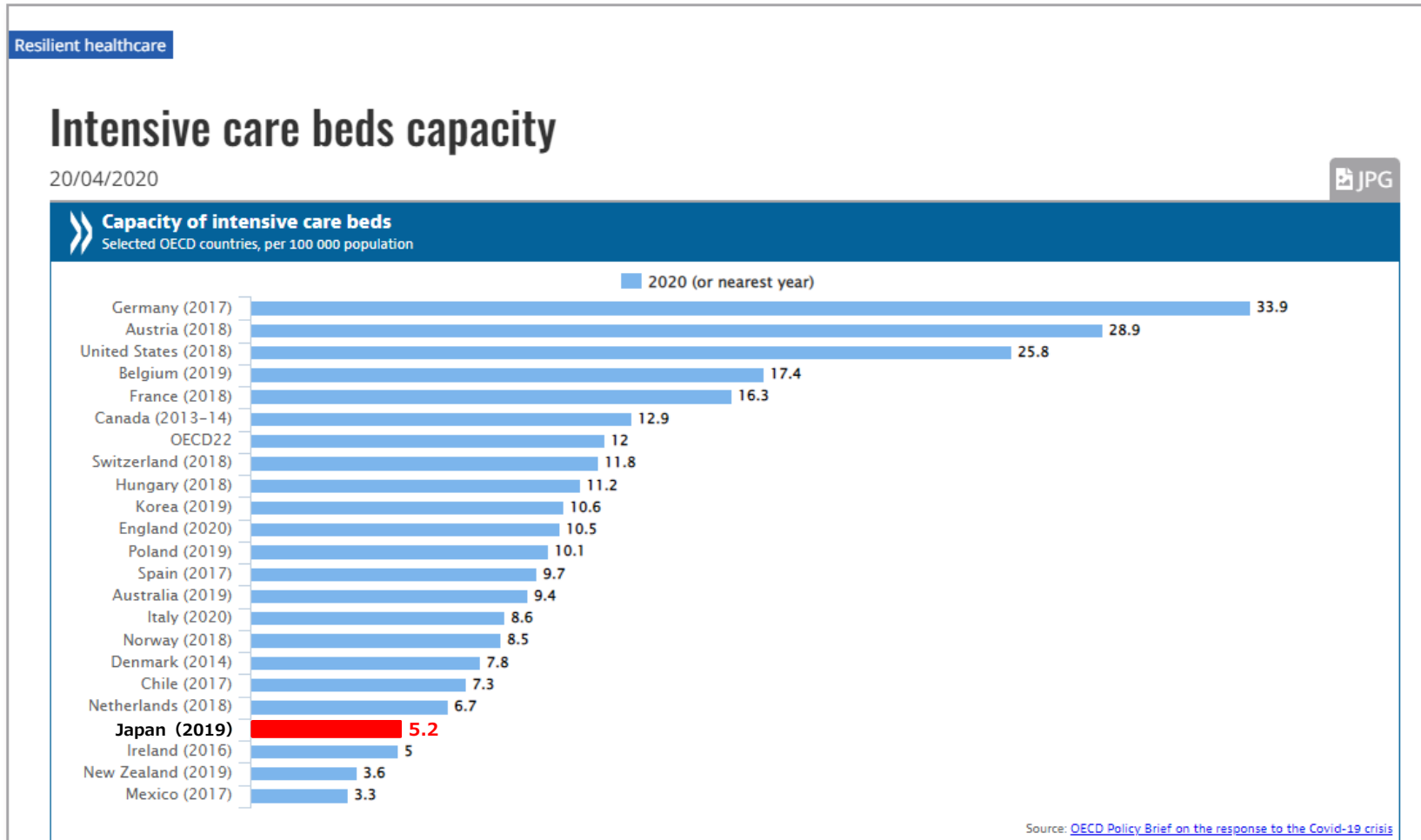


日本の人口当たりICU病床数は、OECD諸国の中で少ない。



While some of the beds and other resources in curative (or acute) care hospital units may be temporarily converted into flexible intensive care units, a key point, especially for COVID-19 treatment, is that intensive care beds need to be equipped with respiratory equipment. There may be differences in the notion of intensive care affecting the comparability of the data across countries. For more information, see: [Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD](#)

米国では病院統合と併せてICU病床の集約化が進み、30床以上の施設が主流となった。

Wallace et al. (2017) の調査では、1997年から2011年の間にICUを保有する病院数は501病院減ったにもかかわらず、ICU病床数は18,681床増えている。ICU病床総数の増加は、全ての規模の病院が同じようにICUを増やしたのではなく、100未満の小規模病院ではICU病床の数は減少している。総数の伸びは250床以上の大規模な病院で、もともとICUを多く持っていた病院（ICU病床>30床）がICUを7割増加したことによる。ICUの集約化が進んでいることがうかがえる。

	Intensive Care Beds				Hospitals					
	1997 (n=68,264)	2011 (n=86,945)	Change between 1997 and 2011	p- value	1997 (n=3,680)	2011 (n=3,179)	Change between 1997 and 2011	p- value		
Hospital size, n(%)										
Small(<100 beds)	8,828 (12.9)	7,537 (8.7)	-1,291	-15%	<0.01	1,391 (37.8)	1,100 (34.6)	-291	-21%	0.01
Medium(100-249 beds)	22,221 (32.6)	23,866 (27.4)	+1,645	+7%		1,392 (37.8)	1,211 (38.1)	-181	-13%	
Large(250-499 beds)	23,227 (34.0)	31,711 (36.5)	+8,484	+37%		680 (18.5)	649 (20.4)	-31	-5%	
Very large(≥500 beds)	13,988 (20.5)	23,831 (27.4)	+9,843	+70%		217 (5.9)	219 (6.9)	+2	+1%	
Intensive care size, n(%)										
Small(1-5 beds)	1,811 (2.7)	1,200 (1.4)	-611	-34%	<0.01					
Medium(6-15 beds)	14,458 (21.2)	10,805 (12.4)	-3,653	-25%						
Large(16-30 beds)	16,845 (24.7)	14,371 (16.5)	-2,474	-15%						
Very large(>30 beds)	35,150 (51.5)	60,569 (69.7)	+25,419	+72%						

(*) Wallace et al. (2017) 調査表を一部修正

日本集中治療医学会 集中治療部設計のための指針は患者対看護師比常時2対1以上を前提。

集中治療部設置のための指針 2022年改訂版

2022年3月17日

一般社団法人 日本集中治療医学会

はじめに

本指針は、2002年に日本集中治療医学会が公表した『集中治療部設置のための指針—2002年3月—』の改訂版として作成された。

我が国の重症患者治療用病床には、設置基準にて患者対看護師比が常時2対1以上を必要とする特定集中治療室管理料（以下、特定集中）1～4、救命救急入院料（以下、救命救急）2または4、小児特定集中治療室管理料を算定する病床の他にも患者対看護師比が4対1または5対1のハイケアユニットや同3対1の脳卒中ケアユニットなどが存在する。これらを広く集中治療室（ICU）と呼称する施設もあるが、本指針は特定集中1～4、救命救急2または4を算定し、集中治療専門医が管理運営する患者対看護師比が常時2対1以上の中央診療部門である集中治療部を対象とする。いわゆる general ICU の機能を備える日本集中治療医学会の集中治療専門医研修施設の多くが、本指針の対象となる。

一般病床総数のうち、2対1配置はわずか0.8%。

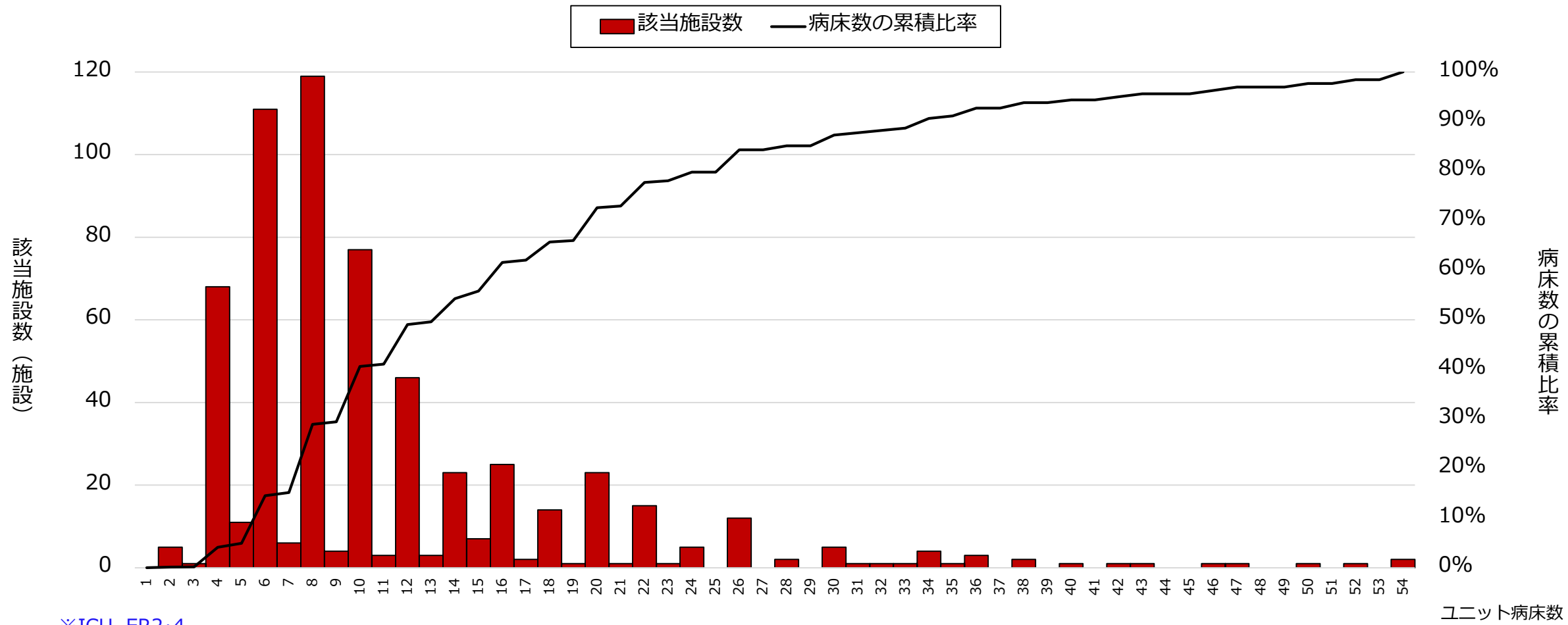
一般病床の看護配置状況

看護配置	合計病床数	割合
2対1	7,081	0.8%
3対1	5,503	0.6%
4対1	10,897	1.3%
5対1	336	0.0%
6対1	2,839	0.3%
ユニット合計	26,656	3.1%
7対1	440,829	51.6%
10対1	209,718	24.5%
13対1	127,732	14.9%
15対1	46,651	5.5%
不明	3,196	0.4%
一般病床総計	854,782	100.0%

日本集中治療医学会は、2対1看護師配置ユニットを集中治療と定義。
2対1看護病床数は一般病棟全体の0.8%
(ユニット合計病床数は3.1%)

看護体制2対1体制（ICU+ER2・4）をもつ病院のうち、10床以上は47%（287施設）で9床以下が53%（325施設）。

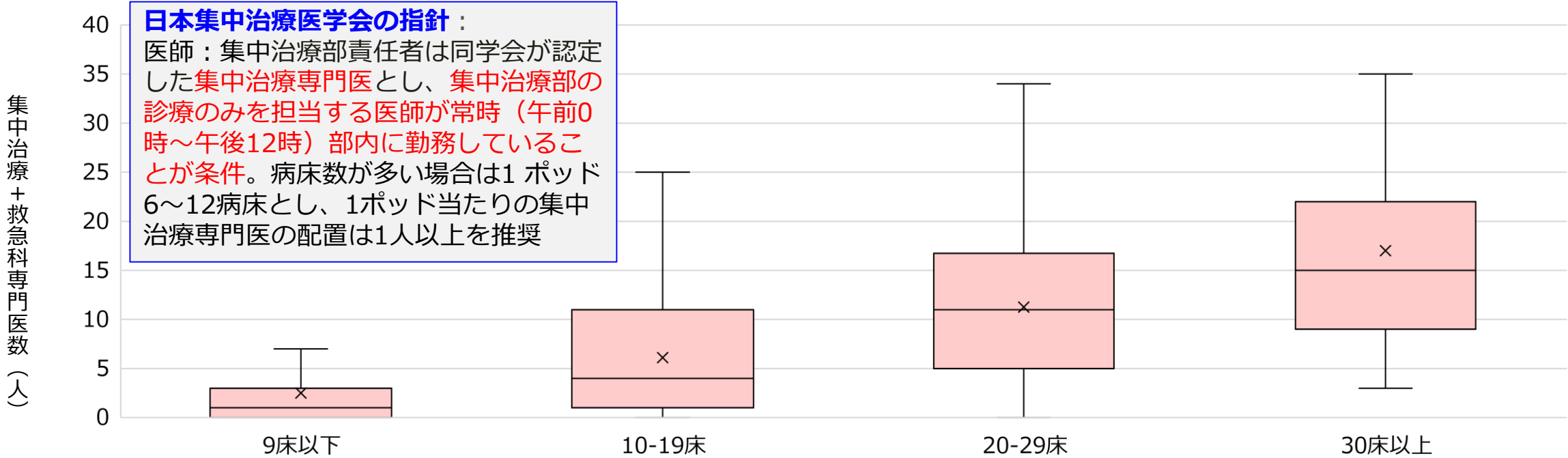
【2対1病床数ごとの施設数／累積比率】



※ICU, ER2・4
 ※2019年度病床機能報告（2019年7月1日時点データ）より作成
 ※一般病床の稼働病床数を計上

病床数が9床以下の病院は、専門医数ゼロが約4割、中央値は1名にとどまり、専門医の常時勤務確保が困難。

【2対1ユニット病床数別 専門医数】



施設数	323施設(うち0人は128施設)	202施設(うち0人は31施設)	60施設(うち0人は4施設)	27施設(うち0人は0施設)
上位25%tile	3.0人	10.8人	16.3人	22.0人
中央値	1.0人	4.0人	11.0人	15.0人
下位25%tile	0.0人	1.0人	5.0人	9.0人

※ICU, ER2・4

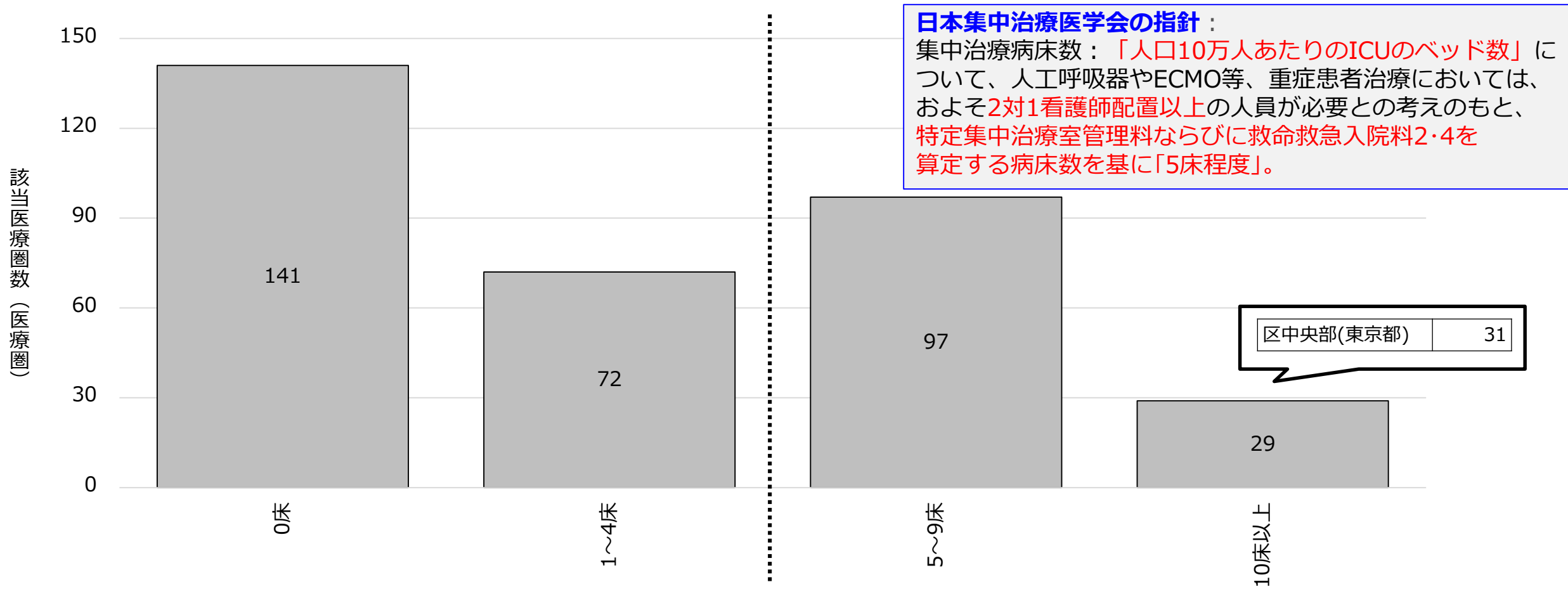
※2019年度病床機能報告（2019年7月1日時点データ）より作成

※専門医数は認定集中治療専門医（日本集中治療医学会、2022年4月時点）+救急科専門医（厚労省「令和2年救命救急センターの充実段階評価の評価結果」）

※一般病床の稼働病床数を計上

人口10万対の2対1ユニットについて、病床数ゼロが141医療圏（42%）、4床以下は213医療圏（62.8%）で、集中治療体制の地域的偏在が顕著。

【人口10万対 二次医療圏 2対1ユニット病床数の状況】



※ICU, ER2・4

※2019年度病床機能報告（2019年7月1日時点データ）より作成

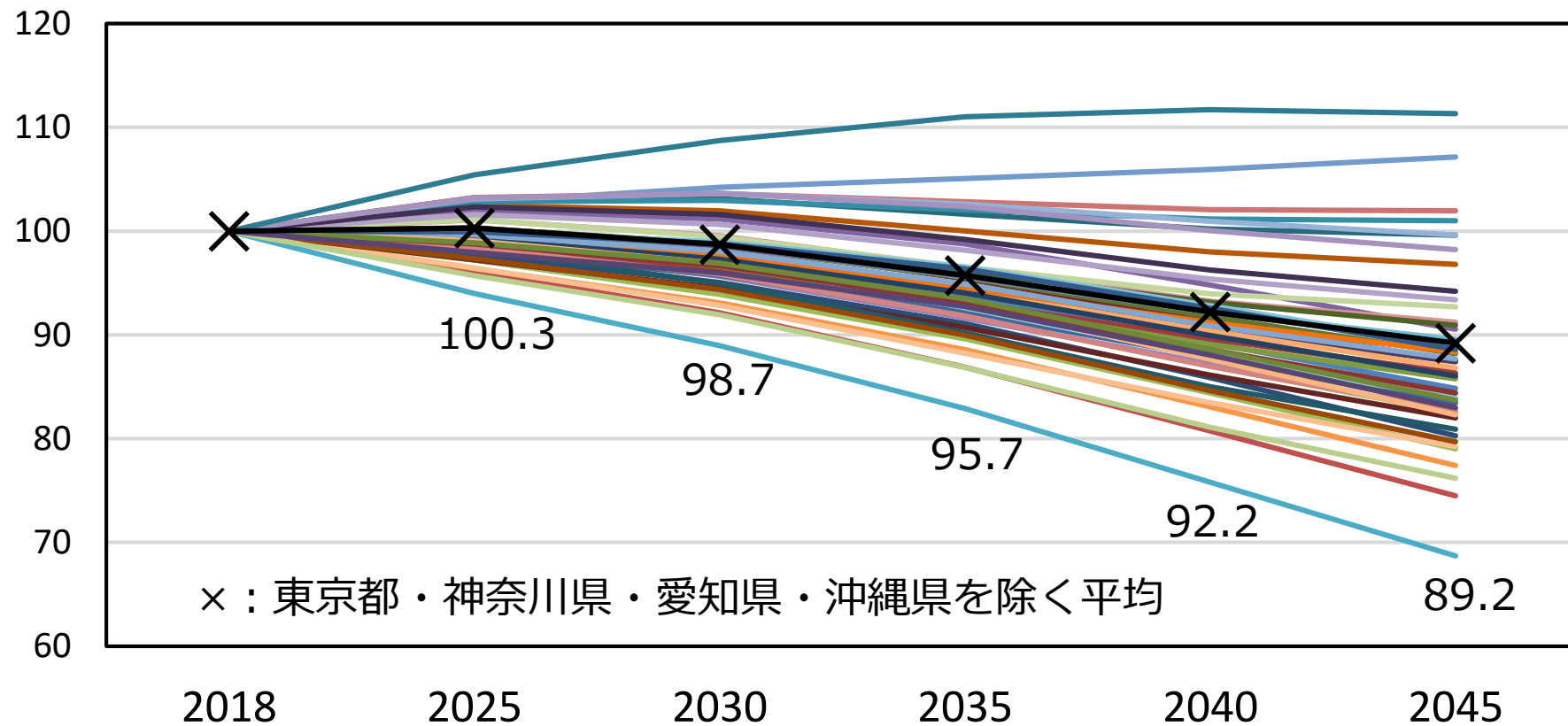
※人口は2020年1月1日住民基本台帳人口・世帯数、2019年人口動態（市区町村別）より作成

※一般病床の稼働病床数を計上

各都道府県の将来の外来医療需要

4都県を除き、2030年代以降の外来医療需要はコロナ前の2018年度よりも減少傾向

外来医療需要(2018年度=100)



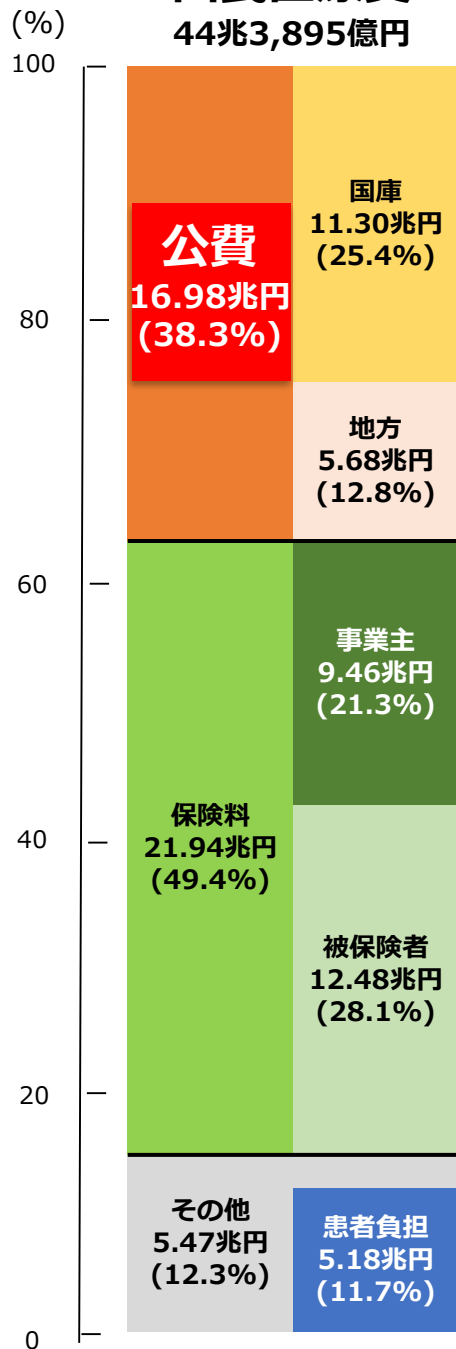
資料：NDBオープンデータ、将来推計人口

2045年には39道府県で外来医療需要は5%超減少。

	100以上	95以上100未満	90以上95未満	85以上90未満	80以上85未満	75以上80未満	70以上75未満	70未満
2025	宮城県、茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、石川県、静岡県、愛知県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、福岡県、沖縄県	北海道、青森県、岩手県、山形県、福島県、栃木県、群馬県、新潟県、富山県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、三重県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県	秋田県					
2030	宮城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、滋賀県、兵庫県、広島県、福岡県、沖縄県	北海道、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、三重県、京都府、大阪府、奈良県、鳥取県、岡山県、香川県、愛媛県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県	青森県、岩手県、山形県、和歌山県、島根県、山口県、徳島県、高知県	秋田県				
2035	埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、滋賀県、福岡県、沖縄県	宮城県、茨城県、栃木県、石川県、静岡県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、佐賀県、熊本県	北海道、福島県、群馬県、新潟県、富山県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、三重県、奈良県、鳥取県、山口県、香川県、愛媛県、長崎県、大分県、宮崎県、鹿児島県	青森県、岩手県、山形県、和歌山県、徳島県、高知県	秋田県			
2040	埼玉県、東京都、神奈川県、愛知県、滋賀県、福岡県、沖縄県	千葉県、兵庫県、広島県	宮城県、茨城県、栃木県、群馬県、石川県、福井県、静岡県、三重県、京都府、大阪府、香川県、佐賀県、熊本県	北海道、福島県、新潟県、富山県、山梨県、長野県、岐阜県、奈良県、鳥取県、島根県、岡山県、愛媛県、長崎県、大分県、宮崎県、鹿児島県	青森県、岩手県、山形県、和歌山県、山口県、徳島県、高知県	秋田県		
2045	東京都、神奈川県、愛知県、沖縄県	埼玉県、千葉県、滋賀県、福岡県	宮城県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県	茨城県、栃木県、群馬県、石川県、福井県、長野県、岐阜県、静岡県、三重県、鳥取県、香川県、佐賀県、熊本県	北海道、福島県、新潟県、富山県、山梨県、奈良県、島根県、山口県、愛媛県、長崎県、大分県、宮崎県、鹿児島県	岩手県、山形県、和歌山県、徳島県、高知県	青森県	秋田県

国民医療費

44兆3,895億円



国民医療費を財源別にみると

国民医療費の約9割(約39兆円)に公的なお金が使われている

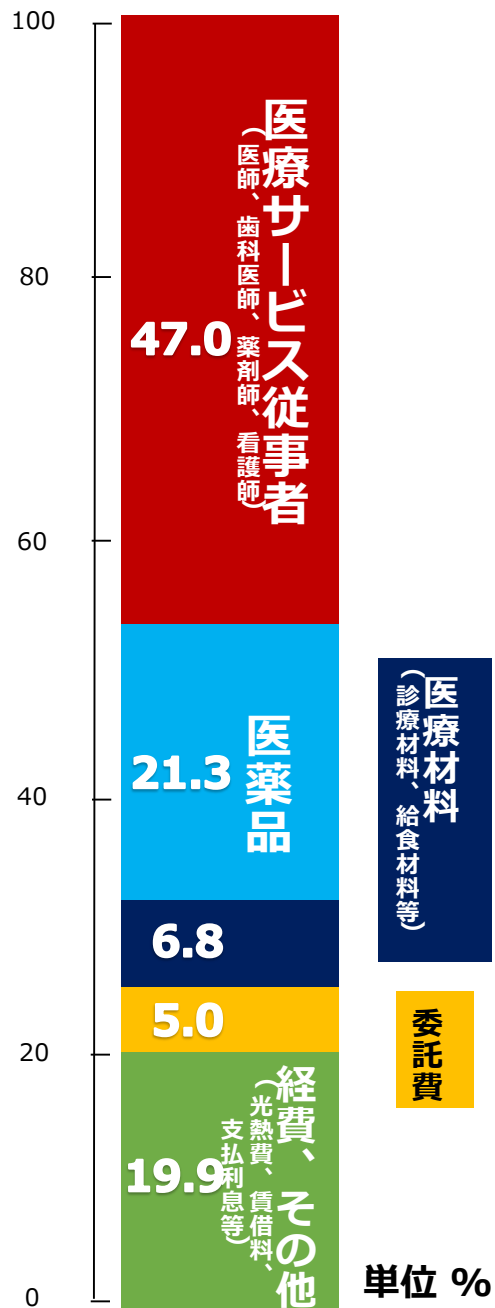
うち公費は、約4割 (17兆円)

加えて、保険料は強制的に徴収され、公的な性格を持つ。
約5割 (約22兆円)

(厚生労働省・財務省 2019年度)

国民医療費

44兆3,895億円



国民医療費を費用構造からみると

国民医療費の5割弱(20.8兆円) は医療サービス従事者に使われている

医療サービス従事者の収入の相当部分は間接的に公的なお金で支えられている

(厚生労働省・財務省 2019年度)

保健医療費 (Health Expenditure) 61.2兆円



「国民医療費」は、主に公的保険がカバーする費用のみ

国際比較で一般的に用いられる「保健医療費 (Health Expenditure)」は、「国民医療費」+予防、介護、市販薬などを含む

保健医療費の公費負担は84% (51.39兆円) である

さらに「Health Expenditure」の公費負担のうち、特に地方負担には、多くの漏れがあるため、公費負担は51.39兆円以上の規模と思われる