

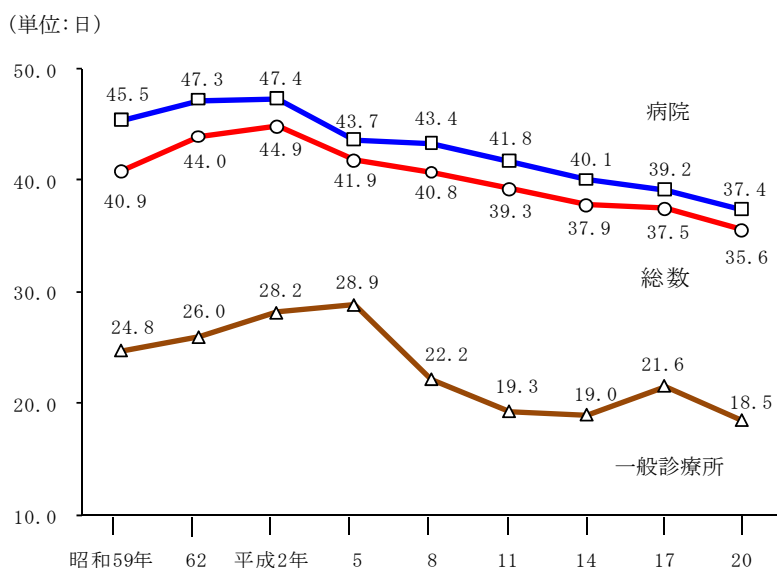
### 3 退院患者の平均在院日数等

#### (1) 施設の種類・年齢階級別

平成20年9月中に退院した推計患者について、在院日数の平均である平均在院日数を施設の種別に見ると、「病院」37.4日、「一般診療所」18.5日となっており、平成17年に比べ「病院」1.8日、「一般診療所」3.1日短くなっている（図6）。

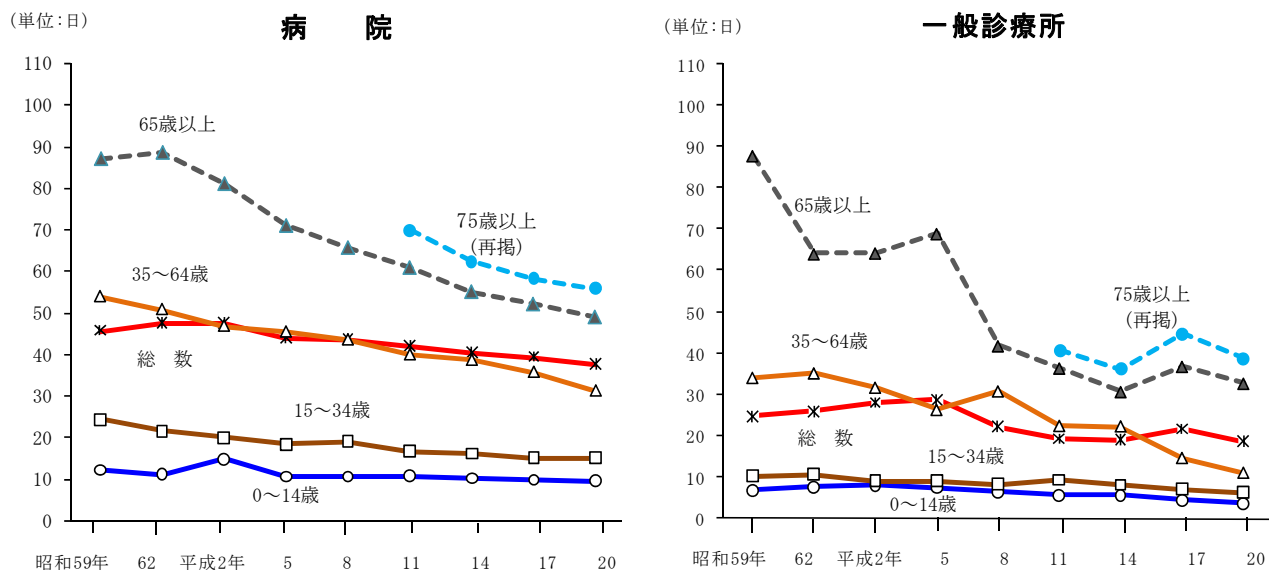
年齢階級別にみると、年齢階級が上がるに従い退院患者の平均在院日数は長くなっているが、いずれの年齢階級においても年次推移でみると全体的に短くなる傾向にある。（図7、統計表11）

図6 施設の種別に見た退院患者の平均在院日数の年次推移



注：1）各年9月1日～30日に退院した者を対象としたものである。  
2）診療所の調査の期日については、平成17年から休診の多い木曜日を除外した。

図7 年齢階級別にみた退院患者の平均在院日数の年次推移



注：1）各年9月1日～30日に退院した者を対象としたものである。  
2）平成8年以前は、「75歳以上」を表章していない。  
3）診療所の調査の期日については、平成17年から休診の多い木曜日を除外した。

## (2) 傷病分類別

退院患者の平均在院日数を傷病分類別にみると、長い順に「V 精神及び行動の障害」290.6日、「VI 神経系の疾患」74.1日、「IX 循環器系の疾患」52.7日となっている（表10、統計表12）。

表10 傷病分類別にみた年齢階級別退院患者の平均在院日数

（単位：日）

傷病分類	総数	男	女	0～14歳	15～34	35～64	65歳以上	70歳以上 (再掲)	75歳以上 (再掲)
総数	35.6	34.3	36.7	8.9	13.0	29.5	47.7	50.2	54.2
I 感染症及び寄生虫症	22.7	23.7	21.6	7.1	8.1	18.5	35.7	38.1	42.3
結核 (再掲)	60.3	64.8	52.4	10.6	37.9	60.3	63.8	63.0	64.8
ウイルス肝炎 (再掲)	16.9	17.2	16.6	8.1	12.3	13.8	23.7	31.0	39.9
II 新生物	22.4	22.7	22.1	20.8	15.1	17.5	25.9	27.7	30.4
胃の悪性新生物 (再掲)	26.8	24.1	32.9	20.5	19.1	21.2	29.2	31.6	35.9
大腸の悪性新生物 (再掲)	19.2	18.4	20.4	5.2	13.3	14.8	21.7	23.5	26.5
肝及び肝内胆管の悪性新生物 (再掲)	22.4	20.7	26.2	41.5	16.4	17.9	23.7	25.0	27.0
気管、気管支及び肺の悪性新生物 (再掲)	27.2	26.3	29.2	25.6	12.3	23.5	28.8	30.2	33.6
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	25.1	22.9	26.7	13.0	11.8	22.9	28.4	29.2	31.1
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	32.0	28.5	35.8	6.8	12.0	20.7	42.1	44.4	45.6
糖尿病 (再掲)	38.6	32.0	47.1	19.0	14.8	21.7	53.4	59.6	65.5
V 精神及び行動の障害	290.6	340.1	249.9	33.2	66.2	265.2	438.5	415.8	382.1
血管性及び詳細不明の認知症 (再掲)	327.7	251.9	379.6	-	-	543.4	321.2	323.8	324.8
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	543.4	654.9	443.0	52.3	103.8	440.5	1 231.6	1 353.5	1 400.1
VI 神経系の疾患	74.1	61.2	89.6	20.6	43.6	50.8	102.6	109.9	117.4
VII 眼及び付属器の疾患	7.4	7.2	7.5	6.2	9.1	8.4	7.1	7.3	6.8
VIII 耳及び乳様突起の疾患	10.2	9.9	10.4	5.2	9.0	10.5	11.3	11.8	13.2
IX 循環器系の疾患	52.7	40.1	68.5	12.2	11.8	25.4	63.7	69.6	78.8
高血圧性疾患 (再掲)	45.8	25.5	56.9	24.9	9.4	18.7	52.4	55.7	59.4
心疾患（高血圧性のものを除く） (再掲)	24.2	16.7	35.3	12.7	13.0	11.2	29.0	32.8	38.2
脳血管疾患 (再掲)	104.7	85.3	125.8	23.2	29.8	57.6	118.4	125.1	136.3
X 呼吸器系の疾患	27.3	24.4	31.2	5.3	9.0	15.1	42.9	44.2	45.7
喘息 (再掲)	12.1	10.2	14.4	4.6	15.5	13.3	33.7	36.8	41.4
X I 消化器系の疾患	14.6	13.8	15.8	5.9	8.7	11.9	18.2	19.5	21.4
歯及び歯の支持組織の疾患 (再掲)	5.5	5.6	5.4	7.4	5.3	4.6	6.6	7.9	7.2
食道、胃及び十二指腸の疾患 (再掲)	19.6	19.7	19.5	9.7	19.8	15.9	21.9	23.3	23.9
肝疾患 (再掲)	29.8	27.6	33.2	12.7	14.3	22.2	37.8	41.4	42.7
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	26.1	23.3	29.0	6.8	9.3	18.4	36.0	37.6	39.5
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	36.0	30.1	40.1	14.1	17.0	26.0	45.1	48.3	53.9
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	24.2	23.4	25.1	9.9	9.4	13.2	34.8	37.4	40.9
X V 妊娠、分娩及び産後	8.0	-	8.0	15.5	8.0	8.1	-	-	-
X VI 周産期に発生した病態	10.8	10.9	10.8	10.8	-	-	-	-	-
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	19.9	20.0	19.7	14.4	24.6	41.9	22.6	23.1	25.9
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	20.6	19.0	21.8	7.0	8.8	15.1	26.2	27.8	30.0
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	34.8	28.3	40.6	6.7	14.3	23.9	48.6	50.6	53.1
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	9.1	7.3	10.0	7.6	7.2	4.5	20.2	23.4	23.6
歯の補てつ (再掲)	2.7	2.3	3.0	-	3.5	2.6	2.8	3.0	3.7

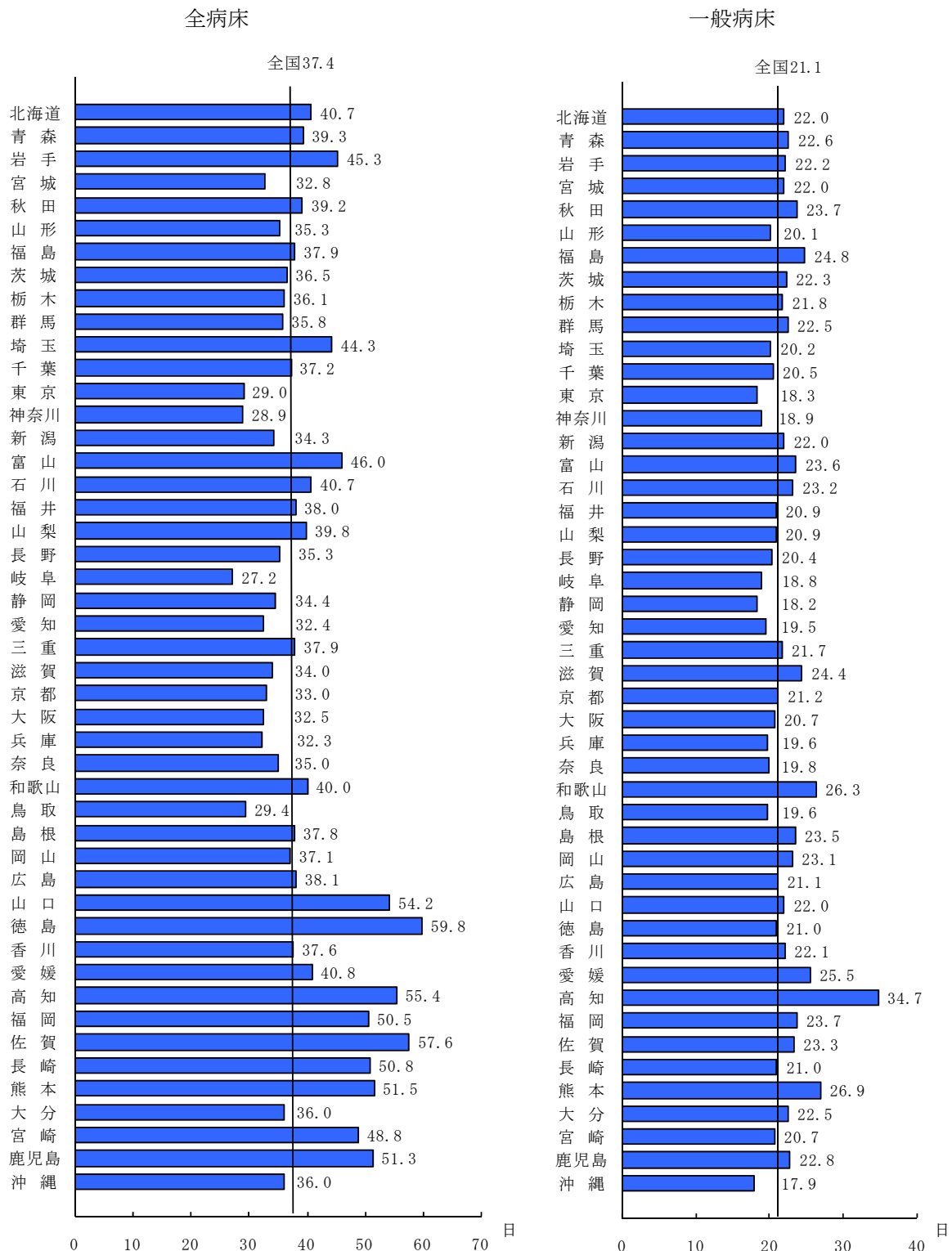
注：1）平成20年9月1日～30日に退院した者を対象としたものである。

2）総数には、年齢不詳を含む。

### (3) 都道府県別

病院の退院患者の平均在院日数を都道府県（施設所在地）別にみると、「徳島」が 59.8 日と最も長く、「岐阜」が 27.2 日と最も短くなっている。一般病床では、「高知」が 34.7 日と最も長く、「沖縄」が 17.9 日と最も短くなっている。（図 8）

図 8 都道府県（施設所在地）別にみた病院の退院患者の平均在院日数



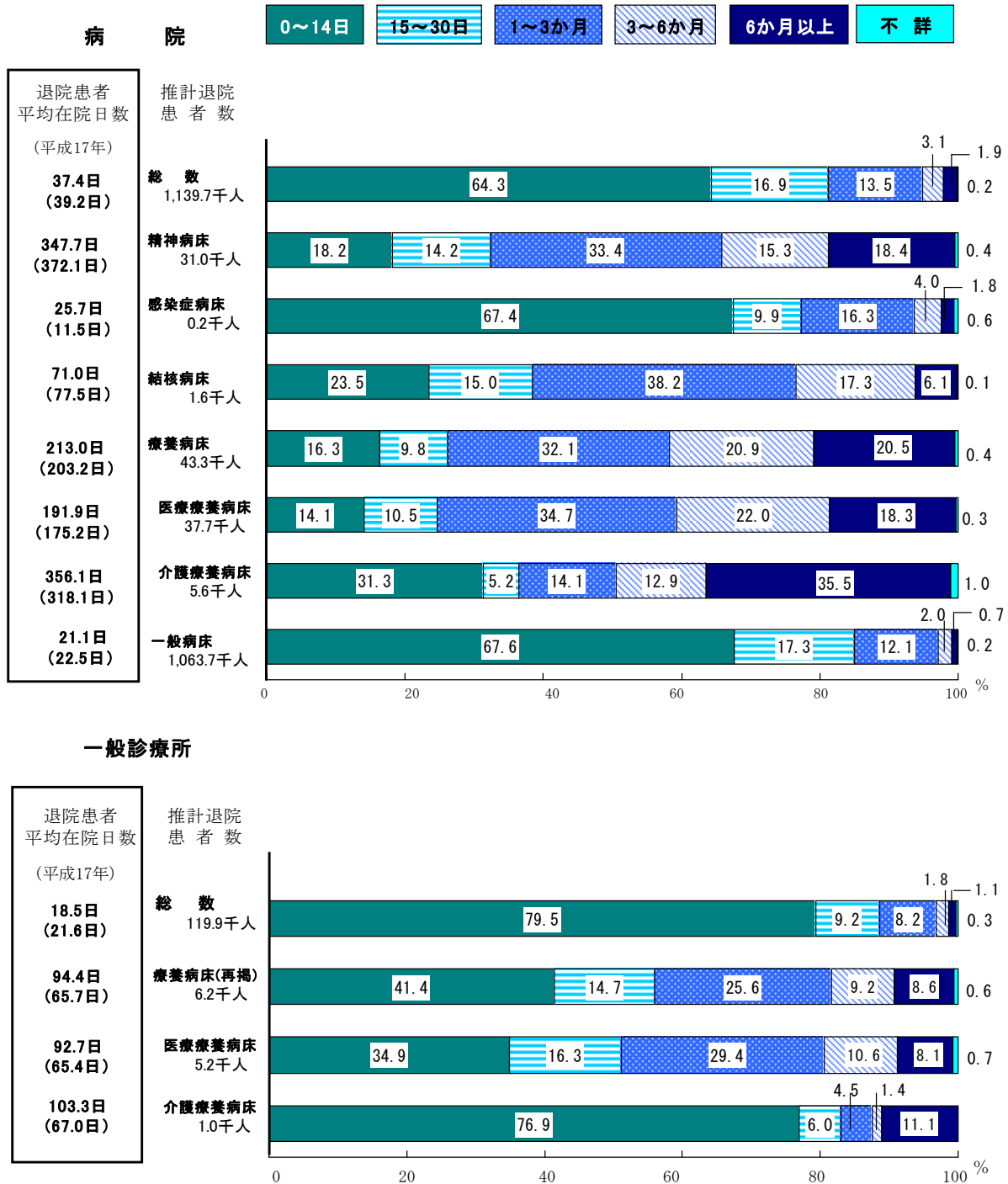
注：平成 20 年 9 月 1 日～30 日に退院した者を対象としたものである。

#### (4) 病床の種類別

退院患者の在院期間別に推計退院患者数の構成割合をみると、病院は「0～14日」が64.3%、「15～30日」16.9%、一般診療所は「0～14日」が79.5%、「15～30日」9.2%となっている。

また、平均在院日数をみると、平成17年に比べ病院、一般診療所ともに減少しているが、病床の種類別では、感染症病床、療養病床は増加している。(図9)

図9 病床の種類別にみた在院期間別の推計退院患者数の構成割合

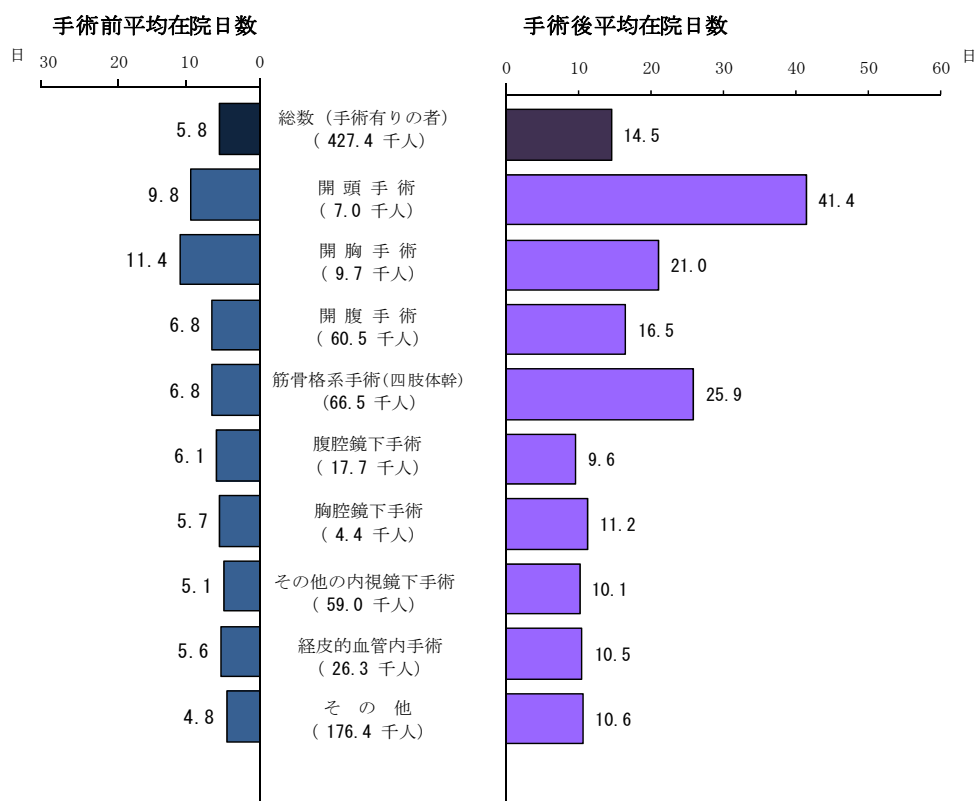


注：1) 各年9月1日～30日に退院した者を対象としたものである。  
 2) 病床の種類は退院時のものである。  
 3) ( ) 内は、平成17年の数値である。

## (5) 手術前平均在院日数・手術後平均在院日数

平成 20 年 9 月中に退院した患者のうち手術有りの者についてみると、手術前平均在院日数は 5.8 日であり、「開胸手術」11.4 日が最も長く、「その他の内視鏡下手術」5.1 日が最も短くなっている。手術後平均在院日数は 14.5 日であり、「開頭手術」41.4 日が最も長く、「腹腔鏡下手術」9.6 日が最も短くなっている。(図 10)

図 10 手術名別にみた手術前平均在院日数・手術後平均在院日数



- 注：1) 平成 20 年 9 月 1 日～30 日に退院した者を対象としたものである。  
 2) 「開頭手術」とは、頭蓋骨を広範囲に開窓する方法により行われる外科手術をいう。  
 3) 「開胸手術」とは、胸壁を切開し胸腔に達する方法により行われる外科手術をいう。  
 4) 「開腹手術」とは、腹壁を切開し腹腔に達する方法により行われる外科手術をいう。  
 ただし、開胸開腹手術については開胸手術としている。  
 5) 「筋骨格系手術」とは、四肢体幹を切開し、筋、腱、関節、骨、神経に達する方法により行われる外科手術をいう。  
 6) 「腹腔鏡下手術」とは、腹腔鏡を用いた外科手術をいう（腹腔鏡下胆嚢摘除術、腹腔鏡下婦人科手術等）。  
 7) 「胸腔鏡下手術」とは、胸腔鏡を用いた外科手術をいう（胸腔鏡下肺切除術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術等）。  
 8) 「その他の内視鏡下手術」とは、腹腔鏡下手術、胸腔鏡下手術以外の内視鏡、ファイバースコープを用いた外科手術をいう。  
 9) 「経皮的血管内手術」とは、不安定狭心症や閉塞性動脈硬化症に対してカテーテルを用いて行う血管内治療をいう。  
 10) 「その他」とは、上記以外の外科手術をいう。

# 死亡数の年次推移



出典) 平成22年までは厚生労働省「人口動態統計」

平成23年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位)

# 在宅医療に係る背景 ～自宅での死亡の状況等～

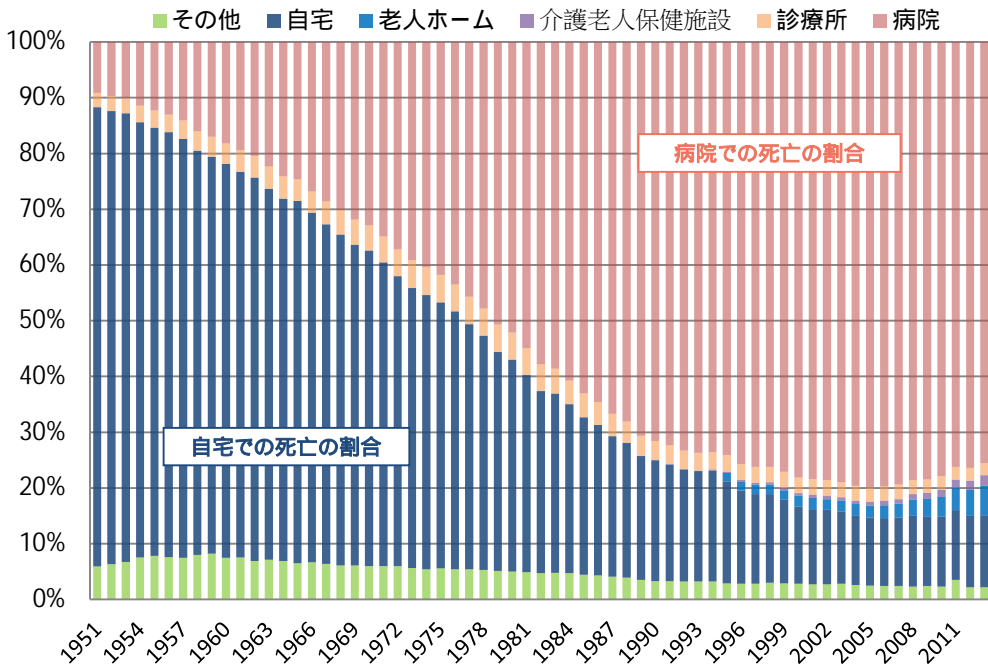
これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあったが、近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。(図表3)

「介護を受けたい場所」について、「自宅」が34.9%で最も高く、また「最期を迎えたい場所」についても、「自宅」が54.6%で最も高い。(図表5)

(図表3) 死亡の場所の推移

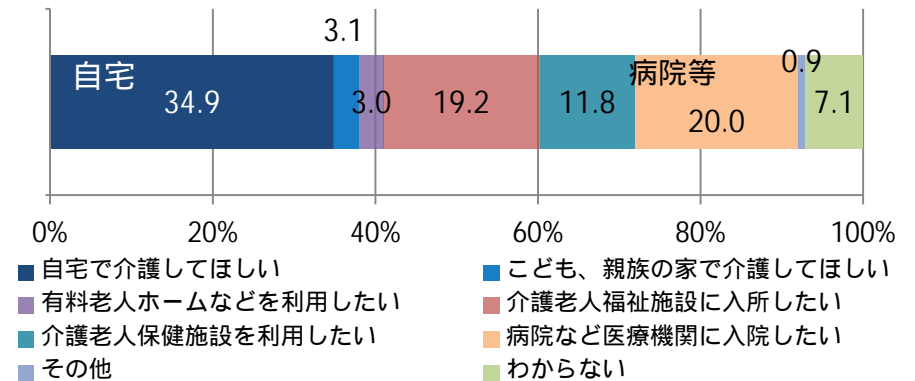
～死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率～

	病院	自宅	介護老人保健施設	老人ホーム
2005年	79.8%	12.2%	0.7%	2.1%
2013年	75.6%( )	12.9%( )	1.9%( )	5.3%( )

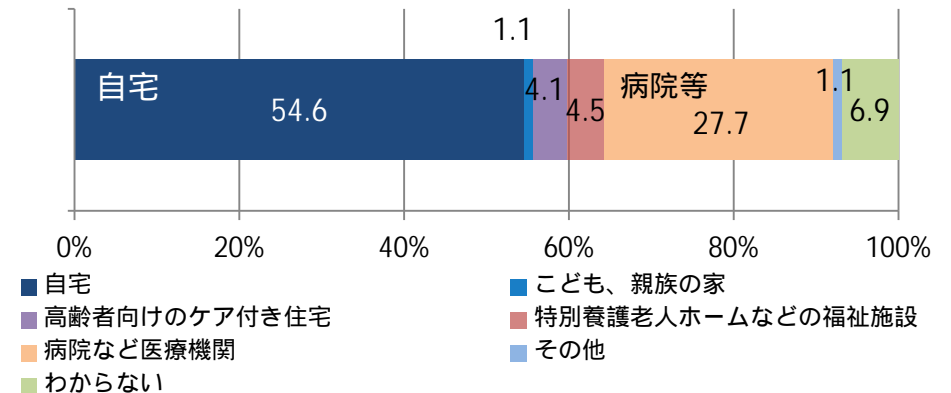


出典：平成25年人口動態調査

(図表4) 介護を受けたい場所



(図表5) 最期を迎えたい場所



出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

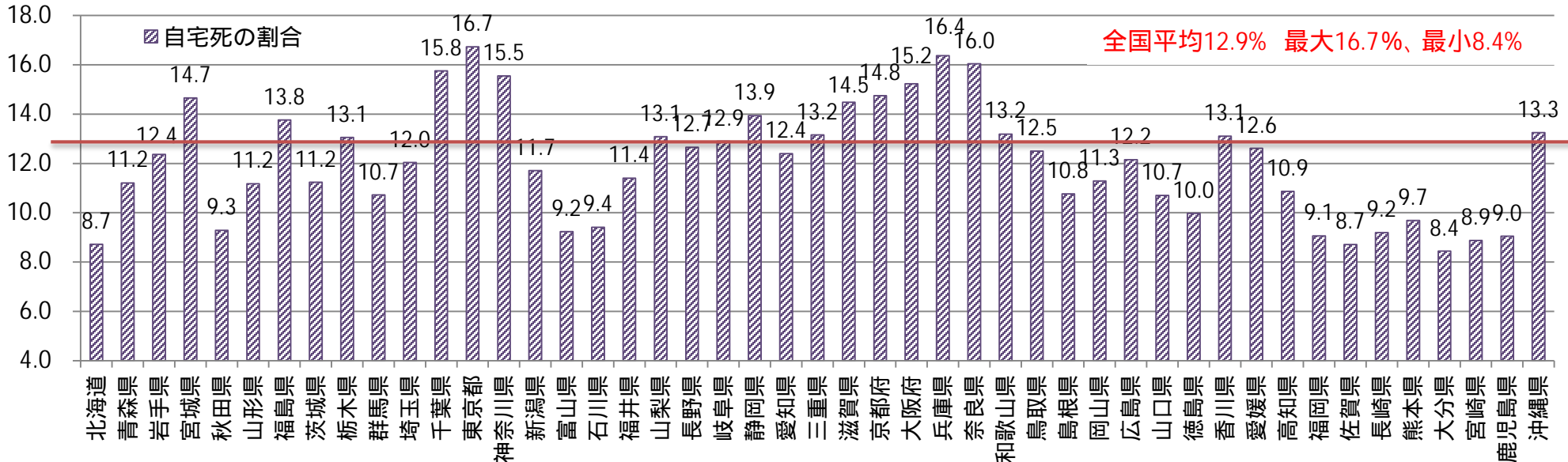
# 在宅医療に係る地域差 ~ 自宅死の割合、病床・介護保険施設定員等の状況 ~

自宅死の割合は、都道府県間で最大2倍程度の差がある。(図表27)

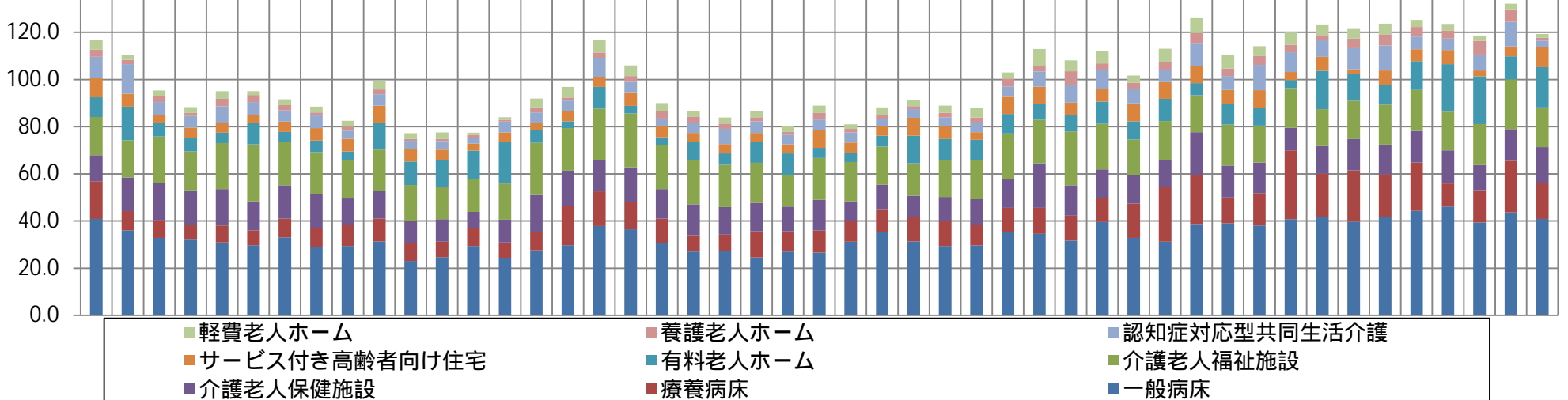
医療機関の病床や介護保険施設等の定員が多い地域は、自宅死の割合が低い傾向にある。(図表28)

(図表27) 都道府県別の自宅死( )の割合

「自宅」には、グループホーム、サービス付き高齢者住宅を含む



(図表28) 都道府県別の65歳以上人口千人あたり病床数、介護保険施設定員数、有料老人ホーム等定員

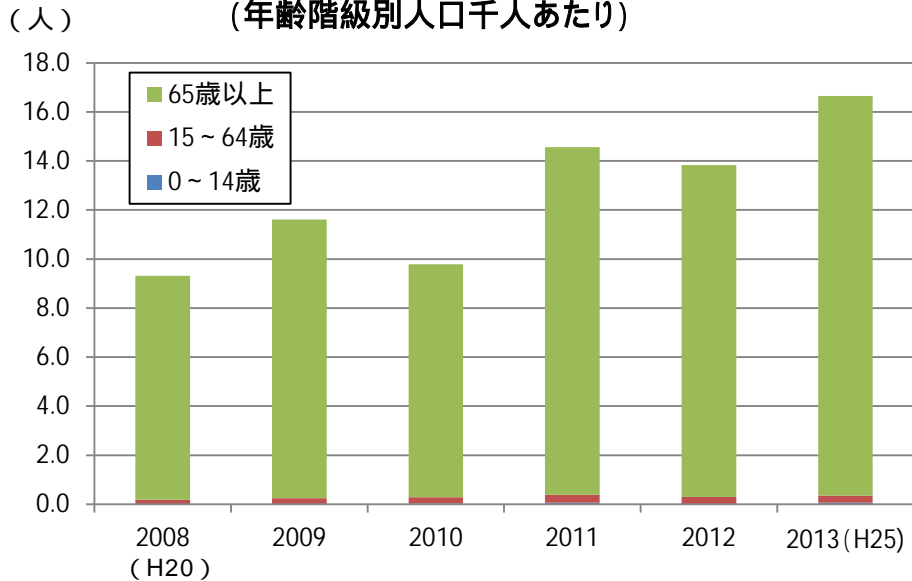




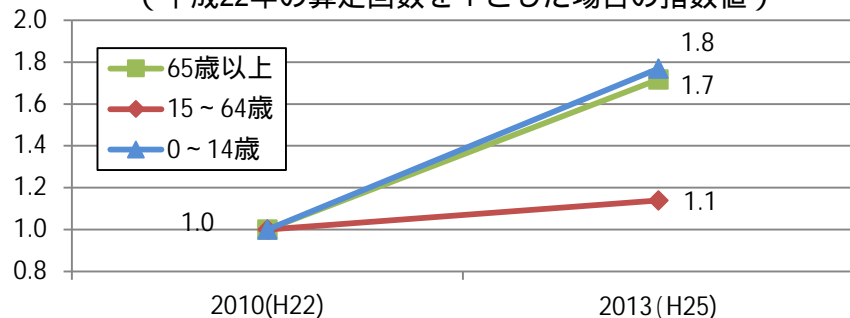
# 在宅医療の提供体制 ~ 患者数、医療機関数の推移 ~

訪問診療を受ける患者数は増加傾向にあり、またどの年齢層においても増加傾向にある。(図表9、10)  
 在宅医療を行う医療機関の数は、増加している。(図表11、12)

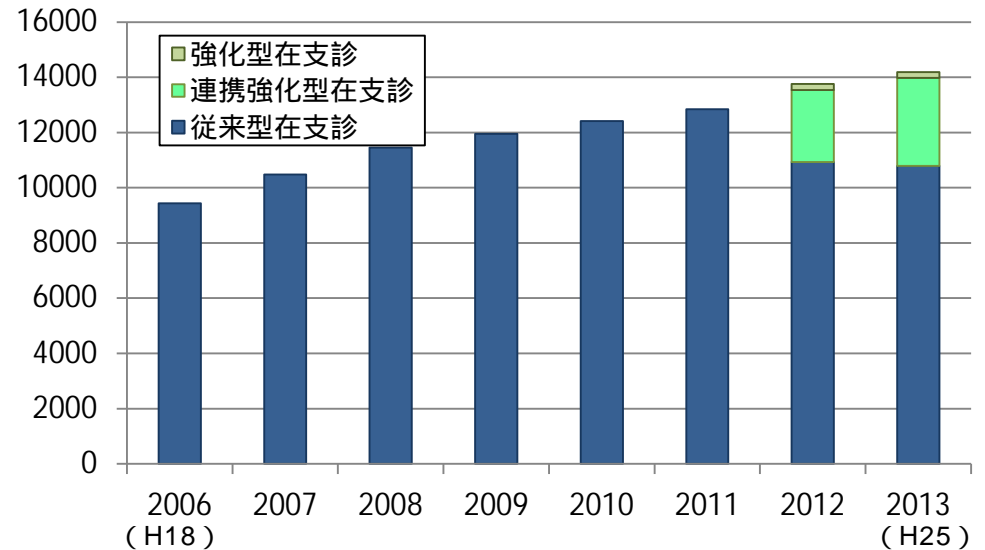
(図表9) 在宅患者訪問診療の算定件数推移  
 (年齢階級別人口千人あたり)



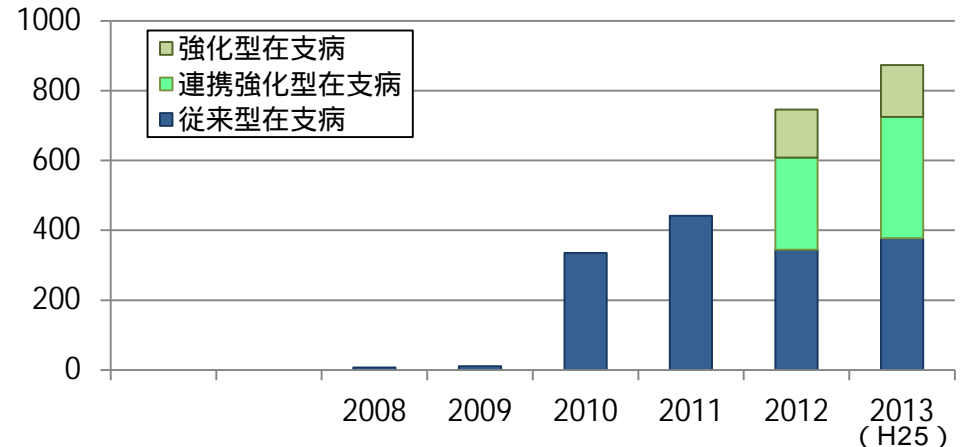
(図表10) 年齢階級別算定回数の増加率  
 (平成22年の算定回数を1とした場合の指数値)



(図表11) 在宅療養支援診療所の届出数



(図表12) 在宅療養支援病院の届出数



出典：社会医療診療行為別調査（厚生労働省）

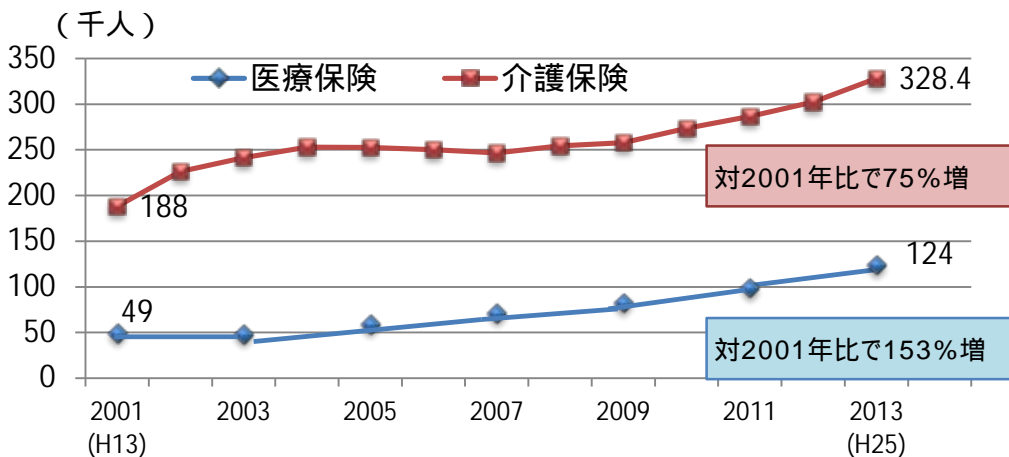
# 訪問看護の提供体制 ~利用者、訪問看護事業所数の推移~

医療保険、介護保険ともに、訪問看護サービス利用者数は、増加している。(図表13)

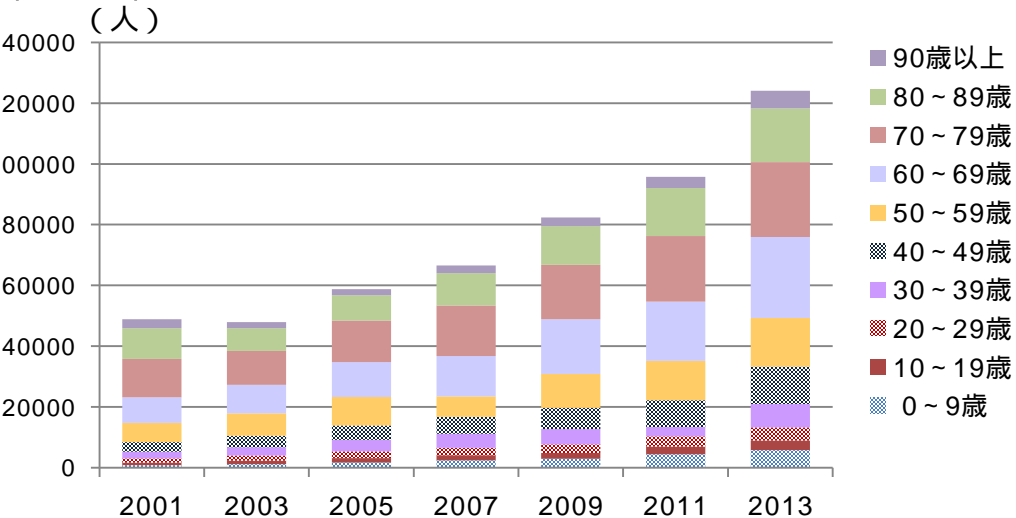
医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。(図表14)

訪問看護ステーション数は増加傾向にあり、全体の事業所数については近年の増加が著しい。(図表15)

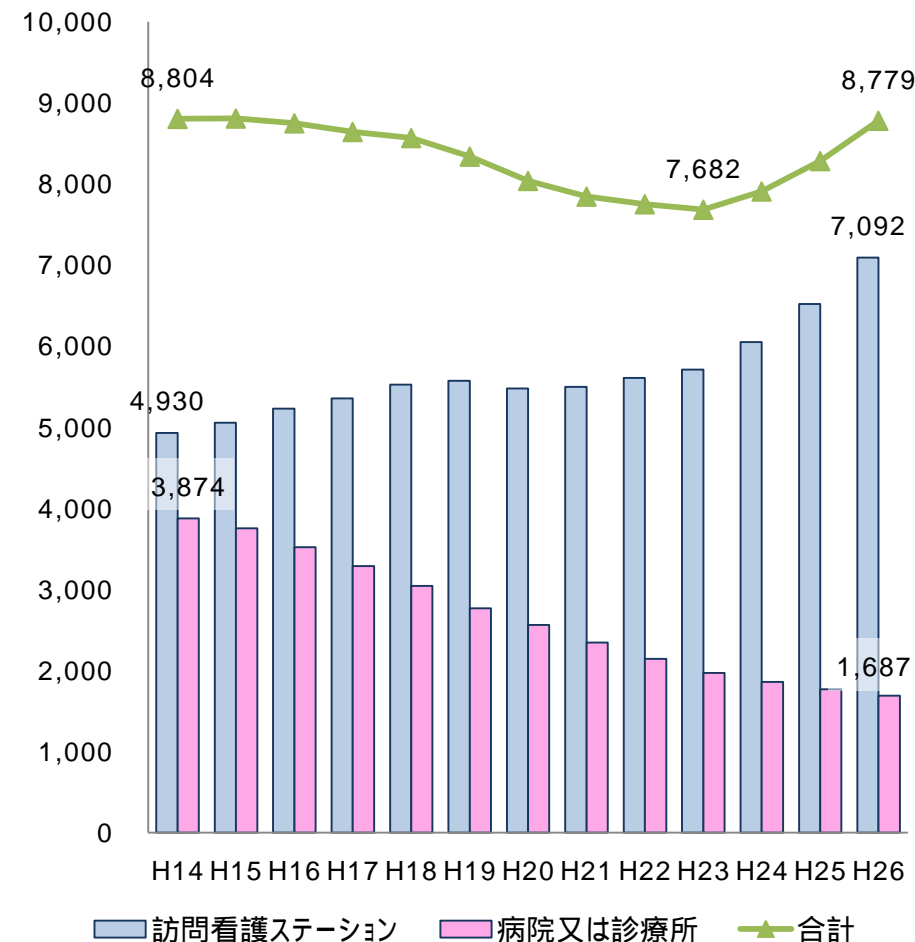
(図表13) 訪問看護利用者数の推移



(図表14) 年齢階級別の医療保険の訪問看護利用者数の推移



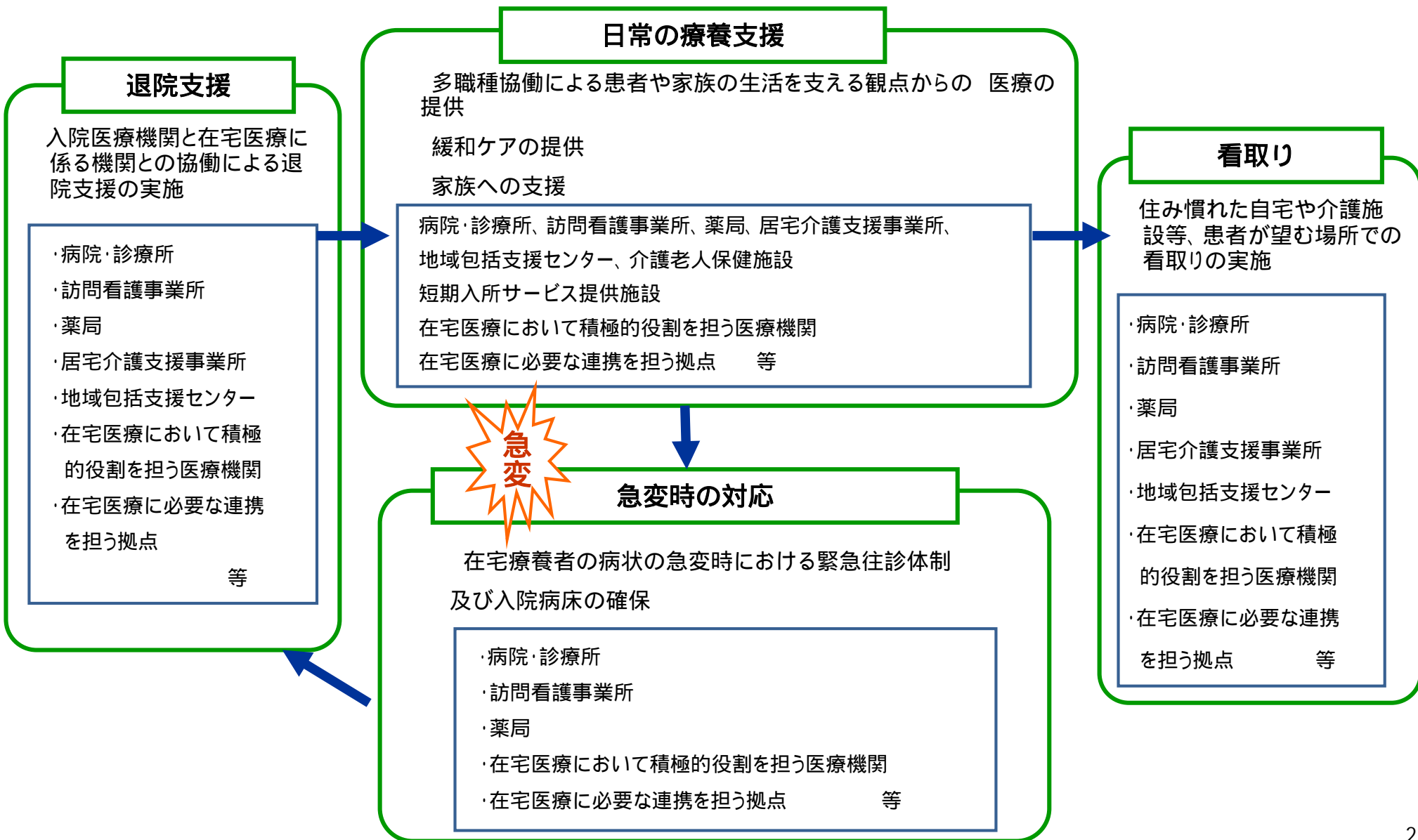
(図表15) 訪問看護事業所数の推移



# 在宅医療の体制

## n 在宅医療の体制構築に係る指針

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(医政指発0330第9号 平成24年3月30日)別紙)



# 在宅医療の体制構築に係る指針（抜粋）

## n 在宅医療の体制構築に係る指針

（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（医政指発0330第9号 平成24年3月30日）別紙）

本指針では「第1 在宅医療の現状」において、我が国の疾病構造及び在宅医療のニーズの変化や在宅医療に係る資源の現状を概観し、次に「第2 関係機関とその連携」において、どのような医療体制を構築すべきかを示している。

### 第2 関係機関とその連携

#### 1 目指すべき方向

- (1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制
- (2) 日常の療養支援が可能な体制
- (3) 急変時の対応が可能な体制
- (4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制

住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

#### 2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

#### (4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

##### 目標

・ 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること

##### 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
- ・ 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと
- ・ 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

##### (関係機関の例)

・ 病院・診療所 ・ 訪問看護事業所 ・ 薬局 ・ 居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター

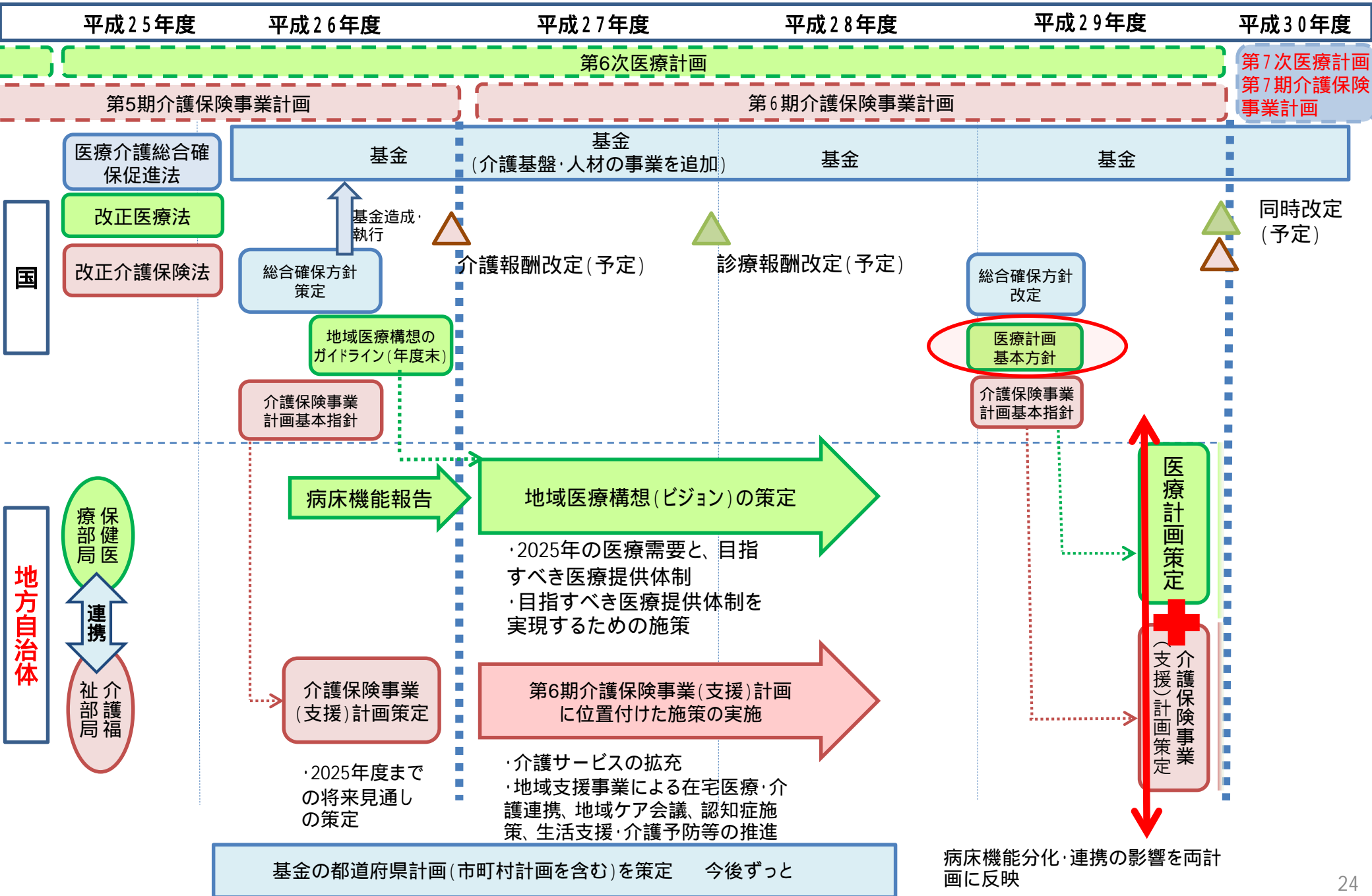
##### 入院医療機関に求められる事項

・ 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

##### (医療機関の例)

・ 病院・診療所

# 医療・介護提供体制の見直しの今後のスケジュール



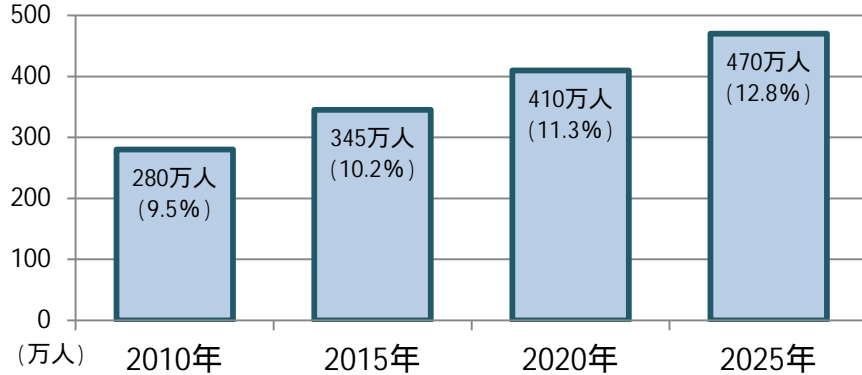
# 在宅医療・介護の推進に当たっての課題

65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」以上の高齢者が増加していく(図1)。

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(図2)。

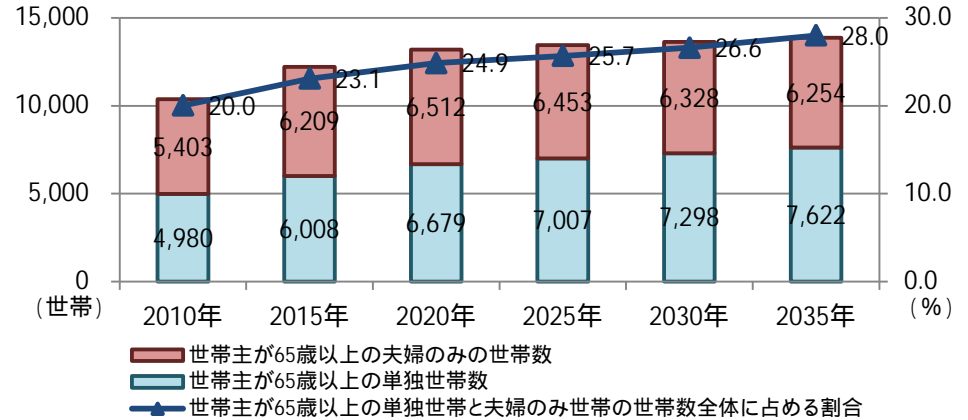
在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



出典:「認知症高齢者の日常生活自立度」以上の高齢者数について(厚生労働省)

(図2)世帯数



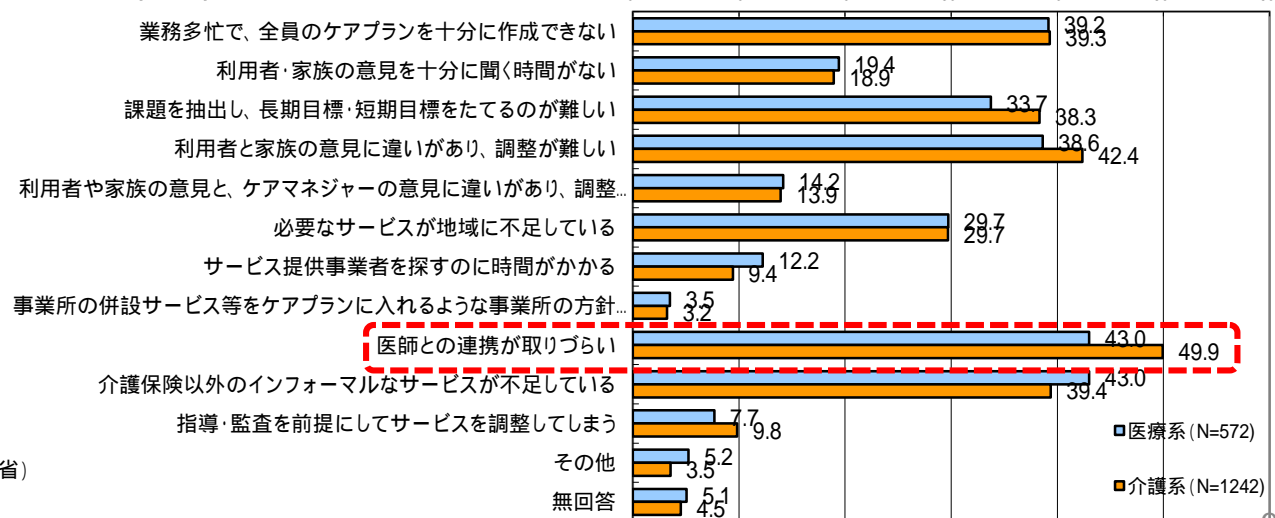
出典:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(社会保障・人口問題研究所)

(図3)訪問診療を実施している医療機関

医療機関	箇所	対全数の割合(%)
病院	2,407	28.0
診療所	19,950	20.0
訪問看護ステーション	5,815	-

出典:病院、診療所「医療施設調査(静態)」(平成23年)(厚生労働省)  
訪問看護ステーション「介護給付費実態調査」(平成23年)(厚生労働省)

(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点



出典:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)



# 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組

## 人生の最終段階における医療体制整備事業

### 【背景・課題】

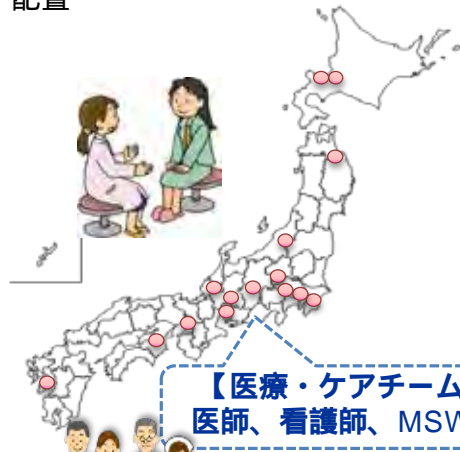
- 高齢化が進展し、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となる。
- 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年策定、平成26年改称）を策定し、周知を図ってきた。
- しかしながら、平成25年の調査によれば、当該ガイドラインは医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療に関する研修も十分に行われていない状況である。

### 【事業内容】

- 平成26、27年のモデル事業の成果を踏まえ、国において、人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国展開することで、患者の相談体制の基盤を強化する。
- ガイドラインや研修内容など、国の取組を紹介するリーフレットを作成するなど、国民、医療従事者に対する普及啓発活動を強化する。

H26～27年度  
試行事業（15医療機関）

15か所の医療機関に、患者の相談に乗る医療・ケアチームを配置



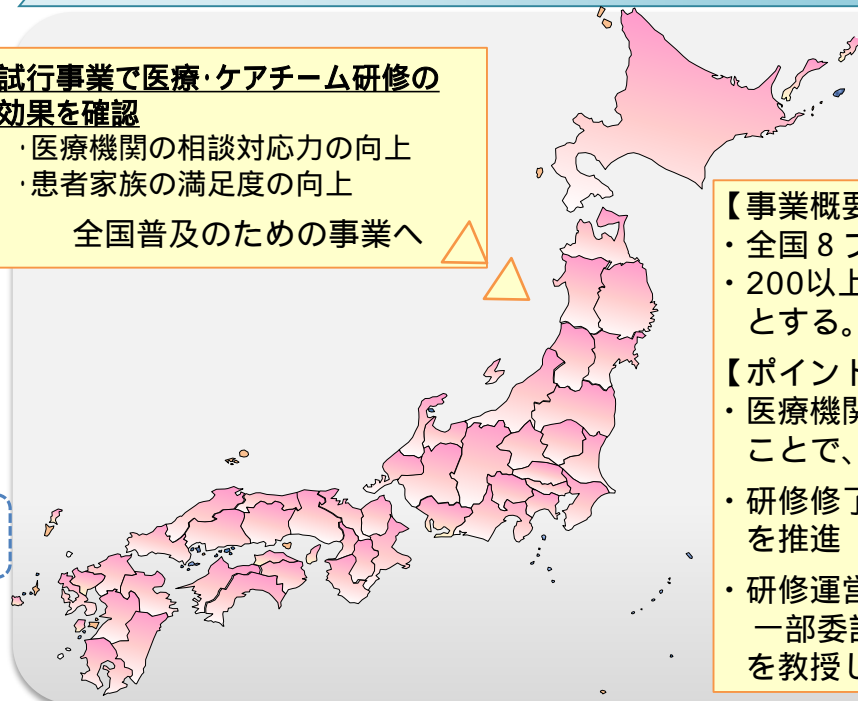
【医療・ケアチーム】  
医師、看護師、MSW等

H28年度  
全国8ブロックで人材育成研修を実施

### 試行事業で医療・ケアチーム研修の効果を確認

- ・医療機関の相談対応力の向上
- ・患者家族の満足度の向上

全国普及のための事業へ



### 【事業概要】

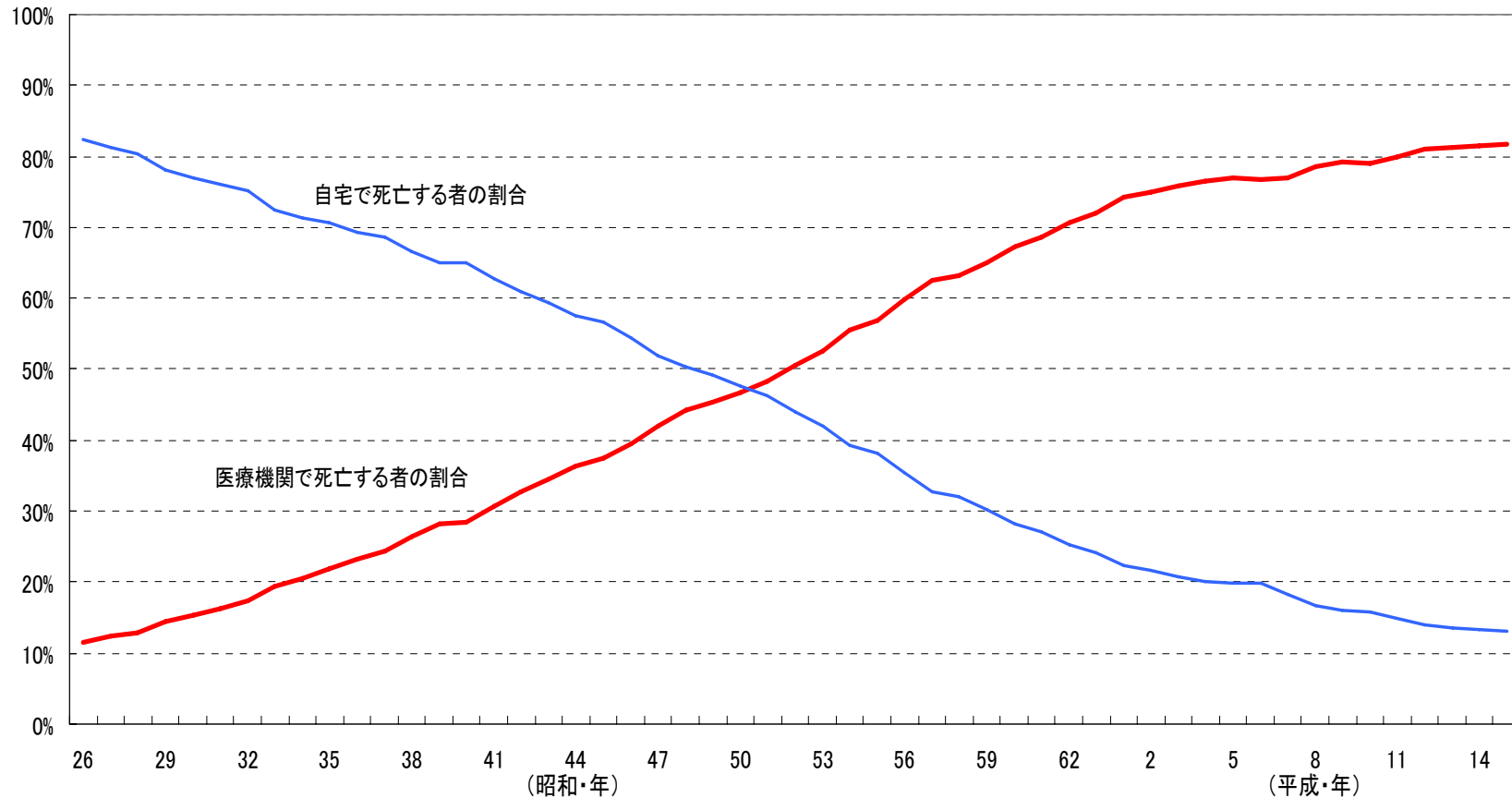
- ・全国8ブロックで計16回程度の研修を実施
- ・200以上の医療機関での医療ケアチーム養成を目標とする。

### 【ポイント】

- ・医療機関単位（チーム単位）で研修に参加させることで、現場で即効的な対応が可能
- ・研修修了者には伝達研修を行うよう求め、横展開を推進
- ・研修運営は地域の医師会、看護協会、関係学会等に一部委託しながら実施することで、運営ノウハウを教授し、研修の継続性、拡大性を担保

## 医療機関における死亡割合の年次推移

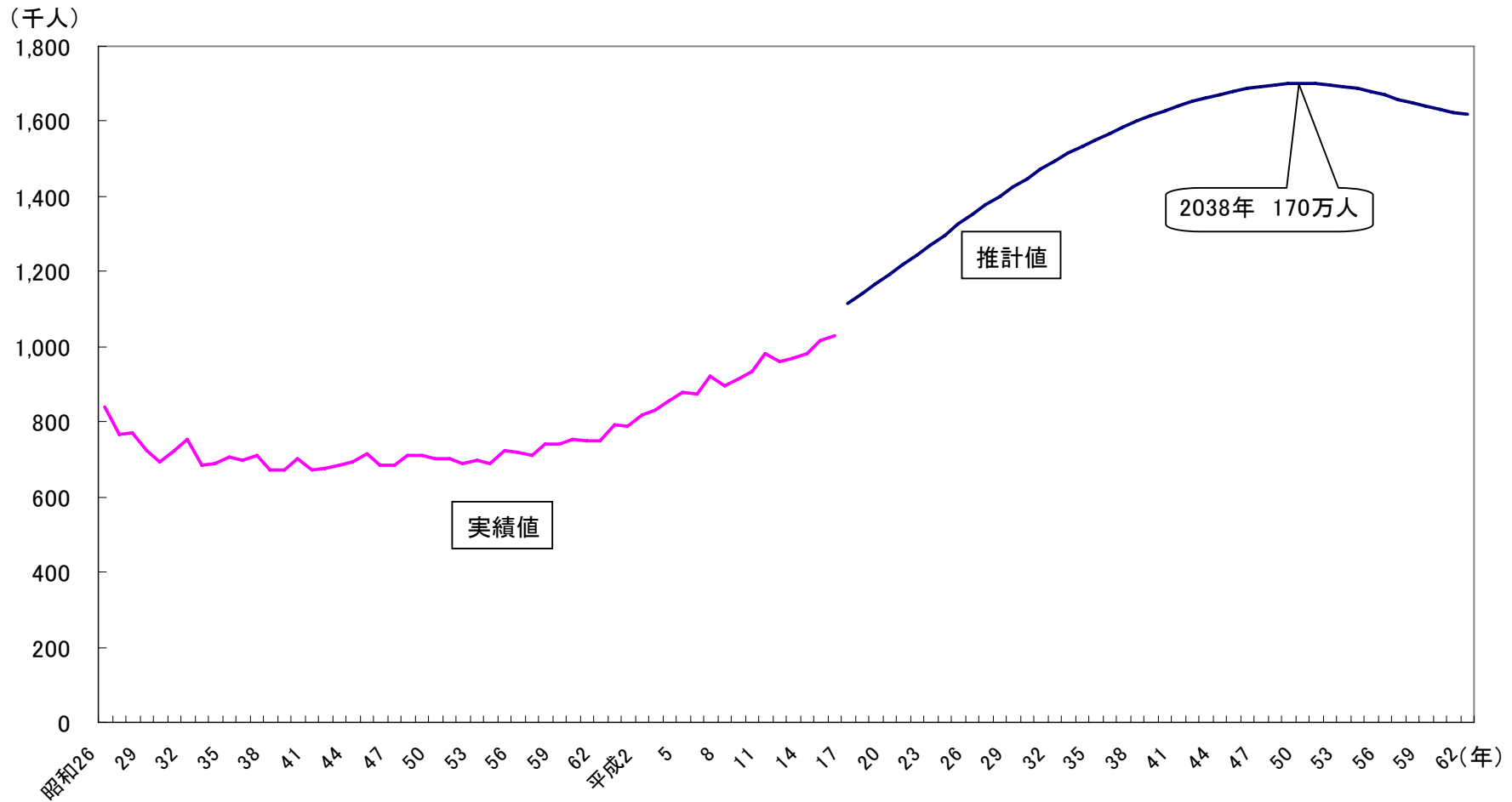
- 医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料:「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)



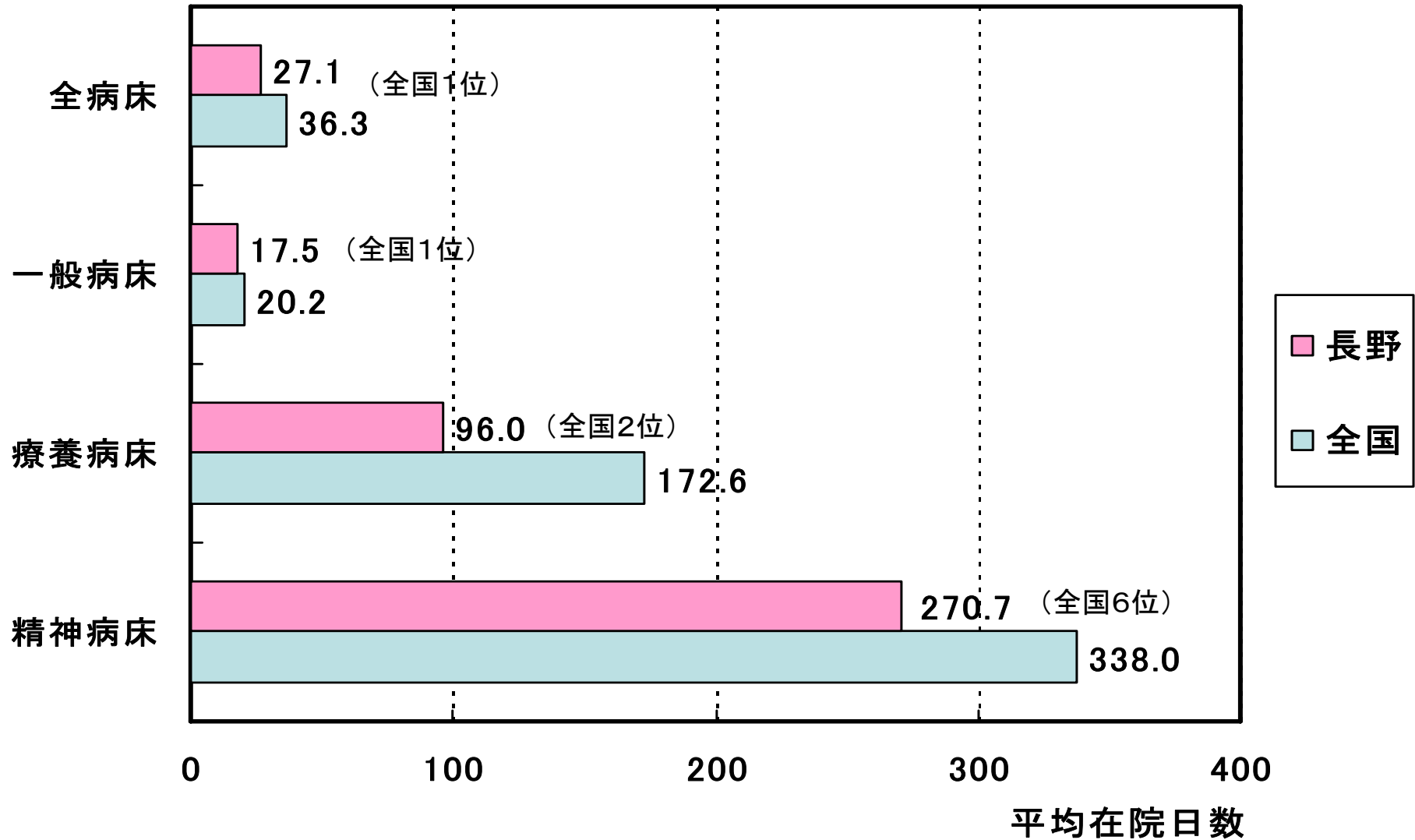
# 死亡数の年次推移



資料:平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」  
平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」(中位推計)

# 病床別に見た全国平均と長野県の平均在院日数の比較

(平成16(2004)年)

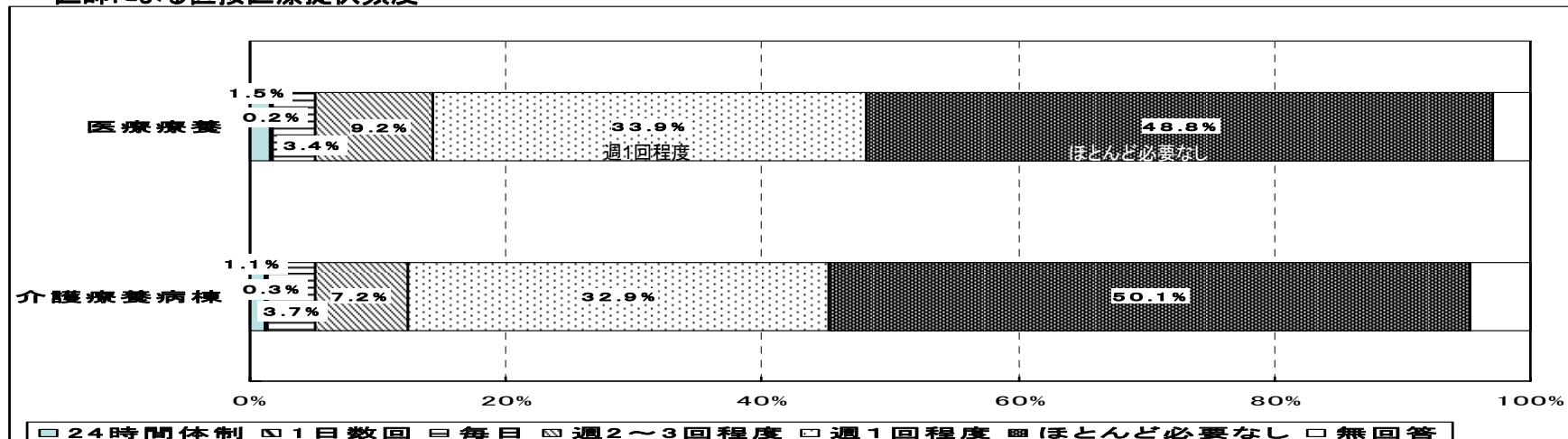


出典:平成16(2004)年病院報告

# 療養病床の現状

○ 療養病床の入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない人が概ね5割。

医師による直接医療提供頻度



[中医協「慢性期入院医療実態調査」(平成17年11月11日中医協資料)]

○ 我が国の平均在院日数は国際的に見て極めて長い。特に療養病床が重要な要因の一つ。

(1) 平均在院日数(平成15年病院報告)

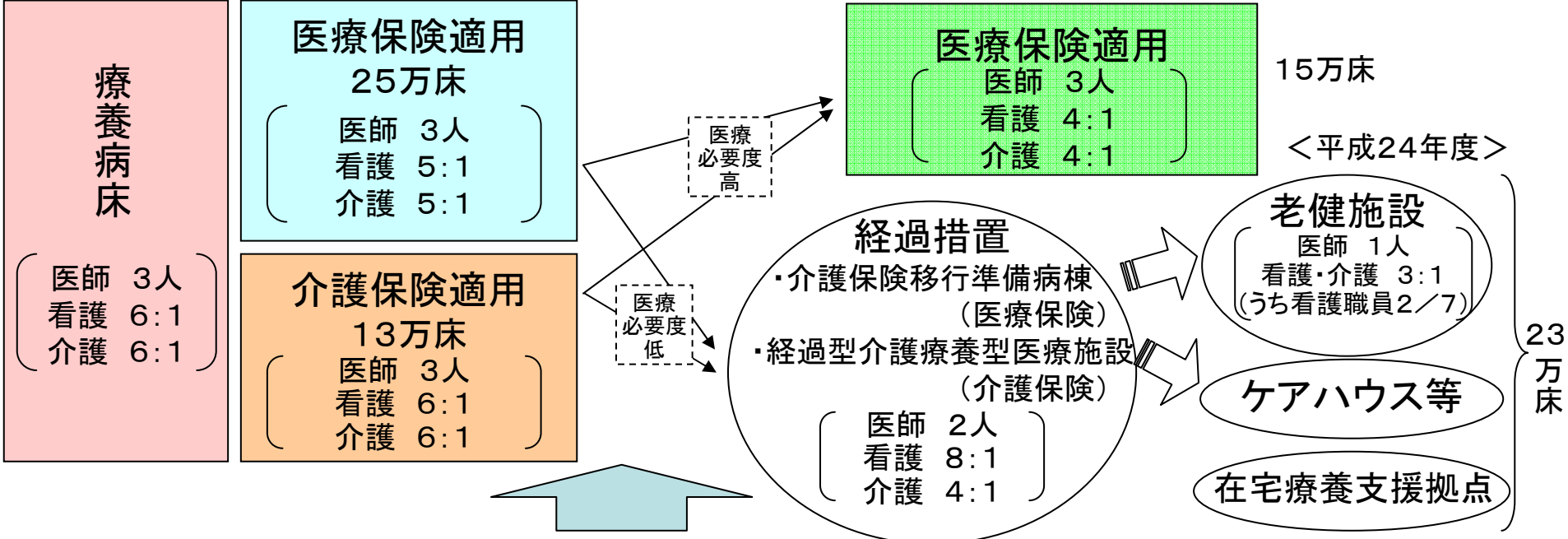
全病床	その他の病床等	
	一般病床等	療養病床等
36.4	20.7	172.3

(2) 医療提供体制の各国比較(2003年)(OECD Health Data 2005)

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
平均在院日数	36.4	10.9	13.4	7.6	6.5
人口千人当たり病床数	14.3	8.9	7.7	4.2	3.3

# 医療の必要性に応じた療養病床の再編成

- ①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、
- ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなくケアハウス等の居住系サービス又は老健施設等で受け止めることで対応する。

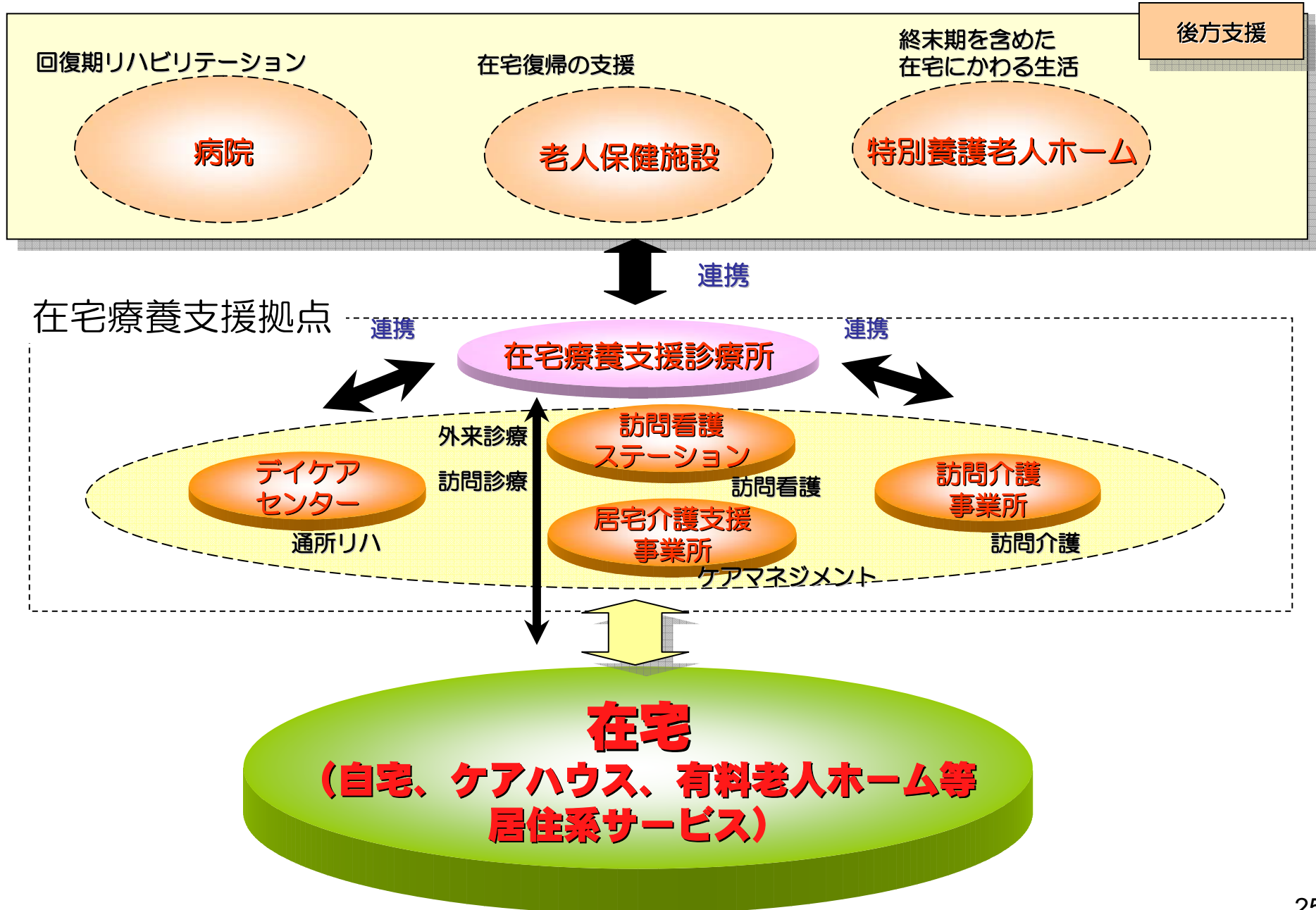


平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

※ 介護療養型医療施設の廃止（平成24年3月）

- (1) **医師・看護職員の配置等が緩和された「経過型介護療養型医療施設(仮称)」の創設** [介護報酬改定]  
将来的な老健施設等への移行を視野に入れた平成23年度末までの経過措置
- (2) **医療の必要性による区分の導入** [診療報酬改定]
  - ・医療の必要性の高い患者については評価を引き上げ、低い患者については評価を引き下げ
  - ・医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合について、「介護保険移行準備病棟(仮称)」を平成23年度末までの経過措置として創設

# 在宅療養支援拠点イメージ～地域で支えるケアの構築～



# 療養病床が転換するときの支援措置

○療養病床について、老人保健施設等への転換を進めるため、転換支援の助成等を行うとともに、介護保険において、平成23年度までに必要な受け入れを図る。

## 医療保険財源による転換支援措置(医療療養病床が対象)

※医療療養病床を老人保健施設又は居住系サービス施設に転換するために要する費用を助成

※上記助成創設までは医療提供体制施設整備交付金(都道府県交付金)のメニュー項目の活用により対応

医療療養病床

介護療養病床

病床転換

老人保健施設

ケアハウス

有料老人ホーム等

グループホーム

在宅療養支援拠点

## 市町村交付金による支援(介護療養病床が対象)

※介護療養型医療施設等の機能転換を促進

医師・看護職員等の配置等が緩和された経過的類型

注: 現行の療養病床のほかに、将来的な老人保健施設や居住系サービス等への転換を念頭に移行促進措置を設ける

療養病床が老健施設に転換する場合の施設基準の緩和

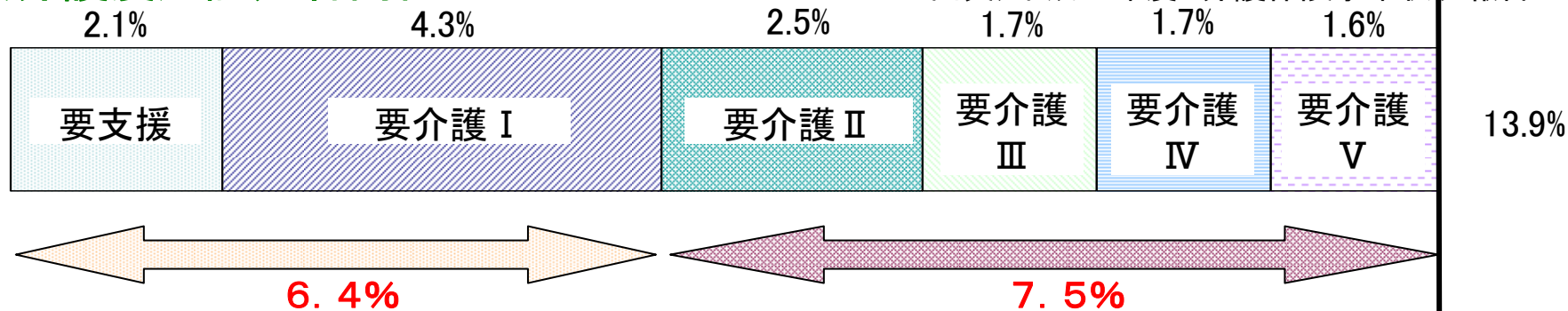
注: 既存の建物をそのまま活用して老人保健施設に円滑に転換できるよう、6年間は1床当たり面積を6.4㎡(老人保健施設は8㎡)で可とするなど、経過的に施設基準を緩和

第4期の介護保険事業計画において病床の転換が円滑に行われるよう参酌標準を見直し(健保法改正法の附則で措置)

# 65歳以上人口に占める認定者数、 各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

## ○要介護度別認定者割合

出典)平成14年度 介護保険事業状況報告



## ○各国の高齢者の居住状況(定員の比率)

日本 (2002)	※ (0.8%)	介護保険3施設 (3.2%)	4.0%
英国 (1984)	リタイアメント・ハウジング (5.0%)	老人ホーム (3.0%)	8.0%
スウェーデン (1990)	サービス・ハウス (5.6%)	老人ホーム (3.0%)	8.6%
デンマーク (1989)	サービス付高齢者住宅・ 高齢者住宅(3.7%)	老人ホーム(プライエム) (5.0%)	8.7%
米国 (1992)	リタイアメント・ハウジング (5.0%)	ナーシング・ホーム (5.0%)	10.0%

※シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホーム  
出典)「世界の高齢者住宅」園田真理子氏(日本建築センター)



# 介護が付いている住まいの一般化

- 特定施設の対象を、現行の有料老人ホームと軽費老人ホームに加え、高齢者向け優良賃貸住宅等の一定の要件を満たした「住まい」にまで拡大。
- このような「住まい」を特定施設の対象とする一方で、利用者保護の観点から、情報開示、登録・届出制度等により、行政が適切に関与することが必要。

## 現行の特定施設

有料老人ホーム  
軽費老人ホーム  
(ケアハウス)

## 特定施設の対象の拡大

<次の要件を満たす住まいにまで対象を拡大>

### ○住まい：

バリアフリー  
住まいとしてふさわしい居住水準  
住み続けの保障

### ○生活支援サービス：

365日24時間の安心を保障

### ○介護サービス：

「早めの住み替え」「要介護になってからの住み替え」それぞれの形態に対応した多様なサービス提供形態

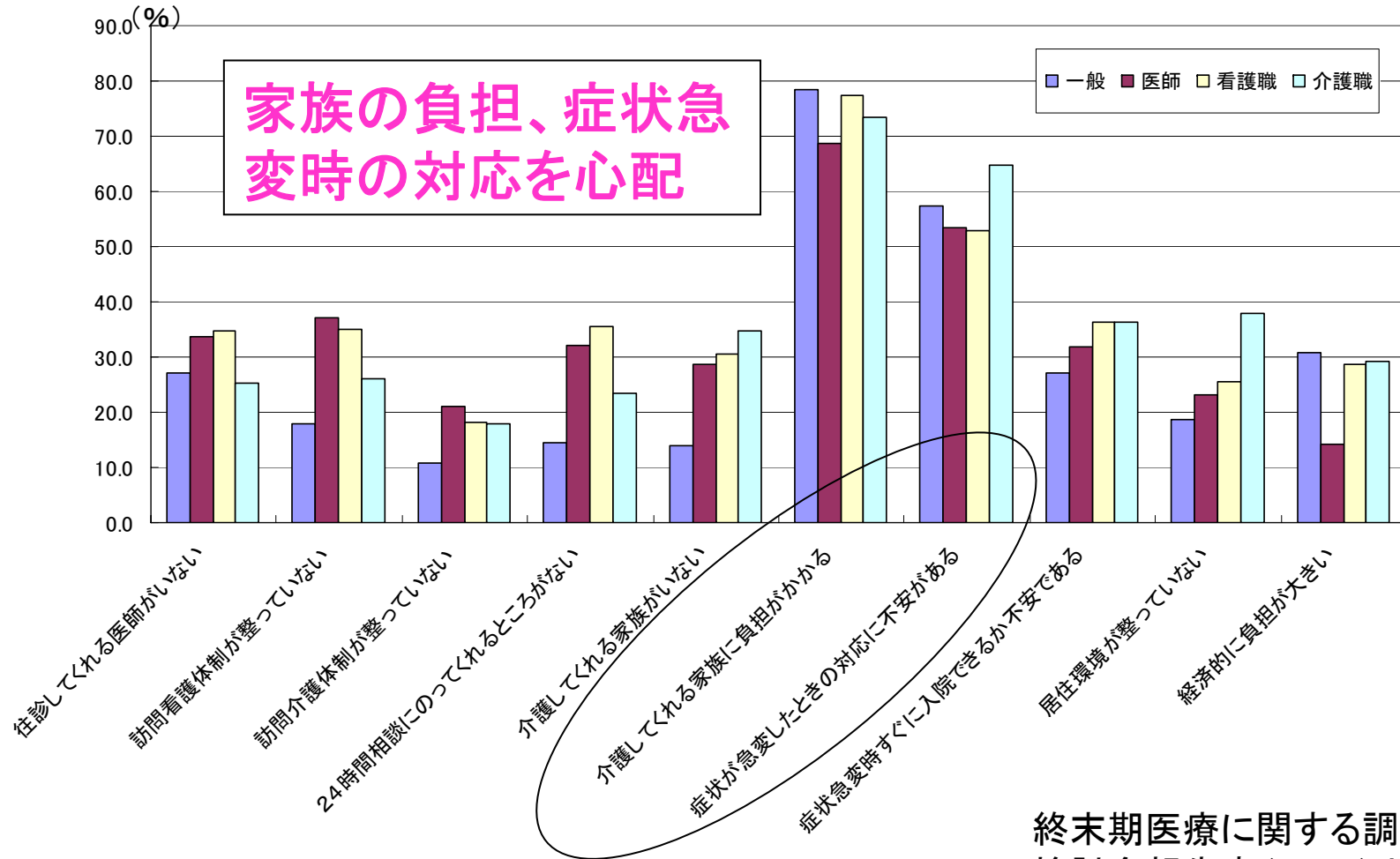
## 行政の適切な関与

- ◇ 情報開示のルール
- ◇ 登録・届出制度等



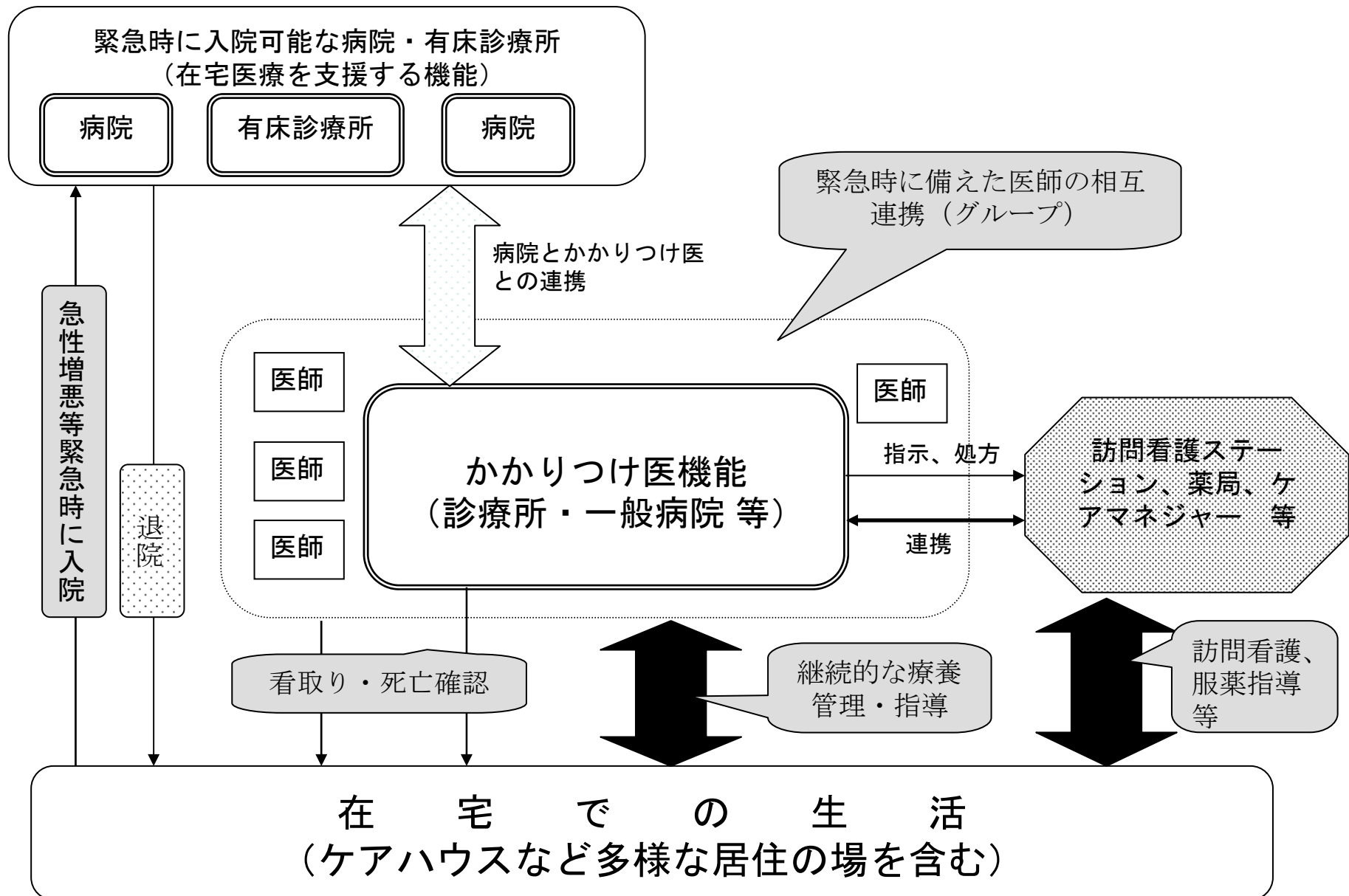
# 自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかもお答えください。



終末期医療に関する調査等  
検討会報告書(H16)より

## 在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ





# 医療費適正化計画の骨格

## 基本的考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
  - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少 (平成27(2015)年度)
  - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小 (同上)

国

共同作業

都道府県

- 医療費適正化基本方針・全国医療費適正化計画の作成
- 都道府県における事業実施への支援
  - ・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し
  - ・ 医療提供体制の整備
  - ・ 人材養成
  - ・ 病床転換に関する財政支援
- 政策目標を実現した場合の医療費の見通し
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施
  - (生活習慣病対策)
    - ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
    - ・ 市町村の啓発事業の指導
  - (在院日数の短縮)
    - ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
    - ・ 病床転換の支援
- 政策目標を実現した場合の医療費の見通し
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

## 実績評価の結果を踏まえた措置

- 都道府県に配慮して診療報酬を定めるように努める(※)
- 都道府県と協議の上、適切な医療を効率的に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる  
※設定にあたっては中医協において審議
- 診療報酬に関する意見を提出することができる(※)
- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

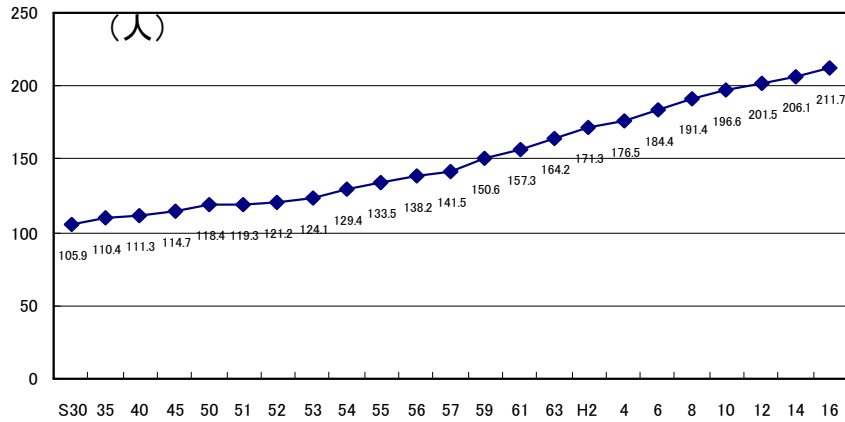
保険者

(※)については中間年における進捗状況の評価時と同様

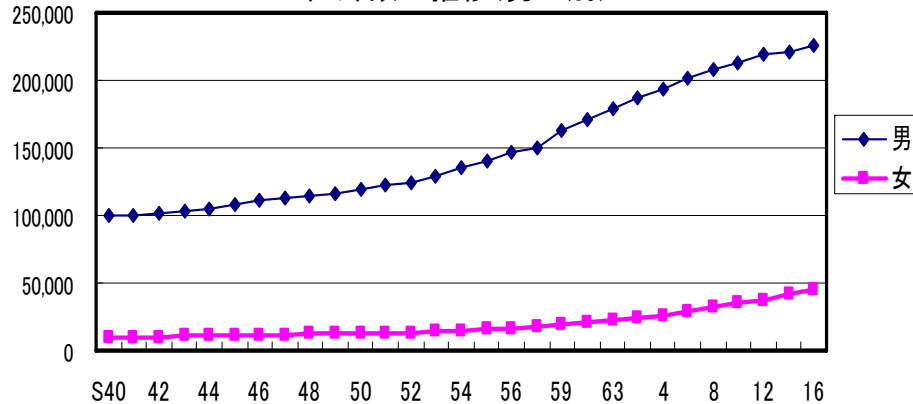
- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

医師数全体は増加している中で、女性医師比率の高まり等とあいまって、産科、小児科の医師数は減少又は低い伸びにとどまり、地域によって、特に病院勤務の医師の確保が困難となっている。

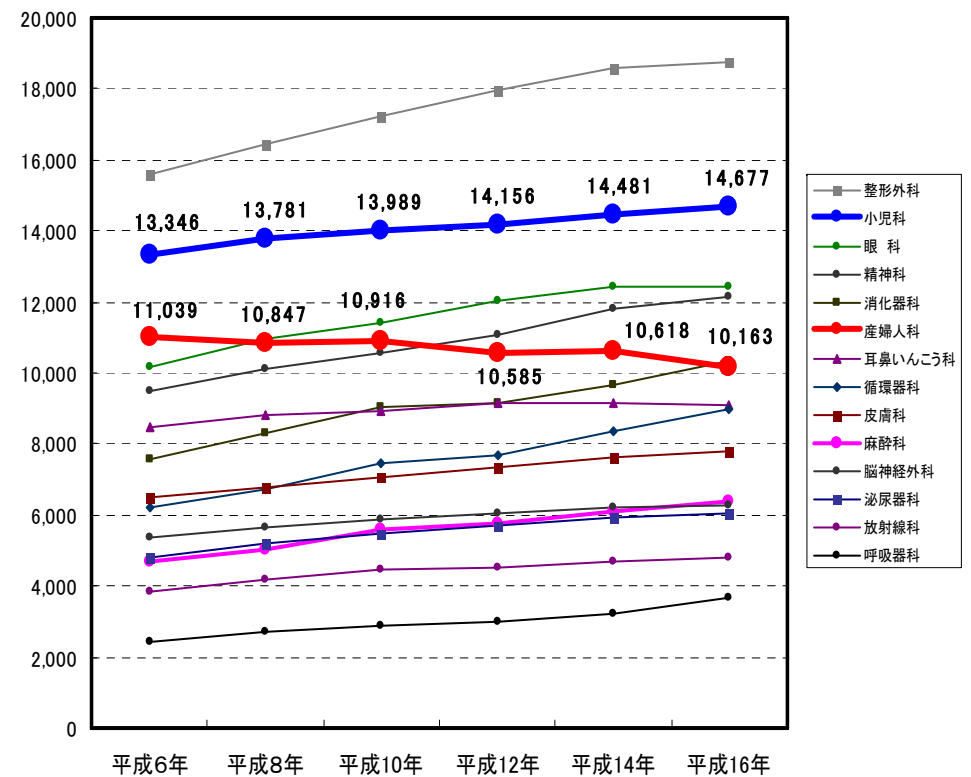
人口10万対医師数の年次推移



医師数の推移(男女別)



診療科別(主たる)医師数の年次推移



いずれも医師・歯科医師・薬剤師調査

# 医師確保に向けた総合的対応

～へき地等の特定地域や小児救急医療・産科医療等の特定分野での医師偏在問題への対応～

## 【問題の背景】

各病院に小児科医・産科医が1人ずつ配置されるなど広く薄い配置による厳しい勤務環境

病院(勤務医)への夜間・休日患者の集中

臨床研修必修化などの影響による大学医局の医師派遣等の調整機能の低下

女性医師(特に産科・小児科に多い)の増加

特に産科におけるリスクの高まりや訴訟の増加に対する懸念

病院勤務医を中心とした医師不足感の高まり

## 【対応】

◇小児救急・産科の医療機能の集約化・重点化の推進  
◇夜間・休日等の小児救急医療を行う病院に対する運営費補助金の増額(H18)

◇医療計画制度の見直し等を通じた地域における医療の連携体制の構築  
◇小児救急電話相談事業(「#8000」)や輪番制・かかりつけ小児科医の普及等による開業医による軽症患者の受け止め

◇都道府県と地域の医療関係者(大学医局・大学病院等)との協議の場を制度化:医師派遣など実効性ある医師確保策を検討・実施

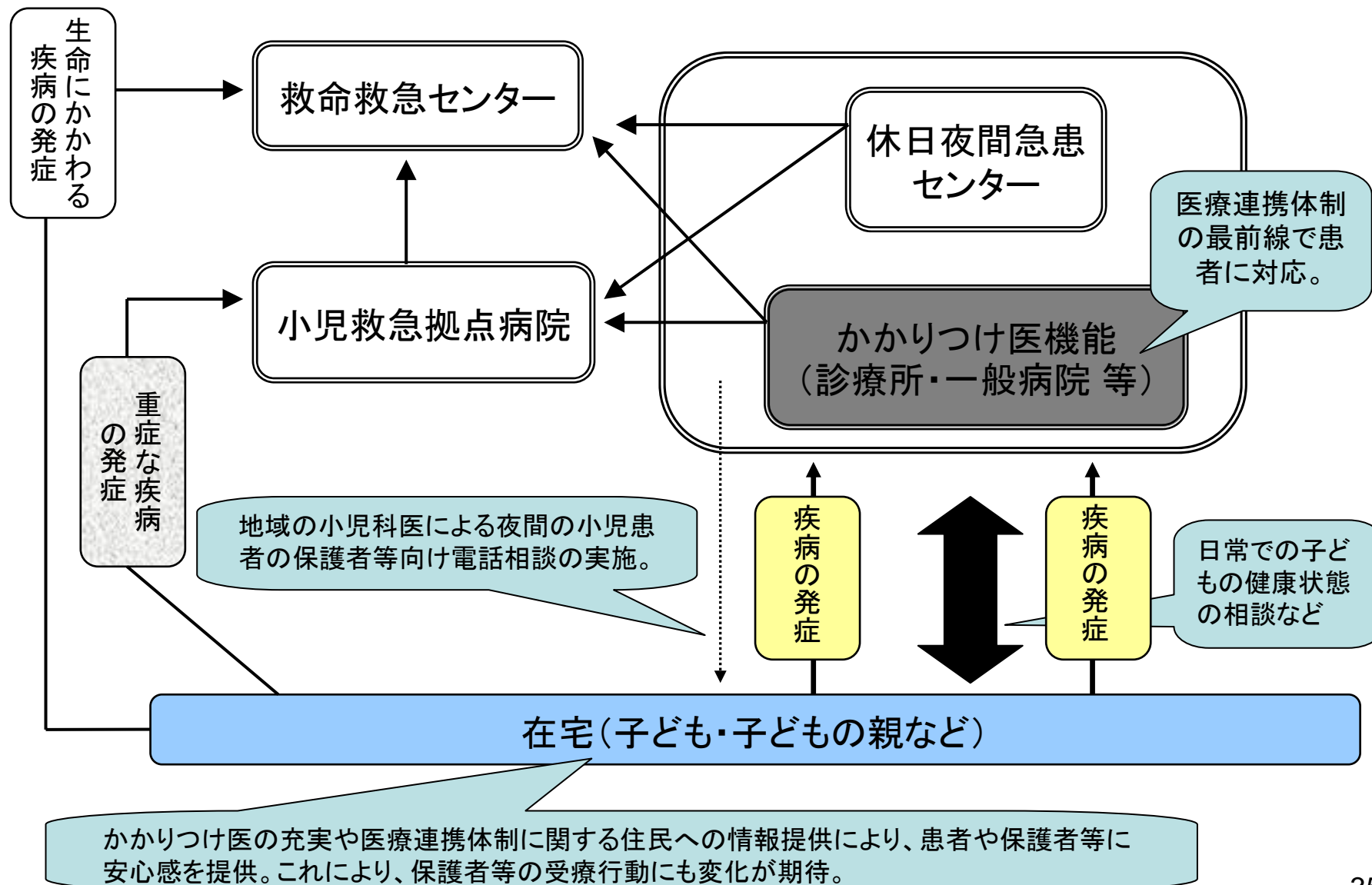
◇子育て期の女性医師の就労支援等のため「女性医師バンク(仮称)」の設立(H18)

◇「診療行為に関連した死亡」を対象に中立的に原因究明を行うモデル事業(H17～) → 死因究明制度等の制度化の検討

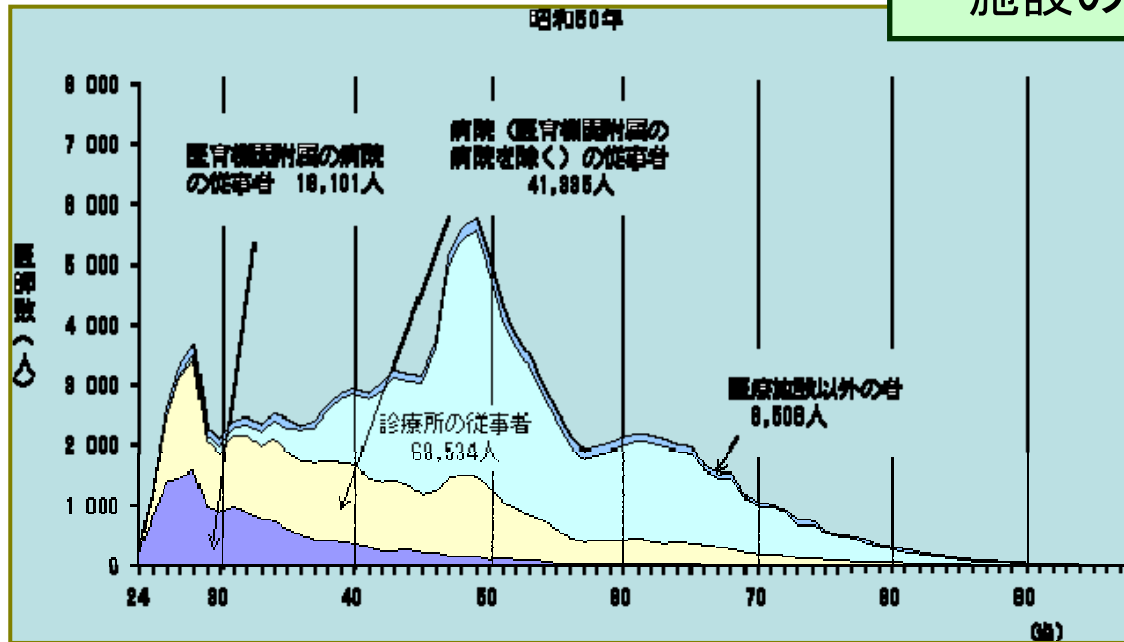
◇H18改定における重点的評価【診療報酬】  
① 小児医療に係る地域の中核的な病院  
② 深夜の小児救急医療  
③ 産科医療におけるハイリスク分娩

制度・予算・診療報酬など総合的対策を実施

# 医療連携体制のイメージ(「小児救急」の場合)

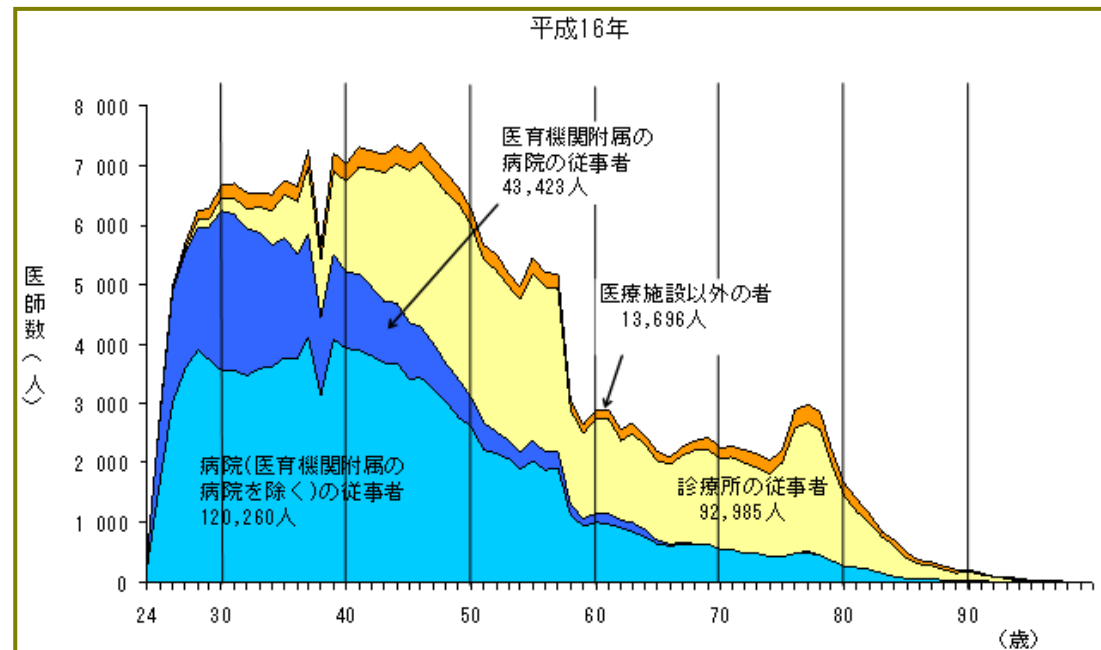


# 施設の種別に応じた医師数(年齢別)



昭和50年

平成16年



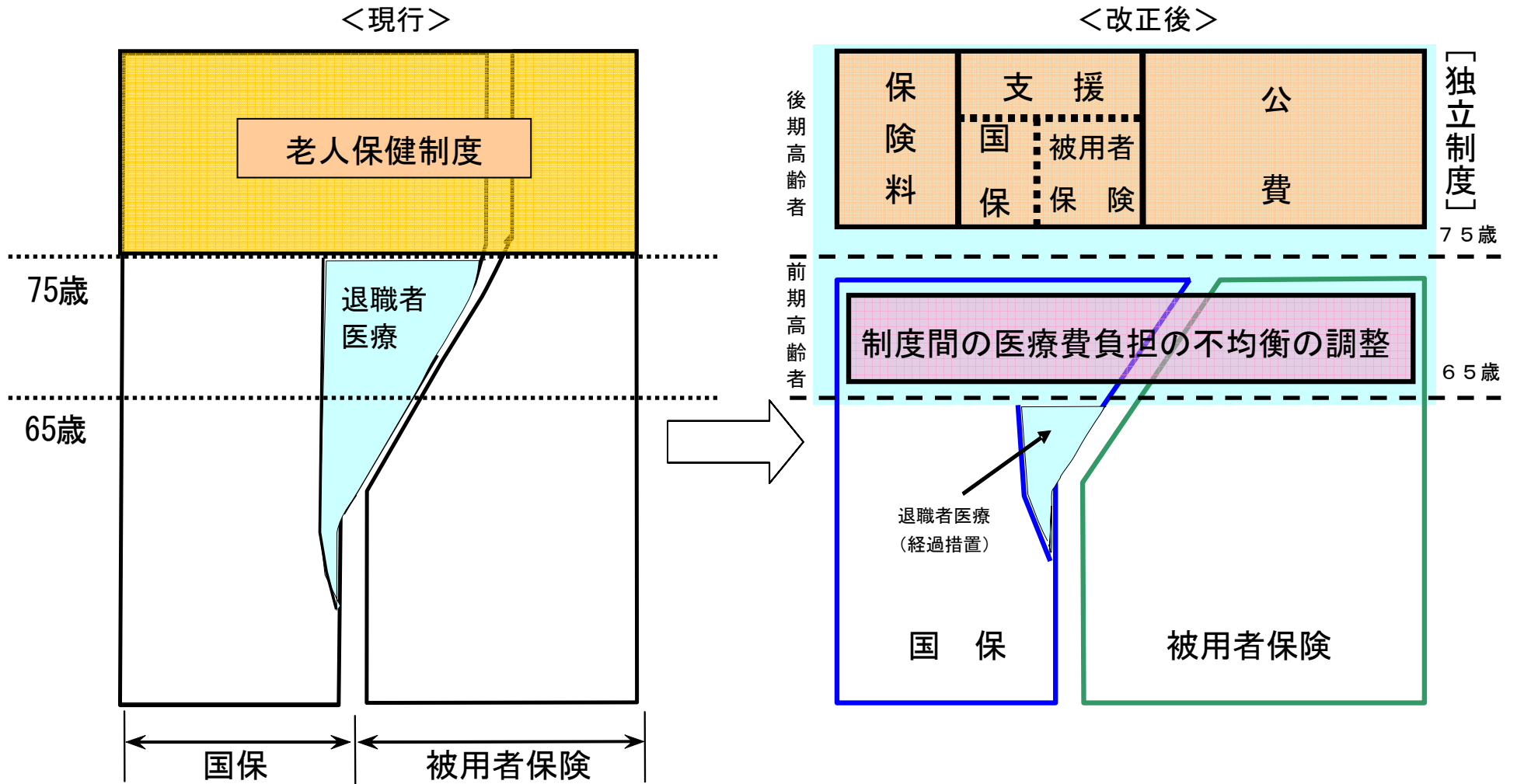
※ 医師・歯科医師・薬剤師調査



## 保険給付の内容・範囲の見直し等

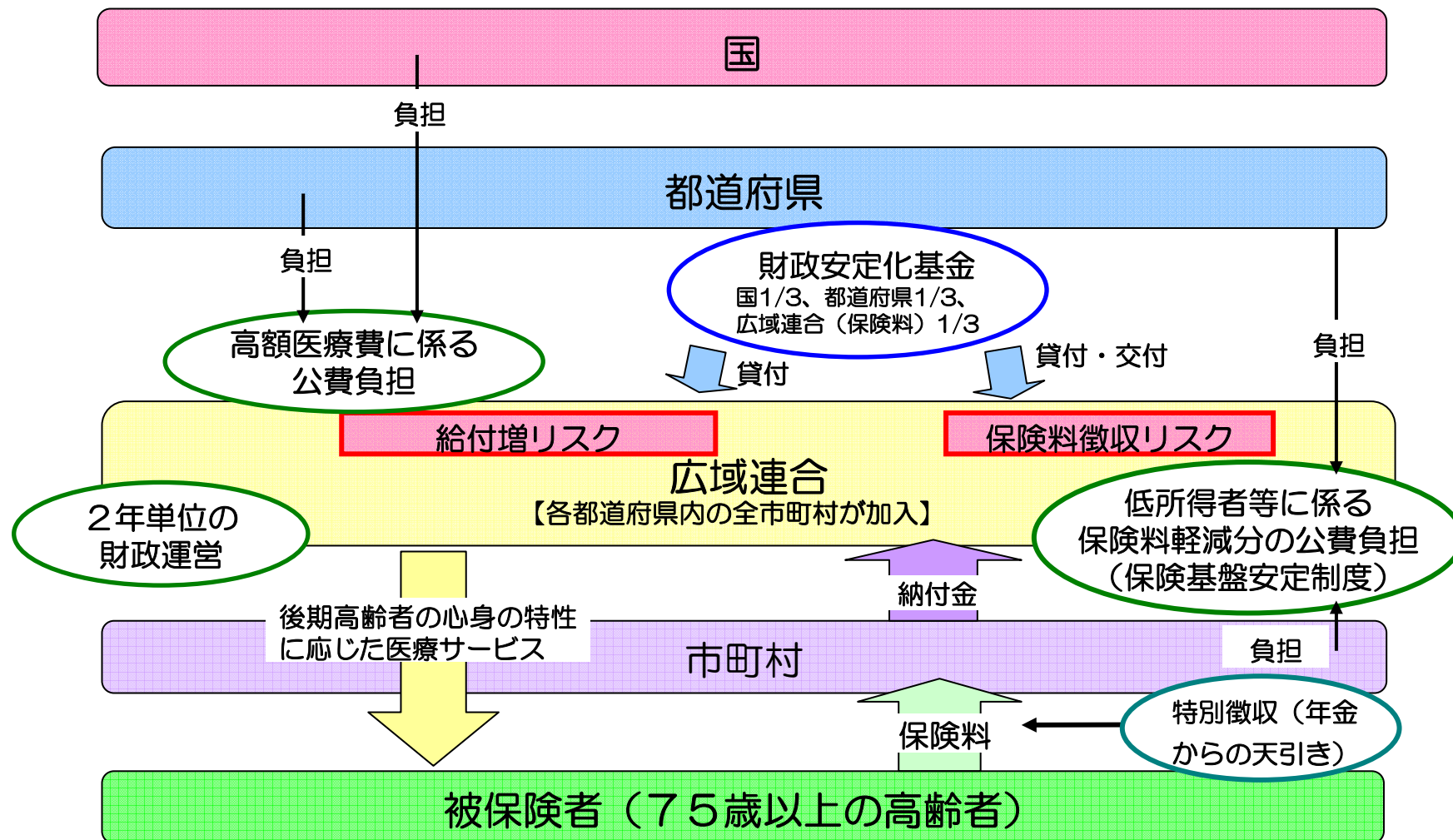
- 高齢者の患者負担の見直し(現行:70歳未満3割、70歳以上1割(ただし、現役並み所得者2割))
  - ・ 現役並み所得の70歳以上の者は3割負担 (平成18年10月～)
  - ・ 新たな高齢者医療制度の創設に併せて高齢者の負担を見直し (平成20年4月～)  
70～74歳 2割負担、75歳以上 1割負担(現行どおり)
- 療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担引上げ (平成18年10月～)
- 高額療養費の自己負担限度額の引上げ  
高額療養費の自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ、賞与を含む報酬総額に見合った水準に引上げ (平成18年10月～)  
併せて、高齢者医療制度の創設に伴い見直し (平成20年4月～)
- 現金給付の見直し
  - ・ 出産育児一時金の見直し(30万円→35万円) (平成18年10月～)
  - ・ 傷病手当金及び出産手当金の支給水準の引上げ・支給範囲の見直し (平成19年4月～)
  - ・ 被用者保険の埋葬料の定額化(5万円) (平成18年10月～)
- 乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大 (平成20年4月～)  
高齢者医療制度の創設に併せて、乳幼児に対する自己負担軽減(2割負担)の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前までに拡大
- 高額医療・高額介護合算制度の創設 (平成20年4月～)
- 保険料賦課の見直し
  - ・ 標準報酬月額の上下限の範囲の拡大 (平成19年4月～)
  - ・ 標準賞与の範囲の見直し (平成19年4月～)

# 新たな高齢者医療制度の創設(平成20年4月)



## 国・都道府県による財政リスクの軽減

運営については、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う。広域連合の財政リスクの軽減については、国・都道府県が共同して責任を果たす仕組みとする。



# 医療費適正化のための地域における取組と保険者の再編・統合

A 県	B 県	C 県	D 県
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院医療費が高い</li> <li>・入院期間が長い</li> <li>・病床数が多い</li> <li>・入院受療率が高い（特に高血圧、糖尿病）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・外来医療費ともに低い</li> <li>・入院期間が短く、外来の受診頻度が低い</li> <li>・病床数が少ない</li> <li>・入院、外来とも受療率が低い（特に入院では高血圧、糖尿病、外来では糖尿病、虚血性心疾患）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来医療費が高い</li> <li>・外来の受診頻度が高い</li> <li>・病床数は全国平均並み</li> <li>・外来受療率が高い（特に虚血性心疾患）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院医療費が高く、外来医療費が低い</li> <li>・入院期間が長く、外来の受診頻度が低い</li> <li>・病床数がやや多い</li> <li>・入院受療率が高く（特に高血圧、糖尿病）、外来受療率が低い（特に虚血性心疾患、高血圧）</li> </ul>

◎医療の地域特性（病床数・平均在院日数等の医療提供体制の状況、生活習慣病等の患者の受診動向等）を反映して、都道府県ごとの医療費の格差も大きい

### 地域における取組

（都道府県単位で保険者・医療機関・地方公共団体が協力）

- ・医療の地域特性の調査・分析・評価
- ・医療費の適正化に向けた取組
  - 生活習慣病対策の推進
  - 医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮
  - 地域における高齢者の生活機能の重視（在宅医療の推進、居住系サービスの充実）

### 地域における保険者の連携・協力による取組

### 保険者の再編・統合と地域における取組への参加

<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"><b>【市町村国保】</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>○小規模保険者の保険運営の広域化を図るため、都道府県が積極的な役割を果たす</li> <li>○保険財政の安定化と保険料の平準化を促進する観点から共同事業の拡充を図る</li> <li>○国保財政基盤強化策について総合的に見直す</li> </ul>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"><b>【政管健保】</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>○国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として設立</li> <li>○都道府県単位の財政運営を基本とし、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定する</li> </ul>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"><b>【健保組合】</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>○同一都道府県内の健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健保組合の設立を</li> </ul>
---	---	---