

## 第7章 国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現

### 第1節 地域における医療・介護の総合的な確保の推進

#### 1 医療及び介護の総合的な確保の意義

急速に少子高齢化が進む中、我が国では、2025（平成37）年にいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、超高齢社会を迎える。こうした中で、国民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことは喫緊の課題である。

我が国における医療及び介護の提供体制は、世界に冠たる国民皆保険を実現した医療保険制度及び創設から16年目を迎え社会に定着した介護保険制度の下で、着実に整備されてきた。しかし、高齢化の進展に伴う高齢者の慢性疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、医療ニーズについては、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく必要性が高まってきている。一方で、介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まってきている。また、人口構造が変化していく中で、医療保険制度及び介護保険制度については、給付と負担のバランスを図りつつ、両制度の持続可能性を確保していくことが重要である。

こうした中で、医療及び介護の提供体制については、サービスを利用する国民の視点に立って、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、かつ、効率的に提供されているかどうかという観点から再点検していく必要がある。また、高齢化が急速に進む都市部や人口が減少する過疎地等においては、それぞれの地域の高齢化の実情に応じて、安心して暮らせる住まいの確保や自立を支える生活支援、疾病予防・介護予防等との連携も必要である。

このように、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

#### 2 プログラム法と医療介護総合確保推進法

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）が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。）に規定された。

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6月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（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）が成立し、医療法、介護保険法等の関

係法律の改正が行われた。

### 3 総合確保方針と地域医療介護総合確保基金

2014（平成26）年に一部改正された地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）に基づき、医療・介護サービスの一体的・総合的な確保を図るため、医療・介護の関係者等により構成される「医療介護総合確保促進会議」での議論を踏まえて、同年9月12日、「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。）を策定した。

総合確保方針では、都道府県が地域のニーズ等に即して、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（都道府県計画）を作成することとされており、2014年度については、全ての都道府県から提出があったところである。

また、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よる基金（地域医療介護総合確保基金）の設置を進め、2014年度においては、医療分として①病床の機能分化・連携のために必要な事業、②在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業、③医療従事者等の確保・養成のための事業等を実施するため、602億円（都道府県負担額を含め、基金額904億円）を交付したところである。

2015（平成27）年度は、医療分904億円（うち、国602億円）に加え、介護分724億円（うち、国483億円）を追加し、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備や、地域密着型の介護サービス等の基盤整備、さらに、医療・介護の人材確保などのために充てることとなった。

なお、地域医療介護総合確保基金の運用については、医療介護総合確保促進会議において、PDCAサイクルを回していくこととしており、これにより、基金が有効に活用されるように取り組んでいくこととしている。

## 第2節 安心で質の高い医療提供体制の構築

### 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2月に国会に医療介護総合確保推進法案を提出し、同年6月に成立した。

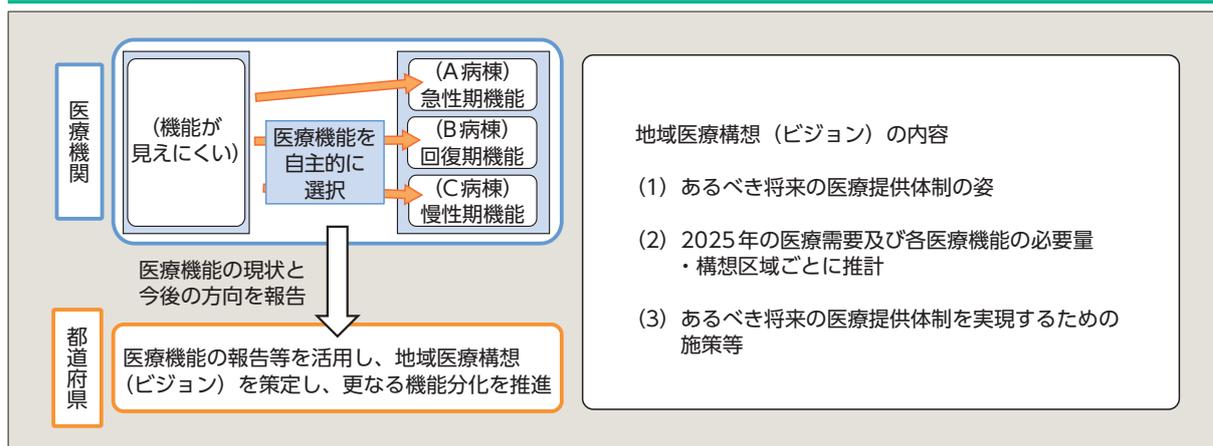
### (1) 地域医療構想の策定と医療機能の分化・連携の推進

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では、病床の機能の分化・連携を進めるとともに、地域医療として一体的に地域包括ケアシステムを構成する在宅医療・介護サービスの充実を図るための制度改正を行った。

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、都道府県は医療機関に報告を求め、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、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、病床の機能ごとの将来の必要量等、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、地域ごとにバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めることとしている。

都道府県は、医療関係者、医療保険者等、幅広い関係者と連携を図りつつ、地域医療構想を策定し、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域医療構想の実現を目指すこととしている。

図表7-2-1 地域医療構想（ビジョン）について



### (2) 都道府県医療計画におけるPDCAサイクル推進

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、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。

### (3) 地域医療連携推進法人制度の創設に関する検討

『日本再興戦略』改訂2014（平成26年6月24日閣議決定）において、地域内の医療・介護サービス提供者の機能分化や連携の推進等に向けた制度改革を進め、医療、介護サービスの効率化・高度化を図り、地域包括ケアを実現するため、複数の医療法人等を社

員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする新たな法人制度を創設することとされたことを受け、厚生労働省で開催した「医療法人の事業展開等に関する検討会」において検討を進めた結果、地域の医療機能の分化・連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人制度を創設することとし、その具体的な制度設計等が取りまとめられた。

この取りまとめの内容を踏まえ、地域医療連携推進法人制度の創設を盛り込んだ「医療法の一部を改正する法律案」を2015（平成27）年4月に国会に提出し、同年9月に成立した。

## （4）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、2015（平成27）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地域に設置され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二次救急医療機関の確保に対する支援、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、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、2015年3月末現在、36道府県で44機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、引き続き地域医療介護総合確保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


子どもの急な病気に困ったら、まず  
**小児救急電話相談**

# 8 0 0 0

— 小児救急電話相談（#8000）事業とは —

★ 小さなお子さんをお持ちの保護者の方が、休日・夜間の急な子どもの病気にどう対処したらよいのか、病院の診療を受けたほうがいいのかなど判断に迷った時に、小児科医師・看護師への電話による相談ができるものです。

★ 全国同一の短縮番号 **☎0000** をプッシュすることにより、お住まいの都道府県の相談窓口へ自動転送され、小児科医師・看護師からお子さんの症状に応じた適切な対処の仕方や受診する病院等のアドバイスを受けられます。



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、2015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。

図表 7-2-2 小児電話相談実績（平成16年度～平成25年度比較）



### 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、2015年度予算において、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室（MFICU<sup>\*1</sup>）、新生児集中治療室（NICU<sup>\*2</sup>）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、地域医療介護総合確保基金を活用し、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。

\*1 MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略。

\*2 NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。

#### 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（2015年4月1日現在695か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT\*3）の養成等を進めてきた（2015年4月1日現在1,426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ター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っている。

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、2015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等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次へき地保健医療計画（2011年度～2015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。

### (5) 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

\* 3 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及び国立病院機構大阪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みを行うとともに、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。

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、「地域医療介護総合確保基金」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している。さらに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療・介護連携の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、2015（平成27）年度以降、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年度から2014年度の2年間でモデル事業を実施し、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に必要な施策をまとめ、今後全国的な体制整備を推進していく。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。

## （6）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するとともに、2010（平成22）年度第一次補正予算及び2012（平成24）年度補正予算において基金の積み増しを行い、都道府県が2013（平成25）年度までの5年間で計画期間として策定した地域医療再生計画に基づく取組みを支援している。（予算総額4,950億円）

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。

また、2011（平成23）年度第三次補正予算、2012年度予備費及び2015（平成27）年度予算においては、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）及び茨城県を対象に基金の積み増しを行い、被災3県が2015年度までの5年間で計画期間として策定した医療の復興計画及び茨城県が策定した地域医療再生計画に基づく取組みを支援している。（予算総額1,272億円）

## （7）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<sup>\*4</sup>。

#### 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

\*4 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/>

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<sup>\*5</sup>

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。

### ④ 大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォースの設置

高度医療の提供等の役割を担う特定機能病院等において医療安全に関する重大な事案が相次いで発生したことを踏まえ、国民の信頼回復に向けて、2015（平成27）年4月30日に厚生労働省に「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」を設置した。このタスクフォースにおいては、特定機能病院の大半を占める大学附属病院等における医療安全に係る管理運営の実態の把握や先進的な医療を行う病院での医療安全の管理体制の実態を把握するため、大学附属病院及び先進的な医療を行う病院に対する集中検査の実施、並びに当該立入検査の結果を踏まえた特定機能病院の承認要件、立入検査項目及び高難度の新規医療技術導入のプロセスの見直し等を迅速かつ的確に実施することとしている。

## 2 医療事故調査制度の施行

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医療介護総合確保推進法案を2014（平成26）年2月に国会に提出し、同年6月に成立した。

この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、

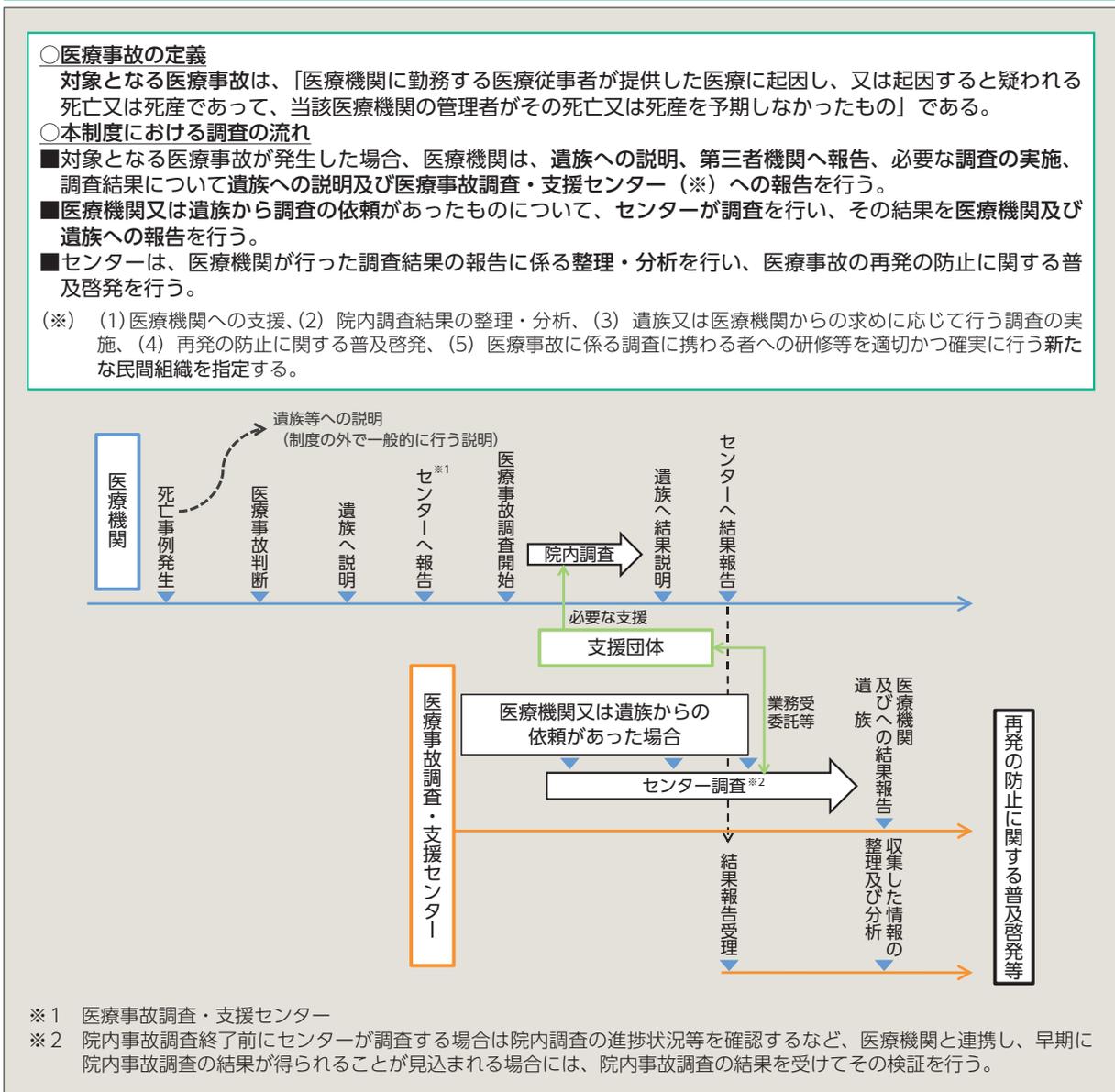
①医療事故（医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者が死亡又は死産を予期しなかった

<sup>\*5</sup> 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/>

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。

図表7-2-3 医療事故調査制度の仕組み



### 3 産科医療補償制度\*6

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

\*6 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.jqchc.or.jp/index.html>

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。

## (8) 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<sup>\*7</sup>）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。

## (9) 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。

## (10) 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療<sup>\*8</sup>の体制整備

人生の最終段階における医療のあり方については、一人一人の生命観や倫理観に係る問題であることから、国民の間で広く議論が必要な課題である。そのため、医療機関や在宅医療の場では、本人の意思を踏まえた治療方針について、家族や医療関係者として十分な意思疎通が図れるよう、2006（平成19）年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した。さらに、2014（平成26）年には、10医療機関に相談員を配置し、相談員がこのガイドラインに沿って患者の人生の最終段階における医療についての相談に乗るモデル事業を実施し、その成果の普及を図っている。こうした取組みを通じて国民が人生の最終段階における医療に関する意思表示をすることを支援している。

# 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ている。また、2010（平成22）年度からは、卒業後に特定の地域や診療科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）等を活用した医学部入学

<sup>\*7</sup> 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>

<sup>\*8</sup> 「人生の最終段階における医療」  
厚生労働省では、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの検討会の指摘を踏まえ、2014（平成26）年から「終末期医療」に代えて「人生の最終段階における医療」と表現している。

定員の増員を行っており、2007（平成19）年度の定員に比べ、2015（平成27）年度には1,509名の定員が増員され、合計で9,134名（うち、地域枠は564名）となっている。

## 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（平成23）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」の各都道府県への設置を推進し2014（平成26）年度には対象箇所数を43か所に拡充している。

また、2014年には「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たところである。

2015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地域医療介護総合確保基金における「地域医療支援センター」の運営に対する財政支援②医師不足地域における臨床研修の支援として、医師不足地域で研修医が宿日直研修を行う場合やへき地診療所で研修を行う場合等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、2015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っている。

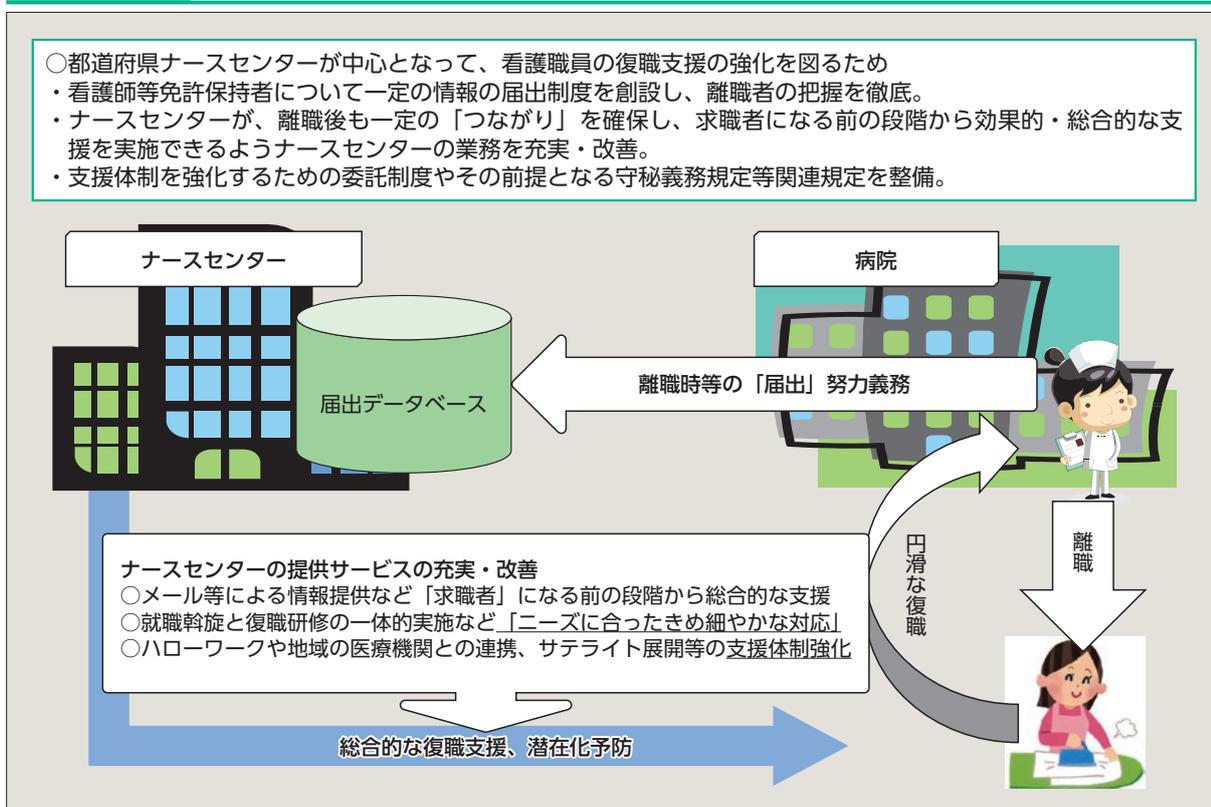
## 3 看護職員の確保

我が国の看護を取り巻く状況は、医療ニーズの増大・高度化などにより大きく変化している。こうした中、看護職員の確保対策として、看護職員の資質向上、養成促進、再就業支援等を推進していたことにより、その就業者数は、毎年着実に増加（2013（平成25）年には約157万人が就業）しているが、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を展望すると、更なる確保対策の強化が求められている。

このため、看護師等の人材確保の促進に関する法律が改正され、2015年10月から、①保健師・助産師・看護師・准看護師の免許保持者が離職する場合等には、その連絡先等を都道府県ナースセンターに届け出ることを努力義務とするとともに、②無料職業紹介や復職研修など、都道府県ナースセンターが提供するサービスの充実・改善を行うことによ

り、看護職員の復職支援の強化を図ることとしている。また、厳しい勤務環境の改善とワーク・ライフ・バランスの確保等を通じた看護職員の定着・離職防止を図るため、医療法が改正され、2014年10月から、医療機関が看護職員を含む医療従事者の勤務環境の改善に取り組む仕組みが導入されている（図表7-2-4参照）。

図表7-2-4 看護師等の復職支援強化の概要



また、地域の実情に応じた看護職員の確保対策をより一層推進するため、2014年度から各都道府県に設置されている地域医療介護総合確保基金を通じて、①看護師等養成所の施設整備・運営、②新人看護職員研修の支援、③ナースセンターの機能強化、④病院内保育所の整備を含む医療機関の勤務環境改善等に関する都道府県の取組みを支援している。厚生労働省が策定した2011年から2015年までの看護職員需給見通しでは、2015年末の需要見通しが約150万1,000人、供給見通しが約148万6,000人（いずれも常勤換算）と見込まれている。

#### 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組みを行ってきた。

なお、①・②については、2014年度から地域医療介護総合確保基金の対象とし、③については、女性医師支援センター事業として継続している。

また、2014年度には、医療や医学の分野の様々な現場において活躍されている女性医師等から構成される「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を開催した。同検討会では、女性医師がライフステージに応じて活躍することができる環境整備の在り方について検討を行い、その検討結果を報告書として取りまとめた。報告書については、医療現場等で活用していただけるよう、都道府県、関係団体等を通じて広く周知している。こうした取組み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、さらに活躍していただくための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、手順書により特定行為を行う看護師に対して研修の受講を義務付けること
- ②CT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こと
- ④インフルエンザ検査のために必要となる鼻腔拭い液の採取等の行為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

については、医療介護総合確保推進法により関係法律の改正を行うことで対応している。

また、チーム医療に関する事業として、2011（平成23）年度は、看護師、薬剤師等の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、各種業務の効率化や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（平成26）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しており、2017（平成29）年度を目安に養成を開始することとしている。また、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、「総合診療専門医」として新たに位置付けることとしている。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年度予算から、研修施設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の在り方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いる。

こうした背景の下、看護職員の資質のより一層の向上を図るため、厚生労働省では、地域医療介護総合確保基金を通じて、病院等が行う新人看護職員研修や都道府県が行う中堅看護職員実務研修、専門分野における質の高い看護師を育成するための研修等に対して財政支援等を行い、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特定の疾患（がんその他の悪性新生物、循環器病、精神・神経疾患、感染症等国際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）等について高度先駆的な研究開発、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。

地域医療機能推進機構<sup>\*9</sup>では、救急からリハビリまでの幅広い医療機能を有し、また約半数の病院に介護老人保健施設が併設されているなどの特長をいかしつつ、地域の医療関係者などとの協力の下、5疾病・5事業の医療、リハビリ、在宅医療等地域において必要な医療及び介護について、全国に施設がある法人として、「急性期医療～回復期リハビリ～介護」まで切れ目なく提供し、地域医療・地域包括ケアの確保に取り組んでいる。

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後発医薬品の情報提供、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」（平成24年2月17日閣議決定）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。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。



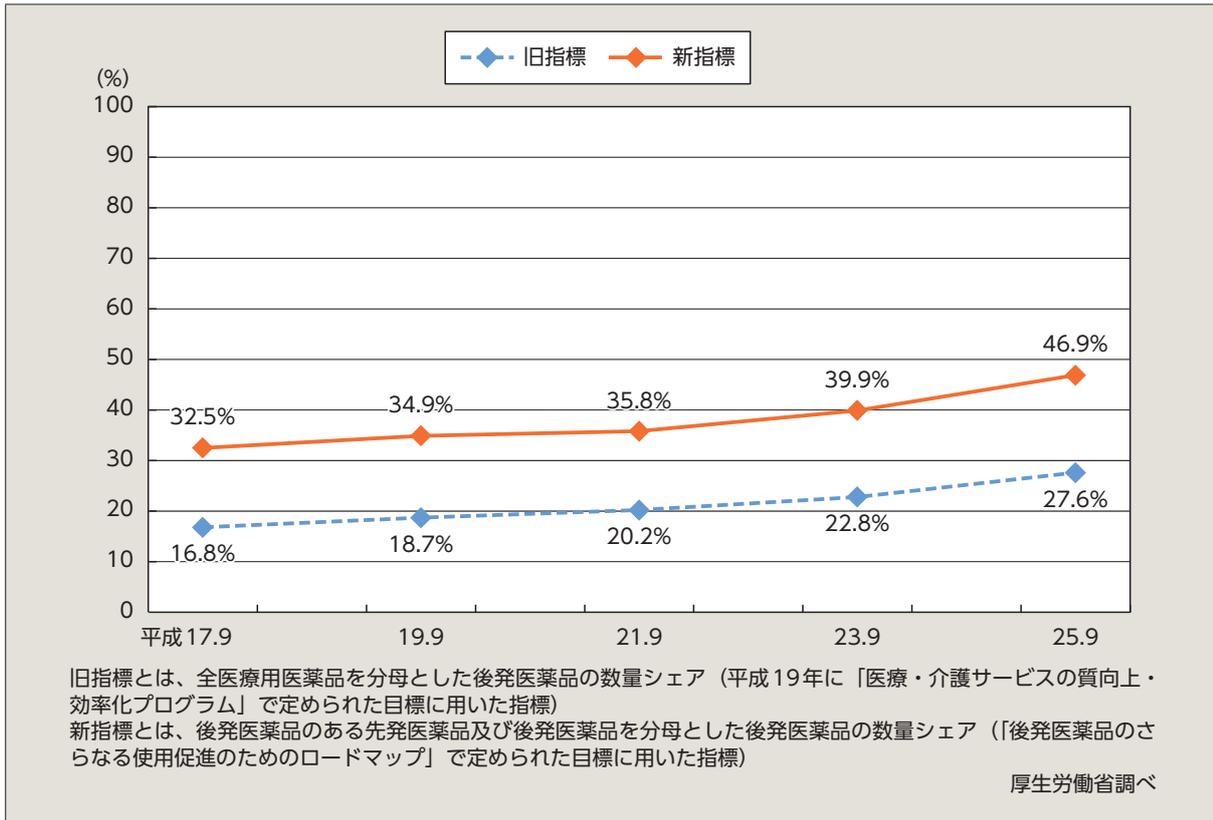
ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

\*9 地域医療機能推進機構（Japan Community Health care Organization：JCHO（ジェイコー））は、年金福祉施設などの整理合理化を目的とした年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）を改組し、病院などの運営などを目的に2014（平成26）年4月1日に設立。

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。

後発医薬品の数量シェアの目標については、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月閣議決定）において、「2017（平成29）年央に70%以上とするとともに、2018年度から2020（平成32）年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする」という新たな目標が定められたところであり、この目標の達成に向けて、引き続き後発医薬品の使用促進を行っていく。

図表7-2-5 ジェネリック医薬品の数量シェアの推移



### 第3節 安定的で持続可能な医療保険制度の実現

#### 1 医療保険制度の現状

我が国は国民皆保険のもと、世界トップレベルの平均寿命の高さ、乳幼児死亡率の低さを達成し、国民の健康を維持してきたが、今後も国民皆保険を堅持し、国民が安心して必要な医療を受けられるようにしていくことが医療政策上の重要なテーマである。加えて、近年、少子高齢化の急速な進展等により、地域包括ケアシステムの必要性が高まり、医療の在り方そのものも変化が求められている。

こうしたことを踏まえ、2014（平成26）年6月に医療介護総合確保推進法が成立し、都道府県を地域医療構想の策定主体と位置付けた上で、病床機能の分化・連携、在宅医療の充実等、医療提供体制の改革を進めているところである。医療保険制度においても、医療提供体制の改革における都道府県の役割強化と方向を同じくし、あわせて、国保が抱え

る財政上の構造問題によりの確に対応できるよう、国保の財政支援を拡充した上で都道府県を国保の財政運営の責任主体と定めるとするほか、被用者保険者間の支え合いを強化するなど、医療保険の財政面での諸課題への取組みを進めるため、本通常国会に持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案（以下「国保法等一部改正法案」という。）を提出、5月に成立、公布された。

## 2 医療保険制度改革の推進

### (1) 国保改革

国民皆保険を支える重要な基盤である国民健康保険制度の安定化を図るため、プログラム法において、財政支援の拡充等により国民健康保険が抱える財政上の構造的な問題を解決することとした上で、都道府県と市町村との適切な役割分担について検討を行い、必要な措置を講ずることとされていた。

これを踏まえて、2014（平成26）年1月以降、厚生労働省と地方との間で「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）」で協議を進め、2015（平成27）年2月12日に、改革内容について合意に達し、当該内容を踏まえ国保法等一部改正法案を提出、5月に成立、公布されたところである。

改革の内容の一つの柱は、国民健康保険への財政支援の拡充等により、財政基盤を強化することである。具体的には、2015年度から低所得者対策の強化のため、保険者支援制度の拡充（約1,700億円）を実施し、2018（平成30）年度以降は、医療費適正化等を進める保険者等に対し、更に約1,700億円の財政支援を行うこととしている。

改革内容のもう一つの柱は、2018（平成30）年度から、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国民健康保険の運営に中心的な役割を担うこととするところである。都道府県は、市町村の保険給付に要した費用を全額、市町村に対して交付するとともに、市町村から国民健康保険事業費納付金を徴収し、財政収支の全体を管理することとなる。さらに、都道府県は、都道府県内の統一的な国民健康保険の運営方針を定め、市町村が担う事務の効率化や広域化に向けた取組み等を推進することとしている。また、市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険料の賦課徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととしている。

### (2) 高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

75歳以上の方々の医療給付費は、約5割を公費、約1割を保険料、残る約4割を現役世代からの後期高齢者支援金によって賄われている。この後期高齢者支援金は、原則、各保険者の加入者数に応じて負担しているが、被用者保険者<sup>\*10</sup>の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。このため、負担能力に応じた負担とする観点から、2010（平成22）年度から被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬割（被保険者の給与や賞与などのすべての所得で按分）、3分の2を加入者割とする負担方法を導入していた。

この被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とし、被用者保険者間の支え合いを強化するため、総報酬割部分を2015（平成27）年度に2分の1、

\* 10 被用者保険者……企業の従業員等が加入する健康保険組合・協会けんぽ、公務員等が加入する共済組合をいう。

2016（平成28）年度に3分の2と段階的に引き上げ、2017（平成29）年度から全面総報酬割を実施するとともに、全面総報酬割の実施にあわせて、被用者保険者の負担の増加が今後とも見込まれる中で、拠出金負担の重い被用者保険者への国費による支援の枠組みを制度化することとしている。

### (3) 負担の公平化等

#### 1 入院時の食事代の見直し

入院時の食事代の自己負担額について、入院と在宅療養の負担の公平化を図る観点から、一般所得の方を対象に、現在の食材費相当額に加え、在宅療養においても負担されていると考えられる調理費相当額の負担を求めることとする。具体的には、1食あたりの自己負担額を現行の260円から2016（平成28）年度には360円、2018（平成30）年度には460円に段階的に引き上げることとする。ただし、現行の低所得者区分に該当する方、及び難病又は小児慢性特定疾病の患者の方については負担額を据え置くこととする。

#### 2 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

フリーアクセスの基本は守りつつ、主治医と大病院に係る外来の機能分化をさらに進めるとともに、病院勤務医の負担軽減を図るため、2016年度から、特定機能病院等において、紹介状なく受診する患者に対して、原則として一定額の負担を求めることとする。

#### 3 標準報酬月額の上限額の見直し

健康保険料の算定の基礎となる標準報酬月額について、負担能力に応じた負担を求める観点から、2016年度から、現在の標準報酬月額に3等級追加し、上限額を121万円から139万円に引き上げる。あわせて、標準賞与額についても、年間上限額を540万円から573万円に引き上げることとする。

### (4) その他改革項目

#### 1 協会けんぽ

協会けんぽは、主に中小企業の事業主や従業員が加入する医療保険であり、健康保険組合などの他の被用者保険と比較して財政基盤が脆弱である。協会けんぽの被保険者の報酬水準は健康保険組合よりも低い一方で、2015（平成27）年度の協会けんぽの都道府県支部の平均保険料率は、被用者保険の中でも相対的に高く、10%となっている。このような財政力格差を解消するため、協会けんぽに対して国庫補助を行っているが、今回の医療保険制度改革では、2015年度以降の国庫補助率を当分の間16.4%と定め、期限の定めをなくすこととし、その安定化を図ることとしている。

#### 2 国保組合

国保法等一部改正法案の成立により、被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、2016年度から5年かけて段階的に見直すこととし、医療給付費等に対する定率補助の補助率を所得水準に応じて13%から32%とすることとしている。また、被保険者の所得水準の低い国保組合への影響等を考慮し、調整補助金の総額を医療給付費等の15.4%まで

段階的に増額することとしている。

### 3 医療費適正化・予防・健康づくりの推進

急速な少子高齢化の下、医療保険制度の持続可能性を高めていくため、国はもとより、都道府県、保険者など、様々な関係者がそれぞれの立場で取組みを進めることが重要であることから、国保法等一部改正法案においては以下のような取組みを推進することとした。

医療費適正化計画については、地域医療構想と統合的な医療費の目標を定めることとするほか、PDCAサイクルの推進を強化することとする。

データヘルスについては、保険者が保健事業を行うに当たり、レセプト・健診データ等を活用した分析に基づき効果的に実施することとする。また、国においては、指針の公表や情報提供等により保険者の取組みを支援することとする。

個人に対するインセンティブについては、保険者が、加入者の予防・健康づくりに向けた取組みに応じ、ヘルスケアポイント付与や保険料への支援等を実施することを推進し、実施に当たっての具体的な基準は、今後、国が策定するガイドラインの中で考え方を整理し、2015年度中に公表することとする。

後期高齢者支援金の加算・減算制度については、予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより強化する仕組みに見直すとともに、国民健康保険、協会けんぽ、後期高齢者医療について、別のインセンティブ制度を検討することとする。

### 4 患者申出療養

現行の保険外併用療養費制度の中に、新たな仕組みとして患者申出療養を創設し、2016年4月から実施する予定。これは、先進的な医療について、患者からの申出を起点とし、安全性・有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に受けられるようにすることで、困難な病気と闘う患者の思いに応えるものである。また同時に、患者申出療養の対象となる医療について、保険収載に向けた実施計画を医療機関が作成する等の仕組みとすることで、将来的な保険収載につなげていくこととしている。

## 第4節 「保健医療2035」策定 ～2035年、日本は健康先進国へ～

我が国の保健医療水準は世界に誇るべきものである。しかし、今後20年間は、高齢化の更なる進展と人口減少という大きな人口構造の変化に伴い、保健医療のニーズは増加・多様化し、必要なリソースも大きく増大することが予想される。こうした状況の中で、団塊ジュニアの世代が65歳に到達し始める2035（平成47）年頃までには、保健医療の一つの「発展形」が求められることになる。

このため、2035年を展望した上で、保健医療において守るべき基本理念や価値観、求められる変革の方向性について検討することを目的とした、「保健医療2035」策定懇談



会を開催した。本懇談会は次世代を担う30～40歳代を中心とした、若手気鋭の有識者や厚生労働省の職員で構成されており、2015（平成27）年2月から6月にかけて、計8回にわたり精力的に議論を行い、6月9日に提言書が取りまとめられた。

提言書においては、2035年の目標として、人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献することを掲げている。また、上述の目標を達成するため、①リー・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～②ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～③グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～の3つのビジョンを示している。さらに、これらのビジョンを実現する施策案として、例えば、患者にとっての価値を考慮した新たな報酬体系、「たばこフリー」オリンピックの実現、健康危機管理体制の確立（健康危機管理・疾病対策センターの創設）などが示されている。

また、これらの3つのビジョンを達成するため、①イノベーション環境②情報基盤の整備と活用③安定した保健医療財源④次世代型の保健医療人材⑤世界をリードする厚生労働省という、5つの基盤を提示している。具体的な施策案としては、治験や臨床試験のプラットフォーム整備や、医療等IDを用いてヘルスケアデータネットワークを確立し積極的に活用、医療費の伸びが予測を上回る場合の中期調整システムの導入、保健医療補佐官（CMO）の創設などが提言されている。

この提言書により示された2035年の保健医療の姿とその方向性、具体的施策案は、厚生労働省が推進する施策ともつながりえるものであり、今後の保健医療制度の検討を重ねる中で、この新たな視点に立った提言書を真摯に受け止め、実現できるものについて、可能な限り実現を図っていくこととしている。

## 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 介護保険制度の現状と目指す姿

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16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7-5-1**）。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7-5-2**）。介護保険制度は着実に社会に定着してきている。

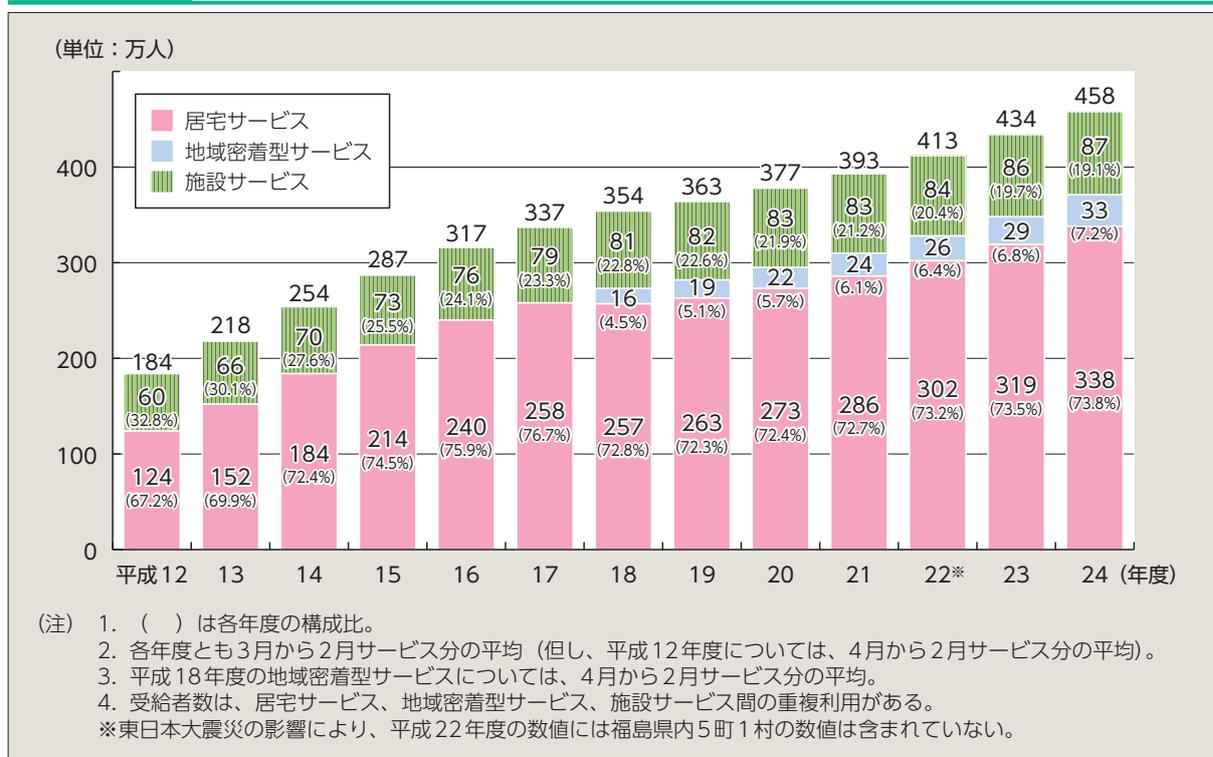
高齢化がさらに進展し、「団塊の世代」が75歳以上となる2025（平成37）年の日本では、およそ5.5人に1人が75歳以上高齢者となり、認知症の高齢者の割合や、世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみの世帯の割合が増加していくと推計されている。特に、首都圏を始めとする都市部では急速に高齢化が進むと推計されている。一方で、自身や家族が介護を必要とする時に受けたい介護の希望を調査したアンケートによれば、自宅での介護を希望する人は70%を超えている。（「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集」）

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。

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（平成25）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<sup>\*11</sup>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<sup>\*11</sup>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プログラム法が成立したこと等を受け、2014（平成26）年の第186回通常国会において医療介護総合確保推進法が成立した。この法律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7-5-3）。

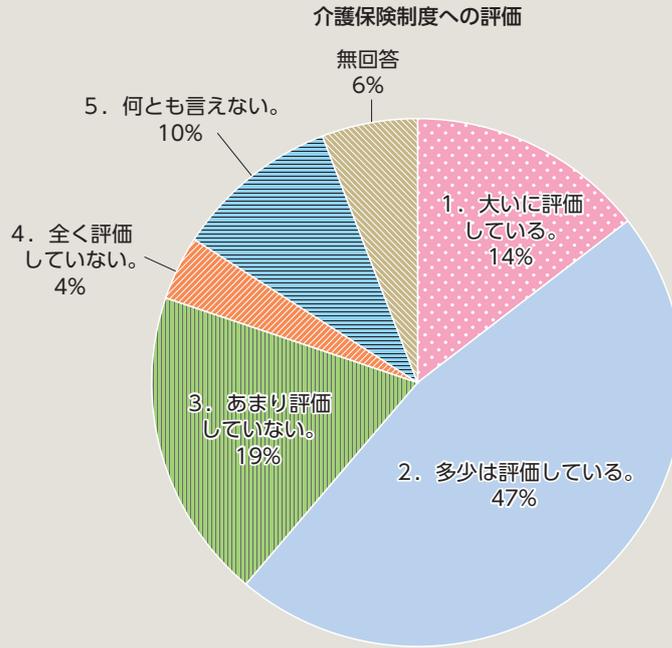
図表7-5-1 サービス受給者数の推移



\* 11 「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。

図表7-5-2 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%）



図表7-5-3 介護保険制度の改正について

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

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

○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 地域包括ケアシステムの構築

### (1) 在宅医療・介護連携の推進

今後、要介護認定率や認知症の発生率等が高い75歳以上の高齢者の増加に伴い、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれることから、日常生活圏域等において、在宅医療・介護の提供体制の構築とその連携がますます必要となる。

また、地域包括ケアシステムを構築していく上で、介護サービスなどの充実だけでなく、急性期医療から円滑な在宅への復帰を可能とする体制整備等が重要であり、この観点からも在宅医療・介護連携が特に必要である。

このため、これまでの在宅医療・介護連携のモデル事業の成果も踏まえ、市町村が実施主体となる介護保険制度に基づく地域支援事業の包括的支援事業に、在宅医療・介護連携を推進する事業を制度的に位置づけることとなった。

具体的な実施内容は以下の通り。

- ア 地域の医療・介護の資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- カ 医療・介護関係者の研修
- キ 地域住民への普及啓発
- ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

### (2) 認知症施策の推進

我が国では、高齢者の4人に1人が認知症又はその予備群と言われており、認知症は、今や誰もが関わる可能性のある身近な病気となっている。世界各国でも認知症の方は増加しており、その対応は世界共通の課題である。

2014（平成26）年11月に行われた認知症サミット日本後継イベントでは、内閣総理大臣から厚生労働大臣に対して、認知症施策を加速させるための新たな戦略の策定指示があり、これを受けて、厚生労働省では、2015（平成27）年1月27日に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（以下「総合戦略」という。）を関係省庁と共同して策定した。その策定に当たっては、認知症の人やその家族をはじめとした様々な関係者から幅広く意見を聴いたところである。また、策定・公表に当たって、認知症施策推進関係閣僚会合が開催され、総合戦略に基づき、関係省庁が一丸となって認知症施策に取り組んでいくことが確認された。

総合戦略は、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を目指し、認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、7つの柱

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援

⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

⑦認知症の人やその家族の視点の重視

に沿って、認知症施策を総合的に推進していくもので、2017（平成29）年度末等を当面の目標年度として、施策ごとの具体的な数値目標などを定めている。

### (3) 地域ケア会議の推進

地域包括支援センターや市町村が主催する地域ケア会議は、ケアマネジャーや介護事業者、医師など医療・介護の関係者と市町村の担当者が一堂に会し、個別ケースを検討し、その課題解決を図る場である。この会議を積み重ねることで、地域に共通している課題を明確化し、その解決のために必要な資源開発や地域づくりなどにつなげている。

そこで、高齢者の方々に対する支援の充実と、これを支える社会基盤の整備を同時に進める手法として活用するため、地域ケア会議を介護保険法で制度的に位置づけ、ケアマネジャーの協力や守秘義務の取り扱い等について制度的な枠組みを設けることで、さらなる普及・充実を図っていくこととなった。

### (4) 生活支援サービスの充実・強化

一人暮らし高齢者や認知症高齢者等が急速に増加し、生活支援ニーズの高まりが見込まれる中、配食、見守り等の多様な生活支援サービスが地域で提供される体制の構築が重要となる。このため、生活支援サービスの基盤整備について、地域支援事業の包括的支援事業に位置付け、市町村が中心となって「住民主体の通いの場の充実」「互助の取組による見守りや外出、買い物等の支援」など地域の実情に応じて支え合いの体制づくりの充実、強化を図っていく。

具体的には、高齢者等を対象としたボランティアの養成やその活動の場づくりなどを行うコーディネーターの配置や多様なサービス提供主体間のネットワークを構築するための協議体の設置等を通じて、市町村による取組みの推進を図っていく。

### (5) 予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行

予防給付のうち、訪問介護と通所介護については、高齢者の様々な生活支援や社会参加のニーズに応じていくため、NPOや民間企業、協同組合、ボランティア等、多様な主体による柔軟な取組みにより効果的・効率的なサービスが提供できるように、2017（平成29）年4月までに新しい総合事業に移行することとなった。これにより、全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者がサービスを選択できるようになる。

なお、訪問看護等その他のサービスについては、このような多様な形態でのサービス提供の余地が少ないことから、市町村の事務負担も考慮して予防給付によるサービスを継続することとしている。

## (6) 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

特別養護老人ホームについては、限られた資源の中で、入所の必要性の高い要介護者がこれまで以上に優先的に入所することができるよう、原則として新規入所の対象者は要介護3以上の方に限定することとした。

他方、要介護1又は2の方であっても、やむを得ない事情により特別養護老人ホーム以外での生活が困難であると認められる場合は、特例的に入所を認めることとしている。

※要介護1・2の特例的な入所が認められる要件（勘案事項）

- ▶ 認知症で、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られること。
- ▶ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状が頻繁に見られること。
- ▶ 深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること。
- ▶ 単身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービス等の供給が十分に認められないこと。

## 3 費用負担の公平化

### (1) 低所得者の保険料軽減を拡充

第一号被保険者のうち住民税世帯非課税の低所得者については、介護保険料が基準額の0.5~0.75倍を標準として軽減されているが、今後更に高齢化が進展することに伴い、介護費用の増加と保険料負担水準の上昇は避けられないと見込まれる。

こうした中、介護保険制度を持続可能なものとしていくためには、低所得者も保険料を負担し続けることを可能にする必要があるが、現在の制度では、低所得者の保険料軽減は、他の被保険者の保険料負担を増加させることによってしか実施できない。

このため、新たに公費を投入して低所得者の保険料について現在の負担割合を更に引き下げる仕組みを制度化することとした。

### (2) 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

今後、介護費用の増大が見込まれる中、保険料の上昇を可能な限り抑え、介護保険制度の持続可能性を高めていくことが必要である。

また、一口に高齢者といっても、所得の高い方から低い方まで様々であり、社会保障制度改革に当たって、こうした高齢者世代における世代内の負担の公平化を図っていくことが重要である。

このため、これまで一律1割であった利用者負担について、一定以上の所得のある方については利用者負担を2割にすることになった。

### (3) 「補足給付」の要件に資産などを追加

介護保険では、2005（平成17）年から特別養護老人ホーム等に係る費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、低所得の方が多く入所している実態を考慮して、介護保険3施設及びショートステイを利用する住民税世帯非課税である方については、その申請に基づき、食費・居住費を補助する「補足給付」を支給している。

このように、補足給付は本来の給付と異なった福祉的性格や経過的な性格を持っており、

①食費や居住費を負担して在宅で生活する方との公平性の確保

②預貯金等を保有して居住費等の負担が可能であるにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われる不公平の是正を図るため、一定額を超える預貯金等のある方を給付の対象外とするなどの見直しを行うこととなった。

## 4 平成27年度介護報酬改定

平成27年度介護報酬改定の基本的な考え方とその対応

平成27年度の介護報酬改定については、以下の基本的な視点に基づき、各サービスの報酬・基準についての見直しを行った。

### (1) 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

#### 1 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

将来、中重度の要介護者や認知症高齢者となったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。

特に、中重度の要介護状態となっても無理なく在宅生活を継続できるよう、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といった一体的なサービスを組み合わせる提供する包括報酬サービスの機能強化等を図る。

#### 2 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。

#### 3 看取り期における対応の充実

地域包括ケアシステムの構築に向けて、看取り期の対応を充実・強化するためには、本人・家族とサービス提供者との十分な意思疎通を促進することにより、本人・家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進することが重要であることから、施設等におけるこのような取組みを重点的に評価する。

#### 4 口腔・栄養管理に係る取組みの充実

施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図る。

### (2) 介護人材確保対策の推進

地域包括ケアシステム構築の更なる推進に向け、今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組みを推進する。

### (3) サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

地域包括ケアシステムの構築とともに介護保険制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態を踏まえた必要な適正化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する。

## 第6節 福祉・介護人材の確保対策

今後の社会保障制度を支える福祉・介護人材の確保は、焦眉の課題であり、これまでも必要な対応を図ってきたが、既に生産年齢人口（15歳から64歳）は減少局面に入っていると同時に、経済状況の好転に伴う他産業への人材流出といった懸念があり、あらゆる施策を総動員して対応することが必要である。

特に、介護人材については、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年には約253万人が必要となるとの見通しが示されており、2013（平成25）年時点における約171万人から約80万人を新たに確保するとともに、介護福祉士を中心として、認知症高齢者や医療的ニーズを併せ持つ高齢者の増加、チームケアにおけるマネジメントや多職種連携に対応するための資質の向上も必要である。

こうした現状を踏まえ、次のような方針に基づき、「量の確保」と「質の向上」の両面から介護人材の確保対策を進めることとし、これに当たっては、PDCAサイクルを確立し、進捗管理と施策の検証・改善を行うこととしている。

- ①目標年次を2025年と定め、都道府県ごとの需給推計に基づき、介護保険事業計画（3年1期）と連動した計画的な取組を推進する。
- ②限られた人材を有効に活用するため、その能力や役割分担に応じた適切な人材の組合せや養成の在り方の検討を進め、良質なチームケアを提供できる体制を構築する。
- ③地域ごとに関係主体の連携・協働体制（協議会等）を構築し、地域の実情に応じた効果的な取組を推進する。

2015（平成27）年度予算において、「地域医療介護総合確保基金」に、新たに介護従事者の確保のため90億円（公費）を確保し、都道府県が行う地域の実情に応じた「参入促進」「労働環境・処遇の改善」「資質の向上」のための取組みや、介護人材確保のための地域の関係主体の連携の場（プラットフォーム）の創設、介護人材育成に取り組む事業者に対する認証・評価制度の実施を支援することとしている。

更に、第189回国会（常会）に提出した「社会福祉法等の一部を改正する法律案」に、

- ①「福祉人材の確保等に関する基本的な指針」の対象者の範囲を、社会福祉事業と密接に関連する介護サービス従事者に拡大し、介護人材確保に向けた取組を拡大する
- ②離職した介護福祉士の届出制度の創設、就業の促進、ハローワークとの連携強化等による福祉人材センターの機能強化を図る
- ③介護福祉士の資質の向上のため、介護福祉士国家資格取得方法を見直し、介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験受験義務付けを2017（平成29）年度より漸進的に導入し、2022（平成34）年度から全ての卒業者に対し実施する
- ④社会福祉施設職員等退職手当共済制度の見直し

等の内容を盛り込んでいる。

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、求人情報の提供及び「福祉人材コーナー」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の関係団体等が連携し、求職者・求人者を対象に、関係団体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り組みを行っている。

公共職業訓練や求職者支援訓練においては、人材不足が深刻な建設分野、保育分野等に加え介護分野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。

## 第7節 社会福祉法人制度改革について

社会福祉法人は、社会福祉事業の実施を主たる目的とする非営利法人であり、長年、福祉サービスの供給確保の中心的な役割を果たしてきた。この間、福祉サービスの利用の仕組みが行政による措置から利用者との契約に移行し、株式会社やNPOなど多様な経営主体による福祉サービスへの参入が進んでいる。こうした中、福祉サービスの供給体制における社会福祉法人の位置づけは変化している。

社会福祉法人の今日的な意義は、社会福祉事業に係る福祉サービスの供給確保の中心的な役割を果たすだけでなく、他の経営主体では困難な福祉サービスの供給を含め、多様化・複雑化する福祉ニーズを充足するための取り組みを積極的に講じ、地域社会に貢献することにある。社会福祉法人がこうした地域福祉の中心的な担い手としての役割を果たすことができるよう、公益性と非営利性を備えた法人の在り方を徹底する観点からの制度の見直しが求められている。

このため、2006（平成18）年の公益法人制度改革を踏まえて社会福祉法人の公益性・

非営利性を徹底するとともに、国民に対する説明責任を果たし、地域社会に貢献する法人の在り方を確立する観点から、議決機関としての評議員会や一定規模以上の法人における会計監査人の設置の義務化、社会福祉法人のいわゆる内部留保の内容の明確化と社会福祉事業等への再投下の仕組みの構築、地域における公益的な取組みの実施に係る責務規定の整備等を講ずる「社会福祉法等の一部を改正する法律案」が第189回国会（常会）に提出された。