

中央社会保険医療協議会等における議論の状況

1. 社会保障・税一体改革と平成24年度診療報酬改定の経緯
2. 入院医療について
 - ①高度急性期・一般急性期について
 - ②長期療養について
 - ③亜急性期等について
 - ④地域特性について
 - ⑤有床診療所における入院医療について
3. 外来医療について
4. 在宅医療について

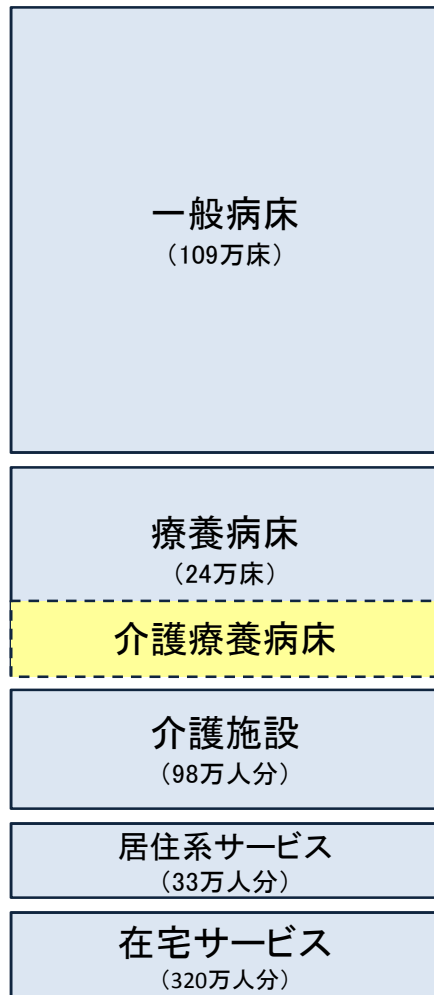
1. 社会保障・税一体改革と平成24年度診療報酬改定の経緯

医療・介護機能の再編（将来像）

中 医 協 総 - 3
2 5 . 3 . 1 3

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します。

【2012(H24)】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

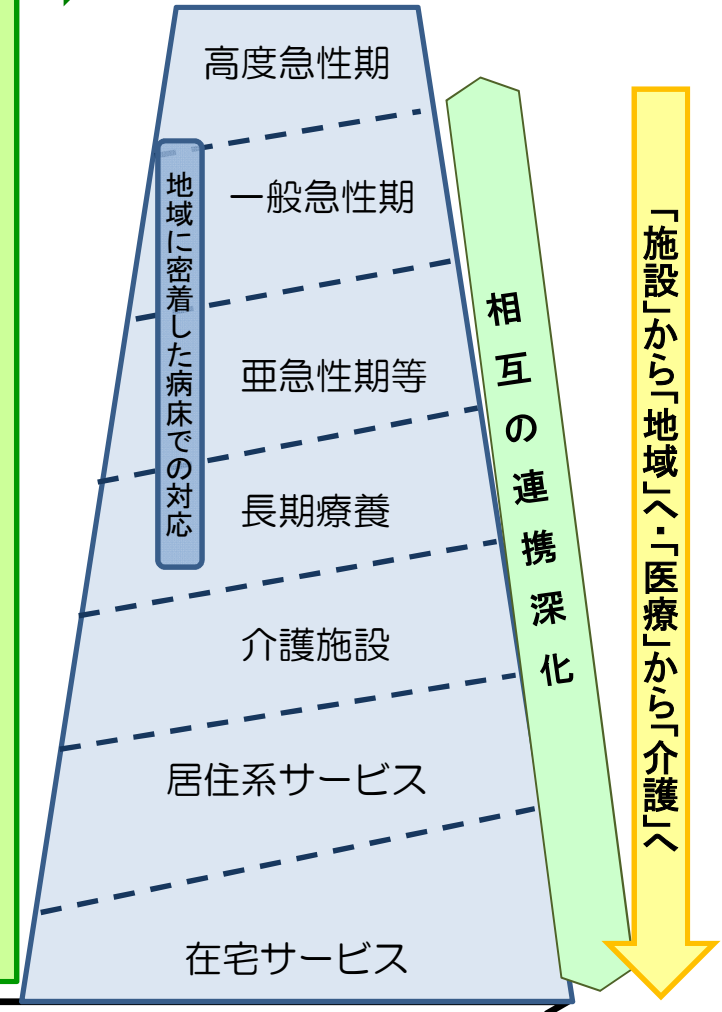
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

改革の方向性

社会保障の充実と重点化と効率化

社会 保 障 制 度 改 革 国 民 会 議
2 5 . 6 . 1 0

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度 - ～1.2兆円程度）

A 充実	～3.8兆円程度	B 重点化・効率化	～1.2兆円程度
【子ども・子育て】 ○ 子ども・子育て支援の充実 ・(例)0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)	0.7兆円程度		
【医療・介護】 ○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～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～ ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度)	～1.4兆円程度	・平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)	▲～0.7兆円程度
○ 保険者機能の強化を通じた医療・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、逆進性対策 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 (低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) 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(～1,300億円程度) d その他(総合合算制度～0.4兆円程度)	～1兆円程度	公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円 改正法では、公費への影響は縮小(▲200億円程度) ・介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,500億円) ・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 ・制度の持続可能性の観点から高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す ・高齢者医療制度改革(※)	▲～0.5兆円程度
【年金】 <新しい年金制度の創設(※)> ○ 所得比例年金(社会保険方式) ○ 最低保障年金(税財源) <現行制度の改善> ○ 最低保障機能の強化 ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付(5,600億円程度) ・受給資格期間の短縮(300億円程度) ○ 遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度) ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 ● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職老齢年金の見直しの検討 (●は公費への影響なし)	0.6兆円程度	○ 物価スライド特例分の解消 ・平成25年度から平成27年度の3年間で解消し、平成25年度は10月から実施 ○ 高所得者の年金給付の見直しの検討 ○ マクロ経済スライドの検討 ・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ● 標準報酬上限の引上げの検討 ◆ 支給開始年齢引上げの検討(中長期的な課題) ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小	

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

社会保障・税一体改革大綱（抜粋）

平成24年2月17日 閣議決定

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

2. 医療・介護等①

（地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化）

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

（1）医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

＜今後の見直しの方向性＞

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(2) 地域包括ケアシステムの構築

○ できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（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）の構築に取り組む。

< 今後のサービス提供の方向性 >

i 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・ 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・ サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・ 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・ 生活期のリハビリテーションの充実を図る。
- ・ ケアマネジメントの機能強化を図る。

iii 医療と介護の連携の強化

- ・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
- ・他制度、多職種チームケアを推進する。
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

平成24年度診療報酬改定の基本方針のポイント

中	医	協	総	－	3
2	5	.	3	.	1 3

平成23年12月1日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

重点課題

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

○ 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、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

チーム医療の促進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等

○ 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

在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

改定の視点

● 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

がん医療の充実、認知症対策の促進 等

● 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

退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等

● 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等

● 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進策 等

将来に向けた課題

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

平成24年度診療報酬改定の基本方針（抜粋）

平成23年12月1日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

答申書(平成24年度診療報酬改定について)

中 医 協 総 ー 3
2 5 . 3 . 1 3

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 森 田 朗

答 申 書

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙8までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置(時間外対応加算を含む。)については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
 - ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
 - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組
 等

(医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実)

5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。

6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。

7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

(質が高く効率的な医療提供体制)

8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

- ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
- ・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

13 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

15 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。

16 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

17 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

18 上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。

- (1)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
- (2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況
- (3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
- (4)一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況
- (5)診療報酬における消費税の取扱い
- (6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取り組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

2. 入院医療について

- ①高度急性期・一般急性期について
- ②長期療養について
- ③亜急性期等について
- ④地域特性について
- ⑤有床診療所における入院医療について

2. 入院医療について

①高度急性期・一般急性期について

病院の機能に応じた分類(イメージ)

中 医 協 総 - 3
2 5 . 3 . 1 3

医療法上の位置づけ

一般病床

療養病床

病床数 328,732床
病床利用率 90.3%
平均在院日数 175.2日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

病床数 898,566床
病床利用率 74.3%
平均在院日数 16.9日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

DPC

1,505施設
479,539床※2
(+11,177床)
※2 H24.4.1現在

特定機能病院

83施設
59,888床※1
(▲1,322床)
※1 一般病床に限る

専門病院
23施設
7,581病床
(+257床)

一類感染症 24施設
139床(+2床)

救命救急
295施設
6,998床
(+721床)

特定集中治療室
647施設
5,270病床
(+55床)

新生児特定
集中治療室
218施設
1,585床
(+39床)

総合周産期特定集中治療室
95施設 母体・胎児617床(+39床)
新生児 1,122床(+130床)

脳卒中ケアユニット
86施設
552病床(+24床)

ハイケアユニット
205施設
1,891床(+536床)

一般病棟

5,288施設
671,393床
(▲12,082床)

小児入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3
56施設 4,657床 (+131床)	177施設 7,504床 (+1,789床)	107施設 4,055床 (▲861床)
入院料4	入院料5	
372施設 9,133床 (+104床)	137施設	

緩和ケア病棟
231施設
4,600床
(+243床)

回復期リハビリテーション

入院料1	入院料2	計
962施設 54,919床 (+1,935床)	162施設 7,018床 (±0床)	1,124施設 61,937床 (+1,935床)

亜急性期

入院料1	入院料2
1,199施設 15,258床 (+1,022床)	121施設 2,492床 (+296床)

障害者施設等

786施設
60,940床
(+808床)

特殊疾患

入院料1	入院料2	管理料
117施設 6,096床 (+438床)	76施設 5,253床 (▲689床)	33施設 479床 (▲1床)

療養病棟

3,550施設
214,745床
(+1,283床)

介護療養病床

74,818床
(H24.8末病院報告)

有床診療所一般

6,898施設、89,668床(▲3,308床)

有床診療所療養

984施設
8,507床(▲554床)

精神科救急

87施設
5,276床
(+1,299床)

精神科急性期治療病棟

入院料1	入院料2
280施設 13,820床 (+26床)	23施設 1,222床 (+100床)

精神科救急・合併症

7施設
283床
(+7床)

精神病棟

1,357施設
175,905床(▲5,479床)

精神療養

841施設
103,644床(+207床)

認知症病棟

入院料1	入院料2
448施設 31,378床	22施設 1,880床

施設基準届出
平成23年7月1日
現在
(かっこ内は前年
比較)

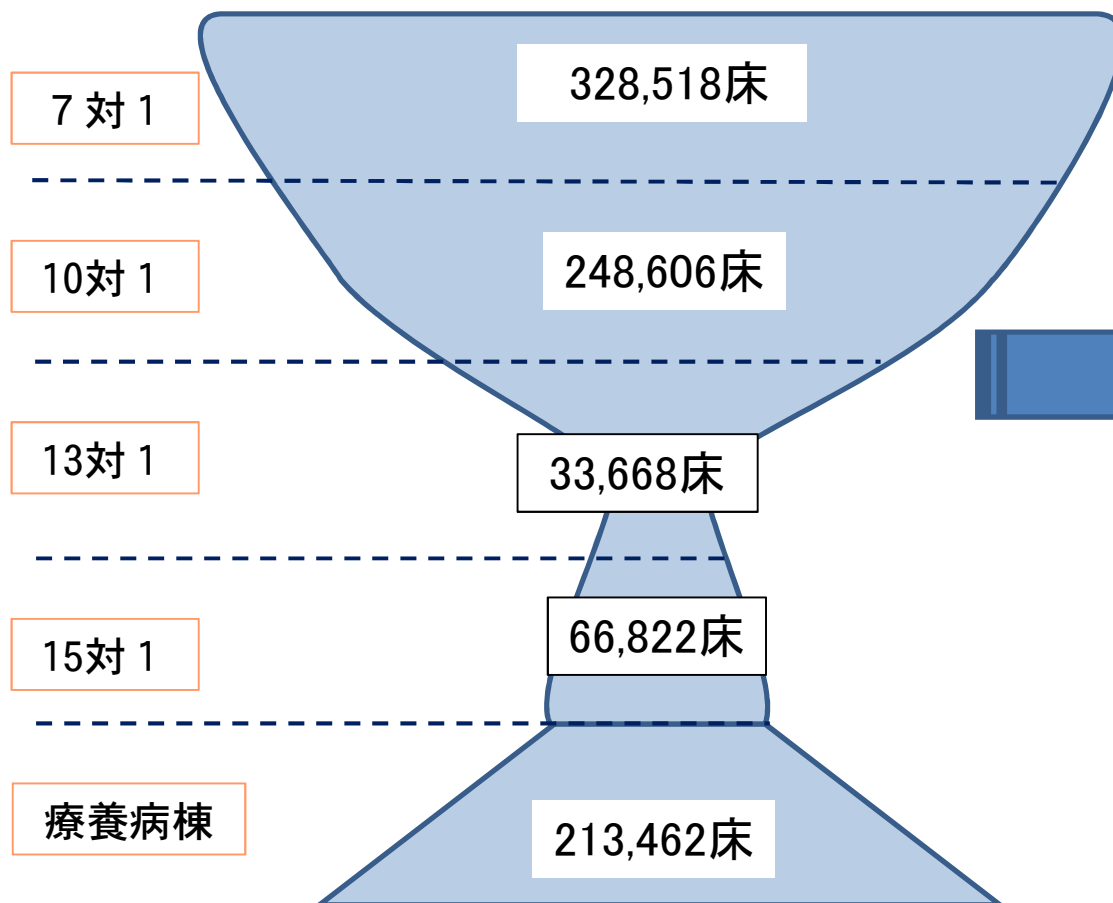
17

結核病棟

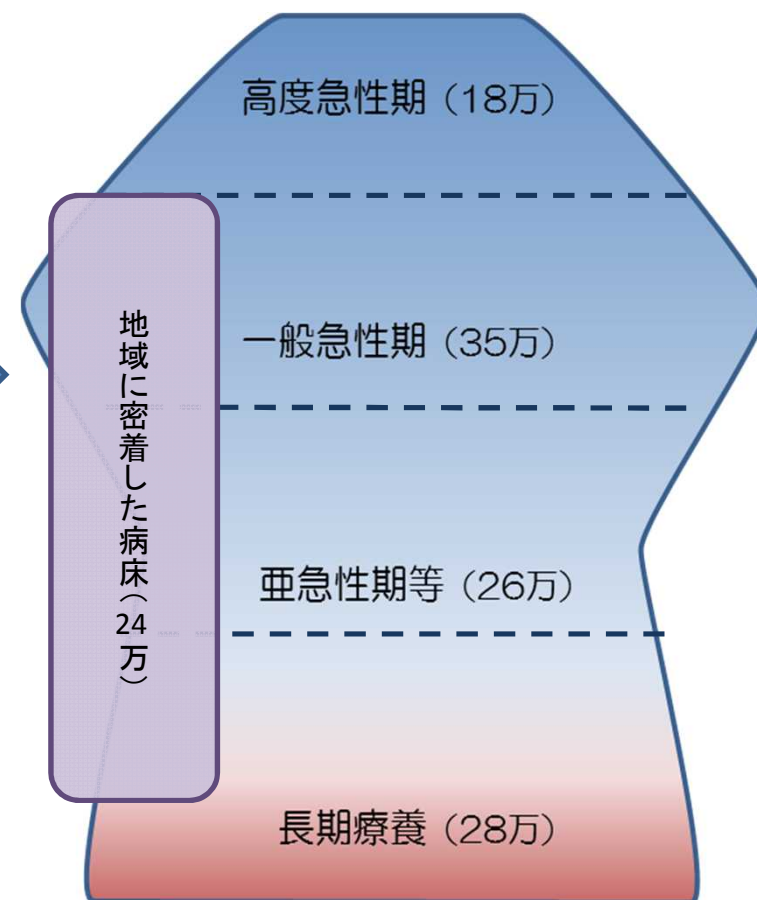
175施設
6,060病床(▲1,147床)

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞



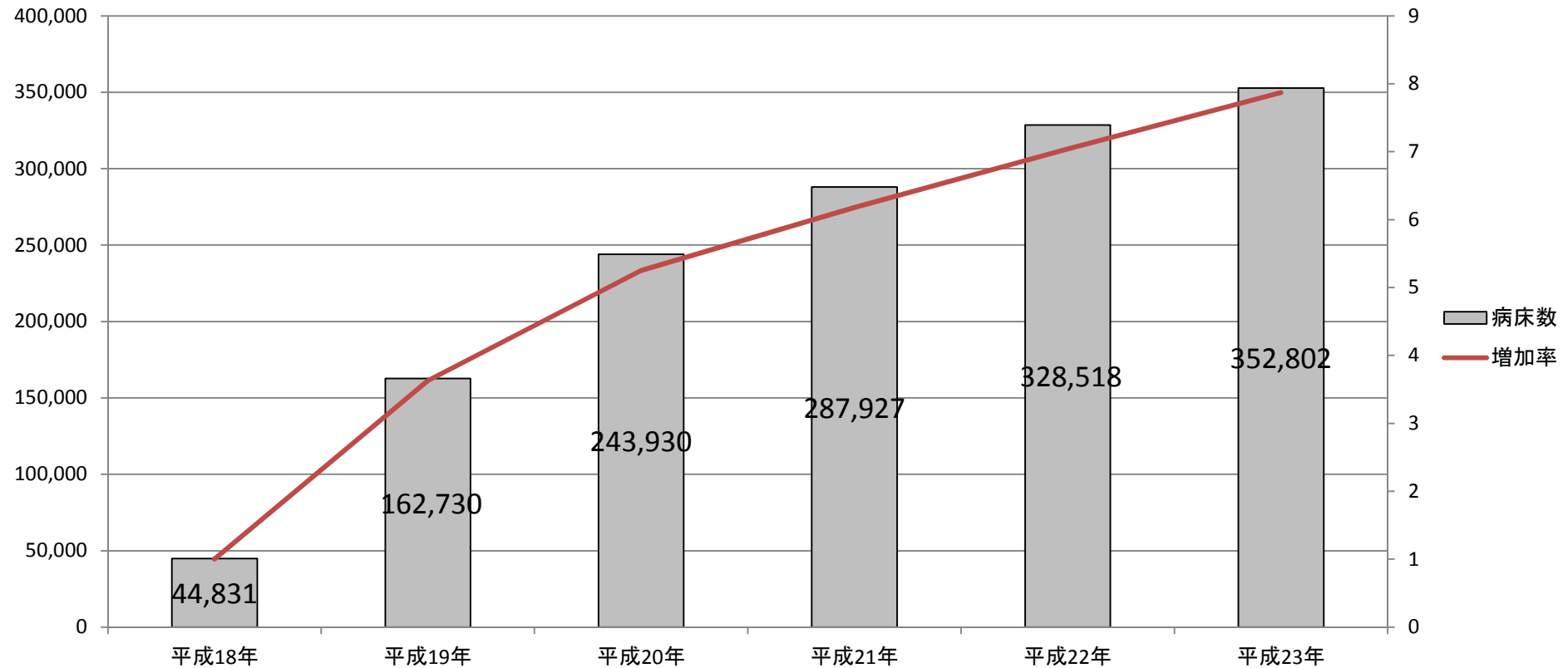
＜2025(H37)年のイメージ＞



現在、病床数は7対1入院基本料が最も多く亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移

(平成18年を1とした時の伸び率)



※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

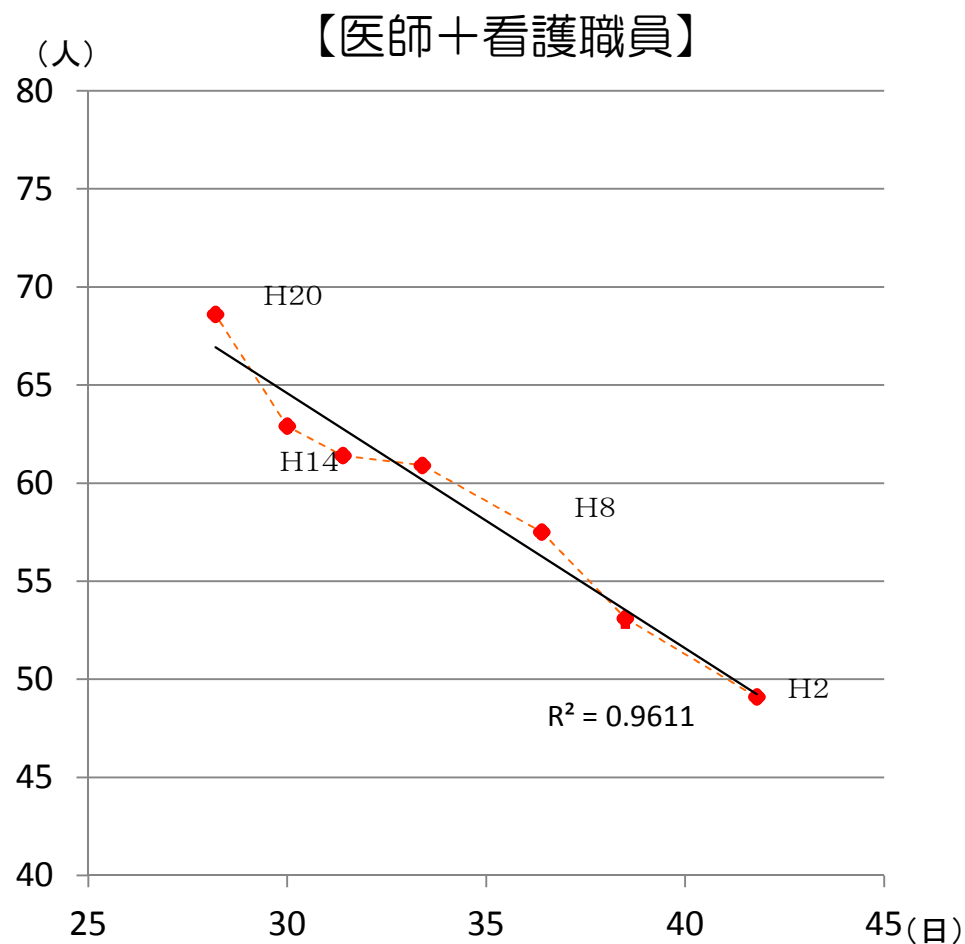
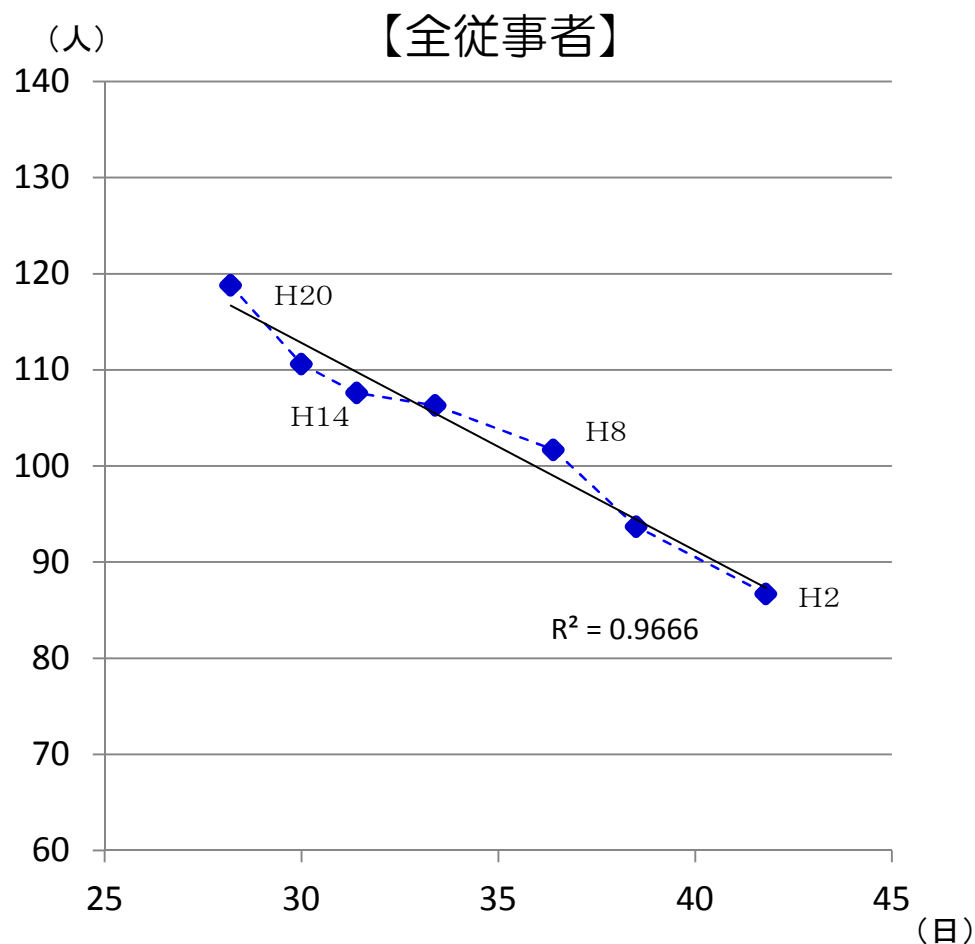
- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加率は緩やかになっている。

100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

中 医 協 総 - 2
2 3 . 1 0 . 5

○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

	＜平成2年＞		＜平成8年＞		＜平成14年＞		＜平成20年＞
100床当たり従事者数	86.7人	→	101.7人	→	107.6人	→	118.8人
うち、医師＋看護職員	49.1人	→	57.5人	→	61.4人	→	68.6人
平均在院日数	41.8日	→	36.4日	→	31.4日	→	28.2日

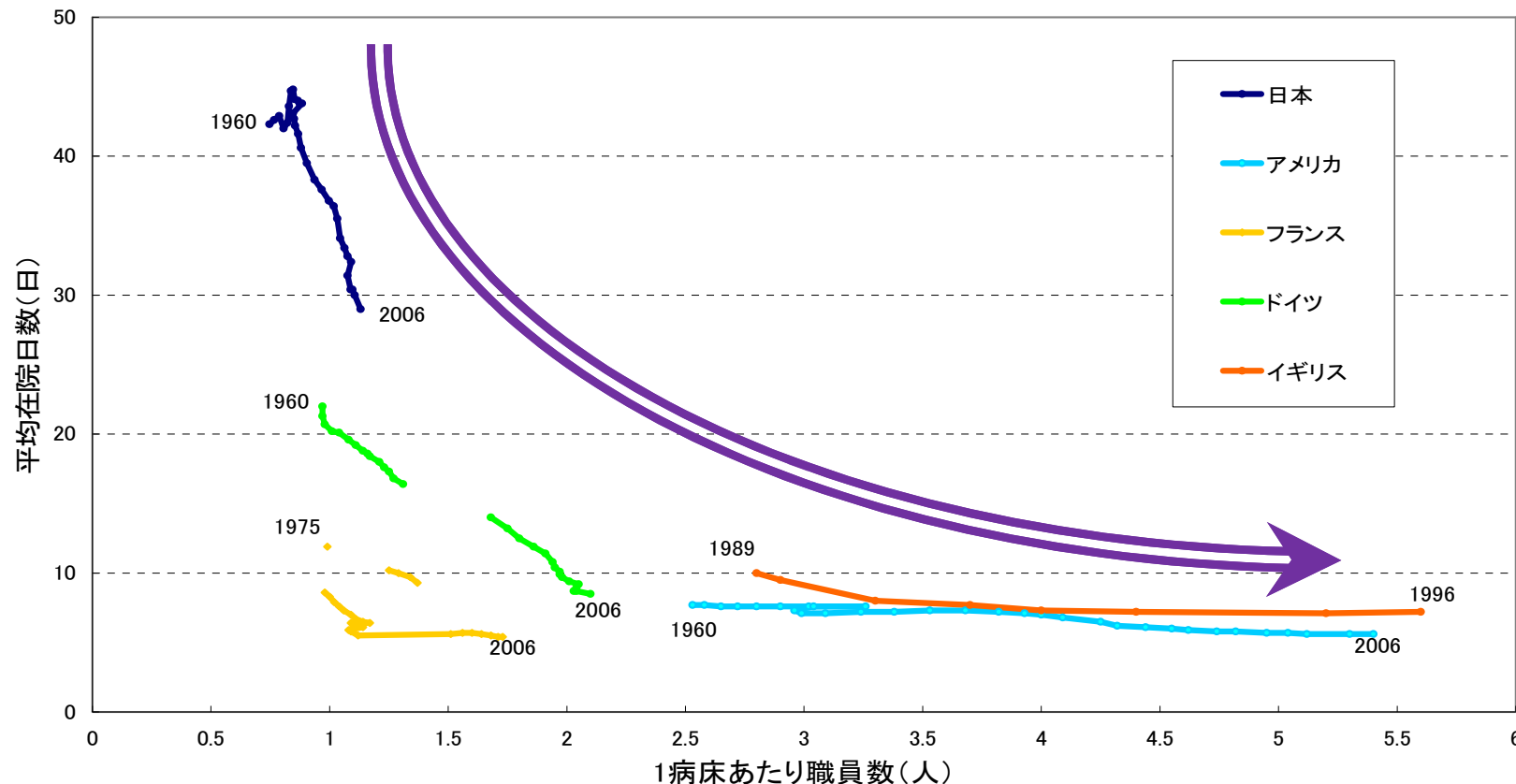


各年「病院報告」を基に作成

平均在院日数と1病床当たり職員数

(改) 中医協 総 - 2
2 3 . 1 0 . 5

海外においても、病床あたりの医療従事者数と平均在院日数の間には、相関関係がみられる



(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」

(注) 1. 日本は一般病院の数値である。

2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。

出典: 社会保障改革に関する集中検討会議:医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制改革に係る改革について) <平成23年6月>を基に保険局医療課作成

病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていく必要がある

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

中医協 総-3
25.3.13

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

測定・評価が
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

高度急性期・急性期

在宅復帰の流れ(イメージ)

(改)中医協 総-3
2 5 . 3 . 1 3

亜急性期・回復期等

在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上
亜急性期: 6割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

老健

診療所等

長期療養

外来・訪問サービス等

【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健 > 5割

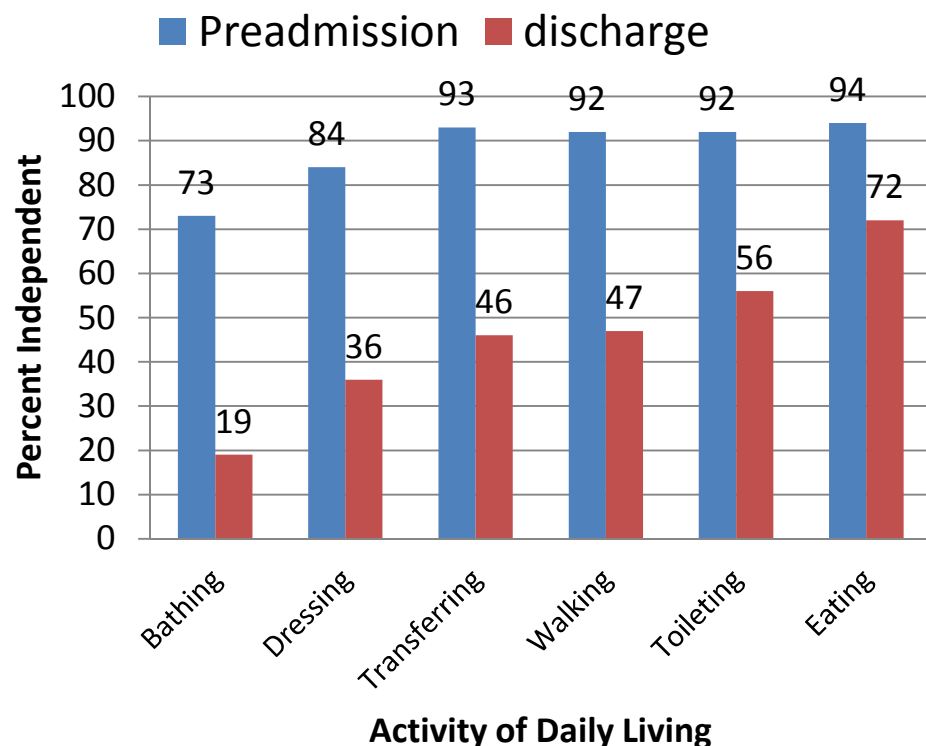
上記以外※ > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

急性期病院における早期からのリハビリテーション等の介入

入院時と退院時のADL(日常生活動作)の比較

Pre-admission and discharge Activity of Daily Living(ADL)function for patients(N=404)who declined in function during index hospitalization.

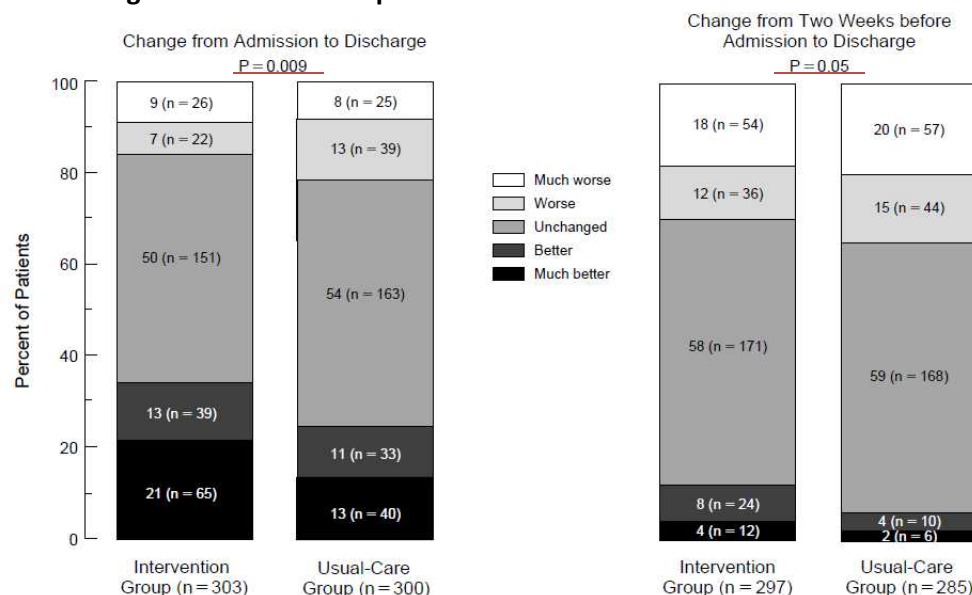


出典: Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. Clin Geriatr Med. 1998 Nov;14(4):669-79.

入院時と退院時の通常治療群と介入群※の比較

※リハビリテーション等を含むプロトコルの介入

Change in Patients' ability to Perform Basic Activities of Daily Living from Admission to Discharge and from Two Weeks before Admission to Discharge, According to Treatment Group



出典: Landefeld CS, et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med. 1995 May 18;332(20):1338-44.

急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコルを導入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

2. 入院医療について

②長期療養について

一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

- 一般病棟(13対1、15対1病棟に限る)における長期療養患者の評価体系(特定除外制度)の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、

- ①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料(出来高)の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ②療養病棟入院基本料1と同じ評価(医療区分・ADL区分を用いた包括評価)とし、平均在院日数の計算対象外する。

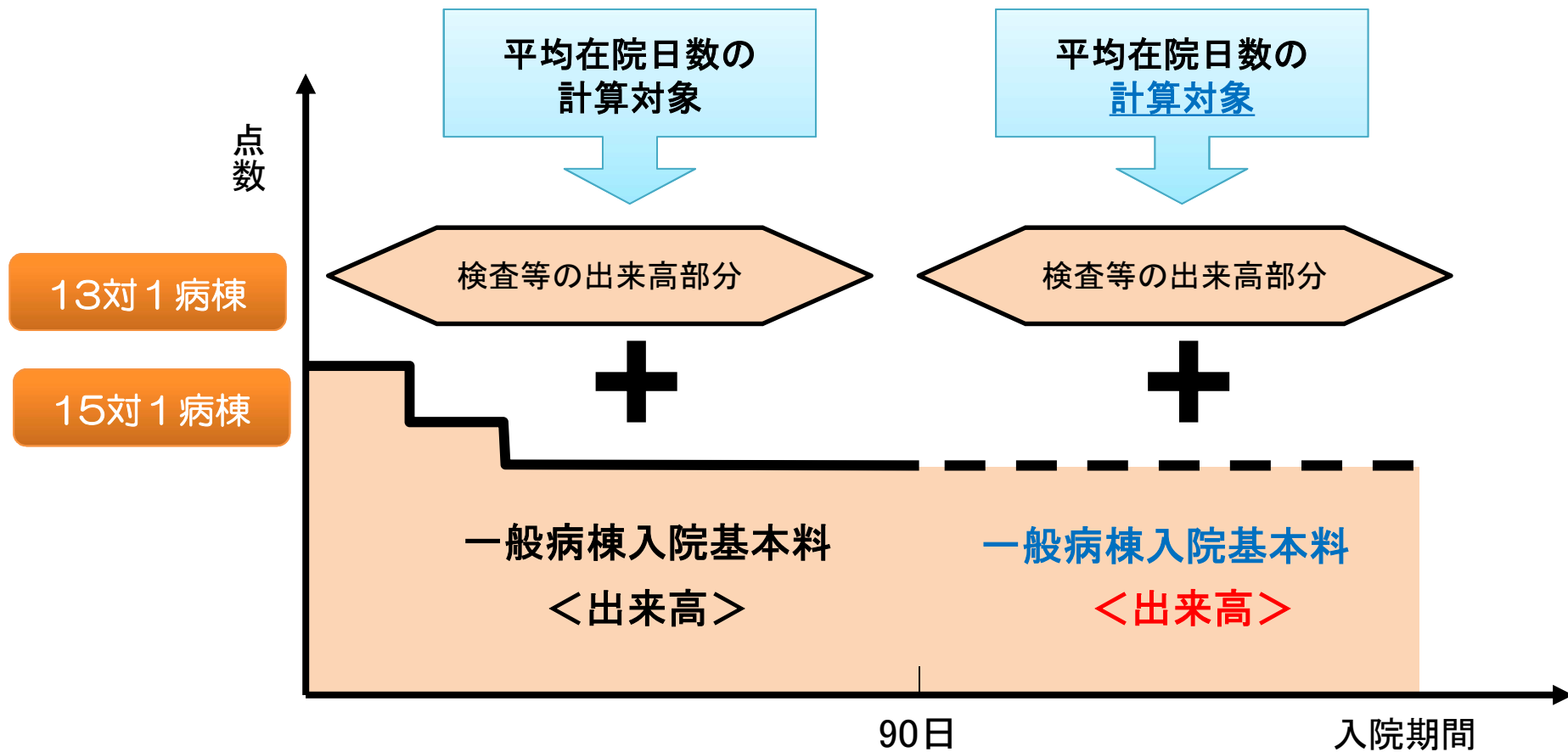
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとし、当該取扱いは、平成24年10月1日からの施行とする。

なお、②の場合には、地方厚生(支)局に届出を行うこと。

パターン①

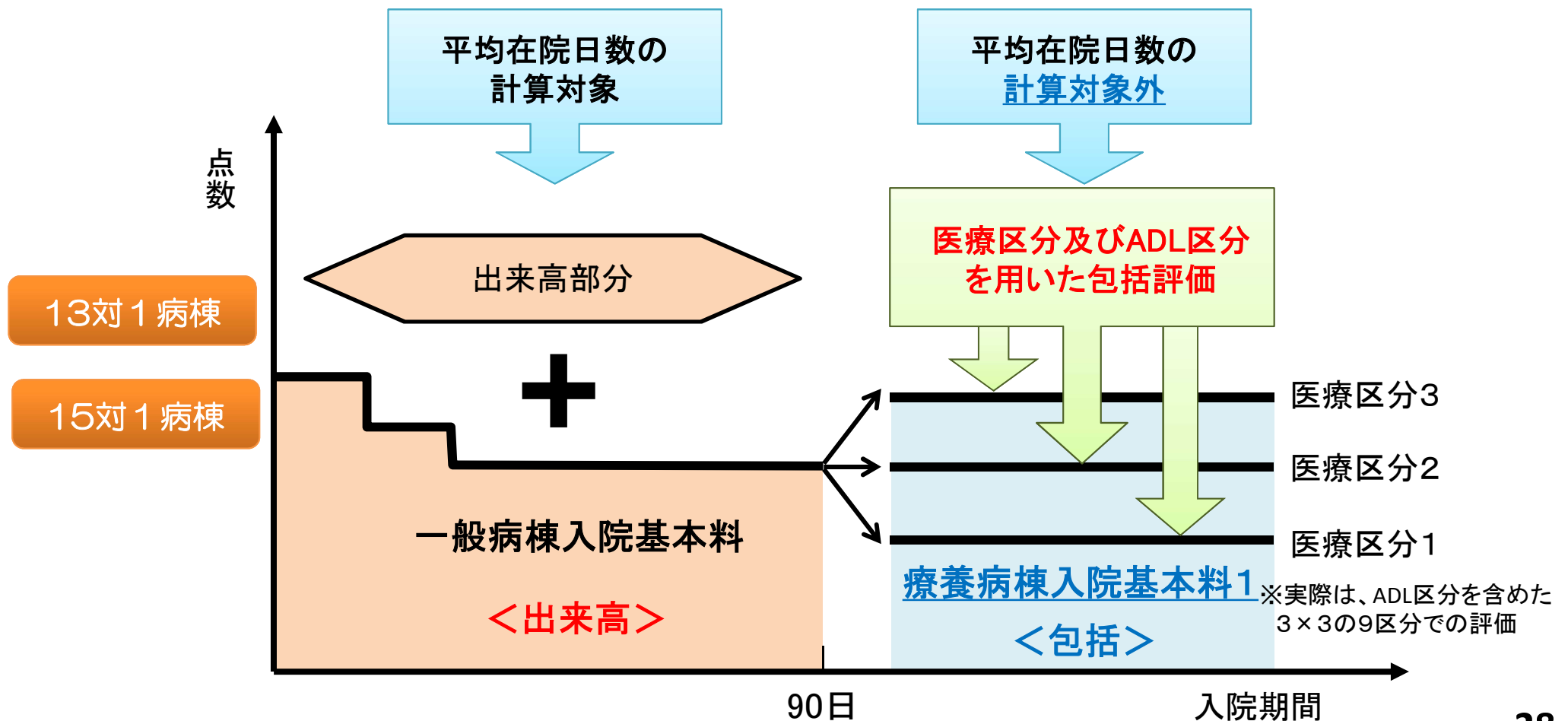
中医協 総－3
25.3.13

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。



パターン②

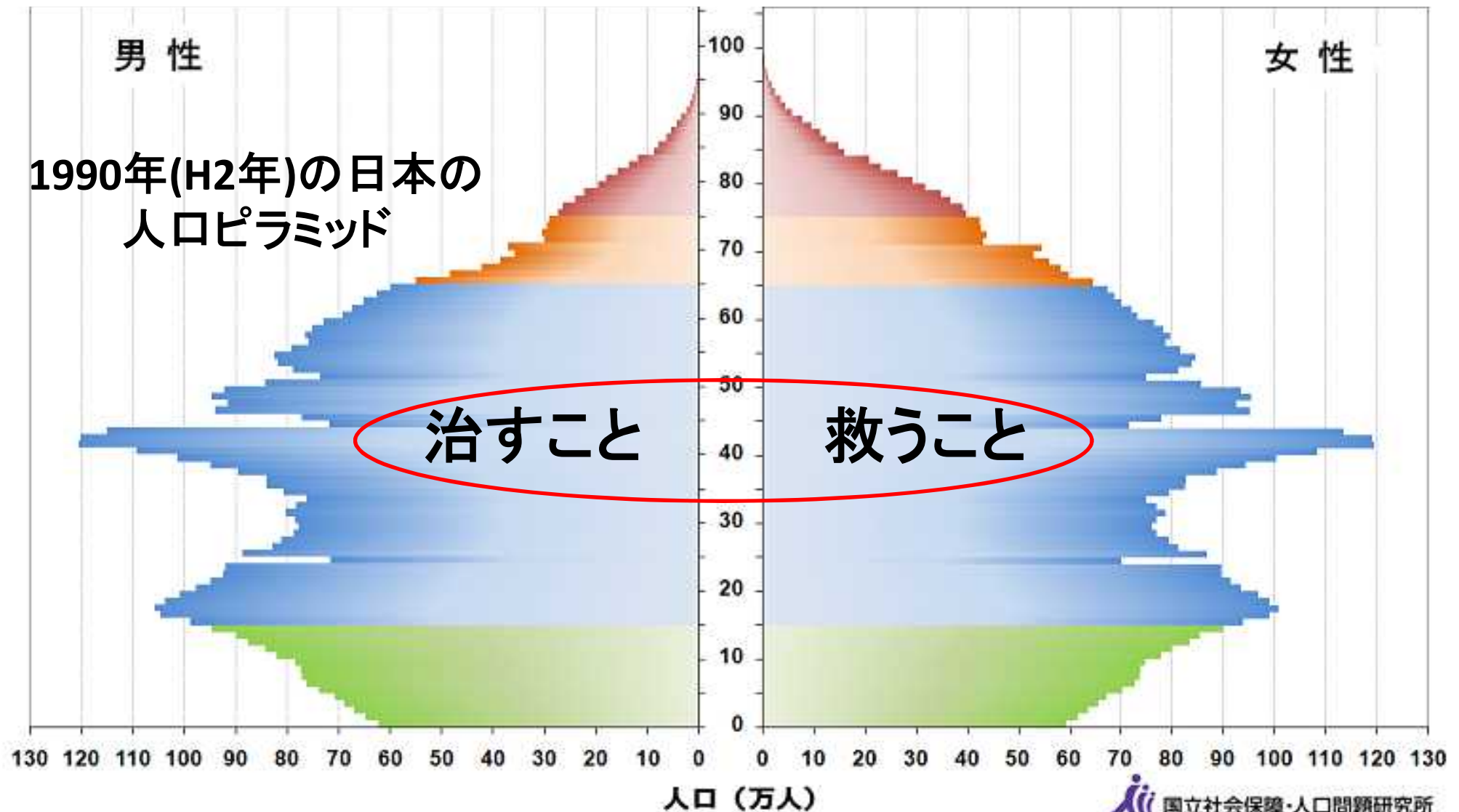
○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。



2. 入院医療について

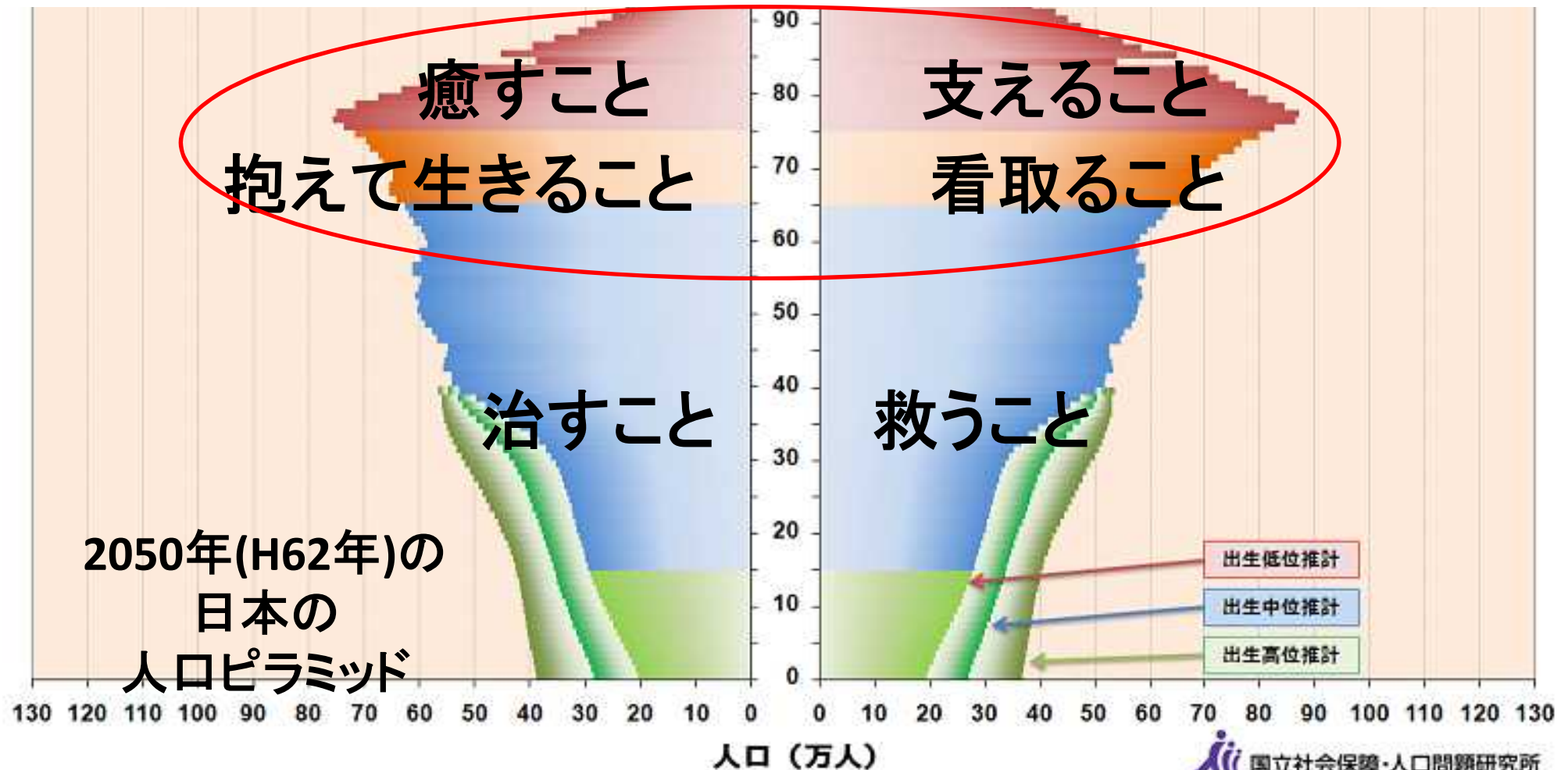
③亜急性期等について

多くの病気が治せた頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

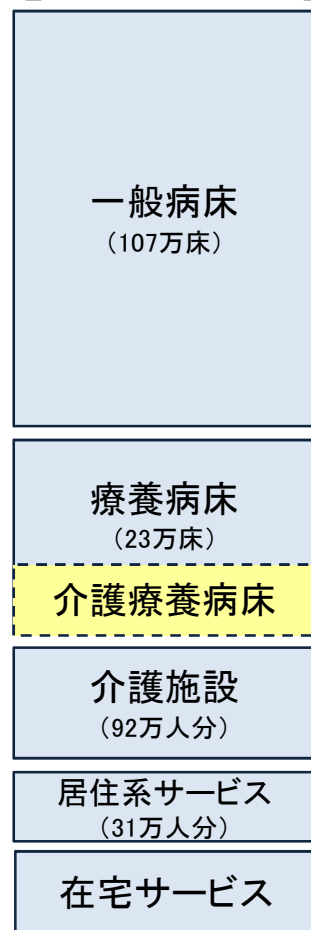
多くの病気を治せなくなる頃



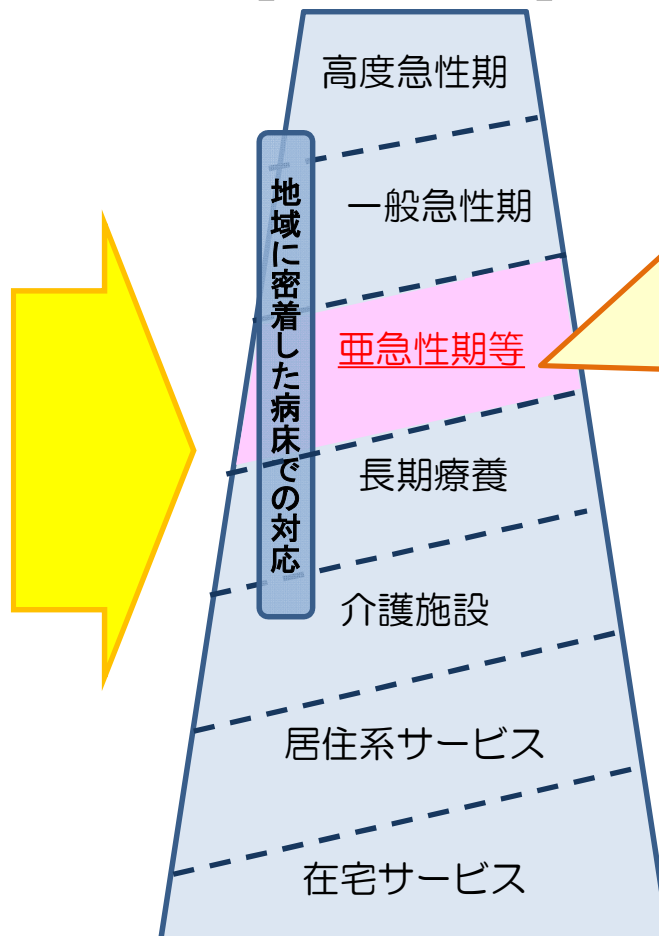
資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

亜急性期等の病棟に期待される役割について

【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



- 急性期病院からの医療必要度の高い患者の受け皿
- リハビリテーションの早期開始・強化等、充実したリハビリテーション体制
- 退院支援等在宅復帰機能
- 在宅療養患者の急性増悪時の対応機能

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について①

項目	点数	看護配置	算定期間
A300 救命救急入院料	(救命救急入院料1の場合) 9,711点(～3日) 8,786点(4日～7日) 7,501点(8日～14日)	4対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301 特定集中治療室管理料	9,211点(～7日) 7,711点(8日～14日) 7,901点(8日～60日)※ ※広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者	2対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	4,511点(～21日)	4対1	21日間
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,711点(～14日)	3対1	14日間
A301-4 小児特定集中治療室管理料	15,550点(～7日) 13,500点(8日～14日)	2対1	14日間
A302 新生児特定集中治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料1の場合) 10,011点	3対1	21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について②

項目	点数	看護配置	算定期間
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	(新生児集中治療室管理料の場合) 10,011点	3対1	(新生児集中治療室管理料の場合) 21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	5,411点(～14日)	6対1	30日間 出生児体重1,000g未満:120日 出生児体重1,000g～1500g:90日
A305 一類感染症患者入院医療管理料	8,901点(～7日) 7,701点(8日～14日)	2対1	14日間
A306 特殊疾患入院医療管理料	1,954点	10対1	制限無し
A307 小児入院医療管理料4	3,011点	10対1	平均在院日数28日以内 (当該病棟を含めた一般病棟全体の入院患者)
A308-2 亜急性期入院医療管理料	1:2,061点 2:1,911点	13対1	60日間



治療室単位での評価ではなく、病室・病床単位での評価

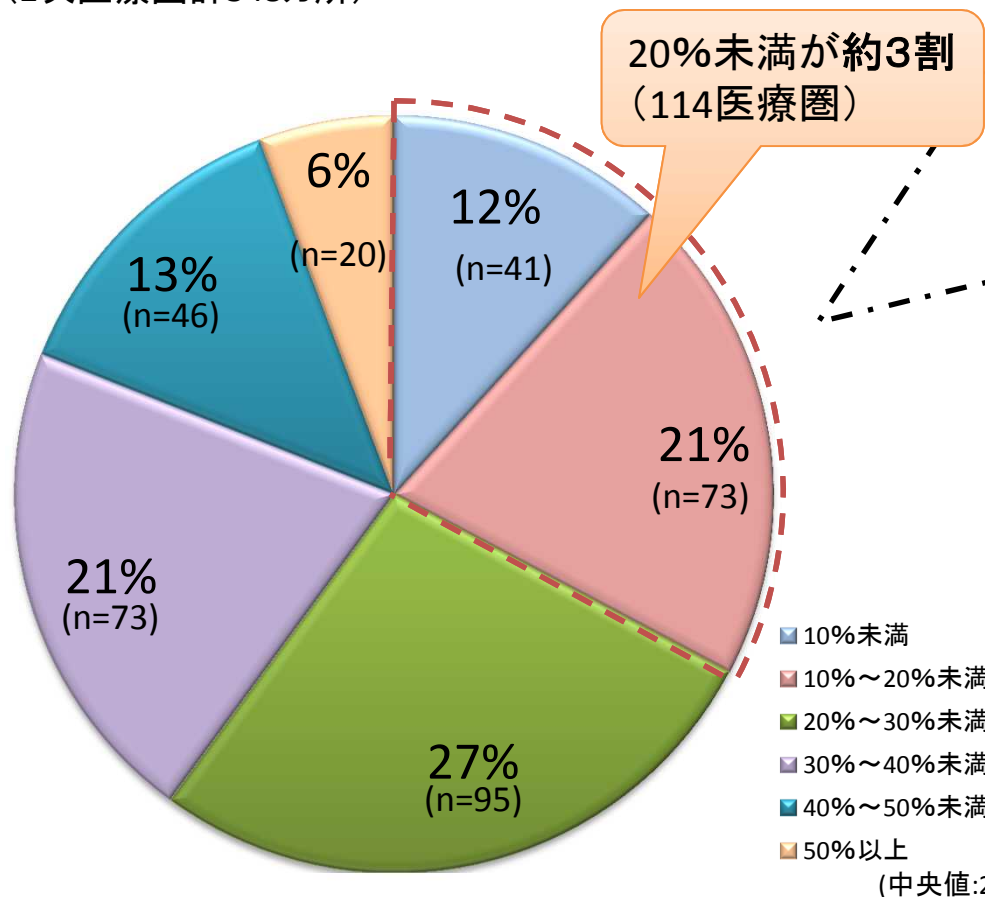
2. 入院医療について

④地域特性について

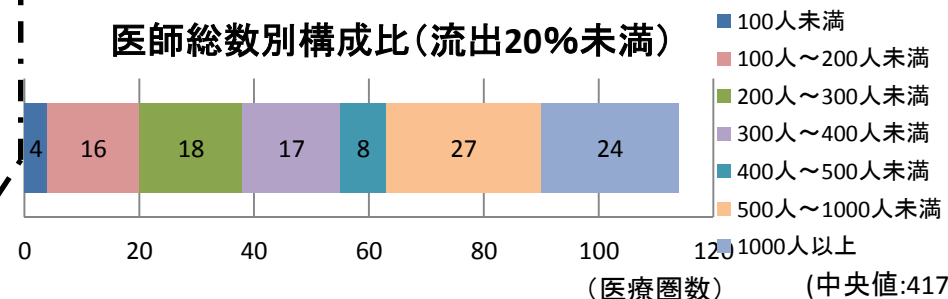
地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

中 医 協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0

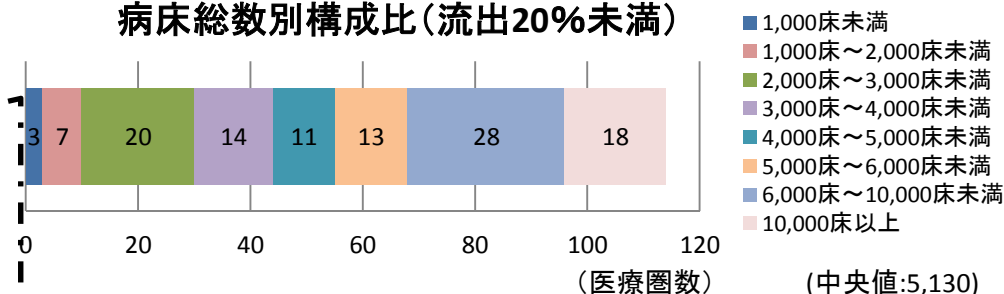
2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比
(2次医療圏計348力所)



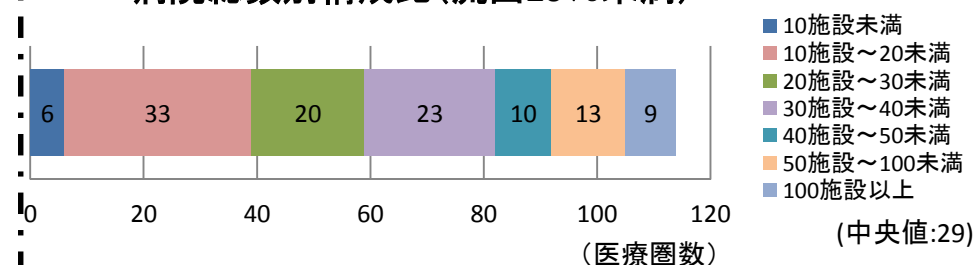
医師総数別構成比(流出20%未満)



病床総数別構成比(流出20%未満)



病院総数別構成比(流出20%未満)

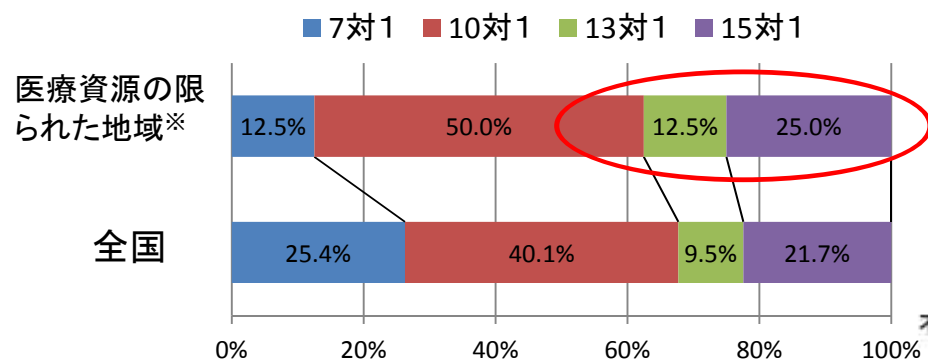


患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある

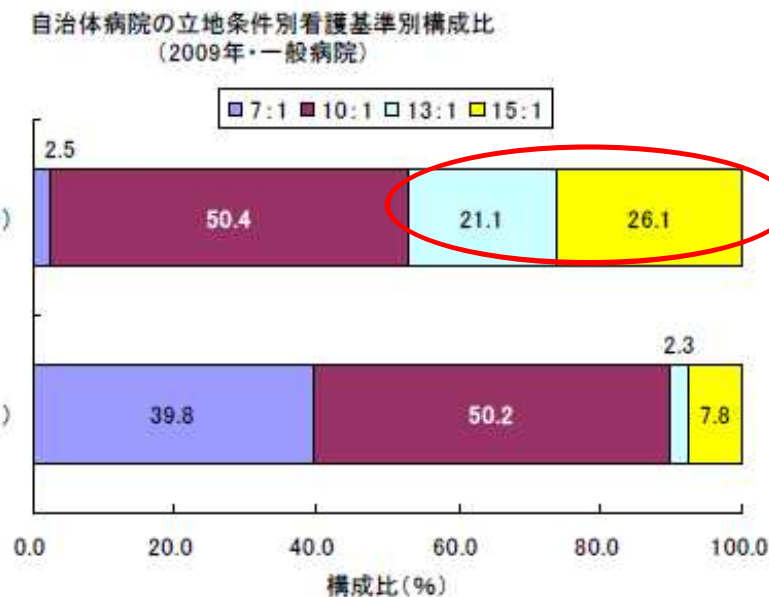
地域の一般病院の看護基準と患者層について①

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比¹⁾
(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²⁾
(自治体病院の立地条件別)(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域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



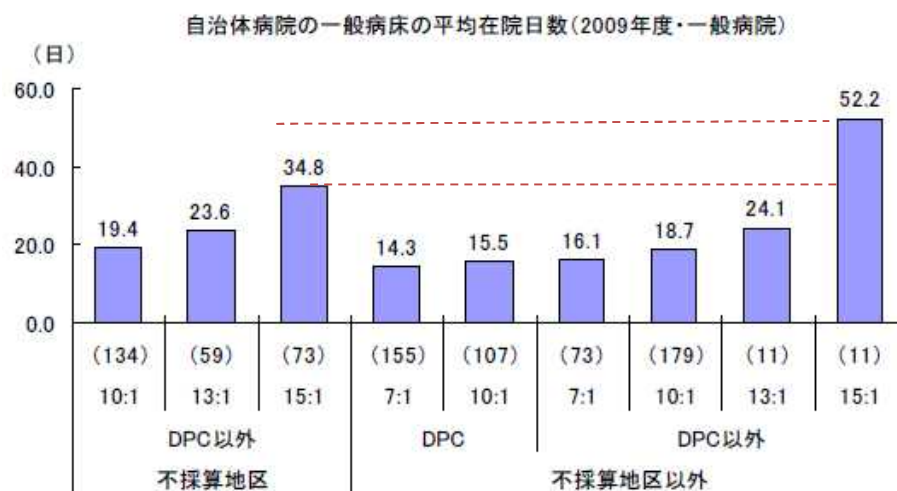
医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

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)

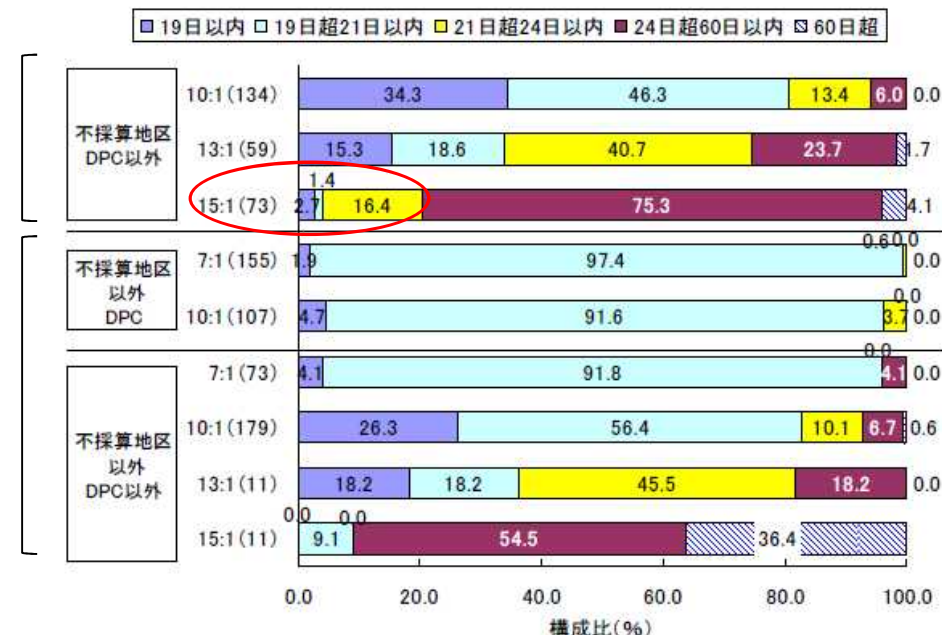
地域の一般病院の看護基準と患者層について②

自治体病院の一般病院の平均在院日数(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院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。**

2. 入院医療について

⑤有床診療所における入院医療について

地域医療を支える有床診療所の主な機能(入院医療)

専門医療を担う機能 (眼科、産婦人科、リハビリテーション等)

⇒ 病院と診療所の基本的な人員配置の差を勘案したうえで、充実した体制(ハイリスク妊娠管理加算等)や、リハビリテーション、手術を病院と同様に評価

地域に根ざした後方病床としての機能

病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能

⇒ 有床診療所としての特性を有床診療所一般病床初期加算等で評価したうえで、病院と同様の支援機能(急性期・慢性期病棟等退院調整加算など)は病院と同様に評価

緊急時に対応する医療機能

⇒ 在宅患者緊急入院診療加算、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算等病院と同様に評価

院内で終末期医療を担う機能

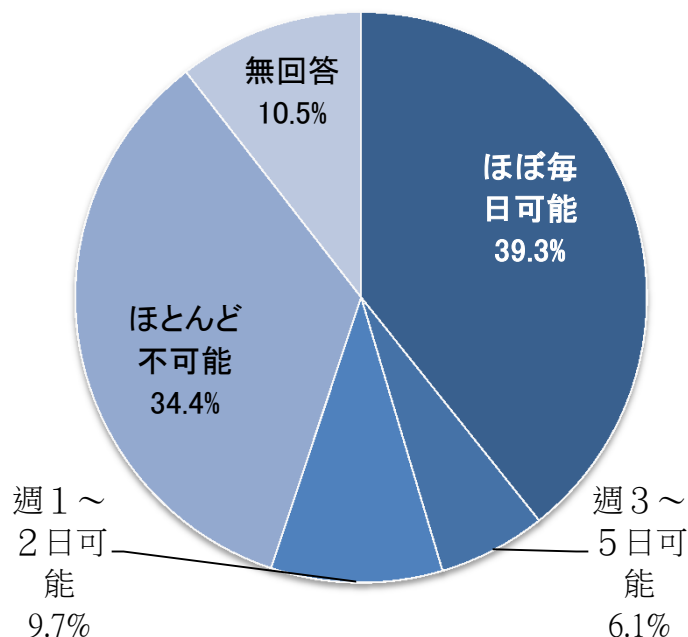
⇒ 看取り加算を評価(平成24年診療報酬改定)

緩和ケアの提供機能

⇒ 有床診療所における緩和ケア診療を評価(平成24年診療報酬改定)

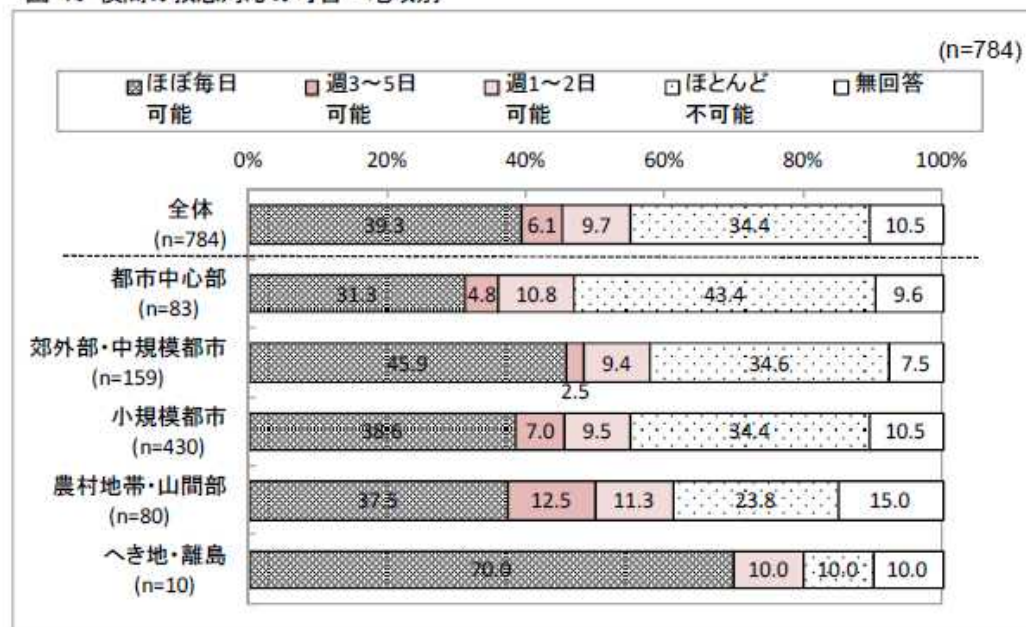
有床診療所の夜間救急の対応

【夜間救急対応の可否】N=784



【地域別】

図 13 夜間の救急対応の可否 - 地域別



※無回答を除く

【22年4月1ヶ月の緊急入院件数と医師・職員の配置状況】

	医師数 (常勤換算)	看護職員 (常勤換算)	看護補助者 (常勤換算)
0件(n=317)	1.6	8.2	1.5
1～4件(n=181)	1.7	10.2	2.4
5件以上(n=125)	2.1	11.6	2.4

○都市中心部に比べて農村地帯やへき地では緊急入院に対するニーズに有床診療所がより多く対応していた。

○医師や看護職員の体制を整えることでより多くの緊急入院を受け入れていることが把握できた。

調査対象: 全国有床診療所連絡協議会会員 3,624施設
回収率: 27.9% (1,011施設) <うち有床784施設、休床・無床化施設227施設>
出典: 日医総研ワーキングペーパー「平成23年 有床診療所の現状調査」

後方病床としての有床診療所の受入状況

中 医 協 総 ー 3
2 5 . 3 . 1 3

(平成22年改定の要点)

救急病院や介護施設、自宅からの入転院に対する評価を新設

○一般病床：有床診療所一般病床初期加算 100点（7日まで）

○療養病床：救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点（14日まで）

【入院または転院してきた患者の直前の居場所】

＜有床診療所療養病床＞ n=188(施設数)

		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		125人	140人 (+12.0%)
直前の居場所	自宅	58人	67人
	病院	48人	58人 (+20.8%)
	特養等施設	14人	8人

＜有床診療所一般病床＞ n=231(施設数)

		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	190人	196人 (+3.2%)
	特養等施設	137人	145人

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「救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査」

○ 有床診療所の療養病床、一般病床の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合は増加していた。

【入院元】 n=6,867(患者数) 一般病床および医療療養病床

	自宅(在宅医療なし)	自宅(在宅医療あり)	病院	他の有床診療所	介護施設	無回答
全体(単位%)	62.6	6.1	17.9	1.0	6.4	6.0

出典：日医総研ワーキングペーパー「平成23年 有床診療所の現状調査」

○ 病診連携において、有床診療所が一定の後方支援機能を果たしている。

入院医療の適切な推進に向けた課題と論点

中	医	協	総	－	3
2	5	.	3	.	1 3

I. 高度急性期・一般急性期について

- 今後、急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病棟における早期からのリハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

II. 長期療養について

- 急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟における長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。
- また、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、高度急性期・一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実について、どう考えるか。

III. 亜急性期等について

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

IV. 地域特性について

- 地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。

V. 有床診療所における入院医療について

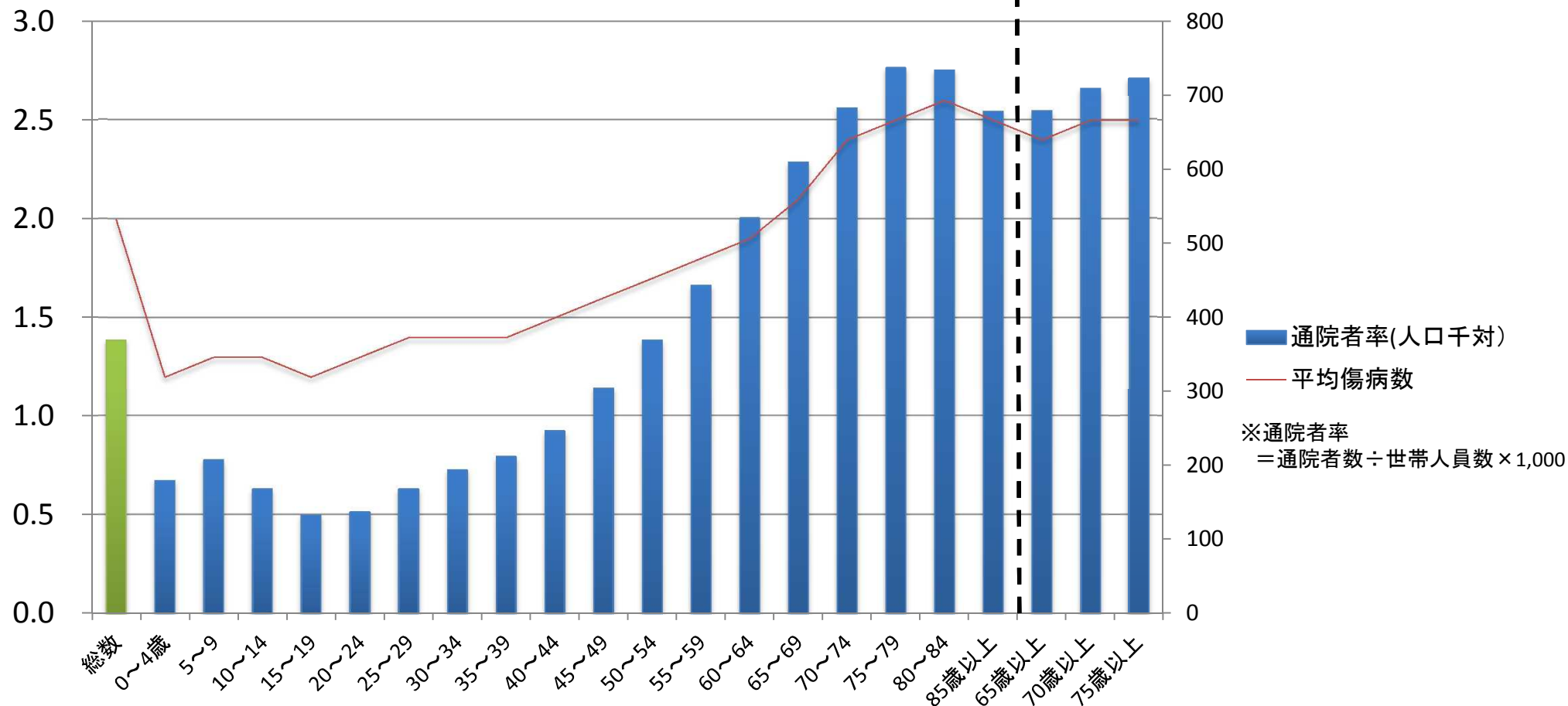
- 高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

3. 外来医療について

年齢別平均傷病数と通院者率

平均傷病数

(再掲) 通院者率(人口千対)



○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。

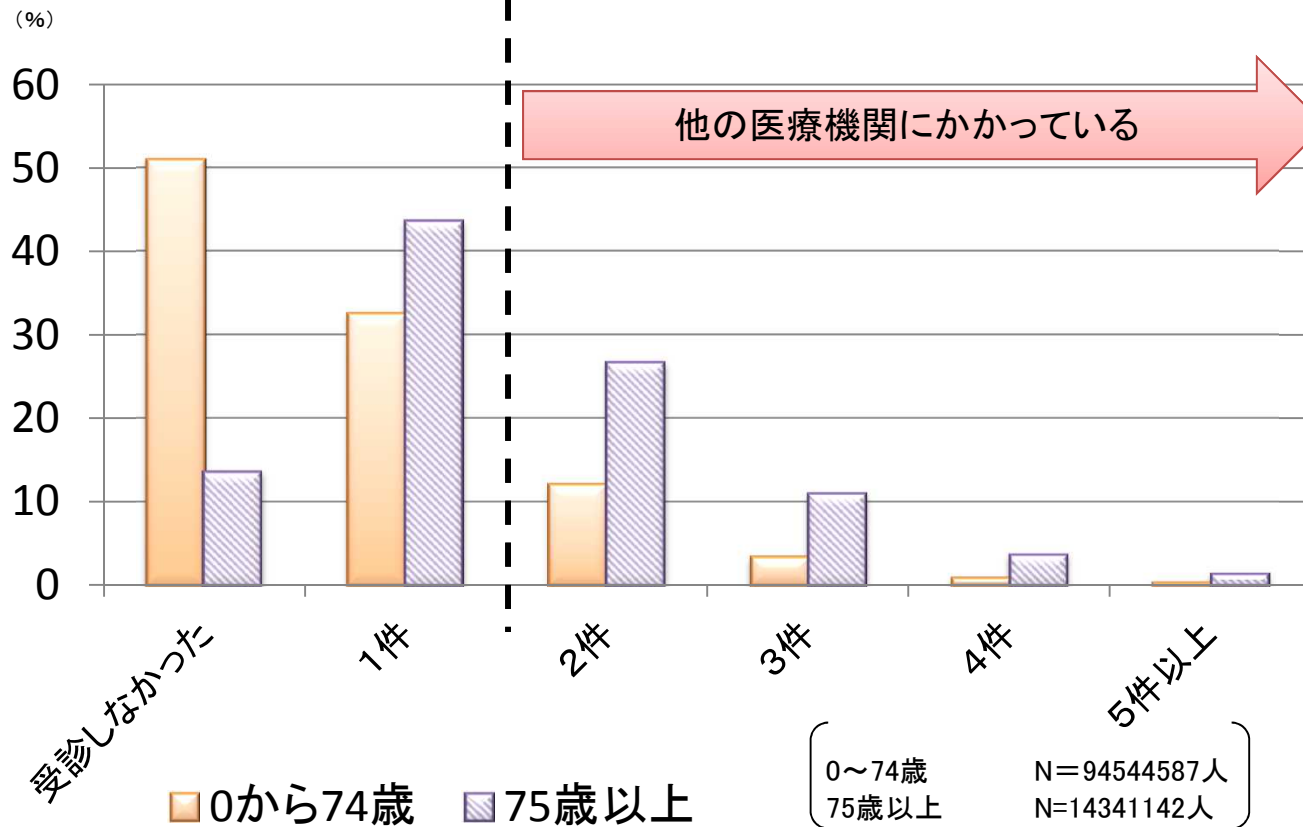
※ 通院者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。

※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

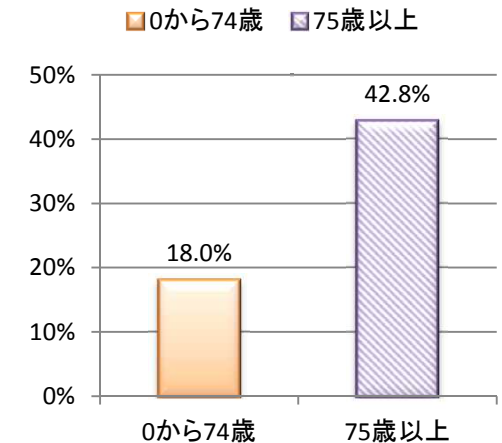
出典:平成22年 国民生活基礎調査をもとに医療課で作成 **45**

受診した医療機関数別患者割合（年齢階級別）

受診した医療機関数別患者割合



他の医療機関を受診した患者の割合

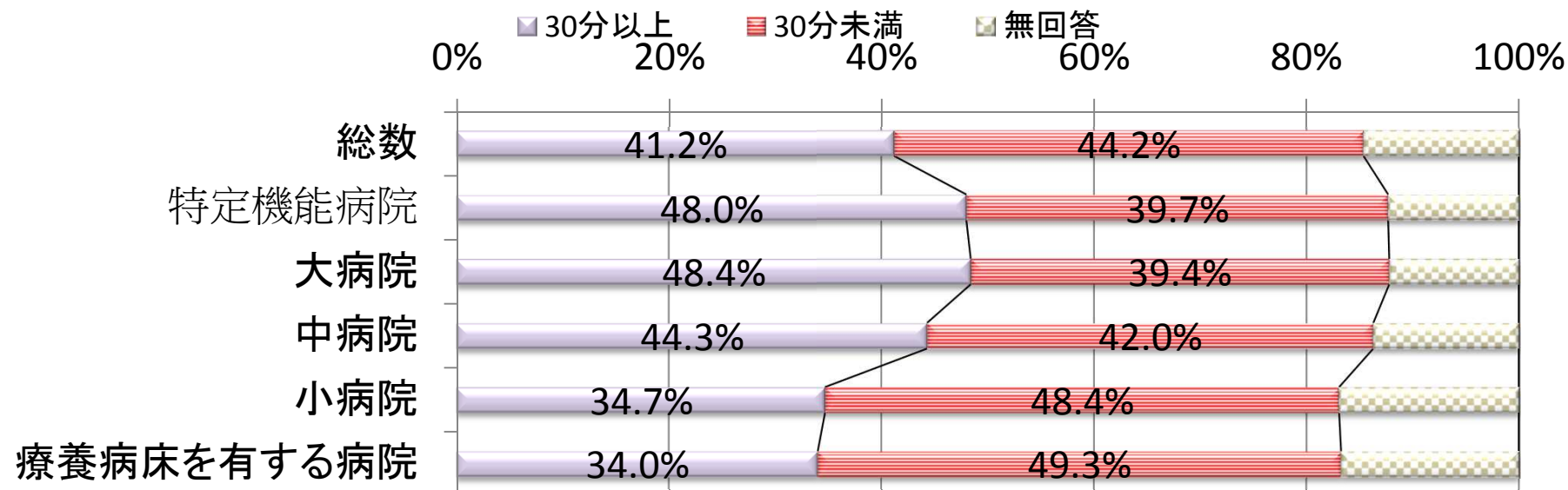


出典：平成22年度 医療給付実態調査報告をもとに医療課で作成

○ 75歳以上では複数の医療機関を受診している割合が高かった。

外来患者の診察前の待ち時間

中 医 協 総 ー 1
2 5 . 1 . 2 3



※ 医師による診察を受けていない者は除いた

※ 予約した場合は予約した時刻からの待ち時間

※ 大病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上の病院

※ 中病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が100床～499床の病院

※ 小病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床～99床の病院

○ 特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。

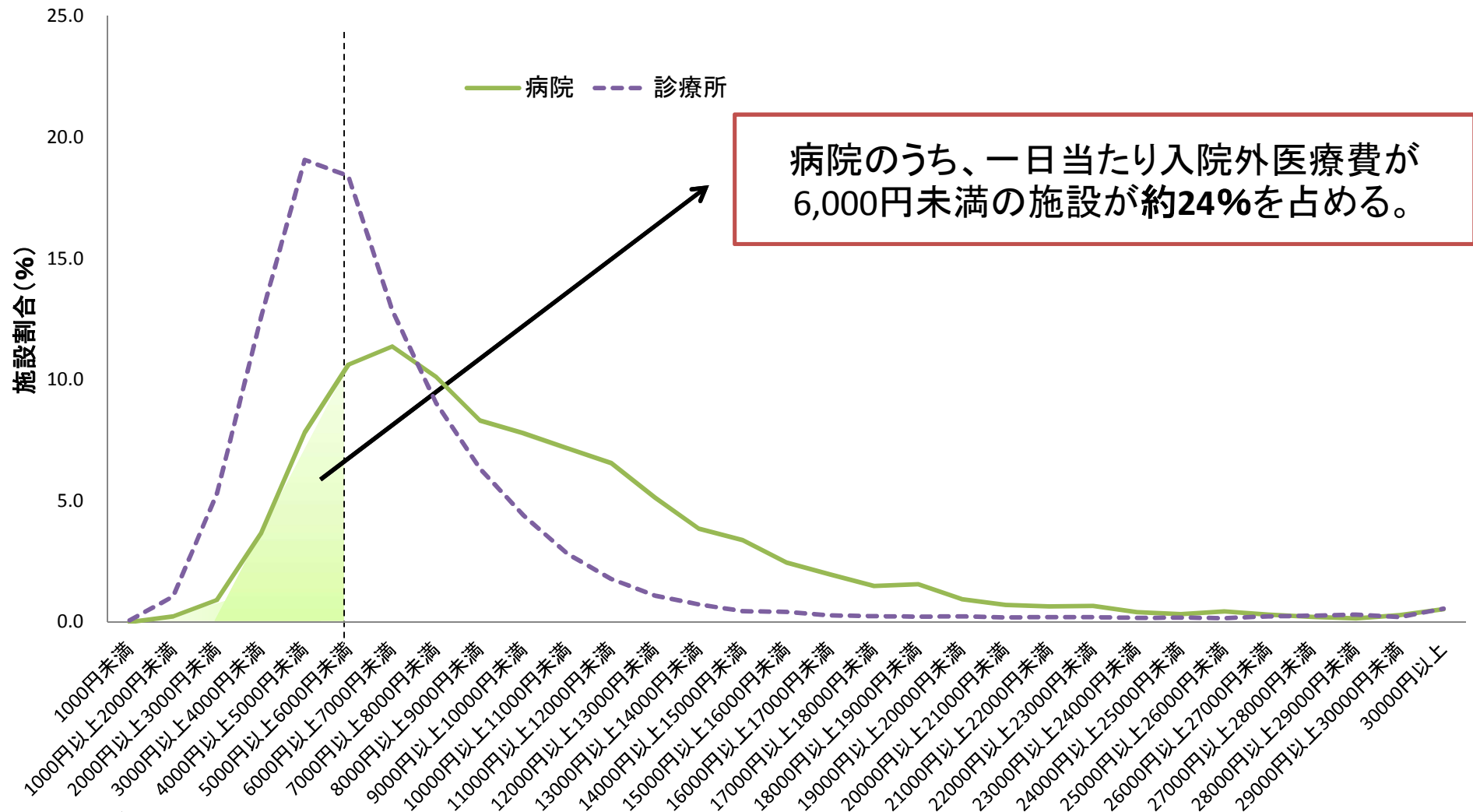
調査対象

	総数	特定機能病院	大病院	中病院	小病院	療養病床を有する病院
施設数	485施設	35施設	69施設	143施設	120施設	118施設
有効回答数(外来患者票)	98,988	25,178	29,422	27,001	9,757	7,630

出典:平成23年受療行動調査をもとに医療課で作成

医療機関別一日あたり入院外医療費 (平成24年6月分)

(改) 中医協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3



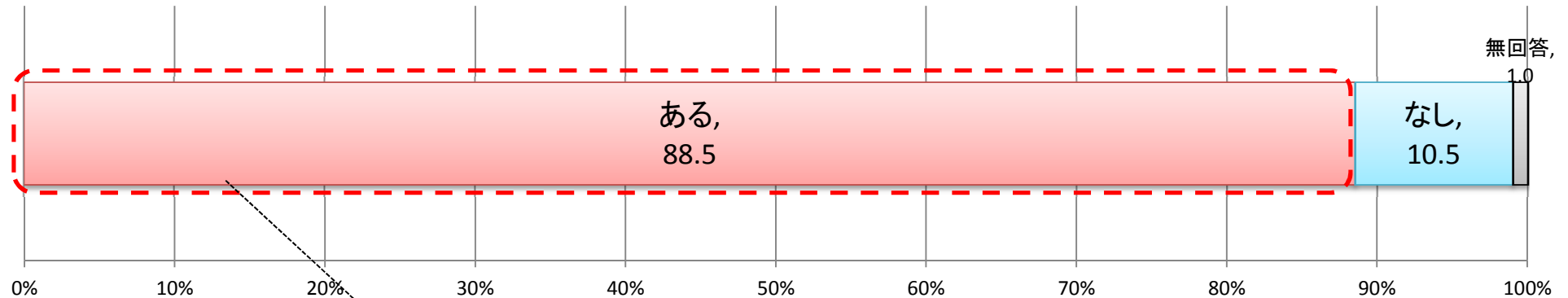
○ 病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する。

外来医療における役割分担について

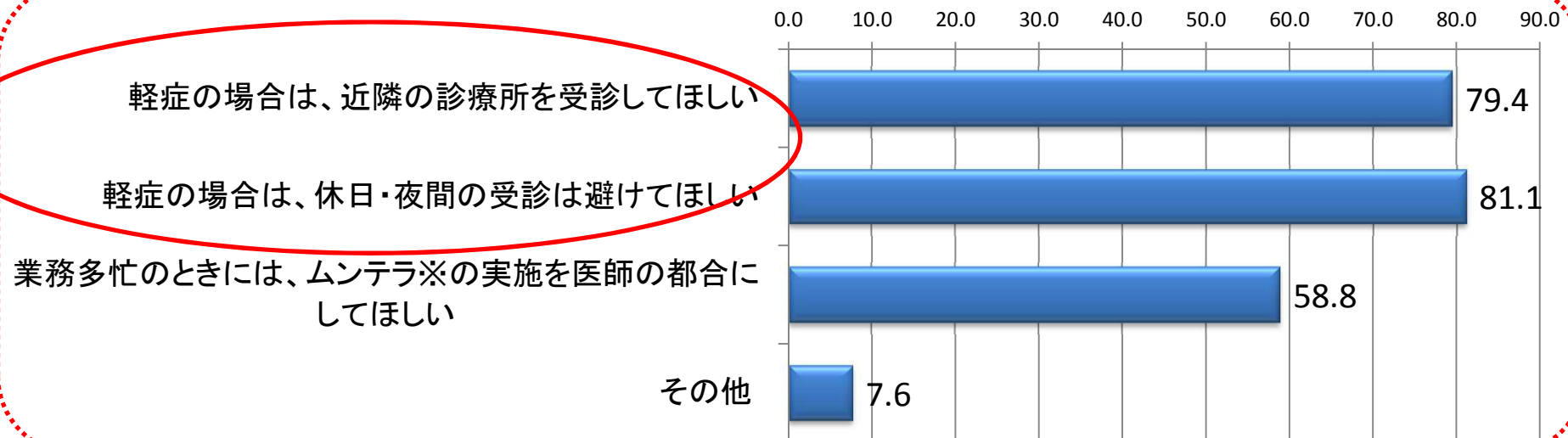
(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0

医師票

患者に協力してほしいことの有無(n=1,300)



協力してほしい内容(n=1,150)

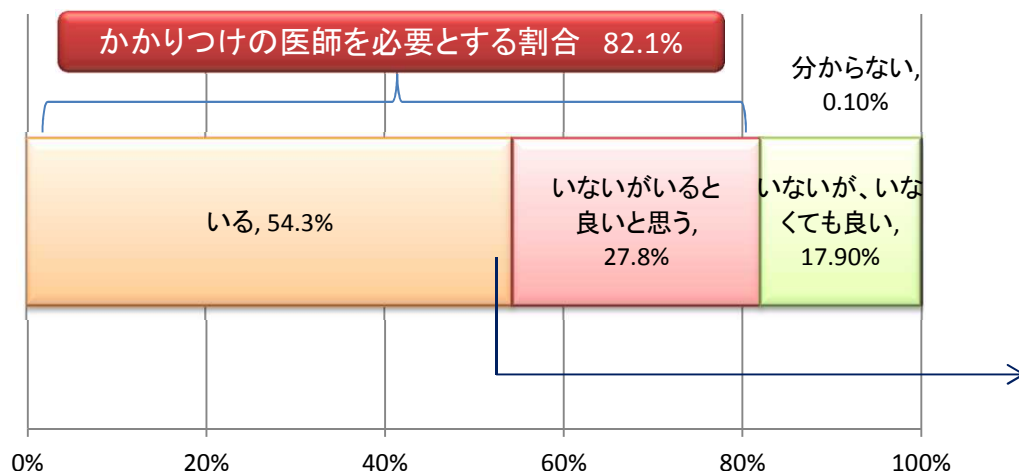


かかりつけの医師の有無

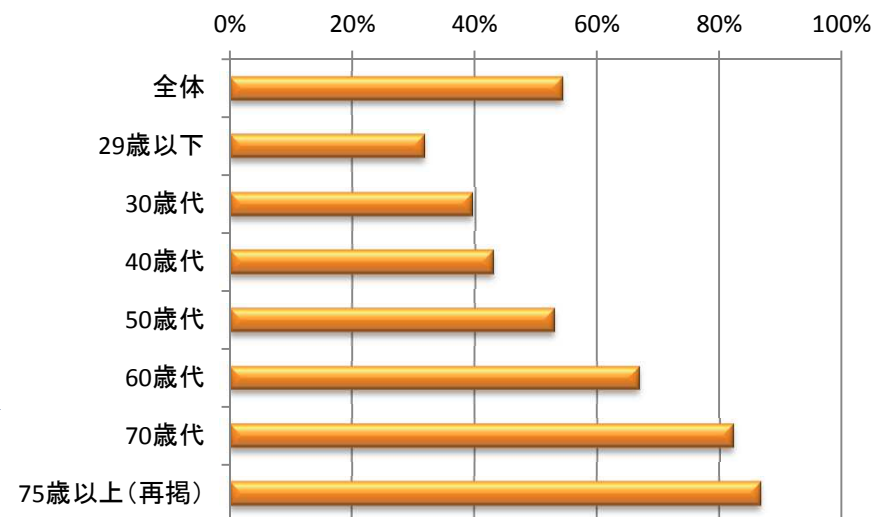
中 医 協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3

総合的に診るかかりつけの医師の有無 (n=1,246)

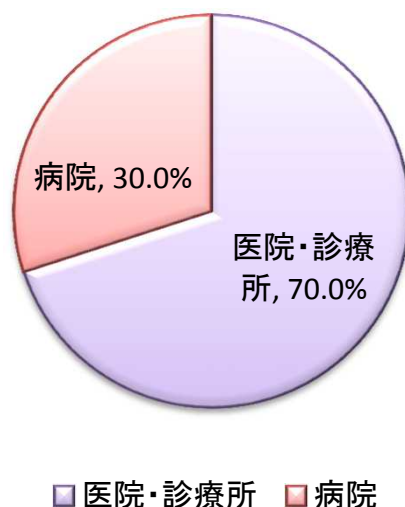
■ いる ■ いないが、いると良いと思う ■ いないが、いなくても良い ■ 分からない



年齢別かかりつけの医師がいる割合 (n=1,246)



かかりつけの医師の医療機関 (n=676)



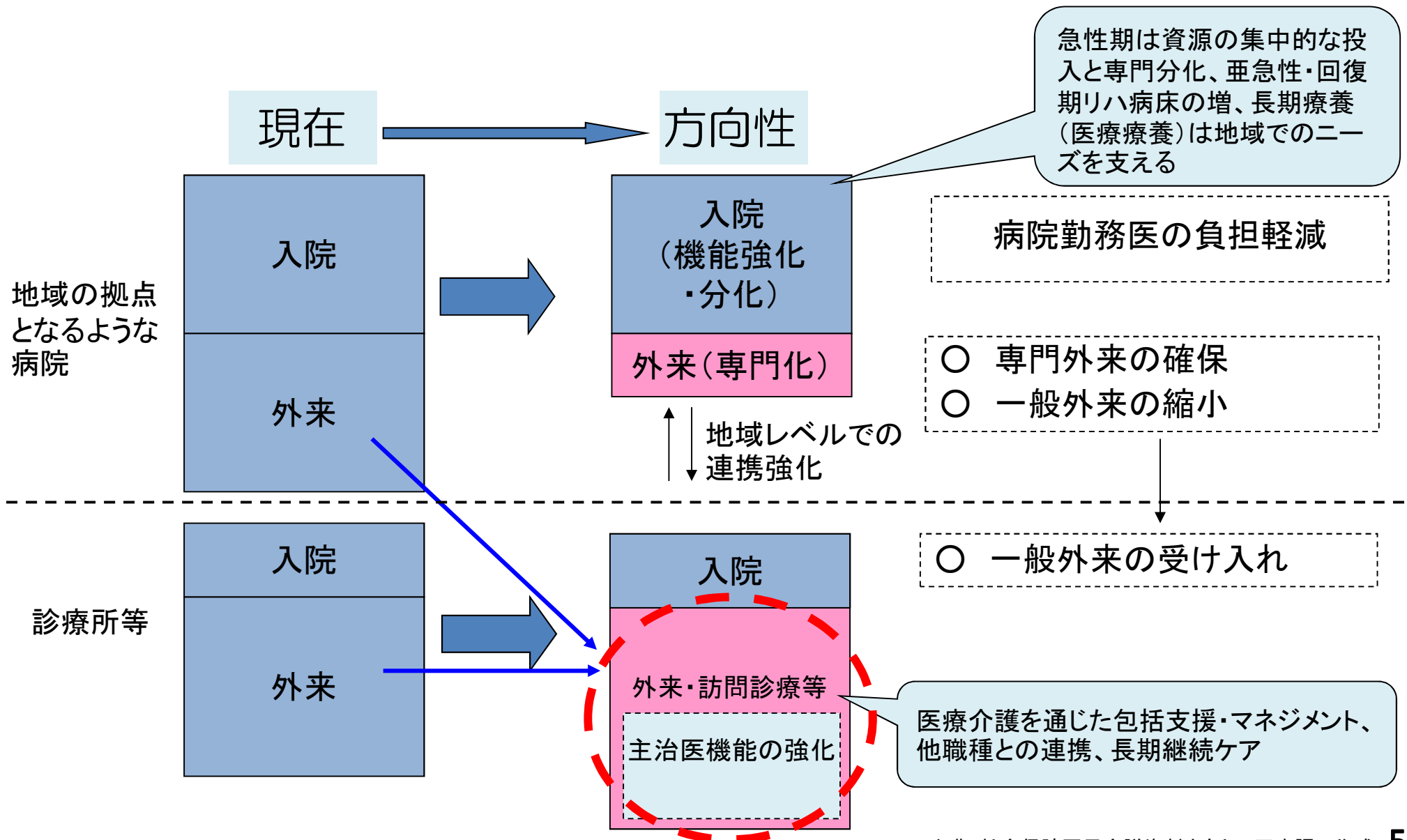
○ 「病気や健康度を総合的に診療してくれる身近なかかりつけの医師がいますか」という質問に対して「いる」と回答した国民は54.3%、「いないが、いるとよいと思う」が27.8%存在し、かかりつけ医を必要とする割合は約8割であった。

○ かかりつけの医師の医療機関をたずねると、医院・診療所が70.0%を占め、病院は30.0%であった。

○ 年齢が上がるほどかかりつけの医師がいる割合が高くなる傾向がみられた。

外来医療の役割分担のイメージ

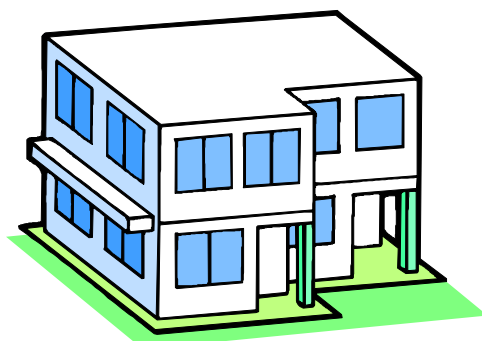
(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0



外来医療の機能分化と連携 (粗いイメージ図)

中 医 協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3

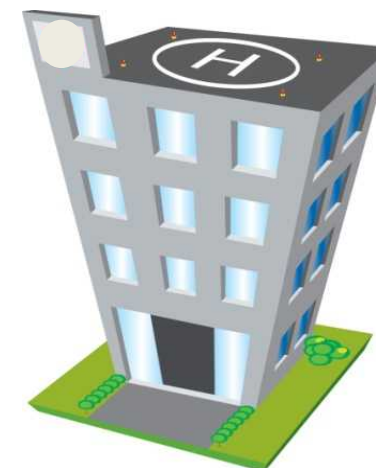
全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

紹介

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

逆紹介

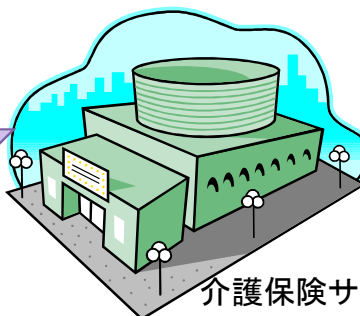


外来
受診

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理

等

介護が必要な時



介護保険サービス等

医療が必要な時

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

主治医機能の強化の課題と論点について

【課題】

- 高齢化の進展に伴い、複数の慢性疾患を有する患者への対応や外来医療の機能分化の観点から、中小病院及び診療所において、主治医機能を持った医師が全人的かつ継続的な診療を行うことが重要である。
- 現状では、約45%の患者が複数医療機関あるいは複数診療科を受診している。また、医療機関の選択については、まずかかりつけの医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診することを望む者が多く、適切に専門医療機関等への紹介ができることが主治医機能として重要である。
- これらに加え、主治医機能としては、アクセスしやすい医療機関であること、服薬管理、検診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅医療の提供および24時間の対応等が期待される。



【論点】

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、中小病院及び診療所の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを、総合的に評価することについて、どのように考えるか。

外来医療の課題と論点について

- 我が国は、少子高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者は、現在人口の約20%であるが、平成42年には約32%、平成67年には約41%になると想定されている。また、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が更に求められる。
- 外来医療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力して欲しい内容として、「軽症の場合は、近隣の診療所を受診して欲しい」「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい。」といった意見が約8割ある。
- 外来診療の機能分化の推進について、病気になるといつも相談し、診療を受ける医師がいる人は2割強であった。一方、日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待することとして、全人的かつ継続的な対応、アクセスの良さ等があげられる。
- 介護保険施設等の入所(居)者の服薬割合として、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約37%、外用薬ありの人が約48%おり、特養や老健と比べ、その割合が多い傾向があった。



【論点】

- 複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

4. 在宅医療について

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

中 医 協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

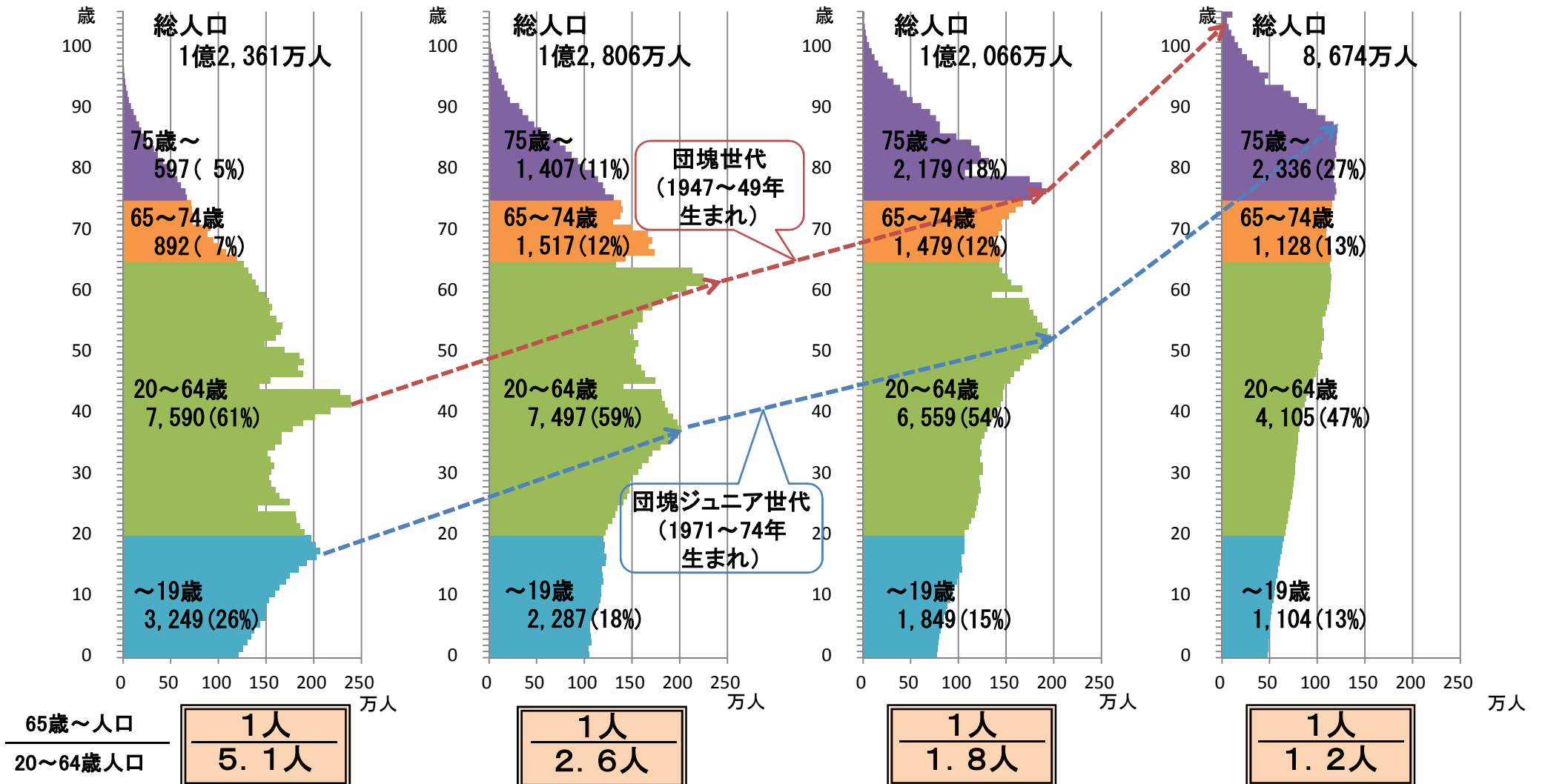
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年（1990年）（実績）

平成22年（2010年）（実績）

平成37年（2025年）

平成72年（2060年）



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

高齢化社会の進展に伴う課題について① (認知症高齢者の増加)

(万人)

将来推計 (年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年 (2012)を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

出典：老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室推計(平成24年)

(参考：平成15年 高齢者介護研究会報告書)

(万人)

将来推計 (年)	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく

高齢化社会の進展に伴う課題について②

(高齢者世帯の増加)

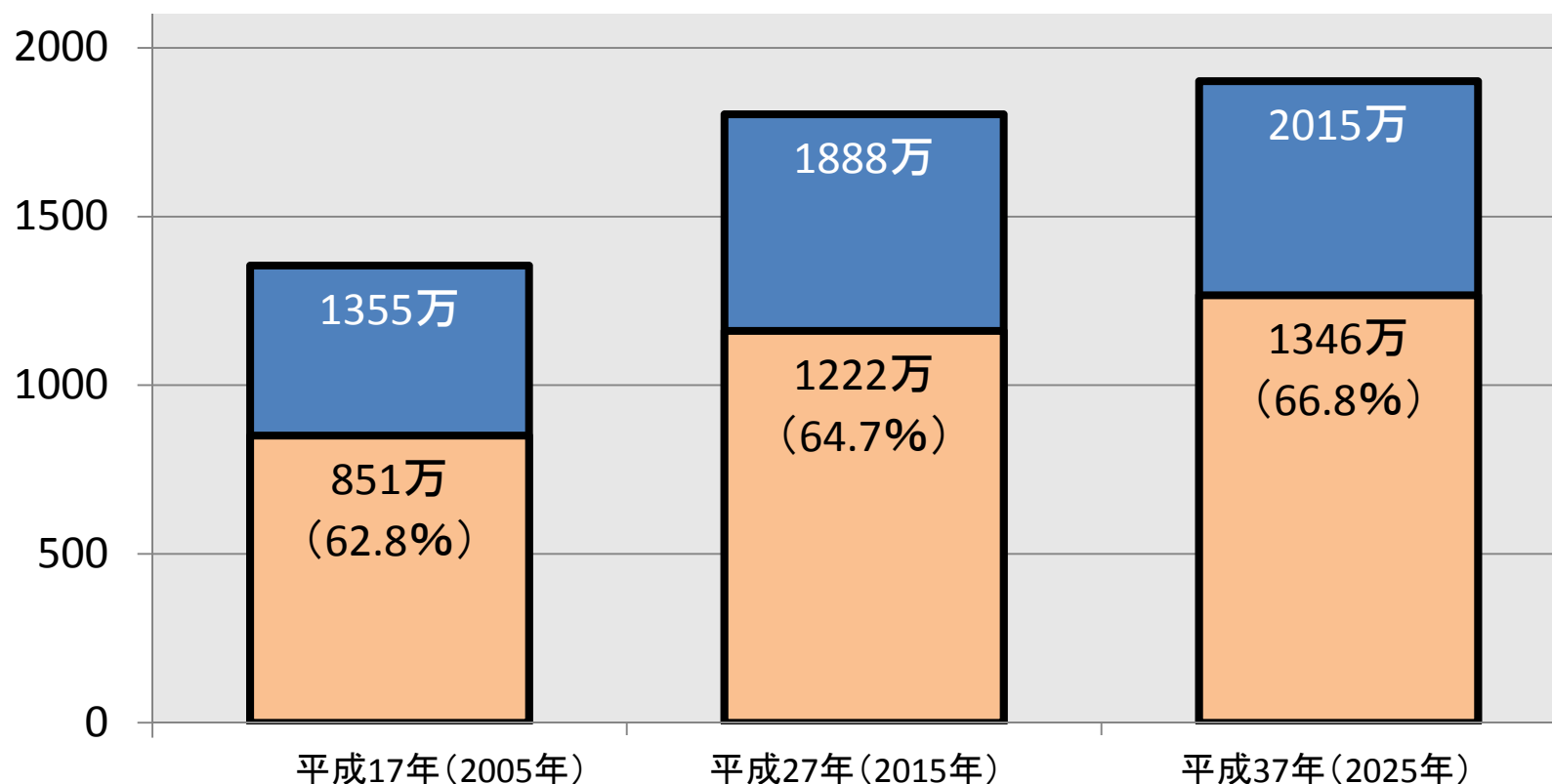
中 医 協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

高齢世帯の推計

(括弧内は高齢世帯のうち単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合)

■ 世帯主が65歳以上 ■ 単独世帯及び夫婦のみ世帯

(万世帯)



出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」2013(平成25)年1月推計

世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

高齢化社会の進展に伴う課題について③ (日本のどこで高齢者数が増加しているのか)

中 医 協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

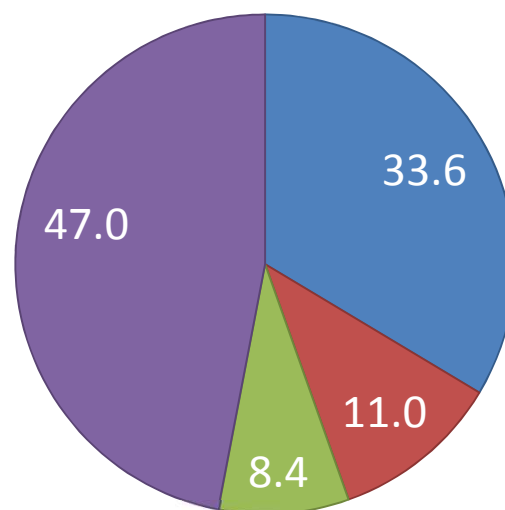
平成17→27年 高齢者 都道府県別増加数 割合(%) (総計で800万人増加)

■ 首都圏4都県
(東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県)

■ 大阪府

■ 愛知県

■ その他41道府県



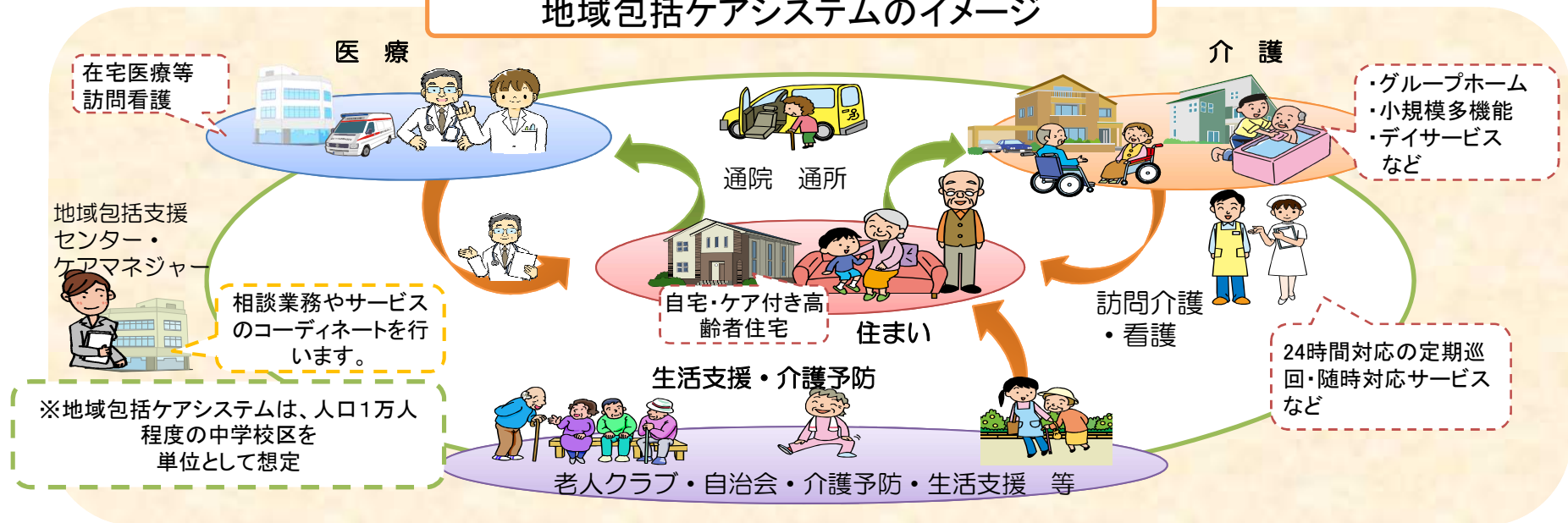
国立社会保障・人口問題研究所
「日本の都道府県別将来推計人口」より作成

首都圏をはじめとする都市部において、今後高齢者数が急激に増加する

地域包括ケアシステム

中 医 協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住みの整備（国交省と連携）

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

中 医 協 総 - 4
2 5 . 6 . 2 6

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法：公布 H23.4.28／施行H23.10.20）

1. 登録基準

（※有料老人ホームも登録可）

登録戸数：111,966戸
（平成25年5月31日現在）

《ハード》

- ・床面積は原則25㎡以上
- ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
- ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）

《サービス》

- ・サービスを提供すること（少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供）
[サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》

- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
- ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
- ・前払金に関して入居者保護が図られていること
（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

24時間対応の訪問看護・介護

「定期巡回随時対応サービス」の活用→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】
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 など

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

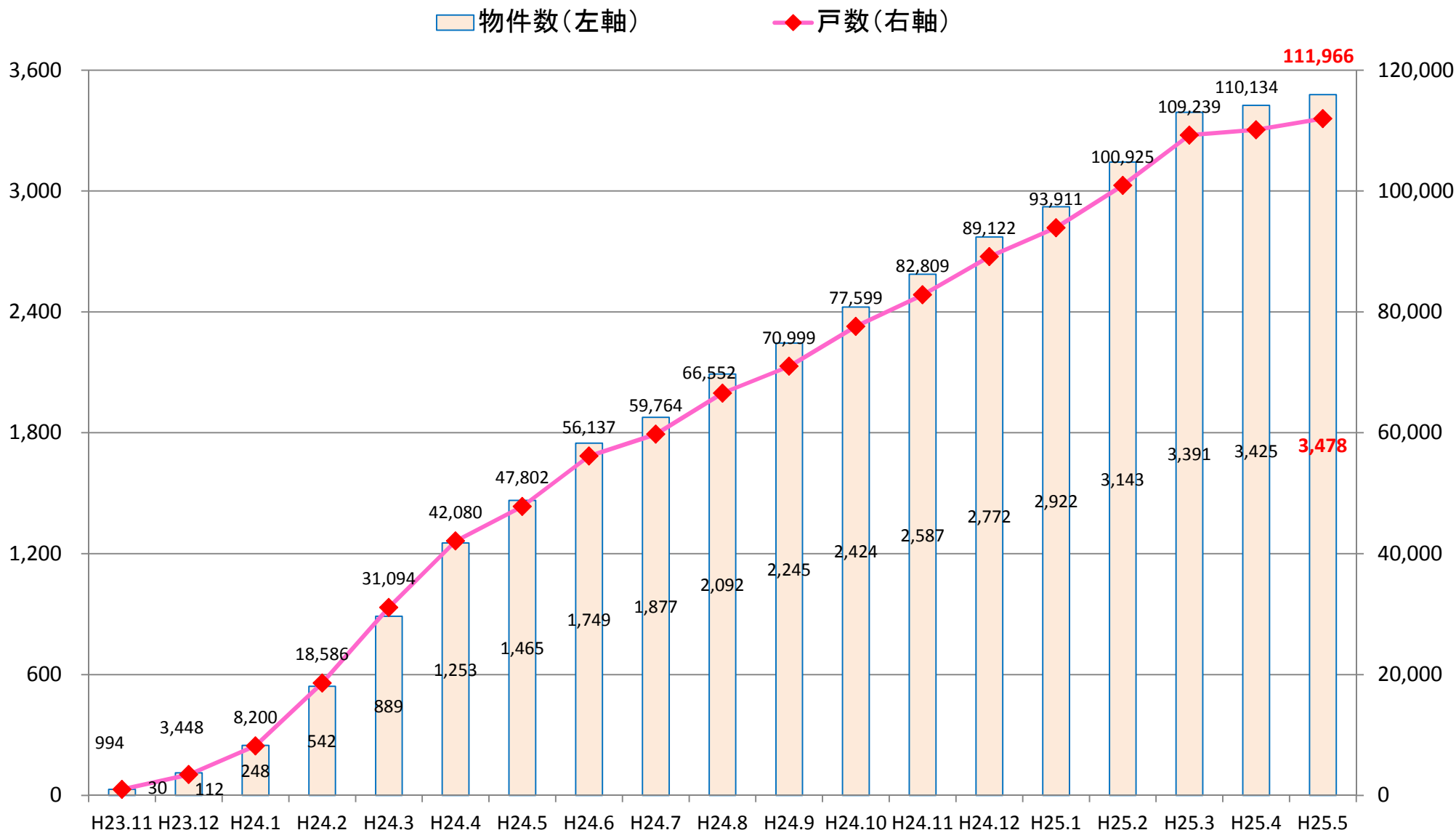
3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

中 医 協 総 - 4
2 5 . 6 . 2 6

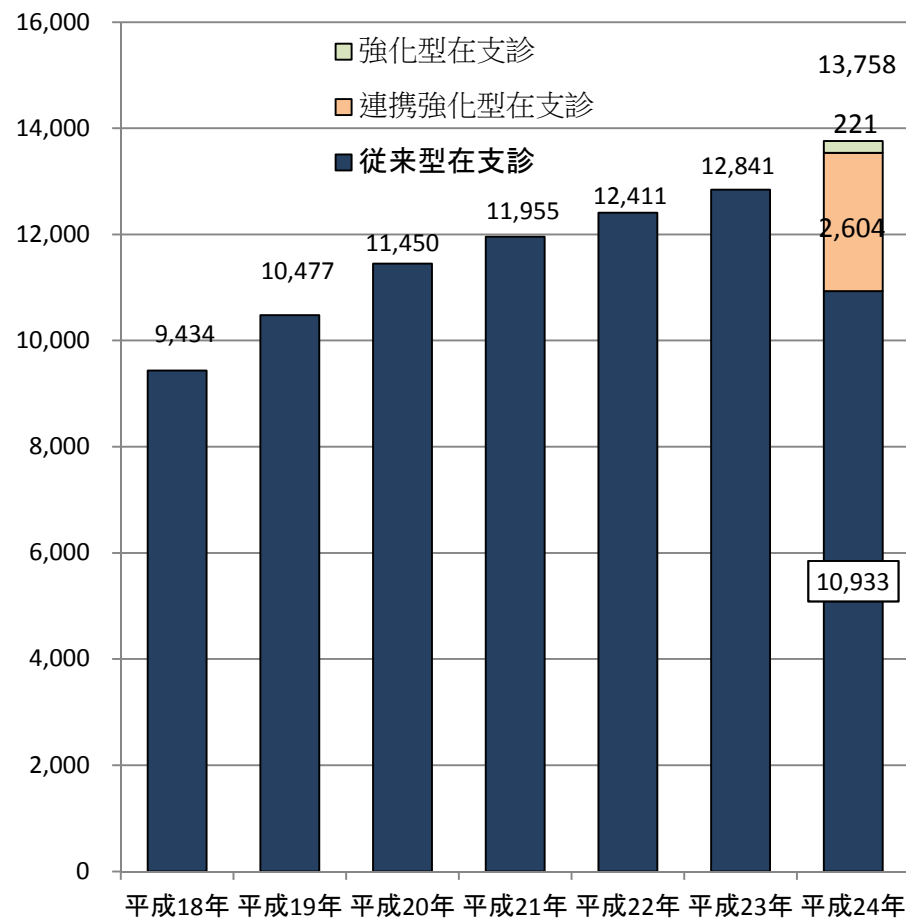
平成25年5月31日時点



在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

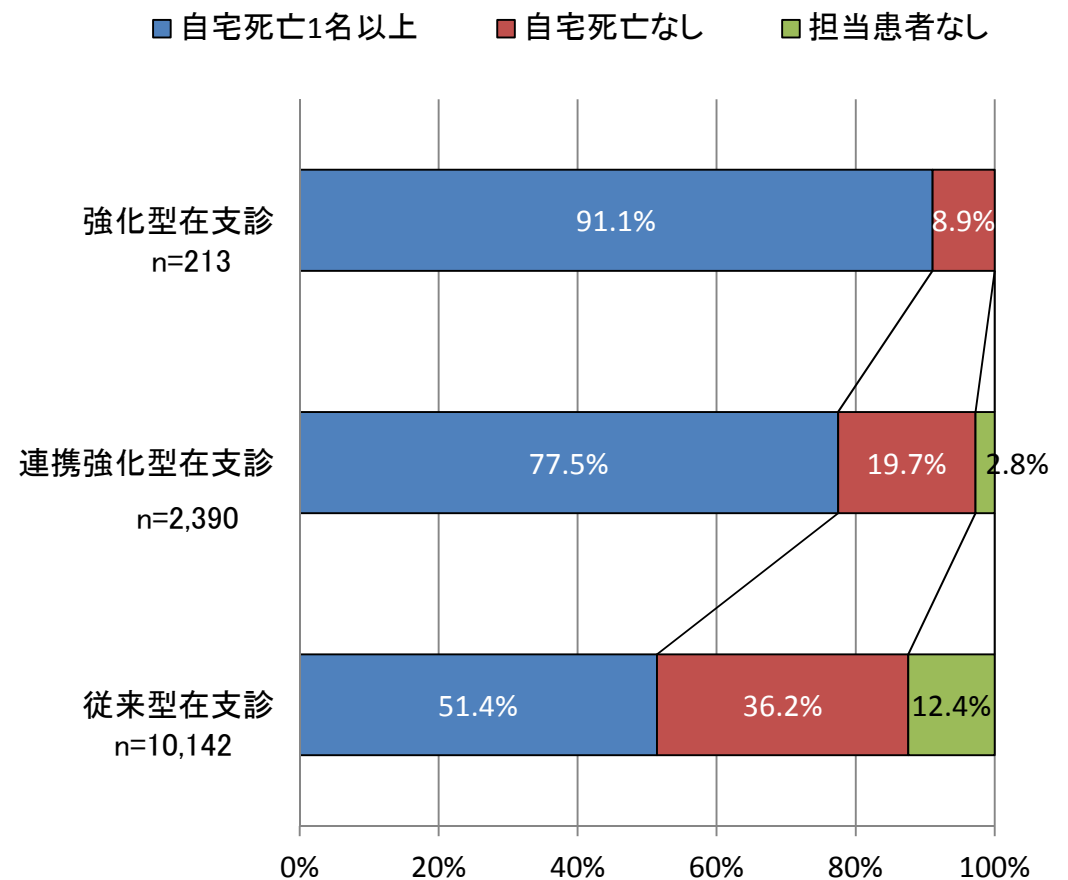
(届出数)

在宅療養支援診療所届出数



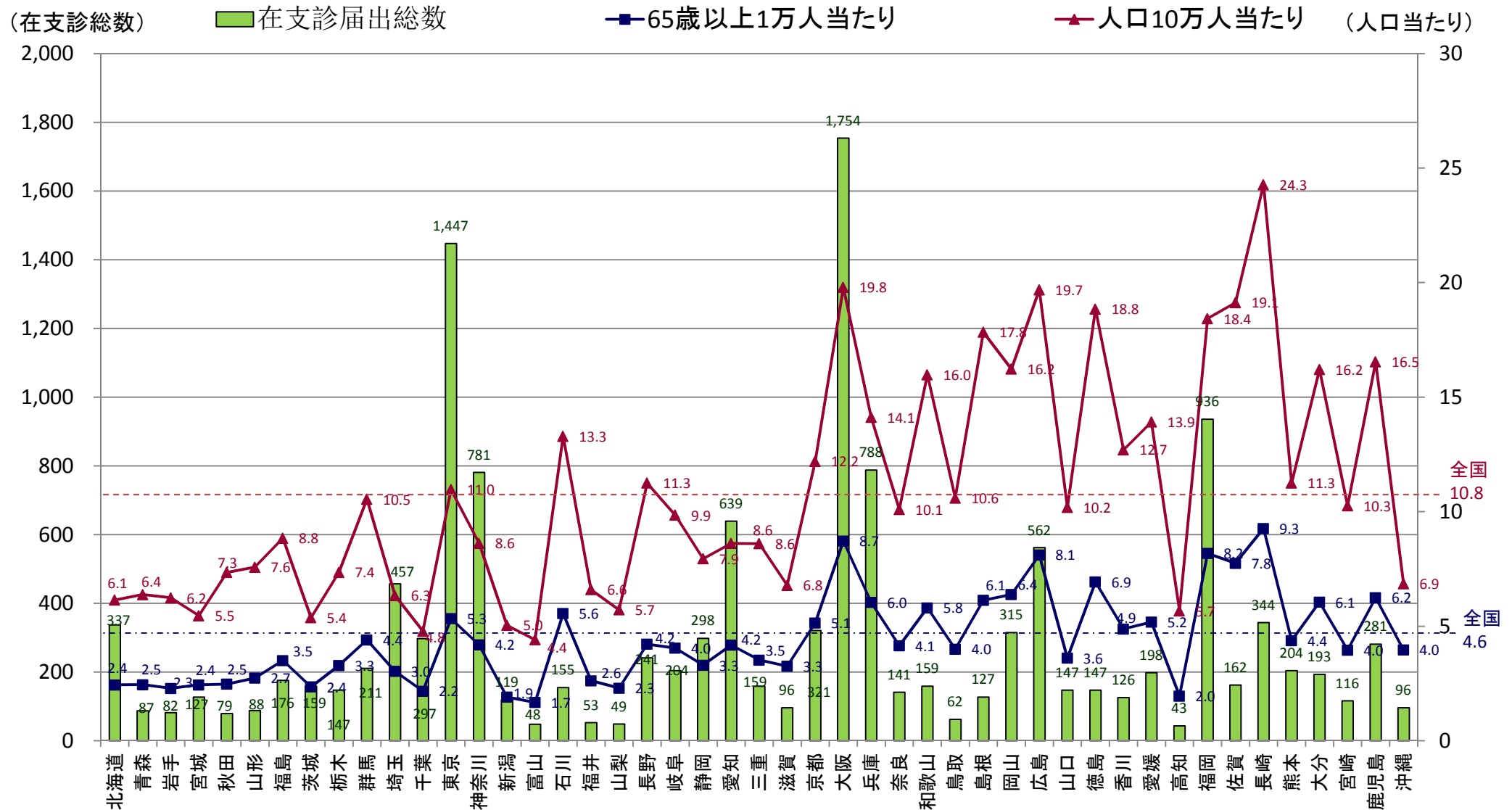
(注) 連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月時点)



(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

在宅療養支援診療所の都道府県別分布



(注) 在支診総数は保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)
65歳以上人口は総務省人口推計(平成23年10月1日時点)を用いて計算

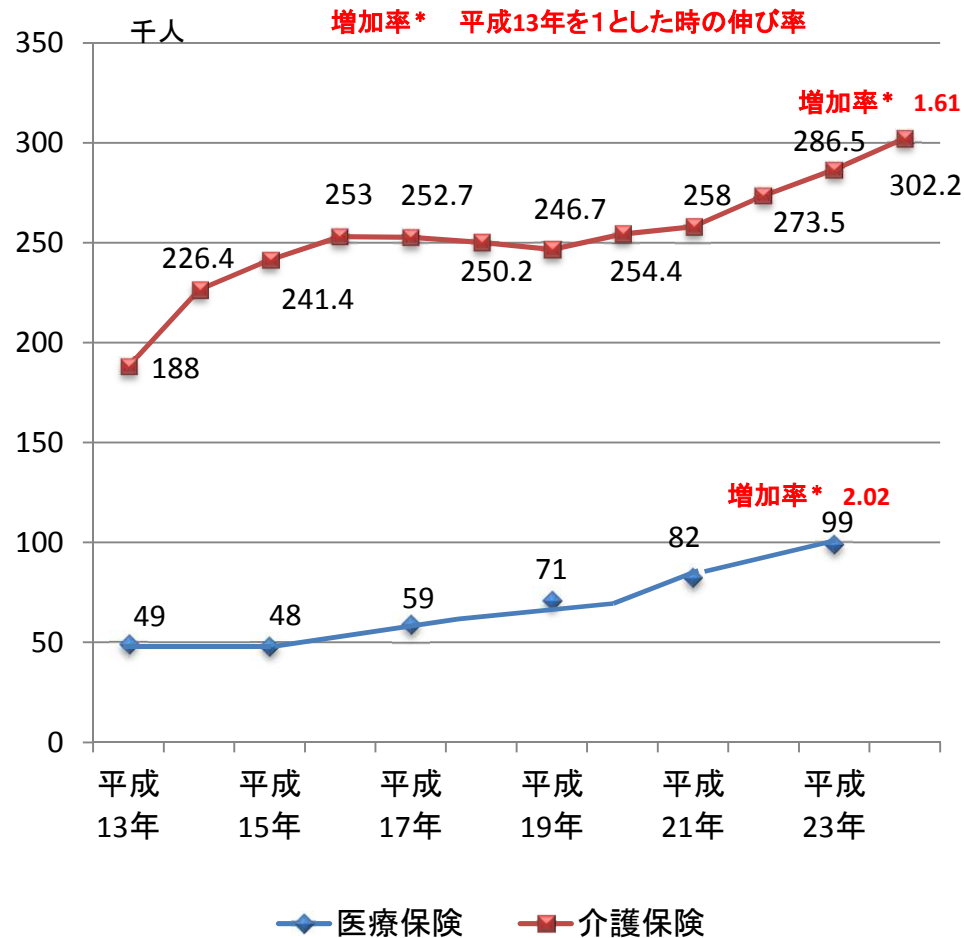
出典: 保険局医療課調べ

訪問看護の利用者数の推移

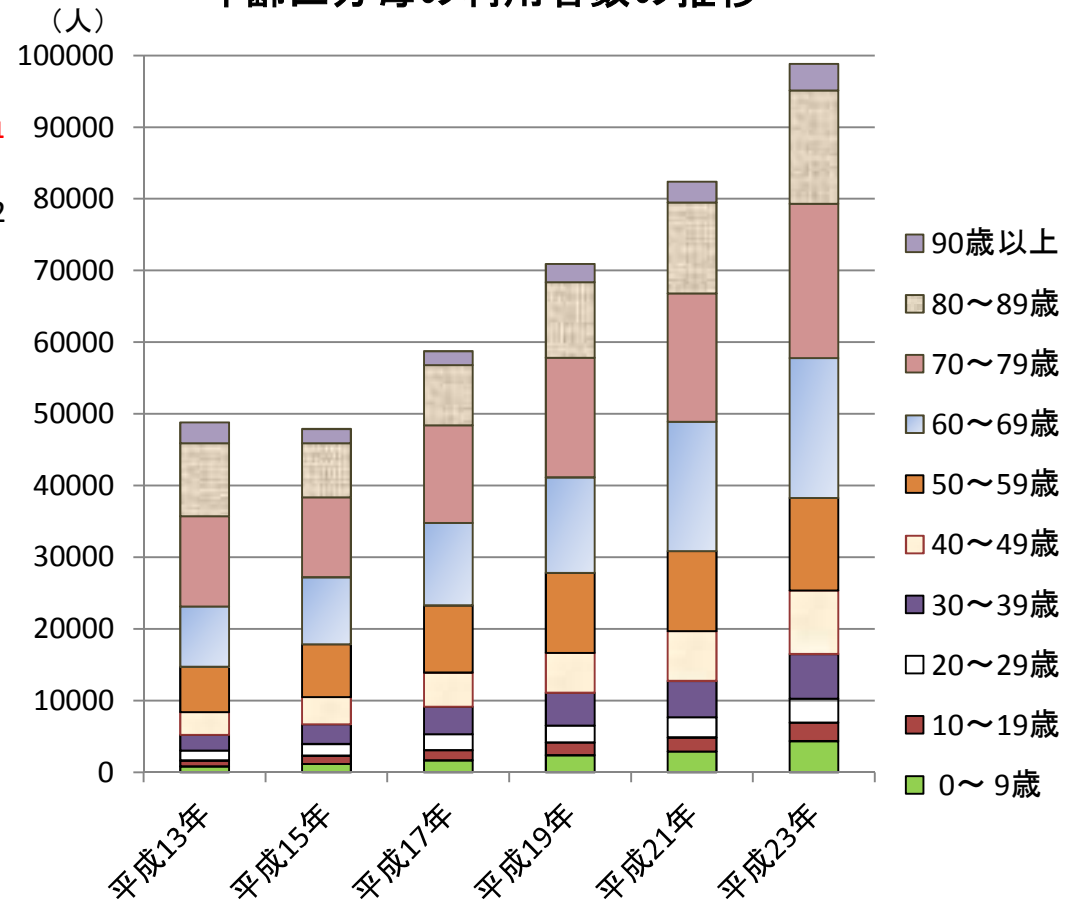
中 医 協 総 - 5
2 5 . 2 . 1 3

- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護サービス利用者数は、増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者は、どの年齢層も増加している。

■訪問看護利用者数の推移



■医療保険の訪問看護利用者 年齢区分毎の利用者数の推移



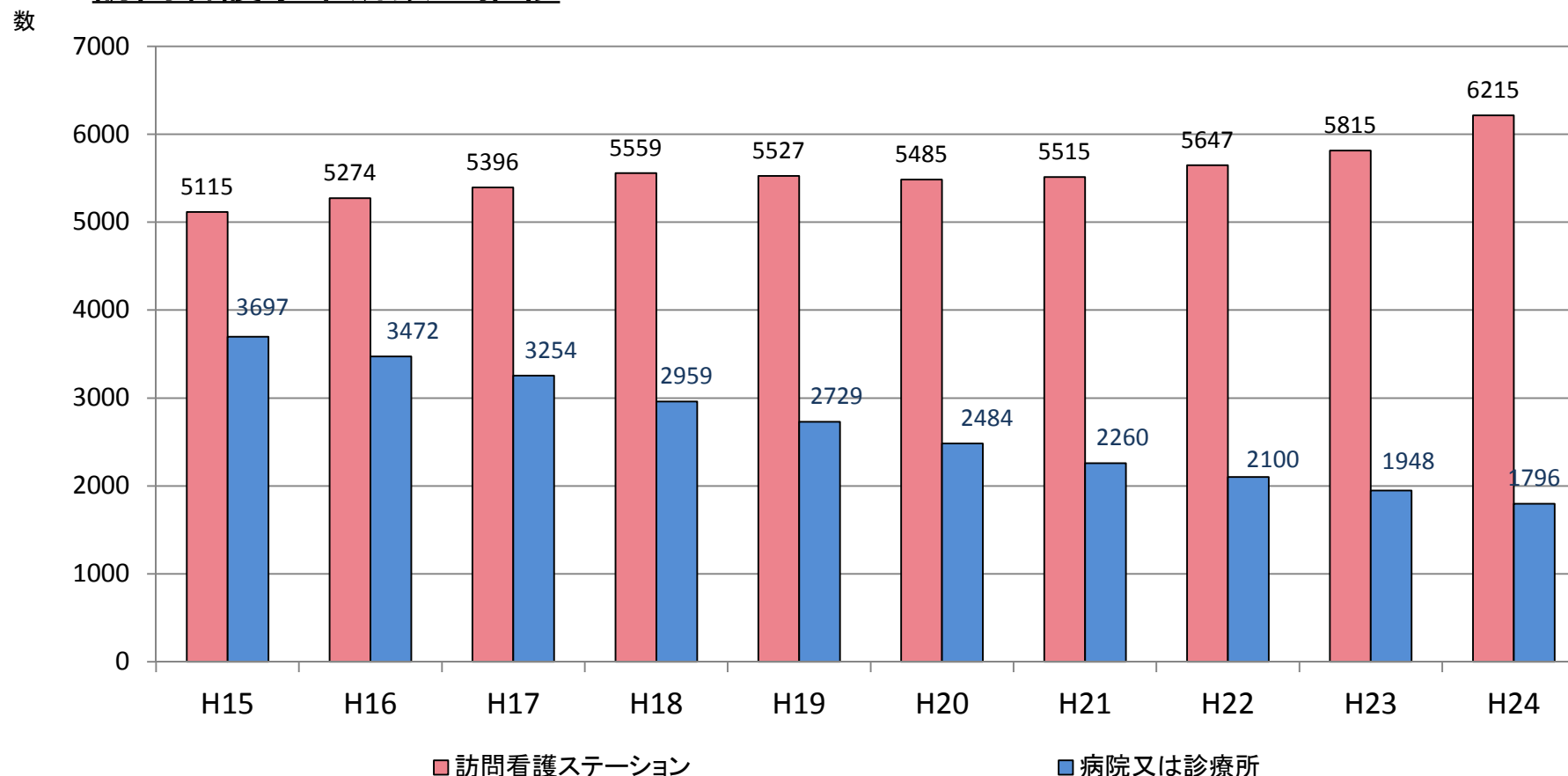
介護保険「介護給付費実態調査」各年5月審査分
医療保険「保険局医療課調べ」(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

保険局医療課調べ(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

訪問看護事業所数の推移

- 訪問看護ステーション数は微増し、医療機関の訪問看護事業所数は減少している。

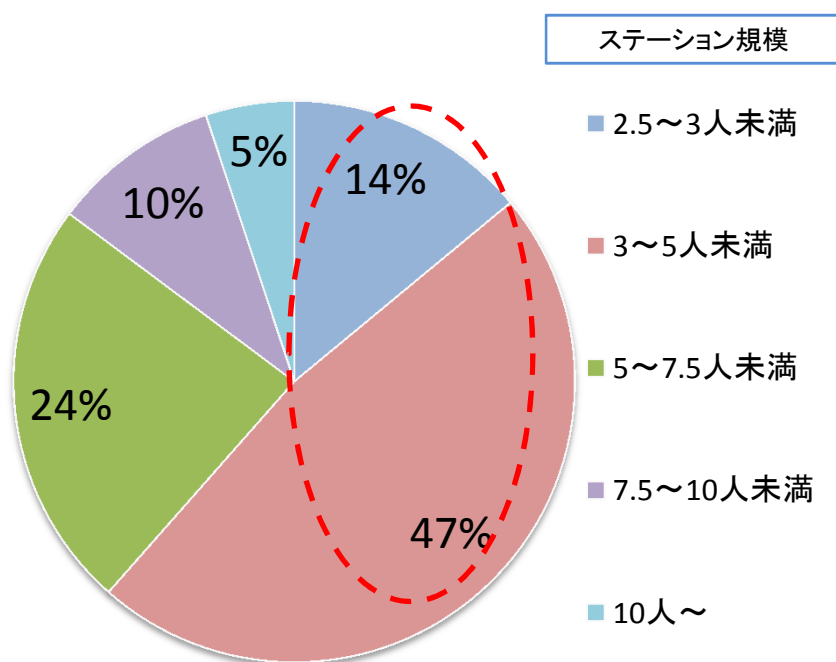
■訪問看護事業所数の推移



訪問看護ステーションの規模別状況

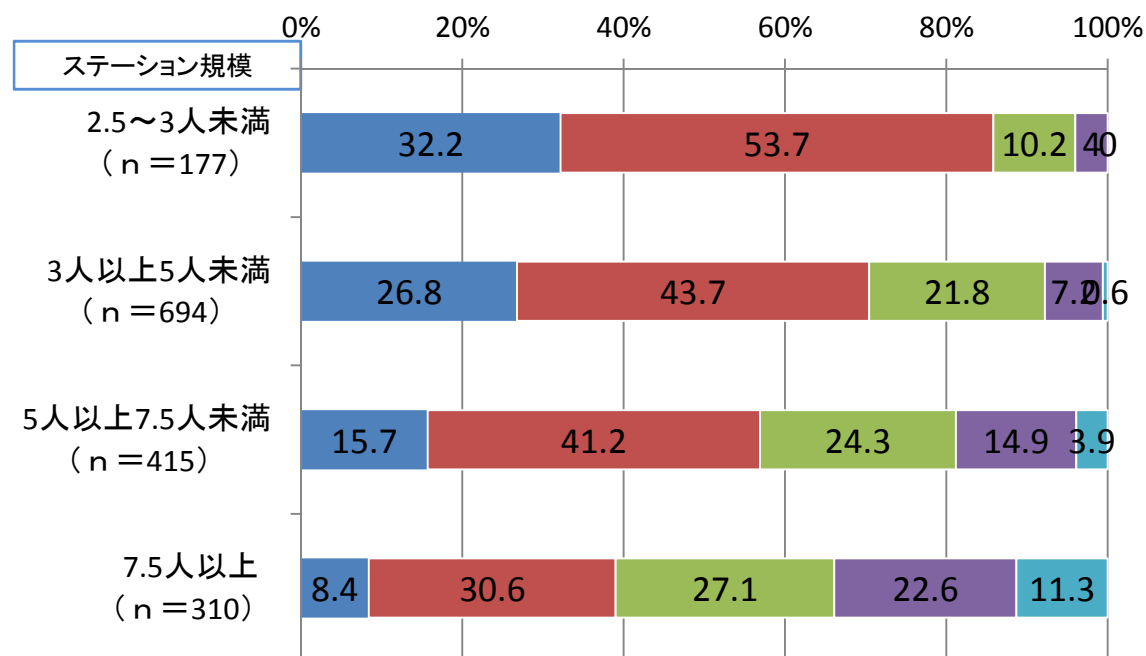
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%(参考)1事業所当たり看護職員数:約4.3人
- 訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。

■職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

■訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況



■ 0人 ■ 1人以上5人未満 ■ 5人以上10人未満 ■ 10人以上20人未満 ■ 20人以上

在宅療養支援歯科診療所について

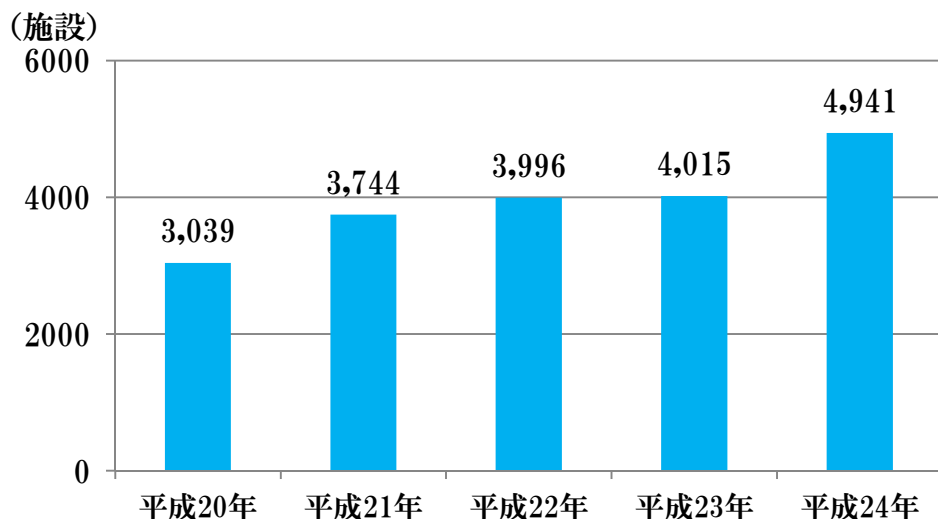
中 医 協 総 — 3
2 5 . 5 . 2 9

◆ 在宅又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であり、平成20年度改定時に創設

【施設基準】

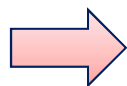
- 1 歯科訪問診療料を算定していること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

＜在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移＞



＜在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価＞

	歯援診	歯援診以外
退院時共同指導料 I	600点	300点
歯科疾患在宅療養指導管理料 (口腔機能管理加算)	140点 (+50点)	130点
歯科訪問診療補助加算 【平成24年度改定対応】	同一建物居住者以外の場合：110点 同一居住者の場合：45点	—



在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約7%にとどまっている

在宅医療における薬剤師

中 医 協 総 - 3
2 5 . 5 . 2 9

「チーム医療の推進に関する検討会 報告書」(平成22年3月19日厚生労働省)(抜粋)

中 医 協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 1 1

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

(1) 薬剤師

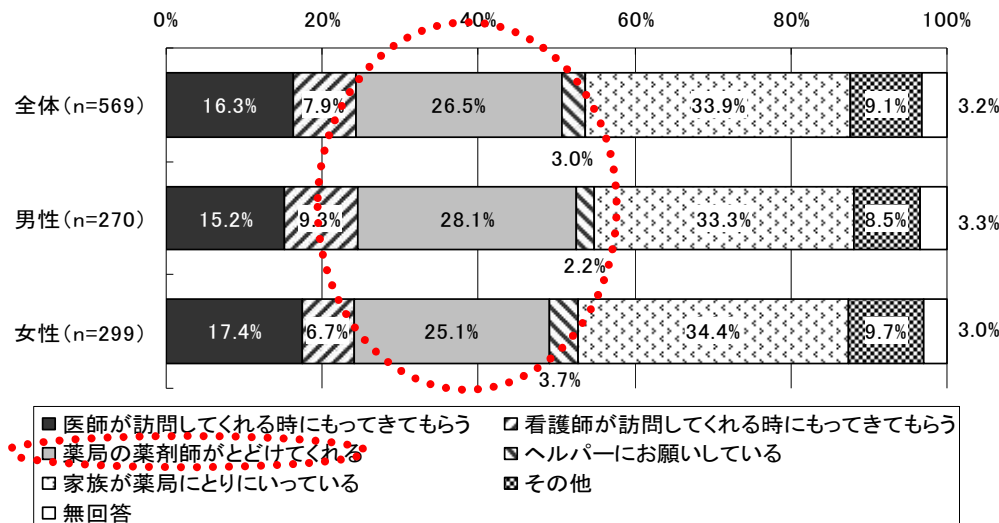
○ 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。

○ さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。

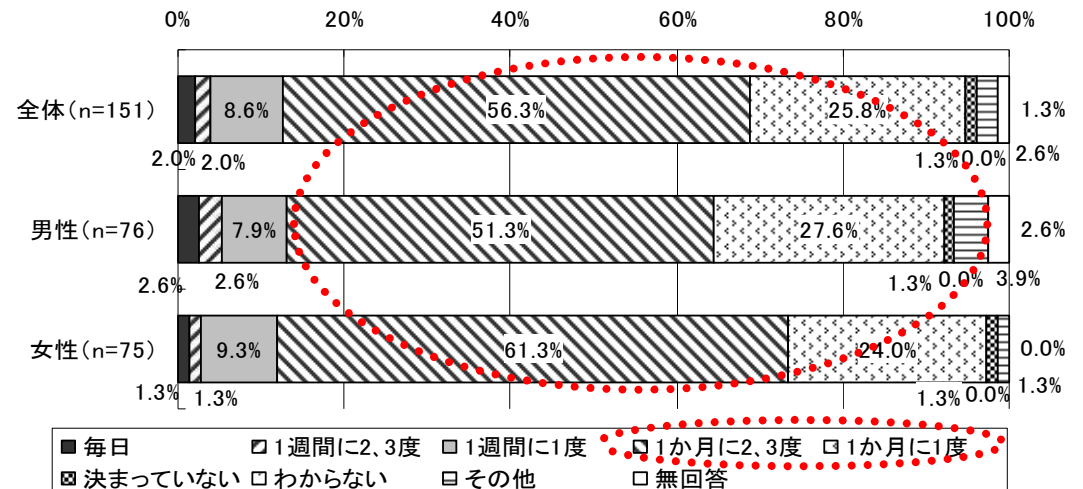
○ こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

現在の状況(参考)

<在宅患者が普段服薬している薬の受け取り方法>



<薬局の薬剤師が医薬品を患家へ届ける頻度>



〔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(平成23年度調査)在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 結果概要(速報)

在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

○高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介することの見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。



診療報酬を用いた経済的誘因により、診療の独占契約を結んでいるおそれがある

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

○ 診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象に訪問診療を行っているもの。
 (一日当たりの訪問患者数36.9人、一人当たりの平均訪問診療時間 5分22秒～10分、一ヵ月当たりの訪問診療回数 ほとんど4～5回／月)



患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、過剰な診療を行っている可能性がある。

(注)厚生労働省保険局医療課事務連絡(平成23年2月15日)に基づき、各地方厚生(支)局から報告された事例であり、一般的な状況を示すものではない。

【課題】

- ・ 高齢化の進展に伴い、平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれ、今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重点的に在宅医療・訪問看護の評価を行っている。
- ・ また、地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応できるよう地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。
- ・ なお、在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策についても検討する必要がある。



【論点】

- 在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことについて、どのように考えるか。

今後の論点の整理

中	医	協	総	—	3
2	5	.	3	.	1 3

○ これまで、外来医療、在宅医療、入院医療について議論を行ってきたが、これらの議論を踏まえ、入院医療等の分科会や検証調査の結果等を勘案しながら、以下の点等について今後具体的に議論を進めることとしてはどうか。

入院医療

- ① 急性期病床の担う役割の明確化と長期入院の是正
- ② 亜急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入
- ③ 地域の実情に応じた病棟の評価のあり方

等

外来医療

- ① かかりつけ医機能の評価
- ② 大病院の紹介外来の推進

等

在宅医療

- ① 在宅療養支援診療所・病院の評価の検討
- ② 不適切と考えられる事例への対策も含めた地域の実情に応じた在宅医療の推進

等

また、上記以外の個別の重要課題については、必要に応じて議論を行うこととしてはどうか

I. 高度急性期・一般急性期について

- 今後、急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病棟における早期からのリハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

II. 長期療養について

- 急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟における長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。
- また、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、高度急性期・一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実について、どう考えるか。

III. 亜急性期等について

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

IV. 地域特性について

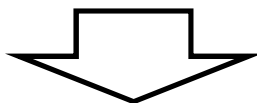
- 地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。

V. 有床診療所における入院医療について

- 高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

外来医療の課題と論点について

- 我が国は、少子高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者は、現在人口の約20%であるが、平成42年には約32%、平成67年には約41%になると想定されている。また、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対して適切な対応が更に求められる。
- 外来医療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力して欲しい内容として、「軽症の場合は、近隣の診療所を受診して欲しい」「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい。」といった意見が約8割ある。
- 外来診療の機能分化の推進について、病気になるといつも相談し、診療を受ける医師がいる人は2割強であった。一方、日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待することとして、全人的かつ継続的な対応、アクセスの良さ等があげられる。
- 介護保険施設等の入所(居)者の服薬割合として、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約37%、外用薬ありの人が約48%おり、特養や老健と比べ、その割合が多い傾向があった。



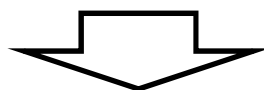
【論点】

- 複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

主治医機能の強化の課題と論点について

【課題】

- 高齢化の進展に伴い、複数の慢性疾患を有する患者への対応や外来医療の機能分化の観点から、中小病院及び診療所において、主治医機能を持った医師が全人的かつ継続的な診療を行うことが重要である。
- 現状では、約45%の患者が複数医療機関あるいは複数診療科を受診している。また、医療機関の選択については、まずかかりつけの医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診することを望む者が多く、適切に専門医療機関等への紹介ができることが主治医機能として重要である。
- これらに加え、主治医機能としては、アクセスしやすい医療機関であること、服薬管理、検診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅医療の提供および24時間の対応等が期待される。

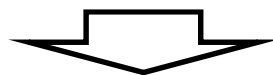


【論点】

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、中小病院及び診療所の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを、総合的に評価することについて、どのように考えるか。

【課題】

- ・ 高齢化の進展に伴い、平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれ、今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重点的に在宅医療・訪問看護の評価を行っている。
- ・ また、地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応できるよう地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。
- ・ なお、在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策についても検討する必要がある。



【論点】

- 在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことについて、どのように考えるか。