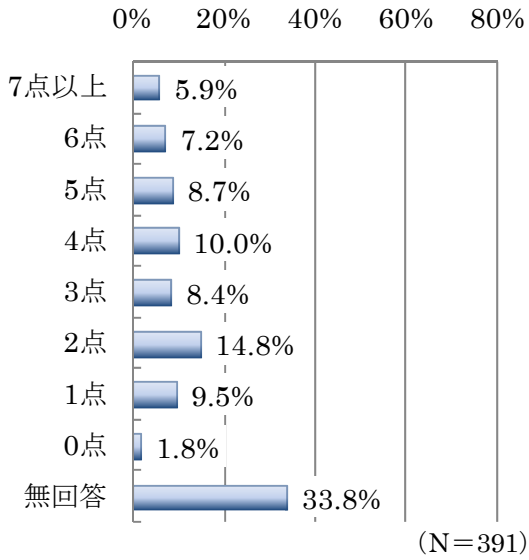


資料3-16 一般病棟における患者の状態像の変化の分布（急性心筋梗塞患者）

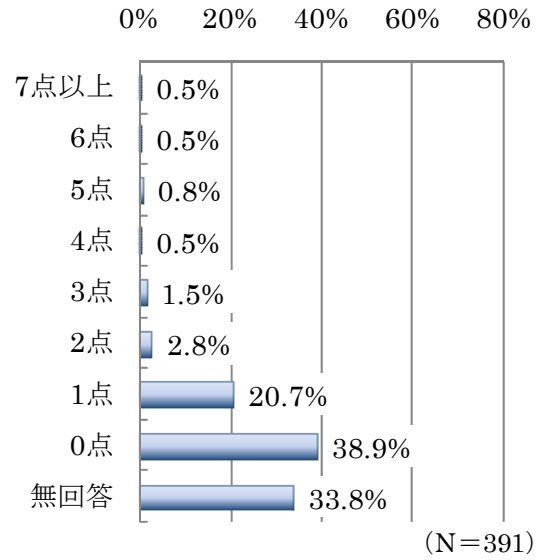
■ 急性心筋梗塞患者

≪A モニタリング及び処置等の得点≫

[入棟後の最も重症な時点]

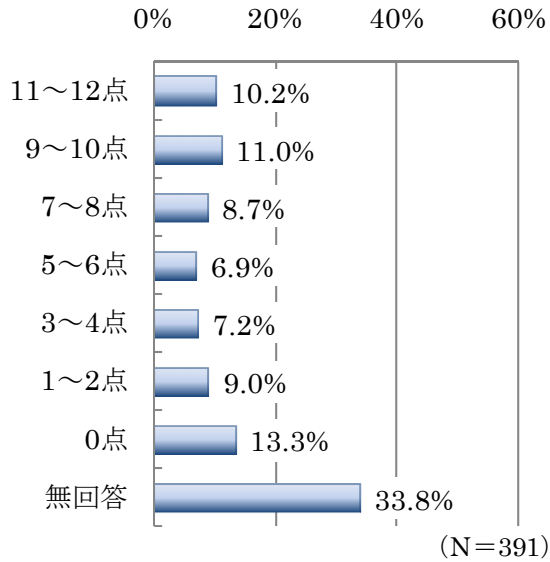


[一般病棟からの退棟時点]

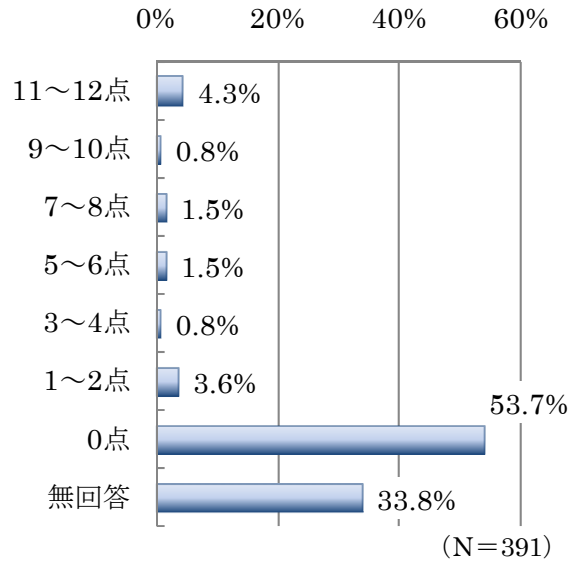


≪B 患者の状況等の得点≫

[入棟後の最も重症な時点]

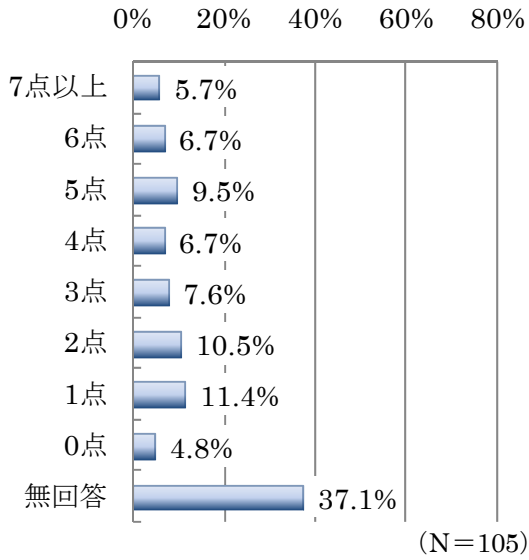


[一般病棟からの退棟時点]

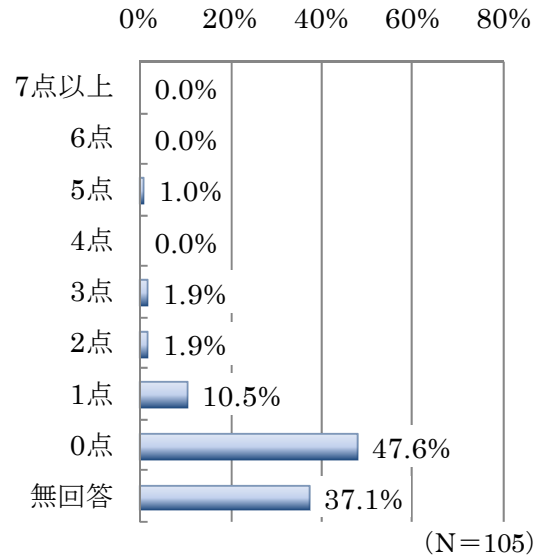


資料3-17 一般病棟における患者の状態像の変化の分布（手術を受けた脳梗塞患者）

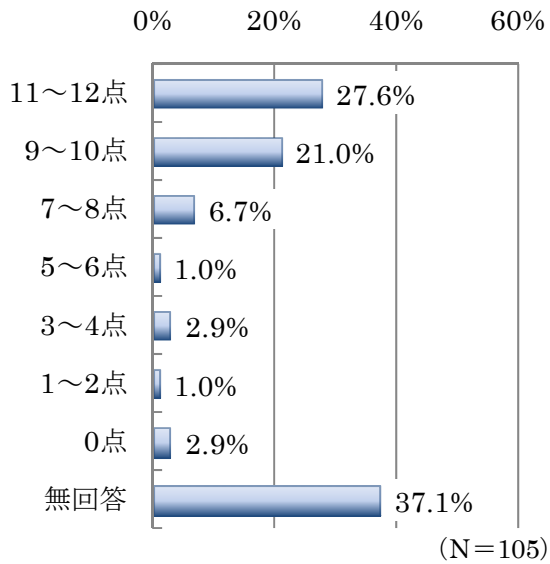
■ 手術を受けた脳梗塞患者
 <<A モニタリング及び処置等の得点>>
 [入棟後の最も重症な時点]



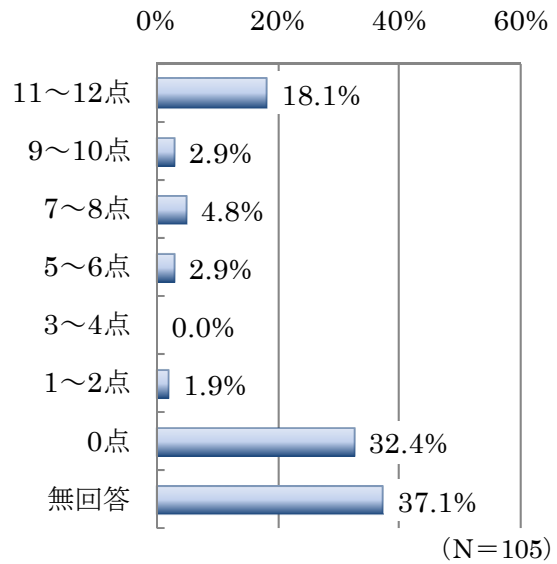
[一般病棟からの退棟時点]



<<B 患者の状況等の得点>>
 [入棟後の最も重症な時点]

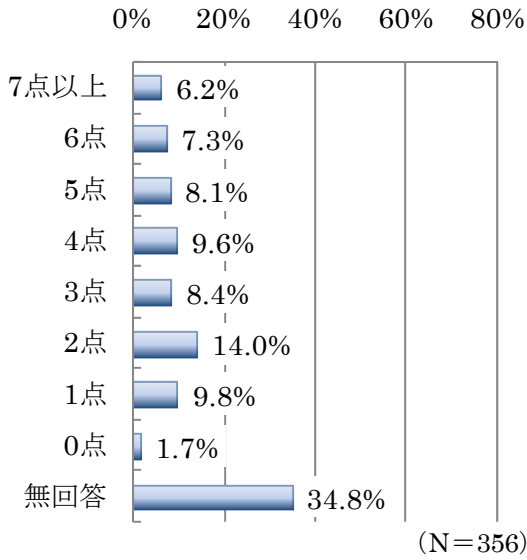


[一般病棟からの退棟時点]

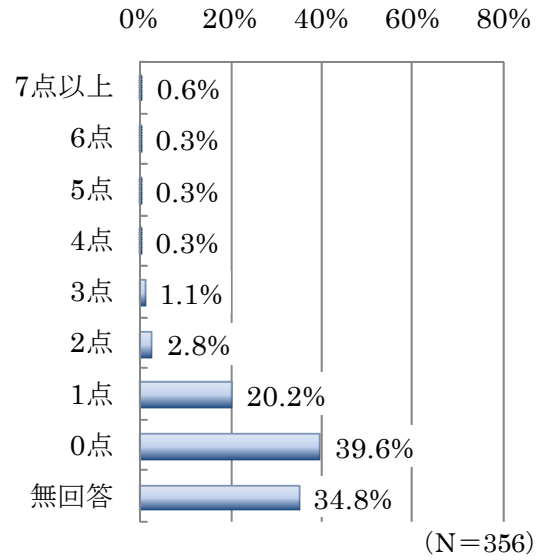


資料3-18 一般病棟における患者の状態像の変化の分布
(手術を受けた急性心筋梗塞患者)

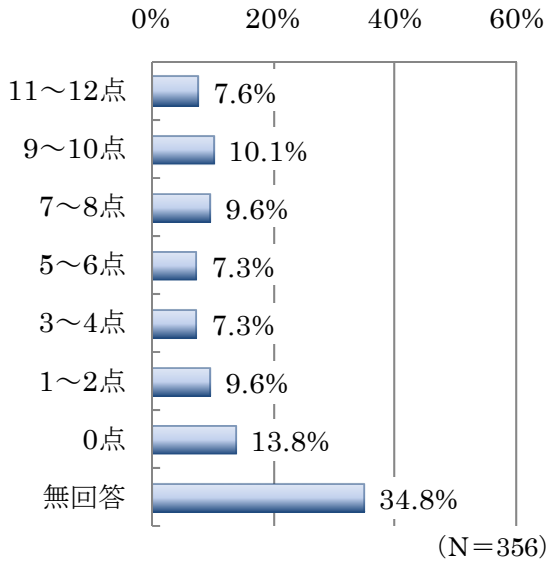
■ 手術を受けた急性心筋梗塞患者
 ≪A モニタリング及び処置等の得点≫
 [入棟後の最も重症な時点]



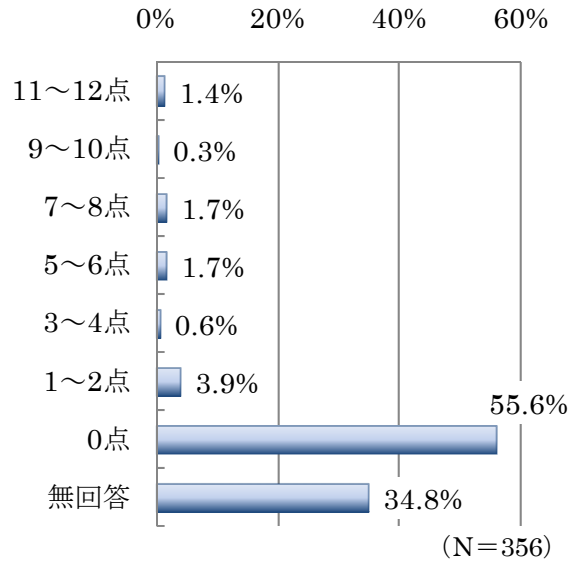
[一般病棟からの退棟時点]



≪B 患者の状況等の得点≫
 [入棟後の最も重症な時点]



[一般病棟からの退棟時点]

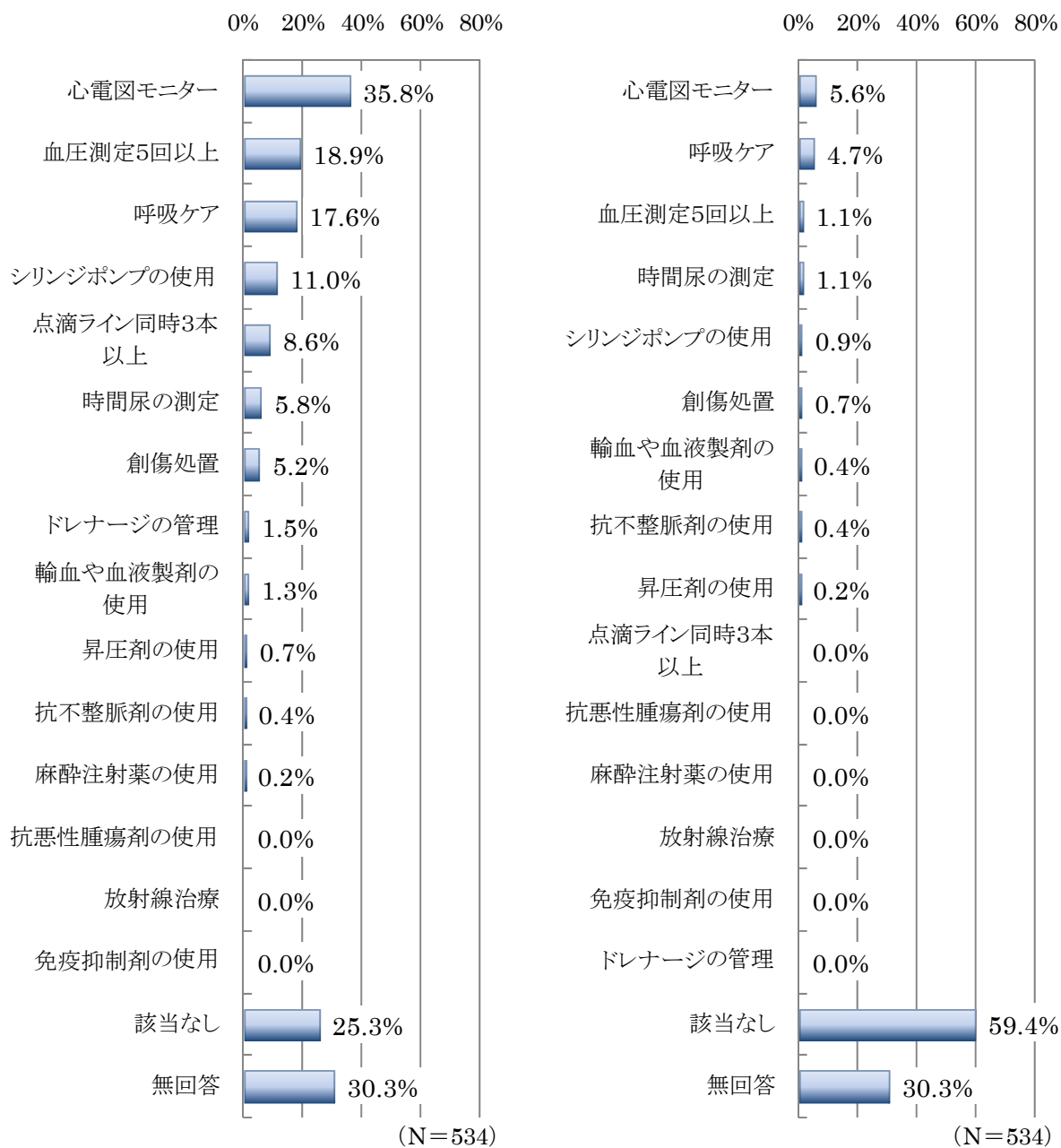


資料3-19 一般病棟における患者のモニタリング及び処置等の状態の変化
(脳梗塞患者)

■ 脳梗塞患者

[入棟後の最も重症な時点]

[一般病棟からの退棟時点]

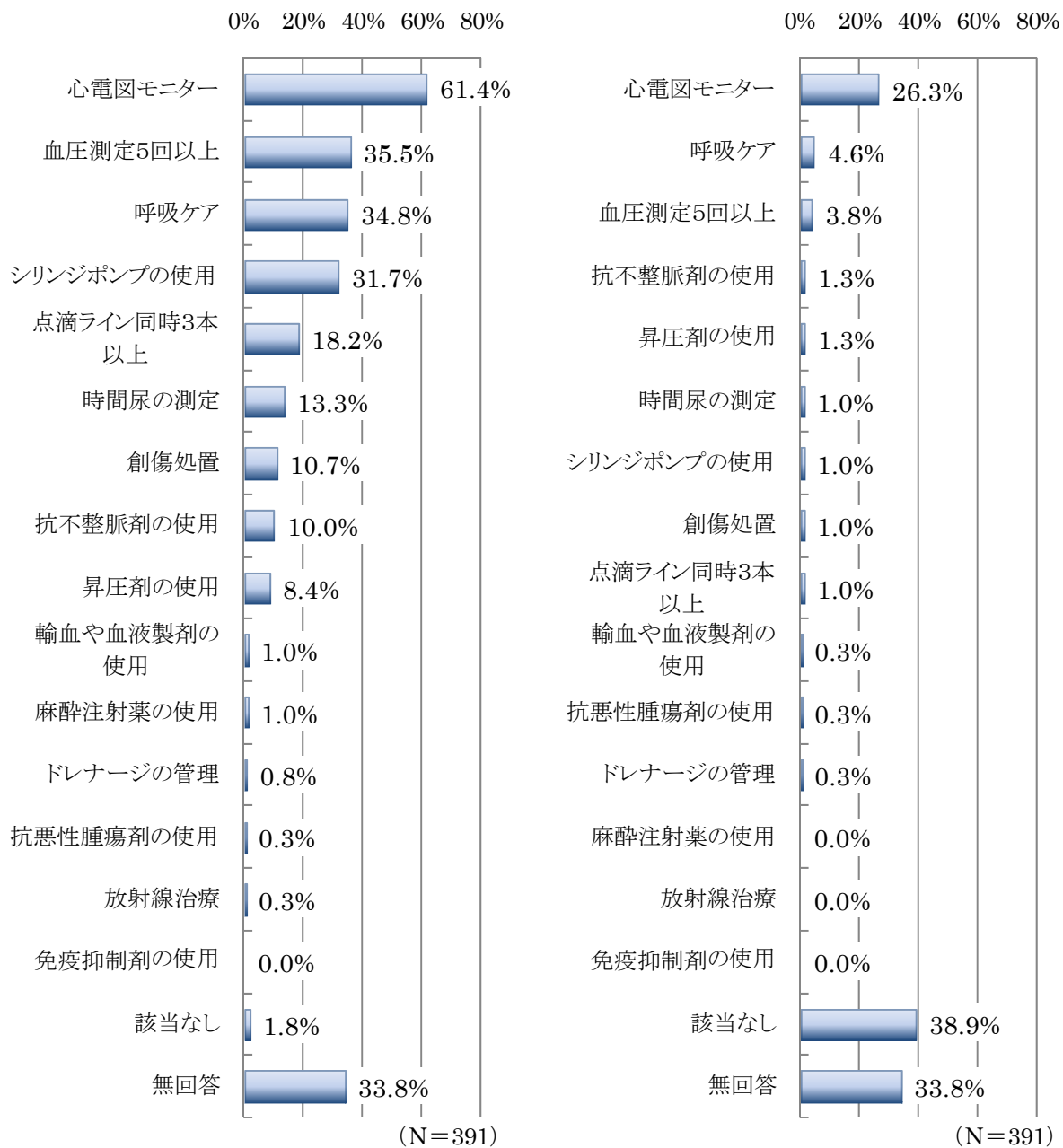


資料3-20 一般病棟における患者のモニタリング及び処置等の状態の変化
(急性心筋梗塞患者)

■ 急性心筋梗塞患者

[入棟後の最も重症な時点]

[一般病棟からの退棟時点]

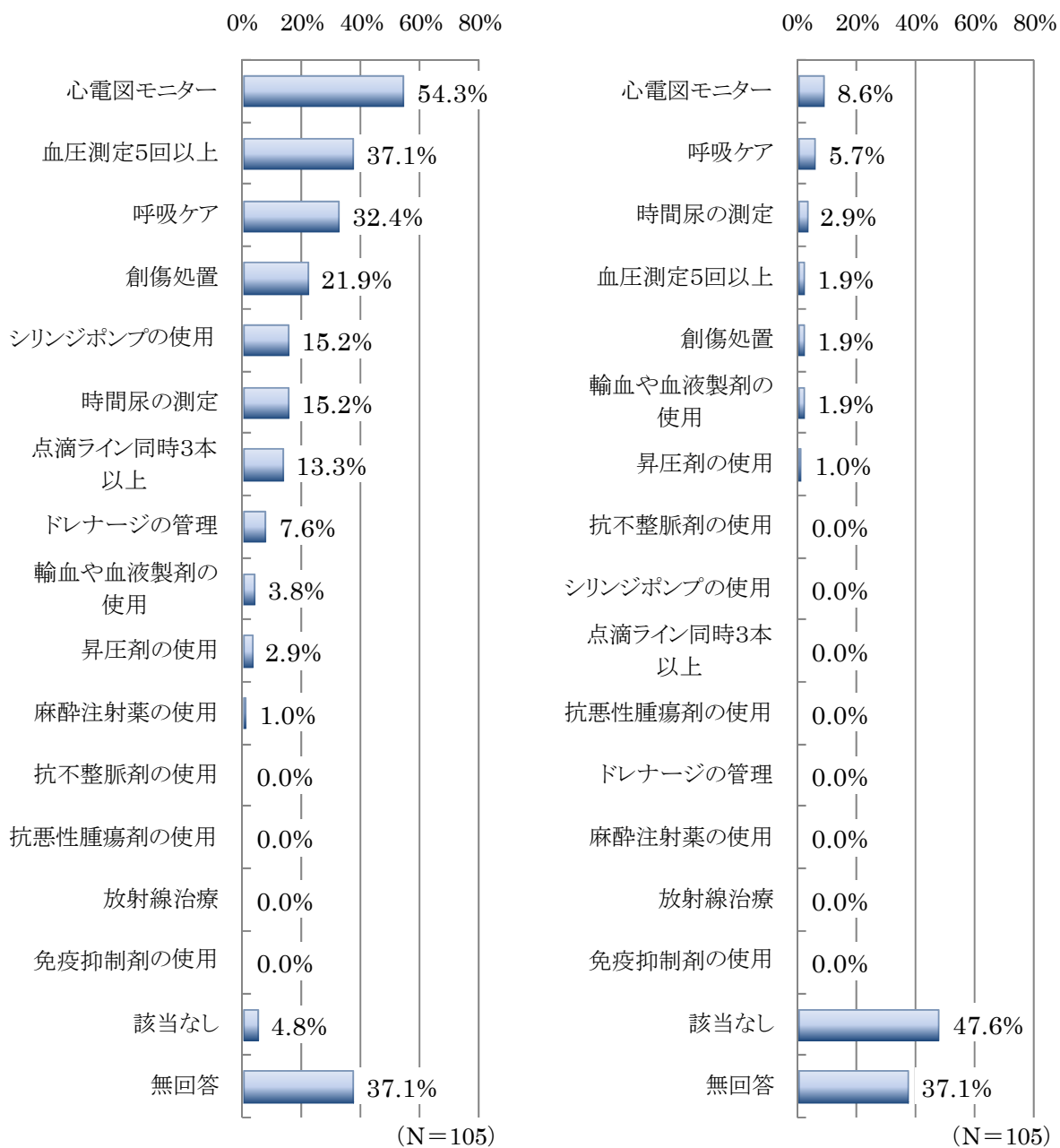


資料3-21 一般病棟における患者のモニタリング及び処置等の状態の変化
(手術を受けた脳梗塞患者)

■ 手術を受けた脳梗塞患者

[入棟後の最も重症な時点]

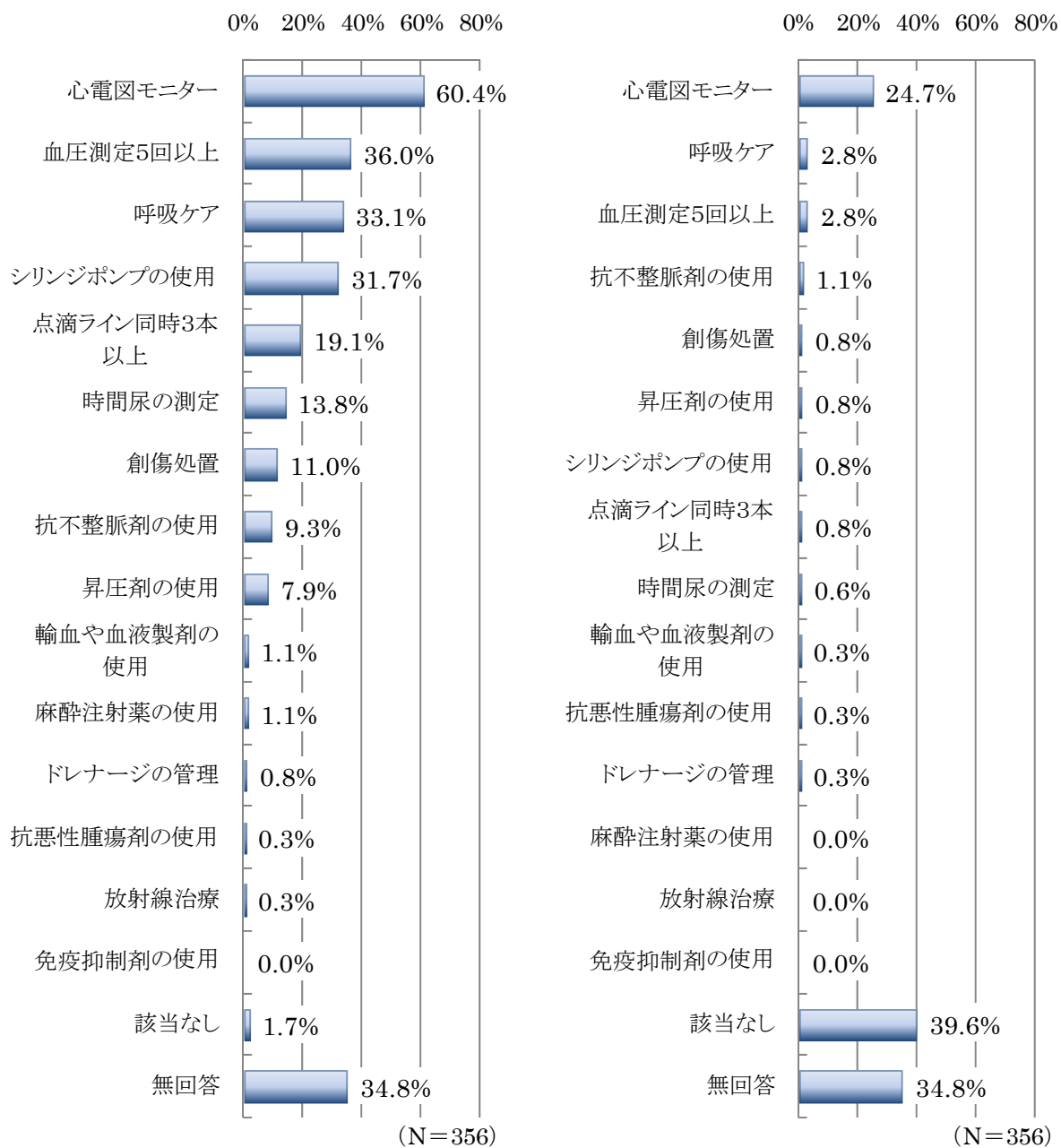
[一般病棟からの退棟時点]



資料3-22 一般病棟における患者のモニタリング及び処置等の状態の変化
(手術を受けた急性心筋梗塞患者)

■ 手術を受けた急性心筋梗塞患者
[入棟後の最も重症な時点]

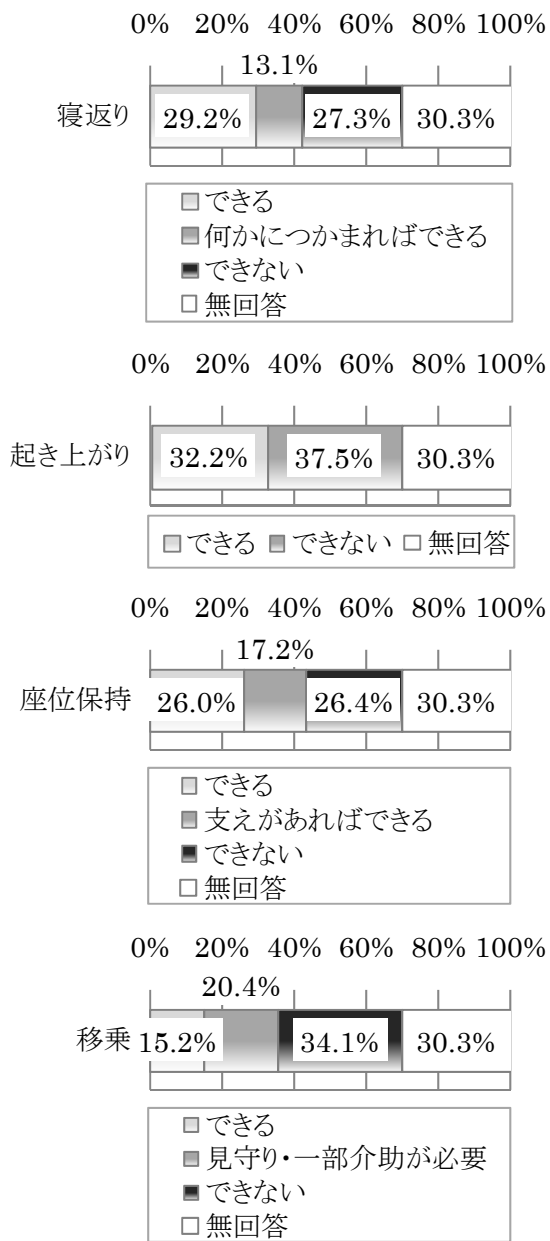
[一般病棟からの退棟時点]



資料3-23 一般病棟における患者の状況等の変化（脳卒中患者）

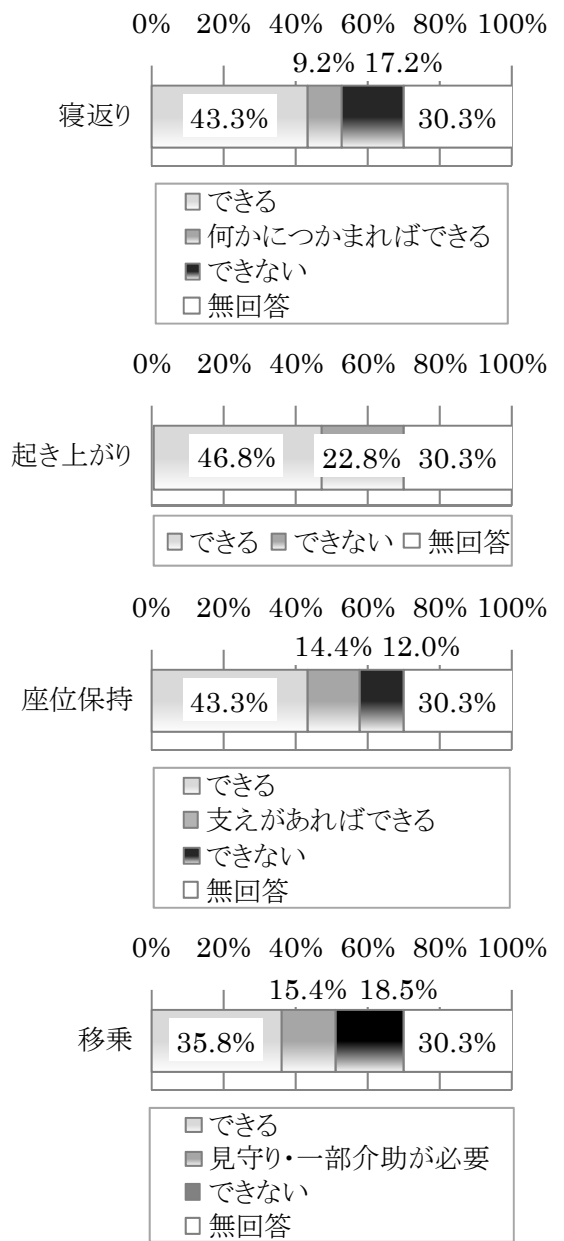
■ 脳梗塞患者

【入棟後の最も重症な時点】



(N=534)

【一般病棟からの退棟時点】

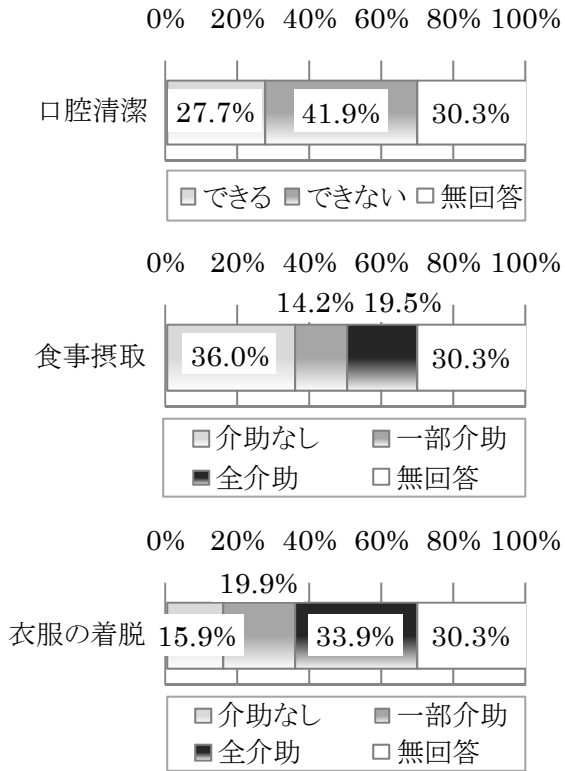


(N=534)

資料3-24 一般病棟における患者の状況等の変化（脳卒中患者・つづき）

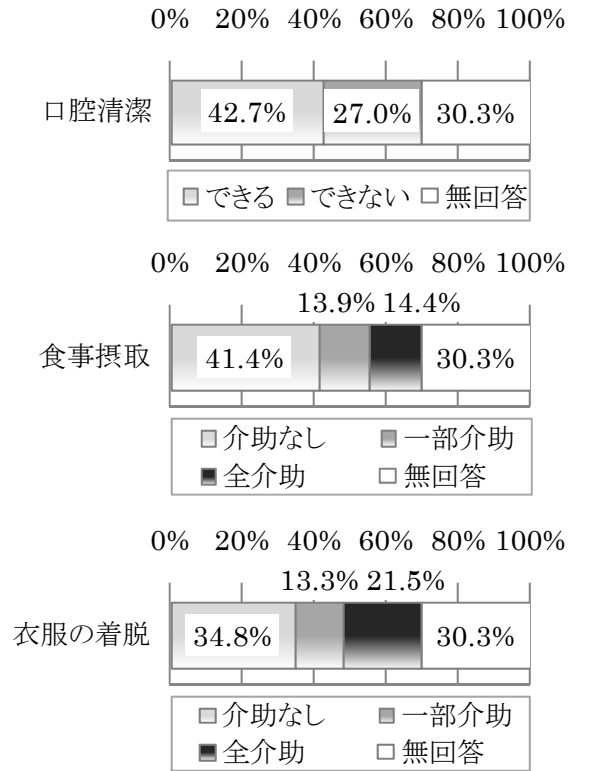
■ 脳梗塞患者

【入棟後の最も重症な時点】



(N=534)

【一般病棟からの退棟時点】

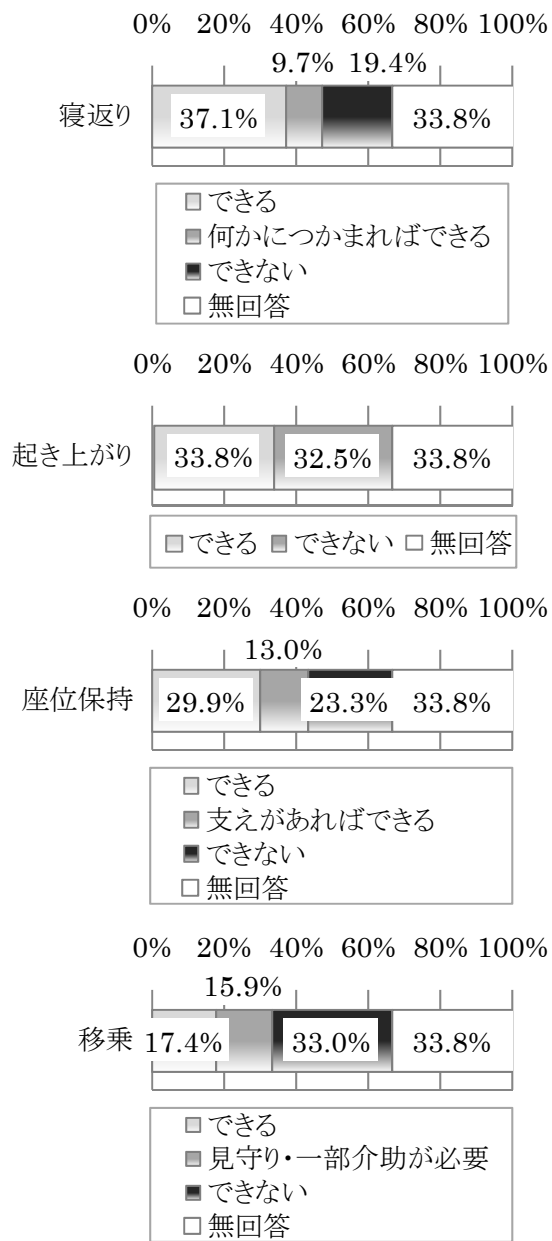


(N=534)

資料3-25 一般病棟における患者の状況等の変化（急性心筋梗塞患者）

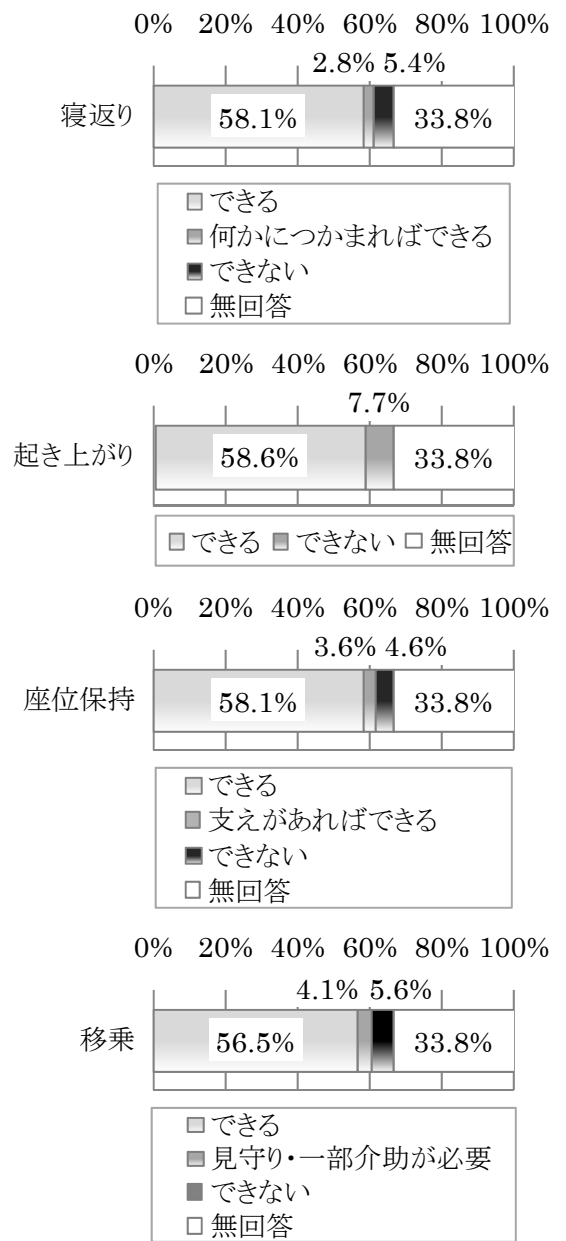
■ 急性心筋梗塞患者

【入棟後の最も重症な時点】



(N=391)

【一般病棟からの退棟時点】

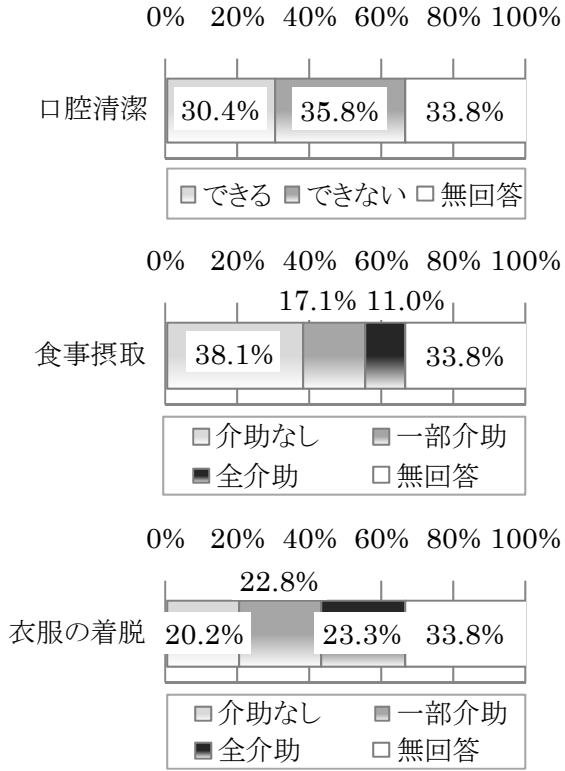


(N=391)

資料3-26 一般病棟における患者の状況等の変化（急性心筋梗塞患者・つづき）

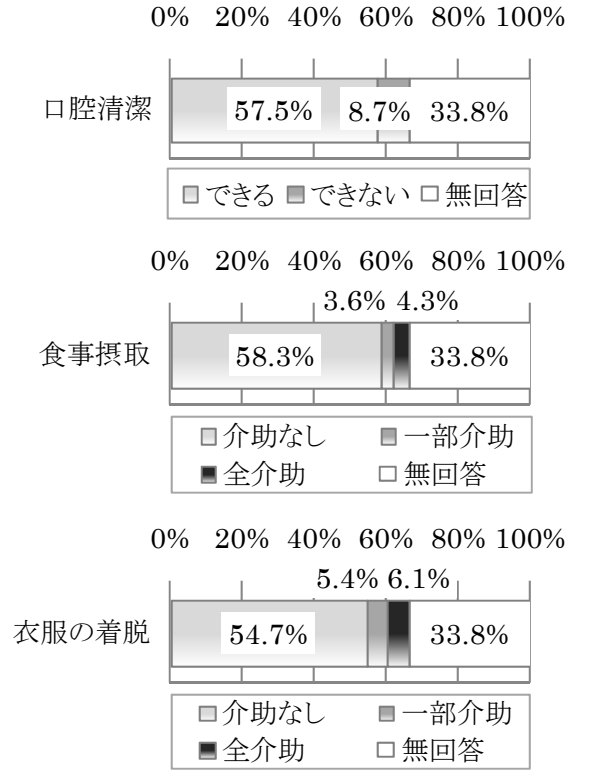
■ 急性心筋梗塞患者

【入棟後の最も重症な時点】



(N=391)

【一般病棟からの退棟時点】

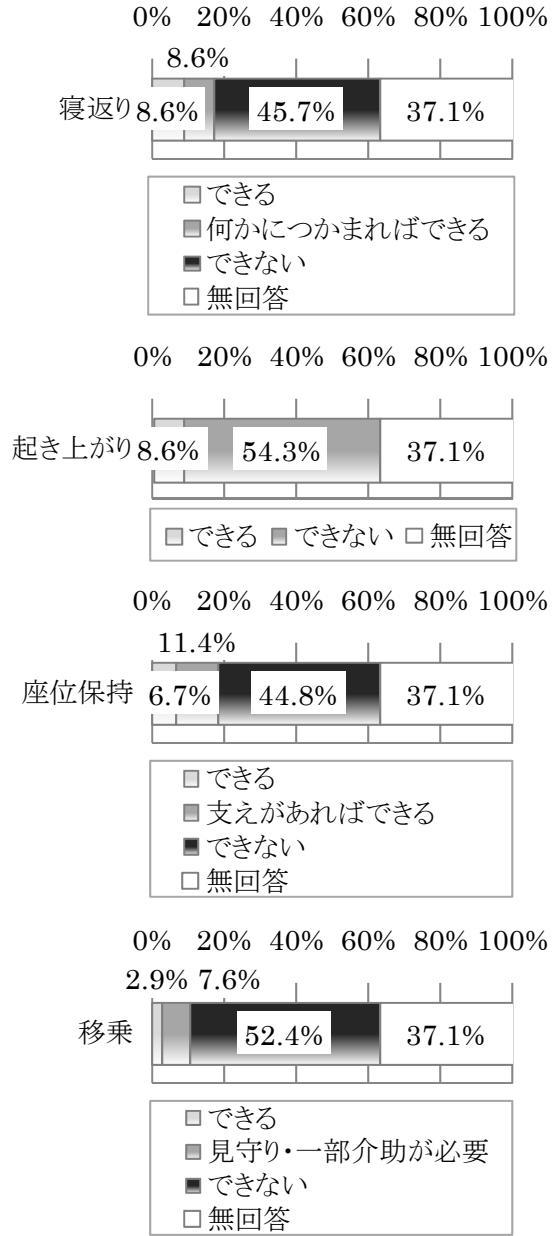


(N=391)

資料3-27 一般病棟における患者の状況等の変化（手術を受けた脳梗塞患者）

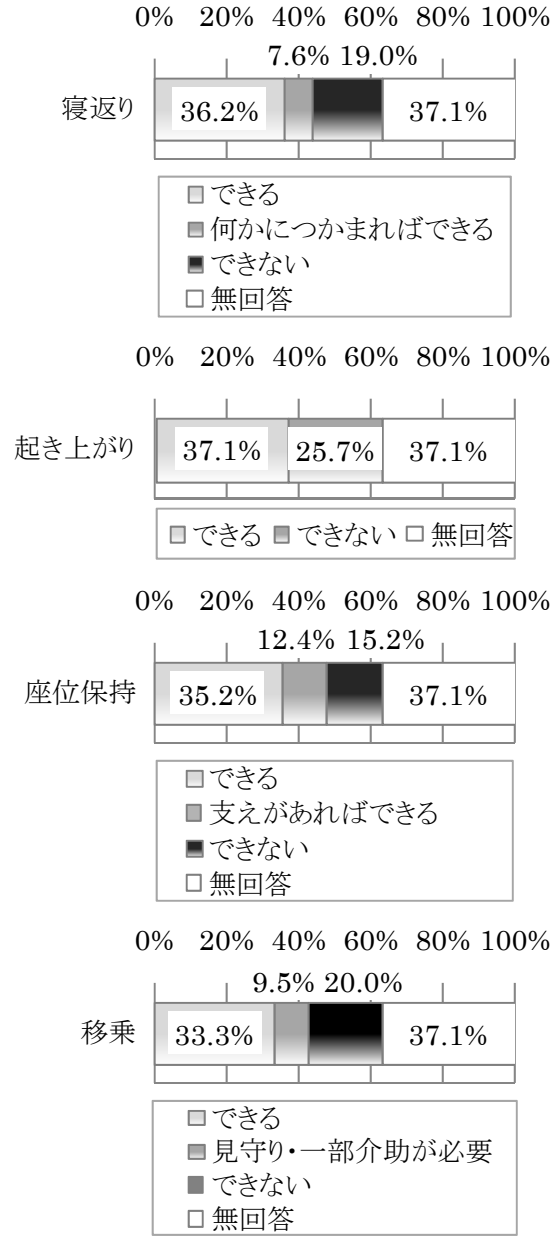
■ 手術を受けた脳梗塞患者

【入棟後の最も重症な時点】



(N=105)

【一般病棟からの退棟時点】

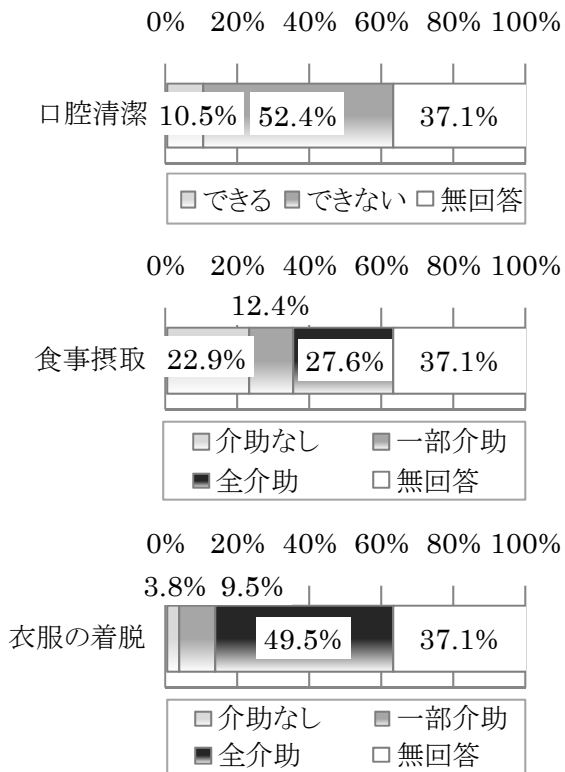


(N=105)

資料3-28 一般病棟における患者の状況等の変化（手術を受けた脳梗塞患者・つづき）

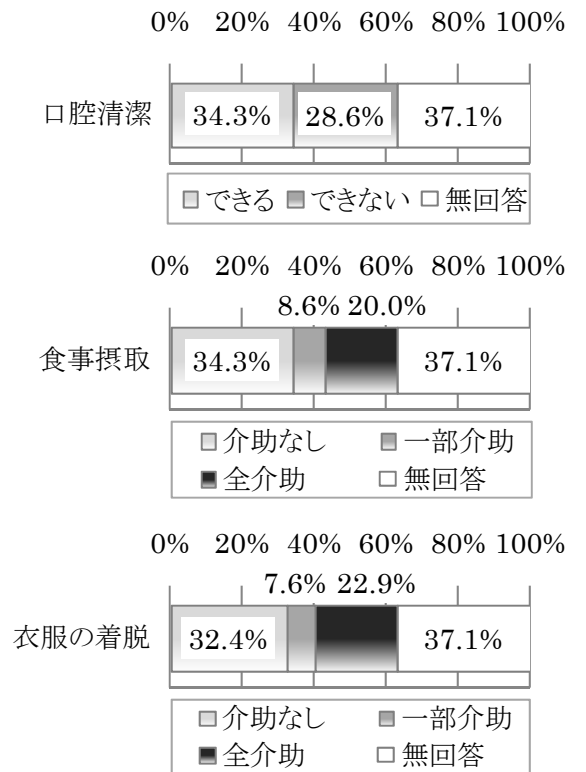
■ 手術を受けた脳梗塞患者

【入棟後の最も重症な時点】



(N=105)

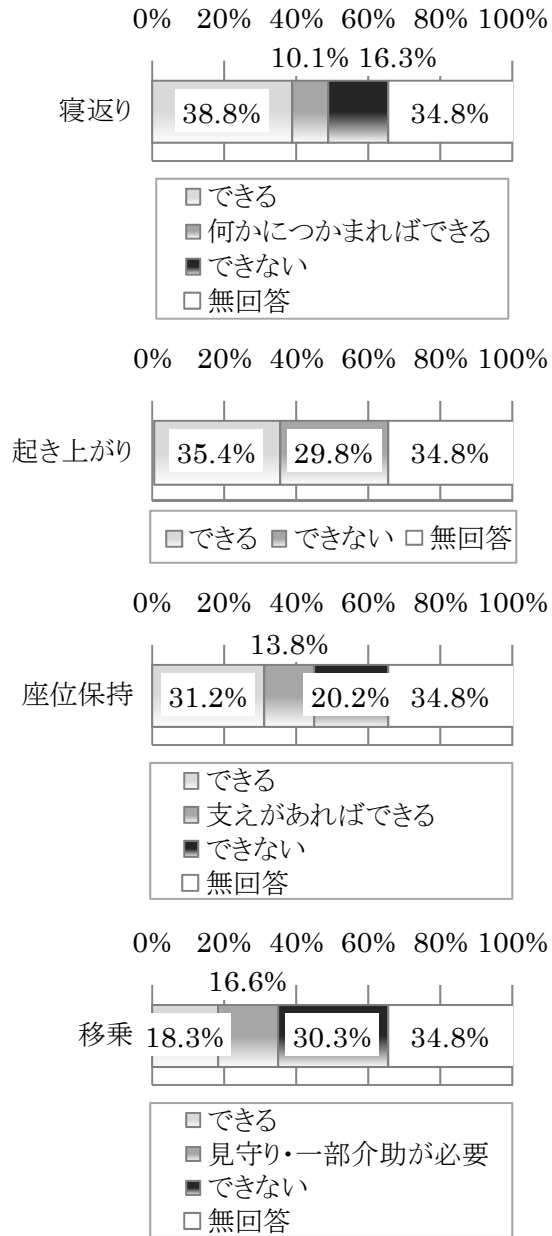
【一般病棟からの退棟時点】



(N=105)

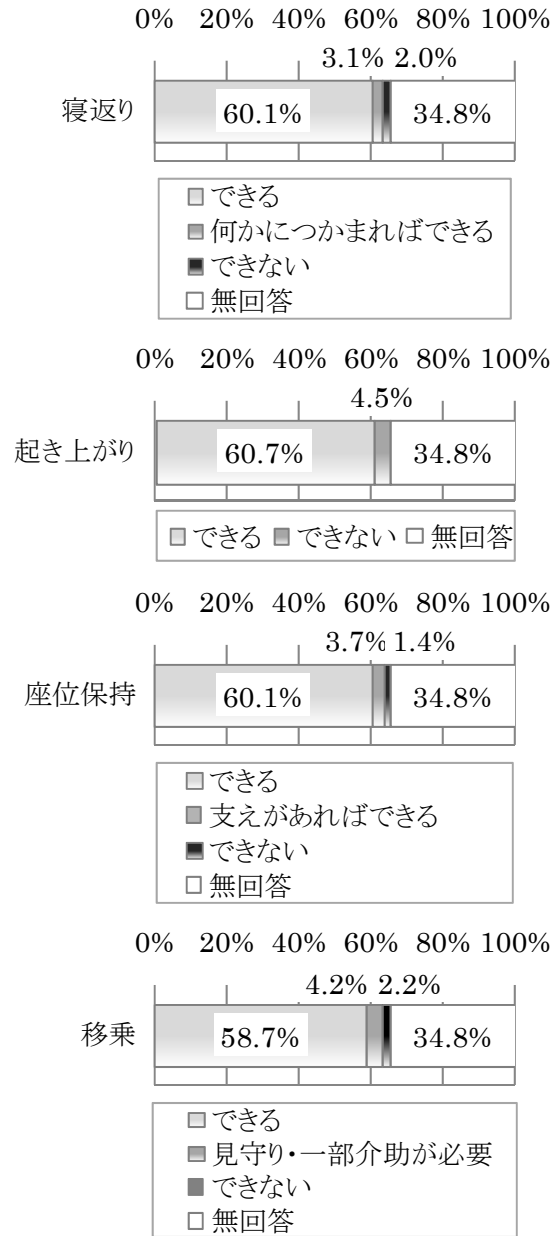
資料3-29 一般病棟における患者の状況等の変化
(手術を受けた急性心筋梗塞患者・つづき)

■ 手術を受けた急性心筋梗塞患者
[入棟後の最も重症な時点]



(N=356)

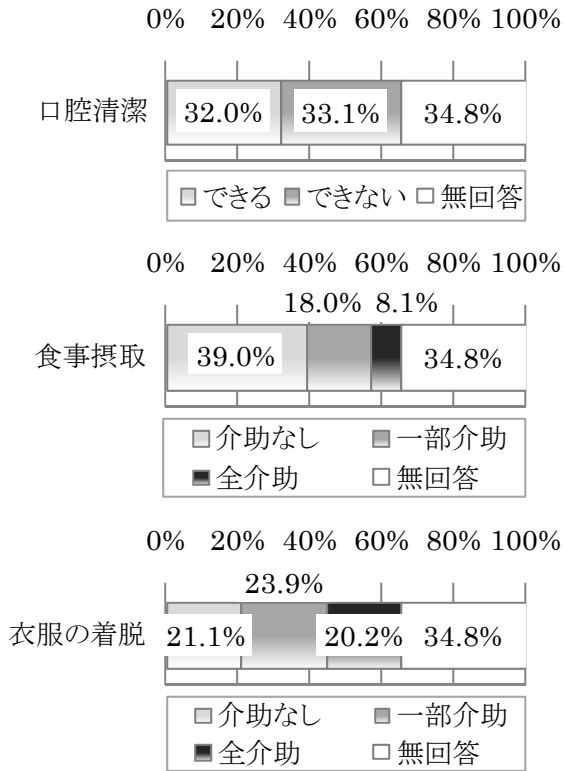
[一般病棟からの退棟時点]



(N=356)

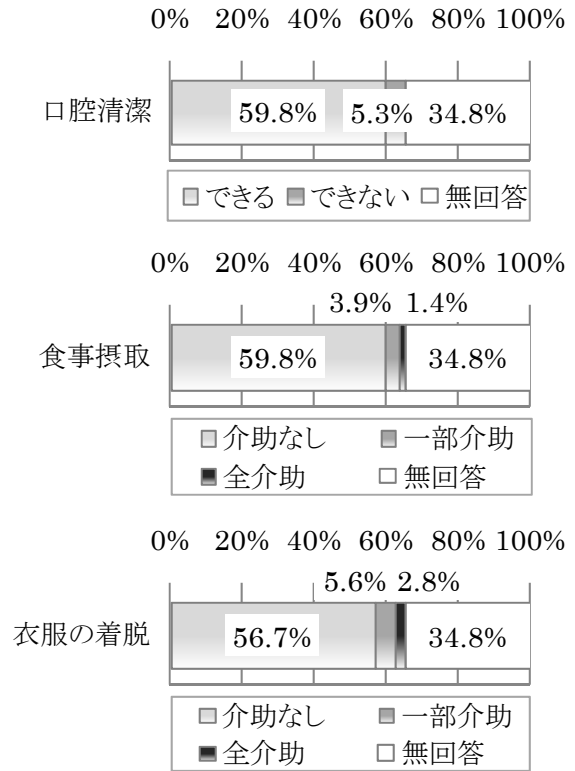
資料3-30 一般病棟における患者の状況等の変化
 (手術を受けた急性心筋梗塞患者・つづき)

■ 手術を受けた急性心筋梗塞患者
 [入棟後の最も重症な時点]



(N=356)

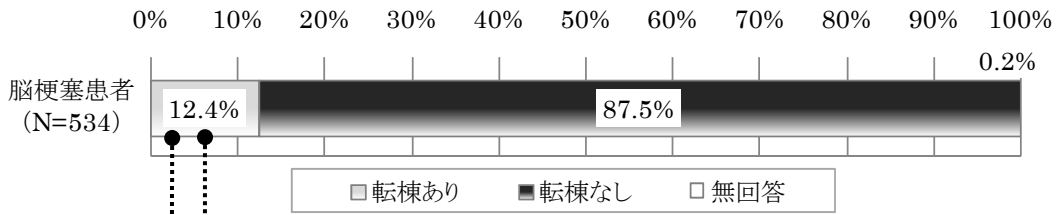
[一般病棟からの退棟時点]



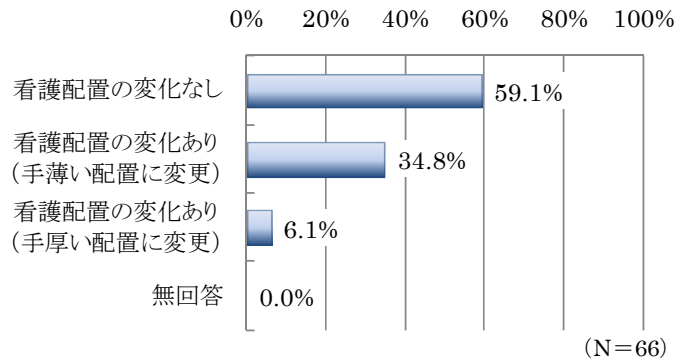
(N=356)

資料3-31 一般病棟間における転棟・再転棟の状況（脳梗塞患者）

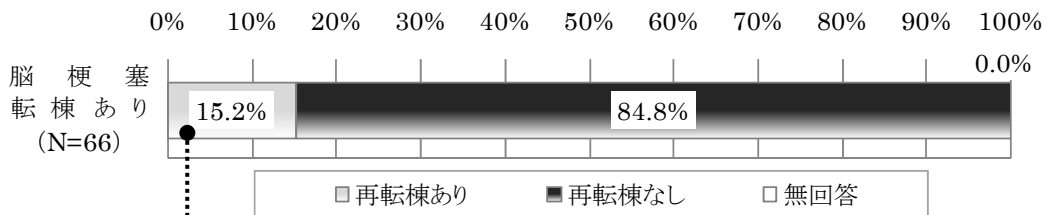
■ 脳梗塞患者



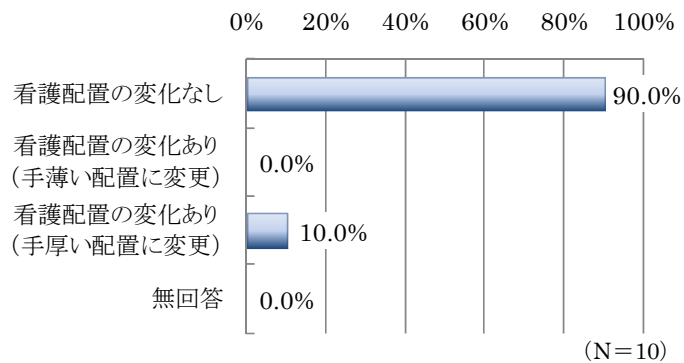
転棟先の病棟における看護配置の変化



・ 転棟先の病棟からの再転棟の有無

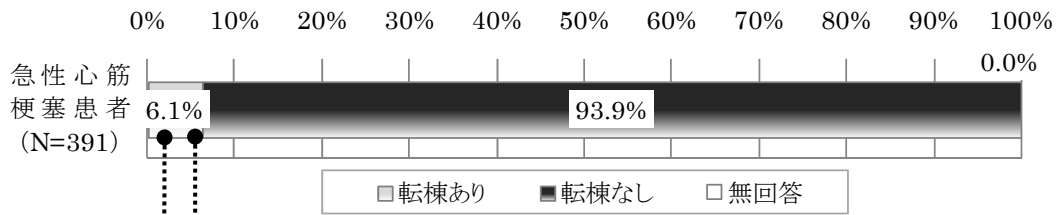


・ 再転棟先の病棟における看護配置の変化

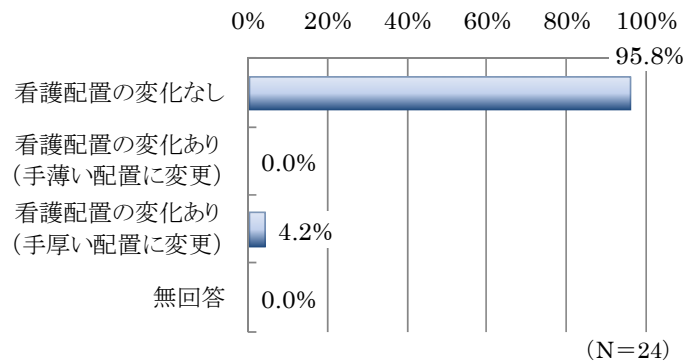


資料3-32 一般病棟間における転棟・再転棟の状況（急性心筋梗塞患者）

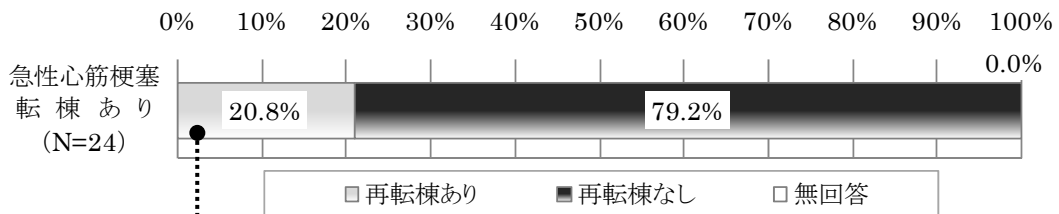
■ 急性心筋梗塞患者



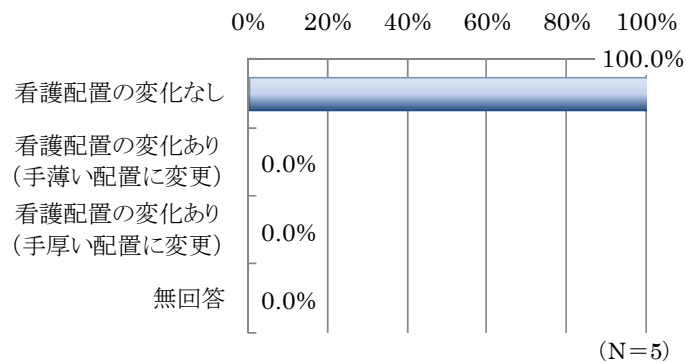
転棟先の病棟における看護配置の変化



転棟先の病棟からの再転棟の有無



再転棟先の病棟における看護配置の変化



4) 一般病棟における多職種に関わり状況

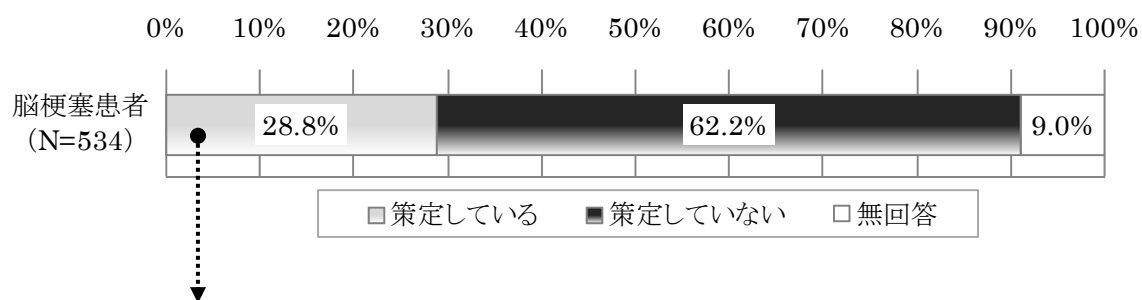
資料3-33 一般病棟入棟中の患者に対する医師・看護師以外の職種の関わり状況
(脳梗塞患者)

	患者数		割合	
	全体	手術を受けた患者	全体	手術を受けた患者
放射線技師	381人	68人	71.3%	64.8%
理学療法士	374人	68人	70.0%	64.8%
薬剤師	323人	51人	60.5%	48.6%
管理栄養士	289人	56人	54.1%	53.3%
作業療法士	285人	49人	53.4%	46.7%
臨床検査技師	237人	40人	44.4%	38.1%
言語聴覚士	223人	42人	41.8%	40.0%
社会福祉士	174人	31人	32.6%	29.5%
臨床工学技士	37人	14人	6.9%	13.3%
臨床心理士	0人	0人	0.0%	0.0%
上記の職種の関与はなし	41人	20人	7.7%	19.0%
総数	534人	105人		

資料3-34 一般病棟入棟中の患者に対する医師・看護師以外の職種の関わり状況
(急性心筋梗塞患者)

	患者数		割合	
	全体	手術を受けた患者	全体	手術を受けた患者
薬剤師	286人	263人	73.1%	73.9%
放射線技師	225人	209人	57.5%	58.7%
管理栄養士	225人	212人	57.5%	59.6%
臨床検査技師	188人	181人	48.1%	50.8%
理学療法士	143人	130人	36.6%	36.5%
臨床工学技士	96人	93人	24.6%	26.1%
社会福祉士	44人	38人	11.3%	10.7%
作業療法士	18人	15人	4.6%	4.2%
言語聴覚士	9人	5人	2.3%	1.4%
臨床心理士	2人	2人	0.5%	0.6%
上記の職種の関与はなし	30人	27人	7.7%	7.6%
総数	391人	356人		

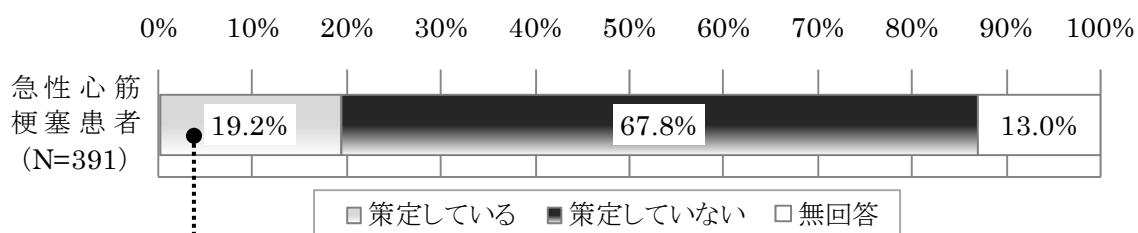
資料3-35 退院支援計画書の策定の有無（脳梗塞患者）



・ 退院支援計画書の策定に関わった医師・看護師以外の職種

	患者数	割合
社会福祉士	85人	55.2%
理学療法士	50人	32.5%
作業療法士	34人	22.1%
言語聴覚士	25人	16.2%
管理栄養士	13人	8.4%
薬剤師	8人	5.2%
放射線技師	1人	0.6%
臨床検査技師	0人	0.0%
臨床工学技士	0人	0.0%
臨床心理士	0人	0.0%
上記の職種の関与はなし	45人	29.2%
総数	154人	

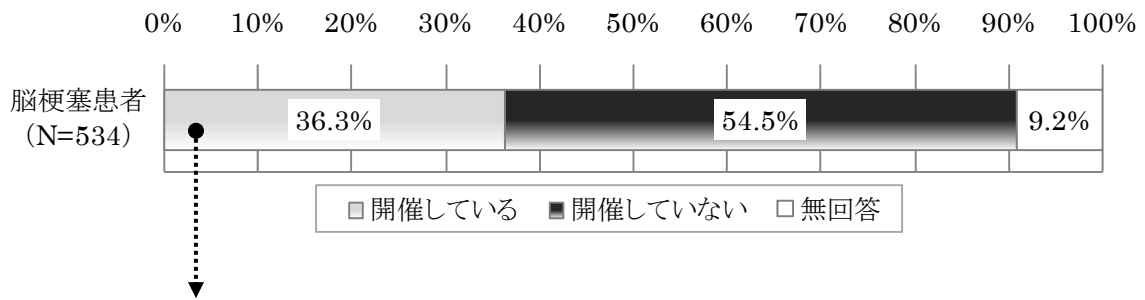
資料3-36 退院支援計画書の策定の有無（急性心筋梗塞患者）



・ 退院支援計画書の策定に関わった医師・看護師以外の職種

	患者数	割合
薬剤師	19人	25.3%
社会福祉士	16人	21.3%
管理栄養士	12人	16.0%
理学療法士	10人	13.3%
作業療法士	5人	6.7%
言語聴覚士	0人	0.0%
放射線技師	0人	0.0%
臨床検査技師	0人	0.0%
臨床工学技士	0人	0.0%
臨床心理士	0人	0.0%
上記の職種の関与はなし	43人	57.3%
総数	75人	

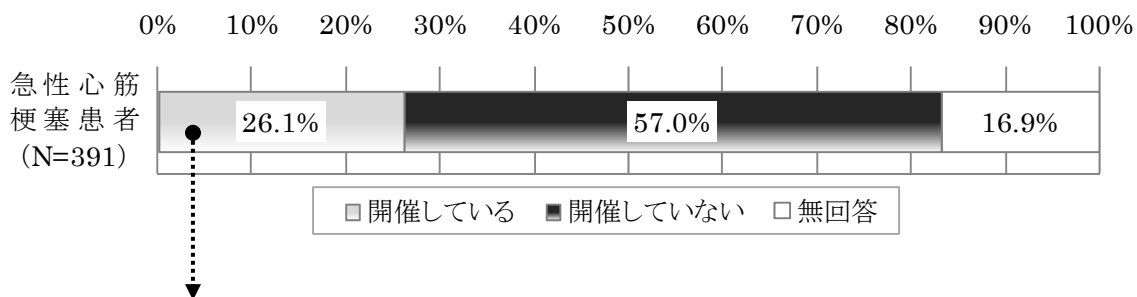
資料3-37 退院時のカンファレンスの有無（脳梗塞患者）



・ 退院時のカンファレンスに関わった医師・看護師以外の職種

	患者数	割合
社会福祉士	106人	54.6%
理学療法士	96人	49.5%
作業療法士	77人	39.7%
言語聴覚士	50人	25.8%
薬剤師	39人	20.1%
管理栄養士	28人	14.4%
放射線技師	2人	1.0%
臨床検査技師	1人	0.5%
臨床工学技士	0人	0.0%
臨床心理士	0人	0.0%
上記の職種の関与はなし	44人	22.7%
総数	194人	

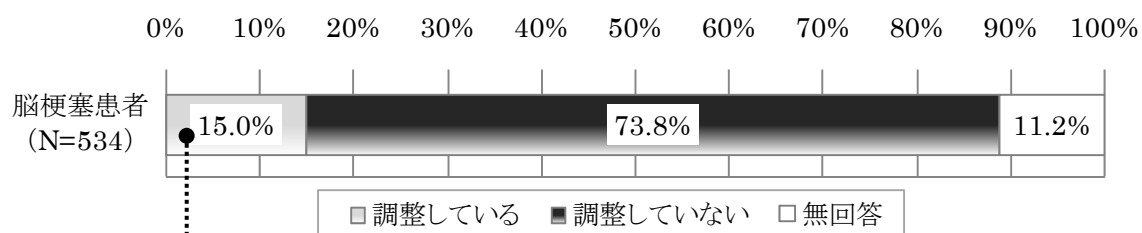
資料3-38 退院時のカンファレンスの有無（急性心筋梗塞患者）



・ 退院時のカンファレンスに関わった医師・看護師以外の職種

	患者数	割合
理学療法士	25人	24.5%
社会福祉士	15人	14.7%
薬剤師	14人	13.7%
作業療法士	9人	8.8%
管理栄養士	9人	8.8%
言語聴覚士	6人	5.9%
放射線技師	0人	0.0%
臨床検査技師	0人	0.0%
臨床工学技士	0人	0.0%
臨床心理士	0人	0.0%
上記の職種の関与はなし	64人	62.7%
総数	102人	

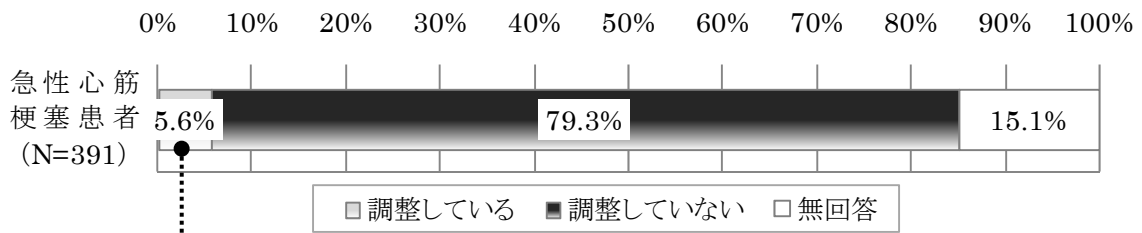
資料3-39 在宅サービスの調整の有無（脳梗塞患者）



・ 在宅サービスの調整に関わった医師・看護師以外の職種

	患者数	割合
社会福祉士	59件	73.8%
理学療法士	21件	26.3%
作業療法士	18件	22.5%
言語聴覚士	10件	12.5%
薬剤師	5件	6.3%
管理栄養士	4件	5.0%
放射線技師	1件	1.3%
臨床検査技師	0件	0.0%
臨床工学技士	0件	0.0%
臨床心理士	0件	0.0%
上記の職種の関与はなし	16件	20.0%
総数	80人	

資料3-40 在宅サービスの調整の有無（急性心筋梗塞患者）

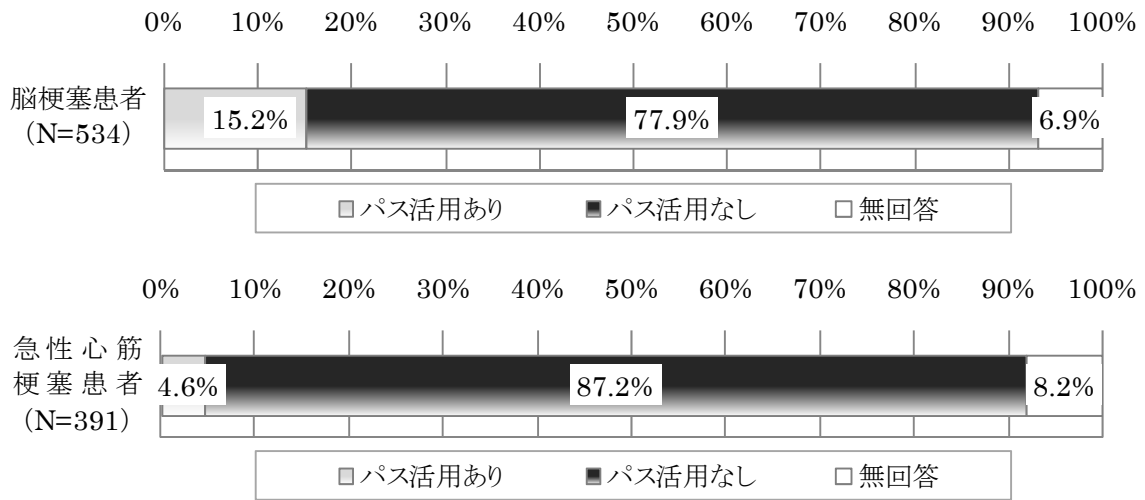


・ 在宅サービスの調整に関わった医師・看護師以外の職種

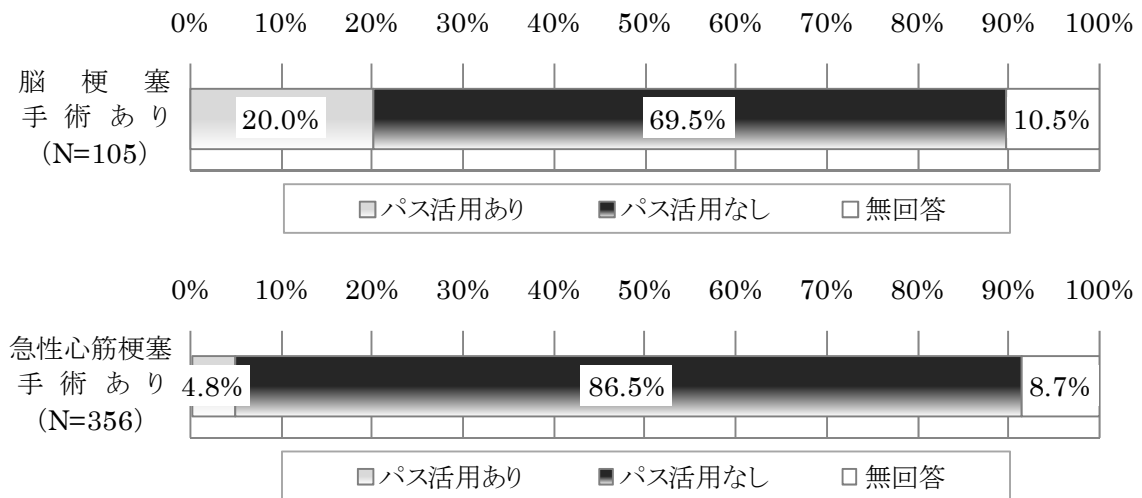
	患者数	割合
社会福祉士	17件	77.3%
理学療法士	5件	22.7%
薬剤師	3件	13.6%
作業療法士	2件	9.1%
管理栄養士	2件	9.1%
言語聴覚士	0件	0.0%
放射線技師	0件	0.0%
臨床検査技師	0件	0.0%
臨床工学技士	0件	0.0%
臨床心理士	0件	0.0%
上記の職種の関与はなし	2件	9.1%
総数	22人	

5) 地域連携パスの活用状況

資料3-41 地域連携パスの活用の有無



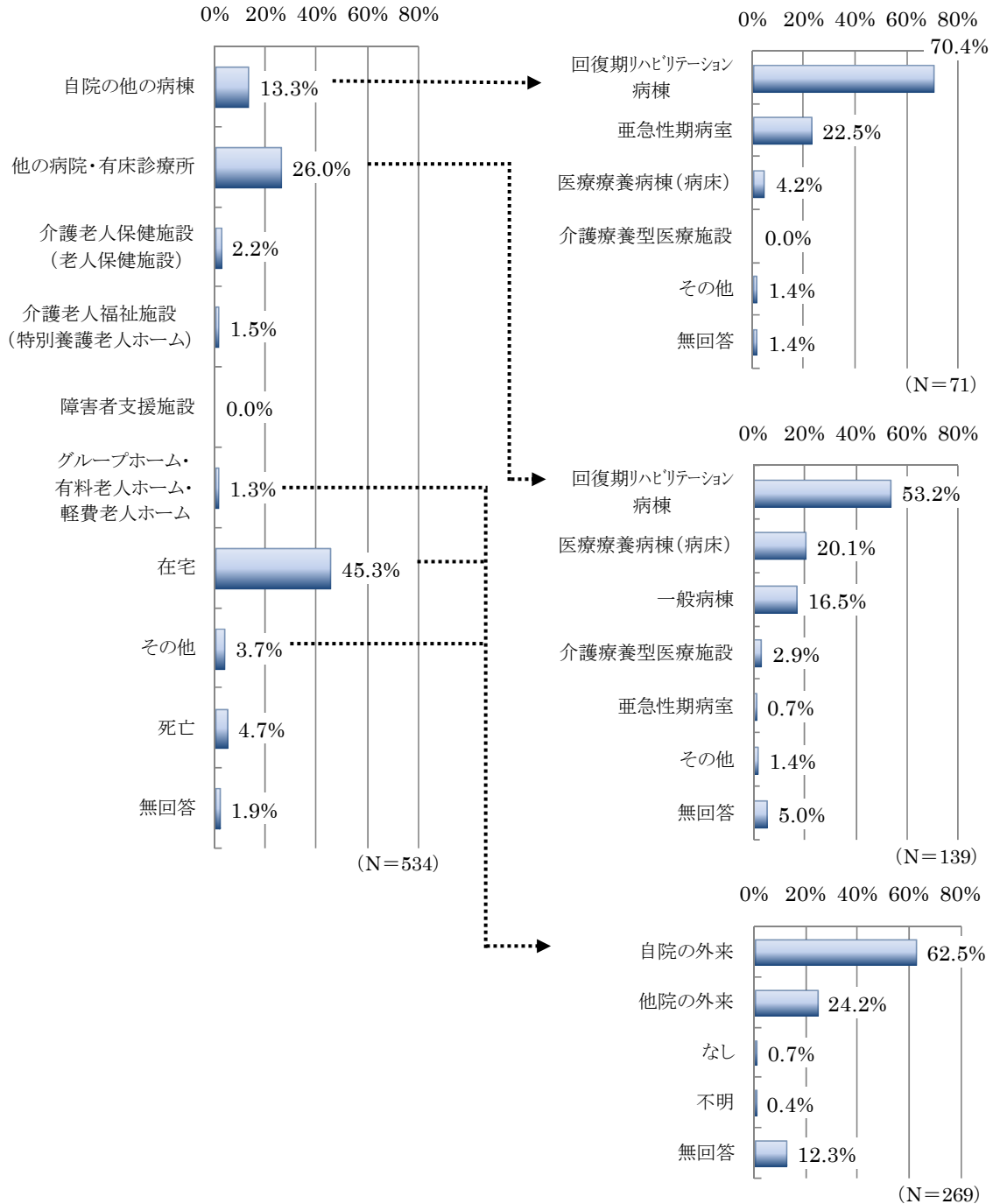
資料3-42 手術を受けた患者への地域連携パスの活用の有無



6) 一般病棟からの退棟先

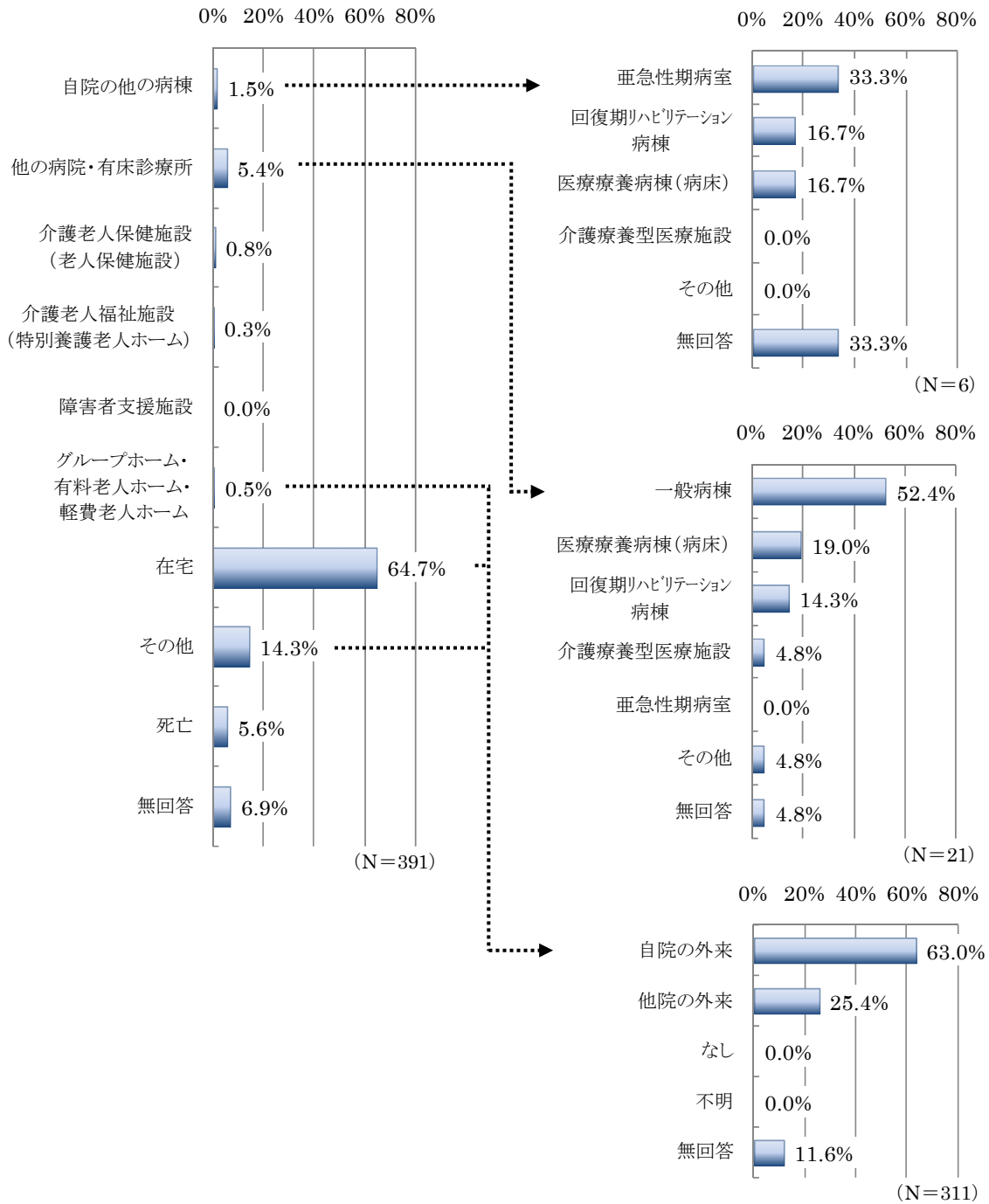
資料3-43 一般病棟からの退棟先（脳梗塞患者）

■ 脳梗塞患者



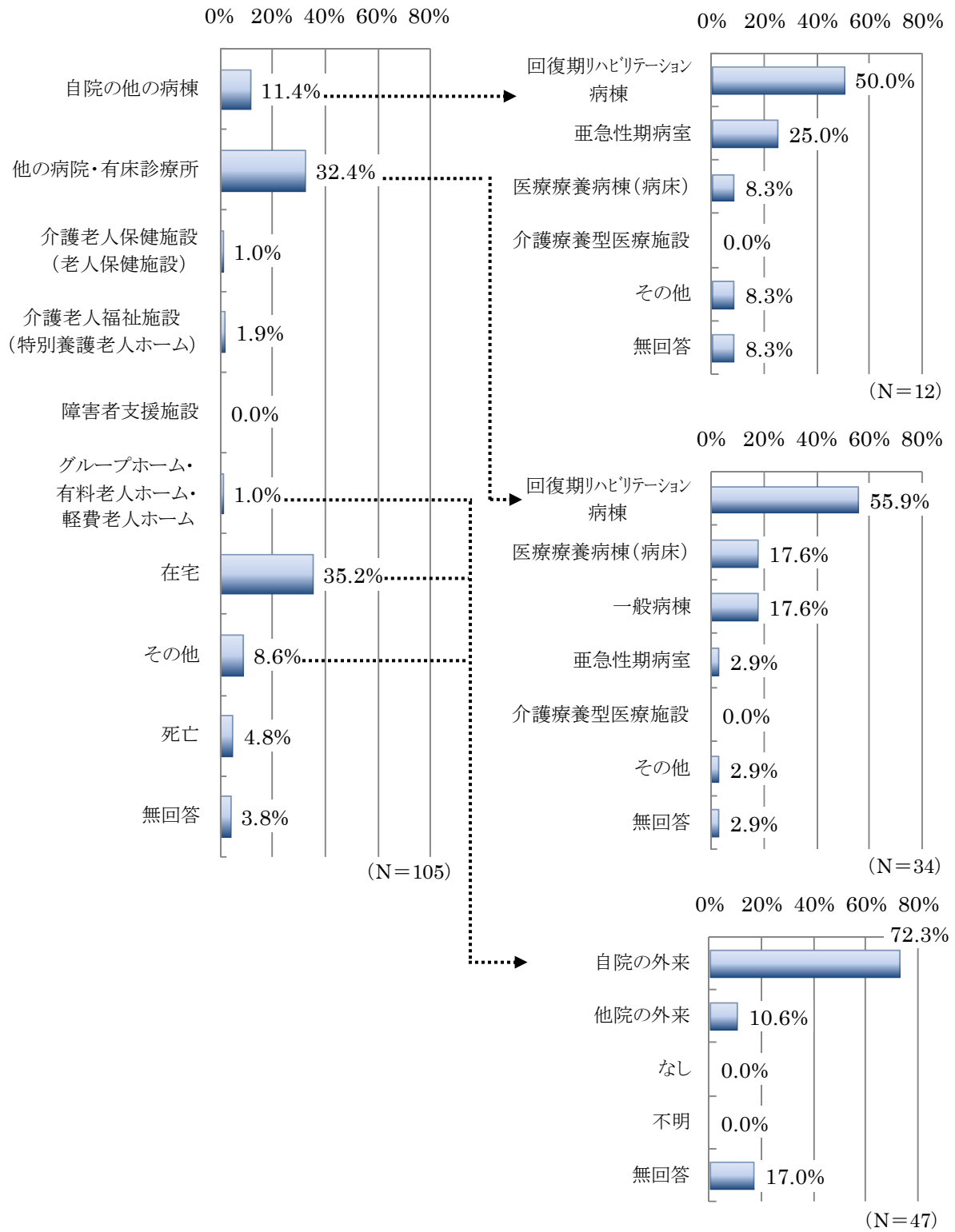
資料3-44 一般病棟からの退棟先（急性心筋梗塞患者）

■ 急性心筋梗塞患者



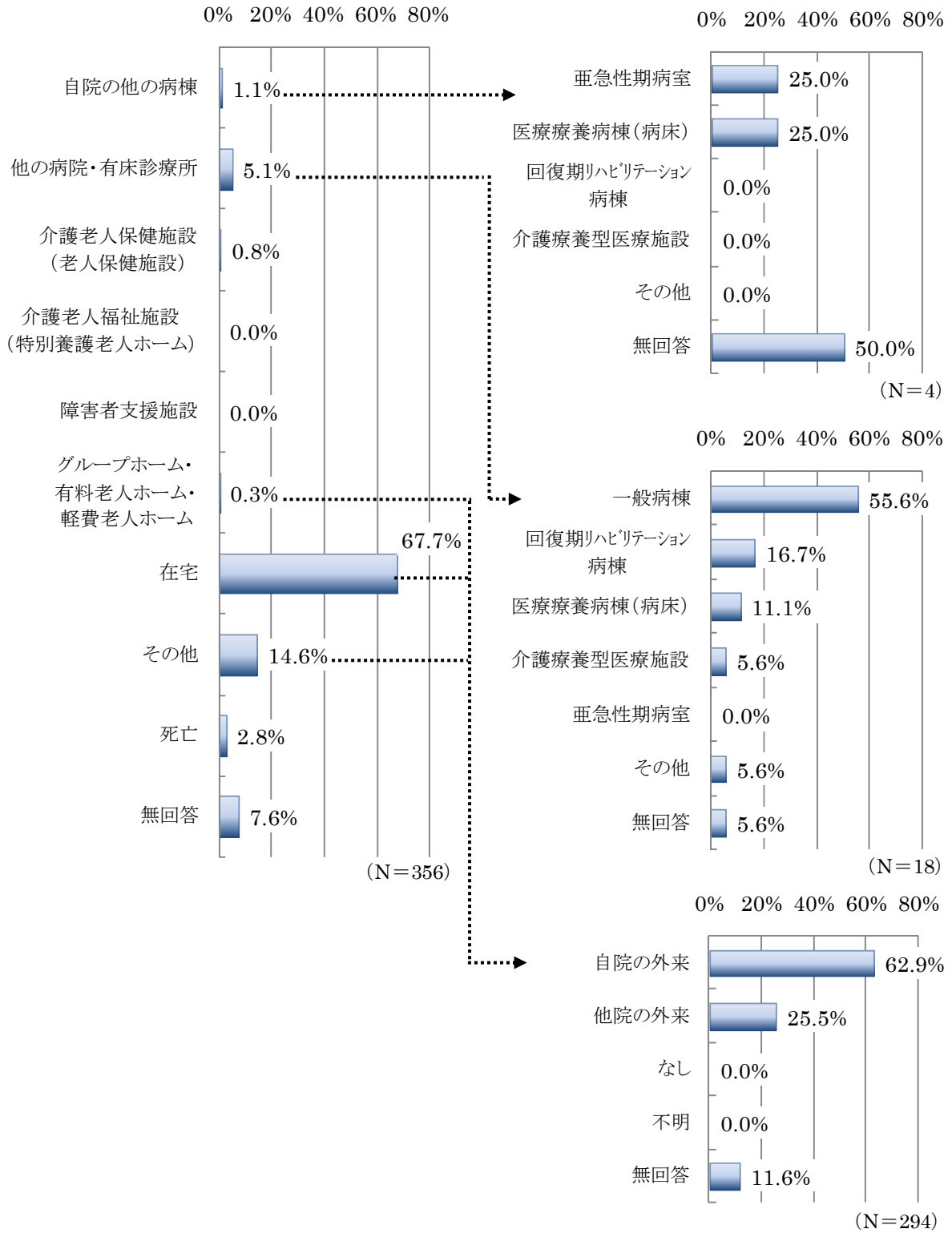
資料3-45 一般病棟からの退棟先（手術を受けた脳梗塞患者）

■ 手術を受けた脳梗塞患者



資料3-46 一般病棟からの退棟先（手術を受けた急性心筋梗塞患者）

■ 手術を受けた急性心筋梗塞患者



資料3-47 回復期リハビリテーション病棟に移行した理由【複数回答】

	脳 梗 塞 患 者		急性心筋梗塞患者	
	人 数	割 合	人 数	割 合
リハビリテーションのため	110人	88.7%	3人	75.0%
主傷病の経過観察のため	18人	14.5%	0人	0.0%
退院後の在宅の生活環境・介護体制の準備のため	14人	11.3%	1人	25.0%
主傷病の再発予防の食事・投薬のため	5人	4.0%	0人	0.0%
病状や予後の説明のため	4人	3.2%	0人	0.0%
主傷病の引き続きの急性期治療のため	2人	1.6%	0人	0.0%
入院前の既往症・合併症の治療のため	2人	1.6%	0人	0.0%
在宅以外の退院先確保まで一時的に待機が必要なため	2人	1.6%	0人	0.0%
危険因子（食事・運動・喫煙・飲酒等）の評価・指導のため	1人	0.8%	0人	0.0%
手術・検査後合併症の治療のため	0人	0.0%	0人	0.0%
手術・検査後合併症の予防や早期発見のため	0人	0.0%	0人	0.0%
服薬指導のため	0人	0.0%	0人	0.0%
本人・家族が転院・退院を希望しないため	0人	0.0%	0人	0.0%
その他	0人	0.0%	0人	0.0%
無回答	13人	10.5%	1人	25.0%
総 数	124人		4人	

一般病棟からの退棟先が自院あるいは他の病院・有床診療所の回復期リハビリテーション病棟だった患者で集計

<p>■ 回復期リハビリテーション病棟における脳梗塞患者1人当たり在院日数 … 平均 40.5 日 ※有効回答 50人で集計 患者1人当たり転棟・転院・退院までの待機日数 … 平均 6.5 日 ※有効回答 50人で集計</p>
<p>■ 回復期リハビリテーション病棟における急性心筋梗塞患者1人当たり在院日数 … 平均 24.0 日 ※有効回答 2人で集計 患者1人当たり転棟・転院・退院までの待機日数 … 平均 5.0 日 ※有効回答 2人で集計</p>

一般病棟からの退棟先が自院あるいは他の病院・有床診療所の回復期リハビリテーション病棟だった患者のうち、すでに転棟・転院・退院した患者で集計

資料3-48 亜急性期病室に移行した理由【複数回答】

	脳 梗 塞 患 者		急性心筋梗塞患者	
	人 数	割 合	人 数	割 合
リハビリテーションのため	12人	70.6%	2人	100.0%
主傷病の経過観察のため	6人	35.3%	0人	0.0%
在宅以外の退院先確保まで一時的に待機が必要なため	3人	17.6%	0人	0.0%
主傷病の引き続きの急性期治療のため	2人	11.8%	0人	0.0%
主傷病の再発予防の食事・投薬のため	1人	5.9%	0人	0.0%
退院後の在宅の生活環境・介護体制の準備のため	1人	5.9%	1人	50.0%
入院前の既往症・合併症の治療のため	0人	0.0%	0人	0.0%
手術・検査後合併症の治療のため	0人	0.0%	0人	0.0%
手術・検査後合併症の予防や早期発見のため	0人	0.0%	0人	0.0%
病状や予後の説明のため	0人	0.0%	0人	0.0%
危険因子（食事・運動・喫煙・飲酒等）の評価・指導のため	0人	0.0%	2人	100.0%
服薬指導のため	0人	0.0%	1人	50.0%
本人・家族が転院・退院を希望しないため	0人	0.0%	0人	0.0%
その他	0人	0.0%	0人	0.0%
無回答	4人	23.5%	0人	0.0%
総 数	17人		2人	

一般病棟からの退棟先が自院あるいは他の病院・有床診療所の亜急性期病室だった患者で集計

<p>■ 亜急性期病室における脳梗塞患者1人当たり在院日数</p> <p>… 平均 36.5 日 ※有効回答 13人で集計</p> <p>患者1人当たり転棟・転院・退院までの待機日数</p> <p>… 平均 3.7 日 ※有効回答 13人で集計</p>
<p>■ 亜急性期病室における急性心筋梗塞患者1人当たり在院日数</p> <p>… 平均 22.5 日 ※有効回答 2人で集計</p> <p>患者1人当たり転棟・転院・退院までの待機日数</p> <p>… 平均 11.0 日 ※有効回答 2人で集計</p>

一般病棟からの退棟先が自院あるいは他の病院・有床診療所の亜急性期病室だった患者のうち、すでに転棟・転院・退院した患者で集計

5 特定入院料等に係る届出の状況 (はいくつでも)	01 救命救急入院料 1	13 新生児治療回復室入院医療管理料
	02 救命救急入院料 2	14 小児入院医療管理料 1
	03 救命救急入院料 3	15 小児入院医療管理料 2
	04 救命救急入院料 4	16 小児入院医療管理料 3
	05 特定集中治療室管理料 1	17 小児入院医療管理料 4
	06 特定集中治療室管理料 2	18 小児入院医療管理料 5
	07 ハイケアユニット入院医療管理料	19 回復期リハビリテーション病棟入院料 1
	08 脳卒中ハイケアユニット入院医療管理料	20 回復期リハビリテーション病棟入院料 2
	09 新生児特定集中治療室管理料 1	21 亜急性期入院医療管理料 1
	10 新生児特定集中治療室管理料 2	22 亜急性期入院医療管理料 2
	11 母体・胎児集中治療室管理料	23 緩和ケア病棟入院料
	12 新生児集中治療室管理料	

問2 貴院の平成22年11月1日0時時点の届出病床数をご記入ください。

1 一般病床数	床	2 療養病床(医療保険適用)	床
3 療養病床(介護保険適用)	床	4 その他(精神病床・感染病床・結核病床等)	床

問3 貴院の平成22年11月1日0時時点の入院患者数等をご記入ください。

1 入院患者数 (11月1日時点)	うち、脳梗塞の術後患者数	うち、急性心筋梗塞患者	2 全身麻酔(静脈麻酔は除く) 手術件数(10月一ヶ月間)
	人	人	
3 平均在院日数 ^注	日	4 外来患者延べ数 (10月一ヶ月間)	人

注) 平均在院日数の算出方法

下記のように平成22年8月～10月のそれぞれ3カ月の平均在院日数を算出し、小数点第2位を切り上げ、小数第一位までを記入。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{8月～10月の在院患者延数}}{(\text{8～10月の新規入院患者数(転院・転棟による患者を含む)} + \text{8～10月の退院患者数(転院・転棟を含む)}) \times 0.5}$$

問4 貴院の平成22年11月1日0時時点で雇用している職員数、そのうち一般病棟^{注1}へ専従・専任^{注2}している職員数をご記入ください。

	常勤職員・非常勤職員の 合計数(常勤換算 ^{注3})	うち、一般病棟専従 職員数	うち、一般病棟専任 職員数
① 医師	. 人	人	. 人
② 看護師・准看護師	. 人	人	. 人
③ 看護補助者	. 人	人	. 人
④ 薬剤師	. 人	人	. 人
⑤ 理学療法士	. 人	人	. 人
⑥ 作業療法士	. 人	人	. 人
⑦ 言語聴覚士	. 人	人	. 人
⑧ 診療放射線技師	. 人	人	. 人
⑨ 臨床検査技師	. 人	人	. 人
⑩ 臨床工学技士	. 人	人	. 人
⑪ ソーシャルワーカー(社会福祉士等)	. 人	人	. 人
⑫ 事務職員	. 人	人	. 人

注1) 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。

注2) 専従とは、原則、一般病棟の業務のみに従事すること(他の部署等からの要請に応じて、その都度、他の部署等の業務に従事している場合は専従職員に含む)。専任とは、一般病棟での業務とその他の部署等での業務を兼務していること(例: 午前の3時間は一般病棟の薬剤管理業務に従事するが、午後の5時間は薬剤部門での調剤業務に従事する者等)。

注3) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで(小数点第二位を切り上げ)を記入。

例: 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

問5-1 貴院における平成22年11月1日時点の一般病棟^{注1}の病棟数、各病棟の概要をご記入ください。

一般病棟 ^{注1} 数		病棟	
一般病棟における常勤看護職員の勤務体制	01 3交替制(変則3交替制)	03	その他()
	02 2交替制(変則2交替制)		

注1) 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床・病室を除く)」を指す。

主な診療科	選択肢					
	内科	アレルギー科	小児外科	28	性病科	
	呼吸器科	リウマチ科	産婦人科	29	こう門科	
	消化器科(胃腸科)	外科	21	産科	30	リハビリテーション科
	循環器科	整形外科	22	婦人科	31	放射線科
	小児科	形成外科	23	眼科	32	麻酔科
	精神科	美容外科	24	耳鼻いんこう科	33	歯科
	神経科	脳神経外科	25	気管食道科	34	矯正歯科
	神経内科	呼吸器外科	26	皮膚科	35	小児歯科
	心療内科	心臓血管外科	27	泌尿器科	36	歯科口腔外科
傾斜配置状況	5:1以上	5:1未満 7:1以上	7:1未満 10:1以上	10:1未満 13:1以上	13:1未満 15:1以上	15:1未満

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	病棟名	主な診療科 (2つまで)	稼働病床数	入院患者数	うち、全身麻酔 ^{注2} 手術後の患者数	平均 ^{注3} 在院日数	雇用 ^{注4} 看護職員数(常勤換算)	看護職員全体の1日当たり平均残業時間	傾斜配置状況 ^{注5}	平均 ^{注6} A得点	平均 ^{注7} B得点
A			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
B			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
C			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
D			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
E			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
F			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
G			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
H			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
I			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
J			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
K			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
L			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
M			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
N			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
O			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
P			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
Q			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点
R			床	人	人	日	. 人	. 時間		点	点

注2) 静脈麻酔を除く。

注3) 平均在院日数の算出方法は前頁の注に基づく。

注4) 雇用看護職員数は、当該一般病棟で平成22年11月1日時点で雇用している看護師、准看護師、保健師を指す。非常勤職員の常勤換算の算出方法は、前頁の注に基づく。

注5) 傾斜配置とは、「一般病棟が複数病棟ある場合に、月平均1日当たり看護職員配置数を満たしていれば、病棟間での傾斜配置が可能である」との現行の考え方にに基づき、重症度の高さ等に応じて手厚い看護配置を行っている病棟の状況を指す。

注6) 当該病棟の患者を対象とする、Aモニタリング及び処置等に係る得点の平均値。

注7) 当該病棟の患者を対象とする、B患者の状況等に係る得点の平均値。

問7 貴院の多職種によるチームの有無、チーム参加職種をご記入ください。

院内における 多職種チーム (はいくつでも・該当するに ✓)	チームの有無	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	放射線技師	臨床検査技師	臨床工学技士	社会福祉士
	01 呼吸ケアチーム									
	02 栄養サポートチーム									
	03 摂食嚥下チーム									
	04 褥瘡管理チーム									
	05 緩和ケアチーム									
	06 感染防止対策チーム									
	07 退院支援チーム									
	08 その他()									

問8 貴院が持つそれぞれの医療機能における課題の具体的な内容についてご記入ください。

病棟種別		当該病棟・病室の課題の内容(3つまで)	
高度急性期医療を提供する病室 例:救命救急室、特定集中治療室、ICUアユニット等		01 課題なし 02 医療従事者数の不足 03 ベッドの不足 04 軽症な患者の多さ 05 重症な患者の多さ	06 移行先(転棟先等)でのベッドの不足 07 移行先(転棟先等)での重症患者の受入困難 08 患者・家族の移行に対する理解不足 09 その他()
一般急性期医療を提供する病棟・病室 例:一般病棟入院基本料算定病棟等	一般病棟入院基本料の届出の看護配置以上の手厚い傾斜配置を行う病棟	01 課題なし 02 医療従事者数の不足 03 ベッドの不足 04 軽症な患者の多さ 05 重症な患者の多さ	06 移行先(転棟先等)でのベッドの不足 07 移行先(転棟先等)での重症患者の受入困難 08 患者・家族の移行に対する理解不足 09 その他()
	一般病棟入院基本料の届出の看護配置以下の手薄い傾斜配置を行う病棟	01 課題なし 02 医療従事者数の不足 03 ベッドの不足 04 軽症な患者の多さ 05 重症な患者の多さ	06 移行先(転棟先等)でのベッドの不足 07 移行先(転棟先等)での重症患者の受入困難 08 患者・家族の移行に対する理解不足 09 その他()
回復期リハビリテーション病棟		01 課題なし 02 医療従事者数の不足 03 ベッドの不足 04 軽症な患者の多さ 05 重症な患者の多さ	06 移行先(転棟先等)でのベッドの不足 07 移行先(転棟先等)での重症患者の受入困難 08 患者・家族の移行に対する理解不足 09 その他()
亜急性期入院医療管理料算定病室		01 課題なし 02 医療従事者数の不足 03 ベッドの不足 04 軽症な患者の多さ 05 重症な患者の多さ	06 移行先(転棟先等)でのベッドの不足 07 移行先(転棟先等)での重症患者の受入困難 08 患者・家族の移行に対する理解不足 09 その他()

その他、それぞれの医療機能における課題についてご自由にご記入ください。

《自由回答》

■診療報酬の施設基準や加算について、実 的には自院に当 医療機能を有するにも関わら 、算定を困難と
している要件（条件）等がありましたら、下 にご記入ください。

■急性期医療をさらに高度・一般等に 分する際に、あるいは、亜急性期や回復期等との 分において、強化・
特化を阻害する要因などがありましたら、下 にご記入ください。

設問は以上です。ご ま とに有難うご いました。
記入 れがないかをご 認の上、1月19日（ ）までに、退棟患者票とあわ て
の 用 に入れてご ください。

＜急性期医療における機能分化の実態調査＞ 病院アンケート調査 退棟患者票

平成22年1月の1カ月間に一般病棟を退棟した主 病が脳梗塞、急性心筋梗塞の患者それぞれ5（手術後の患者がいる場合は、それぞれ手術後の患者を 先に 出）の状況について、 当患者1人につき本調査票1部を可能な までご記入ください。

問1 患者の基本 報

1 性別	01 男性	02 女性	2 年 齢	_____歳(10月1日現在)
3 主傷病・副傷病	主傷病(1つ)	01 脳梗塞		02 急性心筋梗塞
	入院前の既往症・合併症	01 高血圧	04 脂質異常症	07 認知症
		02 糖尿病	05 肝機能障害	08 脳血管障害
		03 心臓機能障害	06 腎障害	09 その他(_____)
4 入院日・手術の有無	平成_____年_____月_____日		手術の有無: 01 有り 02 無し	
5 手術日(手術有りの場合)	平成_____年_____月_____日		→全身麻酔(静脈麻酔除く)の有無: 01 有り 02 無し	
6 手術・検査後合併症の有無	01 有り(手術・検査後の合併症名: _____)		02 無し	
7 一般病棟 ^注 入棟までに 経過した室 (はいくつでも)	01 救命救急室	04 母体・胎児集中治療室(総合周産期)	07 脳卒中ケアユニット	
	02 特定集中治療室	05 新生児集中治療室管理料(総合周産期)	08 新生児治療回復室	
	03 新生児特定集中治療室	06 ハイケアユニット	09 その他の病棟・病室	
8 リハビリの実施 (は1つ)	01 有り(開始日: _____年_____月_____日、平均頻度: 週_____単位)			
	02 無し			

注)一般病棟には、一般病棟入院基本料算定病棟、特定機能病院入院基本料の一般病棟の場合の算定病棟、専門病院入院基本料算定病棟、障害者施設等入院基本料算定病棟を含む。

問2 一般病棟への入棟後の状況

- ・一般病棟は、一般病棟入院基本料等を算定する病棟を します。
- ・一般病棟間で転棟があった場合は、その転棟日と転棟先病棟の傾斜配置状況についてもお答え下さい。

9 入 棟 日	平成_____年_____月_____日			
10 一般病棟名	病棟名_____			
11 一般病棟の傾斜配置 状況(は1つ)	01 看護配置 5対1以上		04 看護配置 10対1未満 13対1以上	
	02 看護配置 5対1未満 7対1以上		05 看護配置 13対1未満 15対1以上	
	03 看護配置 7対1未満 10対1以上		06 看護配置 15対1未満	
転 棟 日(1回目)	(一般病棟間で1回目の転棟があった場合)平成_____年_____月_____日			
病 棟 名(1回目)	病棟名_____			
転棟先の病棟の傾斜 配置状況(は1つ)	01 看護配置 5対1以上		04 看護配置 10対1未満 13対1以上	
	02 看護配置 5対1未満 7対1以上		05 看護配置 13対1未満 15対1以上	
	03 看護配置 7対1未満 10対1以上		06 看護配置 15対1未満	
転 棟 日(2回目)	(一般病棟間で2回目の転棟があった場合)平成_____年_____月_____日			
病 棟 名(2回目)	病棟名_____			
転棟先の病棟の傾斜 配置状況(は1つ)	01 看護配置 5対1以上		04 看護配置 10対1未満 13対1以上	
	02 看護配置 5対1未満 7対1以上		05 看護配置 13対1未満 15対1以上	
	03 看護配置 7対1未満 10対1以上		06 看護配置 15対1未満	

問3 一般病棟入棟中の患者に対する医師・看護師以外の職種の関わり状況

	実施の有無	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	放射線技師	臨床検査技師	臨床工学技士	臨床心理士	社会福祉士
12 医師・看護師以外に____患者に関わった職種 (該当する に✓)											
13 退院支援計画書の策定	01 実施 02 未実施										
14 退院時のカンファレンス	01 実施 02 未実施										
15 在宅サービスの調整	01 実施 02 未実施										

問4 一般病棟へ入棟後の最も重症な時点^注の状況

16 最重症時 ^注 の状況	平成____年____月____日			
17 最重症時のモニタリング及び処置等の状況 ^注 (はいくつでも)	01 創傷処置	06 心電図モニター	11 放射線治療	
	02 血圧測定5回以上	07 シリンジポンプの使用	12 免疫抑制剤の使用	
	03 時間尿の測定	08 輸血や血液製剤の使用	13 昇圧剤の使用	
	04 呼吸ケア	09 抗悪性腫瘍剤の使用	14 抗不整脈剤の使用	
	05 点滴ライン同時3本以上	10 麻酔注射薬の使用	15 ドレナージの管理	
18 患者の状況等 ^注 (は~のそれぞれ1つ)	寝返り	01 できる	02 何かにつかまればできる	03 できない
	起き上がり	01 できる	02 できない	
	座位保持	01 できる	02 支えがあればできる	03 できない
	移乗	01 できる	02 見守り・一部介助が必要	03 できない
	口腔清潔	01 できる	02 できない	
	食事摂取	01 介助なし	02 一部介助	03 全介助
	衣服の着脱	01 介助なし	02 一部介助	03 全介助

注)「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」に基づく。「Aモニタリング及び処置等の状況」「B患者の状況等」の合計点数が最も高かった時点の状況を記入。

問5 一般病棟からの退棟時の状況(退棟は退院 転院 特定入院料の算定病棟に転棟した場合のみ 一般病棟間での転棟は みま ん)

19 退棟日	平成____年____月____日			
20 地域連携パスの活用	01 有り	02 無し		
21 一般病棟での通算在院日数	日	22 転棟・転院・退院までの待機日数 ^{注1}	日	
23 退棟時のモニタリング及び処置等の状況 ^{注2} (はいくつでも)	01 創傷処置	06 心電図モニター	11 放射線治療	
	02 血圧測定5回以上	07 シリンジポンプの使用	12 免疫抑制剤の使用	
	03 時間尿の測定	08 輸血や血液製剤の使用	13 昇圧剤の使用	
	04 呼吸ケア	09 抗悪性腫瘍剤の使用	14 抗不整脈剤の使用	
	05 点滴ライン同時3本以上	10 麻酔注射薬の使用	15 ドレナージの管理	
24 退棟時の患者の状況等 ^{注2} (は1つ)	寝返り	01 できる	02 何かにつかまればできる	03 できない
	起き上がり	01 できる	02 できない	
	座位保持	01 できる	02 支えがあればできる	03 できない
	移乗	01 できる	02 見守り・一部介助が必要	03 できない
	口腔清潔	01 できる	02 できない	
	食事摂取	01 介助なし	02 一部介助	03 全介助
	衣服の着脱	01 介助なし	02 一部介助	03 全介助
25 退棟先 (は1つ)	01 自院の他の病棟	} 病床種別:(01~02を選択した場合)		
	02 他の病院・有床診療所			
	03 介護老人保健施設(老人保健施設)	11 回復期リハビリテーション病棟		
	04 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	12 亜急性期病室		
	05 障害者支援施設	13 医療療養病棟(病床)		
	06 グループホーム・有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)	14 介護療養型医療施設		
	07 在宅	15 一般病棟(他の病院・有床診療所の場合のみ)		
	08 その他	16 その他		
	09 死亡	} 通院先:(06~08を選択した場合)		
	21 自院の外来			
	22 他院の外来			
	23 なし			
	24 不明			

≪上記の設問25退棟先が「11回復期リハビリテーション病棟」「12亜急性期病室」の場合にご回答ください≫

26 回復期リハビリテーション病棟・亜急性期病室に移行した理由 (はいくつでも)	01 主傷病の引き続きの急性期治療のため	08 病状や予後の説明のため	
	02 主傷病の経過観察のため	09 危険因子(食事・運動・喫煙・飲酒等)の評価・指導のため	
	03 主傷病の再発予防の食事・投薬のため	10 服薬指導のため	
	04 リハビリテーションのため	11 退院後の在宅の生活環境・介護体制の準備のため	
	05 入院前の既往症・合併症の治療のため	12 在宅以外の退院先確保まで一時的に待機が必要なため	
	06 手術・検査後合併症の治療のため	13 本人・家族が転院・退院を希望しないため	
	07 手術・検査後合併症の予防や早期発見のため	14 その他(_____)	
27 当該病棟・病室での在院日数	日	28 転棟・転院・退院までの待機日数 ^{注1}	日

注1) 医師が一般病棟(設問21)および当該病棟・病室(設問27)からの転棟・転院・退院が可能と判断してから引き続き入院していた日数。
注2) 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」に基づく。

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

平成23年6月

健康保険組合連合会
〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4

* 無断転載を禁じます。