

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。

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つであり、2013（平成25）年2月には、健康・医療に関する成長戦略の実現に向けて、内閣官房に健康・医療戦略室が設置された。厚生労働省においても、国民の健康寿命の延伸、再生医療等の世界最先端の医療の実現、医薬品・医療機器等の開発の促進及び関連産業の発展等を目指し、同月に健康・医療戦略厚生労働省推進本部を設置するなど取組を進めている。

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（詳細は（4）で後述）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。また、再生医療等の新たな医療分野については、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再生医療に関する新たな法律の作成（詳細は（5）で後述）及び個別化医療推進の基盤整備を行っている。さらに、2013（平成25）年5月現在、内閣官房健康・医療戦略室を中心に医療分野の研究開発の司令塔機能（「日本版NIH」）の創設に向けた検討が進められており、今後とも、関係省庁と連携して検討を進めていく。

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、文部科学省の（独）理化学研究所や経済産業省の（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、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。今後、同計画及びそのアクションプラン等に基づき、臨床研究・治験環境の整備を行っていく。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について引き続き整備することとしている。早期・探索的臨床試験拠点は、新しい医薬品や医療機器について、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ものである。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有し、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ものである。これらを整備することなどにより「臨床研究・治験活性化5か年計画2012」を具現化していく。

(3) 医薬品・医療機器・再生医療等製品の承認審査の迅速化

医薬品等の承認審査の迅速化に向けて、（独）医薬品医療機器総合機構の体制につき751人（2013（平成25）年度末）を目標に職員の増員を図っており、治験相談の質・量の向上、「薬事戦略相談」の導入など審査業務の充実・改善、国際連携の強化、承認審査のあり方や基準の明確化など、今後とも有効で安全な医薬品を迅速に国民に提供するための取組みを着実に実施することとしている。

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」において医療上の必要性が高いとされたものについて、関係製薬企業に対し開発要請等を行っている。医療機器についても、「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」（2008年（平成20）12月策定）に基づき、新医療機器・改良医療機器・後発医療機器の3トラック審査制等の導入や、「医療ニーズが高い医療機器等の早期導入に関する検討会」の開催等の取組みを実施している。

また、後述の薬事法の改正により、承認審査の迅速化に資する制度の見直しを行う予定である。

(4) 薬事法の改正

現在、国民が受ける医療の質の向上を図るため、革新的な医薬品・医療機器の創出や再生医療の研究開発及び実用化を促進していくことが喫緊の課題となっている。併せて、医薬品等による健康被害の再発防止のため、安全対策の強化が求められている。

こうした状況の中、安倍内閣総理大臣より、4月2日の第6回日本経済再生本部において、薬事法改正法案を今国会に提出すべく、作業を進めるよう指示があったこと等を踏まえ、平成25年通常国会に薬事法改正法案を提出し、継続審議となっている。

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、厚生労働省では、再生医療の迅速かつ安全な実用化に対応できるよう、再生医療製品の特性を踏まえた条件・期限付きの早期承認制度を導入すること等を内容とする「薬事法改正法案」((4)参照)と併せて、「再生医療等安全性確保法案」を平成25年通常国会に提出し、継続審議となっている。

具体的には、

- ・再生医療のリスクに応じて適切に安全性を確保するための必要な手続等を定めること、
 - ・細胞培養加工について、医療機関から外部への委託を可能とすること
- 等を内容としている。

3 健康寿命を延ばす科学技術の振興

(1) 2012(平成24)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がっている。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(平成24年度約440億円))

＜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、牛海綿状脳症 (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、バイオテクノロジーの進展に伴う生命倫理問題に対する社会的関心や、個人情報保護を含む研究対象者保護の要請の高まり等を踏まえ、研究者等が守るべき倫理指針として、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」や「疫学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 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。

これに関して、社会保障制度改革推進法（平成24年法律第64号）第9条に基づき設置された「社会保障制度改革国民会議」において、医療をはじめ社会保障制度全般について議論が進められており、今後、この議論を踏まえつつ、必要な見直しを行っていく。

(1) 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、在宅療養に至るまで、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。これまで、社会保障審議会医療部会での議論を踏まえ、「急性期医療に関する作業グループ」において、医療機関が医療機能（急性期、亜急性期、回復期等）を選択し、都道府県に報告する制度を設けるとともに、都道府県が、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療ビジョンを策定すること等がとりまとめられた。この基本的な枠組みに基づき、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において、医療機能の内容と報告事項について、具体的な検討が進められている。また、2013（平成25）年6月に開催された社会保障審議会医療部会においても、医療法等改正法案の議題において議論されており、引き続き検討が進められている。

(2) 都道府県医療計画の見直し

都道府県の医療計画において、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。

今後、各都道府県は、2013年度からの新たな医療計画に基づき、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、2013（平成25）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（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、2013年3月末現在、34道府県40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。

また、小児の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25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小児の二次救急医療を担う小児救急医療支援事業や小児救急医療拠点病院に対する支援、③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や、④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。

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、2013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^{*1}）、新生児集中治療管理室（NICU^{*2}）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（平成24）年4月現在653か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT^{*3}）の養成等を進めてきた（2013年4月1日現在1,150チー

*1 MFICU：[Maternal Fetal Intensive Care Unit] の略

*2 NICU：[Neonatal Intensive Care Unit] の略。

*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。

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年3月に改正した「日本DMAT活動要領」に基づき、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くこととしている。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、国立病院機構大阪医療センターにもDMAT事務局を置くこととしている。

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医療施設耐震化基金について、2012年度予備費及び補正予算においても更なる積み増しを行い、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。2013年4月1日現在で201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・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）年度を「在宅医療・介護あんしん2012」と位置づけ、予算、医療計画・介護保険事業（支援）計画、診療報酬・介護報酬といった各種施策を総動員し、在宅医療の推進に取り組んできた。特に、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することから、地域医療再生基金を積み増し（2012年度補正予算）、各都道府県が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くこととしている。

さらに、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それぞれの専門知識を活かし、協力して患者・家族の生活を支えることが重要であることから、そのような視点を持つ在宅医療・介護を担う人材の育成に取り組んでいく。

また、NICUを退院し在宅医療に移行する小児等については、小児特有の課題に対応するため、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していくことが必要である。2013年度において、小児在宅患者の保護者に対する療養上の相談支援を含め、小児等の在宅療養を支援するため、医療・福祉等の連携体制を構築するモデル事業に取り組んでいくこととしている。

その他、薬局を活用した薬物療法提供体制の整備、在宅歯科医療等の推進、訪問看護の推進、国立高度専門医療研究センターによる各疾患の特性に応じた在宅医療の研究の推進など、在宅医療を充実させるための取組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することとしている。（予算総額500億円）

(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*4。

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*5

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。

2 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。

産科医療補償制度の申請期限は
満5歳の誕生日までです



産科医療補償制度は
重度脳性まひのお子様とご家族を支援する制度です

補償対象

●平成21年1月1日以降に出生したお子様で、次の補償をすべて満たす場合、補償の対象となります。

- 在胎週数33週以上で出生体重2,000g以上、または在胎週数28週以上で所定の要件
- 身体障害者手帳1・2級相当の脳性まひ
- 先天性や新生児期の原因によらない脳性まひ

※産後6ヶ月未満で亡くなった場合は、補償の対象なりません。

●補償の対象と認定されると、補償金が支払われるとともに、脳性まひ発症の原因分析が行われます。

●詳細については、出生した分娩機関または下記お問い合わせ先までご相談ください。

お問い合わせ先

産科医療補償制度専用コールセンター
☎ 03-5800-2231 受付時間 午前9時～午後5時（土日祝日を除く）
産科医療補償制度ホームページ
<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>

公益財団法人 日本医療機能評価機構



*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/>

*5 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/>

*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.jcqh.or.jp/index.html>

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会にて議論され、2013（平成25）年5月に、調査の目的、対象、流れ、院内調査のあり方、第三者機関のあり方など、制度の基本的なあり方についてとりまとめられた。今後、できるだけ早期に制度を開始できるように、法制化の作業などの準備を進めていくこととしている。

(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^{*7}）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。

(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

国際医療交流（外国人患者の受入れ）について、2012（平成24）年度から、外国人が安心して医療機関を受診できる環境を整備するため、医療機関の申請に基づき第三者機関が外国人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）」を開始した（認証病院数：3病院（2013（平成25）年3月21日時点））。また、日本の良質な医療を海外にも普及する観点から、2013年5月に、「医療国際展開戦略室」を設置し、医療機器・医薬品等の輸出、医療を担う人材育成及び医療の持続的な提供を可能にする諸制度の普及などを一体的に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。

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、更なる簡素化も含め制度の見直しに向けて検討を進めることとしている。

^{*7} 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>

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2013（平成25）年度までに195名の増員（入学定員は9,041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、これらの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、2012（平成24）年度で補助対象箇所数を20か所に拡充している。

2013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」の補助対象箇所数の拡充（20か所→30か所）に対する財政支援
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。

2012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。

このため、厚生労働省では、多様な専門職が働く医療機関における働きやすい勤務環境整備の方策を検討し、2013年2月に、この検討の結果について、「医療分野の『雇用の質』向上プロジェクトチーム報告」として公表した。（第3章第2節「3 医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進」参照）

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おり、2013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（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。

具体的な検討内容としては、診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる造影剤の血管内投与など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や、歯科衛生士が行う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業務実施態勢の見直しについて、それぞれチーム医療推進会議等で結論を得たところである。

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できるような環境を整備する観点から、看護師の業務である診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度な専門的知識及び技能をもって行う必要のある行為を「特定行為」として法律で明確化するとともに、特定行為を行う看護師に対する研修制度を導入することについて、2013（平成25）年3月のチーム医療推進会議でとりまとめを行ったところである。厚生労働省として、今後、できるだけ早期に制度を開始できるよう、法制化の作業などの準備を進めていくこととしている。

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。2013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に取り組むこととしている。

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を目的として、2011年10月より、「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」の中では、

① 中立的な第三者機関を設立し、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

② 総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とし、専門医の一つとして基本領域に位置づける

などとされており、この仕組みを通じて、専門医の一層の向上とともに、専門医を含めた医師の偏在是正の効果も期待される、とされている。

厚生労働省としては、この「報告書」の内容を踏まえ、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

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（平成21）年7月には、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的支援等を行い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、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。

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ったところである。

加えて、後発医薬品のさらなる使用促進に向けて、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で、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項目を挙げているところである。さらに、そ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3節 安定的で持続可能な医療保険制度の実現

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、安定的で持続可能な医療保険制度の実現に向けて取り組んでいく。

1 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化

健康保険組合の設立が困難である中小・零細企業の労働者とその家族が加入し、加入する事業所の約8割が従業員10人未満である協会けんぽは、被用者保険のセーフティネットとして、我が国の国民皆保険制度を支える重要な基盤となっている。

しかしながら、2008（平成20）年10月の協会けんぽ発足直後の経済状況の大幅な悪化等により、協会けんぽの被保険者の平均報酬（年間）は、2008年度385万円だったものが、2011（平成23）年度370万円へと悪化した。それにより、協会けんぽの財政状況は極めて悪化し、その保険料率も2010（平成22）年から2012（平成24）年まで3年連続で引き上げられ、8.2%から10.0%となっており、この間の上昇率は22%に昇る。

こうした状況を踏まえ、2010年度から2012年度までに講じられてきた①協会けんぽの保険給付費等に対する国庫補助率を13%から16.4%に引き上げる、②後期高齢者支金の3分の1について、財政力に応じた負担（総報酬割）とする措置を、2014（平成26）年度まで2年間継続すること等を内容とする「健康保険法等の一部を改正する法律案」を2013（平成25）年通常国会に提出し、5月24日、可決・成立したところである。

これにより、「160万事業所、3500万人」の中小企業の労働者が加入する協会けんぽの保険料率は、前年度と同じ10%を2年間維持できる見込みであり、その加入者の生活の安定や医療の確保に貢献するものとなる。

2 高齢者医療制度について（70～74歳の患者負担等）

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ため、2008（平成20）年4月に新たな高齢者医療制度が創設された。これは、旧老人保健制度で指摘さ

れていた問題点を解消するため、①高齢世代と現役世代の負担割合を明確化し、②都道府県単位の財政運営とすることで、原則、同じ都道府県で同じ所得であれば同じ保険料とすることなどを狙いとしたものである。

制度施行以降、広域連合や市町村による運営面の努力とともに、75歳以上に着目した診療報酬の廃止等運用面の対応を重ねてきた結果、6年目の現在、制度は概ね定着しつつある。

75歳以上の医療費は、2008（平成20）年度約11.4兆円から2013（平成25）年度では約15.0兆円と見込まれており、今後も高齢者の増加等により増大が見込まれる。高齢者が将来にわたり安心して医療を受けられるよう、その医療給付費を世代間・世代内の公平に留意しつつ支えていくため、現役世代からの支援金、高齢者自身の保険料、公費負担の在り方などについて、社会保障制度改革国民会議の議論等を踏まえ検討していく。

また、高齢者の患者負担については、加齢に伴い所得水準は低下する一方で、医療費が大幅に高くなることに配慮する必要があるとあり、併せて現役世代との負担の公平を確保していかなければならない。こうした考え方の下、高齢者にもできるかぎり応分の負担を求める観点から、2008年4月以降、70～74歳の患者負担を1割から2割へ見直すこととされたが、施行当時の状況を踏まえ、現在まで毎年度約2,000億円の予算措置により患者負担を1割に凍結している（現役並み所得者は3割）。

これについては、当面、1割負担を継続する措置を講じたが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。

3 医療費適正化に向けた取組み

2010（平成22）年度の国民医療費は、37.4兆円（1人当たり29.2万円）となっており、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。このような中、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る。このため、生活習慣病の予防や、患者の状態に応じた適切な医療サービスの実施等効率的な医療の提供を推進していく必要がある。

国と都道府県においては、医療費の伸びを適正化するため、医療費適正化計画（5年計画）を定めている。第一期医療費適正化計画においては、2008（平成20）年度から2012（平成24）年度までの5年間を計画期間として、国民の健康の保持及び医療の効率的な提供を推進するため、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、取組みを進めてきた。2013（平成25）年度から、第二期医療費適正化計画の計画期間が開始しており、都道府県及び国において第二期医療費適正化計画を策定するとともに、第一期医療費適正化計画の実績に関する評価として、目標の達成状況や施策の実施状況に関する調査及び分析を行うこととしている。

また、2008年度より、生活習慣病予防による医療費適正化を進める観点から、メタボリックシンドロームに着目した特定健診・保健指導を実施している。特定健診・特定保健指導の実施率は、目標値とは開きがあるものの着実に上昇してきており、引き続きこの向上に努めていく。

コラム

データに基づく地域の特徴に応じた健康づくり対策
～福井県「わがまち健康づくり推進プロジェクト」～

皆さんは、生活習慣病やメタボリックシンドロームについて、ニュースや雑誌記事、テレビの情報番組などを通じて様々な情報に接しておられるのではないだろうか。減塩や禁煙、摂取カロリーのコントロール、運動の実施など健康長寿にむけた豊富なメニューの提示はあるが、皆さん自身で優先的に取り組むべき課題を抽出し、取り組むべき生活習慣の改善内容について選択し実行するのはなかなか大変なことである。

また、食習慣であれば味付けや調理方法、運動習慣に関しては公共交通機関の充実度の違いによる自動車での移動の割合や降雪期間の有無など、日本国内、各都道府県内においても生活習慣の違いには地域ごとの違いがあり、糖尿病や高血圧、高脂血症などの罹患状況にも違いがある。

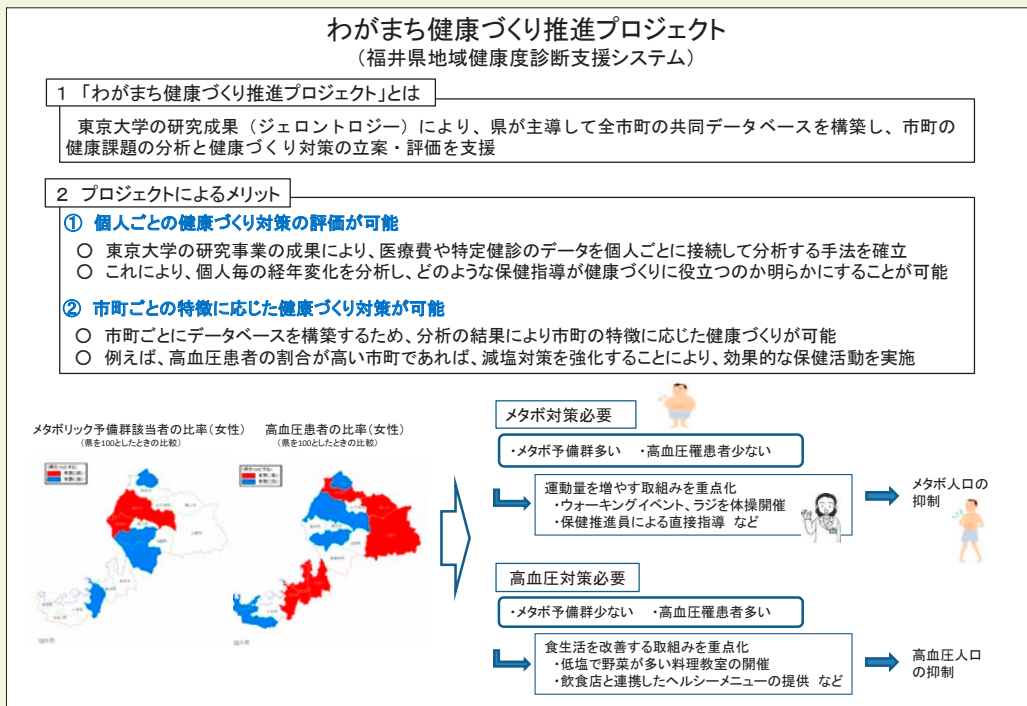
そこで、このコラムでは健康指標のデータベース化により、市町ごとの健康課題を明確化し、地域の実情に沿ったきめ細やかな生活

習慣病の発症・重症化予防対策につなげるといふ福井県の取り組みについてご紹介したい。

福井県のデータに基づく健康づくりへの取り組み

福井県は、東京大学高齢社会総合研究機構との共同研究事業であるジェロントロジー（総合長寿学）の研究成果を応用し、2008～2010年の3年間に市町の国民健康保険が実施する特定健診を受診した約6.5万人を対象に、個人毎に接合した特定健診の結果と医療費レセプトデータで構成されたデータベースを構築し、平成24年度から「わがまち健康づくり推進プロジェクト」（地域健康度診断システム）を開始した。

県は市町を対象にデータベースの分析および評価方法について研修を実施し、市町が健康度分析を行い、地域の特徴に応じた健康づくり施策の立案・評価が実施できるよう支援している。



○福井県高浜町の取り組み

高浜町では、このデータベースの分析で生活習慣病が多いこと、心筋梗塞、脳血管疾患で亡くなる人が多いことが明らかとなり、この結果に町のデータやグループインタビューの結果等をあわせて地区診断を行い、生活習

慣病や心筋梗塞、脳血管疾患に対する共通の対策として、「野菜の摂取量を増やす」ことを重点対策とし、「野菜から先に食べる」「3食野菜を食べる」という行動目標を設定した。

高浜町では1年で最も体重が増加するとさ

れる9月から11月を「健康チャレンジ期間」に設定し、健康づくりに関連するイベント・事業・健康に関する情報提供等を集中的に実施しており、住民の健康への関心を喚起し、生活習慣の見直しや健康づくりへの参加を呼びかける普及啓発活動を展開してきた。地区

診断で明らかとなったデータを町内の各団体や関係機関と共有し、重点対策の重要性について理解を得ることにより、この健康チャレンジ期間の企画立案・実施の過程を中心に町民と行政の協働による町の健康づくり活動を行っている。

～健康レシピが掲載された地元スーパーの折込チラシやポップ～



○福井県美浜町の取り組み

美浜町では、データから男性の脳血管疾患による死亡が多いことや脳血管疾患が原因で要介護状態になることなどが明らかとなった。脳血管疾患の原因となる高血圧、高脂血症の人の割合も県内では高いことがわかり、脳血管疾患の発症予防、重症化予防の観点からも高血圧、高脂血症対策の必要性が町の健康課題として明らかとなった。

そこで、尿中塩分測定による「塩分調査」、聞き取り調査による「食生活実態調査」を実施。女性の塩分摂取量が高いこと、男女ともに脂肪エネルギー比率が全年代で全国比率を上回っていること、菓子類の摂取量が全国平均の3倍であることや野菜の摂取量が全年代で全国平均を下回っていることが明らかとなった。また、食生活の特徴として、みそ汁を3食すべてで食べることや魚や肉中心の食生活で煮物などが多く、塩分の多い調味料を多用すること、野菜は自家栽培したものを食

べるが、栽培していない野菜を買ってまでは食べない傾向があり、食べる野菜の量や種類が時期的に偏ること、夕食後に菓子類を食べる習慣や間食として菓子パンを食べることなどが明らかとなった。

これらのデータに基づく現状分析を受けて、住民と行政が町民の生活習慣病の現状について共有するための機会を設け、住民が生活習慣病予防の必要性を理解し、食生活を中心とした生活習慣の改善に取り組む「げんげん運動」が始められた。これは適正な塩分摂取をすること（減塩）と、自分の生活スタイルや身体状況に応じた適切なエネルギー摂取をすること（減量）を2本柱とするもので、町内イベントの際に血圧測定の機会を設け、必要塩分量についての情報提供や実際にみそ汁などを味わってもらい適正な塩分濃度を味覚から知ってもらう活動などを行っている。活動はまだ始まったばかりではあるが、全町民の46.1%が実践しているとのことである。

4 被災者支援（保険料・一部負担金免除の延長）

東日本大震災では、震災と津波による被害が甚大であり、緊急に医療が必要となる被災者が多く存在すると考えられたこと等から、医療保険制度において特例を設けてきた。

震災発生当初は、被保険者証を所持していない被災者のために、氏名、生年月日等を申し出ることにより、医療機関で保険診療を受診することを可能とするとともに、震災により住宅が全半壊したなど、一定の要件に該当する被災者については、医療機関で申し出ることにより、窓口負担を支払うことなく受診することを可能とした。

また、2011（平成23）年度補正予算において、保険者が実施した被災者に係る窓口負担・保険料（以下「窓口負担等」という。）の減免措置に対する財政支援の財源を確保し、震災により住宅が全半壊した者、主たる生計維持者が死亡又は行方不明となっている者、東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う国による避難指示が行われている区域等^{*8}（以下「避難指示区域等」という。）の住民である者^{*9}等について、震災が発生した2011年3月から1年間、保険者が窓口負担等の減免措置を実施した場合に、当該減免額を国が財政支援することとした。

2012（平成24）年度においては、避難指示区域等の住民である者については、国による避難指示等が引き続き行われていることなど被災地の状況を踏まえ、医療保険の窓口負担、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の保険料の減免措置を実施した保険者に対して、当該減免額に対する国の財政支援を1年間継続した。また、国民健康保険及び後期高齢者医療制度においては、避難指示区域等以外の特定被災区域^{*10}の被災者について、2012年9月末まで、窓口負担等の減免措置を行った保険者に対して、当該減免額を国が財政支援するとともに、同年10月以降は、窓口負担等の減免措置を行った保険者であって、財政負担が著しい場合に、当該減免額の10分の8以内の額を国が財政支援した。

2013（平成25）年度においては、避難指示区域等の住民である者については2012年度と同様に、また、避難指示区域等以外の特定被災区域の被災者については2012年10月以降と同様に、窓口負担等の減免措置を実施した保険者に対して、国が財政支援を行っている。

第4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

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14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、2010（平成22）年には400万人を超えた（[図表6-4-1](#)）。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」と回答をいただいている（[図表6-4-2](#)）。

*8 警戒区域・計画的避難区域・緊急時避難準備区域・特定避難勧奨地点（ホットスポット）に指定された4つの区域等をいう。（当該指定後、解除・再編された区域等であっても、窓口負担等の減免措置に対する財政支援については、引き続き同様の取扱いとしている。）

*9 震災発生後、他市町村へ転出した方を含む。

*10 災害救助法の適用地域（東京都を除く）や被災者生活再建支援法の適用地域をいう。

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）年の日本を考えると、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予測される。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、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、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される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。

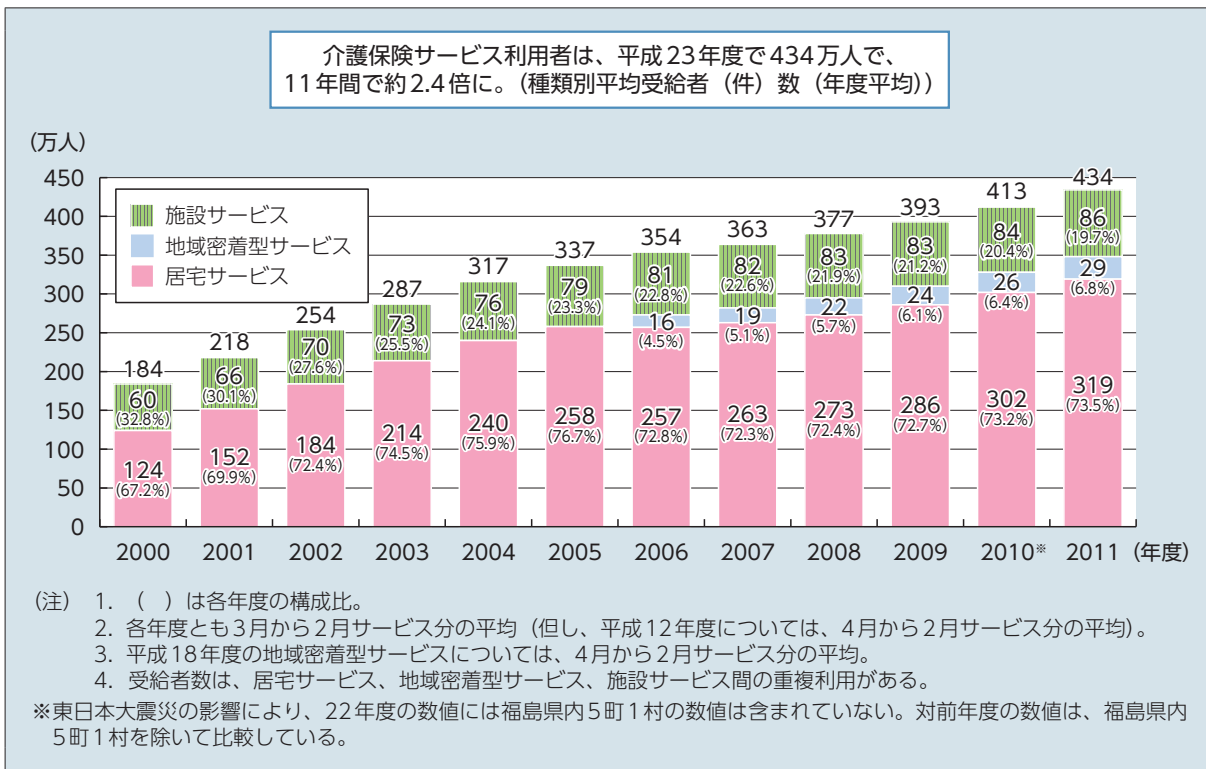
2005（平成17）年に行われた介護保険法の改正により、地域密着型サービス導入や地域包括支援センターの創設など、地域包括ケアシステムの実現に向けてその第一歩を踏み出した。

2012（平成24）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、更に介護サービス提供体制の充実に向けた取組みが図られ、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、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。平成24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いる。

これらの改正・改定による効果や影響を見極めつつ、次期の介護保険制度の改正や介護報酬の改定に向けて議論を深め、市町村が高齢化の進展状況等を踏まえつつ地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて地域包括ケアシステムを作り上げていくことができるよう取り組んでいく必要がある。

一方、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することとなる。2011年度の介護費用は8.2兆円だが、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21兆円になることが見込まれる。介護保険制度の持続可能性を確保するために、介護給付の重点化・効率化や負担の在り方についても併せて検討していく必要がある。

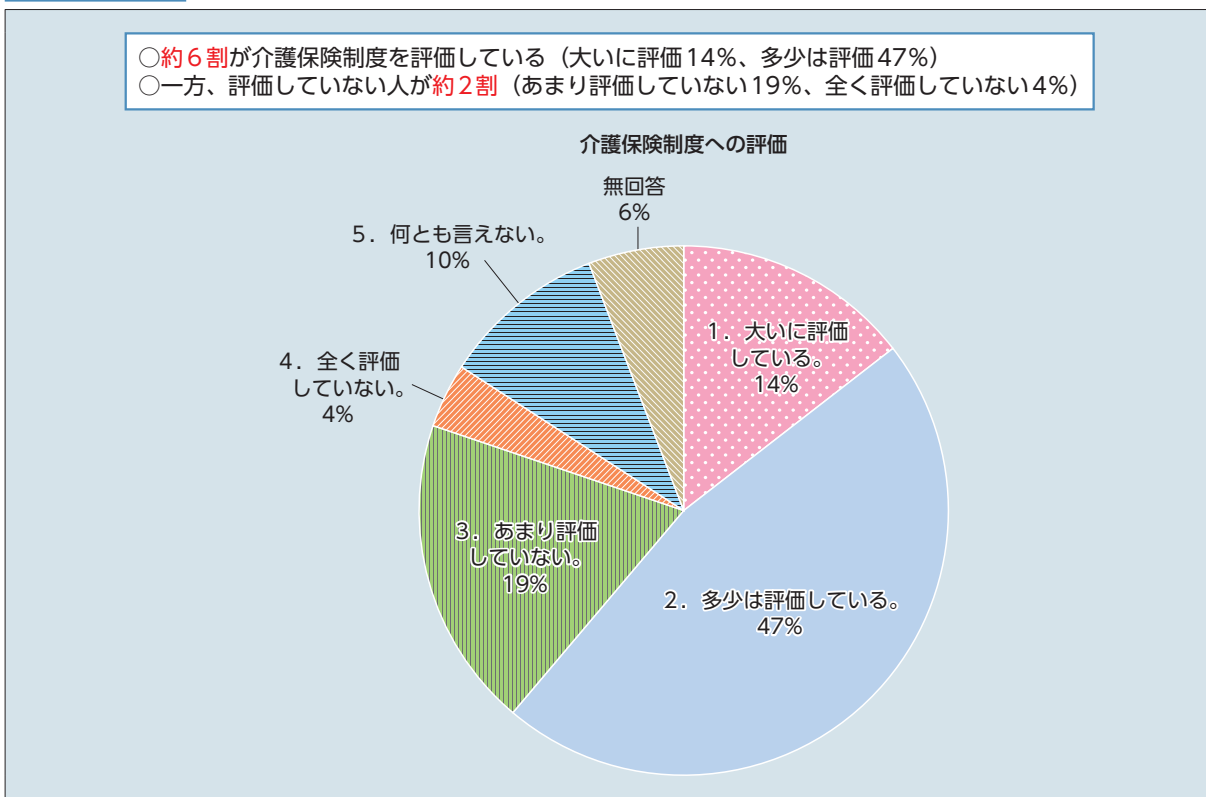
図表 6-4-1 サービス受給者数の推移



国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現

第6章

図表 6-4-2 介護保険制度への評価



柏市、東京大学高齢社会総合研究機構及び独立行政法人都市再生機構が一体となって、今後進行する急激な都市部の高齢化に対応したまちづくりに取り組んでいる。

全国的に高齢化率が上昇する中、今後は特に大きな人口を擁する都市部において高齢化が急激に進行することが予測されている。これは、人口40万人で都心のベットタウンとして発展してきた柏市も例外ではない。

今回紹介する柏市の豊四季台団地は、1964（昭和39）年に建設され、2010（平成22）年現在で高齢化率40%に達しており、昭和30年頃から50年頃までの間に建設された団地が現在及び今後直面するであろう課題が集積された団地である。

そこで、豊四季台団地の建替え事業を契機として、長寿社会に対応したまちづくりを行うべく、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構及び独立行政法人都市再生機構は、「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を発足し、

- ・いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち

- ・いつまでも元気で活躍できるまち

を基本方針として在宅医療を含む地域包括ケアシステムの具現化、高齢者の生きがい就業の創成に取り組むこととした。

1 地域包括ケアシステムの具現化に向けた取組み

急激な高齢化が進む中、高齢者が住み慣れた地域で生活していくためには、介護サービスと密接に連携した在宅医療の普及が欠かせない。

そこで、柏市では、行政（介護保険部局）と医師会が中心となり、様々な多職種団体と連携しながら、在宅医療の面的な普及と医療と介護の連携体制を構築すべく、以下のような取組みを行っている。

- ① 在宅医療・看護・介護の全関係者・市民等が連携を強化することを目的として一同に会する「顔の見える関係会議」等の開催
- ② 在宅医療と多職種連携を推進するための研修を実施
- ③ 在宅医がグループを形成して互いにバツ

クアッを行う「主治医・副主治医制」の実施

- ④ 在宅での急変時に対応するための病院のバックアップ体制の確保及び病院スタッフと在宅医療スタッフとの相互理解の推進
- ⑤ 多職種連携を実践するツールとして関係職種がタブレット端末を利用し、リアルタイムで情報共有することを可能とするシステムの構築
- ⑥ 市民への啓発活動



顔の見える関係会議の様子

また、これらの取組みを支える中核として地域医療拠点を豊四季台団地内に整備する予定である。この拠点は、柏市における地域医療の推進と多職種連携の拠点として上述した①～⑥を実現する機能を有するものである（2014（平成26）年初頭運営開始予定）。

そのほか、住み慣れた地域での生活を継続するため、豊四季台団地内にサービス付き高齢者向け住宅を誘致し、24時間対応の様々な在宅医療・看護・介護サービスを併設する。居住者のみならず、周辺地域の住民にもサービス提供を行うことを予定しており、在宅医療とサービス付き高齢者向け住宅を含めた24時間の在宅ケアシステムを具現化し、都市部における地域包括ケアシステムのモデル実現を目指すこととしている。

2 高齢者の生きがい就業の創成

柏市は、都心のベットタウンであり、これまで「会社が社会とのつながり」であった団塊の世代が定年退職を迎え、多くの高齢者が地域に戻ってくる。今後は、これらの高齢者

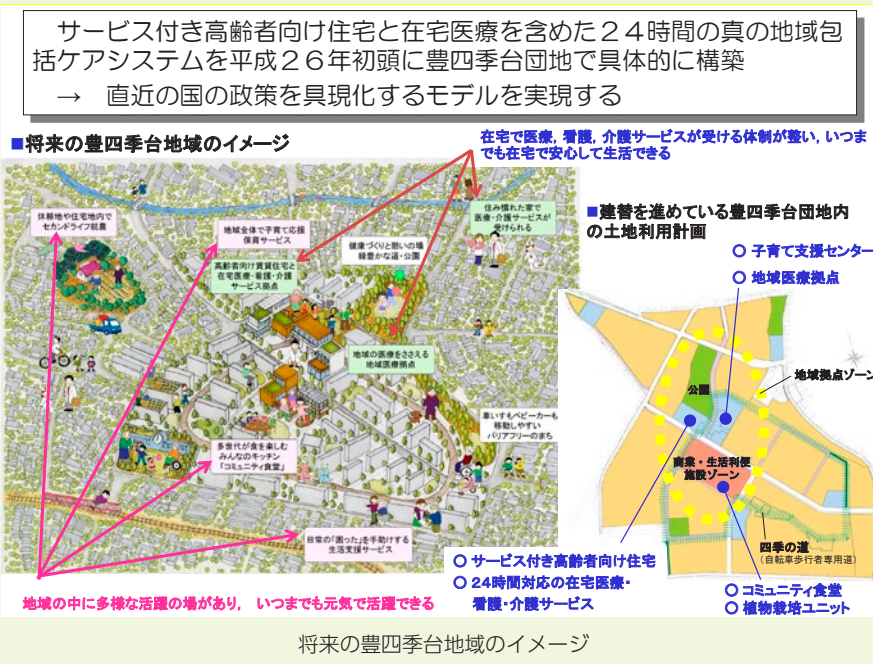
が社会とのつながりをつくるチャンネルが限られることにより、地域で孤立してしまうことを防止する必要がある。

そこで、高齢者本人が地域に貢献する「生きがい」と現役時代に慣れ親しんだ「働く」スタイルを両立し、ワークシェアを基本として無理なく楽しく働くことができるような高齢者就労のモデル構築に取り組んでいる。具体的には、地域にある民間資源を活用し、農業・生活支援・育児・地域の食・福祉の5分野で就労の場を提供している。

これらの事業を通して、高齢者がこれまで培った知識と経験を社会資源として活かすことができるとともに、セカンドライフを豊かにし、地域に参加することで社会とのつながり・コミュニティ形成による孤立防止、外出促進による健康維持といった効果が期待される。

産官学で一体の本プロジェクトは「まち」として既に高齢化が進んでいる地域への対策及びこれから全国で同様の問題を抱える地域のモデルとなりえるものである。

地域包括ケアシステムの具現化・高齢者生きがい就労の創成を実現し、「柏市＝高齢者がいきいきと暮らす街」となることを目指していくこの取組みは、今後も目が離せない。



(参考) 柏市ホームページ「豊四季台地域のまちづくり」
<http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060200/p008553.html>

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おり、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」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6-4-3 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
 - ・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

国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現

第6章

皆さんは、「認知症サポーター」をご存じだろうか。

「認知症サポーター」とは、何か特別なことをする人ではなく、認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人と家族に対して温かい目で見守ることができる応援者のことだ。そのうえで、例えば、友人や家族にその知識を伝える、認知症になった人や家族の気持ちを理解するよう努める、隣人あるいは商店・交通機関等まちで働く人としてできる範囲で手助けをする、など自分ができる範囲内で活動をしている。

2012（平成24）年12月末時点で、全国で約390万人が認知症サポーター養成講座を受講し「認知症サポーター」となっている。彼らが十分活動するためには行政の取り組みも重要となってくるのだが、今回、「大きなオレンジリングまちいっぱい運動」を実施している熊本県菊池市の取り組みについて紹介する。

菊池市では、認知症の人やその家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、認知症サポーター養成講座を受けた地域住民や店舗などのうち、自ら支援の意識を持った方達が届出方式により見守り協力者や協力店となり、その証として「大きなオレンジリング」を道路から見えるところに掛けている。



見守り協力者や協力店は、近隣に認知症の方がいたら見守りに協力する、道に迷った人がいたら声をかける、迷い人を発見した小・中学生の相談窓口になるなど、それぞれの可能な範囲で見守りに協力している。

これまでのところ、見守り協力者は474人、見守り協力店は136店、現在も増加中であり、しだいに市内に網の目状に見守りの輪が広がっているのだが、市の担当者によれば、「地域によって見守り協力者や協力店の数にばらつきがあるので、その点も考慮しながら拡充させていきたい。」とのことであった。

また、子どもへの認知症の理解や啓発に力を入れており、小学5年生と中学2年生を対象に認知症サポーター養成講座を実施している。小・中学生の時に認知症について知るとは、将来の福祉学習への礎になり、また地域の1人としての自覚が芽生える素晴らしい取り組みではないだろうか。市の担当者は、「子どもは家に帰ってから保護者に講座で習ったことを話すので保護者への啓発の第一歩にもなるのです。」と笑顔で教えてくれた。

このように、菊池市では、認知症支援について、介護・福祉関係者・医療関係者・行政、更に地域住民を巻き込んで取り組んでいる。

「認知症サポーター」は年々増加している。それ自体も喜ばしいことに違いはないが、養成者数の増加にただ満足するのではなく、それぞれの地域において養成した「認知症サポーター」をどう活用するかが重要であることを痛切に感じた。

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。2013（平成25）年6月現在、154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そうではないとの報告がなされており、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が必要である。

また、医療ニーズの高い在宅要介護者の利便性を踏まえ、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」を創設した。2013年6月現在、61保険者（市町村）で実施している。これにより、医療ニーズの高い利用者もニーズに応じて柔軟に「通い」「泊まり」「訪問（看護・介護）」のサービスなどを受けられるようになる。

高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送るために、今後はこれらのサービスを普及させていく等、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、これらの高齢者が生活支援、介護等のサービスを受けながら安心して暮らせる住まいを確保することが重要である。

このため、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「サービス付き高齢者向け住宅」など高齢者向けの住まい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、認知症への移行が生じ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、要介護度が重くなるなどにより、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の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。2012（平成24）年現在、介護職員は約149万人であり、2025（平成37）年には約237～249万人必要になると推計されている。

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。

今後、さらに介護職員の処遇改善に取り組むとともに、キャリアパスの確立に向けた取組みを進めることとしている。

6 超高齢社会に対応した生活支援サービスの充実や高齢者の社会参加等を通じた介護予防の推進

世界のどの国もこれまで経験したことのな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、自ら限界がある。また、低所得者など「自助」を求めるのが困難な方もいる。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NPO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。このように、高齢者がボランティア、就労などさまざまな活動に参加しやすいように、多様な場を地域に生みだすこと等が重要であり、その中で高齢者自身が活動の担い手となることも考えられる。このような高齢者の社会参加の推進は介護予防にもつながると考えられる。

これから高齢者介護の在り方を考えるにあたっては、「共助」や「互助」、「自助」といった支え合いのバランスをどのように考えていくかが課題となる。

コラム 未来の介護

介護の担い手の人材の不足・偏在への対応として、介護人材を確保する取組みに加えて、限られた人材を有効に活用するため、日本の高度な水準のロボット技術を活用した介護ロボットなどの技術的革新が注目されている。

ロボット技術の介護現場における利用は、様々な分野で様々な主体により取り組まれているが、本格的な普及に至っていないのが現状である。

介護ロボットの普及により、例えば、「ベッドから車椅子への移乗の際に、介護者が無理な姿勢で抱え上げなくとも、特別な技術を要することなく、安全に短時間でスムーズな介助が可能になる」といった介護を行う方の負担軽減が期待されるほか、介護を受ける方に

とって「介護者に気兼ねすることなく、したいことの支援を受けられる」といった生活の質の向上が期待されるため、厚生労働省と経済産業省は、介護現場で利用するロボットの重点分野（下図）を策定し、日本の高い工学技術を活かした介護ロボットの開発・実用化の支援として、相談窓口の設置や介護ロボットの有効性に関する評価手法の確立、モニター調査、普及啓発活動などの取組みを進めているところである。

限られた人材を有効活用するために、介護ロボットを導入することで介護従事者の負担軽減を図るなど、働きやすい職場環境を構築することが期待されており、早期の実用化が望まれている。

経済産業省と厚生労働省において、重点的に開発支援する分野を特定（平成25年度から開発支援）

○移乗介助(1)

・ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器



○排泄支援

・排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置調節可能なトイレ



○移乗介助(2)

・ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器



○認知症の方の見守り

・介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム



○移動支援

・高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器



第5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、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る。2012（平成24）年度で介護人材は約149万人であるが、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。

福祉・介護分野においては、①離職率は他産業より高く（介護関係職種：16.1%、全産業平均：14.4%）人手不足の地域が多い、②介護福祉士等の資格を有しながら福祉・介護分野で働いていない潜在的有資格者が多数存在する（全国で約34.2万人）等の課題を抱えており、質の高い福祉・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、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。

また、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間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見学等を実施し、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、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。