

2018.10.16 平成30年度

南加賀圏域保健医療計画推進協議会(第1回)

# 惑星直列の価値観

～地域包括ケアと地域包括ケア病棟に求められているもの～



 **地域包括ケア病棟協会**  
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

協会の概要	活動	ニュース	会員
-------	----	------	----



「ときどき入院、ほぼ在宅」  
地域包括ケア病棟を活用して、地域の人と社会の健康を実現します。

地域包括ケア病棟協会 会長  
医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長

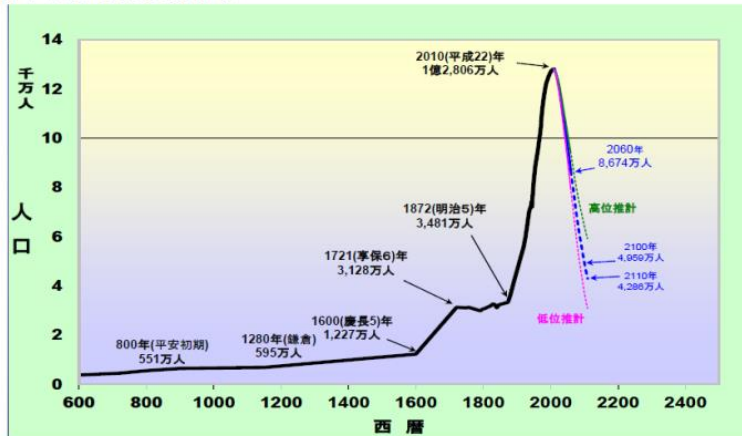
仲井培雄

プロローグ

# 2018年度 惑星直列

日本人人口の歴史的推移

中国語 第一参考  
20.12.14より



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭玄「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田櫻三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我國の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」推計人口) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計(死亡中位推計))

提供: 国立社会保障・人口問題研究所 森田朗所長

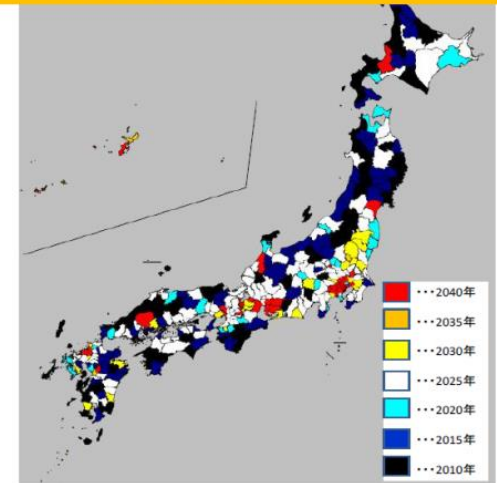
63

2100年＝82年後の  
人口は5000万人足らず！

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

中国語 第一参考  
20.12.14より

地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる



出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回 資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

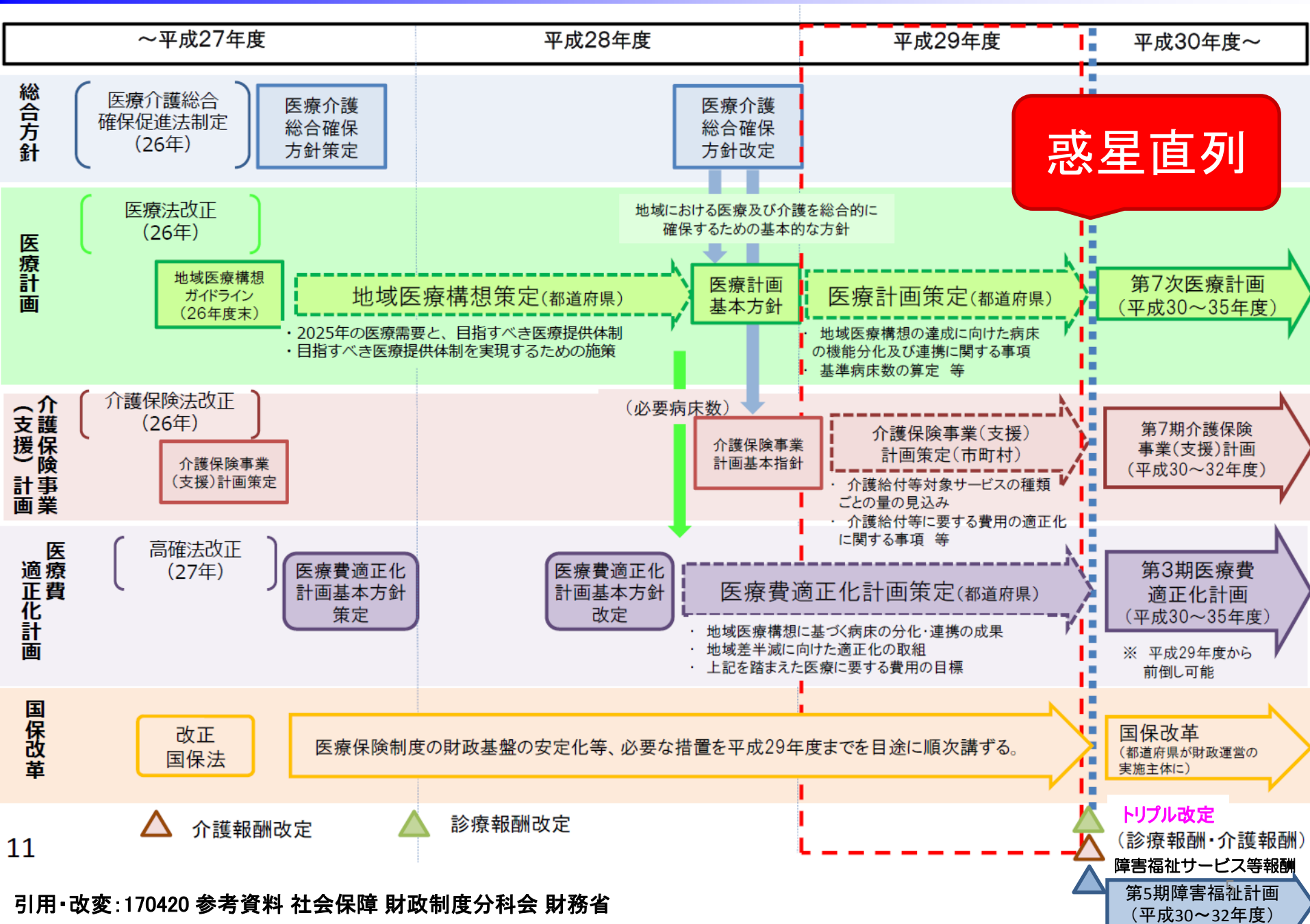
65

需要のピークが遅れるのは、  
主に太平洋ベルト地帯！

# 2018年度惑星直列の背景

- 日本は人口減少、少子化、超高齢社会、認知症高齢者激増、地域間格差の時代となり、治す「従来型医療」から治し支える「生活支援型医療」への転換が進みます。
- 働き方改革に配慮した、地域医療構想策定と地域包括ケアシステムの構築で、効率化と質の担保は喫緊の課題です。
- 2018年度は、この状況で、トリプル改定や種々の計画の更新、法律改正が同時に実施される“惑星直列”を迎えました。

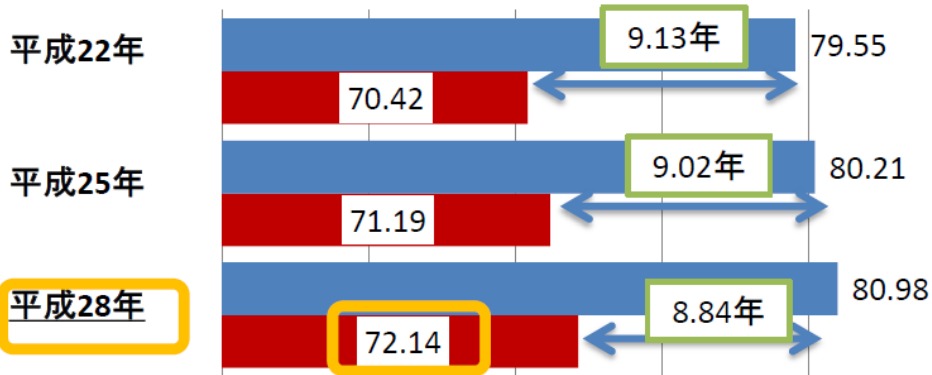
# (参考)医療・介護提供体制の見直し／医療費適正化に向けたスケジュール



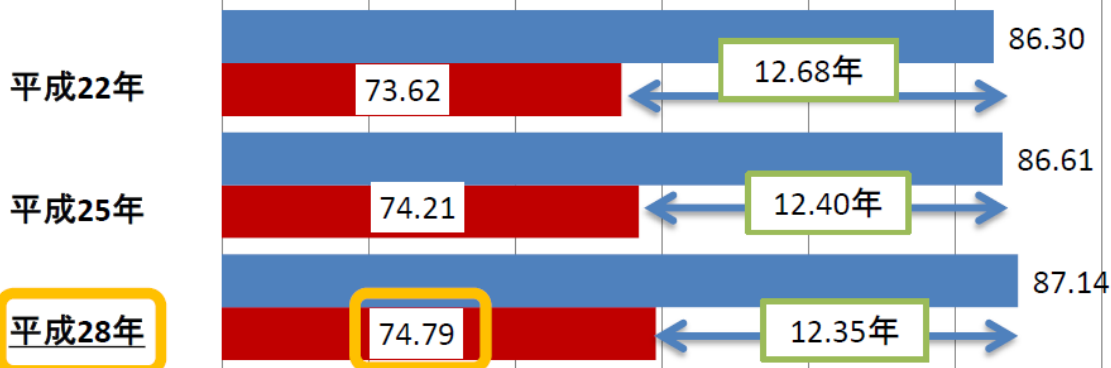
# 2018年度 惑星直列 目指すはQOLとQODの向上

## 健康寿命と平均寿命の推移

### 男性



### 女性

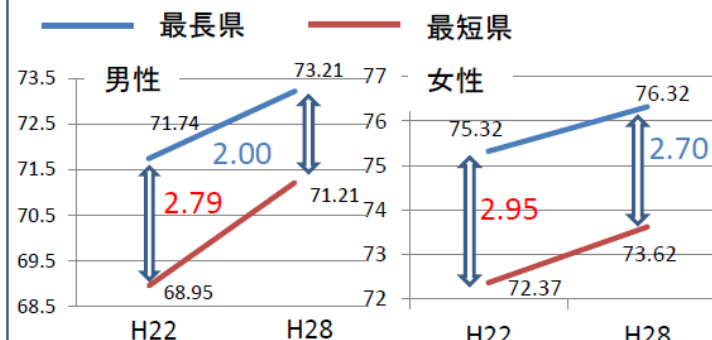


○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+1.72	+1.17
平均寿命	+1.43	+0.84

○ 都道府県格差※の縮小

※日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差



健康寿命は全体として延伸しており、格差も縮小している。

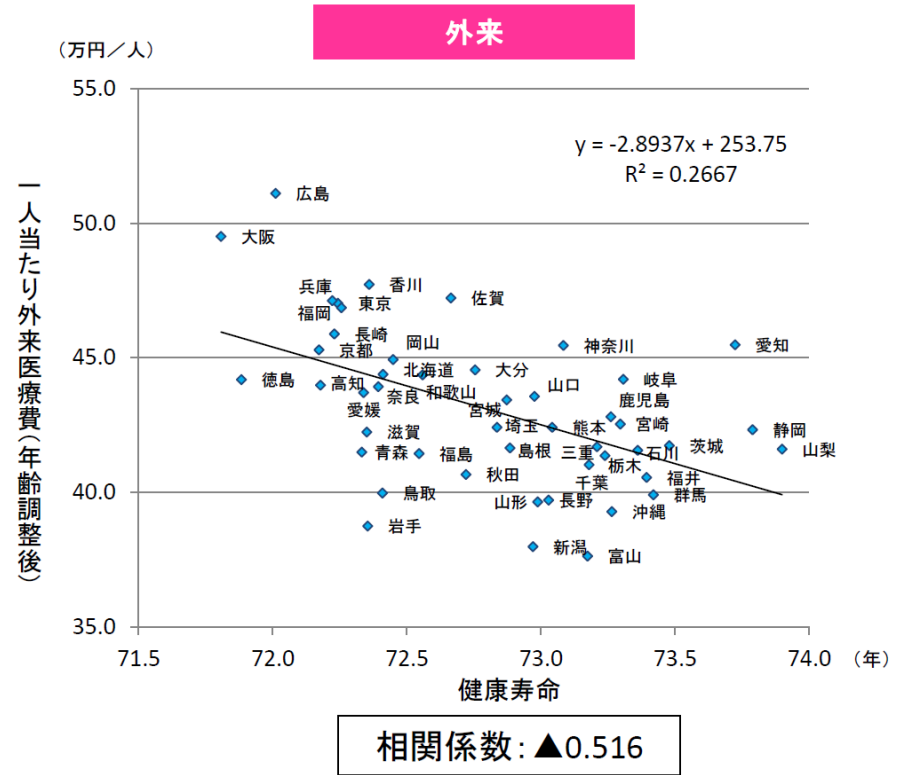
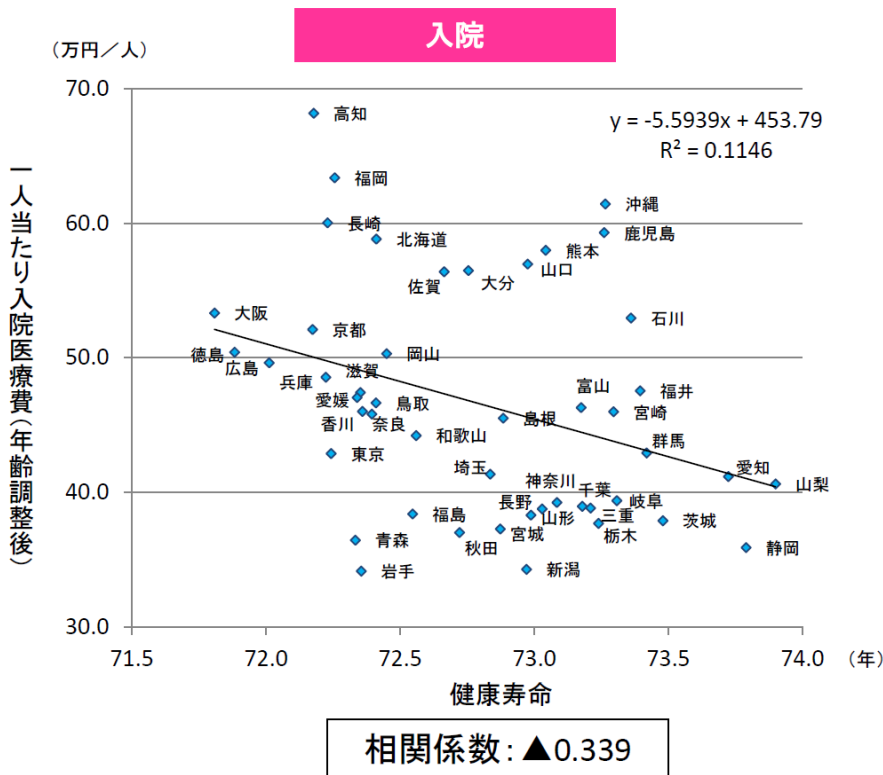
※ 厚生労働科学研究費補助金:健康日本21(第二次)の地域格差の評価と要因分析に関する研究(研究代表者 辻一郎)において算出。  
 ※ 平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。  
 ※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標  
 ・健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(平成34年度)  
 ・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標:「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」  
 ・一億総活躍プランの指標:「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

【資料】  
 ○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」  
 ○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」  
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」  
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」  
 総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

# 健康寿命と後期高齢者の医療費について①

- 医療費の地域差には、従来から病床数や医師数、保健師数、高齢者の就業率などとの相関が指摘。
  - 都道府県別データで健康寿命と医療費との関係を見ると、入院で弱い相関、外来である程度の相関。
- ※ 健康寿命が国民生活基礎調査の回答結果を用いて算出されたものであること、このデータは健康寿命と医療費の因果関係を示すものではなく、健康寿命の長さや医療費の低さに共通する要因等については別途検討が必要であること、健康寿命上位・下位都道府県群の比較を行う場合には、医療費が特に高い県・低い県の影響が強く出る可能性などに留意が必要。

## <後期高齢者医療制度(2015年度)における分析>



(出所等) 厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」

健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。外来は医科入院外+調剤。

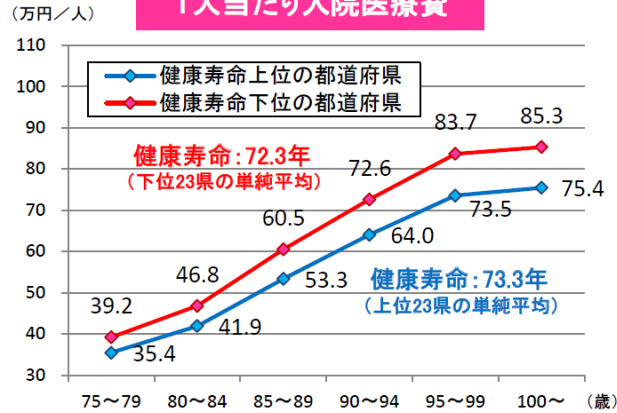
# 健康寿命と後期高齢者の医療費について②

＜後期高齢者医療制度(2015年度)における分析＞

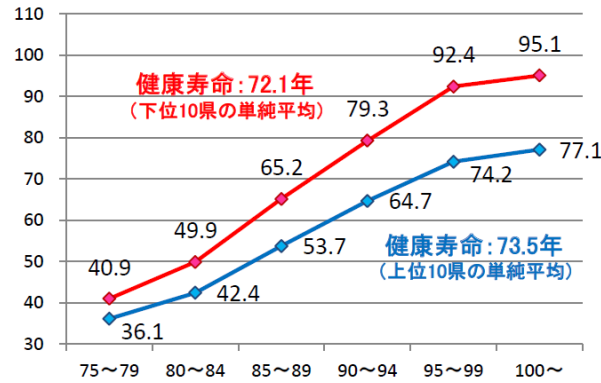
※ 下のグラフにおいて75歳未満の被保険者は75～79歳の階級に含めて計算している。

上位23県・下位23県の比較

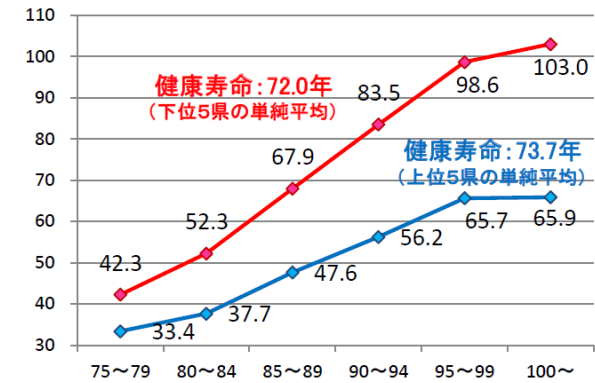
## 1人当たり入院医療費



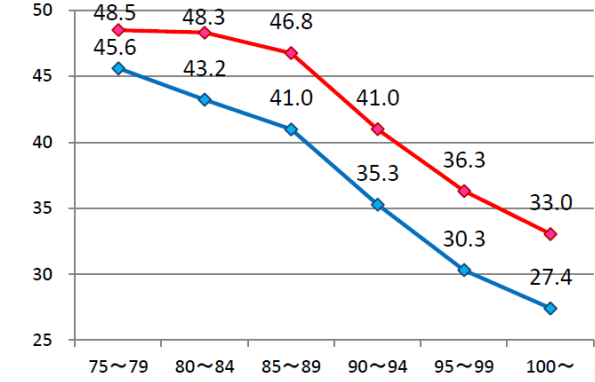
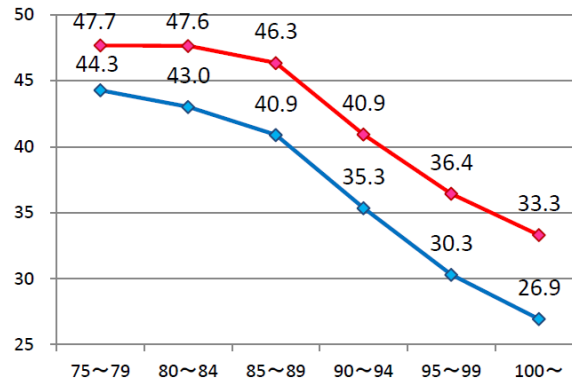
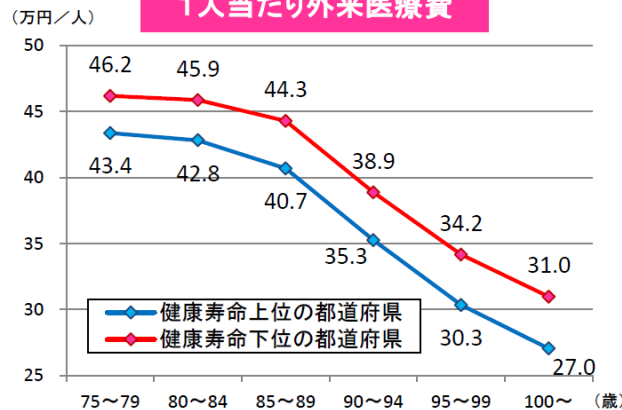
上位10県・下位10県の比較



上位5県・下位5県の比較



## 1人当たり外来医療費



(出所等) 厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」

健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。

年齢階級別の人口1人当たり医療費について、健康寿命上位・下位のそれぞれの都道府県群で単純平均し、比較したもの。外来は医科入院外+調剤。

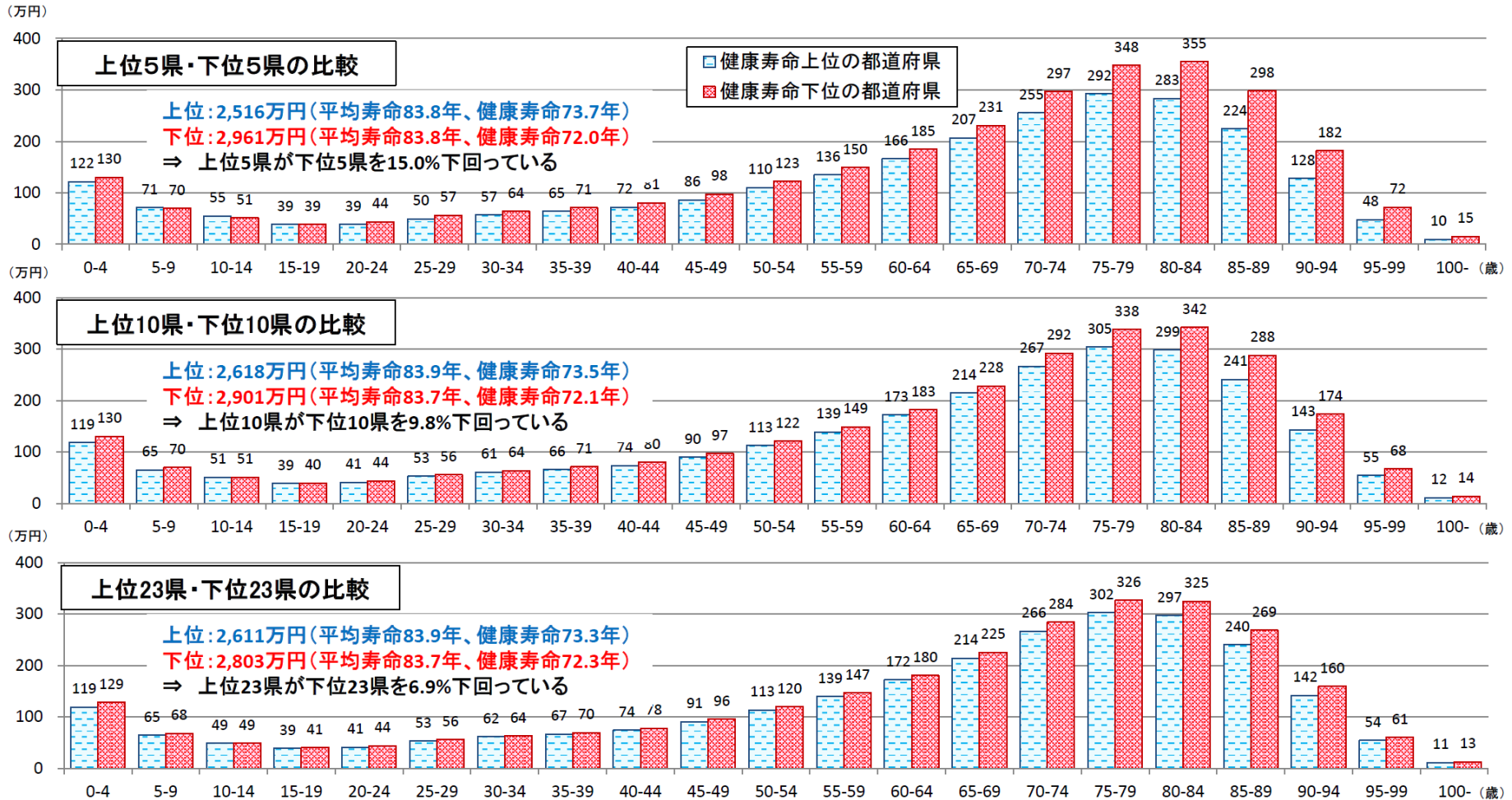
健康寿命上位10県は、上位から順に山梨、静岡、愛知、茨城、群馬、福井、石川、岐阜、宮崎、沖縄。

健康寿命下位10県は、下位から順に大阪、徳島、広島、京都、高知、兵庫、長崎、東京、福岡、青森。



# 健康寿命と生涯医療費(平均)について

○ 生涯医療費は、健康寿命上位の都道府県の方が、下位の都道府県と比較して低くなっている。



(出所等) 厚生労働省「国民医療費」、「患者調査」、NDBデータ、「都道府県別生命表」、「人口動態調査」 総務省「10月1日現在人口推計」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」  
 ※1. 生涯医療費、平均寿命、健康寿命について、健康寿命上位・下位のそれぞれの都道府県群で単純平均し、比較したもの。  
 ※2. 生涯医療費は、NDBの集計データ(平成27年度)、患者調査(平成26年)及び都道府県別の国民医療費(平成27年度)をもとに、平成27年度における都道府県別・年齢階級別の1人当たり医療費を算出し、平成27年度都道府県別生命表による定常人口を適用して推計したもの。  
 ※3. 健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。

# 1. 平均寿命の延伸に伴う高齢期の長期化 （「人生100年時代」の到来）

## 65歳が特定の年齢まで生存する確率②

○65歳を迎えた方が特定の年齢まで生存する確率を数値で見ると、2015年時点で65歳を迎えた1950年生まれですでに、**男性の3人に1人、女性の5人に3人が90歳まで長生き**する見込みである。

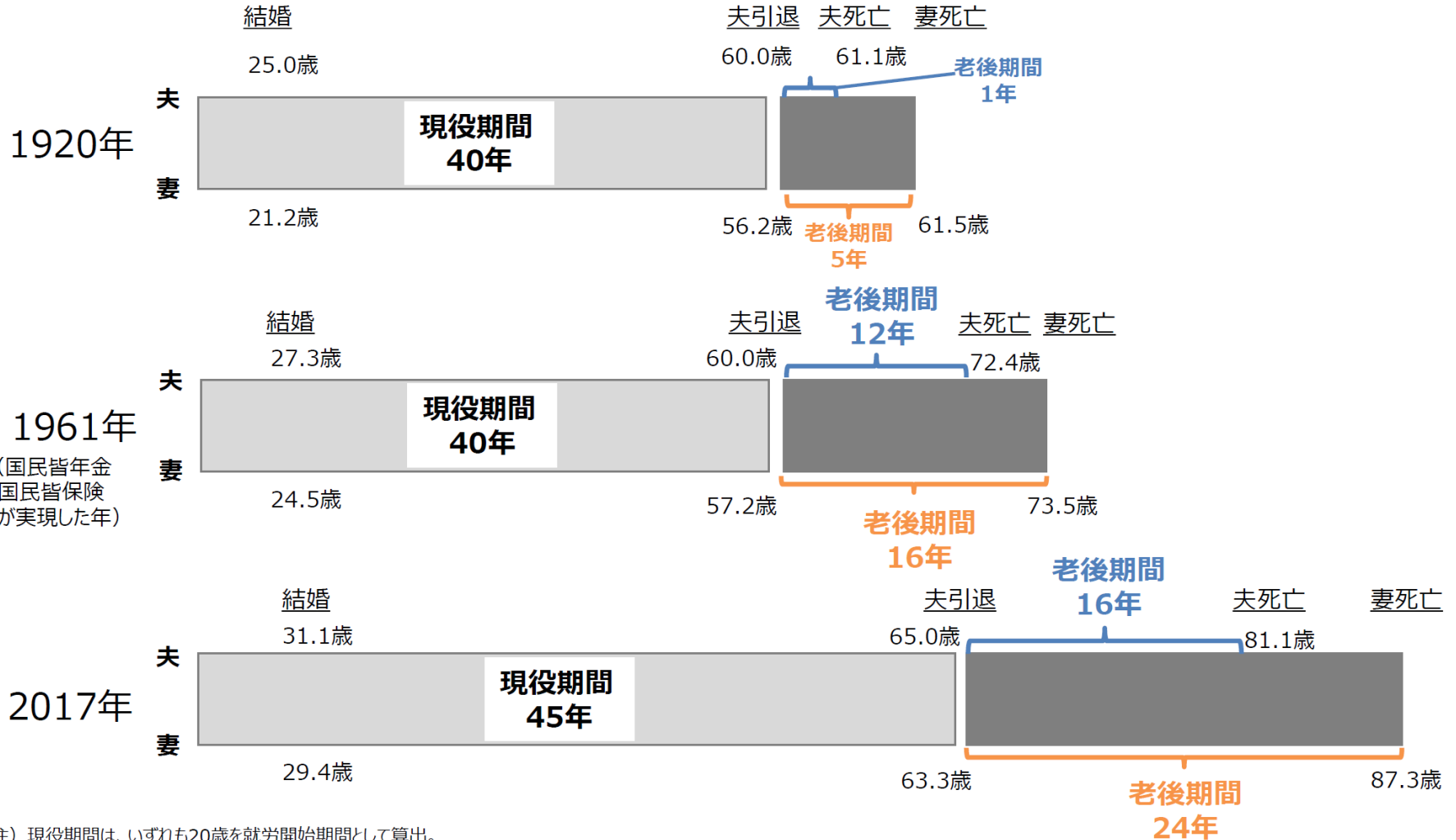
○**1990年生まれ(2055年に65歳)**については、**男性の5人に2人、女性の3人に2人を超える方が90歳まで長生き**する見込みである。さらに、**女性については、5人に1人が100歳まで長生き**する見込みである。

	男性			女性		
	80歳	90歳	100歳	80歳	90歳	100歳
2015年に65歳 [1950年生まれ]	73%	<b>35%</b>	4%	87%	<b>60%</b>	14%
2025年に65歳 [1960年生まれ]	75%	38%	5%	89%	64%	17%
2035年に65歳 [1970年生まれ]	77%	41%	6%	90%	67%	19%
2045年に65歳 [1980年生まれ]	78%	43%	6%	91%	69%	20%
2055年に65歳 [1990年生まれ]	79%	<b>44%</b>	6%	91%	<b>69%</b>	<b>20%</b>

※ 厚生労働省「完全生命表」「簡易生命表」、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)」より試算したもの。

# 伸びる「老後期間」

- 平均寿命が延びたことで、「老後の期間」が長期化。



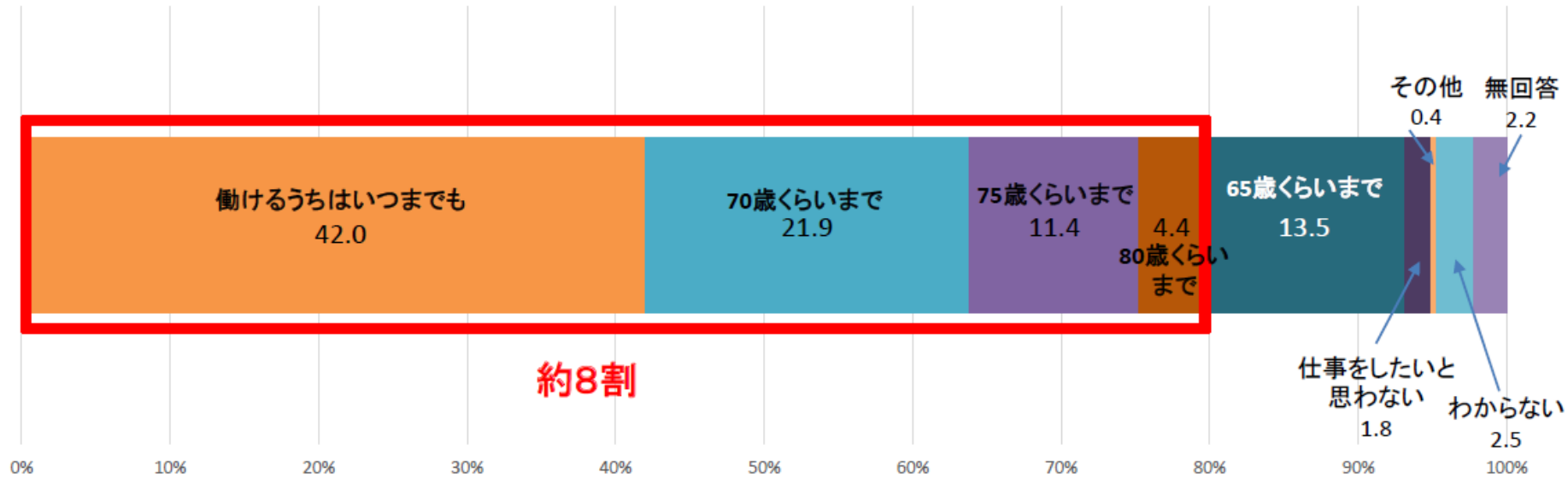
(注) 現役期間は、いずれも20歳を就労開始期間として算出。

(出所) 厚生省「昭和59年厚生白書」、香取照幸「教養としての社会保障」等をもとに作成。2017年の結婚年齢は「人口動態統計」の初婚年齢、死亡年齢は「簡易生命表」を使用。

# 高齢者の就労意欲

○60歳以上で仕事をしている者の約8割が、65歳を超えても就労したいという意欲を持っている。

あなたは、何歳頃まで収入を伴う仕事をしたいですか



(資料)内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」(2014年)  
(注)60歳以上の男女を対象とした調査。現在仕事をしている者のみの再集計。

# 人生100年時代におけるマルチステージの人生

- 平均寿命・健康寿命の延伸を背景に高齢者の就労は進んでおり、また、更に進展していくことが見込まれる。
- 老後期間の延伸に備え、就労期間も延ばそうとする中では、これまでのような、新卒で会社に入り、定年で引退して現役を終え、老後の暮らしを送る、という単線型の人生を全員が一斉に送るのではなく、学び直しのできるリカレント教育や、副業・兼業、フリーランス等、**複線型の働き方や生き方を提案する動き**が出てきている。

## 人生100年時代構想会議 中間報告 (平成29年12月)(抄)

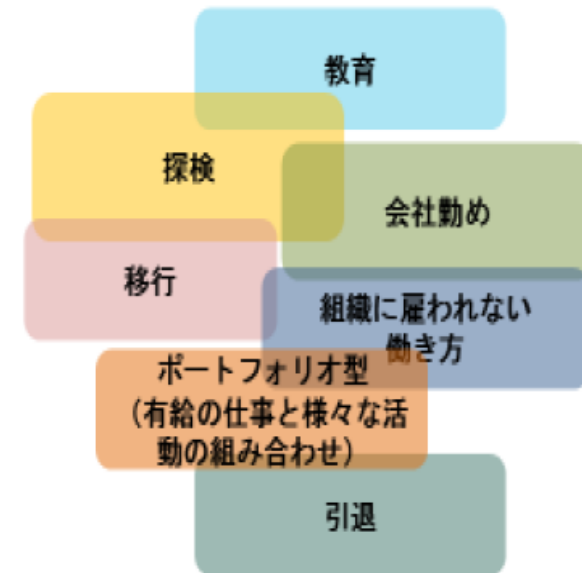
### 第1章 はじめに (人生100年時代)

我が国の長寿社会はどこまで進んでいくのか。ある海外の研究を基にすれば、「日本では、2007年に生まれた子供の半数が107歳より長く生きる」と推計されており、我が国は健康寿命が世界一の長寿社会を迎えている。こうした**人生100年時代においては、人々は、「教育・仕事・老後」という3ステージの単線型の人生ではなく、マルチステージの人生を送るようになる**。また、長い人生を通して自分の家族を支えなければならないため共働き世帯が増えるなど、家族の在り方も変化していく。100年という長い期間をより充実したものとするためには、生涯にわたる学習が重要である。スポーツや文化芸術活動・地域コミュニティ活動などに積極的に関わることも、個人の人生や社会を豊かにする。

3ステージのモデル



マルチステージの人生



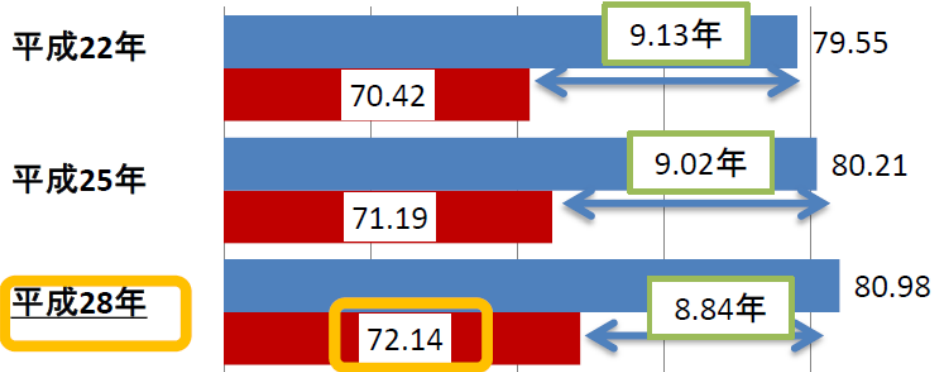
Source: Lynda Gratton & Andrew Scott. (2017). The Corporate Implications of Longer Lives. MIT Sloan Management Review

第1回人生100年時代構想会議(平成29年9月11日)資料4-2  
「リンダ・グラットン議員提出資料(事務局による日本語訳)」より抜粋

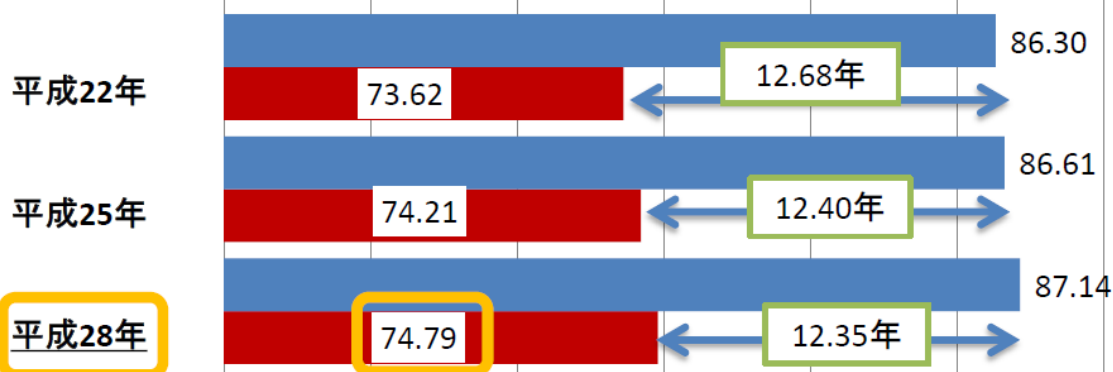
# 2018年度 惑星直列 目指すはQOLとQODの向上

## 健康寿命と平均寿命の推移

### 男性



### 女性



○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+1.72	+1.17
平均寿命	+1.43	+0.84

■ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するGL活用

■ 介護保険自立支援や保険者の健康増進へのインセンティブ

■ 高度・先進医療の保険収載

※ 厚生労働科学研究費補助金:健康日本21(第二次)の地域格差の評価と要因分析に関する研究(研究代表者 辻一郎)において算出。  
 ※ 平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。  
 ※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標  
 ・健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(平成34年度)  
 ・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標:「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」  
 ・一億総活躍プランの指標:「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

【資料】

○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」  
 ○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」  
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」  
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」  
 総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

## 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

### I 地域包括ケアシステムの深化・推進

#### 1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

#### 2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

##### ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

##### ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

#### 3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

### II 介護保険制度の持続可能性の確保

#### 4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

#### 5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）



平成30年度診療報酬改定

## 平成30年度診療報酬改定の概要－医科

### Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
  - 1～5) (略) (「医科Ⅰ」参照)
  - 6) 適切な腎代替療法の推進
- 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
  - 1) 遠隔診療の評価 (「医科Ⅰ」参照)
  - 2) 遺伝学的検査の評価の充実
  - 3) 麻酔科の診療に係る評価の見直し
  - 4) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進
  - 5) デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し
  - 6) 移植医療の評価の充実
  - 7) 性別適合手術の保険適用
  - 8) 手術等医療技術の適切な評価

10

平成30年度診療報酬改定 Ⅱ-2-8) 手術等医療技術の適切な評価⑤

## 手術等医療技術の適切な評価⑤

- 保険導入を行う新規技術の例(1) ロボット支援下内視鏡手術 その2
- 既存技術と同等程度の有効性・安全性を有するロボット支援下内視鏡手術を保険適用する。

腹腔鏡下胃切除術 2 悪性腫瘍手術 64,120点  
(新)内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

技術の概要：  
胃癌治療のため、内視鏡手術用支援機器を用いて内視鏡下に胃切除を行う技術。



[内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要]

- ・当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること
- ・当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること

### 保険導入を行うロボット支援下内視鏡手術

内視鏡手術用支援機器を用いる対象となる手術名	
1	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)
4	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
5	胸腔鏡下弁形成術
6	腹腔鏡下胃切除術
7	腹腔鏡下噴門側胃切除術
8	腹腔鏡下胃全摘術
9	腹腔鏡下直腸切除・切断術
10	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
11	腹腔鏡下腔式子宮全摘術
12	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)

25

平成30年度診療報酬改定 Ⅱ-2-1) 遠隔診療の評価①

## 診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	【遠隔画像診断】 ・画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 【遠隔病理診断】 ・術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) ・(新)生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	【オンライン診療】 ・(新)オンライン診療料 ・(新)オンライン医学管理料 ・(新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。) 【遠隔モニタリング】 ・心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・(新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) ・(新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算) 在宅酸素療法、在宅OPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

147

平成30年度診療報酬改定 Ⅱ-2-8) 手術等医療技術の適切な評価⑥

## 手術等医療技術の適切な評価⑥

- 保険導入を行う新規技術の例(2)
- 既存X線治療と同等の有効性が認められた疾患に対する粒子線治療を保険適用する。

### 粒子線治療(一連につき)

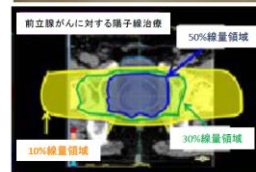
(新) 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合  
 重粒子線治療の場合 110,000点  
 陽子線治療の場合 110,000点

### 技術の概要:

水素原子核(陽子線)又は炭素原子核(重粒子線)を加速することにより得られた放射線を、病巣に集中的に照射して、悪性腫瘍を治療する技術。

### 【算定の要件】

- ・陽子線治療: **前立腺がん**
- ・重粒子線治療: **前立腺がん**
- ・実施に用いる粒子線治療装置の薬事承認が得られていること



### 【加算】

- ①粒子線治療適応判定加算 40,000点 ※ キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価
- ②粒子線治療医学管理加算 10,000点 ※ 照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価

26

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

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

心身の状態に応じて意思は変化しうるため  
繰り返し話し合うこと



## 主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が確認できる

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

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

**本人の推定意思を尊重し**

本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できない

本人にとって最善の方針を

医療・ケアチームで慎重に判断

・家族等※が本人の意思を推定できない  
・家族がいない

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

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



## アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

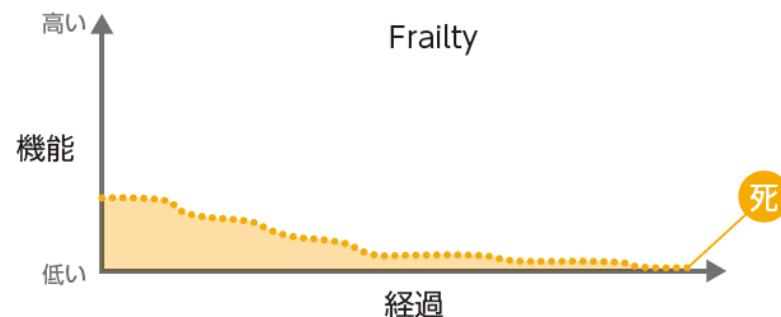
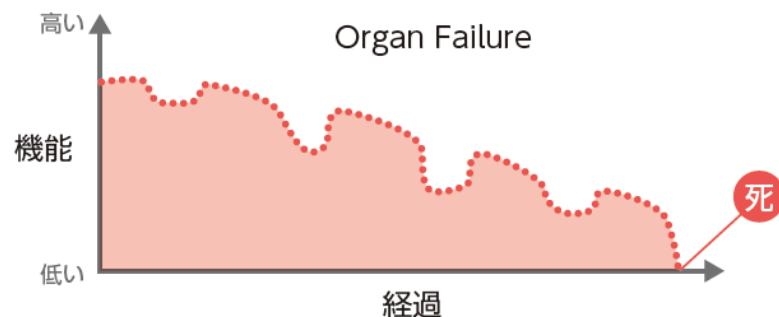
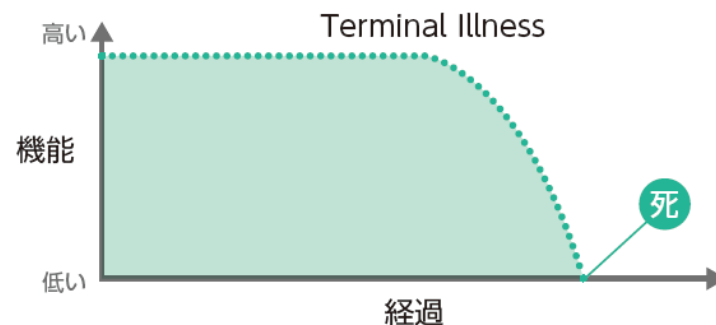
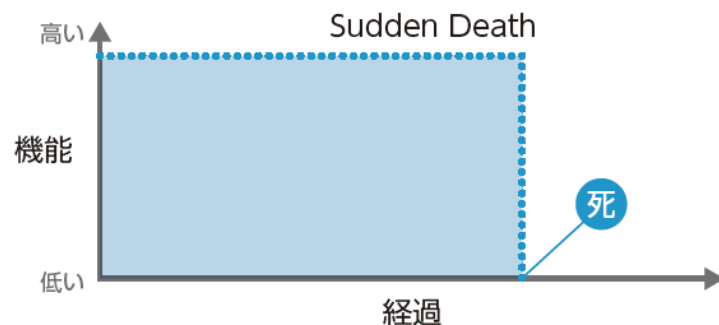
### ■意思決定支援の柱となる

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の定義：

「将来意思決定能力を失った場合の意思決定に備えた、患者によるあらゆる計画の作成」

引用：生命倫理百科事典翻訳刊行委員会編：事前指示と事前ケア計画．生命倫理百科事典第Ⅱ巻：1258, 2006

図 人生の最期に至る軌跡



(Lunney JR, Lynn J, Hogan C: *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1108-1112 より)

■: 急性期医療等における急性型

■: 高齢者等の慢性型 (呼吸不全等)

■: がん等の亜急性型

■: 高齢者等の慢性型 (フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について. 2008より)

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

## もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

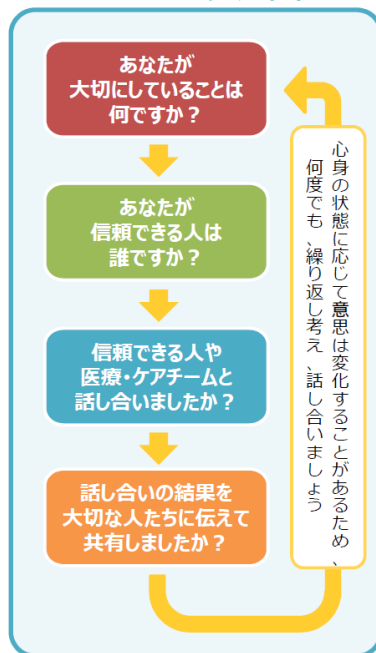
誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



### 話し合いの進めかた（例）



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/saisyu\\_iryuu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyu_iryuu/index.html)



平成29年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業

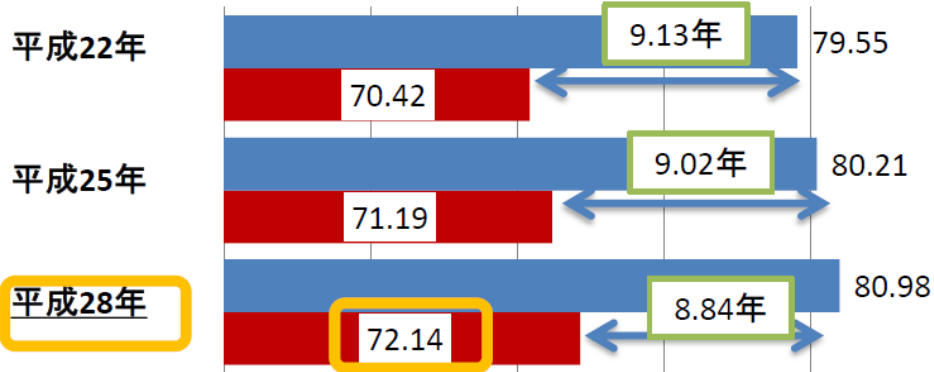
これからの治療・ケアに関する話し合い

- アドバンス・ケア・プランニング -

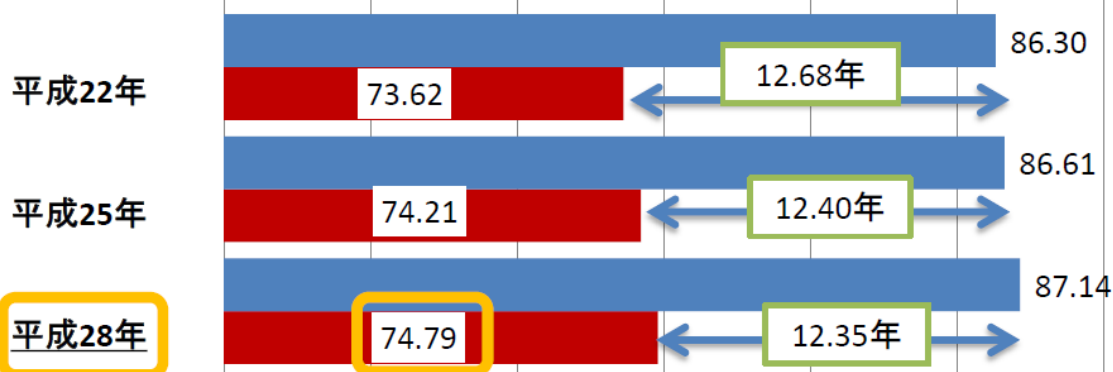
# 2018年度 惑星直列 目指すはQOLとQODの向上

## 健康寿命と平均寿命の推移

### 男性



### 女性



○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+1.72	+1.17
平均寿命	+1.43	+0.84

■ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するGL活用

■ 介護保険自立支援や保険者の健康増進へのインセンティブ

■ 高度・先進医療の保険収載

■ 働き方改革で医療・介護従事者のQOLを向上させる

■ 共生型社会の実現で地域住民のQOLとQODを向上させる

※ 厚生労働科学研究費補助金:健康日本21(第二次)の地域格差の評価と要因分析に関する研究(研究代表者 辻一郎)において算出。  
 ※ 平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。  
 ※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標  
 ・健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(平成34年度)  
 ・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標:「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」  
 ・一億総活躍プランの指標:「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

【資料】

○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」  
 ○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」  
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」  
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」  
 総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

# 医師の働き方改革に関する 検討状況について

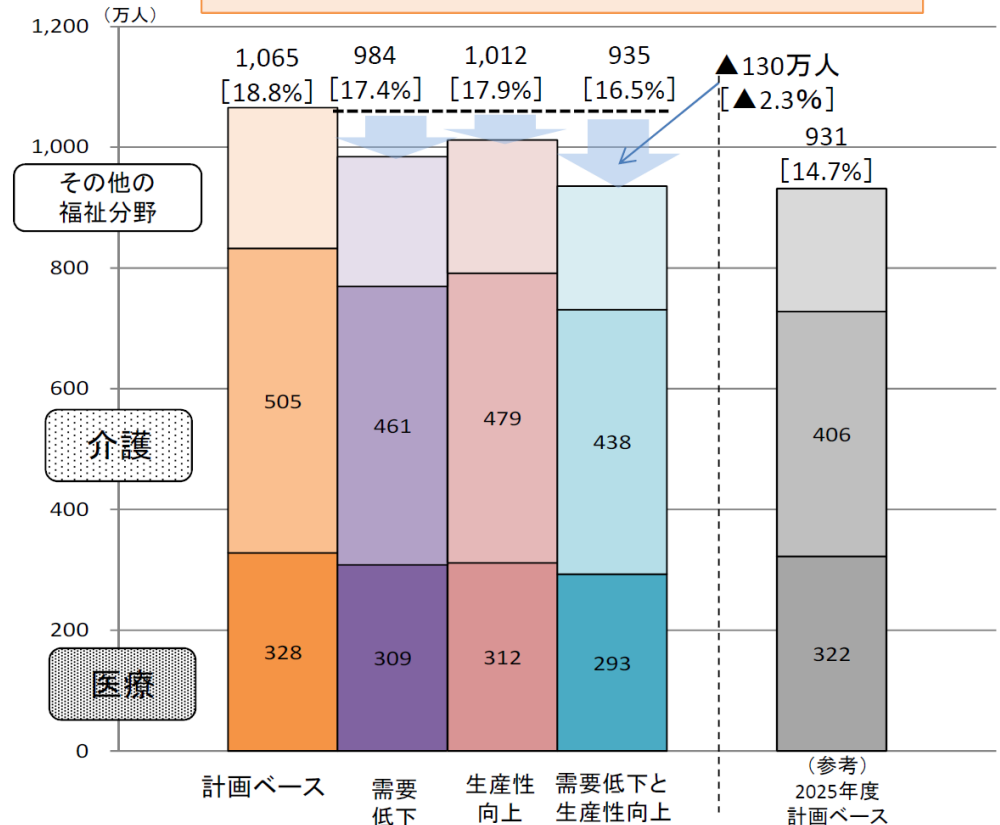
「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づく  
マンパワーのシミュレーション ー概要ー

(厚生労働省 平成30年5月21日)

第6回経済財政諮問会議 資料4-2  
平成30年5月21日

○ 基本となる将来見通しに加え、今後の議論に資するため、①医療・介護需要が一定程度低下した場合、②医療・介護等における生産性が向上した場合を仮定して、将来の就業者数に関するシミュレーションを実施。

医療福祉分野における就業者数(2040年度)



【シミュレーション(1)】

○ 医療・介護需要が一定程度低下した場合

※ これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合

<2040年度の変化等>

・医療福祉分野における就業者数：  
▲81万人 [▲1.4%]

【シミュレーション(2)】

○ 医療・介護等における生産性が向上した場合

※ ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合

<2040年度の変化等>

・医療福祉分野における就業者数：  
▲53万人 [▲0.9%]

※：(1)と(2)が同時に生じる場合、2040年度の変化は▲130万人[▲2.3%]

【就業者数全体5,654万人】(注) [ ]内は就業者数全体に対する割合。

(注) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が増減すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

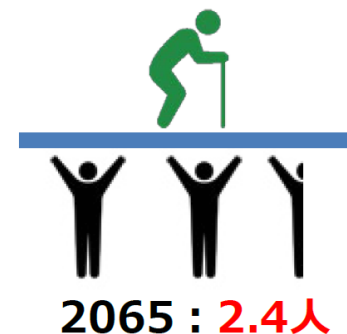


## 75歳以上を「支えられる側」とすると、景色が変わる

18-64歳で65歳以上を支える場合



18-74歳で75歳以上を支える場合



(出所) 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4月推計）」（出生中位・死亡率中位）を基に作成

## 2. 一人ひとりに寄り添った保健医療へ

- 本提言で実現していく患者・国民にとっての価値 -

### ビッグデータ活用や AIによる分析

現在、診断や治療が難しい疾患でも、  
個人の症状や体質に応じた、迅速・正確な  
検査・診断、治療が受けられる。

### ICTを活用した 遠隔診療や見守り

専門の医師がいない地域の患者や、  
生活の中で孤立しがちなお年寄りでも、  
専門医療や生活支援が受けられる。



### 地域や全国の 健康・医療・介護情報ネットワーク

どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が  
医師などに安全に共有され、かかりつけ医と  
連携しながら切れ目ない診療やケアが受けられる。  
検査や薬の重複も避けられ、負担も軽減される。

### ビッグデータ活用による イノベーション

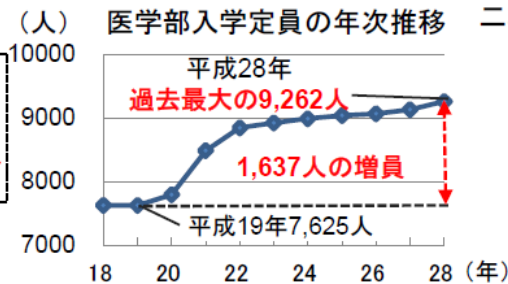
疾患に苦しむ様々な患者に、  
最適な治療や新たな薬が届けられる。  
魅力的な健康づくりサービスが生まれ、  
自身に合ったサポートが受けられる。

## ■ 外国人介護職の受け入れ拡大

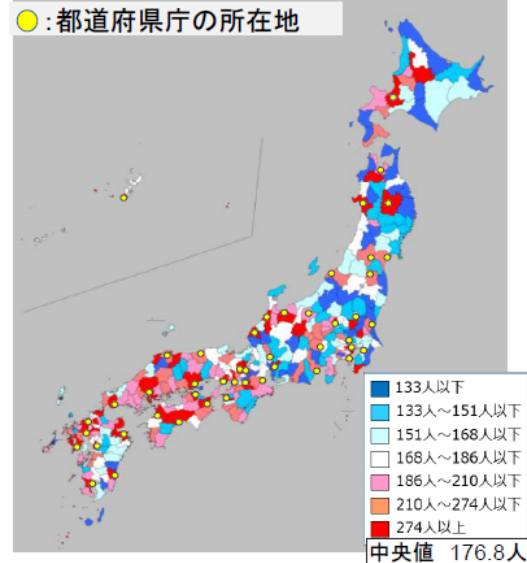
- ・EPA
- ・技能実習
- ・留学生
- +
- ・新たな在留資格 等

## 1. 背景

- 平成20年度以降、**医学部定員を大幅に増員**
- しかし、**医師の地域偏在・診療科偏在は解消されておらず、地域・診療科によっては「医師不足」との指摘**



二次医療圏ごとの人口10万対医師数(平成26年)



## 2. 医師偏在対策を取りまく現状

### (1) 「早急な対策が必要」との指摘

- ・ 本年の骨太方針では「**抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する**」と明記
- ・ 病院団体・自治体等からは、早急に対応するよう要望

### (2) 平成30年度から新専門医制度が開始

- ・ **新専門医制度の開始**により、**医師偏在が助長**されると医療団体・自治体から懸念
- ・ 特に自治体は、早急に**法制上の対応を要望**

### (3) 「医師の働き方改革」への懸念

- ・ 医師不足地域で「**労働上限規制**」が導入されれば、**医師不足が深刻化**するとの懸念
- ・ 病院団体からは、**働き方改革の前提**として、**医師偏在対策を実施**するよう要望

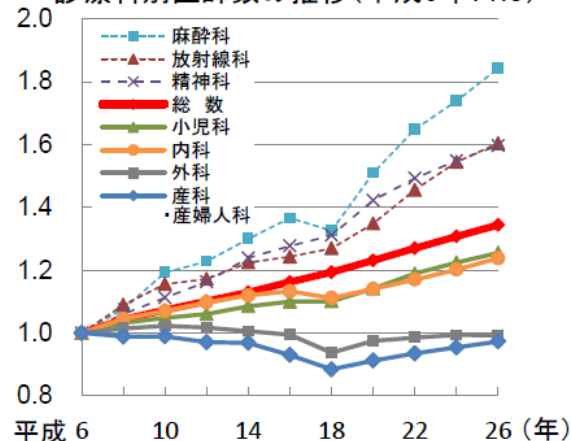
### (4) 医師養成数との関係

- ・ **人口減少**下の日本で、**養成に10年以上要する**医師数をこれ以上増員しない場合、**実効的な医師偏在対策が必要**

### (5) 「税と社会保障の一体改革」において残された課題の一つ

- ・ 地域医療構想をはじめとする**都道府県主体の医療提供体制改革のためには、都道府県が医師確保対策を主体的・実効的に実施**することができる仕組みとする必要

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



## 3. 医師偏在解消に向けた課題

- ① 医師の地域偏在・診療科偏在を統一的に測る「**ものさし**」がない
- ② **都道府県**が実効的に対策を行うことができる**体制が整っていない**
- ③ **医師養成段階における医師の定着策**が限定的
- ④ **外来医療機能の偏在等**を是正する仕組みがない
- ⑤ 医師が**地方で働くインセンティブ**が小さい
- ⑥ その他検討事項(地域医療支援病院等の在り方の検討)

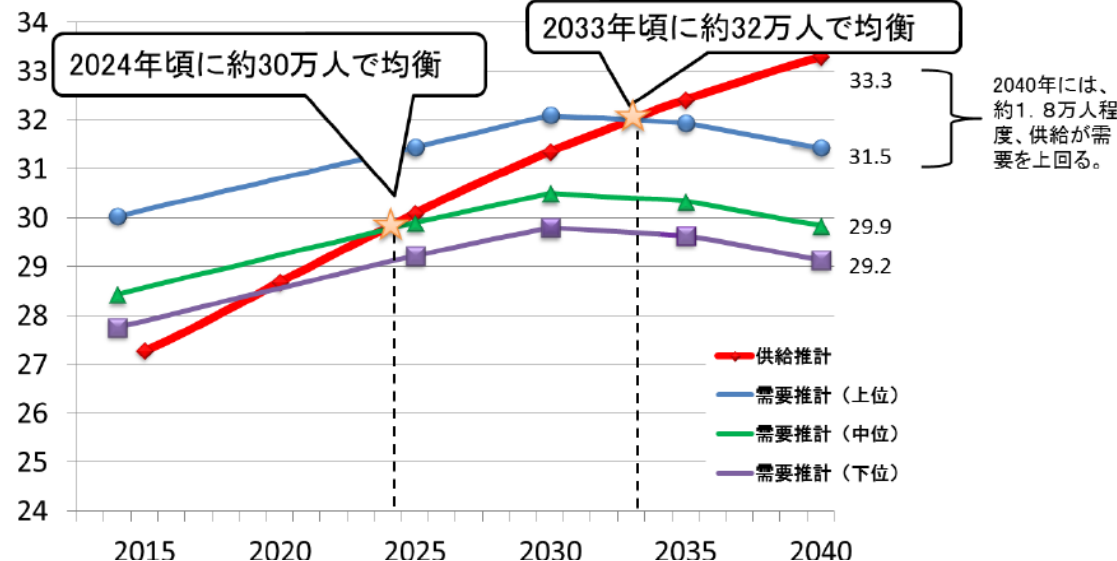
- 本推計は、平成20・21年度からの医学部定員増の臨時増の取扱いについて早急に結論を得るために行った暫定的な推計であり、今後、全国調査等を行った上で、より精緻な推計を行う。
- 需要推計においては、
  - ① 地域医療構想を踏まえて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の区分ごとに、必要医師数を見込む
  - ② 国際保健分野、製薬業界、大学の基礎研究等の臨床以外に従事する医師数について、世界最多水準や今後の増加を十分に見込む
  - ③ 医師の勤務時間の短縮を見込むなど、精緻に推計。
- ※1 国際保健分野（2025年；現状の約2倍、2040年；さらに20%増）、製薬業界（2025年；世界最多水準（対人口比）、2040年；さらに20%増）、大学の基礎研究（2025年；20%増）等
- ※2 上位推計では、高度急性期・急性期に従事する医師の労働時間（56.6時間）が、他の病院・診療所と同レベルの45.7時間まで改善すると見込んで推計。（中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%、下位推計では25%縮小するとして推計）
- 供給推計においては、今後の医学部定員については、平成28年度の9,262人が維持されるとして推計。
- ※3 女性医師、高齢医師、研修医については、それぞれ働き方等を考慮し、30～50歳代の男性医師を1とした場合に、女性医師0.8、高齢医師0.8、研修医1年目0.3、研修医2年目0.5として推計

## 仲井の私見

(万人)

■ あちこちの病院で稼働率が低下している現状を盛り込むと、需要推計は下位と推定

■ 2020年にも医師需給は均衡する様に思われるが、大都市に医師があふれ、地方都市や過疎地には不足すると予想



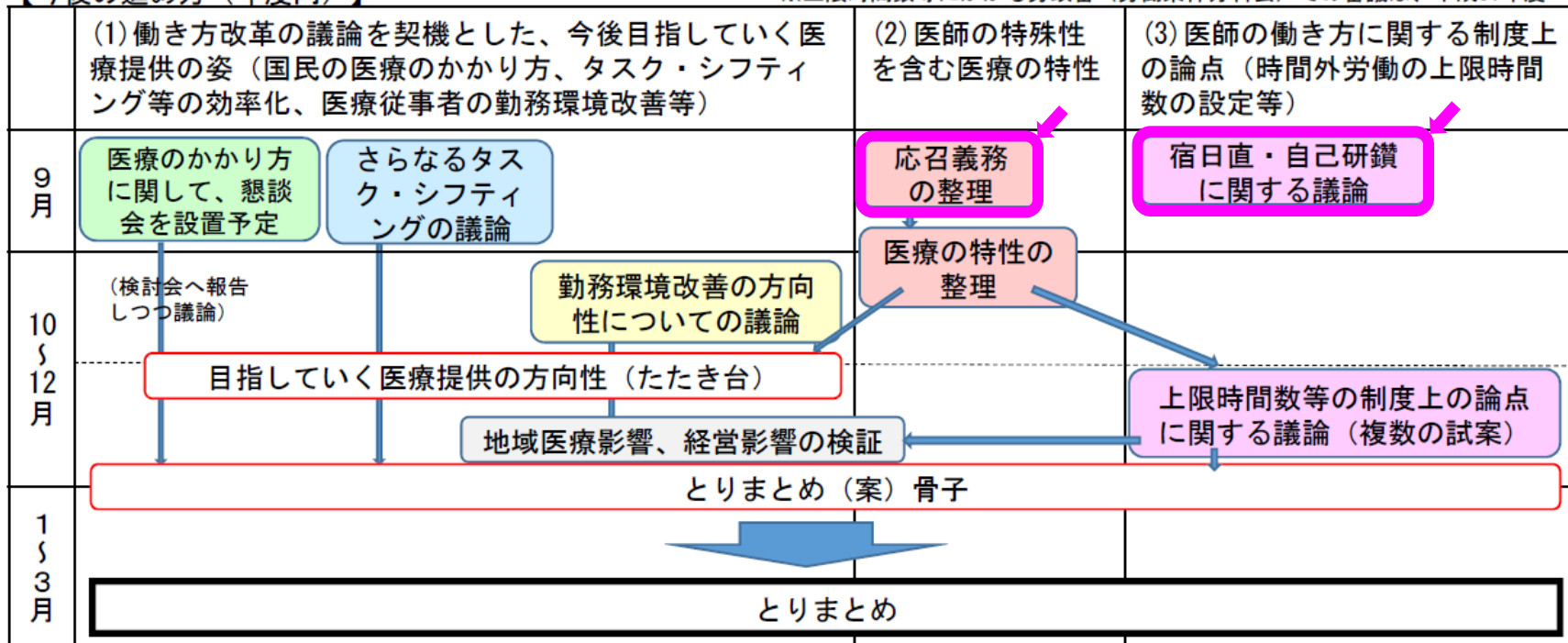
第9回医師の働き方改革に関する検討会（H30.9.3） 資料1

## 医師の働き方改革に関する検討の今後の進め方(案)

- 医師の働き方改革に関しては、「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の時間外労働の上限時間数の設定を初めとした対応の方向性を今年度中にとりまとめる必要がある。
  - 今後の議論を、
    - (1) 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿  
(国民の医療のかかり方、タスク・シフティング等の効率化、医療従事者の勤務環境改善等)
    - (2) 働き方改革の検討において考慮すべき、医師の特殊性を含む医療の特性
    - (3) 医師の働き方に関する制度上の論点（時間外労働の上限時間数の設定、宿日直や自己研鑽の取扱い等）
- の3つのトラックで進め、「医師の働き方改革を通じて医療をよくしていく」という大きなビジョンでまとめていくこととしてはどうか。

【今後の進め方（年度内）】

※上限時間数等にかかる労政審（労働条件分科会）での審議は、平成31年度～



## ■引用:2018.02.27 医師の働き方改革に関する検討会

### 中間的な論点整理

「働き方の変革」、「需給・偏在(診療科・地域)対策」、「医療・介護の連携の深化」、そして、「住民・患者の健康や医療に関する意識の向上」を一体的に検討する必要がある。

#### 臨床に従事する医師の需要推計において勘案する事項

○ 次の項目について幅を持って推計を行った。

	考え方	ケース1	ケース2	ケース3
①労働時間上限制限の見込み方	「医師の働き方改革に関する検討会」の「中間的な論点整理」における意見等における具体的な労働時間上限制限の時間数等が、仮に規制として適用された仮定を行う	週55時間制限	週60時間制限	週80時間制限
②労働時間の適正化の見込み方	AI・ICT、IoT等を活用した効率化、医師から他の職種へのタスク・シフティング等について複数のケースについて仮定を行う	2016年～2040年で7%の業務削減を見込む※	ケース1の達成を2.5年程度(10%)前倒し	ケース1の達成を5年程度(20%)前倒し
③精神病床の入院需要の年次推移	「患者調査」や「社会医療診療行為別調査」に基づき、近年の受療動向の推移(変化率)を踏まえて推計	近年の入院受療率の推移(変化率)の幅を、0.9～1.1倍にして延伸(ケース2は、1.0倍)		
④外来需要の年次推移	「患者調査」や「社会医療診療行為別調査」に基づき、近年の受療動向の推移(変化率)を踏まえて推計	近年の外来受療率の推移(変化率)の幅を0.9～1.1倍にして延伸(ケース2は、1.0倍)		

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果等を踏まえ、医師の業務の7%が、タスク・シフティング等によって削減されるものと仮定

2018.04.12 医師の需給推計について 医療従事者の需給に関する検討会 第19回医師需給分科会

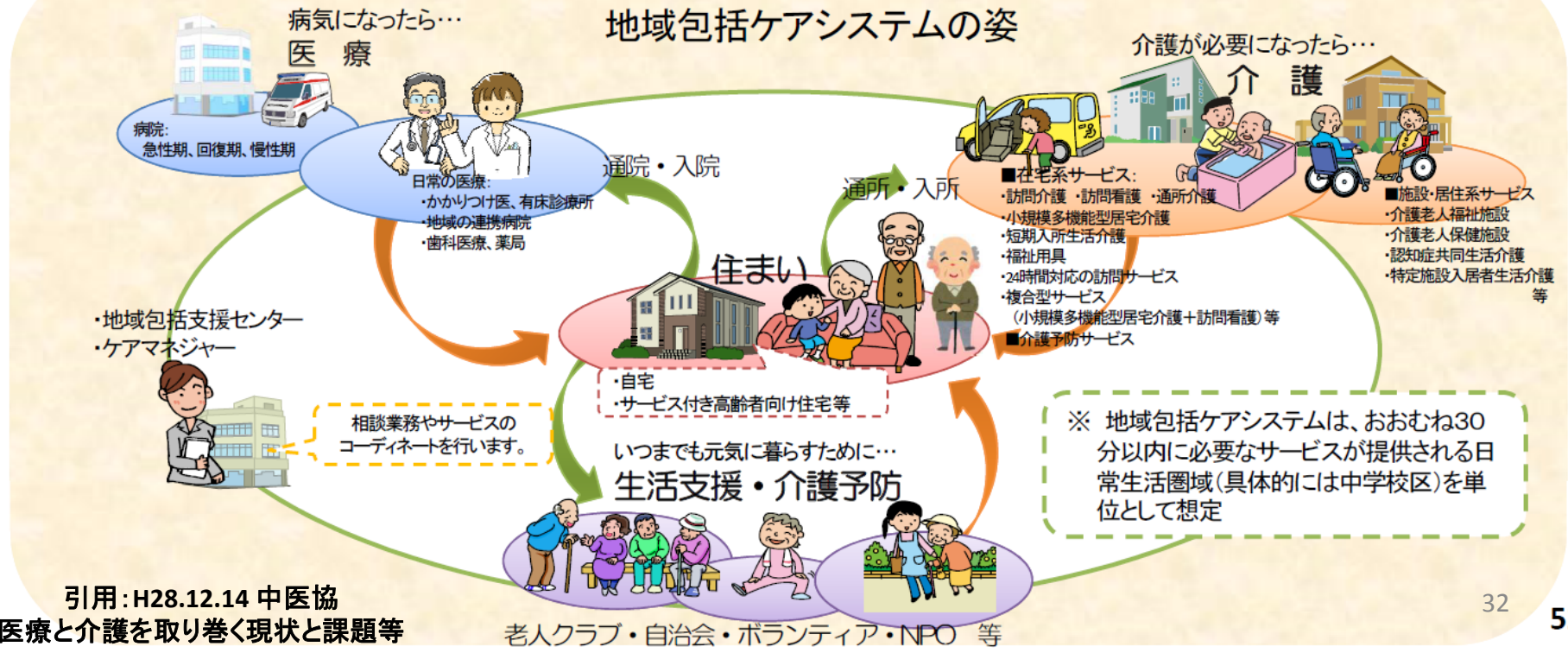
臨床に従事する医師の需要推計には、臓器別専門医と総合診療医の割合について明記されていない。総合診療医の割合が増えれば、医師の供給量は予想より少なく見積もれるのではないか？

# 地域包括ケアシステムはご当地医療介護ネットワーク

地域住民のQOLとQODを向上

## 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・生活支援が包括的に確保される体制(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づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。





コミュニティで共生できる地域包括ケアシステム

保健医療  
2035  
JAPAN VISION:  
HEALTH CARE

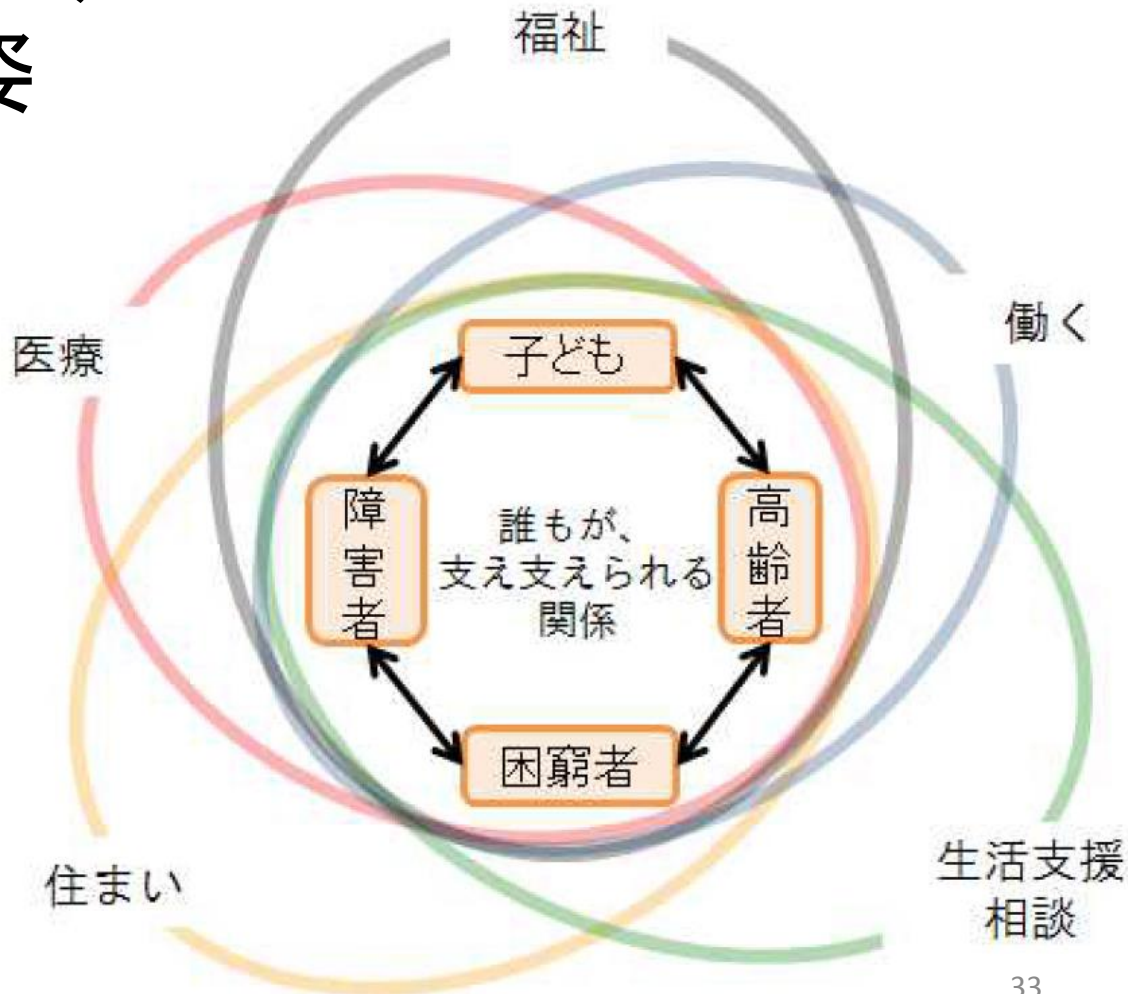
2035年、  
日本は  
健康先進国へ。

# 地域包括ケアシステム のありたい姿

■地域包括ケアシステムは、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現のための仕組み

引用: 2017年3月  
〈地域包括ケア研究会〉  
2040年に向けた挑戦

引用:



# 我が事・丸ごとの「地域共生社会」へのパラダイムシフト

平成28年4月18日  
経済財政諮問会議  
厚生労働大臣 提出資料を元に作成

## 【基本コンセプト】

「支え手」「受け手」に分かれるのではなく、子ども・高齢者・障害者などすべての人々が、一人ひとりの暮らしと生きがい、そして地域をともに創る「地域共生社会」の実現へ

## 【パラダイムシフト】

### ◆ 「我が事・丸ごと」の地域づくりへ

⇒ 住民が主体的に地域の課題解決を試みる仕組みを構築。住民相互の支え合いと公的サービスが協働し、誰もが役割を持ち孤立を生まない地域を育成。

### ◆ 「タテワリ」から「丸ごと」へ

⇒ 対象者ごとに整備されている公的サービスの包括化の推進。

## 【具体的な対応】

○市町村による、住民主体の地域課題の把握や解決を支援する体制や、複合的課題に対応する包括的な相談支援体制の整備を制度化【社会福祉法改正】

○地域における一体的なサービス提供を支援するため、介護保険と障害福祉両制度に新たに「共生型サービス」を創設【介護保険法等の改正】  
今後、施設・人員基準、報酬の見直しを検討。

○担い手の資格や養成課程の見直しを検討。

2020年代初頭  
全国展開

## 【好循環】

子ども

高齢者などと日常的に関わり合いながら暮らし、健全な成長に効果。

高齢者

子育て支援で役割を持つことが、予防に効果。

障害者

活躍する場を持つことが、自立・自己実現に効果。

## 地域の実践例①:「富山型デイサービス」(富山県)

- 介護保険の指定通所介護事業所を母体として、障害者総合支援の就労継続支援B型の事業を実施する。
- 高齢者だけでなく、障害者、子どもなど、多様な利用者が共に暮らし、支え合うことでお互いの暮らしが豊かになる。
- 子どもと関わることで、高齢者のリハビリや障害者の自立・自己実現に良い効果を生む。



施設を訪問した際に障害者の方からいただいたプレゼント



# 社会参加と介護予防効果の関係について①

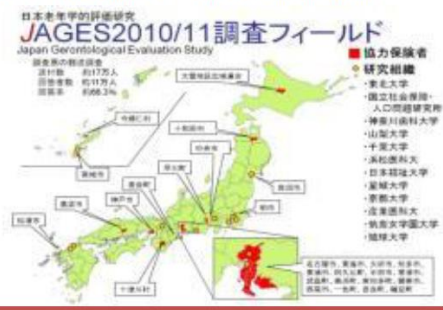
スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつ病のリスクが低い傾向がみられる。

## 調査方法

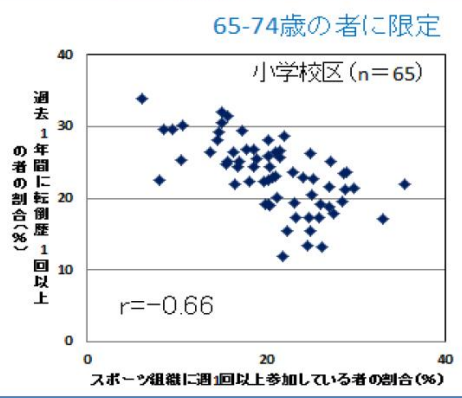
2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査(一部の自治体は訪問調査)を実施。  
112,123人から回答。  
(回収率66.3%)

【研究デザインと分析方法】  
研究デザイン: 横断研究  
分析方法: 地域相関分析

JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト

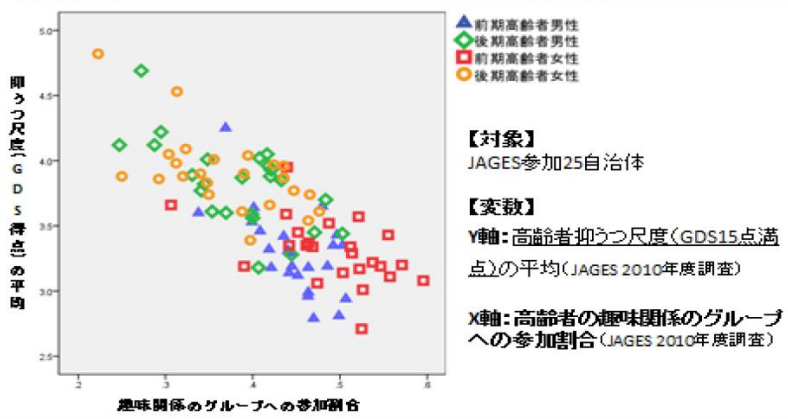


スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことがある前期高齢者が少ない相関が認められた。



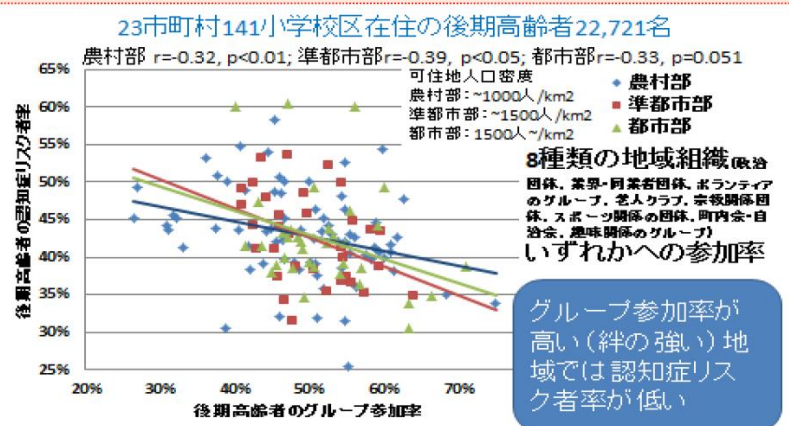
6保険者(9自治体)の要介護認定を受けていない人に郵送調査に回答した29072人(回収率62.4%)  
転倒率: 11.8%～33.9%  
スポーツ組織参加率が高い小学校区では転倒者の割合が少ない

趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ得点(低いほど良い)の平均点が低い相関が認められた。



【対象】 JAGES参加25自治体  
【変数】 Y軸: 高齢者抑うつ尺度(GDS15点満点)の平均(JAGES 2010年度調査)  
X軸: 高齢者の趣味関係のグループへの参加割合(JAGES 2010年度調査)

ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。



8種類の地域組織(敬社団、業界・同業者団体、ボランティアのグループ、老人クラブ、宗教関係団体、スポーツ関係の団体、町内会・自治会、趣味関係のグループ)いずれかへの参加率

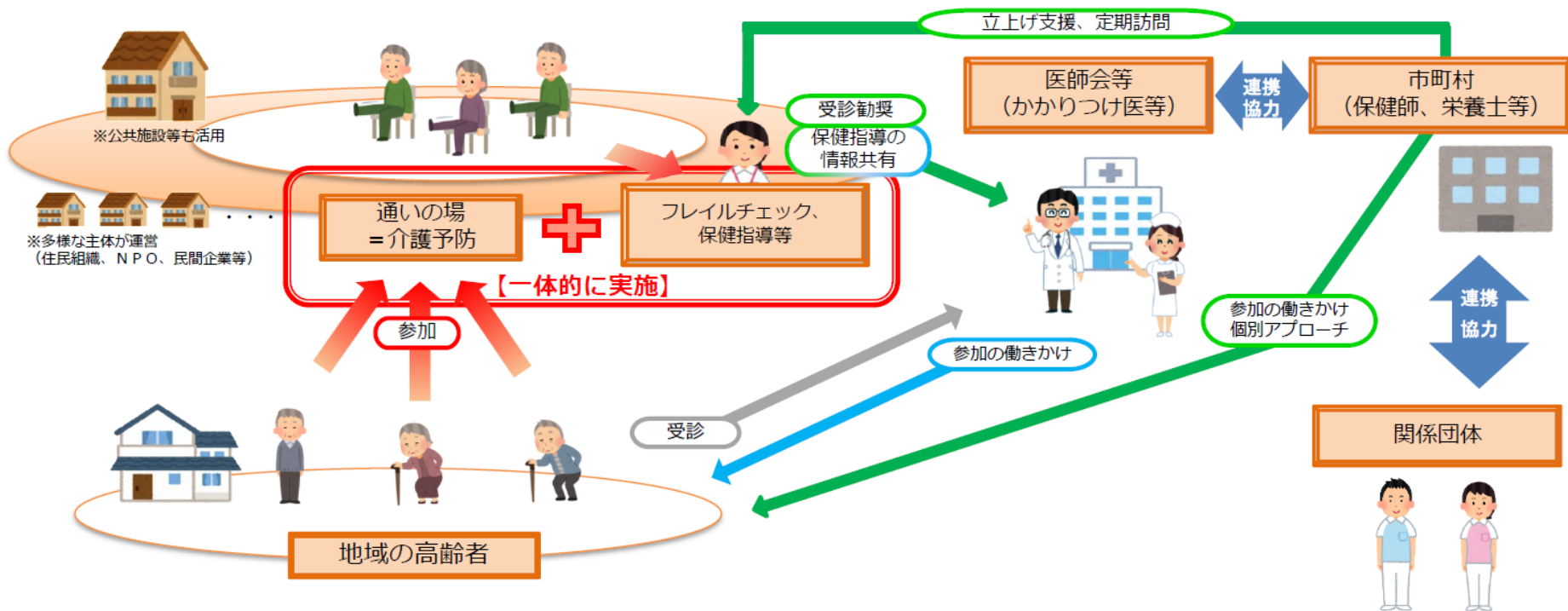
グループ参加率が高い(絆の強い)地域では認知症リスク率が低い

図表については、厚生労働科学研究班(研究代表者:近藤克則氏)からの提供

## 予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施)②

- 高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。

地域ぐるみで介護・フレイル予防を一体的に実施 ⇒ 健康寿命の延伸



# 第1部

## 地域包括ケア病棟 について

# 地域包括ケア病棟の機能

# 地域包括ケア病棟入院料及び 地域包括ケア入院医療管理料

入院料(管理料)1	(2,738点・生活療養2,724点)・・・	678病院(30.0%)
入院料(管理料)2	(2,558点・生活療養2,544点)・・・	1,474病院(65.2%)
入院料(管理料)3	(2,238点・生活療養2,224点)・・・	20病院(0.9%)
入院料(管理料)4	(2,038点・生活療養2,024点)・・・	90病院(4.0%)

病院数カウント(例:地包ケア1・3  
両方の算定病院は1でカウント)

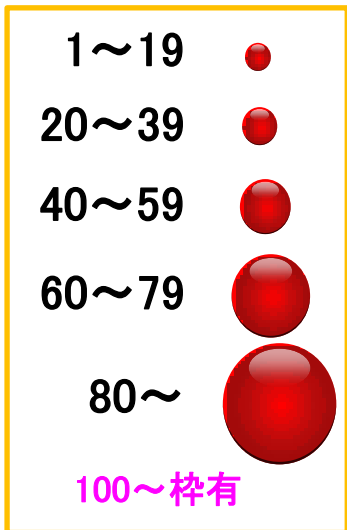
# 地域包括ケア病棟算定2,262病院

H30年9月20日時点の地方厚生局で確認できたデータ (H30年8月届出まで)

(一部9・10月更新あり)

112

推計病床数  
74,600



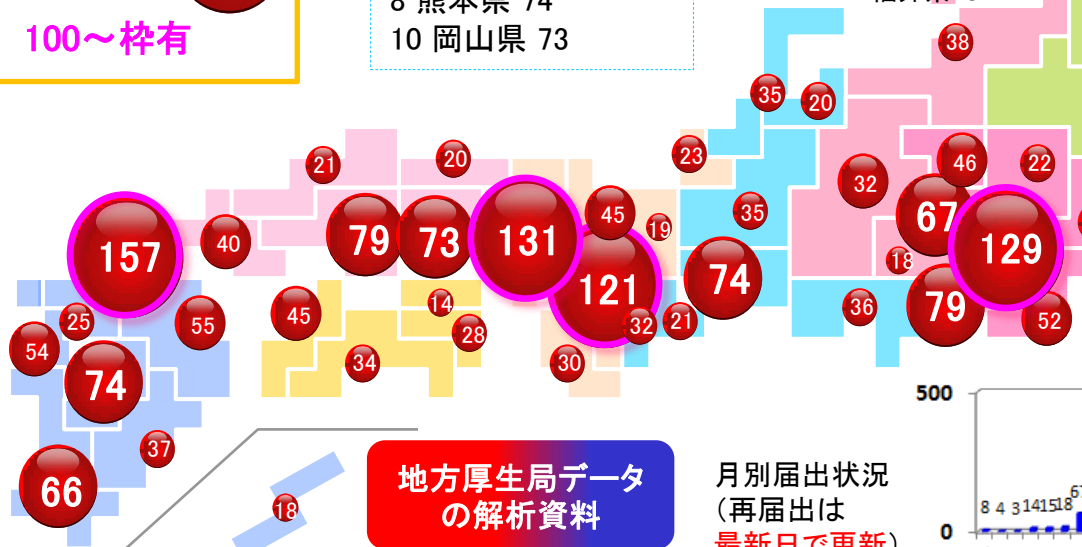
## TOP10ランキング

- 1 福岡県 157
- 2 兵庫県 131
- 3 東京都 129
- 4 大阪府 121
- 5 北海道 112
- 6 神奈川県 79
- 6 広島県 79
- 8 愛知県 74
- 8 熊本県 74
- 10 岡山県 73

- |       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 埼玉県67 | 静岡県36 | 栃木県22 |
| 鹿児島66 | 石川県35 | 三重県21 |
| 大分県55 | 岐阜県35 | 島根県21 |
| 長崎県54 | 高知県34 | 富山県20 |
| 長野県53 | 奈良県32 | 鳥取県20 |
| 千葉県52 | 宮城県30 | 山形県19 |
| 群馬県46 | 和歌山30 | 滋賀県19 |
| 京都府45 | 徳島県28 | 山梨県18 |
| 愛媛県45 | 青森県26 | 沖縄県18 |
| 山口県40 | 佐賀県25 | 香川県14 |
| 茨城県38 | 秋田県24 |       |
| 新潟県38 | 福島県24 |       |
| 宮崎県37 | 岩手県23 |       |
|       | 福井県23 |       |

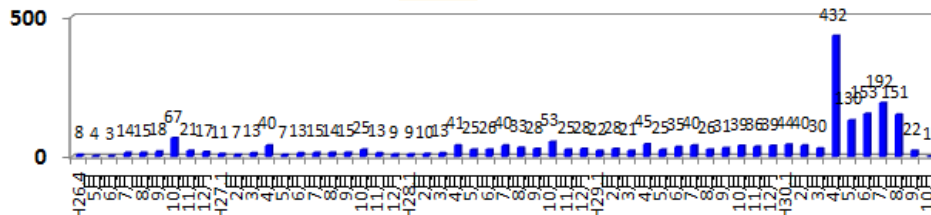
## 地方厚生局別

- |      |     |
|------|-----|
| 北海道  | 112 |
| 東北   | 146 |
| 関東信越 | 542 |
| 東海北陸 | 221 |
| 近畿   | 401 |
| 中国   | 233 |
| 四国   | 121 |
| 九州沖縄 | 486 |



地方厚生局データの  
解析資料

月別届出状況  
(再届出は  
最新日で更新)



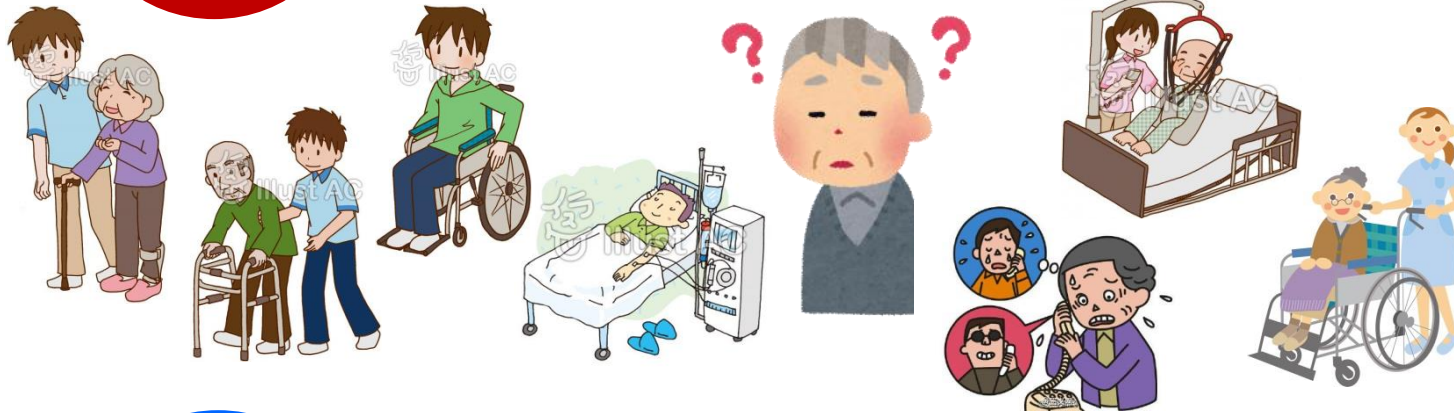
# 地域包括ケア時代の患者像

増

入院契機となった疾患が発症する前から  
日常的な生活支援を要する患者

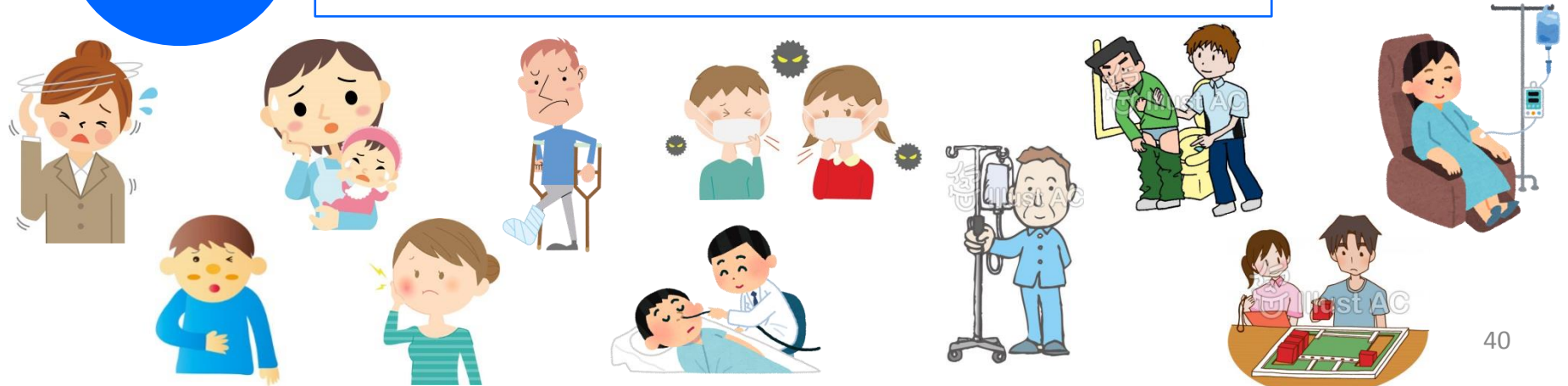
病院毎の左記  
患者の割合の  
平均は、  
60.2%±26.2%

平成28年度 地域包括ケア  
病棟の機能等に関する調  
査より引用



減

入院契機となった疾患が発症する前の  
日常的な生活支援が不要な患者





# リハビリ・栄養サポート・認知症ケア・ ポリファーマシー対策の取組方針

各種ガイドライン\*を俯瞰した結果、  
治し支える生活支援型医療の患者には、  
入院前や入院早期から、

■サルコペニアや認知症、ポリファーマシーの有害事象は、  
リハビリ阻害因子となること

■リハビリ、栄養不良、認知症、ポリファーマシーに対して  
包括的に対応すること

■患者・家族をチーム医療の一員に迎えること

最重要は  
意思決定  
支援！

に配慮して対応することが重要だと、仲井は気付いた。

\* 認知症疾患治療ガイドライン2010

\* 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015

\* 静脈経腸栄養ガイドライン—第3版 2013

\* 脳卒中治療ガイドライン2015

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

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

心身の状態に応じて意思は変化しうるため  
繰り返し話し合うこと



## 主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が確認できる

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

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

**本人の推定意思を尊重し**

本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できない

本人にとって最善の方針を

医療・ケアチームで慎重に判断

・家族等※が本人の意思を推定できない  
・家族がいない

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

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



# 地域包括ケア病棟の役割

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⑰ (2)急性期医療～長期療養

## 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

### 地域包括ケア病棟の役割



#### 「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- ❑ 重症患者割合

#### 「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

- ✓ 自宅等からの入院患者の受け入れ
- ✓ 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- ✓ 在宅医療等の提供
- ✓ 看取りに対する指針の策定

#### 「③在宅復帰支援」に係る要件

- ❑ 在宅復帰に係る職員の配置
- ❑ 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

✓ : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件(新規) ※ 上記の他、地域包括ケアに係る機能等に関連した要件がある

# ご当地ニーズに寄り添うために

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

## 入院医療

入院医療

【高度急性期  
病院】

・医師・看護師を多く配  
・質の高い医療と手厚い  
護により、早期に「急性  
の病院」や「リハビリ病  
院」へ転院可能

・病院の退院調整スタッフが連携先の  
身近な病院を紹介  
・自分で転院先を探す必要がない

【急性期病院】

【回復期病  
院】

## 地域包括ケア病棟の機能

の整備

医療、介護、住まい、予防、生活支援サー  
ビスが身近な地域で包括的に確保される体制  
を構築

・社会参加が推進され地域での介護予防活動が充実

【特別養護老人ホーム・  
老人保健施設】

・地域の拠点として在宅介護サービス等も積極的に展開

■ 地域包括ケアシステムや  
地域医療構想のニーズを  
ご当地毎に捉えた上で、



■ 在宅・生活復帰支援機能を基軸に、  
自院がご当地ニーズに寄り添える様に、  
自院の他病棟の機能が活きる様に、  
カスタマイズできる病棟。

※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

— 地域包括ケアシステムに寄り添う改定 —

—2018年度診療報酬改定—  
地域包括ケア病棟

- 入院料(管理料)1、3と診療実績評価
- 在宅患者支援病床初期加算とACP
- 在宅復帰率の分子の変更
- 入退院支援

人口動態の将来的な減少  
高齢者医療・介護の需要量のピークの地域格差  
治す従来型医療から治し支える生活支援型医療への転換

地域包括ケアシステム構築

惑星直列とQOLとQODの向上

2018年度トリプル改定

## ■2018年度トリプル改定のメッセージ

200床未満の地ケア病棟を有する病院には、在宅療養患者等の受け入れや在宅医療・介護を提供すると同時に、高齢化の進む、かかりつけ医が行う在宅医療の支援と、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及啓発を期待されている。そこで、以下の項目が新設された。

### 1, 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1、3

地域包括ケア病棟を有する200床未満の病院は、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するGL」等を踏まえた看取りに対する指針の策定を要件に、基本的部分に加えて、地域包括ケアに関わる実績部分(在宅医療の実績を含む)を満たすと、2,738点の高い点数を算定できる。

地域包括ケアシステム構築促進  
ACPの普及・啓発

地域医療構想  
医療機能の分化・連携

2025年地域医療構想のゴール

人口動態の将来的な減少  
高齢者医療・介護の需要量のピークの地域格差  
治す従来型医療から治し支える生活支援型医療への転換

地域包括ケアシステム構築

惑星直列とQOLとQODの向上

2018年度トリプル改定

## ■2018年度トリプル改定のメッセージ

### 2, 在宅患者支援病床初期加算

在宅療養患者等を直接地ケア病棟に受け入れ、かつ、看取りに対する指針に基づく意思決定支援を実施すると、在宅患者支援病床初期加算として300点/日(14日間)の高い評価となった。

### 3, 在宅復帰率の分子の変更

老健や医療療養に転出しても在宅復帰率は増えないため、結果的に自宅等の施設との連携が進んでいる。

### 4, 入退院支援加算(一般病棟1のイに限る)、入院時支援加算

ケアマネジャー等と連携して、入院前からの入退院支援を行うと、診療・介護報酬の双方から評価される体制とした。

地域包括ケアシステム構築促進  
ACPの普及・啓発

地域医療構想  
医療機能の分化・連携

2025年地域医療構想のゴール

人口動態の将来的な減少  
高齢者医療・介護の需要量のピークの地域格差  
治す従来型医療から治し支える生活支援型医療への転換

地域包括ケアシステム構築

惑星直列とQOLとQODの向上

2018年度トリプル改定

地域包括ケア病棟の届出  
○敷地内訪問看護ステーションの要件を追加

**在宅復帰率の分子の変更**  
○削除  
・介護老人保健施設(強化加算)  
・医療療養病棟(強化加算 自院・他院) など  
○追加  
・介護医療院 など

**地域包括ケアに関する実績評価**  
○200床未満の病院に限る  
○自宅等からの入棟患者割合  
○自宅等からの緊急患者の受入れ  
○在宅医療等の提供  
・訪問診療  
・訪問看護(医療保険)  
・開放型病床  
・訪問介護・看護(介護保険)・リハ  
○看取りに対する指針

医療資源の少ない地域  
への配慮  
○240床未満への要件緩和

**入退院支援**

**在宅患者支援病床  
初期加算の算定**

**入院料(管理料)1・3の届出**

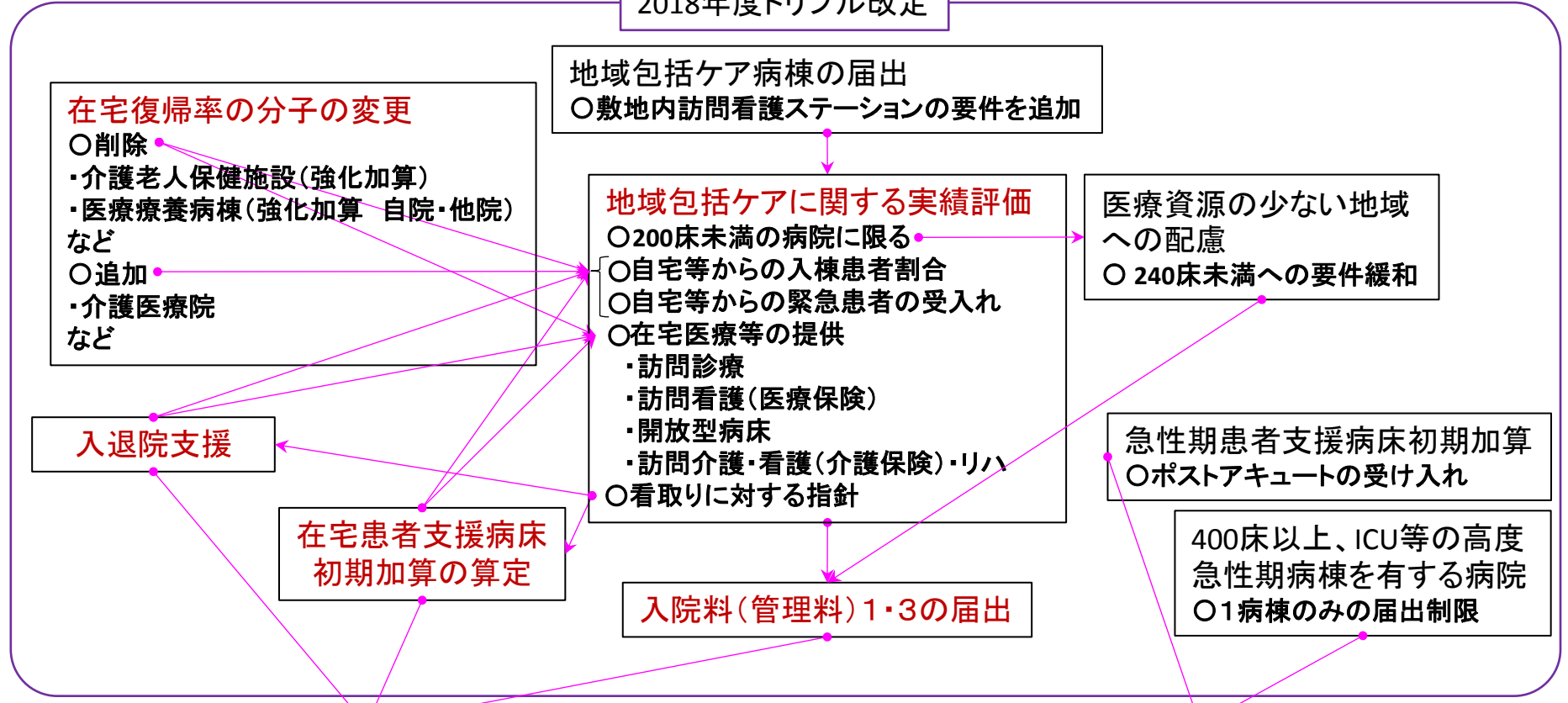
**急性期患者支援病床初期加算**  
○ポストアキュートの受け入れ

400床以上、ICU等の高度  
急性期病棟を有する病院  
○1病棟のみの届出制限

地域包括ケアシステム構築促進  
ACPの普及・啓発

地域医療構想  
医療機能の分化・連携

2025年地域医療構想のゴール



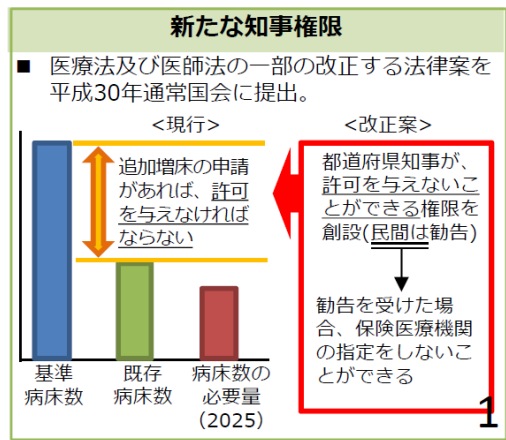
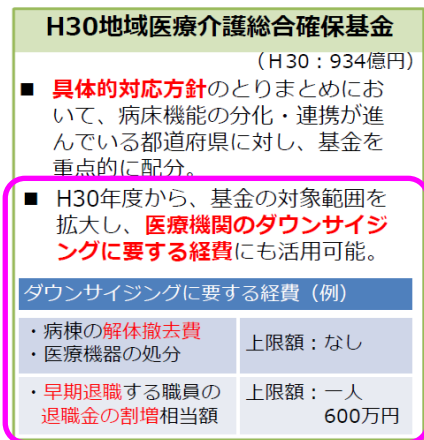
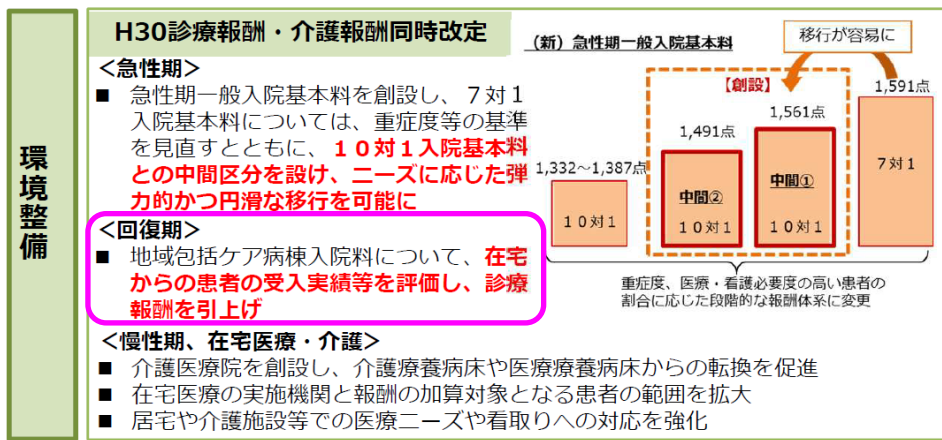
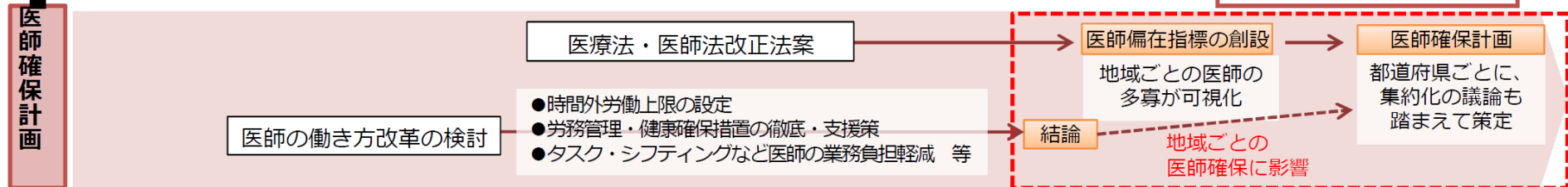


— 地域医療構想に寄り添う —  
**地域包括ケア病棟**

# 「地域医療構想」の達成に向けた一層の取組

平成30年5月21日 経済財政諮問会議  
加藤臨時議員提出資料

■ 「地域医療構想調整会議」における議論の徹底した進捗管理を行いつつ、医師確保対策やインセンティブ、権限等を組み合わせることで、「具体的対応方針」の速やかな策定に向けて、一層の取組を加速させる。



「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用 (案)

○ 病床機能報告は、各医療機関が自主的に病床機能を判断。この原則を踏まえつつ、地域医療構想調整会議分科会における協議に資するよう、病床機能報告で回復期以外と報告されている病床のうち、

- ・①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
  - ・③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする
- ことで、病床機能報告と将来の病床の必要量の単純比較を補正してはどうか。

①既に回復期相当	病床機能報告における急性期・慢性期病床のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数 ※ <u>病床単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正</u> 病床A 急性期の患者 回復期の患者 ←可能な限り客観指標で把握
②回復期への転換確実	調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数 ※ <u>病床機能報告のタイムラグを補正</u>
③回復期に近い急性期	病床機能報告における急性期病床のうち、平均在棟日数が22日超の病床数 病床B 急性期の患者 回復期の患者 ←平均在棟日数22日超のイメージ

10

※平成29年度医療計画研修会資料抜粋

医政地発 0816 第1号  
平成30年8月16日

各都道府県衛生主管部 (局) 長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長  
( 公 印 省 略 )

地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について

病床機能報告に関しては、その内容等について、

- ① 回復期機能に該当する病床は、回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床に限定されるといった誤解をはじめ、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病床であっても、急性期機能と報告されている病床が一定数存在すること
- ② 実際の病床には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病床においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること

により、詳細な分析や検討が行われなまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。

なお、一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議 (医療法 (昭和23年法律第205号) 第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。) における議論に活用することで、議論の活性化につなげている。

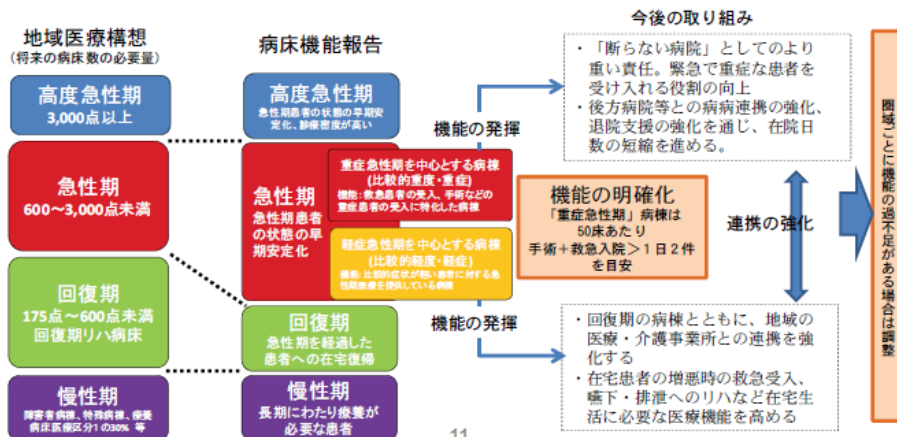
各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。

なお、地域の実情に応じた定量的な基準の導入に向けた地域での協議は、「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」(平成30年6月22日付医政地発 0622 第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知) により示した都道府県単位の地域医療構想調整会議を活用し、議論を進めることが望ましい。

また、厚生労働省において、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を円滑に作成できるよう、データ提供等の技術的支援を実施していく予定であり、適宜活用されたい。

急性期の報告の「奈良方式」

- 平成29年の病床機能報告に加え、奈良県の独自の取り組みとして、急性期を重症と軽症に区分する目安を示したうえで報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化し、より効果的な施策の展開を図る。(第7次保健医療計画にも反映させる予定。)



11

※第8回地域医療構想に関するWG資料抜粋

## これからの、奈良の医療

奈良に必要なのは

**「断らない病院」** と **「面倒みのいい病院」**



高度な医療よりも  
介護事業者との連携・  
重症化したときの対応など、  
「めんどろみのよさ」  
が求められる

医療機関の  
数を絞って…  
**医療機能を強化**

医療機能を絞って…  
**在宅・介護(連携)機能を  
強化**

エピローグ

# 2040年を見据えた 社会保障・働き方改革

平成30年10月5日  
根本臨時議員提出資料

# 人口減少に対応した社会保障・働き方改革の進め方について

- 来年10月の消費税率の引上げによって、2025年を念頭に進められてきた社会保障・税一体改革が完了。今後、団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据えた検討を進めることが必要。
- 2040年を見通すと、現役世代（担い手）の減少が最大の課題。一方、高齢者の「若返り」が見られ、就業率も上昇。今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
  - ①多様な就労・社会参加の環境整備
  - ②健康寿命の延伸
  - ③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
  - ④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

## 「現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題」

### 多様な就労・社会参加

- 更なる高齢者雇用機会の拡大に向けた環境整備・中途採用の拡大
- 年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大
- 地域共生・地域の支え合い 等

### 健康寿命の延伸

- 保険者等へのインセンティブの積極活用による疾病予防・介護予防・通いの場を中心とした介護予防と保健事業の一体的な実施
- 糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関する先進・優良事例の横展開
- 認知症の人の社会参加、環境づくりの推進
- 健康な食事・生活習慣の普及のための方策
- 次世代の健やかな生活習慣の形成 等

### 医療・福祉サービス改革

- ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
- タスクシフティングの推進、シニア人材を活かす仕組み
- 組織マネジメント改革、経営の大規模化・協働化 等

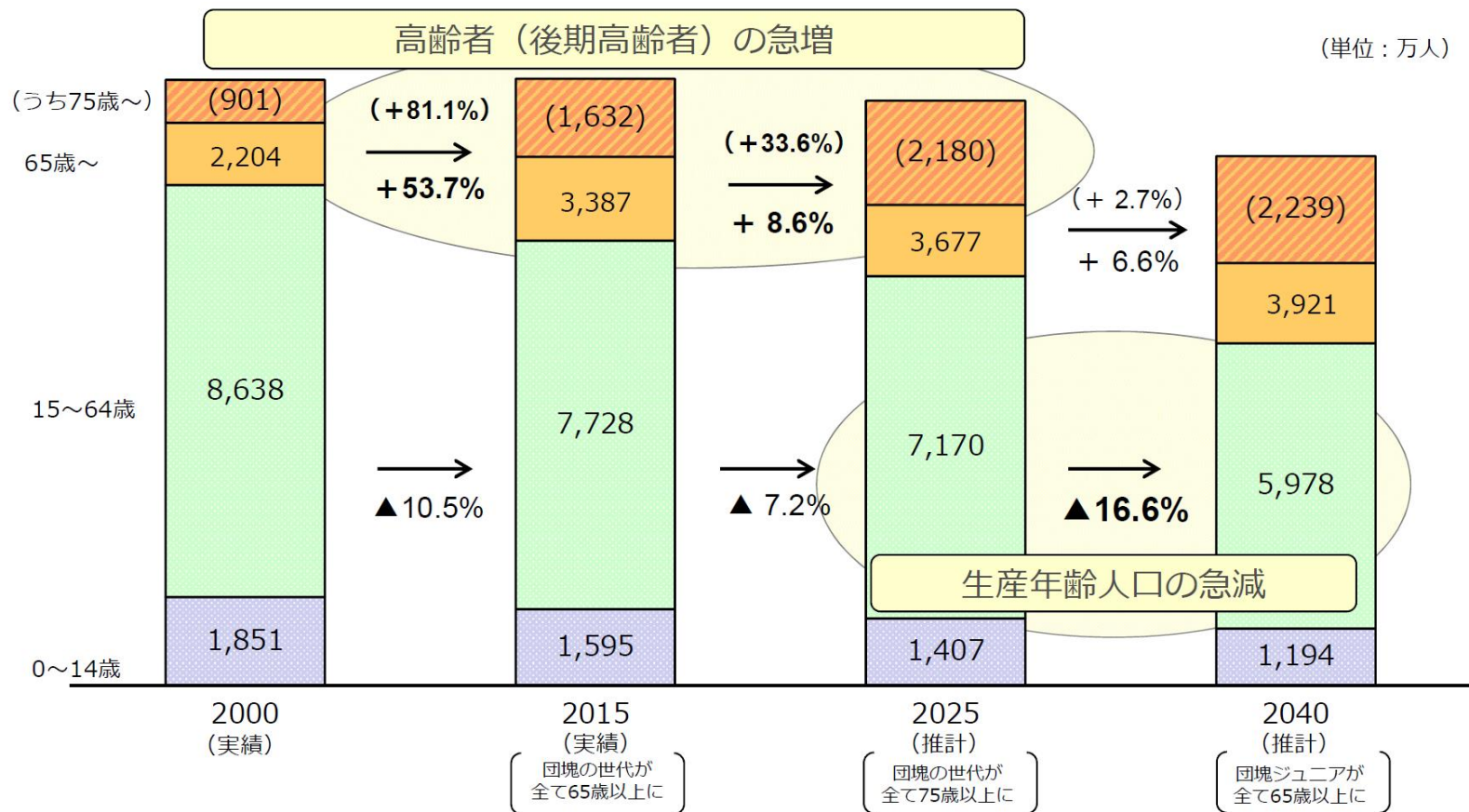
## 「引き続き取り組む政策課題」

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

# 2040年までの人口構造の変化

- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】



(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」



ご清聴ありがとうございました。

# 南加賀圏域 保健医療計画推進協議会

<<http://chiiki-hp.jp/>>



地域包括ケア病棟協会  
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care