

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19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。特に、認知症への対応については、地域ごとに、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを確立するとともに、早期からの適切な診断や対応等を行うことが求められている。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といった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）年に一部改正された「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（平成元年法律第64号）に基づき、医療・介護サービスの一体的・総合的な確保を図るため、医療・介護の関係者等により構成される「医療介護総合確保促進会議」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。総合確保方針では、地域における医療及び介護の総合的な確保の意義や基本的な方向性、医療計画基本方針や介護保険事業計画基本指針の基本となるべき事項等を規定しているが、2018（平成30）年度からの次期医療計画と介護保険事業（支援）計画の同時開始を見据え、両計画の整合性や都道府県による市町村支援等について医療介護総合確保促進会議で議論を行い、2016（平成28）年12月26日に、総合確保方針の一部を改正した。

また、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年度及び2017（平成29）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。

2018年度においては、都道府県負担額を含め、医療分は対前年度30億円増額の934億円、介護分は前年度と同額の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。

4 平成30年度診療報酬・介護報酬改定と薬価制度抜本改革

(1) 診療報酬改定

平成30年度診療報酬改定では、いわゆる団塊の世代が75歳以上になる2025年以降を見据え、質が高く効率的な医療提供体制を整備するため、診療報酬本体を0.55%のプラス改定とした。

改定に当たっては、「平成30年度診療報酬改定の基本方針」に示された

- ①地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進、
- ②新たな医療ニーズにも対応する安全・安心な医療の充実、
- ③医療従事者の負担軽減と働き方改革、
- ④医療保険制度の持続可能性を高めるための効率化・適正化

の4つの視点を柱とした上で、具体的には次のような見直しを行った。

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

どこに住んでいても適切な医療や介護を安心して受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、介護との連携を着実に推進している。

入院医療については、患者の状態や医療ニーズに応じた医療の提供を可能とするため、職員配置等による基礎的な評価と患者の重症度等に応じた実績評価の組み合わせへと入院料の評価体系の再編・統合を行っている。

外来医療については、大病院の外来は紹介患者中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とすることが必要であるという考え方の下、機能分化を更に推進するため、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能を評価する加算を新設した。

在宅医療については、在宅医療を担う医療機関の「裾野」を広げるため、複数の医療機関による訪問診療の評価や在宅支援診療所以外の診療所による訪問診療を充実するとともに、患者の状態に応じたきめ細かな在宅医療の評価を推進している。

2 新たな医療ニーズにも対応する安全・安心な医療の充実

医療技術の進歩や疾病構造の変化等も踏まえ、アウトカム評価も進めながら、新しいニーズにも対応する医療の充実を求めている。

ICTの活用を含め、新たな医療ニーズへの対応として、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な情報通信機器を用いた遠隔診療を適切に推進するため、「オンライン診療料」を新設している。

歯科については、院内感染防止対策を推進するための初・再診料の見直し、口腔機能管理の推進等の対応を行い、調剤については、多剤・重複投薬の防止など、かかりつけ薬剤師による対人業務を充実している。

3 医療従事者の負担軽減と働き方改革

医療従事者の負担軽減や働き方改革を推進するため、医師事務作業補助者や看護補助者に係る評価の充実、医師等の常勤要件や専従要件の緩和を行うとともに、柔軟な働き方が

可能となるよう、情報通信機器を活用した画像診断や病理診断について、一定の要件の下に医師が自宅で行うことを可能とするほか、対面でのカンファレンスを求めている評価について、情報通信機器を用いて参加した場合でも算定可能としている。

4 医療保険制度の持続可能性を高めるための効率化・適正化

厳しい財政状況の中、制度の持続性・安定性を高めるため、医療の適正化・効率化を図っている。

調剤については、いわゆる大型駅前薬局や同一敷地内薬局の評価を適正化している。

さらに、医薬品・医療機器の費用対効果評価に関しては、試行導入の対象の13品目について、評価結果に基づき価格調整を行う一方、試行導入の過程において明らかになった技術的課題への対応策を今後整理しつつ、本格実施に向けて2018（平成30）年度中に検討し、結論を得ることとしている。

(2) 薬価制度抜本改革

薬価制度については、昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場し、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。このため、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立する観点から、効能追加等に伴う市場拡大への速やかな対応、毎年薬価調査・毎年薬価改定、新薬創出等加算の抜本の見直し、イノベーションの評価、長期収載品の薬価の見直しなどを盛り込んだ薬価制度の抜本改革を実施している。

(3) 介護報酬改定

平成30年度の介護報酬改定については、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切な介護を受けられるよう、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進するため、0.54%のプラス改定とした。

改定に当たっては、「平成30年度介護報酬改定に向けた基本的な視点」に示された

- ①地域包括ケアシステムの推進、
- ②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、
- ③多様な人材の確保と生産性の向上、
- ④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

の4つの視点を踏まえ、具体的には次のような見直しを行った。

1 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても、適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備し、地域包括ケアシステムの更なる推進を後押しすることとしている。

このため、中重度の在宅要介護者や居住系サービス利用者、特別養護老人ホームの入所者の医療ニーズに対応するため、ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所や、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、一定の医療提供体制を整えた特別養護老人ホームで利用者を看取った場合の評価を充実した。

また、今後増加する慢性期の医療と介護の複合的ニーズに対応するべく創設した介護医

療院について、床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、介護療養型医療施設からの各種転換支援・促進策を設けた。

地域共生社会の実現に向けた取組みの推進として、障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設けた。

2 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現することとしている。

このため、リハビリテーションに関する医師の関与の強化として、リハビリテーションマネジメントについて、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションの提供等を要件とし、より手厚く評価した。

また、訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、外部のリハビリテーション専門職等と連携した場合の評価を設けることにより、訪問介護等における外部のリハビリテーション専門職等との連携を推進し、訪問介護事業所等における自立支援・重度化防止を推進する。

リハビリテーションにおけるアウトカム評価を拡充するとともに、通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を評価するアウトカム評価を創設した。

3 多様な人材の確保と生産性の向上

人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進することとしている。

具体的には、訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担うとともに、生活援助については、新たな研修を創設し、質を担保しつつ、人材確保の裾野を拡大する。特別養護老人ホーム等の夜勤については、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合を評価する加算を新設した。

また、ICTを活用する観点等から、リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととした。

地域密着型サービスの運営推進会議の効率化等の観点から、個人情報・プライバシーの保護等を条件に、複数の事業所での合同開催を認めることや、介護・医療連携推進会議の開催頻度を年4回から2回とした。

4 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、介護保険制度の安定性・持続可能性を確保することとしている。

集合住宅居住者に対する訪問介護等については、減算の対象となる集合住宅に有料老人ホーム等以外の建物を追加することや、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者が一定以上の場合の減算幅について見直しを行った。また、訪問

系サービスにおける同一建物等居住者に係る減算に関して、同一建物等居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとした。

福祉用具貸与については、適正価格での貸与を確保するため、2018（平成30）年10月から、商品毎の全国平均貸与価格の公表や、貸与価格の上限設定を行うこととした。

(4) 診療報酬・介護報酬同時改定

今回の改定は6年に1度の診療報酬と介護報酬との同時改定であり、医療と介護の連携についても積極的な評価を行っている。

具体的には、看取りにおいて、特別養護老人ホームに入所するがん末期の患者に適切な医療を提供できるよう、在宅ターミナルケア加算や看取り加算の算定を見直すなど、診療報酬と介護報酬の双方で対応を行っている。また、リハビリテーションにおいては、医療から介護への切れ目ないリハビリテーションを推進するため、共通の計画書の作成、人員配置や面積基準等の緩和を行っている。

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

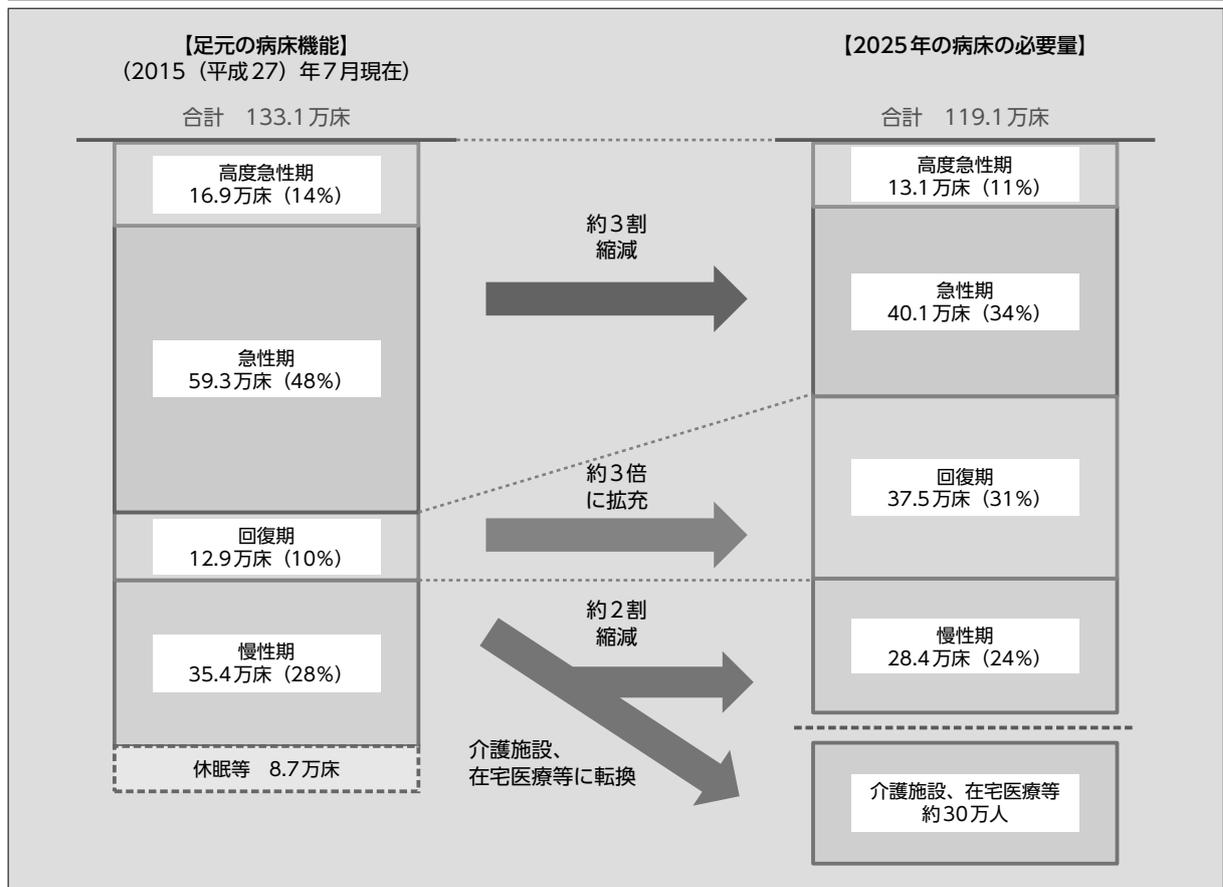
医療・介護サービスの需要の増大・多様化に対応していくためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要がある。このため、医療介護総合確保推進法では、病床の機能の分化・連携を進めるとともに、地域医療として一体的に地域包括ケアシステムを構成する在宅医療・介護サービスの充実を図るための制度改正を行った。

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上で、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。

2016（平成28）年度末までに、全ての都道府県で地域医療構想の策定を完了しており、現在、地域医療構想調整会議において、医療関係者、医療保険者等、幅広い関係者が協議を行いながら、その達成に向けた対策の具体化を進めている。今後、協議の結果を踏まえ、医療機関間の役割分担を明確化しつつ、地域医療介護総合確保基金等を活用し、不足している医療機能の充実を図ること等により、将来のあるべき医療提供体制の構築を目指していく。

図表7-2-1 地域医療構想による2025年の病床の必要量



(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*1、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。

*1 第7次医療計画では、「心筋梗塞等の心血管疾患」という表現に変更

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開始することや、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、「医療計画の見直し等に関する検討会」を開催し、その検討結果を踏まえて、2017（平成29）年3月に新たな医療計画の作成指針を都道府県に提示した。

（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、「医療法人の事業展開等に関する検討会」（2013（平成25）年11月～2015（平成27）年2月）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。

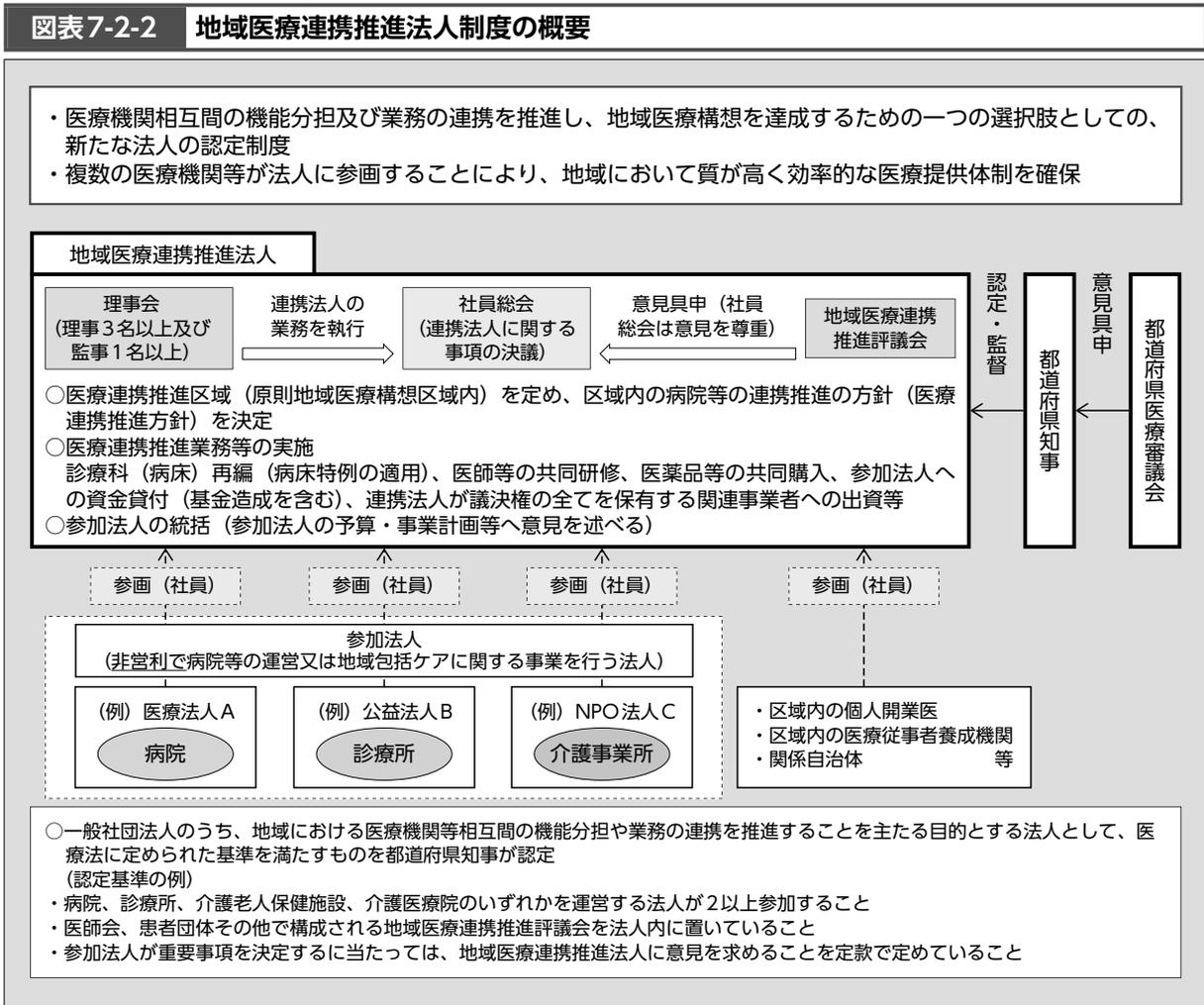
地域医療連携推進法人制度の創設は、医療機関相互間の機能の分担や業務連携を推進することを目的としており、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として創設したものであり、統一的な医療連携推進方針（病院等の連携推進の方針）を決定し、医療連携推進業務等を実施する一般社団法人のうち医療法上の非営利性の確保等の基準を満たすものを都道府県知事が認定するものである。

2017（平成29）年4月から制度が施行され、2018（平成30）年4月現在、全国で6法人が認定を受けている。6法人の内訳は、愛知県にある藤田保健衛生大学病院を中心に多数の医療法人や社会福祉法人等が集まった「尾三会」、兵庫県立姫路循環器病センターと社会医療法人製鉄記念広畑病院の将来の統合再編成に向けて設立した「はりま姫路総合医療センター整備推進機構」、広島県三次市と庄原市にある4医療機関で構成する「備北メディカルネットワーク」、鹿児島県奄美大島の南部の町村と医療法人等で構成する「アンマ」、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構が開設する日本海総合病院を中心に医療法人・介護施設・酒田地区の医師会、歯科医師会、薬剤師会を含めた連携のために設立された山形県の「日本海ヘルスケアネット」、福島県いわき市の医療法人及び社会福祉法人で構成する「医療戦略研究所」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年4月に施行され、その他の規定は2016（平成28）年9月に施行されている。

図表7-2-2 地域医療連携推進法人制度の概要



(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、2018 (平成30) 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コーディネーター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・受入れ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、2018年3月末現在、42道府県で52機のドクターヘリが運用されている。

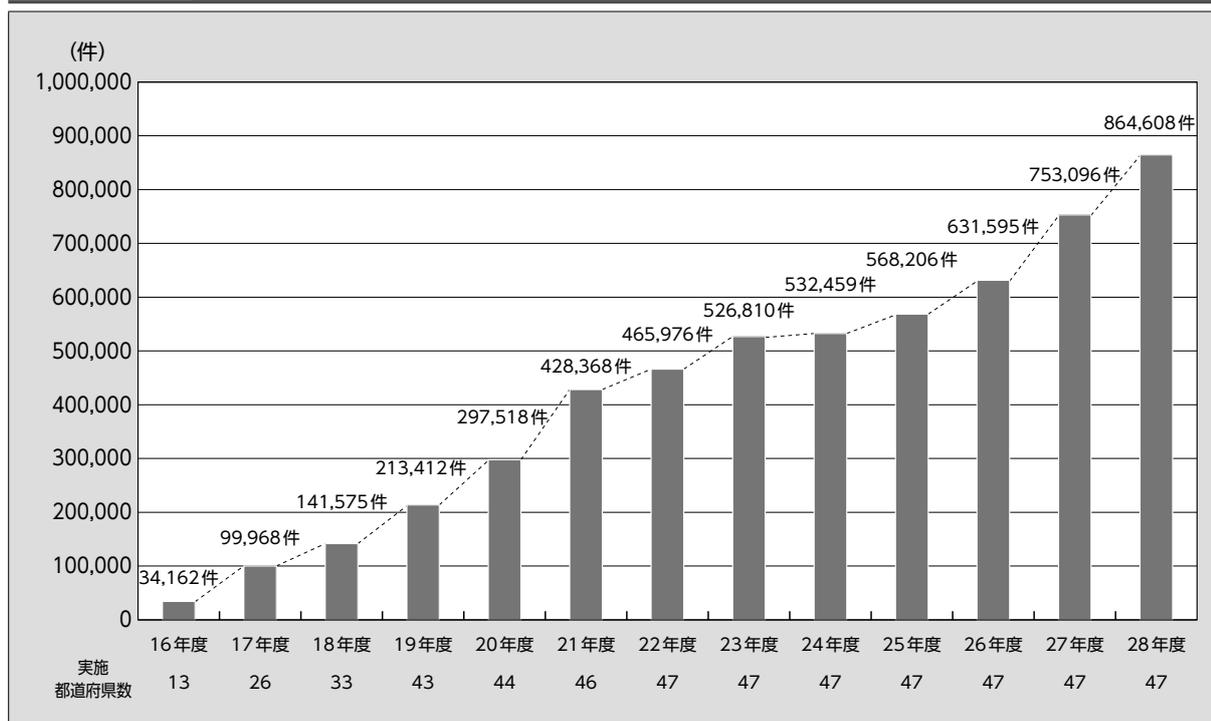
2 小児医療

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、休日・夜間における小児の症状等に関する保護者等の不安解消等のため、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、小児の保護者等に対し小児科医等が電話で助言等を行う「#8000事業」を実施している。本事業は、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。

また、小児の救急医療を担う医療機関等の体制の整備は重要であり、小児初期救急センター、小児救急医療拠点病院、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 #8000相談実績（平成16年度～平成28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、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*2。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

*2 これまで医療計画と周産期医療体制整備計画をそれぞれ策定してきたが、2018（平成30）年度からは、両計画の整合性をはかるため一体化することとしている。

いる。これに対し、厚生労働省においては、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室（MFICU^{*3}）、新生児集中治療室（NICU^{*4}）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、④2016（平成28）年度から「災害時小児周産期リエゾン」の養成を行うことを目的とした研修会を実施している。また、2016年度から、分娩取扱施設が少ない地域において、新規に分娩取扱施設を開設する場合等への施設整備費用支援事業、2017（平成29）年度から、設備整備費用支援事業及び、地域の医療機関に産科医を派遣する病院等への支援事業を開始している。

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（2018年4月1日現在731か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT^{*5}）の養成等を進めてきた（2018年4月1日現在1,630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。



平成28年（2016年）熊本地震においては、DMATが熊本県外から466チーム（最大時には216チーム）、2,071名派遣され、被災者に迅速な医療提供を行うとともに、建物の倒壊リスクなどにより他病院への搬送が必要となった10病院で計1,500名の大規模転院を実施した。また、ロジスティックチームが19チーム、84名派遣され、後方支援等を行った。

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、災害派遣精神医療チーム

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

*4 NICU：「Neonatal 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。

(DPAT^{*6})の養成を進めてきた。2018年3月に一部改正された「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DPATチームの全国における養成等を行っている。

また、医療機関の耐震化について、病院の耐震診断・耐震整備に対する補助事業を継続するとともに、2016年度補正予算において、医療提供体制施設整備交付金を追加計上し、災害拠点病院、救命救急センター及び二次救急医療機関等の耐震整備を支援している。

平成28年(2016年)熊本地震では、病院が被災し、ライフラインが途絶し、水の配給が必要となるなどしたため、業務継続計画(BCP)の考え方に基づいた災害対策マニュアルの策定の重要性が改めて認識された。被災後早期に診療機能を回復できるよう、BCPの整備を行うことを災害拠点病院の指定要件に加えるとともに、2017年度からBCP策定の促進を目的とした研修を計6回実施し、約300名が受講した。

災害時に様々な救護班の派遣調整業務等を行う地域の医師等(災害医療コーディネーター)の養成については、災害時に地域単位の細やかな医療ニーズ等に対応するため、現状の都道府県単位に加えて、2017年度からは地域単位に実施する研修を支援している。

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、2017年度まで「へき地保健医療計画」に基づき対策を実施していたが、2018年度から実施する第7次医療計画と一体的に検討を行い、対策を実施することとなった。このため、へき地の医療体制については、都道府県において他事業も含めた総合的な企画・調整を行いつつ、へき地医療支援機構と地域医療支援センターの統合を視野に入れた連携や一本化を進め、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等の対策を充実させることで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、医療計画に在宅医療に関する達成すべき目標や連携体制を盛り込むこととした。2014(平成26)年度には、都道府県に地域医療介護総合確保基金を設置し、これを活用し、在宅医療の提供体制の構築に必要な事業に対し支援を実施している。また、地域の取組みを財政面以外でも支えていくため、2015(平成27)年度から、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域の人材育成事業を推進することができる講師人材の育成研修を実施している。さらに、2014年の介護保険法改正により、在宅医療・介護連携の

*6 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ージメント、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。

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、住民により身近な基礎自治体である市町村が主体となり、住民に対する普及啓発等の取組みを進めている。

(6) 東日本大震災による被災地の医療提供体制の再構築

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、2011（平成23）年度第三次補正予算、2012（平成24）年度予備費及び2015（平成27）年度予算において、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。

なお、地域医療再生計画については建物の完成まで、医療の復興計画については、被災地の医療の復興状況に応じて計画期間を延長して実施することが可能となっている。

また、福島県の避難指示解除区域等における医療提供体制の再構築を図るため、2017（平成29）年度予算において236億円を計上し、医療機関の復興に向けた取組みを支援している。（予算総額1,509億円）

(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、現在全ての都道府県で382か所（2016（平成28）年12月1日現在）設置されている。センターの業務の質の向上のため、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*7。

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を義務づけている。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*8

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月から医療事故情報収集等事業を実施している。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。また、同事業では、個別の医療行為のリスク低減を目的とした医療安全情報を作成し、事業参加医療機関等に対し、情

*7 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/>

*8 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/>

報提供を行っている。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。登録分析機関は、公益財団法人日本医療機能評価機構である。

④ 特定機能病院のガバナンス改革

大学附属病院等において医療安全に関する重大事案が相次いで発生したことから、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、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」として報告を取りまとめた。これを踏まえ、2016年6月10日に医療法施行規則を改正し、特定機能病院の承認要件に医療安全管理責任者の配置、専従の医師・薬剤師・看護師の医療安全管理部門への配置、医療安全に関する監査委員会による外部監査等の項目を加えた。

さらに、特定機能病院のガバナンス改革に関して、2016年2月に「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」を開催し、当該検討会等での議論を踏まえ、特定機能病院の医療安全管理体制の確保及びガバナンス体制の強化を図るため、以下の内容を含む「医療法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し、2017（平成29）年6月に成立し、2018（平成30）年6月に施行された。

- ①特定機能病院は、高度かつ先端的な医療を提供する使命を有しており、患者がそうした医療を安全に受けられるよう、より一層高度な医療安全管理体制の確保が必要であることを法的に位置付け
- ②特定機能病院の管理者は、病院の管理運営の重要事項を合議体の決議に基づき行うことを義務付け
- ③特定機能病院の開設者は、管理者が病院の管理運営業務を適切に遂行できるよう、管理者権限の明確化、管理者の選任方法の透明化、監査委員会の設置などの措置を講ずることを義務付け

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とした医療事故調査制度は、2014（平成26）年に公布された第6次改正医療法に基づいて2015年10月に開始した。

この制度は、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

とされている。

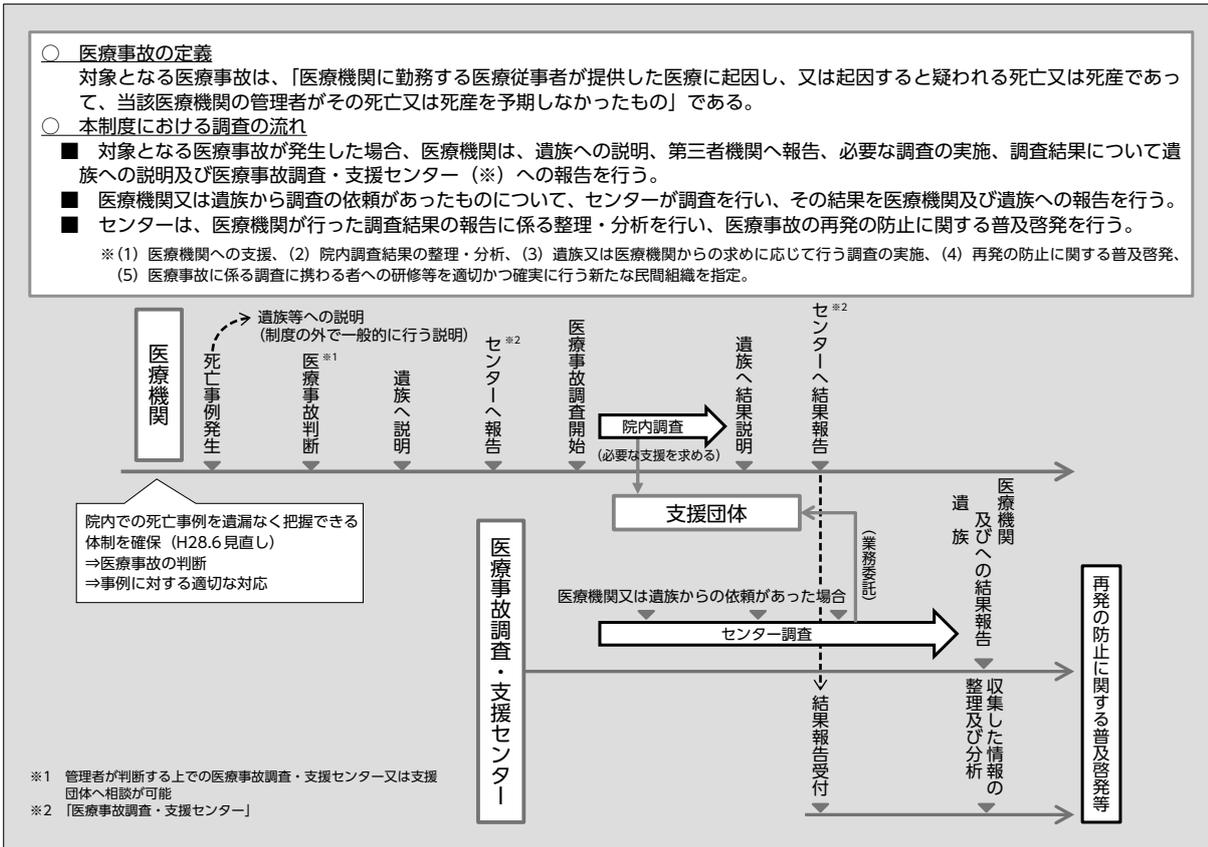
その後、法附則に基づいて制度見直しのための検討が行われ、2016年6月24日付けで、医療法施行規則の一部改正や、関連通知の発出を行った。具体的には、

- 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
- ③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
- ④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
- ⑤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。

2018年3月末現在までに、医療事故報告件数945件、院内調査結果報告件数633件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数65件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は4件終了している。また、これまでに「中心静脈穿刺合併症」「急性肺血栓塞栓症」「注射剤によるアナフィラキシー」について、医療事故再発防止策の提言をとりまとめ、公表をした。

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*9

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

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。

4 閣僚級世界患者安全サミット

閣僚級世界患者安全サミットは英国とドイツのイニシアチブにより医療安全の世界的な推進を目的に2016年に創設された。2016年英国のロンドン、2017年ドイツのボンに続き、第3回を2018年4月13日（金）、14日（土）に東京で開催した。

*9 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>

44か国の政府代表団（内18か国は閣僚級が出席）や国際機関、専門家など、約500名が参加し、2日間にわたり、専門家会合と閣僚級会合を行った。専門家会合で得られた政策提言、閣僚級会合での各国代表等の発言を基に、サミットの最後に地域レベル、世界レベルのリーダーシップに期待を込め、2030年までに世界中の医療に関する避けられるすべての有害事象やリスクを低減するため、患者安全の向上に向けた関与の必要性を再確認することを主旨とする『東京宣言』を発表し、25か国、10団体によって賛同を得た（2018年5月末現在）。

(8) 医療に関する適切な情報提供の推進

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^{*10}）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、同年9月に取りまとめがなされた。この取りまとめを踏まえ、医療機関のウェブサイト等についても、虚偽・誇大等の不適切な表示を禁止し、中止・是正命令及び罰則を課すことができるよう措置する内容を含めた医療法等の一部を改正する法律が第193回通常国会において成立した。2018（平成30）年5月に関係する省令・告示を公布し、新たな医療広告ガイドラインの発出を行い、同年6月に施行された。

(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^{*11}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、患者・家族に十分に情報が提供された上で、これに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本として行われることが重要である。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、2014（平成26）年度から、ガイドラインに沿って患者の意思決定を支援する医療・ケアチームの育成研修を開始した。また、2017（平成29）年度からは、健康

* 10 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>

* 11 「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。

な時から人生の最期に備えられるよう住民向けの普及啓発の強化を図るとともに、患者の意思に反した救急搬送や医療処置が行われないよう、救急医療や在宅医療関係者間における患者情報の共有や連携ルールの策定を支援する取組みを進めた。これに加え、2017年度より「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」を開催し、国民、医療福祉従事者への意識調査を実施の上、国民に対する情報提供・普及啓発の在り方について報告書を取りまとめるとともに、「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、繰り返し話し合う重要性や在宅医療・介護の現場において活用する観点等から改訂した。こうした取組みを通じて、人生の最終段階における医療に関する本人意思が尊重される環境づくりを進めている。

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、2018（平成30）年度は合計で9,419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（平成28）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。

2018年度の予算においては、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た。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た。

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。2018年3月の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、必修科目の見直しや臨床研修病院の指定権限等の都道府県への移管、募集定員倍率の一層の圧縮等の見直しを盛り込んだ報告書を取りまとめたところであり、今後、厚生労働省としては、この報告書の内容を踏まえ、2020年度の研修開始に向け、更なる検討を進めていく。

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、2016年6月には医師需給分科会において、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中間取りまとめがなされた。その中で、医師の働き方・勤務状況等の実態について、より精度の高い推計を行い、将来、あるべき医療提供体制とそこにおける医師の新しい働き方を示すビジョンを策定した上で、必要な医師数を推計するプロセスが必要とされた。これを受けて、2016年10月より開催された「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」では、勤務医の勤務実態・働き方の意向について大規模な調査を行うとともに、それも踏まえた議論がなされ、その中で、医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間で行うタスク・シフティング（業務の移管）やタスク・シェアリング（業務の共同化）の推進などの具体策が提言されている。

2017（平成29）年12月には、医師需給分科会において第2次中間とりまとめを公表し、2018年3月に以下の内容を柱とする医療法及び医師法の一部を改正する法律案が国会に提出され、同年7月に成立した。

- ①医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設
- ②都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化等
- ③都道府県知事から大学に対する、地域医療対策協議会の協議を経たうえで、地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加の要請や、専門医制度に対する地域医療等への配慮の観点からの厚生労働大臣の意見提出等の医師養成過程を通じた対策
- ④外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

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（2016年には約166万人が就業）しているが、団塊の世代が75歳以上となる2025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 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、同年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た。

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。

厚生労働省としては、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（平成25）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、プロフェッショナルオートノミー（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、日本専門医機構及び学会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、医師及び研修医の地域偏在が更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、養成開始を1年延期し、2018（平成30）年度から養成が開始されている。

また、厚生労働省においても、2017年4月に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を立ち上げ、地域医療関係者の参画のもと、地域医療に求められる専門医制度の在り方について検討を進め、日本専門医機構に対して地域医療への配慮を求めた。その結果、日本専門医機構においては、地域医療従事者等に配慮したカリキュラム制の導入や、地域の中核病院等であっても基幹病院となれる基準の設定など専門医制度新整備指針の見直しが行われた。

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、他の領域分野とともに2018年度から養成が開始されている。

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看護職員の実務研修等に対して支援を行っている。

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。現在、医療分野の研究開発をめぐる制度的環境の変化等を踏まえ、「国立高度専門医療研究センターの今後の在り方検討会」を開催し、その役割、センター間での連携や組織の在り方等について検討を行っている。

地域医療機能推進機構^{*12}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。

^{*12} 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。

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。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%以上とする」とともに、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする」という目標が定められ、さらに2017年には、「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、「2020年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。」という新たな目標を定めたところであり、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。

2018年度は、引き続き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み状況のモニタリングを実施した。また、平成30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医療機関、薬局の後発医薬品使用（調剤）体制に関する評価の基準の引き上げ、②一般名処方加算の評価の引き上げ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。

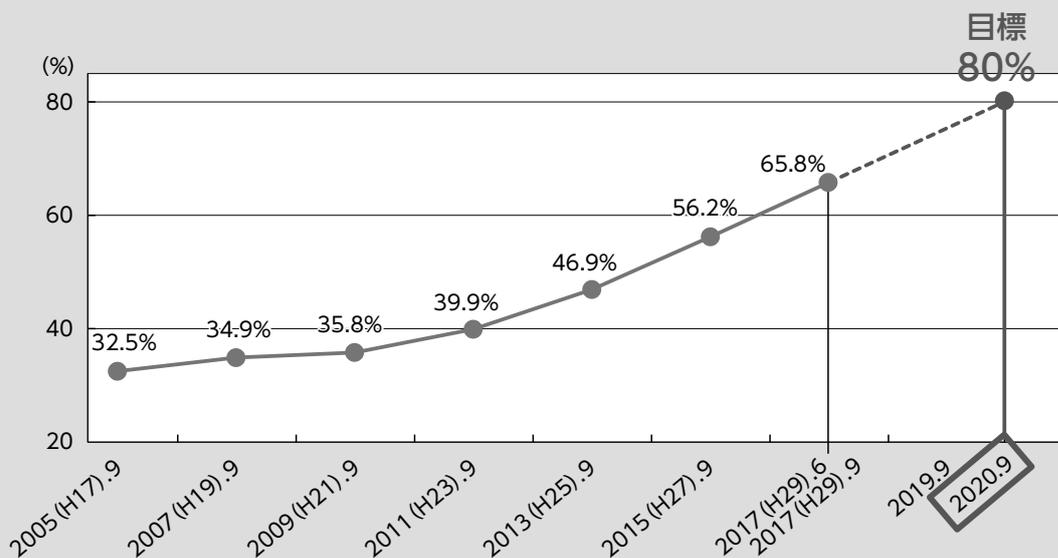


ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

図表7-2-5 後発医薬品の数量シェアの推移と目標

数量シェア
目標
(骨太方針2017)

○2020年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、
できる限り早期に達成できるように、更なる使用促進策を検討する。



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう
厚生労働省調べ

第3節 安定的で持続可能な医療保険制度の実現

1 国保改革の施行

国民健康保険制度は、近年、低所得者や高齢で医療の必要が高い人が多く加入しているといった構造的な問題を抱えており、制度の持続性を確保するための対応が必要とされていた。こうした背景を踏まえ、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、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が2015（平成27）年に成立した。同法に基づく国保改革では、財政支援の拡充により財政基盤を強化することと、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担うことの2つが大きな柱となる。

一つ目の柱は、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、予防・健康づくりをはじめとする医療費適正化等に取り組む自治体への財政支援を行う保険者努力支援制度や、自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応等の財政調整機能の強化等、更に約1,700億円の財政支援を行っている。

もう一つの柱は、2018年度から、都道府県が財政運営の責任主体となることである。具体的には、都道府県が、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している。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に取り組む。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している。

2 予防・健康づくりと医療費適正化

(1) 予防・健康づくり

保険者は、予防・健康づくりに向けた取り組みを行っており、レセプト・健診情報等のデータを活用したデータヘルスなどを進めている。2018（平成30）年度からは、各保険者が策定する第2期データヘルス計画（2018年度から2023年度までの6年間の計画）が開始するため、国としてもデータヘルスポータルサイトの活用等による支援を行っている。

さらに、保険者の予防・健康づくりの取り組みを横展開し、その取組状況の「見える化」をすることで、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図るため、2015（平成27）年7月に、民間主導の日本健康会議が発足し、2020年までの予防・健康づくりに関する数値目標を定めた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択した。その進捗状況については毎年度調査を行い、日本健康会議や「日本健康会議データポータルサイト」で達成状況を公表している。また、2016（平成28）年3月には、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、全国展開に向けた糖尿病性腎症の重症化予防の対策の在り方を示すとともに、協力体制の基盤整備を進めている。

加えて、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た取り組みの手法を検討するため、2016年度及び2017（平成29）年度において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）対策に関するモデル事業を実施した。「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において、モデル事業で得られた成果や優良事例等を踏まえた検討を行い、2018年4月に「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を策定した。2018年度からは、高齢者の特性を踏まえた保健事業を全国的に横展開すべく、ガイドラインの周知に努め、事業の支援を更に推進していくとともに、事業の継続的な効果検証を行う。また、高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策（運動、口腔、栄養等）や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を市町村が一体的に実施する仕組みの構築を検討していく。

こうした予防・健康づくりに取り組む保険者に対するインセンティブを強化するため、2018年度から健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金の加算・減算制度について、加算率・減算率の法定上限10%までの段階的引上げや、保険者の取り組みを幅広く評価するための総合的な指標の導入を行うこととしている。また、国民健康保険の保険者努力支援制度については、2016年度・2017年度の前倒し実施の状況を踏まえ、2018年度から本格実施された。

(2) 医療費適正化

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・保健指導の実施率等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策定している。2018（平成30）年度からの第3期医療費適正化基本方針には、適正化の取組目標として、特定健診・保健指導の実施率の向上に加え、新たに糖尿病の重症化予防の取組み、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）を盛り込んだ。これに即して、都道府県は2017（平成29）年度中に第3期都道府県医療費適正化計画（2018年度から2023年度までの6年間の計画）を策定した。第3期においても第2期に引き続き、計画の進捗状況の把握を進めながら、新たな取組目標の達成に向け、保険者協議会等とも連携しながら、取組みを進めていく。なお、2018年度から、都道府県が国保の保険者となり保険者協議会の構成員になることから、都道府県は従来からの住民の健康増進や、医療費適正化計画の策定主体としての役割に加え、保険者協議会の事務局を担う、又は国民健康保険団体連合会と共同で事務局を担うなど、保険者協議会において中核的な役割を發揮することが求められている。

3 負担能力に応じた負担の見直し

(1) 後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

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については、国民健康保険及び被用者保険の各保険者の加入者数に応じて按分（加入者割）した上で、被用者保険者間の按分は、2017（平成29）年度から被保険者の給与や賞与などのすべての所得に応じて按分する全面総報酬割を実施している。これに伴い、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行っている。

(2) 70歳以上の高額療養費制度の見直し

70歳以上の高額療養費制度について、制度の持続可能性を高めるため、世代間・世代内の負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、2017（平成29）年8月から段階的な見直しを実施している。2018（平成30）年8月には、「一般」区分の外来上限額の見直し、負担能力のある「現役並み所得」区分については69歳以下と同様の上限額にする等の見直しを行った。なお、これらの見直しを行うに当たっては、低所得者に配慮して、住民税非課税区分の上限額を据え置くことや、長期療養をされている「一般」区分の方の外来の自己負担が増えないよう1年間の上限額（外来年間合算）を創設して負担額を抑える等の配慮を行っている（図表7-3-1）。

図表7-3-1 高額療養費制度の見直しについて

平成30年7月までの上限額 (70歳以上)				平成30年8月からの上限額 (70歳以上)			
	適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)	適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)	
現役並み	課税所得 145万円以上の方	57,600円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数回 44,400円 (※2)>	III 課税所得 690万円以上の方	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% <多数回 140,100円 (※2)>		
	課税所得 145万円未満の方 (※1)	14,000円 (年間の上限 144,000円)	57,600円 <多数回 44,400円 (※2)>	II 課税所得 380万円以上の方	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% <多数回 93,000円 (※2)>		
一般	II 住民税非課税世帯 (※3)	8,000円	24,600円	I 課税所得 145万円以上の方	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数回 44,400円 (※2)>		
住民税非課税	I 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など) (※3)		15,000円	課税所得 145万円未満の方 (※1)	18,000円 (年間の上限 144,000円)	57,600円 <多数回 44,400円 (※2)>	
				II 住民税非課税世帯 (※3)	24,600円		
				I 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など) (※3)	8,000円	15,000円	

※1 世帯収入の合計額が520万円未満 (1人世帯の場合は383万円未満) の場合や、「旧ただし書所得」の合計額が210万円以下の場合も含まれます。
 ※2 過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。
 ※3 住民税非課税世帯の方については、従来どおり、限度額適用・標準負担額減額認定証を交付します。

(3) 保険料軽減特例の見直し

75歳以上の保険料軽減特例については、2008（平成20）年度の後期高齢者医療制度発足時における激変緩和措置として、政令で定めた軽減割合を超えて、予算措置により軽減を行っていたが、世代間・世代内の負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、段階的に見直しを実施し、保険料の所得割を5割軽減する特例について、2018（平成30）年度から政令で定めた本則に戻し、元被扶養者の保険料の均等割を9割軽減する等の特例について、2019年度から政令で定めた本則の軽減割合に戻すといった見直しを行っている。なお、均等割9割・8.5割軽減は、低所得者に配慮して今回は据え置きとし、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直すこととしている。

(4) 入院時の食費・光熱水費の見直し

入院時の食費については、入院と在宅療養の公平を図る観点から、1食あたりの自己負担額を段階的に引き上げ、2018（平成30）年度に460円とした（ただし、低所得者区分に該当する方や、難病又は小児慢性特定疾病の方等については負担額を据え置く）。

また、入院時の光熱水費については、医療と介護、入院と在宅療養を通じた負担の公平化を図る観点から、65歳以上の医療療養病床に入院する方について、医療の必要性の低い方は、2017（平成29）年10月に370円に引き上げ、医療の必要性の高い方は、2017年10月から段階的に引き上げ、2018年4月に370円とした（ただし、指定難病の方等に

については負担を据え置く。)

4 審査支払機関の改革

社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）をはじめとする審査支払機関については、2017（平成29）年1月に「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会報告書」（以下「報告書」という）が取りまとめられ、規制改革推進会議の指摘も踏まえた審査支払機関の業務効率化や組織の見直し並びに、ビッグデータとICTを最大限に活用することで、保険者と協働しつつ、医療の質の向上に寄与する役割を担うことについて記載された。

厚生労働省と支払基金は、当該報告書の内容を踏まえ、2017年7月に「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」（以下「計画・工程表」という。）を公表し、支払基金は、2017年6月の規制改革実施計画（閣議決定）における支払基金改革に係る指摘も踏まえ、①審査プロセスの効率化・高度化の推進、②より公平な審査の実現に向けた審査基準の統一化、③支部組織の集約化など、支払基金の組織の在り方の見直し等の3つの観点から具体的な取組みを進めることとしている。

なお、審査支払の効率化、高度化のための見直しを進めるに当たっては、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会についても、同時並行的に支払基金における改革と整合的かつ連携して取組みを進めていくこととしている。

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 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19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、2018（平成30）年4月には474万人と、約3.3倍になっており、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。

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、2018年度には11.1兆円となっており、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^{*13}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5,900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や、社会保障審議会介護保険部会での議論等を踏まえ、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し、2017年5月26日に成立した（平成29年法律第52号。以下、「地域包括ケア強化法」という）。この法律は、地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保を柱としている。

具体的には、地域包括ケアシステムの深化・推進を進める観点から、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進、医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取組みの推進等を行うとともに、介護保険制度の持続可能性の確保の観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層への3割負担の導入、介護納付金への総報酬割の導入を盛り込み、2018（平成30）年から順次施行している。

2 地域包括ケアシステムの構築

(1) 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者である市町村の保険者機能を強化し、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取組みを推進することが重要である。

このため、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に取り組むよう、

①データに基づく課題分析と対応

②適切な指標による実績評価

③取組み実績に応じた市町村・都道府県に対する財政的インセンティブの付与という仕組みを地域包括ケア強化法により制度化することとした。

また、市町村の人員体制やノウハウの蓄積等の状況は地域によって様々であるため、厚生労働省や都道府県が積極的かつ丁寧に支援していくことが必要である。具体的には、都道府県が市町村を支援することを法律上に明記し、都道府県による市町村職員に対する研修の実施、医療職等の派遣に関する関係団体との調整等を行うこととした。また厚生労働省は、市町村が多角的に地域課題を分析することを支援するとともに、都道府県職員に対して研修等を行い、市町村の取組みを支援していくこととした。

さらに、財政的インセンティブの付与については、地域包括ケア強化法により保険者機能強化推進交付金を創設した。交付金は、保険者等の様々な取組みを評価できるよう、客観的な指標を設定した上、交付を行うこととした。各保険者等には、当該交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組みを進めていくことが期待される。

* 13 「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。

○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。

厚生労働省では、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、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「新オレンジプラン」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。

新オレンジプランは、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025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こととしている。

また、新オレンジプランでは、2017（平成29）年度末等を当面の目標年度として、施策ごとの具体的な数値目標などを定めていたところであり、これまでの施策の進捗状況は概ね順調であったことから、2017年7月に認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議を開催し、数値目標について2020年度末までの目標に更新するとともに、施策を効果的に実行できるよう内容を充実させるなどの改定を行った。

新オレンジプランを契機として認知症の人とその家族を支援する地域資源は着実に増加しており、引き続き認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みを構築するために認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等の取組みを支援していくとともに、今後は先進的な取組み事例を全国に紹介することなどを通じて、地域の実情に応じた効果的な取組みを推進していくこととしている。

さらに、認知症に関する施策の総合的な推進等の新オレンジプランの基本的な考え方については、地域包括ケア強化法により、介護保険法上に位置づけ、取組みを強化している。

(2) 医療・介護の連携の推進

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、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築とその連携がますます必要となる。

このため、在宅医療・介護連携推進事業を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市区町村が主体となって、以下のア～クの8つの事業項目を実施している。さらに、地域包括ケア強化法により、都道府県による市町村支援を明記し、取組みを強化している。

- 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

また、地域包括ケアシステムを推進する観点から、医療処置等が必要であるものの、入院する程ではないが自宅や特別養護老人ホーム等での生活が困難な高齢者にも対応可能な受け皿を確保することは重要である。

このため、地域包括ケア強化法において、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた新たな介護保険施設を「介護医療院」として創設した。

(3) 地域共生社会の実現に向けた取組みの推進

我が国は少子高齢化に伴う人口減少という大きな課題を抱えており、こうした中で、既存の縦割りの制度では効果的で適切な解決策を講じることが難しい課題や、既存の制度の狭間であって、制度による解決が困難な課題などが出てきている。

こうした課題を解決するため、地域の力を強化するとともに、公的な支援体制が様々な分野で縦割りに対応するのではなく、連携・協働しながら包括的に支援を行っていくことが必要となっており、地域包括ケア強化法においては、市町村が包括的な支援体制を構築する役割を担うことを明確にするるとともに、地域福祉計画を福祉各分野の共通事項を記載した上位計画として位置づけるために、社会福祉法を改正した。

また、地域包括ケア強化法では、障害児も含め障害のある方と高齢者が同一の事業所でサービスを受けやすくするために、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置づけた。

これにより、障害者が介護保険の被保険者となった際に、使い慣れた障害福祉サービス事業所を引き続き利用しやすくなり、また、福祉に携わる人材に限りがある中で、地域の実情に合わせて、人材をうまく活用しながら適切にサービス提供を行うことが可能にした。

(4) 高齢者の虐待防止

2006（平成18）年4月に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」等に基づき、高齢者虐待の未然防止、早期発見、迅速かつ適切な対応を図るため、自治体等と連携して、虐待を受けた高齢者に対する保護、養護者への支援等に係る措置を講じている。

2017（平成29）年度における対応状況は、養介護施設従事者等による虐待の相談・通報件数が1,898件、虐待判断件数が510件であり、養護者による虐待の相談・通報件数が30,040件、虐待判断件数が17,078件である。

高齢者虐待の件数は増加傾向にあり、より一層の対策が求められる中で、とりわけ市町村等の体制整備の強化が喫緊の課題であることから、市町村等職員向けの高齢者虐待対応マニュアルである「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」について、養護者や施設等職員の「怒りの感情のコントロール」などを含むストレスマネジメントに関する内容を盛り込むなどの改訂を2018（平成30）年3月に行った。

3 介護人材の確保

(1) 介護ロボット

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。「未来投資戦略2017」（平成29年6月9



日閣議決定）においては、高齢者の自立支援や介護者の負担軽減を図る観点から、「ロボット・センサー等の技術を活用した介護の質・生産性の向上」を掲げている。

厚生労働省においては、経済産業省と連携し、移乗介助や見守りなど重点的に開発等の支援を行う分野を定め、介護ロボットの実用化や普及の促進に取り組んでおり、2017（平成29）年10月には、この重点分野の再検証を行い、転倒を予防する装着型の移動支援機器や排泄を予測してトイレへ誘導する機器などを新たな支援対象として追加した。

また、「介護ロボット開発等加速化事業」を実施し、介護現場のニーズを介護ロボットの開発内容に反映させることに併せ、効果的な介護技術を構築するなど、各段階で必要な支援を行っている。

さらに、2018（平成30）年度介護報酬改定においては、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、夜勤職員配置加算の見直しを行った。

(2) ICT・生産性向上ガイドライン

介護事業所におけるICT化の普及促進のため、2017（平成29）年度まで介護事業所におけるモデル事業を実施してきた。

2018（平成30）年度からは、介護事業所におけるICT化を全国的に普及促進するには標準化が重要であることから、有識者等による既存ソフトの機能やセキュリティ等の分析を行い、今後求められるソフトのあり方を検討するなど、標準仕様の作成に向けた取組みを進めていく予定である。

さらに、介護事業所における生産性向上については、「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）において「実際に生産性向上に取り組む地域の中小

企業、サービス業に対する支援を図る」こととされていることから、介護サービスにおける生産性向上のガイドラインの作成等を行い、事業者団体等の横展開を支援することを予定している。

生産性向上（介護労働の価値を高める）の取組みとしては、ICT化・介護ロボットの活用・業務プロセス構築・作成文書の見直し・職員配置の見直し等が考えられるが、具体的には、介護保険サービスの生産性を向上させるため、以下の取組みにより、介護分野における生産性向上の取組みを醸成するとともに、事業者団体等の横展開を推進する。

- ア 調査研究の実施（経営の専門家による訪問等）
- イ 調査結果の公表（生産性向上への意識の醸成）
- ウ 試行的ガイドラインの作成
- エ 事業者団体等による横展開モデルの創出に関する調査研究
- オ ガイドラインの作成と横展開の普及
- カ 介護分野の生産性向上協議会の開催（好事例の発表・表彰）

第5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、2017（平成29）年度から、技能や経験に応じて昇給する仕組みを構築し、月額平均1万円相当の処遇改善を行うとともに、

- ①介護分野へのアクティブシニア等の参入を促すための「入門的研修」の普及や、介護福祉士資格の取得を目指す留学生など外国人材の受入環境の整備等による多様な人材の活用
- ②ICTや介護ロボットを活用した生産性向上の推進による業務負担の軽減や職場環境の改善などによる働きやすい環境の整備
- ③介護に関する魅力の発信

など介護人材確保に総合的に取り組んでいる。

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

加えて、ハローワークと福祉人材センターや介護労働安定センター等の関係団体が連携し、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、離職した介護福祉士等からの届出情報をもとに、求職者になる前の段階からニーズに沿った求人情報の提供等の支援を推進するとともに、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、職業相談、職業紹介等を推進している。

ハロートレーニング（公的職業訓練）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。2017（平成29）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53.0%で最も多く、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」が39.6%、「有給休暇が取りにくい」が34.2%、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」が29.9%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、介護労働者の身体的負担軽減に資する介護福祉機器（移動用リフト等）を導入・運用した事業主に対する助成措置や、賃金制度の整備を通じて介護労働者の離職率を低下させた事業主に対する助成措置、また、介護労働安定センターによる事業所の雇用管理改善に関する相談援助等により、介護労働者の雇用管理の改善を図っている。