

日本の医療

1、医療

医療崩壊といえる状況に一気になっている。小児科や産科の医師が不足し、地方の医師もいなくなり、救急医療の現場では患者がたらい回しされるケースが相次いでいる。

病院経営の赤字が膨らみ、勤務医は過酷な仕事に疲れ果てて開業医を目指して病院から去っていく。少子化対策がいわれながら、医療ミスの裁判を恐れて産科医が減っている。医療費抑制はもはや限界に達している。

日本は現在、小泉政権の医療費抑制策の結果、サッチャーの英国にだんだん似てきている。

イギリスのサッチャー政権下で国民の不満が高まり社会問題になった。外来患者なら治療までに半年間待ち、入院患者なあ 2 年間待ち「けがで救急搬送されたが治療まで 2 日間も待たされた」といった状況だった。

そこでブレア首相は、病院施設の拡大や医療従事者の増員をはかった。10 年間で 100 の病院と 7000 の病床を新設。1996 年に 8.1 万人だった常勤医師は 2006 年には 11.9 万人に増え、総医療費は対 GDP 比、1997 年には 6.8 だったが 2004 年 8.1 へと拡大。

政府の NHS (国民保健サービス) への支出は 1999 年に 8.2 兆円だったが、2006 年には 16 兆円へと倍増した。

今の日本はまさにサッチャーの道を歩んでいる。

ちなみにアメリカは国民皆保険制度ではないため、盲腸で 1 日入院して手術をうければ、ニューヨークで 243 万円もかかる。

日本人の寿命が世界一なのは国民皆保険制度の下、低い医療費で質の高い医療サービスを受けられたからです。

いま、税金の投入額や保険料を上げていまの水準を維持するか。医療の質が下がることを覚悟して公費負担を削り保険料を上げるのが問われている。

保険料の引き上げは限界まできているので、公費負担をどうするのか、サービスはどの程度かなどが問題となる。政府や財界は公費負担を経済成長の範囲に抑えるべきと主張している。しかしマイナス成長のときにどうなるのかを考えると現実的ではない。

また、公的医療の範囲を必要不可欠なものに限り、それ以外は自己負担にして市場にまかせるという主張もある。

しかしアメリカのように所得や資産によって寿命も決められてしまう、健康格差が生じてしまう。結局医療にもっとお金を投入しなければ良い医療を国民が受け取ることにならない。

日本の医療は、世界で高い評価を受けていた

「何時でも」「どこでも」「誰でも」病気になればどんな病院でも診てもらえる。国民皆保険制度。

日本人の寿命は世界一でアメリカより4～5才長く、WHOの評価でも健康達成度の総合評価は世界1(アメリカは15位)、平等性も高く3位(アメリカは32位)そのうえGDPに占める医療費の割合は18位と低く(アメリカは1位)少ない医療費で質の高い医療を今まで受けていた。

日本は医師・看護師が少ない

医師

日本では人口10万人あたり200人で世界192か国中日本は67位。OECDの平均は人口10万人あたり300人で、この基準でいけば日本では13万人不足している。

病院の医師も不足していて、常勤医のみで要件を満たしている病院35%、非常勤医を加えても83%。勤務医の労働条件は厳しく、中にも36時間連続勤務とか過労死が認められるケースも多い。

	平均在院 日数	人口1000人 当たり病院 病床	医師数		看護職員数	
			100床 当たり	人口1000人 当たり	100床 当たり	人口1000人 当たり
日本	36.4	14.3	13.7	2.0	54.0	8.8
ドイツ	10.9	8.9	37.6	3.4	108.6	9.7
フランス	13.4	7.7	42.5	3.4	91.1	7.3
イギリス	7.6	4.2	49.7	2.2	224.0	9.7
アメリカ	6.5	3.3	66.8	2.3	233.0	7.9

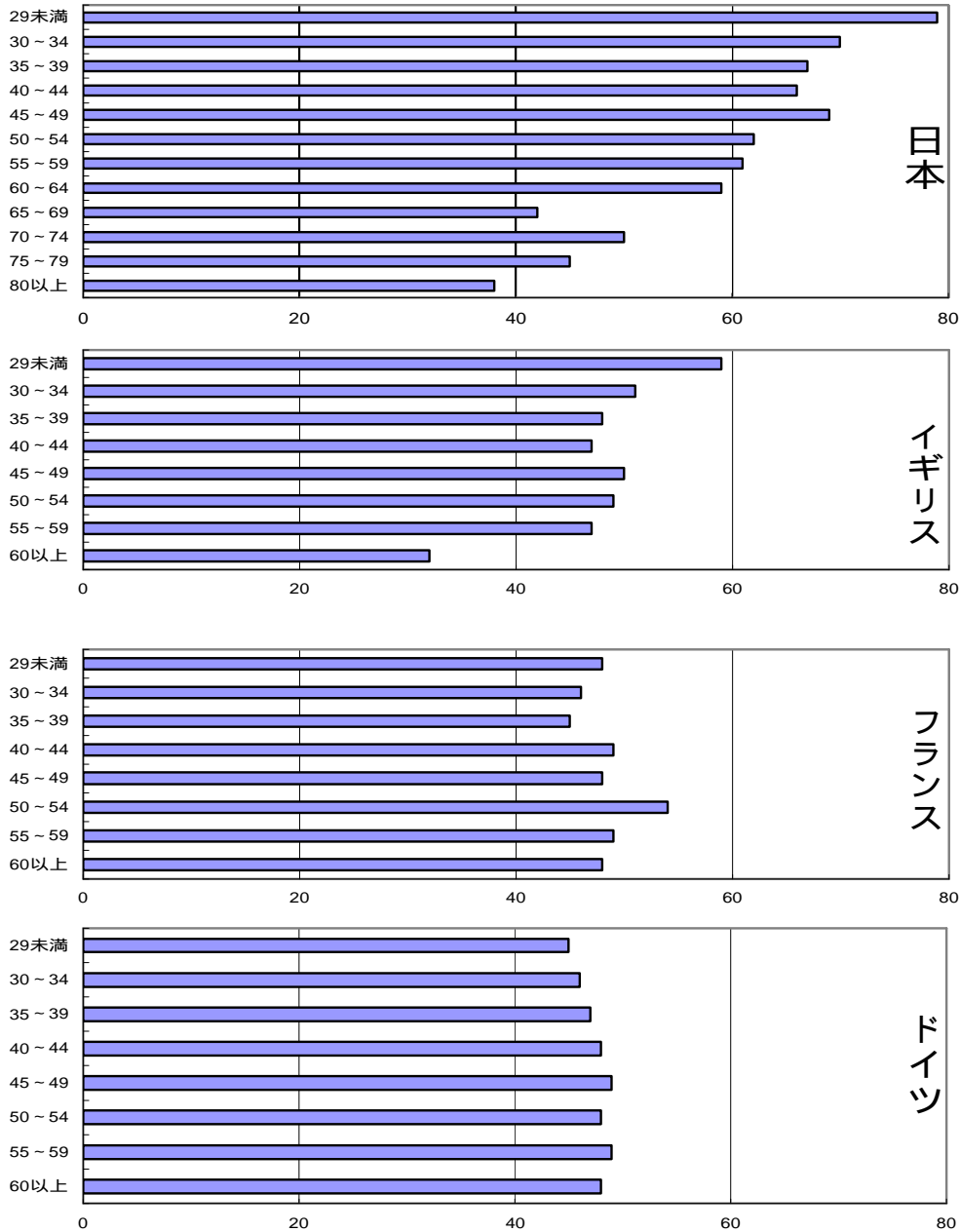
医師不足

新しい研修制度が（2004年）スタートし、地域の医師不足を一気に顕在化させた。

それまで新卒医師は主に大学病院で研修していた。ところが新制度で研修病院を選べるようになると、都会の民間病院に人気集中した。人手不足になった大学病院は地域の病院から医師を引き上げ、医師派遣の役割が担えなくなった。

日本の勤務医とイギリス、フランス、ドイツの医師の1週間の勤務時間

（縦軸：年齢層、横軸：1週間の勤務時間）



看護職員

看護職員は現在 130 万人おり、2007 年の需要は 134 万人、供給は 130 万人で 4 万人が不足している。しかし一方、潜在している看護師は 55 万人もいるのです。

職場復帰には夜勤が多く託児所の整備も進んでいないこと、技術の進歩も速く付いていけない問題などもある。

看護職員確保法とそれに基づく基本方針をもっと現場の改善に役立つものにしてほしい。

病床 100 あたり看護職員数

日本	54 人
アメリカ	233 人
イギリス	224 人
ドイツ	108.6 人

従って現場は超過密労働でかつてなく過酷。

- ・ 時間外が増えて年休もとれない。
- ・ 疲れがたまり、人手不足の中で医療事故も続発
- ・ 十分な看護も出来ない

そこで、

- ・ 夜勤は一人、月 8 日（64 時間）以内
- ・ 最低 12 時間以上の勤務間隔をとること

などが必要。

医療費の国民負担が増え続けている

ヨーロッパでは窓口負担は原則無料。小泉内閣がこれまで進めてきた健保本人 3 割負担、高齢者への負担増など相次ぐ医療改悪で、ただでさえ日本の窓口負担は先進国で一番高く、今でも国民の間で、病気になっても受診しない傾向が広がっている。

さらに、負担増を行えば、このような状況が一層悪化することは明らか。ヨーロッパでは窓口負担は原則無料。

・ 先進国の窓口負担率及び医療費に対する患者の実効負担率

	イギリス	スウェーデン	ドイツ	フランス	日本
外来窓口負担	無料	年間 9,900 円上限	無料	ほぼ全額払い戻し	1～3 割負担
医療費に対する患者の実効負担率	2.4% (1995 年)	3.0% (1999 年)	6.0% (1997 年)	11.7% (1996 年)	18.3% (2003 年)

小児科、産科、救急医療体制

産婦人科 2002 年 6 3 9 8 病院
2005 年 3 0 6 8 病院（分娩を行っているところ）
小児科 1994 年 3 9 3 8 病院
2004 年 3 2 3 1 病院

- ・ 産婦人科医はこの 8 年間で 6 % 減少
1998 年 1 3 0 0 0 人以上
2004 年 1 1 2 8 2 人

産婦人科医は高齢化が進み、60 歳以上が 26% を占めている。

- (3) 夜間救急体制と産科・小児科医療の整備拡充
 - イ．病院と開業医との連携、夜間救急体制の整備と予算化
 - ロ．休日夜間診療を担うために、開業医の当番制度を強化
- (4) 勤務医の労働条件の緩和
 - 週 1 日の休みの確保、夜勤は週 4 日までとする。
 - 産休・年休の保障と院内保育所の整備
 - 当直明けの休みを義務付けること
- (5) 診療報酬の引き上げ

低い医療費

- ・ OECD 加盟国の対 GDP 比は平均 8.9
OECD の上位 10 ヶ国は 10.8 で、これに対して日本は 8.0
- ・ 年間 1 人あたりの医療費
アメリカ 5,287 ドル(約 54 万円)、ドイツ 2,916 ドル、日本 2,139 ドル(約 22 万円)
- ・ 1 人あたりの受診回数
日本 14.4 回、アメリカ 8.9 回、ドイツ 7.3 回
- ・ 医療費給付費の国民所得比
日本 7.3% (28.3 兆円)、フランス 10.1%、ドイツ 10.5%
- ・ 社会保障給付費の国民所得比
日本 23.4、スウェーデン 47.8、ドイツ 39.4
- ・ 窓口負担は高い
日本 外来 1 ~ 3 割、イギリス 外来無料、ドイツ 外来無料、フランス 全額払い戻し、スウェーデン 外来負担年内 9,900 円上限、

病院の現状

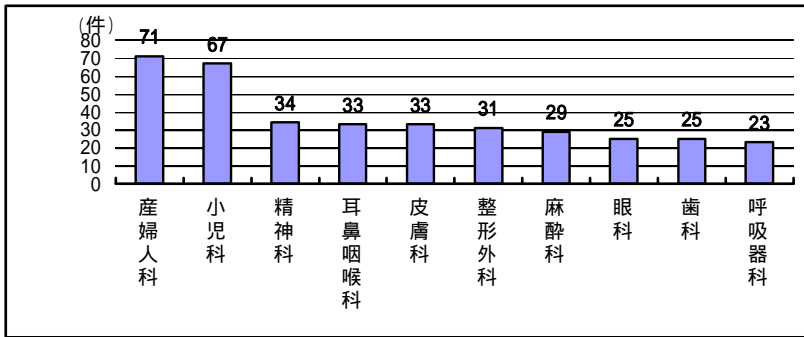
病院病床は削減され、自治体病院もこの 5 年間で 289 病院がやめている。また療養病床も介護型、医療型など 35 万 5000 床が 15 万床へと減らされる。

2012 年までに 60 万床削減

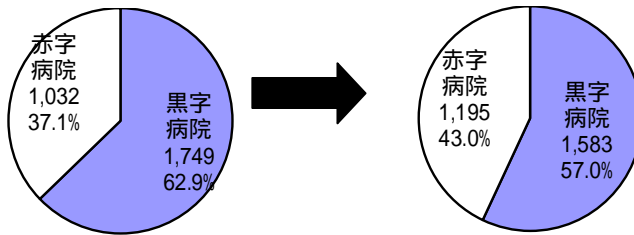
	2005 年	2012 年
病院病床全体	163 万 9442 床	104 万床
内訳		
・ 一般	90 万 6682 床	60 万床
・ 療養	35 万 4576 床	15 万床
・ 精神・結核など	36 万 9184 床	29 万床

- ・ 2005 年に診療所にある 17 万 5580 床が、2012 年に廃止されると、全体で 76 万床が削減される。

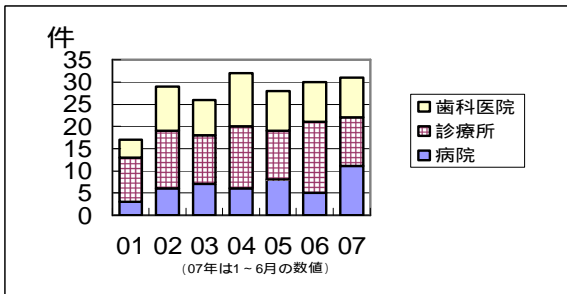
休止は産科、小児科が圧倒的
2004年度以降に休止した診療科(上位10件)



赤字病院が急増している
2005年度医業収支 2006年度医業収支



医療機関の倒産件数



療養病床の削減

厚生労働省の方針

医療療養病床	25万ベッド
	医療保険適用
	1ヶ月約49万円
介護療養病床	12万ベッド
	介護保険適用
	一人当たり41万円

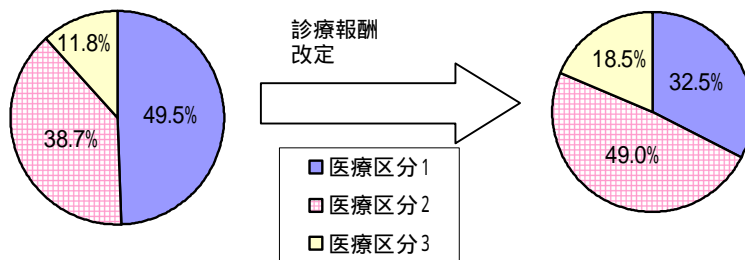
この現状から12万ベッドを全廃し、25万ベッドを約15万ベッドに減少することを決めた。
そこで

医療型療養病床	15万
老人保健施設	15~17万

ケアハウスなど居住床 6万～8万
 サービス、在宅
 という形にして、その上、医療型療養制度を病状で3段階に区分することとした。

療養病床入院患者の割合の変化
 05年度

06年度



各医療区分と患者への医療処置

医療区分1	医療区分2	医療区分3
・区分2、3に該当しない患者 (発熱、おう吐がない時の経管栄養など)	・透析 ・たん吸引 ・気管切開など	・24時間持続点滴 ・人口呼吸器使用 ・酸素療法など

老人保健施設やケアハウス・グループホーム・在宅などへ移しうるのか。

療養病床削減を断念

政府はいままで「入院している人の半分は治療の必要がない」として介護型（13万床）を全廃し、医療型（25万床）を15万床にする方針を決め、これで医療給付費を3000億円削減する方針だった。

これに対して、患者追い出しを誘導し行き場のない医療難民を大量に生むと批判を招き、各都道府県の計画は大体削減前の需要数となり、見直しが必要となっている。

協会けんぽ

・社保が所管していた中小企業のサラリーマンや、その家族が加入する政府管掌健康保険を引き継いで発足 加入者 約3630万人

・現在の保険料は全国一律で標準報酬月額額の8.2%
 10月から3月までの初年度は、北海道 8.26%
 最も低い長野県 8.15%

緩和措置を取らなかった場合、北海道では8.75%、
 長野県では7.68%

・政府管掌健康保険加入事業所の規模

従業員 5人未満 53.9%
 5～9人 21.5%
 10人～29人 17.1%

・医療保険制度の加入者

協会けんぽ 3594万人
 健保組合 3047万人
 国民健康保険 4738万人
 共済組合 944万人

国民健康保険

- ・国民健保の滞納 453万世帯（全体の20.9%）
- ・高齢者医療の滞納 主要自治体（72地区）で20万人

保険料は原則、年金から天引きだが、年金額が年18万円未満の高齢者は現金で払うか、口座振替などで支払う

- ・国保の加入者 3660万人（75歳以上の約1000万人が国保を離れた）

|
 3割にあたる1090万人が65～74歳

- ・国保の保険料の収納率 90.39%（2006年）

・市町村国保の財政状況

年	自治体数	赤字自治体		一般会計繰入金
		自治体数	金額	
2004年度	2531	1495	901億円	3855億円
2005年度	1835	1169	1194億円	3858億円
2006年度	1818	948	831億円	3617億円

- ・負担 夫婦と子ども2人で年収385万円の世帯

中小企業で働く夫の保険料 平均 13,000円
 国保の場合 24,900円

- ・国保の職業別構成
 - 無職 54.8%
 - 被用者 24.1%（個人事業主、フリーター）
 - 自営業 14.5%
 - 農林水産業 4.0%
 - その他 2.6%

高齢者の医療制度

旧来の老健制度 重い拠出、健保に不満

83年から今年3月まで続いた老人保健（老健）制度。健保組合など被用者保険と国保が共同で「お財布」をつくり、国保に偏見する高齢者の医療費を賄う。財源は税と現役世代の保険料だ。高齢者は、現役世代と同じ保険と、老健制度とに「二重加入」するのが特徴だ。

国保は高齢者の保険料は収入になる一方、費用を肩代わりしてもらえるのでメリットは大きい。高齢者の少ない被用者保険は「お財布」の恩恵が薄い分、拠出の負担を重く感じる。特に健保組合では保険料収入の3割超を老健拠出金に取られた時期もあり、不満を募らせていた。

だが、今回の改革で老健制度とほぼ同じ分担の仕組みが65～74歳の前期高齢者の医療費部分が導入され、健保組合の負担はさらに増えるという皮肉な結果となった。野党4党は、老健制度を復活する法案を国会に提出済みだ。

現行の独立方式 強い「うば捨て山」批判

4月スタートの後期医療は、75歳以上の保険を独立させた。高齢者の保険料で給付の1割、税金で5割、現役世代の支援金で4割を賄う。高齢者の払う保険料はこれまでかなりの部分が国保の収入になっていたが、今度は、後期医療に直接投入されるようになった。

高齢者は医療費を使い放題で、請求書だけ青天井で回ってくるというのが健保側の不満だったが、「高齢者本人が1割負担する」と決め、現役世代の責任分担を、分かりやすくした。

半面、この構造が「うば捨て山」批判を招いている。現役世代は自分とは関係ない支援金を少なくしたい。高齢者自身の保険料も限界がある。公費を増やそうにも、国の財政が厳しい上に増税も難しく財源の当てがえない。三方から締め上げられて必要な経費が賄えなくなり、医療の内容が粗末になる懸念は消えない。

突き抜け方式 雇用形態で分断の懸念

サラリーマンOBが加入する新たな保険制度を設け、現役のサラリーマンが支援金を拠出する仕組み。例えば20～25年以上、被用者だった人が対象で、保険料は年金から天引きする案がある。定年退職者の受け皿をつくり、国保に流れないようにする。

現役世代が支援金を出すことに納得しやすいメリットがある。同じサラリーマンの先輩への送りであり、いずれ自分も制度の恩恵を受けるからだ。企業負担も求めやすい。公費を節約し、国保の支援に回すこともできる。

近年はパート重視を掲げるとはいえ、大企業の正社員が中心の連合がこの方式を主張する。だが、民主党は反対。非正規雇用が増え、雇用の流動化が進むなか、サラリーマンOBだけを囲い込む制度は、「正社員と、被用者保険に入れない非正規雇用の分断になる」からだ。

財政調整方式 効率運営の意欲失う？

「医療費のかさむ高齢者の加入者が多い」とか「所得が低くて保険料をたくさんは払えない人が多い」という保険者の努力では解決できない格差を、お金のやりとり（財政調整）でならす。

02年に公明党の坂口力厚労相（当時）が私案として出した。高齢者だけの数に着目し、国保と被用者保険の間で財政調整していたのを、すべての年齢に拡大する。格差が解消され、負担が公平になるメリットがある。

民主党は、老健制度の復活後、次の一手として検討を進めている。しかし、健保組合や連合は「保険者が効率的な運営や健康づくりに努力する意欲を損なう」と反対だ。

格差を完全に調整していくと、職域保険と地域保健を、都道府県単位などで一元化する方式につながる。国保の負担にあえぐ全国市長会や町村会が支援する方向だ。

健保組合

企業で働く人たちやその家族の医療費を支える健康保険組合が、抜本的な財政立て直しを迫られている。

高齢者医療への拠出金が大幅に増えるため、2008年度は約1500ある健保組合の9割弱が赤字に陥る見通し。

加入者 3049万人（本人1588万人、家族1461万人）
保険料率 7.39%
窓口負担 原則3割

・約1500ある健保組合の経常収支合計 2007年度 2400億円の赤字
2008年度 6300億円の赤字
・2008年度予算を報告した1285の組合のうち政管健保（当時）の8.2%をこす組合が214

・保険料の引き上げが必要になってくる

高齢者医療への拠出金額の増減(07年度 08年度)

	07年度からの負担増減額	加入者数	1人あたり増減額(*)
健保組合	4096億円	2943万人	1万3920円
政管健保	271億円	3429万人	790円
共済組合	1307億円	905万人	1万4440円
市町村国保	4496億円	3729万人	1万2060円

(*は厚生労働省資料のもとに計算。 は減額)

医療の崩壊

「医療崩壊」が叫ばれている。医療費の窓口負担は引き上げられる一方なのに、地域の中核病院は閉鎖され、産婦人科や小児科の診療も激減している。救急患者は「たらい回し」に遭い、長期入院患者は追い出され、介護疲れによる悲惨な事件も増えている。一方、医師らも過労や診療報酬の削減、訴訟リスクの高まりなどに苦しんでいる。日本の医療はなぜこんなことになってしまったのか。医療経済学の視点から現状を解きほぐし、「医療再生」の道を探る。
(週刊東洋経済 2008.8.21)

日本の医療保険（WHO191加盟国）

・健康到達度、・健康配分、・人権尊重と利用者への配慮、・費用負担の公正さ

・平均余命の長さ—女性 世界1位 男性 世界3位
・新生児の死亡率 世界下位

医療崩壊

・国の施策 病院の閉鎖や特定診療科の閉鎖
国民医療費負担の増大
国民皆保険制度の危機 未納者の増大など
・現在の問題 救急患者のたらい回し
入院時期の短縮化
医師不足（新臨床研修制度）

- ・その他 開業医、診療所の増大、勤務医の不足（1年間で2,700～3,000件）
産科、外科、麻酔、小児科の減少
病院（20床以上）の減少 1990年 10,096病院
2006年 8,943病院

日本人の入院日数と通院回数は高い水準

	平均在院日数 (急性期)	人口1人当たり 外来診療回数
日本	20.2	13.8
ドイツ	8.7	7.0
カナダ	7.3	6.0
イタリア	6.8	
英国	6.6	5.3
米国	5.6	3.8
フランス	5.5	6.6

(出所) OECD「Health Data 2007」

医療制度改革

日本の医療改革を巡る日米の主な動き

01年	在日米国商工会議所が日米ビジネス白書で、企業の病院経営の許可などを要求
10月	米政府が年次改革要望書で、市場競争原理の導入や病院での民間役割の拡大などを要望
12月	総合規制改革会議が第1次答申で、「混合診療」解禁や、株式会社病院の検討を要求
02年 6月	経済財政諮問会議が骨太の方針で、医療制度改革を求める
10月	70歳以上の医療費自己負担が1割の完全定率制となる 米政府が年次改革要望書で、包括的医療改革を要求
11月	在日米国商工会議所の小委員会が、株式会社の医療経営容認を要求
03年 4月	サラリーマンの医療費自己負担を3割に引き上げ
6月	経済財政諮問会議が骨太の方針で、「混合診療」や株式会社病院の解禁を要求
7月	総合規制改革会議が、株式会社病院などの解禁を求める行動計画を策定
04年 6月	米政府が日米投資イニシアチブで、「混合診療」解禁を要請
10月	政府が構造改革特別区での株式会社病院の開設を容認
12月	厚生労働相と規制改革担当相が「混合診療」で基本合意
05年 12月	米政府が年次改革要望書で、医薬品医療機器総合機構が民間から審査官採用能力を高めるよう要望
06年 6月	医療制度改革法案（高齢者の自己負担引き上げ、保険外併用療養の創設など）が成立
7月	経済財政諮問会議が骨太の方針で今後5年間、社会保障費の伸びを毎年度2200億円抑制要求
07年	医薬品医療機器総合機構が、製薬OBの「2年禁止」の審査規定を撤廃

網掛け部分は米国、それ以外は日本

負担増、入院から在宅、保険免責制度の導入、定額払い制度の拡大、
介護型療養病棟削減、診療報酬削減、医師の養成数の削減

医療制度改革のスケジュール

（ は負担増、 は負担軽減）

2006年10月	
	現役世代並みの所得がある70歳以上の医療費窓口負担を2割から3割に
	70歳以上の長期入院患者は食費、居住日を自己負担
	高額医療費の自己負担限度額を引き上げ
	出産育児一時金を30万円から35万円に引き上げ
2008年4月	
	70-74歳の医療費窓口負担を1割から2割に
	乳幼児医療費の窓口負担の軽減対象を小学校入学前に拡大
	・都道府県が医療費適正化計画を作成
	・75歳以上が加入する新高齢者保険を創設
2008年10月	
	・政府管掌健康保険は都道府県単位で公法人が運営
2012年10月	
	・療養病床を15万床に削減

政府管掌健康保険制度

全国 1900 万の中小零細企業のサラリーマンと家族 1600 万人が加入するこの保険が(保険料率は全国一律 8.2%)、新たに全国健康保険協会が設立され都道府県に分割されて運営される予定となっている。

そもそも保険の規模を大きくしなければ支えられないのに、わざわざ分割して小さくするのはおかしいし、分割後は地域格差が生まれ、平均給料が低く保険財政が厳しい地域から保険料を上げなければならなくなる。例えば、北海道 8.7%、徳島 8.6%、福岡 8.4%などと指摘されている。

上限の 10%まで保険料が引き上げられれば、平均的サラリーマンで月 5000 円、年間 6 万円程度の引き上げになる。

厚生労働省のあいまいな医療給付費の推計

2000 年 10 月 医療給付費

05 年度 32 兆円、10 年度 40 兆円、25 年度 71 兆円

2002 年 5 月 医療給付費

05 年度 28 兆円、10 年度 35 兆円、25 年度 60 兆円

2004 年 5 月 医療給付費

04 年度(予算ベース) 26 兆円、10 年度 34 兆円

15 年度 41 兆円、25 年度 59 兆円

2005 年 10 月 医療給付費

15 年度 40 兆円、25 年度 56 兆円

(注) 上段 3 つは厚生労働省資料「社会保障の給付と負担の見直し」

最下段は「医療制度構造改革試案」

わずか 1 年半で 10 年度の
見通しが 5 兆円も変動

2000 年推計では 10 年
度に 40 兆円だったが、
05 年推計では 15 年
度に 40 兆円になった

2000 年推計と比べると
25 年度の医療給付費
は 15 兆円も食い違う

・医療費の負担

2002年	総額	31兆1千億円	
	家計(保険料+本人負担)	45%	
	事業主保険負担	22%	
	国庫負担	25%	
	地方負担	8%	

1980年～2002年

国庫負担	30%	25%
家計負担	40%	45%

・医療費不払対策

病院が入院前に保証金を徴収することを認める方針を厚生労働省は検討している。医師は医師法で正当な理由なしに診療を断れないとしている。

従って事前の保証金を拒否した場合でも患者の入院を断ることは出来ないが、一体どうなるのか。患者はどうするのか。保証金を納めない患者を病院はどう扱うのか。問題は多い。

リハビリ医療

1、リハビリの打ち切り

2006年 診療報酬改定（脳卒中、脳梗塞の患者のリハビリ）

医療を発症から最高 180 日に制限

2007年 心筋梗塞などごく一部を日数制限から外して、緩和したように見せかけた。

- ・日数をこえると病院には低い報酬しか支払われない。
- ・救急車で運びこまれた重症の患者は発症から 60 日以後は、回復期リハビリ病棟に移ることさえ出来ない。
- ・回復期リハビリ病棟では、入院後 180 日以内に自宅などに退院した患者が 6 割をこえないと、病院に支払われる報酬が大幅カット。

リハビリは患者の個別性に応じて使う専門的な医療であって、介護のデイケアで対処できるものではない。

実態

- ・後遺症で身動きもままならないのに、入院中の病院から出れといわれている
- ・転院を迫られても引き受けるところが見つからない重傷者
- ・リハビリの打ち切りで、極度に機能が落ちた重度の障害をもつ者

2、療養病床の医療保険ベッド

2006年7月 「医療区分」の導入

患者別に医療がどれだけ必要な患者かを 3 段階評価

- ・人工呼吸器をつけている 区分 3
- ・1 日 8 回のたん吸引 区分 2
- ・脳卒中後、麻痺あり、寝たきりで管で栄養をとる 区分 1

- ・区分 1 になると入院医療費は 2 や 3 の 6 割程度になる。
- ・コストで患者を選び区分 2 や 3 の患者を優先するようになった。
- ・どんな患者を受け入れるか—医療区分 2、3 の患者 55.5%
- 区分にこだわらない 36.3%
- 区分 1 の患者 8.8%

リハビリは単なる機能回復の訓練ではなく、社会復帰を含めた人間の尊厳を回復する医療です

リハビリ医療の度重なる改悪や、患者の最後の希望を打ち砕き、医師や療法上のやる気をなえさせ病院を疲弊させた。

医療は崩壊ではなく、破壊された。

3、療養病床の削減・廃止

- ・社会保障費のカット（2200億円） 社会的入院をカットする。
- ・成長率にあわせて医療費を抑制しようという経済財政諮問会議
- ・厚生省のドタバタ劇 保険局医療課（区分1の診療報酬のカット）
総務課 患者の平均入院日数を長野県なみにする
（4兆円カット）

療養病床の削減 25万床のカット
老健局（介護保険13万床を廃止する）

38万ベッドから15万ベッドへ（23万カット）

4、リハビリ

- ・後期高齢者特定入院基本料 入院期間が90日をすぎると、診療報酬が包括化（全て込みのパック料金化）される。
- ・リハビリ成果主義 自宅などへの退院率が6割未満のリハビリ病棟は、入院1日あたり一律に診療報酬が5%に削減される
- ・障害者病棟への制限 脳卒中患者の受け入れを大幅に制限する
- ・リハビリの制限 呼吸器リハビリ 90日
運動器リハビリ 150日
脳血管患者 180日

3区分は医療の必要度でわけたもので最も低い医療区分1は「退院し、自宅や介護施設で生活できる」と見なされる。

厚生労働省は療養病床の患者の4割近くが区分1とのこと。

しかし実態は

- ・脳梗塞の後遺症で口から食べられなくなり、鼻に通したチューブで栄養をとる人、痰を1日に何度も吸引してもらう人など常時ケアが必要な人も多い。
- ・老人保健施設への転換を促しているが、特別養護老人ホームの待機者は全国で38万人。
- ・有料老人ホームの多くは入居時に数百万～数千万が必要。
- ・受け皿が不十分だと行き先を失う患者が最大26万人にもなりそう。

区分毎の入院基本料	区分3	17,090円
	区分2	11,980～13,200円
	区分1	7,500～8,850円

長期入院患者の行方
 こうなる入院患者

病床区分	病床数	長期入院患者の行方
一般病床 (一般病棟入院基本料)	約 90 万床	90 日を越えて入院している脳卒中後遺症や認知症の後期高齢者(75 歳以上、特定患者)は採算割れを理由に転院を迫られる
特殊疾患病棟 (特殊疾患病棟入院料)	約 2 万床	脳卒中後遺症患者や認知症患者の新規受け入れは困難に。医療療養病床に転換する場合、現在の入院患者は 2010 年 3 月までは引き続き入院可能
障害者施設 (障害者施設等入院基本料)	約 5.5 万床	脳卒中後遺症患者や認知症患者の新規受け入れは困難に。医療療養病床に転換することで、現在の入院患者は 2010 年 3 月までは引き続き入院可能
医療療養病床 (療養病棟入院基本料)	約 25 万床	採算が合わない患者(医療区分 1 に該当する約 7.5 万人)の多くは老人保健施設や自宅などへ転退院を迫られる可能性あり。医療区分 1 の患者は新規受け入れも困難
回復期 リハビリテーション病棟	約 2 万床	脳卒中患者のリハビリは最長 180 日。08 年 4 月から診療報酬に「成果主義」を導入。退院しやすい患者の奪い合いのおそれも。
介護療養病床	約 12 万床	2011 年度末で廃止。介護療養型老人保健施設へ転換を促すが、採算への不安などから転換は事実上困難
介護療養型老人保健施設	08 年 5 月から 届け出可	介護療養病床転換の受け皿として設けられた。全入所者のうち、経管栄養もしくは喀痰吸引を実施している者の割合が 15%以上または認知症高齢者でランク M(中度)に該当する者の割合が 20%以上であることなどが要件

医療区分 1 患者(約 7.5 万人)の入院は完全な赤字状態
 医療療養病床の診療報酬と採算

