在宅医療の推進について

2013年6月28日
第98回市町村セミナー

厚生労働省医政局指導課
在宅医療推進室

背景

在宅医療の推進に関する各種制度の変遷

診療報酬

- 1980年 在宅医療における指導管理料の新設
  インスリン在宅自己注射指導管理料の創設
- 1984年 緊急往診の加算創設
- 1986年 訪問診療の概念導入
  寝たきり老人訪問診療料の新設
  各種の指導管理料の新設
- 1992年 在宅医療の包括点数の原型が誕生
  寝たきり老人在宅総合診療料
- 1994年 各種指導料、管理料の創設
  在宅時医学管理料、在宅末期総合診療料、ターミナルケア加算
- 1996年 在宅終末期医療の評価の充実
  在宅末期医療総合診療料の適用拡大
  在宅患者末期訪問看護指導料新設等
- 2000年 24時間の在宅医療の提供体制の評価
  24時間連携加算の創設
- 2004年 重症者・終末期患者に対する在宅医療の充実
  在宅終末期医療の評価の充実
  重症者への複数回訪問看護の評価
- 2006年 在宅で療養する患者のかかりつけ医機能の確立と在宅療養の推進
  在宅療養支援診療所の創設
- 2008年 高齢者医療制度の創設に併せた在宅医療の充実と評価
  在宅療養支援病院の創設
- 2012年 在宅医療の充実と評価
  機能強化型在宅療養支援診療所・病院の創設

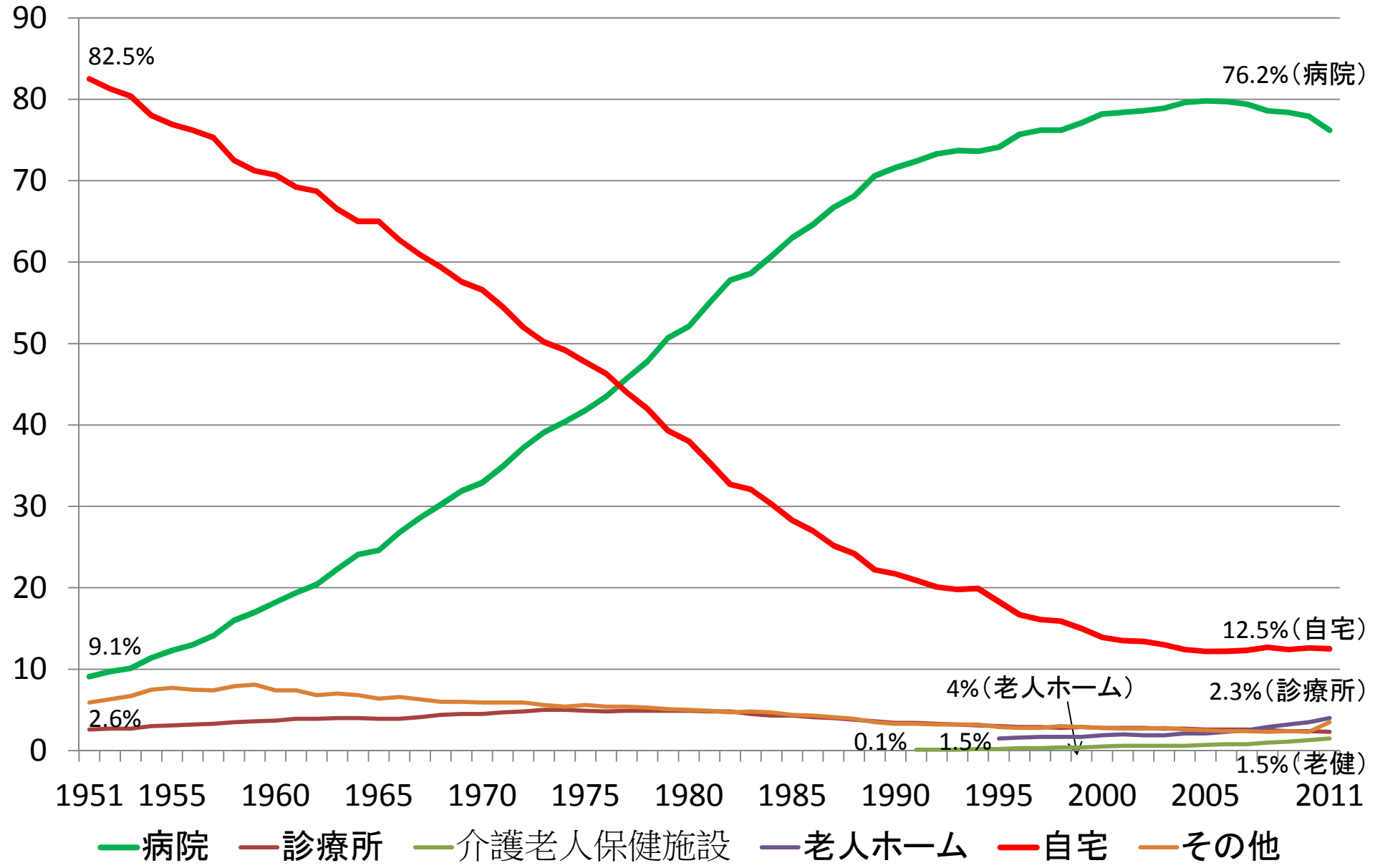
医療法・予算

- 1985年 第1次医療法改正
  地域医療計画の創設
- 1992年 第2次医療法改正
  「居宅」が医療提供の場として位置づけられる
- 1997年 第3次医療法改正
  地域医療支援病院の創設
- 2000年 第4次医療法改正
  病床機能分化
- 2004年～ ・訪問看護推進事業（57百万円）
- 2006年 第5次医療法改正
  ・医療機能分化・連携
  ・在宅医療の確保に関する事項を医療計画に位置づけ
- 2011年 ・在宅医療連携拠点事業（108百万円）
- 2012年 ・在宅医療に係る体制構築の指針を発出）
  ・在宅医療連携拠点事業（2100百万円）

その他

- 1973年 老人福祉法改正
  老人医療費の無料化
- 1980年 老人福祉法改正
  老人医療費の有料化
- 1982年 老人保健法制定
  疾病の予防・治療・機能訓練の保健事業を総合的に実施
- 1986年 老人保健法改正
  老人保健施設の創設等
  長寿社会対策大綱閣議決定
  在宅サービスの拡充
- 1989年 ゴールドプラン
  市町村における在宅福祉対策の緊急整備
- 1990年 福祉8法改正
  在宅福祉サービスの推進を目的に8法を一括改正
- 1991年 老人保健法改正
  老人訪問看護Stの創設
- 1992年 福祉人材確保法および看護婦等人材確保法の制定
  ゴールドプランの円滑な実施を図るための福祉人材確保
- 1994年 健康保健法等改正
  在宅医療を「療養の給付」として位置づけ
  指定訪問看護制度の創設
  21世紀福祉ビジョン
  21世紀に向けた新たな介護システムの構築等
- 1995年 高齢社会対策基本法の成立
  適切な介護のサービスを受けることができる基盤の整備
  新ゴールドプラン
  ゴールドプランの数値目標の上方修正
- 2000年 介護保険法施行
  ゴールドプラン21
  訪問介護倍増等
- 2006年 介護保険の改正
  介護予防の重視等

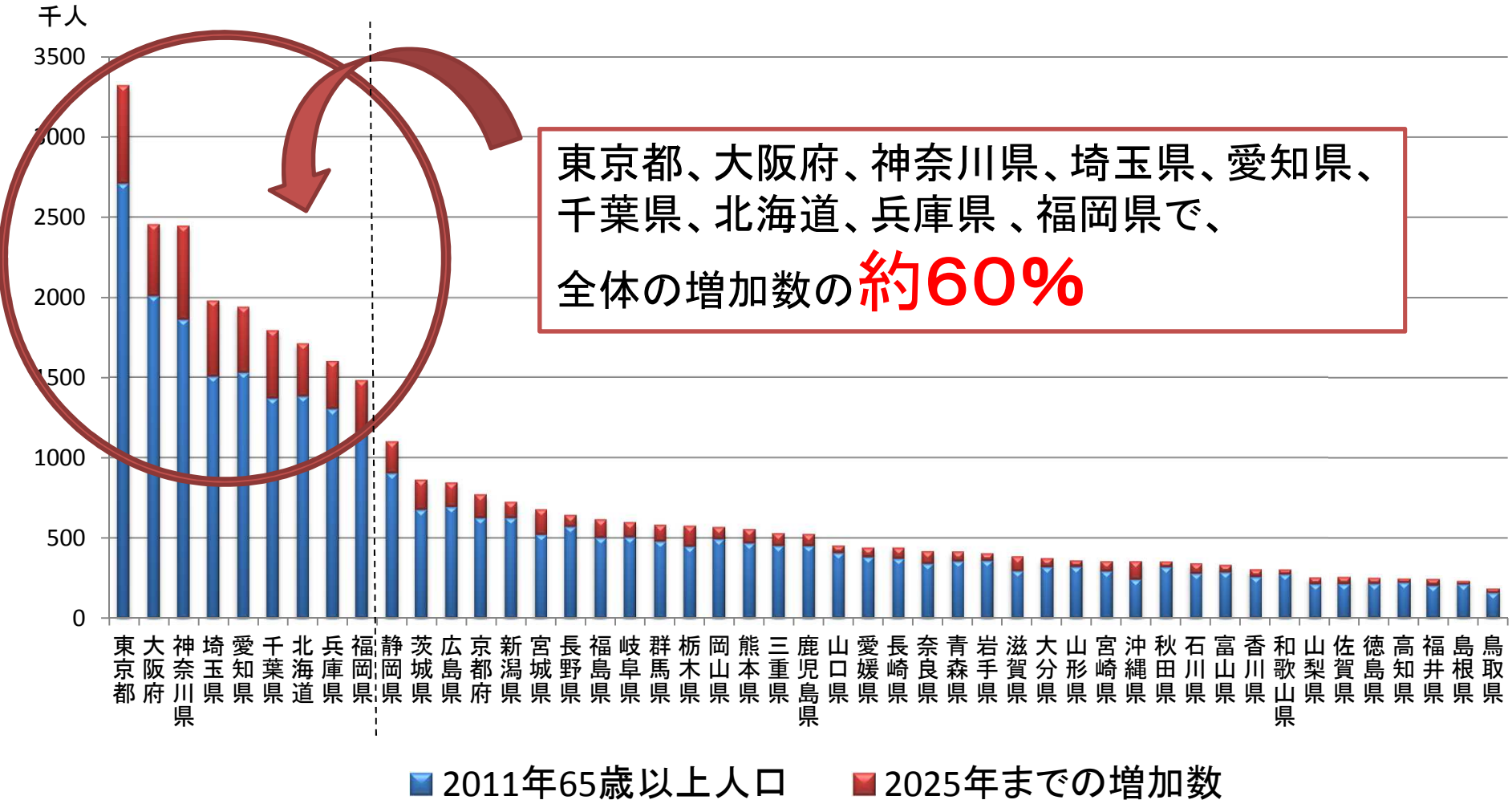
死亡場所の推移



※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「人口動態統計」

都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数
（2011年 → 2025年）



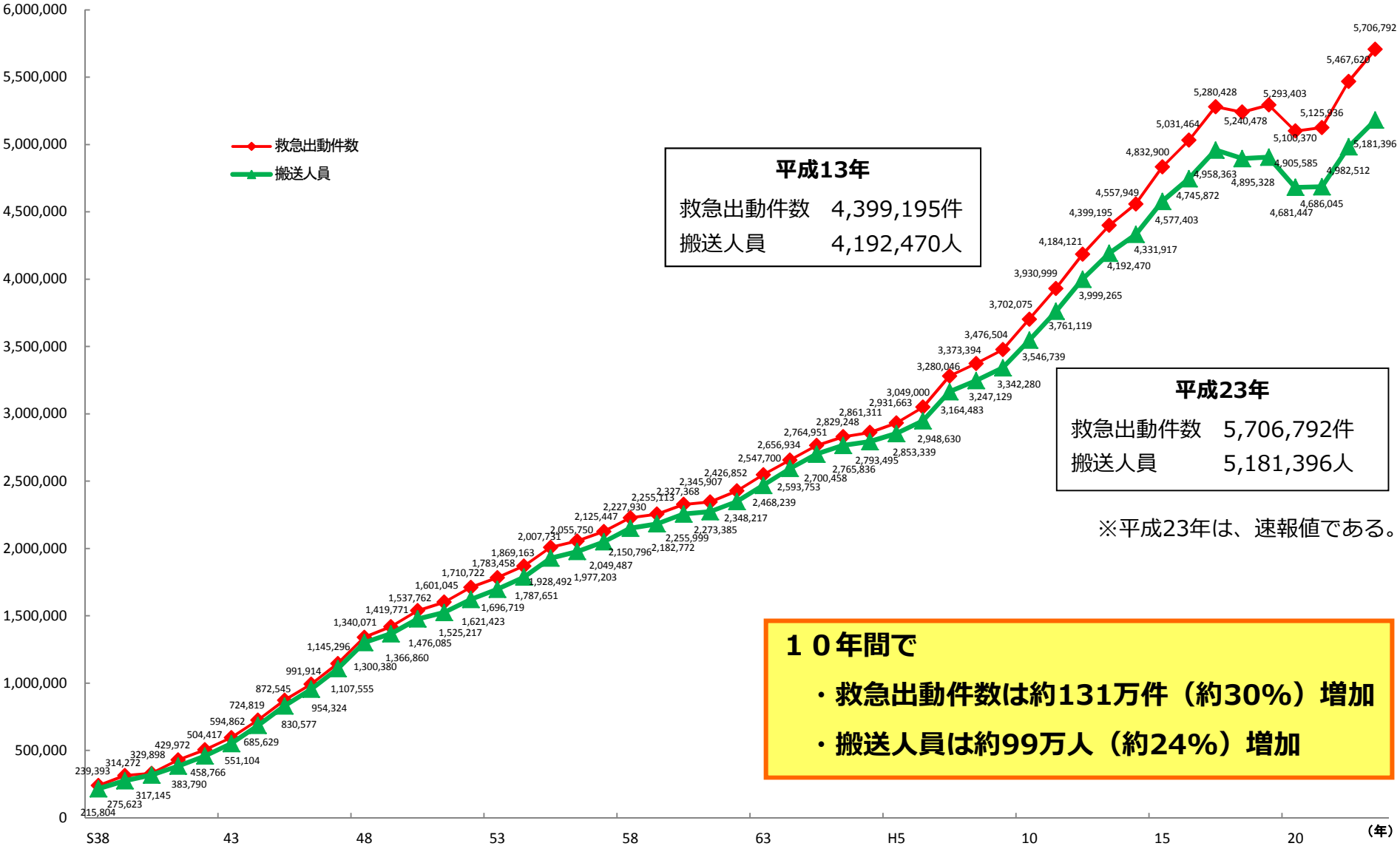
東京都、大阪府、神奈川県、埼玉県、愛知県、千葉県、北海道、兵庫県 、福岡県で、

全体の増加数の**約60%**

出典：総務省統計局「人口推計（平成23年10月1日現在）」
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）中位推計」

救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、３年連続の増加となり、過去最多となった。



平成13年

救急出動件数　4,399,195件

搬送人員　4,192,470人

平成23年

救急出動件数　5,706,792件

搬送人員　5,181,396人

※平成23年は、速報値である。

１０年間で

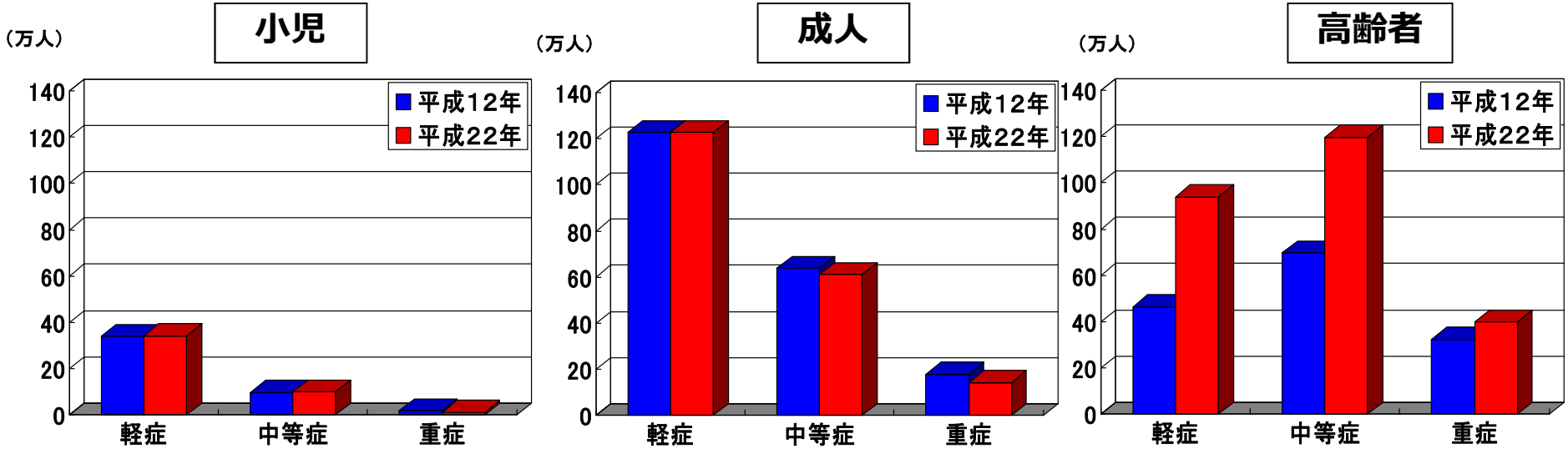
- **救急出動件数は約131万件（約30%）増加**
- **搬送人員は約99万人（約24%）増加**

（注）１　平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
２　各年とも1月から12月までの数値である。

「平成23年救急・救助の現況」（総務省消防庁）

10年間の救急搬送人員の変化（年齢・重症度別）

○　救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成１２年中

全体	小児	成人	高齢者
重症	1．9万人	18．0万人	32．5万人
中等症	9．9万人	63．9万人	69．8万人
軽症	34．1万人	122．8万人	46．5万人

平成２２年中

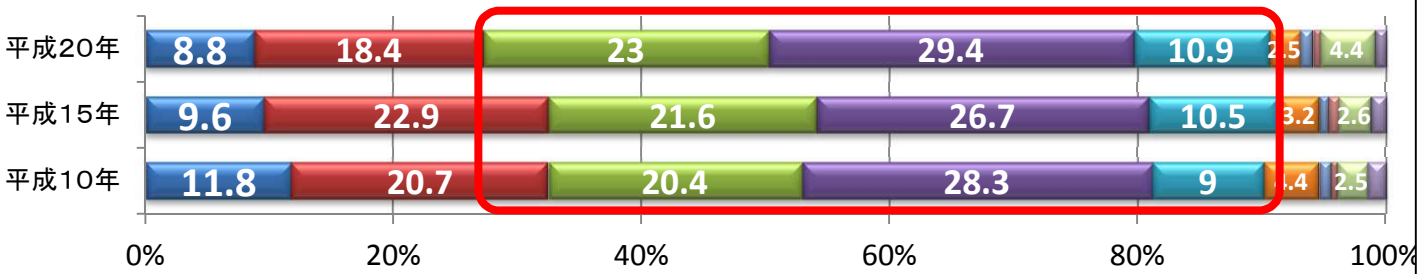
全体	小児 （18歳未満）	成人 （18歳～64歳）	高齢者 （65歳以上）
重症	**1．3万人** 0．6万人減 －32%	**14．3万人** 3．7万人減 －21%	**39．9万人** 7．4万人増 ＋23%
中等症	**10．2万人** 0．3万人増 ＋3%	**61．2万人** 2．7万人減 －4%	**119．8万人** 50万人増 ＋72%
軽症	**34．2万人** 0．1万人増 ＋0．3%	**122．8万人** ±0%	**93．9万人** 47．4万人増 ＋102%

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータを基に分析したもの

在宅医療に関する国民のニーズ

○　自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」**と回答した（上図）。
○　また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**（下図）。
○　住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

■終末期の療養場所に関する希望

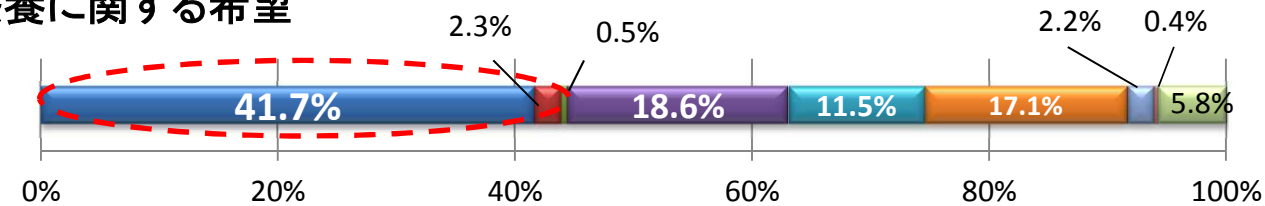


- なるべく今まで通った（または現在入院中の）医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど）で積極的に治療が受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- 分からない
- 無回答

○調査対象及び客体
・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
○調査の方法
郵送法
○回収数
2,527人（回収率50.5%）

出典：終末期医療に関する調査（各年）

■療養に関する希望



- 自宅で介護してほしい
- 子どもの家で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 介護老人保健施設を利用したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- 民間有料老人ホーム等を利用したい
- その他
- わからない

○調査対象
全国の55歳以上の男女5,000人
○調査の方法
調査員による面接聴取法
○標本抽出方法
層化二段無作為抽出法
○回収数
3,157人（回収率63.1%）

高齢者の健康に関する意識調査（平成19年度内閣府）

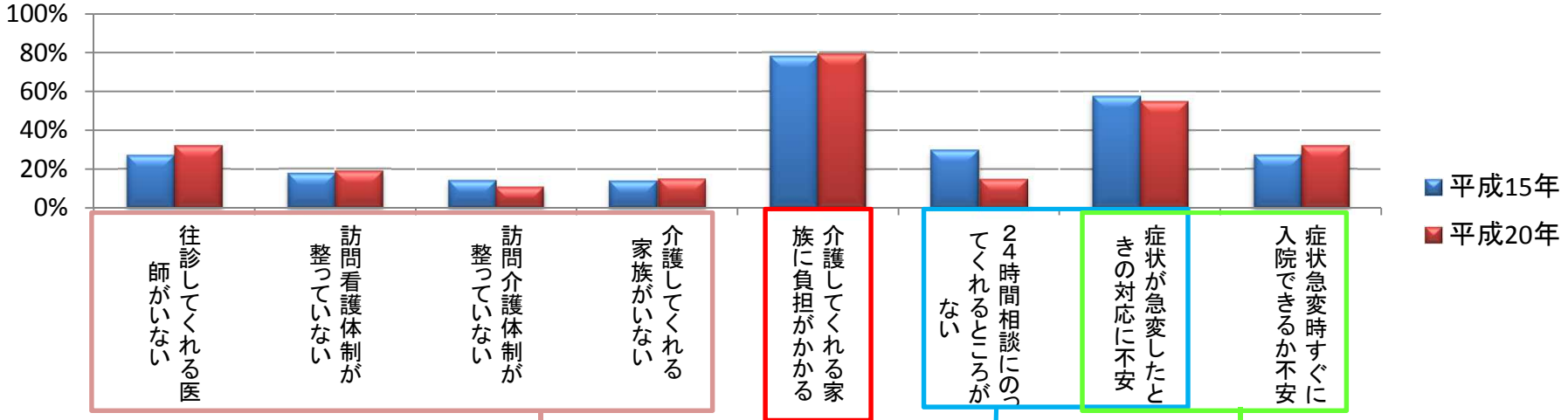
在宅医療推進にあたっての課題

○　在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、約12万人増えることが見込まれる。

○　急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む生活の質を重視した　医療としての在宅医療のニーズは高まっている。

■在宅療養移行や継続の阻害要因

出典：終末期医療に関する調査（各年）



■在宅医療推進にあたっての課題

在宅医療・介護サービス供給量の拡充
医療/介護の連携によるサービスの質の向上及び効率化

家族支援

24時間在宅医療提供体制の構築

在宅療養者の後方ベッドの確保・整備

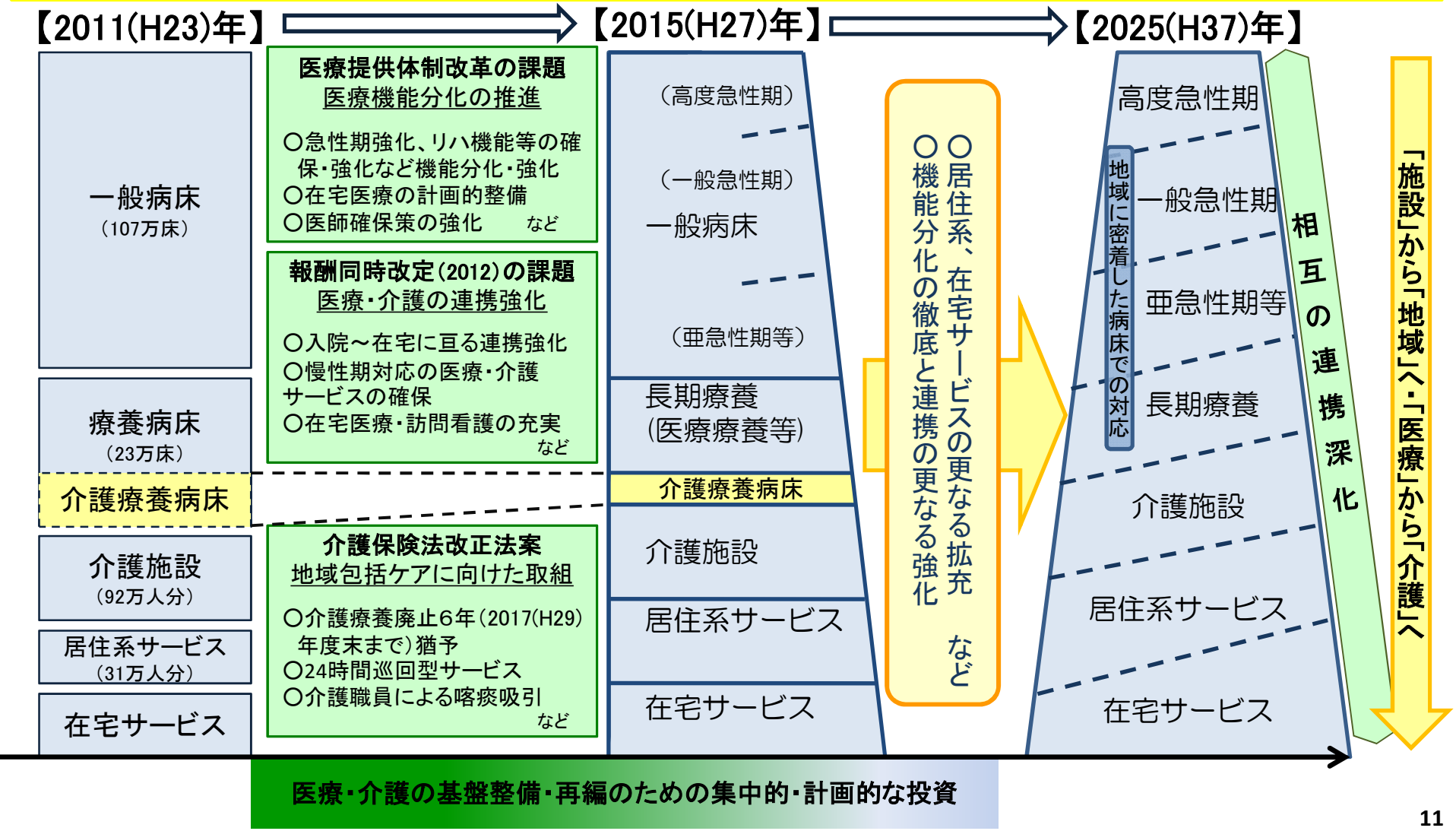
社会保障・税一体改革大綱

○　社会保障・税一体改革大綱では、「病院・病床の機能分化・強化」や「一般病棟における長期入院の適正化」の推進が求められており、在宅医療や介護の受け皿が必要。
　さらに、大綱では、医療と介護の連携の強化等を進め、地域包括ケアシステムを構築していくことが求められている。

（参考）：社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）
第3章　具体的改革内容
（1）医療サービス提供体制の制度改革
○　急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。
＜今後の見直しの方向＞
ⅰ　病院・病床機能の分化・強化
・　急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投下による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
・　病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。
ⅱ 在宅医療の推進
・在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。
（2）地域包括ケアシステムの構築
○ できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に取り組む。
ⅲ 医療と介護の連携の強化
・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
・他制度、多職種のチームケアを推進する。
・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○　病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
○　医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



数値で見た主なサービスの拡充

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した保育所待機児童の解消

	平成24（2012）年度		平成29（2017）年度末
○3歳未満児の保育利用率	86万人（27%） （H23.4.1時点24%）	⇒	122万人（44%）
○延長保育等	89万人	⇒	103万人
○放課後児童クラブ	83万人＊ ＊2011年5月時点	⇒	129万人

地域の子育て力の向上

	平成24（2012）年度		平成26（2014）年度末～
○地域子育て支援拠点事業	7,587か所＊ （市町村単独分含む） ＊2011年度交付決定ベース	⇒	10,000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村

【医療・介護】

	平成24（2012）年度		平成37（2025）年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	109万床、19～20日程度	【高度急性期】	22万床　15～16日程度
			【一般急性期】	46万床　9日程度
			【亜急性期等】	35万床　60日程度
	医師数	29万人	32～33万人	
	看護職員数	145万	196～206万人	
	在宅医療等（1日あたり）	17万人分	29万人分	
【介護】	利用者数	452万人	657万人（1.5倍） • 介護予防・重度化予防により全体として3%減 • 入院の減少（介護への移行）：14万人増	
	在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応型サービス	320万人分 5万人分 ー	463万人分（1.4倍） 40万人分（7.6倍） 15万人分（ー）	
	居住系サービス 特定施設 グループホーム	33万人分 16万人分 17万人分	62万人分（1.9倍） 24万人分（1.5倍） 37万人分（2.2倍）	
	介護施設 特養 老健（＋介護療養）	98万人分 52万人分（うちユニット13万人（26%）） 47万人分（うちユニット2万人（4%））	133万人分（1.4倍） 73万人分（1.4倍）（うちユニット51万人分（70%）） 60万人分（1.3倍）（うちユニット30万人分（50%））	
	介護職員	149万人	237万人から249万人	
	訪問看護（1日あたり）	31万人分	51万人分	

改革の方向性　社会保障の充実と重点化と効率化

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 ＝ 2.7兆円程度（～3.8兆円程度－～1.2兆円程度）

A　充実　～3.8兆円程度

【子ども・子育て】　0.7兆円程度

○ 子ども・子育て支援の充実
・（例）0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等（待機児童の解消）

【医療・介護】　～1.4兆円程度

○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化
～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～
・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等（8,800億円程度）
・在宅介護の充実等（2,800億円程度）
・上記の重点化に伴うマンパワー増強（2,500億円程度）

○ 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　～1兆円程度

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
（低所得者保険料軽減の拡充等（～2,200億円程度））
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（～1,300億円程度）
d その他（総合合算制度～0.4兆円程度）

【年金】　0.6兆円程度

<新しい年金制度の創設(※)>
○ 所得比例年金（社会保険方式）　○ 最低保障年金（税財源）

<現行制度の改善>
○ 最低保障機能の強化
・ 低所得高齢者・障害者等への福祉的給付（5,600億円程度）
・ 受給資格期間の短縮（300億円程度）
○ 遺族年金の父子家庭への拡大（100億円程度）
● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大
● 産休期間中の保険料負担免除　● 被用者年金の一元化
● 第3号被保険者制度の見直しの検討　● 在職老齢年金の見直しの検討
（●は公費への影響なし）

B　重点化・効率化　～1.2兆円程度

・ 平均在院日数の減少等（▲4,400億円程度）
・ 外来受診の適正化（▲1,300億円程度）
・ 介護予防・重度化予防・介護施設の重点化（在宅への移行）（▲1,800億円程度）
▲～0.7兆円程度

公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円
法案の施行時点では、公費への影響は縮小（▲200億円程度）
・ 介護納付金の総報酬割導入（完全実施すれば▲1,500億円）
・ 軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化
▲～0.5兆円程度

・ 制度の持続可能性の観点から高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す
・ 高齢者医療制度改革(※)

○ 物価スライド特例分の解消
・平成24年度から平成26年度の3年間で解消し、平成24年度は10月から実施
○ 高所得者の年金給付の見直しの検討
○ マクロ経済スライドの検討
・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小
● 標準報酬上限の引上げの検討
※ 支給開始年齢引上げの検討（中長期的な課題）
・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する