

## 第5回・医療・介護WT(ワーキング・チーム)次第

2011年11月15日(火) 9:00～  
参議院議員会館1階 101会議  
医療・介護WT座長 柚木 道義  
(進行) 医療・介護WT事務局長 梅村 聡

### 【議 題】

- (1) 診療介護報酬同時改定について総合討論
- (2) 社会保障と税の一体改革との関連について総合討論
- (3) 論点整理

### 【出席者】

木下 賢志 保険局総務課長  
鈴木 康裕 保険局医療課長  
鳥山 佳則 保険局医療管理官  
吉田 易範 保険局医療課薬剤管理官  
宇都宮 啓 老健局老人保健課長

以上

※ 次回は、11月17日(木) 11時～衆議院第二議員会館 地下2階・民主党B会議室にて開催いたします。

# 報酬改定の論点

医療・介護WT

## (診療報酬改定)

- 「社会保障・税一体改革成案」の確実な実現に向けた最初の改定であり、「2025年の医療・介護の姿」を描きながら、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実等の課題に対応。
- 6年に1度の診療報酬と介護報酬の同時改定では、医療保険と介護保険との整合性を高め、役割分担と連携をこれまで以上に進める。
- 民主党マニフェストに基づき、救急、産科、小児科、外科といった分野の再建に引き続き取り組み、国民に質が高く安全な医療を提供すべき。
- 質の高い医療の効率的な提供に向けて、負担の大きな医療従事者の負担軽減に引き続き取り組みつつ、病院・病床機能の分化・強化と後方機能等を重視した医療機関間の連携を進め、特に、長期療養に関する病院・病床機能については、効率的なあり方に向けた見直しを行っていくべき。
- 今後、高齢者人口の増加や、高齢者の単身世帯の増加が見込まれるなかで、地域生活を支える在宅医療を提供する医療機関について、さらにその役割を明確にし、不適切な事例の防止にも留意しつつ、機能強化を図っていくべき。
- また、在宅における歯科医療や薬剤管理が促進されること等、患者一人一人の生活の質に配慮することが重要。

- 訪問看護やリハビリテーションなどの、医療と介護の整合性が求められる分野については、医療的ケアの必要性に応じて、患者にとって最も効果的なサービスの提供となるよう、見直しを行うべき。
- 人生の最後の場面で、できるだけ本人や家族の意思を尊重できるように個人の状態に応じた看取りの場所や医療が確保されていることが国民の安心を実現する上で欠かせないものであり、これを充実させていく取組を行う必要がある。
- 医療保険制度を持続可能なものとするためには、医療費の適正化につながるものについては、積極的に推進していく必要があり、例えば後発医薬品の使用促進等については、引き続き進めていくべき。

### **(医療提供体制)**

- 高度急性期への医療資源の集中投入などの入院医療強化や、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化により、入院から早期に地域に復帰できる体制を構築
- 住み慣れた環境でできるだけ過ごせるよう、在宅医療・介護のサービス確保や、医療と介護の連携強化を図ることにより、地域で適切な医療・介護サービスが受けられる体制を構築
- 喫緊の課題となっている医師確保や、医師の地域間、診療科間の偏在の解消
- 医師を始めとするスタッフの業務が増大する中で、チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携のあり方を検討

- 医療イノベーションの推進に向けて、質の高い臨床研究や医師主導治験等を促進するためのインフラを整備

### **(介護保険制度・介護報酬改定)**

- 介護保険制度改革及び介護報酬改定については、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、地域全体で介護を支える「地域包括ケア」の体制づくりの実現を目指すべきである。そのため、給付と負担のバランスを図り、制度の持続可能性を確保しながら、在宅重視、医療と介護の連携、安定的な介護人材確保、ケアマネジメントの機能強化などの課題に着実に取り組む必要がある。

# 次期診療報酬・介護報酬同時改定における 諸課題について

## 厚生労働省

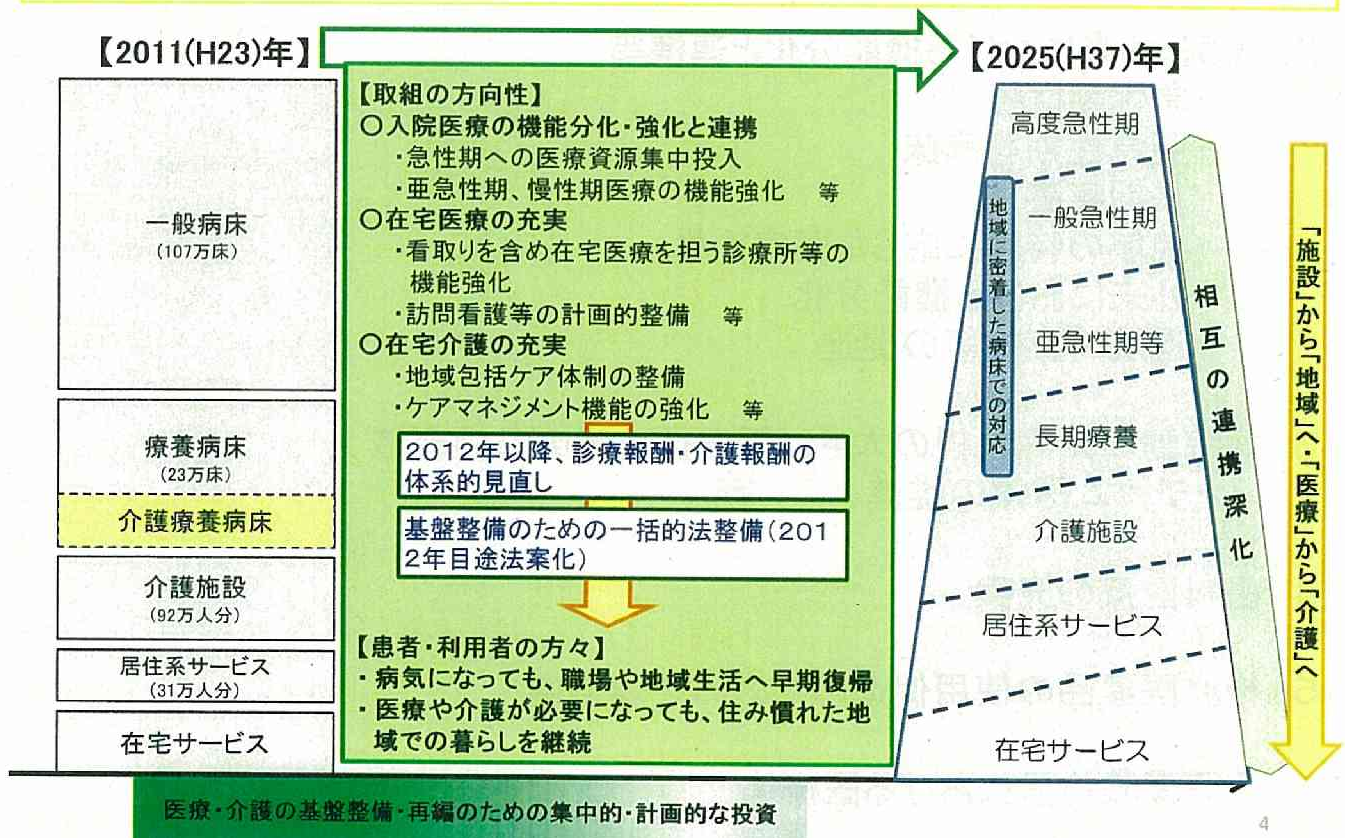
### 目次

1. 社会保障・税一体改革成案への取組に関するスケジュール
2. 入院・外来における機能分化と連携等
  - ・急性期医療
  - ・亜急性期等病床
  - ・長期療養
  - ・地域の特性に応じた医療提供
  - ・外来における機能分化
  - ・退院時支援等の促進
3. 病院勤務医等負担の大きい医療従事者の負担軽減等
  - ・チーム医療の推進
4. 歯科医療の充実
5. 後発医薬品の使用促進のための環境整備
6. 介護保険施設における医療等

# 1. 社会保障・税一体改革成案への取組に関するスケジュール等

## 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。



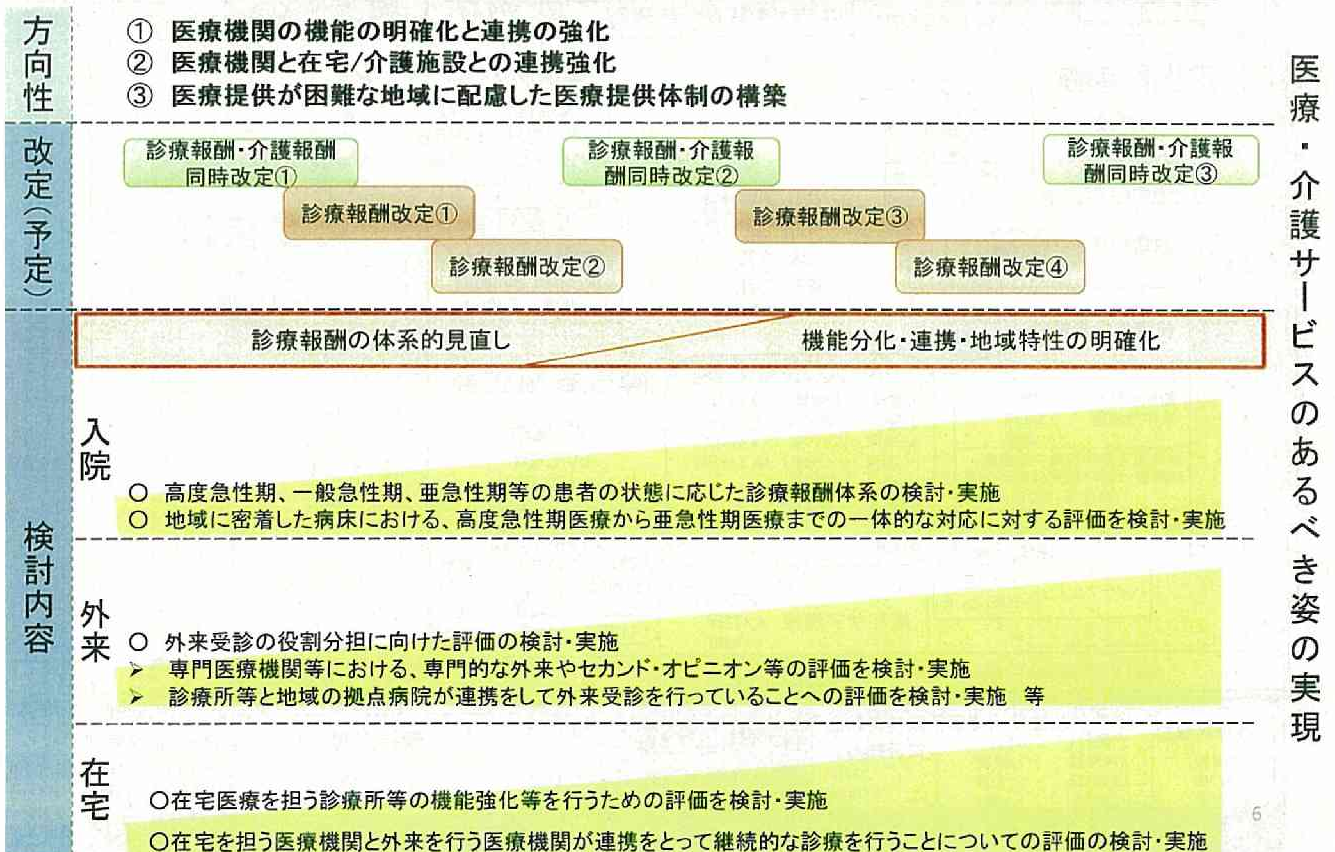
医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

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 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ニズ 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。

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

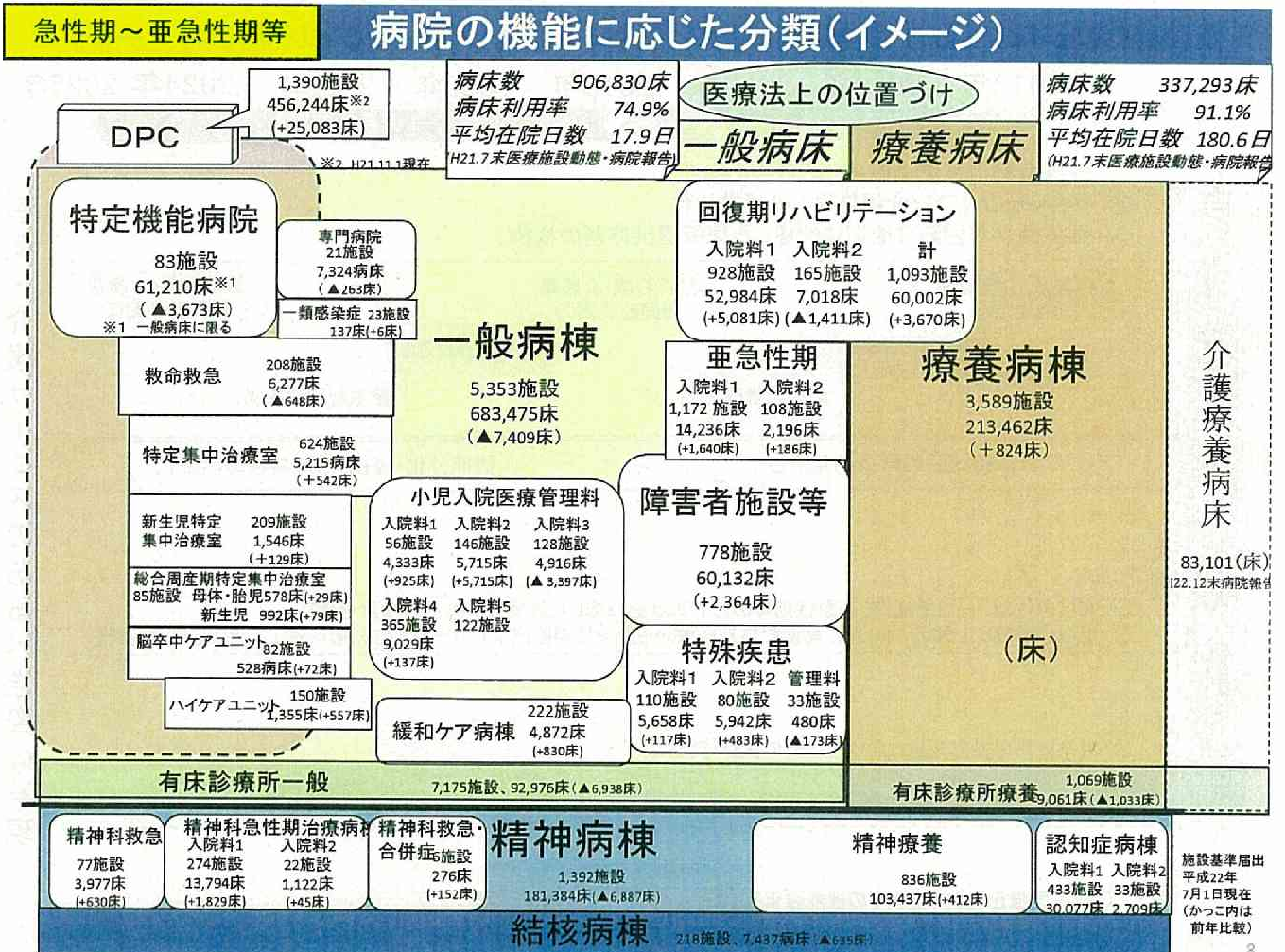
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



## 2. 入院・外来における機能分化と連携等

- ・急性期医療
- ・亜急性期等病床
- ・長期療養
- ・地域の特性に応じた医療提供
- ・外来における機能分化
- ・退院時支援等の促進

7

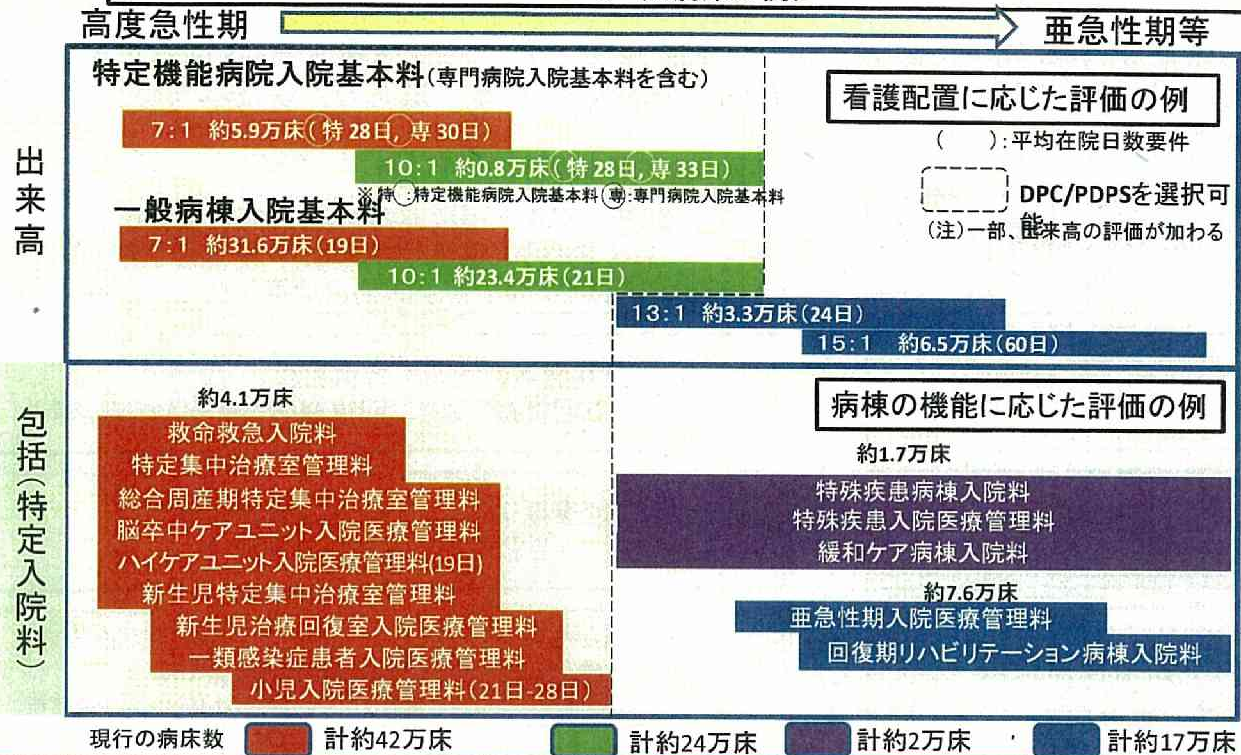




急性期～亜急性期等

病院の機能分化について(現在の入院料を基準としたイメージ)

<一般病床の例>



出来高

包括(特定入院料)

○入院基本料においては、看護配置に応じた評価のベースに加えて出来高評価により医療提供に応じた評価を行い、特定入院料においては、病棟の機能に応じた包括評価を行っているが、必ずしも高度急性期から亜急性期等の患者の状態に応じた評価体系にはなっていない。  
 ○社会保障改革に関する集中検討会議では、2025年の病床数の推計として、高度急性期 18万床、一般急性期 35万床、亜急性期等 26万床、地域一般病床 24万床としているが、診療報酬上の評価として、それぞれどの程度の病床数が必要か明確にする必要がある。

急性期～亜急性期等

後方病床(療養病棟、有床診療所)の受入状況

(平成22年改定の要点)

・救急病院や介護保険施設、自宅からの入転院に対する評価を新設(1日150点、14日まで)

【療養病棟】

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		766人	802人 (△4.7%)
直前の居場所	自宅	360人	352人
	病院	274人	317人 (△15.7%)
	特養等施設	132人	133人

(N=88(平均許可病床数59.7床、平均在院日数296.0日))

【有床診療所一般病床】

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		2579人	2594人 (△0.6%)
直前の居場所	自宅	2222人	2237人
	病院	180人	196人 (△8.9%)
	特養等施設	137人	145人

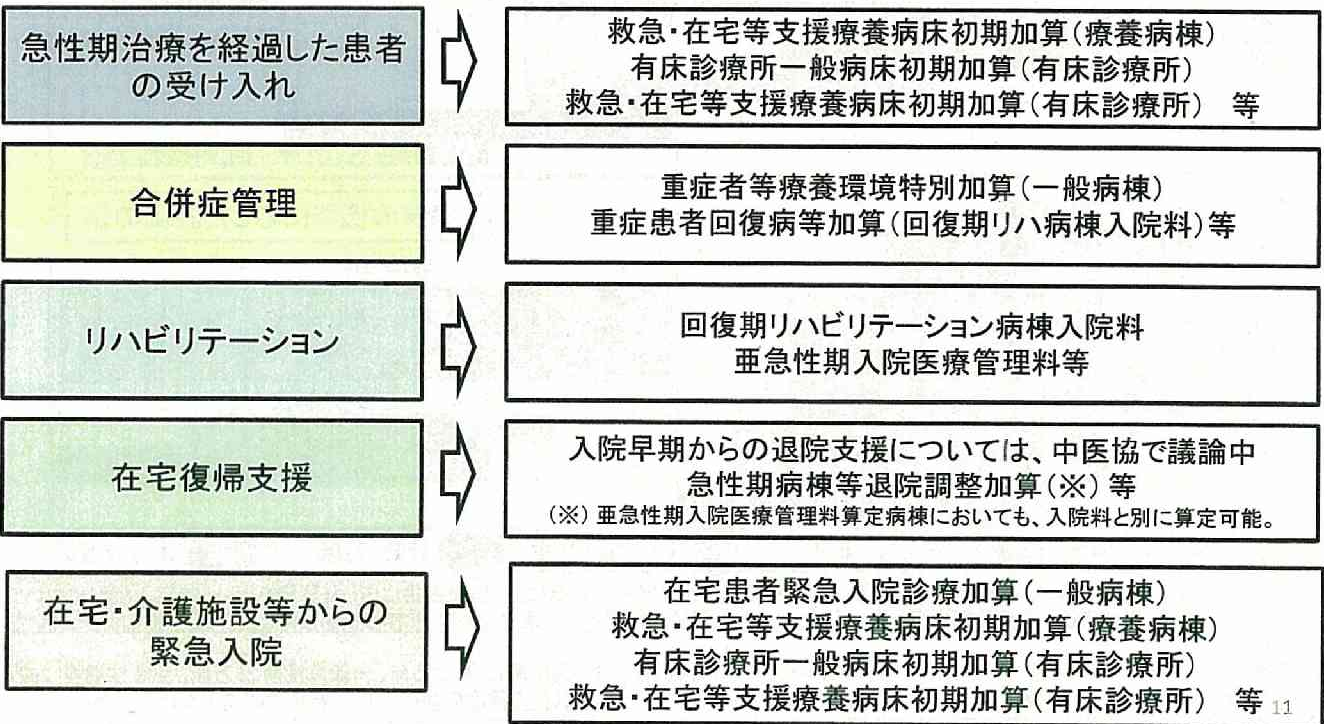
(N=231)

出典:平成22年度検証調査

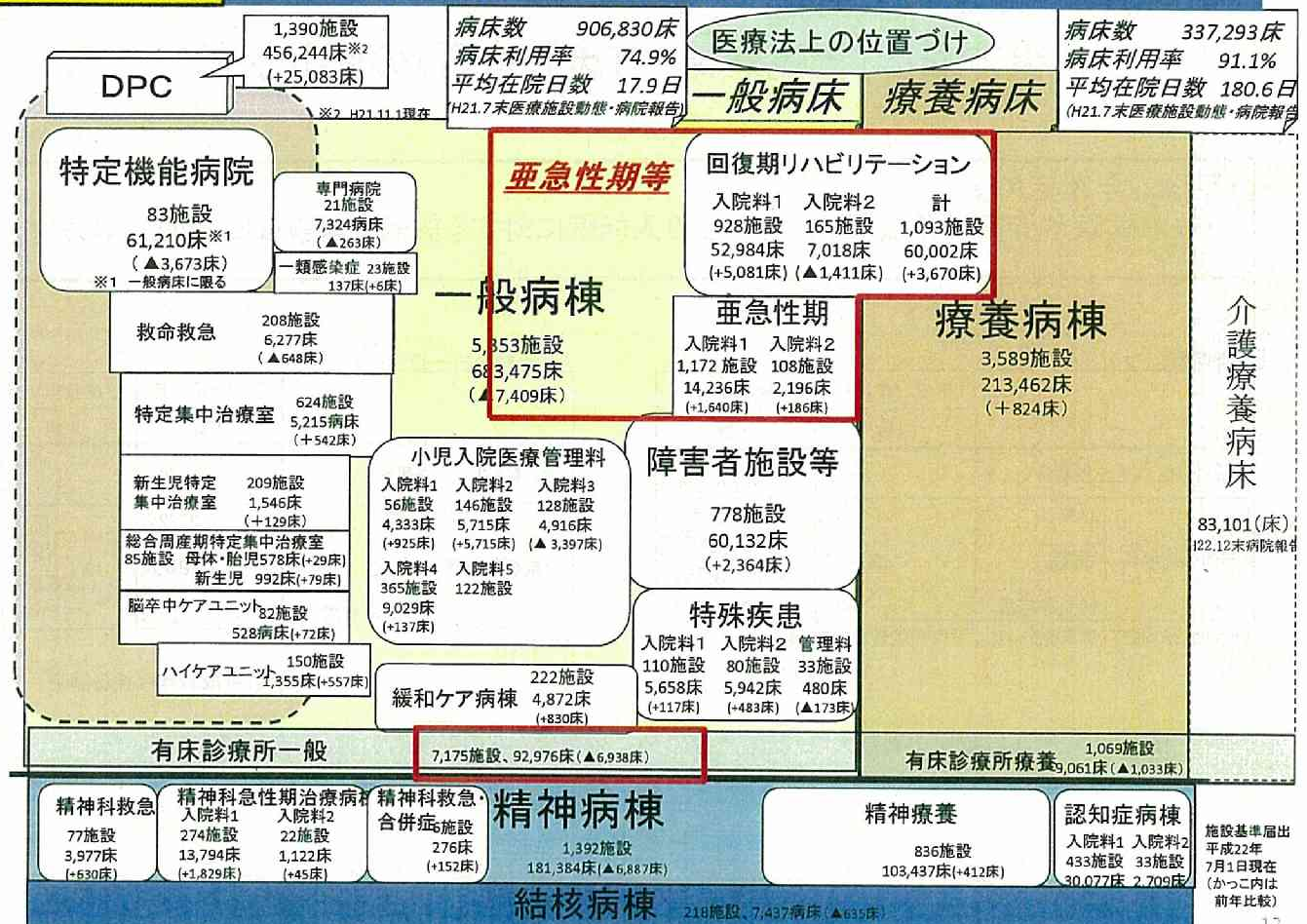
・療養病棟、有床診療所の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合は減少していた。

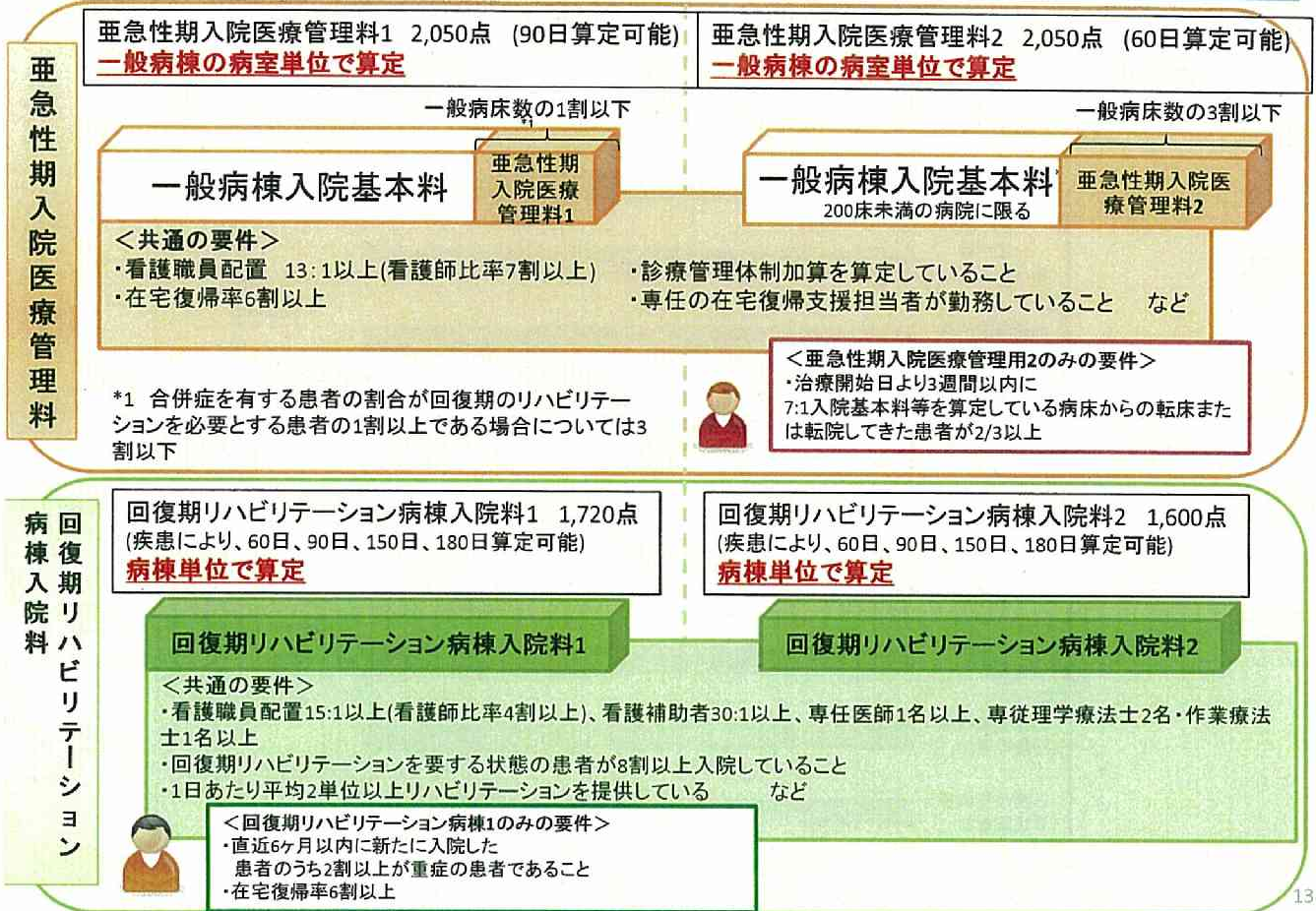
# 亜急性期等病床に求められる機能

亜急性期等病床に求められる機能は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等の入院料のほか、一般病棟や療養病棟、有床診療所の入院基本料等加算で評価されている。



## 病院の機能に応じた分類(イメージ)



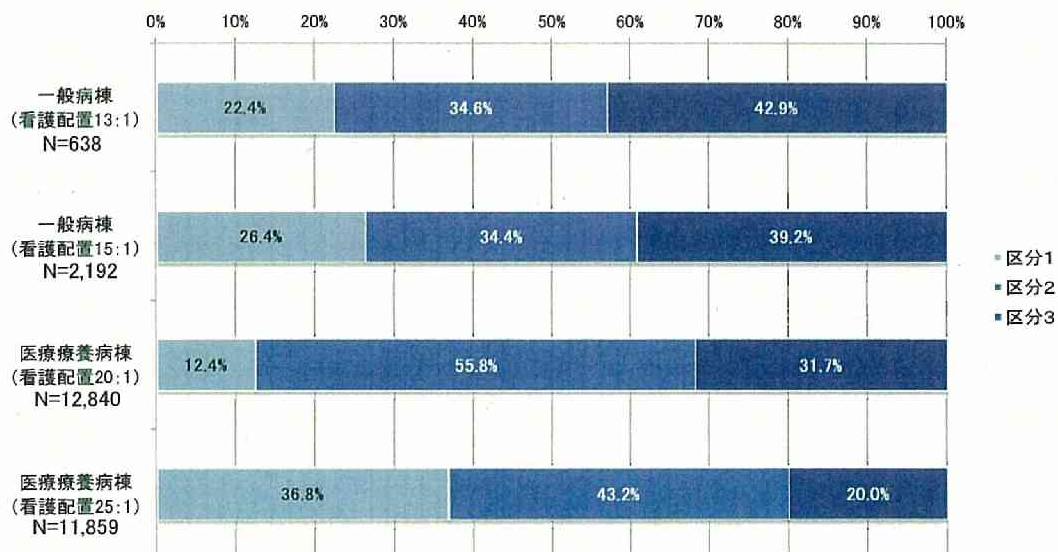


13

長期療養

病棟ごとの医療区分の比較

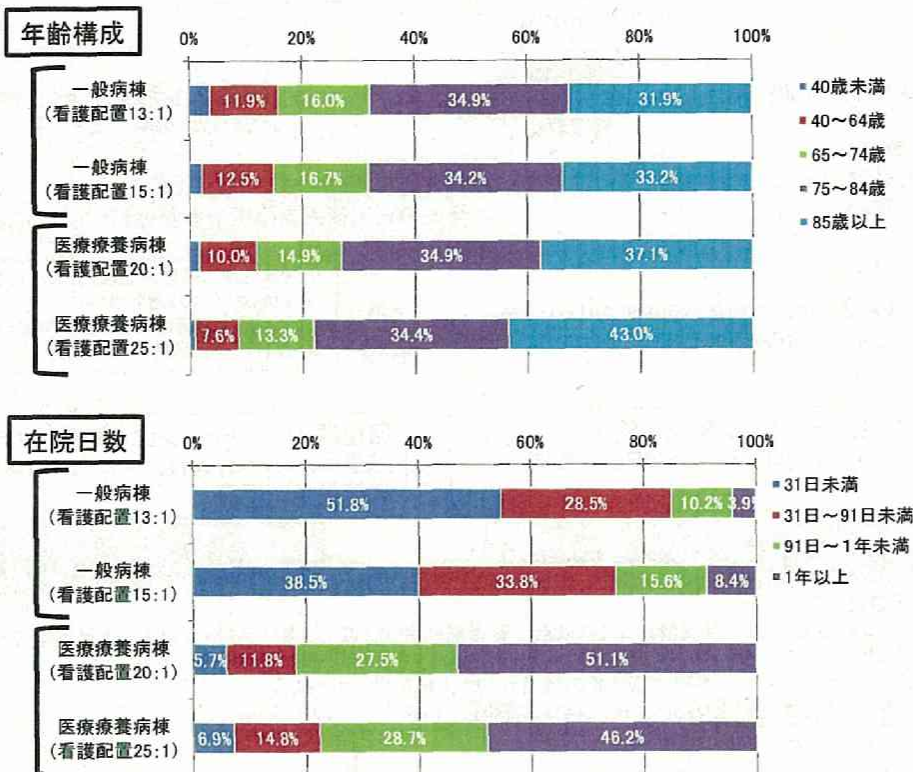
(再掲) 在院90日超えの患者のみ



14

長期療養

一般病棟(13:1,15:1)と療養病棟における  
入院患者の年齢構成と在院日数



「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

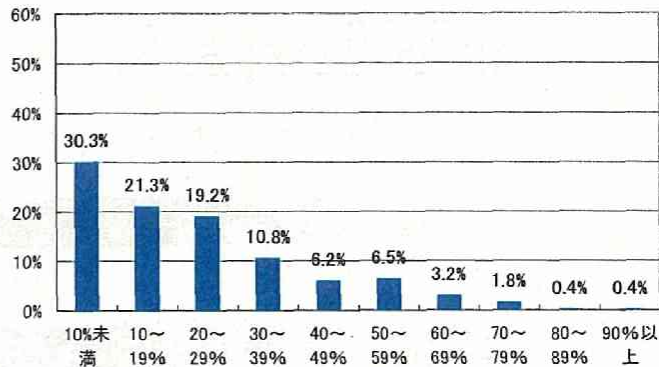
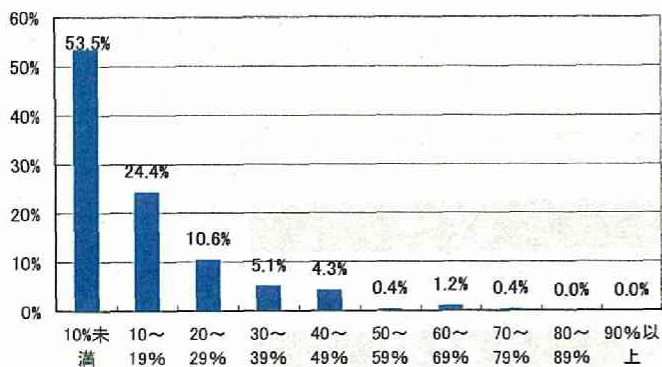
15

長期療養

病棟ごとの在院日数90日超え患者の割合

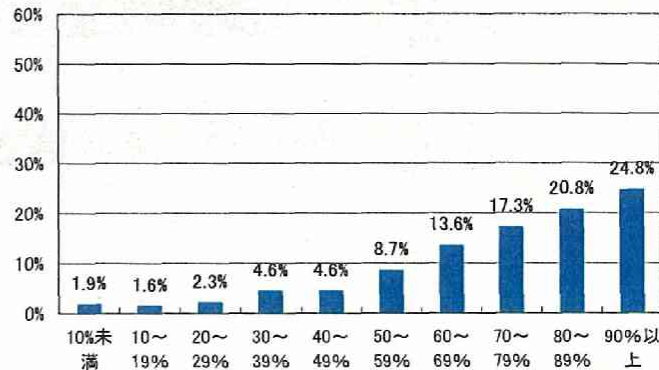
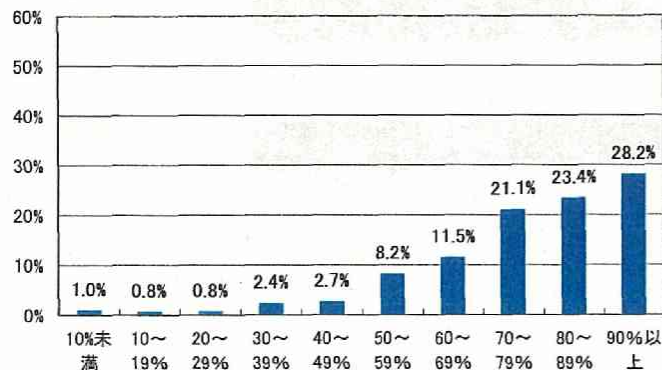
一般病棟(看護配置13:1) N=254施設

一般病棟(看護配置15:1) N=783施設



医療療養病棟(看護配置20:1) N=567施設

医療療養病棟(看護配置25:1) N=832施設

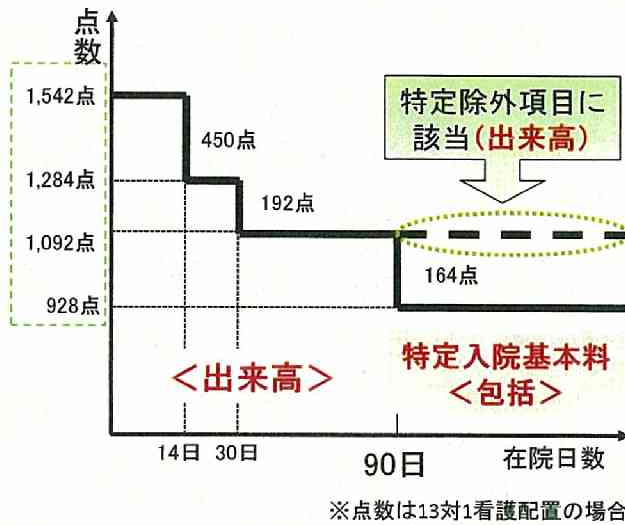


「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

16

# 一般病棟入院基本料と療養病棟入院基本料

一般病棟入院基本料



療養病棟入院基本料 1

【算定要件】  
20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】  
25:1配置  
(単位:点)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

17

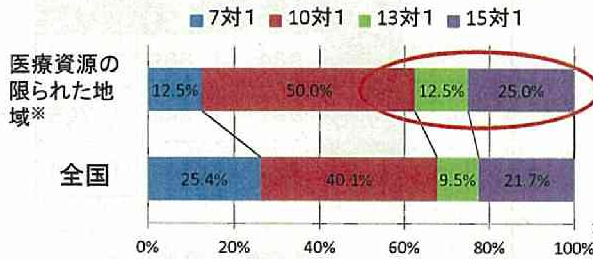
## 特定除外患者の分析

		一般病棟13対1		一般病棟15対1	
在院日数90日超え患者に占める割合		96%		94%	
特定除外項目		一般病棟13対1		一般病棟15対1	
		該当患者数	構成比%	該当患者数	構成比%
1号	難病患者等入院診療加算を算定する患者	1	0%	16	1%
2号	重症者等療養環境特別加算を算定する患者	2	1%	3	0%
3号	重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等	24	9%	204	18%
4号	悪性新生物に対する治療を実施している状態	-	-	12	1%
5号	観血的動脈圧測定を実施している状態	-	-	-	-
6号	リハビリテーションを実施している状態	25	9%	48	4%
7号	ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	1	0%	2	0%
8号	頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	29	10%	71	6%
9号	人工呼吸器を使用している状態	1	0%	18	2%
10号	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	5	2%	60	5%
11号	全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態	-	-	2	0%
12号	前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	1	0%	26	2%
項番不明		188	68%	656	59%
合計		277	100%	1,118	100%

18

## 地域の一般病院の看護基準と患者層について①

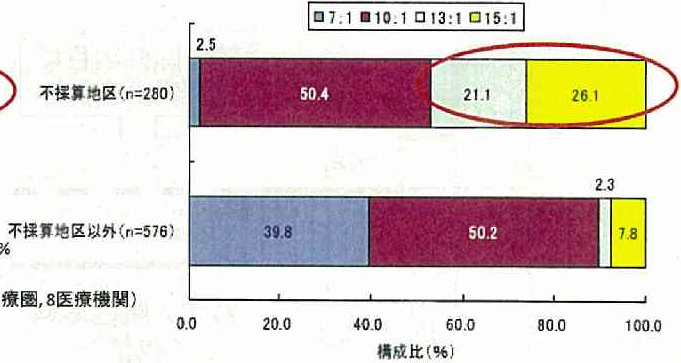
一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比<sup>1)</sup>  
(患者流出割合が低く病床数が少ない地域)



一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比<sup>2)</sup>

(自治体病院の立地条件別)(2009年・一般病院)

自治体病院の立地条件別看護基準別構成比  
(2009年・一般病院)



※患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院(3医療圏, 8医療機関)

\*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日~平成22年3月31日)」

(注) 不採算地区病院(病床規模要件150床未満)

・第1種不採算地区病院: 直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること

・第2種不採算地区病院: 直近の国勢調査における「人口集中地区※」以外の区域に所在すること

※ 原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境界内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域

医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

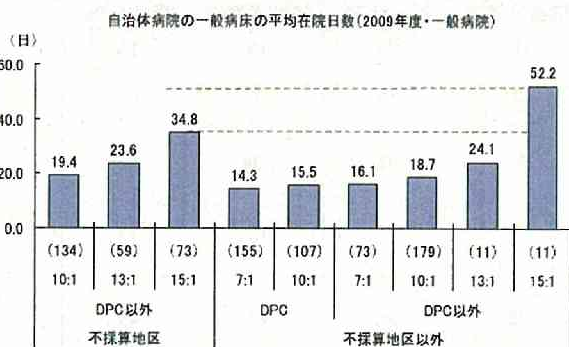
出典: 1) 医療課調べ

2) 日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地方の中小病院の現状について—入院基本料15:1に注目した分析—(自治体病院の例)

19

## 地域の一般病院の看護基準と患者層について②

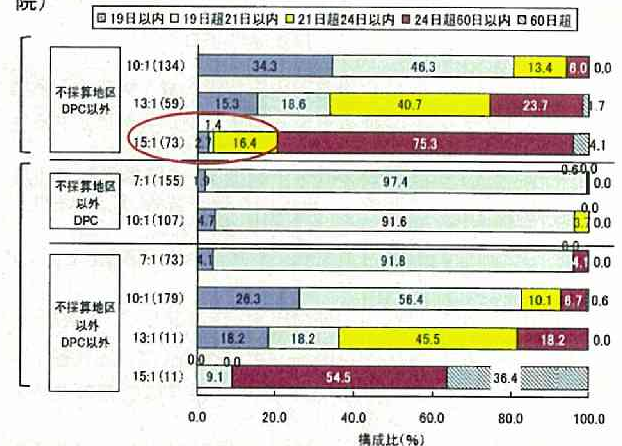
自治体病院の一般病棟の平均在院日数(2009年度・一般病院)



\*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日~平成22年3月31日)」

( )内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

自治体病院の一般病棟病床平均在院日数別構成比(2009年度・一般病院)



\*出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日~平成22年3月31日)」

( )内はn数。n<10のカテゴリは非表示。

(参考) 平均在院日数に係る基準

一般病棟入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1
当該病院等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	60日以内

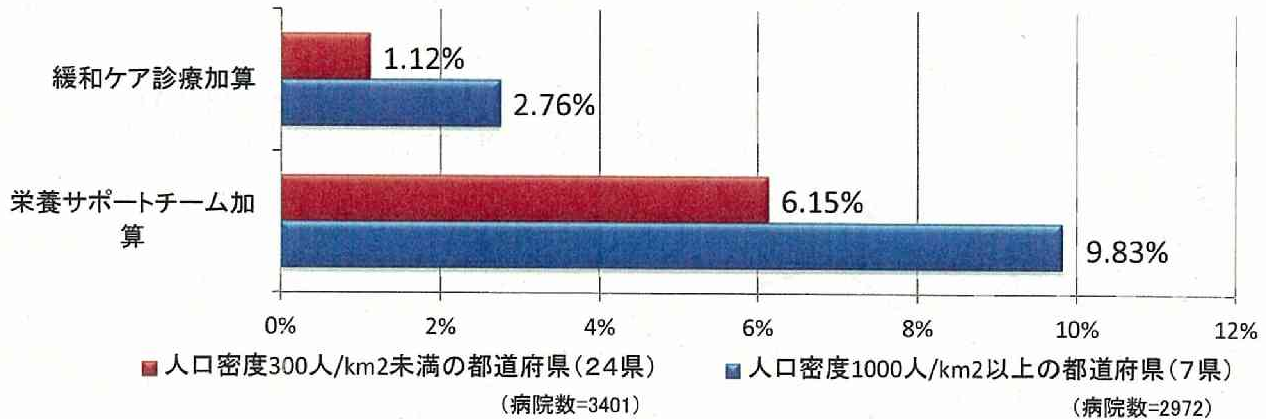
限られた医療資源の地域では、他の地域と比べ、15:1看護配置病院の平均在院日数が短くなり、その内訳として24日以内に退院する患者の割合が高くなることから、このような地域では、15:1看護配置病院で様々な状態の患者を診療している。

出典: 日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地方の中小病院の現状について—入院基本料15:1に注目した分析—(自治体病院の例)

20

# 加算の届出施設割合の地域差について

人口密度別届出施設数の割合(都道府県別)

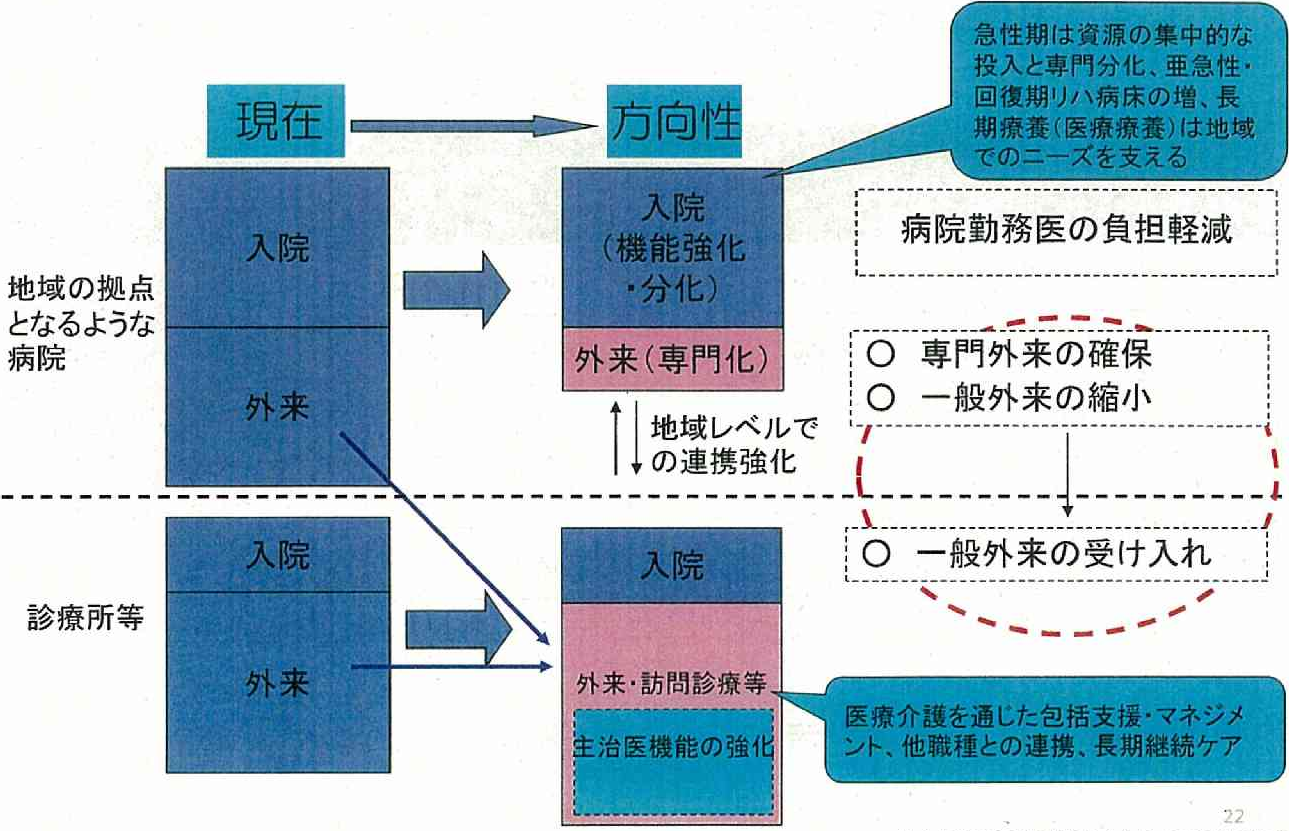


- **緩和ケア診療加算の要件**  
 以下の緩和ケアに係る専従のチームを設置  
 ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師  
 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師  
 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師  
 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 等
- **栄養サポートチーム加算の要件**  
 以下の栄養管理に係るチームが設置  
 ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師  
 イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師  
 ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師  
 エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士  
 なお、アからエのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい等

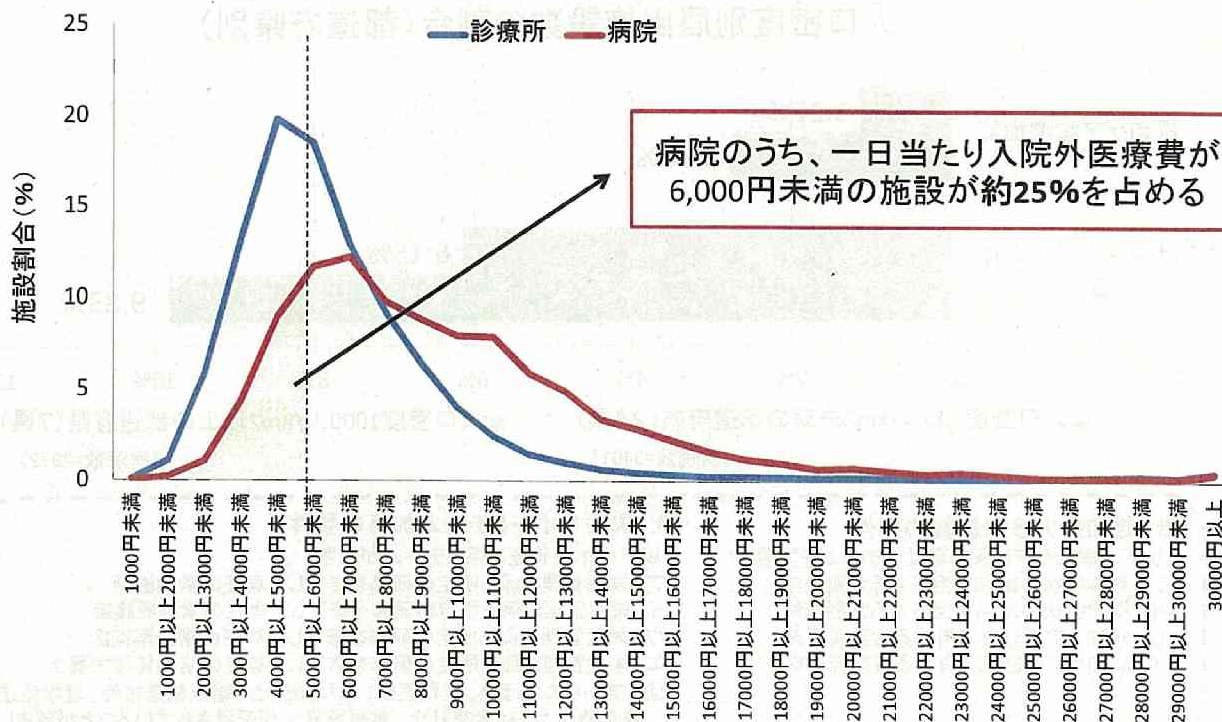
専従・専任要件のある加算について、人口密度の高い地域と低い地域で届出施設数の割合に差がある。

## 外来機能

### 外来医療の役割分担のイメージ



# 医療機関別一日あたり入院外医療費 (2010年6月分)



病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する

出典: 最近の医療費の動向 (メディアス) [概算医療費 (保険局調査課特別)]

## 患者動態分析

患者動態分析 (A病院) の外来患者調査 (2010年4月データ)

救急と紹介への取り組みが重要

	外来患者数		外来単価 (円)	内入院患者数	入院占有率	入院確率 (%)	入院単価 (円)	症例あたりの平均単価 (円)
	人数	%						
救急車	300	2.2%	31,139	186	22.8%	62.0%	1,177,445	761,155
紹介	1,559	11.2%	18,300	477	58.5%	30.6%	713,544	236,620
一般初診	561	4.0%	12,952	78	9.6%	13.9%	682,094	107,789
一般再診	11,464	82.6%	13,324	75	9.2%	0.7%	745,920	18,204
	13,884	100.0%		816	100.0%			

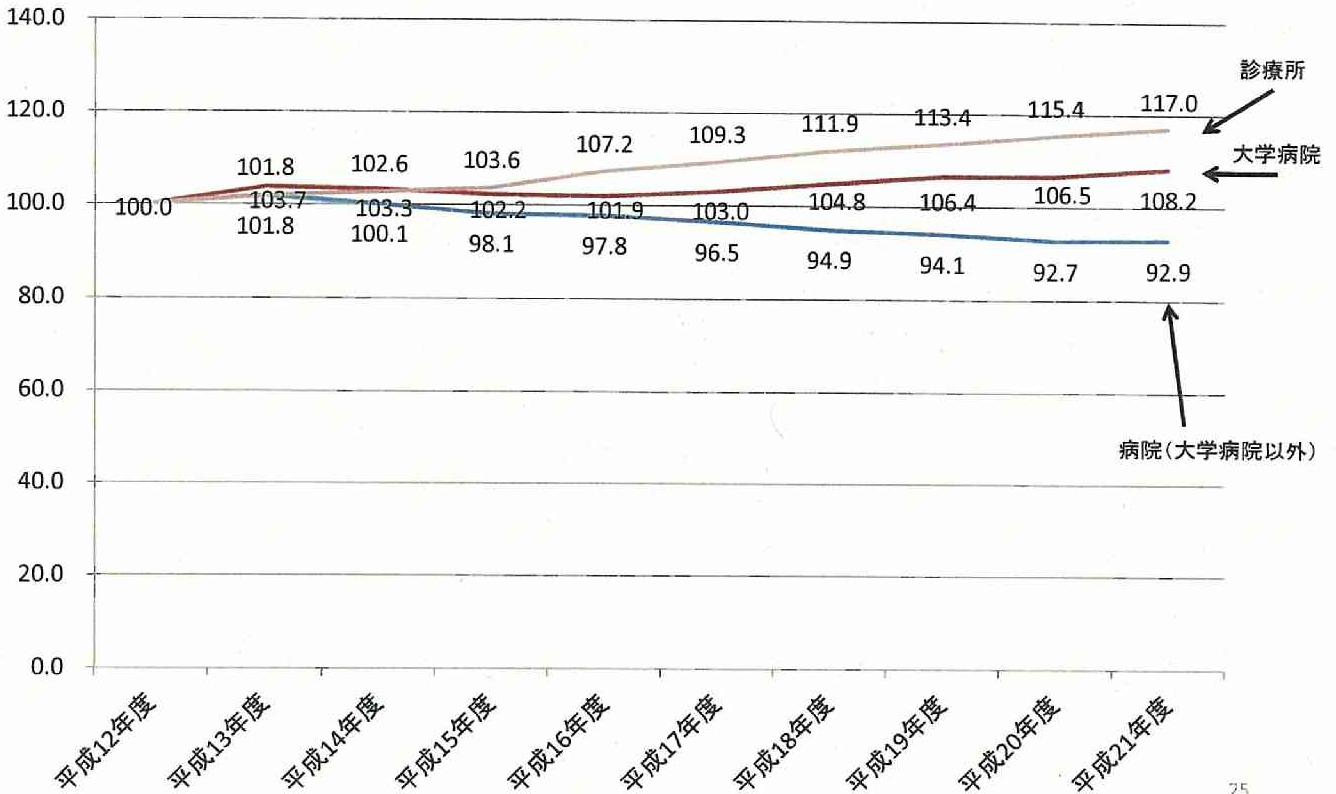
紹介状持参で救急車搬送患者は救急車でカウント

救急車患者1人 = 紹介患者3人 = 初診患者7人 = 再診患者40人



外来機能

1施設あたり入院外件数の推移  
(平成12年度を100とした場合)



出典: 概算医療費データベース

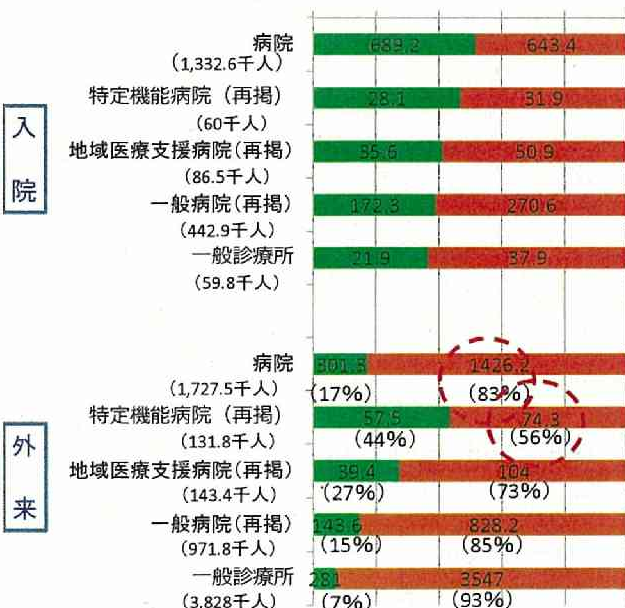
外来機能

入院・外来別患者の受診状況

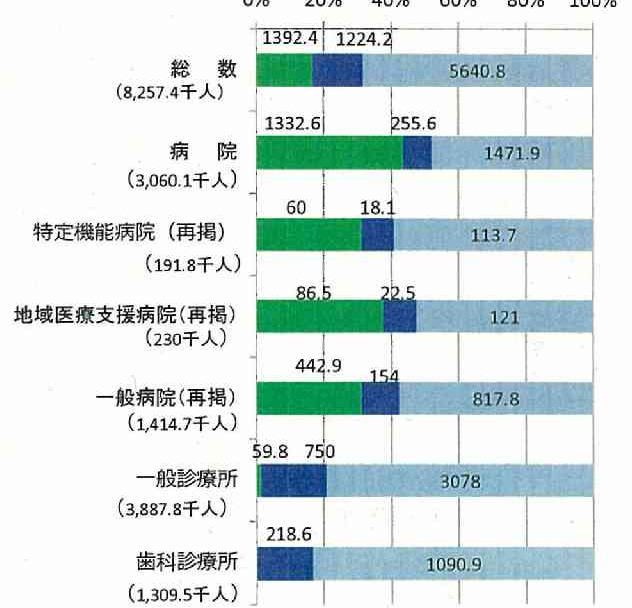
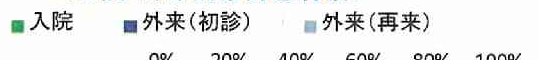
- 病院で受診した患者のうち、「紹介なし」は外来で83%。
- 特定機能病院を受診した患者のうち、「紹介なし」は外来で56%。

※ いずれもグラフ内の数値は、人数(単位:千人)

<紹介の有無別推計患者数>



<入院・外来別推計患者数>

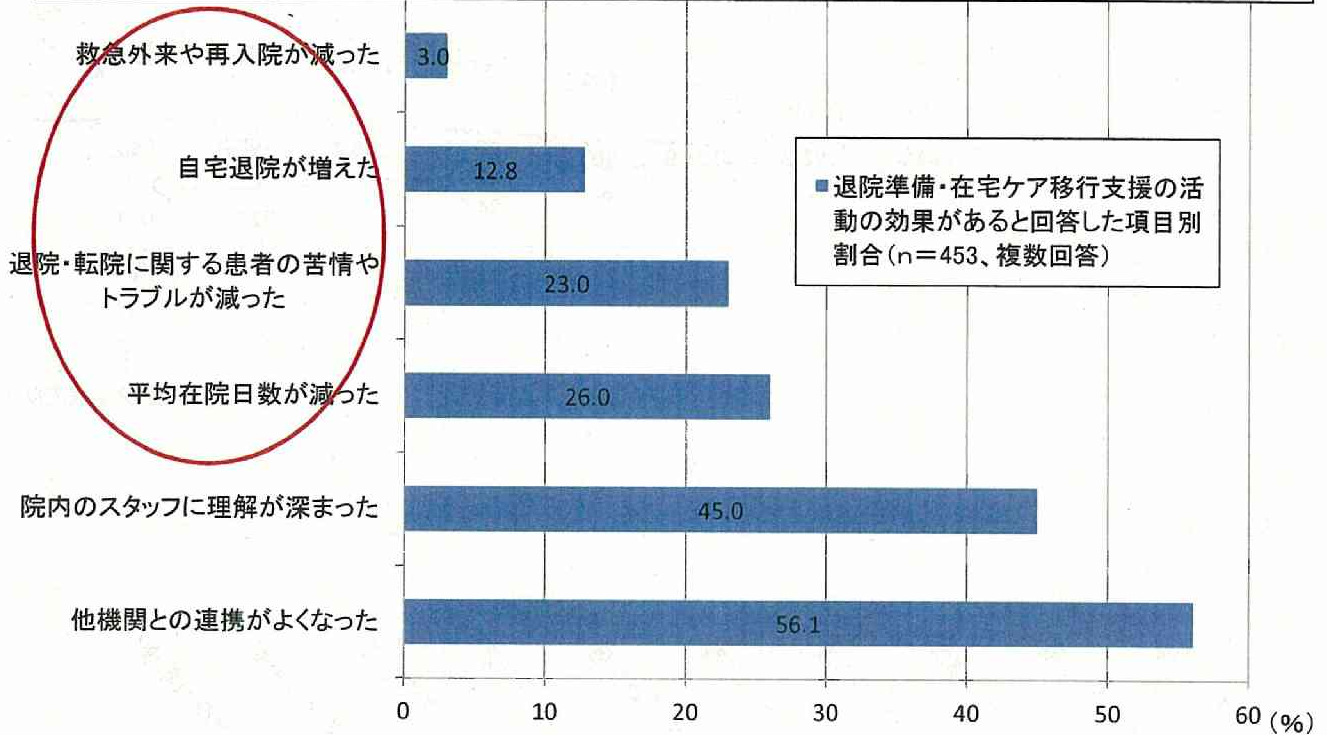


\* 「一般病院」は、精神科病院、結核療養所、特定機能病院、地域医療支援病院、療養病床を有する病院のいずれにも当たらない病院。

平成20年患者調査に基づき作成  
(医療部会資料を基に保険局医療課作成)

## 退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

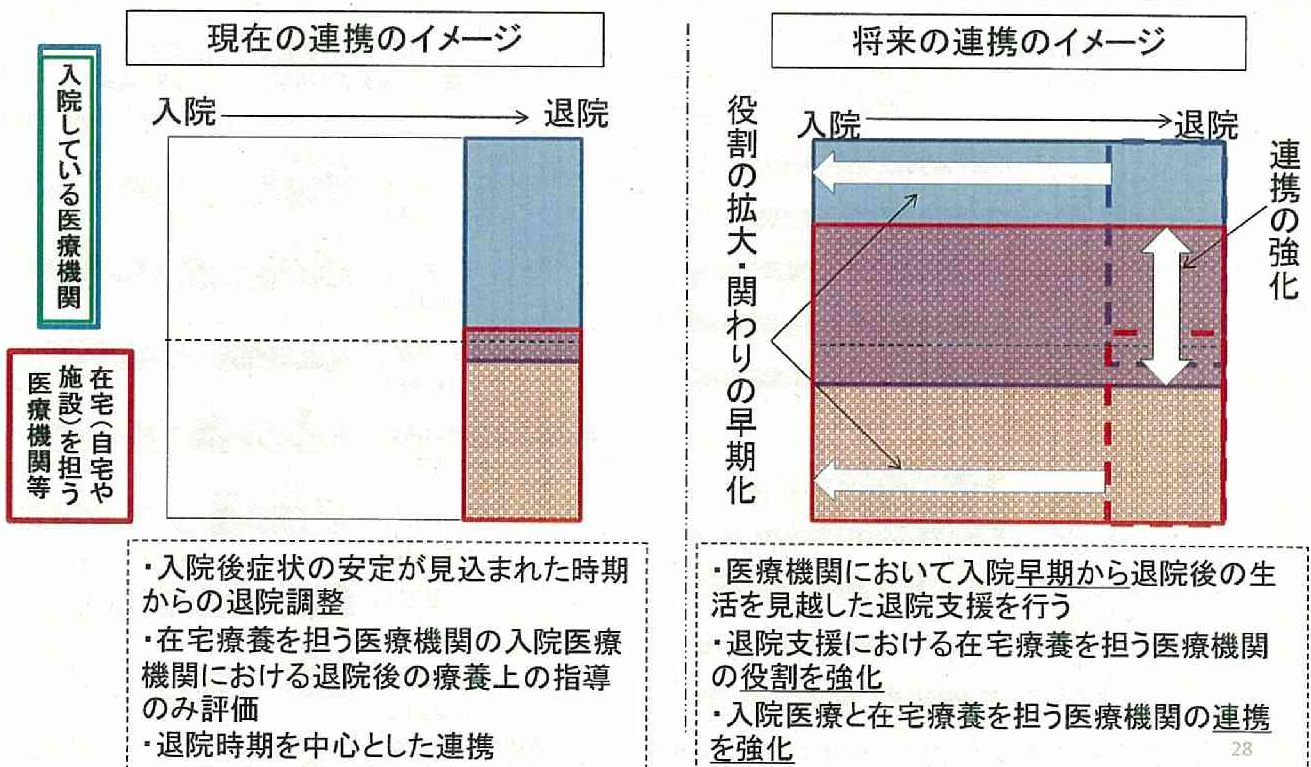
入院中あるいは退院後(再入院を繰り返す場合は再入院前)に患者・家族に実施した退院準備・在宅ケア移行支援の効果を担当部署や担当者に尋ねたアンケート調査によると、平均在院日数の減少や自宅退院の促進等といった効果がみられた。



出典：退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究 平成18年度 報告書 医療経済研究機構、平成19年3月

27

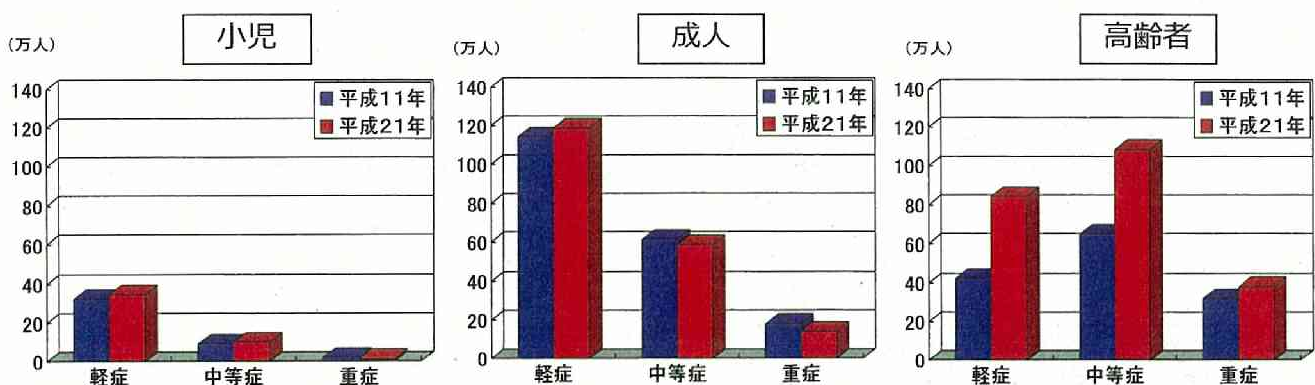
## 入院と在宅のそれぞれを担う医療機関の退院支援に係る連携の評価のイメージ



### 3. 病院勤務医等負担の大きい医療従事者の負担軽減 ・チーム医療の推進 等

#### 救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

○ 救急搬送人員の増加率は、年齢別では高齢者が高く、重症度別では軽症・中等症が高い。

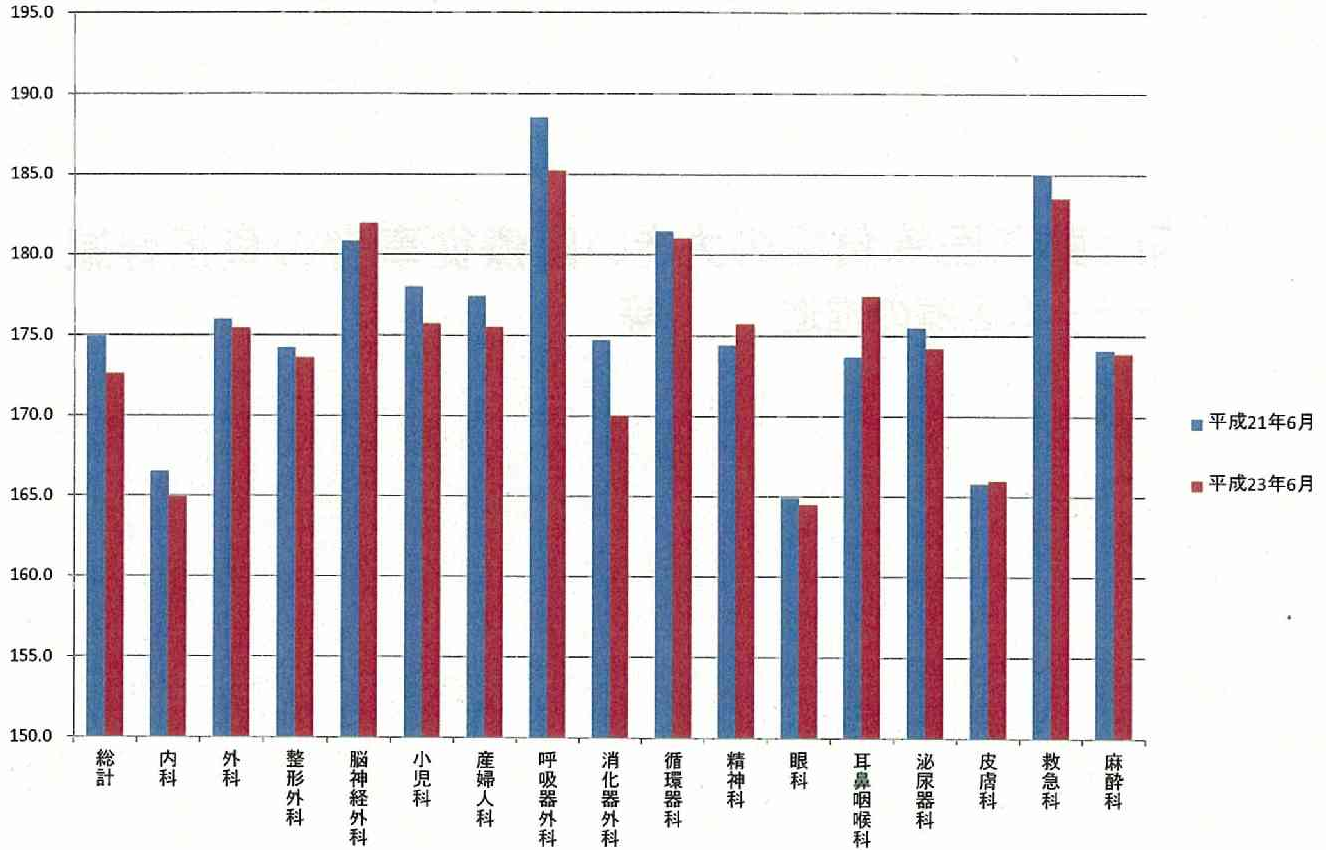


平成11年中				平成21年中			
全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)	全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.9万人	18.0万人	31.7万人	14.1万人 0.6万人減 -32%	14.1万人 3.9万人減 -22%	37.9万人 6.2万人増 +20%	
中等症	9.3万人	61.2万人	64.8万人	10.2万人 0.9万人増 +10%	58.4万人 2.8万人減 -5%	108.4万人 43.6万人増 +67%	
軽症	32.2万人	114.2万人	42.2万人	34.6万人 2.4万人増 +8%	118.7万人 4.5万人増 +4%	84.2万人 42.0万人増 +100%	

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

## 診療科別常勤医師1人あたりの月平均勤務時間の比較

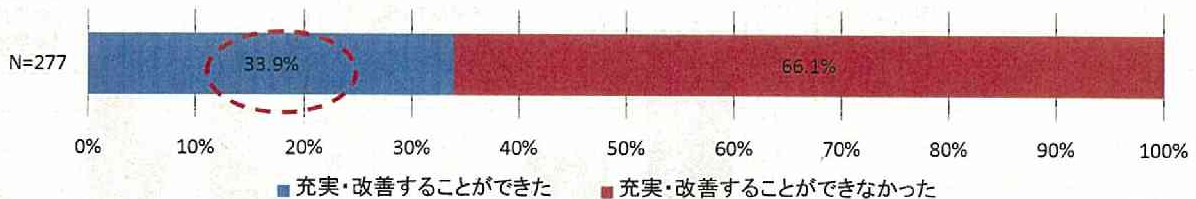
(単位:時間)



出典:平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
(病院勤務医の負担軽減の状況調査) 31

## 平成22年診療報酬改定による救急医療の充実状況

- 平成22年診療報酬改定による救急医療の充実状況についてみると、「充実・改善することができた」33.9%、「できなかった」66.1%などとなっていた。
- 充実・改善することができた理由として、救命医療に係る点数の引き上げや施設基準の緩和や、連携の促進をあげる自由記載があった一方、充実・改善することができなかった理由として、診療報酬以外に医療スタッフの不足をあげる自由記載があった。



### ■ 充実・改善することができた理由(自由記載)

- 救急医療に係る点数の引き上げ
- ハイケアユニット入院管理料の施設基準を取得できた。
- 退院調整、地域連携診療計画等の拡充によって、後方病床、在宅医療との連携が促進され、急性期患者の受け入れ拡大につながった。

### ■ 充実・改善することができなかった理由(自由記載)

- 現状において、救急医療を充実させるだけの医師を確保することはなかなか困難。
- 医療関係の中での最も大きな課題としての、看護師などの人材不足の解消には至っていない。
- 改定幅が不十分。医師、看護師の充足につながらない。
- いつ急患が発生するかわからない状況で、それに見合うスタッフを常備することは、中小病院にとって無理である。

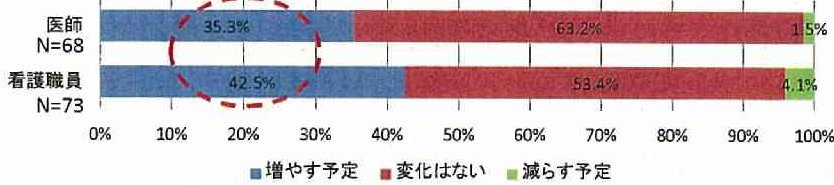
出典:平成22年度検証調査

32

# 救急医療に従事する医師、看護職員の平成23年度の採用予定数

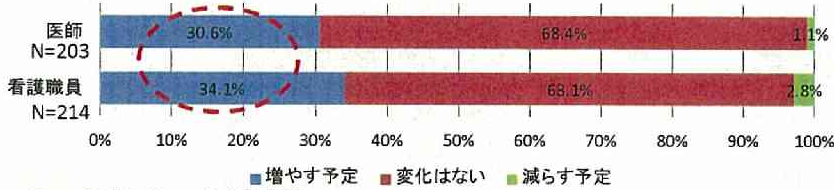
- 救急医療に従事する医師、看護職員について、3次、2次、1次いずれの救急医療機関も、平成23年度の採用予定数は前年度より増やす予定の医療機関が、減らす予定の医療機関がより多かった。(1次についてはNの数が少ないことに留意)

## 【三次救急医療機関】



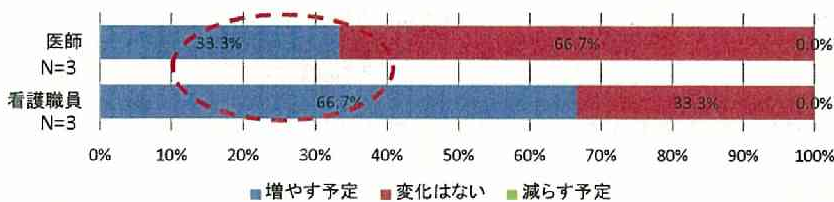
平均採用予定数  
 医師：1.9人/100床 (N=44)  
 看護職員：7.8人/100床 (N=54)

## 【二次救急医療機関】



平均採用予定数  
 医師：0.5人/100床 (N=188)  
 看護職員：2.7人/100床 (N=197)

## 【一次救急医療機関】



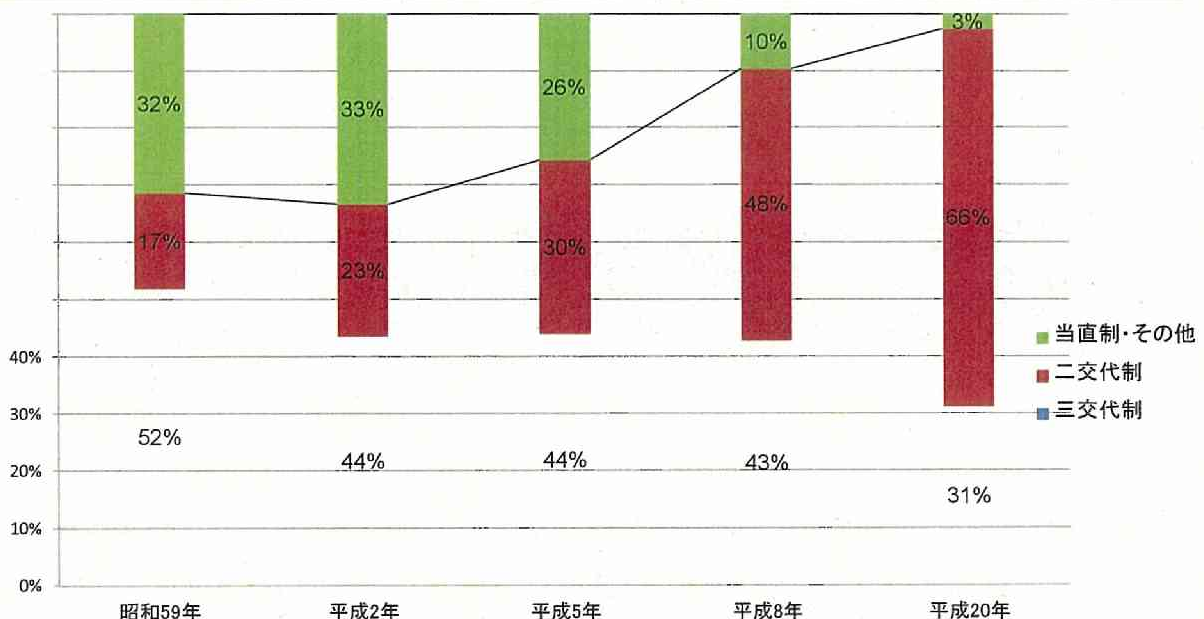
平均採用予定数  
 医師：0.3人/100床 (N=6)  
 看護職員：0.7人/100床 (N=6)

33

出典：平成22年度検証調査

# 看護職員の勤務形態の変化

三交代勤務が減少し、二交代勤務が増加している。



	昭和59年	平成2年	平成5年	平成8年	平成20年
当直制・その他	3171	3740	2870	1035	316
二交代制	1673	2571	3387	5114	8121
三交代制	5218	4868	4911	4602	3822

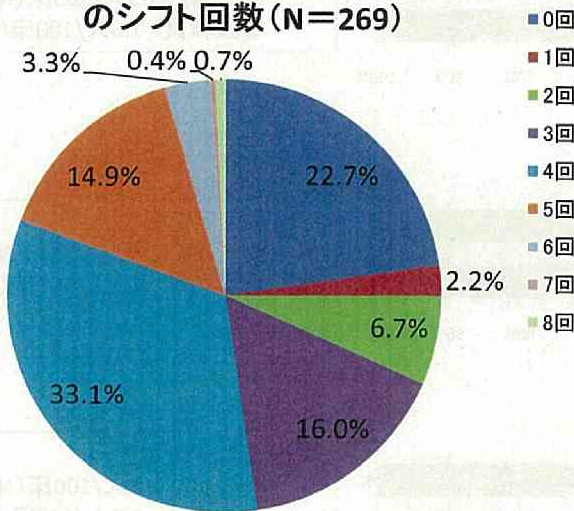
34

医療施設調査静態調査

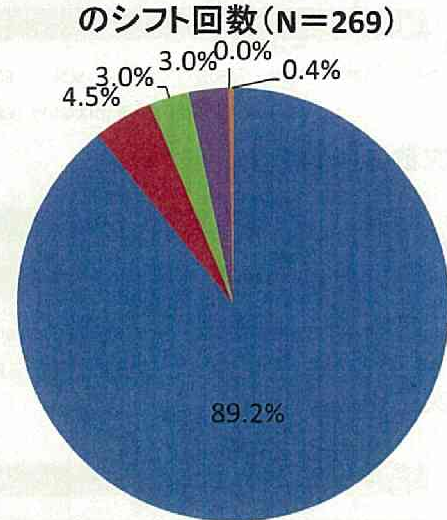
## 3交代の勤務のうち日勤→深夜及び 準夜→日勤のシフト別の割合

- 日勤のうち、日勤深夜を4回以上行う割合は、50%以上である(1回以上は77.3%)。
- 準夜勤のうち、準夜日勤を1回以上行っている場合は、約10%である。
- 短時間間隔の勤務のほとんどは、日勤深夜であることが予測される。

日勤回数のうち「日勤→深夜勤」  
のシフト回数(N=269)



準夜勤回数のうち「準夜勤→日勤」  
のシフト回数(N=269)



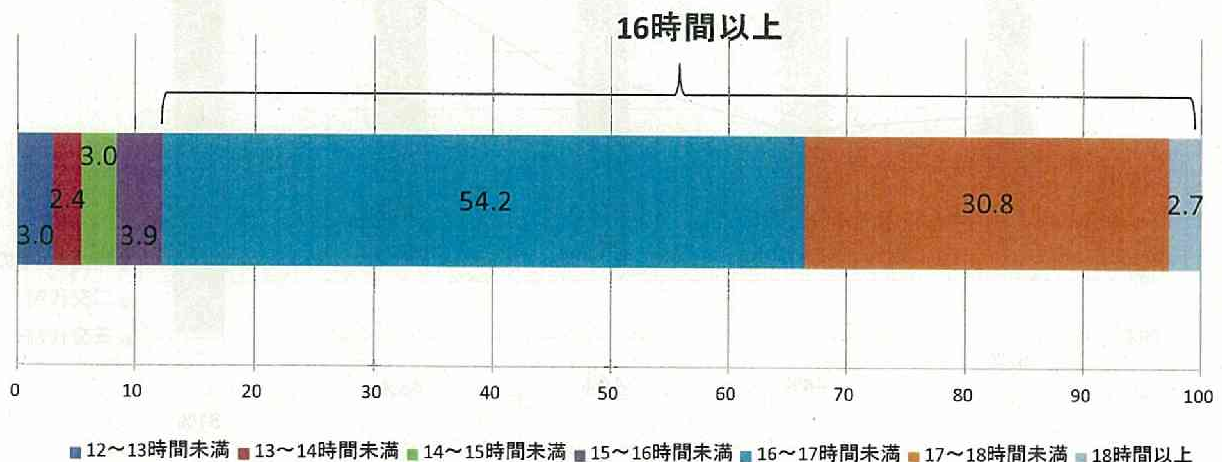
調査対象: 病院に勤務する看護職員(日看協会員)から無作為抽出された10,000人  
調査票の回収: 2,260人(回収率)  
3交代勤務者: 621人

35

出典: 日本看護協会 病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査 2010年より

## 2交代制の場合の夜勤の拘束時間

2交代制の場合、標準的な夜勤の時間設定が16時間以上17時間未満の割合は54.2%、17時間以上の割合は30.8%、16時間以上の割合は87.7%となる。(N=594)



調査対象: 病院に勤務する看護職員(日看協会員)から無作為抽出された10,000人  
調査票の回収: 2,260人(回収率)  
2交代勤務者: 691人

36

出典: 日本看護協会 病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査 2010年より

## 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進

- 各医療スタッフの高い専門性を十分に活用するためには、各スタッフがチームとして目的・情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要。
- このため、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務を以下のとおり整理。  
(平成22年4月30日付け医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より)

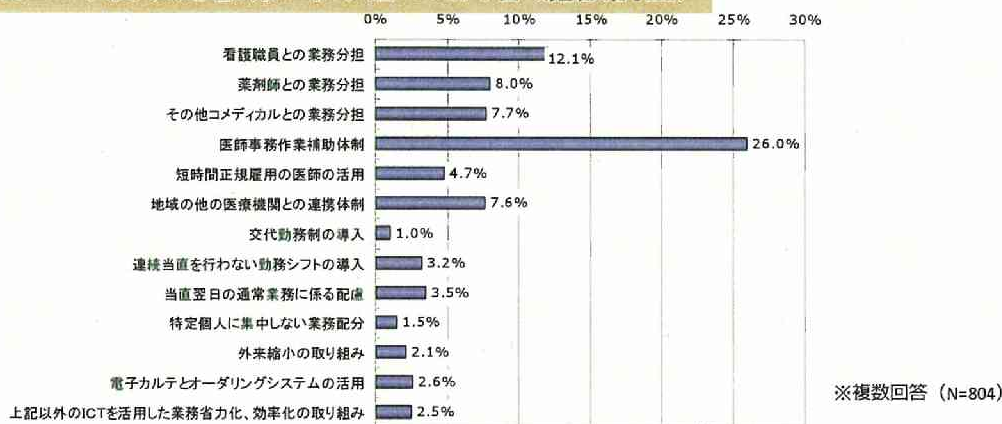
薬剤師	リハビリテーション関係職種	管理栄養士
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 薬物療法プロトコルについて医師等と協働で作成等</li> <li>② 薬剤選択等に関し積極的な処方案の提案</li> <li>③ 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施</li> <li>④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更等の提案等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による喀痰等の吸引</li> <li>② 作業療法士の業務範囲の明確化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 医師の包括的な指導の下、一般食の内容・形態の決定等</li> <li>② 特別治療食の内容・形態の提案</li> <li>③ 経腸栄養剤の種類を選択・変更の提案</li> </ul>
臨床工学技士	診療放射線技師	その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 喀痰等の吸引</li> <li>② 動脈留置カテーテルからの採血</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 画像診断における読影の補助</li> <li>② 放射線検査等に関する説明・相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ その他の医療スタッフの積極的な活用</li> <li>○ MSWや診療情報管理士等の積極的な活用</li> <li>○ 医療クラーク等の事務職員の積極的な活用</li> </ul>

### チーム医療の推進について(平成22年3月19日 チーム医療の推進に関する検討会 報告書)

チーム医療がもたらす具体的な効果としては、①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待される。

37

### 平成22年度改定を期に取り組んだ内容(施設調査)



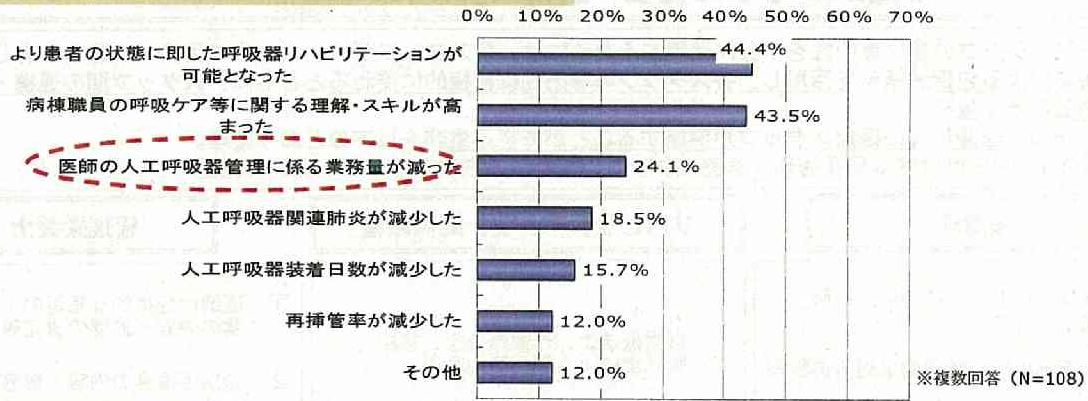
### 勤務医の負担軽減に効果があった取組(施設調査)



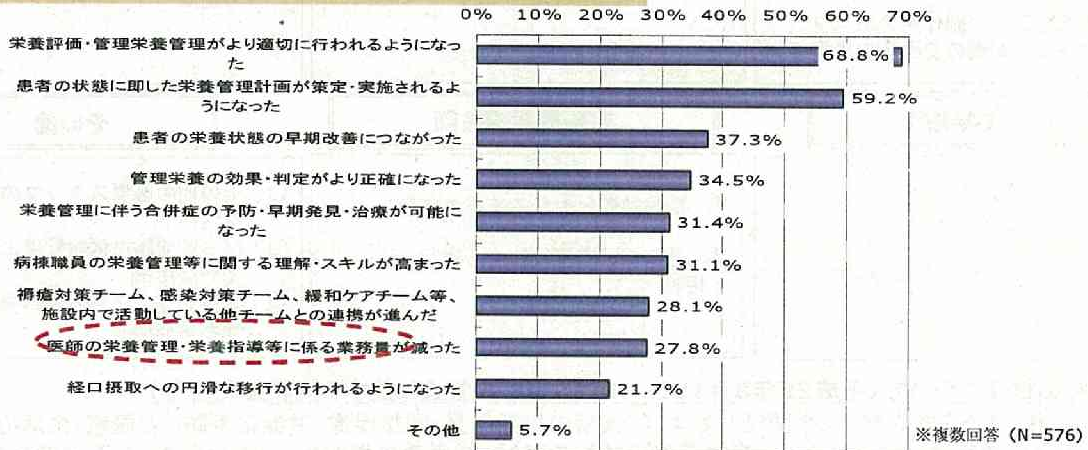
平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査(速報)

38

## 呼吸ケアチームの設置による効果(医師調査)



## 栄養サポートチームの設置による効果(医師調査)



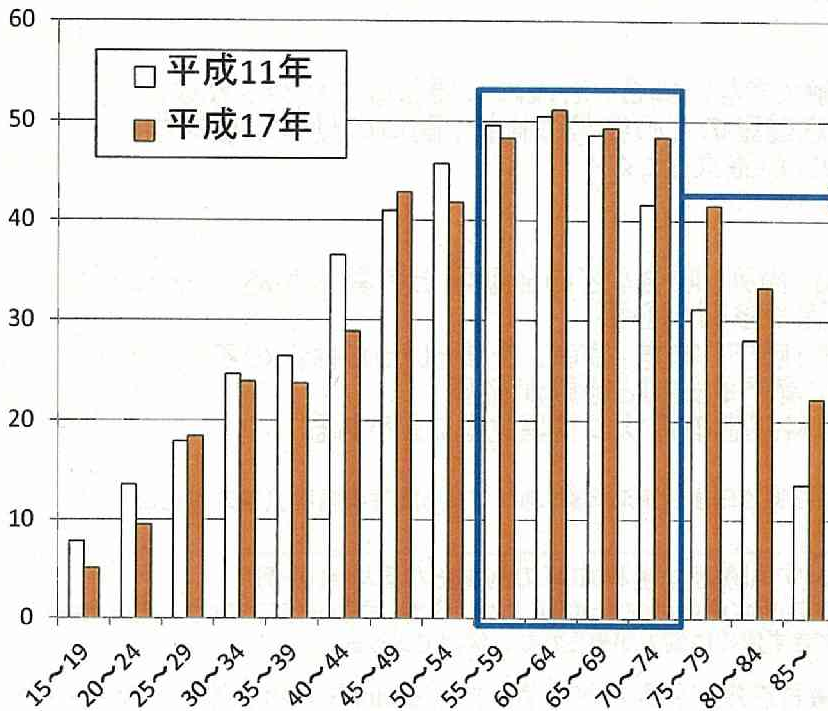
平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査(速報)

## 4. 歯科医療の充実



## 年齢階級別の歯周疾患罹患率

(%) (4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合)



・歯周疾患は、歯周ポケット(歯と歯肉の間の溝)に細菌などが堆積すること等により罹患するもの。

・55~74歳の年齢階級では、歯周疾患の罹患率が50%前後。

・60歳以上の高齢者においてその罹患率が低くなった理由は、歯が失われたために歯周疾患に罹患しなくなったため。

・平成11年に比べ平成17年の歯周疾患の罹患率が高い理由は、歯が多く残っている高齢者の増加によるもの。

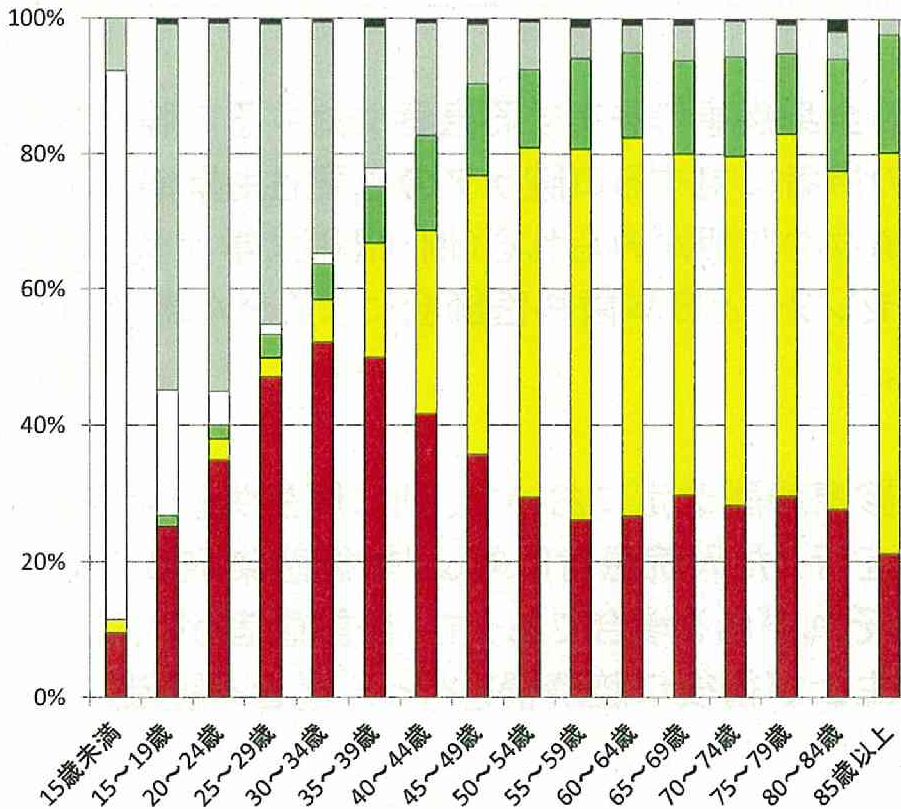
※平成11年と平成17年の調査手法は若干異なるため、単純な比較は難しい。

出典: 歯科疾患実態調査

(昭和32年より6年ごとに実施されている調査。直近は平成17年に実施され、今年度実施予定。)

41

## 歯を抜くに至った主原因



■ 無効

■ その他

□ 矯正

■ 破折

■ 歯周病

■ う蝕

・歯周病による抜歯の割合は30歳代から50歳代にかけて増加。それ以上の年齢階級では、ほぼ一定。

・う蝕による抜歯の割合は、30歳前後まで年齢とともに増加傾向。それ以上の年齢階級では概ね横ばい傾向。

出典: 永久歯の抜歯原因調査(平成17年、財団法人8020推進財団)

42

# 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。

43

## 周術期の口腔ケアについて

- 最近、高齢者等の全身疾患等を有する患者に対する口腔ケアのみならず、周術期の患者に対する口腔ケアの重要性も指摘されているところであり、様々な取組がみられる(例:昭和大学病院の取組、国立がん研究センターと日本歯科医師会によるがん患者歯科医療連携事業等)。
- 平成22年度歯科診療報酬改定において、別に厚生労働大臣が定める特定の手術を行った入院患者に対し、術後感染症及び術後肺炎等の発現のおそれがある場合であって、当該患者が入院している病院の歯科衛生士が術後口腔清掃を行った場合を評価。

44

## 5. 後発医薬品の使用促進のための環境整備

45

### 後発医薬品の使用促進のためのこれまでの取組等について ＜政府目標＞

- 後発医薬品の普及は、患者の負担軽減及び医療保険財政の改善に資することから、平成24年度までに数量シェアを30%以上とすることを目標に、「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」(平成19年10月)を策定し、総合的な取組を行っている。
- 社会保障・税の一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革本部決定)においても、「後発医薬品の更なる使用促進」が医療・介護等分野における具体的改革項目として示されているところ。

医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムについて(抄)

平成19年5月 厚生労働省

取組	主な目標・指標	政策手段
(2) サービスの質向上・効率化の観点		
8. 後発医薬品の使用促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成24年度までに、後発医薬品のシェア(数量ベースで16.8%〔平成16年度〕)を30%(現状から倍増)以上に</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 情報提供・安定供給についての後発医薬品メーカーに対する指導の徹底、国民や医療関係者に対する先発医薬品との同等性等についての情報提供・啓発等</li> <li>○ 処方せん様式の変更の効果の検証結果を踏まえた使用促進のための効果的な措置の検討</li> </ul>

46

## 後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム（概要）

『平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%（現状から倍増）以上』という政府の目標達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組を明らかにする。

### ①安定供給

#### 医療現場の声

発注から納品までに時間がかかることがある等

国

#### ○安定供給の指導の徹底

・医療関係者からの苦情の受付、メーカーの指導・指導内容の公表等

後発品メーカー

#### ●納品までの時間短縮

・卸への翌日までの配送100%（19年度中）・卸に在庫がない場合、卸への即日配送75%（20年度中）

#### ●在庫の確保

・社内在庫・流通在庫1か月以上（19年度中）・品切れ品目ゼロ（21年度中）

### ②品質確保

#### 医療現場の声

一部の後発品は、溶出性・血中濃度が先発品と異なるのではないかな

等

国

#### ○後発品の品質に関する試験検査の実施・結果の公表

・注射剤等を対象に、不純物に関する試験を実施  
・後発品の品質に関する研究論文等を収集整理し、また、「後発医薬品相談窓口」に寄せられた品質に関する意見等を検討の上、必要に応じ、試験検査を実施。

#### ○一斉監視指導の拡充・結果の公表

・都道府県及び国の立入検査によるGMPに基づく指導・検査指定品目の拡充

後発品メーカー

#### ●品質試験の実施・結果の公表

・ロット毎に製品試験を実施（19年度中）  
・長期保存試験など、承認要件でない試験についても、未着手のものは、年度内に着手（19年度中）

#### ●関連文献の調査等

・業界団体において、後発品の関連文献を調査・評価し、必要な対応を実施（19年度中）

### ③後発品メーカーによる情報提供

#### 医療現場の声

・MRの訪問がない  
・「先発メーカーに聞いて欲しい」など情報が先発メーカー頼み等

国

#### ○添付文書の充実を指導

・添付文書には、添加物、生物学的同等性試験データ、安定性試験データ、文献請求先等を記載すること  
・20年3月末までに改訂 → 後発品メーカーは、自主的に、19年12月までに前倒し対応

#### ○後発品メーカーの情報提供体制の強化を指導

・研究開発データ、収集した副作用情報、関係文献を整理・評価し、医療関係者へ情報する体制の強化

後発品メーカー

#### ●医療関係者への情報提供

・試験データ、副作用データについて、ホームページへの掲載等、資料請求への迅速な対応（19年度中）

### ④使用促進に係る環境整備

国

#### ○都道府県レベルの協議会の設置

・都道府県レベルにおける使用促進策の策定・普及啓発を図るため、医療関係者、都道府県担当者等から成る協議会を設置

#### ○ポスター・パンフレットによる普及啓発

・医療関係者・国民向けポスター・パンフレットの作成・配布（19年度～）

後発品メーカー

#### ●「ジェネリック医薬品Q&A」を医療機関へ配布・新聞広告

### ⑤医療保険制度上の事項

#### ○後発医薬品を含む調剤を診療報酬上評価（14年度～）

これまでの取組

○後発品の品質に係る情報等に加え、先発品と後発品の薬剤料の差に係る情報を患者に文書により提供し、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合に調剤報酬上評価（18年度～）

○処方せん様式を再変更し、「変更不可」欄に医師の署名がない場合に変更調剤を可能に（20年度～）

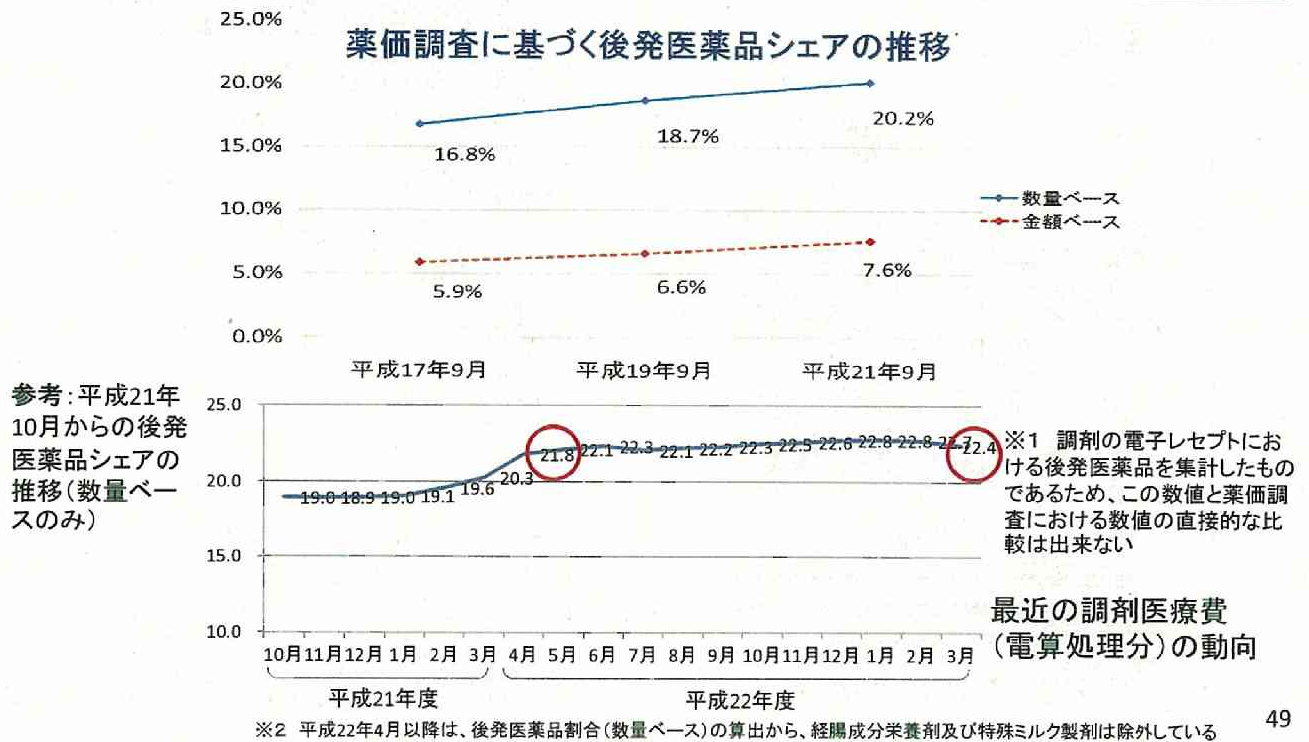
○薬局において、後発医薬品の調剤数量の割合に応じて段階的に調剤報酬上評価（22年度～）

○医療機関において、後発医薬品を積極的に使用する体制が整備されている場合に診療報酬上評価（22年度～）

○厚生労働省令等において、保険薬剤師による後発医薬品に関する患者への説明義務並びに調剤に関する努力義務、保険医による後発品の使用に関する患者への意向確認などの対応の努力義務を規定（22年度～）

## ○後発医薬品のシェア

平成21年9月時点での後発医薬品の数量シェアは20.2%、金額シェアは7.6%。  
また、調剤の電子レセプトにおける後発医薬品の調剤率(数量ベース)は、  
平成22年4月時点は21.8%、平成23年3月時点は22.4%となっている。



## 薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェア (平成21年9月薬価調査)

		品目数	数量シェア	金額シェア
先発医薬品	後発品なし	1,894	18.9%	47.8%
	後発品あり	1,469	36.3%	35.9%
<b>後発医薬品</b>		<b>6,778</b>	<b>20.2%</b>	<b>7.6%</b>
その他の品目		4,164	24.6%	8.7%

- 品目数は平成22年4月時点。但し、名称変更による旧名称品(経過措置移行品目)は含まない。
- 数量シェア及び金額シェアは平成21年9月調査時の数量、薬価による。
- 「その他の品目」は、薬事法上先発医薬品と後発医薬品との区別ができない昭和42年以前に承認された医薬品等(血液製剤等)。

○後発医薬品が存在しない先発医薬品や先発医薬品と後発医薬品との区別ができない品目が数量シェアで43.5%存在し、これらは後発医薬品への置換えはできない。

○平成24年度の政府目標である後発医薬品の数量シェア30%の目標値は、残り56.5%のうち、過半数以上が後発医薬品に置き換わるというもの。

○後発医薬品利用差額通知 <全国健康保険協会(協会けんぽ)の例>

一部の保険者において、医薬品の長期服用者に対し、後発医薬品に切り替えた場合の自己負担額の差額をお知らせするといった取組みを実施している。

〒120-8587  
東京都港区赤坂  
03-3568-2200  
03-3568-2200  
03-3568-2200  
03-3568-2200

全国健康保険協会 〇〇支部  
〒120-8587  
東京都港区赤坂1-10-10  
〇〇〇〇〇〇〇〇〇

**ジェネリック医薬品はこんなお薬です**

効き目や安全性が同等とされているお薬と主成分が同一であることなどが審査され、厚生労働省により製造・販売が承認されたお薬です。

**なぜ安いのですか?**  
先発薬の原料には多量の費用がかかるため、ジェネリック医薬品は原料の調達や製造にコストを削減し、お薬を安くすることができます。

**効き目は確かですか?**  
先発薬の効き目を再現するために、厳格な審査が実施されています。効き目や安全性は先発薬と同等です。

**ジェネリック医薬品を処方してもらおうには?**

医師・薬剤師にて  
処方・調剤時に  
ジェネリック医薬品が処方・調剤される場合があります。

薬局にて  
ジェネリック医薬品が処方されたお薬を調剤する場合があります。

薬局・医師にて  
ジェネリック医薬品が処方されたお薬を調剤する場合があります。

薬局・医師にて  
ジェネリック医薬品が処方されたお薬を調剤する場合があります。

薬局・医師にて  
ジェネリック医薬品が処方されたお薬を調剤する場合があります。

薬局・医師にて  
ジェネリック医薬品が処方されたお薬を調剤する場合があります。

**ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ**

〇〇〇〇〇様  
〇年〇月分 の額をジェネリック医薬品に切り替えた場合、薬代の自己負担額の軽減可能額としては、

**1,100円~** が見込めます。

▶ 平成21年 3月分 の処方箋をもちに、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担額の軽減額の見込み額を試算しています。100円未満は切り捨てています。  
▶ 計算は薬代のみを対象としています。薬剤に処方料や処方へお支払いになる負担金は、薬代以外の診療や薬の処方料に算入する項目が含まれていません。

**明細**

この明細は、平成21年 3月分 の薬の処方箋に基づき、処方された医薬品(先発医薬品)と、主成分が同一のジェネリック医薬品に切り替えることで軽減できる自己負担額をご紹介します。

過去の処方実績 (平成21年 3月分)				ジェネリック医薬品に切り替えることで軽減できる自己負担額 (円)
薬剤名・薬用区分 (先発医薬品名等)	薬の単価	数量	単位	薬代(※1) (円)
薬名 〇〇錠5.6mg	141.7	20.0	錠	1,270
〇〇錠5.6mg	83.7	20.0	錠	750
〇〇錠5.6mg	47.3	20.0	錠	1,280
合計				3,300
薬名 〇〇錠5.6mg ジェネリック処方分	83.7	20.0	錠	〇〇〇
合計				〇〇〇
薬剤名 〇〇錠5.6mg ジェネリック処方分	141.7	20.0	錠	〇〇〇
合計				〇〇〇
合計				3,300
				1,100

※1 計算は薬代のみを対象としています。薬剤に処方料や処方へお支払いになる負担金は、薬代以外の診療や薬の処方料に算入する項目が含まれています。医薬品の単価が200円未満、処方せんの数量が1錠、数量が5錠未満の場合は、自己負担額の算入が対象外となります。また、処方せんに記載されている薬剤は、薬剤の処方料にも算入されます。

※2 本明細に記載している先発医薬品は、処方料の削減や、がんその他特定の病状に使用される薬などは除外されています。ジェネリック医薬品は1つの先発医薬品に対して複数存在する場合があります。異なる処方料にも算入されますのでご注意ください。

※3 本明細は、処方料削減・薬剤から薬代を算出する一助として作成しています。多くの薬を処方されている場合は軽減できる金額が大さくなるから薬に配属しており、本明細に記載しきれない場合があります。

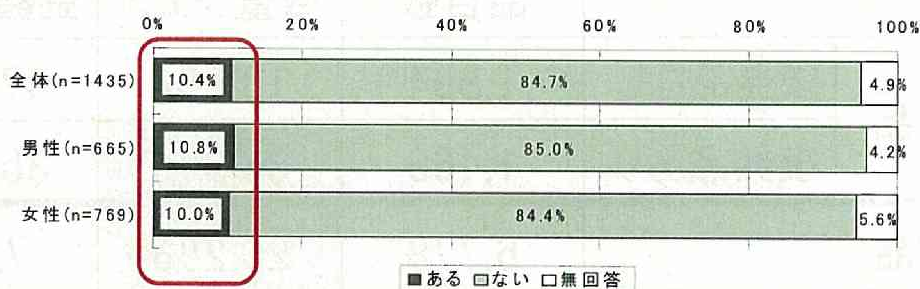
※4 先発薬とジェネリック医薬品とは主成分が同一ですが、使用できる薬剤(薬種)が異なるなどの理由で切り替えることができない場合があります。また、全ての先発薬にジェネリック医薬品があるわけではありません。

※5 同一薬品(先発薬とジェネリック医薬品)であっても、薬によって処方方法や副作用とは異なる場合がありますので、医薬品に関する詳しい情報は医師または薬剤師にご相談ください。

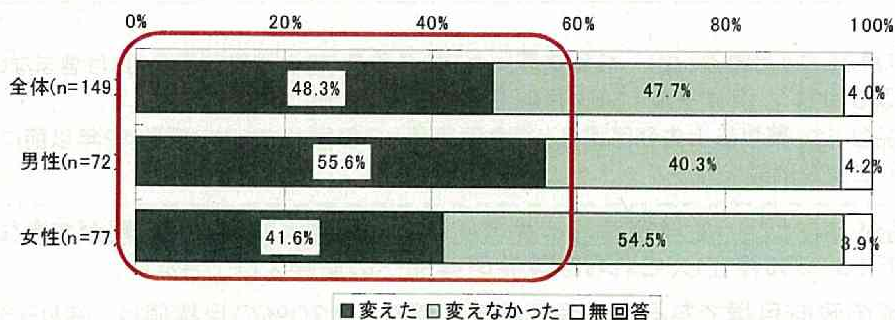
51

検証部会の調査結果では、「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り経験がある患者は10.4%であり、このうち48.3%の者が後発医薬品に変更している。

図表 199 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取り経験 (男女別)



図表 202 「ジェネリック医薬品軽減額通知」の受取りにより後発医薬品に変更したか (「ジェネリック医薬品軽減額通知」を受け取った人、男女別)



## 6 介護保険施設における医療等

53

### 介護保険施設の概要

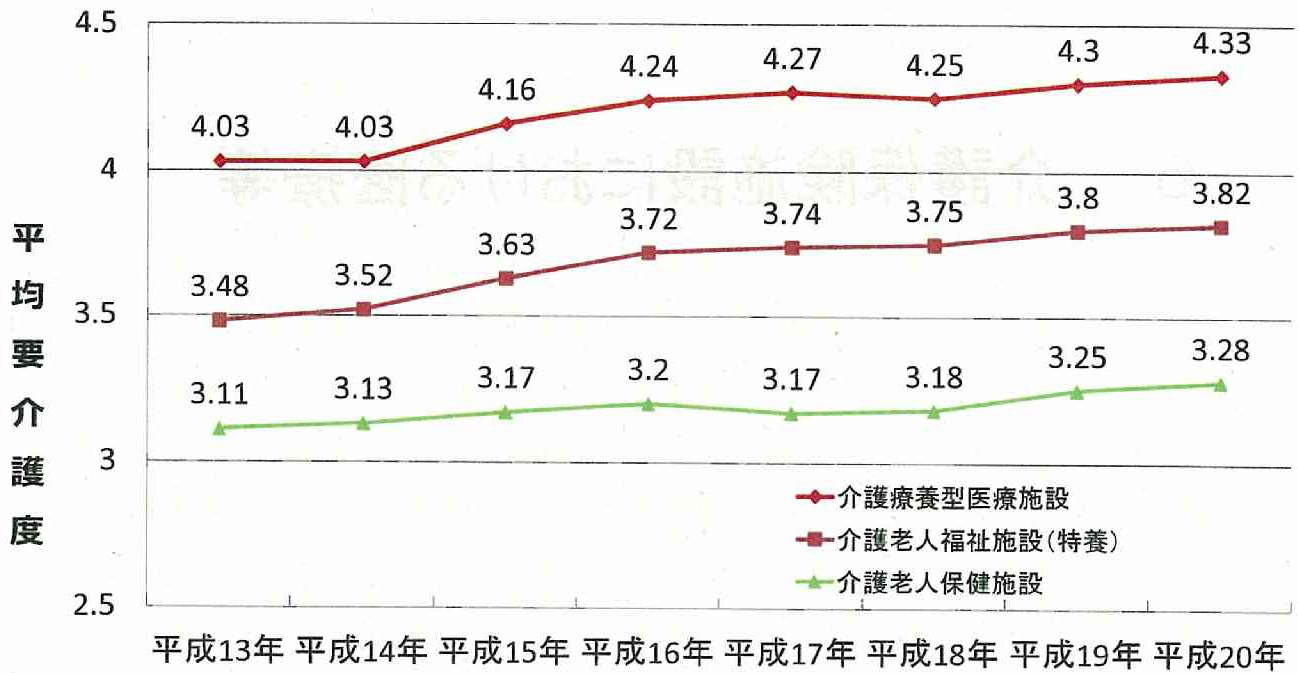
	介護老人福祉施設(特養)	老人保健施設	介護療養型医療施設
定義 (介護保険法)	老人福祉法に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養の世話をを行うことを目的とする施設。	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、 <u>看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。</u>	療養病床等を有する病院または診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、 <u>療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設。</u>
人員 基準	医師	医師(必要数)	常勤の医師が1名以上 (常勤換算で、100:1)
	看護・介護職員	看護・介護職員 ⇒ 3:1 うち、看護職員 入所者30名以下(1名) 入所者50名以下(2名) 入所者130名以下(3名) 入所者130名以上(3名+50:1)	看護・介護 ⇒ 3:1 うち、看護職員:2/7、介護職員5/7
	その他職員	生活相談員(1以上又は100:1) 機能訓練指導員(1以上) 栄養士(1以上) 介護支援専門員(1以上又は100:1)	薬剤師(300:1) 支援相談員(1名以上又は100:1) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士(100:1) 栄養士(100:1) 介護支援専門員(1以上又は100:1)
施設数	6,015	3,500	2,252
利用者数	422,703	319,052	99,309
平均要介護度	3.82	3.28	4.33
平均在所日数	1465.1日	277.6日	427.2日

※資料出所「介護サービス施設・事業所調査」「介護給付費実態調査」

54

## 介護保険施設の平均要介護度

入所者の平均要介護度については、介護保険3施設いずれも上昇している。



出典：平成13～14年：厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年11月審査分)  
平成15～20年：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(各年10月1日)

55

## 介護保険施設の平均在所・在院日数



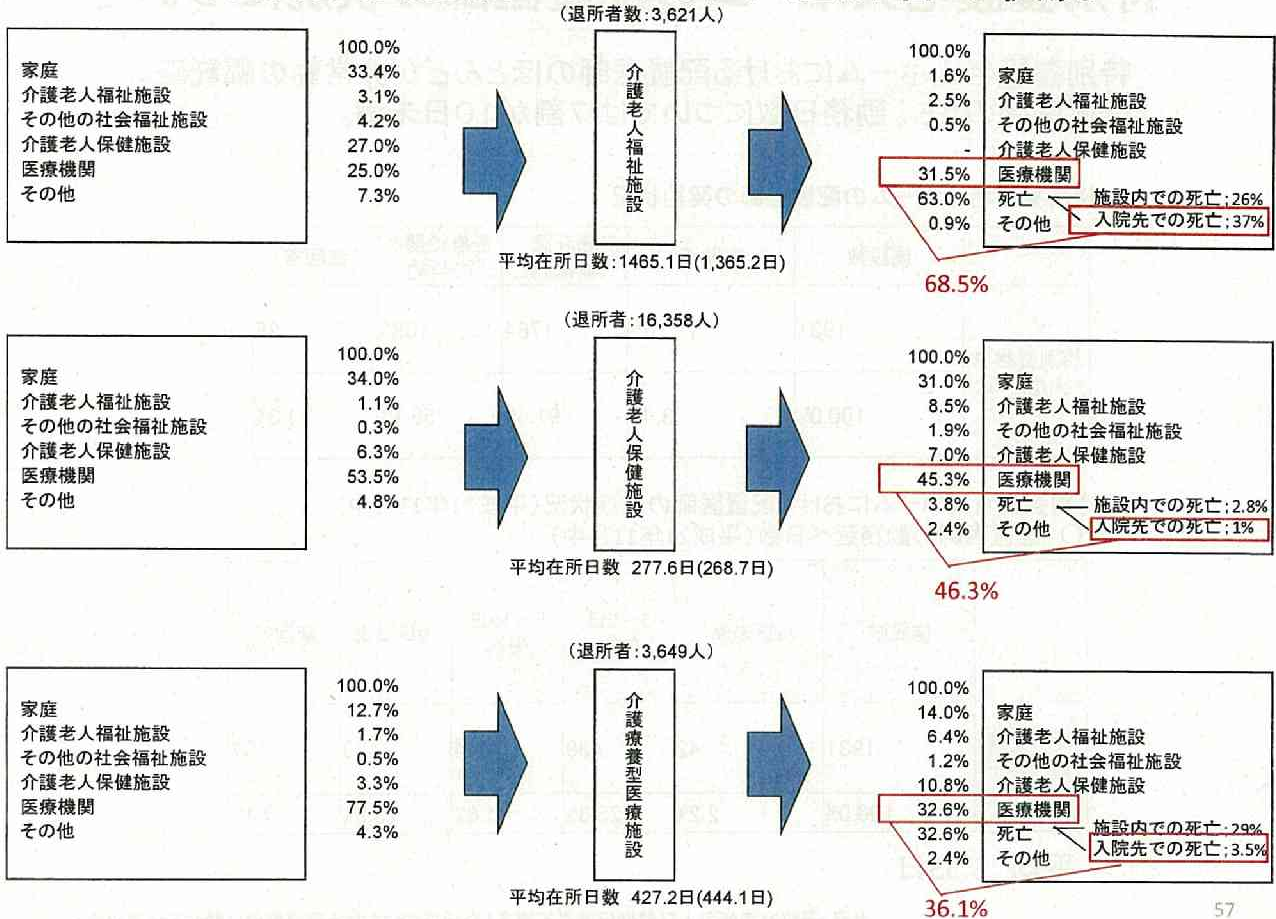
注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

56



# 介護保険施設における入・退所者の状況



出典: 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成19年度)

## ① 介護老人福祉施設

# 特別養護老人ホームの配置医師の状況について

特別養護老人ホームにおける配置医師のほとんどが非常勤の嘱託医。  
配置医師のうち、勤務日数については7割が10日未満。

特別養護老人ホームの配置医師の契約状況

	施設数	常勤医	嘱託医 (非常勤)	医療機関との 契約	無回答
特別養護老人ホーム	1931	65	1764	1083	25
	100.0%	3.4%	91.4%	56.1%	1.3%

特別養護老人ホームにおける配置医師の勤務状況(平成21年11月中)

○ 配置医師の勤務延べ日数(平成21年11月中)

	施設数	3日未満	3~5日 未満	5~10日 未満	10日以上	無回答
特別養護老人ホーム	1931	42	489	804	459	137
	100.0%	2.2%	25.3%	41.6%	23.8%	7.1%

平均 8.53日

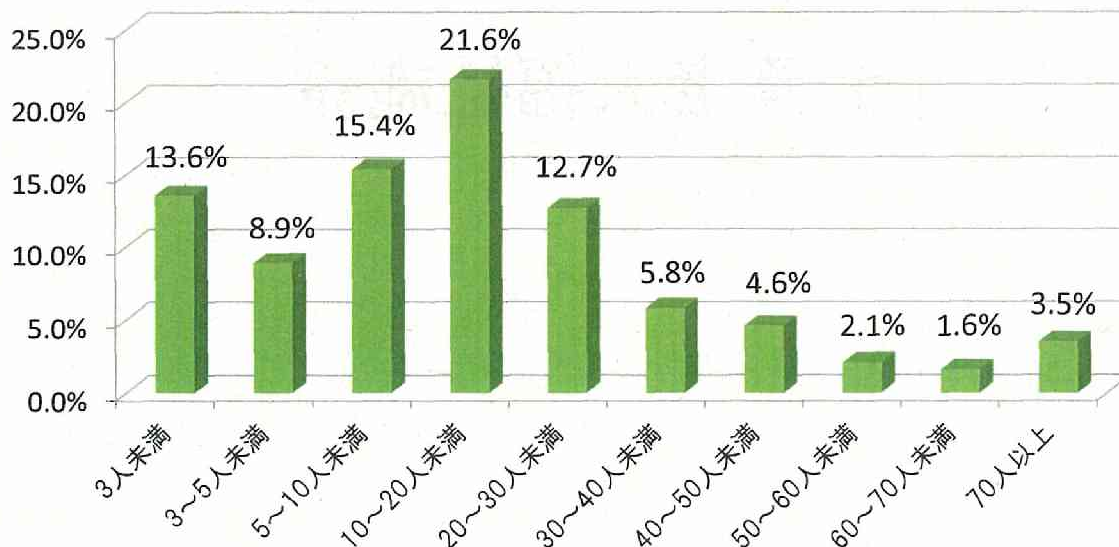
出典:平成21年度老人保健健康増進等事業「介護施設における医療提供に関する調査研究」

59

## 病院への救急搬送の状況

○ 介護老人福祉施設において1年間に病院へ救急搬送した平均延べ人数(1施設当たり)は、約20人となっている。

病院へ救急搬送した延べ人数(平成19年4月~平成20年3月)[3370施設]



※救急車による搬送のほか、職員・家族による搬送等を含む。

出典:三菱総合研究所「特別養護老人ホーム利用者の医療ニーズへの対応のあり方に関する調査研究」(平成21年3月)

60

## ②介護老人保健施設

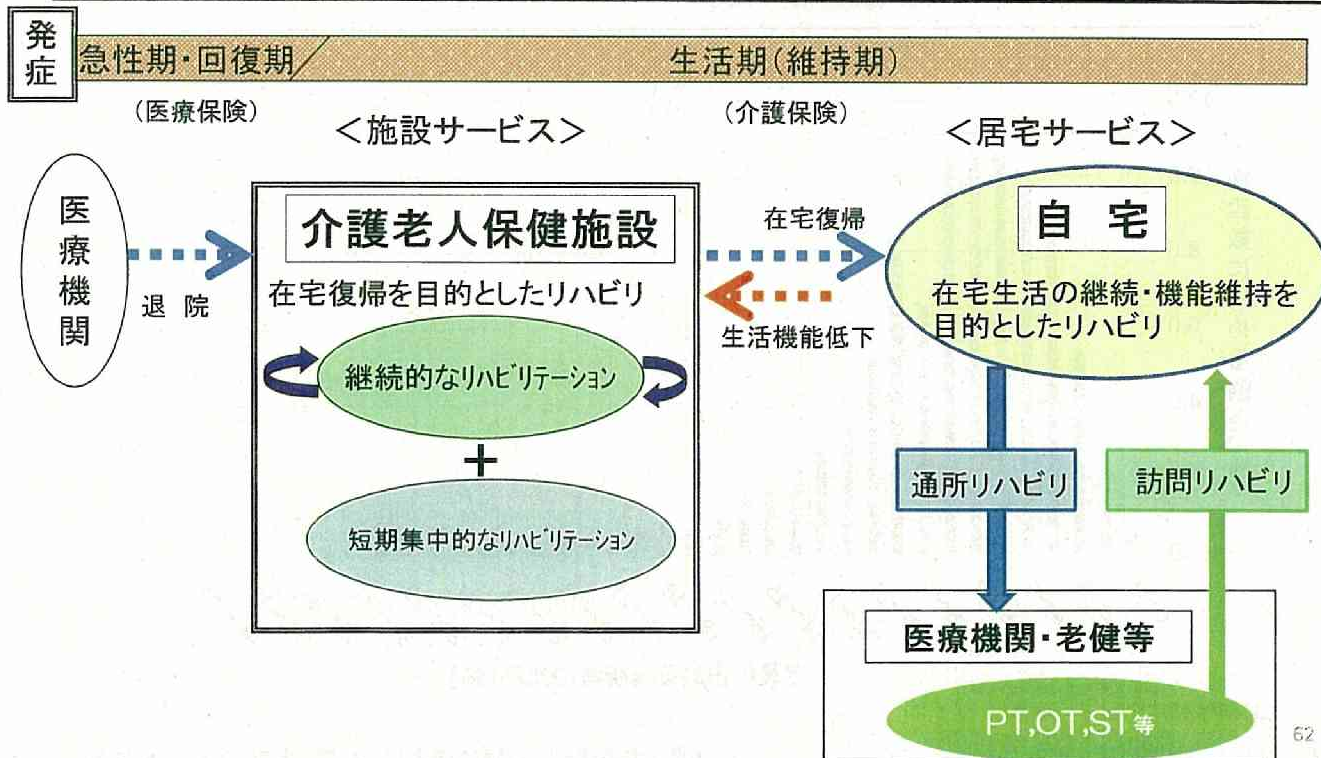
61

### 介護老人保健施設におけるリハビリテーションについて

(基本方針)

第一条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

※介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号)

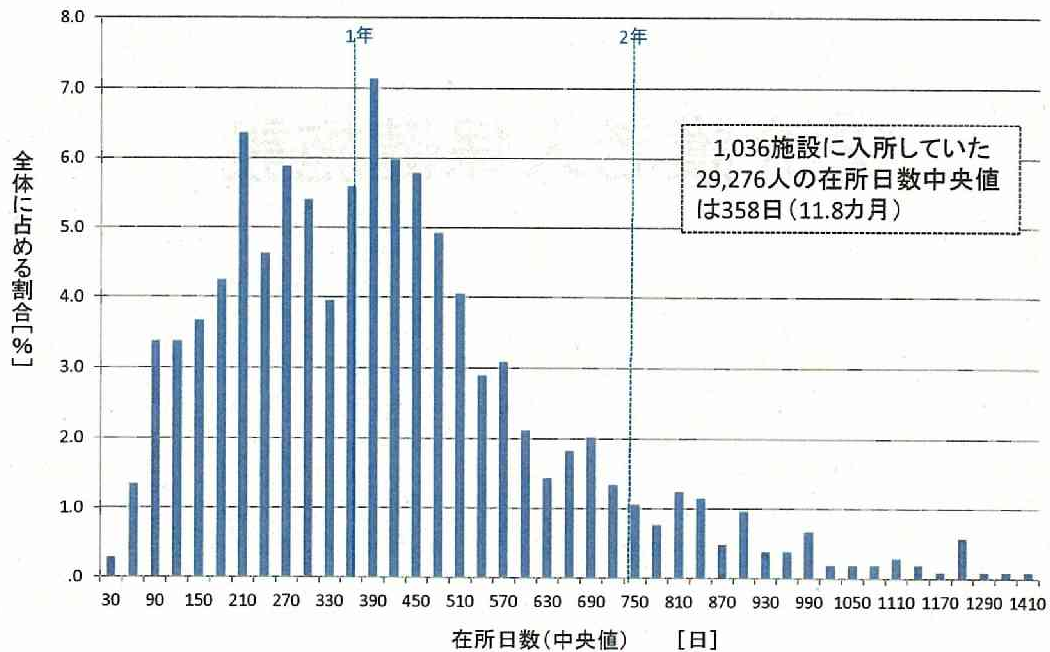


62

# 介護老人保健施設の在所要日数

- 介護老人保健施設の入所者の在所要日数の中央値は全体で358日であった。
- 在所要日数の中央値が2年以上である施設は1割程度であった。

図：施設当たりの在所要日数(中央値)の分布



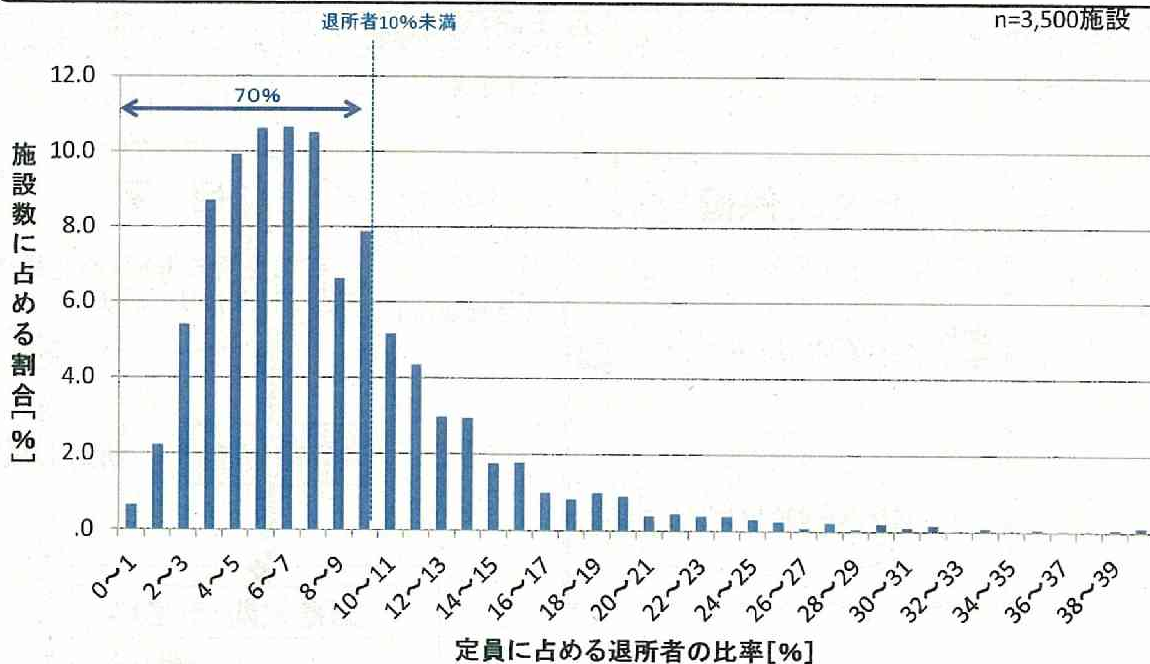
出典：平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設と介護施設の利用者に関する横断調査」

63

## 退所の状況について

### 1. 定員に占める退所者の状況

- 介護老人保健施設から退所した者の施設定員に占める割合は、一月あたり10%未満である施設が約7割を占めた。



注)横軸の標記:A以上~B未満

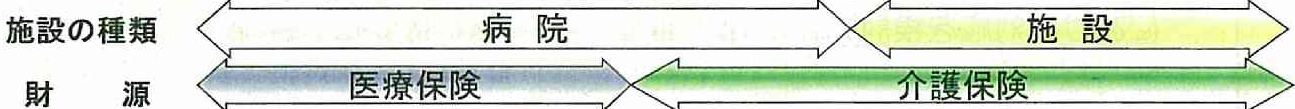
出典：「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調

64

### ③介護療養型医療施設

#### 医療療養病床・介護保険施設について

	(参考) 一般病床	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健 施設	(従来型の) 老人保健 施設
ベッド数	約137万床	約26万床	約8万床	約5,000床※ <sup>4</sup> (H20.5創設)	約31万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当 たり費用額※ <sup>1</sup> (H21改定後)	(※ <sup>2</sup> )	約49万円	約41.6万円	約37.2万円※ <sup>3</sup>	約31.9万円
人員配置 (100床当たり)	医師 6.25人 看護職員 34人	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員18人 介護職員18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人



※1 多床室 甲地 要介護5の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。

※2 算定する入院料により異なる。

※3 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

※4 平成23年9月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

# 介護療養病床に関する実態調査結果

○ 介護療養病床と医療療養病床の機能分化が進んでいる。

図1. 介護療養病床と医療療養病床の機能分化(年次推移)

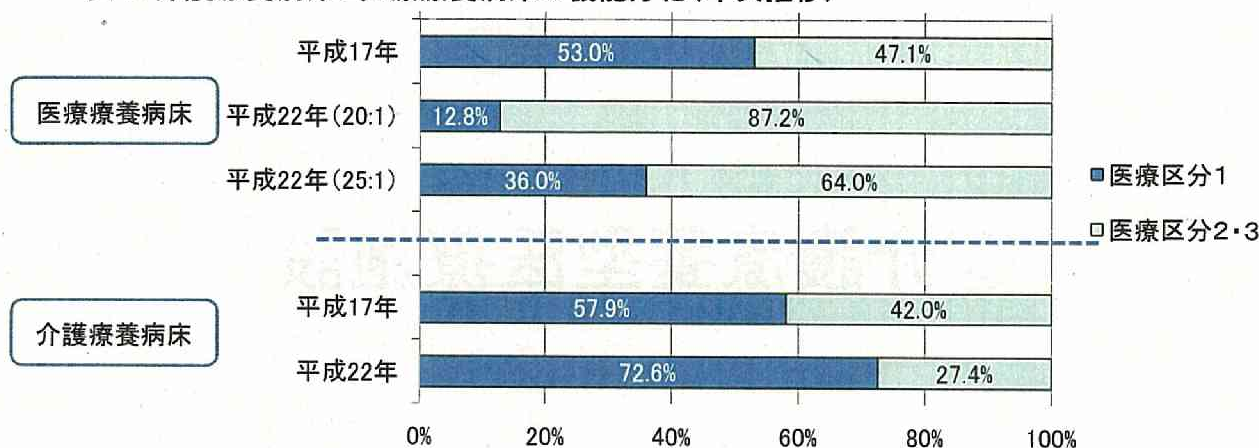
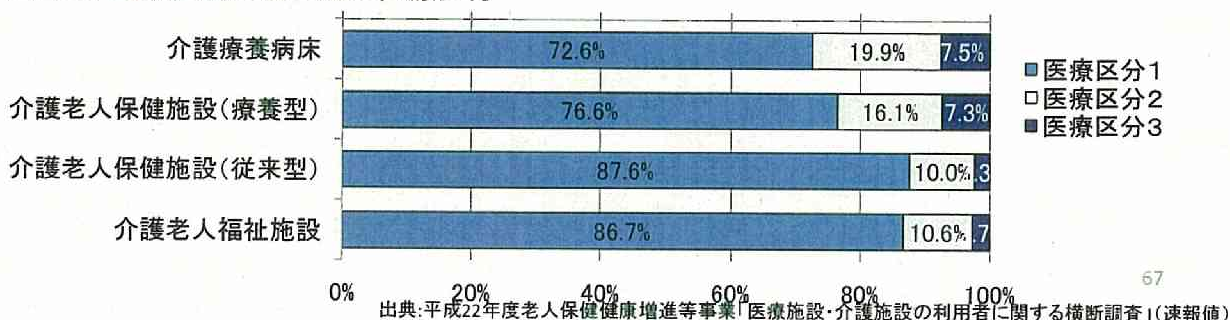


図2. 介護保険施設類型別の医療区分



## 介護療養病床に係る廃止期限の延長について

介護療養病床については、平成23年度までに老人保健施設等へ転換することとしていたが、転換が進んでいない現状を踏まえ、先の通常国会において成立した介護保険法等の一部改正法により、以下の措置が講じられた。

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる（平成24年度介護報酬改定における対応を検討）。

# 参考

## 社会保障・税一体改革が目指す医療・介護のサービス提供体制

～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。

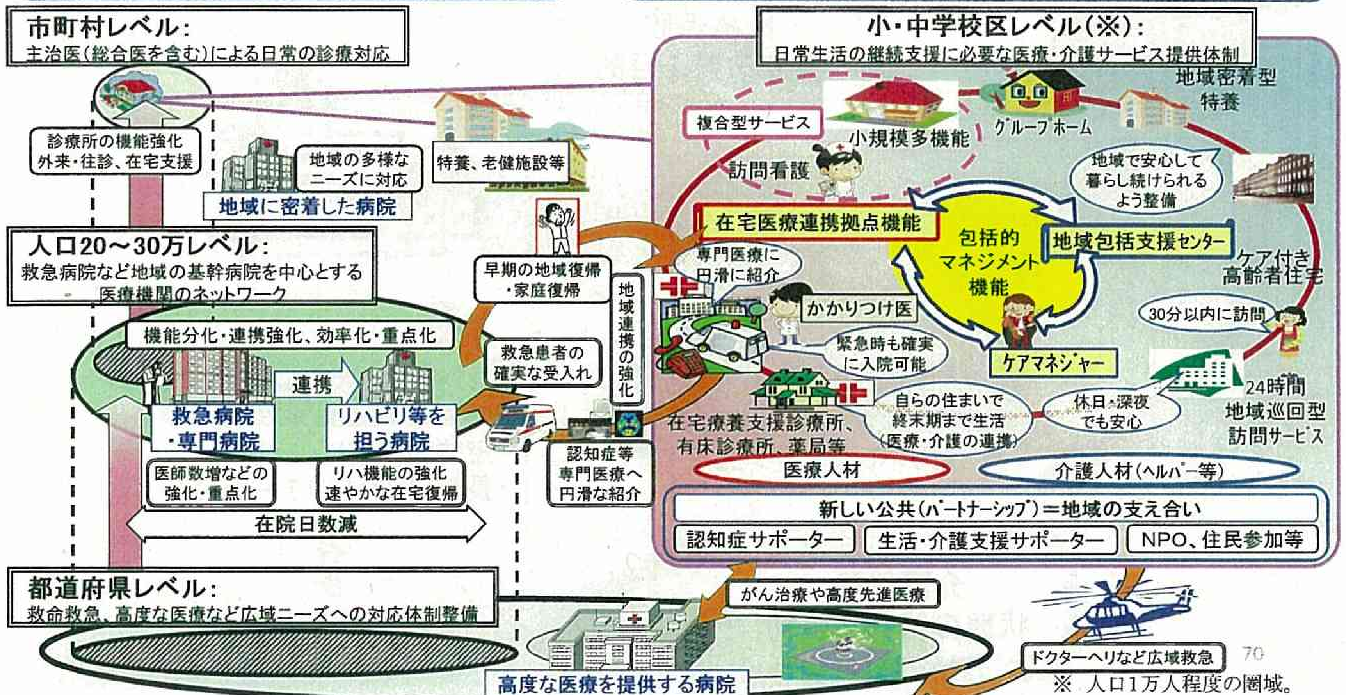
○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

### 医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

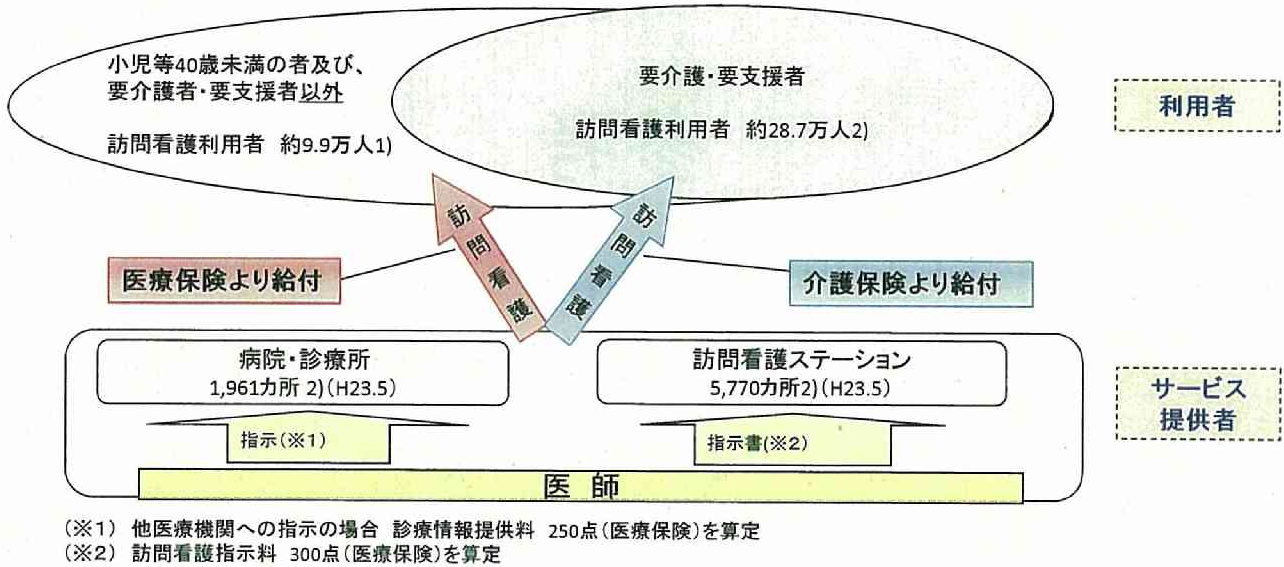
### 地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



# 訪問看護とは

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



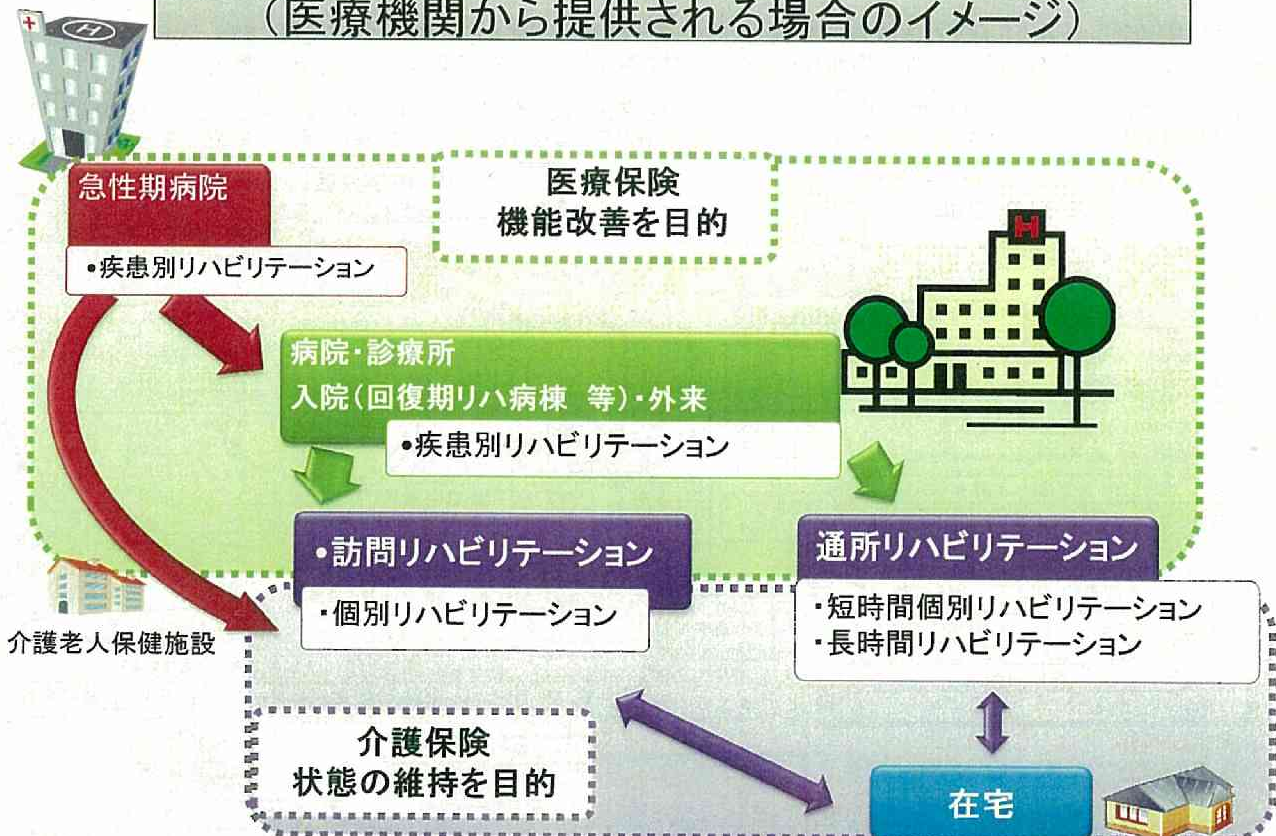
(出典)1)保険局医療課調べ(平成23年)

2)介護給付費実態調査(平成23年5月審査分)

71

# リハビリテーション

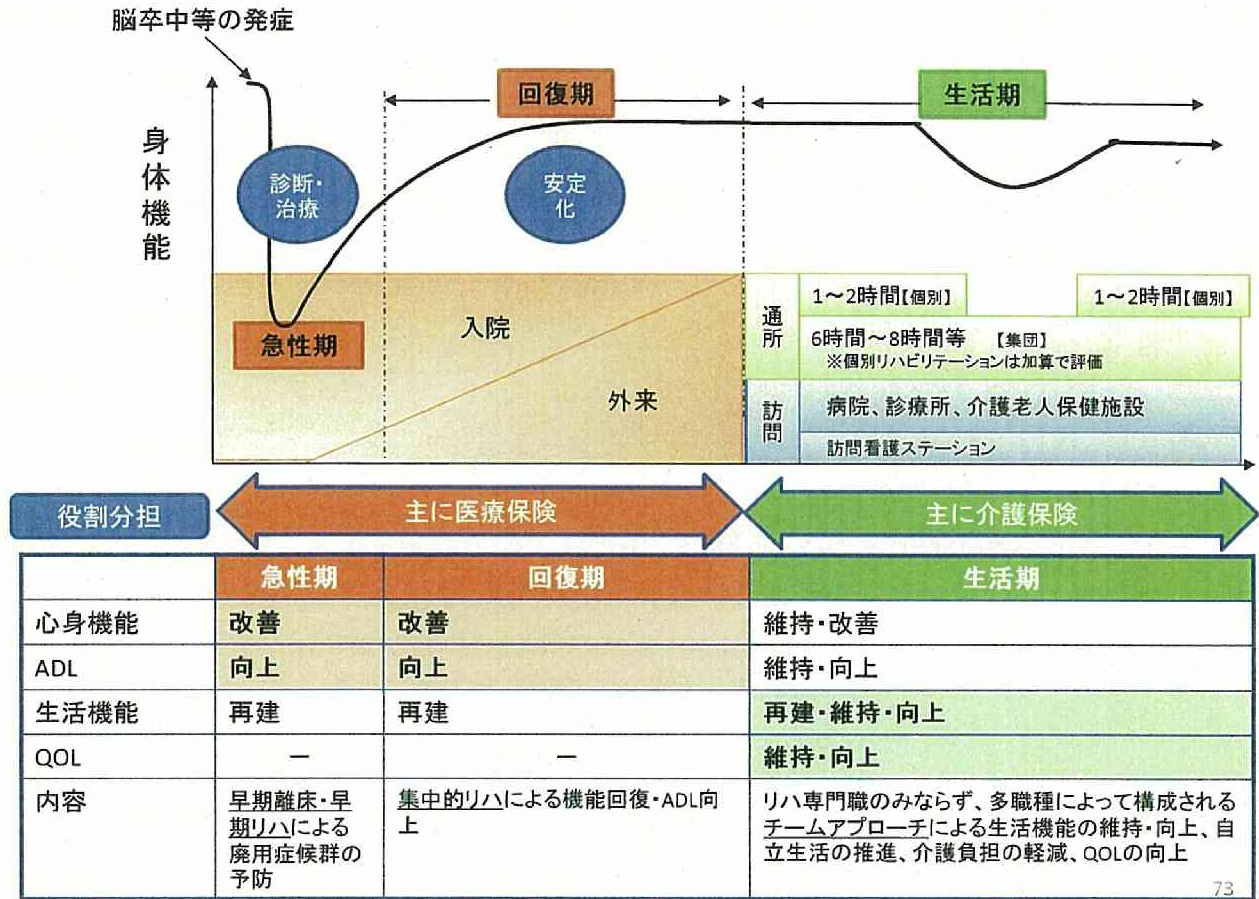
## リハビリテーションに関する医療と介護の連携 (医療機関から提供される場合のイメージ)



72



# リハビリテーションの役割分担



(資料出所)日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成