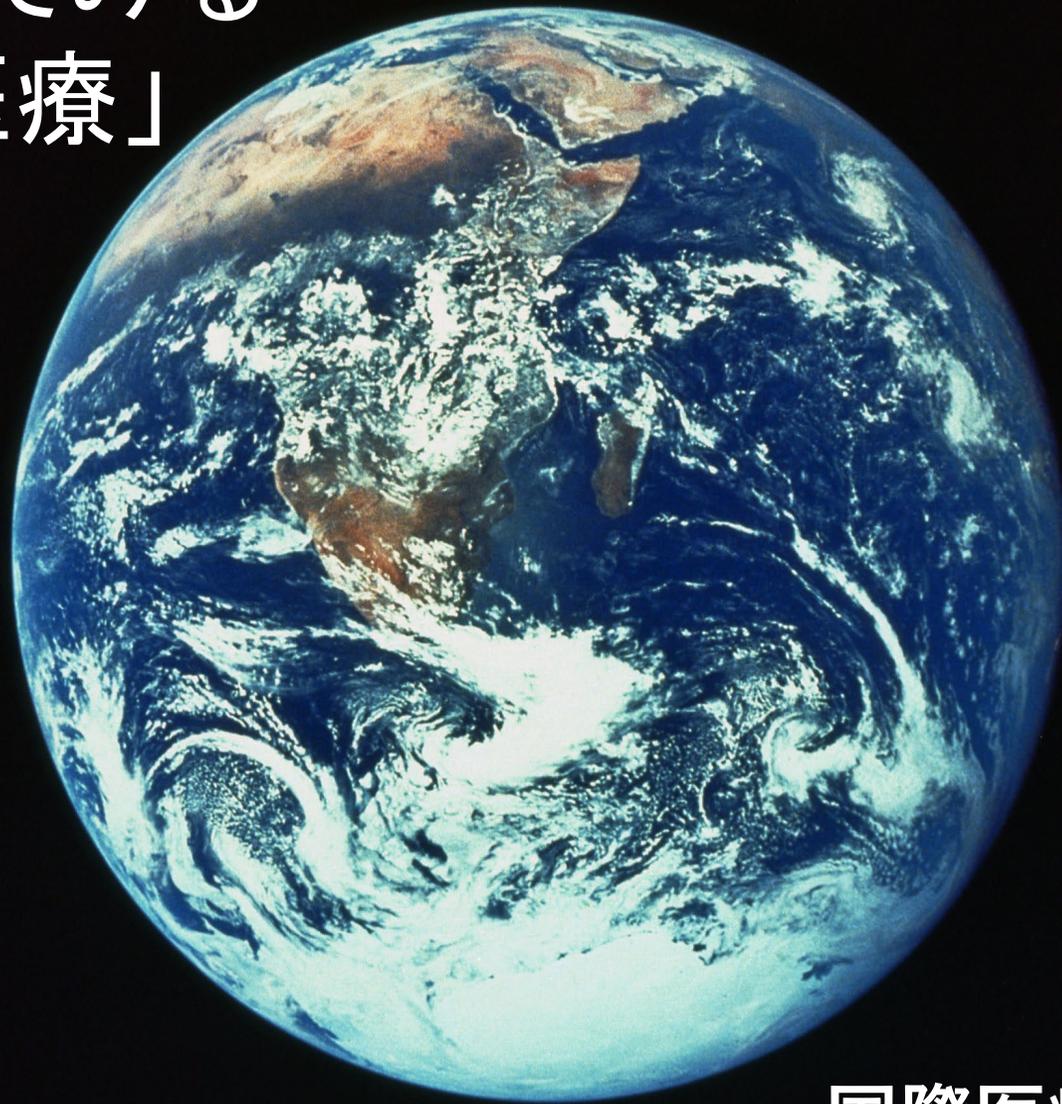


「鳥の目でみる
地域医療」

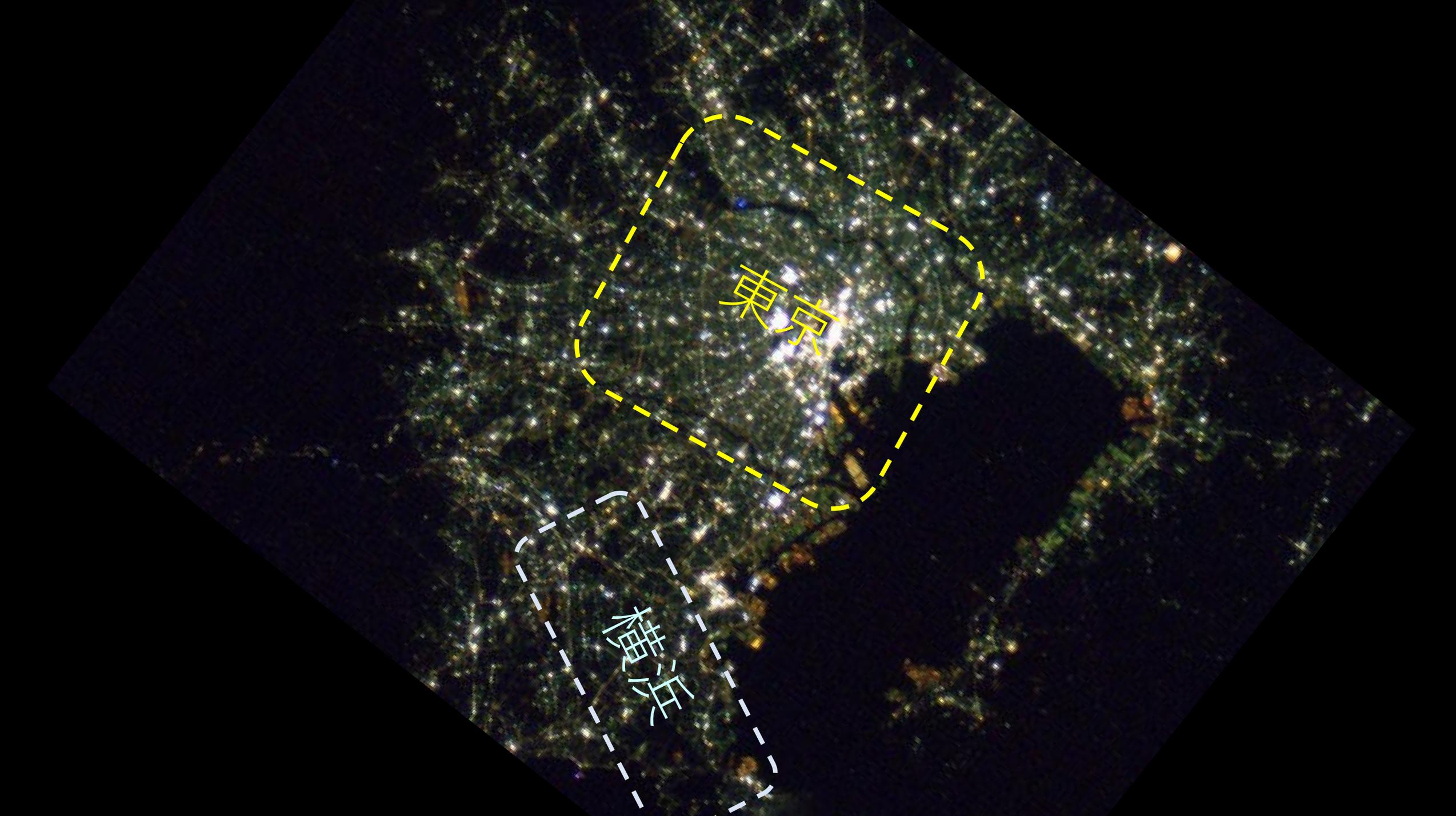


国際医療福祉大学
高橋泰

● 鳥の目 ÷ マクロの目

● 虫の目 ÷ ミクロの目

鳥（マクロ）の目から虫（ミクロ）の目へ

An aerial night photograph of the Tokyo-Yokohama region, tilted at an angle. The city lights are visible against a dark background. A yellow dashed line outlines the central Tokyo area, and a white dashed line outlines the Yokohama area. The Japanese characters '東京' (Tokyo) and '横浜' (Yokohama) are overlaid on the image in their respective colors.

東京

横浜



地図

航空写真

地図+写真



東京



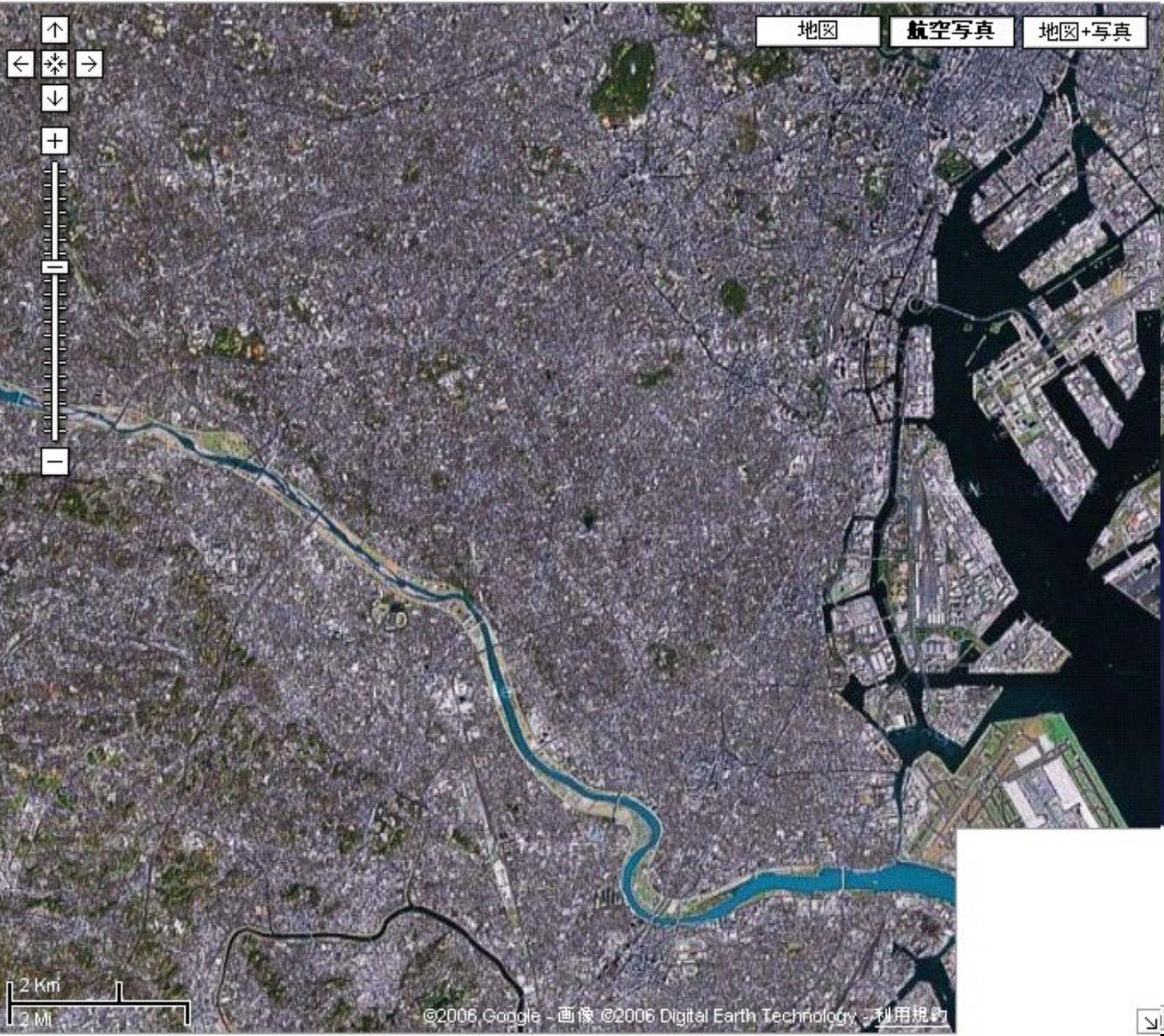


地图

航空写真

地图+写真





地図

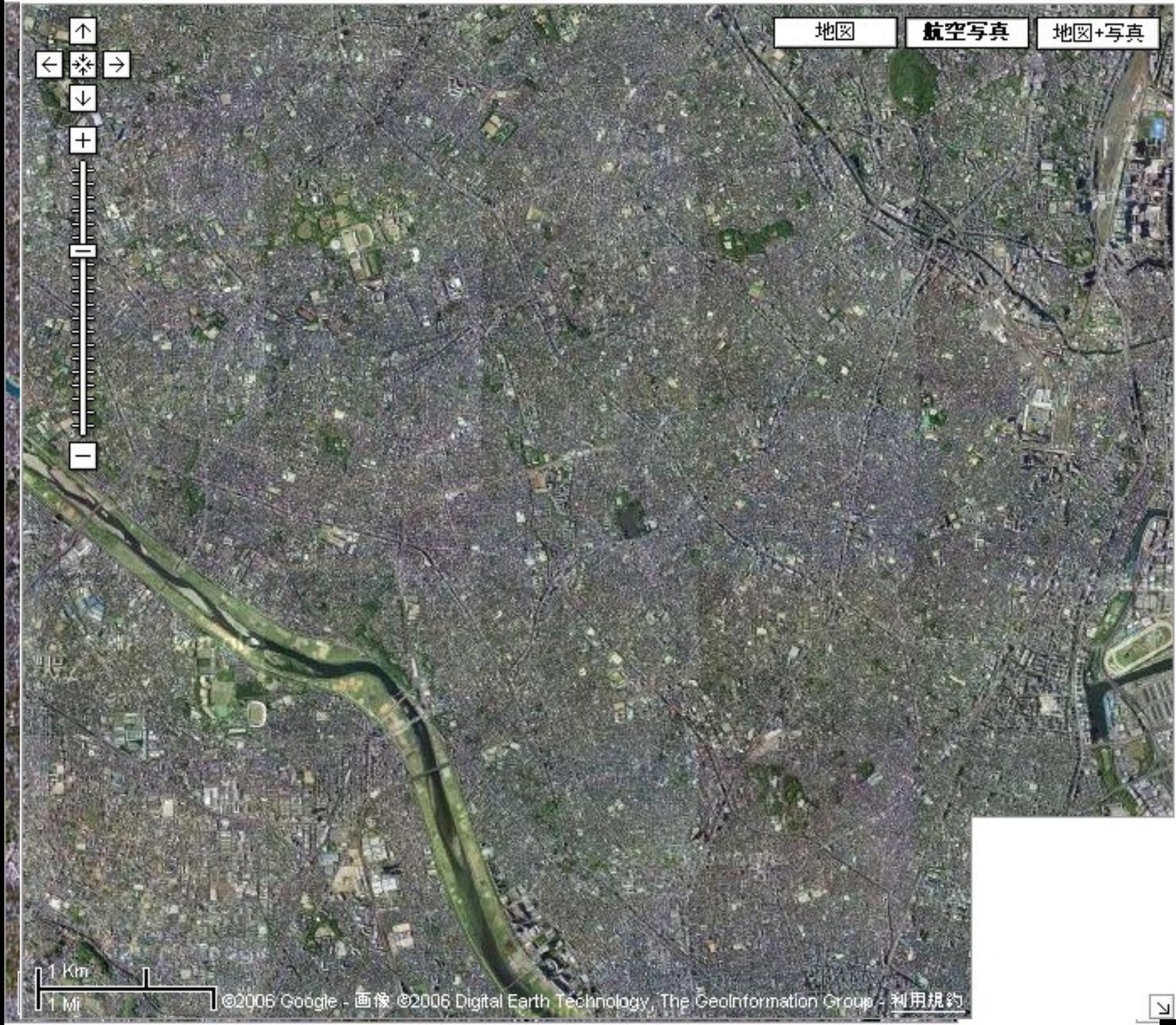
航空写真

地図+写真



©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology - 利用規約





地図

航空写真

地図+写真



©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約

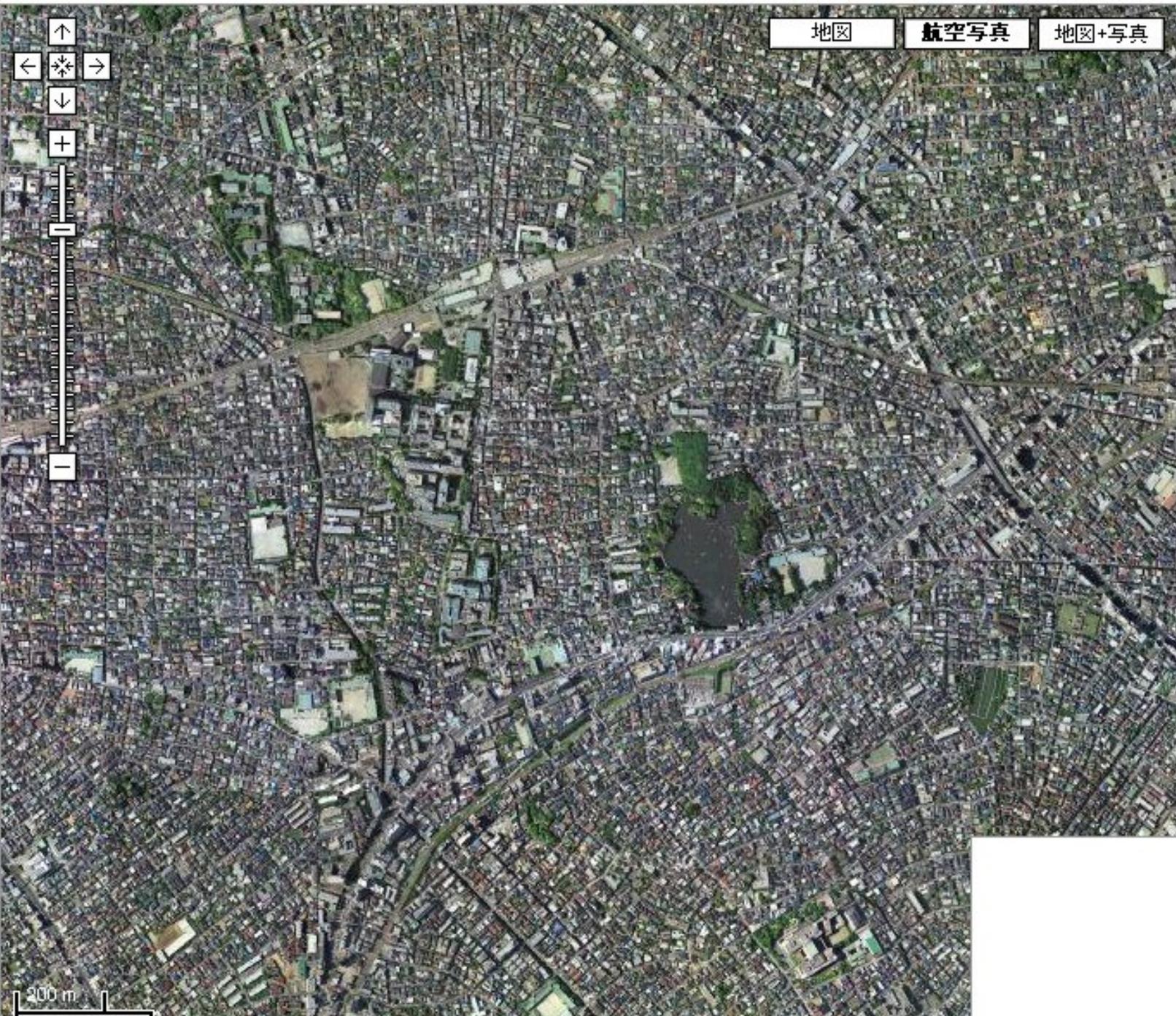




地図

航空写真

地図+写真





地図

航空写真

地図+写真



©2006 Google 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約

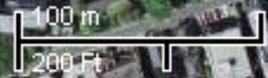




地図

航空写真

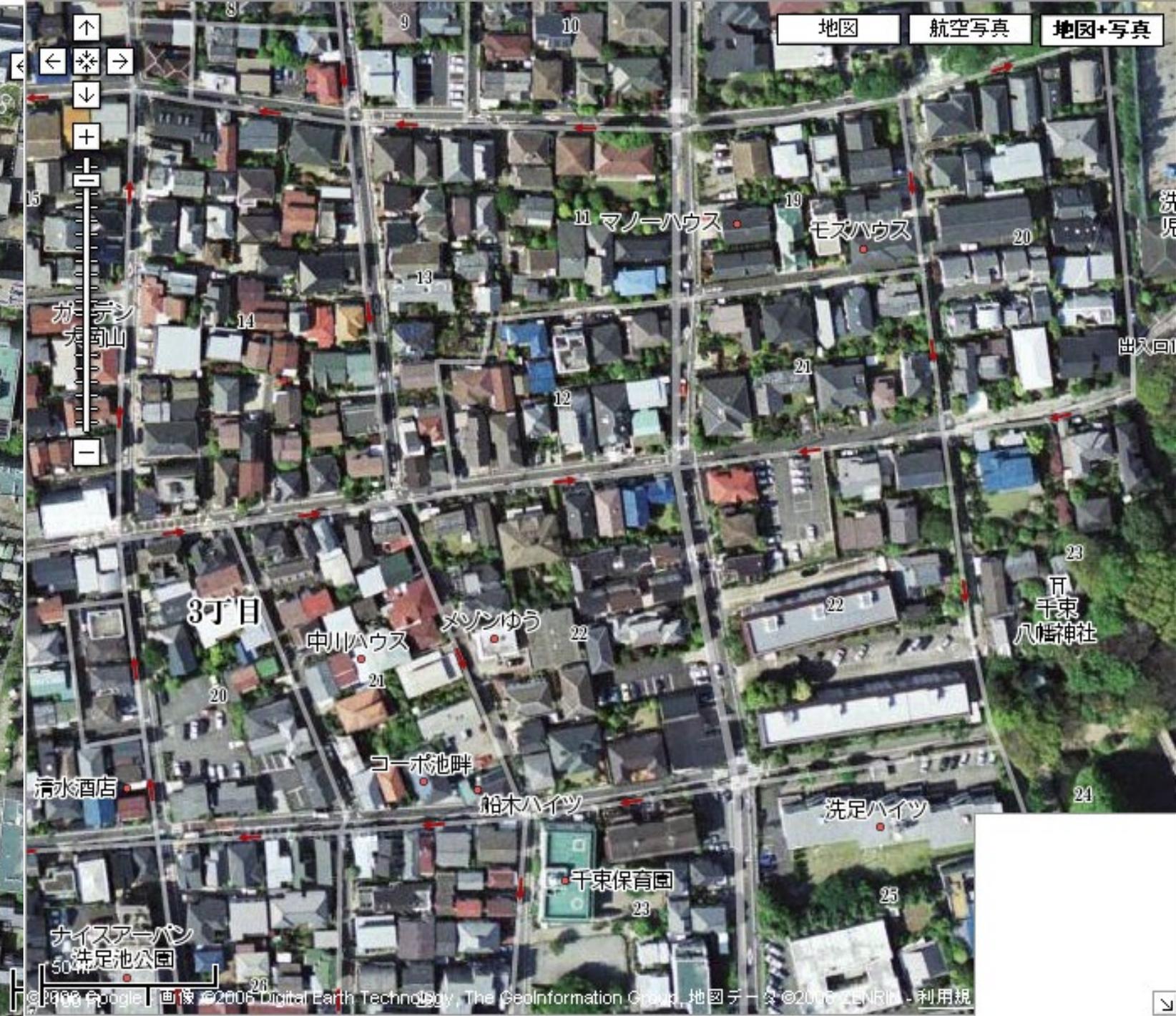
地図+写真



地図

航空写真

地図+写真



ガーデン
東山

11 マノーハウス

モズハウス

3丁目

中川ハウス

メゾンゆう

千束
八幡神社

清水酒店

コーポ池畔

船木ハイツ

洗足ハイツ

ナイスアーバン
洗足池公園

千束保育園

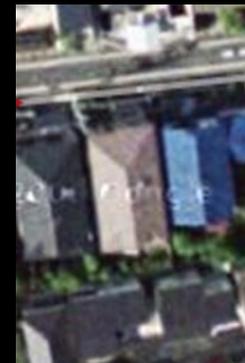




大田区の
高橋さんの家



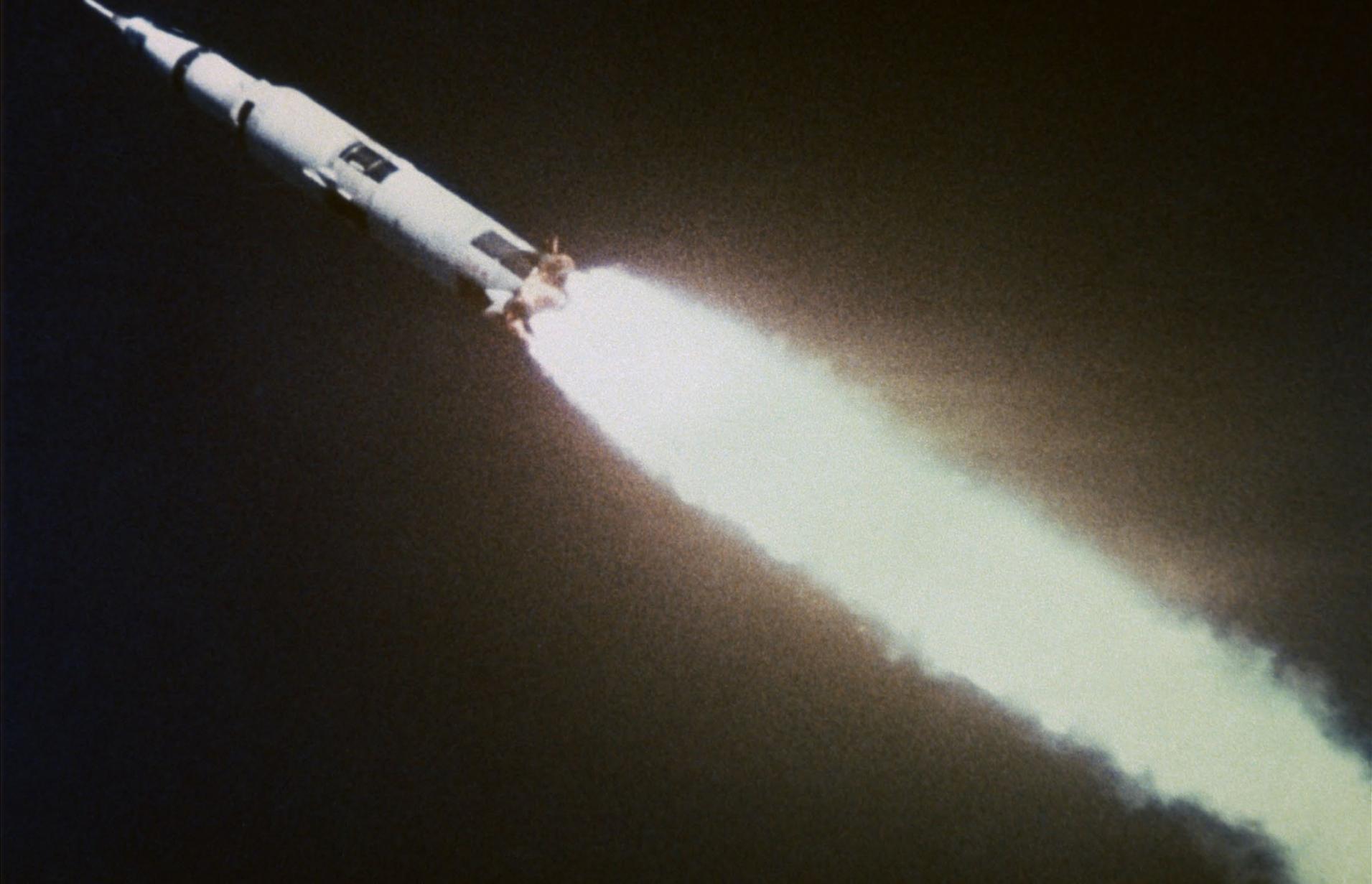
高橋さんの家は、
東京の南の方に
位置するんだ



医療の基本は、虫（ミクロ）の目



虫（ミクロ）の目から鳥（マクロ）の目へ





地図 航空写真 地図+写真



20 m





20 m



中川ハウス
21

メゾンゆう
22

13

12

21

22

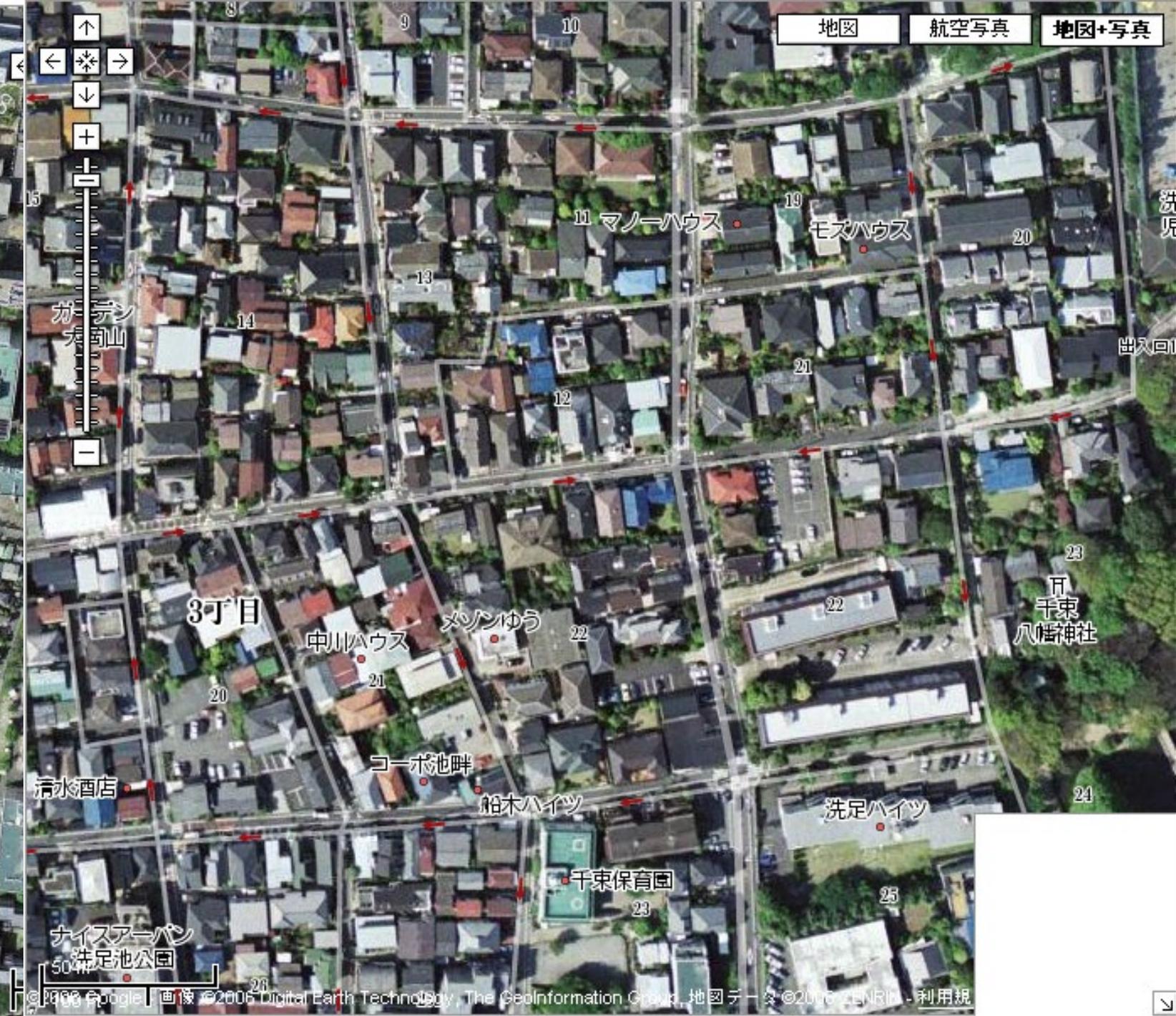
22



地図

航空写真

地図+写真



ガーデン
東山

11 マノーハウス

モズハウス

3丁目

中川ハウス

メゾンゆう

千束
八幡神社

清水酒店

コーポ池畔

船木ハイツ

洗足ハイツ

ナイスアーバン
洗足池公園

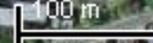
千束保育園



地図

航空写真

地図+写真



100 m
200 Ft

©2006 Google 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group 利用規約





地図

航空写真

地図+写真



©2006 Google 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約

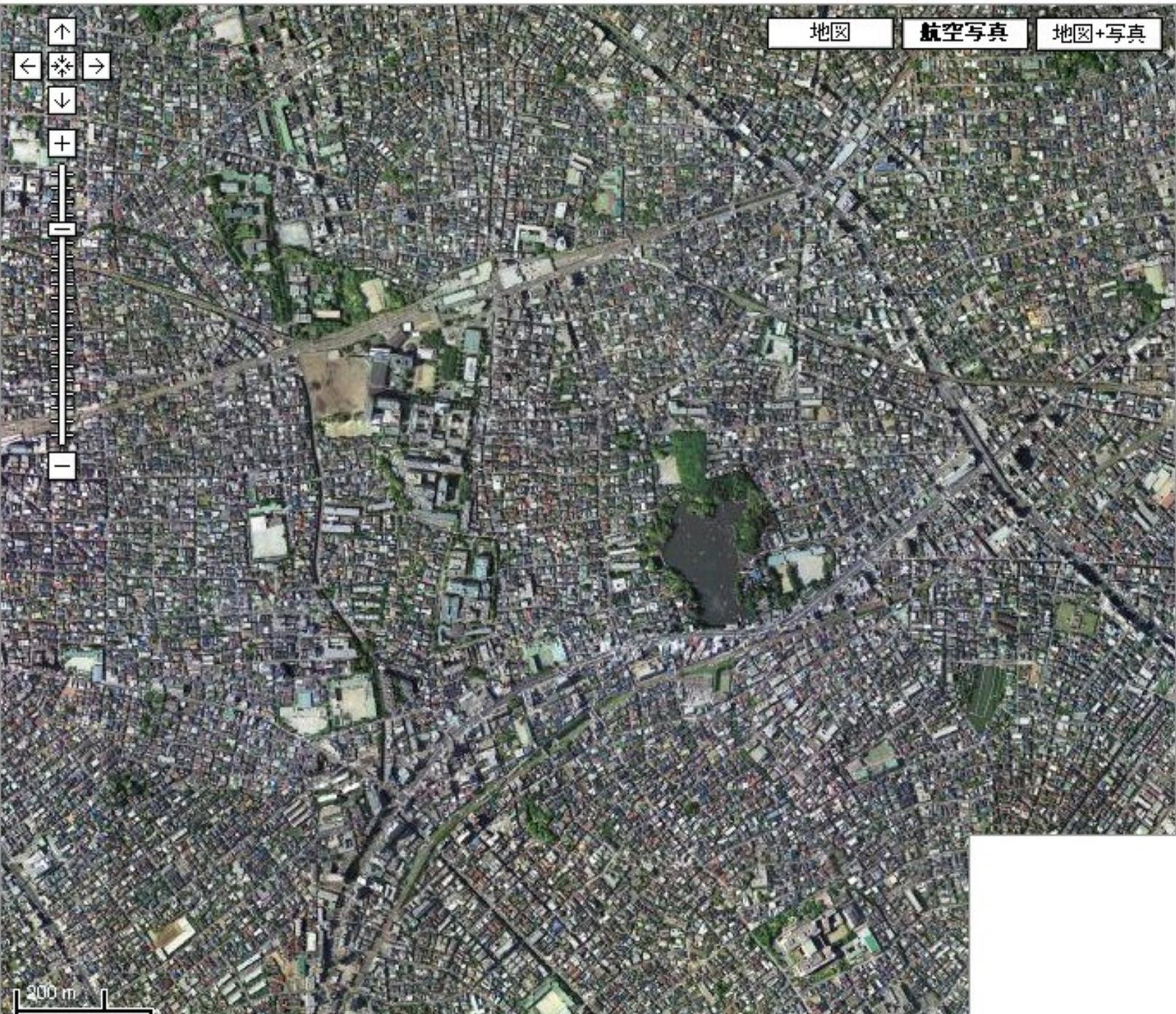


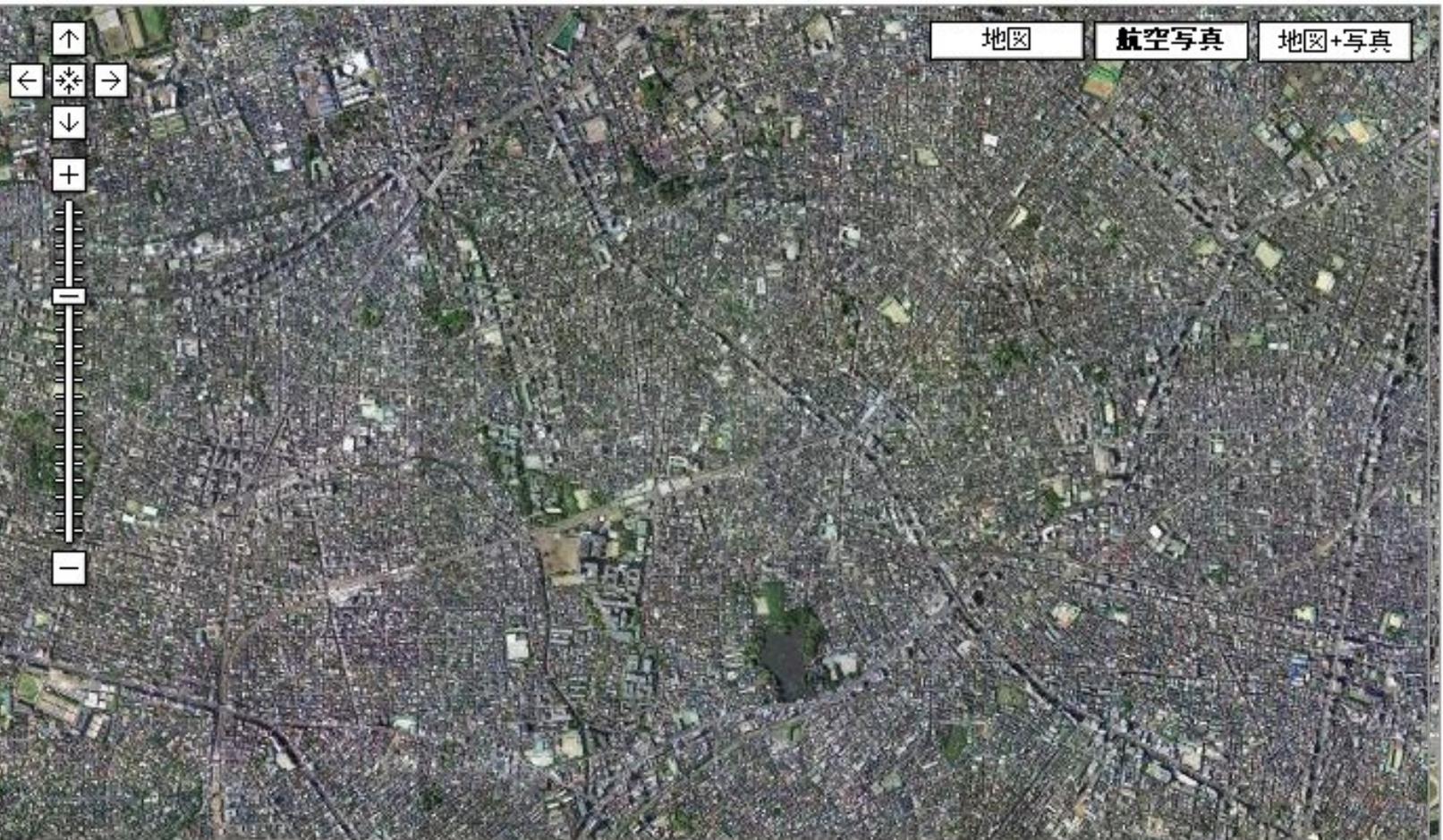


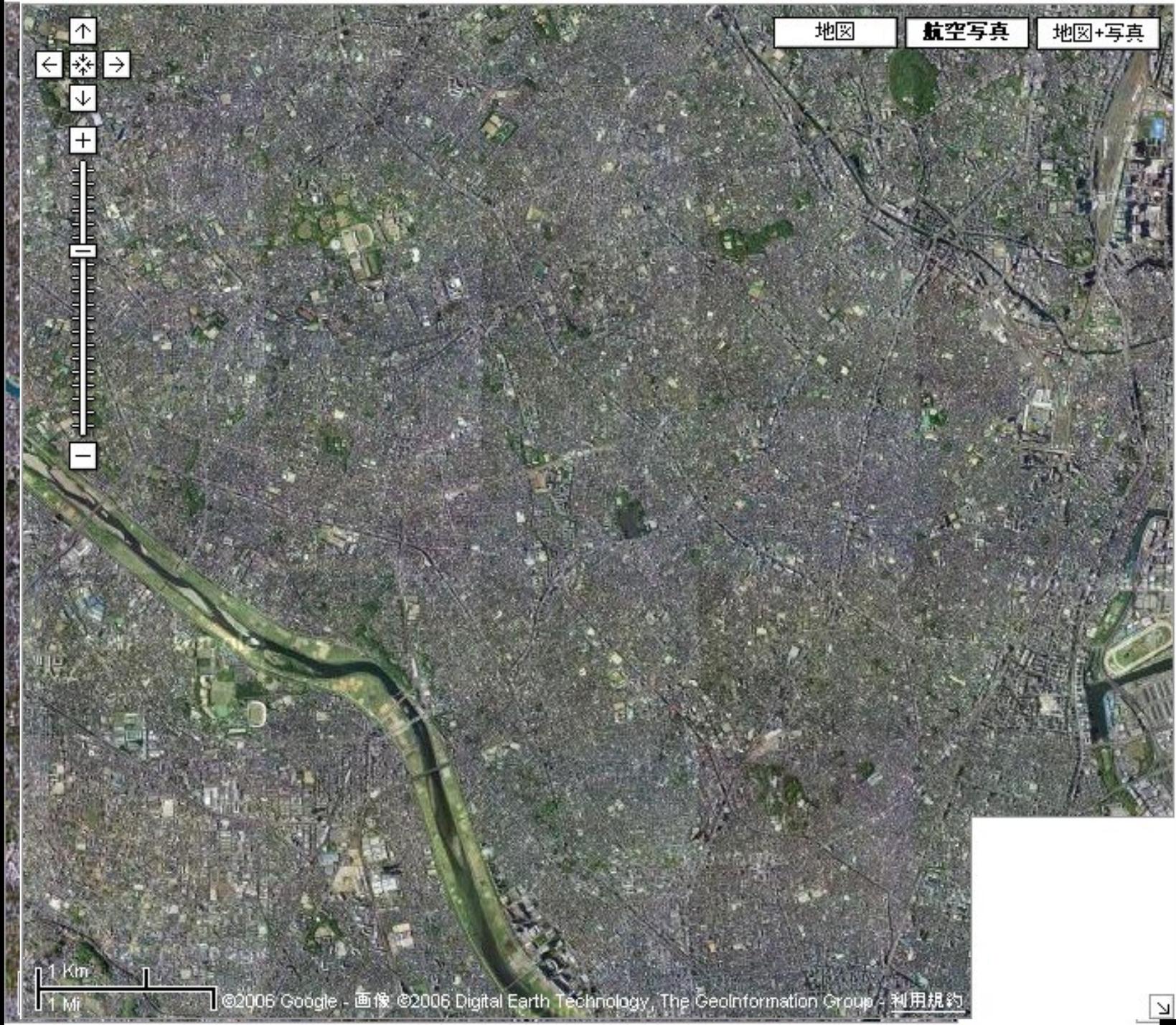
地図

航空写真

地図+写真







地図

航空写真

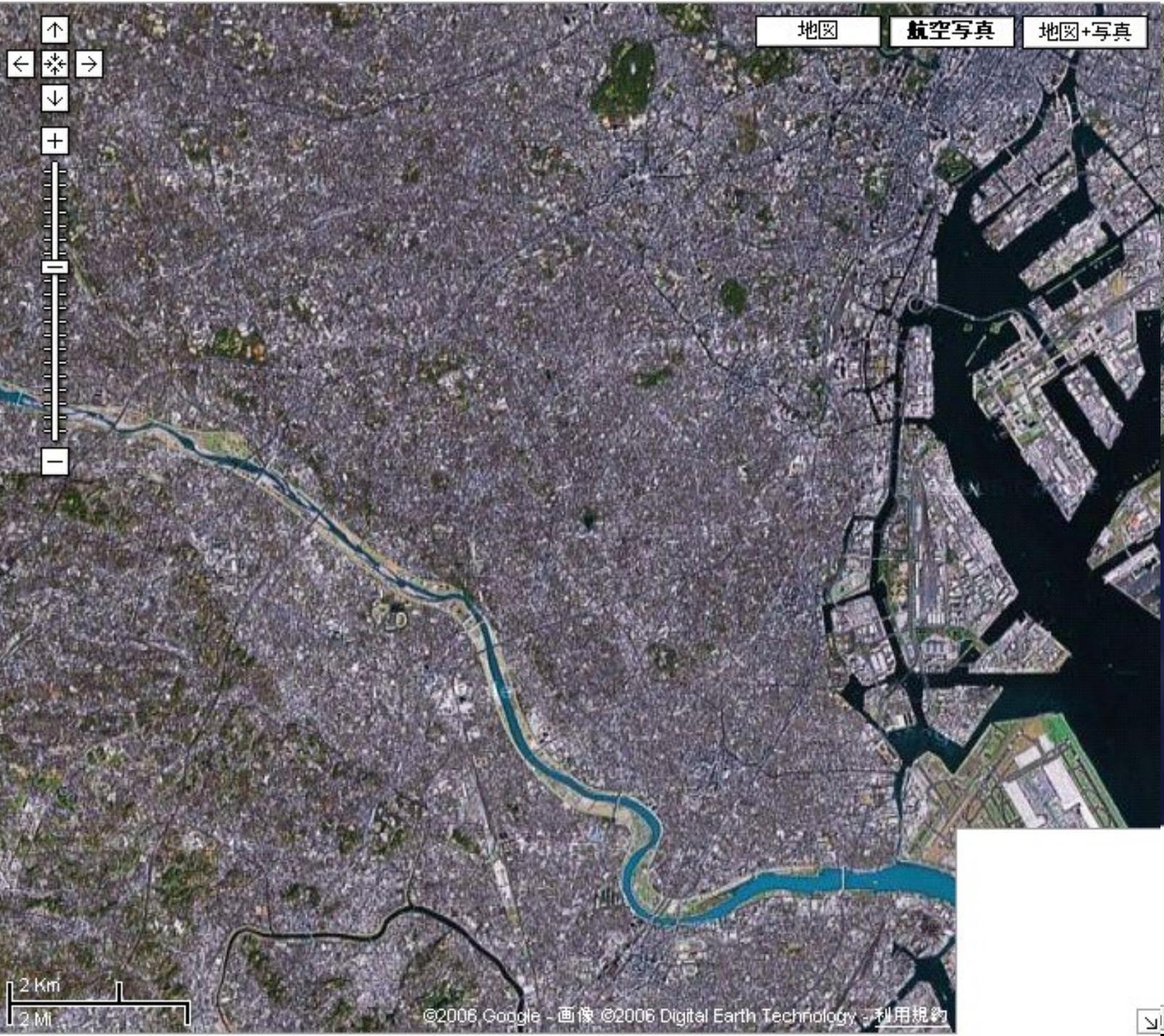
地図+写真



1 Km
1 Mi

©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約





地図

航空写真

地図+写真



©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology - 利用規約



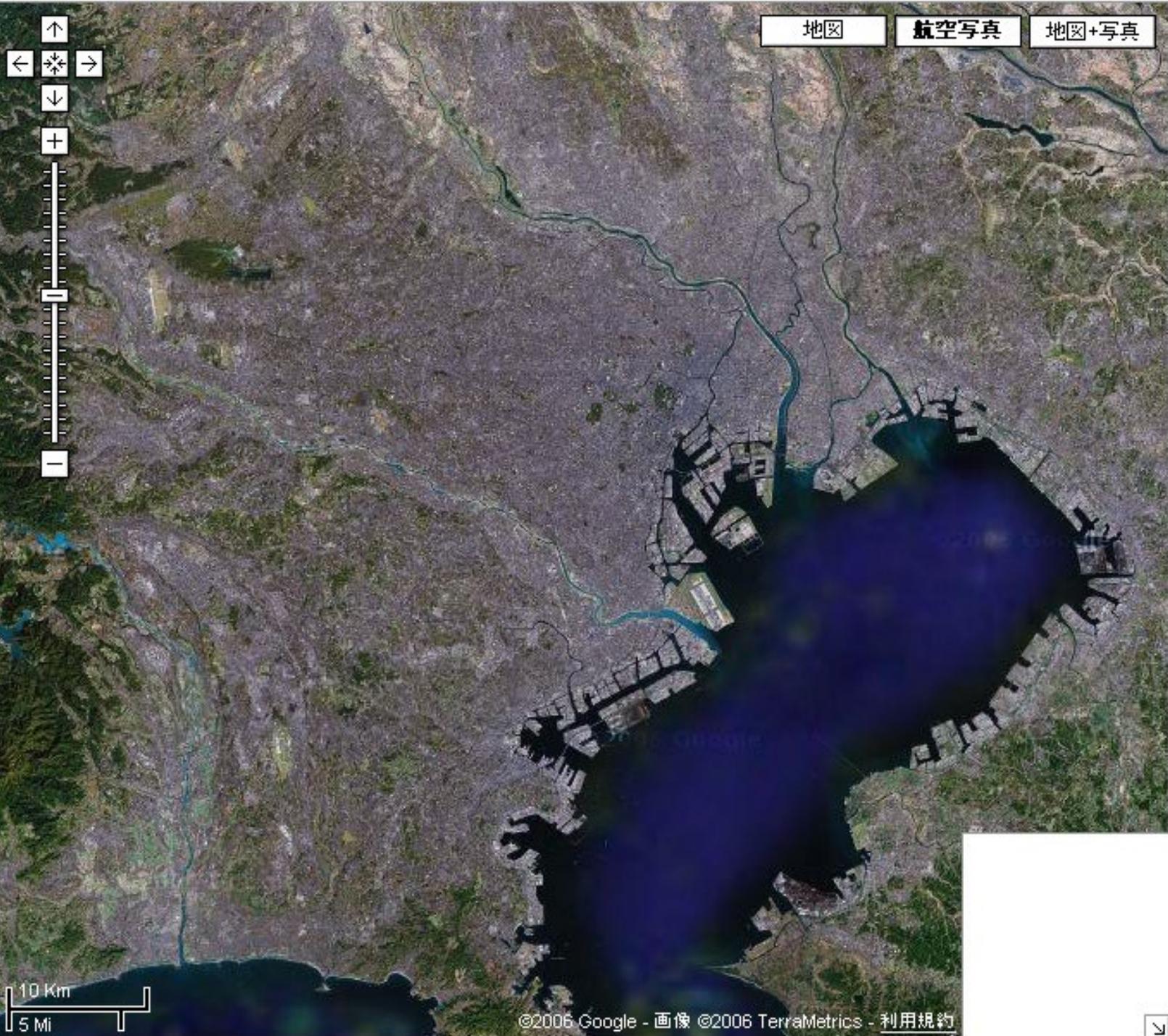


地图

航空写真

地图+写真



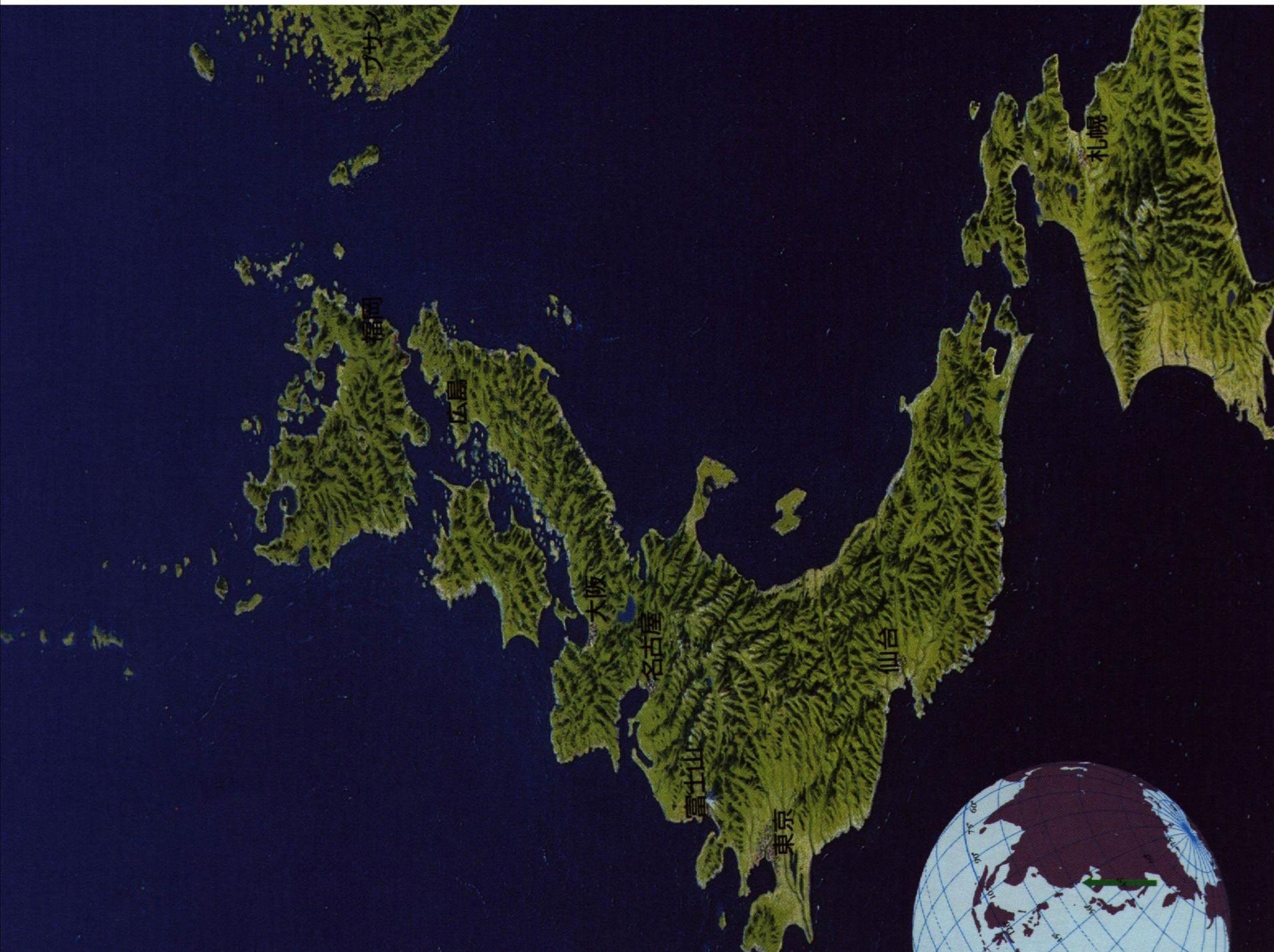


地图

航空写真

地图+写真





鳥の目を持つことにより、

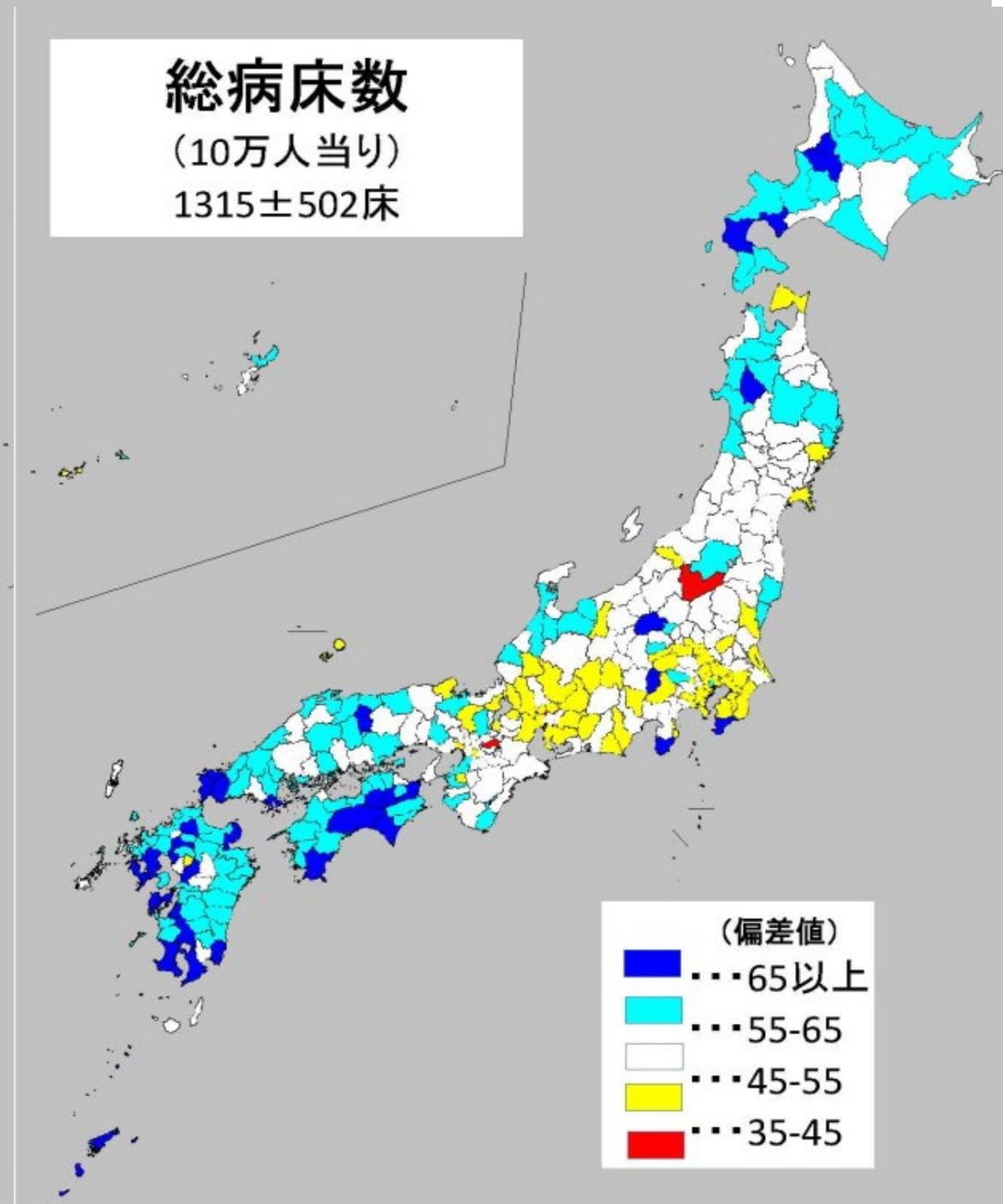
- ➔ • **広い視野**による大局的な発想が可能に
- **時の流れ**を踏まえた持続継続性が高い発想が可能に

空間を越えることを可能に

- **他地域と比較**することにより、
自分の地域の現在の特性を知ることができる

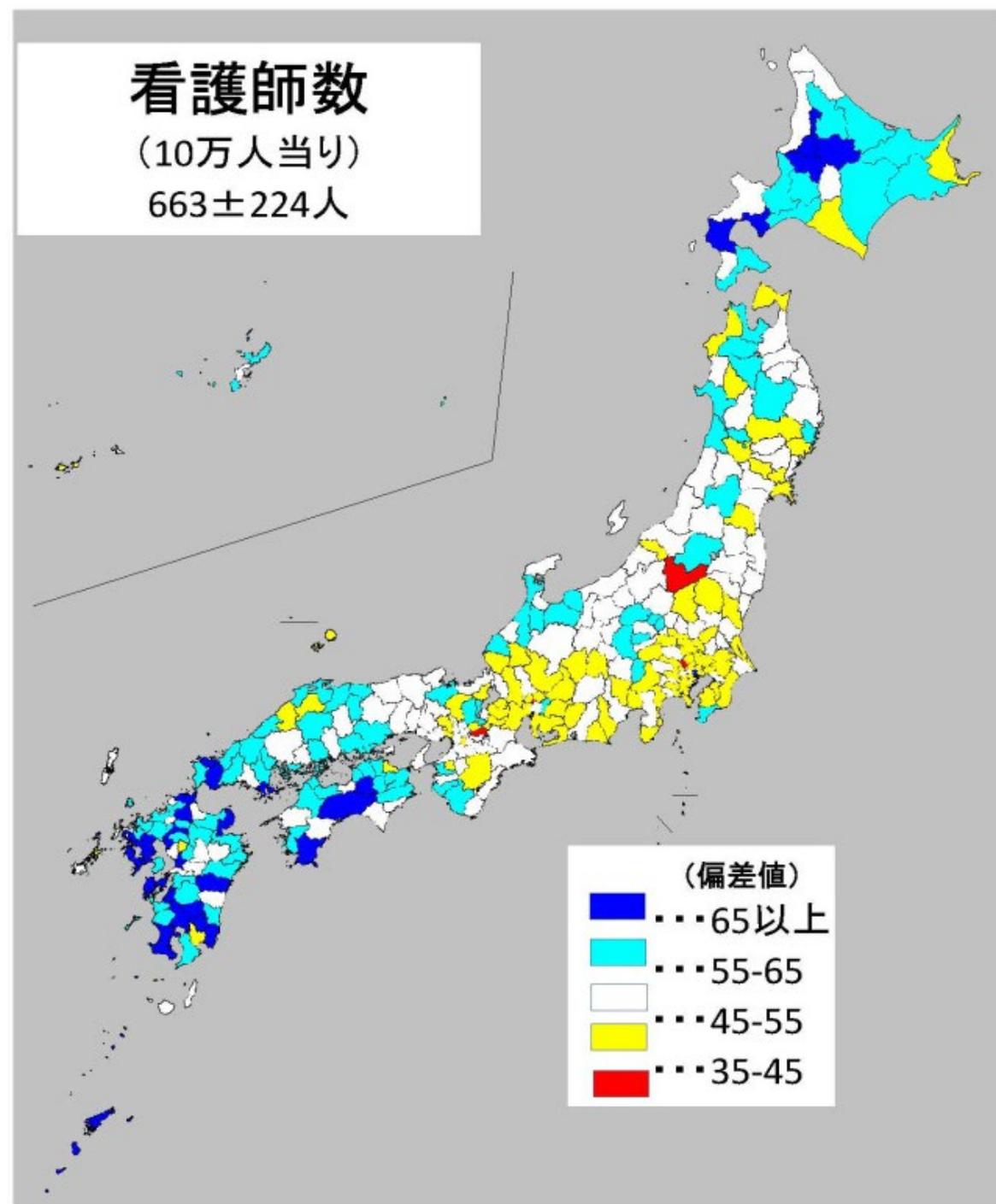
(1) 総病床数

- 総病床数は、**関東・甲信越・東海**が少なく、**北海道・北部東北・北陸・中国・四国・九州**に多く、大きな地域差が見られる。



(2) 病院 看護師数

- 病院看護師数は、
関東・甲信越・
東海が少なく、
北海道・北陸・
中国・四国・九州
に多く、大きな地
域差が見られる。



病床(医療資源の西高東低)

高齢者施設における“神の見えざる手”を感じさせる

小さな地域格差と今後の需給バランスの見込み

- ・国際医療福祉大学 高橋泰
- ・ハリウッド大学院大学(国際医療福祉大学大学院博士課程) 卓蓮
- ・株式会社ケアレビュー 加藤良平

(社会保険旬報2018年10月1日号)

表Ⅲ-2:高齢者施設ベッド数(2018年)と医療の医師数・一般病床数(2017年)との地域分布の比較

■ 2018年の高齢者施設の75歳以上高齢者1,000人当たりのベッド数の平均と標準偏差は、全国が83±17床、大都市が82±17床、地方都市が84±19床、過疎地域が85±13床と、大都市、地方都市、過疎地域の間で格差が小さく、また各地域内の標準偏差が極めて小さい。

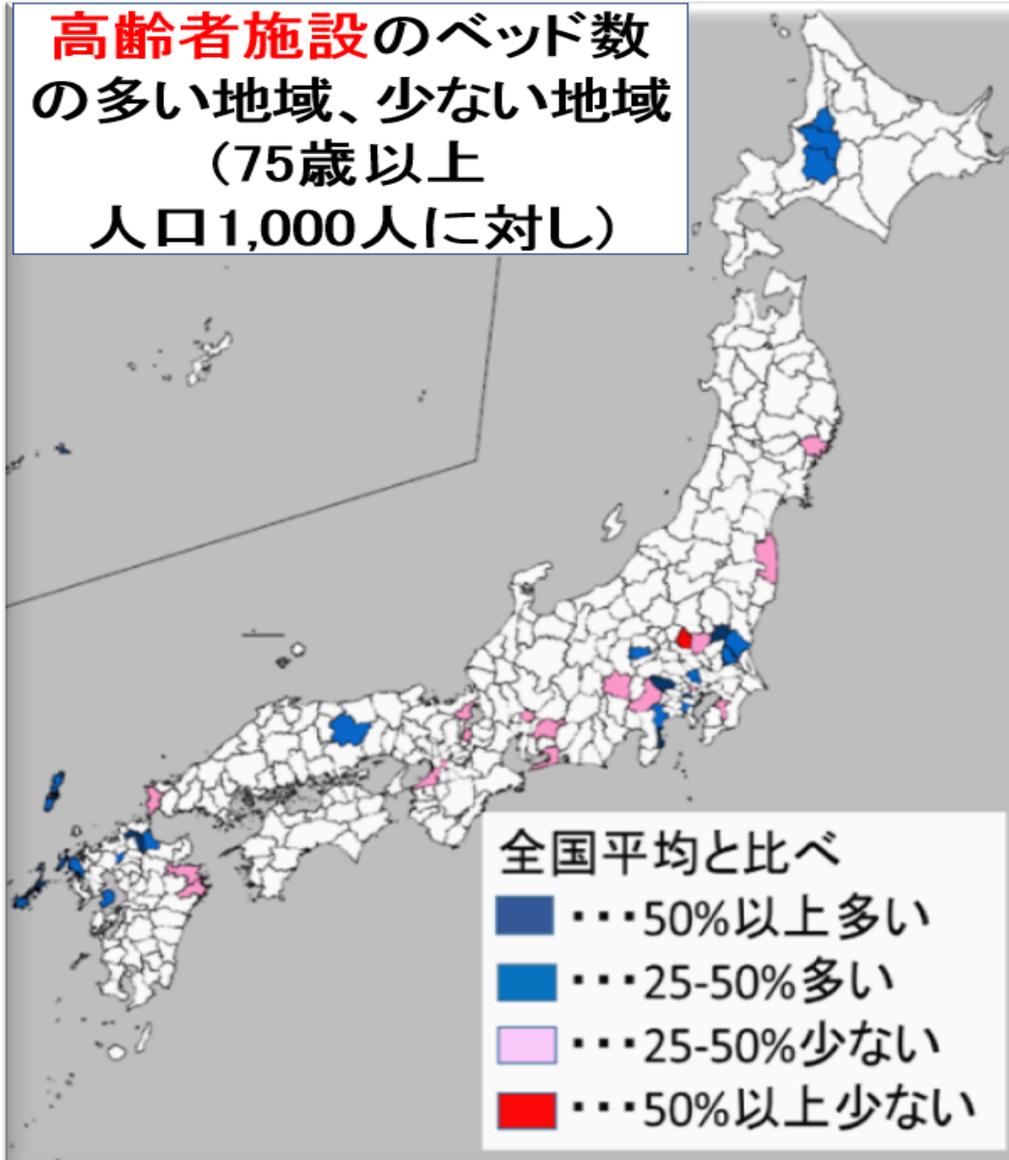
地域区分	高齢者施設ベッド数				総医師数				一般病床数			
	総ベッド数 (床数)	75歳以上 1,000人 当たり (人)	標準偏差	平均との乖離率	総医師数 (床数)	人口 10万人 当たり (人)	標準偏差	平均との乖離率	一般病床数 (床数)	人口 10万人 当たり (人)	標準偏差	平均との乖離率
全国	1,440,674	83	17		345,356	272	89		893,970	703	227	
大都市	565,232	82	17	-1.6%	167,595	296	156	9%	366,906	648	206	-8%
地方都市	694,329	84	19	0.8%	153,366	261	76	-4%	435,954	741	208	5%
過疎地域	181,114	85	13	1.9%	24,395	211	41	-23%	91,110	786	240	12%

■青系統で示された地域はベッド数が多く、

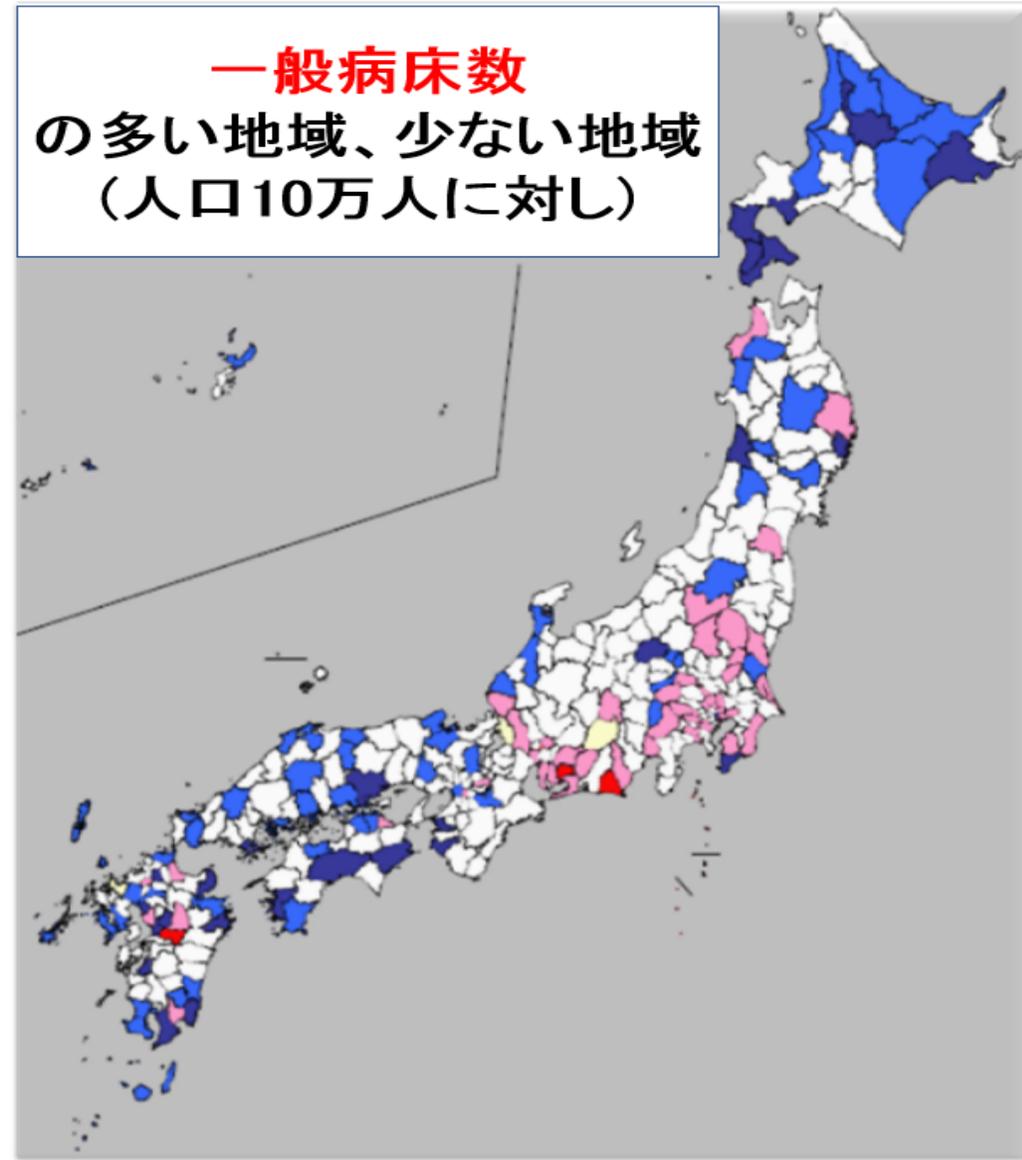
赤系統は少ない。

一般病床数レベルのばらつきが大きいことは明らかである。

高齢者施設のベッド数の多い地域、少ない地域
(75歳以上人口1,000人に対し)



一般病床数の多い地域、少ない地域
(人口10万人に対し)



図Ⅲ-7：高齢者施設のベッド数，一般病床数の多い地域，少ない地域

鳥の目で見えた介護施設ベッドの分布

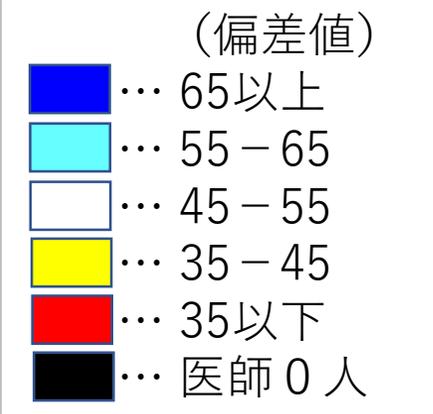
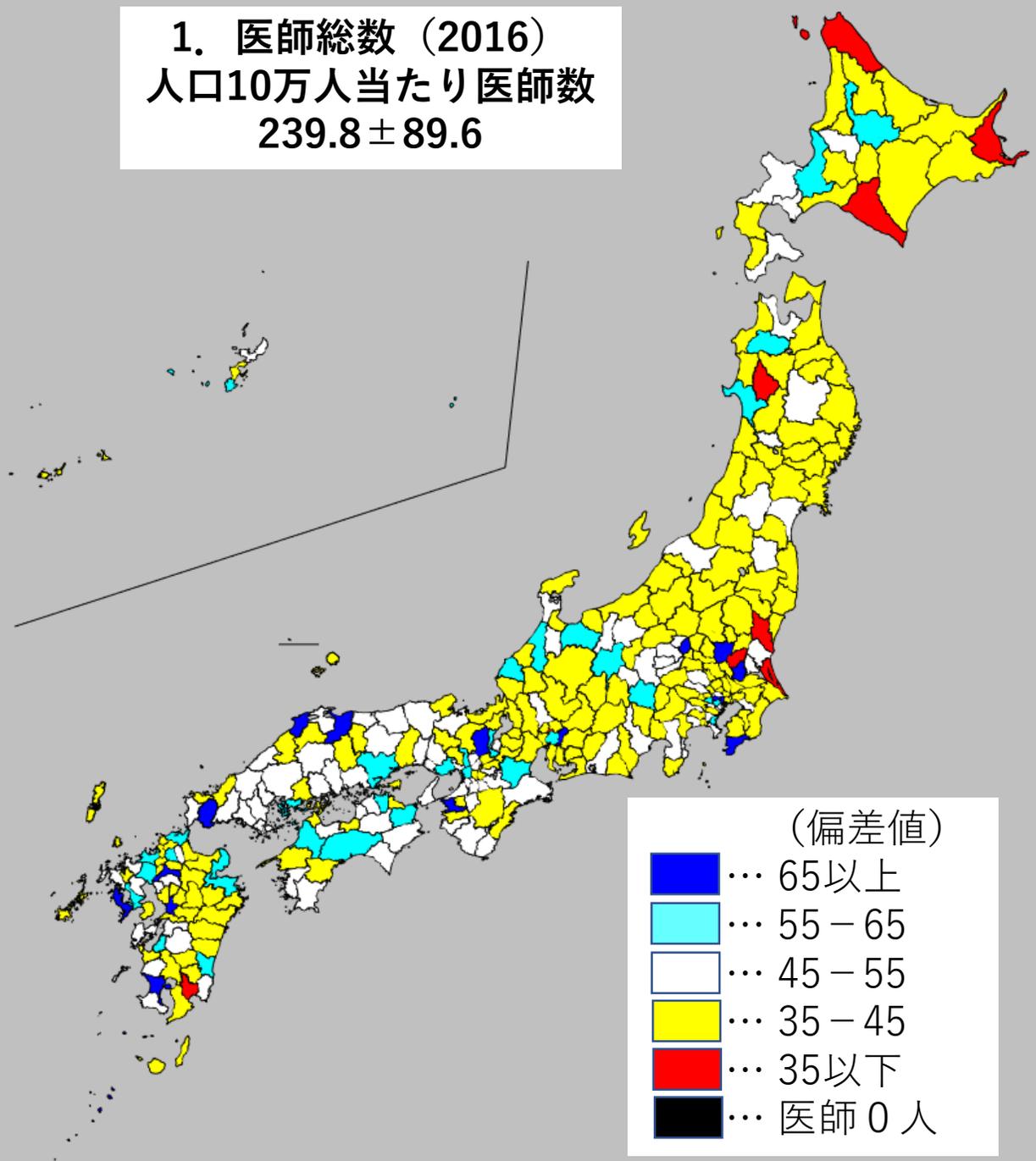
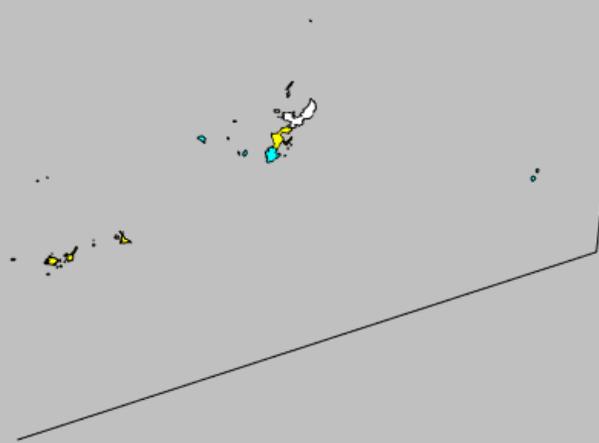
- 全国一律

鳥の目で見えた一般病床分布

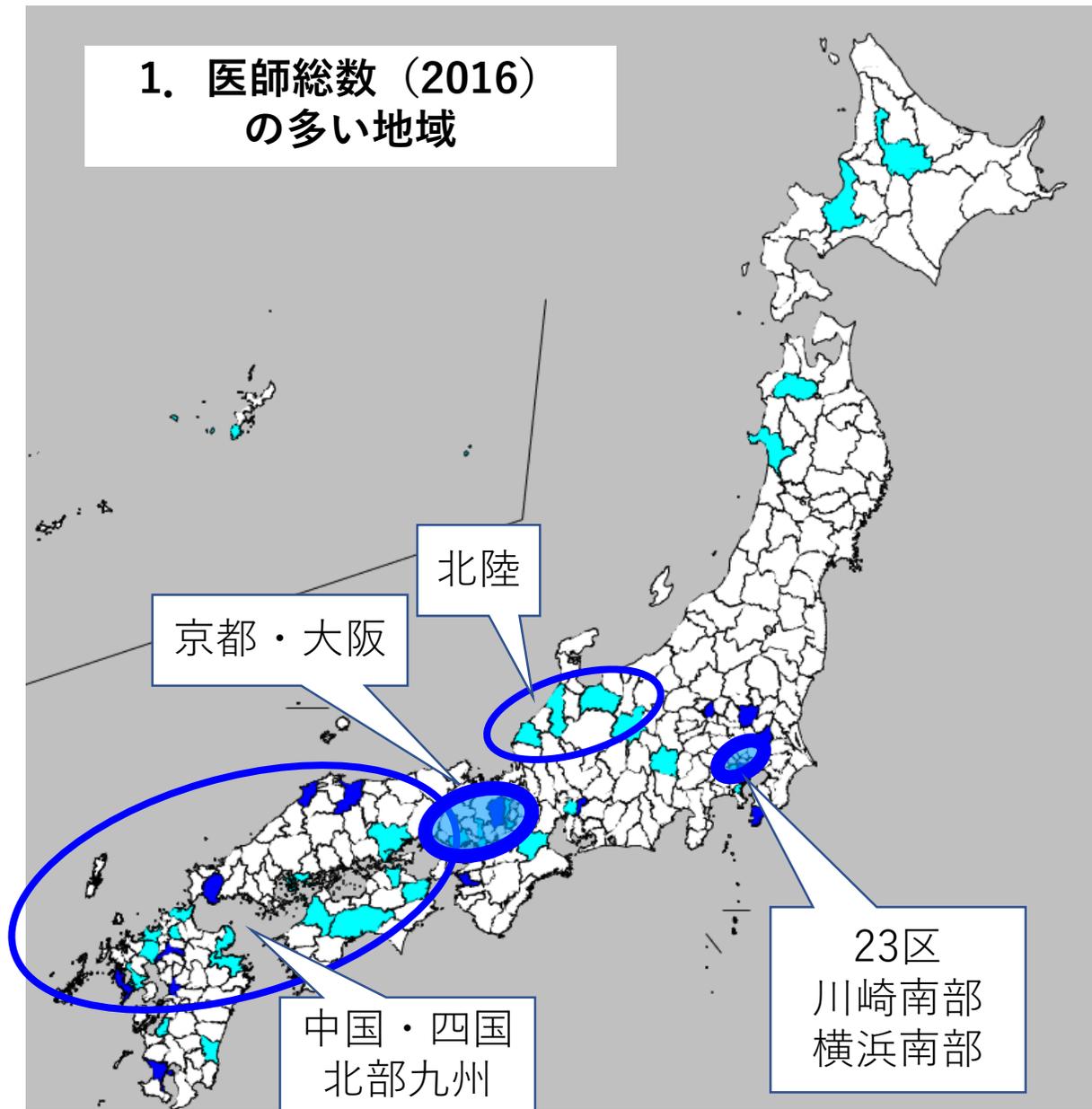
- 多い地域
北海道、北部東北、北陸、京都以西の関西、中国、四国、九州
- 少ない地域
琵琶湖から白河の関の東海、関東地域

医師の偏在

1. 医師総数 (2016)
人口10万人当たり医師数
239.8 ± 89.6



1. 医師総数（2016） の多い地域



1. 医師総数（2016） の少ない地域

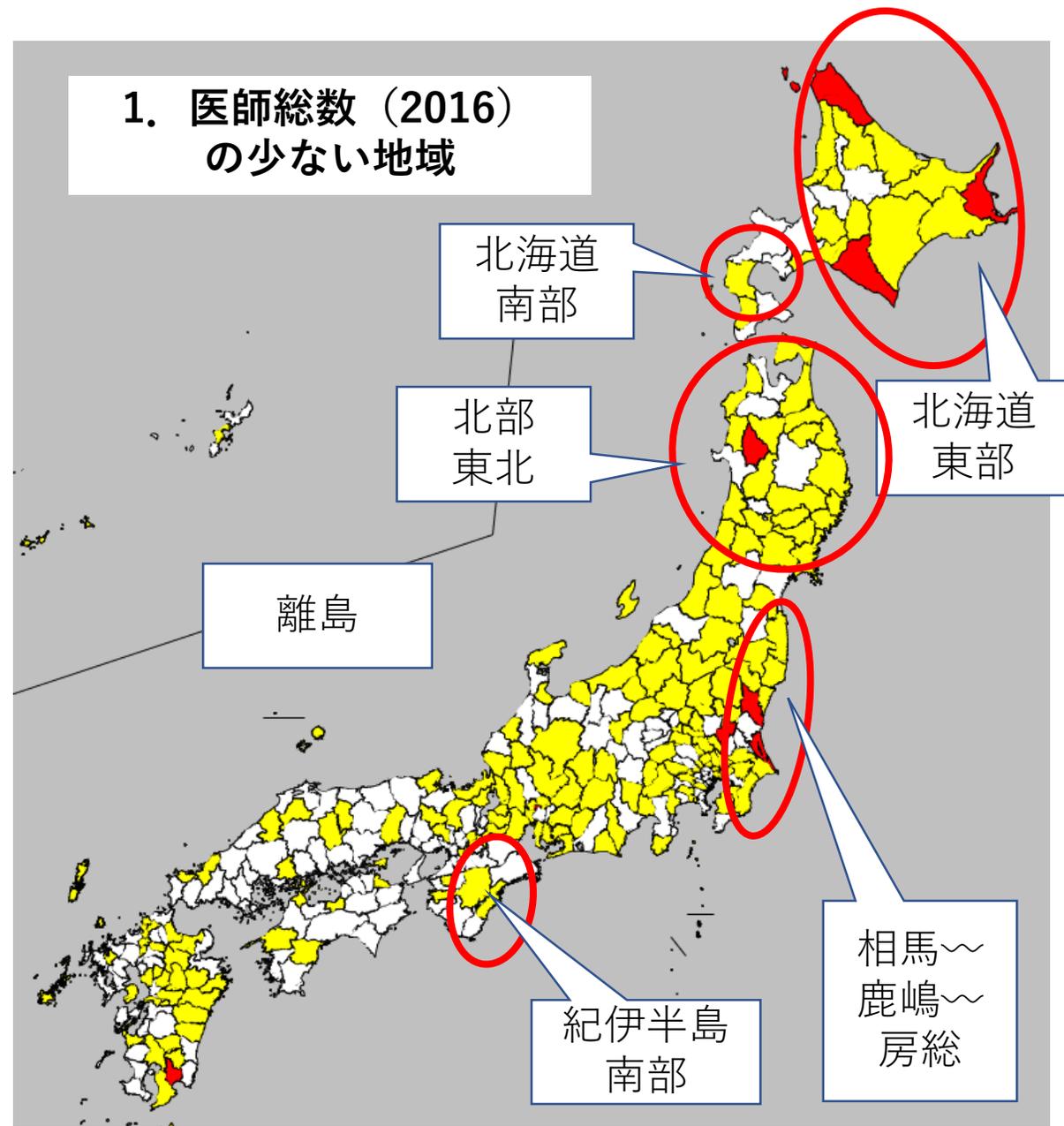


図1

大都市：2016年
人口当り臨床医数 (262 ± 151)人
偏差値表示

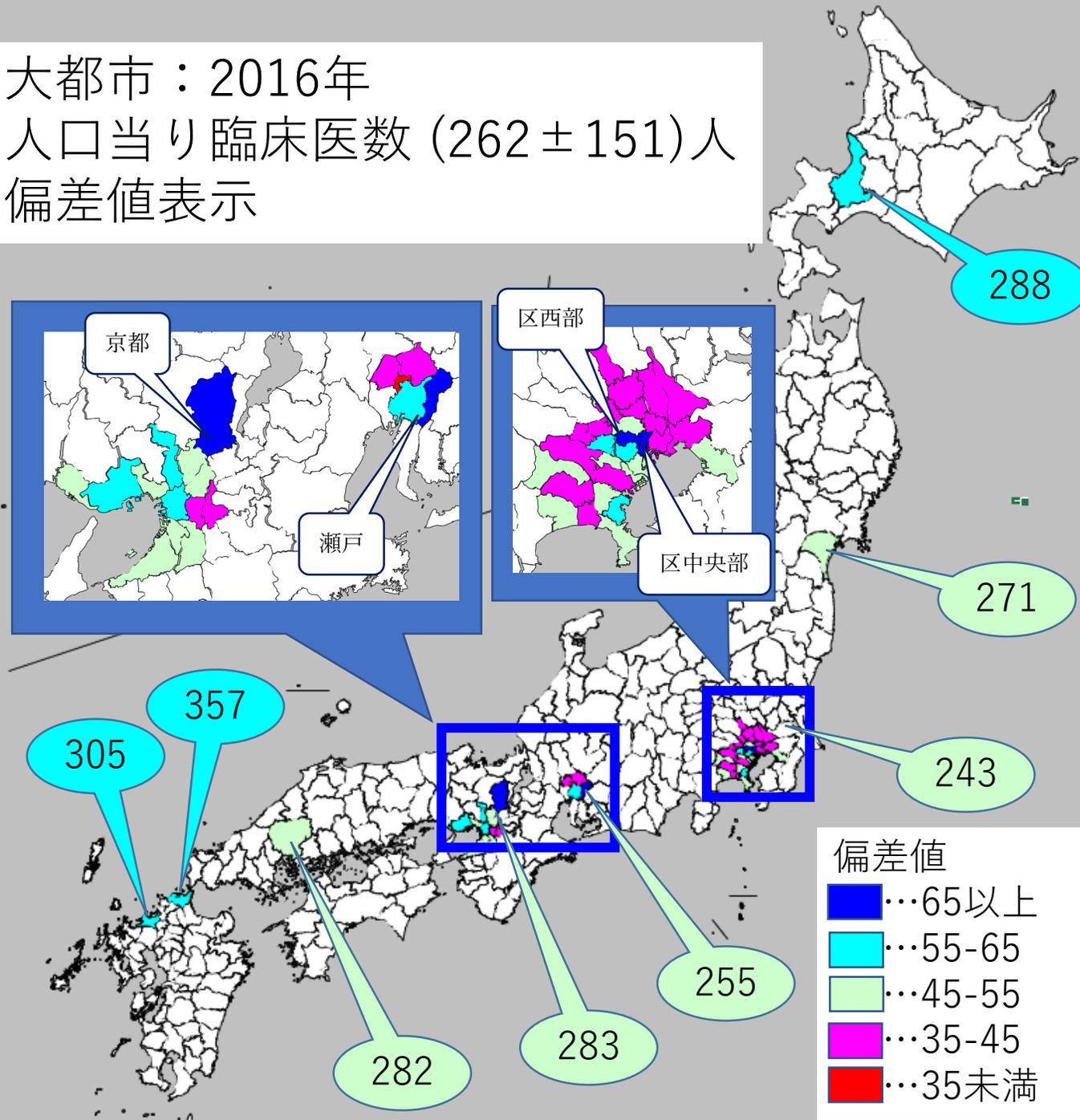


図 4

地方都市：2016年
人口当り臨床医数 (232 ± 80)人
偏差値表示

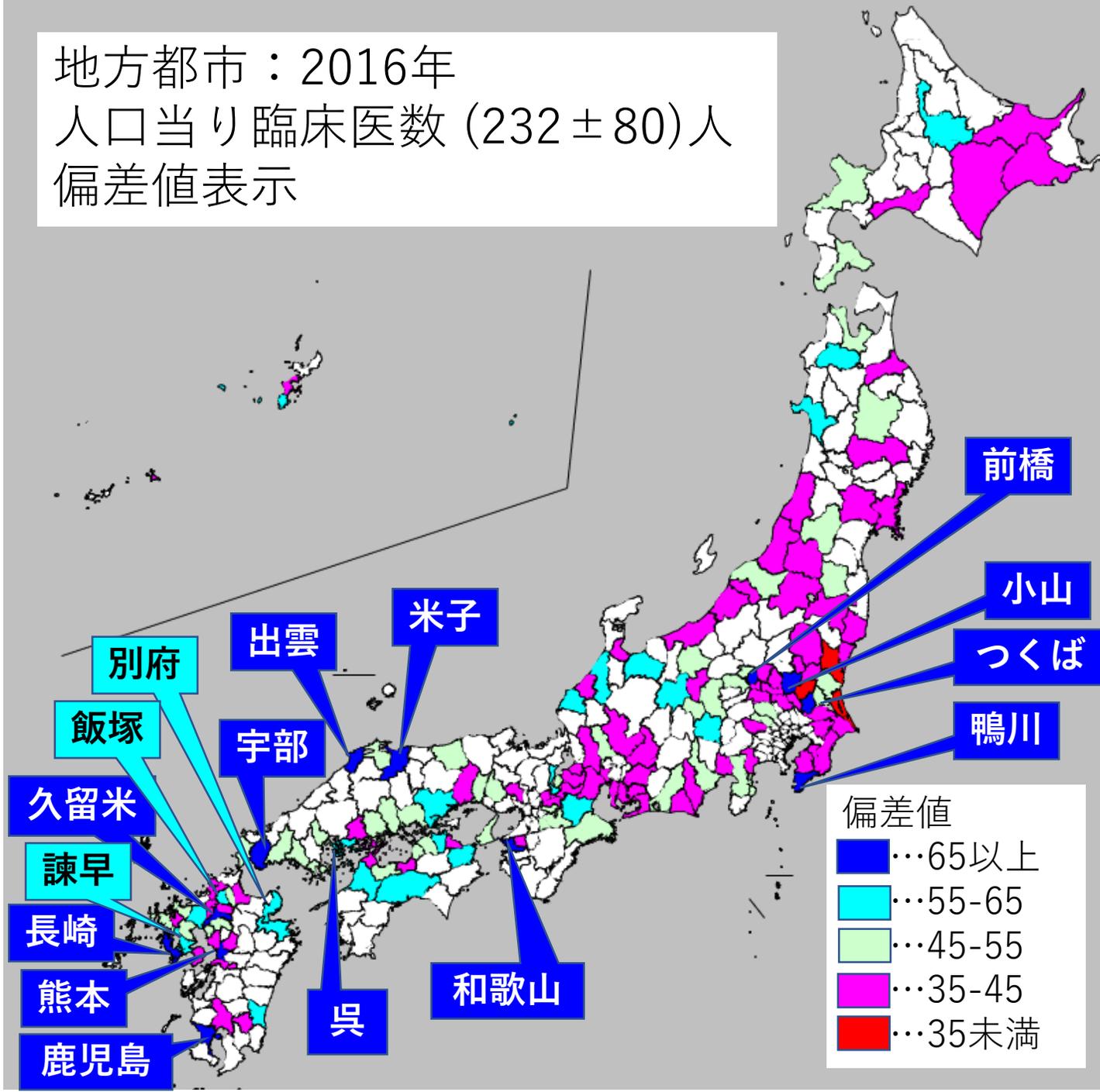
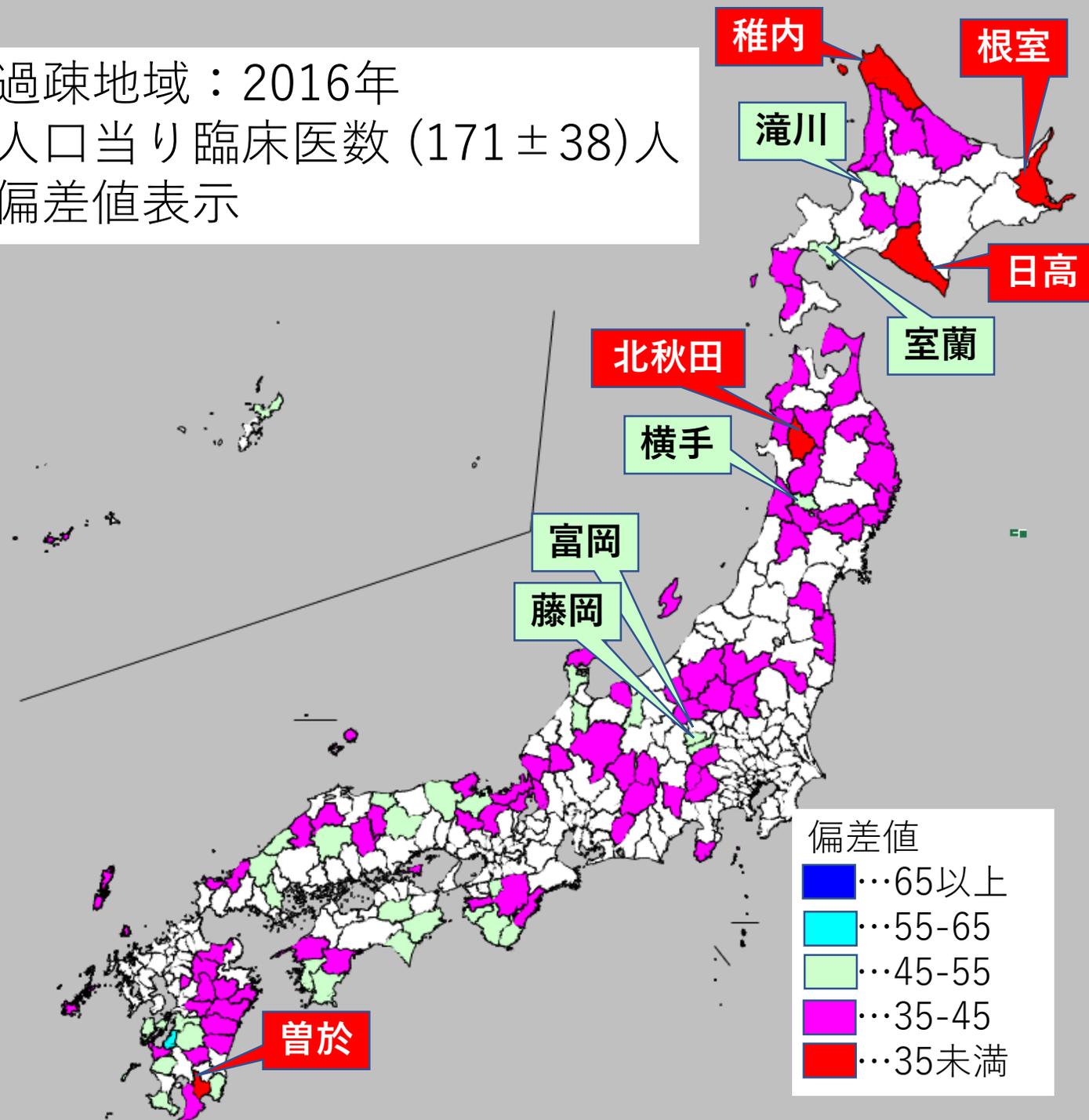


図 6

過疎地域：2016年
人口当り臨床医数 (171 ± 38)人
偏差値表示

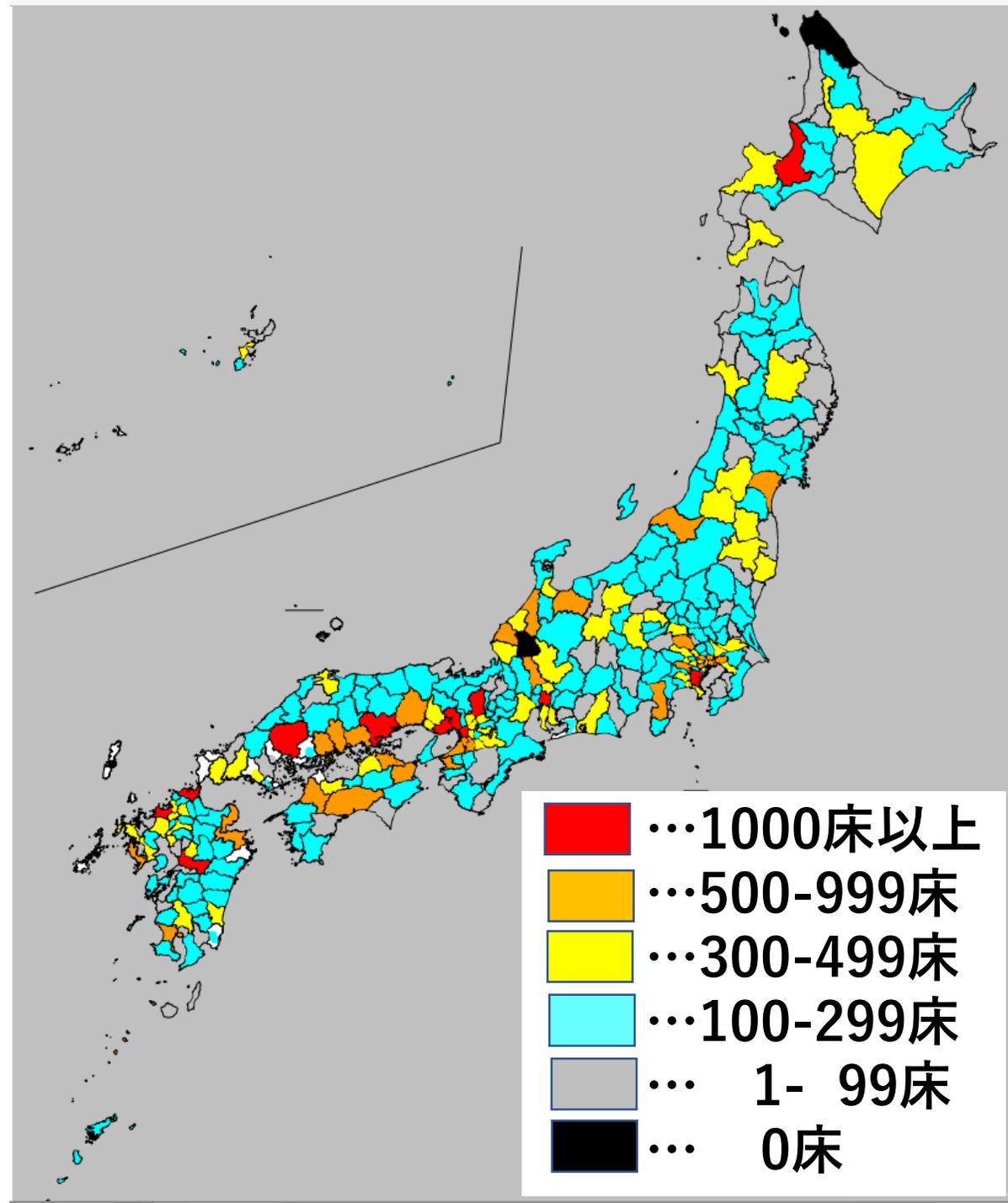


地域包括ケア病棟の分布を鳥の目で見ると

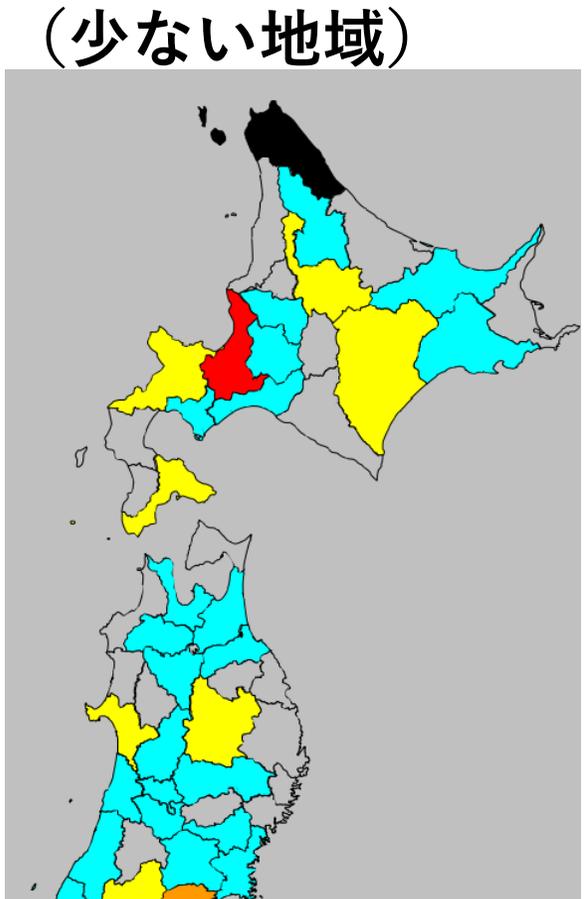
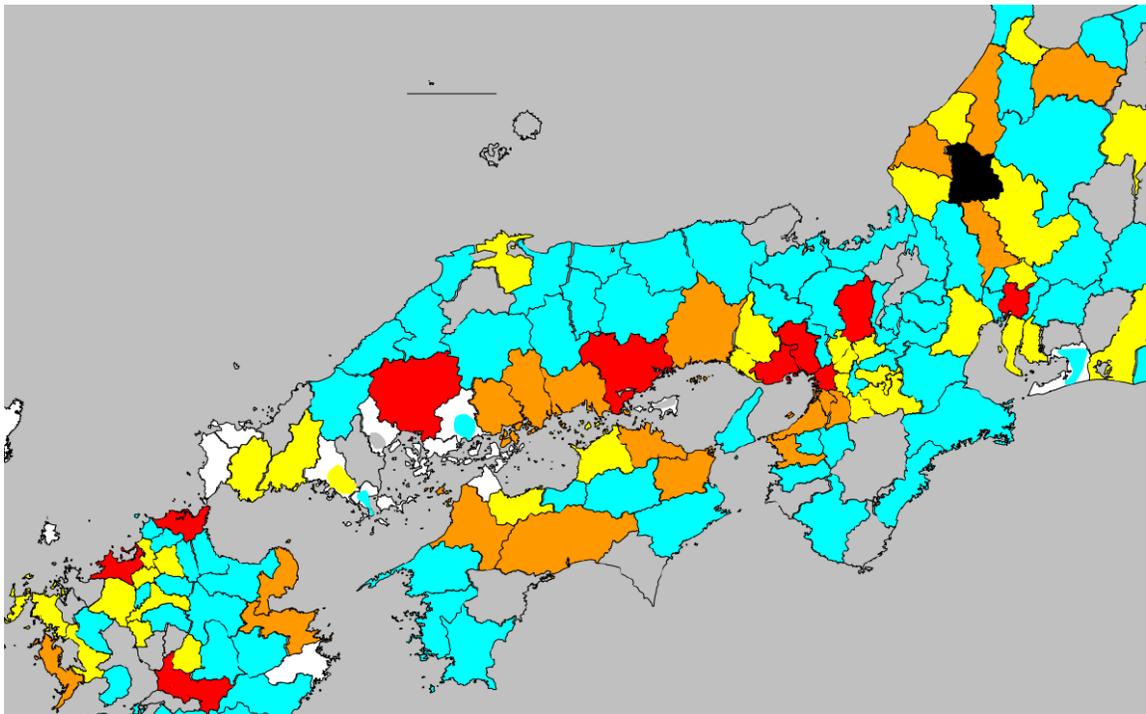
二次医療圏別 地域包括ケア 病床数

(出展)
令和3年4月地方厚生局

全国で9万6745床



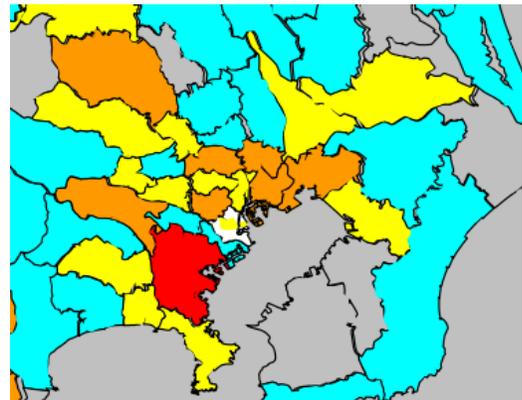
二次医療圏別 地域包括ケア 病床数



(出展)
令和3年4月地方厚生局

全国で9万6745床

(多い地域)

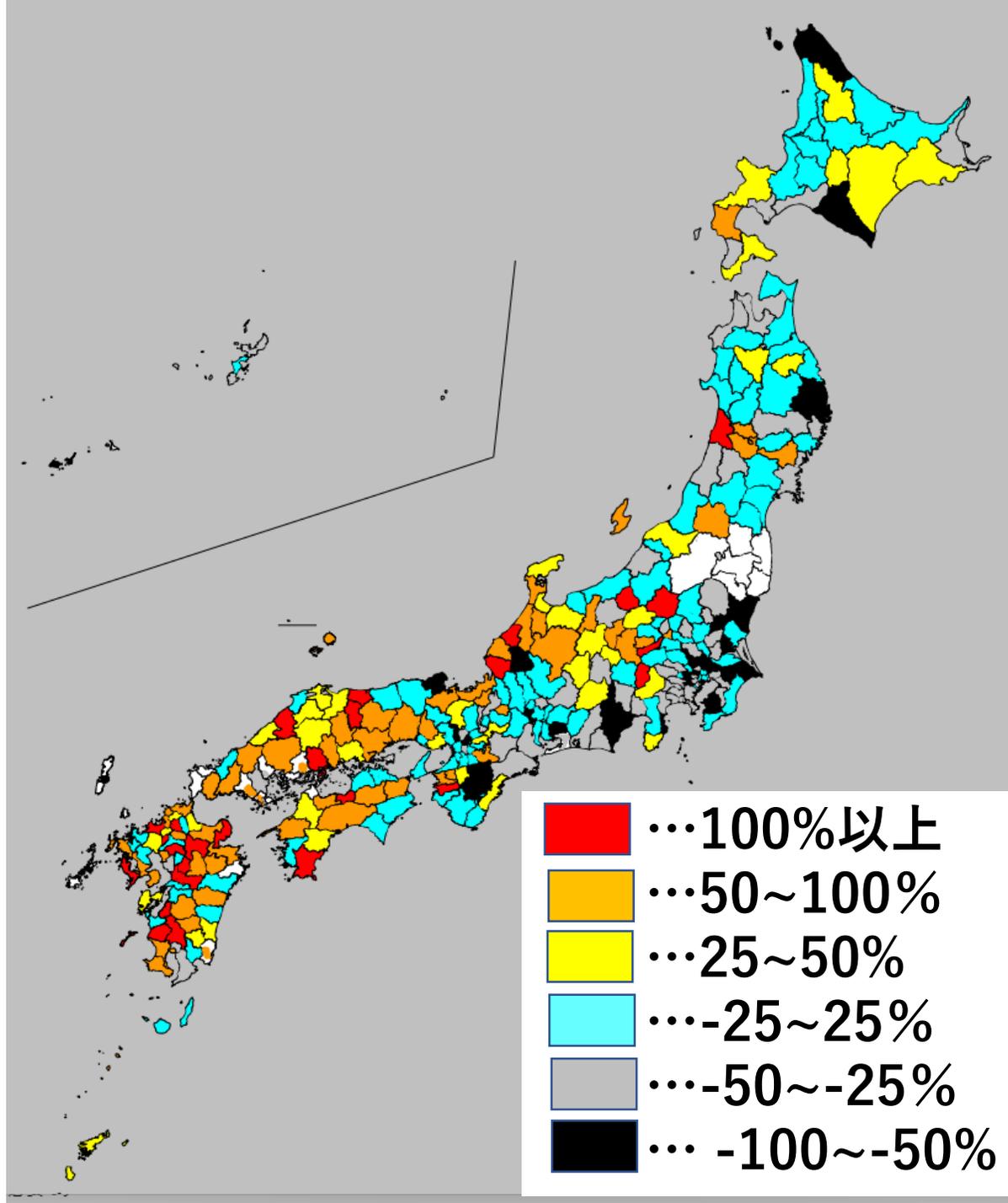


- …1000床以上
- …500-999床
- …300-499床
- …100-299床
- … 1- 99床
- … 0床

二次医療圏別 地域包括ケア 75歳1000人当たり 病床数(%表示)

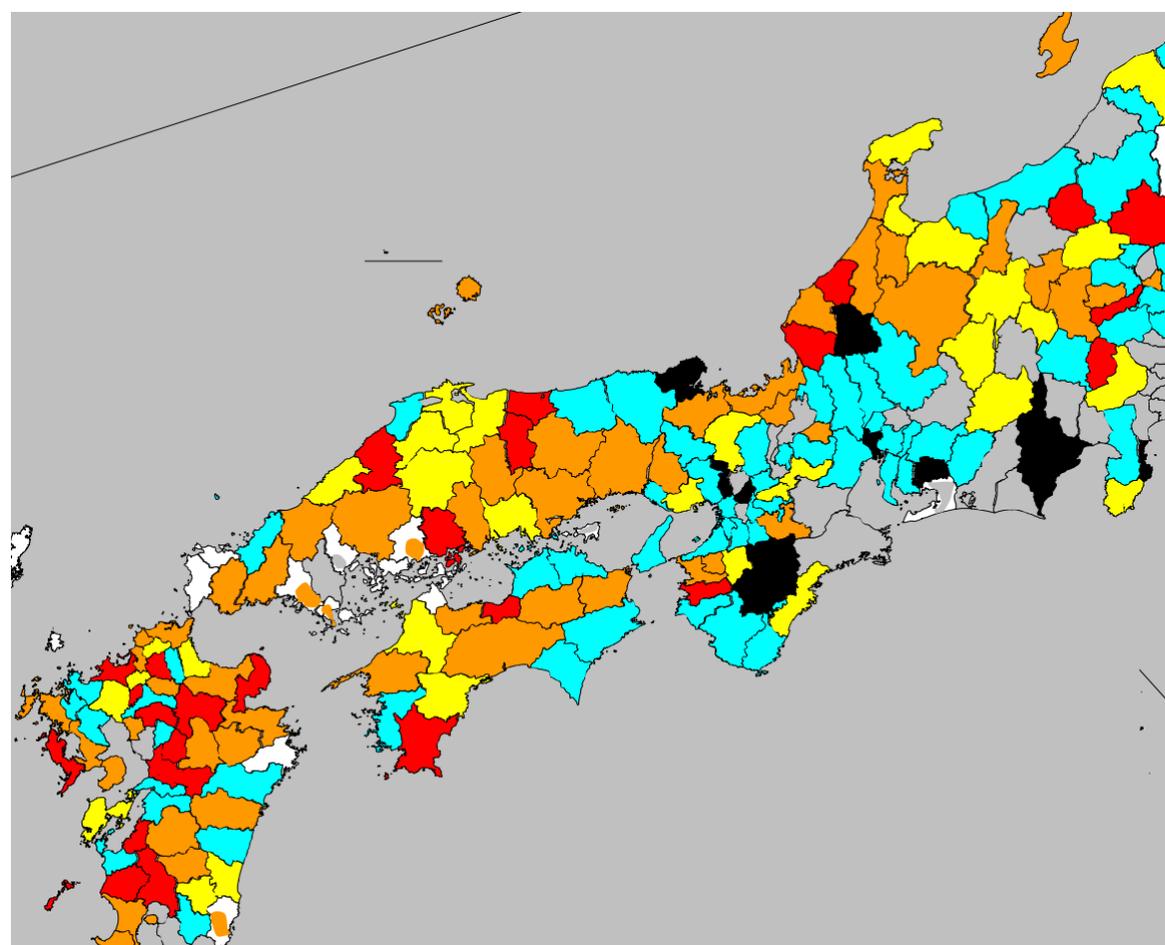
(出展)
令和3年4月地方厚生局

全国平均で5.17床

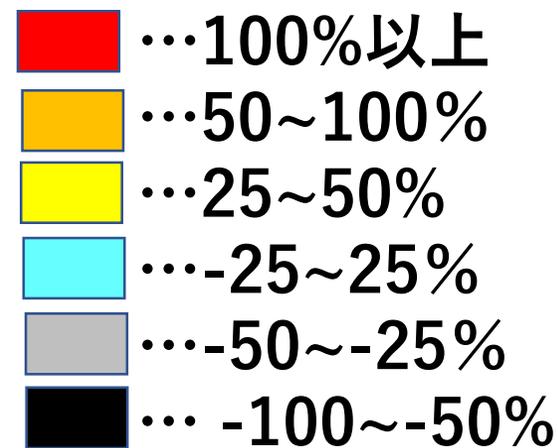
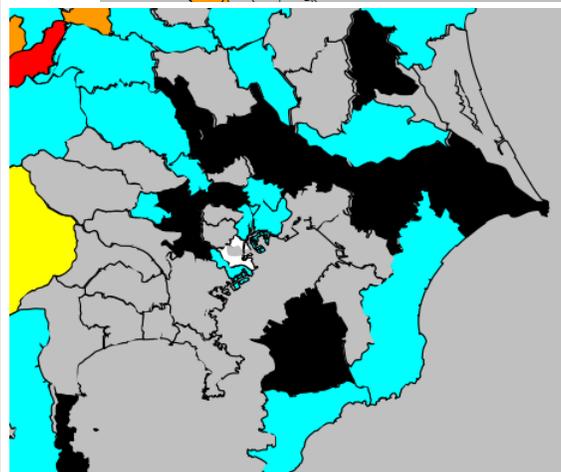
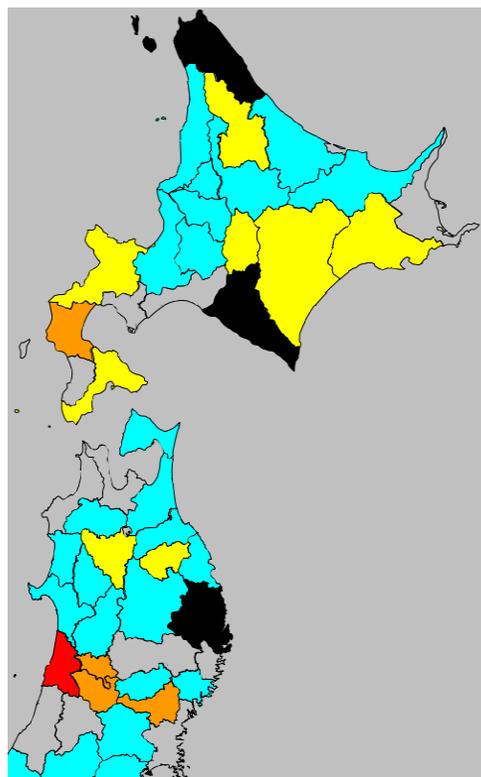


二次医療圏別 地域包括ケア 75歳1000人当たり 病床数(%表示)

(多い地域)



(少ない地域)



(出展)
令和3年4月地方厚生局

全国平均で5.17床

鳥の目で見ただ般病床分布

- 多い地域

北海道、北部東北、北陸、京都以西の関西、中国、四国、九州

- 少ない地域

琵琶湖から白河の関の東海、関東地域

鳥の目で見ただ地域包括ケア病床分布

- 多い地域

北陸、京都以西の関西、中国、四国、九州

- 少ない地域

北海道、北部東北、琵琶湖から白河の関の東海、関東地域

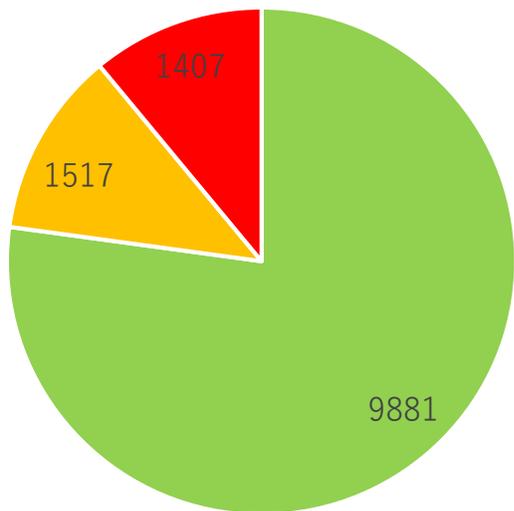
鳥の目を持つことにより、

- **広い視野**による大局的な発想が可能に

➔ **時の流れ**を踏まえた持続継続性が高い発想が可能に

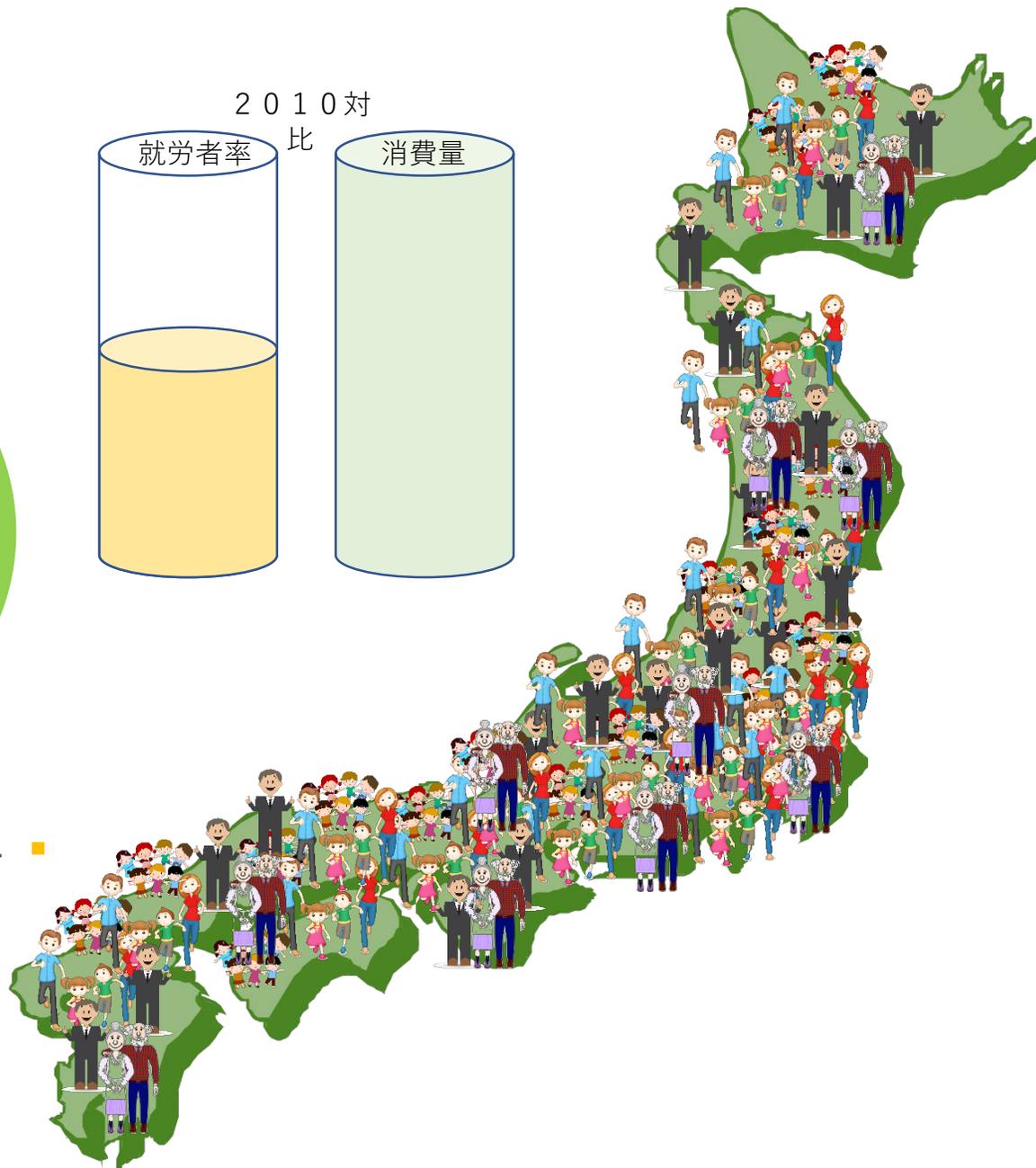
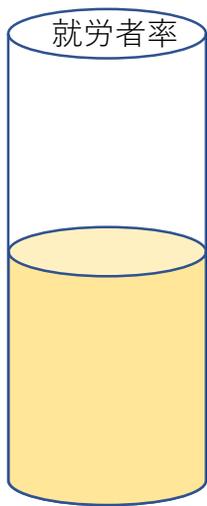
2010年

1 2 8 0 6 万人
総人口 (万人)

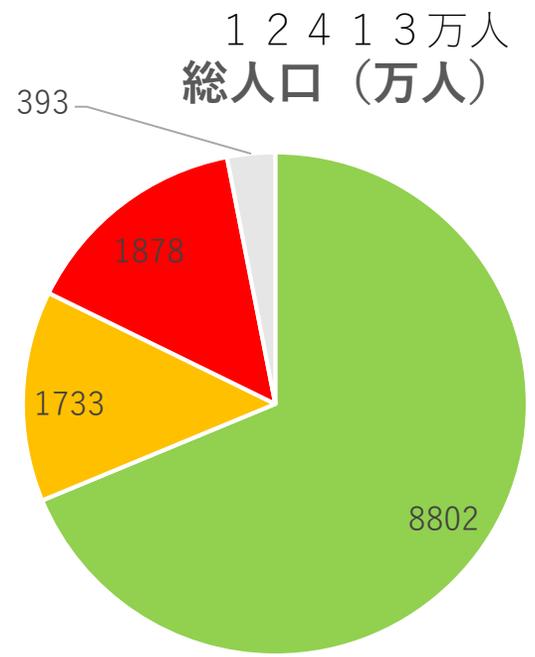


■ 0-64歳 ■ 65-74歳 ■ 75歳以上 ■

2010対比

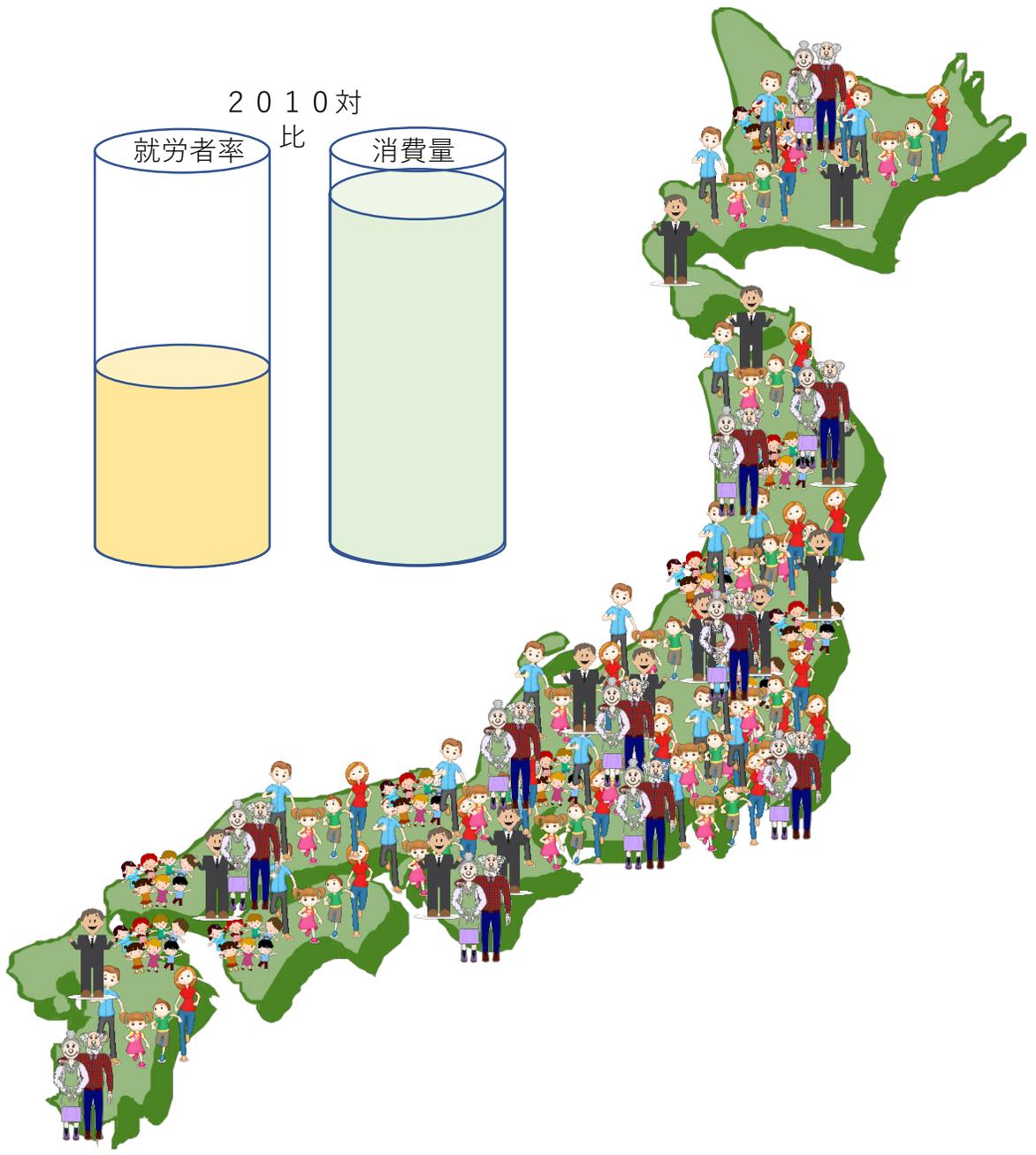
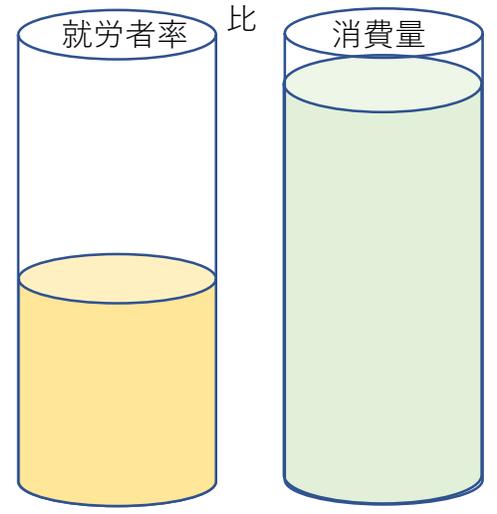


2020年



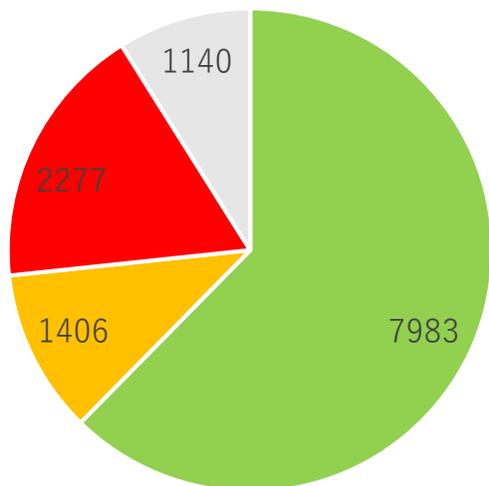
■ 0-64歳 ■ 65-74歳
■ 75歳以上 ■ 減少数

2010対
比



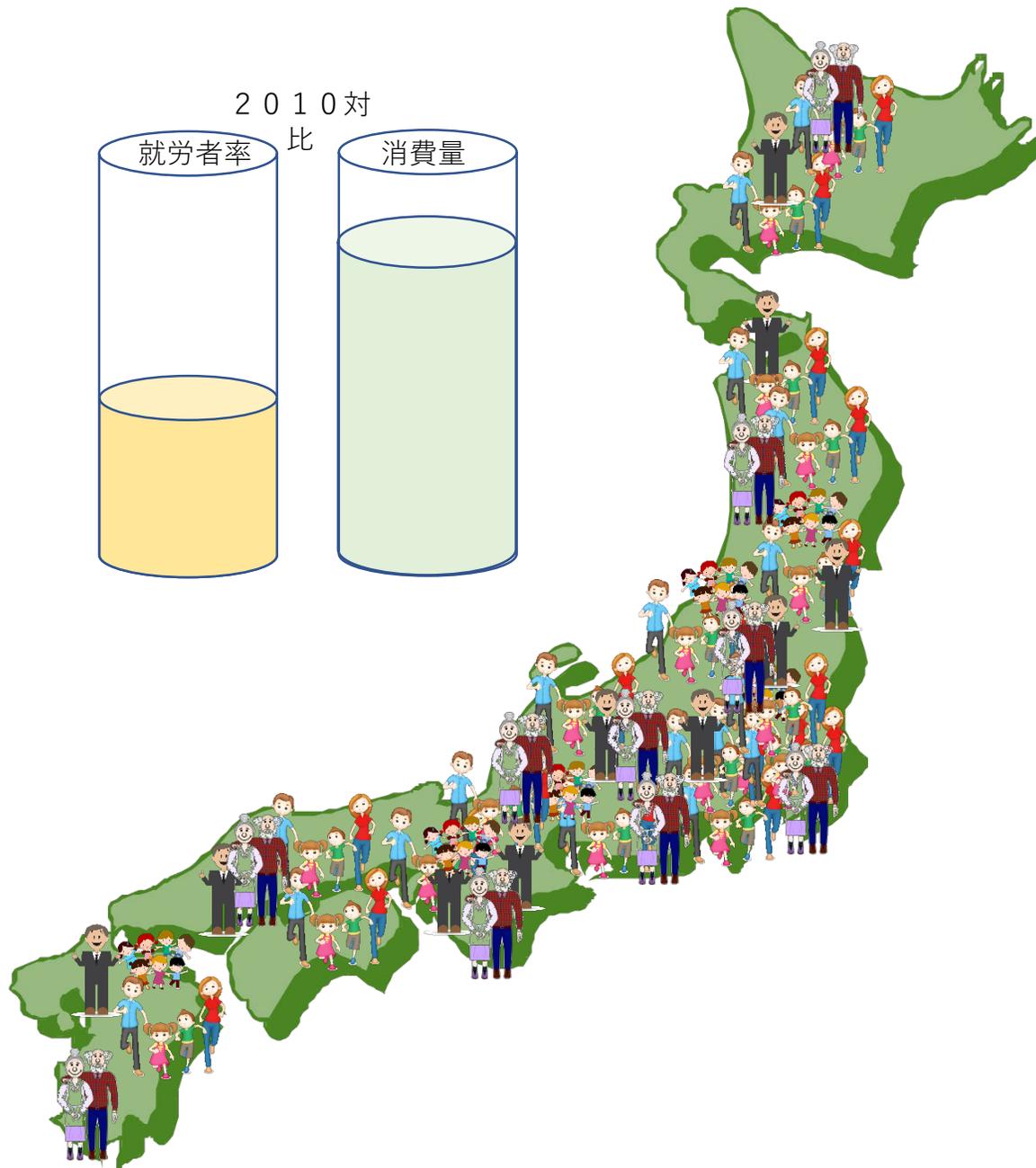
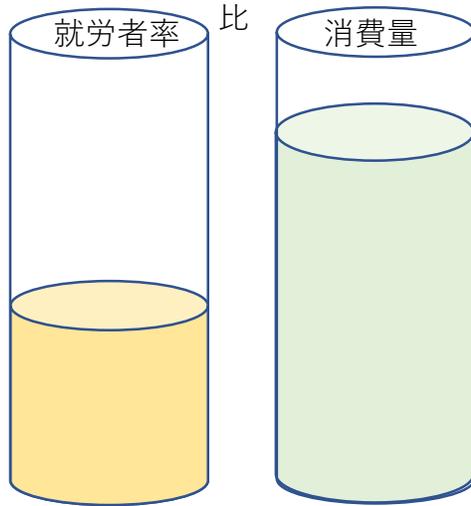
2030年

11667万人
総人口（万人）



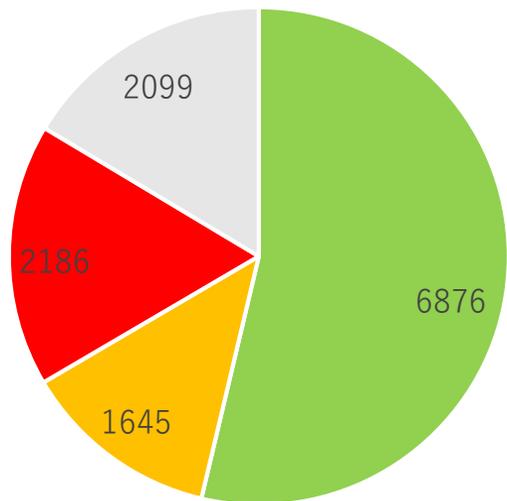
■ 0-64歳 ■ 65-74歳
■ 75歳以上 ■ 減少数

2010対比



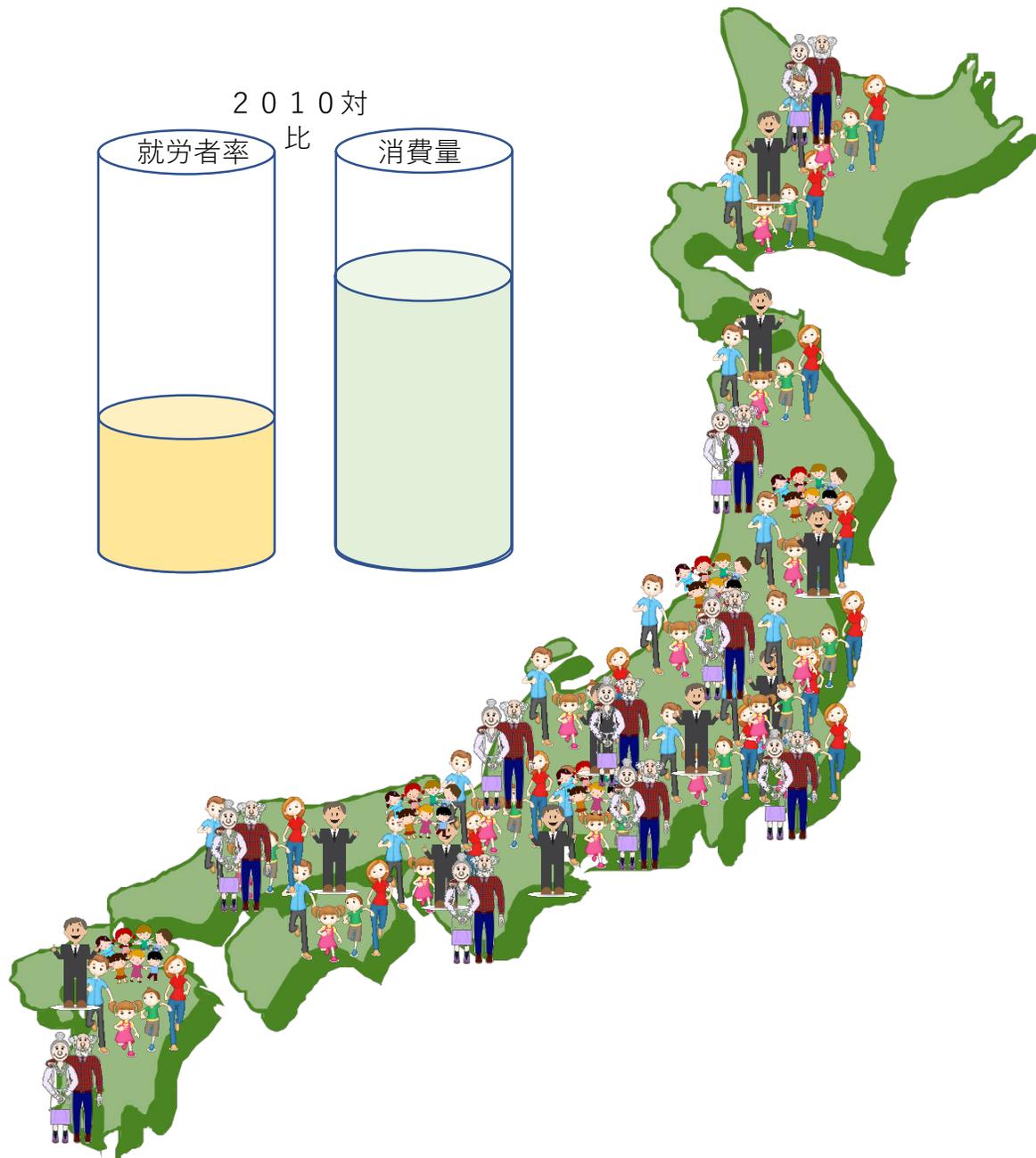
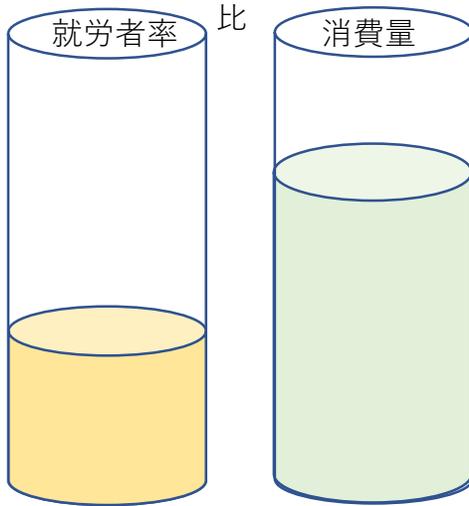
2040年

10707万人
総人口 (万人)



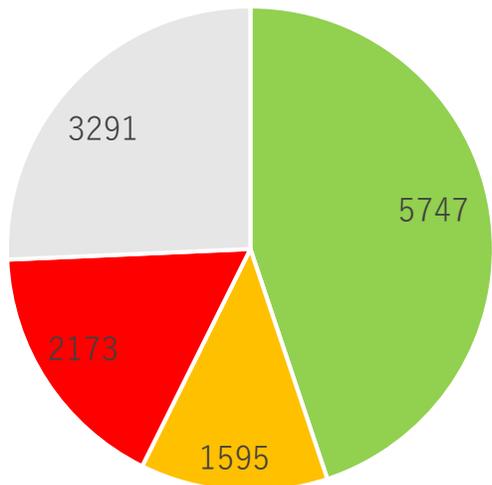
■ 0-64歳 ■ 65-74歳
■ 75歳以上 ■ 減少数

2010対比

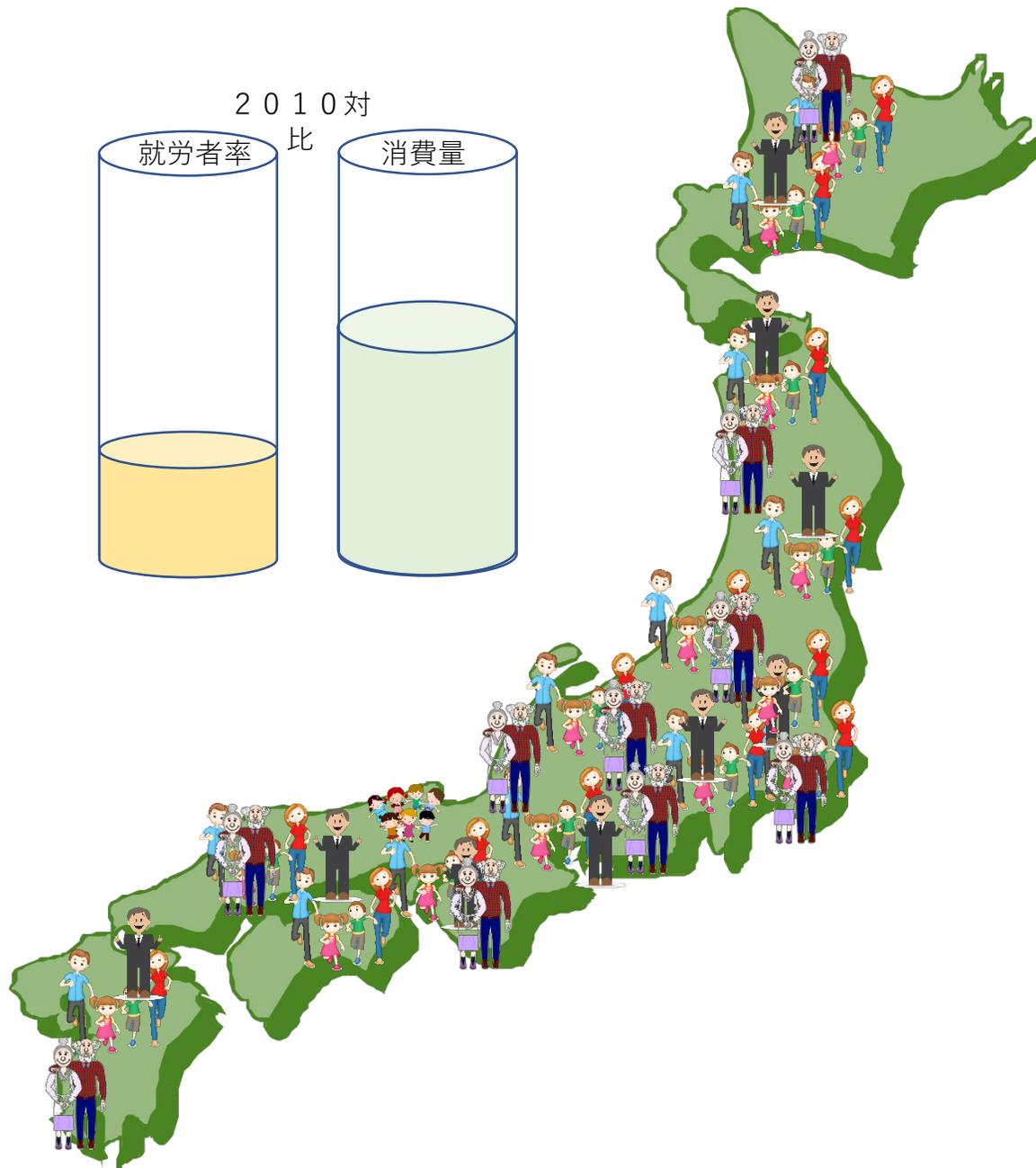


2050年

9 5 1 5 万人
総人口 (万人)



■ 0-64歳 ■ 65-74歳
■ 75歳以上 ■ 減少数



2010年

1 2 8 0 6 万人

2050年

9 5 1 5 万人

1. 国全体の**人口が3割減**る
2. 高齢者は増えないが高齢化が進み、**若年人口は激減**し、**高齢化率上昇**
3. 都市は高齢者が増え人口減少がわずかだが、**地方は人がいなくなる**



医師数の推移

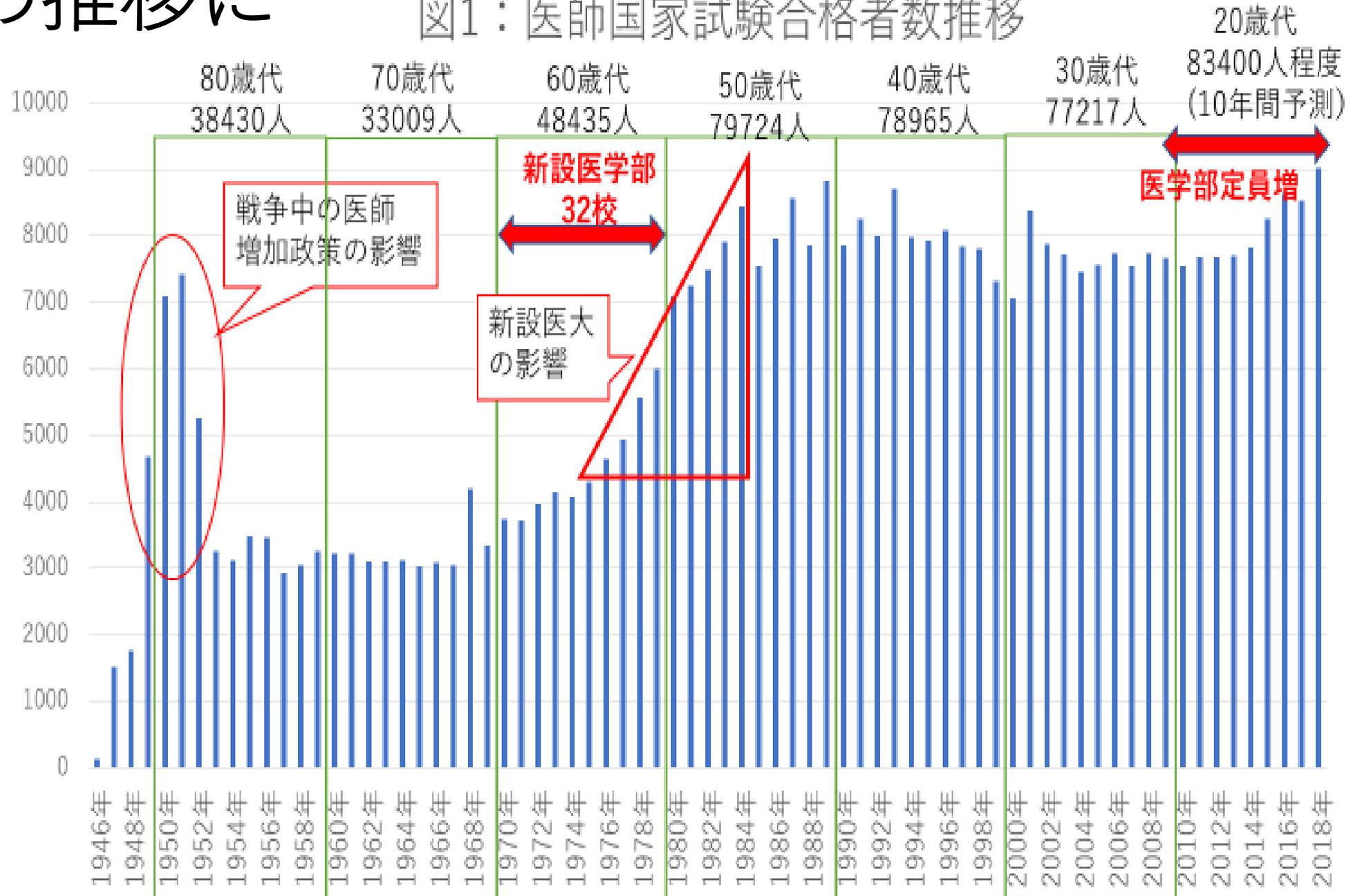
作成、編集、行動、そして感動を

1:26

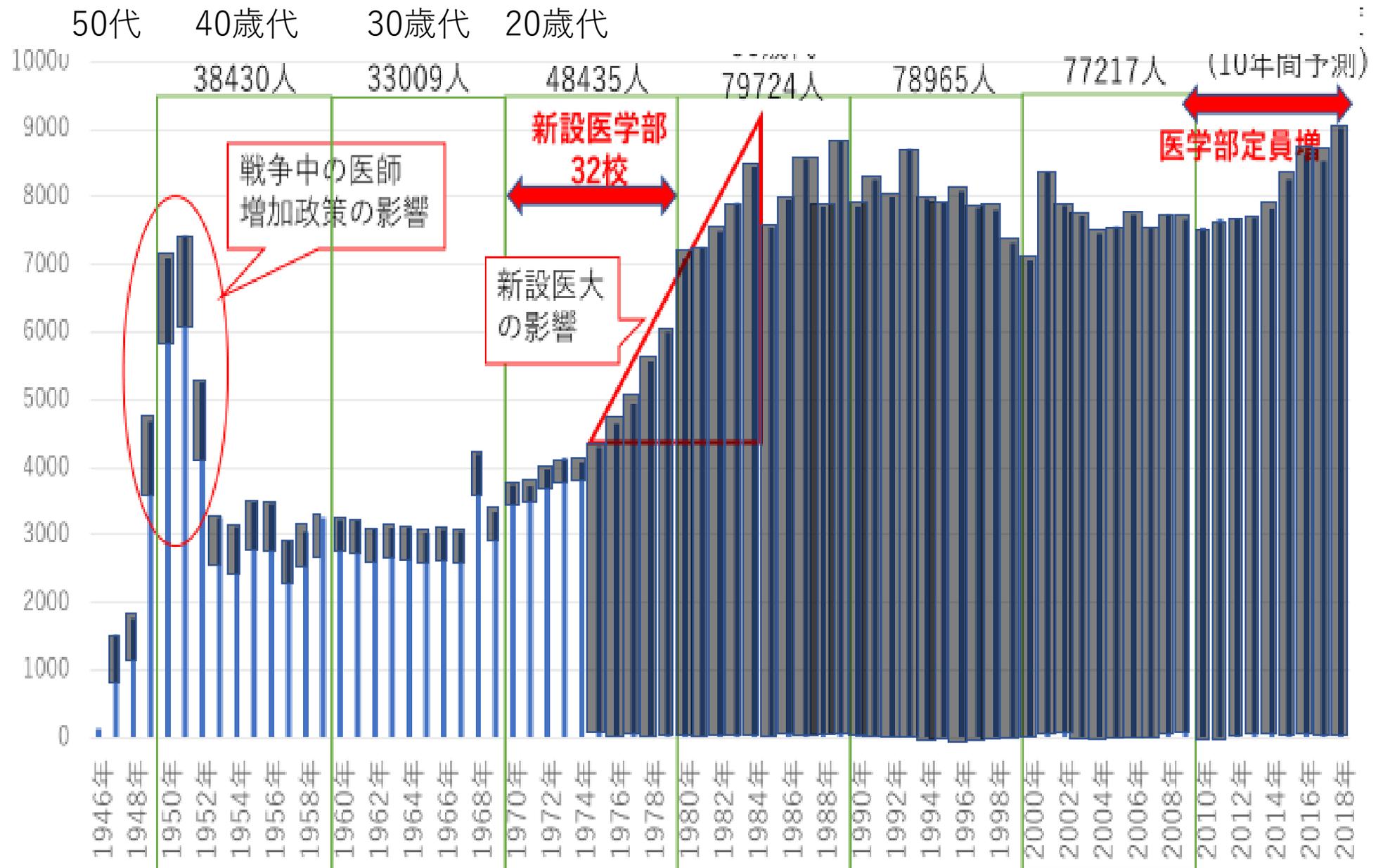
11月12日 (土)

医師数の推移について

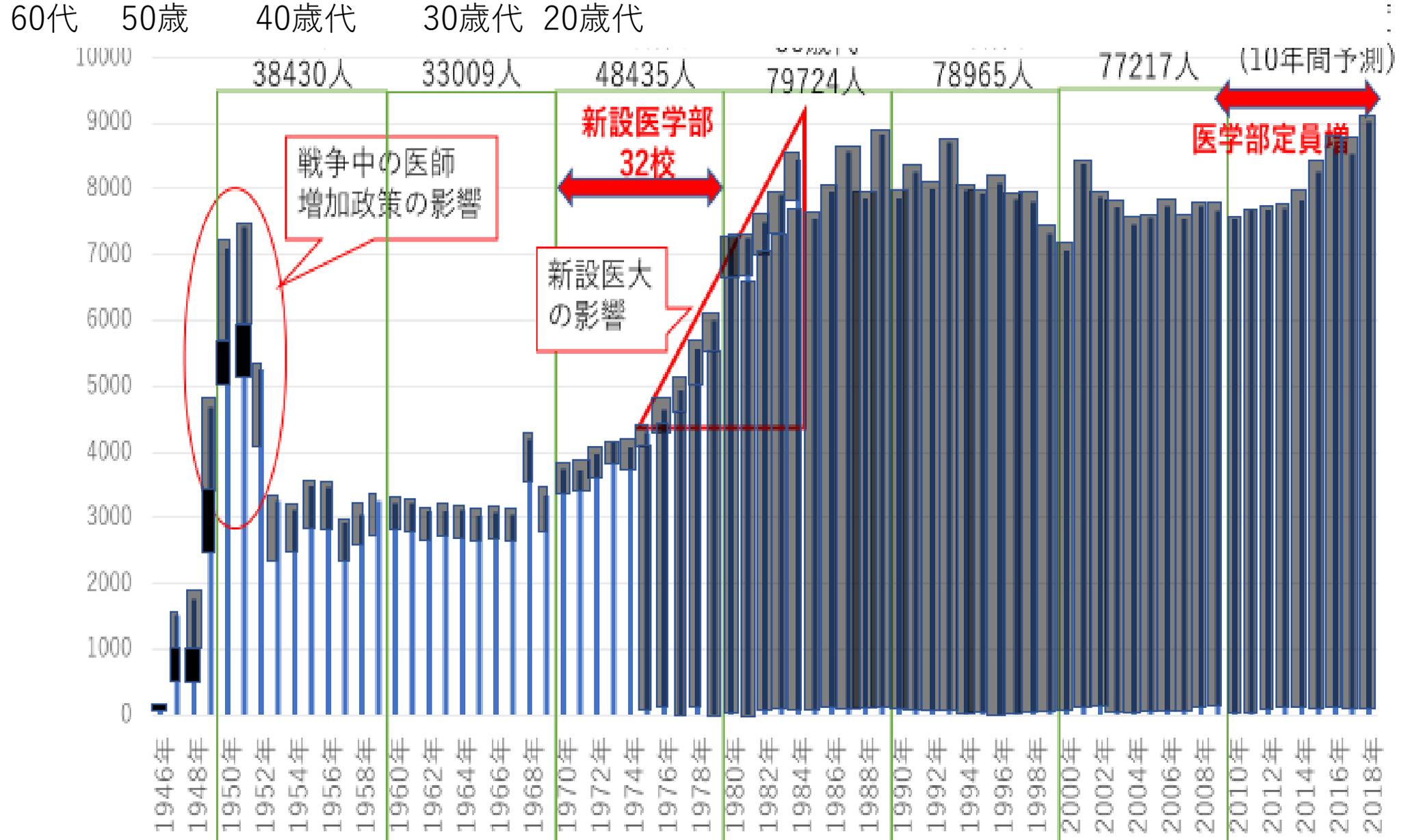
図1：医師国家試験合格者数推移



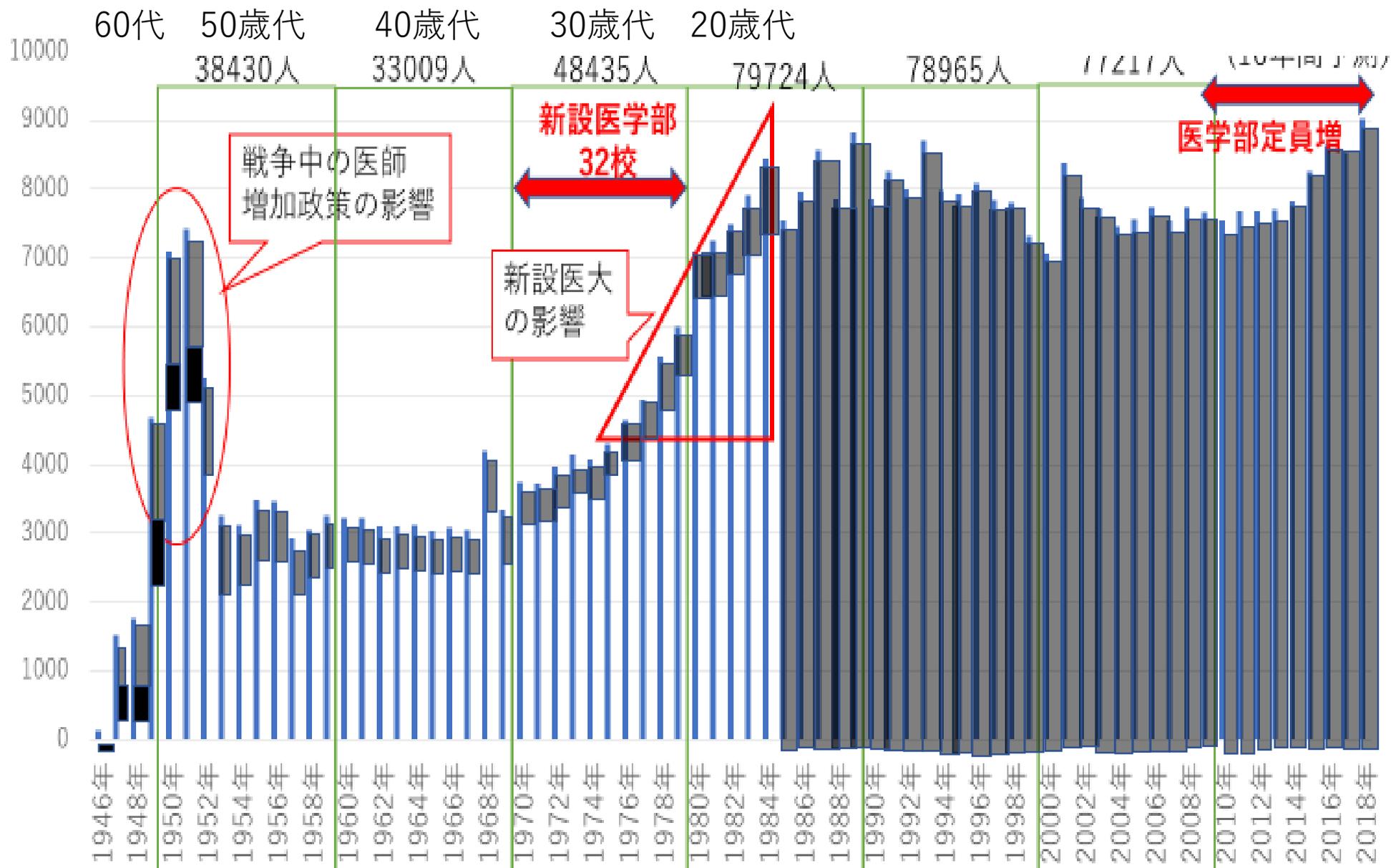
1975年



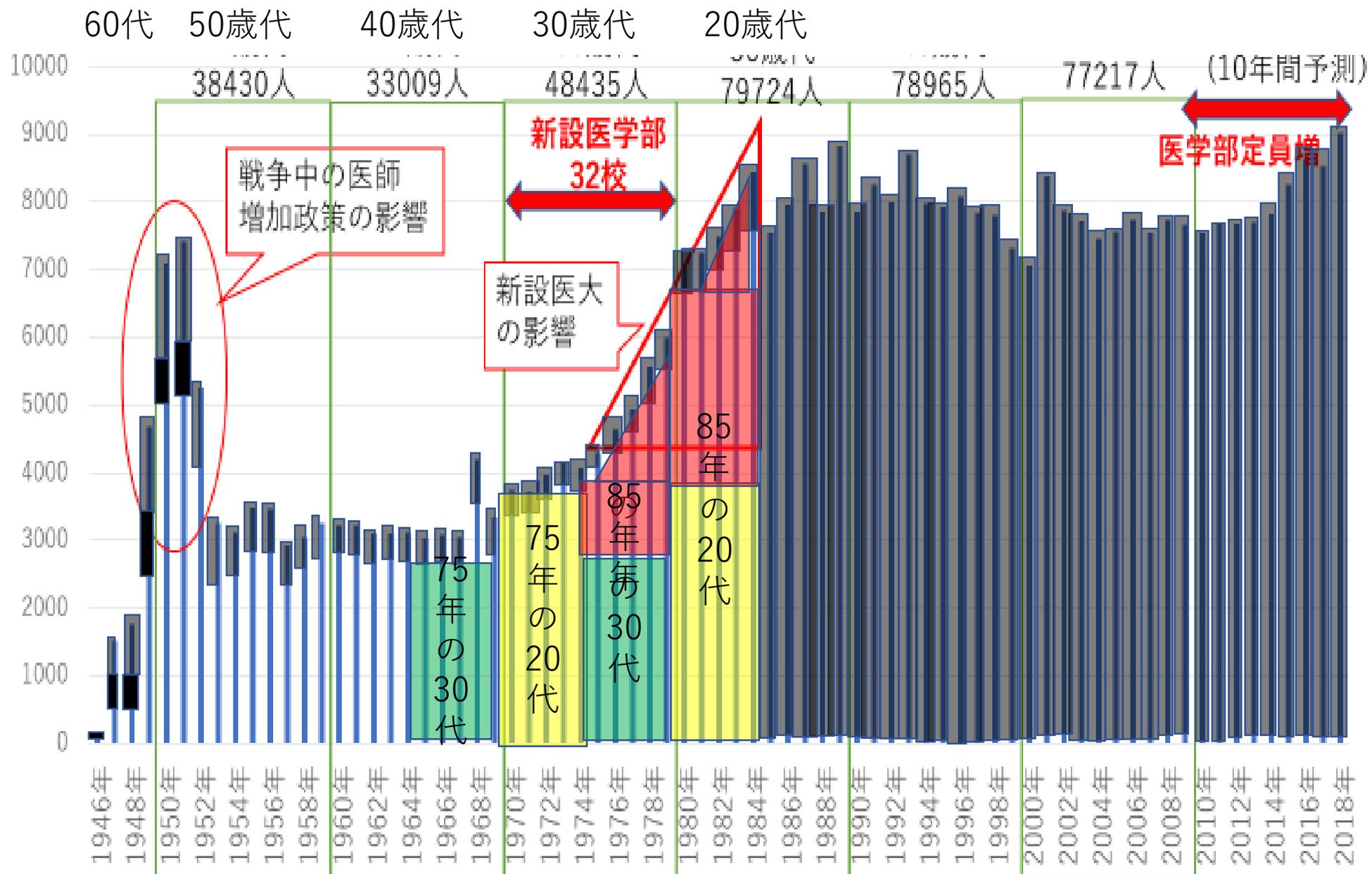
1975→1985年



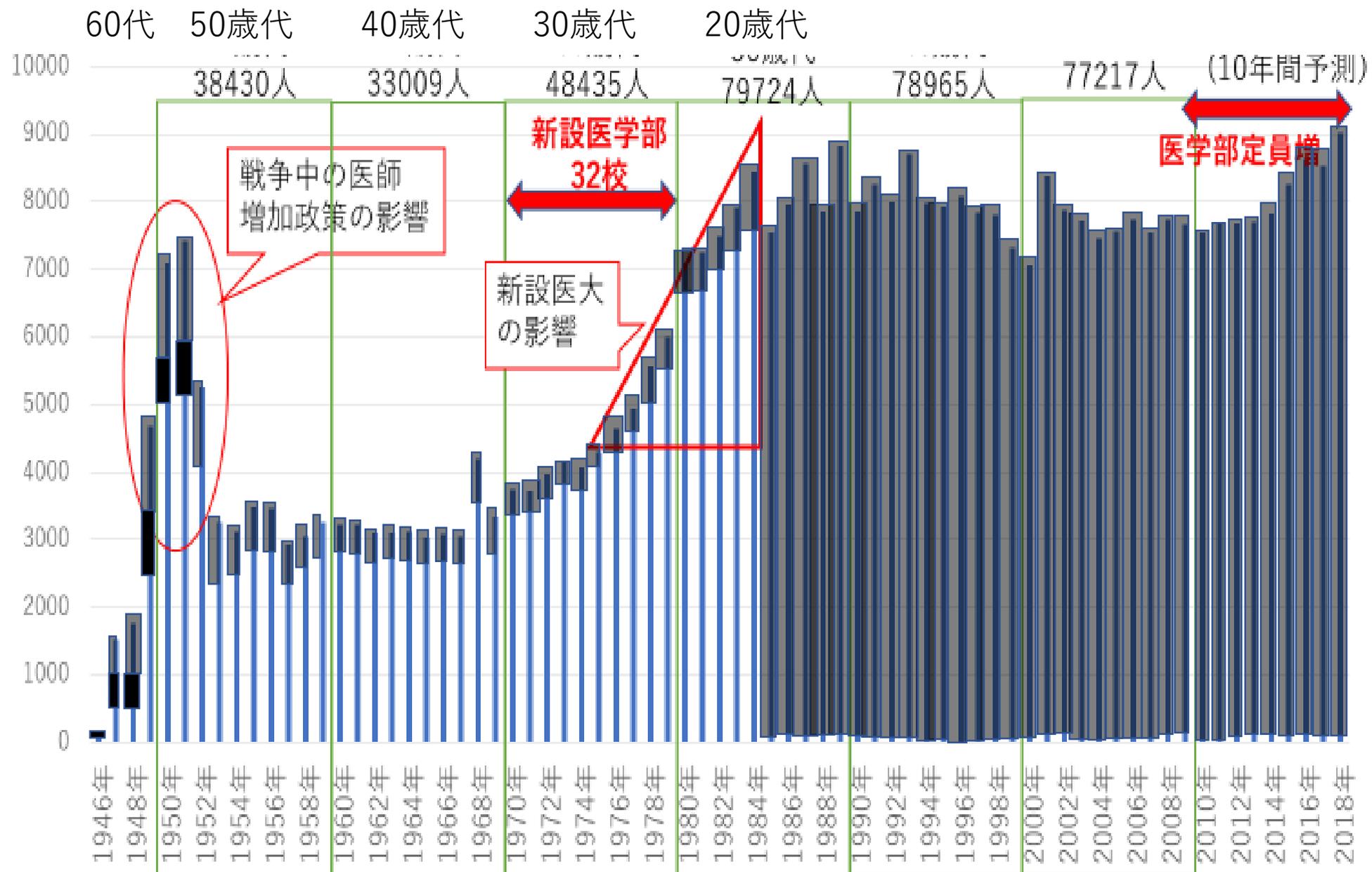
1985年



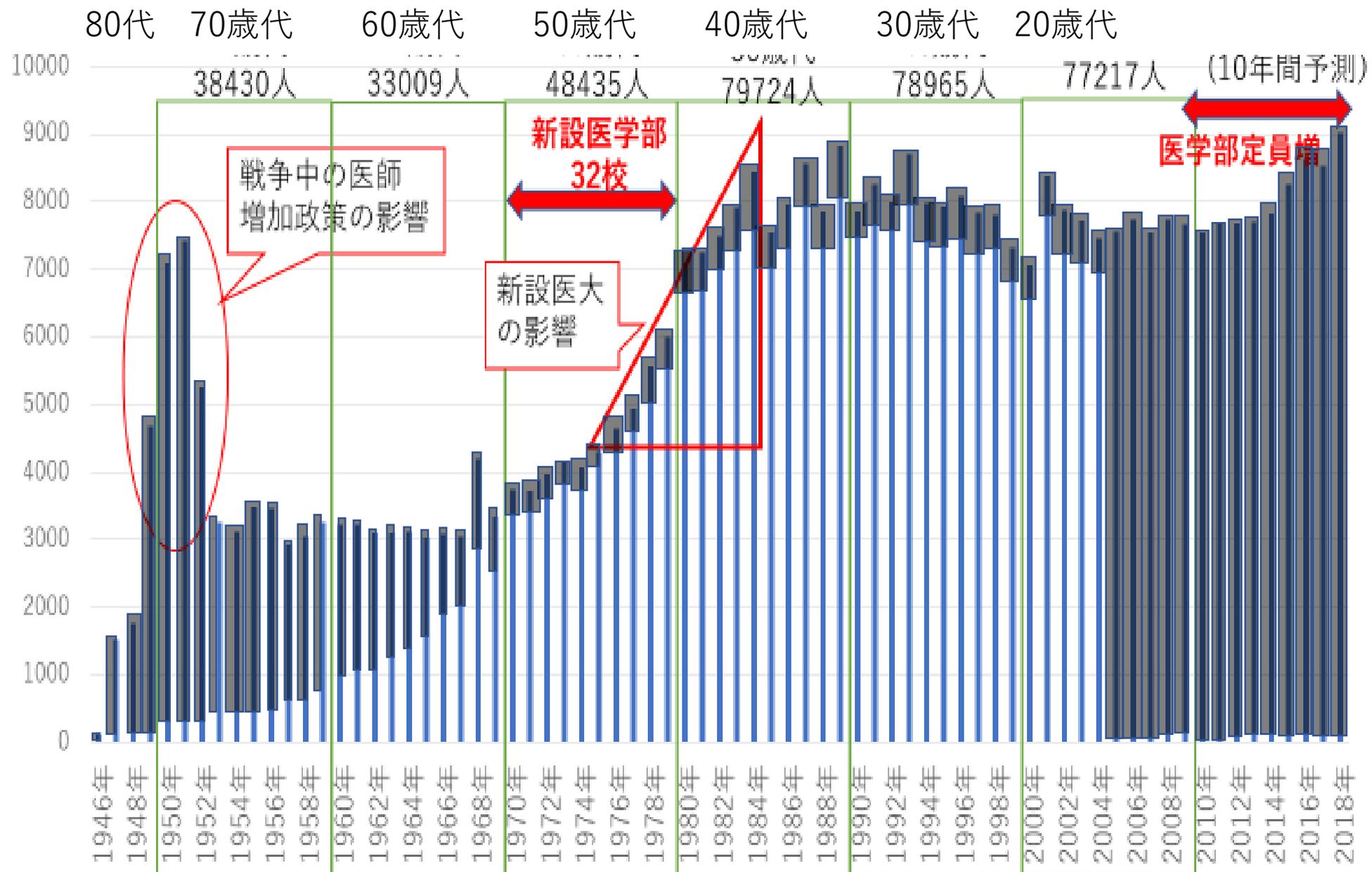
1985年



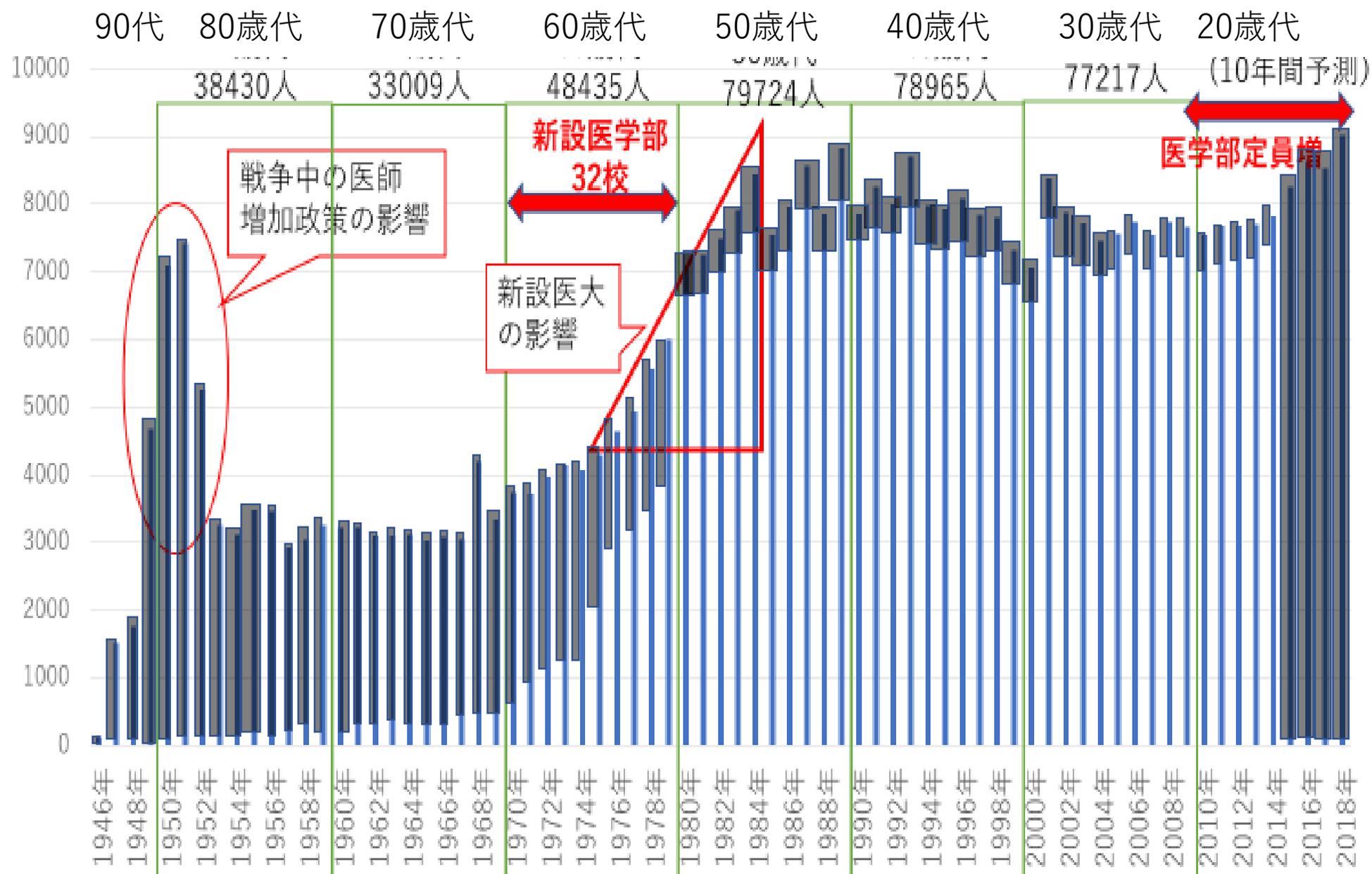
1985年



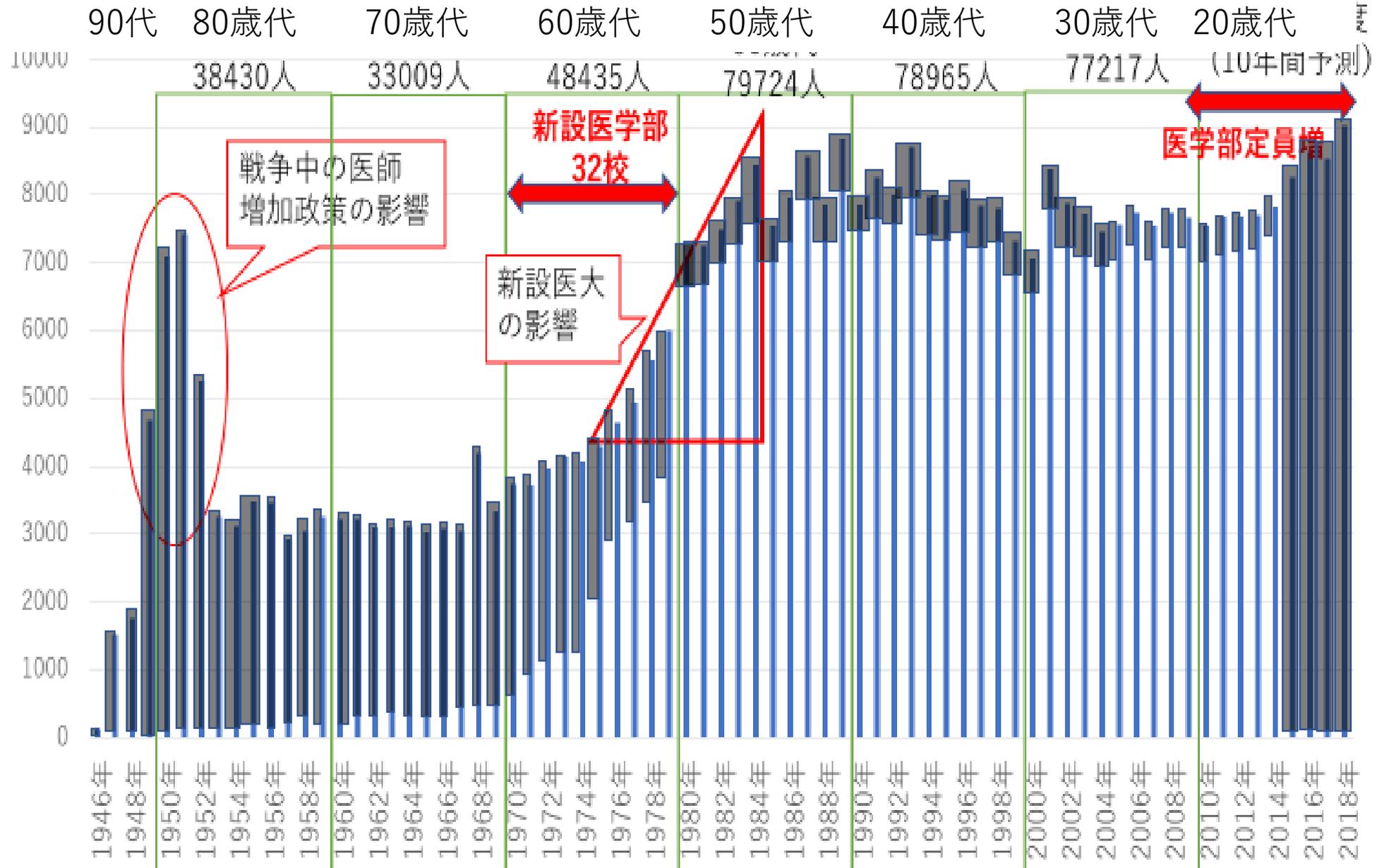
2005年



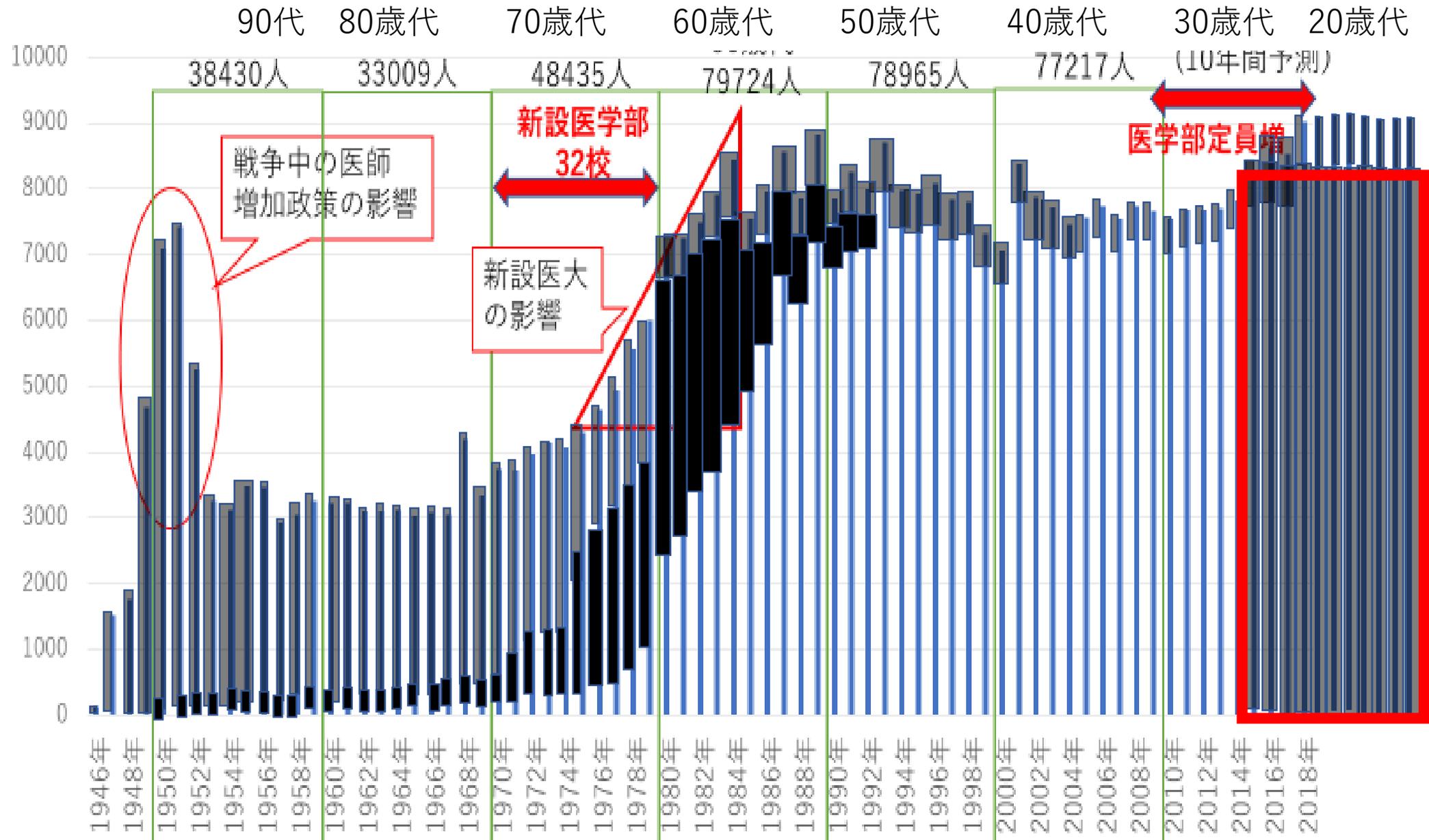
2015年



2015年→2025年

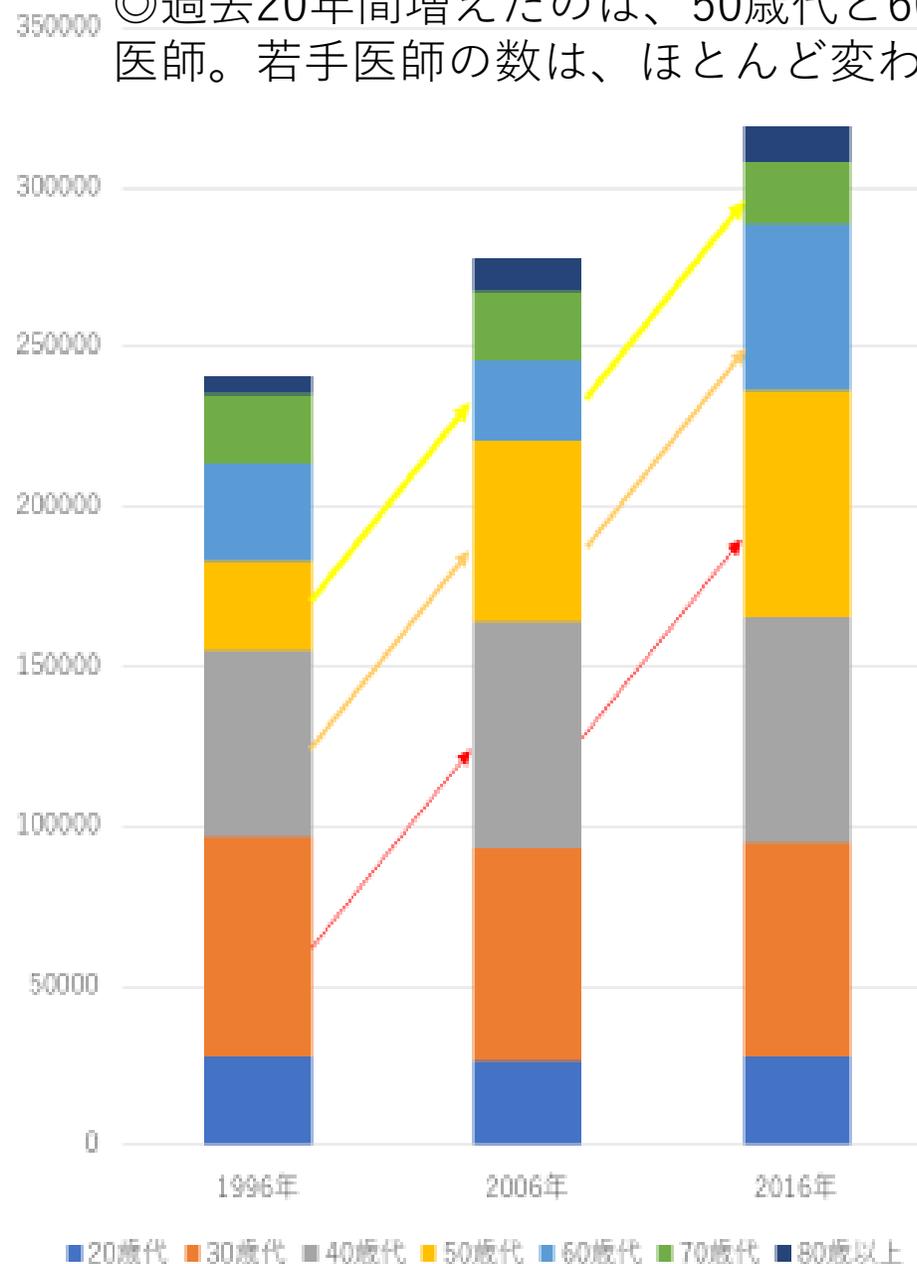


2015年→2025年



	1996年	2006年	2016年	1996→2016年
総計	240908	277927	319480	33%
20歳代	27967	26350	27951	0%
30歳代	68835	67059	66714	-3%
40歳代	58346	70795	70873	21%
50歳代	27993	56603	70728	153%
60歳代	30910	24931	52537	70%
70歳代	21391	21792	19241	-10%
80歳以上	5466	10397	11436	109%

◎過去20年間増えたのは、50歳代と60歳代の医師。若手医師の数は、ほとんど変わらない。



医師の労働観の推移

価値観の推移



Copyright SCICUS K.K. All rights Reserved. @2003

50歳以上

- ・ **仕事中心**、週80時間くらい働くことは珍しくありません。
- ・ 請われれば、**過疎地でも働きます。**
- ・ 医療の**王道は、外科系や内科。**

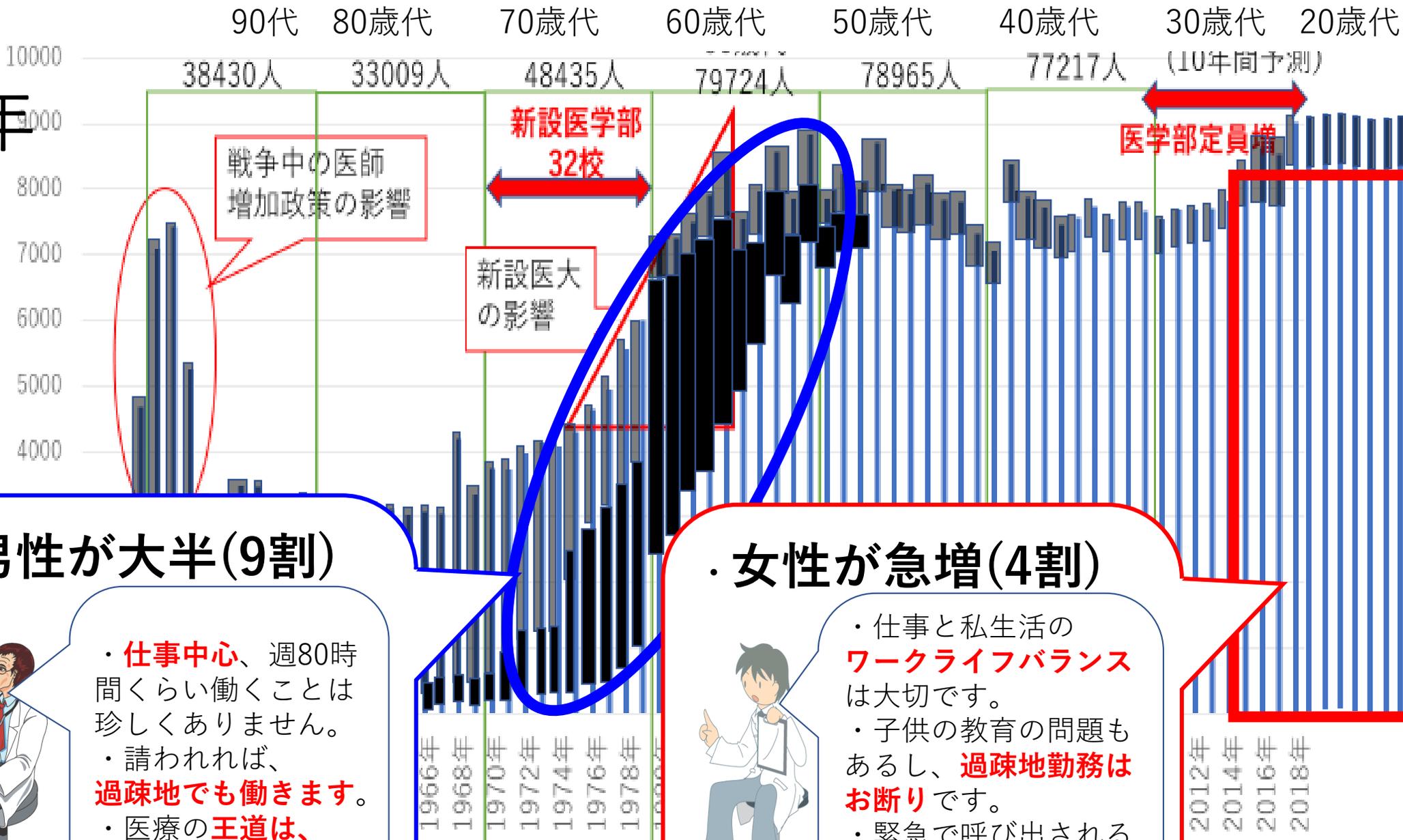


trighvqo0

40歳未満

- ・ 仕事と私生活の**ワークライフバランス**は大切です。
- ・ 子供の教育の問題もあるし、**過疎地勤務はお断り**です。
- ・ 緊急で呼び出される**外科、救急などは避けたい**です。

2015年 →2025年



・男性が大半(9割)



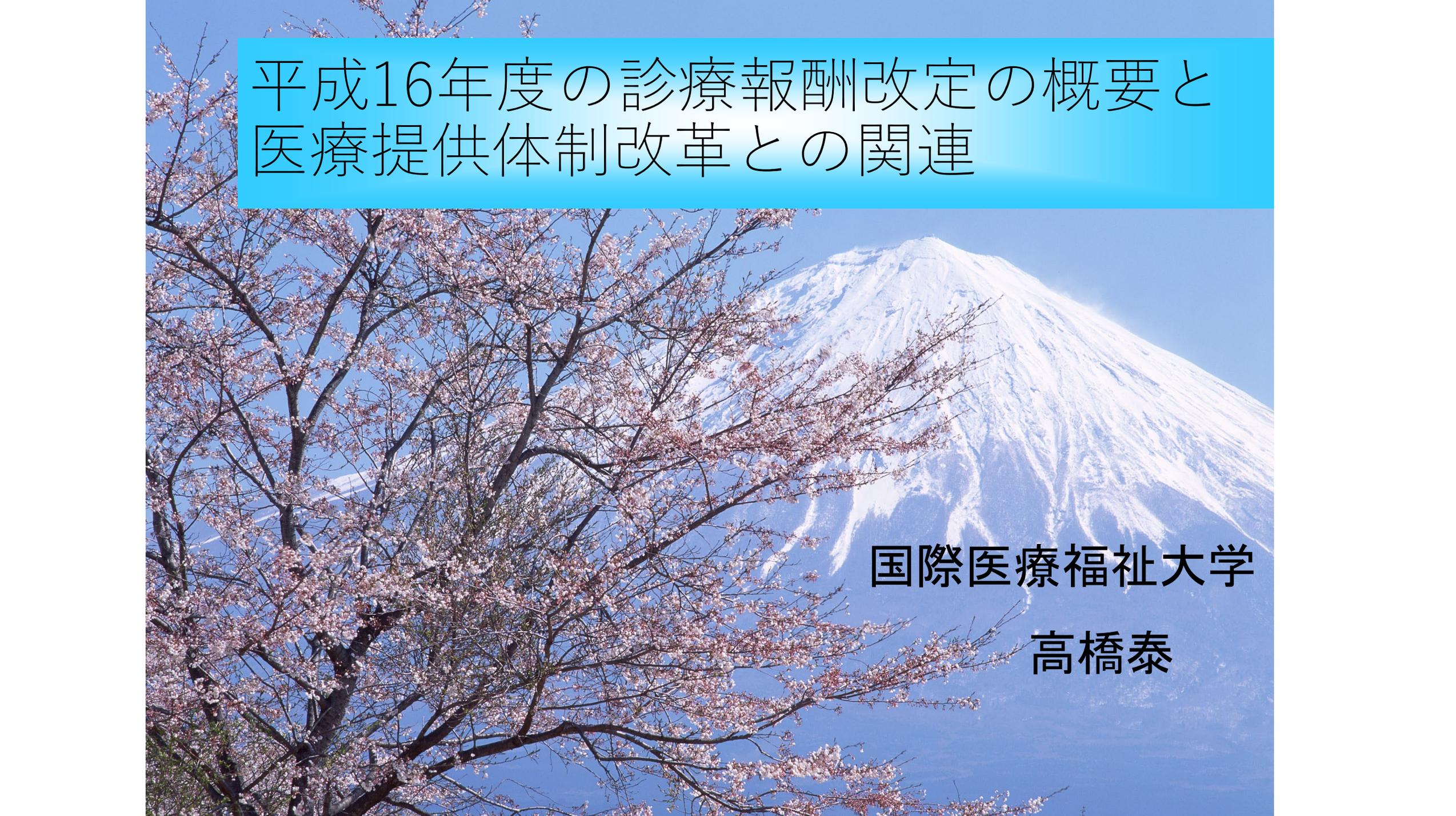
- ・ **仕事中心**、週80時間くらい働くことは珍しくありません。
- ・ 請われれば、**過疎地でも働きます**。
- ・ 医療の**王道は、外科系や内科**。

・女性が急増(4割)



- ・ 仕事と私生活の**ワークライフバランス**は大切です。
- ・ 子供の教育の問題もあるし、**過疎地勤務はお断り**です。
- ・ 緊急で呼び出される**外科、救急などは避けたい**です。

地域包括ケア病棟の黎明期の議論



平成16年度の診療報酬改定の概要と 医療提供体制改革との関連

国際医療福祉大学

高橋泰

病院のあり方に関する報告書

〔2002年版〕

平成14年9月21日

社団法人 全日本病院協会

病院のあり方委員会

<地域一般病棟の役割>

- 地域ケア・在宅ケアを中心とし、利用者の状態を考慮した医療を提供する。
- 急性期病棟からの受け入れ、地域・在宅医療の後方支援を行う。

<地域一般病棟の機能>

- リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能を必須とし、24時間体制で診療を行う。

< 地域一般病棟の入院対応疾患 >

- 軽～中等度の脳梗塞、肺炎、骨折、脱水等の急性疾患
- 在宅医療への移行（ケア・マネジメント）
- 在宅患者の終末期
- 脳血管疾患・術後等の回復期リハビリテーション
- その他、亜急性病棟としての対応

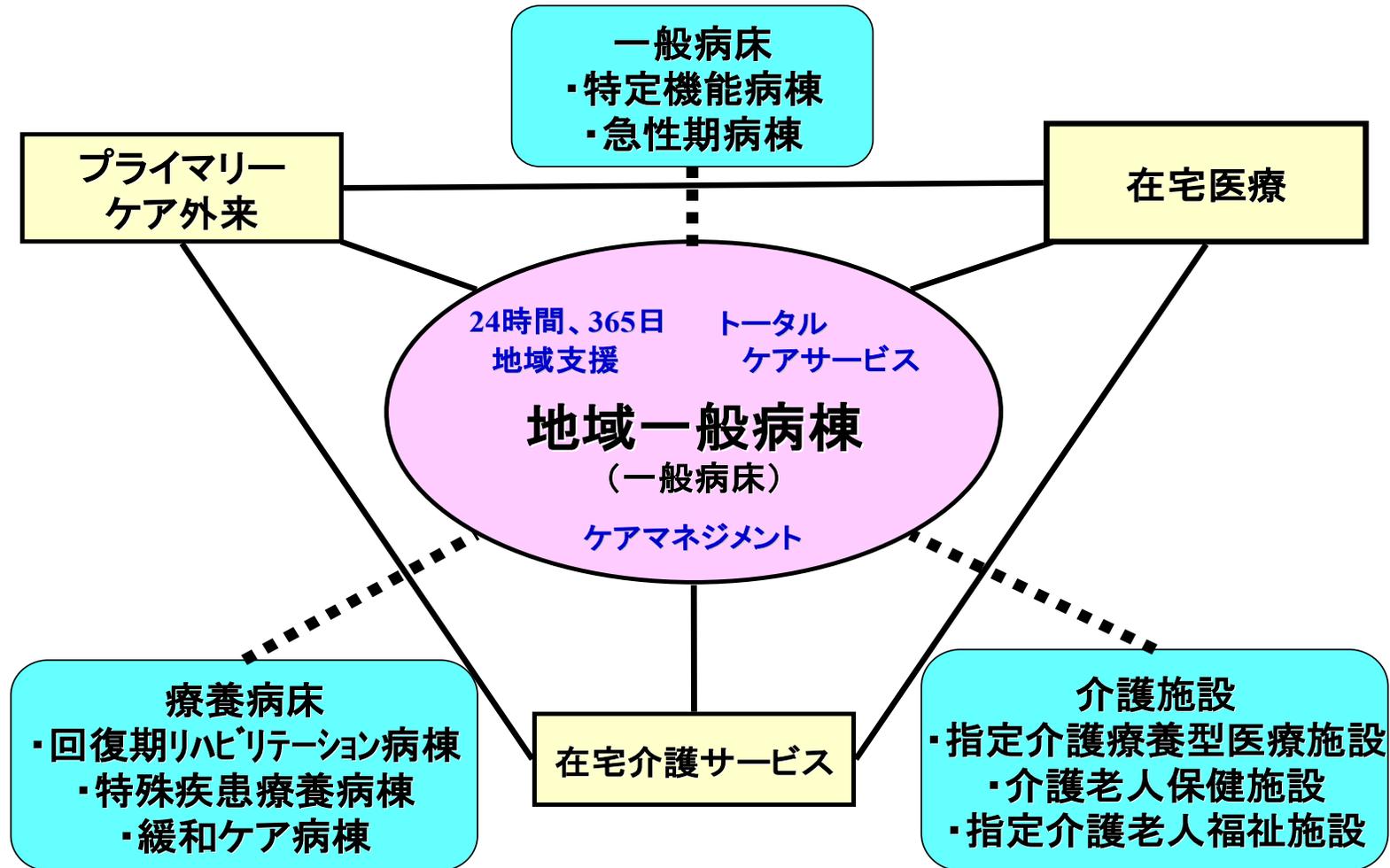
<地域一般病棟の人員基準>

- 地域一般病棟は、急性期病棟からの患者の受け入れ、医療・介護連携における急性期疾患の受け入れ、リハビリテーション、ケアマネジメント等を必須とするため、下記の人員を必要とする。

医師・看護要員は現行の一般病床基準以上とする。

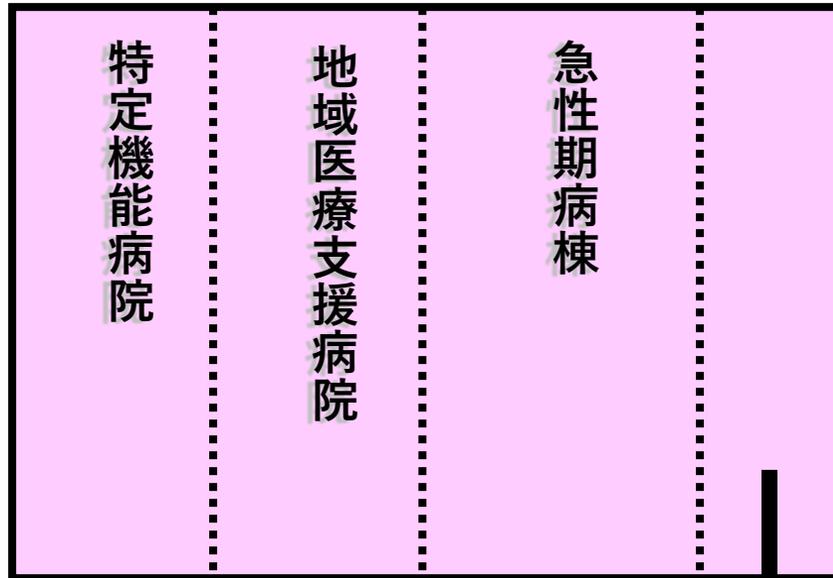
PT・OT・ST等リハビリテーションスタッフ、医療ソーシャルワーカー（MSW）を配置する。

イメージ図 地域一般病棟を中心とした連携(ネットワーク)

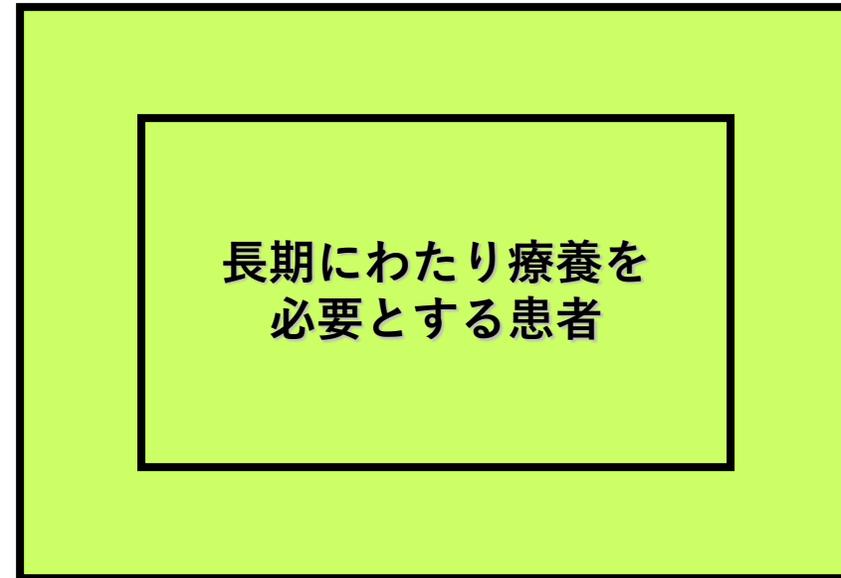


イメージ図 これからの病院機能区分

一般病床



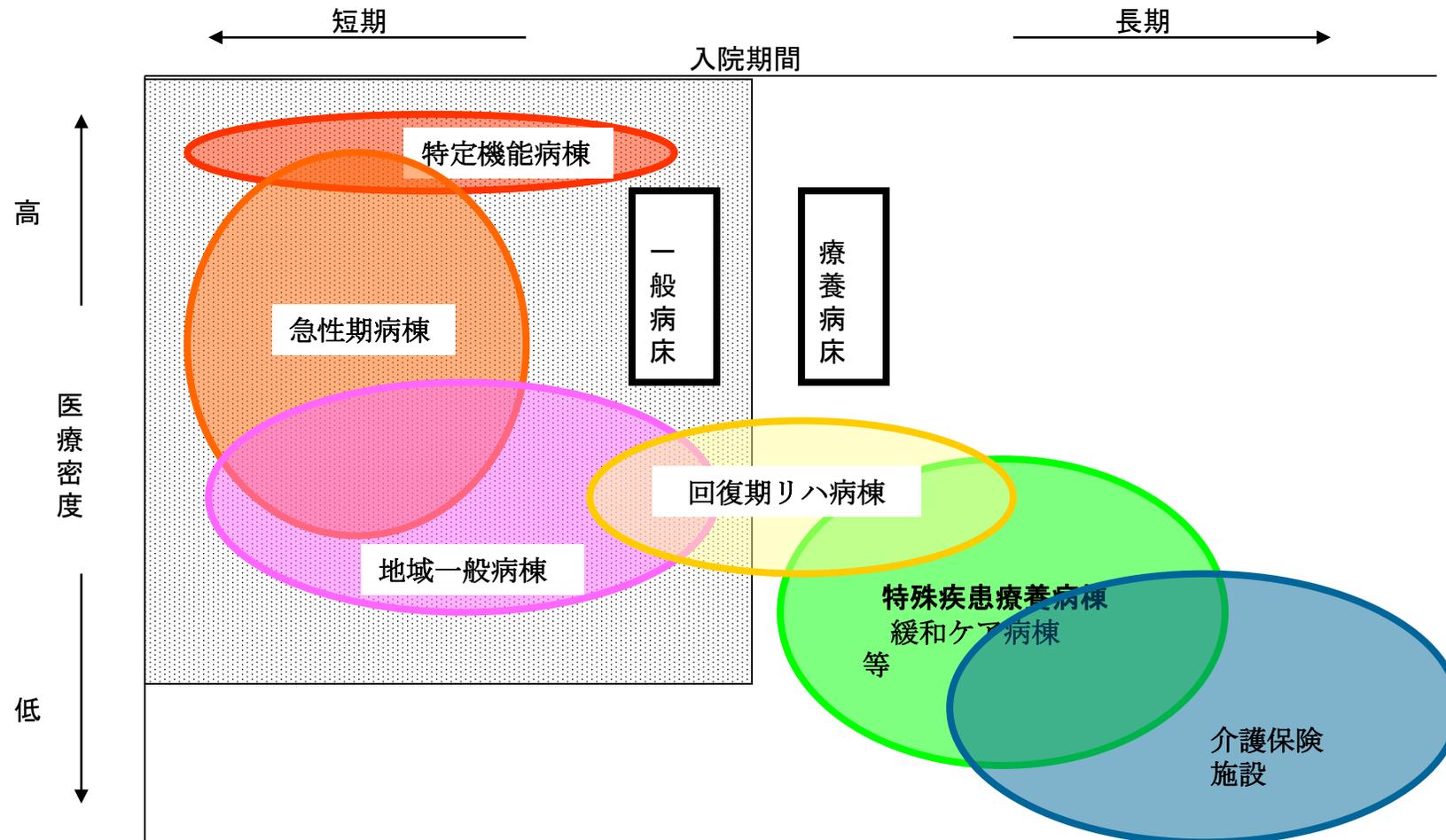
療養病床



↓

地域一般病棟

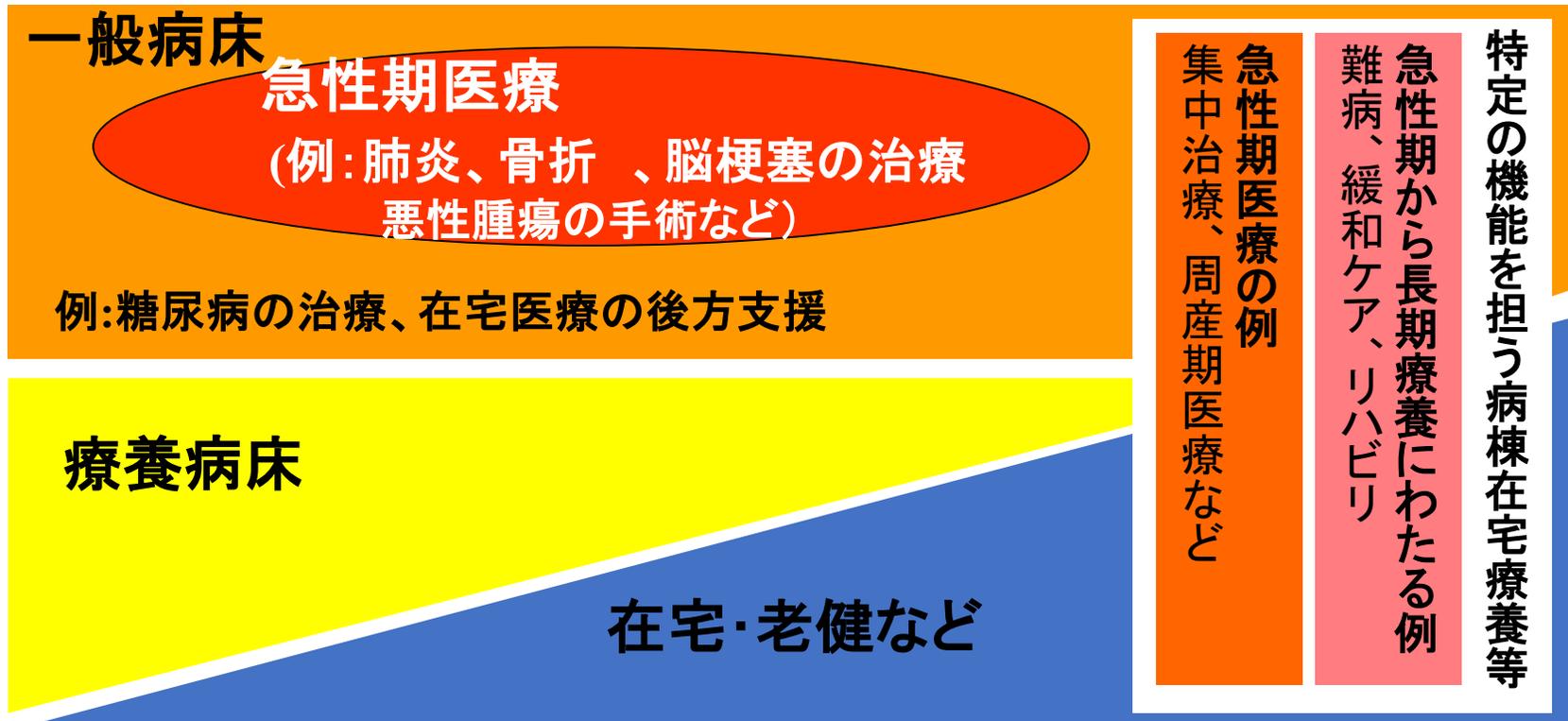
(図) 病棟機能別 医療密度・入院期間



医療提供体制の改革ビジョン案

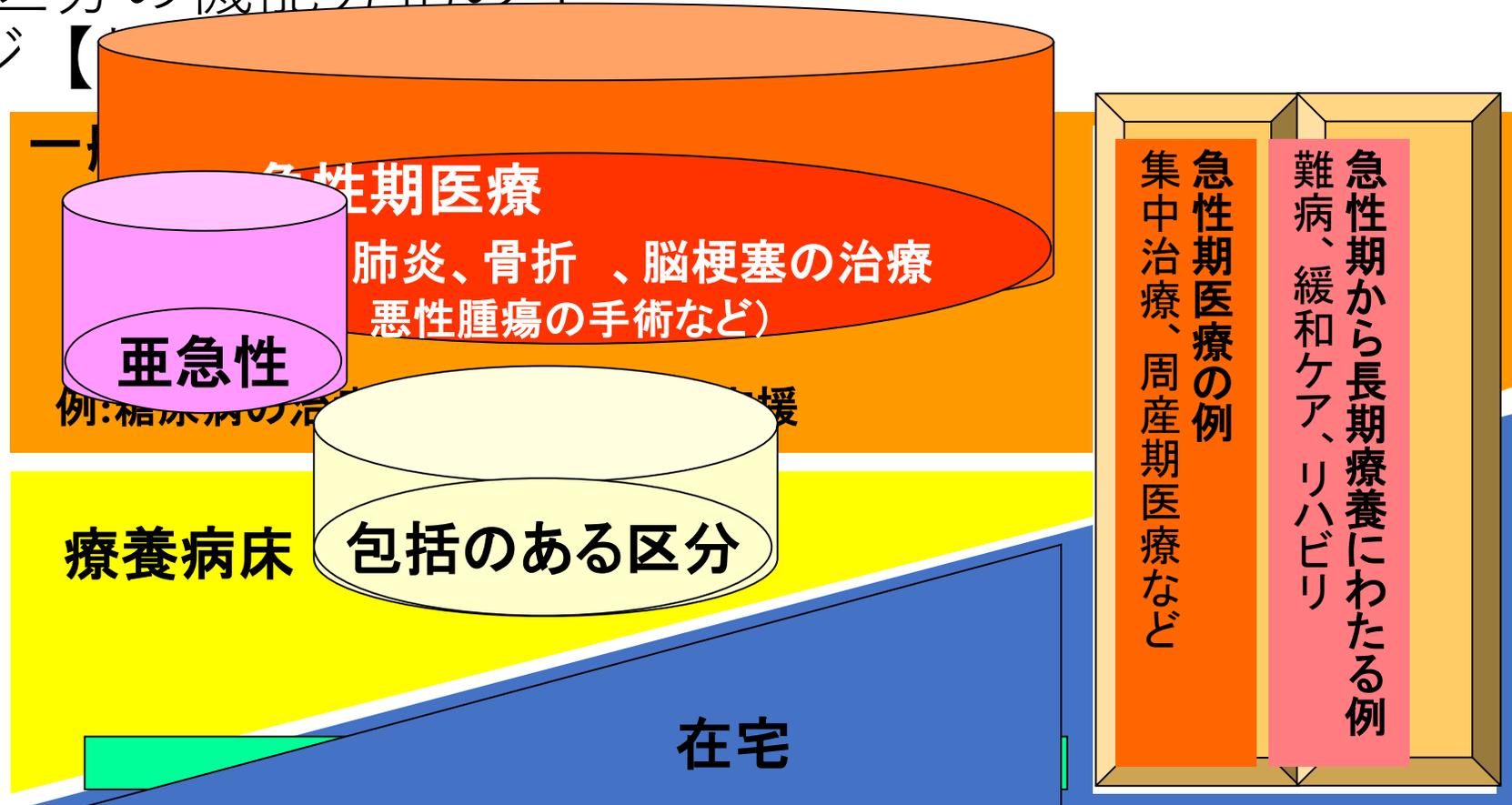
(医療提供体制の改革に関する検討チームH15.4.30)

■病床区分の機能分化のイメージ【将来】

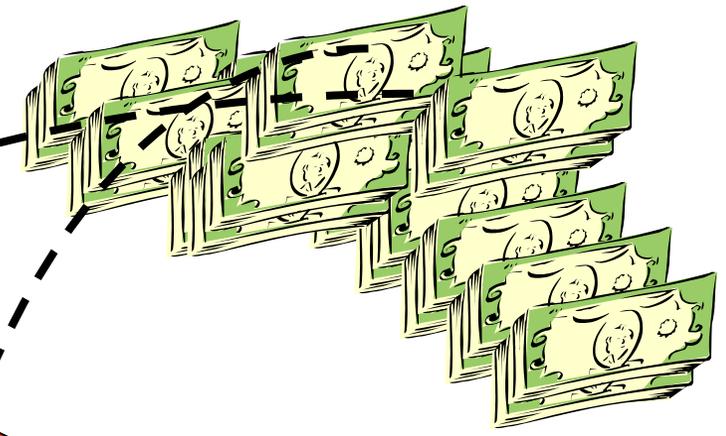


医療提供体制の将来予測

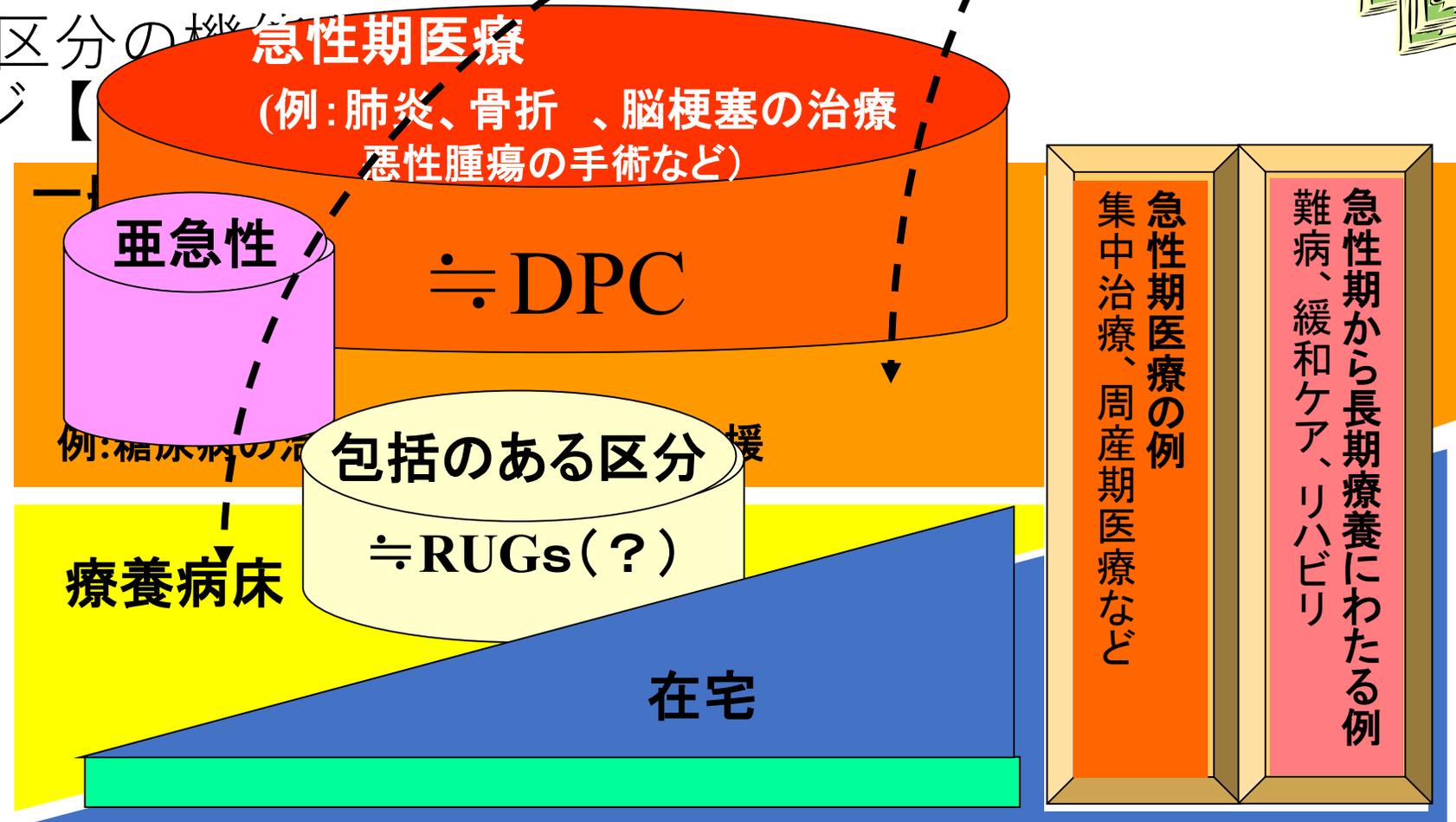
■ 病床区分の機能分化のイメージ



医療提供体制の将来予測

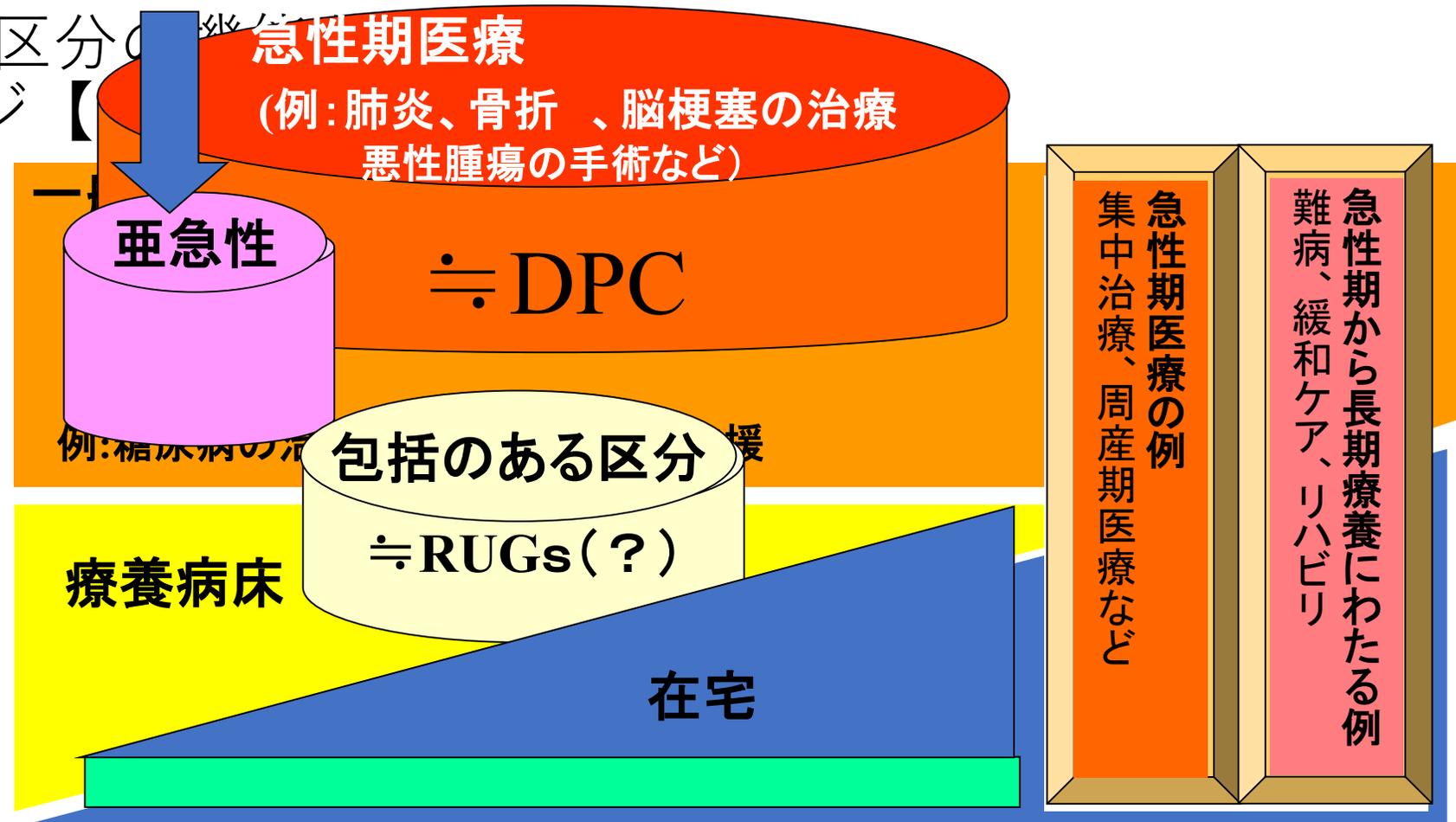


■病床区分のイメージ



医療提供体制の将来予測

■病床区分のイメージ



2003年の動き

- 2003年の11月17日(火)の夜
研究室に猪口先生から亜急性病棟の
原案作りの相談の電話
- 11/26 厚生労働省(桑島)さんから調査を 続行
するよう頼まれる
- 12/10 亜急性調査の打ち合わせ
(全日病、猪口、安藤、日経吉良、高橋)
- 12/14 (日) 湖山泰成氏結婚式 (帝国ホテル)
- 12/28 火 せりなの忘年会後、猪口、安藤、高
橋で最終打ち合わせ



2004年

- 1/20-23火 東京→那須塩原→データ解析で山籠り（那須サンバレー）
- **1/23金** 那須塩原→東京→**16厚生労働省**
- SASでエクセルファイルを読み込めないことで、学生を集計マシンとして再編成、22日に小山くんが、23日に菅生君が**風邪で倒れる**という激しい作業が続く。最終日は雪の中必死の思いで、那須の山中からの脱出、**中医協で亜急性病棟が承認された3時間後**にデータを渡し、診療報酬額決定に大きな影響を及ぼす。
- 3月に報告書を作成し、病院へフィードバック

亜急性状態に該当する患者に関する緊急調査

四病協診療報酬委員長 猪口雄二

全日病副会長 安藤高朗

国際医療福祉大学教授 高橋泰

(目的)

中医協において亜急性の議論が急速に進み、平成 16 年度の診療報酬改定で亜急性患者に対応する回復期入院医療管理料が新設されるという基本方針が平成 16 年 1 月 23 日の中医協で承認された。しかし、これまで亜急性状態の患者に焦点をあてた調査が実施されたことはなく、現在入院中の患者の中にどの程度“亜急性状態”に該当する患者がいるのか、またどのような病棟に多く入院しているのか、これらの患者にどの程度の医療費が支払われているかなどの、実態の把握がほとんどされていない。今回の調査の目的は、民間病院に入院中の亜急性状態に該当すると思われる患者に関する現状を把握することである。また、その調査結果を厚生労働省などに提供することにより、より現状にあった適切な形で亜急性に対応する病床の基準や診療報酬が決定されることを期待している。

(対象と調査方法)↵

60 病院（データ不備の 6 病院を除く 54 病院のデータを使用）の協力を得て、3330 人の入院患者のデータを入手した。あらかじめ亜急性の患者を選び出す条件を設定しておき、これらの条件を満たす患者を選び出すことにより、亜急性該当患者を抽出した。↵

平成 15 年 12 月の第 4 週のある 1 日を調査日と定め、その日の調査対象病棟の全患者の状態像に関する調査用紙に記入を行う形で、調査対象病棟のケースミックスを把握する調査を実施した。また調査対象となった患者の 12 月分のレセプトを添付して提供を願い、12 月の入院期間の 1 日あたりの入院総医療点数、12 月の入院期間中に発生した、手術点数、リハビリ点数、500 点以上（1000 点以上）の処置点数を抽出した。↵

↵

(結果) ↵

- (1) 調査対象 3330 人のうち、亜急性該当と思われる患者は、1203 人（36%）であった。↵
- (2) 回復期リハビリや高密度の医療継続を目的に急性期の病棟からの患者が 362 人(11%)、病状不安定で入院を繰り返す、あるいは慢性疾患の増悪などにより自宅や介護施設からの患者が 841 人(25%)であった。↵
- (3) 亜急性と考えられる入院患者の比率が高かった病棟は、一般 I 群入院基本料 3（49%）と、一般 II 群入院基本料 3（54%）であった。↵

- (4) 亜急性と考えられる 1 日あたりの入院医療点数は、平均 2848 点であり、慢性疾患増悪と不安定繰返し入院などの在宅・施設からの入院点数(約 3100 点/日)のほうが、回復期リハや高密度継続医療目的で急性期病床より転院・転棟してきたケースの入院点数(約 2450 点/日)より高いケースが多い。↵
- (5) 亜急性の患者であっても、一般 I 群入院基本料 1 に入院する場合の入院費は高く、2→3 と基準が下がるにつれ、入院費が低下することを確認した。↵
- (6) 回復期リハ目的の入院では、脳血管障害と大腿骨頸部などの骨折が多かった。↵
- (7) 高密度医療継続目的の急性期病棟からの転院・転棟患者では、脳血管障害、肺炎、悪性新生物などが多い。↵
- (8) 病状が不安定で繰返し入院を行うケースが、亜急性の患者の 50% を占めた。内科系疾患の増悪期が 4 割を占め、身体障害者の病状増悪・合併症対応も多数見られた。↵
- (9) 慢性疾患の増悪や一時的に医療必要度が高まる状態の患者は、慢性疾患の増悪や脱水、脳梗塞再発作、肺炎などが多かった。↵
- (10) これらを通じて、ICD コードが患者の病状や入院中の治療内容と合致しないケースが多数見受けられ、亜急性に対応した状態別分類の必要性が高いと考えられた。↵

(まとめ) 。

今回の緊急調査の中間まとめより、。

- (1) 亜急性に対応する患者が、一般病床に多数入院していることを確認した。
 - (2) 亜急性に対応する患者には、急性期のケースミックス分類にも、慢性期のケースミックス分類にもなじまない、患者が多数存在することが確認された。
 - (3) 将来的には、亜急性に対応する回復期入院医療管理料を一律の点数にするのではなく、なんらかの患者区分をほどこし、その区分に応じた支払額を設定する方向で、制度を改定していくのが合理的であると思われる。
-

2004年診療報酬改定における 亜急性病棟の扱い

2 医療機関のコスト等の適切な反映

(1) 疾病の特性等に応じた評価

④ 亜急性期（回復期）医療

- 亜急性期入院医療の評価

2 医療機関のコスト等の適切な反映

(1) 疾病の特性等に応じた評価

④ 亜急性期（回復期）医療

○ 亜急性期入院医療の評価

亜急性期医療を必要とする患者について、一定の入院期間（90日）に在宅復帰等を目的として行う入院医療管理を評価する。

亜急性期入院医療管理料（1日につき）（新設） → 2050点

※ 算定要件

- ・ 一般病棟の病室単位
- ・ 看護配置 2.5対1以上
- ・ 在宅復帰支援を担当する者が配置されていること
- ・ 退院患者の6割以上が在宅等へ退院していること 等

医療提供体制の改革ビジョン案

(医療提供体制の改革に関する検討チームH15.4.30)

■病床区分の機能分化のイメージ【将来】



2013年の財務省での議論

医療と介護の需要見込み

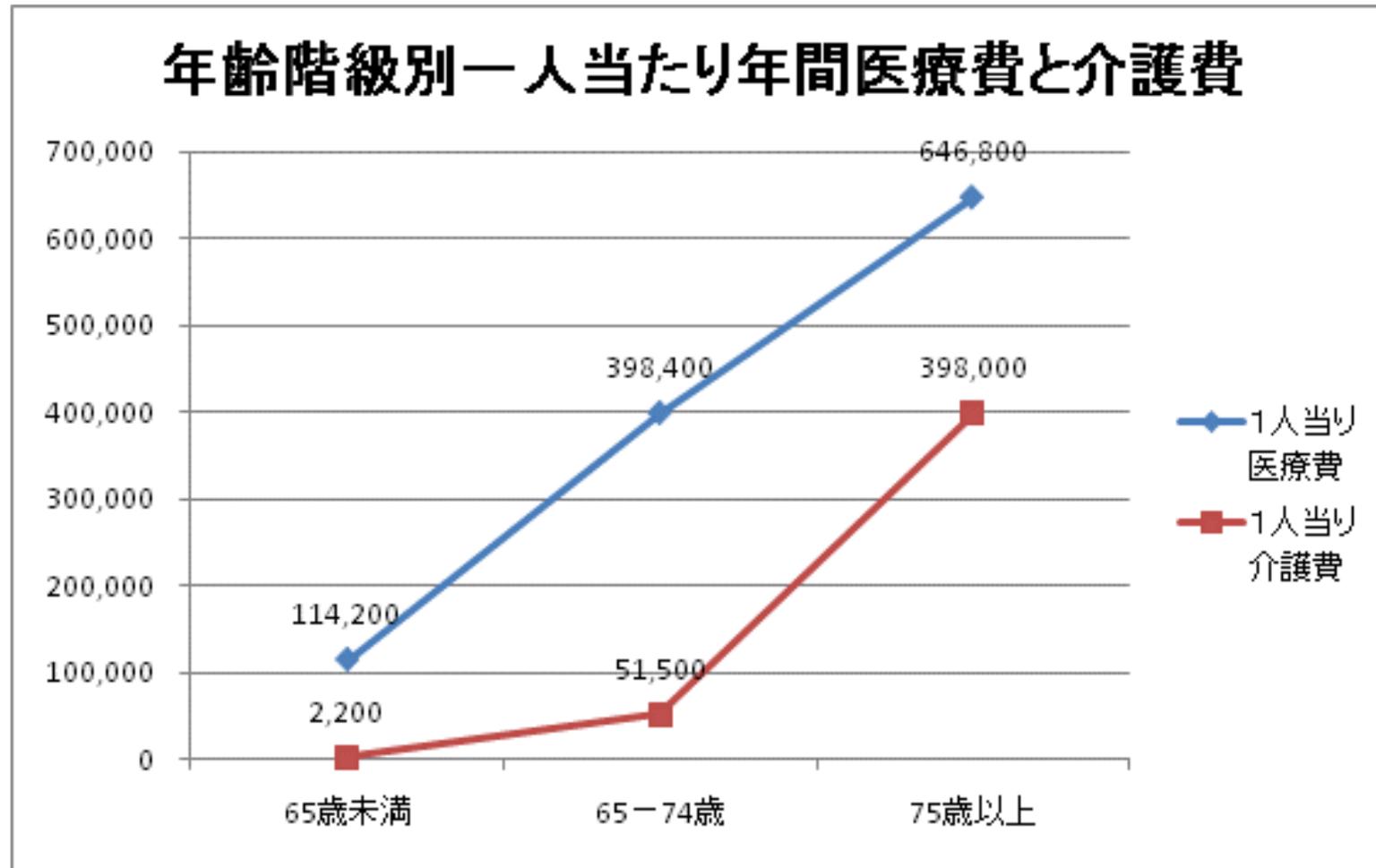
ポイント5

年齢とともに徐々に高くなる医療費、
75歳を過ぎると急激に増え始める 介護費

	2010年	2008年医療費			2009年5月-2010年4月介護給付		
	人口推計 (人)	医療費総額 (億円)	1人当り 医療費	比率	給付費総額 (億円)	1人当り 介護費	比率
65歳未満	97,771,328	113,604	114,200	1.0	2,184	2,200	1.0
65-74歳	15,185,882	60,498	398,400	3.5	7,826	51,500	23.1
75歳以上	14,219,235	85,493	646,800	5.7	62,299	398,000	196.1
全体	127,176,445	259,595	203,300		72,309	56,900	

ポイント5

年齢とともに徐々に高くなる医療費、
75歳を過ぎると急激に増え始める 介護費



(介護の需要予測と対策)

ポイント6

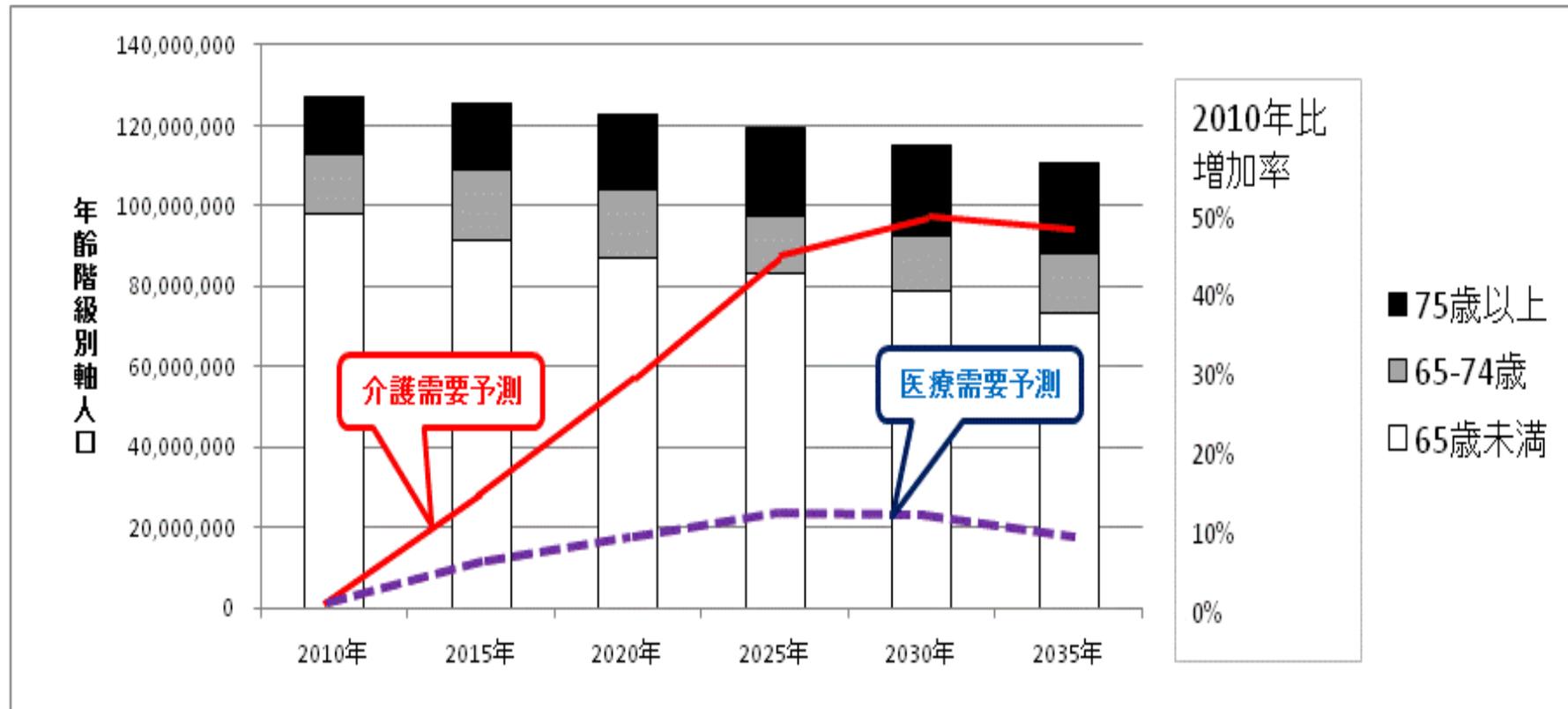
介護の需要ピークは2030年49.7%増
(医療は2025年11.1%増)

ポイント6 介護の需要ピークは2030年49.7%増（医療は2025年11.1%増）

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
総人口	127,176,445	125,430,199	122,734,999	119,269,818	115,223,669	110,679,388
65歳未満	97,771,328	91,657,070	86,844,991	82,925,184	78,563,742	73,440,949
65-74歳	15,185,882	17,324,614	17,157,896	14,682,781	14,006,855	14,892,000
75歳以上	14,219,235	16,448,515	18,732,112	21,661,853	22,653,072	22,346,439
介護需要 点数	140,253,547	161,078,246	180,115,183	202,374,314	209,936,208	207,994,692
介護需要点数増減率 (2010年比)		14.8%	28.4%	44.3%	49.7%	48.3%
医療需要 点数	231,971,555	246,049,755	253,670,665	257,787,480	256,710,245	252,937,651
医療需要点数増減率 (2010年比)		6.1%	9.4%	11.1%	10.7%	9.0%

- 2010年の介護需要点数1億4025万3547点
 (= 9777万1328人 × 0.04点/人 + 1518万5882人 × 1.0
 点/人 + 1421万9235人 × 8.50点/人)

ポイント6 介護の需要ピークは2030年49.7%増（医療は2025年11.1%増）



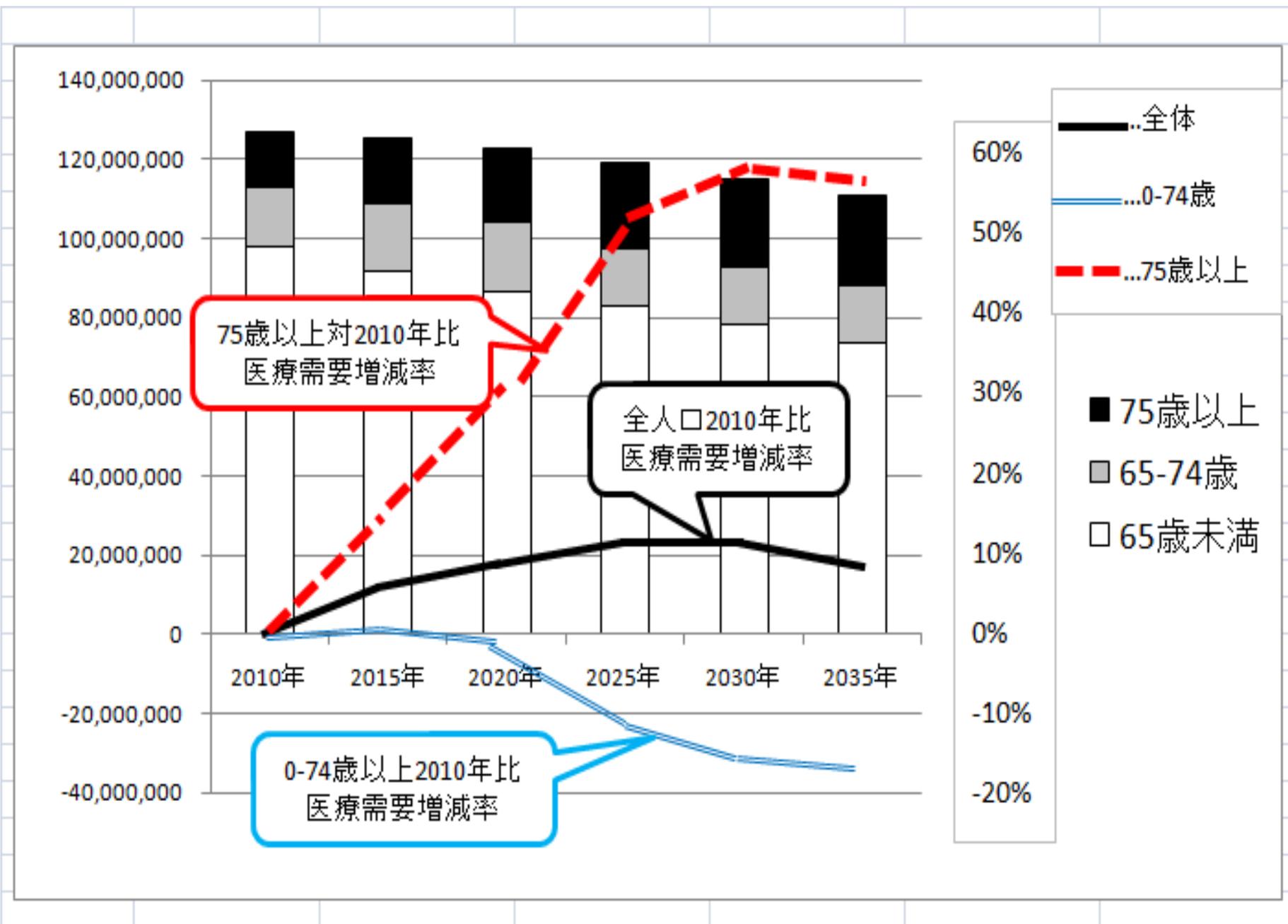
(医療の需要予測と対策)

ポイント 8

今後の医療需要は、
74歳以下が減少傾向、
75歳以上が急増

(表14：0-74歳、75歳以上別 医療需要推移予測)

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
総人口	127,176,445	125,430,199	122,734,999	119,269,818	115,223,669	110,679,388
65歳未満	97,771,328	91,657,070	86,844,991	82,925,184	78,563,742	73,440,949
65-74歳	15,185,882	17,324,614	17,157,896	14,682,781	14,006,855	14,892,000
75歳以上	14,219,235	16,448,515	18,732,112	21,661,853	22,653,072	22,346,439
医療需要 点数	231,971,555	246,049,755	253,670,665	257,787,480	256,710,245	252,937,651
医療需要点数増減率		6.1%	9.4%	11.1%	10.7%	9.0%
0-74歳 医療需要 点数	150,921,915	152,293,219	146,897,627	134,314,918	127,587,735	125,562,949
医療需要点数増減率		0.9%	-2.7%	-11.0%	-15.5%	-16.8%
75歳以上 医療需要 点数	81,049,640	93,756,536	106,773,038	123,472,562	129,122,510	127,374,702
医療需要点数増減率		15.7%	31.7%	52.3%	59.3%	57.2%

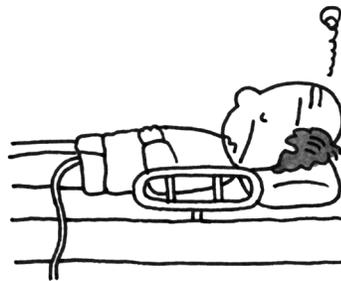
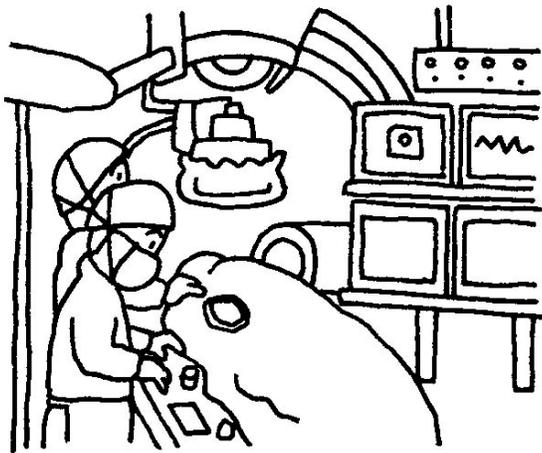


(3) -3: 0-74歳が必要とする医療、 75歳以上が必要とする医療

- 今後の人口推移から「0-74歳の医療」需要は、2035年までに15%以上減少し、その後も需要が減り続ける。「75歳以上の医療」の需要が2030年までにおよそ60%増え続ける。
- それでは、今後**需要が減少する「0-74歳の医療」の内容**とは、どのようなものであろうか。
- また、**2030年まで増え続ける「75歳以上の医療」**とは、どのような**内容**であらうか。

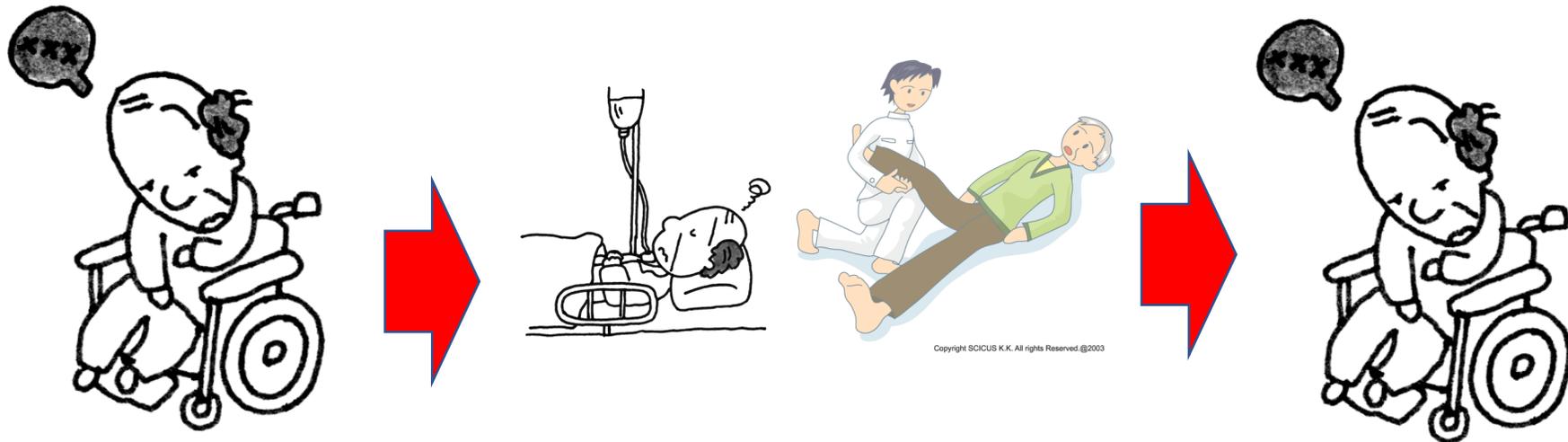
「0-74歳の医療」

- ほとんどが、治癒が至上目的であり、徹底的に治療を行おうとする「**とことん型**」の**急性期医療**である。
- 0-74歳の患者さんの多くは、治療さえ終了すれば、自宅に退院し、普段の生活に戻っていく。



「75歳以上の医療」

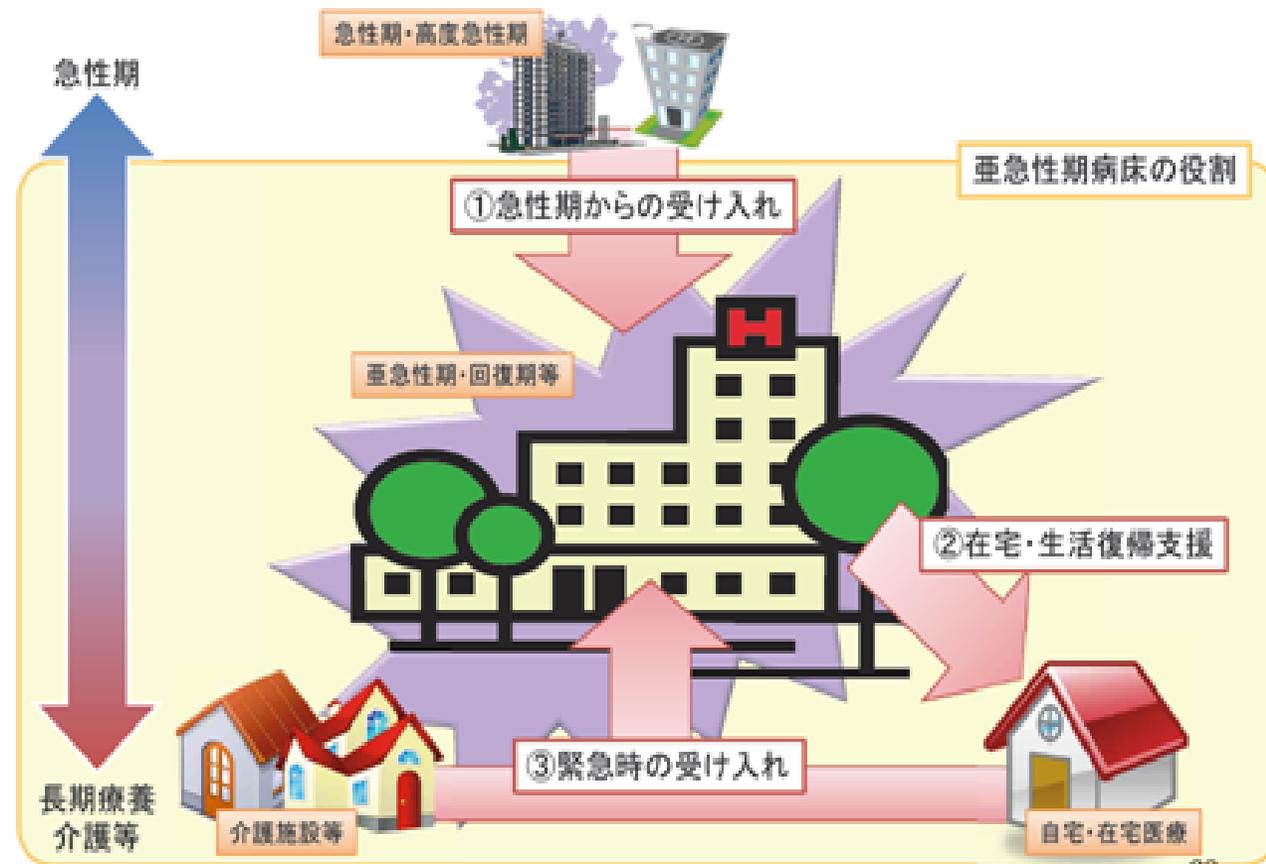
- 「**とことん型**」急性期医療を必要とする場合も**少なくない**が、年齢が上がるにつれて、高齢者の生活維持や在宅復帰のために必要に応じて治療やリハビリが行ない、必ずしも病気の治癒を目指すわけではない「**まあまあ型**」の**医療の比率が高まる**。



「亜急性病床」の概要

2013年5月30日の入院医療評価分科会

亜急性期病床の地域医療に果たす役割



(3) -4: 「高度急性期・一般急性期」 病床の過剰と「亜急性期」病床の不足

- 高度急性期病床はもちろん一般急性期病床も、治療を主目的とする従来の急性期医療を提供することを前提する病棟であり、建前として「とことん型」急性期医療病棟である。
- しかし現在の一般病床の多くには、本来「まあまあ型」の急性期医療を必要な高齢者が多く入院しており、「とことん型」の医療を必要とする患者さんと混在する形で医療が提供されているのが、日本の多くの一般病床の現状である。

(3) -4: 「高度急性期・一般急性期」 病床の過剰と「亜急性期」病床の不足

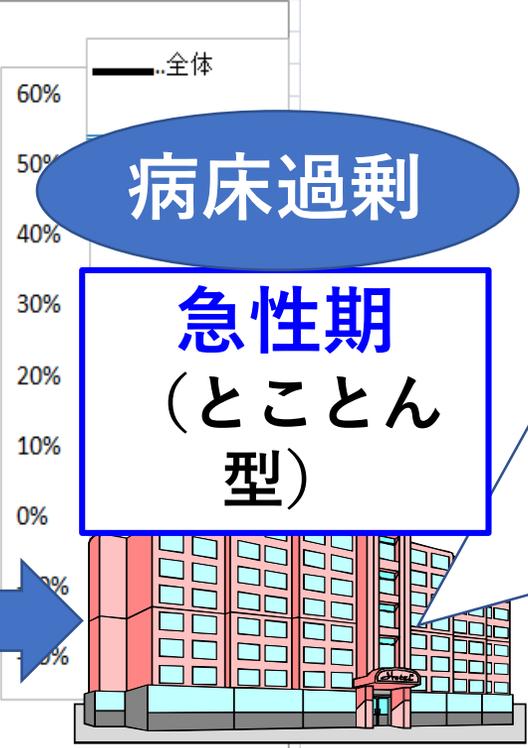
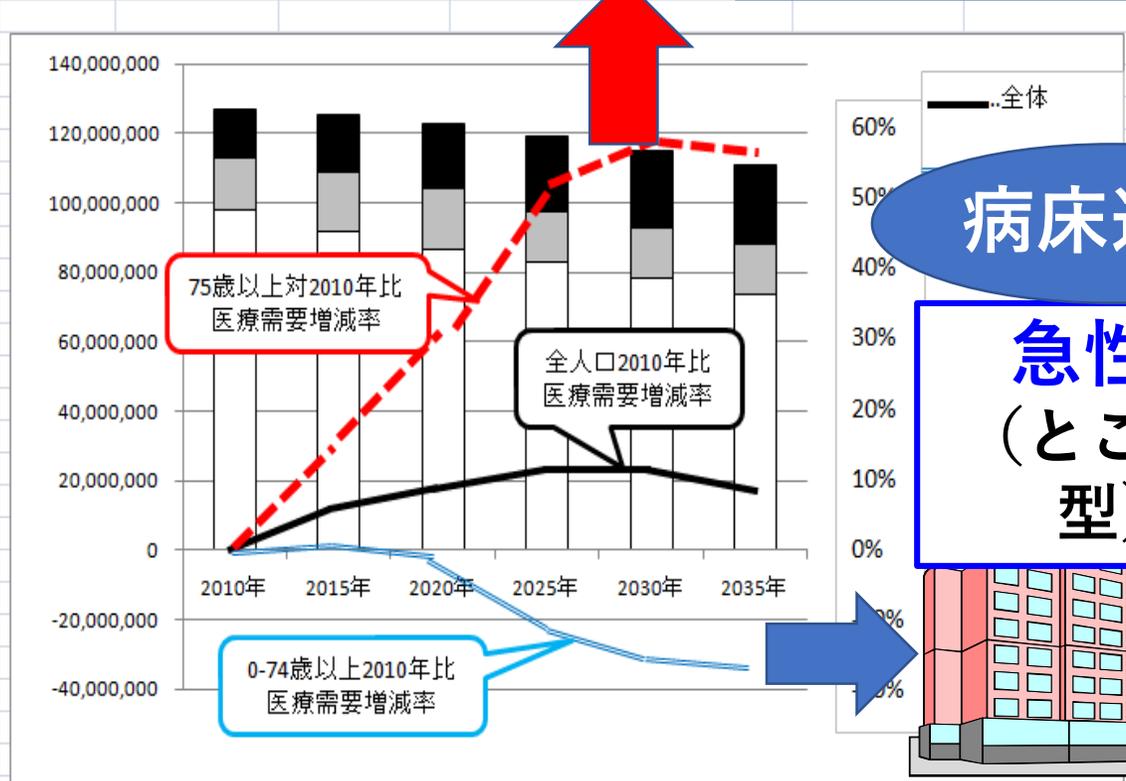
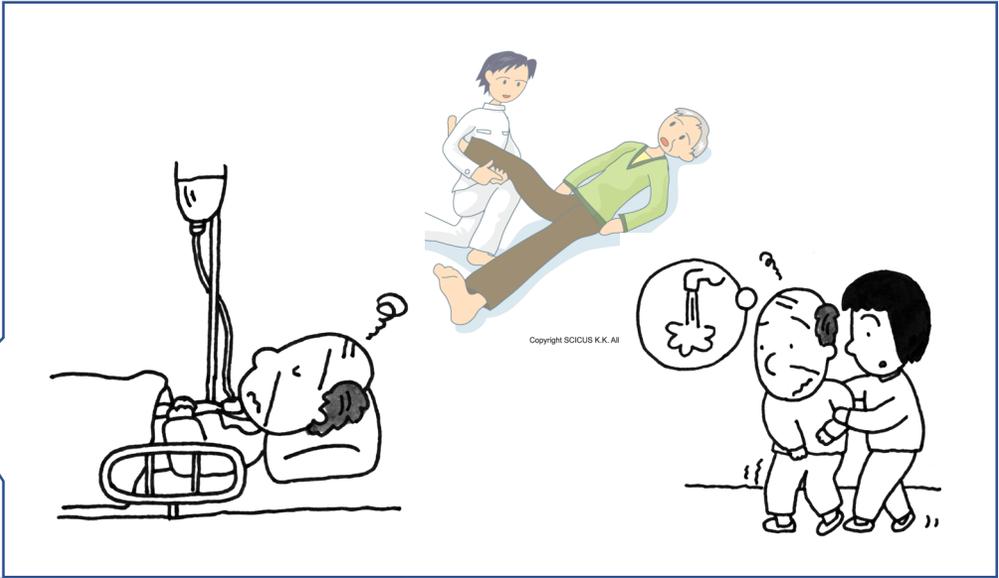
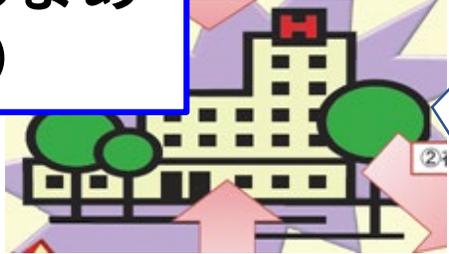
- 患者のニーズに応じた医療を提供する観点からも、医療費の効率的な使われ方という観点からも、「**とことん型**」医療を必要とする患者を重点的に見る病棟と、「**まあまあ型**」医療を必要とする患者を重点的に見る**病棟を分ける**ことが、今後の医療制度改革でまず行われるべきことであろう。

(3) - 4: 「高度急性期・一般急性期」 病床の過剰と「亜急性期」病床の不足

- 日本の病院の現状および今後の人口構成の変化を考えると、「**とことん型**」急性期医療を提供する**高度急性期・一般急性期病床の過剰**と、「**まあまあ型**」の急性期医療を提供する「**亜急性期**」に相当する病床の**不足**は、明らかである。
- 「とことん」型病床から「まあまあ」型病床への**転換**が不可欠である。

病床不足

亜急性期
(まあまあ型)

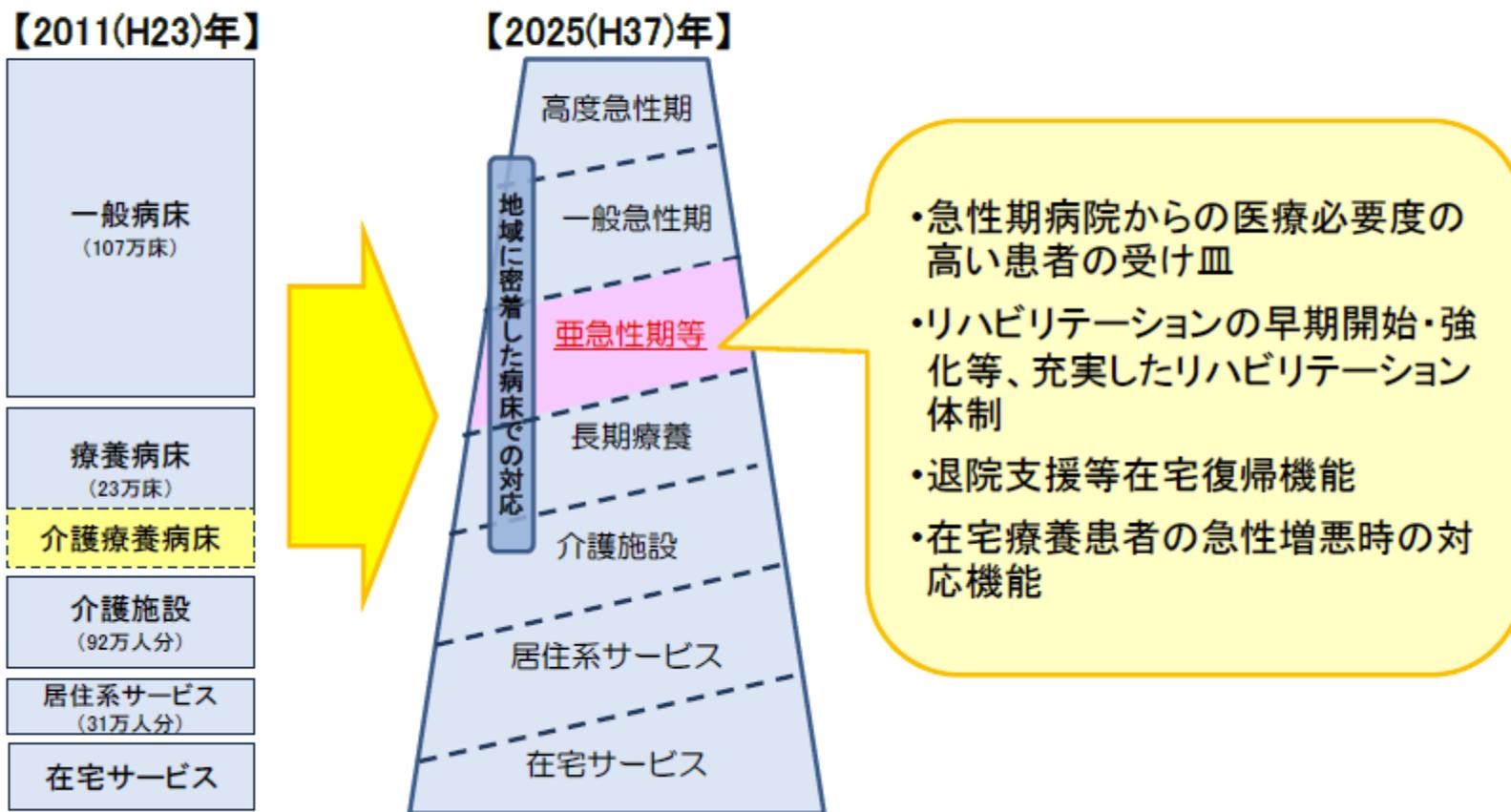


2013年の中医協の議論

入院医療はどう変化するか 亜急性期等について

亜急性期等の病棟に期待される役割について

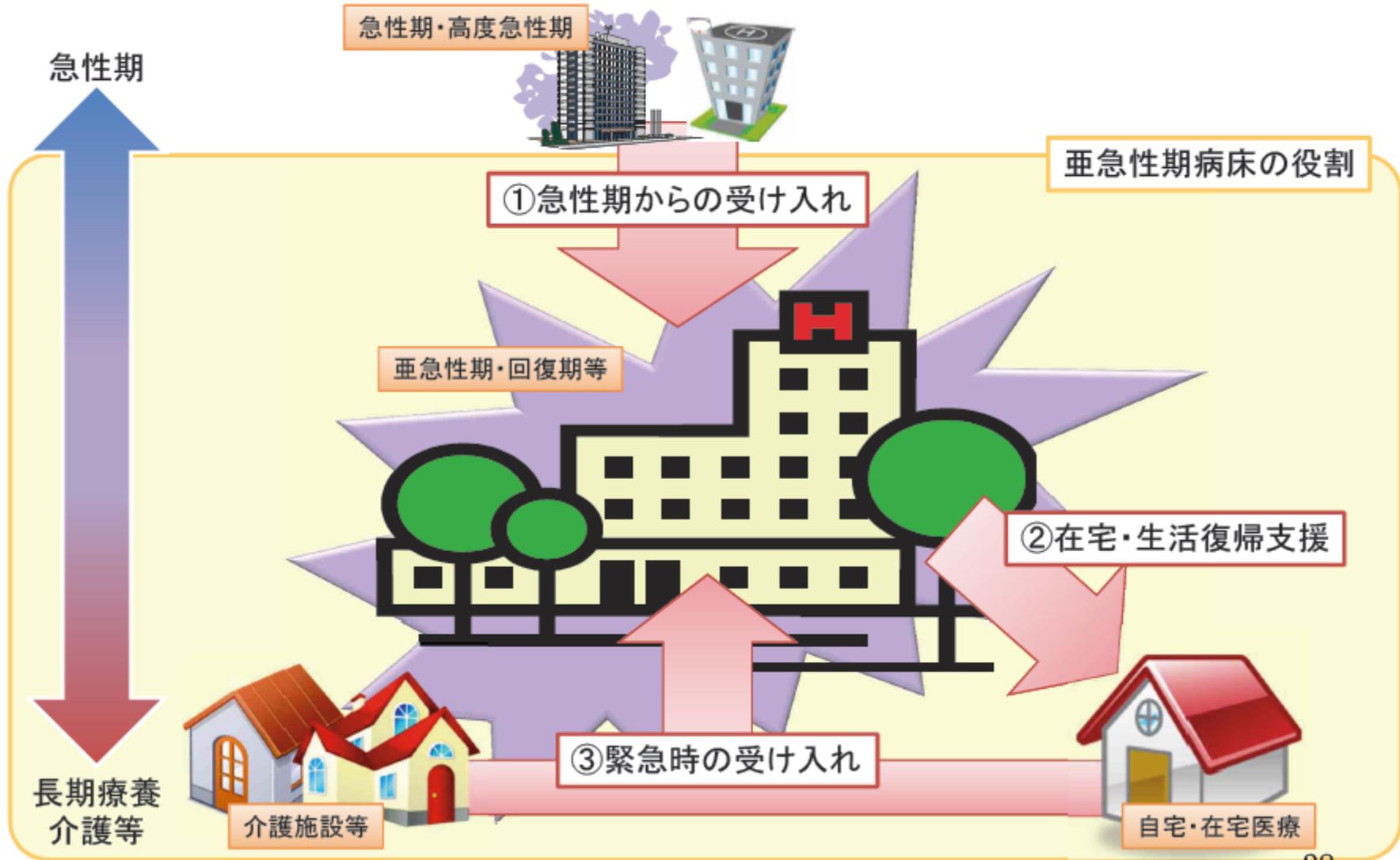
中医協 総 - 2
23 . 10 . 5



(社会保障改革に関する集中検討会議資料より亜急性期等に関する記載を保険局医療課で抜粋)

74

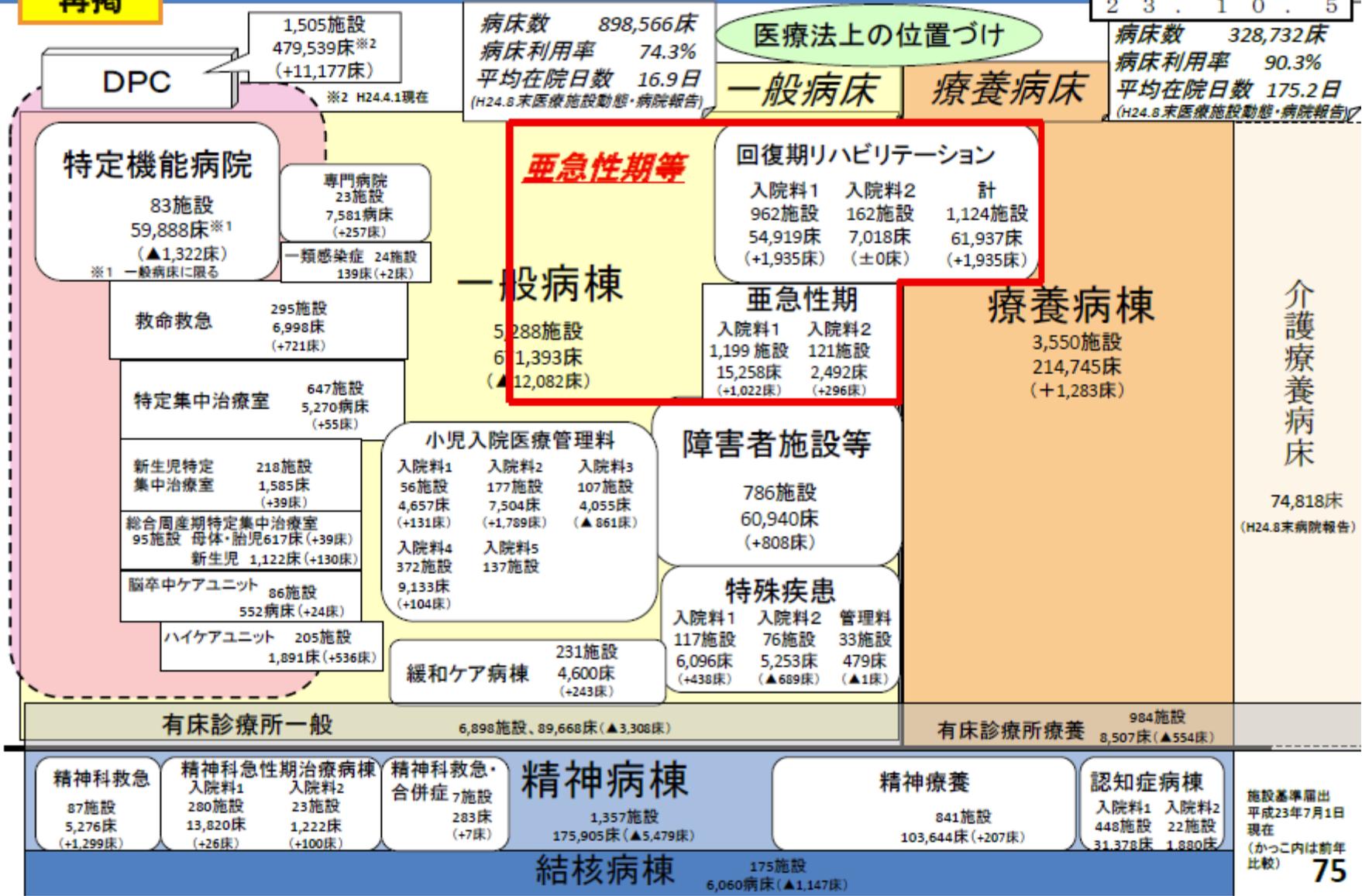
亜急性期病床の地域医療に果たす役割



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



回復期リハ病棟入院料・亜急性期入院医療管理料の主な施設基準等

	回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期リハビリテーション病棟入院料3	亜急性期入院医療管理料
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上	13対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上	—
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任の在宅復帰支援を担当する者1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上	—	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	6割以上	6割以上*
重症患者の退院時日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—	—
その他	病棟単位で届出(回リハ3と併存不可)	病棟単位で届出(回リハ3と併存不可)	病棟単位で届出(新規以外、回リハ1・2と併存不可)	病室単位で届出、診療録管理体制加算を届け出ている、一般病床の3割以下(200床以上は40床)
点数	1,911点	1,761点	1,611点	2,061点(リハなし・60日まで) 1,911点(リハあり・60日まで)

*亜急性期入院医療管理料の在宅復帰率には老健施設を含む

亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料

(改) 中医協 総-2
23.10.5

別算定可(注)

亜急性期入院医療管理料(1) 亜急性期入院医療管理料(2) (病室単位)

(放射線治療)・すべて (麻酔)・すべて (手術)・すべて (処置)・1000点を超えるもの (精神科専門療法)・すべて	(処置)・人工腎臓
(リハビリテーション) 脳血管リハ・運動器リハを除く	(リハビリテーション)・すべて
(除外薬剤・注射薬) ・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(在宅医療)・在宅療養指導管理料について退院時に算定可	
(医学管理等)・すべて	・地域連携診療計画退院時指導料(I)のみ
(入院基本料等加算) ・臨床研修病院入院診療加算 ・医師事務作業補助体制加算 ・地域加算 ・離島加算	・医療安全対策加算 ・感染防止対策加算 ・患者サポート体制充実加算 ・救急搬送患者地域連携受入加算
・精神科リエゾンチーム加算 ・総合評価加算	

回復期リハビリテーション病棟入院料 (病棟単位)

(処置)・人工腎臓	(処置)・人工腎臓
(リハビリテーション)・すべて	
(薬剤・注射薬) ・インターフェロン製剤(HBV、HCV)、抗ウイルス薬(AIDS、HBV、HCV)、血液凝固製剤等	
(在宅医療)・在宅療養指導管理料について退院時に算定可	
(医学管理等)・地域連携診療計画退院時指導料(I)のみ	
(入院基本料等加算) ・臨床研修病院入院診療加算 ・医師事務作業補助体制加算 ・地域加算 ・離島加算	・医療安全対策加算 ・感染防止対策加算 ・患者サポート体制充実加算 ・救急搬送患者地域連携受入加算 ^(※)

基本診療料等

+	+
亜急性期入院医療管理料 (1) 2061点	亜急性期入院医療管理料 (2) 1911点
	リハビリテーション提供体制加算 50点

+	(※) 一般病棟に限る
回復期リハビリテーション病棟入院料 (1) 1911点、(2) 1761点 (3) 1611点	
休日リハビリテーション提供体制加算 60点 リハビリテーション充実加算 40点	

(注) 別に算定可能としている診療報酬項目を示したものであり、必ずしもすべての項目が算定されているわけではない

在宅復帰率(亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料)

亜急性期入院医療管理料(1)
2,061点(60日まで)

亜急性期入院医療管理料(2)
1,911点(60日まで)

回復期リハビリテーション病棟入院料
(1)1,911点(2)1,761点(3)1,611点(60日まで~180日まで)

在宅復帰率の要件

概ね**6割**以上

(1)**7割**以上

(2)**6割**以上

(3)規定無し

在宅復帰率の定義

(分子) **直近1か月間**の在宅復帰患者数
(算定開始後3月目以降は、**直近3か月間**)

(在宅復帰患者数の定義)

当室より退院した患者数のうち、下記を除く。

- ・同一の保険医療機関の当該管理料に係る**病室**以外へ転室した患者数
- ・他の保険医療機関へ転院した患者数



(分母) 当該病室における**直近1か月間**の退院患者
(当該管理料の算定開始後3月目以降は、**直近3か月間**)

(分子) **直近6か月間**の在宅復帰患者数

(在宅復帰患者数の定義)

当室より退院した患者数のうち、下記を除く。

- ・同一の保険医療機関の当該入院料に係る**病棟**以外の病棟へ転棟した患者
- ・他の保険医療機関へ転院した患者
- ・**介護老人保健施設に入所する患者**
- ・**入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者**



(分母) **直近6か月間**に退院した患者数※

※・**入院期間が通算される再入院患者を除く**

・**他の保険医療機関へ転院した者等を含む**

・**病状の急性増悪等により、他の保険医療機関(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く**

<主な相違点>

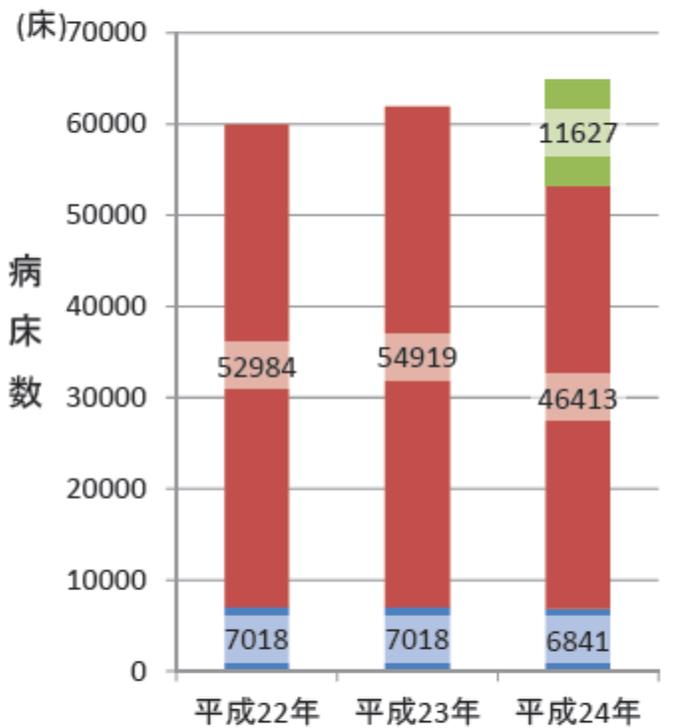
○ 亜急性入院管理料は在宅復帰患者数に介護老人保健施設を含む

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料は入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者等を除く

47

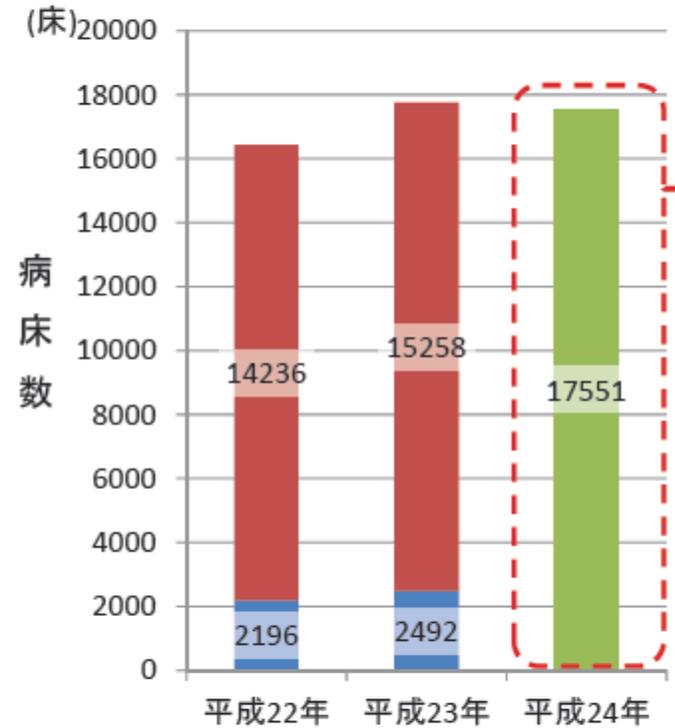
回復期リハ病棟入院料、亜急性期入院医療管理料の病床数

＜回復期リハ病棟入院料の病床数＞
(医療課調べ)

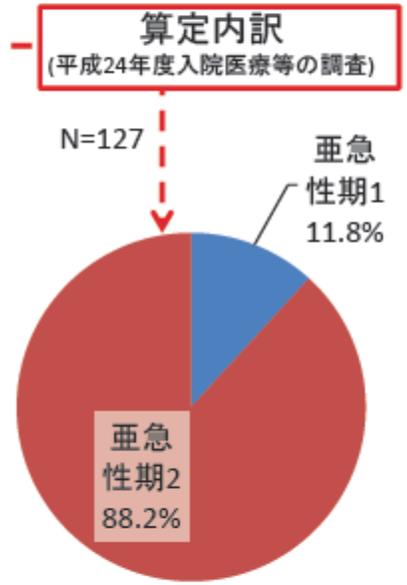


- 回復期リハ病棟1 (平成24年度以降)
- 回復期リハ病棟2 (H23年度以前は回リハ1)
- 回復期リハ病棟3 (H23年度以前は回リハ2)

＜亜急性期入院医療管理料の病床数＞
(医療課調べ)

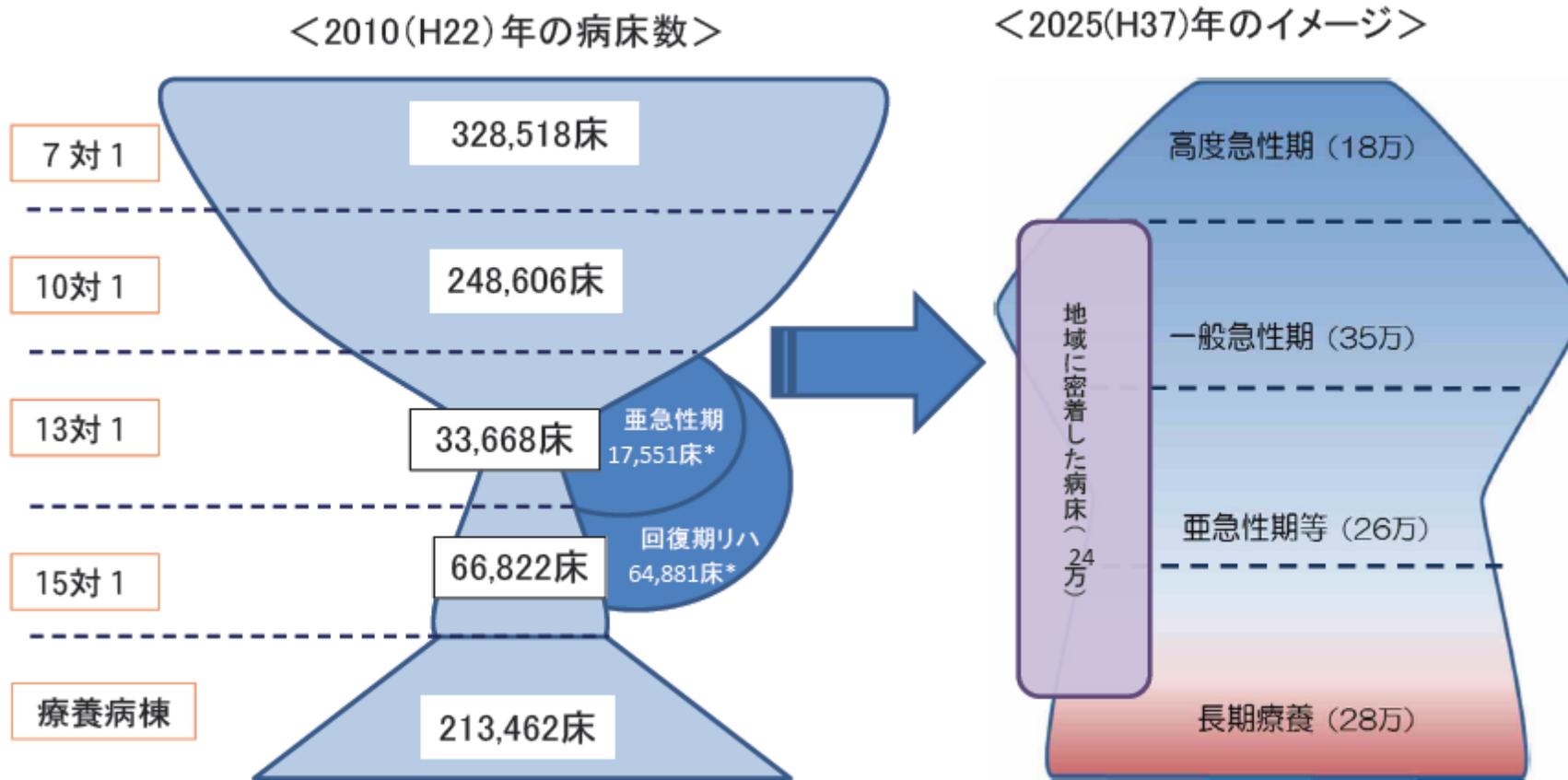


- 亜急性期入院医療管理料 (平成24年度以降)
- 亜急性期入院医療管理料1 (平成23年度以前)
- 亜急性期入院医療管理料2 (平成23年度以前)



【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

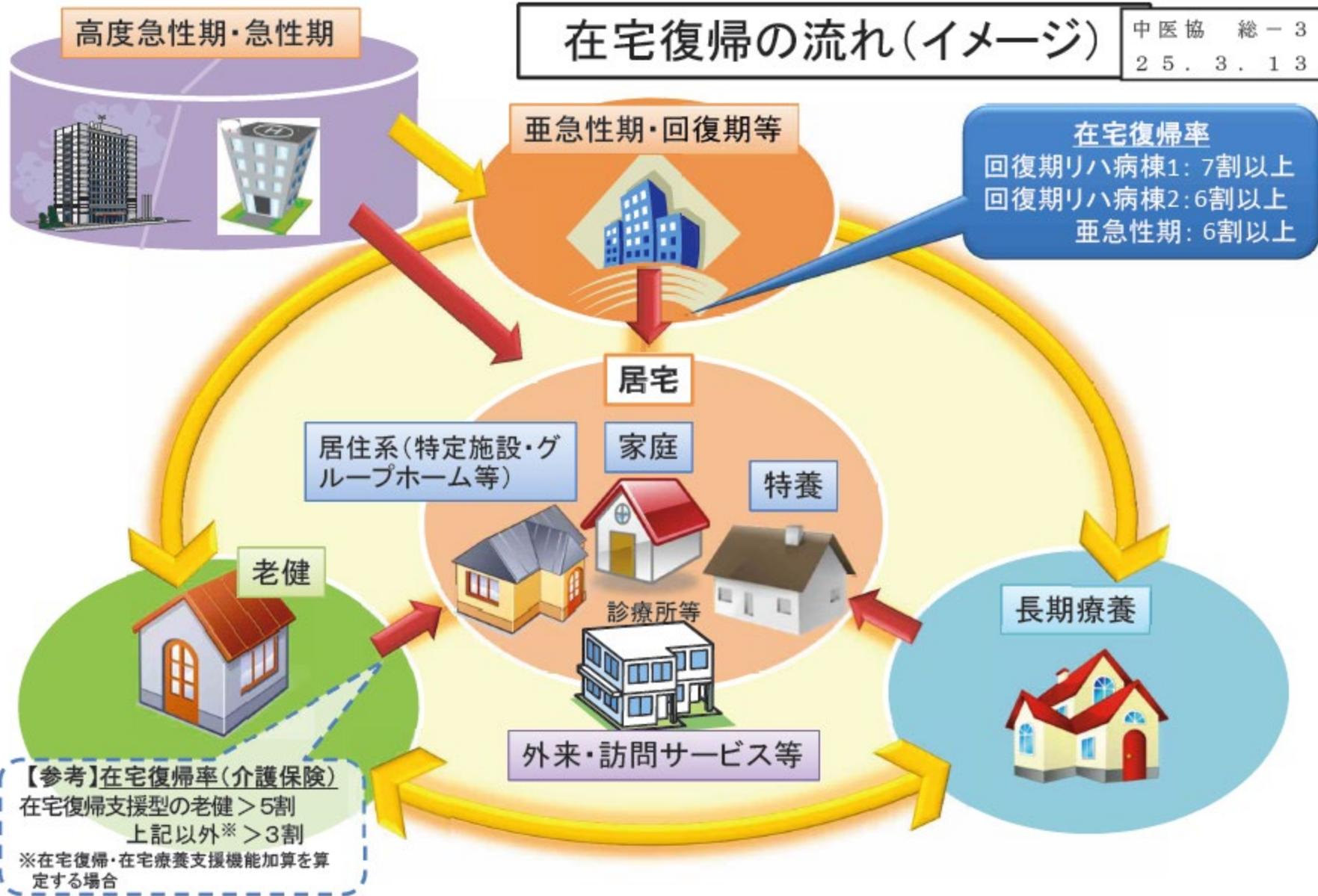
(改) 中医協 総-1
23.11.25



* 亜急性期、回復期リハの病床数についてはH24年7月現在

現在、亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

保険局医療課調べ



DPC病院における亜急性期入院医療管理料算定病床

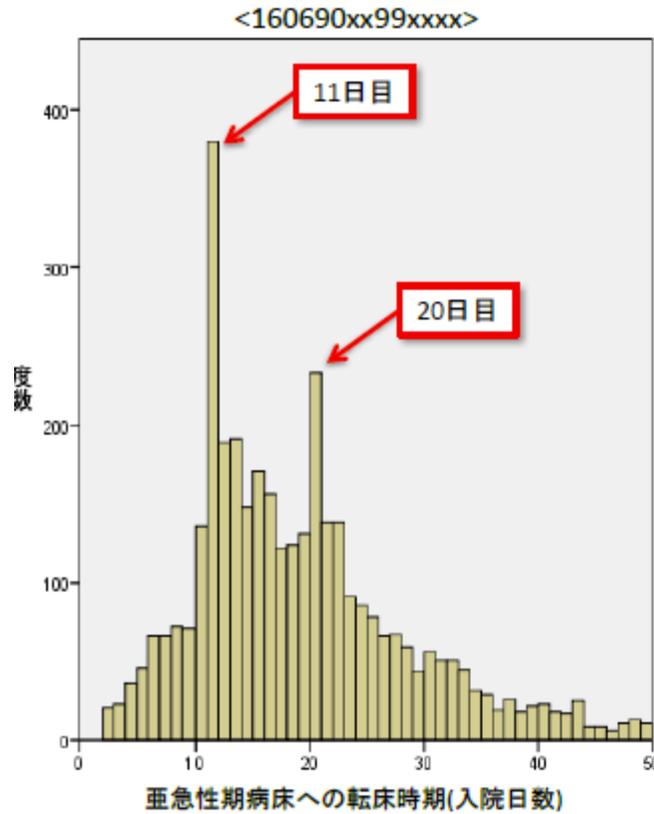
(改) 中医協 総-1
23. 11. 25

胸椎、腰椎以下骨折損傷 (胸・腰髄損傷を含む) 手術なし

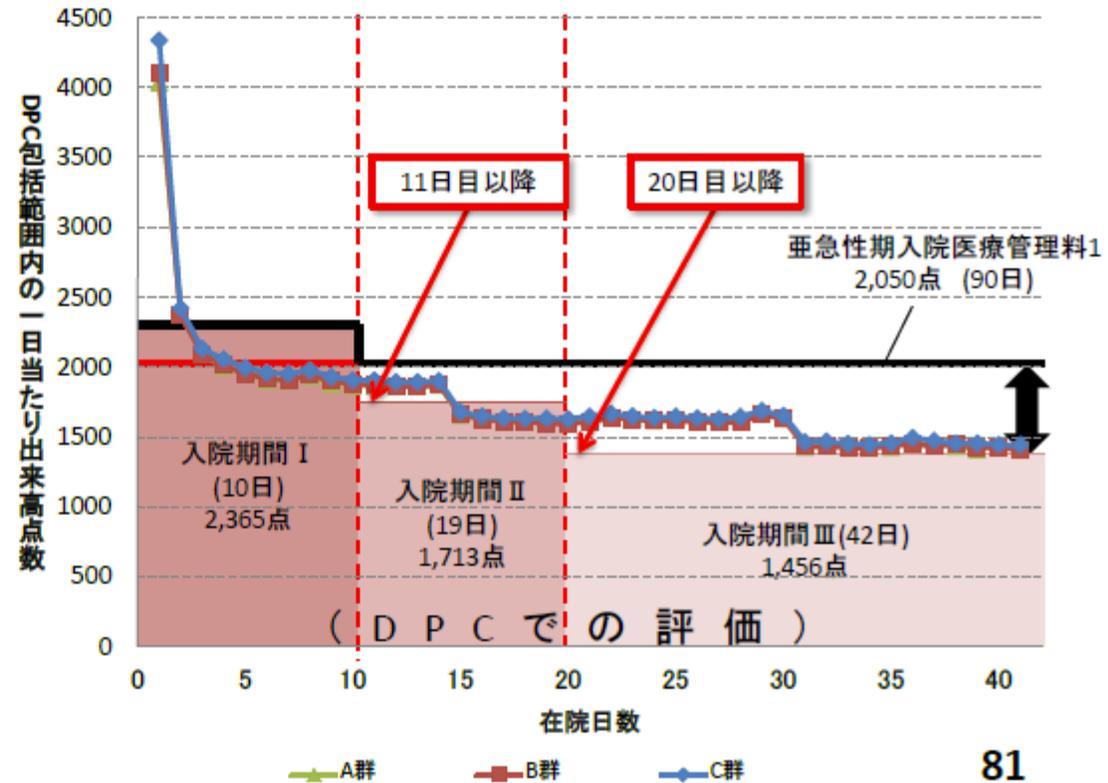
<亜急性期病床の利用の有無による診療密度の違い>

- 亜急性期病床を併設している医療機関の症例
 - 亜急性期病床を利用した症例 ...A群
 - 亜急性期病床を利用しなかった症例 ...B群
 - 亜急性期病床を併設していない医療機関の症例 ...C群

<亜急性期病床への転床時期>



出典:平成23年度DPCデータ



81

亜急性期(回復期)の入院医療の課題と論点

- 亜急性期(回復期)の入院医療の評価には、病室単位の評価として亜急性期入院医療管理料、病棟単位の評価として回復期リハビリテーション病棟入院料がある。
- 平成24年改定において、亜急性期入院医療管理料について、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、亜急性期入院医療管理料を算定している患者のうち、回復期リハビリテーションを要する患者については包括範囲を含め、回復期リハビリテーション病棟入院料と同等の評価体系に改めた。



【論点】

- 回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うために、亜急性期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

亜急性期入院医療管理料等の 見直しについての影響について

【課題】

- ・ 高齢化の進展に伴い、地域の医療を支えるため、亜急性期医療の充実が一層重要となっている。
- ・ 亜急性期入院医療管理料については、病室単位での評価となっており、患者の状態が13対1入院基本料の病棟、回復期リハビリテーション病棟より重症度・看護必要度が低くなっている。また、1月あたりのレセプト請求額が13対1入院基本料より高くなっている。
- ・ 亜急性期入院医療管理料においても、悪性腫瘍等の特定除外項目に該当する患者の受入、緊急入院患者の受入について7対1病棟と同程度の病室が一部存在している。また、在宅復帰率については7対1病棟よりも高い病室が多い。
- ・ 療養病床であっても、特定除外項目に該当する患者の受入、緊急入院患者の受入、在宅復帰率について7対1病棟と同程度の病棟が存在している。



【論点】

- 地域の医療を支えるため、亜急性期医療を充実することについてどのように考えるか。
- 亜急性期医療を病棟単位の評価に移行することについてどのように考えるか。
- 療養病床であっても、亜急性期機能を有している病棟が存在していることについてどのように考えるか。
- 亜急性期機能を充実させるため、対象となる患者像と機能を明確化し、さらなる評価を充実させることについてどのように考えるか。

2014（H26年）年の診療報酬改定

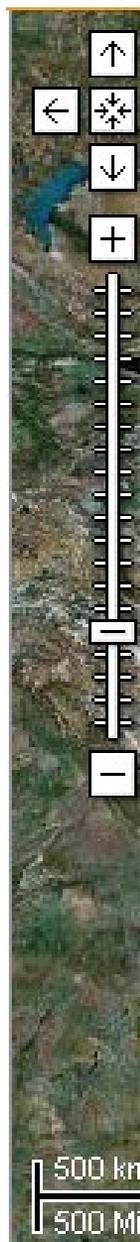
亜急性→地域包括ケア病棟

A. どのような視点を持って、
今後の変化に対処すべきか

この点を
皆さんに
感覚的に
納得してもらおう
良い例え話



中国大陸を流れる二つの大河である揚子江と黄河は、マクロに見れば西から東に流れています。



A vertical sidebar on the left side of the map containing navigation and scale controls. From top to bottom: a left arrow, a zoom reset icon (snowflake), a down arrow, a plus sign for zoom in, a vertical scale bar with a minus sign at the bottom, and a horizontal scale bar at the very bottom showing 500 km and 500 miles.



しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には東から西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

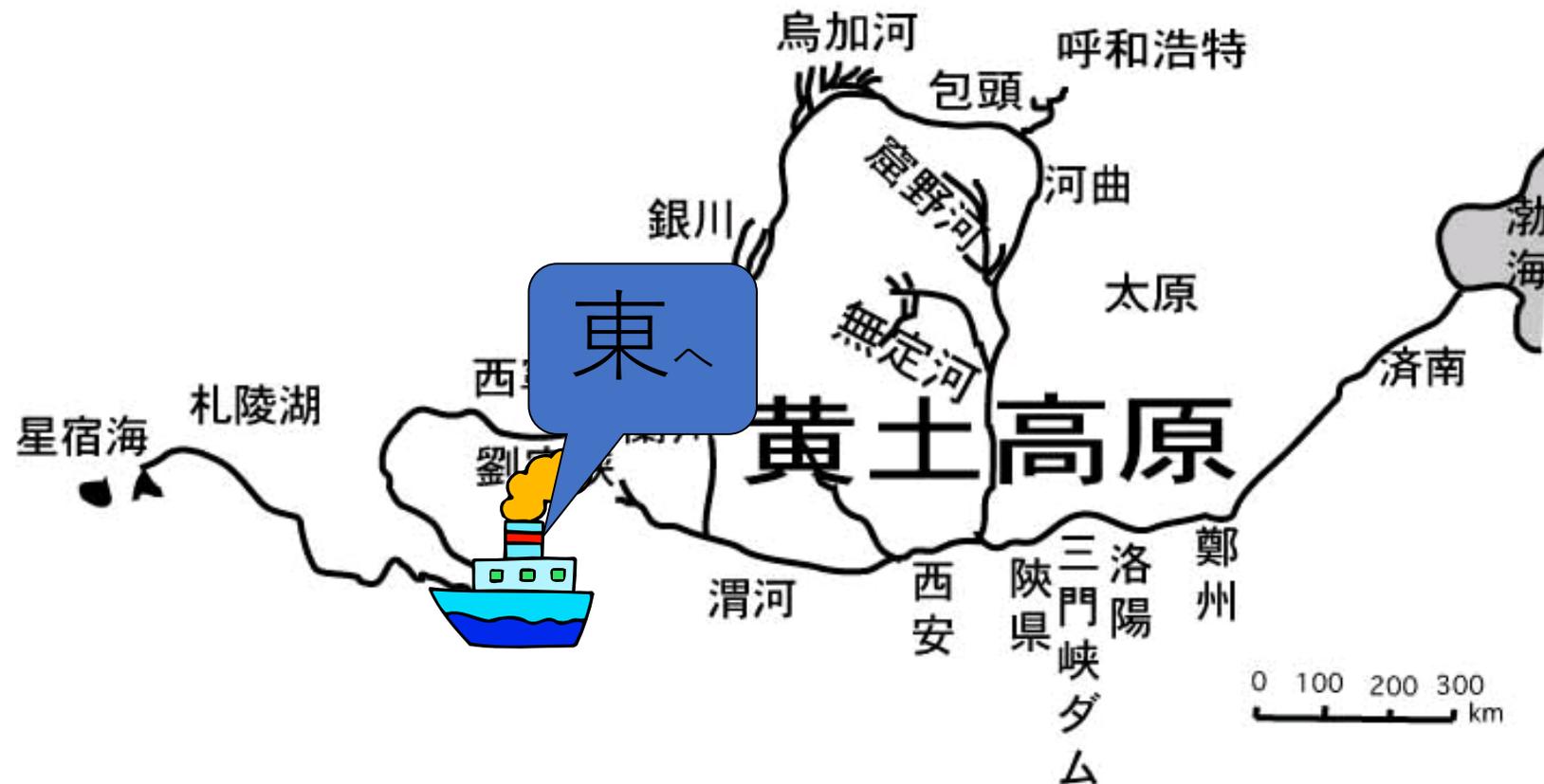
黄河の流域



しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には東から西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

黄河の流域



しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には東から西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

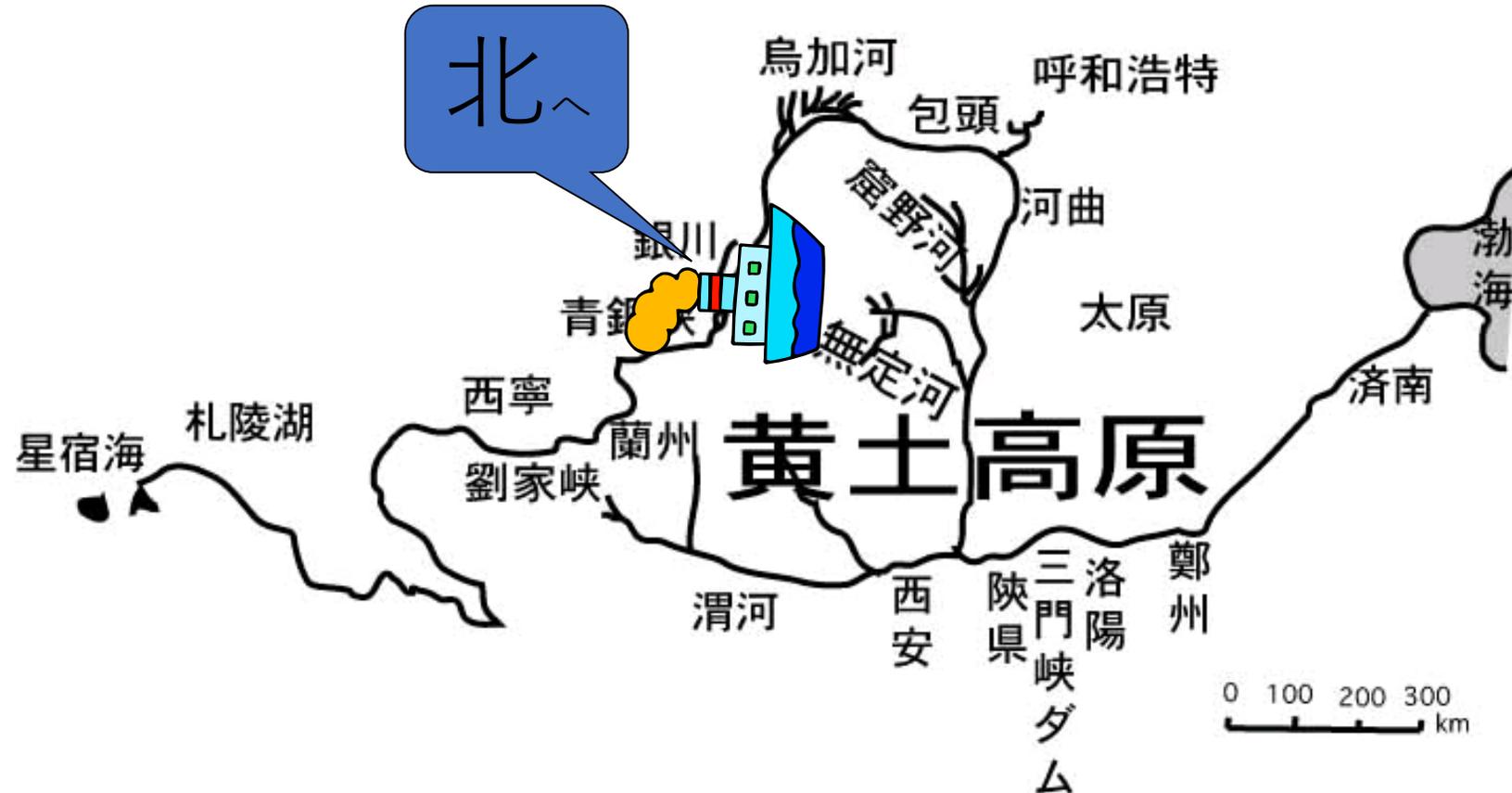
黄河の流域



しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には東から西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

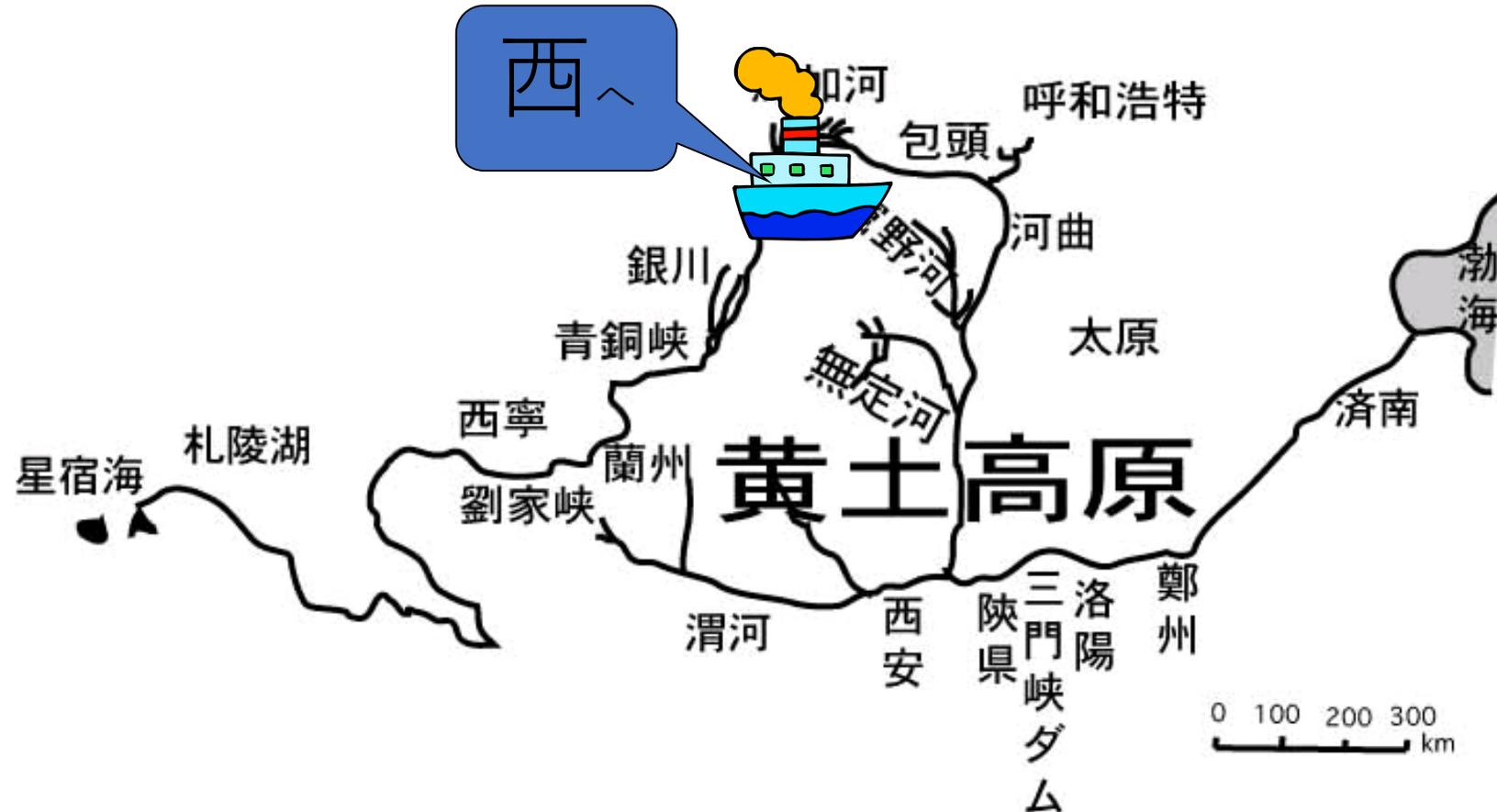
黄河の流域



しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には東から西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

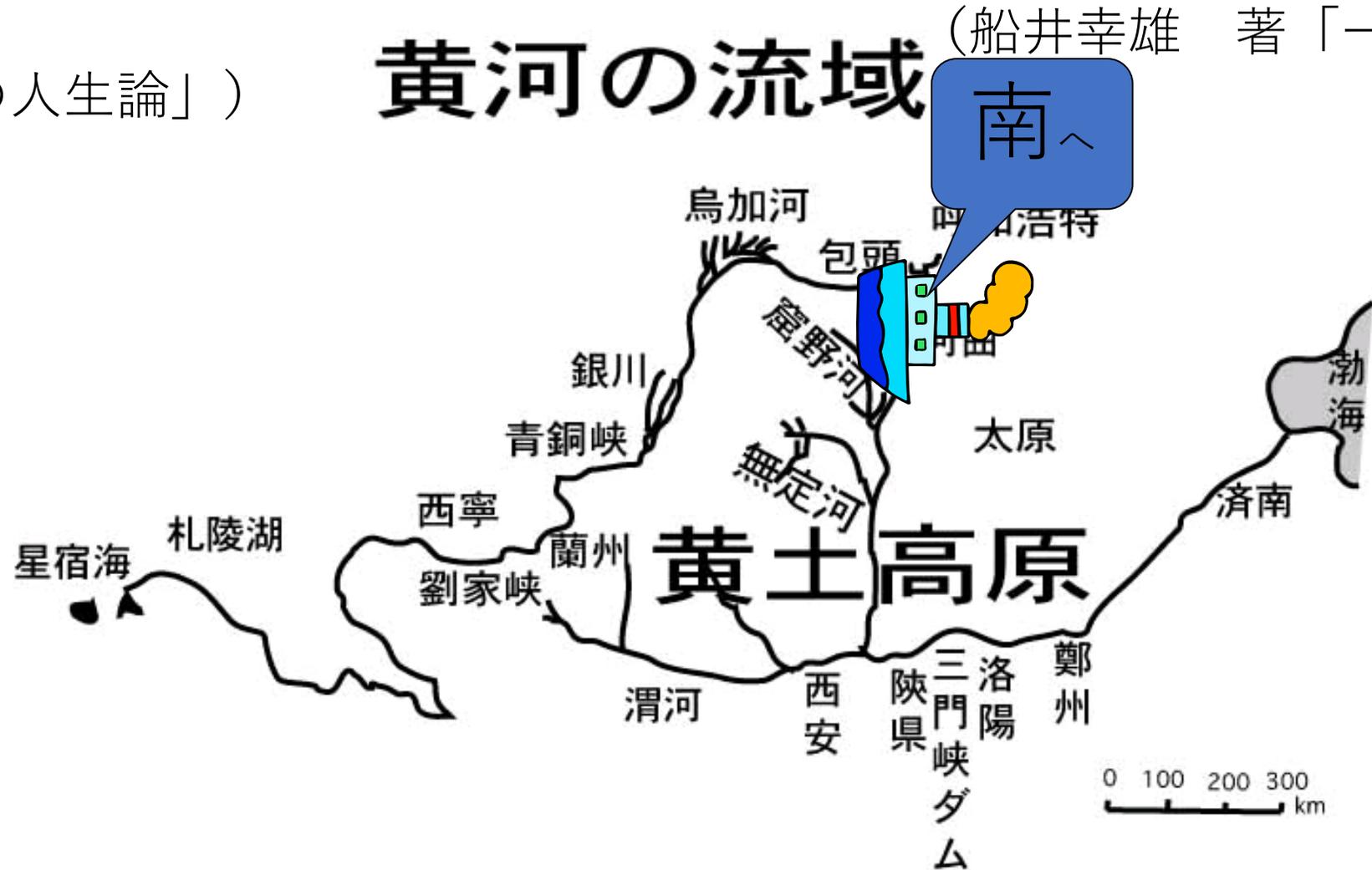
黄河の流域



しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には東から西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

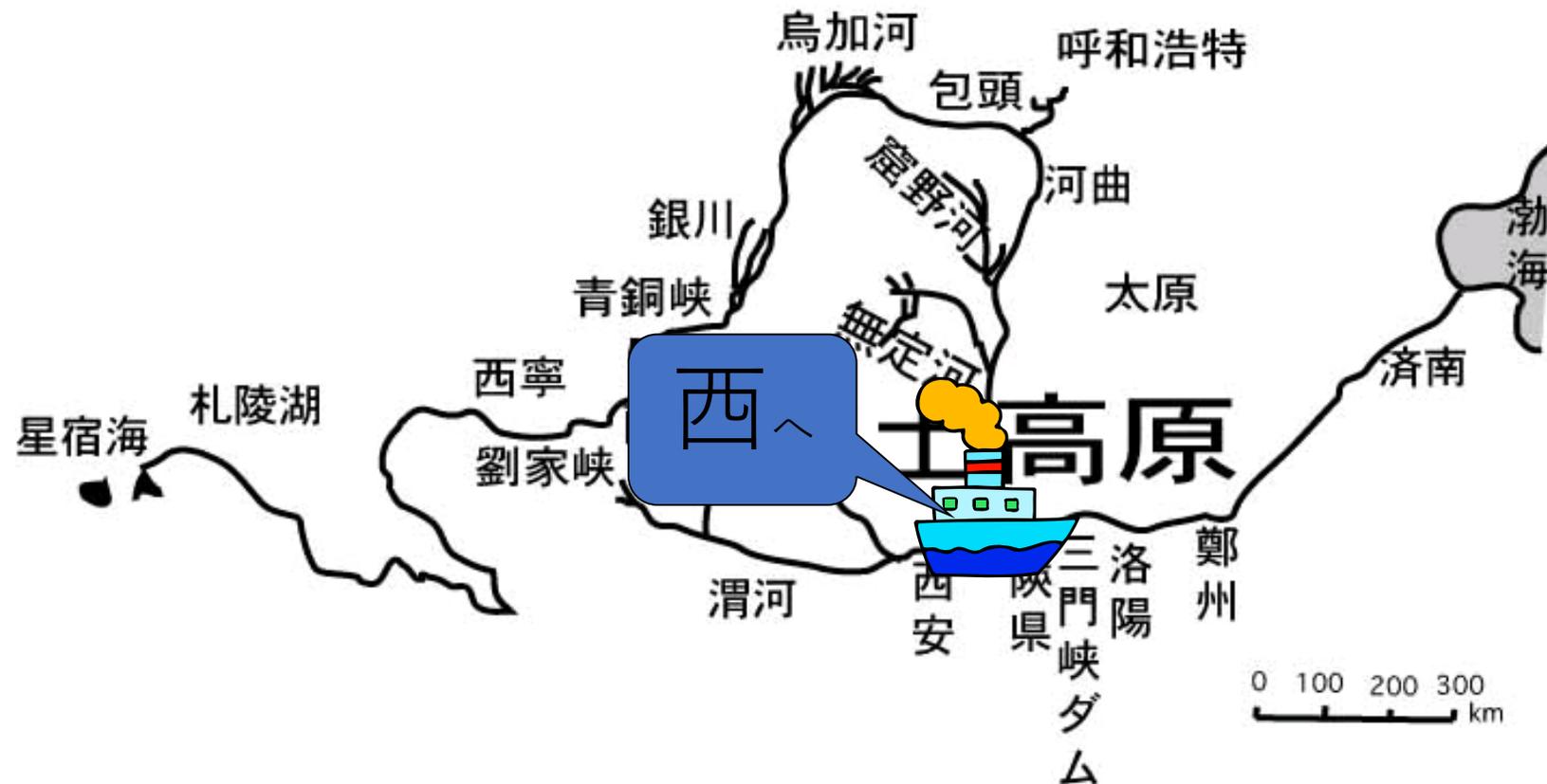
黄河の流域



しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には東から西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

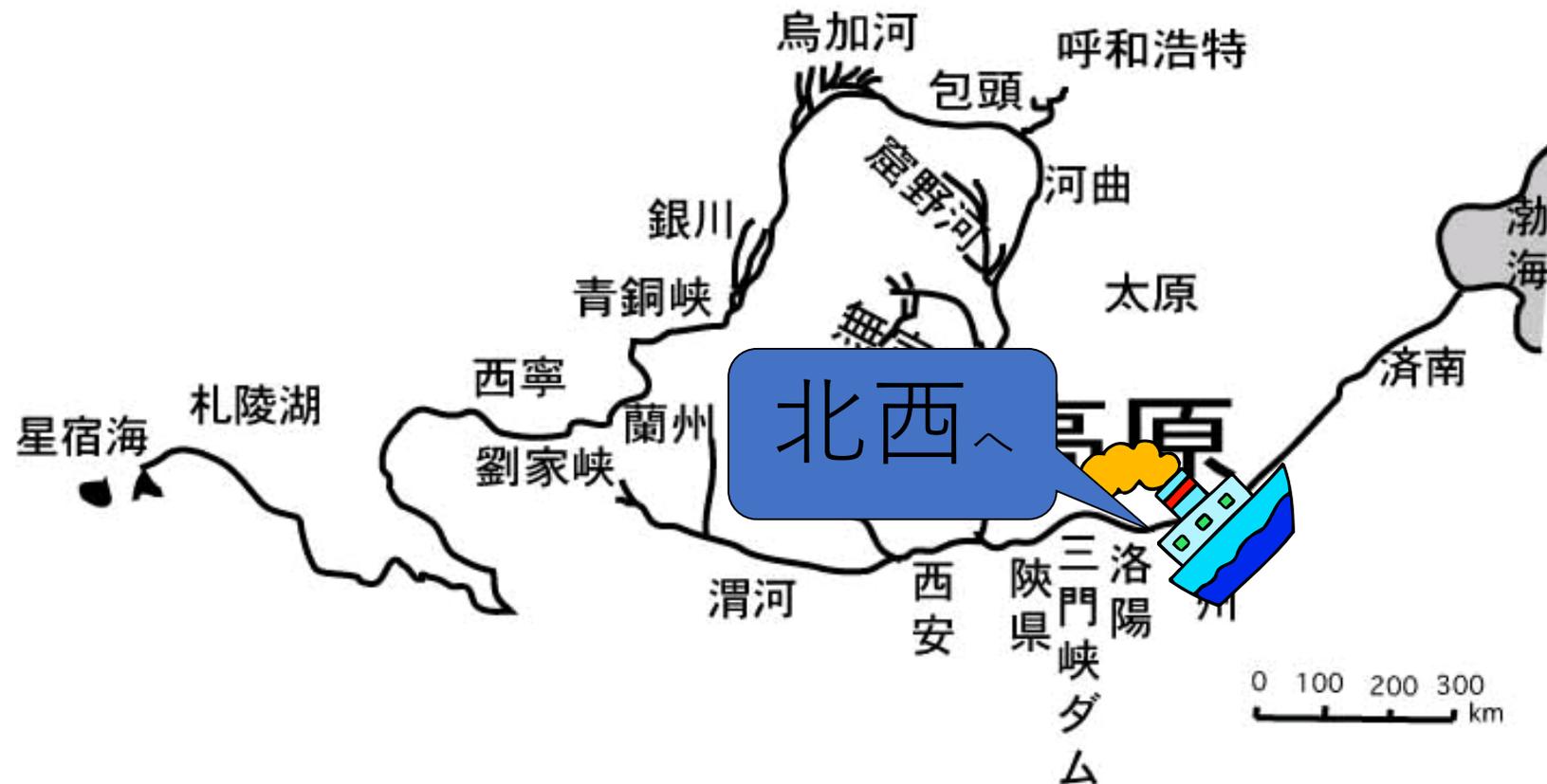
黄河の流域



しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には東から西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

黄河の流域



しかしミケというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れるところもあります。南に流れるところも少なくはない。しかし全体としては北に流れている。しかし全体としては北に流れている。

粒の人生論」)

河の流

河がどちらに向かっているか、さっぱりわからないから

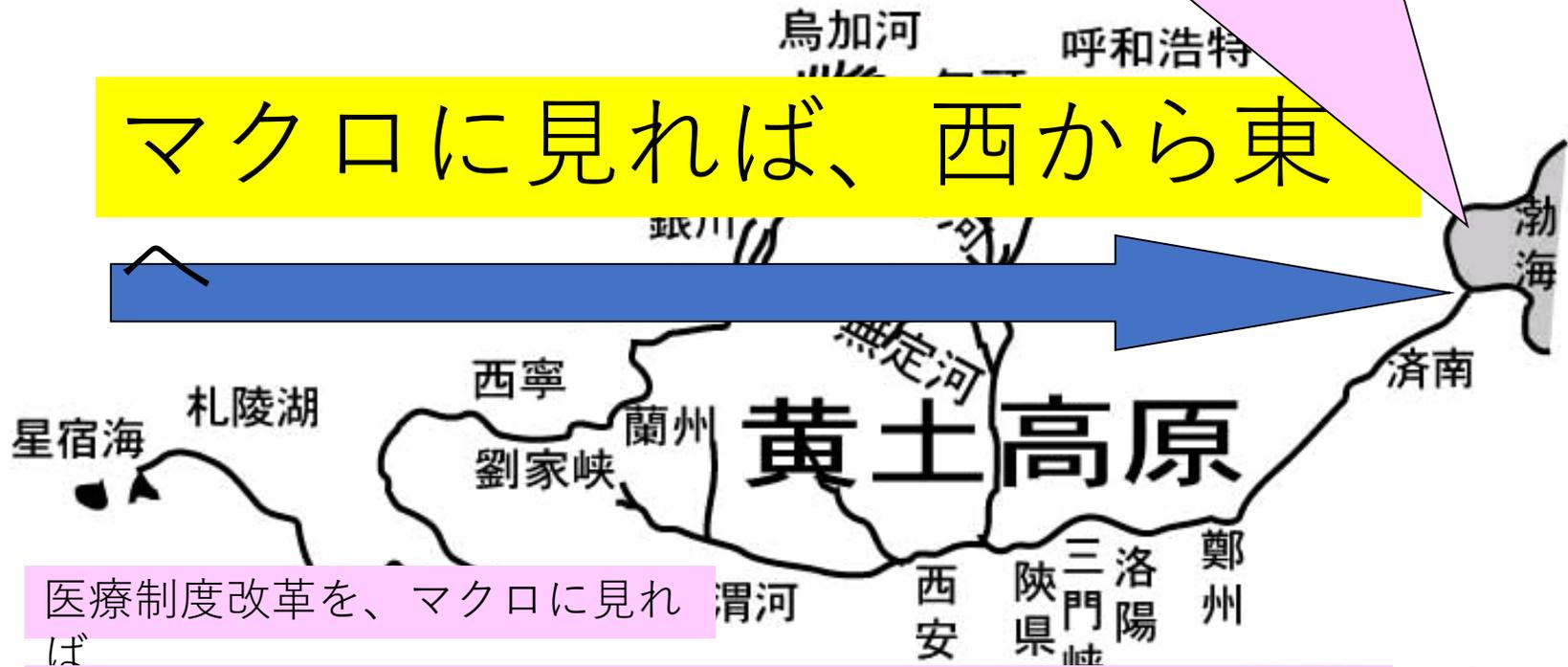


しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れていくところもあるところも あります。流れています。

粒の人生論」)

(目的地)
・急性期病床の密度を上げる
・地域医療を守る (連携と往診)

マクロに見れば、西から東



医療制度改革を、マクロに見れば

病床削減と機能分化の方向へ

地域包括
ケア

地域医療
計画

医師需給
働き方

国保の
都道府県化

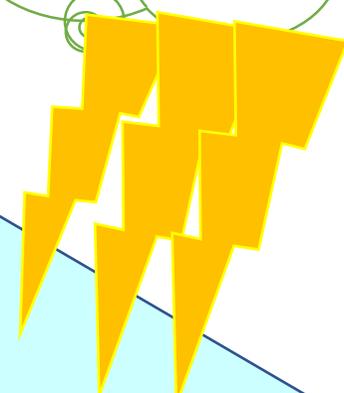
人口構造の
変化



未来投資
財政状況

2017年

2018年



最悪のシナリオを患者視点でまとめたら

働き方改革を**患者**目線で見ると

①夜間や救急時に
受け入れてくれる病院
が少なくなる。

夜間や救急時に
受け入れてくれる
病院が無くなり、
たいへん



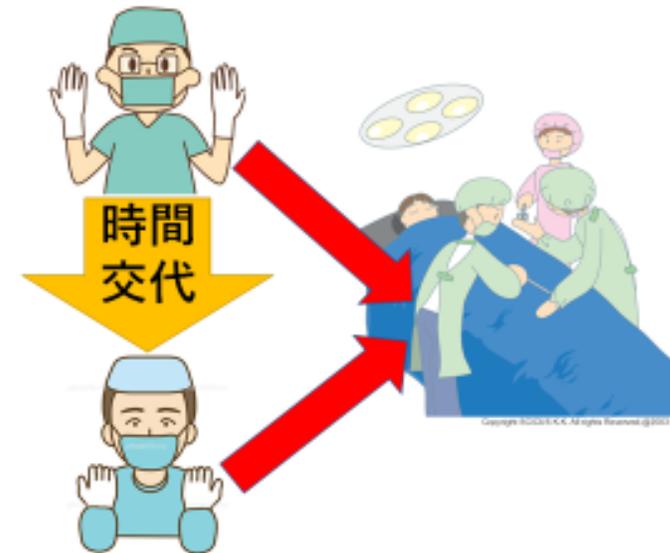
②癌になってもすぐに手術を
受けられない。検査や処置ま
での待ち期間・待ち時間が
長くなる。

肺癌ですが、
手術は早くて
3か月先にな
ります。



Copyright ©2015 K.K. All rights Reserved. ©2015

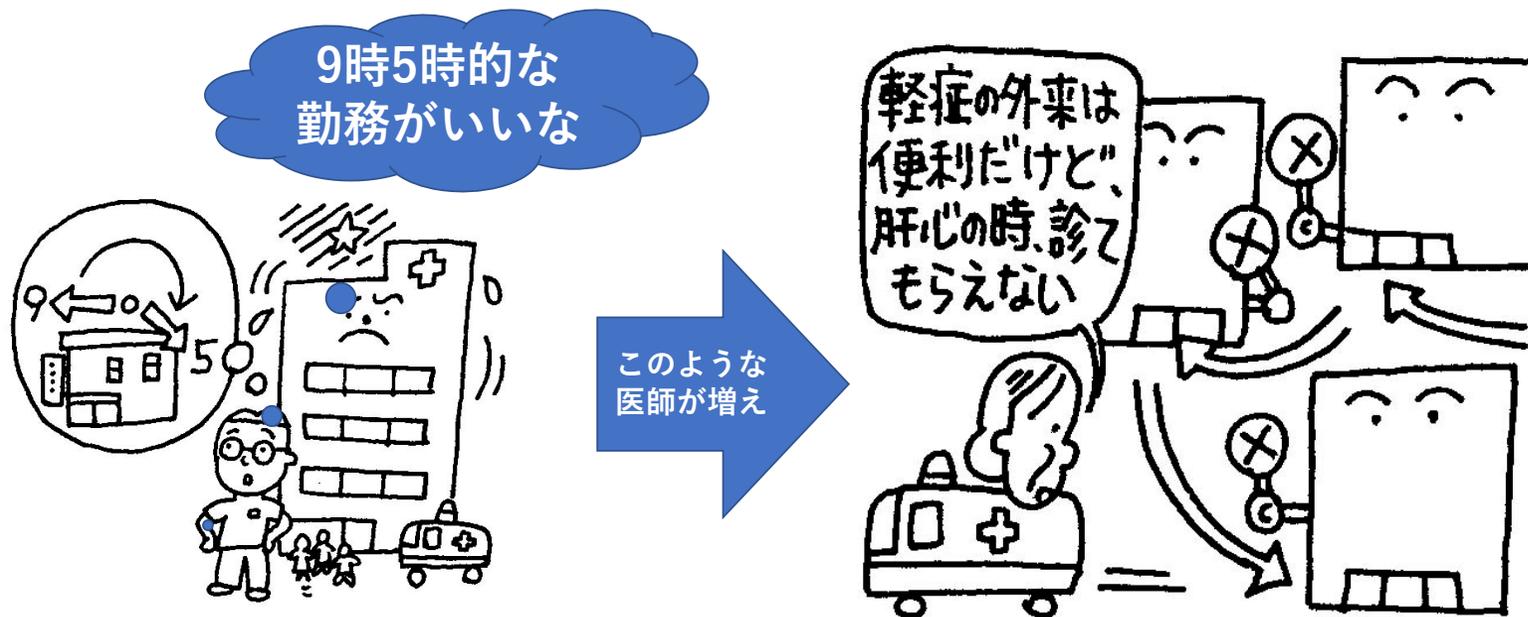
③主治医制からチーム制へ



Copyright ©2015 K.K. All rights Reserved. ©2015

医師の診療科偏在・地域偏在の放置により、日本の医療が現在向っている方向

- その結果、日本の医療は(図6)の右に示すように、大都市の軽症向けのクリニックなどの受診は便利になるだろうが、**癌なったときに手術をしてくれる外科医や、心筋梗塞や脳卒中が発症した時に対応してくれる救急部門で働く医師が減少し、「生命に関わる肝心な時に診てもらえない」方向に向かっていると思われる。**
- また、「過疎地で勤務を行う」医師も今後急激に減少する方向に進み、このままでは過疎地医療の存続が難しくなっていくだろう。



女性医師の増加と制度の対応

- **長時間労働を余儀なくされる診療科**を選択する若手医師の更なる減少
- **女性比率の、更なる上昇**

この2つを前提とした**病院の改革**と**新しい制度設計**が求められる。

医師の労働観の推移

価値観の推移



Copyright SCICUS K.K. All rights Reserved. @2003

50歳以上

- ・ **仕事中心**、週80時間くらい働くことは珍しくありません。
- ・ 請われれば、**過疎地でも働きます。**
- ・ 医療の**王道は、外科系や内科。**



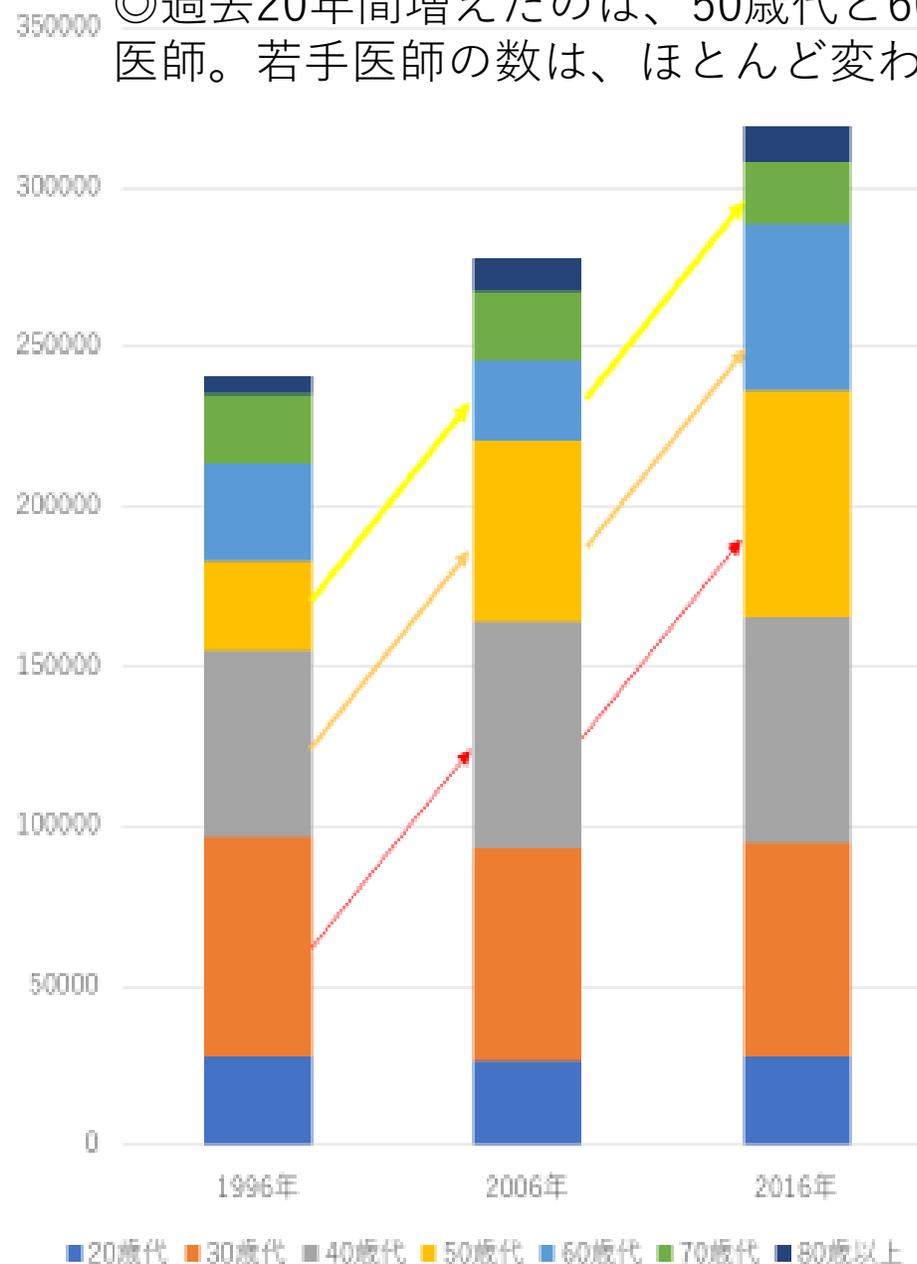
trighvqo0

40歳未満

- ・ 仕事と私生活の**ワークライフバランス**は大切です。
- ・ 子供の教育の問題もあるし、**過疎地勤務はお断り**です。
- ・ 緊急で呼び出される**外科、救急などは避けたい**です。

	1996年	2006年	2016年	1996→2016年
総計	240908	277927	319480	33%
20歳代	27967	26350	27951	0%
30歳代	68835	67059	66714	-3%
40歳代	58346	70795	70873	21%
50歳代	27993	56603	70728	153%
60歳代	30910	24931	52537	70%
70歳代	21391	21792	19241	-10%
80歳以上	5466	10397	11436	109%

◎過去20年間増えたのは、50歳代と60歳代の医師。若手医師の数は、ほとんど変わらない。

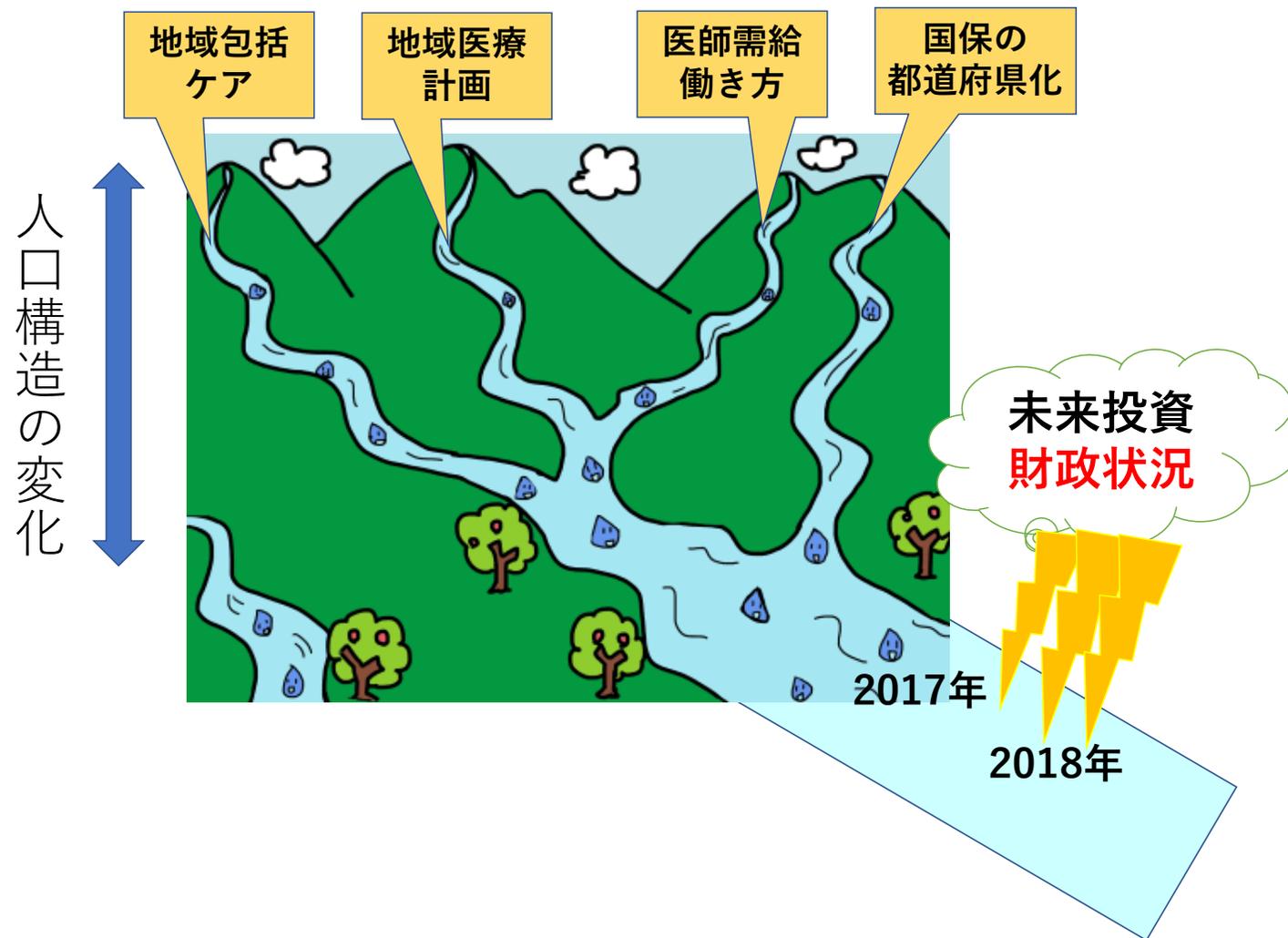


働き方改革は、外科や救急医療を存続可能な形に変えるために必要

- しかし働き方改革により、他の診療科と大差のない勤務時間が担保されるなら、救急医療や外科を選ぶ若手医師が増えることが期待できるだろう。

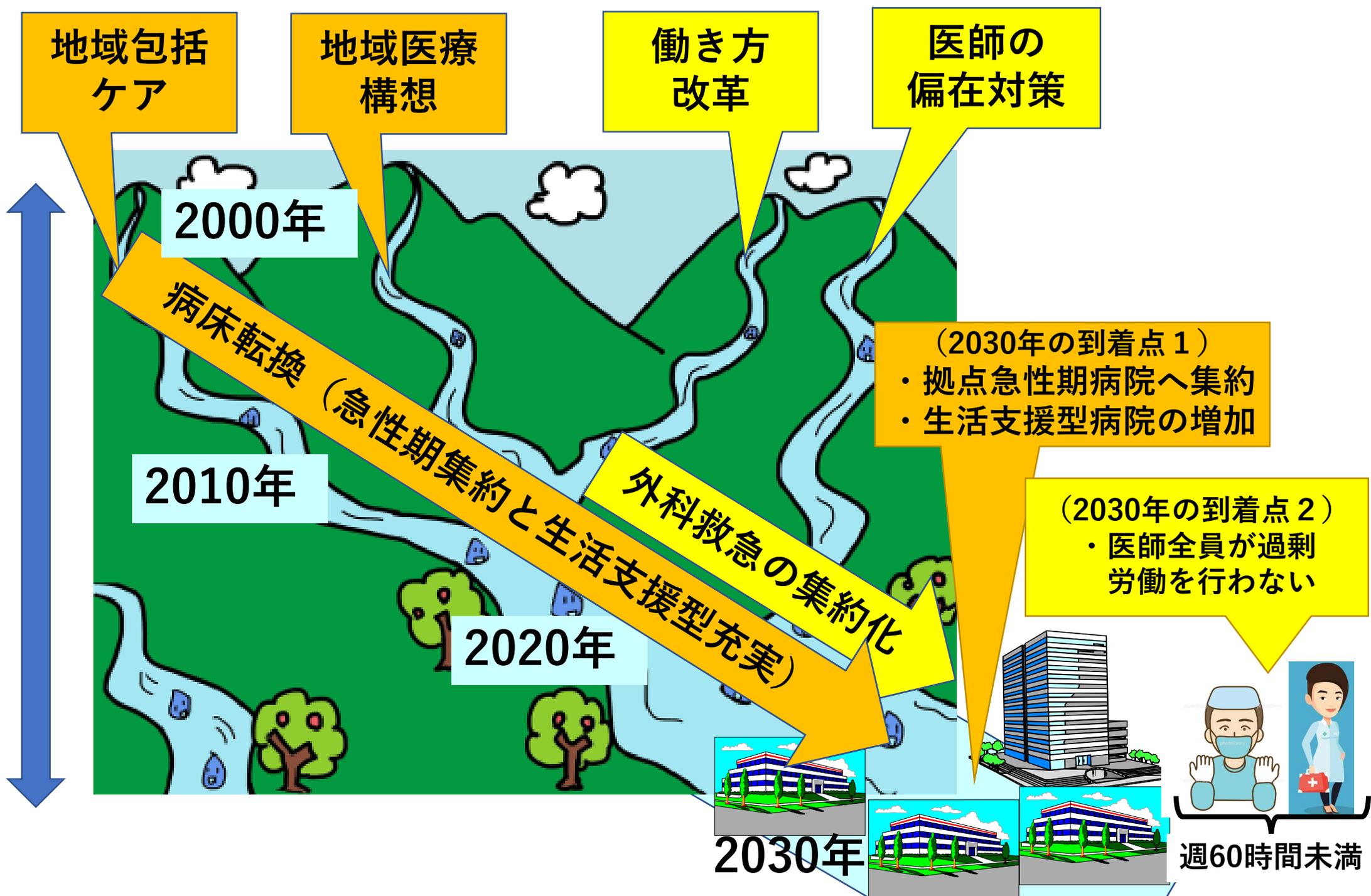


「医師の労働観の変化」という要因が加わり 以下の絵が更に変わる

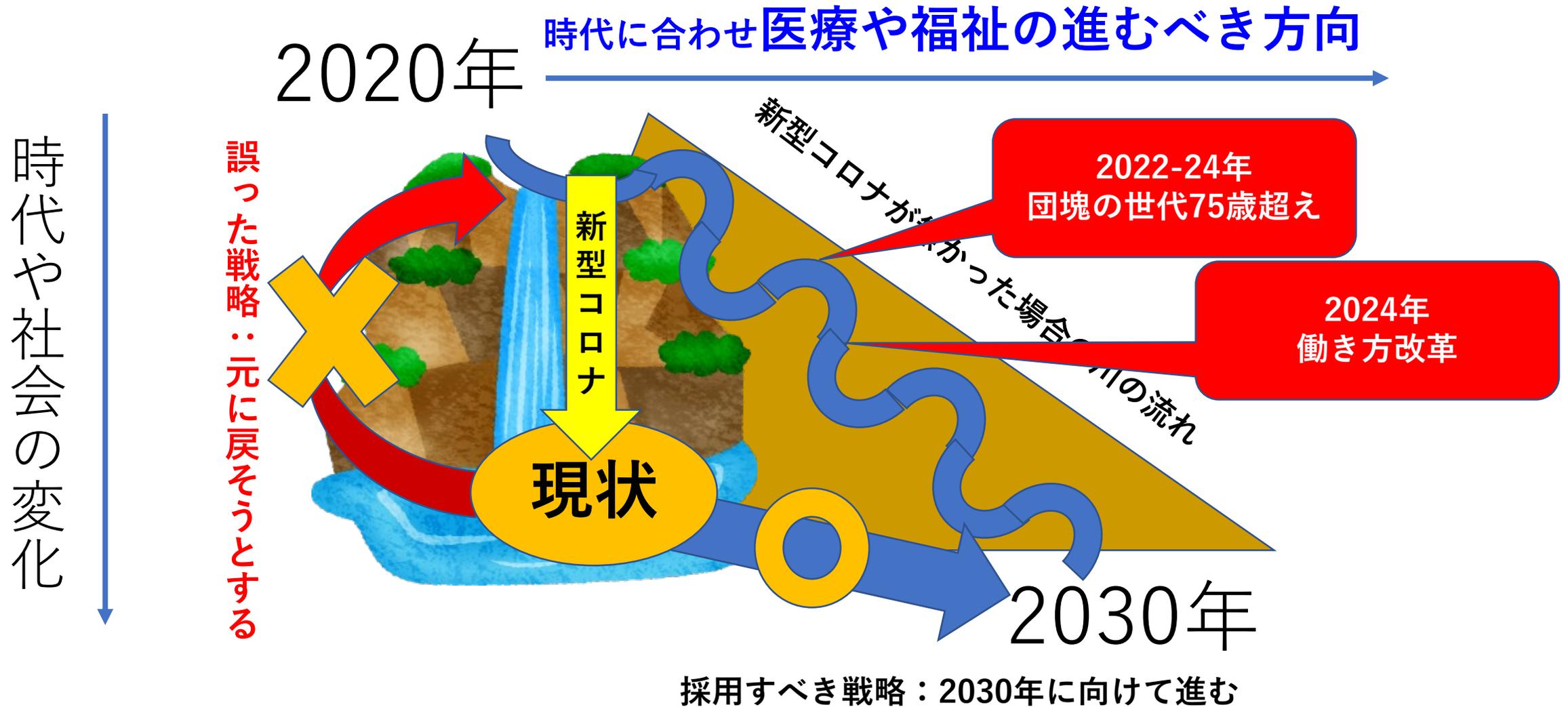


医師の労働観の変化

人口構造の変化



時代の認識と戦略の方向性



ミクロ（虫の目）の視点では、時代の変化、社会の変化が見えない。

マクロ（鳥の目）も持ちあわせ、時代と社会の変化を理解しながら
日々の医療（ミクロ）の実線を行おう。

