

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）年までにいわゆる「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17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・介護予防等との統合も必要である。

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）が取りまとめられた。また、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、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」による議論を踏まえ、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」（総合確保方針）が策定された。また、同法に基づき、消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）が創設され、各都道府県に設置された。

都道府県は、総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画（都道府県計画）を作成し、地域医療介護総合確保基金を活用しながら、当該計画に基づく事業を実施することとしている。

地域医療介護総合確保基金は、2014年度においては、医療分（病床の機能分化・連携に関する事業、在宅医療の推進に関する事業、医療従事者の確保・養成に関する事業）に充てるため、都道府県負担額を含め、904億円が計上された。

2015（平成27）年度においては、都道府県負担額を含めた医療分904億円に加え、介護分（地域密着型サービス等の介護施設等の整備に関する事業、介護従事者の確保に関する事業）に充てるため、724億円が計上された。また、2015年度の補正予算として、一億総活躍社会の実現に向け、介護離職ゼロに向けた取組みを推進するため、都道府県負担額を含め、介護分1,561億円が計上された。

2016（平成28）年度においては、都道府県負担額を含め、2015年度と同額の医療分904億円、介護分724億円が計上された。

なお、地域医療介護総合確保基金については、毎年度、都道府県において事業の評価を行うとともに、医療介護総合確保促進会議においても議論いただくこととされており、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。

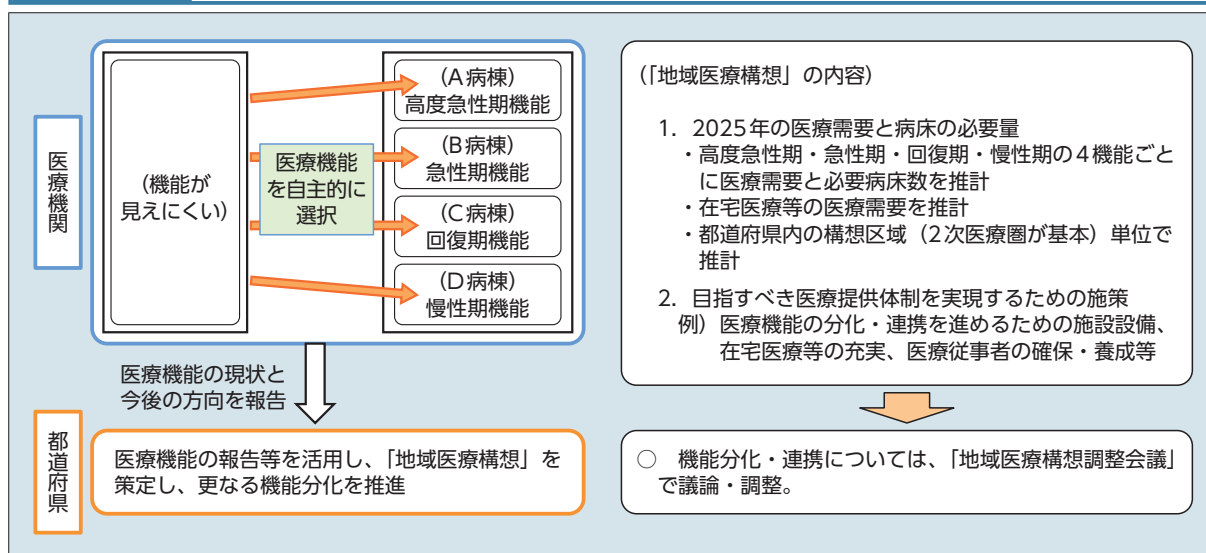
(1) 地域医療構想の策定と医療機能の分化・連携の推進

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、将来のあるべき医療提供体制の構築を目指すこととしている。2015(平成27)年度に12府県が策定済みであり、2016(平成28)年度中に全都道府県が策定予定である。

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。

2018（平成30）年度から、地域医療構想を内容に含んだ医療計画が本格的に実施されることや、医療計画と介護保険事業計画のサイクルの一致が図られることを踏まえ、2016（平成28）年5月より「医療計画の見直し等に関する検討会」を開催しており、その検討結果を踏まえて、新たな医療計画の作成指針を都道府県に提示する予定である。

（3）地域医療連携推進法人制度の創設と医療法人制度の見直し（改正医療法について）

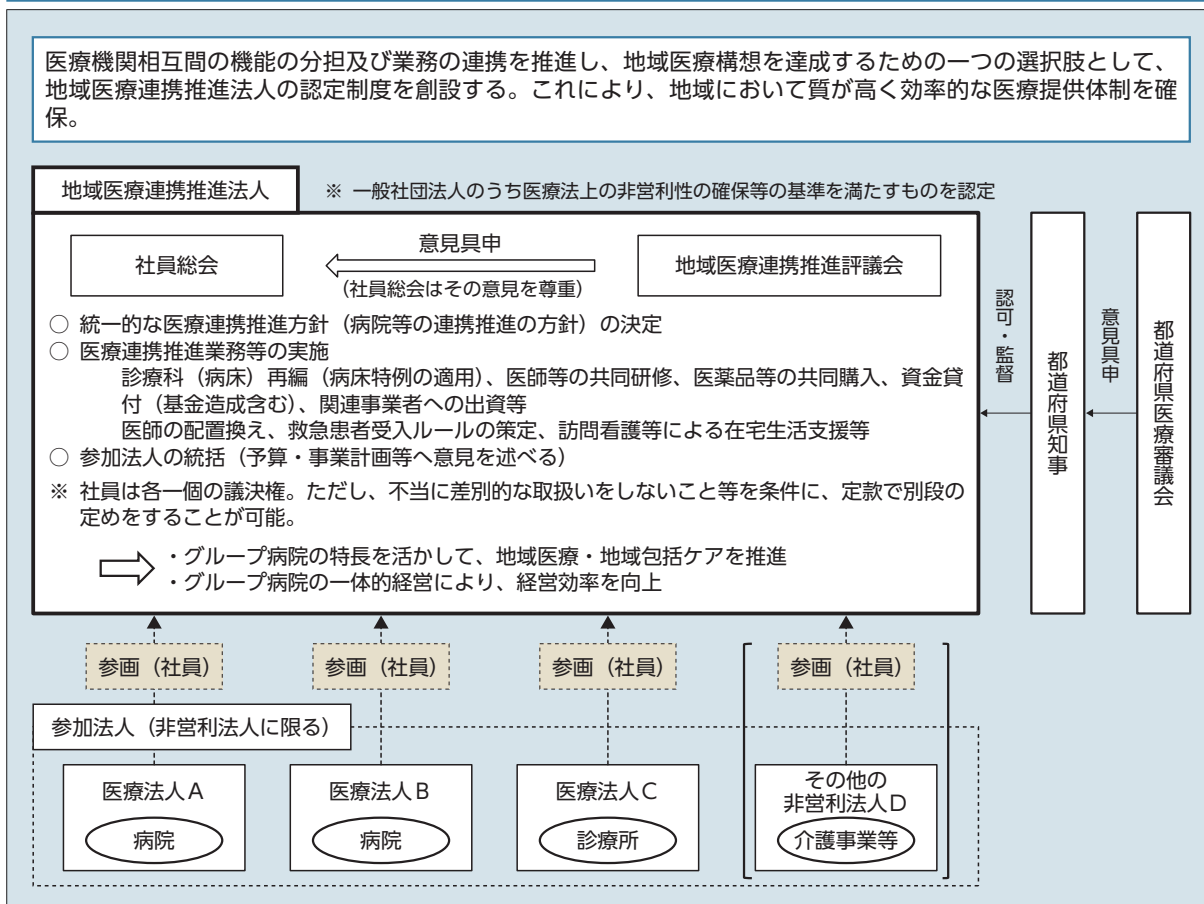
『日本再興戦略』改訂2014』（平成26年6月24日閣議決定）や「規制改革実施計画」（同日閣議決定）等を受けて、2013（平成25）年11月より「医療法人の事業展開に関する検討会」において、「地域医療連携推進法人制度の創設」と「医療法人制度の見直し」について当該検討会で議論され、2015（平成27）年2月に取りまとめが行われた。これらの議論を踏まえて、「医療法の一部を改正する法律案」が同年4月に国会に提出され、同年9月に成立・公布された。

地域医療連携推進法人制度の創設は、医療機関相互間の機能の分担や業務連携を推進することを目的としており、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として創設するものであり、統一的な医療連携推進方針（病院等の連携推進の方針）を決定し、医療連携推進業務等を実施する一般社団法人のうち医療法上の非営利性の確保等の基準を満たすものを都道府県知事が認定するものである。

また医療法人制度の見直しでは、医療法人について、貸借対照表等に係る公認会計士等による外部監査、公告等に係る規定及び分割に係る規定が整備された。また、二以上の都道府県にまたがる場合の社会医療法人の認定要件を一部追加するとともに、社会医療法人の認定を取り消された医療法人について、救急医療等確保事業に係る業務の実施等、一定の要件に該当する場合に関する経過的措置が講じられた。

これらのうち、地域医療連携推進法人と外部監査に係る事項については2017（平成29）年4月に施行、その他の規定は2016（平成28）年9月に施行される予定である。

図表7-2-2 地域医療連携推進法人制度について（概要）



（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、2016（平成28）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

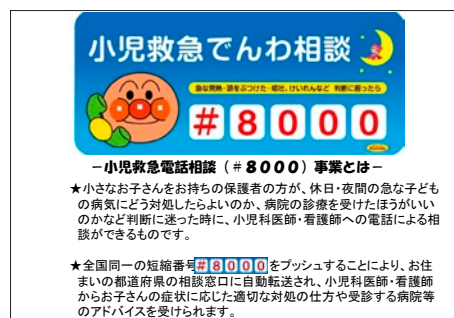
するため、補助事業を行っており、2016年3月末現在、38道府県で46機のドクターヘリが運用されている。

2 小児医療

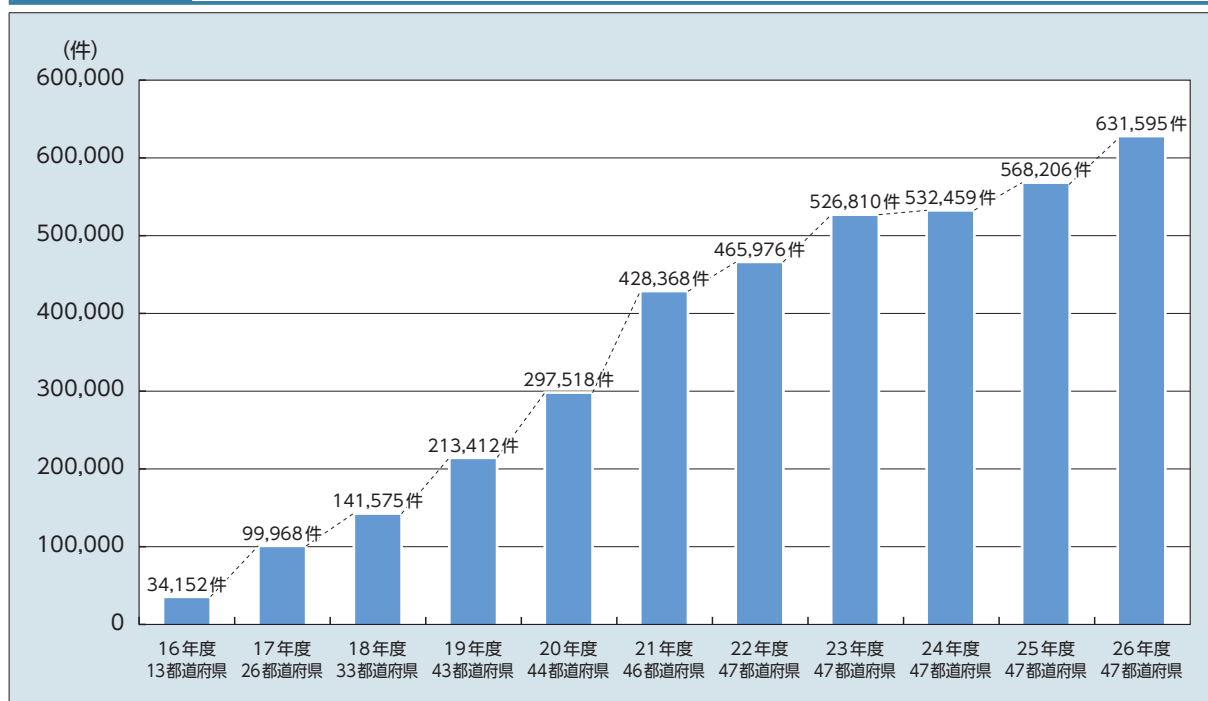
小児医療は、少子化が進行する中で、子どもたちの生命を守り、また保護者の育児面における安心の確保を図る観点から、その体制の整備が重要となっている。

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、2016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7-2-3 小児電話相談実績（平成16年度～平成26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、2016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^{*1}）、新生児集中治療室（NICU^{*2}）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。

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（2016年4月1日現在712か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT^{*3}）の養成等を進めてきた（2016年4月1日現在1,508チームが研修修了）。これらについては、東日本大震災の経験を踏まえ、2011（平成23）年10月に取りまとめられた「災害医療等のあり方に関する検討会報告書」に基づき、都道府県における救護班（医療チーム）の派遣調整等を行うための派遣調整本部の設置やコーディネート機能の確保を都道府県に依頼するとともに、診療機能を有する施設の耐震化、衛星（携帯）電話の保有、食料、医薬品等の3日分の備蓄やDMATの保有など災害拠点病院の指定要件の改正を行った。また、2012（平成24）年3月に改正した「日本DMAT活動要領」に基づき、2014（平成26）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。



災害精神保健医療的な観点からは、東日本大震災時に多数の心のケアチームが被災地に派遣された経験を踏まえ、集団災害発生時における精神保健医療への需要拡大に対応するため、災害精神派遣医療チーム（DPAT^{*4}）の養成を進めてきた。2014年1月に改訂された「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」に基づき、効率的な派遣システムの構築・運用のため、DPAT事務局機能や災害時精神保健医療情報支援システムの整備、専門的な研修・訓練による全国におけるDPATチームの養成等を行っている。

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、2014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

*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。

*4 DPAT：「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略。自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大する。このような場合に、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援活動を行うために、都道府県及び政令指定都市（以下「都道府県等」という。）によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームがDPATである。

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 ヘき地・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（平成23）年度～2017（平成29）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重要である。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、地域医療再生基金や、2014（平成26）年度からは、地域医療介護総合確保基金を活用し、各都道府県において、目標の達成に向け必要な事業を実施している。また、2015（平成27）年度からは、こうした在宅医療推進に向けた地域の取組みを自治体と連携しながら自ら推進することができる講師人材を育成する「在宅ハイレベル人材育成事業」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組みを進めることとしている。

（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年間を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年間を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^{*5}。

② 医療機関における安全確保の体制整備

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

③ 医療事故情報収集等事業^{*6}

医療事故の原因を分析し、再発を防止するため、2004（平成16）年10月から、財団法人日本医療機能評価機構（2011（平成23）年4月に公益財団法人へ移行）を登録分析機関として、医療事故などに関する情報を収集、分析する事業（以下「医療事故情報収集等事業」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等を踏まえた特定機能病院の承認要件の見直し

高度医療の提供等の役割を担う大学附属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、特定機能病院に対する集中検査を同年6月から9月にかけて実施し、集中検査の結果及びそれを踏まえた医療安全確保のための改善策を中心に、同年11月に「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」として報告をとりまとめた。この報告の内容を実施に移していく際に必要な承認要件の見直し等を検討するため、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」を開催し、2016（平成28）年2月に検討結果がとりまとめられた。当該とりまとめを踏まえ、2016年6月10日に、以下の項目等の新たな承認要件を示した省令の公布等を行った。施行については、要件ごとに一定期間の経過措置を設けることとしている。

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

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

①医療安全管理責任者を法令上明確に位置づけ、医療安全担当副院長がこれを担うこととする。また、医療安全管理部門に専従の医師、薬剤師及び看護師を配置すること等を求める。

②医療安全管理部門において、平時から医療安全に資する診療内容のモニタリングを行うこと、全ての死亡事例及び死亡以外でも一定レベル以上の事例を当該部門に報告すること等を求める。

③高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する際の手続を定め、当該手続に基づく対応を義務化する。

④医療の安全確保に係る内部統制が機能しているかどうかを、外部委員を含む監査委員会や、特定機能病院間の相互立入で確認することを求める。等

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年10月より施行されている。

また、医療介護総合確保推進法附則では、法の公布（平成26年6月25日）後2年以内に医療事故調査の実施状況等を勘案し、医療事故調査制度の在り方を見直すこと等について検討を加え、法制上の措置その他の必要な措置を講ずる旨の検討規定が設けられていたことから、与党における議論を踏まえつつ、医療事故調査制度の運用の改善を図るため、2016年6月24日付けで、医療法施行規則の一部を改正し、

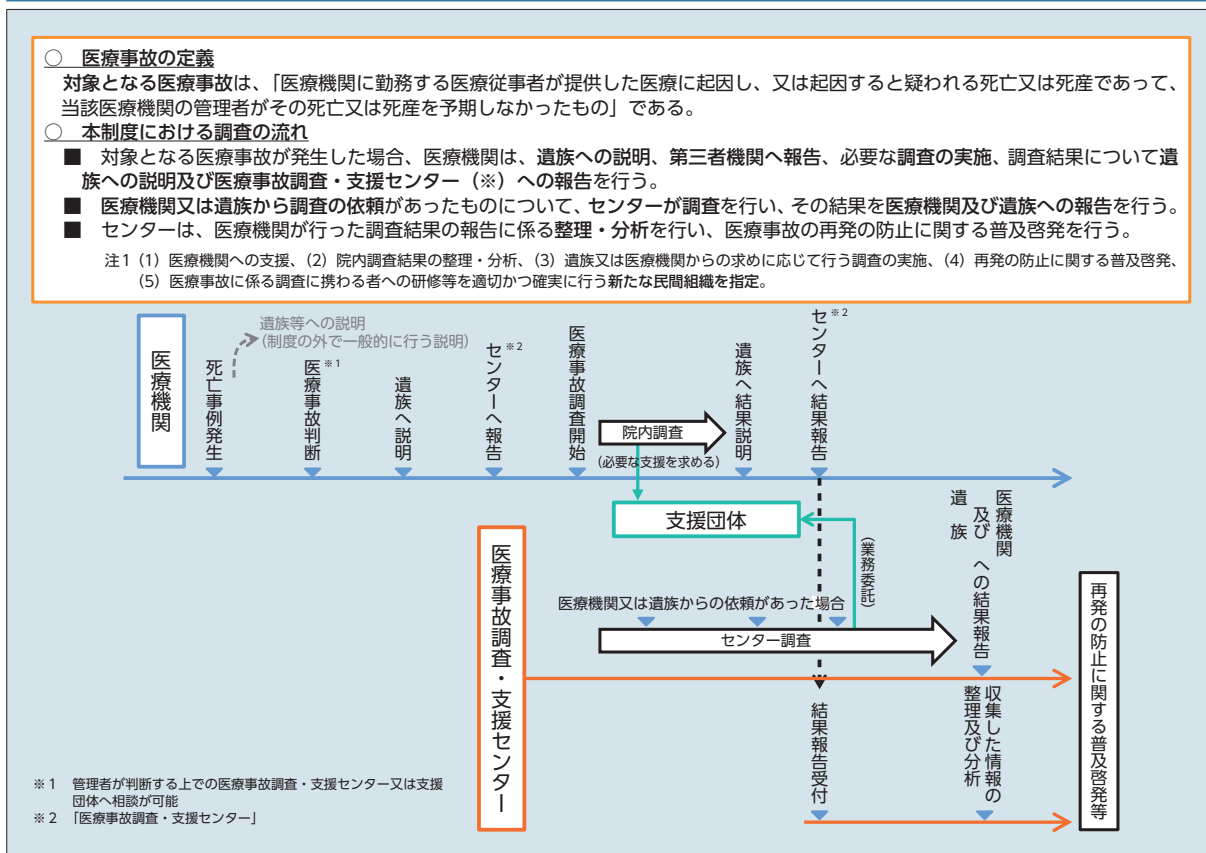
①病院等の管理者は、医療事故の報告を適切に行うため、当該病院における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保すること

②支援団体は、支援を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会を組織することができること、また、協議会において、支援団体が行う支援等の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行い、その結果に基づき、支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施や病院等の管理者に対する支援団体の紹介を行うことを新たに規定した。

また、同日付厚生労働省医政局総務課長通知「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行に伴う留意事項等について」により、

- ① 遺族等からの相談に対する対応の改善を図るため、また、当該相談は医療機関が行う院内調査等の重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターは、遺族等から相談があった場合、医療安全支援センターを紹介するほか、遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を医療機関に伝達する
- ② 院内調査の改善・充実を図るため、支援団体や医療機関に対する研修の充実、優良事例の共有を行う
- ③ 院内調査報告書の分析等に基づく再発防止策の検討に資するため、医療機関の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査・支援センターから院内調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うことなどを示している。

図表 7-2-4 医療事故調査制度の仕組み



3 産科医療補償制度^{*7}

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、2009（平成21）年1月から、

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

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

また、制度創設時、遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行うこととされ、その後、社会保障審議会医療保険部会等で議論のうえ、2015年1月以降に出生した児については、一律該当の補償対象基準を、

①在胎週数の基準を33週から32週にすること

②出生体重の基準を2,000g以上から1,400g以上にすること
とする見直しが行われた。

(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^{*8}）を2007（平成19）年4月より開始するとともに、②医療広告として広告できる事項について大幅な緩和を行った。2013（平成25）年度においては、医療広告ガイドラインにおいて、バナー広告等にリンクした医療機関のウェブサイトに関する取扱いを明確化するなど必要な改正を加えた。また、2016（平成28）年3月より「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」を開催し、医療機関のウェブサイト等の取扱いについて検討を開始した。

(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^{*9}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で十分な意思疎通が図れるよう、2007（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）年度から、医療機関に医療・ケアチームを配置し、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た。さらに、2016（平成28）年度からは、モデ

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

^{*9} 「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。

ル事業で作成した研修プログラムを活用し、全国の主要都市で研修を開催し、その成果の普及を図ることとしている。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定員の増員を行っており、2007（平成19）年度の定員に比べ、2016（平成28）年度までに1,637名の定員が増員（新設による100名の増員含む）され、合計で9,262名（うち、地域枠は592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2016年度には全ての都道府県に設置されている。

また、2014（平成26）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。

2016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、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等を通して、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。

臨床研修制度では、地域医療の安定的確保のため、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（平成27）年度の研修から、医学部卒業生の増加を踏まえた形で全国の研修医総数や研修希望者数を推計して全国の研修医の募集定員を設定している。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

支援等を推進してきたことにより、その就業者数は毎年着実に増加（2014年には約160万人が就業）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、看護職員の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PDCAサイクルにより看護職員を含む医療従事者の勤務環境の改善に計画的に取り組む仕組み（医療勤務環境改善マネジメントシステム）が導入されている。

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。

4 医療従事者の需給に関する検討会

今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医療従事者の需給の検討が必要であることから、医師・看護職員等の医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討するため、2015年12月から医療従事者の需給に関する検討会を開催している。本検討会では、全国・地域の需給状況や確保のための対策が異なることから医師、看護職員、理学療法士・作業療法士それぞれで分科会を開催し、都道府県が2017（平成29）年度中に第7次医療計画を策定するに当たり、医療従事者の確保対策について具体的に盛り込むことができるよう、各分科会とも2016年内の取りまとめを目指している。

医師需給分科会については、他の分科会に先行させて2015年12月から開催している。2016年6月の中間取りまとめでは、当面の医師養成数の基本的方針や今後検討を深める医師偏在対策の事項について取りまとめた。今後、医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な偏在対策について年末に向けて議論していくこととしている。

5 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。さらに、2015年度からは、復職から離職防止までをパッケージとして女性医師支援の先進的取組みを行う医療機関をモデルとして選定し、モデルの普及啓発を図る事業（女性医師キャリア支援モデル普及推進事業）を実施している。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 新たな専門医の養成の仕組み

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、2013年4月に報告書を取りまとめた。報告書では、新たな専門医の仕組みは、プロフェSSIONALオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計されるべきであり、また、医療を受ける患者の視点に立って、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであるとされている。

これを受けて、2017（平成29）年度の養成開始に向け、学会等において準備が進められてきたところであるが、新たな仕組みの導入により、医師及び研修医が都市部の大学病院等大規模な急性期医療機関に集中し、地域偏在がさらに拡大するのではないかと懸念が地域医療関係者から示されたため、医療界において、地域医療や患者・国民の代表など幅広い視点を大幅に加えた新たな検討の場を設け、医師及び研修医の偏在の深刻化が起こらないかどうか集中的な精査を早急に行うこととされた。

新たな専門医の養成においては、研修施設は、都道府県など地域の関係者と十分に連携を図りながら、地域医療に配慮した研修体制を構築することが期待されている。

さらに、今後、高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増えることから、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。

3 看護職員の資質向上

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^{*10}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、医療の質を保ちつつ患者負担の軽減や医療費の効率化を図ることができ、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。

その後、2013（平成25）年に「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、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、後発医薬品の使用を進めてきた。さらに2015（平成27）年には、「経済財政運営と改革の基本方針2015」において、後発医薬品の数量シェアを「2017（平成29）年央に70%以上とす



ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

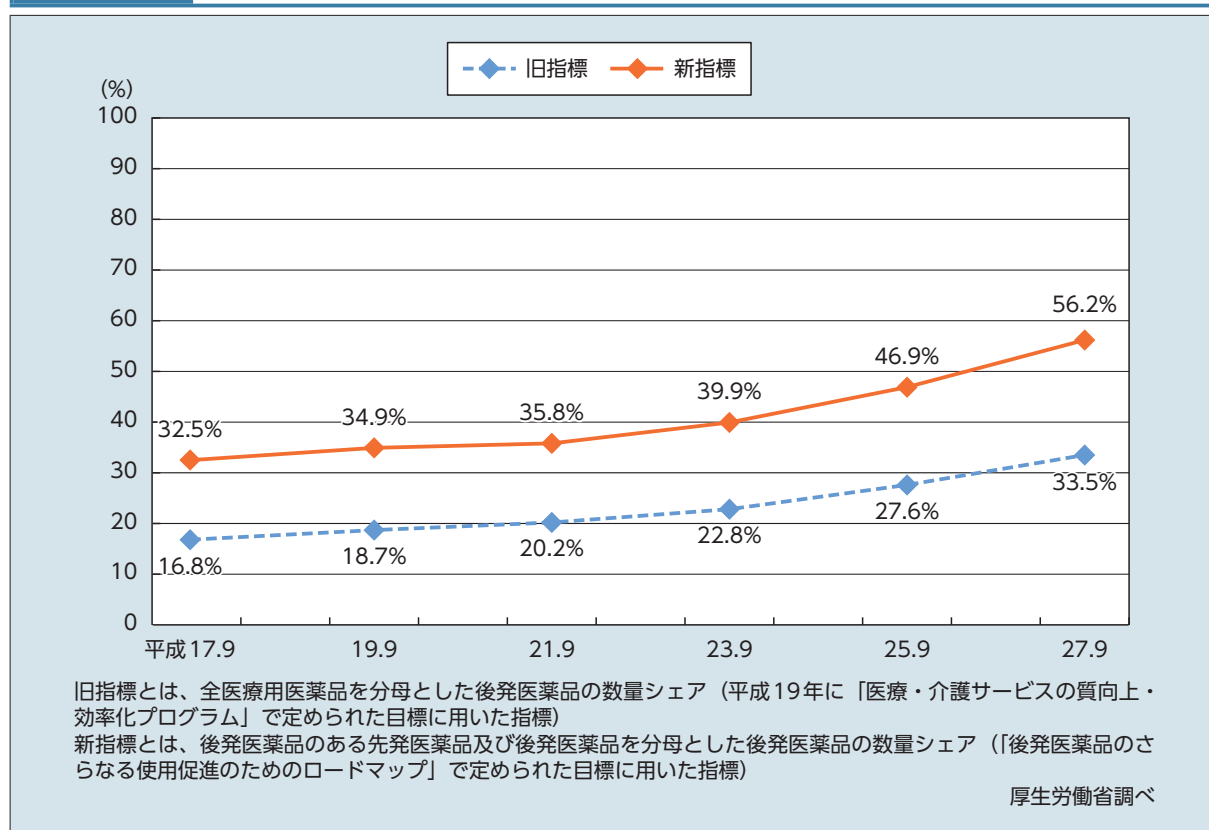
^{*10} 地域医療機能推進機構（Japan Community Health care Organization：JCHO（ジェイコー））は、年金福祉施設などの整理合理化を目的とした年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）を改組し、病院などの運営などを目的に2014（平成26）年4月1日に設立。

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。

2016（平成28）年度は、後発医薬品の品質確保対策の強化、後発医薬品に関する情報提供の充実、ロードマップの取組状況のモニタリングを行うこととしており、また、平成28年度診療報酬改定においては、後発医薬品に係る新たな目標達成のため、①病院、薬局の後発医薬品使用体制に関する評価の基準の引き上げ、②院内処方を行う診療所における後発医薬品使用体制に関する評価の新設等を行ったところである。

また、各都道府県においても、「後発医薬品の安心使用促進のための協議会」を設置する等、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。

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 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

(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、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し、当該内容を踏まえた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（以下「国保法等一部改正法」という。）が5月に成立、公布された。

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、既に2015年度から低所得者対策の強化のため、保険者支援制度を拡充していることに加え、2018（平成30）年度以降は、保険者努力支援制度により医療費適正化を進める保険者を支援することや財政調整機能を強化する等、更に約1,700億円の財政支援を予定している。

改革内容のもう一つの柱は、2018年度から、都道府県が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である。具体的には、都道府県は、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。また、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、医療保険と医療提供体制の両面をみながら、地域の医療の充実を図り、効率的かつ質の高い医療を提供できるよう取り組んでいくこととなる。一方で、市町村は、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なる。

法案成立以降、国保基盤強化協議会の下に設置された事務レベルワーキンググループを再開して、地方自治体と、国民健康保険事業費納付金及び標準保険料率の算定方法や、都道府県国民健康保険運営方針の策定内容等、制度の詳細について協議をしており、2018年度からの施行に向けた準備を進めている。

（2）国保法等一部改正法におけるその他の項目

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っている。この後期高齢者支援金の按分方法について、これまでは各保険者の加入者数に応じた負担を原則としつつ、被用者保険者間の按分については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）となっていたが、被用者保険者間の支え合いを強化し、より負担能力に応じた負担とする観点から、総報酬割部分を段階的に引き上げ、2017（平成29）年度から全面総報酬割を実施することとされた。これにあわせて、高齢者医療への拠出金負担の重い被用者保険者への追加的な財政支援を実施することとしている。

また、地域包括ケアシステムを構築する中で入院と在宅療養の公平を図る観点から、入院時の食事代について、一般所得の方を対象に食材費相当額に加えて調理費相当額の負担を求めることとし、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した（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等については負担額を据え置く）。

さらに、かかりつけ医と大病院に係る外来の機能分化を更に進め、大病院の勤務医の負担軽減を図るため、2016年度から緊急やむを得ない場合等を除き紹介状なしで特定機能病院等の大病院を受診する場合に特別の料金を患者に求めることとした。

その他にも、協会けんぽの国庫補助率の安定化、所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し、医療費適正化計画の見直し等が盛り込まれた。また、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・有効性等を確認しつつ、身近な医療機関で迅速

に受けられるようにするための新たな保険外併用療養の仕組みとして、患者申出療養を2016年度から創設する。

2 医療費適正化・予防・健康管理の推進

国及び都道府県は、高齢期における適切な医療の確保を図るため、特定健診・保健指導の実施率及び平均在院日数の数値目標や目標達成に向けた取組内容を定めた医療費適正化計画を作成している。国保法等一部改正法では、①計画期間を6年間とする、②病床の機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえた医療費目標の設定をする、③計画最終年度に進捗状況の調査・分析をする等、計画の見直しが行われ、2016（平成28）年度以降速やかに次期計画を策定することとしている。

また保険者は、2015（平成27）年度からデータヘルス計画（レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画）に基づく取組みを行っている。先進的な事例として、広島県の呉市では、レセプト等から抽出した対象病名ごとに指導対象者を選定し、個別に保健指導プログラムを行うことにより糖尿病性腎症等の重症化を予防する取組みが実施されている。

このような保険者の先進的な取組みを全国的に横展開していくため、2015年7月には、民間主導の活動体である日本健康会議が発足し、2020（平成32）年までの数値目標を定めた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択した。これを踏まえ、2016年3月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議と厚生労働省は糖尿病性腎症重症化予防の連携協定を締結し、同年4月には国レベルでプログラムを策定するなど、全国展開に向けた方法論の確立と協力体制の基盤整備を推進している。

また、慢性疾患を複数保有し、加齢に伴い心身機能が低下する等の高齢者の特性を踏まえ、国においては、これまでの重複・頻回受診対策等に加えた、生活習慣病等の重症化予防や、栄養・口腔・服薬に関する相談・指導等のフレイル（虚弱）対策に資する保険者の取組みを支援し、推進していく。

こうした保険者の予防・健康づくりの取組みの実施に向けたインセンティブを強化するため、後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しや、国保法等一部改正法により創設される保険者努力支援制度の具体化等の検討を行うこととしている。なお、保険者努力支援制度については、2016年度から現行の補助制度にその趣旨を反映することとしている。

3 診療報酬改定

平成28年度診療報酬改定では、国民にとって質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指して、地域包括ケアシステムの構築や、医療機能の分化・強化、連携を進めていくため、診療報酬本体を0.49%のプラス改定とした。

具体的には、入院医療については、機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療に対する評価の充実を目指し、急性期に密度の高い医療を必要とする状態を適切に評価するための「重症度、医療・看護必要度」の見直しや、7対1入院基本料の基準の見直し、チーム医療の推進と勤務環境の改善を目指した評価を行った。また、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施した。

外来医療、在宅医療については、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の更なる普及を目指

するため、複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に主治医機能としての評価を行う認知症地域包括診療料等の新設や、小児外来医療において、適切な専門医療機関等と連携することにより継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する小児かかりつけ診療料の新設、一定の基準を満たしたかかりつけ歯科医機能を持つ歯科医師が行う歯科疾患の重症化予防等についての評価、患者の重症度に応じた在宅医療の評価、緊急やむを得ない場合を除き紹介状なしで特定機能病院等の大病院を受診した場合の定額負担の導入等を行った。

また、医療の効率化・適正化を推進するため、後発医薬品の使用促進に向けた対応をさらに充実するとともに、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整することに対する評価を実施した。

調剤については、患者本位の医薬分業を実現するため、かかりつけ薬剤師による一元的・継続的な服薬情報の把握、服薬指導等を評価するかかりつけ薬剤師指導料の新設や、かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制や機能を評価する基準調剤加算の見直し、いわゆる大型門前薬局の評価の見直し等を行った。

薬価制度については、イノベーション評価と国民皆保険の維持を両立させる観点から、革新的な医薬品の開発等を促進するため、後発医薬品のない一定の新薬の薬価を維持する新薬創出・適応外薬解消等促進加算の継続等を行うとともに、年間販売額が企業の予想額を特に大きく超えた医薬品について、一定程度薬価を引き下げる市場拡大再算定の特例の導入等を行った。また、新規収載される後発医薬品の薬価について先発品の5割を原則とすることとした。

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、その一方で、今後の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、必要な人材・財源等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、保健医療の機能を発展させるとともに我が国が世界の繁栄と安定に貢献するためには、部分最適に留まらず、長期的な視点に基づく変革を行うことが求められる。

2015（平成27）年6月9日に取りまとめられた「保健医療2035」提言書においては、20年後の2035（平成47）年の保健医療のあるべき姿を実現するため、「量の拡大から質の改善へ」、「インプット中心から患者にとっての価値中心へ」といった、必要なパラダイムの転換を図るべきこととしており、併せて、目標達成のために、①リーンのヘルスケア～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ため、医療技術の費用対効果を測定する仕組みの制度化・施行、グローバル・ヘルスを担う人材を官民一体となって育成し、プールする仕組みの創設など、120に及ぶ具体的な施策案が示されている。

この提言書により示された2035年の保健医



2035年、
日本は
健康先進国へ。

療の姿とその方向性、具体的施策案については、実現できるものから、可能な限り実現を図っていくこととしており、まず、2016（平成28）年の診療報酬改定において、かかりつけ医機能の評価の充実、アウトカム評価の拡大、費用対効果評価の試行的導入等に取り組むとともに、国際保健に関する懇談会や保健医療分野におけるICT活用推進懇談会を開催して、今後の国際保健戦略や保健医療分野におけるICTの活用についてのグランドデザインの検討を進めている。

さらに、2016年3月には、健康なコミュニティづくり、地域包括ケアシステムの一層の推進を図ることを目的とする「保健医療2035推進シティ」を創設し、今後3年間、市町村が個々の取組状況の進捗状況や知見の交換・共有を行う全国会議の実施等を進めることとしている。

こうした「保健医療2035」提言書の内容については、これを広く周知し、国民的な議論を喚起し、理解を深めること目的として、「保健医療2035」シンポジウムを、2015年8月以降、東京・京都・福岡において計3回開催している。

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17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4月には149万人であったサービス利用者数は、2015（平成27）年4月には511万人と、約3.4倍になっている。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、2016（平成28）年度には10.4兆円となっており、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^{*11}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5,500円になっており、2025年には約8,200円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、2015年から順次施行されている。（図表7-5-1）。

図表7-5-1 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	②費用負担の公平化
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、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進 *介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討 重点化・効率化 ①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化 *段階的に移行（～29年度） *介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。 *見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、特定非営利活動法人、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。 ②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化（既入所者は除く） *要介護1・2でも一定の場合には入所可能 ○このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施	低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。 低所得者の保険料軽減を拡充 ○低所得者の保険料の軽減割合を拡大 ・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大 *保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度 *軽減例：年金収入80万円以下5割軽減→7割軽減に拡大 *軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割） 重点化・効率化 ①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ ・2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に相当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。 ・医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ ②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加 ・預貯金等が単身1,000万円超、夫婦2,000万円超の場合は対象外 ・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外 ・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案 *不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

2 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、2018（平成30）年4月1日までに全ての市町村に

*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。

において、以下のア～クの事業項目を実施することとしている。

- 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

さらに、2015（平成27）年度より稼働している地域包括ケア「見える化」システムにおいて、在宅医療・介護連携に関するデータを掲載し、都道府県・市区町村が地域の現状分析に活用できる機能の運用開始を2017（平成29）年4月に予定している。都道府県が医療機能情報提供制度により把握している在宅医療を実施する医療機関の情報や介護サービス情報公表システムに登録されているサービス事業所等の情報の地図上への表示及び地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等の情報を掲載することにより、在宅医療・介護連携推進事業のさらなる普及・充実を図っていく。

（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、施策ごとの数値目標などを定めている。

例えば、認知症初期集中支援チームを2018（平成30）年度までに全市町村に設置するなど医療・介護等が連携し、できる限り早い段階から認知症の方を支援するとともに、根本治療薬について、2020（平成32）年度までの治験開始を目指すなど、予防や治療のための研究開発を推進し、認知症サポーターを2017年度までに800万人養成するなど、認知症の方や高齢者にやさしい地域づくりを進めることとしている。

（3）多職種協働による地域における包括的な支援の推進

地域における包括的な支援を推進するためには、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につなげることが重要であり、地域ケア会議がその役割を担っている。

地域ケア会議は、地域包括支援センターや市町村が主催し、医師やケアマネジャー、介護事業者など医療・介護の専門職をはじめ、市町村の担当者やNPO、ボランティア、自治会長のような地域の多様な関係者の多職種協働による個別事例の検討等を行い、ネットワーク構築やケアマネジメント支援、地域課題の把握等を図る場である。国では、地域ケア会議を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、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扱い等について枠組みを設けることで、さらなる普及・充実を図ることとした。

地域ケア会議は2015（平成27）年4月以降、各自治体において開催されており、例えば、大分県豊後高田市では、閉じこもり傾向や、廃用性症候群などによる運動機能の低下傾向が全国平均より高いという地域課題があったが、地域ケア会議で、地域の多様な関係者の多職種協働により個別課題解決の積み上げを行うことで、自立支援に資するケアマネジメントの視点が地域へ浸透し、地域の要介護認定率が低下するといった介護予防の効果が現れている。また、同県では、市町村に対する研修の実施や、専門職等の派遣などを通じて、地域ケア会議の充実・強化に取り組み、県レベルにおいても要介護認定率の低下といった効果が現れている。

（4）生活支援サービスの充実・強化

高齢者の一人暮らしや夫婦のみの世帯、認知症高齢者等が増加し、高齢者が地域での生活を継続するための多様な生活支援ニーズの高まりが見込まれる中、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体によって配食、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。また、同時に高齢者の介護予防が求められるが、社会参加することや社会的役割を持つことが高齢者の生きがいや介護予防につながる。

このため、多様な主体による生活支援・介護予防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」「互助の取組み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、地域のニーズに応じたサービスの創出やボランティア等の生活支援の担い手の養成、その担い手として活動する場づくり等を行う生活支援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定期的な情報共有及び連携等のネットワークを構築し、協

働しての支援体制となる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) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

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、ボランティア等の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、既存の介護事業所によるサービスに加えて、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者がこれらのサービスの中から選択できるようになる。

また、介護予防の推進を一層図るため、居場所づくりなど高齢者の環境づくりを構築する取組みが強化されたほか、リハビリテーションに関わる専門職等も関与した自立支援の推進を図っていく。

コラム

総合事業の先行事例（秋田県 小坂町の場合）

秋田県北東部に位置している小坂町は、人口約5,400人の小さな町である。全国的にみても秋田県は人口減少や高齢化の進行が顕著であり、小坂町も決して例外ではない。町内全域で抜本的な対応策を講じる必要に迫られている。

小坂町は、2015（平成27）年4月に新しい総合事業を開始した自治体の一つである。早期に移行を決断した背景として、上記の地域課題がもたらす影響が既に出始めていることがある。地域包括ケアシステムの構築に向けて、高齢者のニーズに応えつつも、先細りしていく地域の現状を変えていかなければならない危機感を強く感じていた。

また、総合事業への早期の移行は、2018（平成30）年度からの第7期介護保険事業計画の策定に向けた準備作業や法改正対応に余裕を持って対応することが出来る点などメリットが多い点を総合的に判断した。

小坂町の総合事業は、みなし指定制度を活

用した訪問・通所型サービスのほかに、4月から基準緩和型の通所サービスを、2016（平成28）年1月からは住民が主役となった訪問型サービスを開始することで総合事業を運用している。移行準備期間中には事業者の総合事業に対する不安を少しでも解消するため、積極的に勉強会を開催するなどした。

総合事業に対する利用者やその家族からの反応は、移行直後の数週間こそ制度そのものに対して不安視するような意見が寄せられた。地域包括支援センターの相談体制を見直し、窓口での相談時に十分な説明に努めるなどの対応策を講じたことにより、現在では否定的な意見は全く聞かれない。

総合事業の目玉のもう一つとして、一般介護予防事業への取組みがある。小坂町では、総合事業の開始に合わせて介護予防ポイントカードを開始した。これは、自らの介護予防に資する事業に参加した被保険者や、前述した住民主体による訪問型サービスの活動者に

対してポイントを付与することで、自らの介護予防に対して意欲を喚起するとともに、自らの活動に対して目標を設定させるために開始した事業である。

小坂町では、年齢を重ねても安心して健康的な在宅での生活を送れるよう、地域内での支え合いによる生活支援と介護予防の視点から総合事業に取り組んでいる。



3 介護分野の生産性向上

(1) 「介護のシゴト 魅力向上懇談会」

介護の仕事や職場の魅力向上を更に進めるため、業務プロセスの改善とテクノロジー（介護ロボット・ICT等）の活用による業務負担の軽減、生産性の向上等について、介護の業務に詳しい経営者、ICTの専門家やコンサルティング会社の方、福祉の現場で先駆的な取り組みをしている方などを迎え、今後の政策の検討の参考にすることを目的として、「介護のシゴト 魅力向上懇談会」（以下「懇談会」という。）を開催した。

懇談会では、参加者独自の取組実績等を踏まえた発表や意見交換が行われ、「ICT化により、事務が効率化し、管理業務の時間が半減した」、「研修体制を整え、育成し、実際の業務を評価した上で処遇改善につなげている」、「利用者の笑顔が生まれることが、介護の魅力の向上につながる」等の意見があがった。これらを踏まえ、議論の整理では魅力ある職場づくりのための実践として①業務の生産性と効率性の向上、②資質向上・キャリアアップの実現と専門性の確保、③利用者本位の仕事観が必要であるとされた。

(2) 介護ロボットの推進

要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズがますます増大する一方、核家族化の進行や、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化している中、介護分野においても、日本の高度な水準のロボット技術を活用し、高齢者の自立支援や介護者の負担軽減を図ることが求められている。「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）では、介護ロボットの急速な普及拡大を図る「ロボット介護機器開発5ヵ年計画」を掲げ、それに先立ち2012（平成24）年11月には今後重点的に開発等の支援を行う分野を経済産業省と連携して定めたところである。これらを受けて、厚生労働省では福祉用具・介護ロボット実用化支援事業により高齢者や介護現場の具体的なニーズに応える介護ロボットの実用化のための環境整備を図ってきたところである。



また、「ロボット新戦略」（平成27年2月10日日本経済再生本部決定）において、介護分野における介護ロボットを活用した2020（平成32）年に目指すべき姿等をまとめており、介護ロボットの実用化・普及を一層促進することとしている。

第6節 福祉・介護人材の確保対策

政府においては、一億総活躍社会の実現を目指し、その重要な政策の柱として、「介護離職ゼロ」を掲げ、介護施設等の整備と併せ、必要な介護人材の確保についても、就業促進や離職の防止、生産性の向上などに総合的に取り組んでいくこととしている。

このため平成27年度補正予算及び平成28年度予算において、

- ①介護福祉士を目指す学生に、介護職に5年間の勤務で返済を免除する奨学金制度の拡充
 - ②いったん仕事を離れた人が再び仕事に就く場合に、介護職に2年間の勤務で返済を免除する再就職準備金貸付制度の創設
 - ③地域医療介護総合確保基金を活用した、介護施設等における職員のための保育施設の開設支援
 - ④将来を見通せる賃金体系が重要であるため、介護事業者が賃金表を導入した場合の助成の創設
 - ⑤介護ロボットの活用促進や、ICTを活用した生産性向上の推進
- などに取り組むこととしている。

また、2016（平成28）年3月に成立した「社会福祉法等の一部を改正する法律」に基づき、中核的な役割を担う介護福祉士の資質向上のため、介護福祉士養成施設卒業者への国家試験の義務付けを漸進的に導入するとともに、離職した介護福祉士の届出制度を創設して、離職者を把握し、求職者になる前段階から効果的な支援を行うなどの取組みを進める。

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

公共職業訓練や求職者支援訓練においては、人材確保に課題を抱える建設分野、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、賃金、労働時間、身体的な負担、精神的な負担に対する不安や不

満に端的に示されるように厳しい労働環境にある。2014（平成26）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、「人手が足りない」が48.3%で最も多く、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」が42.3%、「有給休暇が取りにくい」が34.9%、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」が30.4%の順に多くあげられているなど、特に雇用管理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・運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、公益性の高い社会福祉事業を行うことを目的とする非営利法人として、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付けは変化している。

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、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の設置の義務化や一定規模を超える法人に対する会計監査人の設置の義務化、いわゆる内部留保の実態の明確化のための再投下可能な財産額の算定とこれを社会福祉事業の拡充等へ計画的に再投下する仕組みの構築、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2015（平成27）年4月に国会に提出され、2016（平成28）年3月に成立した。