中医協　総－３
３１．４．２４

年代別・世代別の課題（その２）

世代ごとの気になる傷病の違い（20歳以上／男女）

○　世代ごとの最も気になる傷病はさまざま。

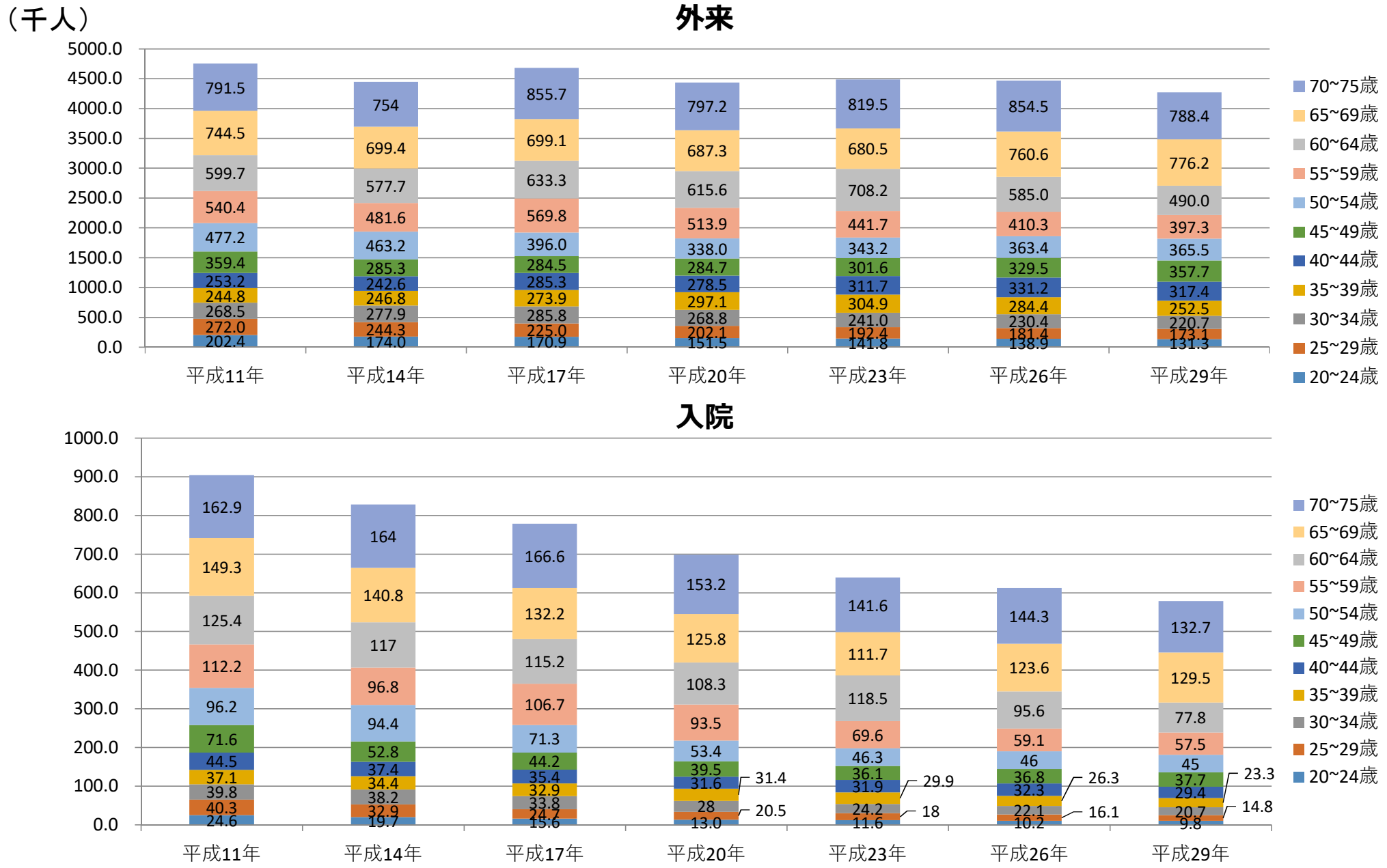
20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳
アトピー性皮膚炎	その他	うつ病やその他のこころの病気	うつ病やその他のこころの病気	その他	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症
その他	うつ病やその他のこころの病気	その他	その他	うつ病やその他のこころの病気	その他	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
その他の皮膚の病気	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	腰痛症	高血圧症	うつ病やその他のこころの病気	その他	脂質異常症(高コレステロール血症等)	脂質異常症(高コレステロール血症等)	脂質異常症(高コレステロール血症等)	腰痛症	腰痛症
うつ病やその他のこころの病気	その他の皮膚の病気	腰痛症	アトピー性皮膚炎	腰痛症	腰痛症	腰痛症	腰痛症	腰痛症	腰痛症	脂質異常症(高コレステロール血症等)	眼の病気
腰痛症	アレルギー性鼻炎	その他の皮膚の病気	肩こり症	肩こり症	糖尿病	うつ病やその他のこころの病気	その他	眼の病気	眼の病気	眼の病気	狭心症・心筋梗塞

※歯の病気、エラー（不詳）は除いている。

出典：H28国民生活基礎調査・健康・通院者数から各年代の頻度の高い最も気になる傷病をリスト化

患者数（20~75歳）の経年推移

○　患者数は外来/入院ともに全体的に減少傾向。

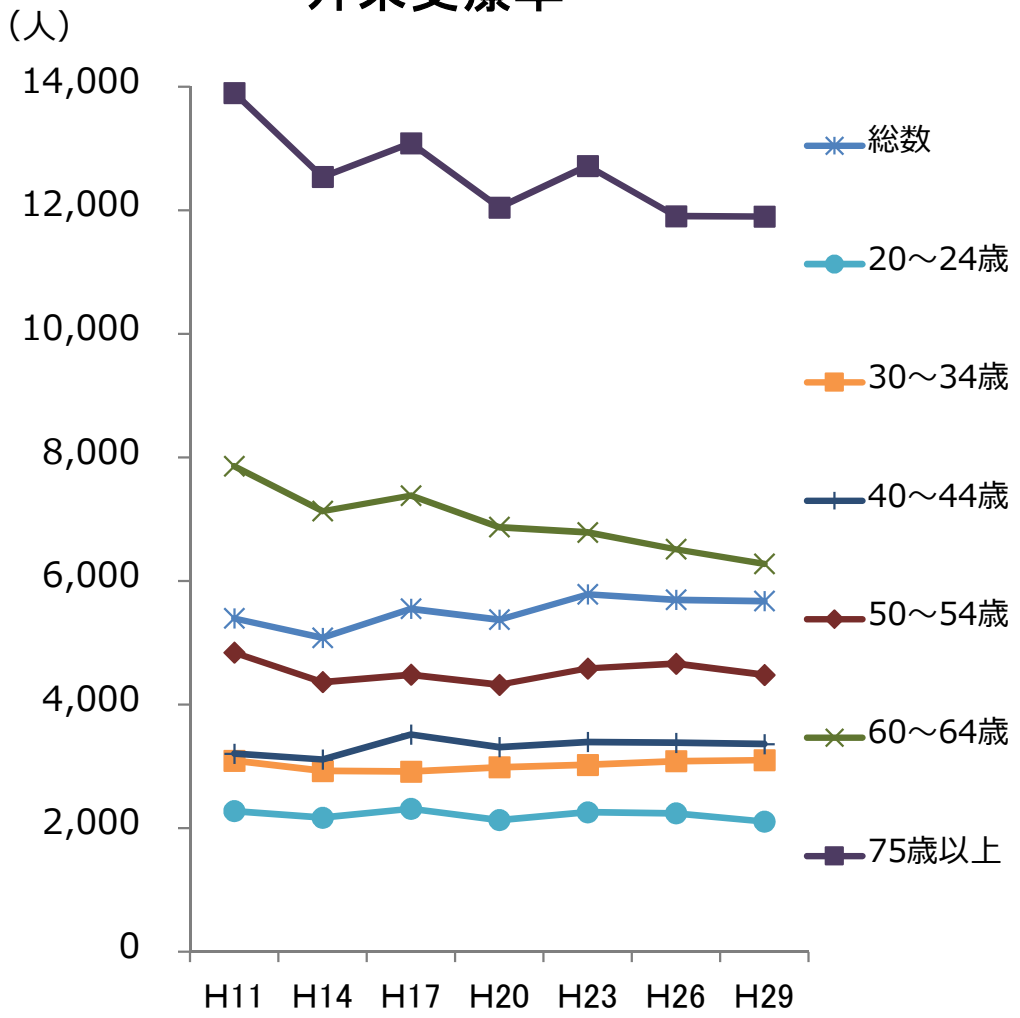


出典：患者調査

年齢階級別の外来及び入院受療率の年次推移（20歳以上）

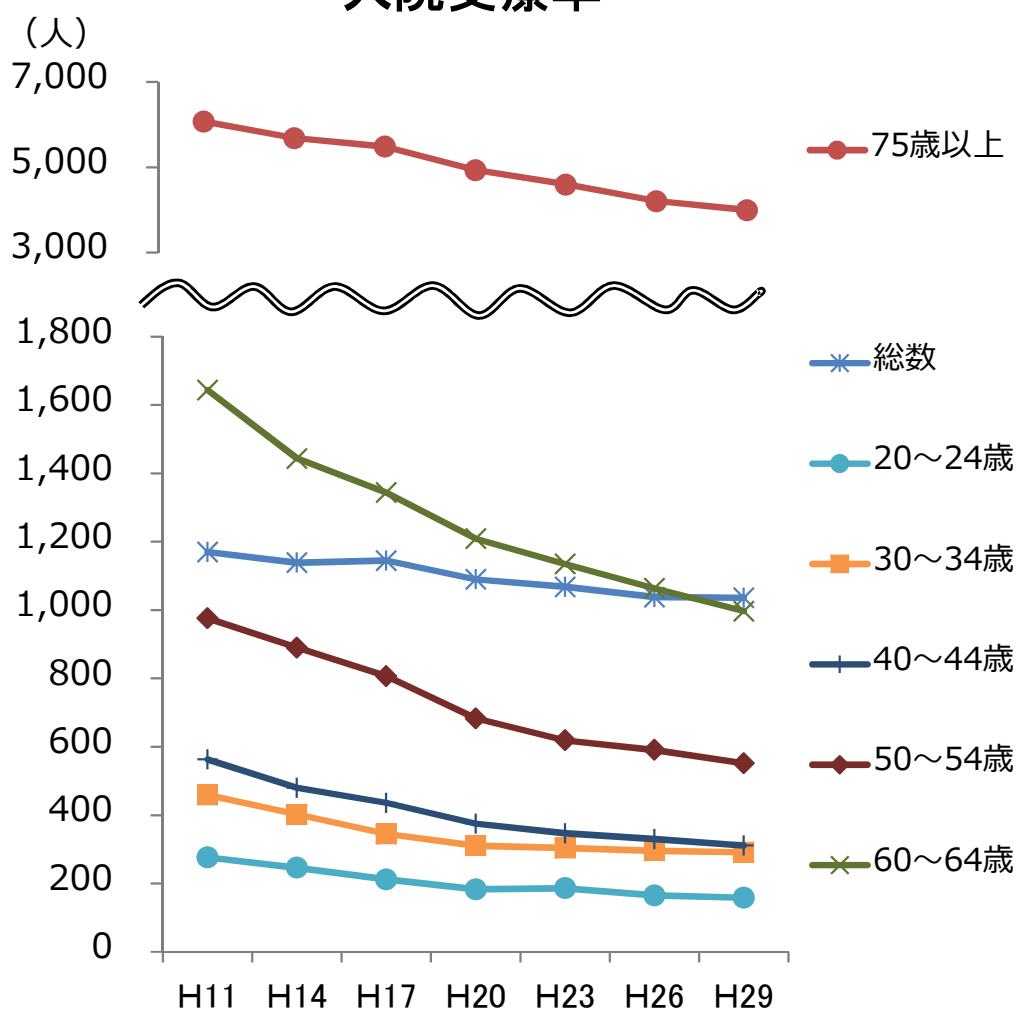
○　外来受療率は、どの年齢階級においても、概ね横ばい～減少傾向。
○　入院受療率は、どの年齢階級においても、減少傾向。

外来受療率



※外来受療率：推計外来患者数（調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数）を人口 10 万対であらわした数。

入院受療率



※入院受療率：推計入院患者数（調査日当日に、すべての医療施設に入院する患者の推計数）を人口 10万対であらわした数。

出典：患者調査

青年期～中年期
（20～30代、40～60代）

- 生活習慣病に対する継続的な管理
- 治療と仕事の両立のための産業保健との連携
- 歯科疾患の管理

生活習慣病に対する継続的な管理

○ 40歳以上において、高血圧、糖尿病、脂質異常症の指摘・疑いがある者の割合は、年齢とともに増加傾向。そのうち、治療・服薬ありの割合も、概ね年齢とともに増加傾向にあり、特に40代では治療・服薬なしの割合が多い。

○ 生活習慣病等で自覚症状がない患者は、受診するまでの期間が長い傾向。また、自覚症状がない患者の受診理由をみると、「健康診断で指摘された」が最も多い。

○ 特定健診・特定保健指導において、メタボリックシンドロームに着目した健診及び保健指導を行っている。メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、年齢とともに増加傾向。

○ 生活習慣病の進行を防ぐためには、より早期の段階で、生活習慣（不適切な食生活、運動・睡眠不足、喫煙習慣等）を改善することが重要。喫煙率は、男女ともに、低下傾向。

○ 生活習慣病は、介護が必要となった主な要因の約6割、死因別死亡割合の約6割、一般診療医療費の約3割を占める。

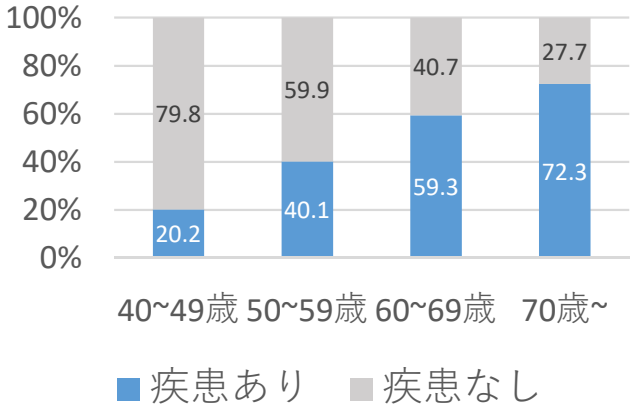
○ 高血圧診療ガイドラインや糖尿病診療ガイドラインでは、個々の患者の評価を行った上で、生活習慣の指導等の治療を行うこととされている。糖尿病診療ガイドラインにおいては、診断確定時の糖尿病網膜症の評価及びその後の定期受診が推奨されているが、眼科受診割合は４～６割に留まる。

○ 生活習慣病管理料では、関係学会のガイドライン等を必要に応じて参照しつつ、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価している。

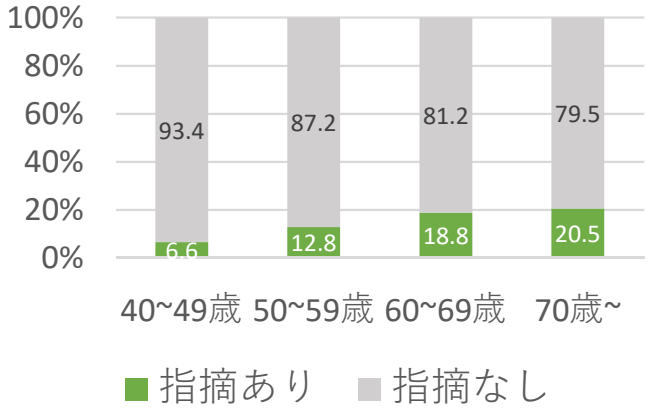
生活習慣病の状況（40歳以上）

○ 高血圧、糖尿病、脂質異常症について、それぞれ疾患の指摘・疑いがある者の割合は、年齢とともに増加傾向。
○ そのうち、治療・服薬ありの割合も、概ね年齢とともに増加傾向にあり、特に40代では治療・服薬なしの割合が多い。

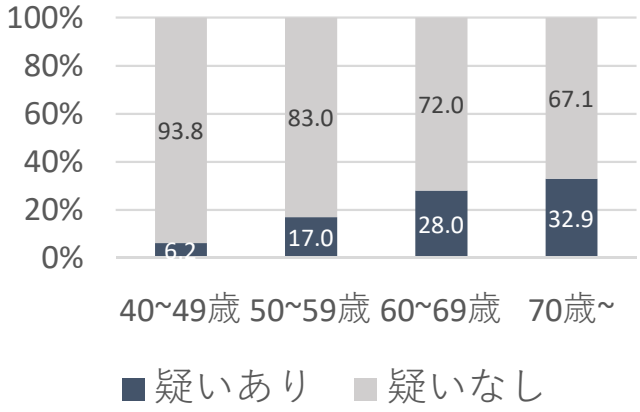
高血圧症有病者の割合



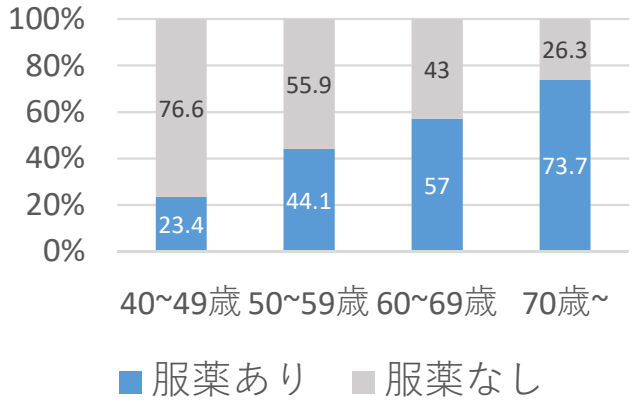
糖尿病の指摘を受けた者の割合



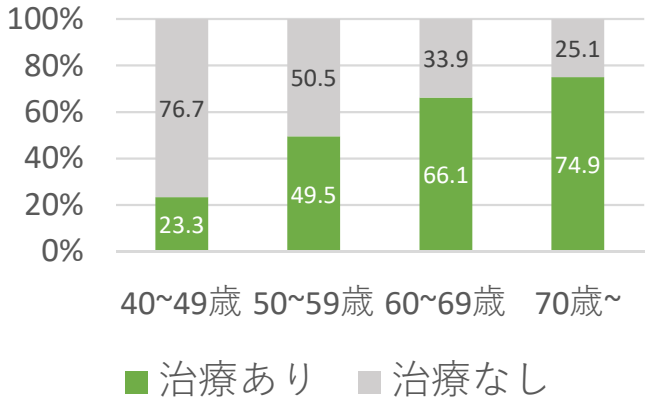
脂質異常症が疑われる者の割合



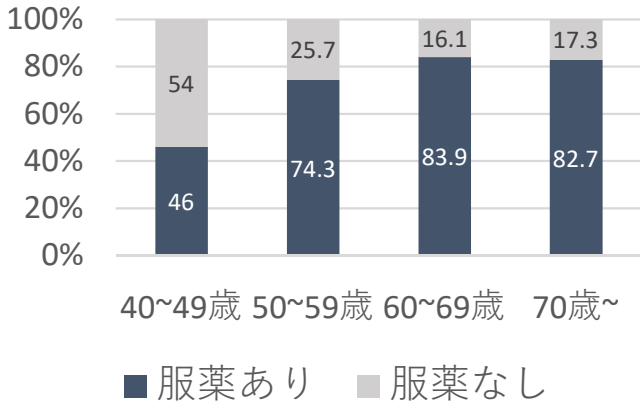
高血圧症有病者における服薬の有無



糖尿病の指摘を受けた者における治療の有無



脂質異常症が疑われる者における服薬の有無

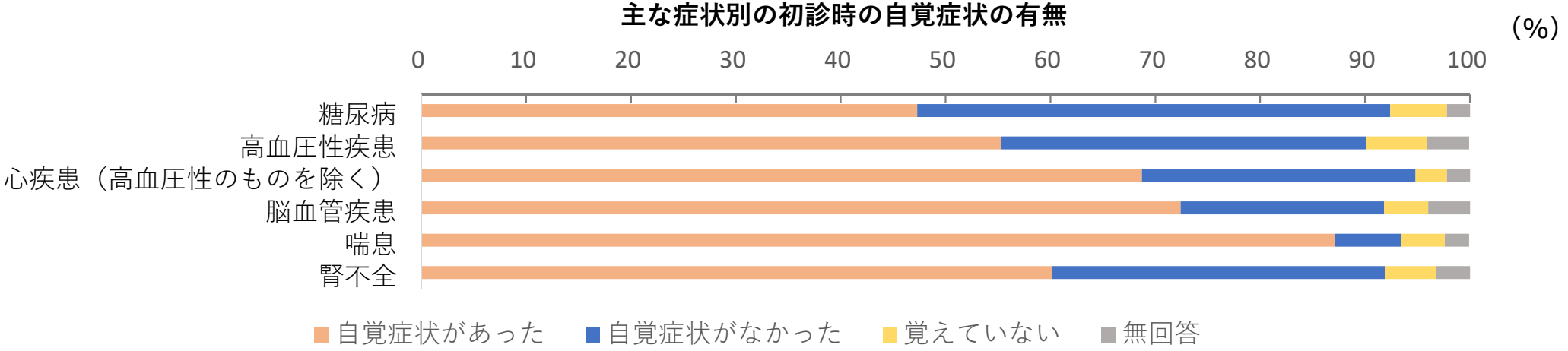


出典：平成28年度国民健康・栄養調査

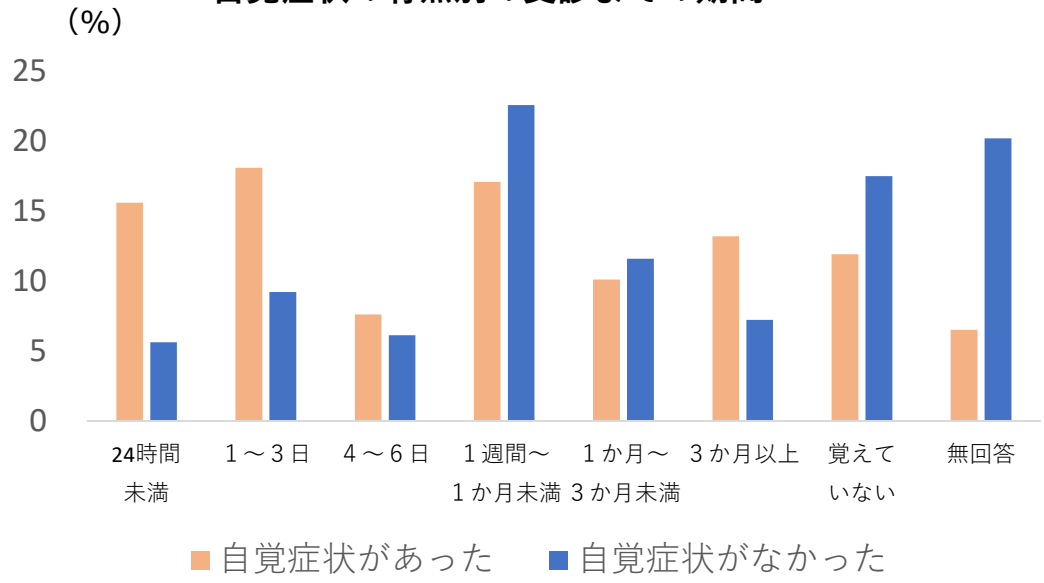
初診時の自覚症状の有無（傷病別）と受診までの期間

○ 糖尿病や高血圧性疾患は、初診時に自覚症状がない患者も多い。
○ 自覚症状がない患者は、自覚症状がある患者と比べて、受診までの期間が長い傾向。
○ 自覚症状がなかった患者が受診した理由をみると、「健康診断で指摘された」が最も多い。

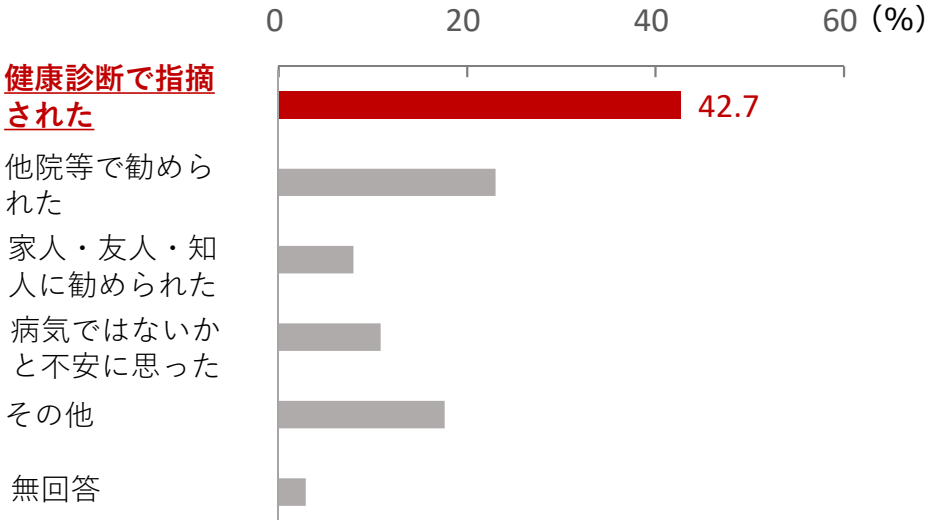
主な症状別の初診時の自覚症状の有無



自覚症状の有無別の受診までの期間



自覚症状がなかった患者が受診した理由（複数回答）



出典：平成29年度受療行動調査

日本の健診（検診）制度の概要

○ 医療保険者や事業主は、高齢者の医療の確保に関する法律、労働安全衛生法等の個別法に基づく健康診査（健康診断）を実施。
○ 市町村は、健康増進法に基づき、特定健診の対象とならない者の健康診査を実施。
○ 市町村は、健康増進法に基づき、一定年齢の住民を対象としてがん検診などの各種検診を実施。（医療保険者や事業主は任意に実施）

妊娠～出産後1年・小学校就学前（乳幼児等）	**母子保健法** 【対象者】１歳６か月児、３歳児 【実施主体】市町村＜義務＞ ※その他の乳幼児及び妊産婦に対しては、市町村が、必要に応じ、健康診査を実施又は健康診査を受けることを勧奨		
児童生徒等	**学校保健安全法** 【対象者】在学中の幼児、児童、生徒又は学生　※就学時健診については小学校入学前の児童 【実施主体】学校（幼稚園から大学までを含む。）＜義務＞		
	被保険者・被扶養者	うち労働者	その他
～39歳	**医療保険各法**（健康保険法、国民健康保険法等） 【対象者】被保険者・被扶養者 【実施主体】保険者＜努力義務＞	**労働安全衛生法** 【対象者】常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり 【実施主体】事業者　＜義務＞ ※一定の有害な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施	**健康増進法** 【対象者】住民（生活保護受給者等を含む） 【実施主体】市町村<努力義務> 【種類】 ・歯周疾患検診 ・骨粗鬆症検診 ・肝炎ウイルス検診 ・がん検診 ・高齢者医療確保法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導
40～74歳	**特定健診** **高齢者医療確保法** 【対象者】加入者 【実施主体】保険者＜義務＞	※労働安全衛生法等に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法等に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。	
75歳～	**高齢者医療確保法** 【対象者】　被保険者 【実施主体】後期高齢者医療広域連合＜努力義務＞		
歯周疾患検診 骨粗鬆症検診 肝炎ウイルス検診 がん検診	保険者や事業主が<u>任意で</u>実施・助成		**健康増進法** 【対象者】一定年齢以上の住民 【がん検診の種類】 胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診

特定健診・特定保健指導について

基本的な考え方

○　メタボリックシンドロームに着目した特定健診及び特定保健指導を医療保険者の義務とすることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

主な内容

○　医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して特定健診を実施。
○　健診の結果、一定の基準に当てはまる者に対して特定保健指導を実施。

特定保健指導対象者の選定基準

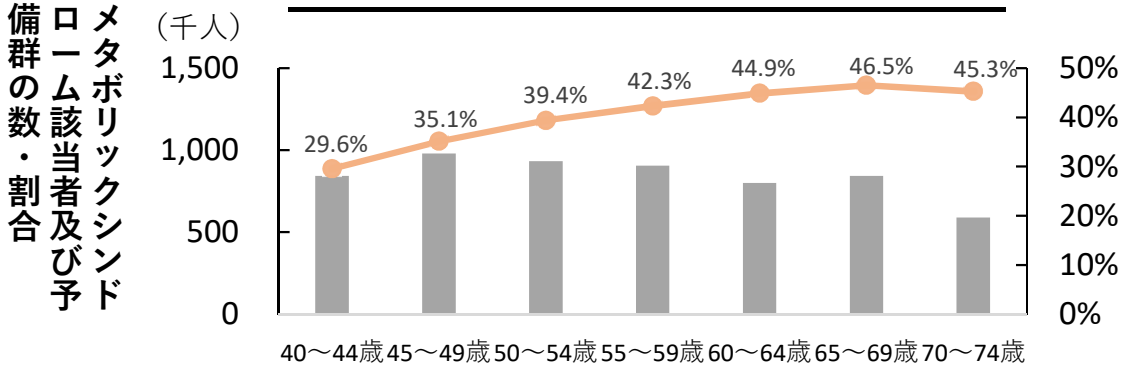
① **血糖**　a）空腹時血糖100mg/dl以上　又は　b）HbA1c（NGSP値）の場合　5.6% 以上　の場合
② **脂質**　a）中性脂肪150mg/dl以上　又は　b）HDLコレステロール40mg/dl未満　の場合
③ **血圧**　a）収縮期血圧130mmHg以上　又は　b）拡張期血圧85mmHg以上　の場合
④ 質問票　**喫煙歴あり**（①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント）
⑤ 質問票　①、②又は③の治療に係る薬を内服している

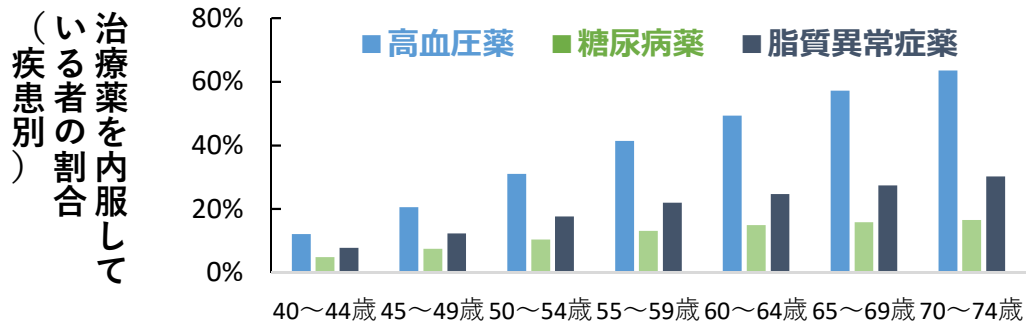
<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲</th><th>追加リスク</th><th rowspan="2">④喫煙歴</th><th colspan="2">対象</th></tr>
<tr><th>①血糖　②脂質　③血圧</th><th>40−64歳</th><th>65−74歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3">≧85cm(男性)
≧90cm(女性)</td><td>2つ以上該当</td><td></td><td rowspan="3">積極的支援</td><td rowspan="3">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外で
BMI≧25kg/m²</td><td>3つ該当</td><td></td><td rowspan="3">積極的支援</td><td rowspan="4">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td></tr>
<tr><td>1つ該当</td><td></td></tr>
</table>

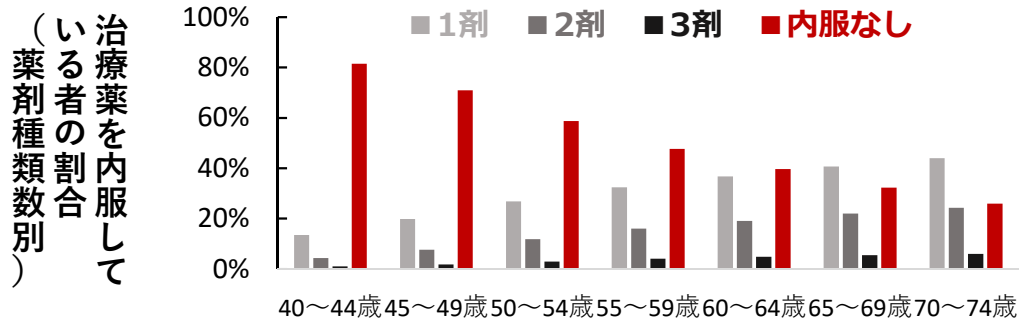
メタボリックシンドローム該当者及び予備群について

○　特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、概ね年齢とともに増加傾向。
○　メタボリックシンドローム該当者及び予備群のうち、各疾患の治療薬を内服している者の割合を疾患別・薬剤種類数別にみると、それぞれ年齢とともに増加傾向。

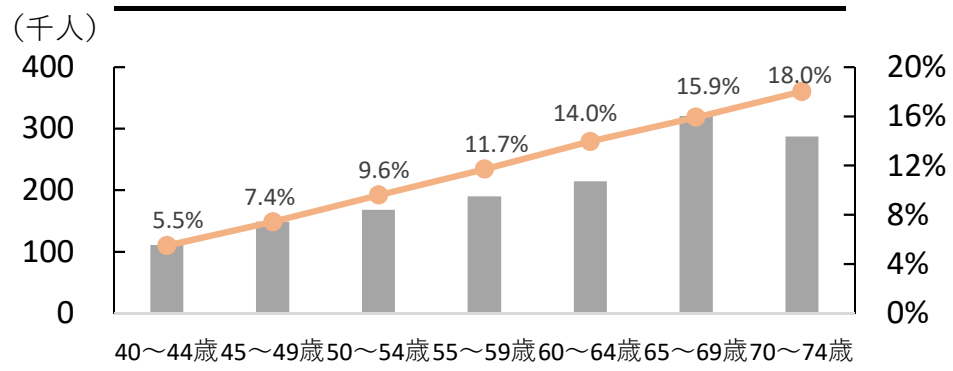
男性

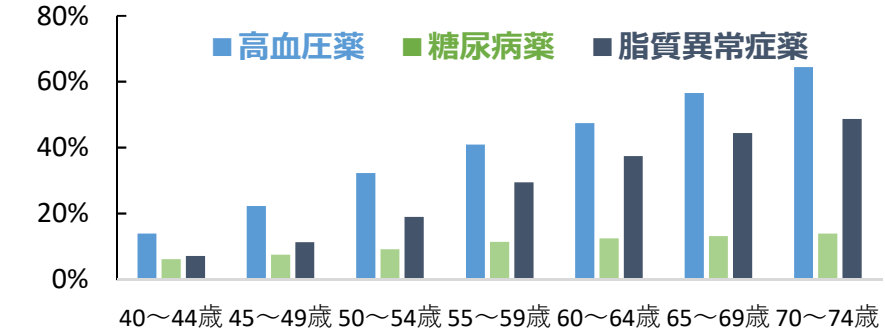


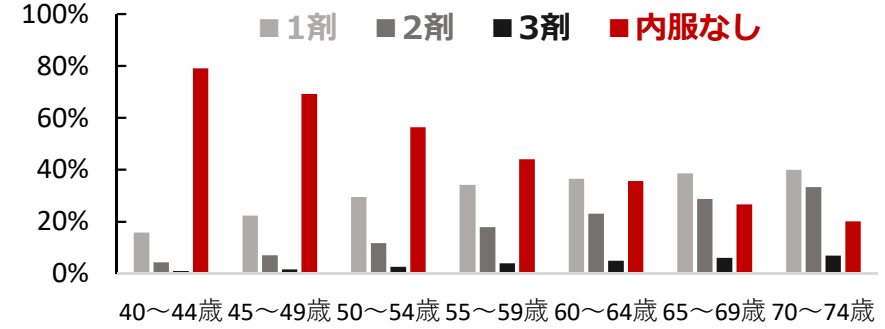




女性



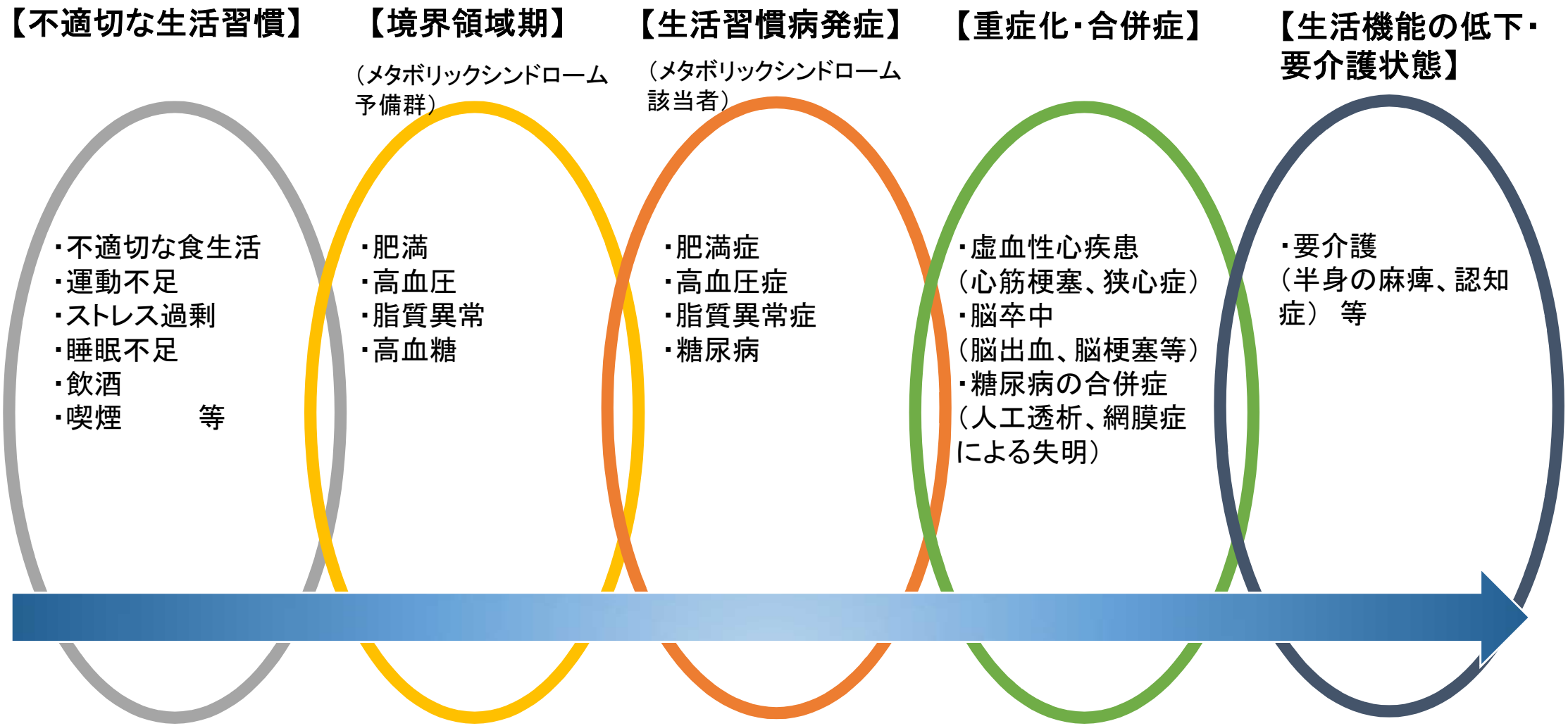




出典：平成28年度特定健康審査・特定保健指導の実施状況

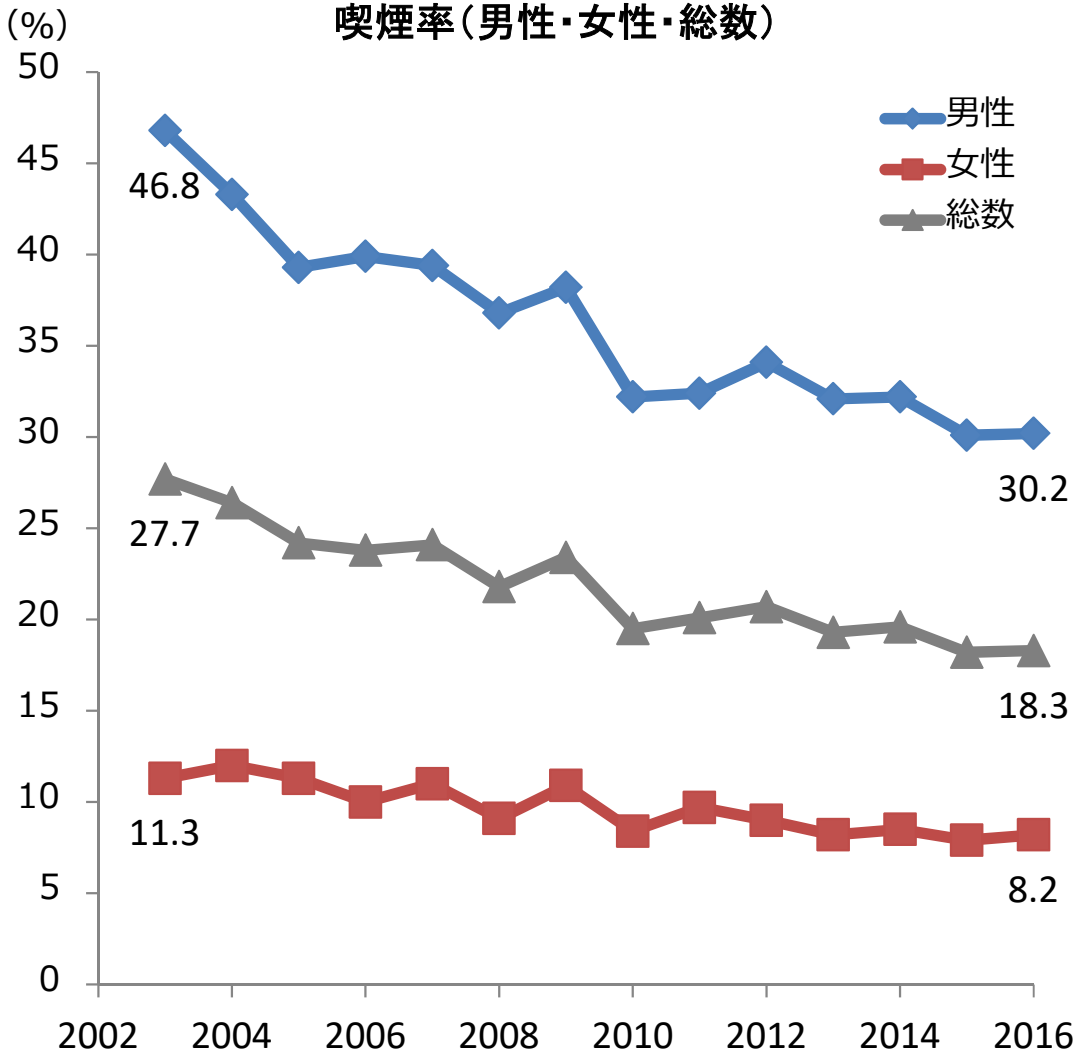
生活習慣病と合併症

○　不健康な生活習慣の継続により、境界領域期、生活習慣病発症、重症化・合併症、生活機能の低下・要介護状態へと段階的に進行していく。
○　どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。
○　とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質（QOL）を維持する上で重要である。

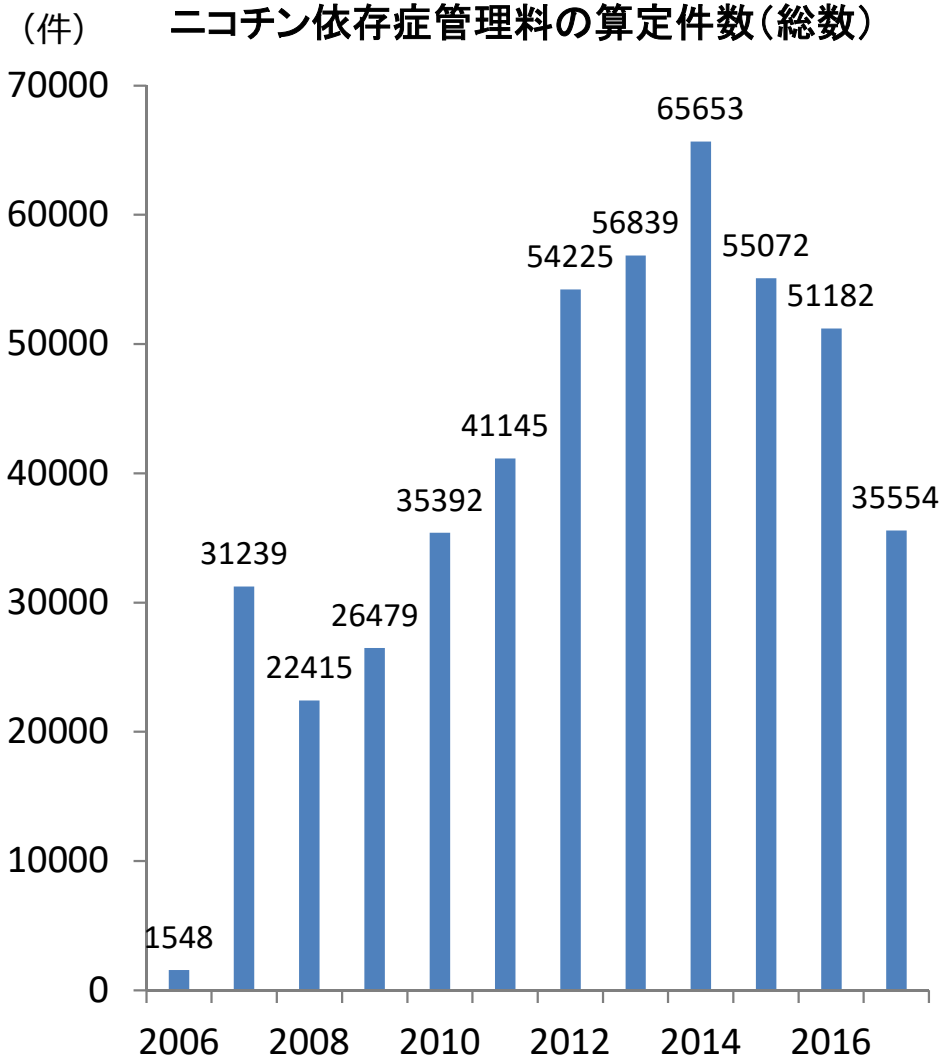


喫煙率とニコチン依存症管理料について

○　喫煙率は、男女ともに、低下傾向。
○　ニコチン依存症管理料は、平成18年度診療報酬改定で新設され、算定回数は平成26年まで増加傾向。近年は、喫煙率の影響もあり、低下傾向。



出典：厚生労働省 平成15年～28年国民健康・栄養調査



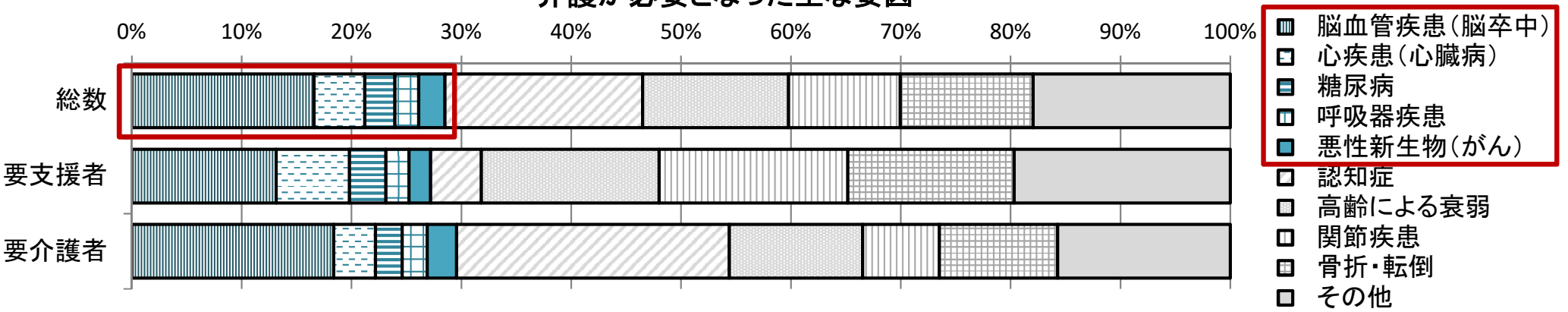
出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年６月審査分）

生活習慣病と介護が必要となった要因等について

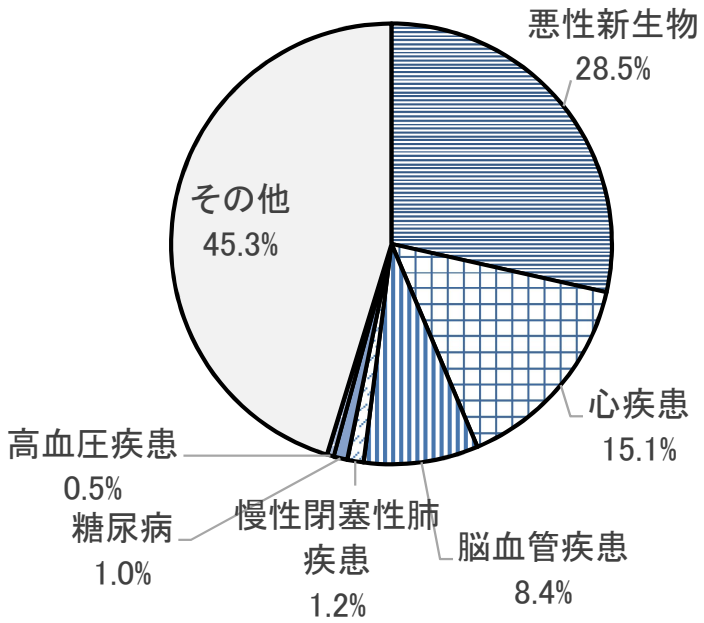
○　生活習慣病は、介護が必要となった主な要因の約3割、死因別死亡割合の約6割、一般診療医療費の約3割を占める。

（悪性新生物は生活習慣病として計算）

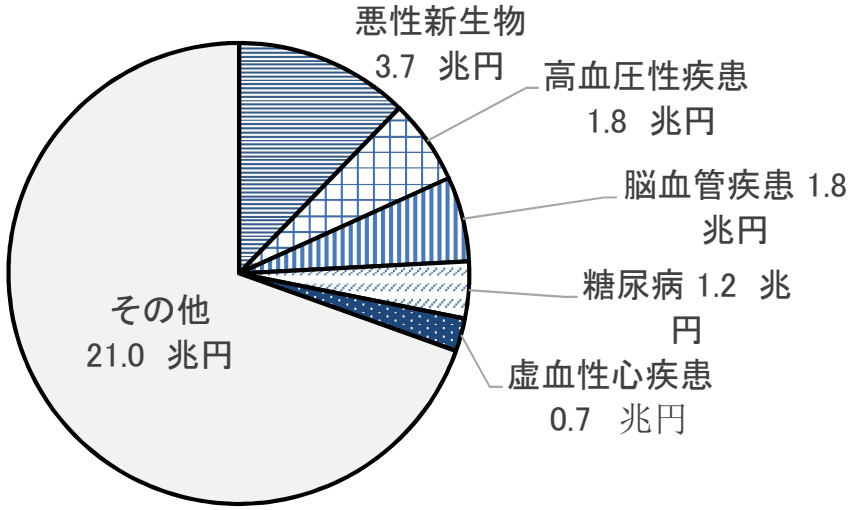
介護が必要となった主な要因



死因別死亡割合



一般診療医療費



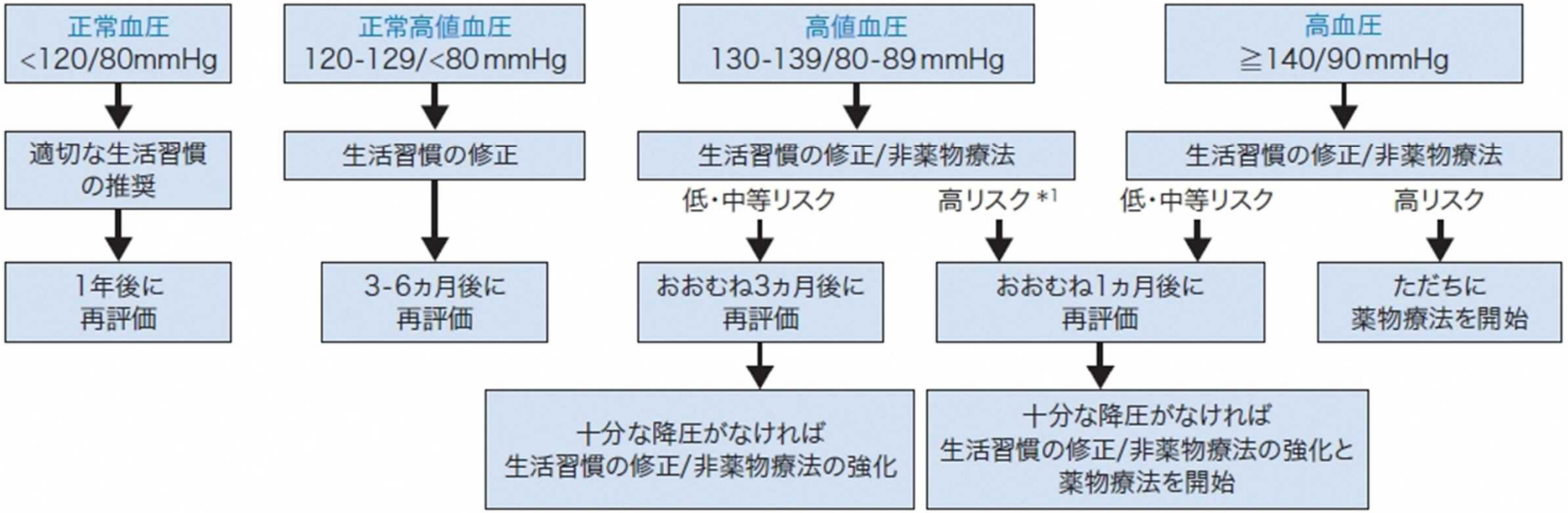
（平成31年4月24日中医協総会資料より訂正あり）

出典：人口動態統計、国民医療費、国民生活基礎調査の概況（すべて平成28年）

高血圧の医学管理について

○　高血圧治療ガイドラインにおいて、初診時の高血圧管理計画では、いずれの血圧レベルにおいても、最初に生活習慣について指導を行うこととされている。

図3-1　初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画



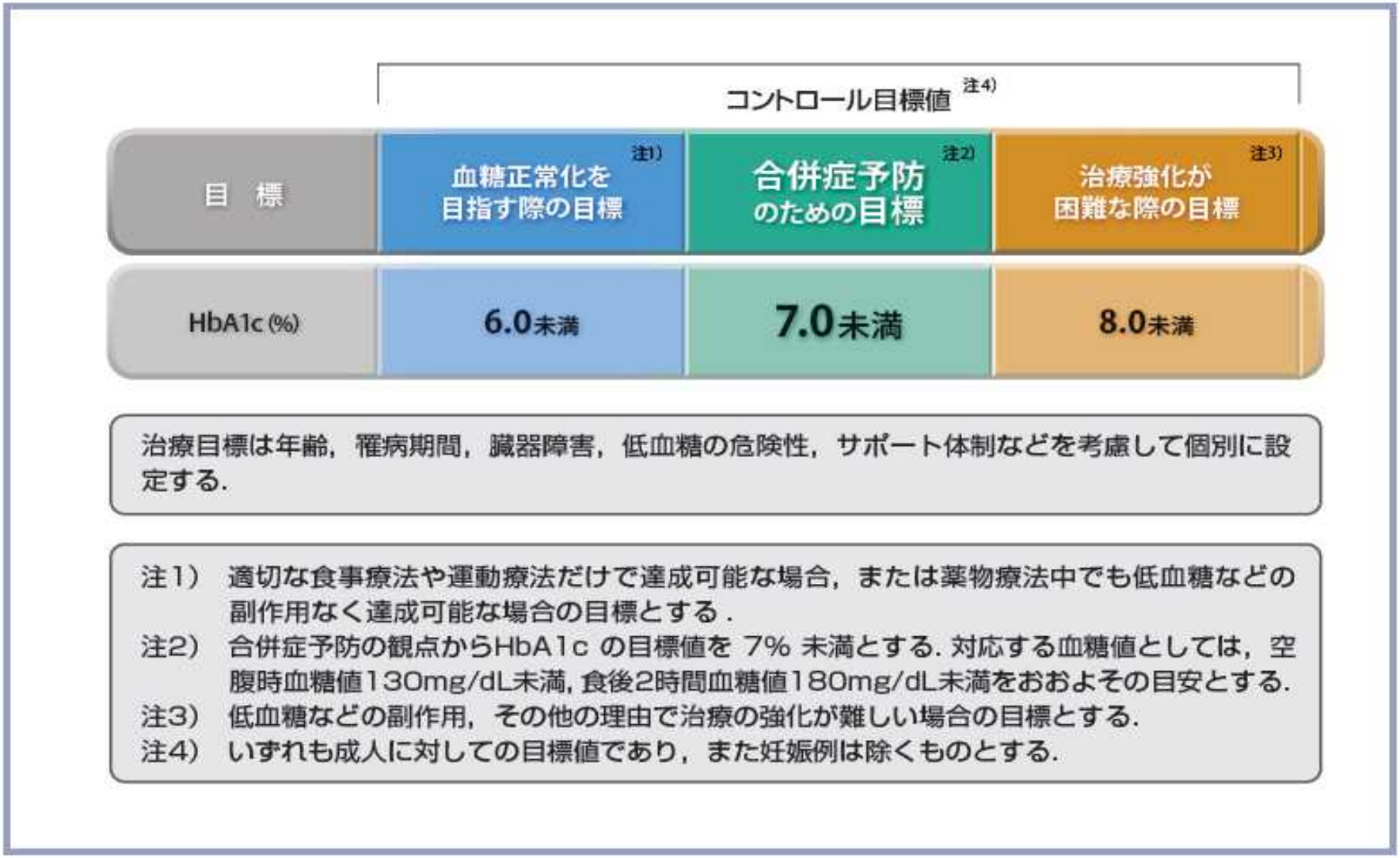
*1 高値血圧レベルでは，後期高齢者（75歳以上），両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞がある，または未評価の脳血管障害，蛋白尿のないCKD，非弁膜症性心房細動の場合は，高リスクであっても中等リスクと同様に対応する。その後の経過で症例ごとに薬物療法の必要性を検討する。

出典：高血圧治療ガイドライン2019

糖尿病の医学管理について

中医協　総－4
29.3.29

○　糖尿病診療ガイドラインにおいて、血糖のコントロール目標値の設定は、年齢や罹病期間、サポート体制等を考慮して個別に設定することとされている。



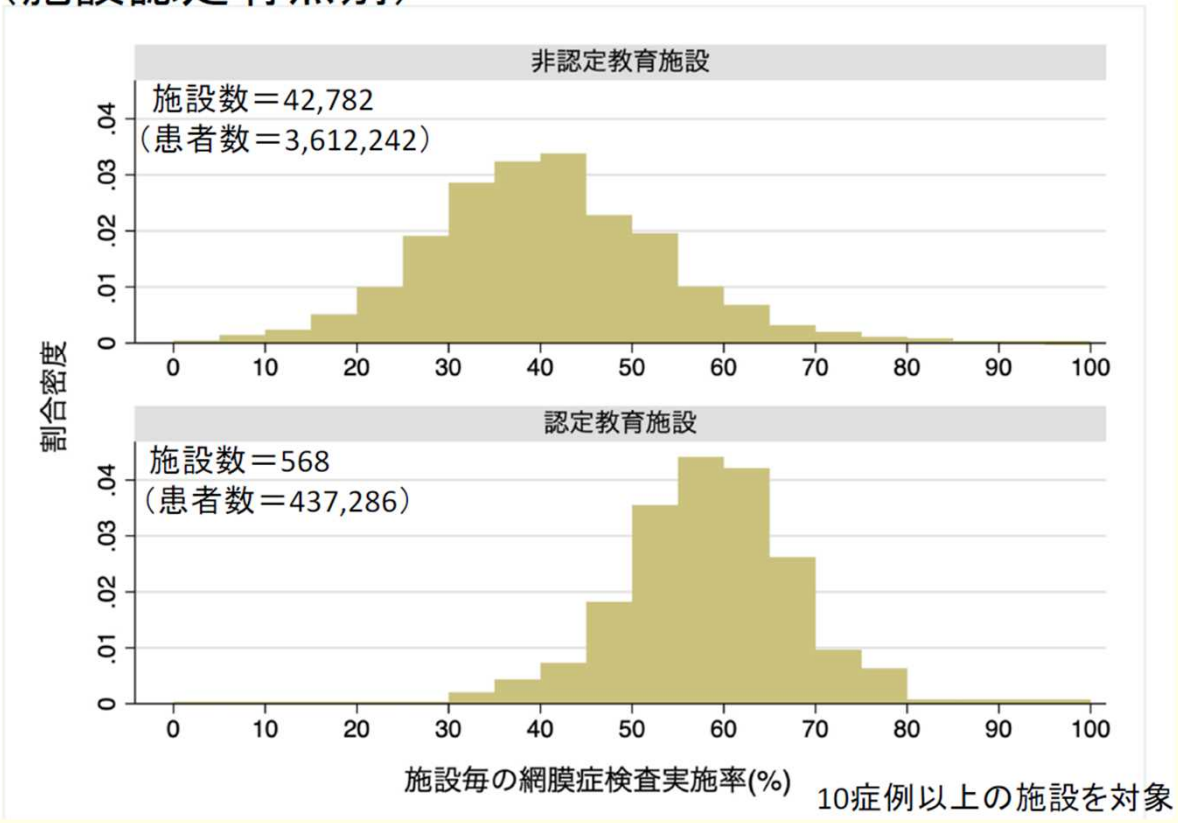
出典：糖尿病診療ガイドライン2016

糖尿病における眼科受診率

＜糖尿病診療ガイドライン2016＞

- 診断確定時に眼科を受診させ、糖尿病網膜症の有無を評価すべきである。
- 以降は少なくとも年1回の定期受診が望ましく、リスクの高い例ではより短い間隔での眼科受診が勧められる。

施設毎の網膜症検査実施率の分布
（施設認定有無別）



10症例以上の施設を対象

糖尿病の非認定教育施設では約4割しか眼科を受診しておらず、認定教育施設においても約6割しか眼科を受診していない。

厚生労働科学研究（平成29年度～）
今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究
研究代表者：門脇 孝

※認定教育施設とは日本糖尿病学会による認定を受けた医療機関

生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

➢　生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、算定要件に以下の項目を追加する。

（1）生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に、血圧の目標値及び特定健康診査・特定保健指導を実施する保険者からの依頼に応じて情報提供を行うこと等の記載欄を追加するとともに、同意が得られている場合に必要な協力を行うこと。

［追加する記載欄のイメージ］

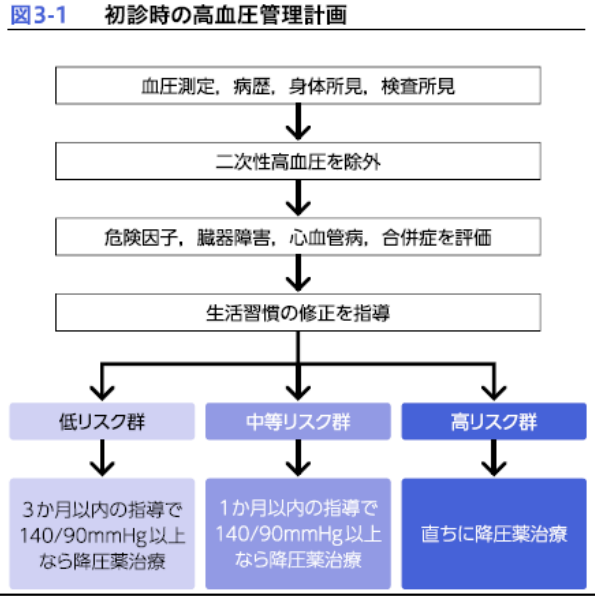
□収縮期／拡張期血圧：現在（　　／　　mmHg） →目標（　　／　　mmHg）

【特定健康診査の受診の有無】	□有	□無
【特定保健指導の利用の有無】	□有	□無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	□有	□無

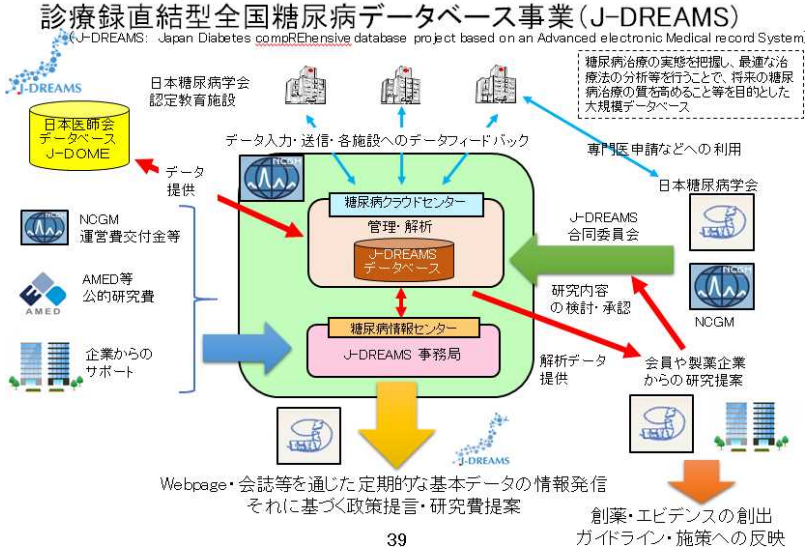
（2）糖尿病又は高血圧症の患者について、管理方針等を変更した理由等を記載し、当該患者数を定期的に記録すること。

（3）生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドラインや診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすること。

［例：高血圧治療ガイドライン2014］



［例：全国糖尿病データベース事業］



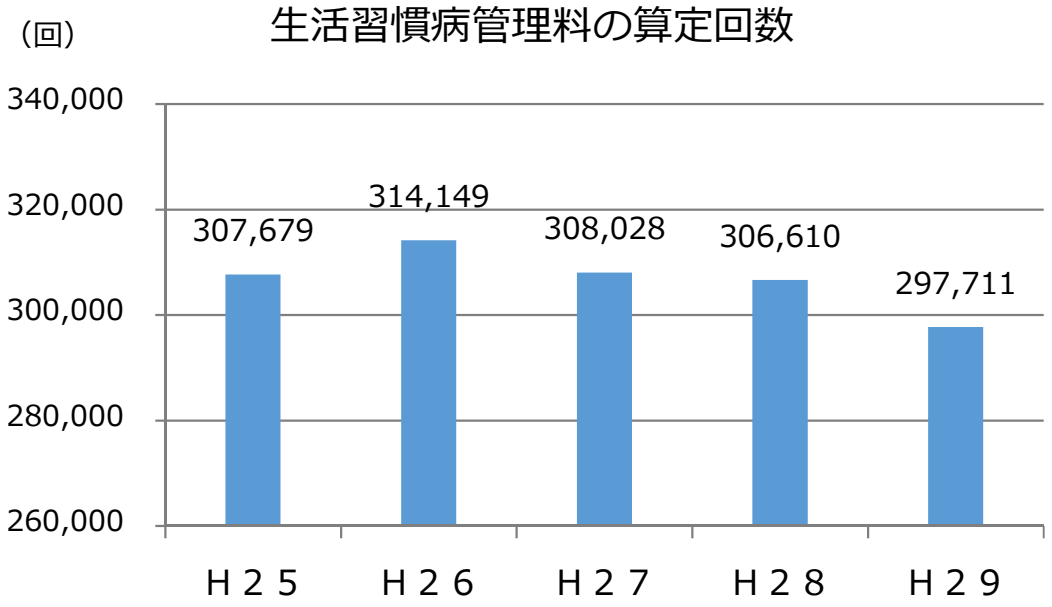
生活習慣病管理料の概要

B001－3　生活習慣病管理料

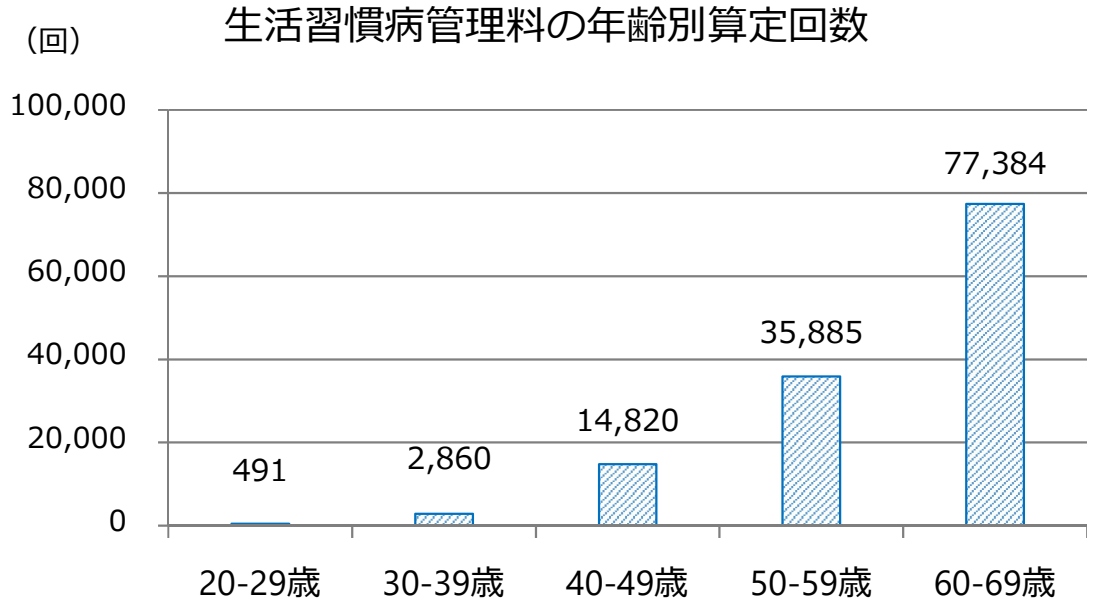
1　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
　イ　脂質異常症を主病とする場合 650点　　ロ　高血圧症を主病とする場合 700点　　ハ　糖尿病を主病とする場合 800点
2　1以外の場合
　イ　脂質異常症を主病とする場合 1,175点　ロ　高血圧症を主病とする場合 1,035点　ハ　糖尿病を主病とする場合 1,280点

【算定要件】

○　治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。
○　生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けること。
○　学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすること。
○　保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合、患者の同意の有無を確認し計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年６月審査分）



出典：社会医療診療行為別統計（平成２９年６月審査分）

治療と仕事の両立のための産業保健との連携

○　日本の労働人口の約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いている。

○　日常生活における悩みやストレスを感じる割合は、男女ともに青年期～中年期が最も高い。

○　職場におけるメンタルヘルス対策として、事業場の取組を支援する施策を行っている。

○　働く世代の女性のうち、妊娠・出産に伴う体調不良等により、仕事との両立が困難になった者は2割弱に上る。また、月経関連の症状や疾病が、QOLを損なっている。

○　離職経験がある者について離職理由をみると、「定年のため」や「契約期間が満了したから」の次に、「健康がすぐれなかったから」が多い。

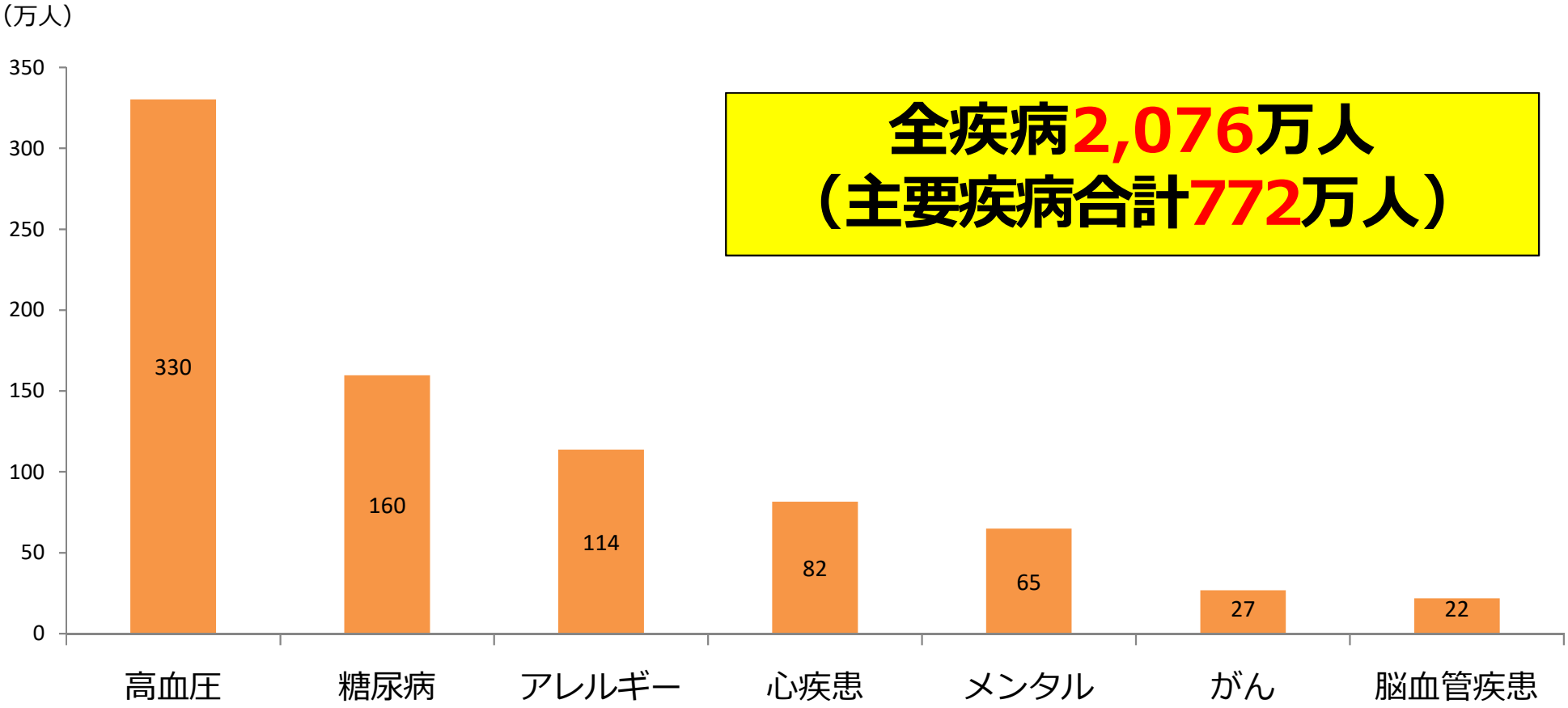
○　悪性新生物の治療のため、仕事を持ちながら通院している者は32.5万人いる。また、がんの治療を外来に通院しながら行う患者が増えている。

○　第3期がん対策推進基本計画において、がん患者等の就労を含めた社会的な問題について取り組むこととされている。

○　治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインが作成されており、今後、様々な疾患についても整備される予定。

○　産業医の選任義務がない事業場における労働者の割合は、54.5%。また、産業医の選任義務がない事業場のうち、産業医等を選任している事業場は約3～4割、衛生管理者を選任している事業場は約1～2割。

患者の現状　～罹患しながら働く人数（主な疾病）～



全疾病2,076万人
（主要疾病合計772万人）

日本の労働人口の約３人に１人が
何らかの疾病を抱えながら働いている（※）

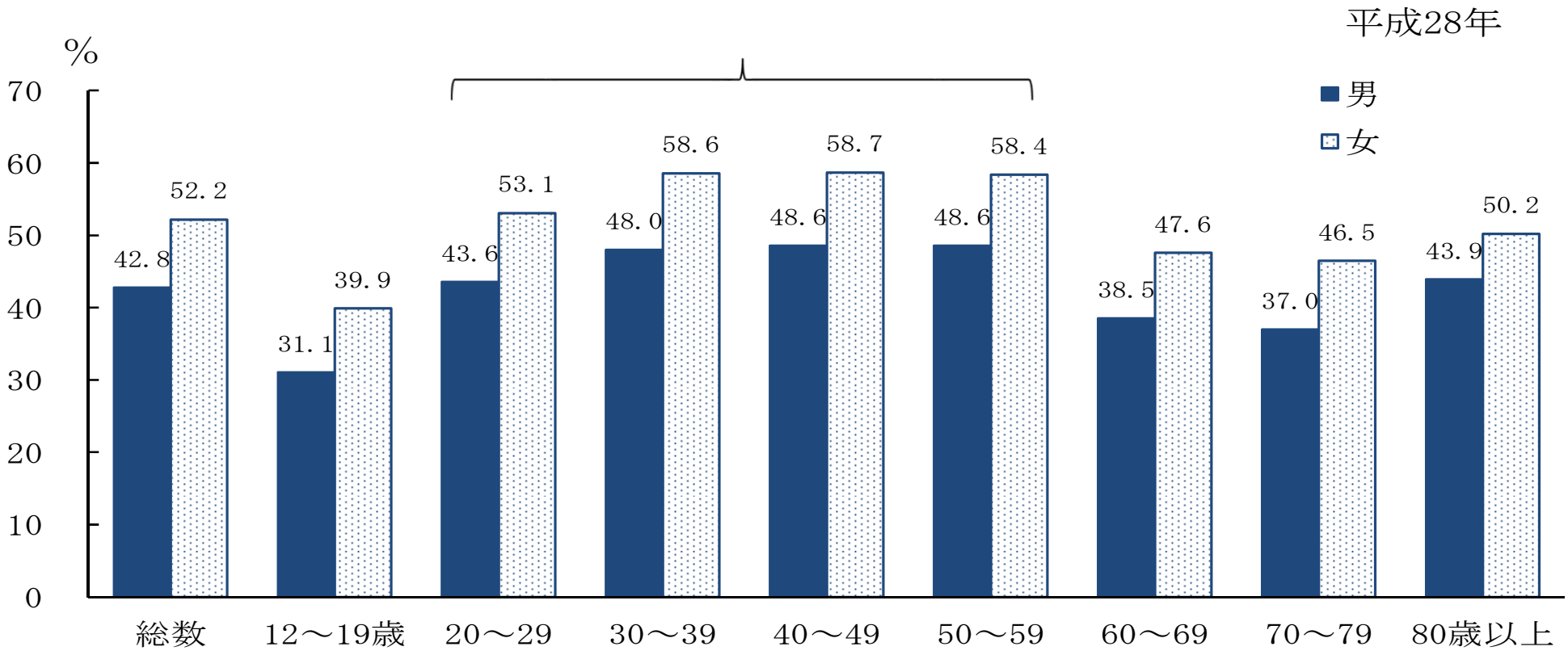
※ 平成28年国民生活基礎調査の「疾病治療しながら仕事している人(**2076万人**)を、
平成28年労働力調査「就業者数(**6440万人**)」で割ったもの

出典:厚生労働省平成28年度国民生活基礎調査

日常生活における悩みやストレスを感じる割合

中医協　総－４－２
３１．３．２７（改）

○　性・年齢階級別の日常生活における悩みやストレスを感じる割合は、男女ともに青年期～中年期が最も高い。



注：１）入院者は含まない。
　　２）熊本県を除いたものである。

出典：H28国民生活基礎調査・健康・通院者数

職場におけるメンタルヘルス対策の推進

メンタルヘルス指針

労働安全衛生法に基づき厚生労働大臣が公表する指針（H18策定・H27改正）

事業場内の体制整備

・衛生委員会等での調査審議
・心の健康づくり計画の策定
・担当者の選任
・教育研修の実施
・ストレスチェックの実施
・職場環境の把握と改善　等

４つのケア

・セルフケア
・ラインによるケア
・産業保健スタッフによるケア
・外部機関によるケア

ストレスチェック制度

改正労働安全衛生法により創設（H27.12施行）

○　年１回のストレスチェックの実施及び高ストレス者への面接指導（義務）※労働者数50人以上の事業場が対象

○　結果の集団分析・職場環境改善（努力義務）

労働局・労働基準監督署による指導

○　ストレスチェック制度の実施徹底、メンタルヘルス対策の取組促進について指導

事業場の取組を支援する施策

都道府県**産業保健総合支援センター**における事業場の取組に対する支援

○　メンタルヘルス対策の専門家を配置し、以下の支援を実施
・事業者、産業医等の産業保健スタッフ等に対する専門的研修
・個別訪問による管理監督者、若年労働者に対するメンタルヘルス教育
・関係者からの専門的相談対応
・「職場復帰支援の手引き」に基づく取組の支援

○　産業医、保健師等による訪問支援（高ストレス者の面接指導、健康相談等）

事業場のメンタルヘルス対策の取組への**助成金**

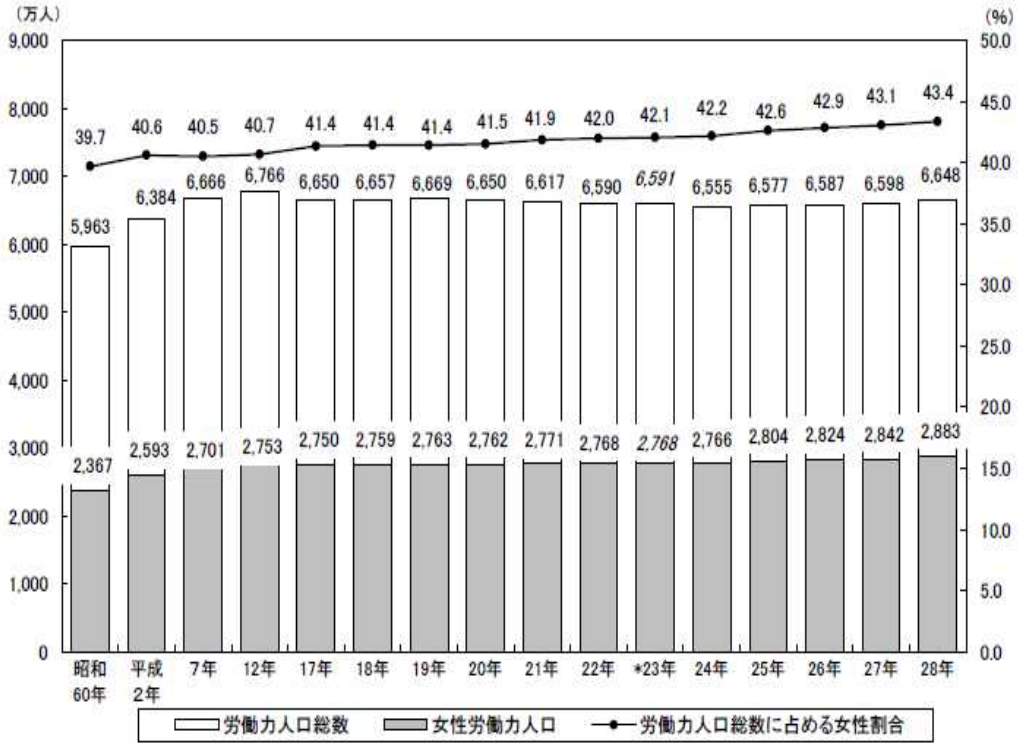
○　ストレスチェック・職場環境改善の実施
○　メンタルヘルス対策の計画作成

メンタルヘルス・ポータルサイト「**こころの耳**」

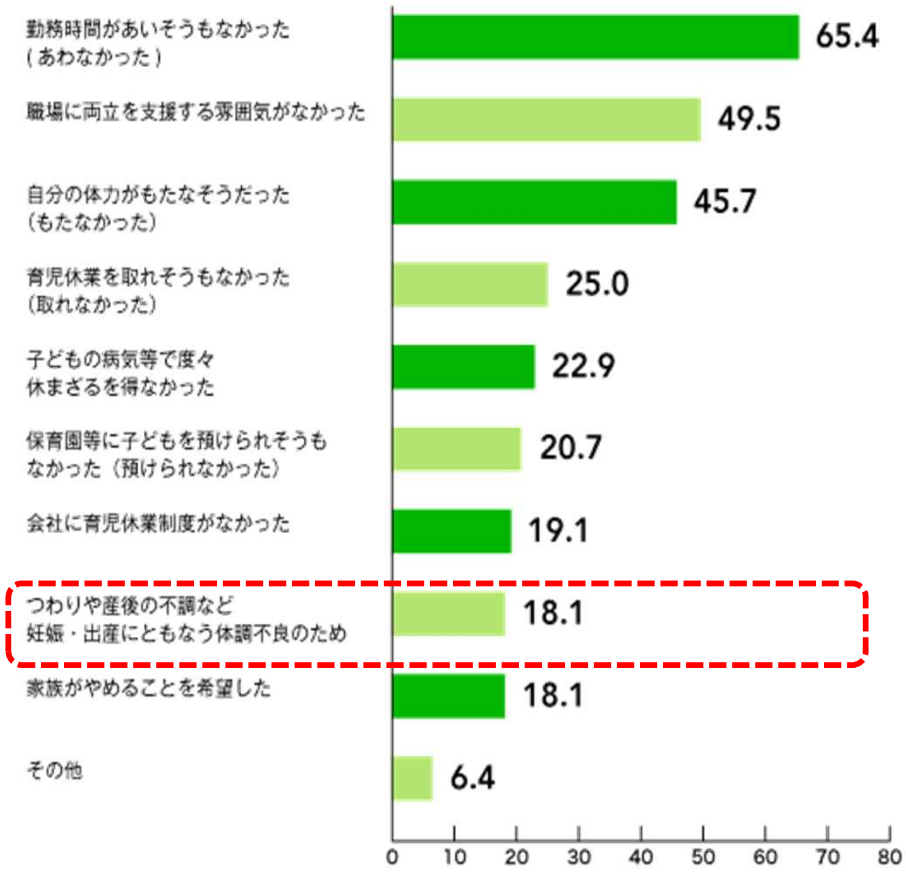
○　労働者のメンタルヘルス相談窓口（メール・電話）の設置
○　ストレスチェック実施プログラムの提供
○　メンタルヘルス対策に関する総合的な情報提供

働く女性の妊娠・出産

○　労働力全体に占める女性の割合は徐々に増加傾向にあるが、妊娠・出産に伴う体調不良により、仕事との両立が困難となった女性は2割弱に上る。



資料出所：総務省「労働力調査」
＊ 平成23年は補完推計値（1頁※参照）。
注）平成23年の数値（斜体）は、同補完推計値について平成22年国勢調査結果を基準とする推計人口で遡及推計した値。

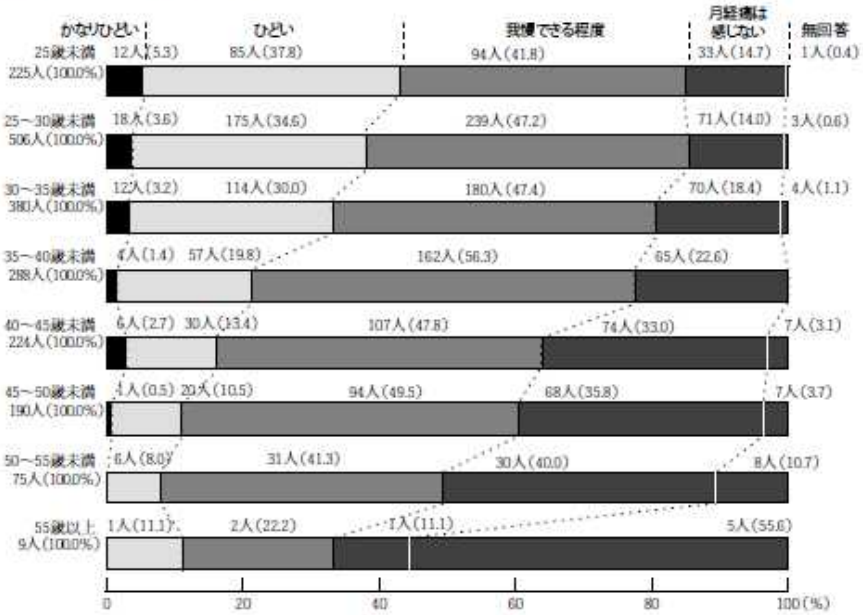


平成28年版働く女性の実情、妊娠・出産をサポートする　女性にやさしい職場づくりナビ（厚労省）より抜粋

働く女性の健康問題

○　月経関連の症状（月経痛等）や疾病（子宮内膜症等）により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題。

図3-3　年齢別月経痛の程度（閉経を除く）



年齢別「月経時に強い痛みがある＋α」（閉経を除く）

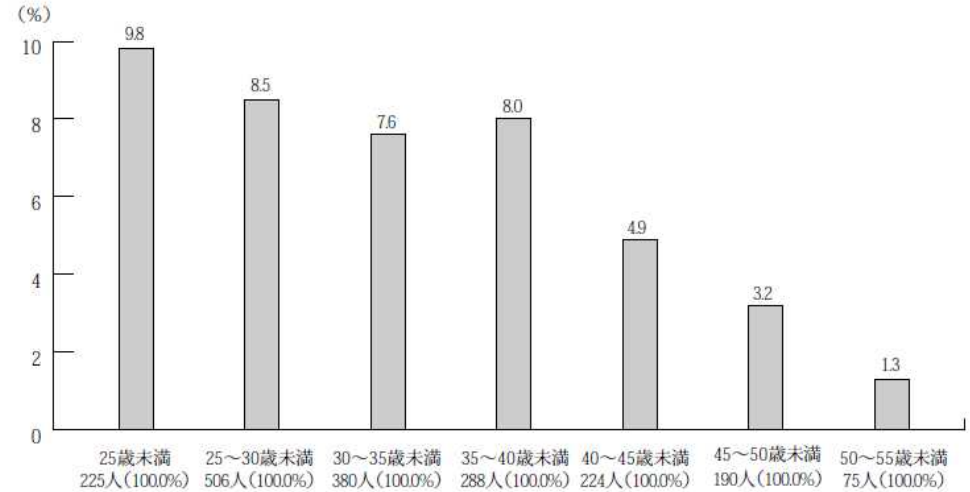


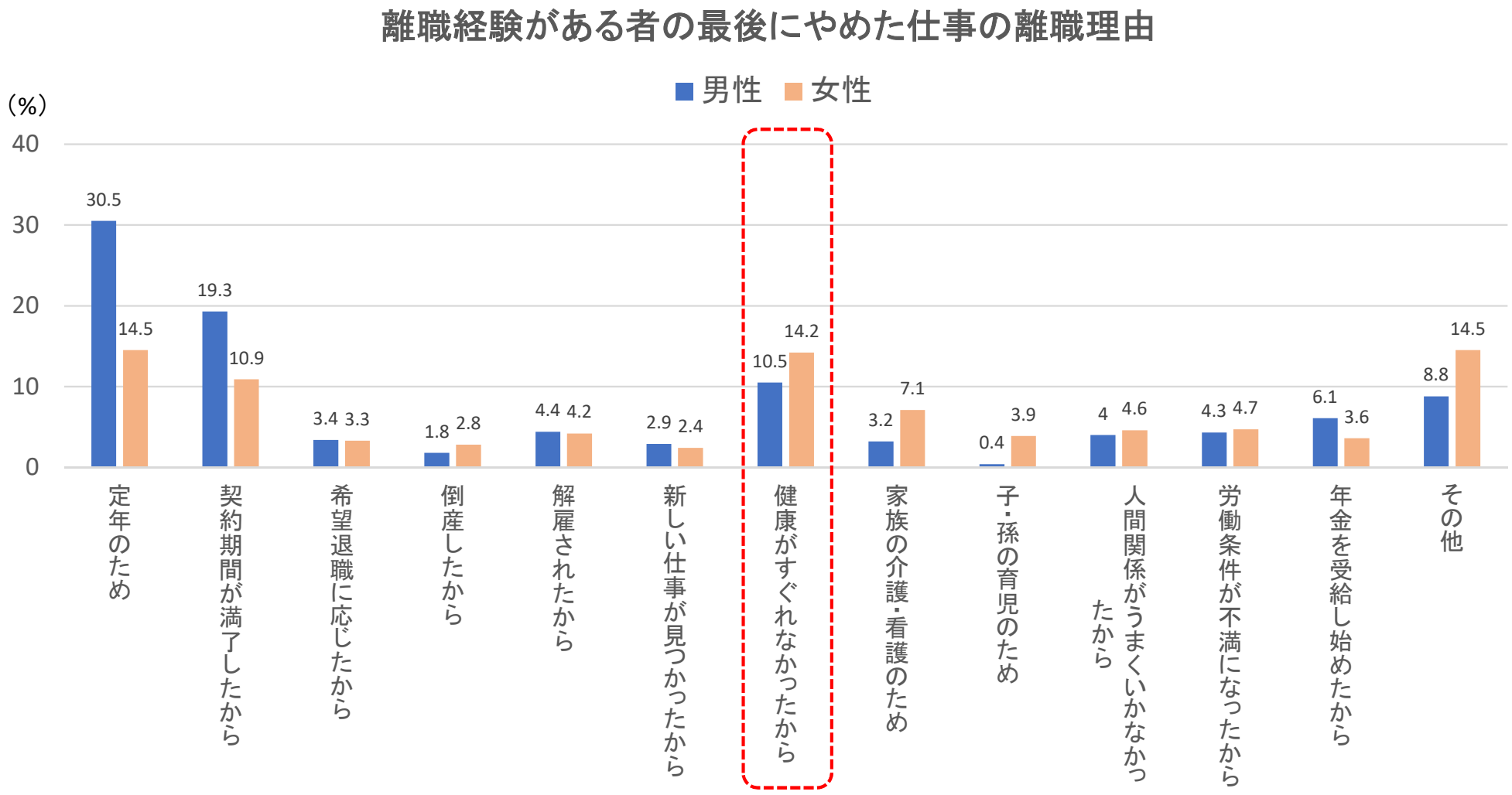
表4-2　子宮内膜症　人数1,809（あり134、なし1,675）

独立変数	オッズ比	P値	オッズ比の95%信頼区間 上限	下限
ストレス	2.324	0.001	3.790	1.425
年齢（実数）	0.970	0.041	0.999	0.942
出産経験	0.741	0.256	1.243	0.441
飲酒	1.428	0.053	2.050	0.995
喫煙	1.653	0.030	2.603	1.049

妊娠・出産をサポートする　女性にやさしい職場づくりナビ（厚労省）より抜粋

離職経験がある者の離職理由

○　離職経験がある者について、最後にやめた仕事の離職理由を男女別にみると、「定年のため」や「契約期間が満了したから」の次に、「健康がすぐれなかったから」が多い。

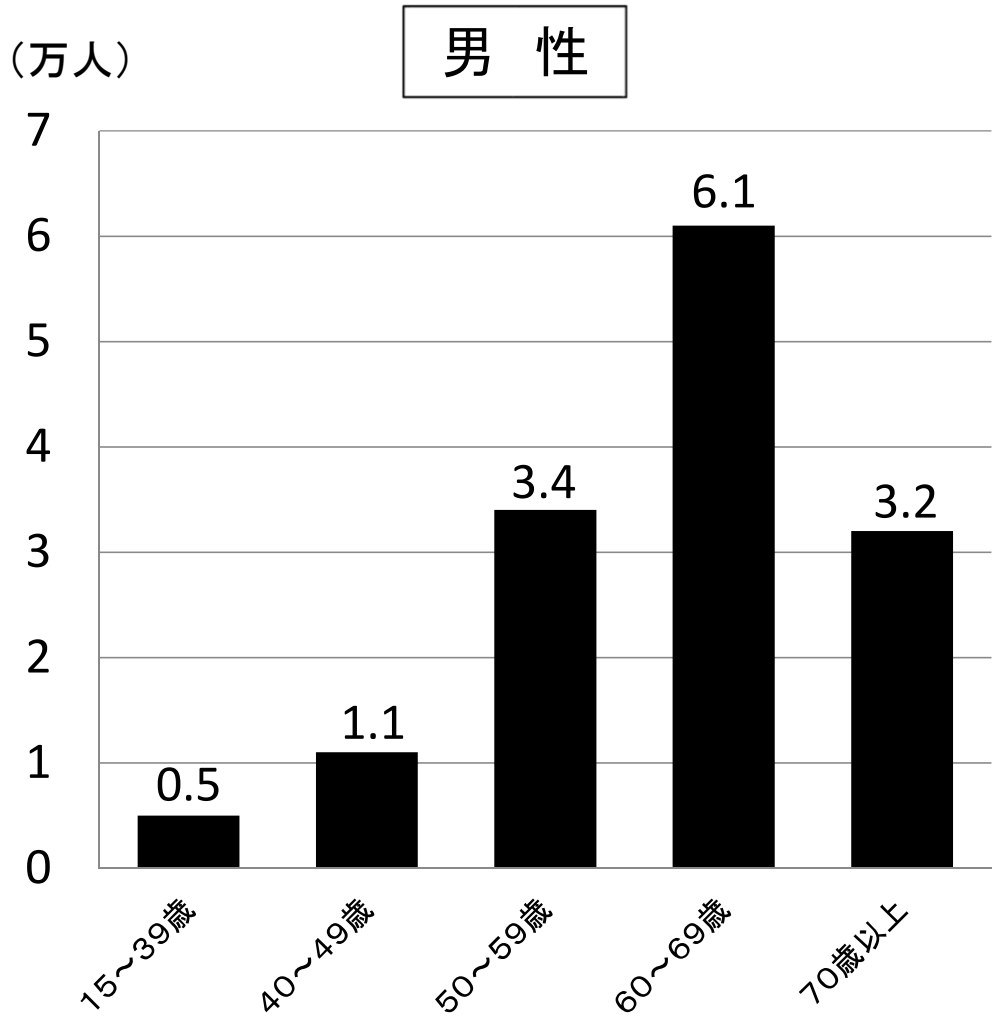


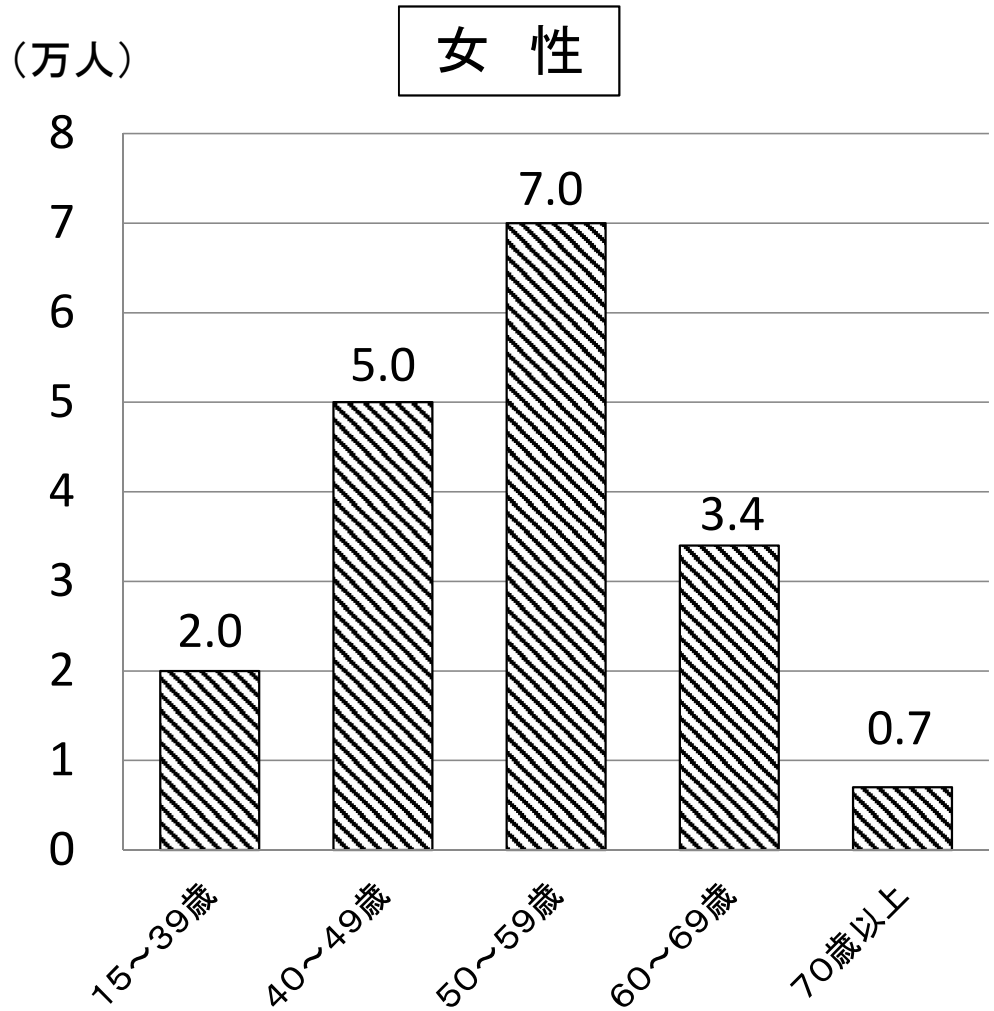
※　第13回までに仕事をやめた経験がある者について、第13回の性別ごとの総数を100とした割合。複数回の仕事をやめた経験がある者については、直近の離職理由を計上。

出典：第13回中高年縦断調査

仕事を持ちながら悪性新生物で通院している者

○　悪性新生物の治療のため、仕事を持ちながら通院している者は32.5万人いる。





※　仕事をもっているとは、調査月に収入を伴う仕事を少しでもしたことをいい、被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。

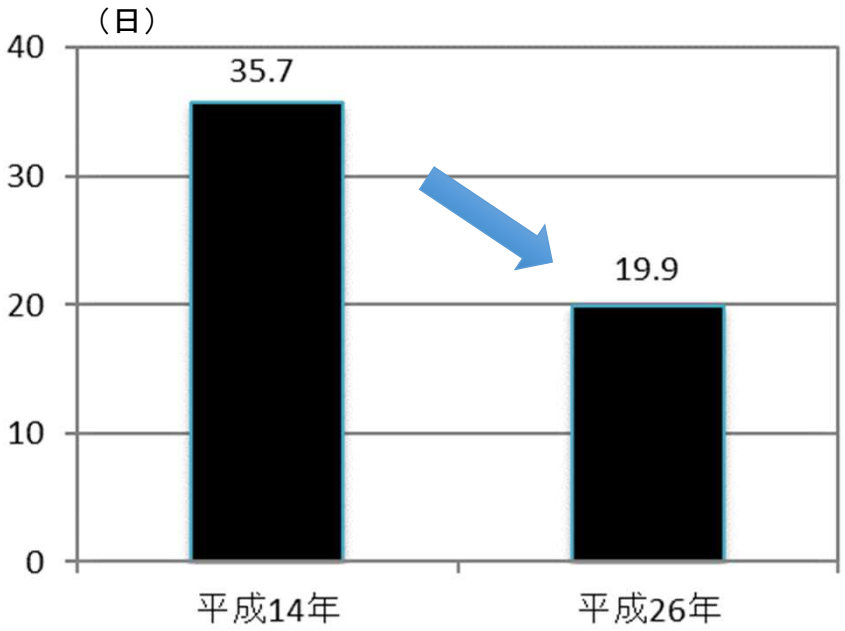
資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」を基に同省健康局にて特別集計したもの

出典：厚生労働省　事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン　参考資料　がんに関する留意事項

入院日数の短縮化と通院治療へのシフト

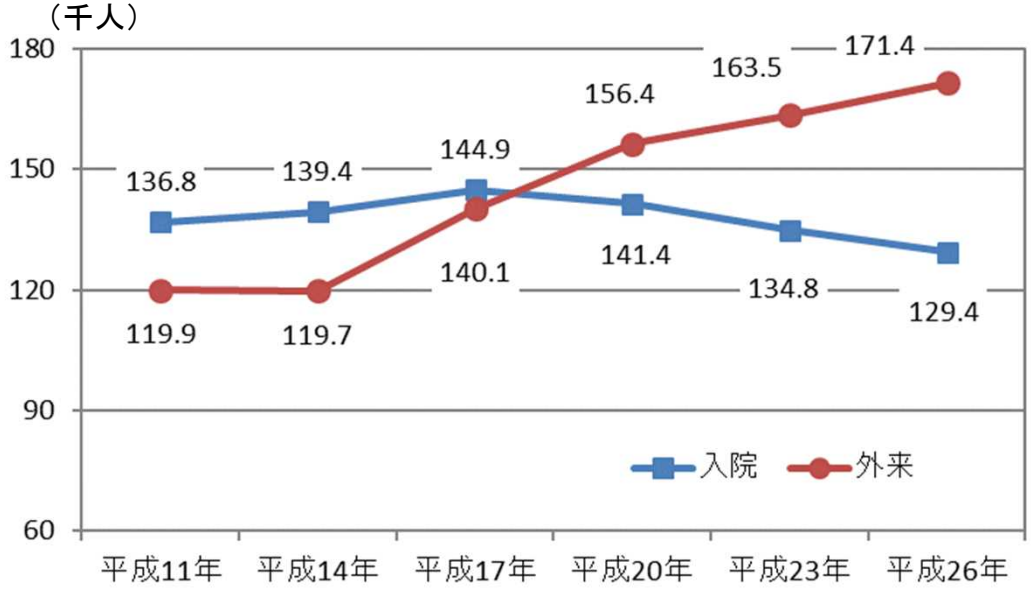
○　近年の主ながん種の平均在院日数は短くなりつつある一方、外来患者数が増えており、通院しながら治療を受ける患者が増えている。
○　それとともに、治療の副作用や症状等をコントロールしつつ、通院で治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきている。

図４　在院日数の推移



※悪性新生物（がん）の退院患者における平均在院日数（病院・一般診療所）
（平成２６年患者調査より作成）

図５　入院患者・外来患者数の推移



※悪性新生物（がん）の入院患者・外来患者数
（平成２６年患者調査より作成）

出典：厚生労働省　事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン　参考資料　がんに関する留意事項

第３期がん対策推進基本計画（平成30年３月９日閣議決定）（概要）

第１　全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」
①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　②患者本位のがん医療の実現　③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第２　分野別施策

１．がん予防

（１）がんの１次予防
（２）がんの早期発見、がん検診
　　（２次予防）

２．がん医療の充実

（１）がんゲノム医療
（２）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
（３）チーム医療
（４）がんのリハビリテーション
（５）支持療法
（６）希少がん、難治性がん
　　（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（７）小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
　　（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
（８）病理診断
（９）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

３．がんとの共生

（１）がんと診断された時からの緩和ケア
（２）相談支援、情報提供
（３）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（４）がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（５）ライフステージに応じたがん対策

４．これらを支える基盤の整備

（１）がん研究
（２）人材育成
（３）がん教育、普及啓発

第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．都道府県による計画の策定
３．がん患者を含めた国民の努力
４．患者団体等との協力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン

疾病を抱える労働者が、職場において適切な就業上の措置や治療に対する配慮が行われるよう、企業における治療と仕事の両立支援の具体的な取組の進め方等をまとめた「**ガイドライン**」を作成（平成28年２月公表）

【参考資料】

○ 「疾患別留意事項」を作成（がん、脳卒中、肝疾患、難病 ※平成30年３月時点）

○ 「**企業・医療機関連携マニュアル**」を作成（平成30年３月公表）

ガイドラインの概要

1　両立支援を行うための環境整備（実施前の準備事項）

■ **事業者による基本方針等の表明と労働者への周知**

■ **研修等による両立支援に関する意識啓発**

■ **相談窓口の明確化等**

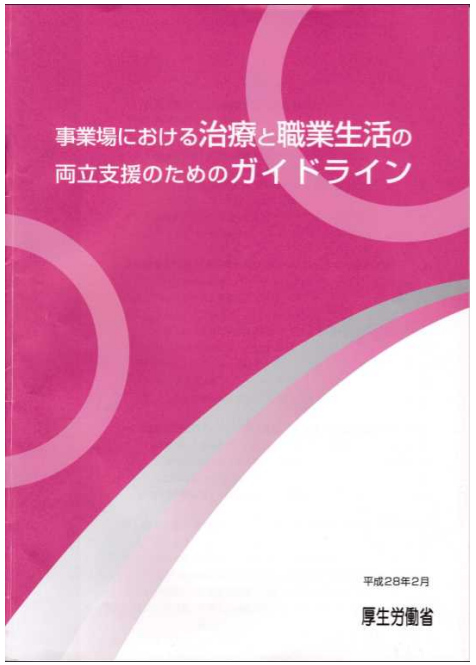
労働者が安心して相談・申出できる相談窓口及び情報の取扱い等を明確化

■ **休暇・勤務制度の整備**

両立支援のために利用できる休暇・勤務制度を検討・導入

【休暇制度】時間単位の年次有給休暇、傷病休暇・病気休暇

【勤務制度】短時間勤務制度、テレワーク、時差出勤制度、試し出勤制度



がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

（新）

療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点

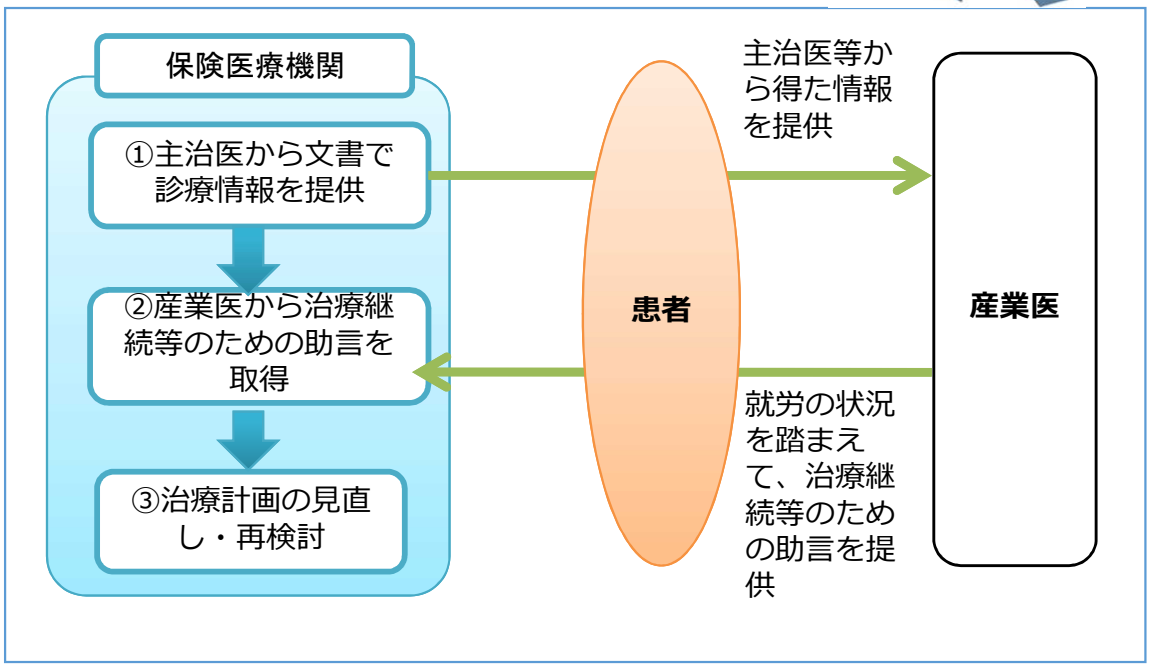
［算定要件］

就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

(1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
(2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
(3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
(4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

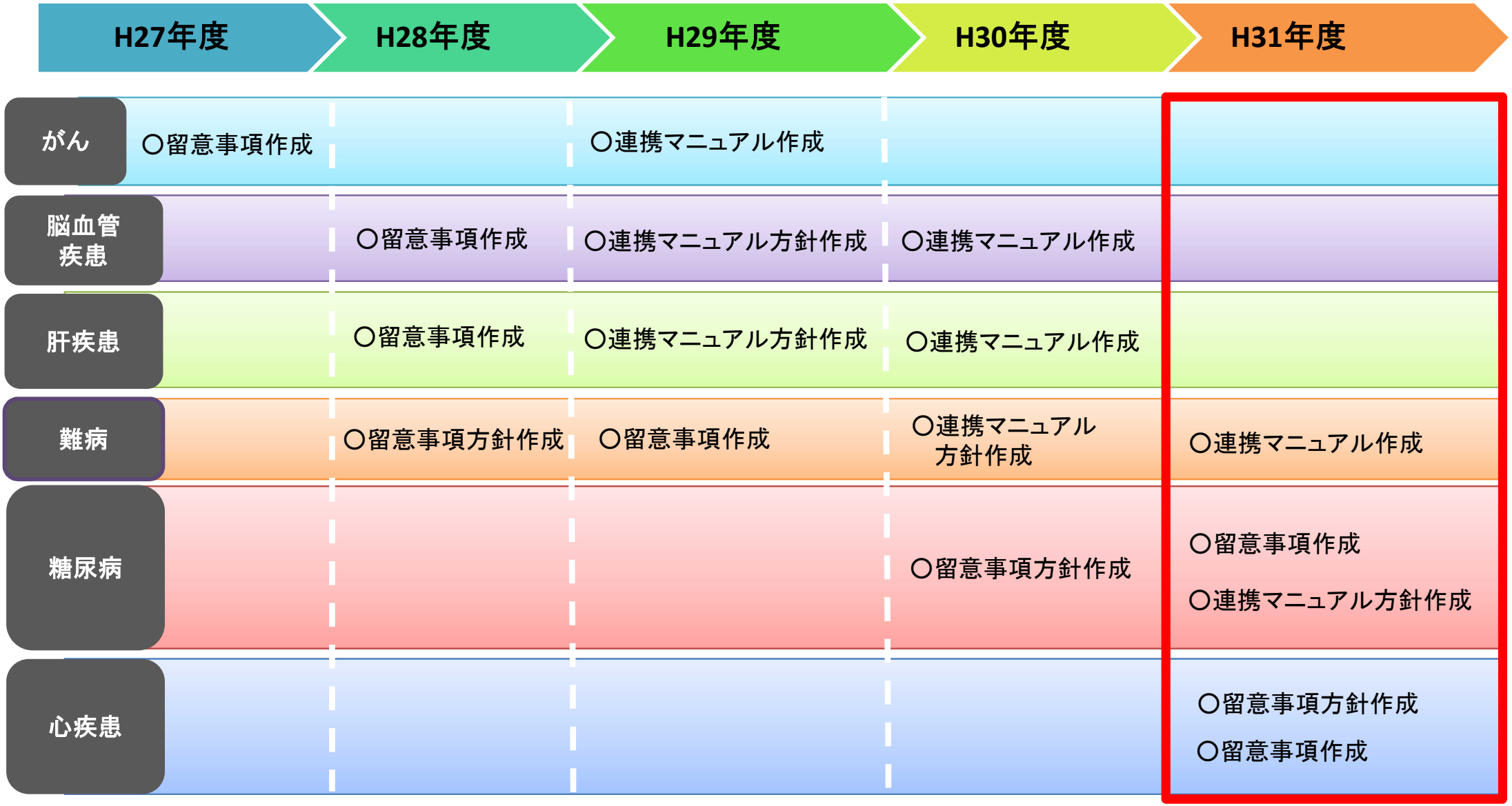
［相談体制充実加算の施設基準］

(1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
(2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。



［両立支援の流れ（イメージ）］

両立支援ガイドライン、参考資料（疾患別留意事項等）作成スケジュール



※部会の他、委員会（両立支援ガイドライン作成委員会）も別途年2回計画

事業場規模別の労働者数と産業医等・衛生管理者の選任状況

○　産業医の選任義務がない事業場における労働者の割合は、54.8%。
○　産業医の選任義務がない事業場のうち、産業医等を選任している事業場の割合は約3～4割、衛生管理者を選任している事業場の割合は約1～2割。

労働安全衛生法適用事業場の規模別事業場数･労働者数

事業場規模	適用事業場数	合計に占める割合	適用労働者数	合計に占める割合
1～9人	3,019,957	73.3%	10,208,334	**19.3%**
10～29人	774,718	18.8%	12,712,968	**24.0%**
30～49人	161,784	3.9%	6,087,793	**11.5%**
50～99人	101,435	2.5%	6,929,787	13.1%
100～299人	49,949	1.2%	7,919,750	15.0%
300人以上	12,961	0.3%	9,076,546	17.1%
合計	4,120,804	100.0%	52,935,178	100.0%

出典：平成26年経済センサス基礎調査（総務省統計局）より算出

産業医等･衛生管理者の選任状況

事業場規模	産業医等を選任している事業場の割合	衛生管理者を選任している事業場の割合
10～29人	**33.3%**	**13.4%**
30～49人	**43.4%**	**20.6%**
50～99人	78.6%	73.6%
100～299人	94.1%	89.5%
300～499人	98.8%	97.8%
500～999人	97.9%	97.8%
1000～4999人	99.2%	98.4%
5000人以上	100%	

※「産業医等」とは、事業場の労働者数が50人以上の場合は、労働安全衛生法で定める産業医、50人未満の場合は、労働者の健康管理を行うために事業者から選任された医師等をいう。

※「衛生管理者」は、常時50人以上の労働者を使用する事業場では、労働安全衛生法により、選任しなければならないもの。

出典：平成23年労働災害防止対策等重点調査、
平成29年労働安全衛生調査（実態調査）

歯科疾患の管理

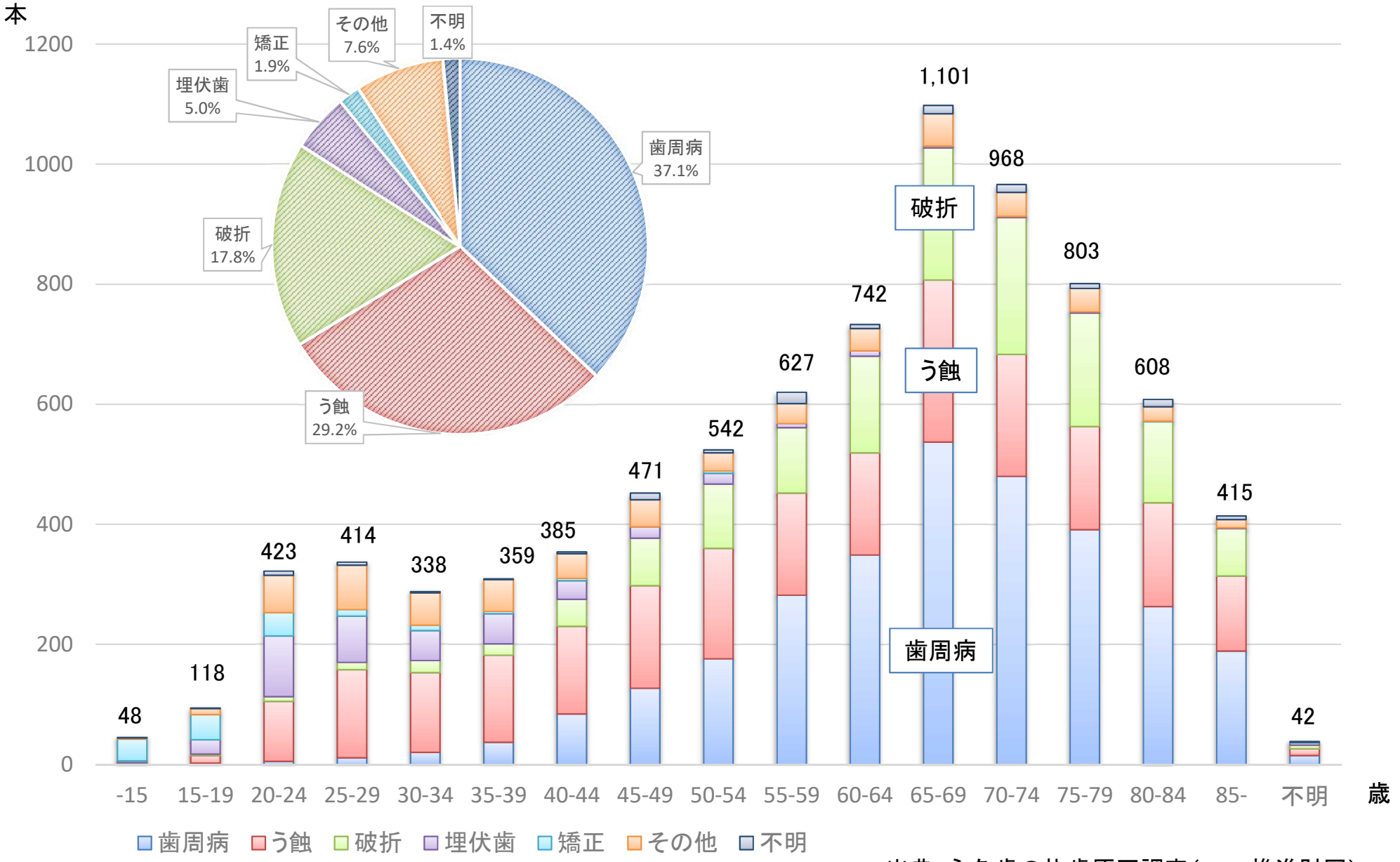
○　抜歯は、年齢とともに増加し65歳～69歳で最も多くなる。抜歯の主な原因は、歯周病、う蝕、破折の順であり、約6割が無髄歯であった。

○　成人の約7割が歯周病に罹患している。歯肉に所見のある者の割合は減少しているが、成人を中心に進行した歯周病のある者の割合は増加している。

○　歯周病の罹患は糖尿病や循環器疾患に影響を及ぼすとの報告がされるなど、口腔の健康と全身の健康との関係が指摘されている。

年齢階級別抜歯数

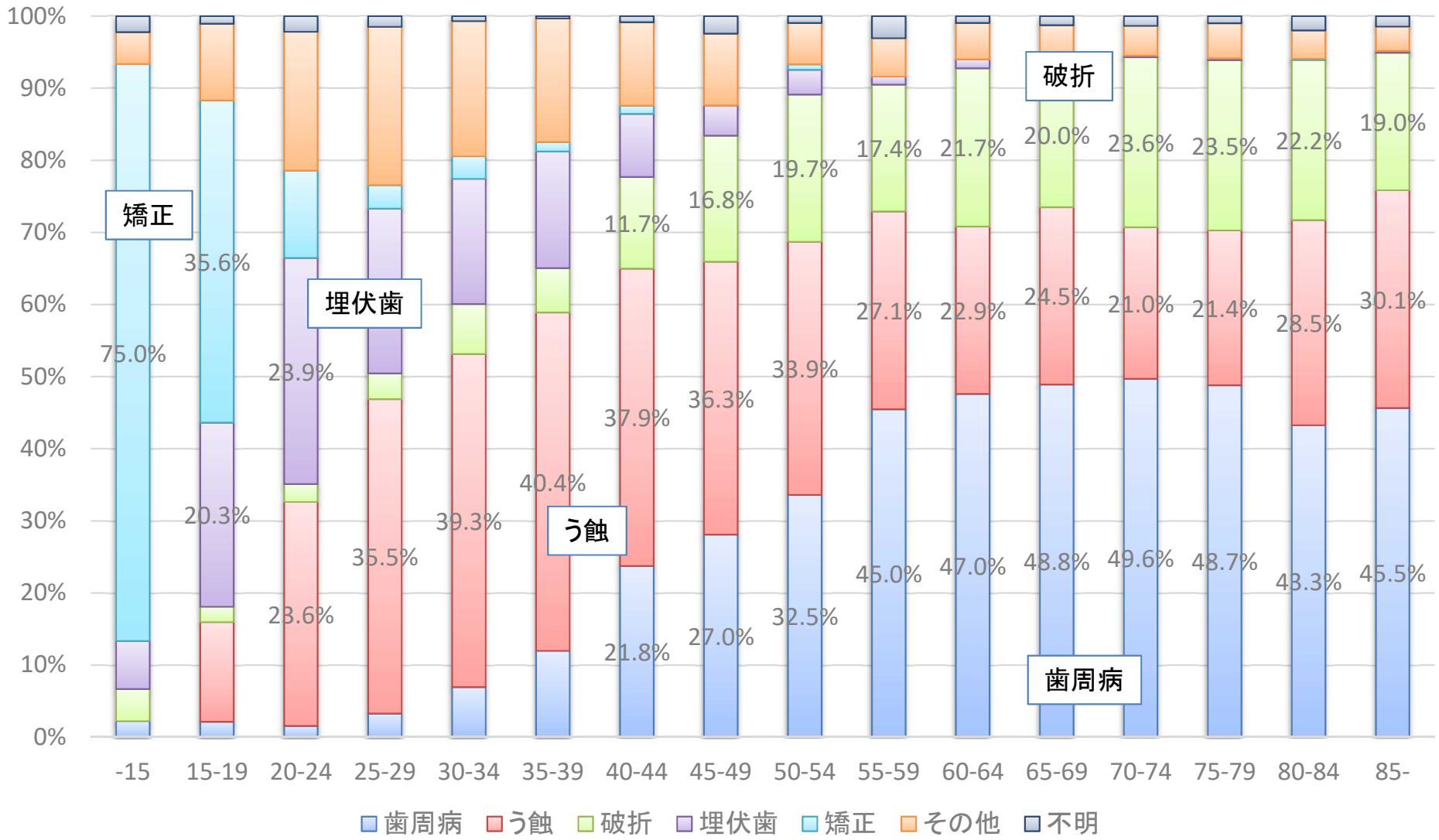
○　抜歯の原因で、最も多いのは、歯周病（37.1%）、次いでう蝕（29.2%）、破折（17.8%）の順であった。
○　抜歯は65～69歳で最も多く、抜歯全体の45%は、60～80歳に行われる。



出典：永久歯の抜歯原因調査（8020推進財団）

年齢別にみた抜歯の主な原因

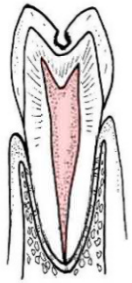
○　抜歯の主な原因は20歳以下では矯正治療、20歳前後では埋伏歯、30～50歳ではう蝕、50代以降は歯周病によるものが多い。
○　40代頃から破折による抜歯が増加する。



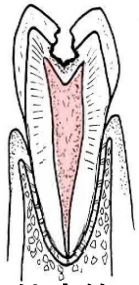
出典：永久歯の抜歯原因調査（8020推進財団）

＜参考＞抜歯の主な原因

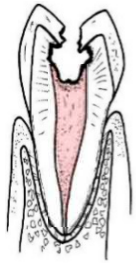
進行したう蝕



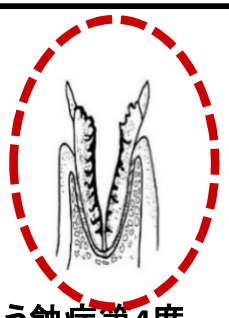
う蝕症第1度
エナメル質に限局



う蝕症第2度
象牙質まで進行



う蝕症第3度
歯髄まで進行



う蝕症第4度
歯冠部が崩壊

進行した歯周病

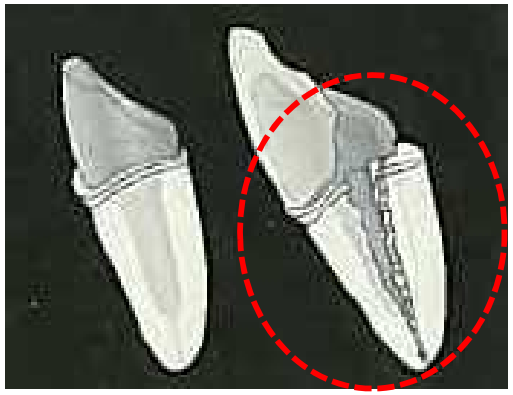
歯肉炎（軽度歯周炎）
歯肉に炎症病変が限局

中等度歯周炎
骨吸収は歯根の長さの1/3 ～1/2程度、ポケットは4～7㎜程度。

重度歯周炎
骨吸収は歯根の長さの1/2以上、ポケットは6㎜以上、10㎜に及ぶものもある。歯は著しく動揺。

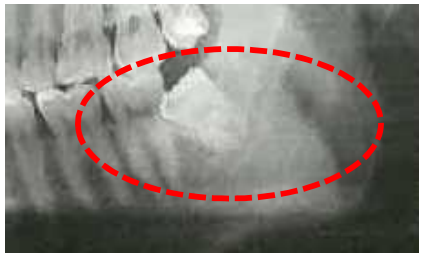
破折

外傷性歯牙破折（交通事故、殴打、転落・転倒、スポーツなど）と病的歯牙破折（大きなう蝕罹患、深い充填物歯）がある。



埋伏歯

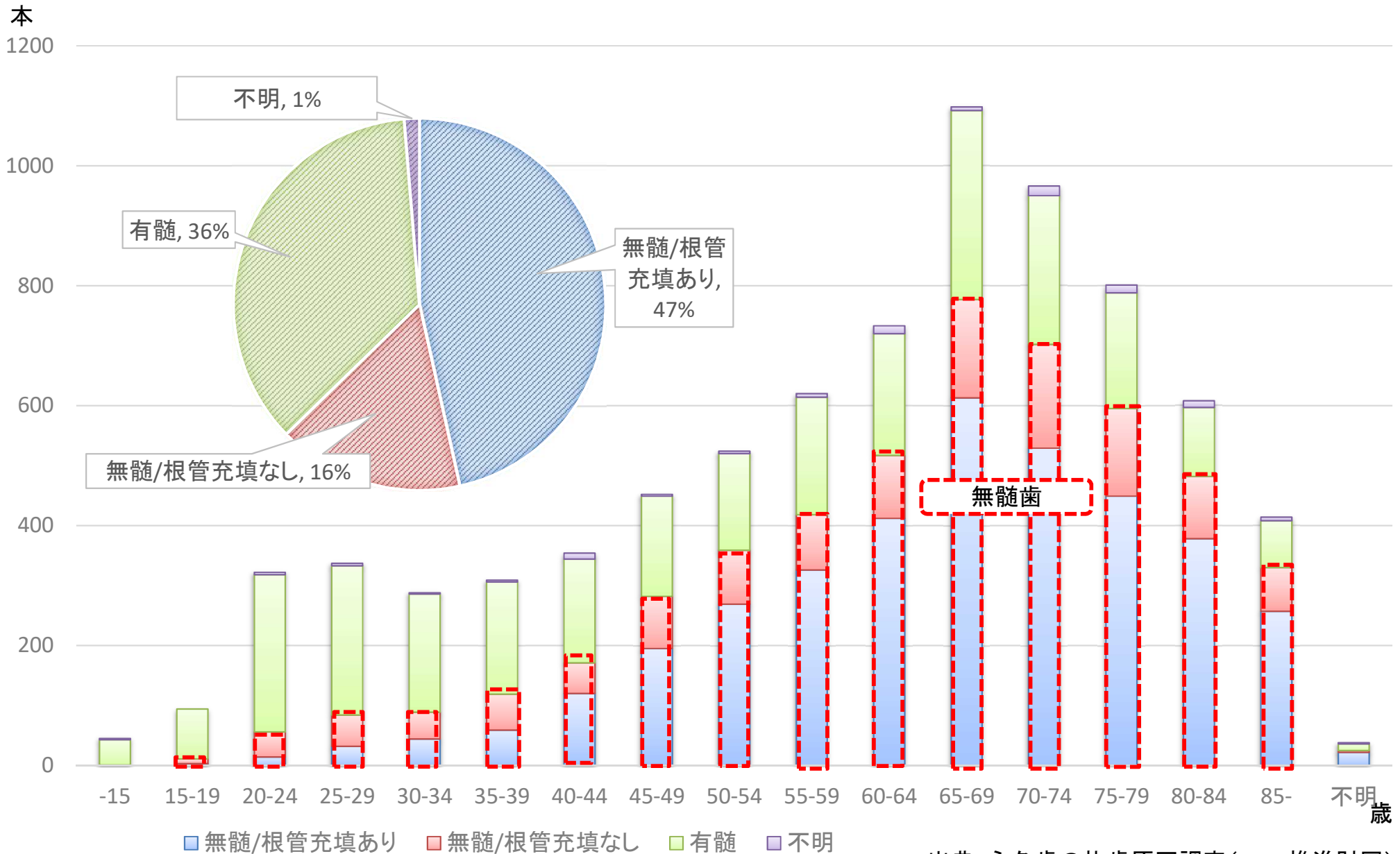
一定の萌出時期が過ぎても歯冠の全部あるいは一部が萌出しないで、口腔粘膜下または顎骨内にある歯



出典：歯科用語の解説、臨床歯周病学会HP

抜去歯の状態

○ 抜去された歯の約6割が無髄歯、約4割が有髄歯であった。
○ 若年期には有髄歯に対する抜歯が多く、中年期以降は無髄歯に対する抜歯が増加する。

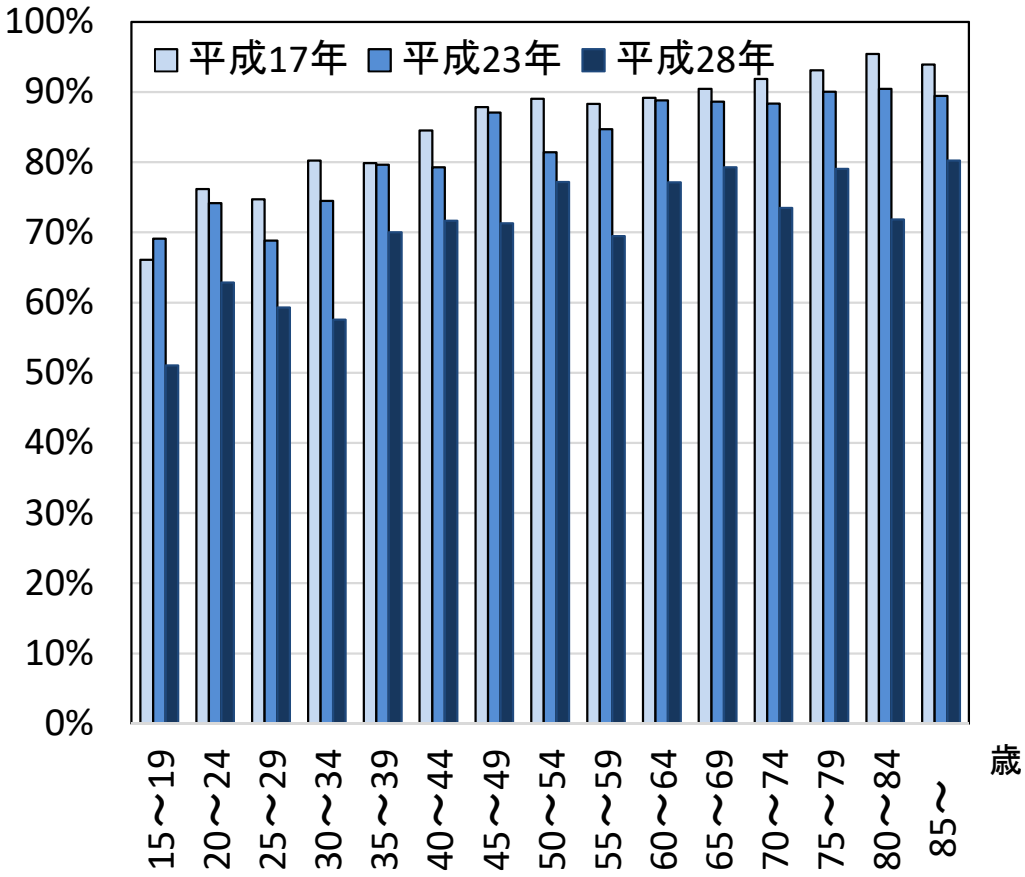


出典:永久歯の抜歯原因調査(8020推進財団)

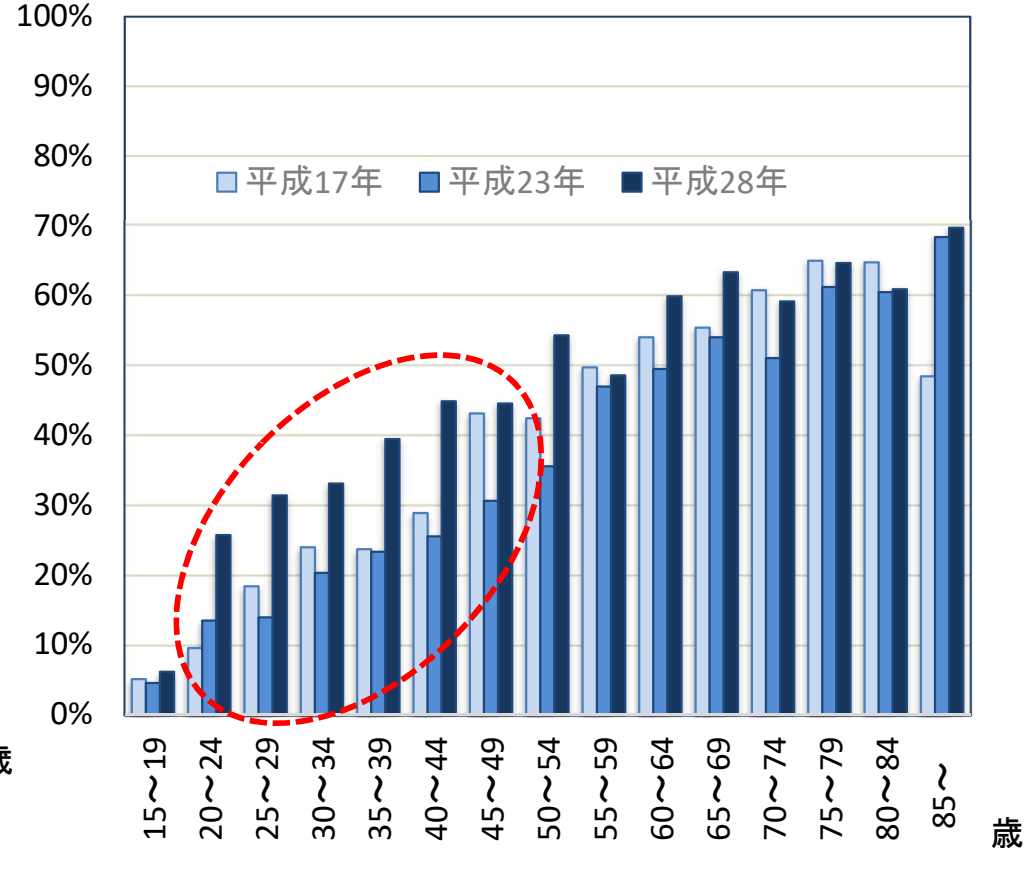
歯周病罹患の推移

○　成人の約7割が歯周病に罹患。
○　歯肉に所見のある者の割合は減少しているが、成人を中心に歯周病の者の割合は増加している。

【歯肉に所見のある者の割合】



【4ミリ以上の歯周ポケットのある者の割合】



出典：歯科疾患実態調査（昭和32年より6年ごとに実施、平成23年から5年ごとに実施）

歯周病に伴う歯の喪失のリスク増加への対応例

（歯周病安定期治療【SPT：Supportive Periodontal Therapy】）

＜歯周病安定期治療＞

中等度以上の歯周病を有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、**一時的に症状が安定した患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的として実施**される、プラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした包括的な治療。

写真：和泉教授（東京医科歯科大学）提供

＜診療報酬上の取扱い＞

SPT（Ⅰ）		SPT（Ⅱ）※かかりつけ歯科医機能強化型診療所	
1歯以上10歯未満	200点	1歯以上10歯未満	380点
10歯以上20歯未満	250点	10歯以上20歯未満	550点
20歯以上	350点	20歯以上	830点

○ 1口腔につき月1回を限度として算定。

○ 2回目以降のSPT（Ⅰ）の算定は、前回実施した月の翌月から2月を経過した日以降に行う。

○ SPTを開始後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、SPTは算定できない。

○ SPTを開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

○ 管理計画書（歯周病検査の結果の要点、歯周病安定期治療の治療方針等）を作成し、文書により患者等に提供。

○ SPT（Ⅱ）では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、プラークコントロール、機械的歯面清掃等に加え、口腔内カラー写真撮影及び歯周病検査を行う場合の治療を包括的に評価。

口腔の健康と全身の健康に関する施策の方向性

歯周病の罹患は糖尿病等に影響を及ぼすとの報告がされるなど、口腔の健康と全身の健康との関係が指摘されている。

歯周病と糖尿病の関係

①「糖尿病診療ガイドライン2016」（日本糖尿病学会）

○ 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。

○ 歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。

②「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」（2014年）日本歯周病学会

○ 重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する、あるいは耐糖能異常を生じる可能性がある。

歯周病と循環器病の関係

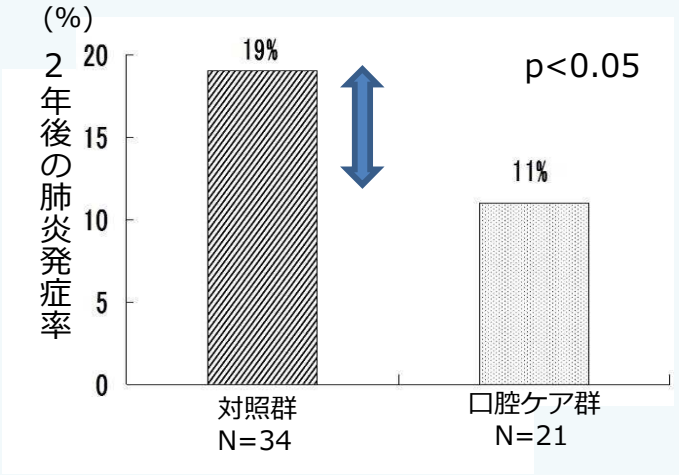
「歯周病と全身の健康　2015」（日本歯周病学会）

○ 歯周病の罹患によって、虚血性心疾患の有病率が高くなるとの論文報告がある。他方、虚血性心疾患の発症および進行との関連については十分なエビデンスは認められないとの報告もある。

○ 歯周病罹患が虚血性脳血管疾患の発症と関連があるとする報告があるが、両者の関係は明らかではない。

※ 歯周病と循環器疾患（心疾患、脳血管疾患等）の関係については、検証段階にある。

要介護者に対する口腔ケア実施群では、２年間における肺炎の発症率が統計学的に有意に低かった。



Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H: Lancet354(9177), 515, 1999.

口腔の健康と全身の健康は深い関係を有する

「経済財政運営と改革の基本方針2018」（平成30年6月15日閣議決定）（抜粋）

口腔の健康は全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護者をはじめとする国民に対する口腔機能管理の推進など歯科口腔保健の充実や、地域における医科歯科連携の構築など歯科保健医療の充実に取り組む。

「経済政策の方向性に関する中間整理」（平成30年11月26日 未来投資会議）（抜粋）

（疾病の早期発見に向けた取組の強化）

重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する可能性があるとの指摘がある。現在10歳刻みで行われている歯科健診の機会の拡大、保健指導の充実とともに、歯科受診が必要な者については歯科医療機関への受診を促すなどの方策を検討する。

「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（平成30年12月14日公布）（抄）

（附　則）

第二条　政府は、肺塞栓症、感染性心内膜炎、末期腎不全その他の通常の循環器病対策では予防することができない循環器病等に係る研究を推進するとともに、その対策について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるほか、歯科疾患と循環器病の発症との関係に係る研究を推進するものとする。

青年期～中年期（20～30代、40～60代）

【論点】

○　生活習慣病に対する早期かつ継続的な管理のために、どのような取組を進めるべきか。

○　生活習慣病のみならず、精神疾患、女性特有の疾患、がん等を含め、治療と仕事の両立のための産業保健との連携として、どのような取組が考えられるか。

○　成人に対するう蝕、歯周病、破折による抜歯等を減少させるために、どのような取組が考えられるか。

○　成人の歯周病の重症化を予防するために、どのような取組が考えられるか。

高齢期

- 高齢化の状況や高齢者の生活環境
- 高齢期の特性に応じた取組
- 高齢期の治療・療養の希望と医療提供体制
- 歯科疾患の管理
- 薬剤使用の状況

高齢化の状況や高齢者の生活環境

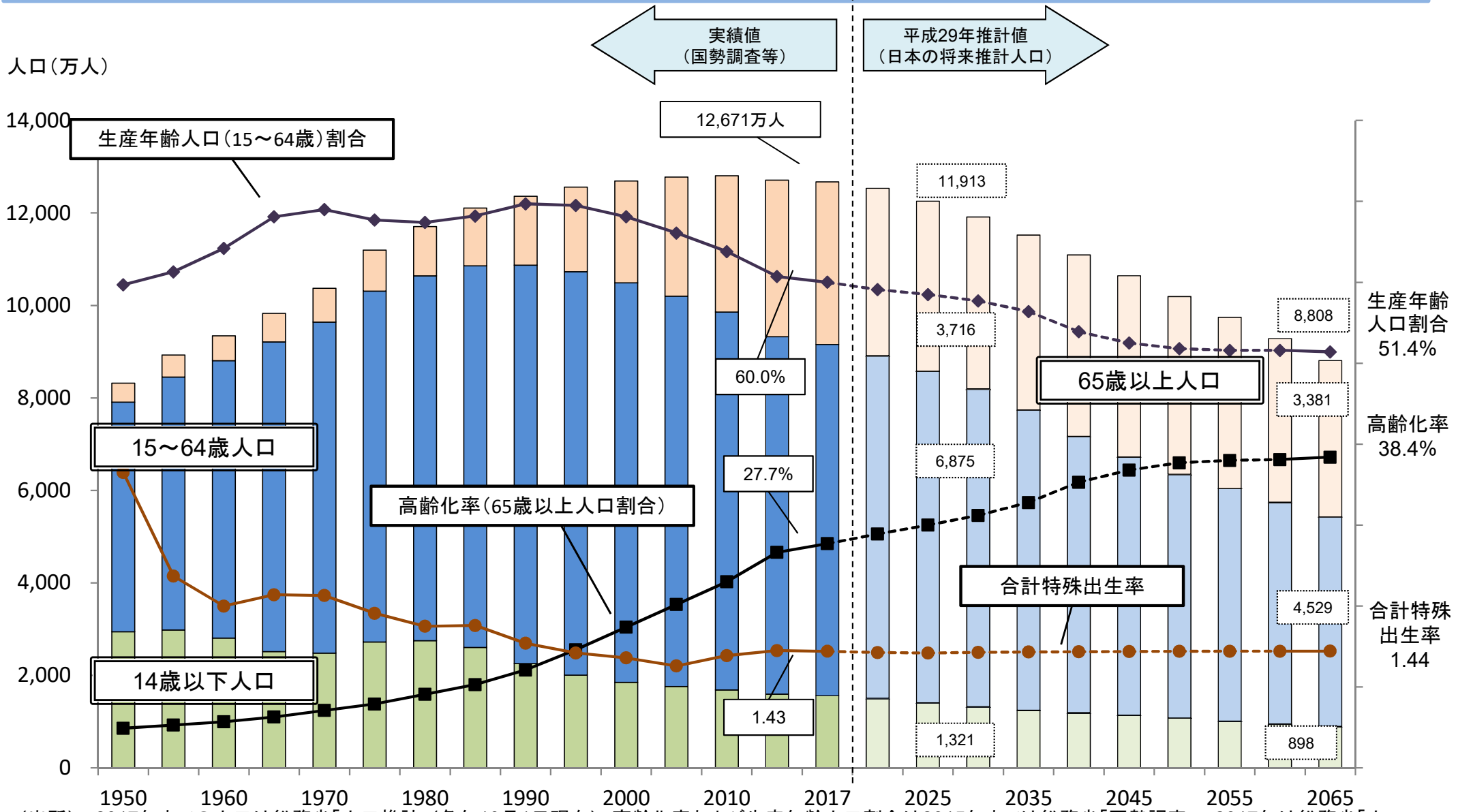
○　高齢化率は上昇傾向だが、高齢化の状況は地域差が大きい。

○　高齢者の世帯構造は、今後、単身や夫婦のみの世帯が増加していくと予想される。

○　高齢者の生活機能をみると、年齢とともに介護サービスの需給割合は増加。要介護者では、介助なく外出できない者の割合が最も多い。

今後の年齢階級別人口の推計

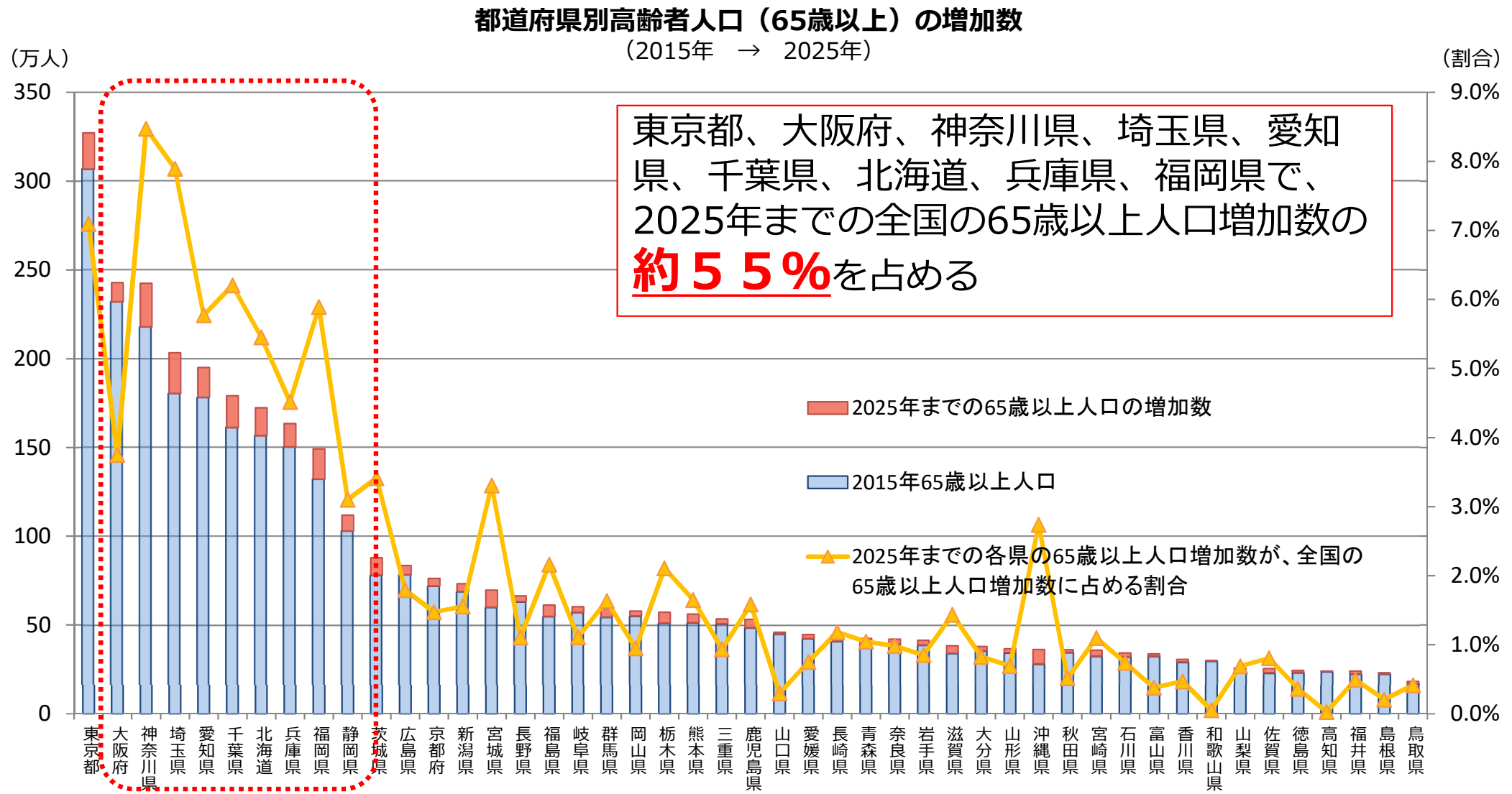
○　日本の人口は減少局面を迎えており、2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台になると推計されている。



（出所）　2017年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」、2017年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2018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29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

高齢者数増加の地域差について

○　高齢化の進展には地域差があり、今後、首都圏をはじめとする都市部を中心に、高齢者数が増加することが予想される。

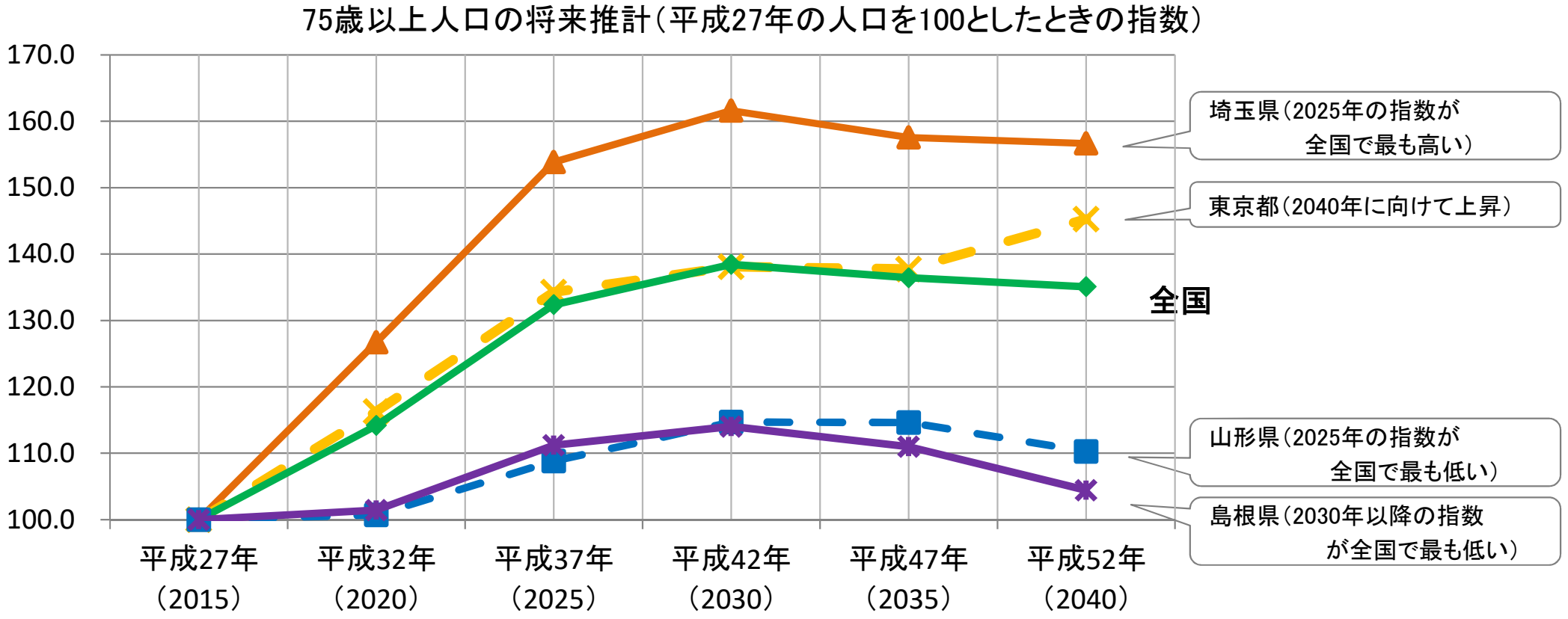


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成３０年（２０１８）年推計）」

2015～2025～2040年の各地域の高齢化の状況

○　75歳以上人口は、多くの都道府県で2025 年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇

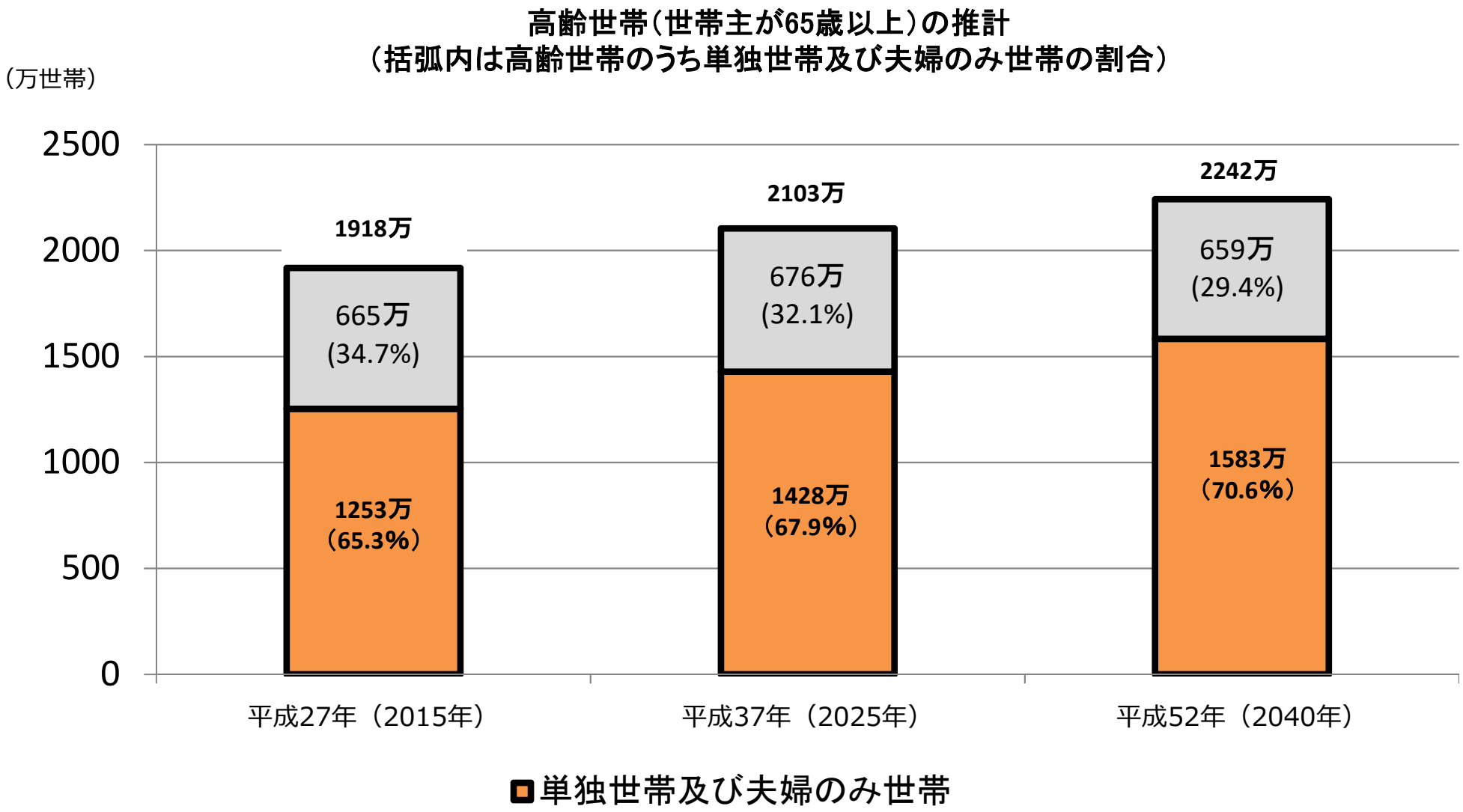
○　2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

高齢者の世帯構造について

○　今後、高齢世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していくことが予想される。

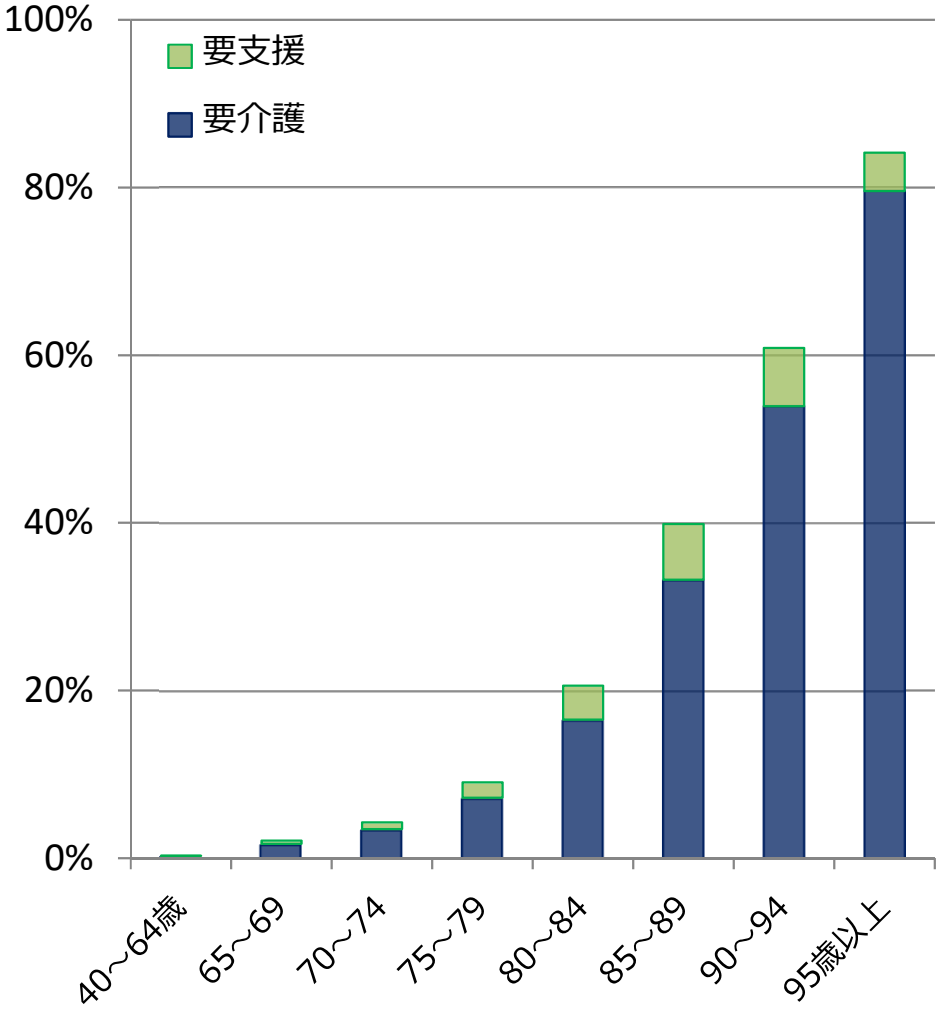


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」2018(平成30)年推計

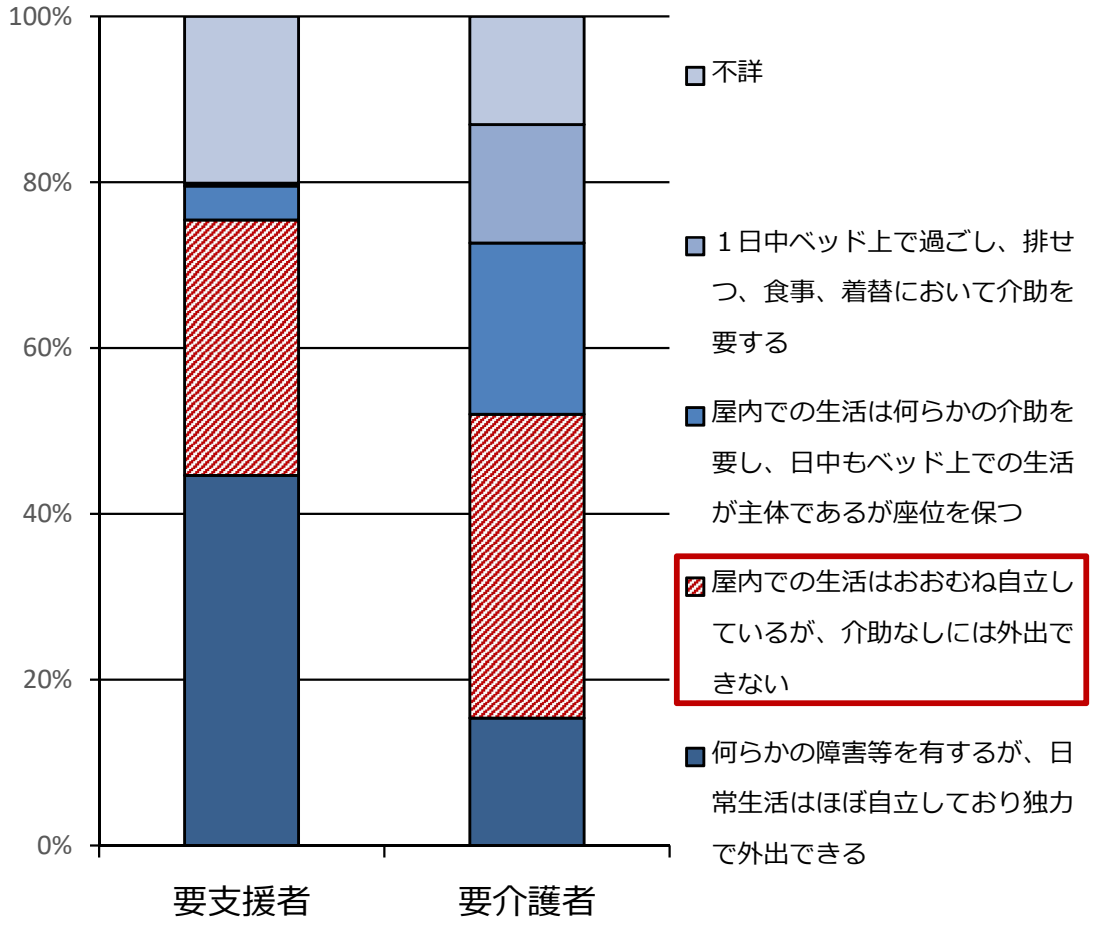
高齢者の生活機能等について

○ 年齢とともに介護サービスの受給割合は多くなる。
○ 要介護者をみると、介助なしには外出できない割合が最も多い。

年齢階級別人口に占める介護サービスの受給割合



介護を有する者の日常生活の自立状況



出典：総務省統計局「人口推計2017」、平成29年度介護給付費等実態調査、平成28年国民生活基礎調査

高齢期の特性に応じた取組

○ 高齢者の健康状態の特性をみると、加齢とともに予備能力が低下し、虚弱（フレイル）の状態を経て、身体機能障害に至る。

○ 地域在住高齢者の約5～10%がフレイルの状態という調査結果がある。また、関連して、高齢者の栄養状態をみると、85歳以上では肥満より低栄養の割合が高くなる。

○ 予防・健康づくりのため、かかりつけの医療機関等と連携しつつ、介護予防（フレイル対策を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する取組が行われている。

○ 65歳以上の認知症有病率は、加齢とともに増加傾向。認知症患者の数は今後も増加が見込まれる。

○ 認知症施策推進総合戦略において、認知症の容態に応じた適時・適切な医療の提供のため、かかりつけ医・認知症サポート医等による体制整備が重要とされている。また、これらの取組等について、診療報酬でも評価を行っている。

○ 入院においては、入院中の診療や適切な入退院支援に活用する取組を評価するため、高齢者の特性等を踏まえた総合的な評価を行うことについて、加算を設けている。

高齢者の健康状態の特性等について

平成30年11月22日	第5回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議	参考資料

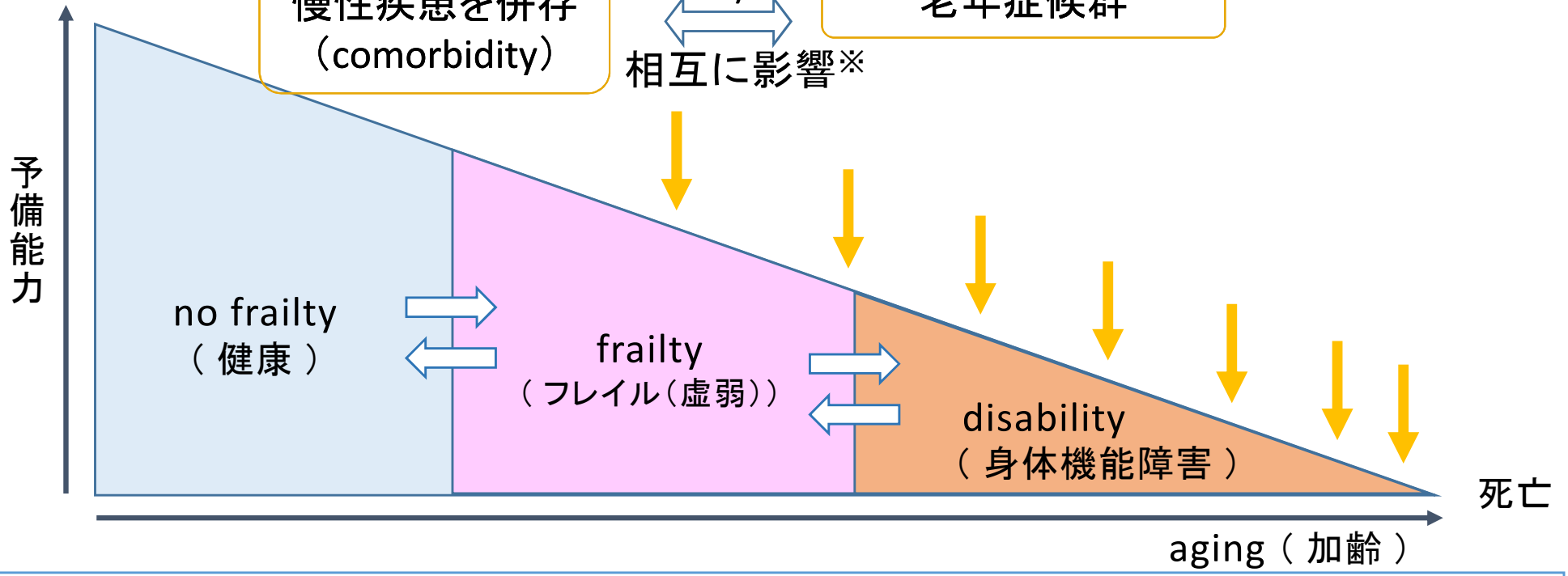
●高血圧　●心疾患　●脳血管疾患
●糖尿病　●慢性腎疾患(CKD)
●呼吸器疾患　●悪性腫瘍
●骨粗鬆症　●変形性関節症等
●生活習慣や加齢に伴う疾患

●認知機能障害　●めまい　●摂食・嚥下障害
●視力障害　●うつ　●貧血
●難聴　●せん妄　●易感染性
●体重減少　●サルコペニア（筋量低下）

慢性疾患を併存
（comorbidity）

and/or
相互に影響※

老年症候群



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※　現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

高齢者のフレイルの状況

○日本人の地域在住高齢者の調査では、4.6～9.5%にフレイル高齢者が存在している。また、プレフレイルの高齢者は、38.0～65.2%存在している。
○下記調査のメタ解析では、プール化した11,940名のうち、フレイル高齢者の割合は7.4%である。

Table　Summary of study characteristics and overall prevalence of frailty status among Japanese community-dwelling older people in Japan

Author/Study	Age(range) Sample size	Female (%)	Frail	Prefrail	Cohort characteristics
Shirooka et al.	73.3(65-92) (n=483)	68.3%	8.3% (40)	65.2% (315)	- Health event - Exclusion criteria: in long-term care service, ADL disability, severe cardiac, pulmonary, neurological, and musculoskeletal disorders, dementia
Chen et al. Sasaguri Genkimon Study	73.3(65-93) (n=1565)	60.1%	9.5% (149)	43.9% (687)	- Population-based study - Exclusion criteria: in long-term care service, dementia, Parkinson's disease, depression
Shimada et al. NCGG-SGS	73.4(65-96) (n=8864)	52.0%	8.4% (743)	51.0% (4517)	- Population-based study - Exclusion criteria: in long-term care service, ADL disability, Parkinson's disease, stroke, depression, dementia, MMSE < 21
Shinkai et al. Kusatsu longitudinal study	- (≧65) (n=526)	-	5.7% (30)	38.0% (200)	- Population-based study - Exclusion criteria: not documented
Seino et al.	74.3(65-92) (n=502)	100%	4.6% (23)	42.7% (214)	- Health event - Exclusion criteria: not documented

NCGG-SGS, National Center for Geriatrics and Gerontology-Study of Geriatric Syndromes.　All studies used modified Cardiovascular Health Study frailty criteria.

出典：G. Kojima et al. / Journal of Epidemiology 27 (2017) 347-353

CHS基準（Cardiovascular Health Study frailty criteria）

項目	評価基準	項目	評価基準	項目	評価基準
体重減少	6ヶ月で、2～3kg以上の体重減少	疲労感	（ここ2週間）訳もなく疲れたような感じがする	身体活動	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答
筋力低下	握力：男性<26kg、女性<18kg	歩行速度	通常歩行速度<1.0m／秒		

判定基準（3つ以上該当：フレイル、1～2つ該当：プレフレイル）

出典：Satake S et al./Geriatr Gerontol Int 2017;17:2629−2634

高齢者の低栄養等の状況

○　男女ともに84歳までは、低栄養の割合より肥満の割合が高いが、85歳からは肥満の割合と低栄養の割合が逆転する。

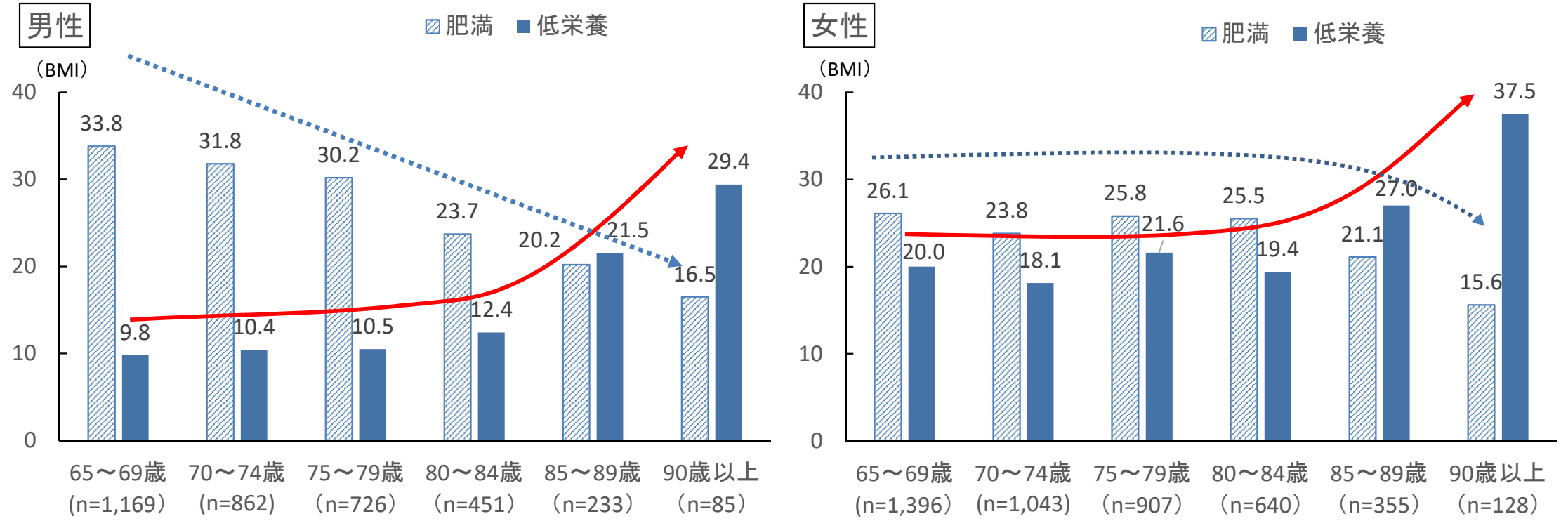


図　高齢者（65歳以上）の性・年齢階級別の低栄養・肥満の割合

出典：「平成28年国民健康・栄養調査」（厚生労働省）
注）身長・体重より算出したBMIについて、BMI≧25を肥満、BMI≦20を低栄養とした。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

医療・介護データ解析

②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
③地域の健康課題を整理・分析

医療レセ / 特定健診 / 介護レセ / 要介護認定 / フレイル状態のチェック

国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

①事業全体のコーディネートやデータ分析・通いの場への積極的関与等を行うため、市町村が、地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置

経費は広域連合が交付
(保険料財源＋特別調整交付金)

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

保健事業

⑤国民健康保険の保健事業と75才以降の保健事業を接続

疾病予防・重症化予防

⑥社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

⑦医療専門職が、通いの場等にも積極的に関与

介護予防の事業等

生活機能の改善

⑨民間機関の連携等、通いの場の大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

かかりつけ医 等

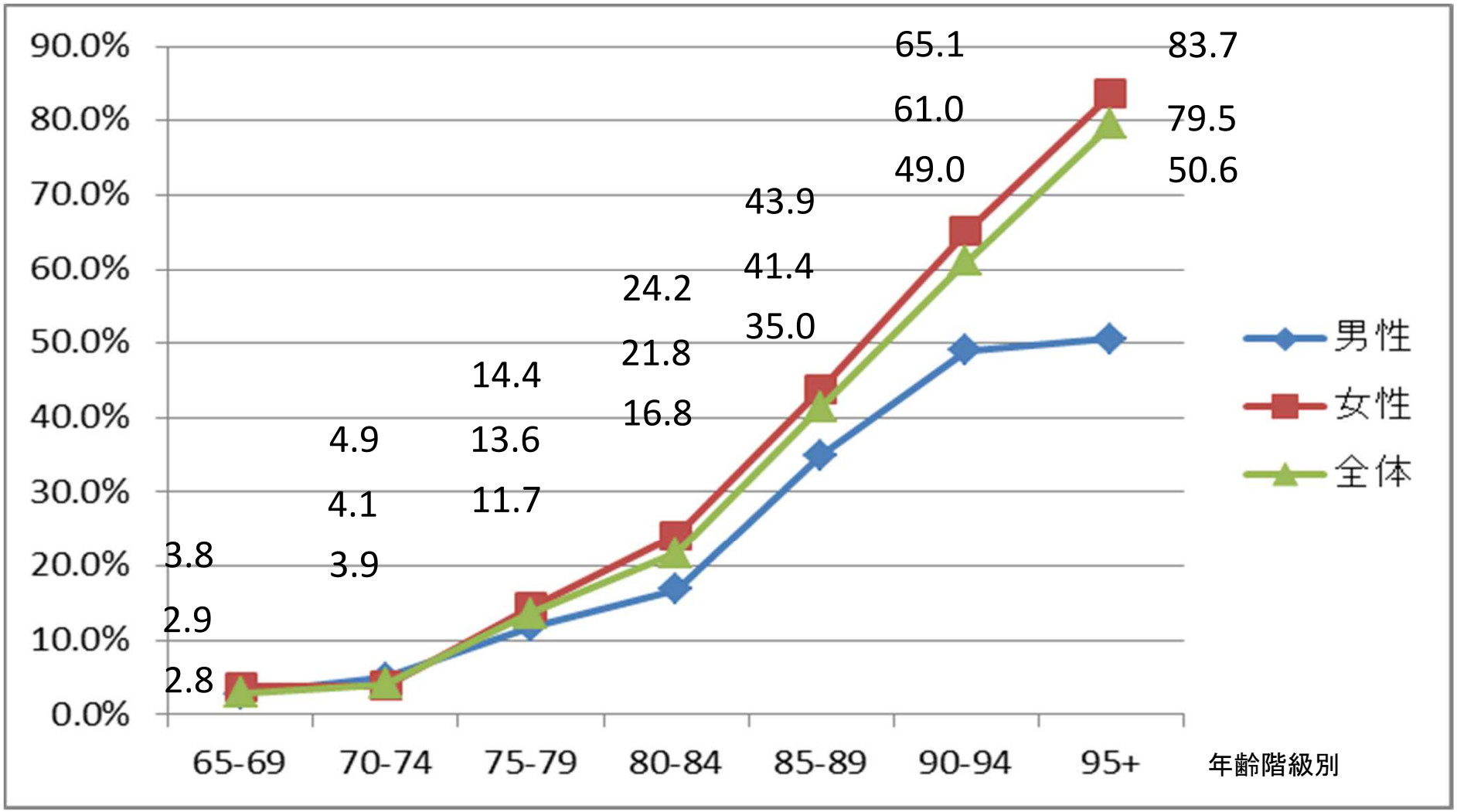
⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、

- 通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
- ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
- フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

65歳以上の認知症有病率

○　65歳以上では、高齢になるほど認知症の有病率が増加。



厚生労働科学研究費補助金　認知症対策総合研究事業
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（平成21～24）
総合研究報告書より、認知症・虐待防止対策推進室にて数字を加筆

研究代表者　朝田隆（筑波大学医学医療系）

認知症の人の将来推計

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率（2025年）

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

年	平成24年（2012）	平成27年（2015）	平成32年（2020）	平成37年（2025）	平成42年（2030）	平成52年（2040）	平成62年（2050）	平成72年（2060）
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/（率）	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/（率）		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の概要

～ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて ～　（平成27年1月策定・平成29年7月改定）

- 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年
- 策定時の数値目標は、介護保険事業計画に合わせて2017（平成29）年度末等で設定されていたことから、第7期計画の策定に合わせ、平成32年度末までの数値目標に更新する等の改定を行った（平成29年7月5日）

新オレンジプランの基本的考え方

- 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
  2012（平成24）年 462万人（約7人に1人） ⇒ 2025（平成37）年 約700万人（約5人に1人）
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
③若年性認知症施策の強化
④認知症の人の介護者への支援
⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
⑦認知症の人やその家族の視点の重視

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

認知症の容態に応じた適時･適切な医療･介護サービス等の提供

早期診断・早期対応のための体制整備＜かかりつけ医・認知症サポート医等＞

● 身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進める。さらに、関係学会における認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。【厚生労働省】

かかりつけ医

- 早期段階での**発見･気づき**
- 専門医療機関への**受診誘導**
- 一般患者として日常的な身体疾患対応
- 家族の介護負担、不安への理解

相談 ⇄ 助言

認知症サポート医

- かかりつけ医研修の**企画立案･講師**
- かかりつけ医の認知症診断等に関する**相談役･アドバイザー**
- 地域医師会や地域包括支援センターとの**連携づくりへの協力**
- **認知症医療に係る正しい知識の普及**を推進

【事業名】 かかりつけ医等の対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修事業

【実績と目標値】

かかりつけ医：2017（平成29）年度末	5．8万人	⇒	2020（平成32）年度末 7．5万人
認知症サポート医：2017（平成29）年度末	0．8万人	⇒	2020（平成32）年度末 1．0万人

かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

➢ 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する認知症サポート医が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

（新）　認知症サポート指導料　450点（6月に1回）

［算定要件］
地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること

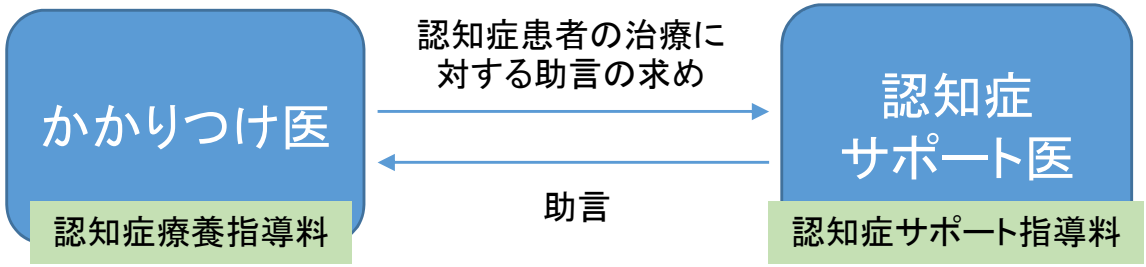
➢ 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

（新）　認知症療養指導料2　300点（月１回）（６月に限る）

（新）　認知症療養指導料3　300点（月１回）（６月に限る）

［認知症療養指導料2の算定要件］
かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

［認知症療養指導料3の算定要件］
認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



⇒　療養計画に基づく治療を提供

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

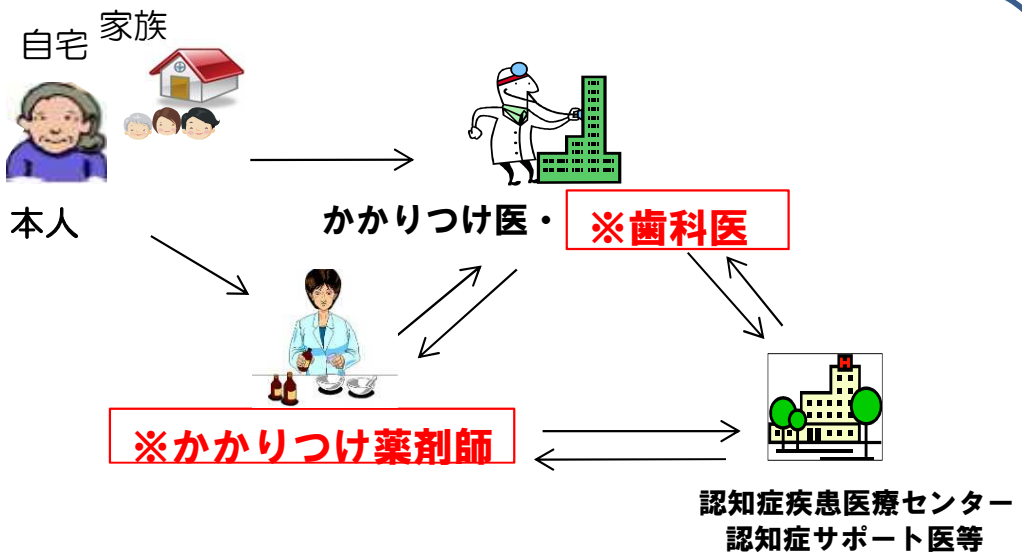
認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

早期診断・早期対応のための体制整備＜歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修＞

＜歯科医師認知症対応力向上研修事業･薬剤師認知症対応力向上研修事業＞

歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を、関係団体の協力を得ながら実施する。

早期診断･早期対応のための体制整備



※　高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気がつき、かかりつけ医等と連携して対応する

※　認知症の人の状況に応じた歯科治療･口腔機能管理、服薬指導等を適切に行う

【実績と目標値】

歯科医師：2017（平成29）年度末	0.8万人	⇒	2020（平成32）年度末	2.2万人
薬剤師：2017（平成29）年度末	1.7万人	⇒	2020（平成32）年度末	4万人

かかりつけ薬剤師・薬局に求められる認知症の対応

かかりつけ薬剤師・薬局に求められる認知症の対応

- 服薬指導時などに認知症の兆候のある人に対する「気づき」
- かかりつけ医等との連携により早期診断・早期対応への「つなぎ」
- 在宅医療を含め適切な薬物療法（薬学的管理）を実施し、治療と生活を「支える」（状態に応じた服薬指導等）

服薬の継続管理におけるポイント

- 事前の服薬確認の環境調整

⇒**独りでの服薬をなるべく避けるために、服薬を支援する人の存在を確認する**（独居であるか、同居者はいるか、同居者は管理の手伝いができるか、ヘルパーや同居していない家族などで定期的に関われる人がいるか）等

- 服用状況（回数など）について、かかりつけ医と連携

⇒**残薬とならないよう、服用回数を減らせるかどうかを主治医と薬剤師でよく話し合ってみる**

- 他職種に薬剤師の視点を伝達
  ⇒薬剤師による服薬支援の重要性等を共有する
- 地域の医療・介護資源の情報（連絡先等）を保有

処方医との連携

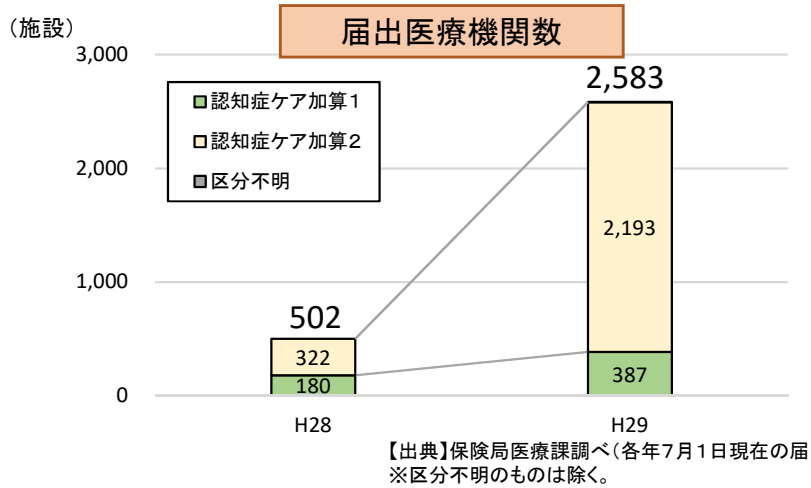
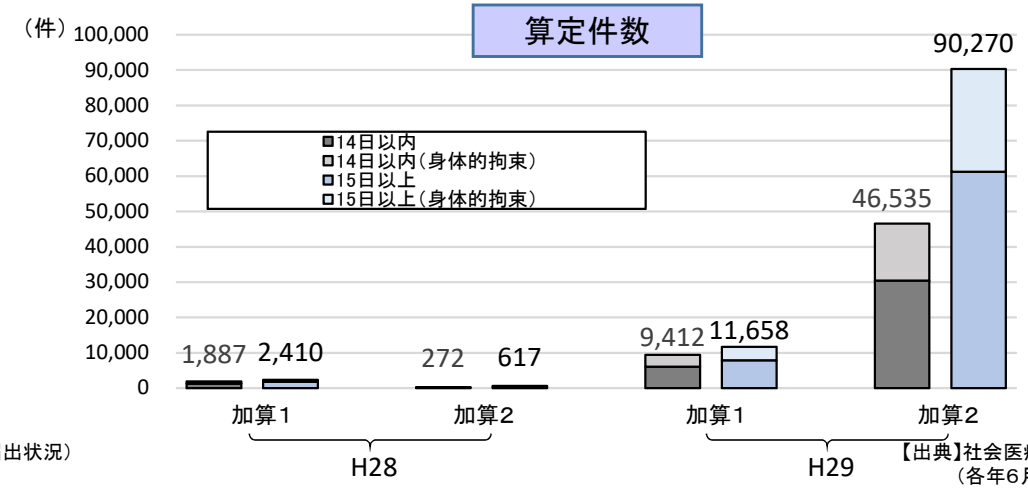
- 服薬状況の確認から一包化や剤形変更を提案し、服薬支援を行う

（例）

- 飲み忘れや飲み間違いに対し、一包化を提案する。
- 飲み込みがうまくできないときは、口腔内崩壊錠やゼリー剤などへの剤形変更
- 服薬確認が困難なときには、貼付剤への変更を提案する

出典：薬剤師認知症対応力向上研修テキスト（平成27年度　厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）　歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業　薬剤師分科会　編）を基に医療課で抜粋・改変

認知症ケア加算の算定状況

		認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
点数（1日につき）		イ　14日以内の期間　150点　　ロ　15日以上の期間　　30点 （身体的拘束を実施した日は60%）	イ　14日以内の期間　30点　　ロ　15日以上の期間　10点 （身体的拘束を実施した日は60%）
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）	
主な算定要件・施設基準	身体的拘束	・日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。 ・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 ・身体的拘束をするに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。 ・身体的拘束をするかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。 ・身体的拘束を避けるために家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。	
	病棟職員の対応	・認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。 ① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 行動、心理症状がみられる場合には、適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討。 ② 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的に評価。 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。　④ ①～③を診療録等に記載。	・当該患者が入院する病棟の看護師等は、 行動・心理症状等が出現し治療への影響が見込まれる場合に、適切な環境調整や患者とのコミュニケーション方法等を踏まえた看護計画を作成。 ・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。 ・身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。
	職員の配置等	・以下から構成される認知症ケアチームを設置。 ア　認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師（精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修の修了のいずれか） イ　認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修（600時間以上）を修了した専任の常勤看護師 ウ　認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。　② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。　④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的に実施。	・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントアセスメントや看護方法等に係る適切な研修（9時間以上）を受けた看護師を複数名配置。
	マニュアル	・認知症ケアチームが身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。	・身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。
	院内研修等	・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、認知症ケアチームによる研修又は院外研修を受講。	・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。
届出医療機関数及び算定件数		 【出典】保険局医療課調べ（各年7月1日現在の届出状況） ※区分不明のものは除く。	 【出典】社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

総合評価加算の概要

Ａ２４０　総合評価加算　　１００点（入院中1回）

【主な算定要件】

（１）病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合であって、当該総合的な機能評価を行った時点で現に介護保険法施行令第２条各号に規定する特定疾患を有する４０歳以上６５歳未満である者及び６５歳以上である者について、入院中１回に限り算定する。

（２）総合的な機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活能力、認知能力、意欲等が変化した場合には、病状の安定が見込まれた後改めて評価を行う。ただし、その場合であっても、当該加算は入院中１回に限り算定する。

（３）総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない。

（４）高齢者の総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会より示されているガイドラインに沿った評価が適切に実施されるよう十分留意する。

【施設基準】

（１）総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師が１名以上いる。

（２）総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。

ア　医療関係団体等が実施するもの

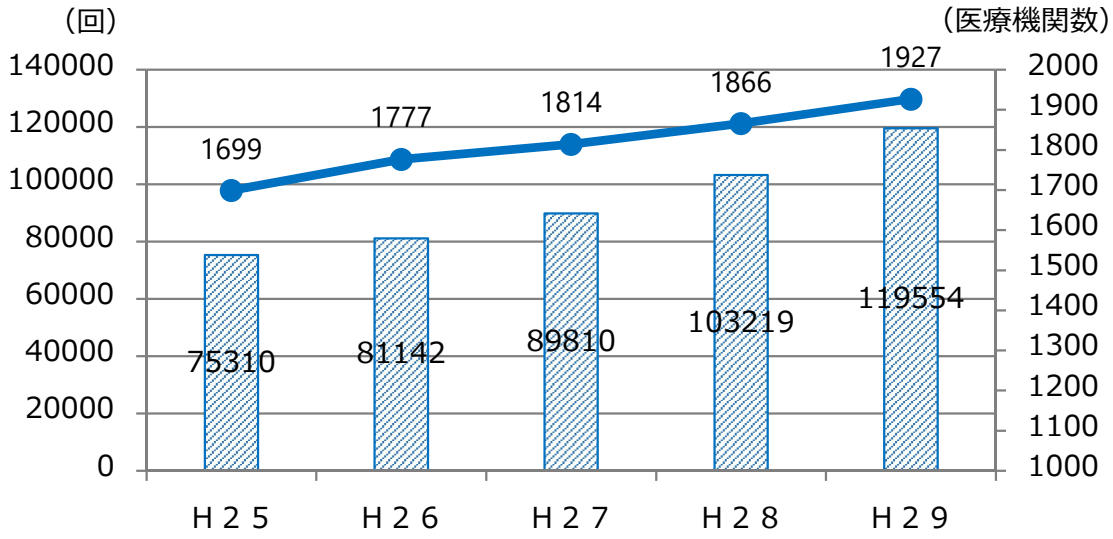
イ　研修内容に高齢者に対する基本的な診療方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているもの

ウ　研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたもの

エ　研修期間は通算して１６時間以上程度のもの

（３）高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施する。

総合評価加算の算定回数・届出医療機関数



出典：保険局医療課調べ（各年７月）
社会医療診療行為別統計・調査（各年６月審査分）

高齢期の治療・療養の希望と医療提供体制

○ 65歳以上の入院患者について、今後の治療・療養の希望をみると、「自宅で医師や看護師などの定期的な訪問を受けて治療・療養したい」は１割未満、「自宅から病院や診療所に通院しながら治療・療養したい」は約２～３割。

○ 退院の許可が出た場合の自宅療養の見通しをみると、「自宅療養ができない」の割合は、65～74歳の14.7%、75歳以上の31.3%。このうち、自宅療養を可能にする条件をみると、「通院手段の確保」や「医師、看護師などの定期的な訪問」は約2割。

○ 入院患者の重症度等の状況をみると、「受入条件が整えば退院可能」の割合は、年齢階級が上がるに従って高くなる。また、退院後の行き先は「家庭」が最も多いが、他の医療機関や介護施設が微増傾向。

○ 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

○ 在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料等の算定回数は、増加傾向。

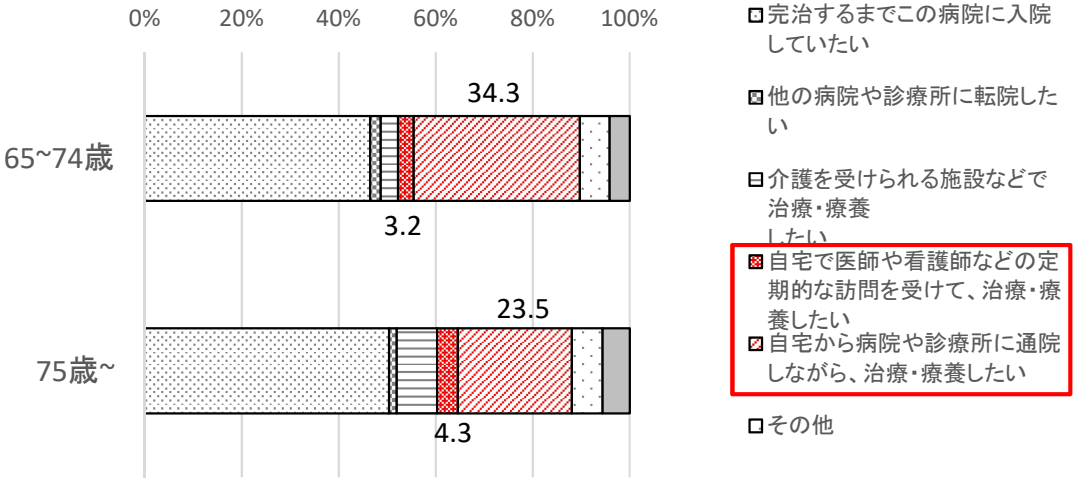
○ 訪問看護ステーションにおける利用者数はどの年齢層においても増加傾向。うち、最も多い主傷病は「精神および行動の障害」。

○ 薬局における医療保険の在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数は横ばいだが、介護保険の居宅療養管理指導費等は増加しており、全体として増加傾向。

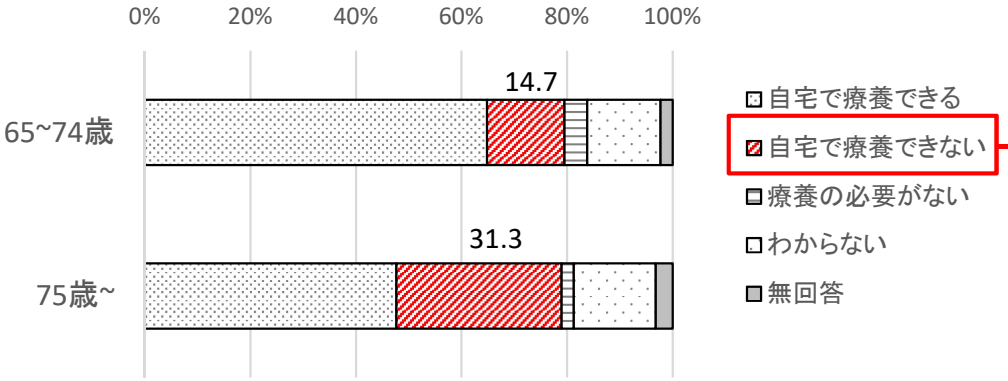
入院患者の今後の治療・療養の希望、自宅療養の見通し

○ 65歳以上の入院患者について、今後の治療・療養の希望をみると、「自宅で医師や看護師などの定期的な訪問を受けて治療・療養したい」は1割未満、「自宅から病院や診療所に通院しながら治療・療養したい」は約2～3割。
○ 退院の許可が出た場合の自宅療養の見通しをみると、「自宅療養ができない」の割合は、65～74歳の14.7%、75歳以上の31.3%。このうち、自宅療養を可能にする条件をみると、「通院手段の確保」や「医師、看護師などの定期的な訪問」は約2割。

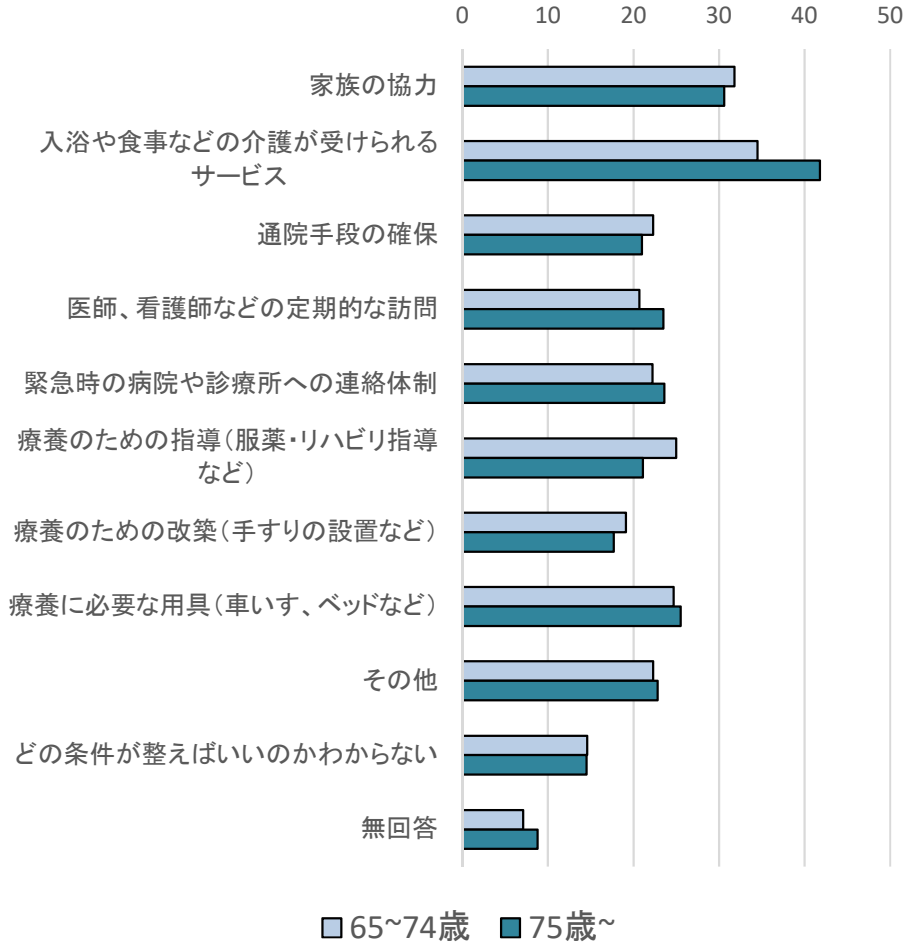
入院患者の今後の治療・療養の希望



退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し



自宅療養を可能にする条件（複数回答）

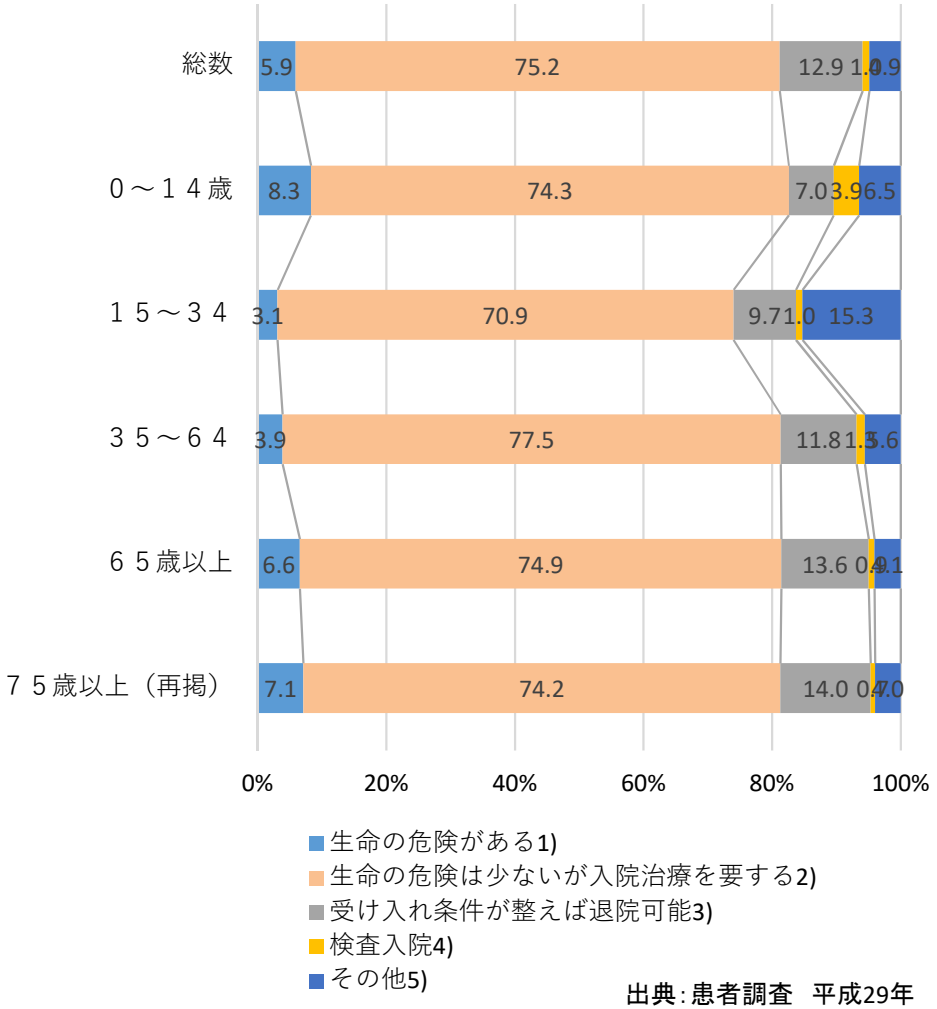


出典：平成29年度受療行動調査

年齢階級別の入院の状況について

入院（重症度等）の状況をみると、「生命の危険がある」5.9%、「生命の危険は少ないが入院治療を要する」75.2%、「受け入れ条件が整えば退院可能」12.9%、「検査入院」1.0%となっている。「受け入れ条件が整えば退院可能」は年齢階級が上がるに従い高くなっている。

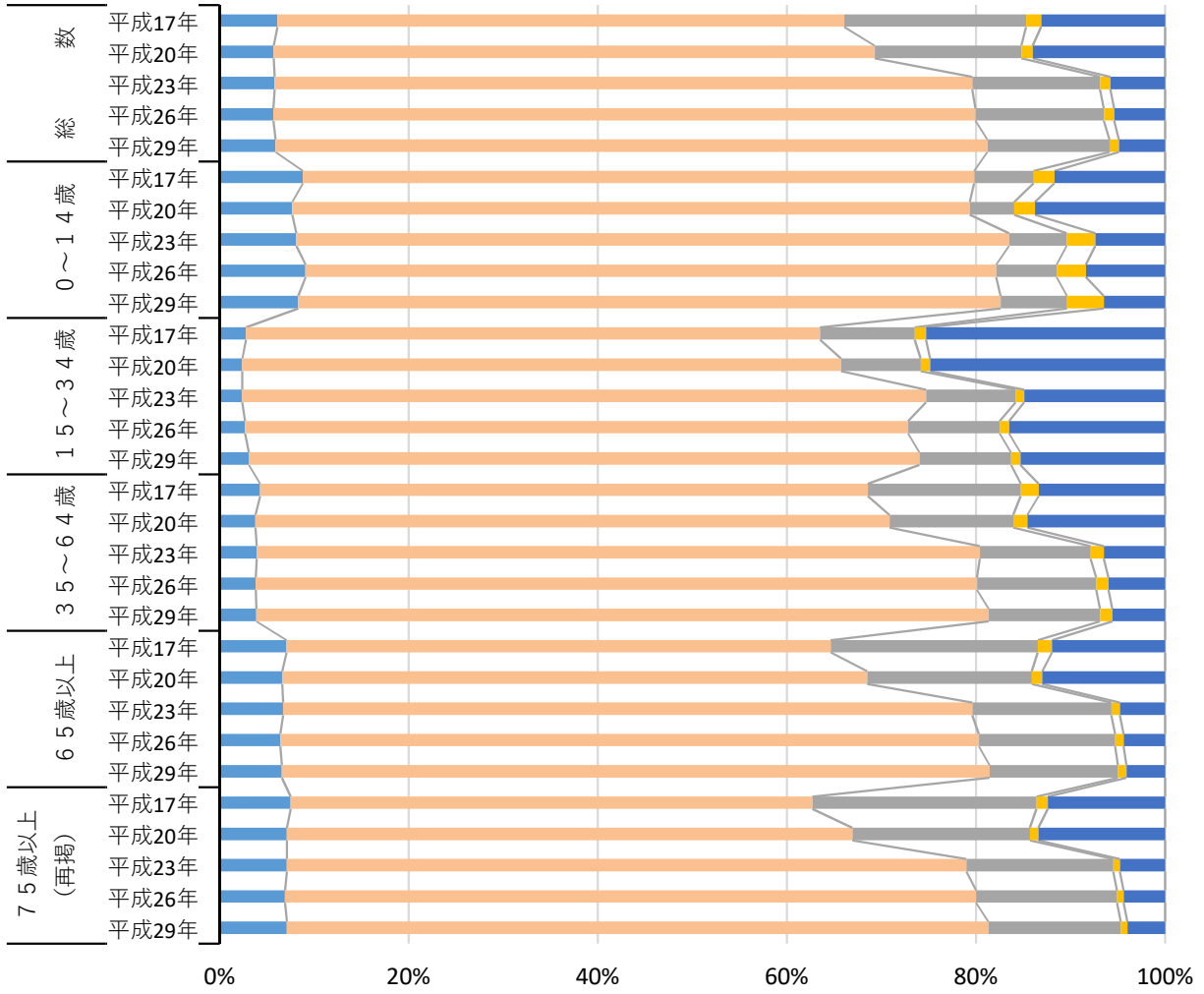
年齢階級別にみた入院(重症度等)の状況別推計入院患者数の構成割合



出典：患者調査　平成29年

1)「生命の危険がある」とは、生命の危険がある重篤な患者をいう。
2)「生命の危険は少ないが入院治療を要する」には、退院が決定している患者を含む。
3)「受け入れ条件が整えば退院可能」とは、退院は決まっていないが退院可能な状態にある患者をいう。
4)「検査入院」とは、検査のために入院した患者をいい、健康な者に対する一般的検査のための入院患者を含む。
5)「その他」とは、上記1）～4）以外の入院患者をいう。

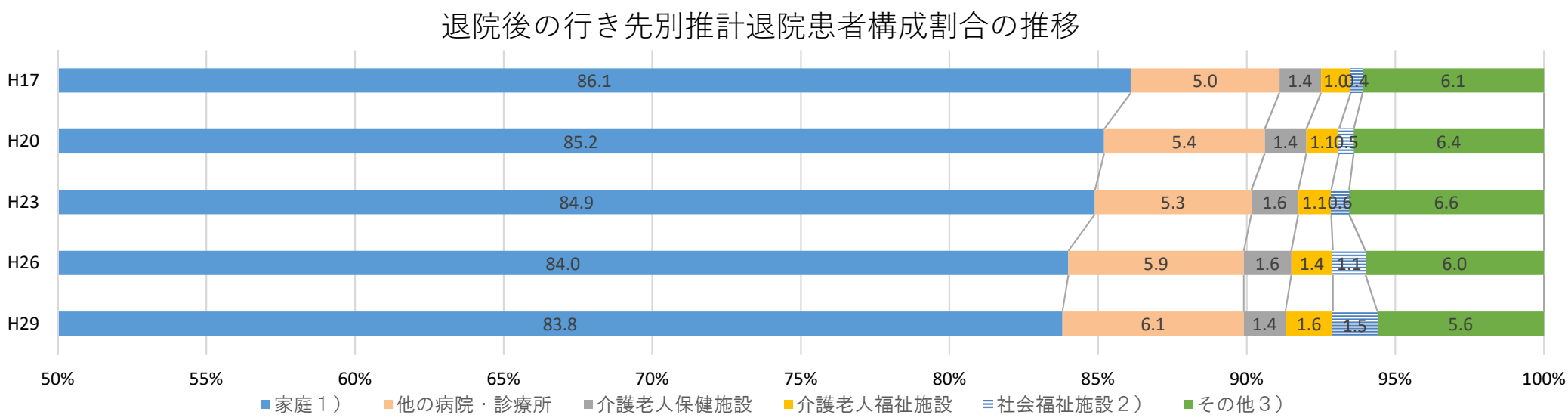
（参考）年次推移



出典：患者調査　各年10月（平成23年は宮城県の一部及び福島県を除く）

退院後の行き先について

退院後の行き先についてみると、「家庭」が83.8%で最も多いが、「他の病院・診療所」「介護老人福祉施設」「社会福祉施設」が微増傾向。

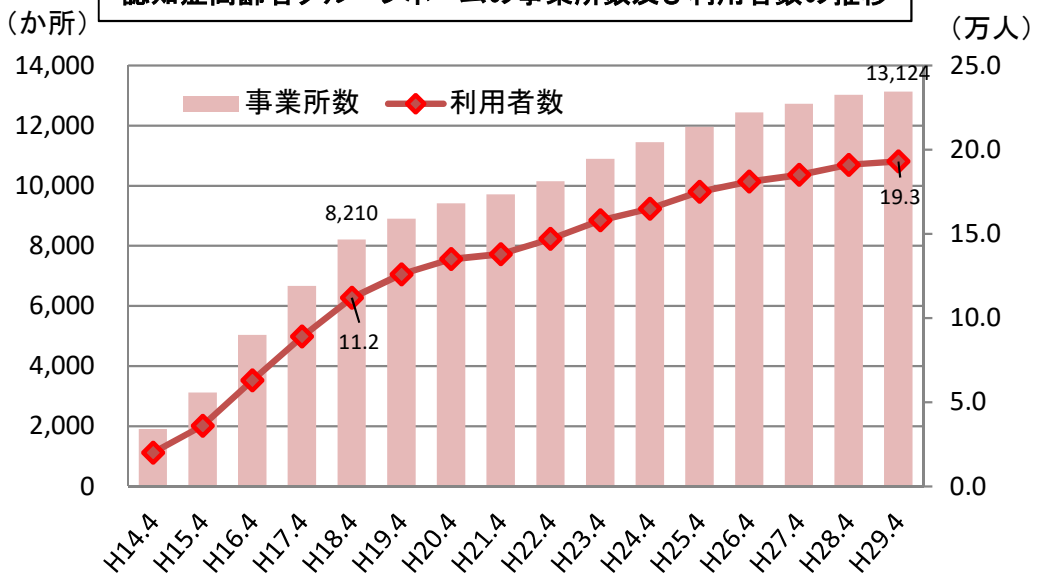


1）「家庭」には、病院・一般診療所への通院、在宅医療も含む。
2）「社会福祉施設」とは、障害福祉施設、児童福祉施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、グループホーム等が含まれる。
3）退院後の行き先における「その他」とは、退院後の行き先が特定できない者で、死亡・不明等も含む。

出典：患者調査　各年10月（H23年は宮城県の一部及び福島県を除く）

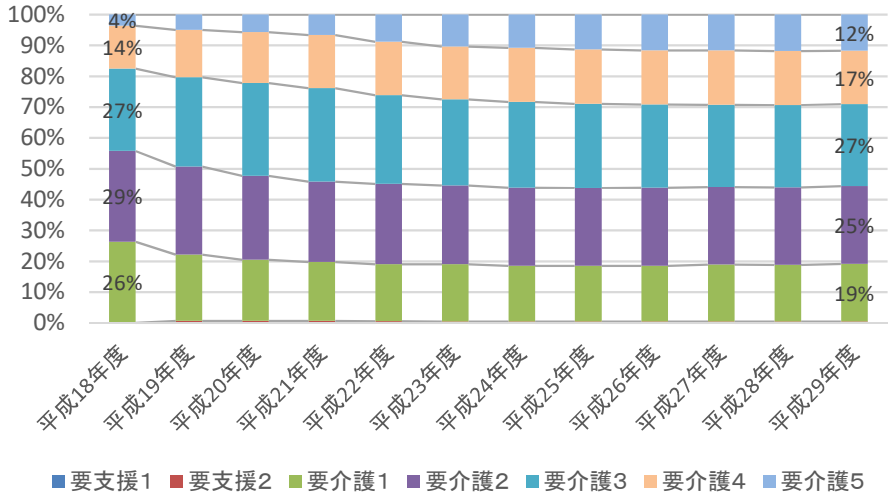
（参考）

認知症高齢者グループホームの事業所数及び利用者数の推移



（参考）

認知症高齢者グループホームの要介護度別利用者割合の推移

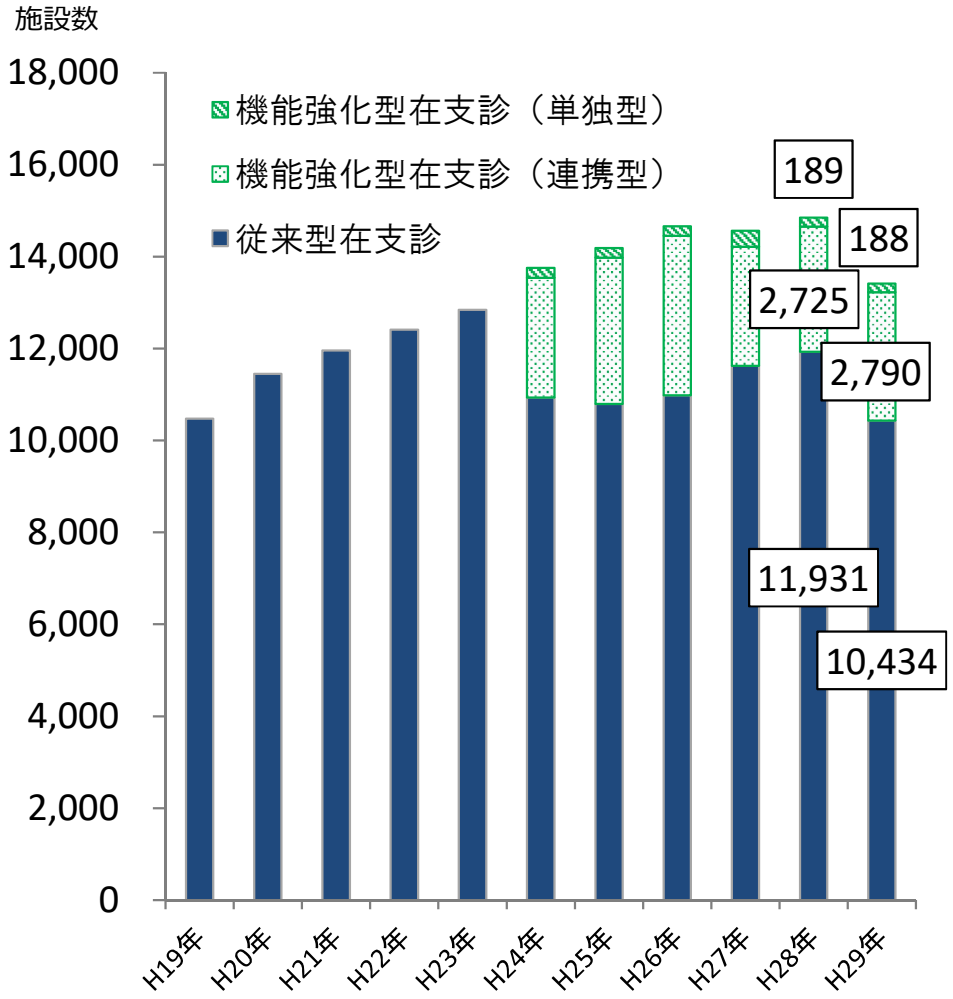


出典：厚生労働省「介護給付費等実態調査」（各年５月審査分）

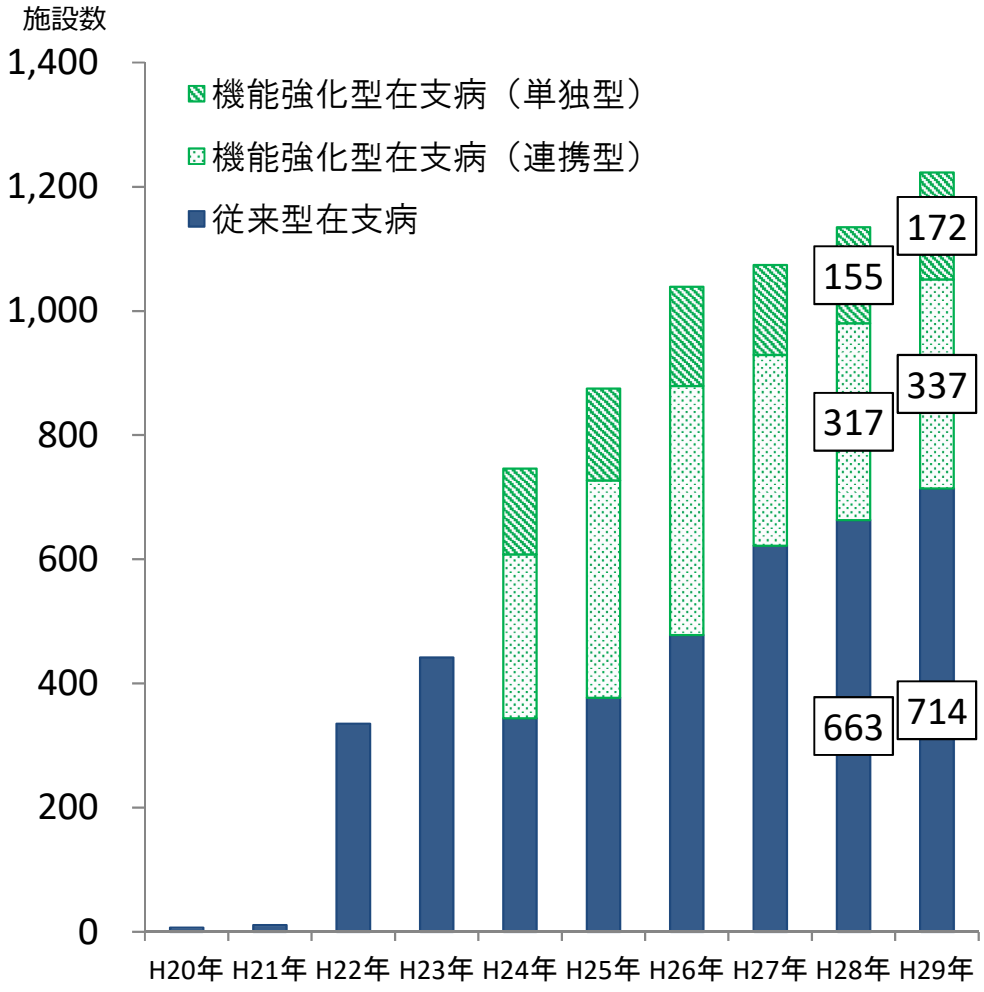
在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞

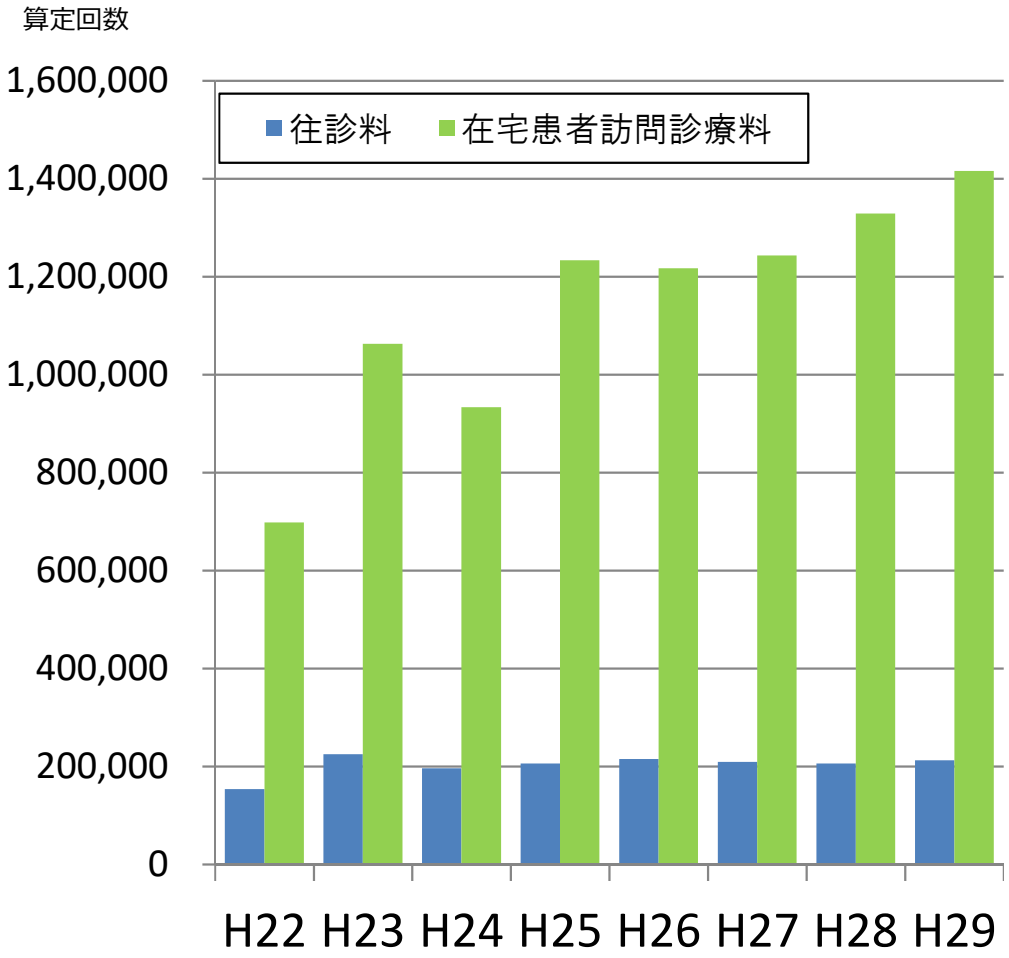


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

在宅医療に係る点数の算定状況

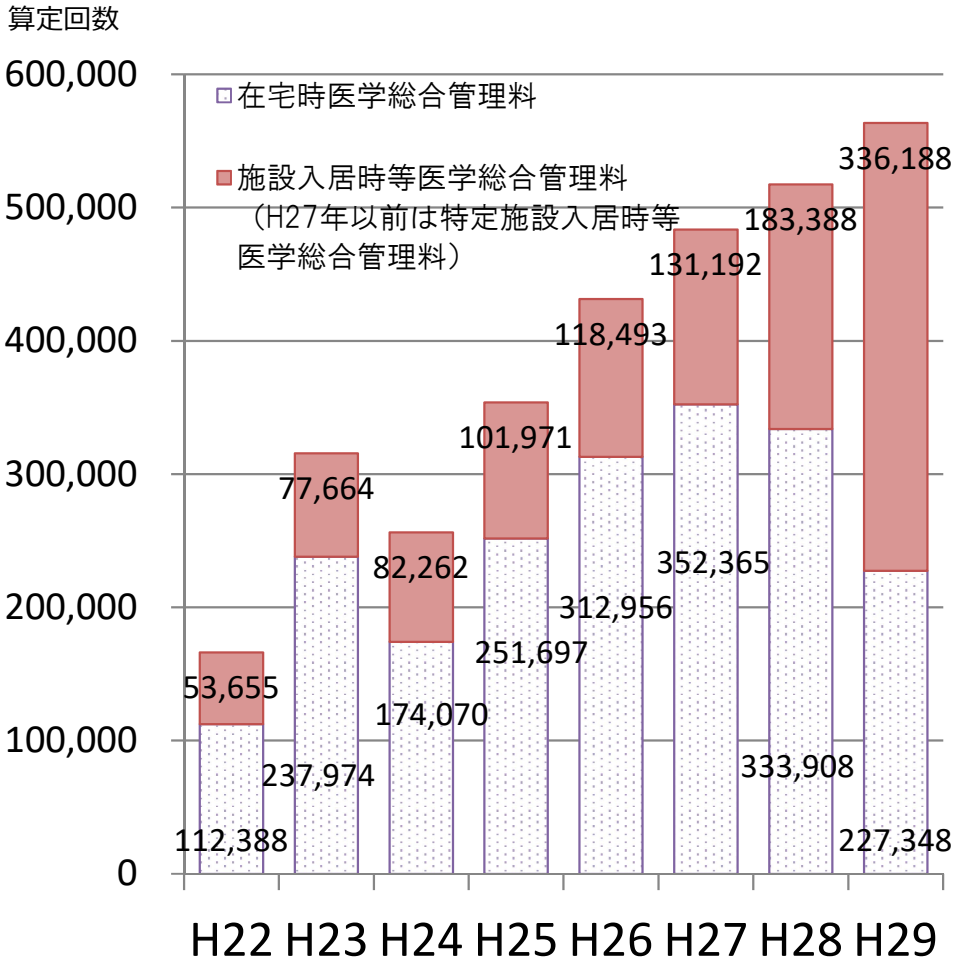
○　在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料等の算定回数は、増加傾向。

＜在宅患者訪問診療料等の算定回数＞



出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年6月審査分）

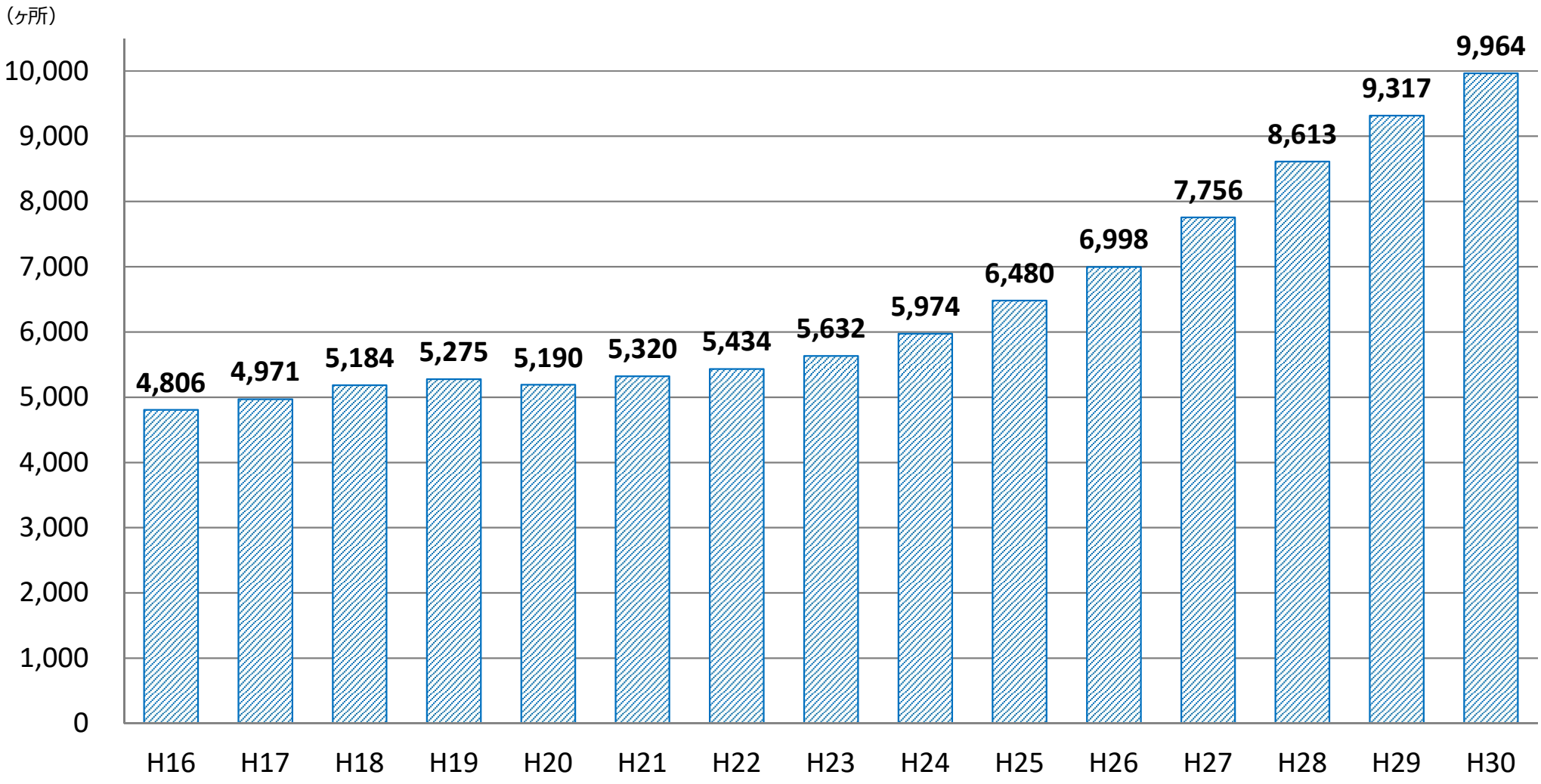
＜在宅時医学総合管理料等の算定回数＞



注：平成28年度診療報酬改定において、特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームが施設総管の算定対象（ただし、経過措置として、平成29年３月末までは在総管の算定が可能）となった。

訪問看護ステーション数の年次推移

○　訪問看護ステーションの数は徐々に増えており、特に平成24年以降の伸びが大きい。

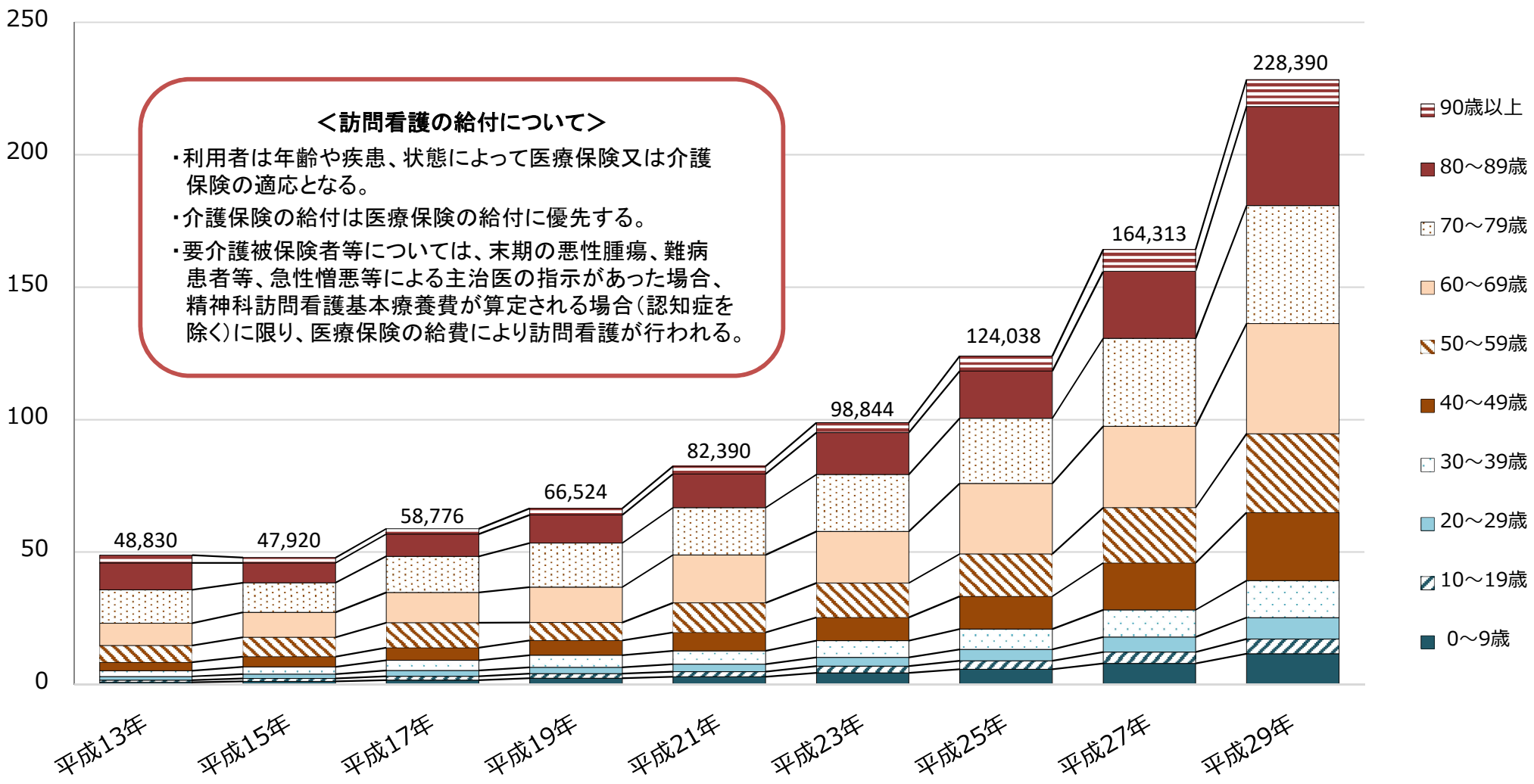


出典：「医療費の動向調査」の概算医療費データーベース（各年5月審査分）

訪問看護ステーションの利用者　利用者数の推移

○　訪問看護の利用者は高齢者が半数以上であるが、利用者数の推移は、どの年齢層も増加している。

■年齢階級別利用者数の推移



※年齢不詳の者は除く
※医療保険の訪問看護療養費を算定した者

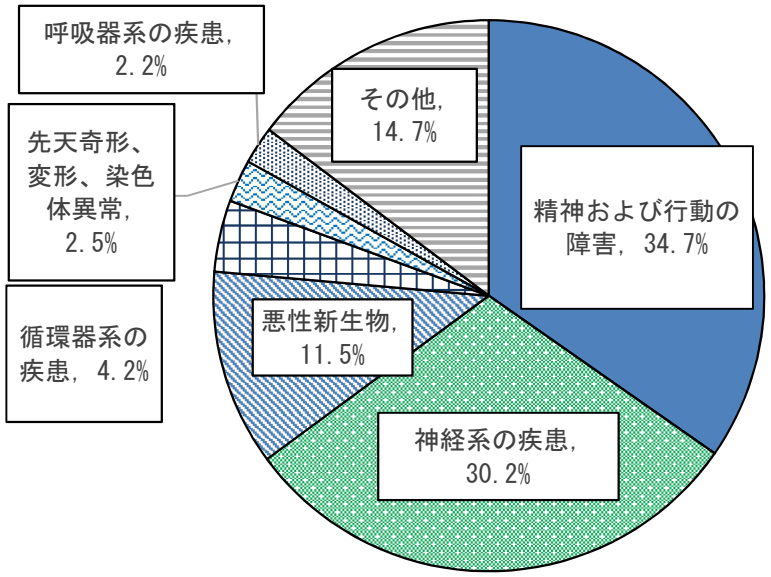
出典：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）

訪問看護ステーション利用者の状態

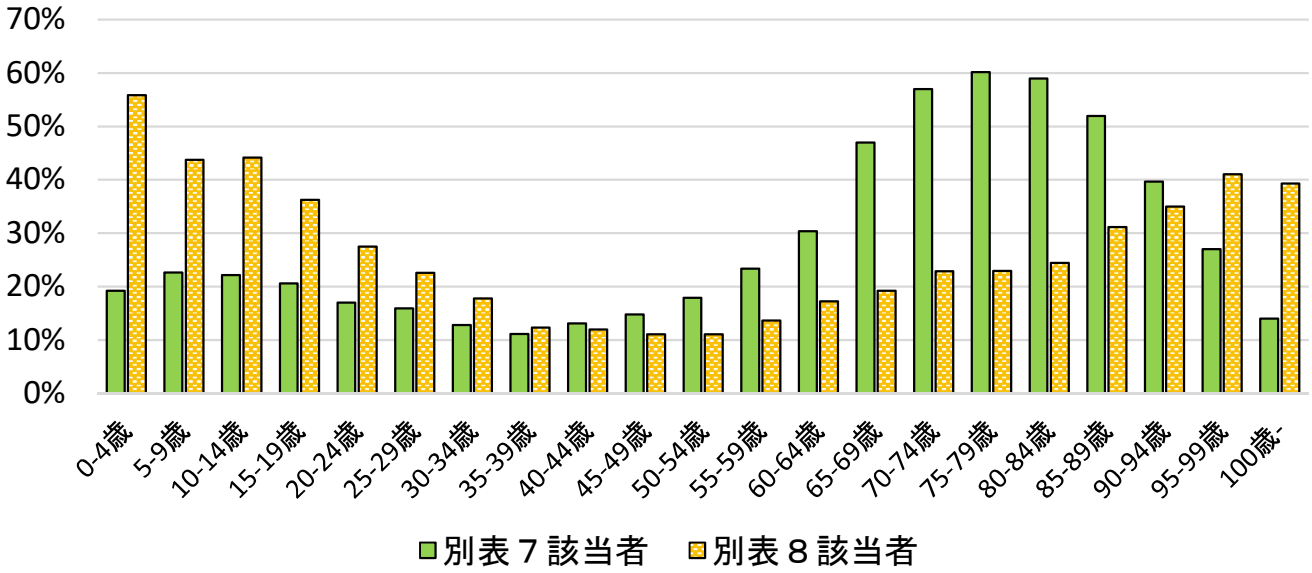
○　訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」と「神経系の疾患」がそれぞれ3割以上を占め、次いで「悪性新生物」が約1割である。

○　訪問看護利用者における別表7の該当者は70～80歳代、別表8の該当者は小児と高齢者において割合が高い。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



＜別表第7＞

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症
プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頚髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等にかかわらず医療保険での訪問看護が可能。算定日数制限なし。

＜別表第8＞

1　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2　以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4　真皮を超える褥瘡の状態にある者
5　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※算定日数制限なし。

【出典】保険局医療課調べ（平成29年6月審査分より推計）　※医療保険の訪問看護療養費を算定した者

在宅患者訪問薬剤管理指導料について

○　あらかじめ厚生局に届け出た薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画書(注)を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定。

項目	点数	
○**在宅患者訪問薬剤管理指導料** ・単一建物診療患者が１人の場合 ・単一建物診療患者が２～９人の場合 ・単一建物診療患者が１０人以上の場合 （＋麻薬管理指導加算） （＋乳幼児加算）	 ６５０点 ３２０点 ２９０点 （＋１００点） （＋１００点）	薬剤師１人週 ４０回まで 患者1人につき 月４回まで※

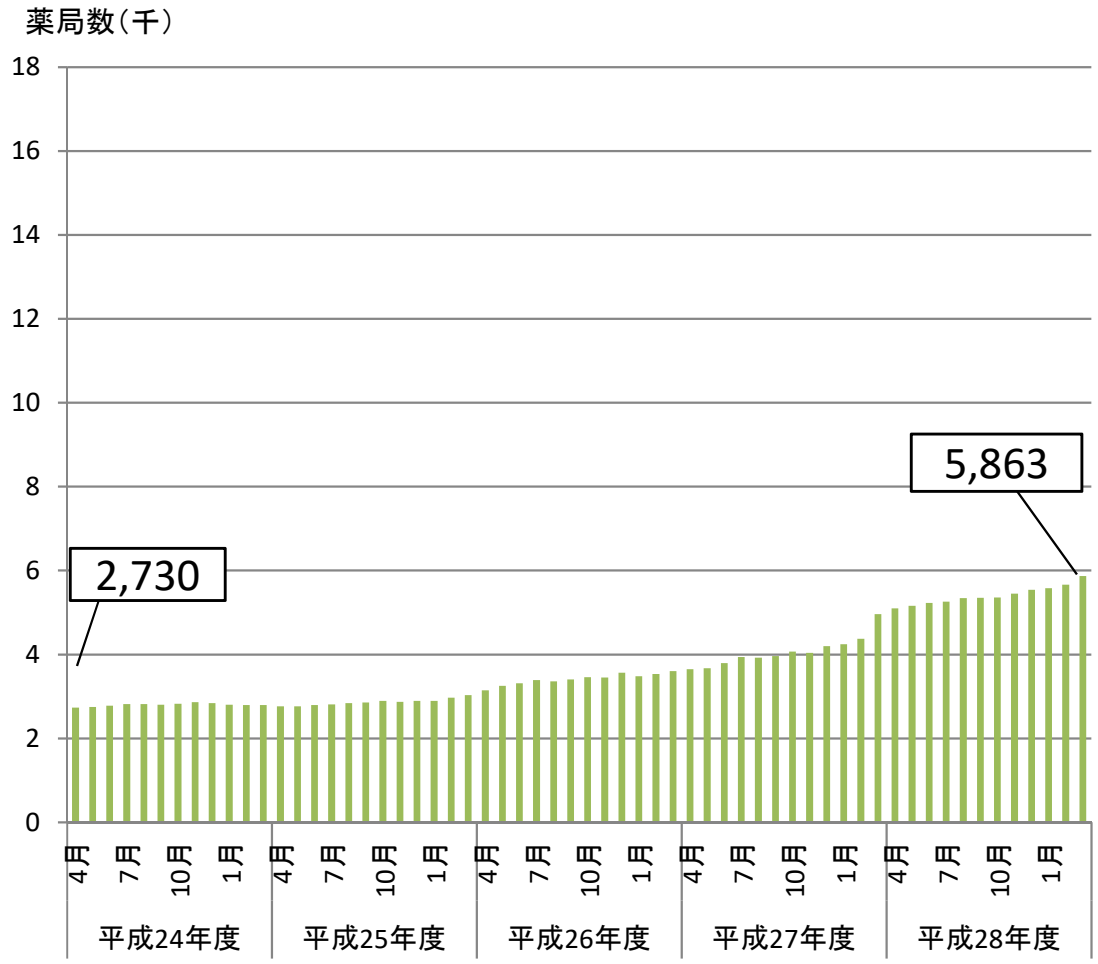
（注）　薬学的管理指導計画書

処方医から提供された診療状況に関する情報や、処方医との相談、他の医療関係職種（訪問看護ステーション）等との情報共有しながら、患者の心身の特性や処方薬剤を踏まえて策定。

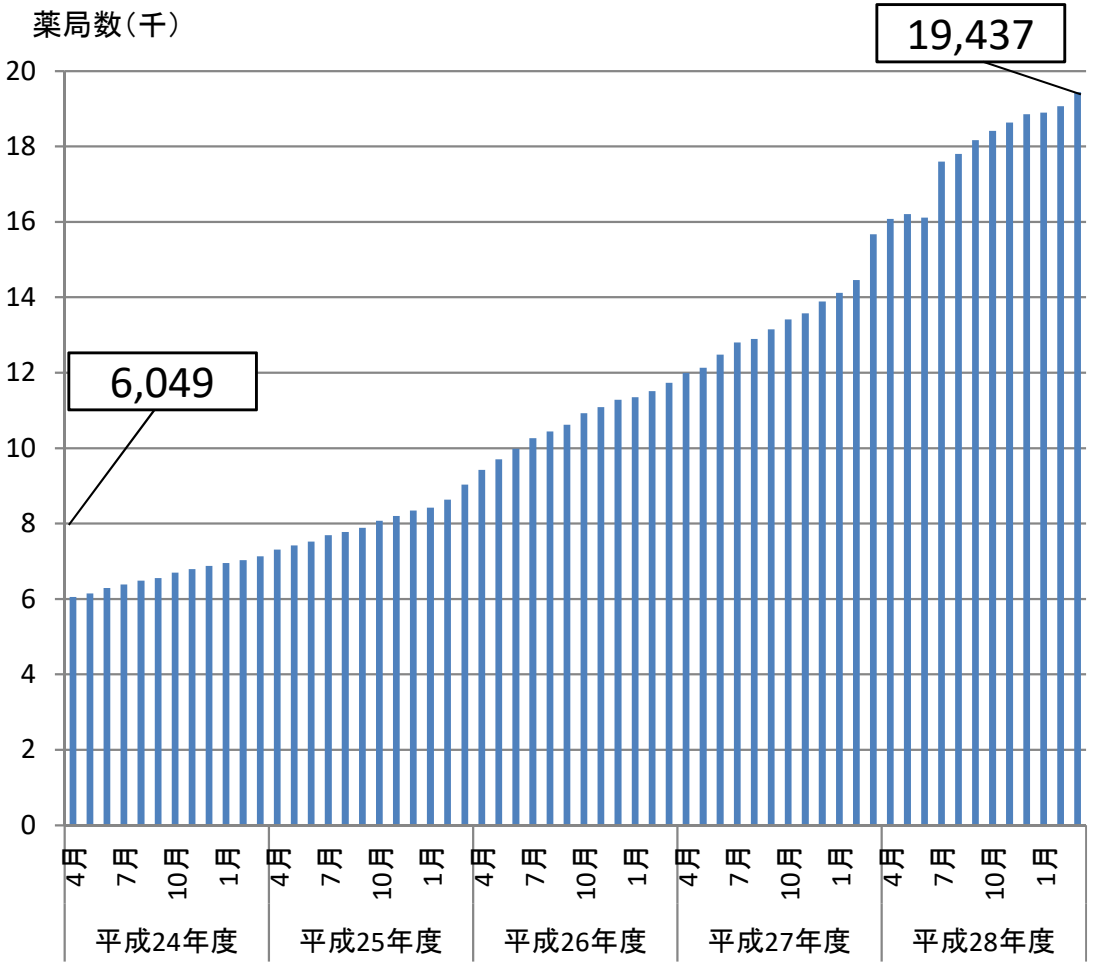
在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

○　在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数（医療保険）



居宅療養管理指導費算定薬局数（介護保険）

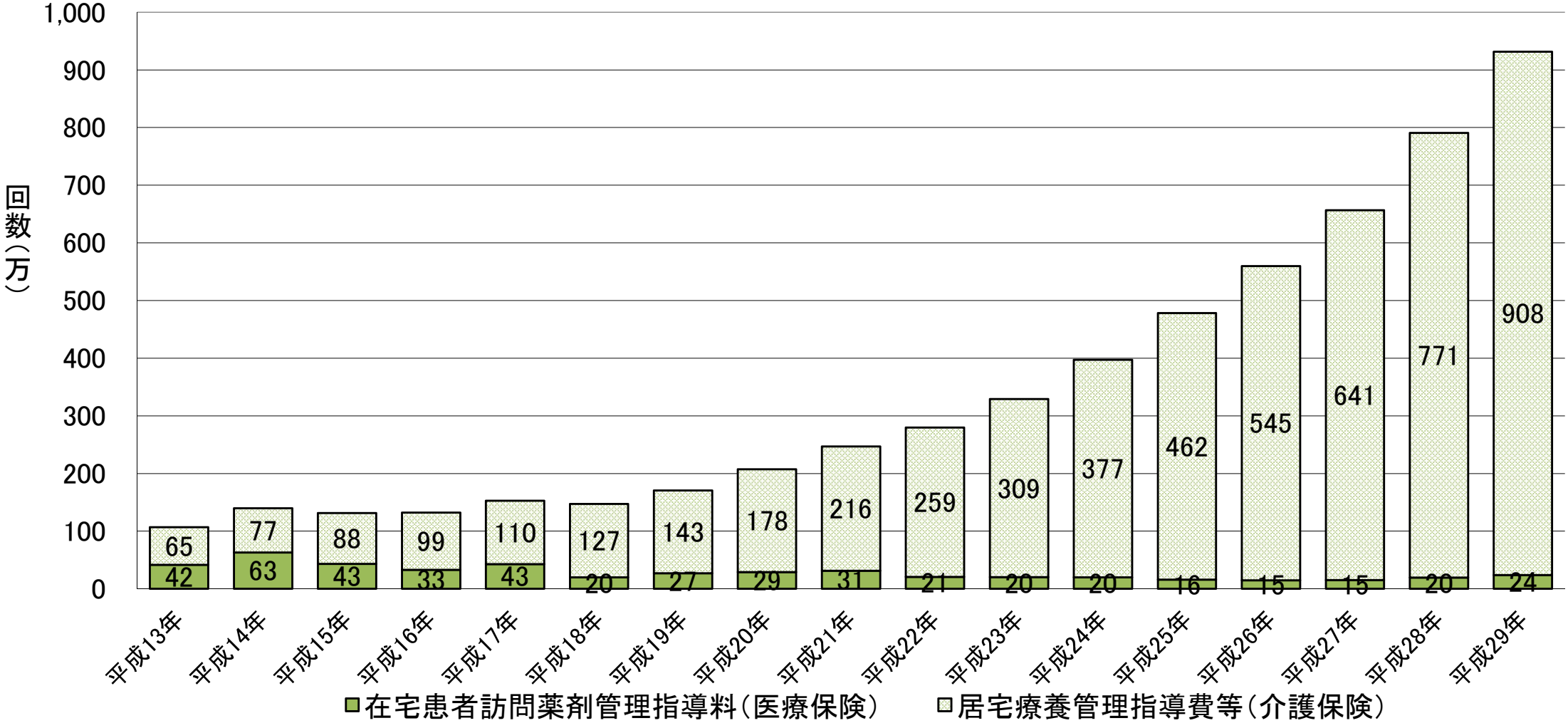


注）在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

〔出典〕在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数（医療保険）については、厚生労働省保険局調査課で特別集計（「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」）
居宅療養管理指導費算定薬局数（介護保険）については、厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

○　医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数は横ばいだが、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びている。全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。



注）在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

出典）社会医療診療行為別統計及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

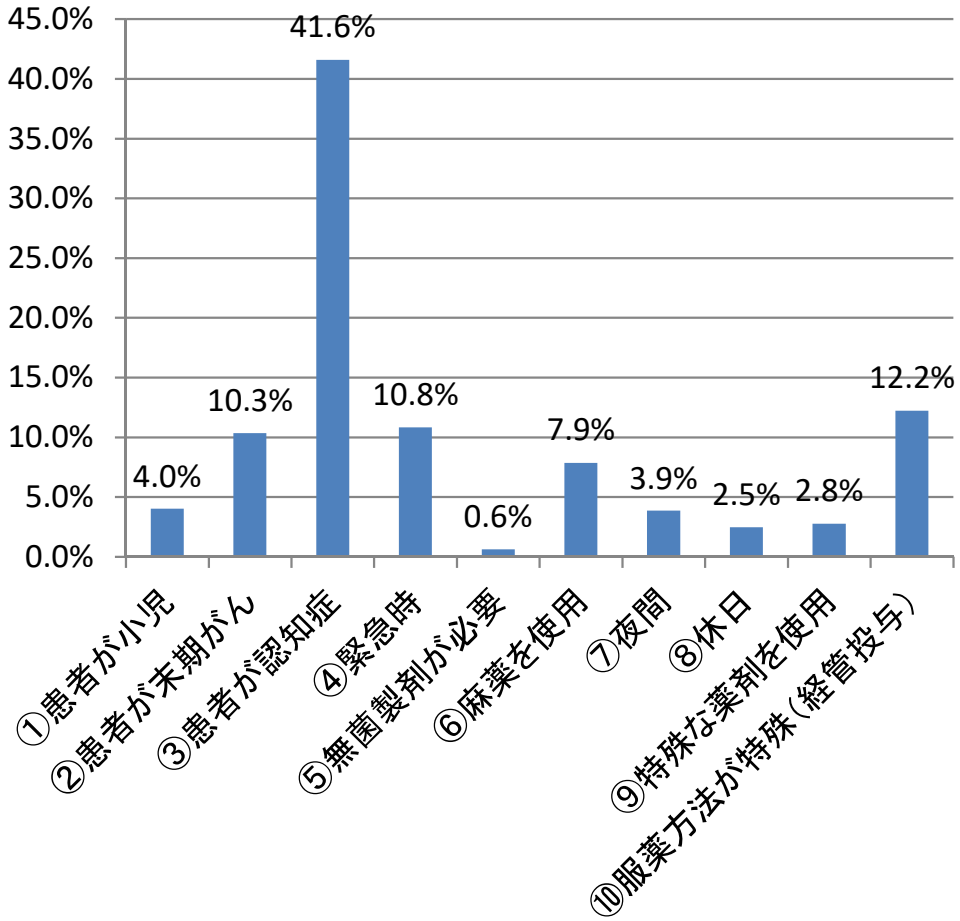
在宅薬剤管理のケース別実施状況

○　在宅薬剤管理（医療及び介護）のケース別の実施状況を見ると、認知症患者への対応が比較的多く見られるが、小児や末期がんの患者などへの対応も一定程度認められる。無菌製剤については、実施している薬局は限られるが、実施薬局当たりの平均実施回数は多い。

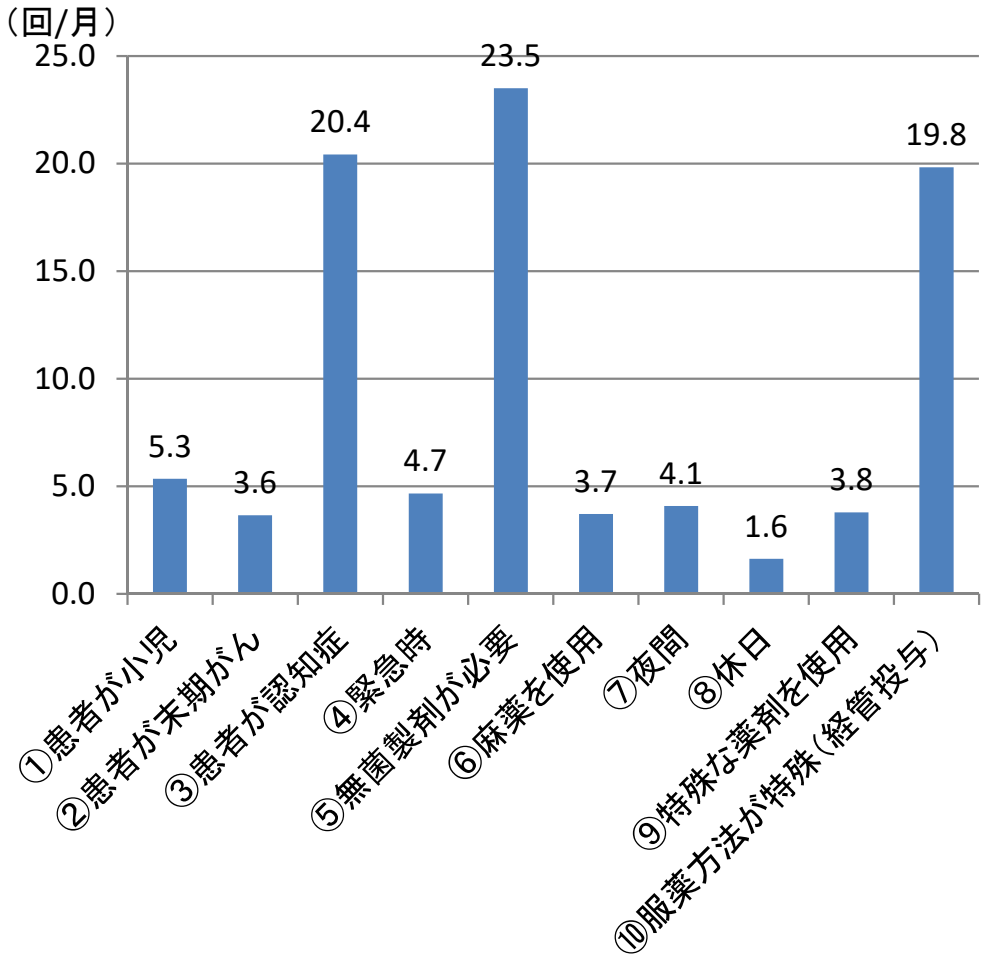
平成29年7月（n=902）

➢ 在宅対応のケース別実施実績の有無（薬局調査）

（無回答を除き算出、複数回答）



➢ 実施実績のある薬局における平均実施回数



歯科疾患の管理

○ すべての年齢階級で20歯以上を有する者の割合は増加傾向にあり、平成28年度には「8020（ハチマルニイマル）」の達成者は51.2%となった。

○ 若年者でのう蝕有病者率は減少しているが、高齢者では増加している。

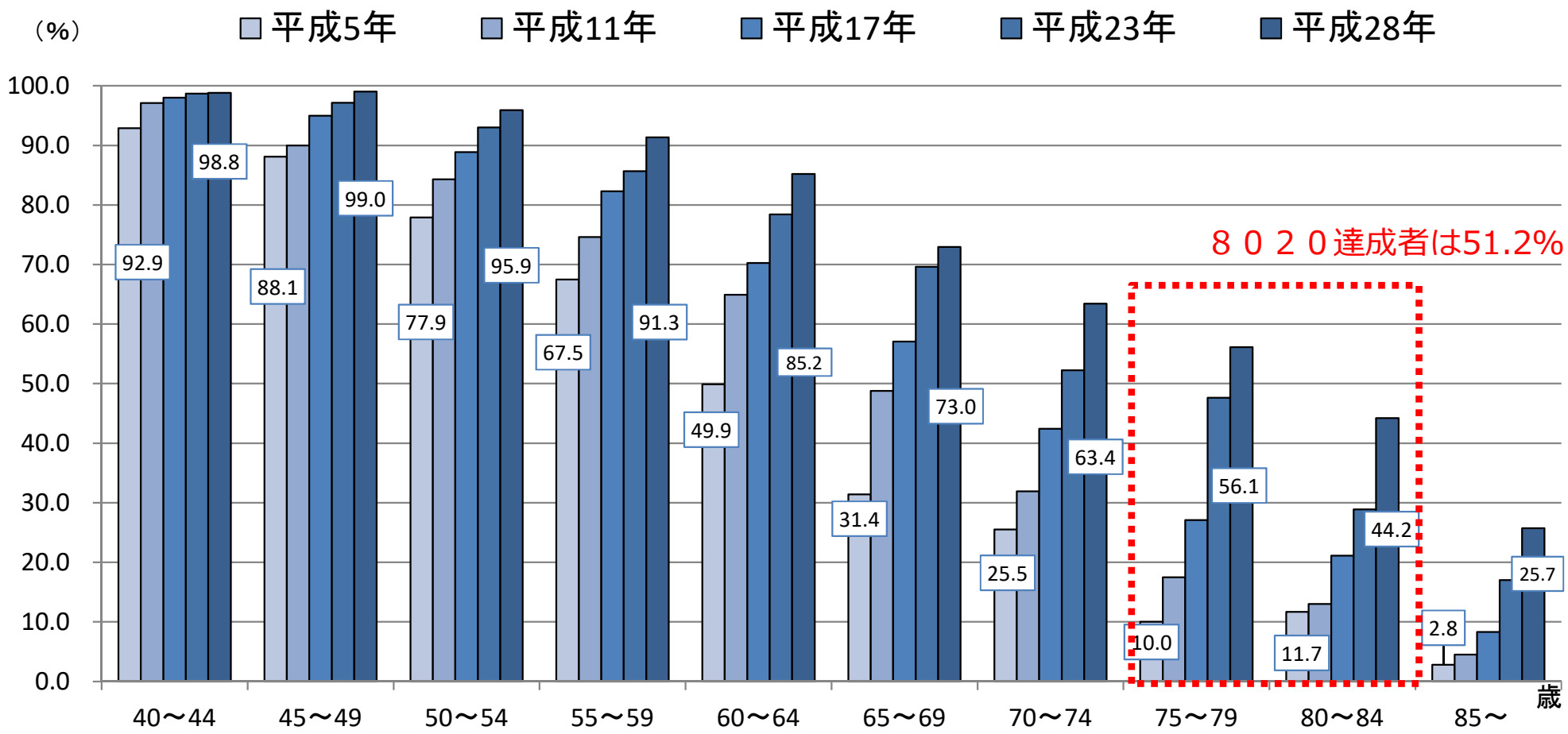
○ 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能の低下を認める患者に対する評価等を新設。

○ 歯の病気による通院者率は70歳から減少するが、有訴者率は年齢とともに増加している。

年齢階級別の現在歯数20歯以上の者の割合

○ 各調査年を比較すると、すべての年齢階級で20歯以上有する者の割合は増加している。

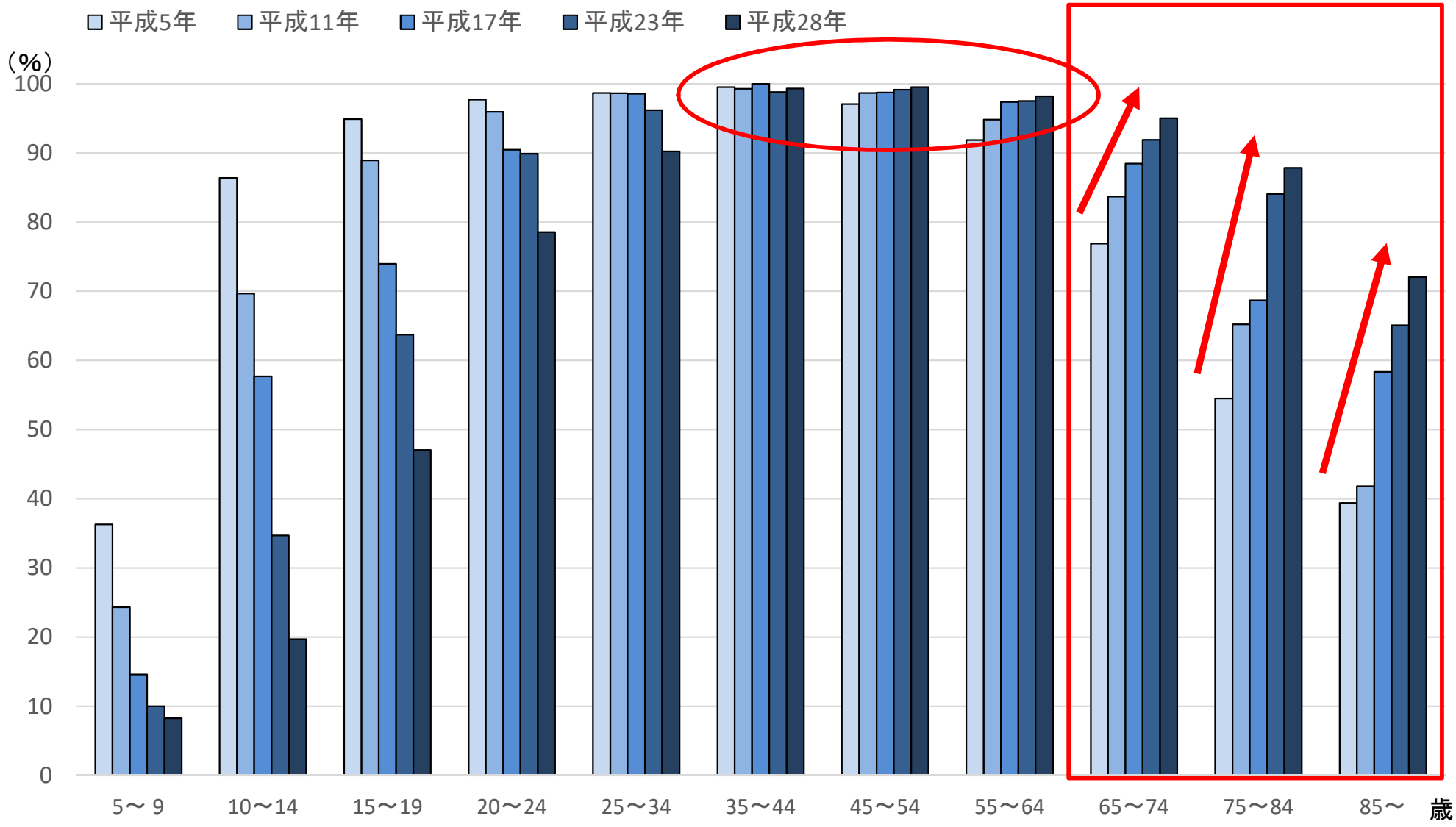
○ 平成28年度における80歳で20本以上の歯を残す「8020（ハチマルニイマル）」の達成者は51.2%である。



出典：歯科疾患実態調査（昭和32年より6年ごとに実施、平成23年から5年ごとに実施）

年齢階級別の未処置歯・処置歯保有者率の年次推移

○ 年齢を重ねるごとに未処置歯・処置歯保有者率は増加し、成人で約100%になる。
○ 年次推移では、若年者での未処置歯・処置歯保有者率は減少しているが、高齢者では増加している。

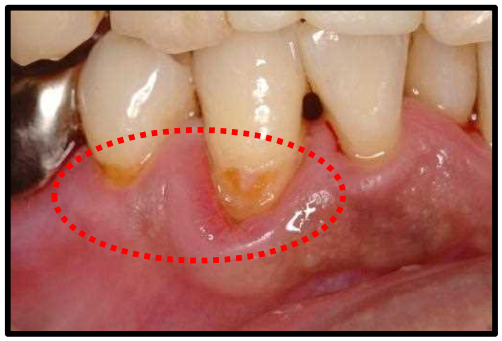


出典：歯科疾患実態調査（厚生労働省）

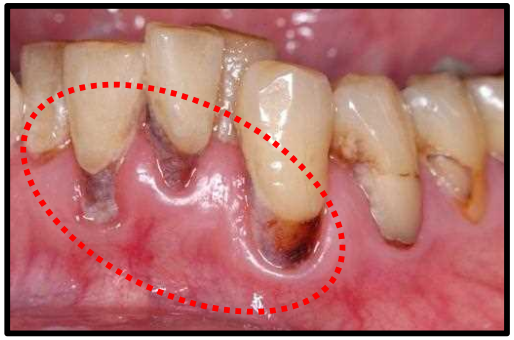
根面う蝕の有病者率

＜根面う蝕＞
◇歯肉の退縮により露出した根面に発生し、高齢者に特徴的なう蝕。歯根は歯冠と異なり耐酸性の高いエナメル質に被覆されておらず、脱灰（歯の表面のリン酸カルシウムの結晶が溶出する現象）されやすい。

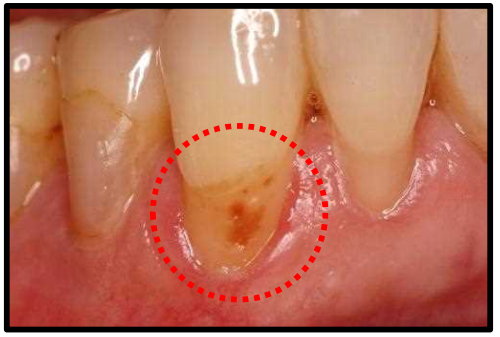
＜露出した歯根（う蝕に罹患していない）＞



＜初　期＞



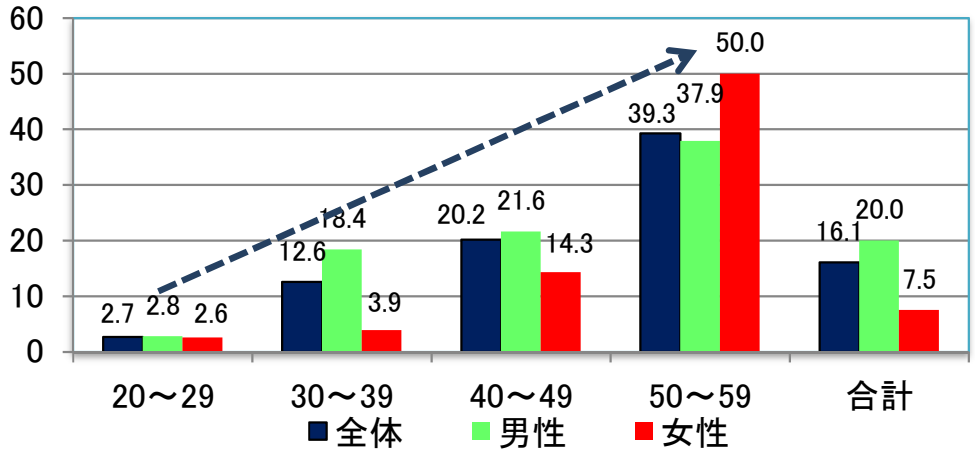
＜活動期＞



＜停止期＞

（%）

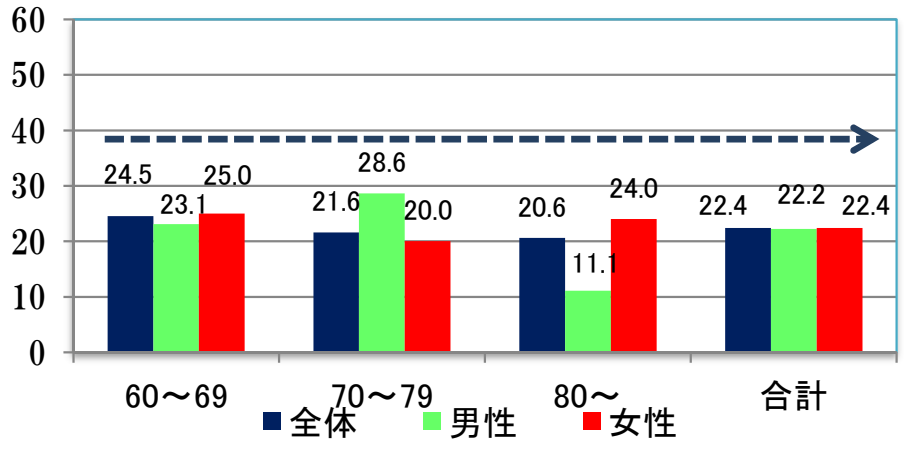
成人における根面う蝕（未処置及び処置）の有病者率



男性では30歳代、女性では40歳代より顕著に増加。

（%）

高齢者における根面う蝕（未処置及び処置）の有病者率



各年齢層で、有病者率に大きな差はみられない。

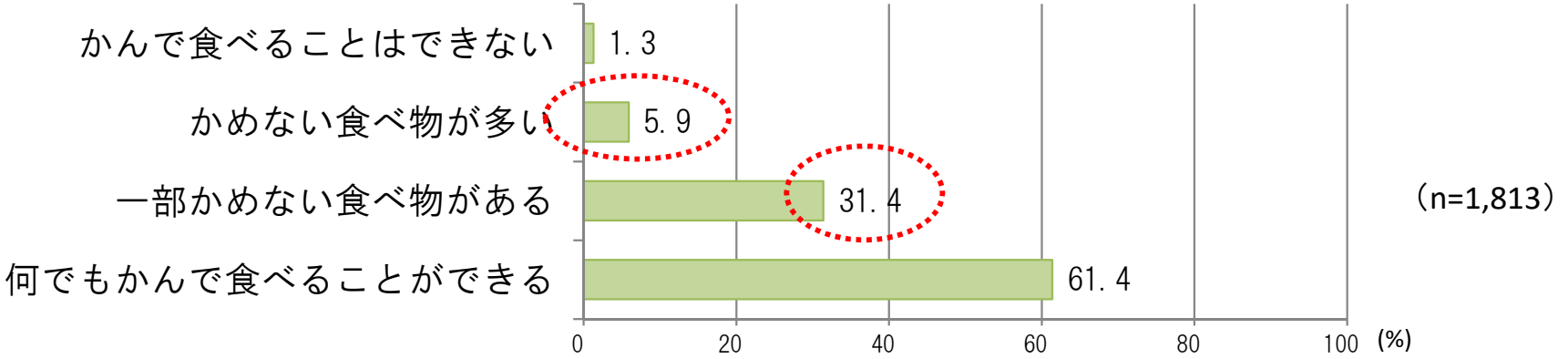
写真：大槻先生（東京医科歯科大学）提供

出典：成人集団における根面齲蝕の有病状況（口腔衛生学会雑誌41　1991）
老年者における根面齲蝕の有病状況（口腔衛生学会雑誌44　1994）

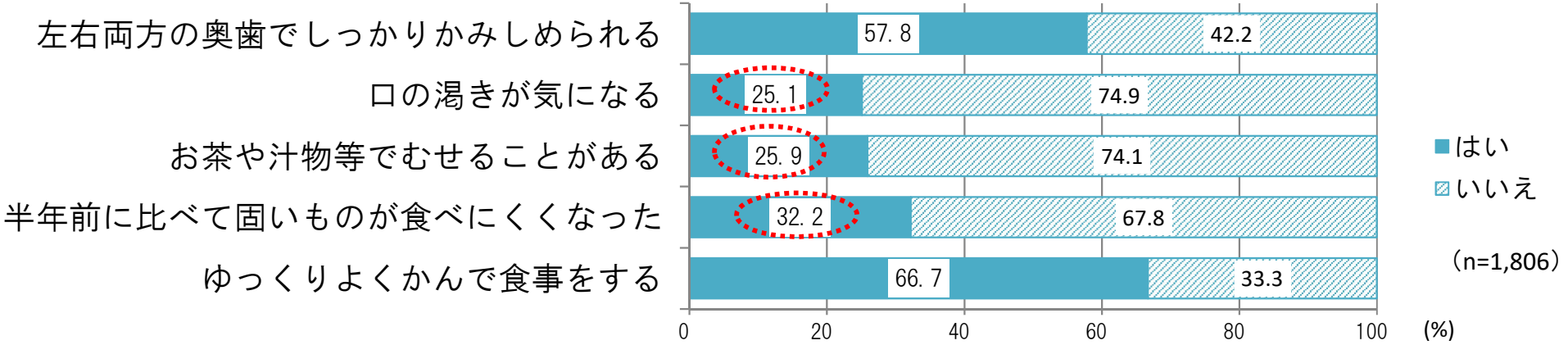
高齢者の口腔機能の状況

○ 70歳以上の高齢者の咀嚼状況について、「かめない食べ物が多い」「一部かめない食べ物がある」と回答した者がそれぞれ約6%と約31%であった。
○ 食べ方や食事中の様子では「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」が約32%、「口の渇きが気になる」「お茶や汁物等でむせることがある」がそれぞれ25%であった。

咀嚼の状況（70歳以上）



食べ方や食事中の様子（70歳以上）



出典：平成27年国民健康・栄養調査

口腔機能管理加算

○　平成30年度診療報酬改定において、歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価を新設。

B000-4 歯科疾患管理料　口腔機能管理加算　　100点

［対象患者］

65歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち、次の評価項目（下位症状）のうち、3項目以上（咀嚼機能低下（D011－2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（D011－3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかの項目を含む。）に該当するもの

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合力検査	200N未満（プレスケール）、500N未満（プレスケールⅡ）
	残存歯数	20本未満
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満

下位症状	検査項目	該当基準
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能率スコア法	スコア0,1,2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査（EAT－10）	3点以上
	自記式質問票（聖隷式嚥下質問紙）	3項目以上該当

［算定要件］

・口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。

・当該管理を行った場合は、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。

・当該患者に対して、文書提供加算は別に算定できない。

摂食機能療法の概要

摂食機能療法1　30分以上の場合　185点

摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

摂食機能療法2＊　30分未満の場合　130点

脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。　＊（平成30年度に新設）

【対象患者】

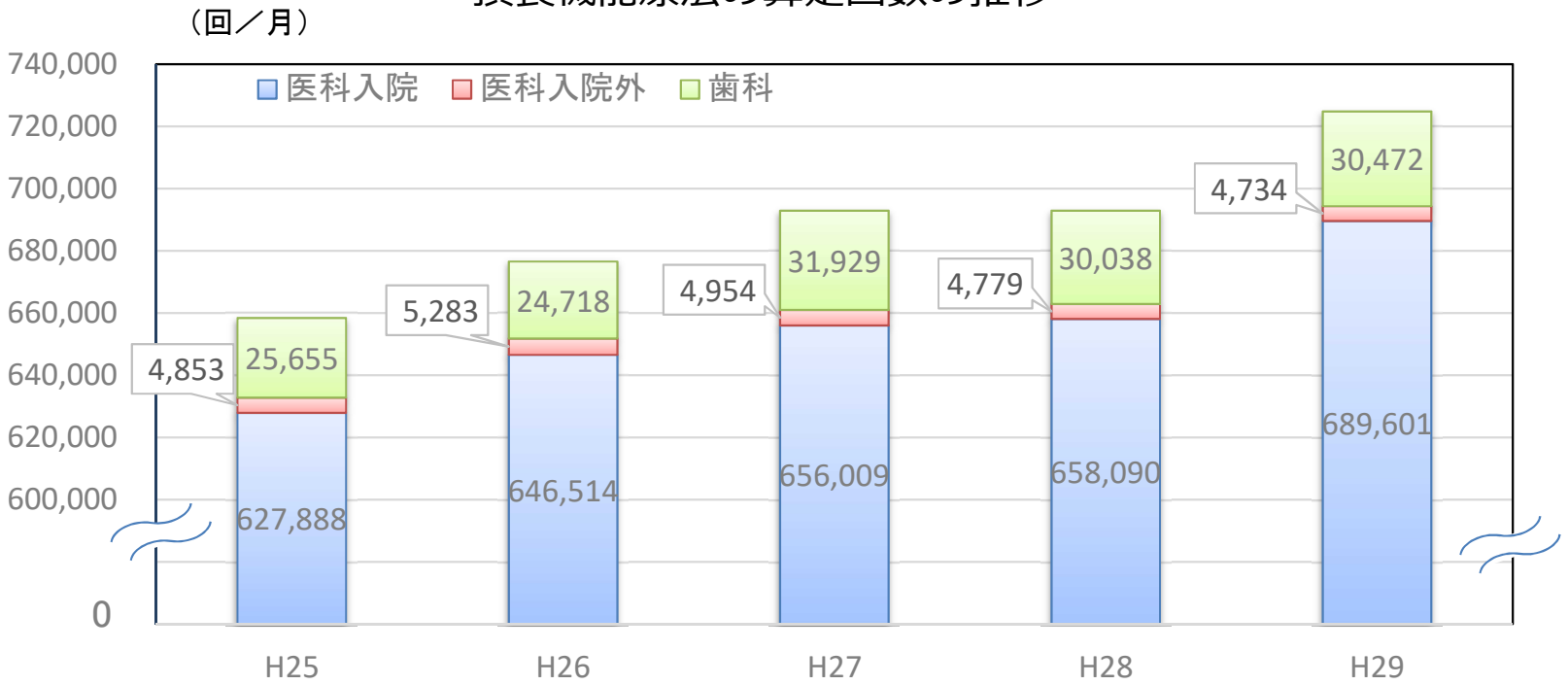
○発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの。

○内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの。

【算定要件】

○摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30 分以上訓練指導を行う。

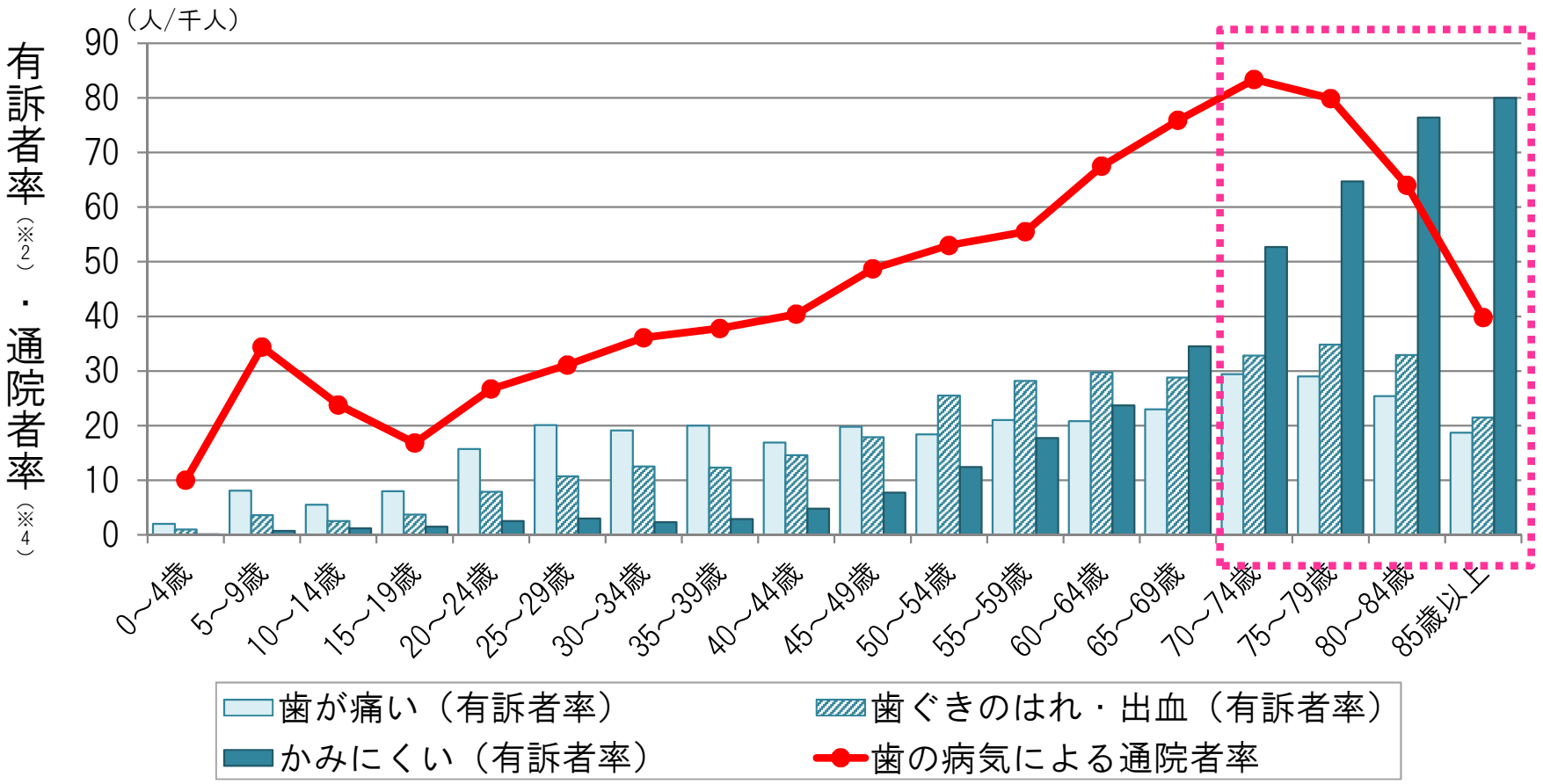
摂食機能療法の算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

歯科疾患に関する有訴者率と通院者率

○「かみにくい」と自覚している者は年齢とともに増加しているが、通院者率は70歳から減少する。



※1：有訴者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけが等で自覚症状のある者をいう。
※2：有訴者率とは、人口千人に対する有訴者数をいう。分母となる世帯人員数には入院者を含むが、分子となる有訴者数には、入院者は含まない。
※3：通院者とは、世帯員（入院者除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所に通院している者をいう。
※4：通院者率とは、人口千人に対する通院者数をいう。分母となる世帯人員数には入院者を含むが、分子となる通院者には、入院者は含まない。

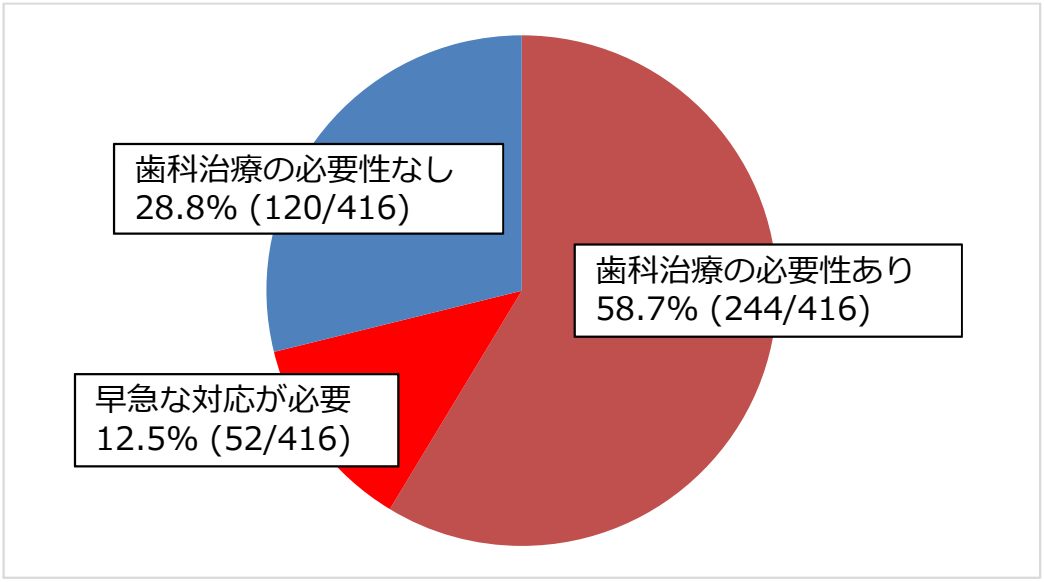
出典：平成25年　国民生活基礎調査

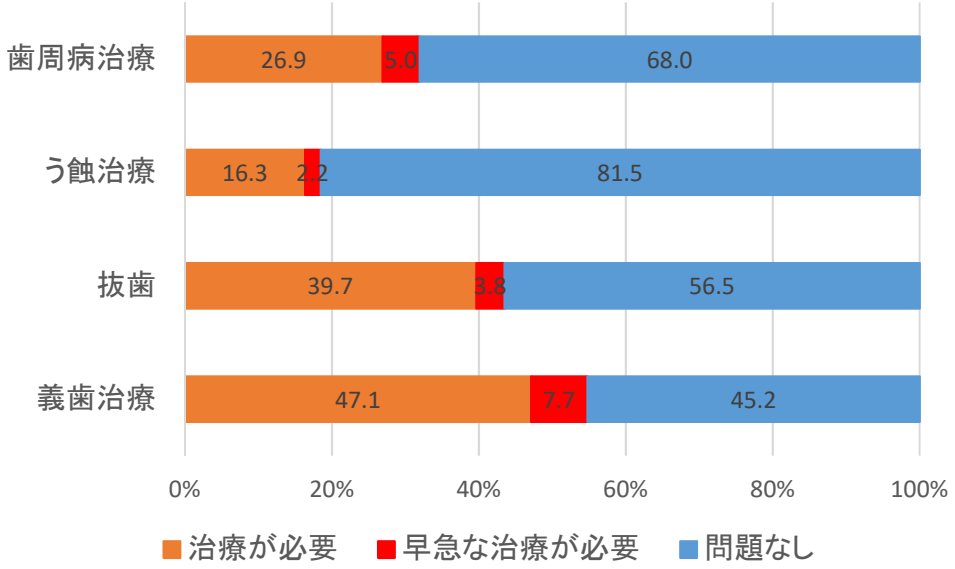
（参考）

要介護高齢者における歯科的対応の必要性

～地域の要介護高齢者に対する悉皆研究調査から～

A県O町圏域の要介護高齢者416名（悉皆）に対する調査結果。義歯治療、抜歯、う蝕治療、歯周病の治療が必要な者は、それぞれ、54.8%、43.5%、18.5%、32.0%であった.
また、そのうち早急な対応が必要※1と判断された者は、それぞれ7.7%、3.8%、2.2%、5.0%であった。
（※1 食事に影響する強い痛みや炎症などがある、脱落の可能性が高いなど）
重複を除き、416名の要介護高齢者のうち義歯治療、抜歯、う蝕治療、歯周病の治療うち、どれか一つでも必要と判断された者は296名（71.2%）であった。





要介護高齢者の約7割が何らかの歯科治療を必要としていた。
また、そのうち早急な対応が必要と判断された者は52名（12.5%）であった。

出典：平成28年度老人保健増進等事業報告書「介護保険施設における歯科医師、歯科衛生士の関与による適切な口腔衛生管理体制のあり方に関する調査研究」報告書 （日本老年歯科医学会）

（参考）歯科関連サービスへの認識の状況

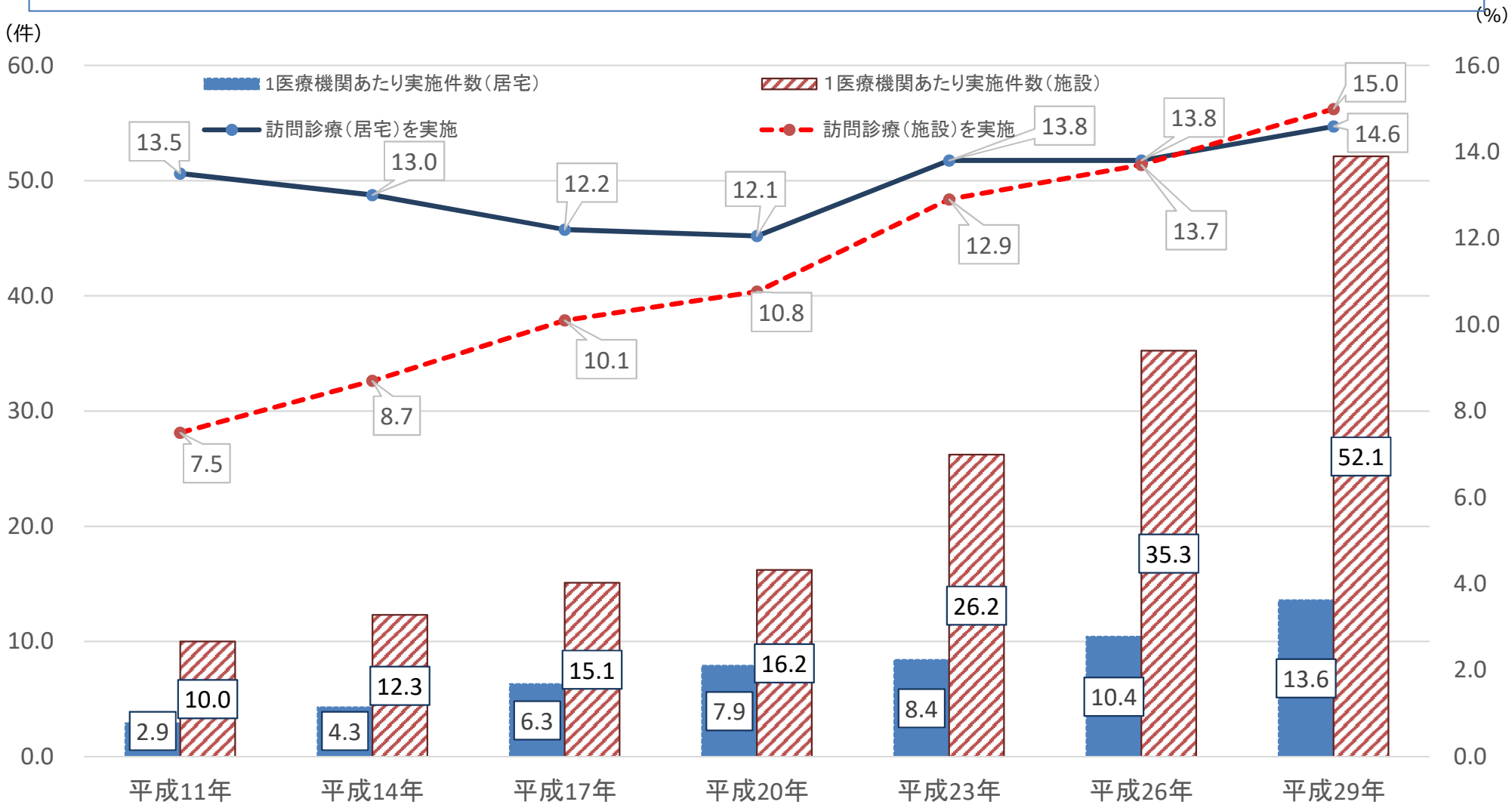
○　口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防、口腔機能向上によるむせや口腔乾燥の減少等口腔関連サービスが大変効果があるにもかかわらず、要介護者とその介護者（家族）における介護保険サービスでの口腔ケア指導に対する認知度や、介護支援専門員による口腔ケア提案状況が極めて低い状況にある。

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

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

歯科訪問診療の実施状況

○　居宅において歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合は微増傾向。
○　施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、調査を重ねるごとに増加しており、居宅で歯科訪問診療医療を提供している歯科診療所よりも多くなった。
○　1歯科診療所当たりの歯科訪問診療の実施件数（各年9月分）は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著。



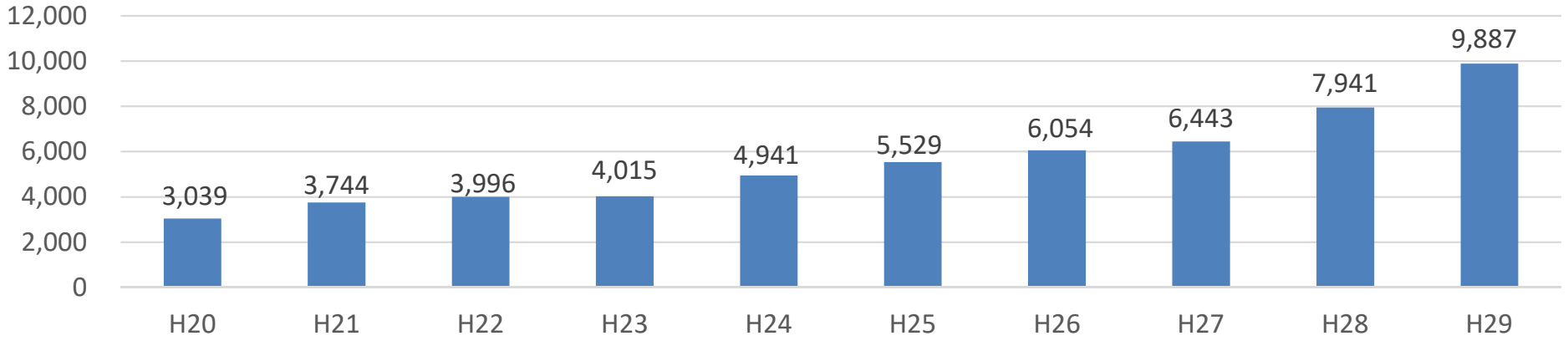
注：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

（医療施設調査）

在宅療養支援歯科診療所について

○ 在宅療養支援歯科診療所は増加傾向。

＜在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移＞



保険局医療課調べ（7月1日時点定例報告）

＜在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価＞

区分	歯援診1	歯援診2	か強診	その他の歯科医療機関
退院時共同指導料1	900点		500点	
歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算	（1） 同一建物居住者以外 115点 （2） 同一建物居住者 50点			（1） 同一建物居住者以外：90 点 （2） 同一建物居住者：30 点
歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算	100点		150点	100点
歯科疾患在宅療養管理料	320点	250点	190点	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算	125点	100点	75点	（ー）

薬剤使用の状況

○ 75歳以上の高齢者が1ヶ月間に1つの医療機関から処方される薬剤種類数は、約25%で7種類以上、40%以上で5種類以上であった。

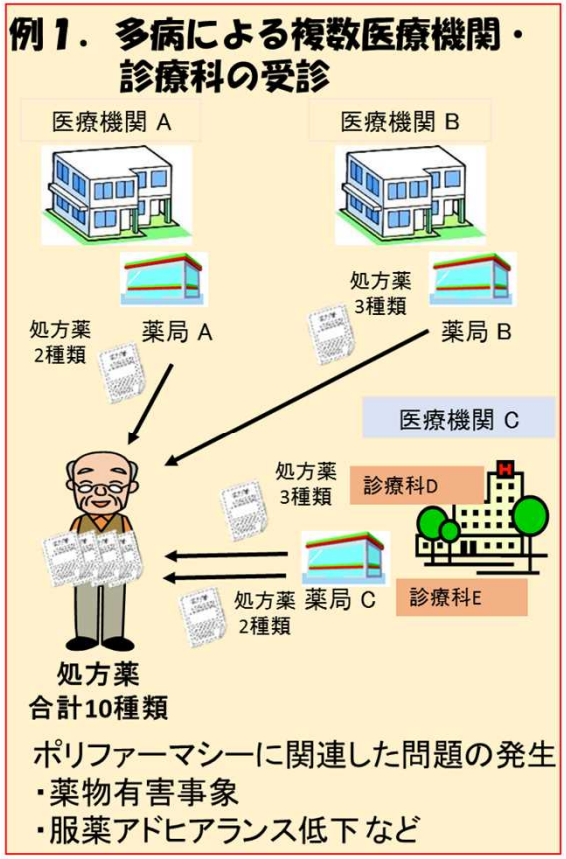
○ 高齢期では、薬剤費ベースで循環器用薬、腫瘍用薬、血液・体液用薬、外皮用薬の割合が大きい。

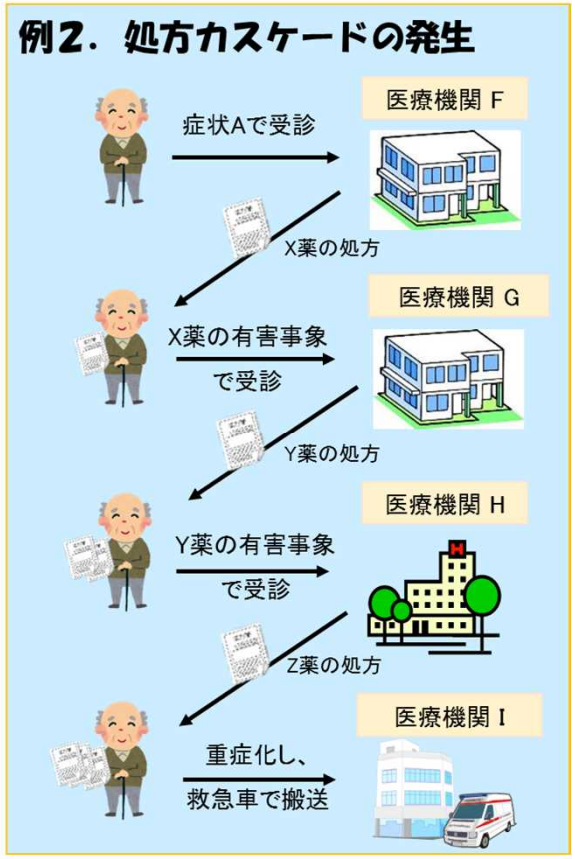
○ 医療機関における処方薬剤の総合的な調整や、薬局における処方医への減薬の提案について、報酬上評価を行っている。

ポリファーマシーの現状等

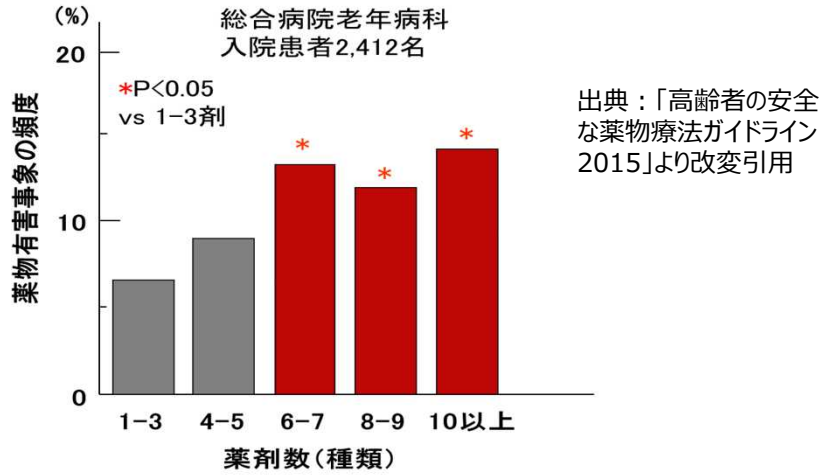
○　ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（**多剤服用の中でも害をなすもの＝ポリファーマシー**）
○　①新たな医療機関の受診による服用薬の積み重ね、②薬物有害事象に薬剤で対処し続ける「処方カスケード」の発生、によりポリファーマシーが形成される可能性がある
○　高齢者では６種類以上の投薬で有害事象の発生増加に関連したというデータがある
○　75歳以上の高齢者が１ヶ月間に１つの医療機関から処方される薬剤種類数は、約25%で７種類以上、40%以上で５種類以上

1　ポリファーマシーが形成される事例※1



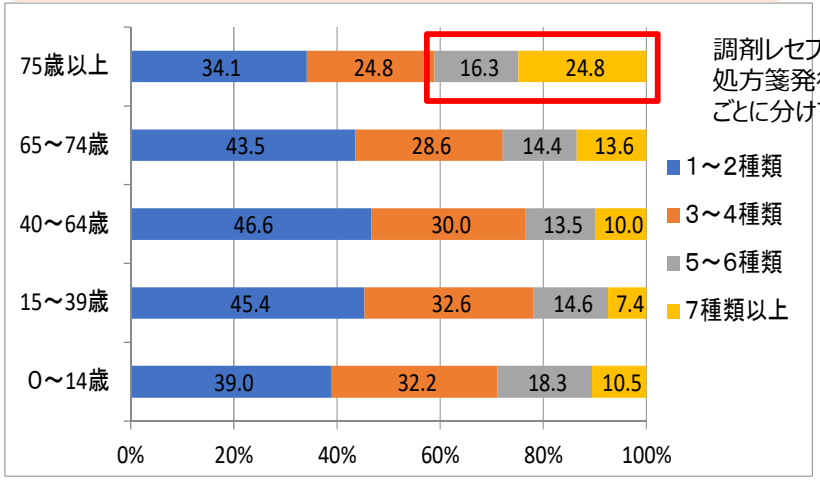


2　服用薬剤数と薬物有害事象の頻度※1



出典：「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」より改変引用

3　調剤レセプト１件あたりの薬剤種類数※2



調剤レセプトは、月単位で、処方箋発行元の医療機関ごとに分けて作成される

※１　出典：高齢者の医薬品適正使用の指針　総論編（2018年５月厚生労働省）に基づき医療課が作成
※２　出典：平成28年社会医療診療行為別統計に基づき医療課が作成

高齢者の医薬品適正使用の指針

○　厚労省において「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」を作成

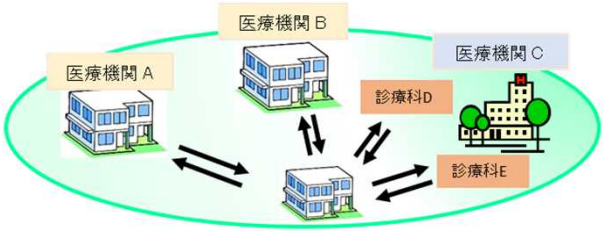
＜具体的な内容例＞

- ◆ 薬剤見直しの基本的な考え方、フローチャート
- ◆ 多剤服用時に注意する有害事象（例：薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤）
- ◆ 高齢者への薬物投与の留意事項（例：処方の見直しのタイミングの考え方）

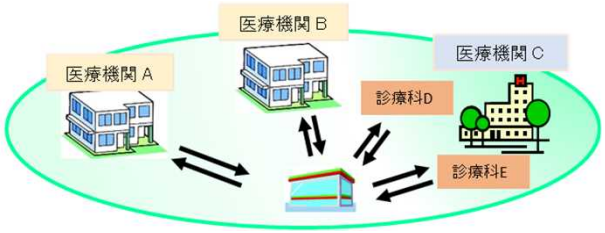
出典：高齢者の医薬品適正使用の指針　総論編（2018年５月厚生労働省）に基づき医療課が作成

1　前提

ポリファーマシーは、かかりつけ医による薬剤処方状況の把握、薬局による医薬品情報の一元管理等で解消に向かうことが期待されている



かかりつけ医

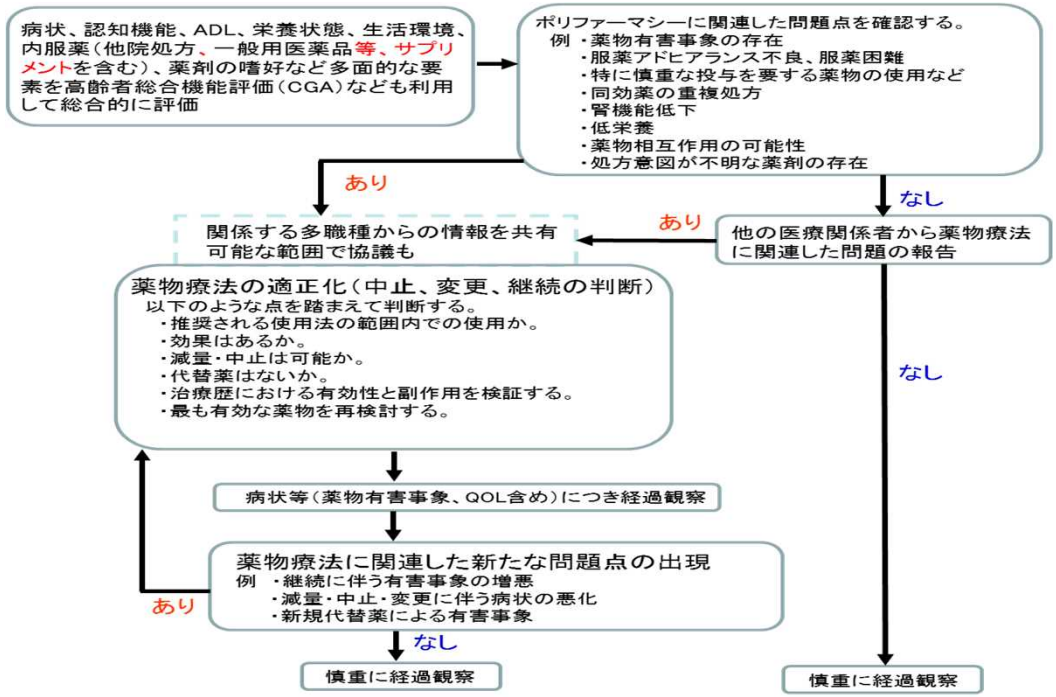


薬局

2　処方見直しのプロセス

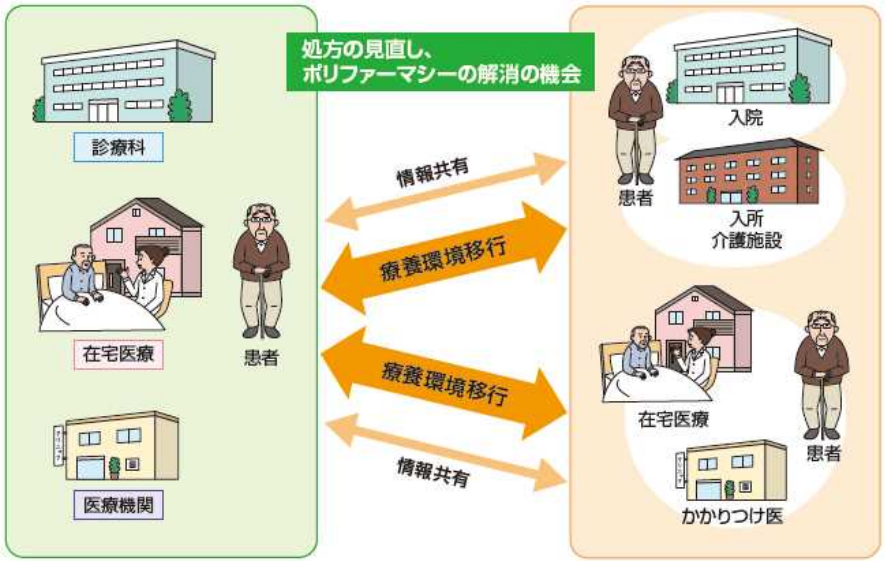
高齢者総合機能評価（CGA）を行うことが推奨される

⇒①受診している診療科・医療機関、②罹病疾患や老年症候群などの併存症、③日常生活動作（ADL）、④生活環境、⑤全ての使用薬剤の情報等



3　処方の見直しのタイミングの考え方

あらゆる機会をとらえて処方の見直しが期待されているが、退院・転院、介護施設への入所・入居、在宅医療導入、かかりつけ医による診療開始等の療養環境移行時は、処方見直しの好機

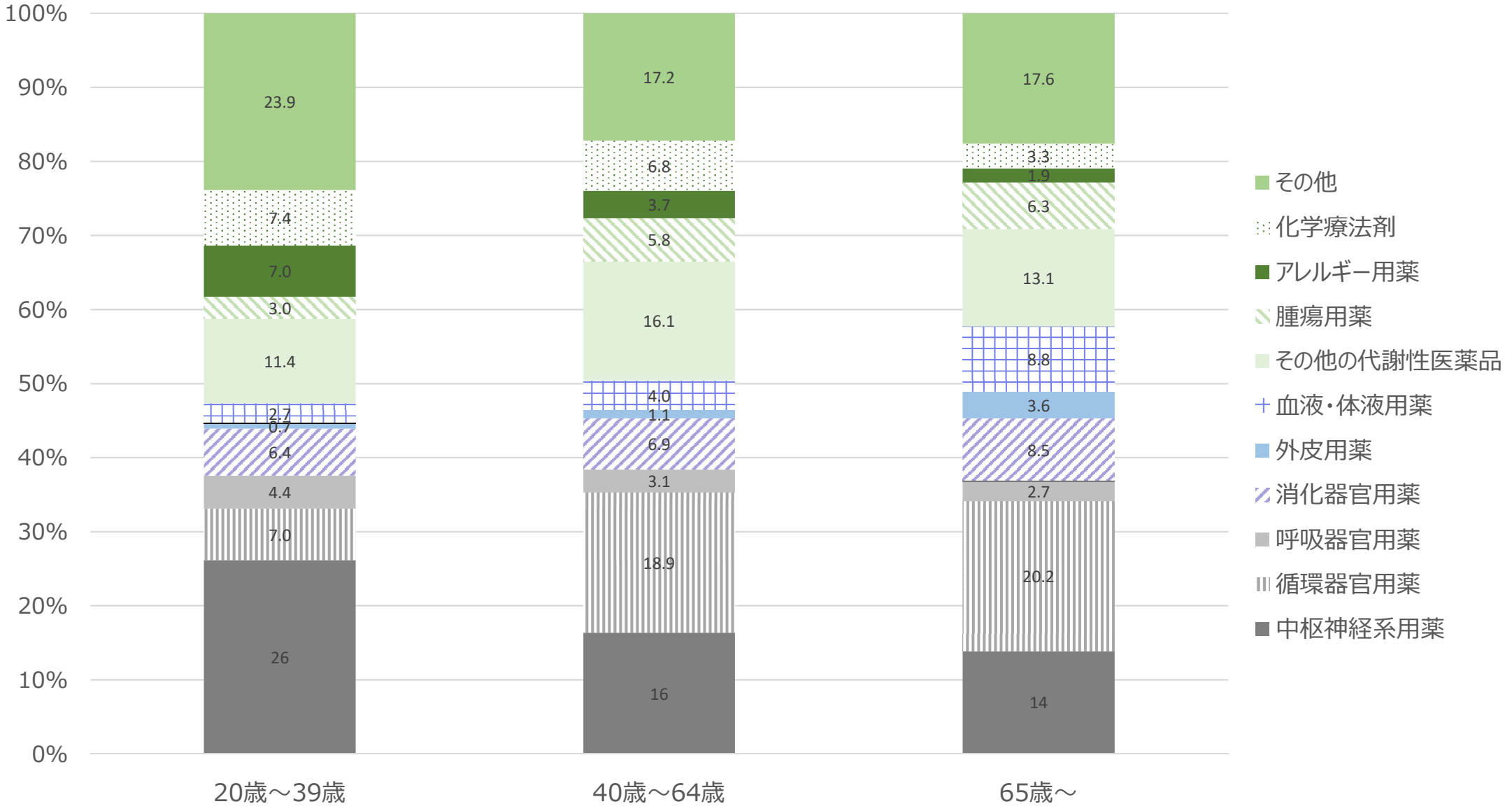


入退院・入退所前後の療養環境

入院入所時の療養環境

青年期・壮年期・中年期、高齢期に使用される医薬品

○　薬局で調剤された医薬品の薬剤費は、20～39歳では、精神神経用剤等の中枢神経系用薬の割合が最も大きい。
○　40～64歳では、高脂血症用剤等の循環器官用薬の割合が最も大きい。
○　65歳以上では、血管拡張剤等の循環器官用薬の割合が最も大きい。



出典：調剤医療費の動向（トピックス）より医療課作成（2017年9月調剤分）

医療機関における減薬に関する取組の評価

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

➢ 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

（新）　薬剤総合評価調整加算　250点（退院時に1回）

[算定要件]
保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。
① 入院前に6種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合
② 精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合を含めることができる。

（新）　薬剤総合評価調整管理料　250点（月1回に限り）
連携管理加算　50点

[算定要件]
① 薬剤総合評価調整管理料
保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。
② 連携管理加算
処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。
ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

＜薬剤総合評価調整加算等の算定状況＞

	平成28年６月	平成29年６月
薬剤総合評価調整加算	1,640回	1,808回
薬剤総合評価調整管理料	11,004回	4,902回
薬剤総合評価調整管理料　連携管理加算	956回	516回

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）

薬局における減薬に関する取組の評価

服用薬剤調整支援料

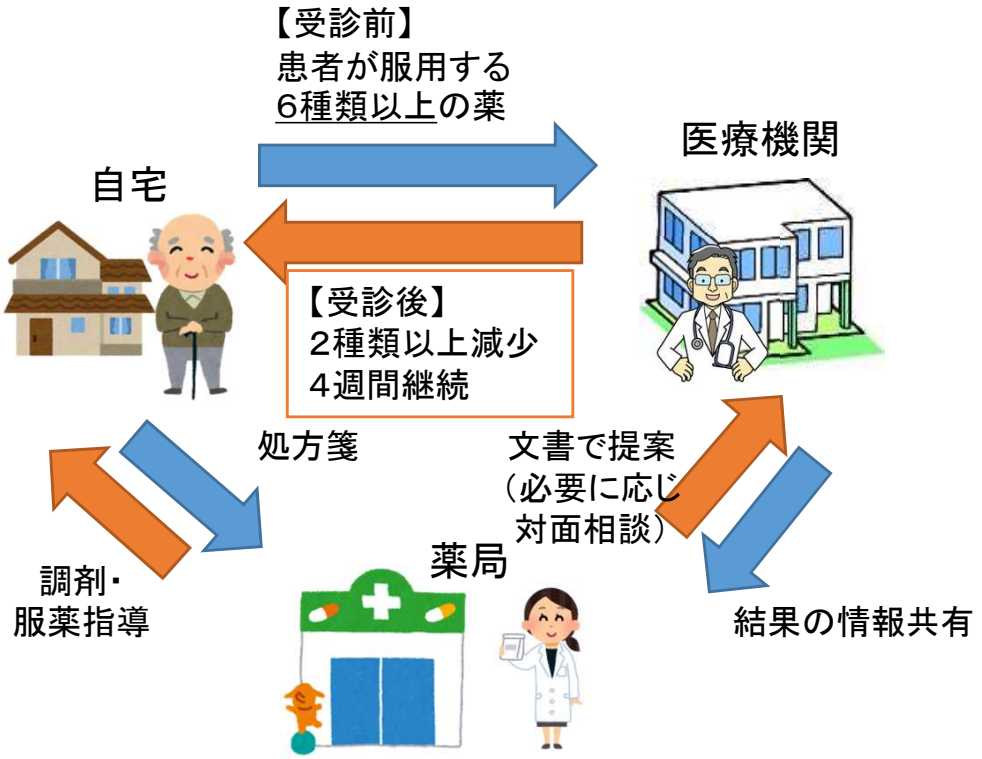
○　患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

（新）　服用薬剤調整支援料　　125点

［算定要件］

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。

(1)　当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上（うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの）減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
(2)　服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
(3)　保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
(4)　当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を１年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。



高齢期

【論点】

○ 高齢化の状況や高齢者の生活環境の変化を踏まえ、高齢期の特性に応じた取組について、どのように考えるか。

○ 高齢期の治療・療養の希望や現状の医療提供体制を踏まえ、今後の体制の構築について、どのように考えるか。

○ 全年齢を通じたう蝕治療等は重要だが、特に高齢者に特徴的な根面う蝕の対策についてどのような取組が考えられるか。

○ 高齢者等に対する口腔機能管理の推進について、どのような取組が考えられるか。

○ 口腔の健康に問題を抱えていても歯科医療機関への通院が困難な高齢者に対してどのような取組が考えられるか。

○ 薬局の訪問薬剤管理指導について、様々な患者のニーズに対応するためにどのような取組が考えられるか。

○ 高齢者のポリファーマシー対策のために、どのような取組が考えられるか。

人生の最終段階

- アドバンス・ケア・プランニング（ACP）等の意思決定支援の普及・定着に向けた取組
- 人生の最終段階における多職種による医療・ケアの取組

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）等の意思決定支援の普及・定着に向けた取組

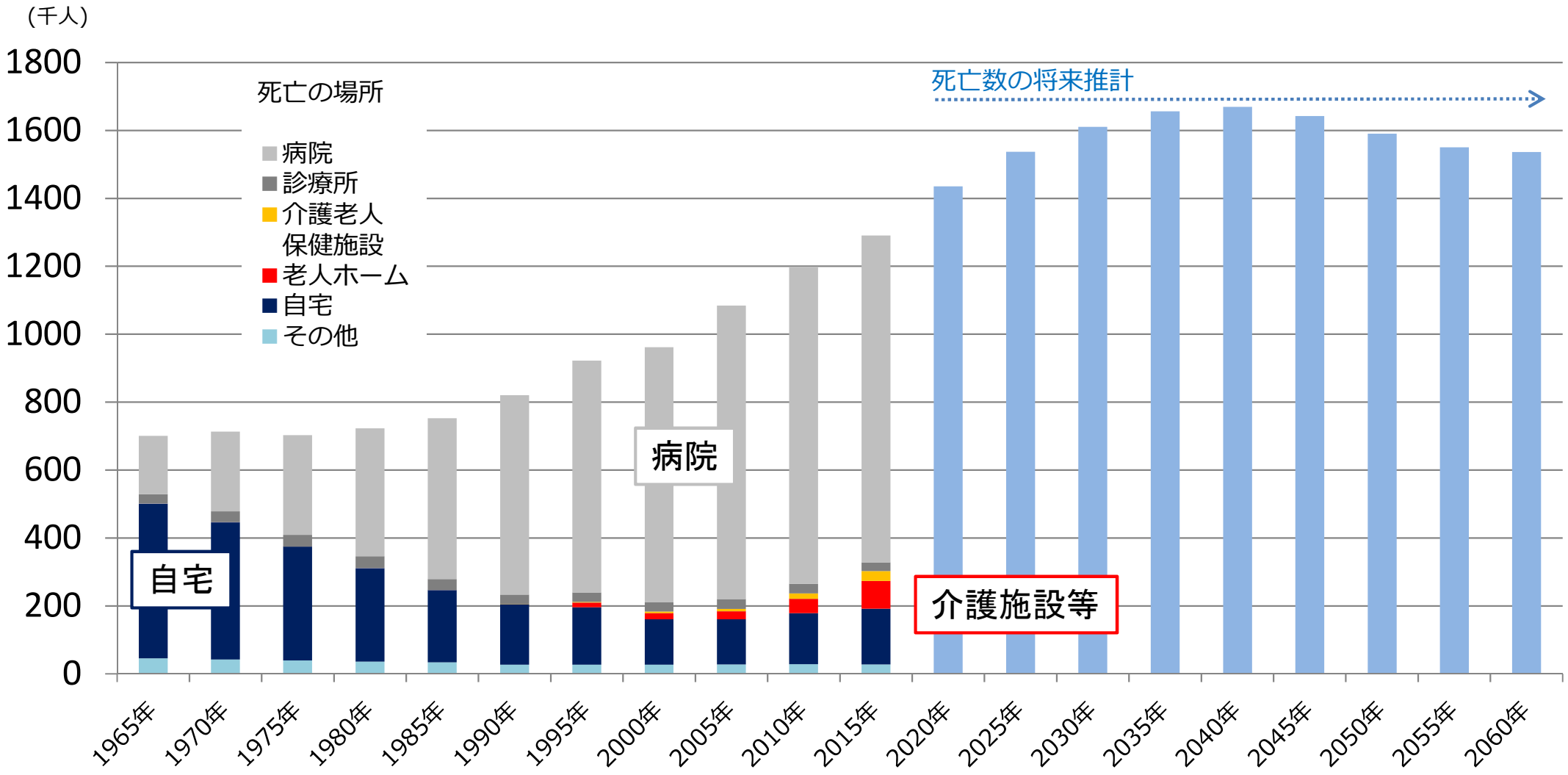
○ 死亡の場所をみると、近年、医療機関以外における死亡が増加傾向。また、年間死亡者数の将来推計をみると、2040年にピークを迎え、その後は減少する。

○ 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現のため、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を定めており、また、医療体制整備のための研修等を実施している。

○ アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の認知度をみると、一般国民は「知らない」が75.5%、医療介護従事者では「よく知っている」が医師22.4%、看護師19.7%、介護職員では7.6%。また、担当する患者・入所者との話し合いの実態をみると、「十分行っている」「一応行っている」という回答は、医師65.1%、看護師61.3%、介護職員55.7%と全医療従事者で5割を超えている。

死亡の場所と死亡数の将来推計

○　近年、医療機関以外の場所における死亡が増加傾向にある。
○　年間の死亡数は今後も増加傾向にあり、最も年間死亡数の多い2040年は2015年に比べ、約36万人/年増加すると推計されている。



※注：1990年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。
出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2020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24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）　（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合

・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→**複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組
人生の最終段階における医療体制整備事業

【事業内容】

人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる体制を強化するため、2014、2015年度のモデル事業の成果を踏まえ、2016年度から医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国８ブロックで実施するとともに、人材育成研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成を実施。2017年度からは住民への普及啓発も実施している。

研修対象者

医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム（診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設が連携し、多職種チームで参加することも推奨）

プログラム

プログラム	主旨、構成内容
講　　義	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説
講　義（STEP1）	意思決定能力の評価　　講義 グループワークと発表
グループワーク１	
講　義（STEP2）	患者自身と治療方針について合意する　講義
講　義（STEP3）	患者の意向を推定する　講義 患者にとって最善の治療方法について合意する　講義 グループワークと発表
講　義（STEP4）	
グループワーク２	

プログラム	主旨、構成内容
講　　義	「アドバンス・ケア・プランニングとは」
ロールプレイ１	もしも、のときについて話し合いを始める
ロールプレイ２	家族等の信頼できる者を選定する
ロールプレイ３	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する家族等の信頼できる者の裁量権を尋ねる
講　　義	「本人・家族の意向を引き継ぐには」
グループワーク3	明日への課題

開催実績／予定

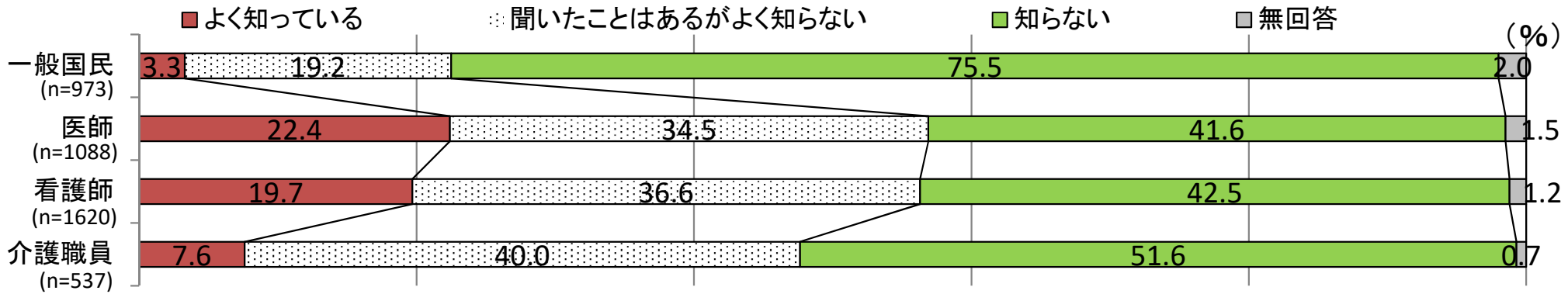
- 2014年度・2015年度はモデル事業として実施。2014年度10か所 24名、2015年度５か所 25名が研修を終了。
- 2016年度は214チーム、751名が相談員研修を受講。90名の講師人材を育成。
- 2017年度は277チーム、979名が相談員研修を受講。61名の講師人材を育成。市民公開講座は参加者129名。
- 2018年度は全国12か所で相談員研修会を実施。　　97名の講師人材を育成。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について

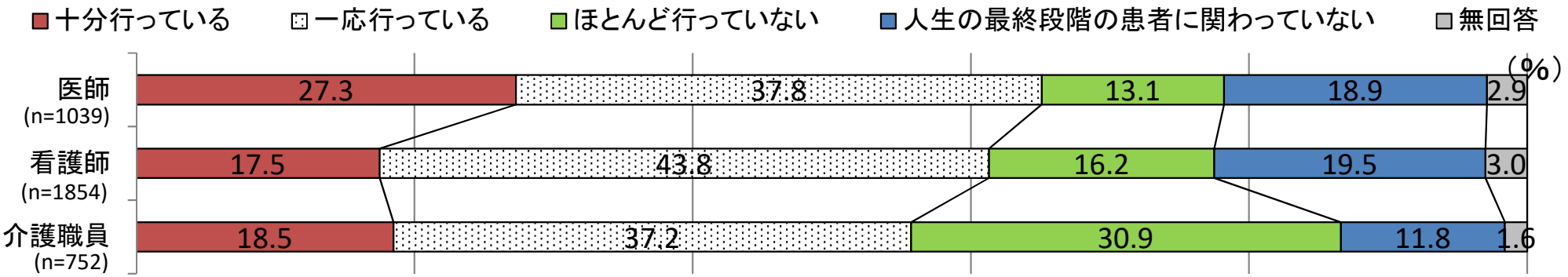
○　アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の認知度をみると、一般国民は「知らない」が75.5%、医療介護従事者では「よく知っている」が医師22.4%、看護師19.7%、介護職員では7.6%であった。
○　担当する患者・入所者との話し合いの実態をみると、「十分行っている」「一応行っている」という回答は、医師65.1%、看護師61.3%、介護職員55.7%と全医療従事者で5割を超えていた。

ACP（愛称：人生会議）とは・・・
人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのこと。

■ACPの認知度



■患者・入所者との話し合いの実態



※担当する死が近い患者の医療・療養について、患者本人との十分な話し合いの状況
（患者の意思が確認できない場合は、患者本人の意思に基づいて家族等との話し合いの状況）

出典：平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査

人生の最終段階における多職種による医療・ケアの取組

○　在宅ターミナルケア加算や看取り加算の算定回数は増加傾向。

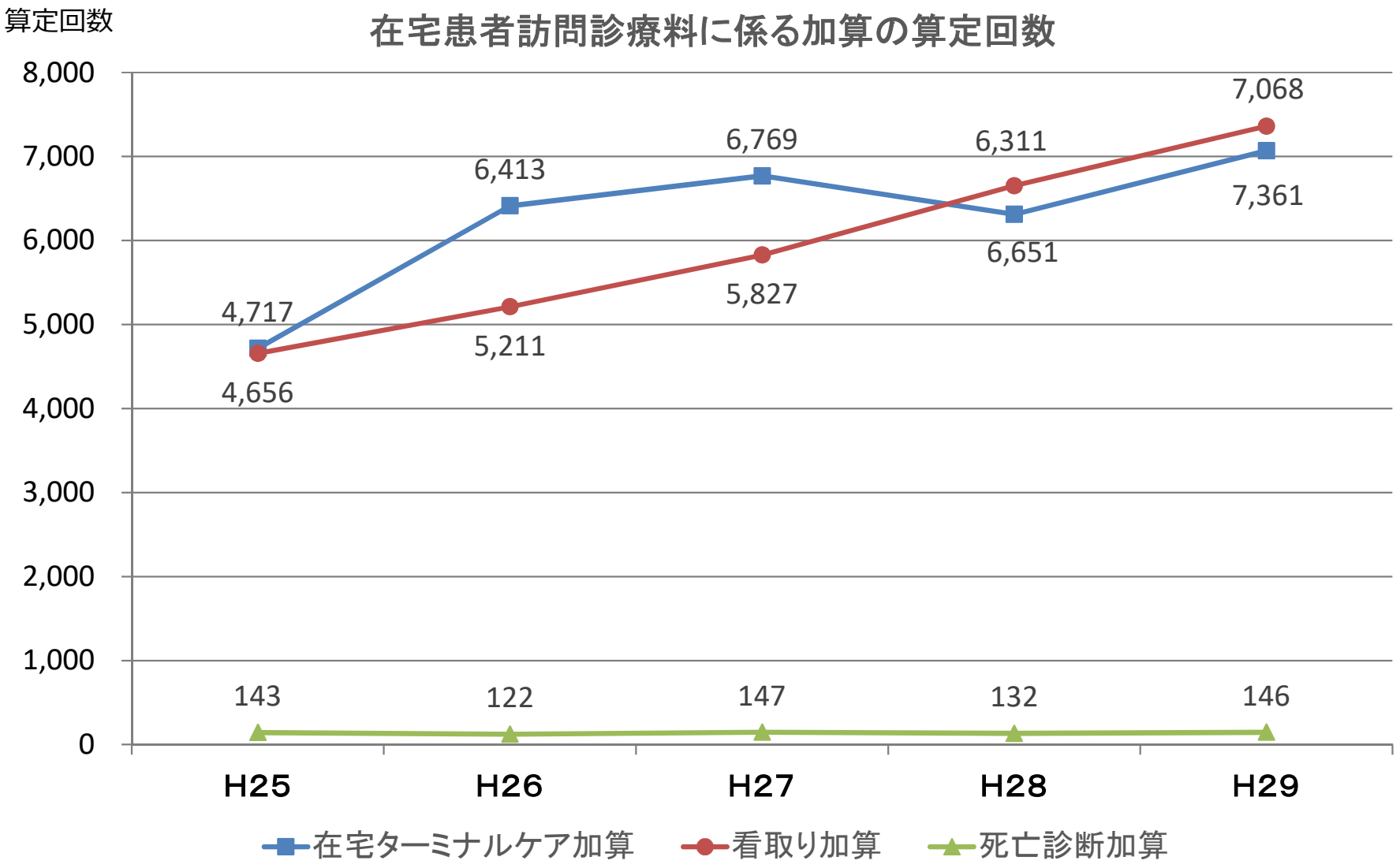
○　訪問看護ステーションにおける訪問看護ターミナルケア療養費の算定患者数は増加傾向。

ターミナルケアに関連する診療報酬上の主な評価

	訪問診療			訪問看護	
加算等	在宅患者訪問診療の算定回数の緩和	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	在宅ターミナルケア加算（保険医療機関が算定）	訪問看護ターミナルケア療養費（訪問看護ステーションが算定）
算定要件（概要）	終末期等により、一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認める患者の患家を定期的かつ計画的に訪問し診療を行った場合には、1月に1回に限り、頻回な訪問診療の必要を認めた日から最大14日間連続で、在宅患者訪問診療料を算定することができる。 （注）在宅患者訪問診療料の算定は、原則最大3回/週	・在宅で死亡した患者に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に算定する。 ・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。	・往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合に算定する。 ・なお、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。 ・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。	・在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制（担当者名、連絡先、緊急時の注意事項等）について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。 ・当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録する。	・在宅で死亡した利用者又は特別養護老人ホーム等で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制（担当者名、連絡先、緊急時の注意事項等）について利用者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。 ・当該療養費を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を訪問看護記録書に記録する。
点　数 （療養費は円）	ー	（例）在宅療養支援診療所又は、在宅療養支援病院 ・病床を有する場合 6,500点 ・病床を有しない場合　5,500点	3,000点	（例） 在宅ターミナルケア加算イ 2,500点	（例） 訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
備　考	ー	ー	※死亡診断加算（200点） 在宅で療養を行っている患者が、在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断をした場合に算定。看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、別に算定することはできない。	※看取り介護加算等を算定している場合は、在宅ターミナルケア加算ロ（1,000点）	※看取り介護加算等を算定している場合は、訪問看護ターミナルケア療養費2（10,000円）

在宅ターミナルケア加算等の算定回数

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向。

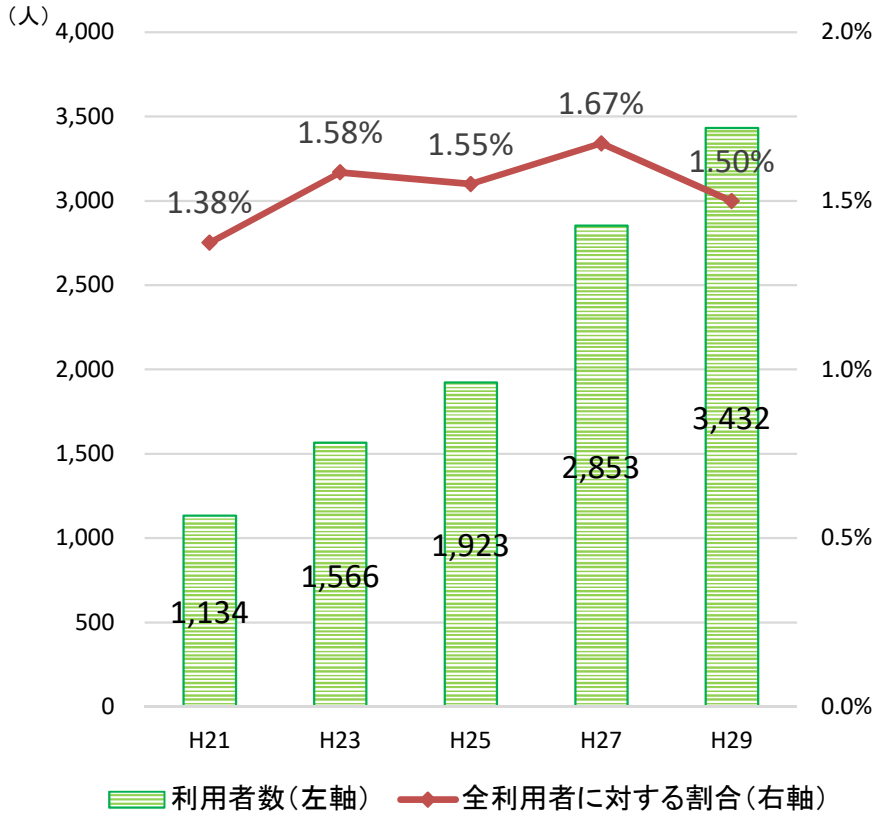


出典：社会医療診療行為別調査・統計（各年6月審査分）

訪問看護ステーションにおけるターミナルケアの状況

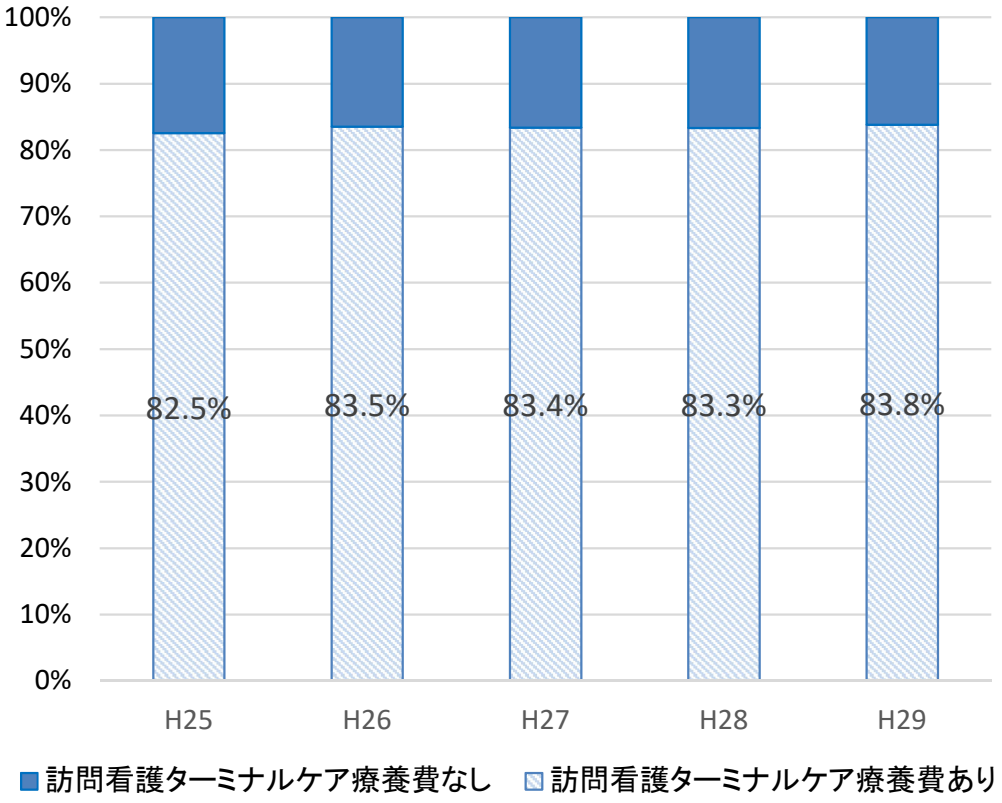
○ 訪問看護ターミナルケア療養費を算定した利用者は増加しているが、全利用者に対する割合はほぼ横ばい。
○ 在宅で死亡した利用者のうち、訪問看護ターミナルケア療養費を算定した利用者は8割以上。

■ 訪問看護ターミナルケア療養費を算定した利用者数



【出典】保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計）

■ 訪問看護ステーションにおける死亡によるサービス終了者のうち、在宅死亡の者の訪問看護ターミナルケア療養費算定状況



【出典】介護サービス施設・事業所調査（各年9月中の死亡）

※介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算を算定した場合は、
訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。

国民の希望に応じた看取りの推進

➢ ターミナルケアに関連する報酬において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する。

診療報酬改定における対応 （在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬）

現行

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】
- 機能強化型在支診・在支病（病床あり） 6,000点
- 機能強化型在支診・在支病（病床なし） 5,000点
- 在支診・在支病 4,000点
- その他の医療機関 3,000点

【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000円

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等への対応を共通の要件とする。

改定後

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】
（有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分）
- 機能強化型在支診・在支病（病床あり） 6,500点
- 機能強化型在支診・在支病（病床なし） 5,500点
- 在支診・在支病 4,500点
- その他の医療機関 3,500点

【訪問看護ターミナルケア療養費】※
- 訪問看護ターミナルケア療養費１ 25,000円
- （新）訪問看護ターミナルケア療養費２ 10,000円

［算定要件］
ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※。在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

介護報酬改定における対応

（訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護）

○ ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応すること。
- ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

人生の最終段階

【論点】

○　患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療体制について、患者の意思決定支援の取組（ACP等）の普及状況等を踏まえ、どのように考えるか。

○　多職種による医療・ケアの取組については、平成30年度診療報酬改定において一定の評価を行ったことを踏まえ、どのように考えるか。