

第2回・医療・介護WT(ワーキング・チーム)

2011年11月4日(金) 10:00～12:30

13:00～15:15

衆議院第2議員会館 地下2階 民主党C会議室

(進行 医療・介護WT事務局長 梅村 聡)

【議 題】

(1) 診療介護同時改定関係団体ヒアリング

(第1部)

- 10:00 ～ 10:15 日本医師会
- 10:15 ～ 10:30 日本歯科医師会
- 10:30 ～ 10:45 日本薬剤師会
- 10:45 ～ 11:00 日本看護協会
- 11:00 ～ 11:15 日本病院団体協議会(11病協を代表して)
- 11:15 ～ 11:30 日本病院薬剤師会
- 11:30 ～ 11:45 理学療法協会
- 11:45 ～ 12:00 日本製薬団体連合会
- 12:00 ～ 12:15 日本ジェネリック協会
- 12:15 ～ 12:30 日本医療機器工業会

(第2部)

- 13:00 ～ 13:15 健保連
- 13:15 ～ 13:30 協会けんぽ(全国健康保険協会)
- 13:30 ～ 13:45 国保連
- 13:45 ～ 14:00 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会
- 14:00 ～ 14:15 日本慢性期医療協会
- 14:15 ～ 14:30 全老健(全国老人保健施設協会)
- 14:30 ～ 14:45 老施協(全国老人福祉施設協議会)
- 14:45 ～ 15:00 全国介護事業者協議会
- 15:00 ～ 15:15 日本介護専門員協会(ケアマネ協会)

以上

次回は、11月8日午前8時より9時までの予定で衆議院第2議員会館 地下1階 第一会議室にて「診療介護同時改定総合討論」を開催する予定です。

2011年10月12日

定例記者会見

不合理な診療報酬項目の見直しについて

社団法人 日本医師会

1. これまでの経緯

日本医師会は、被災地の復興に全身全霊を捧げるべきとの思いから、5月19日、当時の細川厚生労働大臣に対し、以下のとおり、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定についての申し入れを行なった。

2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定についての 日本医師会の申し入れ（要請）

1. 2012年度の診療報酬、介護報酬同時改定を見送ること。
2. 今年度の医療経済実態調査、薬価調査・保険医療材料価格調査を中止すること。
3. 介護報酬の改定は見送るが、介護保険料の決定のために必要なことは行なうこと。
4. 不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどを行なうこと。
5. 必要な医療制度改革は別途行なうこと。

2. 日本医師会の基本方針

(1) 不合理な診療報酬項目の見直しにむけての基本方針

日本医師会は、5月19日、当時の細川厚生労働大臣への申し入れの際、不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどを行なうことを求めたが、以下、あらためて、基本方針を示す。

- ① 前回の診療報酬改定の結果、医療費が大規模病院に偏在し、地域医療がまさに危機的状態に瀕していることから、診療所、中小病院に係る診療報酬上の不合理を重点的に是正する。
- ② 被災地では、患者、医療従事者が大きく移動しており、人員配置基準を満たせなくなっている医療機関が少なくない。また、その影響は全国に波及している。当面の間、人員や施設に関する基準の緩和を実施し、今回改定では、施設基準等を要件とする新たな診療報酬項目は創設しない。

(2) 必要な医療制度改革について

医療提供体制上に生じている歪みを是正するための機能の見直し（たとえば地域医療支援病院や特定機能病院のあり方の見直し）を行なう。一方で、患者負担引き下げなどの医療制度改革も行なう。

3. 日本医師会として是正を求める不合理な診療報酬項目候補（案）

日本医師会は、① 地域ブロックからの意見、② 社会保険診療報酬検討委員会からの意見、③ 基本診療料のあり方に関するプロジェクト委員会および医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会の議論などをもとに、不合理な診療報酬項目の見直しについて検討を進めてきた。

そのうち、特に緊急性、重要性が高い項目を以下のとおり整理した。

診療報酬是正の要望（主な重点項目）

*2011年10月12日までのものであり、今後の検討によって修正することがある。

（初・再診料）

① 再診料および地域医療貢献加算の見直し

再診料は、地域医療を支える診療所、中小病院にとって、重要な原資である。地域医療崩壊を食い止めるため、診療所、中小病院の再診料の水準を、以前の診療所の水準に戻し、さらに最低でも、前回改定における入院医療費改定率相当の引き上げを求める。

また、すべての医療機関が地域医療に貢献していることは、今回の東日本大震災において、多くの医療機関、医療従事者が被災地の地域医療を支援したことからも、明らかである。こうした医療機関本来の役割を評価すべく、地域医療貢献加算（診療所のみ対象）の要件をわかりやすく見直し、地域住民、患者のもっとも身近な存在である診療所をしっかりと支えていくよう強く求める。

② 同一医療機関における複数科受診時の診療科別の評価

再診で複数科を受診した場合、2つ目以降の診療科では再診料を算定できない。しかし、それぞれの専門診療科の医師が他科の医師と連携を図りつつ、個別の技術特性を活かした診察を行なっているため、それぞれ適切に評価すべきである。

(入院料等)

③ 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いの見直し

出来高病棟に入院している患者が他医療機関を受診した際、入院医療機関(入院元)で入院料から3割(包括病棟の場合7割)が控除され、かつ、包括病棟入院の場合には、他医療機関(受診先)で、たとえば投薬については当日1日分しか算定できない。入院元、受診先のそれぞれの医療機関で責任を持って診療行為を行なっていることから、それぞれ適切に評価すべきである。

④ 有床診療所の入院基本料の引き上げ

有床診療所の入院基本料は、介護施設と比べても著しく低い。医師や看護職員が医学的管理を行ない、介護施設よりも密度の濃い医療を提供しながら、介護施設よりも評価が低いことは不合理であるため、その是正を求める。

⑤ 療養病棟入院基本料において複数の疾患等を合併している場合の医療区分の引き上げ

療養病棟入院基本料の医療区分2において、複数の疾患・状態が合併しても、単独の疾患・状態と同じ評価であることは不合理である。複数の疾患・状態が合併した場合、医療区分の評価を引き上げることを要望する。

⑥ 療養病棟入院基本料における認知機能障害加算の再評価

平成 18 (2006) 年度改定で創設された認知機能障害加算は、平成 20 (2008) 年度改定で廃止された。しかし、認知症対策は国民的最重要課題のひとつである。その専門的ケアを適切な水準で再評価することを要望する。

⑦ 療養病棟入院基本料の医療区分 1 の評価の見直し

療養病棟入院基本料の医療区分 1 は、医療区分 2・3 に比べて大幅に評価が低く、慢性期入院医療の包括評価調査分科会も、医療区分 1 に関し、「診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されている」¹と指摘しているところである。医療区分 1 における医療の質を確保するため、ケア時間等を踏まえて評価を引き上げることを要望する。

⑧ 夜勤 72 時間ルールの緩和

看護職員不足のため、夜勤要員の確保は困難をきわめており、これが地域医療の崩壊に拍車をかけている。看護職員の確保、医療および看護の質の確保のために、夜勤を行なう看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数を 72 時間以下とする要件等を大幅に緩和することを要望する。

⑨ 一般病棟入院基本料 15 対 1 の引き上げ

地方の医療機関には 15 対 1 の病院が少なくないが、特に不採算地区の 15 対 1 病院はその 8 割が救急告示病院であるなど、地域医療における重要な役割を担っている。前回改定では、医療経済実態調査にもとづき一般病棟入院基本料 15 対 1 が引き下げられた。しかし、当時の医療経済実態調査はその手法に課題もあった上、日本医師会が国公立病院という同じカテゴリであらためて分析したところ、15 対 1 病院の赤字幅がもっとも大きかった²。地域医療

¹ 診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果について 中間報告書」2007 年 3 月 28 日、中医協診療報酬基本問題小委員会

² 日医総研「地方の中小病院の現状について－入院基本料 15 対 1 に注目した分析－（自治体病院の例）」2011 年 6 月、日医総研ワーキングペーパー No.235

再生のために、一般病棟入院基本料 15 対 1 を最低でも改定前の水準に戻すことが必要である。

(医学管理等)

⑩ 特定疾患療養管理料における病床区分の見直し

一般病床数 200 床未満の病院は、再診料は 69 点で統一されている。しかし、特定疾患療養管理料は「許可」病床 100 床以上、100 床未満で点数格差がある。特定疾患療養管理料の病床区分を一般病床数に改め、かつ点数を統一することを要望する。

(在宅医療)

⑪ 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院とそれ以外の在宅点数格差是正

在宅医療は在支診等のみならず、在支診以外の診療所や地域に密着した中小病院によっても維持されており、在支診等の厳しい施設基準を充足できない地域の診療所や病院もほぼ 24 時間態勢で診療している。在支診等以外も、在支診等と同じように在宅医療を行なっている場合には、同様の評価をすべきである。

⑫ 在宅ターミナルケア加算の見直し

在支診以外で手厚いターミナルケアを行なっても、在宅死からの時間要件が厳しいため、現実的に算定することが困難である。在支診以外については、24 時間対応の医療機関と連携していることを届け出た上で、要件を緩和するとともに、在宅ターミナルケアについて十分に評価することを要望する。

(画像診断)

⑬ コンピュータ断層診断の要件の見直し

他医療機関で撮影した CT 及び MRI について診断を行なった場合には、診断する医療機関で初診料を算定する場合にしか、コンピュータ断層診断の算定ができない。他医療機関で撮影した CT 等を読影する場合であっても、初診・再診にかかわらずに評価すべきである。

(投薬)

⑭ 処方日数の適正化

日本医師会が行なった「長期処方についてのアンケート調査」(2010年12月)では、長期処方が理由で病状が重篤化した深刻な事例も少なくないとの結果が出ている。長期処方(たとえば30日以上)を行なう場合には、必要理由の記載を義務付けるようにすることを要望する。

以上

最近の診療報酬改定

	2002年度	2004年度	2006年度	2008年度	2010年度	
					改定率	金額
入院	入院・外来の 区分なし				+3.03%	急性期 4,000億円 その他 400億円
外来					+0.31%	400億円
医科	▲1.30% (1)	±0% (1)	▲1.50% (1)	+0.42% (1)	+1.74% (1)	4,800億円
歯科	▲1.30% (1)	±0% (1)	▲1.50% (1)	+0.42% (1)	+2.09% (1.2)	600億円
調剤	▲1.30% (1)	±0% (1)	▲0.60% (0.4)	+0.17% (0.4)	+0.52% (0.3)	300億円
診療報酬本体	▲1.30%	±0%	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	5,700億円
薬価・材料	▲1.40%	▲1.05%	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%	▲5,000億円
全体	▲2.70%	▲1.05%	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+700億円

※()内は、医科・歯科・調剤の比率。

民主党厚生労働部門・第2回医療・介護
WT団体ヒアリング資料(介護関連)

平成23年11月4日

日本医師会

介護報酬において処遇改善措置を 実施する場合の考え方について

介護報酬において処遇改善措置を実施する場合の考え方

現在、介護職員処遇改善交付金として実施している措置について、介護報酬において実施する場合には、確実に介護職員の処遇改善に充てられるよう、以下の考え方により、処遇改善加算（仮称）を創設することとしてはどうか。

1. 算定式

現行（介護職員処遇改善交付金）

$$\begin{aligned} \text{介護報酬総額（※1）} \times \text{交付率（※2）} \\ = \text{交付金見込み額} \end{aligned}$$

※1 介護報酬総額（介護サービスの総単位数×地域区分に応じた単価を乗じた額（緊急時施設療養費、特別療養費及び特定診療費を含む。）をいう。ただし、過去に支払われた報酬の額に誤りがあったため、過誤調整を実施した場合は、その過誤調整分を含む。）は、当該事業年度における交付金の交付額の根拠となる介護サービスの提供に係る見込額の総額を用いる。

※2 交付率については、参考参照

介護報酬において実施する場合の考え方(案)

〈現行と同様〉

$$\begin{aligned} \text{介護報酬単位} \times \text{加算率} \times \text{単価（地域差）} \\ = \text{加算額} \end{aligned}$$

○加算率については、現在の介護職員処遇改善交付金の加算率（参考参照）を引用。

2. 算定要件（賃金に関する要件）

現行（介護職員処遇改善交付金）

○交付金見込み額を上回る賃金改善（※）が見込まれた計画を策定

※ 平成20年10月から翌年3月までの期間における介護職員の賃金（退職手当を除く）に対する改善をいう。

○介護職員処遇改善計画書を作成し、事業者の職員に対して当該計画書の内容についての周知を行った上で、都道府県あて提出



介護報酬において実施する場合の考え方(案)

＜現行の考え方と同様＞

○平成24年度当初の職員構成を基準（※）として、同じ職員構成で比較した場合に、報酬改定前（平成23年度末）の賃金額を下回らない給与を支給すること。

※ 2年目の基準は平成25年度当初の職員構成、3年目の基準は平成26年度当初の職員構成とする。

○報酬改定前に、介護職員処遇改善交付金を申請していない事業所については、上記と同様の比較を行い、報酬改定前の賃金に比べ処遇改善加算（仮称）額相当分以上、賃金額が上回ること。

＜新たに追加＞

○処遇改善加算（仮称）のうち、本給で支給する割合を一定割合以上とする。

3. キャリアパス要件等

現行（介護職員処遇改善交付金）

○キャリアパス要件

ア 次の①から③までに掲げる要件に該当していること。

- ① 介護職員の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めている。
- ② ①に掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めている。
- ③ ①及び②の内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての介護職員に周知している。

イ アによりがたい場合はその旨をすべての介護職員に周知した上で、次に掲げる要件に該当していること。

介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上のための目標及び次の①又は②に掲げる具体的な取り組みを定め、すべての介護職員に周知していること。

- ① 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF-JT等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。
- ② 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）の実施

介護報酬において実施する場合の考え方(案)

〈現行と同様〉

○現行のキャリアパス要件については、継続して要件とする。



現行（介護職員処遇改善交付金）

○定量的要件

次に掲げる事項をすべての介護職員に周知していること。

平成20年10月から届け出を要する日の属する月の前月までに実施した、平成21年4月の介護報酬改定を踏まえた処遇改善（賃金改善を除く。）の内容及び当該改善に要した費用の概算額

○キャリアパス要件等の適合状況に応じ、交付率の減算

- ①キャリアパス要件又は定量的要件のいずれかに該当する場合10%減算
- ②キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも該当しない場合20%減算

介護報酬において実施する場合の考え方(案)

〈現行と同様〉

- 賃金改善以外の処遇改善の内容及び当該改善に要した費用額について、職員に周知していること。

〈新たに追加〉

- 新たに採用した職員の処遇に関して、過去の介護職としての経験年数や実務能力を加味することが給与規程等に明記されていること。

〈現行の考え方と同様〉

- 上記のキャリアパス要件等を満たさない場合は、一定割合を減算。

地域区分の見直しについて

H23.10.27

【介護保険制度創設時～平成20年度の地域区分】

地域割り	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
上乗せ割合	12%	10%	6%	3%	0%

【平成21年度～現行の地域区分】

地域割り	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
上乗せ割合	15%	10%	6%	5%	0%

【平成24年度 地域区分の見直し案】

地域割り	特別区	特甲地1	特甲地2	特甲地3	甲地	乙地	その他
上乗せ割合	18% (17.4%)	15% (14.4%)	12% (11.4%)	10% (9.4%)	6% (5.4%)	3% (2.4%)	0% (▲0.6%)

【地域区分別にみた各サービスの収支差率「平成23年 介護事業経営実態調査（速報値）の概要より」】

	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
介護老人福祉施設	2.1%	5.4%	11.6%	8.5%	10.7%
地域密着型介護老人福祉施設	—	▲0.7%	▲19.9%	7.1%	1.6%
介護老人保健施設	10.4%	4.2%	13.7%	9.0%	11.7%
介護療養型医療施設(病院)	32.5%	▲9.9%	3.9%	13.5%	13.0%
認知症対応型共同生活介護	0.8%	8.9%	38.2%	7.6%	7.1%
訪問介護	10.0%	4.7%	6.3%	3.2%	4.8%
夜間対応型訪問介護	44.7%	16.2%	▲237.1%	22.5%	▲31.7%
訪問入浴介護	4.7%	7.2%	5.5%	10.0%	6.2%
訪問看護	▲21.5%	4.3%	12.2%	1.9%	3.0%
訪問リハビリテーション	8.8%	2.7%	▲28.8%	14.2%	1.9%
通所介護	7.5%	8.7%	10.6%	11.6%	12.6%
認知症対応型通所介護	16.0%	▲4.7%	▲2.1%	10.1%	5.7%
通所リハビリテーション	11.8%	8.2%	▲11.9%	9.1%	2.3%
短期入所生活介護	7.2%	▲5.9%	3.0%	26.1%	4.7%
短期入所療養介護	17.2%	0.0%	12.4%	3.4%	1.0%
居宅介護支援	▲9.2%	▲7.3%	▲15.9%	1.8%	▲1.1%
福祉用具貸与	▲22.1%	16.2%	15.1%	2.1%	2.2%
小規模多機能型居宅介護	6.0%	▲3.5%	3.1%	9.7%	6.8%
特定施設入居者生活介護	11.0%	▲0.3%	8.6%	0.6%	4.8%
地域密着型特定施設入居者生活介護	12.9%	▲13.1%	—	▲19%	5.1%

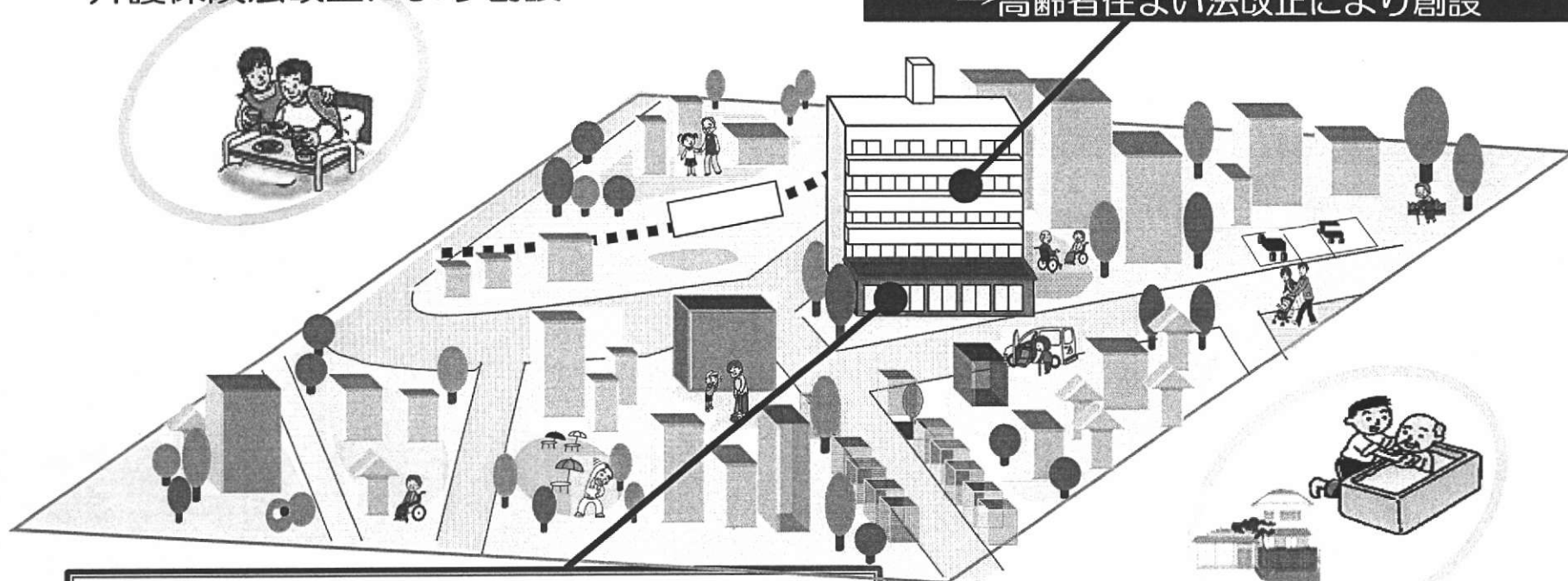
○経営実態調査における集計数が十分でないことも考えられるが、いずれにしても、全体で0.6%引き下げ、特別区を15%から18%に引き上げることは疑問である。

サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」(高齢者住まい法:国土交通省・厚生労働省共管)に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」(介護保険法:厚生労働省)などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護
「定期巡回・随時対応サービス」
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅
(国土交通省・厚生労働省共管)
→高齢者住まい法改正により創設



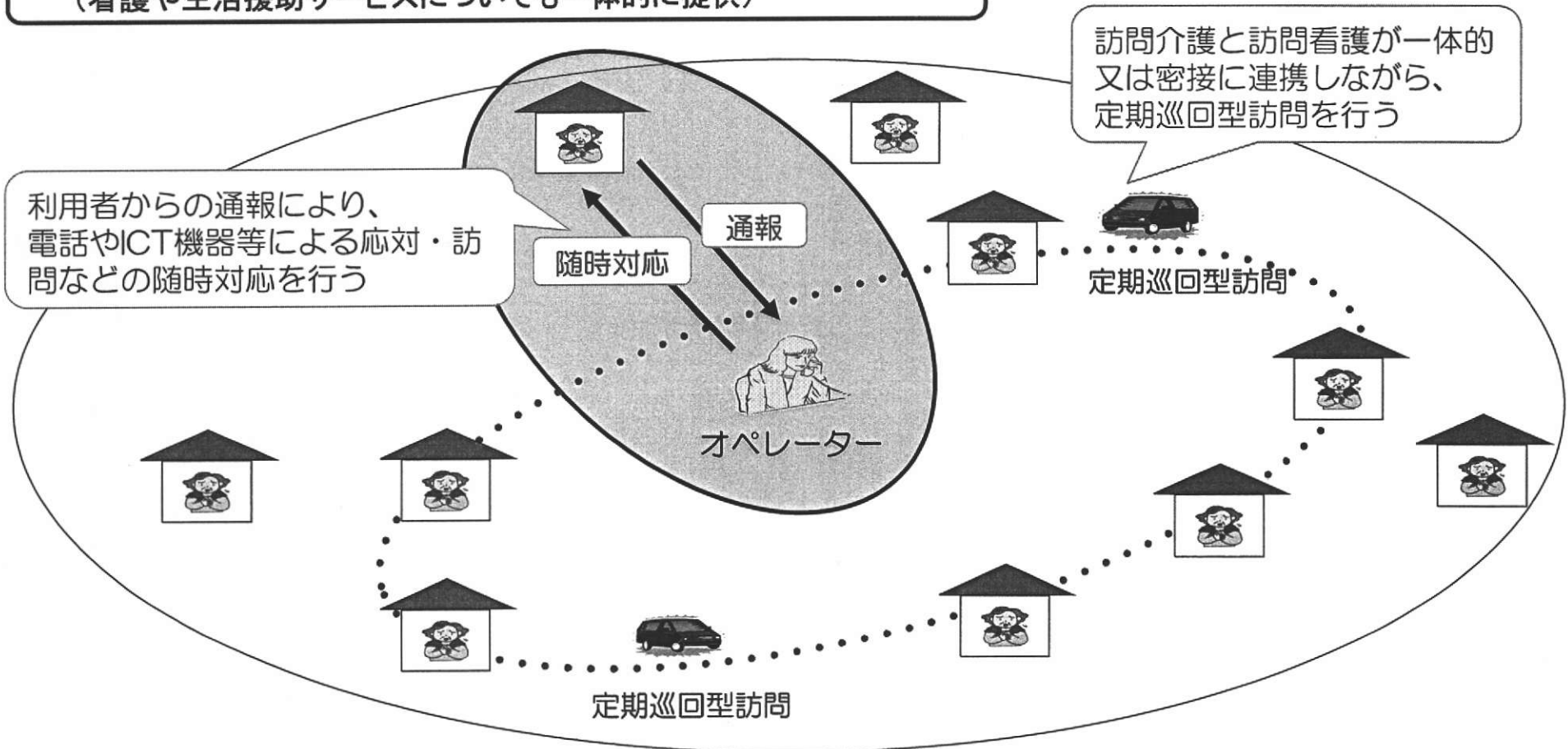
診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、定期巡回・随時対応サービス(新設)

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

I 制度概要について

- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス
(看護や生活援助サービスについても一体的に提供)



定期巡回・随時対応サービスの訪問のイメージ① シミュレーション計算結果

定期巡回・随時対応サービスの訪問イメージ①
～24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告書より～

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
朝食	09:00-10:00 09:00-10:00	09:00-10:00 09:00-10:00	09:00-10:00 09:00-10:00	09:00-10:00 09:00-10:00	09:00-10:00 09:00-10:00	09:00-10:00 09:00-10:00	09:00-10:00 09:00-10:00
昼食	12:00-13:00 12:00-13:00	12:00-13:00 12:00-13:00	12:00-13:00 12:00-13:00	12:00-13:00 12:00-13:00	12:00-13:00 12:00-13:00	12:00-13:00 12:00-13:00	12:00-13:00 12:00-13:00
夕食	18:00-19:00 18:00-19:00	18:00-19:00 18:00-19:00	18:00-19:00 18:00-19:00	18:00-19:00 18:00-19:00	18:00-19:00 18:00-19:00	18:00-19:00 18:00-19:00	18:00-19:00 18:00-19:00
就寝時	21:00-22:00 21:00-22:00	21:00-22:00 21:00-22:00	21:00-22:00 21:00-22:00	21:00-22:00 21:00-22:00	21:00-22:00 21:00-22:00	21:00-22:00 21:00-22:00	21:00-22:00 21:00-22:00
深夜時	00:00-01:00 00:00-01:00	00:00-01:00 00:00-01:00	00:00-01:00 00:00-01:00	00:00-01:00 00:00-01:00	00:00-01:00 00:00-01:00	00:00-01:00 00:00-01:00	00:00-01:00 00:00-01:00

【現在の状態にあわせて定期訪問を実施】

- ・起床、就寝時ケア＋排泄・頓・昼、夕の配下種＋排泄・食事時、身体介護とあわせて生活援助を実施。
- ・複雑な生活援助(洗濯物の片付け、身の回りの整理など)は、各身体介護と一緒に提供されている。

【家族によるケア】

午前中から外出。昼食は外出時に家族と食べ、服薬、排泄介助は家族がこなす。

【ヘルパーによる対応と状況にあわせて柔軟な対応】

昼食後に利用者からコールがあるが特に身体介助の必要な数分を話して落ち着いた様子なので訪問はこなす。午後に見守りも兼ね水分補給のための訪問。再度コールがあるが夕方の定期訪問を早めに行くと伝え対応。

【朝晩による定期的なモニタリング・アセスメント】

定期的なモニタリングとアセスメントを約こなす。

※ 要介護3程度の利用者を想定

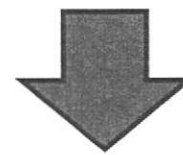
左図のサービス提供イメージに、
現行の介護報酬を当てはめた場合。

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
訪問介護(身体)30分未満	254	254	254	254	254	254	254
通所介護(6時間以上8時間未満)	90	402	90	254	254	254	254
訪問介護(身体)30分未満	254	254	254	830	254	229	402
訪問介護(生活)30分未満	229	229	229	254	229		254
				229			229
計	1,638	1,139	1,638	1,821	991	737	1,393

※「通所介護」は通常規模型事業所を想定

【参考】

要介護度	支給限度額
要介護1	16,580 単位
要介護2	19,480 単位
要介護3	26,750 単位
要介護4	30,600 単位
要介護5	35,830 単位



1週間の合計: 9,357単位
1ヶ月(4週間)の合計: 37,428単位

民主党厚生労働部門
第2回医療・介護 WT 団体ヒアリング資料

社団法人 日本歯科医師会
平成23年11月4日

平成22年度診療報酬改定について

全体改定率 +0.19%

1 診療報酬改定（本体）

改定率 +1.55%

各科改定率	医 科	+1.74%
	〔入院	+3.03%〕
	〔外来	+0.31%〕
	歯 科	+2.09%
	調 剤	+0.52%

2 薬価改定等

改定率 ▲1.36%

薬価改定 ▲1.23% (薬価ベース ▲5.75%)

材料価格改定 ▲0.13%

表5-1 1日当たり医療費の推移

(単位：千円)

	総計	計	診療費			調剤	(参考) 入院外 +調剤
			医科		歯科		
			入院	入院外			
平成17年度	11.9	10.2	26.2	6.8	6.1	6.9	9.4
平成18年度	12.0	10.3	26.6	6.8	6.0	6.9	9.5
平成19年度	12.5	10.6	27.5	7.0	6.1	7.3	9.9
平成20年度	12.9	10.8	28.3	7.1	6.2	7.6	10.2
平成21年度①	13.4	11.2	29.2	7.4	6.2	8.0	10.8
(総計=1)	(1.00)	(0.83)	(2.18)	(0.55)	(0.46)	(0.60)	(0.80)
平成22年度②	13.9	11.6	30.8	7.5	6.3	8.0	11.0
(総計=1)	(1.00)	(0.83)	(2.21)	(0.54)	(0.45)	(0.57)	(0.79)
②-①	0.5	0.4	1.6	0.1	0.1	▲ 0.0	0.3

注1. 1日当たり医療費とは、診療実日数当たりの医療費。

調剤では、処方せん1枚当たりの医療費。「(参考)入院外+調剤」では、入院外及び調剤の医療費を入院外の受診延日数で除して得た値を計上する。

注2. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

注3. 平成22年4月診療分より、旧総合病院の外来のレセプトが診療科ごとから病院単位に変更されており、その影響により、入院外の1日当たり医療費の増加がある。

表5-2 1日当たり医療費の伸び率 (対前年度比)

(単位：%)

	総計	計	診療費			調剤	(参考) 入院外 +調剤
			医科		歯科		
			入院	入院外			
平成17年度	3.4	2.5	2.4	3.1	0.0	6.2	4.8
平成18年度	0.8	0.3	1.4	0.1	▲ 1.8	▲ 0.5	1.1
平成19年度	4.1	3.1	3.6	2.7	1.2	6.1	4.7
平成20年度	3.2	2.5	3.0	1.8	2.8	3.4	3.4
平成21年度	4.1	3.3	3.2	3.6	▲ 0.3	6.3	5.2
平成22年度	3.8	3.8	5.5	1.9	1.8	▲ 0.6	2.4

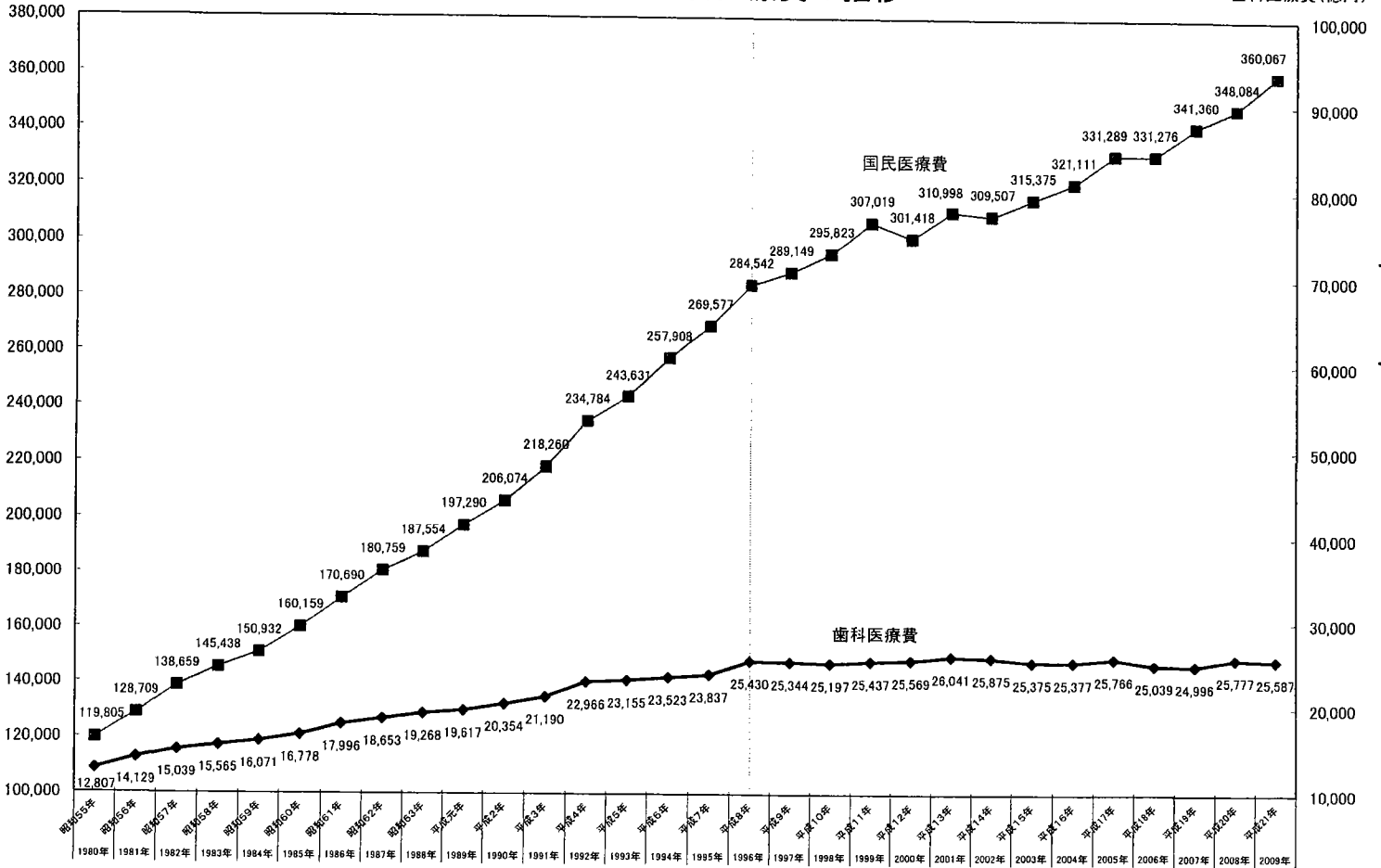
歯科用貴金属の告示価格の改定に伴う歯科医療費への影響について

	改定時期			
	平成21年4月	平成21年10月	平成22年4月	平成22年10月
歯科鑄造用金銀パラジウム合金の告示価格 (円/g)	638円	随時改定なし	619円	802円
告示価格の改定に伴う 歯科医療費への推計影響率 (%)	約-1.0%	±0%	約-0.1%	約+0.9%

注)

- ・推計影響率は、各年6月に実施される社会医療診療行為別調査の結果をもとに歯科医療費に与える影響を推計した値。
- ・各年度10月の随時改定の影響は、当該年度の後半6ヶ月分の歯科診療にのみ影響を与えることになる。
- ・東日本大震災等の特殊要因については、加味を行っていない値。

国民医療費と歯科医療費の推移



(資料: 国民医療費)

医科歯科別診療報酬改定率の推移

		《改定率》	
		医科(%)	歯科(%)
昭和	42年12月	7.68	12.65
	45年2月	8.77	9.73
	47年2月	13.70	13.70
	49年2月	19.00	19.90
	10月	16.00	16.20
	51年4月	9.00	9.60
	53年2月	11.50	12.70
	56年6月	8.40	5.90
	59年3月	3.00	1.10
	60年3月	3.50	2.50
	61年4月	2.50	1.50
	63年4月	3.80	1.00
平成	2年4月	4.00	1.40
	4年4月	5.40	2.70
	6年4月	5.20	2.30
	(4月)	3.50	2.10
	(10月)	1.70	0.20
	8年4月	3.60	2.20
	10年4月	1.50	1.50
	12年4月	2.00	2.00
		(貴金屬分0.5別枠)	
	14年4月	-1.30	-1.30
	16年4月	0.00	0.00
	18年4月	-1.50	-1.50
	20年4月	0.42	0.42
	22年4月	1.74	2.09
		(入院 3.03) (外来 0.31)	

初診料・再診料の推移 (診療所関係)

		《初診料》		《再診料》	
		医科 (甲表・診療所)	歯科 (診療所)	医科 (甲表・診療所)	歯科 (診療所)
昭和	42年12月	43	30	10	-
	45年2月	45	32	14	※ 5
	47年2月	60	42	17	※ 6
	49年2月	60	56	32	※ 10
	10月	60	60	47	※ 12
	51年4月	90	90	52	※ 12
	53年2月	125	125	58	※ 12
	56年6月	145	145	60	※ 12
	59年3月	160	160	65	※ 12
	60年3月	180	160	70	20
	61年4月	195	160	74	22
	63年4月	205	160	76	22
平成	2年4月	210	160	81	22
	4年4月	208	170	55	27
	6年4月	221	170	61	32
	(4月)	(甲乙一本化)			
	(10月)				
	8年4月	250	175	70	36
	10年4月	270	186	74	38
	12年4月	270	186・270	74	38・40
	14年4月	270	180・270	81・74・37	38・40
	15年6月			73	
	16年4月	274	180・274	73	38・45
	18年4月	270	180	71	38
	20年4月	270	182	71	40
	22年4月	270	218	69	42

※ 診療を行ったのみで、他の行為を行わなかった時に算定する

平成24年度診療報酬改定の基本的認識、 視点、方向等（案）

平成23年10月26日
保険局

4. 具体的な次期改定の方向について

上記で案として提示した、重点的に取り組むべき課題(案)や、改定の視点(案)について、以下のような方向についてどう考えるか。

【重点的に取り組む課題 案】

今後も、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、医療従事者の負担軽減

【具体的な方向案】

- ・ 救急、産科、小児、外科等の医師等の医療従事者の負担軽減に資する勤務体制の改善等の取組に対する評価
- ・ 救急外来や外来診療の機能分化の評価
- ・ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進

【重点的に取り組む課題 案】

診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえた、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組

【具体的な方向案】

- ・ 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
- ・ 看取りに至るまでの医療の適切な評価
- ・ 早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価
- ・ 地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
- ・ 退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
- ・ 維持期(生活期)のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携

【改定の視点 案】

「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」

【具体的な方向案】

- ・ 緩和ケアを含む、がん医療の充実
- ・ 感染症、生活習慣病対策の適切な評価
- ・ 認知症の早期診断等、重度の認知症の周辺症状に対する精神科医療の適切な評価
- ・ 身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価
- ・ 地域移行を推進し、地域生活を支えるための精神科医療の評価
- ・ リハビリテーションの充実
- ・ 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価
- ・ 東日本大震災を踏まえた診療報酬における災害対応の検討
- ・ 手術等の医療技術の適切な評価
- ・ 医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価

【改定の視点 案】

「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点」

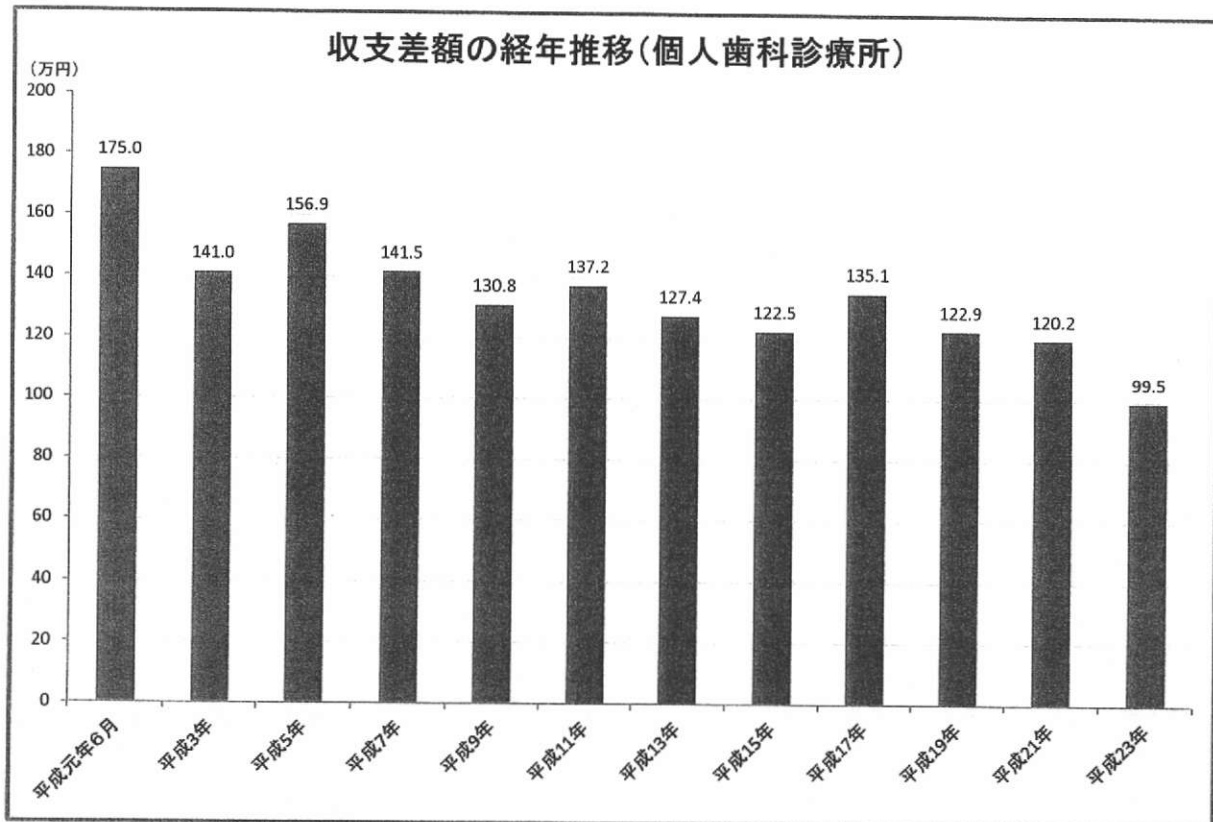
【具体的な方向案】

- ・ 医療安全対策等の推進の評価
- ・ 退院支援の充実等、患者に対する相談支援体制への評価
- ・ 明細書無料発行の促進
- ・ 診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化

医療経済実態調査

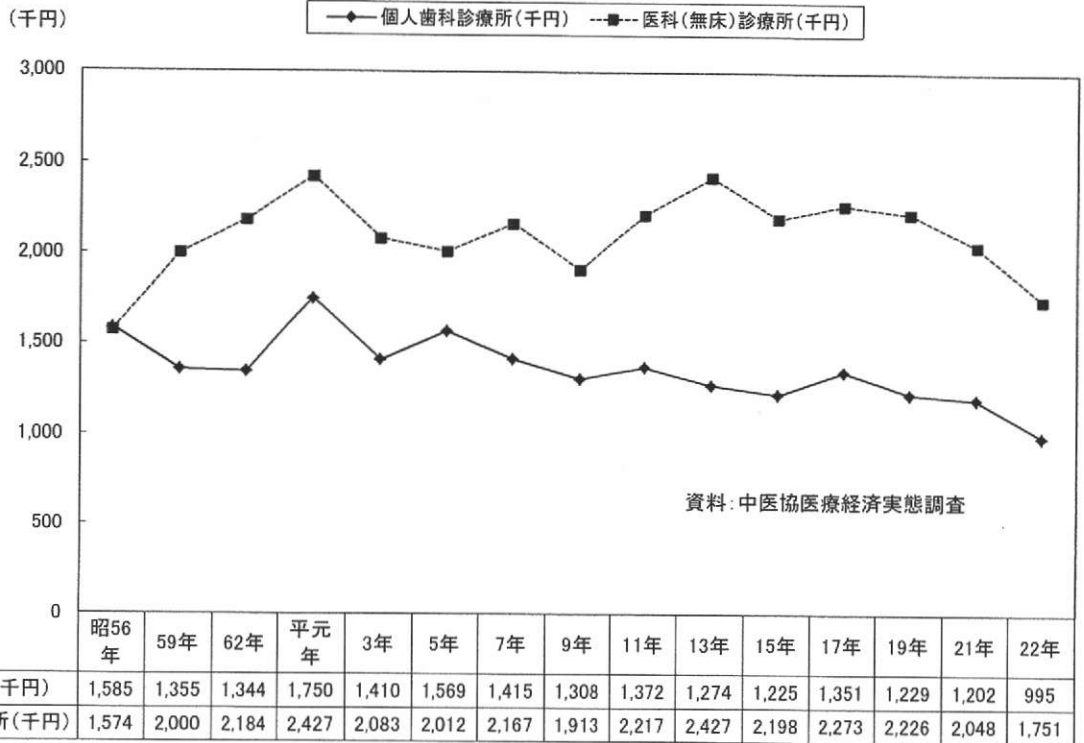
平成23年6月実施

日本歯科総合研究機構



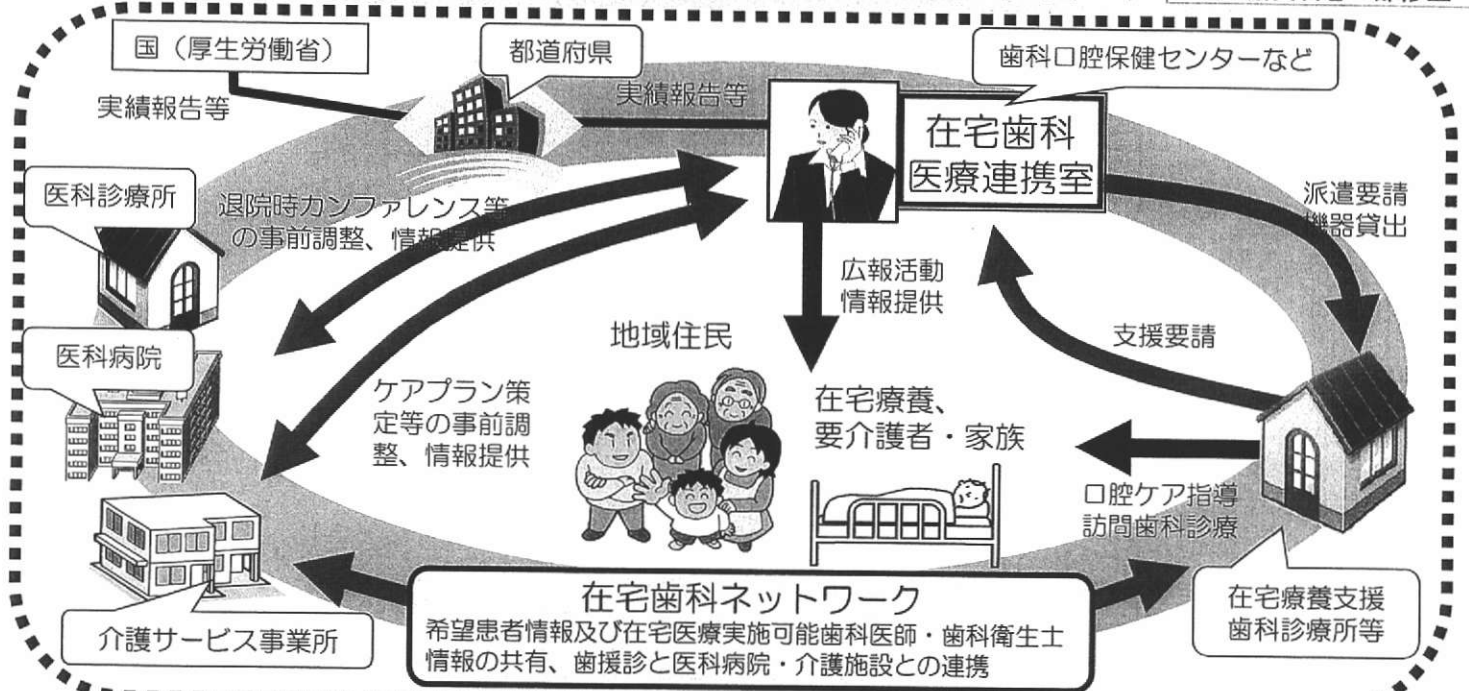
平成23年 収支差額が100万を切る！

個人歯科診療所の収支差額の推移(医科無床診療所との比較)



在宅歯科医療連携室整備事業(医政局、平成22年度～)

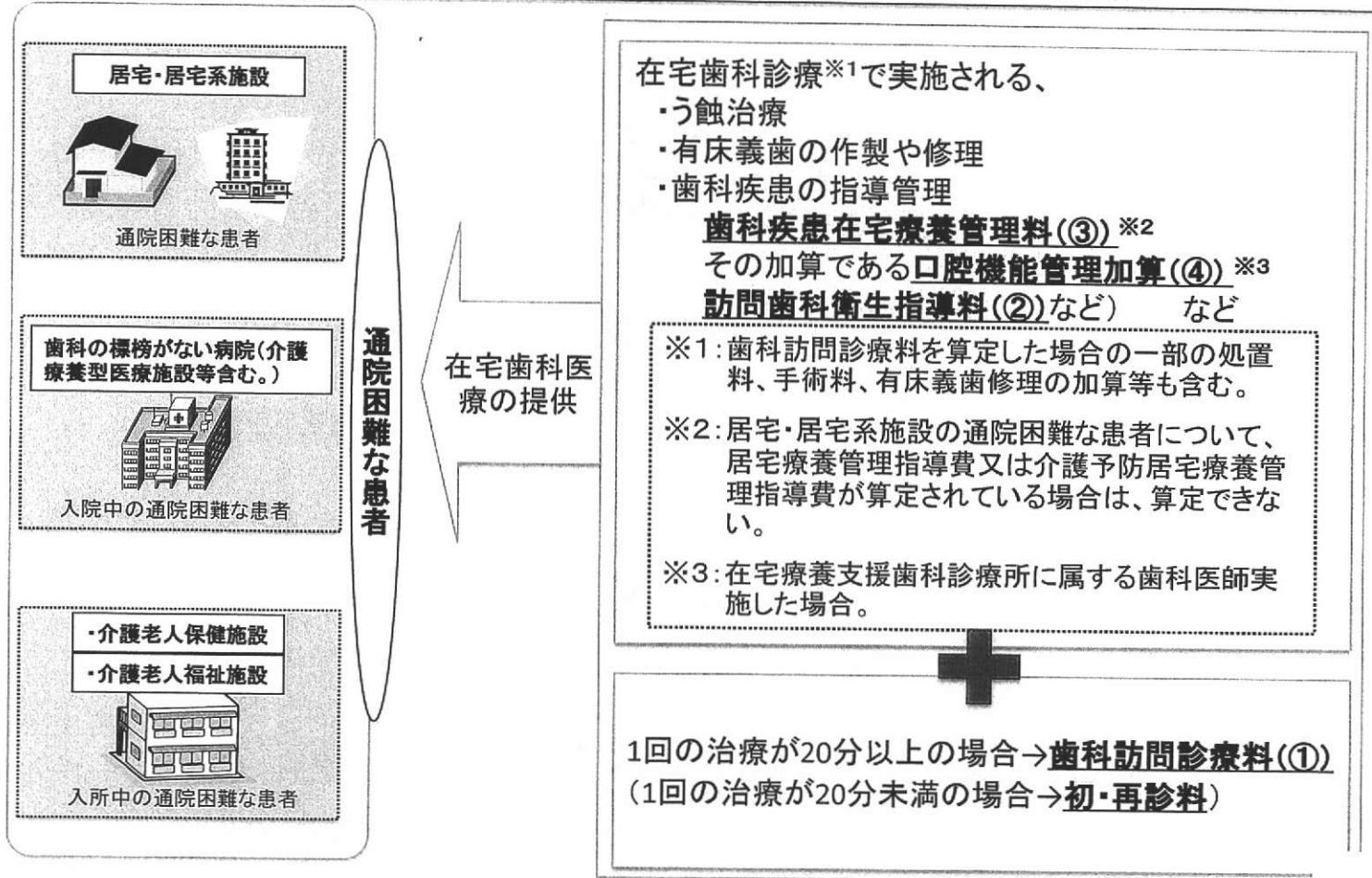
平成23年2月16日
中医協資料を一部修正



○ 在宅歯科医療連携室整備事業は、在宅歯科医療を推進するため、医科・介護等との連携窓口、在宅歯科医療希望者等の窓口、在宅歯科医療や口腔ケア指導等の実施歯科診療所等の紹介、在宅歯科医療に関する広報、在宅歯科医療機器の貸出などを行う在宅歯科医療連携室の整備に必要な支援を行う事業。

○ これまでの実績等
平成22年度は、18県にて実施。平成23年度も本事業は継続して実施。

在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の評価



障害者の歯科医療

障害者への歯科治療の特徴など

○ 歯科治療の困難性

- ・患者が治療の必要性を理解できない場合、治療に必要な協力が得られない
- ・四肢や口腔の緊張や不随意運動のため姿勢の維持、開口の動作が出来ない
- ・言語によるコミュニケーションが確立しにくい

○ 特異的な歯科症状

- ・口腔の奇形・先天性の欠損、歯列、咬合などの形態学上の異常があり、それに対する対応として専門的知識や診断が必要
- ・口腔の機能的異常が、摂食・嚥下、味覚、構音、表情といった機能の不全、障害が診られ、その診断、対応に専門的知識と経験が必要
- ・う蝕、歯周病、欠損という歯科疾患の症状に特異的なことがある

平成22年度社会保険指導者研修会講演資料「地域で診る障害者歯科」(緒方克也氏)より一部改変

○ 歯科診療報酬の初・再診料に対する障害者歯科加算の対象となる場合の例

脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持が出来ない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態である者。

○ 処置等の特掲診療料の著しく歯科診療が困難な障害者に対する100分の50加算の対象となる場合の例

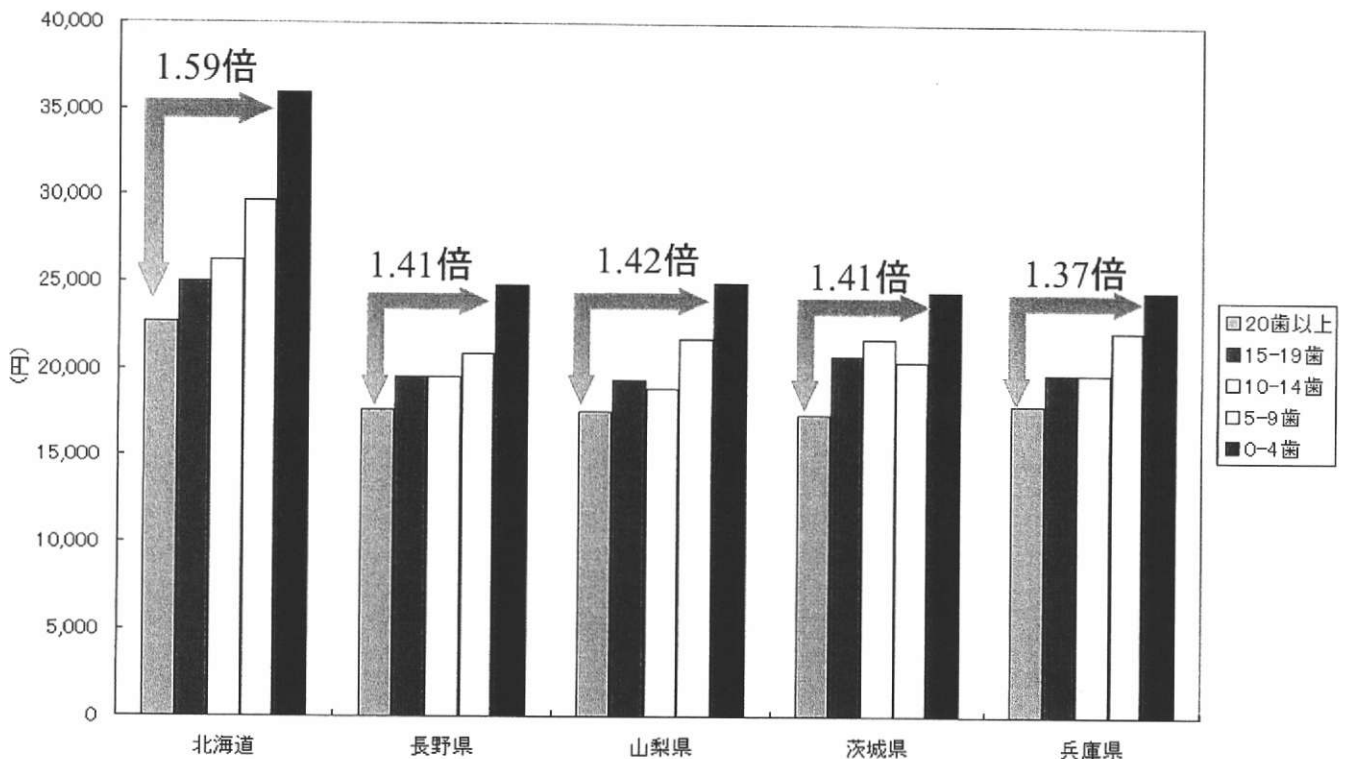
歯科治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士等が参画した場合。

歯科医療について(総括)

- ・ 人口の少子高齢化に伴い、歯科医療機関の受診患者も高齢化。また、高齢者の一人平均残存歯数は増加傾向。
- ・ 歯科受診患者の高齢化に対応し、在宅及び障害者歯科医療について、これまでの歯科診療報酬改定において重点的に評価してきたところ。
- ・ 併せて、患者にとって安全で安心できる歯科医療の環境整備を評価してきたところ。
- ・ 他方、周術期の口腔ケアなど、歯科医師が医療連携やチーム医療にどのように関わっていくかが新たな課題。
- ・ 舌接触補助床などの新たな技術の保険導入や歯科用CAD・CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる歯冠補綴などの先進医療の導入を行っているところ。

歯の数と健康度との関係(医療費で見た場合)

1か月の医科診療費(残存歯数別)



歯が残っている人ほど医科医療費が少ない傾向を示す

〈その他 歯科診療に係わる問題点〉

- カルテ記載について
- 患者提供文書について
- 通知内容等の見直しについて
- 指導、監査の在り方について

要介護高齢者における歯科医療の現状として

要介護高齢者の約9割に歯科医療や
歯科医療職種の関与が必要である
にもかかわらず、実際には
約27%しか歯科受診をしていない
という背景がある

居宅療養管理指導について—1—

口腔ケアの普及と在宅訪問歯科診療の普及

口腔ケアは、要介護者においても生活の質の維持や向上、誤嚥性肺炎予防に有効な介護サービスであるが、居宅療養管理指導は、在宅訪問歯科診療後に実施されることから、今回の同時改定においては、在宅訪問歯科診療の普及充実が、居宅療養管理指導の充実のためにも不可欠である。

居宅療養管理指導について—2—

連携する介護サービス提供職種における医療的ケアの推進のための、研修等の充実

在宅訪問歯科診療、その後の歯科医師、歯科衛生士の居宅療養管理について、介護サービス提供職種が医療的ケアについての理解知識の不足が懸念されていることから、かかる職種における研修が必要であり、これら研修の必須化等の充実を求める。

居宅療養管理指導について—3—

関係書類の簡素化、手続きの簡素化

歯科衛生士による居宅療養管理指導は増加傾向にあるものの、居宅療養管理指導全体では普及しているとは言い難い現状であることから、関係書類の簡素化、手続きの簡素化が必要である。

介護予防について—1—

選択的介護予防サービスの見直し

口腔機能向上および維持管理による介護予防サービスは、口腔機能の維持および向上に資することから、下記について要望する。

- ・複合的なサービスの提供体制の整備
- ・複合的サービス提供のため、他職種との連携に必要な要件の見直し

介護予防について—2—

歯科衛生士の評価の見直し

口腔機能向上等に伴う介護における口腔ケアの質の向上には歯科衛生士の専門性が欠かせないものの、その評価は十分とは言えないことから、介護予防における歯科衛生士が行う介護サービスに対して、評価の見直しが必要である。

介護予防について—3—

関係書類の簡素化、手続きの簡素化

介護予防における口腔機能向上の普及を阻害している要因として、関係書類等整備が煩雑であり、介護施設での介護予防普及の阻害要因となっている。サービスの複合化とともに、もしくは単独サービスの提供においても関係書類の簡素化、手続きの簡素化が必要である。

図1. 要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)2002
(対象:要介護者 368名 平均年齢81歳)

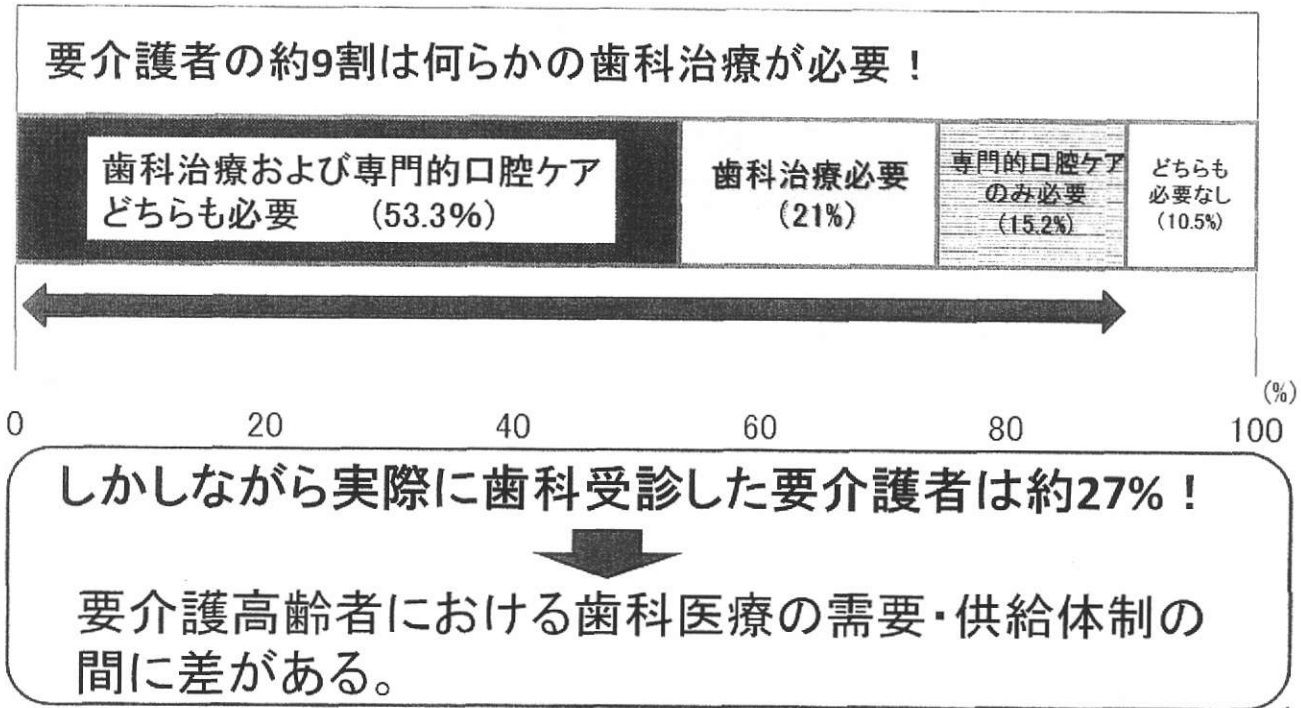


図2. 在宅療養支援歯科診療所の新設(平成20年診療報酬改定)

在宅または社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する
歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置付け、その機能を評価した。

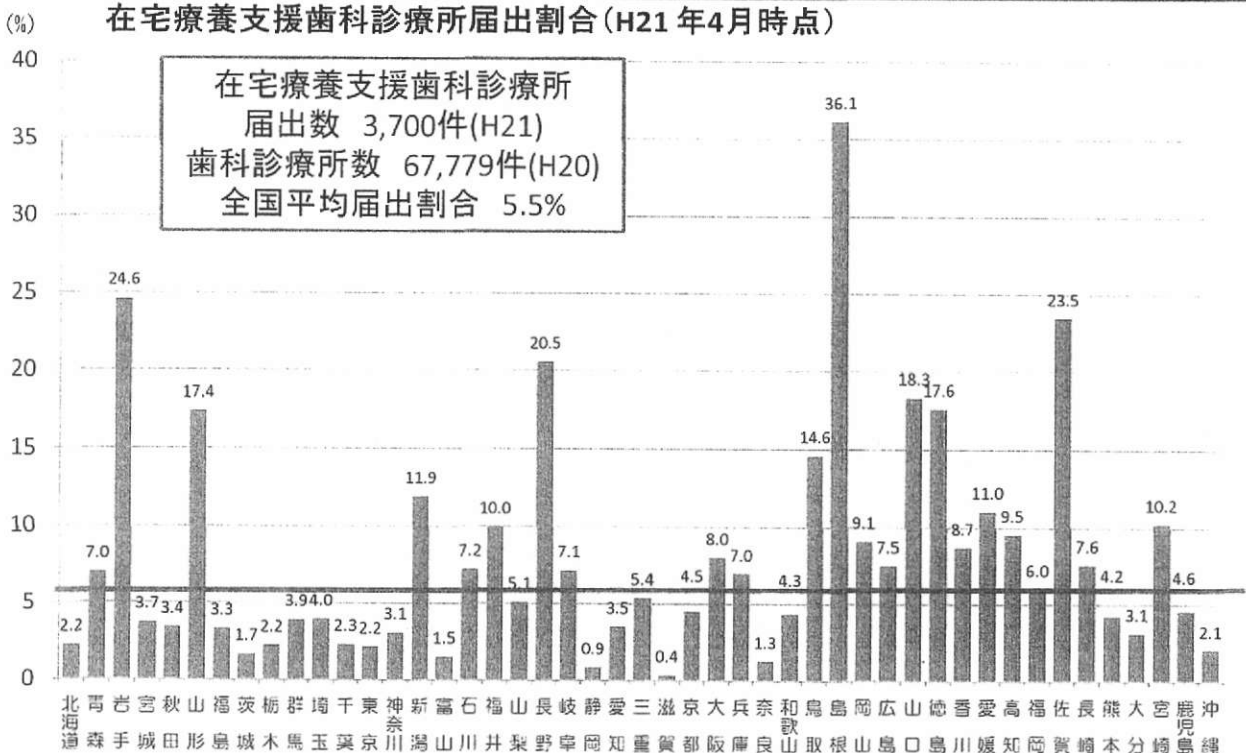
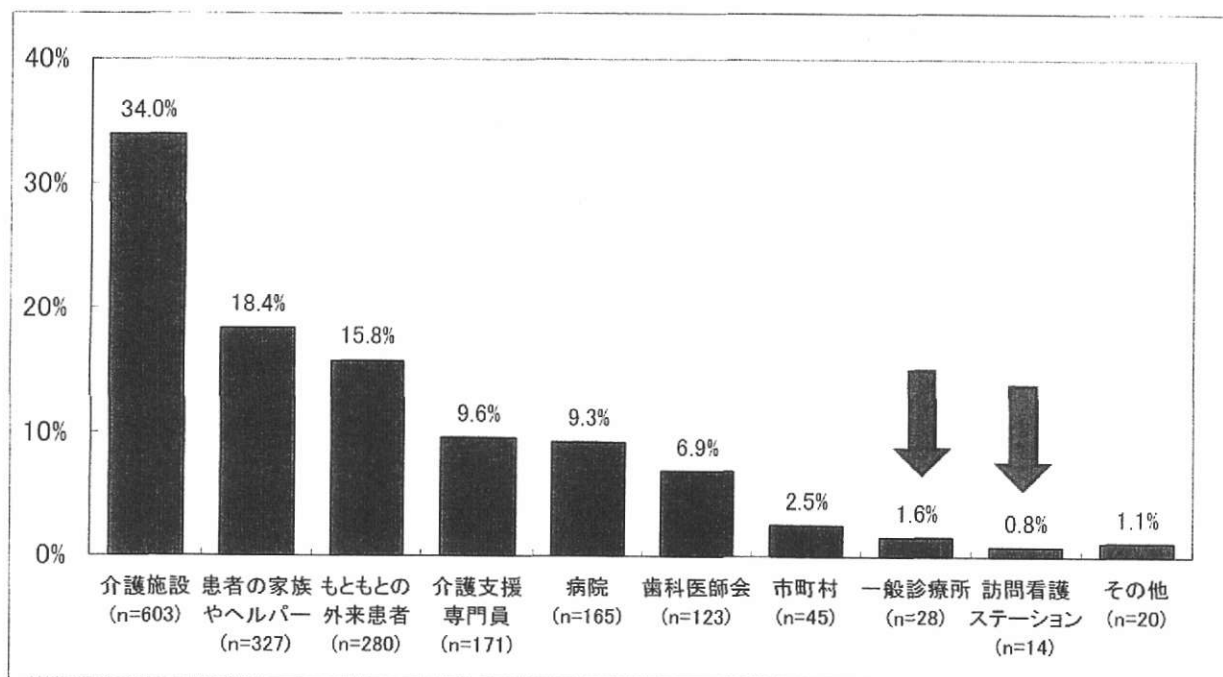


図3. 在宅歯科医療の依頼元(在宅療養支援歯科診療所調査)



在宅歯科医療の依頼は介護施設からが多く、一般診療所や訪問看護ステーションからは極めて少ない。

在宅療養支援歯科診療所調査より
(平成21年 日本歯科総合研究機構)

3

図4. 要介護者における医療・介護サービスでの口腔ケアの利用状況

熊本県内介護支援専門員49名を調査員とし、要介護者とその介護者(家族)500名を対象に聞き取り調査(日本公衛誌:Vol.53、2006)

質問	回答者率	
かかりつけ歯科医院を持っているか	ある	61.4
	ない	38.6
訪問歯科診療制度	利用したことがある	7.0
	制度は知っているが医院を知らない	32.4
	全く知らない	59.2
介護保険サービスでの口腔ケア指導	利用したことがある	1.2
	あることは知っている	18.8
	全く知らない	79.8
介護支援専門員による口腔ケア提案状況	提案がありサービスを受け入れた	5.0
	提案はあったが断った	11.6
	全くなかったので相談した	0.4
	全くなかった	82.0
最も必要な情報は何か	相談窓口や治療に関する情報	37.6
	介護サービス提供者からの指導・助言	24.0
	提供される援助に関する情報	33.0

口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防、口腔機能向上によるむせや口腔乾燥の減少等口腔関連サービスがたいへん効果があるにもかかわらず、要介護者とその介護者(家族)における介護保険サービスでの口腔ケア指導に対する認知度や、介護支援専門員による口腔ケア提案状況が極めて低い状況にある。

4

複合プログラムの実施による効果の例

(例1)

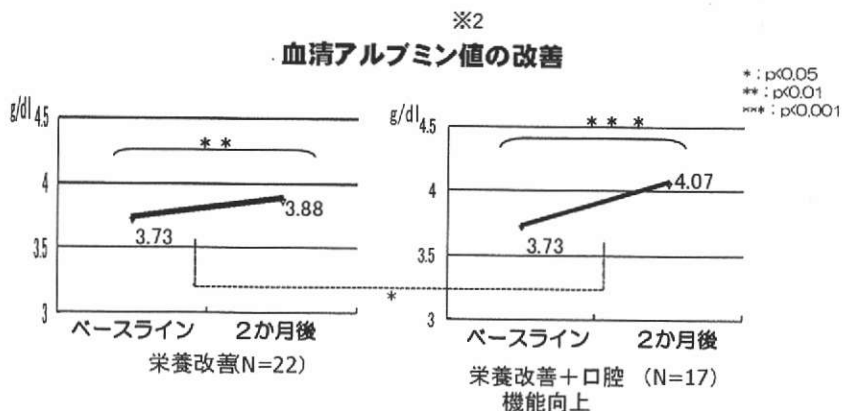
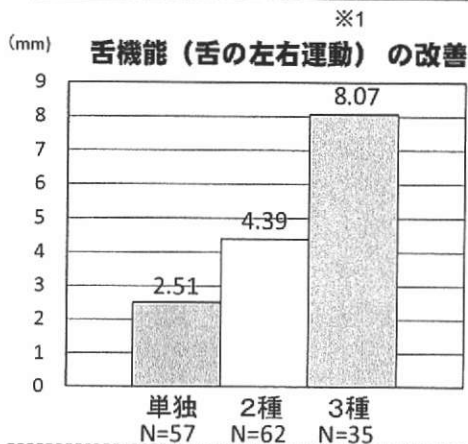
要介護1から要介護3の対象者に対し、運動器機能向上プログラム、口腔機能向上プログラム、栄養改善プログラムを、それぞれ単独で実施した場合と複数プログラムを組み合わせることで実施した場合は、複数プログラムを組み合わせることで実施した方が、舌機能において改善の差がみられた。

(資料:平成22年度老人保健健康増進等事業「予防給付及び介護給付における口腔機能向上サービスの推進に関する総合的研究事業」)

(例2)

軽度の低栄養状態を示した要介護者に対して、栄養改善プログラム単独で実施した場合と栄養改善・口腔機能向上プログラムの2種類を組み合わせることで実施した場合は、組み合わせることで実施した方が栄養状態を示す血清アルブミン値において改善の差がみられた。

(資料:平成16年度厚生労働省「未来志向研究プロジェクト」(地域保健研究会))



※1 舌機能(左右の舌運動)

グラフの値は、舌を左右に最大限伸ばしたときの、舌先端の左右間の距離を計測した値のプログラム介入前後の変化量。舌機能の評価法の一つで、この舌機能は、食塊形成や食物ののどへの送り込み、会話等に寄与するとされている。

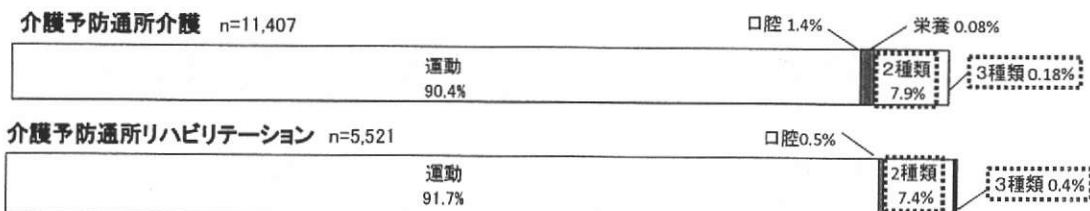
※2 血清アルブミン値: 栄養状態をはかる指標。

3

算定が低調な理由について

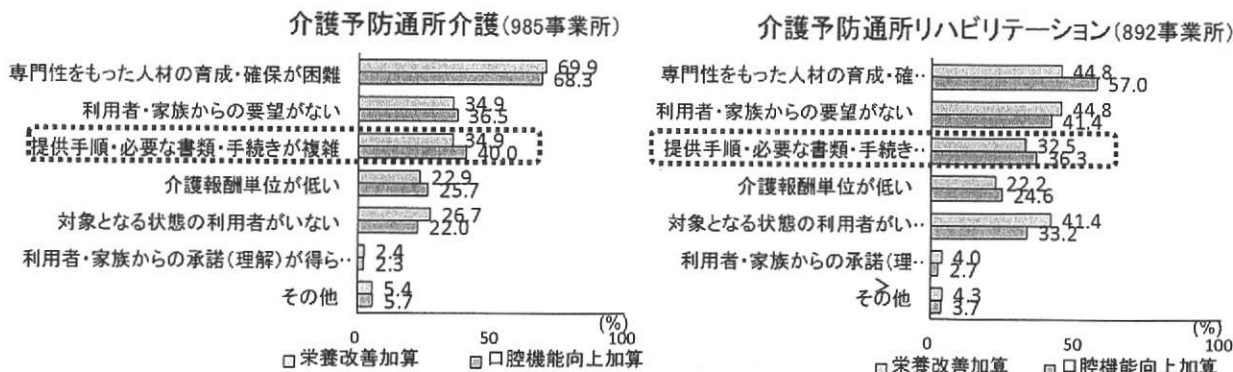
- 選択的サービスのうち、2種類のプログラムを実施している事業所は、介護予防通所介護で7.9%、介護予防通所リハビリテーションで7.4%、3種類全てを実施しているのは、介護予防通所介護で0.18%、介護予防通所リハビリテーションで0.4%である。
- 口腔機能向上加算及び栄養改善加算を算定しない主な理由で、「提供手順・必要な書類、手続きが複雑」が、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションで3割程度みられる。

選択的サービスのうち複数プログラムの算定状況



(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査 平成23年2月審査分」特別集計

口腔機能向上加算、栄養改善加算を算定しない理由



資料:厚生労働省老人保健課平成23年「介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの実施状況把握」

4

平成24年度診療報酬(調剤報酬)等 改定について

民主党厚生労働部門会議
医療・介護WT
団体ヒアリング提出資料

平成23年11月4日
日本薬剤師会

診療報酬（調剤報酬）と介護報酬の 同時改定に向けて（要望）

- ①国民・患者への安定的な医薬品の提供体制ならびに医薬品の適正使用の確保、併せて、介護サービスを安定的に提供するため、必要な財源を確保していただきたい（プラス改定）。

→ 具体的内容については「主要検討項目」を参照

- ②各科（医科、歯科、調剤）技術料の割合を踏まえた公平な改定率を維持していただきたい。

医科：歯科：調剤 = 1：1：0.4

改定率の推移

年度	本体	改定率		
		医科	歯科	調剤
平成 12	+1.9 %	+2.0 %	+2.5 %	+0.8 %
14	-1.3 %	-1.3 %	-1.3 %	-1.3 %
16	±0.0 %	±0.0 %	±0.0 %	±0.0 %
18	-1.36%	-1.5 %	-1.5 %	-0.6 %
20	+0.38%	+0.42%	+0.42%	+0.17%
22	+1.55%	+1.74%	+2.09%	+0.52%

注1) 各科(医科、歯科、調剤)の改定率は、それぞれの技術料が占める割合に応じたものとされている。

① 平成 12～20 年度(※14 年度を除く)

医科:歯科:調剤 = 1:1:0.4

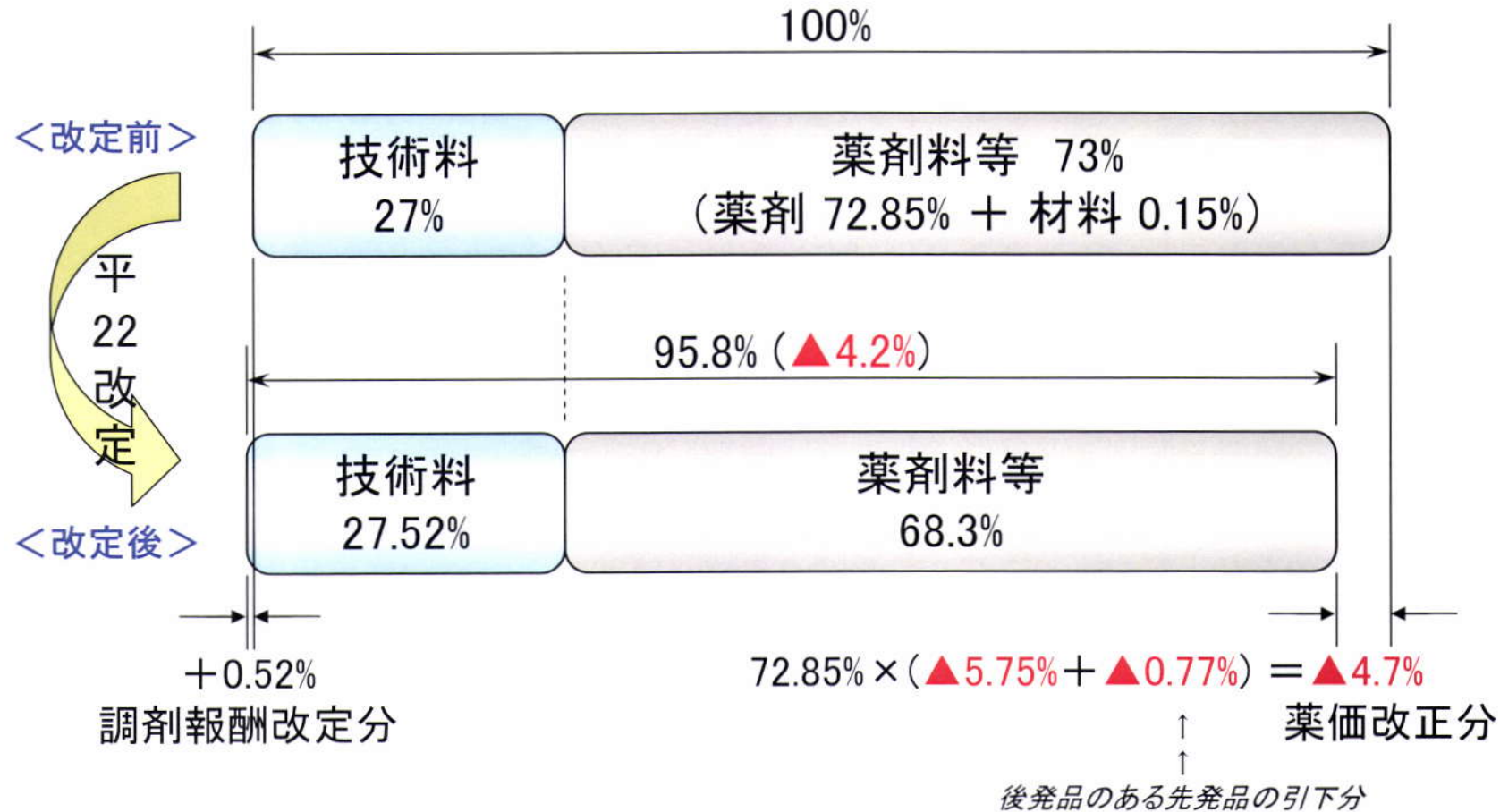
(平成 12 年度の歯科改定率のうち、0.5%は歯科用金属の国際価格変動対応分)

② 平成 22 年度

医科:歯科:調剤 = 1:1.2:0.3

注2) 平成 14 年度は、各科の改定率が 1:1:1 という不公平な取り扱いとされた。

調剤報酬医療費における 本体改定率と薬価改定率影響



※改定前の技術料および薬剤料等の割合は、平成20年社会医療診療行為別調査(厚生労働省)より算出

平成24年度調剤報酬改定における 主要検討項目

- ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進
- お薬手帳の普及促進、薬歴の評価
- 在宅医療の推進
- 調剤基本料の在り方
- 病院薬剤師の病棟配置（チーム医療） など

1. ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進

【政府目標】平成24年度までに数量ベース30%以上

【直近の状況】

- ・ 数量ベース:22.4%(平22、全国平均)
- ・ 後発医薬品調剤体制加算:23,864薬局(全薬局の約45%)
- ・ 備蓄医薬品:平均880.8品目(対前年47.4品目増加)
- ・ 後発品を調剤した処方せん:32.3%(平23)←29.9%(平22)
- ・ [先発→後発]への変更に伴う薬剤料の節減効果:約20%
24.4%(平23)←19.9%(平22)
- ・ 後発医薬品へ変更不可の処方せん:30%以上
31.0%(平23)←33.0%(平22)

⇒ ※今後も継続した推進策が必要

2. お薬手帳の普及促進、薬歴の評価

- ・ 東日本大震災での活用実績(必要性の再認識)
 - ・ 普及割合は平均55%。しかし、年齢層によるバラツキが非常に大きい(乳幼児と高齢者では60%を超えているものの、それ以外の年齢層では40%前後)
 - ・ 薬歴との一体的な情報提供、管理指導が不可欠
 - ・ 薬歴を活用した疑義照会の割合:3.15%(うち、処方変更が生じた割合は68.9%)
 - 年間で約2,300万枚(処方変更は1,580万枚)に相当
- ⇒ ※薬歴活用を含めたお薬手帳のさらなる普及促進が必要

3. 在宅医療の推進

- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出薬局: 40,170薬局
 - ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料【医療保険】
＝居宅療養管理指導費【介護保険】
 - ・ 在宅薬剤管理による薬の飲み忘れ、飲み残しの改善効果は約400億円(推計)
 - ・ 小規模薬局(1人薬剤師)であっても在宅薬剤管理に対応できる仕組みが必須(患者さんへの24時間365日対応など)
→沖縄県北部地区の先進的事例(地域医療再生計画)
 - ・ そのほか、多職種連携による情報共有、無菌製剤処理、緊急時対応(夜間など)などに関する評価の必要性
- ⇒ ※薬局薬剤師を活用した、さらなる在宅薬剤管理指導の推進が必要

4. 調剤基本料の在り方

- ・ すでに原則一本化(通常40点／特例24点)
 - ・ 特例区分(1月4000枚超、集中率70%超)に該当する薬局はごく僅か(処方せん枚数で4.4%、薬局数で1%程度)
 - ・ 薬局の経営効率面における違いを考慮した、施設コストの差を評価(薬剤師の技術コストの差ではない)
- ⇒ ※経営効率面を踏まえた現行の仕組みを維持すべき

5. 病院薬剤師の病棟配置 (チーム医療)

- ・ チーム医療の推進の必要性、医師の負担軽減
 - ・ 病棟薬剤師の配置
 - ・ 処方設計の支援、入院患者に対する服薬管理
- ⇒ ※チーム医療の推進の観点から、病棟薬剤師の配置を推進することが必要

社会保障・税一体改革成案における 患者負担に関する事項について

【医薬品の患者負担の見直し】

「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の
価格水準も考慮して見直す」



反対

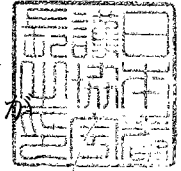
<主な理由>

- 患者にとってわかりにくい
- 保険医療における薬物治療に支障をきたす恐れ
- 諸外国の医療制度（薬剤自己負担制度）と我が国の保険制度（定率負担）の仕組みは異なるため、パッチワーク的に取り入れることは適切でない

平成 23 年 11 月 4 日

民主党厚生労働部門会議
座長 長妻 昭 様

公益社団法人 日本看護協会
会 長 坂 本 す け



平成 24 年度診療報酬・介護報酬改定に関する要望書

社会構造の変化による急速な高齢化の進展等により、増大するニーズに対して、生活の場での療養生活、在宅の看取りを支える、安全・安心の医療・介護体制の実現が望まれます。

医療・介護の連携と機能強化を推進するには、良質で適切なサービスが提供されるよう、看護職の労働環境を守る取り組みが早急に必要です。

そして、住み慣れた地域での療養を支えるためには「地域包括ケアシステム」において、在宅移行支援や医療依存度の高い療養者への支援など看護が十分に機能を発揮することが重要です。

下記の事項について、ご検討ならびにご配慮をお願い申し上げます。

重 点 要 望

診療報酬改定に関する要望事項

1. 法定休暇等の取得を前提とした看護配置の実現、及び看護職の健康や生活を考慮した夜勤・交代制勤務を実現すること。
2. 超高齢社会を見据えて在宅療養や看取りを支える訪問看護の評価を充実させること。
3. 医療機関や訪問看護ステーションにおける地域連携の取り組み、在宅療養の継続に資する看護外来の取り組みを推進すること。
4. 質の高い医療の提供、医療従事者の負担軽減に資するチーム医療による提供体制について一層の推進を図ること。

介護報酬改定に関する要望事項

1. 医療ニーズの高い要介護（支援）者が安全・安心な在宅療養生活を継続できるよう、地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携体制を充実させること。
2. 訪問看護の必要な要介護（支援）者に対し、適時適切なサービス提供が可能な仕組みを整備すること。
3. 終の棲家として利用者の安全・安心を支える特別養護老人ホームの看護・介護体制を強化し、外部医療サービスとの柔軟な連携の仕組みをつくること。

看護職が働き続けられる勤務体制の実現

過酷な労働環境

- ◆3交代制: 月9回以上の夜勤が4割強
- ◆2交代制: 夜勤拘束時間16時間以上が約9割



- ◆離職の大きな要因
- ◆医療安全および看護職の健康への影響大

◆法定休暇等の取得を前提とした看護配置の実現

育児休暇等の法定休暇を取得した者の労働時間を、他の看護職員が補完する勤務にあり方の是正を。

◆健康に配慮した夜勤・交代制勤務の実現

長時間連続の夜勤や短時間の勤務間隔等の勤務にあり方の是正を。

厚生労働省看護師等の「雇用の質」の向上に関するプロジェクトチーム

労働時間等の課題: ◆「所定時間外労働の発生」「十分な勤務間隔の確保困難」「二交代制勤務の長時間夜勤」、◆労働時間管理が組織化・体系化されていないなど

⇒労働時間管理の改善: 研修会の開催、労働時間設定改善コンサルタントによる支援など

中医協において、看護師等を含めた病院医療従事者の負担軽減策に関し、平成24年度診療報酬改定に向けて検討。

診療報酬改定【重点的に取り組む課題(案)】: 医療従事者の負担軽減

厚生労働省平成24年度概算要求: 看護職員等の勤務環境の改善に向けた支援

医療・介護の連携と在宅ケアの強化

- ◆医療機関と在宅ケアでサービスが途切れる
- ◆医療依存度が高いと、在宅療養の継続が困難
⇒医療ニーズの高い療養者への支援の充実、重症化予防が不可欠

スムーズな移行

退院調整・在宅移行支援
年齢制限撤廃や連携体制整備等

医療機関・訪問看護の連携
診療報酬における評価のあり方
介護報酬での評価の新設 等

在宅での療養の支援

医療ニーズの高い療養者への支援の充実

◆訪問看護の充実・強化

訪問回数制限の要件緩和等、24時間対応体制の推進、ターミナルケア体制の強化等

◆複合型サービスの創設

小規模多機能型に訪問看護を付加し、「通い」「泊まり」「訪問介護」「訪問看護」の多機能サービス拠点を新設

外来等での療養相談・指導の充実

算定対象の拡大等の在宅療養指導の強化

診療報酬改定【重点的に取り組む課題：具体的な方向(案)】

早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取り組みの評価

退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実

介護報酬改定

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)の推進