

平成24年度 医薬分業指導者協議会

在宅医療推進の背景と施策について

厚生労働省医政局指導課

益山 光一

1

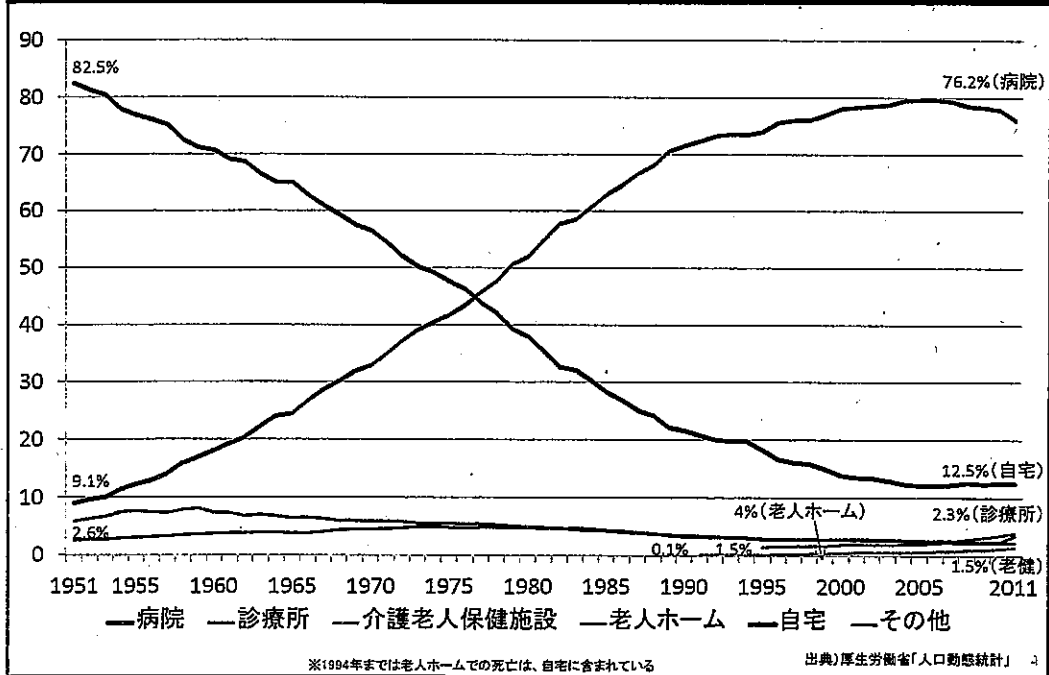
1. 背景

2

在宅医療の推進に関する各種制度の変遷

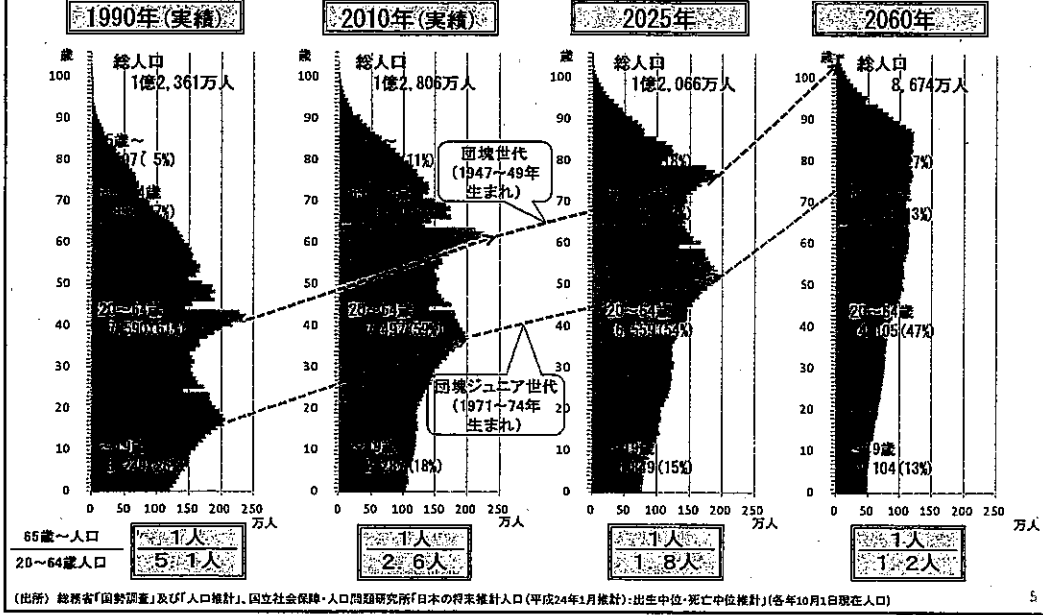
	1980年	1984年	1986年	1992年	1994年	1996年	2000年	2004年	2006年	2008年	2012年	
診療報酬	在宅医療における指導管理料の新設 インスリン在宅自己注射指導管理料の新設	緊急処置の加算創設	訪問診療の概念導入 寝たきり老人訪問診療料の新設 各種の指導管理料の新設	在宅医療の包括点数の原形が誕生 寝たきり老人在宅総合診療料	各種指導料、管理料の新設 在宅時医学管理料、在宅末期総合診療料、タイムリケア加算	在宅末期医療総合診療料の適用拡大 在宅患者末期訪問看護指導料新設等	24時間の在宅医療の提供体制の評価 24時間遠隔加算の新設	重症者・終末期患者に対する在宅医療の充実 在宅末期医療の評価の充実 重症者の救急回診訪問看護の経費	在宅で療養する患者のかかりつけ医療の充実と評価 在宅医療支援病院の新設	高齢者医療制度の創設に伴って在宅医療の充実と評価 在宅医療支援病院の新設	在宅医療の充実と評価 介護保険制度による在宅医療の推進 在宅医療支援診療所の創設	
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新設	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 (5,000万円)	2005年 第5次医療法改正 在宅医療の推進 在宅医療の推進に関する事業計画に位置づけ	2011年 在宅医療推進制度創設 (100億円)	2012年 在宅医療推進制度創設 (200億円)		
その他	1973年 老人医療法改正 老人医療費の無料化	1980年 老人福祉法改正 老人医療費の無料化	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	1989年 市町村における在宅福祉対策の緊急会議	1990年 「ゴールドプラン」 在宅福祉サービスの推進を目的とした法を一括改正	1991年 老人福祉法改正 老人訪問看護制度の創設	1992年 福祉5法改正 在宅福祉サービスの推進を目的とした法を一括改正	1994年 指定訪問看護制度の創設 在宅医療の推進の給付として位置づけ	1995年 高齢者社会対策基本法の成立 適切な介護のサービスを受けられることが大きな課題の整備	2000年 介護保険法施行 介護保険制度の創設	2006年 介護保険の改正 介護予防の重視等

死亡場所の推移

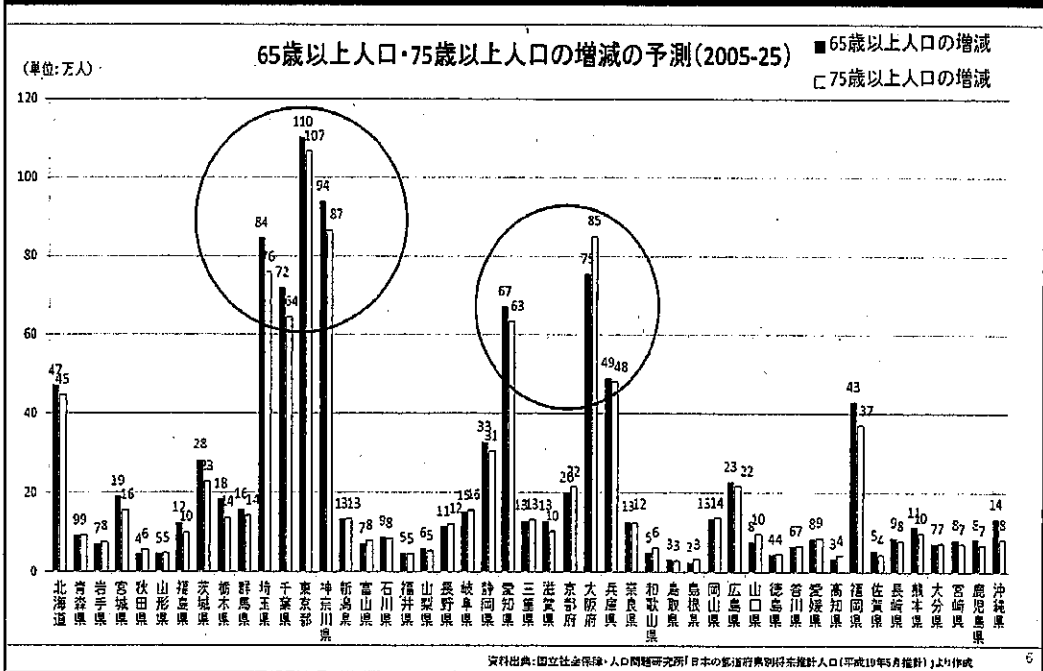


人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

○日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

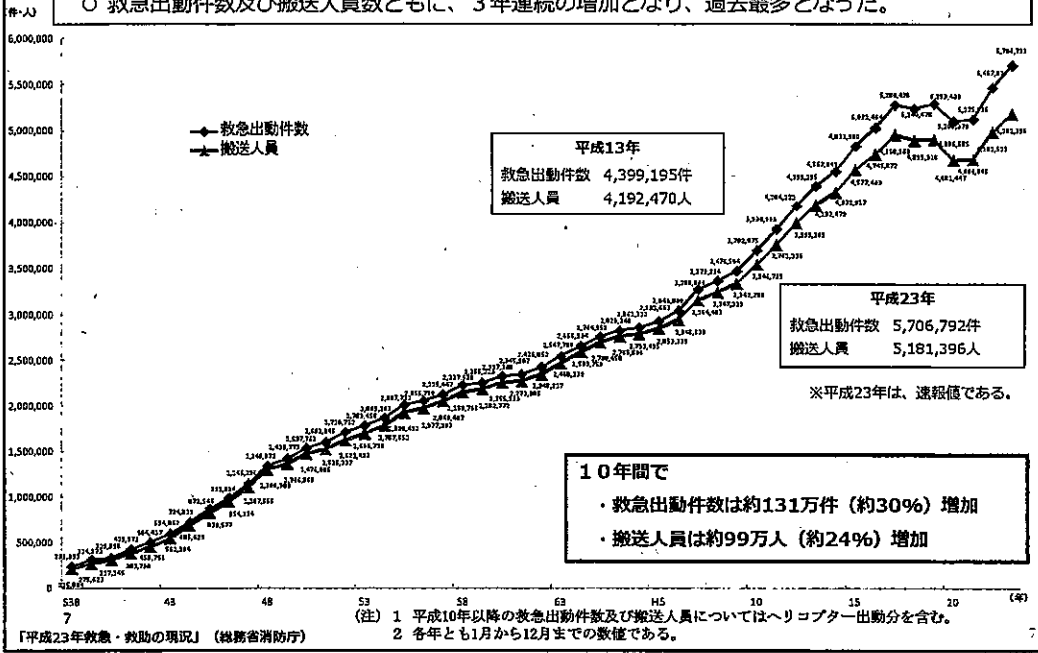


都道府県別65歳以上人口の推移予測



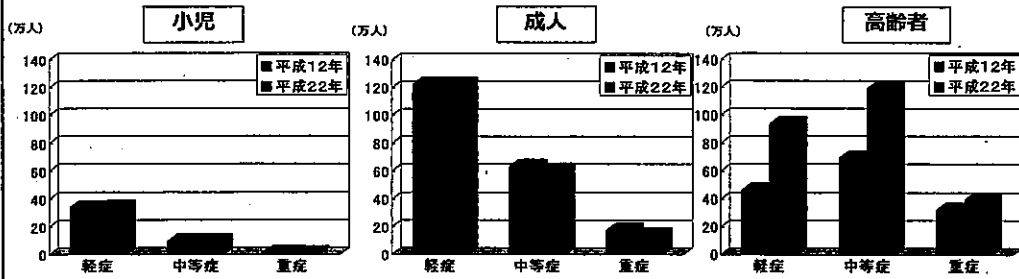
救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 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。



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

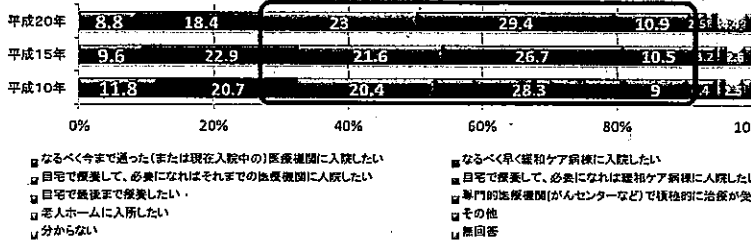
全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	3.9万人 (+102%)	3.2万人 (-18%)	39.9万人 (+23%)
中等症	10.2万人 (+3%)	61.2万人 (-4%)	119.5万人 (+72%)
軽症	34.2万人 (+0.3%)	122.8万人 (±0%)	93.5万人 (+20%)

「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。

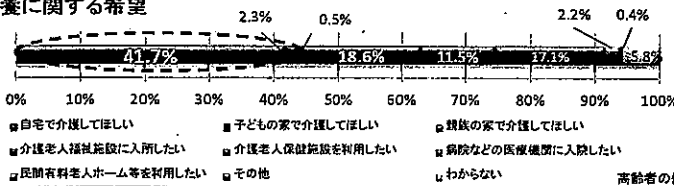
■ 終末期の療養場所に関する希望



○ 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箇所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



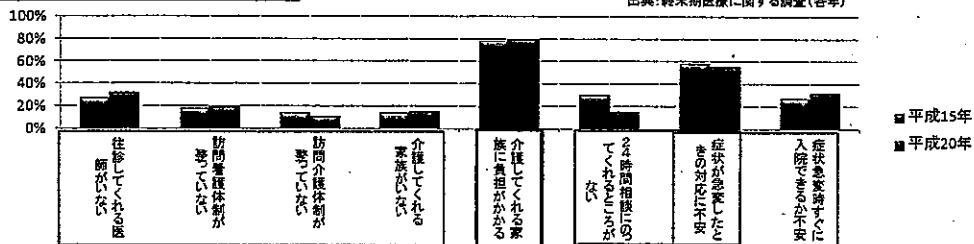
○ 調査対象
 全国の55歳以上の男女5,000人
 ○ 調査の方法
 調査員による面接聴取法
 ○ 標本抽出方法
 層化二段無作為抽出法
 ○ 回収数
 3,157人(回収率63.1%)

高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府)

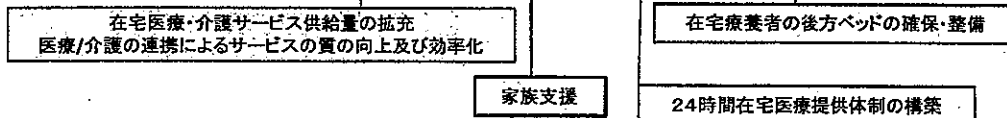
在宅医療推進にあたっての課題

- 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



■ 在宅医療推進にあたっての課題



16

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。

<今後の見通しの方向>

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。

11

社会保障・税一体改革で目指す将来像

～未来への投資(子ども・子育て支援)の強化と貧困・格差対策の強化～

厚生労働省
平成24年7月2日

社会保障改革が必要とされる背景

非正規雇用の増加など
雇用基盤の変化

家族形態や地域の変化

人口の高齢化、
現役世代の減少

高齢化に伴う社会保障
費用の急速な増大

- ・高齢者への給付が相対的に手厚く、現役世代の生活リスクに対応できていない
- ・貧困問題や格差拡大への対応などが不十分
- ・社会保障費用の多くが赤字国債で賄われ、負担を将来世代へ先送り

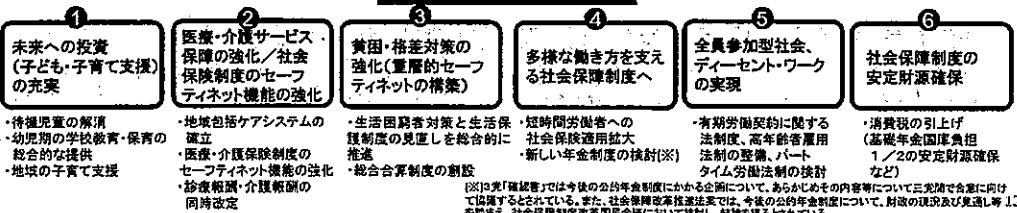
社会経済の変化に対応した
社会保障の機能強化
が求められる

➡ 現役世代も含めた全ての人々が、より受益を実感できる社会保障制度の再構築

改革のポイント

- ◆ 互助・連帯を基礎として国民一人一人の自立を支援
- ◆ 機能の充実と徹底した給付の重点化・効率化を、同時に実施
- ◆ 世代間だけでなく世代内での公平を重視
- ◆ 特に、①子ども・若者、②医療・介護サービス、③年金、④貧困・格差対策を優先的に改革
- ◆ 消費税の充当先を「年金・医療・介護・子育て」の4分野に拡大<社会保障4経費>
- ◆ 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成への第一歩
⇒消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- ◆ 就労促進により社会保障制度を支える基盤を強化

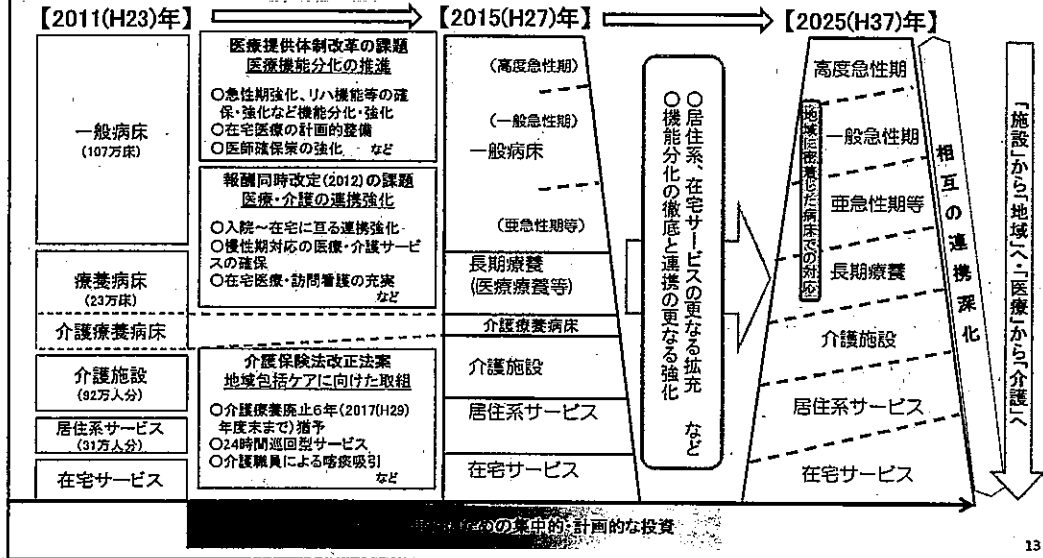
改革の方向性



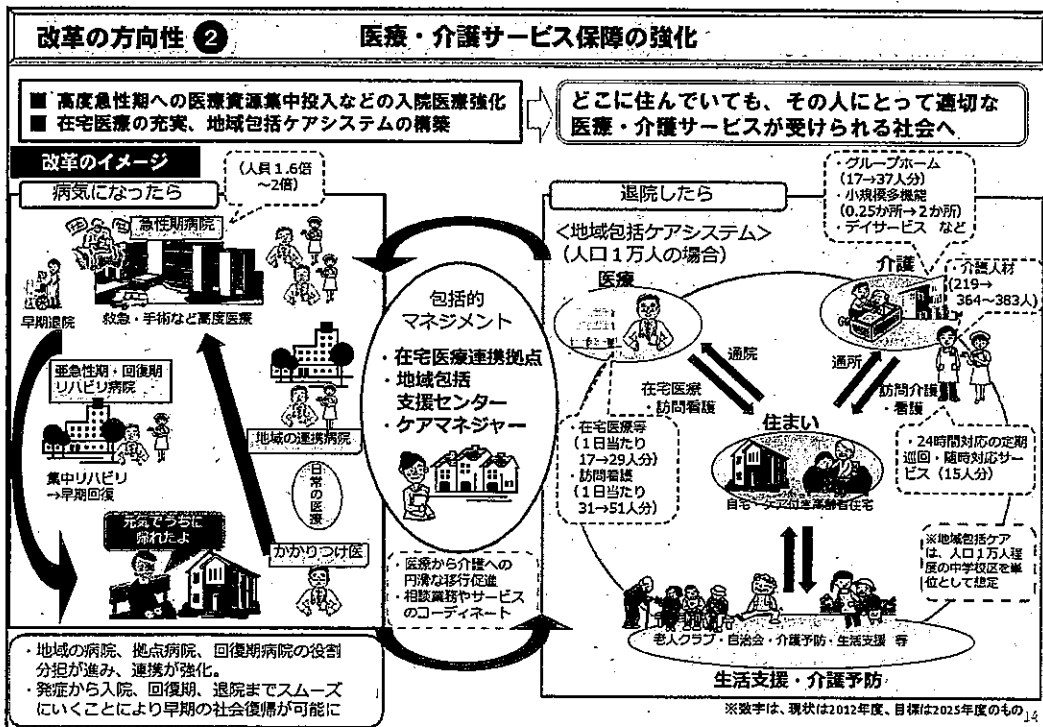
※3党「確約書」では今後の公的年金制度にかかる企画について、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。また、社会保障改革推進法では、今後の公的年金制度について、財政の現況及び見直し等12を踏まえ、社会保障制度改革関係法案において検討し、取組を進めるとされている。

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。



13



地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

15

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
品質期待児童園の解消

	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%) (123.41時高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*	⇒ 129万人

*2011年3月時点

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	7,597か所*	⇒ 10,000か所
	(150円超交付金42)	
	*2011年度交付決定ベース	
○ファミリーサポート・センター事業	637市町村	⇒ 850市町村

【医療・介護】

	平成24(2012)年度	平成27(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	320万人分	463万人分(1.4倍)
うち小規模多機能	5万人分	40万人分(7.6倍)
うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)
居住系サービス	33万人分	62万人分(1.9倍)
特定施設	16万人分	24万人分(1.5倍)
グループホーム	17万人分	37万人分(2.2倍)
介護施設	98万人分	133万人分(1.4倍)
特養	52万人分(うちユニット13万人(26%))	73万人分(1.4倍)(うちユニット51万人分(70%))
老健(+介護療養)	47万人分(うちユニット2万人(4%))	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

16

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	B 重点化・効率化
【子ども・子育て】		0.7兆円程度	～1.2兆円程度
○ 子ども・子育て支援の充実 (010～222号費等の質的拡充・体制強化等(特種児童の解消))			
【医療・介護】		～1.4兆円程度	▲～0.7兆円程度
○ 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・病棟機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(2,800億円程度) ～在宅介護の充実等(1,800億円程度) ～上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度)			・平均入院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重点化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)
○ 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・適正性対策 ■ 被用者保険の適用拡大と国民の財政負担の安定化・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適正化・財政負担の軽減(低所得者後援料軽減の拡充等(～2,200億円程度))		～1兆円程度	公費への影響は完全実施の場合は▲1,500億円 法案の施行時点では、公費への影響は縮小(▲200億円程度)
b 介護保険の費用負担の軽減に資した負担の要素強化と低所得者への配慮 保険給付の適正化 ① 介護給付の低所得者優待料軽減(～1,300億円程度) ② その他(総合合算制度～0.4兆円程度)			・介護納付金の総額削減導入(完全実施すれば▲1,500億円) ・軽度者に対する機能訓練等重点化予防に効果のある給付への重点化 ・制度の持続可能性の観点から基礎要素の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間の負担上限等の導入を目指す ・高齢者医療制度改革(※)
【年金】		0.6兆円程度	▲～0.5兆円程度
＜新しい年金制度の創設(※)＞ ○ 所得比例年金(社会保障方式) ○ 最低保障年金(税財源)			○ 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 ～毎年少年0.5%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引き上げの場合、1歳引上げ年において0.9兆円程度公費縮小
＜現行制度の改善＞ ○ 職域保障の強化 ● 低所得高齢者・障害者等への福祉給付(5,600億円程度) ● 支給資格期間の短縮(300億円程度) ○ 遺族年金の父子寡妻への拡大(100億円程度) ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 定休期間中の産休給付免除 ● 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)			

※13ページの「経路書」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とされている。

17

2. 施策について

在宅医療・介護あんしん2012 など

18

在宅医療・介護の推進について — 在宅医療・介護あんしん2012 —

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を楽しめる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳(世界1位)、男性80歳(同4位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

- 国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■ 24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】

- 予算での対応
 - ・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進
- 制度的対応
 - ・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示(24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画)
 - ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中
- 診療報酬・介護報酬
 - ・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

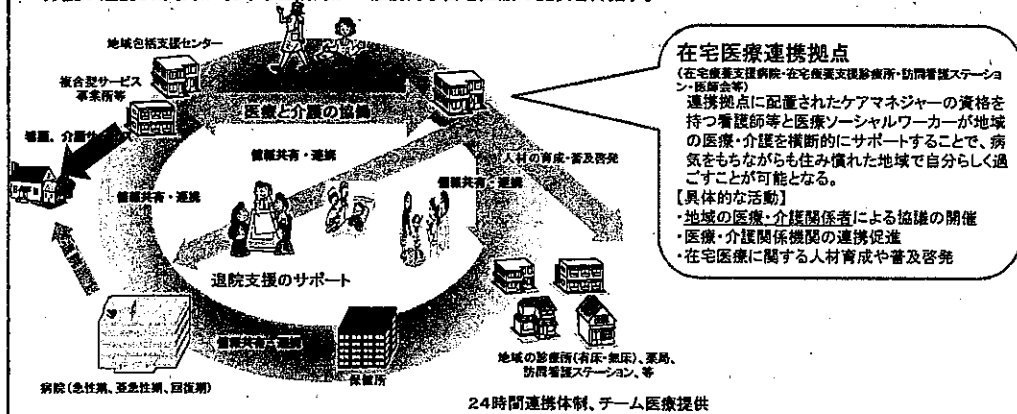
在宅医療連携拠点事業(平成24年度まで)

【背景】

- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 特に都市部において急速な高齢化が進展しており、死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。
- 在宅医療・介護における課題
 - 在宅医療を推進するには、関係する機関が連携し、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要。しかし、これまで、医療側から働きかけての連携の取り組みが十分に行われてきたとはいえない。

【事業の概要】

- 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



平成23年度在宅医療連携拠点事業総括の主な内容

- 平成23年度においては、在宅療養支援診療所、病院、訪問看護ステーション、自治体、医師会等が連携拠点となり、医療・介護連携を推進するための取り組みを実施。
- 各拠点さまざまな取り組みを行い、関係者間の顔の見える関係の構築、在宅医療・介護従事者等の多職種連携への理解の深まり等、一定の成果が見られた。
- また、関係者自らが地域の課題を抽出することにより、地域の実態に即した在宅医療の課題解決に向けた活動と普及が図れると考えられた。
- どの拠点も有意義な取り組みを行ったが、今後、在宅医療を地域全体に普及させていくためには、地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となって、医師会等の関係団体と協力しながら、積極的に取り組む主体を支援し、医療・介護関係者の緊密な連携を図ることが適切と考えられた。
- 全国の拠点の活動を支援する、教育・研修機関、助言機能を有する機関を設けることが必要と考えられた。
- また、今後在宅医療をさらに普及させるためには、在宅療養者の病態が急変した際の連携による対応体制を強化することや、がん患者への麻薬の供給を含めた24時間体制の薬剤供給体制の確保などを図る必要がある。
- その際、例えばNICU退院後の小児等、専門医療機関との連携等、市町村を中心とした広域な連携体制が必要な場合についても、今後検証の必要がある。
- 更に、災害時の在宅療養患者への対応体制についても、整備を進める必要がある。

国立長寿医療研究センター 21

「医療計画の見直しについて」

～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

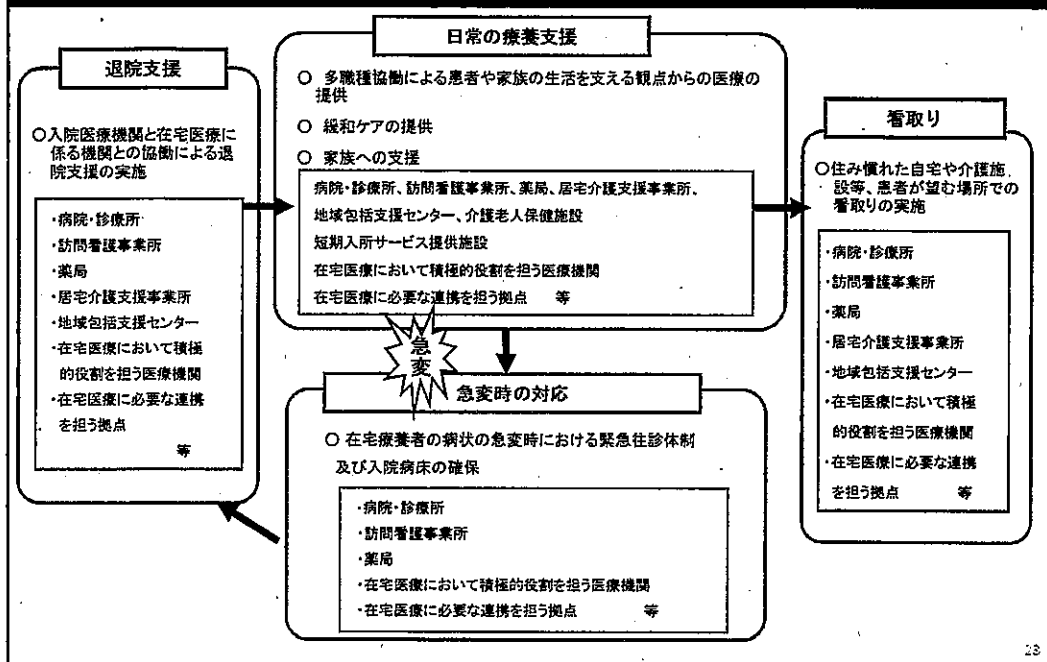
⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要がある。

そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
 - ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
 - ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
 - ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること
- といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

22

在宅医療の体制



23

医療提供施設としての薬局の役割

薬局の役割

薬局については、医療提供施設として、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割を担うことが求められる。また、都道府県においては、医療機関と調剤を実施する薬局の医療機能の分担及び業務の連携によって時間外においても対応できることなどを医療計画に記載することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。

医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号）

24

■地域医療再生臨時特例交付金の拡充

24年度補正予算案 500億円

■事業の目的・概要

- 地域医療再生計画に基づく事業を遂行していく中で、計画策定時（平成22年度）以降に生じた状況変化に対応するために生じる予算の不足を補うため、都道府県に設置された基金を拡充するもの。
- 対象地域 47都道府県全域
- 対象事業 平成25年度末までに事業を開始するもの
- 要求額 500億円

○ 具体的な事業例

- 災害時の医療の確保事業
「南海トラフの巨大地震に関する津波高、被害想定」（24年8月29日内閣府）に対応するために必要となる医療機関の施設整備費の増（自家発電装置の上層階設置等）
- 医師確保事業
医学部の地域枠定員の増員（H22：313人⇒H25：476人）に伴い必要となる修学資金の増
- 在宅医療推進事業
25年度からの医療計画には、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を明記すべきとされたことに対応するために必要となる事業費の増（研修費等）

など

在宅チーム医療を担う人材育成

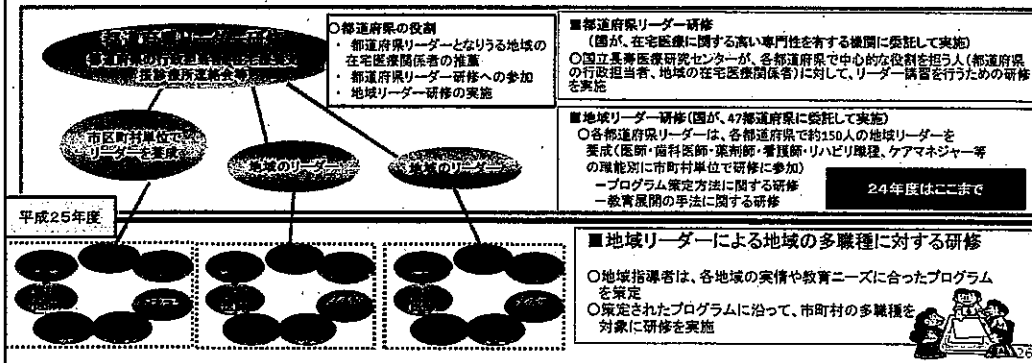
■多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業（衛生関係指導者養成等委託費）

25年度予算案 100百万円（109百万円）

■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う（都道府県リーダー研修）
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う（地域リーダー研修）
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制構築を目指す

※WHO（世界保健機関）は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。（2002年）



■ 小児等在宅医療連携拠点事業・薬物療法提供体制強化事業

(25年度予算案 2.1億円)

背景・課題

- 新生児集中治療管理室(NICU)に入院する小児等を受け入れる在宅医療・福祉連携体制の整備が求められている。
- 在宅において、抗がん剤、使用方法の難しい医薬品等が急速に普及している。

事業概要

- 小児等について、福祉と連携した在宅医療提供体制の構築について、都道府県が中心となって、医療・福祉関係機関の円滑な連携の調整を図るとともに、医療面から家族の個別の相談に対応する。
- 都道府県が中心となって、薬剤師が、他職種と連携しながら、地域における適切な薬物療法を推進する。

総合周産期母子医療センターが受け入れができなかった主な理由は「NICU」満床

年度	NICU 満床	NICU 待機	NICU 入院患者	NICU 入院患者
2020年度	64/67	10/67	22,07	39,17
2021年度	45.5%	14.9%	32,03	50,2%

NICUに長期に入院する人工呼吸器患者の6割は在宅医療対応がある

年度	NICU 満床	NICU 待機	NICU 入院患者	NICU 入院患者
2020年度	50/54	4/54	12,54	12,54
2021年度	92.6%	7.4%	12,54	12,54

平成21年度厚生労働省医政局調査結果(平成21年厚生労働省医政局調査結果)

小児等の在宅医療提供体制を強化 (1.7億円)

- 総合周産期母子医療センターやNICUを有する病院から在宅に移行する小児を支えるための在宅医療・福祉の連携体制の構築のためのモデルを構築する。
- 小児等については、医療必要度が高い患者(人工呼吸器装着患者等)が想定されるため、NICUを有する病院等、専門医療機関を含めた広域な連携を調整する仕組みを検討。
- 小児患者を持つ家庭に対する医療面からの個別相談・支援の取組みについても検証。
【実施主体: 都道府県(再委託可)】

薬物療法提供体制を強化 (0.4億円)

- 薬剤師が医師、看護師のみならず介護関係者と連携し、効率的な薬物療法提供体制を構築。
- 看護師、介護福祉士等に対する抗がん剤・麻薬の安全使用研修の実施や薬局間の連携による24時間の薬剤供給体制の構築。
【実施主体: 都道府県(再委託可)】

- 在宅で使用される抗がん剤、無菌製剤等、使用方法の難しい医薬品、医療機器等が在宅医療で急速に普及
- 適切な服薬に関して、薬剤師と医師、訪問看護師、介護福祉士など他職種との連携が不十分
- 抗がん剤等の在庫融通など、24時間の薬剤供給体制が構築されていない

■ 薬物療法提供体制強化事業

40,000千円 (0千円)

事業概要

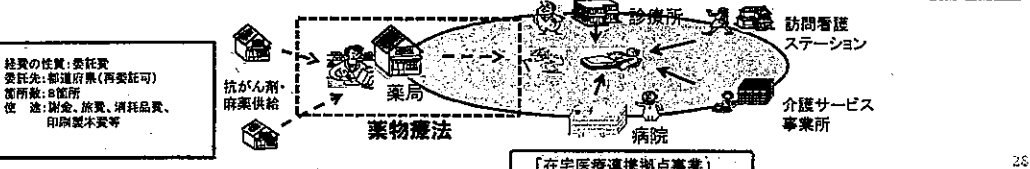
- 抗がん剤など使い方が難しい薬を用いた治療や適切な服薬指導などについて、誰もが安心して在宅で受けられるよう、薬の専門家である薬剤師がチーム医療の一員として、訪問や相談、情報提供をスムーズに行うための体制を整備しつつ、薬に関する正しい理解を促進・普及し適正使用を図るなど、地域での適切な薬物療法を推進する。
- 具体的には、実施主体である都道府県が中心となって地域の実情に応じて選択できるような形で複数メニューを国が提供し、モデル的な事業実施を通じて、地域住民に対する適切な薬物療法の推進・普及を図る。【委託先: 都道府県(再委託可)】

具体的な課題

- ・在宅における医薬品の飲み残し
・患者の服薬状況等にきめ細かく対応できていない
・衛生材料、介護機器等の提供に際し、地域に密着した薬局の活用が進んでいない
- ・在宅で使用される抗がん剤、無菌製剤等使用方法の難しい医薬品、医療機器等が在宅医療に急速に普及
- ・特定の薬局で地域全体への在宅医療提供には限界
・緊急処方への対応が不十分
- ・一般用医薬品を含めた医薬品等使用に関する消費者理解が乏しく、医薬品の適正使用の推進が不十分

「薬物療法提供体制強化事業」のメニュー

- 関係職種が一体となった効率的な薬物療法の提供
一薬物療法に関する医療機関間の事前取決めに基く薬剤師による投与量調整等を実施するための体制整備
一薬剤師が訪問看護師や介護福祉士に同行し薬物療法に関する必要な情報を提供
一相談窓口としての薬局機能を活用した医療機器、衛生材料、介護機器等に関する情報提供
- 抗がん剤等在宅提供支援
一看護師、介護福祉士等に対する抗がん剤・麻薬の安全使用研修、地域内の薬局間の抗がん剤、麻薬等の在庫融通、退院時の服薬指導に関する医療機関と薬局との連携
- 地域に応じた在宅薬局体制確保
一在宅医療対応可能な薬剤師による夜間休日の輪番制、薬局間の連携、協力による在宅医療の提供
- 医薬品の適正使用の推進
一医薬品の正しい理解の促進・普及、お薬手帳活用等による医薬品適正使用推進



経費の性質: 委託費
委託先: 都道府県(再委託可)
箇所数: 8箇所
使 途: 謝金、旅費、消耗品費、印刷製本費等

平成24年度診療報酬改定の概要

医科における重点配分(4,700億円)

I 負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ◎ 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。(1,200億円)

II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- ◎ 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。

(1,500億円)

III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- ◎ 日々進化する医療技術を選滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。(2,000億円)

歯科における重点配分(500億円)

I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

- ◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。

II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

- ◎ う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分(300億円)

I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実

- ◎ 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。

II 後発医薬品の使用促進

- ◎ 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

29

在宅医療の充実①

在宅医療を担う医療機関の機能強化

- 24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

[施設基準]

- ① 常勤医師3名以上
- ② 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ③ 過去1年間の看取り実績2件以上

※また、複数の医療機関が連携して、上記の基準を満たすことも可能とする。その場合の要件は、

- ④ 患者からの緊急時の連絡先の一元化
- ⑤ 月1回以上の定期的なカンファレンスの実施
- ⑥ 連携する医療機関数は10未満
- ⑦ 病院が連携する場合は200床未満に限る

※さらに、病床を有する場合は高い評価を行う。

30

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

在宅業務に対する新規評価

在宅業務を推進するため、過去の実績も考慮した施設基準を満たす薬局が、在宅患者向けに調剤した場合の加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

かかりつけ薬局が対応できない場合に、あらかじめ連携しているサポート薬局が臨時に在宅訪問対応できるよう、制度を見直す。*

※ 現行では、薬局単独で実施した場合のみ算定可能。改定後は、サポート薬局が実施した場合であっても算定可能。

無菌調剤に係る薬局の負担軽減

無菌調剤に関する施設基準を合理的に見直す。*

※ 小スペースでも実施可能となるよう、専用の部屋(5平方メートル以上)の施設要件を削除。

在宅訪問可能な距離の目安を設定

患者までの距離が遠い場合は緊急時に患者の不利益も予想されることから、16kmを超える場合には、原則、算定不可とする。

在宅医療・介護推進プロジェクトチーム設置要綱

1. 趣旨

多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいる。また、超高齢社会を迎え、医療機関や介護保険施設等の受入れにも限界が生じることが予測される。こうした中、在宅医療・介護を推進することにより、療養のあり方についての国民の希望に応えつつ、地域において慢性期・回復期の患者や要介護高齢者の療養の場を確保することが期待されている。このため、「社会保障・税一体改革大綱」(平成24年2月17日閣議決定)においても、今後の社会保障改革の方向として、在宅医療及び地域包括ケアの充実を図ることとされている。

厚生労働省としても、本年を「在宅医療・介護あんしん2012」と位置付け、診療報酬改定・介護報酬改定で重点的に評価を行ったほか、今年度予算で様々な関連施策を進めるとともに、医療計画にも在宅医療に係る医療連携体制を盛り込むこととした。

今後、在宅医療・介護の推進に向け施策を総動員し、できる限り効果を上げるためには、これまで以上に厚生労働省の関係部局が連携し、目指すべき方向を確認しつつ施策を推進することが必要であることから、関係部局から構成されるプロジェクトチームを設置する。

2. 構成

- (1) 本プロジェクトチームは、別紙のメンバーを構成員とする。
- (2) 本プロジェクトチームの庶務は、老健局振興課の協力を得て、医政局指導課において行う。

3. 議事

議事は原則非公開とする。

4. 検討事項

2025年に向けた在宅医療・介護の具体的施策と工程表

関係ガイドラインについて

在宅医療連携拠点事業を実施する際には、関係ガイドラインを活用のこと。

例)

- 医療システムの安全管理に関するガイドライン 第4.1版 平成22年 厚生労働省
URL: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/s0202-4.html>

(参考)・「医療システムの安全管理に関するガイドライン 第4.1版」に関するQ&A

URL: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/s0201-3.html>

・医療情報システムを安全に管理するために 平成21年3月 厚生労働省

URL: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/s0301-6.html>

・「保健医療情報分野の標準規格(厚生労働省標準規格)について」の一部改正
について 平成24年3月23日厚生労働省政策統括官(社会保障担当)通知

- 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン
平成16年12月24日 厚生労働省
URL: <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/dl/h1227-6a.pdf>

33

在宅医療関係施策資料について

■在宅医療の推進について(厚生労働省HP)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html

■在宅医療・介護あんしん2012(厚生労働省HP)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf

■多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業(国立長寿医療研究センターHP)

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei-1-1.pdf>

○都道府県リーダー研修(10月13日、14日開催)資料

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/jinzaiikusei/leader01_doc.html

■在宅医療連携拠点事業(厚生労働省HP)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_02.pdf

34

