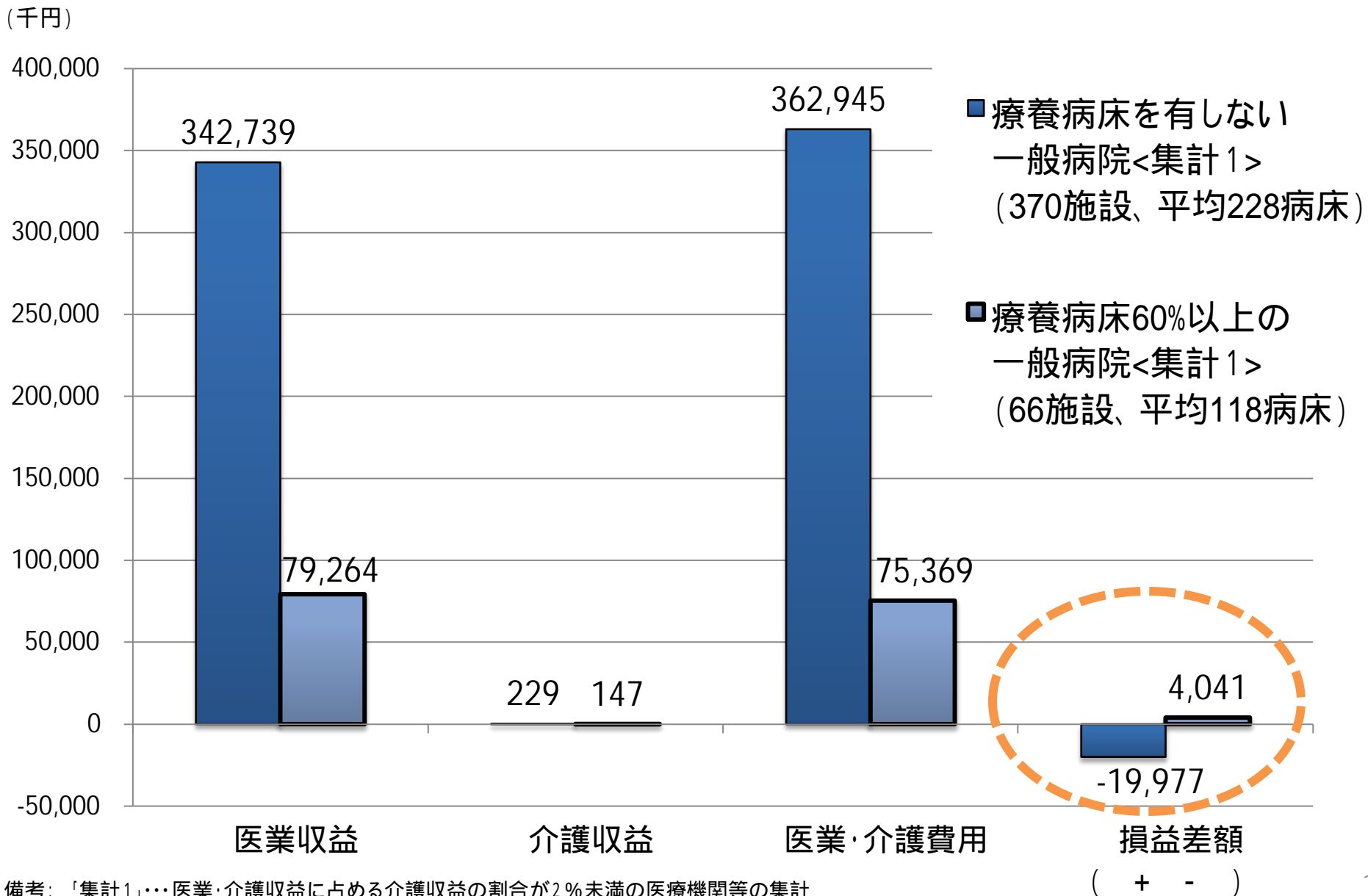
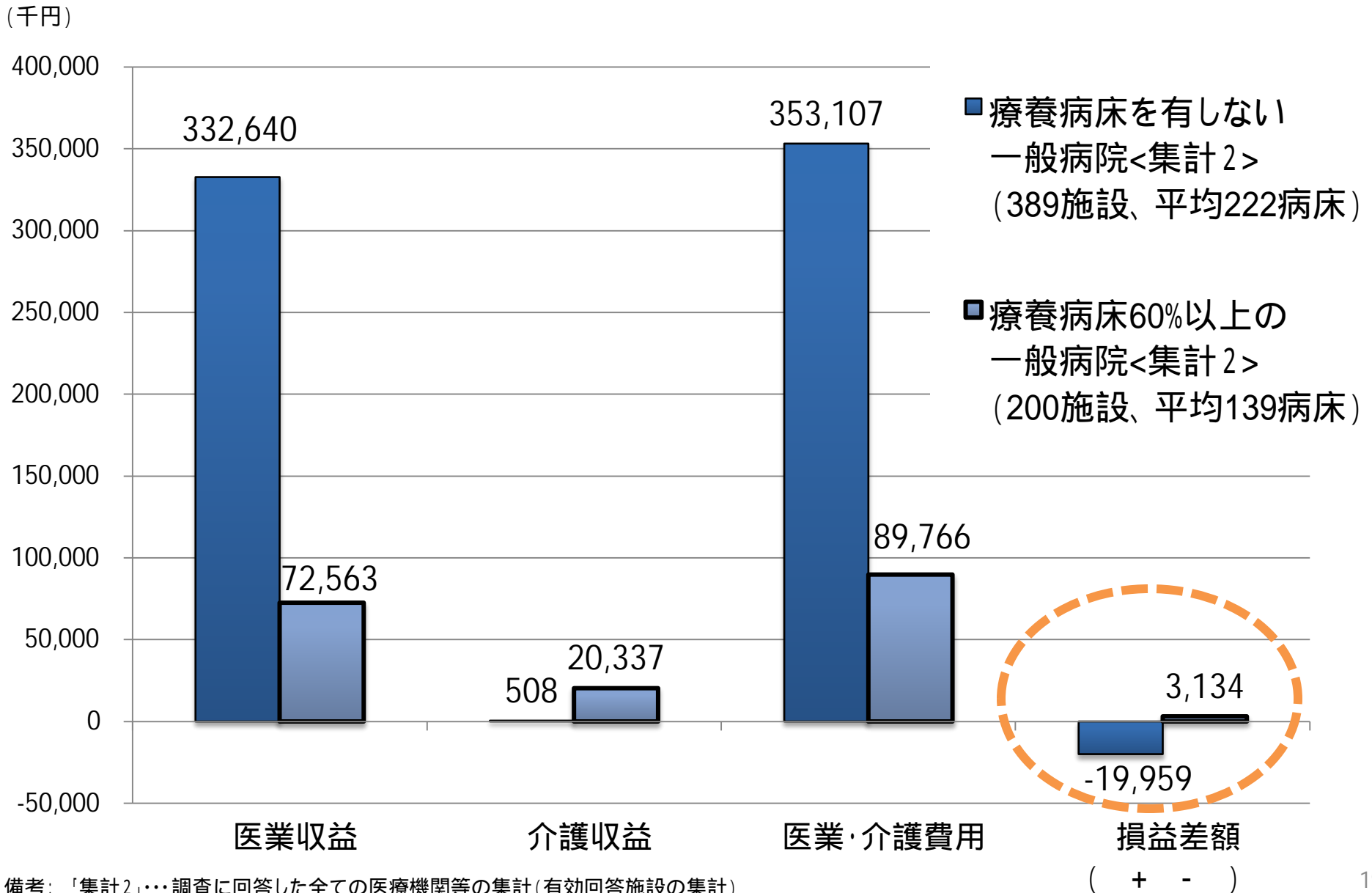


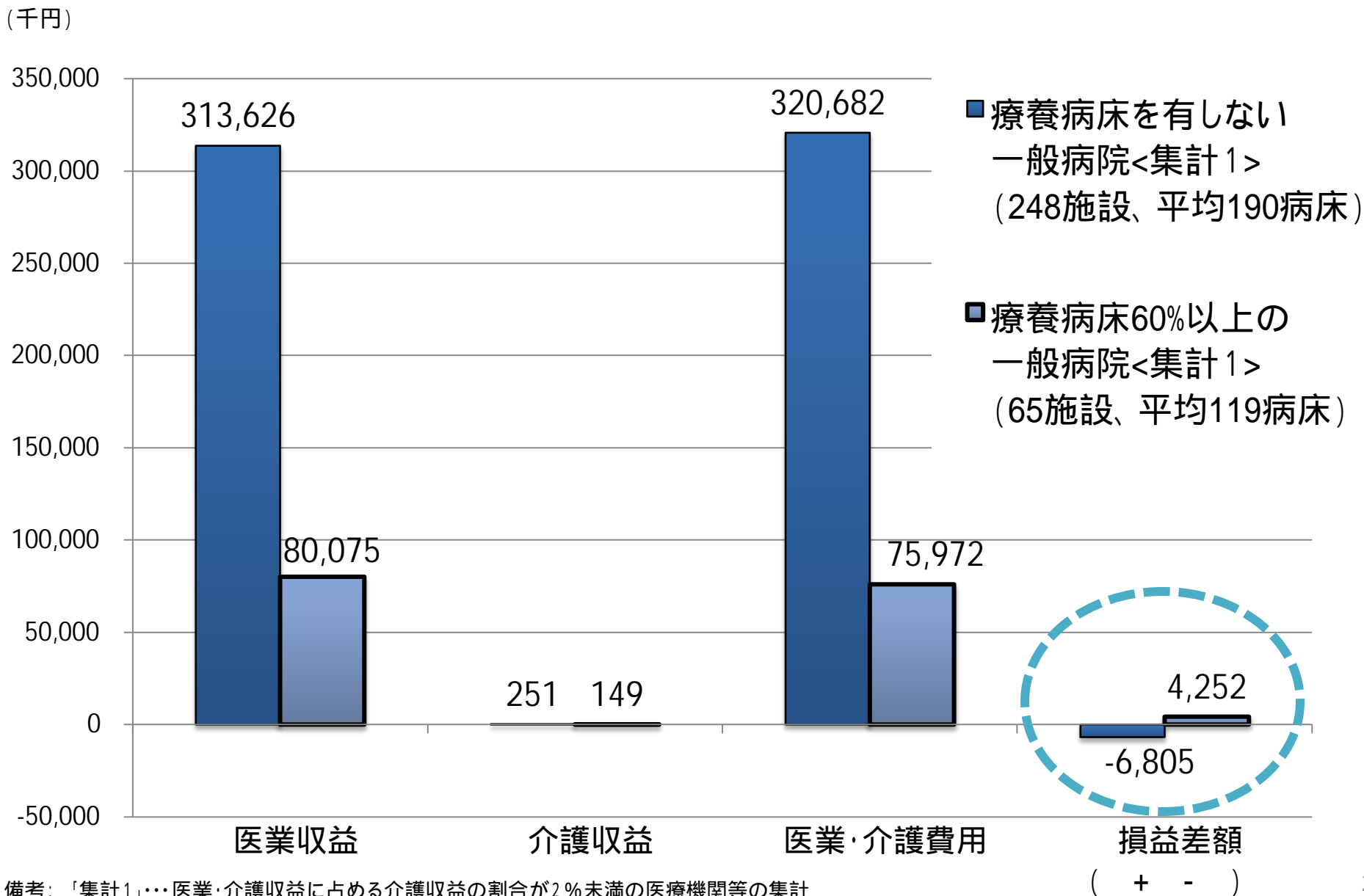
療養病床の有無と損益状況<集計1>



療養病床の有無と損益状況<集計2>

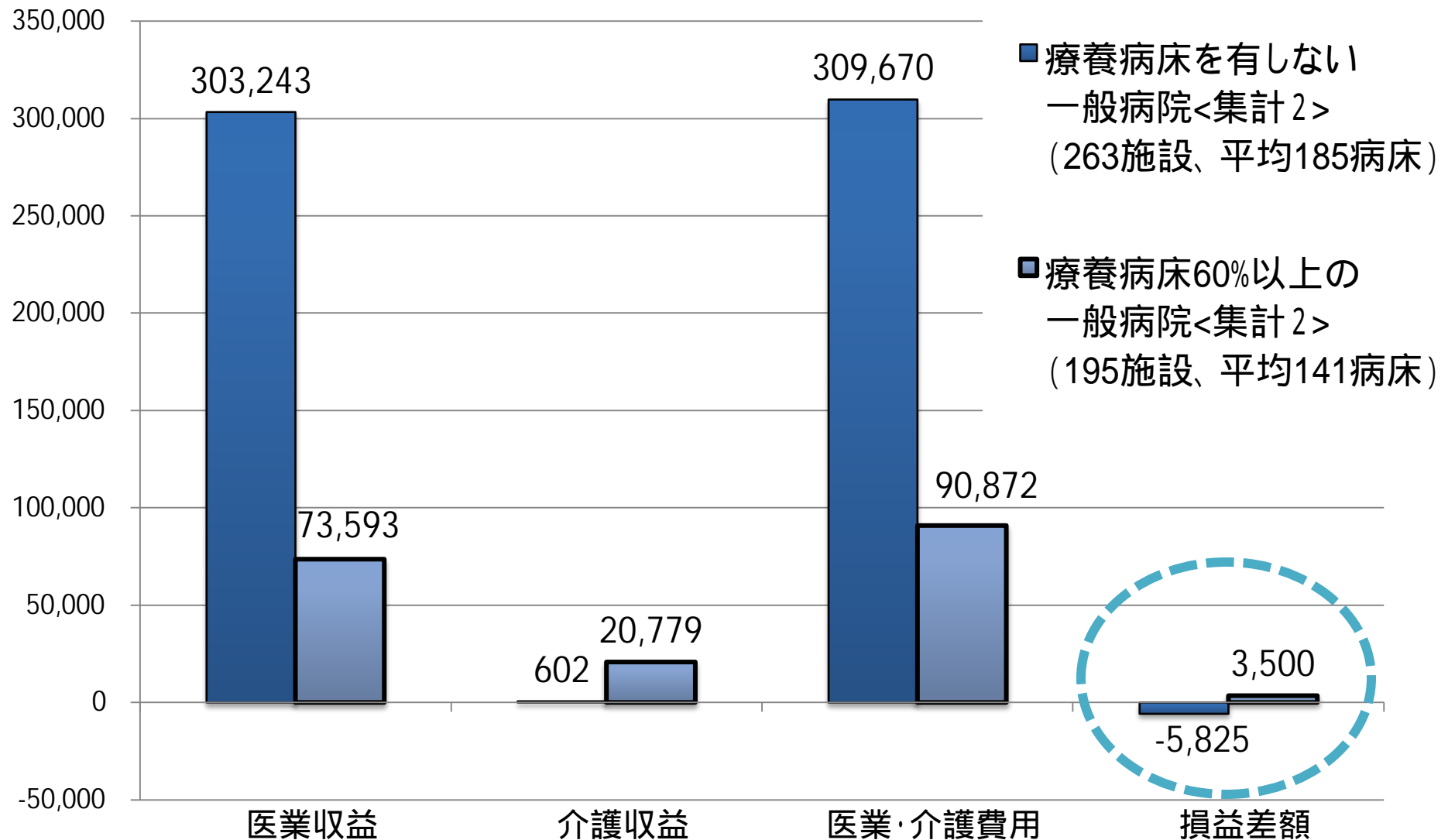


療養病床の有無と損益状況<集計1：国公立を除く>



療養病床の有無と損益状況<集計2：国公立を除く>

(千円)



備考：「集計2」…調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)

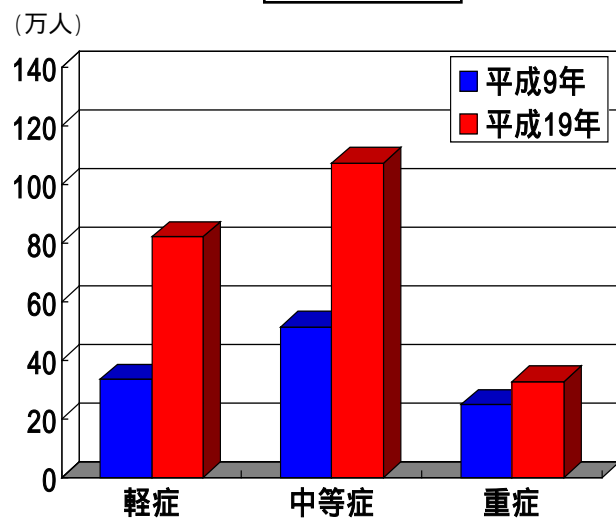
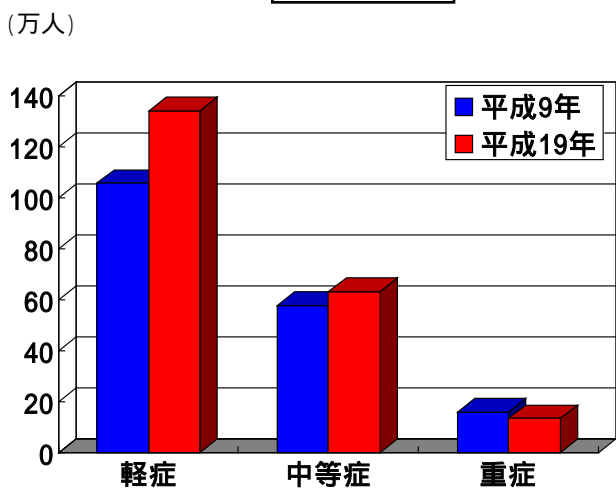
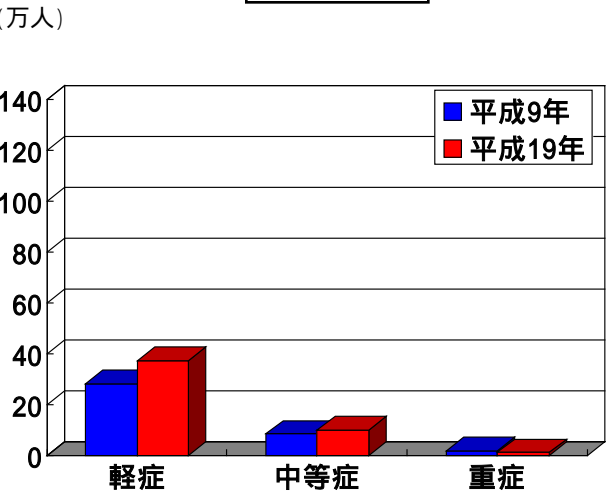
(+ -)

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重傷度別)

小児

成人

高齢者



平成9年中

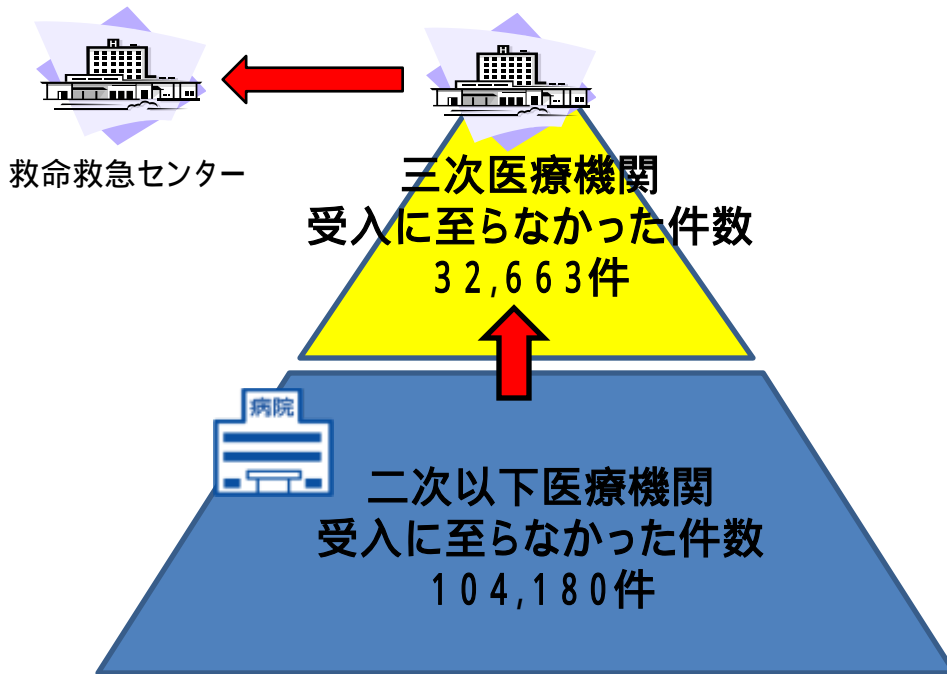
	小児	成人	高齢者
全体			
重症	1.9万人	16.1万人	24.9万人
中等症	8.5万人	57.7万人	51.4万人
軽症	28.2万人	105.7万人	33.4万人

平成19年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
全体			
重症	1.2万人 0.7万人減 - 37%	13.6万人 2.5万人減 - 16%	32.8万人 7.9万人増 + 31%
中等症	10万人 1.5万人増 + 17%	63.3万人 5.6万人増 + 9%	107.2万人 55.8万人増 + 108%
軽症	37.3万人 9.1万人増 + 32%	133.9万人 28.2万人増 + 26%	82.1万人 48.7万人 + 145%

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

最終的に救命救急センター等で受け入れに至った事案について、 途中の照会で二次救急医療機関と三次医療機関で受け入れに至らなかった理由



三次医療機関における理由

・手術中・患者対応中	32.6%
・ベッド満床	25.0%
・処置困難	11.2%

二次以下医療機関における理由

・処置困難	23.6%
・専門外	18.8%
・手術中・患者対応中	14.5%
・ベッド満床	12.7%

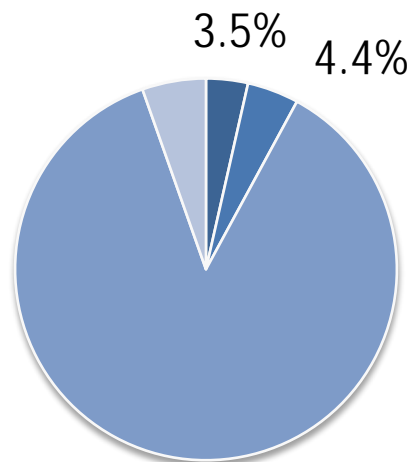


病院区分等		手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	合計
二次以下	件数	15,105	13,268	24,554	19,636	5,962	265	25,390	104,180
	割合	14.5%	12.7%	23.6%	18.8%	5.7%	0.3%	24.4%	100%
三次	件数	10,647	8,177	3,660	1,763	609	19	7,788	32,663
	割合	32.6%	25.0%	11.2%	5.4%	1.9%	0.1%	23.8%	100%
合計	件数	25,752	21,445	28,214	21,399	6,571	284	33,178	136,843
	割合	18.8%	15.7%	20.6%	15.6%	4.8%	0.2%	24.2%	100%

療養病床における救急患者の受入状況

	医療区分1 (n=2,543)		医療区分2 (n=3,820)		医療区分3 (n=1,563)		合計 (n=7,926)	
救急車による救急受入れ患者	89	3.5%	150	3.9%	42	2.7%	281	3.5%
上記以外の救急受入れ患者	98	3.9%	167	4.4%	81	5.2%	346	4.4%
救急受入れ患者ではない	2,197	86.4%	3,302	86.4%	1,372	87.8%	6,871	86.7%
無回答	159	6.3%	201	5.3%	68	4.4%	428	5.4%
全体	2,543	100.0%	3,820	100.0%	1,563	100.0%	7,926	100.0%

病院の療養病床
(n=7,926)



- 救急車による救急受入れ患者
- 上記以外の救急受入れ患者
- 救急受入れ患者ではない
- 無回答

救急医療機関と療養病棟の連携を目指した取組み例

東京都3次救急病院と療養型病院の連携

目的	3次救急に入院後、加療にて療養型病院で対応可能になった患者を、いち早く療養型病院に転院していただく体制を構築することで、3次救急病院が満床のために救急対応出来ない状況を改善し、救急難民を減少させる。
方法	急性期のMSWが8施設にコンタクトして入院を決める。
連携対象病院数	3次救急病院:1施設 療養型病院:8施設
モデル連携実績	20年12月～21年3月 申し込み23件中19件が転院

大阪府緊急連携ネットワーク

目的	3次救急にミスマッチな患者が搬送されたときに、速やかに治療可能な慢性期病床(主に医療療養病床)をもつ病院が受託することにより、3次救急の病床回転率を改善して救急難民を減少させる。
方法	3次救急の医師又は地域連携からコーディネーターに連絡し、ネットワークでマッチングできる病院を探して紹介入院をする。
連携対象病院数	3次救急病院:10施設 慢性期病院:33施設
モデル連携実績	20年12月～21年10月 連携紹介数 105例 うち75%が紹介転院

治療・ケアの内容の評価に係る経緯

15年度

H16
改定

診療報酬調査専門組織として慢性期分科会 発足

慢性期入院医療の包括評価分科会
(分科会長:池上直己)

16年度

平成16・17年度慢性期分科会

H18
改定

← 患者分類を用いた包括評価(5分類)を療養病棟入院基本料等に導入される

18年度

平成18年度慢性期分科会
QI(Quality Indicator)を用いた
医療の質の評価を提唱

H20
改定

← 一部の医療区分の要件が厳格化される
← 「治療・ケアの内容の評価表」として医療の質の評価が採用される

20年度

21年度

H22
改定

平成21年度慢性期分科会

QI(Quality Indicator)とは:
ケアの内容として問題となる褥瘡患者の割合といったプロセスを評価したり、ケアの結果として生じるADLの低下といったアウトカムを評価したりするために提唱された指標。

算出方法:
対象病院や病棟毎に、こうしたケアの質に問題のある可能性のある患者を分子に、その状態に至る可能性のある患者全体を分母として、病院全体や病棟全体としての割合を算出する。

QIの値の見方:
QIの値は0%~100%に分布し、100%に近いほど、当該施設や病棟のケアの質に問題のある可能性がある。

治療・ケアの内容の評価表

平成()年()月 第()病棟

記載者サイン (医師・看護師 サイン)

	①該当患者数		③継続入院患者数	①/③	
		②*			②/③
ADL区分1・2の患者における褥瘡	人	人	人	%	%
ADL区分3の患者における褥瘡	人	人	人	%	%
ADLの低下 (「支援のレベル」の合計点が2点以上増加)	×人				
尿路感染症	人				
身体抑制	人				

継続入院患者全体()のうちの褥瘡を生じている患者()の割合 (割合が小 その病棟のケアの質が高い)

※当該病棟内(診療所においては当該施設内)で新規(別な部位における新規も含む。)に発生した数(再掲)

平成20年度より、QIのうちの4分野が、一部修正のうえ導入された。病棟単位の継続的な測定・評価が義務付けられている。但し、現時点では本表の提出義務はない。