

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成29年9月14日16:30～

場所：東京研修センター

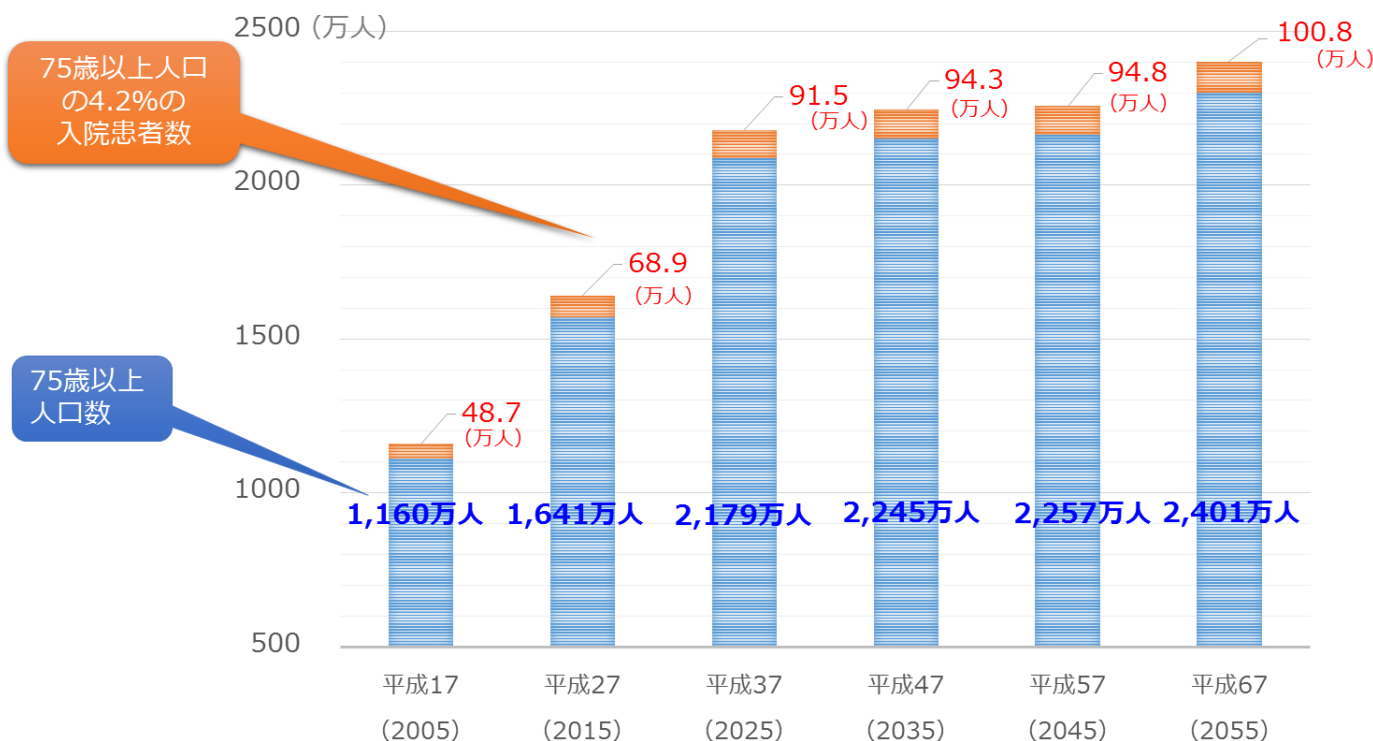
一般病床と療養病床の病床区分の廃止を

ご承知の通り、後期高齢者が入院患者総数の80%近くになるという近未来においては、これからの医療提供体制や医療保険制度は、現状とは全く異なる新しい体制に転換することが求められるであろう。

よって、今回の6年に1度の診療報酬・介護報酬同時改定では、このような超高齢社会に適切に対応出来るものでなければいけない。

① 後期高齢者のうち、現在でも約70万人が入院している。

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

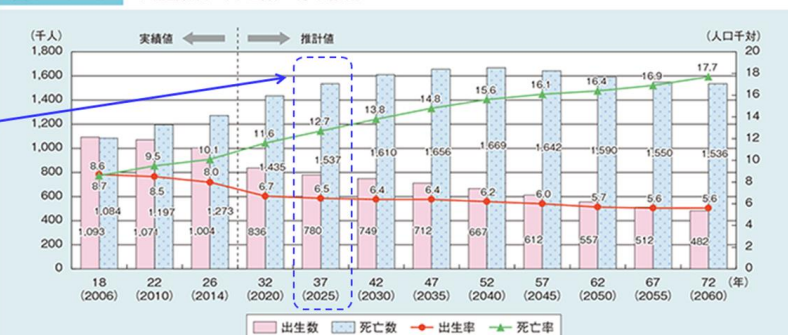
- ② 今後、急速に後期高齢者が増加する。
日常生活をより長く過ごすことが出来るように、リハビリのアウトカム重視を徹底し、完全包括化をするべきである。
- ③ 2025年の出生数は、78万人と予測されており、物理的にも経済的にも超高齢者を支えきれないことは確実である。

2025年の出生数は78万人

図1-1-5 出生数及び死亡数の将来推計

(年)	(千人)	(千人)	(%)	(%)
	出生数	死亡数	出生率	死亡率
18 (2006)	1,093	1,084	8.7	8.6
22 (2010)	1,071	1,197	8.5	9.5
26 (2014)	1,004	1,273	8	10.1
32 (2020)	836	1,435	6.7	11.6
37 (2025)	780	1,537	6.5	12.7
42 (2030)	749	1,610	6.4	13.8
47 (2035)	712	1,656	6.4	14.8
52 (2040)	667	1,669	6.2	15.6
57 (2045)	612	1,642	6	16.1
62 (2050)	557	1,590	5.7	16.4
67 (2055)	512	1,550	5.6	16.9
72 (2060)	482	1,536	5.6	17.7

図1-1-5 出生数及び死亡数の将来推計



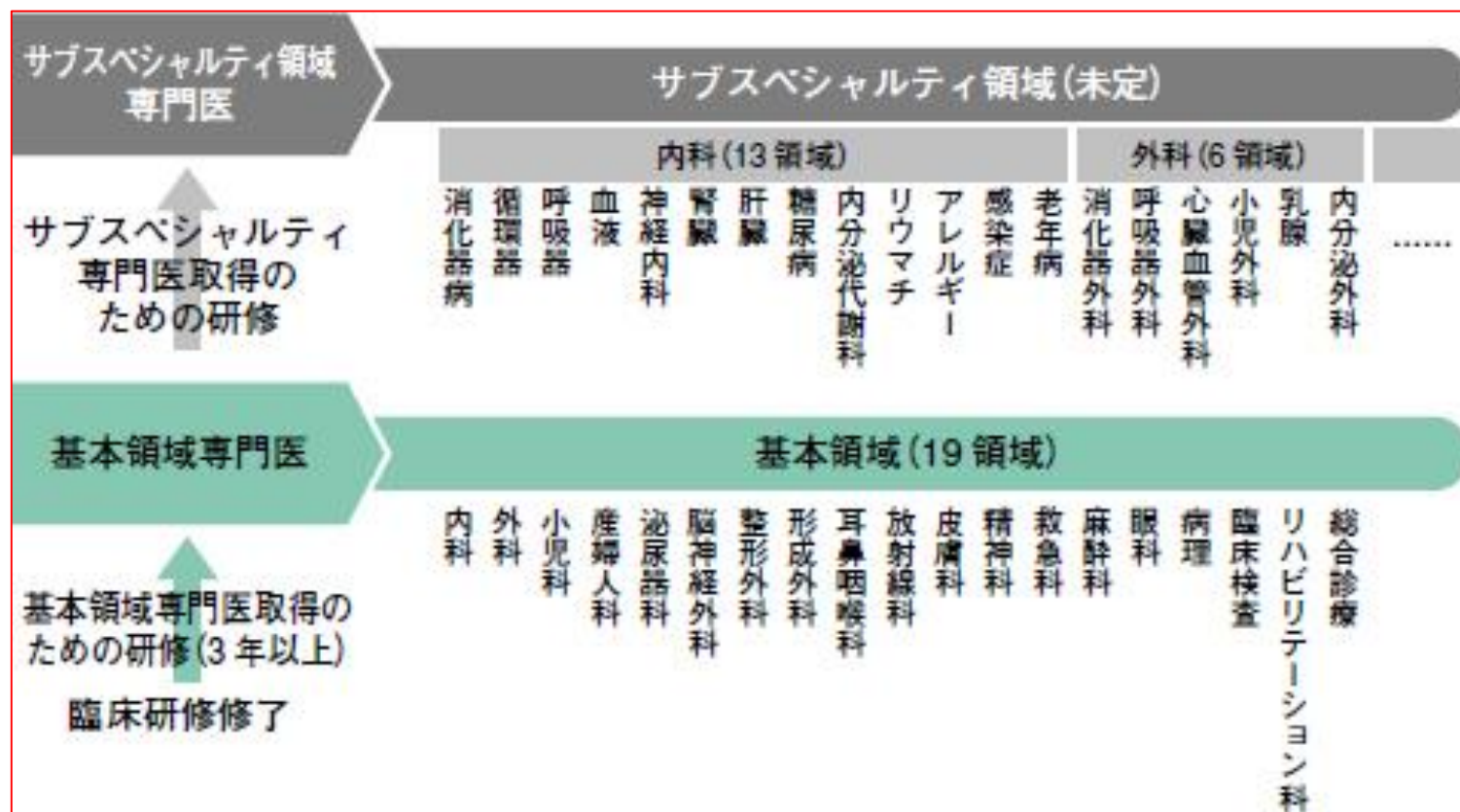
資料：2006年、2010年、2014年は人口動態統計による出生数及び死亡数（いずれも日本人）。2015年以降は「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果（日本における外国人を含む）

内閣府 平成28年版高齢社会白書(全体版)より

④ 後期高齢者は、身体 of のいろいろな臓器に障害が起こっている。

⑤ 政府は、新しく臓器別専門医制度を開始しようとしている。

2017年9月 武久 洋三 作成



新専門医制度の基本設計（註：上記サブスペシャルティ領域は現時点で連動研修を含め承認されているもの。

今後追加・変更の可能性ある）（※医学書院ホームページ [週刊医学界新聞](#) > 第3236号 2017年08月21日より）5

- ⑥ これから必要なのは、いくつもの臓器の変化に対応できる後期高齢者の治療に習熟した総合診療医の大量養成である。

総合診療専門医は専門医の最低でも
30%以上は必要である。

2017年5月 武久 洋三 作成

8

- ⑦ 患者や疾病の変化に対応できる医療提供体制に変革しなければならない。
- ⑧ 病床の機能別体制を徹底し、効率的でアウトカムのよい日本の新しい医療を創りあげなければならない。
- ⑨ ターミナルの定義を統一し、ターミナルの患者を看取る場所は、治療病棟ではなく、介護医療院が主体となる。
- ⑩ 高度医療により高い評価をするべきである。手術料は2倍以上に評価すべきである。

一般病床と療養病床の 病床区分の廃止を求める

2005年8月31日を期日として、それまでの【その他病床】を【一般病床】と【療養病床】に分けて届出させた。もうすでにそれから14年を迎える。

当時は療養病床は1人当たり 6.4m^2 ,4人部屋の基準である一方で、一般病床は 4.3m^2 の10人部屋でも認められた。しかし、2001年3月から一般病床も療養病床も 6.4m^2 ,4人部屋が基準となり、 4.3m^2 ,5人部屋以上は例外規定として経過措置となっている。

2017年9月 武久 洋三 作成

2014年4月の地域包括ケア病棟の誕生で、
4.3m²,5人部屋以上の病室に入院した場合は、
地域包括ケア病棟1は算定できず、6.4m²,4人部屋と
比べて、1日5,000円、月15万円の差がついて、
これらの病棟は、地域包括ケア病棟2となった。
現在、一般病床 約90万床、療養病床 約35万床あり、
平均在院日数の短い一般病床が平均在院日数の長い
療養病床の3倍近く存在すること事体異常である。
一般病床は急性期病床、療養病床は慢性期病床と
言われながら、一般病床に数多くの慢性期患者が
入院していることは周知の事実である。

また療養病床には、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」のような設定があるように、慢性期の急変患者が多く入院している。ハードの条件は双方とも1部屋6.4m²,4人部屋と決まっている。

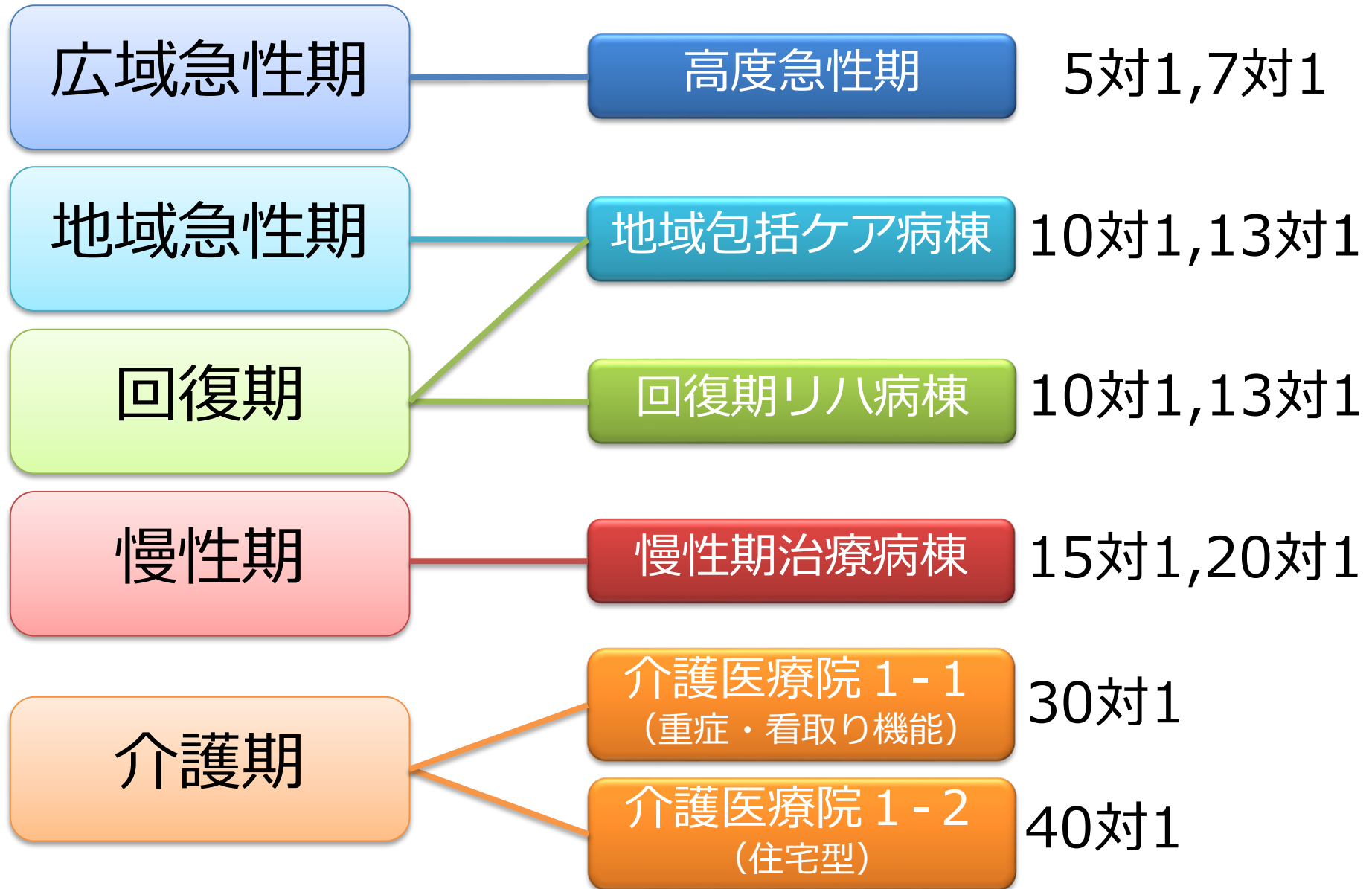
既に病床は機能別に病床が定められており、これからもさらに機能別は進むであろう。今さらに一般病床と療養病床に分類しておく必要はなくなった。

病床転換して、介護医療院へと転換したい病床を持つ病院が数多くある。実質に寝たきりの慢性期患者が一般病床の中に密かに莫大な数入院しているのである。

医療費の総額を削減しなければならない現在、一般病床を介護医療院へ転換することによる医療費総額の減額は、日本にとっては願ってもないチャンスである。

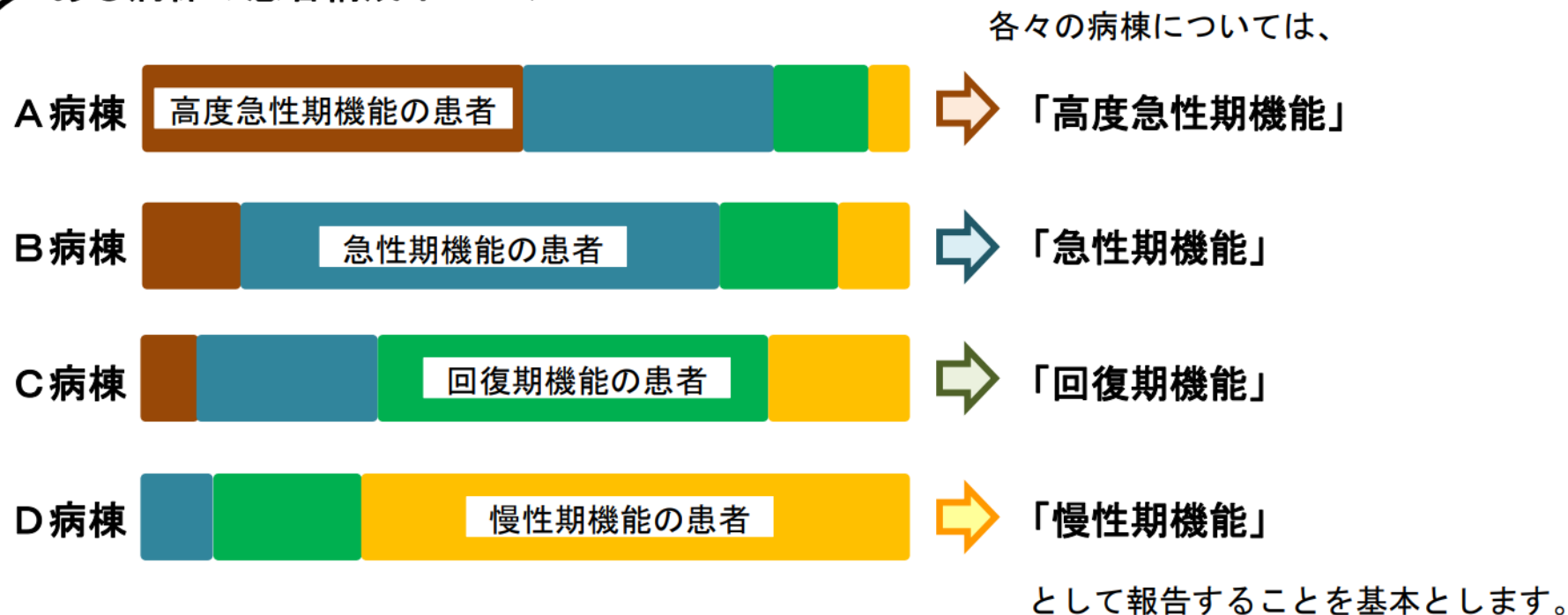
病院病床を看護師等の数により、
5対1,7対1,10対1,13対1,15対1,
20対1に分類し、介護医療院は
30対1,40対1にすることを提案する。

病床別分類案



1つの病棟で複数の医療機能を果たす場合の考え方

ある病棟の患者構成イメージ



厚生労働省 平成29年度病床機能報告 報告マニュアル①より

例えば、「急性期機能」を果たすことがあっても、
「回復期機能」を必要とする入院患者の割合が最も高ければ
「回復期機能」を選ぶのが基本となる。

1つの機能が70%以上のところは
その機能としてはどうか。
また、はじめは段階的に評価しても
よいのではないか