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(令和7)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21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。

2019 (令和元) 年度においては、都道府県負担額を含め、医療分・介護分ともに対前 年度100億円増額し、医療分は1,034億円、介護分は824億円が計上された。

2020(令和2)年度においては、勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備等のため、 都道府県負担額を含め、医療分は対前年度160億円増額の1,194億円、介護分は前年度 と同額の824億円が計上された。

なお、地域医療介護総合確保基金については、都道府県において毎年度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 診療報酬・薬価等改定

(1) 消費税率引上げに伴う令和元年度診療報酬・薬価等改定

令和元年度診療報酬改定では、2019(令和元)年10月に行われた消費税率引上げに伴い、医療機関が仕入れ時に支払う消費税負担を補てんするため、診療報酬本体を0.41%のプラス改定とした。

前回の消費税率引上げに伴う平成26年度診療報酬改定の補てん状況調査により明らかとなった、全体の補てん不足及び医療機関種別ごとの補てん率のばらつきに係る要因分析を行った上で、配点方法を精緻化すること等により、医療機関の消費税負担を適切に補てんできるような点数設定を行った。配点に当たっては、基本診療料で対応することを基本とし、病院種別や入院料別ごとの入院料シェアも考慮して、消費税負担に見合う補てん点数を設定した。

また、薬価・材料価格における対応については、最新のデータを用い、市場実勢価格 (消費税8%分を含む)に消費税2%分を上乗せすることとし、それにあわせて実勢価改定 を行った。

(2) 令和2年度診療報酬・薬価等改定

令和2年度診療報酬改定では、「人生100年時代」に向けて、一人ひとりが住み慣れた地域で安心して生活できるような医療提供体制を構築するとともに、質の高いサービスを効率的に提供できるようにするため、診療報酬の改定率は、平成30年度改定と同水準のプラス0.55%とした。

具体的には、医師等の働き方改革を推進する観点から、過酷な勤務環境となっている救 急医療機関の評価やタスク・シェアリング/タスク・シフティングに係る評価の充実を 行った。

入院医療については、急性期病院における評価指標である重症患者の評価項目や判定基準の見直し等を行った。

外来医療については、かかりつけ医と他の医療機関との連携の評価の新設や、小児かかりつけ診療料の対象の拡大、オンライン服薬指導の評価等を行った。

また、調剤報酬については、薬局における対物業務から対人業務への構造的な転換を推進する観点から、重複投薬解消に向けた取組みの評価や地域でかかりつけ機能を発揮する薬局の評価の見直し、調剤料の見直し等を行った。

薬価制度については、平成30年度薬価制度抜本改革に引き続き、「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、新薬創出等加算の企業指標の見直し、長期収載品の段階的な価格引き下げまでの期間の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の導入等を行った。

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。

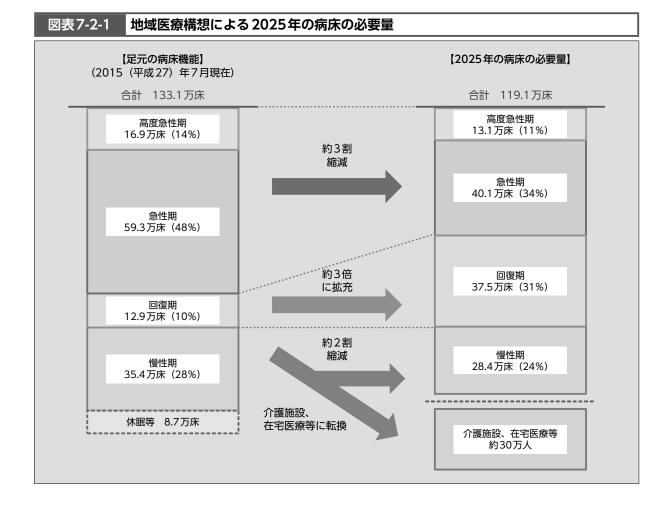
このような状況の中で、「社会保障制度改革国民会議」の報告書(2013(平成25)年8月6日)やプログラム法の規定を踏まえ、2014(平成26)年2月に国会に医療介護総合確保推進法案を提出し、同年6月に成立した。

(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、これまで、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きたが、昨年度末までの公立・公的医療機関等の具体的対応方針の策定について、必ずしも地域医療構想の実現に沿ったものとなっていなかったため、医療機能の分析結果を踏まえた具体的対応方針の見直しを求めていくこととしている。今後、見直しの結果も踏まえ、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。



(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。

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。

2019 (令和元) 年度には、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、第7次医療計画の中間見直しに向けた議論が重ねられ、その検討結果を踏まえて、2020 (令和2) 年4月に医療計画の作成指針を改正し、都道府県に提示した。

(3) 地域医療連携推進法人の認定状況

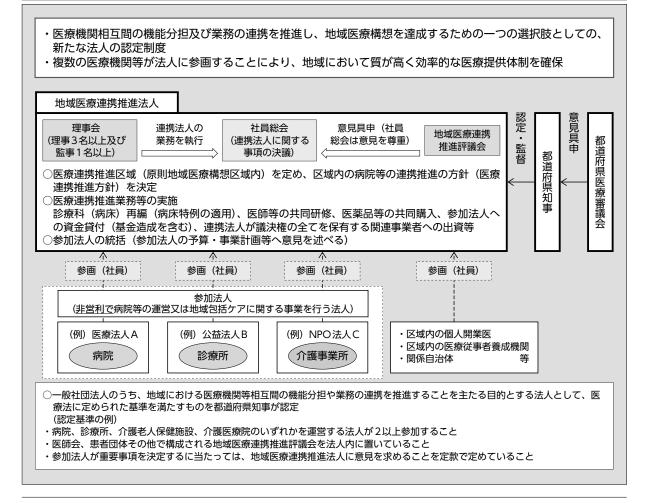
「『日本再興戦略』改訂2014」(平成26年6月24日閣議決定)等を受けて、「医療法人

^{*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

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について議論され、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月に成立し公布された。

地域医療連携推進法人制度は、医療機関相互間の機能の分担や業務の連携を推進することを目的とし、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されたものである。統一的な医療連携推進方針(病院等の連携推進の方針。以下「方針」という。)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。方針はホームページで公表することとされているほか、方針に記載された内容の実施状況について、法人内に設置する、地域の関係者で構成される地域医療連携推進評議会において評価することとなっており、地域の関係者の意見が法人の運営に反映される仕組みとなっている。2017(平成29)年4月から制度が施行され、2020(令和2)年4月1日現在、全国で17法人が認定を受けている*2。地方公共団体等の公的主体が中心となっているものや、大学病院や医療法人等の民間主体が中心となっているものなど地域により様々であるが、医療従事者の共同研修の実施や医薬品等の共同購入の調整等といった業務が多くの法人で実施されているなど、それぞれの地域事情に応じた連携の推進が図られている。

図表7-2-2 地域医療連携推進法人制度の概要



^{*2} 認定された地域医療連携推進法人に関する各都道府県のホームページへのリンク集 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177753.html

(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、2019(令和元)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た。

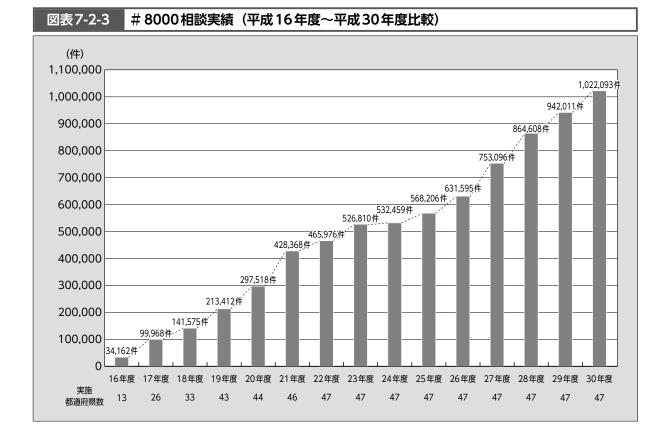
また、消防と医療の連携を強化し、救急患者の搬送・受入れがより円滑に行われるよう、各都道府県において、救急患者の搬送及び医療機関による当該救急患者の受入れを迅速かつ適切に実施するための基準を策定し、これに基づいて救急患者の搬送・受入れが行われているところである。さらに、ドクターへリを用いた救急医療提供体制を全国的に整備するため、補助事業を行っており、2018(平成30)年9月末現在、43道府県で53機のドクターへリが運用されている。

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である。

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、小児の保護者等に対し小児科医等が、全国同一の短縮番号#8000により、電話で助言等を行う「子ども医療電話相談事業(#8000事業)」を全47都道府県で実施しており、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。

また、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等の小児 の救急医療を担う医療機関等の体制整備に対する支援等を行っている。



3 周産期医療

周産期医療については、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*³。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、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治 療室(MFICU*4)、新生児集中治療室(NICU*5)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、災害時に都道府県が小児・周産期医療に係る保 健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう支援する「災害時小児周産期リエゾ ン」の養成を目的とした研修を実施している。また、2018年度には、災害時小児周産期 リエゾンの運用、活動内容等の基本的な事項について定めた「災害時小児周産期リエゾン 活動要領」を作成し、周知した。さらに、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 への支援事業を実施している。

^{*3} 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。

^{*4} MFICU: [Maternal Fetal Intensive Care Unit] の略。

^{*5} NICU: [Neonatal Intensive Care Unit] の略。

4 災害医療

地震等の災害時における医療対策として、阪神・ 淡路大震災の教訓をいかし、災害発生時の医療拠点 となる災害拠点病院の整備(2020年4月1日現在 755か所)、災害派遣医療チーム(DMAT*6)の養成 等を進めてきた(2019年4月1日現在1.746チーム



が研修修了)。また、東日本大震災の経験や、「災害医療等のあり方に関する検討会」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」等における議論を踏まえ、都道府県において、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等の整備に取り組んできた。また、災害拠点病院においては、DMATの保有をはじめ、施設の耐震化や自家発電機、衛星(携帯)電話の保有、3日分の食料、水、医薬品等及び3日分程度の自家発電機用燃料の備蓄等の整備に加え、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画(BCP)の策定及び当該計画に基づく研修・訓練を実施すること等の取り組みについても災害拠点病院の指定要件として含めるよう、改正を行ってきた。また、「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 (DPAT*7) 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事務局の整備や、専門的な研修・訓練によるDPATの全国における養成等を行っている。加えて、東日本大震災や平成28年熊本地震において、被災した精神科病院からの患者受入や精神症状の安定化等について、災害拠点病院のみでは対応が困難であったことを踏まえ、災害時における精神科医療を提供する上で中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の整備を今後進めることとしている。

また、医療機関の耐震化について、病院の耐震診断・耐震整備に対する補助事業を継続するとともに、2018年度第2次補正予算において、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、救命救急センター等の耐震整備を支援している。

^{*6} 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。

^{*7} 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。

平成28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実施し、これまでに1.169名が受講している(2020年4月1日現在)。

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んできたが、2018(平成30)年度には、介護部局と連携の上、在宅医療の充実に向けた取組みを整理し、都道府県へ示した。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1,508億円)。

(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393か所(2019(令和元)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*8。

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*9

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

^{*8} 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/

^{*9} 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/

めた。これを踏まえ、2016(平成28)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、

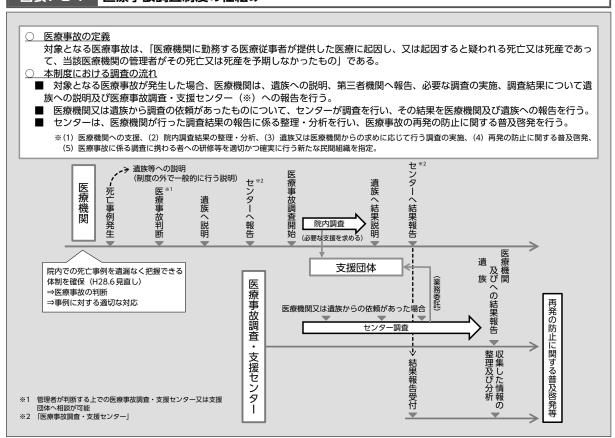
- ①病院等の管理者は、医療事故の報告を適切に行うため、当該病院における死亡及び死産 の確実な把握のための体制を確保すること
- ②支援団体は、支援を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会を組織する ことができること、また、協議会において、支援団体が行う支援等の状況の情報の共有 及び必要な意見の交換を行い、その結果に基づき、支援団体が行う支援の円滑な実施の ための研修の実施や病院等の管理者に対する支援団体の紹介を行うこと

- 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。

2020 (令和2) 年3月末現在までに、医療事故報告件数1,710件、院内調査結果報告件数1,391件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数121件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は38件終了している。また、「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」等11つのテーマについて、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*10

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。

その後、2018年4月に東京で開催された第3回サミットでは、避けられる全ての有害事象やリスクを低減することを目指し、患者安全の向上のためのグローバルな行動を呼びかける『東京宣言』が発表され、2019(平成31)年3月にサウジアラビアで開催された第4回サミットでは、世界的に重要な患者安全の課題に取り組むための、国際標準、ガイドライン、行動を推奨することを主旨とする『ジェッダ宣言』が発表された。

また、『東京宣言』でも言及されていた「患者安全に関するグローバルアクション」が 2019年5月のWHO総会において採択され、9月17日を世界患者安全の日とすることが 定められた。

(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*¹¹)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

^{* 10} 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

^{* 11} 各都道府県の医療機能情報提供制度へのリンク集 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/teikyouseido/index.html

(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) 人生の最終段階における医療・ケア

人生の最終段階における医療・ケアのあり方については、「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、2018(平成30)年3月に「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」にACP*12の要素を盛り込むとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた内容に改訂した(「人生の最終段階における医療」から「人生の最終段階における医療・ケア」へ名称も変更)。また、当該検討会報告書に基づき、ACPの愛称を一般公募し「人生会議」に選定、11月30日(いい看取り・看取られ)を「人生会議の日」と設定し、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とする等の普及・啓発の取組みを実施している。

また、2014 (平成26) 年度から、ガイドラインに沿って本人の意思決定を支援する医療・ケアチームの育成研修を実施し、2017 (平成29) 年度からは、健康な時から人生の最期に備えられるよう国民向けの普及・啓発の強化を図っている。加えて、本人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、2020(令和元)年度は合計で9,330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

*12 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

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 (平成30) 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、2020(令和2)年度の臨床研修から運用が開始されている。

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、その中で医師ー医師間で行うグループ診療や、医師ー他職種間等で行うタスク・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(以下「改正法」という。) 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

2019 (平成31) 年4月の改正法の一部施行に向け、2019年3月の医師需給分科会において、医師偏在対策の実効性確保のために、

- ①医師偏在指標の算出方法
- ②医師少数区域の定め方
- ③医師確保計画の方針や諸制度の設計の詳細
- ④医師養成課程を通じた地域における医師確保の方針
- ⑤地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応
- ⑥医師が少ない地域での勤務のインセンティブとなる認定制度の創設 などの具体的な方針・対応について、第4次中間とりまとめを公表した。

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(令和7)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。

看護職員の人材確保に関しては、看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき、 国、地方自治体、国の指定する中央ナースセンター、各都道府県の指定する都道府県ナー スセンターが連携して、①新規養成、②定着促進、③復職支援を柱とした取組みを進めて いる。具体的には、看護師等養成所の整備や運営に対する補助や、医療勤務環境改善支援 センターの総合的・専門的な助言、院内保育所への支援等による勤務環境の改善、看護師 等免許保持者の届出制度などによるナースセンターの機能強化などである。

地域における看護職員の確保については、2014年度に各都道府県に設置された「地域 医療介護総合確保基金」を活用し、地域の実情に応じた看護職員の養成・確保の取組みに 対する支援を行っている。また、2019年度において、看護職員確保対策特別事業として、 訪問看護師の不足やへき地であることなど、地域における看護職員確保等の課題につい て、都道府県ナースセンター、地方自治体、病院団体等が連携して取り組む「地域に必要 な看護職の確保推進事業」に対し支援を行っている。

4 女性医師等の離職防止・復職支援

近年、医師国家試験の合格者に占める女性の割合が約3分の1に高まるなど、医療現場における女性の進出が進んでいる。このため、出産や育児といった様々なライフステージに対応して、女性医師等の方々が安心して業務に従事していただける環境の整備が重要である。具体的には、

- ①病院内保育所の運営等に対する財政支援
- ②出産や育児等により離職している女性医師等の復職支援のため、都道府県に受付・相談 窓口を設置し、研修受入れ医療機関の紹介や復職後の勤務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

11 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の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。

新専門医制度開始後も良質な医療を提供する体制に責任を有する国の立場から、医師のキャリアや地域医療に対する配慮が継続的になされるような、安定した仕組みの構築が求められたことから、「医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)」に基づく医師法(昭和23年法律第201号)の一部改正により、厚生労働大臣が、医師の

研修を行う団体に対し、医療提供体制の確保の観点から意見及び研修機会の確保の観点から要請を行うこととされた。本改正法に基づき、医道審議会医師分科会の下に医師専門研修部会が設置され、2018年10月には、日本専門医機構及び関係学会に対して、意見及び要請を通知したほか、都道府県別、診療科別の採用枠等、さらなる医師偏在対策について、同部会で審議がなされている。

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、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。

2 医師の働き方改革

「働き方改革実行計画」(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)において、医師については、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることとされたことに伴い、2017年8月より「医師の働き方改革に関する検討会」を開催し、時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間短縮策等について、2018年度末を目途に最終報告をとりまとめるべく検討を進めており、同検討会では2018年2月27日に、「中間的な論点整理」及び医師の勤務実態の改善のため、個々の医療機関がすぐに取り組むべき事項等を示した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」をとりまとめた、その後、2019(平成31)年3月28日に報告書を取りまとめた。

報告書においては、医師の時間外労働規制等の医師の働き方に関する制度上の論点について整理されているほか、働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿として、労働時間管理の適正化に加え、労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性として、

- ①医療機関内のマネジメント改革(管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化(タスク・シフティング、タスク・シェアリング)、ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善)
- ②地域医療提供体制における機能分化・連携、プライマリ・ケアの充実、集約化・重点化の推進(これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む)、医師偏在対策の推進 ③上手な医療のかかり方の周知、 があげられている。

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。

さらに、2025(令和7)年に向け、さらなる在宅医療等の推進を図るため、医師また は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、 確保していく必要がある。このため、医療介護総合確保推進法により、保健師助産師看護師法が改正され、特定行為に係る看護師の研修制度が創設され、2015(平成27)年から施行されている。2019年4月には、本制度の施行状況の評価等を踏まえ、研修内容と時間の見直し及び領域において頻度の高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能とする省令改正を行った。厚生労働省では本制度の円滑な施行・運用のため、指定研修機関の設置準備や運営に対する財政支援等を実施し、制度の普及を推進している。

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。

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。2018(平成30)年に取りまとめられた「国立高度専門医療研究センターの今後の在り方検討会報告書」を踏まえ、2020(令和2)年4月1日に横断的な研究推進組織として、国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部が設置された。本組織では、ナショナルセンターの資源及び情報の集約による研究の更なる活性化や、他機関との連携強化等に取り組む。

地域医療機能推進機構では、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、医師・介護員をはじめとする職員の確保など、入所者の療養体制の確保に努めている。

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。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 (令和2) 年度末までの間のなるべく早い時期に80%



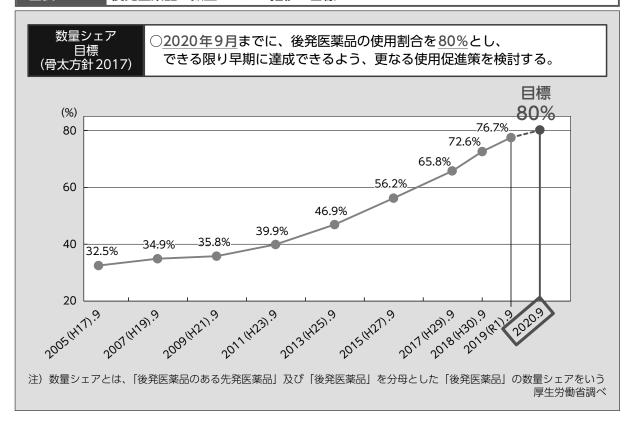
ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

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。

2019 (令和元) 年度は、引き続き後発医薬品の品質確保対策の強化、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。平成30年度診療報酬改定においては、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上げ等を行ったところである。

また、各都道府県において、「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きたが、2018年度からは、特に後発医薬品の使用が進んでいない地域等を重点地域として選定し、各地域における個別の問題点の調査・分析などを行い、目標の達成に向けた使用促進策の強化を図る取組みを進めている。

図表7-2-5 後発医薬品の数量シェアの推移と目標



第3節 安定的で持続可能な医療保険制度の実現

1 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の 一部を改正する法律について

近年、医療水準の高度化等により、国民の健康寿命が延び、医療に対する国民のニーズが多様化する中で、公的医療保険制度における保険者に対し、これまで以上に、保険者事務の適正な実施と、予防・健康づくりに資する保健事業の充実が求められている。また、近年、社会経済のあらゆる分野において情報通信技術が目覚ましく進展する中で、医療機関や保険者における情報化の推進により、良質な医療をより効率的に提供できるようにすることが求められている。

これらを踏まえ、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図ることを目的として、 2019 (平成31) 年に通常国会において可決・成立し、公布された。

(1) オンライン資格確認の導入

保険医療機関等で療養の給付等を受ける場合の被保険者資格の確認について、確実な本 人確認と保険資格確認を可能とし、医療保険事務の効率化や患者の利便性の向上等を図る ため、オンライン資格確認の導入を進める。

また、オンライン資格確認に当たっては、既存の健康保険証による資格確認に加えて、 個人番号カード(マイナンバーカード)による資格確認を可能とする。

(2) オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の 創設

技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるICT化を支援するための規定を整備した。

この基金を活用し、オンライン資格確認の導入に向けて、全国の医療機関・薬局ができる限り早期かつ円滑に対応できるよう、医療機関・薬局のシステムの補助を行う。また、電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等の導入経費を補助する。

(3) NDB、介護DB等の連結解析等

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)と介護保険総合データベース (介護DB) について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用の促進 を図るため、行政・研究者・民間事業者などへの提供に関する規定を整備(審議会による 事前審査、安全管理措置義務、国による監査等)した。(DPCデータベースについても同 様の規定を整備。)

(4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等

高齢者については、複数の慢性疾患の罹患に加え、認知機能や社会的な繋がりが低下する等の多面的な課題と不安を抱え、いわゆるフレイル状態になりやすい傾向にある。そこで、効果的・効率的で、高齢者一人ひとりの状況に応じたきめ細かな対応が重要である。

このため、市町村において高齢者保健事業や国保保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みを構築するため、高齢者保健事業に関する市町村の役割等を法令上明確にするとともに、広域連合と市町村の間で被保険者の医療・介護・健診等に関する情報を授受できるようにするなど、所要の規定を整備した。

(5) 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化

昨今グローバル化が進展する中で、海外療養費の支給に当たって身分関係や生計維持関係について正確に認定することが実務上困難であることや、日本に生活の基礎がなく国内の医療機関を受診する蓋然性が低い者までが被扶養者として健康保険の対象になれるということが制度的な課題として指摘されていた。こうしたことを踏まえ、国内居住者が国内医療機関を受診した場合の保険給付が原則であるという健康保険制度の基本的な考え方に立ち返り、健康保険制度の被扶養者認定の要件として、原則として日本国内に住所を有することを求めることとした。なお、留学生や海外赴任に同行する家族など、日本国内に住所を有しないものの日本国内に生活の基礎があると認められる方については、例外的に被扶養者の要件を満たすこととした。

また、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第113条の2において、被保険者の 資格管理の観点から、市町村が関係者に報告等を求めることができる対象として、「被保 険者の資格の取得及び喪失に関する事項」を追加し、市町村における調査対象として明確 化した。

(6) 審査支払機関の機能の強化

社会保険診療報酬支払基金(支払基金)については、都道府県に置かれていた支部を廃止し、支部長が担っている権限を本部に集約することにより、本部によるガバナンスを強化すること等を内容とする支払基金法の一部改正を行った。本部主導による統一的な審査業務の実施等により、業務の効率化・高度化を図り、地域間での審査結果の不合理な差異の解消などに向けた取組みが進められることを目指す。なお、国民健康保険団体連合会等についても、支払基金における改革と整合的な取組みを連携して進めていくこととする。

また、審査支払機関の基本理念として、公正・中立な審査の実施やデータ分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進等を明文化した。

(7) 保険料二重払いの解消

国民健康保険の保険料の賦課決定をした後に、被保険者の責めに帰することのできない事由によって健康保険法(大正11年法律第70号)等との適用関係の調整を要することが後に判明した場合、保険料の二重払いが生じないよう、当該年度の最初の保険料の納期の翌日から2年経過した後であっても、保険料を減額する賦課決定をすることができることとした。

7 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(令和5)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く。

さらに、保険者の予防・健康づくりの取組みを横展開し、その取組み状況の「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(令和2)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及び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(平成31年4月改定)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保健事業について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、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。さらに、2018年9月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」を開催し、同年12月に高齢者の特性に応じて保健事業と介護予防を効

果的・効率的に提供していくための体制や取組み等に関する報告書を取りまとめた。その後、本報告書をもとに市町村が中心となって高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進するための体制の整備等に関する規定を盛り込んだ「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案」が、2019(平成31)年通常国会において可決・成立し、公布された。2020年度からの施行に向け、2019年10月に地域における取組みが円滑に進むように「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」を公表し、2020年度からはそのガイドライン等に基づく高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進していく。

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、保険者の取組みを幅広く評価するための総合的な指標の導入を行っている。また、国民健康保険の保険者努力支援制度については、2018年度から本格実施しており、2020年度の評価指標において、予防・健康づくりに関する評価指標の配点割合を引上げ、マイナス点を導入し配点のメリハリを強化するとともに、成果指標の導入を拡大する等の見直しを実施した。2020年度予算において、保険者努力支援制度を抜本的に強化し、新たに500億円(事業費200億円、事業費連動300億円)を増額し予防・健康づくりを強力に推進することとした。

(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(令和5)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ったことから、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発揮することが求められている。

3 給付と負担の見直し

(1) 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)〉	
					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)〉	
					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)〉	
- 般	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)〉		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)〉
住民税非課税	Ⅱ 住民税非課税世帯 (※3)	8,000円	24,600円		Ⅱ 住民税非課税世帯 (※3)	8,000円	24,600円
	I 住民税非課税世帯 (年金収入80万円 以下など)(*3)		15,000円		I 住民税非課税世帯 (年金収入80万円 以下など)(**3)		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みます。
- ※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。

(2) 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)年度から本則(軽減なし)とし、元被扶養者の保険料の均等割を9割軽減する特例について、2019(令和元)年度から本則(資格取得後2年間に限り5割軽減とする)とするといった見直しを行っている。さらに、均等割を9割・8.5割軽減する特例についても、2019年度から、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段階的に見直しを行っている。

(3) 次期医療制度改革に向けた検討

我が国は、国民皆保険の下で広く医療へのアクセスを保障することを通じて、世界最高 レベルの平均寿命と保健医療水準を実現してきた。

一方で、今後を展望すると、団塊の世代が全て75歳以上となる2025(令和7)年や、

団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する2040(令和22)年頃といった将来の日本の社会を見据え、国民皆保険の持続可能性を確保することが必要である。

そのためにも、人生100年時代の到来を見据えた、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築することが必要であり、政府において、2019(令和元年)年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、2020(令和2年)年末の取りまとめに向けて、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革の検討が進められている。

2019年12月には、全世代型社会保障検討会議において中間報告がなされ、医療については、

- ①75歳以上の高齢者であっても一定所得以上の方について、新たに窓口負担割合を2割とすること
- ②かかりつけ医機能の強化等を図るため、大病院の受診時に定額負担を求める仕組みの拡大について、具体的方向性が示された。

上記の具体的方向性や「新経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)」等を踏まえ、現在、社会保障審議会医療保険部会において医療保険制度改革についての議論が進められており、全世代型社会保障検討会議とも連携しながら、2020(令和2年)年末の取りまとめに向けて議論を進めている。

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20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、2019(平成31)年4月には487万人と、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(令和7)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(平成30)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16兆円*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7,200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」(平成29年法律第52号。以下、「地域包括ケア強化法」という)。では、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等を行うととともに、介護保険制度の持続可能性の確保の観点から、2割負担者のうち現役並の所得がある方への3割負担の導入、介護納付金への総報酬割の導入を行った。

また、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040(令和22)年には、高齢人口がピークを迎えるとともに、介護サービス需要がさらに増加・多様化し、現役世代(担い手)の減少も顕著になる中、介護保険制度のさらなる見直しを進める必要があり、社会保障審議会介護保険部会での議論等を踏まえ、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案」を第201回通常国会に提出し、2020(令和2)年6月5日に成立した(令和2年法律第52号)。この法律には、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進や医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組みの強化といった取組みを盛り込んでおり、これらを踏まえ、第8期介護保険計画の策定及び地域共生社会の実現に向けた取組みを進めていくこととしている。

2 地域包括ケアシステムの構築

(1) 介護予防・健康づくりの推進

介護予防は、高齢者が要介護状態等になることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは 悪化の防止を目的として行うものである。

機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行うことが重要との考えに基づき、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを市町村が中心となって推進している。

通いの場がある市町村は、約62.2% (2013 (平成25) 年度) から約89.5% (2018 (平成30) 年度) となり、通いの場の箇所数は43,154か所 (2013年度) から106,766 か所 (2018年度) へと増加の傾向にある。また、高齢者人口に占める参加者の割合は約5.7% (2018年度) であり、都道府県別にみると地域差がある状況である。

このため、厚生労働省では、全国で取組みを更に広げていく観点から、通いの場の好事例の紹介や、企業、団体、自治体等における介護予防・高齢者生活支援に資する優れた活動等の奨励・普及を目的とした表彰等を行っている。

2015 (平成27) 年度以降、前述のとおり通いの場の取組みを中心とした一般介護予防事業等を推進しており、一部の自治体では、その取組みの成果が現れてきている。一般介

^{*13 [2040}年を見据えた社会保障の将来見通し (議論の素材)] (平成30年5月) の経済ベースラインケース、計画ベースにおける推計。

護予防事業等の取組みは、介護予防に加え、地域づくりの推進という観点からも保険者等の期待の声も大きく、また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の動向も踏まえ、更なる推進が期待される。

このような状況を踏まえ、厚生労働省では、2019(令和元)年5月から「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」を開催し、一般介護予防事業等の今後求められる機能やPDCAサイクルに沿った更なる推進方策等の検討を集中的に実施し、12月に取りまとめを公表した。

本取りまとめにおいては、

- ・通いの場の取組みを始めとする一般介護予防事業は、住民主体を基本としつつ、効果的 な専門職の関与も得ながら、従来の介護保険の担当部局の取組みにとどまらず多様な関 係者や事業等と連携し、充実を図ることが必要。
- ・また、こうした取組みをより効果的・効率的に行うためには、PDCAサイクルに沿った推進が重要であり、市町村・都道府県・国がそれぞれの役割を最大限に果たすべき。とされたところであり、今後、第8期介護保険事業(支援)計画に向けて、介護予防の更なる推進が期待される。

(2) 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ている。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。

(3) 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2018(平成30)年4月に創設した。2020(令和2)年3月末現在、介護医療院は343施設(21,738療養床)となっている。

(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。

2018 (平成30) 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2,187件、虐待判断件数が621件であり、養護者による虐待の相談・通報件数が32,231件、虐待判断件数が17,249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、都道府県の指導監督部局や市町村の虐待対応部局の実務者等で構成される会議の設置を支援し、虐待における連絡・対応体制の構築や個別の虐待事案に関する定期的な情報共有などについて、都道府県と市町村の連携の強化を推進する。

3 認知症施策の推進

(1) 新オレンジプランについて

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。

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)(2017(平成29)年7月改訂)」(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、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の様態に応じた適時・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促進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視の7つの柱に沿って、認知症施策を総合的に推進していくこととしており、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きたところである。

また、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、取組みを強化してきたところである。

(2) 認知症施策推進大綱について

政府全体で認知症施策を更に強力に推進するため、2018 (平成30) 年12月、認知症施策推進関係閣僚会議が設置された。認知症に関する有識者からの意見聴取に加え、認知症の人や家族などの関係者からの意見聴取等や関係省庁との協議を行いながら議論を深め、2019 (令和元) 年6月18日、同関係閣僚会議において、認知症施策推進大綱がとりまとめられた。

この大綱では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪とした施策を推進していくことを基本的な考え方としている。なお、大綱上の「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。

こうした考え方のもと、施策の強化を図りつつ、新オレンジプランにおける7つの柱を再編し、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開、の5つの柱に沿って施策を推進していくこととしている。対象期間は2025(令和7)年までとし、施策ごとにKPI/目標を設定しているところである。

具体的には、新オレンジプランで推進してきた施策に加え、チームオレンジ(認知症サポーターの更なる活動の場の推進)やピアサポーターによる本人支援の実施といった新規・拡充施策が盛り込まれている。また、認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らしている姿を積極的に発信し、認知症への社会の理解を深めるための普及啓発に取り組んでおり、その一環として、2020(令和2)年1月20日、5名の認知症の方たちを「希望大使」として任命した。

4 介護現場革新

(1) 生産性向上

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 2018」 (2018 (平成30) 年6月15日閣議決定) において「人手不足の中でのサービス確保に向けた医療・介護等の分野における生産性向上を図るための取組みを進める」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を作成した。また、介護現場の革新に資する取組みを研究し、横展開することを趣旨とする「介護現場革新会議」を設置し、2019 (平成31) 年3月に①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を盛り込んだ基本方針を取りまとめた。 2019 (令和元) 年度全国7か所で「介護現場革新会議 基本方針」及びガイドラインを活用したパイロット事業を実施した。

2020(令和2)年度は介護現場の業務効率化や人材確保等のパイロット事業の取組みについて、地域医療介護総合確保基金を活用し、全国に普及・展開を図っていく。

(2) 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 2018」(2018 (平成 30)



年6月15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、「現場ニーズを捉えた開発支援及び介護現場への導入・活用支援を進める」ことを掲げている。

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きたところであり、2020(令和2)年度は①介護施設等(ニーズ側)・開発企業等(シーズ側)の一元的な相談窓口の設置、②リビングラボのネットワークの構築、③介護現場における実証フィールドを整備し、介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを構築して、介護ロボットの開発・普及を加速化する。

(3) 介護事業所のICT化

介護事業所におけるICT化を全国的に普及促進するには、データ連携を行うための

フォーマットの統一が重要であることから、2018 (平成30) 年度には、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実施した。

また、2019 (令和元) 年度には、介護分野におけるICT化を支援するため、介護事業所が介護ソフトやタブレットを導入する際の費用の一部を助成する事業を開始し、2020 (令和2) 年度からは、補助上限額の引き上げや補助率の柔軟化など、助成内容の拡充を行っている。

5 介護報酬改定

(1) 平成30年度介護報酬改定

2018 (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 (令和7) 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つの視点を踏まえた見直しを行った。

(2) 令和元年度介護報酬改定

■ 介護職員の更なる処遇改善

介護職員の処遇改善については、2017(平成29)年度の臨時改定も含めこれまで数度にわたる取組みを行ってきたが、2019(令和元)年10月からは、「新しい経済政策パッケージ」(2017年12月8日閣議決定)に基づき、満年度で公費1000億円を投じ、経験・技能のある職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を実施している。また、その趣旨を損なわない程度で、介護職以外の職種にも一定程度処遇改善を行う柔軟な運用を認めることとしている。

2 消費税率の引上げにあわせた介護報酬への上乗せ等

2019年10月に実施された消費税率10%への引上げに伴い、介護サービス施設・事業所に消費税に係る実質的な負担が生じないよう、介護報酬への上乗せ等を行った。

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、職場環境の改善による離職の防止、人材育成への支援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、処遇改善に加えて、

- ①介護分野への高齢者など介護の未経験者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介護の仕事の魅力発信

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「人材確保対策コーナー」において、福祉 分野等の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、「人材確保対策コーナー」を設置していないハローワークにおいても、 福祉分野等の職業相談・職業紹介、求人情報の提供及び「人材確保対策コーナー」の利用 勧奨等の支援を実施している。

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資する訓練を実施してい 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。2018(平成30)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54.2%で最も多く、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」が39.1%、「有給休暇が取りにくい」が31.5%、「身体的負担が大きい(腰痛や体力に不安がある)」が30.2%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。