

2013年5月8日

# 記者会見資料

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



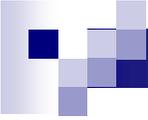
# 急性期病床の平均在院日数

	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   |
| <b>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)</b> |
| 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  |



## その他病床の分割

2003年8月末までにその他病床を一般病床と療養病床に分けて届出をするよう通達が出た。その時まで増改築が終了しているところは病床面積6.4㎡、廊下幅2.7mをクリアしているため療養病床として届出が可能であったが、実質慢性期高齢者の多いにもかかわらず、古いままで6～8人部屋もあるような病院は一般病床としてしか届出ができなかった。

従って、急性期病床といわれる一般病床の中に慢性期高齢者の入院が10万人以上含まれているという現状がある。



17年11月何が起きたか

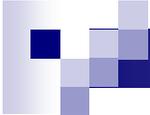
9月11日小泉郵政選挙自民大勝

経済財政諮問会議

厚労省に対して 混合診療の解禁

医療費のGNPへのCAP制を強く

要求した



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



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。



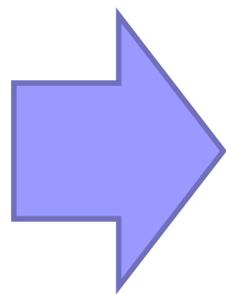
平均在院日数の短い急性期病床が  
平均在院日数の長い慢性期病床より  
多いという現状が当たり前と  
思っている一部の官僚と団体の  
摩訶不思議



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  
必要だと思うはず



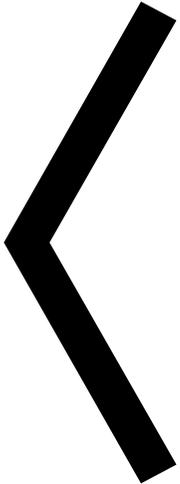
急性期といわれる病床の中に  
実態は慢性期である患者が多く  
入院しているという不思議



一般病床の社会的入院



療養病床轉換促進室



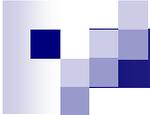
医療費適正化対策推進室



医療費を削減したいのなら入院費の  
安い療養病床を減らすより入院費の  
高い急性期の中の社会的入院を  
なくす方がはるかに得策  
医療費適正化対策推進室は  
何のために設けられたか



厚労省から全国の都道府県に対して  
強力な指導をしたものの療養病床は  
全く減少していない。国民のニーズ  
に逆らった政策は成功しない。



東京都は厚労省の懸命な療養病床  
削減政策にも拘らず7000床の療養  
病床の増床を進めており、公然と  
厚労省の指示に反抗している。



日本には療養病床にも  
なれない環境が劣悪な  
中小病院（公・私とも）が  
多く存在する

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 <sup>2</sup>	1.8 m	×	×	×
<b>療養</b>	<b>6.4 m<sup>2</sup></b>	<b>2.7 m</b>			

全ての病床の改装済

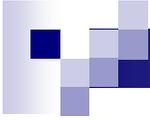
医師・看護師の数と入院患者の状態で病棟を  
「一般」と「療養」に分けて届出

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



療養病床になれないので、病床面積も狭く  
廊下幅も狭く、古い基準の  
一般病床の4.3 m<sup>2</sup>、6～10人部屋  
でも認められている。  
従って一般病床として運営されている。



一般病床は急性期病床だと以前から厚労省が言っていたものだから、療養環境の悪い中小病院で、実質慢性期高齢患者が多い病院でも自称急性期病院と思いながら運営されて来ている。



しかも一般病床で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があった。



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。  
現在調査中の7:1,10:1も調査結果  
により同じ扱いを受けられる可能性が  
大 だ あ る 。



# 最近の各病床数

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



急性期の定義からいうと  
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。

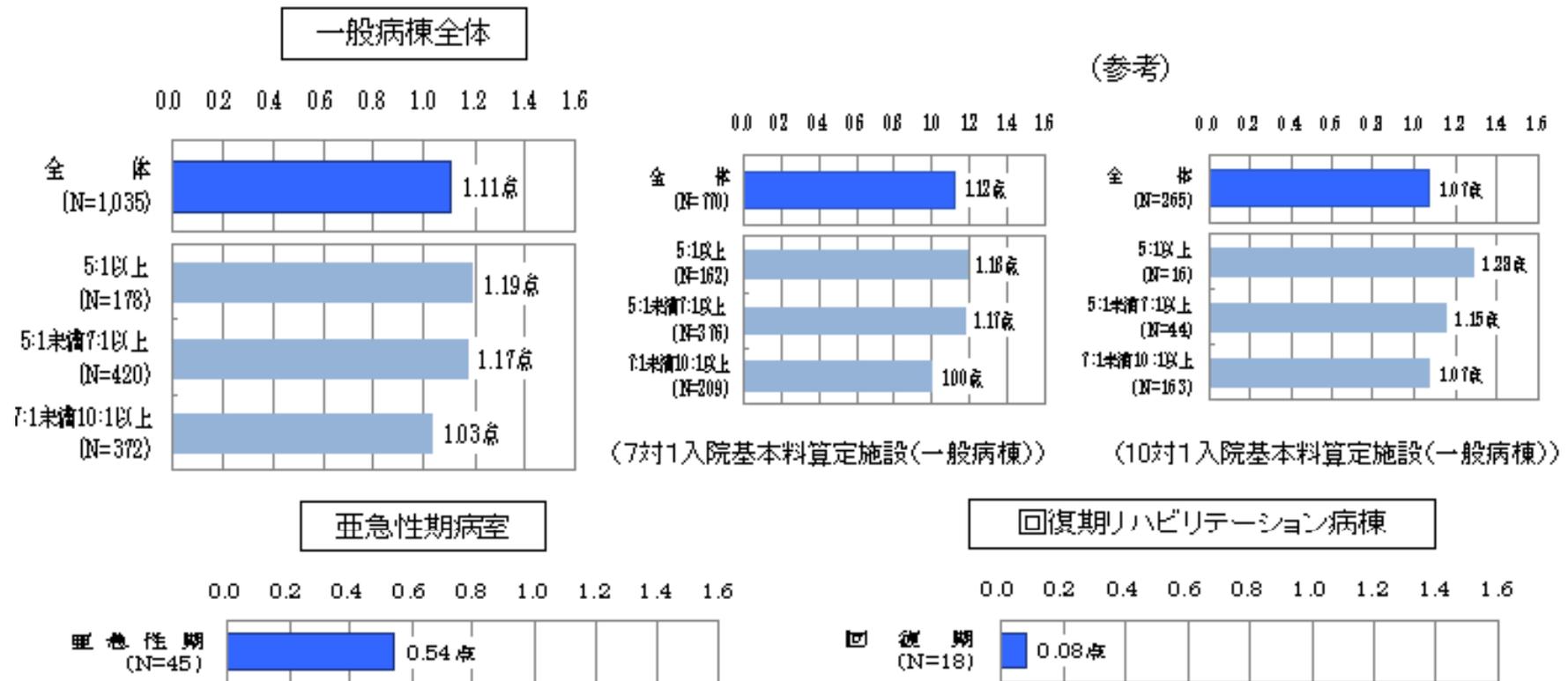


天皇陛下は、心臓バイパス手術を受けられてもわずか2週間足らずで退院され、3週間で業務復帰されている。

## 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。

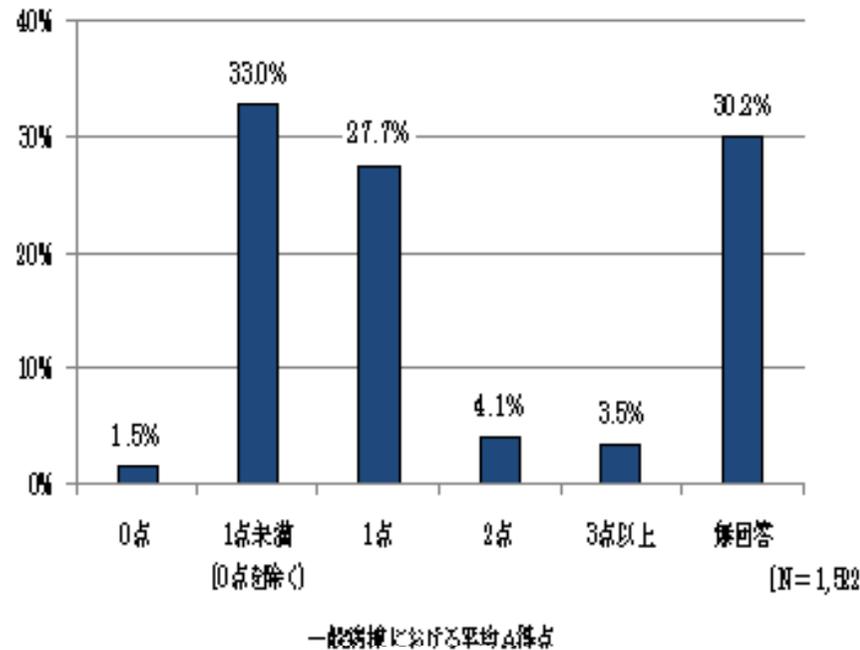
病棟種別ごとの入院患者1人当たり平均A得点



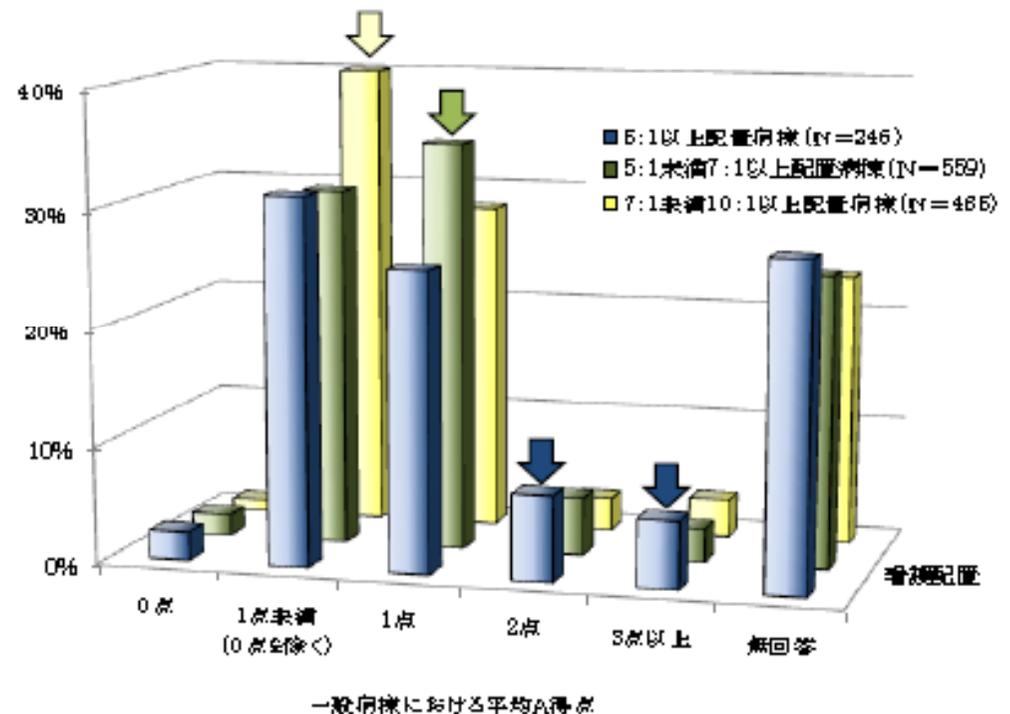
## 入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布

○ 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

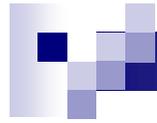


看護職員配置別・入院患者1人当たり平均A得点別の一般病棟の分布



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

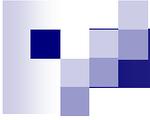
	A項目	A項目2点以上の割合	B項目	病棟種別
A	1.56	42.4%	14.82	療養1
	2.22	56.1%	14.22	障害
	1.54	37.5%	13.6	療養1
B	0.08	0.0%	5.38	回り八
	1.54	38.3%	9.77	療養1
	1.12	17.6%	12.5	療養1
C	1.46	34.1%	12.35	療養1
	0.82	26.7%	11.56	療養1
D	1.28	18.5%	13.55	療養1
E	1.8	38.7%	13.5	療養1
	1.17	16.3%	12.5	療養1
F	0.54	8.3%	10.38	回り八
	0.57	3.6%	10.96	療養1
	1.44	29.6%	13.76	療養1
G	0.64	4.6%	4.99	回り八
	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	回り八
	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	回り八
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	回り八
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



一般病床には実質的に軽度の患者が多く入院していることが分かった。  
むしろ療養病床には、より重度の患者が入院していることが分かった。



療養病床の中には医師や看護師などの数が増えたから一般病床にしているが、そこを急性期病床だなどとは絶対に言わない。立派な慢性期病床なのです。



ケアミックス病院は、一般病床で主に治療し、自院の療養病床は一般病床への患者プールとしている為、世の中の療養病床とは自院のようなものだと錯覚している可能性がある。



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。



いかにレベルの低い一般病床でも  
レベルの高い療養病床よりは、  
はるかにレベルが上だと錯覚して  
いる人達がまだいる。



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)  
が、急にレベルの高い慢性期病床  
になれないことは、当然だ。



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  
の増改築に投資してこなかった  
意欲の乏しい病院に対して、いつまで  
経過措置を認めるつもりか。



50床の病院の4.3m<sup>2</sup>・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



病院の改善の意欲もない、劣悪な環境  
の慢性期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、劣悪な療養環境の  
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。



しかし、療養環境は悪くても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。



劣悪な環境の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。



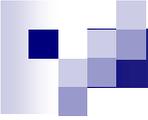
一般病床の $4.3\text{m}^2$ ・6～8人部屋で  
例えば60日以上入院している患者は、  
環境減算の上、慢性期入院  
基本料のようなものを個別に認め  
てあげてはどうか。



亜急性期病棟は回復期リハ病棟と  
同じような評価をされている。  
また障害や特殊は超慢性期である。



病室が広い上にスタッフの数の基準を満たしているにもかかわらず、回り八病棟は認められているのに、亜急性や障害、特殊について療養病床に認めないのは理由づけができない。



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)

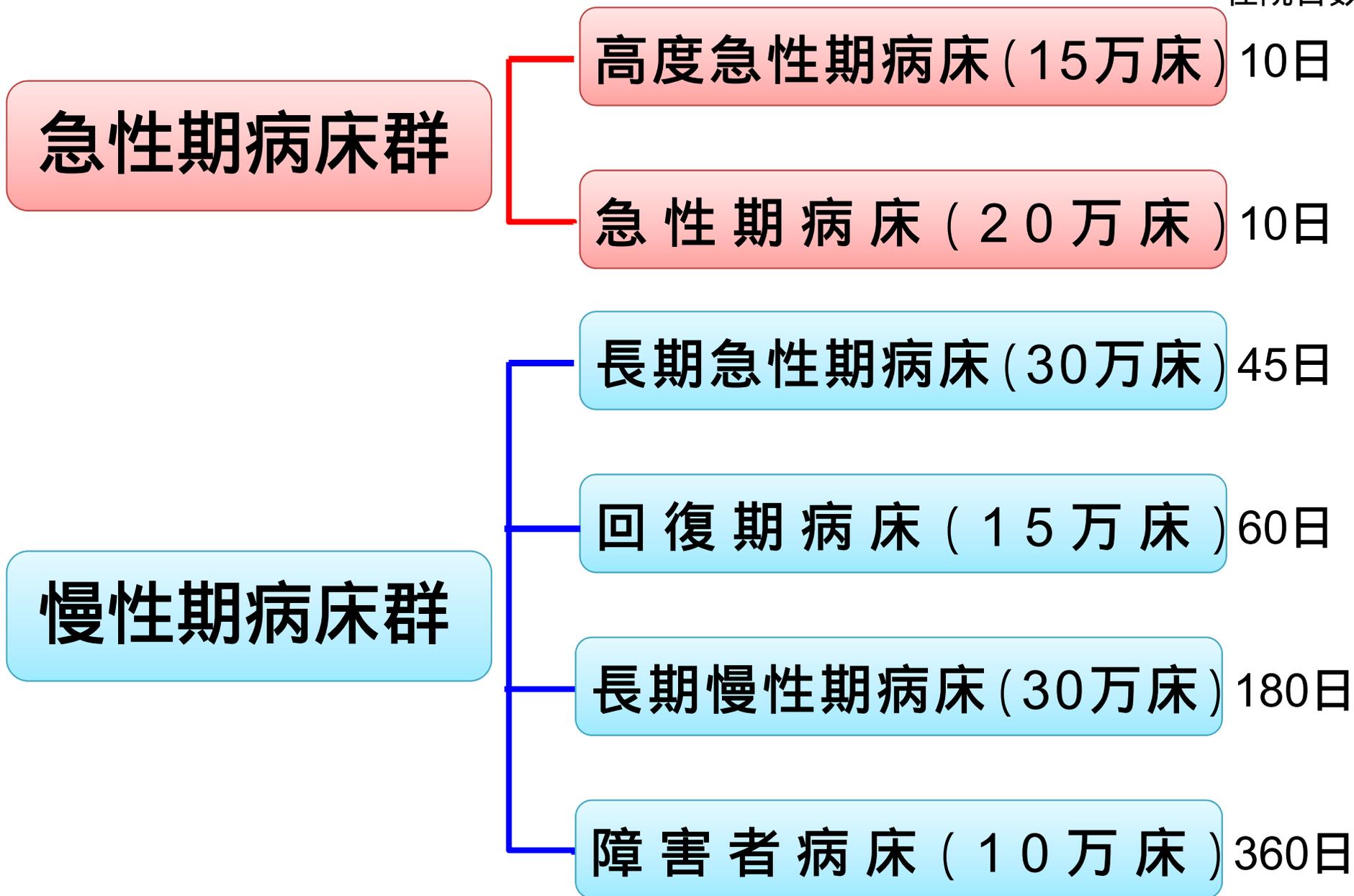
一般病床等 (医師会)



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。

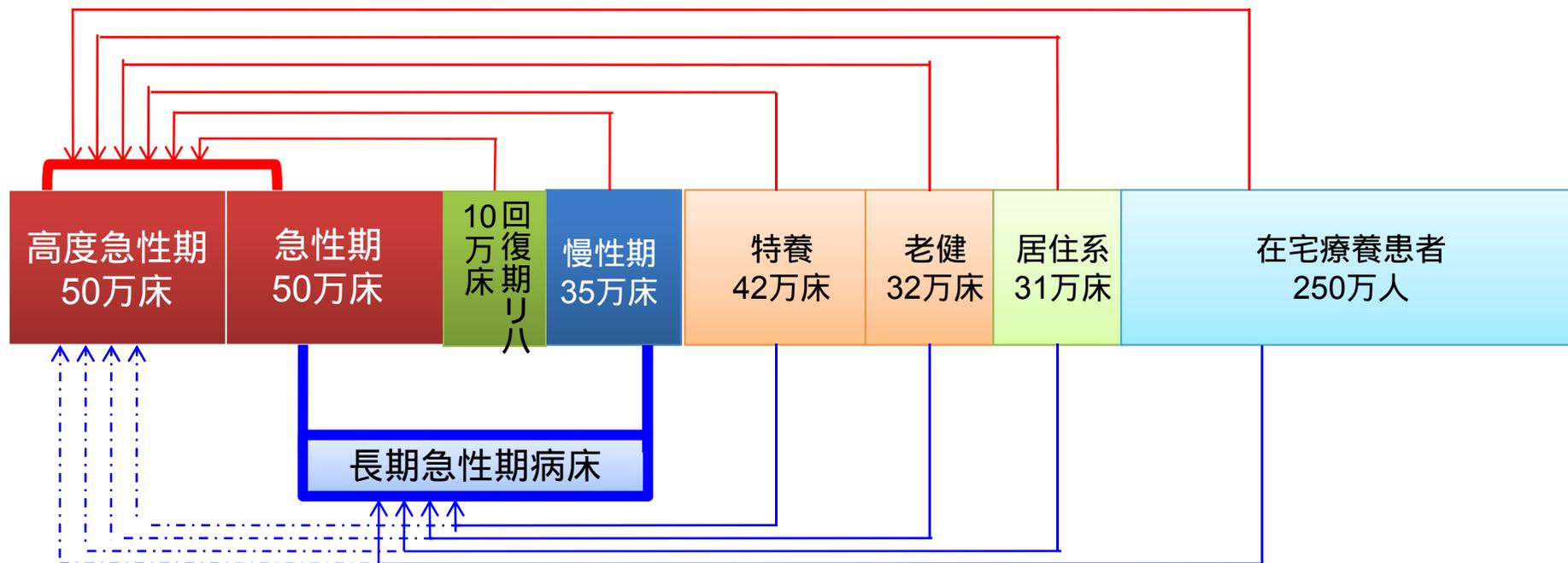
# 予測平均在院日数の病床機能区分(2025年の予想図)

平均  
在院日数



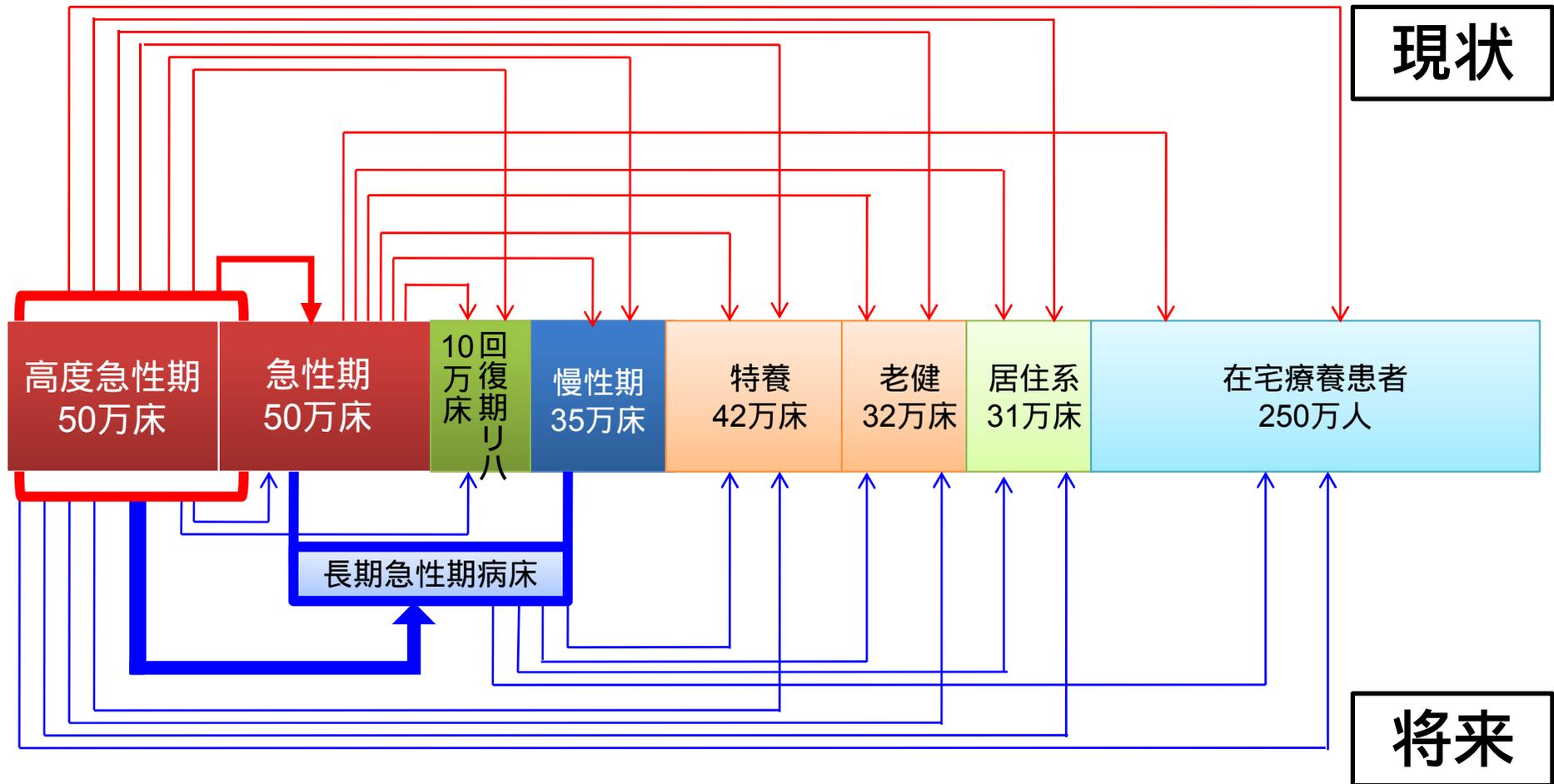
# 急変患者の動向の現状と将来

現状



将来

# 急性期治療後の患者の動向の現状と将来



# 大阪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。
- 開設 平成20年12月10日
- 参加施設
  - 3次救急 12施設（大学病院を除く全3次救急施設+国立循環器病センター）
  - 慢性期 36施設（大阪府下日慢協会員62施設中58%）

**開設時：3次救急5施設、慢性期22施設**

# 連携実績 (H20.12.10 ~ H25.4.22)

## ■ 連携紹介数 419例

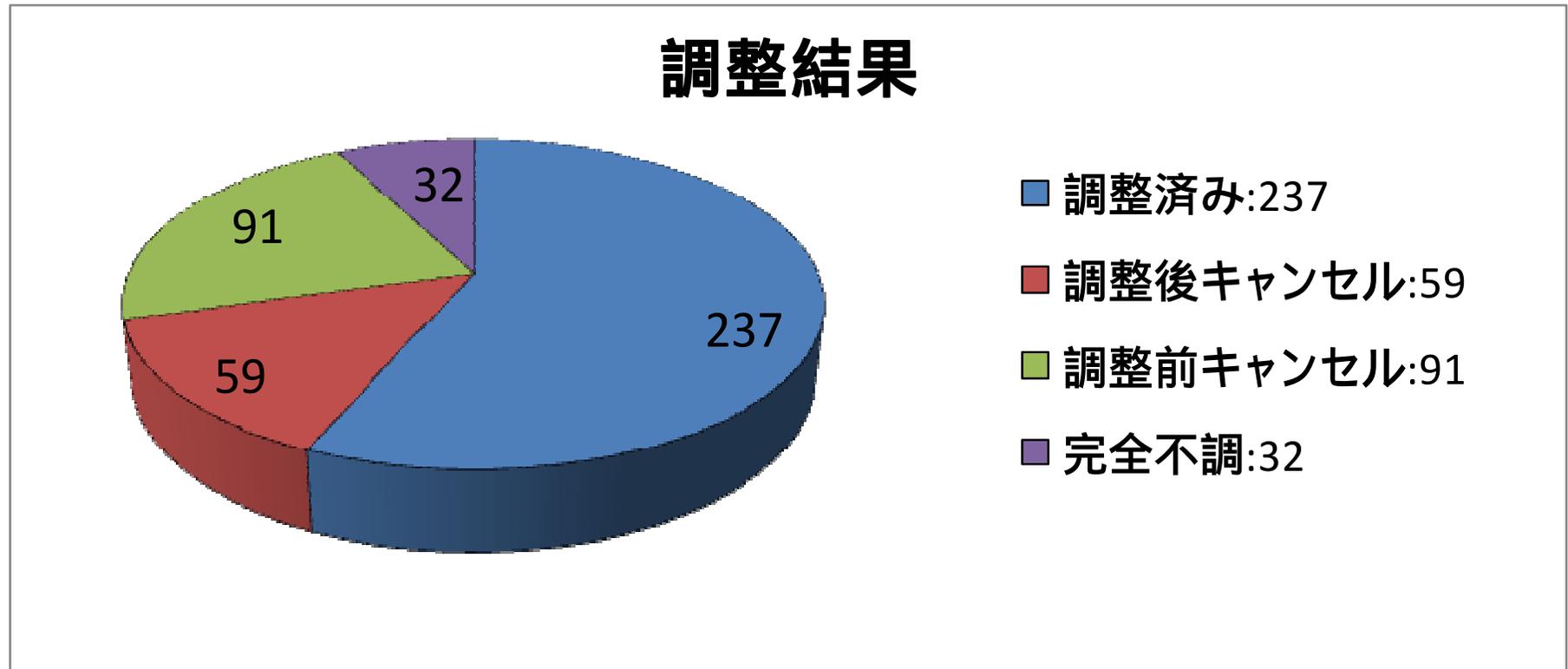
男性 259名、女性 160名

18才 ~ 99才 (平均68.4才)

紹介患者の依頼までの在院日数 0 ~ 353日 (平均27.2日)

3週間以上入院例 180例

# 結果(H20.12.10-H25.4.22)

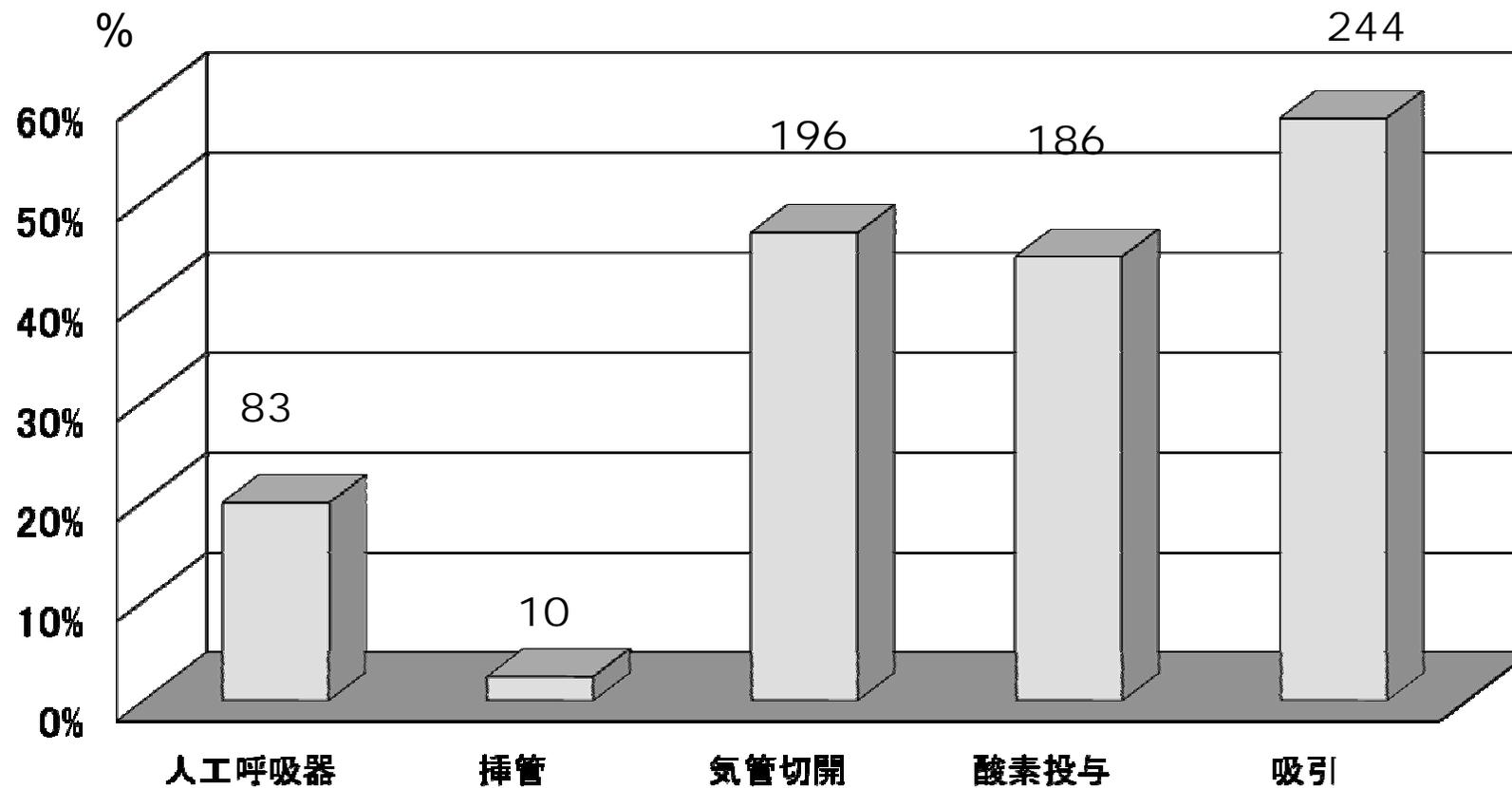


3日以内転院 61例

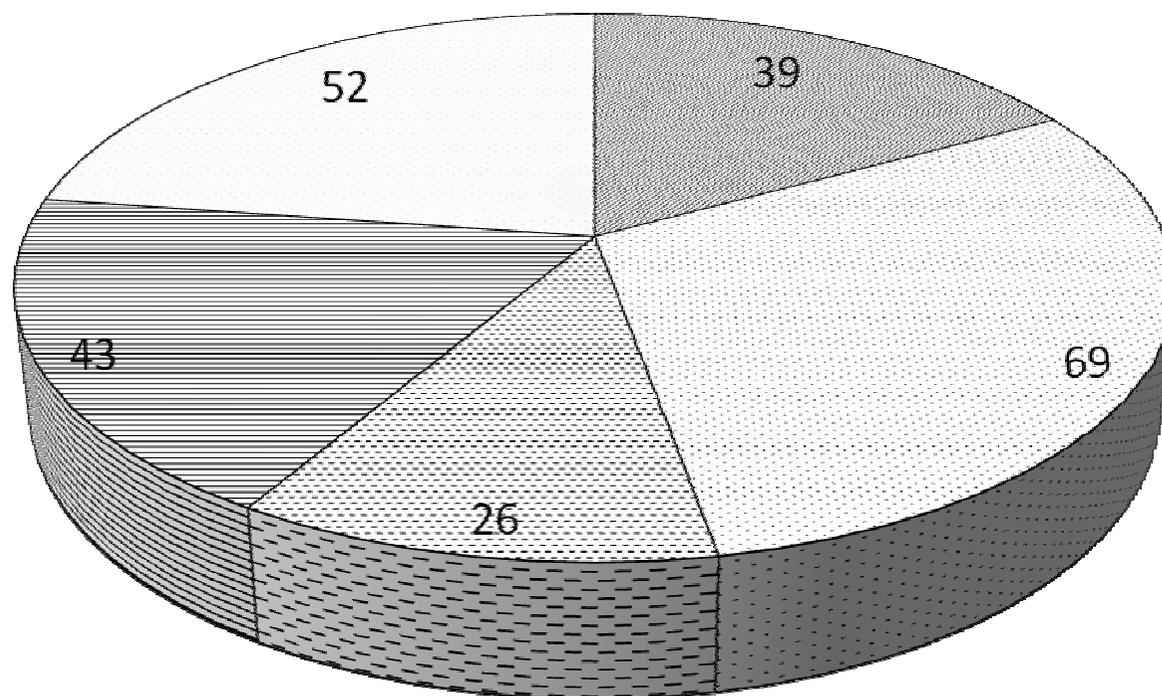
(転院日程調整中 2件を含む)

# 紹介患者の病態(n=419)

(H20.12.10 ~ H25.4.22)



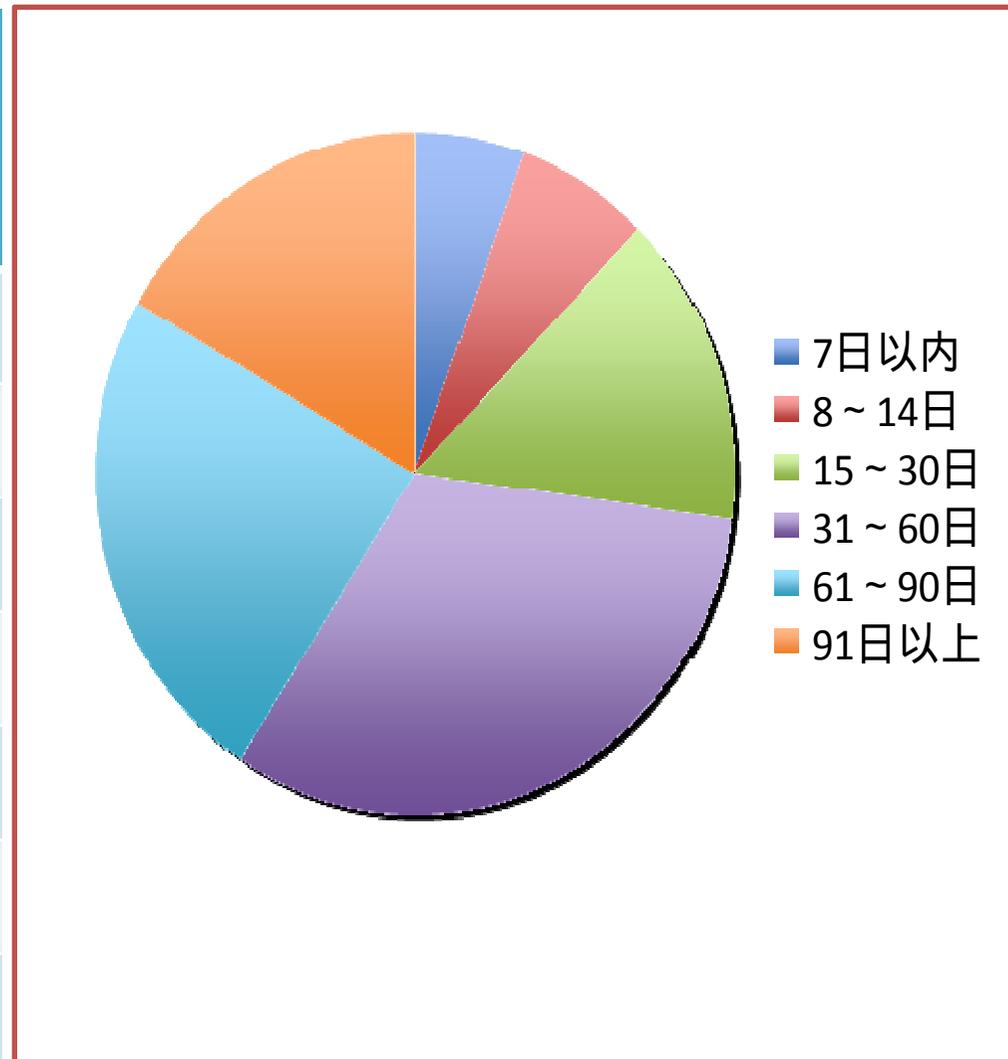
# 転院済み患者の転帰(n=229)



■死亡退院:39 ■生存退院:69 ■転院:26 ■遠隔期死亡:43 □入院中:52

# 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

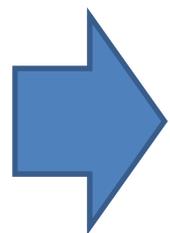
入院期間 での 急性期 高度 病院	患者数(例)				
	徳島		兵庫	東京	
	A	B	C	D	世田谷
7日以内	14	10	6	5	4
8～14日	25	26	6	0	3
15～30日	29	17	32	2	9
31～60日	20	8	16	8	23
61～90日	3	0	4	6	10
91日以上	1	0	2	8	8
合計	92	61	66	29	57
入院期間平均	23.6日	16.8日	31.0日	83.3日	62.9日

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

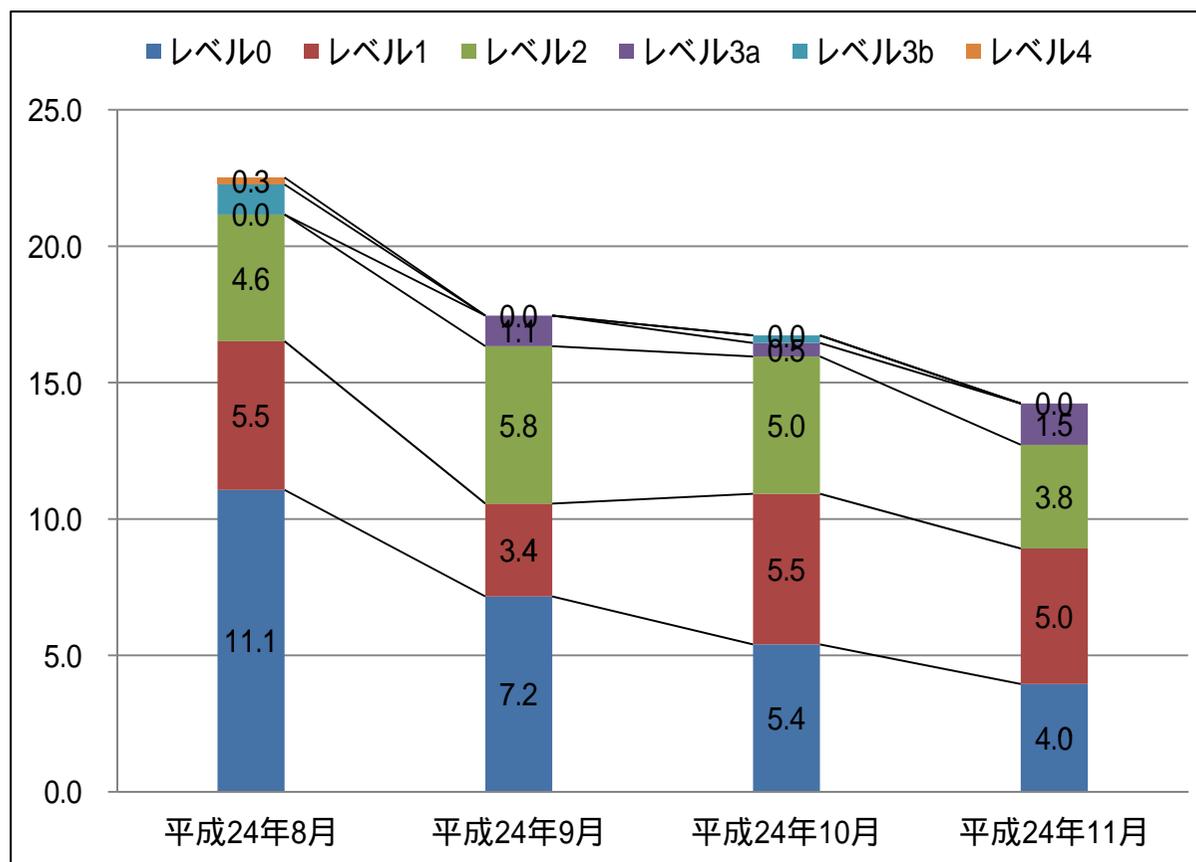
急	性	期	リ	ハ
回	復	期	リ	ハ
慢	性	期	リ	ハ
介	護	期	リ	ハ

# 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。

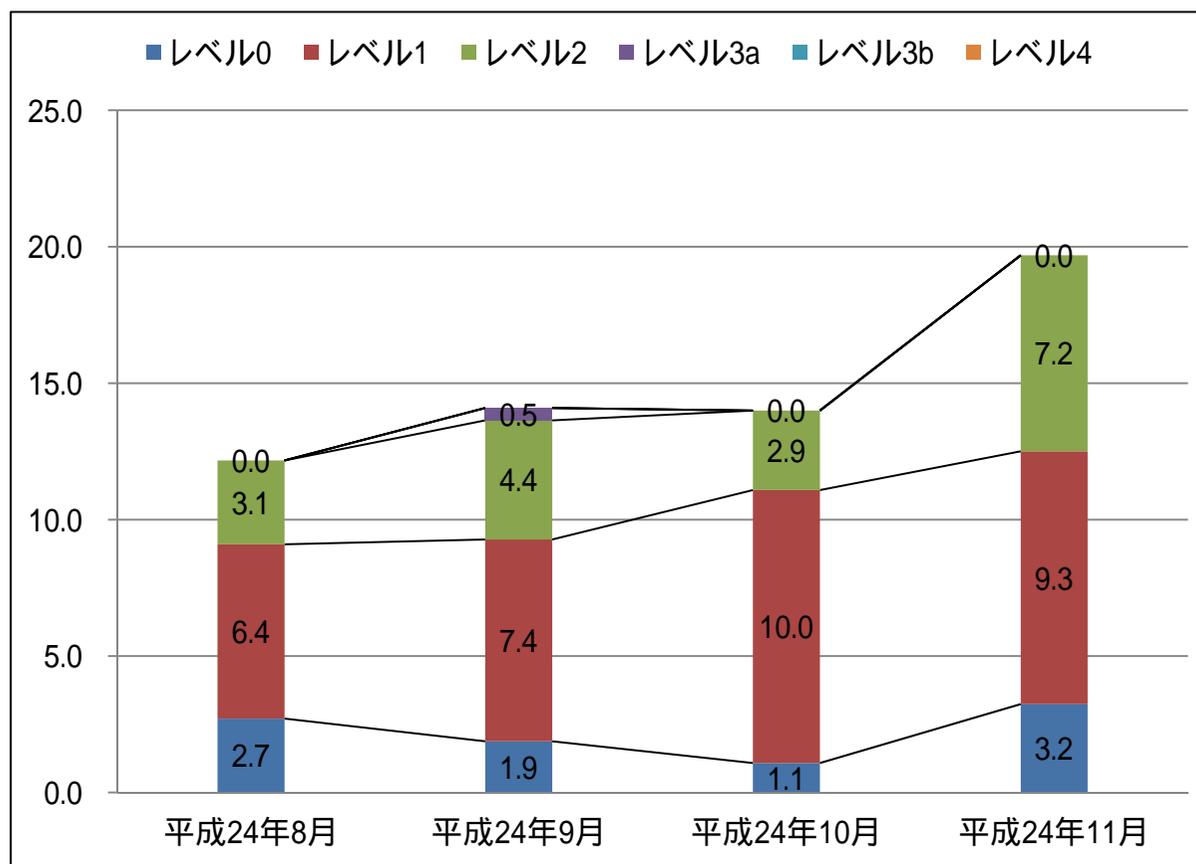
## 7. 夜間の転倒・転落件数の平均の推移(100床あたり) リハ夜勤あり:9病棟

	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

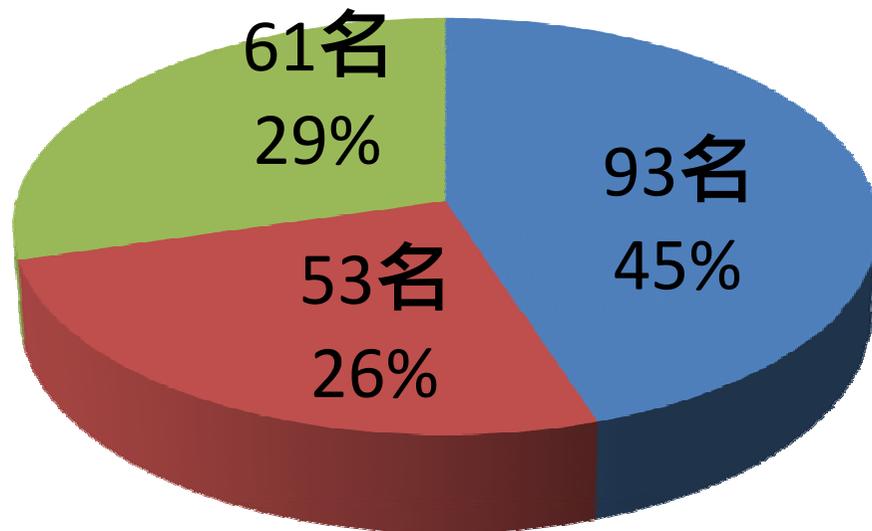


# 調査内容

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

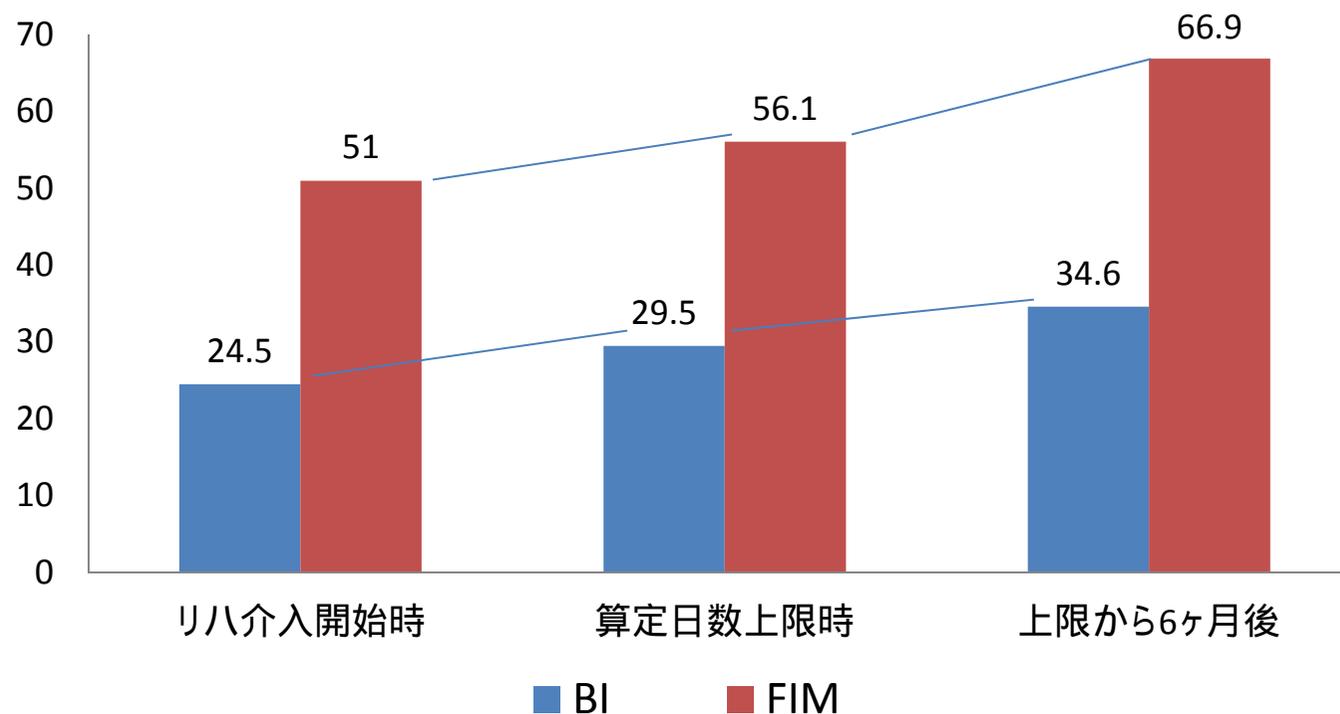
# 疾患別割合

■ 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

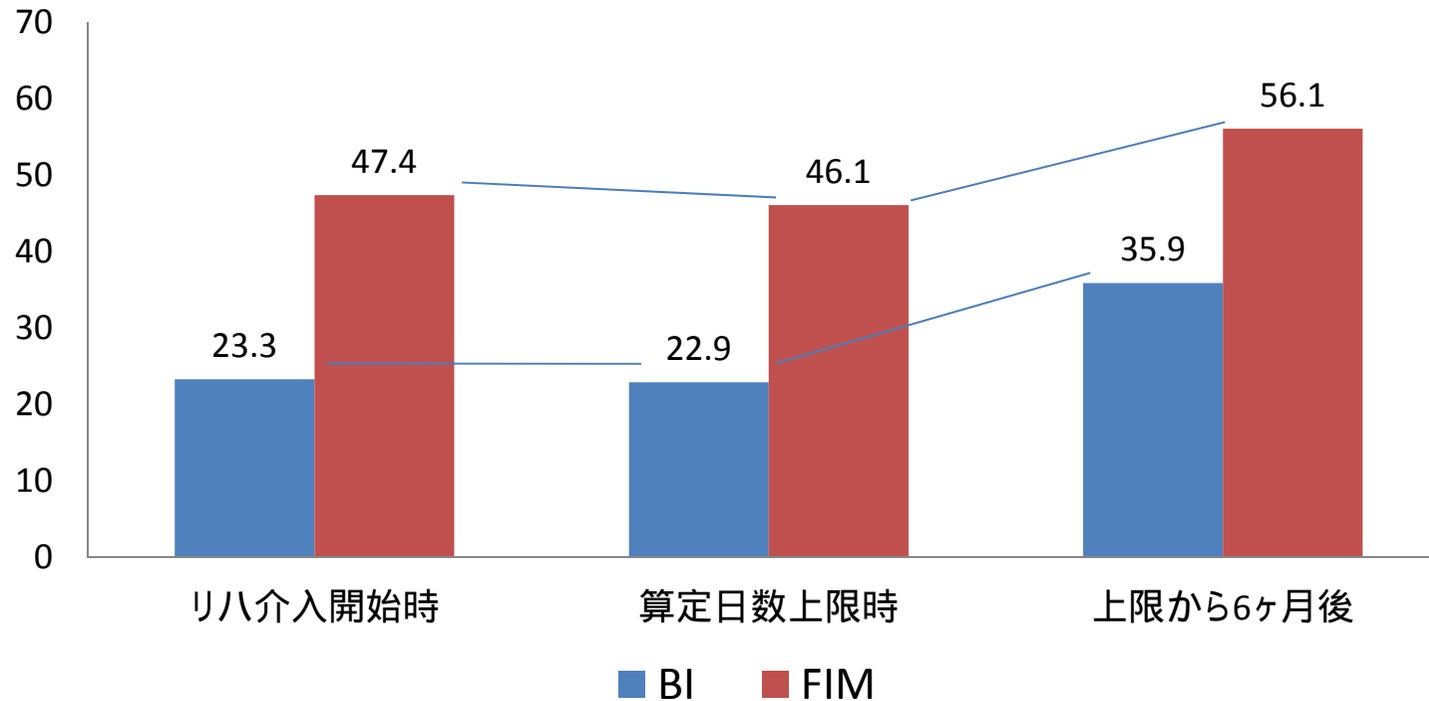
# ADLの推移 全疾患の改善例



	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

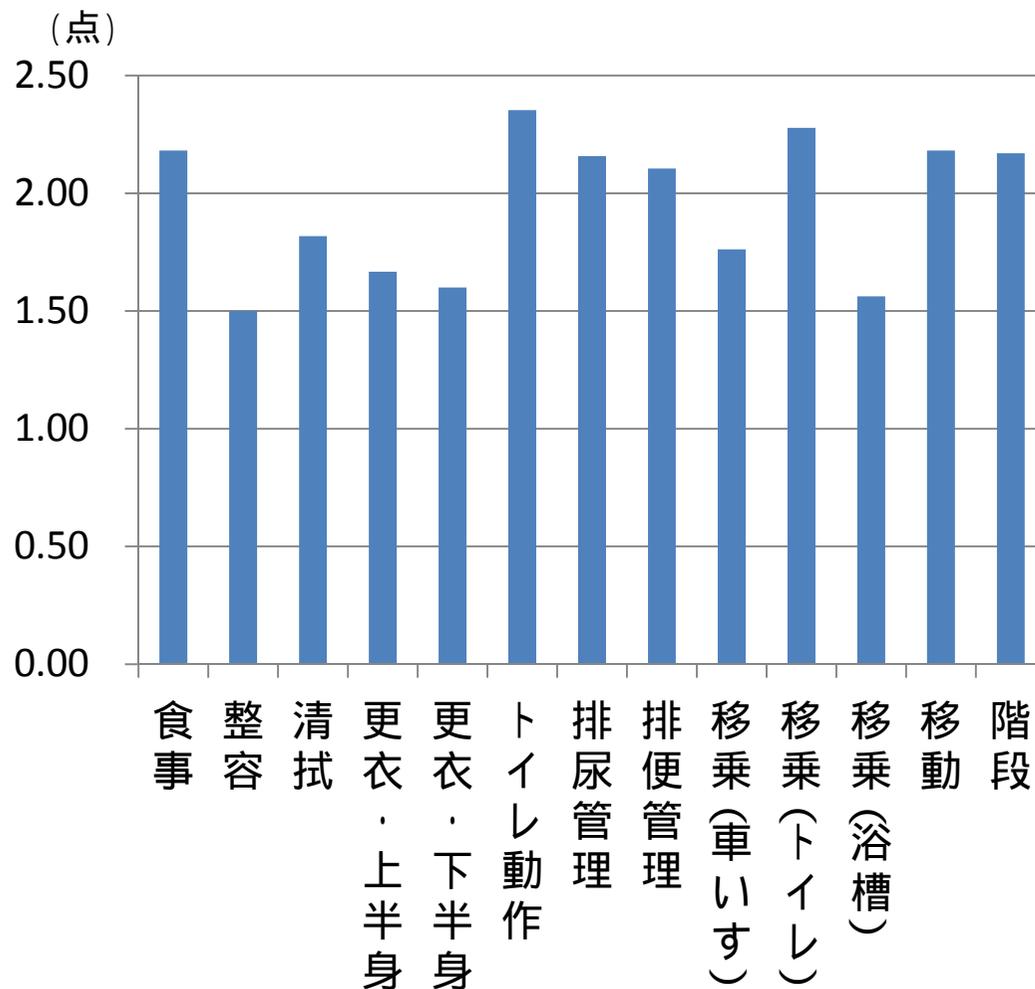


	リハ介入開始から算定日数上限までの変化	算定日数上限から6ヶ月後の変化
BI	-0.4	+13.0
FIM	-1.3	+10.0

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



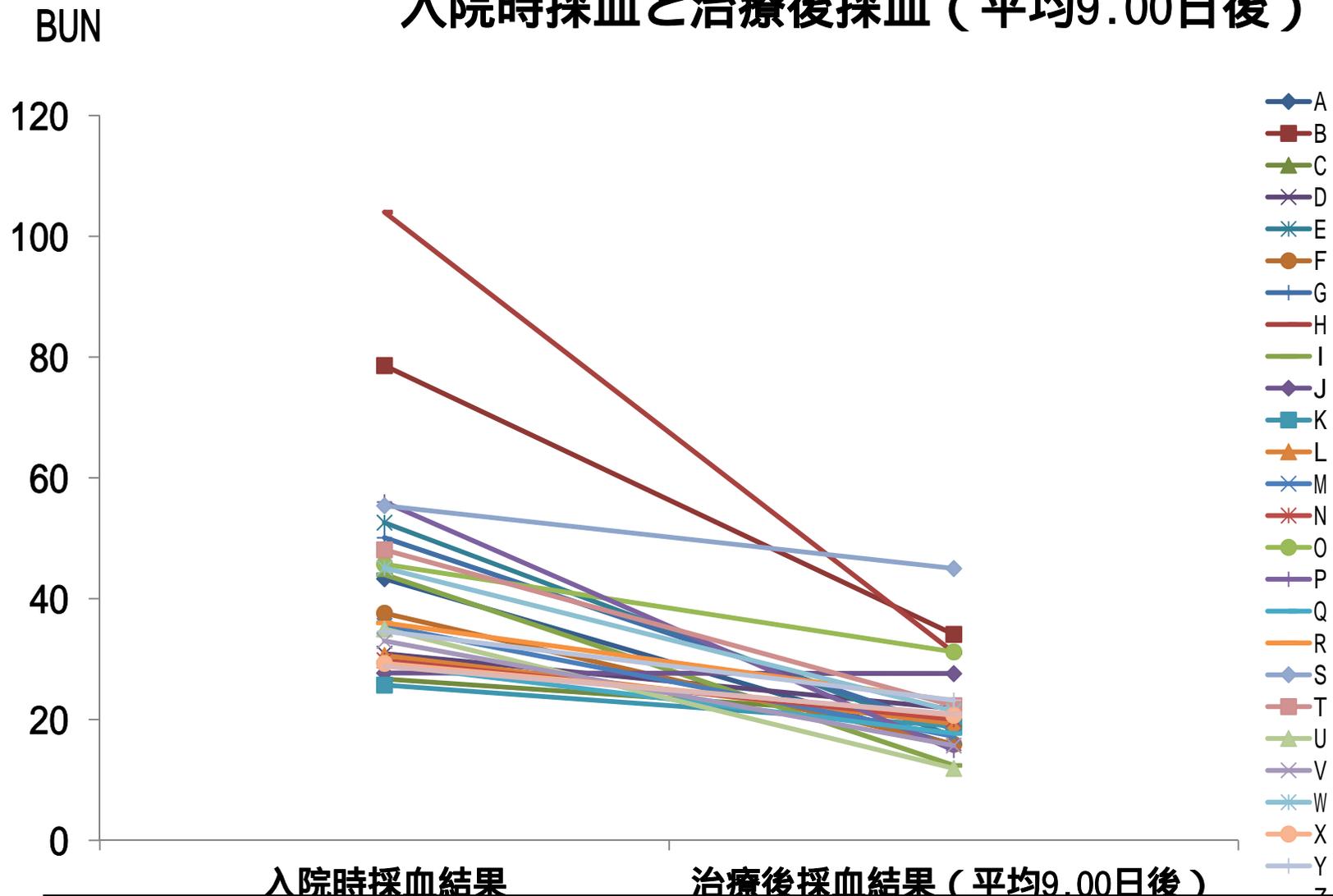
紹介元の急性期病院の紹介状を見てみると、病名に脱水や低栄養状態であることを示していた病院は7%であった。また、血液検査結果が異常値であることを示し、注意を促していた病院は、わずか1%であった。

# 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。

# 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）



	年齢	入院時採血結果					治療後採血結果（平均9.00日後）				
		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

再掲

# 病院の機能に応じた分類(イメージ)

(改) 中医協 総-2

23.10.5

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)

病床数 898,566床

病床利用率 74.3%

平均在院日数 16.9日

(H24.8末医療施設数調査・病院報告)

医療法上の位置づけ

一般病床

療養病床

DPC

1,505施設  
479,539床※2  
(+11,177床)

※2 H24.4.1現在

特定機能病院

83施設  
59,888床※1  
(▲1,322床)  
※1 一般病床に限る

専門病院  
2施設  
7,581病床  
(+277床)

一類感染症 24施設  
139床(+2床)

亜急性期等

回復期リハビリテーション

入院料1	入院料2	計
962施設	162施設	1,124施設
54,919床	7,018床	61,937床
(+1,935床)	(±0床)	(+1,935床)

一般病棟

亜急性期

入院料1	入院料2
1,199施設	121施設
15,258床	2,492床
(+1,022床)	(+296床)

療養病棟

3,550施設  
214,745床  
(+1,283床)

介護療養病床

74,818床  
(H24.8末病院報告)

救命救急  
285施設  
6,998床  
(+721床)

特定集中治療室  
647施設  
5,270病床  
(+29床)

新生児特定  
集中治療室  
218施設  
1,585床  
(+39床)

総合周産期特定集中治療室  
95施設 母体・胎児617床(+39床)  
新生児 1,122床(+180床)

脳卒中ケアユニット  
85施設  
552病床(+24床)

ハイケアユニット  
25施設  
1,891床(+386床)

小児入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3
56施設	177施設	107施設
4,657床	7,504床	4,055床
(+131床)	(+1,789床)	(▲361床)

入院料4	入院料5
372施設	137施設
9,133床	137床
(+104床)	

障害者施設等

786施設  
60,940床  
(+808床)

特殊疾患

入院料1	入院料2	管理料
117施設	76施設	33施設
6,096床	5,253床	479床
(+488床)	(▲689床)	(▲1床)

緩和ケア病棟  
231施設  
4,600床  
(+248床)

有床診療所一般

6,898施設、89,668床(▲3,306床)

有床診療所療養

984施設  
8,507床(▲334床)

精神科救急  
87施設  
5,276床  
(+1,283床)

精神科急性期治療病棟  
入院料1 280施設  
13,820床(+26床)  
入院料2 23施設  
1,222床(+100床)

精神科救急・合併症  
7施設  
283床(+7床)

精神病棟

1,357施設  
175,905床(▲3,479床)

精神療養

841施設  
108,644床(+207床)

認知症病棟

入院料1 448施設  
31,378床  
入院料2 22施設  
1,880床

施設基準届出  
平成23年7月1日  
現在  
(6ヵ月以内は前年  
比較)

75

結核病棟

175施設  
6,060病床(▲1,147床)



# 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