

第6回 厚生労働省版提言型政策仕分け

日時：平成24年7月6日（金） 14:00~15:00

場所：厚生労働省専用第12会議室（12階）

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

- (1) 「医療・介護の連携」の提言について
- (2) 「製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施」の提言について
- (3) その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

(1) 医療・介護の連携

資料1：施策シート（医政局・老健局・保険局提出）

資料2：論点シート（事業仕分け室提出）

資料3：前回委員より指摘のあった事項について

(2) 製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施

資料4：施策シート（医政局・医薬食品局・保険局提出）

資料5：論点シート（事業仕分け室提出）

資料6：前回委員より指摘のあった事項について

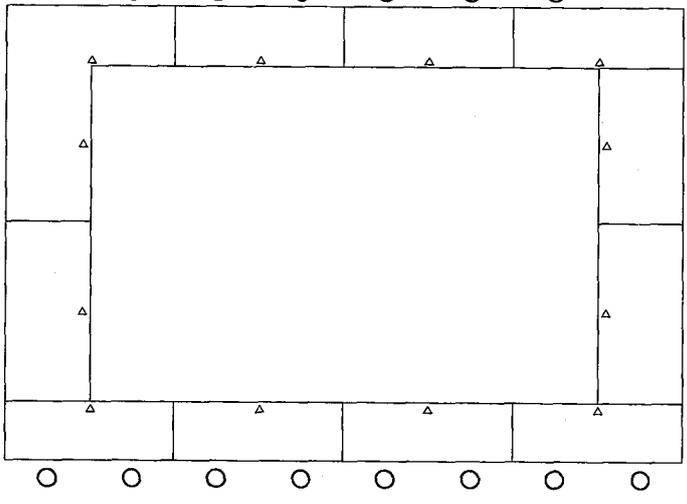
第6回 厚生労働省版提言型政策仕分け

平成24年7月6日(金)
14:00~15:00
厚生労働省
専用第12会議室

速記

チーム員

- 看株
護式
ス会
テ社
秋ケ
山シ
正ョ
取ン
締ズ
役代
問表
訪十
問字
問訪
- 獨協
阿大
部学
部經
正濟
教学
浩部
授教
浩授
- 生活
リ経
ア濟
和ア
泉カ
昭ウ
子ナ
トセ
トラス
トラス
- 元学
中校
法人
ホ中
ンダ
学園
常務
理事
- 埼玉
医科
宮大
山学
徳部
司特
司任
司教授
- 学
習院
大
学
脳
坂
学
部
教授



説明者

傍聴席

事業仕分け事務局

- 小
西
総
(事
大
- 宮
村
括
業
臣
(老
- 山
副
審
分
房
局
- 大
大
議
室
企
併
- 臣
大
官
長
画
任

- 大
(
大
政
大
- 臣
会
政
臣
- 官
計
策
官
- 房
統
策
房
- 参
担
括
企
- 事
担
官
画
- 当
当
価
官
- 官
官
官
官

事業仕分け事務局

出入り口

提言型政策仕分け
医療・介護の連携

平成24年6月29日

厚生労働省

医政局・老健局・保険局

在宅医療・介護の推進について

— 在宅医療・介護あんしん2012 —

施策シート1

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。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳（世界1位）、男性80歳（同2位）を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

- 国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、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、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■ 24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】

○ 予算での対応

- ・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進

○ 制度的対応

- ・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示（24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画）
- ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中

○ 診療報酬・介護報酬

- ・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

施策シート2(医政局・老健局・保険局)

施策／事業名	医療と介護の連携推進
担当部局	医政局／老健局／保険局
主な関係法令	医療法 介護保険法 健康保険法 等
主な審議会	医療部会 / 医療計画の見直し等検討会 介護保険部会 介護給付費分科会 中央社会保険医療協議会
主な計画 (閣議決定等)	1) 医療計画 (在宅医療の体制構築に係る指針を都道府県宛に発出:平成24年3月30日) 2) 介護保険事業(支援)計画 (第5期計画(平成24~26年度)の策定に係る指針を告示:平成24年3月29日)
施策／事業目的 (ミッション／何のために)	1) 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化する 2) 高齢者が住み慣れた地域で、できる限り生活を継続できるよう、地域包括ケアの体制を整備する。
施策／事業目標 (ターゲット／どこまで)	1) 国民が安心して良質な医療を受けることができる体制を整備する。 2) 医療計画と介護保険事業(支援)計画について、お互いの連携を考慮しつつ、都道府県や市町村が達成すべき目標や施策等を記載することにより、それぞれの実効性が高まるよう促す

施策シート3(医政局・老健局・保険局)

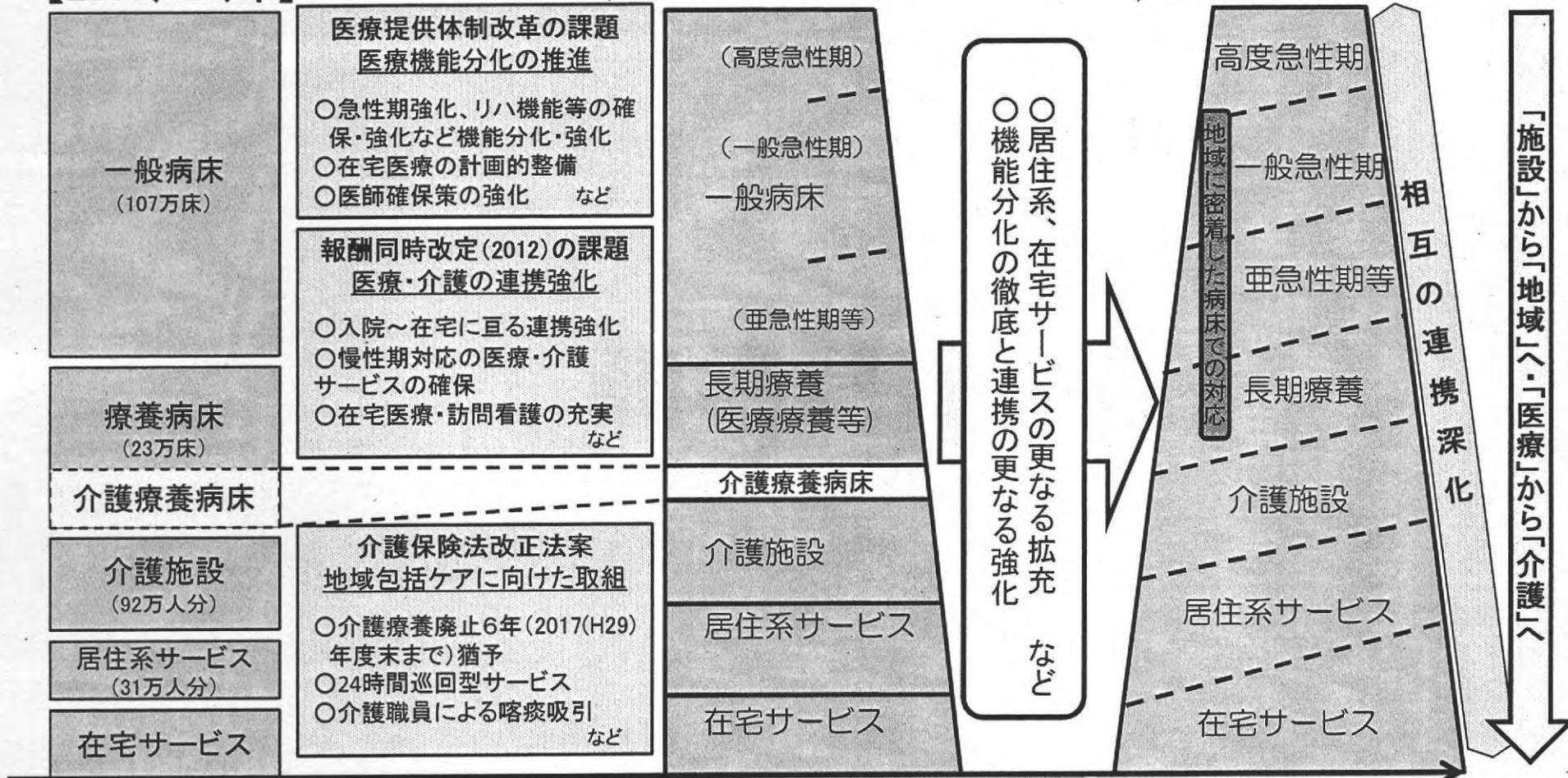
主要な制度／事業		
名称	制度／事業概要	予算額
在宅医療連携拠点事業	○ 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。	108,594千円 (H23年度) 2,058,240千円(H24年度) (内訳) ・日本再生重点化措置] 1,010,112千円 ・東日本大震災復興特別会計] 1,048,128千円
在宅チーム医療を担う人材育成事業	○ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていくための研修を実施する	108,717千円 (H24年度)
地域包括支援センターの運営	○ 地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とし市町村が設置(4,224ヶ所)	48,643,772千円 (H24年度) (地域支援事業交付金の内数)
地域ケア多職種協働推進等事業	○ 地域包括支援センターにおいて「地域ケア会議」を開催する上で、専門的な人材不足等市町村単独での推進が困難な事項について、都道府県・指定都市が広域的に支援する事業	767,400千円 (H24年度)
平成24年度診療報酬改定	○ 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及び在宅医療等の充実を重点課題とし、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進、看取りに至るまでの医療の充実、訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携などを図った。	
平成24年度介護報酬改定	○ 診療報酬との同時改定の機会に、入退院時の情報共有を促進するなど、医療と介護の機能分担・連携を推進した。	
これまでに指摘されている課題	<在宅医療連携拠点事業> 地域包括支援センターとの連携のありかたに関する整理	

参考資料

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】

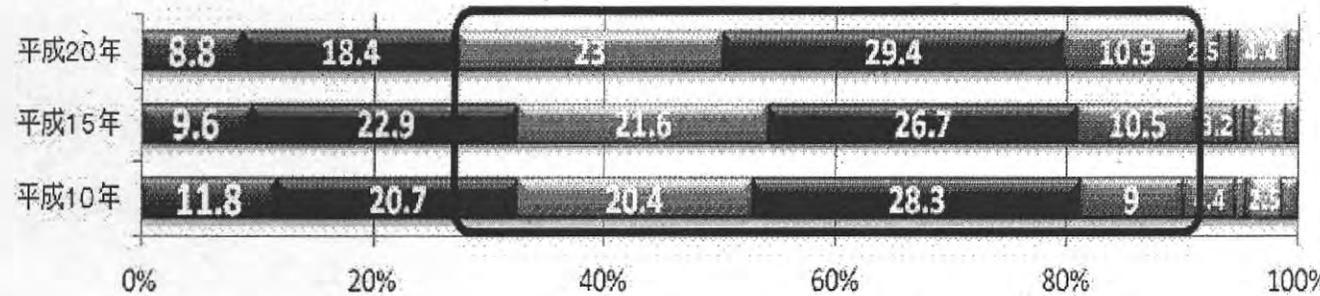


医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

在宅医療の現状

○ 多くの国民が自宅での療養を望んでいる

■ 終末期の療養場所に関する希望



- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- 自宅療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療が受けたい
- 老人ホームに入所したい
- 分からない

- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療が受けたい
- その他
- 無回答

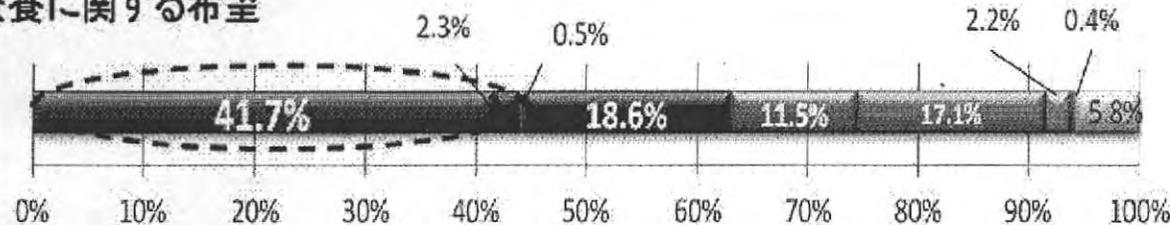
○ 調査対象及び客体
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

○ 調査の方法
 郵送法

○ 回収数
 2,327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



- 自宅介護してほしい
- 子どもの家で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 介護老人保健施設を利用したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- 民間有料老人ホーム等を利用したい
- その他
- 分からない

○ 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

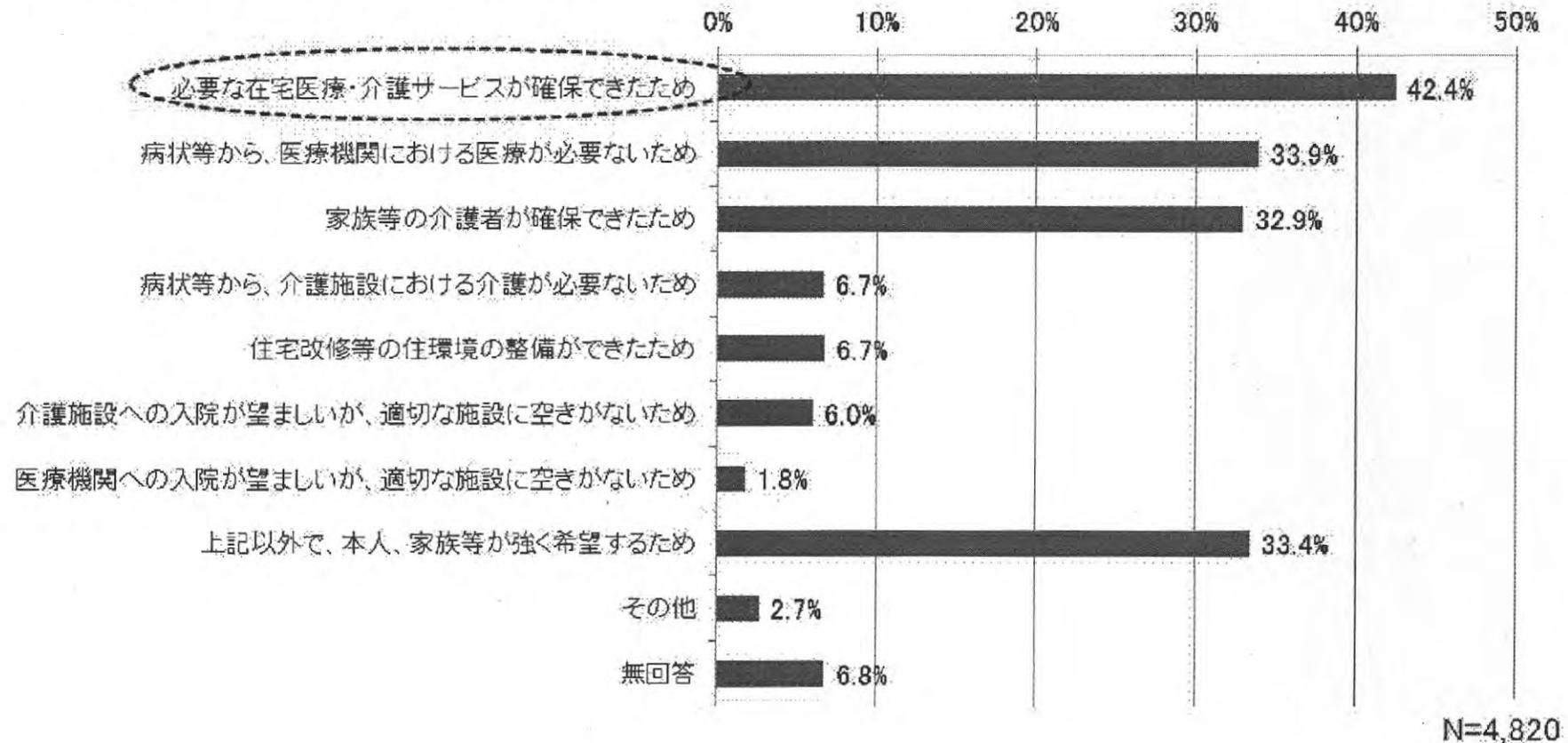
○ 標本抽出方法
 層化二段無作為抽出法

○ 回収数
 3,157人(回収率63.1%)

在宅医療の現状

○ 必要な在宅医療・介護サービスが確保されたため、在宅療養を選択できたという回答が最も多い。

【在宅療養患者が在宅を選択した理由】



※在宅療養を行う患者について医療機関が確認したデータ

出典:「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

1. 在宅チーム医療を担う人材育成

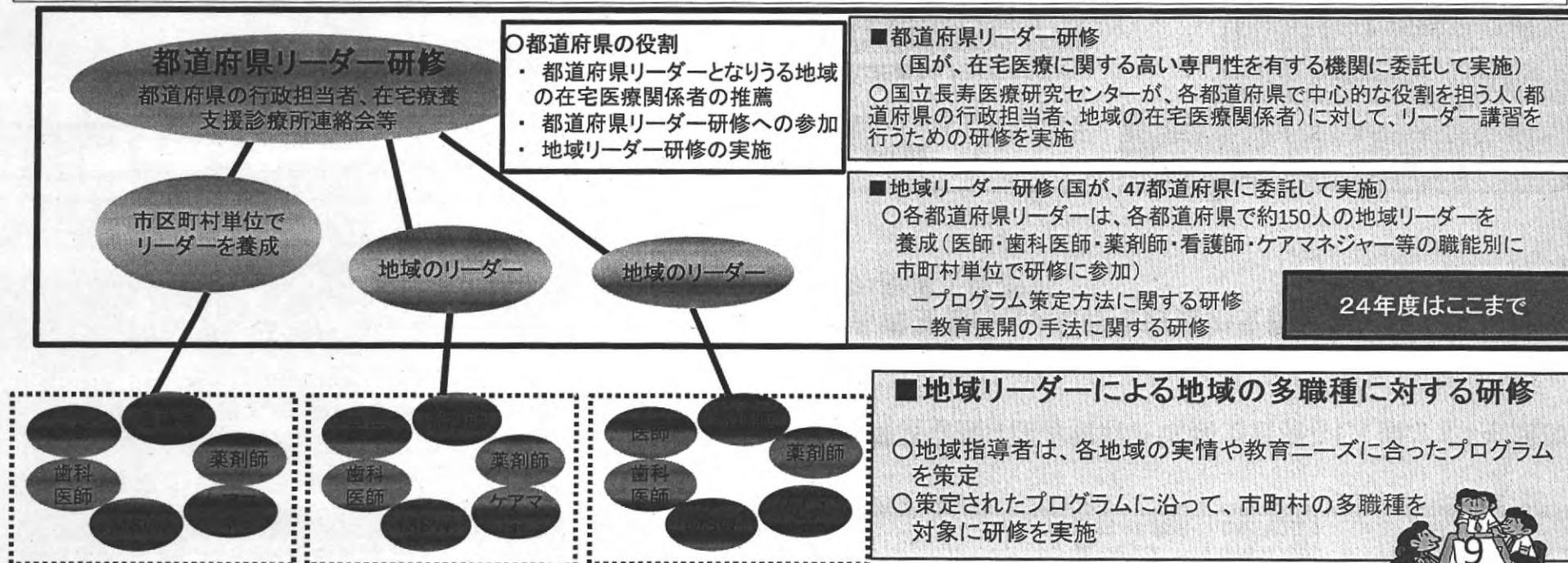
24年度予算 109百万円

■多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、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)



在宅医療連携拠点事業

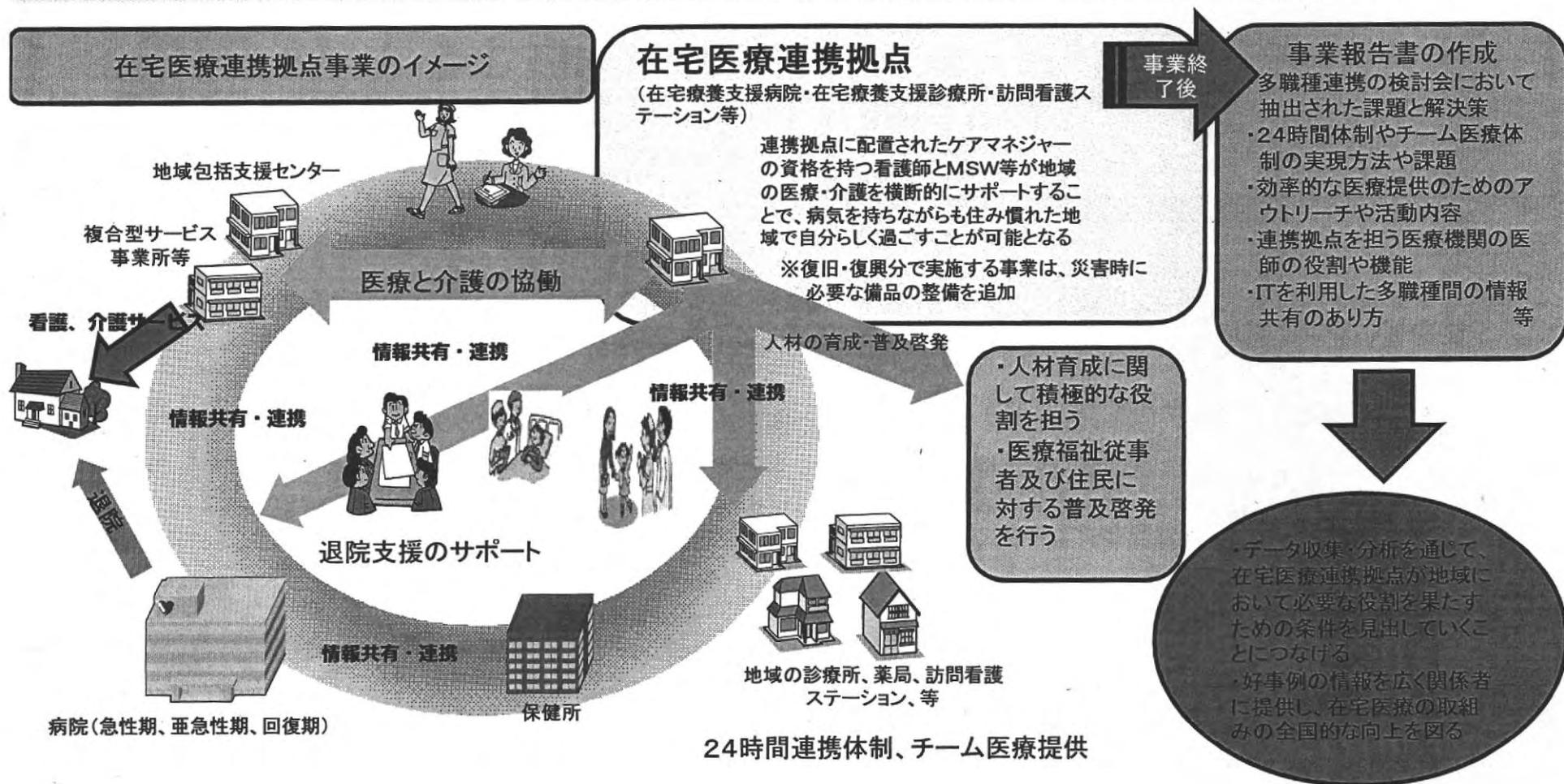
24年度予算 2,058百万円 (H23 109百万円)

重点化分 1,010百万円

復旧・復興分 1,048百万円

■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。



在宅医療連携拠点事業のイメージ

在宅医療連携拠点

(在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等)

連携拠点に配置されたケアマネジャーの資格を持つ看護師とMSW等が地域の医療・介護を横断的にサポートすることで、病気をもちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごすことが可能となる

※復旧・復興分で実施する事業は、災害時に必要な備品の整備を追加

事業終了後

事業報告書の作成

- 多職種連携の検討会において抽出された課題と解決策
- 24時間体制やチーム医療体制の実現方法や課題
- 効率的な医療提供のためのアウトリーチや活動内容
- 連携拠点を担う医療機関の医師の役割や機能
- ITを利用した多職種間の情報共有のあり方 等

- 人材育成に関して積極的な役割を担う
- 医療福祉従事者及び住民に対する普及啓発を行う

- データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を見出していくことにつなげる
- 好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取組みの全国的な向上を図る

24時間連携体制、チーム医療提供

在宅医療連携拠点が行う事業

1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

- ・地域の在宅医療に関わる多職種(病院関係者・介護従事者等も含む)が一堂に会する場を設定する(年4回以上)。そのうち一回は、各地域の行政担当官及び各関連施設の管理者が参加する会合を設定する。

2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

- ・24時間対応の在宅医療提供体制の構築
 - －24時間対応が困難な診療所、保険薬局及び小規模ゆえ緊急時や夜間・休日対応の困難な訪問看護ステーション等が在宅医療を提供する際、その負担を軽減するため、各々の機関の連携により、互いに機能を補完する体制を構築する。
- ・チーム医療を提供するための情報共有システムの整備
 - －異なる機関に所属する多職種が適宜、患者に関する情報を共有できる体制を構築する。

3) 効率的な医療提供のための多職種連携

- ・連携拠点に配置された介護支援専門員の資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・福祉・保健資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、様々な支援を包括的かつ継続的に提供しよう関係機関に働きかけを行う。

4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発

- ・在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるためのフォーラムや講演会等の開催やパンフレットの発行を通して、在宅医療の普及を図る。

5) 在宅医療に従事する人材育成

- ・連携拠点のスタッフは、多職種協働による人材育成事業の研修のいずれかに参加し、都道府県リーダーまたは地域リーダーとして、在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与すること。

「医療計画の見直しについて」 ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

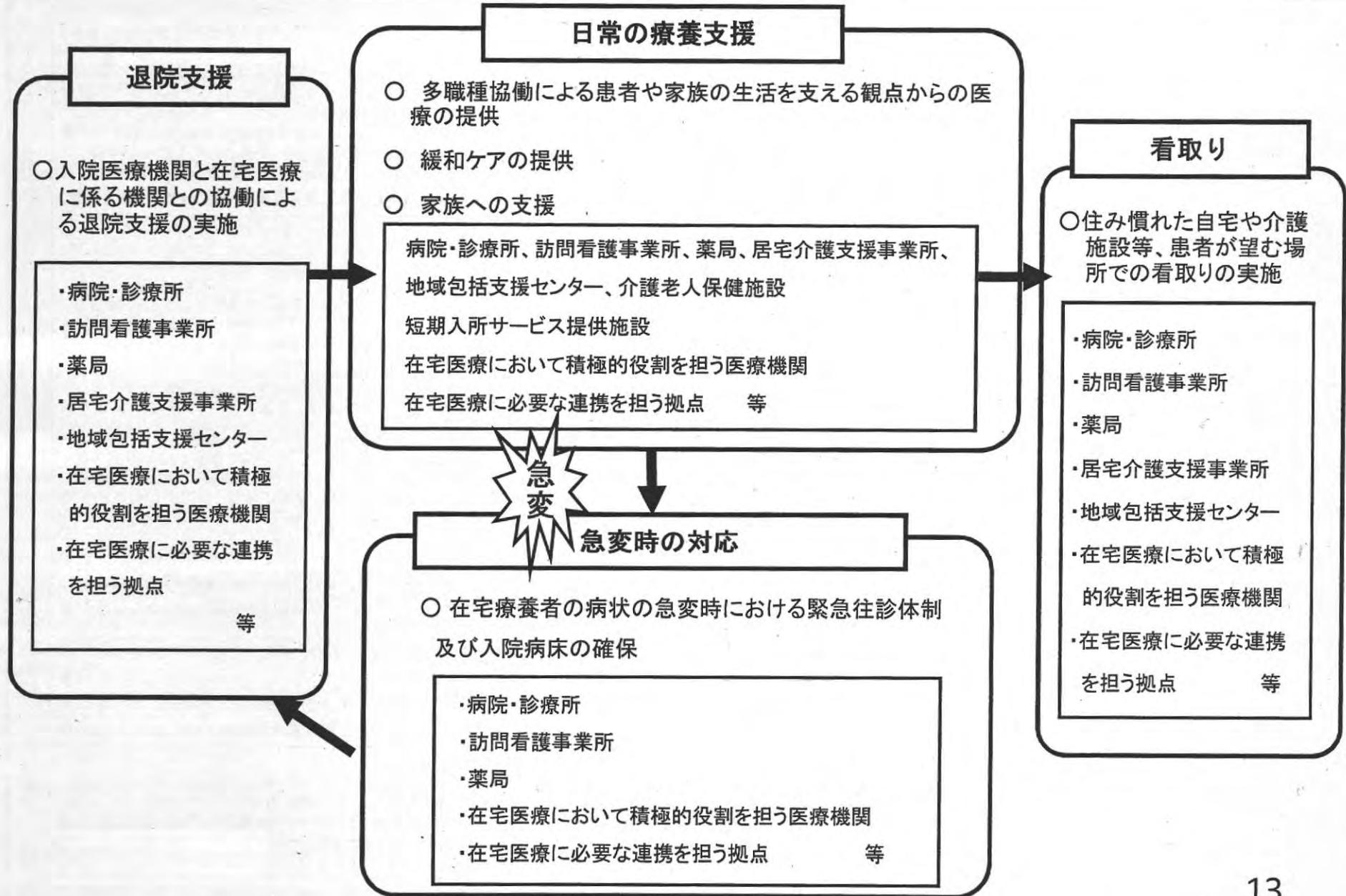
○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

在宅医療の体制



在宅医療の体制

体制	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること 	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
関係機関の例	<ul style="list-style-type: none"> ●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点 <small>※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。</small>	<ul style="list-style-type: none"> ●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●介護老人保健施設 ●短期入所サービス提供施設 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点 	<ul style="list-style-type: none"> ●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点 	<ul style="list-style-type: none"> ●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点
求められる事項（抄）	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるよう調整すること ●高齢者のみでなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保すること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること ●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと ●重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること
	<p>【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時における診療の支援を行うこと ●卒後初期臨床研修制度（歯科の場合、卒後臨床研修制度）における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護や家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること 		<ul style="list-style-type: none"> ●入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受け入れを行うこと ●災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと 	
	<p>【在宅医療に必要な連携を担う拠点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること ●質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること 		<ul style="list-style-type: none"> ●地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと ●在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること 	

平成24年度介護報酬改定のポイントについて

地域包括ケアの推進

1. 在宅サービスの充実と施設の重点化

中重度の要介護者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるようなサービスの適切な評価及び施設サービスの重点化。

- ・日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービスの創設(新サービス)
- ・複合型サービス(小規模多機能+訪問看護)の創設(新サービス)
- ・緊急時の受入の評価(ショートステイ)
- ・認知症行動・心理症状への対応強化等(介護保険3施設)
- ・個室ユニット化の推進(特養、ショートステイ等)
- ・重度化への対応(特養、老健、グループホーム等) 等

2. 自立支援型サービスの強化と重点化

介護予防・重度化予防の観点から、リハビリテーション、機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価及び重点化。

- ・訪問介護と訪問リハとの連携の推進
- ・短時間型通所リハにおける個別リハの充実(通所リハ)
- ・在宅復帰支援機能の強化(老健)
- ・機能訓練の充実(デイサービス)
- ・生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付) 等

3. 医療と介護の機能分担・連携

診療報酬との同時改定の機会に、医療と介護の機能分担・連携を推進。

- ・入院・退院時の情報共有や連携強化(ケアマネジメント、訪問看護等)
- ・看取りの対応の強化(グループホーム等)
- ・肺炎等への対応の強化(老健)
- ・地域連携パスの評価(老健) 等

4. 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ・介護職員処遇改善加算の創設
- ・人件費の地域差の適切な反映
- ・サービス提供責任者の質の向上 等

在宅医療の充実

医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

➤医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

- ・緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- ・在宅時医学総合管理料の引き上げ
- ・在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
- ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

【現行】 <機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例改定後>

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点

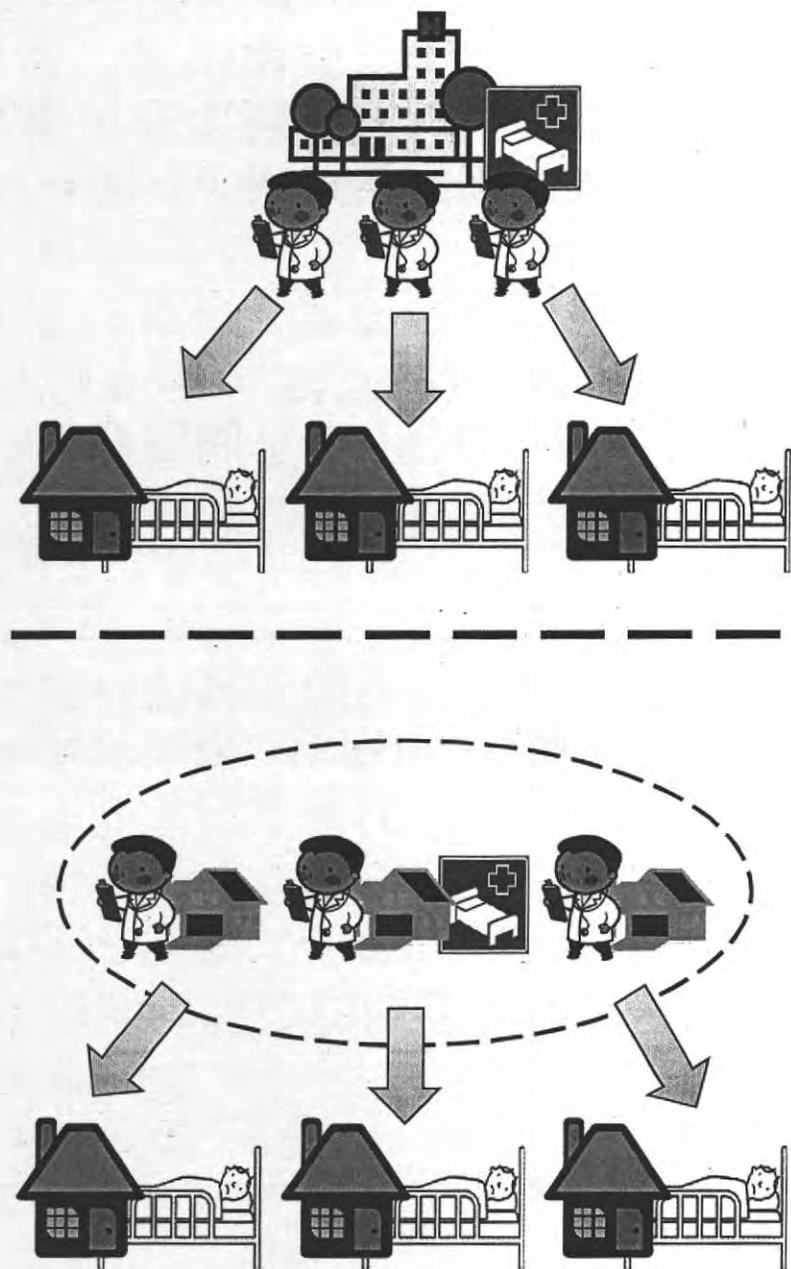


往診料 緊急加算	850点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	5,000点
在宅患者緊急入院診療加算	2,500点
(新) ターミナルケア加算	6,000点
(新) 看取り加算	3,000点

在宅緩和ケアの充実

➤緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)



- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
 - ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合
- をともに評価。
さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

訪問看護の充実

医療ニーズの高い患者への対応

訪問看護の訪問回数や対象の制限等について、要件の緩和を行い、増加しつつある医療ニーズの高い患者に対する訪問看護の充実を図る。

- ▶ 訪問看護を週4日以上提供できる対象の拡大
- ▶ 退院直後、外泊日、退院当日の訪問看護を評価
- ▶ 月13回以上の訪問看護に係る訪問看護管理療養費の算定対象の拡大

効率的かつ質の高い訪問看護の推進

看護補助者との同行訪問及び専門性の高い看護師との同一日の訪問看護の評価を行い、効率的かつ質の高い訪問看護の推進を図る。

(新) 複数名訪問看護加算 300点 (訪問看護療養費3,000円)

- ▶ 専門性の高い看護師による訪問の評価(褥瘡ケア又は緩和ケア^(※))
- (新) 在宅患者訪問看護・指導料(専門の研修を受けた看護師) 12,850円
- (新) 訪問看護基本療養費 (専門の研修を受けた看護師) 1,285点
- ▶ 長時間訪問看護の対象拡大: 超重症児・準超重症児等

(※) 緩和ケアについては、スライド16再掲

3. 医療と介護の連携・機能分担

○入院・退院時の情報共有や連携強化

【ケアマネジメント】

①医療連携加算の見直し

医療連携加算 150単位/月 ⇒ 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月<病院又は診療所に訪問する場合>
入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月<病院又は診療所に訪問しない場合>

②退院・退所加算の見直し

退院・退所加算(Ⅰ) 400単位/月 ⇒ 退院・退所加算 300単位/回<入院等期間中に3回まで算定可能>
退院・退所加算(Ⅱ) 600単位/月

③緊急時等居宅カンファレンス加算の創設

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合

緊急時等居宅カンファレンス加算(新規) ⇒ 200単位/回<1月に2回を限度として算定可能>

【訪問看護、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス】

④医療機関と共同した退院支援の評価

医療機関等からの退院後に、円滑に訪問看護が提供されるよう、入院中に訪問看護ステーション等の看護師等が医療機関と共同し、在宅での療養上必要な指導を行った場合の評価

退院時共同指導加算(新規) ⇒ 600単位/回

○肺炎等への対応の強化(介護老人保健施設)

入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎や尿路感染症などの疾病を発症した場合における施設内での対応について評価する。

所定疾患施設療養費(新規) ⇒ 300単位/日<1回につき7日間を限度>

○地域連携パスの評価(介護老人保健施設)

大腿骨頸部骨折及び脳卒中について、地域連携診療計画に係る医療機関から利用者を受け入れた場合について評価する。

地域連携診療計画情報提供加算(新規) ⇒ 300単位/回<入所者1人につき1回を限度>

○看取り対応の強化（単位及び算定要件の見直し）

		特定施設 入居者 生活介護 【看取り介護 加算】	認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人 福祉施設 【看取り 介護加算】	介護老人 保健施設 【ターミナル ケア加算】	介護療養型 老人保健施 設 【ターミナル ケア加算】	訪問看護（※） 【ターミナル ケア加算】
算定期間	死亡日	—	80単位/日	1,280単位/日	315単位/日	315単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日			680単位/日			
	死亡4日～14日前			80単位/日	200単位/日	200単位/日	
	死亡15日～30日前						

改定後

算定期間	死亡日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,650単位/日	1,700単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日	680単位/日	680単位/日	680単位/日	820単位/日	850単位/日	
	死亡4日～30日前	80単位/日	80単位/日	80単位/日	160単位/日	160単位/日	
算定要件に係る 主な見直し		夜間看護体制 加算の算定が必 要	「共同して介護を行う 看護師は、当該事業所 の職員又は当該事業所 と密接な連携を確保でき る範囲内の距離にある 病院・診療所・訪問看護 ステーションの職員に限 る。」との規定を追加	—	—	「入所している施 設又は当該入所 者の居室におけ る死亡に限る」 との規定を削除 【要件緩和】	「死亡日前14日以内に2 回以上のターミナルケア の実施した場合」との規 定を、「死亡日及び死亡 日前14日以内に2日以 上のターミナルケアの実 施した場合」に変更 【要件緩和】

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスについても同様

（参考）介護老人福祉施設の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、診療報酬において評価を行う。

○介護職員のたんの吸引等の実施（訪問介護、訪問看護、特養）

①訪問介護及び特養における加算の算定要件の見直し

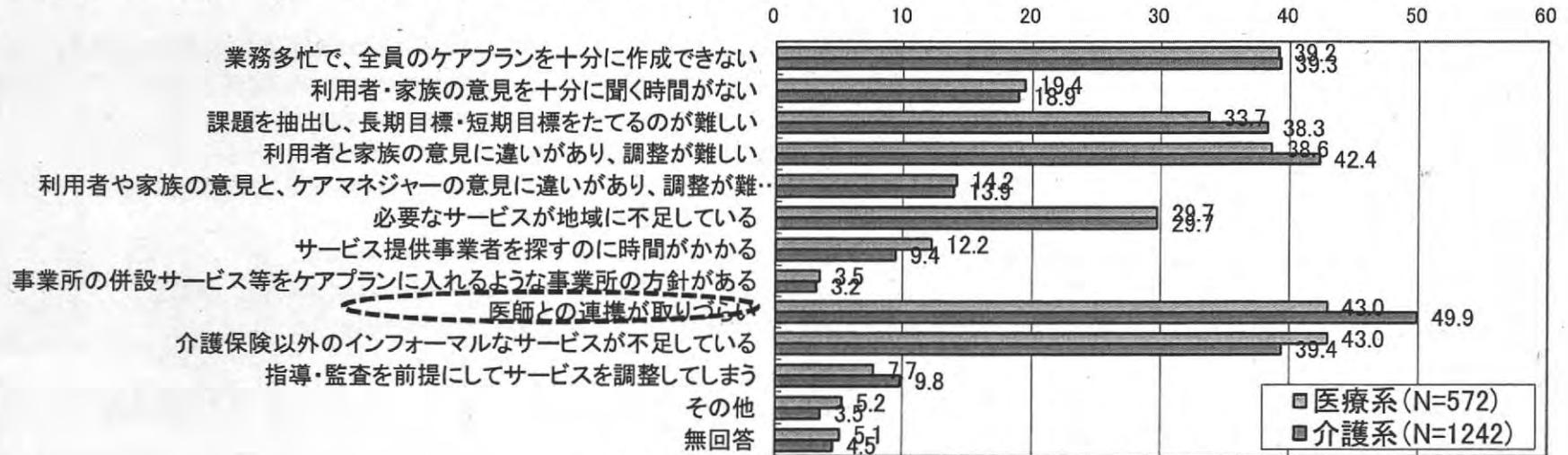
訪問介護における特定事業所加算及び特養における日常生活継続支援加算の算定要件に、たんの吸引等が必要な者を追加

②訪問看護

訪問介護事業所と連携した利用者に係る計画作成の支援等について評価
看護・介護職員連携加算（新規）⇒ 250単位/月

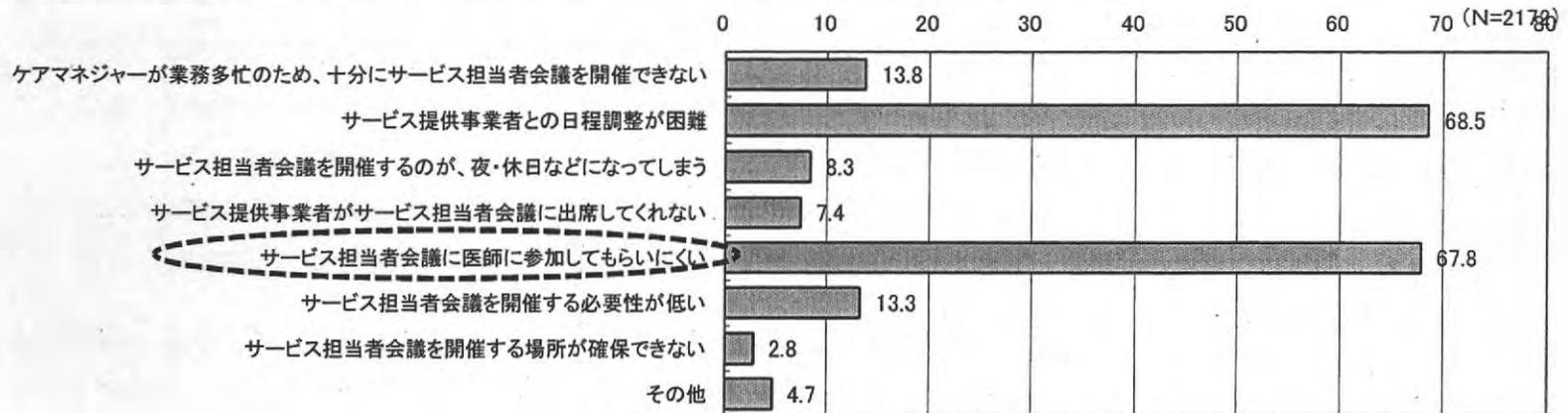
医療と介護の連携の現状

1. ケアマネジャーは医師との連携に困難を感じている



資料出典：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書」
平成21年度老人保健健康増進等事業

2. サービス担当者会議に医師の参加を得るのは難しい



資料出典：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書」
平成21年度老人保健健康増進等事業

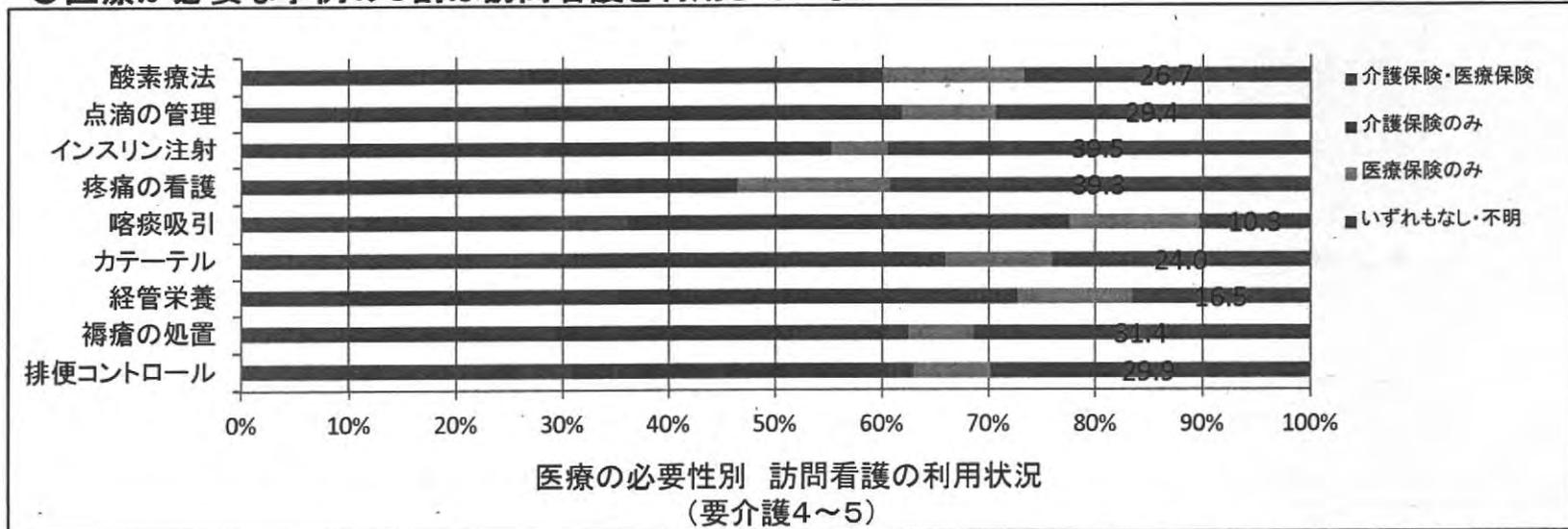
3. 利用者の自立支援に資するケアの提供になっていない

(ケアの質向上のための地域ケア会議が十分機能しているといえない)

●ADL改善可能性の高い事例の7割はリハビリを利用していない



●医療が必要な事例の3割は訪問看護を利用していない



□ 地域ケア多職種協働推進等事業

24年度予算 767,400千円（新規）

■事業の目的

- 地域包括支援センターにおいて「地域ケア会議」を開催する上で、専門的な人材不足等市町村単独での推進が困難な事項について、都道府県・指定都市が広域的に支援することにより、市町村等に設置されている地域包括支援センター等の機能強化を行い、もって地域包括ケアシステムの構築を推進することを目的とする。

■事業の内容

(1) 地域ケア会議等活動支援事業（実施主体：都道府県・指定都市）

ア 広域支援員の派遣

センター等で実施する「地域ケア会議」等の運営支援を担う「広域支援員」について、都道府県等が委嘱、派遣を行う。

（具体的な支援内容）

- ・会議の趣旨・目的の普及
- ・センターの業務評価方法に関する助言
- ・市町村区域を越えた広域的な連絡会議の開催 等

イ 専門職の派遣

センター等で実施する「地域ケア会議」等で助言等を行う専門職（医療職等）について、市町村単独では確保が困難な場合、都道府県等が調整し、派遣を行う。

（具体的な専門職）

- ・医師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、保健所の保健師、弁護士 等

(2) ワンストップ相談支援事業（実施主体：市町村）

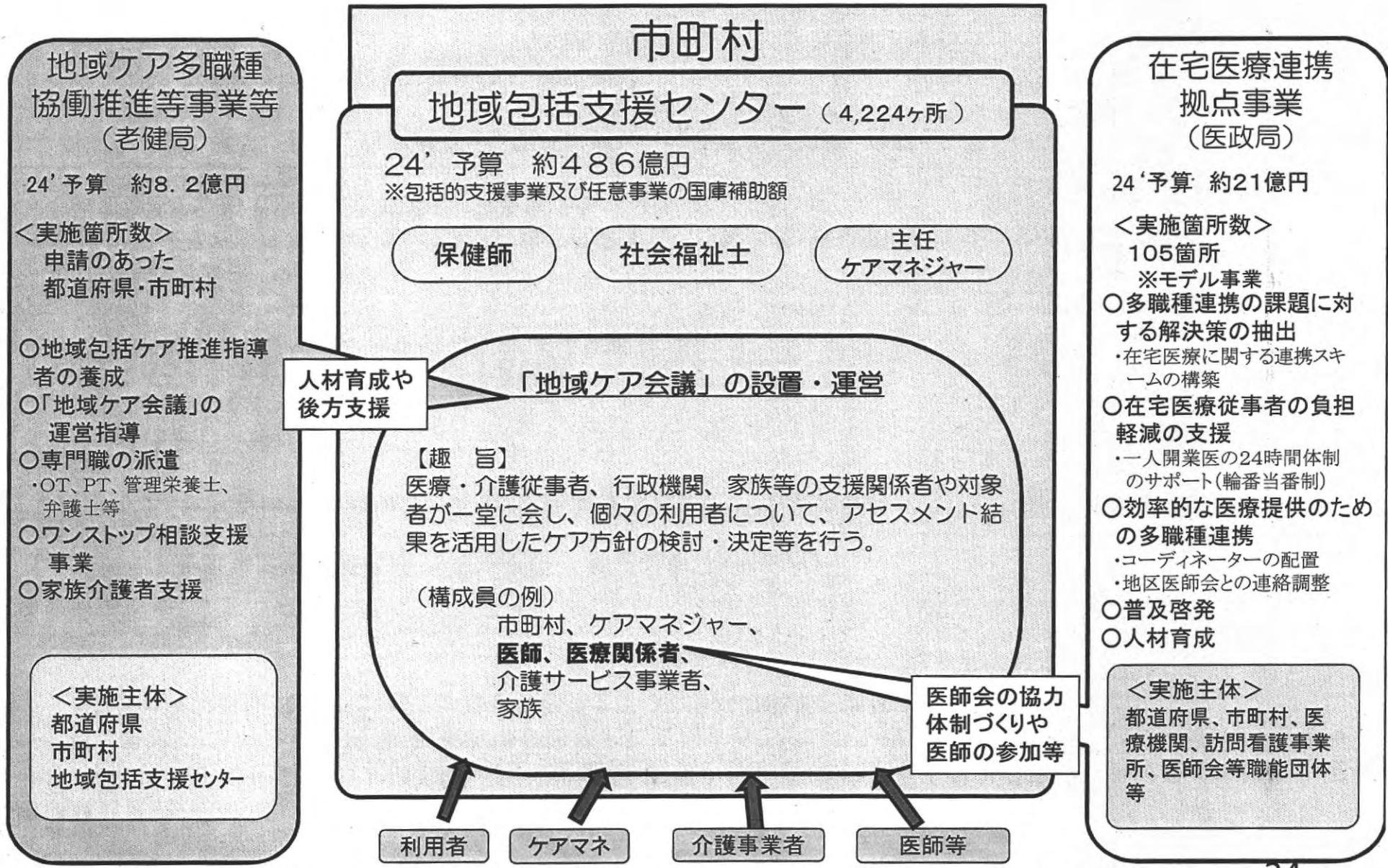
高齢者、障害者、児童等 対象者を問わない包括的なワンストップ相談支援を行う。

(3) 家族介護者総合支援事業（実施主体：市町村）

センター等において家族介護者への相談支援を強化するとともに、家族介護者のレスパイト事業等を行う。

地域包括ケア体制について

(平成24年度予算関係)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携については、地域の実情により柔軟に行うこととする。

医療と介護の連携をさらに推進するための方策

地域包括支援センター

- ・在宅医療連携拠点との連携
- ・ケアマネジャー、介護事業所へのスーパーバイズ
- ・自立支援型ケアマネジメントの推進
- ・地域の社会資源の把握とネットワーク構築 等

市町村(保険者)

- ・医師会等との連携推進
- ・インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用
- ・重症化予防のためのモデル検証 等

都道府県

- ・地域ケア会議への広域支援員、専門職の派遣
- ・地域内で解決できない課題への広域支援
- ・人材育成 等

国

- ・地域ケア会議運営マニュアルの作成
- ・在宅医療連携拠点事業ガイドブックの作成
- ・地域ケア会議推進コーディネーターの育成
- ・在宅医療・介護連携のためのICT活用マニュアルの作成 等

在宅医療連携拠点

- ・地域の医療・介護連携の基盤整備
- ・地域ケア会議への医療職参加の調整
- ・医師会等との調整
- ・在宅医療に関する社会資源の調整及びコーディネート
- ・介護職への医療的助言・支援
- ・多職種による情報共有システムの構築 等

医療機関等

- ・有床診療所、在宅療養支援病院等における重症者の受け入れ促進
- ・在宅療養者の肺炎や尿路感染への対応に関するモデル検証 等