

# 日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成31年1月10日17:15～

場所：ホテルオークラ東京 別館12階 チェルシー

## 今後の日本の医療提供体制について

◆ 病床機能の効率化

◆ 減反（床）医療への配慮

療養病床で主に高齢者の急性期変化も多く治療しているし、一般病床にも多くの慢性期高齢者が入院している。

現在、病床種別は大きくは一般病床と療養病床に分かれているが、慢性期は20対1の治療病棟のみとなっている。

2 0 0 3 年 に 「 そ の 他 病 床 」 を  
「一般病床」と「療養病床」に分けたけれども、  
そろそろ病院病床として統一してはどうか。

そろそろ病棟種別によって、診療報酬システムが異なることは廃止してはどうか。同じ患者が、発病から継続治療を行う過程で、システムがコロコロと変わるのはいかがなものか。

病棟種別による差は、急性期から慢性期、在宅まで治療内容は多少変わっても、一人の患者の病気をフォローするためには、診療統計や診療内容請求のシステムは、DPCに一本化するべきである。

2018年改定で、療養病床でも200床以上の病院はDPCデータ提出が義務化された。すべての病床からDPCデータが欲しいなら、その方向に動くべきである。



そうすると患者データが集積されるので、  
これからの医療に役立つ。

現在、急性期は重症度、医療・看護必要度、慢性期は医療区分と、患者状態の評価指標が異なっている。

重症度、医療・看護必要度についてはDPCデータ（EF統合ファイル）への置き換えが議論されたが、一部の反対意見もあり、十分な見直しが行われなかった。

将来的には現在、すべての病棟で提出が認められているDPCデータをもとに、急性期から慢性期までの患者の状況変化を把握できる体制を構築すべきである。重症度、医療・看護必要度をDPCに置き換えれば、現場の負担はずいぶん軽くなるだろう。



日慢協の調査によると、慢性期病棟での重症度、医療・看護必要度は50%以上の病棟が出てきている。急性期病棟は重症で、慢性期病棟は軽症という概念は大きく崩れている。

## 【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度該当患者基準】

- ・ A得点 2 点以上かつB得点 3 点以上

- ・ **「B14 ; 診療・療養上の指示が通じる」**

**又は**

**「B15 ; 危険行動」**

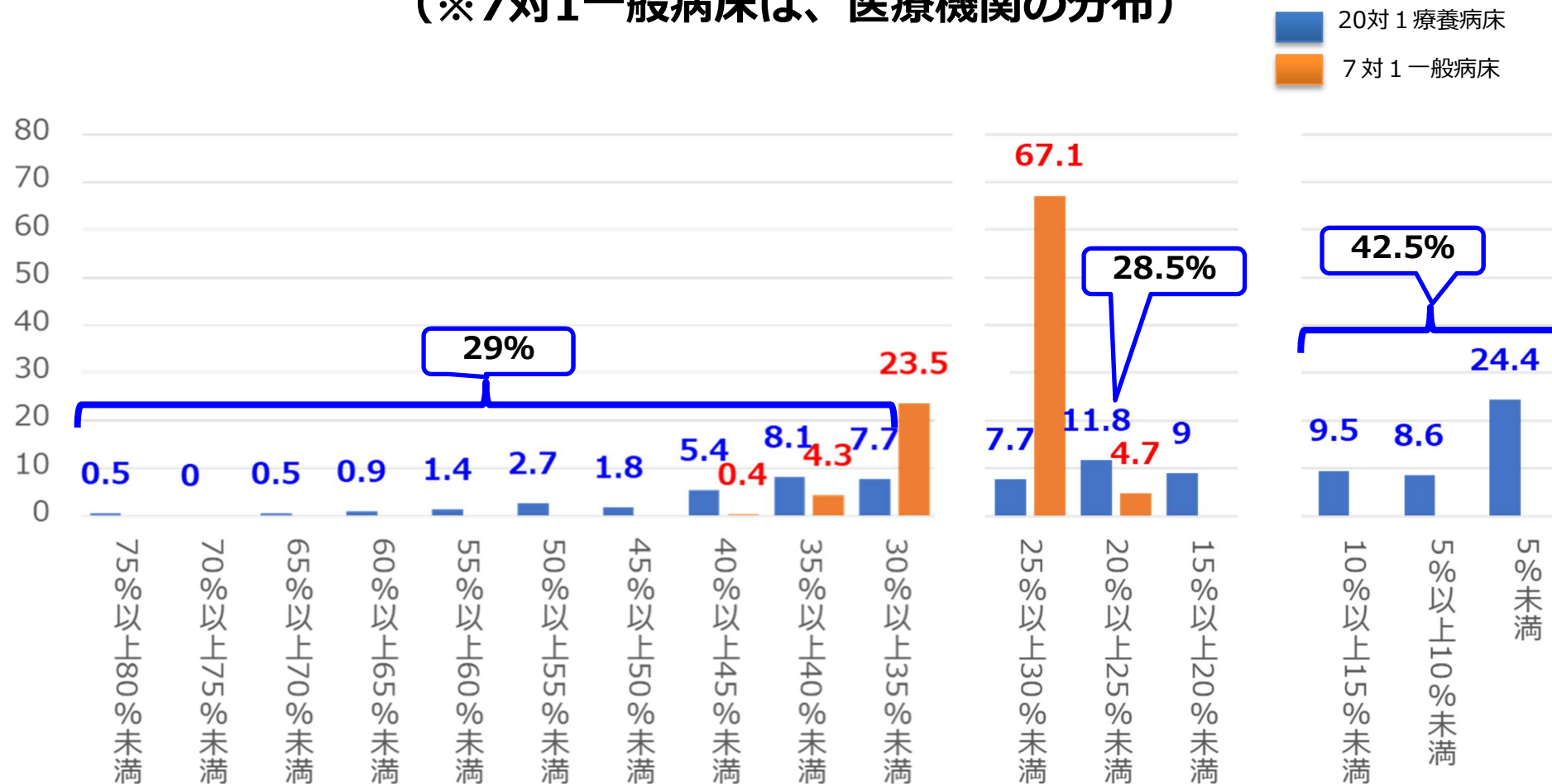
**に該当する患者であって**

**A得点が 1 点以上かつB得点が 3 点以上**

- ・ A得点 3 点以上
- ・ C得点 1 点以上

2018年度  
改定に  
おいて  
新設された

# 重症度、医療・看護必要度の判定に基づく該当患者割合別の病棟分布 (※7対1一般病床は、医療機関の分布)



【参考】急性期一般入院料 重症度、医療・看護必要度 該当患者割合						
入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	入院料7
30%以上	- [27%以上]	- [26%以上]	27%以上	21%以上	15%以上	測定していること

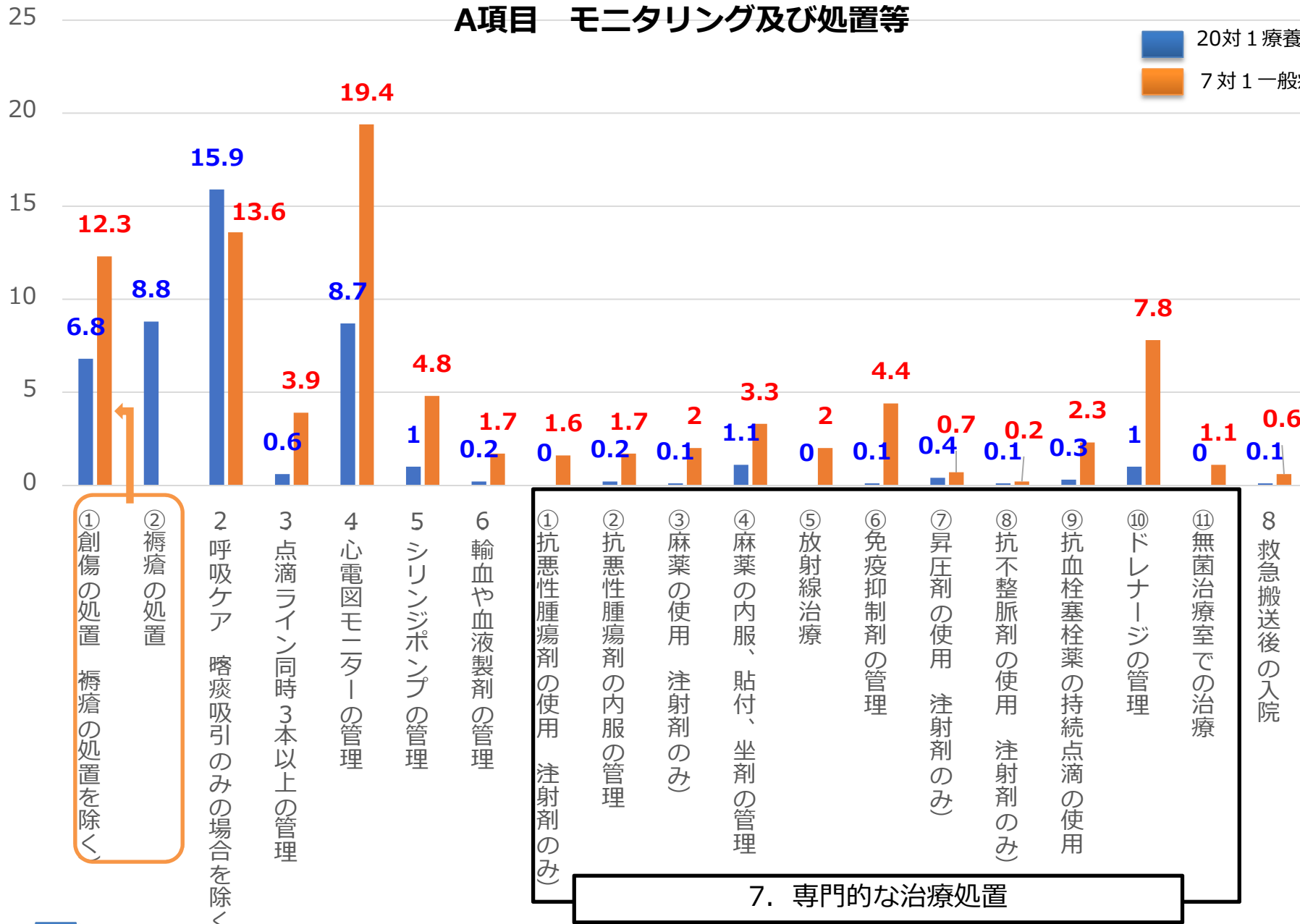
[ ]内は  
200床未満の  
経過措置

■ 2018年11月実施 日本慢性期医療協会 療養病棟入院料1（20：1）入院患者調査結果より  
 ■ 2018年6月21日 平成29年度第3回入院医療等の調査・評価分科会 資料より  
 (平成28年度入院医療等の調査結果より7対1一般病床の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布)

# 「重症度、医療・看護必要度」の項目に該当する患者数 A項目 モニタリング及び処置等

比率 (%)

■ 20対1療養病床  
■ 7対1一般病床



① 創傷の処置 褥瘡の処置を除く  
② 褥瘡の処置

① 抗悪性腫瘍剤の使用 注射剤のみ  
② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理  
③ 麻薬の使用 注射剤のみ  
④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理  
⑤ 放射線治療  
⑥ 免疫抑制剤の管理  
⑦ 昇圧剤の使用 注射剤のみ  
⑧ 抗不整脈剤の使用 注射剤のみ  
⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用  
⑩ ドレナージの管理  
⑪ 無菌治療室での治療

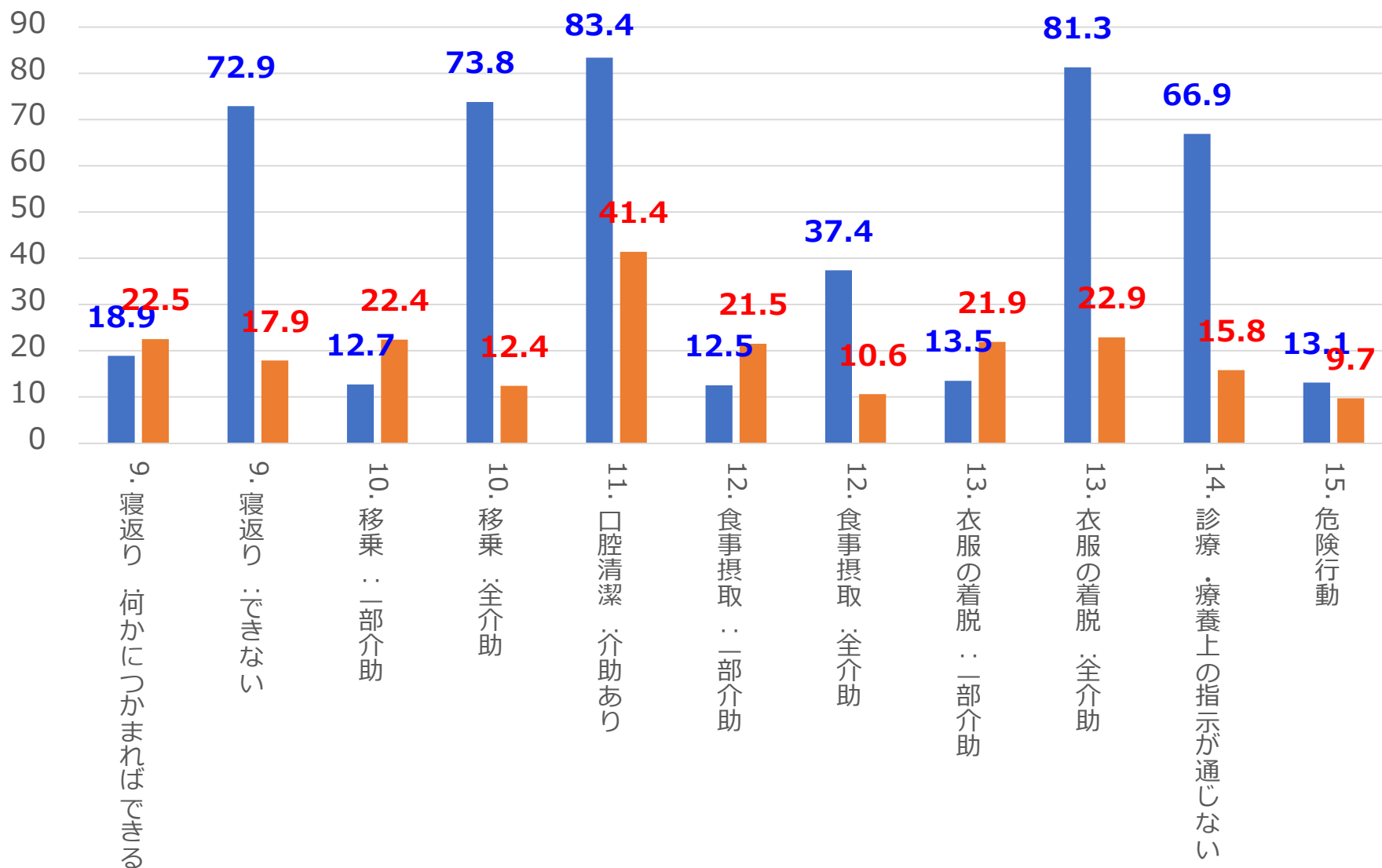
7. 専門的な治療処置

■ 2018年11月実施 日本慢性期医療協会 療養病棟入院料1（20：1）入院患者調査結果より  
 ■ 2018年6月21日 平成29年度第3回入院医療等の調査・評価分科会 資料より  
 （平成28年度入院医療等の調査結果より7対1一般病棟の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布）

# 「重症度、医療・看護必要度」の項目に該当する患者数 B項目 患者の状態等

■ 20対1療養病床  
■ 7対1一般病床

比率 (%)



■ 2018年11月実施 日本慢性期医療協会 療養病棟入院料1 (20:1) 入院患者調査結果より

■ 2018年6月21日 平成29年度第3回入院医療等の調査・評価分科会 資料より  
(平成28年度入院医療等の調査結果より7対1一般病棟の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布)

慢性期病棟は、急性期病棟の  
「付け足し」のように思っている  
病院の療養病床のレベルが  
かなり低いことが類推されている。

治す自信のない時は、治してくれるところに紹介する。治らないし、治す自信がないからといって、簡単にターミナルとして逃げてはならない。

私たちが治そうとしている患者の80%は後期高齢者である。慢性期病院では治せるかどうかの格差が拡大している。

一般病床の4.3m<sup>2</sup> / 床の病床が15年もの間  
経過措置で認められていることは  
世界有数の文明国の日本の汚点であろう。  
4.3m<sup>2</sup> / 床6人部屋から6.4m<sup>2</sup>の4人部屋への  
転換に各都道府県の医療基金を  
使うべきではないか。



病院は治療する場であることを再確認し、  
高い技術を要する検査や手術・処置等は、  
高度急性期としてより高く評価してはどうか。

社会的入院は施設に、看取りは介護医療院  
に 任 せ て は ど う か 。

2019年1月 武久 洋三 作成

そうすれば、病院病床はさらに効率化され、  
現在の病床は  $2 / 3$  から  $1 / 2$  へと  
厳密化されるであろう。

そうならば、病床当たりの医療スタッフ  
数も他国に近づき、短期間で効率の良い  
入院治療が可能となり、平均在院日数は  
半減するであろう。

寝たきりが半分になれば、入院単価を  
2倍にしても、医療・介護費用は  
確実に減ってゆきます。

「急性期医療は素晴らしく、慢性期医療  
はどうでもよい医療だ」というような  
誤った認識を払拭しなければならない。

急性期医療で救えなくても慢性期医療で  
救って日常生活に復帰している患者の  
多いことを認識しなければならない。

要するに急性期医療も慢性期医療も、  
よりレベルを上げて患者の治療成果の  
向上を目指さなければならない。



全国の病院の運営は赤字の病院が  
激増している。民間病院も赤字病院が  
多く、経営が苦しく、このままでは  
地域医療を維持できない。

公立・公的病院には多額の補助金や補填金が投入されている。しかしながら、それにもかかわらず収支が赤字のところが多い。

しかし民間病院には公的補助金や赤字補填などは、ほとんどなされていない。懸命に経営努力をしながら地域医療を担っている。

一部の高度急性期病院以外の病院は、  
特に民間病院は、主に地域の多機能病院  
として地域医療を担わなければならない。

このまま消費税が10～20%になれば、  
民間病院は病院のリニューアルは  
不可能であり、医療資源は廃墟となる。  
日本の70%以上の医療を担う民間病院  
の廃退は国民の健康な生活を奪う。

病院は民間といえども国策医療で  
公的医療保険で運営されている。  
社会的要因で病床を減少させる時には、  
一病床500万円程度の補助金を  
病床の減反（床）政策として考慮してほしい。