

「日本の寝たきりを半分にしよう」 ～こうすれば日本の医療費は半分になる～

一般社団法人 日本慢性期医療協会 会長
医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

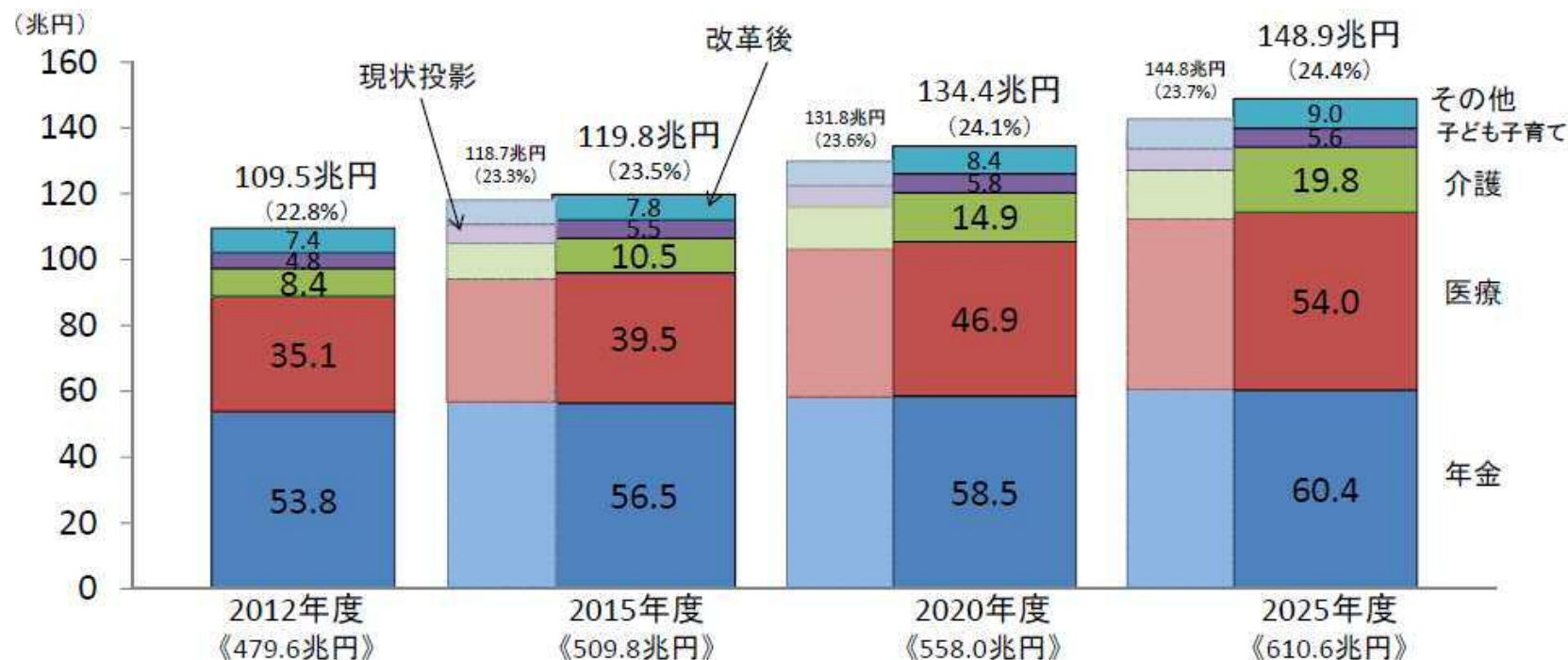
武久 洋三

2017年2月16日（木） 18:30～20:30
第44回月例社会保障研究会（虎ノ門フォーラム）
日本プレスセンタービル10階 ホールA C

社会保障に係る費用の将来推計について《改定後(平成24年3月)》

○給付費に関する見通し

給付費は2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加。



注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

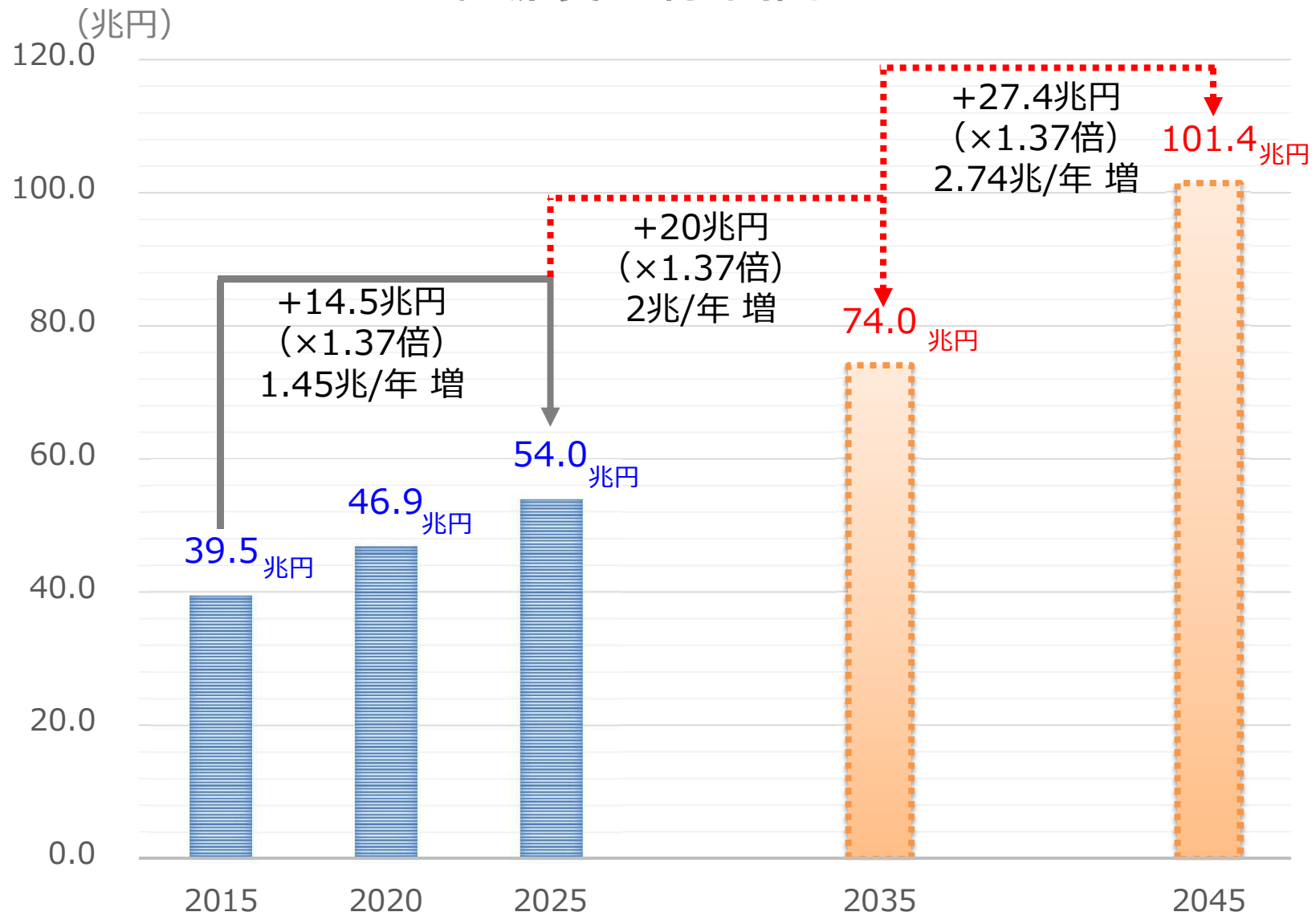
(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2:上図の子ども・子育ては、新制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

注3:()内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

(内閣府)社会保障に係る費用の将来推計について 資料より

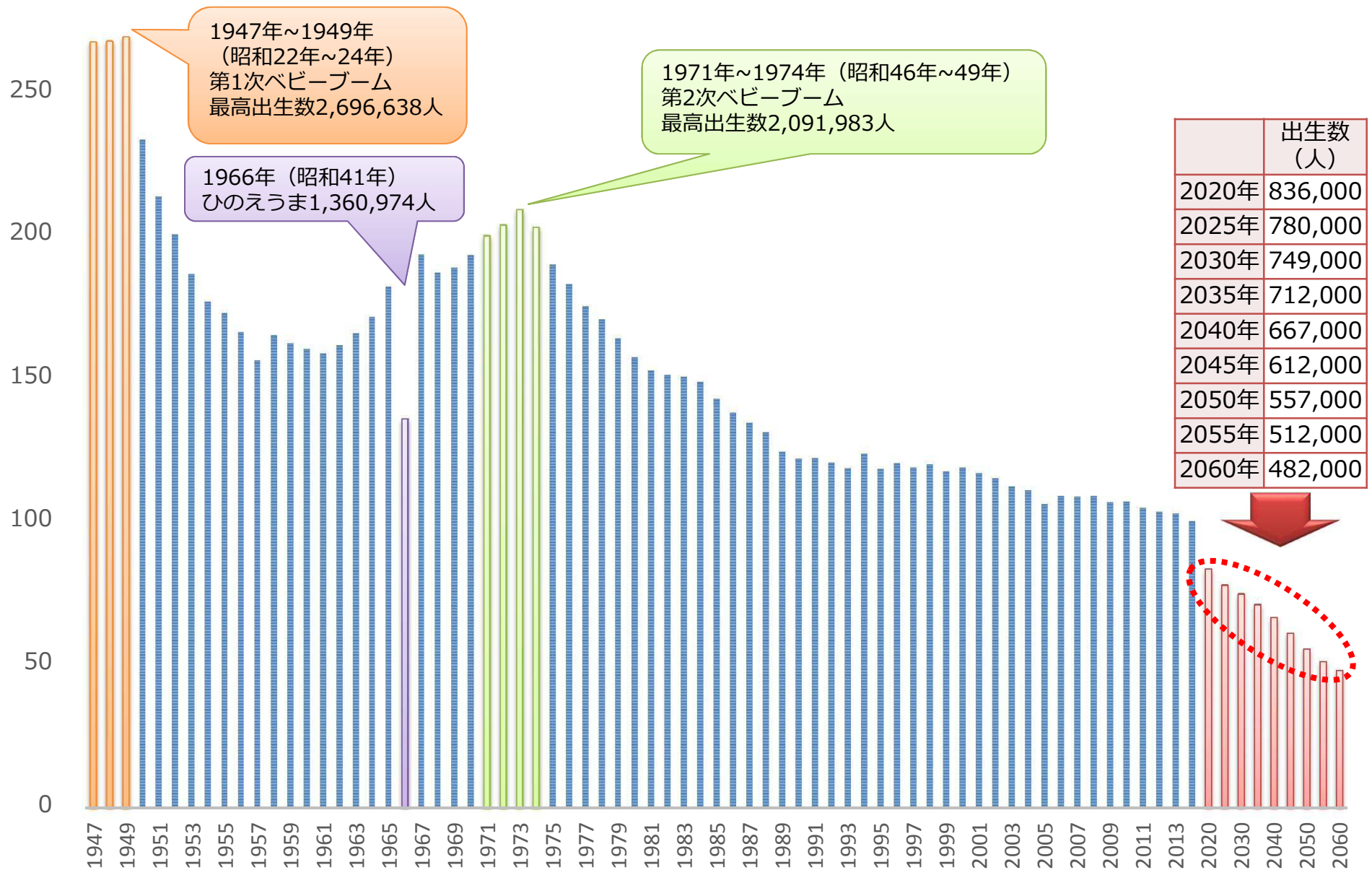
医療費の将来推計



2015年～2025年データ；2014年3月 内閣府「社会保障に係る費用の将来推計について」資料より
2035年・2045年データ；その年の10年前の医療費に2015年～2025年までの10年間の医療費の増加比率（1.37）をかけたもの

300 万人

出生数の推移



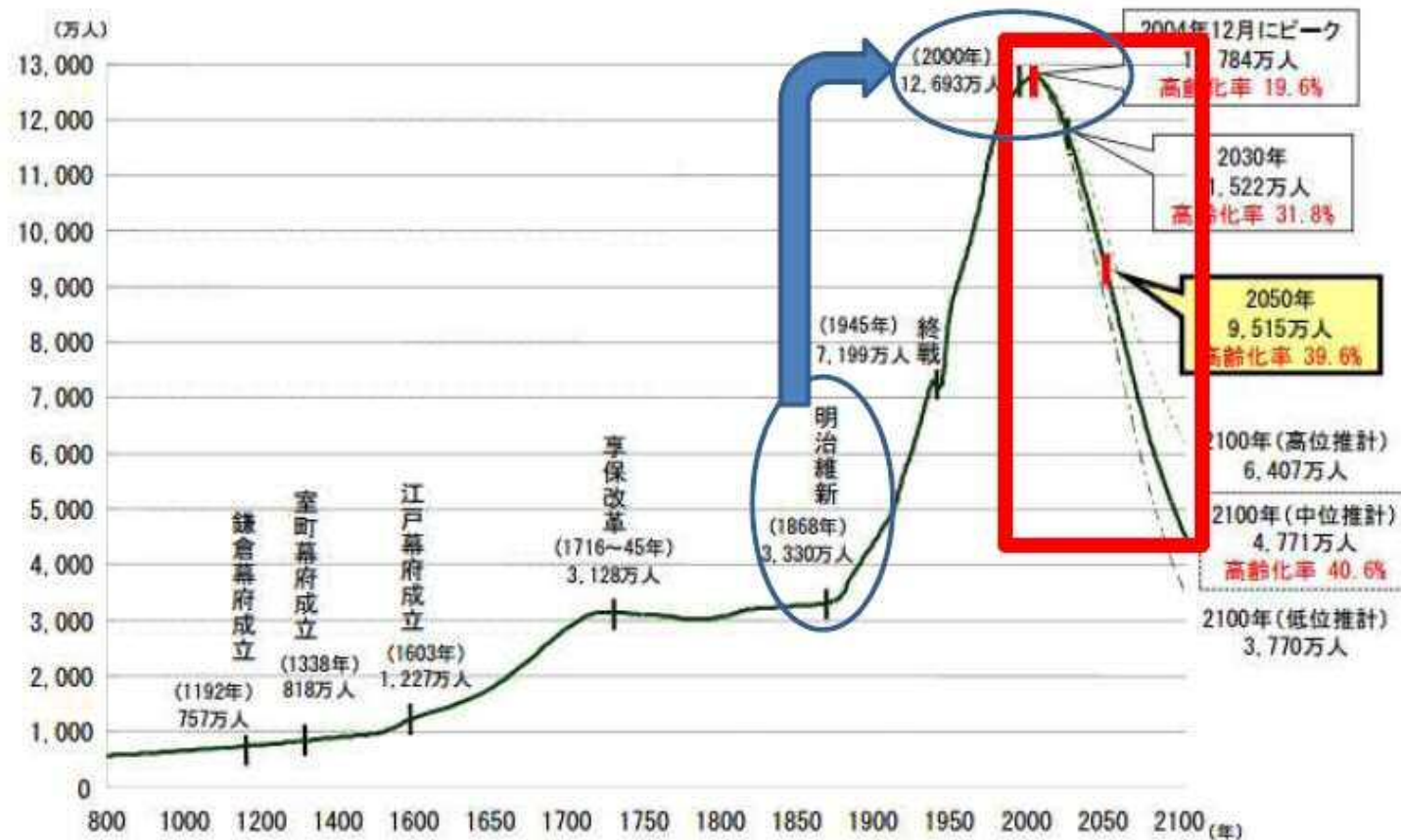
2014年までは人口動態統計による出生数(いずれも日本人)。

2015年以降は「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果(日本における外国人を含む)

日本の人口推移

【図 I-1】我が国の人口は長期的には急減する局面に

○日本の総人口は、2004年をピークに、今後100年間で100年前（明治時代後半）の水準に戻っていく。この変化は千年単位でみても類を見ない、極めて急激な減少。



(出典)総務省「国勢調査報告」、同「人口推計年報」、同「平成12年及び17年国勢調査結果による補間推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」、国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析」(1974年)をもとに。国土交通省国土計画局作成

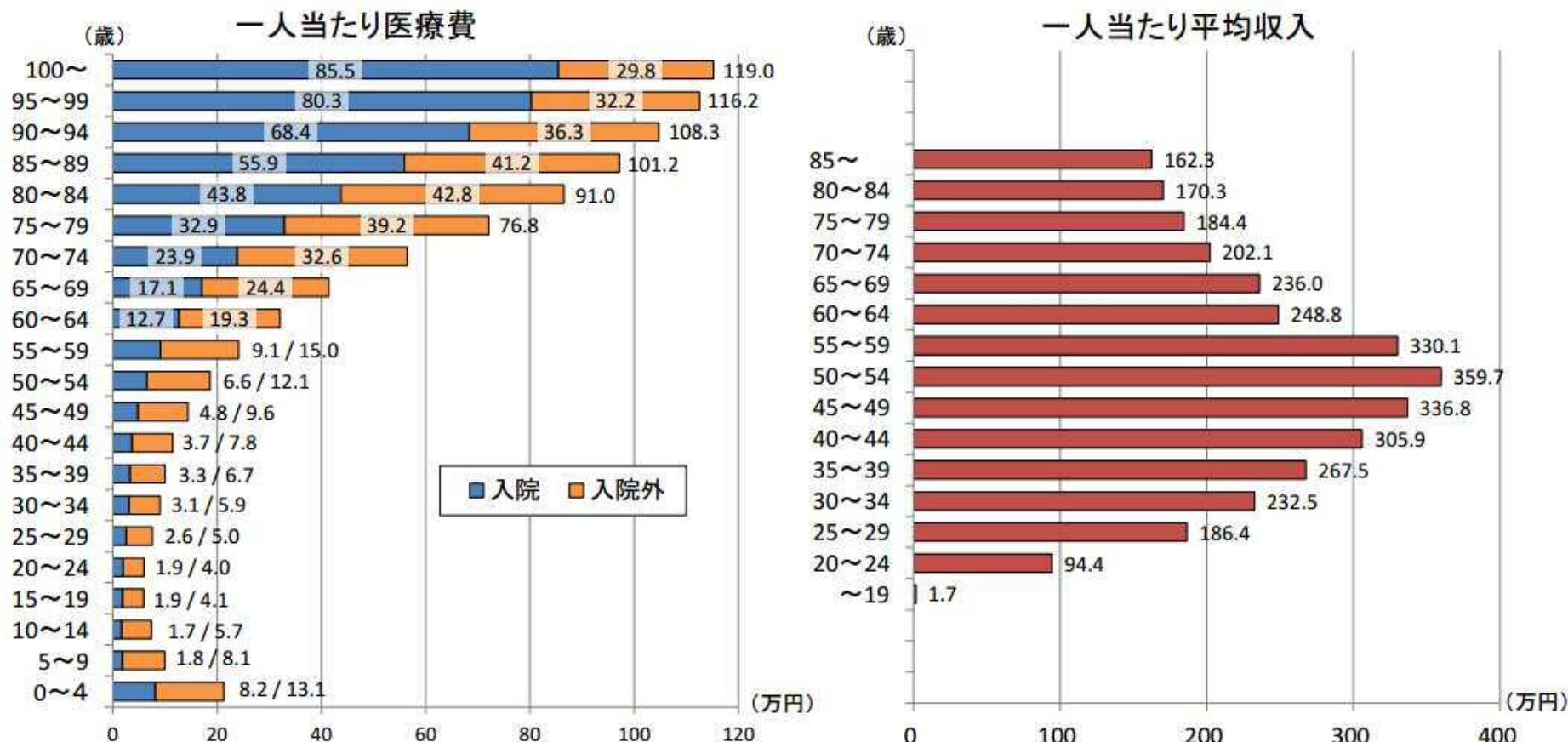
2014.2.8 厚生労働省 保険局 総務課長 大島 一博氏 資料より抜粋

			出生数	うち <u>女児</u> 出生数	
	1920	大正9年	202.5万人	99万人	約100万人の女性が 270万人の子 を 産んでいる。
	1930	昭和5年	208.5万人	101.5万人	
第1次 ベビー ブーム	1947	昭和22年	約270万人	約130万人	約130万人の女性が 200万人の子 を 産んでいる。
	1948	昭和23年	〃	〃	
	1949	昭和24年	〃	〃	
第2次 ベビー ブーム	1971	昭和46年	約200～210万人	約100万人	約100万人の女性が 110万人の子 を 産んでいる。
	1972	昭和47年	〃	〃	
	1973	昭和48年	〃	〃	
	1974	昭和49年	〃	〃	
第二次 ベビー ブームに 生まれた子が 母になる世代	1995	平成7年	約110～120万人	約50～58万人	
	1996	平成8年	〃	〃	
	1997	平成9年	〃	〃	
	1998	平成10年	〃	〃	
	1999	平成11年	〃	〃	
	2000	平成12年	〃	〃	
	2001	平成13年	〃	〃	
	2002	平成14年	〃	〃	
	2003	平成15年	〃	〃	
	2004	平成16年	〃	〃	
	2005	平成17年	〃	〃	
	2025		約78万人(推計)		

年齢階級別の1人当たり医療費及び平均収入について

第96回社会保障審議会医療保険部会
(平成28年7月14日)資料2より抜粋

- 一人当たり医療費は高齢になるほど上昇し、70歳代までは入院外の割合が高いが、80歳代以降は入院の割合が高い。
- 75歳以上で国民医療費の約35%を占める。
- 一方で、一人当たり平均収入は50～54歳をピークに、高齢になるほど減少。



※ 一人当たり医療費は平成26年医療保険に関する基礎資料(厚生労働省保険局)による平成24年度の数値。

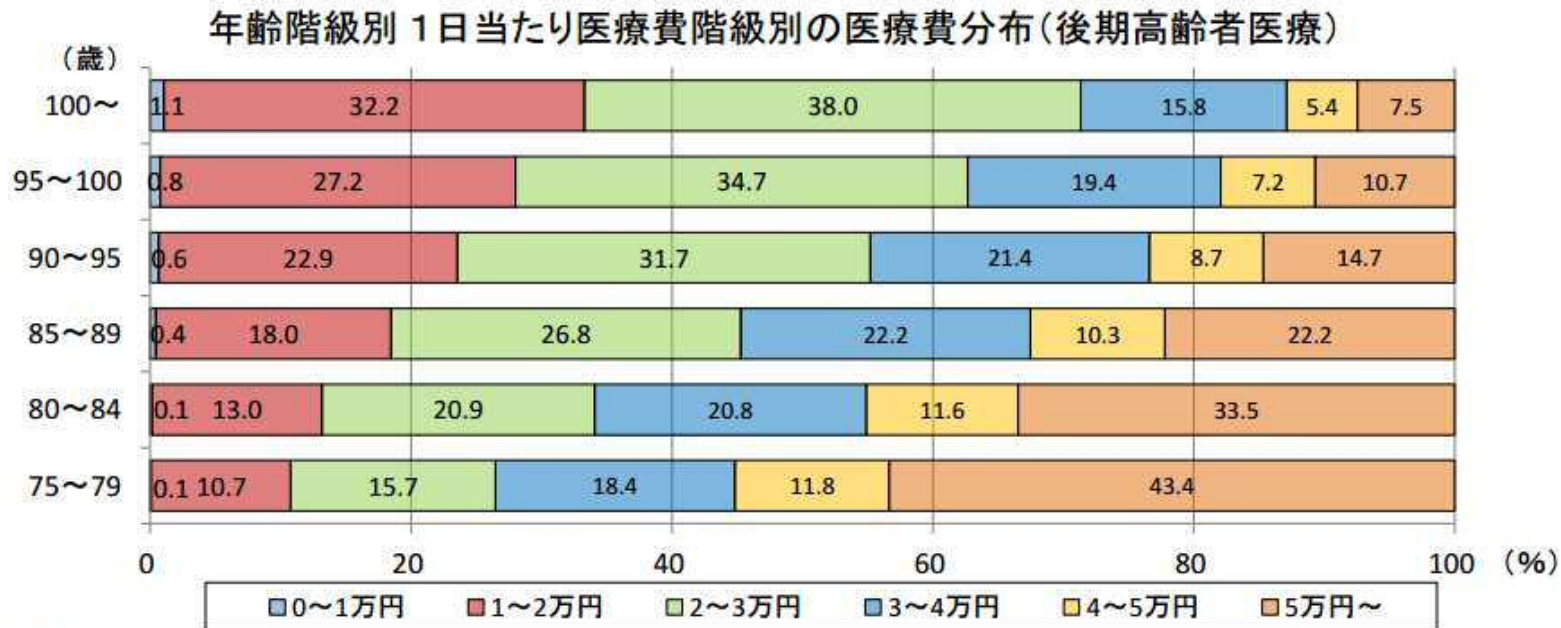
※ 一人当たり平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

※ 入院は、診療費及び食事療養・生活療養費(医科)の費用額。外来は、診療費及び調剤の費用額。歯科診療費や訪問看護等を含まないため、合計額とは一致しない。

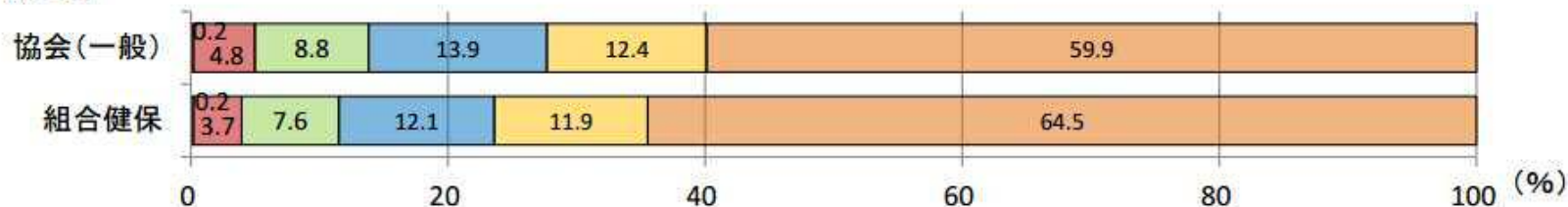
平成28年9月29日 社会保障審議会医療保険部会(第97回)資料より

後期高齢者医療の1日当たり医療費別の医療費分布について

- 後期高齢者医療について年齢階級別に1日当たり医療費(入院+食事)別の医療費分布をみると、高齢になるほど1日当たり医療費の低いものの割合が大きくなる。
- 1日当たり医療費が3万円未満の割合(総医療費に占める割合)は、75～79歳では3割弱であるのに対して、100歳以上では7割強を占めている。



【参考】

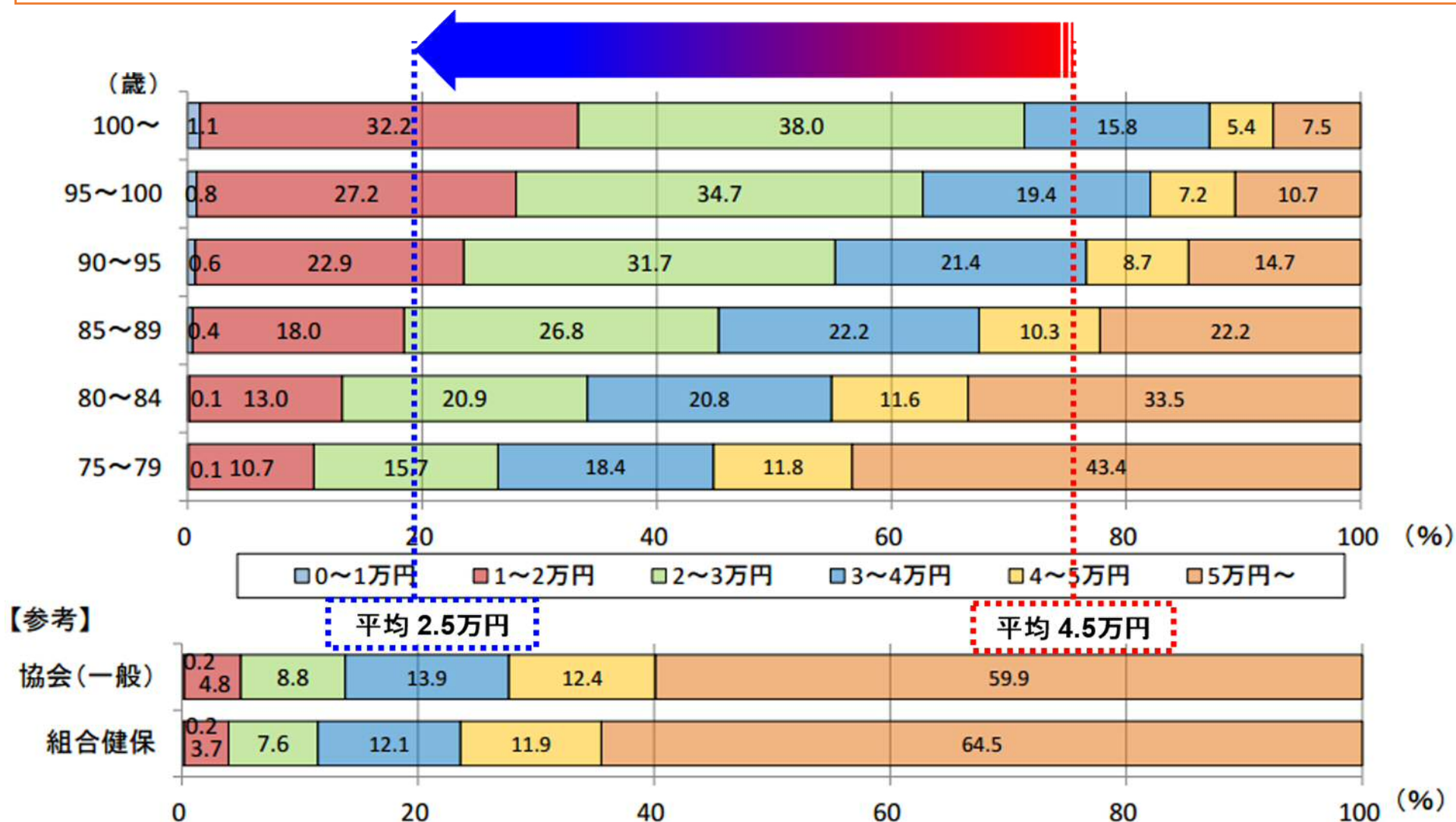


※ 平成26年度医療給付実態調査(厚生労働省)の特別集計により作成。

※ 医科入院について、患者単位で1日当たり医療費(入院+食事+生活療養)階級別の医療費(平成27年3月診療分)の分布を集計したもの。

年齢階級別1日当たり医療費階級別の医療費分布(後期高齢者医療)

75歳以上の患者の入院費が**平均4.5万円/日**として、これが**2.5万円/日**で済むとしたら、差は**2万円/日**



健康保険組合の統計では、80%以上の
後期高齢者の1日1人当たりの医療費が
4万円以上もかかっている。
要するに超慢性期の患者さんまで
地域の「一般病床」という訳の分からな
い病床に入院しているのであろう。

2017年2月 武久 洋三 作成

2. 入院患者1人1日あたりの平均請求金額 1病院あたりの平均					
	平成28年3月末現在		平成28年7月末現在		変動率(%)
	回答病院数	1病院あたり平均(円)	回答病院数	1病院あたり平均(円)	
全体	222	24,120	222	24,170	0.2
療養病棟入院基本料1	313	20,397	312	20,153	-1.2
療養病棟入院基本料2	95	16,155	94	16,214	0.4
回復期リハ病棟1	67	38,435	75	39,531	2.9
回復期リハ病棟2	69	33,838	63	34,403	1.7
回復期リハ病棟3	9	28,275	11	30,392	7.5
地域包括ケア病棟・管理料1	68	30,849	76	30,986	0.4
地域包括ケア病棟・管理料2	6	25,033	8	25,608	2.3
障害者施設等7:1	0	—	0	—	—
障害者施設等10:1	43	28,730	44	28,429	-1.0
障害者施設等13:1	13	26,287	13	26,468	0.7
障害者施設等15:1	5	20,336	5	19,630	-3.5
特殊疾患病棟1	18	23,189	17	23,080	-0.5
特殊疾患病棟2	4	17,870	5	17,772	-0.5
一般病棟7:1	17	45,484	17	44,553	-2.0
一般病棟10:1	63	32,758	62	32,560	-0.6
一般病棟13:1	8	26,490	10	28,850	8.9
一般病棟15:1	19	22,196	19	22,970	3.5

地域包括ケア病棟と
療養病棟入院基本料1における
1人1日あたりの入院費の平均は
約25,000円

2016年9月実施 日本慢性期医療協会
2016年度
診療報酬改定影響度調査結果より

地域包括ケア病棟と療養病棟入院
基本料1における
1人1日あたりの入院費の平均は
約25,000円

精神病床を除く約123万床の病院病床のうち、
一般病床は約90万床であり、
一般病床の入院率は大体70%の63万床である。

療養病床の入院率は90%として33万床 $\times 0.9 = 29.7 \div$ 30万床
となる。

75歳以上の患者の入院費が平均4.5万円／日として、
これが2.5万円／日で済むとしたら、差は2万円／日

約70万人のうち、約20万人が高度急性期病院での治療が必要だと仮定しても、

$$\underline{50万人 \times 2万円 \times 365日 = 3兆6,500億円}$$

2016年11月 武久 洋三 作成

高額な医療費がかかる病床で入院治療を受けることでその患者さんたちがどんどん良くなって日常に帰ることができれば誰も文句は言わない。

2017年2月 武久 洋三 作成

従って、重度や緊急性の高い疾患以外の
後期高齢者の軽度中度の疾病については、
地域包括ケア病棟や慢性期病棟の
ケアミックスなどの多機能型地域病院
に入院すれば、後期高齢者の入院医療費
の大幅削減が可能となる。

2016年7月 武久 洋三作成

こうすれば 日本の医療費は半分になる

2017年2月 武久 洋三 作成

出生数2015年 約100万人、2025年 約78万人。
こんなことでは、将来の日本の予算は減る。
その中でまだ高齢患者は増え続ける。
医療費を大幅に効率化して、2025年でも
現状維持にしないと、日本は崩壊する。

日本の医療の特徴

- フリーアクセス
- 病床数が多い
- 平均在院日数が長い
- 外来受診が多い
- 寝たきりが極端に多い
- 平均寿命が長く、健康寿命と解離

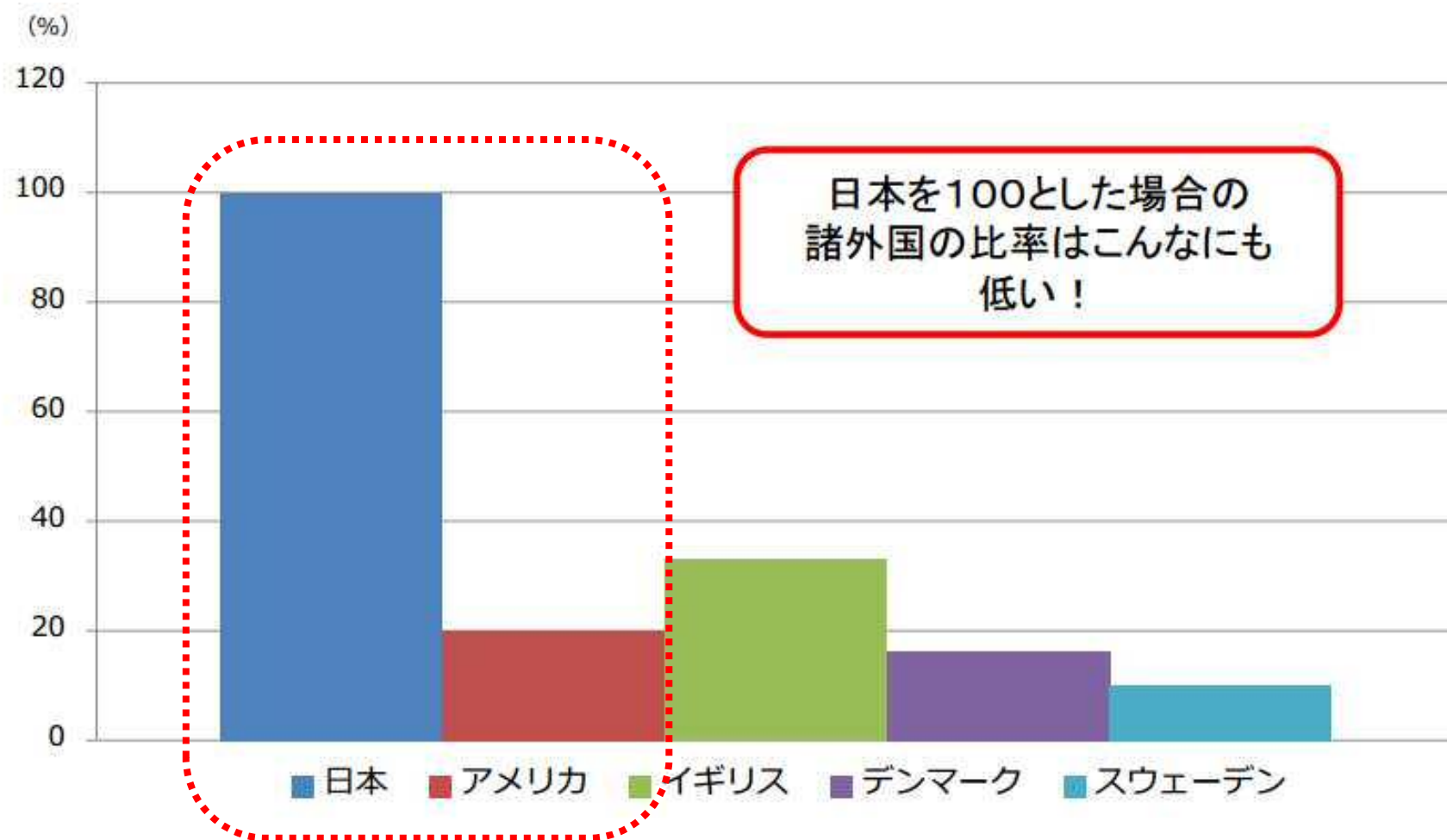
2016年1月 武久 洋三 作成

日本人の平均寿命と健康寿命の推移（男女別）



平成28年度
厚生労働白書より

高齢者寝たきり率国際比較



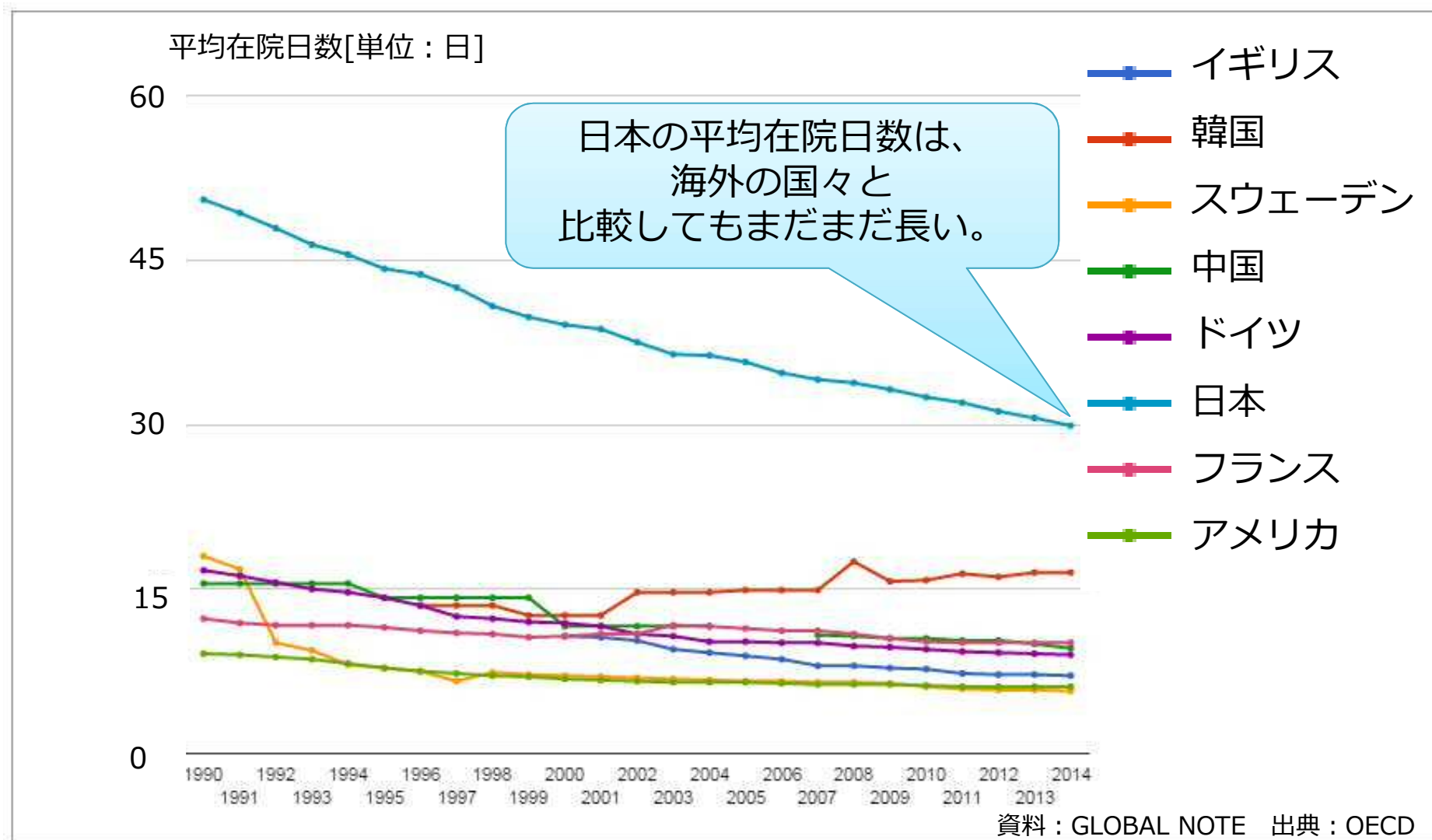
出典：寝たきりゼロをめざして―寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究 第2版
Core Ethics Vol. 6 (2010)

寝たきりは外国はほとんど無い
と言うが、日本にはどうして
寝たきりが多いかを
考えたことはあるか。

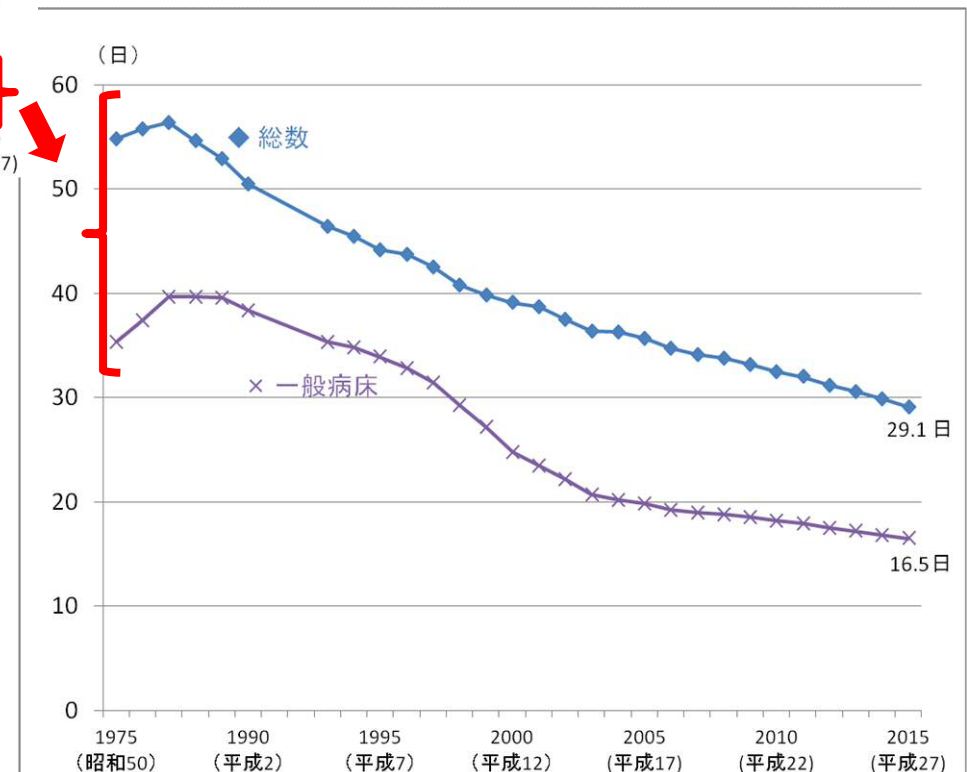
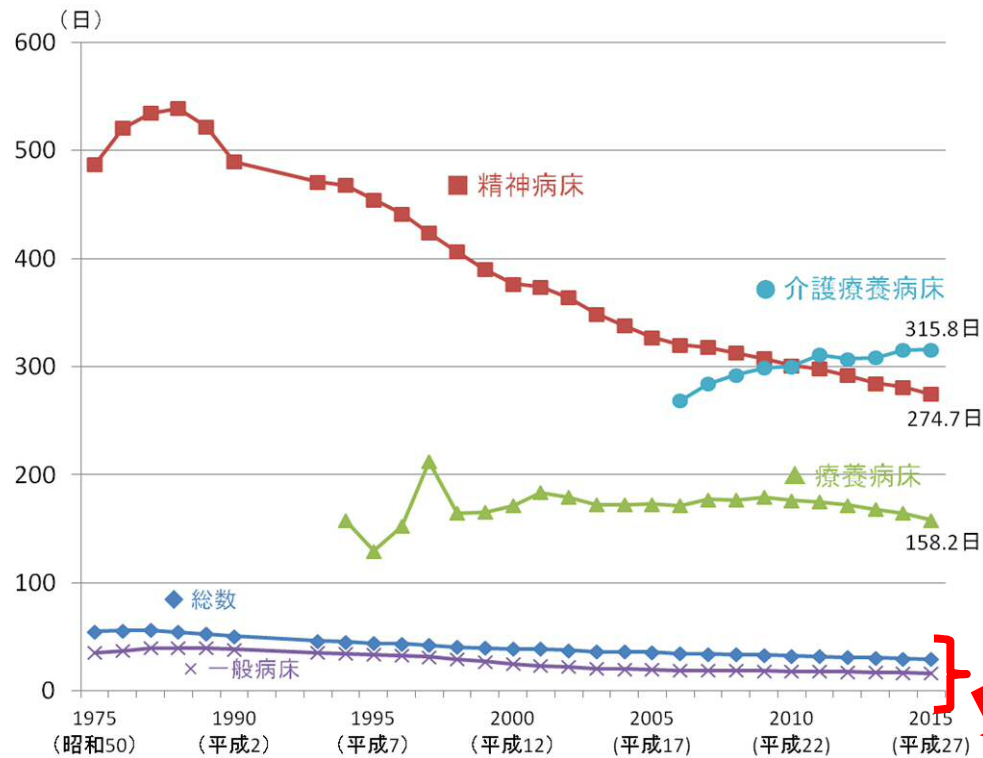
日本の寝たきりを 半分にしよう

2016年10月 武久 洋三作成

平均在院日数の推移 国際比較



日本の病院の病床の 種類別にみた 平均在院日数の年次推移



医療分野についての国際比較（2012年） （平均在院日数）

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
平均 在院日数	6.1※1	7.2	9.2	9.1※1	5.8	31.2
平均 在院日数 (急性期)	5.4※1	5.9	7.8	5.1	5.6	17.5

（出典）：OECD Health Data 2014 OECD Stat Extracts
 注1：「※1」は2011年のデータ

日本はびまん性に中途半端な機能の
 病院が全国に散在している状態

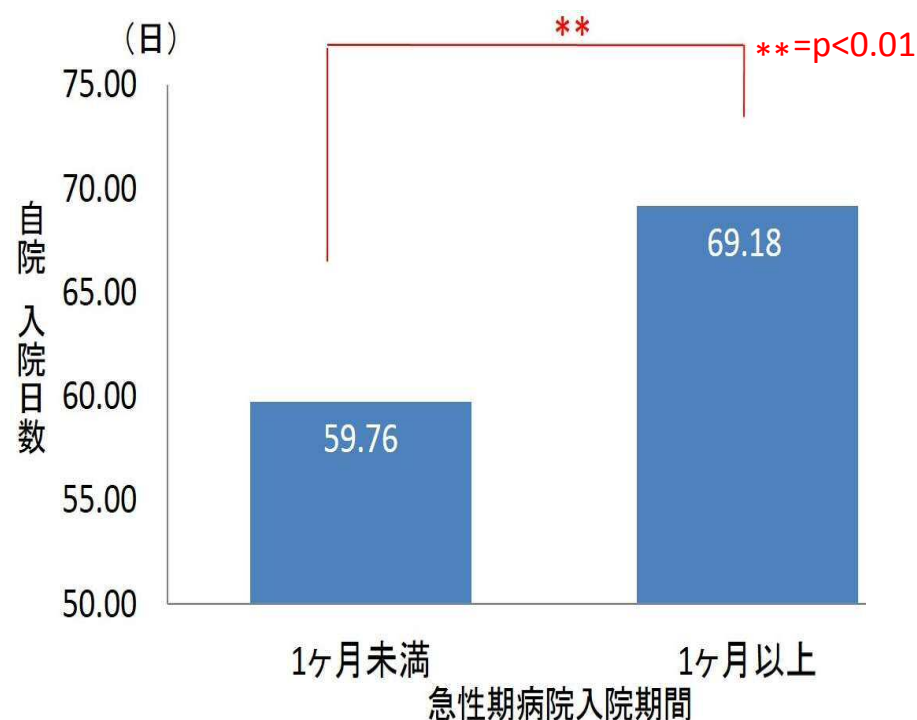
日本に寝たきりが多いのは、
急性期での入院日数が
他国の5倍以上あることに
起因している。

寝たきりは急性期医療の治療中と
治療後の継続入院中に
主に作られるのです。

2016年10月 武久 洋三作成

急性期病院での入院日数別

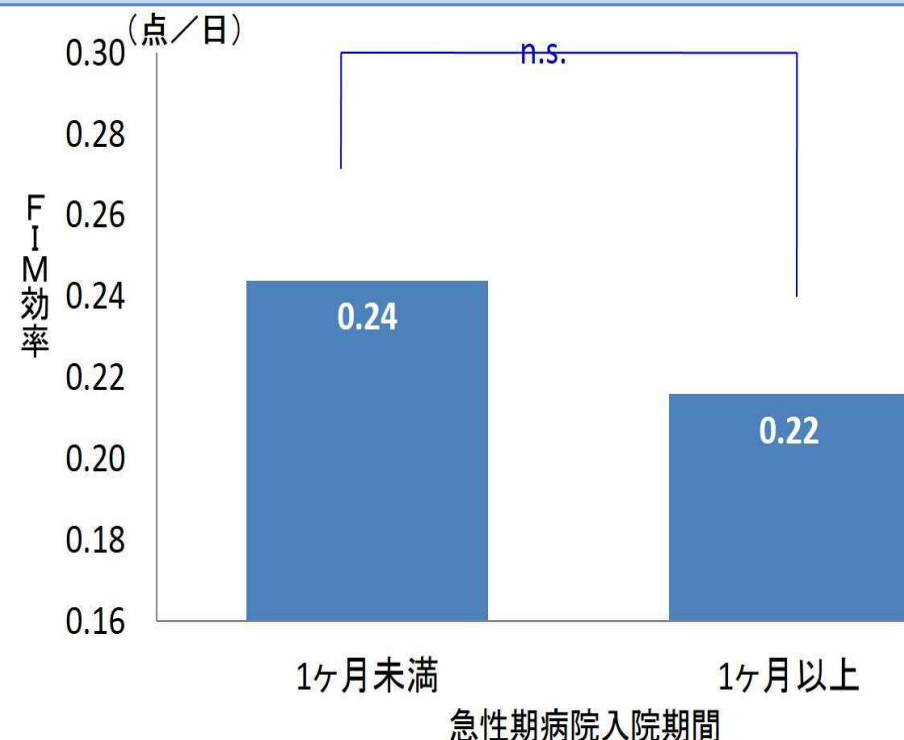
リハビリでの在院日数比較＜全体＞



リハビリ 提供単位数	3.77単位	3.85単位
---------------	--------	--------

FIM効率比較＜全体＞

FIM効率=1日当たりのFIMの向上点数のこと。(FIM利得／在院日数)

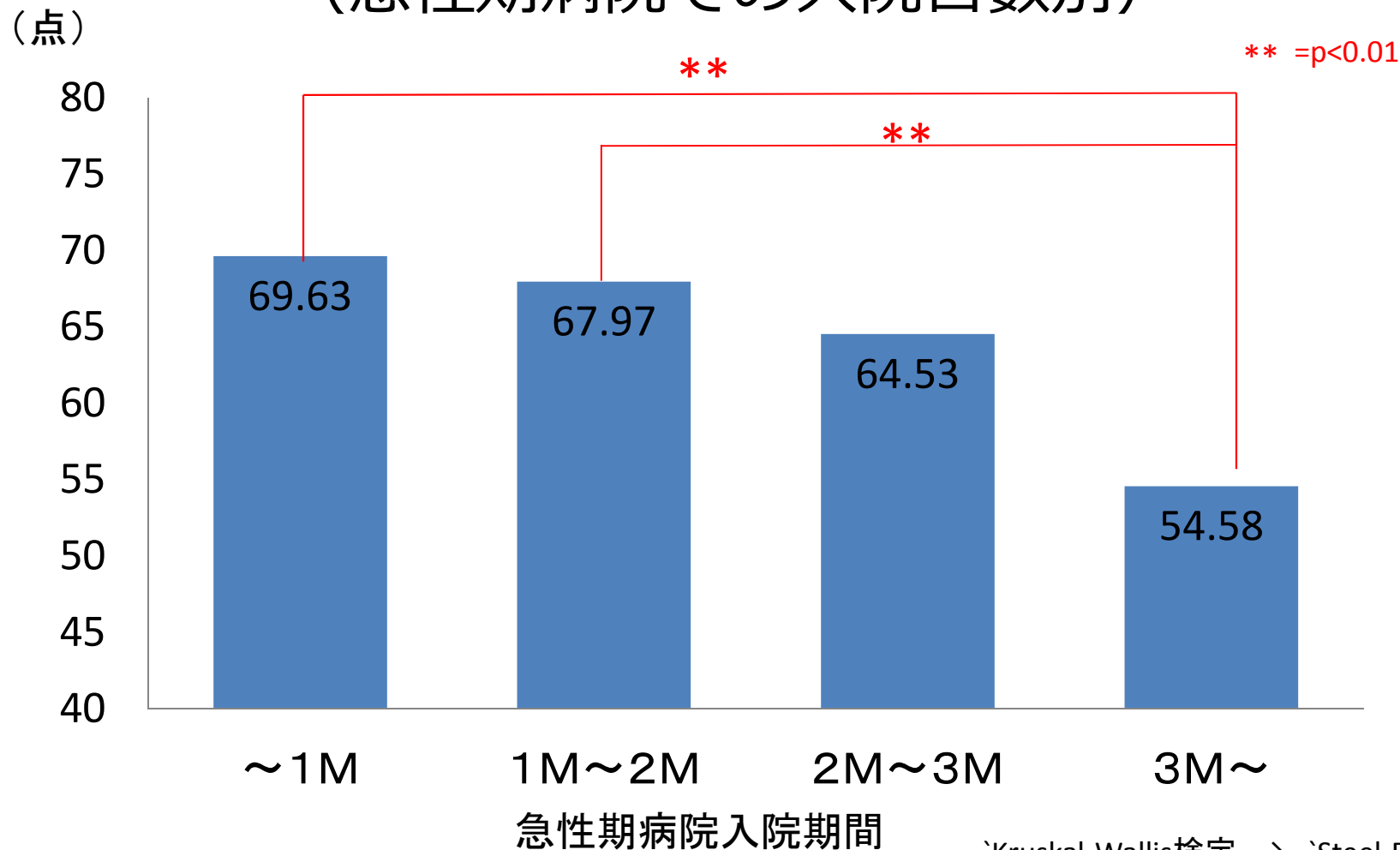


リハビリ 提供単位数	3.77単位	3.85単位
---------------	--------	--------

シャピロ・ウィルクの正規性検定 → マン・ホイットニー検定

急性期病院での入院期間が短ければ、急性期治療後を受け持つ慢性期病院での入院期間も短いことが分かる。また、急性期病院での入院期間が短い方が、1日当たりのFIM向上点数を示すFIM効率も高いことが分かる。

後方病院の入院時 F I M 点数 <全体> (急性期病院での入院日数別)



急性期病院での入院期間が長ければ、後方病院の入院時FIM点数が低い。

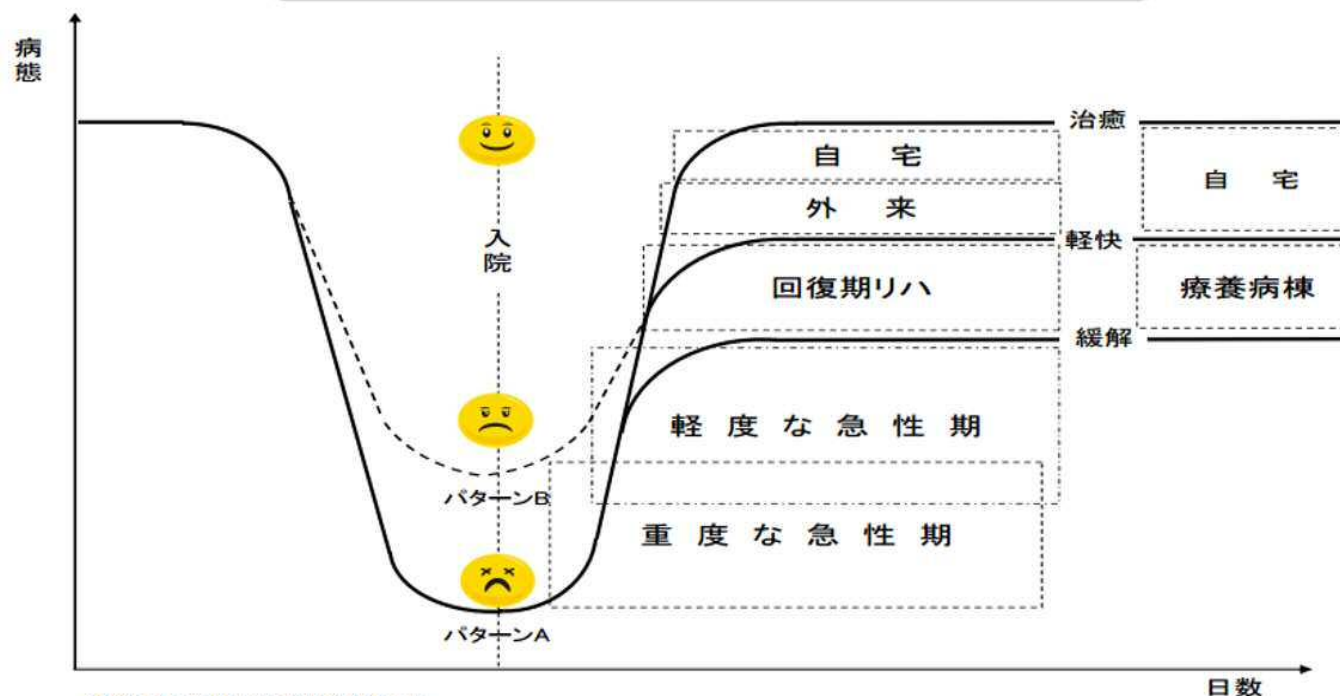
一般病棟に1ヶ月以上入院している
患者は慢性期患者ではないのか。

2016年12月 武久 洋三 作成

急性期の定義

「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」とする。

患者の病態に応じた医療の内容



治療: 病気やけなどがなおること。

軽快: 症状が軽くなること。

緩解: 病気の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態。または見かけ上消滅した状態。

出典 平成19年11月21日 中基協基本問題小委員会資料

平成19年10月22日 DPC評価分科会資料

急性期とは

「手術や急性期処置が終了して
数日間。」

とすべき

2015年2月 武久 洋三作成

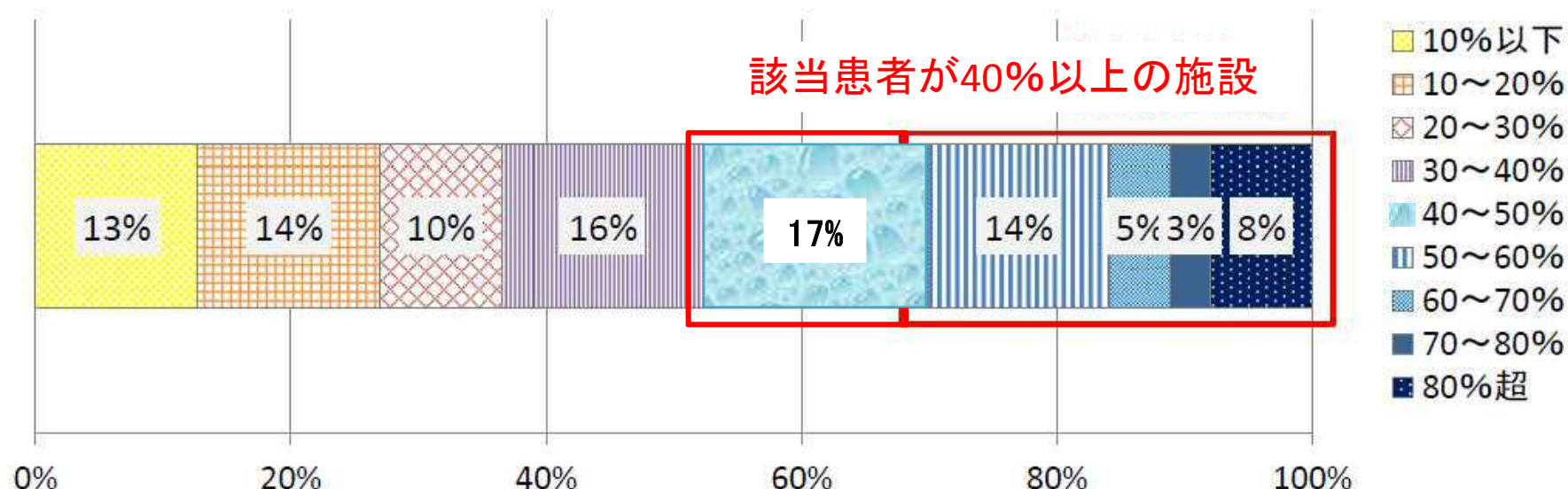
地域包括ケア病棟ですら最大の
入院日数は60日であり、平均では
30日程度で退院しているというのに。

急性期治療は、大抵は2週間位で
一次治療は終わります。
その後の治療は、リハビリや
慢性期治療の出番です。

医師による指示見直しの頻度別の患者の割合別医療機関分布

○ 7対1入院基本料の届出医療機関であっても、医師の指示見直しは「週1回程度」またはそれ以下に該当する患者が50%を超える医療機関も存在する。

「週1回程度の指示の見直しが必要」又は「医学的な状態は安定しており、医師の指示は必要としない」に該当する患者割合別の、医療機関分布



※平成27年2~3月にDPC算定病院(63施設)を対象に、調査期間(2週間)中に入院した全ての7対1入院基本料算定患者(延患者数22万人)に対して、医師による直接医療提供頻度を調査[選択肢]

1. 医療的な状態は安定しており、医師の指示はほとんど必要としない
2. 週1回程度の指示見直しが必要
3. 週2~3回程度の指示見直しが必要
4. 毎日指示見直しが必要
5. 1日数回の指示見直しが必要
6. 24時間体制での管理が必要

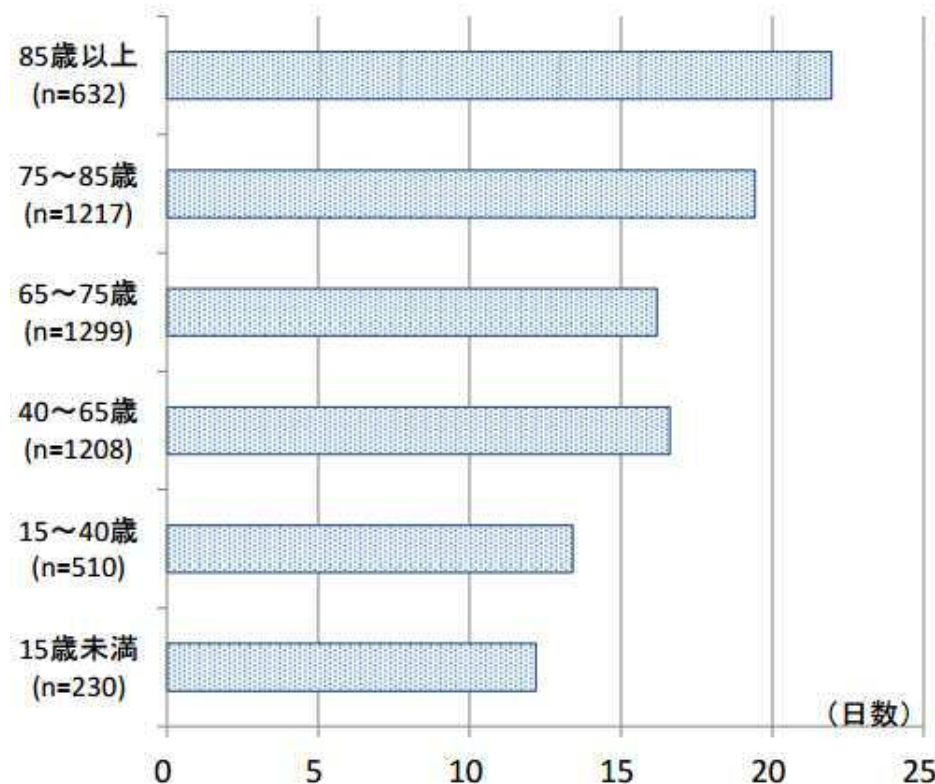
出典:保険局医療課調べ

3

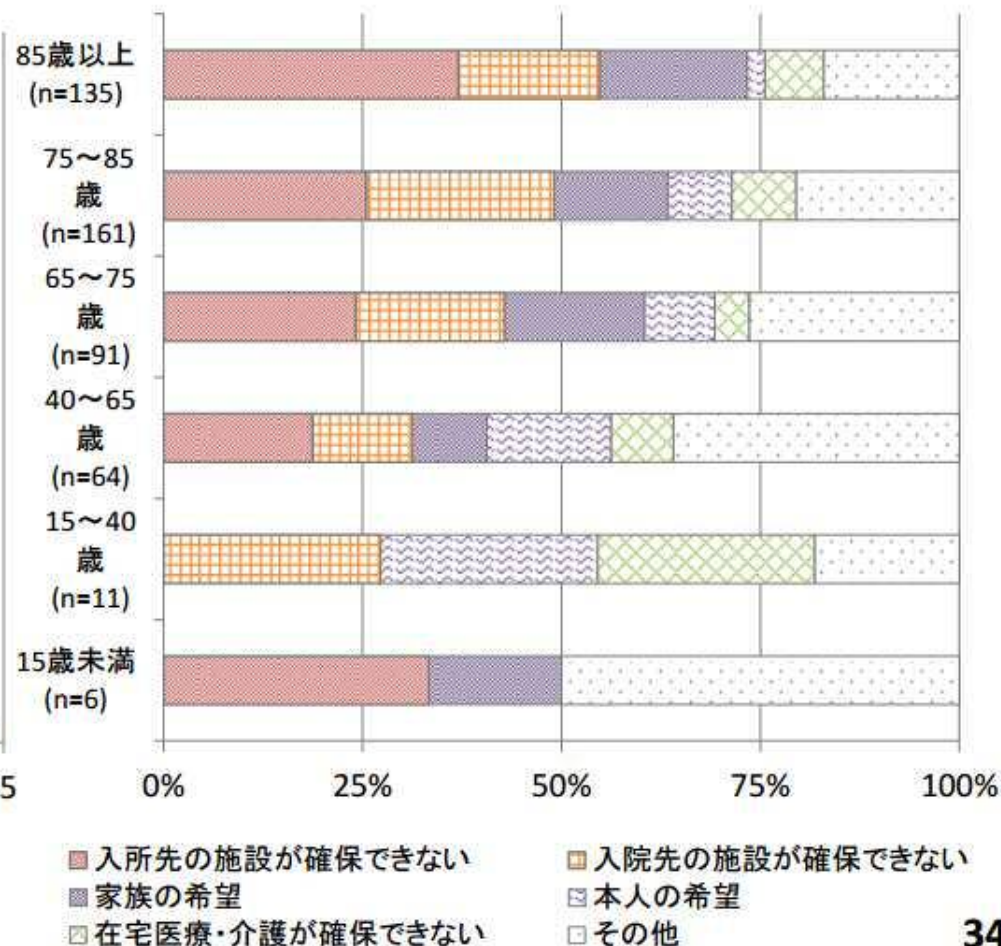
年齢階級別の在院日数と退院できない理由

- 7対1入院基本料の届出医療機関において、年齢が高くなる程在院日数が長くなる傾向がみられた。
- 「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者が退院できない理由として、年齢が高くなる程、「入所先・入院先の施設が確保できないため」や「家族の希望」と回答した割合が高くなる傾向がみられた。

＜退院患者の在院日数(平均)＞



＜入院料別の退院できない理由＞



出典: 平成26年度入院医療等の調査(患者票)

新入院患者の検査値の異常値割合

平成22年1月から平成28年12月に、当院を含む計16病院に入院した患者37,729名の、入院時検査における検査値の異常値割合

	患者数(人)	割合 (%)	一番悪い値
BUN 20.1以上	14,960	39.65%	225.9
Na 136未満	11,184	29.64%	95.0
Na 146.1以上	980	2.60%	186.5
ALB 3.8未満	22,473	59.56%	1.4
TCHO 130未満	6,540	17.33%	21
GLU 111以上	23,027	61.03%	1,122
Hb	20,054	53.15%	2.3
再掲 (男性) 12.0未満	9,099	56.45%	2.3
再掲 (女性) 11.3未満	10,955	50.69%	3.1

急性期病院から入院してきた患者さんの多くが脱水や低栄養、電解質異常、高血糖などの異常を多数抱えている。

	紹介元 施設名	患者 数 (人)	BUN25以上				紹介元 施設名	患者 数 (人)	Na136未満				紹介元 施設名	患者 数 (人)	ALB3.5以下			
			人	%					人	%					人	%		
1	1 公立	21	11	52.4%	平均	31.11	8 公立	26	12	46.2%	平均	135.88	15 民間	21	18	85.7%	平均	3.19
					最高	131.40					最低	130.00					最低	2.60
2	8 公立	26	12	46.2%	平均	25.52	23 国立	36	16	44.4%	平均	136.36	12 公的	26	20	76.9%	平均	3.19
					最高	59.80					最低	128.00					最低	2.30
3	19 公立	75	32	42.7%	平均	24.70	31 民間	23	10	43.5%	平均	136.49	18 民間	23	17	73.9%	平均	3.29
					最高	73.20					最低	128.50					最低	2.30
4	20 公立	69	28	40.6%	平均	26.76	13 公立	45	19	42.2%	平均	137.53	26 公的	71	52	73.2%	平均	3.17
					最高	149.90					最低	123.00					最低	2.00
5	5 民間	47	17	36.2%	平均	26.98	11 公的	20	8	40.0%	平均	137.80	13 公立	45	32	71.1%	平均	3.31
					最高	225.90					最低	131.00					最低	2.40
6	23 国立	36	13	36.1%	平均	25.45	18 民間	23	9	39.1%	平均	136.46	11 公的	20	14	70.0%	平均	3.33
					最高	116.10					最低	124.30					最低	2.50
7	32 公立	49	17	34.7%	平均	26.08	5 民間	47	18	38.3%	平均	136.44	23 国立	36	25	69.4%	平均	3.23
					最高	166.10					最低	124.00					最低	2.00
8	11 公的	20	6	30.0%	平均	25.19	1 公立	21	8	38.1%	平均	136.82	5 民間	47	31	66.0%	平均	3.38
					最高	97.10					最低	126.60					最低	2.40
9	15 民間	21	6	28.6%	平均	21.75	2 公立	565	209	37.0%	平均	136.84	28 公立	87	55	63.2%	平均	3.39
					最高	42.60					最低	118.10					最低	2.20
10	22 公立	36	10	27.8%	平均	22.95	30 公立	102	37	36.3%	平均	136.73	7 民間	35	22	62.9%	平均	3.31
					最高	98.30					最低	126.30					最低	2.00
11	29 民間	144	39	27.1%	平均	21.69	12 公的	26	9	34.6%	平均	137.31	2 公立	565	352	62.3%	平均	3.39
					最高	85.80					最低	126.00					最低	1.90
12	28 公立	87	23	26.4%	平均	21.87	26 公的	71	24	33.8%	平均	137.06	8 公立	26	16	61.5%	平均	3.36
					最高	78.10					最低	123.00					最低	2.70
13	31 民間	23	6	26.1%	平均	21.03	15 民間	21	7	33.3%	平均	137.17	31 民間	23	14	60.9%	平均	3.36
					最高	53.10					最低	128.20					最低	1.40
14	26 公的	71	18	25.4%	平均	21.78	6 公的	251	82	32.7%	平均	137.30	30 公立	102	61	59.8%	平均	3.46
					最高	119.30					最低	120.90					最低	2.10
15	30 公立	102	25	24.5%	平均	20.76	19 公立	75	24	32.0%	平均	137.66	6 公的	251	145	57.8%	平均	3.46
					最高	56.70					最低	126.50					最低	1.60
16	21 公立	75	18	24.0%	平均	23.35	14 公的	22	7	31.8%	平均	136.93	3 公的	26	15	57.7%	平均	3.40
					最高	176.30					最低	124.00					最低	2.30

紹介元の急性期病院の紹介状を見てみると、病名に脱水や低栄養状態であることを示していた病院は7%であった。また、血液検査結果が異常値であることを示し、注意を促していた病院は、わずか1%であった。

2012年8月 武久 洋三作成

急性期医療における問題点

- 急性期病院には「臓器別専門医」による、専門分野の治療が中心である。
- 大量の薬剤の投与
- 身体環境の悪化が進行
- しかし、その治療によりかえって、高齢者が既に抱えている主病名以外の身体環境を悪化させることが多い



医源性身体環境破壊

急性期医療で何げなく行われていること

◆検査のための絶食

◆末梢点滴での水分補給

◆安静臥床

◆栄養状態無関心

2016年10月 武久 洋三作成

不適切な治療例

水分不足——脱水
水分過多——心不全
力口リ——不足——低栄養, 易感染症
力口リ——過多——高血糖, 易感染症
利尿剤過多——血管内脱水
多剤投与——食思不振, 腎不全,
肝不全

2016年10月 武久 洋三作成

低栄養・脱水を軽くみている

2017年2月 武久 洋三 作成

急性期医療を行う臓器別専門医は、
当然のことながら、慢性期治療や
リハビリは得意ではありません。

急性期治療は臓器別専門医の優れた能力でもって完遂できる。
一次的急性期治療が終われば、
次のステップ「リハビリを伴う
回復期・慢性期総合治療」へ
速やかに移すべき。



患者が早く日常へ帰ることのできる唯一の方法

2017年1月 武久 洋三 作成

一般病棟 1日当たり点数比較

	7対1入院基本料	10対1入院基本料
14日以内	2,041点 (1,591点+450点)	1,782点 (1,332点+450点)
15日以上 30日以内	1,783点 (1,591点+192点)	1,524点 (1,332点+192点)
31日以降	1,591点	1,332点

2016年12月 武久 洋三 作成

急性期病院で30日以上入院している患者
の入院報酬を半分にしたら、
 $6万人 \times 3万円 \times 365日 = 6,570億円$ 。
これらがすべて無駄遣いとは言えなくても、
急性期と言われる病院の中には
慢性期の患者がたくさんいるのです。

これからは厚労省はここを狙ってくる
でしょうね。ではどうしますか？
この壮大な応用問題に立ち向かって
いかなければなりません。

急性期医療をほんの一部しか実施していなくても、
自院は7:1などの急性期病院と自称するほうが地域
住民から信頼されるとしたら、
どの病院も「うちは急性期だ」と主張するだろう。
だからこの状態は主張する病院が悪いのではなく、
正にこういう偏見が常識化している
世間が悪いといえるだろう。

2015年12月 武久 洋三作成

今まで厚労省は、「急性期とは
尊いもので神聖で犯さざるべき
もの」という固定概念があり、
何かというと庇い、優遇して来た。
特定除外制度は、その典型である。

特定除外制度

一般病床で90日以上入院していても特定除外患者としてほとんどの患者が出来高払いで年余にわたって入院することができる制度。

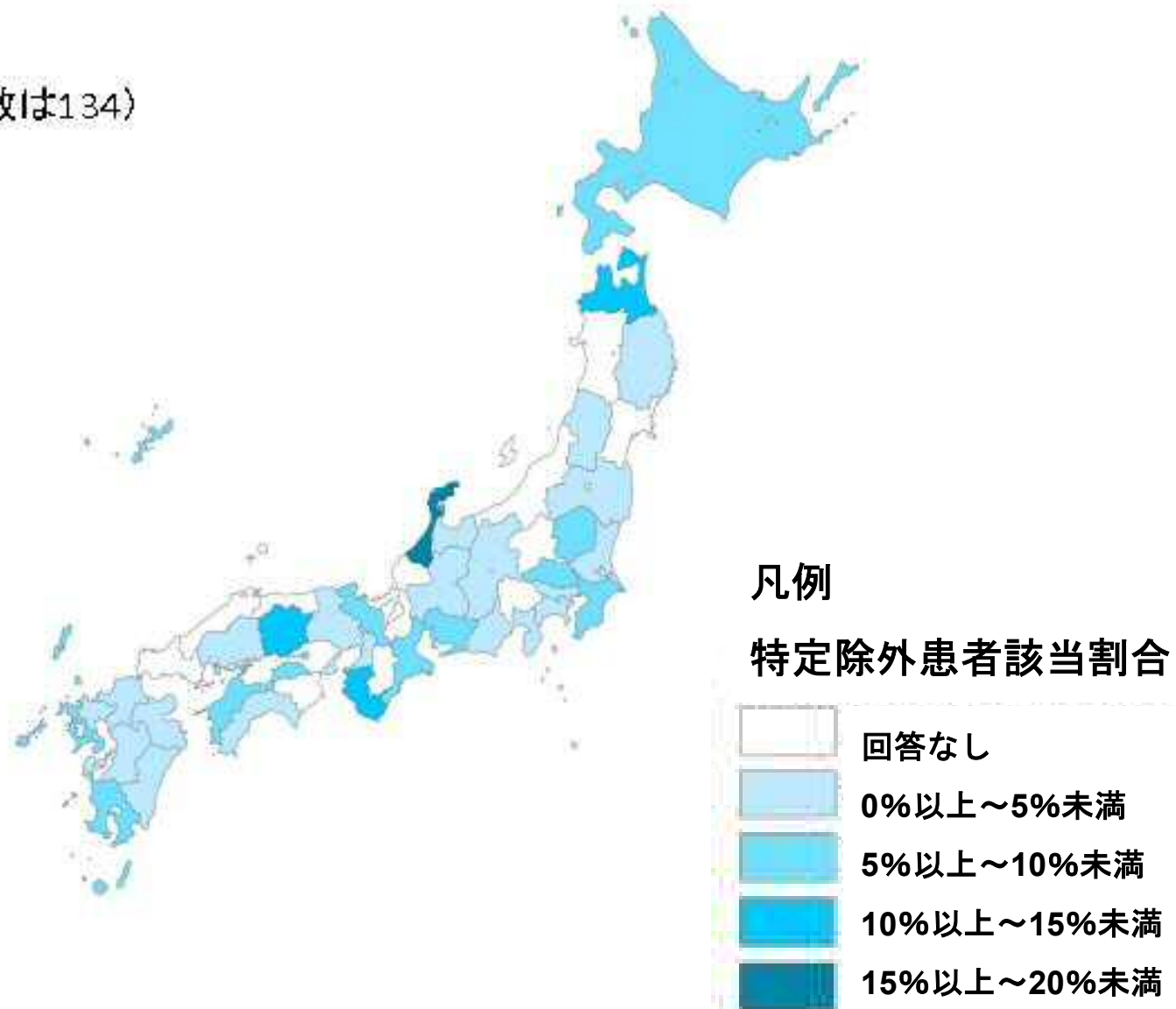
2013年2月 武久 洋三作成

全入院患者に占める特定除外項目該当患者の割合(都道府県別)

7対1・10対1

N=5,537

(対象医療機関数は134)



平成10年頃 療養環境改善に対する手厚い診療報酬
⇒改修、増改築を行う病院が多くなる

平成15年8月末 その他病床の廃止
一般病床と療養病床の届出

	病床面積	廊下幅	食堂	談話室	機能訓練室
一般	4. 3 m ²	1. 8 m	×	×	×
療養	6. 4 m ²	2. 7 m	○	○	○

全ての病床の改装済 ⇒医師・看護師の数と入院患者の状態で病棟を
「一般」と「療養」に分けて届出

一部しか改装できず ⇒改装できた新たな病棟 ⇒「療養」として届出
改装できていない古い病棟⇒「一般」として届出

全く改装しなかった ⇒全て「一般」として届出

2005年11月何が起こったか

9月11日小泉郵政選挙自民大勝

経済財政諮問会議

厚労省に対して①混合診療の解

禁②医療費のGNPへのCAP制を

強く要求した

2011年10月 武久 洋三作成

当時の尾辻厚労大臣は①②
いずれも拒否したが、そのかわ
りに①平均在院日数の削減
②特定健診制度による予防政策
を約束した。

2011年10月 武久 洋三作成

① のために平均在院日数の長い療養病床を減らしたらよいと考えて一般病床の中の90日以上入院している患者は平均在院日数算定に除外されていたのでそのままにしておこうと糊塗した。

2011年10月 武久 洋三作成

2006年の診療報酬改定を 思い出してください。

- ① 7 対 1 の 新 設
- ② 療養病床への医療区分の導入
- ③ 療 養 病 床 大 幅 削 減 政 策
- ④ 特 定 除 外 の 継 続

2016年9月 武久 洋三作成

療養病床の大幅削減

小泉政権に平均在院日数を減らせと命令され、平均在院日数の長い療養病床を10万床減らすという強硬政策が行われた。

平均在院日数の短い急性期病床が
平均在院日数の長い慢性期病床より
多いという現状が当たり前と
思っている一部の官僚と団体の摩訶不思議

2011年10月 武久 洋三作成

常識的な人が見れば慢性期病床は
最低でも急性期病床の2倍は
必要だと思わはず

2011年10月 武久 洋三作成

特定除外は平均在院日数に算定して
いなかったために、そのまま温存された。
慢性患者が7対1と20対1に入院したとき
の1日当たりの差は約3～5万円となる。

結果として7対1に大量の
特定除外という慢性期患者が
温存され（10万～15万人）、
高い入院費が野放しにされた。

7対1は当初の予想の5万床の7倍まで急増。
条件が看護師数だけで、
その他の縛りが少なかった。
その結果全国で看護師争奪戦が起こった。

4. 3 m²、8人部屋という古い基準でも
これまでは看護師さえいれば入院して
いる患者はどうであろうといくら長く
入院していようと7:1がとれていた。

この当時は一般病床の特定除外患者は
約15万人くらいいたということです。

7対1一般病床と20対1医療療養病床の
点数の差を5万円とすると、
長期入院している特定除外患者が
20対1医療療養病床に入院していたら
 $5\text{万円} \times 10\text{万人} \times 365\text{日} = \underline{1兆8,250\text{億円}}$

10年間で

$\underline{1兆8,250\text{億円} \times 10\text{年間} = 18兆2500\text{億万円}}$

7対1が5万床から35万床に30万床増えた。

7対1と10対1の点数の差は259点なので、
(※7対1入院基本料1591点－10対1入院基本料1332点＝259点)

30万床×2,590円※×365日＝2,836億500万円

10年間で

2,836億500万円×10年間＝2兆8360億5,000万円

今の官僚は、この時の失敗を
取り戻そうとしている。

2016年9月 武久 洋三作成

特定除外制度の廃止

13 : 1、15 : 1 $\Rightarrow$ 2012年

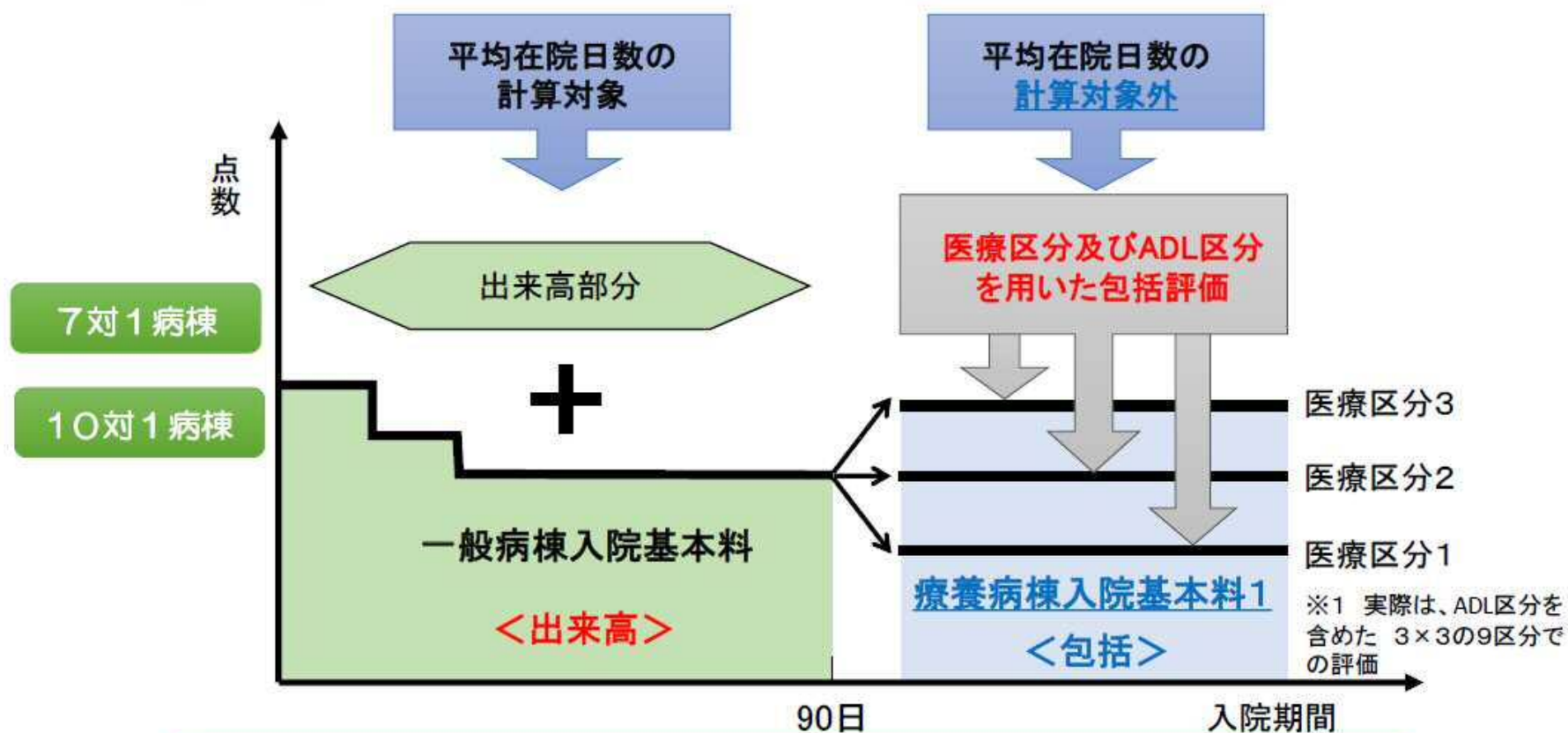
7 : 1、10 : 1 $\Rightarrow$ 2014年

2016年12月 武久 洋三作成

平成26年度診療報酬改定

パターン②

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。



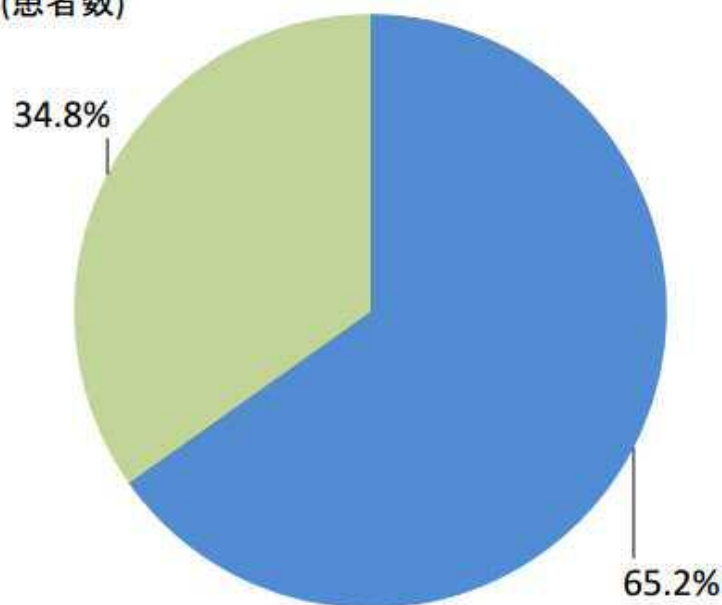
※2 ただし、平成26年3月31日に入院している患者については医療区分3とみなす。

90日を超えて入院している患者の診療報酬の算定状況

診 調 組	入	—	1
2 5 ,	9 ,	3	0

<13対1一般病棟入院基本料>

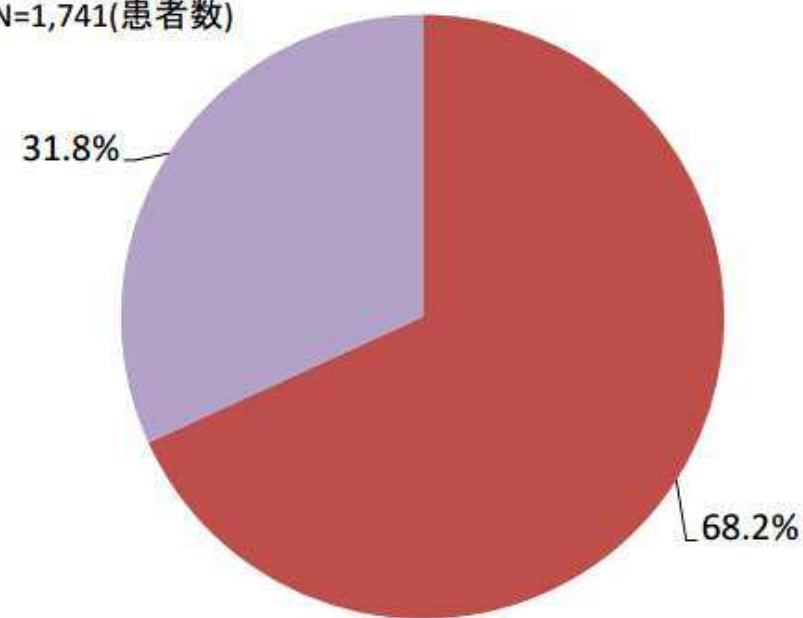
N=296(患者数)



- 引続き一般病棟入院基本料を算定
- 療養病棟入院基本料1と同じ評価で算定

<15対1一般病棟入院基本料>

N=1,741(患者数)

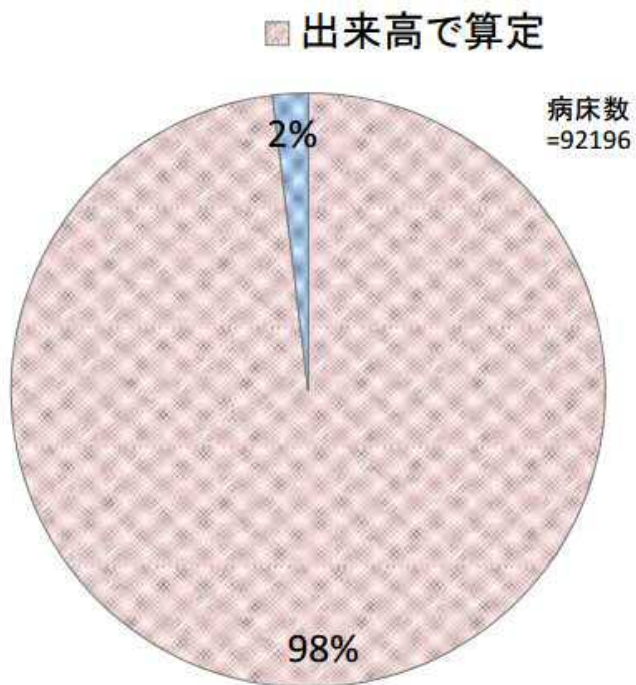


- 引続き一般病棟入院基本料を算定
- 療養病棟入院基本料1と同じ評価で算定

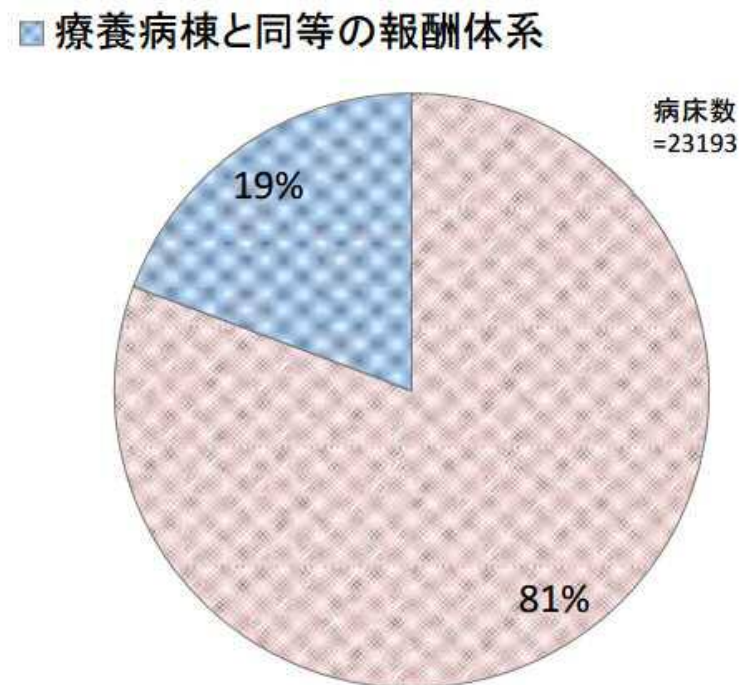
平成25年11月11日平成25年度入院医療等の調査・評価分科会 取りまとめ資料より

90日を超えて入院している患者の算定方法(病棟)

＜病床ごとの算定方法の内訳(7対1)＞



＜病床ごとの算定方法の内訳(10対1)＞



[経過措置※の届出を行った病床]

全病床の0.07%(全医療機関の3.5%)

全病床の2%(全医療機関の19%)

(※療養病棟と同等の報酬体系とした場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床に限って出来高算定が可能)

出典:平成27年度入院医療等の調査(施設票)

平成27年10月15日平成27年度第10回入院医療等の調査・評価分科会 資料より

2. 武久構成員からご照会があった事項について

- 一般病棟入院基本料算定病棟で長期入院する特定の患者について、平均在院日数の計算対象から除く取扱い（特定除外制度）は、病床の機能分化や慢性期医療の質の向上等の観点から、平成24年度診療報酬改定及び平成26年度診療報酬改定において、段階的に見直しを行った。
 ※平成24年度改定で13対1、15対1入院基本料の算定病棟について、
 平成26年度改定で7対1、10対1入院基本料の算定病棟について、特定除外制度を見直し。
- 一般病棟入院基本料算定病棟において、90日を超えて入院する患者については、病棟単位で以下のいずれかの取扱いを選択することとした。
 - ①引き続き一般病棟入院基本料の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
 - ②療養病棟入院基本料と同じ評価とし、平均在院日数の計算対象外とする。
- 一般病棟入院基本料算定病棟において、90日を超えて入院する患者の人数は以下のとおり。
 ※平成25年11月20日中医協総会資料総－1、平成27年10月21日中医協総会資料総－1も参照。

<15対1入院基本料>	H24年6月(N=285病棟)	H25年6月(N=285病棟)	※1病棟当たり50人とした場合の割合	
	11.8%※ 5.9人/病棟	10.4%※ 5.2人/病棟		
<13対1入院基本料>	H24年6月(N=92病棟)	H25年6月(N=92病棟)		
	4.4%※ 2.2人/病棟	2.8%※ 1.4人/病棟		
<10対1入院基本料>			H26年3月(N=377施設)	H27年6月(N=384施設)
			8.4% 4.2人/50人	6.6% 3.3人/50人
<7対1入院基本料>			H26年3月(N=412施設)	H27年6月(N=415施設)
			4.6% 2.3人/50人	3.6% 1.8人/50人

出典：13対1入院基本料、15対1入院基本料：平成25年度入院医療等の調査
 7対1入院基本料、10対1入院基本料：平成27年度入院医療等の調査

2

2015年の一部の病院の調査統計でも
3.6%～11%程度の特定除外患者が
まだいることがわかる。だからまだ
6～7万はレセプト上いるでしょうね。

この数は正に病床でなくそうと
躍起になっている介護療養病床の数と
ほとんど同じですよ。ね。
こんなことするより、一般病床の
特定除外を廃止する方がはるかに
多い医療費を削減できます。

仮にこの人数が施設に行ったら、
6万円－2万円＝4万円としても、
8,760億円／年となるのです。
ほんの5年前はこの倍あったのですよ。

100人の入院患者の平均在院日数が
18日以下となるには



2日で50人退院⇒100病日
5日で20人退院⇒100病日
10日で20人退院⇒200病日
30日で 5人退院⇒150病日
60日で 5人退院⇒300病日
120日で4人退院⇒480病日
150日で3人退院⇒450病日
1,780病日
1,780病日÷100人 = **17.8日**

2016年10月 武久 洋三作成

医療の機能分化が ますます進む

2016年3月 武久 洋三作成

近々に日本の病院は

- **高度急性期病院**

(広域急性期)

- **多機能型地域病院**

の2つに大別されるであろう

多機能型地域病院

- 地 域 包 括 ケ ア 病 床
- 回復期リハビリテーション病床
- 高 度 慢 性 期 病 床
(慢 性 期 治 療 病 床)
- 障 害 者 病 床

2017年1月 武久 洋三 作成

自称急性期病院 等



多機能型地域病院



回復期・慢性期病院

多機能型地域病院



慢性期病院



地域多機能施設型

2017年1月 武久 洋三 作成

老人収容所的
療養病院は、
やがて消滅する。

2016年12月 武久 洋三 作成

療養病床は、慢性期治療病棟
としてしか評価しない

医療の提供状況の推移

平成22年度 厚生労働省調査

平成27年度 日慢協調査

	一般慢性期 (13 : 1+15 : 1)		医療療養病棟 (20 : 1)		医療療養病棟 (25 : 1)		介護療養病棟 (30 : 1)		介護老人保健 施設(療養型)		介護老人保健 施設(従来型)		介護老人福祉 施設	
総数	11,873人	333人	14,472人	11,147人	13,521人	1,833人	16,603人	5,067人	436人	257人	24,013人	2,030人	19,785人	1,426人
中心静脈栄養	9.8%	6.9%	8.8%	10.8%	5.3%	8.4%	0.9%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
人工呼吸器	1.6%	2.1%	2.2%	2.6%	0.5%	0.8%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
気管切開・ 気管内挿入	4.5%	5.2%	15.9%	17.8%	7.2%	6.7%	1.7%	1.4%	3.5%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
酸素療法	14.0%	10.8%	19.7%	21.3%	11.4%	11.4%	2.9%	4.1%	2.3%	0.4%	0.5%	0.5%	0.8%	0.6%
喀痰吸引	20.6%	30.0%	40.2%	47.2%	25.6%	29.0%	18.3%	29.6%	14.9%	5.4%	2.4%	1.8%	4.4%	1.6%
経鼻経管 胃ろう	16.0%	39.8%	35.7%	56.1%	29.9%	41.7%	36.8%	46.2%	35.1%	5.1%	7.3%	6.9%	10.7%	7.0%

平成22年度 厚生労働省調査；平成22年6月実施 厚生労働省「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値より

平成27年度 日慢協調査；平成27年5月実施 日本慢性期医療協会 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

在宅復帰者入院（入所）日数の分布

日本慢性期医療協会 病院退院患者・老人保健施設退所者調査（調査対象期間 平成25年4月1日～12月31日（9か月間 275日））

入院期間		病院全体	医療療養 20対1	医療療養 25対1	回復期リハ 病棟	亜急性期 病棟	一般病床 7対1	一般病床 10対1	一般病床 13対1	一般病床 15対1	特殊疾患 病棟	障害者施設等 入院基本料	認知症病棟 （精神科）	介護療養型 医療施設	老健全体	在宅強化型 老健	一般老健
全退院患者数		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
在宅復帰	自宅	43.1	16.3	19.9	56.8	81.0	74.4	51.5	43.0	8.1	31.1	34.9	17.5	11.4	33.6	48.5	18.2
	居住系	5.8	4.9	2.5	9.2	3.4	1.7	6.2	17.9	5.4	2.1	4.6	17.5	6.3	10.1	17.6	2.4
	特養	3.8	7.6	4.7	3.9	2.4	1.3	1.3	0.2	4.5	2.5	2.5	5.0	5.6	7.4	8.0	6.8
	計	52.7	28.8	27.0	69.8	86.8	77.4	59.0	61.1	17.9	35.7	42.0	40.0	23.3	51.1	74.0	27.4
死亡退院		16.8	37.2	38.4	3.4	0.5	3.3	6.8	13.3	12.5	34.5	18.4	3.8	36.6	6.6	5.4	7.8
在宅復帰率		63.3	45.9	43.8	72.2	87.3	80.0	63.3	70.5	20.5	54.5	51.4	41.6	36.7	54.7	78.2	29.7
1～7日		30.1	18.0	7.0	3.3	9.7	54.6	49.0	61.3	18.3	65.9	28.9	0.0	16.8	0.4	0.4	0.5
8～14日		13.4	13.7	7.6	3.0	14.9	21.6	19.4	15.9	18.3	5.9	13.4	0.0	7.1	0.6	0.2	1.6
15～21日		8.0	11.3	8.6	3.3	14.0	8.5	14.0	5.1	16.7	2.4	9.5	3.1	3.1	0.7	0.6	1.1
22～30日		6.9	9.7	2.2	5.4	16.1	5.9	8.5	4.0	10.0	4.7	8.7	6.3	4.9	4.5	1.4	13.2
1～2ヶ月		14.4	19.2	13.5	21.6	40.4	6.4	7.1	5.6	25.0	8.2	13.0	12.5	13.7	16.8	17.6	14.3
2～3ヶ月		13.8	11.3	8.6	37.4	4.9	2.0	1.4	2.7	5.0	5.9	9.9	12.5	8.8	17.3	17.6	16.5
3～6ヶ月		10.4	9.7	31.4	24.5	0.0	0.9	0.5	3.0	6.7	2.4	13.2	31.3	18.1	35.8	39.0	26.9
6ヶ月～1年		1.8	5.0	10.3	1.1	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	3.5	2.4	21.9	12.8	12.3	12.4	12.1
1～2年		0.7	0.8	8.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	1.2	0.6	9.4	7.5	7.1	6.3	9.3
2～3年		0.2	0.5	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.2	3.1	1.8	2.7	2.7	2.7
3年以上		0.3	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.2	0.0	5.3	1.7	1.8	1.6
合計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

医療療養病床（20:1）では、**約32%の患者が2週間以内に、約53%の患者が1カ月以内に**在宅復帰している

地域の慢性期病院は、慢性期患者の急変も当然受け持たなければならない。
従って、地域の主に慢性期機能の病院であっても急変患者の受け入れが
できなければならない。

2016年7月 武久 洋三作成

地域の多機能型地域病院での治療は、
多臓器の身体合併症の多い後期高齢期
患者が多いため、高度急性期の
臓器別専門医の治療よりむしろ
総合診療医機能を持つ後期高齢者の
治療に習熟した医師が必要となる。

2016年7月 武久 洋三作成

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4対1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6対1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)
	看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6対1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約13.7万床(※1)	約7.6万床(※1)	約6.1万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、その他

(※1)施設基準届出(平成26年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年8月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

日本慢性期医療協会 会員病院 病床種別の状況

(平成28年7月末現在) (回答417病院)

病床種別	病床数	比率 (%)
療養病棟入院基本料1	27,846	36.8
療養病棟入院基本料2	6,716	8.9
回復期リハ病棟1	5,297	7.0
回復期リハ病棟2	2,897	3.8
回復期リハ病棟3	415	0.5
地域包括ケア病棟・管理料1	2,298	3.0
地域包括ケア病棟・管理料2	230	0.3
障害者施設等7対1	0	0.0
障害者施設等10対1	2,528	3.3
障害者施設等13対1	693	0.9
障害者施設等15対1	307	0.4
特殊疾患病棟1	947	1.3
特殊疾患病棟2	348	0.5

病床種別	病床数	比率 (%)
一般病棟7対1	2,406	3.2
一般病棟10対1	3,071	4.1
一般病棟13対1	426	0.6
一般病棟15対1	988	1.3
緩和ケア病棟	499	0.7
精神・認知症治療病棟1	2,001	2.6
精神・認知症治療病棟2	92	0.1
その他	2,968	3.9
介護療養病床 機能強化A	9,307	12.3
介護療養病床 機能強化B	1,620	2.1
介護療養病床 その他	1,502	2.0
老人性認知症疾患療養病棟	173	0.2
総病床数	75,575	100.0

日慢協の会員は、療養病棟入院基本料 1 (20対1) を有する病院が多い。

全日本病院協会 2016年度診療報酬改定に伴う病棟転換等状況調査結果

2016年3月1日時点と16年10月1日時点の病棟数および病床数の比較について						
	2016年3月		2016年10月		差異	
	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数
一般病棟7対1入院基本料	1,075	47,308	1,051	46,433	▲ 24	▲ 875
一般病棟10対1入院基本料	499	21,709	501	21,763	2	54
一般病棟13対1入院基本料	54	2,517	54	2,497	0	▲ 20
一般病棟15対1入院基本料	108	5,045	108	5,047	0	2
障害者施設等入院基本料	127	5,859	123	5,649	▲ 4	▲ 210
地域包括ケア病棟入院料	132	5,280	161	6,537	29	1,257
地域包括ケア入院医療管理料		1,970		2,191	0	221
回復期リハビリテーション病棟入院料	332	14,948	338	15,201	6	253
特定集中治療室管理料		626		573	0	▲ 53
ハイケアユニット入院医療管理料		605		603	0	▲ 2
療養病棟入院基本料1	519	23,881	517	23,771	▲ 2	▲ 110
療養病棟入院基本料2	193	8,826	130	5,796	▲ 63	▲ 3,030
療養病棟入院基本料2(95%減算)			52	2,518	52	2,518
(※上記以外の入院料)		18,234		18,229		▲ 5
合 計	3,460	156,808	3,460	156,808	0	0
(※休床)	24	1,781	24	1,781	0	0

2016年12月22日
MEDIFAX Digestより

医療療養2（25対1）において、医療区分2,3患者割合が5割未満または、看護配置25対1のみ満たさない病棟に95/100を算定できる経過措置が設けられたが、**全日本病院協会 の会員病院では、改定後に減少した25対1の病床の80%以上が、この減算へと動いている。20対1への上昇志向はほとんどない。**

日本慢性期医療協会

介護療養型医療施設の今後の運営に関するアンケート調査結果

【予定している転換先】

療養病棟入院基本料1 (20対1)	120	73.6%
医療内包型案1-1	93	57.1%
医療内包型案1-2	24	14.7%
医療外付型案2	7	4.3%
その他	15	9.2%
回答病院数 (複数回答)	163	100.0%

日本慢性期医療協会 の会員病院は、73.6% が
20対1への移行を希望している。
おそらく、療養病棟入院基本料2を有する会員施設へ転換意向調査を
実施しても、同様の結果となるのではないかと。

今からは、高度急性期病院も
後期高齢者患者が爆増する。

2016年12月 武久 洋三 作成

高齢者もあと20年もしたら
日本中で減少してくる。

2015年12月 武久 洋三 作成

高度急性期病院でも
地域包括ケア病棟を
取るだろう

2017年1月 武久 洋三 作成

地方の大学病院が700床を
どこまで維持できるか。
大学病院でも機能別病床を持つ。

民間病院だけでなく、規模の大きな
公立、公的病院までもが競って
病棟機能を転換し、院内にPost acute
病棟をどんどん作ってきている。

地域包括ケア病棟、大学病院で新設の動き -1日現在、全国で9病院・CBnews調べ

大学病院で地域包括ケア病棟を新設する動きが相次いでいる。CBnewsの調べでは、1日現在、地域包括ケア病棟（病室）の届け出を行っている大学病院は全国で9施設に上り、このうち2施設は、診療報酬の改定が行われた4月以降に新たに届け出していた。国が7対1病棟の施設基準を厳格化する中、急性期病院の象徴とも言える大学病院でも、機能分化が進んでいる現状が浮き彫りとなった。【敦賀陽平】

CBnewsが全国の地方厚生局の公開データを集計したところ、1日現在で地域包括ケア病棟（病室）を抱える大学病院は全国で9施設。このうち7対1病棟を届け出していたのは5施設で、東北医科薬科大若林病院（一般199床、仙台市）、東海大医学部附属大磯病院（一般338床、神奈川県大磯町）の2施設は、診療報酬改定が行われた4月以降に届け出していた。

2施設以外の届け出医療機関は次の通り。

東京医科大茨城医療センター（一般389床、茨城県阿見町）▽獨協医科大日光医療センター（一般199床、栃木県日光市）▽朝日大歯学部附属村上記念病院（一般345床、岐阜市）▽明治国際医療大附属病院（一般114床、京都府南丹市）▽兵庫医科大ささやま医療センター（一般136床、療養44床、兵庫県篠山市）▽和歌山県立医科大附属病院紀北分院（一般100床、感染4床、和歌山県かつらぎ町）▽久留米大医療センター（一般250床、福岡県久留米市）

大学病院も地域包括ケア病棟を持っている。
今後増加するだろう。
回復期リハ病棟などまでは考えているだろう。
地方では国公立でも空床が増加して
ゆくだろう。
そのような大学病院でもやがて動きが
出るだろう。

「高度急性期（広域急性期）」なら
遠くからでも患者は来るし、
特殊で高度な医療を行っている。

「地域急性期」は、近くの地域からしか
患者は来ないし、行っている手術や処置も
普通にどこでも行っているようなものが多い。

2014年12月 武久 洋三作成

地 域 急 性 期 は 地域包括ケア病棟に

2016年3月 武久 洋三作成

(地包ケア1) 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1
 (地包ケア2) 地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2

・・・1,686病院
 ・・・104病院

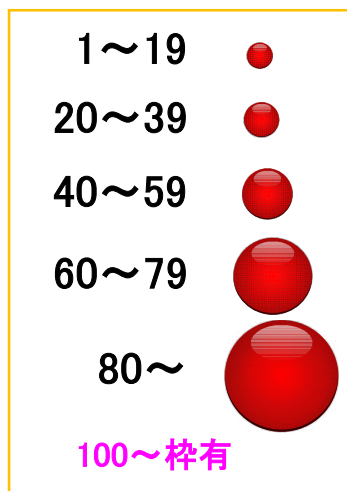
地包ケア1・2算定 1,790病院

病院数カウント(地包ケア1・2両方の算定病院は1でカウント)

(H29年1月15日時点の地方厚生局で確認できたデータ)

(H28年12月届出まで)

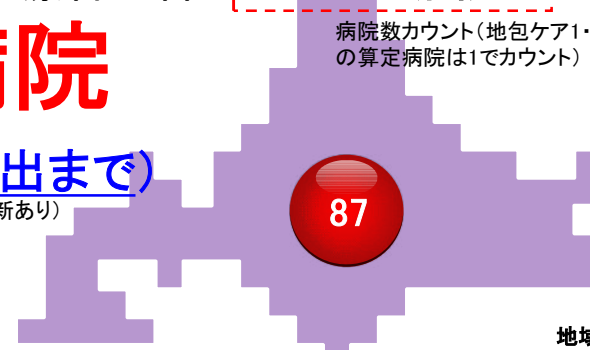
(一部1月更新あり)



TOP10ランキング

1	福岡県	132
2	兵庫県	108
3	大阪府	92
3	東京都	92
5	北海道	87
6	神奈川県	65
7	熊本県	62
8	広島県	60
9	岡山県	59
10	愛知県	58

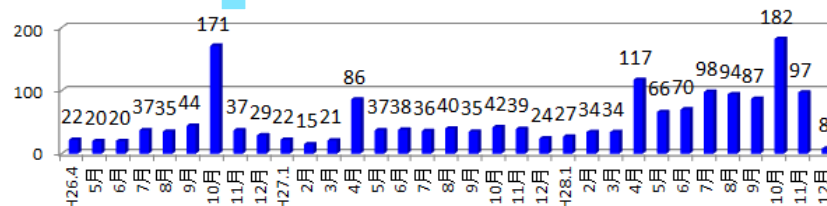
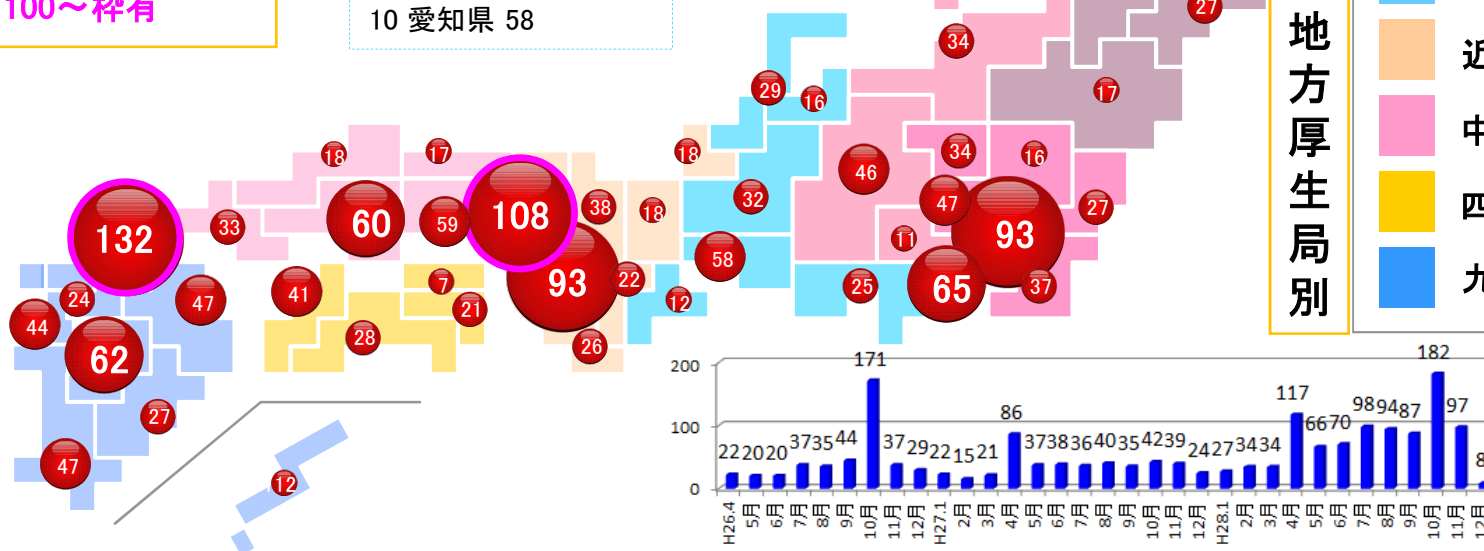
埼玉県47	高知県28	山形県18
大分県47	宮城県27	福井県18
鹿児島47	茨城県27	滋賀県18
長野県46	宮崎県27	島根県18
長崎県44	和歌山26	福島県17
愛媛県41	静岡県25	鳥取県17
京都府38	佐賀県24	栃木県16
千葉県37	青森県23	富山県16
群馬県34	秋田県22	岩手県12
新潟県34	奈良県22	三重県12
山口県33	徳島県21	沖縄県12
岐阜県32		山梨県11
石川県29		香川県7



地域包括
ケア1・ケア2

北海道	87	(82・5)
東北	119	(117・2)
関東信越	410	(385・25)
東海北陸	172	(164・8)
近畿	323	(294・29)
中国	187	(180・7)
四国	97	(89・8)
九州沖縄	395	(375・20)

地方
厚生局
別



※届出月日でカウント
 (再届出は最新日で更新)

地域包括ケア病棟では、包括で2単位しかリハビリをしない病院と、患者によって4～6単位行う病院とでは、当然、その成果に大きな差がつきます。

回復期リハビリ専門病院は
利益率が良く、一部で
20%近いことが公表された。

財務省・厚労省はどう動くか！！

30年改定で、回り八病棟の報酬を
厳密化して利益を減らそうと
するであろう。

⇒ 利益率の高い病院は継続可能
利益率の低い病院は負け組となるかも

2014年からのリハビリの包括化や、
2016年からのリハビリのアウトカム評価
については、今後ますますその方向に
シフトしてゆく。

現在までの全国の回りハの利益率を見て
リハビリの締め付け化が起こる。

①②リハビリテーション病院という

病院名は、都会か一部の有力病院にしか
適用しなくなる。

地方ではリハビリ以外は診療できないと
思われてしまう。

今のうちに多機能型地域病院に
衣替えしておかなければならない。

2017年1月 武久 洋三 作成

回復期リハビリ病棟が
今まで無い病院が、これから作ると
なると、大変厳しい。
先ず、PT・OT・STが集まらない。
リハビリの効果 FIM利得が達成できない、
等で地域での出遅れは評価されない。

急性期も回復期も慢性期も、
2 極分化がどんどん進んでいる。

2016年12月 武久 洋三 作成

いくら慢性期病院と自認していても、
地域の中で慢性期状態患者の急変に
対応できない病院は不必要となる。

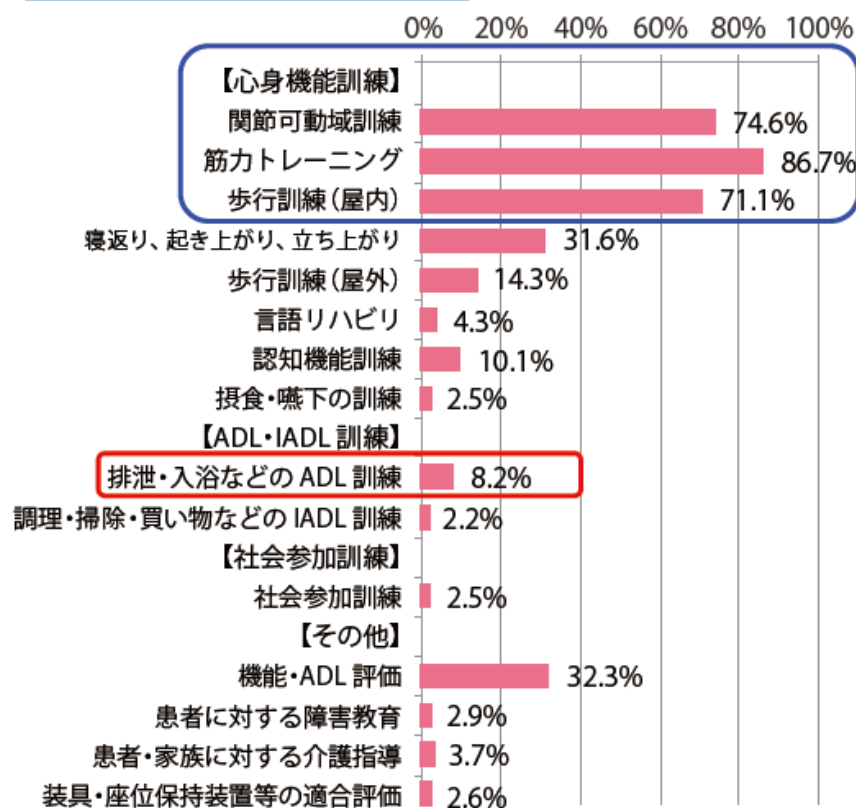
「日本の寝たきりを半分にしよう」 10ヶ条

1. 慢性期治療の徹底
2. 延命ではなく日常復帰を
3. 急性期リハビリの充実（入院日からのリハビリ）
4. 急性期リハビリ能力のない場合、入院後20日までにリハビリ能力と治療能力のある P o s t a c u t e に移す。
5. 高齢者の急性期治療の改善（栄養・水分出納・身体侵襲の軽減）
6. 嚥下・排泄リハビリの優先
7. 短期集中リハビリのできる環境に
8. 寝たきりより座りきり
9. 無理な歩行訓練より車いす自立を
10. 慢性期総合診療医の養成

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

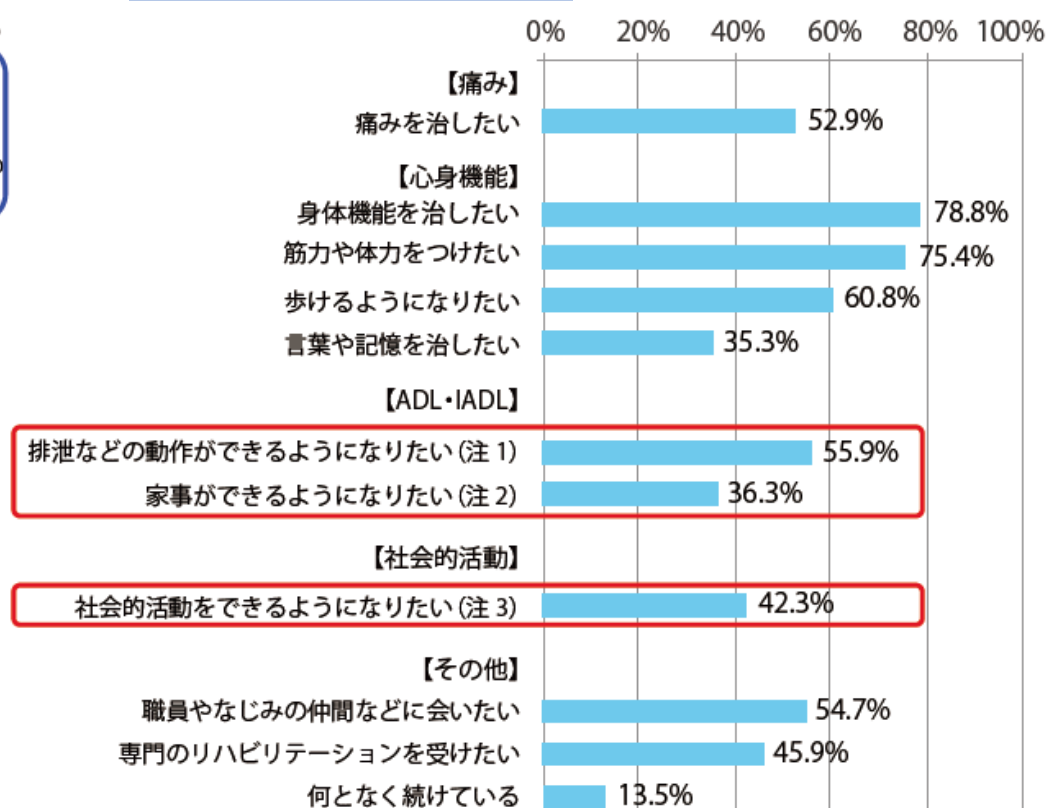
リハビリの実施内容（複数回答）

図表17 通所リハ
(n=3,415)



リハビリ継続理由：本人回答（複数回答）

図表45 通所リハ
(n=2,786)



注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作（移動や食事、排泄、入浴、着替えなど）ができるようになりたい」

注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」

注3) 「病気やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

たとえ動けなくとも
まずは口から食べて自分で排泄
出来ることは人間の原点

2014年3月 武久 洋三 作成

超高齢者は、自ら食べて、自ら排泄
できるようになれば、車椅子自立を
確立するべきであろう。そうすれば
寝たきりにならずに自宅に戻れる人
が 増 え る で あ る う 。

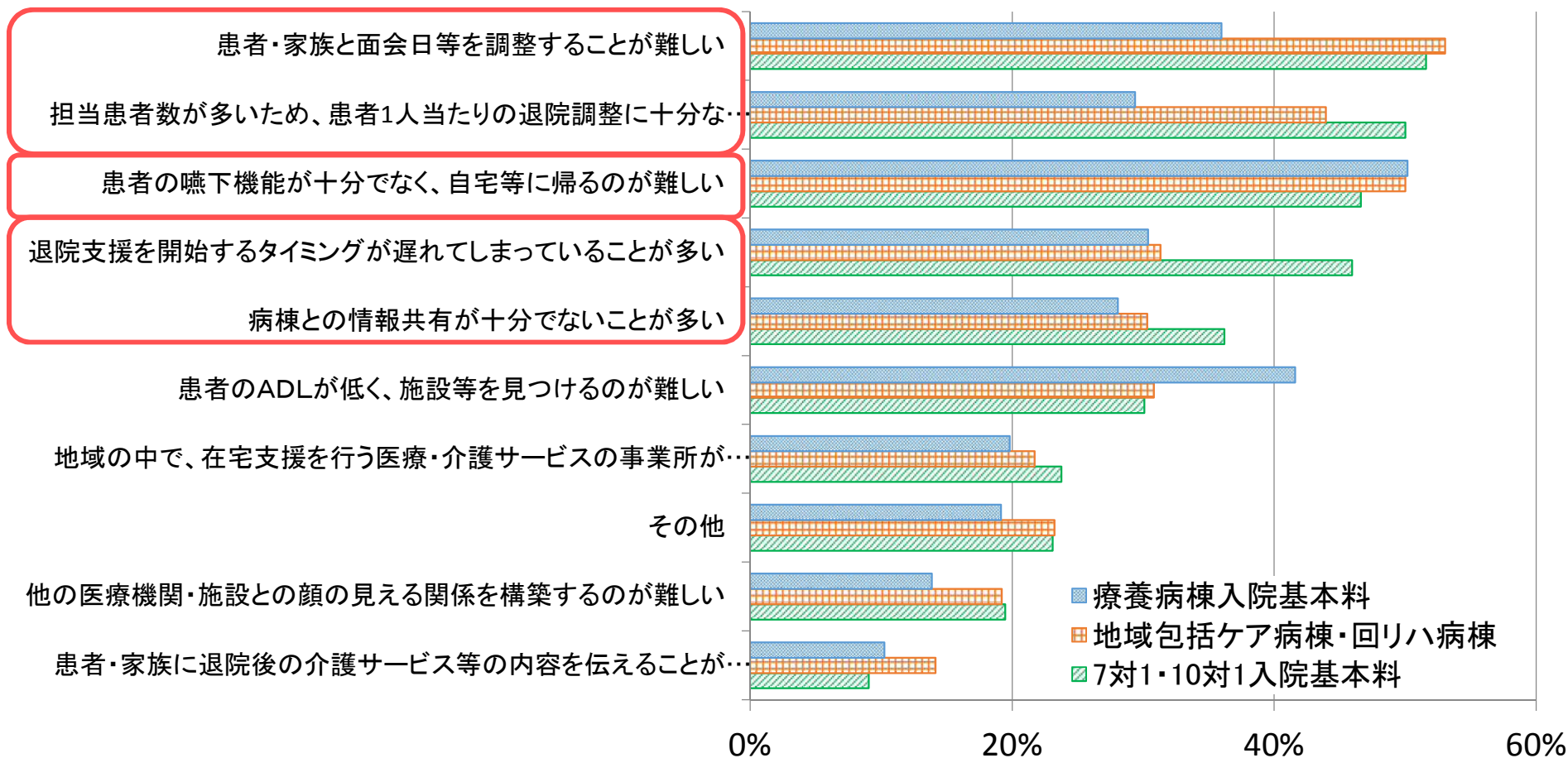
2016年1月 武久 洋三 作成

退院支援を行うに当たって困難な点

中医協 総－5
27.6.10

- 退院支援室等において、退院支援を行うに当たって困難な点として、患者・家族との面会や十分な退院調整に向けた時間の確保、嚥下機能が低下した患者の取扱い等が挙げられた。

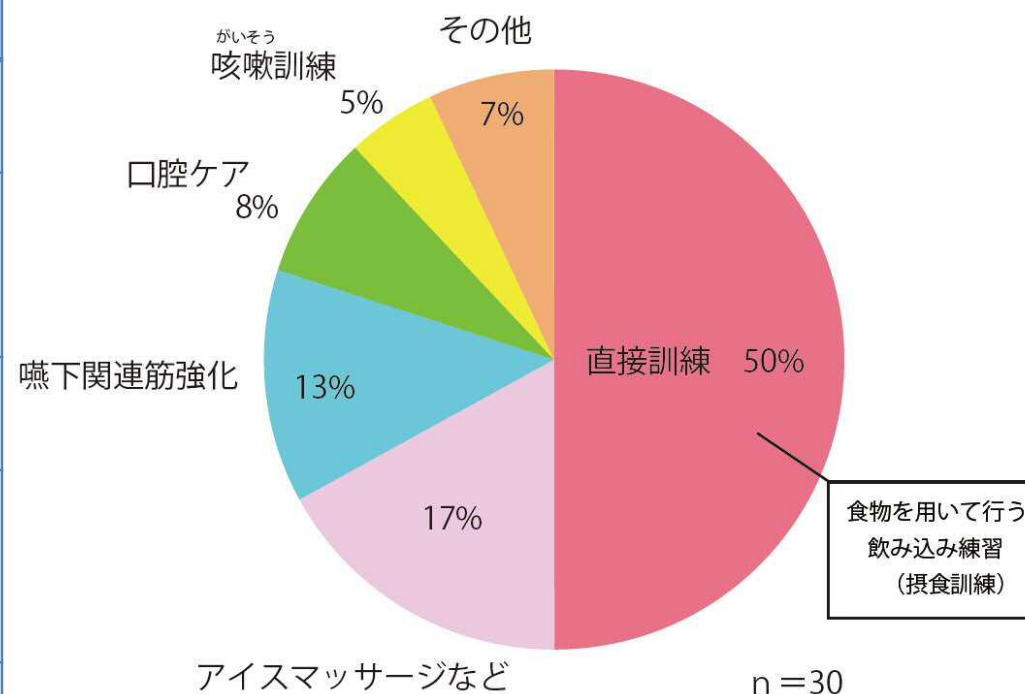
＜入院料別の退院支援を行うに当たって困難な点＞



出典：平成26年度入院医療等の調査（施設票）

積極的な摂食嚥下訓練の効果検証

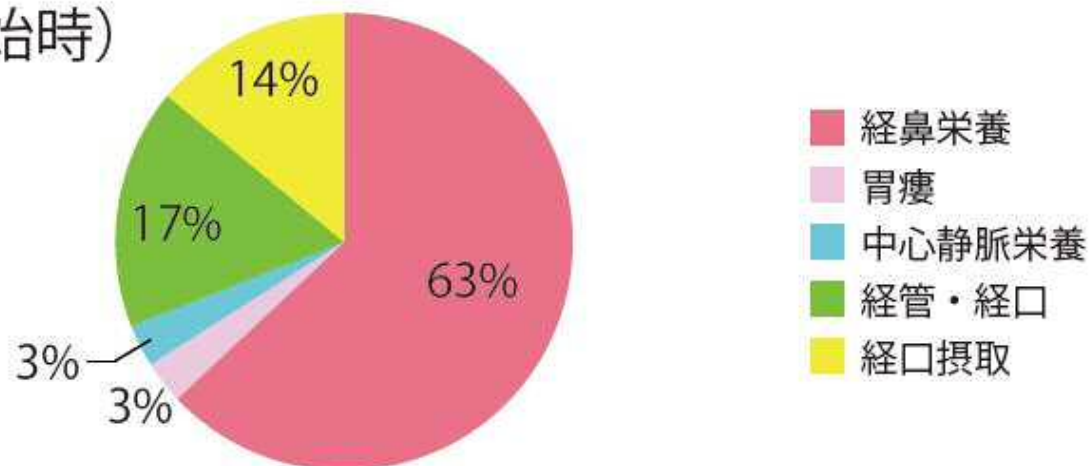
ST（摂食嚥下）訓練 多単位介入	
実施対象病院	4病院
患者数	30名 (男性19名 女性11名)
年齢	78.1±11.2歳
主疾患	中枢神経疾患：27名 その他：3名
平均ST 実施単位 (1日当たり)	5.6単位



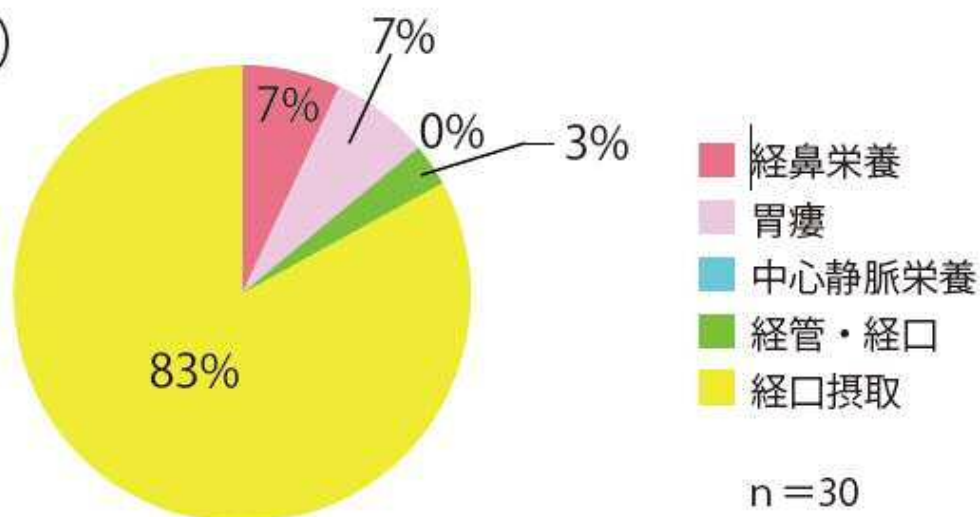
実施した摂食嚥下訓練の内訳

摂食嚥下訓練実施前後の栄養摂取手段の変化

(訓練開始時)



(訓練実施後)



n=30

胃ろうを出来るだけ早く造設し、
積極的リハを行なえば、
経口から摂食できるようになる
可能性が高くなる。

2012年10月 武久 洋三 作成

FIM利得を短期間で30得ようとするれば、 どの項目に注力すべきか。

(13 ～ 91点)	運動項目 13項目	セルフケア (6～42)	A)食事 (箸,スプーン)	1～7
			B)整容	1～7
			C)清拭	1～7
			D)更衣 (上半身)	1～7
			E)更衣 (下半身)	1～7
			F)トイレ	1～7
		排泄 (7～14)	G)排尿コントロール	1～7
			H) 排便コントロール	1～7
		移乗 (3～21)	I)ベッド,椅子,車椅子	1～7
			J)トイレ	1～7
			K)浴槽,シャワー,	1～7
		移動 (2～14)	L)歩行,車椅子	1～7
			M)階段	1～7
(5 ～ 35点)	認知項目 5項目	コミュニケーション (2～14)	N)理解 (聴覚,視覚)	1～7
			O)表出 (音声,非音声)	1～7
		社会認識 (3～21)	P)社会的交流	1～7
			Q)問題解決	1～7
			R)記憶	1～7
			合 計	

排泄行為関連項目に
注力せよ!!

複数項目の点数が
得られやすい

点数	程度
7点	完全自立
6点	修正自立
5点	監視、準備、指示、促しが必要
4点	75%以上自分で行う
3点	50%以上75%未満自分で行う
2点	25%以上50%未満自分で行う
1点	25%未満しか自分で行わない 全介助

排泄介護の限界

脳卒中をはじめ、神経難病で介護を受ける高齢者の多くは、片麻痺・寝たきり・認知症などの自明の要介護者であり、それらの60～70%に膀胱直腸障害、未治療や治せない排尿疾患があり、おむつ管理が避けられない介護の限界である。逆に、残りの40～30%の高齢者は膀胱機能に問題は少ないのにトイレ介助が受けられずに、おむつに甘んじていることになる。

北九州古賀病院・排泄管理指導室 岩坪 暎二 氏 「オムツ外しの実践と限界（３）－医学的根拠に基づく実践－」
排尿障害プラクティス Vol.18 No.3 2010年 より

急性期では看護師がおむつ替えを頻回にするのが嫌なために細かな尿量チェックが必要だとかうまく言って動けない人にバルーンを入れてしまう。

2014年8月 武久 洋三 作成

急性期病院から入院した患者の 慢性期病院入院時におけるバルーン留置状況

(対象；2010年1月～2016年3月に急性期病院から当院に入院した患者1,089名)

	入院患者数	バルーン留置患者数	
A病院	935名	258名	27.6%
B病院	55名	16名	29.1%
C病院	57名	18名	31.6%
D病院	42名	17名	40.5%
合計	1089名	309名	28.4%

2016年5月 武久 洋三 作成

急性期からの紹介患者は、
まずはバルーンを抜く作業から
始めなければならない。

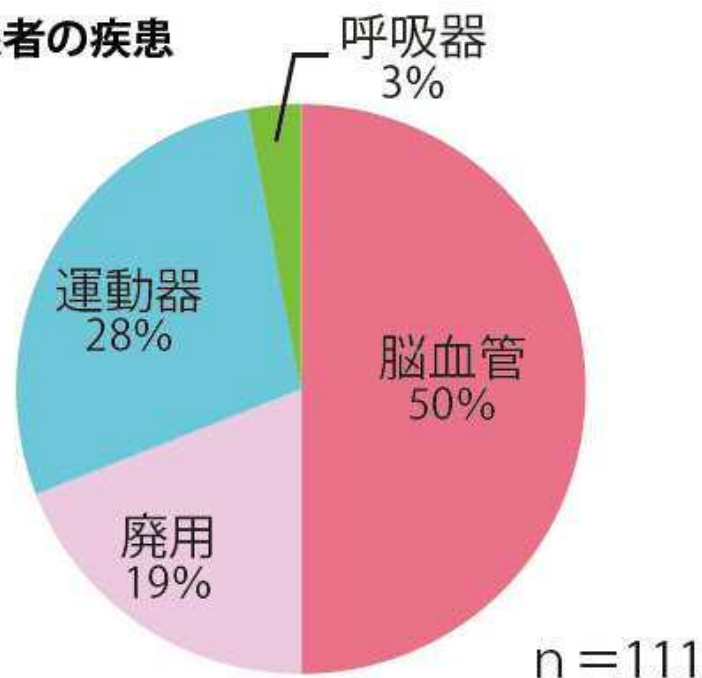
- ➡ 1 回外しても尿が出ない。
- ➡ またすぐ入れて良いですか？という看護師
- ➡ 膀胱訓練もしなければ誰だって尿は出ない

2014年8月 武久 洋三 作成

膀胱・直腸障害リハビリの効果検討

実施施設数	22施設
対象患者数	111人
平均年齢	80.5±9.8 歳
平均個別リハ実施数	5.1単位/日

対象者の疾患



- ・障害高齢者の日常生活自立度
(寝たきり度)

A以上 (生活自立、準寝たきり) : 23%

B以下 (寝たきり) : 77%

- ・尿便意の有無について

訓練開始時：尿便意あり 49%

尿便意なし 46%

不明 5%



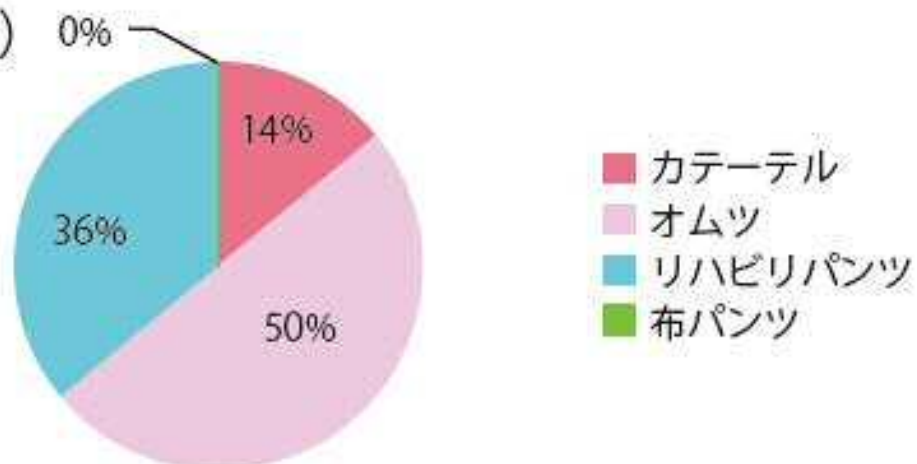
訓練実施後：尿便意あり 92%

尿便意なし 7%

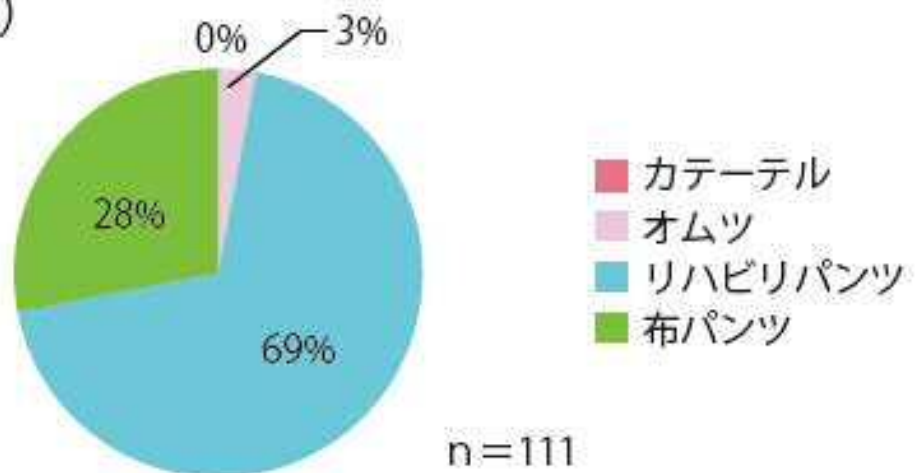
不明 1%

着用している下衣（パンツ）の変化

(訓練開始時)



(訓練実施後)



n=111

- 初期にバルーンやオムツだった患者さんが、リハパンや布パンツに移行できている。
- 入院時にバルーンとオムツで64%を占めていたが、退院時にオムツを着用している者は3%までに減少している。

手術等医療技術の適切な評価⑧

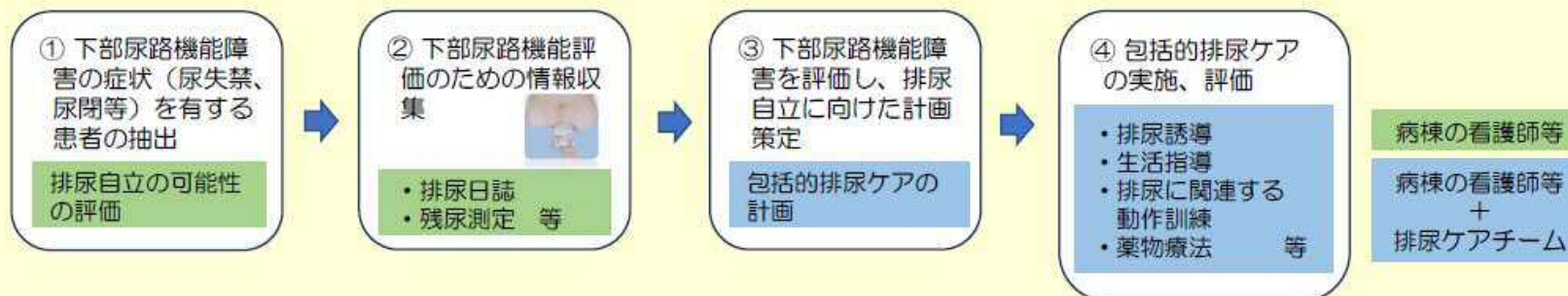
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

- 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

(新) 排尿自立指導料 200点(週1回)

[主な算定要件]

- ① 対象患者: 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数: 週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。



[施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

病院経営は、昔は容易だったかもしれないが、10年くらい前より、一般産業の企業と同じように将来予測や環境変化に柔軟に対応できる「力」が必須となってきた。

よい病院、選ばれる病院とは、

迅速で適切な治療で病気を治して
くれて早く日常に帰してくれる

ことにつきる。

今や完全にIT時代。病院の評判は
口コミからWebや診療の成果により
判断されるようになる。

4.3m²、6人部屋以上の療養環境の
悪い病院は、都会の一部を除いて、
消滅の一途をたどるだろう。

これから地域に必要な病院は、地域急性期患者、地域包括ケア患者、回復期リハビリテーション患者、慢性期治療患者、重度長期慢性期患者を治療できることが必要。

若年者は回復力があるけど、
高齢者は一度（－）になると、
回復が難しい。
だから初めから常に（－）にならない
ようにするのは当然。

2016年9月 武久 洋三作成

- ◆（－）とは何の（－）かというと、
水分出納・カロリー出納に加え、
筋力や精神状態の（－）も相関してくる。
- ◆当然、正常な人が認知症状を
示したり、認知症がひどくなったりする
大きな原因となる。

2016年9月 武久 洋三作成

低栄養と皮下浮腫を合併する患者の治療

低栄養と脱水を合併していて、
足背や側腹部等に浮腫がある場合に、
安易な利尿薬の長期多量投与を
することは禁忌である。

2016年5月 武久 洋三作成

間歇的補液療法

間歇的補液療法とは、1日間は栄養投与を行わず、患者ごとに計算した必要水分量の3分の2程度の水分のみを投与し、次の2日間は栄養投与を行うという方法を繰り返すことでBUN及びBUN/Cr比を正常化する方法を基本とする。

経消化管投与が優先されるが、経消化管投与が不可能な、あるいは好ましくないと主治医が判断した症例に対しては点滴による投与を行う。

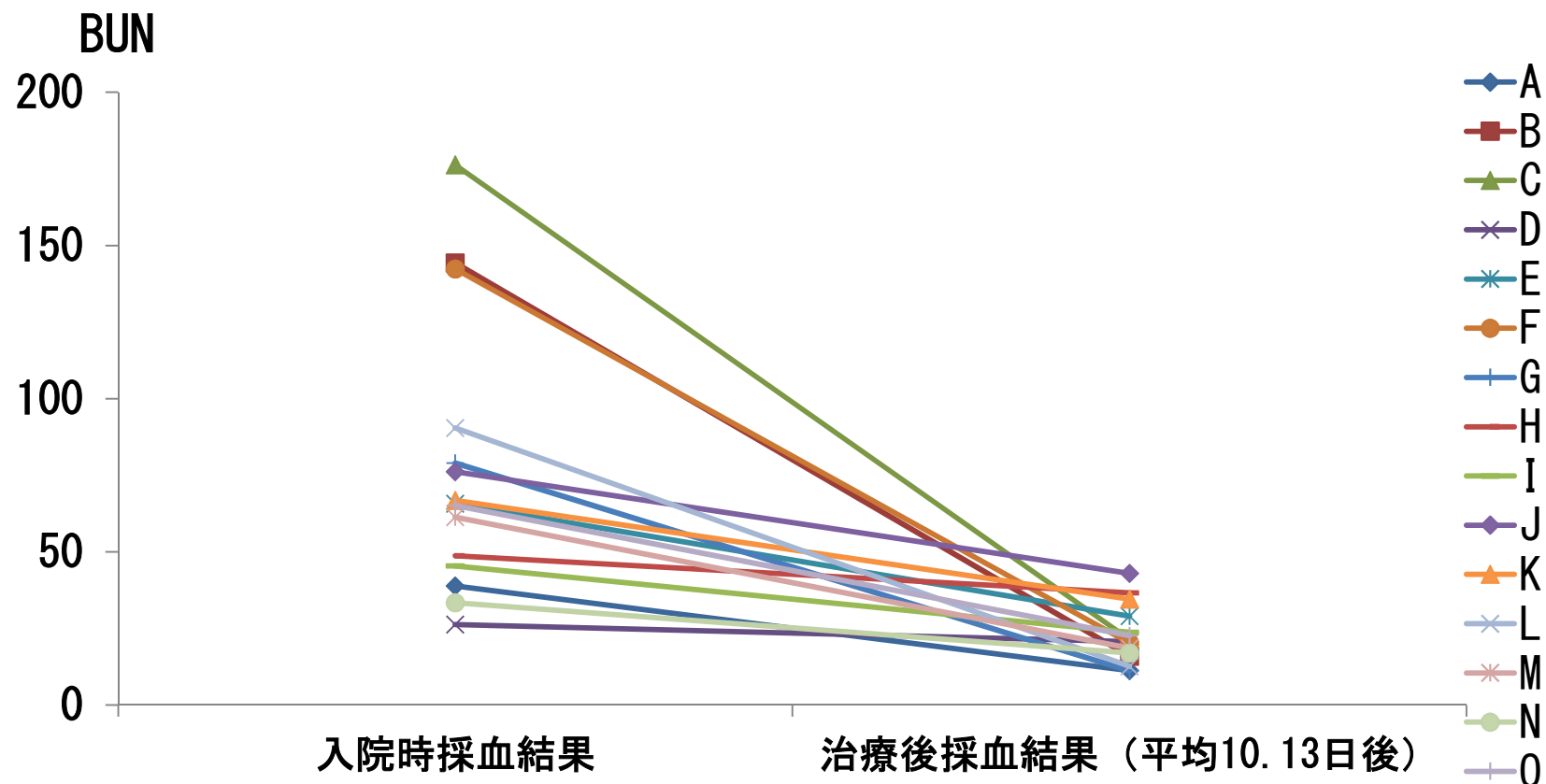
間歇的補液療法HSW(Heisei Solution Water)の組成

		Na : 138mEq/L以上～145mEq/L未満			
(100ml当り)		GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L未満	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L未満
エネルギー	kcal	10	10	4	4
炭水化物	g	2.6	2.6	1.1	1.1
ナトリウム	mEq/L	51.3	51.3	51.3	51.3
カリウム	mEq/L	0.0	0.2	0.0	0.2
浸透圧	mOsm/L	179	182	135	138
HS No.		HS1-1	HS1-2	HS1-3	HS1-4

		Na : 138mEq/L未満			
(100ml当り)		GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L未満	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L未満
エネルギー	kcal	10	10	4	4
炭水化物	g	2.6	2.6	1.1	1.1
ナトリウム	mEq/L	85.6	85.6	85.6	85.6
カリウム	mEq/L	0.0	0.2	0.0	0.2
浸透圧	mOsm/L	247	252	203	208
HS No.		HS2-1	HS2-2	HS2-3	HS2-4

		Na : 145mEq/L以上			
(100ml当り)		GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl未満 K3.5mEq/L未満	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L以上	GLU150mg/dl以上 K3.5mEq/L未満
エネルギー	kcal	10	10	4	4
炭水化物	g	2.6	2.6	1.1	1.1
ナトリウム	mEq/L	0.0	0.0	0.0	0.0
カリウム	mEq/L	0.0	0.2	0.0	0.2
浸透圧	mOsm/L	76	81	32	37
HS No.		HS3-1	HS3-2	HS3-3	HS3-4

②点滴で間歇的補液療法を行った15症例の入院時採血と治療後採血（平均10.13日後）



		入院時採血結果					治療後採血結果（平均10.13日後）				
	年齢	BUN	Cr	BUN/Cr	ALB	Na	BUN	Cr	BUN/Cr	ALB	Na
平均	79.40	77.35	1.83	42.78	3.43	142.41	22.57	1.02	22.46	2.78	138.01
標準偏差	12.91	44.07	1.03	11.53	0.58	13.34	9.48	0.36	6.79	0.28	4.86

2015年1月～12月に入院した患者6703名のうち、入院時BUN50以上の脱水患者231名の
間歇的補液療法の実施状況と改善状況

2015年入院患者6703名のうち、入院時BUN50以上の患者231名			
間歇療法を含む低張液投与患者		151名	
改善患者	131名	86.8%	
悪化若しくは変化しなかった患者	13名	8.6%	
転院	1名	0.7%	
死亡	6名	3.9%	
低張液未投与患者		80名	
改善患者	55名	68.8%	
悪化若しくは変化しなかった患者	15名	18.8%	
転院	1名	1.2%	
死亡	9名	11.2%	

入院時BUN50以上80未満の患者 165名			
間歇療法を含む低張液投与患者		103名	
改善患者	92名	89.3%	
悪化若しくは変化しなかった患者	7名	6.8%	
転院	1名	1.0%	
死亡	3名	2.9%	
低張液未投与患者		62名	
改善患者	44名	71.0%	
悪化若しくは変化しなかった患者	11名	17.7%	
転院	0名	0.0%	
死亡	7名	11.3%	

入院時BUN80以上の患者 66名			
間歇療法を含む低張液投与患者		48名	
改善患者	39名	81.3%	
悪化若しくは変化しなかった患者	6名	12.5%	
転院	0名	0.0%	
死亡	3名	6.2%	
低張液未投与患者		18名	
改善患者	11名	61.1%	
悪化若しくは変化しなかった患者	4名	22.2%	
転院	1名	5.6%	
死亡	2名	11.1%	

2015年1月から12月に入院した患者6,702名のうち
 入院時BUN50以上の脱水患者230名の間歇療法実施状況及び改善状況と
 入院時ALB値との関係

間歇療法実施患者	151名		入院時 ALB3.0未満	28名	入院時 ALB3.0以上	123名
改善患者	131名	86.8%	19名	67.9%	112名	91.1%
悪化若しくは変化しなかった患者	13名	8.6%	6名	21.4%	7名	5.7%
転院	1名	0.7%	0名	0.0%	1名	0.8%
死亡	6名	4.0%	3名	10.7%	3名	2.4%

間歇療法未実施患者	79名		入院時 ALB3.0未満	22名	入院時 ALB3.0以上	57名
改善患者	55名	69.6%	9名	40.9%	46名	80.7%
悪化若しくは変化しなかった患者	15名	19.0%	6名	27.3%	9名	15.8%
転院	1名	1.3%	1名	4.5%	0名	0.0%
死亡	8名	10.1%	6名	27.3%	2名	3.5%

脱水、低栄養、電解質異常、貧血、高血糖を呈している患者の治療には高い薬はいらない。

【脱水】

薬品名	薬価
生理食塩液 500ml	149

薬品名	薬価
5%ブドウ糖注射液 500ml	174

【低栄養】（※維持液を投与する場合）

薬品名	薬価
ソリタックス－H輸液 500ml	227

【低栄養】（※高カロリー輸液を投与する場合）

先発品（バッグ製剤）		ジェネリック など	
薬品名	薬価	薬品名	薬価
エルネオパ2号輸液 1000ml	1,492	カロナリーM輸液 700ml	285
		アミゼットB輸液 200ml	289
		塩化マンガン・硫酸亜鉛配合 2mL注射液	58
		ダイメジン・マルチ注	132

しかし、感染症や心不全、循環不全、
腎不全等を併発すれば、どんどんと
高い薬が必要となってしまう。

安い薬を使って体内異常を早く
補正すればいいものを、そこを
ほとんど無視をして高い薬ばかり
使っても徒労に終り、死を迎える。

2016年12月 武久 洋三 作成

1日の必要カロリーが1,500Kcalの高齢者が、入院前5日間750Kcalしか摂取できずに、入院後も5日間750Kcal（半分くらい）しかカロリーと水分を摂取しなかった場合、

【カロリー出納】

$$750\text{Kcal} \times (5\text{日} + 5\text{日}) = (-) 7,500\text{Kcal}$$

【水分出納】

$$750\text{ml} \times (5\text{日} + 5\text{日}) = (-) 7,500\text{ml}$$

(-) 出納

この状態を改善することは、
実は大変な治療となるのである。

もし入院後6日目から正常出納の
1日1,500Kcal,1,500mlを維持するとして、
それまでの（－）分を数日で補充する
ことは、心肺機能や消化管機能上、
到底無理である。

よく末梢に点滴を1日1～2本している
ので、「良し」とされているようだが、
5%ブドウ糖液は、 $0.05 \times 500 = 25g$
 $25g \times 4 Kcal = 100 Kcal$
1本100 Kcalしかない。
カロリー出納にはほとんど意味がない。

2016年10月 武久 洋三作成

仮に1日200Kcal, 200mlずつ補充すると
すると、1,700Kcal, 1,700mlの投与となる。

そうすると、 **$7,500 \div 200 = 37.5$ 日**

37日間も持続して1,700Kcal, 1,700mlを
維持できなければならない。

37日間はずっと（－）出納のまま、
その（－）が少しずつ少なくなっていく。

2016年10月 武久 洋三作成

高齢者のカロリー、水分出納が（－）になってしまふことがいかに恐ろしいか、一旦（－）になれば、いかに回復が難しいかを理解しなければならない。

表面上は半分程度食べておけば、（－）出納は見逃されて、気がついた時には、相当な（－）出納となってしまうことが多い。



そうなると、患者の各種臓器機能は低下し、免疫力も低下し、易感染性となり、合併症を続々と起こす可能性がある。

2016年10月 武久 洋三作成

合併症が次々起これば、（－）出納の補充も計画通りにはいかないことになるため、（－）出納から永遠に脱出できなくなり、やがて衰弱して死亡することになる。

2016年10月 武久 洋三作成

このことをターミナルというのか。

(－) 出納を早く気付いて、
是正を速やかに行って、正常軌道に
戻す治療力があるかが医師の力となる。

高 齢 者 タ ー ミ ナ ル 論 に
悪 乗 り し て い る 病 院 が あ る 。
治 る 病 気 ま で 何 も せ ず 、 包 括 化 の 中
で 利 益 を 上 げ て い る 病 院 は 栄 え る か 。

十分に治療できない病院ほど
ターミナルという言葉で
逃げているのではないか。

延命とは、
本人の本来もっている寿命を
より延ばすという意味

2016年10月 武久 洋三作成

治る病気は 治して差し上げる

2017年2月 武久 洋三 作成

誤嚥性肺炎、感染症は治る病気だ。
どうして治りにくいのか考えているか。

2017年2月 武久 洋三 作成

高齢者の誤嚥性肺炎の病態



治 ら な い 悪 性 の 病 気 は
QOLを保ち、痛みや苦しみを
減 ら し て 差 し 上 げ る

2017年2月 武久 洋三 作成

博愛記念病院では非常に多くの重症患者を受入れている

当院における入院患者の病態（平成28年10月18日現在）

地域包括・回りハ・医療療養・障害者病棟（210床）			
気管切開	64人（45.0%）		
人工呼吸器	34人 （16.2%）	CPAP	1人（0.5%）
		BIPAP	8人（3.8%）
		レスピレーター	25人（11.9%）
CVカテーテル	34人 （16.2%）	PICC	7人（3.3%）
		ポート	6人（2.9%）
		CV	21人（10%）
経腸栄養	133人 （63.3%）	経鼻	44人（21.0%）
		胃瘻	77人（36.7%）
		腸瘻	12人（5.7%）
尿道留置カテーテル	12人（5.7%）		

2016年（平成28年）1月～6月に当院を含む慢性期病院に入院した患者さん 3,461人の入院時から90日後および30日・60日・90日後に分類した経過と それぞれの退院患者数に占める死亡割合）

入院90日以内の経過			入院30日以内の経過		入院30日以内に入院中であった患者の入院60日以内の経過		入院60日以内に入院中であった患者の入院90日以内の経過	
対象患者数			3,461人		2,366人		1,461人	
	患者数 (人)	割合	患者数 (人)	割合	患者数 (人)	割合	患者数 (人)	割合
入院中			2,366	68.4%	1,461	61.8%	875	59.9%
退院①	介護保険施設・在宅等へ退院②	1,898 54.8%	742	21.4%	688	29.1%	468	32.0%
	転院③	295 8.5%	141	4.1%	101	4.3%	53	3.6%
	死亡④	393 11.4%	212	6.1%	116	4.9%	65	4.5%
退院患者に占める死亡割合(%) ④/①			19.4%		12.8%		11.1%	

入院時異常検査項目別の入院30日・60日・90日以内の死亡割合 (対象 ; 2016年1～6月に16の慢性期病院に入院し、 入院時に6項目の血液検査を実施した患者さん3,211人)

入院時 異常 検査値数	入院時 異常 検査値数 別患者数	入院30日後の死亡割合	入院30日後に入院中で あった患者の 入院60日後の死亡割合	入院60日後に入院中で あった患者の 入院90日後の死亡割合
1	603	8(1.3%)	7(1.7%)	3(1.1%)
2	858	19(2.2%)	28(4.5%)	12(3.2%)
3	834	48(5.8%)	27(4.7%)	21(5.8%)
4	583	67(11.5%)	31(7.6%)	16(6.3%)
5	261	44 (16.9%)	13(8.4%)	7(7.1%)
6	72	18(25.0%)	9(19.1%)	4(14.3%)

異常 項目 検査	BUN 20.1mg/dl 以上	Na 136.0mEq/L 未満 146.1mEq/L 以上	ALB 3.8g/dl 未満
	TCHO 130mg/dl 未満	GLU 111mg/dl 以上	Hb (男性) 12.0g/dl 未満 (女性) 11.3g/dl 未満

慢性期病院では重症の患者が多く入院してくる。特に慢性期治療を積極的に行う慢性期治療病院では、複雑に絡み合った病状に対し、治療が困難な患者であっても、積極的治療とリハビリを行う事が大切であると考えている。

2016年10月 武久 洋三作成

これからの病院は、疾病の治療だけでなく、患者が日常に速やかに帰れるような「^{りよく}リハビリ力」と「^{りよく}ケア力」がなければやっていけない。

2016年3月 武久 洋三作成

各種病床種別・施設における死亡割合

			死亡退院
7：1一般病床※1			2%
地域包括ケア病棟※1			4%
医療療養病床※1	在宅復帰機能強化加算	あり	37%
		なし	49%
医療療養病床※1 (自宅からの入院を除く)		あり	52%
		なし	56%
介護療養病床（介護療養型医療施設）※2			35.1%
介護老人保健施設※2			10.2%
介護老人福祉施設※2			70.7%

特養では、入所中に状態が悪くなった方が病院に入院しても、それまで入所していた施設に籍を残したまま入院することが多く、その後に病院で死亡しても、施設では死亡退所として扱われるので、実際の特養での死亡割合は、老健よりも低いとされている。

※1：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 2014年（平成26年）度調査結果より

※2：2013年（平成25年）度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（全日本病院協会）資料より

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

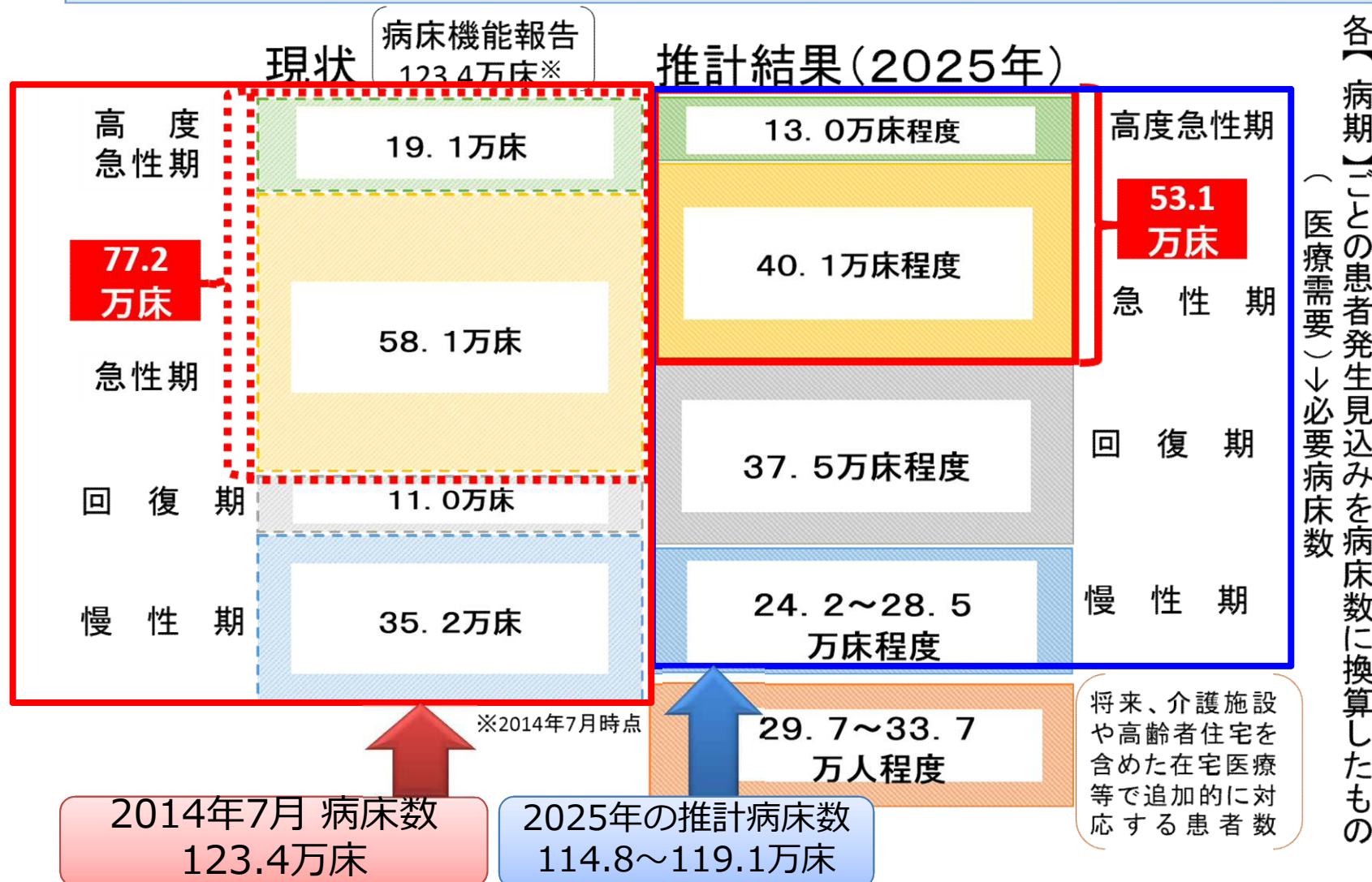
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び構造設備・人員配置等に関する項目・提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を報告する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果



厚労省は2025年の医療機能別病床数の推計として、
4.3~8.6万床の削減を予想している。

今後、

- ・ 公立・公的病院の実質休眠病床の削減
- ・ 一般病床や療養病床の病床転換による削減
- ・ 最近の急激な医療環境の変化についていけない
病院の病床削減

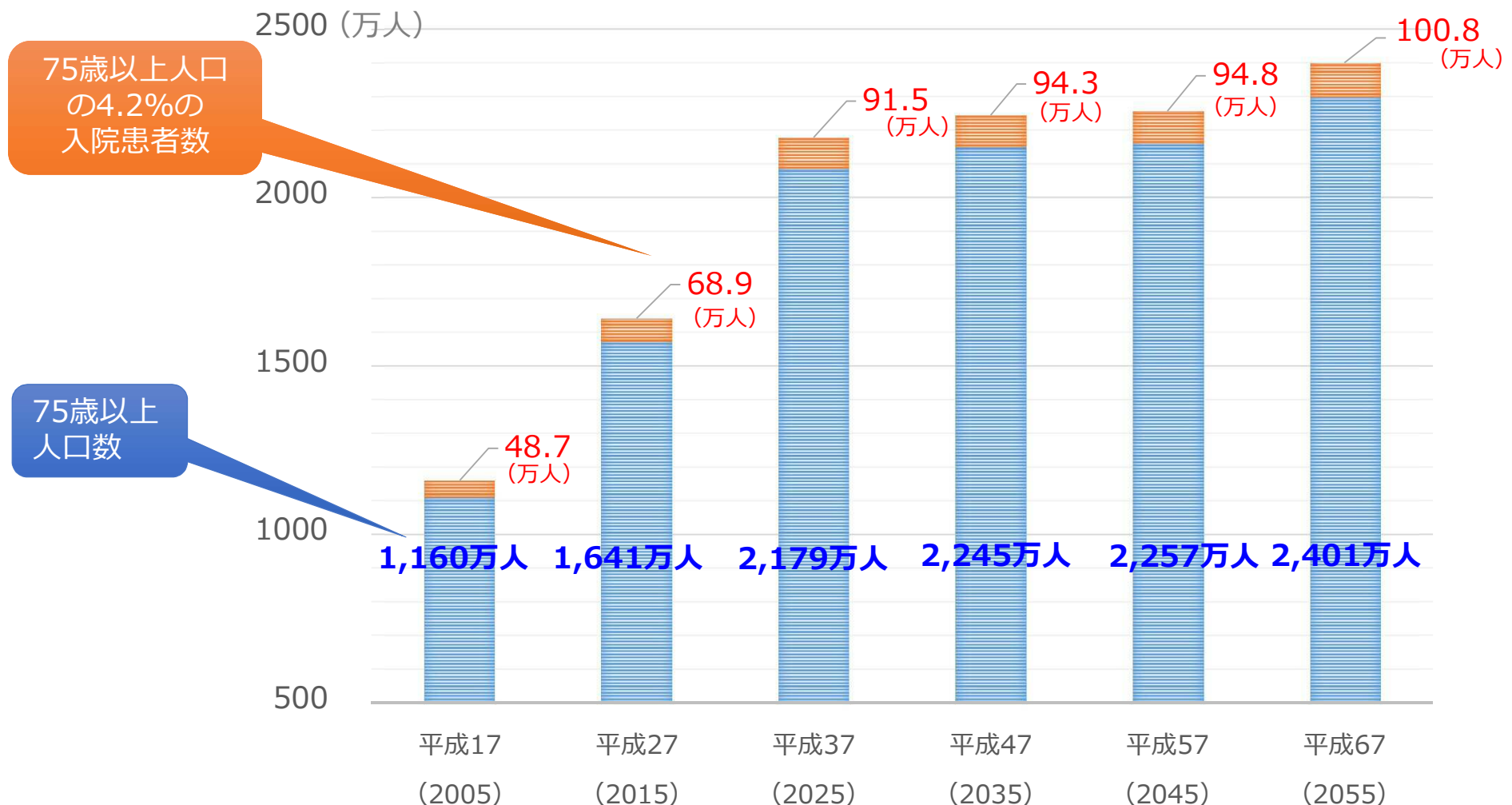
等も想定すると、**123万床⇒100万床を切る**
かもしれない。

2017年2月 武久 洋三 作成

2025年以降、75歳以上の高齢者だけで、
90万人以上入院する必要があるとしたら、
とても大変なことになる。

入院加療が必要なのに、入院できない患者
さんが大量に出てくることになりかねない。

2014年患者調査によると、75歳以上の入院受療率は、**4,205／人口10万対※1**
なので、75歳以上人口数における4.2%の人が入院すると仮定すると、
2055年には100万人以上もの患者さんが入院する計算となる。



※1；平成26年患者調査より

では、どうして国は病院病床を減らしたいのか。

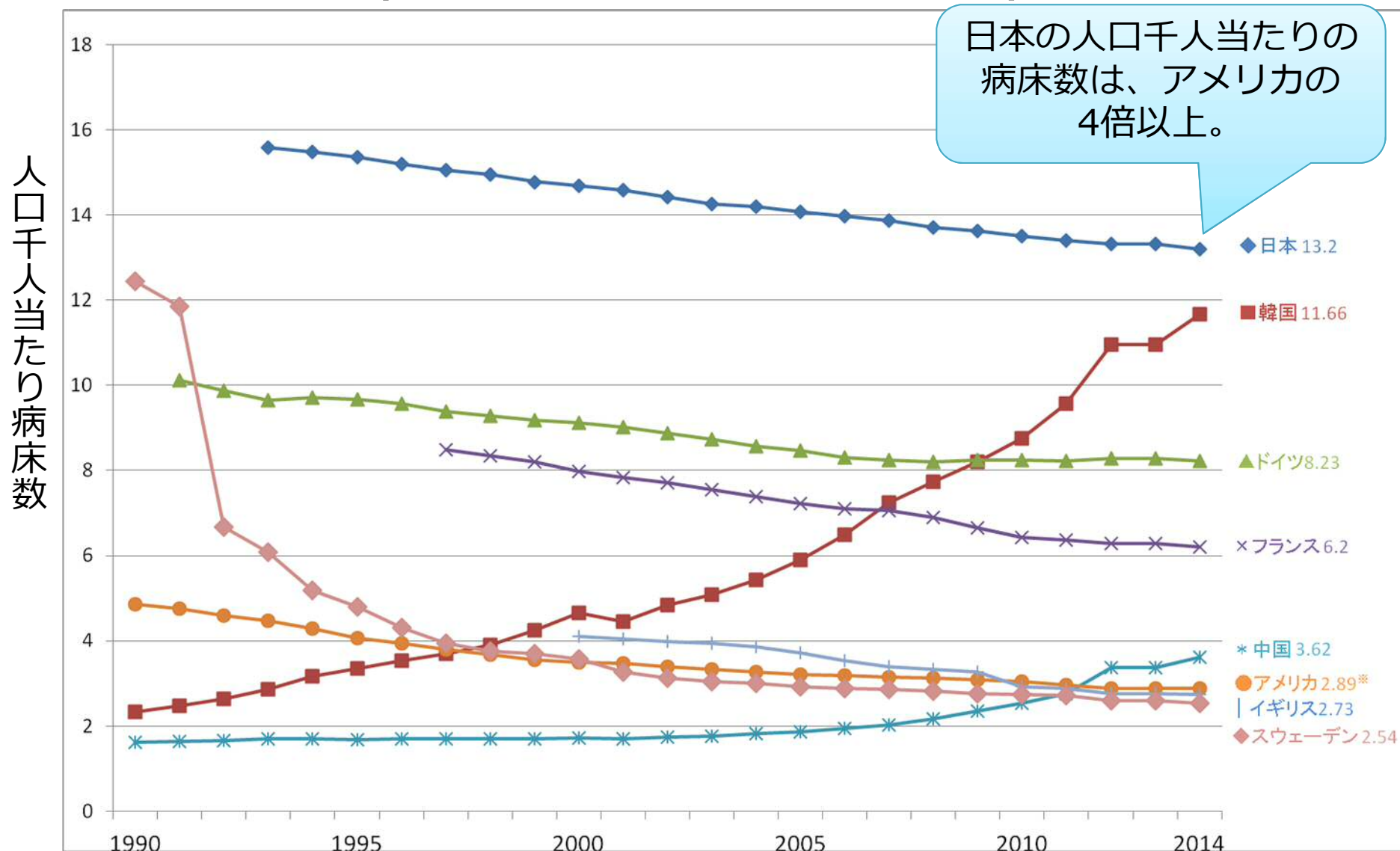


世界の中で飛び抜けて長い日本の
平均在院日数をせめて半分にしたいから！！



平均在院日数が半分になれば
病床数は半分で良い。

病院病床数の国際比較 (人口千人当たりの病床数)



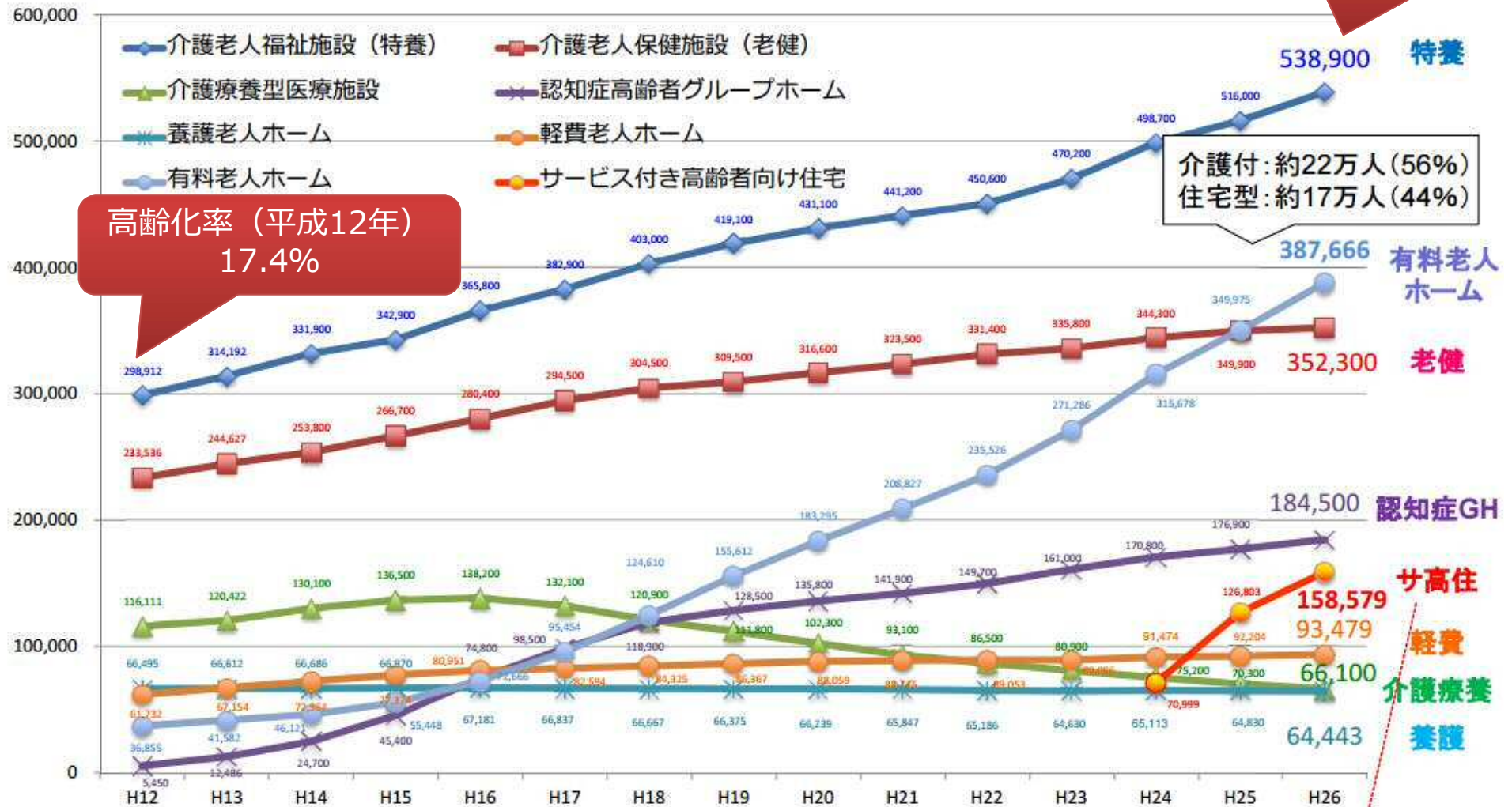
出典・参照：[OECD \(Organisation for Economic Co-operation and Development\)](http://www.oecd.org/) 2014年データ

※アメリカは2013年データ

高齢者向け住まい・施設の定員数

高齢化率（平成26年）
26.0%

（単位：人・床）



高齢化率（平成12年）
17.4%

介護付：約22万人（56%）
住宅型：約17万人（44%）

平成28年1月末現在
登録戸数：193,688戸

- ※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12～H13】及び「介護給付費実態調査（10/1時点）【H14～】（定員数ではなく利用者数）」による。
- ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスの利用者を含算したもの。
- ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
- ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、社会福祉施設等調査（10/1時点）による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～H26は基本票の数値。
- ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7/1時点）による。
- ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。

20年くらい前までは、特養や老健等の
介護施設が少なかったため、病院病床が
その代替として、病状よりも社会的入院
という役割を果たしてきており、
現在もまだ継続中である。

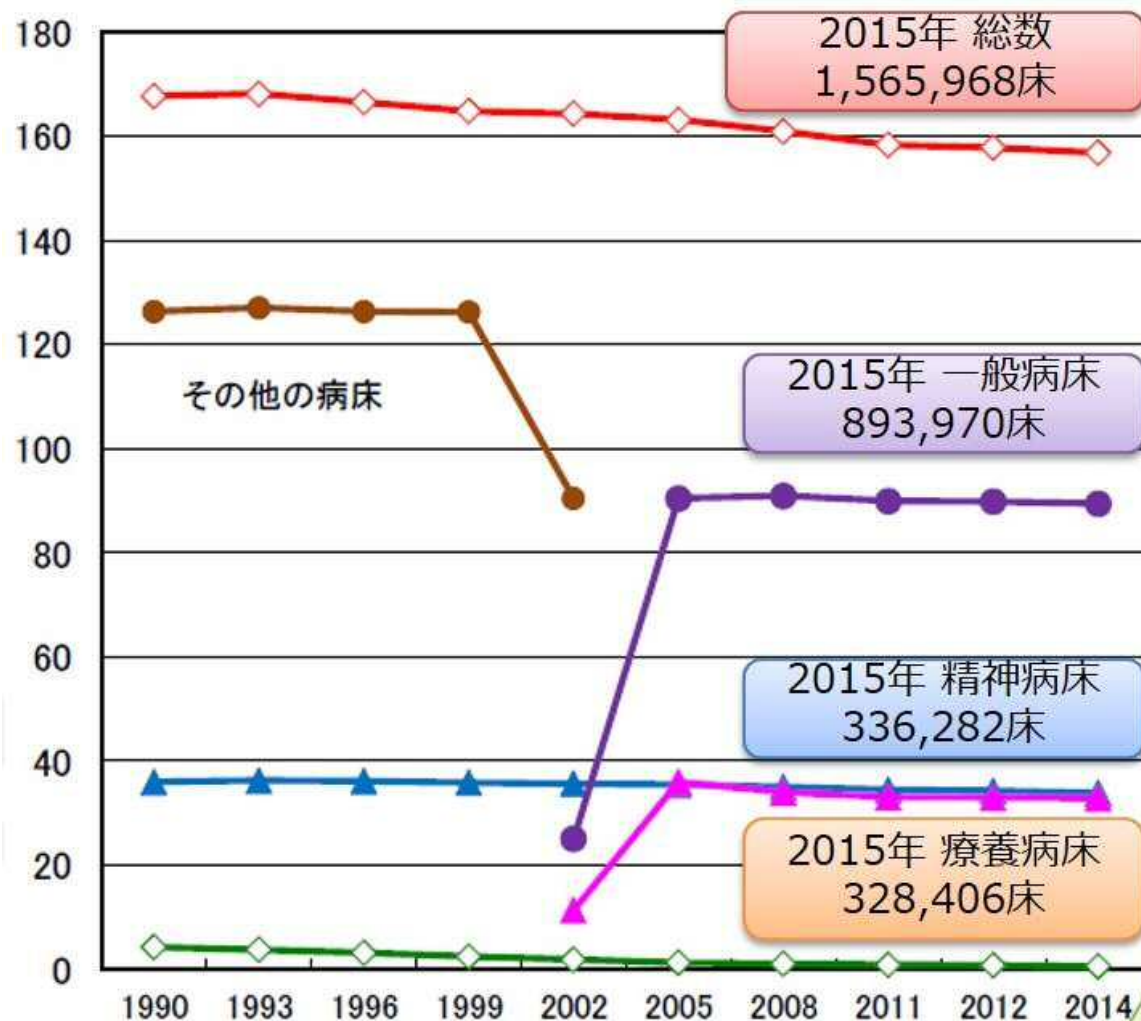
入院費用の高い病院病床を
施設代わりに使ってきたことで、
浪費された医療費の蓄積は
莫大なものがある。

約20年で日本の産業は大きく変わった。
都市銀行はわずか数行になった。
その他の産業も効率化を求めて
合併に次ぐ合併で大企業化し、世界と対等に
競走できるように改革された。
然るに医療産業だけはほとんど改革されていない。

2016年8月 武久 洋三作成

種別別病院病床数の推移

単位: 万床



※その他の病床は、医療法改正により療養病床及び一般病床に区分

※感染症病床は記載を省略 (平成27年は1,814床)

日本の2015年の
病院病床数は、
精神病床336,000床
を除くと
約123万床
である。

2015年 結核病床
5,496床

療養病床病床転換は地域包括ケア
病棟とよく似た動きになってきている。
急性期病棟（一般病棟）からの
転換要望が強い。

病棟を施設に変えなければ
いけないのは、慢性期病棟よりも、
急性期競争に負けた
一般病棟になるであろう。

I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の <u>長期療養・生活施設</u>	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ <u>生活施設としての機能重視</u> を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 (<u>療養機能強化型A・B相当</u>)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<u>介護療養病床相当</u> (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	<u>老健施設相当以上</u> (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度
	※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

II. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

- 経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

	医療外付け型（居住スペースと医療機関の併設）
設置根拠 (法律)	✓ 医療機関 ⇒ 医療法 ✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 ※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定（介護サービスは内包）
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準 (居住スペース)	(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準) 医師 基準なし 看護 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人 介護 ※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。
面積 (居住スペース)	(参考：現行の有料老人ホームの基準) 個室で13.0㎡/室以上 ※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし

考えられる要件緩和、留意点等

- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

多機能型地域病院は
自院で自給自足ができないと
継続できません。
他力本願は、ますます見込め
なくなります。

Post acuteの病院は、これからの入院患者の
1／3は高度急性期病院から、
1／3は自らのグループの施設入所者から、
1／3は外来からと3分立方式に変えて
いかなければなりません。

今からでも遅くはない。
今日帰ったら直ちに自ら入院患者に
来てもらう対策を考えて、
すぐに実行に移さなければならない。

色々な機能を持つ病院が
どう動くのかのシミュレーション
を行ってみた。

自分の病院を急性期だと自認している病院が
空床が目立つからと言って
病床機能を回復期や慢性期に変えたとしても
きちんとしたその機能に相応しい医療ができるのか
疑わしい。

今までさんざん馬鹿にしていたポストアキュート機能を
自らが果たせるのかが問題だ。

ましてや介護医療院に転換してどんな介護や療養が
出来るか未知数である。

2017年2月 武久 洋三 作成

ハード面は一緒（6.4m²,4人部屋）

いよいよ 「一般病床」・「療養病床」 と
分ける必要は全くなくなっている。病床は、
「急性期」・「地域包括期」・「慢性期」
の3つに分類すれば、間違いなく
非常に分かりやすく、その病床にいる
患者の想定が可能である。

2017年2月 武久 洋三 作成

良質な慢性期医療がなければ 日本の医療は成り立たない

2007年9月 武久 洋三 作成