

○社会保障制度改革推進法（「基本的な考え方」部分抜粋）

（基本的な考え方）

第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

○社会保障制度改革推進法（基本方針部分抜粋）

第2章 社会保障制度改革の基本方針

（公的年金制度）

第5条 政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。
- 二 年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保障番号制度の早期導入を行うこと。

（医療保険制度）

第6条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法(大正十一年法律第七十号)、国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)その他の法律に基づく医療保険制度(以下単に「医療保険制度」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。
- 二 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。
- 三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。
- 四 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

（介護保険制度）

第7条 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス(以下「介護サービス」という。)の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

（少子化対策）

第8条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、単に子ども及び子どもの保護者に対する支援にとどまらず、就労、結婚、出産、育児等の各段階に応じた支援を幅広く行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、待機児童(保育所における保育を行うことの申込みを行った保護者の当該申込みに係る児童であつて保育所における保育が行われていないものをいう。)に関する問題を解消するための即効性のある施策等の推進に向けて、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。

検 討 項 目

○ 医療の改革

- ① 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保
- ② 医療保険制度について、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を実施
- ③ 医療の在り方について、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備
- ④ 今後の高齢者医療制度にかかる改革

○ 介護の改革

介護保険の保険給付の対象となる介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保

○ 年金の改革

- ① 今後の公的年金制度にかかる改革
- ② 現行年金制度の改善
(低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等)

○ 少子化対策

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

これまでの社会保障制度改革国民会議における主な議論 (総論、医療・介護) (第1回～第5回)

1. 総論

持続可能な社会保障制度の構築

- ・ 高齢化の中で質が高く持続可能な社会保障制度の構築に向けて、専門家としての論理的・実証的な議論を積み重ねるべき。
- ・ 現役世代支援に軸足を移しながら、持続可能な社会保障を目指すべき。
- ・ 急速な少子高齢化の下で、制度を持続可能にするためには、長期的なビジョンを持って、給付を抑制していくことが重要ではないか。
- ・ 皆保険、皆年金をどう守っていくのかも含めて、議論すべき。
- ・ 改革推進法の基本的考え方にに基づき、3党協議で示された検討項目について議論すべき。

給付と負担の見直し

- ・ 限られた資源の中で、どこを重視し、どこを抑制するか、トレードオフとなっていることを踏まえて議論すべき。
- ・ 将来世代にツケを残さず、制度が持続可能となるよう、負担の引上げ、給付の削減を議論すべき。

保険料と税

- ・ 年金、医療、介護について「社会保険制度を基本とする」ことが3党合意されたのは画期的ではないか。財政制約がある中で、低所得者対策に公費を重点化し、保険料財源で調整できるところは調整すべき。
- ・ 保険料と税の役割分担を明確にすべき。社会保険全体の中で公費をどう誰に使うのか、保険の中の応能負担（再分配機能）をより高めていくのか、議論すべき。
- ・ 雇用の構造転換もあり、保険原理そのものが成り立たなくなっているのではないか。保険制度内の再分配だけで乗り越えていけるのか。
- ・ 今後、税財源には、財政健全化の役割が期待されることに留意すべき。

低所得者の取扱い

- ・ 低年金者が多い中、低所得高齢者への対応を検討すべき。
- ・ 公的年金等控除及び遺族年金が非課税であることの影響により、多くの高齢者が住民税非課税となっており、低所得者をひとくくりに考えるのは適切ではないのではないか。
- ・ 年金について、救貧機能を持たせるならば制度設計は難しくなるのではないか。

経済・雇用との関係

- ・ 医療と介護は、多くの国民がサービスの提供に関わっており、雇用も含めて、サービス提供側が活性化する制度づくりを行うべき。
- ・ 老若男女が元気に働き続けることができる社会などを念頭に議論すべき。
- ・ 地域によって事情が異なる医療・介護については、全国1本ではなく、地域ごとに人口動態の変化を踏まえ、地域経済など経済的側面も含め、議論を行うべき。

その他

- ・ 子育て支援 0.7 兆円と年金 0.6 兆円については、既に法律が通っているが、医療・介護 1.6 兆円についてはまだ法律も出ていないので、どのような見直しが行われるか明確になるよう、議論すべき。
- ・ 社会保障の様々な給付を有機的に関連付けて問題の解決方法を探るべき。
- ・ 社会保障の制度設計は財政再建問題と関わることを踏まえるべき。社会保障の論理と財政の論理を融合させる必要。
- ・ 2015年までに最優先でやらなければいけないこと、2025年までに優先的にやっておくべきことを示す必要。また、将来のあるべき社会を想定した際に、今からやらねばならないことが何かも示す必要。
- ・ 社会保障は何のためにあるのか整理する必要。高齢者のためだけではなく、いわば「老若男女共同参画社会」を実現していくべき。
- ・ 自助、共助、公助等について、理念をわかりやすく示すことが、国民に負担をお願いする上で重要。

- 自助を第一に考えるとしても、正規・非正規の処遇均衡など働く部分を企業側がきちんと対応しないと、却って公助（生活保護）が増大してしまうのではないか。
- 医療費を企業がどれだけ負担しているのかを比較する際には、アメリカに関しては企業が負担している私的医療費を加えて比較するのが妥当。

2. 医療・介護

医療と介護の在り方

- ・ 高齢者が増え、疾病構造が大きく変化しており、従来追求してきた医療と根本的に異なるのではないか。
- ・ 1人の医者が総合的に高齢者を診るなど、医療提供の在り方を変えるべき。
- ・ 現場で医療提供側と患者側が決めた医療の積上げが全体の医療費になるが、その際の裁量権は大きく、終末期医療のあり方もこれに関連する問題。医療提供側だけでなく、医療を受ける国民側がどう考え、何を要求するかが大きな要素となるのではないか。
- ・ 医師不足問題については、医師数の問題だけでなく、機能分担や連携の問題も大きい。病院間・病診間の連携、チーム医療の在り方、専門医と総合医の問題などを考える必要。また、連携が難しい地方では、総合医を検討する必要。
- ・ 今後、生産年齢人口が少ない自治体が増えることから、在宅医療と地域包括ケアについて、少ない人員で対応する新たなシステムを考えるべき。
- ・ 医療の課題と介護の課題を一体として議論すべき。
- ・ 単に生活保障を削るのではなく、老後の暮らしの質が良くなる観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- ・ 確率的な医療が増加しており、統計を基に医療の内容・適正化を議論すべき。給付の後、医療内容を評価する仕組みを入れるべき。
- ・ 診療報酬や医療計画など、全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの医療政策の柔軟性を検討する必要。

地域における医療と介護

- ・ 医療や介護については、2025年の総論的な絵姿しかないので、そこにどのように持ち込んでいくのか、まず議論すべき。その際、二次医療圏ごとに2025年までのあるべき姿を描き、地域ごとの医療ニーズや資源などのデータを分析する必要。
- ・ 健康寿命の問題は、医療だけではなく、地域に合った包括的なシステムが必要であり、各自治体に取り組むべき。
- ・ 地域の医療費を抑制する取組を全国に拡げていくインセンティブを検討する必要。
- ・ データを収集して、地域による一人当たり医療費のばらつきの原因や地域の取組の費用対効果を研究すべき。
- ・ 地域包括ケア体制や医療計画については、地域により事情が異なるので、各地域が自分たちで、子育て支援も含めた将来図を描けるようにすべき。
- ・ 地域包括ケアの担い手である基礎自治体が、医療や子育ても含め、きちんと役割を担えるよう足腰を強くする必要。

医療・介護サービス提供体制

- ・ 提供体制の機能強化に当たっては、重点化・効率化することが条件になっており、集中検討会議で示されたとおり、効率化と機能強化を並行して行うべき。
- ・ 医療を広く薄く提供するのではなく、社会全体での役割分担や連携の在り方などを論点とすべき。
- ・ 医療ニーズに対応する資源には限界があるということであれば、その中でどのような医療が提供できるか提案すべき。

給付と負担の見直し

- ・ 介護の重点化・効率化について、骨太の方針を示すべき。
- ・ 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護 1.6 兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。
- ・ 後発医薬品の使用促進で具体的に医療費がいくら減るかといった議論すべき。
- ・ 医療では既に3割負担となっていることを踏まえ、介護でも一定以上所得者の自己負担の議論を進めるべき。
- ・ 一定以上所得者の給付の見直しは制度横断的に検討すべき。
- ・ 同じ要介護度でも高所得者の方が裁量的に保険給付を多く受けているのであれば不公平ではないか。

保険制度の在り方

- ・ 欧州の先進国と比較すれば、日本の社会保険料の事業主負担はかなり低く、社会保険料に占める事業主負担の割合は、長期的には低下傾向となっているのではないか。
- ・ 保険料収入の割合が減っているのは、高齢者数の増により高齢者医療の公費負担が増加し、医療費に占める公費の割合も増加していることが理由の1つになっているのではないか。
- ・ 欧州諸国では、低賃金の段階から社会保険を適用し、雇用主の責任も事業者が認め、低賃金の方の保険料を免除しても、雇用者責任の方は果たす制度もあるが、日本もそのような方向で考えるべき。

- ・ 健保組合の発展のためには、リスク構造調整のような形で組合間の共同事業を拡大し、組合間で支え合うような取組を考えるべき。また、健保組合と協会けんぽの間でも構造的要因に着目した財政調整に踏み込むべき。
- ・ 高齢者医療や介護への拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。

地域保険・高齢者医療制度

- ・ 高齢者医療制度については、医療保険制度を持続可能にする観点から、現役世代が支えていくにはどうすればいいか、議論すべき。
- ・ 高齢者医療制度は、結局、当事者（都道府県）が保険者を担ってくれるのかという問題ではないか。
- ・ 市町村国保では零細な保険者が増えていくので、高齢者医療制度の在り方は、地域保険の在り方・再編成と並行して議論すべき。
- ・ 国保の広域化に当たっては、医療費適正化に対する地域の取組を反映させる仕組みを検討する必要。
- ・ 高齢者医療制度については、高齢者差別ではないという意識を共有しながら議論すべき。

三党実務者協議関係資料

- 三党実務者協議(平成 25 年 3 月 13 日・3 月 22 日)
配布資料

年金制度の課題

下記の課題を解決するための公的年金制度改革の内容等については、3 党間で合意に向けて協議する。

1. 雇用形態の多様化（働き方の変化）と未納・未加入問題

- すべての国民の多様なライフスタイルに対応できる公的年金制度の実現
- 全国民が定額又は所得に比例した保険料を拠出する公的年金制度の確立
- 国民年金の被保険者の性格の変化
（国民年金が自営業の年金から、非正規雇用者が多く加入する年金に）
- 年金保険料の徴収体制強化等（歳入庁その他の方策の有効性、課題等を幅広い観点から検討）

2. 低年金・無年金者の増加

- 低年金・無年金者の減少に向けた対応
→最低保障機能の在り方

3. マクロ経済変動と年金財政の整合など持続可能性に係る諸課題

4. 現行制度に対する国民の不安、不信

- 3号被保険者の在り方

年金制度の課題

下記の課題を解決するための公的年金制度改革の内容等については、3党間で3月中の合意に向けて協議する。

1. 雇用形態の多様化（働き方の変化）と未納・未加入問題

○すべての国民の多様なライフスタイルに対応できる公的年金制度の実現

○全国民が所得に応じた保険料を拠出する公的年金制度の確立

○国民年金の不安定年金化＝働き方の変化に対応せず

（「国民年金＝定額保険料」と「被用者年金＝比例保険料」との分断。国民年金が自営業の年金でなくなり、国民年金が非正規雇用不安定年金に）

○徴収体制が脆弱（歳入庁その他の方策の有効性、課題等を幅広い観点から検討し、実施すること）

2. 低年金・無年金者の増加

○税金と保険料の役割分担の明確化
（受給額の格差）

○低年金・無年金者の減少を年金制度内でも実現＝生活保護高齢化の流れを抑制
→最低保障機能（ゼロ保険料）の必要性

3. マクロ経済変動と年金財政の整合など持続可能性に係る諸課題

税投入の哲学・ルールの確立と国民的合意

4. 現行制度に対する国民の不安、不信

3号被保険者の公平性

第7回 社会保障制度改革国民会議
関係者を交えての議論
内閣総理大臣官邸：平成25年3月27日

医療提供体制に関する 四病院団体協議会の考え方

四病院団体協議会

一般社団法人日本病院会 堺 常雄

社団法人全日本病院協会 西澤寛俊

社団法人日本医療法人協会 日野頌三

公益社団法人日本精神科病院協会 山崎 學

日本の医療の国際的評価

- THE LANCET：日本特集号（2011年9月）で高い評価
 - 国民皆保険達成から50年：憲法で追及している保健医療の普遍性の実現
 - 健康的に年を取る良い例
 - 効果的な医療を比較低費用で提供している
- 高い評価はどうやって保っているのか？
 - 国民皆保険堅持
 - 医療人（特に、勤務医）の献身的な努力（過重労働）
 - 病院の経営努力
 - 日本人の食生活・生活環境・体質 等

事例：日本とカナダの病院医療の比較（急性期病院）

病院の実態	日本-病院 1	日本-病院 2	カナダ-病院 1	カナダ-病院 2
病床数	744	620	373	744
病床稼働率 (%)	94.5	87.5	89.9	96.0
平均在院日数 (日)	13.2	12.7	5.5	6.5
入院患者数 (病床/年)	26.1	14.4	56.8	37.8
医師数 (病床当り)	218 (0.29)	143 (0.23)	380 (1.01)	718 (0.97)
看護師数 (病床当り)	750 (1.01)	549 (0.88)	869 (2.32)	3,100 (4.16)
当該地域総病床数 (人口1,000人当り)				
急性期病床数	5.97	7.05	5.68	2.98
慢性期病床数	3.48	2.89	5.30	7.10
大腸癌の入院医療				
在院日数 (日)	18.6	15.2	8.8	11.5
退院先 (%)				
自宅	99.3	99.1	78.9	50.4
自宅 (要介護)	0.0	0.0	19.7	43.3
長期療養	0.7	0.0	1.3	4.2
その他	0.0	0.9	0.0	2.1
再入院 (%)				
予定された	1.4	23.3	16.5	16.0
予期しない (28日以内)	4.9	6.9	1.3	8.3
死亡率 (%)	0.7	6.0	3.8	1.4

* Dr. James Tiessen, Ryerson Univ. , Toronto, Canada より

日本・カナダの病院比較で分かる日本の課題

- 一般的に言えること
 - 平均在院日数が長い
 - マンパワー（特に病床当り）が少ない
 - 急性期病院の割合が多い：機能分化が不十分？
 - 年間入院患者数が少ない：効率が悪い
- 大腸癌の入院治療で分かること
 - 平均在院日数が長い
 - 日本は自宅退院が殆んど：患者にはうれしい
 - 予定された再入院が少ない：必要な入院期間確保（患者に優しい？）
- 在院日数短縮が本当に良いのか？
 - トータルの在院日数が問題
 - 患者のアウトカム評価が必要
- 在院日数を短縮する前に必要なこと
 - 急性期・慢性期病床のバランスのとれた構築
 - 患者の医療必要度に見合ったマンパワーの確保

病院勤務医は充足しているのか？

○ 70歳未満の病院勤務医数	16.2 万人*
○ 病院勤務医平均勤務時間	63.3 時間/週**
○ 適正な勤務時間	40.0 時間/週
○ 適正な医師数	$63.3 \div 40 \times 16.2 =$ 約25.6 万人（現状の 1.6倍）
○ 不足している医師数	9.4 万人
○ 15年で不足解消するには	6,267 人増/年

* 勤務医数実態：平成18年医師調査の概況

** 勤務時間：医師の需給に関する検討会報告書（2006年7月28日）

2011.01.28 文部科学省 「今後の医学部入学定員の在り方に関する検討会」より

- どの様に考えれば良いのか？
 - マクロ的にみて、現状のままでは明らかに不足している
 - しかし、現状の1.6 倍の人員増は非現実的・不可能
 - 現状の労働環境の改善・見直しが必要
 - 大多数の病院が急性期病院であることの見直し
 - 一般病床の機能分化：競争から協調へ
 - 医療提供体制の再構築

医療提供体制整備：病院の立場から（1）

- トータル・ヘルスケアの中での入院医療を考える：予防、入院、在宅・介護
 - 病診連携：かかりつけ医・家庭医の役割りが重要
 - 地域包括ケア：病院の地域連携室機能の有効利用
- 一般病床の機能分化：患者のニーズ・病態に注目
 - 急性期病床、ポスト・アキュート病床への機能分化と連携・協調
 - 急性期病床：緊急度・重症度（医療必要度）
 - ポスト・アキュート：安定期
 - ここにしっかりと金を投入：人的投資・財政投資の傾斜配分
- 医療法・診療報酬：両輪として機能してほしい
 - 診療報酬による経済誘導だけでは無理がある：行き過ぎの例（7対1看護）
 - 適切な評価：ストラクチャー・プロセス（機能）・アウトカム評価
 - 全国一律でなく地域の実情に合致した提供体制整備を進める
- 「見える化」の推進：必要なデータの整備・開示を望む
 - 地域の医療需要・供給を示すミクロデータが不可欠
 - 診療報酬・施設基準データ等
 - 有効利用されていない厚生労働省・地方厚生局・都道府県・健保連等のデータ
 - 必要な金の投入を

医療提供体制整備：病院の立場から（2）

- 精神病床の適正化：高密度・高機能化 → 在院日数短縮・入院病床転換
 - 急性期治療・回復期治療での治療密度の向上：低医療費政策からの脱却
 - 難治患者の治療体系の確立：ハイキュア・ハイケアへの転換
 - 精神疾患を有する要介護者の介護サービス提供側における受け入れ能力向上・体制整備
人材養成と介護報酬上の手当、あるいは新介護サービスの創設
 - 重度・中等度精神障害者の地域移行体制整備
障害特性に合致した障害福祉サービスの創設（生活施設・地域医療体制整備）
 - 人的・財政投資の集中的実施と構造改革：ここにしっかりとお金を投入

医師の偏在について（診療科・地域偏在）

- 偏在は実際に存在している
- 将来予測を含めた実態の把握 → 効率的な配置を決める
 - データに基づいた地域医療計画：行政が持っているデータの有効利用
 - 医療需要と医療供給の把握：地域の疾患群・専門医分布等
- 地域全体として患者を診る：望ましい患者の流れをつくる
 - 利用者：かかりつけ医・家庭医制
 - 診療所：自由開業制の見直し？保険医療機関指定における地域配置計画の整備？
 - 病院：2次医療圏の見直し・機能分化、公的病院の機能明確化
 - 行政：患者搬送システム整備、住民啓発と広報
- 病診・病々連携の充実
 - ICTの活用：情報共有・遠隔医療連携
- 専門医制度の確立

社会保障制度改革国民会議 提出資料

2013年3月27日

日本歯科医師会
会長 大久保 満男

国民の健康を守るために

日本歯科医師会の基本方針

健康で安心な生活を営むための国家と国民の責務

- 健康増進活動の充実・・・地域住民の主体的な参加
- 医療提供体制の充実 = 国民皆保険の充実・・・(公助・共助・自助の連携)

1. 健康寿命の延伸

- 地域保健活動と公的医療保険との連携
- 特に超高齢社会におけるハイリスク者への医療提供体制をいかに構築するか

2. 要介護者のQOLの維持と改善

- 公的医療保険と公的介護保険との連携の在り方
- 在宅医療・歯科医療の提供体制の充実

3. 看取りの医療のあり方

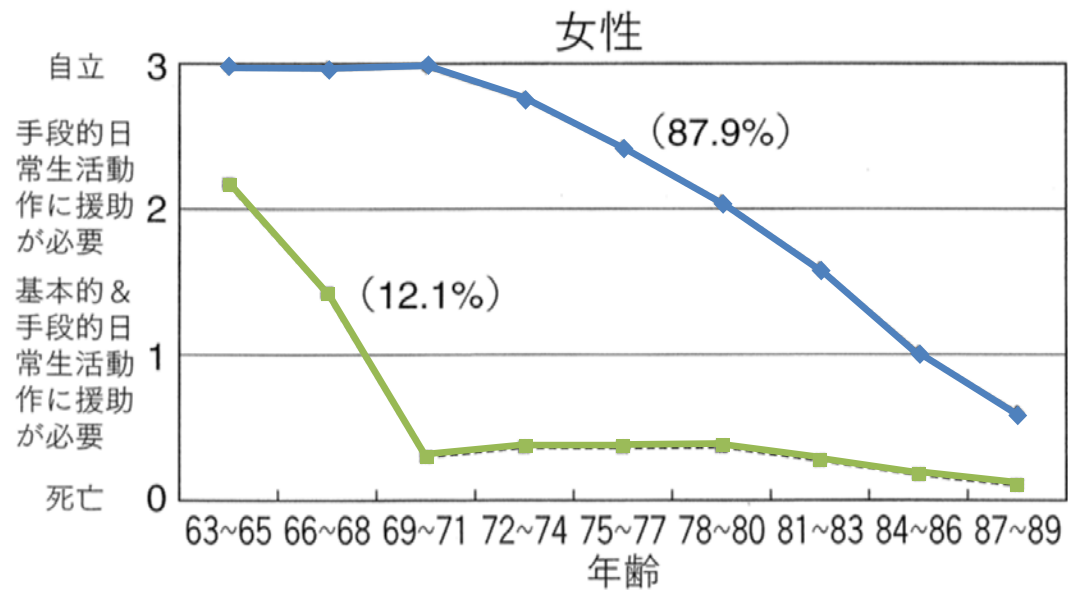
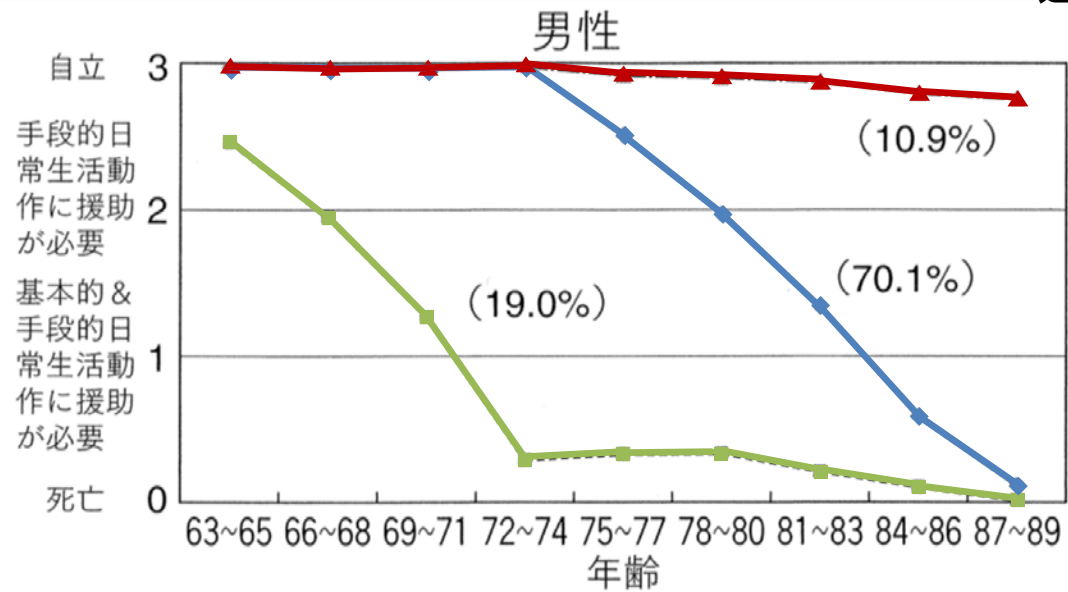
- 死生観、人生の価値とは

医療・歯科医療が人々の日々の営みとしての生活をどのように支えるか

「治す医療」から「治し支える医療」へのパラダイムシフト

加齢に伴う自立度の変化

* 全国高齢者20年の
追跡調査(N=5715)



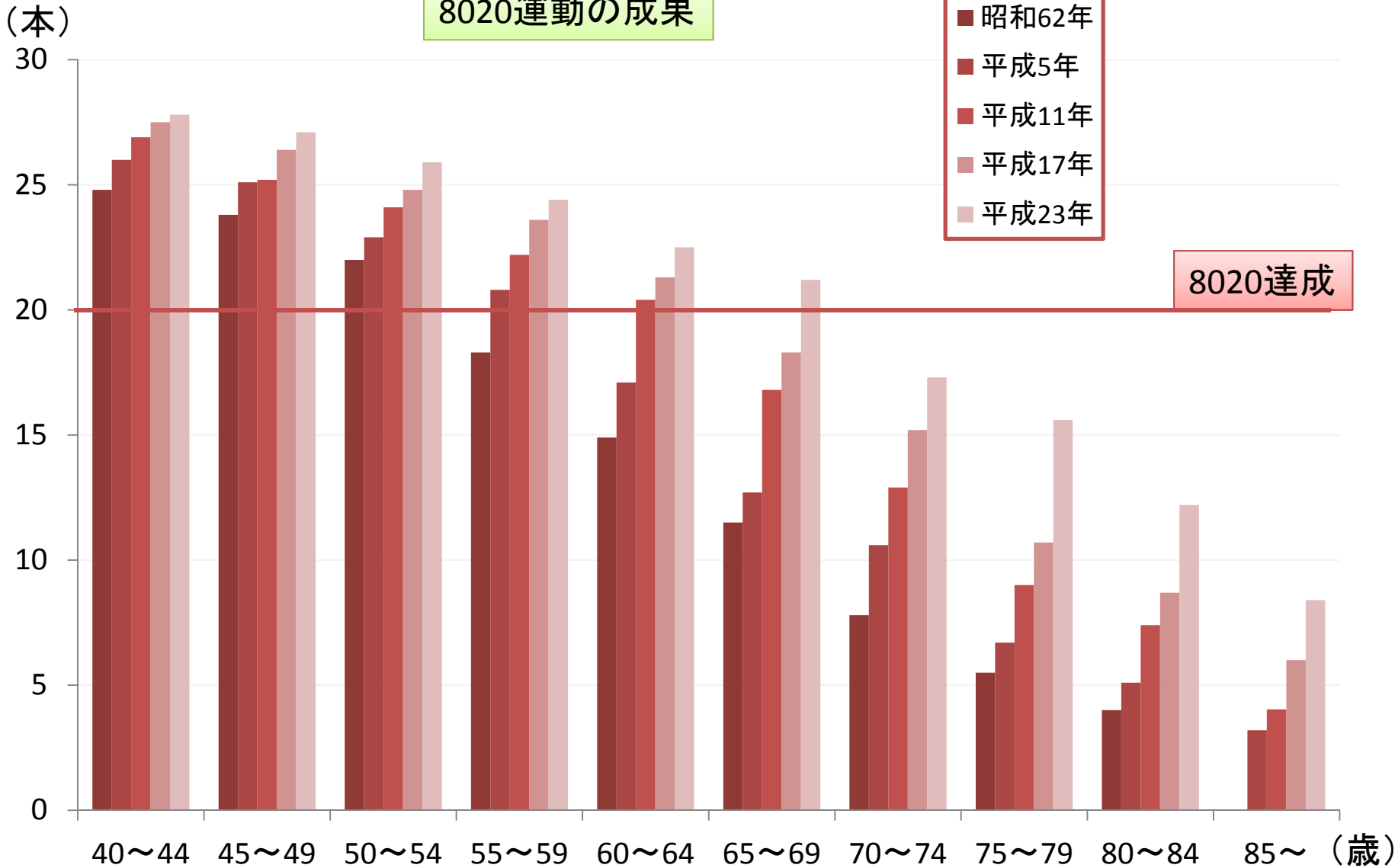
出典: 秋山弘子・東京大学教授 (科学 80(1): 59-64, 2010)

年齢別平均現在歯数の経年推移 (歯科疾患実態調査結果より)

8020運動の成果

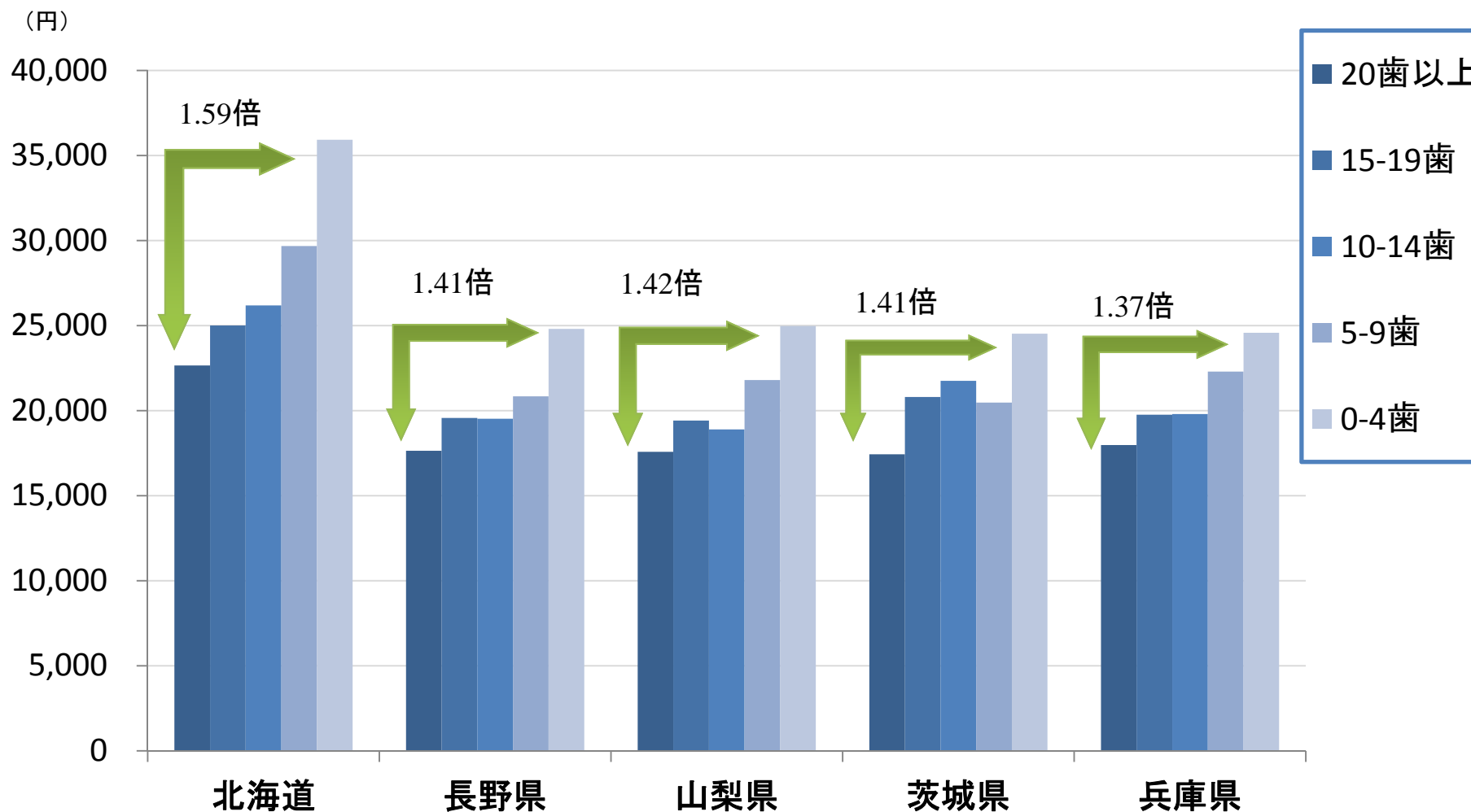
- 昭和62年
- 平成5年
- 平成11年
- 平成17年
- 平成23年

8020達成



仮説 … 歯が多いほど健康であれば医療費は少ない

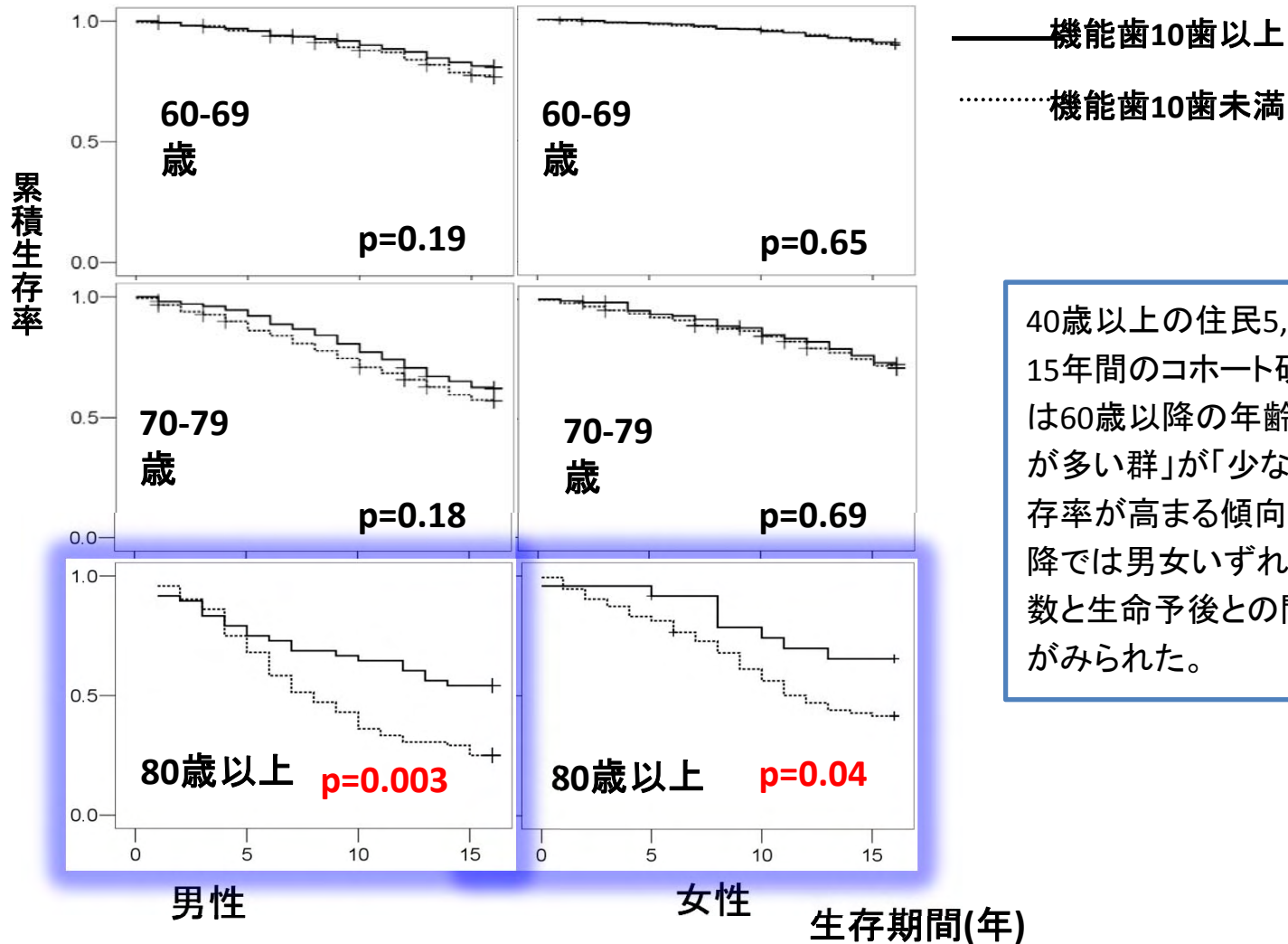
都道府県に関わらず、歯が多く残っている人ほど医科医療費が少ない傾向を示す



歯の数と健康度との関係(国保連合会・歯科医師会協力)

歯の本数が多いほど生存年数が長い

機能歯数(10歯未満/10歯以上)と生存曲線

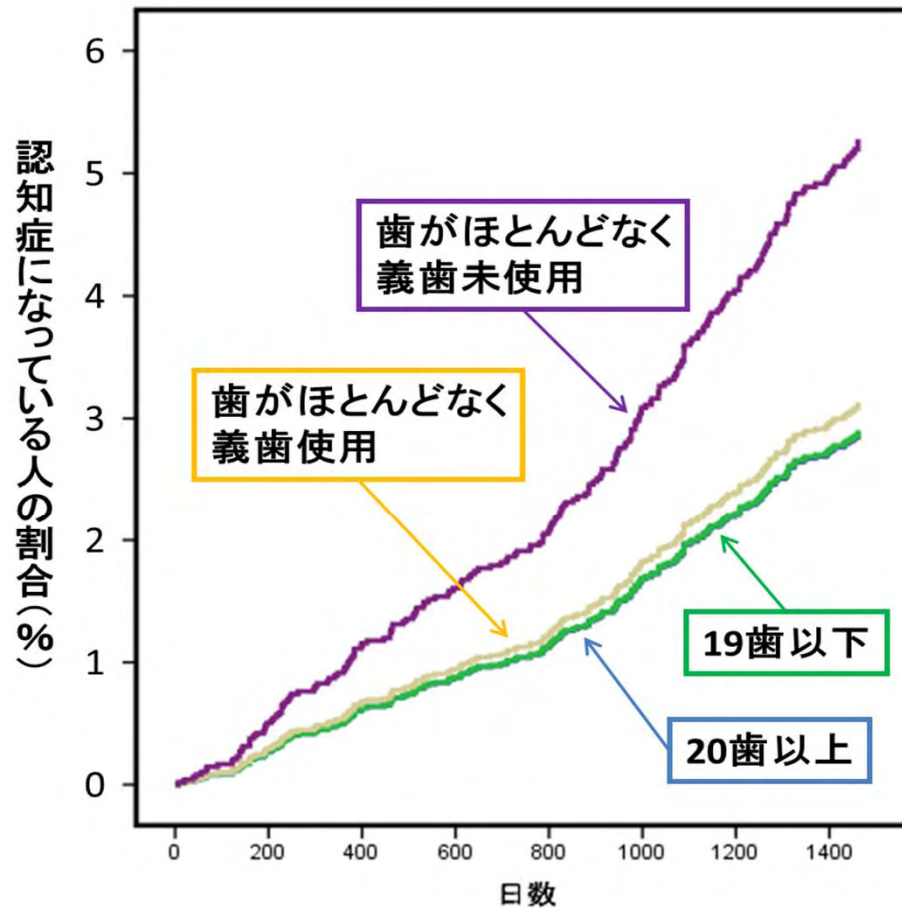


40歳以上の住民5,730名を対象とした15年間のコホート研究の結果、男性では60歳以降の年齢層で、「機能歯数が多い群」が「少ない群」に比べて生存率が高まる傾向がみられ、80歳以降では男女いずれにおいても、機能歯数と生命予後との間には有意な関連がみられた。

歯数が多いほど、また義歯による機能回復をするほど
認知症発症が少ない。

歯数・義歯使用と認知症発症との関係

(年齢、所得、BMI、治療中疾患、飲酒等の有無を調整済み)



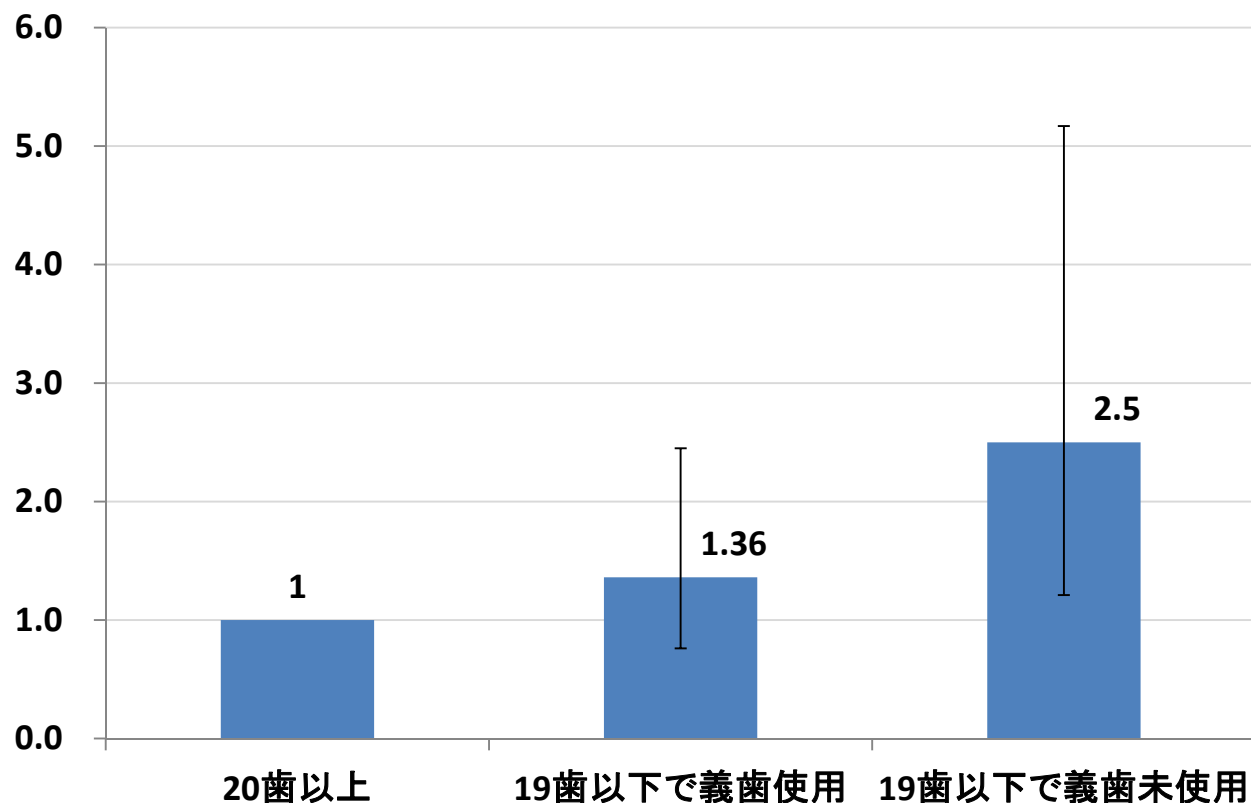
認知症の認定を受けていない65歳以上の住民4,425名を対象とした4年間のコホート研究の結果、年齢、治療疾患の有無や生活習慣などに関わらず、歯がほとんどなく義歯を使用していない人は、認知症発症のリスクが高くなることが示された。特に、歯がほとんどないのに義歯を使用していない人は、20本以上歯が残っている人の1.9倍、認知症発症のリスクが高いことがわかった。さらに、歯がほとんどなくても義歯を入れることで、認知症の発症リスクを4割抑制できる可能性も示された。

歯を失い、義歯を使用していないと転倒のリスクが高まる

歯数・義歯使用有無と転倒リスク

(性、年齢、追跡期間中の要介護認定、教育歴等を調整済み)

20歯以上の者を1とした場合のオッズ比

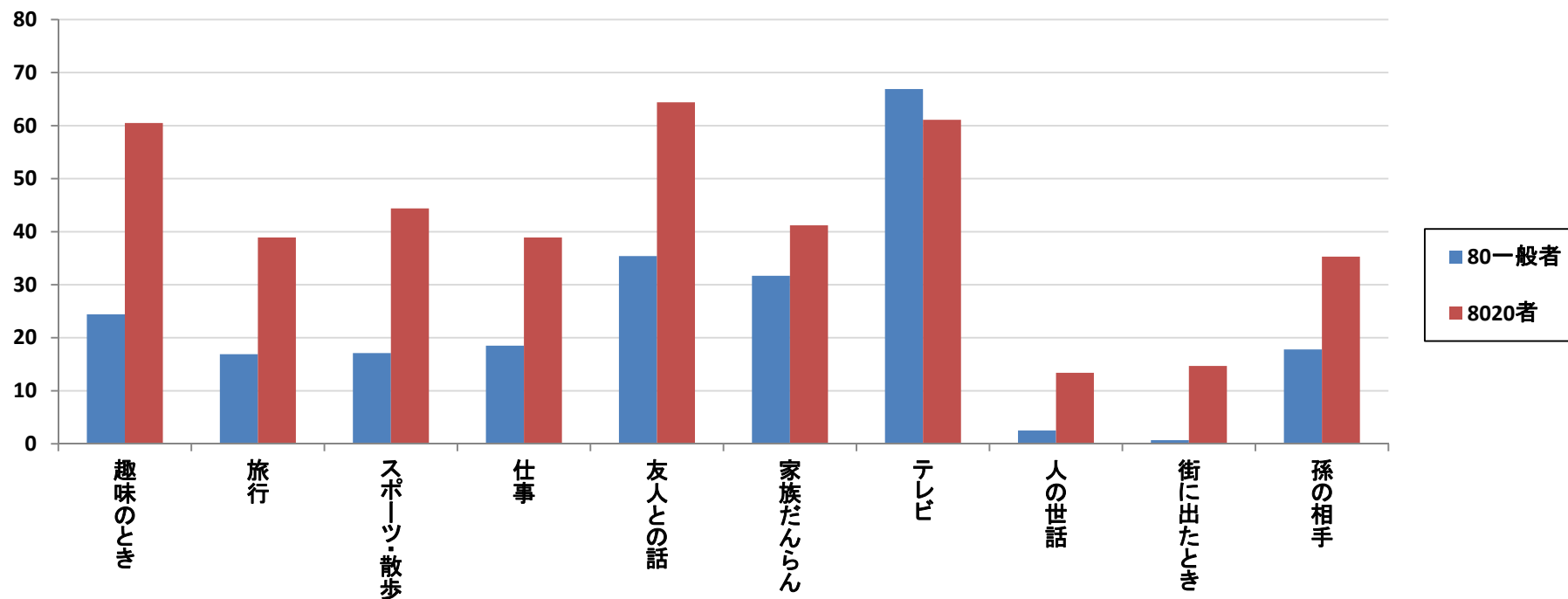


過去1年間に転倒経験のない65歳以上の住民1,763名を対象とした4年間のコホート研究の結果、性、年齢、期間中の要介護認定の有無、うつの有無などに関わらず、歯が19本以下で義歯を使用していない人は、転倒のリスクが高くなることが示された。

さらに、歯が19本以下でも義歯を入れることで、転倒のリスクを約半分に抑制できる可能性も示された。

いい歯のお年寄り8020コンクール・アンケート(集計結果)

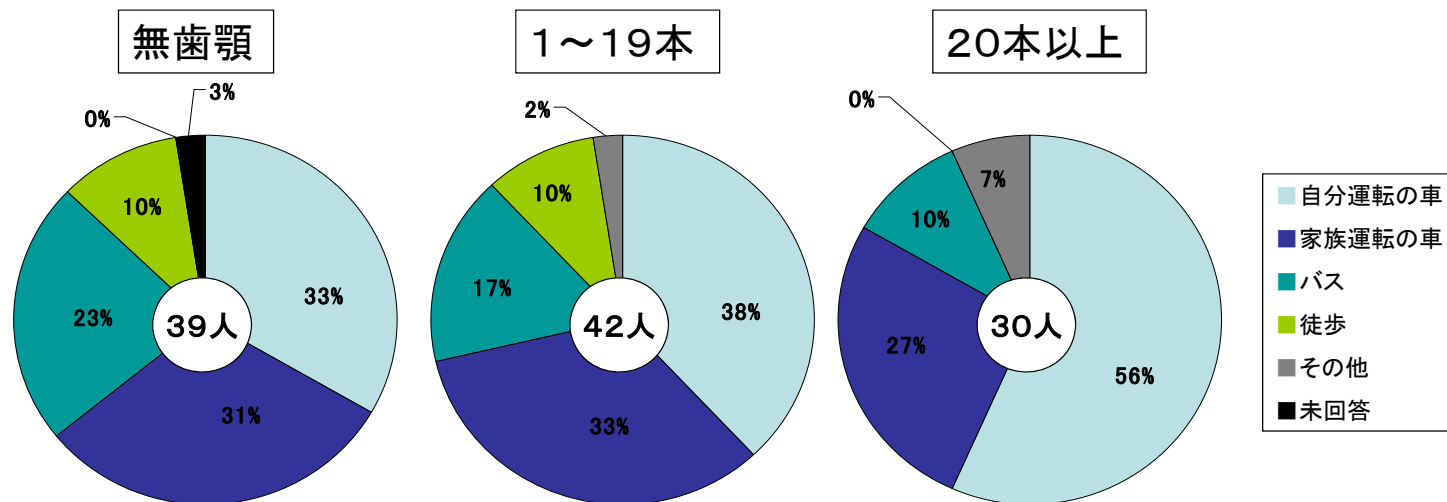
楽しいときは？



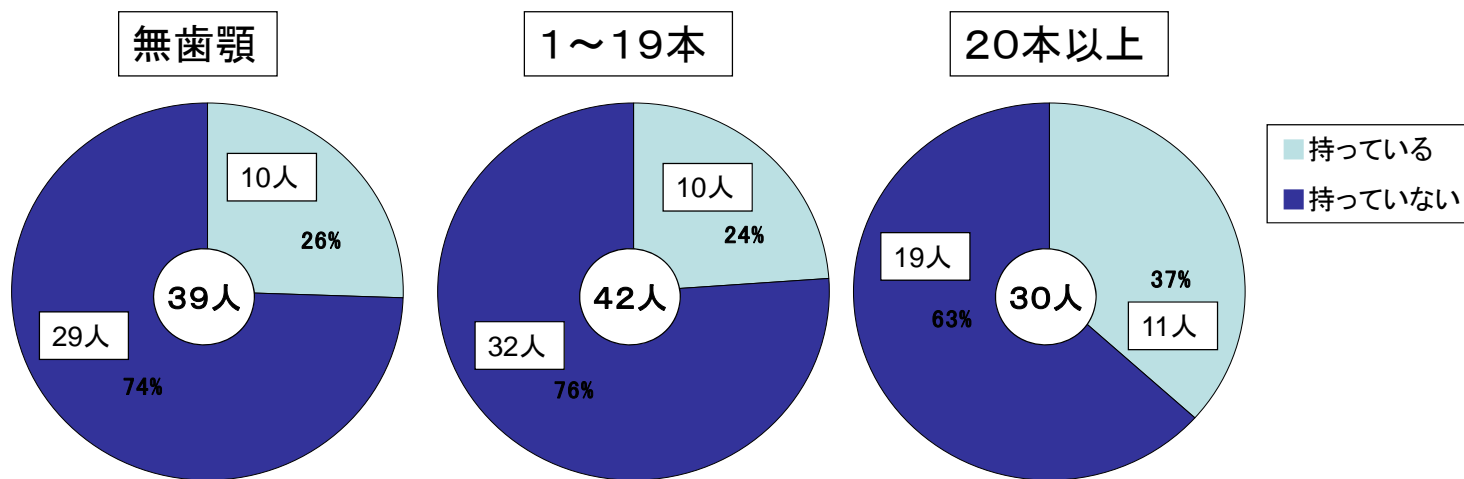
	趣味のとき	旅行	スポーツ・散歩	仕事	友人との話	家族だんらん	テレビ	人の世話	街に出たとき	孫の相手
80一般者	24.4	16.9	17.1	18.5	35.4	31.7	66.9	2.5	0.7	17.8
8020者	60.5	38.9	44.4	38.9	64.4	41.2	61.1	13.4	14.7	35.3

兵庫県香美町村岡区 80歳口腔保健実態調査

残存歯数別 交通手段



残存歯数別 携帯電話所有状況

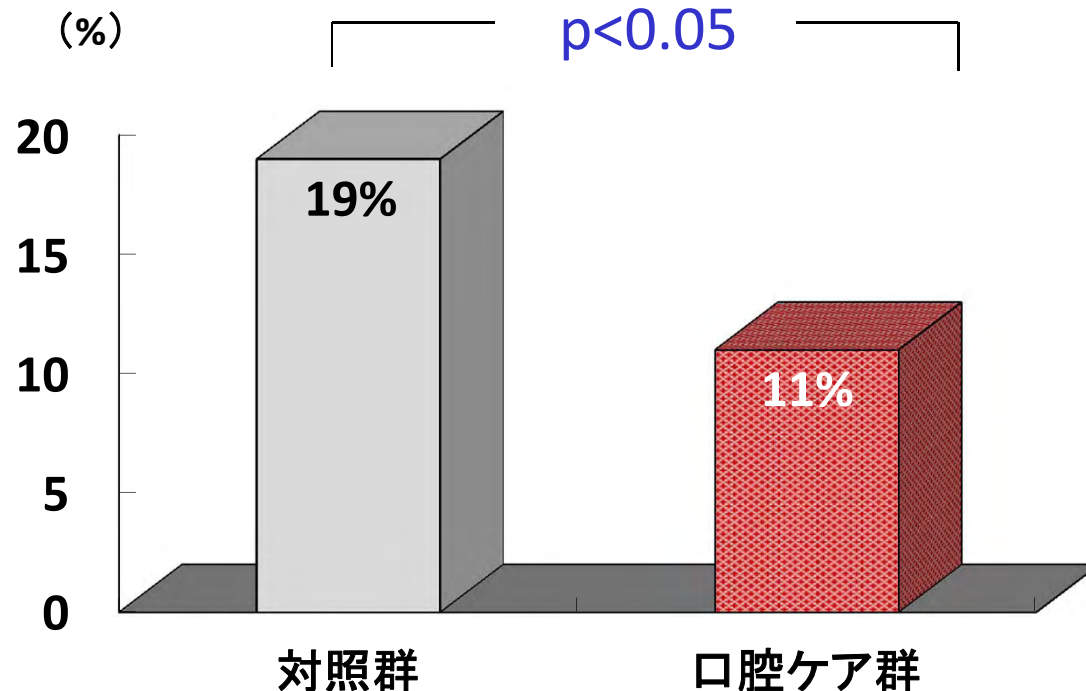


持っている10人中メールが使える人:1人

持っている11人中メールが使える人:2人

口腔ケアと誤嚥性肺炎との関係

専門的口腔管理・ケアと口腔清掃により、誤嚥性肺炎の発症が約6割以下に減少（2年間の肺炎発症率の比較）



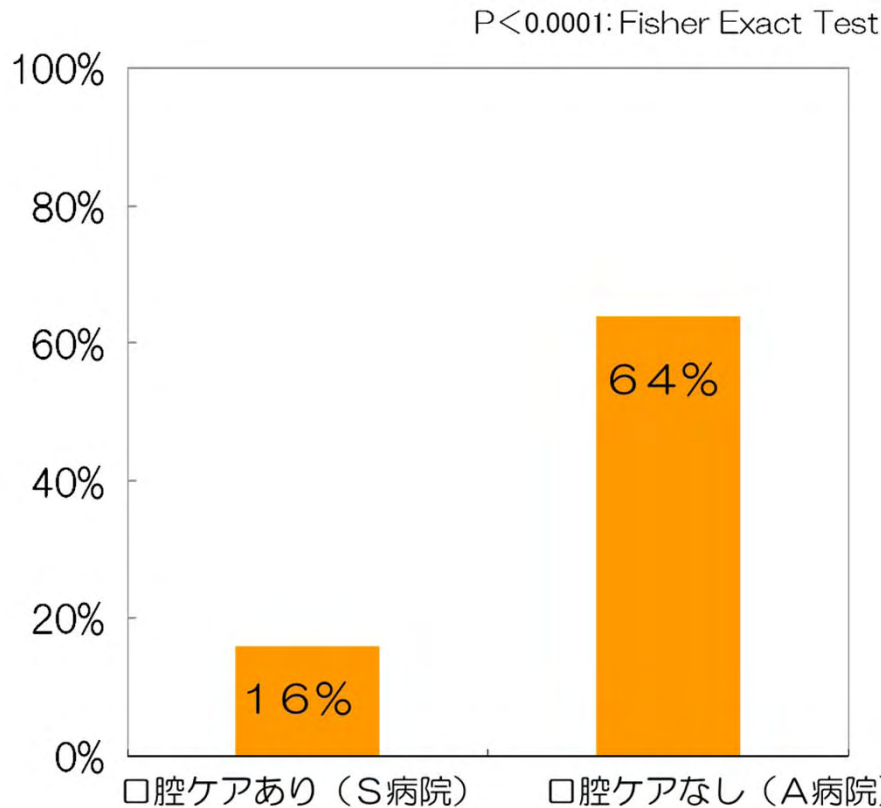
全国11カ所の特別養護老人ホーム: 入所者366名を対象

専門的口腔管理群
週に1度、歯科医師・歯科衛生士による専門的な口腔管理を実施し、介護者又は看護師による毎食後の歯磨きおよび1%ポピドンヨードによる含漱を実施

口腔ケアと術後合併症との関係

頭頸部進行がん患者の再建手術における口腔ケアの介入効果

- 術後合併症率（単変量解析）



	口腔ケアあり 静岡がんセンター(日)	口腔ケアなし A病院(日)
平均	25.6	72.4
中央値	21	36

P<0.0001 Wilcoxon順位和検定

手術後の在院日数の違いは、静岡がんの方が口腔・咽頭の局所感染が発症がなく早く傷が治り、食事が早期にできて退院したことを示している。
中央値で約2週間(15日)の差が認められた。

大田洋二郎, 米山武義: 口腔ケアについての情報提供:
PRACTICE IN PROSTHODONTICS, 38(5), 500-583, 2005

静岡がんセンター(大田, 歯界展望 2005)

社会保障制度改革に関する意見

平成 25 年 3 月 27 日

日本薬剤師会

1 国民の健康の維持、増進等の支援、相談の拠点として、薬局・薬剤師の活用を図っていただきたい。(補足資料 1～3 ページ)

- 1) 社会保障制度改革推進法の第 6 条第 1 項において、検討項目として、「健康の維持増進、疾病の予防、早期発見を推進」を挙げ、そのために「医療従事者、医療施設の有効活用」を図ることとしている。
- 2) 一方、厚生労働省は、「健康日本 21 (第 2 次)」において、「地域住民が身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点」を 10 年間で 15,000 カ所整備するとの目標を掲げている。
薬局は、全国に約 55,000 カ所存在し、ほぼ全国全ての中学校区に存在、地域住民に最も近い医療提供施設として、国民の健康維持、増進の拠点としてその機能を十分発揮することが可能である。
- 3) 薬局は、処方せん調剤 (現在、処方せん受取率は約 65%) に加え、一般用医薬品、医療材料・衛生材料等の供給を通して、軽疾病の重症化防止、医師への受診勧奨、適切なセルフメディケーション、健康維持等、地域住民の保健・医療・介護・福祉等の相談を行っているとともに、地域住民への健康情報の発信拠点となっている。
- 4) また、食生活や、サプリメント、健康食品の使用に関する相談なども受け、そのために、最近は管理栄養士等を雇用する薬局も増えている。

2 地域包括ケア体制の一員として、在宅医療、居宅介護において薬局・薬剤師の一層の活用を図っていただきたい。(補足資料 4～12 ページ)

- 1) 地域の薬局・薬剤師は、在宅医療、居宅介護において、在宅医療で用いる薬剤の供給と服薬指導・管理、医療材料、介護用品の供給など重要な役割を担っている。
- 2) 在宅医療、居宅介護においては、ほぼ全ての患者が何らかの医薬品を使用しており、かつ、複数科受診、多剤併用、長期投与を受ける患者は増加している。また、後発医薬品の使用促進もあって、薬剤の選択、残薬のチェック等、薬局・薬剤師の薬剤管理・指導が重要である。
- 3) 薬剤に起因する副作用として ADL (日常生活動作) への影響、BPSD (認知症に伴う行動・心理症状) の悪化、自殺企図・うつなどが問題となっており、居宅における医薬品の適正使用、安全管理の必要性がますます高いものとなっている。
- 4) がん末期患者等の在宅医療の推進においては、疼痛緩和ケアなどにおける医療用麻薬製剤や点滴・輸液製剤 (無菌調剤) の使用が不可欠であり、その供給と適正使用、管理も極めて重要な要素である。

3 チーム医療の推進において、薬剤師の業務の拡充と活用を図っていただきたい。(補足資料13ページ)

- 1) 平成24年度から薬学6年教育を修めた薬剤師が、医療の現場で活躍を始めている。
- 2) 厚生労働省における「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書に基づいて、薬剤師の業務に係る医政局長通達が出されている。また、平成24年度診療報酬改定においては、病棟薬剤業務(薬剤師による病棟における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質と安全の向上に資する薬剤関連業務)に関する評価も新設された。先端医療等、医療の高度化を踏まえ、薬剤師の一層の活用を促進されたい。

社会保障制度改革に関する意見

—補足資料—

平成25年3月27日(水)
公益社団法人 日本薬剤師会

地域薬局・薬剤師の活用

○地域医療資源としての薬局・薬剤師の活用

薬局 ⇒ 医療提供施設

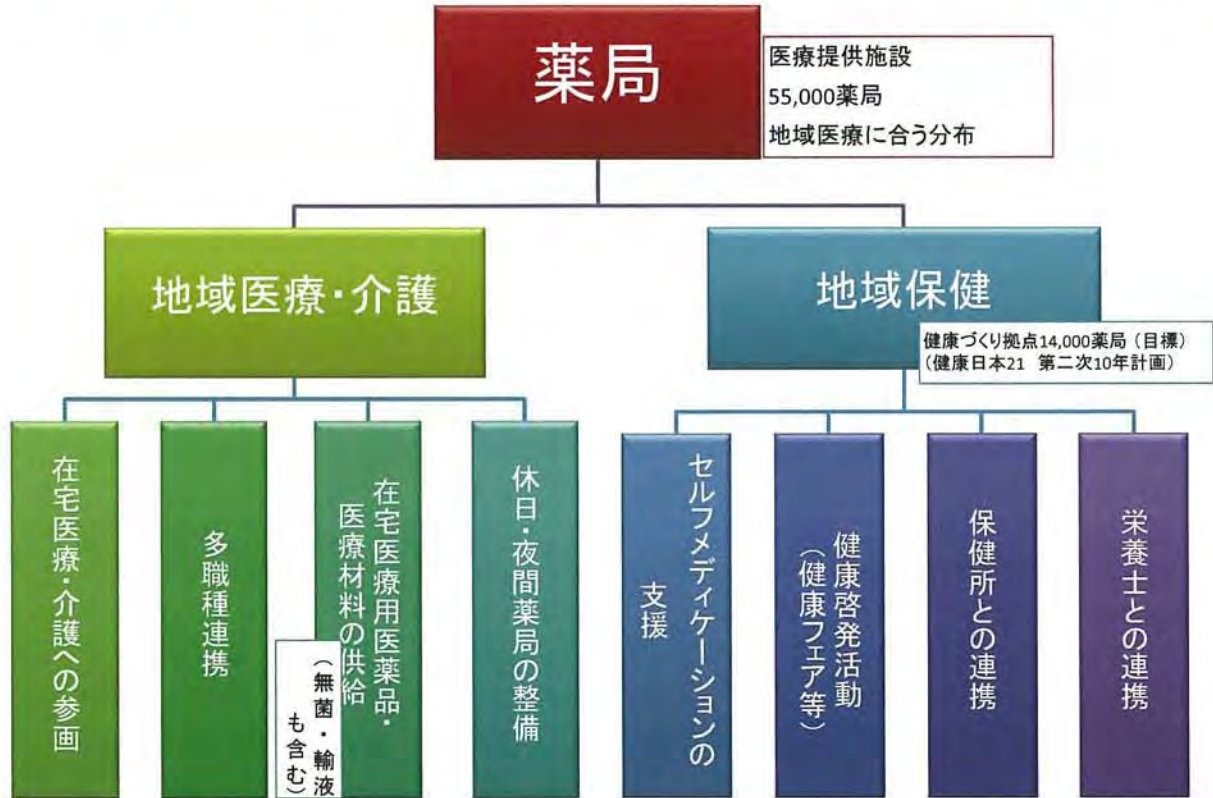
○健康日本21 第二次計画

「地域の健康づくり拠点」としての薬局の活用

処方箋取扱枚数と処方箋受取率



地域の医療資源としての薬局・薬剤師の活用



健康日本21(第2次)【平成25年度～】

■健康増進法「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」全部改正 H25. 4. 1～適用

《目標項目》

- ①健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底
- ③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- ④健康を支え、守るための社会環境の整備
- ⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の整備

具体的目標

地域住民が身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる
民間団体の活動拠点数の増加

(現状) 民間団体の活動拠点7,134 → 10年後目標 15,000

(薬局のほか、栄養ケア・ステーションを含む)

日本薬剤師会

地域住民の健康支援・相談対応等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局：7,087

日本栄養士会

栄養ケア・ステーション：47



取り組み分野の例：

- 禁煙
- こころの健康（自殺対策ゲートキーパーなど）
- 高齢者支援（認知症対策、介護相談など）
- 生活習慣病予防・早期発見
- 栄養・食生活
- 子育て支援、母子保健
- 多職種と連携した対応、健康づくり情報等の発信 など

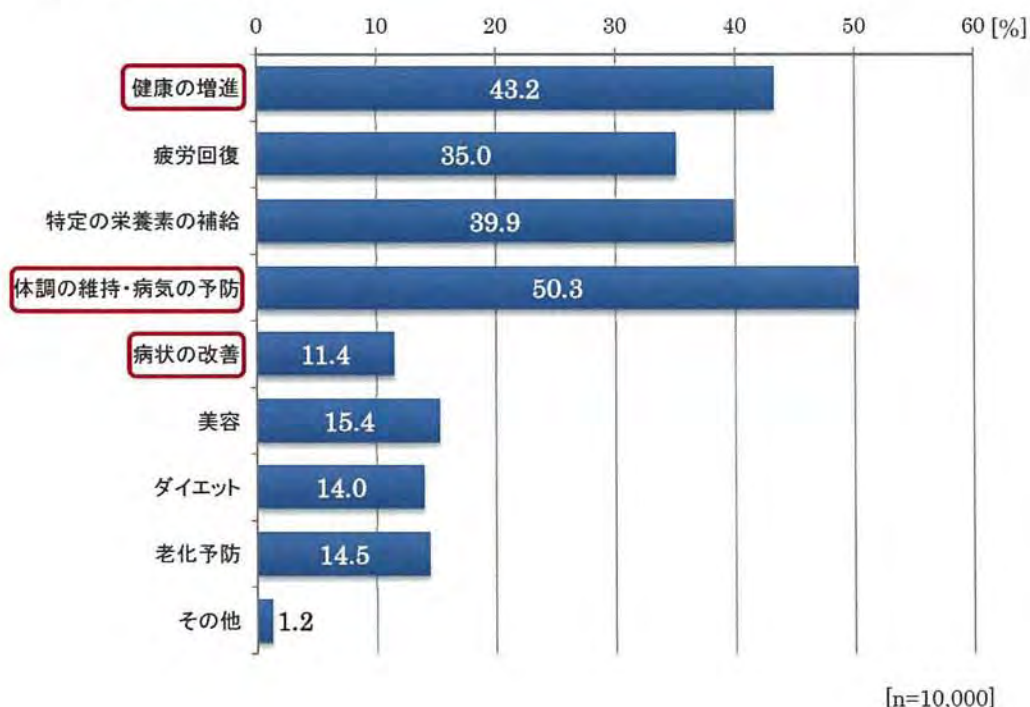


健康食品を利用する目的

- 体調の維持や健康の増進を目的として利用している者の割合が高く、特定の事項（美容・ダイエット等）を目的とした者の割合は14~15%と比較的低い。また、約1割、病状の改善目的での利用も見られる。
 - ・「体調の維持・病気の予防」が50%で最多。ついで「健康の増進」（43%）、「特定の栄養素の補給」（40%）、「疲労回復」（35%）と続く。「美容」・「ダイエット」・「老化予防」はいずれも14~15%。
 - ・「病状の改善」を目的に利用している者は11%。
- 利用目的ごとに満足感を抱く割合をみると、体調の維持や健康の増進、老化予防といった事項を目的に利用している者は、結果的に健康食品に対する満足度が高いと回答した者が多い傾向がある。ダイエットや病状の改善を目的に利用している者は、結果的に満足度が低いと回答した者が多い傾向がある。

体調の維持や健康の増進は、現状のままでも満足とを感じるが、ダイエットや病状の改善は、現状より良くならなければ満足とは感じにくい分、「不満」又は「やや不満」と回答した者の割合が高くなったのかも知れない。

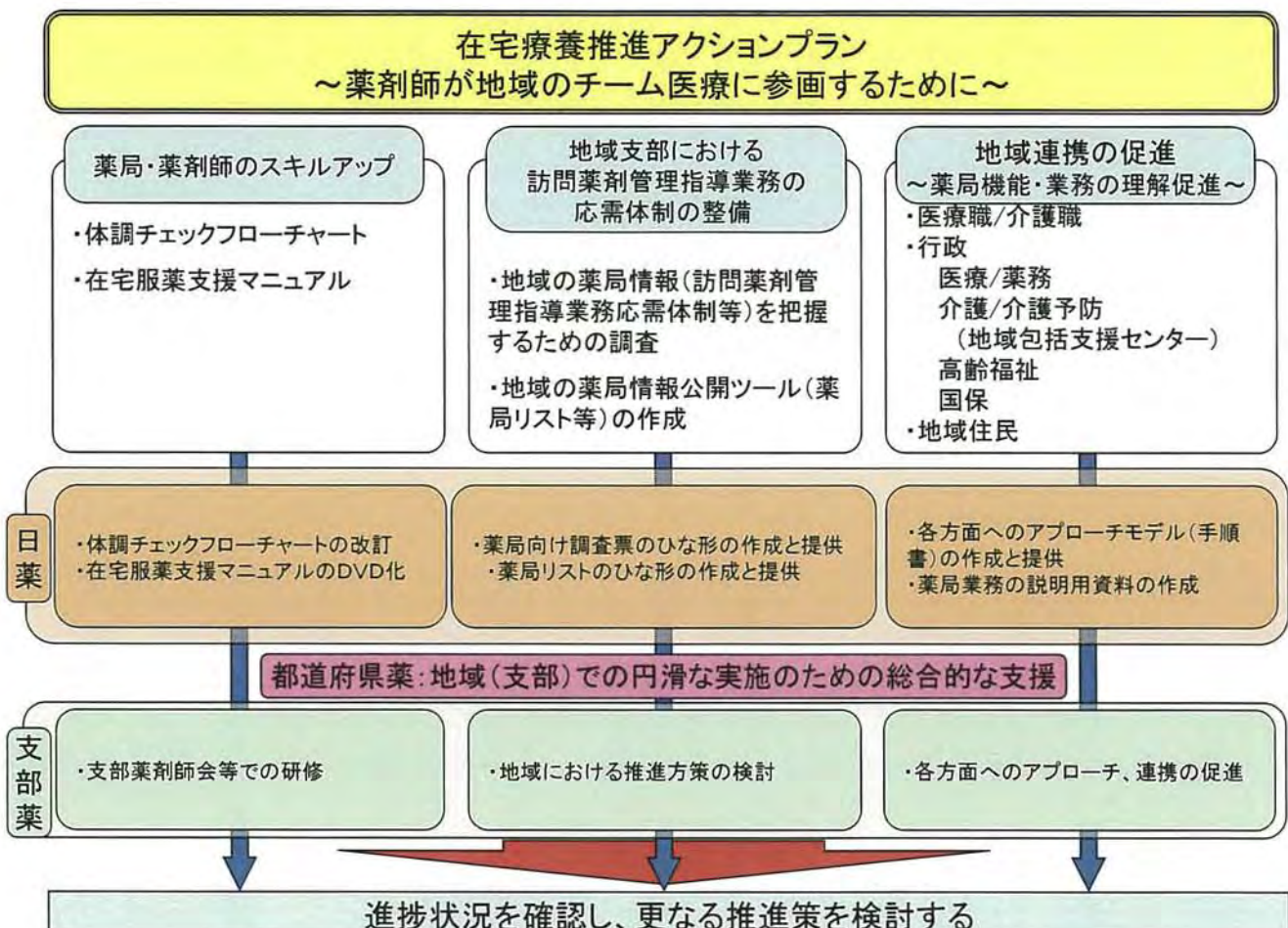
[健康食品を利用する目的]



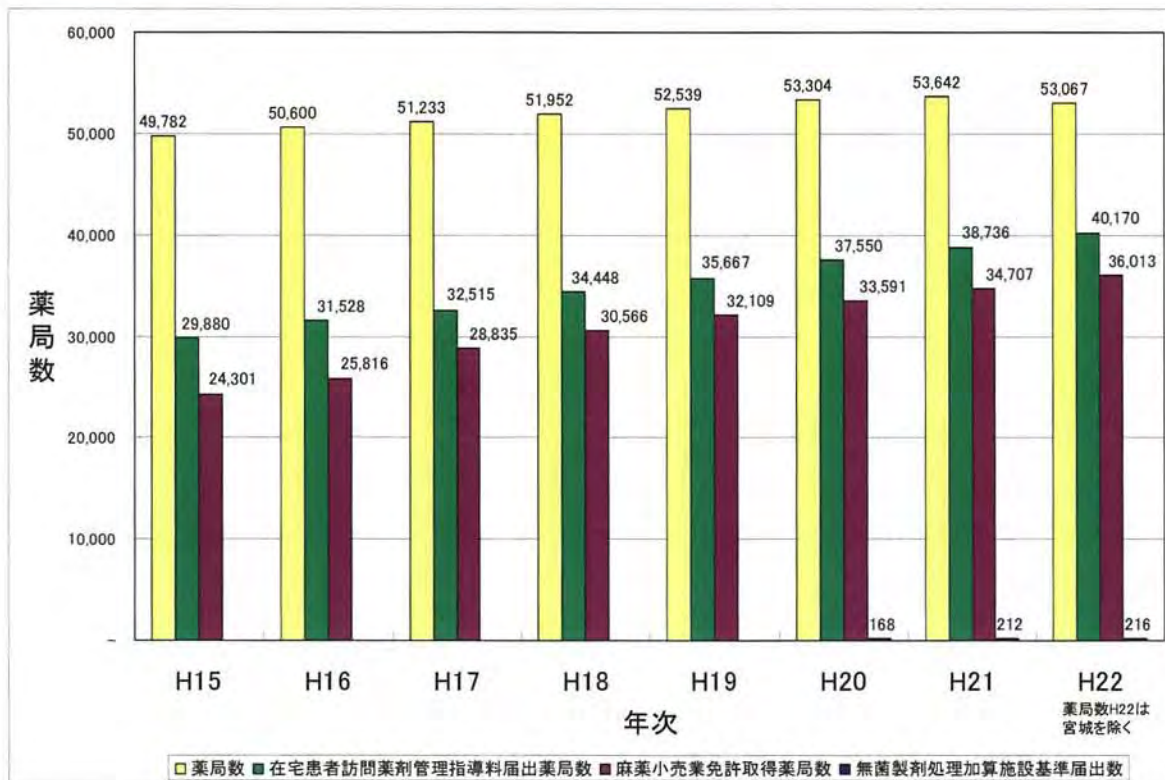
消費者庁・消費者委員会：消費者の「健康食品」の利用に関する実態調査（平成24年5月アンケート調査より抜粋）

在宅医療における薬剤師の役割

- 医薬品の供給と服薬指導・適正使用、安全・保管管理・支援
- 医療材料・衛生材料の供給
- 在宅用無菌調剤の実施と供給
- 介護老人保健施設への関わり(医薬品管理、調剤、服薬指導・支援感染予防対策、入所判定会議等)
- 介護老人福祉施設への関わり(医薬品管理、感染予防対策等)



薬局の在宅医療に係る各種届出状況



主な医療材料・衛生材料

- チューブ及びカテーテル類
- 注射針・注射筒
- その他の注射器具及び穿刺器具
- 創傷被覆・保護材料(ドレッシング材、防水テープ等)
- 穿刺針・穿刺器具
- 医療脱脂綿(脱脂綿、綿球、カット綿、テープ綿等)
- 医療ガーゼ(滅菌・非滅菌・Yカット等)
- 滅菌済み手袋・非滅菌手袋
- ピンセット

医療材料・衛生材料の供給について

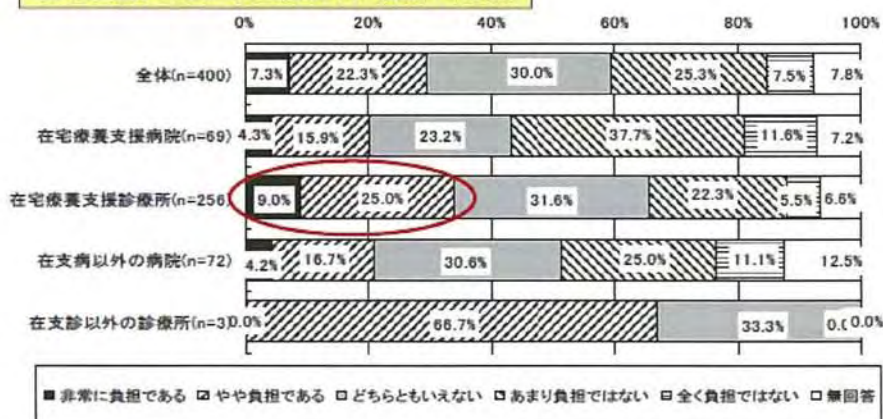
- 在宅薬剤管理指導業務に取り組んでいる薬局の多くは、医療材料・衛生材料も供給している。
- 一方で、地域から薬局に対し、医療材料・衛生材料の供給について要望が届いていないケースも多い。

薬局における医療材料・衛生材料の供給 n=173薬局



- 在宅療養支援診療所等の中には、在宅医療・介護に用いられる医療材料・機器の確保に負担を感じている施設が存在する。

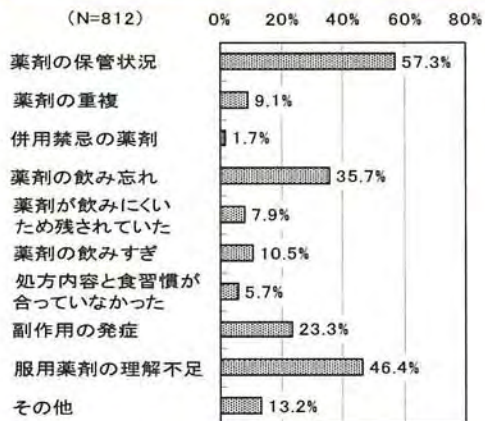
在宅医療に関する医療材料・機器の確保



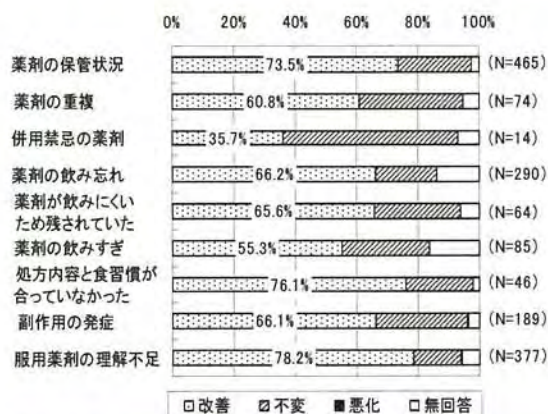
出典) 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況結果概要(速報)

居宅における薬剤管理の問題点と 薬剤師による訪問指導の効果

在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の開始時に
発見された薬剤管理上の問題点



在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の取り組みの効果



潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計
=約500億円

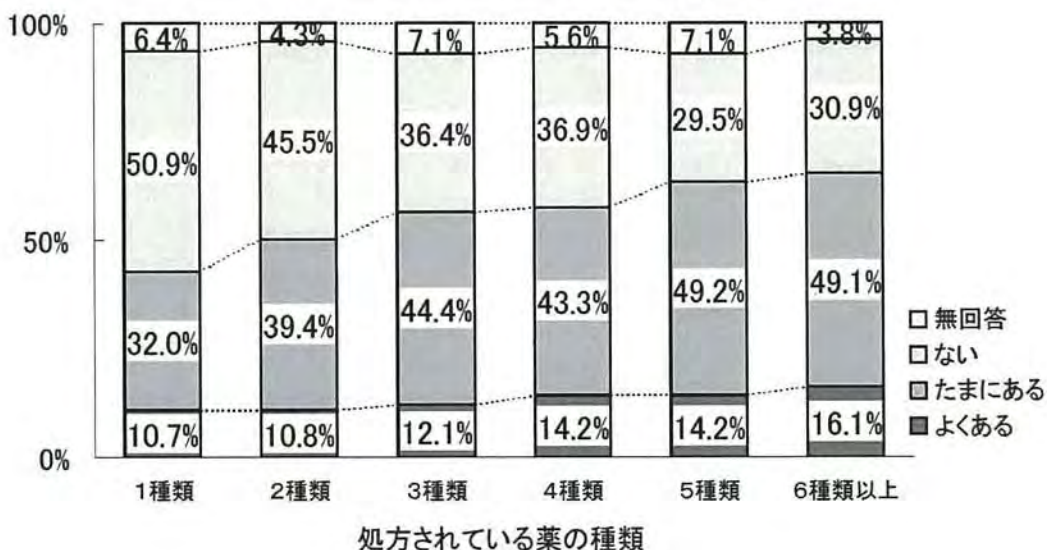
在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される
飲み残し薬剤費の粗推計
=約400億円

出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

薬の飲み残し

○ 高齢者の場合、処方されている薬の種類数が多いほど、薬を飲み残しているケースが目立つ。

高齢者の薬の飲み残し(入院外)



※平成17年「高齢者と薬」全国老人クラブ連合会女性委員会モニター調査

保険薬局における後発医薬品の使用状況

【後発医薬品薬剤料】

381 億円（伸び率:15.5%、伸び幅51 億円）

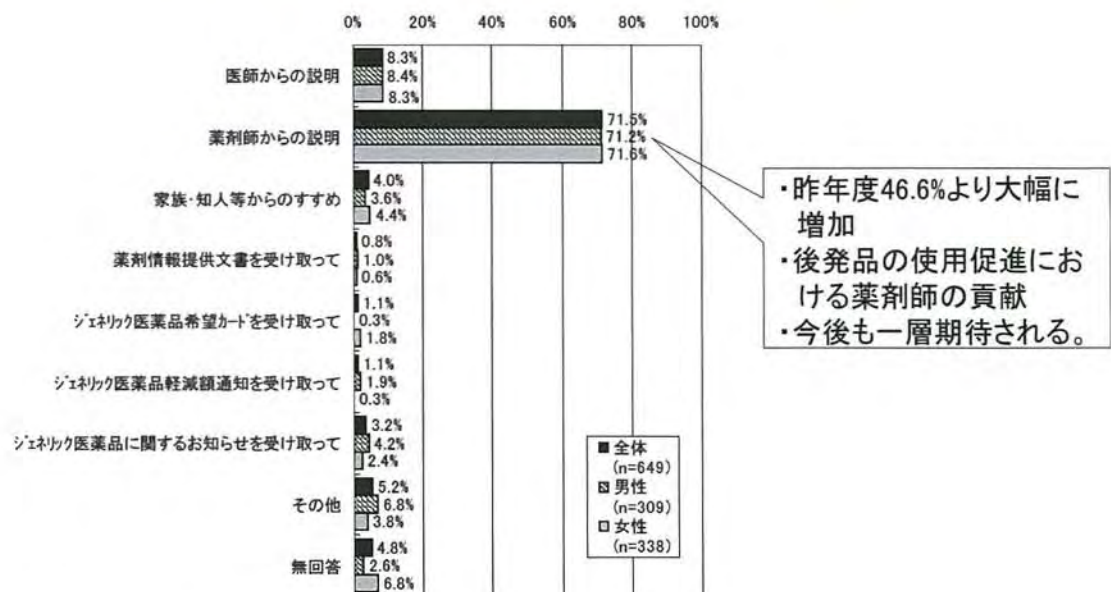
【後発医薬品割合】

	後発医薬品割合	伸び幅
数量ベース	28.7%	+5.4%
薬剤料ベース	10.2%	+1.7%
(後発品調剤率注)	51.9%	+4.2%

注) 全処方せん枚数のうち後発医薬品を調剤した処方せん枚数の割合

最近の調剤医療費(電算処理分)の動向(平成24年9月)より

後発品に変更したきっかけ



※平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H24年度調査)後発医薬品の使用状況調査 結果概要(速報)

高齢者の増加と認知症疾患患者

介護領域からの推計

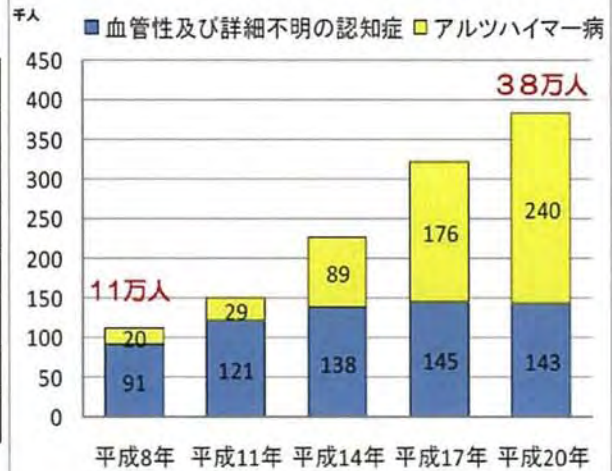
自立度Ⅱ以上※の認知症患者数の推計

万人 ※認知症高齢者の日常生活自立度



医療領域での推移

認知症疾患患者数の年次推移 (外来+入院) (血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病)



認知症患者数の将来推計：厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」（平成14年9月末についての推計）、認知症患者の年次推移：患者調査

認知症患者数の年次推移(外来)



【出典】患者調査

認知症の治療について

(認知症やアルツハイマー病の予防や進行抑制)

健康的なライフスタイル(運動、栄養)、積極的な社会参加、生涯にわたる脳の活性化等複数の領域を総合した介入が有効であろうと推定。



(認知症ケア、リハビリテーション)

- 認知症高齢者のケアの原則(理屈による説得よりも共感的納得を図り自覚言動を促す、等)に基づくことにより、BPSDの減少や認知症の進行抑制が指摘されている
- 認知症の治療では、薬物療法を開始する前に、適切なケアやリハビリテーションの介入を考慮しなければならない。



(薬物療法)

- BPSDが高度でない場合はまず非薬物療法を試みてから薬物療法を考慮する。
- 認知症の症状には認知機能障害とBPSDがあり、特にBPSDでは適切な対応(薬物療法等)により症状が消失する可能性がある。
- 薬物療法開始後は有害事象のチェックを含めた定期的な再評価が重要



(重度認知症対策)

- 多職種からなるチームにより、自宅や認知症に特化した施設において、なじみの環境や生活習慣をあまり変えることなく、医療と介護が継続的に受けられるよう援助することが推奨される。

「認知症疾患治療ガイドライン2010(日本神経学会)」より関係部分を引用

薬剤の副作用がADL低下に関係する例

薬剤→視覚障害→歩行障害→転倒、骨折

薬剤→ミオパシー・筋症→運動・動作機能低下(歩行、階段昇降、排泄動作)

薬剤→振戦→運動・動作機能低下(歩行、移動動作、階段昇降、入浴動作、整容動作、摂食動作、排泄動作、転倒)

薬剤→パーキンソニズム→運動・動作機能低下(歩行、移動動作、階段昇降、入浴動作、整容動作、摂食動作、排泄動作、転倒、嚥下障害、音声・言語障害、抑鬱・意欲低下、併発症状(思考停止、不安・焦燥、不眠、意欲低下、自責感、微少妄想、自殺念慮、食欲不振、口渇、便秘・下痢)

薬剤→味覚障害→食欲低下→体重減少

薬剤→精神障害→思考力低下→注意力低下→ふらつき→転倒、骨折

 Japan Pharmaceutical Association

BPSDの悪化にハイリスク

①ベンゾジアゼピン(BZ)系

— 一過性健忘、急性せん妄、長期服用による認知機能障害

②抗コリン薬・抗コリン作用のある薬剤

— 記憶力、記銘力低下、せん妄出現

③抗うつ薬

— 三環系抗うつ薬(TCA):抗コリン作用による認知機能障害

— SSRIおよびSNRIによる焦燥、興奮

④抗精神病薬

— 過鎮静、抗コリン作用による認知機能低下

⑤抗パーキンソン病薬(アマンタジンなど)

— 幻覚・幻視、被害妄想、認知機能低下

⑥その他

— リチウム(腎機能低下時、利尿時・NSAIDs服用時特に注意)、抗てんかん薬、NSAIDs、H2ブロッカー、抗菌薬(βラクタム系:特にカルバペネム、ニューキノロン系: NSAIDs併用時)、抗ウイルス薬、抗腫瘍薬、循環器用薬(ジギタリス、Ca拮抗薬、ACE阻害薬、β遮断薬など)、ステロイドなど

薬局における無菌調剤について

- 無菌調剤とは、主に免疫力が低下している患者について、薬剤の混合時における微生物、異物汚染等を回避するため実施される調剤である。
- 在宅患者の中で、がん患者を中心に、無菌調剤を必要とする患者は多く存在する。



引用)「地域医療の確保について」(平成21年1月20日日本薬剤師会)

- クリーンベンチ等の中には、大きなスペースの必要がない小型(卓上型)のものもある。
- このような中、薬局の広さや構造上の問題から、現行の施設基準では、不都合が生じている事例もある。

<標準キャビネット型>

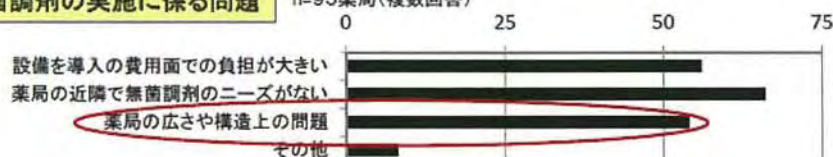


<卓上型>



無菌調剤の実施に係る問題

n=95薬局(複数回答)



出典)平成23年度
厚生労働省
保険局医療課
委託調査 18

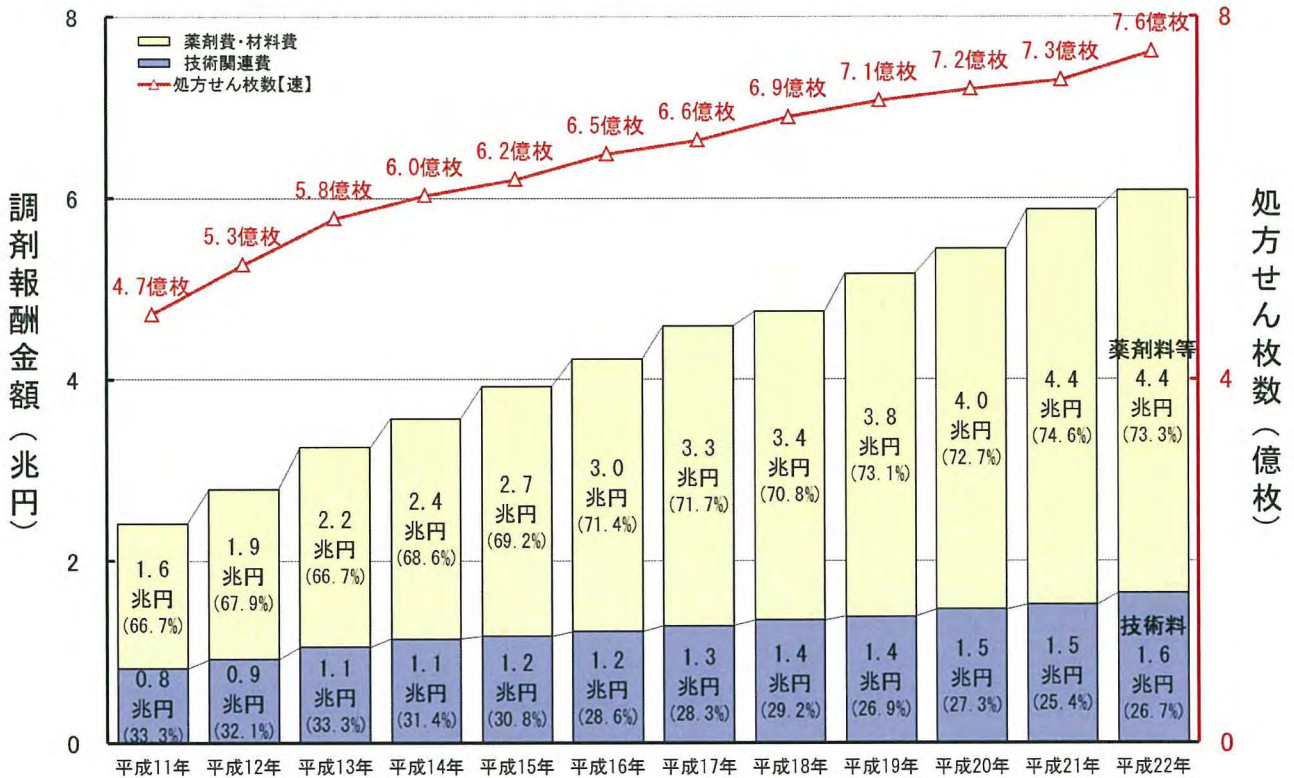
医療スタッフの協働・連携による チーム医療の推進について

- (1) 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- (2) 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方を提案すること。
- (3) 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- (4) 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- (5) 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案すること。
- (6) 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。

- (7) 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- (8) 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- (9) 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

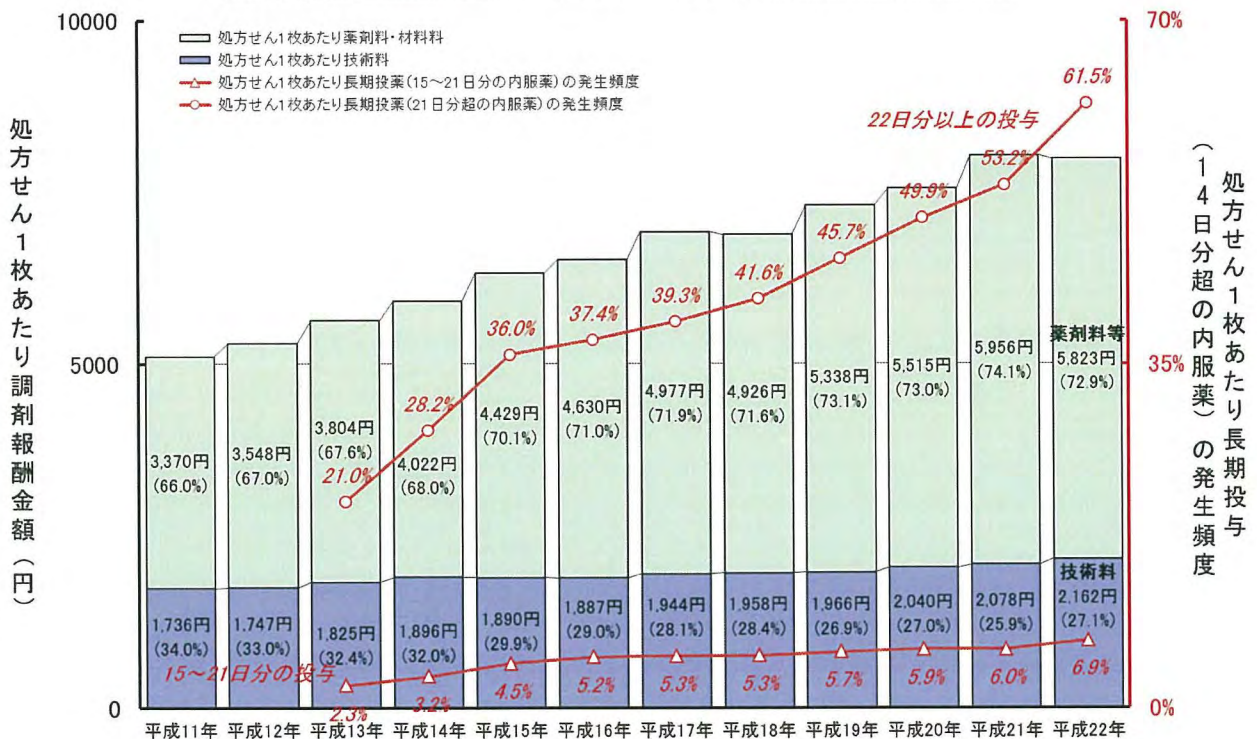
平成22年4月30日厚生労働省医政局長通知（医政発0430第1号）

調剤報酬金額（技術料／薬剤料等別）と処方せん枚数



- 1) 調剤報酬金額、処方せん枚数：医療費の動向（厚生労働省保険局調査課）
 2) 薬剤比率等：社会医療診療行為別調査（厚生労働省大臣官房統計情報部） ※平成12年以前は厚生労働省保険局医療課調べによる。

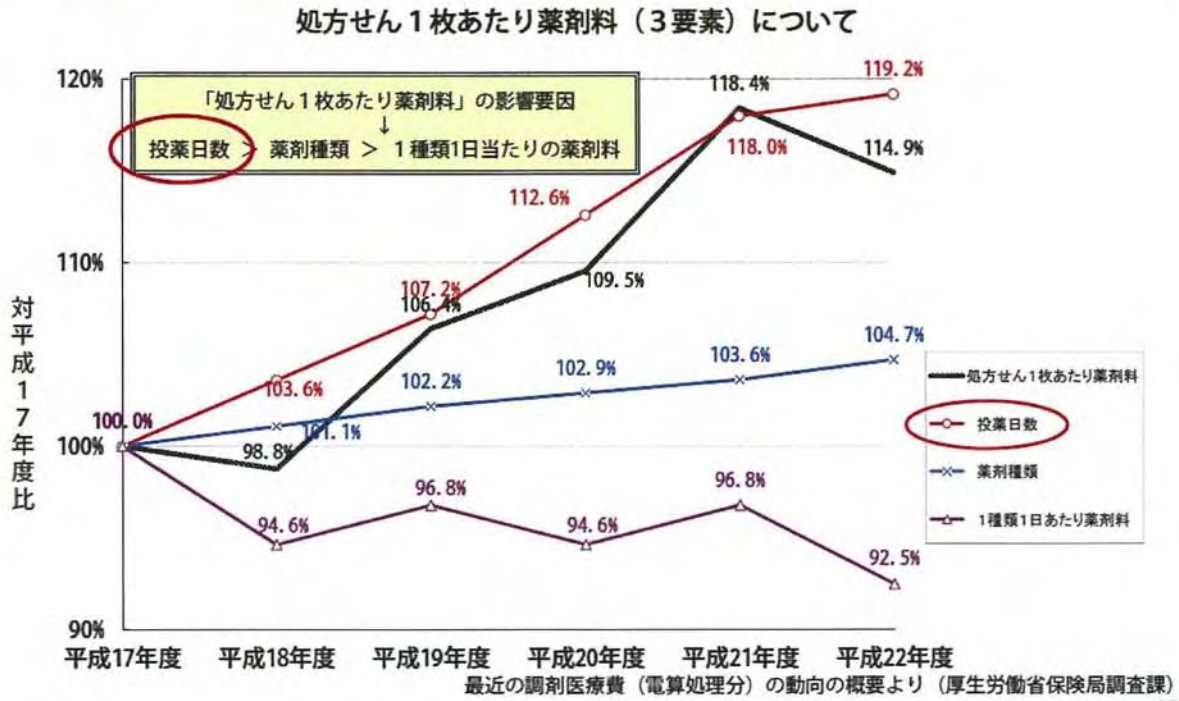
調剤報酬金額（技術料／薬剤料等別）と長期投与日数の関係



- 1) 調剤報酬金額：医療費の動向（厚生労働省保険局調査課）
 2) 薬剤比率等：社会医療診療行為別調査（厚生労働省大臣官房統計情報部） ※平成12年以前は厚生労働省保険局医療課調べによる。
 3) 長期投与（14日分超の内服薬）の発生頻度：社会医療診療行為別調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）における内服調剤料の算定回数

処方せん1枚あたりの薬剤料(3要素分析)

○ 処方せん1枚あたりの薬剤料が増加している要因として、投薬日数の増加(長期処方)が最も寄与している。



社会保障制度改革に関する 日本看護協会の提言

2013年3月27日

社会保障制度改革国民会議



公益社団法人 日本看護協会
Japanese Nursing Association

社会保障制度改革に対する日本看護協会の基本的な考え方

○人々の尊厳を維持し社会のニーズに応える社会保障制度改革に向けて、
看護職の確保定着、看護職の資質向上が不可欠である。

＜社会保障改革推進法に則った日本看護協会の提言＞

1. 健康増進・予防

行政保健師の積極的な配置

2. 医療従事者の人材確保

働き続けられる環境の整備

3. 医療従事者の有効活用

チーム医療の推進：看護師の特定行為に係る研修制度の実現

4. 在宅医療・地域包括ケア

訪問看護の推進：人材確保策の実施

5. 出産の支援

助産師の適正配置の実現

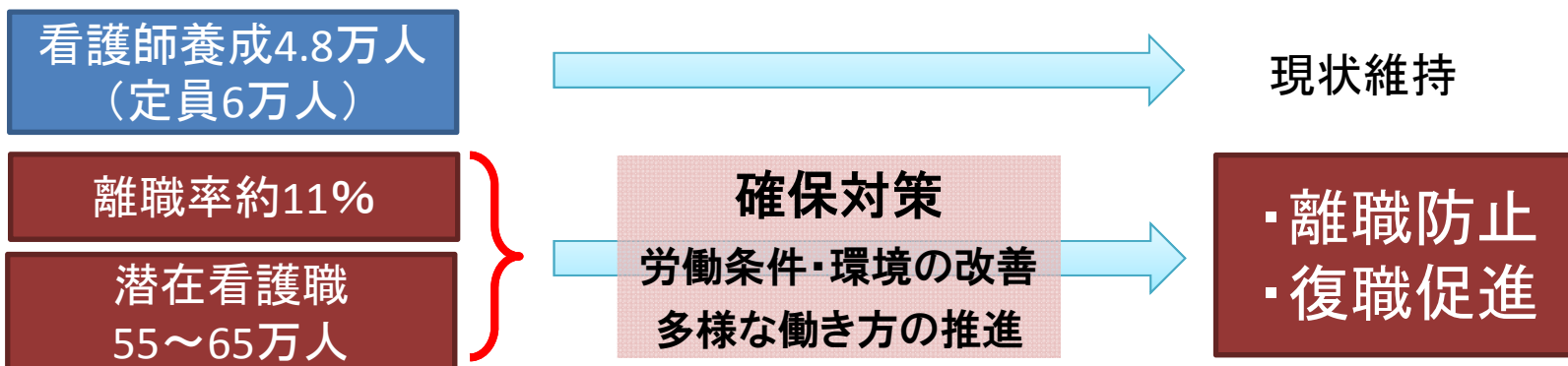
医療従事者の人材確保<働き続けられる環境整備>

提言

労働条件・環境の改善と多様な働き方の推進により、働き続けられる環境整備を

現状と課題

○2025年の必要看護職数200万人 ⇒年3.6万人の増加が必要
現状(約3万人/年増加)のままでは不足の可能性があり、更なる確保対策が不可欠



<参考:日本看護協会の取り組み>

- 夜勤・交代制勤務に関するガイドラインの策定と普及。
- 「ワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ」の全国展開(平成24年度227施設参加:ワークショップ参加病院で離職率低下・看護職の増員・時間外勤務の削減等の成果が上がっている)

医療従事者の有効活用＜チーム医療の推進＞

提言

「特定行為に係る看護師の研修制度」の早期法制化

現状と課題

○医療ニーズの増加⇒安全かつ効率的なサービス提供方策が必要
看護職の有効活用で、タイムリーで適切な医療提供が可能

厚生労働省チーム医療推進会議で検討中の制度案

診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為(以下、「特定行為」)を明確化し、医師又は歯科医師の指示の下、看護師が特定行為を実施する場合に、研修を受けることを制度化

○制度化により、早期発見・早期介入による重症化予防や、待ち時間の軽減、個々の生活を踏まえた医療の促進などが期待される(参考資料P11)

○現在、19県約50の医療機関等で、業務試行として、研修を受けた看護師が活動中

在宅医療・地域包括ケア<訪問看護の推進>

提言

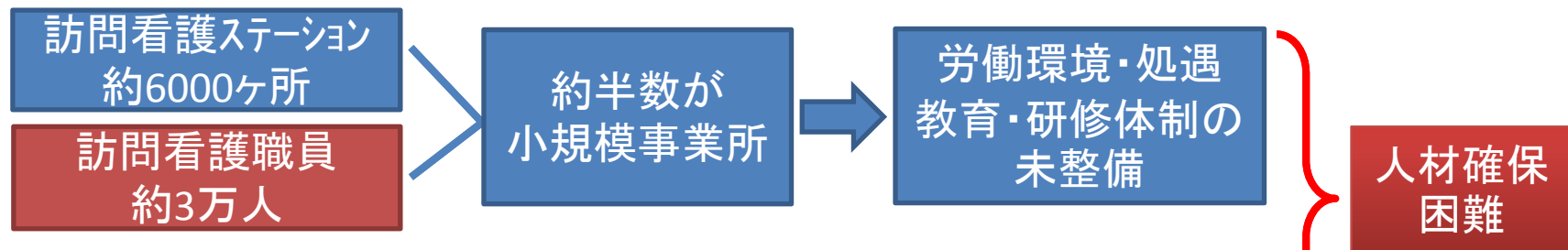
訪問看護の安定的な供給体制整備

- 訪問看護ステーションの大規模化の推進
- 一元的な検討体制の確立と、総合的な訪問看護の人材確保対策

現状と課題

- ニーズ:2025年に51万人分の訪問看護の需要 ⇒約5万人の訪問看護職員が必要
(認知症患者や小児への訪問看護、在宅看取りの推進などのニーズもさらに拡大)

【現状】



- 訪問看護に特化した総合的な人材確保策がない
(訪問看護従事者の人材確保に関する行政担当部署が不明確)

<参考:日本看護協会の取り組み>

- 訪問看護ステーションの大規模化モデルケースの提示、管理者の経営能力強化に向けた研修の実施。
- 研修体系・教育プログラムの見直しによる訪問看護への多様な人材の参入促進(新卒、潜在も参入可能に)。

社会保障制度改革に関する
日本看護協会の提言
参考資料

2013年3月27日

社会保障制度改革国民会議



公益社団法人 日本看護協会
Japanese Nursing Association

(1-1) 提言:行政保健師の積極的な配置 ～国民の健康の維持増進、疾病予防及び早期発見等促進するために～

提言

1. 行政保健師(市町村)の増員等人員確保
2. 適切な保健師の配置
3. 人材育成(現任教育)体制整備と実施

➡ 保健師の適正な配置や質の担保は、国民の健康に直結している!

保健師の配置について

表 平成24年度地方交付税措置人数(試算)と実人員(平成24年度活動領域調査)との比較

	交付税措置人数 (試算) A	実人員 (活動領域調査) B	差 引 (A-B)
道府県分	6,878	4,903	1,975
市町村分	26,178	23,654	2,524
合計	33,056	28,557	4,499

現状:

- ① 地方交付税による措置人数が実人員数を約4,500人と大きく上回っている!
- ② 自治体では、地方交付税措置分の保健師が確保できていない実態がある!

(1-2) 背景 -行政保健師を取り巻く課題1-

○新たな健康課題が次々と顕在化、複雑・多様化し、積み重なっている。

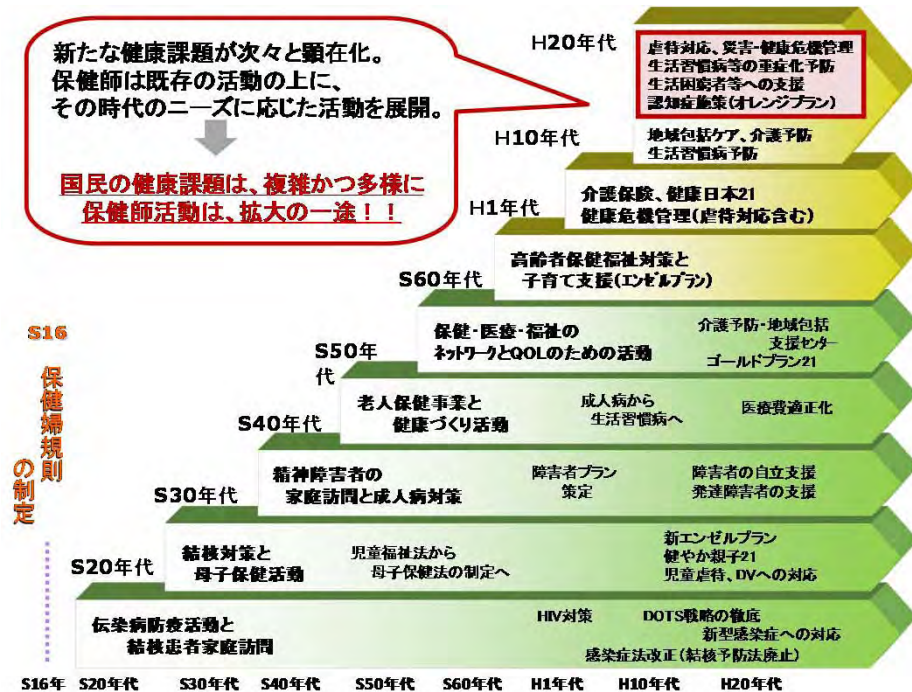
(自殺対策、虐待対応、災害・健康危機管理、生活習慣病予防等の重症化予防、生活困窮者への支援等)

○すべての国民が「心身ともに健康で安心な生活」を送ることができるよう、効果的な保健予防・福祉対策が求められている。

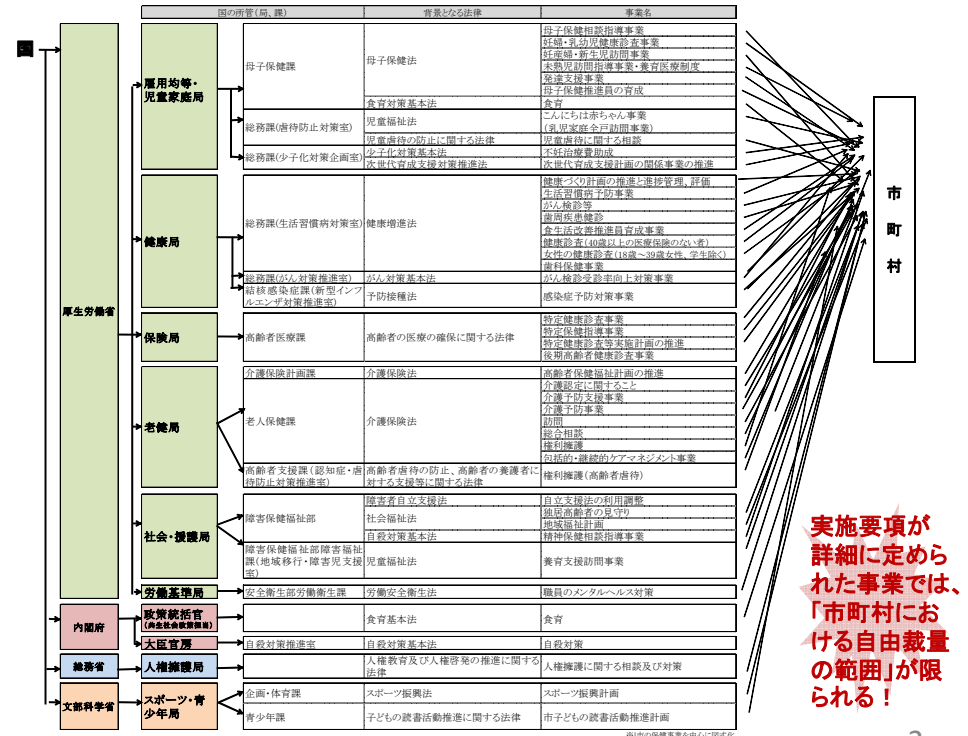
○住民にとって身近な市町村には、100を超える多種多様な事業がおろされている。

○保健師には、地域住民のニーズ・実態に基づいた質の高い保健活動が期待される。

健康課題は積み重なり、保健師活動は拡大の一途



多省・多課から分野別に、様々な事業が市町村へ



(1-3) 背景 -行政保健師を取り巻く課題2-

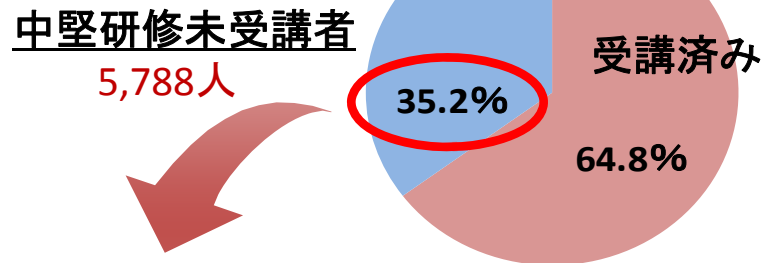
- 保健師全体の2割が「新任研修未受講」という現状。
- 中堅研修や管理者研修など、必要な研修を受講することができていない。

◆これまでの保健師としての新任研修(教育)経験

「新任研修」を受けていない **20.9%(4,628人)**

「プリセプター(指導保健師)による指導」を受けていない **56.5%(12,531人)**

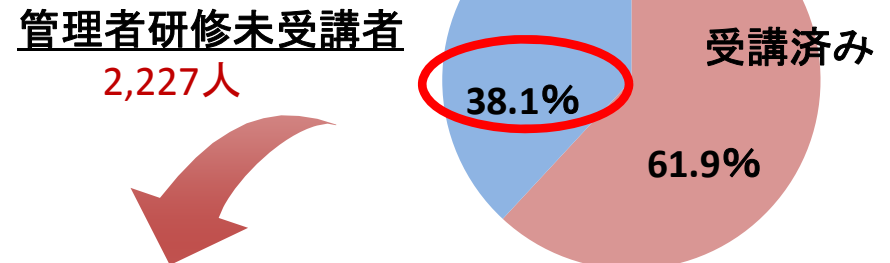
図 中堅研修受講の有無
(研修を受けるべき立場にある人)



「中堅研修未受講」の理由 (n=5,788)

- | | |
|--------------------|-------|
| 1.研修自体がない | 55.3% |
| 2.業務が多忙で参加できない | 21.0% |
| 3.研修参加に指名されなかった | 16.7% |
| 4.妊娠・出産・子育て | 8.6% |
| 5.研修参加時の代替要員が得られない | 5.9% |

図 管理者研修受講の有無
(研修を受けるべき立場にある人)

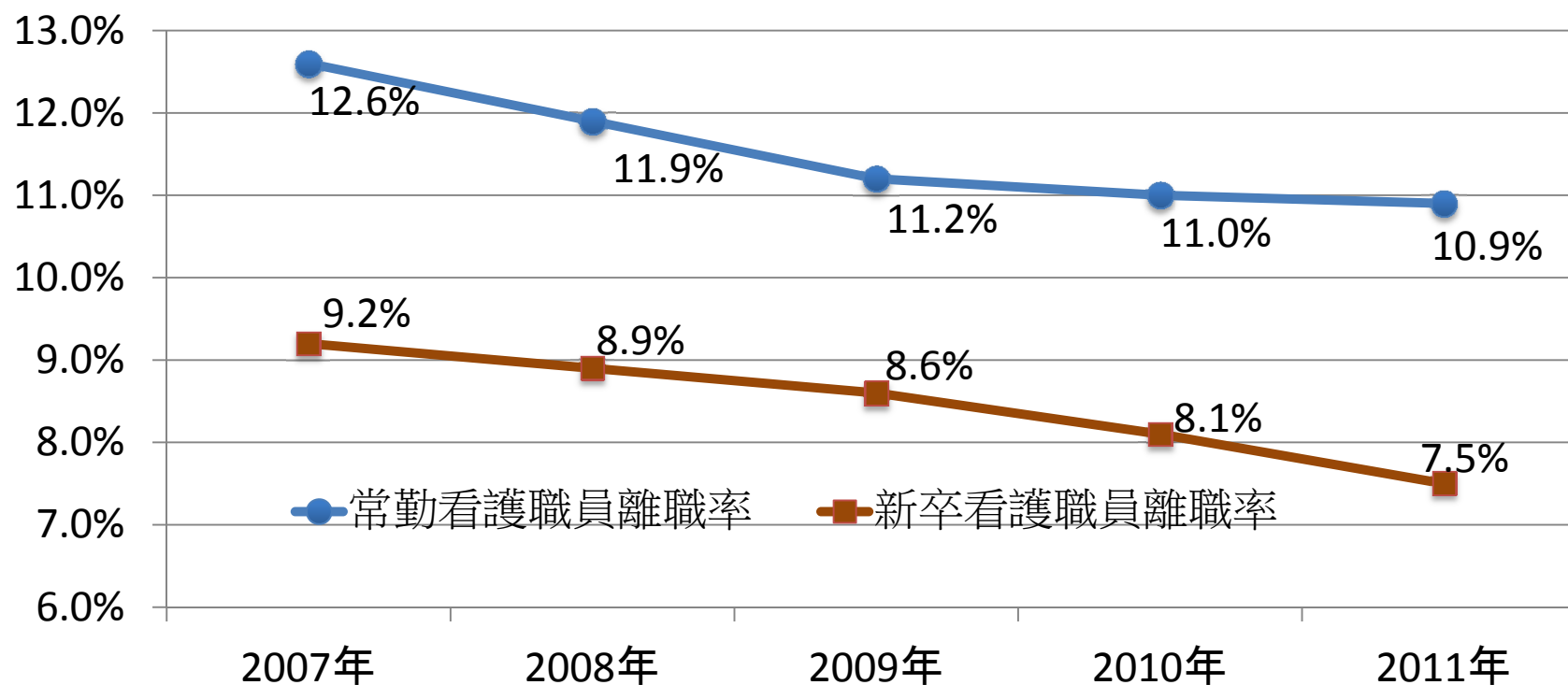


「管理者研修未受講」の理由 (n=2,227)

- | | |
|--------------------|-------|
| 1.研修自体がない | 42.8% |
| 2.業務が多忙で参加できない | 22.5% |
| 3.研修参加者に指名されなかった | 17.2% |
| 4.費用が予算化されていない | 8.4% |
| 5.研修参加時の代替要員が得られない | 7.0% |

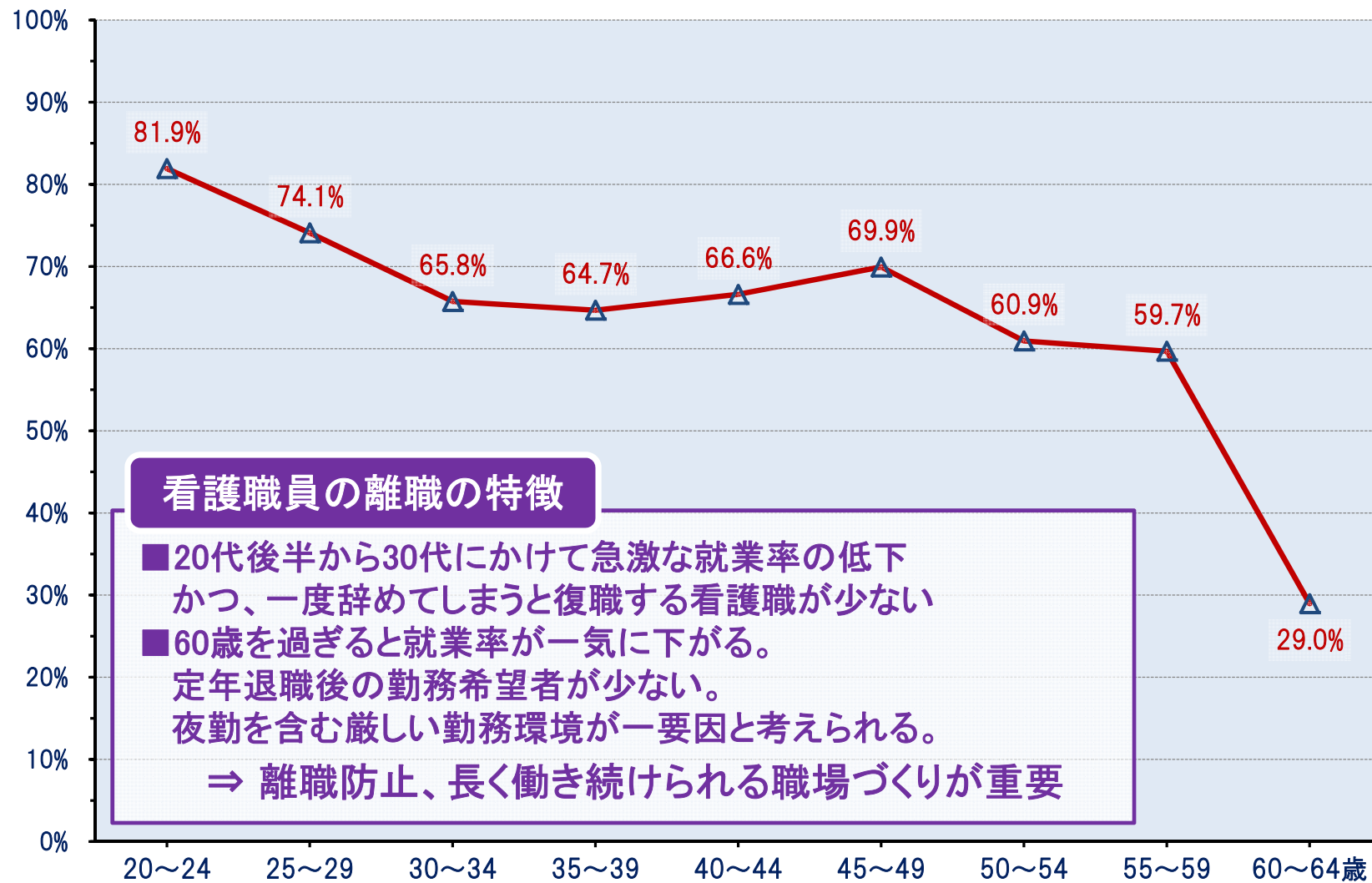
(2-1) 病院勤務の看護職員の離職率の推移

2011年度の病院勤務の常勤看護職員の離職率は10.9%で、前年比0.1ポイントの微減。新卒看護職員離職率は7.5%で、前年比0.6ポイントの減。病院勤務看護職員の離職率は常勤看護職員、新卒看護職員ともに、4年連続で低下している。



出典：日本看護協会 2012年「病院における看護職員需給状況調査」（速報）

(2-2) 看護職員の年齢階層別就業率※

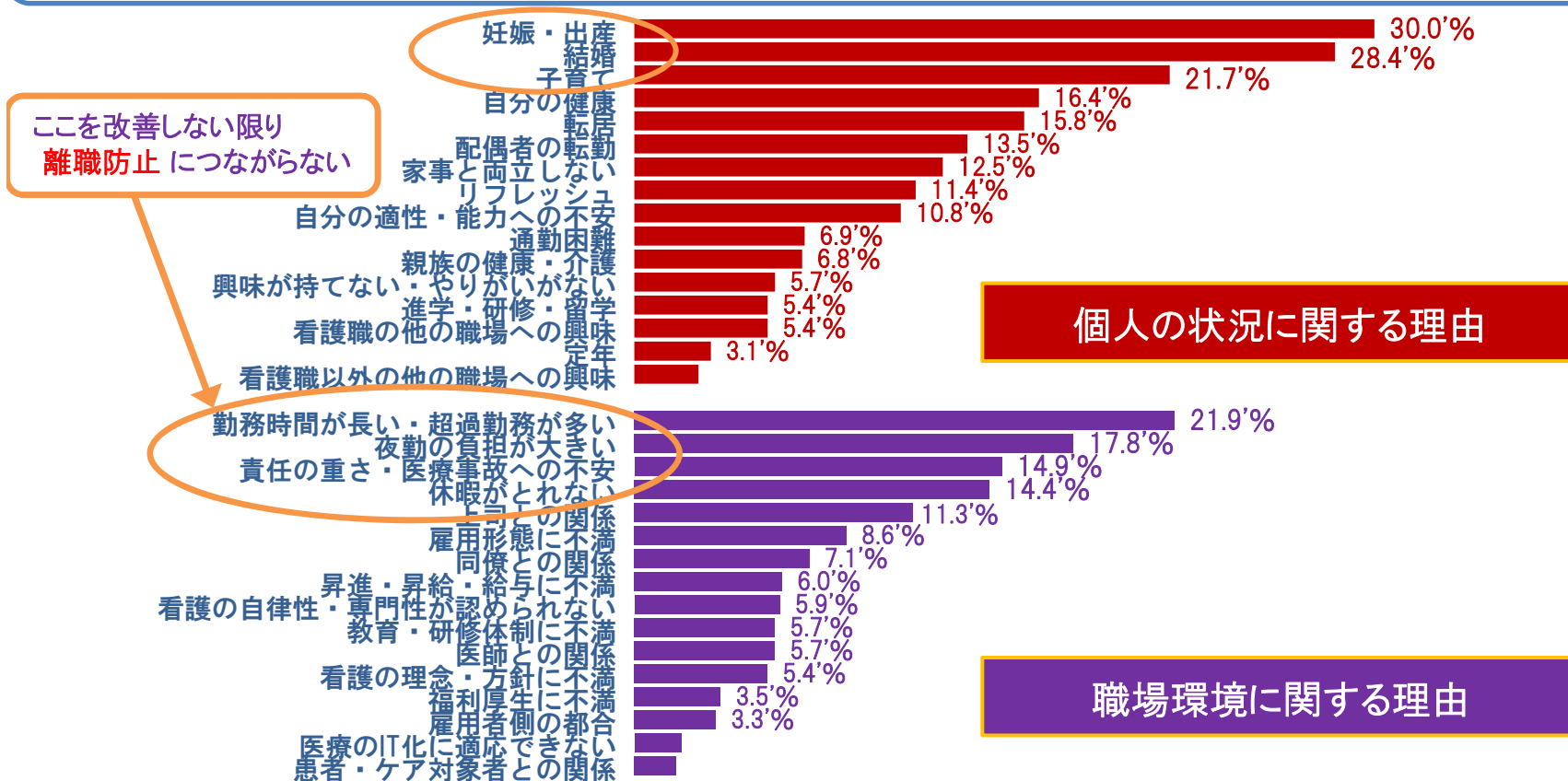


「看護職員の潜在化傾向とその要因」宮崎悟 中田喜文 ITEC Working paper Series 08-08 September 2008から作成
※ 看護職員の就業率は、2006年末の潜在率より算出している。

(2-3) 離職の理由は、長時間勤務・夜勤と 結婚・出産・育児

■ 潜在看護職の離職理由 / 離職(潜在化)の理由は 2種類

- ① 個人の状況に関する理由 「妊娠・出産」「結婚」「子育て」
- ② 職場環境に関する理由 「勤務時間が長い・超過勤務が多い」「夜勤の負担が大きい」「休暇がとれない」など



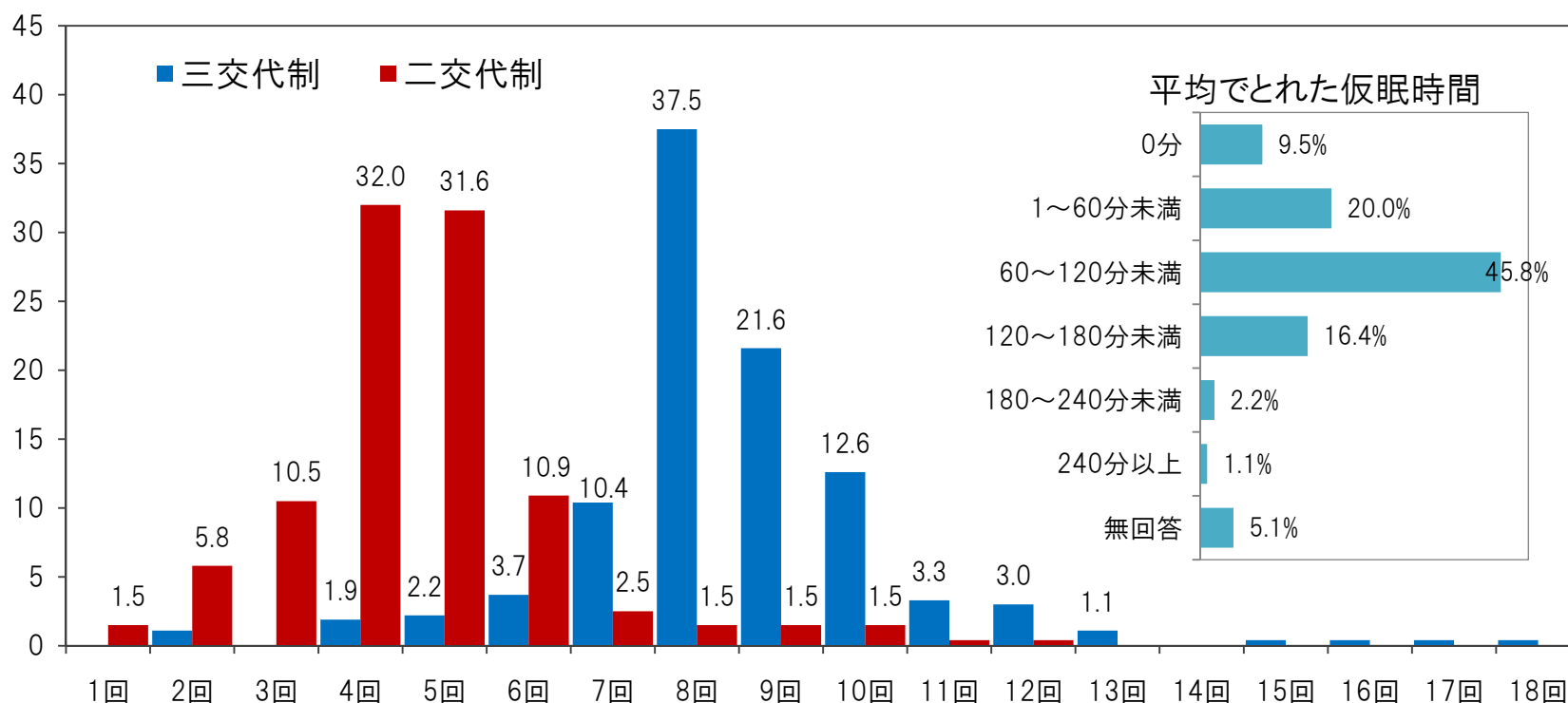
出典：日本看護協会「平成19年 潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書」

潜在看護師があげる離職の理由は、結婚・出産・育児と長時間勤務・夜勤。結婚・出産・育児を理由とする離職の背景に職場の労働条件の厳しさがある。これを改善しない限り離職防止はできない。

(2-4) 夜勤の実態:夜勤回数・仮眠時間

▶夜勤回数/夜勤人数(一般病棟)/仮眠時間

- 三交代制では準夜勤と深夜勤の合計が平均8.5回/月、「9回以上」が 43.1%(集中治療室:10.0回/月)
- 二交代制では夜勤が平均4.6回/月、「5回以上」が50.2%(療養病棟:4.4回/月)
- 夜勤人数について、三交代制 2人夜勤32.5%、3人夜勤55.3%、4人夜勤8.2%
二交代制 2人夜勤33.2%、3人夜勤49.2%、4人夜勤15.0%

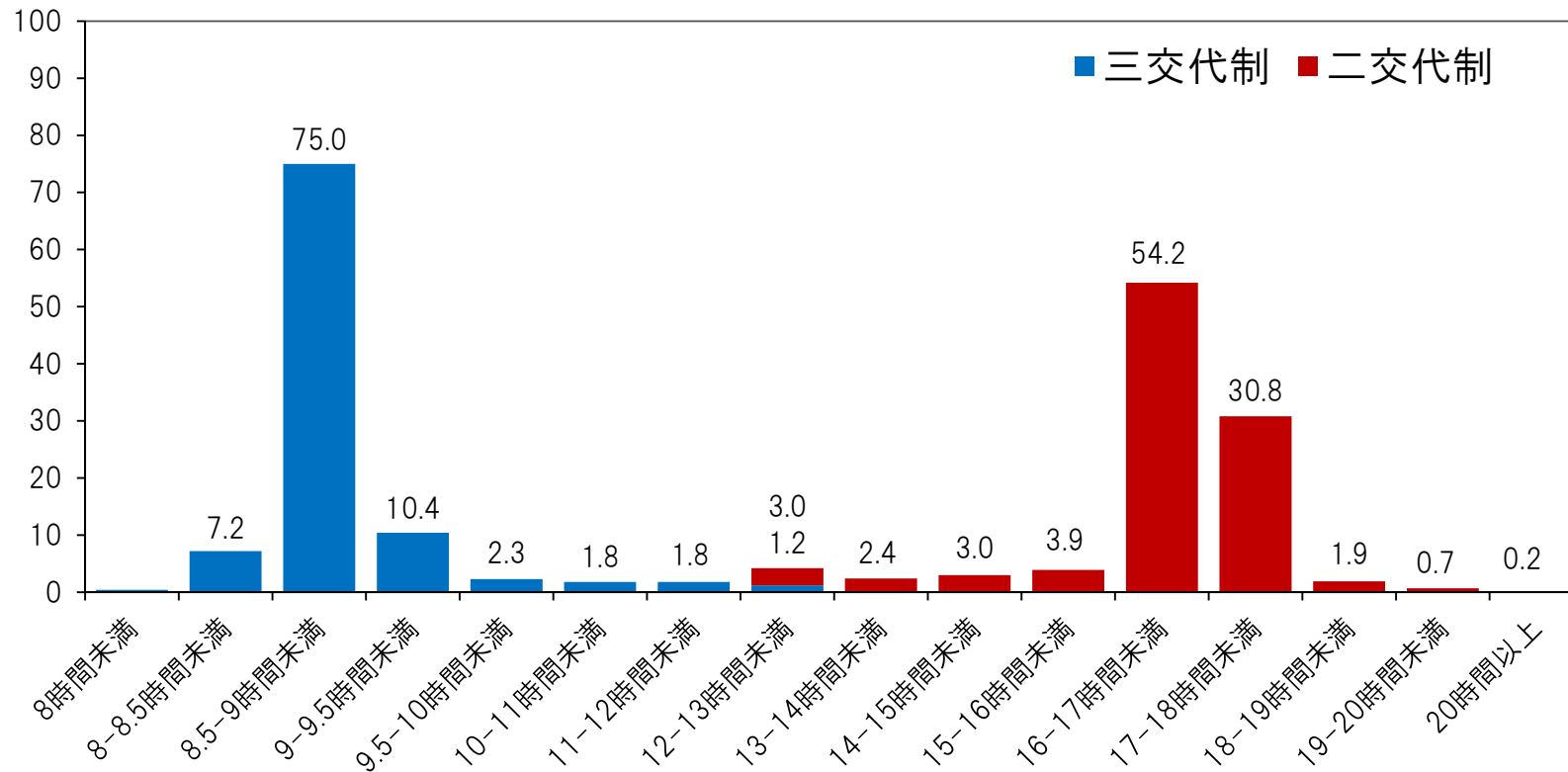


出典：日本看護協会「2010年 病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査」
「2008年 病院における看護職員需給状況等調査」

(2-5) 夜勤の実態:夜勤拘束時間

▶夜勤形態/夜勤拘束時間/シフト間隔

- 三交代制勤務27.5%、二交代制勤務30.6%、それ以外の交代制1.8%(個人ベース)
- 夜勤拘束時間は、二交代制で16時間以上87.7% 全体で12時間以上51.7%(同上)
- シフト間隔について、帰宅してから次に出勤するまでの間隔が6時間以下57.9%、平均回数4.0回/月
「日勤→深夜勤」シフトが「1回以上/月」77.3%、「準夜勤→日勤」シフトが「1回以上/月」10.8%



出典：日本看護協会 2010年「病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査」

(3-1) 平成24年度看護師特定能力養成調査試行事業

(7大学院11課程、2研修機関4課程)

平成25年1月18日現在

厚生労働省「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」資料に基づき作成
 ※太字は新規申請課程

※特定看護師(仮称)養成調査試行事業 修了者数

2年課程修了者 8ヶ月課程修了者

平成22年度 46名 18名

平成23年度 41名 17名

平成22年度および平成23年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業最終報告より

【大分県】

・大分県立看護科学大学大学院 (老年)

【愛知県】

・藤田保健衛生大学大学院
(急性期・周術期)

【北海道】

・北海道医療大学大学院
(プライマリ・ケア)

【岩手県】

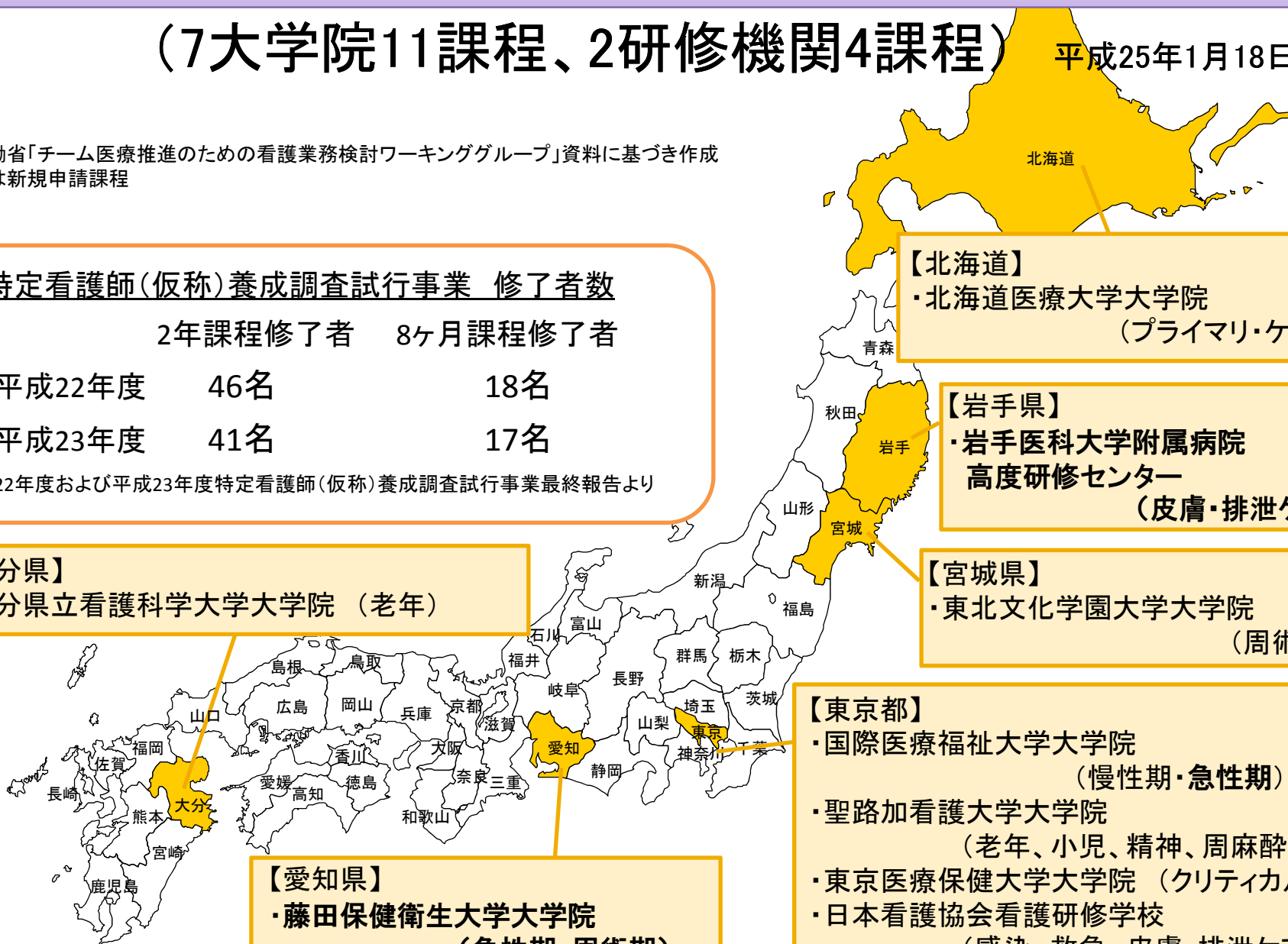
・岩手医科大学附属病院
高度研修センター
(皮膚・排泄ケア)

【宮城県】

・東北文化学園大学大学院
(周術期)

【東京都】

・国際医療福祉大学大学院
(慢性期・急性期)
 ・聖路加看護大学大学院
(老年、小児、精神、周麻酔期)
 ・東京医療保健大学大学院 (クリティカル)
 ・日本看護協会看護研修学校
(感染、救急、皮膚・排泄ケア)

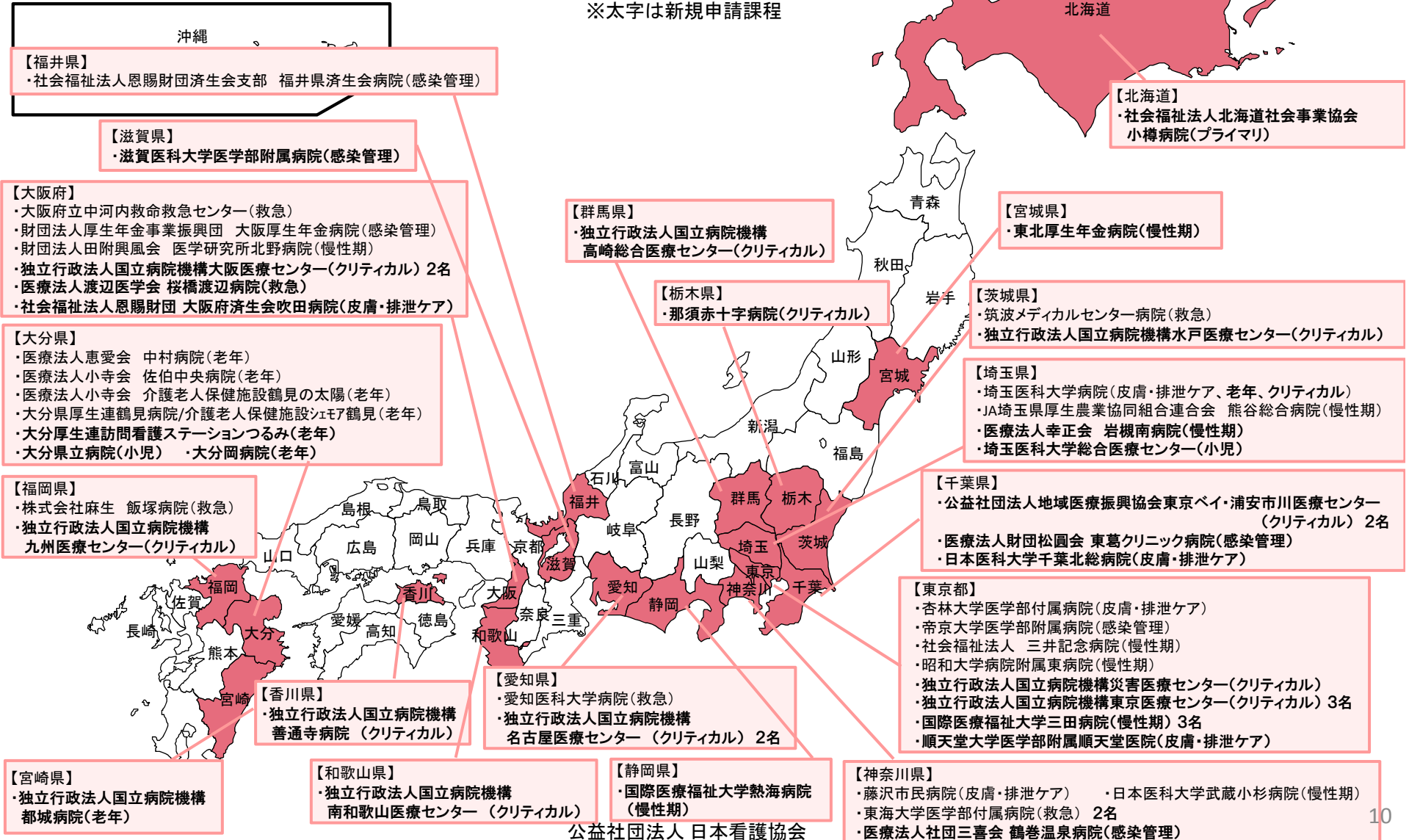


(3-2) 平成24年度看護師特定行為・業務試行事業

(継続21施設、新規30施設)

平成25年1月18日現在

厚生労働省「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」資料に基づき作成
※太字は新規申請課程



(3-3) 看護師特定行為・業務試行事業における成果

■患者の状態に合わせてタイムリーな対応が可能

⇒患者の重症化予防、早期回復、患者の負担軽減

例) 緊急手術等による医師不在時にも、処置が滞らない

急変時、医師が到着するまでの間に今まで以上の対応ができる

訪問看護時、状態に合わせて処置が可能となり、患者の受診負担が軽減

在宅および老健施設において、緊急搬送や医師の介入の必要性について判断可能

■専門的知識に基づく、患者の不安や生活を踏まえた治療の提案、介入

⇒生活習慣病コントロールの改善、患者満足度の向上

例) 糖尿病患者へのきめ細かいフォローが可能

患者の希望に沿う在宅療養の継続

■治療や検査に関する患者への分かりやすい説明

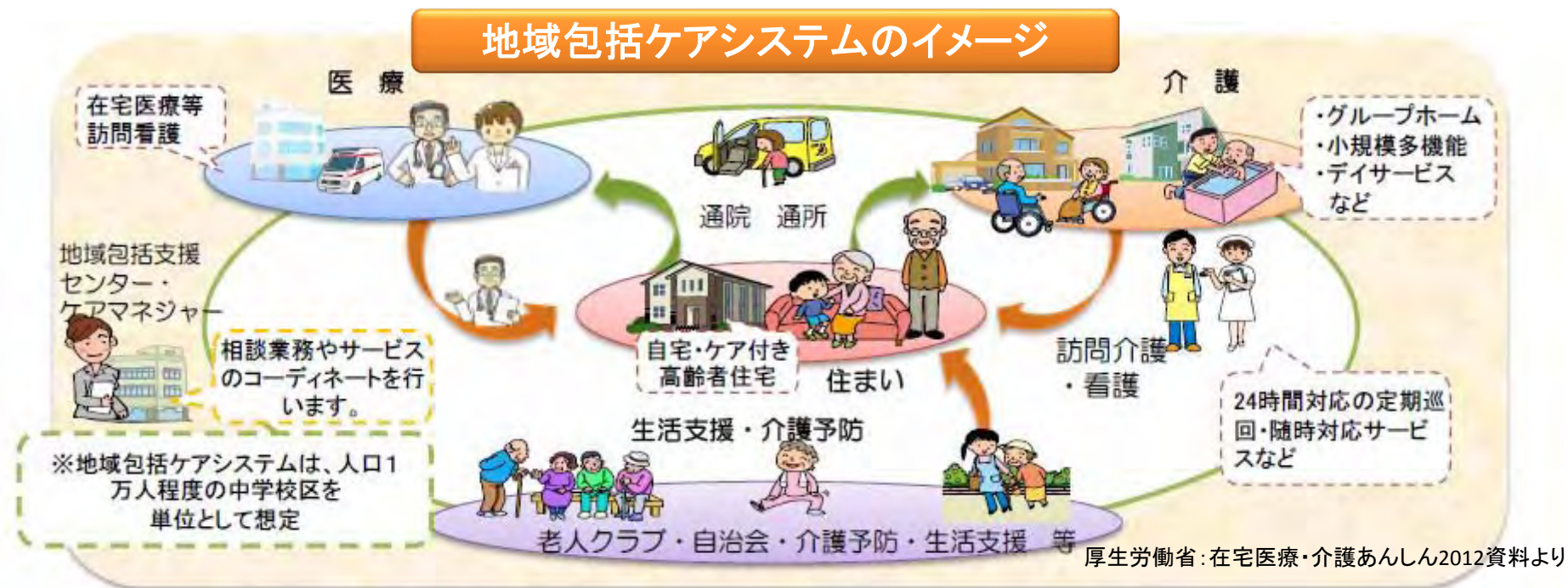
⇒患者の不安が軽減し治療への理解がすすむ、患者満足度の向上

■医療従事者の間をつなぎ、チーム医療の効率的な展開

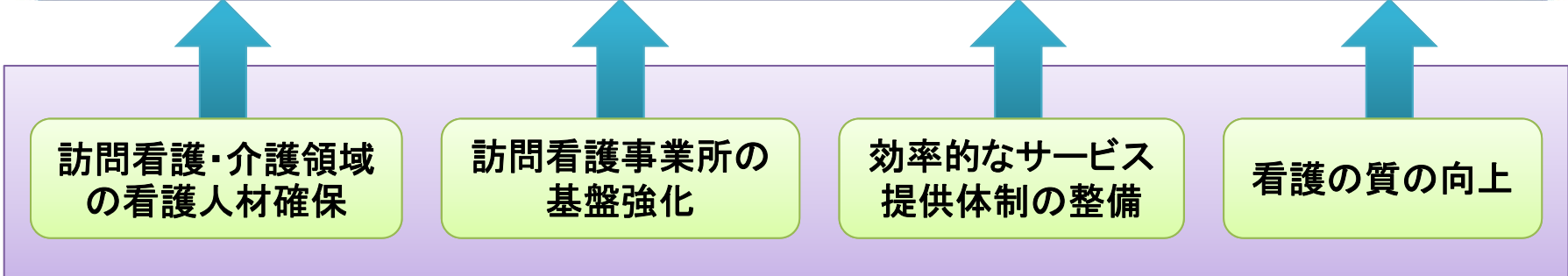
⇒医学的観点および看護的観点が見える存在として、チームをコーディネート

平成23年度特定看護師(仮称)業務試行事業・平成24年度看護師特定行為・業務試行事業実施施設への本会ヒアリングより作成

(4-1) 2025年 地域包括ケアシステムにおける看護の役割



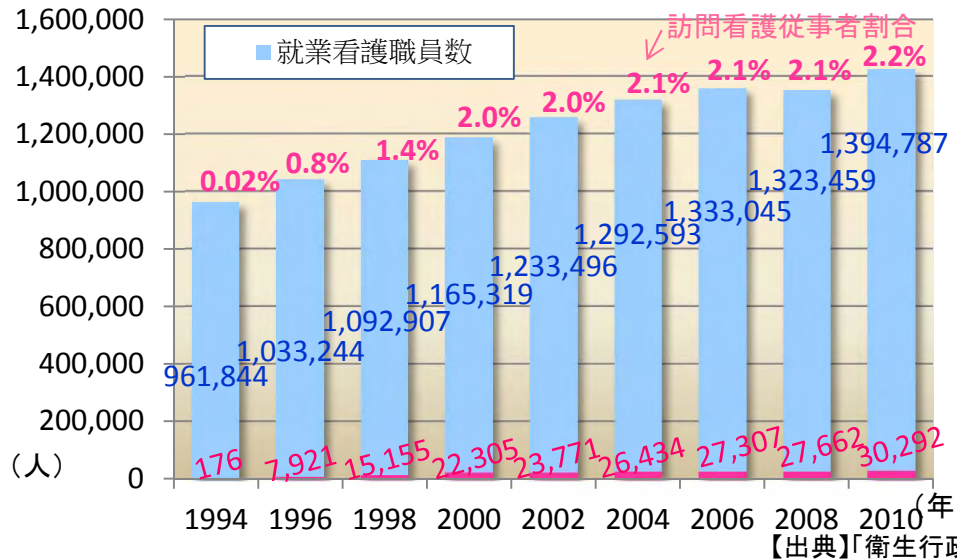
住み慣れた地域での在宅療養を、最後まで支える
(訪問看護、在宅・介護施設における看護)



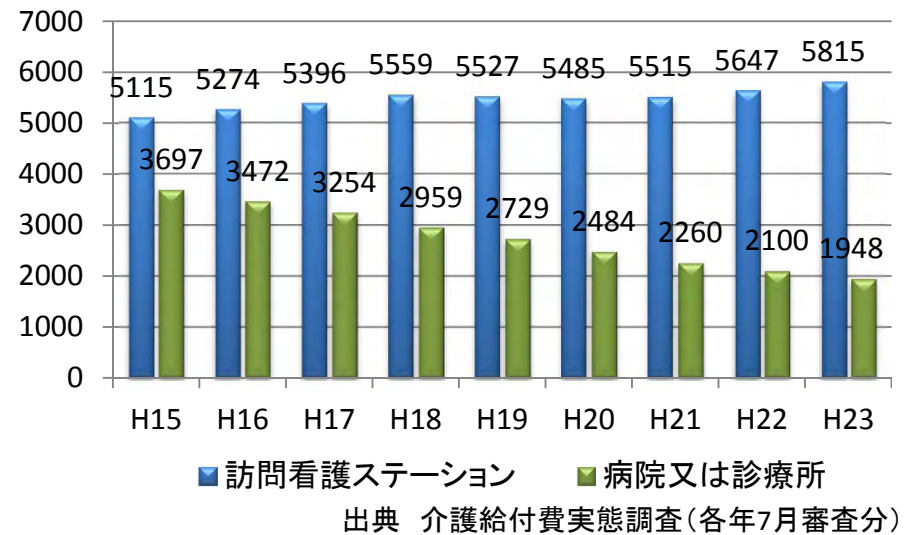
(4-2) 訪問看護の安定的供給に向けた大規模化と人材確保の推進

2025年には49万人分の訪問看護の供給が必要(厚労省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」より)
 現状: 訪問看護職員は約3万人⇒2025年には少なくとも約5万人の訪問看護職員が必要

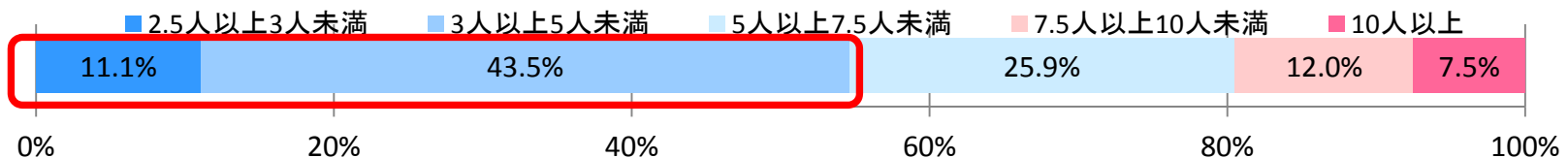
現状1: 訪問看護職員は全就業看護職員のわずか **2%**



現状2: 訪問看護ステーション数は約**5,800**で伸び悩み



現状3: 訪問看護ステーションの約半数が**5人未満**の小規模事業所







日本看護協会のとり組み

- 訪問看護ステーションの大規模化モデルケースの提示、管理者の経営能力強化に向けた研修
- 研修体系・教育プログラムの見直しによる 訪問看護への多様な人材の参入促進(新卒、潜在も参入可能に)

(4-3) 在宅サービスに関する諸外国との比較

○ 諸外国と比較し、日本における在宅死亡率や人口対訪問看護師数は少ない

	スウェーデン 	オランダ 	フランス 	日本 
① 面積	449,964 km ²	41,865 km ²	547,030 km ²	378,835 km ²
② 総人口	903万人 (2005)	1,632万人 (2005)	6,087万人 (2005)	12,776万人 (2005)
③ 高齢化率	17.3% (2005)	13.8 (2003)	16.4% (2005)	20.0% (2005)
④ 80歳以上人口の割合	5.3% (2004)	3.4% (2003)	4.4% (2004)	4.4% (2003)
⑤ 平均寿命	男性 78.4歳 (2005) 女性 82.8歳 (2005)	男性 77.2歳 (2005) 女性 81.6歳 (2005)	男性 76.7歳 (2005) 女性 83.8歳 (2005)	男性 78.6歳 (2005) 女性 85.5歳 (2005)
⑥ 子との同居率	5 %	8 %	17 %	50 %
⑦ 高齢者単独世帯率	41 %	32.5 %	32 %	15 %
⑧ 人口千対就業看護師数	10.6人 ('04)	14.2人 ('05)	7.7人 ('05)	9.0人 ('04)
(再)訪問看護師、地域看護師	(4.2人)	(2.7人)	(1.2人)	(0.4人)
⑨ 在宅死亡率※	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%
⑩ 在宅での医療、看護、介護サービス	地域看護師に簡単な医療と治療を行う権限を与え、地区内での簡単な治療を提供。	一般医の往診、高度な技術をもつ地域看護師が在宅医療・看護を提供する医療チームを設けている地域もあるが、サービス量は全体的に不足しがち。	開業看護師は医師の処方箋の下で在宅患者の点滴などの管理を行うことができる。介護・家事援助も並行して利用。	介護保険、医療保険サービスが利用可能。看護サービスは診療の補助として行われる。
⑪ 死亡前に自宅で受けられるケア	特別住宅と同様に死亡期直前のケアが受けられる。	一般医や地域看護師による医療・看護サービス、死亡直前の緊急性の高い短期間に限り、夜間・看護師が泊まり込むサービスもある。	死亡前を特別視せず必要なケアを提供する。ただし1日2時間以上の継続的なケアが必要な段階になると在宅ケアは困難。	主治医の往診や看護師による在宅医療・看護サービスにより対応

出典：①World fact book 2008、②～⑤OECD Health Data 2007、

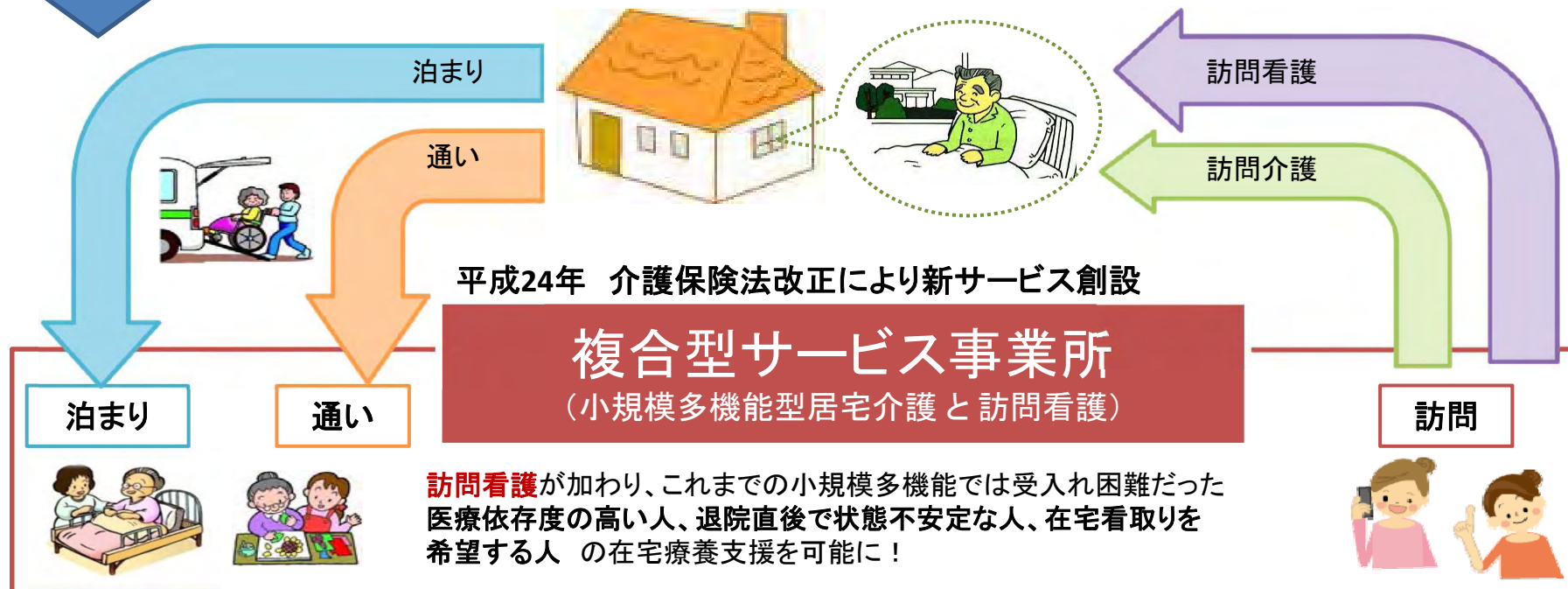
⑥⑦⑨～⑪医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告」（2002）を参考に厚生労働省にて作成。

(4-4) 「複合型サービス」の普及推進による在宅療養支援体制の整備

なぜ、在宅療養が続けられないのか？

- 24時間365日の緊急対応や、在宅看取りの支援体制がない
- 医療依存度の高い人や、退院直後で状態不安定な人が 在宅で利用できる介護サービスがない
- 在宅療養における悩みや疑問を、専門職に気軽に相談する機会がない

訪問看護＋小規模多機能型居宅介護(通所、宿泊、訪問介護)の新サービスを日看協が提案



日本看護協会のとりくみ

- 複合型サービスの普及推進に向け、全国でモデル事業を実施し、効率的で質の高いサービスの在り方を検証 (モデル事業:平成24年度7か所実施、次年度以降も継続・拡大予定)
- 事業者や、保険者である市町村へ向けた複合型サービスのPR活動を実施(説明会、Webセミナー等)

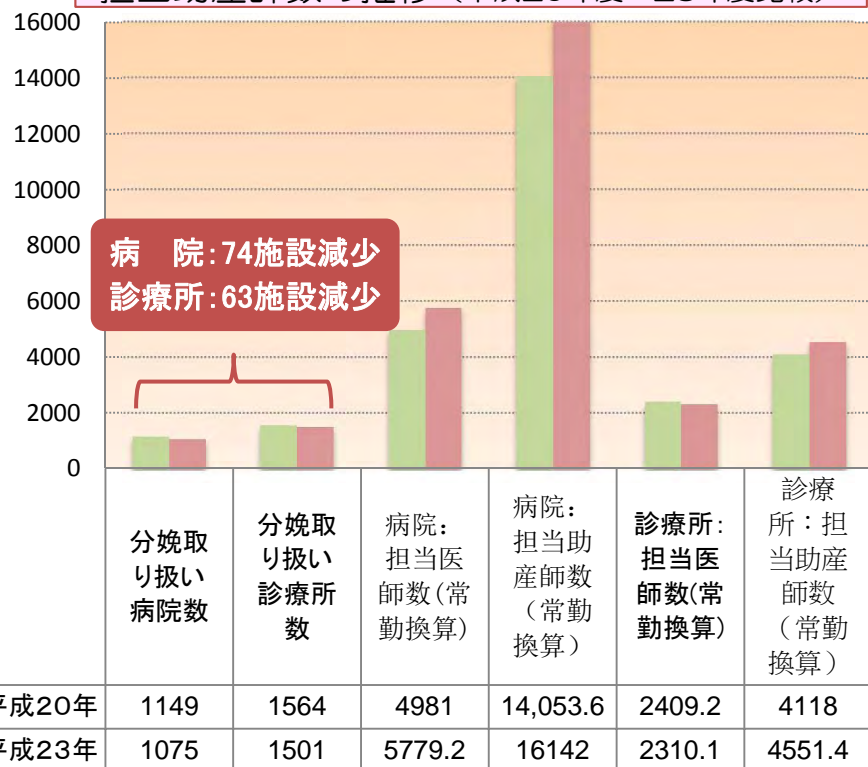
(5-1) 助産師の適正配置の実現

- 都道府県・施設間での助産師の就業先の偏在や病院内における潜在
 ⇒平成23年の出生数約105万人に対して、仮に分娩30件にあたり助産師が1人必要と考えると、
 病院・診療所・助産所において、妊娠・分娩に従事する助産師は、少なくとも35,000人必要
 【平成23年病院・診療所・助産所の就業数31,028人と比べ、約4,000人不足】
- 法律上も、診療報酬上も、助産師の人員配置に関する基準がない

提言

●助産師の人員配置基準の明確化が必要である。

分娩取扱い施設数・担当医師数・
担当助産師数の推移（平成20年度・23年度比較）



病院と診療所における偏在状況
(平成23年度)

