

医療提供体制及び介護保険制度改革の概要と論点

— 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案 —

厚生労働委員会調査室 寺澤 泰大・根岸 隆史

はじめに

近年、非正規労働者の増加を始めとする雇用基盤の変化や、多世代同居の減少、高齢独居世帯の増加といった家族形態・地域基盤の変化など、現行の社会保障制度が前提としてきた社会に大きな変化が生じている。また、医療費及び介護費は高齢化が進行する中で増加の一途にあり、財政を圧迫している。人口減少により支え手の負担が高まる中、今後、社会保障制度を維持していくためには、現行制度の見直しは避けられない。

こうした問題意識から、平成 23 年以降、社会保障と税の一体改革の議論が本格化し、平成 24 年の通常国会において、税制面では消費税法改正法等が、社会保障面では年金改革関連法及び子ども・子育て関連法がそれぞれ成立した。しかしながら、医療及び介護に関する具体的な検討は、社会保障制度改革推進法に基づいて設置された社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」という。）に委ねられることとなった。

国民会議は 8 か月余りにわたって議論を重ね、平成 25 年 8 月に報告書（以下「国民会議報告書」という。）を取りまとめた。同年 12 月には、その内容を踏襲しつつ、今後の改革の進め方を規定した「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」（以下「社会保障制度改革プログラム法」という。）が成立した。同法では、平成 26 年の通常国会に、医療制度及び介護保険制度の見直しのために必要な法律案の提出を目指すこととされた。そして、この規定に基づいて同年 2 月に提出された法案が「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案」（以下「医療介護総合確保推進法案」という。）である。

医療介護総合確保推進法案は、医療法、介護保険法に加え、地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律、保健師助産師看護師法等多数の法律の一部改正により構成される¹。とりわけ医療法については平成 18 年の第 5 次改正²以来の、介護保険法については平成 23 年改正³以来の大きな改正となり、多くの論点を含んでいる。

以下、医療及び介護をめぐる現状と医療介護総合確保推進法案が提出されるに至った背

¹ 地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律、医療法、介護保険法、保健師助産師看護師法、歯科衛生士法、診療放射線技師法、歯科技工士法、臨床検査技師等に関する法律、外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律、看護師等の人材確保の促進に関する法律、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律等の一部改正

² 主な部分は平成 19 年 4 月施行。

³ 第 5 期介護保険事業計画期間（平成 24～26 年）に先立っての改正。主な部分は平成 24 年 4 月施行。

景に触れた上で、同法案の概要及び主な論点を紹介する。

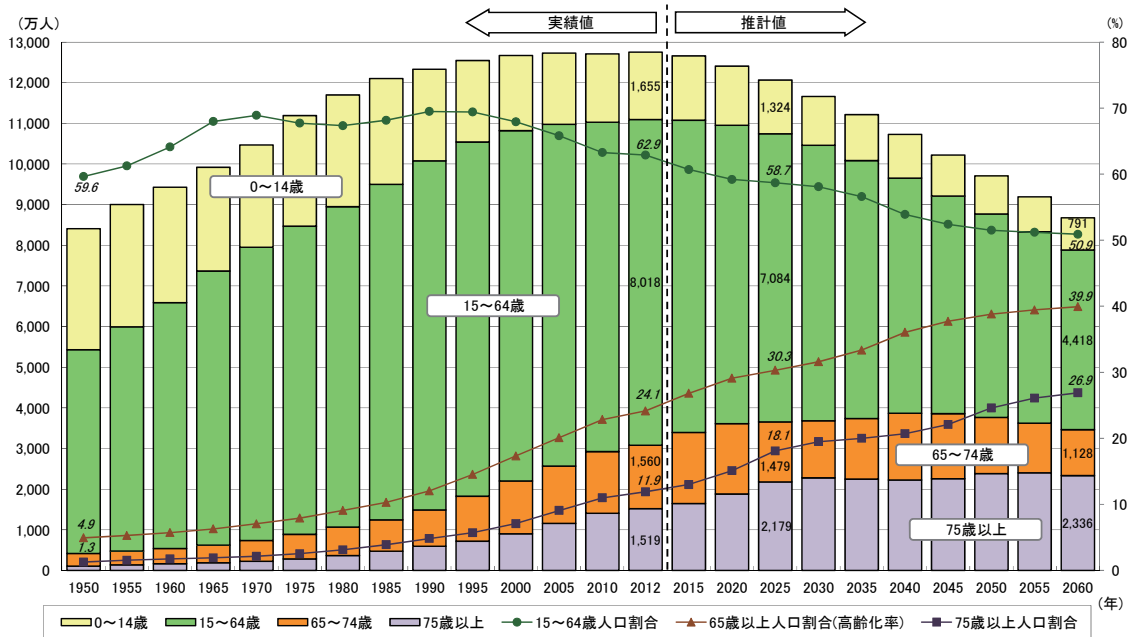
1. 医療及び介護の現状

(1) 高齢化の進行

日本では今後、高齢化と人口減少⁴が同時に進む⁵。平成 24 (2012) 年には、15～64 歳人口割合は 62.9%、高齢化率 (65 歳以上人口割合) は 24.1%であった⁶。2025 年にはそれぞれ 58.7%と 30.3%、2060 年には 50.9%と 39.9%となる見込みである⁷。

15～64 歳人口は、平成 24 (2012) 年の 8,018 万人から、2025 年には 7,084 万人、2060 年には 4,418 万人と、急激に縮小する。一方で、65 歳以上人口は平成 24 (2012) 年の 3,079 万人から、2025 年の 3,657 万人を経て、2060 年には 3,464 万人と、一定の規模を維持したまま推移する。また、75 歳以上人口について見ると、いわゆる団塊の世代⁸が 75 歳以上となる 2025 年には、平成 24 (2012) 年の 1,519 万人から約 1.4 倍の 2,179 万人となる見込みである (図表 1)。

図表 1 高齢化の推移と将来推計



(出所) 2010 年までは総務省統計局「国勢調査」、2012 年は総務省統計局「人口推計 (平 24. 10. 1 現在)」、2015 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成 24 年 1 月推計) (出生中位・死亡中位推計)

⁴ 平成 22 (2010) 年に約 1 億 2,800 万人であった日本の人口は、2030 年には 1,000 万人以上減少、2060 年には 4,000 万人以上減少して約 8,700 万人となると推計されている。国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成 24 年 1 月推計) (出生中位・死亡中位推計)

⁵ 人口減少も経済等の経路を介し医療制度や医療政策に影響を与えるが、インパクトの強さ及び直接性という意味では年齢構成の変化の方がはるかに重要であるとの指摘がある。島崎謙治『日本の医療—制度と政策』(東京大学出版会 2011) 8 頁

⁶ 総務省統計局「人口推計 (平成 24 年 10 月 1 日現在)」

⁷ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成 24 年 1 月推計) (出生中位・死亡中位推計)

⁸ 昭和 22 (1947) 年～昭和 24 (1949) 年に生まれた第 1 次ベビーブーム世代

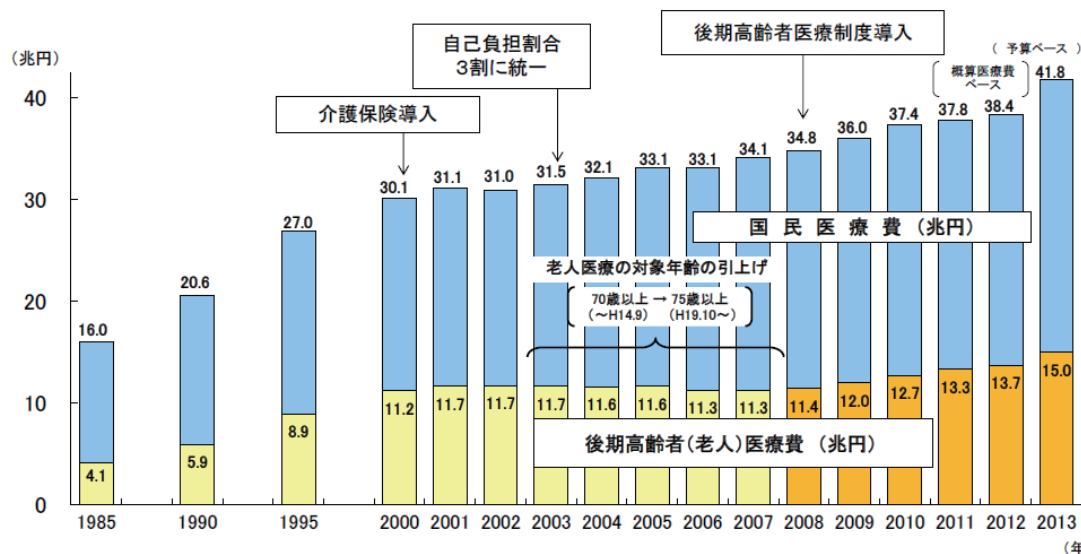
高齢者数の増加は都市部で顕著であり、75歳以上人口は、平成22(2010)年から2025年にかけて、東京都が1.60倍、愛知県が1.77倍、大阪府が1.81倍、神奈川県が1.87倍、千葉県が1.92倍、埼玉県が2.00倍となる。同期間の日本全体における75歳以上人口増加数の約半分がこれらの6都府県で占められる。

(2) 医療費及び介護費の動向

我が国の医療制度は、昭和36(1961)年に実現した国民皆保険制度の下、必要な時に必要な場所において、保険証1枚で一定の自己負担により医療サービスが受けられる形になった。平均寿命も延び、急速な高齢化や医療の高度化等により、医療費は今後も著しい増加が見込まれている。平成25(2013)年度の国民医療費は41.8兆円である⁹。近年は対前年度比約3%増、約1兆円ずつの伸びで推移している(図表2)。

医療費の多くは、高齢時に費やされる。例えば、平成23年度の人口一人当たり国民医療費は、65歳未満が17万4,800円であるのに対し、65歳以上では72万900円である¹⁰。また、70歳以上で生涯医療費2,481万円の50%を占める¹¹。このため、高齢化は一般に医療費を増加させる。2025年には、医療給付費は54.0兆円に達すると推計されている¹²。

図表2 医療費の推移



(出所) 財務省主計局「社会保障②(平成26年度予算編成の課題等)」(平25.10.21財政制度等審議会財政制度分科会)

(注) 医療費の数値は、2010年度までは国民医療費、2011年度及び2012年度は概算医療費であり、医療保険と公費負担医療の合計。また、2013年度は予算ベースの数値。

⁹ 予算ベース。なお、国民医療費は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用(医療保険などによる支払いのほか、公費負担、患者負担によって支払われた医療費を合算したもの)の推計。厚生労働省「平成23年度国民医療費の概況」(平25.11.14)

¹⁰ 厚生労働省「平成23年度国民医療費の概況」(平25.11.14)

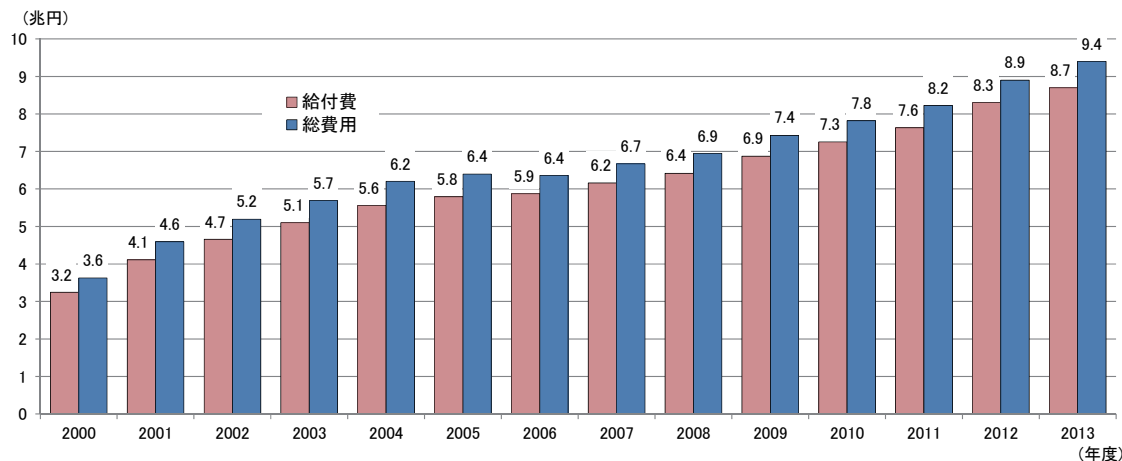
¹¹ 厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料—平成23年度の医療費等の状況」(平25.12)

¹² 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平24.3)

介護保険総費用は、平成 12（2000）年度の介護保険制度創設当初は 3.6 兆円であった。平成 25（2013）年度の総費用は 9.4 兆円であり¹³、10 年余りで 3 倍近くとなっている（図表 3）。

原則として高齢者を対象とする介護に要する費用は、一般に高齢化に伴って増加する。2025 年には、介護給付費は 19.8 兆円に達すると推計されている¹⁴。

図表 3 介護費の推移



（出所）厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」各年及び財務省主計局「社会保障②（平成 26 年度予算編成の課題等）」（平 25. 10. 21 財政制度等審議会財政制度分科会）から作成

（注）2000～2011 年度は実績、2012、2013 年度は予算ベース

こうした医療費及び介護費の伸びの一方で、税収の伸びはいわゆるバブル景気崩壊以降、頭打ちである。一般会計歳入予算の税収は平成 2（1990）年度に 60.1 兆円に達した後、減少傾向となった。近年は増加傾向にあるものの、平成 26（2014）年度時点で 50.0 兆円である。このため、一般会計歳出と一般会計歳入予算の税収の開きはいまだ大きい。

（3）医療提供体制の現状

我が国の医療提供体制は、自由開業制¹⁵とフリーアクセスに特色がある。OECD 諸国と比較しても、戦後一貫して平均在院日数が長いという特徴があり、病床数が多く、病床当たり医師数、看護職員数が少ない¹⁶。また、人口当たり医師数は少ない（図表 4）。

¹³ 予算ベース。なお、介護保険総費用には給付費及び利用者負担分を含む。

¹⁴ 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」（平 24. 3）

¹⁵ 我が国では、医療法で定められた標榜科目の中から自由に標榜科目を選ぶことができる自由標榜制が採られるとともに、民間病院については、公的病院で行われたような病床規制はなされず、施設基準を満たせばどこでも自由に開業できる自由開業制が採られた。厚生労働省『厚生労働白書』（平成 19 年版）8 頁

¹⁶ なお、病床の定義など国により制度が異なるため、単純な比較は困難であることに留意する必要がある。

図表 4 医療提供体制の国際比較 (2010 年)

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	32.5 (18.2)	13.6	16.4	2.2	74.3	10.1
ドイツ	9.6 (7.3)	8.3	45.2	3.7	136.7	11.3
フランス	12.7 (5.2)	6.4	#50.9	#3.3	#131.5	#8.5
イギリス	7.7 (6.6)	3.0	91.8	2.7	324.7	9.6
アメリカ	6.2 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#11.0

(出所) 厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」(平 26.3.3)

原典は「OECD Health Data 2012」

- (注) 1. 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。
 2. 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。
 3. 病床百床当たり臨床医師数及び臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百を掛けた数値である。
 4. 平均在院日数の括弧書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数である。2000～2011年度は実績、2012年度、2013年度は予算ベース。

我が国では戦後、医療機関の充実が急務となる中、昭和 25 (1950) 年の医療法改正により医療法人制度が設けられた。これにより、医師が医療法人を設立して病院等を経営するなど医療機関経営の持続性が高まり、資本集積が容易になったことなどから、都市部を中心に民間病院の開業が進んだ。こうした歴史的経緯により、日本の病院等は、公的所有が中心である西欧等と異なり、私的所有が中心である¹⁷。

(4) 医療従事者の現状

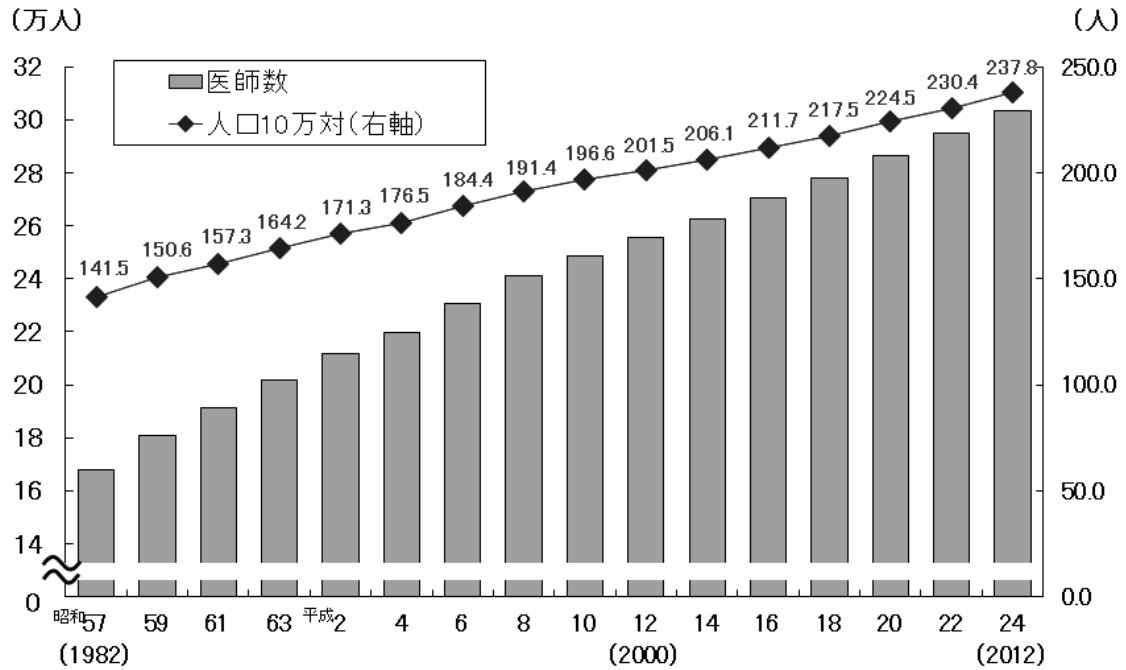
昭和 57 (1982) 年に 16.8 万人だった医師数は、平成 24 (2012) 年には 30.3 万人と 2 倍近くに増え、人口 10 万人当たり医師数も増加している (図表 5)。

戦後、医師数は増加したものの、人口の増加もあり人口 10 万人当たり医師数は横ばいであった。しかし、昭和 48 (1973) 年、政府の経済計画¹⁸の一環として無医村の解消が掲げられ、医師の養成を目的として、医学部等が存在しない地域には新設がなされた。昭和 61 (1986) 年頃からは、将来の医師過剰への対応も指摘され、医学部等の入学定員の削減もなされた。近年は、地域の医師確保等に対応する必要もあり、横ばいだった医学部の入学定員を 7,625 人 (平成 19 年度) から 9,041 人 (平成 25 年度) へと増加させている。

¹⁷ 日本では公立の医療施設は 14%、病床は 22%にすぎないとされる。なお、医療法上の「公的医療機関」とは、都道府県、市町村、一部事務組合等地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、普通国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会が開設する医療機関とされている。

¹⁸ 「経済社会基本計画—活力ある福祉社会のために—」(昭 48.2 閣議決定)

図表5 人口10万対医師数の年次推移



(出所) 厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」(平26.3.3)
 原典は厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

こうした医療施設や医師の量的拡大の一方で、へき地等の特定の地域や特定の診療科における医師の偏在や医師不足が指摘されている。また、医療技術・機器の高度化等に伴う業務増大や、病院勤務医の厳しい勤務環境なども課題として指摘されている。

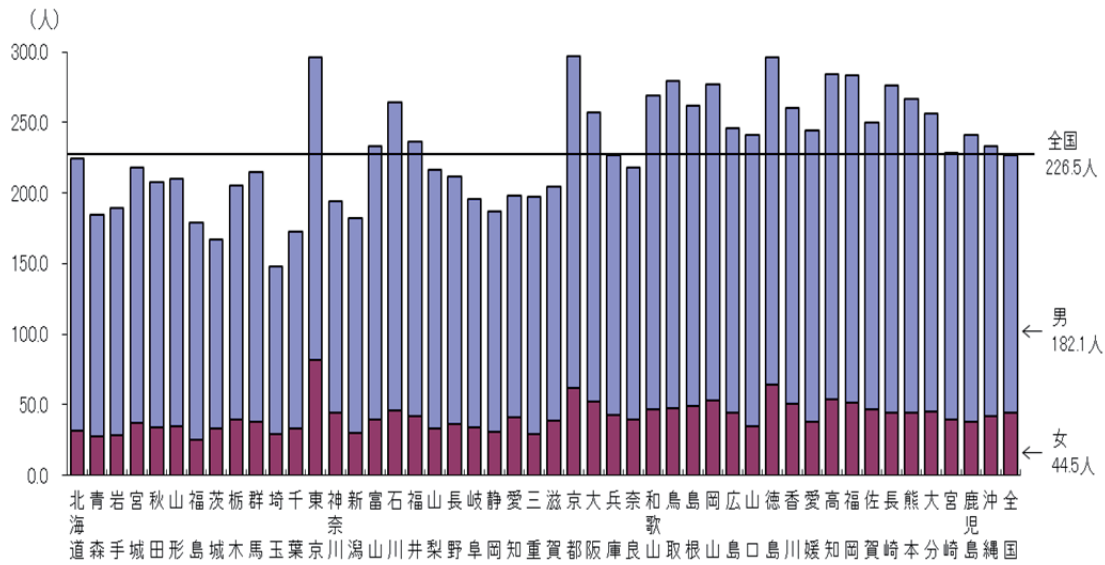
地域別に見てみると、人口10万人当たり医師数は、京都府(296.7人)に対し埼玉県(148.2人)が約半数となっている(図表6)。また、同一都道府県内においても、都市部と過疎地域では配置状況は大きく異なるなど偏在が見られ、へき地等の医師不足が課題になっている。これに対し、大学医学部の「地域枠」¹⁹の設定や地域医療支援センター²⁰の設置による取組がなされている。

また、厳しい勤務状況や医療紛争の増加などにより、小児救急や産婦人科といった診療科領域では、病院勤務医師を中心に医師の不足が従来懸念されてきた。しかし、診療科別に見てみると、多くの診療科で増加傾向にあり、減少傾向にあった産科・産婦人科及び外科においても、近年、微増傾向に転じている(図表7)。

¹⁹ 地域枠は、地域医療等に従事する明確な意思を持った学生の選抜枠であり、一定期間の特定地域における従事により、奨学金の返還を免除される。

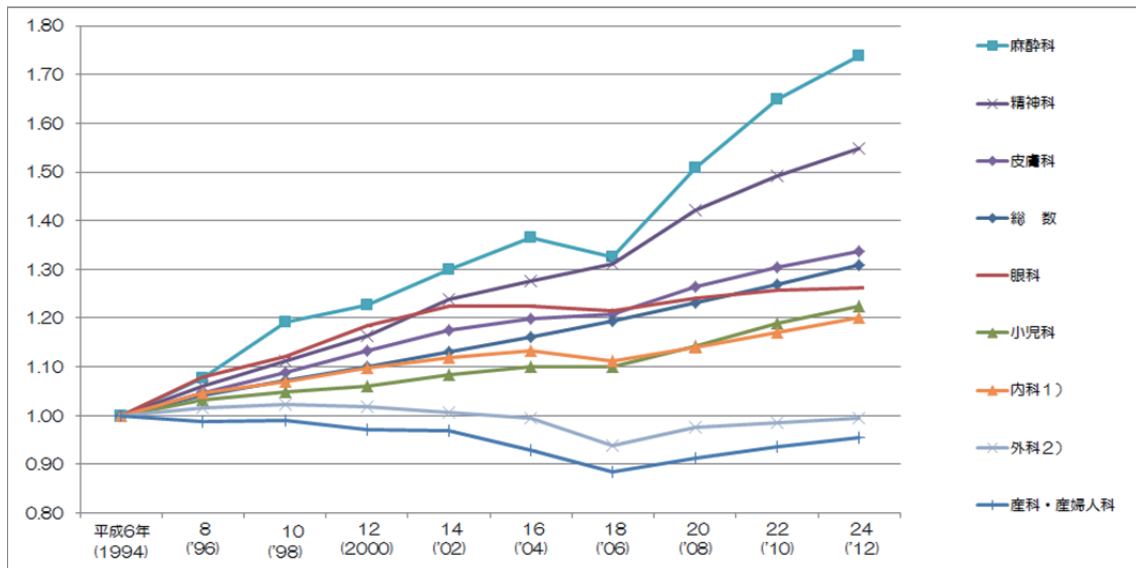
²⁰ 地域医療支援センターは、地域枠の医師等を活用しながら、そのキャリア形成にも配慮しつつ地域の医師不足病院に対する医師確保支援を行っている。平成23年度以降、設置された30道府県で合計1,069名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣している。

図表6 都道府県別にみた人口10万対医師数（平成24年）



（出所）厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」（平26.3.3）
 原典は厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表7 診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）



（出所）厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」（平26.3.3）
 原典は厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

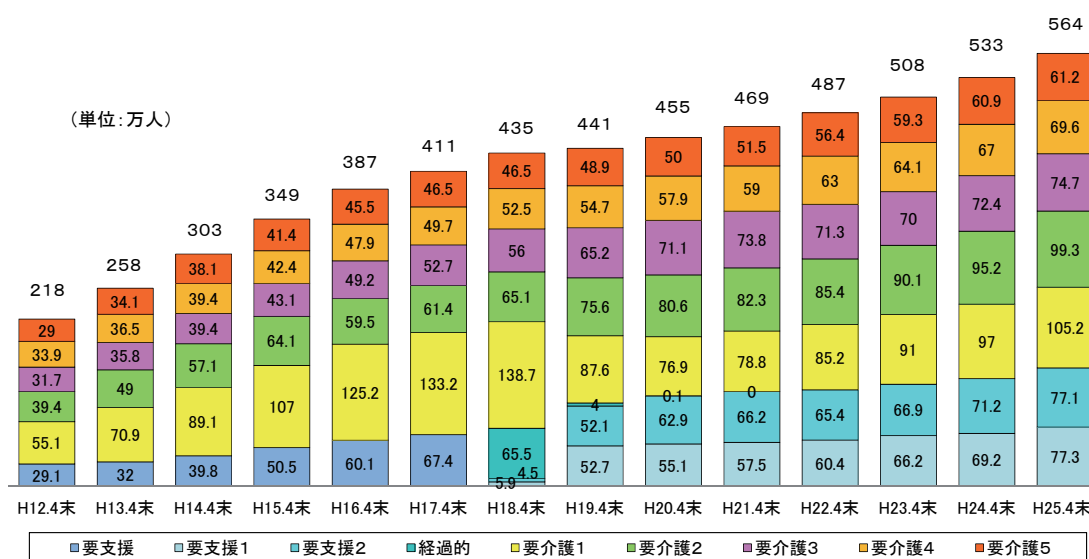
（注）内科1）（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 （平成20～24年）内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科・感染症内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、神経内科
 外科2）（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20～24年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

看護職員数は、平成 24 年において約 154 万人となっている。年間の増減を見てみると、新規資格取得者が約 5.1 万人に対し、離職等による減少が約 2.1 万人となっており、過去 10 年間の平均では、年間約 3.0 万人増加している。偏在等を背景とした看護職員不足、夜勤・交替制勤務など厳しい勤務環境とワークライフバランス確保の必要性、医療・介護サービス提供の改革におけるマンパワー増強の必要性などが指摘されており、少子化が進展する中で更なる看護職員確保を行っていくためには、現在約 71 万人と推計されているいわゆる潜在看護職員を活用することが重要とされている。

(5) 介護の現状

介護保険の要介護または要支援認定者数は、平成 12 (2000) 年 4 月末の 218 万人から平成 25 (2013) 年 4 月末の 564 万人へと、約 2.6 倍に増加している (図表 8)。また、1 か月平均のサービス受給者数は、平成 12 (2000) 年度の 184 万人から平成 23 (2011) 年度の 434 万人へと、約 2.4 倍に増加している。65 歳以上の介護保険第 1 号被保険者数そのものも平成 12 (2000) 年度の 2,242 万人から平成 23 (2011) 年度の 2,978 万人へと、約 1.3 倍に増加しているが、要介護または要支援認定者数及びサービス受給者数の伸びはこれを上回っている。

図表 8 要介護・要支援区別認定者数の推移



(出所)「介護保険制度の見直しに関する意見(案)参考資料」(平 25. 12. 20 社会保障審議会介護保険部会)から作成。原典は厚生労働省「介護保険事業状況報告」

(注) 平 23. 4 末には陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。また、平 24. 4 末には楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

年齢階層別の要介護または要支援認定率の推計を見ると、年齢の上昇とともに認定率も上昇し、65～69歳では3%、70～74歳では6%、75～79歳では14%、80～84歳では29%、85～89歳では50%、90～94歳では71%、95歳以上では84%である²¹。

認知症高齢者数については、厚生労働省によれば、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ²²以上の高齢者数は平成22(2010)年には280万人、2025年には470万人と試算されている。これらはそれぞれ65歳以上人口の9.5%、12.8%に当たる²³。このほか、全国の65歳以上高齢者の平成22(2010)年における推定認知症有病率は15%、推定有病者数は平成22(2010)年時点において約439万人、平成24(2012)年時点において約462万人との推計がある²⁴。

2. 法律案提出の背景

(1) 社会保障と税の一体改革

上述の状況を受け、平成16年以降、社会保障制度の持続可能性を高める観点から、年金、介護、医療の改革が順次進められた。平成16年の年金制度改革、平成17年の介護保険制度改革、平成18年の医療制度改革である。

その後、平成20年には、内閣総理大臣の下に設置された社会保障国民会議において、社会保障の機能強化のための追加所要額が試算されるとともに、翌21年の安心社会実現会議において、社会保障（年金、医療・介護、次世代育成）、雇用、教育の連携による安心社会への道筋が示された。

次いで、平成21年9月に発足した民主党を中心とする政権では、社会保障と税の一体改革の名の下に、税制及び社会保障制度改革に関する検討がなされた。その結果、平成23年7月に社会保障・税一体改革成案が閣議報告、平成24年2月に社会保障・税一体改革大綱（以下「一体改革大綱」という。）が閣議決定された。

一体改革大綱は、子ども・子育て、医療・介護、年金の社会保障各分野の改革と税制抜本改革を内容とするものであったが、当時開会中の第180回国会に社会保障分野の法案として政府から提出されたのは、結果として子ども・子育て及び年金関連法案に限られた。これらの法案についても、与野党の主張に隔たりがあり、民主・自民・公明の3党による法案の修正協議を経て、平成24年6月には3党による確認がなされるとともに、3党により社会保障制度改革推進法案が提出された。その後、同法案を含む一体改革関連法案が修正等を経て衆議院を通過し、同年8月、参議院本会議において可決、成立した。

²¹ 「介護保険制度の見直しに関する意見（案）参考資料」（平25.12.20 社会保障審議会介護保険部会）。原典は国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」及び厚生労働省「介護給付費実態調査（平成24年11月審査分）」。

²² 認知症高齢者の日常生活自立度は、軽い方からⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴに分類される。Ⅱは日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態。

²³ 厚生労働省「認知症高齢者数について」（平24.8.24）

²⁴ 朝田隆ほか「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 平成23年度～平成24年度総合研究報告書（厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業）」（平25.3）。なお、平成22年度において、95%信頼区間では認知症推定有病者数は350万人～497万人と推定。

（２）社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革推進法においては、安定した財源を確保しつつ持続可能な制度の確立を図るため、社会保障制度改革について、その基本的な考え方等の基本事項を定めるとともに、国民会議を設置すること等により、これを総合的かつ集中的に推進することが規定された。これを受けて、民主・自民・公明の３党により人選された有識者 15 名から成る国民会議が設置され、平成 24 年 11 月より検討が開始された。国民会議においては、同年 12 月の自民・公明連立政権への政権交代を挟み、関係団体からのヒアリングや委員の意見交換がなされるとともに、医療・介護、少子化対策、年金の各分野について 2 巡の議論がなされた。その結果、報告書が取りまとめられ、平成 25 年 8 月に安倍内閣総理大臣に提出された。

（３）社会保障制度改革プログラム法

国民会議報告書の提出を受け、政府・与党内における検討が行われ、社会保障制度改革推進法第 4 条において「法制上の措置」を講ずる期限とされる平成 25 年 8 月、社会保障制度改革に関するプログラム法案の骨子が閣議決定された。政府は、骨子に基づき社会保障制度改革プログラム法案を作成し、平成 25 年秋の第 185 回国会に提出した。

社会保障制度改革プログラム法は、少子化対策、医療制度、介護保険制度、公的年金制度における改革の進め方を規定するとともに、関係閣僚から成る社会保障制度改革推進本部²⁵及び有識者から成る社会保障制度改革推進会議の設置を定めている。改革の工程としては、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築を通じた地域の医療の確保に必要な法律案と、介護保険制度の見直しに必要な法律案を平成 26 年の通常国会に、持続可能な医療保険制度等の構築に必要な法律案を平成 27 年の通常国会に、それぞれ提出することを目指すものとされた。

3. 法律案提出の経緯

（１）医療部会

厚生労働省の社会保障審議会医療部会では、平成 23 年 12 月に「医療提供体制の改革に関する意見」が取りまとめられ、それに基づいて医療法等の改正に向けた検討がなされており、医療部会や関連検討会議における検討結果や報告等も出揃いつつあった。また、平成 24 年 2 月、一体改革大綱が閣議決定され、医療機能の強化等のための医療法等関連法の改正を含む社会保障制度改革の方向性が示された。さらに、同年 11 月には国民会議が設置され、社会保障制度改革について議論が開始された。

そうした内容を踏まえつつ、平成 25 年 6 月、医療部会に「医療法等の一部を改正する法律案（仮称）の概要」（以下「医療法等改正案概要」という。）が示された。医療法等改正案概要は、より効率的で質の高い医療を目指し、病床の機能分化・連携の推進、在宅医療の推進、医師等確保対策、チーム医療の推進、医療事故に係る調査の仕組み等の整備などを柱としており、国民会議における議論の方向性に基本的に沿ったものであった。

²⁵ 平成 26 年 2 月、社会保障制度改革推進本部が内閣に設置された。

医療部会は、国民会議の検討、国民会議報告書や社会保障制度改革プログラム法の内容も踏まえつつ、10回にわたり医療提供体制改革の具体的内容について議論を深め、平成25年12月、「医療法等改正に関する意見」（以下「医療部会意見」という。）を取りまとめた。医療部会意見は、医療法等改正案概要の内容を中心としており、国民会議報告書や社会保障制度改革プログラム法で示された医療機能の分化・連携の推進等のための新たな財政支援の仕組み等についても提言するものとなった。

（２）介護保険部会

過去の介護保険法の改正に当たっては、厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会において具体的な内容の検討が行われてきた。今回も同部会において、第6期介護保険事業計画以降の制度改革に向けた議論が平成25年1月から開始されたが、その後の国民会議における議論の中で、介護予防給付の市町村事業への移行、一定以上所得者の利用者負担引上げ、補足給付への資産勘案、特別養護老人ホーム入所者の中重度者への限定、低所得者1号保険料軽減措置の拡充など、介護保険制度の見直しについても相当程度具体的に方向付けられた。

このため、介護保険部会の実質的な議論は、国民会議報告書の公表を受けた後、その内容を踏まえて行われるという経過をたどることとなった。そして、国民会議報告書の公表後、9回にわたる部会の開催を経て、平成25年12月、同部会により「介護保険制度の見直しに関する意見」（以下「介護保険部会意見」という。）が取りまとめられた。

（３）法律案の提出

医療部会意見及び介護保険部会意見等を受け、政府は平成26年2月、医療介護総合確保推進法案を閣議決定し、国会に提出した（閣法第23号）。

4. 法律案の概要及び主な論点

医療介護総合確保推進法案は、医療法及び介護保険法に加え、地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律、保健師助産師看護師法、外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律、看護師等の人材確保の促進に関する法律など、多くの法律の一部改正によって構成されており²⁶、その内容も多岐にわたっている（図表9）。

以下、主な項目ごとに現状や経緯、改正案の内容、主な論点について述べる。

²⁶ 脚注1参照

図表9 法律案の概要

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案の概要	
趣旨	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に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。
概要	<p>1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）</p> <p>① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置</p> <p>② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定</p> <p>2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）</p> <p>① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定</p> <p>② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け</p> <p>3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）</p> <p>① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業</p> <p>② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化</p> <p>③ 低所得者の保険料軽減を拡充</p> <p>④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、月額上限あり）</p> <p>⑤ 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</p> <p>4. その他</p> <p>① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設</p> <p>② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ</p> <p>③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置</p> <p>④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）</p>
施行期日（予定）	公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

（出所）厚生労働省「社会保障制度改革の実施状況と今後の進め方（参考資料）」（平 26.2.14 第1回社会保障制度改革推進本部）

（1）医療法等改正に関する検討の経緯

平成21年9月、民主党を中心とする政権が発足すると、平成22年6月、新成長戦略が閣議決定された。これを受けて、厚生労働省は、関連施策の体系的な取りまとめを行い、良質な医療サービスを提供するためには病院・病床間、医療関係職種間の役割分担が不十分であると、①医療機関の役割分担・連携強化、②専門職種の役割分担の見直し、③地域における医師の確保が求められるとした。同年10月、社会保障審議会医療部会はこの流れを踏まえ、医療提供体制を含めた医療法改正に向けた議論を開始した。医療部会は社会保障と税の一体改革に向けた議論と並行して、15回の議論を経て、平成23年12月、「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめた。そこでは、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築のため、医師等の確保・偏在対策、病院・病床の機能の明確化・強化、在宅医療・連携の推進、医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべきであるとされた。

「医療提供体制の改革に関する意見」を踏まえ、医療関係者等との更なる意見調整のため、各事項に応じて検討会議がそれぞれ設けられ、引き続き検討がなされた。一般病床の機能分化と急性期医療への人的資源の集中化などが指摘されたことから、平成23年12月、急性期医療に関する作業グループが設置され、平成24年6月、「一般病床の機能分化の推

進についての整理」がまとめられた²⁷。さらに、これを踏まえ、同年11月には病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会が設置され、医療機関に報告を求める医療機能の考え方や具体的内容について検討を行ってきた。チーム医療の推進に関しては、チーム医療推進会議及びチーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループにおいて検討がなされるなど、それぞれ関連する報告書が取りまとめられた²⁸。

そうした報告書に加え、医療機能の強化等のため医療法等関連法の改正を示した一体改革大綱²⁹（平成24年2月閣議決定）や、平成24年11月に設置された国民会議の議論の経過も踏まえ、平成25年6月、医療部会において医療法等改正案概要が示された。そこでは、医療法等改正法案による対応の方向性として、病院・病床機能の分化・連携、人材確保・チーム医療の推進、医療事故の原因究明・再発防止、臨床研究の推進等の方向性が示された。具体的には、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ため、①病床の機能分化・連携の推進、②在宅医療の推進、③特定機能病院の承認の更新制の導入、④医師確保対策、⑤看護職員確保対策、⑥医療機関における勤務環境の改善、⑦チーム医療の推進、⑧医療事故に係る調査の仕組み等の整備、⑨臨床研究の推進、⑩外国医師等の臨床修練制度の見直し、⑪歯科技工士国家試験の見直し、⑫持分なし医療法人への移行の促進が提示された。これらは、「医療提供体制の改革に関する意見」において示された視点を受け継ぎつつ、国民会議における議論の方向性に基本的に沿ったものであった。

一方、国民会議報告書（平成25年8月）では、効率的で質の高い医療提供体制を目指し、医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（病床機能報告制度）の導入やそれに基づく地域医療ビジョンの策定、地域包括ケアシステムづくりの推進などについて必要性が指摘され、医療・介護サービスの提供体制改革に必要な財源は消費税増収分の活用を検討するとされた。社会保障制度改革プログラム法においても地域包括ケアシステムの構築、病床機能報告制度、地域医療構想、地域における病床機能の分化・連携等のための新たな財政支援制度の創設などが規定された。

医療部会は、その後も国民会議の検討、報告書や社会保障制度改革プログラム法を踏ま

²⁷ 主な内容は、①各医療機関が自ら選択した医療機能（急性期、亜急性期、回復期等）の内容や病床機能（提供している医療の特性、人的体制等）を都道府県に報告する仕組みを設け、②都道府県は、各医療機関からの報告内容を患者・住民にわかりやすい形で公表し、地域の医療機能の状況を把握し、新たに医療計画において、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携の姿（ビジョン）を地域ごとに策定する等。

²⁸ 急性期医療に関する作業グループ「一般病床の機能分化の推進についての整理」（平24.6）、チーム医療推進会議「特定行為に係る看護師の研修制度について」（平25.3）、専門医の在り方に関する検討会「専門医の在り方に関する検討会報告書」（平25.4）、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「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」（平25.5）等

²⁹ 一体改革大綱では、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図るため、医療サービス提供体制について、①病院・病床機能の分化・強化、②在宅医療の推進、③医師確保対策、④チーム医療の推進について制度改革に取り組むとされ、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討するとされた。具体的には、①については、急性期病床の位置付けの明確化、医療資源の集中投入による機能強化など病院・病床の機能分化・強化の推進、一般病棟における長期入院の適正化を図るとともに、②については、在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化し、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載する、③については、医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け都道府県が担う役割の強化、医師のキャリア形成支援を図る、④については、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などを行うとしている。

えつつ検討を続け、平成 25 年 12 月、医療部会意見を取りまとめた。同意見は、医療法等改正案概要の内容を踏襲しつつ、国民会議報告書や社会保障制度改革プログラム法で示された医療機能の分化・連携の推進等のための新たな財政支援の仕組み等についても提言するものとなった。

(2) 消費税増収分を活用した新たな基金の設置と医療・介護の連携強化

ア 現状とこれまでの検討の経緯

国民会議では、平成 25 年 4 月、医療・介護に関する議論の整理に向けた過程において、医療機能の分化・連携の促進に向けて地域医療計画・地域包括ケア計画を策定し、その実効性確保のため、消費税増収分を活用した「地域医療・包括ケア創生基金」を設置することが提案された。診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、同基金により補助金的手法で誘導することで、病床転換や在宅医療の充実を始めとする医療機能の分化・連携を財政支援していくとされた。

最終的に国民会議報告書では、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保といった医療・介護サービスの提供体制改革の推進のため、財政支援措置を設け、財源として消費税増収分の活用を検討すべきとされた。また、地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨から、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠とされ、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせて改革の実現を期していくことが必要であり、基金方式も検討に値するとされた。

これを受け、社会保障制度改革プログラム法では、病床機能の分化及び連携等に伴う介護サービスの充実や、地域における医療従事者の確保、医療機関の施設及び設備の整備等の推進のため、新たな財政支援制度の創設が盛り込まれた。

イ 改正案の内容

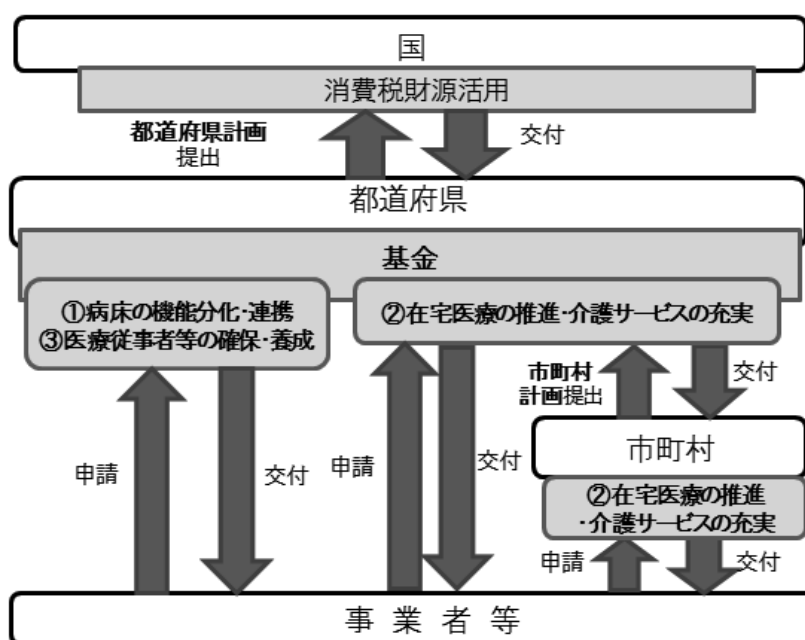
2025（平成 37）年を展望し、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築など、地域における医療・介護サービスの提供体制改革のため、新たな財政支援制度を創設する。各都道府県に、消費税増収分を財源として活用した基金を設置し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するため各都道府県が作成した計画に基づき事業を実施することにより、必要な医療施設や介護サービスの計画的な確保を目指す。

基金は、①病床の機能分化・連携（地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備の推進事業）、②在宅医療・介護サービスの充実（在宅医療の推進事業、介護サービスの施設・設備の整備の推進事業）、③医療従事者等の確保・養成（医師、看護職員、介護従事者の確保のための各事業、医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業）のため、それぞれ必要な事業に用いられるとされている。

新たな財政支援制度の枠組みでは、厚生労働大臣が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基本的な方針（総合確保方針）を定め、対象事業を明確化し、同方針に基づいて、都道府県及び市町村は事業計画を策定し、都道府県が同計画を厚生労働省に提出する（図表 10）。事業計画策定に際しては、都道府県は医療計画³⁰及び都道府県介護保険事業支援計画³¹との整合性を確保する必要がある。また、市町村は市町村介護保険事業計画との整合性を確保することとされる。なお、国・都道府県・市町村が基本的な方針・計画策定に当たり公正性及び透明性を確保するため、関係者による協議の仕組みを設ける。

図表 10 新たな財政支援制度の仕組み（案）



（出所）厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」（平 26. 3. 3）

各都道府県に設置される基金は、必要とされる費用のうち、国は3分の2、地方は3分の1を負担することとされ、それぞれ消費税増収分による財源が充てられる。基金の財政規模は、平成 26 年度予算では公費で 904 億円とされ、うち 544 億円が消費税増収分である。なお、残る 360 億円のうち 280 億円は既存事業³²分などから成ると報じられている³³。

基金による事業は、まず医療を対象として平成 26 年度より実施し、介護については

³⁰ 地域の実情に応じて医療提供体制の確保を図るため各都道府県が策定する計画。医療圏の設定や病床数等の整備を内容とする。5年ごとに見直し義務付けられており、現行計画の多くは平成 25 年度より実施されている。

³¹ 介護保険給付の円滑な実施のため都道府県、市町村が策定する計画。計画に基づき介護保険料が設定される。3年ごとに策定が義務付けられており、現在は第5期計画（平成 24～26 年度）が実施されている。

³² 地域医療支援センター運営事業、看護師等養成所運営等事業、医療提供体制推進事業費補助金のうち一部事業、医療提供体制施設整備交付金のうち一部事業など、医療従事者等の確保・養成のための事業が多い。新たな財政支援制度による基金により、より柔軟な形で対応が可能となるとされる。

³³ 「診療報酬 課税論も 実質マイナスで医療界など主張」『読売新聞』（平 26. 2. 13）、「地方の自由度 限定的医療介護基金 3割強は既存事業」『毎日新聞』（平 26. 1. 31）

次期介護保険事業計画に合わせ平成 27 年度から実施される。なお、病床の機能分化・連携については、平成 26 年度は回復期病床への転換等、現状でも必要なもののみを対象とし、地域医療構想策定後の平成 27 年度から更なる拡充を検討する。

ウ 主な論点

地域における医療・介護機能の再編を推進するため、消費税増収分を財源とする新たな財政支援制度として、都道府県に基金が設置される。同基金は、医療機関の施設整備等だけでなく、医療・介護従事者の確保や、在宅医療・介護サービスの充実などを幅広く対象とする方向である。

事業対象については、法案成立後に総合確保方針や交付要綱において具体的に示されるとされているが、基金を各都道府県にいかに関与するかが課題となる。基金の配分については、都道府県人口、高齢者増加割合等の基礎的要因や都道府県計画の評価等の政策的要因を勘案して、都道府県計画に基づき、予算の範囲内で行うことを検討するとされるが、公平性と透明性の確保が課題であり、適正な配分方法の確立が求められる。

基金の各事業への具体的な配分については、基金の助成の基準の明確化と決定手続の透明性確保が必須であるとの指摘がある³⁴。また、総合確保方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求めるなどの対応を行うとされること、都道府県は都道府県立病院を運営しており、また、既に述べたように我が国には沿革的に民間医療機関が多いことから、検討の過程で、基金の配分先が公的医療機関に偏ることがないように努める必要がある³⁵。

基金には毎年度予算措置していくことが想定されているが、今後の基金の見通しはまだ明らかではない。消費税増収分における社会保障の充実分は、平成 26 年度が 0.5 兆円程度、平成 27 年度は 1.35 兆円程度（消費税率 8% のケース）、1.8 兆円強（消費税率 10% のケース）、平成 28 年度は 2.7 兆円程度、平成 29 年度は 2.8 兆円程度とそれぞれ見込まれる³⁶。基金は平成 27 年度以降は介護分野にも活用されることもあり、医療・介護の連携促進のためその財源確保が課題となる。消費税収が満額確保される平成 29 年度に向けて更なる予算確保を重ね、拡充していく必要がある。

(3) 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

ア 現状とこれまでの検討の経緯

昭和 36（1961）年の国民皆保険体制の確立とその後の高齢化による医療需要の拡大等を受け、病院数、病床数は増加の一途をたどったが、昭和 48（1973）年には、老人医療費無料化に伴う病床の急激な増加が見られた。こうして我が国の病床数の量的確保は昭和 60（1985）年頃までにほぼ達成されていたが、地域的な偏在が存在し、また、医療施設の機能分担も不明確であった³⁷。

³⁴ 島崎謙治「医療提供体制の改革をどう進めるか」『社会保険旬報』No. 2554（2014. 1. 1）25 頁

³⁵ 地域における医療課題に用いられる地域医療再生基金では、公的医療機関と民間医療機関への配分比率は 73.9 : 26.1 となっている（平成 24 年度末執行見込み）。

³⁶ 第 185 回国会参議院厚生労働委員会会議録第 9 号 15 頁（平 25. 12. 2）

³⁷ 厚生労働省『厚生労働白書』（平成 19 年版）8 頁

そこで、昭和 60（1985）年、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指す医療法改正がなされた（第 1 次医療法改正）。医療計画は、各都道府県が地域の実情に応じて当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するものであり、医療機能の分化・連携を推進することにより、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される地域完結型医療を推進するとされる。

こうして医療計画に沿って、都道府県が医療提供体制の整備を進めていくこととされ、二次医療圏単位で必要病床数を設定することとされた。必要病床数を上回る病床が存在する病床過剰地域においては、都道府県知事が、従来の公的病院の病床規制に加え、民間の病院についても自由開業制を前提としつつ、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、病院の開設や増床等に関して勧告を行うことができるようになり、自由開業制に一定の制約が課されることとなった。医療計画制度施行前にはいわゆる「駆け込み増床」も見られたが、病院病床数の伸びは平成 2 年をピークに減少に転じた。

その後、数次にわたる医療法改正を経て（図表 11）、医療計画は現行の制度となっている。平成 18 年の第 5 次医療法改正では、4 疾病（①がん、②脳卒中、③急性心筋梗塞、④糖尿病）及び 5 事業（①救急医療、②災害時における医療、③へき地の医療、④周産期医療、⑤小児医療（小児救急医療を含む。））について医療計画に記載することとし、地域の医療連携体制を構築していくこととされた。また、医療計画の見直し等が示された平成 24 年 2 月の一体改革大綱を受けて、平成 25 年からは精神疾患及び在宅医療を加え、5 疾病・5 事業及び在宅医療について記載されることとなった。

図表 11 これまでの医療法改正の主な内容

	改正の主な概要	改正の背景
昭和23年 医療法定	病院の施設基準等を整備	戦後の医療施設の量的整備と医療水準確保
昭和60年 第一次医療法改正	医療計画制度を導入	医療機関の地域偏在の解消
平成4年 第二次医療法改正	療養型病床群制度の創設 特定機能病院制度の創設	高齢化の進展、疾病構造の変化、医療施設の機能の体系化 医療施設の機能の体系化
平成9年 第三次医療法改正	診療所への療養型病床群の設置 地域医療支援病院制度の創設 医療計画制度の充実	高齢化の進展、疾病構造の変化 医療施設の機能の体系化 医療機関の地域偏在の解消
平成12年 第四次医療法改正	病床区分の見直し 臨床研修の必修化	高齢化の進展、疾病構造の変化、医療施設の機能の体系化 医療の高度化・専門化、チーム医療の進展
平成18年 第五次医療法改正	医療計画制度の見直し 各都道府県による医療対策協議会開催制度化	医療機能の分化・連携の推進 地域や診療科による医師不足問題への対応

（出所）厚生労働省医政局指導課「医療法の改正の主な経緯について」（平成 24 年 3 月）から作成

医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（病床機能報告制度）については、社会

保障審議会の関係部会等で検討がなされてきたが³⁸、国民会議においても、そうした議論を踏まえ、病床機能報告制度を早急に導入する必要性が指摘された³⁹。さらに、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や地域の高齢化の進展を含む将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえ、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療構想を都道府県が策定することが求められるとされ、平成 30 年度からの次期医療計画を待たずに速やかに策定し、直ちに実行することが望ましいとされた。

これを受け、社会保障制度改革プログラム法では、病院等の管理者が、当該施設の病床機能に関する情報を所在地の都道府県知事に報告する制度の創設が規定された。また、病床機能報告制度により得られる病床機能に関する情報等を活用した都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定及び必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等必要な方策についても、必要な措置を講ずるものとされた。

イ 改正案の内容

病院及び有床診療所が有する病床の担っている医療機能の現状と今後の方向性等について、医療機関側から都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。報告は病棟単位でなされるが、その医療機能は、①高度急性期、②急性期、③回復期、④慢性期の 4 機能に区分される（図表 12）。

図表 12 医療機関が報告する医療機能の名称・内容

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(出所) 厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」(平 26.3.3)

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

³⁸ 平成 24 年 6 月、社会保障審議会医療部会の下に設置された「急性期医療に関する作業グループ」において取りまとめられた「一般病床の機能分化の推進についての整理」において、一般病床の機能分化の推進に向け、各医療機関は、主として担っている医療機能の内容を、定期的に都道府県に報告することとし、都道府県は新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定することとされた。さらに、病床機能報告制度の具体的内容については平成 24 年 11 月から「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において具体的な検討がなされている。

³⁹ 国民会議報告書では、歴史的経緯により、我が国の病院等は公的所有が中心である西欧等と異なり私的所有が中心であるため、政府が強制力をもって改革できないことが我が国の医療政策の難しさであるとされ、市場や政府の力でなく、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立の必要性に留意すべき旨の指摘がなされた。

病床機能報告制度により得られた情報や地域の医療需要の将来推計等を踏まえ、都道府県知事は、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その将来にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するため、医療計画の一部として地域医療構想を策定する⁴⁰。国は、都道府県の地域医療構想策定のため、ガイドラインを策定する。地域医療構想においては、①2025年の医療需要、②2025年に目指すべき医療提供体制、③目指すべき医療提供体制を実施するための施策について、それぞれ定めることとされている。

病床機能報告制度と地域医療構想、また、新たな財政支援制度の創設を受け、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により医療機能が転換されることで、機能分化・連携の実効的な推進が想定されている。

地域医療構想実現のための措置として、都道府県は、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置する義務を負い、同構想の達成に必要なとされる事項について協議を行う。医療機関相互の協議により地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進展しない場合には、都道府県知事は以下の措置を講ずることが規定されている。

①病院の新規開設・増床において、都道府県知事は、開設許可の際不足している医療機能を担うことを条件付けできる。

②既存の医療機関による医療機能の転換において、医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合には、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができる。一方、協議の場が調わず、自主的な取組では機能分化・連携が進まない場合には、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができる。

③稼働していない病床への対応において、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合は、公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請できる⁴¹。

医療機関が上記の要請や命令・指示に従わない場合には、都道府県知事は勧告を行う。当該勧告にも従わない場合は、現行の医療法上の措置⁴²に加えて、①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認取消しの措置を講じることができる。

また、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の確保を行い、医療・介護の総合的な確保を図るため、新たな財政支援制度による基金の設置とともに、都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、一体的かつ強い整合性を持つ

⁴⁰ 地域医療構想は平成25年度からスタートしている医療計画に追記される。

⁴¹ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては稼働していない病床の削減を命令できる。

⁴² 管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等

た形で策定する。具体的には、医療計画と介護保険事業支援計画を包括する基本的な方針を策定し、現在5年である医療計画の策定サイクルを平成30年度以降6年とすることで、3年ごとに策定される介護保険事業支援計画と計画のサイクルを揃える⁴³。なお、在宅医療など介護と関係する部分については、中間年（3年）で介護保険事業支援計画と同様に必要な見直しを行うこととする。また、医療計画における在宅医療、介護との連携に関する記載の充実を図る。

このほか、居宅等における医療の充実及び医療と介護の連携推進のため、医療計画を見直し、記載事項を追加する⁴⁴。

なお、医療計画の策定または変更の際は、保険者協議会から意見を聴くことを義務付ける。また、保険者協議会を高齢者の医療の確保に関する法律において法律上に位置付けるとともに、特定健診の実施などその業務等を明記する。

（医療と介護の連携と地域包括ケアシステム）

地域包括ケアシステム⁴⁵について、平成24年2月の一体改革大綱では「できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に取り組む」こととされた⁴⁶。地域包括ケアシステムは、国民会議において医療・介護一体のものとして検討がなされた。国民会議報告書では、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワークである地域包括ケアシステムづくりを推進していく必要性から、平成27年度からの第6期以降の介護保険事業計画⁴⁷を「地域包括ケア計画」と位置付け、各種の取組が必要であるとしている。

社会保障制度改革プログラム法では、地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、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とされた（図表13）。また、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステムを構築するとされた。さらに、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しによる認知症対策等や、地域の実情に応じた要支援者への支援の見直しなどが規定された。

⁴³ 平成30年度から介護保険事業支援計画及び介護保険事業計画は第7期計画（平成30～32年度）となる。

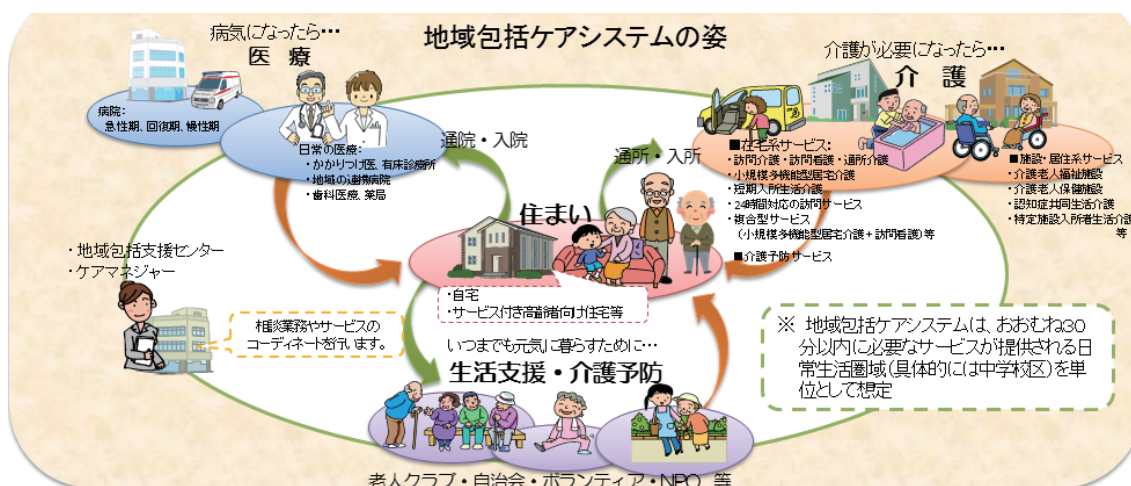
⁴⁴ 居宅等における医療の確保の目標、居宅等における医療の確保に係る医療提供体制に関する事項、病床の機能に関する情報提供の推進に関する事項

⁴⁵ 平成23年の介護保険法改正において、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進めるとされ、単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設などがなされた。また、「地域包括ケア」に係る理念規定の創設が行われた（第5条第3項）。

⁴⁶ 一体改革大綱では、①在宅サービス・居住系サービスの強化、②介護予防・重度化予防、③医療と介護の連携の強化、④認知症対応の推進が今後のサービス提供の具体的方向性として示され、改正介護保険法の施行（24時間対応の定期巡回・随時対応型サービス等）、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進することとされた。

⁴⁷ 介護保険法により、市町村は3年ごとに、3年を1期とする介護保険事業計画の策定が義務付けられており、同計画に基づき、介護保険料が設定される。現在は第5期（平成24～26年度）。

図表 13 地域包括ケアシステムのイメージ



(出所) 厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」(平 26. 3. 3)

団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現する。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築は重要とされる。人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされる。

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセスは、まず日常生活圏域ニーズ調査等により地域の実態を把握、更に地域ケア会議の実施や「見える化」された医療・介護情報の活用により、高齢者のニーズや住民・地域の課題、社会資源の課題など、地域の課題の把握と社会資源の発掘を行う。次に、都道府県との連携や医療計画等の関連計画との調整、住民参画などを踏まえた介護保険事業計画の策定等により、対応策を検討する。そして、介護サービスや医療・介護連携、住まいの整備・確保、生活支援や介護予防に関する対応策を決定・実行していく。

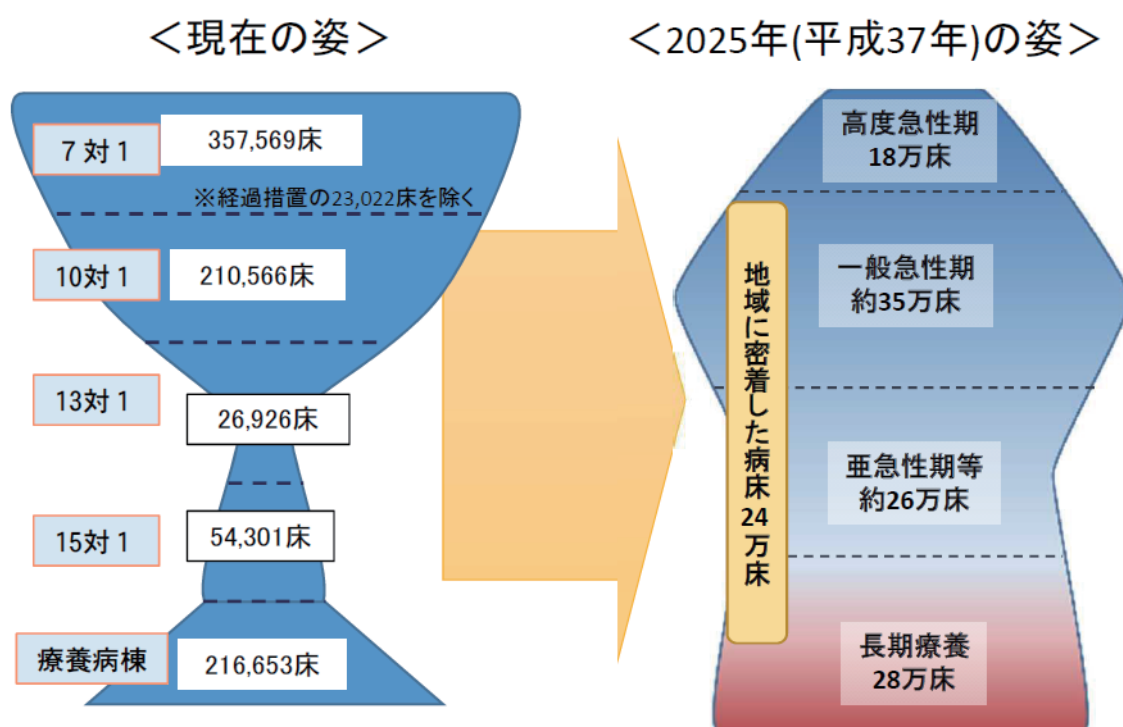
(診療報酬改定による病床再編)

病床を始めとした医療提供体制の整備における政策誘導の重要な手段として、診療報酬がある。

平成18年度診療報酬改定により、高度医療の充実を目指して急性期病床に高い報酬を払う仕組みが導入された。急性期病床とは、本来心筋梗塞の手術直後など手厚い看護が24時間必要とされる入院患者などを想定した病床であり、入院患者7人に対し看護

師1人が対応するという「7対1」の手厚い看護配置を行った場合の高い入院基本料が新設された。これにより、重症の患者向けに重点的に看護師を配置する流れが起こり、全国の病院が競って急性期病床に移行した。その結果、急性期病床は当時の4万床から劇的に増加し、現在は36万床となるなど、病床配置は全国的に現在のような急性期が極端に多く慢性期などが少ないワイングラス型の分布となった(図表14)。しかし、実際には7対1病床に軽症患者も入院しており医療費の無駄遣いになっているとの指摘も根強い。また、病床基準を満たすべく看護師の争奪戦となり、結果的に地方都市などを中心として看護師不足が起こった。

図表14 【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数



(出所) 厚生労働省「平成26年度診療報酬改定の概要」(平26.3.5) から作成

平成26年度診療報酬改定ではこうした状況を是正するため、一定の基準を満たす重症患者が15%以上であることや、難病等の長期療養患者に対する特定除外制度の廃止、在宅復帰率が75%以上であること、DPCデータの提出義務付けなど、急性期病床の要件を厳格化した。

これにより、従来、7対1入院基本料が適用されていた病院のうち相当数が新たな基準を満たすことは困難であると考えられており、結果として今後2年間で現在の36万床から27万床へと急性期病床の4分の1にあたる約9万床を削減する方針が示されている。これに伴い、600億円の医療費削減が見込まれると報じられている⁴⁸。厚生労働省

⁴⁸ 「医療費抑制へ 脱・大病院志向 14年度診療報酬改定」『読売新聞』(平26.2.13)、「重症向け病床、4分の1削減 医療費膨らみ方針転換 厚労省」『朝日新聞』(平26.2.7)

は、最終的に高度急性期病床を 18 万床とする 2025 年の姿を実現していく考えである(図表 14)⁴⁹。しかし、医療機関側にはこうした急性期病床の急激な削減は現場を混乱させるとの懸念も見られる。

一方、新たに地域包括ケアシステムを支援する病棟である「地域包括ケア病床」が設けられる。地域包括ケア病床は比較的軽症の患者を対象とし、リハビリの充実を図るとともに、入院患者を帰宅させることを医療機関に奨励し、帰宅する退院患者の割合が 70%以上かつ入院期間が 2 か月以内の場合に診療報酬を加算する。7 対 1 病床の削減により浮いた人手やベッドを急性期以外の病床や在宅医療に回していくことで高齢化の進展とともに将来的に必要となる高齢者の受け皿としていく考えであり、亜急性期・回復期の受け皿を整える中で、地域包括ケア病床は 7 対 1 病床削減に伴う受け皿となりうる。

ウ 主な論点

我が国の医療提供体制においては、病院・病床の機能や役割分担の不明確性、急性期治療経過後の患者受入先の不足、在宅医療の充実の必要性などが課題とされてきた。今回の医療法改正はこうした課題に対応するとともに、医療従事者の人材確保等にも併せて取り組むものであり、昭和 23 年の医療法制定以後、最も大きく、多岐にわたる改正内容とされる⁵⁰。また、医療と介護の連携のため、医療提供体制の改革が介護保険制度改正と同時一体的になされる点が重要とされる。

超高齢社会の到来を前に医療提供体制を整備するための病床機能報告制度の導入と地域医療構想の策定は、医療法等改正の柱とされる。病院・病床機能の分化・連携については、民間医療機関が多いという背景も踏まえ、国民会議報告書でも提言されたように⁵¹、地域の医療需要の将来推計等の客観的データを活用して医療提供体制を制御していく。病床機能報告制度では、医療機関が自主的に病棟ごとの医療機能を選択して都道府県に報告するとされること、医療機能以外の報告事項など⁵²、医療機関にとって報告が過度の負担とならないよう配慮が求められる。また、医療需要の把握が課題とされ、都道府県はレセプト情報などを活用して早急な把握に努める必要がある⁵³。

医療資源の適正配置については、国民会議報告書において、医療機能の分化と連携の適切な推進に際しては、医師・診療科の偏在是正や、過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要があると指摘された。規制改革会議からは、病床規制の見直しとともに、医療計画の実効性を高めるため、都道府県の地域ごとに必要とされ

⁴⁹ なお、診療報酬上の病床区分と医療法上の病床区分は異なる。

⁵⁰ 吉岡てつを「医療法等改正法案について」『健康保険』(2013.8) 17 頁

⁵¹ 民間医療機関が多いことを背景に、医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況を鑑み、データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、すなわち市場や政府の力でもなく、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立の要請に留意する必要性や、そうしたシステムの下では医療専門職集団の自己規律が社会から一層強く求められる旨指摘されている。

⁵² 報告の具体的事項については、病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会で検討されている。

⁵³ 遠藤久夫「一体改革で変わる医療提供体制国民会議のメッセージとは？」『日本医事新報』No. 4663 (2013.9.7) 9 頁

る医師・看護師、医療機器数等を公表すべきとの提言もなされている⁵⁴。

医療機関の理解を得るには、都道府県における指導力とデータに基づく説得力あるビジョンが求められるが、医療提供体制の見直しにおける都道府県の役割強化について、都道府県にそれを実行するだけの能力や人員があるのか、体制や運用面で懸念も見られることから⁵⁵、国による十分な支援が求められる。さらに、選挙で選ばれる都道府県知事が住民にとって厳しい施策を打ち出しにくいとの指摘も見られる⁵⁶ことから、協議の場が調わなかった場合の措置など都道府県知事の対応について適正な執行の担保が求められよう。この点、各病床区分の必要量が一定の幅を持った目安にとどまり、強制的な規制措置を発動するに足る厳密性を持たせることは実際には困難だとする指摘も見られる⁵⁷。なお、平成 25 年 12 月の医療部会意見では、今回規定された医療機関名の公表等の措置によっても医療機関が従わない場合、国が保険医療機関の指定を行わないことも示されたが、賛否両論があり今後の医療機能分化の進捗状況を踏まえた検討事項とされている。

また、病床の機能分化を進めると、様々なタイプの患者が入院する状態ではなくなることから、地域における医療需給にギャップが生じやすくなるため、地域単位で医療の需給バランスに今まで以上に配慮する必要がある旨の指摘もある⁵⁸。

地域包括ケアシステムにおいては、地域の実情を生かした市町村の主体的な取組が期待される。これに対して、国による市町村支援策、成功事例の普及啓発などが重要となる⁵⁹。さらに、ケアマネジャーの資質向上、地域包括支援センターの人員体制強化等、多職種協働・連携のための基盤整備が求められている。また、在宅での重度の認知症、緩和ケア、看取りにどう取り組むかが今後の課題との指摘もなされている⁶⁰。

医療提供体制と地域包括ケアシステムとの関係では、地域単位で医療と介護の連携をいかに実現できるかが課題とされる⁶¹。地域医療構想は在宅医療や介護等を一体的に考える必要があるところ、二次医療圏単位である地域医療構想に対し、地域包括ケアは中

⁵⁴ 規制改革会議「医療提供体制に関する意見」（平 25. 12. 20）。なお、医療計画の実効性向上について、厚生労働省は、P D C A サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会を設置し、平成 26 年 2 月、P D C A サイクルの効果的な機能を求め、その手順等について報告書を取りまとめた。また、都道府県の医療計画見直し支援のためデータブックの配付や研修会開催を予定している。

⁵⁵ 白川修二「高齢者医療の見直しは最重要課題 適正化の点でも病床機能の分化を」『社会保険旬報』No. 2554（2014. 1. 1）13 頁

⁵⁶ 白川修二「高齢者医療の見直しは最重要課題 適正化の点でも病床機能の分化を」『社会保険旬報』No. 2554（2014. 1. 1）13 頁

⁵⁷ 島崎謙治「医療提供体制の改革をどう進めるか」『社会保険旬報』No. 2554（2014. 1. 1）23 頁

⁵⁸ 遠藤久夫「一体改革で変わる医療提供体制国民会議のメッセージとは？」『日本医事新報』No. 4663（2013. 9. 7）9 頁

⁵⁹ 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しについては、消費税増収分の活用により、①在宅医療・介護連携の推進に係る事業の導入など在宅医療・介護連携、②認知症初期集中支援チームの市町村への設置など認知症施策、③地域ケア会議の開催、④生活支援・介護予防についてそれぞれ取組を強化するとされる。

⁶⁰ 鷺見よしみ・長谷川敏彦・宮島俊彦・山崎泰彦「地域包括ケアの構築に向けて一医療と介護の連携のために何が必要か（座談会）」『社会保険旬報』No. 2554（2014. 1. 1）6 頁（宮島氏の発言）

⁶¹ 遠藤久夫「一体改革で変わる医療提供体制国民会議のメッセージとは？」『日本医事新報』No. 4663（2013. 9. 7）9 頁

学校区程度の生活圏域単位で検討されるなど、地域における入院と在宅医療の接合の仕方が肝心となる旨の指摘も見られる⁶²。

また、国民会議報告書では、医療機関間の適切な役割分担を図るため「緩やかなゲートキーパー機能」⁶³の導入が必要であるとされ⁶⁴、大病院の外来は紹介患者を中心とし、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システムの普及、定着が必須とされた。地域において開業し在宅ケアを担う主治医の存在は、地域包括ケアの要とされる。今般の診療報酬改定では評価がなされたものの⁶⁵、医療機関へのフリーアクセスなどを背景として患者の大病院志向が強いとされてきた我が国において浸透するか注目される。

なお、病床規制には、総量規制は行っても過少地域の病床を増やす効果はほとんど認められないことから、この点では診療報酬による誘導が効果的とされるが、地域の状況に応じた診療報酬の弾力的運用には慎重論も多い⁶⁶。診療報酬による政策誘導は強力であるものの原則として全国一律的な対応となりがちであり地域特性を反映しづらいことから、適切な病床配置の実現等に向け、地域医療構想やそれに基づく基金による支援と整合性をとり、政策をすり合わせていくことが今後の課題となる⁶⁷。

(4) 看護師の特定行為と研修制度の新設

ア 現状とこれまでの検討の経緯

医師法第17条⁶⁸は、医師による医業の独占を規定しており、看護師の行う「診療の補助」⁶⁹は、医師または歯科医師が患者を診断治療する際に行う補助行為であり、看護師は自らの判断で行うことができないとされている。

平成21年5月、規制改革の流れなどを受け、経済財政諮問会議にて、看護師の役割の拡大の検討について総理指示が出された。平成21年8月、医療の質や安全性の向上及び高度化・複雑化に伴う業務の増大への対応などを背景に、チーム医療を推進するた

⁶² 島崎謙治「医療提供体制の改革をどう進めるか」『社会保険旬報』No. 2554 (2014. 1. 1) 23頁

⁶³ 英国ではかかりつけ医に相当する家庭医 (General Practitioner, GP) 制度が存在し、ゲートキーパーの機能を有しているとされる。一般的に、GPによる診察後、更に検査が必要とされた場合、NHS (National Health Service、国民保健サービス) の総合病院や各種専門医等適切な医療機関を紹介される。

⁶⁴ また、国民会議報告書では、高齢化等に伴い、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加することを踏まえ、総合的な診療能力を有する医師 (総合診療医) の養成と国民への周知を図ることが重要とされた。平成23年10月に設置された厚生労働省の専門医の在り方に関する検討会は平成25年4月、「新たな専門医の在り方に関する検討会報告書」を取りまとめ、「総合診療専門医」を基本領域の専門医の1つとして位置付けるとともに、プロフェッショナルオートノミー (専門家による自律性) の理念を基盤として、中立的な第三者機関を設立し専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的行うことなどを求めている。

⁶⁵ 主治医機能に関する評価として、地域包括診療料と地域包括診療加算が設定された。

⁶⁶ 遠藤久夫「一体改革で変わる医療提供体制国民会議のメッセージとは？」『日本医事新報』No. 4663 (2013. 9. 7) 10頁

⁶⁷ 平成26年度診療報酬改定では、急性増悪した在宅患者の受入のため在宅療養後方支援病院の評価、在宅医療、急変患者の受入等地域において様々な機能を果たす有床診療所の評価などもなされた。

⁶⁸ 「医師でなければ、医業をなしてはならない。」とされる。

⁶⁹ 保健師助産師看護師法 (保助看法) 第5条では、「この法律において『看護師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。」とされる。

め、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討を行うべく厚生労働省にチーム医療の推進に関する検討会が設置された。平成 22 年 3 月、チーム医療の推進に関する検討会は、報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた。そこでは、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師を「特定看護師（仮称）」とするなど、看護師の役割の拡大等が基本方針として示された。これに対し、「看護師」と異なる新たな職種の創設と誤解される可能性の指摘も見られた。

同報告書を受け、平成 22 年 5 月、チーム医療推進会議（以下「推進会議」という。）が設置された。推進会議は、チーム医療の一環として看護師が医師又は歯科医師の包括的な指示の下、診療の補助を行う場合の仕組みの在り方について検討を開始したが、看護師の特定行為を巡って意見が調わず、議論が長期化した。推進会議は、19 回に及ぶ検討を経て、平成 25 年 3 月「特定行為に係る看護師の研修制度について」を取りまとめた。

取りまとめでは、個々の行為について絶対的医行為か診療の補助の範囲かについて各委員の間で意見の相違が見られたが、「特定行為に係る看護師の研修制度（案）」は概ね妥当とされた。また、チーム医療の推進、医療安全の確保の観点から、多くの問題点があるとする日本医師会代表の委員からの反対意見や、特定行為の内容、研修制度の在り方について十分に審議の上、制度化を判断すべきとの日本看護系大学協議会代表の委員からの慎重意見も記載された。取りまとめにおける「特定行為に係る看護師の研修制度（案）」では、特定行為は、「医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為」とされ、保健師助産師看護師法において明確化するとされた。なお、特定行為の具体的な内容については、省令等で定めるとされた。また、看護師が特定行為を「プロトコル（手順書）」⁷⁰に基づき行うために、指定研修機関における指定研修の受講を義務付け、指定研修を修了した旨を看護師籍に登録し、登録証を交付するとされた。

診療の補助における特定行為の内容、研修の在り方等については、チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループが、チーム医療推進会議と同じく平成 22 年 5 月に設置され、検討を重ねた。ここでも議論は長期化した。同推進会議の取りまとめた「特定行為に係る看護師の研修制度について」も踏まえつつ、36 回の議論を経て平成 25 年 10 月に取りまとめがなされ、特定行為は、手順書に基づき看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為とされ、14 区分された 41 行為が診療の補助における特定行為案として示された（図表 15）。

平成 25 年 8 月の国民会議報告書では、医療職種の職務の見直しを行うとともに、チーム医療の確立を図ることが重要とされた⁷¹。さらに、医療機関の勤務環境を改善する

⁷⁰ 医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書。看護師に診療の補助を行わせる「患者の病状の範囲」及び「診療の補助の内容」その他の事項が定められる。

⁷¹ チーム医療とは、医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することとされ、看護師等の役割の拡大を中心に検討がなされてきた。一体改革大綱においてもチーム医療の推進が記載

支援体制の構築等、医療従事者の定着・離職防止を図るとともに、特に看護職員については、養成拡大や潜在看護職員の活用を図るために、新たな養成制度の創設、看護師資格保持者の登録義務化等の推進が必要とされた。また、医師の業務と看護業務の見直しは、早急に行うべきであるとされた。

図表 15 特定行為区分と区分に含まれる行為のイメージ

特定行為区分 (研修の最小単位)	特定行為区分に含まれる行為	特定行為区分 (研修の最小単位)	特定行為区分に含まれる行為
呼吸器関連 (気道確保に係る行為)	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節 経口・経鼻気管挿管の実施 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	創傷管理関連	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン 創傷の陰圧閉鎖療法の実施 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去
呼吸器関連 (人工呼吸療法に係る行為)	人工呼吸器モードの設定条件の変更 人工呼吸管理下の鎮静管理 人工呼吸器装着中の患者のフィーニングの実施 NPPV (非侵襲的陽圧換気療法) モード設定条件の変更 気管カニューレの交換	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴投与中薬剤 (降圧剤) の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤 (カテコラミン) の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤 (利尿剤) の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤 (K、Cl、Na) の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤 (糖質輸液、電解質輸液) の病態に応じた調整
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺による採血 橈骨動脈ラインの確保	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	病態に応じたインスリン投与量の調整
循環器関連	「一時的ペースメーカー」の操作・管理 「一時的ペースメーカーリード」の抜去 POPS (経皮的心肺補助装置) 等補助循環の操作・管理 大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整 急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理	栄養・水分管理に係る薬剤投与関連	脱水の程度の判断と輸液による補正 持続点滴投与中薬剤 (高カロリー輸液) の病態に応じた調整
		栄養に係るカテーテル管理関連	中心静脈カテーテルの抜去 PICC (末梢静脈挿入式静脈カテーテル) 挿入
		精神・神経症状に係る薬剤投与関連	臨時薬剤 (抗けいれん剤) の投与 臨時薬剤 (抗精神病薬) の投与 臨時薬剤 (抗不安薬) の投与
ドレーン管理関連	腹腔ドレーン抜去 (腹腔穿刺後の抜針含む) 胸腔ドレーン抜去 胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更 心嚢ドレーン抜去 創部ドレーン抜去 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	感染に係る薬剤投与関連	臨時薬剤 (感染徴候時の薬剤) の投与
		皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施
		ろう孔管理関連	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換 膀胱ろうカテーテルの交換

(出所) 厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」(平 26. 3. 3)

(注) 研修機関は、上記の特定行為区分を研修の最小単位として指定するが、研修機関によっては、特定行為の区分を2つ以上組み合わせることもありうる。

同年 12 月に成立した社会保障制度改革プログラム法では、新たな財政支援制度の対象として、地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保が規定されるとともに、そうした医療従事者の確保及び勤務環境の改善や、医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直しについて、必要な措置を講ずるものとされた。

なお、特定行為に係る看護師の研修制度における研修修了者の看護師籍への登録は、自民党内における議論の結果、研修機関からの研修修了者の名簿提出へと改められた⁷²。

イ 改正案の内容

2025 (平成 37) 年に向けて、更なる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、その都度、医師又は歯科医師の判断を仰がず、手順書により、一定の診療の補助として脱水時の点滴を始めとした特定行為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、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。

されている。

⁷² 「医療・介護制度改革は一括法案として了承」『週刊社会保障』No. 2762 (2014. 2. 3) 63 頁

診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為（特定行為）を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、手順書に基づき、特定行為を実施する看護師に係る研修制度を創設する。

特定行為に係る研修が求められる場合の特定行為の実施の流れは、まず、医師又は歯科医師が、患者を特定した上で、看護師に手順書により特定行為を実施するよう指示する。看護師は「患者の病状の範囲」の確認を行い、病状の範囲外であれば医師又は歯科医師に指示を求める。病状の範囲内であれば、看護師は、手順書に定められた「診療の補助の内容」を実施し、医師又は歯科医師に結果を報告する。

なお、現行と同様、医師又は歯科医師の指示の下、手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じない。また、本制度を導入した場合でも、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が直接対応するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるのかの判断は医師又は歯科医師が行うことに変わりはないとされる。

医師又は歯科医師の指示の下、手順書に基づき特定行為を行おうとする看護師には、厚生労働大臣が指定する研修機関において、指定研修⁷³の受講を義務付ける。特定行為に応じた研修の枠組み（教育内容、単位等）については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。研修修了者の把握については、厚生労働省が指定研修機関から研修修了者名簿の提出を受けることとする。

ウ 主な論点

4年に及ぶ制度の検討を経て、医師等が事前に示した手順書により特定の医療行為を行う看護師のため、研修制度が創設される。医師等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・確保していくことで、今後の地域における在宅医療等を支えていくことが期待される。

検討を重ねたチーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループでは、最終的に14区分41行為が特定行為案として示されたが、当初は在宅医療等における看護師の役割の拡大が期待されたものの⁷⁴、細分化された医療行為を身につける研修制度に落ち着いた。これに関し、看護師が単独で慢性期や終末期の幅広い状況に対する対応を求められる在宅医療で、真に期待される看護師は育たないとの懸念も見られる⁷⁵。なお、医療現場において、診療の補助の範囲と言えるか曖昧な業務が存在し不安や混乱を招いているとされてきた点について、研修制度となっても、診療の補助業務のグレーゾーンを明確化し、そこにしっかりとした教育を施す仕組みをつくるという考え方に変更はないとされる⁷⁶。

⁷³ 厚生労働省令で定める基準に適合する研修。指定研修については、法成立後に検討の場が設けられる。

⁷⁴ チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループにおける当初の議論では、一定の診療行為を行う米国におけるナース・プラクティショナー（Nurse Practitioner, NP）などが念頭に置かれ、特定看護師として資格制度化を行う議論もなされていたが、検討の過程を経て業務独占や名称独占ではない研修制度へと落ち着いた。

⁷⁵ 「『特定看護師』最終案 チーム医療の要 骨抜き」『読売新聞』（平25.10.30）

⁷⁶ 大久保清子「2025年問題を目前に、対策は待たなし 特定行為に係る研修制度の早急な法制化を」『Vision』

検討の過程で看護師の階層化を招くとの意見もあり、最終的に研修を修了した旨の看護師籍への登録は見送られたが、看護師の研修歴の把握は、医療提供体制の整備にも必要であり、研修機関から提出された名簿の効率的かつ適切な管理・活用が求められる。

指定研修の受講や研修修了者の活用については、職場の勤務環境やキャリア形成における配慮が求められるところ、研修の質の担保に留意しつつ、職場や地域から離れずに指定研修を受講できるよう e ラーニング等の遠隔での受講を可能とすること、受講生の所属施設においても臨床実習の実施が可能とすることなどへの具体的な取組が期待される。さらに、指定研修の内容について、認定看護師等⁷⁷における教育内容と部分的な一致等があれば免除することなどについても検討の余地がある。

また、今後の特定行為の内容に関する具体的な検討は、法律成立後に新たな審議の場における検討を経て決定することとされること、検討結果は本制度に大きく影響する。さらに、より安全性を高めた技術の導入など、医療技術の進歩を踏まえ、特定行為については絶えず適切な見直しが求められる。なお、在宅医療において訪問看護師に求められる特定行為についてなど、幅広い検討も期待される。

(5) 医療事故に係る調査の仕組み

ア 現状とこれまでの検討の経緯

厚生労働省の試算によれば、予期せぬ死亡事故の件数は年間 1,300~2,000 件とされる。医師法第 21 条⁷⁸では、犯罪が疑われる時など不自然死の疑いがある場合、医師は 24 時間以内に所管の警察に届け出なければならないとしている。しかし、医療事故に対する医師法第 21 条の適用については、法の制度趣旨に照らした批判もあり、診療行為に関連した死亡の原因解明や死因究明の在り方とも絡んで様々な意見があった⁷⁹。

家族が死亡した理由について病院側の説明に納得できない場合、真相解明には警察への告訴か民事訴訟の提起しか道がなく、それには患者側の負担の大きいとされていた。他方、医療機関側からも、専門知識を有する第三者機関の設置が求められてきた。

平成 11 年、都立広尾病院において、看護師が点滴から消毒液を誤注入し、入院していた女性患者が死亡するという事件が起こった（都立広尾病院事件）。病院側は誤注入の事実を患者遺族に説明しなかったことから訴訟となり、最終的に誤注入にかかわった看護師 2 人が業務上過失致死罪、院長が警察への届出を遅らせたとして医師法違反などの罪により有罪が確定した。また、民事訴訟でも事故隠しが認定された。この事件によ

と戦略』(2013.5) 12 頁

⁷⁷ 医療の高度化や専門化に伴い、看護業務や看護ケアの質を向上させるため、専門看護師や認定看護師等が日本看護協会により認定されている。

⁷⁸ 「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」とする。ここで、「検査」の意味について、厚生労働省は、平成 16 年の都立広尾病院事件最高裁判決において示された判断（医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することであり、当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないとする）と同様に解するべきとしている。（平 24.10.26 第 8 回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）

⁷⁹ 医療事故における医師の報告義務の在り方に関連し、異状死体の届出義務について、日本法医学会は平成 6 年、「異状死ガイドライン」を公表し、診療行為に関連した予期しない死亡及びその疑いのあるものについて、医師の過失の有無を問わず警察への届出をすべきであるとした。

り、医療事故への社会的関心が高まった⁸⁰。平成 16 年、日本内科学会など 4 学会が中立的な専門機関の創設を求め共同声明を発表した⁸¹。これにより医療事故調査制度の議論がスタートした。また、同年 10 月には、日本医療機能評価機構による医療事故等の情報収集、分析事業が開始された⁸²。

平成 18 年、福島県の県立大野病院において、妊婦が死亡した事例について、手術ミスの可能性が指摘された（大野病院事件）。執刀した産婦人科医は逮捕されたが、平成 20 年、無罪となった。これにより、医療界の危機感も高まり、訴訟リスクの高い診療科離れが進み、医療崩壊の危機が叫ばれた。平成 19 年 5 月、政府・与党は地域に必要な医師確保の観点から「緊急医師確保対策」を取りまとめた。この中で、医療関係者確保の施策として、医療リスクに対する支援体制の整備が挙げられ、診療行為に係る死因究明制度（医療事故調査会）の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する方針が示された。

自民党は、平成 18 年 9 月より医療紛争処理のあり方検討会を設置し、平成 19 年 12 月、医師法第 21 条改正を求める医療側の厚生労働省検討案に対する懸念も踏まえつつ、医師法第 21 条に基づく異状死の届出との重複を避けるなどした「診療行為に係る死因究明制度等について」を取りまとめた。厚生労働省においては、平成 19 年 4 月から、診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会が設置され、平成 20 年 4 月には「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案」（第三次試案）（以下「第三次試案」という。）が公表された。さらに、平成 20 年 6 月、医療事故調査を行う第三者機関である医療版事故調査委員会の創設を内容とする「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」（以下「大綱案」という。）が取りまとめられたが、故意又は重大な過失があると判断される事例を警察に通知するとしたことが医療界の反発を招いた。また、同月、民主党は対案として「医療の納得・安全促進法案」の骨子試案⁸³を公表した。その後、平成 21 年 9 月、民主党を中心とした政権が発足し、国会審議において、第三次試案、大綱案を精査し、大綱案のまま成案とすることは考えていない旨厚生労働大臣から答弁がなされ⁸⁴、検討は棚上げされた形になった。

平成 24 年 2 月、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（以下「検討部会」という。）が設置され、医療関係者や医療事故被害者等からのヒアリングなど 13 回の議論を行い、平成 25 年 5 月、「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」を取りまとめた。取りまとめでは、原因究明及び再発防止のため、診療行為に関連した死亡事例が発生した場合の第三者機関への届出など調査の流れや、院内調査、

⁸⁰ 同年には、手術患者を取り違えた横浜市大病院事件も起こっていた。

⁸¹ 「診療行為に関連した患者死亡の届出について～中立的専門機関の創設に向けて～」（平 16. 2. 6 日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本法医学会）

⁸² 医療事故防止と医療安全の推進を目的として医療事故情報やヒヤリ・ハット事例収集などを実施。

⁸³ 「医療に係る情報の提供、相談支援及び紛争の適正な解決の促進並びに医療事故等の再発防止のための医療法等の一部を改正する法律（仮称）案骨子試案」。民主党案は、対象を死亡事例に限定せず、第三者機関から警察への通知を行わないなどの点が、大綱案とは異なっていた。

⁸⁴ 第 174 回国会参議院予算委員会会議録第 7 号 25 頁（平 22. 3. 8）

第三者機関の在り方についてそれぞれ示された。また、医療の現場への刑事介入を懸念する医療側に配慮し、第三者機関から警察への通報は行わないこととされた。

厚生労働省は、平成 26 年通常国会への提出を予定する医療介護総合確保推進法案に医療事故調査制度の創設を盛り込む方向で調整してきたが、自民党内の議論においては、医師法第 21 条の改正を求める主張や医療事故調査制度を切り離すべきであるとの慎重意見も見られた。結果として、医師法第 21 条との関係や第三者機関の在り方などを公布後 2 年以内に見直す旨の検討規定が附則に追加され、平成 26 年 1 月、医療事故調査制度の創設は自民党社会保障制度特命委員会・厚生労働部会合同会議において了承された⁸⁵。

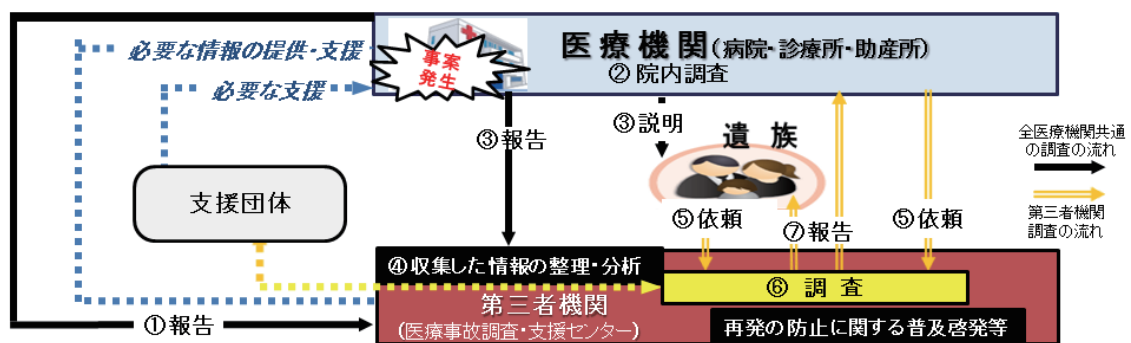
イ 改正案の内容

医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組み等を医療法に位置付け、医療の安全を確保する。

対象となる医療事故は、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その死亡又は死産を予期しなかったものとする。

具体的な審査の流れ（図表 16）は、対象となる医療事故が発生した場合、医療機関は、第三者機関への報告（①）、必要な院内調査の実施（②）、調査結果について遺族への説明及び第三者機関への報告（③）を行う。第三者機関は、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析（④）を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。医療機関又は遺族から調査の依頼（⑤）があったものについて、第三者機関が調査（⑥）を行い、その結果について医療機関及び遺族への報告（⑦）を行う。

図表 16 医療事故に係る調査の仕組み



（出所）厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」（平 26. 3. 3）

- （注）
1. 支援団体については、実務上厚生労働省に登録するとともに、委託を受けて第三者機関の業務の一部を行う。
 2. 第三者機関への調査の依頼は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

⁸⁵ 「妻の無念、やっとここまで 『医療版事故調』法案、今国会へ」『朝日新聞』（平 26. 2. 11）、「医療事故調の設置 見直し付則を追加 政府・自民が合意」『東京新聞』（平 26. 1. 29）、「医療版事故調設置へ 自民が大筋了承、今国会に法改正案。」『日本経済新聞』（平 26. 1. 28 夕刊）

第三者機関には、医療機関への支援、院内調査結果の整理・分析、遺族又は医療機関からの求めに応じて行う調査、再発の防止に関する普及啓発、医療事故に係る調査に携わる者への研修等を適切かつ確実にを行う新たな民間組織を指定する。

なお、法律公布後2年以内に医療事故に係る調査の実施状況等を勘案し、医師法第21条の規定と第三者機関への報告等について検討し、法制上の措置等の必要な措置を講じることとされている。

調査が義務付けられる対象は、全国約18万か所の病院、診療所、歯科診療所、助産所である。

ウ 主な論点

医療事故調査制度の構築の目的は、医療事故の原因究明及び再発防止を図り、医療の安全と医療の質の向上を図ることとされる。しかし、医療事故の原因究明と責任追及を分ける必要性が、医療側からはなお強く指摘されている⁸⁶。また、第三者機関が実施した医療事故に係る調査の報告は、遺族及び医療機関になされるとされるが、報告書が訴訟に使用される可能性も指摘されている。

報告対象は、診療行為に関連した死亡事例に限定される。検討部会の取りまとめにおいては、死亡事例以外については、段階的に拡大していく方向で検討するとされたところ、重度の後遺症が残った場合などへの対象の拡大が課題とされる。

対象事例が事案の発生を予期しなかったものとされる点について、合併症の判断など、医療機関による当該規定の解釈次第では報告が十分になされないのではないかとの懸念が患者側から指摘されている。

第三者機関は、全国に一つの機関⁸⁷とし、独立性・中立性・透明性・公正性・専門性を有する民間組織とされるが、第三者機関の果たすべき機能を踏まえると独立性等の確保は重要であり、その具体化が求められる。

医療事故調査では、登録された支援団体が調査支援等を行うこととされる。こうした支援は院内調査が困難な小規模医療施設などにとっては重要な仕組みとなるが、検討部会の取りまとめにおいては、支援団体は、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体等とされる一方で、院内調査には外部の医療の専門家のみならず、必要に応じてその他の分野についても外部の支援を求めるとされた。医療関係者以外による支援の在り方について検討が求められる。なお、産科医療補償制度では、原因分析委員会に法律家等が参加している。

また、遺族の申請による第三者機関の調査実施の仕組みを明確にしていく必要がある。検討部会の取りまとめにおいては、調査費用について、調査を申請した遺族にも負担を求めるとされたが、申請控えなどへの懸念や公益性の徹底という観点からは、患者側に費用を負担させるべきではないとの指摘もある。一方で、医療関係団体の負担金により財源が賄われることに対し、公正性、中立性の観点から工夫が求められる。

⁸⁶ 有賀徹「原因究明と責任追及は明確に分けるべき」『Nikkei Medical』(2013.8) 48頁

⁸⁷ 医療事故調査については、これまで医療事故情報収集等事業を日本医療評価機能機構が、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業を日本医療安全調査機構がそれぞれ実施している。

なお、第三者機関から行政機関や警察への通報は行わないとされるが、医師法第 21 条における異状死の警察への届出の義務との関係は、附則に定められたように、今後の見直しに委ねられる。医療提供体制の整備、医療従事者の確保においても、外科、産科、麻酔科など、訴訟リスクの高い診療科は敬遠される傾向が現れている。調査の実効性を確立し、医療の信頼性向上につなげるとともに、こうした懸念を払拭するためにも、医療事故調査制度の整備と制度の成熟が期待される。

(6) 医療分野におけるその他の改正

ア 医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し⁸⁸

(ア) 診療放射線技師の業務範囲の見直し（診療放射線技師法関係）

診療放射線技師が実施する検査等に伴い必要となる造影剤の血管内投与に関する業務等を診療の補助として業務範囲に追加する。

(イ) 臨床検査技師の業務範囲の見直し（臨床検査技師等に関する法律関係）

インフルエンザ検査における鼻腔拭い液による検体採取等については、検査と一貫して行うことにより、高い精度と迅速な処理が期待されることから、診療の補助として医師の具体的指示を受けて行うものとして、臨床検査技師の業務範囲に追加する。

(ウ) 歯科衛生士の業務実施体制の見直し（歯科衛生士法関係）

歯科衛生士が歯科医師の「直接の」指導の下に実施しているフッ化物塗布や歯石除去等の予防処置について、歯科医師の指導の下、緊密な連携を図った上で実施することを認める。

イ 持分なし医療法人への移行の促進（良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律関係）

持分なし医療法人への移行促進策を定めるほか、これまで認められていなかった医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。

ウ 外国医師等の臨床修練制度⁸⁹の見直し（外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律関係）

教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師について、当該外国の医師や受入病院が一定の要件⁹⁰を満たす場合には、診療を行うことを容認することとする。また、許可の有効期間の更新（2年→4年）を認めることや、手続・要件を簡素化するための所要の改正を行う。

エ 医師確保対策（地域医療支援センターの設置）

都道府県が、キャリア形成支援と一体となって医師不足の医療機関の医師確保の支援等を行う地域医療支援センターの機能を医療法上に位置付ける。

⁸⁸ チーム医療推進会議の結果を踏まえ、法改正以外では、薬剤師の居宅における調剤業務等の見直しに関する省令改正が予定されている。

⁸⁹ 臨床修練制度は昭和 62 年に施行され、平成 18 年の法改正により、看護師等にも対象が拡大されてきた。

⁹⁰ 教授・臨床研究に関連する診療科・診療分野における 10 年以上の診療経験があること。教授・臨床研究の実施に必要な卓越した水準の診療・研究能力を有すると認められること。大学病院等が受入病院となり実施責任者を選任し、実施責任者が計画書を作成の上適切な実施を管理する。実施可能な業務の範囲は教授・臨床研究に関連する診療とされる。

オ 歯科技工士国家試験の見直し（歯科技工士法関係）

歯科技工士国家試験を歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が各々行うのではなく、国が実施するよう改める。

カ 臨床研究の推進

医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を医療法上に位置付ける。

キ 看護職員確保対策（看護師等の人材確保の促進に関する法律関係）

都道府県ナースセンターが中心となって、看護職員の復職支援の強化を図るため、看護師等免許保持者について一定の情報のナースセンターへの届出制度⁹¹を創設し、離職者の把握を徹底する⁹²。

ク 医療機関の勤務環境改善

国によるガイドライン（指針）の策定等、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設する。

（7）介護予防給付の市町村事業への移行

ア 現状

介護保険制度は、全国一律の基準に沿って行われる保険給付と、市町村による事業部分に大別される（図表 17）。

このうち保険給付部分は主に、要介護 1～5 の認定を受けた要介護者を対象とする介護給付と、要支援 1、2 の認定を受けた要支援者を対象とする介護予防給付から成る。介護給付と介護予防給付はそれぞれ、訪問介護（ホームヘルプサービス）、通所介護（デイサービス）、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所生活介護（ショートステイ）等の居宅サービス、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）⁹³等の地域密着型サービスによって構成される。介護給付には、このほかに特別養護老人ホーム（特養）、介護老人保健施設（老健）等の施設サービスと、地域密着型サービスのうち定期巡回・随時対応型訪問介護看護等が加わる。

また、市町村事業部分は主に地域支援事業から成り、この中で介護予防事業、包括的支援事業、任意事業が行われている。

保険給付部分、市町村事業部分のいずれにも介護保険料と公費（国、都道府県、市町村）が投入されている。保険給付部分及び地域支援事業のうち介護予防事業については公費と第 1 号・第 2 号保険料によって、地域支援事業のうち包括的支援事業及び任意事

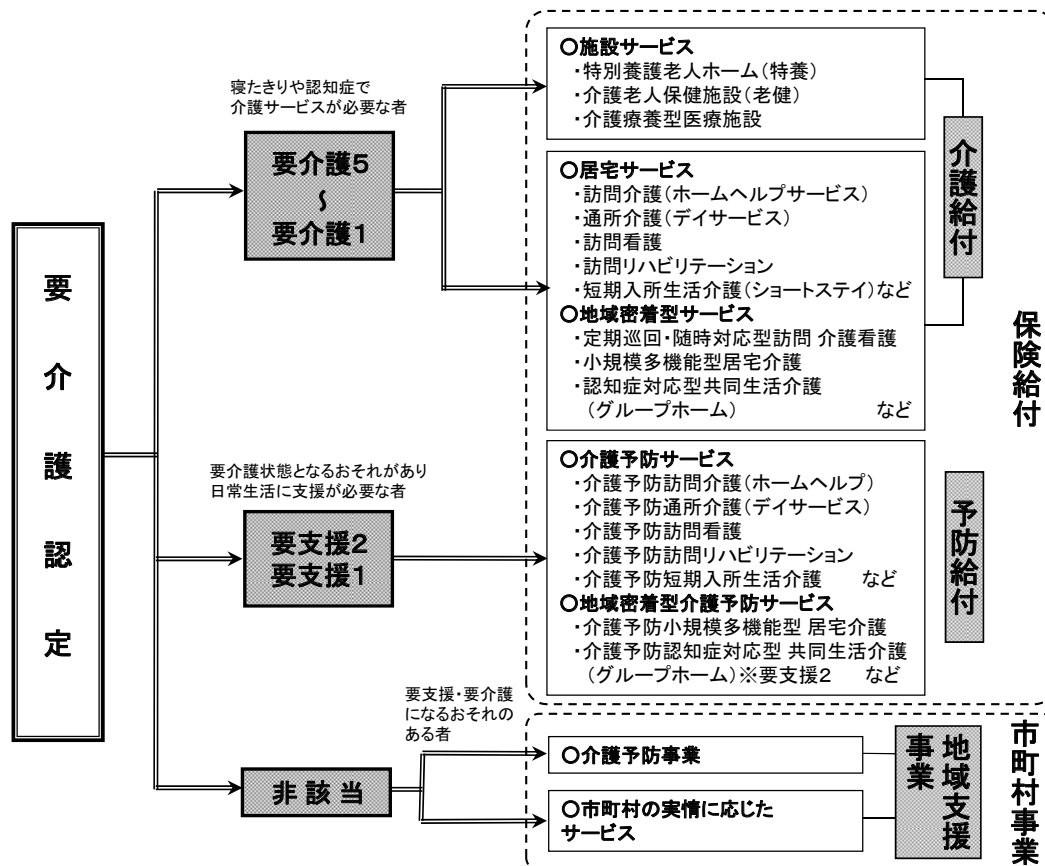
⁹¹ なお、就業者については看護職員も届出義務が存在する（保健師助産師看護師法第 33 条）。医師や歯科医師等については、就業の有無にかかわらず届出義務がある（医師法第 6 条第 3 項、歯科医師法第 6 条第 3 項等）。

⁹² 政府の推計では、2025 年度には約 200 万人の看護職員が必要とされている。これは、平成 24（2012）年度における看護職員数約 154 万人のおよそ 1.3 倍であり、必要人数を満たすには、年間あたり 4 万人近い増員を行っていく必要がある。看護職員については、約 71 万人と推計される潜在看護職員の活用が重要とされる。

⁹³ 介護予防給付のうち認知症対応型共同生活介護は要支援 2 のみ。

業については公費と第1号保険料によって、それぞれ運営されている。

図表 17 介護保険制度の概要



(出所) 厚生労働省「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案について (資料)」(平 26. 2) から作成

イ 改正案の内容

現行の介護予防給付のサービスのうち、訪問介護及び通所介護を市町村による地域支援事業に移行させ、新たな介護予防・日常生活支援総合事業とする。訪問介護及び通所介護以外の訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等については、現行どおり介護予防給付に残す⁹⁴。

現行の予防給付の課題について、厚生労働省は、要支援者の多様な生活支援のニーズに応えるためには多種多様な事業主体の参加による重層的なサービス提供が望ましく、この改正により、多様なニーズに対するサービスの拡がりによる在宅生活の安心確保と費用の効率化を同時に実現するとしている。このため、移行後の訪問介護及び通所介護

⁹⁴ 厚生労働省は介護保険部会において当初、介護予防給付のすべてを移行させることを提案したが、その後、市町村の受け皿を十分に整備するには時間がかかるといった意見があったことを踏まえて、訪問介護及び通所介護に限って移行させることとなった。第 52 回介護保険部会 (平 25. 11. 14) における朝川厚生労働省老健局振興課長発言。「第 52 回社会保障審議会介護保険部会議事録」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000030451.html>)

の担い手については、介護事業所に加え、ボランティアやNPOの活用が想定されている。

介護予防給付のうち訪問介護及び通所介護は、費用額で見た場合、介護予防サービス費用額全体の約6割を占めている⁹⁵。厚生労働省は、事業の予算規模について、介護予防給付を市町村事業に移行した場合でも現在の介護予防給付の予算規模の財源確保に努めていく必要があるとしている⁹⁶。その一方で、これまで費用の伸び率（年5～6%）が後期高齢者数の伸び率（年3～4%）を上回っていることから、将来は費用を後期高齢者数の伸び率に抑える方針も示している。

移行に当たっては経過措置期間が設けられ、平成27、28年度は可能な市町村から移行し、平成29年度から全ての市町村で実施することとされている。

ウ 主な論点

新たな事業の担い手に関しては、ボランティアなどの社会資源は限られていて地域差が見られることや、地域支援事業の内容は実施主体である市町村によって自由に決定されるものであることから、市町村の判断次第ではサービス水準に地域格差が生じるおそれがある旨の指摘がある⁹⁷。また、市町村事業への移行後に市町村が定める単価が現行の介護報酬より下がることで事業者の参入が進まなかったり⁹⁸、事業に展望を見いだせないと判断した介護事業者が撤退したりするおそれがあるとの懸念がある⁹⁹。さらに、元気高齢者対策を本来の目的としている介護支援ボランティアを生活支援サービスの提供主体としての代替労働力や役務の提供者とすることには無理があるとの指摘があるほか¹⁰⁰、ボランティアなど介護の専門職以外を担い手とすることで、介護従事者の処遇の引下げ圧力となるおそれもある¹⁰¹。

費用面では、これまでの要支援者が要介護者になり、給付費が更に増えるのではないかとの不安や¹⁰²、財政的にほとんど効果がなく、下手をすると地域支援事業が膨れ上がってかえって財政負担が重くなるかもしれないとの意見がある¹⁰³。

⁹⁵ 平成24年度の介護予防サービス費用額4,685億円のうち、介護予防訪問介護が1,084億円（23.1%）、介護予防通所介護が1,724億円（36.8%）。厚生労働省「介護給付費実態調査」

⁹⁶ 第47回介護保険部会（平25.9.14）における朝川厚生労働省老健局振興課長の発言。「第47回社会保障審議会介護保険部会議事録」（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026272.html>）

⁹⁷ 増田雅暢「予防給付見直しに対する五つの疑問」『週刊社会保障』No.2747（2013.10.14）33頁、江口隆裕「介護保険制度改正のねらいと課題」『社会保険旬報』No.2554（2014.1.1）30頁、結城康博「介護保険部会を振り返って（上）—予防給付の一部地域支援事業化」『介護保険情報』（2014.1）20頁、石田光広「制度をうまく活用する観点に立ち返ってほしい」（特集 軽度者の給付見直しは必要か）『月刊介護保険』No.210（2013.8）14頁

⁹⁸ 笹井肇「制度の理念や哲学に立ち返った国民的な議論が必要（インタビュー）」『介護保険情報』（2013.11）10頁

⁹⁹ 結城康博「介護保険部会を振り返って（上）—予防給付の一部地域支援事業化」『介護保険情報』（2014.1）20頁

¹⁰⁰ 石田光広「介護支援ボランティア制度の論点について」『介護保険情報』（2014.3）45～46頁

¹⁰¹ これに関連して、外国人労働者を介護分野に入れる考えに対し、介護保険外のサービスを無資格労働者を使って低価格で提供する市場ができ、労働市場が二極化することが心配との指摘がある。「ケア労働で生きる 4 上野千鶴子さんに聞く」『朝日新聞』（平26.2.14）

¹⁰² 松本均「予防給付の地域支援事業への移行は是か非か」『介護保険情報』（2013.9）62頁、佐藤好美「要介護1が増える？」『月刊介護保険』No.216（2014.2）51頁

¹⁰³ 土田武史・江口隆裕・増田雅暢・川渕孝一「全面総報酬制導入とともに支援金等上限の議論が必要—被用者

保険給付と保険事業の違いに関しては、保険給付では要件に該当すれば個人は権利としてサービスを受給できるのに対し、措置類似の仕組みである事業では予算の範囲内で誰にどんなサービスをするかが実施主体の裁量に任されるのであり、受給要件が明確でなく権利としてサービスを要求できないとの指摘がある¹⁰⁴。

市町村の事務に関しては、現行の予防給付のメニューが、市町村事業に移行するものと現行のまま残すものとに分かれることにより、要支援者の支給限度額の管理などが非常に難しくなる一方で市町村の事務のコストが増えるとの指摘がある¹⁰⁵。

これらの懸念の一方で、措置時代に潜在化していたニーズがここまで顕在化したのであれば、要支援者のニーズについてはこれ以上の掘り起こしは不要で、そろそろ抑制に入ってもよいとの判断もあろうとの指摘や¹⁰⁶、限られた財源の中で必要な者へのサービスを確保するために、要支援者へのサービスを介護保険の給付対象から外すことはやむを得ないとの意見もある¹⁰⁷。

今回、最終的に訪問介護及び通所介護のみを市町村事業に移行することとなった点については、今後、予防給付に残るサービスを市町村事業に移行するのか、将来展望や方向性を示すべきであるとの指摘がある¹⁰⁸。

(8) 介護保険の利用者負担の引上げ

ア 現状

介護保険の利用者負担割合は、所得水準にかかわらず1割である。医療保険制度では自己負担割合は段階的に引き上げられてきたが、介護保険では制度創設以来据え置かれてきた。

また、医療保険における高額療養費と同様に、所得に応じて自己負担限度額である高額介護サービス費が設定されており、一般の場合月額37,200円(世帯)、市町村民税世帯非課税等の場合月額24,600円(世帯)、このうち年金収入80万円以下等の場合15,000円(個人)である。利用者負担がこれを超えた場合には、超えた分が申請により払い戻される。

イ 改正案の内容

一定以上の所得がある者については、利用者負担を2割に引き上げる。一定以上の所得の線引きについては政令事項であり、今後定められるが、厚生労働省は合計所得金額160万円(単身で年金収入のみの場合は年金収入280万円)以上とすることを予定している。

また、利用者負担に上限を設定する高額介護サービス費に関して、現行の一般区分

保険に対する評価等が不可欠(座談会)『週刊社会保障』No.2758(2014.1.6)33頁(増田氏の発言)

¹⁰⁴ 棕野美智子「予防給付の『事業化』を考える」『週刊社会保障』No.2754(2013.12.2)32頁

¹⁰⁵ 土田武史・江口隆裕・増田雅暢・川渕孝一「全面総報酬制導入とともに支援金等上限の議論が必要―被用者保険に対する評価等が不可欠(座談会)」『週刊社会保障』No.2758(2014.1.6)33頁(増田氏の発言)

¹⁰⁶ 棕野美智子「予防給付の『事業化』を考える」『週刊社会保障』No.2754(2013.12.2)32頁

¹⁰⁷ 小山剛「『地域包括報酬』の導入で地域包括ケアの実現を」『月刊介護保険』No.210(2013.8)16頁

¹⁰⁸ 松本均「今日の介護保険」『介護保険情報』(2013.12)70頁

(37,200円)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者については44,400円に引き上げる予定である。

厚生労働省は、改正の理由について、保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるためとしている。施行は、前年度所得の捕捉の関係で、平成27年8月となる予定である。

これらの見直しにより、給付費で年間740億円減(うち保険料320億円減、公費420億円減)となり、第1号保険料(1人当たり月額)を39円引き下げる効果があると推計されている¹⁰⁹。

ウ 主な論点

一定以上の所得を有する者にとっては、利用者負担が1割から2割に倍増することになる。これについて、厚生労働省は高額介護サービス費の制度があるため、多くは実質的負担が倍増するわけではないと説明している。しかし、このことは同時に、利用者負担の引上げによる財政面での寄与が限定的であることを示している。

また、一定以上の所得の線引きを合計所得金額160万円(単身で年金収入のみの場合は年金収入280万円)以上とすることについては、医療保険において70歳以上で3割負担¹¹⁰となる現役並み所得者の基準が原則として市町村民税課税所得145万円以上(単身の場合、年収383万円以上)であることと比べ、制度間の整合性の観点から疑義が残るとの指摘がある¹¹¹。

一方で、社会保険の原則から考えれば保険料によって所得の再分配がなされるべきで、介護事故が生じた時点で再分配機能を効かせるのは理論上好ましくないが、介護保険は他の社会保険制度と異なり保険給付を全く受けずに人生を終える人も少なくないため、利用する段階で自己負担割合に差があっても致し方ないとの意見や¹¹²、介護保険は医療保険に比べると受益者が一部に偏り、しかも長期化する特徴があり、保険料負担者間の公平を図る観点から、利用者にある程度の応益負担を求めるのにも理由があるとの指摘もある¹¹³。

(9) 特別養護老人ホーム入所者の重度者への限定

ア 現状

現行制度では、特別養護老人ホームには、要介護1から5までの者が入所することができる。ただし、実際には、平成23年時点で、特別養護老人ホームの入所者のうち要介護3以上の者は88.2%であり、要介護1または2に該当する者は全体の11.8%であ

¹⁰⁹ 第6期介護保険事業計画期間(平成27~29年度)の平均。厚生労働省老健局介護保険計画課「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案について」(平26.2.13事務連絡)

¹¹⁰ 現役並み所得者を除く70歳から74歳の者の自己負担割合は予算措置により1割に凍結されてきたが、平成26年度以降に70歳に達する者から順次法律通り2割に引き上げられる。また、75歳以上の後期高齢者の自己負担割合は原則1割。

¹¹¹ 宮武剛「介護保険改正 大幅見直しに戸惑いと反発」『健康保険』(2014.2)49頁

¹¹² 結城康博「介護保険部会を振り返って(下)一介護保険法改正のゆくえを考える」『介護保険情報』(2014.2)42頁

¹¹³ 江口隆裕「介護保険制度改正のねらいと課題」『社会保険旬報』No.2554(2014.1.1)32頁

る¹¹⁴。

イ 改正案の内容

特別養護老人ホームへの入所者について、厚生労働省令で定める者に限ることとする。厚生労働省は、新規入所者を原則として要介護3以上の者に限定することを予定している。ただし、既に入所している者についてはこの限りではなく、要介護1または2であっても、やむを得ない事情¹¹⁵により特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例として新規入所を認めることとする¹¹⁶。

ウ 主な論点

見直しは現在入所している者には適用されず、要介護1または2の新規入所希望者であっても特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特例的に入所が認められることとされている。このため、現状とそれほど大きな差がなく、実際には大きな混乱は生じないとの意見がある¹¹⁷。

一方で、要介護2の認定は地域差がかなりあり、認定の精度も高いとは言えないため、地域によって認定される要介護度が異なって入所が認められる場合と認められない場合が起こりかねない旨の指摘がある¹¹⁸。また、入所者の平均要介護度が上がってますます重度化し、医療の必要な者も増えていくことについての懸念も示されている¹¹⁹。

このほか、原則として新規に入所できなくなる要介護1及び2の者に対しては、特別養護老人ホーム以外の選択肢を整備することが重要であるとの指摘がある¹²⁰。

(10) 介護保険施設入所者に対する補足給付に当たっての資産勘案

ア 現状

介護保険制度創設当初は、特別養護老人ホームや老人保健施設等の介護保険施設に入所する者の食費及び居住費は保険給付の対象であったが、在宅で暮らす人が食費や居住費を自己負担していることに比べて不公平であるとの観点から、平成17年の介護保険

¹¹⁴ 平成23年10月1日時点で、要介護1の者の割合は3.1%、要介護2の者の割合は8.7%。厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平24.12.13）

¹¹⁵ 厚生労働省はやむを得ない事情について、①知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難、②家族等による虐待が深刻で、心身の安全・安心の確保が不可欠、③認知症高齢者で、常時の適切な見守り・介護が必要である場合を例示しているが、詳細については今後検討される。

¹¹⁶ 介護保険部会において、軽度要介護者で身体機能が高くとも認知症によりどうしても在宅で生活できないケースが結構ある旨の意見があった。第48回介護保険部会（平25.9.18）における榊田委員の発言。「第48回社会保障審議会介護保険部会議事録」（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026652.html>）。厚生労働省は当初、要介護1または2の場合の扱いについては触れていなかったが、後に特例の場合には入所を認める案を提示した。

¹¹⁷ 土田武史・江口隆裕・増田雅暢・川渕孝一「全面総報酬制導入とともに支援金等上限の議論が必要—被用者保険に対する評価等が不可欠（座談会）」『週刊社会保障』No.2758（2014.1.6）35頁（増田氏の発言）、江口隆裕「介護保険制度改正のねらいと課題」『社会保険旬報』No.2554（2014.1.1）31頁

¹¹⁸ 結城康博「介護保険部会を振り返って（下）—介護保険法改正のゆくえを考える」『介護保険情報』（2014.2）43～44頁

¹¹⁹ 齋藤訓子「システムとして訪問看護の地域での安定提供が必要（インタビュー）」『介護保険情報』（2014.2）23頁

¹²⁰ 増田雅暢「予防給付の見直しは疑問 地域包括支援センターの総合化を（インタビュー）」『介護保険情報』（2013.11）21頁

法改正により、平成 18 年度から、施設入所者の食費及び居住費が保険給付から外れ、原則として自己負担とすることとされた。ただし、見直しによって負担が急増しないよう、住民税非課税世帯の者に対しては、所得に応じて特定入所者介護サービス費または特定入所者介護予防サービス費を保険給付する形で軽減措置が採られている（いわゆる補足給付）。

補足給付に当たっては、フローとしての所得のみによって判断され、ストックとしての資産は勘案されない。このため、多額の預貯金を保有していても、例えば年金収入が低いといった場合には、補足給付が行われる。

平成 23 年度における補足給付の認定者数は 103 万人、給付費は 2,844 億円である¹²¹。

イ 改正案の内容

資産を多く有するにもかかわらず保険から給付が行われるのは不公平であるとの観点から、一定額超の預貯金等がある場合には、補足給付を行わないこととする。対象は厚生労働省令で定められるが、厚生労働省は単身では 1,000 万円超、夫婦世帯では 2,000 万円超程度の預貯金がある場合を想定している。一定額超の預貯金があるかどうかの判断は自己申告に基づいて行うが、不正受給に対する加算金の規定を設ける。

また、施設入所に当たって世帯分離した場合でも配偶者の所得を勘案することとし、配偶者が課税されている場合は補足給付の対象外とする。

さらに、補足給付の支給段階の判定に当たっては、遺族年金や障害年金の非課税年金についても勘案することとする。

この見直しにより、給付費で年間 690 億円減（うち保険料 300 億円減、公費 390 億円減）となり、第 1 号保険料（1 人当たり月額）を 36 円引き下げる効果があると推計されている¹²²。

なお、不動産の勘案については介護保険部会において検討されたが、不動産担保貸付の事業実施が困難であるといった問題から、今回の改正の対象から外れ、引き続いての検討課題とされた。

ウ 主な論点

現行の介護保険法第 203 条においても、市町村は銀行や信託会社等への照会ができることとされており、法案では不正に対する 2 倍の加算金も設定された。とはいえ、自己申告が基本であることについて、本人や親族がタンス預金に切り替えた場合には打つ手はないとの懸念が示されている¹²³。

また、障害年金や遺族年金といった非課税年金も勘案されるが、市町村にはこれらの非課税収入を把握する権限やノウハウがなく、実務面での課題があると指摘されている¹²⁴。

社会保険原理の観点からは、そもそも定型的な拠出に基づき、ミーンズテストのない

¹²¹ 厚生労働省「平成 23 年度 介護保険事業状況報告（年報）」（平 25. 7. 3）

¹²² 第 6 期介護保険事業計画期間（平成 27～29 年度）の平均。厚生労働省老健局介護保険計画課「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案について」（平 26. 2. 13 事務連絡）

¹²³ 宮武剛「介護保険改正 大幅見直しに戸惑いと反発」『健康保険』（2014. 2）49 頁

¹²⁴ 笹井肇「制度の理念や哲学に立ち返った国民的な議論が必要（インタビュー）」『介護保険情報』（2013. 11）10 頁、宮武剛「介護保険改正 大幅見直しに戸惑いと反発」『健康保険』（2014. 2）49 頁

定型的な給付が受けられるのが社会保険制度の特徴であり、今回の見直しは社会保険原理を放棄し、措置制度に逆行するのに等しいとの指摘がある¹²⁵。

さらに、食費や居住費は本来、介護保険制度で対応するものではないとの指摘や¹²⁶、一般財源で賄うべきところを中途半端に社会保険で対応しており、資産だけはチェックするという木に竹を接ぐようなことを行うために問題が生じているとの指摘がある¹²⁷。

(11) 介護保険におけるその他の改正点

ア 低所得者の第1号保険料負担の軽減措置の拡大

65歳以上の第1号保険料は、市町村ごとに定める保険料率により算定される。保険料率は、基準額に所得に応じた段階別の割合を乗じることで計算される。所得の段階は原則として6段階に分かれており、割合が最も低い第1段階及び第2段階では基準額×0.5、最も高い第6段階では基準額×1.5が標準である¹²⁸。

今回の改正では、低所得者の第1号保険料に公費を投入し、軽減措置を拡大する。一方で、所得の段階を9段階とし、高所得者の負担を上げる。これに要する公費については、平成27年度以降で最大1,300億円とされている。具体的な引下げの幅は政令で定められるが、第1段階及び第2段階については保険料基準額の×0.5から×0.3に、特例第3段階については×0.75から×0.5に、第3段階については×0.75から×0.7に、それぞれ引き下げることが提案されている。

イ 介護福祉士の資格取得方法見直しの先送り

介護福祉士の資格取得方法としては、3年間の介護業務の実務を経た後に国家試験を受験して取得する実務経験ルートと、2年以上の養成施設の卒業により取得する養成施設ルートがある。これについて、介護福祉士の資質向上を図る観点から、いずれのルートにおいても一定の教育課程を経た後に国家試験の受験を義務付ける見直しが平成19年の社会福祉士及び介護福祉士法改正により行われた。この見直しは平成24年度から施行される予定となっていたが、施行を前に、介護関係の事業者や学校から人材確保が難しくなるとの反発があり¹²⁹、平成23年の社会福祉士及び介護福祉士法改正によって、施行は3年間延長されることとされた。

ところが、平成27年度からの施行を前にして、再び介護現場などから人材不足を助長するとの声が上がった¹³⁰。このため、今回の改正案により施行を更に1年間延長し、平成28年度からの施行とするとともに、介護人材の確保の方策を1年間かけて検討することとされた。

この再延長については、介護保険部会等の審議会等においては議論されていない。また、日本介護福祉士会は、養成校や現場で既に準備を行っている中での延期は混乱を招

¹²⁵ 江口隆裕「介護保険制度改正のねらいと課題」『社会保険旬報』No. 2554 (2014. 1. 1) 31頁

¹²⁶ 小山剛「『地域包括報酬』の導入で地域包括ケアの実現を」『月刊介護保険』No. 210 (2013. 8) 17頁

¹²⁷ 土田武史・江口隆裕・増田雅暢・川渕孝一「全面総報酬制導入とともに支援金等上限の議論が必要―被用者保険に対する評価等が不可欠(座談会)」『週刊社会保障』No. 2758 (2014. 1. 6) 34～35頁(増田氏の発言)

¹²⁸ 市町村によって弾力的な基準の設定が可能。

¹²⁹ 「介護福祉士の卵 鍛えたいけど 人手不足、研修義務化など先送り」『朝日新聞』(平26. 1. 29)

¹³⁰ 「研修義務化を1年延期」『読売新聞』(平26. 1. 29)

くなどとして反対している¹³¹。

ウ 介護従事者の人材確保方策についての検討

上述のように、法案では、政府は公布後1年を目途として、介護関係業務に係る労働力の確保のための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとするとしてされた。しかしながら、今回の法案においては具体的な対策は示されていない。政府の推計では、2025年度には237～249万人の介護従事者が必要とされている。これは、平成24年度における149万人のおよそ1.6倍であり、年間7万人前後ずつ増加させなければ満たせない人数である。処遇改善を含めた介護従事者の人材確保策の早急な検討が必要である。

(12) 法律案の施行期日

医療介護総合確保推進法案の施行期日は図表18のとおりである。

図表18 法律案の主な施行期日

施行期日	改正事項
①公布の日	○診療放射線技師法(業務実施体制の見直し) ○社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律(介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更)
②平成26年4月1日又はこの法律の公布の日のいずれか遅い日	○地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律(厚生労働大臣による総合確保方針の策定、基金による財政支援) ○医療法(総合確保方針に即した医療計画の作成) ○介護保険法(総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成)
③平成26年10月1日	○医療法(病床機能報告制度の創設、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の役割、勤務環境改善、地域医療支援センターの機能の位置づけ、社団たる医療法人と財団たる医療法人の合併) ○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律(臨床教授等の創設) ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(持分なし医療法人への移行)
④平成27年4月1日	○医療法(地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置、臨床研究中核病院) ○介護保険法(地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し、サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用) <small>※なお、地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実・強化及び認知症施策の推進は平成30年4月、予防給付の見直しは平成29年4月までにすべての市町村で実施</small> ○歯科衛生士法、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律(業務範囲の拡大・業務実施体制の見直し) ○歯科技工士法(国が歯科技工士試験を実施)
⑤平成27年8月1日	○介護保険法(一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ、補足給付の支給に資産等を勘案)
⑥平成27年10月1日	○医療法(医療事故の調査に係る仕組み) ○看護師等の人材確保の促進に関する法律(看護師免許保持者等の届出制度) ○保健師助産師看護師法(看護師の特定行為の研修制度)
⑦平成28年4月1日までの間にあって政令で定める日	○介護保険法(地域密着型通所介護の創設)
⑧平成30年4月1日	○介護保険法(居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲)

(出所) 厚生労働省医政局「全国医政関係主管課長会議資料」(平26.3.3)

¹³¹ 石橋真二・日本介護福祉士会会長「介護福祉士の資格取得方法の見直しの施行延期等についての緊急要望」(平26.2.7)

5. その他の主な論点

(1) 一括法案である必要性

医療と介護に関する極めて多岐にわたる論点を含み、多くの法律の改正案から成る法案が一括とされたことに対し、法案数を減らすことで国会審議を短縮したい思惑も透けて見えるとの報道がある¹³²。医療と介護の連携の方向性は国民会議報告書において示されているとはいえ、社会保障制度改革プログラム法においては、医療制度と介護保険制度は別の条に規定されており、改革のために必要な法律案を一括法として提出するとはされていない。今回の法律案には、医療事故調査制度の創設や臨床研究中核病院の法律への位置付け、外国医師臨床修練制度の見直しなど、医療と介護の連携とは直接関連のない事項も含まれており、一括法とする必要性が明確に説明されるべきである。

(2) 医療・介護連携を進める行政の体制

厚生労働省において、医療提供体制は医政局が、医療保険は保険局が、介護保険は老健局がそれぞれ所管している。しかしながら、国民、とりわけ高齢者の立場からすれば、そもそも医療と介護は連続あるいは入り混じっており、ここまでは医療、ここからは介護と明確に分けられるものではない¹³³。厚生労働省は平成26年度から、医療介護連携担当審議官及び医政担当審議官をそれぞれ置くとともに、保険局に医療介護連携企画課を設置すること等を予定しているが、実質的に縦割りを排して医療と介護の連携を進める体制の構築が必要である。

(3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

国民会議報告書では、医療法人等間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要であるとされた。また、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を拓くための制度改正を検討する必要があるとされた。

医療法人の地域におけるグループ化は医療資源の適正配置や効率的活用という観点からは望ましいとされたが、法人同士の連携強化については当事者の判断に寄らざるを得ないところ、実効的な取組の実現と地域医療に混乱を招かない慎重な対応が今後の課題となる。

この点、平成25年12月の産業競争力会議医療・介護等分科会における中間整理において、医療・介護等を一体的に提供する非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）の創設と関連制度の見直しが提言され、必要な論点について、平成26年中に結論を得て、制度的措置を速やかに講じるべきとされた。さらに、産業競争力会議においても26年1月、「成長戦略深化のための今後の検討方針」において同内容の記載がなされた。

¹³² 「医療・介護改正案を一本化 『審議短縮』野党は反発」『産経新聞』（平26.3.3）。同様の指摘に、「医療・介護法案一本化の方針 厚労省」『毎日新聞』（平26.1.8）、「負担増の追及回避？ 介護+医療一括法案提出へ 厚労省」『東京新聞』（平26.1.11）。

¹³³ 「時鐘 医療・介護の連携」『週刊社会保障』No.2759（2014.1.13）3頁

厚生労働省においても、平成 25 年 11 月、医療法人の事業展開等に関する検討会が設置され検討が進んでおり、今後の取組が注目される。

（４）都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

国民会議報告書では、医療計画の策定者である都道府県が地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大を具体的に検討する必要性が指摘された。なお、医療提供体制の整備については、医療保険者の意見を聞きながら進めていくことが望ましいとされている。

さらに、効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険（以下「国保」という。）に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、国保の運営に関する業務については、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきであるとされた¹³⁴。

また、市町村国保の赤字¹³⁵の原因や運営上の課題については、国保が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならないとされ、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、国保の保険者の都道府県移行を実現すべきであるとされた。

保険者の移行に関しては、市町村国保を都道府県単位とすると、市町村が医療に関与しなくなり、市町村における医療と介護の連携も現在より更に難しくなるとの指摘があるほか¹³⁶、介護保険はあくまで市町村が保険者であるため、医療と介護の連携を進めていく過程において、保険者の主体の違いが障壁になることのないような工夫が求められる。なお、医療提供体制整備を担う都道府県に国保の財政運営責任を持たせることで、医療費削減に向けた効率化が期待されるが、極端に進み過ぎないように留意する必要もある。

社会保障制度改革プログラム法の規定では、政府は、平成 27 年の通常国会に医療保険制度改革のための法律案の提出を目指すとしている。このため、平成 26 年中には社会保障審議会医療保険部会や、国と地方の協議の場を中心に今後の医療保険制度についての検討が進められる見通しであるが、その際、医療介護総合確保推進法案の内容との整合性が図られる必要がある。

（５）人生の最終段階における個人の尊厳と患者の意思の尊重

国民会議報告書では、死生観・価値観の多様化も進む中、社会保障制度改革推進法においても「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、

¹³⁴ 移行の時期については、全国知事会が「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」との見解を表明していることから、この時機を逸することなくその道筋をつけることこそが国民会議の責務であるとし、次期医療計画の策定前に実現すべきであるとされた。

¹³⁵ 市町村国保の決算補填等のための一般会計繰入金は 3,534 億円（平成 24 年度見込み）。市町村の繰入分を除いた実質赤字は 3,055 億円。なお、全国 1,717 の保険者のうち 819 の保険者が一般会計繰入れを行っている。厚生労働省「平成 24 年度国民健康保険（市町村）の財政状況（速報）」（平 26.1.28）

¹³⁶ 小山秀夫「軽度者の給付見直しは『介護予防・日常生活支援総合事業』の“必置”とセットにすべき」『月刊介護保険』No. 210（2013.8）18 頁

特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」(第6条第3号)が求められていることから、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であるとされた。

これを踏まえ、社会保障制度改革プログラム法では、政府は医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとされている。

尊厳死の法制化¹³⁷に関する取組も見られるところ、人生の最終段階における個人の尊厳と患者の意思の尊重がどのように医療提供体制等の環境整備に反映されるのか注目される¹³⁸。

(6) 平成23年介護保険法改正の効果

平成23年介護保険法改正の「目玉」¹³⁹として導入された定期巡回・随時対応サービスを実施している市町村(保険者)は、平成26年1月末現在、187保険者、411事業所である¹⁴⁰。厚生労働省は当初、平成24年度には189保険者での実施を見込んでおり、1年遅れながらもその数字に近づいたと見ることもできるが、実態としては8県¹⁴¹で当該サービスが全く行われておらず、全国の利用者数は5,967人にすぎない。これは、平成25(2013)年12月現在の居宅及び地域密着型サービス受給者数303万人¹⁴²の約0.2%であり、サービスの恩恵を受けられる者は極めて限られている。

定期巡回・随時対応サービスがあまり伸びていない理由について、看護職の確保がネックになっているとの指摘や¹⁴³、未参入事業者の多くが夜間、深夜の訪問体制の構築や随時対応を行う職員体制の構築が参入障壁と考えるなど¹⁴⁴、未参入事業者側に体制整備のハードルが高いと認識されていることがあると考えられる。

(7) 家族介護者支援と介護離職への対応

平成23年の介護保険法改正のもととなった平成22年の介護保険部会意見¹⁴⁵においては、家族支援の在り方について、仕事と介護の両立ができるよう支援を行っていく必要があるとされていた。ところが、今回の改正に先立って取りまとめられた平成25(2013)年の介

¹³⁷ 超党派による議員立法提出に向けた取組がなされている。「オピニオン 尊厳死法案 金曜討論」『産経新聞』(平26.3.14)、「尊厳死法案 再び浮上 議連、今国会提出目指す 『自分の最期は自分で』」『東京新聞』(平26.2.21)、「『尊厳死法案』提出へ 生命倫理議論 参院主導で」『読売新聞』(平26.1.30)等

¹³⁸ 終末期医療のガイドラインの周知、医療機関における相談支援員の配置、困難事例を相談する複数の専門職種から成る委員会の設置など適切な医療体制の在り方を検討するとされている。

¹³⁹ 大森彌東京大学名誉教授・社会保障審議会会長・介護給付費分科会長の発言。第177回国会衆議院厚生労働委員会議録第14号2頁(平23.5.24)

¹⁴⁰ 厚生労働省老健局振興課「定期巡回・随時対応サービスの事業所数(平成26年1月末)」(平26.3.4)

¹⁴¹ 青森県、宮城県、秋田県、栃木県、長野県、島根県、徳島県、宮崎県。

¹⁴² 厚生労働省「介護給付費実態調査月報(平成25年12月審査分)」(平26.2.20)

¹⁴³ 鷺見よしみ・長谷川敏彦・宮島俊彦・山崎泰彦「地域包括ケアの構築に向けて一医療と介護の連携のために何が必要か(座談会)」『社会保険旬報』No.2554(2014.1.1)9頁(宮島氏の発言)

¹⁴⁴ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「アンケート結果からみる『定期巡回・随時対応サービス』」(平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)(平25.1.17)

¹⁴⁵ 社会保障審議会 介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(平22.11.30)

介護保険部会意見¹⁴⁶においては、この問題は認知症対策の一部を除いて扱われていない。今後、要介護者の増加につれて家族の負担も増えていくことが想定され、家族介護者支援に関して継続した検討が必要である。

また、介護離職の問題も大きい。平成19年10月から平成24年9月までの間に家族の介護・看護のため離職した者は48万6,900人（うち男性9万7,900人、女性38万9,000人）に上る¹⁴⁷。介護離職は本人の収入面だけでなく労働力の逸失という面からも望ましくないため、労働政策の面からの対応も必要である。

（8）要介護認定の在り方

要支援者が受ける訪問介護及び通所介護や、特別養護老人ホームへの入所など、今回の改正により、要介護または要支援認定の区分によって受けられるサービスが大きく異なってくる部分がある。平成23年度末における第1号被保険者に占める認定者の都道府県別割合は、最も高い長崎県で22.0%、最も低い埼玉県で13.5%と開きがある¹⁴⁸。要介護（要支援）状態区分についても地域によってばらつきが見られる。市町村により要介護認定に差が出ているとの声もあり、サービスの重点化に当たっては要介護認定の手法及び実施方法について再確認が必要との指摘がある¹⁴⁹。

（9）介護支援金の総報酬割

医療保険の後期高齢者支援金を被用者保険者間の負担能力に応じて按分する、いわゆる総報酬割については、現在、被用者保険の支援金額の3分の1を対象に行われているが、社会保障制度改革プログラム法において、被用者保険の支援金額の全額を総報酬割とすることが検討されることとなった。同時に、被用者保険の介護支援金についても、総報酬割の導入の検討が同法に規定されている。ただし、介護支援金に対する総報酬割の導入検討は医療保険における検討状況等を踏まえた上で行うとされていることから、今般の医療介護総合確保推進法案では介護支援金の按分方法の変更については規定されていない。しかしながら、介護支援金に対する総報酬割導入が今後具体的な検討の段階に入れば、負担増を迫られる健康保険組合などの反発は必至であり、大きな議論を生むと思われる。

¹⁴⁶ 社会保障審議会 介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平25.12.20）

¹⁴⁷ 総務省統計局「平成24年就業構造基本調査結果の概要」（平25.7.12）

¹⁴⁸ 厚生労働省「平成23年度 介護保険事業状況報告（年報）」（平25.7.3）

¹⁴⁹ 佐藤好美「要介護認定は公正か」『月刊介護保険』No.217（2014.3）51頁

おわりに

国民会議報告書では、社会構造の変化を踏まえ、高度経済成長期に確立した「1970年代モデル」の社会保障から、超高齢化の進行等の環境変化に対応した全世代型の「21世紀（2025年）日本モデル」への改革が喫緊の課題であるとされた。「21世紀日本モデル」の社会保障とは、全ての世代を給付やサービスの対象とし、全ての世代が年齢ではなく、負担能力に応じて負担し、支え合う仕組みであるとされる。

平成26年から、社会保障と税の一体改革及び国民会議報告書がターゲットとしている平成37年まで、わずか11年である。「21世紀日本モデル」の社会保障の実現までの時間は限られているが、今般の改革が我が国の今後数十年の医療及び介護の体制を規定することを考えると、十分な検討が欠かせない。

2025（平成37）年に団塊の世代は75歳を迎えるとされる。しかし、75歳以上人口は全国及び多くの都府県で2030年に一度ピークを迎えるものの、東京、神奈川を含む4都県などでは2040（平成52）年に向け更に増加し、全国でも2045（平成57）年から再び増加基調に転じていくと推計される¹⁵⁰。

2050（平成62）年には団塊ジュニア世代が75歳以上となるが、2025（平成37）年と比較して75歳以上人口は増加する（2,179万人→2,385万人）のに対し、生産年齢人口（15歳以上65歳未満）が2,000万人以上減少する（7,084万人→5,001万人）と見込まれる¹⁵¹（図表1）。すなわち、2050（平成62）年には、「21世紀日本モデル」もまた、2025（平成37）年に比して約7割に減少した生産年齢人口で、より多くの75歳以上人口を支えるという必要性に直面する。今回の医療・介護改革は、我が国の将来にとって、持続可能な社会保障制度の実現に向けた試金石となる。

【参考文献】

中川秀空「介護保険制度改革をめぐる論点」『レファレンス』（平26.2）

根岸隆史「社会保障制度改革の課題と今後の展望—社会保障制度改革国民会議報告書とプログラム法案の骨子」『立法と調査』No. 345（2013.10）

（てらさわ やすひろ、ねぎし たかし）

¹⁵⁰ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

¹⁵¹ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）