

第6章 国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現

第1節 革新的医薬品・医療機器の創出、世界最先端の医療の実現など

1 健康・医療分野における成長戦略

医薬品・医療機器産業は、革新的な医薬品・医療機器を開発し、国民の医療の質を向上させることにより、健康長寿社会の実現に寄与することが求められている。また、グローバル化が進展し、国際競争が厳しくなる中、知識集約産業である医薬品・医療機器産業は、資源が乏しい日本の成長を牽引することが期待されている。

このように医薬品・医療機器産業を含む健康・医療関連分野は政府の成長戦略の柱の1つであることから、2013（平成25）年6月に策定された「健康・医療戦略」に基づき、「健康長寿社会の実現」、「経済成長への寄与」、「世界への貢献」を基本的理念とし、健康・医療分野の成長戦略を推進していくこととされた。現在、内閣官房健康・医療戦略室を中心とし、各省の連携による検討や取組みが進められているが、例えば、「医療分野の研究開発の司令塔機能」の創設により、基礎研究から実用化までの一貫した研究支援を行うこととする体制の整備などに取り組んでいるところである。

厚生労働省としては、有効性・安全性に優れた革新的な医薬品・医療機器をより早く使いたいという国民・患者のニーズに応えるべく、大学等の優れた基礎研究の成果等が円滑・迅速に実用化につながるよう、各段階に応じた支援を充実させることとしている。具体的には、基礎研究等から医薬品の実用化までを切れ目なく支援するためのオールジャパンでの創薬支援体制として、厚生労働省の（独）医薬基盤研究所の創薬支援戦略室が中心となる創薬支援ネットワークを構築すること、国際水準の臨床研究、難病等の医師主導治験等の中心的役割を担う臨床研究中核病院等を整備すること、研究部門と病院部門を合わせ持つ国立高度専門医療研究センター（NC）の治験・臨床研究機能を強化することなどに取り組んでいる。また、2013年度には、医療機器等の特性を踏まえ、医薬品・医療機器等の審査の迅速化・質の向上を図るための「改正薬事法」、再生医療等について安全性を確保しつつ、研究開発の推進や実用化を加速するための「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」が成立したところである。

こうした取組みにより、例えば、がんの分野においては、日本発の革新的ながん治療薬の創出に向け10種類以上治験へ導出するほか、難病・肝炎・感染症等の重点領域分野の疾患については治療薬、ワクチン開発等を目指すこととしているなど、医療分野の研究開発の推進に努めている。今後とも、関係省庁と連携して取組みを進めていく。

2 革新的な医薬品・医療機器等の創出

革新的な医薬品・医療機器等の創出に向け、以下の取組みを行うこととしている。

(1) 創薬支援ネットワークの構築

我が国の優れた基礎研究の成果等を確実に医薬品の実用化につなげるため、オールジャパンでの創薬支援体制として、（独）医薬基盤研究所の創薬支援戦略室を中心に、（独）理

化学研究所や（独）産業技術総合研究所といった創薬関連研究機関等とともに創薬支援ネットワークを構築した。同ネットワークにおいては、有望なシーズの選定、治験につなげるための戦略の策定・助言、応用研究や非臨床研究を中心とした技術的助言等を行うことを通じて、実用化の支援を行っている。

（2）臨床研究中核病院等の整備

革新的な医薬品・医療機器の創出のためには、臨床研究・治験の推進が不可欠である。厚生労働省では、「臨床研究・治験活性化5か年計画2012」（平成24年3月30日文部科学省・厚生労働省）及びそれを具体的に実施していくための取組み内容等をまとめた「臨床研究・治験活性化5か年計画2012アクションプラン」（平成24年10月15日文部科学省・厚生労働省）を策定し、臨床研究・治験の推進に取り組んでいるところである。2014（平成26）年度は、「臨床研究・治験活性化5か年計画2012」の中間年であることから、進捗状況の中間評価を行い、当該5か年計画の必要な見直しを実施していく予定である。また、世界に先駆け、ヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する試験等を行う早期・探索的臨床試験拠点や、国際水準（ICH-GCP準拠）の臨床研究を自ら実施するとともに大規模ネットワークの中核として他の病院に対する支援を行う臨床研究中核病院について引き続き整備することとしている。なお、国民の健康寿命の延伸の観点から、医療分野の研究開発を政府として総合的に推進するため、早期・探索的臨床試験拠点及び臨床研究中核病院については、文部科学省で整備している橋渡し研究加速ネットプログラムと一体的に整備を進め、革新的な医薬品・医療機器の創出を加速することとしている。これに伴い2014年度から評価会議や事業進捗管理等について共同で実施することとしている。

さらに、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院として医療法上に位置付けることを目指し、2014年通常国会に「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の関係法律の整備等に関する法律案（以下、「医療介護総合確保推進法案」という。）」を提出した。

（3）医薬品・医療機器・再生医療等製品の承認審査の迅速化等

医薬品等の承認審査の迅速化に向けては、これまでも（独）医薬品医療機器総合機構（Pharmaceuticals and Medical Devices Agency：PMDA）の体制強化を図ってきたところであるが、日本再興戦略（2013（平成25）年6月14日 閣議決定）及び健康・医療戦略（2013（平成25）年6月14日内閣官房長官・厚生労働大臣・関係大臣申合せ）に、医薬品・医療機器の審査ラグ^{*1}（※）「0」の実現及び審査の質の向上等に必要なPMDAの体制強化が盛り込まれたことを受け、2014（平成26）年度からの5年間のPMDAの次期中期目標期間においても、さらなる体制強化を図ることとしている。

これにより、世界に先駆けて革新的医薬品・医療機器、再生医療製品の実用化を促進するため、市販後の製品の品質確保や安全対策にも留意しつつ、2020（平成32）年までの医薬品・医療機器の審査ラグ「0」の実現等、更なる審査の迅速化を目指すとともに、審査の質の向上等を図ることとしている。また、開発初期からの明確なロードマップ相談が

*1 ラグとは、米国と日本の審査期間（申請から承認までの期間）の差である審査ラグと、企業が米国と日本の審査機関に申請する時期の差で示される開発ラグに大別される。

実施できるよう薬事戦略相談の拡充などの取組みを推進するとともに、後述する薬事法の改正（2014年11月下旬施行予定）等に必要な体制強化を図ることとしている。

医薬品については、上記のほか、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において、学会・患者団体等から提出された要望のうち、医療上の必要性が高いとされたものに対し、関係製薬企業に開発要請等を行い、開発を促進する取組みを実施している。医療機器についても、医療機器審査迅速化のための協働計画を策定し、行政側、申請者側の双方が協働しながら各種の取組みを実施することにより、承認までの期間の更なる短縮と審査期間の標準化を図ることとしている。

なお、PMDA－WEST構想への対応として、関西地区でも薬事戦略相談及び製造所の製造管理・品質管理に係る実地調査を実施する体制を整備するため、2013年10月にPMDA関西支部を開設し、先行して薬事戦略相談を開始したところであり、2014年4月には製造所の製造管理・品質管理に係る実地調査も開始することとしている。

(4) 薬事法の改正

革新的な医薬品・医療機器や再生医療の実用化及び医薬品等による健康被害の再発防止に向けた安全対策の強化を図るため「薬事法等の一部を改正する法律案」が、2013（平成25年）年5月の通常国会に提出され、第185回臨時国会において成立し、11月27日に公布された。（公布日から1年以内（2014（平成26）年11月下旬予定）に施行）

具体的には、

- ・短いサイクルで改善・改良が行われた製品が市場に供給される場合が多い等の医療機器の特性を踏まえ、医療機器の製造業の許可制を登録制に見直すこと、医療機器の承認に代わる民間の第三者認証制度の対象を拡大すること
 - ・均質でない再生医療等製品について、有効性が推定され、安全性が認められれば、特別に早期に、条件及び期限を付して製造販売承認を与えることを可能とすること
- 等の見直しを行うことを内容としている。

(5) 再生医療の実用化の推進

再生医療は、これまで有効な治療法がなかった疾患の治療ができるようになるなど、国民の期待が高い一方、新しい医療であることから、安全面、倫理面の課題に留意しつつ、迅速な実用化を進めることが必要である。

そのため、再生医療の迅速かつ安全な実用化に向け再生医療等の製品について、安全性が確認されれば、有効性を推定し、特別に早期に承認する「条件及び期限付承認制度」の導入等を内容とする「薬事法改正法」（(4)参照）と併せて、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成25年法律第85号）」が、2013（平成25）年11月に成立した。

「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」では、再生医療の迅速かつ安全な提供を図るため、

- ・再生医療の安全性の確保に関する手続
- ・細胞培養加工の外部委託のルール

等を定めており、2014年11月下旬に施行される予定である。

3 健康寿命を延ばす科学技術の振興

(1) 2013（平成25）年度の科学技術研究の推進

厚生労働省が担う、保健医療、福祉、生活衛生、労働安全衛生などの様々な行政施策は、科学的根拠に基づいて行われる必要がある。このため、厚生労働行政に関する研究を推進することにより、厚生労働行政を理論面・科学面から支え、適切なルールづくりにつなげている。また、特に、医療や介護など健康分野の技術の発展は、国の経済成長を支える大きな柱の一つとなることも期待されている。国民の健康の向上等につながるよう、研究を振興し、技術水準の向上を図っている。

具体的には、以下の5つの分野を柱として、施策を講じている。（厚生労働科学研究費補助金（2013年度約451億円））

図表 6-1-1 研究分野とその主な内容

研究分野	主な研究事例
行政政策研究分野 (社会保障全般及び厚生労働統計に関する研究を行い、厚生労働行政施策を推進することや、我が国の保健医療分野の知見・経験等を活用すること等により諸外国への貢献を図る。)	【政策科学総合研究事業・統計情報総合研究】 人文・社会科学系を中心とした人口・少子化問題、社会保障を中心とした厚生労働行政施策の企画立案及び効率的な推進並びに統計・情報の整備及び利用の総合的な推進に資することを目的とする研究
厚生科学基盤研究分野 (革新的な医薬品・医療機器を創出するための研究や再生医療研究について、臨床研究・治験を中心に推進する。)	【医療技術実用化総合研究】 基礎研究の成果を治験等に適切に橋渡しするための非臨床試験や、科学性及び倫理性が十分に担保され得る質の高い臨床研究、医師主導治験等、医薬品・医療機器としての薬事承認を目指す研究
疾病・障害対策研究分野 (がん、難治性疾患、肝炎等の感染症や障害について、革新的な予防法、診断法及び治療法の開発等の研究を推進する。)	【難治性疾患等克服研究】 慢性腎臓病（CDK）や免疫・アレルギー疾患（移植医療に係るものを含む）及び根本的な治療法が確立しておらず、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない難治性疾患について、病状の進行の阻止並びに患者の身体機能の回復及び再生を目指した画期的な診断法及び治療法の研究開発の推進に資することを目的とする研究
健康安全確保総合研究分野 (国民の不安を解消し、安全な生活の確保を図るため、食品の安全性確保、医薬品・医療機器等の安全性・有効性、化学物質のリスク評価のための研究等を推進する。)	【食品の安全確保推進研究】 食品の安全性の確保等を図ることを目的に、遺伝子組換え食品、食品中に残留する化学物質等に係る安全性や、食中毒、牛海面状脳症（BSE）等の問題に関し、リスク管理及びリスクコミュニケーション等に資する研究
健康長寿社会実現のためのライフ・イノベーションプロジェクト (難病・がん・肝炎・精神・再生医療・早期・探索的臨床試験・国際水準臨床の7つの分野において、革新的な医療の実用化に資する研究等を効果的に推進する。)	【がん関係研究】 難治性がんや小児がんをはじめとする希少がんを中心に、これまでの基礎的研究や探索的臨床研究において開発された革新的診断法（診断薬等）をはじめ、抗体薬などの革新的がん治療薬に対して、臨床での実用化を目的とした前臨床試験や国際水準に準じた質の高いがん臨床試験を強力に推進することを目的とする研究がんペプチドワクチンの実用化に向けた質の高い医師主導型臨床試験、次世代がん診断治療技術の実用化に向けた革新的治療法の開発、がんに関する早期診断の実現を目指した先進的な画像診断技術の開発研究など、国際的に先進性、革新性を持つ技術の確立を目指す研究

また、医学研究の分野では、研究を適切に実施する上で、個人情報保護を含む研究対象者保護の観点から研究者等が守るべき倫理指針として、「臨床研究に関する倫理指針」、「疫学研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」等の各種指針を定めている。これらの指針については、研究の進展等に応じ、必要な見直しを進めている。

第2節 地域における医療・介護の総合的な確保の推進

1 医療・介護の総合的な改革が求められる背景

日本では、急速に進展する高齢化により、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年には、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となり、これに伴い、慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者が中心となるなど、医療・介護サービスを必要とする患者の疾病構造が多様化することが見込まれている。

このような疾病構造の多様化に対応し、患者1人1人の状態に応じた適切な医療を提供するためには、①高度な急性期医療が必要な患者には、手厚い看護体制のもと、質の高い医療を提供し、②リハビリが必要な患者には、身近な地域でリハビリが受けられる体制を構築することが必要となる。同時に、③退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスを充実させ、患者の早期の社会復帰を進めるとともに、地域包括ケアシステムの構築を図り、住み慣れた地域で日常生活を営むことができるようにしていく必要がある。

2 プログラム法と医療介護総合確保推進法案

こうした議論は、社会保障・税一体改革の中において、社会保障制度改革推進法（平成24年法律第64号）の規定に基づく「社会保障制度改革国民会議」の報告書（2013（平成25）年8月6日）として取りまとめられるとともに、医療・介護を含む社会保障制度改革の全体像及び進め方は、2013年の第185回臨時国会で成立した、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号。以下「プログラム法」という。）に規定されている。

このプログラム法に基づく措置として、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムを構築し、高度急性期から在宅医療・介護サービスまでの一連の医療・介護サービスを一体的・総合的に確保するため、2014（平成26）年の第186回通常国会に医療介護総合確保推進法案を提出し、医療法、介護保険法等の関係法律の改正を行うこととしている。

3 医療・介護サービスの一体的・総合的な確保のための新たな財政支援制度

医療介護総合確保推進法案では、医療・介護サービスの一体的・総合的な確保を図るため、①国が、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（以下「総合確保方針」という。）を定めるとともに、②都道府県において、総合確保方針に即して、都道府県計画（医療及び介護を総合的に確保するための事業の実施に関する計画）を作成することとしている。あわせて、③都道府県計画に掲載された事業の実施を支援するため、消費税増収分を活用して都道府県に基金を設け、都道府県が地域の医療ニーズに応じ、適切な事業を行えるよう、新たな財政支援制度を制度化することとしている。

基金による財政支援制度の対象となる事業は、病床の機能分化・連携のために必要な事業、在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業、医療従事者等の確保・養成のための事業等とすることとしている。こうした新たな財政支援制度等を活用し、今後、2025（平成37）年に向け、患者1人1人の状態に応じた医療・介護サービスの提供体制

の構築を目指していくこととしている。

第3節 医療提供体制の機能強化

1 質が高く効率的な医療提供体制の構築

我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度とフリーアクセスの下で、国民が必要な医療を受けることができるよう整備が進められ、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。

しかし、急速な少子高齢化に伴う疾病構造の多様化、医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化等、医療を取り巻く環境が変化する中で、将来を見据え、どのような医療提供体制を構築するかという中長期的な課題にも取り組む必要がある。また、現在、産科・小児科等の診療科やへき地等における深刻な医師不足問題や、救急患者の受入れの問題等に直面しており、これらの問題に対する緊急の対策を講じる必要がある。

このような状況の中で、「社会保障制度改革国民会議」の報告書（2013（平成25）年8月6日）やプログラム法の規定を踏まえ、2014（平成26）年通常国会に医療介護総合確保推進法案を提出している。

(1) 地域の医療機能の分化・連携の推進

医療・介護サービスの需要の増大・多様化に対応していくためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要がある。このため、医療介護総合確保推進法案では、病床の機能の分化・連携を進めるとともに、退院後の受け皿となる在宅医療・介護サービスの充実を図るための制度改正を行っている。

具体的には、①病床機能報告制度を創設し、医療機関における病床の機能の現状と今後の方向性等について、都道府県に報告を求め、提供されている医療の内容を把握したうえで、②都道府県において、報告された情報等を活用し、病床の機能ごとの将来の必要量等を地域医療構想として医療計画において策定し、地域ごとにバランスのとれた病床の機能の分化・連携を進めることとしている。

(2) 都道府県医療計画におけるPDCAサイクル推進と地域医療構想の策定

都道府県の医療計画においては、2013（平成25）年度から精神疾患及び在宅医療を新たに加えた、五疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・五事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。))及び在宅医療のそれぞれについて、必要となる医療機能を定めるとともに、各医療機能を担う医療機関を明示することとしている。

各都道府県は、新たな医療計画に記載された、疾病・事業ごとのPDCAサイクルを効果的に機能させることにより、医療提供体制の整備を進めている。今後、高齢化が進展していく中で、都道府県は、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとに地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を地域

医療構想として策定し、医療計画に新たに盛り込むことにより、医療機能の分化と連携を推進していく。

(3) 地域医療体制の整備

① 救急医療

救急医療は、国民が安心して暮らしていく上で欠かすことのできないものである。このため、1977（昭和52）年度から、初期救急、入院を要する救急（二次救急）、救命救急（三次救急）の救急医療体制を体系的に整備してきた。

しかし、救急利用の増加に救急医療体制が十分に対応できず、救急患者が円滑に受け入れられない事案が発生している。このような状況を改善するため、2014（平成26）年度予算において、①重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターに対する支援、②地域の消防機関等に設置しているメディカルコントロール協議会に専任の医師を配置するとともに、長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる医療機関の確保を支援、③急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するための専任者の配置に対する支援等を行っている。

また、消防と医療の連携を強化し、救急患者の搬送・受入れがより円滑に行われるよう、消防法（昭和23年法律第186号）第35条の5第1項の規定に基づき、各都道府県において、救急患者の搬送及び医療機関による当該救急患者の受入れを迅速かつ適切に実施するための基準を策定し、これに基づいて救急患者の搬送・受入が行われているところである。さらに、ドクターヘリを用いた救急医療提供体制を全国的に整備するため、補助事業を行っており、2014年3月末現在、36道府県43か所で同事業のドクターヘリが運用されている。

② 小児医療

小児医療は、少子化が進行する中で、子どもたちの生命を守り、また保護者の育児面における安心の確保を図る観点から、その体制の整備が重要となっている。

このため、自宅等において小児の急病時に保護者の不安を解消すること等を目的として、小児救急電話相談事業（#8000）を実施してきており、引き続き「新たな財政支援制度（基金）」を活用して支援を行うこととしている。これにより、小児の保護者等が、夜間・休日の急な小児の病気にどう対処したらよいか、病院の診療を受けた方がよいか等の判断に迷ったときに、全国同一の短縮番号#8000により、都道府県の電話相談窓口につながり、小児科医等から、小児の症状に応じた適切な対処の仕方や受診する病院等の助言等を受けることができる。

また、小児の救急医療を担う医療機関等の体制の整備が重要となっており、2014年度予算において、①小児の初期救急医療を担う小児初期救急センターに対する支援、②小児の救命救急医療を担う小児救命救急センターに対する支援等を行っている。

③ 周産期医療

周産期医療体制については、国民が安心して子どもを産み育てることができる環境の実現に向け、各都道府県において周産期医療体制整備計画を策定し、地域の実情に応じた周産期医療体制を計画的に整備している。各都道府県は、周産期医療体制整備計画を踏ま

え、リスクの高い妊産婦や新生児等に高度な医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターを整備し、地域の分娩施設との連携を確保すること等により、周産期医療体制の充実・強化を進めている。これに対し、厚生労働省においては、2014年度予算において、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療管理室（MFICU*²）、新生児集中治療室（NICU*³）に対する支援、②NICU等の長期入院児の在宅移行へのトレーニング等を行う地域療育支援施設を設置する医療機関に対する支援、③在宅に移行した小児をいつでも一時的に受け入れる医療機関に対する支援を行っているほか、「新たな財政支援制度（基金）」を活用した④産科医等の分娩手当、NICUの新生児医療担当医の手当に対する支援等を行うこととしている。

4 災害医療

地震等の災害時における医療対策として、阪神・淡路大震災の教訓をいかし、災害発生時の医療拠点となる災害拠点病院の整備（2013（平成25）年4月現在662か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT*⁴）の養成等を進めてきた（2014年4月1日現在1,323チームが研修修了）。これらについては、東日本大震災の経験を踏まえ、2011（平成23）年10月に取りまとめられた「災害医療等のあり方に関する検討会報告書」に基づき、都道府県における救護班（医療チーム）の派遣調整等を行うための派遣調整本部の設置やコーディネート機能の確保を都道府県に依頼するとともに、診療機能を有する施設の耐震化、衛星（携帯）電話の保有、食料、医薬品等の3日分の備蓄やDMATの保有など災害拠点病院の指定要件の改正を行った。また、2012（平成24）年3月に改正した「日本DMAT活動要領」に基づき、2014年度より、統括DMATをサポートする要員を確保する観点から、DMAT事務局及びDMAT都道府県調整本部等に入るロジスティック担当者や、病院支援、情報収集等を担う後方支援を専門とするロジスティック担当者からなる専属チームの養成を行うこととしている。この他、首都直下地震を想定して、事務局機能を分散させることにより、災害時のDMATの効率的な調整等を図るため、2013年10月より、国立病院機構大阪医療センターにもDMAT事務局を設置している。

また、医療機関の耐震化について、病院の耐震整備に対する補助事業を継続するとともに、2013年度補正予算において、医療提供体制施設整備交付金を追加計上し、災害拠点病院、救命救急センター及び二次救急医療機関の耐震整備を支援している。

5 へき地・離島医療対策

へき地や離島における医療の確保は、人口が少なく、交通が不便であるなどの難しさを抱えている。このため、都道府県においてへき地保健医療計画を策定し、地域の実情に応じて、へき地診療所における住民への医療の提供、へき地医療拠点病院等による巡回診療や代診医派遣、救急時の搬送手段の確保、遠隔医療の導入等に取り組んでいる。第11次

*² MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略。

*³ NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。

*⁴ DMAT：「Disaster Medical Assistance Team」の略。災害拠点病院等において、原則4名の医師・看護師等により構成され、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、被災地内の病院の支援等を行うもの。出動の際には、国立病院機構災害医療センター内に設置されたDMAT事務局が、DMAT派遣の要請等について厚生労働省の本部機能を果たし、活動全般についての取組を行うとともに、被災地域の各都道府県下に、DMAT都道府県調整本部が設置され、管内等で活動する全てのDMATの指揮及び調整、消防等関連機関との連携及び調整等を行う。その際、一定の研修を修了したDMAT隊員である統括DMATが、責任者としてDMATの指揮、調整等を行う。

へき地保健医療計画（2011年度～2015（平成27）年度）においては、へき地勤務医に対するキャリア形成支援を充実させるなど持続可能性のあるへき地保健医療体制の構築に取り組むこととしている。

6 社会医療法人制度

社会医療法人とは、医療法人のうち、主として自治体病院等が担ってきた、地域で特に求められる公益性の高い医療（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。))を提供するなど一定の要件を満たしたものとして、都道府県知事等から認定を受けたものをいう。

社会医療法人については、その経営の安定化を図るため、医療保健業に係る法人税を非課税とすること、収益業務を認め、その収益を本来業務に当てられるようにすること、社会医療法人債を発行して資金を集めることができるようにすることといった措置が講じられている。2014年4月1日現在で225の社会医療法人が認定されている。

(4) 在宅医療の推進

多くの国民が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでおり、高齢になっても病気になっても自分らしい生活を送ることができるように支援する在宅医療・介護の環境整備が望まれている。また、急速に少子高齢化が進む中で、高齢者の増加による医療・介護ニーズの急増に対応できる医療・介護提供体制の整備は喫緊の課題であり、病院における病床機能の分化・連携を進めるとともに、在宅医療の充実を図ることが非常に重要である。これに対応するため、厚生労働省では、2012（平成24）年度にモデル事業の実施や診療報酬・介護報酬の同時改定等により、在宅医療の推進に取り組んできた。そして、2013（平成25）年度から、在宅医療に関する達成すべき目標や連携体制が盛り込まれた医療計画がスタートし、地域医療再生基金の積み増し（2012年度補正予算）によって各都道府県がそれぞれの地域で取り組む介護と連携した在宅医療の体制整備を支援している。また、2014（平成26）年度は、「新たな財政支援制度（基金）」を活用し、各都道府県が作成した事業計画に基づき、在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業を実施することとしている。さらに、医療、介護総合確保推進法案においては、地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療・介護の連携推進に係る事業を介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ取り組むこととしている。

また、NICUを退院し在宅医療に移行する小児等については、小児特有の課題への対応が必要であることから、2013年度に小児等の在宅医療を担う医療機関が専門医療機関や、福祉・教育等の関係機関と連携するためのモデル事業に取り組んだ。2014年度も引き続きモデル事業を実施していく。

その他、在宅歯科医療等の推進、訪問看護の推進など、在宅医療を充実させるための取組みを包括的に推進していく。

(5) 地域医療再生基金

地域における医療課題の解決を図るため、2009（平成21）年度補正予算において、都道府県に地域医療再生基金を設置し、2013（平成25）年度までの5年間、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく、地域の医師確保、救急医療の強化等の取組みを支援し

ている。(予算総額2,350億円)

2010(平成22)年度第一次補正予算においては、全都道府県を対象に基金の積み増しを行い、2013年度までを計画期間として新たに策定する地域医療再生計画に基づいて、高度・専門医療機関、救命救急センターの整備・拡充や、これらの医療機関と連携する医療機関の機能強化など、都道府県全域(三次医療圏)を対象とした都道府県による地域医療再生の取組みを支援している。(予算総額2,100億円)

2011(平成23)年度第三次補正予算においては、東日本大震災による被災地の医療提供体制の再構築を図るため、被災3県(岩手県、宮城県、福島県)を対象に基金の積み増しを行い、2015(平成27)年度までの5年間、被災3県が策定する医療の復興計画に基づく取組みを支援している。(予算総額720億円)

2012(平成24)年度予備費においては、被災地における医療提供体制の早期復興を支援するため、被災3県及び茨城県を対象に基金の積み増しを行っている。(予算総額380億円)

2012年度補正予算においては、全都道府県を対象に基金を積み増し、災害時の医療の確保、医師の確保、在宅医療の推進等の都道府県における取組を支援している。(予算総額500億円)

なお、地域医療再生計画のうち、2013年度末までに開始した事業については、2014(平成26)年度以降も延長して実施することが可能となっている。

(6) 医療安全の確保

① 医療の安全の確保

① 医療安全支援センターにおける医療安全の確保

2003(平成15)年より、患者・家族等の苦情・相談などへの迅速な対応や、医療機関への情報提供を行う体制を構築するため、都道府県、保健所設置市等における医療安全支援センター(以下「センター」という。)の設置を推進しており、現在では、センターは全ての都道府県に設置されている。センターにおける業務の質の向上のため、センターの職員を対象とする研修や、相談事例を収集、分析するなどの取組みを支援している^{*5}。

② 医療機関における安全確保の体制整備

一方で、医療事故を未然に防ぎ、安全に医療が提供される体制を確保するため、病院などに対して、医療に関する安全管理のための指針の整備や職員研修の実施などが義務づけられている。また、院内感染対策のための体制の確保や医薬品・医療機器の安全管理、安全使用のため体制の確保についても実施すべきものとし、個々の病院などにおける医療の安全を確保するための取組みを推進している。

③ 医療事故情報収集等事業^{*6}

医療事故の原因を分析し、再発を防止するため、2004(平成16)年10月から、財団法人日本医療機能評価機構(2011(平成23)年4月に公益財団法人へ移行)を登録分析機関として、医療事故などに関する情報を収集、分析する事業(以下「医療事故情報収集

*5 医療安全支援センター総合支援事業を紹介したホームページ <http://www.anzen-shien.jp/>

*6 医療事故情報収集等事業を紹介したホームページ <http://www.med-safe.jp/>

等事業」という。)を実施している。

医療事故情報収集等事業は、医療機関からの報告を基に、定量的、定性的な分析を行い、その結果を3か月ごとに報告書として公表している。2010（平成22）年からは、医療事故の予防や再発防止に役立つ情報を増やすため、Web上に報告事例のデータベースを構築し、運用を開始している。

2 産科医療補償制度^{*7}

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、2009（平成21）年1月から、産科医療補償制度が開始されている。産科医療補償制度は、お産に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的としている。なお、この制度の補償の対象は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児であり、その申請期限は、満5歳の誕生日までとなっている。

3 医療事故に係る調査の仕組み等に関する検討

医療の安全の向上のため、医療事故が発生した際に、その原因を究明し、再発防止に役立てていくことを目的に、2012（平成24）年2月より医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会において議論が行われた。この検討部会は、医療関係者、ご遺族、法曹界等の有識者を構成員とし、その他様々な立場の方からのヒアリングも重ねつつ13回にわたり議論を行った結果、2013（平成25）年5月に、「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」として、医療事故調査の目的や対象、あり方などの制度の基本的なあり方がとりまとめられた。

このとりまとめを踏まえ、社会保障審議会医療部会において議論を行い、医療事故調査制度を医療法に位置づける内容を盛り込んだ「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の関係法律の整備等に関する法律案」を2014（平成26）年2月に国会に提出した。

この法案において、医療事故調査制度は、医療事故の再発防止に繋げ、医療の安全を確保することを目的とし、

- ①医療事故（医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者が死亡又は死産を予期しなかったもの）が発生した医療機関（病院、診療所又は助産所）が、医療事故調査・支援センターへの報告、医療事故調査の実施、医療事故調査結果の遺族への説明及び医療事故調査・支援センターへの報告を行うこと
- ②その上で、医療機関や遺族からの依頼に応じて、医療機関からも患者側からも中立的な立場である医療事故調査・支援センターにおいて更なる調査を行うこと
- ③さらに、こうした調査結果を、医療事故調査・支援センターが整理・分析し、再発防止に係る普及啓発を行うこと

とし、2015（平成27）年10月から施行することとしている。

^{*7} 産科医療補償制度の詳細を紹介したホームページ
<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/index.html>

(7) 医療に関する情報提供の推進

医療に関する十分な情報をもとに、患者・国民が適切な医療を選択できるよう支援するため、①都道府県が医療機関に関する情報を集約し、わかりやすく住民に情報提供する制度（医療機能情報提供制度*8）を2007（平成19）年4月より開始するとともに、②医療広告として広告できる事項について大幅な緩和を行った。2013（平成25）年度においては、医療広告ガイドラインにおいて、バナー広告等にリンクした医療機関のホームページに関する取扱いを明確化するなど必要な改正を加えた。

(8) 医療の質の向上に向けた取組み

根拠に基づく医療（EBM）の浸透や、患者・国民による医療の質への関心の高まりなどの現状を踏まえ、厚生労働省では、2010（平成22）年度から「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始した。本事業では、患者満足度や、診療内容、診療後の患者の健康状態に関する指標等を用いて医療の質を評価・公表し、公表等に当たっての問題点を分析する取組みを助成している。

(9) 医療分野における国際化への対応

医療の国際展開については、2013（平成25）年夏以降、厚生労働省として新たに体制を強化し、本格的に取組みを開始した。これまで、ASEAN諸国、中東、ロシアなど各国と、相手国の要望に応じた医療・保健分野の協力を進めている。協力テーマとして、①我が国の先端医療についての技術移転、我が国の優れた医療機器や医薬品についての紹介・相手国政府調達における官民一体のトップセールス、②国民皆保険を実現した我が国の公的医療保険制度についての経験の移転、③医薬品や医療機器の開発から承認に至るプロセスについての相互理解の促進を通じた、日本で承認を受けた製品の相手国政府での審査早期化要請、といったものが含まれる。2013年12月の日・ASEAN特別首脳会議においては、世界第一位の健康寿命達成国である日本として、ASEANを健康寿命先進地域にすべく、健康イニシアチブを提唱し、医療水準の向上、健康増進及び病気の予防の推進等を目指し、日本の経験・知見を移転することを表明した。今後、相手国の希望を踏まえてニーズにあった支援を持続的に行っていく。また、財務状況の健全性など一定の要件を満たす医療法人が現地法人に出資可能であることを明確化する旨の通知を2014（平成26）年3月に発出した。

国内においては、外国人が安全・安心に我が国の医療機関を受診できるよう、2014年度より、医療通訳等が配置されたモデル拠点の整備事業を行っていくこととしている。あわせて、第三者機関が医療機関の外国人患者受入体制等について審査・認証する「外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）」を推進している。それに先立ち、2013年度補正予算において通訳等の育成カリキュラムの作成を行った。

また、発展途上国の医療水準の向上や我が国の医療技術のさらなる発展を促進するため、日本と外国の医療従事者間の国際交流を進展させることも重要である。こうした観点から、2011（平成23）年4月には、外国医師等が日本で医療研修を受けるための臨床修練制度について、その活用を促進するため、手続きの簡素化を行った。さらに、医療研修

*8 各都道府県の医療機能情報提供制度へのリンク集
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/teikyouseido/index.html>

を受ける目的だけでなく、日本の医師等への医療の教授や臨床研究を行うことを目的として来日した外国医師等についても、その目的を十分に達成することができるよう、一定の条件の下、我が国において診療を行うことを認める等の措置を講ずるため、2014年通常国会に提出した医療介護総合確保推進法案において、関係法案の改正を盛り込んでいる。

2 医療人材の確保及び質の向上の推進

(1) 医療を担う人材の確保の推進

1 医師養成数の増加

我が国では、地域の医師確保等に対応するため、2008（平成20）年度より医学部入学定員を増員し、2009（平成21）年度に過去最大の8,486名とした。さらに、2010（平成22）年度には、卒業後に当該地域で従事することを条件として奨学金を支給する仕組み（地域枠）等を活用し、緊急臨時的に360名の増員（入学定員は8,846名）を行い、同様の枠組みで2011（平成23）年度から2014（平成26）年度までに223名の増員（入学定員は9,069名）を行った。

2 医師の診療科偏在・地域偏在対策

我が国では、都市部に比べ山間部・へき地の医師数が極めて少ないといった医師の地域的な偏在、産科・小児科等の診療科を中心に医師不足が深刻であるなど医師の診療科間の偏在の問題が生じている。

このため、2011年度予算から、こうした医師の偏在を解消するため、大学との緊密な連携を図りつつ、医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、地域枠の医師などを活用して、地域の医師不足病院の医師確保の支援等を行う「地域医療支援センター」の運営に対する補助を行っており、2013（平成25）年度には対象箇所数を30か所に拡充している。

2014年通常国会に提出した医療介護総合確保推進法案において、「地域医療支援センター」の取組みを更に進めるため、その機能を医療法に位置付けている。

2014年度予算においては、病院勤務医の負担軽減等の対策を引き続き行っていくほか、①「新たな財政支援制度（基金）」における「地域医療支援センター」の運営に対する財政支援

②医師不足地域の臨床研修指導医等を確保するため、大学病院や都市部の中核病院と地方の中小病院・診療所が連携した臨床研修の実施に対する財政支援を通して、各都道府県の医師確保対策の取組みを支援している。また、先述の通り、地域の医師確保等の観点から、卒業後に当該地域で従事することを条件とした奨学金を支給する仕組み（地域枠）等を活用した医学部定員の増員を行っている。

また、臨床研修制度では、地域医療の安定的確保の観点から、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、2010年度の研修から、地域医療の研修を一定期間（1か月）以上行うことを要件とするとともに、都道府県ごとに、人口や医師養成数、地理的条件などを勘案して研修医の募集定員の上限を設けるなどの措置を行っている。さらに、2013年12月に取りまとめられた医師臨床研修制度の見直しの報告書（医道審議会医師分科会医師臨床研修部会）を踏まえ、2015（平成27）年度の研修から、全国の研修医の募集定員の設定にあたり、全国の研修医総数や研修希望者数を推計し、医学部卒業生の増加を織り込んで設

定することとし、また、地域枠の活用状況等も踏まえつつ、都道府県が都道府県ごとの募集定員の上限の範囲内で、一定の柔軟性をもって定員を調整できる仕組みを創設するなど、研修医の地域的な適正配置を更に誘導していくための見直しを行うこととしている。

3 看護職員の確保

我が国の看護を取り巻く状況は、少子化による養成数の減少、今後の医療ニーズの増大・高度化など大きく変化しており、今後も患者本位の質の高い医療サービスを実現するため看護職員を質・量ともに確保することが求められている。

2013年度においては、①看護師等養成所の運営費補助、②病院内保育所及び新人看護職員研修の支援、③ナースセンターにおける求人求職情報の提供や就職あっせん等に対して国庫補助を行うなど、看護職員の資質の向上、養成の促進、定着の促進、再就業の支援等総合的な対策を推進してきており、就業者数は毎年着実に増加している。なお、2014年度からは、①・②については、医療事業者等の確保要請等を図るために創設される「新たな財政支援制度（基金）」の対象とし、③については、引き続き、国庫補助をすることとしている。

厚生労働省では、2010年12月に第七次看護職員需給見通しに関する検討会において策定した、2011年から2015（平成27）年までの新たな需給見通しの中で、2015年末には需要見通しを約150万1,000人、供給見通しを約148万6,000人と見込んでおり、今後とも、需給見通しに沿った着実な看護職員の確保に取り組んでいくこととしている。

さらに、看護職員に対する無料の職業紹介事業等を行うナースセンターについて、その再就職支援等の機能を強化していくためには、ナースセンターが看護職員の情報を把握することが必要であることから、2014年通常国会に提出した医療介護総合確保推進法案において、看護職員が離職したとき等にナースセンターへ届け出るよう努めることとする「看護師等の人材確保の促進に関する法律（平成4年法律第86号）」の改正法案を盛り込んだ。

4 女性医師等の離職防止・復職支援

近年、医師国家試験の合格者に占める女性の割合が約3分の1に高まるなど、医療現場における女性の進出が進んでいる。このため、出産や育児といった様々なライフステージに対応して、女性医師等の方々が安心して業務に従事していただける環境の整備が重要である。具体的には、

- ①病院内保育所の運営等に対する財政支援
- ②出産や育児等により離職している女性医師等の復職支援のため、都道府県に受付・相談窓口を設置し、研修受入れ医療機関の紹介や復職後の勤務形態に応じた研修の実施
- ③ライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図るため、女性医師バンクで就業斡旋等の再就業支援などの取り組みを行ってきた。

なお、2014年度からは、①・②については、医療従事者等の確保養成等を図るために創設される「新たな財政支援制度（基金）」の対象とし、③については、女性医師支援センター事業として継続することとしている。

こうした対策を病院勤務医等の勤務環境の改善対策と併せて実施することで、女性医師

等の方々が安心して就業の継続や復職ができるような環境の整備を行うこととしている。

(2) 医療を担う人材の質の向上

① チーム医療の推進

患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフの専門性を高めるとともに、それぞれの業務・役割を拡大し、かつ、各スタッフが互いに連携することで、患者の状況に的確に対応した医療を提供することが重要である。こうした観点から、2010（平成22）年3月に「チーム医療の推進に関する検討会」において取りまとめられた報告書を受け、2010年5月より、様々な立場の有識者から構成される「チーム医療推進会議」を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行っているところである。

チーム医療推進会議等において結論が得られた事項のうち、

- ① 診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合に、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものを特定行為として位置づけ、特定行為を手順書により行う看護師に対して一定の研修を義務付けること
- ② CT検査等のために必要となる造影剤の血管内投与等の行為を新たに診療放射線技師の業務範囲に追加すること
- ③ 診療放射線技師が、病院又は診療所以外の場所で、健康診断として胸部X線撮影のみを行う場合に、医師又は歯科医師の立会いを求めないこととする業務実施体制の見直し
- ④ インフルエンザ検査のために必要となる鼻腔拭い液による検体採取の行為等を新たに臨床検査技師の業務範囲に追加すること
- ⑤ 歯科衛生士がフッ化物塗布などの予防処置を行う際、歯科医師の直接の指導を要しないこととすること

について、2014（平成26）年の通常国会に提出した医療介護総合確保推進法案において、これらを実現するための関係法律の改正を盛り込んでいる。

また、2011（平成23）年度は、看護師、薬剤師等医療関係職種の活用の推進や役割の拡大によりチーム医療を推進し、各種の業務の効率化・負担軽減を図るとともに、医療サービスの質の向上を実現するため、チーム医療の安全性や効果の実証を行った（チーム医療実証事業）。さらに、2012（平成24）年度は、チーム医療実証事業の取組みを行った医療機関が、地域の医療関係職種を対象としたワークショップを開催し、質の高いチーム医療の実践を地域の医療現場に普及・定着させる取組みを行った（チーム医療普及推進事業）。2013（平成25）年度は、職種間の相互理解やコミュニケーション能力を向上させ、多職種協働のチーム医療の取組みを全国に普及させるために複数の医療関係職種が合同で行う研修事業を実施した（多職種協働によるチーム医療の推進事業）。

厚生労働省としては、これらの取組みや、医療現場の実態等も踏まえ、より良い医療サービスの提供を実現すべく、引き続きチーム医療の推進に取り組んでいくこととしている。

② 新たな専門医の仕組み

厚生労働省では、医師の質の一層の向上等を目的として、「専門医の在り方に関する検討会」を開催し、専門医に関して幅広く検討を重ね、2013年4月に「報告書」を取りまとめた。この「報告書」に基づき、2014年5月に設立された一般社団法人日本専門医機

構が、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行うこととされており、このような仕組みを通じて、専門医の質の一層の向上が図られることが期待されている。

厚生労働省としては、2014年度予算において、研修病院に対する専門医の養成プログラム作成等の支援事業を行うなど、新たな専門医の仕組みが円滑に構築されるよう、取り組んでいくこととしている。

3 看護職員の資質向上等

少子高齢化が急速に進展し医療提供が大きく変化している状況の中、患者の多様なニーズに応え、医療現場の安全・安心を支える看護職員の役割は、ますます重要になると見込まれており、看護職員の資質のより一層の向上が求められている。

こうした背景の下、2009（平成21）年7月に、保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律（平成21年法律第78号）が制定され、保健師、助産師及び看護師国家試験の受験資格の改正と新たに業務に従事する看護職員の臨床研修その他の研修が努力義務とされる等の改正が行われ、2010年4月1日から施行された。これを受けて、病院等が行う新人看護職員研修に対する財政支援等を行い看護職員の資質の向上を推進しているところである。

3 国立病院機構や国立高度専門医療研究センター等の取組み

歴史的・社会的な経緯等により他の設置主体での対応が困難な医療や、国民の健康に重大な影響のある疾患に関する医療については、国の医療政策として、国立病院機構や国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）などが着実な実施に取り組んでいる。

国立病院機構では、災害や新型インフルエンザ発生時など国の危機管理や積極的貢献が求められる医療、重症心身障害、筋ジストロフィーをはじめとする神経・筋疾患、結核、心神喪失者等医療観察法に基づく精神科医療など他の設置主体では必ずしも実施されないおそれのある分野の医療、地域のニーズを踏まえた5疾病・5事業の医療について、全国的な病院ネットワークを活用し、診療・臨床研究・教育研修を一体的に提供している。

国立高度専門医療研究センターでは、国民の健康に重大な影響のある疾患（がんその他の悪性新生物、循環器病、精神・神経疾患、感染症等国际的な調査研究が必要な疾患、成育に係る疾患、加齢に伴う疾患）について高度先駆的な医療の研究開発、これらの業務に密接に関連する医療の提供や人材育成等を行っている。

また、国立の医療機関として国立ハンセン病療養所が全国に13施設ある。国立ハンセン病療養所の入所者は、視覚障害等のハンセン病の後遺障害に加え、高齢化に伴う認知症や四肢の障害等を有する者が増加している。このため、必要な職員の確保など、入所者の実情に応じた療養体制、特に充実した介護体制の整備に努めている。

4 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

後発医薬品とは、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含む同一投与経路の製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一で、先発医薬品と同等の臨床効果が得られる医薬品をいい、ジェネリック医薬品とも呼ばれる。

後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資することから、2007（平成19）年に作成した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」

において、2012（平成24）年度までに全医療用医薬品をベースとした後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げ、後発医薬品の使用を推進してきた。

具体的な取組みとして、①安定供給、②品質確保、③後発医療品の情報提供、④使用促進に係る環境整備、を行うとともに、⑤医療保険制度上も、これまで、処方せん様式の変更、一般名処方の推進、医療機関や薬局における後発医薬品の使用促進等を行ってきた。

その後、社会保障・税一体改革大綱（2012年2月閣議決定）において、後発医薬品推進のロードマップを作成し、さらなる使用促進を図ることとされたこともあり、2013（平成25）年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を作成した。このロードマップにおいて、後発医薬品と後発医薬品のある先発医薬品をベースとした数量シェアを2018（平成30）年3月末までに60%以上にする新たな目標を定めた。なお、この目標については、これまで全医療用医薬品をベースとしていたが、国際的な比較が容易にでき、的確な施策を行えるようベースの変更を行ったところである。また、目標については、達成状況のモニタリングを行い、その結果や諸外国の動向を踏まえ、適宜見直しを行うこととしている。このロードマップの中の主な取組みとして①安定供給、②品質に対する信頼性の確保、③情報提供の方策、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項、⑥ロードマップの実施状況のモニタリング、の6項目を挙げモニタリングの結果を踏まえ必要な促進策を適宜追加することとしている。2014（平成26）年度は、モニタリングや後発医薬品の推進の意義や品質についての効果的な情報提供を行うこととしており、また、平成26年度診療報酬改定においては、①後発医薬品の調剤率の高い薬局の評価に関する指標の引上げ、②DPC制度（急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度）において、後発医薬品の使用割合が高い医療機関を高く評価する仕組み（後発医薬品指数）の導入等を行ったところである。

また、各都道府県においても、「後発医薬品の安心使用促進のための協議会」を設置し、地方の実情に応じた普及・啓発をはじめとした環境整備を行っている。

第4節 安定的で持続可能な医療保険制度の実現

1 高額療養費、高齢者医療制度の見直し

(1) 高額療養費の見直し

高額療養費制度は、病院等での窓口負担が高額になった場合、家計の負担が過重なものとならないよう月単位で窓口負担の上限額を設ける制度として、我が国における医療保険制度の重要な柱となっている。どれだけ医療費が高額になったとしても、所得に応じた窓口負担の上限額（一般的には月額約80,100円）までの支払いで済むこととなり、国民生活の安定と医療の確保に貢献している。

今後、所得に応じてよりきめ細やかな対応が可能となるよう制度の見直しを行い、2015（平成27年）1月から、所得区分を3区分から5区分に細分化し、所得が相対的に低い方（年収約370万円以下）の窓口負担の上限額を約80,100円から57,600円に引き下げることにしている。

(2) 高齢者医療制度について

現行の高齢者医療制度は、高齢化の進展に伴い増大する医療費を制度横断的に社会全体で支えるという考え方に基づき2008（平成20）年4月から実施されており、社会保障制度改革国民会議の報告書においては、後期高齢者医療制度について、「現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、必要な改善を行っていくことが適当」とされた。

これを踏まえ、プログラム法に基づき、2015（平成27）年の法案提出を目指し後期高齢者支援金の全面総報酬割、高齢者医療の費用負担の在り方等について検討するとともに、医療保険制度改革の実施状況等を踏まえ、必要に応じ、高齢者医療制度の在り方についてさらに検討を行うこととしている。

70歳から74歳の患者負担については、2008年以降暫定的に1割となっていたが、世代間の公平の観点に立って、2014（平成26）年4月に新たに70歳になる者（69歳まで3割であった者）から段階的に法律上の2割とし、同年3月末までに既に70歳に達している者は1割の特例措置を継続することとした。併せて、低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額は据え置いた。

2 保険料軽減、賦課限度額見直し

国民健康保険及び後期高齢者医療の保険料（税）は、被保険者の負担能力に応じて賦課される応能分と、受益に応じて等しく被保険者に賦課される応益分から構成され、世帯の所得が一定額以下の場合には、応益分保険料（税）の7割、5割又は2割を軽減している。低所得者の保険料（税）負担を軽減するため、2014（平成26）年度の保険料（税）から、5割軽減と2割軽減の対象世帯を拡大することとした。

また、高齢化の進展等により医療給付費等が増加する一方で、被保険者の所得が伸びない状況において、高所得層により多く負担いただき、中間所得層の被保険者に配慮した保険料（税）設定を可能とするため、国民健康保険及び後期高齢者医療において、同年度分の保険料（税）から、賦課限度額を引き上げることとした。

3 平成26年度診療報酬改定

平成26年度診療報酬改定では、保険料等の増加は極力避けつつも、消費税財源を活用し、診療報酬本体を0.1%のプラス改定とした。また、平成26年4月からの消費税率8%への引上げに伴い、医療機関等の仕入れに係る消費税負担が増加することから、消費税対応分としてプラス1.36%を確保した。さらに、国民負担を増やさず医療の充実を行うため、診療報酬とは別に、「新たな財政支援制度」（基金）に公費904億円を確保した。

基本的な考え方としては、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・連携、質の高い在宅医療の推進等に取り組み、地域包括ケアシステムの構築を図ることとしている。

具体的には、入院医療の機能分化・連携に向けて、7対1入院基本料の要件について、急性期より複雑な病態の患者に見合ったものに見直すとともに、急性期後の受け皿病床の充実等を図るため、地域包括ケア病棟入院料の創設等を行った。外来医療の機能分化・連携については、大病院の紹介率・逆紹介率を引き上げるための取組みを進めるとともに、患者に身近な診療所や中小病院において、複数の慢性疾患をもつ患者に対し、健康管理や服薬管理等も含め継続的かつ全人的な医療を行う「主治医機能」への評価を新設し

た。在宅医療については、医療機関や訪問看護ステーションの実績に応じた評価を進めるとともに、同一建物の複数患者への訪問の評価を見直すなど、質の高い在宅医療の推進に取り組んだ。また、同一建物以外の在宅患者を中心に訪問歯科診療を行う歯科診療所の評価の充実、24時間対応等の基準を満たす在宅業務を行う薬局の評価の充実等を行ったところである。

このほかにも、勤務医の負担軽減のための時間外・休日・深夜の手術等の加算の見直しや、処方せん受付回数が多く、特定の医療機関からの処方せんの割合が高い薬局の評価の見直し等を行った。

また、薬価制度については、革新的な医薬品の開発等を促進するため、後発医薬品のない一定の新薬の薬価を維持する「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」の試行の継続、世界に先駆けて日本で承認を取得した場合の評価の導入等を行うとともに、後発医薬品の使用促進のため、長期収載品について、後発医薬品の薬価収載から5年経過後も後発医薬品への適切な置換えが図られていない場合の特例的な薬価の引下げ制度の導入等を行った。

4 被災者支援

2014（平成26）年度は、避難指示区域等の被災者について、医療保険の窓口負担及び国民健康保険・後期高齢者医療制度の保険料（税）の免除を行う保険者に対する国による特別の財政支援を、2013（平成25）年度に引き続き、基本的に延長することとしている。

しかしながら、医療保険制度における窓口負担・保険料（税）は、受益と負担の公平性の観点から、被保険者が負担すべきものであり、国による区域指定の解除から一定期間が経過する中、本来の医療保険制度に近づける必要がある。こうしたことから、旧緊急時避難準備区域等の上位所得層については、2014年10月以降、特別の財政支援の対象外とし、住宅の全半壊や主たる生計維持者が死亡又は行方不明等、被災者の状況によって保険者が減免を行い、保険者の財政負担が著しい場合に、減免額の10分の8以内の額を国が財政支援することとしている。

なお、避難指示区域等以外の被災者の国民健康保険・後期高齢者医療制度の窓口負担・保険料（税）については、保険者の判断により減免を行うことが可能であり、減免により保険者の財政負担が著しい場合に、減免額の10分の8以内の額を国が財政支援することとしている。

第5節 地域包括ケアシステムの構築と安心で質の高い介護保険制度

1 地域包括ケアシステムの実現と介護保険制度の持続可能性の確保

2000（平成12）年4月に社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして創設された介護保険制度は今年で15年目を迎えた。

介護サービスの利用者は在宅サービスを中心に着実に増加し、2000年度には184万人であったサービス受給者数は、2012（平成24）年度には458万人となっている（[図表6-5-1](#)）。また、2010（平成22）年に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集」によれば、60%を超える方から「介護保険を評価している」

と回答をいただいている（図表6-5-2）。介護保険制度は着実に社会に定着してきている。

高齢化がさらに進展し、「団塊の世代」が75歳以上となる2025（平成37）年の日本では、およそ5.5人に1人が75歳以上高齢者となり、認知症の高齢者の割合や、世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみの世帯の割合が増加していくと推計されている。特に、首都圏を始めとする都市部では急速に高齢化が進むと推計されている。一方で、自身や家族が介護を必要とする時に受けたい介護の希望を調査したアンケートによれば、自宅での介護を希望する人は70%を超えている。（「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集」）

そこで、このような社会構造の変化や高齢者のニーズに応えるために「地域包括ケアシステム」の実現を目指している。「地域包括ケアシステム」とは、地域の事情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことをいう。高齢化の進展のスピードや地域資源の状況などは地域によって異なるため、それぞれの地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を可能とすることが重要である。

2005（平成17）年に行われた介護保険法の改正により、地域密着型サービス導入や地域包括支援センターの創設など、地域包括ケアシステムの実現に向けてその第一歩を踏み出した。

2012年に施行された改正介護保険法と介護報酬改定によって、介護サービス提供体制の充実に向けた取組みが一層図られ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスが創設された。また、平成24年度介護報酬改定においては、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、在宅サービスの充実と施設の重点化、自立支援型サービスの強化と重点化、医療と介護の機能分担・連携の推進、介護人材の確保とサービスの質の向上のための取組みを行った。さらに、市町村は、従来の高齢者の利用意向調査にとどまらず、日常生活圏域ごとにニーズ調査を実施し、地域の高齢者の心身の状況や置かれている環境などの課題や必要とするサービスを的確に把握・分析するよう、介護保険事業計画の策定方法を見直した。2012年度からは、医療・介護等の多職種が協働し、困難事例等の個別事例を検討することを通じて、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、地域支援ネットワークの構築、地域課題の把握を目指す地域ケア会議を推進しており、2013（平成25）年度には、地域包括支援センター職員向け研修の開催や地域ケア会議に係る事例集を公表^{*9}・周知する等、市町村の取組みの支援を行った。

また、介護保険制度が定着し、サービス利用の大幅な伸びに伴い、介護費用が急速に増大している。介護保険制度開始当時の2000年度は3.6兆円だった介護費用は、2013年度には9.4兆円となっており、高齢化がさらに進展し、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、介護費用は約21兆円^{*10}になると推計されている。介護費用の増大に伴い、介護保険制度創設時に全国平均3,000円程度であった介護保険料は、現在約5,000円になっており、2025年には約8,200円^{*10}になると見込まれている。

このような介護保険制度の状況等を踏まえ、社会保障制度改革の全体像や進め方を明らかにした社会保障制度改革プログラム法が成立したこと等を受け、第186回通常国会に

*9 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf

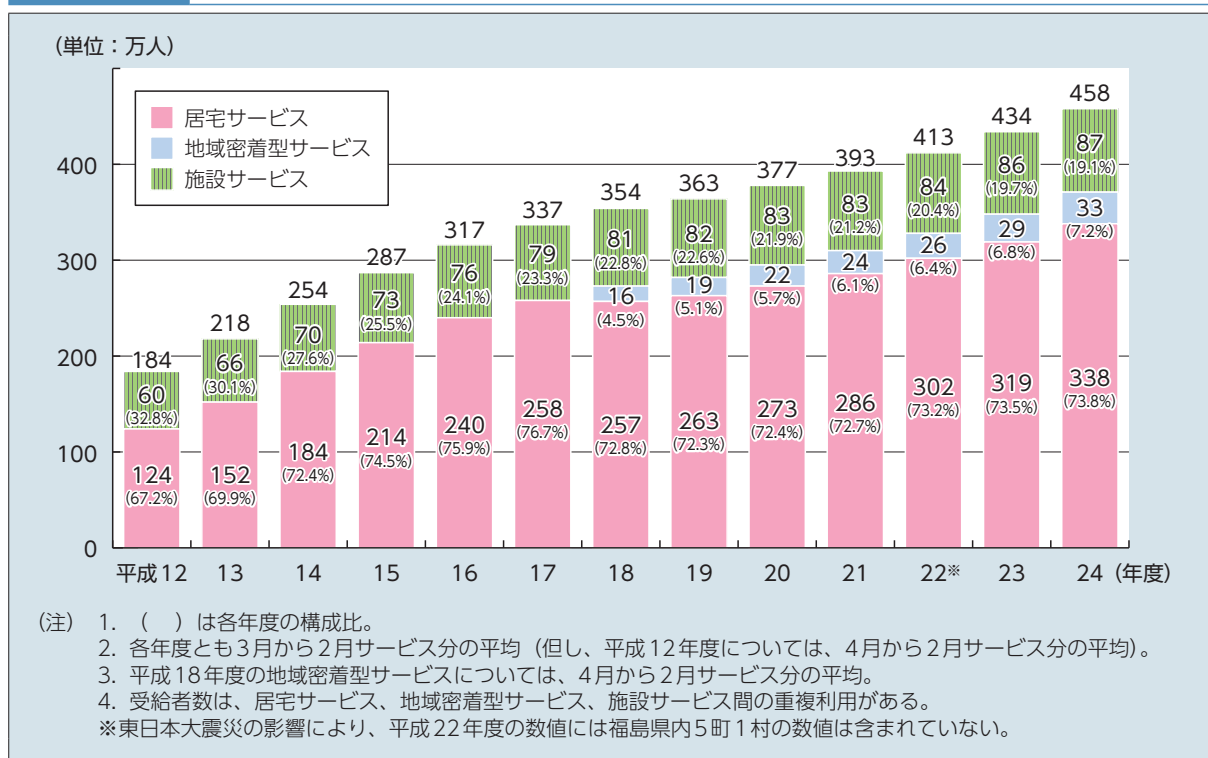
*10 「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」（平成24年3月）の改革シナリオの推計に基づく。

医療介護総合確保推進法案を提出している。この法律案における介護分野の制度改革については、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保のための見直し事項が盛り込まれている。(図表6-5-3)

具体的には、地域包括ケアシステムの構築の推進の観点から、消費税増収分を用いて、医療介護連携の推進、認知症施策の充実、地域ケア会議の推進及び生活支援サービスの基盤強化のため、地域支援事業の充実を図ることとしている。また、要支援者の多様な生活支援や社会参加のニーズに対応するため、介護予防給付の訪問介護・通所介護を市町村が介護保険財源を活用して実施する地域支援事業に移行する。これを通じて、市町村を中心とした支え合いの体制作りを推進し、高齢者が参加し自らが担い手となる支援など多様な担い手による多様なサービスの提供体制を整える。さらに、特別養護老人ホームについては、限られた資源の中で、より入所の必要性の高い方が入所しやすくなるよう、入所を原則要介護3以上に限定することとし、中重度の要介護高齢者を支える施設としての機能に重点化を図ることとしている。

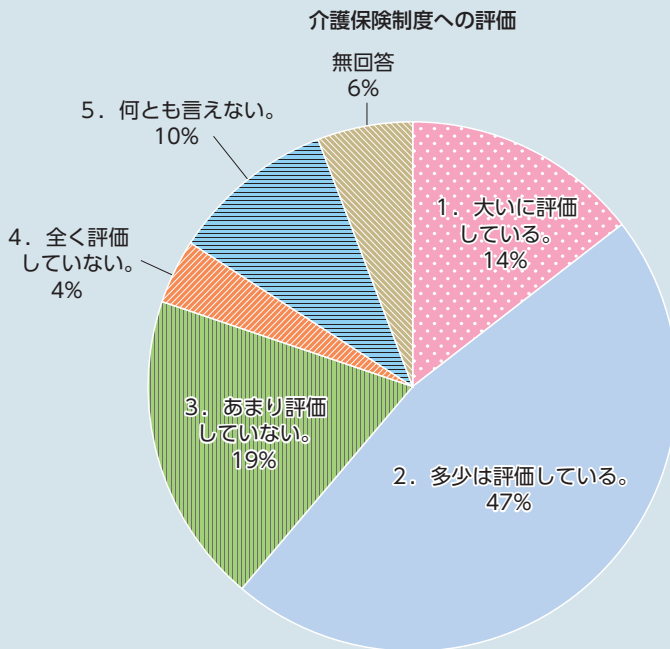
費用負担の公平化の観点からは、消費税増収分を用いて、低所得の高齢者の保険料軽減を強化する一方、一定以上の所得がある方は現在一律に1割であるサービス利用時の自己負担を2割とする措置や低所得の施設利用者に対して一定の食費・居住費を補助する「補足給付」の要件に資産などを追加する措置を講じることとしている。

図表 6-5-1 サービス受給者数の推移



図表 6-5-2 介護保険制度への評価

○約6割が介護保険制度を評価している（大いに評価14%、多少は評価47%）
 ○一方、評価していない人が約2割（あまり評価していない19%、全く評価していない4%）



国民が安心してできる持続可能な医療・介護の実現

図表 6-5-3 介護保険制度の改正案について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実
 - ①在宅医療・介護連携の推進
 - ②認知症施策の推進
 - ③地域ケア会議の推進
 - ④生活支援サービスの充実・強化
 - *介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
 - *介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

- ①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
 - *段階的に移行（～29年度）
 - *介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。
 - *見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、特定非営利活動法人、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。
- ②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化（既入所者は除く）
 - *要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

- 低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 - *給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 - *保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
 - *軽減例：年金収入80万円以下5割軽減→7割軽減に拡大
 - *軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

- ①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
 - *2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に相当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
 - *医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ
- ②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
 - *預貯金等が単身1,000万円超、夫婦2,000万円超の場合は対象外
 - *世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
 - *給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案
 - *不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

2 新たな視点に立脚した認知症施策の推進

今後、高齢化のさらなる進展により、認知症の人は更に増加することが見込まれているため、認知症施策のより一層の推進を図るため、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームを設置し、2012（平成24）年6月に「今後の認知症施策の方向性について」をとりまとめた。このとりまとめでは、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、「この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築すること」を基本目標とした。

このとりまとめを踏まえ、2012年9月に2013（平成25）年からの5年間の具体的な計画「認知症施策推進5か年計画」（[図表6-5-4](#)）を策定した。

「認知症施策推進5か年計画」では、これまでの認知症の人に徘徊などの行動・心理症状等による「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼であったケアから、今後目指すべきケアとして「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」を基本的な考え方とし、7つの視点（①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成）に立った施策を推進する。

今後、「認知症施策推進5か年計画」の着実な実施を図り、全国の自治体で、認知症の人とその家族が安心して暮らしていける支援体制を計画的に整備する。

図表 6-5-4 認知症施策推進5か年計画（抜粋版）

「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（抜粋版）
（平成25年度から29年度までの計画）

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置^(注)
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
- 早期診断等を担う医療機関の数
 - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。
- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - ・平成27年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ・平成24年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
 - ・平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画に反映

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症高齢者数の居場所別内訳	平成24年度	平成29年度
認知症高齢者数	305万人	373万人
在宅介護（小規模多機能型居宅介護等を含む）	149万人	186万人
居住系サービス（認知症対応型共同生活介護等）	28万人	44万人
介護施設（介護老人福祉施設等）	89万人	105万人
医療機関	38万人	38万人

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数
平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人
- 認知症サポーターの人数（累計）
平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人
- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
将来的に、すべての市町村（約1,700）での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
 - ・平成25年度以降 「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
 - ・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数
平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定
 - ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
新規 → 平成29年度末 87,000人

(注) 「認知症初期集中支援チーム」の設置について、平成26年度予算では、地域支援事業（任意事業）で100カ所を計上

3 定期巡回・随時対応サービス等の普及促進

医療や介護が必要となっても、住み慣れた地域と住まいで必要な医療・介護サービスを利用しながら、在宅生活の継続を希望する高齢者が多いことが、様々な調査で明らかになっている。このため、単身・重度の要介護者などが、できる限り在宅生活を継続できるよう、訪問介護と訪問看護の連携の下で、適切なアセスメントとマネジメントに基づき、日中・夜間を通じて、定期巡回訪問と随時の対応等を適宜・適切に組み合わせて提供する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を2012（平成24）年4月に創設した。2014（平成26）年3月現在、196保険者（市町村）で実施している。このサービスについては、夜間・深夜の対応が中心、利用者からのコールが中心など事業者の負担が大きいというイメージがあるが、実際にサービスに参入した事業者からは実態は異なるとの報告がなされている。加えて、これらの需要が潜在化している実態を市町村、事業者、ケアマネジャーに周知することなども必要である。

また、医療ニーズの高い中重度の要介護者の地域における療養生活の継続を支援するため、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有する「複合型サービス」を2012年4月に創設した。2014年3月現在、106事業所で実施している。これにより、医療ニーズの高い利用者も状況に応じて柔軟に「通い」「泊まり」「訪問（看護・介護）」のサービスを組み合わせ、地域における多様な療養支援を受けることができる。

高齢者が住み慣れた地域での療養生活を継続するために、今後もこれらのサービスを更に普及させていく等、看護・介護サービスの提供体制の充実を図っていくことが必要である。

4 高齢者向け住まいや介護基盤の整備

高齢化が急速に進む中で、世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみ世帯が増加していることから、これら的高齢者が生活支援、介護等のサービスを受けながら安心して暮らせる高齢者向け住まいを確保することが重要である。

この場合、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等の住まいに関する制度があることから、高齢者がそれぞれの状態に応じて、必要な支援やサービスを利用しながら生活できるよう、さまざまな住まいが確保されることが必要である。

サービス付き高齢者向け住宅については、国土交通省と連携しながら、高齢者を対象とした安否確認サービスや生活相談サービスを提供する高齢者向け住まいとして、その供給を更に促進していく。

なお、高齢者の場合、介護が必要になったり、認知症が発症したりすることが想定されるが、このような状態変化を理由に、サービス付き高齢者向け住宅の事業者側から入居者に対して退去を迫ることはできない制度となっているため、必要に応じて事業者は介護や生活支援などのサービス提供体制を整える必要がある。

また、低額な料金で住まいなどを提供する軽費老人ホームや、要介護度が重くなったなどの理由により、在宅での生活が困難になった高齢者が入所する特別養護老人ホーム等、介護基盤の整備を引き続き進めていく。

5 介護人材の確保

高齢化の進行に伴い、介護サービスのニーズが高まる中で、介護分野を支える介護職員の人材確保とともに、質の高いサービスを提供していくことが必要である。一方、介護職員の処遇を見ると、医療・福祉分野における他職種と比べて平均賃金が低い傾向にあることや、入職率が高い一方で離職率も高く、入職後に定着しにくい傾向がある。介護職員が誇りをもって仕事に取り組むことができるよう、介護職員の処遇を改善するとともに、キャリアパスを確立するなど、介護職員が介護の世界で生涯働き続けることができるような労働環境の整備が課題である。

こうした状況を踏まえ、平成21年度介護報酬改定において、プラス3.0%の改定を行い、さらに2009（平成21）年度第一次補正予算において、介護職員（常勤換算）1人当たり平均月1.5万円の賃金引き上げに相当する介護職員処遇改善交付金を創設し、平成24年度介護報酬改定においても、プラス1.2%の改定を行い、介護職員処遇改善交付金による処遇改善の取組みが継続されるよう「介護職員処遇改善加算」を創設し、介護職員の処遇改善に着実に取り組んできた。

2012（平成24）年現在、介護職員は約153万人であり、2025（平成37）年には約237～249万人必要になると推計されており、さらに介護職員の処遇改善やキャリアパスの確立に向けた取組みが求められている。

6 超高齢社会に対応した生活支援の充実

世界のどの国もこれまで経験したことの無い超高齢社会を迎えるにあたり、介護保険制度を持続可能なものとし、高齢者が安心して生活できる社会の構築に取り組んでいく必要がある。同時に、世界に例をみない速度で進行する超高齢社会にどのように対処するのかを示すことが我が国の国際的使命でもある。

そこで、これから高齢者介護の在り方を再検討することが求められる。注目されるのは「互助」や「自助」の取組みである。これまでも介護保険をはじめとする制度化された社会保障としての「共助」に加えて、近隣の助け合いやボランティアなど制度化されていないインフォーマルな相互扶助である「互助」や、自ら生活を支え健康を維持する「自助」の取組みは大変重要であると考えられてきた。

制度化された社会保障の「共助」には我が国の財政状況や保険料負担を考えると、それだけでは限界がある。一方で、低所得者など「自助」を求めることが困難な方もいる。従って、介護保険制度の持続可能性を考慮しつつ、地域包括ケアシステムを実現するに当たっては、「互助」の取組みがますます必要となってくる。

そこで、「互助」の取組みを支援するため、新たに高齢者の生きがい活動や地域貢献等を目的とした特定非営利活動法人等非営利組織の活動の場となる「地域支え合いセンター」の整備を推進している。また、企業を退職した高齢者等が、地域社会の中で役割を持っていきいきと生活できるよう、有償ボランティア活動等により一定の収入を得ながら、自らの生きがいや健康づくりにもつながる活動を行うことで、同時に介護予防や生活支援のサービス基盤となるモデル的な活動拠点の立ち上げを支援している。

また、ボランティアの養成や通いの場の整備などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置など市町村が中心となって生活支援の基盤整備を推進し、

高齢者の多様なニーズに対応できるように取り組んでいる。その中においては、活動の担い手としての高齢者の社会参加が促され、このことが高齢者自身の介護予防にもつながると考えられる。

第6節 福祉・介護人材の確保対策

福祉・介護人材の確保については、2009（平成21）年以降、一定の改善が見られたものの、依然として、人材の確保が困難である状況が続いている。

特に、介護人材については、2012（平成24）年度で約149万人と推計されているが、今後、急速に進展する高齢化により、介護へのニーズが増大することが予想され、2025（平成37）年度には約237万人～249万人必要になると見込まれている。

その一方で、介護職の有効求人倍率は上昇している中、①介護職の離職率は近年、低下傾向にあるが、いまだ全産業平均と比べより高い水準にある（介護労働者：17.0%、全産業平均：14.8%）、②介護福祉士の資格を有しながら介護分野で働いていない、いわゆる潜在的有資格者が多数存在する（登録者108万人のうち介護職は57万人）等の課題を抱えており、質の高い介護人材の安定的確保は喫緊の課題となっている。

こうした現状を踏まえ、厚生労働省では、介護のイメージアップによる若年層へのアピール等の「参入促進」、キャリアパスの確立等による「資質向上」、介護職員の処遇改善や雇用管理改善等の「環境改善」という取組みを一体的に講じている。

具体的には、「福祉・介護人材確保緊急支援事業」により、各都道府県が実施する、小・中・高校生を対象とした介護体験の実施、潜在的有資格者を対象とした介護サービスの知識や技術等を再確認するための研修等の地域の実情に応じた多様な取組みを支援している。

また、全国の主要なハローワークに設置する「福祉人材コーナー」において、きめ細かな職業相談・職業紹介、求人者に対する求人充足に向けての助言・指導等を行うとともに、「福祉人材コーナー」を設置していないハローワークにおいても、福祉分野の職業相談・職業紹介、職業情報の提供及び「福祉人材コーナー」への利用勧奨等の支援を実施している。

加えて、ハローワークと福祉人材センターや介護労働安定センター等の関係団体等が連携し、求職者・求人者を対象に、各機関のノウハウや情報を活用した合同説明会や合同就職面接会等を開催している。

さらに、福祉人材センターにおいても、職業相談、職業紹介を行うとともに、当該センターに配属された専門員が求人事務所と求職者双方のニーズを的確に把握した上で、マッチングによる円滑な人材参入・定着支援等の実施を行っているほか、小・中・高校生を対象とした介護の職場体験等を実施し、将来の福祉・介護の担い手の確保につなげる取組みを行っている。

公共職業訓練や求職者支援訓練においては、今後の成長が見込まれる介護、情報通信分野等において必要とされる人材の確保に重点を置いて訓練を実施しており、特に、公共職業訓練においては、雇用の受け皿として期待できる介護分野での安定雇用を実現するため、2009年度から2年間の介護福祉士養成コースを実施している。

一方、介護労働者は、働く中で賃金や勤務時間、身体的負担に関する悩み、不安、不満等を持っており、他産業と比べて離職率が高い状況にある。平成23年度介護労働実態調査によると、労働条件・仕事の負担についての悩み、不安、不満等（複数回答）として、「仕事内容の割に賃金が低い」が44.2%で最も多く、次いで「人手が足りない」が40.2%、「有給休暇が取りにくい」が36.1%、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」が30.8%の順に多くあげられているなど、特に雇用管理等の面で解決すべき課題が多い。そのため、介護労働者の労働環境の整備に資する介護福祉機器（移動用リフト等）や雇用管理制度を導入・適用した事業主に対する助成措置や、介護労働安定センターによる事業所の雇用管理改善（募集採用、労働時間、賃金制度、従業員間のコミュニケーション等）に関する相談援助等を行い、介護労働者の雇用管理の改善を図っている。