

平成23年11月4日(金)民主党厚生労働部門会議 医療・介護WTヒアリング まとめ

団体名	平成24年度診療報酬・介護報酬改定に関する要望事項
日本医師会	入院、外来の改定率をあらかじめ決めないこと。(前回改定では、入院+3.03%、外来+0.31%の割合が決められていた。) 医科・歯科・調剤の割合を、これまでどおり1対1対0.4とすること。(前回改定時は1対1.2対0.3となり歯科診療報酬の改定率のほうが高かった。)
日本歯科医師会	平成24年度改定は実施すべき。歯科技術料への評価、基本診療料の引き上げ、在宅歯科診療への評価、全ての高齢者へ歯科医療を提供すること。 病院でのチーム医療や在宅療養における歯科医師、歯科衛生士の活用を推進すること。
日本薬剤師会	医科・歯科・調剤の改定率の割合を、これまでどおり1対1対0.4とすること。(前回改定時は1対1.2対0.3となり調剤は低かった。) ジェネリック医薬品の使用促進、薬歴活用を含めた「お薬手帳」の普及促進、薬局薬剤師を活用した在宅薬剤管理指導の推進、チーム医療推進のため病棟薬剤師の配置を推進すること。
日本看護協会	看護職員の勤務環境を改善すること。育児休暇、介護休暇等の法定休暇を取得することを前提とした看護配置の実現、健康に配慮した夜勤・交代制勤務の実現が必要。 医療・介護の連携のため、医療ニーズの高い在宅療養者への支援の充実、重症化予防のための評価をすること。
日本病院団体協議会	同一日の同一医療機関複数科受診について、2つ目の診療科の初診に限り所定点数の半分を算定できるが、それ以上の診療科において初診料・再診料の算定が不可となっている不合理を是正すること。 入院患者が他の医療機関を受診した場合の診療報酬算定の制限を撤廃すること。 あらかじめ入院・外来の改定率の割合を決めることには賛成。
日本病院薬剤師会	薬剤師の病棟配置を入院基本料への加算として評価すること。 現在、ハイリスク薬が投薬される患者の薬学的管理を行った場合に算定できる薬剤管理指導料2について、対象薬剤を拡大すること。
日本理学療法士協会	リハビリ施設を効率的に共同利用できるよう、共同利用型訪問リハビリステーションを創設すること。 医療・介護の連携の重点化において、ケアマネが入院当初から患者に関わる体制、リハビリ専門職による介護職のサービス向上支援ができる枠組みを新設すること。
日本製薬団体連合会	現在、試行的導入されている新薬創出・適応外薬解消等促進加算(新薬の特許期間中に薬価を維持し、特許失効後は薬価が引き下げられ市場を後発品にゆだねる仕組み)を本格導入、恒久化すること。
日本ジェネリック製薬協会	ジェネリック医薬品を扱う調剤薬局に対する調剤報酬上の評価をすること。(ジェネリック利用により、利益減、備蓄の負担増、患者説明の負担増となる調剤薬局へのインセンティブ付与) 医師に対するジェネリック処方へのインセンティブ付与のため、ジェネリック医薬品の説明に対する診療報酬上の評価をすること。
日本医療機器工業界	機能区分別の価格設定を改め、医療機器の改善・改良が価格に反映されるような制度改正をすること。 医療機器の保守管理に係るコストを明確化し、医療機器安全管理料の適用範囲を拡大すること。 薬事法による医療機器の規制ではなく、「医療機器法」を制定すること。

団体名	平成24年度診療報酬・介護報酬改定に関する要望事項
健保連	医療経済実態調査の結果から、病院・診療所とも経営収支が改善されているため、診療報酬引上げについては国民の理解が得られない。介護報酬も同様。 診療報酬について、必要度の高い医療への重点化、ジェネリック使用促進、IT活用等による効率化・適正化をすすめることが不可欠。介護事業経営実態調査結果では介護保険三施設の収支差率は5%を超えているため、介護職員処遇改善交付金の継続や介護報酬による処遇改善への配慮は不要。
全国健康保険協会	住み慣れた家庭や地域で療養できる環境整備(在宅診療、訪問看護、訪問リハ等の促進)や、ジェネリック使用促進、生活習慣病対策(重症化予防)への評価が必要。 協会けんぽの保険料率は近年上昇の一途。厳しい財政状況を踏まえると診療報酬の引き上げをする状況にはない。
国保中央会	診療報酬引き上げは慎重にすべき。
全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会	回復期リハビリを要する重症患者を積極的に受け入れ、在宅復帰率の向上に向けた努力を評価すること。(回復期リハ病棟入院料に新たに手厚い体制の病棟が算定できる区分を設けること。)
日本慢性期医療協会	一層の効率化を進め、診療側は改定率ゼロでも我慢すべき。 急性期病床のうちトリアージ対象者が多ければ(患者の容態と病床機能のミスマッチがあれば)余計な医療費がかかる。 医療界の中で利益が上がっている部分から不採算部分に財源移動すべき。 一般病棟入院90日以上でも基本料が減額されない「特定除外患者」の取扱いを見直すことで5000億円規模の財源が捻出できる。 地域包括ケアシステムを画餅としないためにも、在宅医療を推進するための評価をすべき。
全国老人保健施設協会	介護職員処遇改善交付金については財源確保の上、介護報酬に組み込むこと。それが困難であれば、交付金を継続させること。 二号被保険者に係る保険料について、総報酬割り導入については賛成。 リハビリ提供体制充実のため身体リハビリに関する医師の研修要件を創設すること。 認知症治療薬を包括報酬の枠外とすること。
全国老人福祉施設協議会	介護従事者の勤務環境の整備のため、介護報酬の適正な水準を確保すること。 介護職員処遇改善交付金は12年度以降も継続すること。(報酬に組み込むと利用料があがるため交付金の形で。) 医療・介護の連携を図るため、特養に配置される医師確保を推進(常勤配置医師加算の増額等)すること。
全国介護事業者協議会	介護職員処遇改善交付金は対象を介護従事者全体に拡大し、処遇改善の水準が維持できるよう介護報酬に反映すること。 報酬に組み込む場合、現行の介護報酬(地域区分単価も含む)が減額された場合でも処遇改善を継続できるよう配慮すること。
日本介護支援専門員協会	医療から介護への移行がスムーズにできるよう、退院直後の一定期間は訪問看護サービス等を医療保険で提供できるようにすること。 介護職員処遇改善交付金は介護報酬に組み込むべき。 二号保険料への総報酬割り導入については、選択肢の一つとして考えられる。

在宅医療・介護の充実に向けた取組について

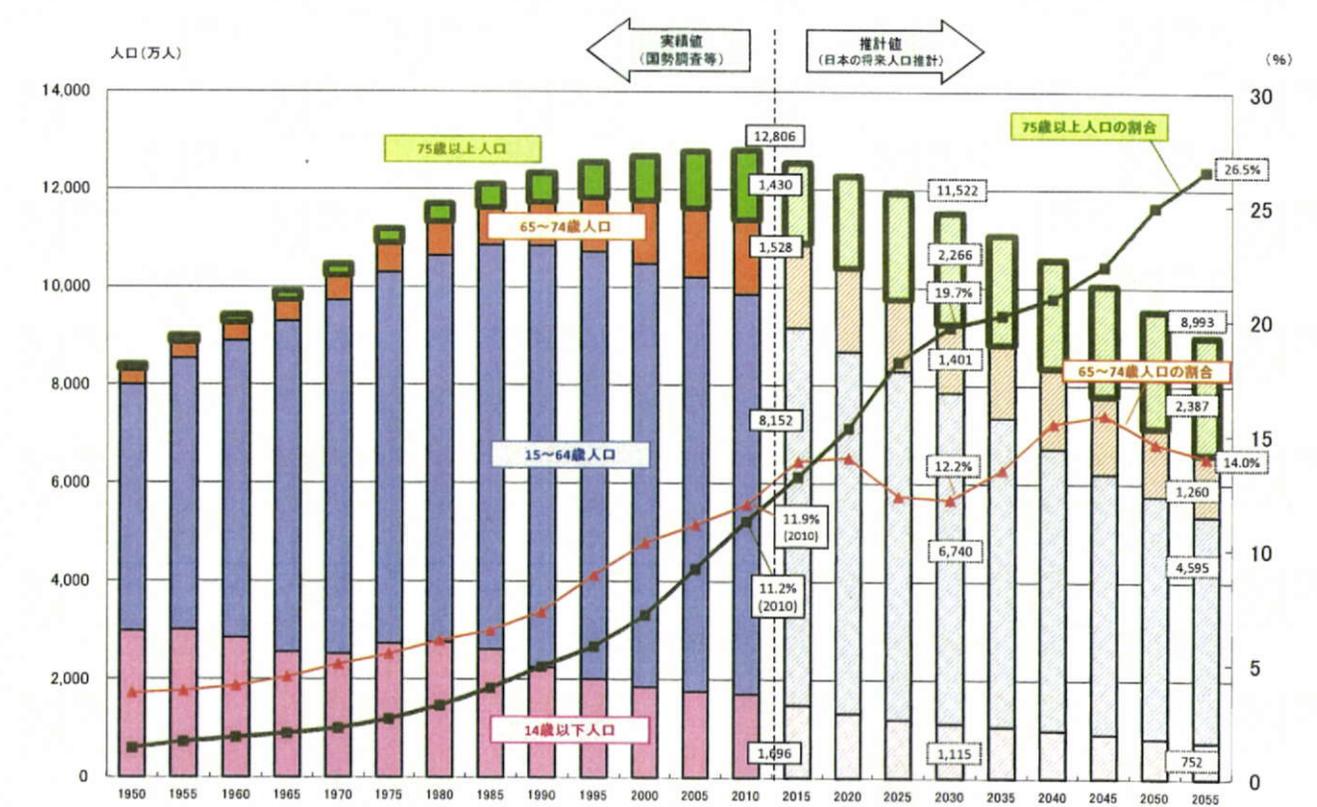
厚生労働省

目次

1. 税と社会保障一体改革成案等
2. 在宅医療・介護をとりまく状況と課題
3. 在宅医療・介護の充実に向けた診療報酬・介護報酬の在り方について
 - ① 政府における現在の検討状況
 - ② 在宅医療を担う医療機関の評価について
 - ③ 訪問看護の評価について
 - ④ 在宅歯科医療について
 - ⑤ 在宅における薬剤管理について
 - ⑥ リハビリテーションの評価について
 - ⑦ 認知症への対応に向けた評価について

1. 税と社会保障一体改革成案等

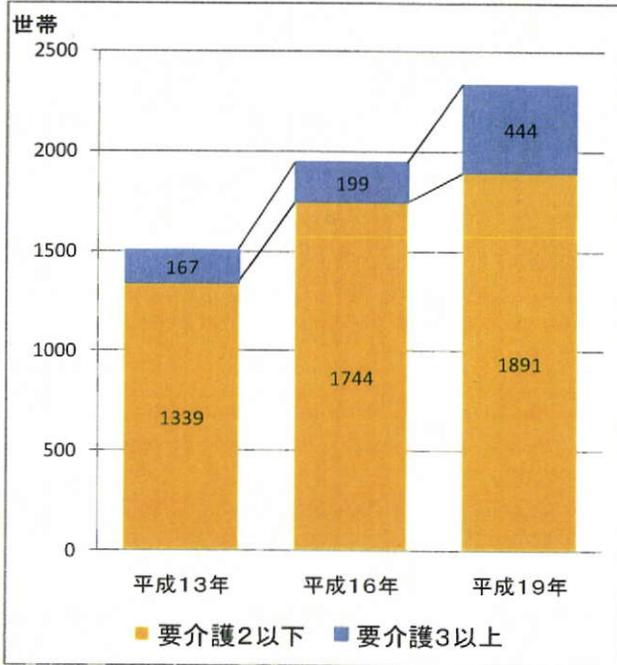
人口推計



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(平成22年10月1日推計)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

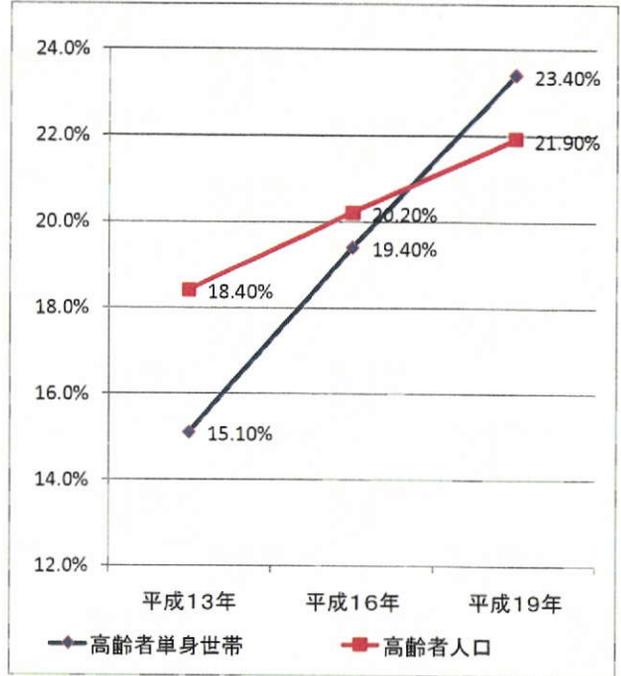
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



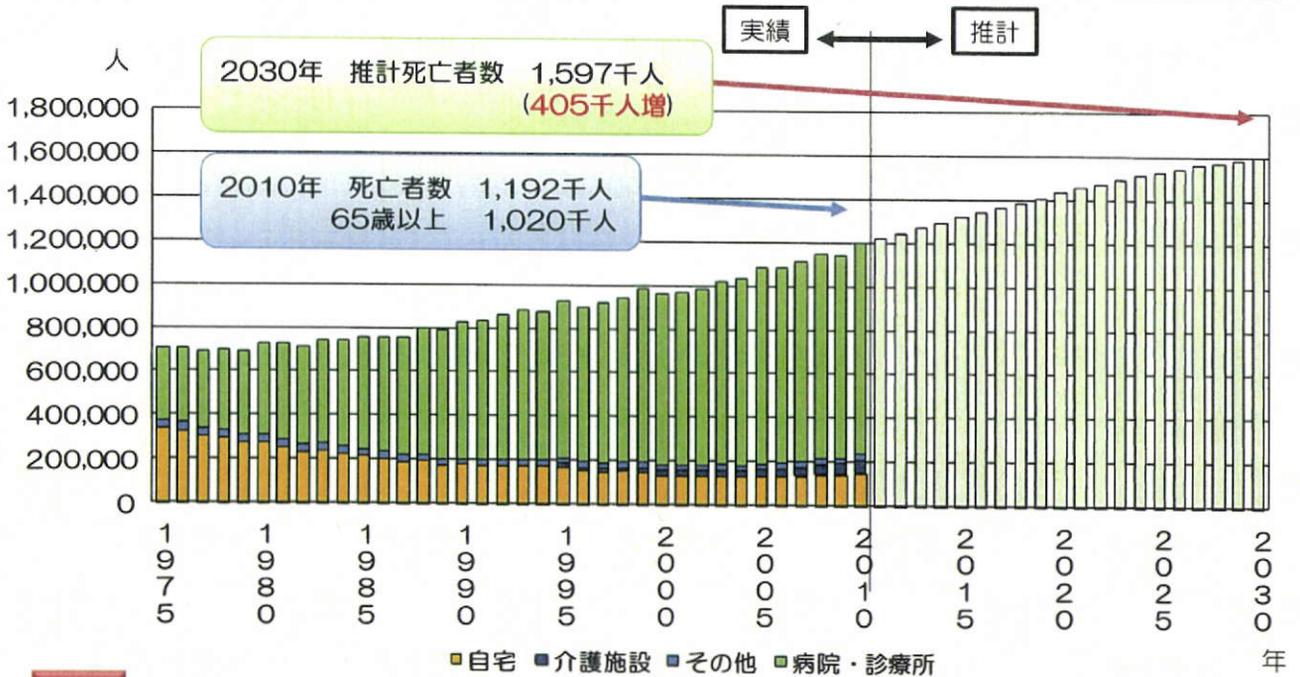
(※)介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



(出典)国民生活基礎調査から作成

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】

2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

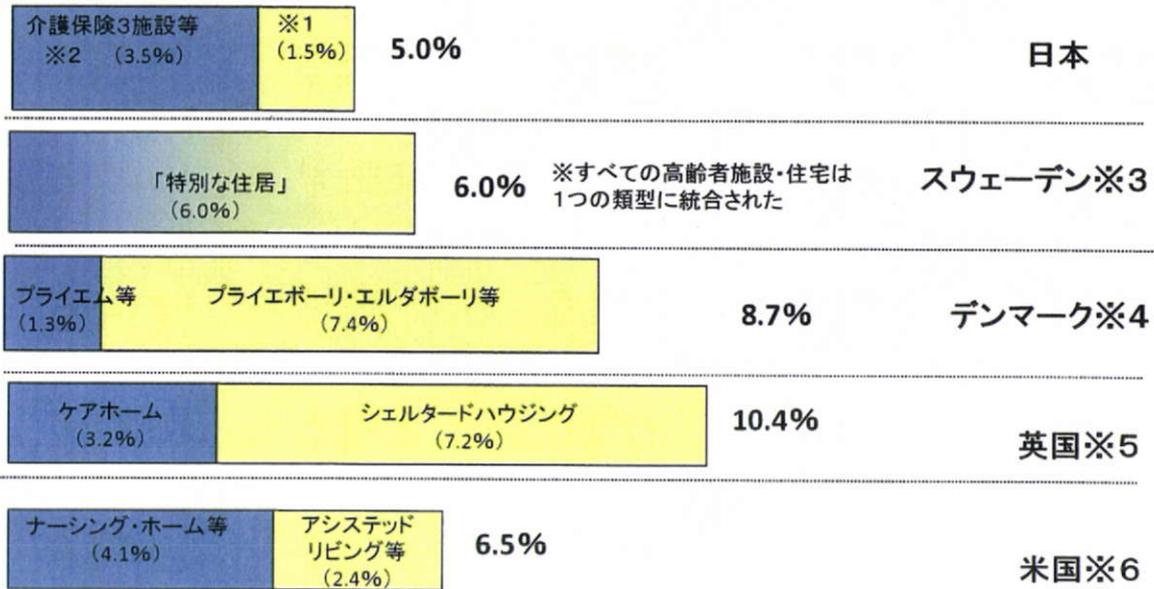
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

各国の介護施設・高齢者住宅の状況

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)

※2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査)

※3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"

※4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"

※5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及び Age Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010" から推計

※6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

社会保障・税の一体改革に関する検討ポイント

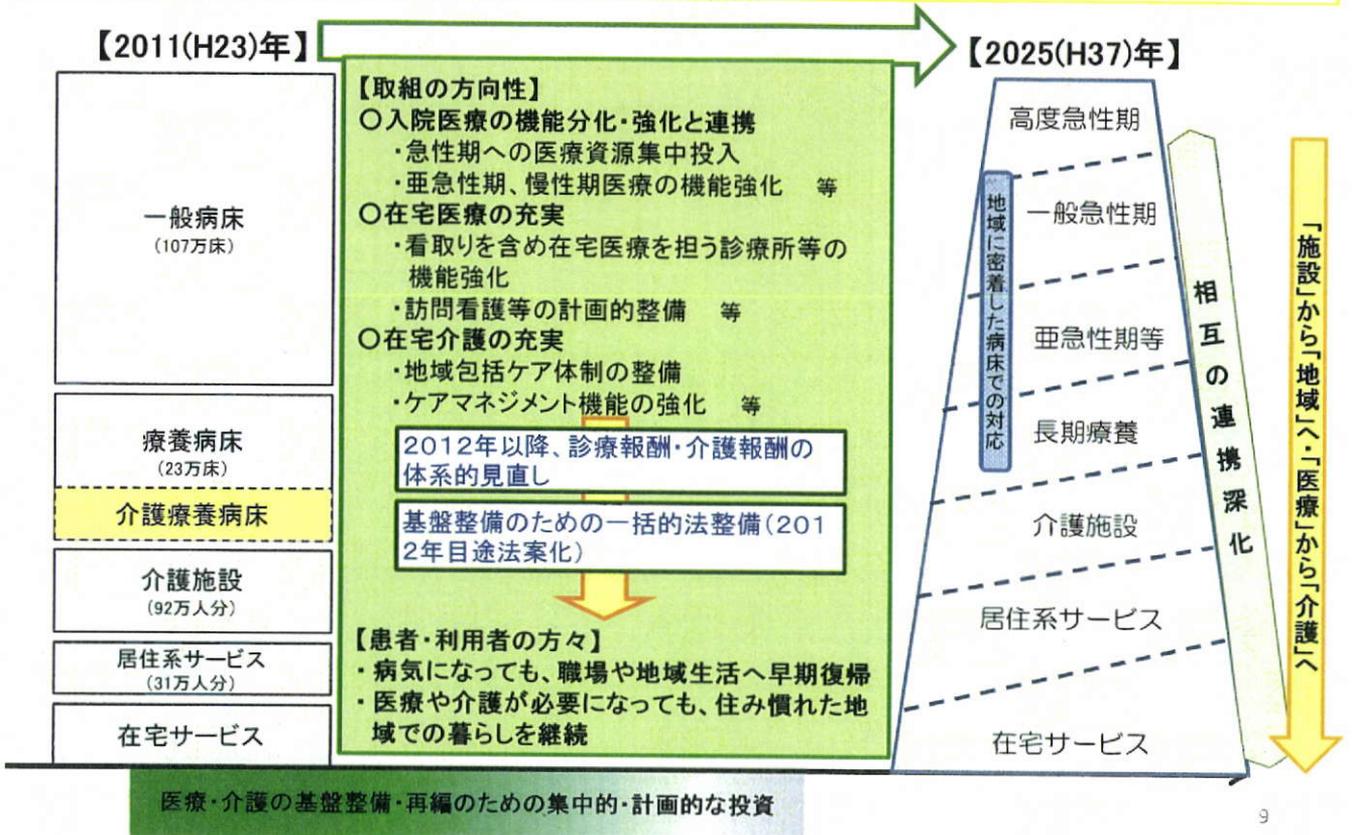
(平成23年6月30日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
 - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
 - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
 - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
 - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
 - c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
 - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
 - d) その他
 - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
 - ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

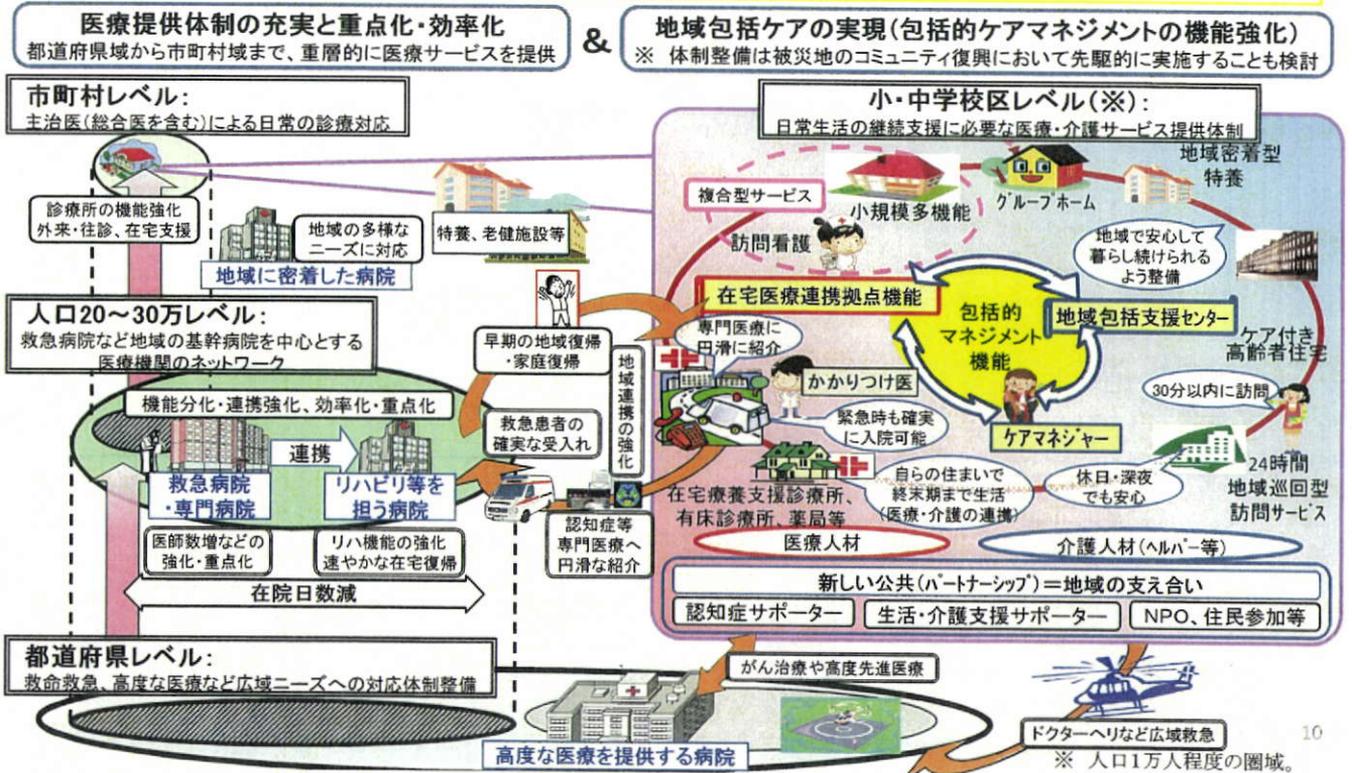
将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



平成23年6月2日第10回社会保障改革に関する集中検討会議(参考資料1-2)医療・介護の長期推測
医療・介護の提供体制の将来像の例
 ~機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築~

○ 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
 ○ 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20~30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。



医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性中等 75日程度 亜急性中等等 57～58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

(参考) 医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・高度急性期の職員等 2倍程度増(単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性期の職員等 6割程度増(単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回・随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60日程度(パターン1の場合) (現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、△0.1%程度(医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

出典：平成23年6月2日第10回社会保障改革に関する集中検討会議(参考資料1-2)医療・介護の長期推計(抄)

Manifesto 2009

22. 医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する

【政策目的】

- 医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。
- 特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。

【具体策】

- 自公政権が続けてきた社会保障費2200億円の削減方針は撤回する。医師・看護師・その他の医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬(入院)を増額する。

25. 介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる

【政策目的】

- 全国どこでも介護の必要な高齢者に良質な介護サービスを提供する。

【具体策】

- 認定事業者に対する介護報酬を加算し、介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる。

Manifesto 2010

5. 年金・医療・介護・障がい者福祉

- 診療報酬の引き上げに、引き続き取り組みます。
- ヘルパーなどの給与の引き上げに引き続き取り組み、介護にあたる人材を確保します。

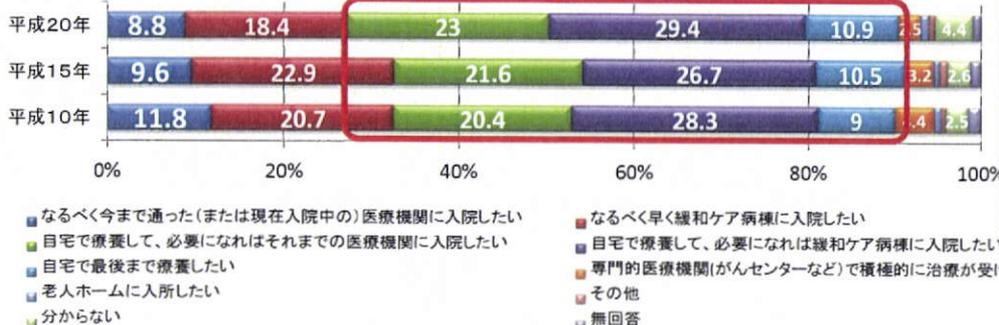
131

2. 在宅医療・介護をとりまく状況と課題

在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した(上図)**。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた(下図)**。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

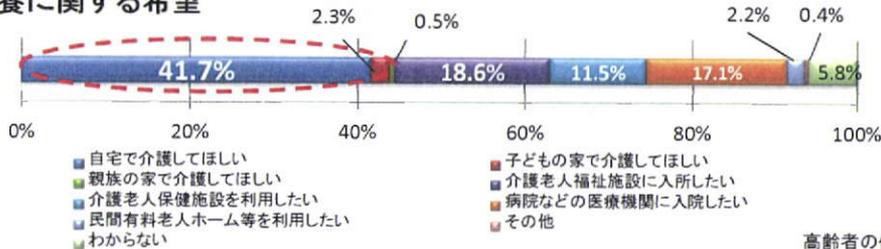
■ 終末期の療養場所に関する希望



○調査対象及び客体
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
 ○調査の方法
 郵送法
 ○回収数
 2,527人(回収率50.5%)

出典: 終末期医療に関する調査(各年)

■ 療養に関する希望



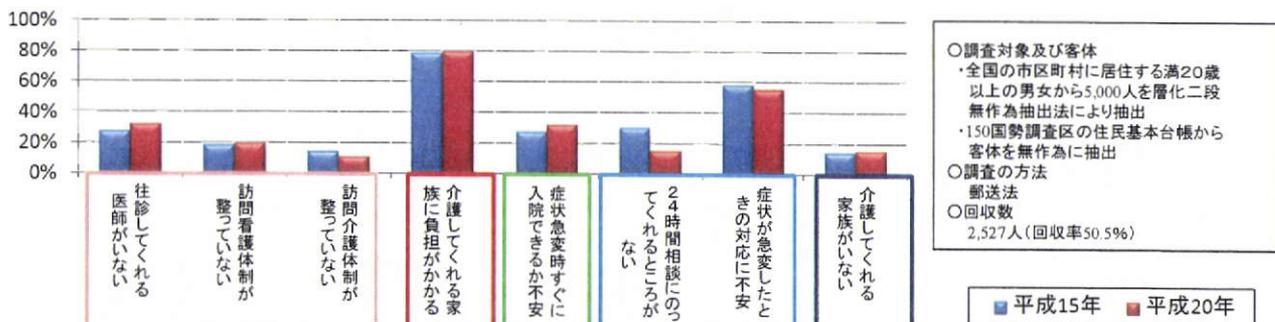
○調査対象
 全国の55歳以上の男女5,000人
 ○調査の方法
 調査員による面接聴取法
 ○標本抽出方法
 層化二段無作為抽出法
 ○回収数
 3,157人(回収率63.1%)

高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府) 15

在宅医療推進にあたっての課題

- 在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、約12万人増えることが見込まれる。
- 急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む生活の質を重視した医療としての在宅医療のニーズは高まっている。
- 在宅医療推進の課題として、1)在宅医療サービス供給量の拡充、2)家族支援、3)在宅療養者の後方ベッドの確保、4)24時間在宅医療提供体制の構築、5)在宅医療の質の向上・効率化、医療・介護の連携、が挙げられる。

■ 在宅療養移行や継続の阻害要因



○調査対象及び客体
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
 ○調査の方法
 郵送法
 ○回収数
 2,527人(回収率50.5%)

■平成15年 ■平成20年

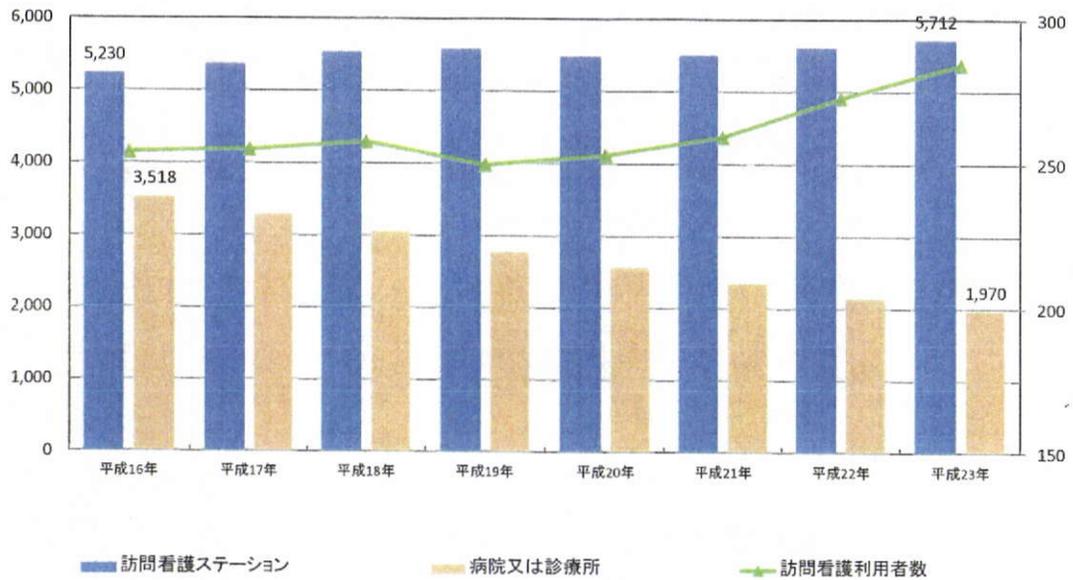
■ 在宅医療推進にあたっての課題



訪問看護事業所数

○ 訪問看護ステーション数は微増からほぼ横ばいである。

■ 訪問看護事業所数および利用者の推移



出典：訪問看護ステーション数、病院又は診療所数：厚生労働省「介護給付費実態調査・各年4月審査分」

17

短期入所(ショートステイ)年間累計受給者数の経年変化

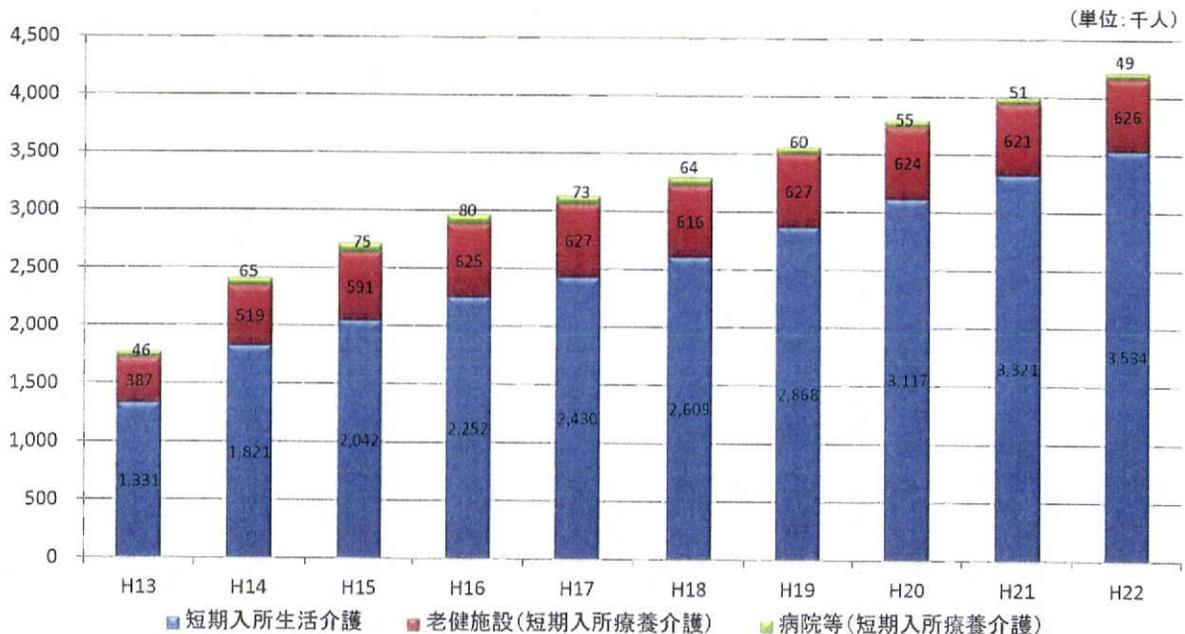
○ 短期入所生活介護と比較し、医療機関における短期入所療養介護に関する伸びは小さい。

* 特養等の短期入所生活介護

平成13年(1,331千人)→平成22年(3,534千人) 約2.7倍

* 老健・病院等の短期入所療養介護

平成13年(433千人)→平成22年(675千人) 約1.6倍

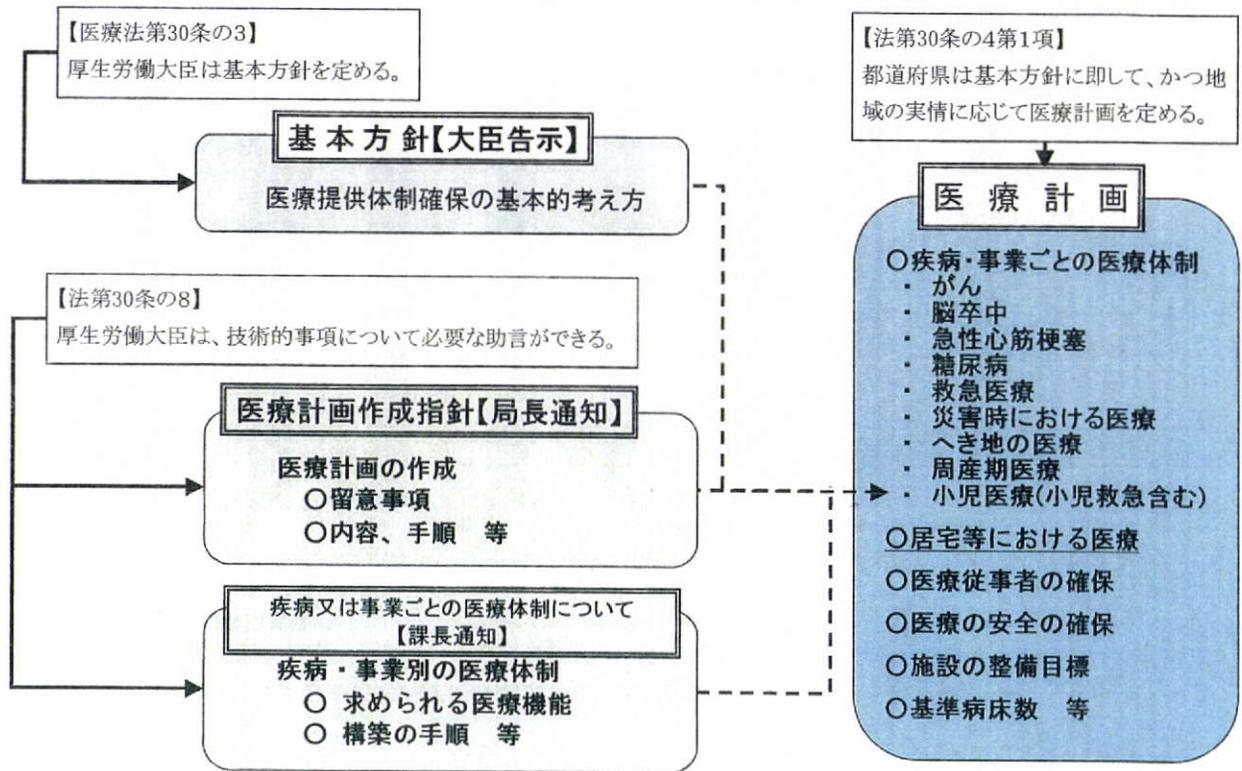


18

出典)厚生労働省「介護給付費実態調査」

医療計画の基本方針(大臣告示)等について

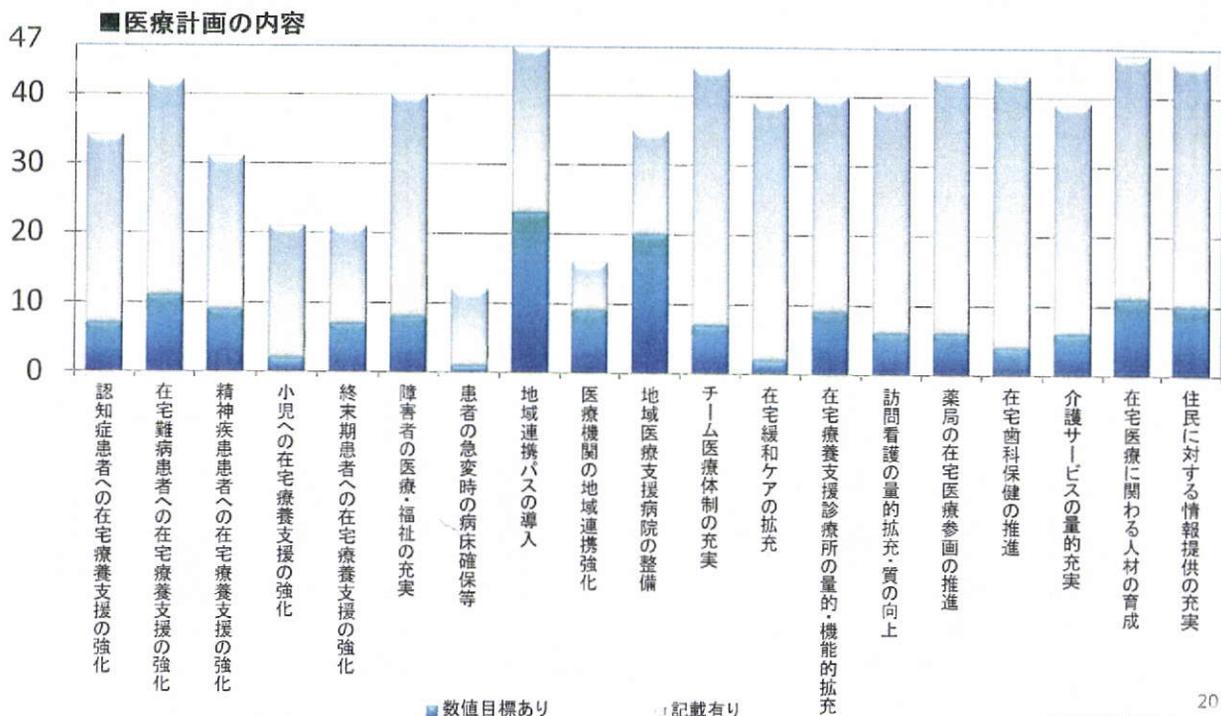
○ 平成25年の改定に際し、23年度中に4疾病5事業と同様、在宅医療についても医療計画の指針を策定し、都道府県に提示する。



19

在宅医療に関する医療計画の内容

○ 現状は、在宅医療の推進に関する記載は、網羅的ではあるものの数値目標を立て、計画的な整備に取り組んでいるところは少ない。



20

出典)指導課調べ

在宅医療・介護推進プロジェクト

～住み慣れた場で自分らしく暮らしていくために～

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

<期待される効果>

○「適切な医療・介護サービスを受けつつ、家族とともに暮らしたい」「自分の人生の最期を住み慣れた自宅で過ごしたい」といった希望の実現

○高齢社会の進展に伴う疾病構造の変化、医療技術の進歩、国民の価値観の多様化への対応
→ 病院中心の医療から生活の場における医療へ

○入院からの移行に伴う医療・介護サービスの提供体制の連携強化、質の高い効率的な提供体制を構築

※「社会保障・税一体改革成案」(平成23年6月30日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

- ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
- ・ 在宅医療を必要とする者は2025年には29万人に達すると推計され、2011年時点より約12万人増加が見込まれている。

<取り組むべき課題>

①在宅医療・介護サービスの質の向上 ②在宅医療・介護の実施拠点の確保 ③利用者のニーズにあったサービスの確保・充実

《課題への対応のイメージ》

1 在宅チーム医療を担う人材の育成

2 実施拠点となる基盤の整備

住み慣れた場で、自分らしい生活を実現

3 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援

○以下の施策により総合的に対応

・**予算での対応**
24年度要望枠での対応

・**制度的対応**
法律改正や医療計画等での位置づけ等を検討

・**次期診療報酬・介護報酬改定での対応を検討**

21

在宅医療・介護推進プロジェクト

【24年度要望枠 127億円】

1 在宅チーム医療を担う人材の育成

- 在宅チーム医療の推進のための研修(在宅医療を担う職能別の研修)
- 多職種協働による在宅医療を担う人材育成(多職種協働によるサービス調整等の研修)

2 実施拠点となる基盤の整備

今後、医療計画に盛り込むことを検討している「在宅医療体制構築に関する指針(案)」に沿って、各地域で在宅医療(薬局も含む)、栄養ケア、介護の連携を図り、在宅医療・介護を推進。

在宅医療連携拠点事業(多職種協働による在宅医療連携体制の推進)

- 在宅医療提供拠点薬局整備事業(地域の在宅医療を提供する拠点薬局の整備)
- 栄養ケア活動支援整備事業(関係機関と連携した栄養ケア活動を行う取組の促進)
- 在宅サービス拠点の充実(複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護ステーションの普及)
- 低所得高齢者の住まい対策

3 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援

(1) サービスの充実・支援に向けた取組

- 国立高度専門医療研究センターを中心とした在宅医療推進のための研究事業
(疾患の特性に応じた在宅医療の提供体制のあり方を含めた研究推進)
- 在宅医療推進のための医療機器承認促進事業(未承認医療機器に関するニーズ調査等)
- 在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業(在宅医療分野における看護業務の安全性を検証)

(2) 個別の疾患等に対応した取組

- 在宅介護者への歯科口腔保健推進事業(歯科口腔保健の普及啓発のための口腔保健支援センター整備)
- 在宅緩和ケア地域連携事業(がん患者に対する地域連携における在宅緩和ケアの推進)
- 難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業(ALS等の難病患者への包括的支援体制)
- HIV感染症・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業(エイズ患者等の在宅療養環境整備)
- 在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業(地域単位での麻薬在庫管理システム等の開発)
- 薬物依存者の治療と社会復帰のための支援事業(依存者・家族への薬物乱用離脱支援)

22

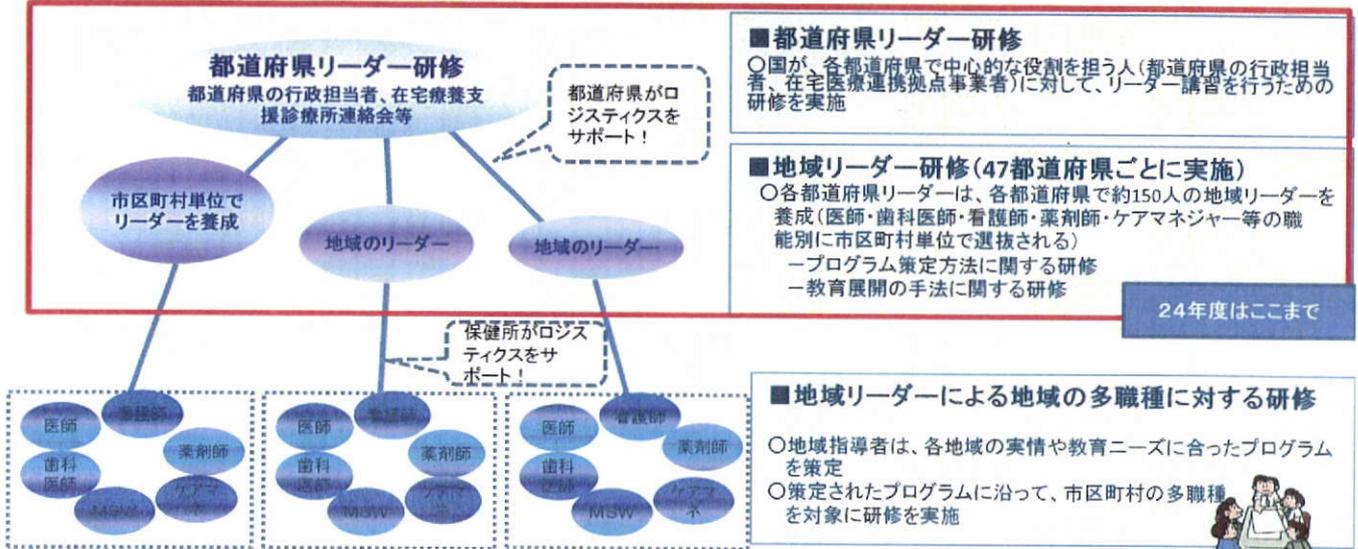
多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

要望額 3.2億円

■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う(都道府県リーダー研修)
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う(地域リーダー研修)
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制構築を目指す

※WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)



24年度はここまで



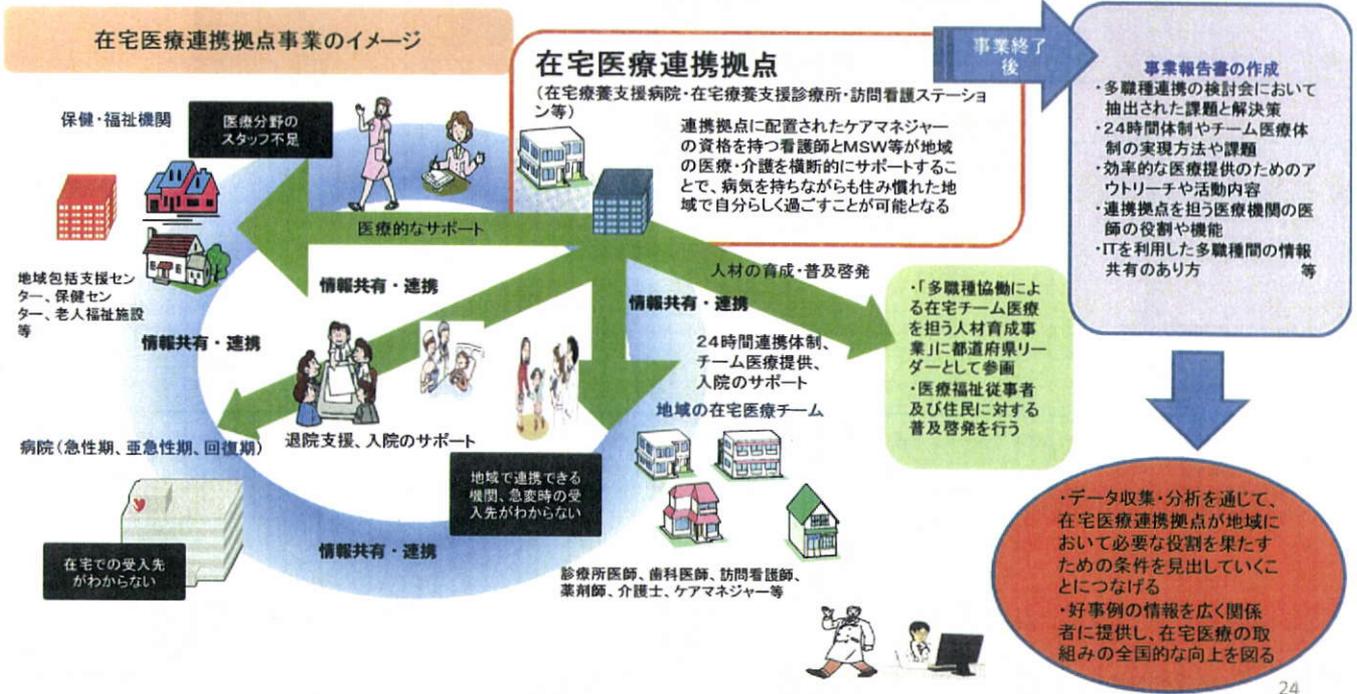
23

在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



24

■ 論点

- 在宅医療の拠点として期待される以下のような役割を担う診療所又は病院を医療法に位置付けてはどうか。
 - 在宅医療の拠点となる機関に期待される役割
 - 連携拠点機能(医療・介護関係者間の協議の場の開催、多職種連携のための人員配置、人材育成)
 - 急変時に対応できる在宅医療提供体制の構築
 - ・ 一人開業医の24時間体制のサポート(複数医師の配置等)
 - ・ 災害など有事の際にも適切な医療を提供するための計画を策定し(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等を含む)、他の医療機関等の計画策定等を支援
 - 介護をする家族への支援 等
- 医療計画における在宅医療についても、4疾病5事業と同時に、達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を医療法上で義務づけてはどうか。

在宅医療を提供する診療所(歯科診療所を含む)、病院、薬局、および訪問看護ステーションについて、現状把握を行った上で医療計画に位置付けてはどうか。

25

3. 在宅医療・介護の充実に向けた診療報酬・介護報酬の在り方について

26

① 政府における現時点の検討状況

27

10月26日医療保険部会、10月27日医療部会資料より抜粋 平成24年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等（案）

前回までの議論を踏まえ、平成24年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等について、以下の事項を検討してはどうか。

1. 基本的な認識

次期診療報酬改定について、以下のような基本的な認識を共有することとしてはどうか。

【案】

- 医療は国民の安心の基盤であり、超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた社会保障と税一体改革成案（平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定）に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべき。
- また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療、介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、これらを切れ目なく提供するとともに、役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要。
- 効率的かつ効果的な医療資源の利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとする協力を行うなど、それぞれの立場での取組を進めるべき。
- 東日本大震災により明らかとなった、災害時における医療提供体制の問題点等に鑑み、補助金との役割分担を踏まえた、診療報酬における対応の検討が必要。
- 中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置などあらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。

28

2. 具体的な論点等

以下のような論点等について、検討してはどうか。

- 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定)を踏まえ、病院・病床機能の分化・強化と連携等に関する評価や、急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえつつ、医療従事者の負担軽減に関する評価について検討してはどうか。
 - ・ 高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価
 - ・ 慢性期の入院医療に対する適正な評価
 - ・ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進 等

- 介護報酬との同時改定であるため、医療・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、地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組の評価について検討してはどうか。
 - ・ 病院からの地域への早期円滑な移行の促進に向けた取組
 - ・ 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携 等

- その他、医療保険制度の適正な運営を確保しながら、国民が安心して医療を受けることができるよう、充実すべき分野の評価や、適正化するべき分野の評価を検討してはどうか。
 - ・ 緩和ケアを含む、がん医療の充実
 - ・ 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
 - ・ 退院支援の充実等、患者に対する相談支援体制の評価
 - ・ 平均在院日数の減少、社会的入院の是正
 - ・ 後発医薬品の使用促進 等

29

平成24年度介護報酬改定における主な検討課題・論点

- 地域で介護を支える体制を構築すること(地域包括ケアシステムの基盤整備)
 - ・ 新サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス)の評価のあり方
 - ・ 通所介護や訪問介護など居宅サービスにおける自立支援に重点を置いたサービス提供のあり方 等
- 医療と介護の役割分担・連携により、効率的で利用者にふさわしいサービスを提供すること
 - ・ 入・退院時における医療機関と介護サービス事業所との連携促進のあり方
 - ・ 訪問看護・リハビリ等、要介護者の在宅生活における医療提供のあり方
 - ・ 介護施設における医療提供のあり方 等
- 質の高いサービスを確保するため、利用者、事業者、サービス提供者の努力を促すようなインセンティブを付与すること
 - ・ 介護職員の円滑な入職、定着に向けて、キャリアアップの仕組みの導入など、介護職員の処遇改善のあり方
 - ・ 自立支援型のケアマネジメントへの転換に向けた、介護支援専門員の質の向上やあり方 等
- 認知症にふさわしいサービスを提供すること
 - ・ 早期発見、重度化予防、医療と介護の連携、地域との連携など、ケアのあり方
 - ・ 認知症対応型共同生活介護や小規模多機能型居宅介護における医療提供のあり方 等
- 地域間、サービス間のバランス・公平性に配慮すること
 - ・ 地域間の公平性に配慮した地域区分のあり方 等

30

在宅医療・介護の充実に向けた診療報酬・介護報酬の在り方 課題・論点等

○ 在宅医療を担う医療機関の評価

→ 論点・課題

在宅医療を担う体制の強化や、在宅医療を担う医療機関と介護サービス事業所等の連携について、どのように考えるか。

○ 訪問看護・リハビリ等の要介護者等の在宅生活における医療提供

→ 論点・課題

在宅生活者に対する医療を強化するため、訪問看護、歯科治療、薬剤管理指導やリハビリテーションの提供のあり方について、どのように考えるか。

○ 認知症への対応

→ 論点・課題

認知症への対応を強化するため、早期の診断から個別の診療、在宅復帰に至る過程において、BPSD(周辺症状)への対応等や介護サービスにおける医療提供のあり方について、どのように考えるか。

31

② 在宅医療を担う医療機関に関する評価

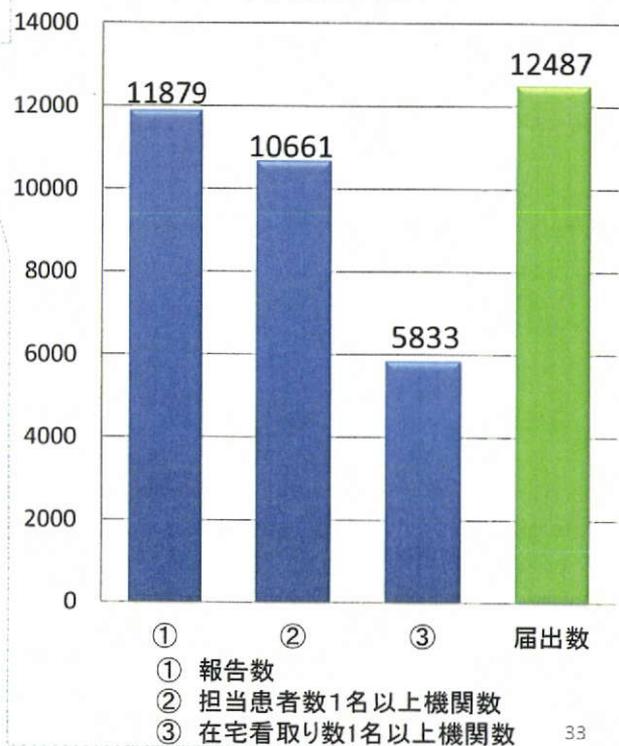
32

在宅療養支援診療所の届出数の推移

在宅療養支援診療所
届出数



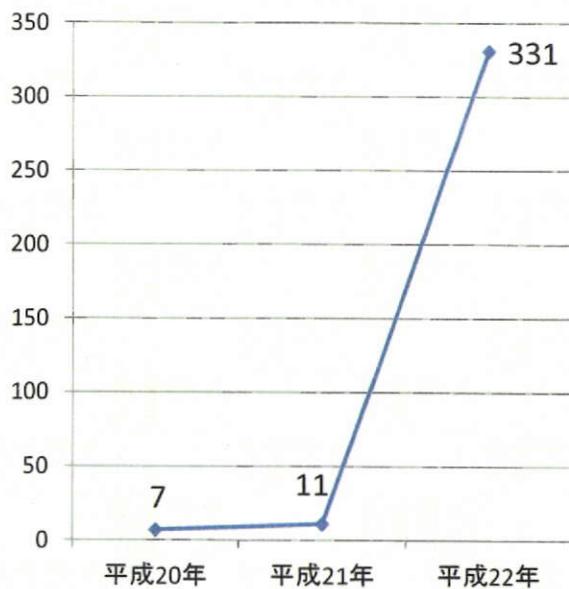
在宅療養支援診療所の内訳
(平成22年)



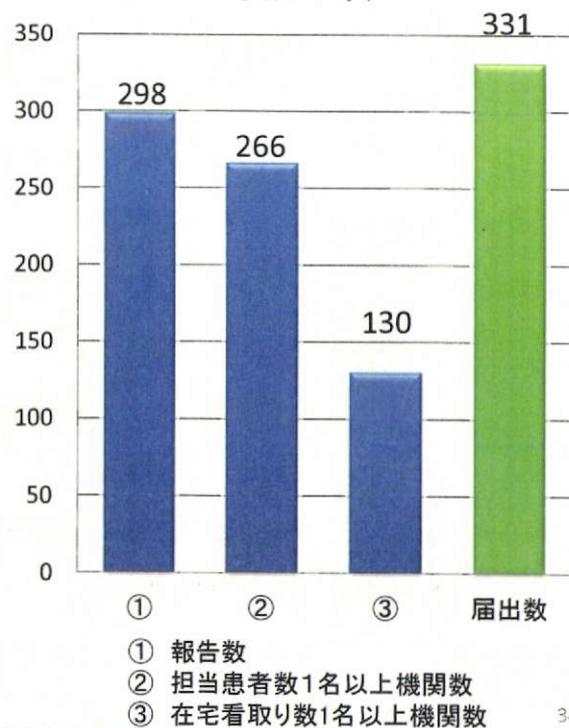
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅療養支援病院の届出数の推移

在宅療養支援病院
届出数



在宅療養支援病院の内訳
(平成22年)

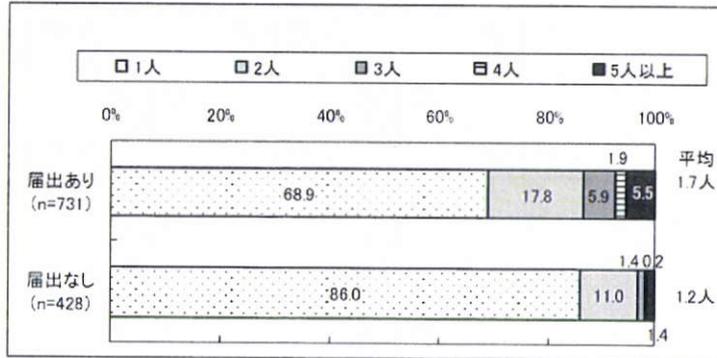


出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

1施設あたりの在宅医総数の階級区別の構成割合(届出あり・なし別) 及び在宅医療を行っている病院数について

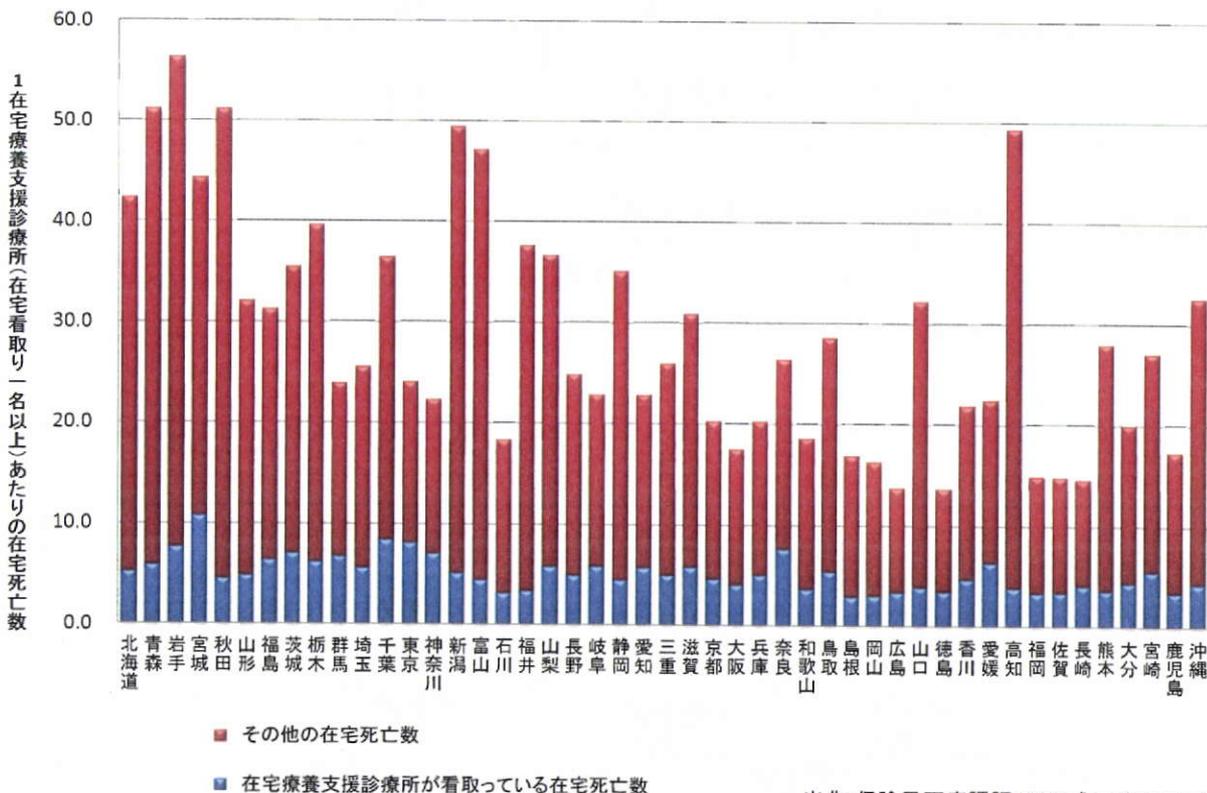
- 在宅医1人で対応している診療所は、在宅医療支援診療所の届出ありでは68.9%、届出なしでは86.0%
- 複数の在宅医がいる診療所は、在宅医療支援診療所の届け出ありでは31.1%、届け出なしでは14.0%
- 往診料を算定している病院数は1,614(全体の18%)
在宅患者訪問診療を算定している病院数は 2,582(全体の29%)
(平成20年9月の1ヶ月間)

1施設あたりの在宅医総数の階級区別の構成割合(届出あり・なし別)
(n=1,159 無回答を除く)

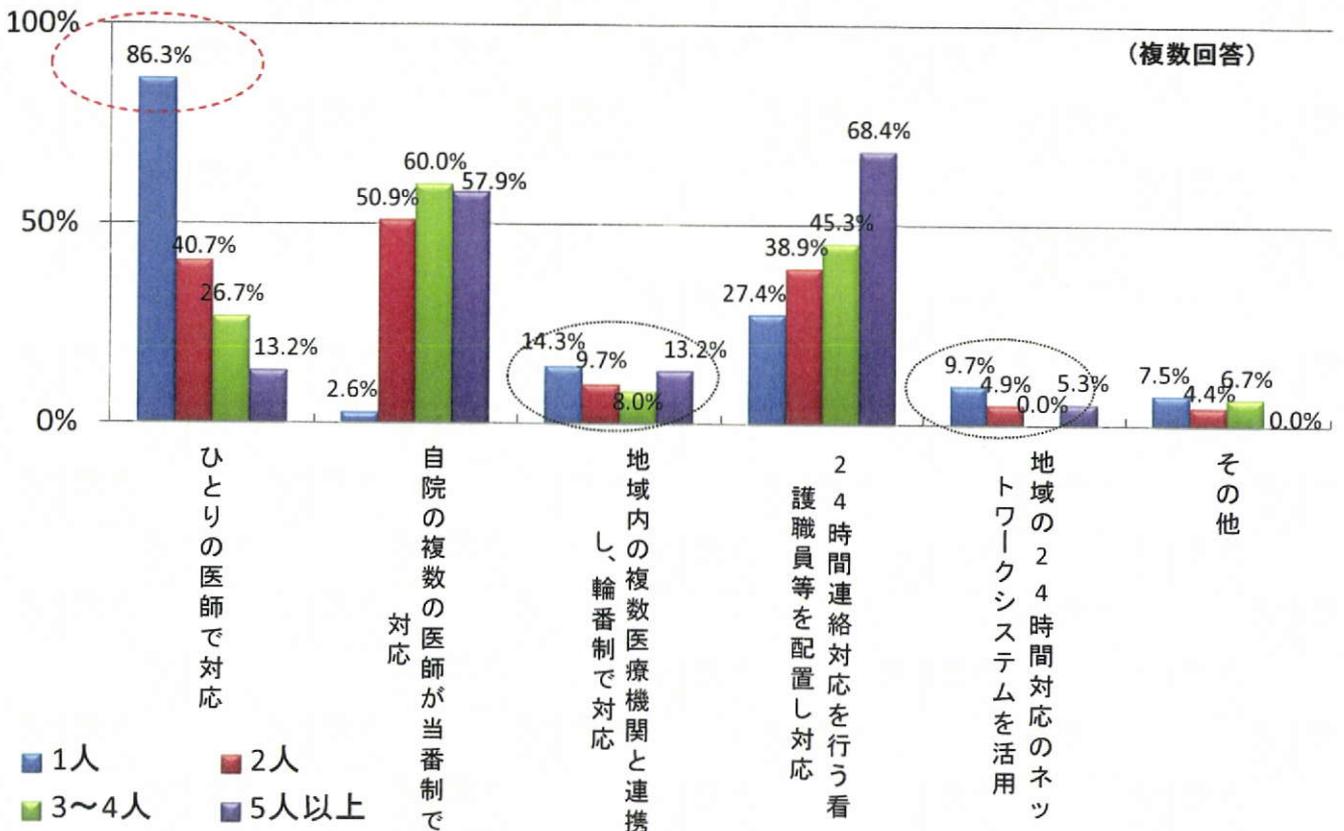


出典：日医総研「在宅医療を担う診療所の現状と課題「診療所の在宅医療機能に関する調査」の結果から（2011年4月26日）」35
医療施設調査

在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と在宅死亡の比較(都道府県別分布)

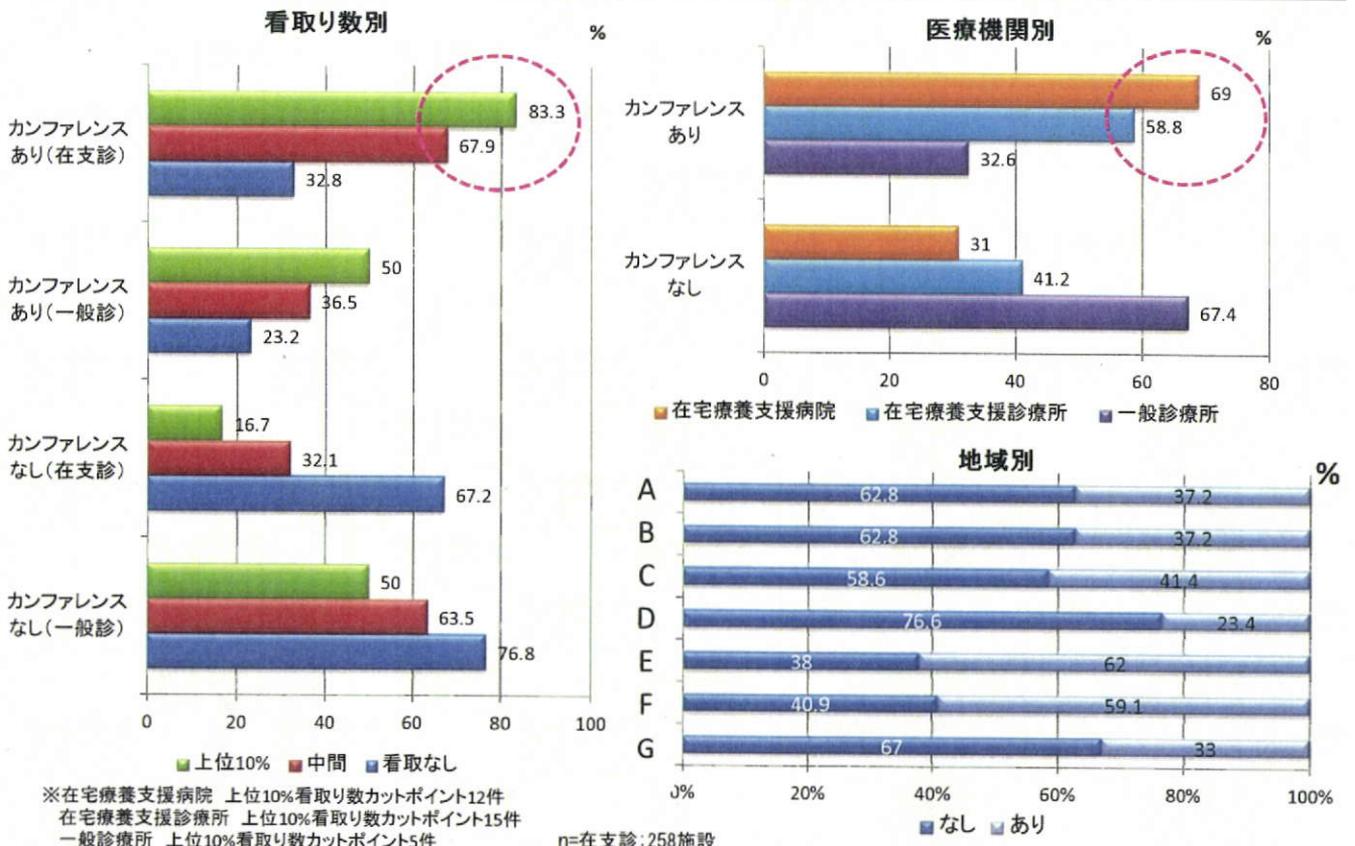


在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



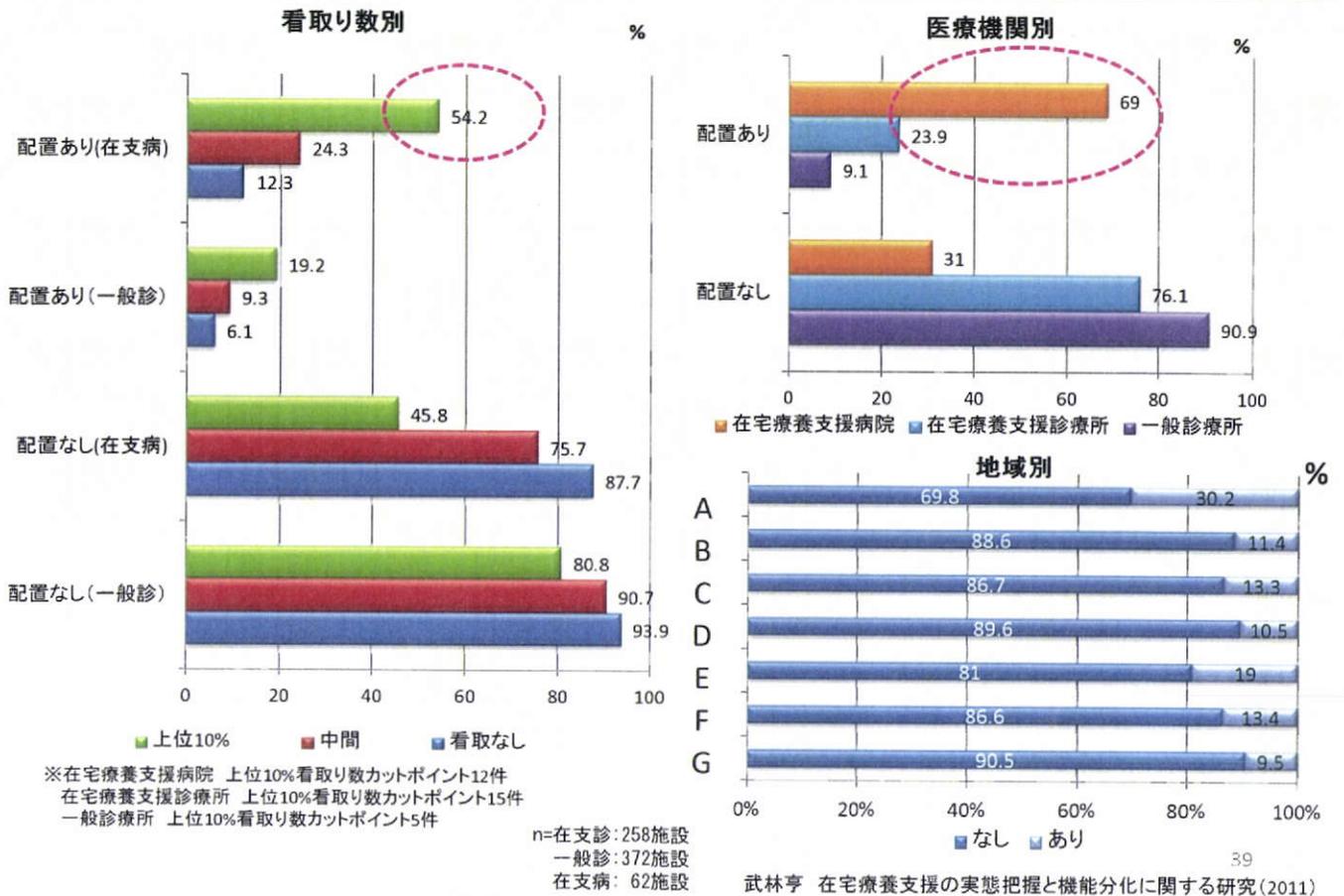
出典) 日本医師会総合政策研究機構 (n=1,228 無回答を除く) 37
 「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

介護や看護に関わる他施設とのカンファレンス開催



n=在宅支診: 258施設 一般診: 372施設 在宅病: 62施設
 出典: 武林亨 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究(2011)

地域医療連携に関わる職員の配置



在宅療養支援診療所・病院について

