

2013年4月25日
第5回病床機能情報の報告・提供の
具体的なあり方に関する検討会

ヒアリング資料

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

2025年には、日本人の死亡者が
2010年の1.5倍死ぬとするならば、

1回入院して死亡したら、入院患者は1.5倍
2回入院して2回目に死亡したら、入院患者は3倍
3回入院して3回目に死亡したら、入院患者は4.5倍



慢性期医療の対象者が急増

急性期病床の平均在院日数

	日本	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	イギリス	アメリカ	韓国
平均在院日数	18.5	7.7	5.2	7.5	6.7	6.8	5.4	10.6

* 2009年のデータ(韓国のみ2003年)

平均在院日数の計算対象としない患者

- ①精神科身体合併症管理加算を算定する患者
- ②児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者
- ③救命救急入院料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ④特定集中治療室管理料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- ⑤新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑥総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
- ⑦新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者
- ⑧一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
- ⑨特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
- ⑩回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ⑪亜急性期入院医療管理料を算定する患者
- ⑫特殊疾患病棟入院料を算定する患者
- ⑬緩和ケア病棟入院料を算定する患者
- ⑭精神科救急入院料を算定する患者
- ⑮精神科救急・合併症入院料を算定する患者
- ⑯精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者
- ⑰精神療養病棟入院料を算定する患者
- ⑱一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第1章第2部第1節一般病棟入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの(特定除外患者)**
- ⑲認知症治療病棟入院料を算定している患者
- ⑳短期滞在手術基本料1を算定している患者

しかし2012年10月より、13:1,15:1
の病棟では、特定除外患者は
療養病棟入院基本料1の
医療区分が適応されることになった。
現在、7:1、10:1についても
調査が行われている。

最近の各病床数

- 一般病床 900,000床
- 亜急性期病床 18,000床
- 回復期リハ病床 65,000床
- 医療療養病床 220,000床
- 介護療養病床 75,000床

急性期の定義について、“日数”に着目してみると急性期病床で30日超の入院患者は急性期患者と言えるのか。すでに慢性期ではないか。

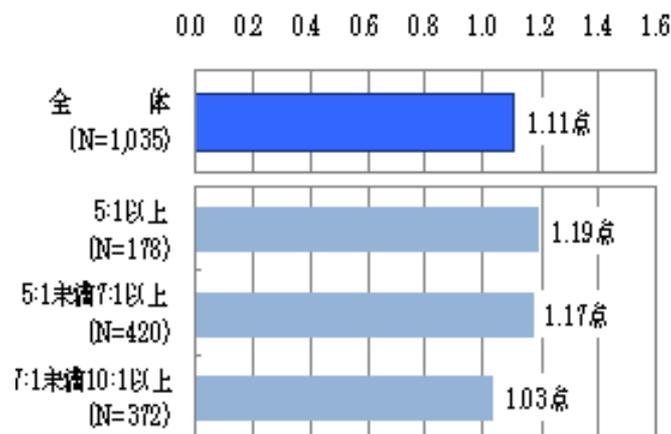
天皇陛下は、心臓バイパス手術を受けられてもわずか2週間足らずで退院され、3週間で業務復帰されている。

病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均A得点

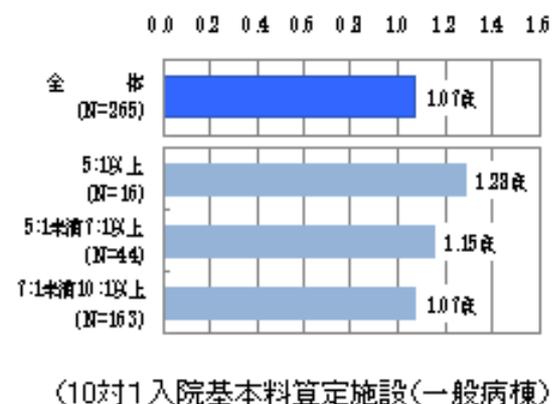
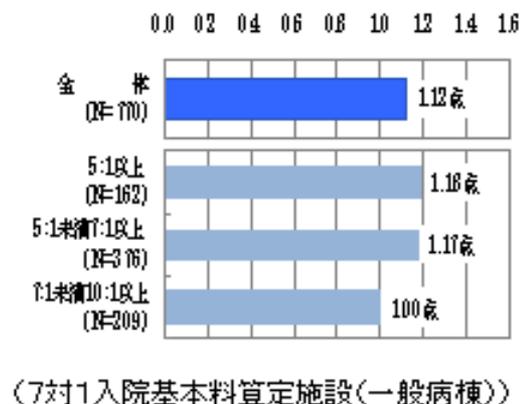
- 一般病棟における「A モニタリング及び処置等」の平均A得点をみると、入院患者1人当たり平均1.11点である。看護配置別にみると、5対1以上の看護配置の病棟が1.19点であり、7対1未満10対1以上の看護配置の病棟は1.03点である。
- なお、亜急性期入院医療管理料算定病室では入院患者1人当たり平均0.54点、回復期リハビリテーション病棟入院料では入院患者1人当たり平均0.08点である。

病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均A得点

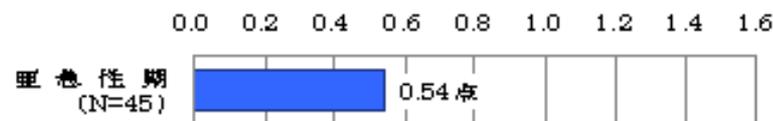
一般病棟全体



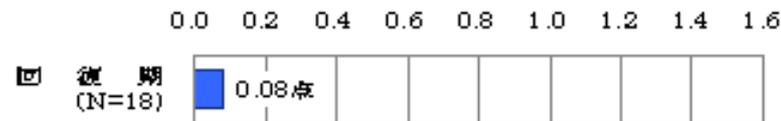
(参考)



亜急性期病室



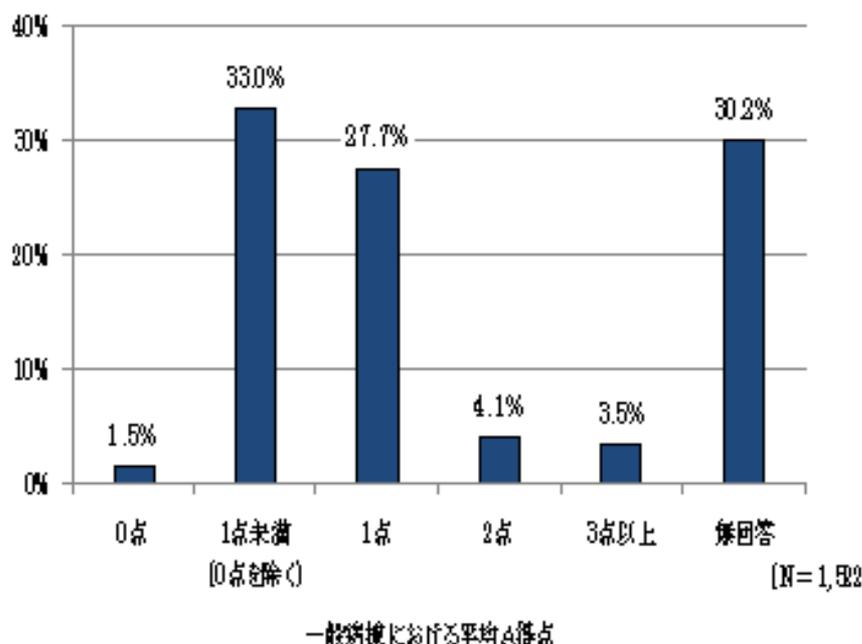
回復期リハビリテーション病棟



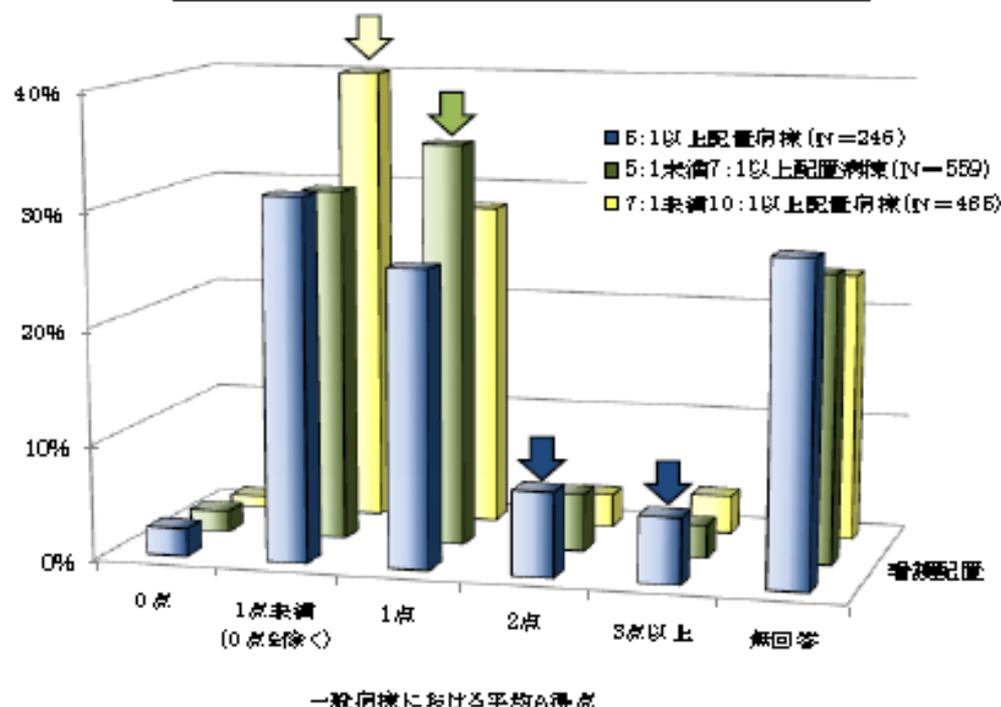
入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布

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

入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布



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



長期入院等における実態調査の集計結果
 入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する

	A項目	A項目2点以上の割合	B項目	病棟種別
A	1.56	42.4%	14.82	療養1
	2.22	56.1%	14.22	障害
	1.54	37.5%	13.6	療養1
B	0.08	0.0%	5.38	回リハ
	1.54	38.3%	9.77	療養1
	1.12	17.6%	12.5	療養1
C	1.46	34.1%	12.35	療養1
	0.82	26.7%	11.56	療養1
D	1.28	18.5%	13.55	療養1
E	1.8	38.7%	13.5	療養1
	1.17	16.3%	12.5	療養1
F	0.54	8.3%	10.38	回リハ
	0.57	3.6%	10.96	療養1
	1.44	29.6%	13.76	療養1
G	0.64	4.6%	4.99	回リハ
	1.36	33.3%	12.67	療養2
	0.35	8.0%	12.28	療養1
H	0.3	0.0%	5.49	回リハ
	2.19	66.0%	13.16	療養1
	1.29	30.0%	12.69	療養1
I	0.34	4.8%	6.74	回リハ
J	0.73	16.3%	9.9	療養2
	0.63	10.0%	11.23	療養2
	0.97	23.4%	11.51	療養1
	0	0.0%	1.57	回リハ
K	1.4	23.4%	13.7	療養1
	0.8	4.7%	12.9	療養2
L	0.86	10.7%	12.2	療養1
	0.14	11.1%	1.36	亜急性期
	0.6	10.3%	12.5	一般
M	1.54	46.2%	15	療養1
	1.25	20.0%	7.1	療養1

療養病床には一部の一般病床
以上に重度の患者が
入院していることが分かった。

医師や看護師などの数により、
一般病床や療養病床というのではなく、
患者さんの病態に応じて急性期病床
や慢性期病床というべきです。

重症患者の多い慢性期病院では、
医師や看護師、介護士も法定を
はるかに加配している。
看護師は20:1どころか15:1、13:1
まで加配しないとやっていけない。

慢性期病床では、一部の一般病床の何倍もの重症患者が入院している。少ないスタッフで高度な看護必要度の人を治療するようにされているが診療報酬は一般病床に比べると異常に低い。しかしながら医療事故が起こると急性期とまったく同じように糾弾され、訴訟される。

療養病床の中にも高いレベルで
医療を提供している病院があると
いうことを知らない人達がいる。

厚労省も療養病床は、一般病床
よりもレベルの低いものだと
認識していたことが誤解を生む
原因となったのか。

一般病床より一部の療養病床の
レベルの方が高い病院が多くなっ
ていることを認めるべきである。

レベルの低い一般病床（急性期
病床）は、急にはしっかりとした
慢性期病床を担うことはできない。

もはや、一般病床と療養病床に
分ける必要は無い。
すでに療養面積などは同じである。

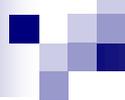
一般病床の入院90日以上の
特定除外はすべて慢性期の
報酬とするべきではないか。
可哀想だからといって、いつまでも
経過措置を続けることは、公平が
原則の日本では通用しない。

特定除外の患者の7:1～15:1
までの入院の実数はレセプトで
簡単に確認できる。
オンライン化で実数を公表する
べきではないか。

すでに、一般病床は $6.4\text{m}^2 \cdot 4$ 人部屋
までとなっている。 $4.3\text{m}^2 \cdot 6 \sim 8$ 人
部屋の増改築が行われていない
病院もあるが、いつまで経過措置を
認め る つ も り か 。

50床の病院の4.3m²・6～8人部屋
で 慢性期高齢者の多い所でも、
看護師を7～8人増やせば
7:1となり、高度急性期並みの
高い報酬となっている不思議

病床の改築が行われておらず、慢性の高齢者の多い一般病床が高い診療報酬を得ているのはおかしいと思わないのか。



もはや、急性期病床と慢性期病床とに
機能分化して、それに応じた職員配置
や報酬とすべきであろう。

しかし、慢性期患者を受け入れている
一般病床でも、入院患者の増加を
考えれば、存続できるように
してあげないと可哀想である。

また、限られたスタッフや環境で地域の救急を一手に担って、手術や高度な処置を多くしている、平均在院日数も実際に短い病院には、特別な支援をしてあげてはどうか。

だからと言って、実質、慢性期
高齢者の多い一般病床で
高度急性期機能のない病院まで
拡大認定をするべきではない。

一般病床で改築が行われていない
病床は療養病床になれないから、
一般病床の人員基準を満たさな
ければ継続できない。
入院は慢性期高齢者が中心の
病院も運営できるようにして
あげなければならない。

一般病床の $4.3\text{m}^2 \cdot 6 \sim 8$ 人部屋で
例えば60日以上入院している患者は、環境減算の上、慢性期入院基本料のようなものを個別に認めてあげてはどうか。

有床診療所は、グループホーム
より 報酬が低いのはおかしい。
医師が常駐している入院治療とし
て地域でもっと評価するべきである。

ケアミックス病院の問題点

- D P C 病棟と療養の頻回な転棟
- 一般と療養のキャッチボール

日米の病床機能区分

アメリカ	日本
STAC (5日)	高度急性期 (9日)
LTAC(25日)	長期急性期(60日)
IRF	回復期(120日)
SNF	長期慢性期
HHC	居住系
OPT	在宅

長期急性期病床（LTAC）

とは、長期になるものの、

急性期機能を持った病床という意味

LTACのルール(アメリカ)

- 同一法人STACからの転院は

25%まで

- LTACから同一法人STACへの転院は

5%まで

という厳しいルールでキャッチボールはできないように縛りを設けている

長期急性期病床の機能を受け持つ 現状の病床種別

1. 一般病床の一部
2. 亜急性期病床
3. 医療療養病床

ポスト急性期の考え方

長期急性期病床（日慢協）

亜急性期病棟（医政局）

亜急性期入院医療管理料2と回復期リハビリテーション病棟
入院料1の点数が同じ（保険局）

地域一般病棟（全日病）

一般病床等（医師会）

過疎地では病院が1しかない場合などは、
病院も初期救急から介護療養までを診る
雑貨店型病院の機能を持たなければいけない。

予測平均在院日数の病床機能区分(2025年の予想図)

平均
在院日数

急性期病床群

高度急性期病床(15万床) 10日

急性期病床(20万床) 10日

慢性期病床群

長期急性期病床(30万床) 45日

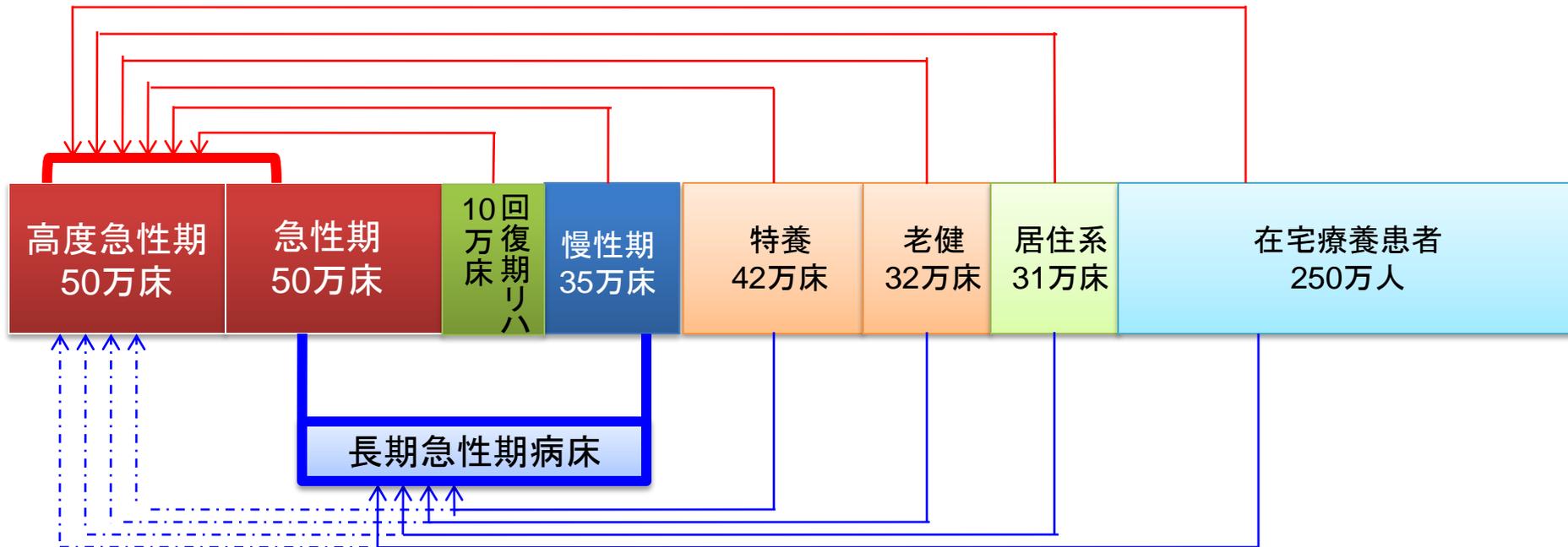
回復期病床(15万床) 60日

長期慢性期病床(30万床) 180日

障害者病床(10万床) 360日

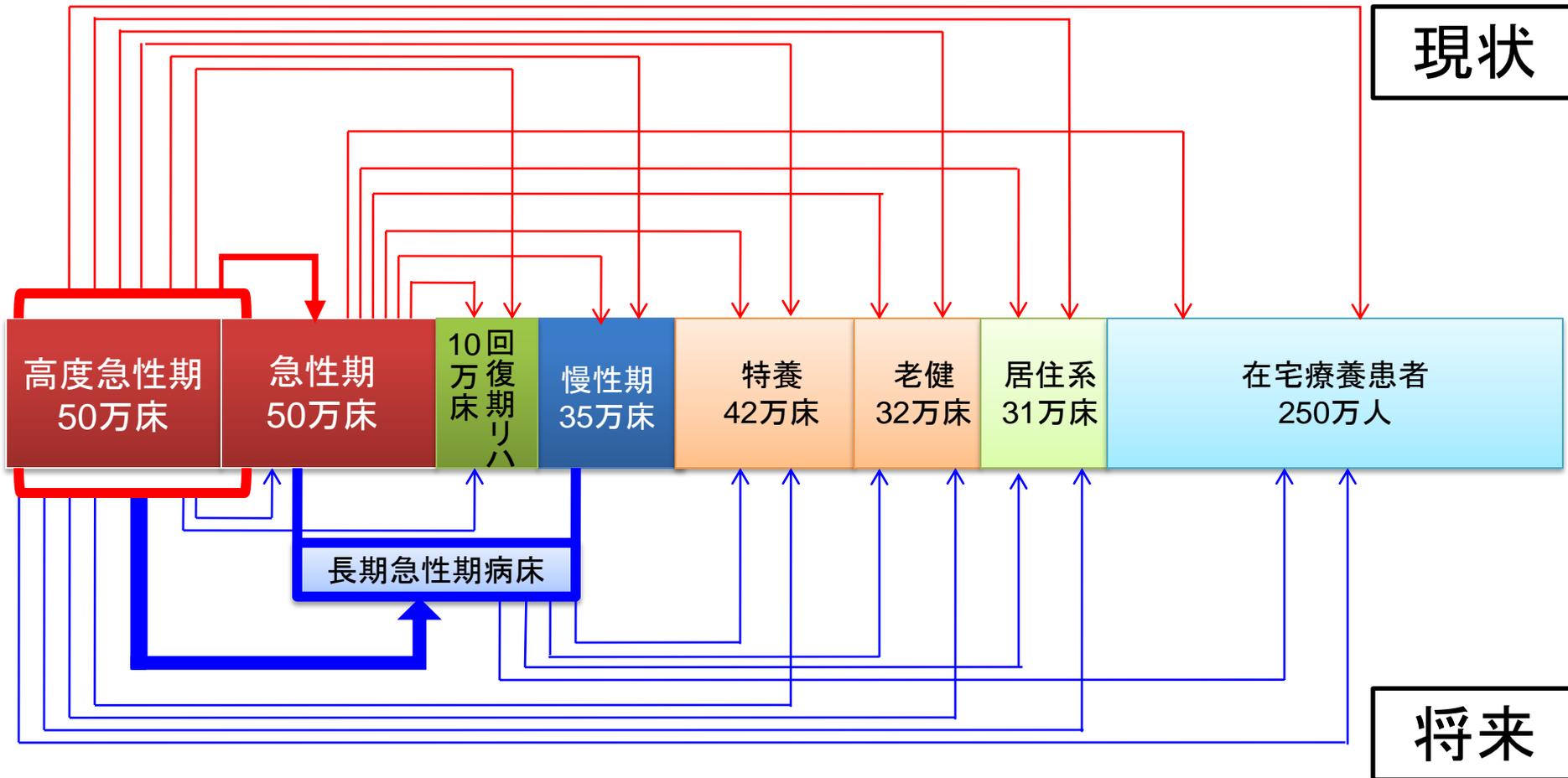
急変患者の動向の現状と将来

現状



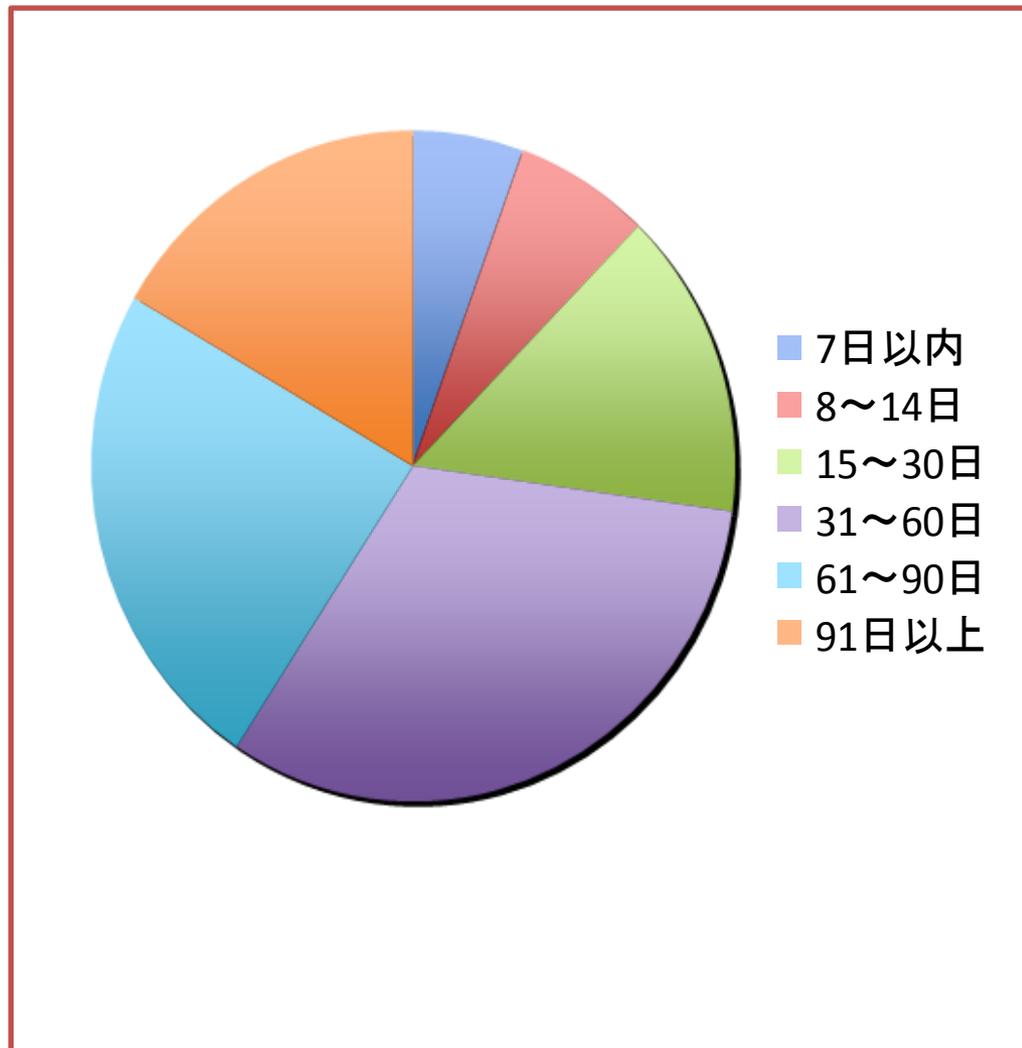
将来

急性期治療後の患者の動向の現状と将来



世田谷記念病院(療養病床)入院前における 急性期病院の入院期間(平成24年4月2日～平成25年3月31日)

急性期病院での 入院期間	症例数
7日以内	9例
8日～14日	11例
15日～30日	24例
31日～60日	52例
61日～90日	39例
91日以上	27例
合計	162例



平均 61.9日

(2012.9月～2013.2月)療養病床入院前における高度急性期病院の入院期間

入院期間 での 急性期病院 高度	患者数(例)				
	徳島		兵庫	東京	
	A	B	C	D	世田谷
7日以内	14	10	6	5	4
8～14日	25	26	6	0	3
15～30日	29	17	32	2	9
31～60日	20	8	16	8	23
61～90日	3	0	4	6	10
91日以上	1	0	2	8	8
合計	92	61	66	29	57
入院期間平均	23.6日	16.8日	31.0日	83.3日	62.9日

平成25年3月
関連病院
調査結果より

東京では高度急性期病院が特に多く、
実質急性期医療を継承する病床が
極端に少ないために高度急性期病院に
多くの長期慢性期患者が多く入院して
いることがわかる。

少なくとも一般病床には、慢性期高齢者以外にも急性期に準じる患者も相当数入院していることを考えると、単純に慢性期高齢者のための診療報酬体系である医療区分を押し付けることはあまりに失礼である。

医療区分は療養病床に対しての制度であり、療養病床に比べて療養環境の悪い病棟には適応できない。

 慢性期病態別診療報酬

リハビリテーション機能

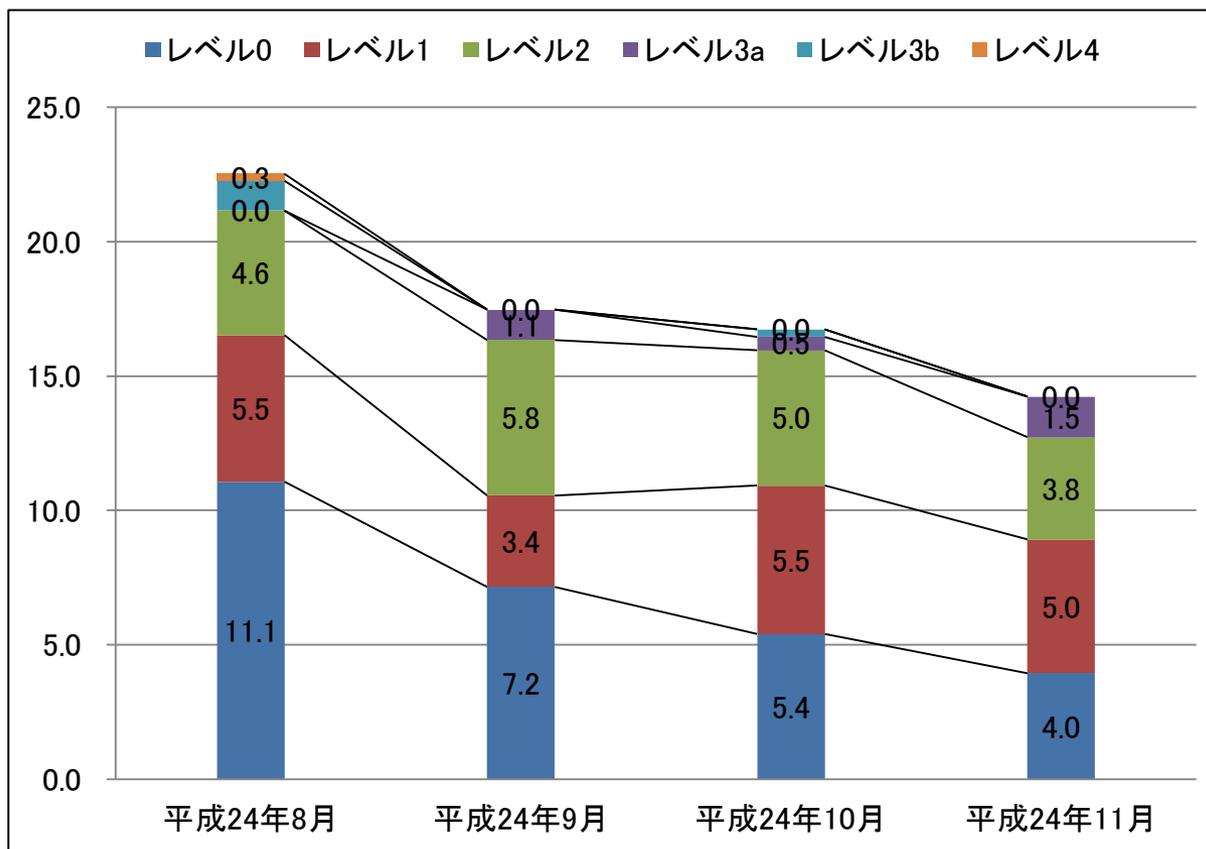
急	性	期	リ	ハ
回	復	期	リ	ハ
慢	性	期	リ	ハ
介	護	期	リ	ハ

リハビリテーション

慢性期リハについて、算定上限日数を
を超えた期間についてのリハを
慢性期リハとして認めてはどうか。

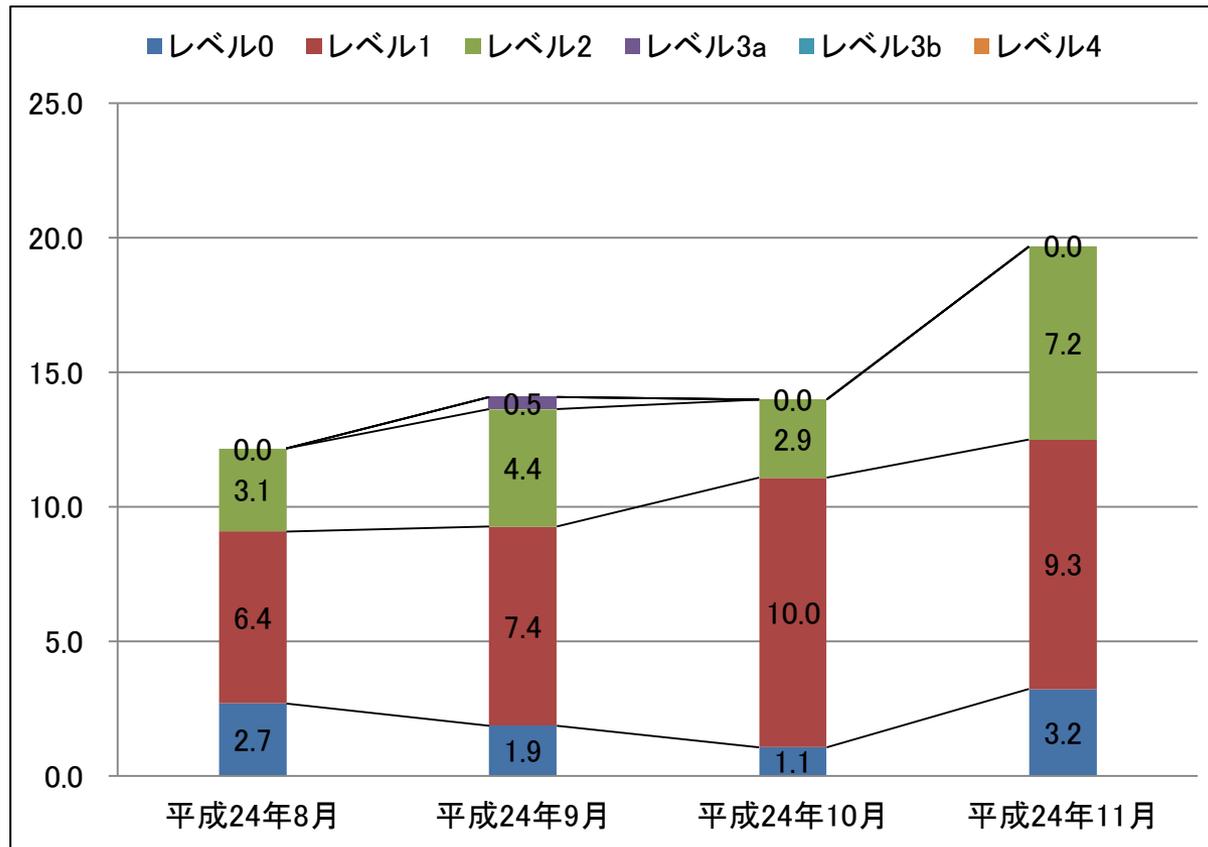
7. 夜間の転倒・転落件数の平均の推移(100床あたり) リハ夜勤あり:9病棟

	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3a	レベル3b	レベル4	合計
平成24年8月	11.1	5.5	4.6	0.0	1.1	0.3	22.5
平成24年9月	7.2	3.4	5.8	1.1	0.0	0.0	17.5
平成24年10月	5.4	5.5	5.0	0.5	0.3	0.0	16.7
平成24年11月	4.0	5.0	3.8	1.5	0.0	0.0	14.2



8. 夜間の転倒・転落件数の平均の推移(100床あたり) リハ夜勤なし:4病棟

	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3a	レベル3b	レベル4	合計
平成24年8月	2.7	6.4	3.1	0.0	0.0	0.0	12.2
平成24年9月	1.9	7.4	4.4	0.5	0.0	0.0	14.1
平成24年10月	1.1	10.0	2.9	0.0	0.0	0.0	14.0
平成24年11月	3.2	9.3	7.2	0.0	0.0	0.0	19.7

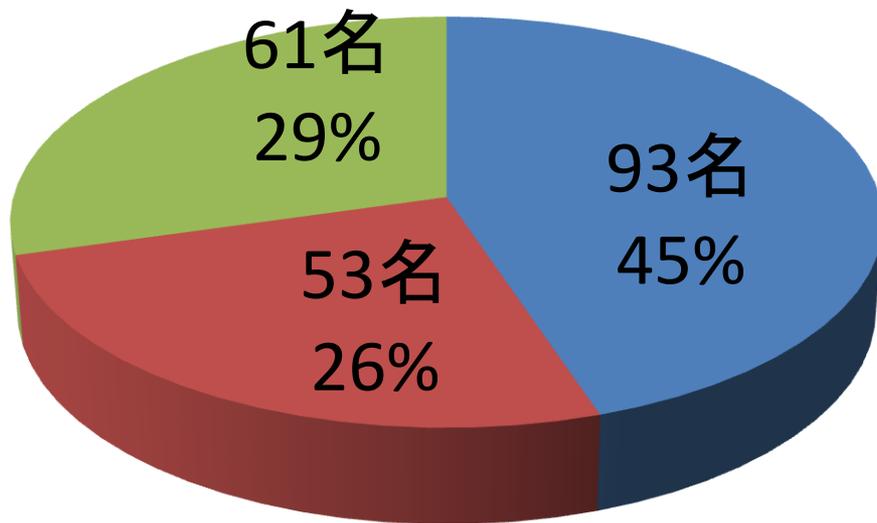


調査内容

調査病院	14病院
調査期間	2012.1.1～2012.6.30
対象者	上記期間に標準的算定日数を むかえた者のうち、以後6ヶ月間 リハビリを継続した者
対象者数	207名
平均年齢	81.0歳
性別	男性 86名 ， 女性 121名

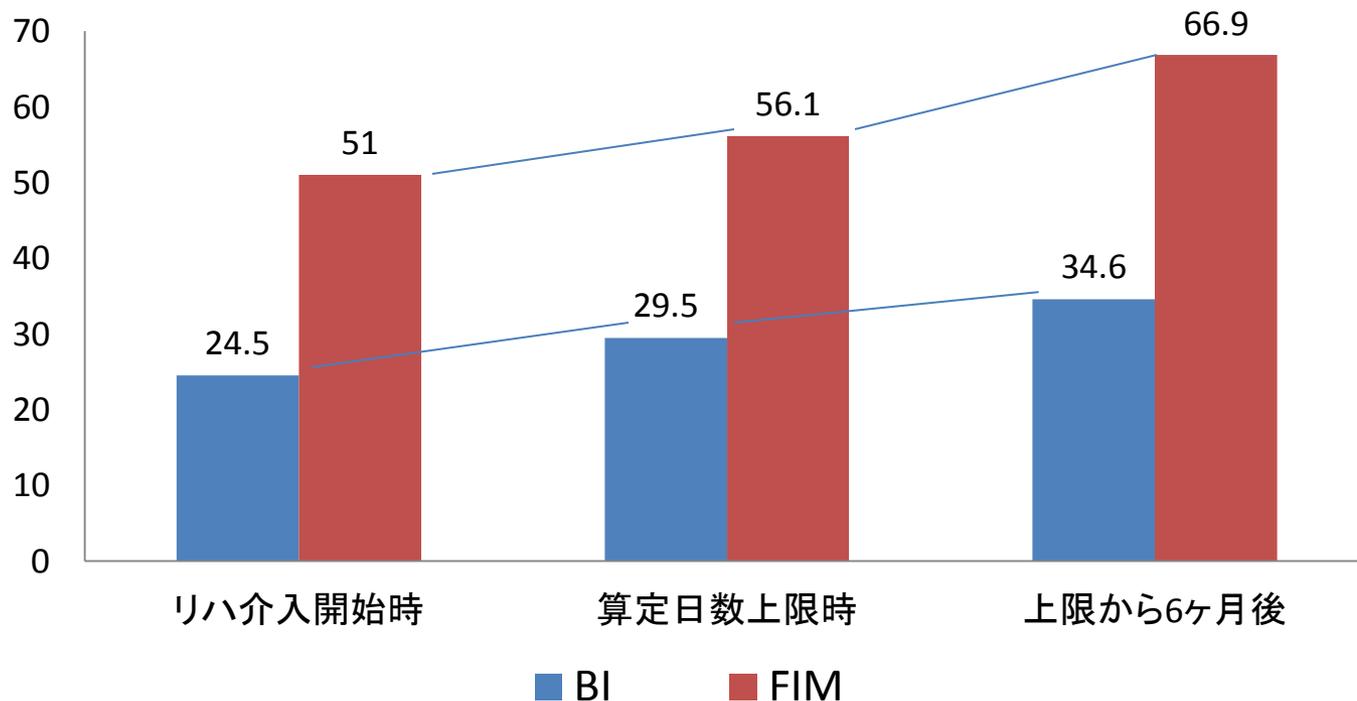
疾患別割合

■ 脳血管 ■ 廃用 ■ 運動器



脳血管疾患	93名
廃用症候群	53名
運動器疾患	61名
合計	207名

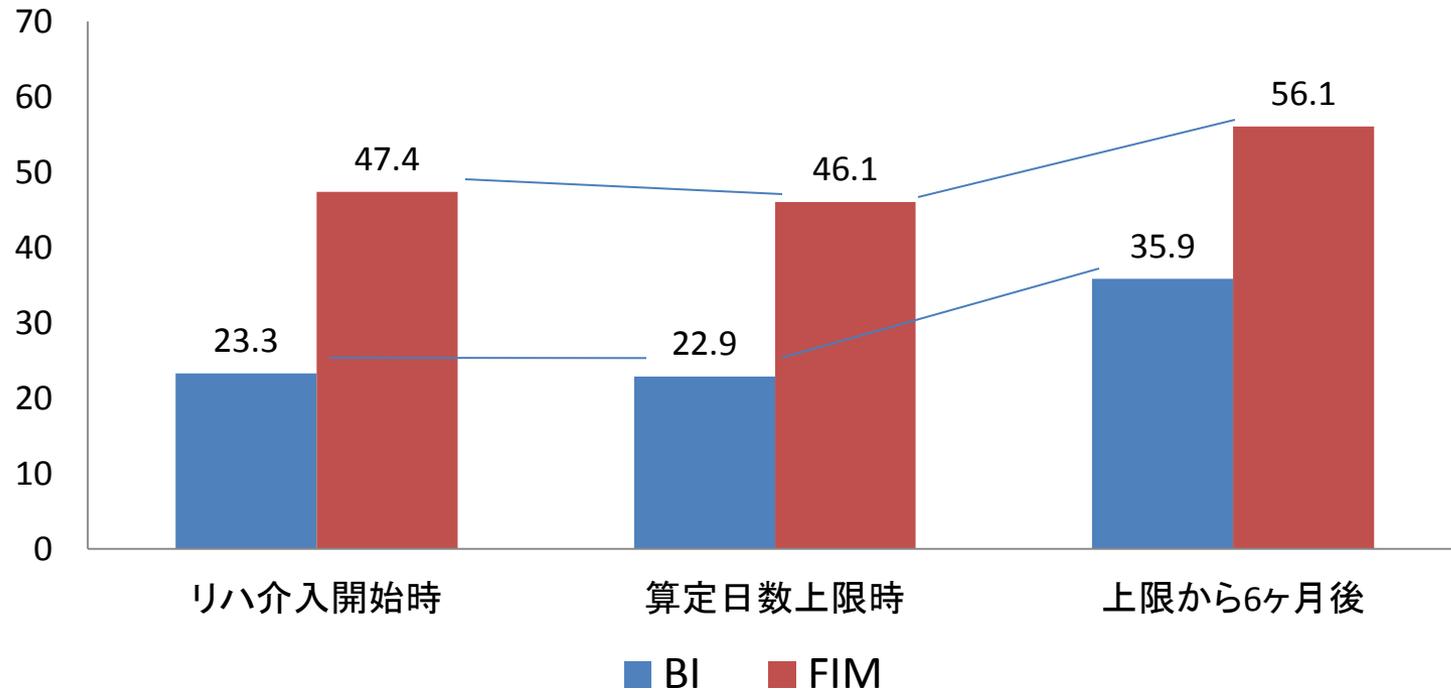
ADLの推移 全疾患の改善例



	リハ介入開始から算定日数上限までの変化	算定日数上限から6ヶ月後の変化
BI	+5.0	+5.1
FIM	+5.1	+10.8

ADLの推移

廃用症候群の改善例

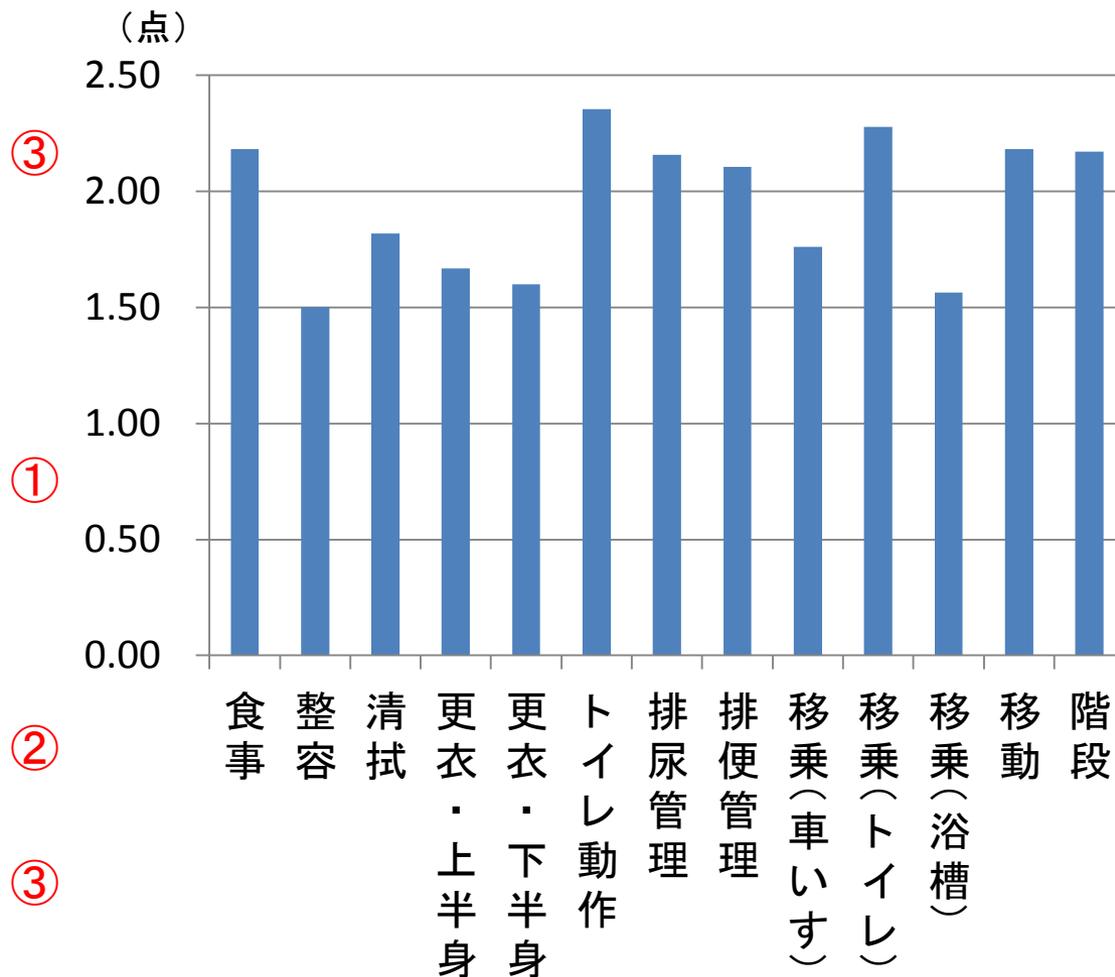


	リハ介入開始から算定日数上限までの変化	算定日数上限から6ヶ月後の変化
BI	-0.4	+13.0
FIM	-1.3	+10.0

項目別ADL改善度調査 (FIM)

平均向上点数 (FIM運動項目)

FIM運動項目	平均向上点数
食事	2.18
整容	1.50
清拭	1.82
更衣・上半身	1.67
更衣・下半身	1.60
トイレ動作	2.35
排尿管理	2.16
排便管理	2.11
移乗(ベッド・車椅子)	1.76
移乗(トイレ)	2.28
移乗(浴槽・シャワー)	1.56
移動	2.18
階段	2.17



総合リハビリテーション療法士

リハ療法別のリハ施設認可から疾患別
診療報酬体系となり、すでに6年経過した現在、
リハビリにはPT・OT・STの機能をすべて
兼ね備えた療法士の存在が不可欠となっている。

リハビリテーションの教育課程終了後、1年間の
専攻課程を設け、終了後に国家試験により
総合リハビリテーション療法士の資格を与える
べき時期に来ている。

慢性期病院といえども
急性期治療機能
を持っていなければならない

慢性期病院における急性期機能

1. 緊 急 送 迎
2. 緊 急 入 院
3. 緊 急 画 像 診 断
4. 緊 急 血 液 検 査
5. 緊 急 処 置

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24年11月に、当院を含む計15病院に入院した患者 12,508名の、入院時検査における検査値の異常値割合

	患者数（名）	割合（％）
BUN=25以上	3,048	24.4
Na=136未満	3,687	29.5
ALB=3.5以下	5,729	45.8
TCHO=120未満	1,351	10.8
GLU=150以上	3,008	24.0
Hb=8.0未満	480	3.8

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

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。

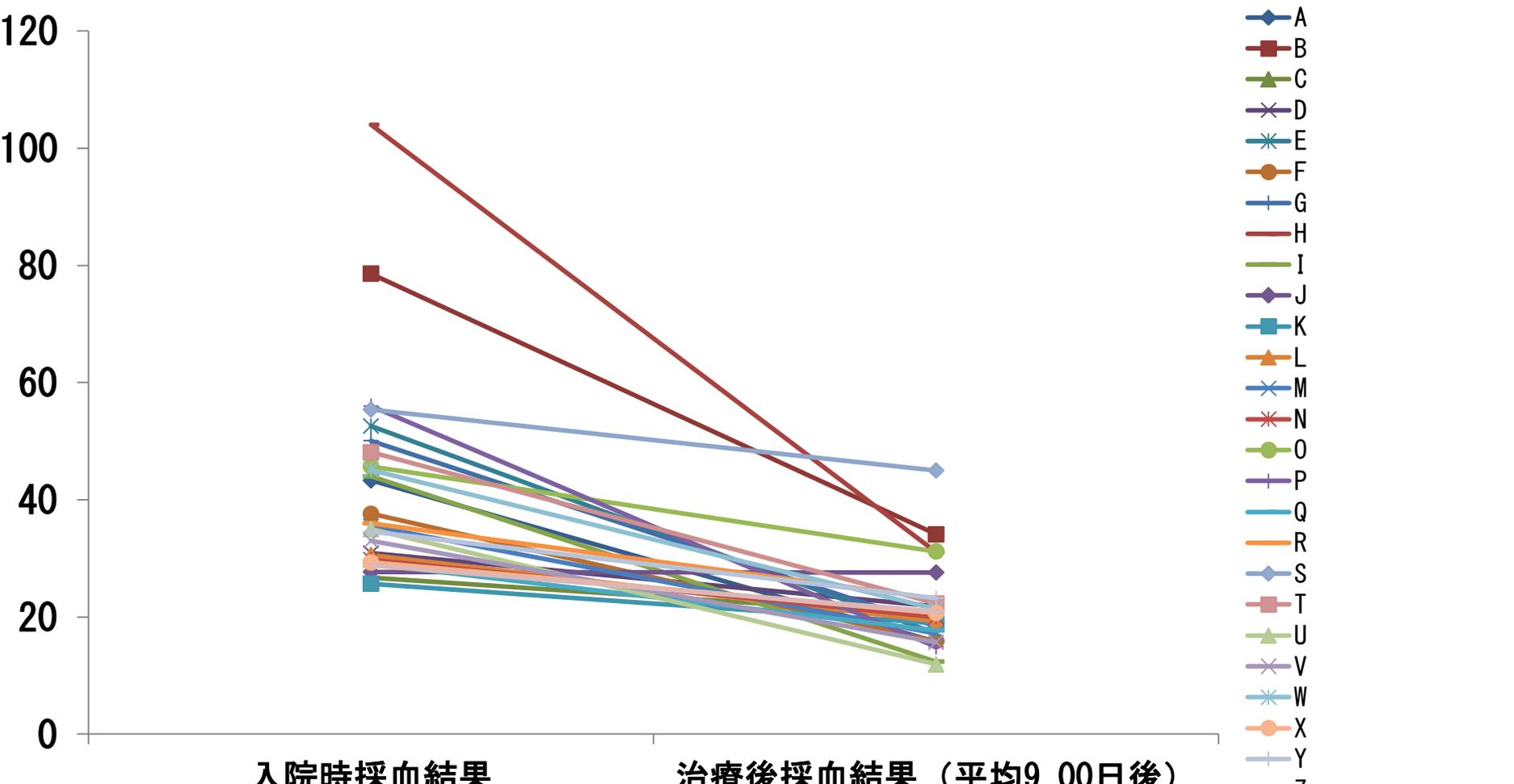
間歇的補液療法

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。

①経消化管的に間歇的補液療法を行った26症例の 入院時採血と治療後採血（平均9.00日後）

BUN



	入院時採血結果						治療後採血結果（平均9.00日後）				
	年齢	BUN	Cr	BUN/Cr	ALB	Na	BUN	Cr	BUN/Cr	ALB	Na
平均	78.73	42.05	0.88	52.25	3.55	135.20	21.46	0.80	30.98	3.32	138.82
標準偏差	10.81	17.54	0.60	14.46	0.56	4.26	7.30	0.46	12.66	0.40	4.95

一般病床のうち慢性期患者の多い50万床を10:1から20:1にすると医師数は20,833人あまる。看護師数は12.5万人あまる。

	医師	看護師
10:1 (一般病床)	16:1→31,250人必要	10:1→250,000人必要
20:1 (療養病床)	48:1→10,417人必要	20:1→125,000人必要
	$31,250 - 10,417 = 20,833$ 人	$250,000$ 人 - $125,000$ 人 = $125,000$ 人

消費税

高額な器機や建築などの設備投資をして
診療機能を向上させようとした病院が損をして、
何もしないでじっとしている病院が得をする
ということはおかしい。

それぞれの医療機能の分化を

地域中核病院	—————	高度・急性期医療
在宅療養後方病院	—————	長期急性期・在宅支援
長期慢性期病院	—————	療養病床
介護保険施設	—————	特養・老健
在宅	—————	在宅療養支援診療所

病院の機能に応じた分類(イメージ)

(改) 中医協 総-2

2 3 . 1 0 . 5

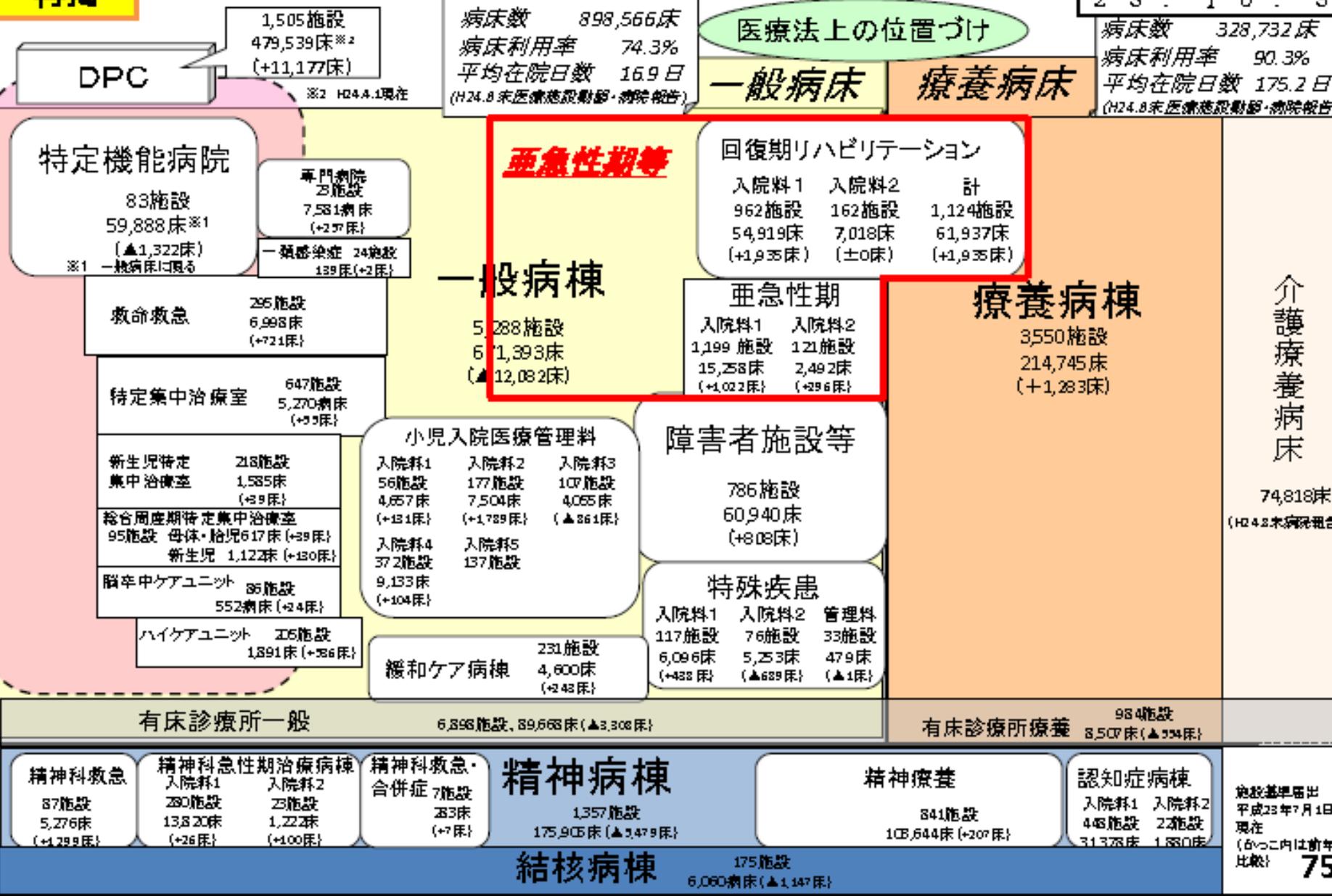
再掲

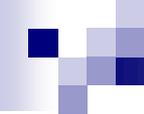
病床数 328,732床

病床利用率 90.3%

平均在院日数 175.2日

(H24.8末医療施設数調査・病院報告)





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