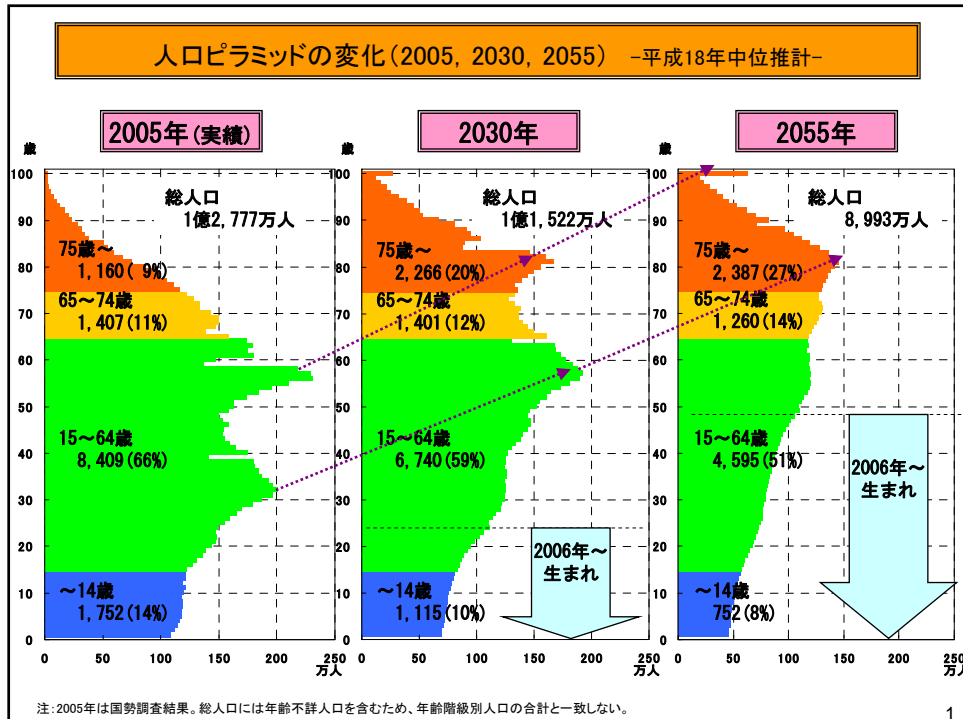


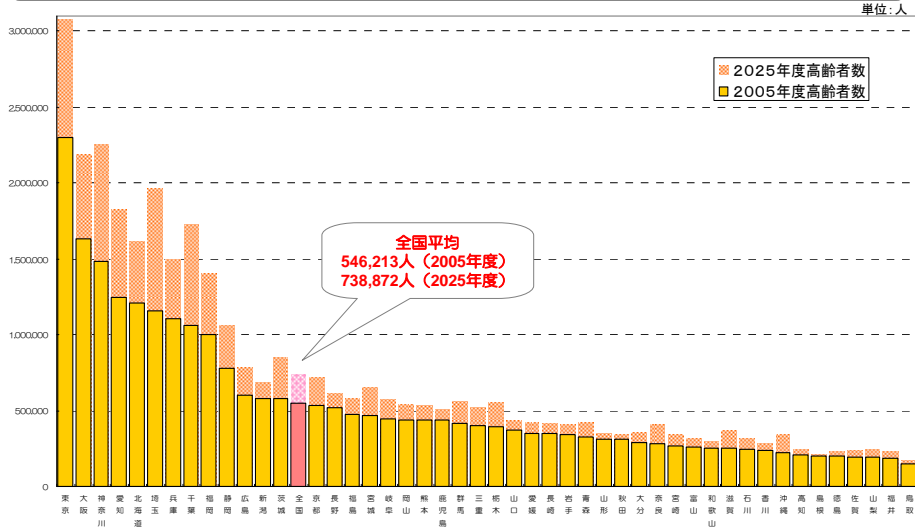
(参考資料)

辻 哲 夫



都道府県別高齢者数の増加状況

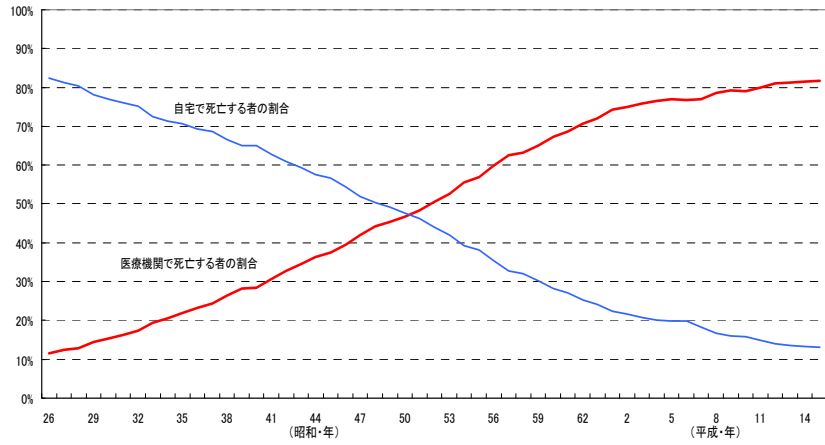
高齢者人口は、今後20年間、首都圏を始めとする都市部を中心に増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が不可欠になる。



【資料】
 2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計（確定値）」
 2025年の高齢者人口については、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14年3月推計）」

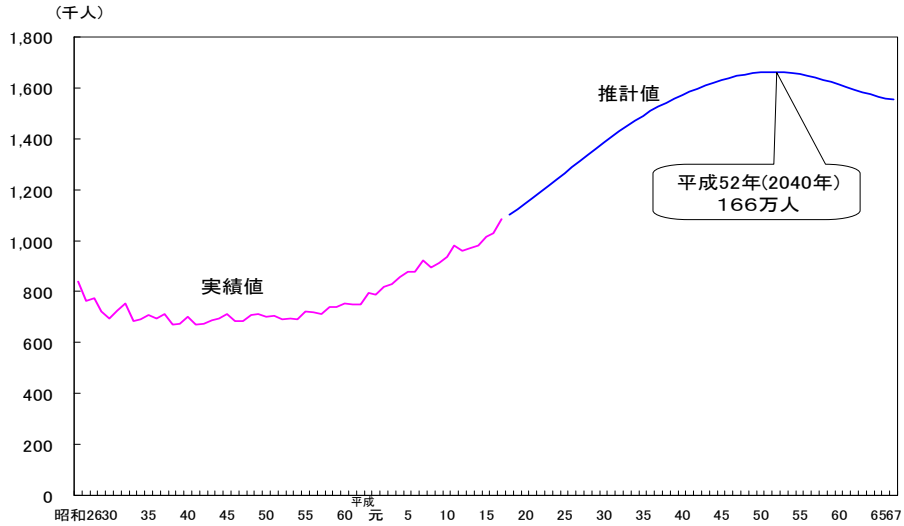
医療機関における死亡割合の年次推移

・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17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18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18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

高齢者介護施策の現状と課題 ①

1. 介護保険制度の定着

- 高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度を平成12年(2000年)より実施。
- 実施後約7年が経過し、当初約150万人だった利用者が在宅サービスを中心に約200万人増加するなど、介護保険サービスは、身近なサービスとして国民に定着してきている。

2. 介護保険制度の見直し

- 介護保険の総費用の増大や、今後の認知症や一人暮らしの高齢者の増加といった課題に対応するため、主に平成18年4月より、介護保険制度の見直しを実施。
 - ・ 高齢者数の急速な増加
→ 「予防」を重視したサービスモデルへ転換
 - ・ 認知症高齢者の急速な増加
→ 認知症に対応したサービスモデルへ転換
 - ・ 高齢者世帯の急速な増加
→ 単身高齢者に対応したサービスモデルへ転換

認知症高齢者数の増加

	2002年	2015年	2025年
認知症高齢者数(万人)	149	250	323
65歳以上人口に占める割合(%)	6.3	7.6	9.3

高齢者の世帯形態の将来推計

	2005年	2015年	2025年
一般世帯	4,904 万世帯	5,048	4,964
世帯主が65歳以上	1,338 万世帯	1,762	1,843
一人暮らし(高齢世帯に占める割合)	386万世帯 28.9%	566 32.2%	680 36.9%
夫婦のみ(高齢世帯に占める割合)	470万世帯 35.1%	614 34.8%	609 33.1%

高齢者介護施策の現状と課題 ②

3. 介護保険制度見直しの主な内容

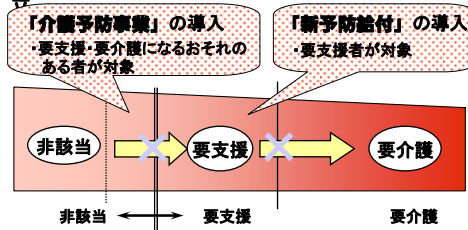
(1) 介護予防の推進

- 高齢者ができる限り、介護を必要としない、あるいは重度化しないようにすることを目指し、「新予防給付」や「介護予防事業」の導入など、予防重視型システムへの転換を図っている。
- 例えば、「体力をつける」「口と歯の健康を守る」「健康的に食べる」ことなどを目的に、個人個人の体力や状態に合わせた介護予防教室や個別指導などが各地域で行われている。

(2) 地域ケア体制の整備

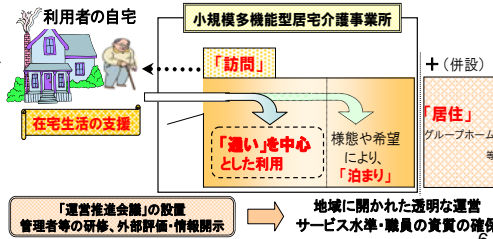
- 認知症高齢者や一人暮らし高齢者が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるように、「地域密着型サービス」の創設や、「地域包括支援センター」の設置等による「地域ケア体制」の整備を進めている。

介護予防システムの確



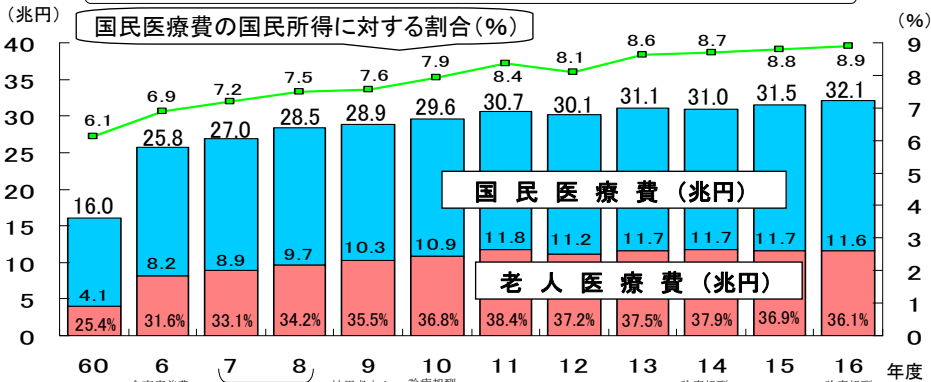
地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護)

○小規模多機能型居宅介護とは
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供し、在宅生活の継続を支援
→どのサービスを利用して、なじみの職員によるサービスが受けられる



医療費の動向

○我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している。



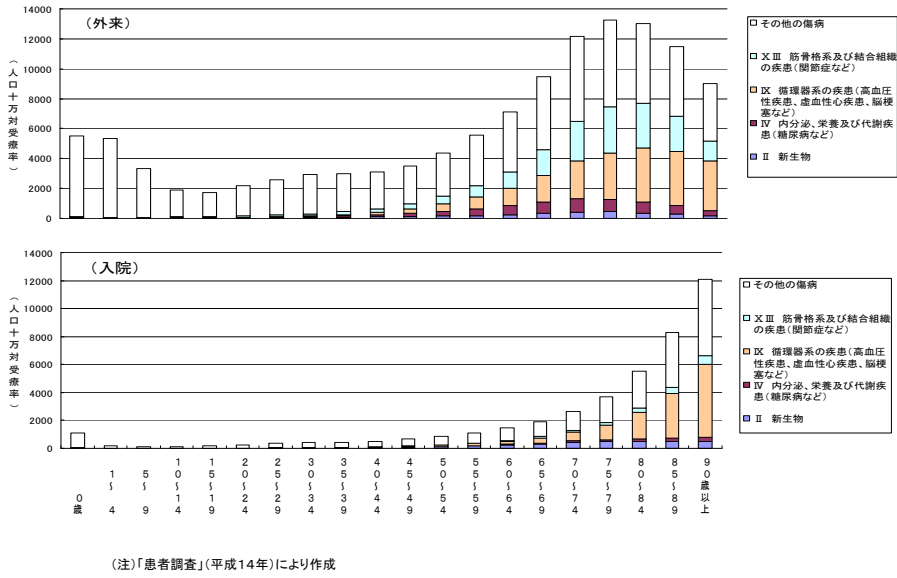
国民医療費等の対前年度伸び率(%)

	60	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
国民医療費	6.1	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8
老人医療費	12.7	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7
国民所得	7.4	1.4	0.1	1.3	1.0	▲2.7	▲1.5	1.3	▲2.9	▲1.4	0.7	0.7

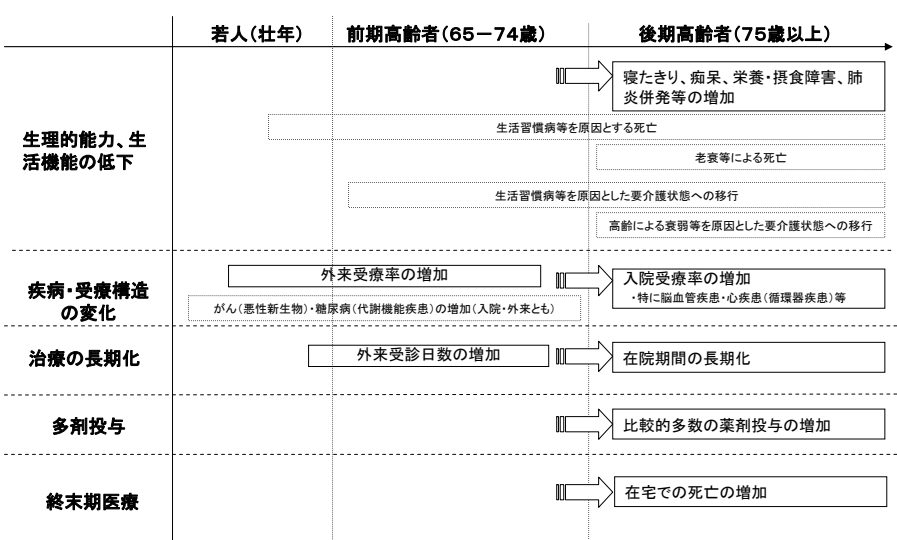
注1: 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2006年5月発表)による。

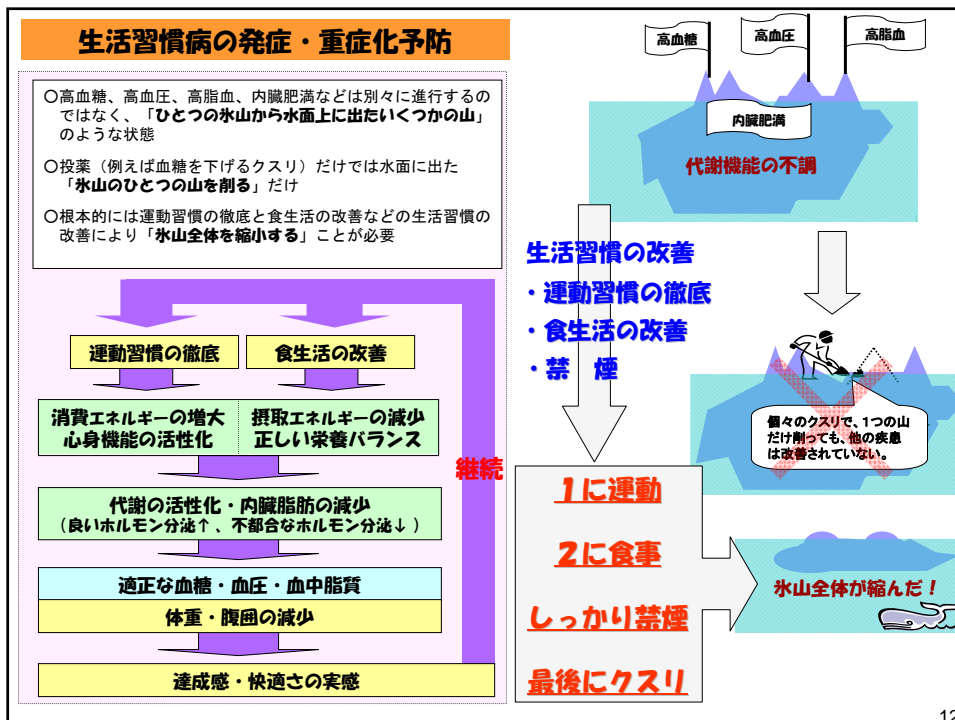
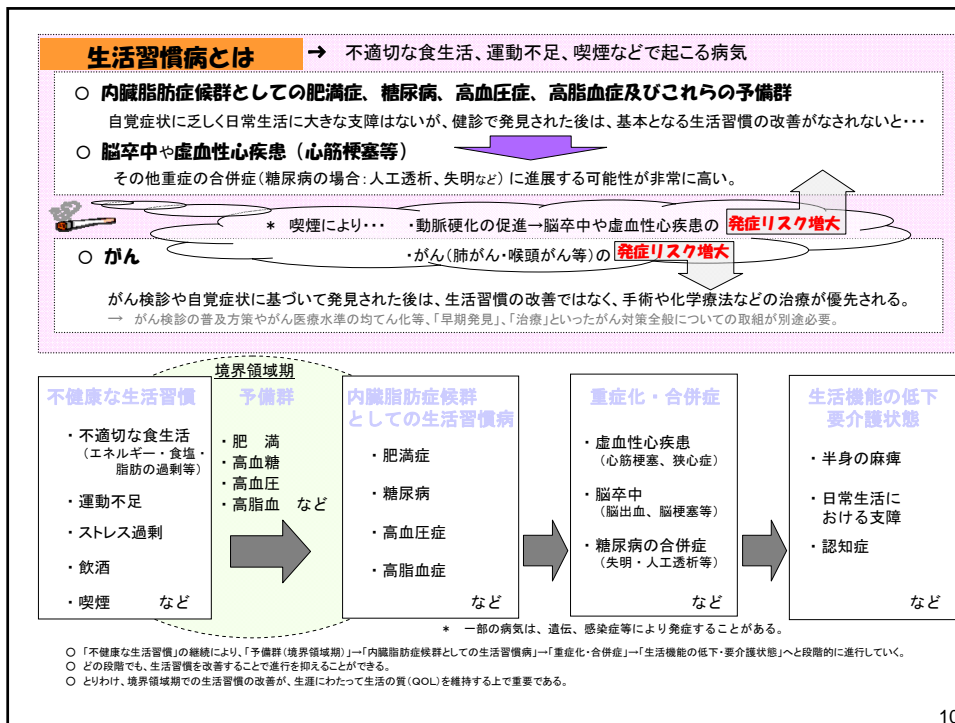
注2: 老人医療費は、平成14年の制度改正により、対象年齢が70歳から段階的に引き上げられており、平成16年10月より72歳以上となっている。

年齢階級別受療率(主として生活習慣病に分類される疾患について)

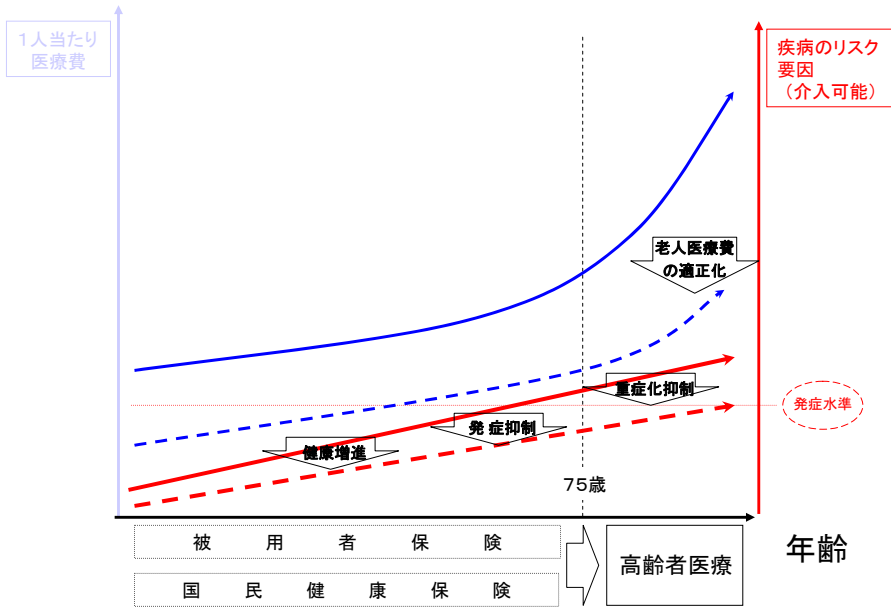


高齢者の特性について(加齢に伴う諸指標の変化)

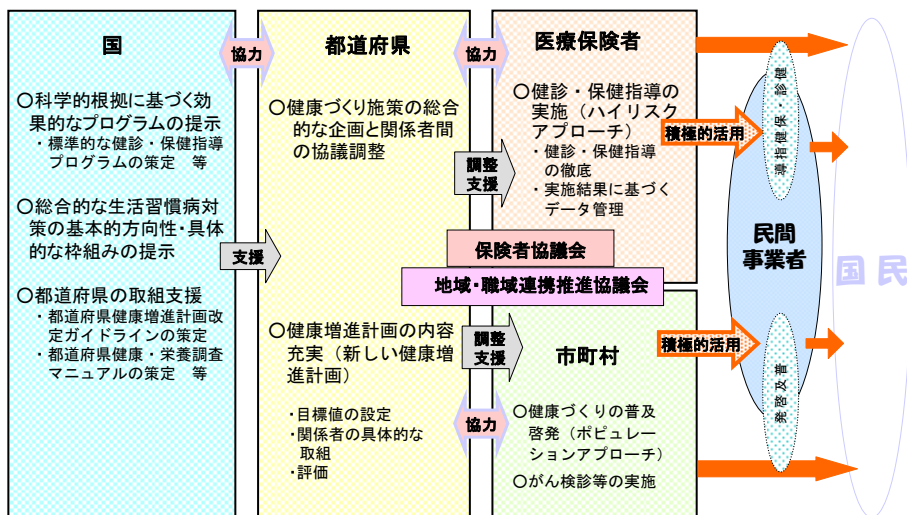




若齢期からの健康増進を通じた老人医療費の適正化(イメージ)

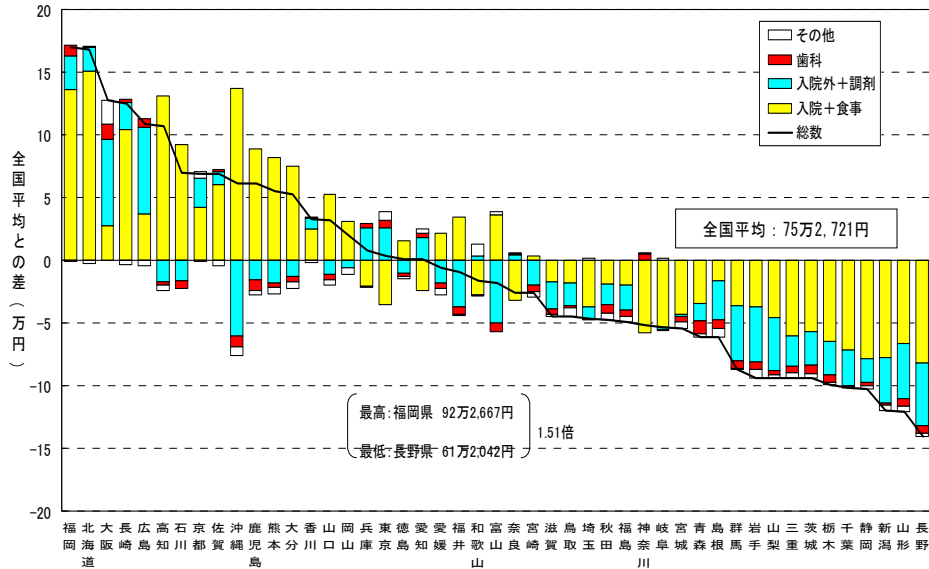


生活習慣病対策の推進体制の構築

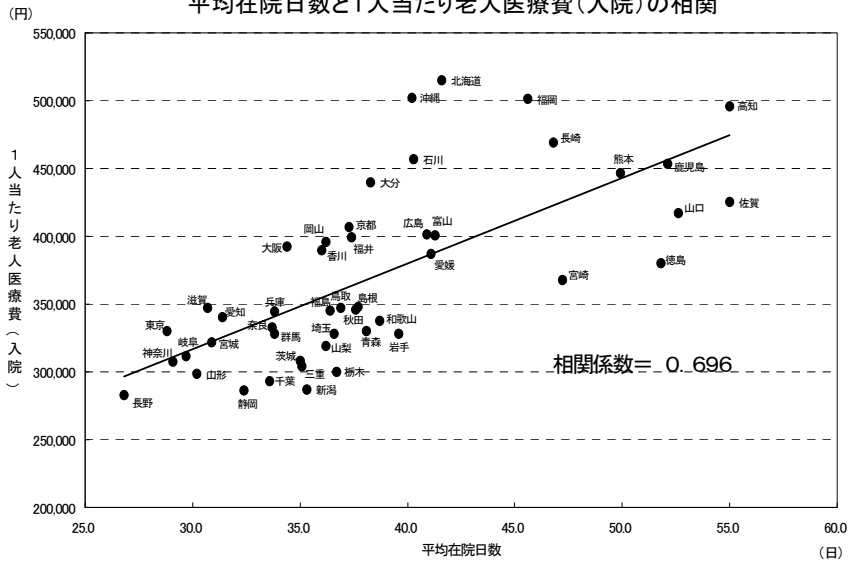


1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差) ～平成15年度～

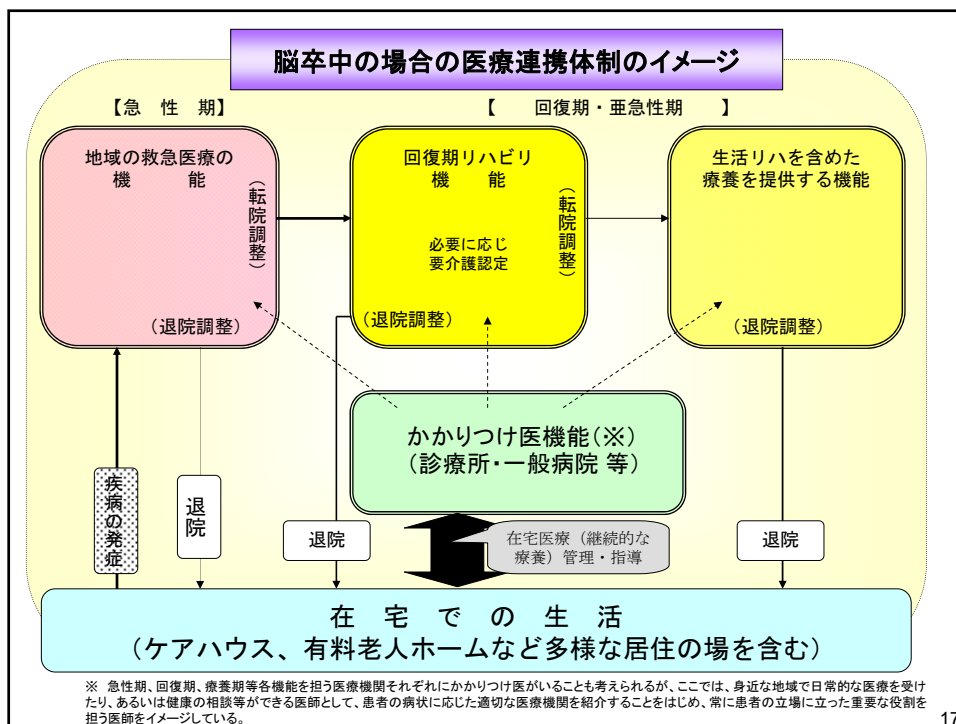
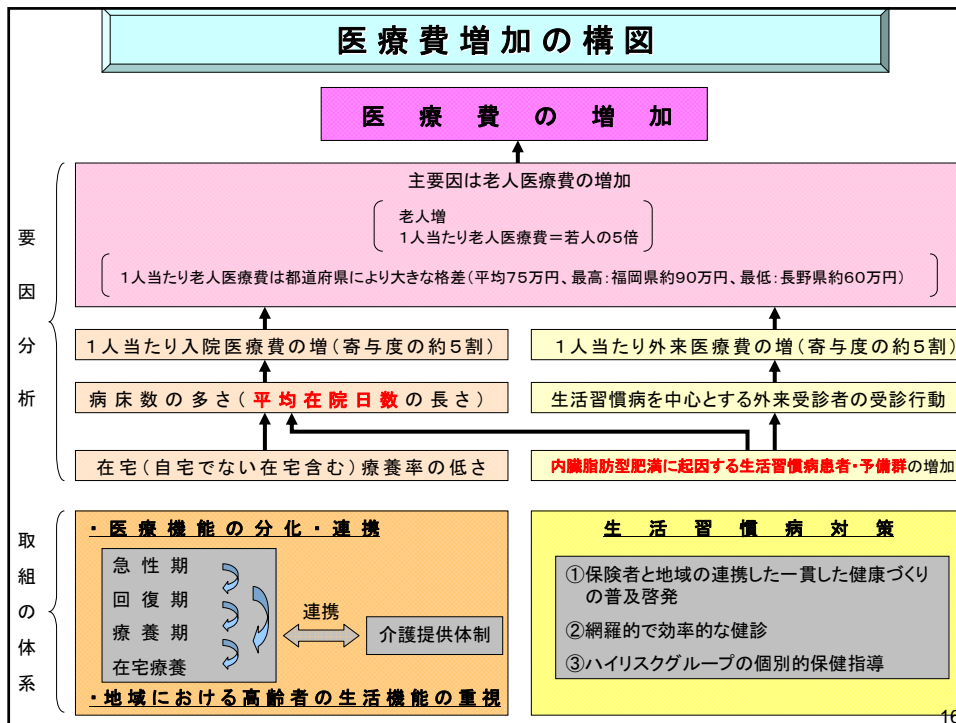
○1人当たり老人医療費は、最大（福岡県）と最小（長野県）で約30万円（約1.5倍）の格差が存在しており、都道府県格差の約7割は入院医療費が寄与している。



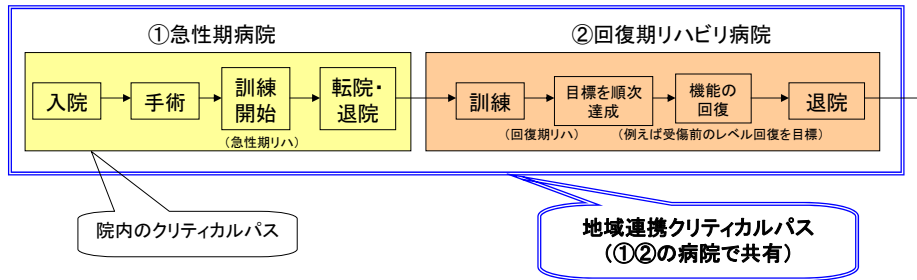
平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



資料出所：保険局調査課調べ(厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成15年度)より作成)



地域連携クリティカルパスのイメージ



熊本市での取組実績

①急性期病院における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
連携パス導入前 (H11.1~12)	72例	28.5日 (A)	—
連携パス導入後 (H13.1~8)	77例	19.6日	約31%減
連携パス導入後 (H15.1~H17.1)	423例	15.4日	約46%減

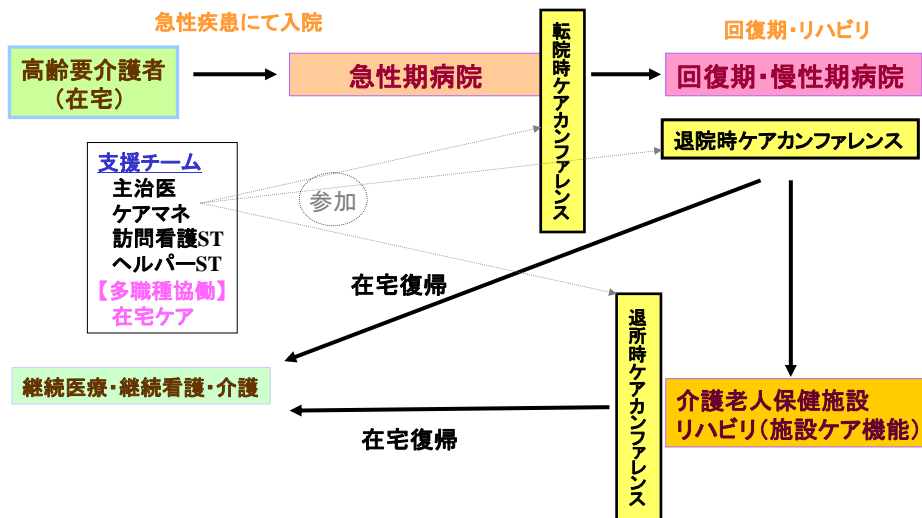
②連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
連携パス導入前(H15)	55例	90.8日 (B)	—
連携パス導入後(H16)	53例	67.0日	約26%減

18

尾道市で行われている在宅での医療と介護の機能分担・連携の例

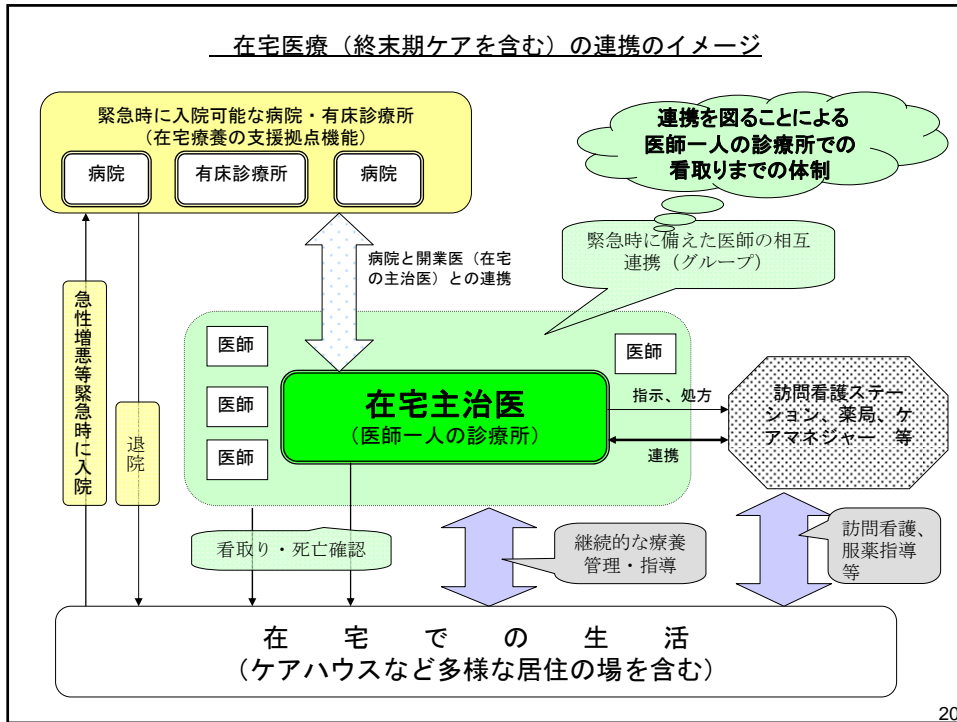
《ポイント》 高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

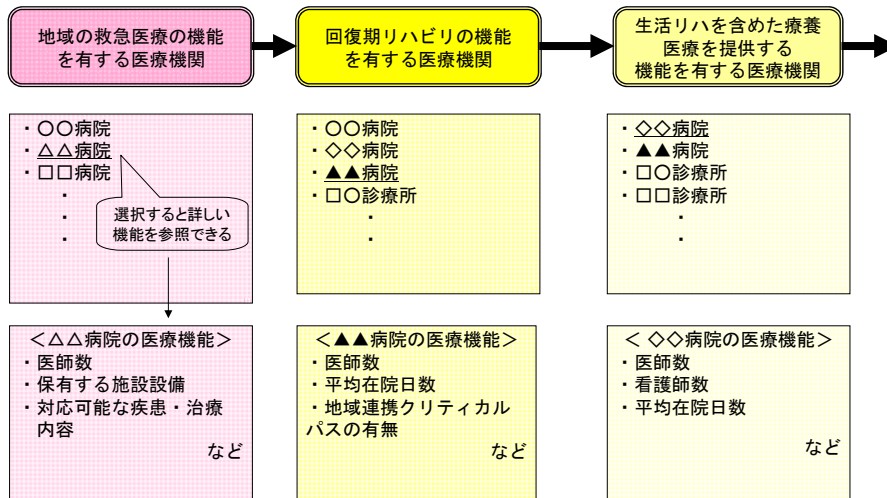
19

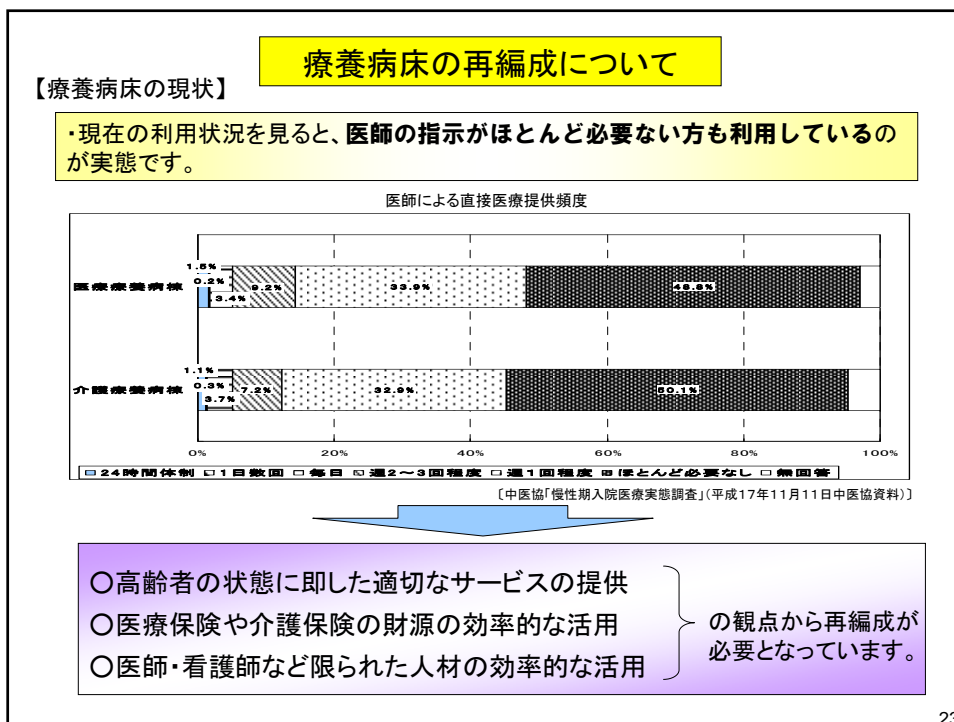
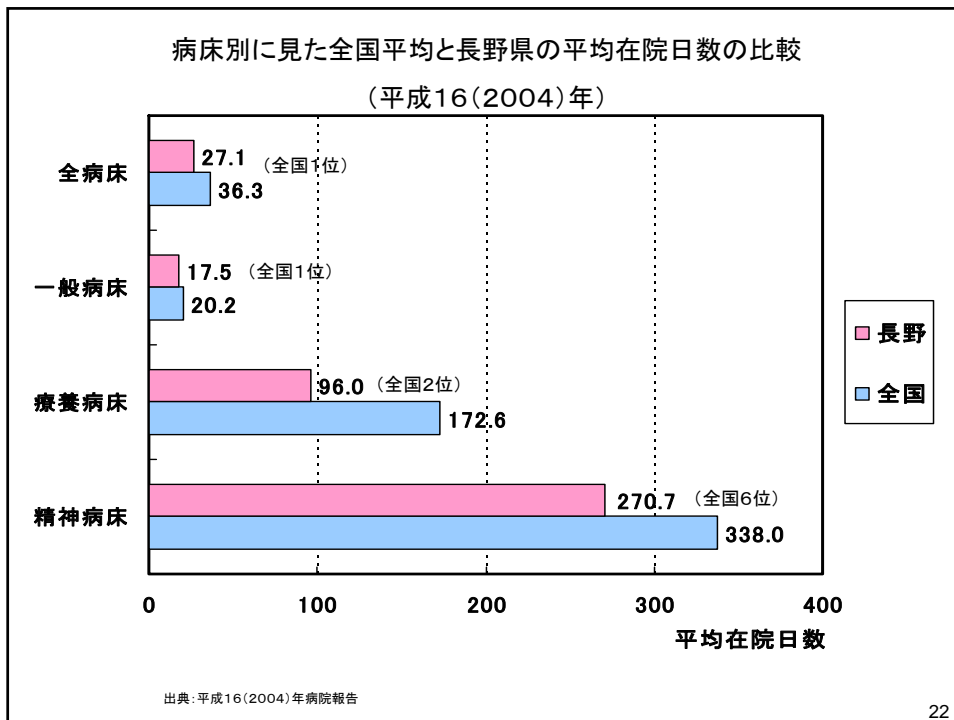
在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



医療及び医療機関に関する情報の公表

○各地域の医療機関の機能連携を具体的に明らかにした医療計画を十分住民に周知します。
○それぞれの医療機関の機能を都道府県が整理し、住民にわかりやすく公表するようにします。

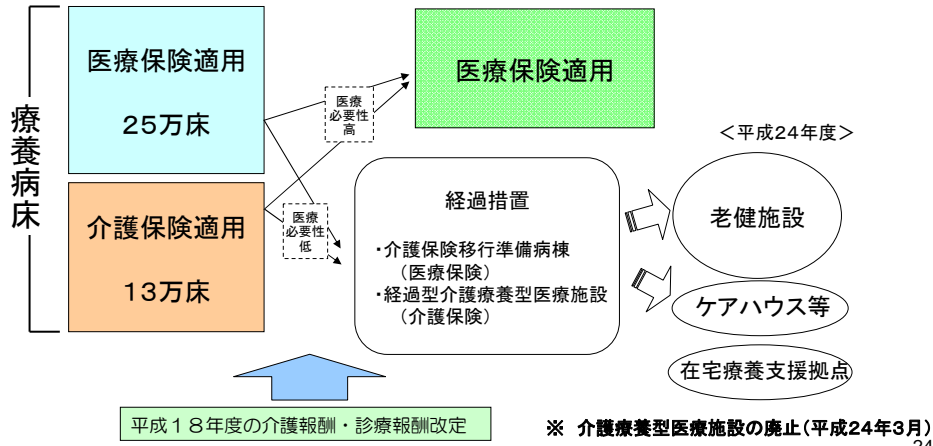




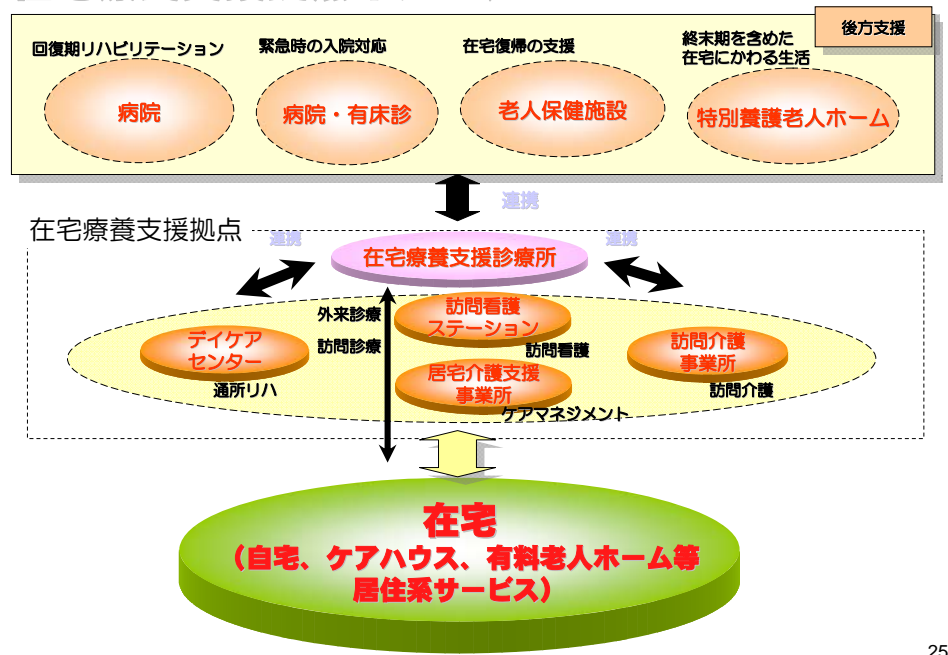
療養病床の再編成について

再編成は次のような形で進めます。

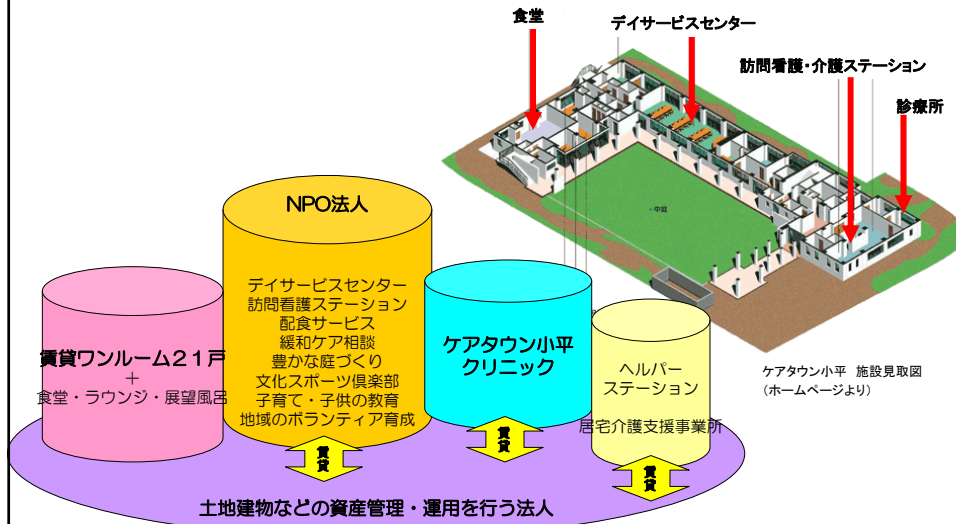
- ① 療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。
- ② 介護療養病床の廃止は平成23年度末であり、その間に老健施設等への転換を進めます。
- ③ 療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



在宅療養支援拠点イメージ～地域で支えるケアの構築～

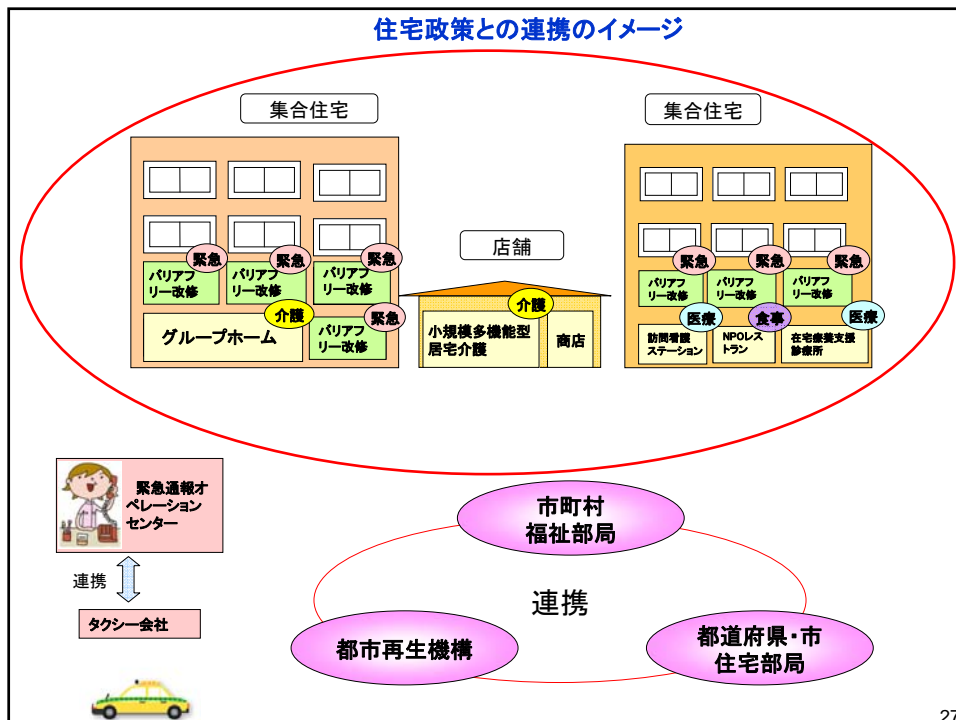


グループホーム、ケアハウスといった多様な住居の場での在宅医療の例



(注) ケアタウン小平 山崎章郎先生のスライドを基に厚生労働省にて作成 26

住宅政策との連携のイメージ



65歳以上人口に占める介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

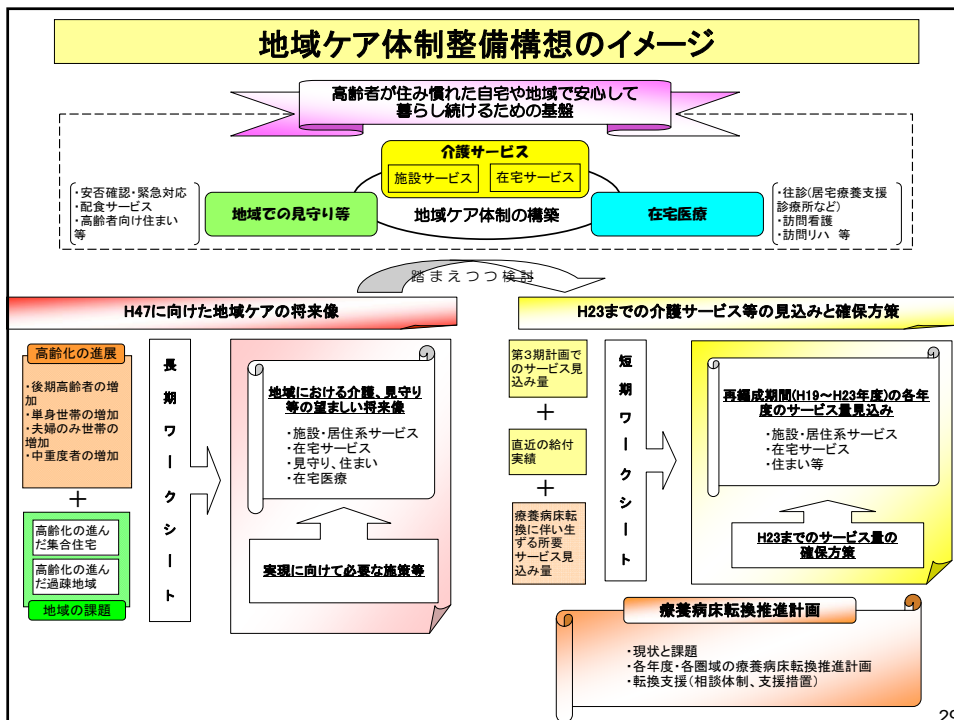
○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）	4.4%	※1 (0.9%)	介護保険3施設等 ※2 (3.5%)
スウェーデン(2005)※3	6.5%	※制度上の区分は明確ではなく、 類型間の差異は小さい。	サービスハウス等 (2.3%)
デンマーク（2006）※4	10.7%		ナースィングホーム、 グループホーム等 (4.2%)
英国（2001）※5	11.7%		プライエポーリ・エルダポーリ等 (8.1%)
米国（2000）※6	6.2%		ケアホーム (2.5%)
			シェルタードハウジング (8.0%)
			ケアホーム (3.7%)
			アシスタント リビング等 (2.2%)
			ナースィング・ホーム (4.0%)

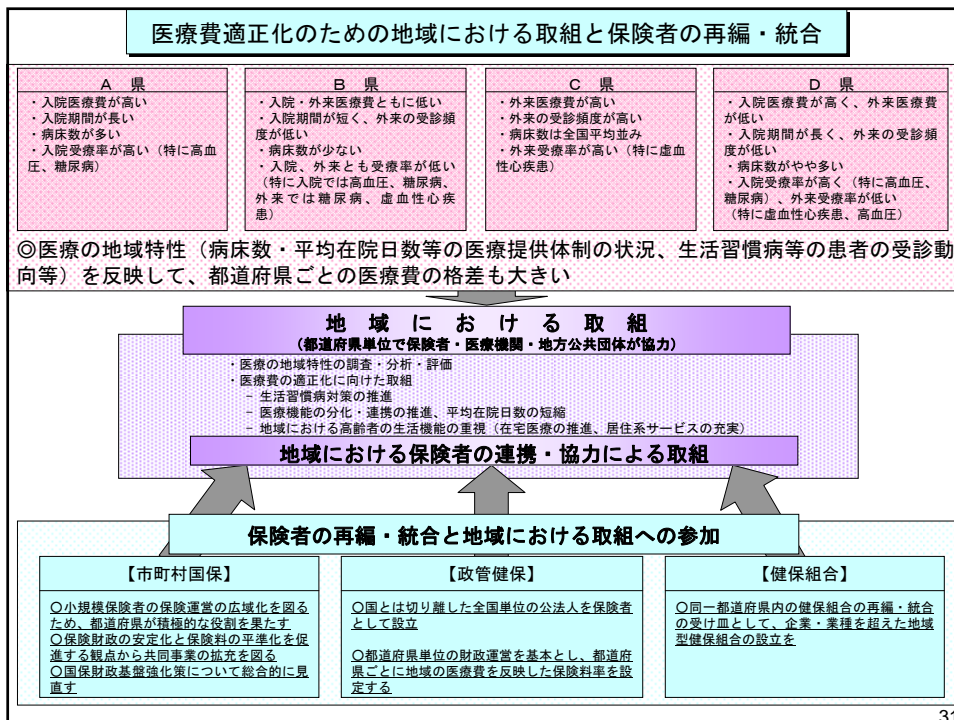
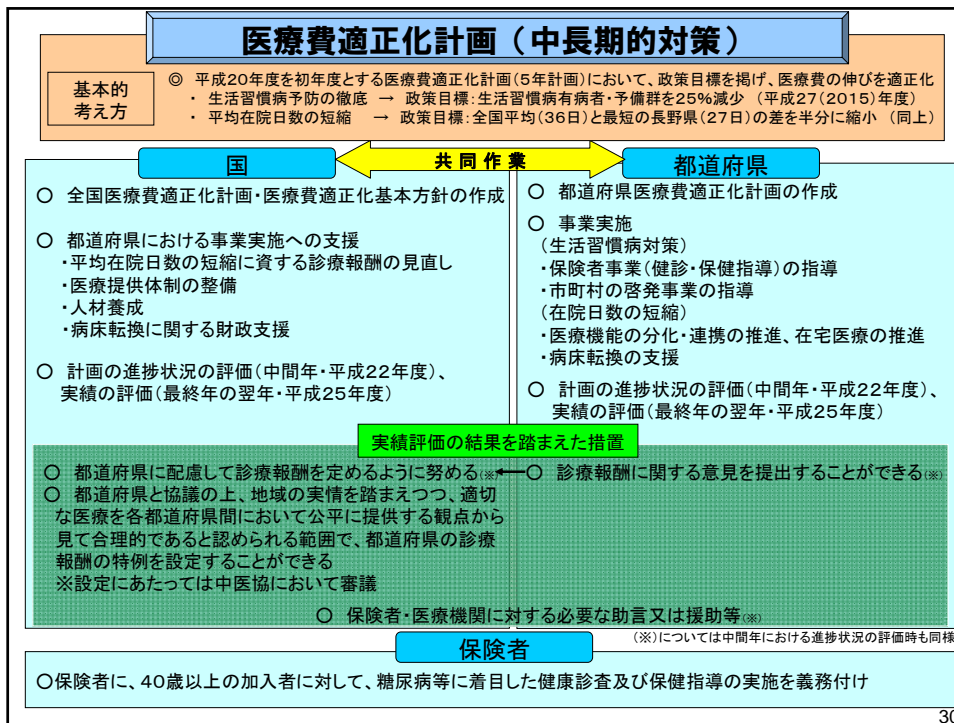
- ※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。
 ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
 ※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
 ※5 Elderly Accommodation Counsel(2004)「the older population」
 ※6 日本総合研究所「介護施設等の費用体系に関する総合調査報告書」(2004)

28

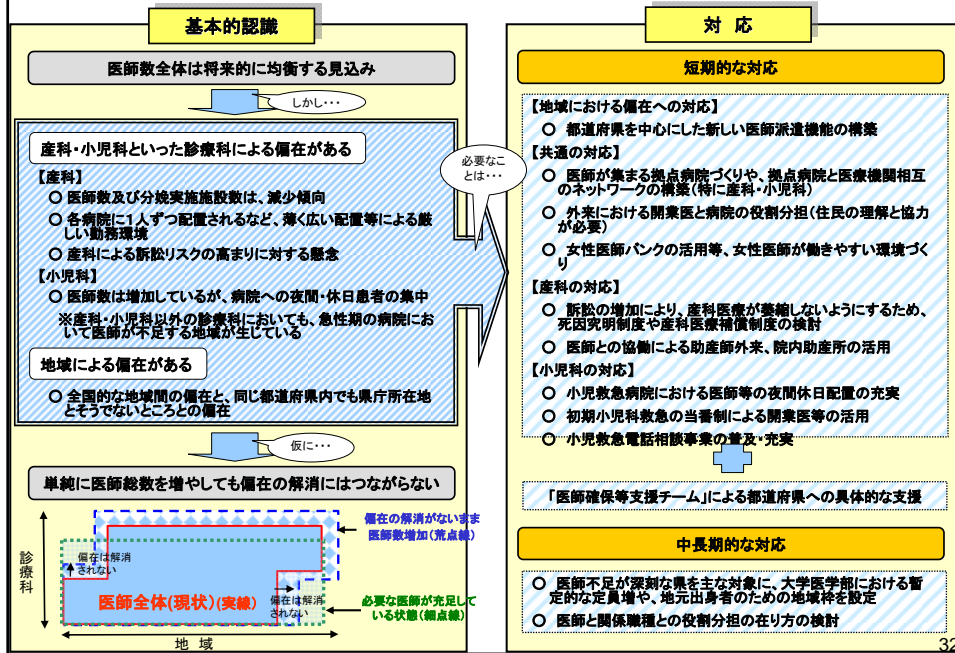
地域ケア体制整備構想のイメージ



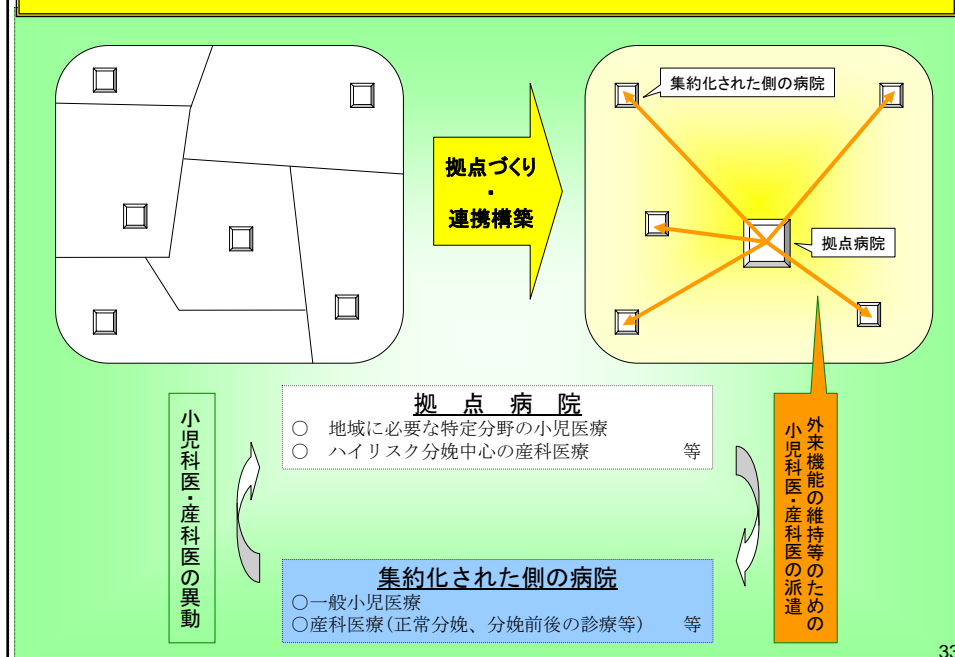
29



医師不足問題についての基本的認識と対応の構図



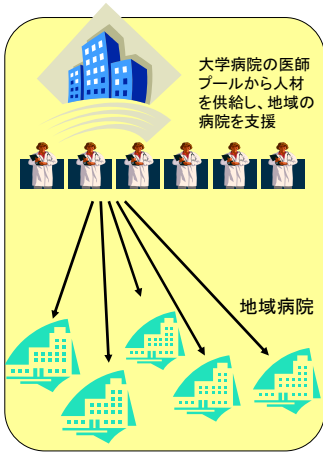
産科・小児科の医療資源の重点的かつ効率的な配置(集約化・重点化)のイメージ



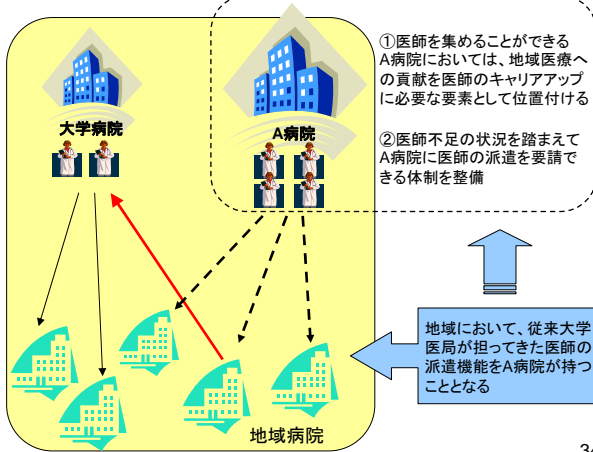
医師派遣機能に関する取組のイメージ

- 大学医学部の医局が従来担っていた地域の医療機関に対して医師を紹介する機能が弱まっている事情がある。
- 大学病院以外に医師を集めることができる魅力的な病院が存在する。

従来の医師の供給体制

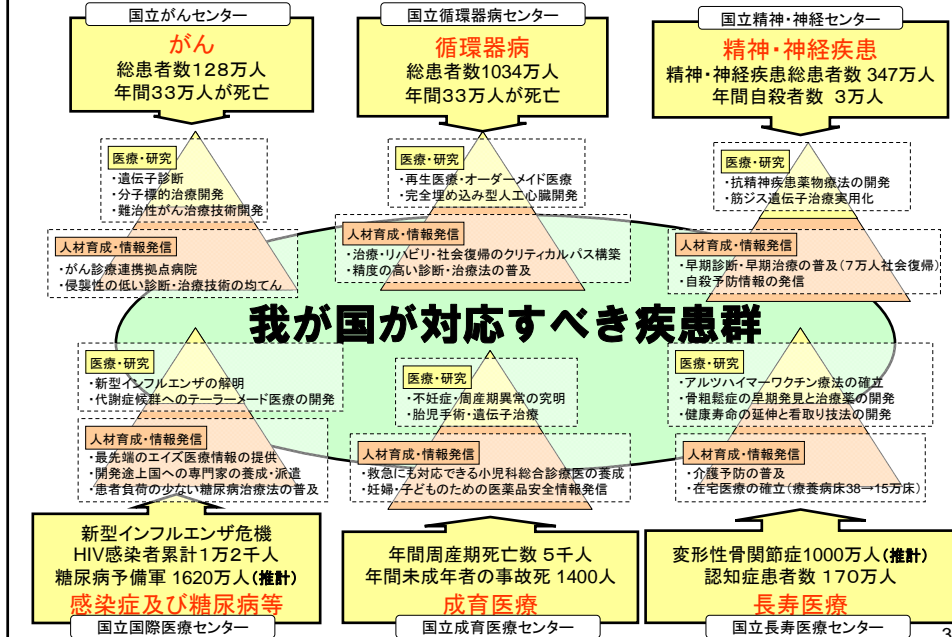


取組のイメージ



34

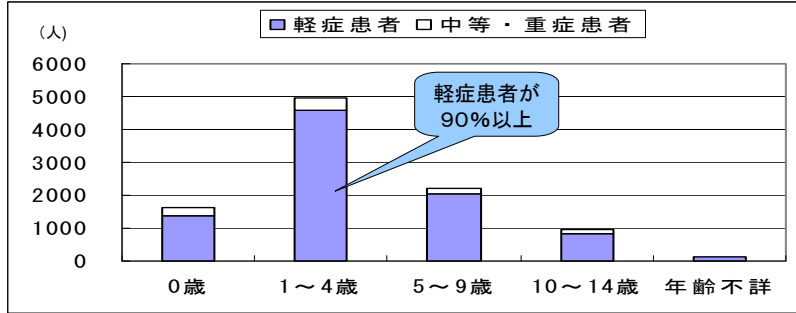
国立高度専門医療センター(ナショナルセンター)を中核に取り組む主な医療課題



35

小児2次救急医療機関を訪れる患者の症状
→ 90%以上は軽症患者

◎ 2次救急医療施設に訪れる年齢別・重症度別の患者数



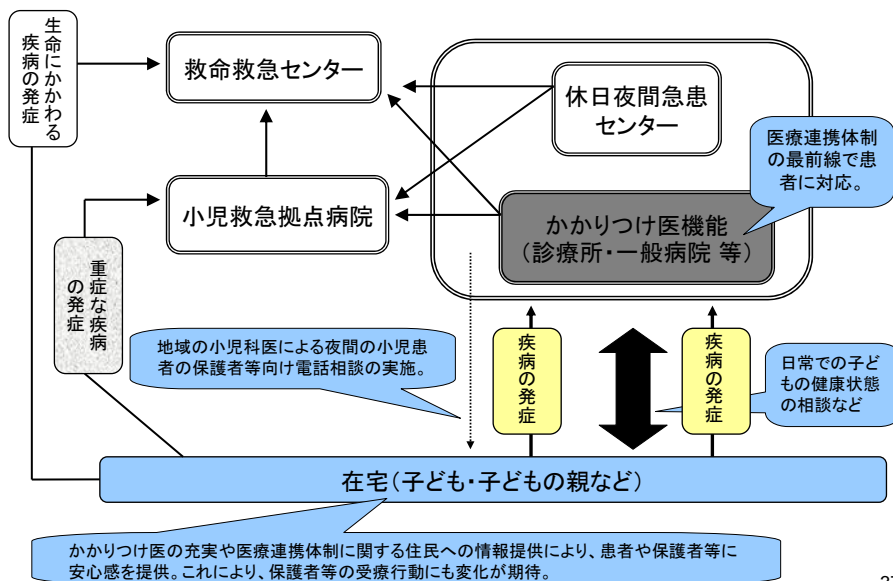
出典: 日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書(平成14年)

◎ 平成16年度東京都休日・全夜間診療事業(小児科)実績報告

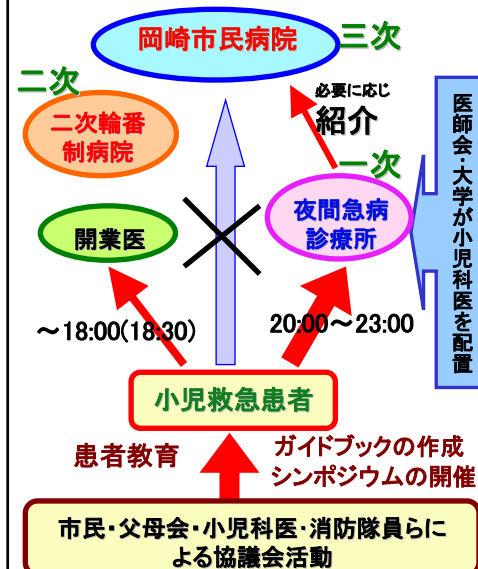
(都内51施設二次小児救急医療での診療患者数)

来院患者総数	33万1615人
うち入院を要しなかった患者	31万5757人 (約95%)

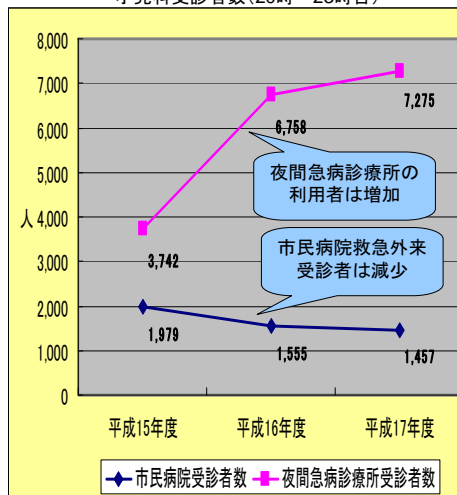
医療連携体制のイメージ(「小児救急」の場合)



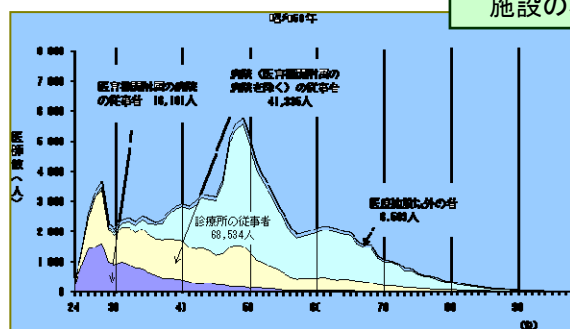
岡崎市の小児救急体制



岡崎市民病院救急外来、夜間急病診療所別小児科受診者数(20時~23時台)

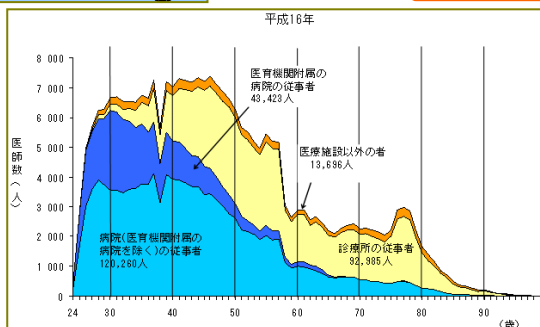


施設の種別にみた医師数(年齢別)



平成16年

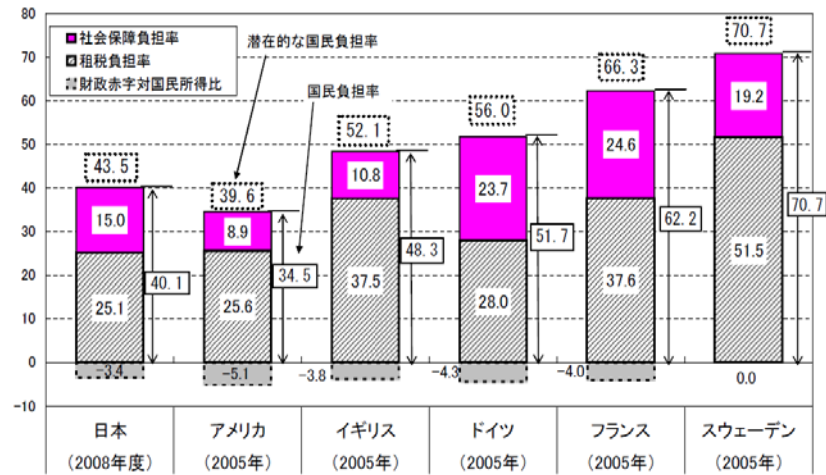
昭和50年



※ 医師・歯科医師・薬剤師調査

国民負担率の国際比較

[国民負担率=租税負担率+社会保障負担率] [潜在的な国民負担率=国民負担率+財政赤字対国民所得比]
(%)



(注) 1. 日本は2008年度(平成20年度)見通し。諸外国は2005年実績。
2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。
【諸外国出典】"National Accounts"(OECD)、“Revenue Statistics”(OECD)等