

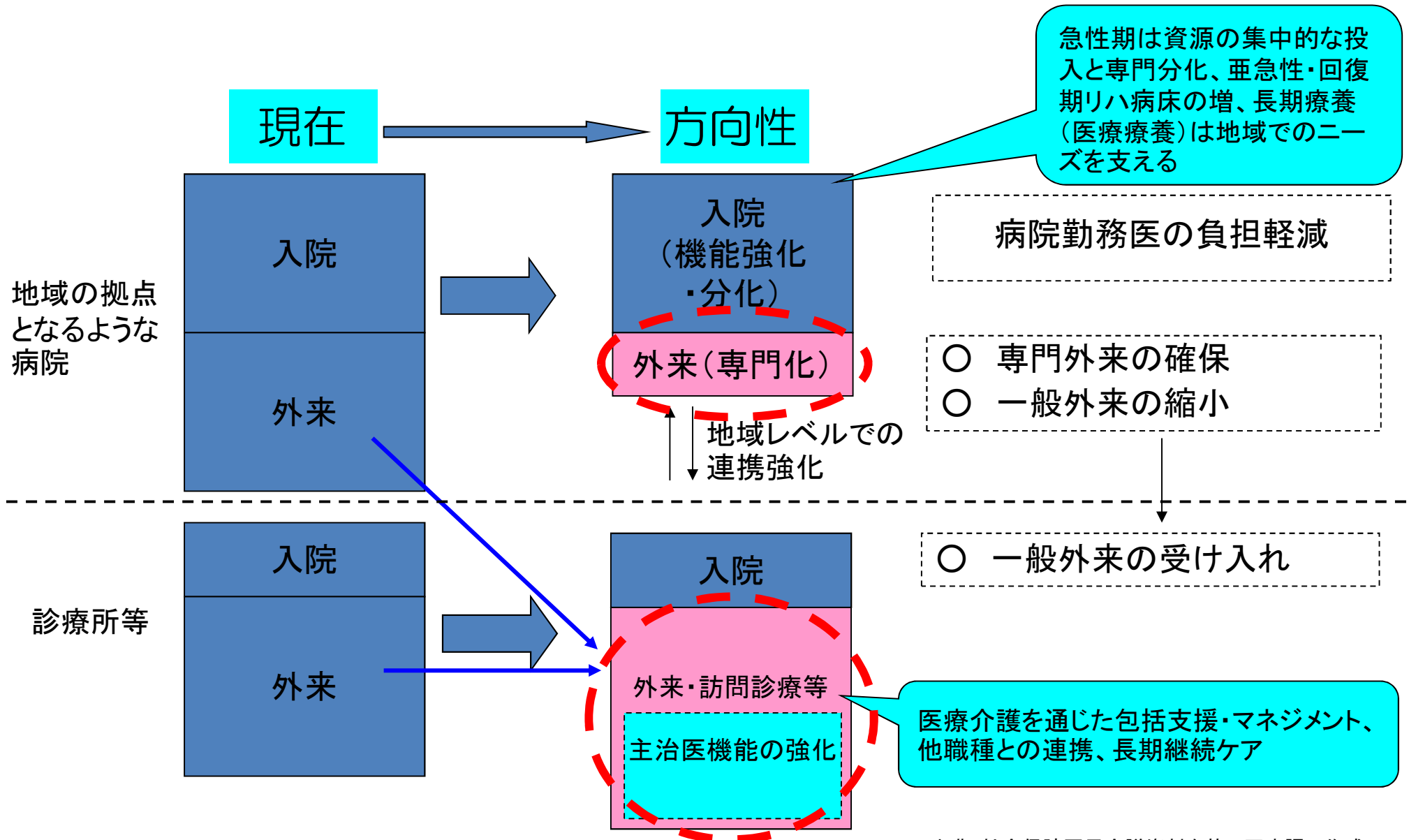
外来医療(その3)

<主治医機能について>

平成25年10月9日

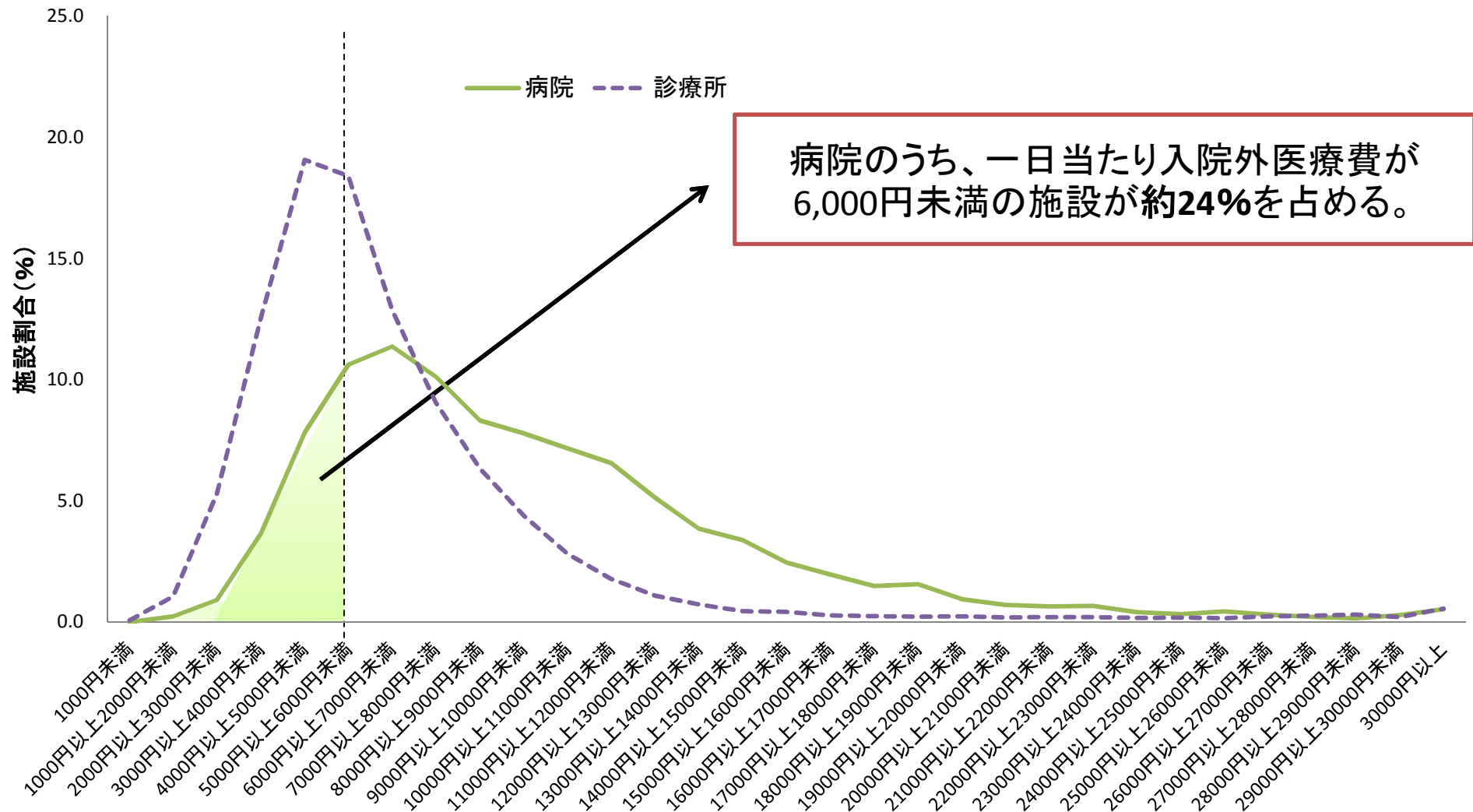
外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0



医療機関別一日あたり入院外医療費 (平成24年6月分)

中 医 協 総 - 1
2 5 . 1 . 2 3

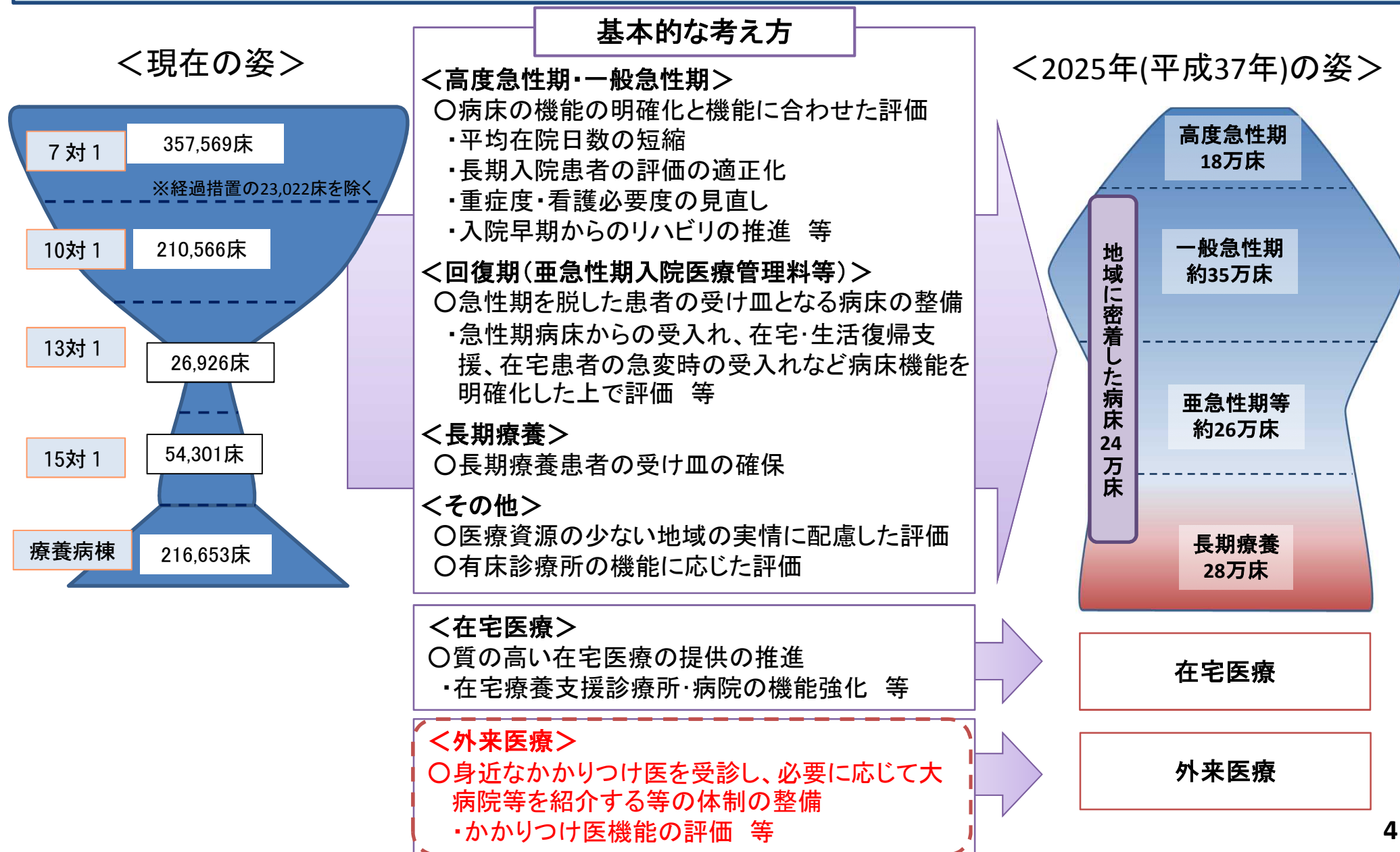


○ 病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する。

出典：最近の医療費の動向(メディアス)〔概算医療費(保険局調査課特別集計)〕をもとに医療課で作成

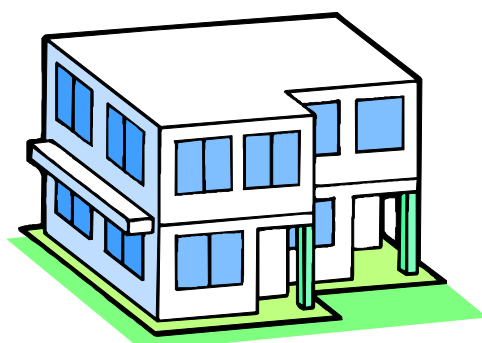
「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)



外来医療の機能分化と連携 (粗いイメージ図)

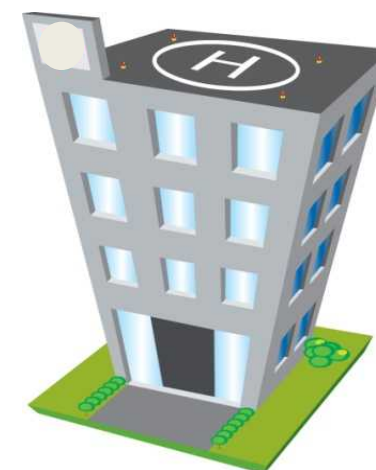
全人的かつ継続的な診療



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

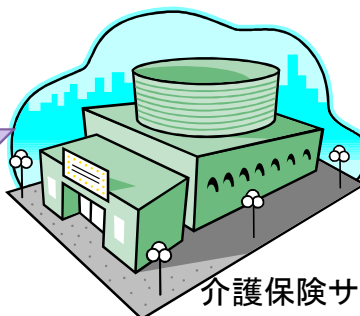
逆紹介



- 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

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】

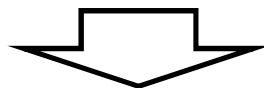
- 複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

主治医機能の強化の課題と論点について

中 医 協 総 - 3
2 5 . 6 . 1 2

【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。

主治医機能の強化について

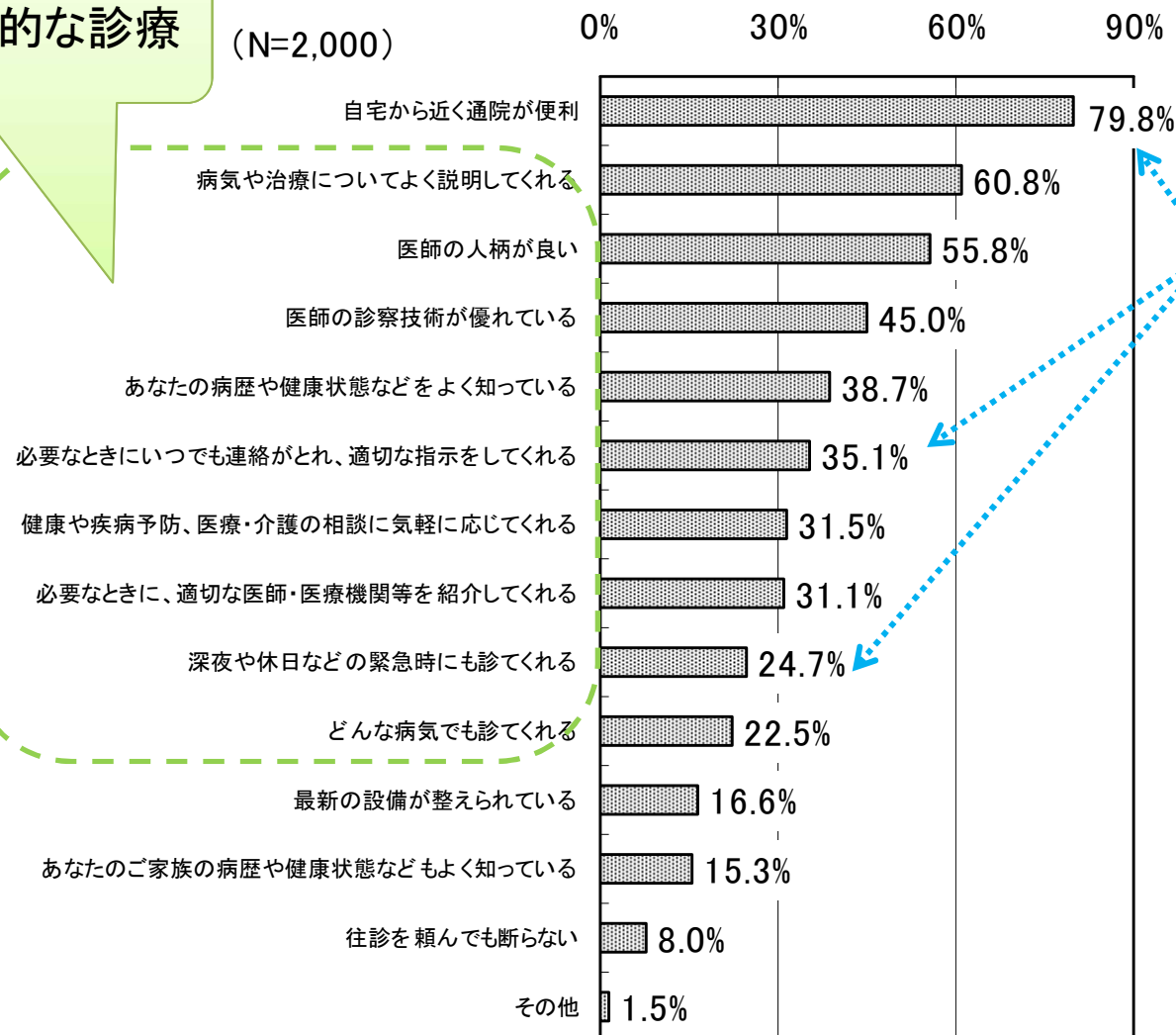
1. 対象医療機関と対象患者
2. 服薬管理
3. 健康管理
4. 介護保険制度の理解と連携
5. 在宅医療の提供および24時間の対応

1. 対象医療機関と対象患者について

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 (複数回答)

全人的かつ継続的な診療

(N=2,000)

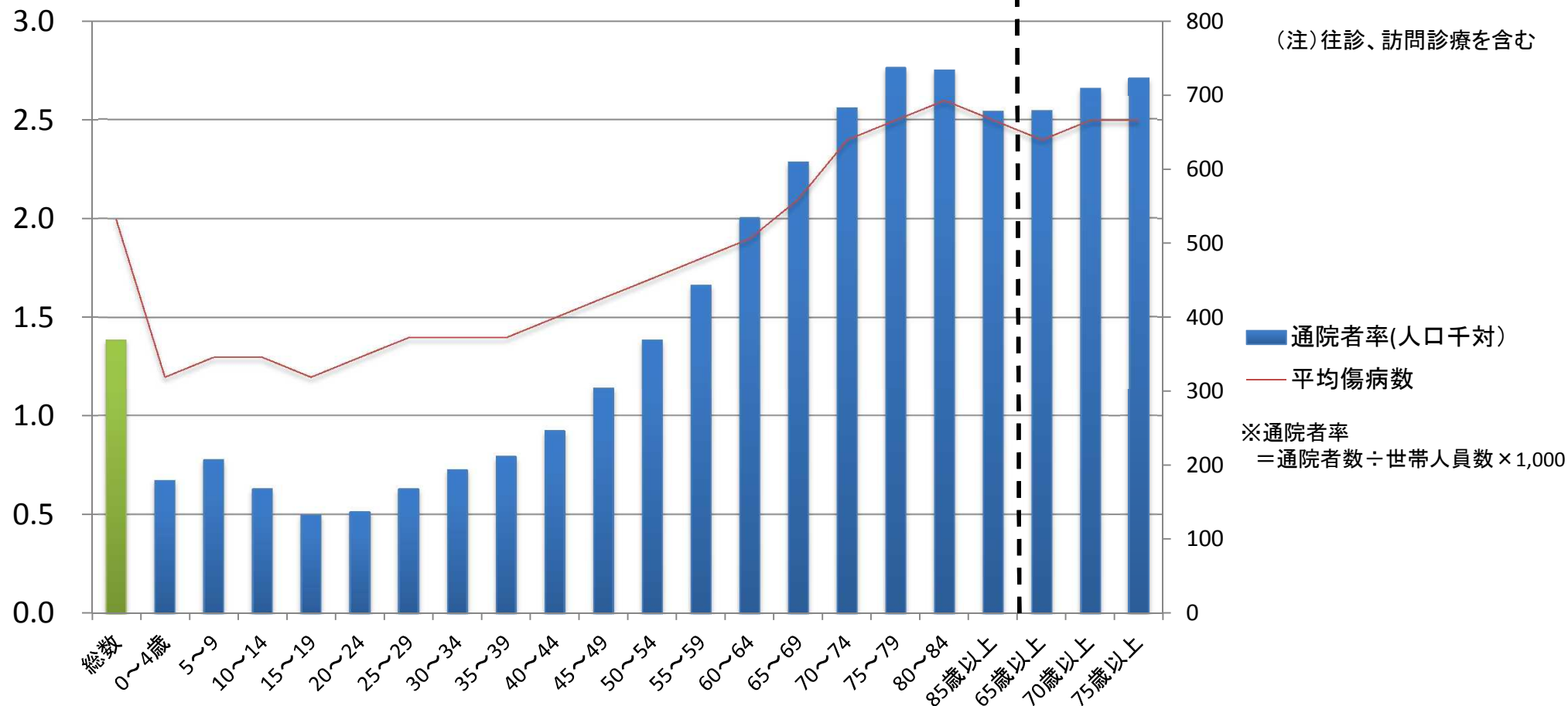


アクセスの良さ

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)



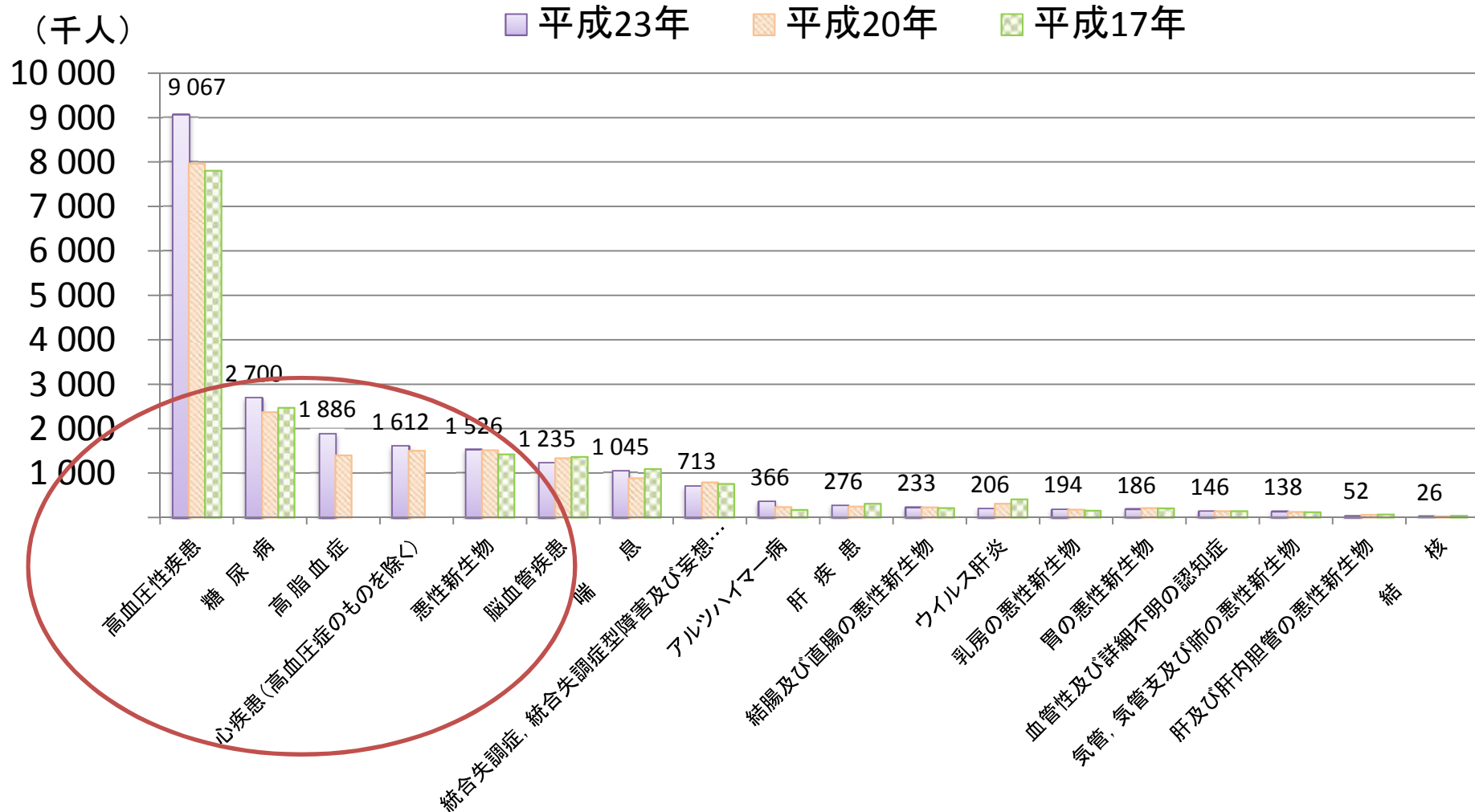
○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。

※ 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。(往診、訪問診療を含む。)

※ 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基に医療課で作成

主な傷病の総患者数



※ 高脂血症は平成17年は調査対象となっていない

※ 平成17年では心疾患(高血圧症のものを除く)は虚血性心疾患という分類を行っている

出典: 患者調査を基に医療課で作成

高齢化社会の進展に伴う課題について (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

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく

病院種類別にみた外来患者の複数科受診の状況

(単位: %)							平成23年10月	
	総	数	単科受診	複数科受診	2科受診	3科受診	4科以上受診	無回答
総数	100.0	79.9	12.5	10.1	1.7	0.8	7.6	
特定機能病院	100.0	80.6	14.6	11.6	2.3	0.7	4.8	
大病院	100.0	80.3	14.2	11.4	2.0	0.8	5.5	
中病院	100.0	80.1	13.1	10.6	1.8	0.7	6.7	
小病院	100.0	80.8	10.1	7.8	1.5	0.8	9.0	
療養病床を有する病院	100.0	78.5	11.2	9.0	1.3	0.8	10.3	

注：岩手県、宮城県及び福島県を除いた数値である。

- ・特定機能病院.....医療法第4条の2に規定する特定機能病院として厚生労働大臣の承認を得ている病院
- ・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
- ・療養病床を有する病院.....医療法第7条第2項第4号に規定する病院の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床を有する病院

外来患者の複数科受診は一定程度あり、更なる主治医機能の充実が重要と考えられる

2. 服薬管理について

重複投薬・相互作用防止加算について

中 医 協 総 - 3
2 5 . 6 . 1 2

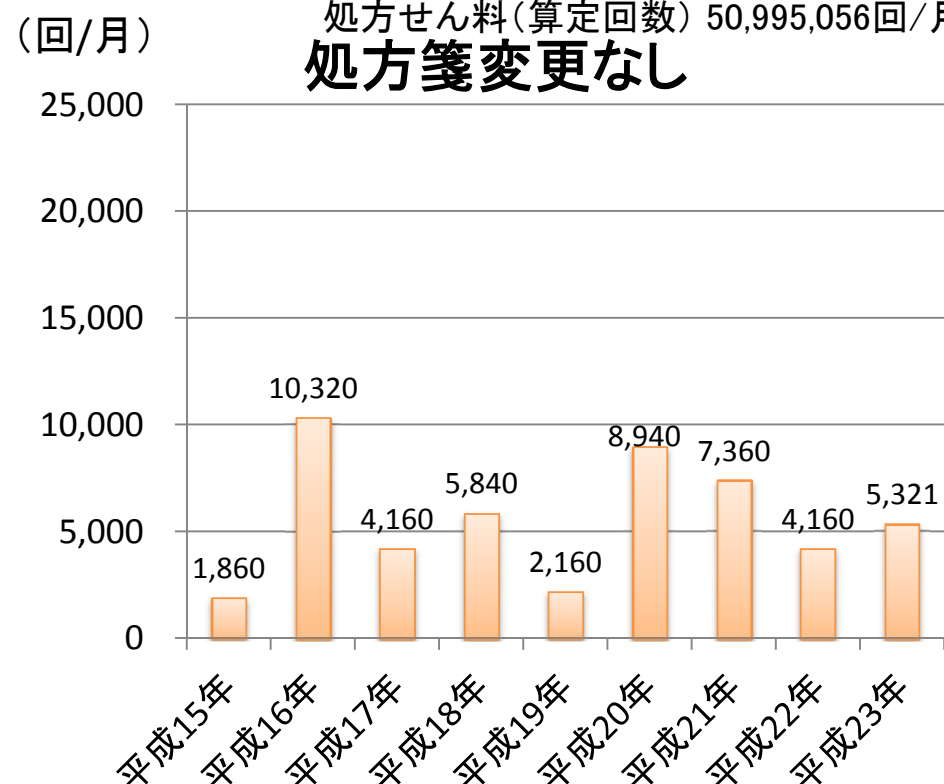
【重複投薬・相互作用防止加算】(調剤報酬)

薬局において、薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合に算定できる。

- 処方箋変更あり 20点
- 処方箋変更なし 10点

(参考)保険薬局数 52,730施設

処方せん料(算定回数) 50,995,056回/月



※平成20年、平成21年については、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用防止加算を合計している。

出典:社会医療診療行為別調査より

多剤投与の影響について

中 医 協 総 - 3
2 5 . 6 . 1 2

出典：長寿医療研究委託事業 総括研究報告書（研究代表者 古田勝経 国立長寿医療センター 副薬剤部長）
「高齢者に対する多剤投与等による影響把握と症状別の投与選択法に係る研究」

(1) 国立長寿医療センターの入院データベース(2009年1月～2009年12月)から65歳以上の2,484名のうち内服薬を使用していた2,001名を対象に解析

(抜粋)

- 6剤以上の多剤投与は全体の37.5%、平均処方薬剤数は4.9剤
(認知症患者では5.5剤、うつ病患者では7剤と多剤投与の傾向があった)
- 処方数の多い薬剤は、下剤、抗血小板剤、抗Ca剤の順に多かった
- うつ病やパーキンソン病患者では、6割以上の患者で6剤以上の多剤投与がみられた

(2) 東大病院の60歳以上で薬物有害事象の有無について記載のある1,047名を対象とし、薬物有害事象の有無を目的変数としたロジスティック重回帰解析※

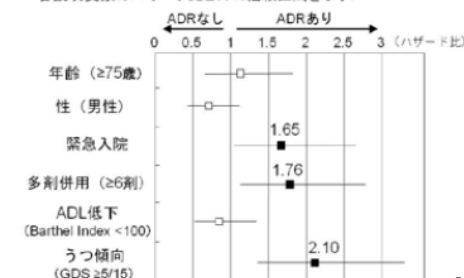
(抜粋)

※「高齢者に対する多剤投与等による影響把握と症状別の投与選択法に係る研究」
分担研究者 秋下雅弘（東京大学大学院医学系研究科加齢医学）

○6剤以上の多剤投与では有害作用を発現する割合が高まり、抑うつとも関連する

- ・多剤併用(6剤以上 vs. 5剤以下、オッズ比1.76)
 - ・緊急入院(vs. 待機入院、オッズ比1.65)
 - ・うつ傾向(Geriatric Depression Scale 10/30以上 vs. 9/30以下、オッズ比2.10)
- が有意な説明変数であったが、年齢、性、ADL低下は有意な説明変数ではなかった

図1. 薬物有害事象(ADR)と関連する因子
ADRを目的変数としたロジスティック重回帰分析による
各説明変数のハザード比と95%信頼区間を示す。



参考

1人当たり内服薬の種類

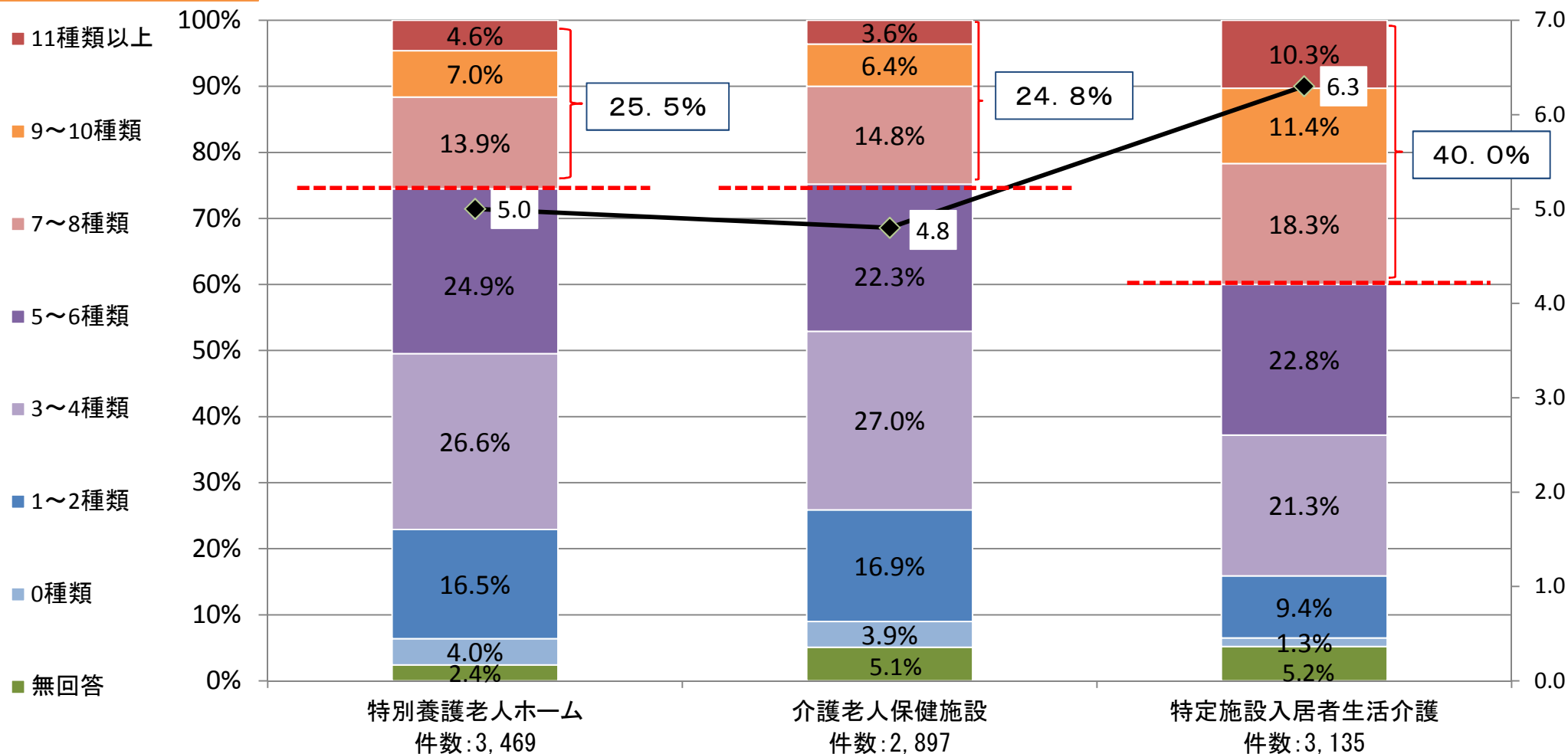
中 医 協 総 ー 3
2 5 . 6 . 1 2

内服薬の種類

平均値 … 1人当たり内服薬の平均種類数

… 7種類以上の内服薬を使用している者の割合

単位: 種類

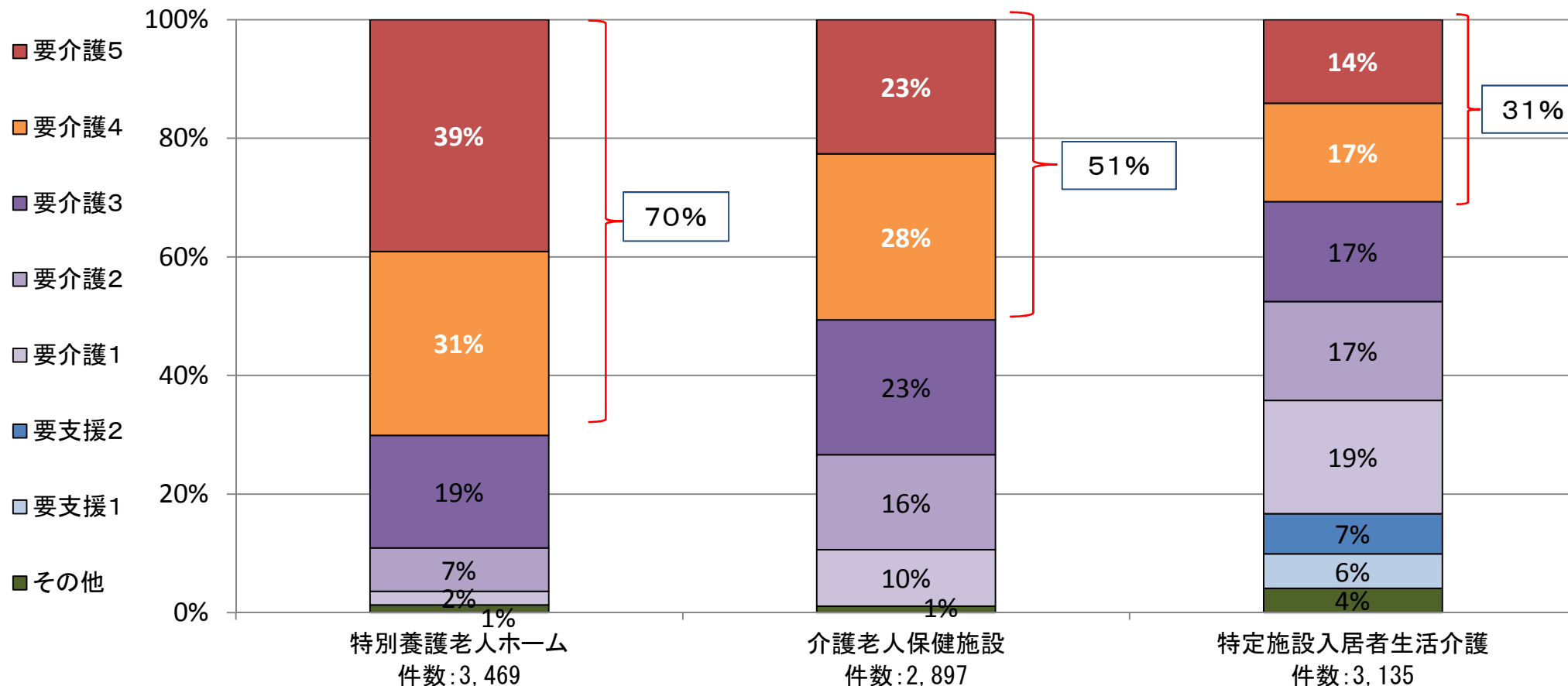


出典: 平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」

○特別養護老人ホーム、介護老人保健施設においては、1種類以上の服薬を行っている入所(居)者は約9割いる。また、特定施設入居者生活介護においては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約40%おり、特養や老健と比べ、その割合は多い。

要介護度

…要介護度4・5の利用者の割合

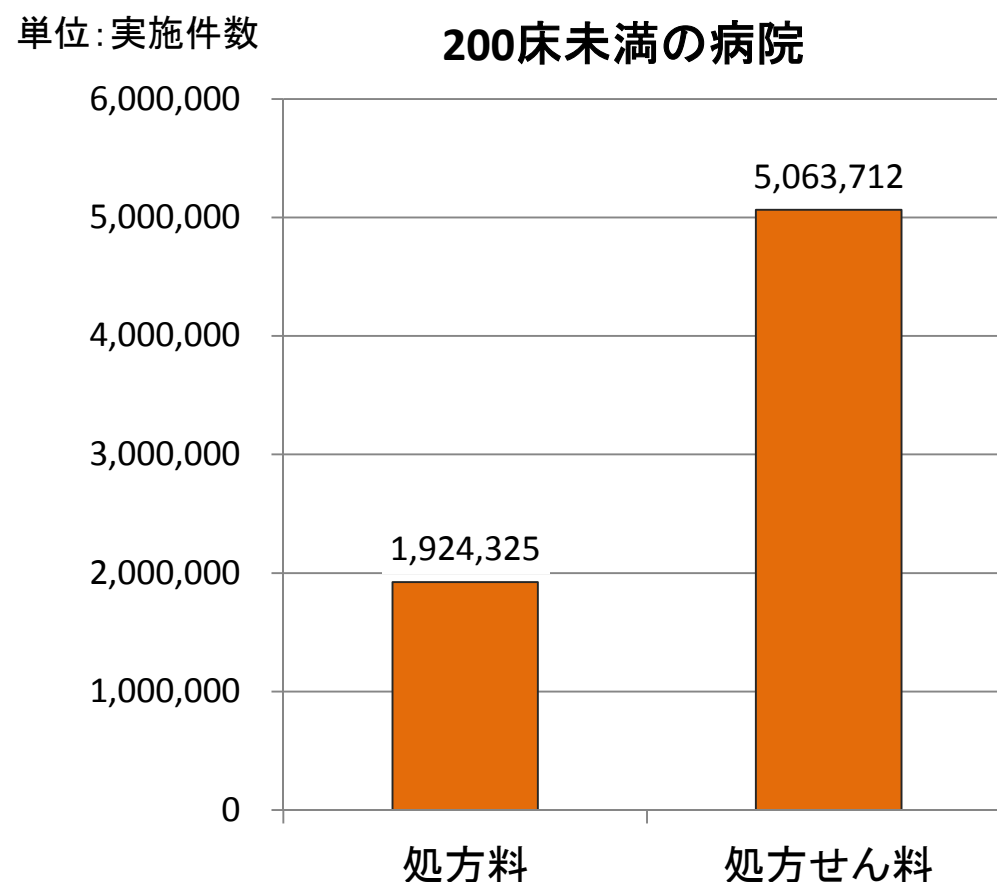
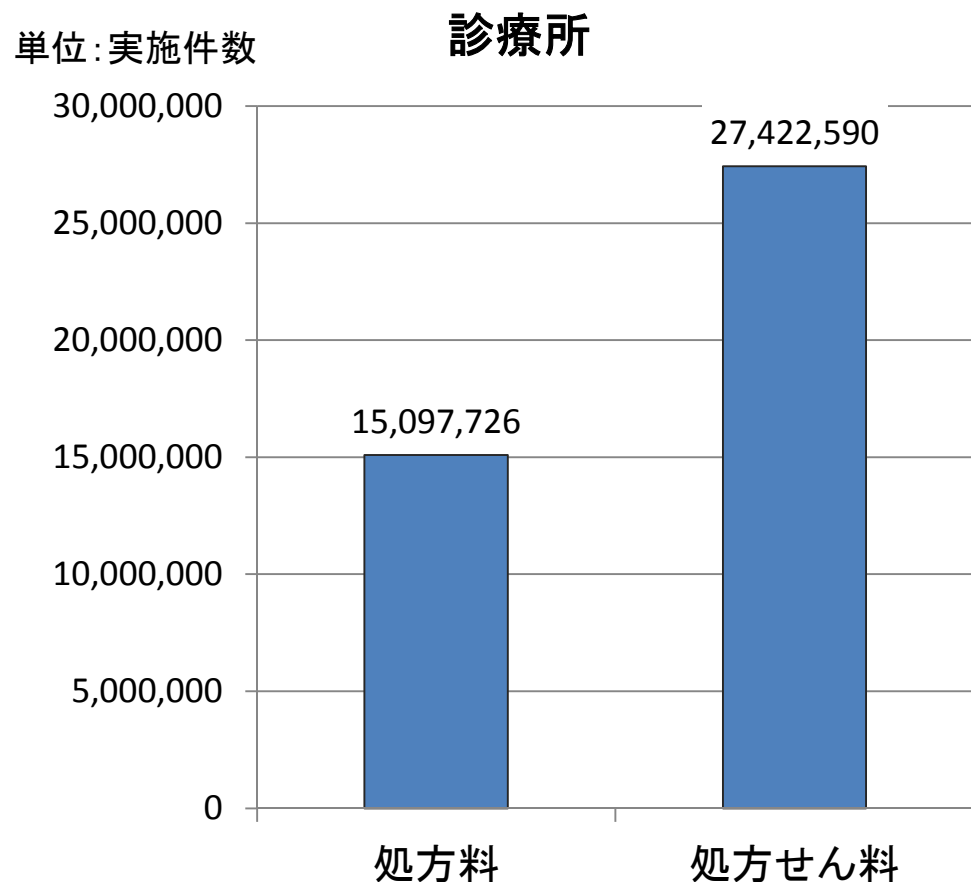


※その他: 非該当、不明及び無回答

出典: 平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」

○特別養護老人ホームでは、「要介護4・5」の利用者が7割を占めており、介護老人保健施設では「要介護4・5」の利用者が5割を占めている。一方で、特定施設入居者生活介護では「要介護4・5」の利用者が約3割である。

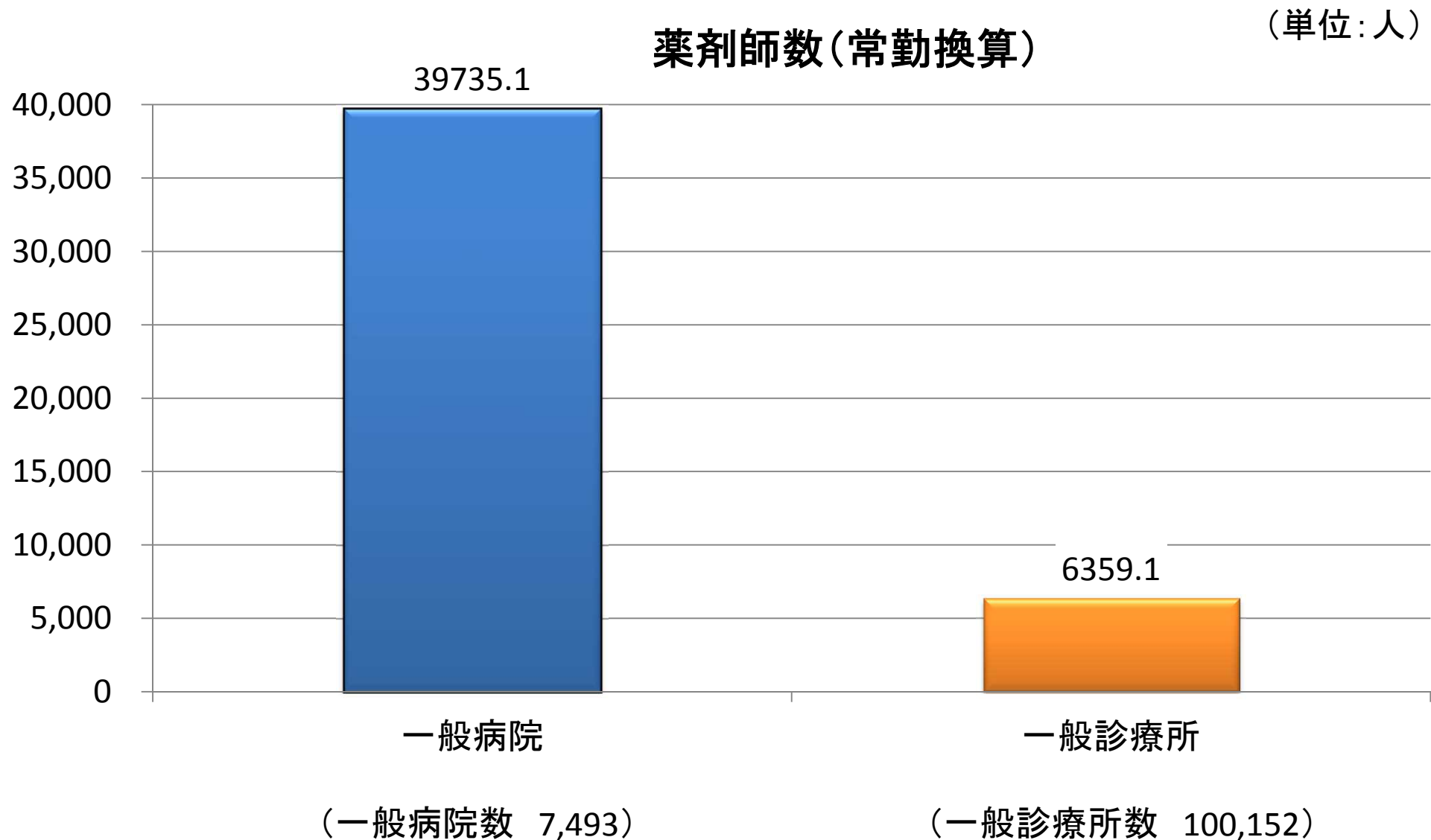
診療所及び200床未満の病院における 処方せん料、処方料の実施件数について



処方料 : 院内で処方する場合に算定

処方せん料 : 保険薬局で保険調剤を受けるために、患者に院外処方せんを交付した場合に算定

施設の常勤換算従事者数(薬剤師)について



(空白)

3. 健康管理について

市町村のがん検診の項目について

厚生労働省においては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」
(平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知)を定め、市町村
による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

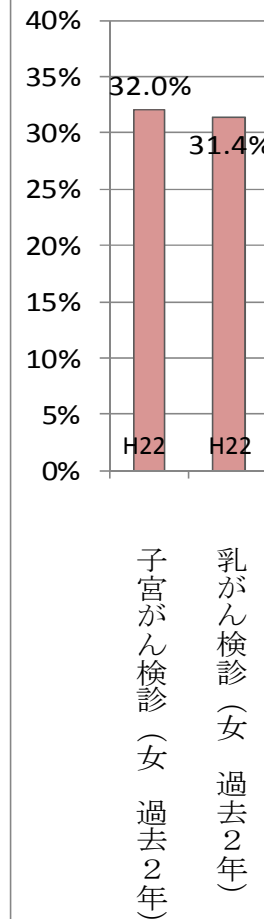
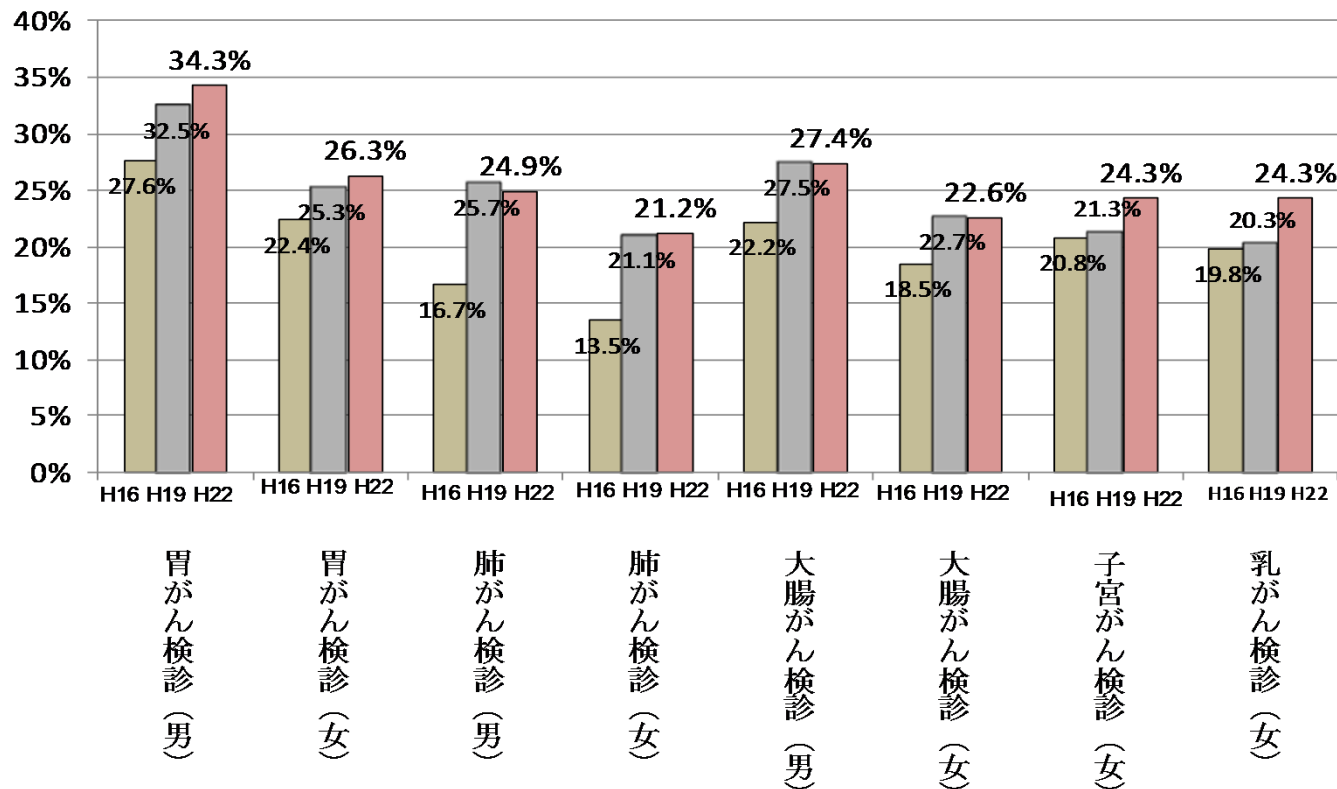
指針で定めるがん検診の内容

種類	検 査 項 目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診及び胃部エックス線検査	40歳以上	年1回
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診、視診、触診及び乳房エックス線検査 (マンモグラフィ)	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

がん検診の受診率の推移 (国民生活基礎調査)

「がん対策推進基本計画」(平成24年6月閣議決定)では、5年以内にがん検診受診率(胃・肺・大腸・乳・子宮頸)50%の達成(胃、肺、大腸は当面40%)を目標に掲げている。

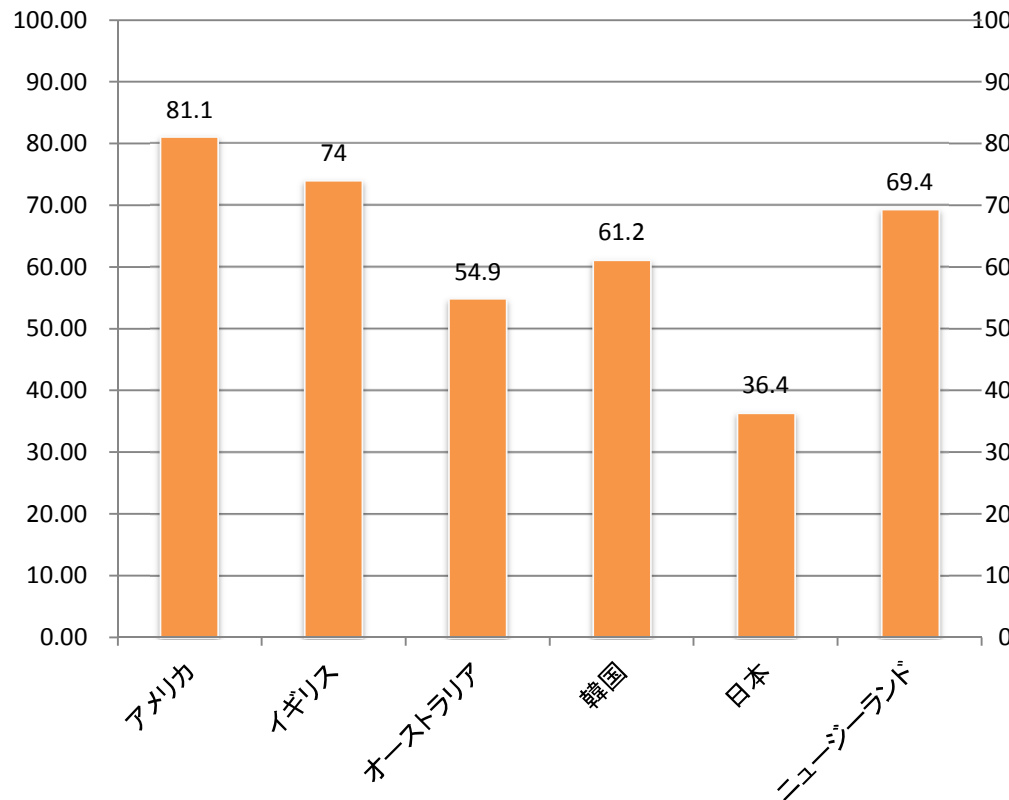
(直近平成22年では、胃がん:34.3%(男性)・26.3%(女性)、肺がん:24.9%(男性)・21.2%(女性)、大腸がん:27.4%(男性)・22.6%(女性)、子宮頸がん:32.0%、乳がん:31.4%、)



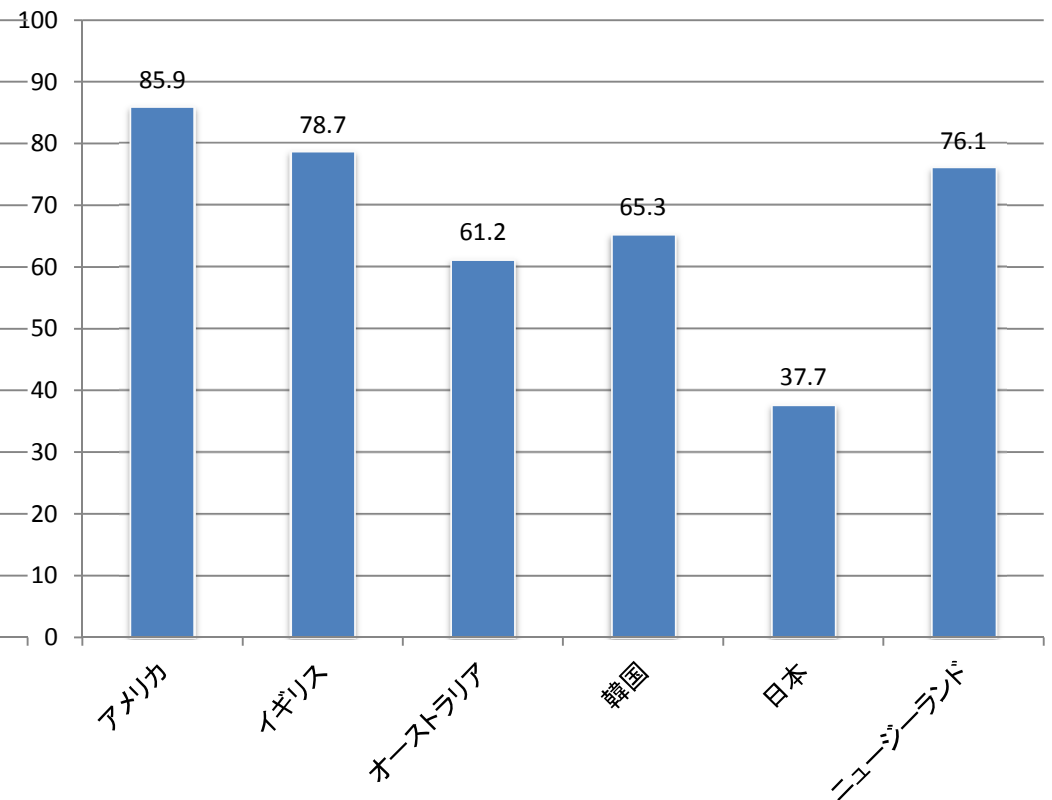
- 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは40歳以上、子宮がんは20歳以上を対象。
- 健診等(健康診断、健康診査及び人間ドック)の中で受診したものも含む。

がん検診受診率の国際比較

乳がん検診(50-69歳)

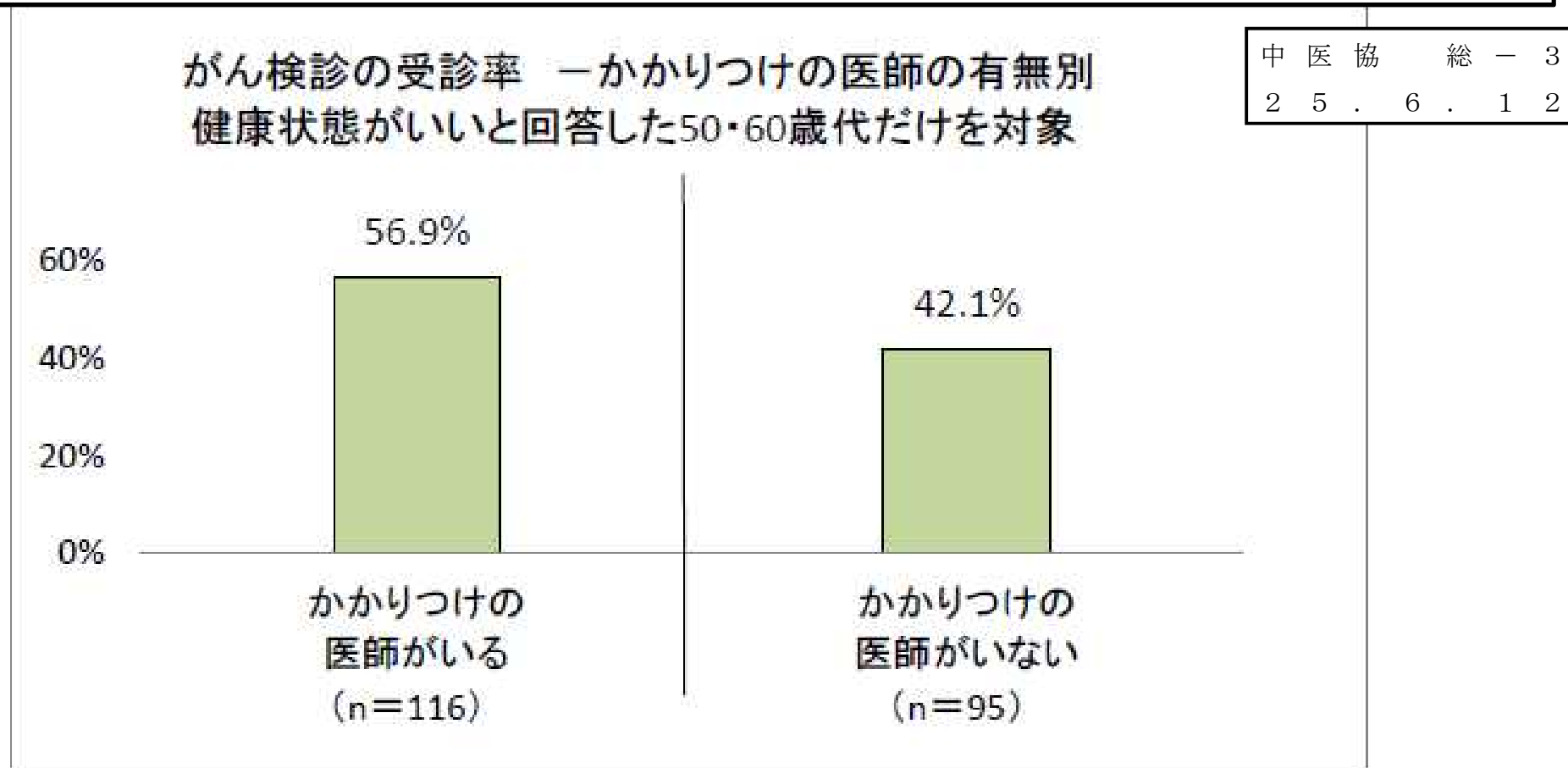


子宮がん検診(20-69歳)



出典: OECD Health Data 2011

かかりつけの医師とがん検診の受診率(過去1年間)－健康な50歳～60歳代



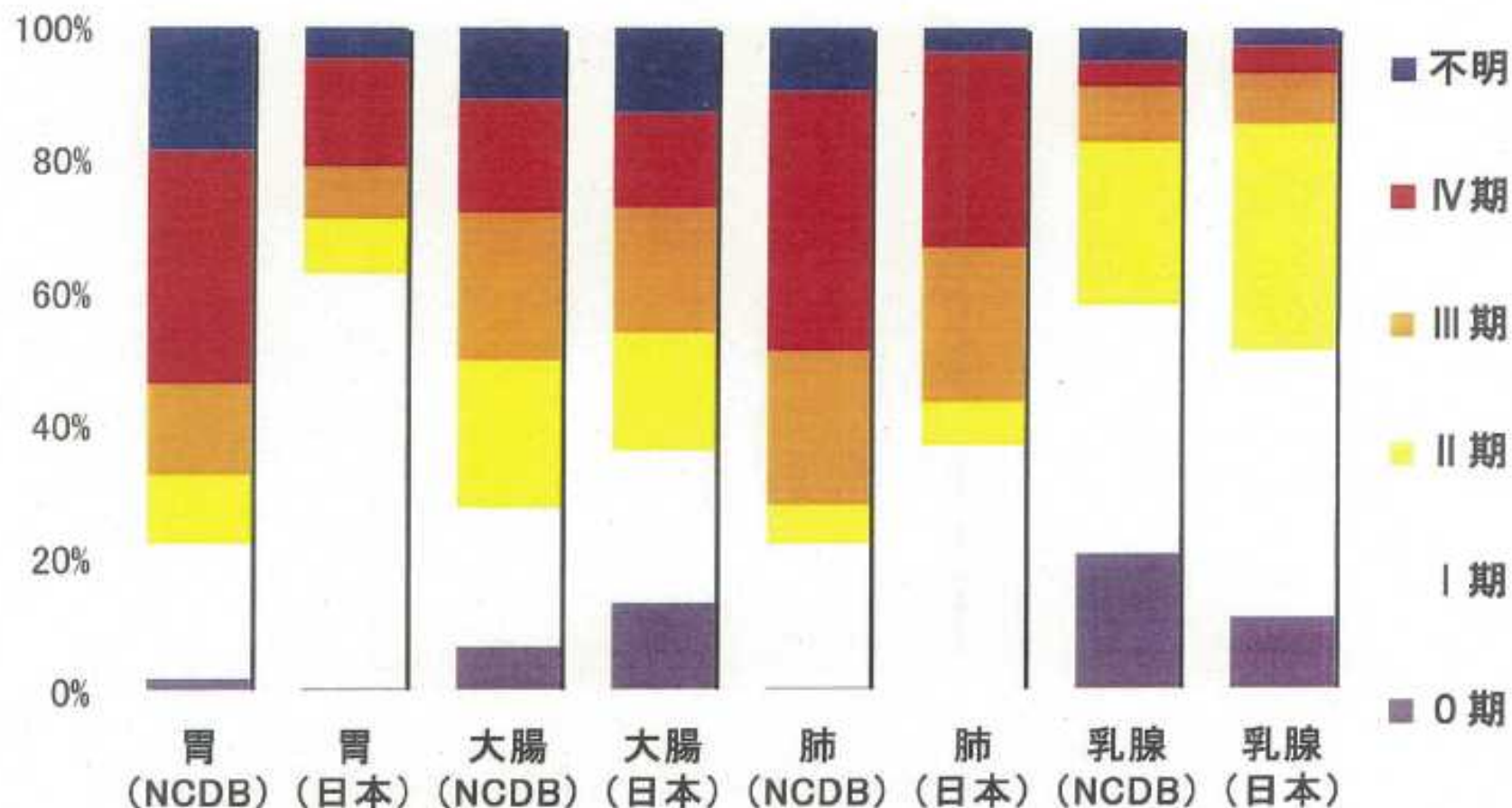
※がん検診の種類は胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん。

- がん検診の対象となる50歳・60歳代で、健康と回答した国民を対象にかかりつけの医師の有無によるがん検診受診率の違いがみられた。かかりつけの医師がいる場合の受診率は56.9%であったが、いない場合は42.1%であった。
- かかりつけ医がいることでがん検診を受ける割合が有意に高くなっていた。

病期分類の分布 (米国との比較・2008年データ)

1

中 医 協 総 - 3
2 5 . 6 . 1 2



がん診療連携拠点病院 院内がん登録 2008年全国集計

Hospital Comparison Benchmark Reports(HCBR) <http://www.facs.org/cancer/ncdb/hcbr.html>

出典:第28回がん対策推進協議会参考資料

特定健康診査・特定保健指導の概要

基本的な考え方

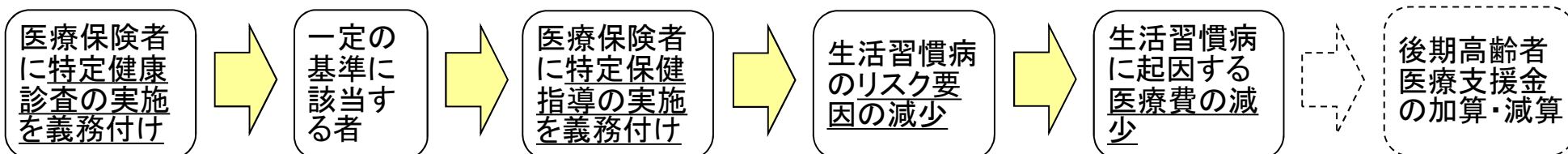
- 内臓脂肪型肥満(メタボリックシンドローム)に着目した健診及び保健指導を医療保険者に実施を義務づけており、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

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。
【一定の基準】：腹囲が基準以上（男性85cm、女性90cm）でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者（リスクの程度によって指導内容が変化（喫煙者は指導レベル上昇））
- 平成25～29年度における全国目標
 - ・特定健康診査の実施率 70%【29年度の目標値】
 - ・特定保健指導の実施率 45%【29年度の目標値】
 - ・メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率 25%（20年度比）【29年度の目標値】
- 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。

(参考)特定健診・保健指導の実績

	20年度	21年度	22年度	23年度(速報値)
特定健診の実施率	38.9%	41.3%	43.2%	45.0%
特定保健指導実施率	7.7%	12.3%	13.1%	15.9%



特定健康診査

対象者	実施年度中に40-75歳に達する加入者(被保険者・被扶養者) 実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者 除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者 ※年度途中に75歳に達する加入者は、75歳に到達するまでの間が対象
基本的な 健診の 項目	○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等) ○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○ 理学的検査(身体診察) ○ 血圧測定 ○ 血液検査 ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) 注)摂食時はHbA1c ・ 肝機能検査(AST、ALT、γ-GT) ○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な 健診の 項目	○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) 注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施

特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者別年次推移)

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (速報値)	45.0%	32.7%	41.1%	37.4%	35.4%	69.7%	73.0%
平成22年度 (確報値)	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度 (確報値)	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 (確報値)	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (速報値)	15.9%	21.7%	8.7%	11.3%	6.6%	17.1%	12.6%
平成22年度 (確報値)	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度 (確報値)	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 (確定値)	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

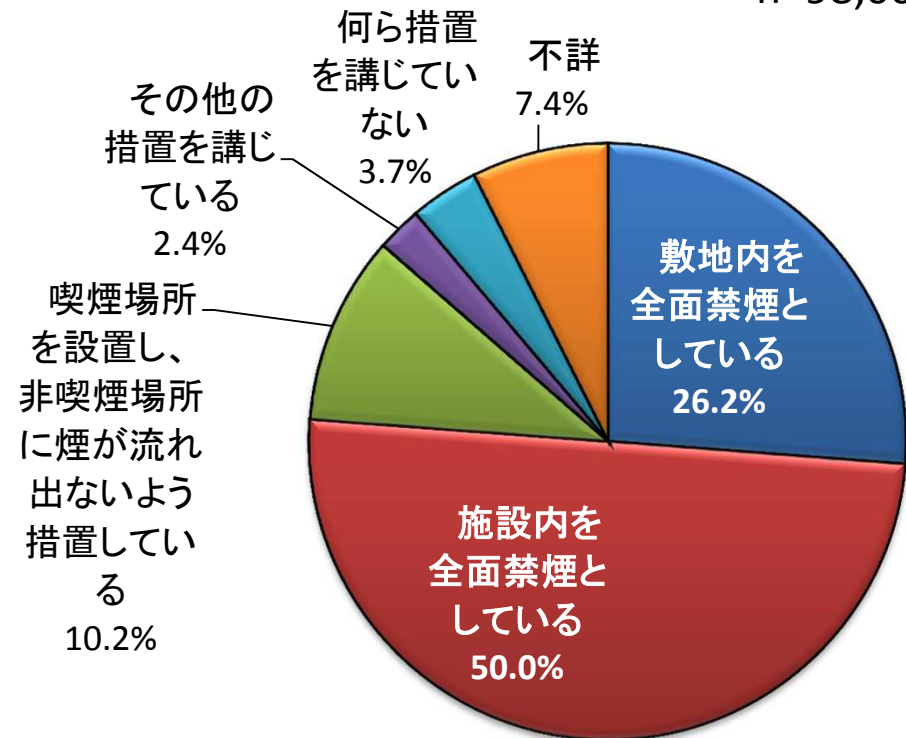
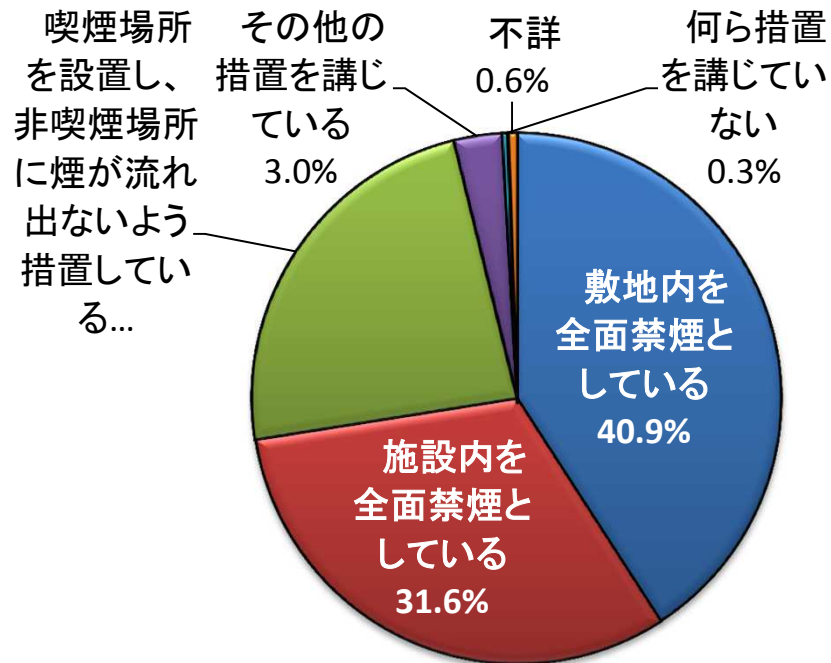
受動喫煙防止対策の状況

中 医 協 総 - 3
2 5 . 6 . 1 2

平成23（2011）年10月1日現在

＜一般病院＞ n=8,460

＜診療所＞ n=98,004



禁煙外来の設置の状況

※施設数

■ 病院 n=8,460

■ 一般診療所 n=98,004



0%

20%

40%

60%

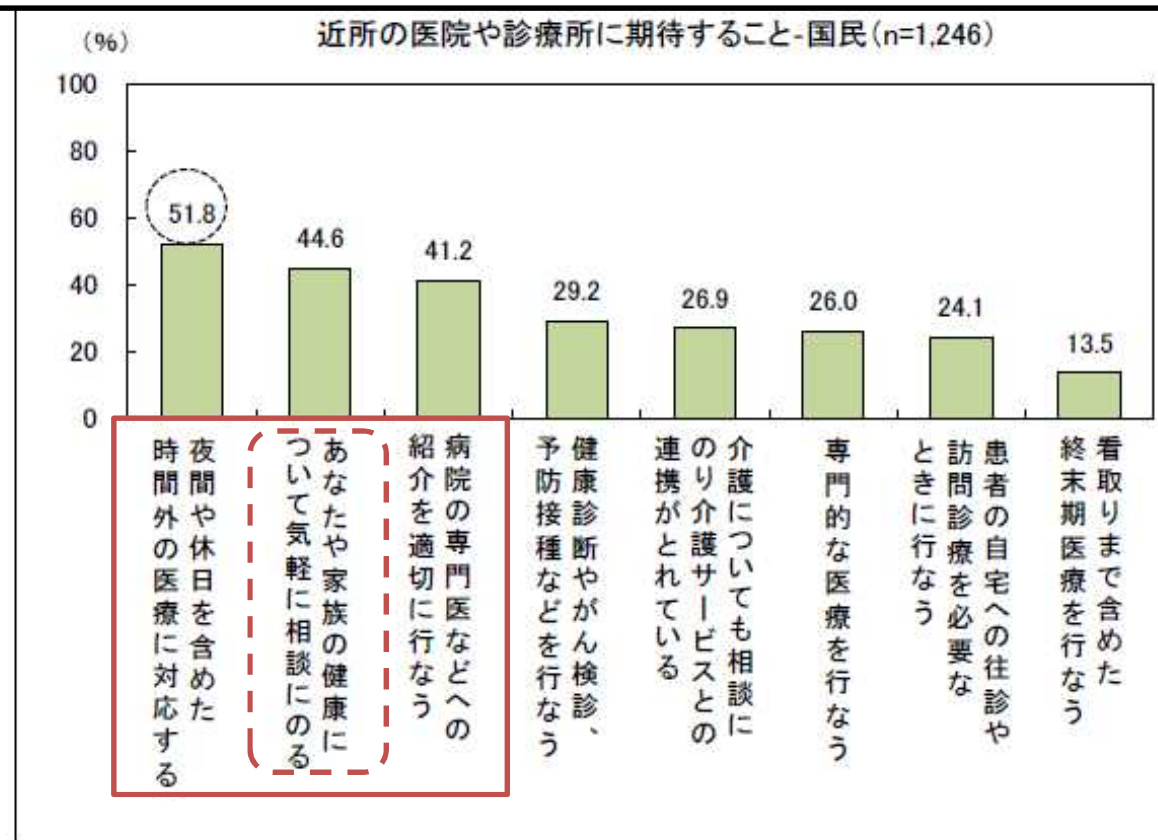
80%

100%

注: 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た数値である

出典: 医療施設調査(平成23年)32

近所の診療所に期待すること(複数回答)(日常的な病気の診療以外)



中 医 協 総 ー 3
2 5 . 6 . 1 2

(診療所への期待)

- 国民が近所の診療所に期待することを8項目の中から複数回答で求めたところ、最も割合が高かったのは「夜間や休日を含めた時間外の医療に対応する」(51.8%)であった。続いて「あなたや家族の健康について気軽に相談にのる」(44.6%)、「病院の専門医などへの紹介を適切に行う」(41.2%)であった。
- 身近な診療所に対して時間外の医療を望む国民のニーズが高いことが示されている。

(空白)

4. 介護保険制度の理解と連携について

今後の介護保険をとりまく状況について

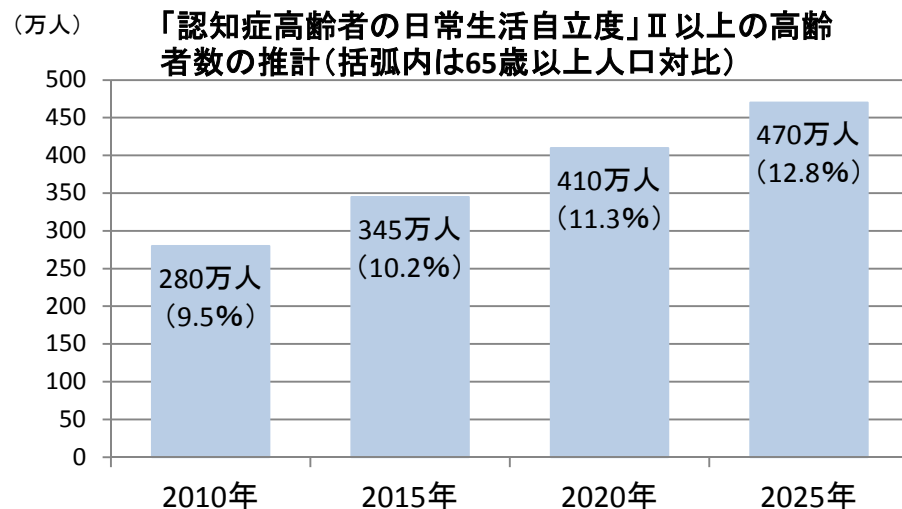
出典：介護保険部会（平成25年5月15日）資料

中 医 協 総 ー 3
2 5 . 6 . 1 2

- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

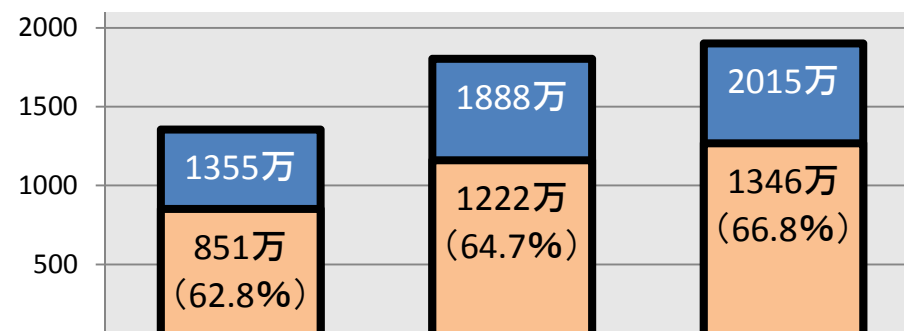
- ② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



- ③ 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



平成17年(2005年) 平成27年(2015年) 平成37年(2025年)

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

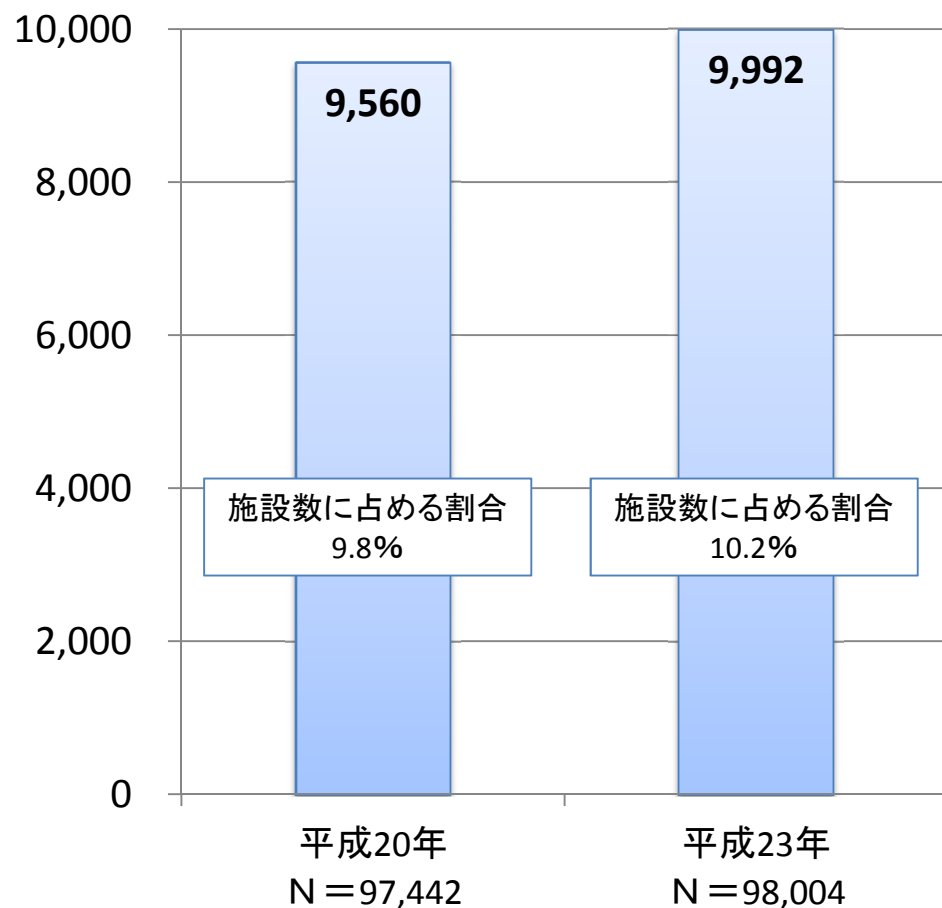
- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

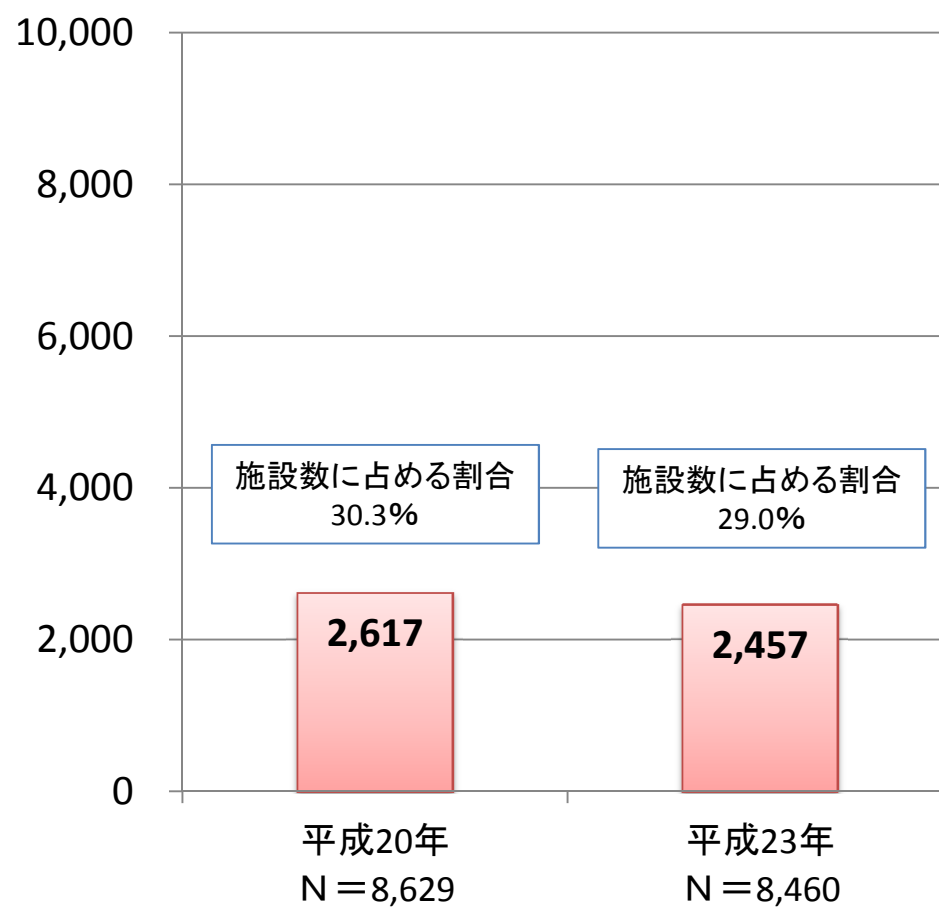
病院・一般診療所が行う介護保険による在宅サービスの実施状況

中 医 協 総 ー 3
2 5 . 6 . 1 2

介護保険による在宅サービスを実施している
一般診療所の数



介護保険による在宅サービスを実施している
病院の数



注: 介護保険による在宅サービス: 居宅療養管理指導(介護予防サービス含む)、訪問看護(介護予防サービス含む)、訪問リハビリテーション(介護予防サービス含む)

注: 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た数値である

出典: 平成23年医療施設調査より

介護保険制度における要介護認定制度について

趣旨

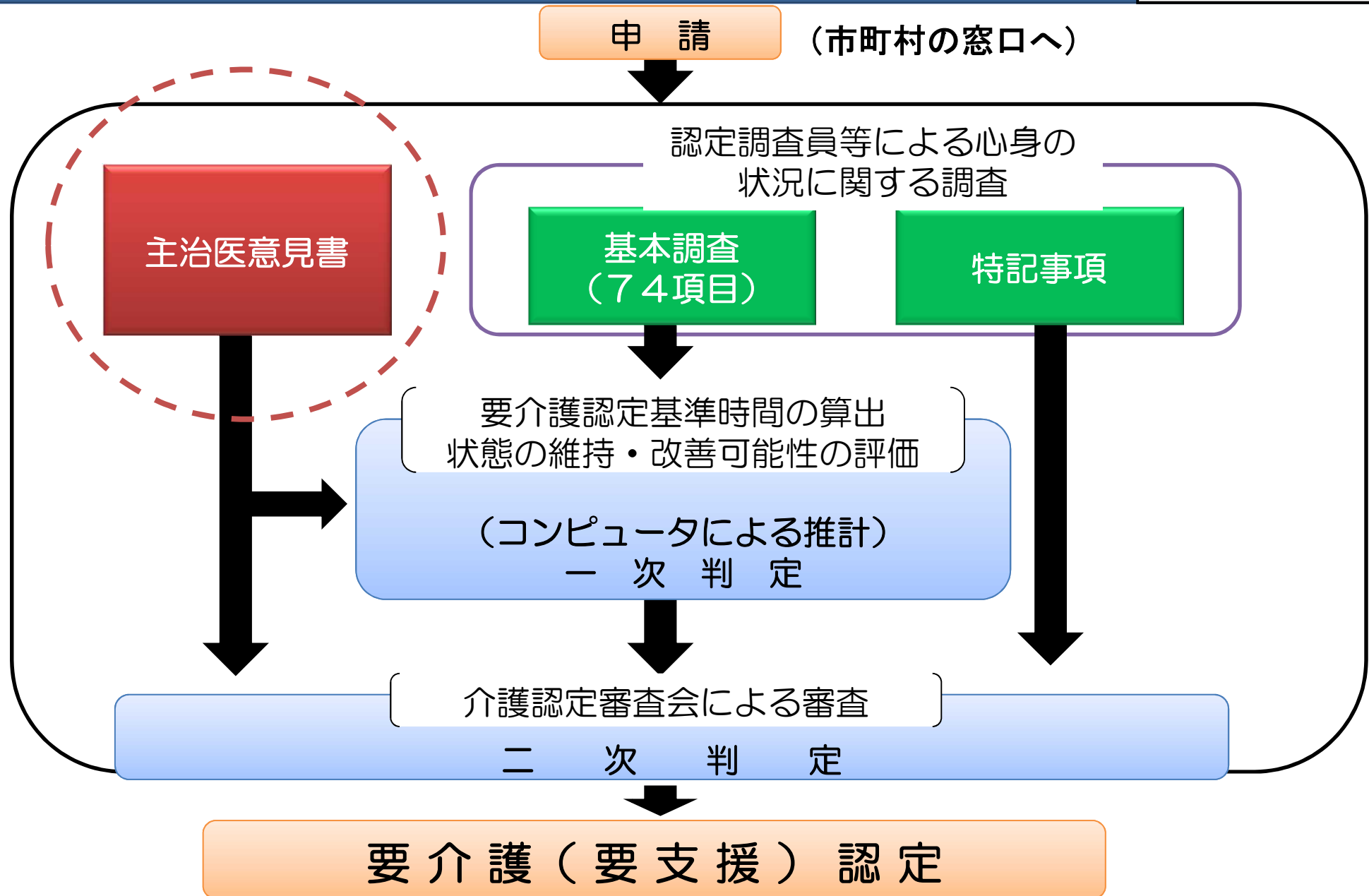
- 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組み。

要介護認定の流れ

- 要介護認定は、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。（一次判定）
- 次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。（二次判定）
- この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

要介護認定の流れ

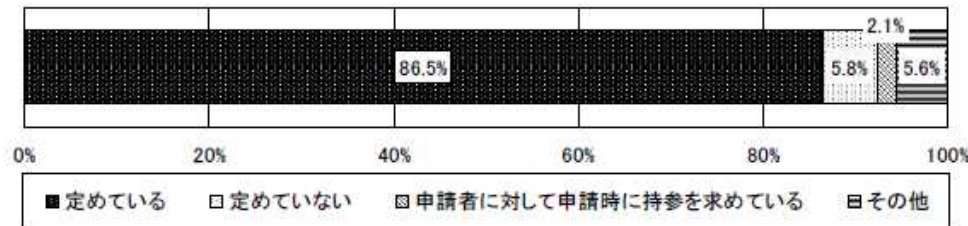
中 医 協 総 - 3
2 5 . 6 . 1 2



要介護認定に係る主治医意見書の業務について ＜全国の自治体を対象に調査＞

中医協 総 - 3
2 5 . 6 . 1 2

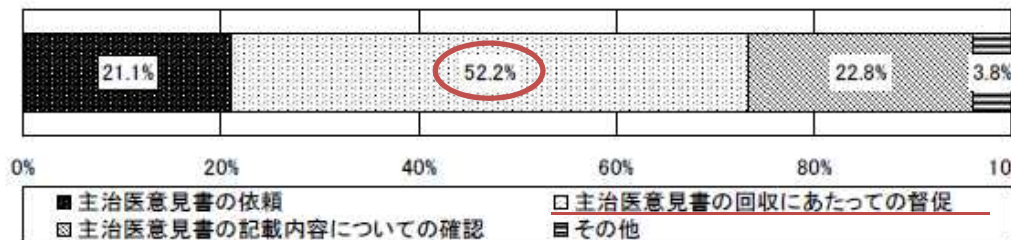
1. 主治医意見書の提出期限(n=1,169)



2. 期限内に提出される主治医意見書の割合(n=1,169)

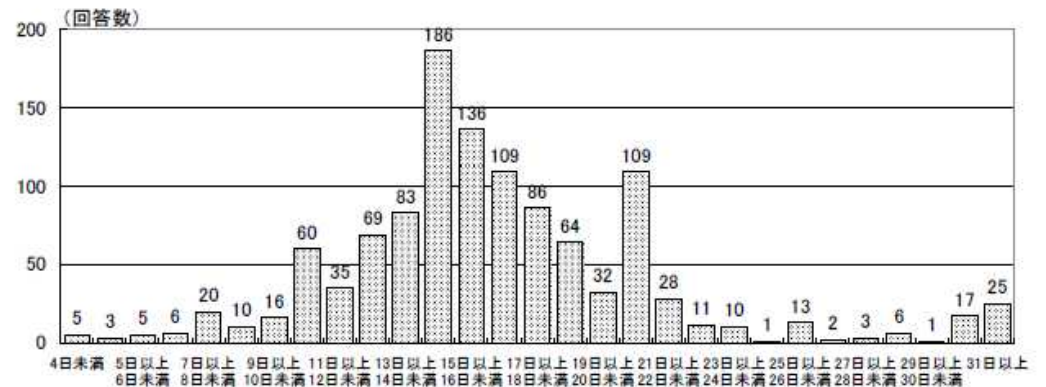


3. 主治医意見書に係るもっとも負担の大きい業務(n=1,169)

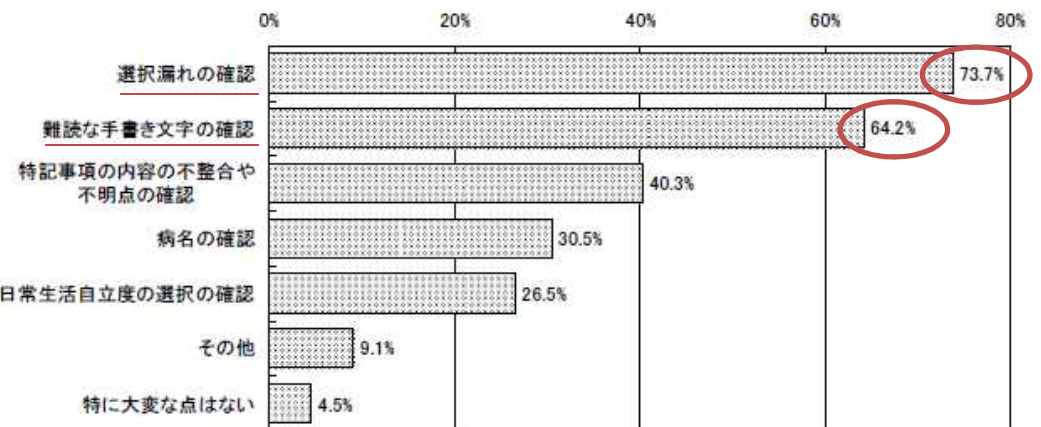


分類	発送数	回答数	回答率
市区町村	1,569	1,093	69.7%
政令指定都市	19(189)	16(112)	84.2%
広域行政事務組合	143	112	78.3%
全体	1,731(1,901)	1,221(1,293)	70.5%(68.0%)

4. 主治医意見書の平均回収日数(n=1,151)



5. 主治医意見書の内容確認で負担の大きい作業 複数回答(n=1,169)



出典：平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「要介護認定における事務負担の軽減に関する調査研究事業 報告書(平成24年3月)」

※()内は政令指定都市行政区の発送数・回答数も含めた数

介護保険法における指定居宅サービス事業者の特例について

指定居宅サービス事業所の特例(見なし指定)・・・介護保険法 第71条の要約

病院等について、健康保険法第63条第3項第一号の規定による保険医療機関又は保険薬局の指定があったとき(同法第69条の規定により同号の指定があったものと見なされたときも含む)は、その指定の時に、当該病院等の開設者について、当該病院等により行われる居宅サービス(病院又は診療所にあつては、居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションに限り、薬局にあつては居宅療養管理指導に限る)の指定があったものとみなす。

(参考)

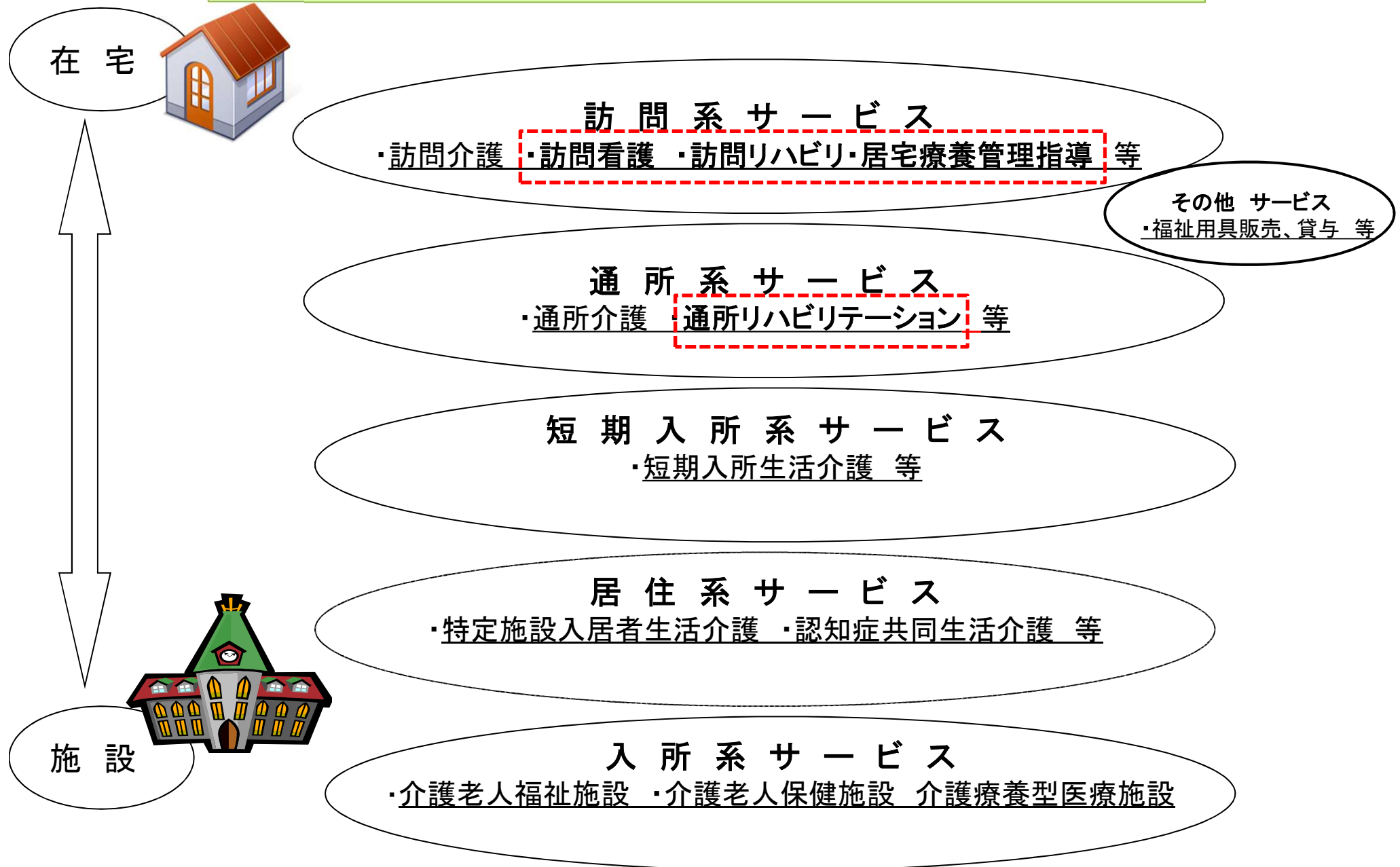
○医療法人が行う介護保険サービス種類別の請求事業所数

居宅療養管理指導を提供している事業所数	5, 652事業所
訪問看護を提供している事業所数	3, 333事業所
訪問リハビリテーションを提供している事業所数	2, 459事業所
通所リハビリテーションを提供している事業所数	5, 373事業所

○病院・診療所が行う介護保険サービス種類別の請求事業所数

訪問看護を提供している事業所数	1, 744事業所
訪問リハビリテーションを提供している事業所数	3, 006事業所
通所リハビリテーションを提供している事業所数	3, 501事業所

(参考)介護保険サービスの体系



居宅療養管理指導について

「居宅療養管理指導」

居宅要介護者について、病院、診療所又は薬局の**医師**、歯科医師、薬剤師その他厚生労働省令で定める者により行われる**療養上の管理及び指導**であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

算定要件の概要(医師が行う場合):

在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、当該指定**居宅療養管理指導事業所の医師が**、当該利用者の**居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定などに必要な情報提供並びに利用者またはその家族などに対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言**を行った場合に、1月に2回を限度として算定する。

○ケアマネージャーに対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする(必ずしも文書等による必要はない)

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」について、原則として文書等(メール・FAX等でも可)により、ケアマネージャーに対して情報提供を行うことで足りることとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。また文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

(情報提供すべき事項)

・基本情報(医療機関名、住所、連絡先、医師名、利用者氏名、生年月日、性別等)、利用者の病状、経過等、介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等、利用者の日常生活上の留意事項

○利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること

なお口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしても良いが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また文書等により指導又は助言を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付するなどにより保存すること。 43

介護サービスを実施していない理由

- ・短期入所療養介護を実施していないと回答した施設について、有床診療所の理由を見ると、病院や介護老人保健施設と比べ、「指定申請手続きが煩雑だから」「施設基準が満たせないから」「入院で対応できるので必要性を感じないから」「ケアプランに組み込まなければならず、利用しにくいから」「採算が取れないから」が高く、小規模の医療機関では手続きの煩雑さ等の理由が高くなる傾向がみられた。

短期入所療養介護を実施していない理由（複数回答）

	合計	病院	有床診療所	介護老人 保健施設
施設数	246 件	109 件	123 件	14 件
<u>指定申請手続きが煩雑だから</u>	8.9 %	4.6 %	<u>13.8 %</u>	0.0 %
<u>設備基準が満たせないから</u> (一人当たり病室床面積 6.4 m ² 、食堂等)	15.0 %	2.8 %	<u>26.0 %</u>	14.3 %
空床が少なく、受け入れができないから	34.6 %	43.1 %	25.2 %	50.0 %
<u>入院で対応できるので必要性を感じないから</u>	35.8 %	43.1 %	<u>31.7 %</u>	14.3 %
<u>ケアプランに組み込まなければならず、</u> <u>利用しにくいから</u>	7.7 %	5.5 %	<u>9.8 %</u>	7.1 %
<u>採算が取れないから</u>	14.2 %	12.8 %	<u>15.4 %</u>	14.3 %
併設施設もしくは同一法人内で既に実施しているから	13.0 %	22.0 %	4.9 %	14.3 %
その他	19.5 %	14.7 %	24.4 %	14.3 %
無回答	1.6 %	0.9 %	0.8 %	14.3 %

調査対象：短期入所療養介護の実施の有無に関わらず、全国の療養病床を有する病院1,000 施設、有床診療所1,500 施設、介護老人保健施設1,500 施設を無作為抽出して調査対象施設とした。

(回収率 病院24.6% 診療所13.1% 介護老人保健施設 27.9%)

※ただし、東日本大震災の影響のある地域に所在する医療機関、介護保険施設は除いた

出典：平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「医療依存度の高い要介護高齢者の在宅生活継続のための短期入所療養介護のあり方に関する調査 報告書」をもとに保険局医療課作成

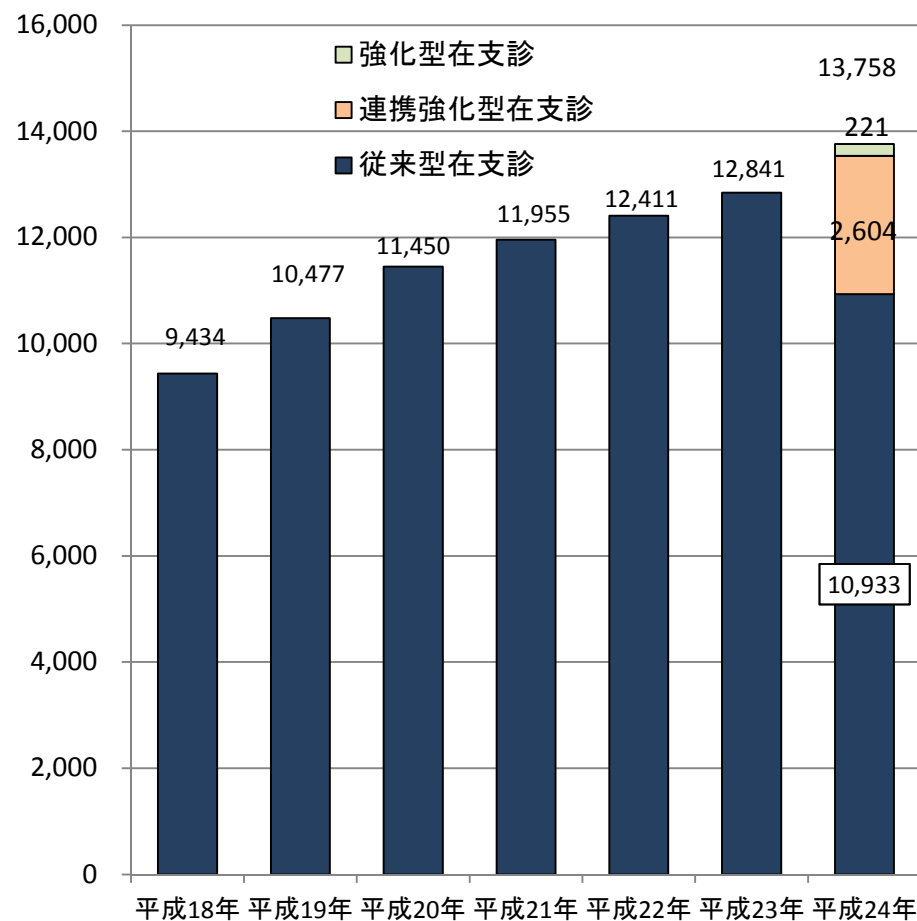
5. 在宅医療の提供および 24時間の対応について

在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

中 医 協 総 ー 3
2 5 . 6 . 1 2

在宅療養支援診療所届出数

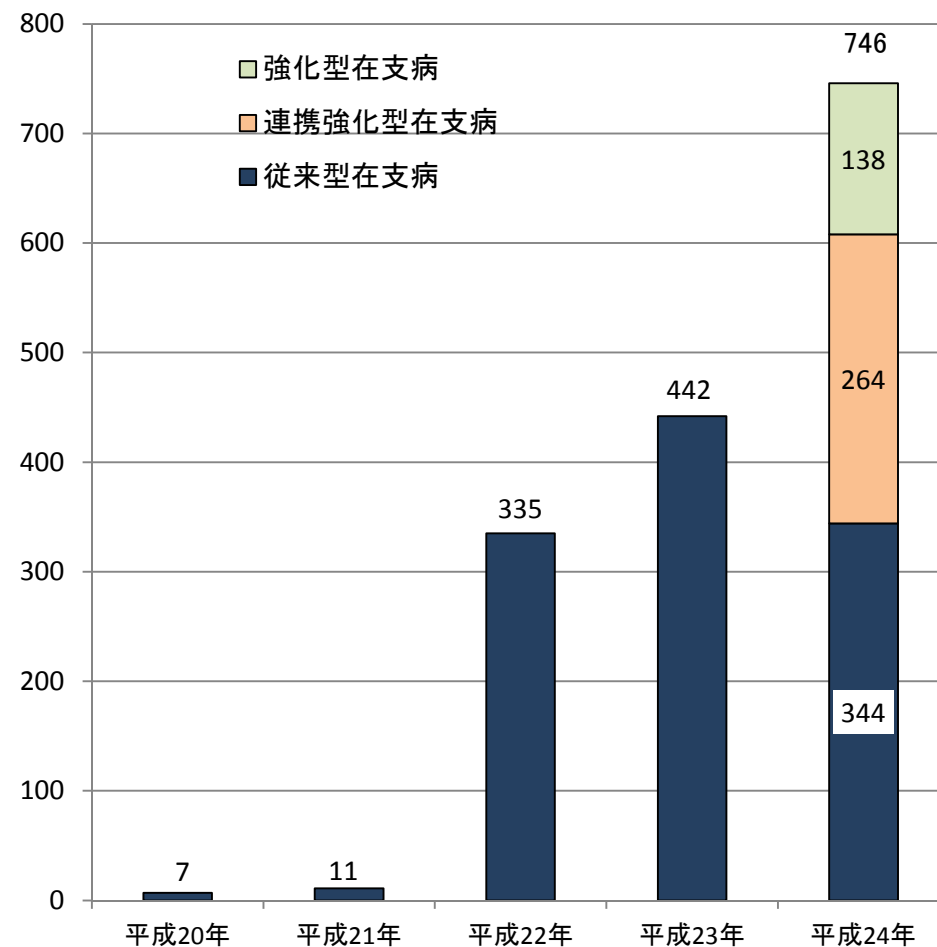
(届出数)



(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

在宅療養支援病院届出数

(届出数)

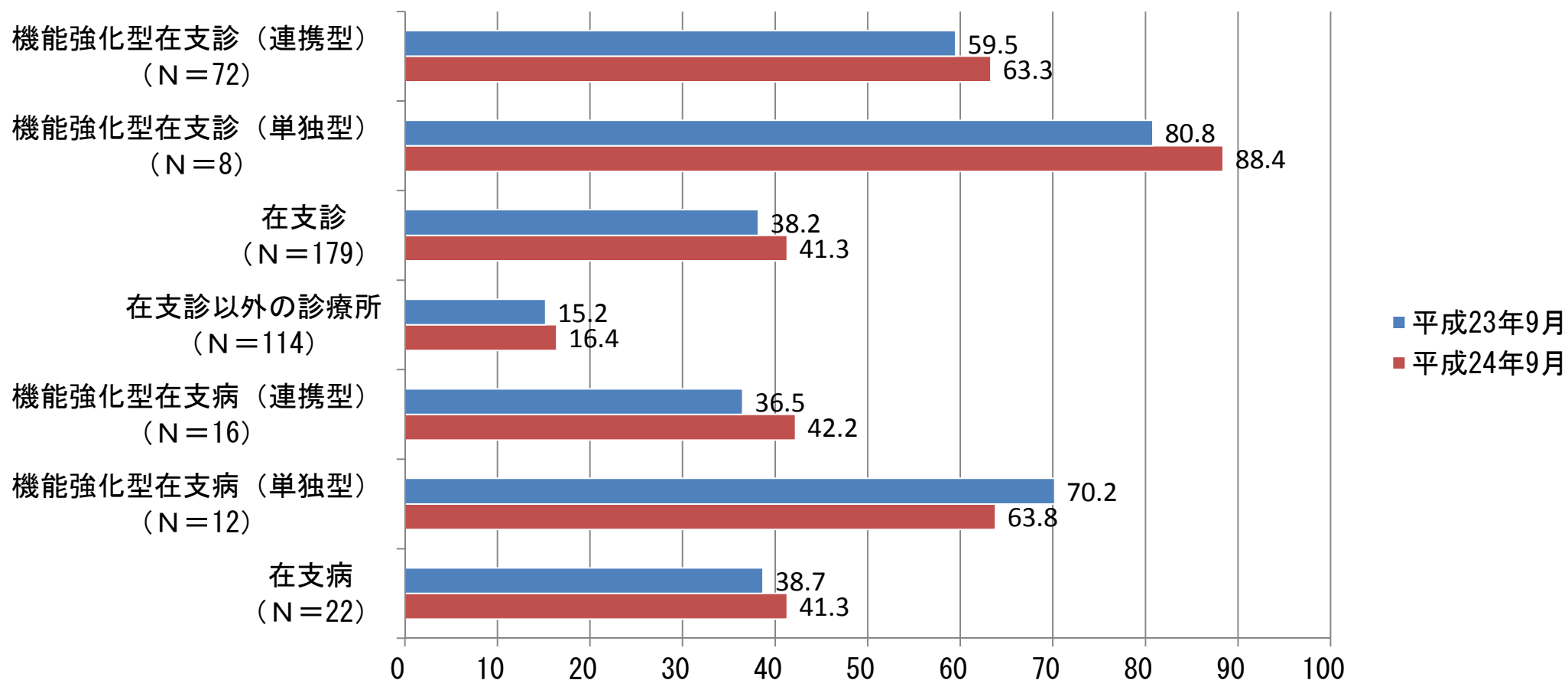


(注) 連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

在宅医療の提供状況①

中 医 協 総 ー 4
2 5 . 6 . 2 6

【主治医として在宅医療を提供している患者数(1施設あたり)】



出典: H24検証部会調査(在宅医療)

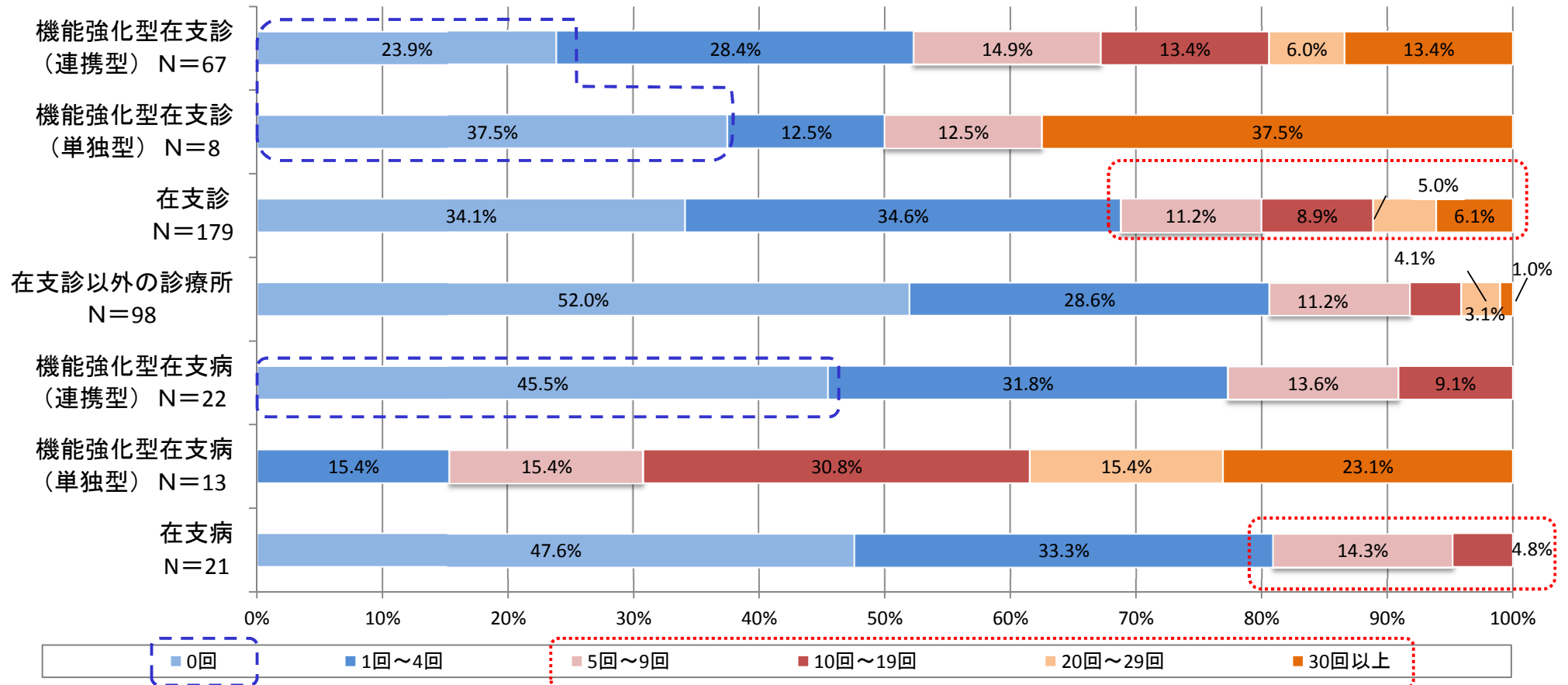
主治医として在宅医療を提供している患者数について、平成24年は平成23年に比べて増えており、また、機能強化型在支診/病院 は 在支診/病院 に比べて多い。

緊急時の往診 ①

中 医 協 総 ー 4
2 5 . 6 . 2 6

【緊急時に往診した回数】

(平成24年4月～9月)



出典: H24検証部会調査(在宅医療)

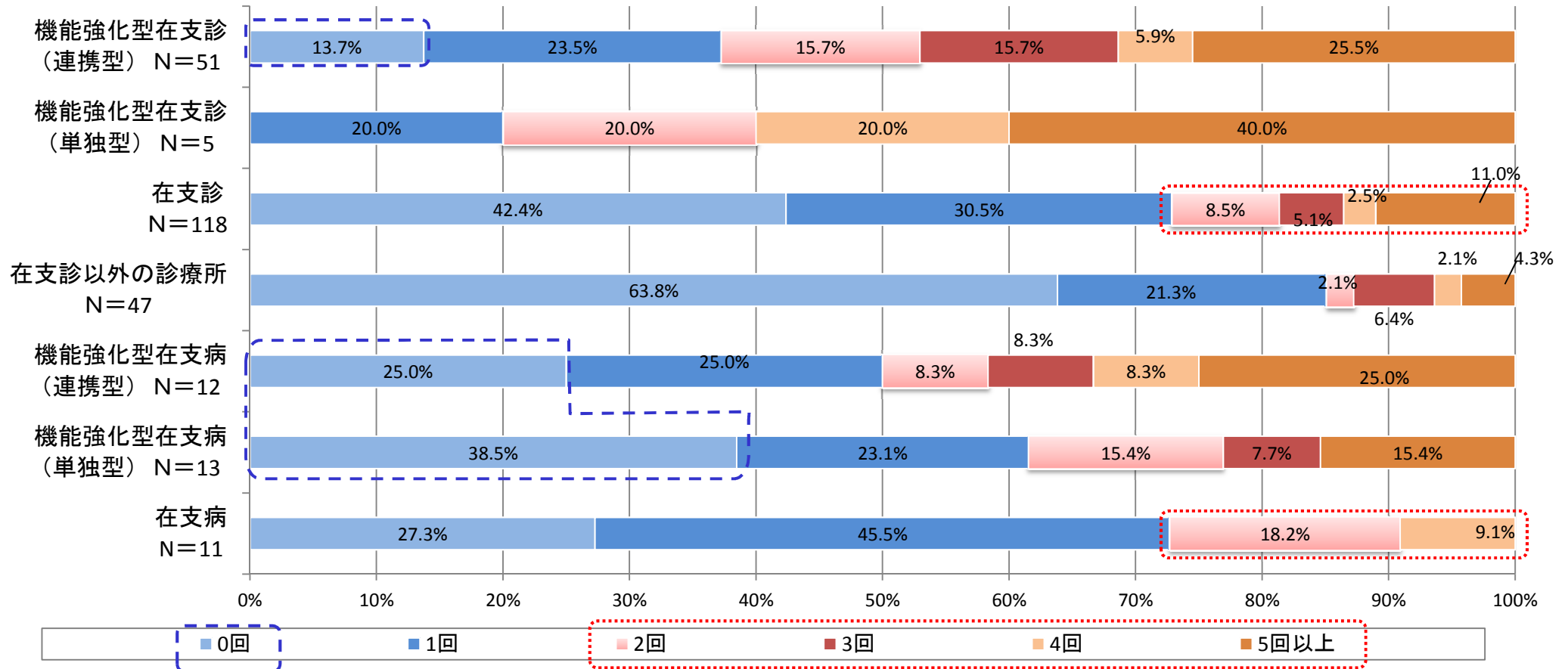
機能強化型在支診/病院において緊急往診が0回のところが存在する一方、在支診/病において緊急往診が5回以上のところが存在する。

看取り

中 医 協 総 ー 4
2 5 . 6 . 2 6

【緊急往診を行った病院のうち、在宅で看取りを行った回数】

(平成24年4月～9月)



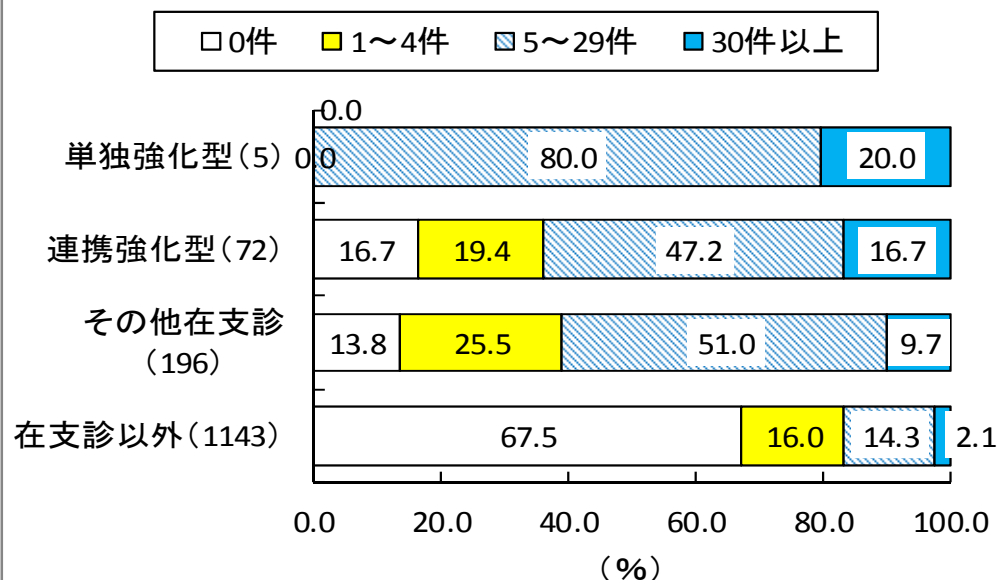
出典: H24検証部会調査(在宅医療)

機能強化型在支診/病院で看取りの回数が0回のところが存在する一方、在支診/病において看取りの回数が2回以上のところが存在する。

診療所 在宅医療－緊急往診－

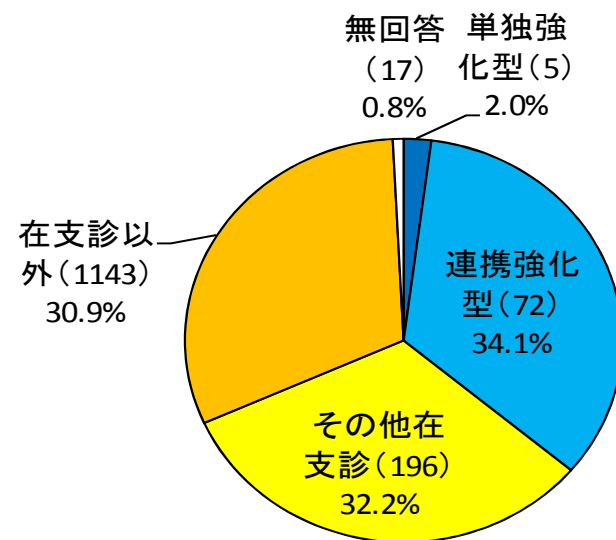
今後、新たに在支診の届出をしようというところは少ないものの、在支診以外の診療所でも、緊急往診を行っているところが3割強あり、緊急往診総回数（本調査の回数の合計）の30.9%を担っている。

診療所 過去1年間の緊急往診件数別構成比



* ()内は回答施設数。在宅を担当する医師数および緊急往診件数が無回答の施設を除く。連携の場合は、当該施設の緊急往診件数。

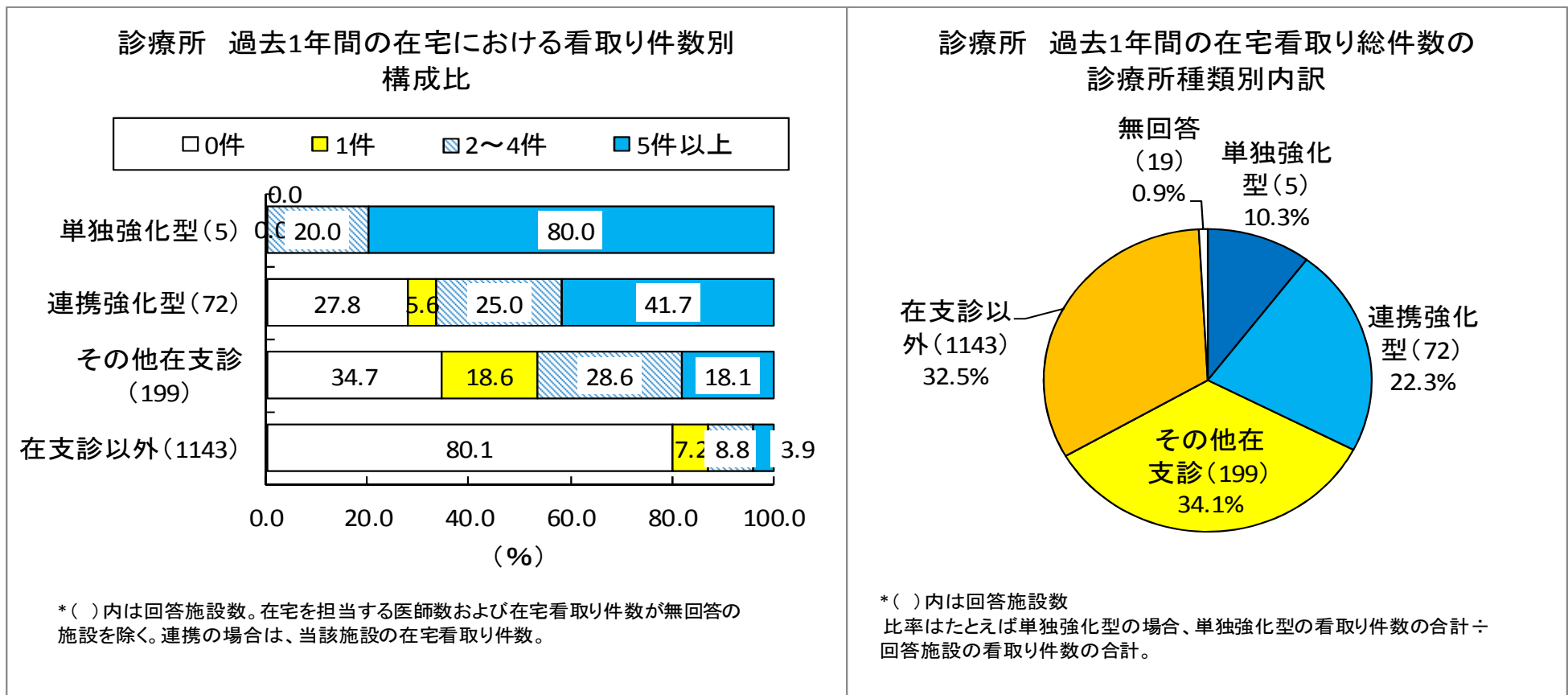
診療所 過去1年間の緊急往診総回数の診療所種類別内訳



* ()内は回答施設数
比率はたとえば単独強化型の場合、単独強化型の往診回数の合計÷回答施設の往診回数の合計。

診療所 在宅医療－在宅看取り－

また、在宅での看取りについても、在支診以外の診療所の約2割が行っており、在宅看取り総件数(本調査の件数の合計)の32.5%を担っている。



時間外対応加算について(平成24年改定)

中 医 協 総 - 3
2 5 . 6 . 1 2

初・再診料及び関連する加算の評価

- 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	3 点

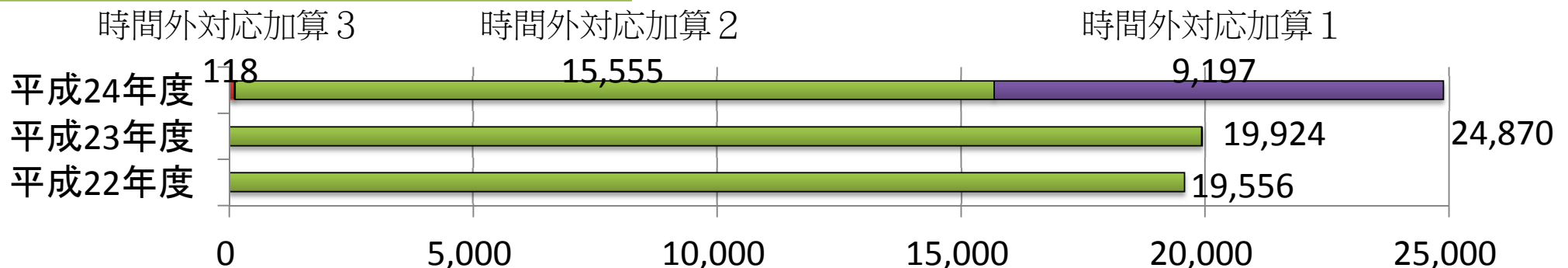


【改定後】時間外対応加算

(新) 時間外対応加算1 (常時対応)	5 点
(改) 時間外対応加算2 (標榜時間外の夜間の数時間の対応)	3 点
(新) 時間外対応加算3 (連携して対応)	1 点

時間外対応加算の届出状況

※平成22年度、23年度は地域医療貢献加算 3点

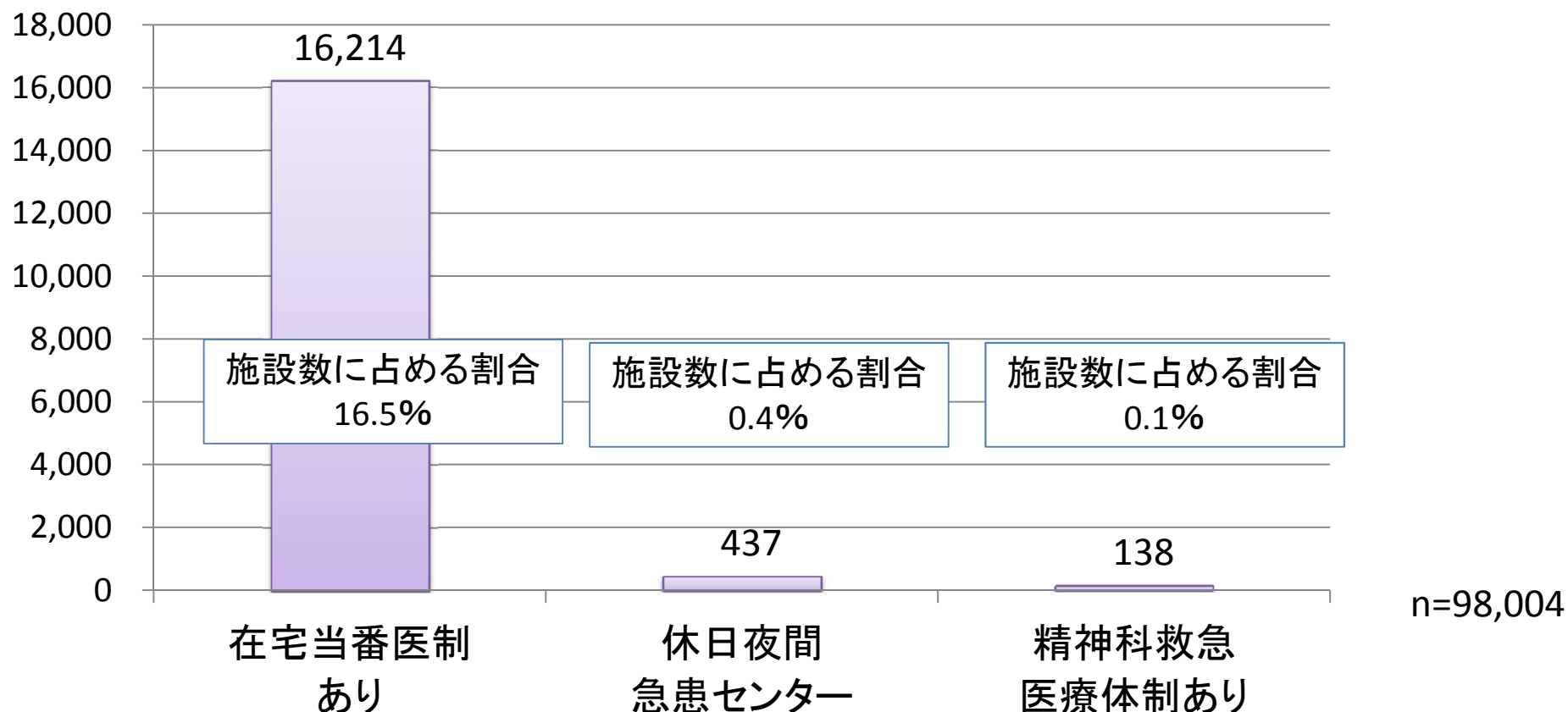


出典: 保険局医療課調べ

一般診療所の救急医療体制の状況と 休日夜間急患センターの状況(複数回答)

中 医 協 総 ー 3
2 5 . 6 . 1 2

平成23（2011）年10月1日現在



※ 休日・夜間急患センター：比較的軽症な急病患者の診療を受け持つ
 在宅当番医制：地区医師会の会員が当番制で診療を行う
 精神科救急医療体制：「精神科救急医療システム整備事業の実施について」（平成7年10月27日健医発1321号）により規定される精神科救急医療施設

注：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た数値である

出典：医療施設調査(平成23年) **53**

主治医機能について① (対象医療機関と対象患者)

概要

- ・ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、診療所や中小病院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。

対象医療機関

- ・ 外来の機能分化の観点から、主治医機能については、地域の拠点となる病院ではなく、主としてアクセスしやすい診療所や中小病院が担うことが重要であると考えられる。
- ・ また、複数の慢性疾患を持つ患者に対して、主治医機能を持った医師が、それぞれの専門性を持った医療機関と連携しながら、一元的な管理を行うことが重要であると考えられる。

対象患者

- ・ 複数の慢性疾患を有している患者は高齢者に多いが、それ以外の年齢層にも一定程度みられ、年齢に関わらず継続的かつ全人的な医療を行うことが重要であると考えられる。
- ・ また、高血圧症、糖尿病、脂質異常症や認知症を有する患者が増加することが見込まれ、これらの疾患を主病とする患者に対する対応が重要であると考えられる。

主治医機能について②(服薬管理等)

概要

- ・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。

服薬管理

- ・服薬管理のためには、主治医機能を担う医療機関が、患者が通院している医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品を全て管理することが重要であると考えられる。そのため、診療所や中小病院においても、院内処方等により、医師自ら又は配置されている薬剤師等が、一元的な服薬管理を行う体制が重要と考えられる。

健康管理

- ・健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、評価結果をもとに患者の健康状態を管理し、又、気軽に健康相談できることが重要であると考えられる。あわせて、たばこ対策を行うことも重要である。

介護保険制度の理解と連携

- ・介護保険制度について、介護保険サービスを提供している医療機関が一定程度みられる一方で、指定申請手続きが煩雑等の理由で介護サービスを実施していない場合があり、要介護認定に係る主治医意見書の作成や居宅療養管理指導等の介護サービスを提供すること等が重要であると考えられる。

在宅医療の提供および24時間の対応

- ・在宅医療の提供や24時間の対応を行う医療機関は、在支診・在支病に限らないが、在宅医療への積極的な関与が重要である。また、時間外対応加算の届出数も一定程度増えており、患者への時間外のニーズにも対応している。

主治医機能の強化に係る論点について

【課題】

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、診療所や中小病院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が重要である。
- 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】



- (1) 外来の機能分化における主治医機能のあり方を踏まえ、診療所や中小病院を対象とし、対象患者については、年齢による区分は行わないこととするとともに、高血圧症、糖尿病、脂質異常症や認知症を有する患者を対象とすることについて、どう考えるか。
- (2) 服薬管理について、患者が通院している医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品を全て管理することが重要であり、診療所や中小病院において、院内処方等により、医師自ら又は配置されている薬剤師等が、一元的な服薬管理を行う体制について、どう考えるか。
- (3) 健康管理について、健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、評価結果をもとに患者の健康状態を管理し、又、気軽に健康相談できる体制について、どう考えるか。あわせて、たばこ対策を行うことについてどう考えるか。
- (4) 介護保険制度について、要介護認定に係る主治医意見書の作成や居宅療養管理指導等の介護サービスを提供すること等について、どう考えるか。
- (5) 外来から在宅医療までの継続した医療の提供を行い、また24時間の対応を行うことについて、在宅医療への積極的な関与及び夜間の連絡先も含めて患者に対して説明と同意を求めること等についてどう考えるか。