

第1節 医療保険制度の機能強化

1961（昭和36）年に国民皆保険を達成して以来、社会保険方式の下、全ての国民が職業・地域に応じて健康保険や国民健康保険といった公的医療保険制度に加入することとなっている。そして、病気等の際には、保険証1枚で一定の自己負担により必要な医療サービスを受けることができる制度を採用することにより、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。

一方、国民皆保険達成から半世紀を超え、少子高齢化の進展、非正規雇用の増加など雇用基盤の変化、医療の高度化等、医療を取り巻く環境は大きく変化している。

今後とも必要な医療を確保しつつ、これらの社会経済情勢の変化に対応できるよう、効率化・重点化に取り組みつつ、医療保険制度の機能強化を図っていくことが必要となっている。

1 市町村国保の財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化

市町村が行う国民健康保険（市町村国保）は、健康保険など他の保険に加入していない方々が加入している医療保険で、市町村が運営している。この制度があることで、国民誰もが公的医療保険に加入する「国民皆保険」を実現している。

市町村国保は、国民皆保険の基礎として重要な役割を果たしているが、近年の産業構造と就業構造の変化や高齢化の進展に伴い、市町村国保の加入者のうち、自営業や農林水産業の者が大幅に減少し、非正規労働者や無職といった低所得の者や、高齢で医療の必要が高い者が多く加入している現状にある。また、加入者が少なく財政運営が不安定となる市町村があると同時に、市町村ごとの保険料に大きな差があるといった問題が生まれている。

このため、これまでも、市町村国保の財政基盤強化策や、一定額以上の医療費について都道府県内の全市町村が共同で負担する事業の実施、都道府県内の市町村国保財政の不均衡を調整するための都道府県調整交付金の導入といった取組みを進めてきた。今回、こうした取組を更に進め、国民健康保険制度の安定的な運営を確保するための「国民健康保険法等の一部を改正する法律案」を2012（平成24）年通常国会に提出し、4月5日、可決・成立したところである。主な内容は以下のとおりである。

第一に、現在暫定措置である市町村国保の財政基盤強化策（保険者支援制度及び都道府県単位の共同事業）^{*1}を2015（平成27）年度から恒久化することとした。

第二に、市町村国保の都道府県単位の共同事業について、2015年度から事業対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化を推進することとした。

*1 平成24年国民健康保険法の一部を改正する法律についてのリンク先
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken-h24/index.html

第三に、都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、2012年度から都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げることとした。

図表 3-1-1 国民健康保険法の一部を改正する法律の概要

○国民健康保険制度の安定的な運営を確保するため、国民健康保険の財政基盤強化策を恒久化するとともに、財政運営の都道府県単位化の推進、都道府県調整交付金の割合の引上げ等の所要の措置を講ずる。

1. 法律の概要

(1) 財政基盤強化策の恒久化

平成22年度から平成25年度までの暫定措置である市町村国保の財政基盤強化策（保険者支援制度及び都道府県単位の共同事業（高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業））を恒久化する。

※保険者支援制度

→保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、保険者に対して財政支援する制度（国、都道府県、市町村が2：1：1で負担）

※都道府県単位の共同事業

①高額医療費共同事業：

→一定額以上（一件80万円超）の高額医療費について、都道府県内の全市町村が拠出し、各市町村の単年度の負担の変動を緩和する事業（国・都道府県が事業対象の1/4ずつ公費負担）

②保険財政共同安定化事業：

→一定額以上（一件30万円超）の医療費について、都道府県内の全市町村の拠出により共同で負担する事業

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業（保険財政共同安定化事業）について、事業対象を全ての医療費に拡大する。

(3) 都道府県調整交付金の割合の引上げ

都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げる。

※これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

(4) その他

恒久化までの間、財政基盤強化策（暫定措置）を1年間（平成26年度まで）延長する等、所要の措置を講ずる。

2. 施行期日（適用日）

(1) 及び (2) について 平成27年4月1日

(3) 及び (4) について 平成24年4月1日

2 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

短時間労働者については、1週間の所定労働時間が30時間以上の者等が健康保険の適用の対象となっていたが、非正規雇用の増加など雇用環境の変化に対応するため、健康保険の適用範囲を拡大する法案（公的年金法等の一部を改正する法律案）が2012（平成24）年の通常国会で成立した。

新たに適用となる者は、①1週間の所定労働時間が20時間以上、②月額賃金8.8万円以上、③勤務期間1年以上、④従業員501人以上の事業主に使用される者、⑤学生以外の者のすべての要件に該当する者としており、2016（平成28）年10月に施行されることとなっている。

また、短時間労働者など賃金が低い加入者が多い保険者の負担を軽減する観点から、賃金が低い加入者の後期高齢者支援金・介護納付金の負担について、被用者保険者間で広く分かち合う特例措置を導入し、適用拡大によって生じる保険者の負担を緩和することとしている。

3 高額療養費制度の見直しについて

高額療養費制度は、病気や事故などにより高額な医療費がかかった場合でも、家計に対する医療費の負担が過大なものにならないよう、公的医療保険の自己負担額に一定の歯止めをかけるものである。

具体的には、所得に応じて設定される月ごとの自己負担の上限額（一般的な所得の者で約8万円）を超える部分を、保険者が高額療養費として支給する。

高額療養費の支給に当たっては、一回の受診や一人の窓口負担では自己負担の上限額を超えない場合でも、複数回の受診や同じ世帯の家族の窓口負担額を1か月単位で合算できる。また、継続して高額な医療費がかかる場合の負担を軽減するため、過去12か月で3回以上高額療養費制度を利用している場合には、4回目以降からは、更に自己負担の上限額が引き下げられる（一般的な所得の者で44,400円）。

このように、高額な医療費に対しては負担に一定の歯止めをかけているが、近年、医療の高度化により、がんの患者など長期にわたって高額な医療を受ける方が増え、これらの方の負担をより軽減し、医療保険のセーフティネット機能を強化することが求められている一方で、高額療養費の支給額がこの10年間で2倍程度に増加しており、制度をどのように持続可能なものにしていくかが課題となっている。

このため、2012（平成24）年度より、同一の医療機関等で1か月の窓口負担が自己負担の上限額を超えた場合、窓口で多額の自己負担を立替えて支払う必要がない仕組みを導入した（現物給付化）。これにより、従来から現物給付化されていた入院診療に加え、外来診療についても、高額な医療費がかかる患者の負担が軽減されることとなった。

また、高額療養費は月単位の上限額の設定となっているため、社会保障・税一体改革大綱では、まずは、所要の財源を確保した上で、特に低所得者の方に配慮して、年間での負担上限等の導入を目指すこととされている。そして、これらの取組に加え、制度の持続可能性の観点から、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討することとされている。



4 高齢者医療制度の見直し

2008（平成20）年度から75歳以上の高齢者等を対象とする後期高齢者医療制度が施行されたが、よりよい制度を目指す観点から、2010（平成22）年12月、厚生労働大臣主宰の高齢者医療制度改革会議で制度の見直しについてとりまとめが行われ、「社会保障・税一体改革大綱」（2012（平成24）年2月17日閣議決定）では、このとりまとめ等を踏まえ、関係者の理解を得た上で、高齢者医療制度の見直しを行う旨等が盛り込まれた。

社会保障制度改革推進法では、「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、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得る」とされたところであり、政府としては、同法の規定に則し、高齢者医療制度の見直しを国民健康保険の広域化とともに進めていく。

5 医療費適正化に向けた取組み

2009（平成21）年度の国民医療費は、36.0兆円（1人当たり28.2万円）となっているが、医療技術の進歩、高齢化等により、今後も医療費が伸び続けていくことが見込まれる中、国民皆保険を堅持していくため、医療費の伸びの構造的要因に着目し、必要な医療を確保した上で、効率化できる部分は効率化を図ることが重要であり、生活習慣病の予防や、患者の心身の状態に応じた適切な医療サービス等の効率的な医療の提供を推進していく必要がある。

このため、国と都道府県においては、生活習慣病対策と平均在院日数の短縮に関する目標を掲げた医療費適正化計画（2008（平成20）年度～2012（平成24）年度）を定めている。中間年度である2010（平成22）年度に、国と都道府県それぞれにおいて、計画の進捗状況に関する評価（中間評価）を行ったところであり、2012年度においてはこれまでの取組みとその結果を踏まえ、2013（平成25）年度からの第二期医療費適正化計画の策定に向けて取り組んでいく。

また、医療費適正化計画の作成、実施及び評価に活用することを目的として、電子データにより請求されたレセプトの情報及び特定健診等の情報を国において収集しているが、医療費適正化計画の作成等への活用のほかに、医療サービスの質の向上や学術研究の発展に資する研究に活用されることを目的として、これらの情報の国及び国以外の第三者への提供を2011（平成23）年度より試行的に開始した。

コラム

呉市の医療費適正化に向けた取組みについて

～呉市の保険財政の現状や背景～

少子高齢社会を迎えた現在、医療費の適正化に向けた取組みが全国各地で行われているが、その中でも特に注目を集めているのが、広島県呉市の取組みだ。

呉市の人口は244,714人（2011（平成23）年3月末現在）で、広島県内で第3位の人口規模を誇っている。また、国民健康保険に加入しているのは56,067人と、人口の約23%を占める。

呉市は、ここ四半世紀で15歳未満人口が半減する一方で、65歳以上人口は1.8倍にまで増加するなど、人口減少・少子高齢化の進展が著しい。こと高齢化率においては、全国の人口15万人以上の都市で最も高くなっている。さらには、戦前において海軍の拠点だった影響で、病院等の医療施設が多くあった。

このような様々な要因が重なり、呉市の国

保医療費は全国平均を上回る状況が続いてきた。

こうした状況に危機感を抱いた呉市が、まず初めに取り組んだのは、レセプト（医療費の明細書）の電子データ化である。この施策には、医療費の適正化に加えて、被保険者の健康保持・増進、被保険者・保険者の負担軽減という狙いがあった。

～レセプト電子化を活用した取組み（重複受診患者等への指導など）～

まず、「被保険者・保険者の負担軽減」というのはどういうことだろうか。これは、レセプトデータを活用し、重複受診（同一の傷病により複数の医療機関を受診すること）者や頻回受診（頻繁に外来受診をすること）者を抽出して保健指導を行うというものである。この取組みにより、それぞれ最大で69,400円、114,770円もの診療費を削減

できた患者もいたという。

また、レセプトデータには処方実績も含まれるため、ジェネリック医薬品をした場合の差額を国保加入者に通知するサービスも行っている。この通知により差額を知ってジェネリック医薬品に切り替える加入者が増え、2010（平成22）年度は1億円近くの医療費を削減することに成功した。



～人工透析予備軍への健康指導～

「被保険者の健康保持・増進」というのは、具体的には、糖尿病性腎症患者のうち、人工透析導入前段階にある患者に対し、通院先の医療機関と協力しながら、学習プログラムを提供する取組みである。人工透析の1人当たりの医療費は年間500万円にもなることに加え、時間的拘束や身体的・社会的制限が発生することにより、患者及びその家族のQOL（生活の質）の低下をもたらすことに

なる。

呉市では、対象患者に対し、テキスト等教材の配布や低たんぱく・減塩メニューの料理教室、さらには呉市が委託する疾病管理ナースによる面接や電話による指導を行っている。取組みを始めるにあたって、医療機関をはじめとした関係諸機関との連携体制の構築を図った。実際の指導では、患者が拒否的だったりという例があったが、疾病管理ナースを中心に粘り強く、無理なくできることから指導を進めていくことで、効果が出始め、今では大きな効果をあげているという。



～全国から注目される呉市～

このような呉市の取組みは、全国各地から注目を集めている。他の自治体の行政職員や議員が視察に來たり、講演を依頼されたりすることも多い。呉市保険年金課の吉原課長は「どこの自治体も同じ課題を抱えている。呉市の取組みを参考にしてもらえれば」と話している。

6 平成24年度診療報酬改定

2012（平成24）年度診療報酬改定は、6年に1度の介護報酬との同時改定であり、社会保障・税一体改革の確実な実現に向けた第一歩として、2025（平成37）年のあるべき医療・介護の姿を念頭に置いた取組を行った。

具体的には、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくため、概ね5,500億円の診療報酬本体の引上げを行い、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減や、医療・介護連携、在宅医療の充実をはじめとする地域医療の再生などに重点的に配分した。

図表3-1-2 平成24年度診療報酬改定の概要

- 「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定。
- 国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分

全体改定率	+0.004%
診療報酬（本体）	+1.38% (約5,500億円)
<ul style="list-style-type: none"> 医科 +1.55% (約4,700億円) 歯科 +1.70% (約500億円) 調剤 +0.46% (約300億円) 	
薬価等	▲1.38% (約5,500億円)

医科における重点配分（4,700億円）

- I 負担の大きな医療従事者の負担軽減**
◎今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。(1,200億円)
- II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実**
◎今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。(1,500億円)
- III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入**
◎日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。(2,000億円)

歯科における重点配分（500億円）

- I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等**
◎医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。
- II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価**
◎う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分（300億円）

- I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実**
◎在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。
- II 後発医薬品の使用促進**
◎薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

第2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

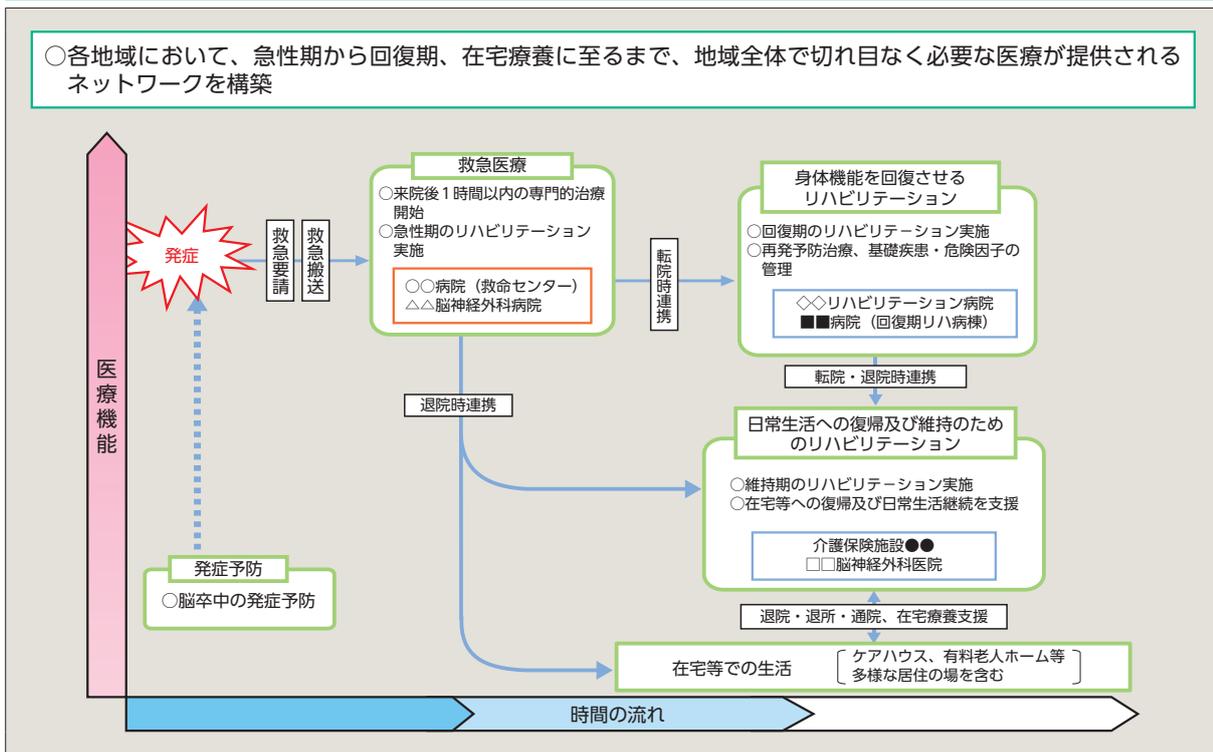
我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度とフリーアクセスの下で、国民が必要な医療を受けることができるよう整備が進められ、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。しかし、現在、産科・小児科等の診療科やへき地等における深刻な医師不足問題や、救急患者の受入れの問題等に直面しており、これらの問題に対する緊急の対策を講じる必要がある。また、急速な少子高齢化、医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化等、医療を取り巻く環境が変化する中で、将来を見据え、どのような医療提供体制を構築するかという中長期的な課題にも取り組まなければならない。このため、2011（平成23）年12月に医療提供体制の改革に関する意見が社会保障審議会医療部会において、取りまとめられたところである。今後、残された論点の整理を行いながら、関連法案の早朝の国会提出に向けて検討を進めていく。

(1) 医療計画による地域の医療機能の分化・連携の推進

限られた医療資源を有効に活用し、質の高い医療を実現するためには、地域の医療機関が機能分化と連携を図り、急性期から回復期を経て維持期に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療を提供する体制を整備することが重要である。このため、都道府県の医療計画において、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た上で、各医療機能を担う医療機関を明示し、地域の医療連携体制を構築することとしている。

医療計画においては、2013（平成25）年度からの次期医療計画の開始に向けて、「医療計画の見直し等に関する検討会」や社会保障審議会医療部会のとりのまとめ意見を受け、医療計画に達成すべき目標や医療連携体制等を記載する疾病等として精神疾患、在宅医療の追加、二次医療圏の設定の見直し及び疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進等について、見直しが行われ、2012年（平成24）年3月30日に都道府県に対して作成指針等を通知した。

図表3-2-1 医療機能の分化・連携

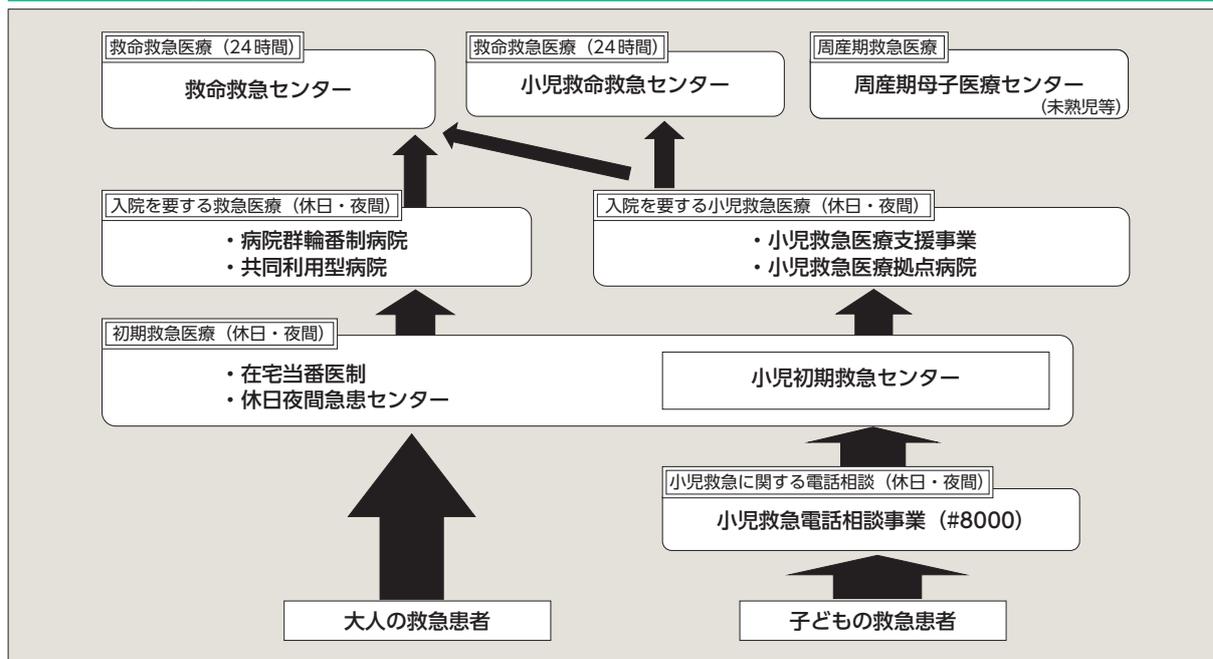


(2) 地域医療体制の整備

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。

図表3-2-2 救急医療体制の体系



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、2012（平成24）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受入困難患者の受入れを確実に行う役割を担う医療機関に対する支援、③夜間・休日の救急医療を担う医師の手当に対する支援、④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、消防法の規定に基づき、各都道府県において、消防機関や医療機関等と連携し、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準を策定し、これに基づく救急患者の搬送・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、2012年3月末現在、27道府県32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。また、小児の救命救急医療を担う医療機関等を整備する必要性が指摘されていることから、平成24年度予算において、①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、②急性期にある小児への集中的・専門的医療を行う小児集中治療室に対する支援等を行っている。

また、小児の急病時の保護者の不安解消等のための小児救急電話相談事業（#8000）を実施している。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。

3 周産期医療

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、妊産婦死亡率や新生児死亡率の改善が図られてきた一方で、現在でも新生児集中治療管理室（NICU^{*2}）の不足^{*3}等の課題を抱えている。このため、平成24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^{*4}）、NICU等に対する支援、②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、③NICU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、④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等を行っている。

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（2012年1月現在638か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT^{*5}）の養成等を進めている（2012年3月末までに1,002チームが研修終了）。また、東日本大震災の経験から、2011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」の内容も踏まえて、統括DMATをサポートする要員を確保するため、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行うとともに、2009（平成21）年度第一次補正予算により都道府県に設置した病院耐震化の基金を2010（平成22）年度予備費、2011（平成23）年度第三次補正予算により増額し、災害拠点病院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（写真）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（平成27）年度）においては、へき地勤務医に対する



高知県における無医地区巡回診療
（医療チームと巡回診療車）

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

*3 「子ども・子育てビジョン」（2010（平成22）年1月29日閣議決定）において、2014（平成26）年度までに出生1万人当たり25～30床を目標に更なる整備を進めることとされている。

*4 MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略

*5 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。

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

社会医療法人は、医療計画に基づき地域で提供することが特に必要な医療（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。))を担うものとして、都道府県知事又は厚生労働大臣が認定する医療法人である。経営の安定化を図るため、収益業務の実施や社会医療法人債の発行ができるほか、医療保健業に係る法人税の非課税措置が講じられている。2012年4月1日現在で168の社会医療法人が認定されている。

(3) 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、地域医療再生基金を拡充し、2013（平成25）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）

(4) 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、センターはすべ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*6。

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。

*6 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/>

③ 医療事故情報収集等事業^{*7}

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、公益財団法人日本医療機能評価機構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。

② 産科医療補償制度

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^{*8}が開始されている。産科医療補償制度は、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった児及びその保護者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等により、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。

③ 死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討

異状死や診療行為に関連した死亡の原因究明を行う際に、死亡時画像診断（Ai；Autopsy imaging）を活用する方法等について、2010年6月より「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会」において検討し、2011（平成23）年7月に、死亡時画像診断の有用性や実施体制の整備を内容とする報告書が取りまとめられた。

(5) 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^{*9}）を創設するとともに、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。

(6) 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。

(7) 医療分野における国際化への対応

2010（平成22）年6月18日に閣議決定された「新成長戦略」において、国際医療交

*7 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/>

*8 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>

*9 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>

流（外国人患者の受入れ）の推進が示された。アジア等で急増する医療ニーズに対し、最先端の機器による診断やがん・心疾患等の治療、滞在型の慢性疾患管理など日本の医療の強みを提供しながら、国際交流と国内医療技術のさらなる高度化につなげる。

2012（平成24）年度からは、外国人患者を受け入れる医療機関の質の確保を図ることを目的に、外国人患者の受入に資する医療機関の認証制度を開始する。厚生労働省としては、国民に対する医療の確保が阻害されることのないよう十分留意しながら、医療の国際化を進めることとしている。

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、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観点から、手続きを簡素化したところである。

今後は、日本の医師に対する医療技術の教授や国際水準の共同臨床研究を円滑に実施できるように、制度の見直しに向けて検討を進めることとしている。

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、人口当たりの医師数がOECD平均を下回っており、医師の絶対数が不足していることが指摘されている。このため、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、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）年度は77名増員（入学定員は8,923名）、2012（平成24）年度は68名の増員（入学定員は8,991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年度予算において、医師の地域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、医師不足病院の医師の確保を支援する「地域医療支援センター^{*10}」の都道府県による設定に対し、補助を行うこととした。2012（平成24）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「地域医療支援センター」の箇所数の拡充（15か所→20か所）
- ②医師不足地域の臨床研修指導医や研修医を確保するため、大学病院や都市部の中核病院と医師不足地域の中小病院・診療所が連携した臨床研修の実施
- ③看護師、薬剤師等医療関係職種の利用の推進や役割の拡大によるチーム医療を推進するため、その安全性や効果の実証

*10 2011年度は、先行的に、県内医師の地域偏在が大きい、へき地、無医地区が多い等の15の道府県で実施。

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。

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・高度化や患者本位の質の高い医療サービスを実現する必要があるなど看護職員を質・量ともに確保することが求められている。

2011年度においては、看護師等養成所の運営費補助、病院内保育所及び新人看護職員研修の支援、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。

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。

また、「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」において看護師等の勤務環境の改善に向け検討を行い、2011年6月に、魅力ある職業として、職場づくり、人づくり、ネットワークづくりの推進を提言する報告書を取りまとめ、2011年度から短時間正規雇用の導入の好事例の周知や、業務効率化、多様な働き方の導入等の職場風土の改善に向けた都道府県の取組みへの支援など、仕事と生活の調和を促進させる施策を行っている。

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様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。

コラム

地域医療支援センターの役割

地域医療の課題である医師不足、医師の地域偏在を解消するため、都道府県を事業主体とする「地域医療支援センター」が2011

（平成23）年度から設置されることとなった（2011年度は全国15道府県）。地域医療支援センターの主な事業内容は①都道府県内の

医師不足の状況や活用できる医師の情報の把握・分析、②医師不足病院への医師確保支援、③医師のキャリア形成支援、④医師や医学生などからの相談への対応等である。今回2011年8月に島根県に設置された「しまね地域医療支援センター」（以下「センター」という。）を紹介する。

東西に細長く、離島や中山間地を抱える島根県は、医師数が松江や出雲周辺に偏在している傾向にあり、特に、県西部では医師不足が深刻化していることから、早急な対策が求められている。県ではこれまでも医師を《呼ぶ》《助ける》《育てる》を三本柱として様々な医師確保策を行ってきたが、今回課題に対する取組みを一層強化することを目指し、大学、医療機関、医師会、行政などが連携し、医師確保の取組みや地域医療を目指す若手医師等の育成を支援するために、島根大学医学部および島根県庁にセンターが設置された。2013（平成25）年度には、島根大学医学部内に建設される研修センター（仮称）に事務所を移して、大学との連携を一層強化し、若手医師のキャリア形成支援に力を入れる予定である。業務内容は大きく分けて、①医師不足状況等の把握、②医師不足病院への支援、③医師のキャリア形成支援、④情報発信と相談への対応、⑤ワークライフバランスの推進、⑥地域医療関係者との連携である。

《医師のキャリア形成支援》

センターでは若手医師が将来に不安を持つことなく、県内で安心して勤務できるよう、将来の目標や希望について気軽に相談できる体制を整備した。具体的には2011年度は県の医学生奨学金等の貸与を受けた者や島根大学地域枠推薦入学者等48名に対し面談を実施した。本人の目標や希望をもとに市町村や地域の医療情勢等を考慮し、医師一人ひとりに10年程度のキャリアプランの作成を支援している。センターの担当者は「学生に対して医学部の卒業前後に地域医療に携わるよう話をしたのでは遅く、なぜ医師になるのか、卒業後地域医療にどう携わっていくのかにっ

いては、学生になった早い段階で動機づけをしておかなければ、なかなか地域医療の担い手は増えない」と話す。

《情報発信と相談への対応》

学生や初期・後期研修医等に対して大学・県内医療機関等の取組みについて、専用ホームページを作成し情報発信を行っている。そのほか、センターの取組みや専門医取得のための研修情報を紹介するため、リーフレットや専門医ガイドブックの作成・配布を行っている。



《ワークライフバランスの推進》

女性医師の離職防止、復職支援等の推進を図ることを目的に、病院の相談体制の充実に向けた取組み等を支援している。具体的には、県内医療機関の医師就労支援に関する状況調査を実施し、結果をホームページで公表している。また、臨床研修病院（7病院）の女性医師に対して、「ワークライフバランス指標調査」を実施した。

センターでは2012（平成24）年度の取組みについて、医師のキャリア形成の面では、さらに増加する奨学金の貸与を受けた医師や県外の県内出身医師等も含めてきめ細やかな支援を引き続き行うこととしている。またワークライフバランスの面では、各医療機関での更なる支援体制の充実や働きやすい職場環境づくりを推進する担当者の育成及び県内ネットワークの構築を目指し、医療従事者支援担当者研修会やワークショップの開催等を行うこととしている。

などの取組みを行っており、2012年度もこうした取組みを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年（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12日より、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、幅広い医療行為を実施できる「特定看護師（仮称）」制度の導入等、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実施しているところである。

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）年度予算では、チーム医療実証事業の取組みのうち、他の医療機関でも活用しやすく、かつ、特に効果的な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うこととしている。

また、チーム医療を推進する上で、現場で患者に寄り添っている看護師が、患者に安全かつ迅速にサービスを提供するとともに、その能力を十分に発揮するためにも、高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる医療行為を実施するために教育・研修を受けた看護師の能力を認証する仕組みは重要であることから、その在り方について「チーム医療推進会議」で検討を行っている。また、2012年度予算ではこの教育・研修を受けた看護師が医師の包括的指示を受け、看護業務を実施できる仕組みの構築に向け、業務の安全性や効果の検証を行う。

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 専門医の在り方に関する検討

厚生労働省では、医師の質の一層の向上や医師の偏在是正を図ることを目的として、2011年10月に、「専門医の在り方に関する検討会」を開催し、関係学会等からヒアリングを行う等により、求められる専門医像、医師の質の一層の向上や地域医療の安定的確保のための方策等について検討を進めている。この検討会では、専門医の在り方の一環として、総合的な診療能力を有する医師についても検討を進めることにしている。専門医の在り方については、国の関与の在り方を含めて更に検討を行い、2012年度中に取りまとめを行う予定である。

3 看護職員の資質向上等

我が国の看護を取り巻く環境は、急速な少子高齢化の進展、医療技術の進歩等大きく変化している。こうした中で、医療現場の安全・安心を支え、患者の多様なニーズに見合った看護を提供するという看護職員の役割は、ますます重要なものになると見込まれることから、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年7月には、保健師助産師看護師法等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。これに伴い、2011年1月に保健師及び助産師の基礎教育のカリキュラム改正が行われ、2009年12月には「新人看護職員研修ガイドライン」を作成し、2011年2月には、「新人看護職員研修ガイドライン」に助産技術の到達目標等を加えるとともに、新人保健師に対応した「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」を提示した。また、2010年度より、新人看護職員の研修事業を実施する病院等への財政的支援等を行っているところである。こうした対策に着実に取り組むことにより、看護職員の資質の向上を目指しているところである。

3 政策医療の推進

歴史的・社会的な経緯等により民間等での対応が困難な医療や、高度先駆的な医療については、国が医療政策として担うべきものであり、国立病院機構及び国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）を中心としてその着実な実施に取り組んでいる。

国立病院機構では、結核、重症心身障害、筋ジストロフィー、心神喪失者等医療観察法に基づく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医療や、国の政策上、特に体制確保が求められる4疾病5事業（2013（平成25）年度より5疾病5事業）に対する医療、大規模災害や感染症発生時における危機管理対応などについて、病院ネットワークを活用し、診療・臨床研究・教育研修が一体となった事業を展開している。

また、ナショナルセンターでは、国民の健康に重大な影響のある、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、加齢に伴う疾患に係る医療に関し、調査、研究及び技術の開発並びにこれらの業務に密接に関連する医療の提供、技術者の研修等を行っている。

これにより国の医療政策として高度かつ専門的な医療の向上を図り、もって公衆衛生の向上及び増進に寄与することが期待されている。

さらに、現在、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施設あり、その入所者が良好かつ平穏な療養生活を営むことができるよう努めている。

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、2012（平成24）年度までに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ており、その目標達成に向け国及び後発医薬品メーカー等関係者が取り組むべき内容をまとめた「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」（2007（平成19）年10月策定）に基づき、後発医薬品の安定供給、品質の確保、情報提供体制の強化等、後発医薬品に対する患者及び医療関係者の信頼を高めるための取組みを進めているところである（2011（平成23）年9月現在、すべての医療用医薬品の取引における後発医薬品の数量シェア22.8%）。

医療保険制度上も、これまで、処方せん様式の変更、療養担当規則の改正、薬局における後発医薬品の調剤を更に促すための調剤報酬上の評価の見直し、後発医薬品を積極的に使用する医療機関に対する診療報酬上の評価の創設等の措置を講じてきた。

さらに、平成24年度診療報酬改定においては、薬局から患者への薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品に関する情報提供の評価、一般名処方の推進、個々の医薬品ごとに後発医薬品への変更の可否を示すことができる処方せん様式への変更等を行うことにより、後発医薬品のより一層の使用促進を図ることとしている。

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3節 在宅医療・介護あんしん2012

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支える在宅医療・介護の推進は喫緊の課題である。また、超高齢社会・多死時代を迎え、医療機関や介護保険施設などの受入れにも限界がある中で、在宅医療は慢性期及び回復期患者の受け皿として、また看取りの医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。これに対応するため、厚生労働省では、2012（平成24）年度を「在宅医療・介護あんしん2012」と位置づけ、予算、制度的対応、診療報酬・介護報酬といった各種施策を総動員しつつ、在宅医療・介護サービスの充実を含め、住み慣れた場で自分らしい生活を送ることができる環境の整備を図ることとしている。

図表3-3-1 在宅医療・介護の推進について — 在宅医療・介護あんしん2012 —

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳（世界1位）、男性80歳（同2位）を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

- 国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】

- 予算での対応
 - ・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進
- 制度的対応
 - ・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示（24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画）
 - ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中
- 診療報酬・介護報酬
 - ・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

1 予算による対応

可能な限り住み慣れた生活の場で、必要な医療・介護サービスを受けられる体制を構築することを目的として、1) 在宅チーム医療を担う人材の育成、2) 在宅医療の実施拠点となる基盤整備、3) 個別の疾患などに対応したサービスの充実・支援を推進するために、2012（平成24）年度予算案において、35億円を盛り込んだところである。主な事業内容については、次のとおりである。

(1) 在宅チーム医療を担う人材の育成

在宅医療においては、医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・リハビリ職種ケアマネジャーなどの多職種が各々の専門知識を活かし、積極的な意見交換や情報共有を通じて、協力して患者・家族の質の高い生活を支えるチーム医療が重要である。

在宅医療に関わる様々な職種が相互の理解を深め、多様なニーズを持つ在宅療養中の患者に対して、質の高い在宅医療・介護を提供できる人材を育成するため、2012（平成24）年度において、①各都道府県で中心的な役割を担う者に対して在宅チーム医療に関する研修を行う「都道府県リーダー研修」、②都道府県リーダーが、各都道府県ごとに一定数の地域リーダーを養成することを目的として、地域の在宅医療・介護従事者に対して、在宅チーム医療の教育展開の手法等に関する研修を行う「地域リーダー研修」の2つの研修を実施する。

(2) 在宅医療の実施拠点となる基盤の整備

在宅医療の推進のためには、医療・介護にまたがる様々な支援を包括的・継続的に提供

する連携体制の構築が重要である。

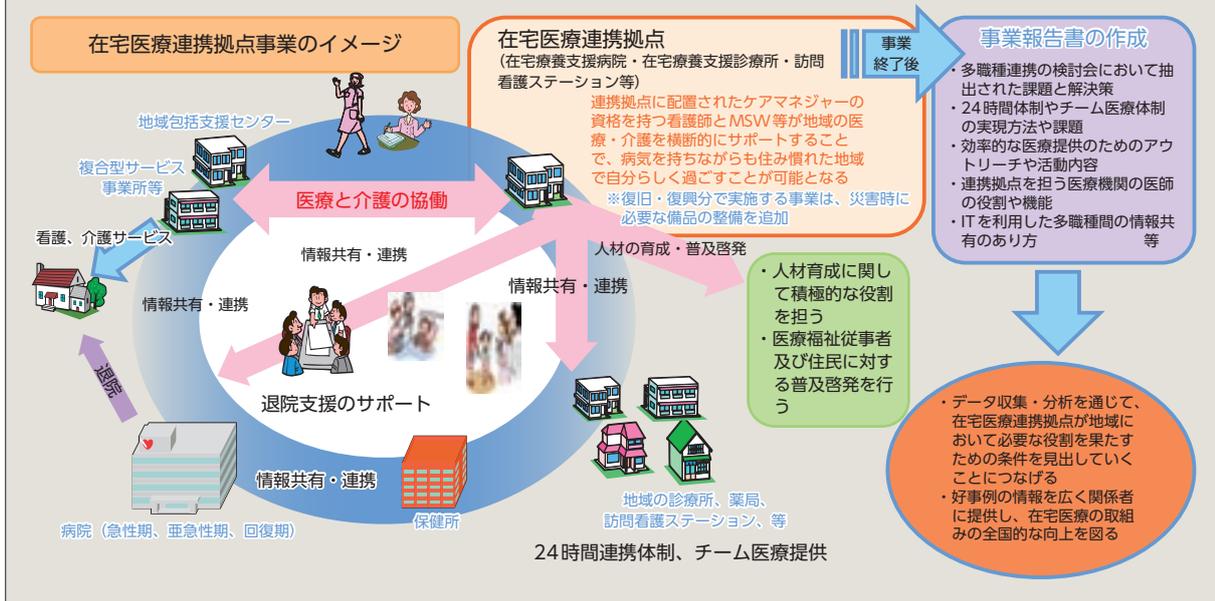
このため、2011（平成23）年度より、在宅医療を提供する機関など、多職種連携の上で拠点的功能を担う機関を選定してモデル事業を実施しており（10か所）、2012（平成24）年度には、箇所数を大幅に増加させて（105か所）、次のような機能を担う拠点についてのモデル事業を行う。

図表 3-3-2 在宅医療連携拠点事業

24年度予算	2,058百万円	(H23 109百万円)
重点化分	1,010百万円	
復旧・復興分	1,048百万円	

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



- ・地域の医療・介護関係者による協議の場を定期的に設置
- ・地域包括支援センターなどと連携しながら、医療・介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう関係機関と調整
- ・24時間対応の在宅医療提供体制の構築やチーム医療を提供するための情報共有システムの整備
- ・人材育成、在宅医療に係る普及啓発 など

さらに、薬局で、がん患者等の在宅医療を推進するため、高い無菌性が求められる注射薬や輸液などを身近な薬局で調剤できるよう、地域拠点薬局の無菌調剤室の共同利用体制をモデル的に構築する事業を行う。

コラム

長崎市医師会の取組み
～「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」から
「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」へ～

2008（平成20）年4月、長崎市医師会は「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」OPTIMを全国4地域の一つとして委託され、その後、地域に密着した多くの事業を展開してきた。

今回は、その事業の中心となり取り組んできた野田剛稔医師（長崎市医師会顧問、取材当時は会長）と藤井卓医師（認定NPO長崎在宅Dr.ネット理事長、長崎市医師会副会長）にお話を伺った。

長崎市医師会では、OPTIM長崎の活動として①緩和ケアの標準化、②地域連携の強化、③専門的緩和ケアの利用の便の向上、④市民への情報提供という点について重点的に取り組んできた。

具体的には、長崎市医師会に「長崎がん相談支援センター」を設置し、緩和ケアの市民への啓発活動や医療従事者への研修会等を実施したり、同意した患者のカルテを医療機関

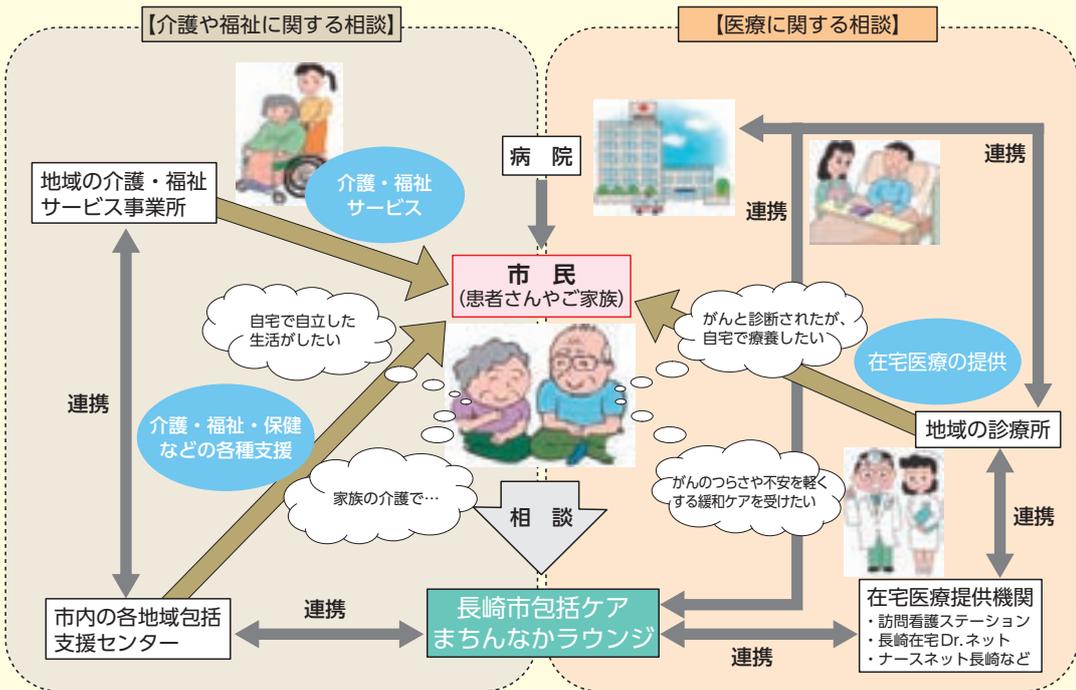
が相互に閲覧できるシステム（あじさいネット）へ医師会として参加し、その整備を行ったりした。また、地域カンファレンスや多職種研究会を開催し、医療機関だけでなく、薬剤師、ケアマネージャー、保健師、管理栄養士など幅広い分野との連携を確立した。

さらに、在宅医療を支える医師らが会員となっている「認定NPO長崎在宅Dr.ネット」（2003（平成15）年発足）とも協力し、在宅医療を望む患者の支援も行った。

OPTIM長崎の活動は2011（平成23）年3月に終了したが、それまでの成果を受け、2011年度からは長崎市が同事業を発展的に継承し、長崎市医師会に委託する形で「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」として、医療のみではなく、介護・福祉も含めたワンストップ機能を持つ総合的な相談支援を行い、病診連携や多職種連携ネットワークの構築支援も行っている。

長崎市包括ケアまちなかラウンジの相談業務

まちなかラウンジは、がんや難病等により療養を余儀なくされた患者さんやご家族が、住みなれた地域で安心して生活するために必要な、医療や介護・福祉に関する相談をお受けする総合相談窓口です。



『「医療崩壊」ということも言われる中、医師会として何か出来るのか。みんなで討議して考えた方法だった』と野田医師は言う。取組みを開始した直後は、取組みに否定的な意見も寄せられたというが、「顔の見える連携」を構築すべく、何度も協議会や勉強会を重ねた。協議会や勉強会では、医師も看護師もケアマネージャーもほとんど全員が発言をしたという。その結果、今では医師会員（専門医を含む）同士や長崎大学病院などの基幹病院や一般病院に加え、訪問看護師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ、長崎県栄養士会、保健所など多くの職種・機関と連携し、長崎市の医療を支えている。

これまで紹介してきた長崎市医師会の取組みは、地域包括ケア事業のモデルとして広がっていくことが考えられるが、藤井医師は

「上からの指示や計画だけではうまくいかない。実際に取り組む関係者の熱意がないといけない。勉強会などの素地づくりが非常に重要だ」と説く。



今後も長崎市を中心に、地域包括ケアの動きから目が離せない。

(3) 個別の疾患などに対応したサービスの充実・支援

地域の医師を対象とする緩和ケアの研修や介護を行う家族の口腔ケアに関する知識の普及を図るなどの取組みを通じて、様々な地域で様々な疾患を持った患者が在宅医療の提供を受けられる体制を構築する。

(4) 地域包括ケアシステムの強化

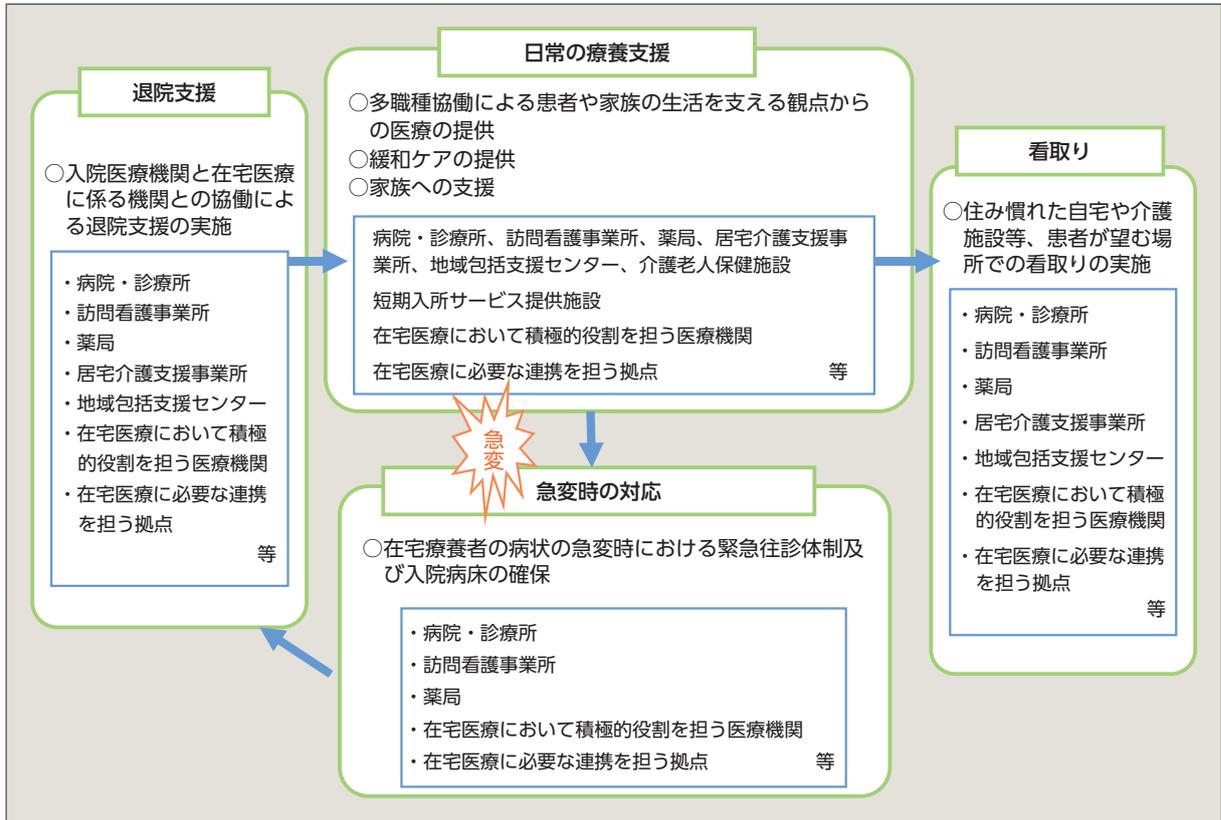
市町村で地域包括ケアシステムを構築するため、地域包括支援センターの医療・介護などの多職種連携機能を強化することが必要であり、上述の35億円とは別に、2012年度予算において、地域のネットワーク構築や多職種連携の場である地域ケア会議の運営の指導的な役割を担う人材、在宅医療の医師、理学療法士・作業療法士などのリハビリ職、地域保健の医師・保健師など助言を行う専門職の確保を支援する事業等を行う。

2 制度による対応

(1) 医療計画

これまで在宅医療については、「居宅等における医療の確保に関する事項」として、医療計画に定める事項となっていたが、都道府県によってその記載の内容や目標の設定などの状況は格差がある状況であった。2013（平成25）年度から始まる次期医療計画からは、医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関などの役割を充実・強化するため、厚生労働省としては、2012（平成24）年3月、「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、各都道府県において、介護保険事業（支援）計画との連携を考慮しつつ、達成すべき数値目標や施策などを医療計画に記載することにより、地域の実情にあった在宅医療のシステム構築や質の向上を図っていくこととした。

図表 3-3-3 在宅医療の体制



3 診療報酬・介護報酬などによる対応

診療報酬と介護報酬の同時改定および障害福祉サービス等報酬改定が行われ、それぞれ在宅医療・介護の推進に向けて充実が図られた。

(1) 診療報酬

「社会保障・税一体改革成案」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していくため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえて、地域生活を支える在宅医療の充実に向けた取組等を重点課題とした。

具体的には、機能を強化した在宅療養支援診療所・病院などへの評価や看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組みの促進、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携などの評価の充実を図った。

図表3-3-4 在宅医療の充実

医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

- ▶医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。
 - ・緊急時・夜間の往診料の引き上げ
 - ・在宅時医学総合管理料の引き上げ
 - ・在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
 - ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

<機能を強化した在宅療養支援診療所/病院（病床を有する場合）の例>

【現行】

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料 (処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点



【改定後】

往診料 緊急加算	850点
在宅時医学総合管理料 (処方せん有)	5,000点
在宅患者緊急入院診療加算	2,500点
(新) ターミナルケア加算	6,000点
(新) 看取り加算	3,000点

在宅緩和ケアの充実

- ▶緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

(2) 介護報酬

2012（平成24）年度の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を行った。

医療と介護の機能分担・連携の推進については、在宅生活時の医療機能の強化に資するサービスの充実及び看取りへの対応強化、介護保険施設における医療ニーズへの対応強化、入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進などを図った。

(3) 障害福祉サービス等報酬

2012（平成24）年度の障害福祉サービス等報酬改訂においては、経営実態なども踏まえた効率化・重点化を進めつつ、障害者の地域移行や地域生活の支援を推進する方向で対応し、地域で暮らす障害児・者やその家族が地域社会で安心して暮らすことができるよう、夜間の支援の強化や家族のレスパイトのためのサービスが拡充された。例えば、短期入所では、単独型・医療型の評価を充実し、空床確保や緊急時受け入れをする機関は、手厚く評価されることとなった。

コラム

すずらん薬局の取組みについて ～在宅医療推進に向けて～

近年、在宅医療提供体制を整備するための取組みが進められている。在宅「医療」という言葉からも、その取組みは病院や医師が中心となって行われることが多いが、すずらん

薬局グループは在宅医療推進のための取り組みを積極的に行っている。

すずらん薬局グループは、広島市内を中心に14店舗を展開している。「すべての人に優しい薬局でありたい」という経営理念を掲げ、高齢者や障害者、外国人といった人々も利用しやすい薬局を目指している。具体的には、薬剤師や栄養士による相談会・健康教室の開催、筆談や手話での対応、外国語に対応した薬袋の使用等に取り組んでいる。本稿で紹介する在宅医療への取り組みも、経営理念に基づく取り組みの1つだ。

すずらん薬局グループの在宅医療への取り組みは、10数年前に医師の往診に同行したことが始まりだという。大きな転機となったのは2005（平成17）年2月。在宅ホスピスを目指す医師と出会い、無菌調剤室を設置した。無菌調剤室とは、クリーンルームとも呼ばれており、在宅医療で多く使われる高カロリー輸液や抗がん剤などを無菌的に調剤できる設備である。これをきっかけに本格的に在宅医療に取り組むようになり、2011（平成23）年7月までに関与した在宅患者数は1,105名にもなる。

在宅医療への取り組みは初めからうまくいったわけではない。在宅医療における保険薬局の役割を疑う医療・福祉関係者も少なくなかったという。

しかし、そうした見方は、40代女性のAさんへのサポートを通して払拭された。Aさんは娘2人（20歳と11歳）と3人暮らし

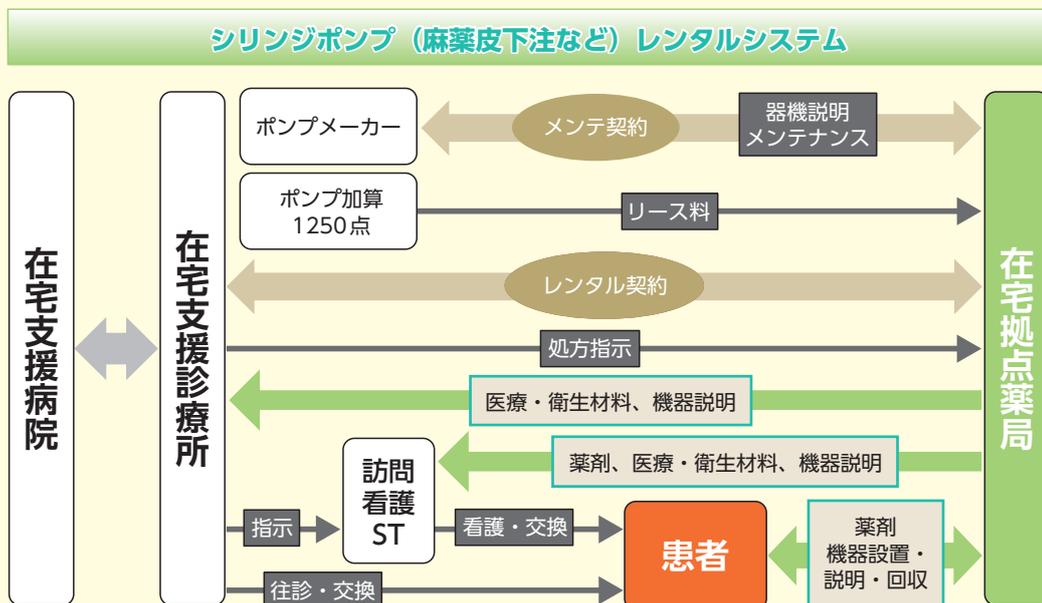
だったが、若くして末期がんと診断された。Aさんが最期の時を娘2人と迎えたいと強く希望したが、担当医は在宅ケアに必要な輸液管理や緩和ケアに不慣れだったため、在宅移行はなかなか進まずにいた。

そうした時、Aさんが入院していた病院からすずらん薬局大手町店へ、輸液管理や緩和ケアへの対応が可能かどうか照会があり、対応可能であることが確認され、また、主治医との連携も担保されたため、Aさんは在宅ケアへ移行することとなった。

移行後は、病状の進行にともなうオピオイド（鎮痛薬）の増量、レスキューの相談や様々な副作用といった症状への対応、さらには夜間休日の緊急対応が必要となったが、大手町店の担当薬剤師は医師や看護師と緻密に連絡を取りながら対応した。ときには、薬剤師独自の知見を生かし、処方提案をすることもあったという。

担当薬剤師は、Aさんの症例を通して病院の医師や看護師との信頼関係が構築され、連携強化につながったと感じている。

今では、がん患者などの疼痛緩和のため医療用麻薬を持続的に皮下注が必要な患者について、関係者と調整して、ディスプレイポンプへの無菌的充填をしたり、従来、在宅でのレンタルが困難であったPCA付きシリンジポンプを薬局でレンタルできるようにし、在宅療養を可能にした。シリンジポンプの具体的なレンタルシステムは下図のとおり。



それまでは、他職種からは「薬を持ってきてくれさえすればよい。管理は私たち（医師や看護師）がやるから」といったような反応が多かったが、今では在宅医療における薬剤師の役割を認める他職種の人々も増えたそうだ。また、退院し在宅での治療に切り替える際に、医療関係者が打ち合わせる退院時カンファレンス等に声がかかるようになった。薬剤師がいることで、医師や看護師が本来の仕事に専念できるようになり、それがひいては患者とその家族のQOL（生活の質）の向上にもつながっている。

在宅医療に取り組む中で、いくつかの課題も見えてきた。薬剤師の育成には多くの時間とコストがかかるが、どのように進めていくのか。また、在宅医療に必要な医療材料等をいかにして無駄なく管理するか。さらには、緩和医療に必要な機器のレンタルといった新たな役割をどう果たしていくか。

課題は少なくないが、すずらん薬局グループを経営する株式会社ホロンの古屋社長は、

今後も在宅医療への取組みを進めていきたいと語る。現在、在宅医療における保険薬局の役割についての勉強会やシンポジウムを開催するなどしているが、一番大切なことは、顔が見える関係を作り、薬剤師の職能を他職種に知ってもらうこと。そのためには、待ちの姿勢ではなく攻めの姿勢で取り組む必要があるとの実感を抱いている。今後もすずらん薬局グループの挑戦は続いていく。



第4節 地域包括ケアの推進

1 介護保険制度の現状と目指す姿

高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加や核家族化の進行など、要介護者を支えてきた家族をめぐる状況の変化に対応するため、社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして、2000（平成12）年4月に介護保険制度は創設された。創設後10年を経過して、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、2010（平成22）年には約400万人となった（**図表3-4-1**）。また、2010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様からのご意見募集」によれば、60%を超える方から「介護保険を評価している」と回答をいただき、介護保険制度は高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として、少子高齢社会の日本において必要不可欠な制度となっている（**図表3-4-2**）。

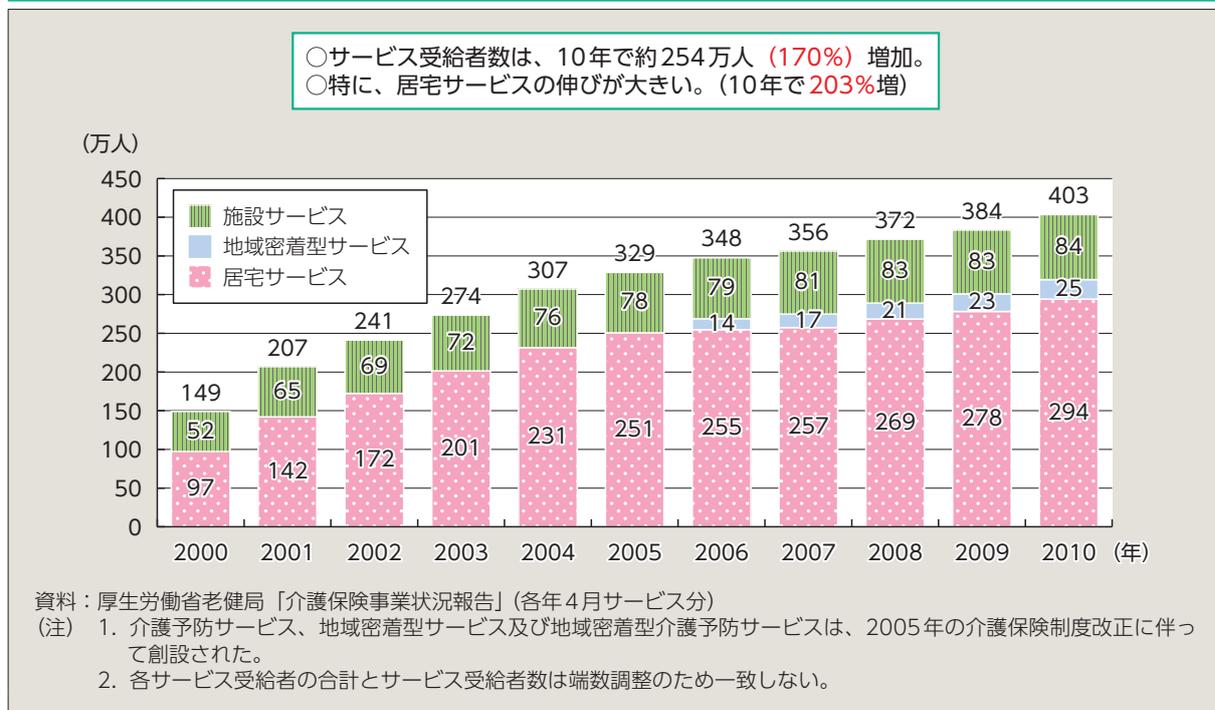
一方で、介護保険制度の現状には課題もある。1つは財政上の課題である。サービス利用の大幅な伸びに伴い介護費用は急速に増大しており2011（平成23）年度総費用8.3兆円、高齢化がさらに進展し、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年には、介護費用は約20兆円になることが見込まれている。将来にわたって安定的に介護保険を運営するために、給付と負担のバランスについて長期的な視点で議論していく必要がある。

もう1つの課題は、社会構造の変化や介護を必要とする人たちのニーズに応えることである。2025年の日本を考えると、高齢化は更に進み、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、単独世帯・夫婦だけの世帯の割合が増加して

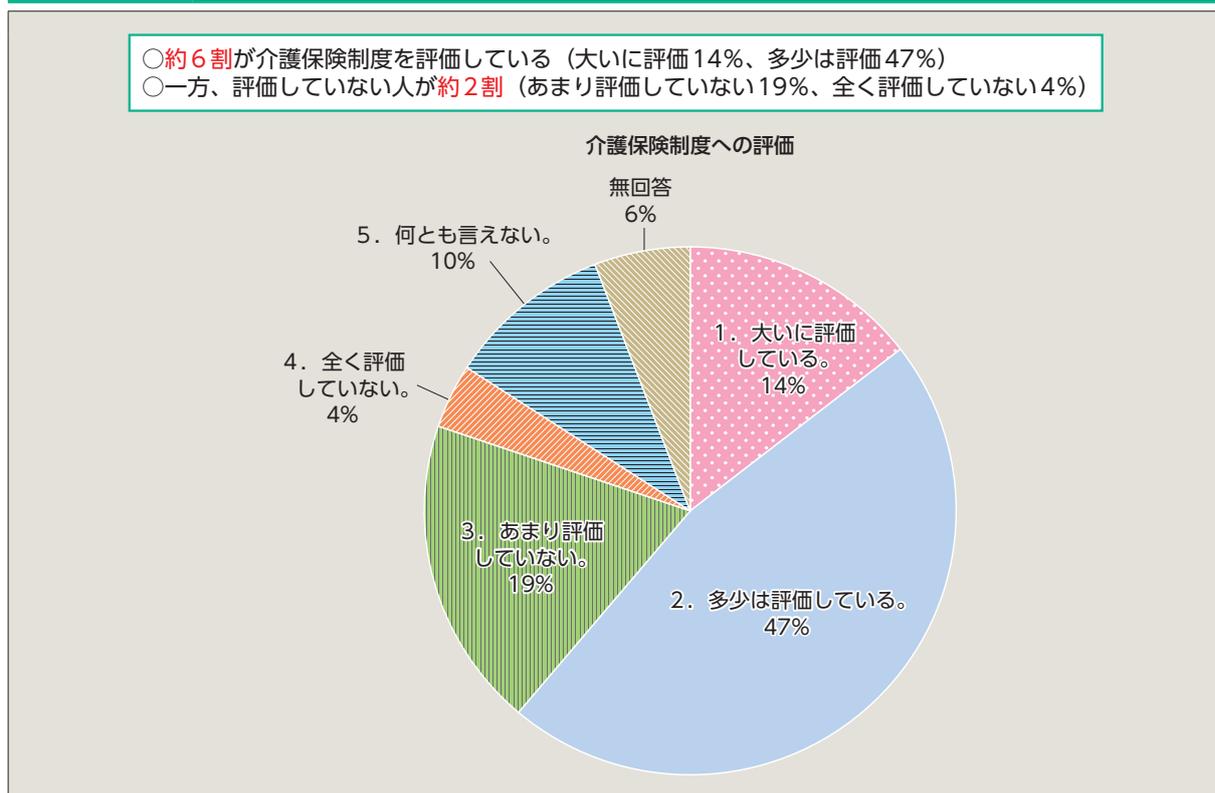
いくと推計されている。また、首都圏を始めとする都市部で他の地域よりも急速に高齢化が進むと予測される。一方で、自身や家族が介護を必要とするときに受けたい介護の希望を調査したアンケートによれば、自宅での介護を希望する人が70%を超えている。〔介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集〕

このような社会構造の変化やニーズに応えるために、現在介護保険制度が目指している

図表 3-4-1 サービス受給者数の推移



図表 3-4-2 介護保険制度への評価



姿が、「地域包括ケアシステム」である。「地域包括ケアシステム」とは、重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、中学校区などの日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制のことをいう。

介護保険制度は、2005（平成17）年に大幅な改正を行い、予防重視型システムへの転換、地域を中心とした新たなサービス体系としての地域密着型サービスの導入、地域包括支援センターの創設等、地域包括ケアシステムの実現に向けてすでにその一歩を踏み出しており、2011年に行われた介護保険法の改正と介護報酬改定によって、更にその中身の充実が図られている。

図表3-4-3 社会保障・税一体改革成案による介護の将来像

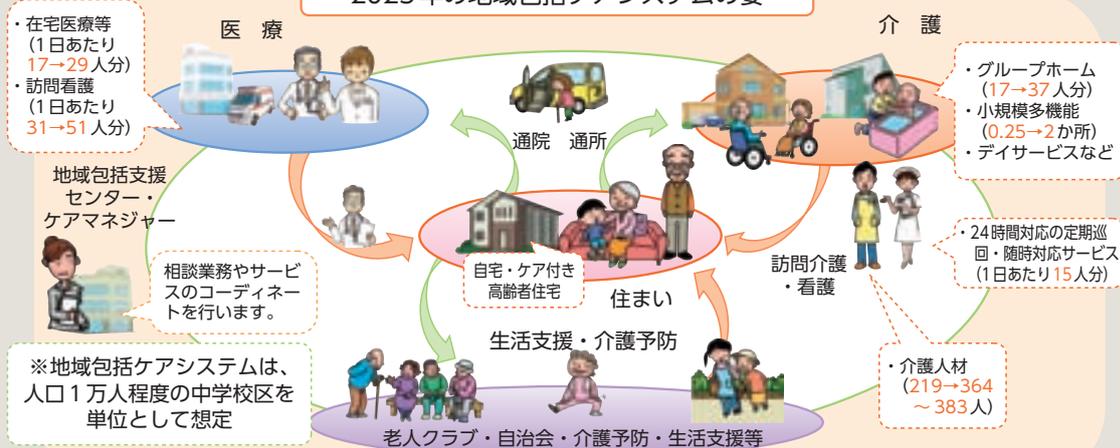
○住まい医療介護予防生活支援が体的に提供される地域包括ケアの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

<改革の主な具体策>

- ・24時間対応の訪問サービス、グループホームや小規模多機能型サービスなどのサービスが充実。
- ・介護予防事業等により要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発になる。
- ・介護職員の処遇を改善し、キャリアパスを確立することにより、介護に必要な労働力が安定的に確保され、介護職員が誇りを持って仕事に取り組むことができる。



2025年の地域包括ケアシステムの姿



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもので、人口1万人の場合

2 介護保険法の改正

介護保険制度の在り方については、2010（平成22）年5月から社会保障審議会介護保険部会において介護保険制度全般について議論が行われ、2010年11月30日に「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめられた。これらの意見を踏まえ、2012（平成24）年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて、地域包括ケアシステムの実現を図るため、第177回通常国会に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を提出し、2011（平成23）年6月15日に成立した。

図表3-4-4 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

○高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等

- ①医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
- ②日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
- ④保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ①介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ②介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を延期。
- ③介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
- ※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

4 認知症対策の推進

- ①市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ②市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進

- ①介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ②地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

(1) 地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画の策定

地域包括ケアシステムを実現するため、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その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。また、地域の実情に応じて記載すべき事項として、認知症支援策の充実、医療との連携、高齢者の居住に関する施策との連携、見守りや配食などの多様な生活支援サービスを位置付けた。

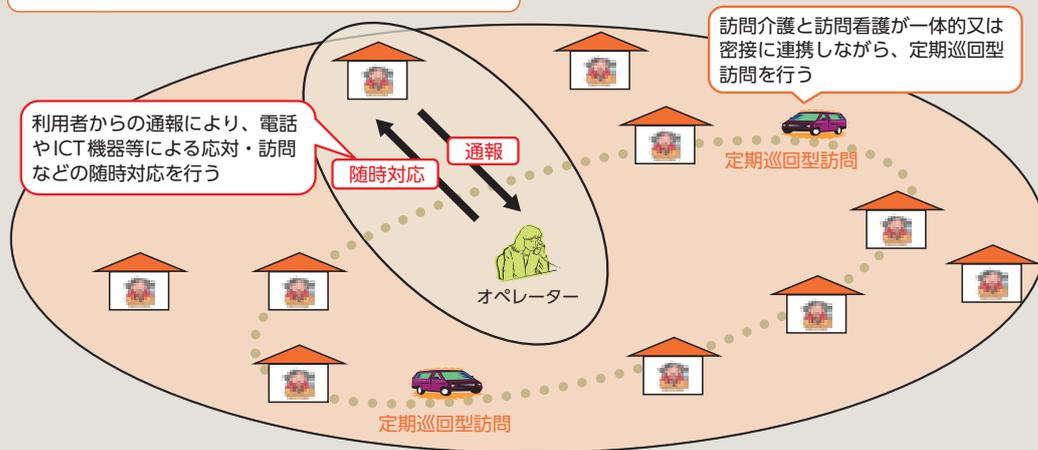
(2) 定期巡回・随時対応サービスの創設

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・適切に組み合わせ提供する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設した。

図表3-4-5 定期巡回・随時対応サービスの創設

○重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



コラム

都会における高齢者見守り活動

1 都会特有の事情

人の移動が比較的少なく、人間関係が濃密な地域では、住民が日常的に交流するため、互いに生活の異変などに気付きやすい。お互い様の精神が残っていれば、困った場合には、互いに支援の手を伸ばしやすく、また、支援を受け入れやすい。

しかし、都会では、プライバシーが尊重される反面、隣人のことを全く知らないでいる場合もある。働き盛りのときは、ご近所付き合いより、仕事などのネットワークの方を優先しがちである。しかし、年を重ね、従来のような活動的なネットワークを維持できなくなった場合、ご近所付き合いを慌てて始めようとしても容易なことではない。その結果、都会において、社会的に孤立する住民が増える傾向にある。

2 世田谷区における見守りボランティア活動

このような状況を見越して、世田谷区は、2009（平成21）年7月に、「全高齢者実態

把握調査」を行い、65歳以上の高齢者の健康状態や地域での生活状況などを把握するとともに、介護問題（いわゆる老老介護など）や社会的孤立など、高齢者の抱える課題について分析した。（回答数109,889人、回答率73.3%）

その中で、「見守り訪問を希望する」と回答した者が10,741人（10.4%）、「今は希望しないが、今後は希望するかもしれない」が66.2%あったことは注目される。

高齢者がいる世帯の内、ひとり暮らしが17.9%、高齢者のみ世帯が34.8%を占めていたことから、若年者が居る世帯であっても、見守り訪問を希望する世帯は少なからずあったことが分かる。

こうした状況により、区では見守り施策の充実のために、4つの重点施策に取り組んでいる。その内容は、①地域住民と連携して行う、「地区高齢者見守りネットワーク」②民生委員が介護保険を利用していない高齢者宅を訪問する、「民生委員ふれあい訪問」③24時間受け付けられる電話相談を安心コールセ

ンターで行うとともに安否確認を実施する「高齢者安心コール」④あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）に見守りコーディネーターを配置して、見守りの必要性の高い高齢者への相談支援を行う「あんしん見守り事業」である。

そのうち、「あんしん見守り事業」は2010（平成22）年11月より区内10箇所のあんしんすこやかセンターでモデル実施しており、その中の見守り手法の一つとして、見守りボランティアによる訪問を実施している。

この事業は、まだモデル事業であることもあって、見守りサービスを行うボランティアの数は少ない。希望者なら誰でもこの事業のボランティアになれるというわけではない。高齢者の自宅を訪問するという事業の性質上、トラブルが起らないよう、公募せず、地域活動に精通した人を選んでいる。2011（平成23）年11月時点での実績では、世田谷区を構成する27地区中10地区で実施されており、登録数38名、活動者数25名である。主に、元民生委員の方、町内会から推薦を受けた方、ボランティアとして熟練し定評のある方などが見守りボランティアとして活躍している。

見守りボランティアは65歳以上の元気な高齢者が担っており、介護支援ボランティア・ポイント事業を活用している。見守りは必要な高齢者の自宅への訪問1回につき、1ポイントを付与し、元気な高齢者のやりがいや介護につながっている。

また、問い合わせがあれば、すぐボランティアが動くわけではなく、あんしんすこや

かセンター等に情報が寄せられた、見守りの必要性が高いと考えられる高齢者を対象に、見守り相談を実施し、その中から必要に応じて、ボランティアにつないでいる。あんしんすこやかセンターの見守り相談についてはこの事業が2010年11月にスタートしてから2011年3月までの相談実績は3,698件、2011年4月から8月まで4,782件であった。その約7割で、単発の見守り訪問が行われ、その半数弱で、介護サービスの導入（9.6%）や、あんしんすこやかセンターの継続訪問やその他のサービスの導入（36.2%）に繋がっている。高齢者が継続的な訪問サービスの受け入れに同意するまで、平均3.5回程度の単発訪問が行われている。人間関係（信頼関係）の確立に手間暇がかかることは避けられない。

それでも、ひとり暮らしや老老介護で社会的に孤立している人、介護認定レベルⅠやⅡなどを受けているが元気な人などを、地区ネットワークに取り込む効果は大きい。今までは独りで、あるいは、高齢者同士で暮らして来た人でも、体調などの変化をタイムリーに捉え、介護サービス等に繋げた実績がいくつか上がって来ている。

世田谷区では、2012年度以降、見守りの対象者を65歳未満にも広げようとしている。また、2013（平成25）年度からは、全27地区でサービスを提供することを計画している。ボランティアの募集、ボランティア活動のあり方、コーディネーターの配置、人件費の確保など、課題を一つひとつ克服して行く必要がある。

コラム

せたがや介護支援ボランティア・ポイント事業の紹介

介護支援ボランティア制度は、2007年5月に厚生労働省からの通知により、介護保険の地域支援事業として市町村が実施することが可能になった。通知によると、この制度は介護人材の育成や確保を主目的としたものではなく、介護予防と地域の活性化に資する取

組みとして推進することとされている。いわば、①高齢者の介護予防、②住民相互による地域に根ざした介護支援などの社会参加活動、③にぎわいにあふれる地域づくりなどを同時に実現することをめざしたものである。

したがって、ボランティア・ポイントを換

* 満65歳から、介護保険の1号被保険者になれるので、本制度の資格要件も、65歳以上、上限無しと定められている。

金できるとは言え、どの自治体でも、上限金額はそう高くない。(最大でも年間1万円程度。) ボランティア・ポイントは、介護保険料負担軽減資金といういかめしい名称で換金されるが、保険料の軽減効果としてはささやかなものである。

この制度を全国で初めて導入したのは東京都稲城市(2007年9月)であるが、それより半年遅れで同制度をスタートさせた、東京都で最大の人口(約85万人)を有する世田谷区の介護支援ボランティア・ポイント事業を見てみよう。

世田谷区の65歳以上の人口は、平成24年4月1日現在で160,018人、比率では18.7%であった。また、60-64歳人口は約5.32万人であったので、毎年約1万人が介護保険の第1号被保険者になる状況である。

世田谷区の制度は、以下3つの事業から成り立っている。

- ・介護支援ボランティア研修
- ・介護支援ボランティア・ポイント事業
- ・介護保険料負担軽減資金支給

【介護支援ボランティア研修・ボランティア活動】

介護支援ボランティア研修は、希望者に対し、3時間で制度概要の解説と介護事業所・施設の案内およびコミュニケーション・スキルなど、介護支援ボランティア活動を行う上での留意点などを学ばせるもので、平成24年3月末時点で、既に1,200人以上が受講済みである。

特殊なスキルを必要としないので、誰でも研修を受ければ介護支援ボランティアになれる。最近では男性のボランティアも増加しているようだ。

しかし、何事にも向き不向きがあり、研修を受けた方全員が介護支援ボランティアとして活動する訳ではない。研修を受けてみて、あるいは実際にボランティア活動を行ってみて、自分のイメージと違っていたり、体調不良によりボランティア活動を止めたとしても全く問題は無い。一つの趣味として、気負わ

ず、無理をせずに取り組めば良いのである。

【介護事業所・施設等の登録】

介護支援ボランティア制度は、ボランティアを行う側はもちろん、それを受け入れる介護施設等も、互いに自主的な活動である。現在、区内では85施設がこの制度に登録しており、区民からの問い合わせに的確に対応できるよう、ボランティアの相談を受けたり、希望日の調整を行う担当者を各施設で決めている。

一般的に、特別養護老人ホームなど、規模の大きい施設はボランティア活動のメニューが豊富であるためか、人気が高い。介護事業所・施設側で、ボランティアのニーズやスキルに合わせたメニューを作っていることもある。

ボランティア・ポイントの交付は、区から介護事業所等に委託されており、1時間につき1ポイント(50円相当)が、ボランティア手帳に貼付される。1日2時間、毎週2回ボランティア活動を行えば、年間で208ポイント貯まる計算だが、ポイントを交付できる上限は、1人あたり120ポイント(6,000円)までと決められている。また、ボランティア手帳は単年度制であり、120ポイント貯めなくても、毎年換金出来るというのは嬉しい。

【総合評価】

本事業については、制度そのものに対する苦情が殆どない。仲間ができてよかった、生活にリズムとメリハリができた、認知症への理解が深まったなど、ボランティアにとっても得るところが多い事業である。

行動経済学では、報酬が無い、あるいは少ない活動ほど、ボランティアが熱心に取り組む現象が知られている。せたがや介護支援ボランティア・ポイント事業も、そのような例の一つかもしれない。活動の量や質が報酬と釣り合っているかどうかということよりも、この制度を契機として介護世代同士、のんびりと交流を深めれば良いのではないだろうか。

【事業実績】

最後に、世田谷区の事業実績を紹介する。

年度	ボランティア研修参加者（人）	登録事業者数	ボランティア・ポイントの交付数（枚）	介護保険料負担軽減資金申請人数（人）	介護保険料負担軽減資金申請金額（円）
20年度	545	36	13,501		
21年度	294	76	19,714	211	566,350
22年度	197	84	22,280	285	920,800
23年度	164	86	22,301	296	967,300

(3) 介護職員等によるたんの吸引等の実施

従来、たんの吸引等については、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある医行為にあたるという前提のもと、介護現場のニーズを踏まえ、当面のやむを得ない措置として、介護職員等が一定の要件の下で実施することを、運用により認めてきた。こうした運用上の対応による介護職員等の不安定な地位を解消し、介護現場での必要なケアをより安全に提供できる仕組みを構築するため、「社会福祉士及び介護福祉士法」（昭和62年法律第30号）を改正し、2012（平成24）年4月1日から、一定の研修を受けた介護職員等は、医療関係者との連携等の安全体制を確保した事業所で、たんの吸引等を行うことを法制度上認めている。

(4) 保険料上昇の緩和

高齢化や介護サービスの充実が進み、65歳以上の高齢者が負担する第1号保険料の基準月額全国平均は、第1期の2,911円から第4期の4,160円まで上昇した。今後、高齢化の進展や、地域包括ケアシステムの実現に向けたサービスの充実により、介護に要する費用の更なる増大が見込まれている。

2012（平成24）年度から始まる第5期では、都道府県に設置されている財政安定化基金について、必要とされる額より過大な積立金があったことから、本来の目的に支障を来さない範囲で取り崩しを行った。この措置による軽減効果もあり、第5期の全国平均は4,972円となっている。

3 平成24年度介護報酬改定

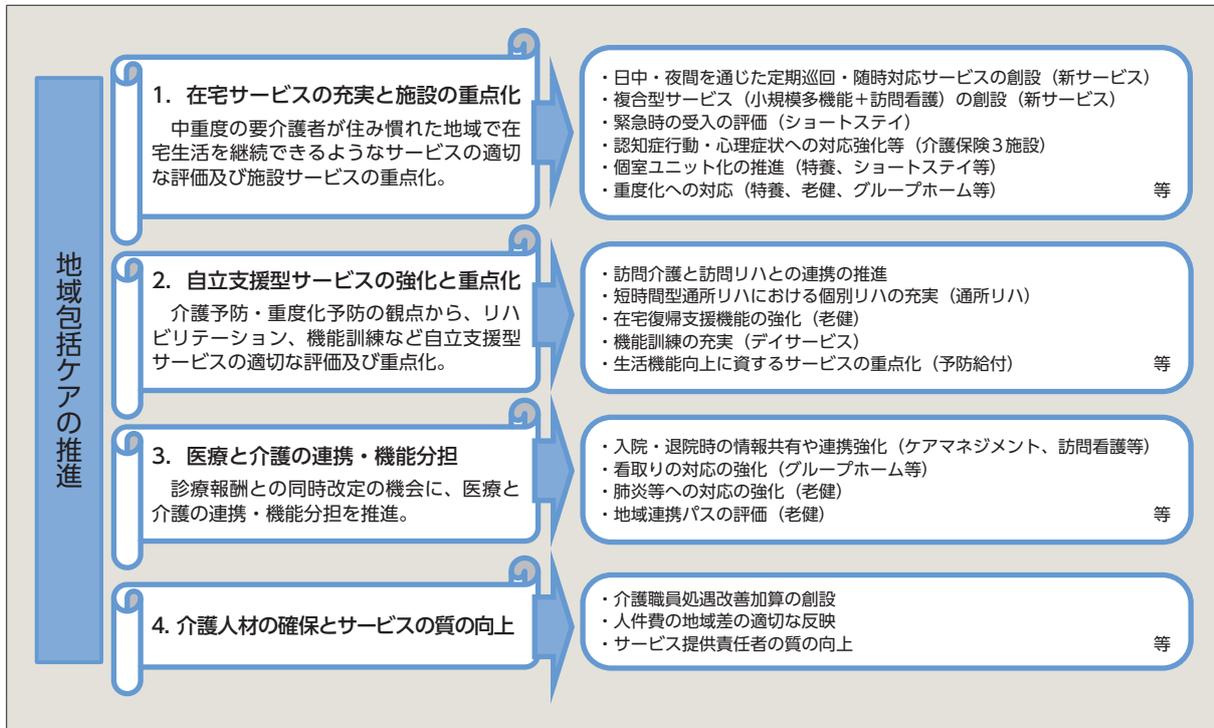
平成24年度の介護報酬改定においては、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、在宅サービスの充実と施設の重点化、自立支援型サービスの強化と重点化、医療と介護の機能分担・連携の推進、介護人材の確保とサービスの質の向上を行った。

さらに、介護従事者の賃金が他職種と比べて低い傾向にあり、また離職率が高く、人材確保が困難な状況であるため、第169回国会で「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇の改善に関する法律」（平成20年法律第44号）が成立した。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により、介護職員の処遇改善に取り組んできた。この結果介護職員の平成22年度の賃金は、平成20年に比べ1人当たり平均月額約2.4万円引上げられた。^{*11}

*11 2009（平成21）年度及び2010（平成22）年度に実施した介護職員処遇状況等調査の結果による。

さらに平成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、これまでの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」を創設するなど、引き続き、これらの取組みを着実に実施し、介護従事者の処遇改善を図っている。

図表 3-4-6 平成24年度介護報酬改定のポイントについて



4 高齢者の住まいや介護基盤の整備

高齢化が急速に進む中で、高齢の単身者や夫婦のみ世帯が増加していることから、介護・医療と連携して、高齢者を支援するサービスを提供する住宅を確保することは極めて重要である。

我が国は欧米各国と比較して、特養等の介護施設の全高齢者に対する割合は同程度であるが、高齢者に配慮された住宅の割合は少なく、整備が立ち後れているのが現状である。このような住まいが足りないために、高齢者が安心して生活できる場としてのニーズが施設、特に特養に集中している現状があることから、特養等の介護基盤の整備を更に一層進めるとともに、国土交通省と連携しながら、高齢者を対象とした状況把握サービスや生活相談サービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」の供給促進を図っていくこととしている。

併せて、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅においては、入居者を保護する観点から、入居後一定期間内に契約解除又は入居者が亡くなった場合に、家賃、サービス費用などの実費相当額を除いて、前払い金を全額返還する契約を義務づけることとした。

5 認知症対策の推進

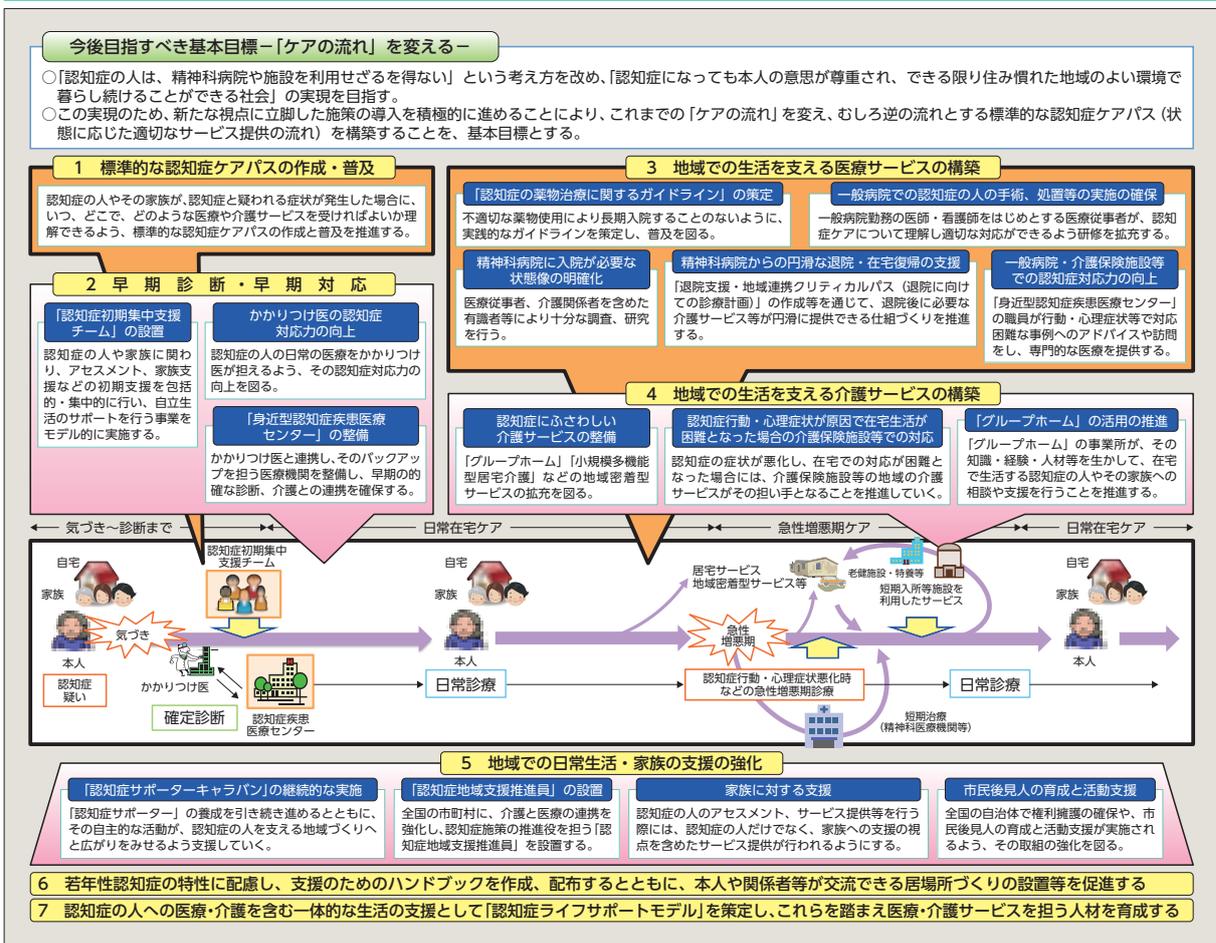
認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続するためには、医療、介護及び地域が有機的に連携したネットワークを形成し、効果的な支援を行うことが重要である。

このため、市町村に認知症地域支援推進員を配置し、当該推進員を中心とした介護と医療の連携強化、地域における支援体制の構築、さらには認知症サポート医の養成やかかりつけ医に対する研修、認知症サポーターの養成などの施策を行ってきたところである。

また、成年後見制度の需要の増大が見込まれていることから、2011（平成23）年度に市民後見事業を創設し、市町村において地域住民で後見業務に携わろうとする者に対する研修や後見活動を支援する仕組みを構築する等の事業を実施している。更に老人福祉法の一部改正により、市町村長による後見等の審判請求が円滑に実施されるよう、市町村が後見等に係る体制の整備（市民後見人の育成及び活用など）を行うこと及び、都道府県が市町村への助言その他の援助を行うことが努力義務として規定され、2012（平成24）年度から施行されている。

今後、高齢化のさらなる進展を踏まえ、認知症の方々は急速に増加していくことが見込まれている。認知症施策のより一層の充実を図っていくために、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意志が尊重され、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、省内の関係部局長から構成されるプロジェクトチームを設置、本年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。このとりまとめを踏まえ必要な施策等を、今後順次実施することとしている。

図表 3-4-7 『今後の認知症施策の方向性について』の概要



第5節 医療イノベーションの推進

1 医療イノベーションをめぐる状況について

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。

このため、本年6月に、政府全体の戦略として、産学官一体となり、革新的医薬品・医療機器の創出や、再生医療、個別化医療といった世界最先端の医療の実現を目指す「医療イノベーション5か年戦略」を取りまとめ、日本再生戦略に盛り込んだ。

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を整備すること、医薬品・医療機器等の審査の迅速化・質の向上を図るため、医療機器等の特性を踏まえた薬事法改正を行うこと等に取り組むこととしている。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種類程度治験へ導出すること、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。また、再生医療や個別化医療などの新たな医療分野については、研究開発の推進や実用化を加速するための仕組みづくりに取り組むこととしている。厚生労働省においては、これらの取組みを加速させるため、省内に大臣を本部長とする「厚生労働省医療イノベーション推進本部」を設置し、医療イノベーションの推進に取り組んでいる。

2 革新的な医薬品・医療機器の創出

「医療イノベーション5か年戦略」の大きな柱である革新的な医薬品・医療機器の創出に向け、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）医薬基盤研究所を中心に、経済産業省の（独）産業技術総合研究所や文部科学省の（独）理化学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することとしている。同ネットワークにおいては、有望なシーズの選定、臨床研究・治験につなげるための戦略の策定・助言、応用研究から非臨床研究を中心とした技術的助言や支援等を行うとともに、これに関連する重点的な研究開発費の助成等を行うことを通じて実用化を支援することとしている。

(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・治験の推進は不可欠である。そのため、厚生労働省では、「医療イノベーション5か年戦略」の下、文部科学省と共に「臨床研究・治験活性化5か年計画2012」を2012（平成24）年3月に策定した。今後、同計画や「医療イノベーション5か年戦略」等に基づき、臨床研究・治験環境の整備を行なっていく。特に、今後更なる取組みが求められている開発の早期段階の治験や質の高い臨床研究を推進するため、早期・探索的臨床試験拠点や臨床研究中核病院を整備していく。早期・探索的臨床試験拠点は、新規医薬品・医療機器について、世界に先駆けてヒトに初めて投与・使用する試験や開発早期に安全性、有効性を少数の対象で確認する試験等を行う拠点としての役割を担う。また、臨床研究中核病院は、国際水準の臨床研究や難病、小児領域等の医師主導治験の実施体制を有するとともに、複数病院からなる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機能を併せ持ち、高度かつ先進的な臨床研究を中心となって行う役割を担う。こうした取組みにより、医療イノベーションを力強く推進していく。