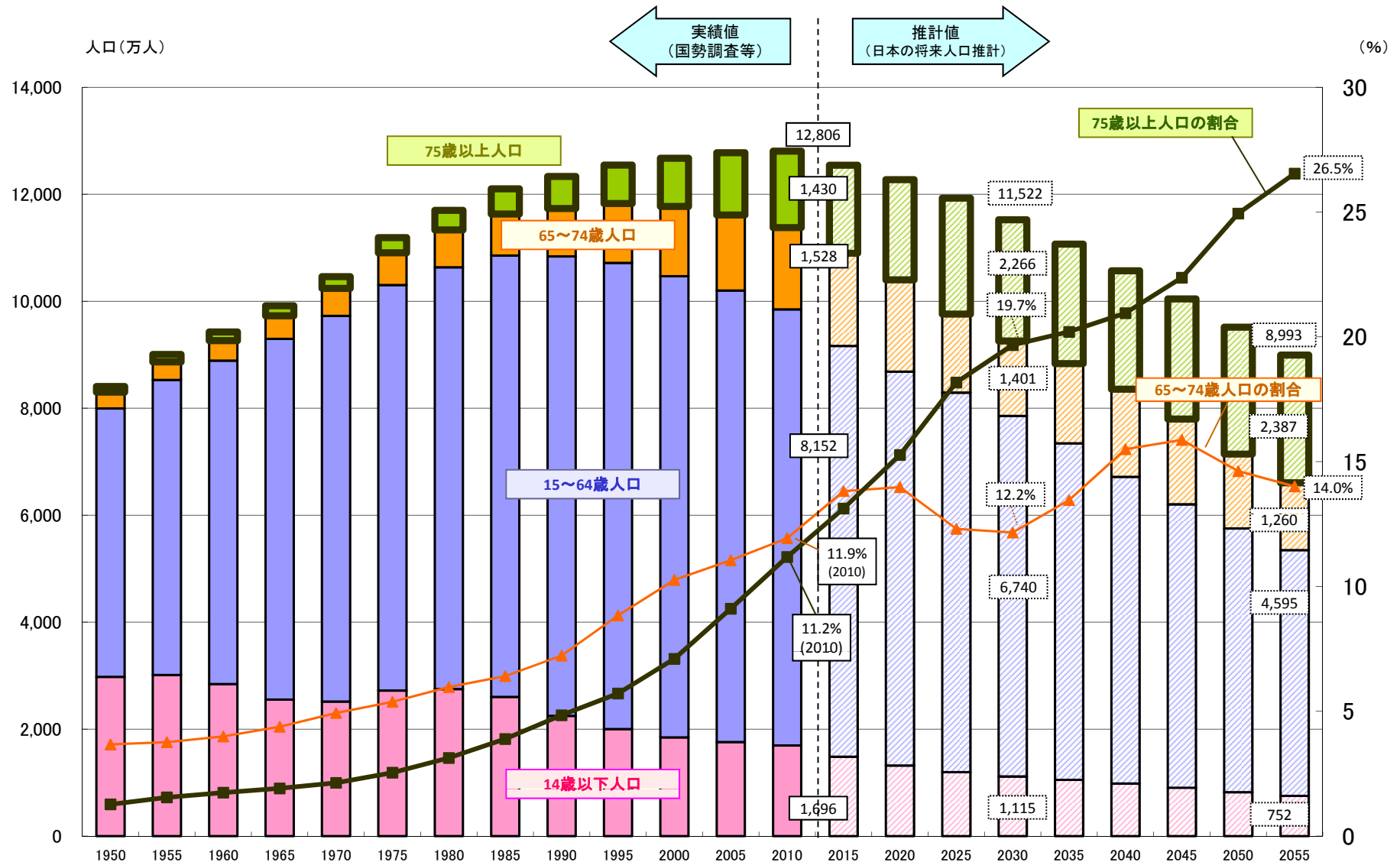


中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会との打ち合わせ会

診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて

1. 医療・介護を取り巻く状況

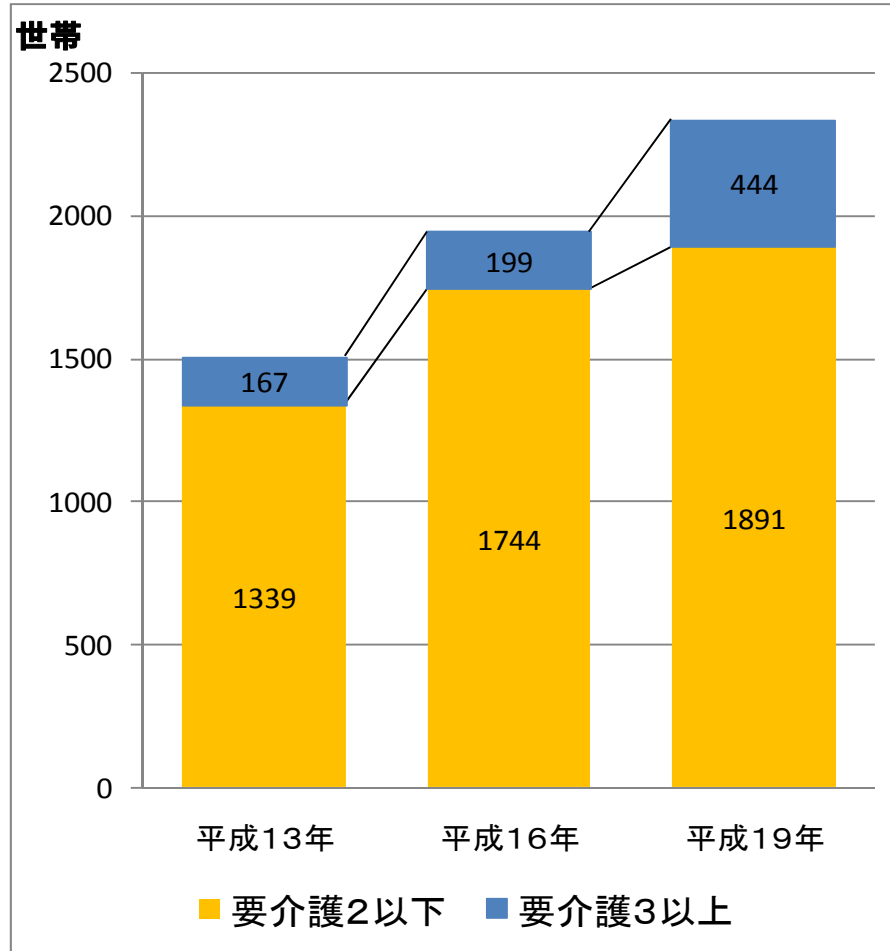
人口推計



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(平成22年10月1日推計)」、2010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18年12月推計)中位推計」

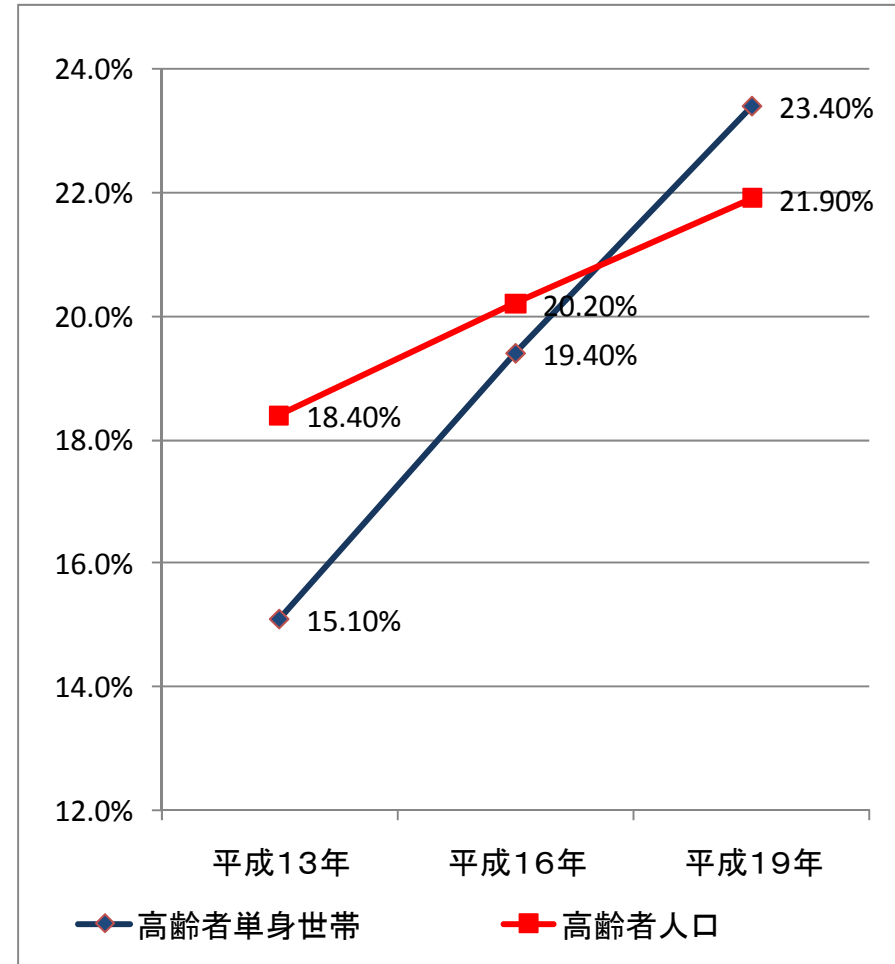
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



(※)介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



(出典)国民生活基礎調査から作成

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

社会保障・税の一体改革に関する検討ポイント

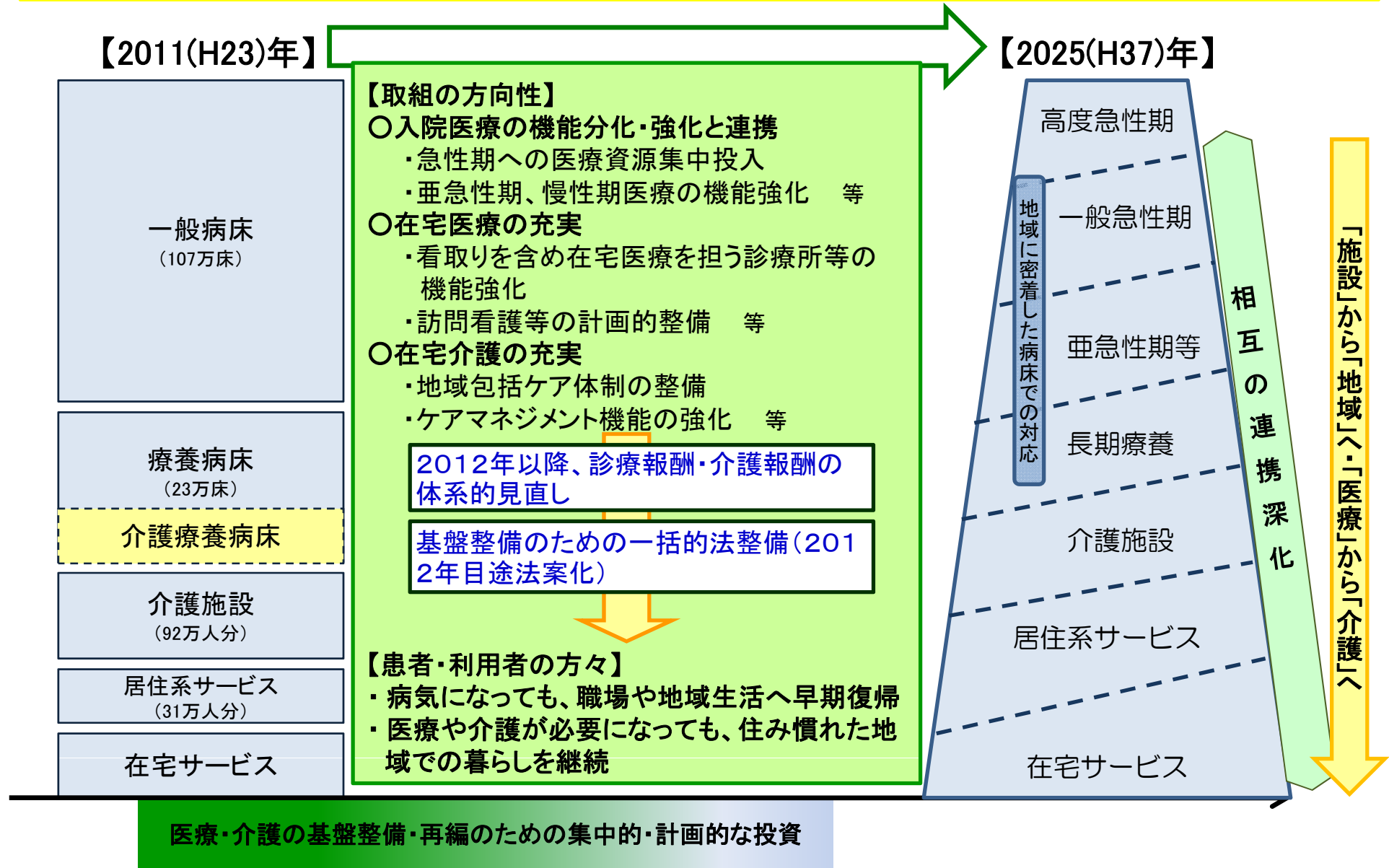
(平成23年6月30日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
 - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
 - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
 - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
 - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
 - c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
 - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
 - d) その他
 - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
 - ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

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

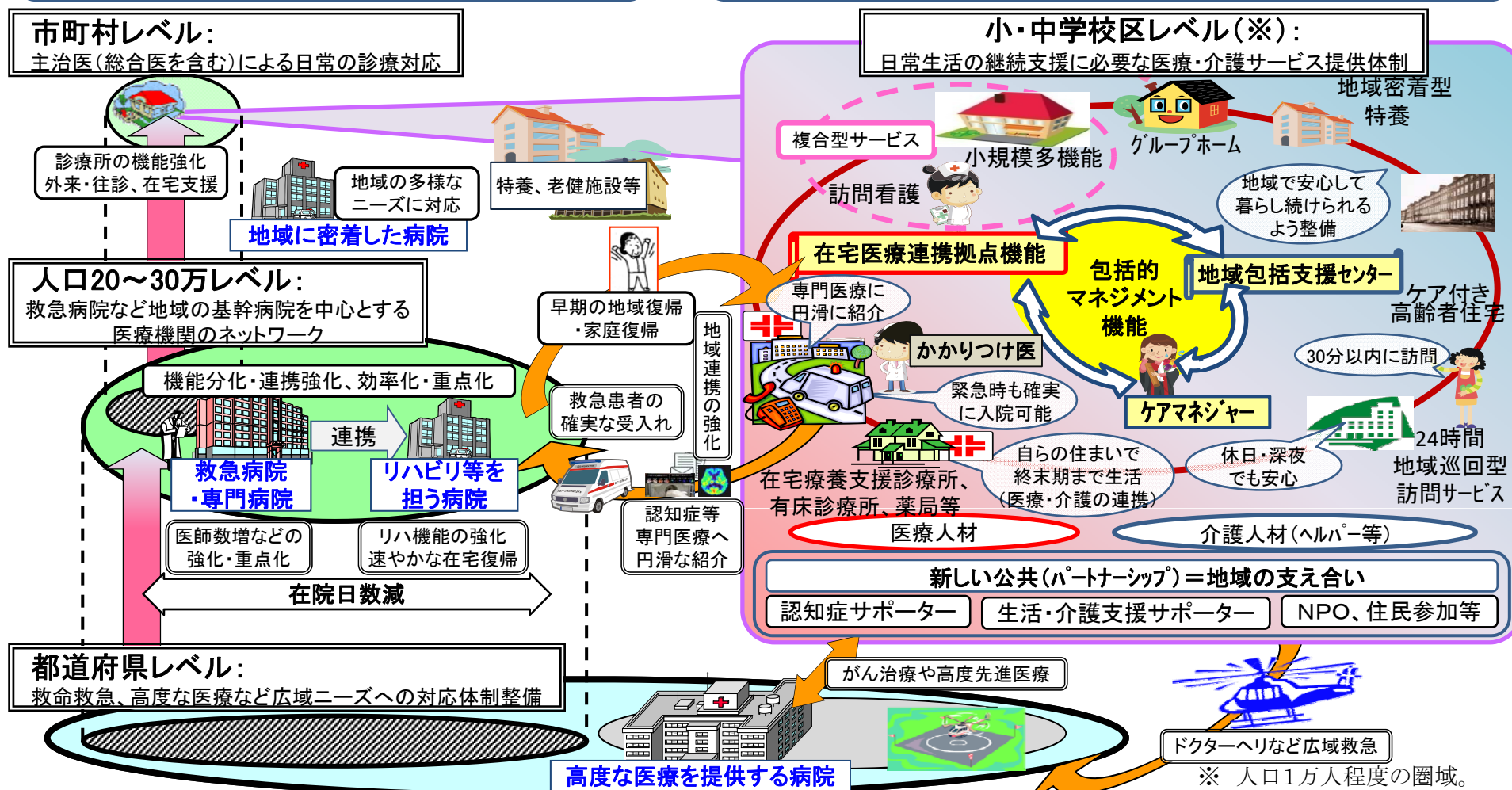
医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度				
		現状投影シナリオ	改革シナリオ			
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度 退院患者数 125万人/月	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度 (参考) 急性 15 日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75 日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ケア 190 日程度 ※推計値 152万人/月	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度		
一般急性期			【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度 29万人/月	
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度		
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度			
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度			
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度		
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分			
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分			

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 （注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

(参考) 医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素

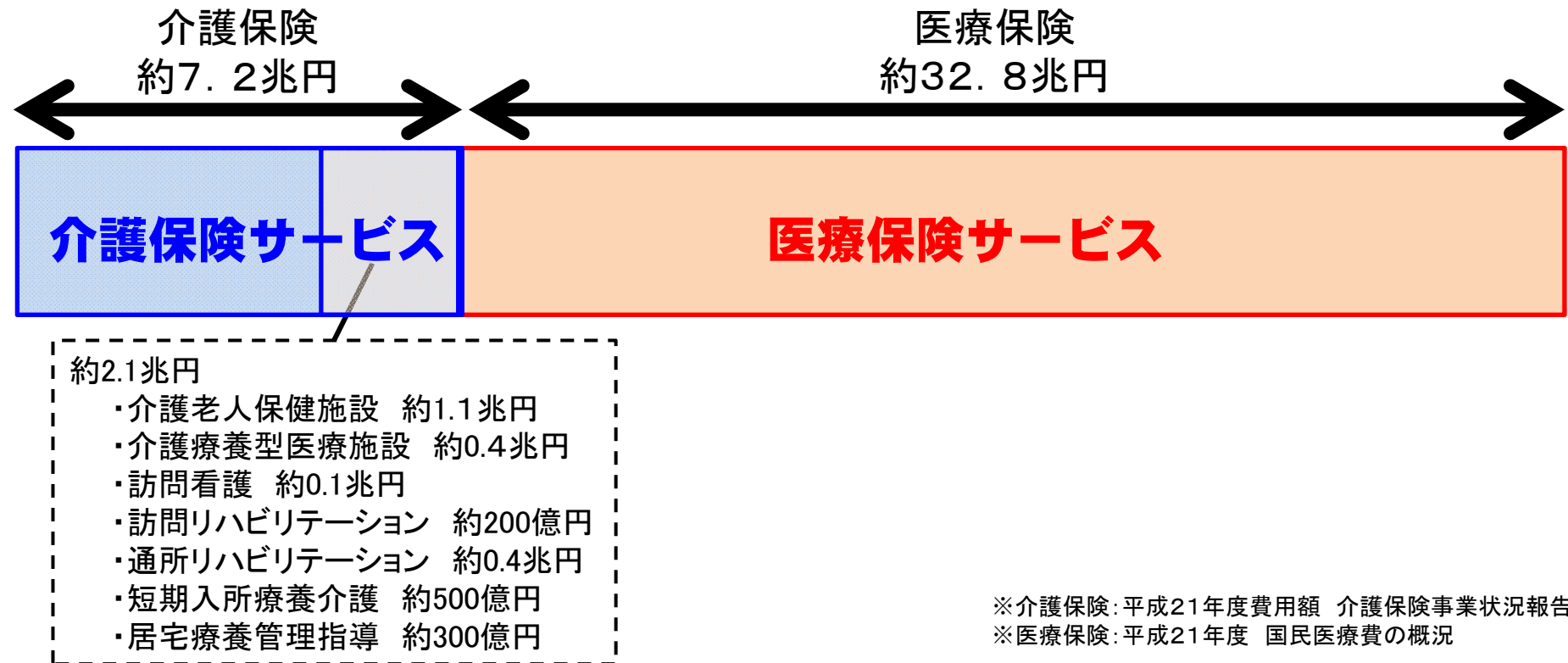
		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合) (現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

出典:平成23年6月2日第10回社会保障改革に関する集中検討会議(参考資料1-2)医療・介護の長期推計(抄)

2. 介護保険サービスと医療保険サービスの概要

診療報酬と介護報酬の全体像

○介護保険サービスのうち、約3割が医療系のサービスとなっている



○要介護度が高い利用者ほど医療ニーズも高い傾向にある

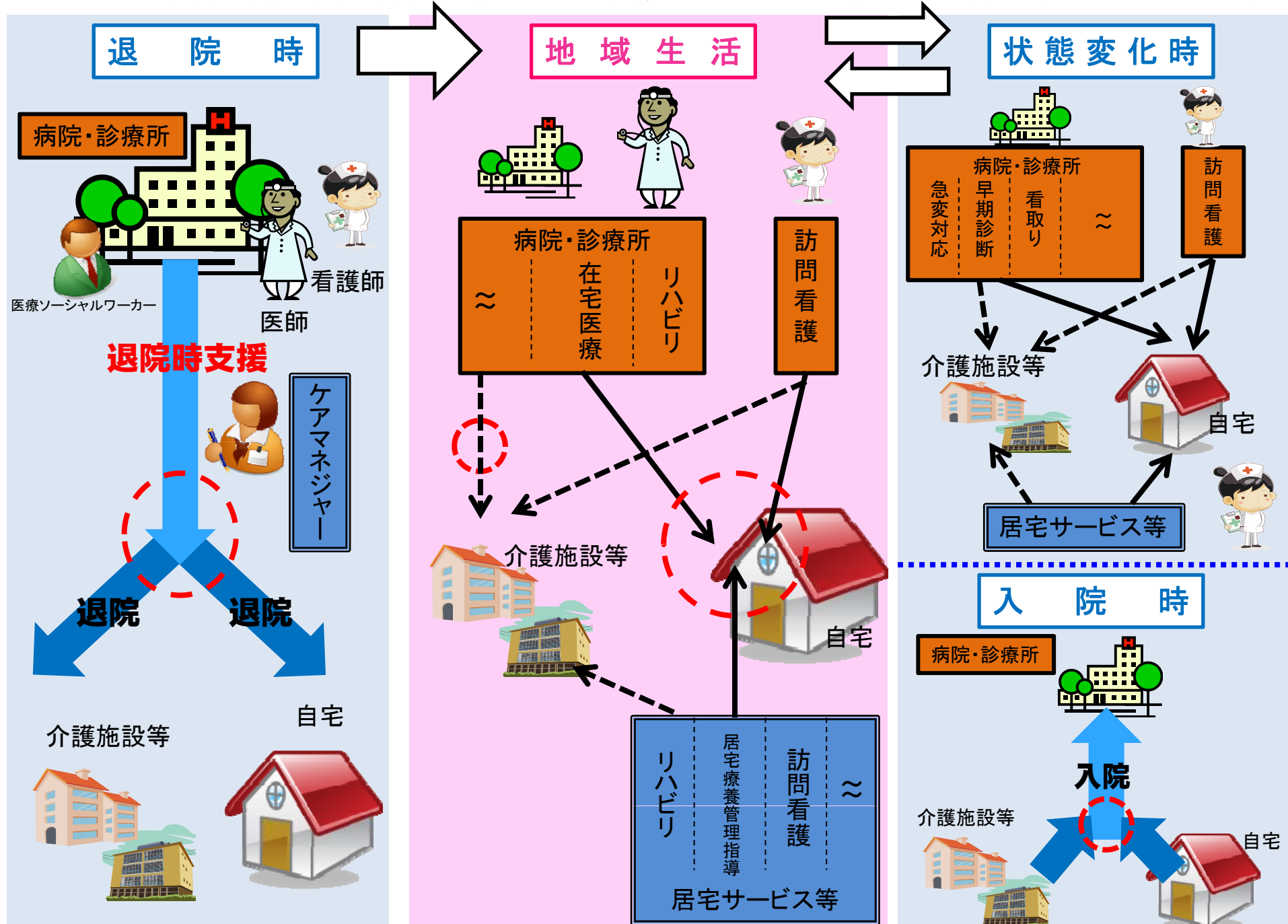
訪問看護受給者数(千人)

総数※	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
284.2	8.0	18.3	40.3	56.3	45.6	49.9	65.8
(%)	(2.8%)	(6.4%)	(14.2%)	(19.8%)	(16.0%)	(17.6%)	(23.2%)

※総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

出典:介護保険給付実態調査 平成23年4月審査分

要介護・要支援高齢者等の視点からみた医療・介護の提供のイメージ



要介護者又は要支援者については、原則として、介護保険給付が医療保険給付より優先されるが、別に厚生労働省が定める場合については、医療保険から給付できることとされている。

○ 健康保険法(大正十一年法律第七十号)
第五十五条

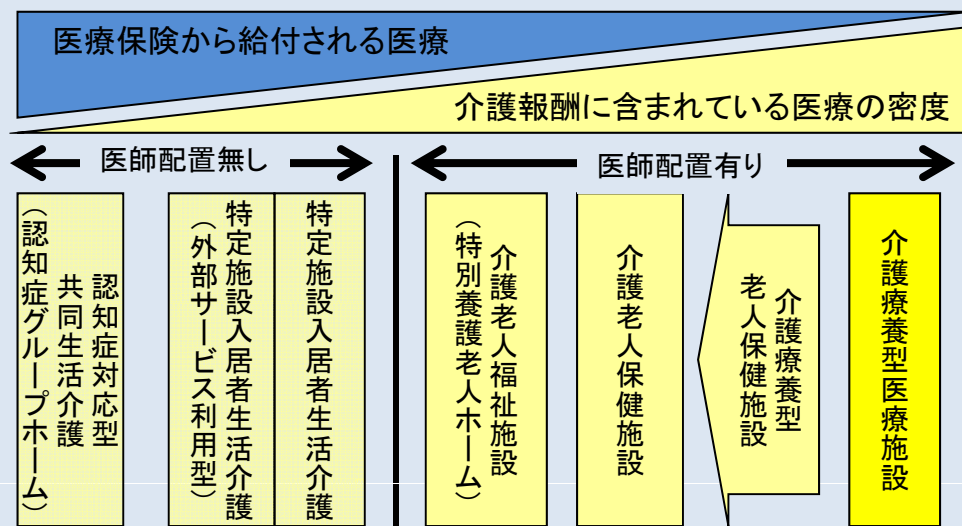
2 被保険者に係る療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給は、同一の疾病又は負傷について、介護保険法の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない。

○ 診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五十九号)

六 前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第六十二条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。

介護施設における医療保険と介護保険の給付調整の関係

○ 介護施設では、医師の配置を必須としているもの、施設の趣旨・目的に応じた医療が介護保険より提供されるものがあり、この場合には、医療保険による給付が調整されている。

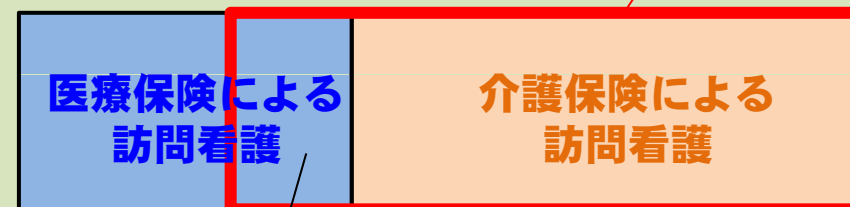


居宅サービスにおける医療保険と医療保険の給付の関係

○ 介護保険における居宅サービスと同内容のものが医療保険においても設定されている場合には、原則として介護保険によるサービスが優先されることとなるが、医療ニーズがより高い等の場合には、医療保険が優先されるものもある。

【例】訪問看護

要介護者、要支援者



末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合

3. 論点、課題等

(1) 医療・介護施設の機能分化と連携の推進

① 入・退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進

→ 論点・課題

入院中から、退院後の療養生活支援を視野に入れた

①入院診療計画や退院支援計画の策定、

②在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所との連携、

などについて、どのように考えるか。

② 介護療養病床から介護療養型老人保健施設等への転換促進

→ 論点・課題

療養病床再編成をより一層進めるために、介護報酬、診療報酬上どういった対応が考えられるか。

③ 介護施設における医療提供のあり方

→ 論点・課題

介護施設においては、その類型に応じて医療の提供体制が異なるが、施設入所者等の現状に応じて、医療提供のあり方についてどのように考えるか。

(2) 在宅医療・介護の充実

① 訪問看護・リハビリ等の要介護者等の在宅生活における医療提供

→ 論点・課題

在宅生活者に対する医療を強化するため、訪問看護、歯科治療、薬剤管理指導やリハビリテーションの提供のあり方について、どのように考えるか。

② 看取りへの対応

→ 論点・課題

在宅や介護施設等における看取りの対応を強化するため、在宅療養支援診療所等を活用し、地域における24時間対応や緊急時の対応が可能な体制を構築するため、診療報酬、介護報酬上どういった対応が考えられるか。

③ 認知症への対応

→ 論点・課題

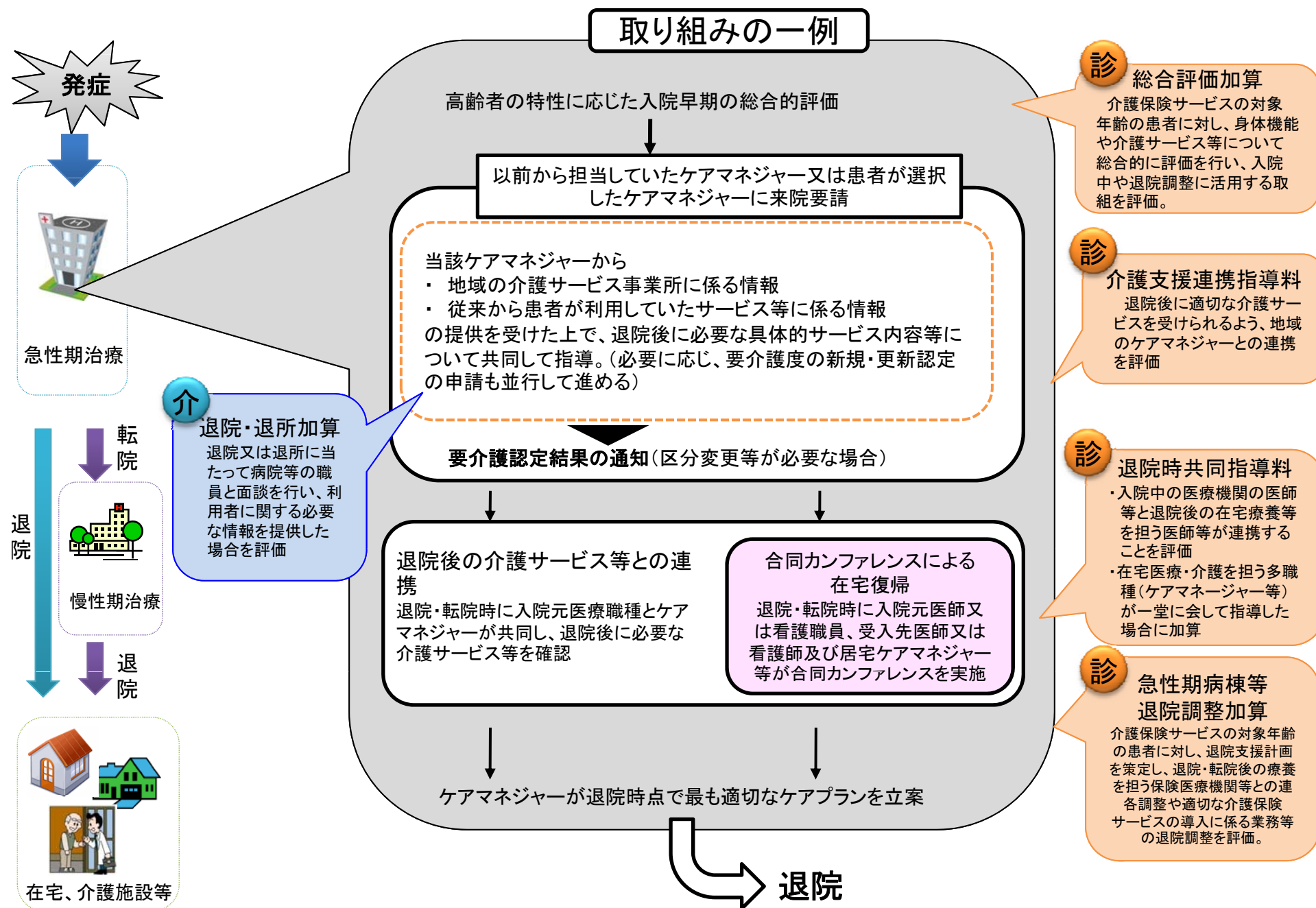
- 認知症への対応を強化するため、早期の診断から個別の診療、在宅復帰に至る過程において、医療と介護が連携した上で、適切なサービスを提供するために、どういった対応が考えられるか。
- BPSD(周辺症状)への対応等、医療機関における認知症患者に対する医療についてどのように考えるか。
- 認知症対応型共同生活介護や小規模多機能型居宅介護における医療提供のあり方についてどのように考えるか。

参考資料

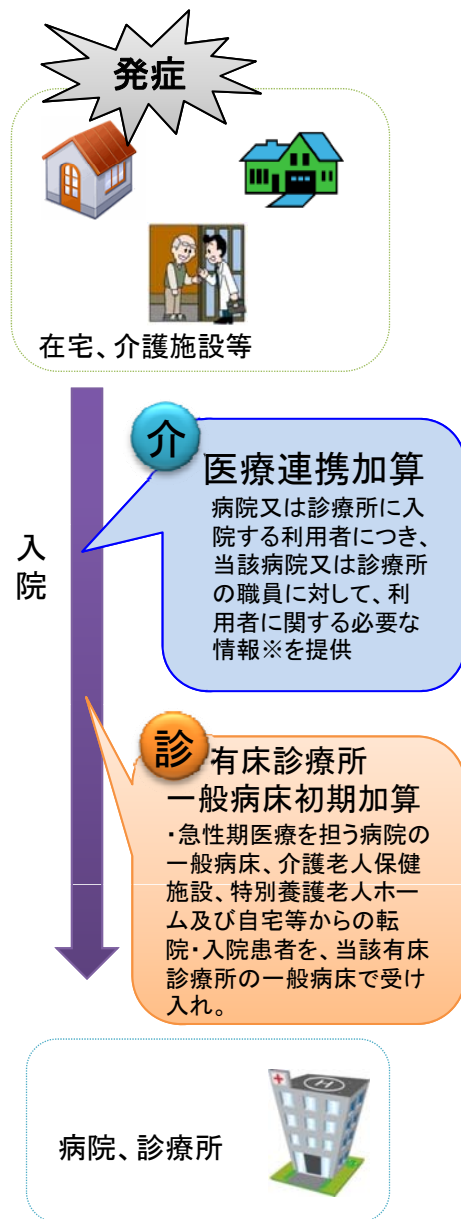
1. 医療・介護施設の機能分化と連携の推進

① 入・退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進

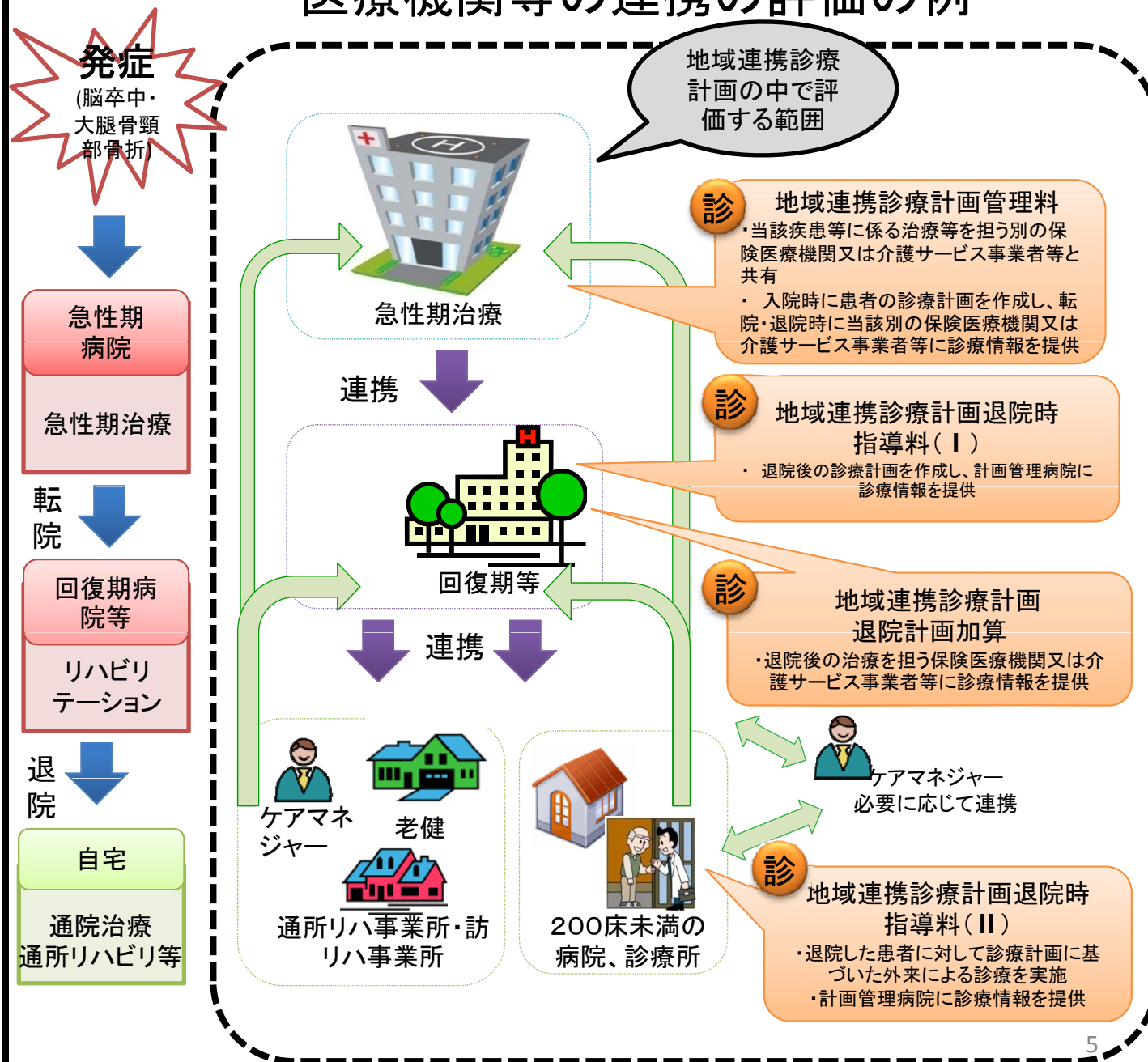
介護サービス等を見越した退院後支援の取組の評価の例



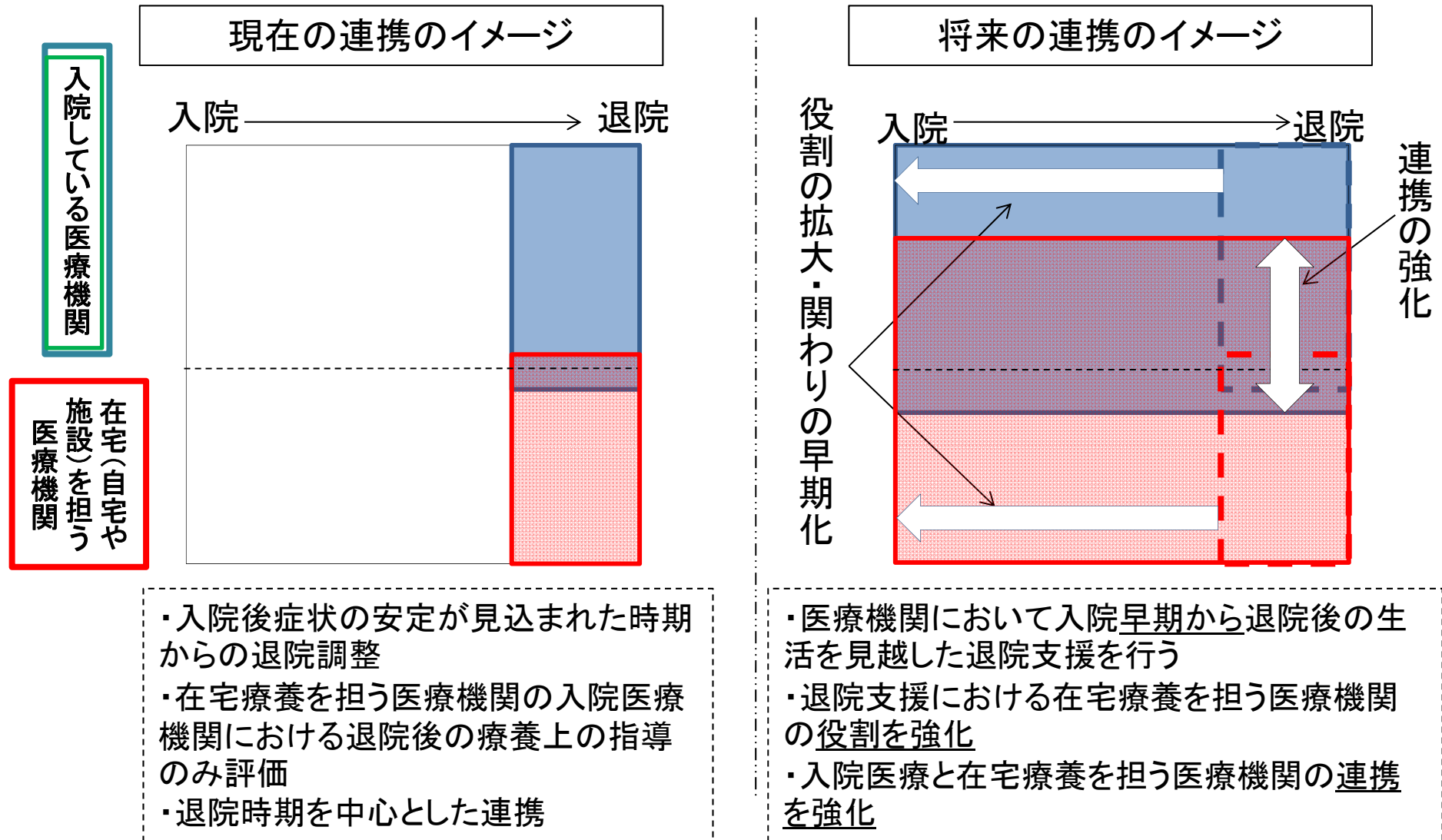
入院時支援の 取組の評価の例



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る 医療機関等の連携の評価の例



退院支援に係る入院医療と在宅医療のそれぞれを担う 医療機関連携の評価のイメージ

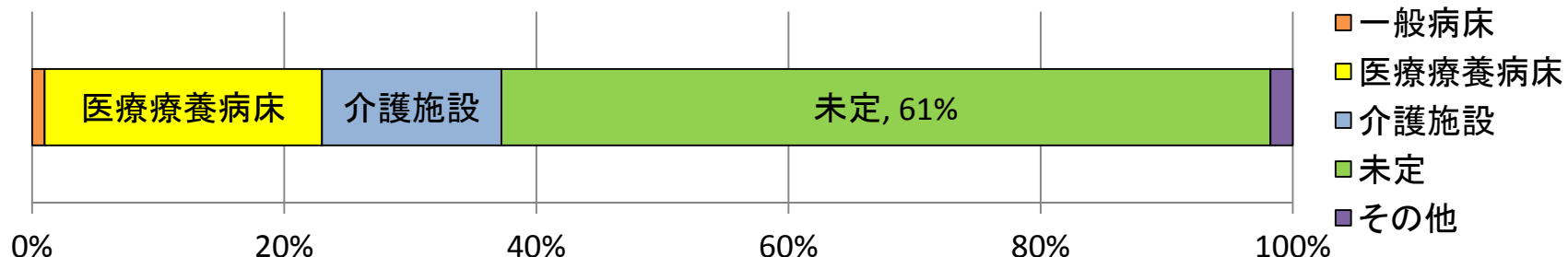


② 介護療養病床から介護療養型老人保健施設等への転換の促進

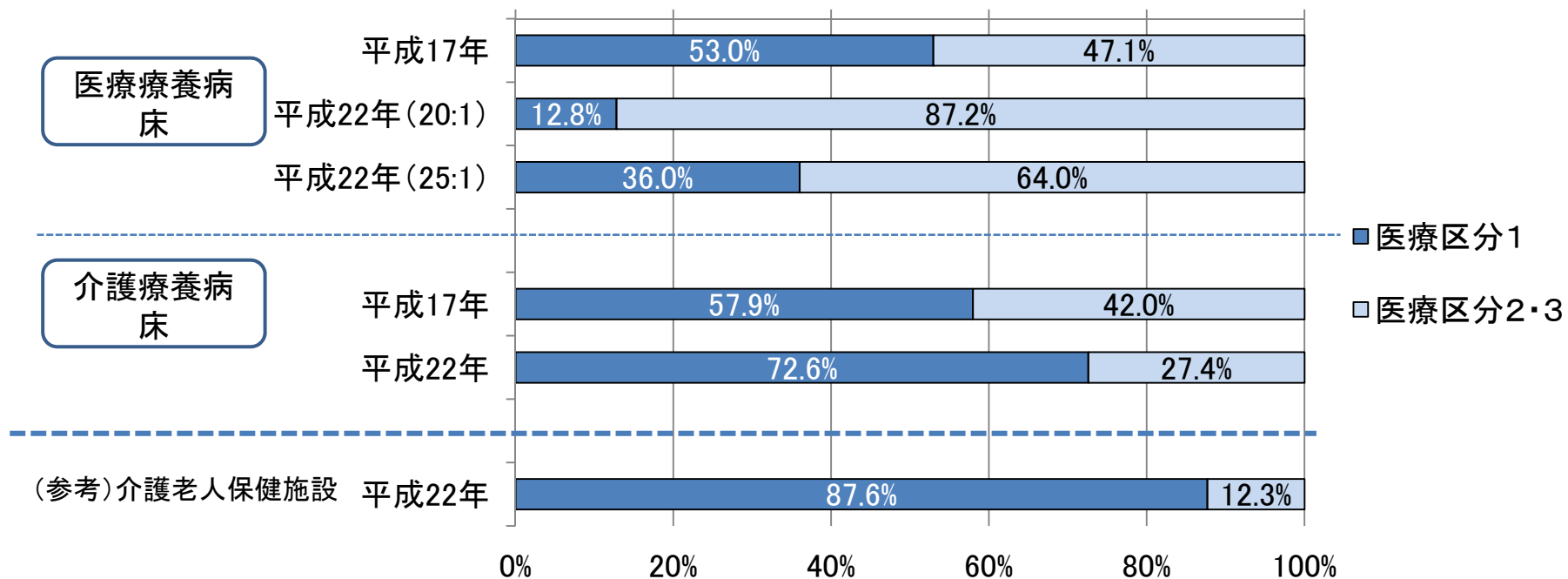
介護療養病床に関する実態調査結果（概要）

- 介護療養病床の今後の転換意向は、「未定」(全体の60%)の施設が多い。
- 介護療養病床と医療療養病床の機能分化が進んでいる。

（調査結果①）介護療養病床からの転換意向（平成22年4月時点）



（調査結果②）介護療養病床と医療療養病床の機能分化（年次推移）



療養病床の転換支援策について

○ 介護療養型老人保健施設の創設

主として介護が必要な方は介護老人保健施設等で受け止めることとし、療養病床から転換した老人保健施設については、入所者の医療ニーズへの対応を介護報酬上特別に評価した「介護療養型老人保健施設」を創設。

○ 療養病床が老人保健施設に転換する場合の床面積等の施設基準の緩和

療養病床から転換した老人保健施設について、次の新築等を行うまでの間、1床あたり6.4m²の経過措置を認める。

(参考)老人保健施設の床面積の基準:1床当たり8m²

○ 療養病床から老人保健施設等への転換に伴う費用負担軽減のための措置

ア 老人保健施設等に転換する療養病床に交付金を交付

(例)既存施設を取り壊さずに新たに施設を整備した場合

・介護療養病床からの転換については、転換床数1床あたり130万円を交付

イ 療養病床の整備時の債務の円滑な償還のため、独立行政法人福祉医療機構の融資制度として「療養病床転換支援資金」を創設

・貸付限度額 : 最大7.2億円以内

・償還期間 : 最大20年以内

・貸付利率 : 財政投融资資金借入利率と同率(年間1.70%)

③ 介護施設における医療提供の在り方

介護施設の主な人員配置基準等

		小規模多機能型 居宅介護	認知症対応型 共同生活介護 (認知症グループホーム)	特定施設入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
1人当たり居室(宿泊室)面積		7.43㎡以上	7.43㎡以上	適当な広さ	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
1部屋の定員数		原則個室	原則個室	原則個室	原則個室	4人以下	4人以下
主 な 人 員 配 置 基 準	医師				必要数 (非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上
	看護職員	(通い)3:1以上 (訪問)1以上 (宿泊)提供時間 帯を通じて夜勤1 以上、宿泊1以 上 ※うち看護職員 1以上		看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)	6:1以上
	介護職員		3:1以上	利用者100人の 場合、看護3人	入所者100人 の場合、看護3人		6:1以上
	リハビリテーション 専門職※1					PT・OT・ST いずれかが 100:1以上	PT及びOTが 適当数
	機能訓練指導員※2			1以上	1以上		
	生活(支援)相談員			100:1以上 (うち1名常勤)	常勤1以上 100:1以上	100:1以上	
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	1以上	1以上	1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1以上

注：特定施設入居者生活介護は、外部サービス利用型を除く。

※1：理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)

※2：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者

特別養護老人ホームの配置医師の状況について

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

特別養護老人ホームの配置医師の契約状況

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

特別養護老人ホームにおける配置医師の勤務状況(平成21年11月中)

○ 配置医師の勤務延べ日数(平成21年11月中)

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

平均 8.53日

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

配置医・施設の医師による診察回数(平成21年11月の実績)

○ 配置医、施設の医師による定期的な診察回数は、1か月のうち3回未満である割合が特別養護老人ホームでは6割、老人保健施設では約5割である。

		人数計	0回	2回未満	2～3未満	3回以上	無回答	平均値 (単位＝ 回)	施設に医 師の勤務 なし
定期的な 診察	合計	16046	1872 11.7%	4449 27.7%	2552 15.9%	6187 38.6%	986 6.1%	3.15	—
	特別養護老人ホーム	6002	740 12.3%	1792 29.9%	1123 18.7%	2114 35.2%	233 3.9%	2.62	
	老人保健施設	9990	1106 11.1%	2651 26.5%	1415 14.2%	4066 40.7%	752 7.5%	3.49	
	有料老人ホーム	54	26 48.1%	6 11.1%	14 25.9%	7 13.0%	1 1.9%	1.32	1381
定期的で はない診 察: 日中	合計	16046	11610 72.4%	1500 9.3%	781 4.9%	1169 7.3%	986 6.1%	0.74	—
	特別養護老人ホーム	6002	5104 85.0%	354 5.9%	125 2.1%	186 3.1%	233 3.9%	0.26	
	老人保健施設	9990	6473 64.8%	1145 11.5%	649 6.5%	971 9.7%	752 7.5%	1.03	
	有料老人ホーム	54	33 61.1%	1 1.9%	7 13.0%	12 22.2%	1 1.9%	1.77	1381
定期的で はない診 察: 夜間・ 休日	合計	16046	14952 93.2%	82 0.5%	16 0.1%	10 0.1%	986 6.1%	0.01	
	特別養護老人ホーム	6002	5754 95.9%	11 0.2%	3 0.0%	1 0.0%	233 3.9%	0	
	老人保健施設	9990	9145 91.5%	71 0.7%	13 0.1%	9 0.1%	752 7.5%	0.01	
	有料老人ホーム	54	53 98.1%	—	—	—	1 1.9%	0	1381

※特養: 1931施設、老健: 1183施設、有料: 303施設のうち、1月生まれの入所者を調査対象としている

※配置医、施設の医師が行った診察のみを対象としている

※有料老人ホームは「施設に医師が勤務している施設」のみ集計

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

医療保険と介護保険の給付調整のイメージ

	自宅	特定施設 入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人 ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
手術・放射線治療 急性増悪時の医療 等					
特殊な検査 (例:超音波検査など) 簡単な画像診断 (例:エックス線診断など)					
投薬・注射 検査(例:血液・尿など) 処置(例:創傷処置など)					
医学的指導管理					

緊急時施設療養費※1

医療保険で給付

介護保険で給付

特定診療費※2

※1) 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設療養費を算定できる。
 ※2) 介護療養型医療施設においては、入院患者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費を算定できる。

例1) 簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に包括されている。

例2) 医療用麻薬、抗悪性腫瘍剤等一部の投薬・注射については、介護老人保健施設の入所者についても診療報酬を算定できる。

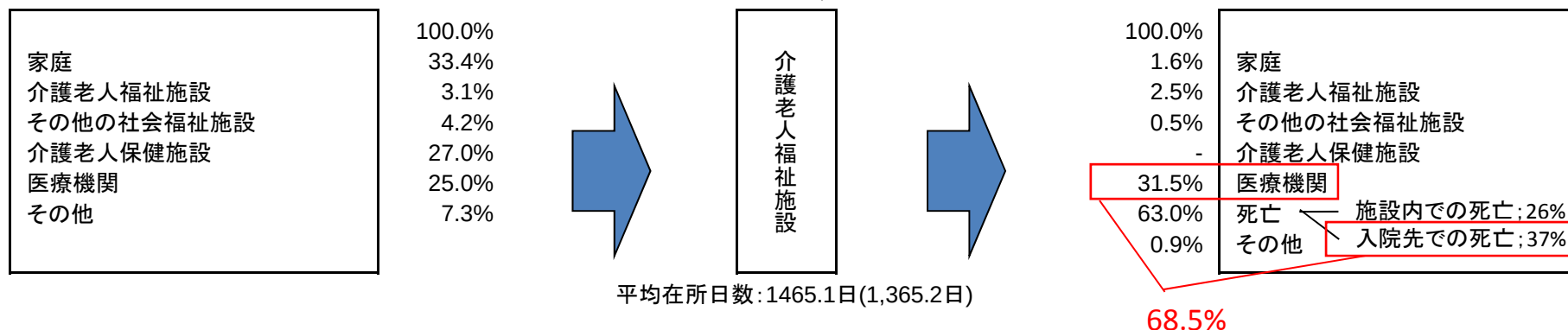
利用者に対する医療処置の状況

	介護老人 福祉施設 (特別養護老人 ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	(参考) 在宅
総 数	19,785人	24,013人	16,603人	3,741人
中心静脈栄養	0.1%	0.0%	0.9%	0.9%
人工呼吸器	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・気管内挿管	0.1%	0.1%	1.7%	3.6%
酸素療法	0.8%	0.5%	2.9%	7.1%
喀痰吸引	4.4%	2.4%	18.3%	7.6%
経鼻経管・胃ろう	10.7%	7.3%	36.8%	12.4%

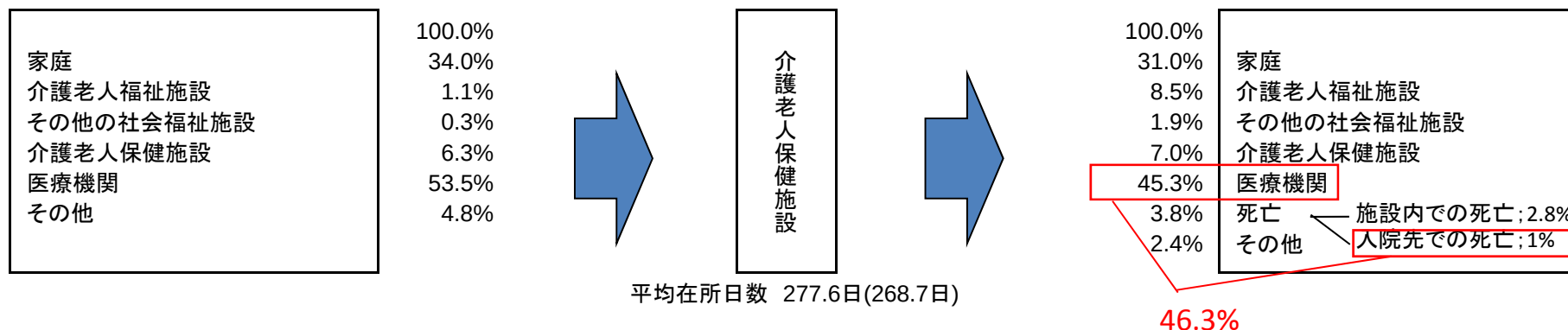
出典:平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(速報値)
(注)喀痰吸引・経鼻経管栄養等は介護保険法の改正により、平成24年度から介護職員等により実施可能

介護保険施設における入・退所者の状況

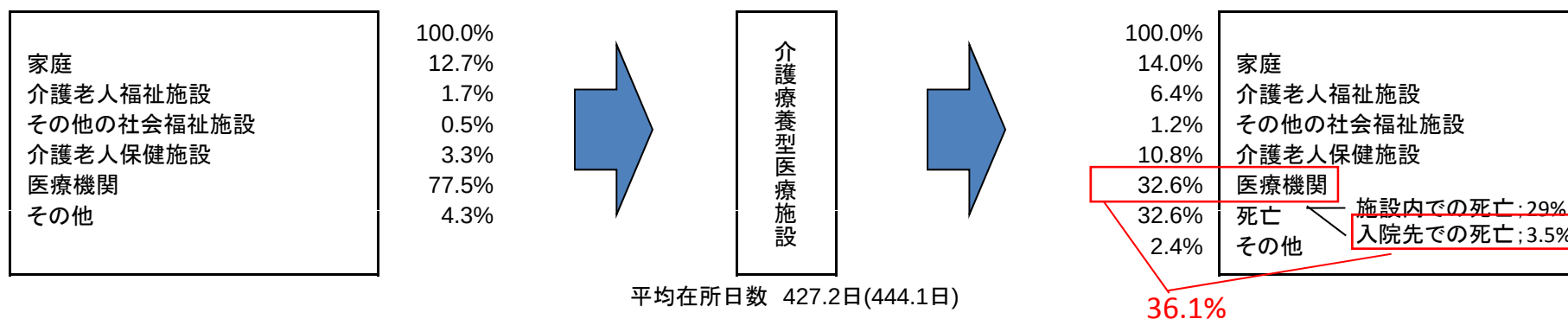
(退所者数:3,621人)



(退所者:16,358人)



(退所者:3,649人)



出典:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成19年度)

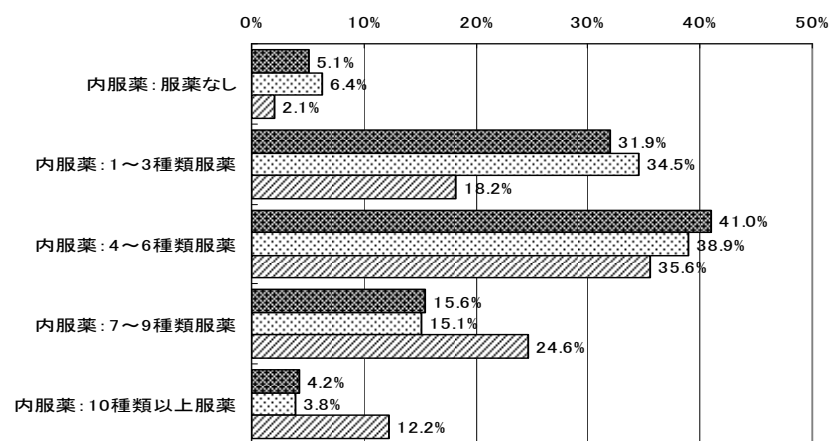
入所(居)者の服薬割合

○ 特別養護老人ホーム、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、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36%おり、特養や老健と比べ、その割合が多い。

		平均値(単位:人)			割合(単位:%)		
		特別養護老人ホーム	老人保健施設	有料老人ホーム	特別養護老人ホーム	老人保健施設	有料老人ホーム
特別養護老人ホーム [1,931施設] 老人保健施設 [1,183施設] 有料老人ホーム [303施設]							
入所(居)者数		69.30	83.09	52.83	100.0%	100.0%	100.0%
内服薬	服薬なし	3.57	5.30	1.10	5.1%	6.4%	2.1%
	1～3種類服薬	22.13	28.68	9.64	31.9%	34.5%	18.2%
	4～6種類服薬	28.42	32.30	18.82	41.0%	38.9%	35.6%
	7～9種類服薬	10.78	12.53	12.99	15.6%	15.1%	24.6%
	10種類以上服薬	2.91	3.19	6.46	4.2%	3.8%	12.2%
注射	注射あり	1.61	2.11	1.85	2.3%	2.5%	3.5%
外用薬	外用薬あり	25.97	26.36	25.32	37.5%	31.7%	47.9%

注)「平均値」は1施設あたりの平均人数である。

「割合」は、分母を「1施設あたりの平均入所(居)者数」、分子を例えば「1施設あたりの『服薬なし』の平均人数」として算出している。



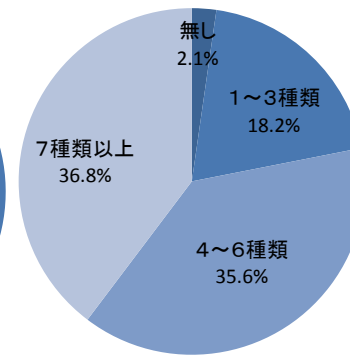
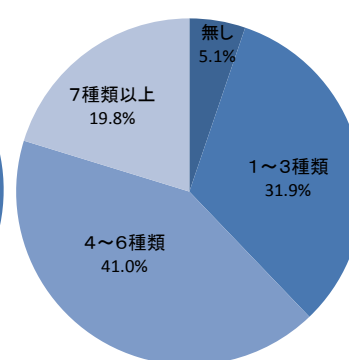
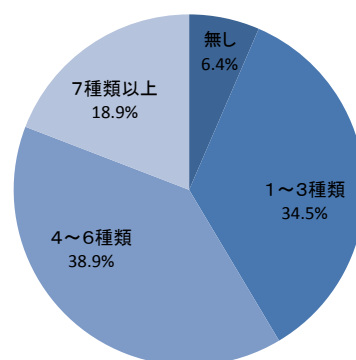
■ 特別養護老人ホーム: 割合 (n=1931) □ 老人保健施設: 割合 (n=1183)
▨ 有料老人ホーム: 割合 (n=303)

内服薬の服薬割合

(老人保健施設)

(特別養護老人ホーム)

(有料老人ホーム)



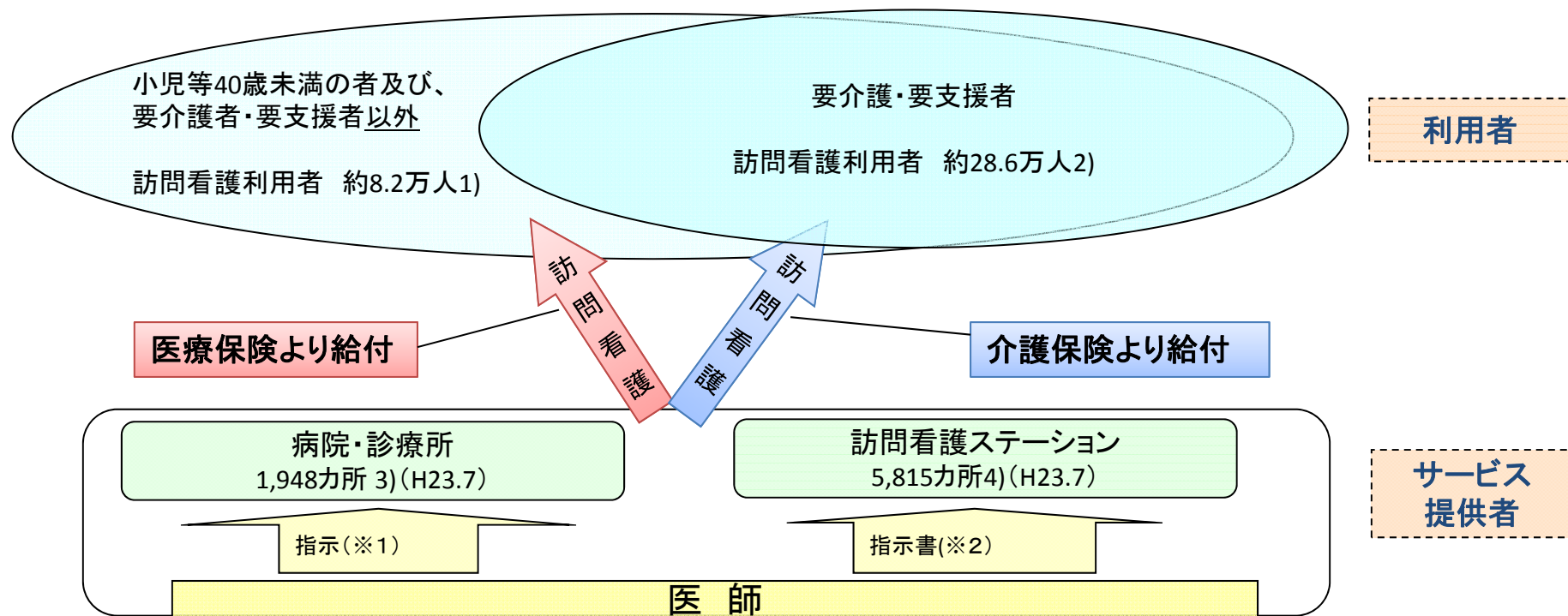
出典:平成21年度老人保健健康増進等事業「介護施設における医療提供に関する調査研究」

2. 在宅医療・介護の充実

① 訪問看護・リハビリ等の在宅生活時における医療提供

訪問看護とは

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



(※1) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点(医療保険)を算定

(※2) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

(出典)1)訪問看護療養費調査(平成21年)

2)介護給付費実態調査(平成23年5月審査分)

3)介護給付費実態調査(医療保険のみの訪問看護実施施設は含まない)(平成23年7月審査分)

4)介護給付費実態調査(平成23年7月審査分)

医療保険・介護保険の訪問看護の対象者

医療保険

居宅において継続して療養を受ける状態にあり通院困難な患者

回数制限のある対象者 (週3日以内)	(40歳未満の者)
	(40歳以上の要支援者・要介護者でない者)
回数制限のない対象者(週4日以上)	
厚生労働大臣が定める疾病等の患者	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(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))
	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
	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
	頸髄損傷
	人工呼吸器を装着している患者
病状の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると医師が認めた者※(14日間を限度とし、月1回まで)	
※厚生労働大臣が定める以下の状態にある者は月2回まで	
・気管カニューレを使用している	
・真皮を越える褥瘡の状態にある	

介護保険

居宅要支援者・要介護者(末期の悪性腫瘍、その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者(左記)、急性増悪により一時的に頻回の訪問看護が必要であると認められた患者を除く)

特定疾病の居宅要支援者・要介護者(40歳以上65歳未満)

特定疾病	がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
	関節リウマチ
	筋萎縮性側索硬化症
	後縦靱帯骨化症
	骨折を伴う骨粗鬆症
	初老期における認知症
	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
	脊髄小脳変性症
	脊柱管狭窄症
	早老症
	多系統萎縮症
	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症
	脳血管疾患
	閉塞性動脈硬化症
	慢性閉塞性肺疾患
	両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

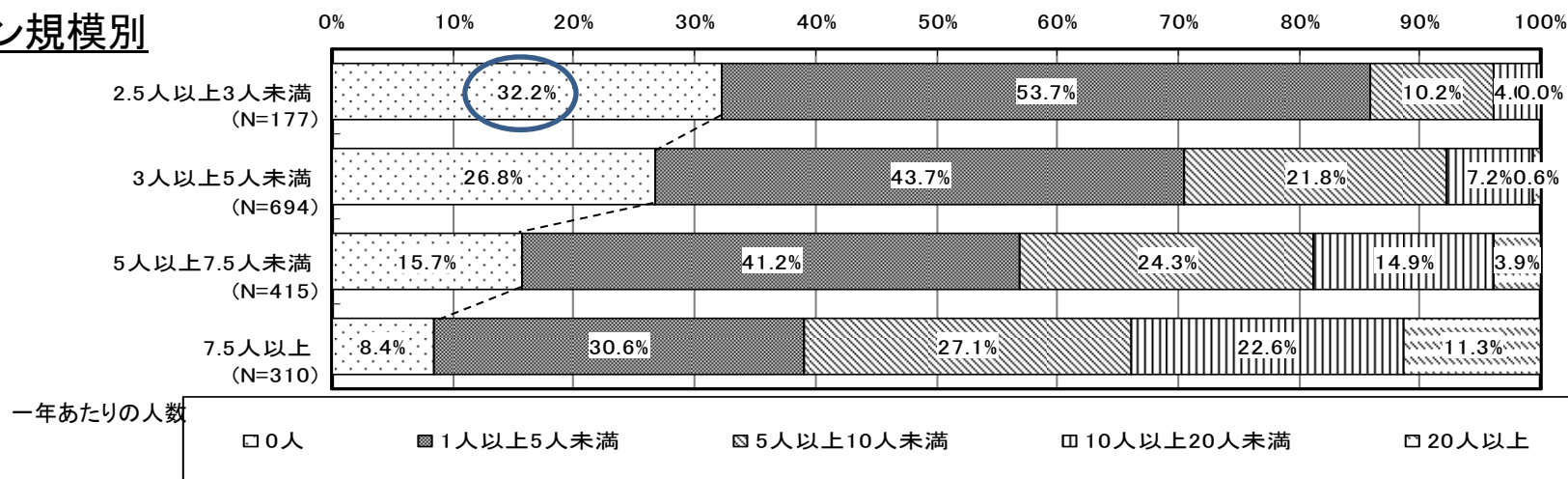
医療保険と介護保険の訪問看護の報酬体系

	医療保険				介護保険			
報酬設定の方法	1日単位で訪問回数にかかわらず設定				時間単位で訪問回数に応じて設定(ただし、支給限度額あり)			
報酬構造	【訪問看護ステーション】 訪問看護基本療養費(Ⅰ) (週3日まで) 5,550 円 (週4日以降) 6,550 円 ※准看護師の場合は、基本療養費-500円、訪問看護・指導料-50点 訪問看護基本療養費(Ⅱ) 1回1～3時間 1,600 円 延長(1時間) 400 円 ※精神障害を有する者であって、障害福祉サービスを行う施設等に入所している複数の者 訪問看護基本療養費(Ⅲ) (週3日まで) 4,300 円 (週4日以降) 5,300 円 ※同一建物居住者に対して訪問看護を行う場合(准看護師の場合は、基本療養費-500円、同一建物居住者訪問看護・指導料-50点) + 訪問看護管理療養費 (月の初日) 7,300 円 (2～12日目まで) 2,950 円				【医療機関】 在宅患者訪問看護・指導料 (週3日まで) 555 点 (週4日以降) 655 点 【訪問看護ステーション】 (20分未満) 285 単位 ※夜間、早朝、深夜のみ算定可 (30分未満) 425 単位 (60分未満) 830 単位 (90分未満) 1,198 単位 ※准看護師の場合は、所定単位90/100算定 ※※原則、1単位は10円である。			
	【医療機関】 在宅患者訪問看護・指導料 (週3日まで) 555 点 (週4日以降) 655 点 同一建物居住者訪問看護・指導料 (週3日まで) 430 点 (週4日以降) 530 点				【医療機関】 在宅患者訪問看護・指導料 (週3日まで) 555 点 (週4日以降) 655 点 同一建物居住者訪問看護・指導料 (週3日まで) 430 点 (週4日以降) 530 点			
加算部分	特別地域訪問看護加算(基本療養費に50/100加算) 緊急訪問看護加算 (1日につき) 2,650 円 難病等複数回訪問加算 (2回) 4,500 円 (3回) 8,000 円 長時間訪問看護加算 (週1回) 5,200 円 24時間対応体制加算 (1月につき) 5,400 円 24時間連絡体制加算 (1月につき) 2,500 円 重症者管理加算 (1月につき) 2,500 円 (重症度の高いもの) 5,000 円 退院時共同指導加算 (退院後1回又は2回) 6,000 円 退院支援指導加算 (退院後1回) 6,000 円 在宅患者連携指導加算 (1月につき) 3,000 円 在宅患者緊急時等カンファレンス加算(月2回まで) 2,000 円 複数名訪問看護加算 4,300 円 ※准看護師と訪問の場合は、-500円 乳幼児加算(3歳未満) (1日につき) 500 円 乳児加算(3歳以上6歳未満) (1日につき) 500 円 訪問看護ターミナルケア療養費☆ 20,000 円 訪問看護情報提供療養費 (1月につき) 1,500 円				早朝・夜間加算 (訪問看護費に25/100加算) 深夜加算 (訪問看護費に50/100加算) 特別地域訪問看護加算 (1回につき15/100加算) (支給限度額に含めない) 中山間地域等にサービスを提供する場合 (1回につき10/100加算) 中山間地域等における小規模事業所の評価 (1回につき5/100加算) 緊急訪問看護加算 (1日につき) 265 点 難病等複数回訪問加算 (2回) 450 点 (3回) 800 点 長時間訪問看護加算 (週1回) 520 点 緊急時訪問看護加算 (1月につき) 540 単位 290 単位 特別管理加算 (1月につき) 250 単位 複数名訪問加算 30分未満 (1回につき) 254 単位 30分以上 (1回につき) 402 単位 ターミナルケア加算 2,000 単位 (支給限度額に含めない) サービス提供体制強化加算 (1回につき) 6 単位			
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(月2回まで) 2,000 円 複数名訪問看護加算 4,300 円 ※准看護師と訪問の場合は、-50点 乳幼児加算(3歳未満) (1日につき) 50 点 乳児加算(3歳以上6歳未満) (1日につき) 50 点 在宅ターミナルケア加算☆ 2,000 点 ☆ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む				在宅患者緊急時等カンファレンス加算(月2回まで) 200 点 複数名訪問看護加算 430 点 ※准看護師と訪問の場合は、-50点 乳幼児加算(3歳未満) (1日につき) 50 点 乳児加算(3歳以上6歳未満) (1日につき) 50 点 在宅ターミナルケア加算☆ 2,000 点 ☆ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む			

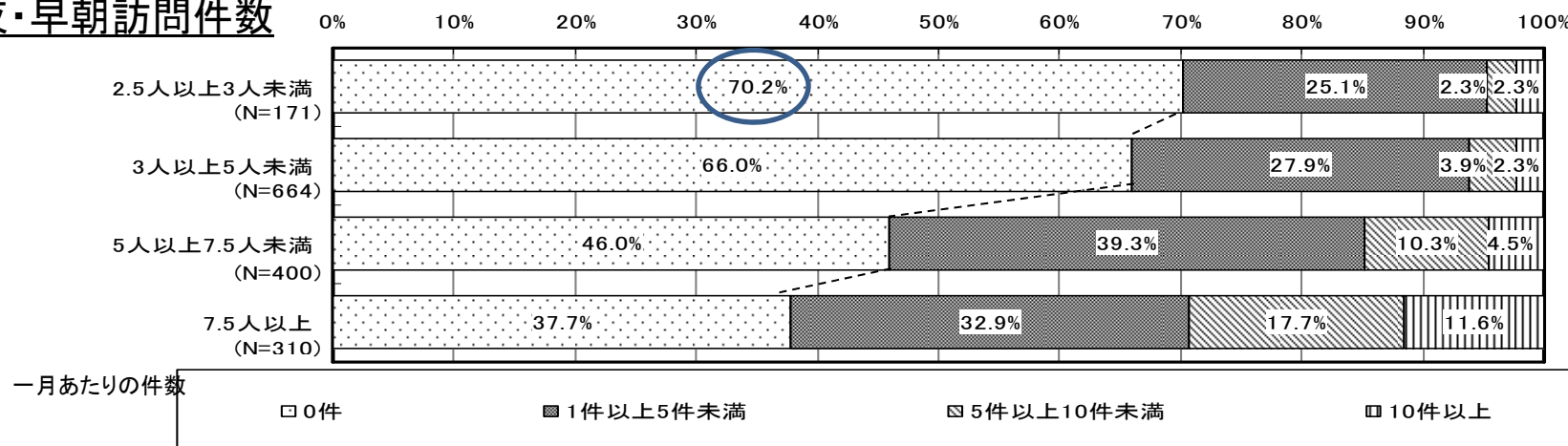
訪問看護ステーションでの看取り数と夜間・深夜・早朝訪問件数

○ 事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数が少なく、夜間・深夜・早朝訪問件数も少ない傾向がある。

ステーション規模別 看取り数



ステーション規模別 夜間・深夜・早朝訪問件数

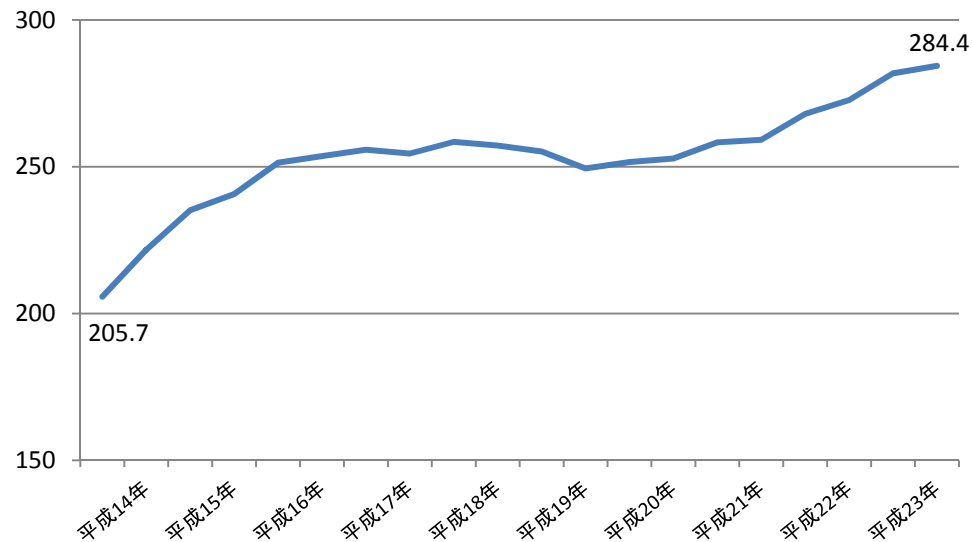


出典:平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」

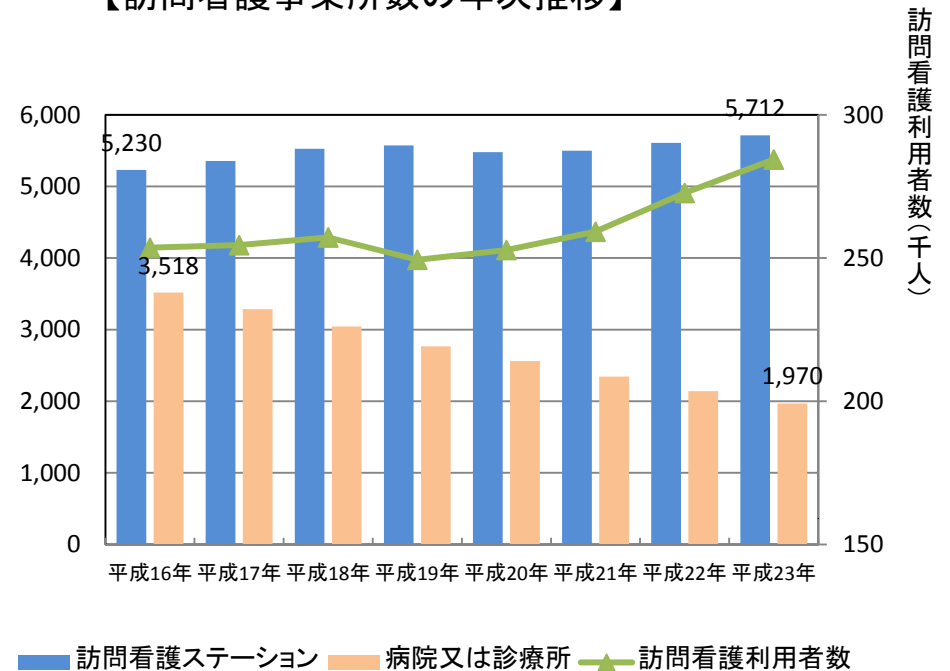
訪問看護の現状

- 訪問看護(予防含む)の利用者数は約28万人(平成23年4月審査分)であり、近年、微増傾向である。また、利用者の約6割は要介護3以上の中重度者である。
- 病院又は診療所の訪問看護事業所は減少傾向であるが、訪問看護ステーション数は微増からほぼ横ばいである。

【訪問看護利用者数の年次推移】
(千人)



【訪問看護事業所数の年次推移】



○ 訪問看護受給者数(千人)

出典:介護保険給付実態調査

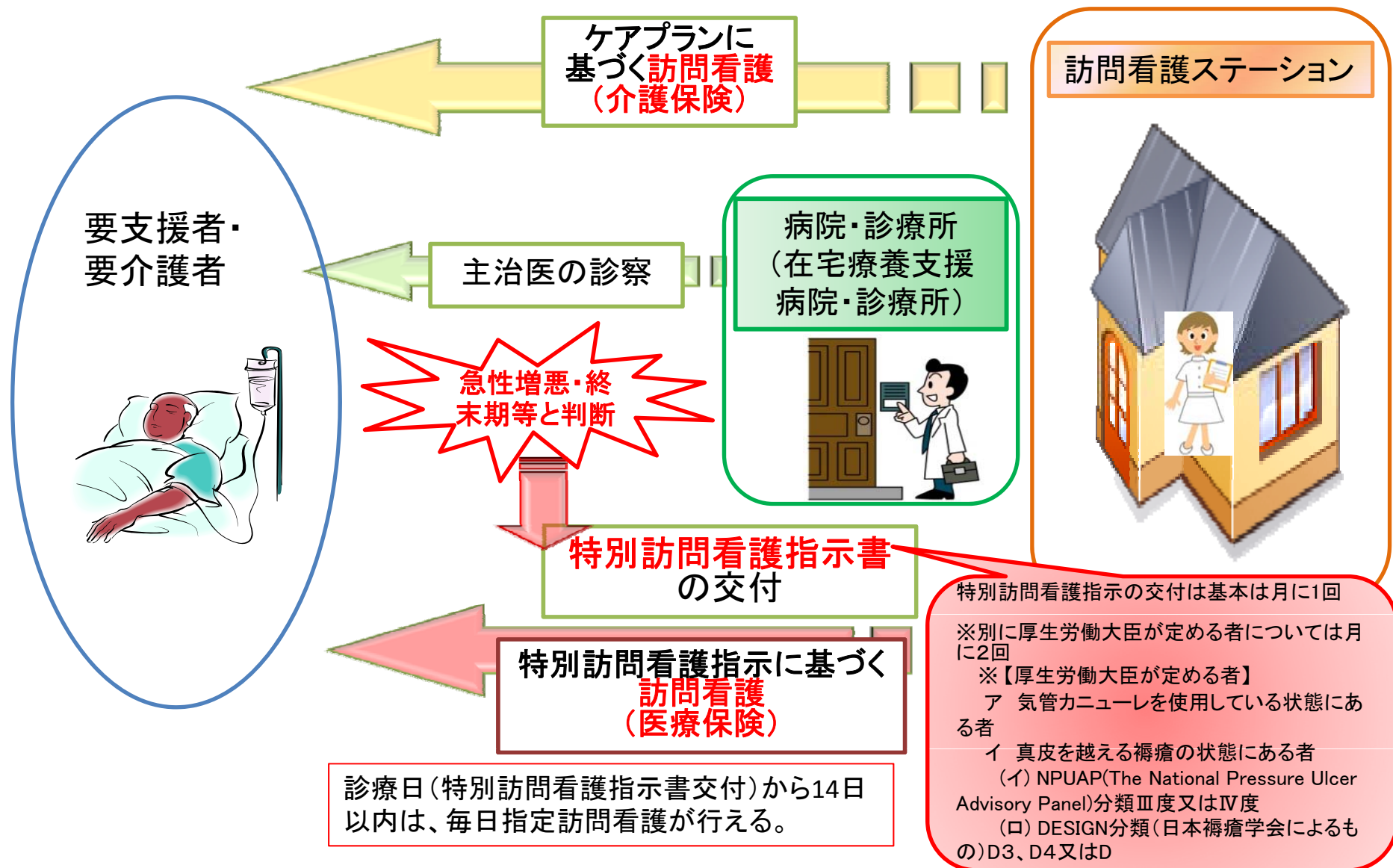
総数※	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
284.2	8.0	18.3	40.3	56.3	45.6	49.9	65.8
(%)	(2.8%)	(6.4%)	(14.2%)	(19.8%)	(16.0%)	(17.6%)	(23.2%)

出典:介護保険給付実態調査

※総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

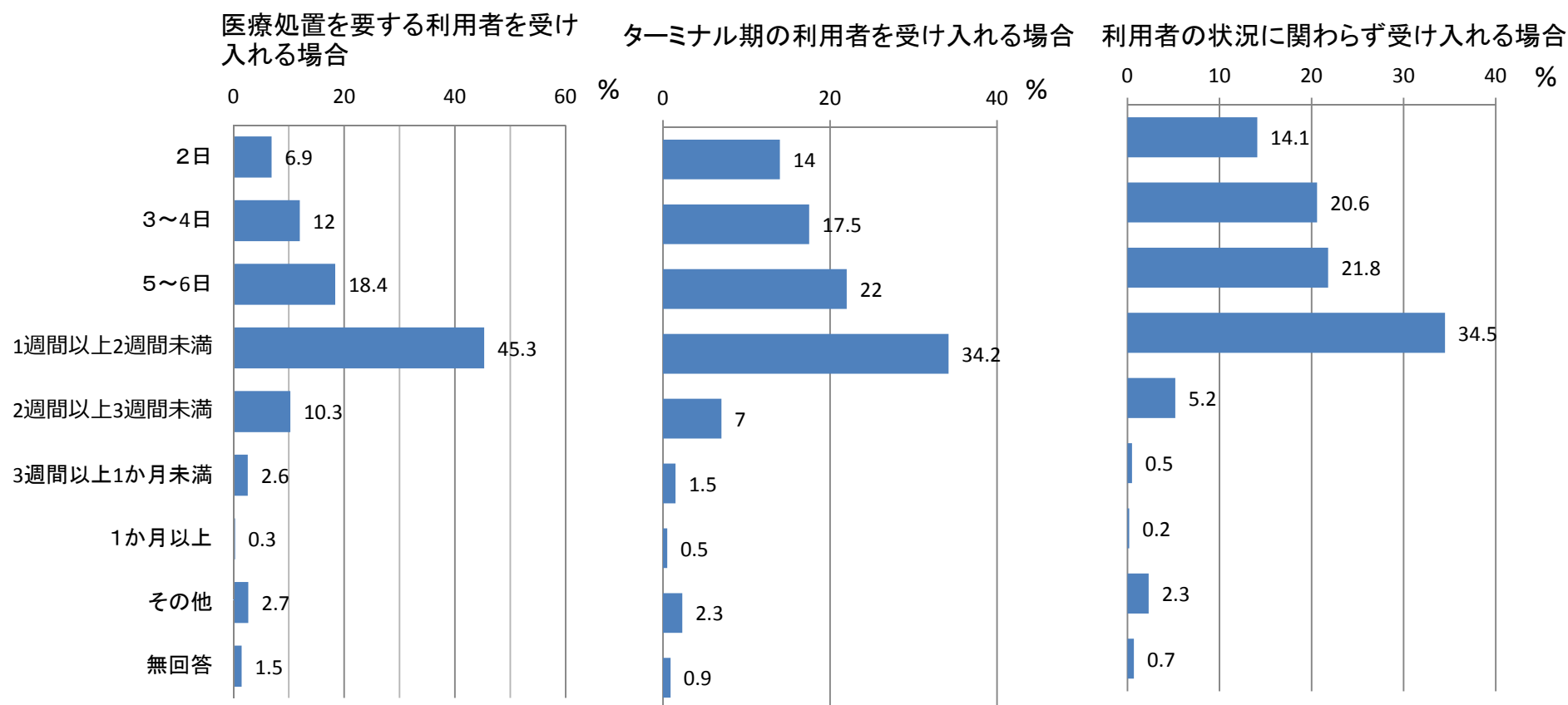
出典:介護保険給付実態調査 平成23年4月審査分

要介護認定者への訪問看護 (介護保険から医療保険に移るイメージ)



在宅への移行に必要な準備期間

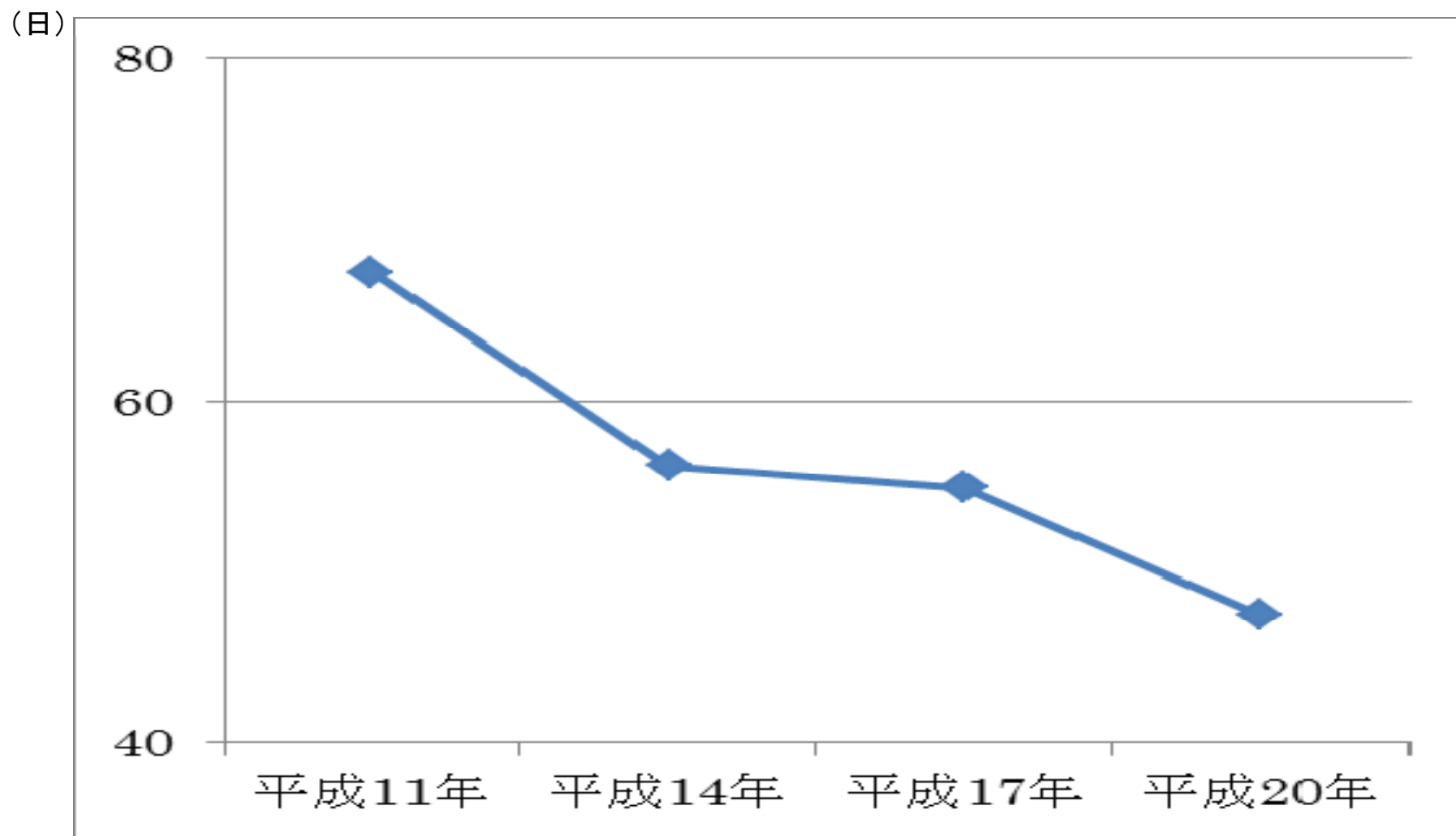
医療処置を要する利用者、ターミナル期の利用者、また、利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、「1週間以上、2週間未満」準備に最低限必要である。



出典：川越博美：早期退院における病院との連携を推進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究 平成14年社会福祉・医療事業財団（長寿社会福祉基金）助成事業3月

退院後、訪問診療・訪問看護を利用した患者の在院日数の変化

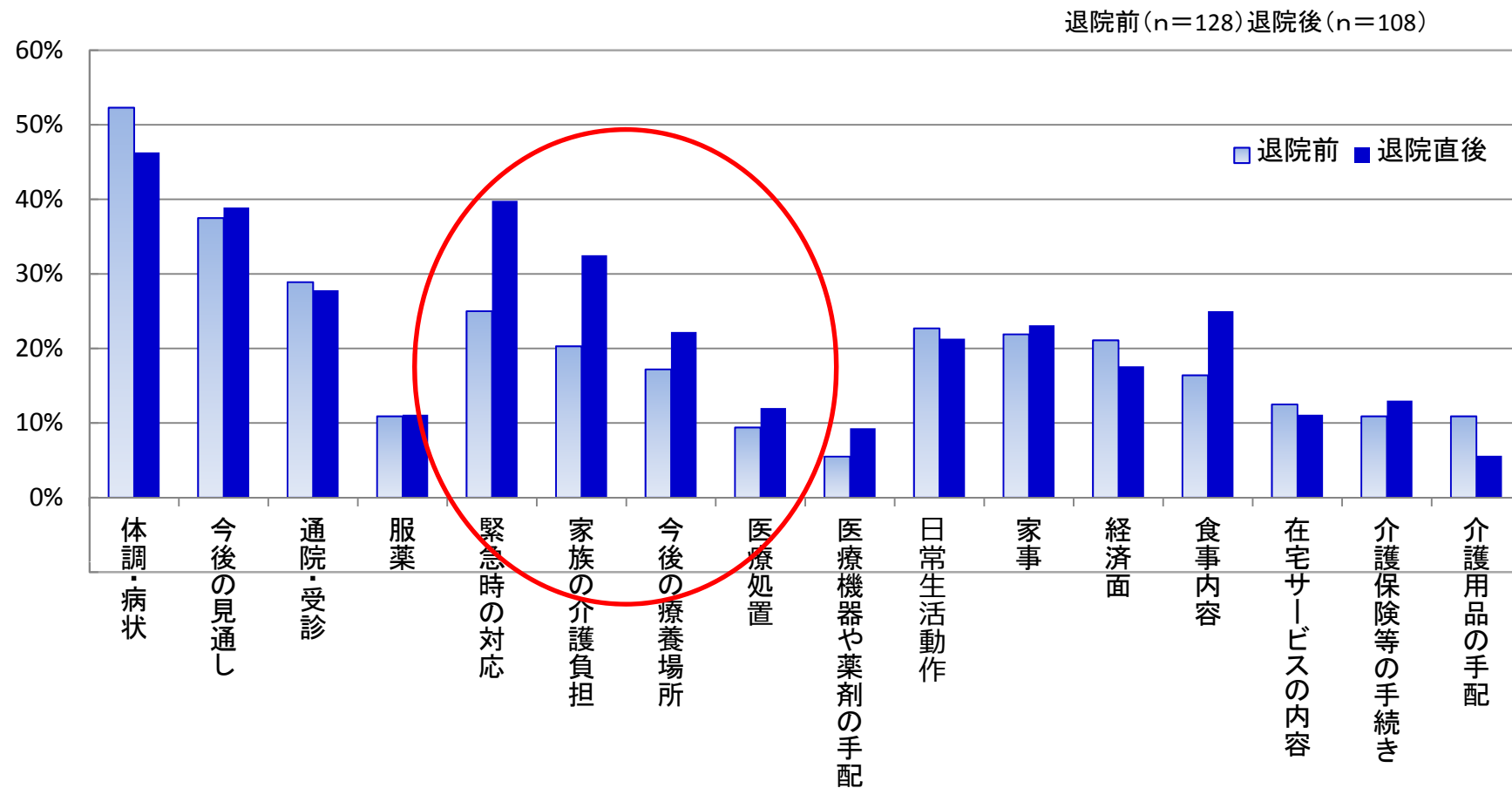
- 退院後、在宅療養に移行し、訪問診療または訪問看護を利用した患者の在院日数を経年変化で見ると、10年で約35日間短縮（半減）している。



各年「患者調査」を基に作成

患者が退院前後で「不安・困り事」を有する割合

○ 退院前後の患者の不安や困り事は、1) 疾患・治療への対応について、2) 医療処置について、3) 日常生活上のことについて、4) 在宅サービスについてなどが挙げられる。特に、入院中に具体的な状況を想像しにくいことは、退院後に不安が大きくなることが予想される。



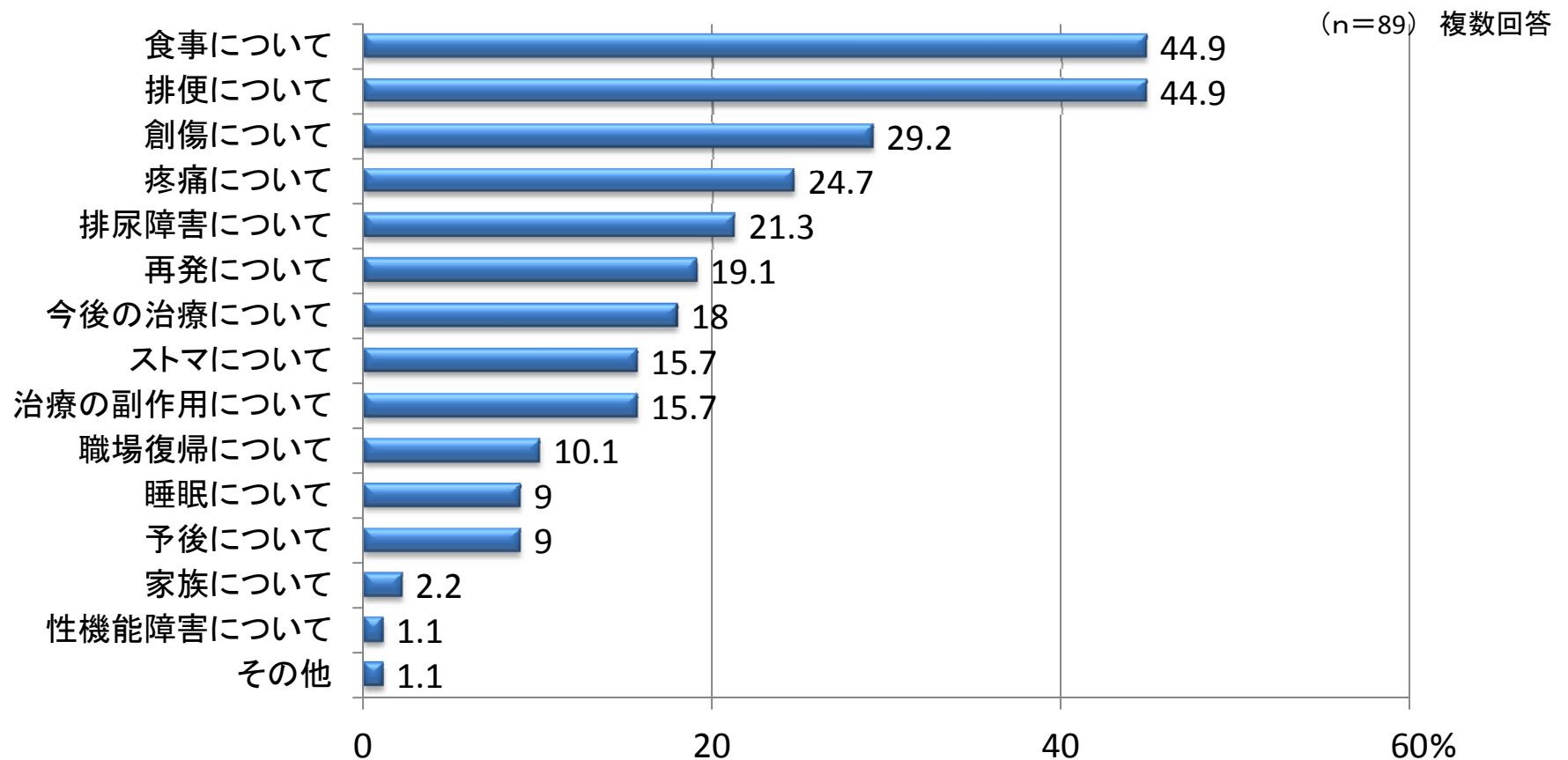
出典) 文部科学省科学研究費補助金「高齢者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因」

退院1週間後の困りごと・心配事

○ がん患者の退院1週間後の困りごと・心配事として、「食事」「排便」「創傷」「疼痛」など、療養上の対処法および留意点の指導が有効な内容であった。

■対象

性 別	: 男性65.2%	女性32.6%	平均年齢: 64.6歳	平均在院日数: 17.8日
入院目的	: 手術85%	化学療法2%	その他13%	
疾 患	: 胃がん36%	直腸がん33%	大腸がん14%	腎・膀胱がん11% その他 6%



がん研究センター東病院 角ら「がん患者の退院1週間後の心配事への介入研究」2009

在宅における歯科治療

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

歯科治療が必要であるにもかかわらず、歯科治療を受診した者が少ない

- 要介護者368名(男性:139名・女性:229名 平均年齢81.0±8.1)に対する調査
- 無歯顎者(歯が1本もない者):39.1% 平均現在歯数:7.1本
- 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。
- 義歯装着者は全体の77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが20.1%、新しい義歯を作製する必要があるものは38.0%
- また、要介護度が高くなるほど、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。
- 歯科治療の必要性については、74.2%のものが「何らかの歯科治療が必要」であり、その内容としては、補綴治療(義歯等の作製)、齲蝕治療、歯周治療の順であった。
- 実際に歯科治療を受診した者は26.9%

※ 在宅歯科医療を実施した歯科医療機関の割合は、18.2%(H17医療施設調査)

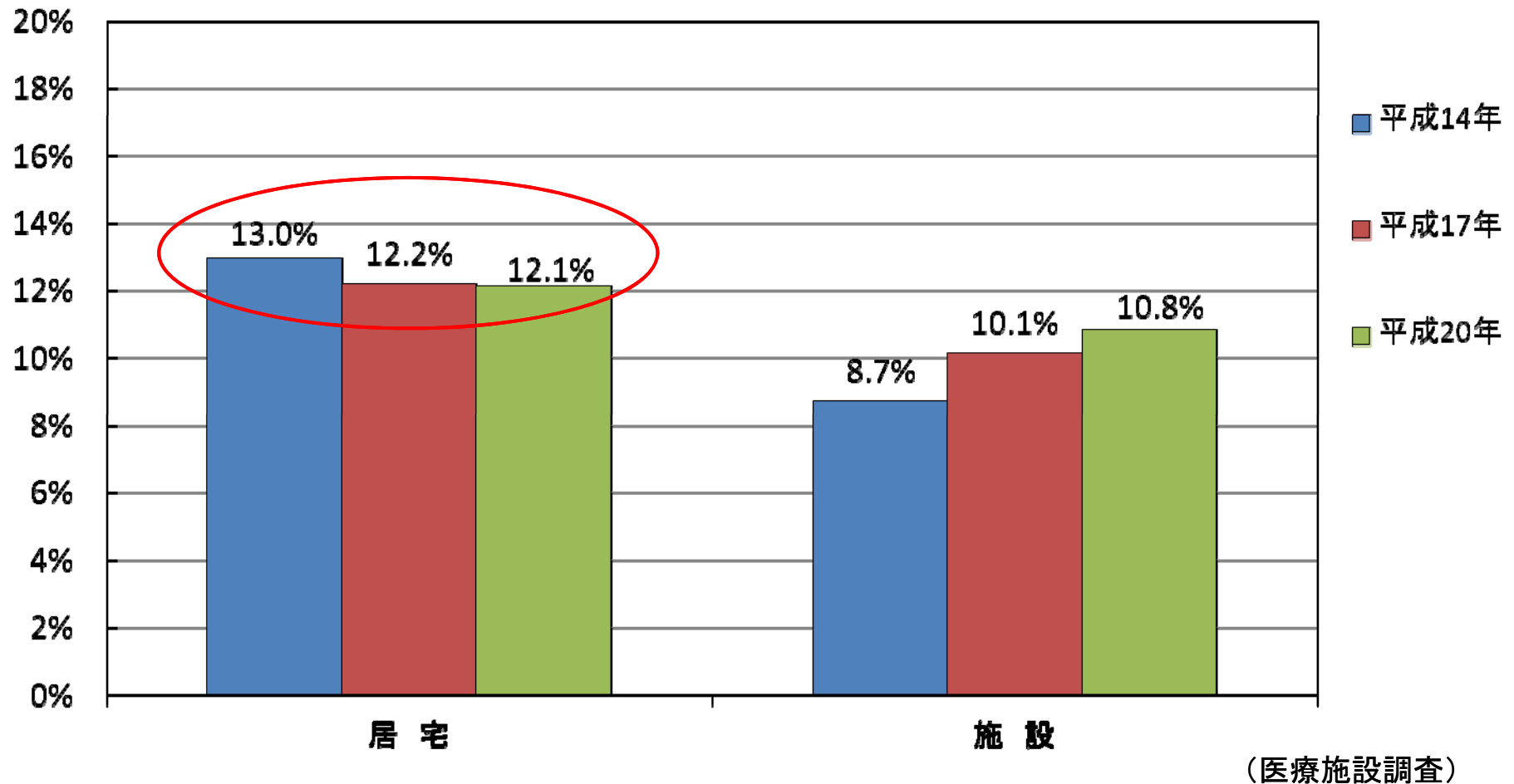


歯科医療の必要性と実際の受診には、おおきな隔たりがある。

出典: 情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究(平成14・15年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)。研究代表者:河野正司 新潟大学教授)

訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合

訪問先別の訪問歯科診療を実施歯科診療所数のうち、施設を訪問して実施している歯科診療所は増加しているが、居宅を訪問している歯科診療所は増加していない。



在宅歯科医療における歯科医師と医療職・介護職の連携状況

在宅歯科医療の実施状況別にみた医療職との連携の状況

在宅に限らず、高齢 や基礎疾患のある 患者の主治医との 連携	全 体 (n=3,274)	未実施 (n=2,056)	実 施 (n=1,218)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n=1,031)	10～49人 (n=125)	50人以上 (n=62)
連携している	1,822 (55.7%)	1,087 (52.9%)	735 (60.3%)	603 (58.5%)	90 (72.0%)	42 (67.7%)
あまり取れてない	775 (23.1%)	440 (21.4%)	335 (27.5%)	290 (28.1%)	27 (21.6%)	18 (29.0%)
連携していない	677 (20.7%)	529 (25.7%)	148 (12.2%)	138 (13.4%)	8 (6.4%)	2 (3.2%)

在宅歯科医療の実施状況別にみた介護職との連携の状況

介護保険を利用し ている患者の、ケア マネジャー等介護 保険関連職種との 連携	全 体 (n = 2,983)	未実施 (n = 1,821)	実 施 (n = 1,162)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n = 977)	10～49人 (n = 126)	50人以上 (n = 59)
連携している	385 (12.9%)	142 (7.8%)	243 (20.9%)	171 (17.5%)	47 (37.3%)	25 (42.4%)
あまり取れてない	623 (20.9%)	265 (14.6%)	358 (30.8%)	293 (30.0%)	46 (36.5%)	19 (32.2%)
連携していない	1,975 (66.2%)	1,414 (77.6%)	561 (48.3%)	513 (52.5%)	33 (26.2%)	15 (25.4%)

高齢者等の主治医との連携が取れていると回答した在宅歯科医療を実施している歯科医師は約60%、介護保険関係職種との連携が取れていると回答した歯科医師は約21%となっている。

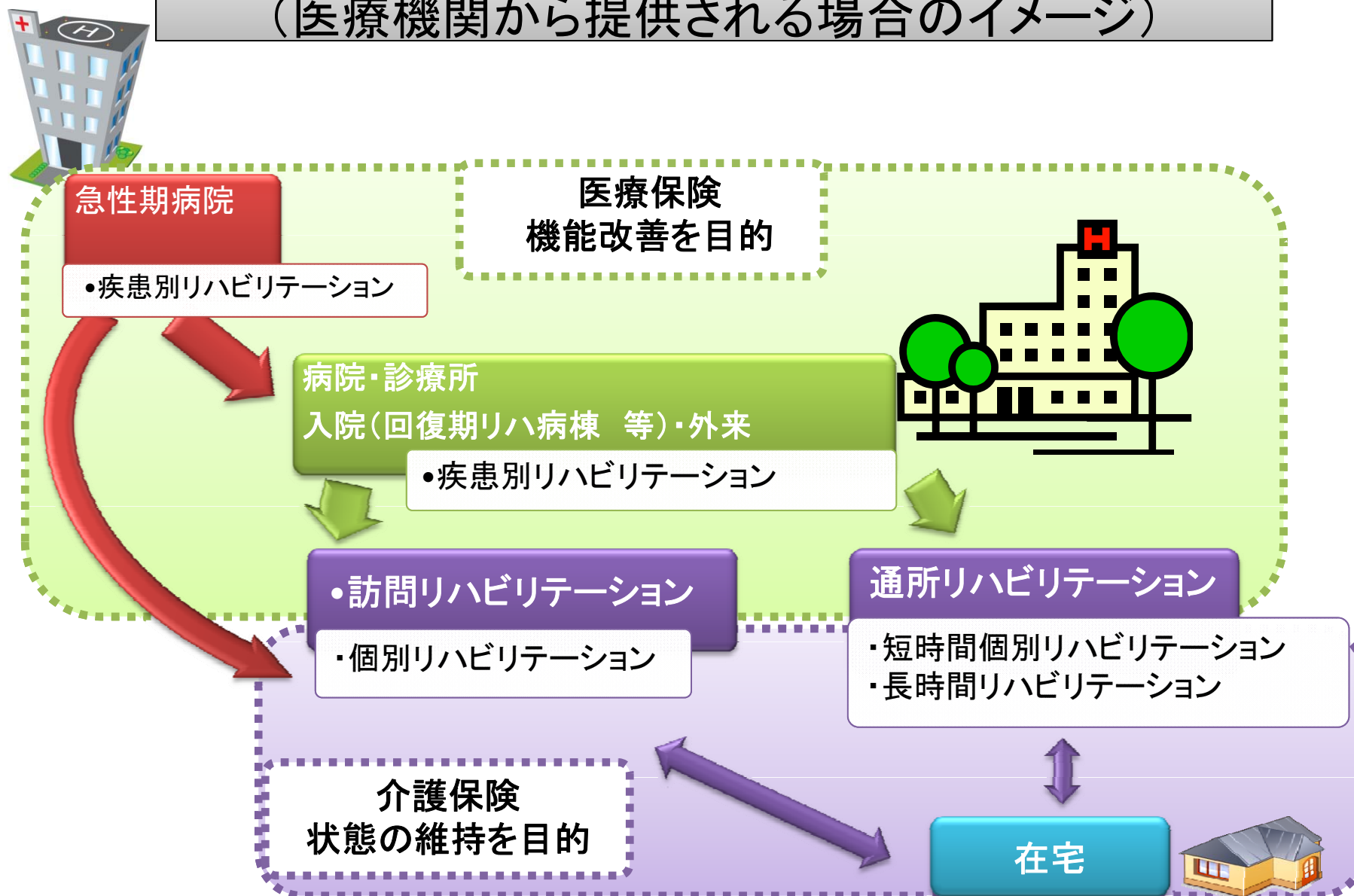
出典：東京都内における在宅歯科医療に関する基礎調査。東京都歯科医師会会員へのアンケート調査より。（老年歯学：23(4)、417-423、2009）

在宅における薬剤管理

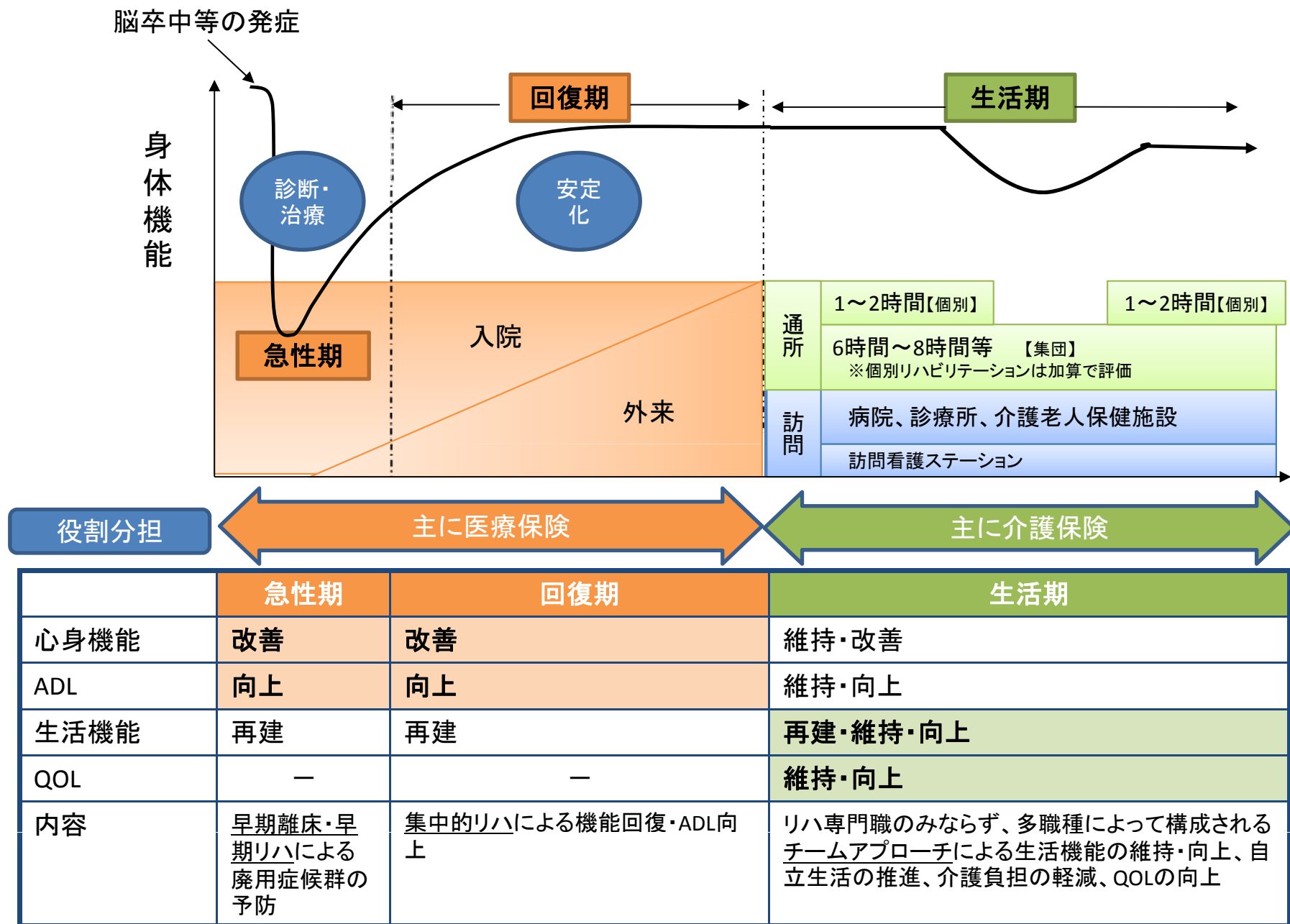
	【介護保険】 居宅療養管理指導費	【医療保険】 在宅患者訪問薬剤管理指導料
概要	両者は同様の内容であり、介護保険対象者は医療保険からは給付されない。 ●通院が困難な利用者に対して行う ●医師又は歯科医師の指示に基づき、<u>薬学的管理指導計画</u>を策定（原則として、居宅を訪問する前） ●<u>薬学的管理指導（※）</u>を行う ●速やかに記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告 ※ 薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤利用状況、薬剤保管状況の確認	
薬局の薬剤師	月4回まで	
	在宅の利用者に対して行う場合	500単位
	居住系施設入居者等に対して行う場合	350単位
事業者（保険薬局）の指定	みなし指定（介護保険法第71条）	申請が必要（健康保険法第65条）
算定する際の届出	事前に必要（審査支払機関へ）	事前に必要（地方厚生（支）局長へ）
患者の同意・承諾	必要	必要
患者負担	1割	1～3割
基本要件等	①算定する日の間隔は6日以上あけること（②のケースを除く。） ②がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者：1週に2回かつ1月に8回を限度	

リハビリテーション

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



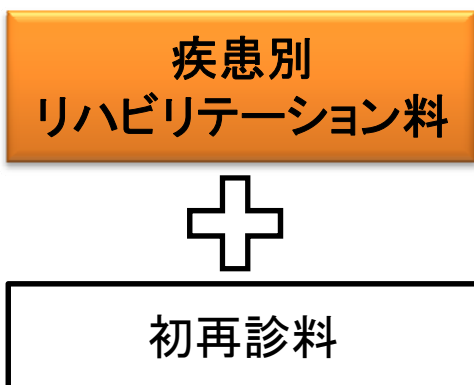
リハビリテーションの役割分担



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

医療保険によるリハビリテーションの概要

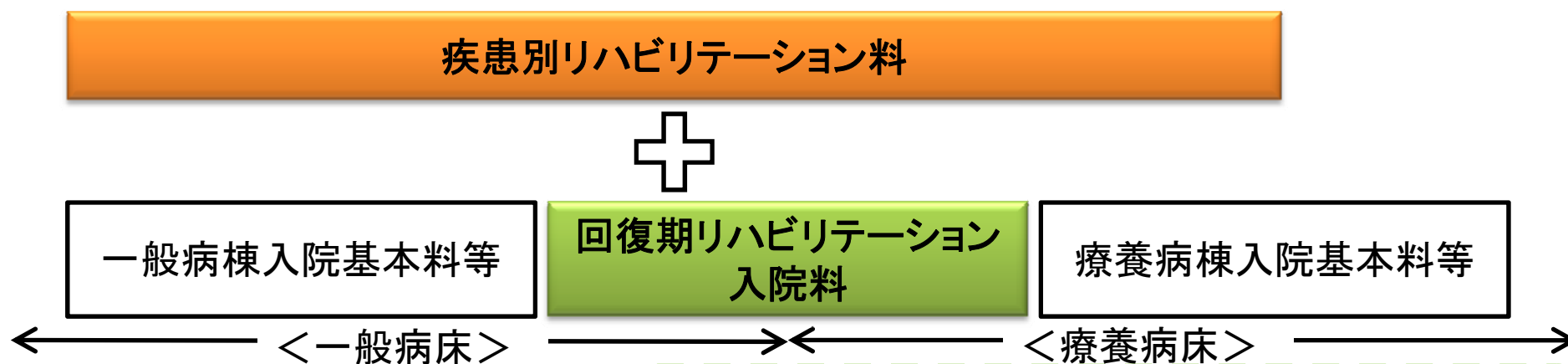
<外来>



【疾患別リハビリテーション料】

患者に対して20分以上個別療法として理学療法や作業療法、言語聴覚療法等の療法を行った場合に1単位として算定する費用。
回復期リハビリテーション病棟をはじめ、リハビリテーションを包括していない入院、外来においても算定が可能。

<入院>

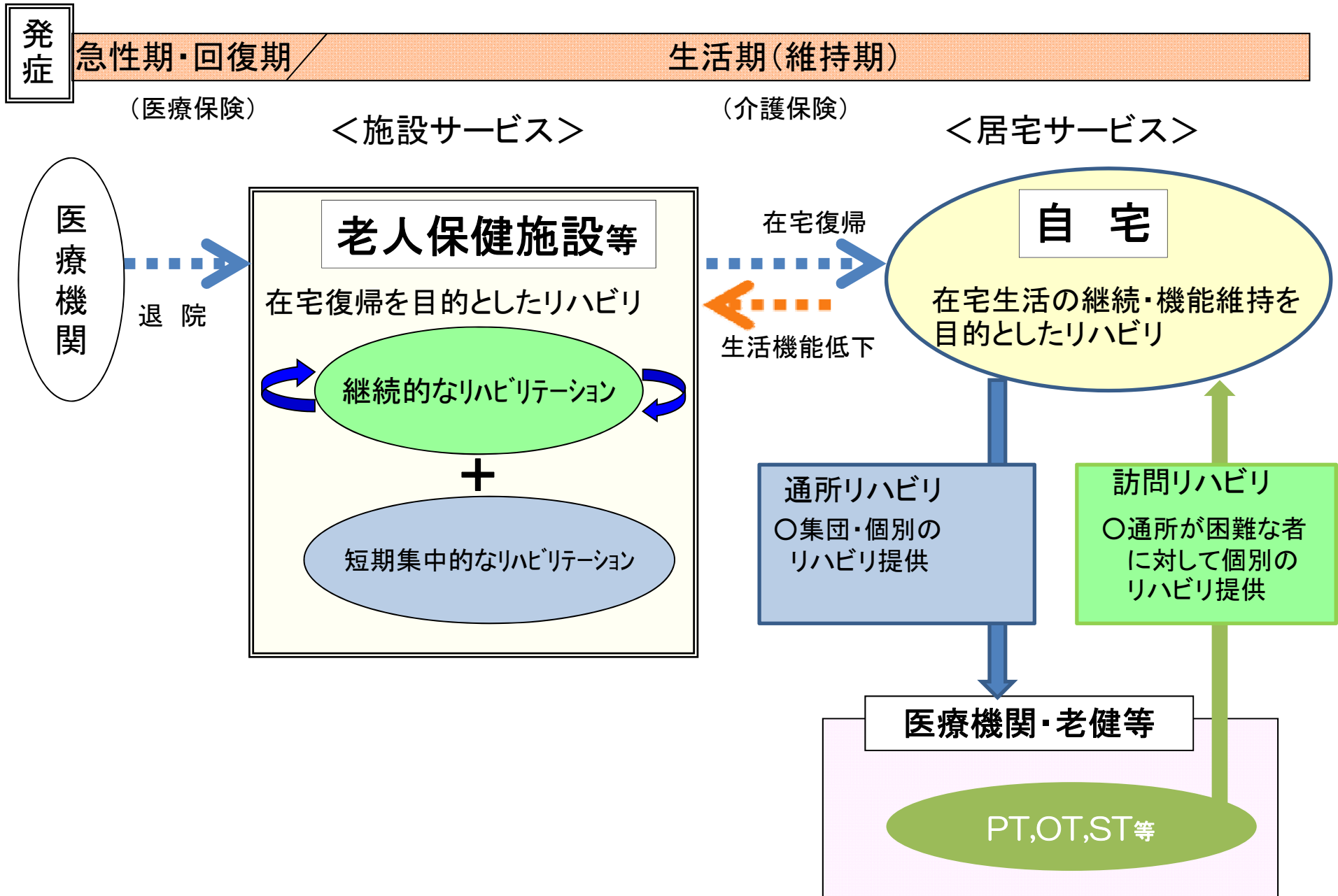


回復期リハビリテーション入院料

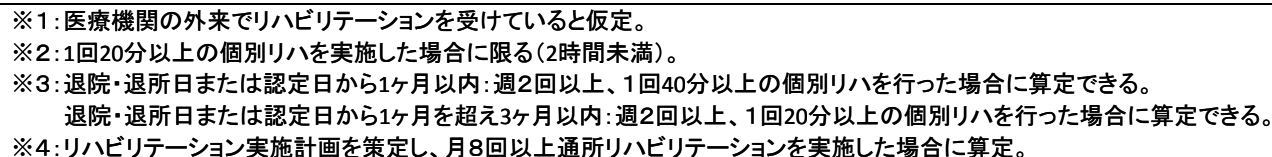
【回復期リハビリテーション入院料】

脳血管疾患または大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟において算定する入院料。
リハビリテーションの費用は別に算定できる。

介護保険によるリハビリテーションについて



【医療保険※¹】 (急性期・回復期) → 【医療保険※¹】 (生活期(維持期)) → 【介護保険(通所リハビリテーション:短時間個別リハ※²の場合)】 (生活期(維持期))



通所リハビリテーションの介護報酬について

指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

※ 加算・減算は主なものを記載

サービス提供時間、利用者の要介護度及び
事業所規模に応じた基本サービス費

	通常規模型	大規模型（Ⅱ）
1～2時間		
6～8時間		
	要介護1 2 3 4 5	要介護1 2 3 4 5

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する主な加算・減算

短期集中的なリハビリ
テーションの実施
(140～280単位)

栄養状態の改善のため
の計画的な栄養管
理 (150単位)

個別リハビリテー
ションの実施 ※1
(80単位)

口腔機能向上への計
画的な取組
(150単位)

中山間地域等での
サービス提供
(+5%)

介護福祉士や3年以
上勤務者を一定以上
配置 (12 単位、6単位)

定員を超えた利用や
人員配置基準に違反
(30%)

看護師等による機能
訓練の提供 ※2
(150単位)

※1: 1～2時間のサービスについては算定不可 ※2: 1～2時間のサービスのみ

指定介護予防通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1月あたり）

要支援度に応じた基本サービス費

ニーズに応じた選択的サービス

利用者の状態改善に
取り組む事業所の評価

要支援1
2,496単位

要支援2
4,880単位

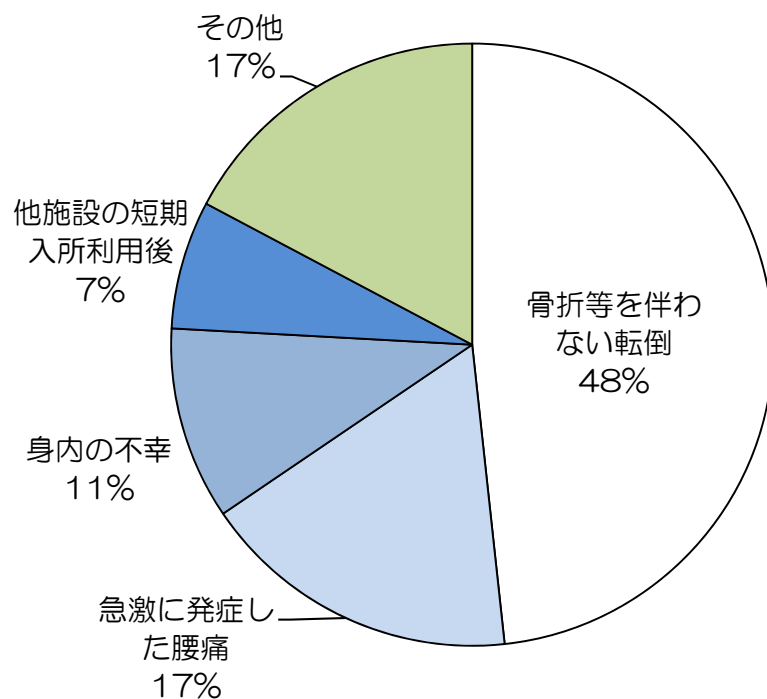
・運動機能の向上 (225単位)
・栄養状態の改善 (150単位)
・口腔機能の向上 (150単位)

要支援度の維持改善の
割合が一定以上(100
単位)

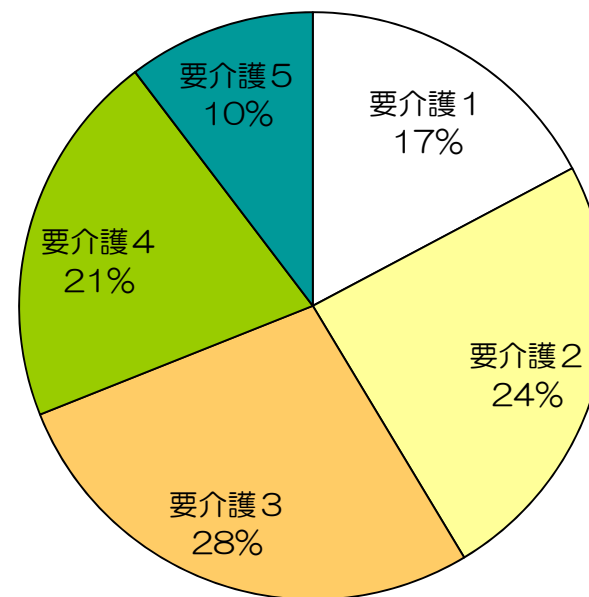
短期間の集中的訪問リハ実施の効果について

- 救急病院に入院するべき明らかな傷病ではないが、急激に機能やADLが低下した在宅の要介護者（29名）に対して、短期間の集中的な訪問リハを実施。

集中的訪問リハ開始の原因

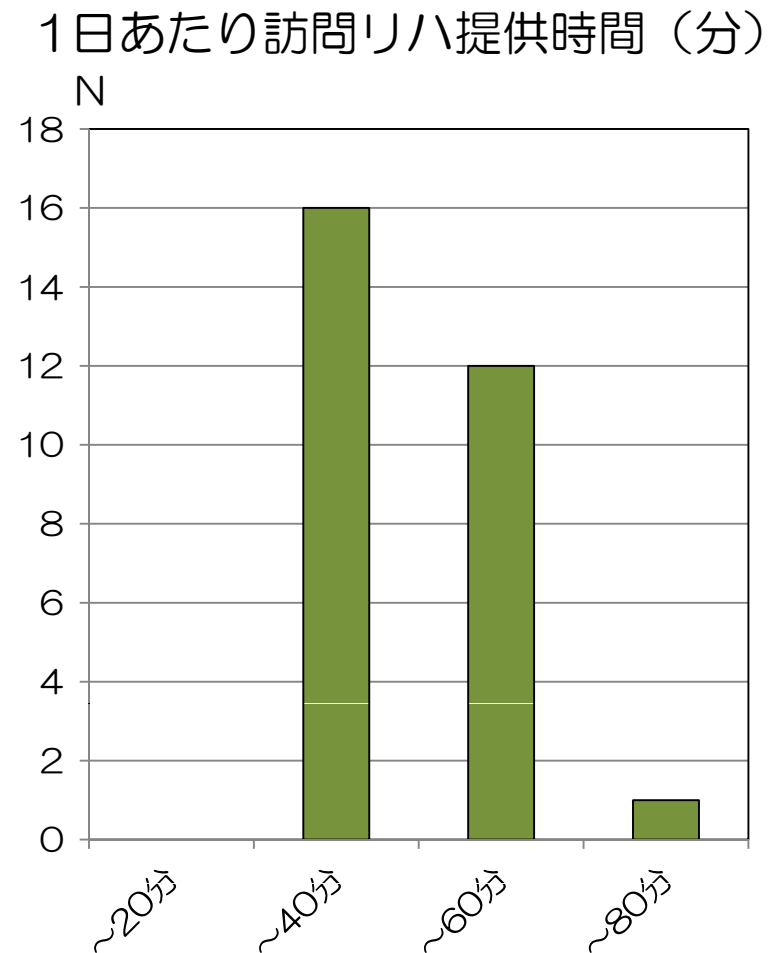
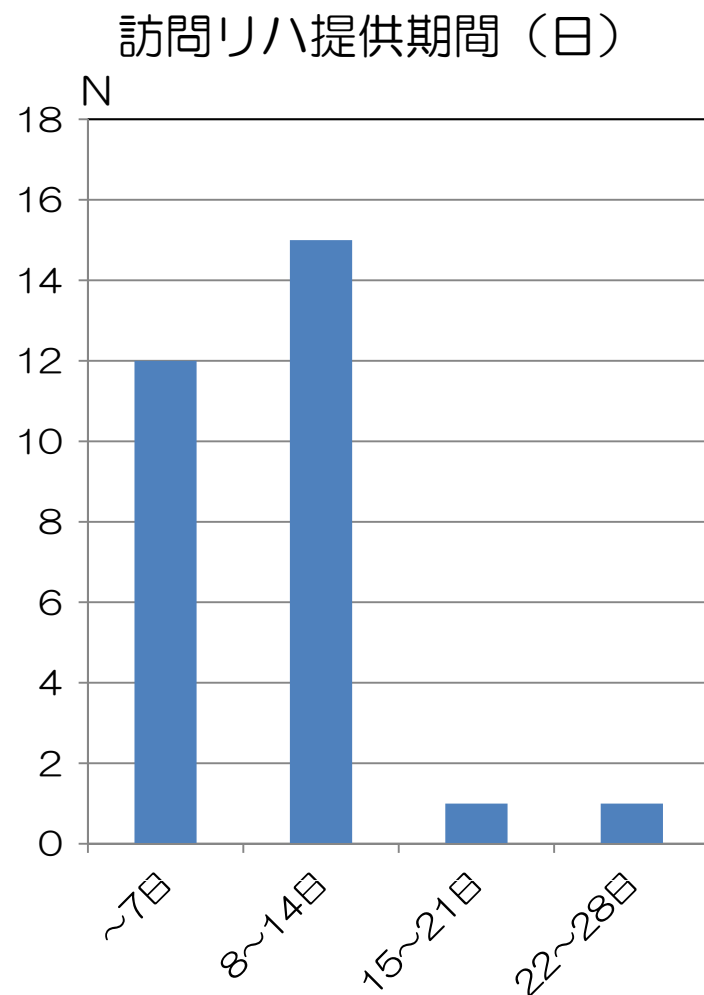


要介護度の分布



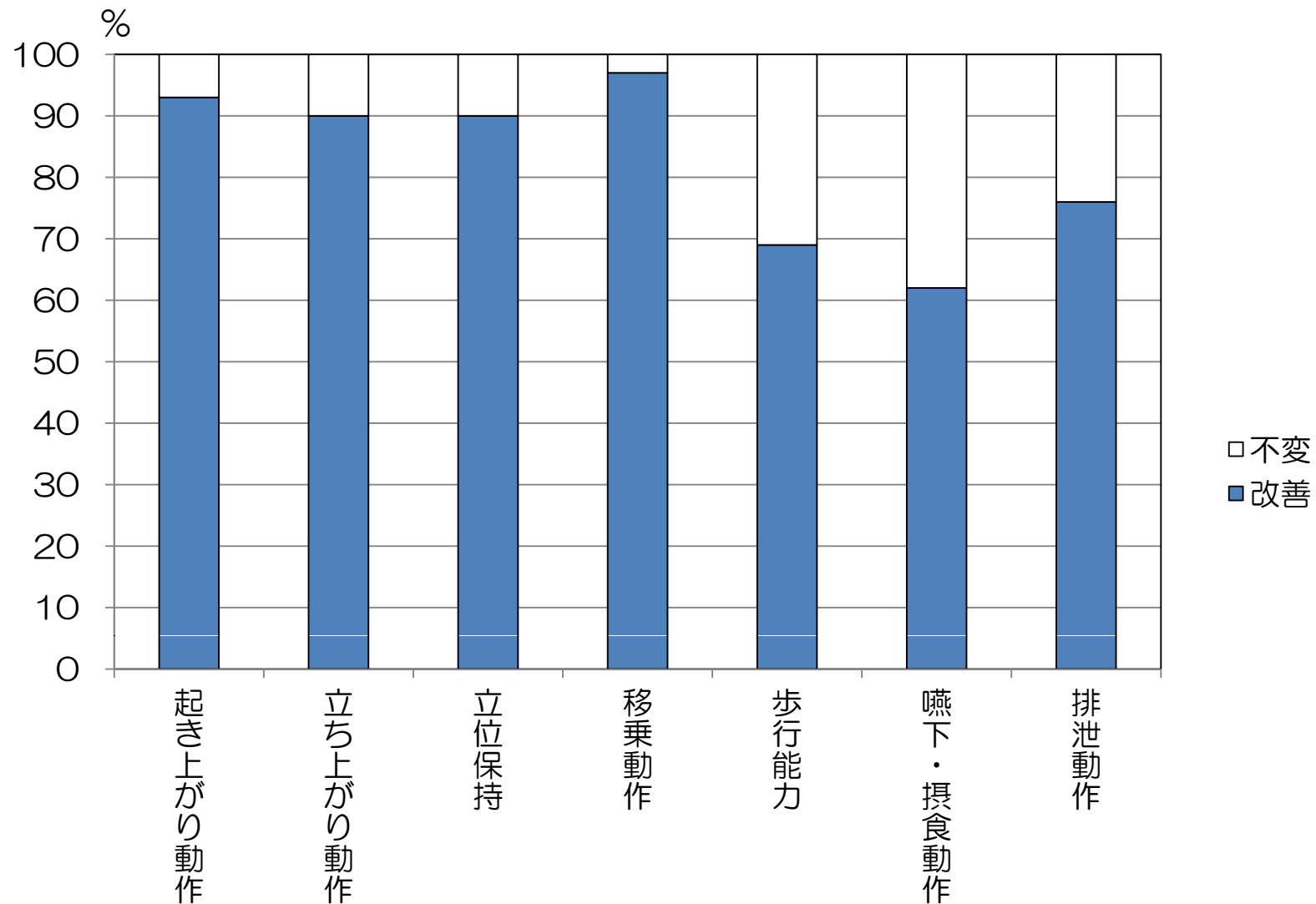
全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 提供資料

- 訪問リハの提供期間は平均11日（大部分14日以内）、1日の平均提供時間は50分であった。



全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 提供資料

- 実施前後のADLの改善については、起き上がり動作、立ち上がり動作、立位保持、移乗動作等の起居動作で改善が顕著であった」、」



全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 提供資料

② 看取りへの対応

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計（再掲）



2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

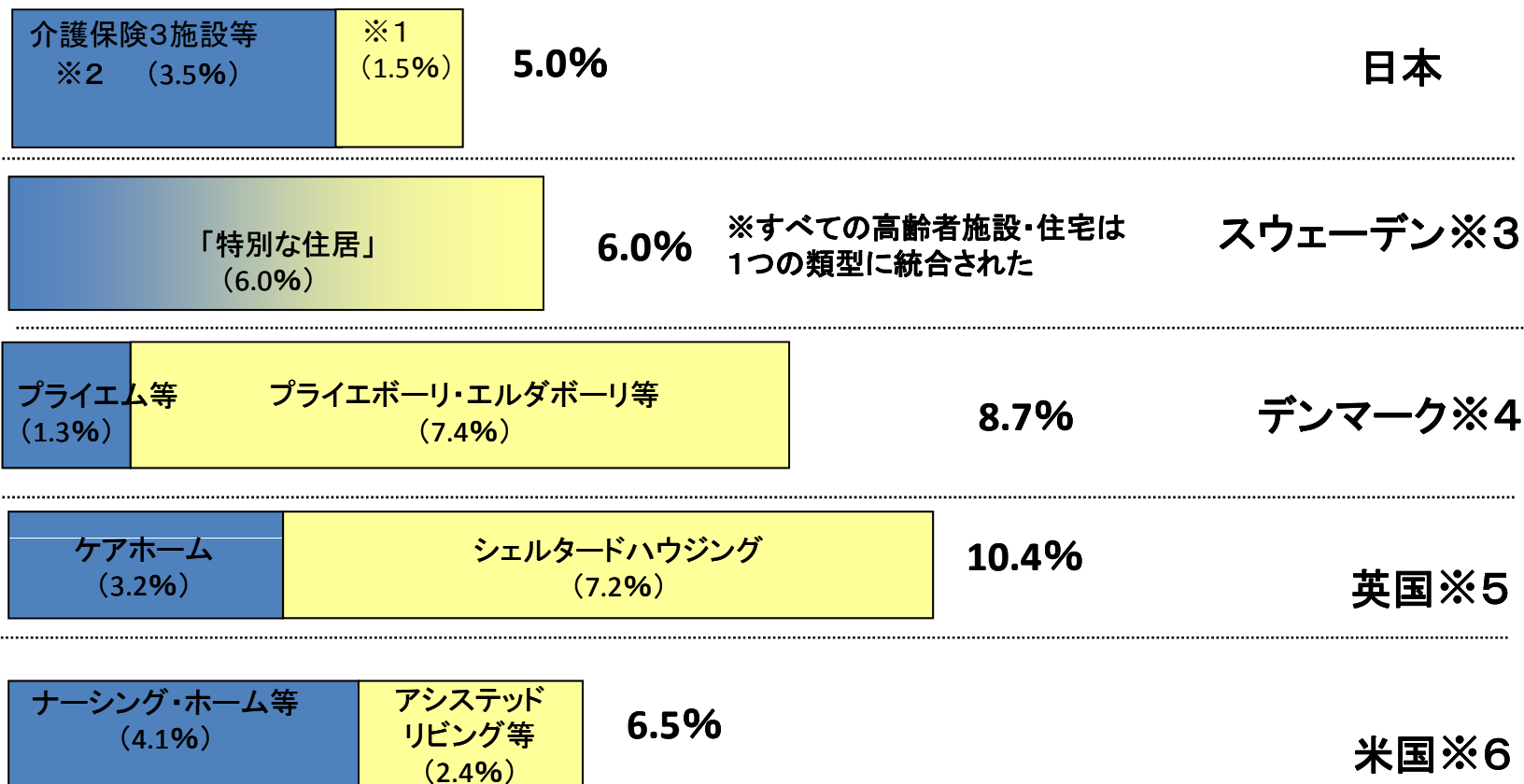
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

各国の介護施設・高齢者住宅の状況

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)

※2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査)

※3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"

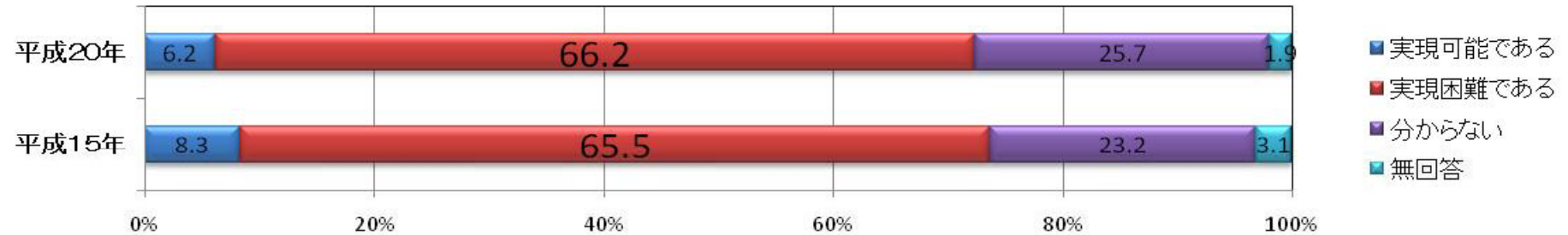
※4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"

※5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010"から推計

※6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

自宅での療養についての国民の意識

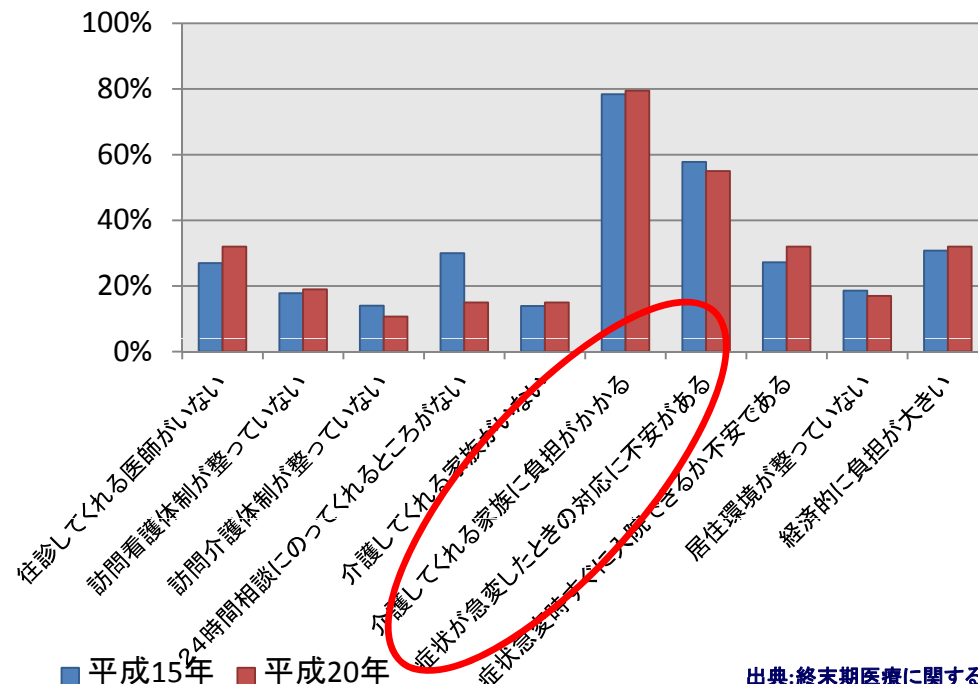
◆ 自宅での療養：60%以上の国民が、自宅で最期まで療養することは困難と考えている。



出典：終末期医療に関する調査（各年）

◆ 自宅で最期まで療養することが困難な理由（複数回答）

介護してくれる家族に負担がかかる、症状が急変したときの対応に不安があるという回答が多かった。

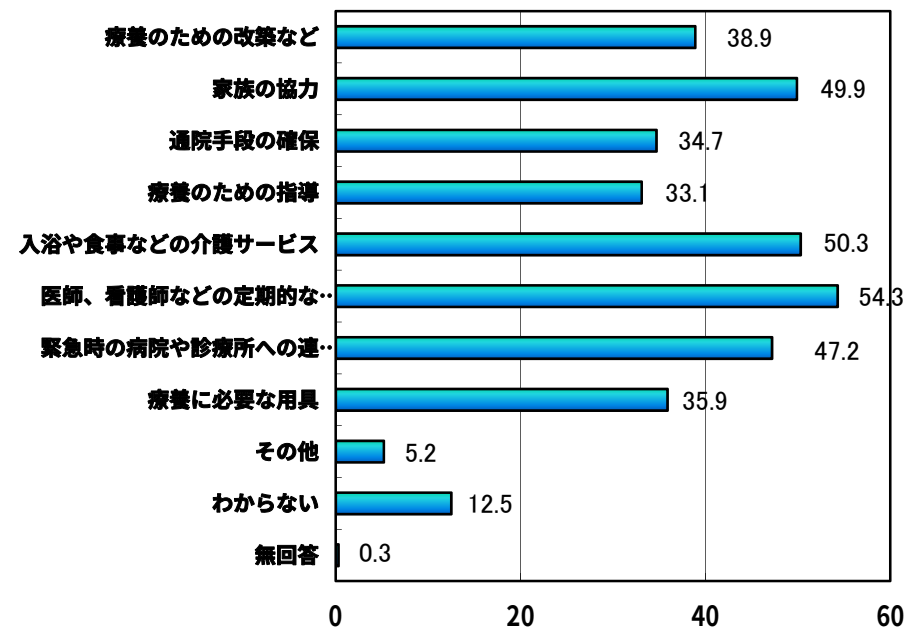


出典：終末期医療に関する調査（各年）

◆ 自宅療養を可能にする条件（複数回答）（注）

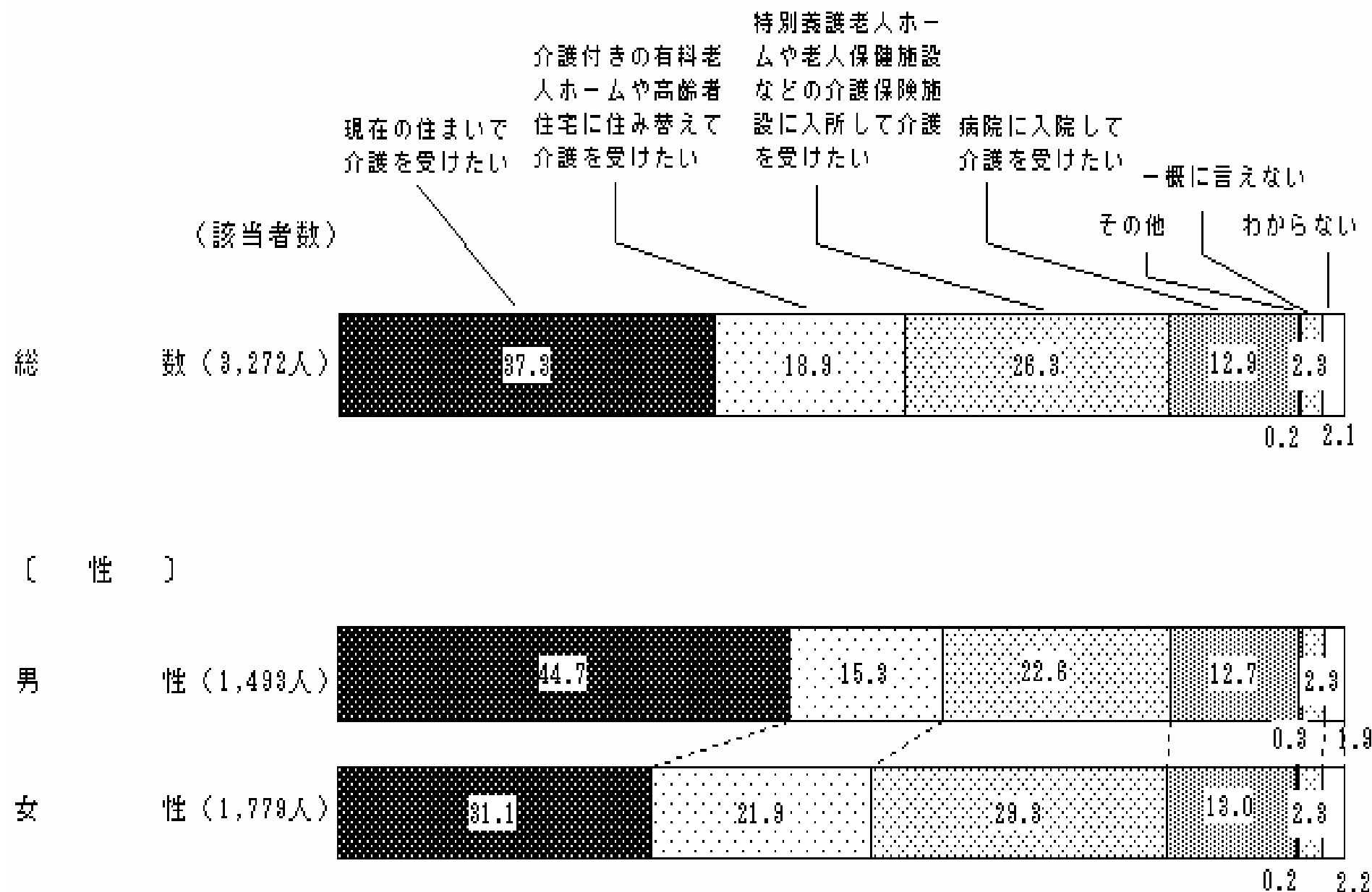
※ 自宅で治療・療養したいと回答した者を対象

在宅医療および介護サービスの充実、緊急時の連絡体制の強化、家族の協力などの回答が多かった。



出典：厚生労働省「受療行動調査」

自分自身が介護を受けたい場所

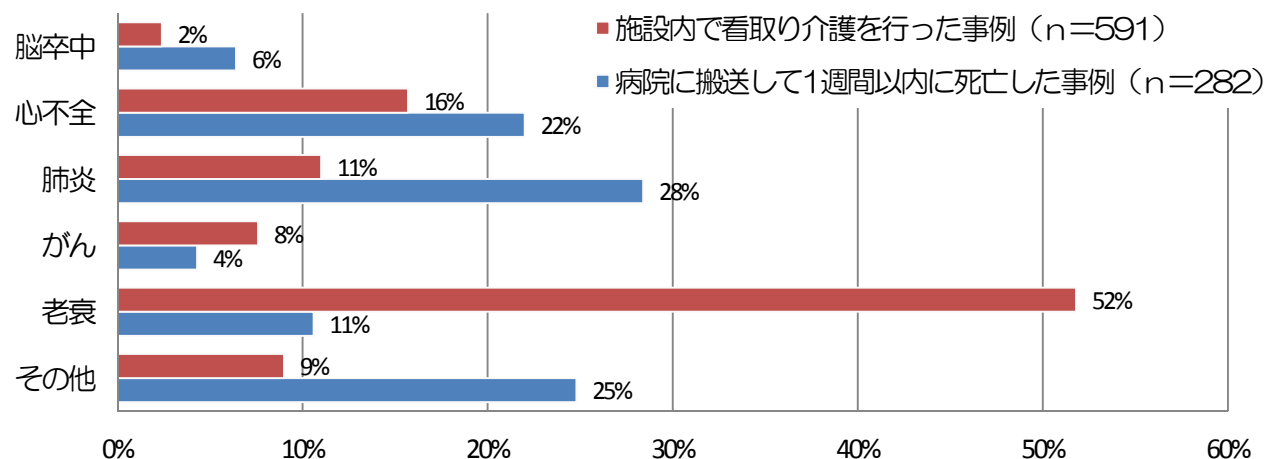


出典：内閣府 介護保険制度に関する世論調査(平成22年9月) (%)

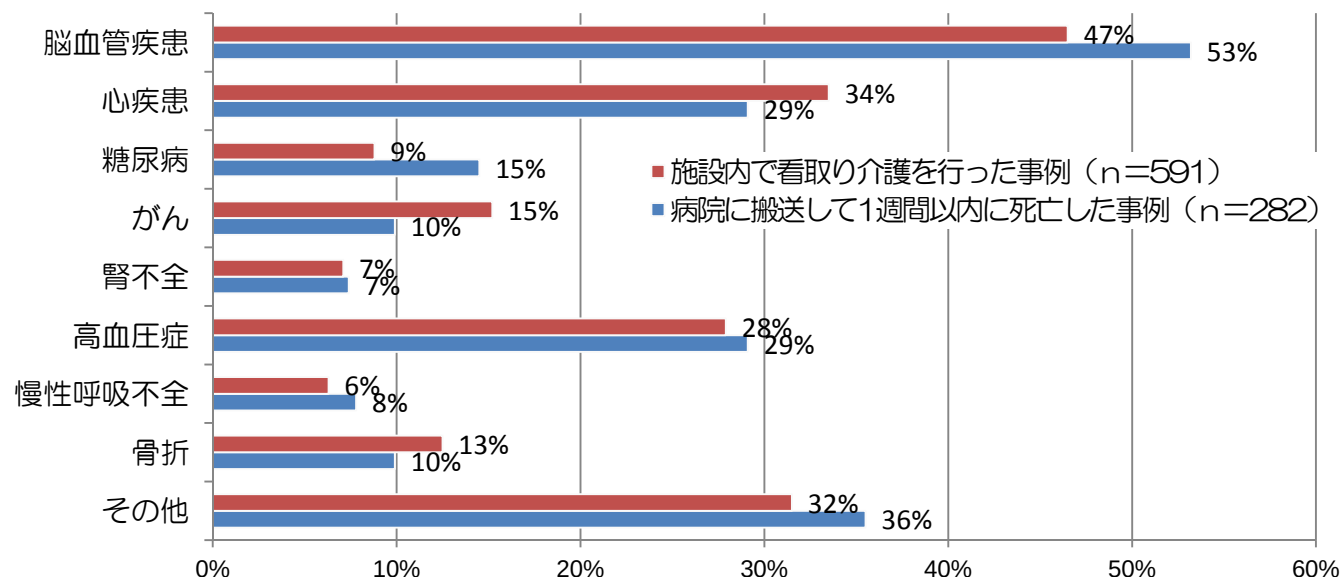
特別養護老人ホームにおける死亡者の死因等

○ 特別養護老人ホームにおける死亡者の直接の死因のうち、施設内で看取り介護を行った事例については「老衰」が約5割、病院に搬送して1週間以内に死亡した事例については「肺炎」が約3割となっている。

●死亡者の直接の死因



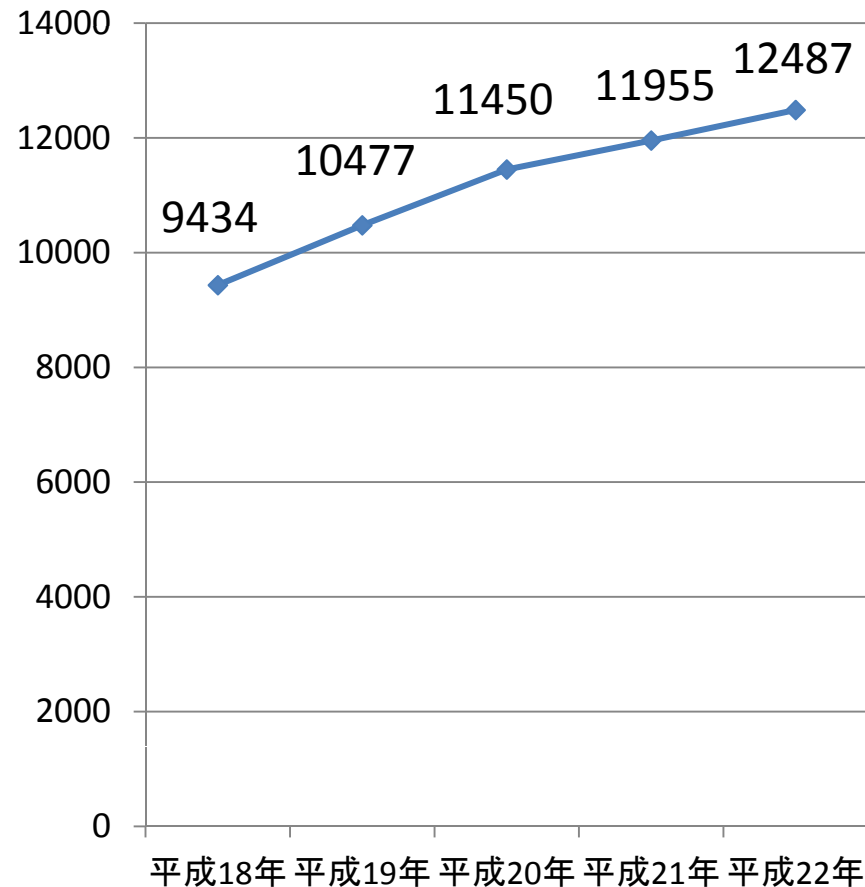
●有していた疾病



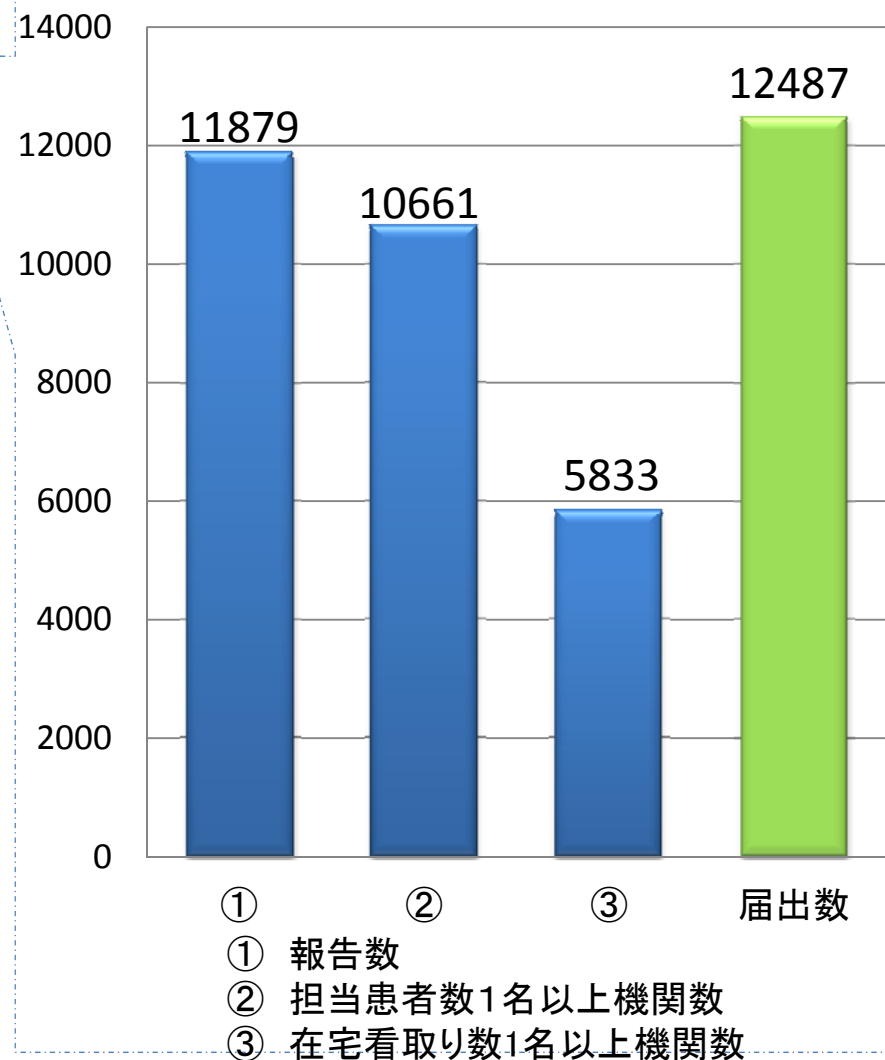
出典：特別養護老人ホームにおける看取り対応に関する調査（平成21年）

在宅療養支援診療所の届出数の推移

在宅療養支援診療所 届出数



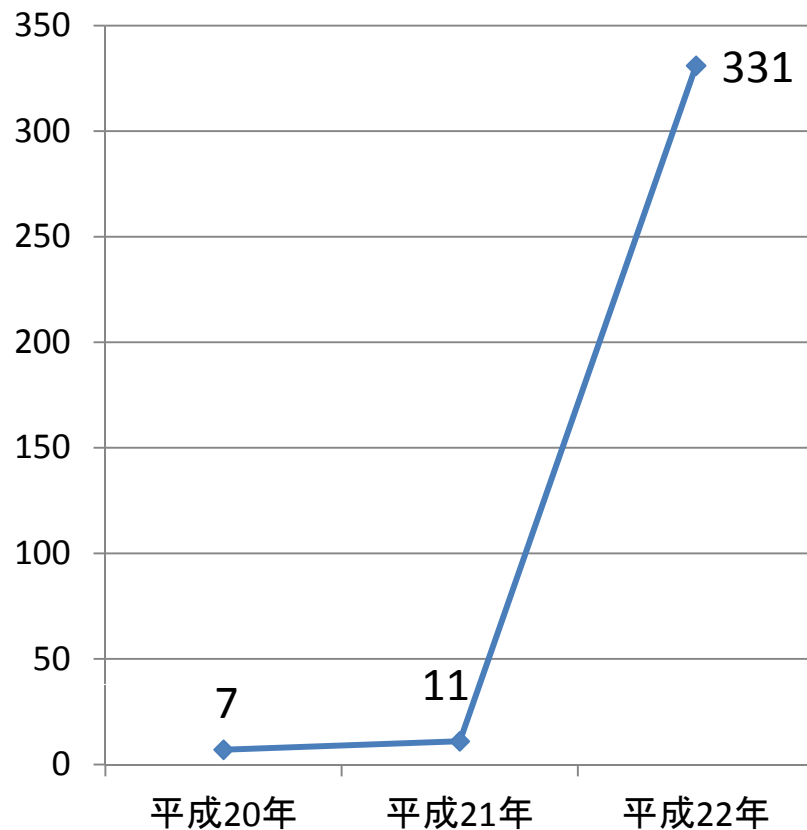
在宅療養支援診療所の内訳 (平成22年)



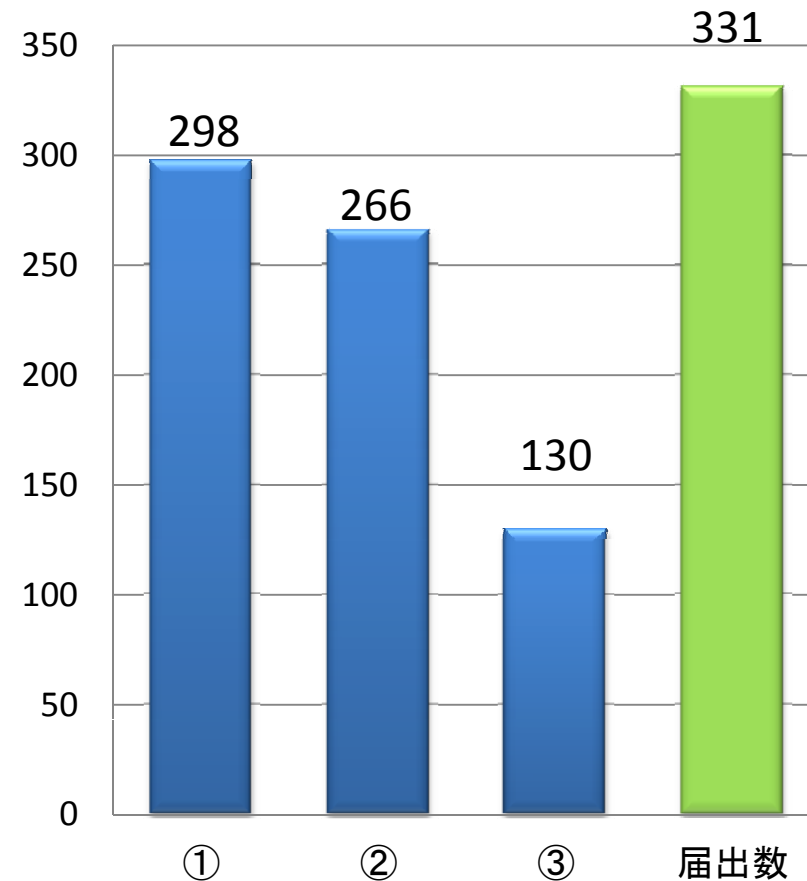
出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅療養支援病院の届出数の推移

在宅療養支援病院
届出数



在宅療養支援病院の内訳
(平成22年)



- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅療養支援診療所・病院の診療報酬上の取扱いについて

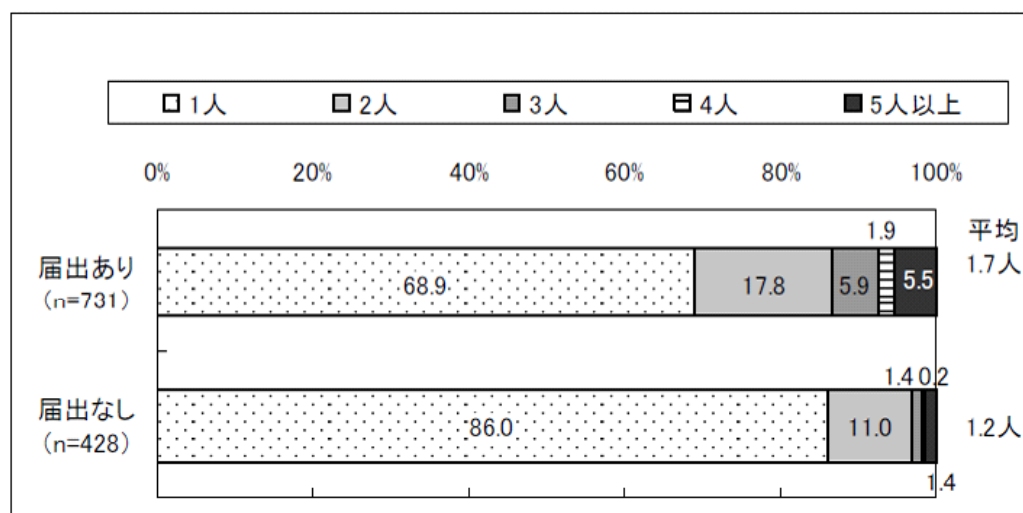
	在宅療養支援診療所等	その他診療所
C000 往診料 緊急時や夜間、深夜の加算	650点（時間内緊急） 1,300点（夜間） 2300点（深夜） 【在支診の連携医療機関も算定可】	325点（時間内緊急） 650点（夜間） 1,300点（深夜）
C001 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	10,000点	2,000点
C002 在宅時医学総合管理料	4,200点（処方せんを交付する場合） 4,500点（処方せんを交付しない場合）	2,200点（処方せんを交付する場合） 2,500点（処方せんを交付しない場合）
C002-2 特定施設入居時等医学総合 管理料	3,000点（処方せんを交付する場合） 3,300点（処方せんを交付しない場合）	1,500点（処方せんを交付する場合） 1,800点（処方せんを交付しない場合）
B004 退院時共同指導料1	1,000点 【在宅療養支援診療所のみ】	600点

※ その他、有床診療所入院基本料 一般病床初期加算（1日につき100点、7日まで）の要件や、訪問看護基本療養費 緊急訪問看護加算（1回2650円）の要件として在宅療養支援診療所等が定められている。

1施設あたりの在宅医総数の階級区別の構成割合(届出あり・なし別)及び在宅医療を行っている病院数について

- 在宅医1人で対応している診療所は、在宅医療支援診療所の届出ありでは68.9%、届出なしでは86.0%
- 複数の在宅医がいる診療所は、在宅医療支援診療所の届け出ありでは31.1%、届け出なしでは14.0%
- 往診料を算定している病院数は1,614(全体の18%)
在宅患者訪問診療を算定している病院数は 2,582(全体の29%)
(平成20年9月の1ヶ月間)

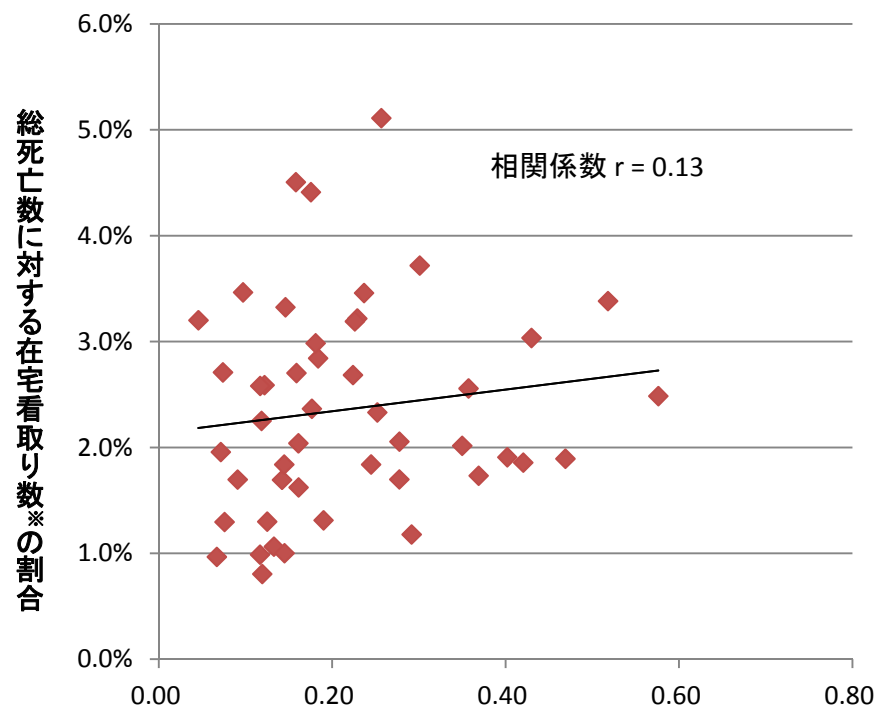
1施設あたりの在宅医総数の階級区別の構成割合(届出あり・なし別)
(n=1,159 無回答を除く)



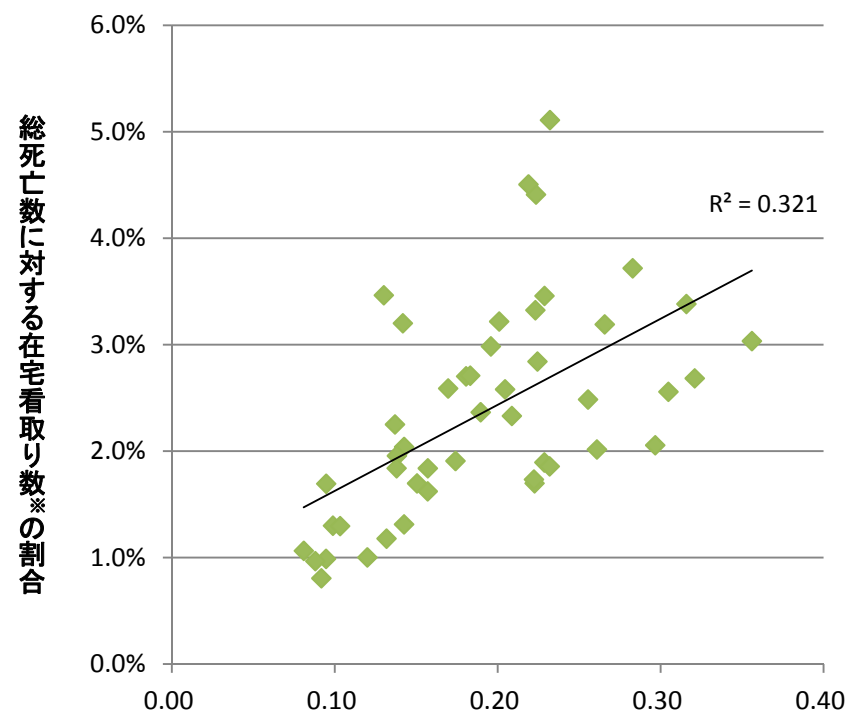
出典：日医総研「在宅医療を担う診療所の現状と課題「診療所の在宅医療機能に関する調査」の結果から（2011年4月26日）」
医療施設調査

在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

在宅看取りなし機関



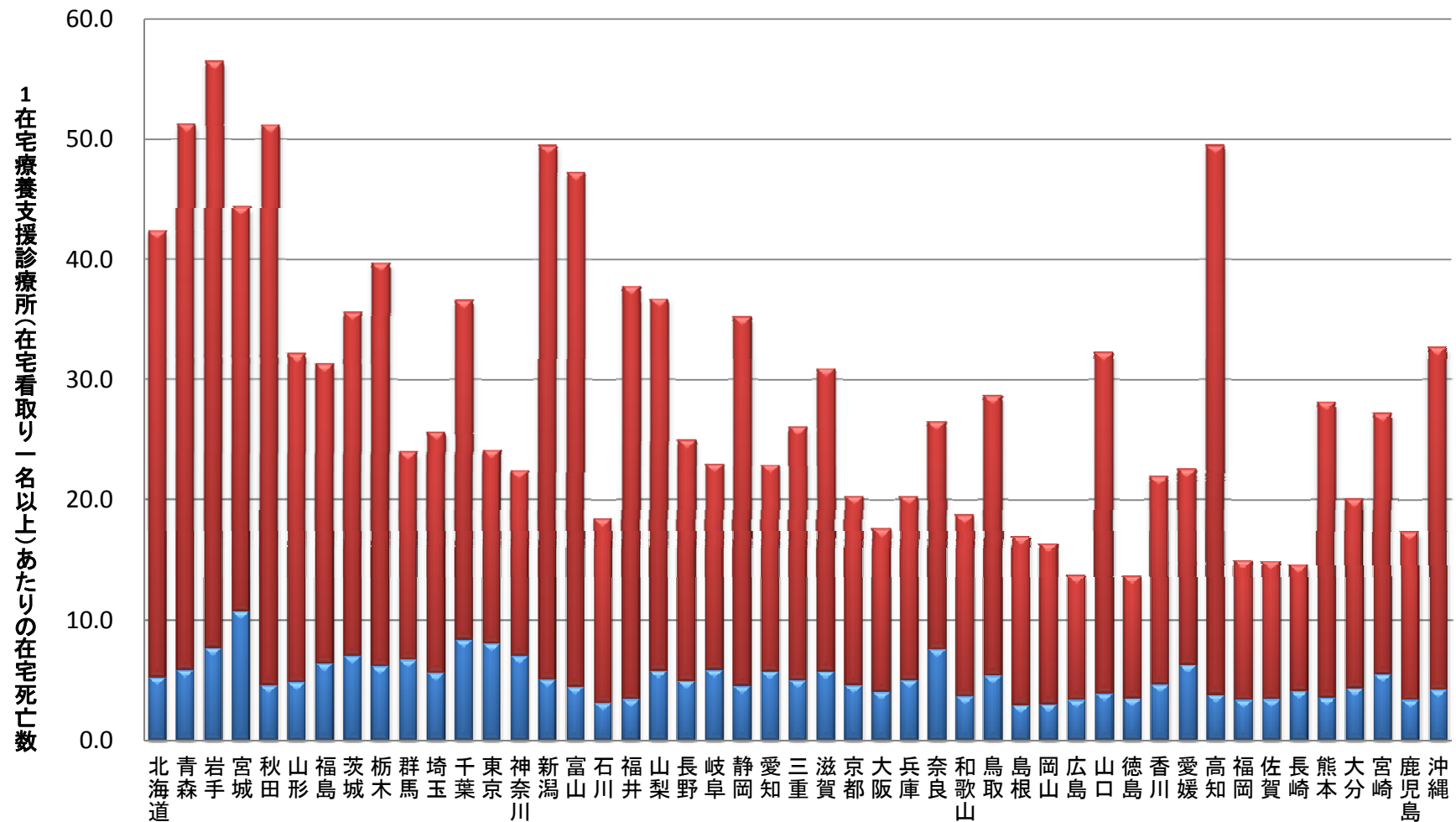
在宅看取り数1名以上機関



(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

出典:保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と 在宅死亡の比較(都道府県別分布)

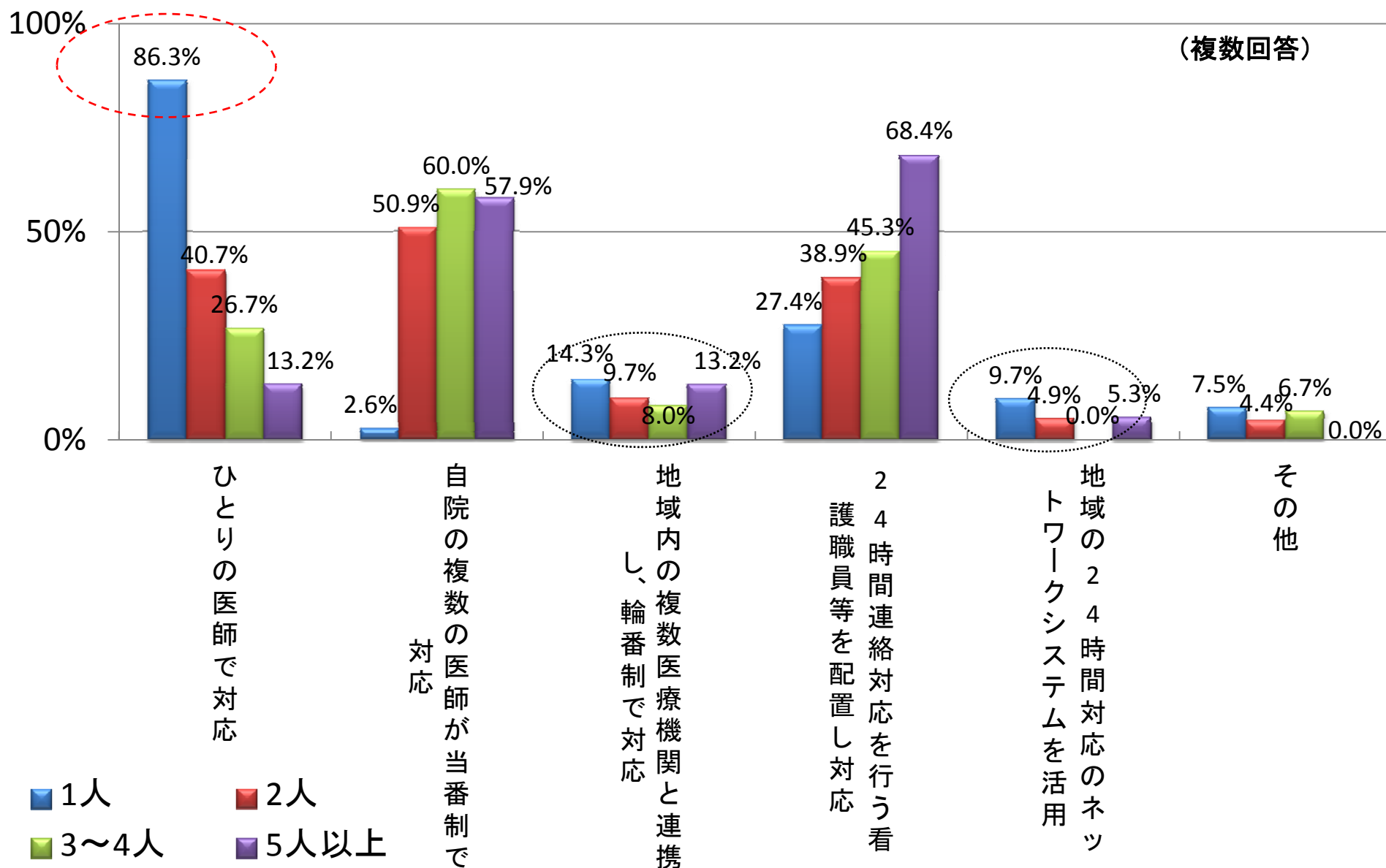


■ その他の在宅死亡数

■ 在宅療養支援診療所が看取っている在宅死亡数

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制（複数回答）



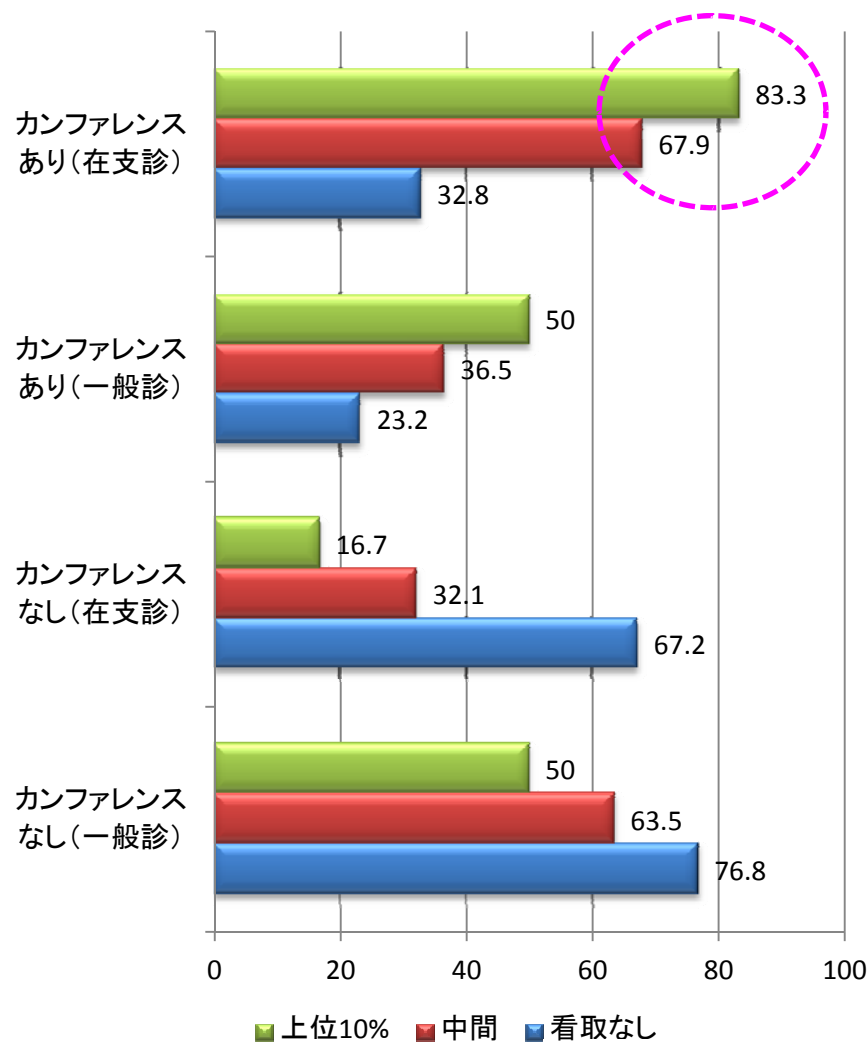
(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

介護や看護に関わる他施設とのカンファレンス開催

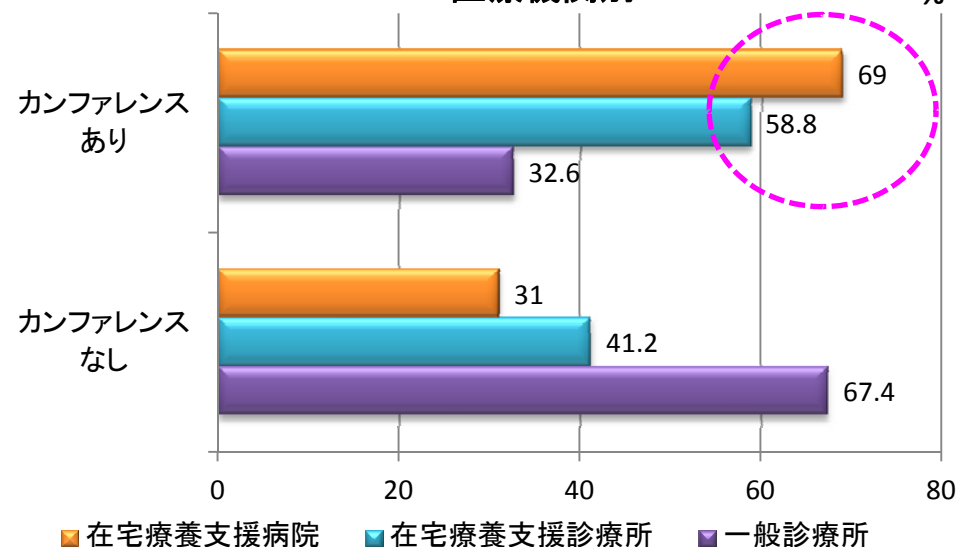
看取り数別



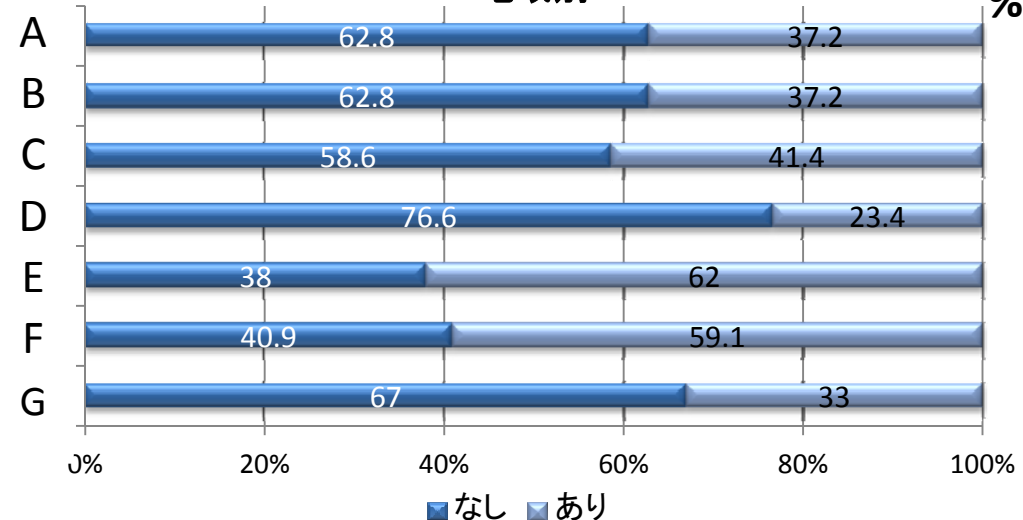
※在宅療養支援病院 上位10%看取り数カットポイント12件
在宅療養支援診療所 上位10%看取り数カットポイント15件
一般診療所 上位10%看取り数カットポイント5件

n=在支診:258施設
一般診:372施設
在支病: 62施設

医療機関別



地域別

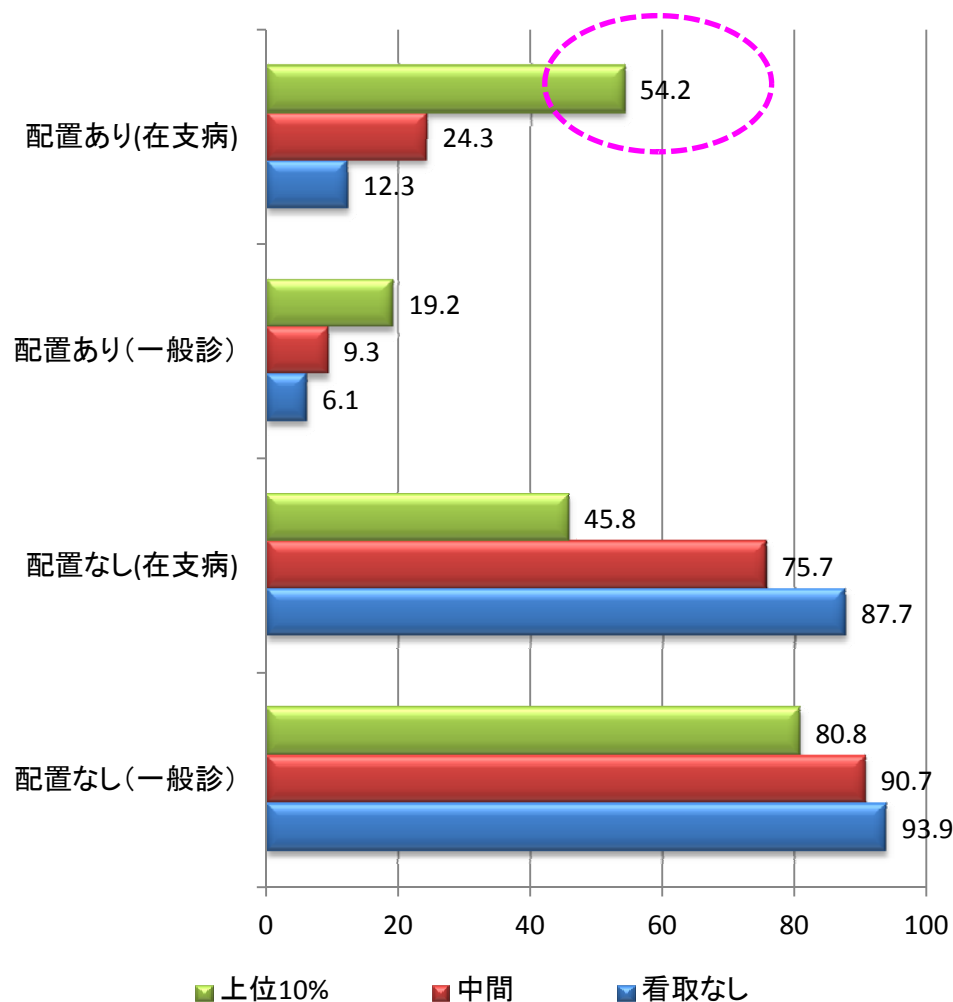


出典: 武林亨 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究(2011)

地域医療連携に関わる職員の配置

看取り数別

%

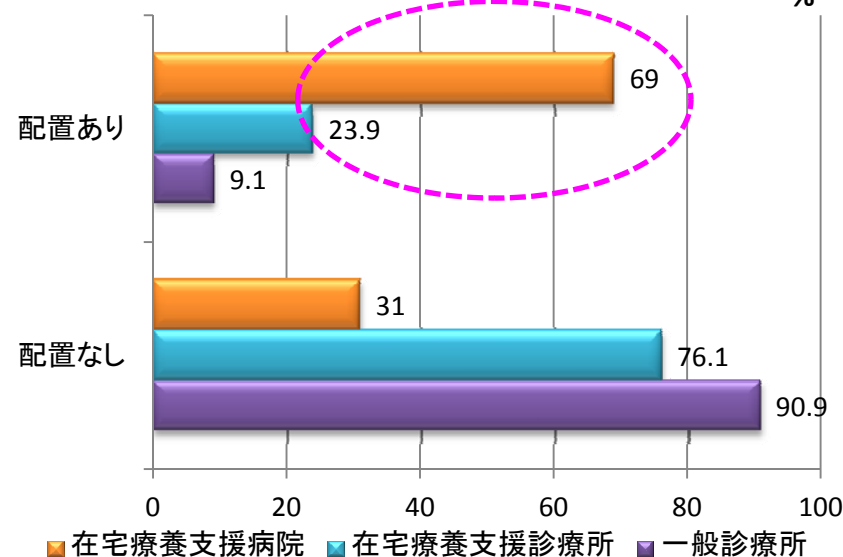


※在宅療養支援病院 上位10%看取り数カットポイント12件
在宅療養支援診療所 上位10%看取り数カットポイント15件
一般診療所 上位10%看取り数カットポイント5件

n=在宅診療:258施設
一般診療:372施設
在宅病: 62施設

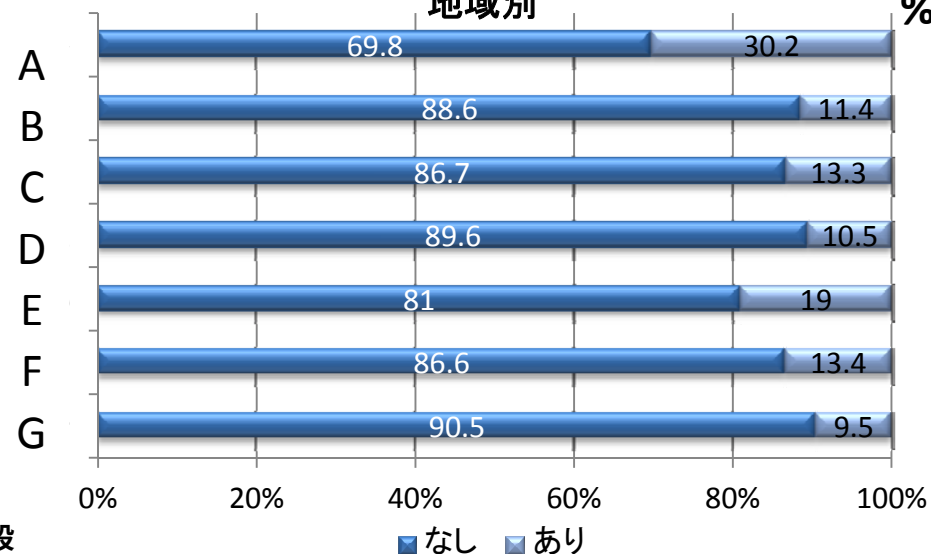
医療機関別

%



地域別

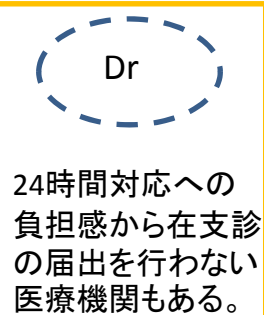
%



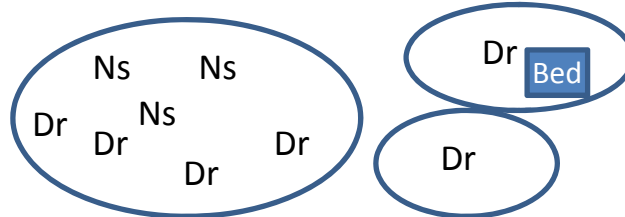
武林亨 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究(2011)

在宅療養支援診療所・病院について

現状

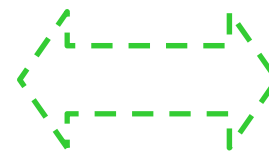


在宅療養支援診療所(在支診)

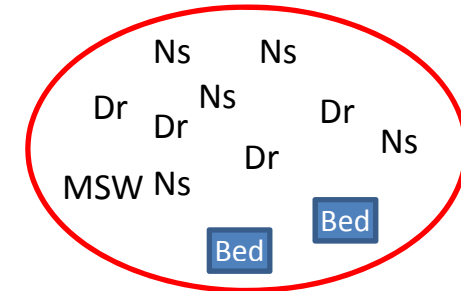


- ・在支診の約7割は1人医師
- ・24時間対応への負担感が強い。
- ・看取りを行わない在支診が約50%

在支病・在支診の機能分担も不明確

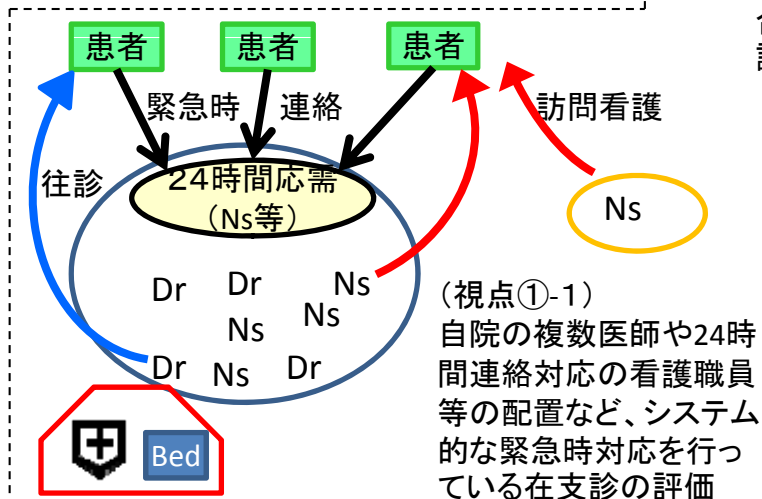


在宅療養支援病院(在支病)

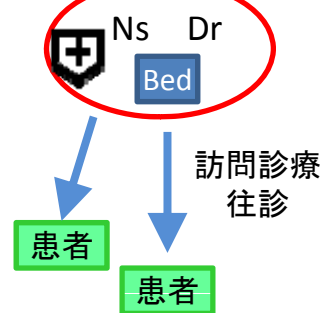


検討の視点

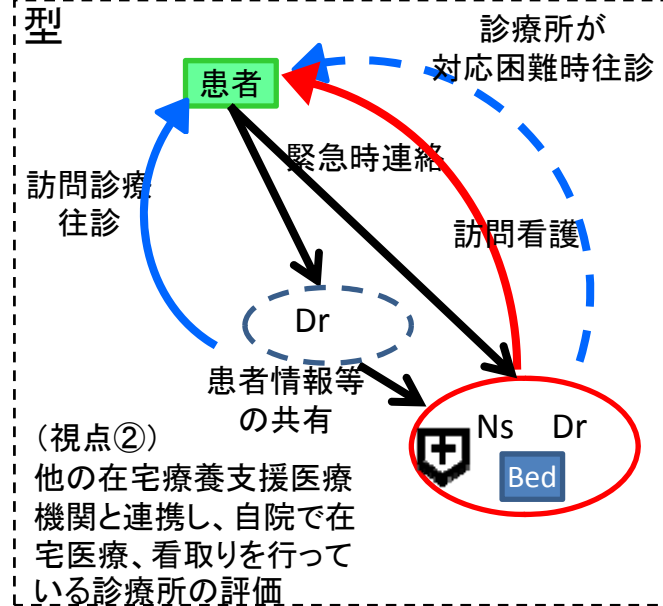
①在宅医療特化型



(視点①-2) 周辺に診療所がない場合に、在支病自らが行う訪問診療、往診の評価



②在宅療養支援医療機関連携型



看取りに係る介護報酬上の評価について①

- 訪問看護については、平成12年より「ターミナルケア加算」が算定可能。
- 平成18年より、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)において「看取り介護加算」を創設。
- 平成21年度より、介護老人保健施設において「ターミナルケア加算」、認知症対応型共同生活介護において「看取り介護加算」を創設。
- 施設の看取りに係る加算は、一定の要件を満たす入所者(利用者)について、看護師の確保や看取り指針の策定等の要件を満たす事業所において算定できる。

◇対象者（共通）

- (1) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- (2) 入所者(利用者)又はその家族等の同意を得て、入所者(利用者)の介護^注に係る計画が作成されていること。
- (3) 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者(利用者)の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、介護^注が行われていること。

注:介護老人保健施設については、「ターミナルケア」

◇その他（例;介護老人福祉施設の場合）

- (1) 常勤の看護師を1名以上配置し、当該介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること。
- (2) 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- (3) 看取りに関する職員研修を行っていること
- (4) 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。

看取りに係る介護報酬上の評価について②

○ 看取りに係る加算については、サービス類型毎に、算定期間毎の報酬単価や算定要件等が異なる。

		認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人福祉施設 【看取り介護加算】	介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナルケア加算】	(参考)訪問看護 【ターミナルケア加算】		
算定期間	死亡日	 80単位/日 	1,280単位/日	 315単位/日 	 315単位/日 	 2,000単位/死亡月 		
	死亡前日～前々日		680単位/日					
	死亡4日～14日前		 80単位/日 				200単位/日	200単位/日
	死亡15日～30日前							
算定単位数(上限)	対象者が、施設内で死亡した場合	2,400単位	4,800単位	7,725単位	7,725単位	2,000単位		
	対象者が、死亡前日に、他の医療機関に搬送された場合	2,320単位	3,520単位	7,410単位	—	— ※ ターミナルケア後、24時間を超えて死亡した場合		
加算の算定状況 注:()は請求事業所総数に占める割合		115事業所(1.1%) 127件	858事業所(13.8%) 3 346件 ※うち、死亡日の報酬を算定→ 1162件 [地域密着型を除く]	392事業所(10.5%) 975件		640事業所(8.3%) 800件		
備考		医療連携体制加算の算定が必要	—	—	入所している施設又は当該入所者の居宅における死亡に限る	死亡日前14日以内に2回以上のターミナルケアの実施した場合		

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年10月審査分)

看取りに係る介護報酬上の評価について③

- 要介護高齢者等について、看取りに係る加算を算定する場合、当該患者を診療する医師の看取りに係る診療報酬上の評価については、給付調整される。

		認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人福祉施設 【看取り介護加算】		介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナルケア加算】
介護 保険	看取り介護加算 又は ターミナルケア加算	○	○	—	○	○
医療 保険	在宅患者訪問診療料 及び 在宅ターミナルケア加算	○	×	○ 末期悪性腫 瘍の患者に 限る	×	×

○：算定可能 ×：算定不可 —：算定しない場合

(参考)在宅医療における医師の診療に係るターミナルケア・看取りの評価【診療報酬】

C001 在宅患者訪問診療料 830又は200点/日

＋在宅ターミナルケア加算 2000点* (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) 又は 死亡診断を行った場合 200点

*在宅療養支援診療所もしくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の医師が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合 10,000点

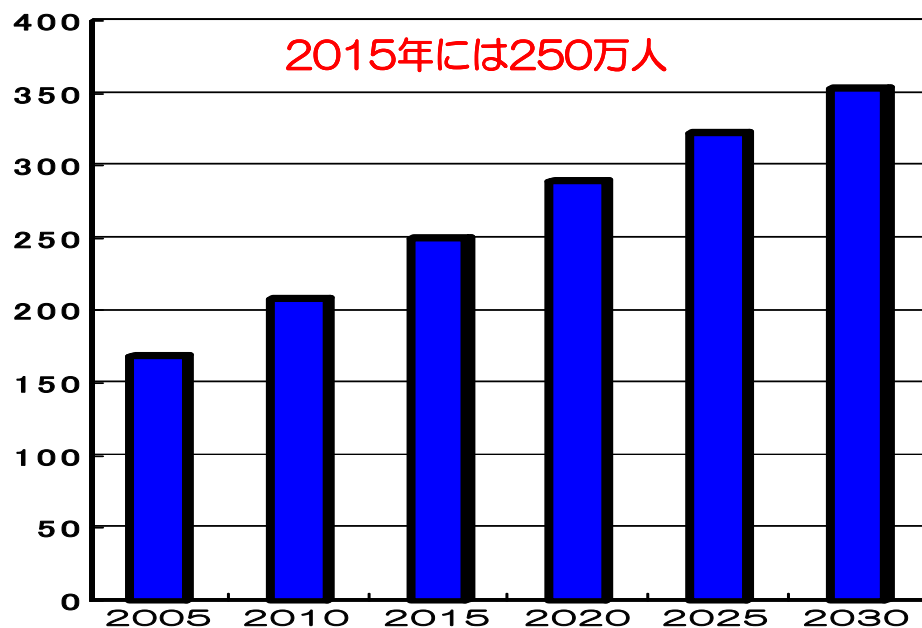
③ 認知症への対応

高齢者の増加と認知症疾患患者

介護領域からの推計

自立度Ⅱ以上※の認知症患者数の推計

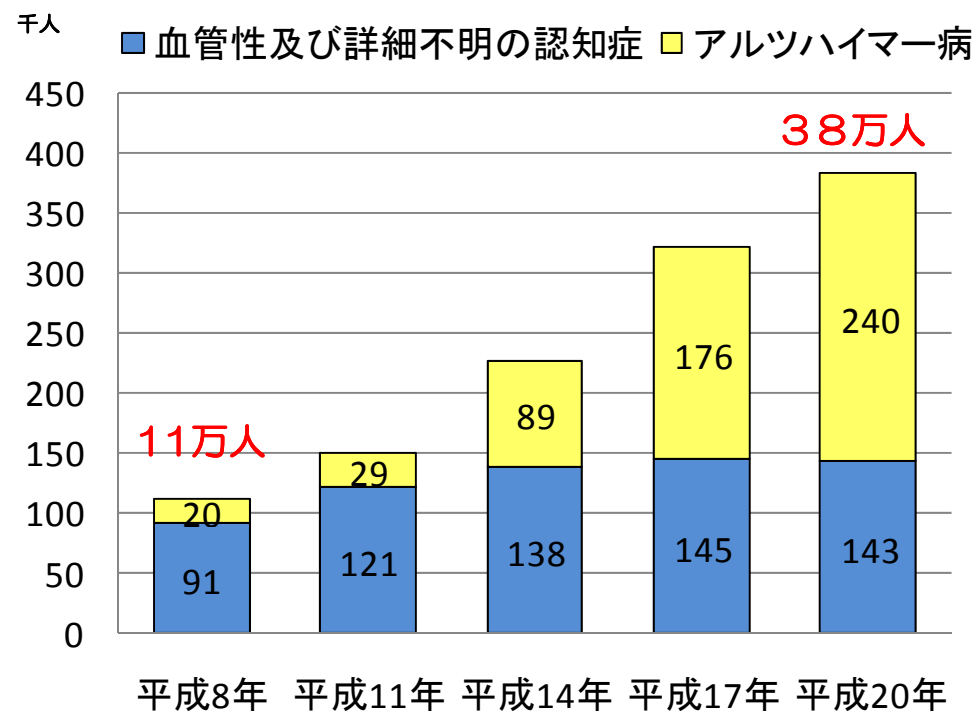
万人 ※認知症高齢者の日常生活自立度



医療領域での推移

認知症疾患患者数の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病)



認知症患者数の将来推計；厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」（平成14年9月末についての推計）、認知症患者の年次推移；患者調査

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判 定 基 準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理 などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

認知症の中核症状と周辺症状

BPSD* (周辺症状)

行動障害
徘徊
失禁
自傷・他害

精神症状
幻覚
妄想
作話

感情障害
うつ
不安
焦燥

意欲の障害
意欲低下
意欲亢進

中核症状

記憶障害
見当識障害
判断の障害
実行機能の障害

特徴

- ・一部の患者に、経過中にみられることがある
- ・出現する症状やその重症度は様々

*BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
(認知症の行動・心理症状)

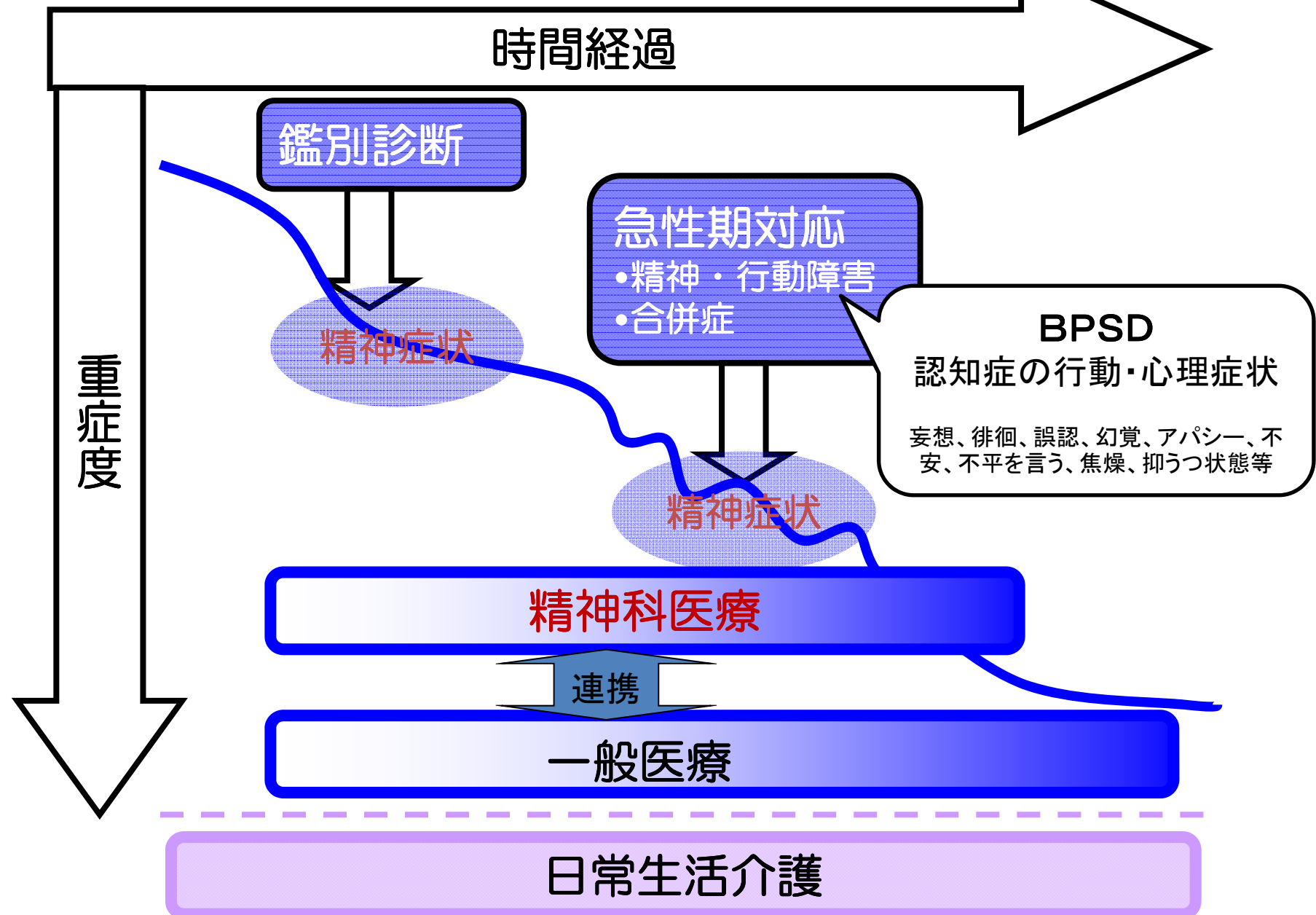
対応

- ・薬物投与等の精神科治療技術や、手厚いマンパワーを要する
- ・適切な治療により、多くは1～3ヶ月で改善可能

- ・すべての患者で病期を通じてみられる
- ・徐々に進行し、改善は見込めない

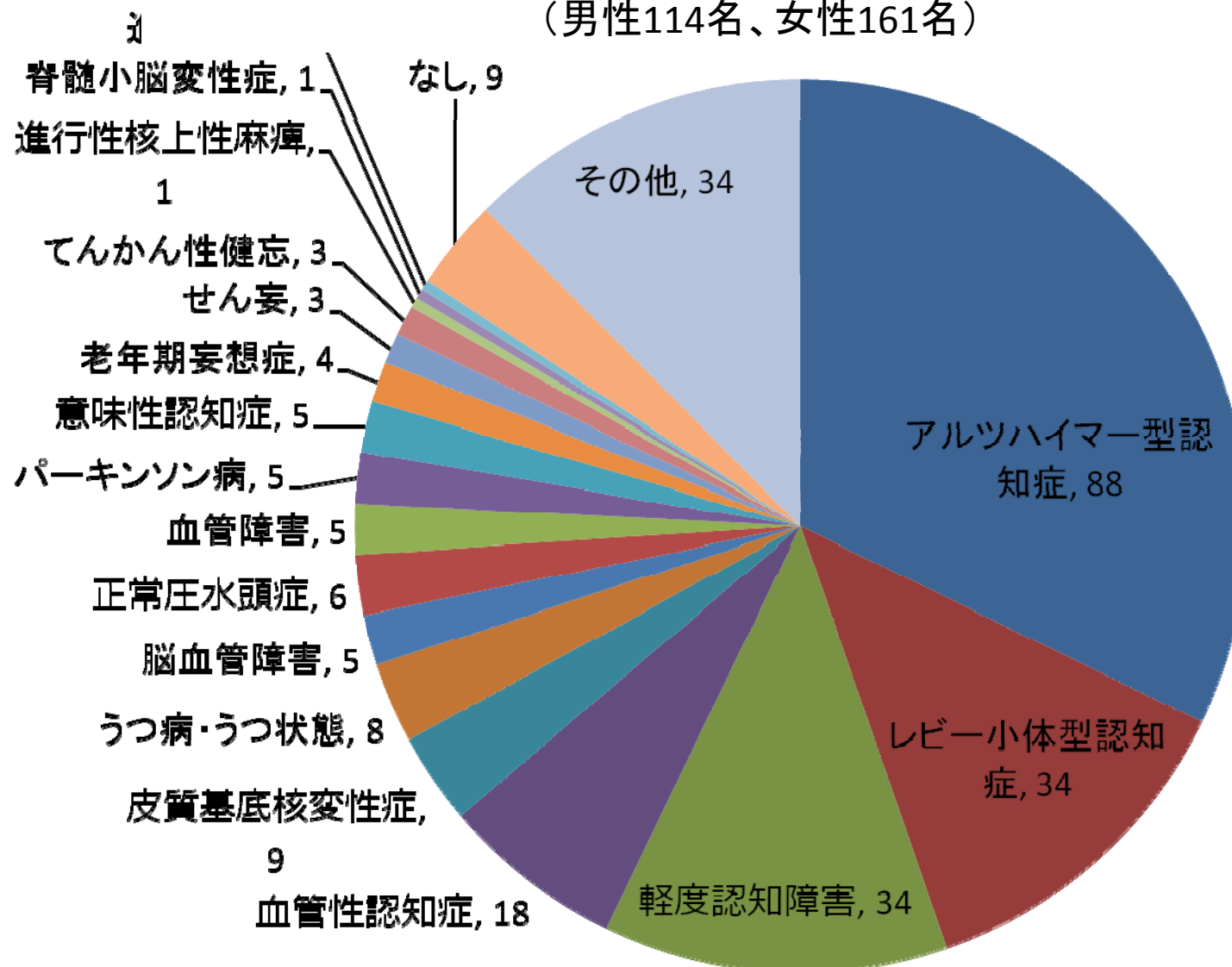
- ・ドネペジル(アリセプト)投与により、進行の遅延が図られる

認知症の経過と医療の必要性



認知症の早期鑑別の重要性について

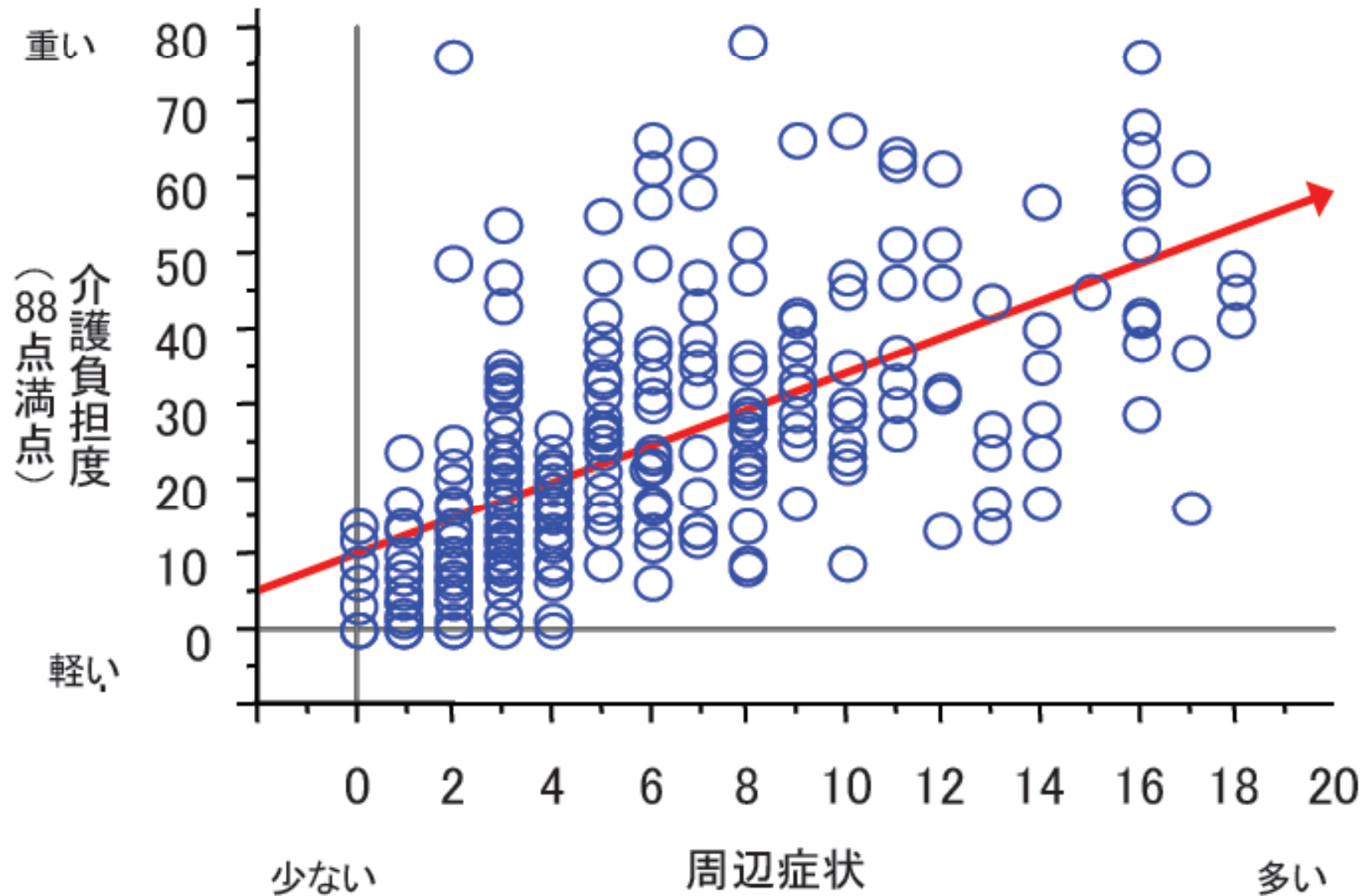
認知症専門外来を受診した患者総数 275名の診断
(男性114名、女性161名)



平成21年度 厚生労働科学研究費補助金(認知症総合対策事業)
かかりつけ医のための認知症の鑑別疾患と疾患別治療に関する研究

認知症のBPSD(行動・心理症状)と介護負担度について

介護負担度と周辺症状



出典: 杏林大学物忘れセンターにおけるデータ

認知症対策事業について

認知症疾患医療センター運営事業

平成22年度予算額

577,671千円

認知症疾患医療センター

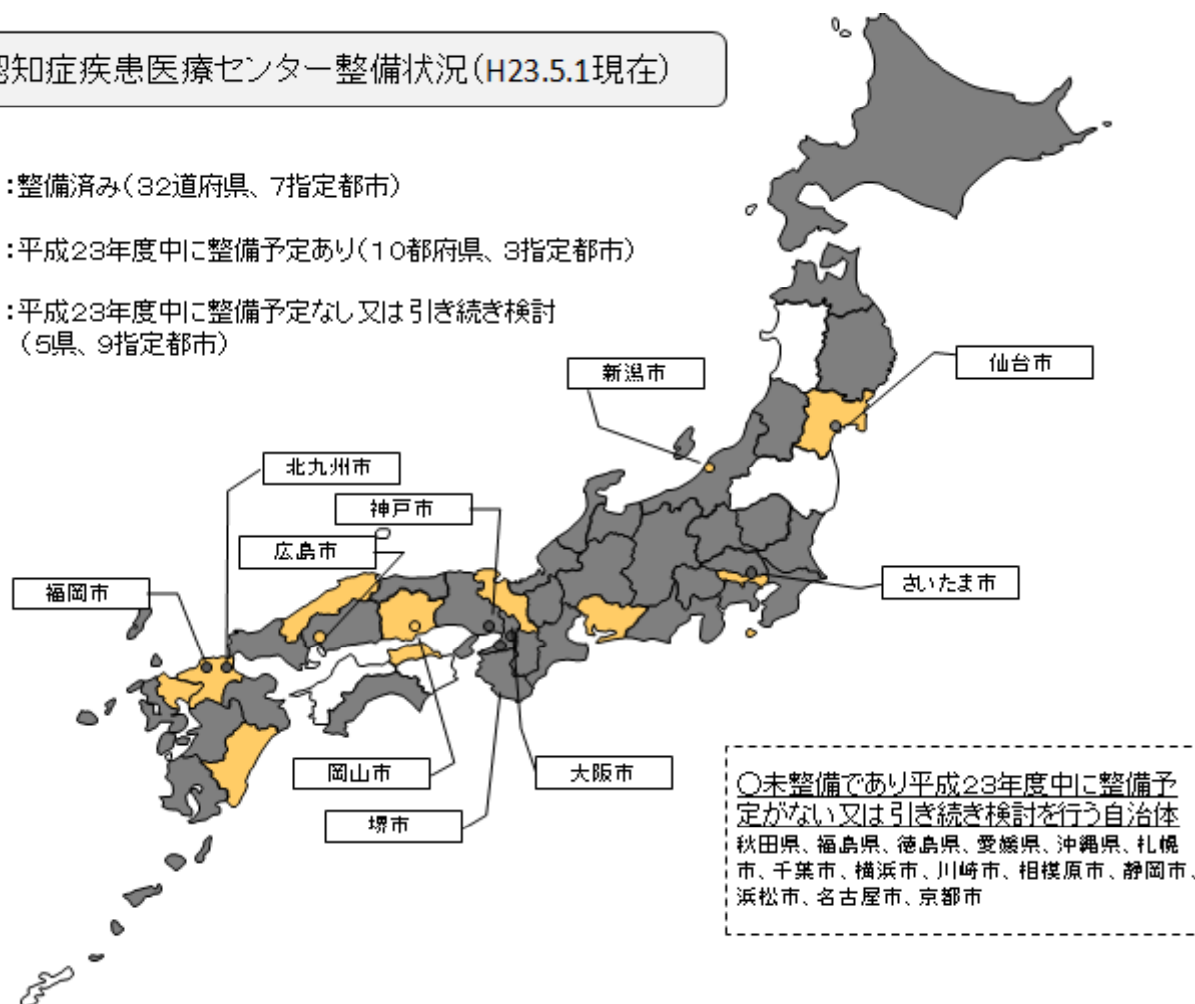
設置場所；身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数；全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

人員；専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

認知症疾患医療センター整備状況(H23.5.1現在)

- ：整備済み(32道府県、7指定都市)
- ：平成23年度中に整備予定あり(10都府県、3指定都市)
- ：平成23年度中に整備予定なし又は引き続き検討(5県、9指定都市)



認知症疾患医療センター 運営事業実施状況

平成23年5月1日現在
112ヶ所
(32道府県 7指定都市)

(参考)

平成21年度:66ヶ所

平成20年度:14ヶ所

認知症医療の評価について

認知症医療の評価

- 認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価

① 認知症専門診断管理料 500点(1人につき1回)

- 認知症の専門医療機関と連携した地域の医療機関における認知症患者の診療の評価

① 認知症専門医療機関連携加算 50点(1月につき)

認知症病棟入院料の見直し

- 認知症に対する入院医療については、**認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への手厚い対応**が特に必要な入院早期の評価を引き上げるとともに、名称を「**認知症治療病棟入院料**」に改める。

認知症病棟入院料1

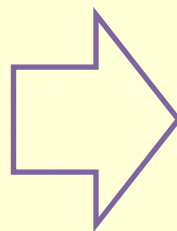
イ 90日以内の期間 1,330点

ロ 91日以上期間 1,180点

認知症病棟入院料2

イ 90日以内の期間 1,070点

ロ 91日以上期間 1,020点



認知症治療病棟入院料1

イ 60日以内の期間 1,450点

ロ 61日以上期間 1,180点

認知症治療病棟入院料2

イ 60日以内の期間 1,070点

ロ 61日以上期間 970点

認知症対応型共同生活介護の概要

(基本的な考え方)

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。

《利用者》

- 1事業所あたり1又は2の共同生活住居(ユニット)を運営
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下

《人員配置》

- 介護従業者
日中:利用者3人に1人(常勤換算)
夜間:夜勤1人
- 計画作成担当者
ユニットごとに1人
(最低1人は介護支援専門員)
- 管理者
3年以上認知症の介護従事経験のある者が常勤専従

《設備》

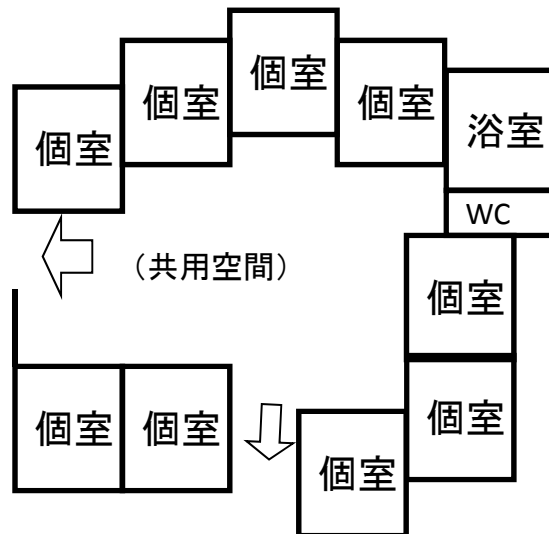
- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡
(和室4.5畳)以上
で原則個室
- その他
居間・食堂・台所・浴室等
日常生活に必要な設備

《運営》

- 運営推進会議の設置
・利用者・家族・地域住民・
外部有識者等から構成
・外部の視点で運営を評価

共同生活住居

(ユニット)のイメージ



要介護度別介護報酬

介護報酬		(1日につき)
基本部分	要介護 1	831単位
	要介護 2	848単位
	要介護 3	865単位
	要介護 4	882単位
	要介護 5	900単位

認知症対応型通所介護の概要

基本方針

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることとする。

【利用者】

<単独型・併設型>

- 単位ごとの利用定員は、12人以下

<共用型>

- 事業開始・施設開設から3年以上経過している事業所・施設であることが要件
- 利用定員は、(認知症対応型共同生活介護事業所等の)各事業所ごとに、1日当たり3人以下

【設備】

<単独型・併設型>

- 食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室のほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備等を備える
- 食堂及び機能訓練室
3㎡×利用定員以上の面積

【人員配置】

<単独型・併設型>

- 生活相談員 1人以上
- 看護職員又は介護職員 2人以上
- 機能訓練指導員 1人以上
- 管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

<共用型>

- 従業者の員数 (認知症対応型共同生活介護事業所等の)各事業ごとに規定する従業者の員数を満たすために必要な数以上
- 管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

要介護度別介護報酬

単独型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

基本部分	要介護1	526単位
	要介護2	578単位
	要介護3	630単位
	要介護4	682単位
	要介護5	735単位

併設型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

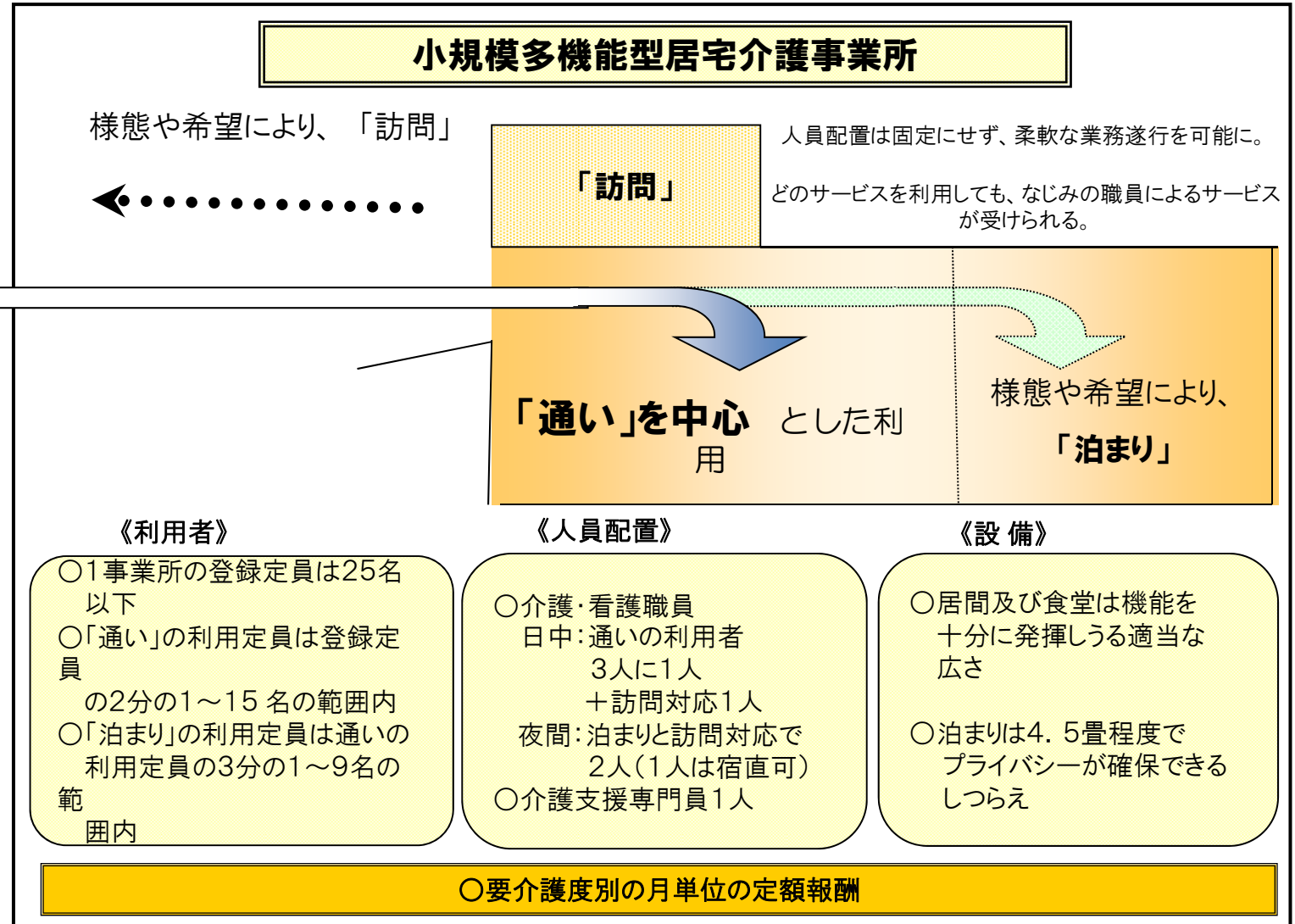
基本部分	要介護1	477単位
	要介護2	523単位
	要介護3	570単位
	要介護4	617単位
	要介護5	663単位

共用型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

基本部分	要介護1	235単位
	要介護2	243単位
	要介護3	252単位
	要介護4	260単位
	要介護5	269単位

小規模多機能型居宅介護の概要

「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「**訪問**」や「**泊まり**」を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



(参考) 認知症に関わる現行の加算について (1)

退去時相談援助加算(グループホーム)

グループホームを退去する利用者に対し、退去後の居宅サービスの利用等に関する相談援助を評価。

◆ 400単位/回(1回を限度)

看取り介護加算(グループホーム)

医師が回復の見込みがないと診断した利用者に対し、利用者又は家族の同意の下で行う看取り介護を評価。

◆ 利用者の死亡日前30日を上限として 80単位/日

夜間ケア加算(グループホーム)

夜勤職員の配置基準(1ユニット1名)を超えて、1事業所当たり常勤換算で1以上の夜勤職員の配置を評価。

◆ 1人あたり 25単位/日

医療連携体制加算(グループホーム)

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限りグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。

◆ 39単位/日

認知症行動・心理症状緊急対応加算(短期入所系サービス、グループホームのショートステイ)

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービス及びグループホームのショートステイによる緊急受入について評価を行う。

◆ 200単位/日【入所日から7日を上限】

若年性認知症患者受入加算(グループホーム、施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス)

若年性認知症患者やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価。

◆ 宿泊 : 120単位/日 ◆ 通所 : 60単位/日

認知症専門ケア加算(グループホーム、施設系サービス)

認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価。

◆ 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日 ◆ 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日

(参考) 認知症に関わる現行の加算について (2)

認知症ケア加算(介護老人保健施設)

日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから認知症の入所者(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者)に対して介護保健施設サービスを行うことについて評価。

◆ 76単位/日

認知症情報提供加算(介護老人保健施設)

認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症の疑いのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて評価。

◆ 350単位/回(1回を限度)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーション)

軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションにおける実施について評価。

- ◆ 介護老人保健施設・介護療養型医療施設 240単位/日(週3日まで)【入所(院)の日から3月以内】
- ◆ 通所リハビリテーション 240単位/日(週2日まで)【退院(所)または通所開始日から3月以内】

認知症加算(小規模多機能居宅介護)

厚生労働大臣が定める登録者に対して小規模多機能型居宅介護サービスの提供を評価。

- ◆ 認知症加算(Ⅰ) 800単位/月(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者)
- ◆ 認知症加算(Ⅱ) 500単位/月(要介護2であり、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅡに該当する者)

認知症加算(居宅介護支援)

日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者)に対して居宅介護支援を行うことを評価。

◆ 150単位/月

精神科を担当する医師に係る加算(介護老人福祉施設)

認知症である入所者(医師が認知症と診断した者等)が全入所者の3分の1以上を占める介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていることを評価。

◆ 5単位/日

中央社会保険医療協議会における主な意見（医療と介護の連携関係抜粋）

【総論】

- ・ 地域包括ケアシステムについては、地域にに応じてその在り方を考えるべき。（１２／１５）
- ・ 医療と介護のサービスのシームレスな連携について議論するとともに、両方の保険のお互いの役割と、うまく整合性をとることが必要。（２／１６）
- ・ 介護施設や在宅医療をめぐる環境も含め各地域の特性を踏まえた柔軟な医療提供体制の整備が必要。（７／１３）
- ・ 日本では、ケア付き高齢者住宅等の整備も欧米諸国と比較して不十分である。病床数の議論には、長期療養施設、ケア付き住宅の整備状況を踏まえた慎重な議論が必要。（７／１３）
- ・ 介護保険と医療保険の二本立てになっているものについて、内容の再検討が必要ではないか。（２／１６）
- ・ 医療・介護の連携ということで、医科・歯科の連携などいろいろな形でチーム医療の観点から議論を進めて頂きたい。（１／２１）

【在宅医療・訪問看護】

- ・ これから亡くなる方が増え、その方々をどこで看取るかを考える上で、病院と在宅の両方の選択肢で考えないといけな
い。（１／２１）
- ・ 高齢者介護には都市型と地方型があり、都市型は在宅中心でやりやすいが、過疎地では、病院が広範な地域に点在して
おり、施設や病院等を活用した在宅医療が必要である。（１／２１）
- ・ 在宅の推進のために訪問医療・訪問看護の充実が必要。しかし、訪問看護を希望する看護師が極めて少ない。教育の段
階で、訪問看護や在宅医療を重視する教育になっていない。在宅医療を最初から経験し、必要に応じて急性期医療も経験
できるようなキャリアシステムを構築していくべき（１／２１）

- ・ 在宅療養支援病院が在宅療養支援診療所を支援することについても検討すべき（１／２１）
- ・ 訪問看護については、介護保険と医療保険にまたがっていることで非常にやりづらい（１／２１）

【歯科診療】

- ・ 高齢者に対する口腔ケアは大変効果があるので進めていくべき。ケアプランの中に的確に位置付けられるべき。（２／１６）。
- ・ 地域包括ケアシステム実現について、要介護者にとって食することに対する支援は非常に重要。介護保険分野においても歯科との連携、地域全体の連携を十分考えるべき（１２／１５）

【薬剤管理】

- ・ 在宅における残薬の問題は重要。（２／１６）
- ・ 訪問薬剤管理に係る介護保険及び医療保険による給付について、薬局は介護保険適用者であるのか否かの情報が確実に得られず、誤請求等の原因になっている。（２／１６）
- ・ 入院から在宅へのスムーズな移行のためにも、早い段階から薬剤師が関われる仕組みづくりも考える必要があるのではないか。（２／１６）
- ・ 施設に入居している方についても、薬剤師による服薬管理が必要ではないか。（２／１６）

社会保障審議会介護給付費分科会における主な意見（医療と介護の連携関係抜粋）

【総論】

- ・医療と介護の連携は、重要なテーマ。介護側からみた連携のあり方は何なのか議論すべき。（第72回（4/13））
- ・医療と介護の連携を促進させるため、診療報酬との整合性に留意すべき。（第72回（4/13））
- ・要介護者の生活を支える医療サービスを重点的に議論すべき。（第75回（5/30））
- ・地域によって事情は異なるため、具体的な医療・介護の提供体制は地域の自主的な判断によって構築できるようにすべき。（第79回（9/5））
- ・利用者の居場所によって受けられる医療が異なっている仕組みを改善すべき。（第79回（9/5））
- ・個別の施設ですべてを内付けにするとか、あるいは勝手に外部サービスを利用ということではなく、地域包括ケアシステムとして日常生活圏域単位で医療・介護提供体制を構築していくこと、連携・協働に基づいて圏域での包括的なあり方を示すことを目標とすべき。（第79回（9/5））

【医療・介護施設の機能分化の推進及び地域における連携体制の構築】

- ・退院時に医療保険から介護保険へ、いかに円滑に移行させていくことを検討すべき。（第75回（5/30））
- ・訪問看護による退院支援、在宅復帰支援、看取りの対応を評価すべき。（第73回（4/27））
- ・退院直後は状態が不安定であるため、訪問看護が入りやすいようにすべき。（第82回（10/17））
- ・退院直後は、医療保険の訪問看護については、回数制限を廃止すること、また、介護保険の訪問看護については、区分支給限度基準額の枠外とすることを検討すべき。（第79回（9/5））
- ・期間や対象者を検討した上で、退院直後には医療保険の訪問看護が回数制限なく入れるようにすべき。（第82回（10/17））
- ・退院時には看護師同士の連携だけでなく、多職種連携が大切。（第82回（10/17））
- ・特養入所者の重度化が進んでいるので、特養の入所者も、在宅療養支援診療所や訪問看護からの医療サービスを利用できるようにすべき。（第75回（5/30））

- ・現在の特養の医療提供体制は日常の健康管理のために設計されたものであり、特養において、緊急対応や看取りが安全にできるような医療提供体制について検討していく必要がある。(第75回(5/30))
- ・重篤度合いや緊急度合いに関わらず、高齢者の体調の変化のたびに特養施設から救急車で救急医療機関へ搬送されているという状況があり、介護と医療の連携が弱いのではないか。(第79回(9/5))
- ・介護施設に重装備の医療設備を設置するということではなくて、地域における既存の医療提供体制とうまく意思疎通を図ることで利用者にとって望ましいサービスを提供できるようにすべき。(第79回(9/5))
- ・老健から急性期の病院への救急搬送も多いが、老健において対応できるようにすべき。(第79回(9/5))
- ・老健施設の医療提供の仕組みを見直すべき。(第79回(9/5))
- ・介護保険施設における薬剤管理については、薬剤師が関われる仕組みにすべき。(第79回(9/5))
- ・(特養の薬剤管理に薬剤師が参入してくることについては、)限られた財源の中で、現在、特養で必要とされている課題を解決するための優先順位を考えると、まずは看護体制の充実や医師との緊密な連携への対応を優先させるべき。(第82回(10/17))
- ・高齢者の長期的入院の解消のためには、介護施設や在宅での医療サービスの提供を強化していくことを通じて、地域で安心して高齢者が生活できるよう基盤整備していくべきではないか。(第79回(9/5))
- ・退院直後で状態が不安定な方が、円滑に在宅サービスを受けられるように提供体制を見直すべき。(第79回(9/5))

【在宅医療・介護の充実】

- ・退院後の高齢者の行き場がないのが問題。地域で安心して生活できるように、地域の医療サービスと介護サービスが連携して在宅生活を支援することにより、退院を促すよう見直すべき。(第79回(9/5))
- ・現在、訪問看護で対応すべきところを、病院への通院や搬送で対応している現状であるが、訪問看護の充実により代替した場合のコストの比較をするべき。(第79回(9/5))

【ターミナルケア】

- ・ターミナルケアに重点を置いて検討すべき。(第73回(4/27))
- ・在宅での看取りのための提供体制のあり方を検討すべき。(第75回(5/30))
- ・グループホームにおける看取りと老健における看取りの評価は同等であるべき。(第79回(9/5))
- ・「特養で最期を迎えたい」という入所者・家族の希望に応えられるよう、特養において、在宅療養支援診療所や訪問看護によって、きちんと看取りが行えるようにすべき。(第75回(5/30)、第79回(9/5))

【その他】

- ・認知症への対応について、ケアのあり方を検証した上で、医療保険で対応するか介護保険で対応するか整理すべき。(第72回(4/13))
- ・要介護者の口腔ケアを進める観点からも、医療と介護の連携のあり方について検討すべき。(第75回(5/30))
- ・認知症への対応を強化する視点で、医療と介護の連携について検討すべき。(第76回(6/16))
- ・介護職員がたん吸引や経管栄養などの医療行為を行う事業所に対する報酬上の評価のあり方について検討すべき。(第79回(9/5))

平成 23 年 10 月 21 日

医療と介護の連携の議論に必要な視点について

中央社会保険医療協議会

二 号 委 員

安 達 秀 樹

嘉 山 孝 正

鈴 木 邦 彦

西 澤 寛 俊

邊 見 公 雄

堀 憲 郎

三 浦 洋 嗣

医療と介護の連携のあり方について、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）においては、昨年 12 月 15 日の第 184 回総会で社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成 22 年 11 月 30 日）の報告を聴取して以来、在宅医療、訪問看護、リハビリテーション、退院調整、在宅歯科医療、在宅における薬剤師業務といった個別テーマにおける現状と課題に関する議論を行ってきた。その際には、個々の医療機関の間、医療機関と介護サービス事業者の間、さらには特定の職種の間での連携をそれぞれいかに評価するかという視点で議論が進められてきた。

しかしながら、そうした議論だけでは、「介護等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする」という介護保険の理念に沿って医療と介護の連携を進めていくために必要な視点が十分に浮かび上がってこないように思われる。そこで、本意見書では、これまでの議論で抜け落ちている視点の一つとして、地域における医療と介護の包括的なネットワークのシステム化とネットワークにおける拠点構築の必要性を取り上げ、今後中医協、さらには社会保障審議会介護給付費分科会等において、従来の議論にとどまらない広い視点からの議論が行われることを求める。

＊

超高齢社会における医療保険や介護保険においては、複数疾患への罹患や治療後の要介護状態、あるいは認知症や要介護状態のなかでの急性病変発症などといった高齢者特有の病態・状態像を有する患者・利用者への対応が重要になっている。すなわち、そうした患者・利用者が自らの複合的かつ非定形的で、しかも変化しやすい病態・状態像に応じて必要な医療・介護サービスを受けられるように、医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応が強く求められるようになっている。

一定以上の要介護度にある高齢者の場合、とくに在宅療養のケースでは、一人ひとりが常時、複数の医療・介護サービス提供者によって支えられているのが通例である。しかしながら、同じ利用者に対する医療や介護のサービスは、それぞれ異なる時間や異なる場所で提供されているのが普通である。したがって、異なる職種や異なる施設に属するサービス提供者は、他の職種や他の施設と情報を共有することで、自らの関わるサービス以外での患者・利用者の具体的

な様子を知ることができる。そうした観点に立って、近年、多職種・多施設間の連携は着実に進んできており、診療報酬や介護報酬でも部分的に評価されてきている。

診療所では、在宅療養支援診療所をはじめ、それ以外の一般診療所においても、在宅医療の充実に取り組んできており、単独の診療所だけでは在宅医療への対応が困難な場合には他の診療所とも連携するなどして対応している。これは在宅歯科医療や在宅における薬剤管理業務においても同様である。さらに、病院では、入院時から退院後の療養生活についてケアカンファレンスを通じて支援しているほか、昨年の診療報酬改定において要件が緩和された在宅療養支援病院などでも在宅医療への取り組みに広がりが見られる。こうした取り組みを進めるなかで、診療所や病院も連携し、さらには居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）や訪問看護師など、介護サービスに関するさまざまな職種ともそれぞれに連携を行い、多職種・多施設がともにサービス利用者の生活する地域における治療と生活を支えている。

医療・介護の現場でこれまで進められてきた地域連携の取り組みをさらに発展させ、医療・保健・福祉に関わる多職種が協働して患者の地域での生活を支援する体制を構築していくためには、こうした個別の取り組みやサービスに対する評価の充実、さらには現場の実態に合致した形での算定要件等の見直しなどが不可欠であることは言うまでもない。

＊

しかしながら、機能分化された医療・介護サービスを単に継ぎ目なく提供することを目的として、医療機関の間、医療機関と介護サービス事業者の間、さらには特定の職種の間での個々の取り組みを診療報酬や介護報酬において限定的に評価するだけでは、サービス利用者の自立した日常生活を実現させていくには必ずしも十分ではない。なぜならば、サービス利用者やその家族の立場からすると、個々のサービス提供の隙間をなくすという部分的な視点に立つ限り、地域全体でのサービス提供者との中長期的な全人的なコミュニケーションと情報共有とが十分に進まず、自分たちの将来にわたる生活についての不安——急変などで今の状況が変わったときに引き受けてくれる医療機関はあるのか、入院・入所先の施設はどの程度、自分たちの生活を踏まえた対応してくるのか、など——が解消されることはないからである。同様のことは、サービス提供者の側にも当てはまる。こうした不安の存在が、施設間の役割分担や在宅への移行等が社会的に進まず、生活の自立と医療資源の効率的な活用を妨げている要因の一つともなっているのである。

したがって、サービス利用者やその家族の立場に立って、地域における医療・介護の連携を真に意味のあるものにするためには、個々の局面での連携を超えて、各地で既存の医療・介護資源を活用しながら、とくに「かかりつけ医」機能を有する医療機関（病院・診療所）を中心として、地域の医療や介護に携わる数多くの職種が協力して患者・利用者の情報を共有して、患者・利用者およびその家族と同じ目線で支え合うという「ネットワーク型」の連携システムが必要となるのである。

そして、そうした連携システム構築のためには、地域全体の医療と介護のコーディネート役を担う地域連携拠点（ハブ）を一定の圏域ごとに設置することが不可欠である。なぜならば、具体的にそうしたネットワーク型の連携システムを構築し、全人的かつ継続的な治療とケアを実現していくためには、医療と介護に関わる人、モノ、組織、情報を包括的にコーディネートする役割が決定的に重要となるからである。そもそもケアマネジメントは介護保険内にとどまるものではなく、多角的なアセスメントが必要であり、多職種協働が不可欠である。近年、連

携パスの導入や医療情報連携の推進等により、継続的なサービス提供体制の構築が進んでいるが、いまだ部分的な取り組みにとどまっており、地域における医療と介護を包括するような全面的な展開には至っていない。

したがって、連携の拠点となるハブ組織では、これまで調整業務を担ってきた医療ソーシャルワーカー（MSW）やケアマネジャーといった人的資源を活かしつつ、地域医療に取り組む医療機関や地区医師会、地区看護協会、さらには行政機関等が協働して、地域包括支援センター等とも連携することが基本となる。そこでは、患者・利用者をとりまく医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション職員、MSW、ケアマネジャー、介護福祉士などの多職種が集まり、地域全体の医療サービスと介護サービスの提供に係わる情報を総合的に管理・調整することが期待される。

さらには、患者・利用者の主体的なサービス利用と意志決定を支えるための相談機能と情報のワンストップ機能を備えることも必要である。そして、将来的には、こうした連携拠点の情報・相談機能を一層強化していくことにより、発症から急性期、亜急性期、回復期、長期療養、在宅医療・介護までの患者・利用者情報を地域において集約し、患者・利用者を中心として、その共有と活用を進める組織を構築していくという構想も視野に入ってくるであろう。

こうした医療と介護の地域連携の「ハブ」機能を担う主体は、それぞれの地域の実情に応じて工夫されるべきであり、自治体や地区医師会が中心になる場合もあれば、病院の場合もあれば、診療所の場合もあり得るであろう。いずれにせよ、重要なことは、施設間単位での単線型の機能連携から地域単位でのネットワーク型の機能連携への転換を実現するために、地域特性を踏まえた形で、多職種・多施設間での連携を地域のなかで「システム化」することである。こうした形でシステムとして「顔の見える関係」を構築することによって初めて、地域の住民の安心な生活を実現することが可能になると考えられる。

こうしたシステムが実現されると、たとえば、在宅医療を支援する医療機関では、地域における急性期以降の入院医療ならびに地域医療・在宅療養・介護施設の後方支援などの連携型入院を基軸とした入院機能を果たすための条件が整い、自宅や介護施設からの一時受け入れを目的とした「待機病床」の柔軟な運用も可能となる。こうして、患者・利用者の病態・状態に応じた医療が柔軟に提供されることで、患者・利用者は安心して本来の自らの「生活」を可能な限り維持・持続させることができるようになるのである。

＊

こうした課題について、これまでは先進的な問題意識を持った各地の医療提供者や介護提供者が自主的な取り組みを行ってきたところであるが、現行の診療報酬体系では、基本的に個々の医療行為に点数を設定しているため、このような連携拠点を核とした地域における包括的なネットワーク構築の取り組みが明確に評価される構造になっておらず、制度的かつ財政的な手当てが行われていない。次期改定に向けた医療と介護の連携に関する議論においても、これまでのところ、こうした「利用者の生活の自立」を支える医療・介護包括的なネットワークのシステム化という視点からの議論が欠けていると思われる。医療と介護の連携については、これ以外にも多くの論点があり、今後の議論の過程でさらに提案を行っていきたいと考えているが、今後の中医協ならびに社会保障審議会介護保険給付費分科会においては、本意見書で示した連携ネットワーク構築への評価といった視点も含めて、議論を進める必要があると考える。