

# 地域包括ケア、地域医療構想と これから

令和元年12月20日

宇都宮啓

IKSS  
月例セミナー

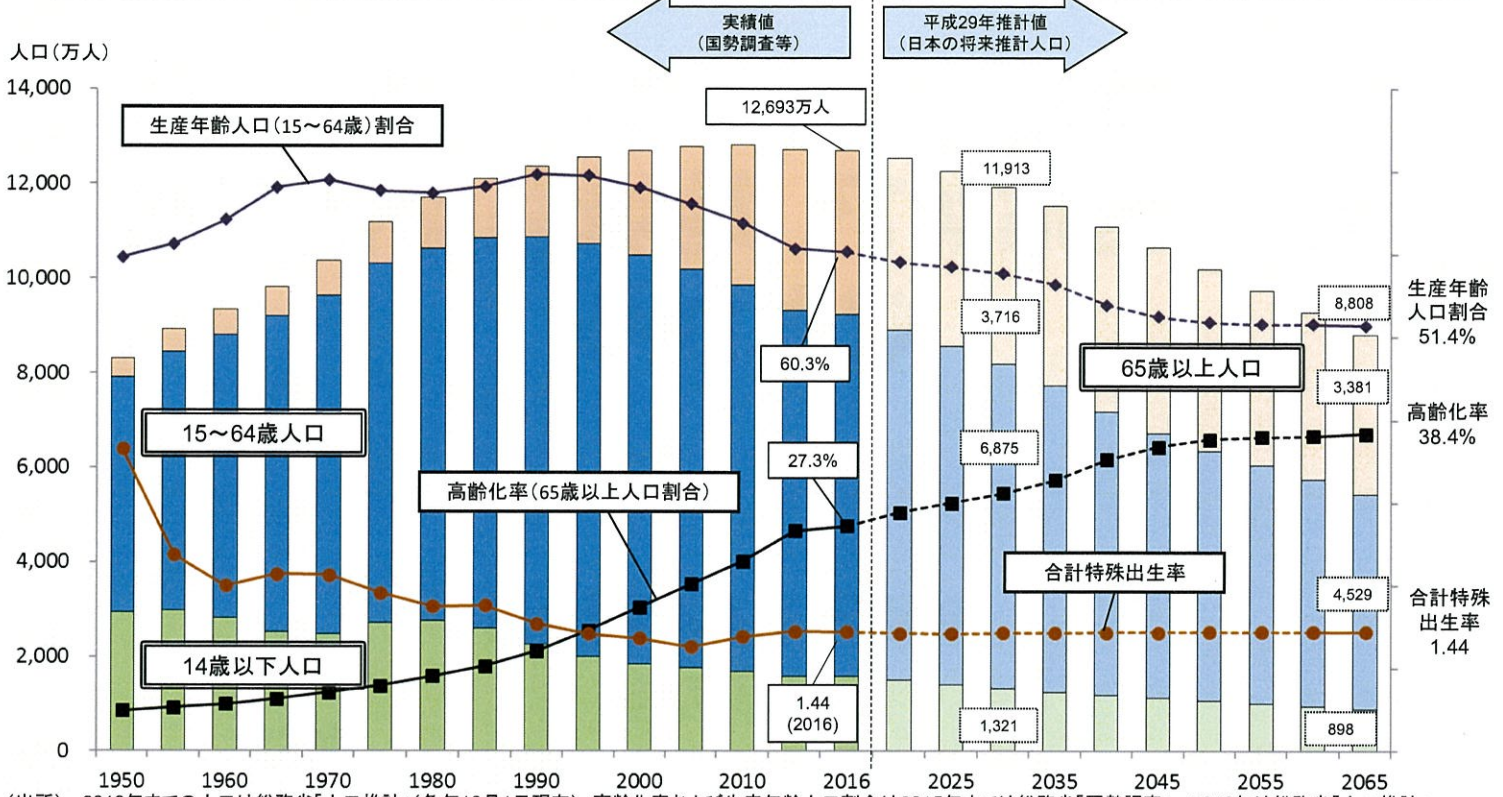
1

## 1. 保健・医療・福祉等を 取り巻く状況

2

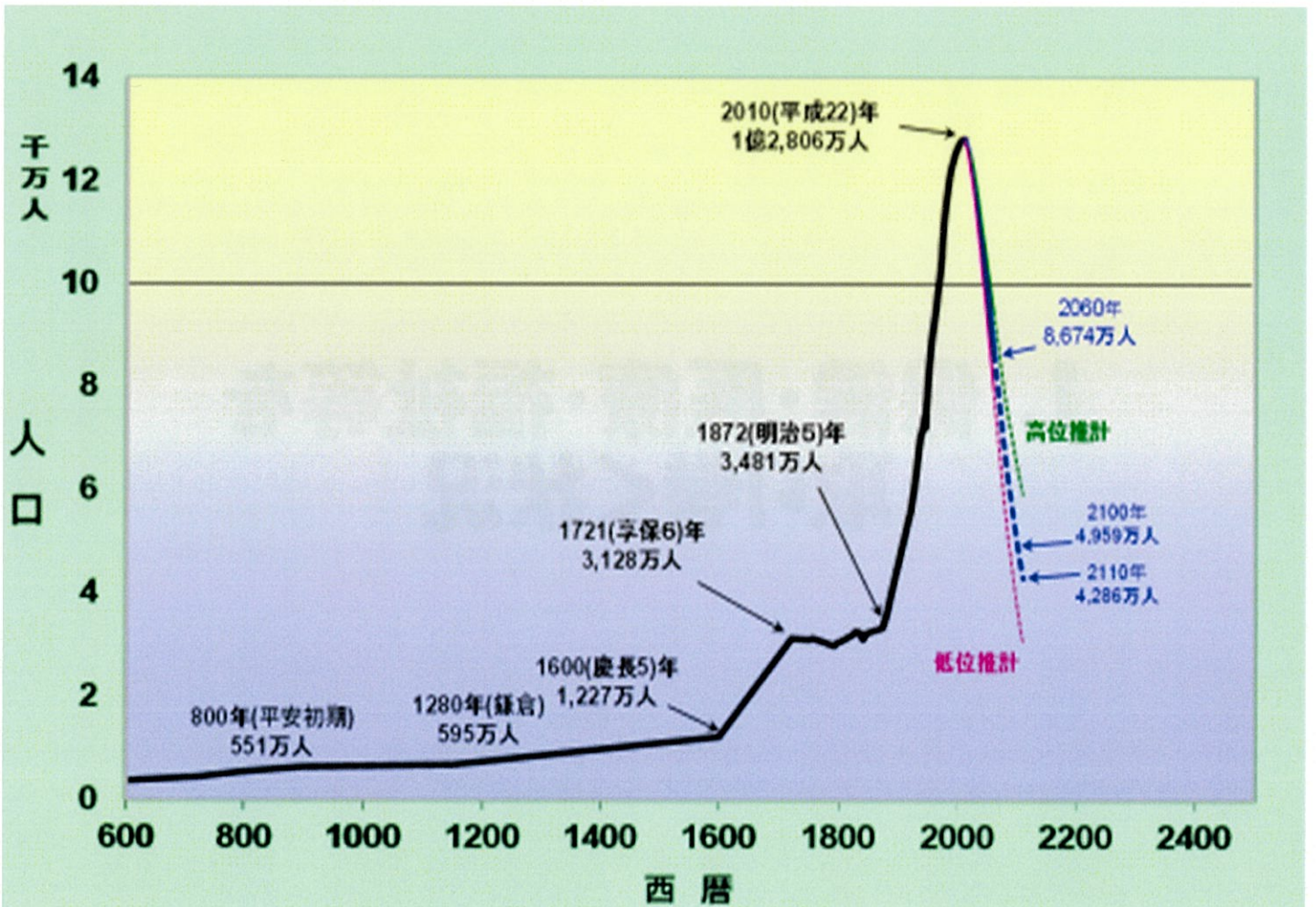
# 日本の人口の推移

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



(出所) 2016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」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017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」

3



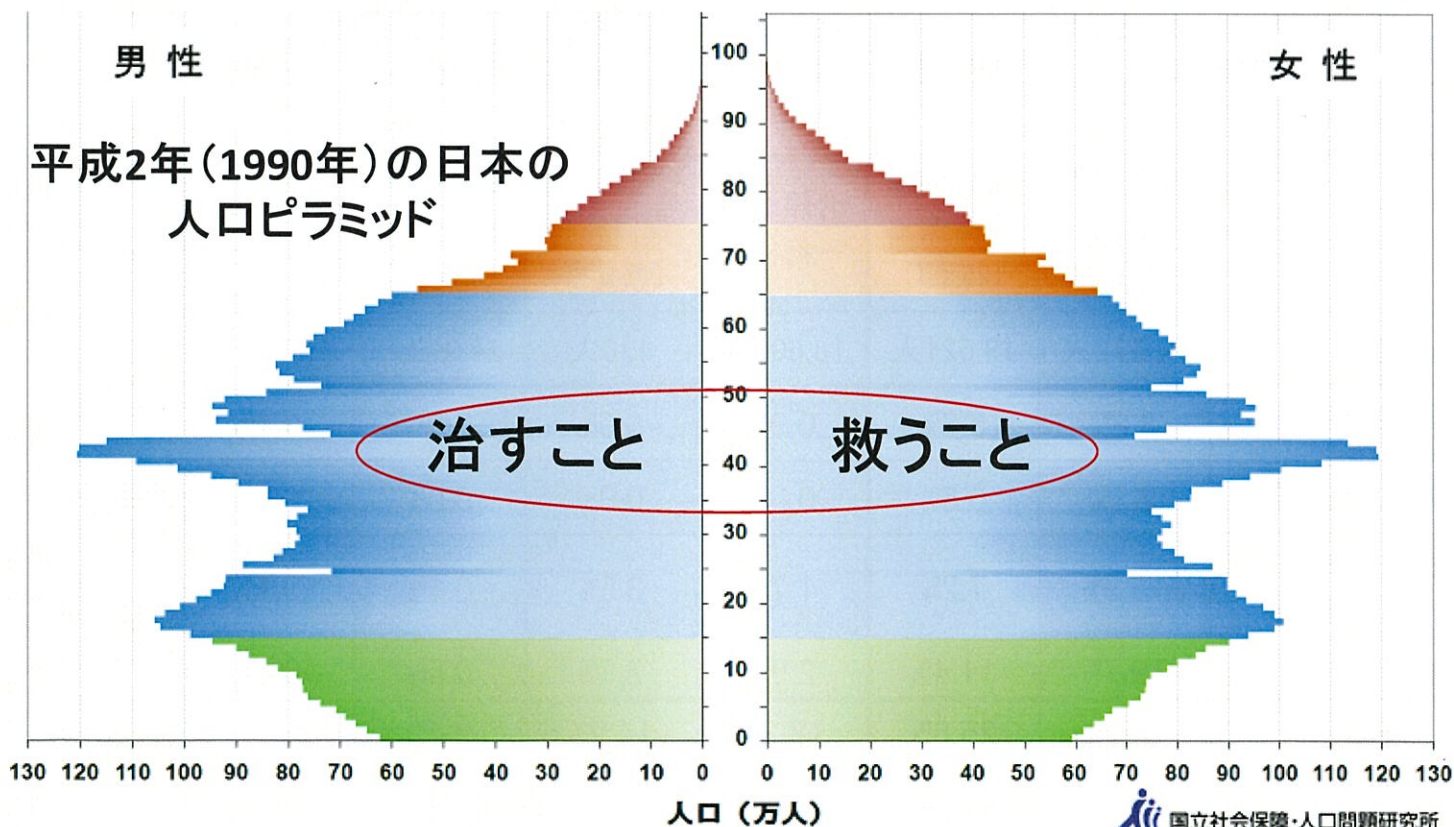
4

# 我が国の少子高齢化の課題

- ・医療が変わる←高齢者の特性
  - ・慢性疾患の増加(CureからCareへ)
  - ・複数傷病を抱える
  - ・代謝能力の低下

5

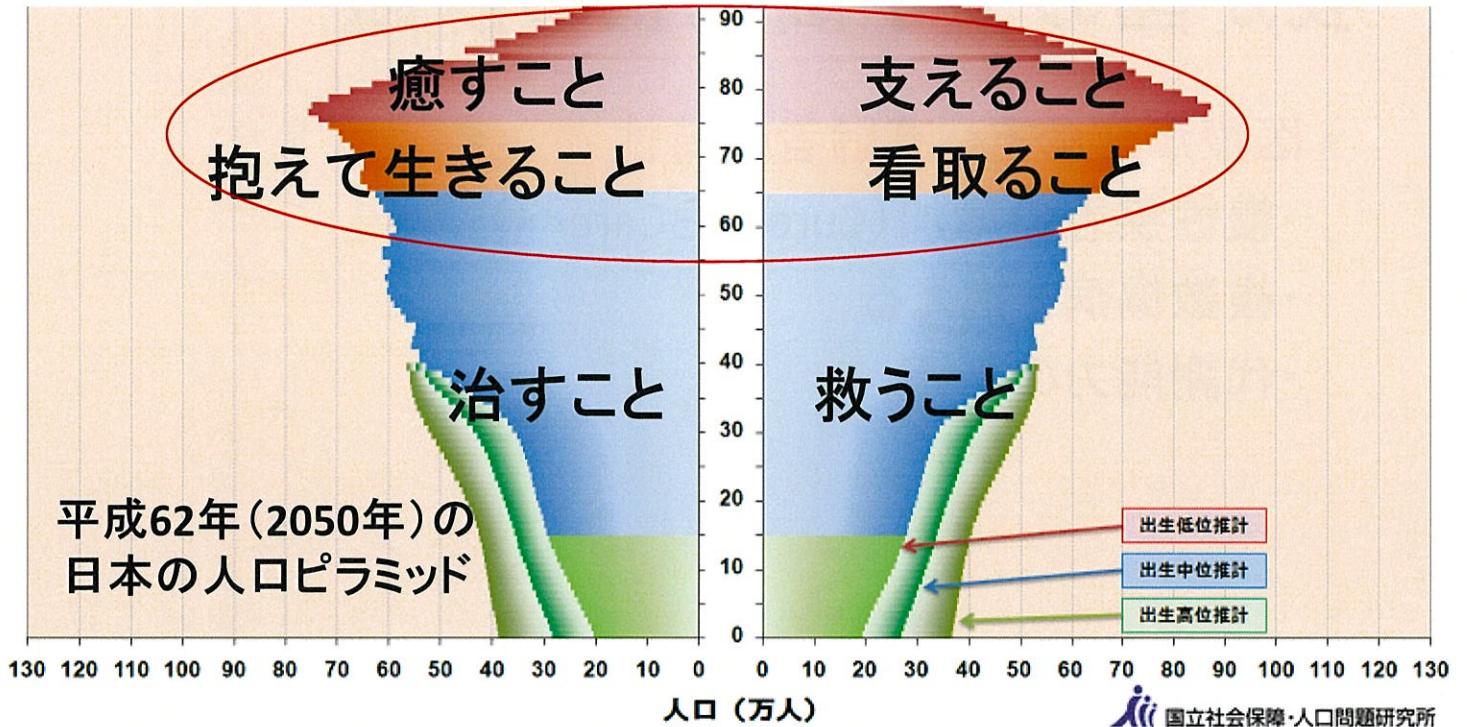
## 多くの病気が治せた頃



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

6

# 多くの病気を治せなくなる頃



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

7

## 療養病床等における医療提供

- 介護療養病床は医療療養病床と比べ、「人工呼吸器」、「中心静脈栄養」、「気管切開・気管内挿管」、「酸素療法」の実施割合が低く、「喀痰吸引」、「経管栄養」は同程度実施。
- 介護療養病床は老人保健施設と比べ、「喀痰吸引」、「経管栄養」の実施割合が高い。

	医療療養 病棟 (20:1)	医療療養 病棟 (25:1)	介護療養 病棟	介護老人 保健施設 (療養型)	介護老人 保健施設 (従来型)	介護老人 福祉施設	在宅
総数	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開 ・気管内挿管	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管 ・胃ろう	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

出典：医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

8

# 我が国の少子高齢化の課題

- ・ 医療が変わる ← 高齢者の特性
  - ・ 慢性疾患の増加 (CureからCareへ)
  - ・ 複数傷病を抱える
  - ・ 代謝能力の低下
- ・ 地域の重要性が増す
  - ・ 高齢者の移動範囲
  - ・ 単独または高齢者のみの世帯の増加
  - ・ 生まれ育っていない土地での高齢化

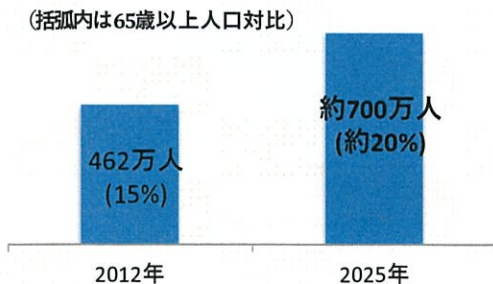
## 今後の介護保険をとりまく状況

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。

	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	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)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

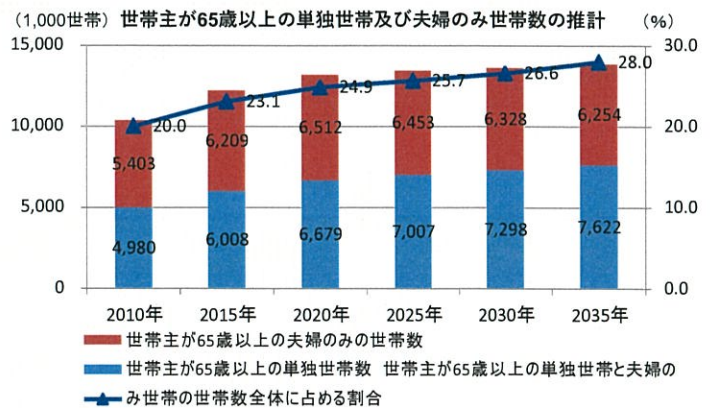
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国推計)(平成24(2012)年1月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



※「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

③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



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)(平成25(2013)年1月推計)」より作成

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(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(11)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年	76.5万人	71.7万人	101.6万人	81.7万人	107.0万人		147.3万人		26.7万人	18.8万人	19.0万人	1645.8万人
<>は割合	<10.6%>	<11.6%>	<11.1%>	<10.9%>	<12.1%>		<11.0%>		<16.2%>	<18.4%>	<17.0%>	<13.0%>
2025年	117.7万人	108.2万人	148.5万人	116.6万人	152.8万人		197.7万人		29.5万人	20.5万人	20.7万人	2178.6万人
<>は割合	<16.8%>	<18.1%>	<16.5%>	<15.9%>	<18.2%>		<15.0%>		<19.4%>	<23.0%>	<20.6%>	<18.1%>
( )は倍率	(1.54倍)	(1.51倍)	(1.46倍)	(1.43倍)	(1.43倍)		(1.34倍)		(1.10倍)	(1.09倍)	(1.09倍)	(1.32倍)

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

# 高齢化 “Hot Spot”

## Quiz

この団地（高齢化率40%超）に住む  
高齢者のうち、ここで生まれ育ったのは？

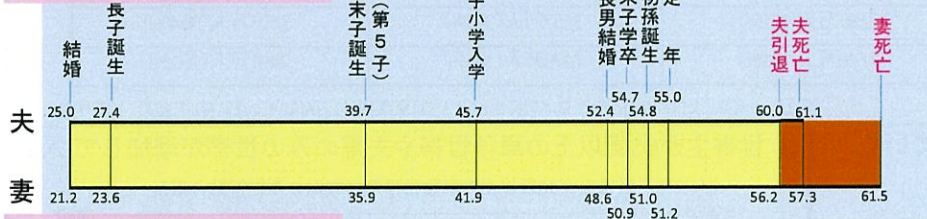
- 0 %
- 20%
- 40%
- 60%

11

## 統計でみた平均的なライフサイクル

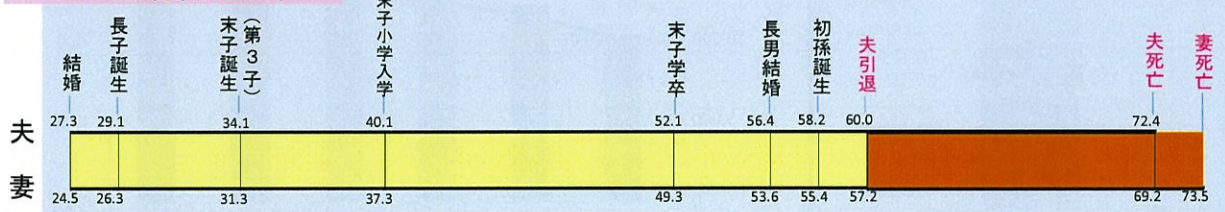
子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により夫の引退からの期間も長くなっています。

1920(大正9)年

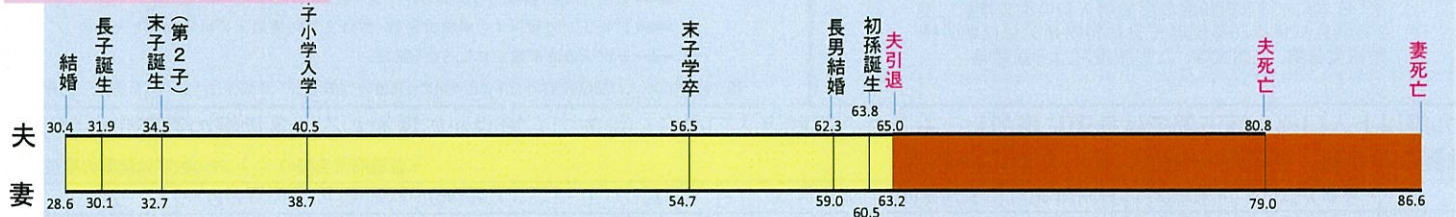


磯野波平は何歳かご存知ですか？

1961(昭和36)年



2009(平成21)年



資料: 1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官付政策評価官室において作成。  
(注) 価値観の多様化により、人生の選択肢も多くなってきており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。

12

## (参考) 私の場合

〇〇地区で知っている人は両隣のご夫婦のみ  
(4人/2万人)



△△小学校PTA会長  
(副会長、顧問、おやじの会会長)



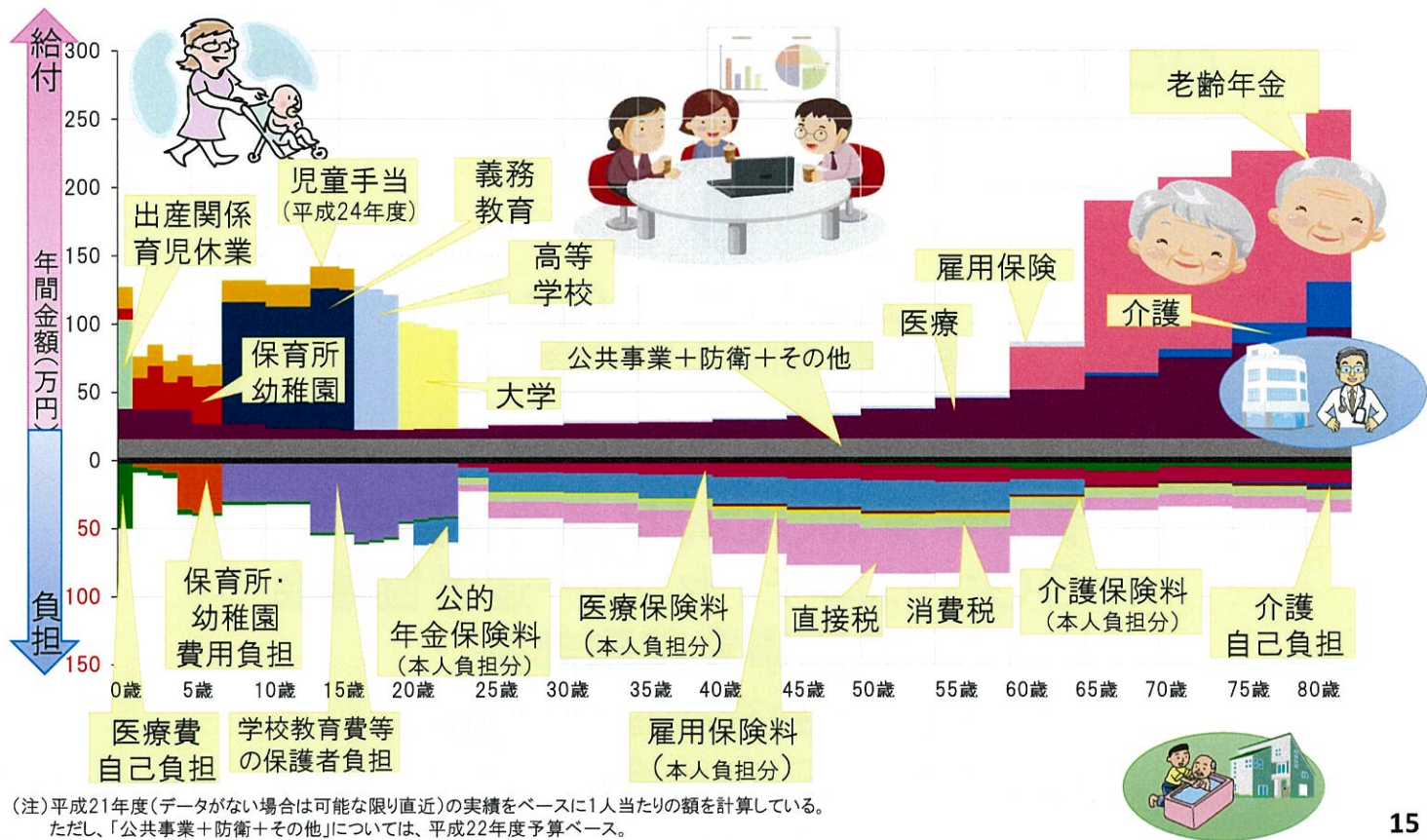
- ・青少年育成〇〇地区民会議副会長
- ・〇〇コミュニティセンター運営協議会  
企画事業部副部長
- ・〇〇地区社会福祉協議会理事
- ・〇〇地区□□自治会副会長

## 我が国の少子高齢化の課題

- ・ **医療が変わる←高齢者の特性**
  - ・慢性疾患の増加(CureからCareへ)
  - ・複数傷病を抱える
  - ・代謝能力の低下
- ・ **地域の重要性が増す**
  - ・高齢者の移動範囲
  - ・単独または高齢者のみの世帯の増加
  - ・生まれ育っていない土地での高齢化
- ・ **保険制度を若者のみで支えきれぬのか**

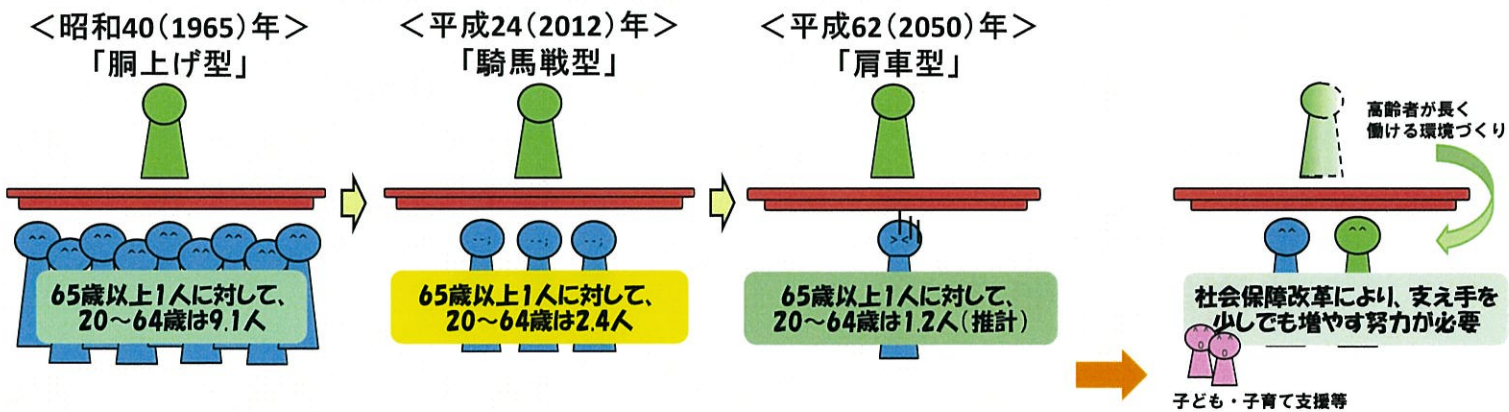
# 生涯でみた給付と負担のバランス

人口構成の変化が一層進んでいく社会にあつては、給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心という現在の社会保障制度を見直していく必要があります。



## 「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れます。



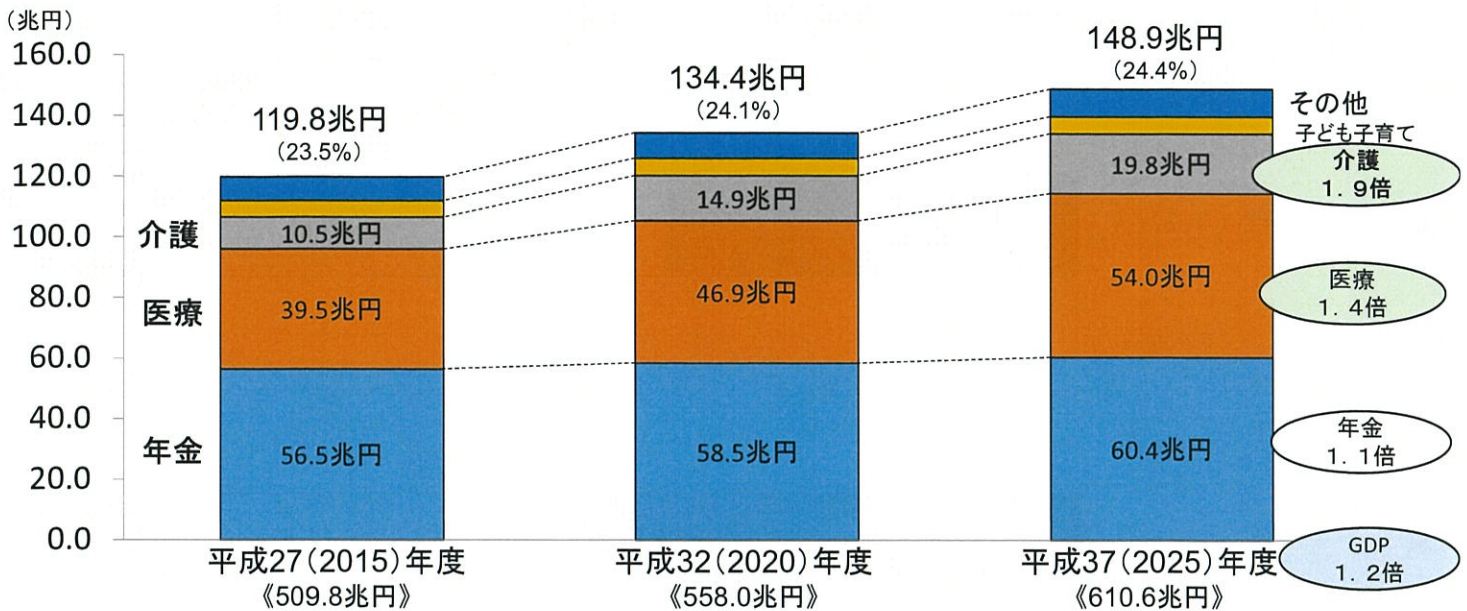
人口(万人)・構成比	昭和40(1965)年	平成24(2012)年	平成62(2050)年
65歳以上	623 (6.3%)	3,083 (24.2%)	3,768 (38.8%)
64歳以下 20歳以上	5,650 (56.9%)	7,415 (58.2%)	4,643 (47.8%)
19歳以下	3,648 (36.8%)	2,252 (17.7%)	1,297 (13.4%)
1年間の出生数(率)	182万人 (2.14)	102万人 (1.37)	56万人 (1.35)

(出所) 総務省「国勢調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、(出生中位・死亡中位)、厚生労働省「人口動態統計」



## 社会保障に係る費用の将来推計について

- 給付費は、平成27年度の119.8兆円(GDP比23.5%)から平成37年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加
- 平成37(2025)年度にかけて、医療・介護の給付費が急激に増加



※ 平成24年3月に厚生労働省において作成したもの

注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

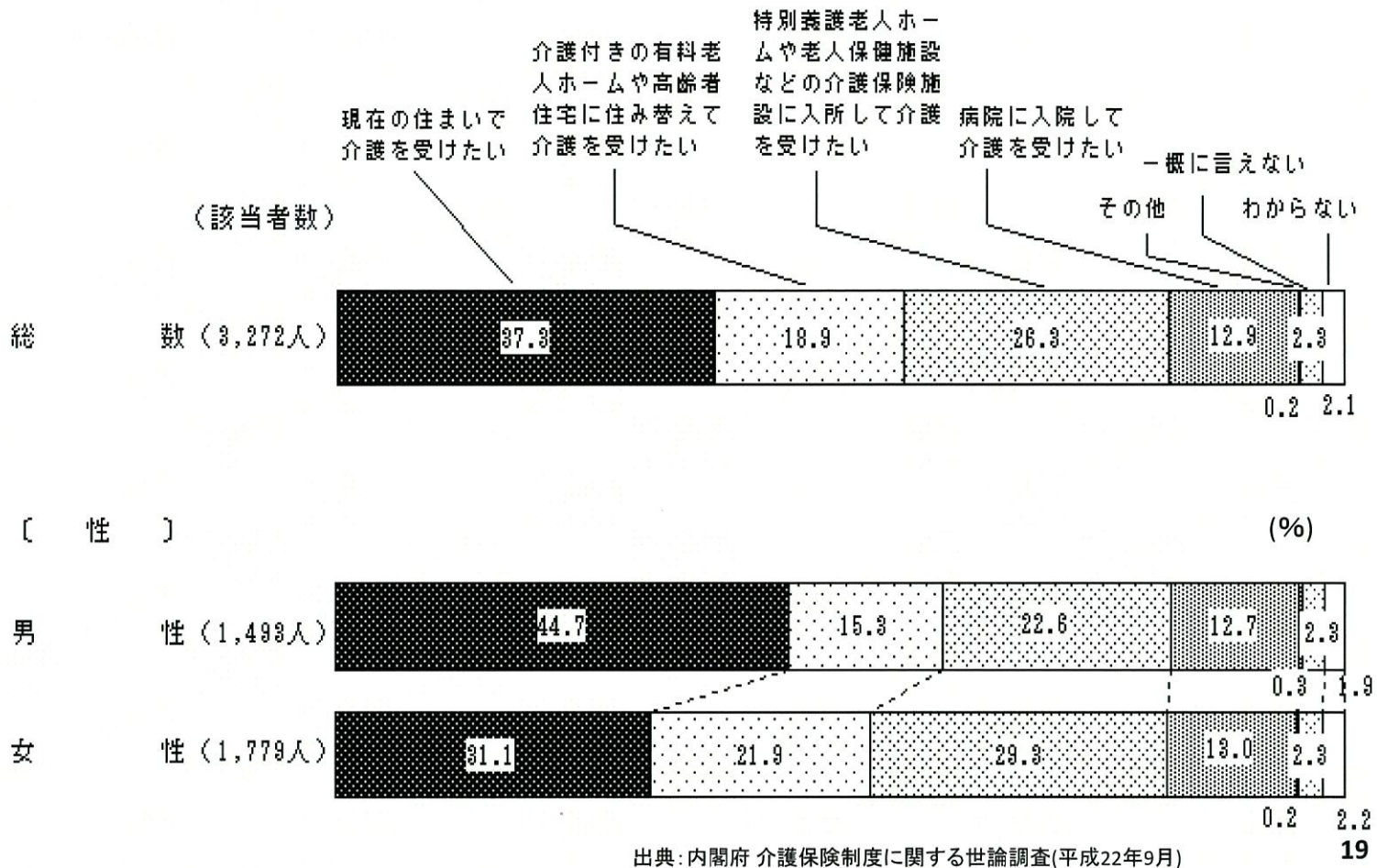
(ただし、「II 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「III 年金」の効果は、反映していない。)

注2:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

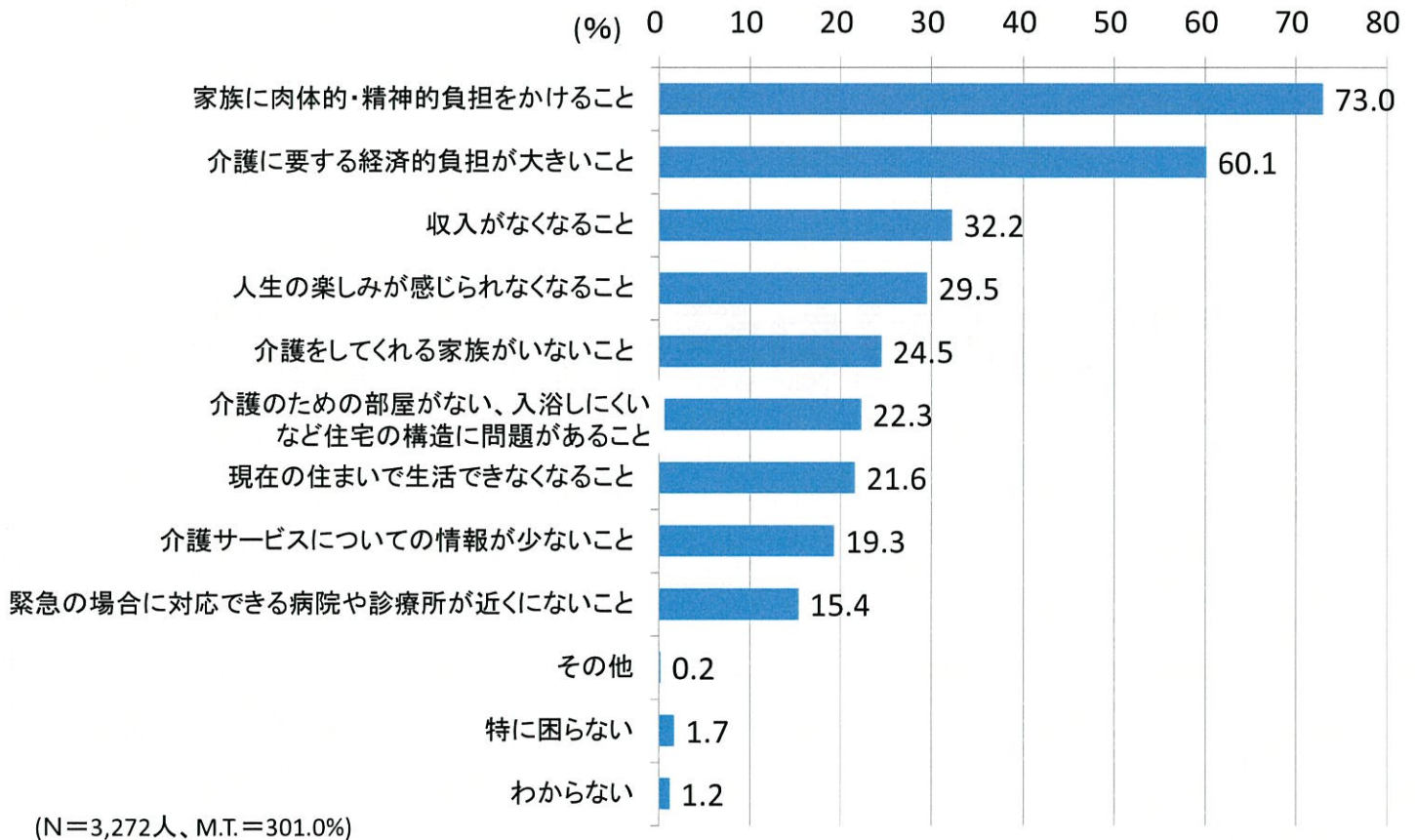
注3:( )内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

## 2. 地域包括ケアシステム

# 自分自身が介護を受けたい場所

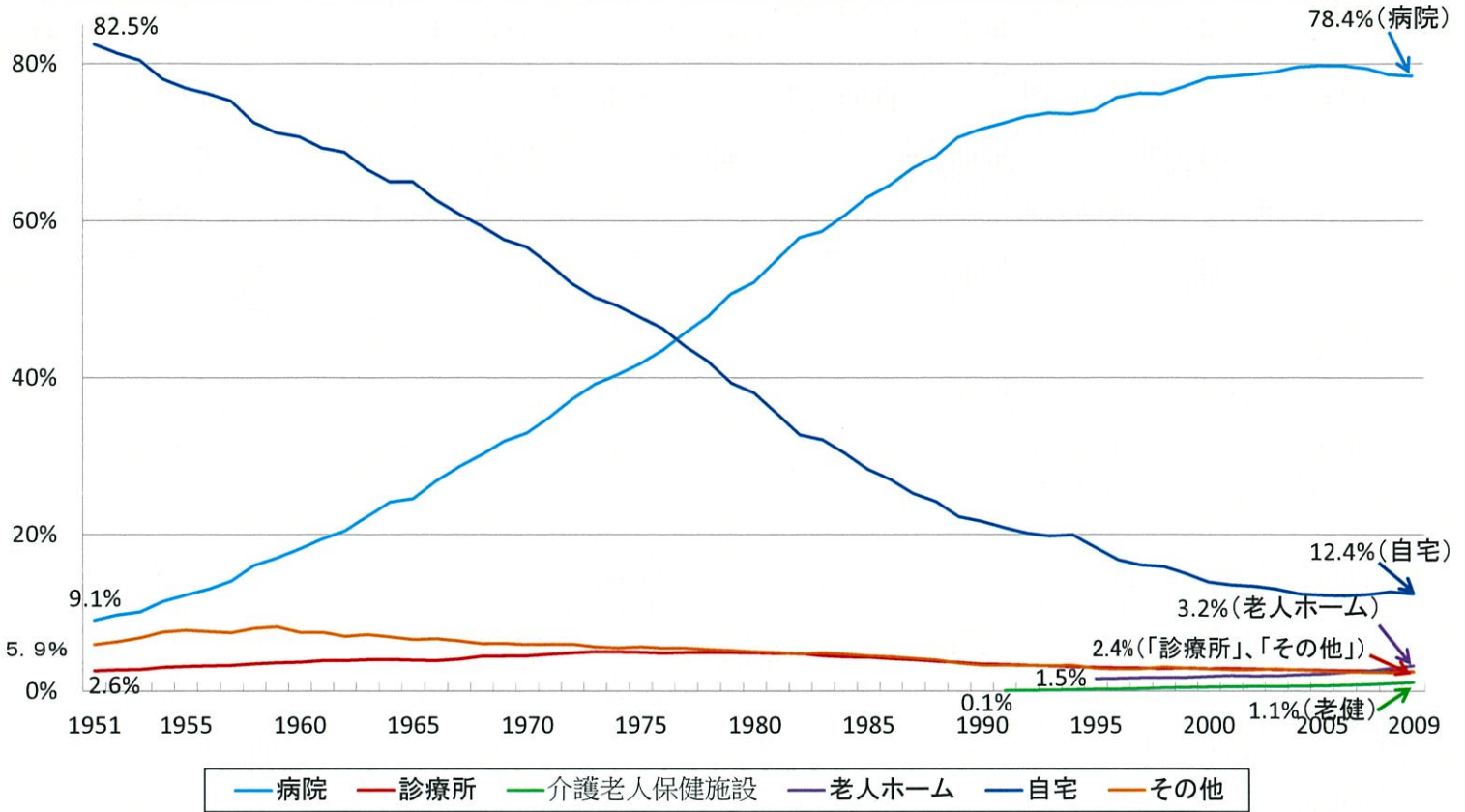


# 自分自身に介護が必要となった場合に困る点



## 死亡場所の推移

○20世紀半ばには自宅で死亡する者が8割超であったが、現在では8割近くの者が病院で死亡している。

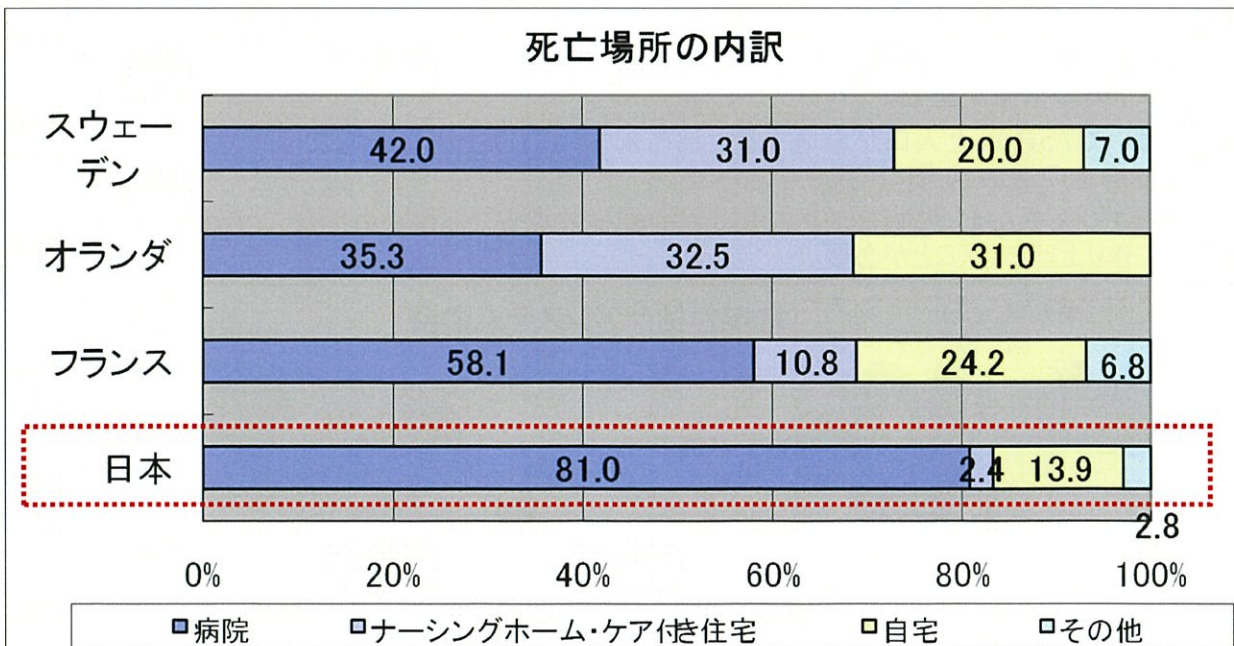


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態調査」

21

## 死亡の場所(各国比較)



(注)「ナースিংホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。  
 (資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Döden under oss alla による1996年時点(本編 p48)  
 オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)  
 フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)  
 日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構

「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

22

# 地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）

## 平成37(2025)年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

### 地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

●地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、**おおむね30分以内(日常生活域)**に生活上の安全・安心・健康を確保するための**多様なサービス(注)**を24時間365日を通じて利用しながら、**病院等に依存せず**に**住み慣れた地域での生活を継続**することが可能になっている。

(注) 居場所の提供、権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。

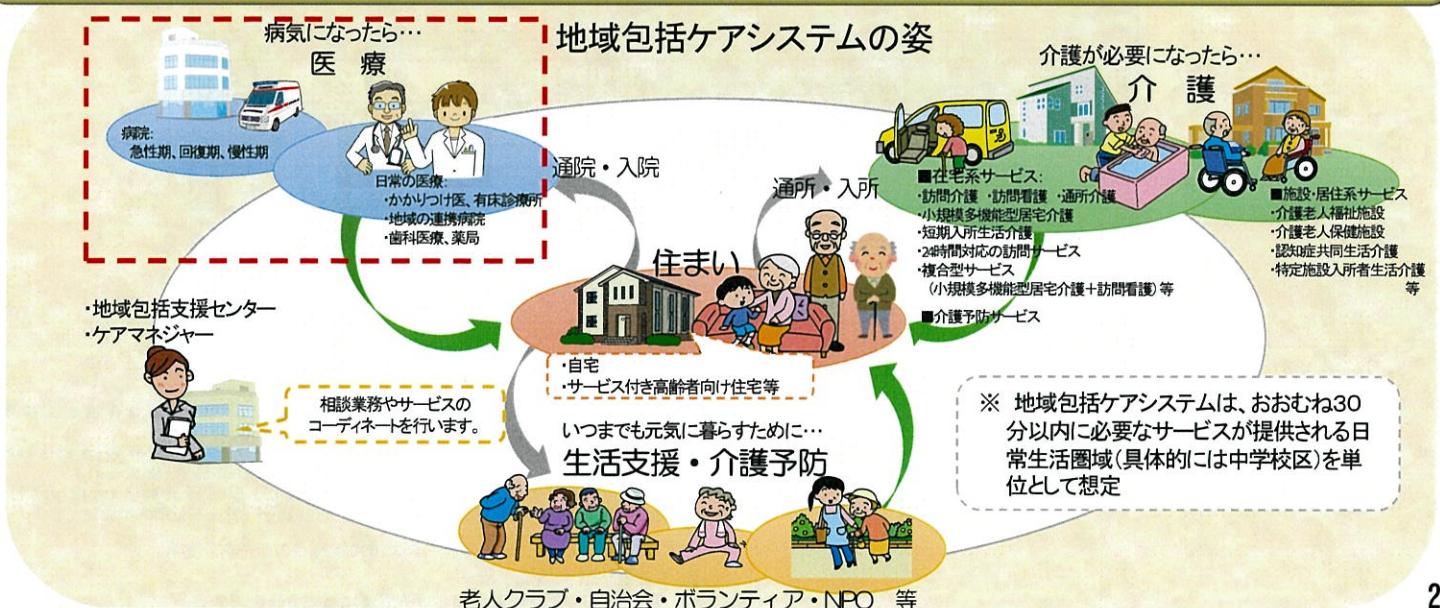
### 良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

●平成37(2025)年には、地域包括ケアを支える**人材間の役割分担と協働**が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性向上が図られている。また、医療や介護の専門職のほか、**高齢者本人や住民によるボランティア**といった**自助や互助**を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画している。

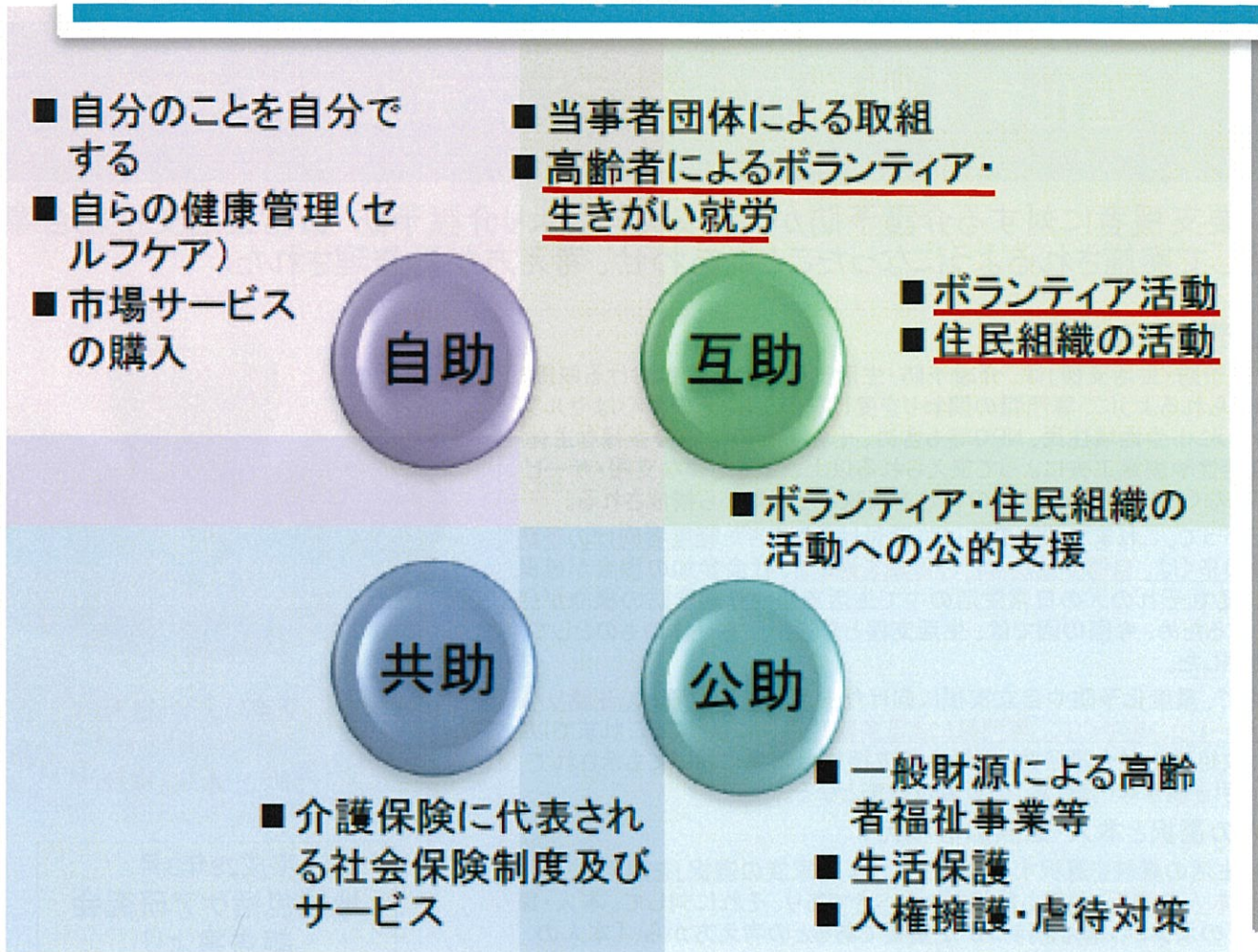
23

## 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基つき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**。



24



## 地域包括ケアシステムの構成要素の関係性

地域包括ケアシステムでは、高齢者は自らの意思で「住まい」(住居の形態)を選択し、本人の希望にかなった「住まい方」(家族・近隣・友人との関係性)を確保した上で、心身の状態や「住まいと住まい方」の変化の応じて、「支援・サービス」を柔軟に組み合わせて提供する

### 「医療・看護」「介護・リハビリテーション」(葉)と「生活支援・福祉サービス」(土)の関係



- 従来のサービスでは、医療・介護の専門職が「生活支援」を提供することもあるが、「生活支援」が民間事業者やNPO、ボランティア、地域住民など多様な主体により提供されるようになれば、医療・介護の専門職は「医療・介護」に注力することができ、在宅限界点の向上につながる。

# 進化する地域包括ケアシステムの植木鉢

要支援者に対する介護予防が、平成27年度より介護予防・日常生活支援総合事業として実施されるようになったことにあわせ、考え方が再整理された。

## 【介護予防・生活支援】

- 「介護予防・生活支援」は、介護予防・生活支援総合事業における取扱にも見られるように、専門職の関わりを受けながらも、その中心はセルフマネジメントや地域住民、NPO等も含め、それぞれの地域の多様な主体の自発性や創意工夫によって支えられる以上、全国一律な支援・サービスではなく、それぞれの地域の特性を反映した要素から構成される。
- したがって、これまで「葉」の中に位置付けられてきた軽度者向けの**予防活動**の多くは、**自助や互助などの取組を通して**、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、今回の図では、生活支援と介護予防を一体のものとして再整理した。
- 他方で、重度化予防や自立支援に向けた生活機能の改善は、**生活リハビリテーションを中心に、専門職による多職種連携**によって、これまで以上の取組強化が介護予防・日常生活支援総合事業においても示されており、引き続き専門職(葉)の重要な役割となる。

## 【本人の選択と本人・家族の心構え】

- 地域生活の継続を選択するにあたっては、「家族の選択」を越えて、本来は**「本人の選択」**が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改めた。



平成28年3月  
地域包括ケア研究会  
報告書より

27

## 3. 社会保障改革の流れ

# 社会保障改革の流れ

## 平成24年社会保障・税一体改革

社会保障制度改革推進法（自民党が主導し、民主党・公明党との3党合意に基づく議員立法）

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記。

## 平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ

社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤 慶應義塾長）

- 改革推進法により設置され、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言。
- 報告書総論では、意欲のある人々が働き続けられ、すべての世代が相互に支え合う全世代型の社会保障を目指すことの重要性を強調。
- 医療・介護制度改革については、**医療・介護提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築**、国民健康保険の財政運営の責任を都道府県が担うことなど**医療保険制度の改革**、難病対策の法制化などを提言。

## 10月15日：社会保障改革プログラム法案の提出

社会保障改革プログラム法（社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律）の提出

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定。
- 改革推進体制の整備等について規定。

## 12月5日：社会保障改革プログラム法成立、同13日：公布・施行

平成26年度通常国会 **医療介護総合確保推進法**、**難病新法**、**次世代育成法**、**雇用保険改正法**が成立

29

## 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要

### 趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、**地域包括ケアシステム**を構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

### 概要

#### 1. 新たな基金の創設と**医療・介護の連携強化**（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（**病床の機能分化・連携**、**在宅医療・介護の推進**等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

#### 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告**し、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

#### 3. **地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化**（介護保険法関係）

- ①**在宅医療・介護連携の推進**などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、**多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に資産などを追加

#### 4. その他

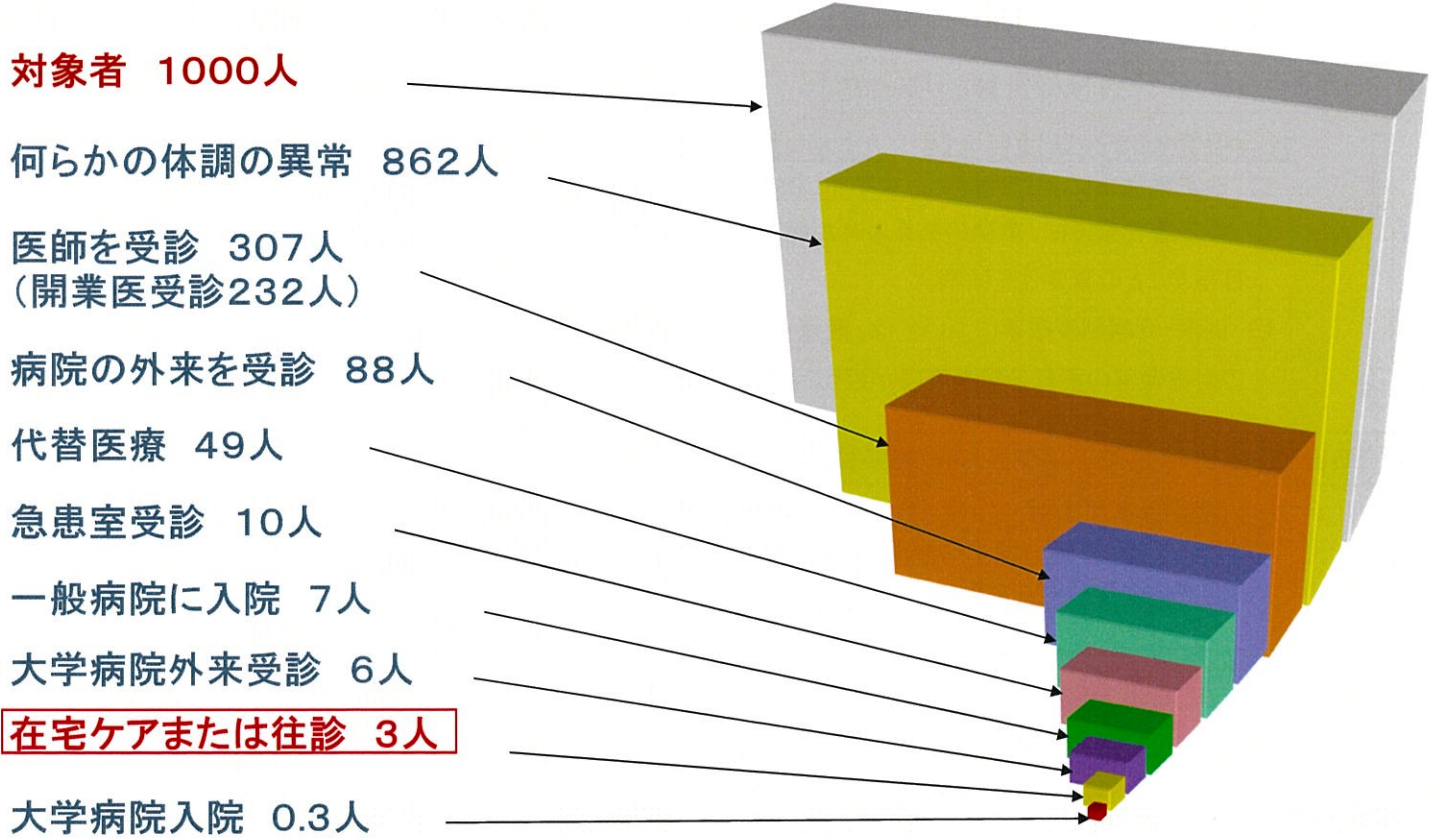
- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

### 施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

# わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動

Fukui, T et al. JMAJ 2005; 48: 163-167 (調査期間: 2003年10月1日-31日)



図表14: 我が国の医療提供体制の問題点

37

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人 当たり 臨床看護職員 数	人口百万人 あたり MRI台数
日本	29.1 (16.5)	13.2	17.9※1	2.4※1	83.0※1	11.0※1	51.7※1
ドイツ	9.0 (10.2)	8.1	50.9	4.1	164	13.3	33.6
フランス	10.1※1 (5.9)	6.1	50.9	3.3※2	161.8※2	9.9※2	12.6
イギリス	7.0 (6.8)	2.6	106.9	2.8	302.7	7.9	7.2※1
アメリカ	6.1※1 (5.5)※1	2.8※1	90.9※1	2.6※1	394.5 ※1・2	11.3※2	39.0

○ 都道府県間地域差

人口当たり病床数について最大3倍の差 → 一人当たり医療費(最大1.6倍の差)と正の相関

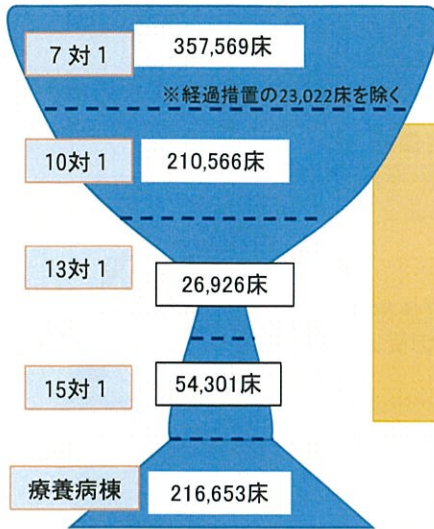
出典:「OECD Health Data 2017」 注1:「※1」は2014年のデータ。 注2:「※2」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。



「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)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

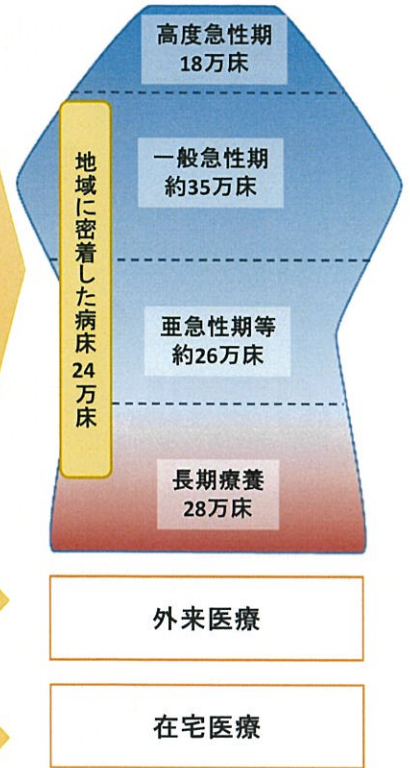
<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

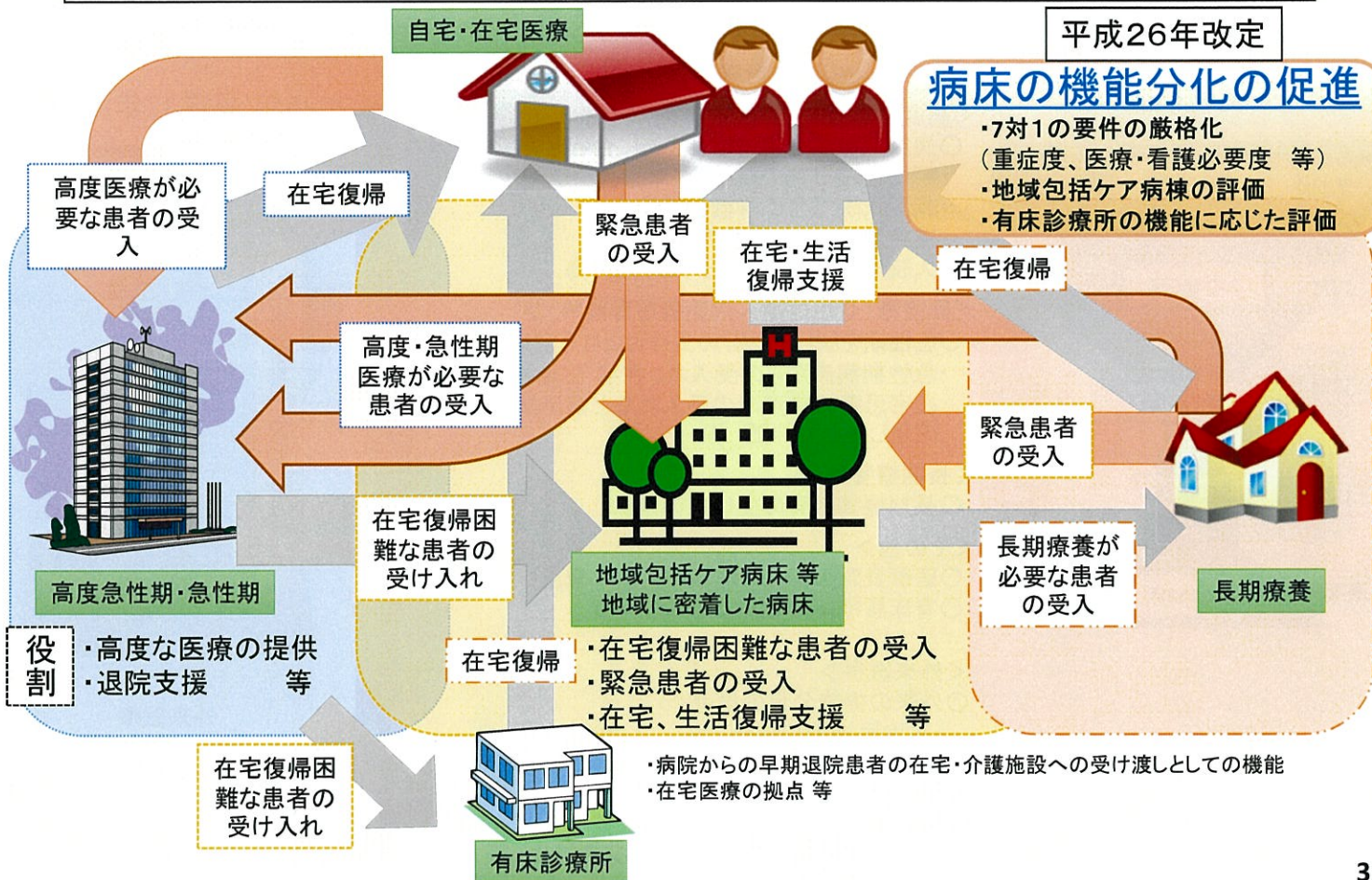
- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<2025年(平成37年)の姿>

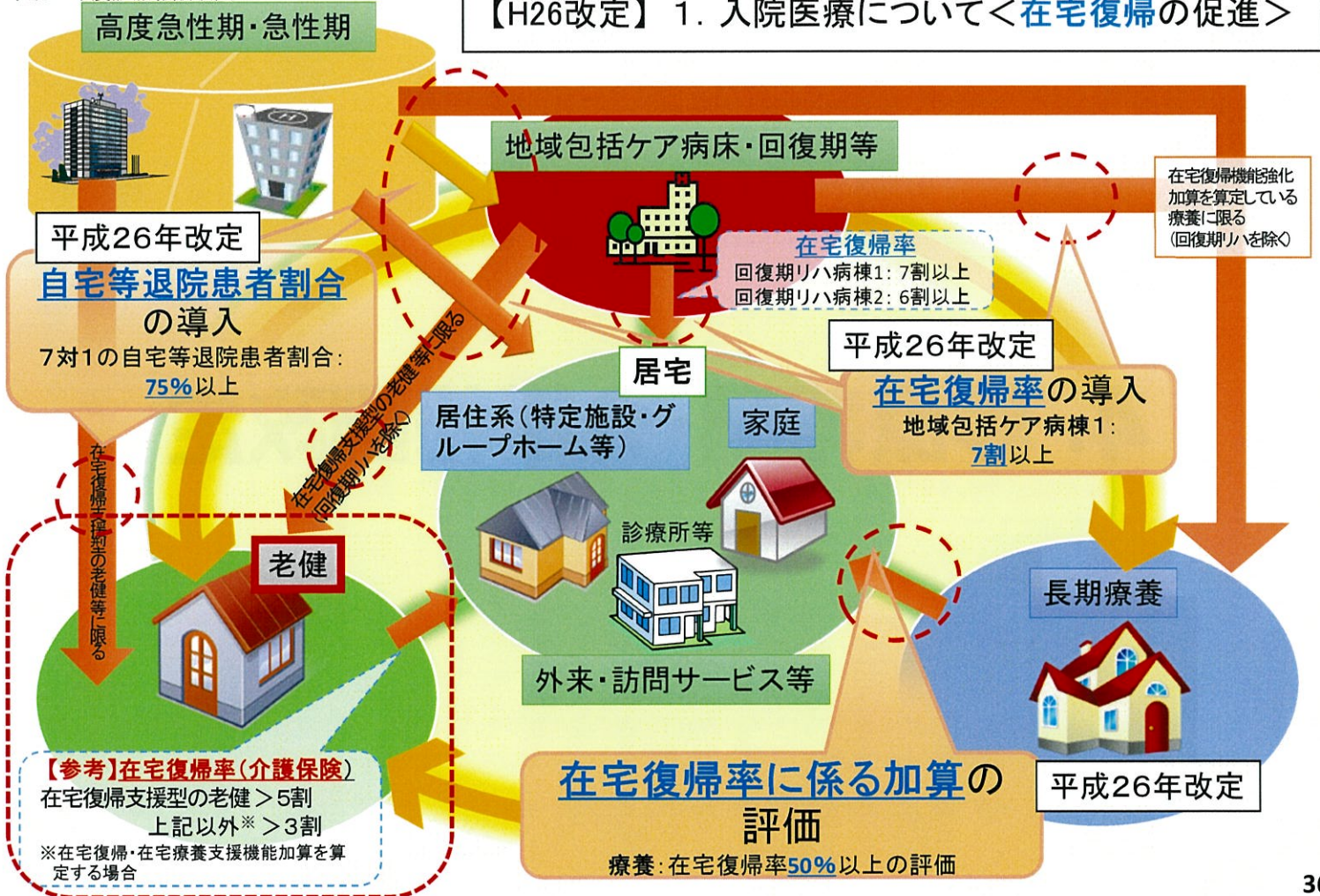


# 4. 診療報酬・介護報酬改定

# 1. 入院医療について<病床の機能分化>



# 【H26改定】 1. 入院医療について<在宅復帰の促進>



## 長期療養患者の受け皿の確保等について②

### 療養病棟における在宅復帰機能の評価

➤ 一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

#### (新) 在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[算定要件]

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者  
(退院した患者の自宅等での生活が1月以上【医療区分3の患者については14日以上】  
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

〈④の計算式〉

30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、  
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

## ときどき入院(入所)ほぼ在宅



~~入院(入所)だらっぱなし  
家に帰ったらいっぱなし~~

- 出来る範囲で在宅を基本にしつつ、急変時や家族に休息が必要な時(レスパイト)等は短期入院、短期入所
- 患者の状態によっては、「ときどき在宅ほぼ入院(入所)」もあり得る
- いずれにしても、本人の希望に基づき、できるだけ家に帰して家族と過ごせる時間を作る

## 平成30年度診療報酬改定の概要－医科

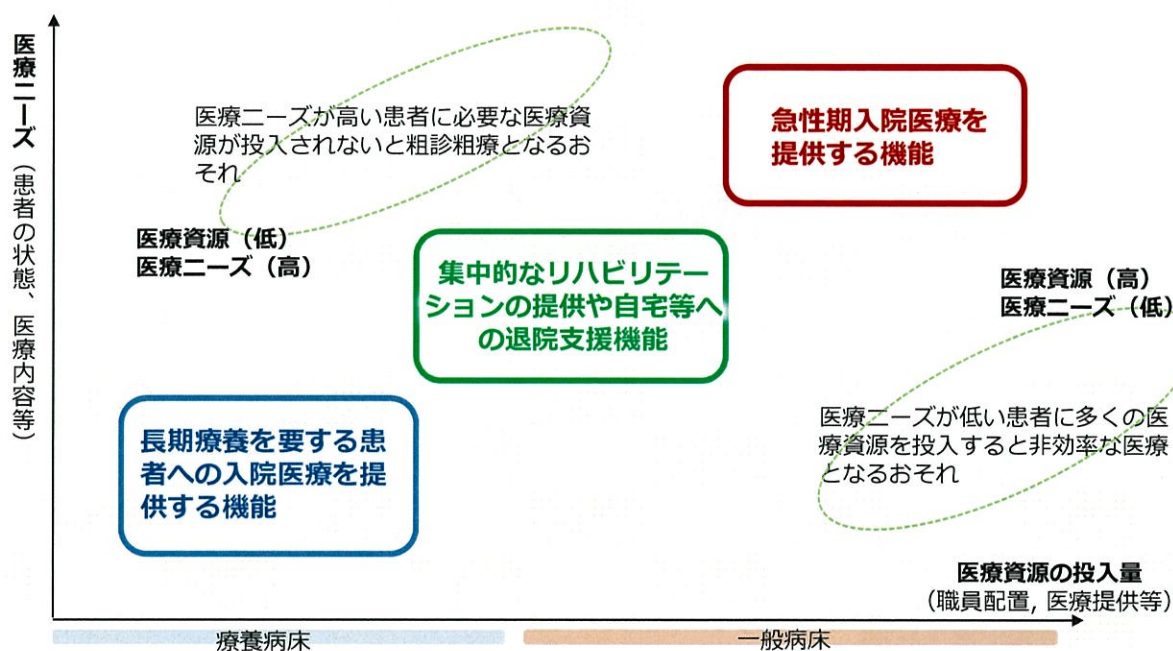
### I 地域包括ケアシステムの構築と 医療機能の分化・強化、連携の推進

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

【平成30年度診療報酬改定】 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価①

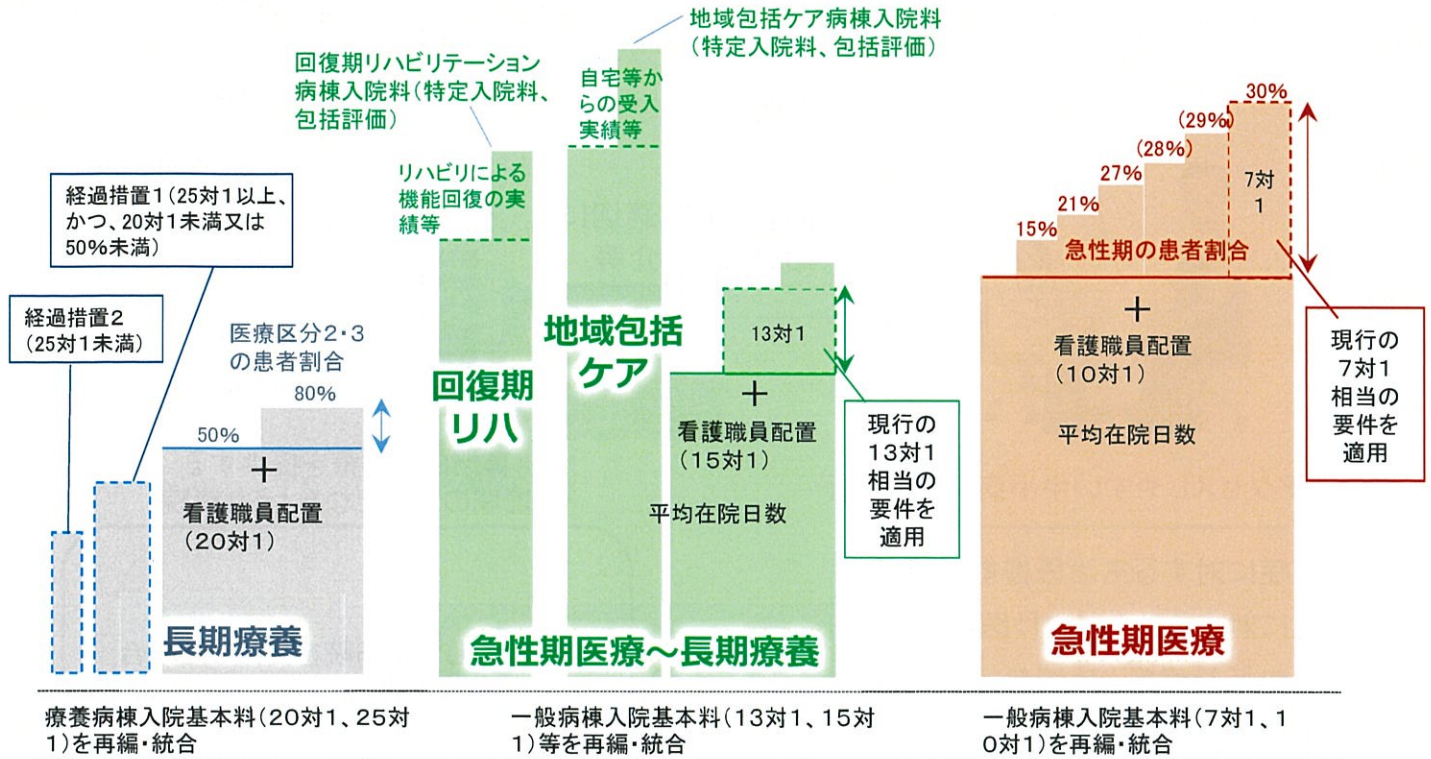
### 入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



## 新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

## 【26改定】2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

### 主治医機能の評価

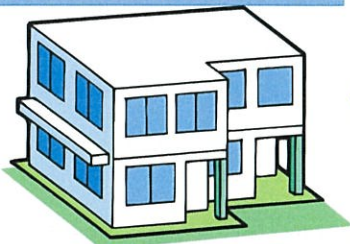
地域包括診療料 1,503点  
地域包括診療加算 20点

平成26年改定

### 大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ  
・長期投薬の是正

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

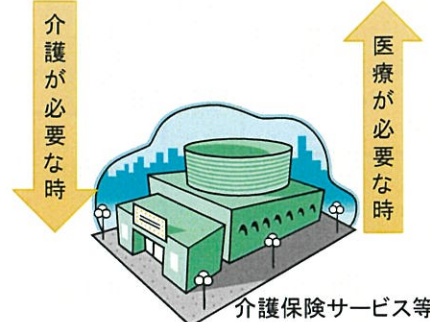


専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 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



- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

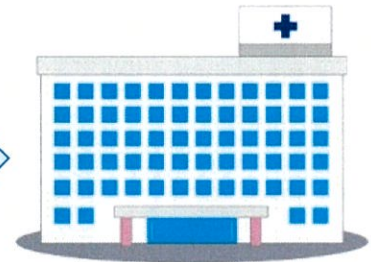
介護保険サービス等

# 【28改定】 外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「**ゲートオープナー**」機能を確立。



必要に応じて適切に  
紹介・逆紹介等



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

専門的な診療を提供する  
地域の拠点となるような病院

- ・認知症に対する**主治医機能**の評価
- ・**小児**に対する**かかりつけ医**の評価
- ・**地域包括診療料、地域包括診療加算(※)**の施設基準の緩和

(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

- ・紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

## かかりつけ医機能のイメージ (案) ～生活習慣病を有する患者の例～

中医協 総-5  
29. 2. 22

①

予防・外来

②

入院

③

在宅

### かかりつけ医機能

処方

生活指導

健康相談

24時間の  
対応

必要に応じ専門  
医療機関等の紹介

- ・要介護認定の支援
- ・介護支援専門員との連携

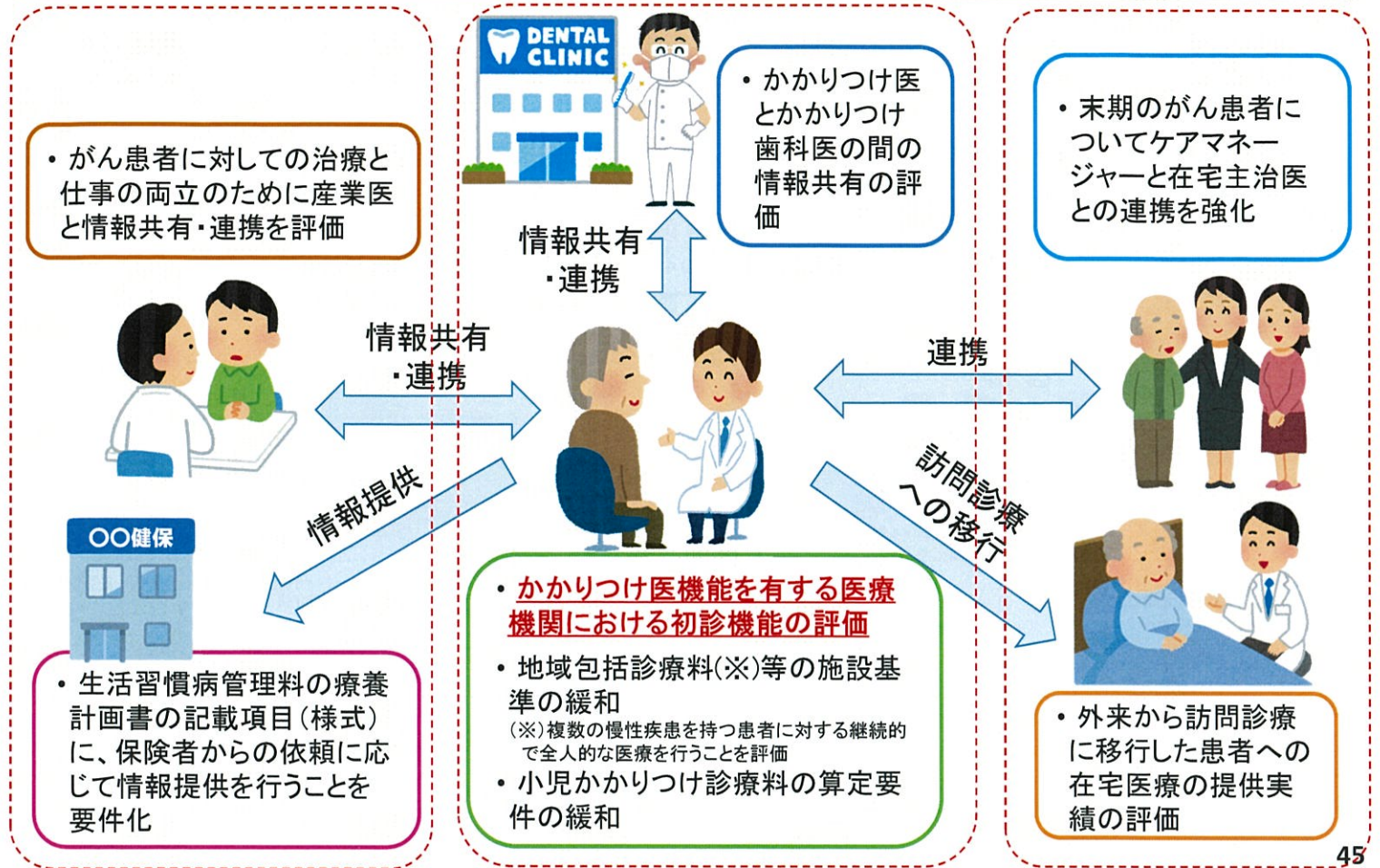
在宅医療の  
提供

①日常的な医学管理と重症化予防

②専門医療機関等との連携

③在宅療養支援、介護との連携

## かかりつけ医機能評価の充実



## 平成27年度介護報酬改定について

- 地域包括ケアシステムの実現に向け、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、在宅サービス、施設サービス等の増加に必要な経費を確保する。
- また、平成27年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善、物価の動向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、▲2. 27%の改定率とする。

改定率▲2. 27%

(処遇改善: +1. 65%、介護サービスの充実: +0. 56%、その他: ▲4. 48%)

(うち、在宅 ▲1. 42%、施設 ▲0. 85%)

(注1) ▲2. 27%のうち、在宅分、施設分の内訳を、試算したもの。

(注2) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、在宅分に含んでいる(施設分は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)。

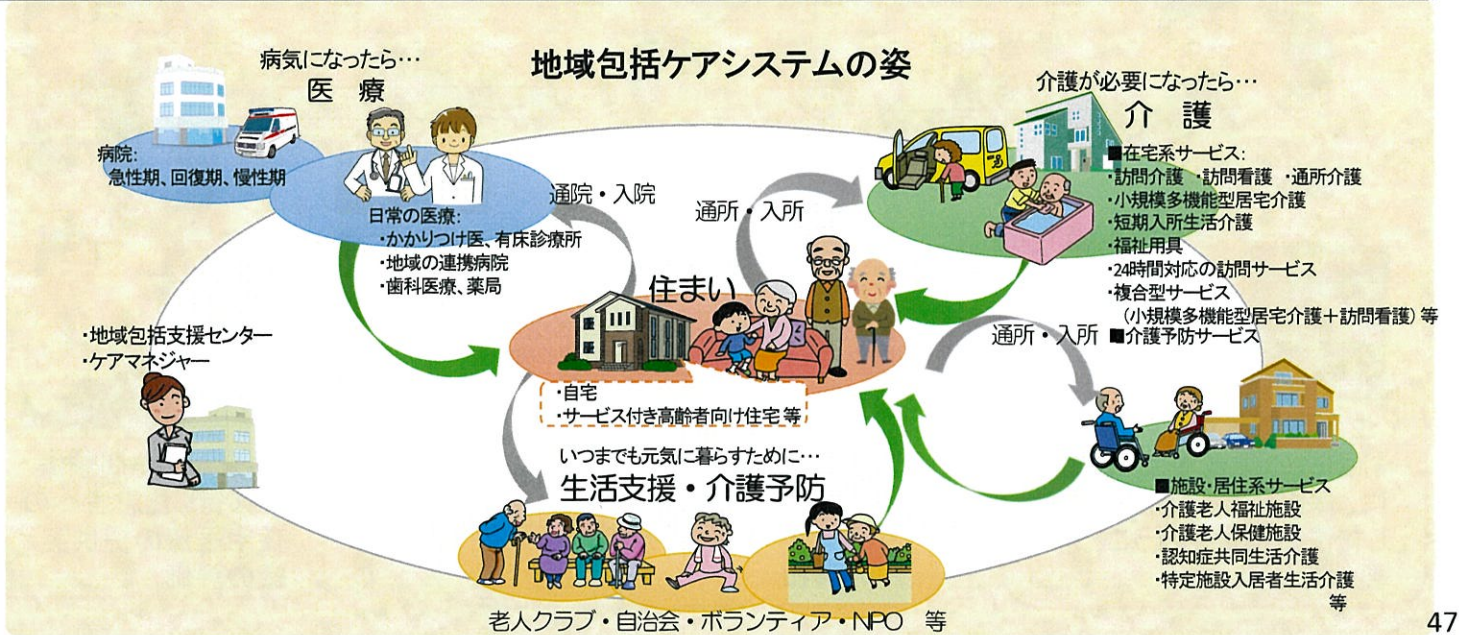
### (改定の方向)

- ・ 中重度の要介護者や認知症高齢者になったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- ・ 今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。
- ・ 介護保険制度の持続可能性を高め、より効果的かつ効率的なサービスを提供するため、必要なサービス評価の適正化や規制緩和等を進める。

# 1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

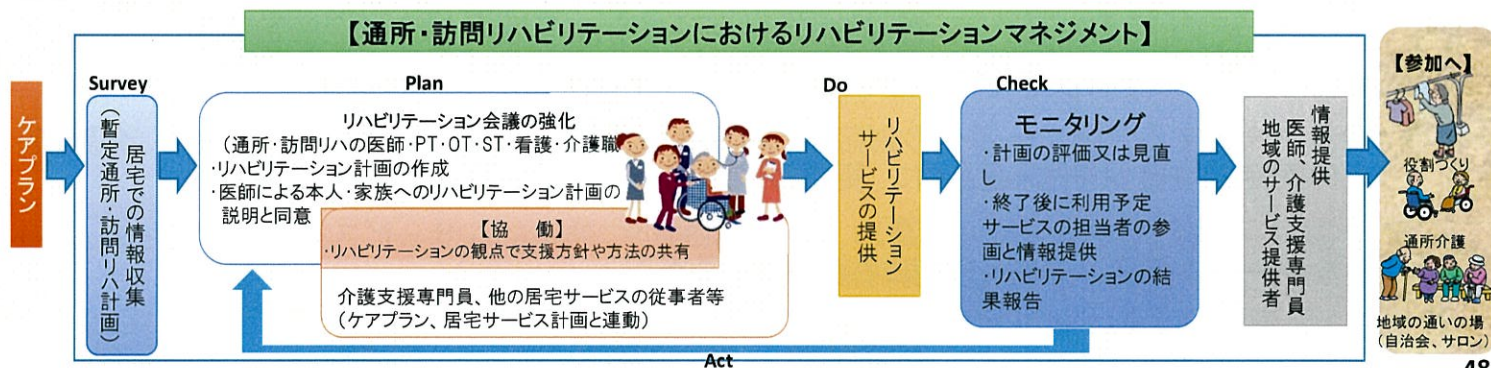
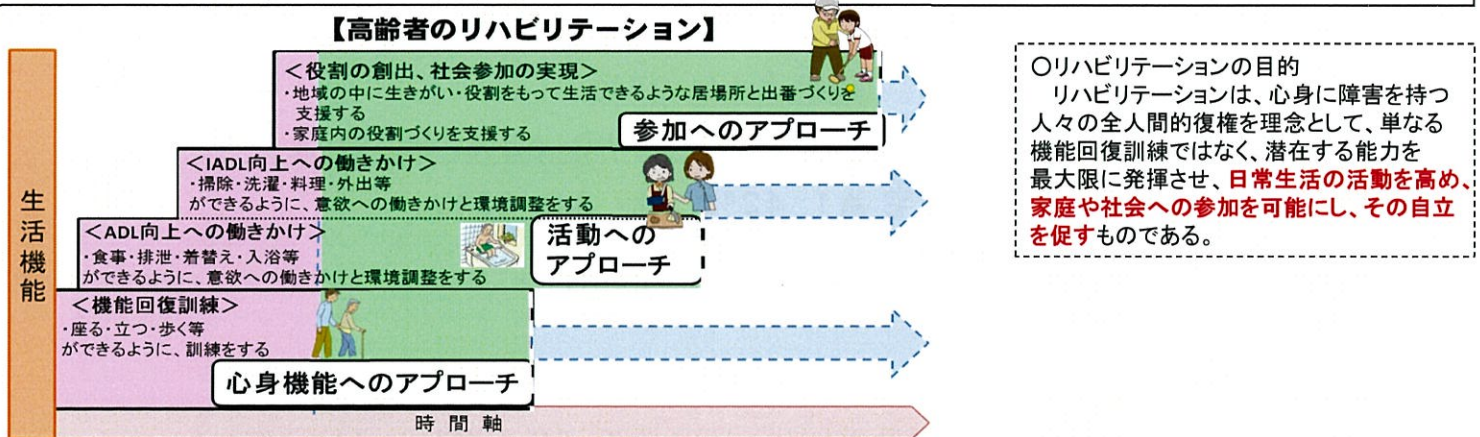
## (1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ **中重度**の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、**在宅生活を支援**するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して**中重度**の要介護者の**在宅**での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



## (2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。





# 5. 地域医療構想

## 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

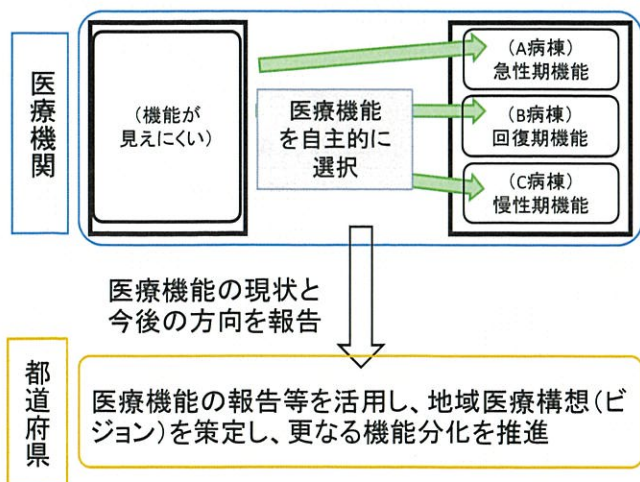
### ○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

### ○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度中）。



### （地域医療構想（ビジョン）の内容）

1. 2025年の医療需要  
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制  
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

# 在宅医療・介護の連携の推進

- 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでもモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、**介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。**
- 具体的には、**介護保険法の地域支援事業に位置づけ**、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。



(参考) 想定される取組の例

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用 ……地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介 ……関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施 ……グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築 ……主治医・副主治医による相互補完的な訪問診療の提供等の調整、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の推進
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援 ……介護支援専門員等からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

## 医療計画の見直しについて(医療法)

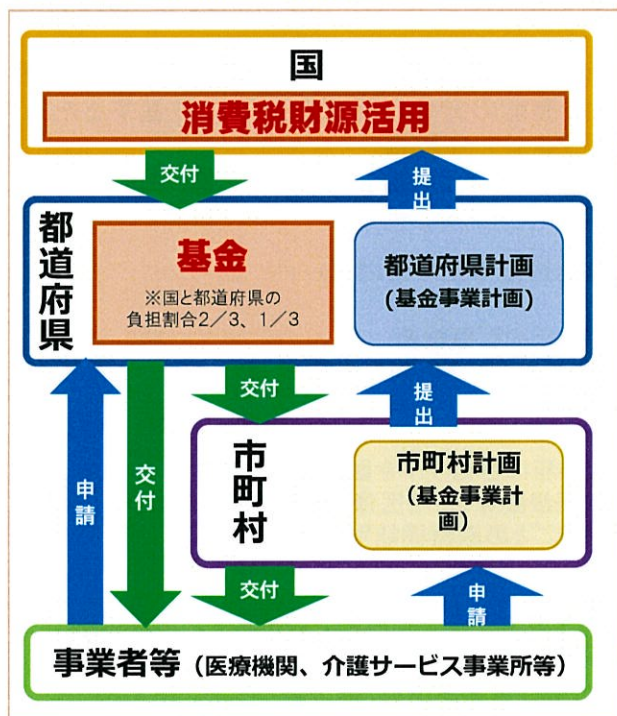
- 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針に即して、国が定める医療計画の基本方針と介護保険事業支援計画の基本指針を整合的なものとして策定。
- **医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分については、中間年(3年)で必要な見直しを行う。**
- 地域医療ビジョンの中で市町村等ごとの将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、在宅療養患者の病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込む。

51

## 地域医療介護総合確保基金

令和2年度政府予算(案):公費で2018億円  
(医療分 1,194億円・介護分 824億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



### 都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

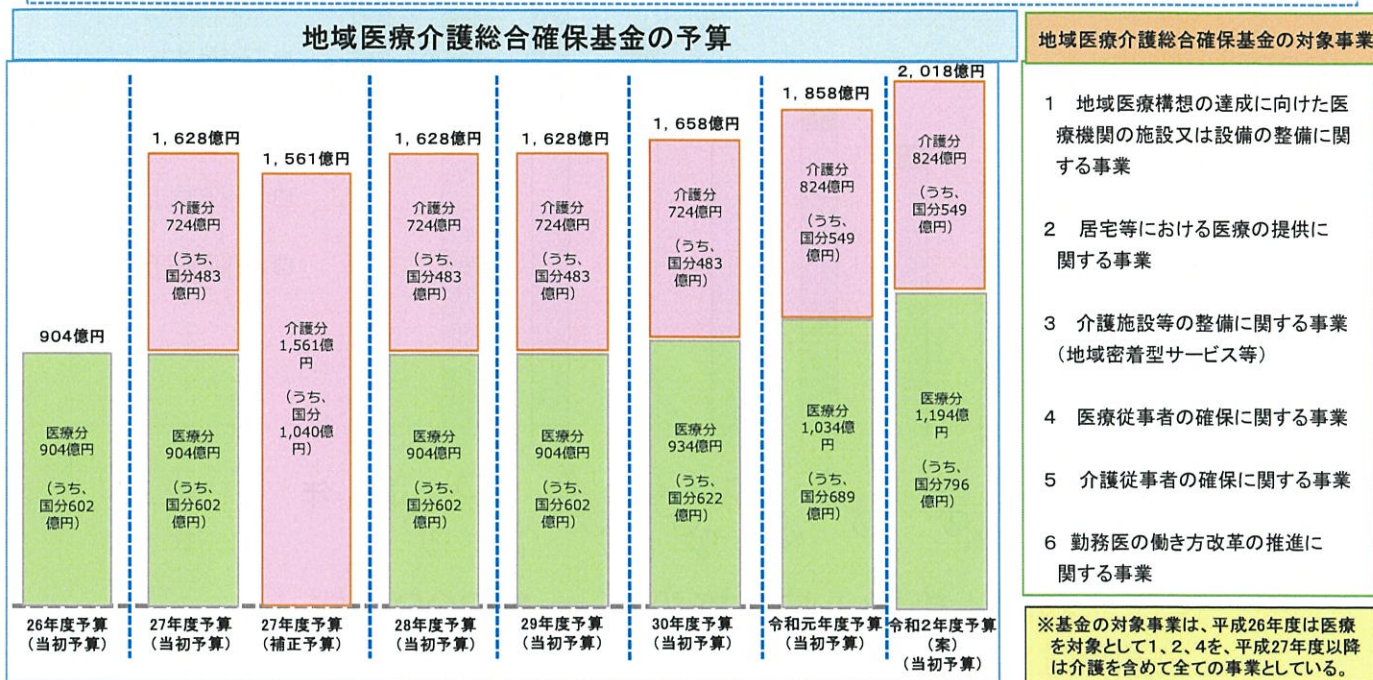
- 基金に関する基本的事項
  - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
  - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
  - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
  - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
  - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏等を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
  - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

### 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業
- 6 勤務医の働き方改革の推進に関する事業

## 地域医療介護総合確保基金の令和2年度予算(案)について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の令和2年度予算(案)は、公費ベースで2,018億円(医療分1,194億円(うち、国分796億円)、介護分824億円(うち、国分549億円))



## 地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加について

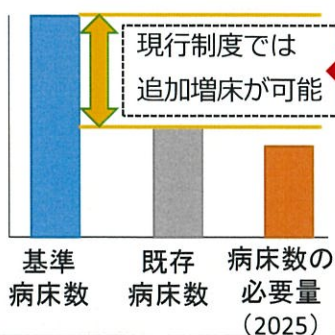
### 現状

- 現在、都道府県知事に付与されている地域医療構想達成のための権限のみでは、人口の減少が進むこと等により、**将来の病床数の必要量が既存病床数を下回る場合に、申請の中止や申請病床数の削減を勧告などを行うことができない**状況にある。

### 基本的な考え方

- 地域医療構想が全国で確実に達成されるよう、都道府県知事等の権限を追加し、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があった場合に、必要な手続を経た上で、都道府県知事が所要の対応を図る等の対応を図ることが適当。

### 追加的な整備が可能なケース



### 今後の対応

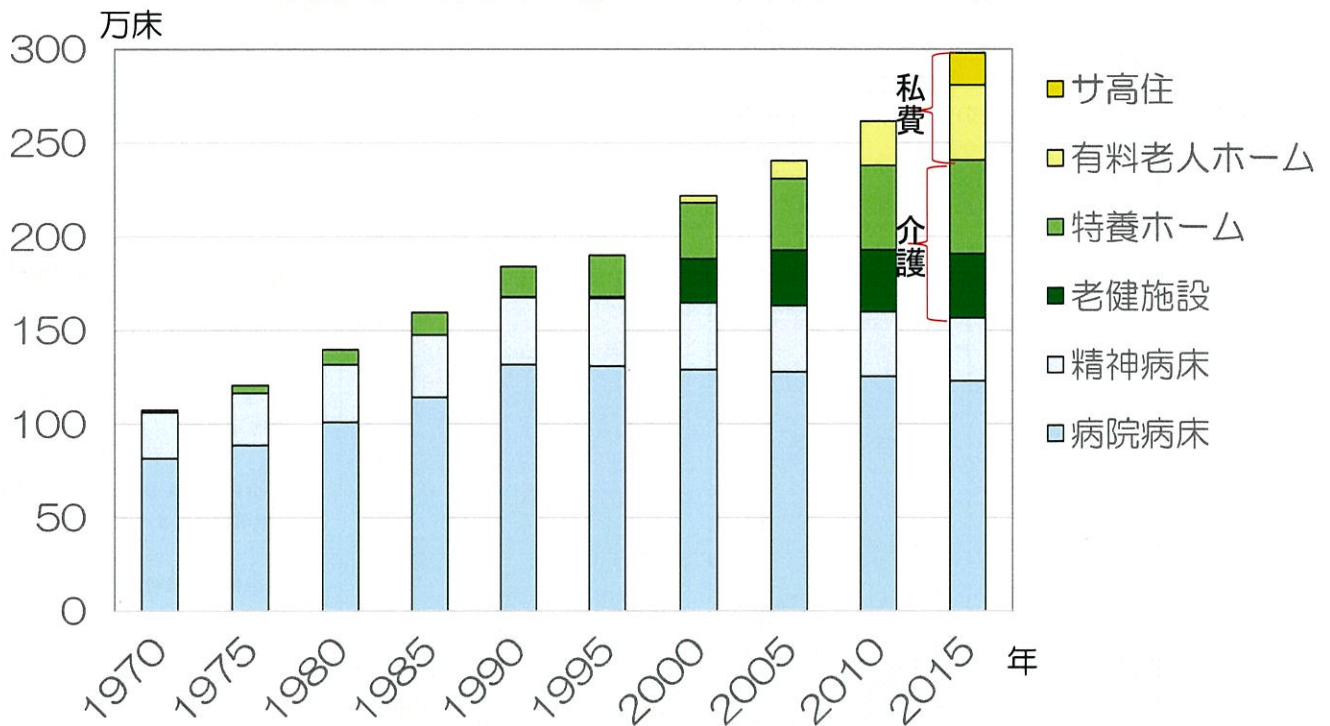
新規開設、増床等の申請

**都道府県知事が許可を与えないこと(民間医療機関の場合には勧告)ができる**

### 法案の内容(医療法・健康保険法改正)

地域医療構想を推進するため、構想区域において**既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないこと(民間医療機関の場合には勧告)ができる**こととし、勧告を受けた民間医療機関の病床については、厚生労働大臣が、保険医療機関の指定をしないことができる旨規定する。(公布日施行)

## 病院と施設等の合計数の推移



※ 現在、病院＋施設＋特定施設等 ＝ 約300万床  
 (病院は施設の肩代わりをする必要がなくなった)

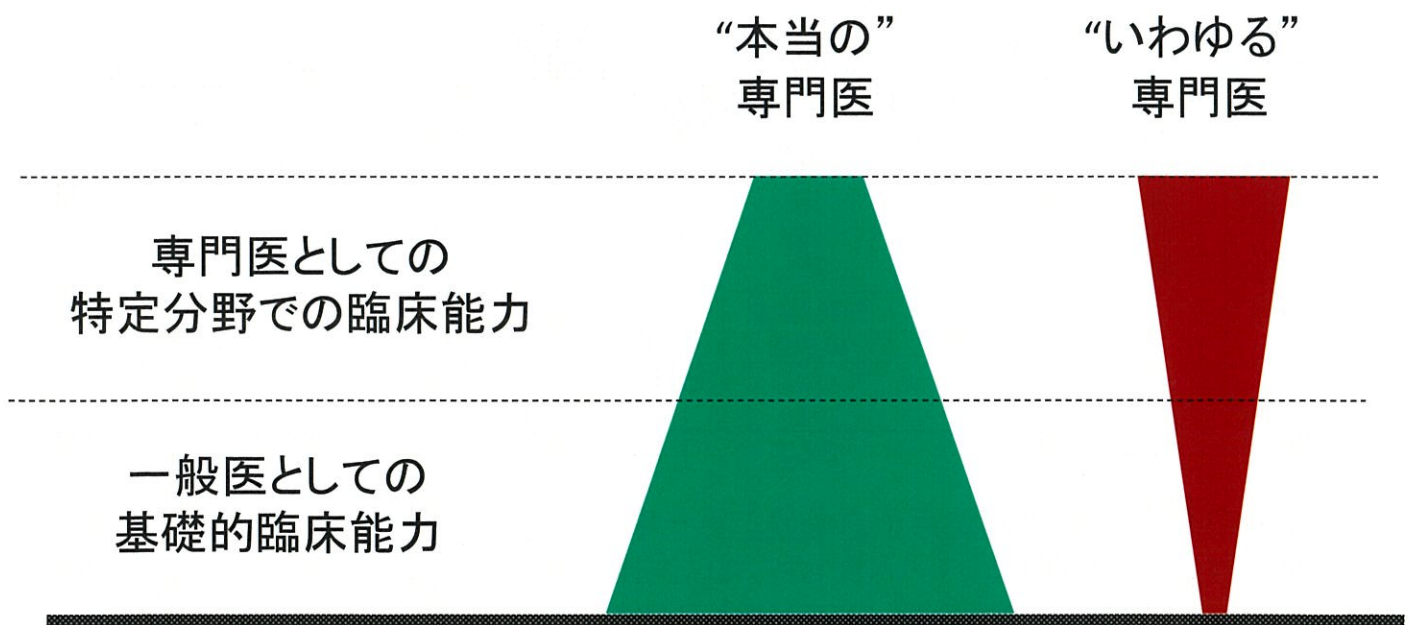
## 6. 医師の変化

# 医師の任務

## 【医師法】

第一条 医師は、医療および保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。

## 専門医のあるべき姿



小医は、病を医す

中医は、人を医す

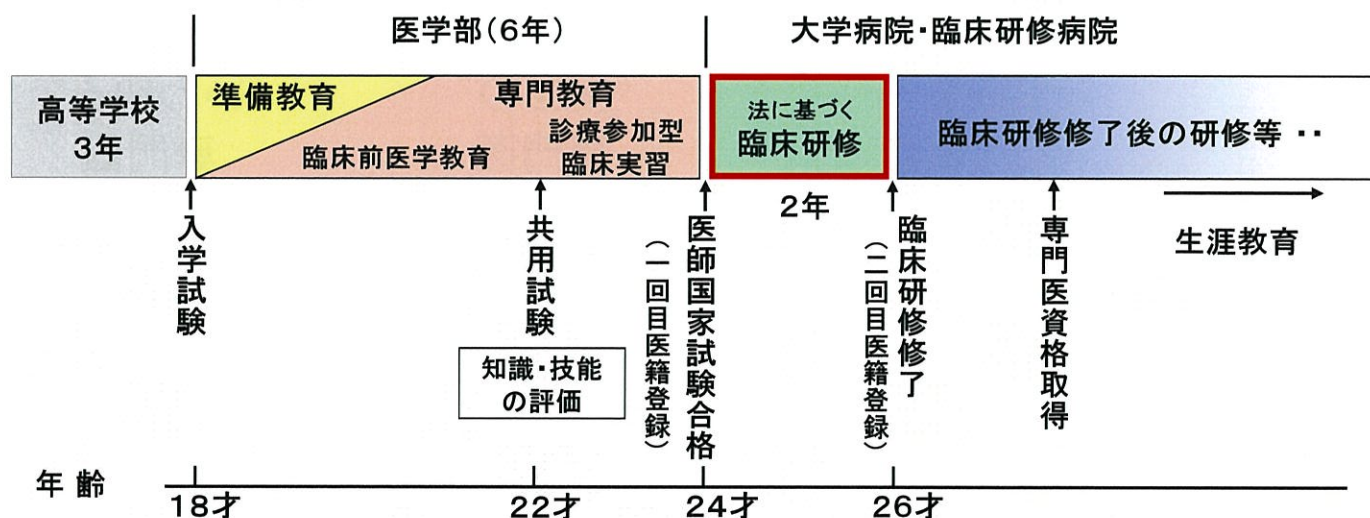
大医は、**国を医す！**  
(国＝地域)

### 臨床研修制度の概要(H16～)

#### 1. 医学教育と臨床研修

##### ○ 法に基づく臨床研修(医師法第十六条の二)

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。



#### 2. 臨床研修の基本理念(医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令)

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるように、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

I 到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
2. 利他的な態度
3. 人間性の尊重
4. 自らを高める姿勢

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性
2. 医学知識と問題対応能力
3. 診療技能と患者ケア
4. コミュニケーション能力
5. チーム医療の実践
6. 医療の質と安全の管理
7. 社会における医療の実践
8. 科学的探究
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

C. 基本的診療業務

- （コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる）
1. 一般外来診療
  2. 病棟診療
  3. 初期救急対応
  4. 地域医療

II 実務研修の方略

内科（24週以上） 外科（4週以上） 小児科（4週以上） 産婦人科（4週以上） 精神科（4週以上） 救急（12週以上） 地域医療（4週以上）を必修

- ◆ 一般外来（4週以上）での研修を含める  
（他の必修分野等との同時研修を行うことも可能）
- ◆ 地域医療は、**へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所**で行い、**一般外来での研修と在宅医療の研修を含める**  
※外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療、及び一般外来については、8週以上の研修が望ましい  
※麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる  
※地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない  
※病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること
- ◆ 全研修期間を通じて、以下の研修を含むこと  
➢ 感染対策、予防医療、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等
- ◆ 以下の研修を含むことが望ましい  
➢ 診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア等）に参加、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療等

経験すべき症候

29項目（ショック、体重減少・いらい、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛等）

経験すべき疾患・病態

26項目（脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎等）

※日常業務において作成する**病歴要約で確認**（病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含む）

III 到達目標の達成度評価

<研修医評価票>

- I. 「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」に関する評価
- II. 「B. 資質・能力」に関する評価
- III. 「C. 基本的診療業務」に関する評価

<臨床研修の目標の達成度判定票>

→ 2年間の研修終了時に、研修管理委員会において、研修医評価票 I、II、IIIを勘案して作成（総括的評価）

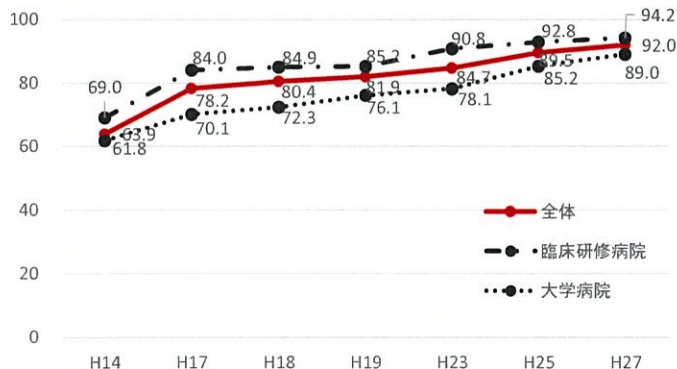
※ 原則として、修了判定については、すべての到達目標について達成していることが必要であるが、身体障害により達成が困難な項目がある等のやむを得ない理由がある場合には、総合的に判断して修了判定を行う。

◆ 各分野・診療科のローテーション終了時に、**医師及び医師以外の医療職（看護師を含むことが望ましい）が評価**  
◆ 少なくとも**年2回**、プログラム責任者・研修管理委員会委員が、研修医に対して**形成的評価（フィードバック）**を行う

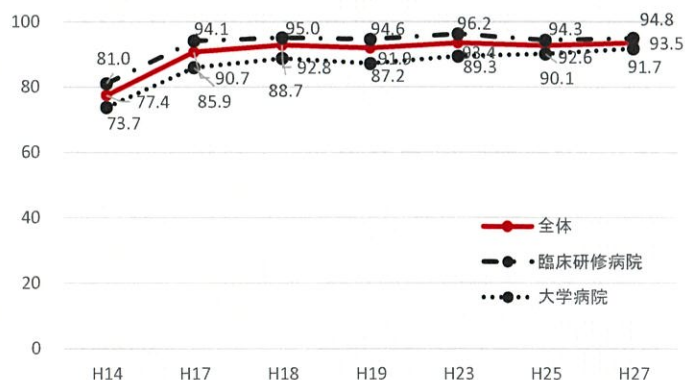
研修医の基本的な診療能力についての経年的評価

○ 基本的な臨床知識・技術等について、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、全体的に年々上昇。

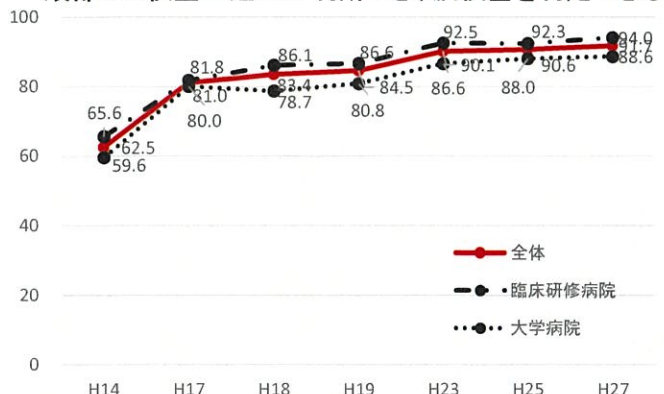
救急患者の重症度および緊急度を判断できる



気管挿管ができる



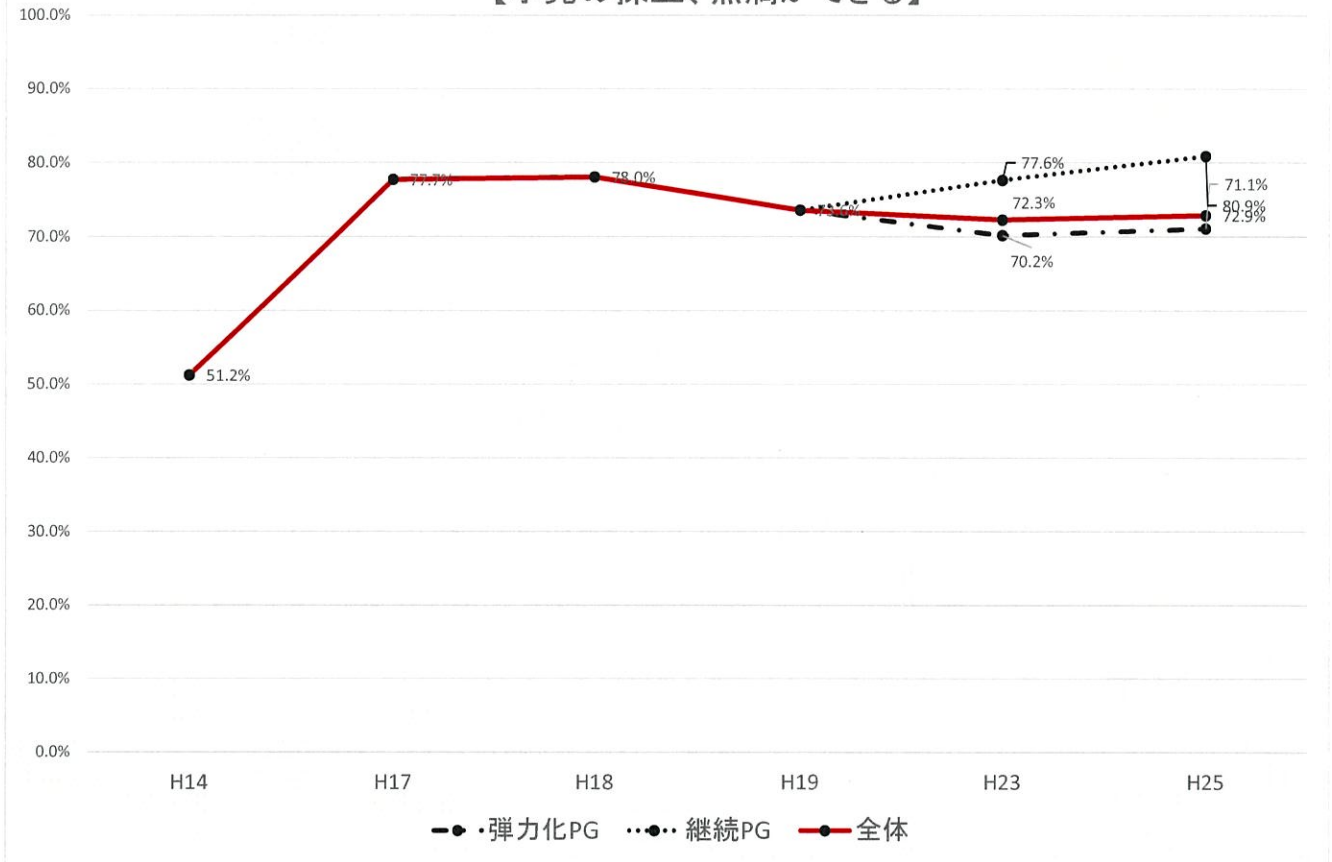
頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる



骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる



【小児の採血、点滴ができる】



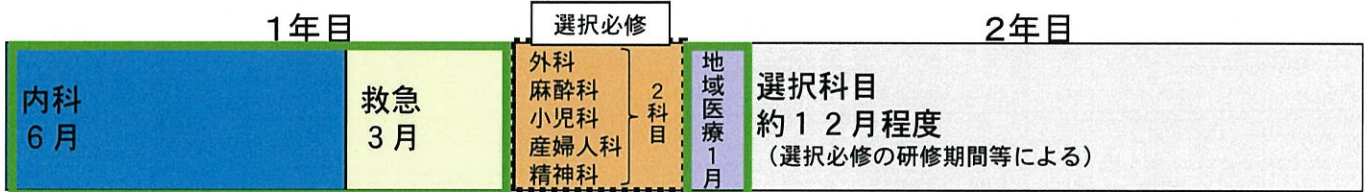
平成26年厚生労働科学研究「臨床研修到達目標とその評価のあり方に関する研究」63

必修診療科の見直し(イメージ例)(平成32年度)(案)

H16年度～H21年度(7科目必修)  
1年目



H22年度～H31年度(3科目必修)



H32年度～(7科目必修)(案)

※外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療は8週以上が望ましい

臨床研修病院



※一般外来 4週以上を含む(8週以上が望ましい)



# 医療法

- 第一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。
- 2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。
- 第一条の四 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。
- 2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

65

## 7. 今後の方向

66

# 社会保障と税の一体改革以後、 基本的な方向性は変わらない！

67

## 社会保障の今後の方向

### ◎地域包括ケアの構築

- 自助 > 互助 > 共助(保険 [介護 > 医療])
- ・自分たちのことはできるだけ自分たちで
  - ・専門職は自立支援(「やってあげる」ではない！)

ポスト「税と社会保障の一体改革」

### ◎地域共生社会の構築

- ・病気や障害を抱えながら、支え・支えられる
- ・誰もが役割と生き甲斐を持つ

68

# 医療・福祉界は何をなすべきか！？

- 病院(施設・事業所)完結型から地域完結型へ
  - ⇒ 地域における医療・福祉を総合的に捉えた役割分担  
=機能分化と連携 自院の特徴は？何をすれば良いのか

- 地域(包括ケア・共生社会)づくりへの貢献
  - ・施設として
  - ・医療・福祉の担い手として
  - ・育っている若手医師(新制度は約10万人/30万人)



誰もが役割と生き甲斐を持つ社会の実現

\* 今後は → 働き方改革、専門医制度等の影響も

69

One for All



All for One



