

地域の医療・介護連携で 何をを目指すのか？

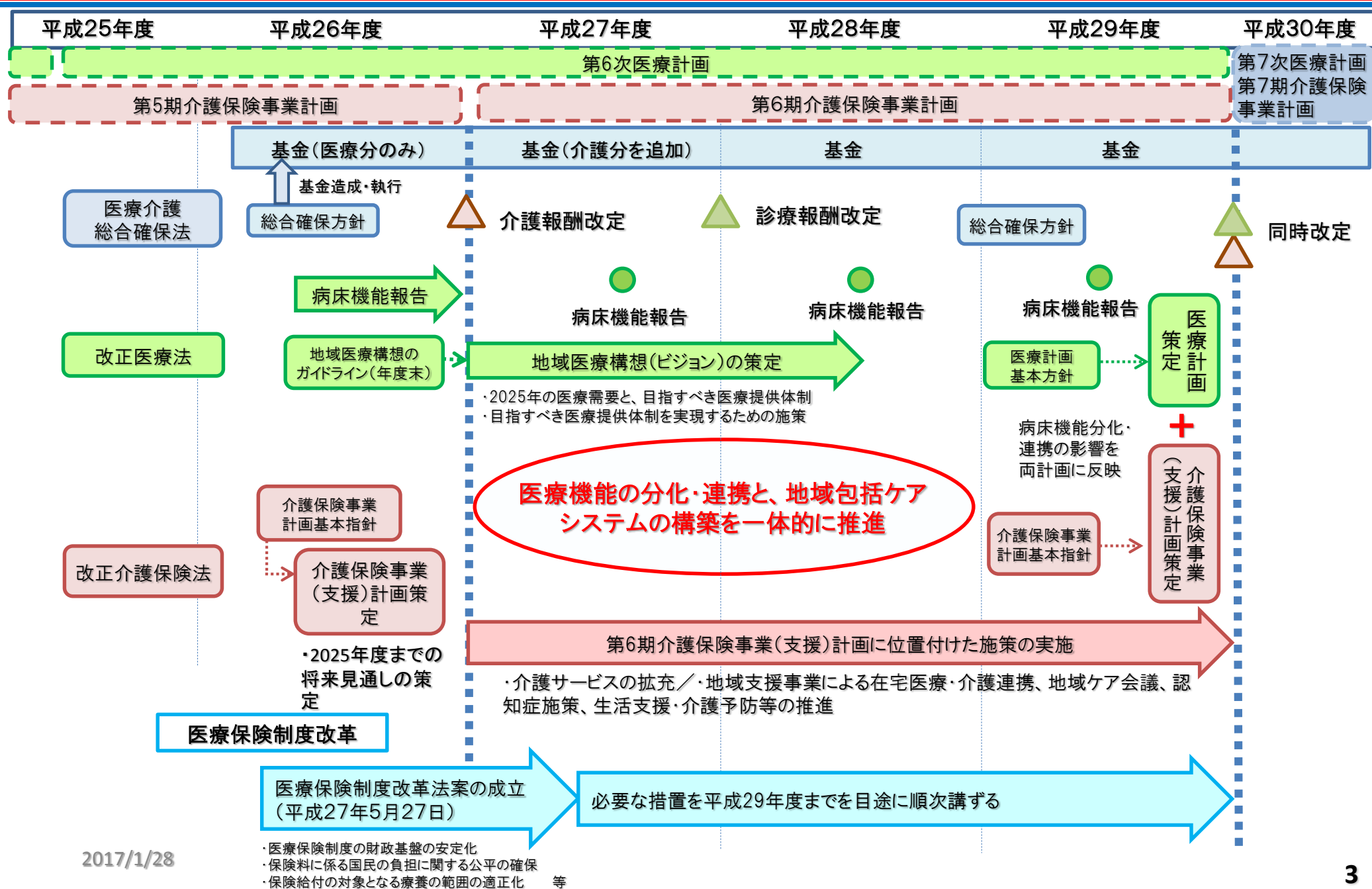
厚生労働省保険局長

鈴木康裕

2018年は惑星直列？

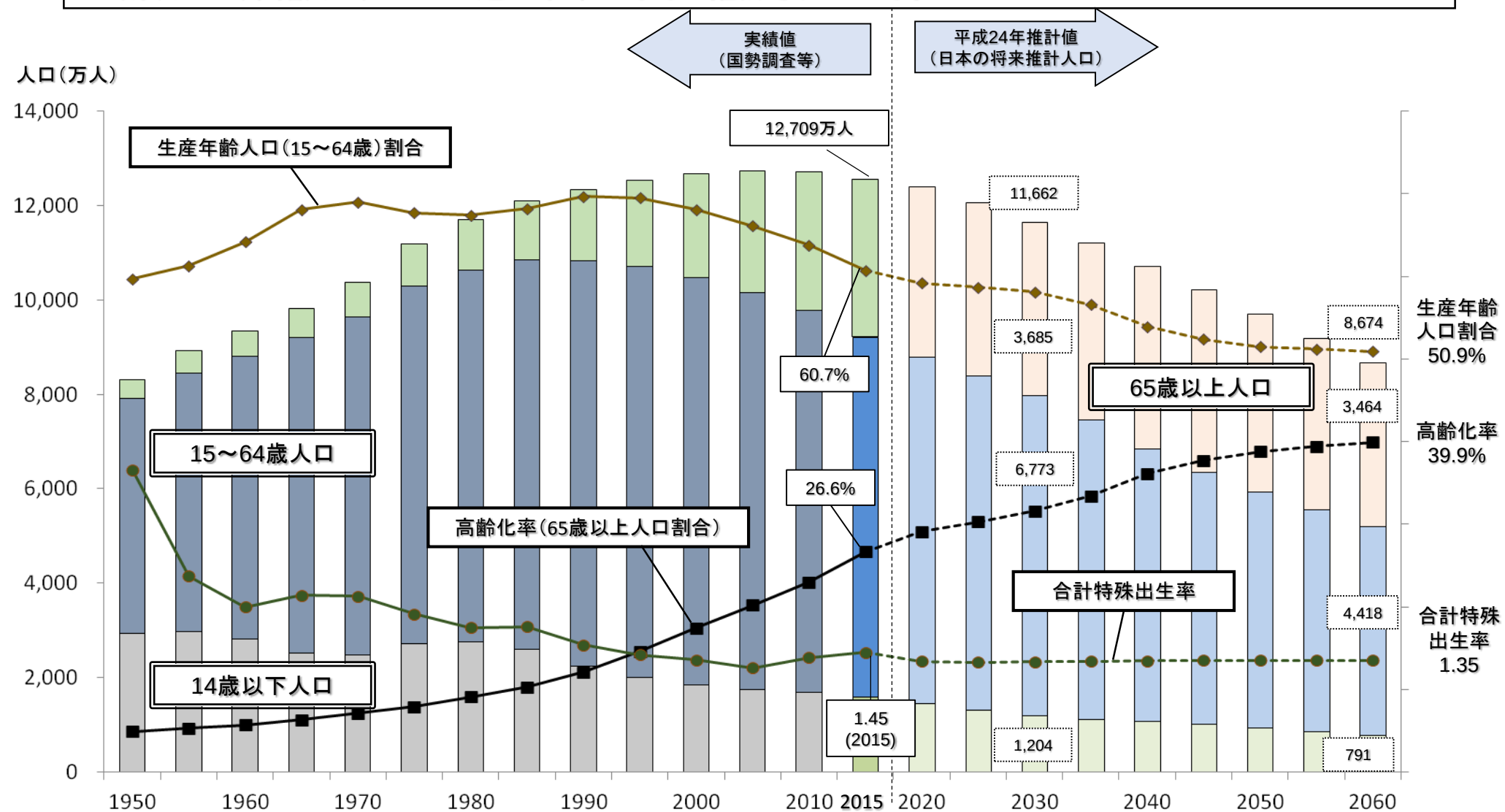
- 診療・介護報酬同時改定(6年に一度): 2025年より前の実質的に最後
- 地域医療計画・介護保険事業(支援)計画: 今回より3年ごとに
- 国民健康保険の都道府県化
- 医療費適正化計画第3期スタート: 強力な保険者インセンティブ

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。

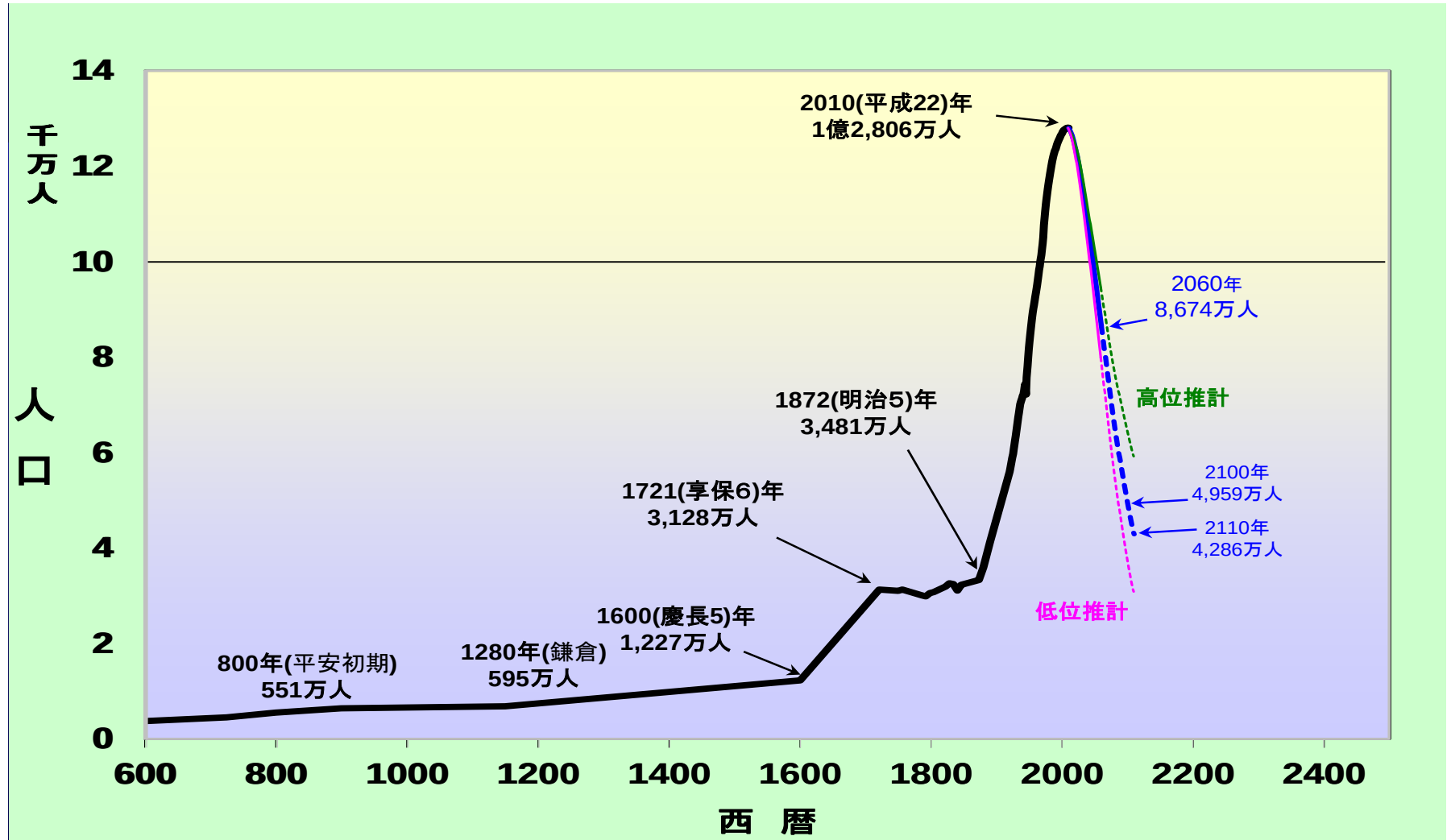


(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

厚生労働省「人口動態統計」

(平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

日本人口の歴史的推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、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])。

2017/1/28

提供: 国立社会保障・人口問題研究所 森田朗所長

人口ピラミッドの変化(1990～2060年)

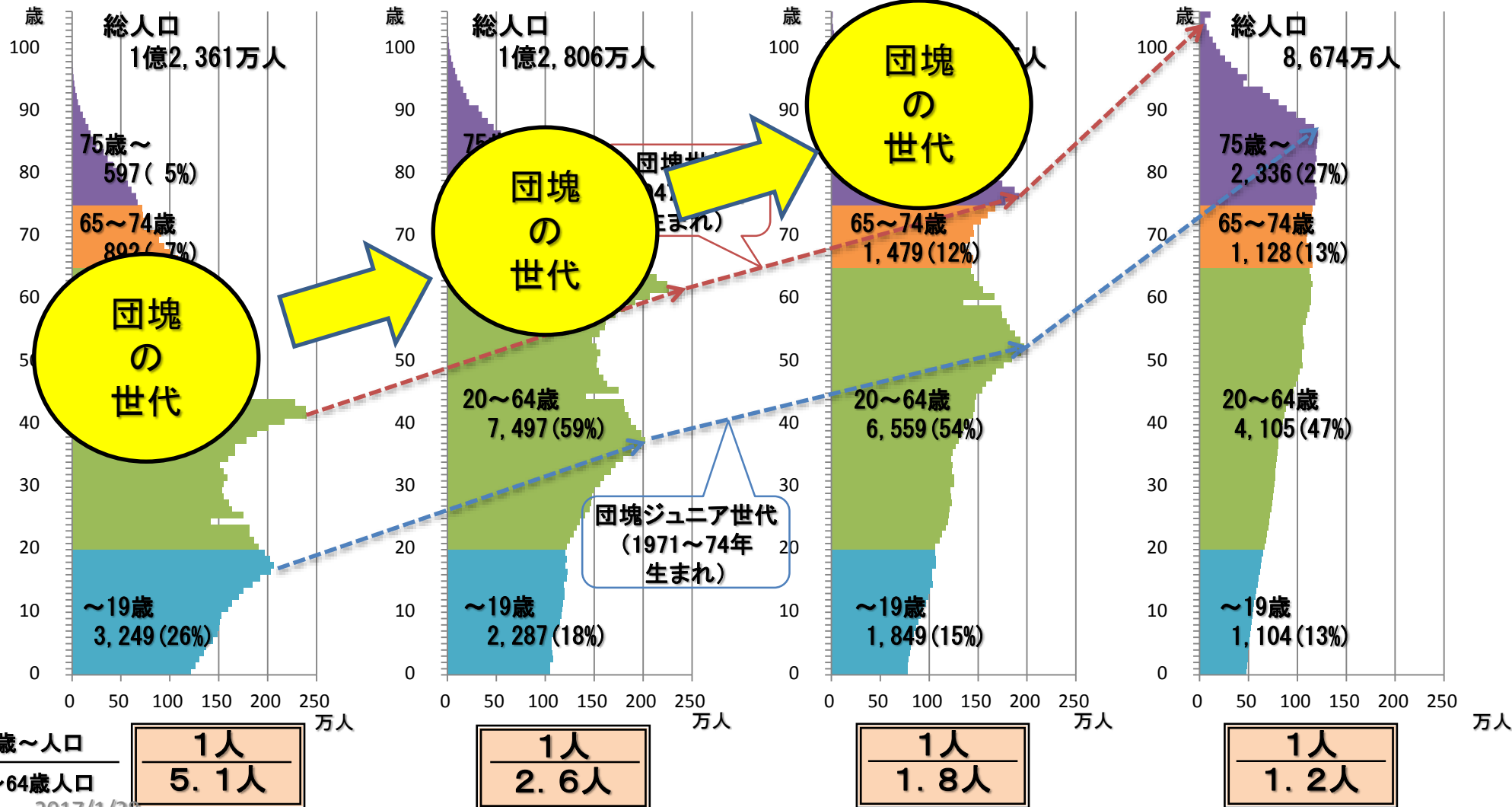
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

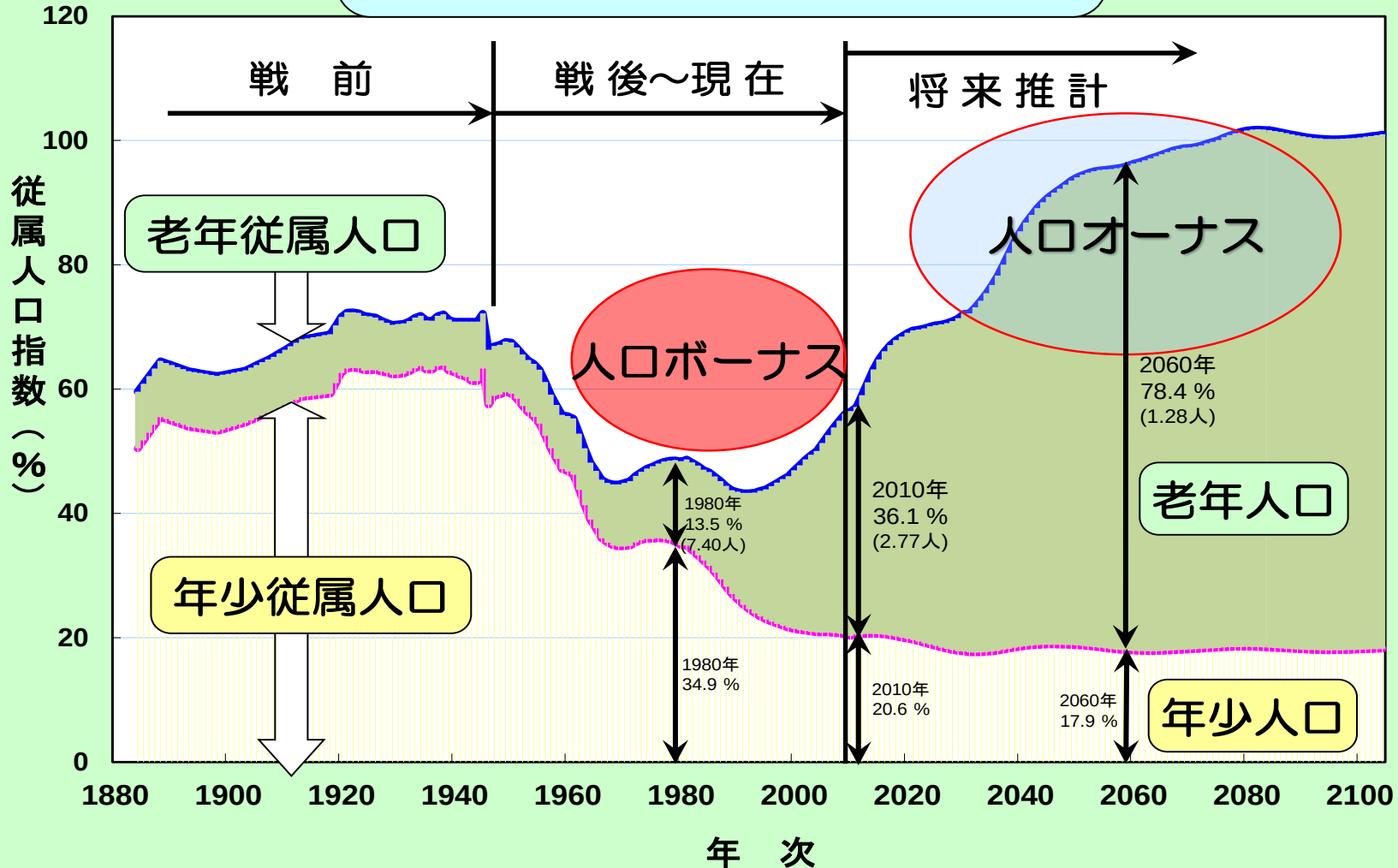
2060年



2017/1/28

人口ボーナスと人口オーナス

従属人口指数の年次推移



資料：総務省統計局「国勢調査」、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・死亡中位推計]）」

※従属人口指数(%) = (0～14歳人口 + 65歳以上人口) / (15～64歳人口) × 100

2017/1/28

提供：国立社会保障・人口問題研究所 森田朗所長

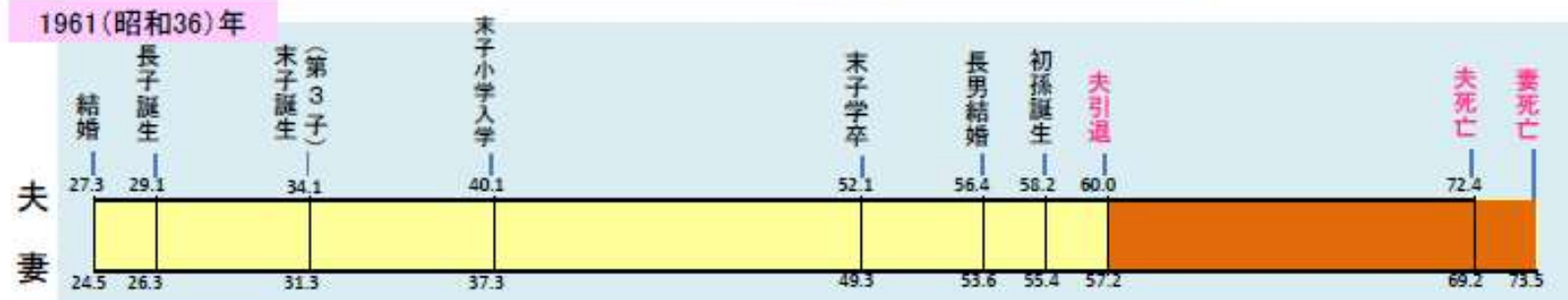
統計でみた平均的なライフサイクル

○子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により引退後の期間が、長くなっている。

1920年(大正期)



1961(昭和36)年



2009(平成21)年

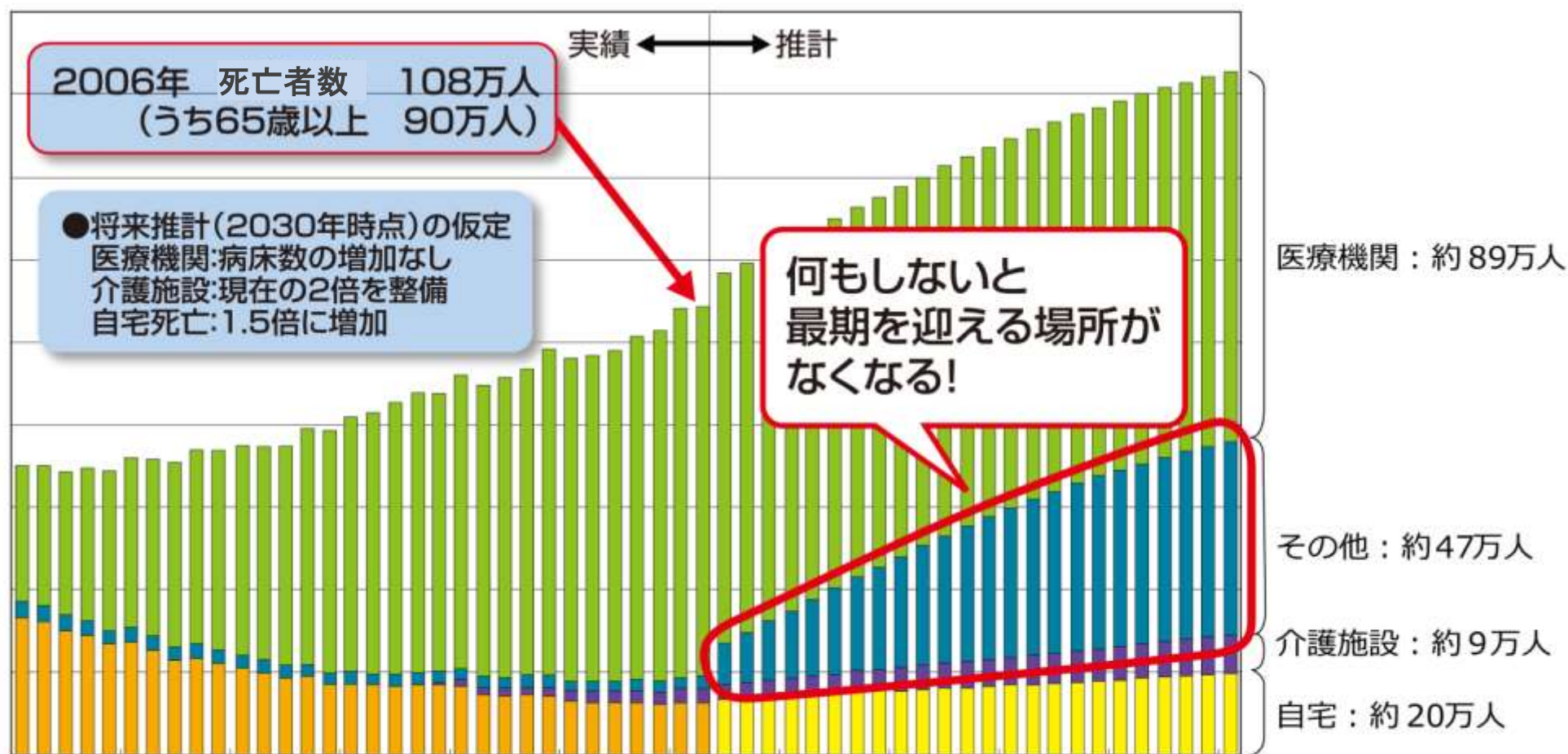


資料: 1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官付政策評価官室において作成。

(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。

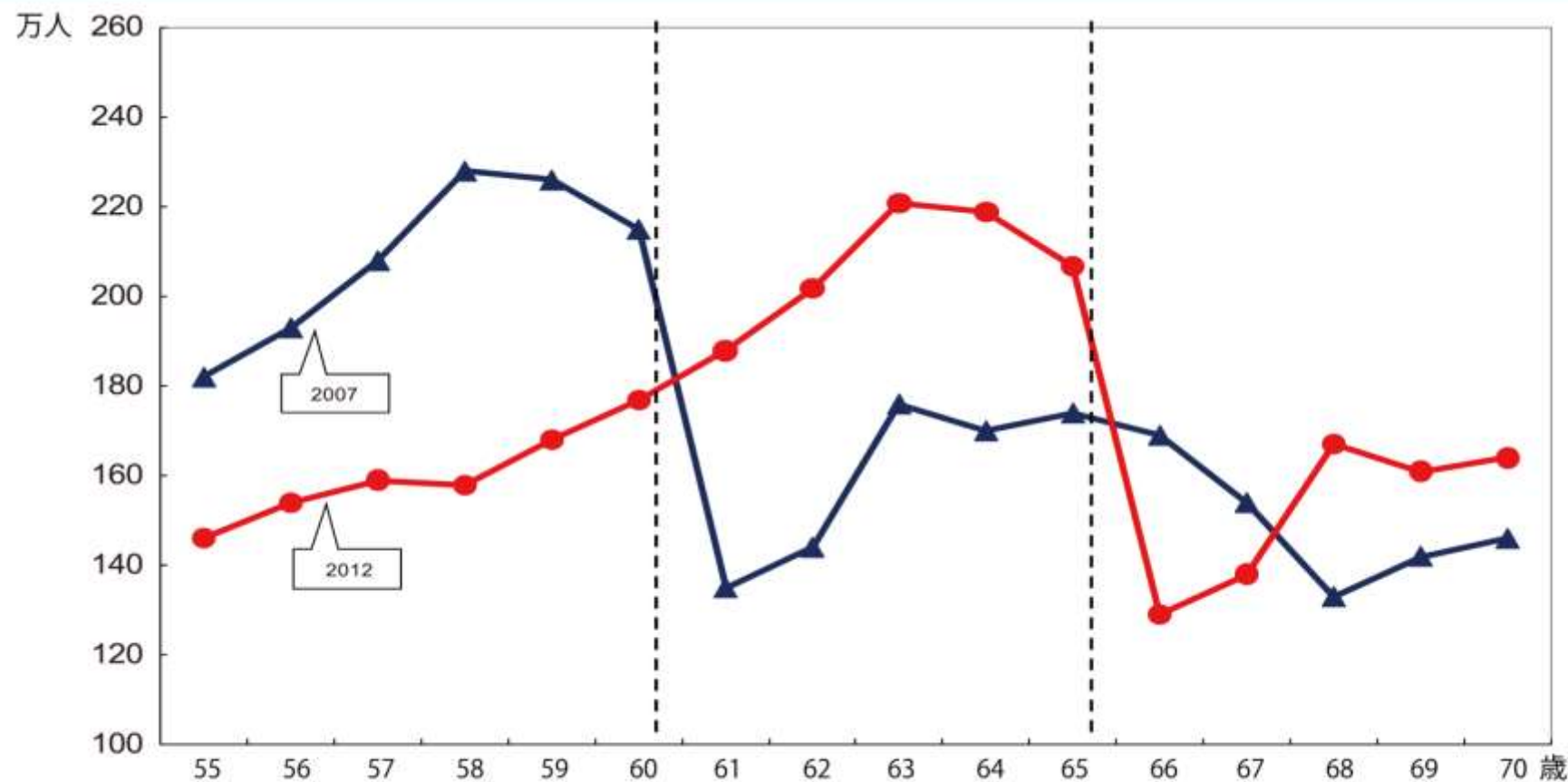
死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計

◇ 死亡者数は増えるが医療機関では死ねないとなると、最期を迎える場所がなくなる



我が国におけるベビーブーマーの高齢化

- ◇ 1年の出生数は現在の3倍
- ◇ 2025年には大半が75歳以上に
- ◇ この「大波」に備える時間はあと数年



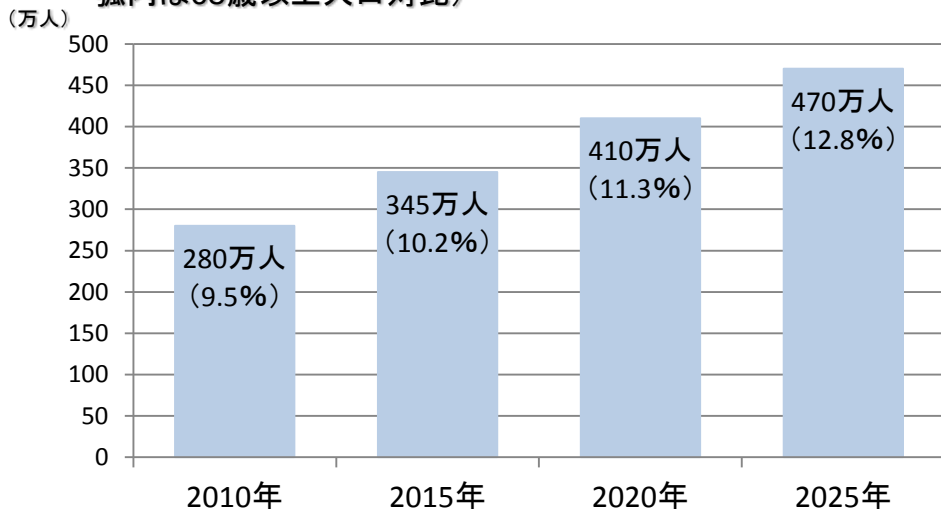
75歳以上人口

地域によって異なる高齢化のスピード

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

認知症高齢者の増加

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)



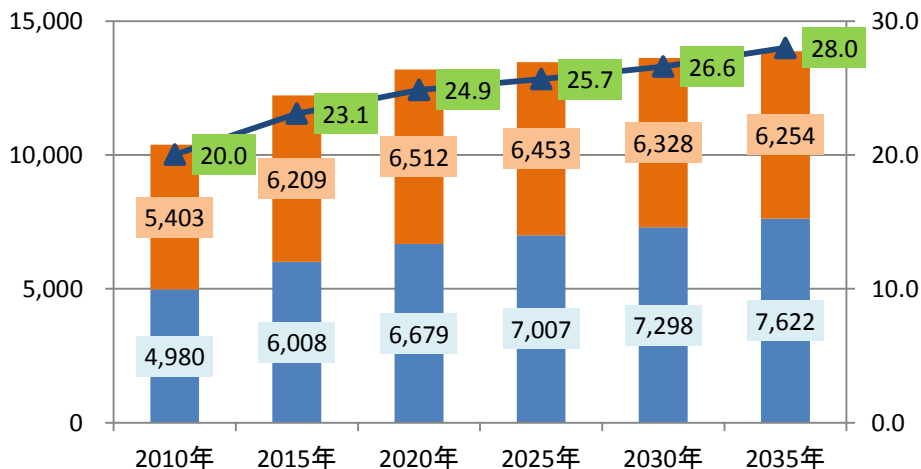
※有病者数でみると2025年には約700万人
(65歳以上の5人に1人)

2017/1/28

独居・夫婦のみ世帯の増加

(1,000世帯)

(%)



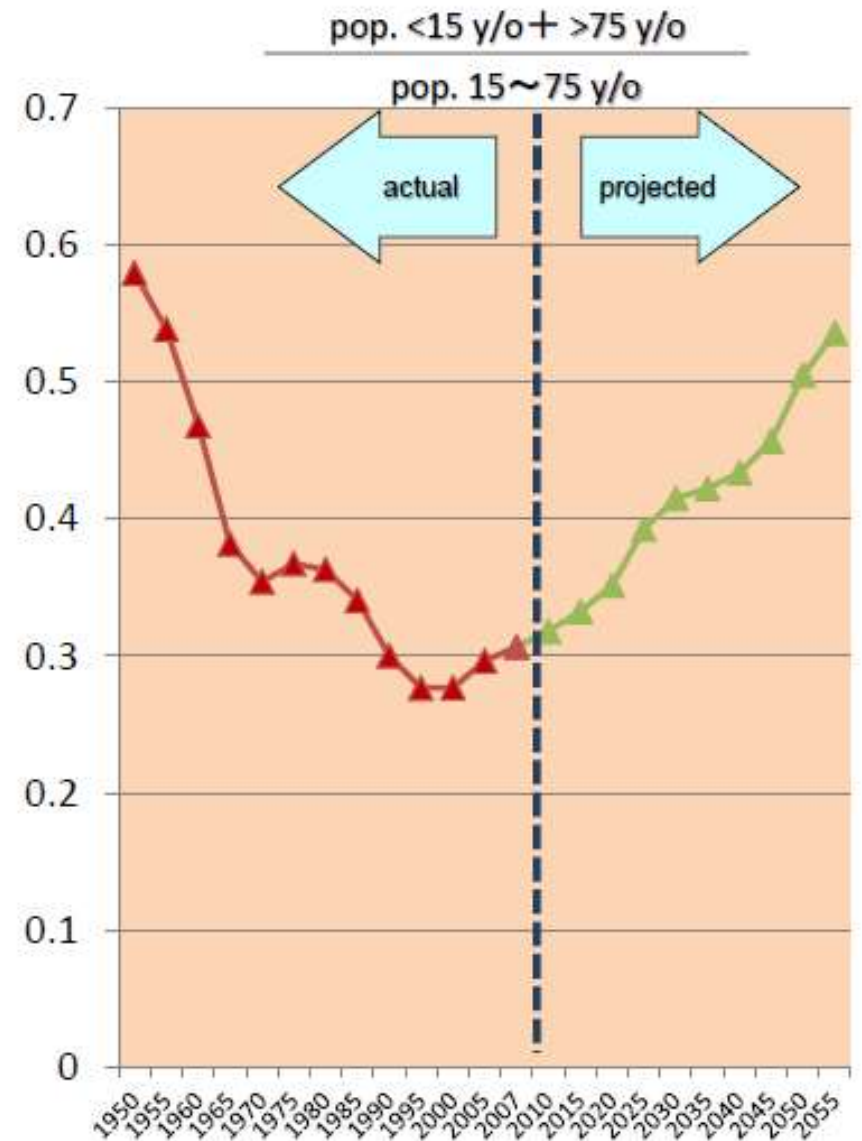
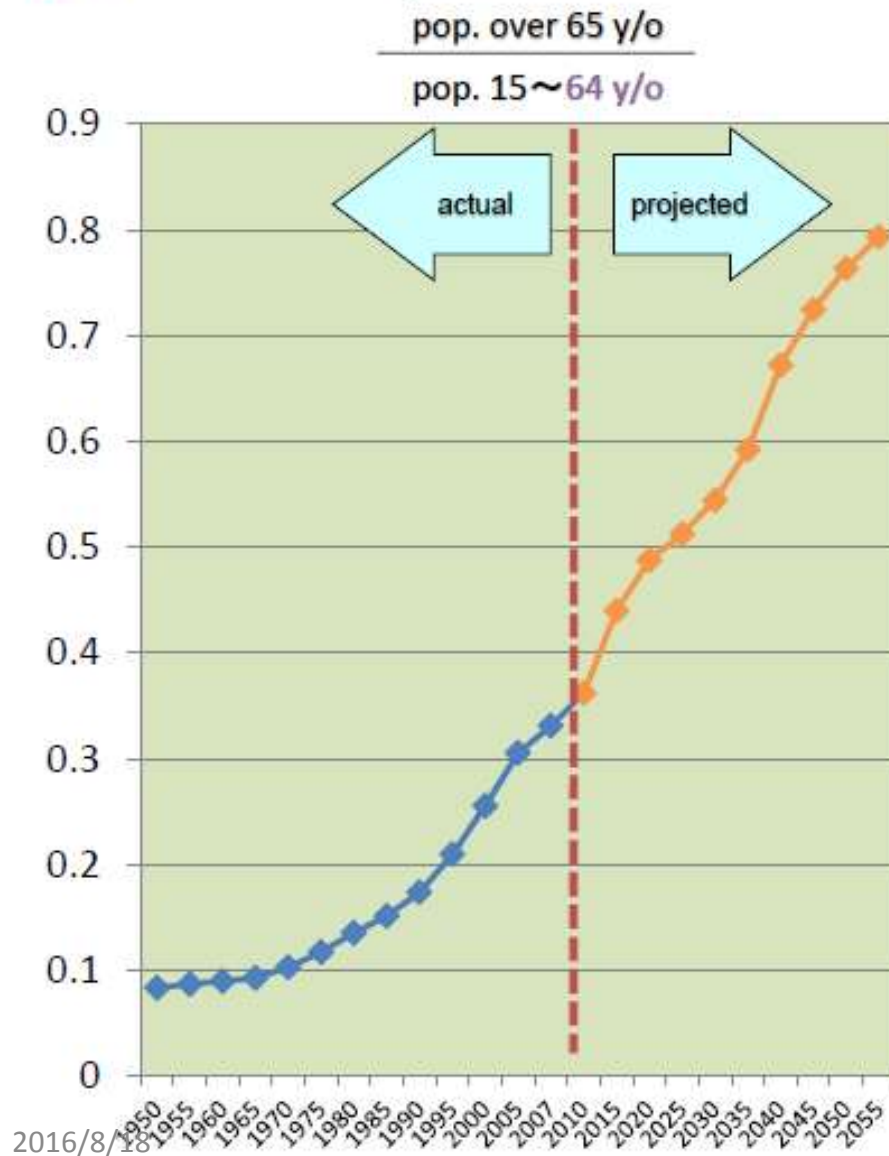
■ 世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数

■ 世帯主が65歳以上の単独世帯数

▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合

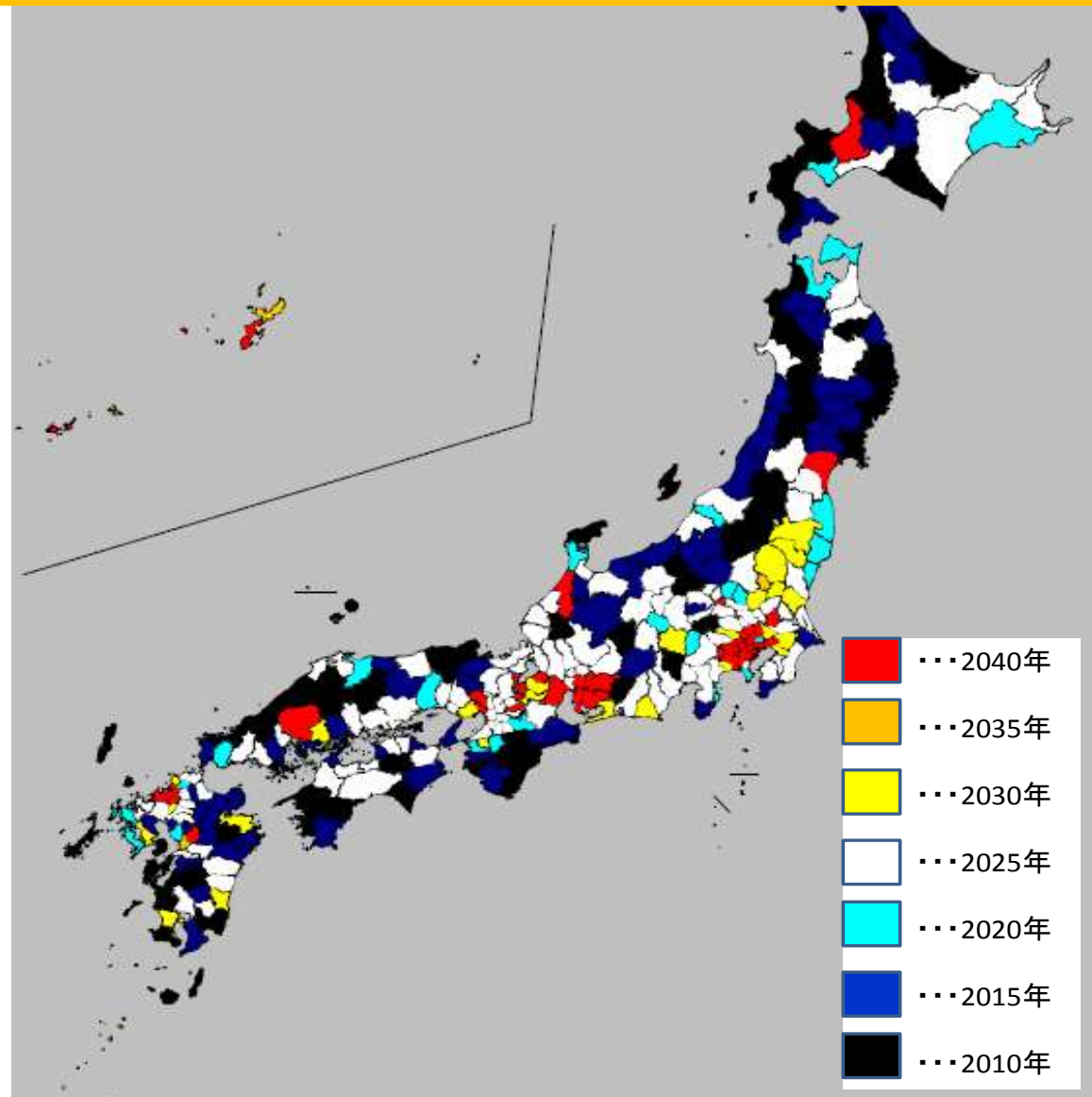


Redefine "Dependency Ratio" JAPAN



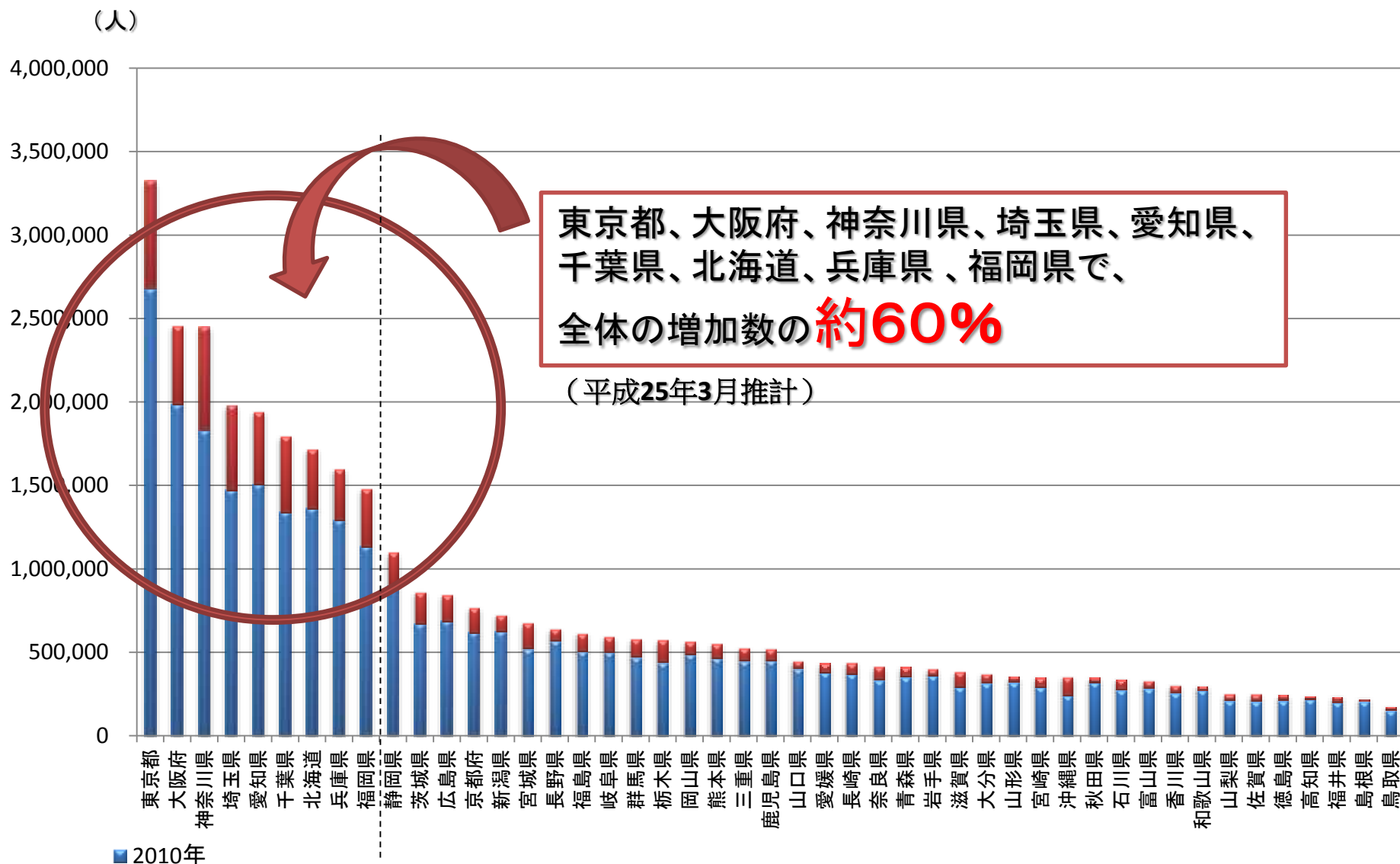
高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

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)

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2010年 → 2025年)



2017/1/28

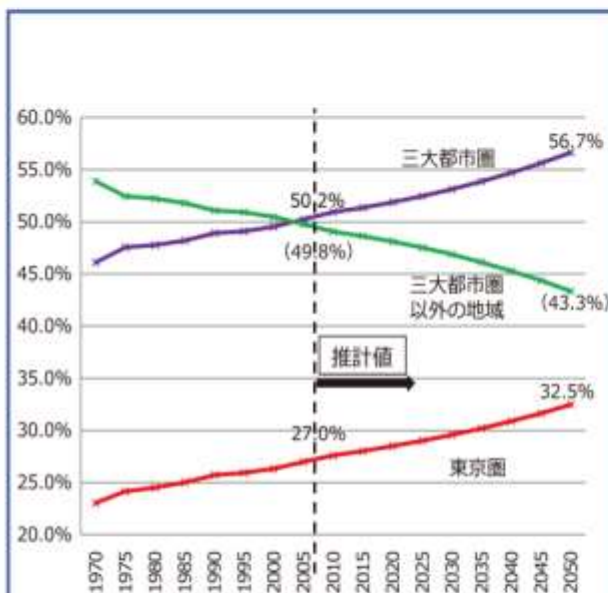
■ 2025年までの増加数

出典: 国勢調査(平成22年)

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成25年3月推計)」

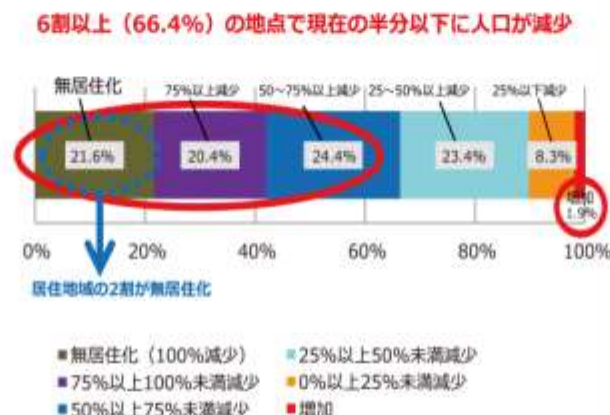
人口の集中：特に三大都市圏への人口集中と過疎化の進行

■三大都市圏及び東京圏の人口が総人口に占める割合



出展) 総務省「国勢調査報告」、国土交通省国土計画局推計値(都道府県別将来人口)をもとに、厚生労働省保険局作成

■人口増減割合別の地点数(1km²ごと)



出展) 総務省「国勢調査報告」、国土交通省国土計画局推計値(メッシュ別将来人口)をもとに、厚生労働省保険局作成

■フーバーインデックス(メッシュ別人口)の推移



注) フーバーインデックス:

$$H.I. = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n \left| \frac{x_i}{s_i} - \frac{\bar{x}}{\bar{s}} \right|$$

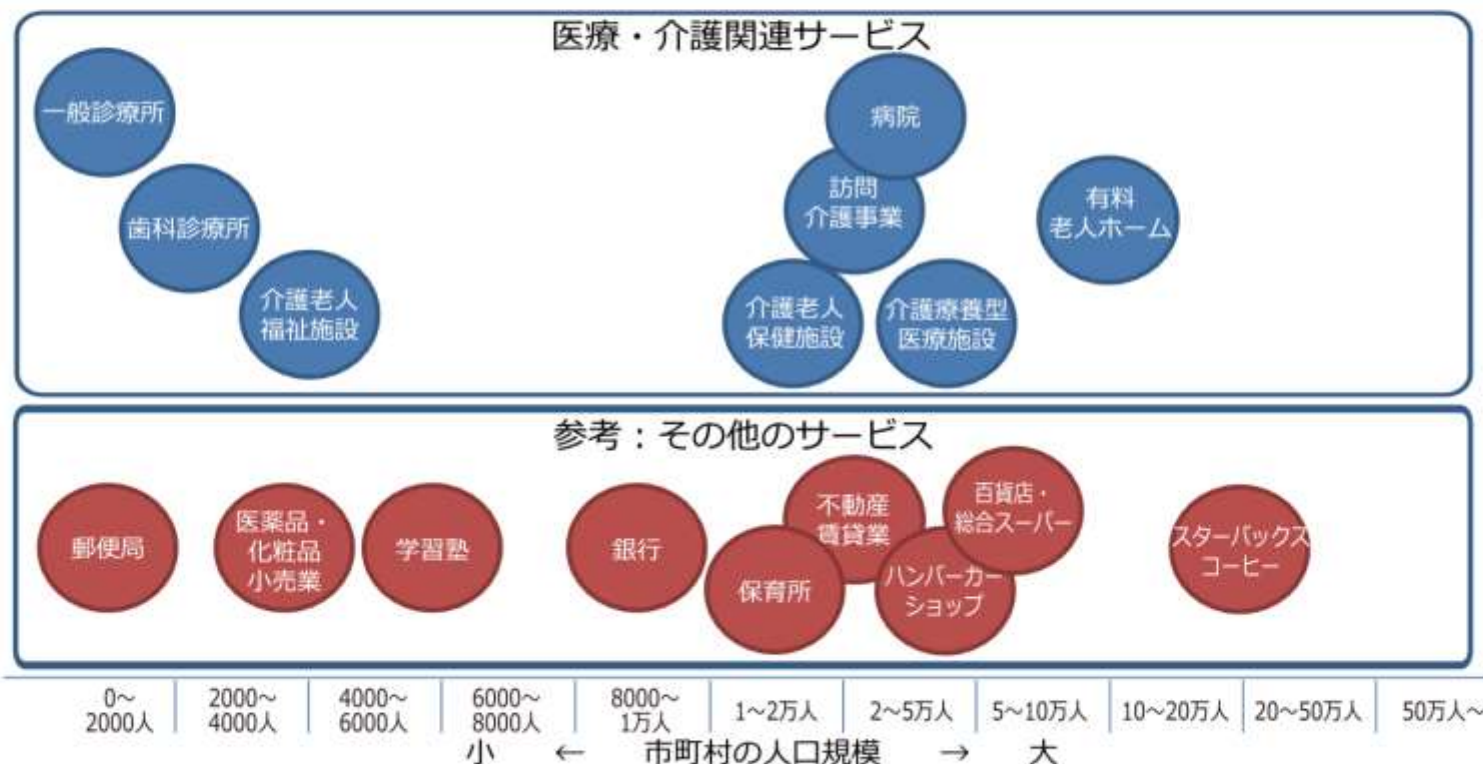
x_i : 第*i*地域の人口の対全地域構成比
 s_i : 第*i*地域の土地面積の対全地域構成比

※人口の集中・分散の度合を示す指標で全人口が一地域に集中している場合は1、人口が各地域均等に分布している場合は0の値をとる

出典) 総務省「国勢調査報告」、国土交通省国土計画局推計値(メッシュ別将来人口)をもとに、同局作成(1990年までは日本測地系、1995年以降は世界測地系)

地域の人口減少により、医療サービス等の確保が困難な地域も

- ◆ サービス産業は都市の人口規模に応じて立地するが、生活に関連する小売業や医療福祉などはある程度の人口規模が必要
- ◆ 同じ自治体の中で各種のサービスを均一に受けるためには、自治体の統廃合が不可欠



出典：病院・一般診療所・歯科診療所：厚生労働省「平成21年地域保健医療基礎統計」
 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：厚生労働省「平成20年介護サービス施設・事業所調査」
 スターバックスコーヒー：Starbucks Coffee Japanウェブサイト
 その他の事業所：総務省「平成18年事業所・企業統計調査」および「国勢調査」をもとに国土高露昌国土計画局作成

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療資源を効率的に活用するため、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化し、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。

（⇒「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）

○ 今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進めるため、

- ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに
- ・ 今後の療養病床における医療提供のあり方を含め、受け皿としての医療・介護のあり方の検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組む。

【現 状：2013年】

134.7万床（医療施設調査）

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*

高度急性期
19.1万床

急性期
58.1万床

回復期 11.0万床

慢性期
35.2万床

一般病床
100.6万床

療養病床
34.1万床

【推計結果：2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合：152万床程度

2025年の必要病床数（目指すべき姿）
115～119万床程度

高度急性期
19.7万床程度

急性期
40.1万床程度

回復期
37.5万床程度

慢性期
24.2～28.5万床程度

機能分化・連携

地域差の縮小

NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

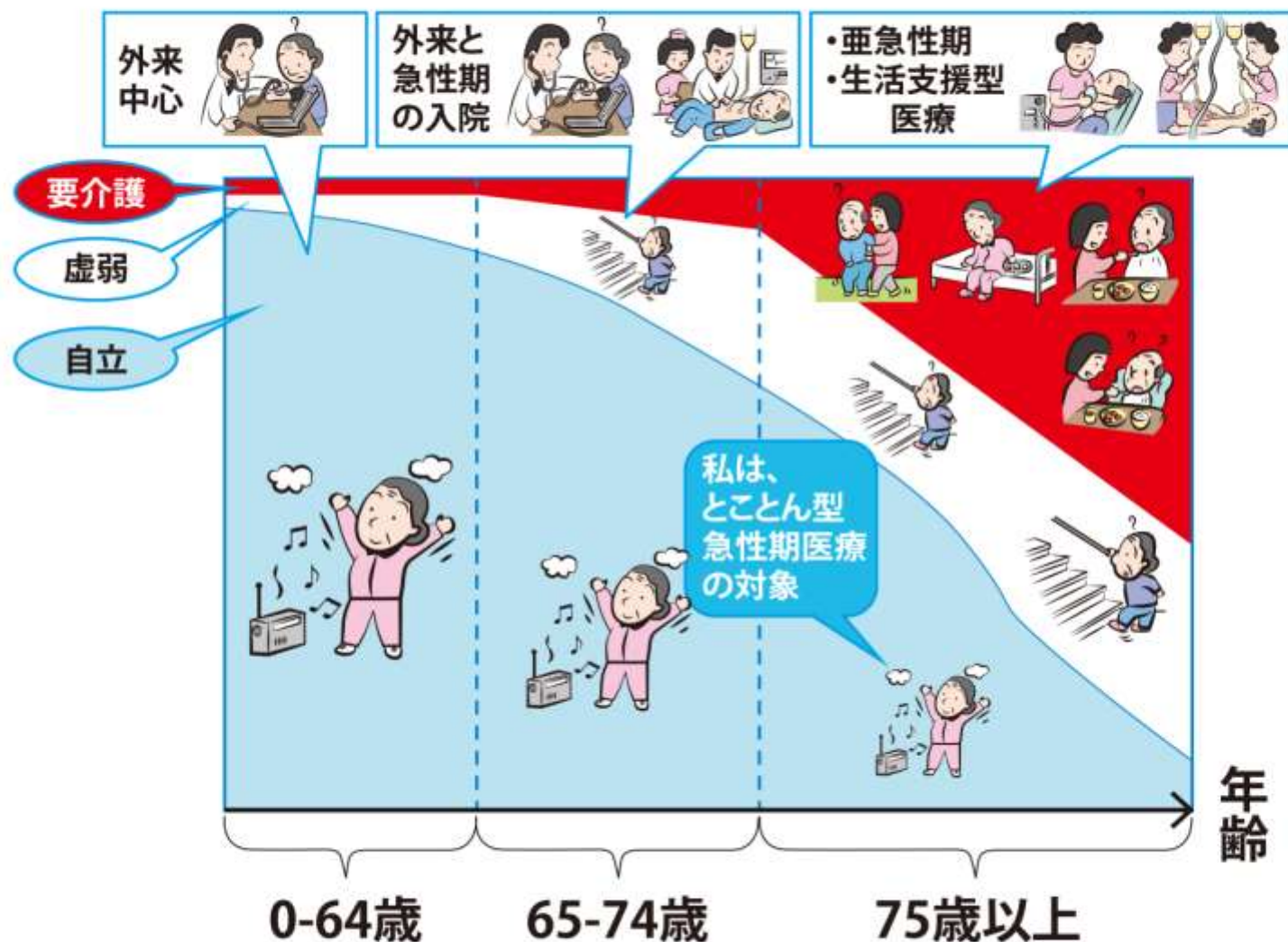
29.7～33.7万人程度

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。

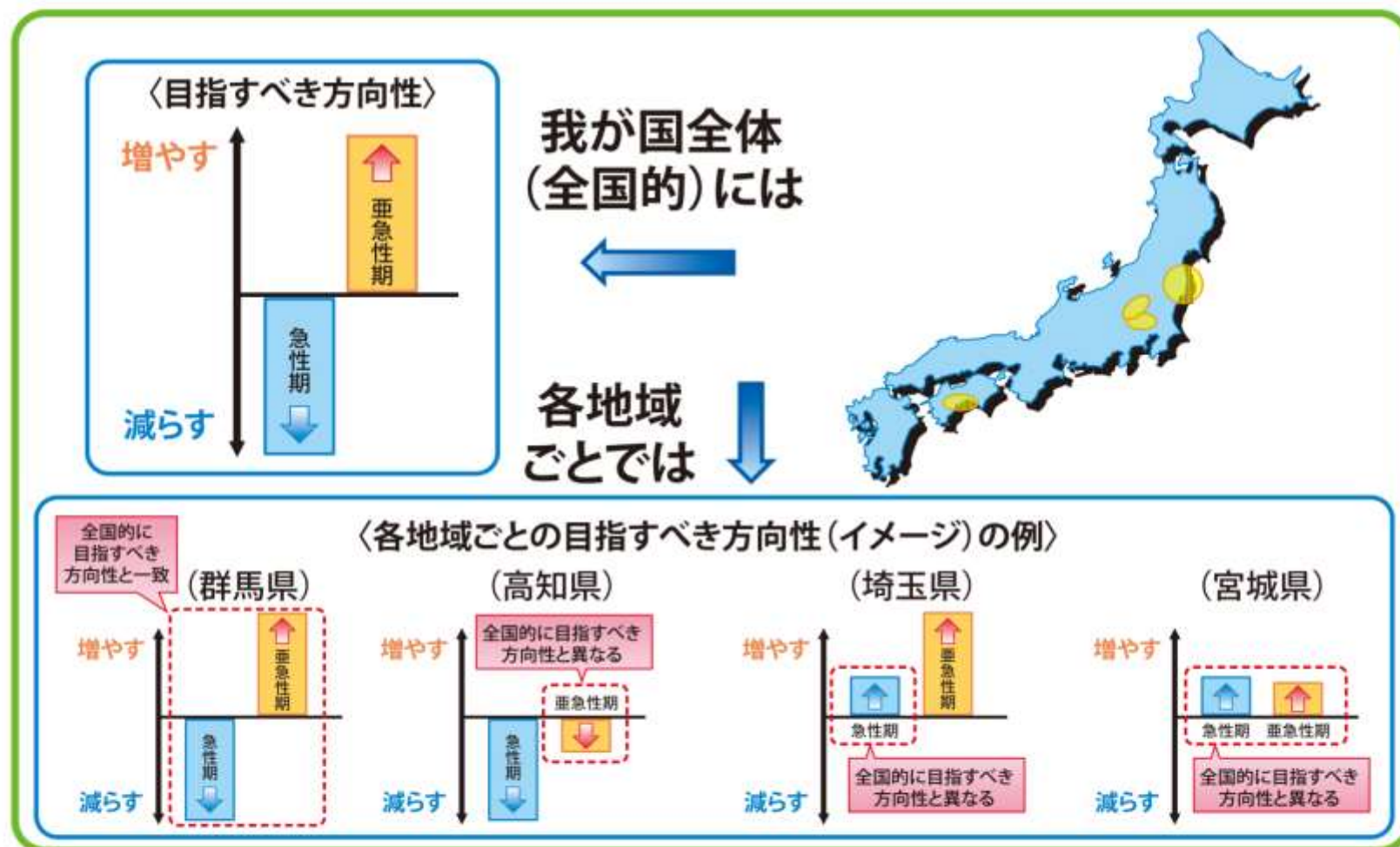
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

年齢と「とことん」と「まあまあ」医療



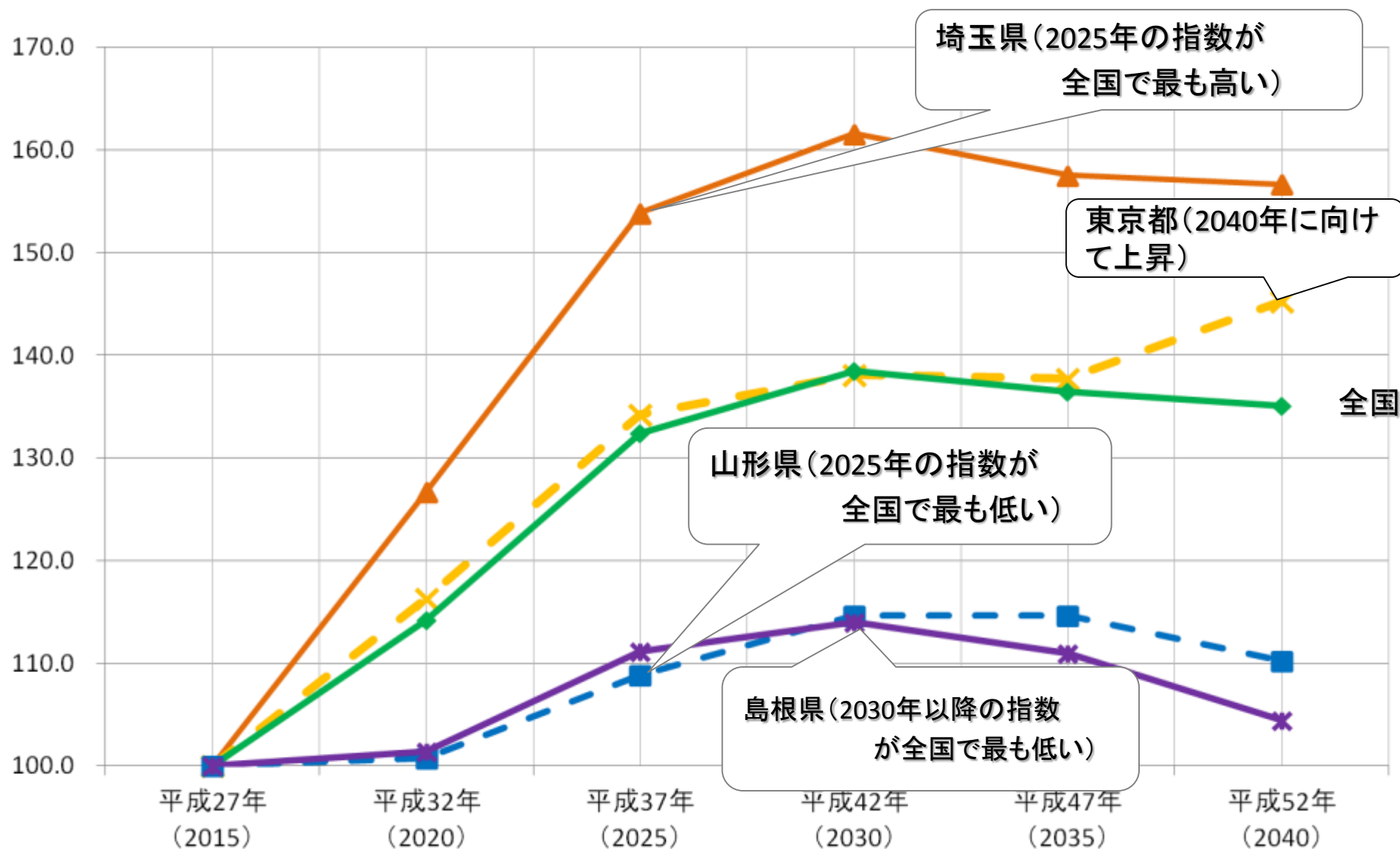
医療提供体制改革の方向性

地域ごとに目指すべき医療提供体制の方向性の相違

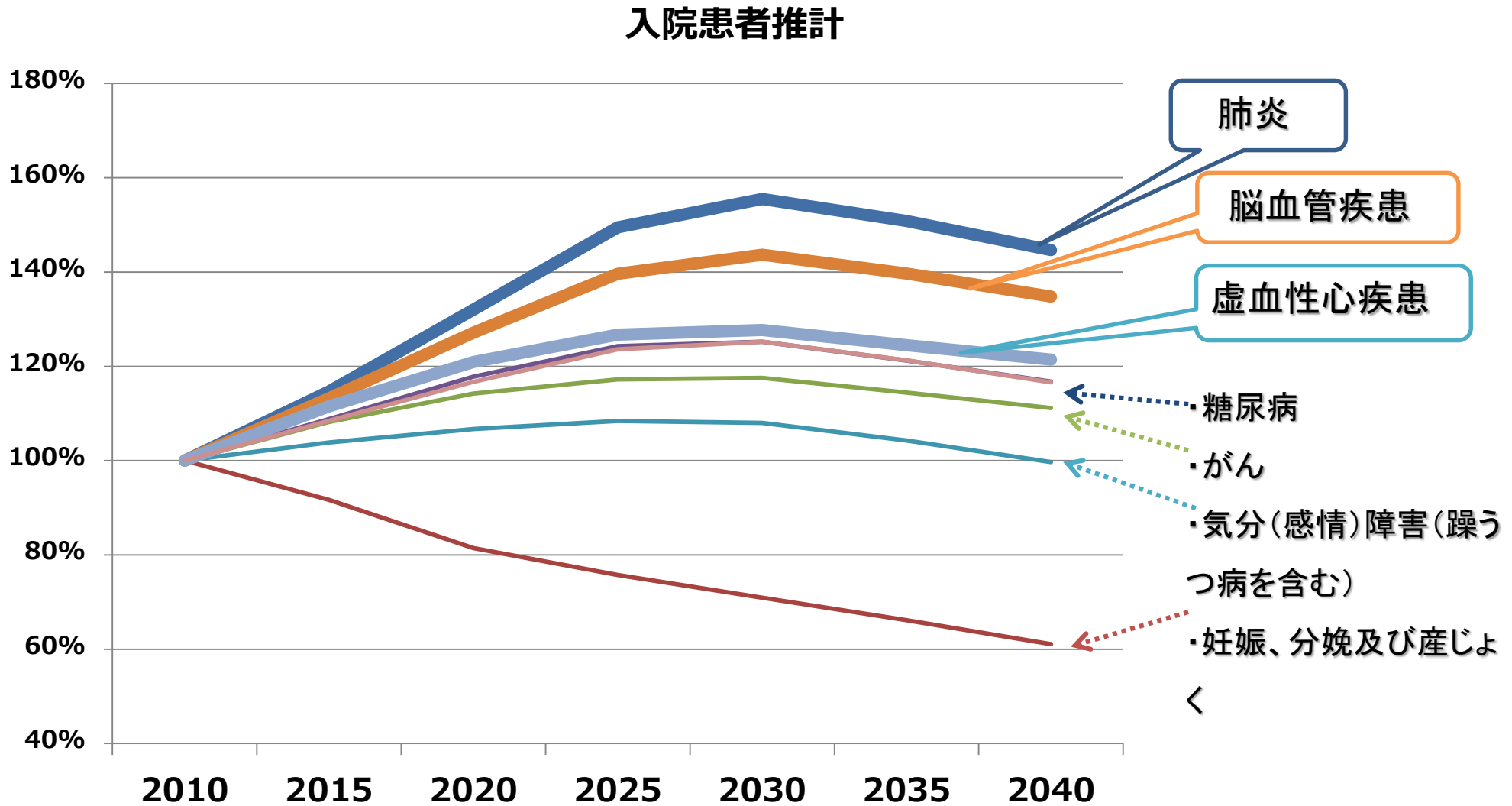


2015 — 2025 — 2040年の高齢化の状況

75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



入院患者数の将来推計 (千葉医療圏)



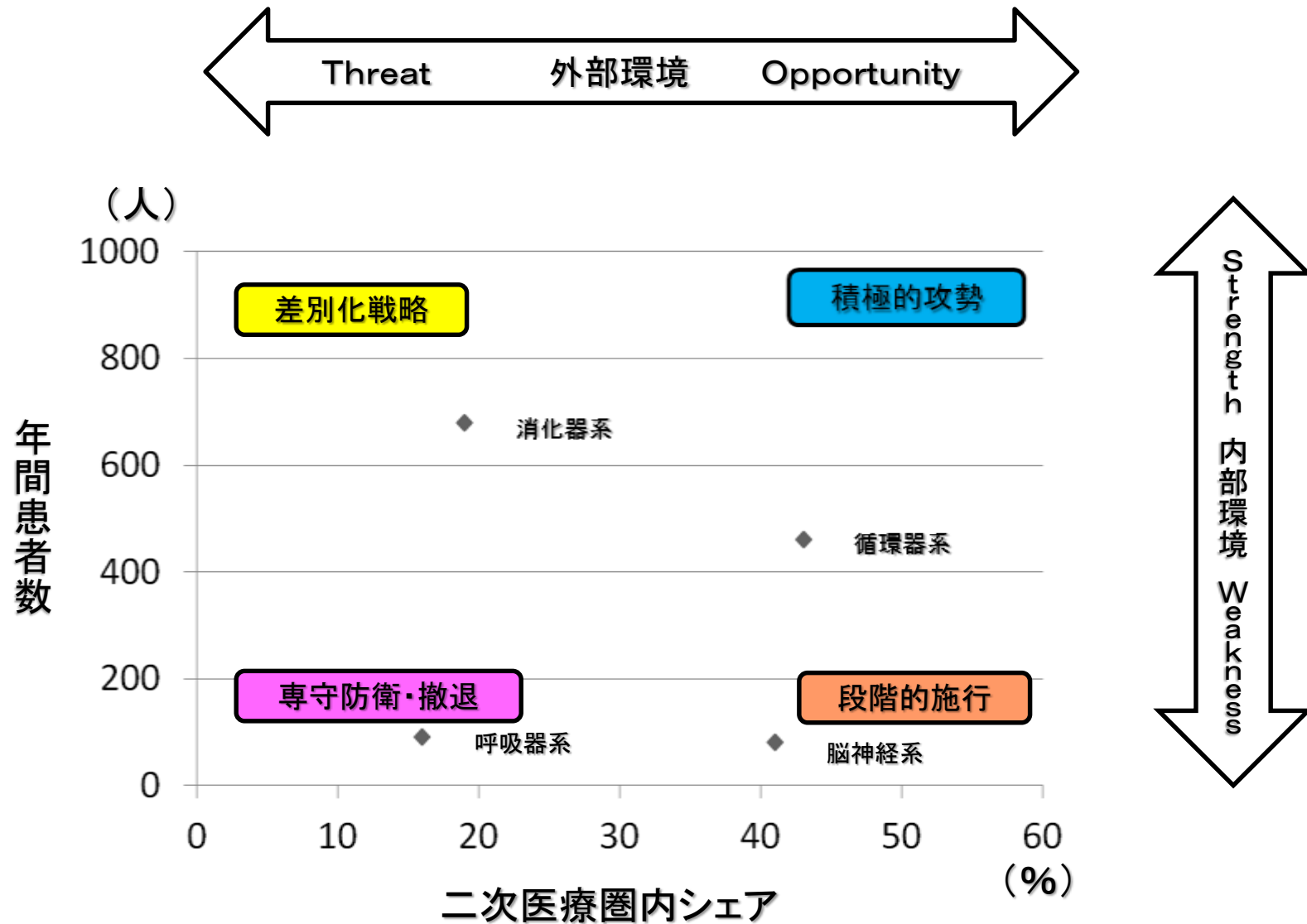


図 診療分野別手術患者の地域患者シェア分析の例

(出典)「DPCデータから見える医療機関の地域での役割と機能分化のあり方」, 伏見清秀, 病院69巻9号(2010.9)

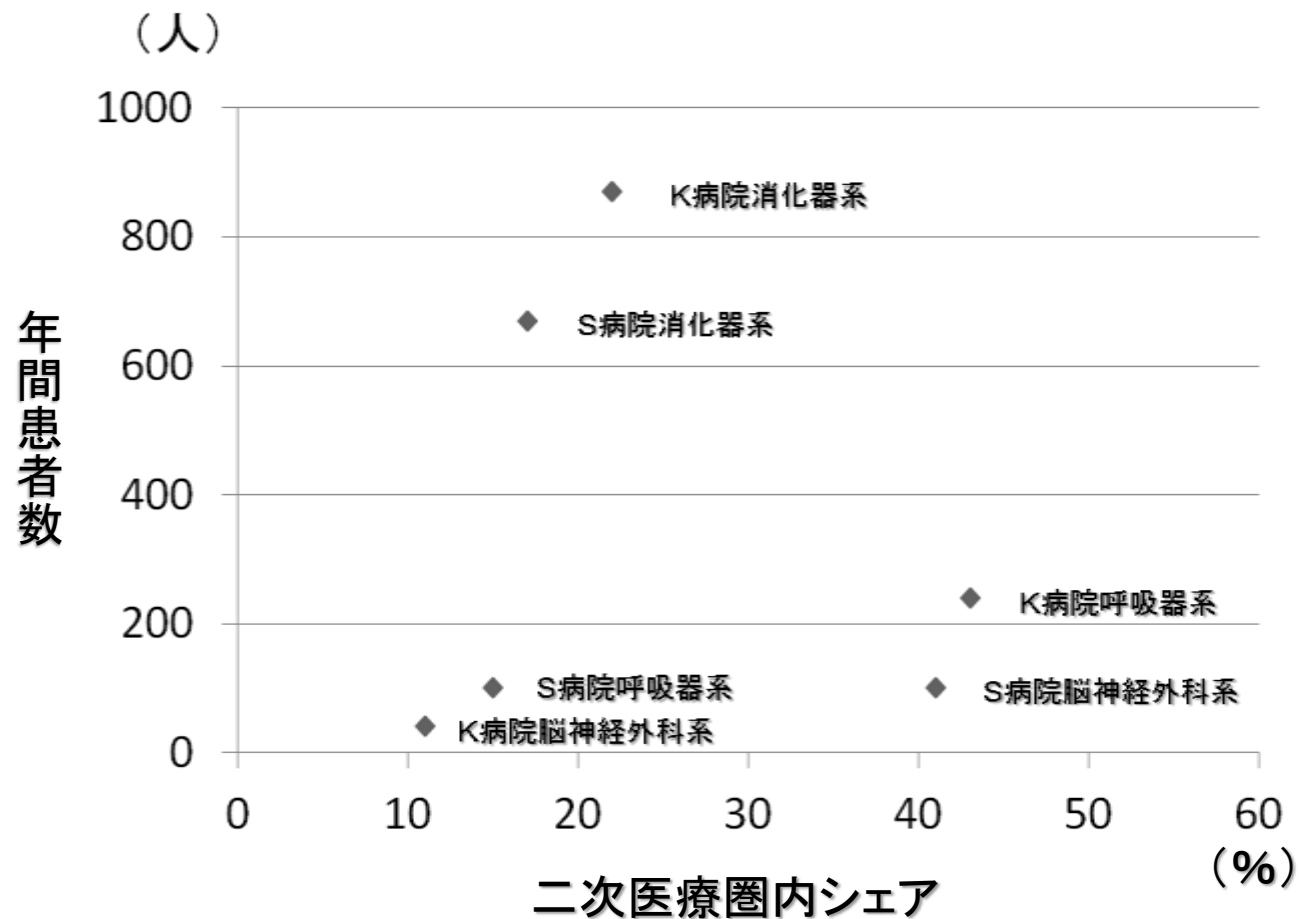


図 地域患者シェアの病院間比較分析

(出典)「DPCデータから見える医療機関の地域での役割と機能分化のあり方」, 伏見清秀, 病院69巻9号(2010.9)

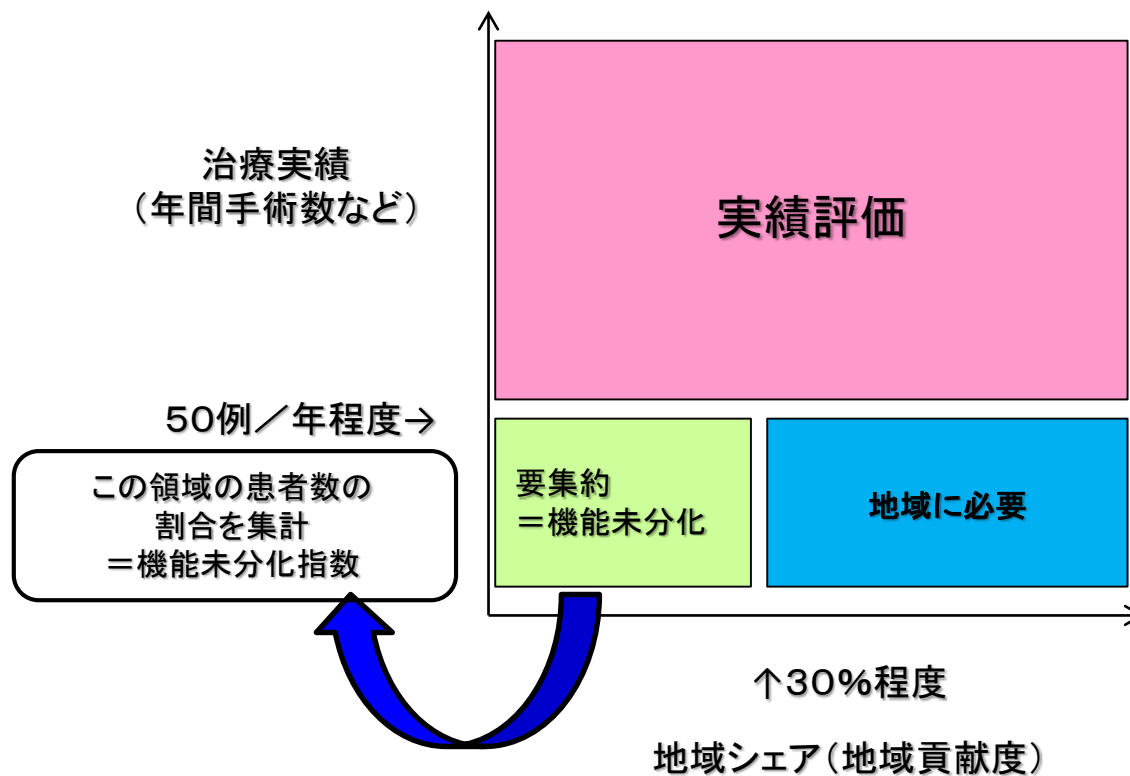


図 患者シェアに基づく地域機能分化の評価

(出典)「DPCデータから見える医療機関の地域での役割と機能分化のあり方」, 伏見清秀, 病院69巻9号(2010.9)

今後の主な医療政策のアウトライン

医療を取り巻く状況・課題

I. 日本型高齢社会の到来

- ・急速な少子高齢化と人口減
- ・地域で異なる高齢化の実相

II. 社会保障の持続性確保

- ・経済成長と財政健全化
- ・サービス提供人材の確保
- ・医療費増加要因とその対応

III. 技術革新と医療の高度化

- ・高い効果で高額な技術
- ・医療の質と生産性の向上

2017/1/28

対応する主な医療政策

① 地域包括ケアシステムの構築

- ・生活視点を踏まえた医療への転換
- ・介護や地域づくりとの連携
- ・医療を含む「ご当地システム」構築

② 地域医療構想の策定と実現

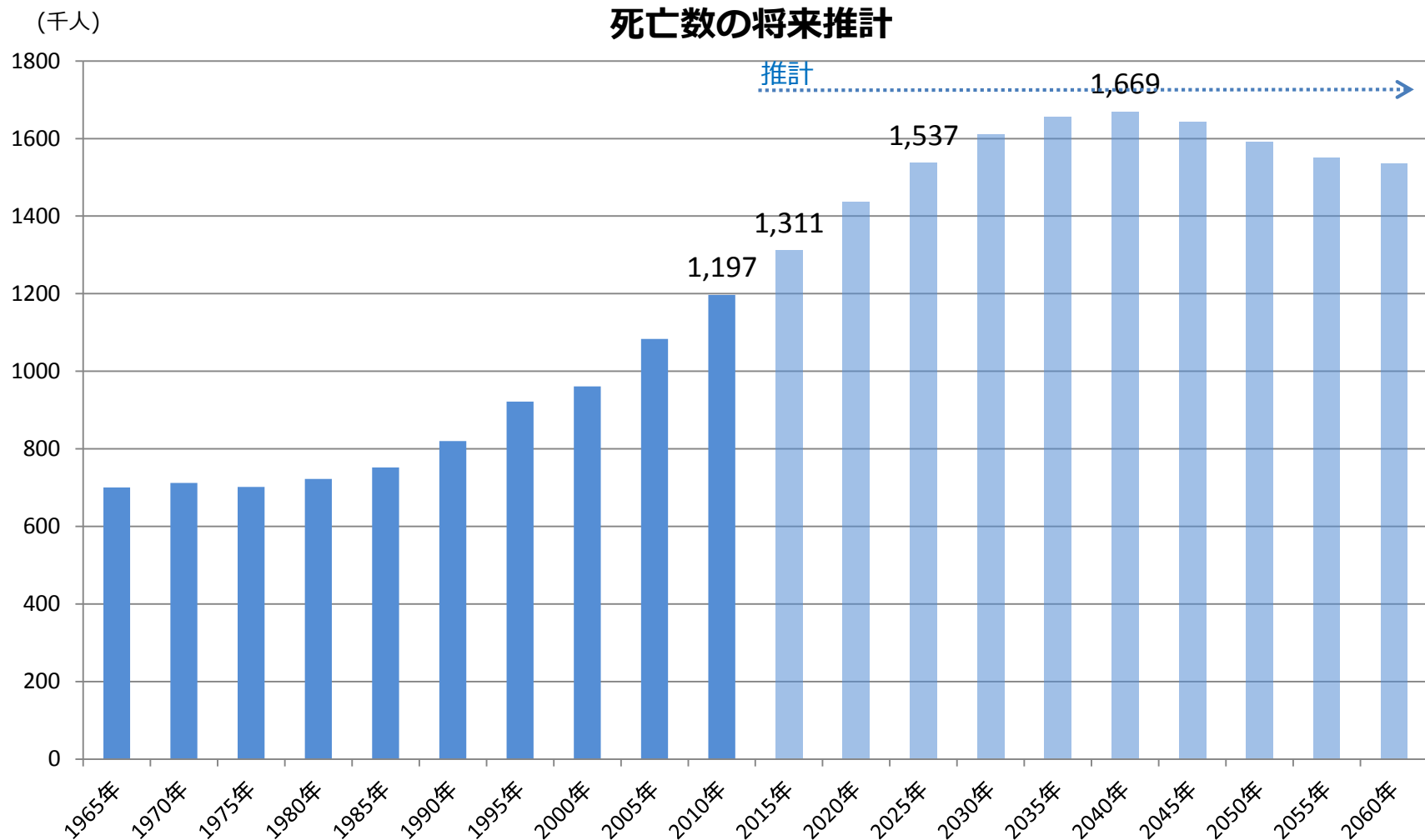
- ・地域の“あるべき医療の姿”を共有
- ・関係者調整と自主的取組で実現
- ・体制整備のための資源確保

③ 医療サービスの適正評価

- ・医療の必要性に応じた資源配置
- ・費用対効果も含めた薬価等の改革
- ・効果や価値(データ)に基づく評価

なぜ地域包括ケアシステムが必要か？

- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



2017/1/28

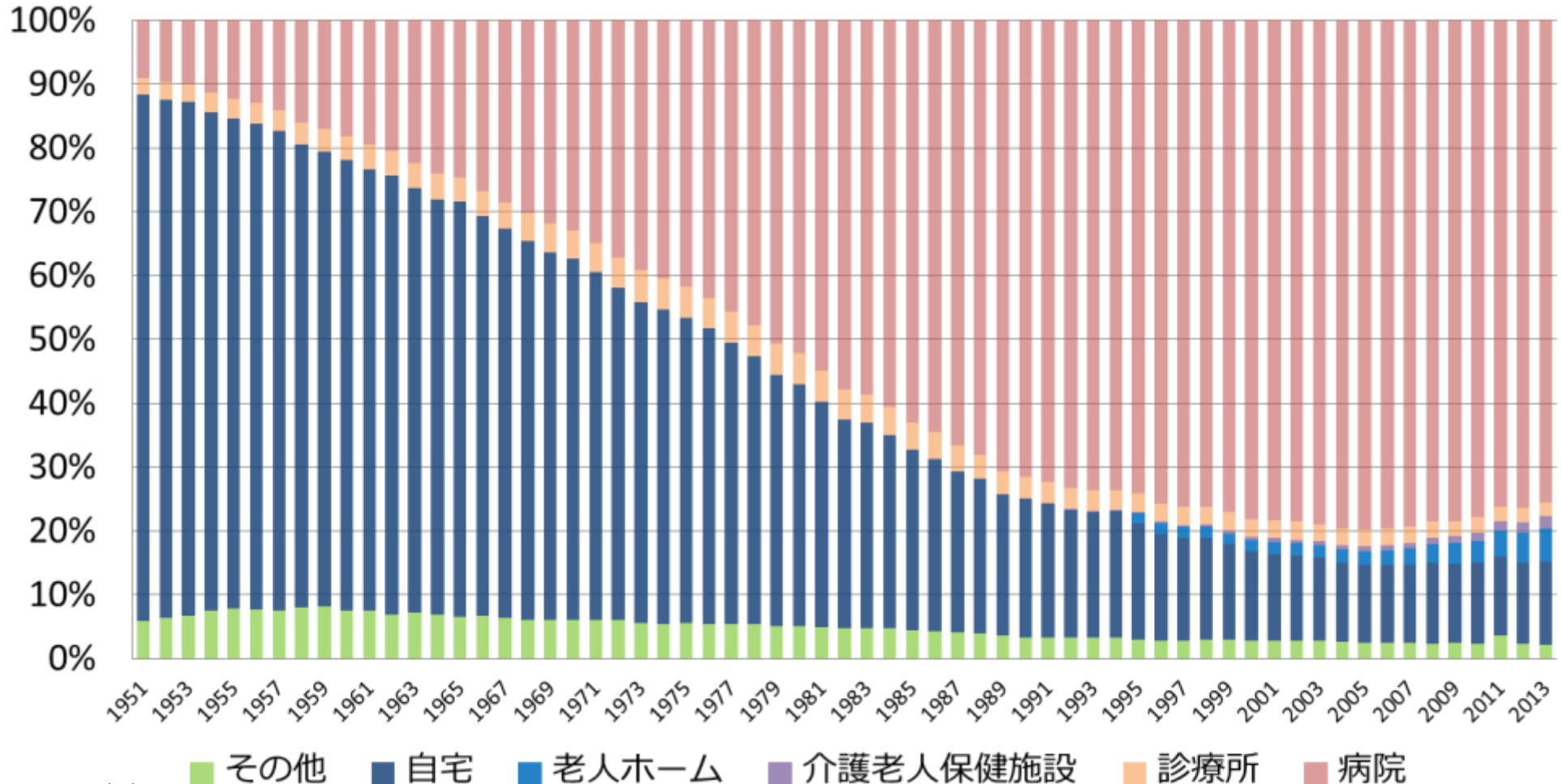
出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

2015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）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

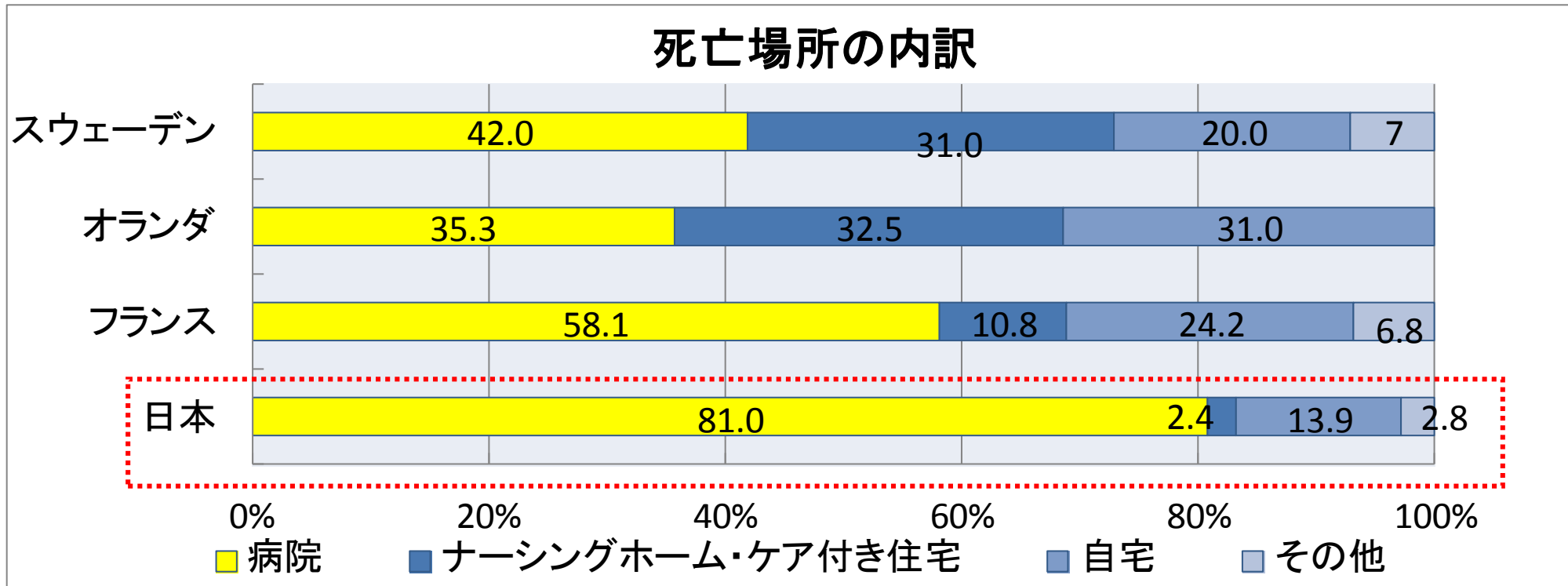
なぜ地域包括ケアシステムが必要か？

- 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。
- 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。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



死亡の場所（各国比較）



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」

(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「Dögen angår 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

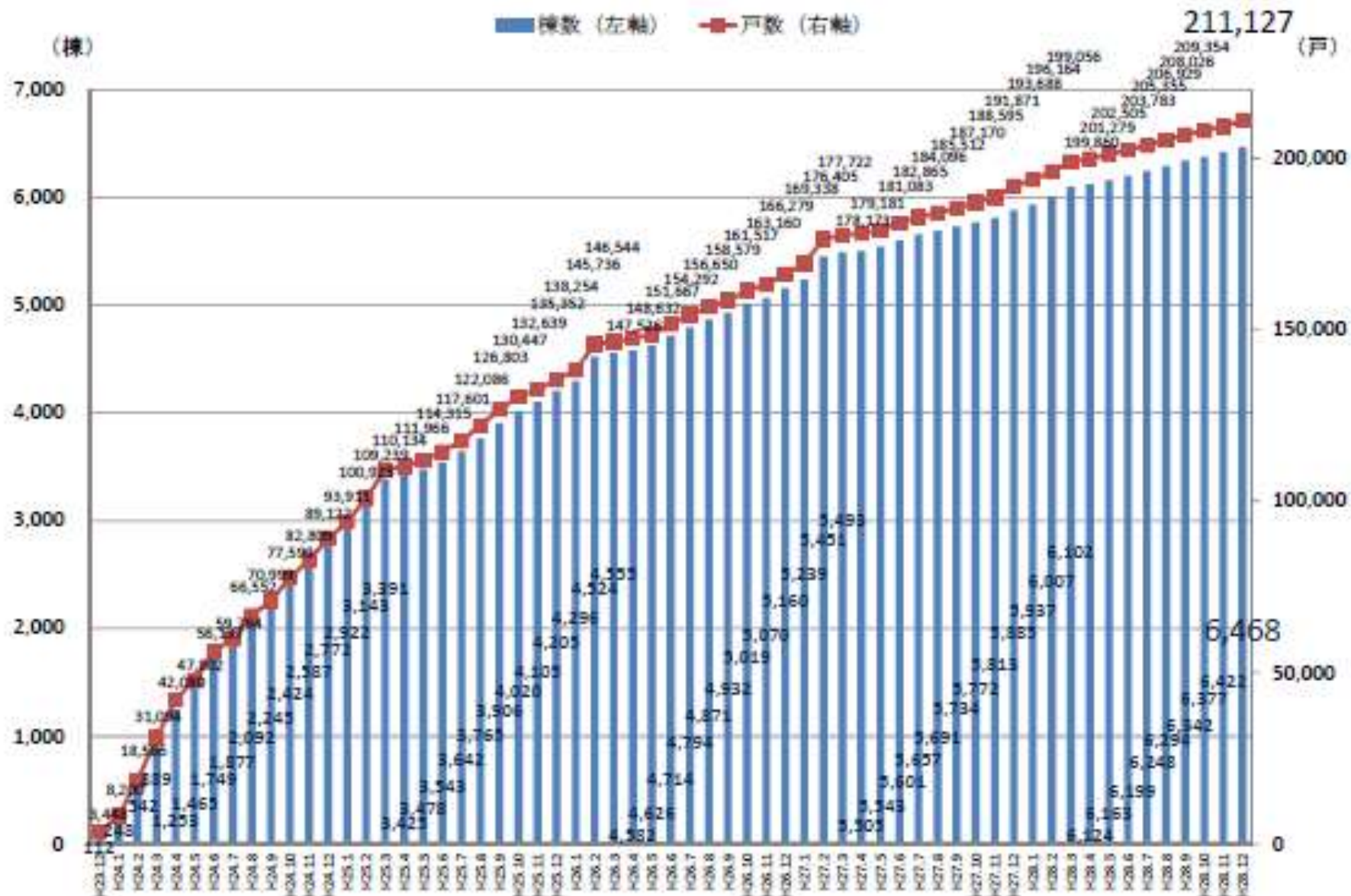
多住な住まいの必要性

- サービス移動導線の効率化
- 気づき, 見守りのサービス
- 新たなコミュニティの可能性

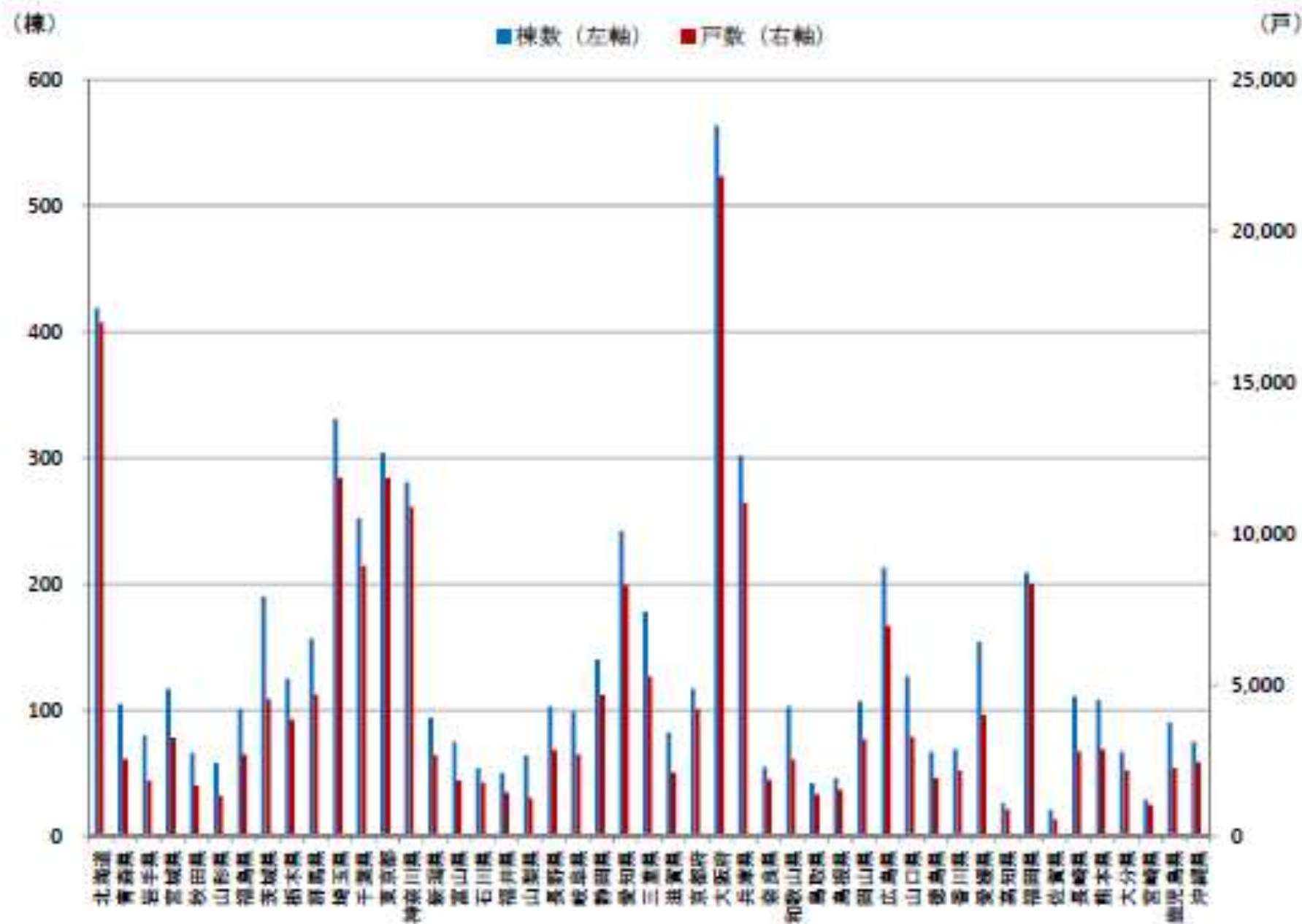
<課題>

- 医療介護サービス経験値
- 他サービス事業者との連携
- 月あたり費用

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況(H28.12末時点)



サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H28.12末時点)

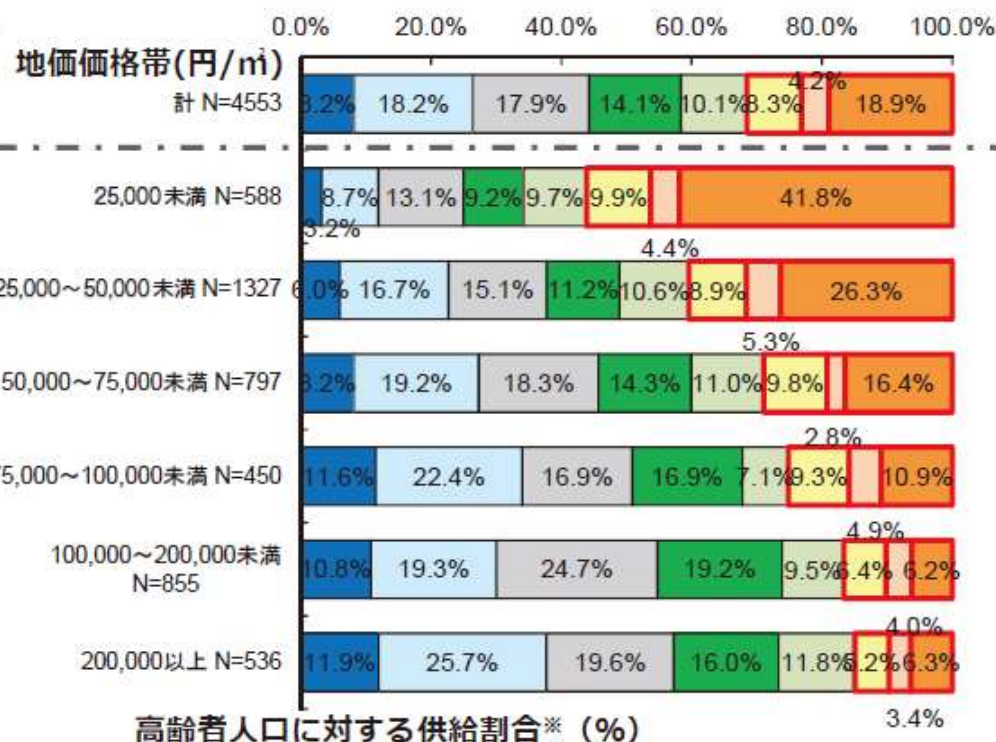
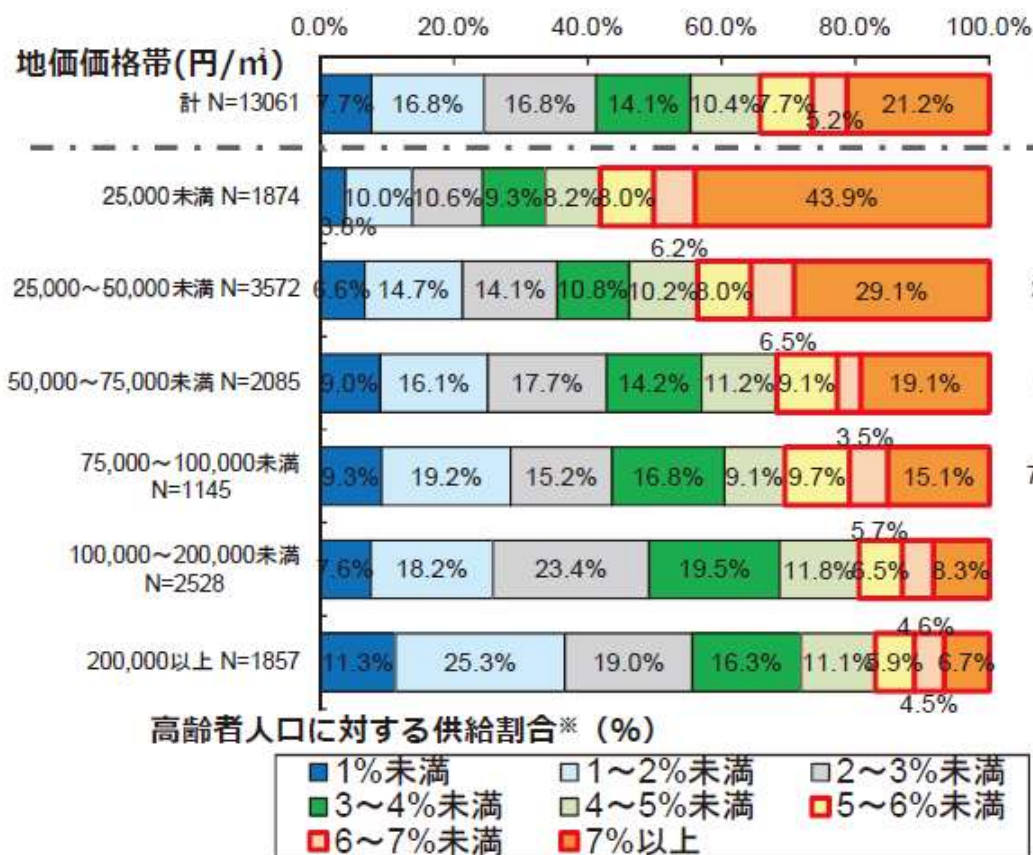


地価とサービス付き高齢者向け住宅等の供給状況との関係

○立地する2kmメッシュの地価の価格帯別にみると、地価が安いほど、高齢者人口に対するサービス付き高齢者向け住宅等の供給が多い傾向にある。

<サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム合計>

<サービス付き高齢者向け住宅>

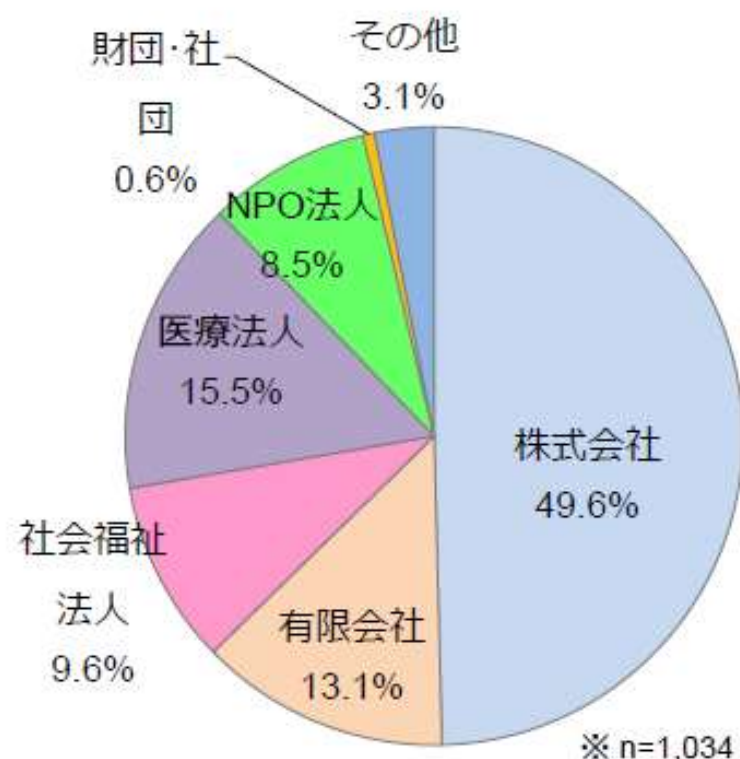


○サービス付き高齢者向け住宅は、相対的に、地価が安い地域において、需要（高齢者人口）に比して多く供給される傾向が見られる。

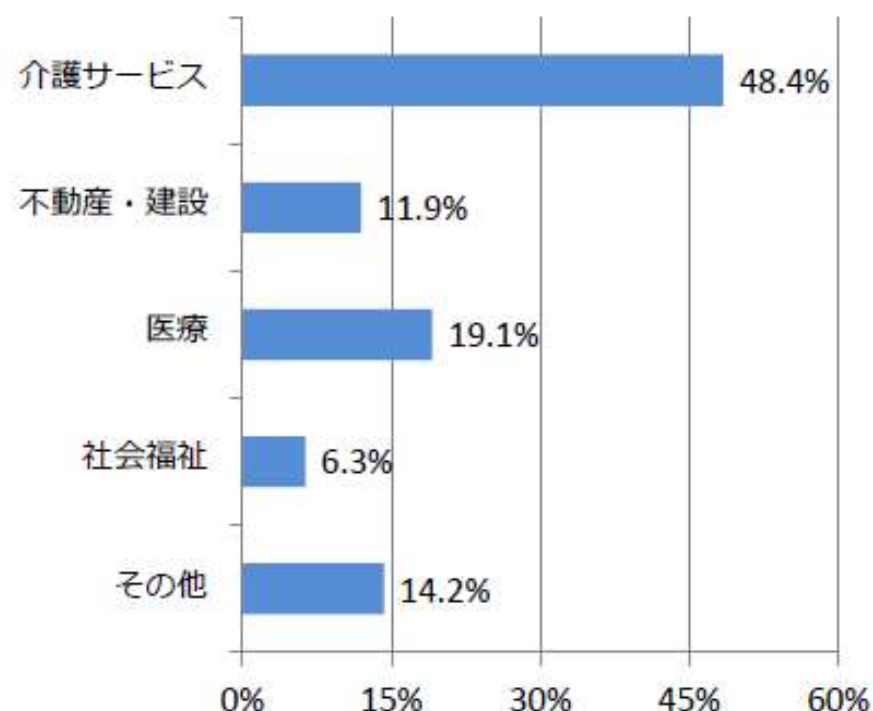
サービス付き高齢者向け住宅の事業主体【実態調査】（平成25年7月）

- 実際に事業を行っている法人の種別では、株式会社・有限会社(62.7%)、医療法人(15.5%)、社会福祉法人(9.6%)で全体の約9割を占める。
- 母体法人をベースに事業種別を集計すると、介護サービス関連が約5割、医療関連が約2割を占めている。不動産・建設業関連は1割強に留まっている。

開設主体の法人種別



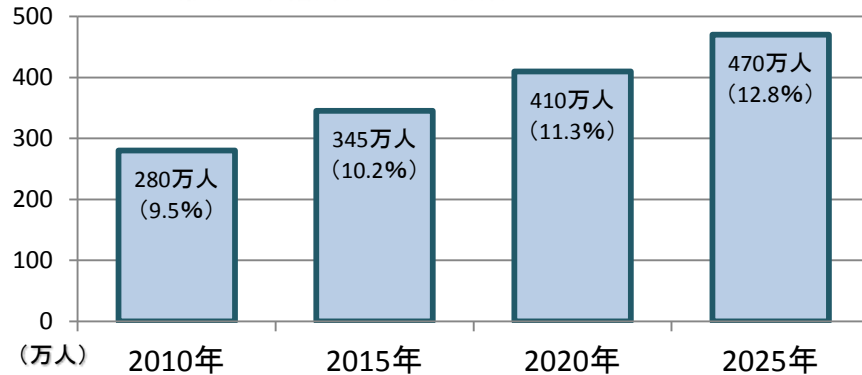
母体法人の業種



在宅医療・介護の推進に当たっての課題

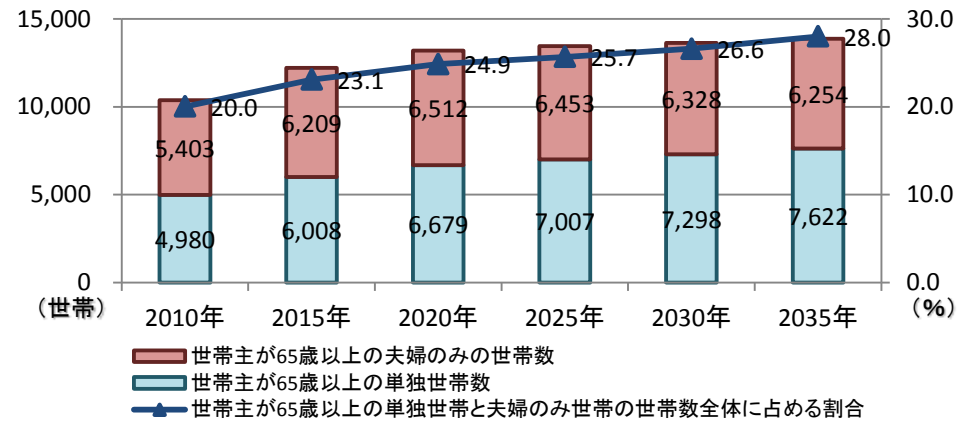
- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ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」Ⅱ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)

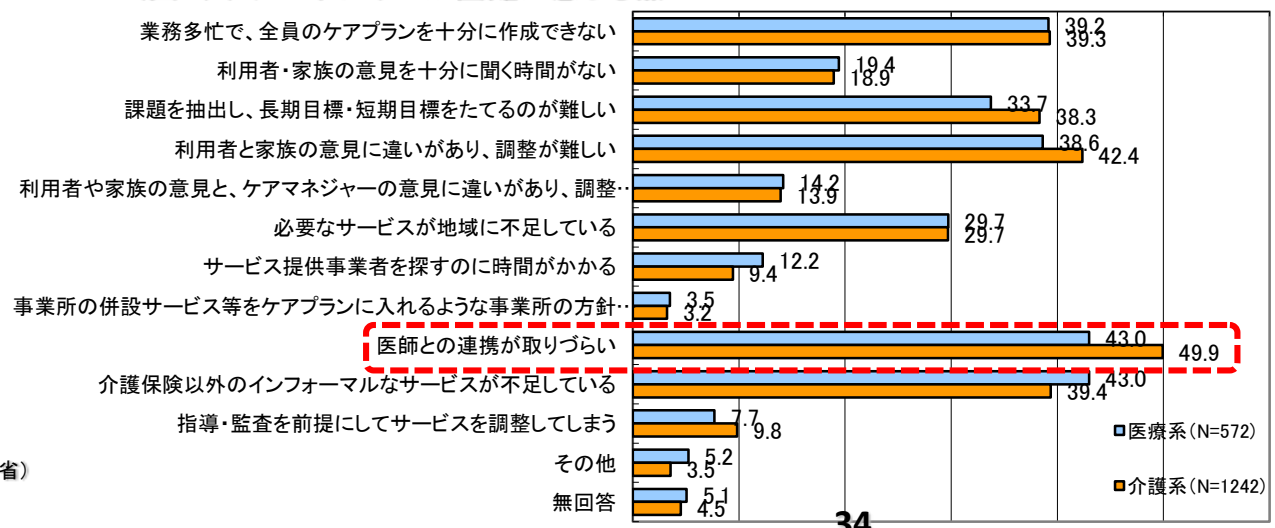
(図3)訪問診療を実施している医療機関

	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)

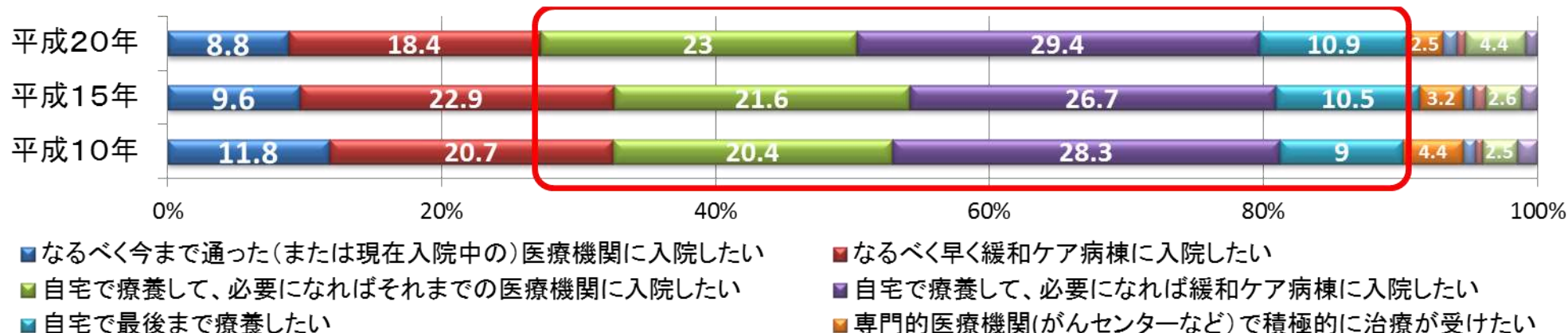
(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点



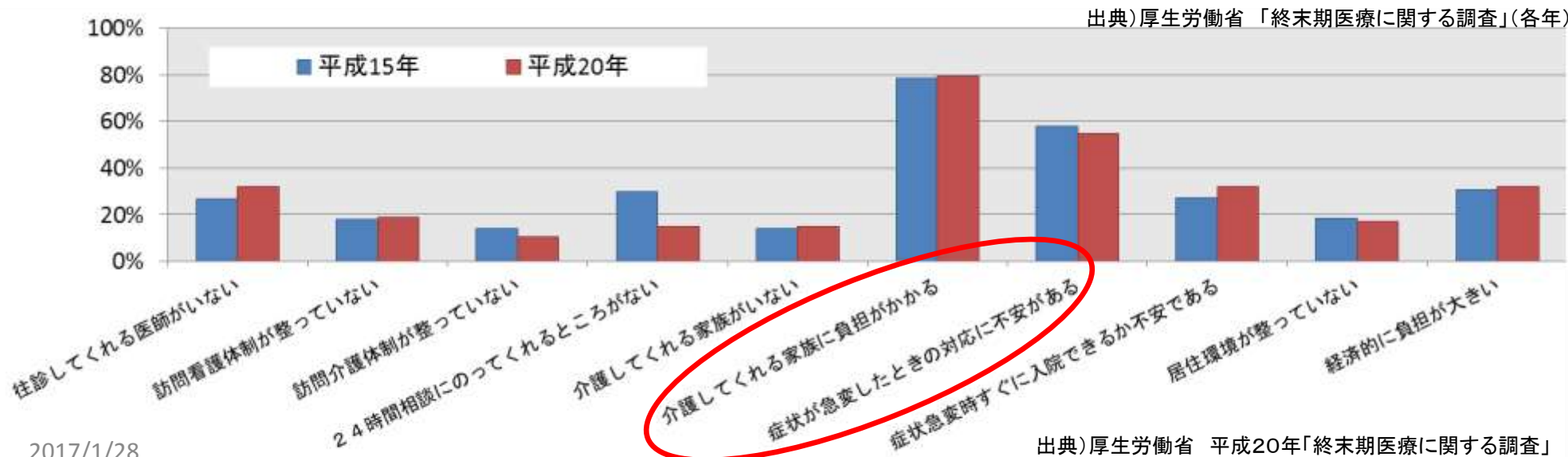
出典:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

なぜ地域包括ケアシステムが必要か？

■終末期の療養場所に関する希望



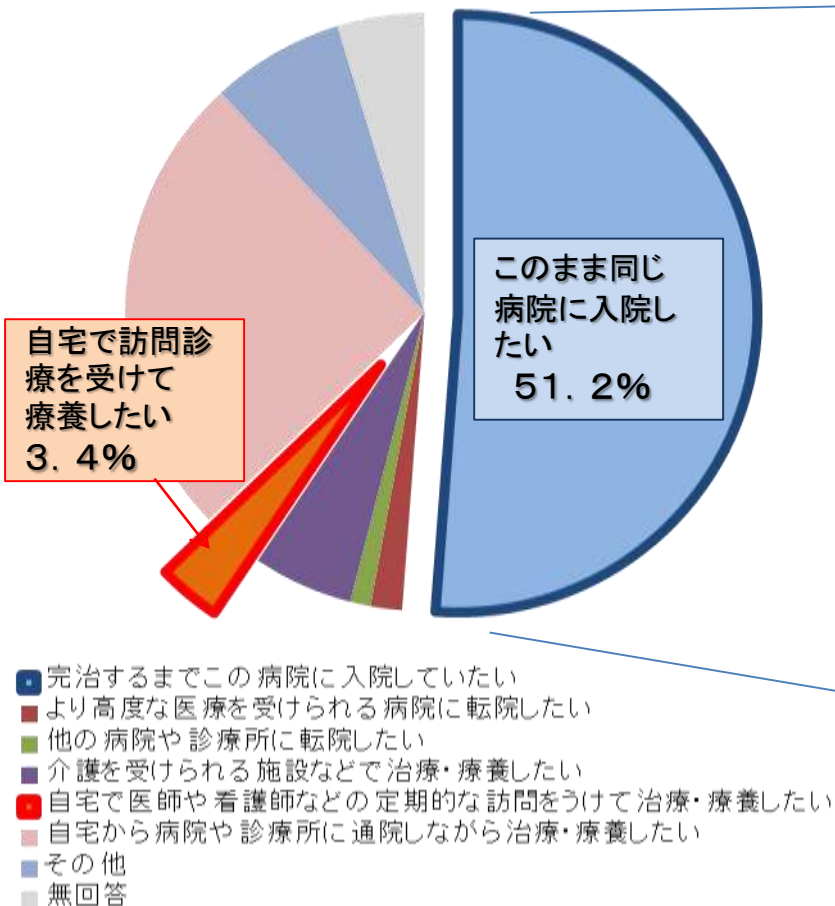
■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



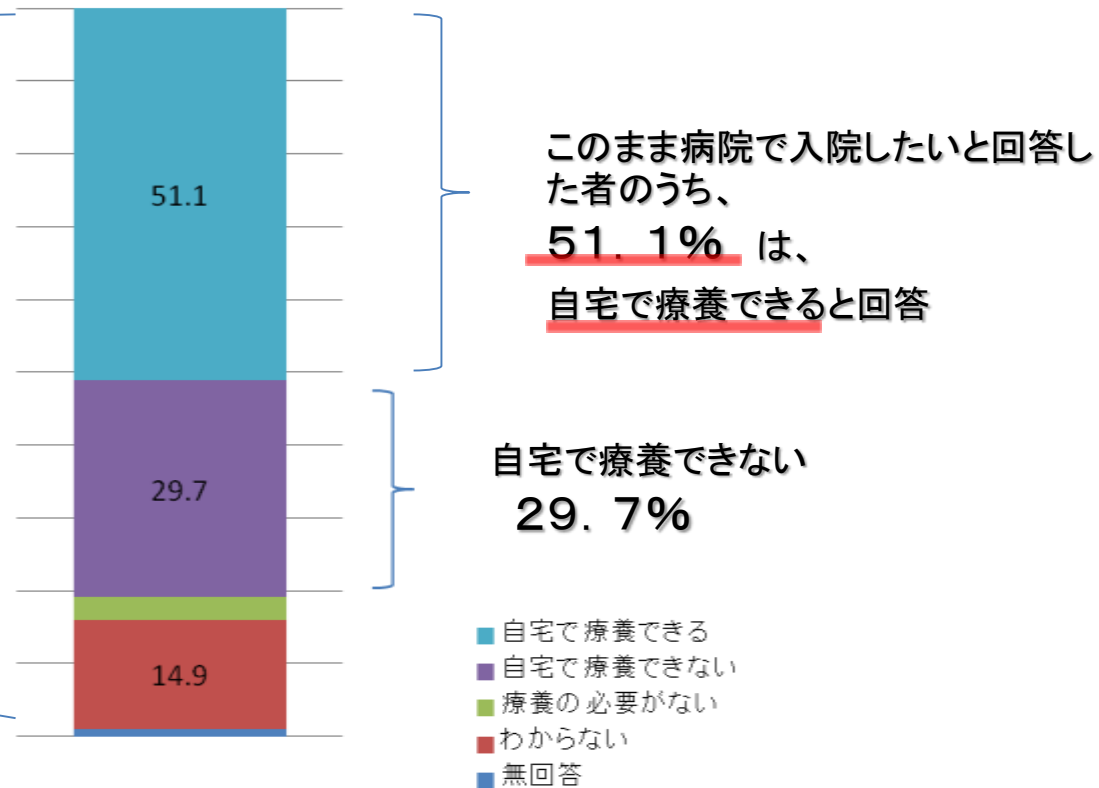
入院中の患者の意向

- 入院中の患者の51.2%が、今後の治療・療養の希望について「完治するまでこの病院に入院したい」と回答。
- この「完治するまでこの病院に入院したい」と回答した51.2%のうち、大半は退院の許可が出た場合に「自宅で療養できる」と回答。

入院中の患者における今後の治療・療養の希望



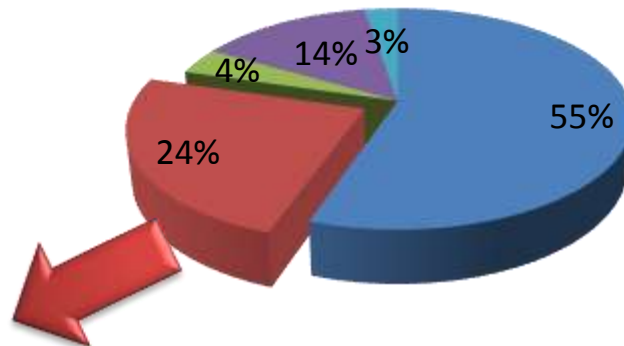
自宅療養の見通し



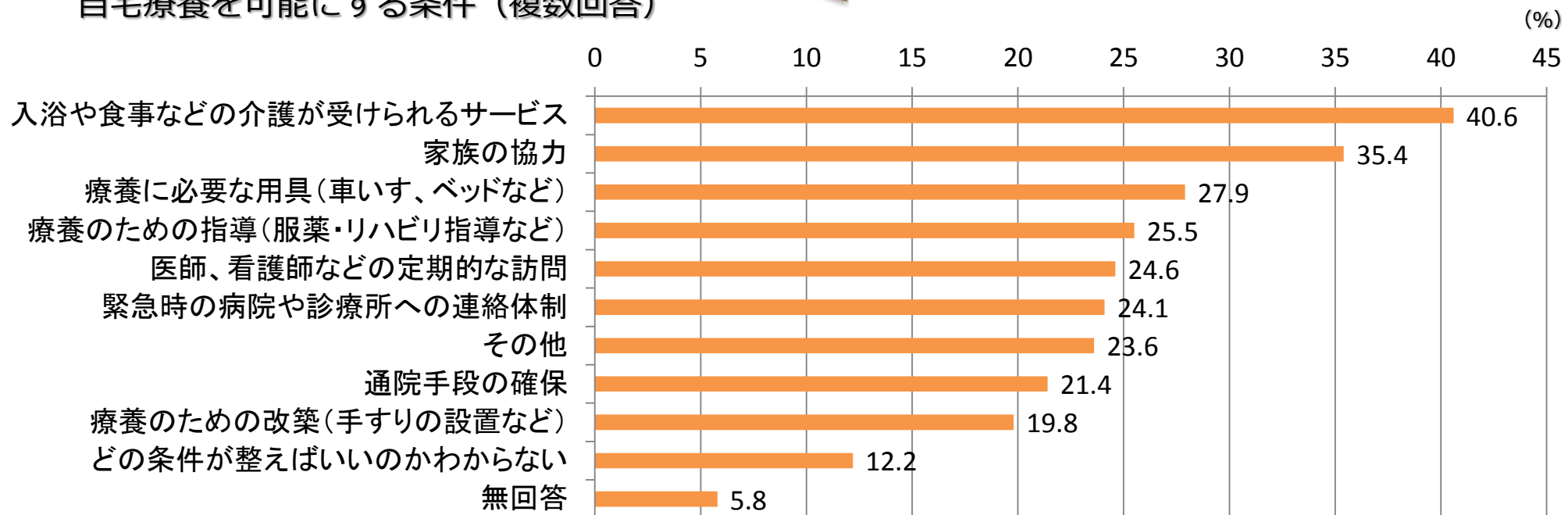
退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

■ 退院の許可が出た場合の入院患者の 自宅療養の見通し（入院患者に対する質問、n=53,298）

■ 自宅で療養できる ■ 自宅で療養できない
■ 療養の必要がない ■ わからない
■ 無回答



■ 「自宅で療養できない」と回答した者について 自宅療養を可能にする条件（複数回答）



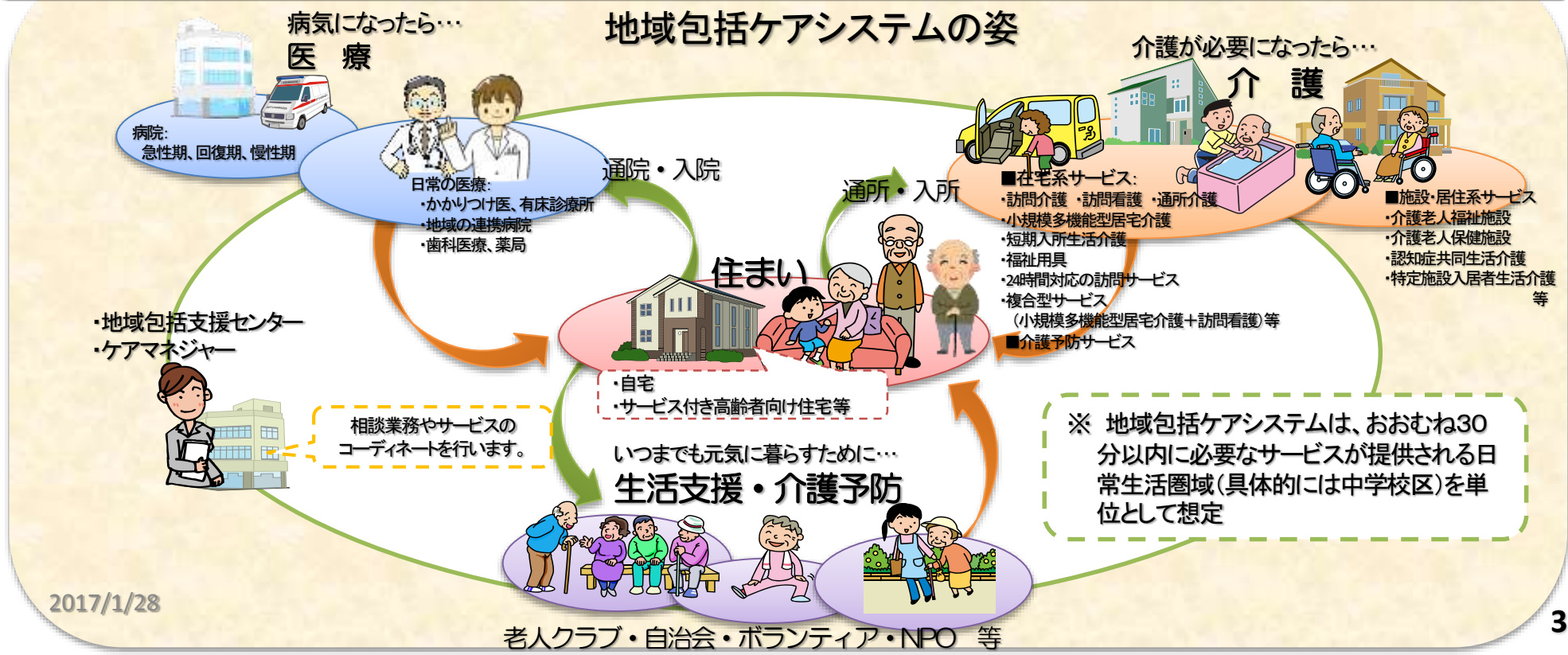
在宅神話

- 住み慣れた・・・ ← 狭小, 階段
- 価格が安い ← 「損益分岐点」
- 顔見知り ← 独居, 孤独死の可能性

→ 暮らしてきた住居に固執することの是非は？

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。**



社会参加と介護予防効果の関係について

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%)

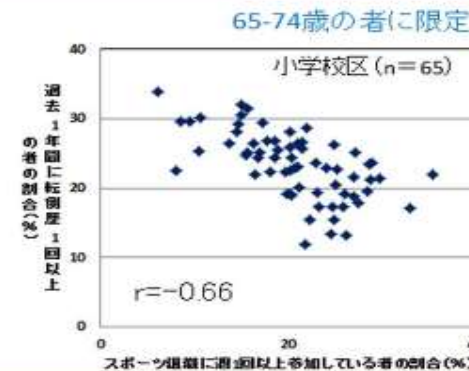
【研究デザインと分析方法】

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



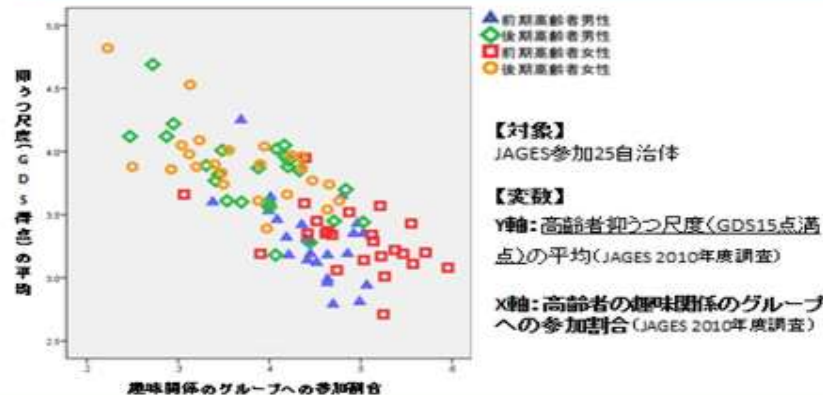
スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことのある前期高齢者が少ない相関が認められた。



65歳以上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%)

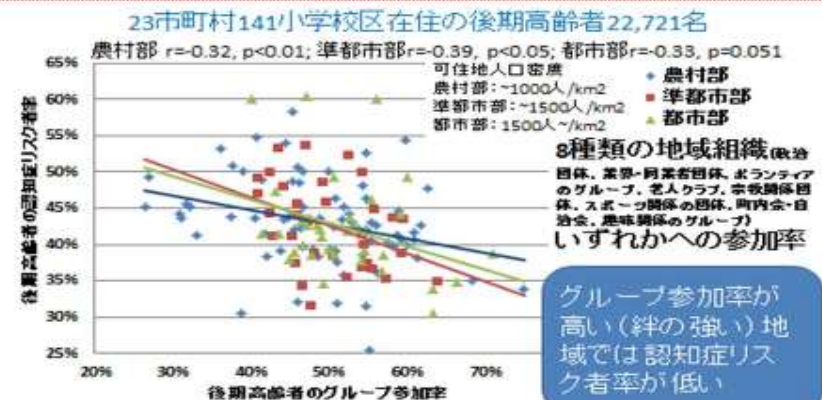
転倒率:
11.8%～33.9%
スポーツ組織参加率が高い小学校区では転倒者の割合が低い

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



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

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。



ハイリスク戦略の限界と地域づくりによる介護予防の可能性示す→介護予防の政策転換

2017/1/28

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021717.pdf

課題の「見える化」

運動機能低下 >> 前期高齢者 >> 2013

前期高齢者に限定

厚生労働科学研究費補助金 0425-長期一般-0031 研究費
JAGES HEART 2014

評価項目リスト

- 運動機能低下
 - 前期高齢者
 - 2013
 - 後期高齢者
 - 2013
 - 高齢者全体
 - 2013
- 低栄養
- 口腔機能の低下
- 閉じこもり
- 認知機能の低下
- 虚弱
- うつ予防
- IADL
- 知的能動性
- 社会的役割
- ボランティア参加
- スポーツの会参加
- 趣味の会参加
- 老人クラブ参加
- 独居者の割合



市町村ID	値	実数
A1	0.139	
A2	0.156	
A3	0.168	
A4	0.147	
A5	データ...	
A6	データ...	
A7	0.091	
A8	0.101	
A9	0.128	
A10	0.154	
A11	0.118	
A12	0.125	
A13	0.127	
A14	0.145	
A15	0.128	
A16	0.145	
A17	0.108	
A18	0.102	
A19	0.097	
A20	0.121	
A21	0.082	
A22	0.167	
A23	0.148	
A24	0.119	

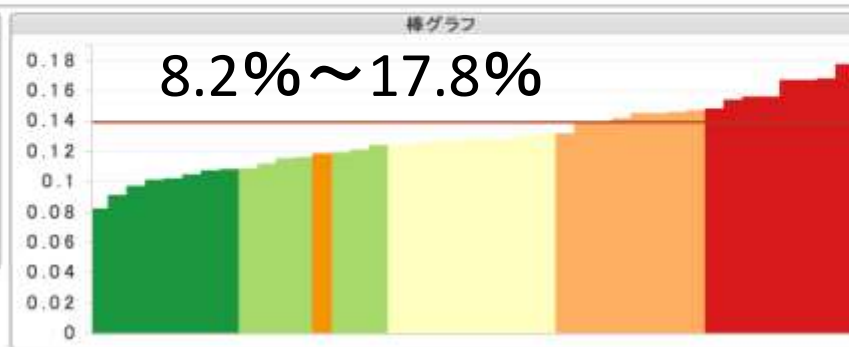
フィルターリスト

- 高齢化率
- 人口密度(人/km²)
- 人口集中地区人口比率
- [フィルターの削除]

記述統計

合計: 5.304
市町村の平均: 0.129
中央値: 0.128
最小値: 0.082
最大値: 0.178
下位四分位値: 0.113
上位四分位値: 0.145
四分位値範囲: 0.032
分散: 0.000
標準偏差: 0.022

記述統計/脚注
棒グラフ/時系列グ...



SHP_300.shp

- 0.082 - 0.108
- 0.109 - 0.124
- 0.125 - 0.132
- 0.133 - 0.148
- 0.149 - 0.178
- データなし

比較地区 値

● 合計 0.126

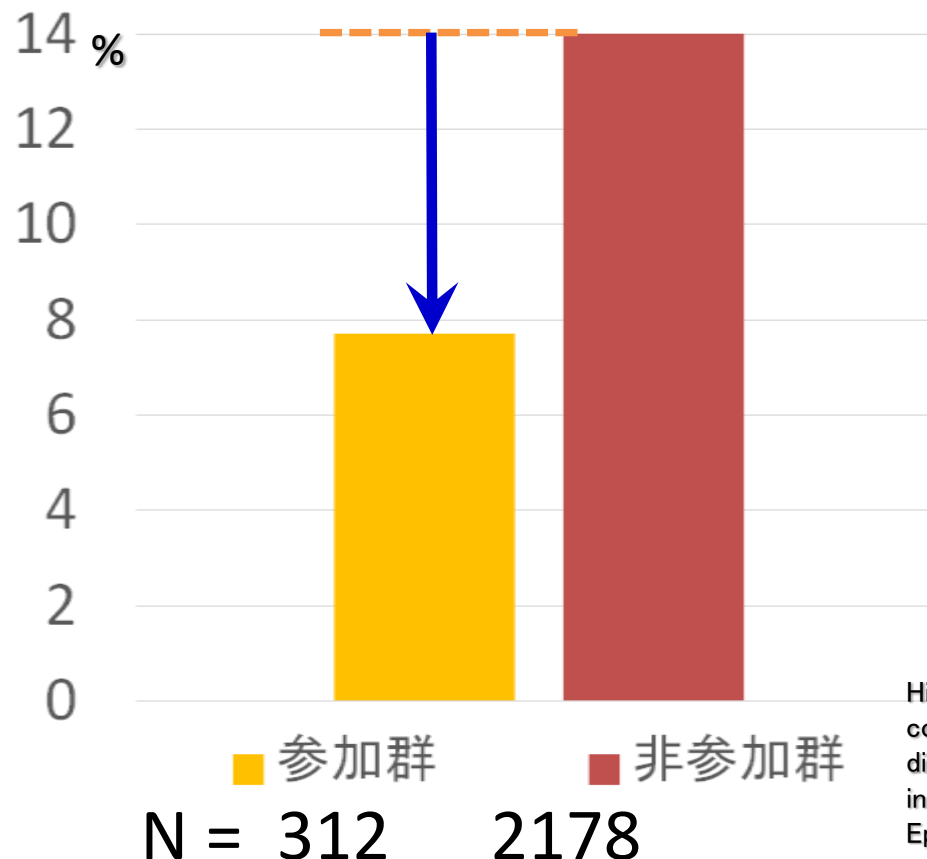
【市町村間ベンチマーク】

- ✓ 指標は「前期高齢者」「後期高齢者」「高齢者全体」の中から、いずれかを選択します。
- ✓ 評価したい指標が、他の参加市町村や小地域と比較して、どれ位多い(少ない)のか、**相対的位置**もわかります。

サロン参加群で要介護認定率は半減

武豊プロジェクト

要介護認定率



2007年から2012年までの5年間の要介護認定率を参加群と非参加群で比較した

5年間で要介護認定率は約半分(6.3%ポイント)抑制されていた

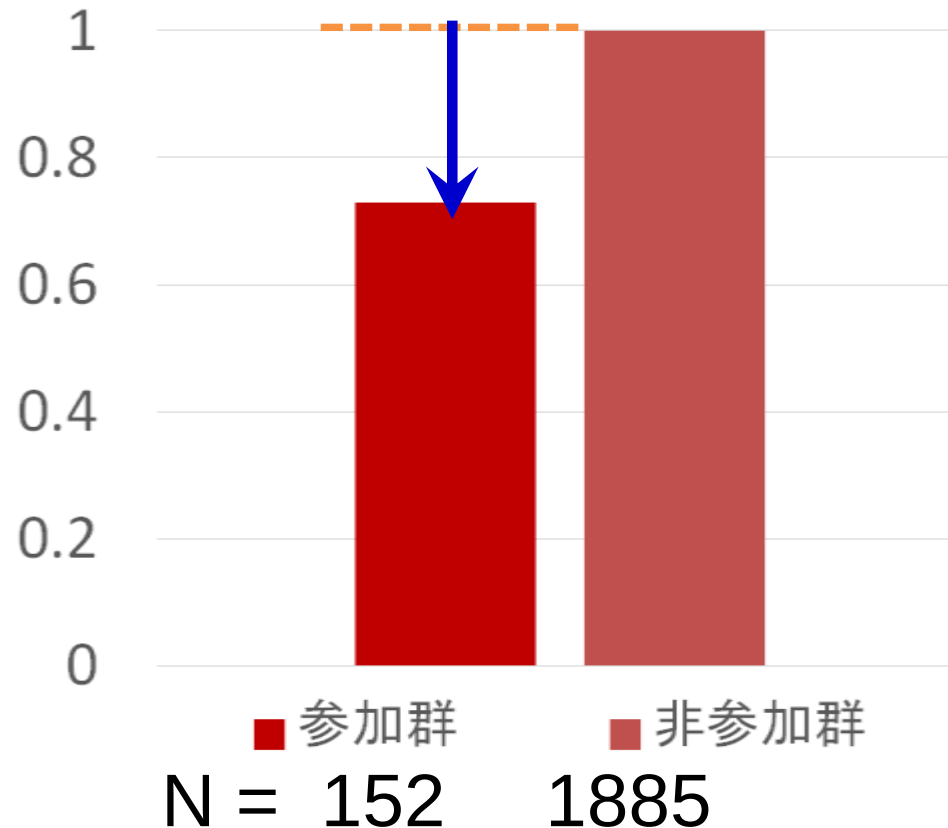
Hikichi, H., Kondo, N., Kondo, K., Aida, J., Takeda, T., & Kawachi, I. Effect of community intervention program promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. Journal of Epidemiology and Community Health (doi: 10.1136/jech-2014-205345)

サロン参加群で認知症発症3割減

武豊プロジェクト

認知症発症

オッズ比



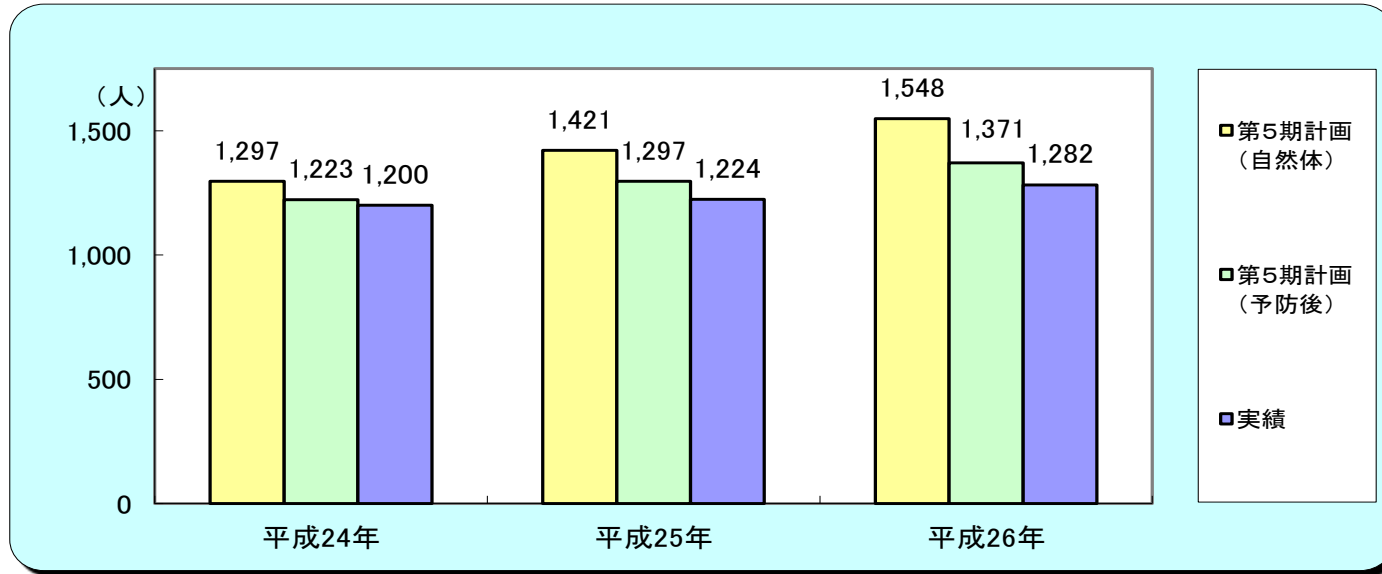
2007年から7年間追跡
認知症度ランク1以上の
要介護認定を受ける確率
を参加群と非参加群で比
較した

Hikichi, H., Kondo, K., Takeda, T., and Kawachi, I. (in press) Social interaction and cognitive decline: Results of 7-years community intervention. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*.

介護予防の効果と認定者推計(和光市)

和光市

図表 5期 認定者数の推移(計画と実績の比較)



図表 第6期 要介護(要支援)認定者数の推計(自然体→予防後)

区 分	自然体			予防後		
	27 年度	28 年度	29 年度	27 年度	28 年度	29 年度
要介護(要支援)認定者数	1,369	1,441	1,520	1,342	1,411	1,490
要支援1	53	56	59	52	54	57
要支援2	76	80	84	77	81	86
要介護1	371	390	411	396	416	437
要介護2	295	312	329	304	322	339
要介護3	235	247	263	216	227	241
要介護4	211	222	233	188	197	208
要介護5	128	134	141	109	115	121

和光市の 第5期 第6期
保険料 7/1/28 月額基準額 4, 150円 ⇒ 4, 228円(+78円)

※全国平均は 第5期：4,972円 第6期：5,550円程度
(財務省試算 平成27年1月11日報道より)

(出典)和光市説明資料を基に厚生労働省作成

地域ケア会議への専門職種の派遣実績について（全国調査結果）

1. 地域ケア会議への専門職種派遣を行う都道府県数

- ◇H24年度：22都道府県
- ◇H25年度：32都道府県

H26年度：1,439人（延べ）

理学療法士（242）作業療法士（228）歯科衛生士（436）管理栄養士（447）言語聴覚士（58）訪問看護師（27）薬剤師（1）

2. 専門職種派遣実績の状況（H24～H25）

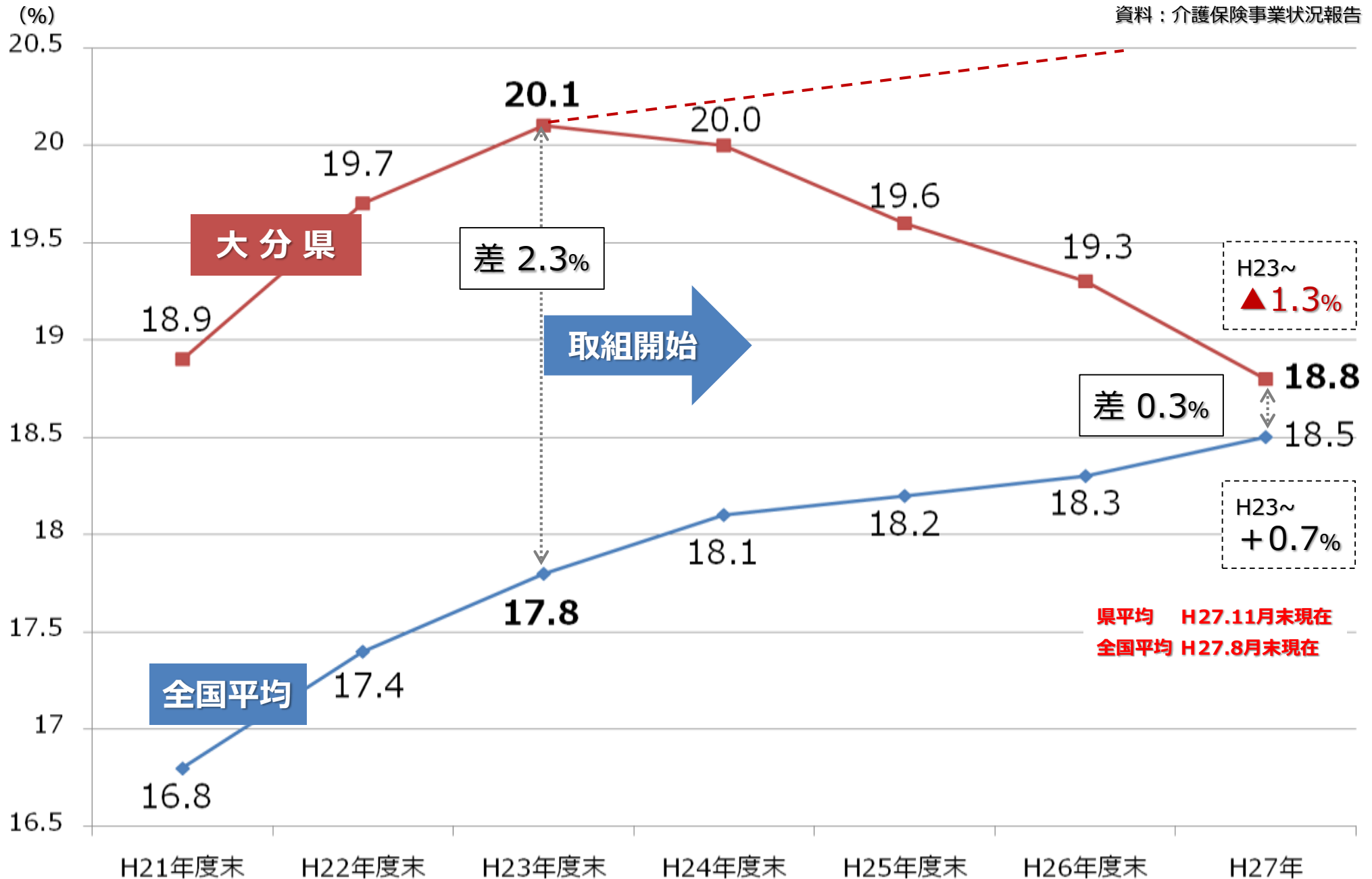
H26.9 県高齢者福祉課調べ

H24	都道府県	派遣実績（延べ）	派遣職種
1位	大分県	295人	理学療法士（61）作業療法士（52） 歯科衛生士（116）管理栄養士（66）
2位	〇〇県	41人	主任ケアマネ
3位	〇〇県	40人	医師、看護師、MSW、弁護士 ほか
（参考）全国計		548人	※全国計に占める大分県の割合：53.8%

H25	都道府県	派遣実績（延べ）	派遣職種
1位	大分県	894人	理学療法士（164）作業療法士（154） 歯科衛生士（281）管理栄養士（295）
2位	〇〇県	67人	医師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、社会福祉士 ほか
3位	〇〇県	57人	医師、保健師、精神保健福祉士、弁護士、虐待事例専門家 ほか
（参考）全国計		1,166人	※全国計に占める大分県の割合：76.7%

要介護認定率の推移

資料：介護保険事業状況報告



「違い」を実現する

- エビデンスに基づいた横展開
- 人が変わっても永続性を確保
- インセンティブを組み込み
- 楽しんで続けられる

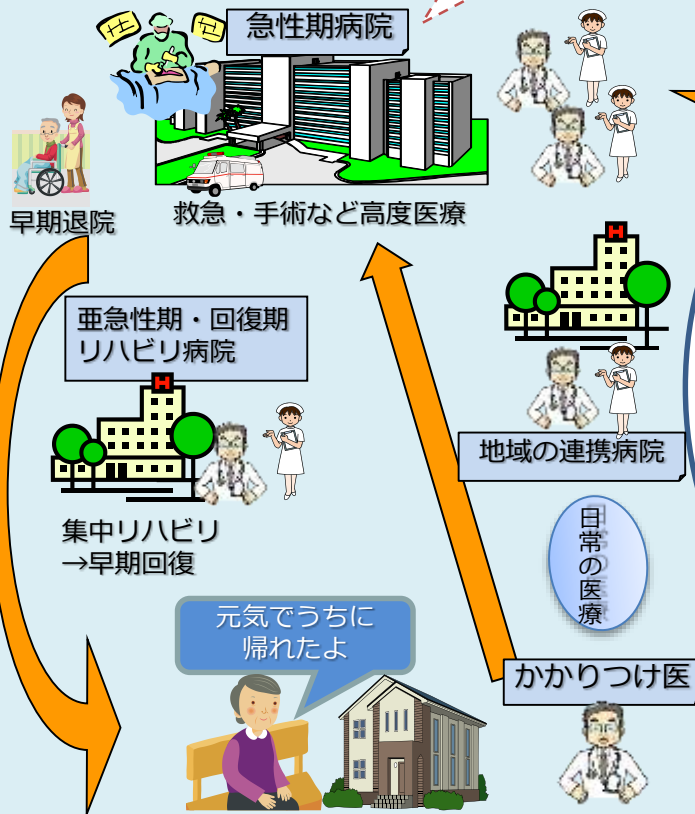
改革の方向性 医療・介護サービスの強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

病気になったら



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

退院したら

＜地域包括ケアシステム＞
(人口1万人の場合)

医療



在宅医療
・訪問看護

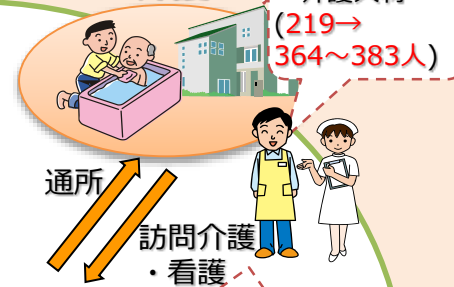
- ・在宅医療等 (1日当たり 17→29人分)
- ・訪問看護 (1日当たり 31→51人分)

住まい



自宅・ケア付き高齢者住宅

介護



- ・介護人材 (219→364~383人)

- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス (15人分)

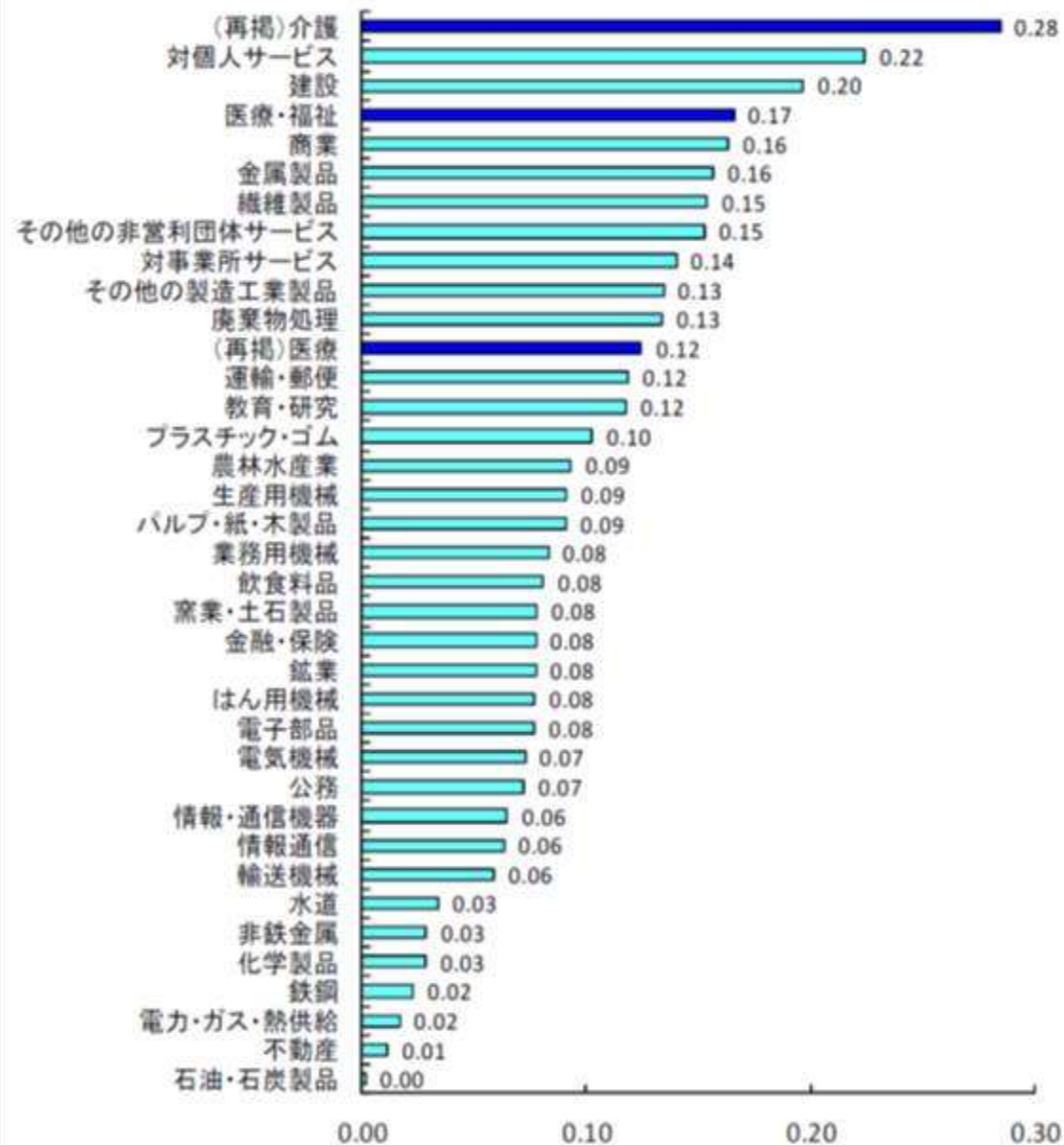
※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定

老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

生活支援・介護予防

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

雇用誘発係数(2011年)



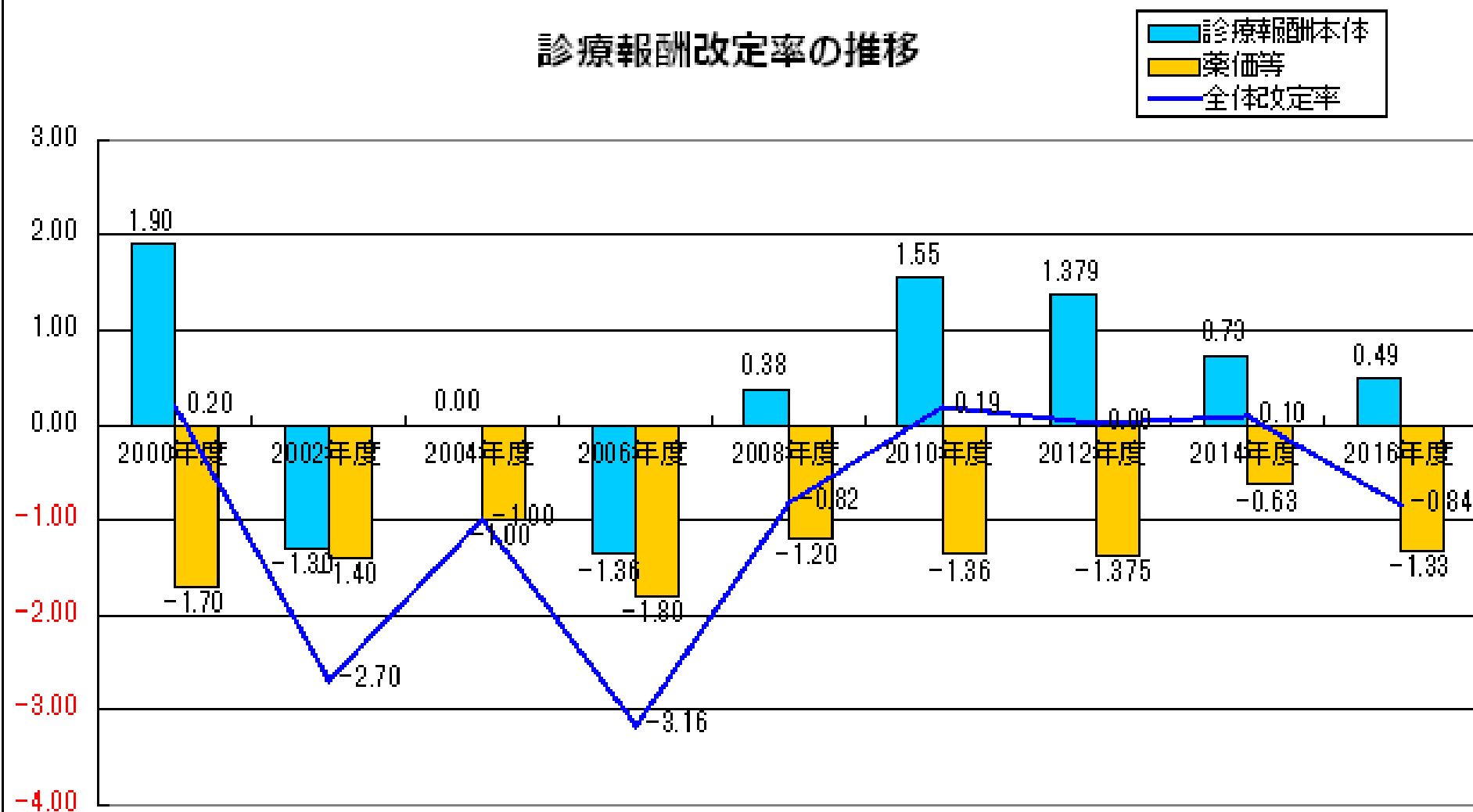
*総務省「平成23年(2011年)産業連関表(確報)」から作成

労働集約的な医療と介護 (売上高人件費率：労働分配率)

- 歯科診療所：53.9%：63.9%
- 無床診療所：50.9%：63.7%
- 訪問介護事業：70.4%：72.7%

- 医療や介護の従事者数
 - 介護 130万人(平成22年)
 - 医療 370万人(平成28年)

診療報酬改定率の推移



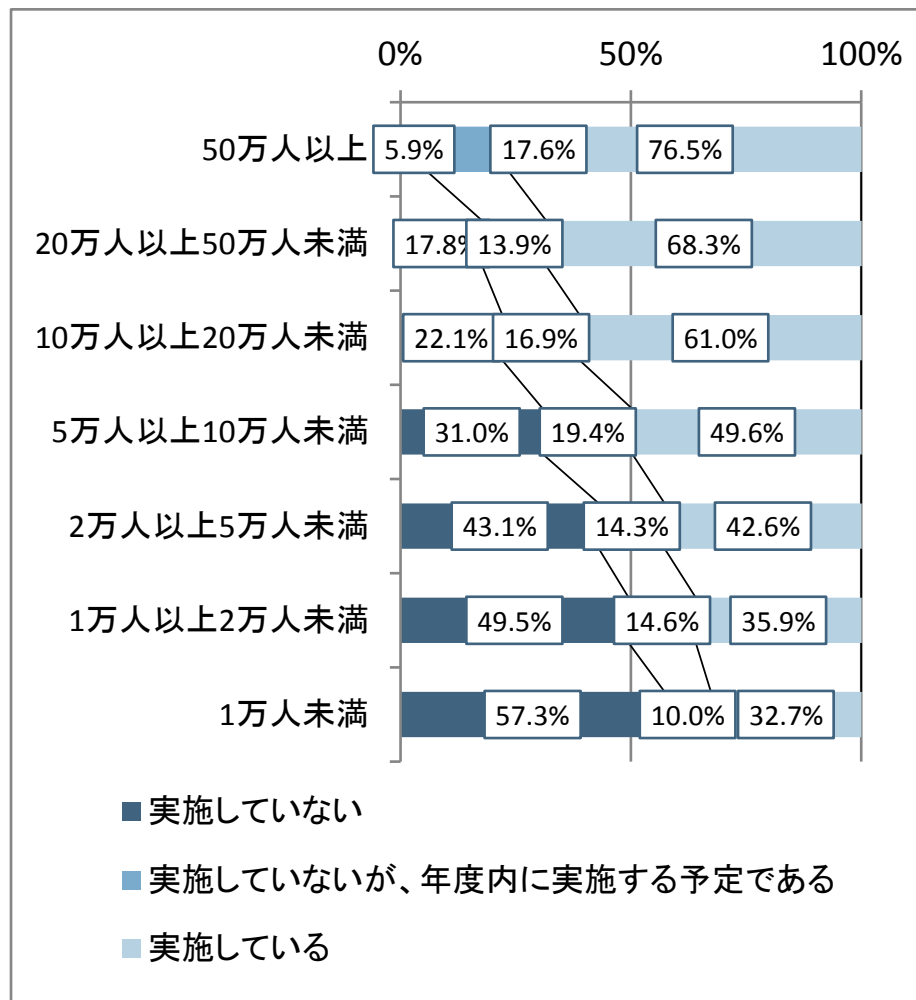
介護報酬改定率の推移



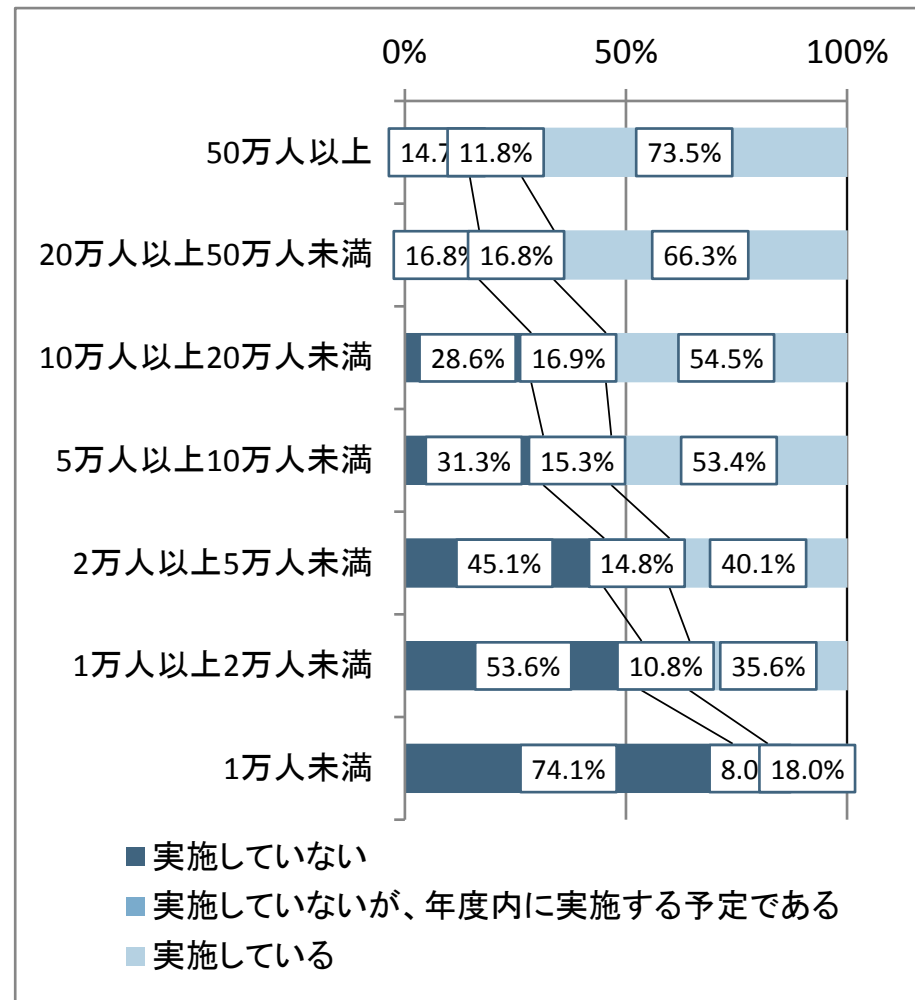
人口規模別の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

※特に顕著な差がある(イ)と(カ)について例示

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



(カ) 医療・介護関係者の研修



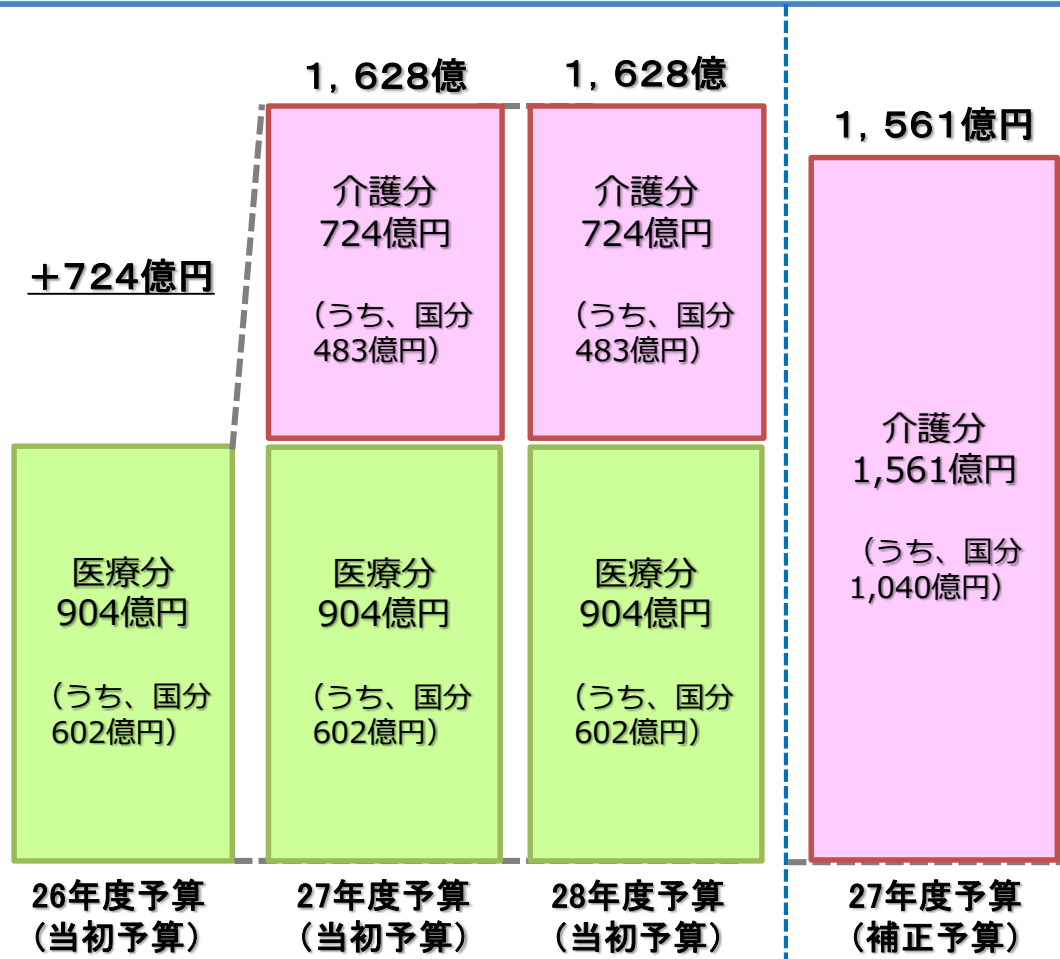
小規模な市町村ほど取組が遅れている傾向



地域医療介護総合確保基金の平成27年度補正予算及び平成28年度予算について

- 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平成27年度補正予算は、公費ベースで1,561億円（うち、国分1,040億円）
- 地域医療介護総合確保基金の平成28年度予算は、公費ベースで1,628億円（医療分904億円（うち、国分602億円））、介護分

地域医療介護総合確保基金の予算



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

※基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、

平成27年度以降は介護を含めて全ての事業としている。

今後のスケジュール(案)

【平成27年度補正予算(介護分)】

- 27年12月 事業量調査の実施
- 28年 3月 目途 都道府県へ内示

【平成28年度当初予算(医療分及び介護分)】

- 28年1月～ (※都道府県による関係者からのヒアリング等の実施)
- 3月～ 国による都道府県ヒアリング実施
- 予算成立後 基金の交付要綱等の発出
- 夏頃 都道府県へ内示(※都道府県計画提出)

(注)このスケジュールは現時点での見込みであり、今後、変更があり得る。

地域の医療・介護連携で何をを目指すのか？

- 自らが住みたい「地域づくり」

- ← 行政は「皆で雇っている管理会社」

- ← 要望の声を上げ、コストと効果のバランスを考え、最も合理的な選択を行う

- 労働集約的な地域起こし産業

- ← 若者に魅力的な職場を提供

- ← サービス管理, ロボット, IT, 医薬品産業等, 必ず拡大し, 海外展開が期待できる

老後の地域における心構え

- 「先生」や「社長」は嫌われる
- かわいげのある高齢者に
- 「昔は・・・」は禁句
- 「左脳」より「右脳」を