

第3章 高齢期を支える医療・介護制度

第1節 医療保険制度

第1節では、我が国の医療保障制度である社会保険の意義・機能や医療保険制度の概要について概観する。我が国では国民皆保険制度により誰もが安心して医療を受けることができ、高齢者の自己負担については、原則として現役世代よりも低く抑えられている。このような制度の下、世界最長の平均寿命と高い医療水準が達成されていることを改めて確認していく。

1 我が国の医療保障制度

(自立と連帯という理念に即した仕組みである社会保険方式を採用)

我が国の医療保障制度は社会保険方式を採っている。社会保険は、病気やケガ、失業など、貧困に陥る原因となる事故に対してあらかじめ備え、現実これらが発生してもそれによって生活困難に陥らないようにするもので、人々が集まって保険集団をつくり、あらかじめ保険料を出し合い、このような事故にあった場合に必要な給付をする仕組みである。民間保険会社の保険も、加入者で保険料を出し合ってリスクを分担・軽減する仕組みであるが、例えば病歴のある人など高いリスクを持った人は、保険会社から加入を拒否されたり、保険料が極めて高額になるため実質的に加入できなくなったりすることが起きてしまう。

これに対して我が国の社会保険は、すべての人々のリスクを分かち合うため、法律ですべての人々に加入を義務付けており、保険料は各自のリスク、例えば病気であるかどうかなどにかかわらず、賃金などの拠出能力に応じたものとなっている。また、社会保険の財源は保険料が中心であるが、被用者保険では被保険者（被用者）本人のみならず、被保険者の職場の事業主も負担するのが原則となっている。さらに、応能負担の見地から、低所得者を対象に保険料を軽減・免除するために、国や地方公共団体も費用の一部を負担している。

このように、社会保険制度は、保険料を支払った人々が給付を受けられるという点で、自立・自助という近現代社会の基本原則の精神を生かすと同時に、強制加入の下で所得水準を勘案して負担しやすい保険料水準を工夫することで、社会連帯や共助の側面も併せ持ち、自立と連帯という理念に、より即した仕組みであると言える。

(ドイツ、フランスは社会保険方式、英国、スウェーデンは税方式、アメリカは民間保険が中心)

諸外国における医療保障制度は、ドイツやフランスが我が国同様に社会保険方式を採用しているのに対して、英国やスウェーデンでは、保険料ではなく専ら租税を財源にして、国や地方公共団体の施策として国民や住民に給付を行う「税方式」を採用している。

ドイツでは、日本のように全ての住民を公的医療保険に強制加入させるという形にはなっておらず、一定所得以上の被用者、自営業者（農林業者及び芸術家・ジャーナリストを除く）、公務員等については、公的医療保険が強制適用されない。そのため、実際に公

的医療保険でカバーされている者は全国民の8割強である。ただし、2007（平成19）年に成立した公的医療保険競争強化法により、2009（平成21）年1月以降、すべての住民が公的医療保険又は民間医療保険に加入することが義務付けられている。

フランスには、我が国の国民健康保険のような地域保険はないが、法定制度として職域ごとに強制加入の多数の制度がある。強制適用の各制度の対象とならないフランスに常住するフランス人及び外国人は、2000（平成12）年1月から実施されている普遍的医療カバレッジ（給付）制度の対象となる。

これに対して、1942（昭和17）年の「ベヴァリッジ報告」による、拠出を条件とせず、必要な場合はいつでも住民に無料の医療を提供するという考え方を受け継ぐ英国では、税方式により国営の医療保健サービスの提供という形態^{*1}を採っている。スウェーデンでは、税方式により広域自治体による医療保健サービスの提供という形態を採っている。

一方で、アメリカでは、高齢者及び障害者に対するメディケアと一定の条件を満たす低所得者に対する公的扶助であるメディケイドによる対応を採っている。現役世代の医療保障は民間医療保険を中心に行われており、企業の福利厚生の一環として事業主の負担を得て団体加入する場合も多く、民間医療保険の加入は69.3%と大きな役割を担っている。なお、医療制度改革法の成立により、2014（平成26）年から個人に対し医療保険に加入することが原則義務化され、民間の医療保険を含め、いずれかの医療保険に加入していない場合には罰金が課されることとなった。

*1 税財源による医療提供は公的病院に限られ、私立病院にかかる場合は任意の民間保険に入っていないければ多額の負担を強いられることとなる。

図表3-1-1 主要国の医療保障制度の概要

		日本 (2015)	ドイツ (2014)	フランス (2013)	スウェーデン (2014)	イギリス (2014)	アメリカ (2014)
制度類型	社会保険方式	社会保険方式 ※国民皆保険 ※職域保険及び地域保険	社会保険方式 ※国民の約87%が加入。 ※被用者は職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではない。 ※強制適用の対象でない者に対しては民間医療保険への加入が義務付けられており、事実上の国民皆保険。	社会保険方式 ※国民皆保険（国民の99%が加入） ※職域ごとに被用者制度、非被用者制度（自営業者）等に加え。強制的適用の対象とならない者：普遍的医療給付制度の対象となる。）	税方式による 公営の保健・医療サービス ※全居住者を対象 ※広域自治体（ランスタングなど）が提供主体（現金給付は国の事業として実施）	税方式による 国営の国民保健サービス (NHS) ※全居住者を対象	メディケア・メディケイド ※65歳以上の高齢者及び障害者等を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド ※2014年から医療保険の加入が原則義務化。現役世代は民間保険が中心（65.0%）で、無保険者は14.5%（2013年）
	自己負担	3割 義務教育就学前 2割 70歳～74歳 2割（現役並み所得者は3割） ※平成26年4月以降に新たに70歳になる者 2割 同年3月末までに既に70歳に達している者 1割 75歳以上 1割（現役並み所得者は3割）	・外来：なし ・入院：1日につき10ユーロ（年28日を限度） ・薬剤：10%定率負担（上限10ユーロ、下限5ユーロ）	・外来：30% ・入院：20% ・薬剤：35%（抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品は0%、胃薬等は35%、有用性の低い薬剤60%、ビタミン剤や強壮剤は100%） ※償還制であり、一旦窓口で全額を支払う必要あり（入院等の場合は現物給付）。 ※自己負担分を補填する補足疾病保険が発達している。（共済組合形式、国民の8割が加入） ※上記の定率負担のほか、外来診療負担金（1回1ユーロ、暦年で50ユーロが上限）、入院定額負担金（1日18ユーロ、精神科は13.50ユーロ）があり、これについては補足疾病保険による償還が禁止されている。	・外来 ：ランスタングが独自に設定 プライマリケアの場合の自己負担は、1回100～300クローナ ※法律による患者の自己負担額の上限は全国一律1年間1,100クローナ。各ランスタングはこれより低い額を定めることもできる ※多くのランスタングでは20歳未満については無料。 ・入院 ：日額上限100クローナの範囲内でランスタングが独自に設定 ※多くのランスタングでは18～20歳までは無料。 ・薬剤 ：全国一律の自己負担額 900クローナまでは全額自己負担 ※年間2,200クローナが上限	原則自己負担なし ※外来処方箋については1処方当たり定額負担（8.05ポンド）、歯科治療については3種類の定額負担あり。 なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い。	・入院（パートA）（強制加入） ～60日：\$1,216までは自己負担 61日～90日：\$304/日 91日～： \$608/日 ※生涯に60日だけ、それを超えた場合は全額自己負担 ・外来（パートB）（任意加入） 年間\$147+医療費の20% ・薬剤（パートD）（任意加入） \$310まで：全額自己負担 \$310～\$2,850：25%負担 \$2,850～\$4,550：47.5%負担（ブランド薬）/72%負担（ジェネリック） \$4,550～：5%負担又は\$2.55（ジェネリック）/ \$6.35（ブランド薬）
財源	保険料	報酬の10.00%（労使折半） ※協会けんぽの場合	報酬の15.5% （本人：8.2% 事業主：7.3%） ※全被保険者共通 ※自営業者：本人全額負担	賃金総額の13.85% （本人：0.75% 事業主：13.1%） ※民間商工業者が加入する被用者保険制度（一般制度）の場合	なし	なし ※NHS費用の2割強は、退職年金等の現金給付に充てられる国民保険の保険料から充当されている。	入院（パートA）給与の2.9%（労使折半） ※自営業者は本人全額負担 外来（パートB）\$104.9/月（全額本人負担） 薬剤（パートD）（平均保険料）\$31.10/月（全額本人負担）
	国庫負担	給付費等の16.4% ※協会けんぽの場合	被扶養者に対する給付や保険料率の軽減等に対する充当として140億ユーロ	一般社会拠出金（CSG）：35.1% 目的税（タバコ、酒等）：13.7% 国庫からの移転等：1.8%	ランスタングの税収（主に住民所得税）を財源として運営 ※わずかであるが、国からの一般交付税、補助金あり。	主に税を財源として運営（NHS費用の約8割）	任意加入保険の収支差を国が負担

2 我が国の医療保険制度

(国民皆保険制度により誰もが安心して医療を受けることができ、世界最長の平均寿命と高い保健医療水準を達成)

我が国の公的医療保険は、職域を基にした各種被用者保険と居住地（市町村）を基にした国民健康保険、75歳以上の高齢者等^{*2}が加入する後期高齢者医療制度に分けられており全ての国民がいずれかの制度に強制加入し、保険料を納付することとなっている。そして、病気等の際には、一定の自己負担により、保険証1枚で誰もが安心して医療を受けることができ、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成している。このような仕組みを「国民皆保険」といい、社会全体でリスクをシェアすることで、患者が支払う医療費の自己負担額が軽減され、国民に対して良質かつ高度な医療を受ける機会を平等に保障している。

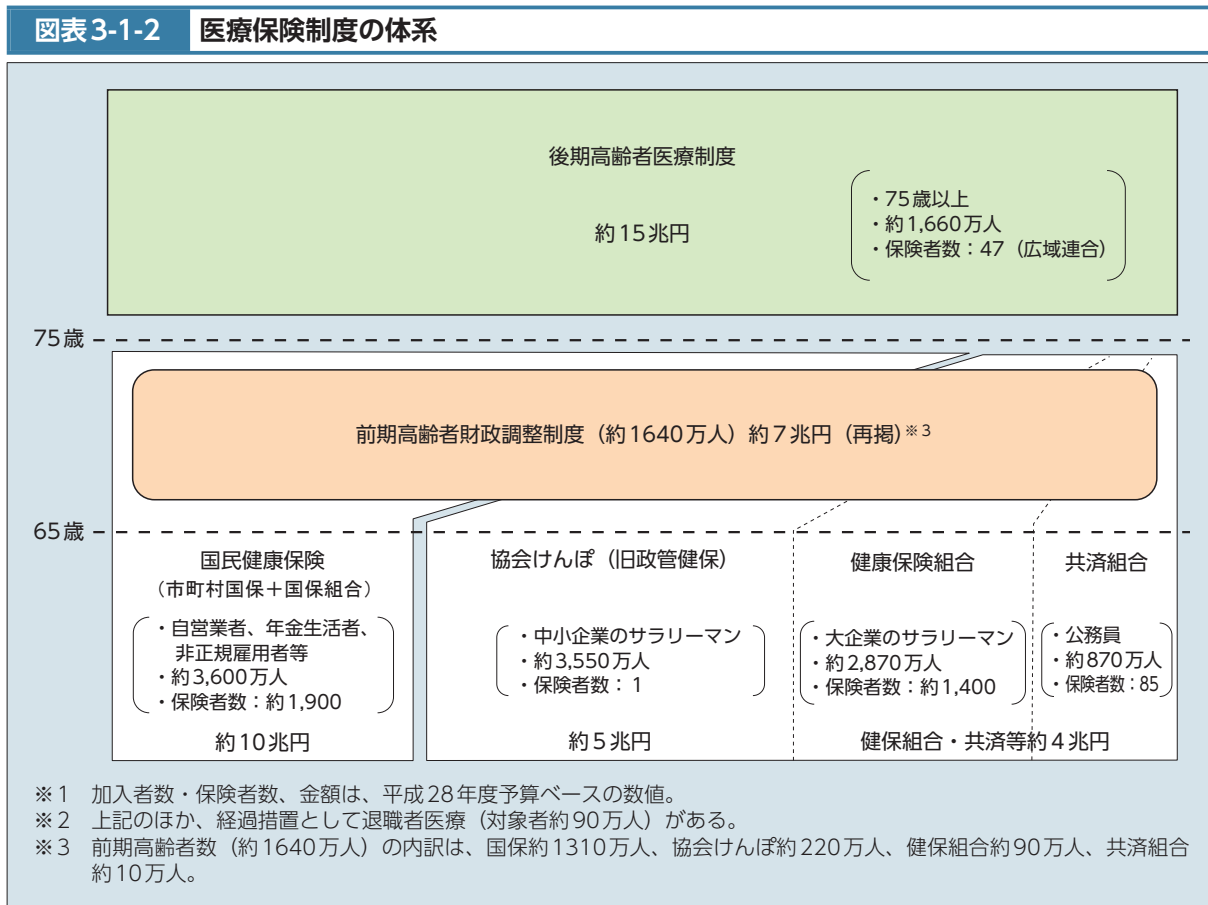
(職域保険と地域保険の2本建て、75歳以上は後期高齢者医療制度という構成による国民皆保険)

被用者保険は保険者別に大企業の労働者が加入する組合管掌健康保険、中小企業の労働者が加入する全国健康保険協会管掌健康保険、公務員が加入する共済組合に分けられ、保険料は、被保険者の給与・ボーナスの額に応じて労使折半している。これに対して、国民健康保険は、年金生活者等の各種被用者保険に加入していない方々が加入する医療保険であり、運営主体は市町村である。世帯人員・所得などに応じて保険料額が決まり、市町村が徴収している。

高齢者に関する医療については、2008（平成20）年4月から新たな高齢者医療制度として、75歳以上の高齢者等を対象とする「後期高齢者医療制度」が創設され、現役世代と高齢者の費用負担のルール（給付費の約5割が公費、約4割が現役世代からの支援金、約1割が高齢者の保険料）を明確化するとともに、都道府県単位ですべての市町村が加入する後期高齢者医療広域連合を運営主体とすることにより、運営責任の明確化及び財政の安定化を図ることとした。後期高齢者医療の保険料は世帯人員・所得などに応じて決まり、市町村が徴収するが、財政運営は後期高齢者医療広域連合が行い、後期高齢者医療広域連合の財政リスクの軽減については、国と都道府県が共同して責任を果たす仕組みとなっている。

^{*2} 65歳から74歳の一定の障害の状態にある旨を後期高齢者医療広域連合により認定された者も対象となる。

図表 3-1-2 医療保険制度の体系



(保険者ごとの財政状況)

各保険者の財政状況は、加入する被保険者の違いを反映して、各制度によって異なる。例えば、健康保険組合の運営する健康保険では、他の医療保険制度と比べると、加入者の平均年齢が若いいため1人当たりの医療費が相対的に安くなり、また、平均所得が比較的高いため保険料収入は相対的に安定している。

これに対し、国民健康保険では、他の医療保険制度と比べると、加入者の平均年齢が高いため1人当たりの医療費は相対的に高くなり、また平均所得が比較的低いため保険料収入は相対的に不安定なものとなっている。特に退職後には被用者保険から国民健康保険に移ることが多くなっているため、財政的には厳しい状況となっている。

このような保険者間で構造的に生じている財政力の格差を是正するため、65歳から74歳までの高齢者の偏在による負担の不均衡の調整（前期高齢者財政調整）が行われている。また、他の医療保険制度と比べて相対的に財政基盤が脆弱な国民健康保険については、2015（平成27）年度から低所得者対策の強化のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充（約1,700億円）したところである。さらに、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が2015年5月に成立・公布され、これに基づき、2018（平成30）年度以降、医療費適正化等を進める保険者等に対し、更に約1,700億円の財政支援を行うこととしている。また、2018年度から、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国民健康保険の運営に中心的な役割を担うこととしている。市町村は、地域住民との身近な関係の中、資格管理、保険料の賦課徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととしている。

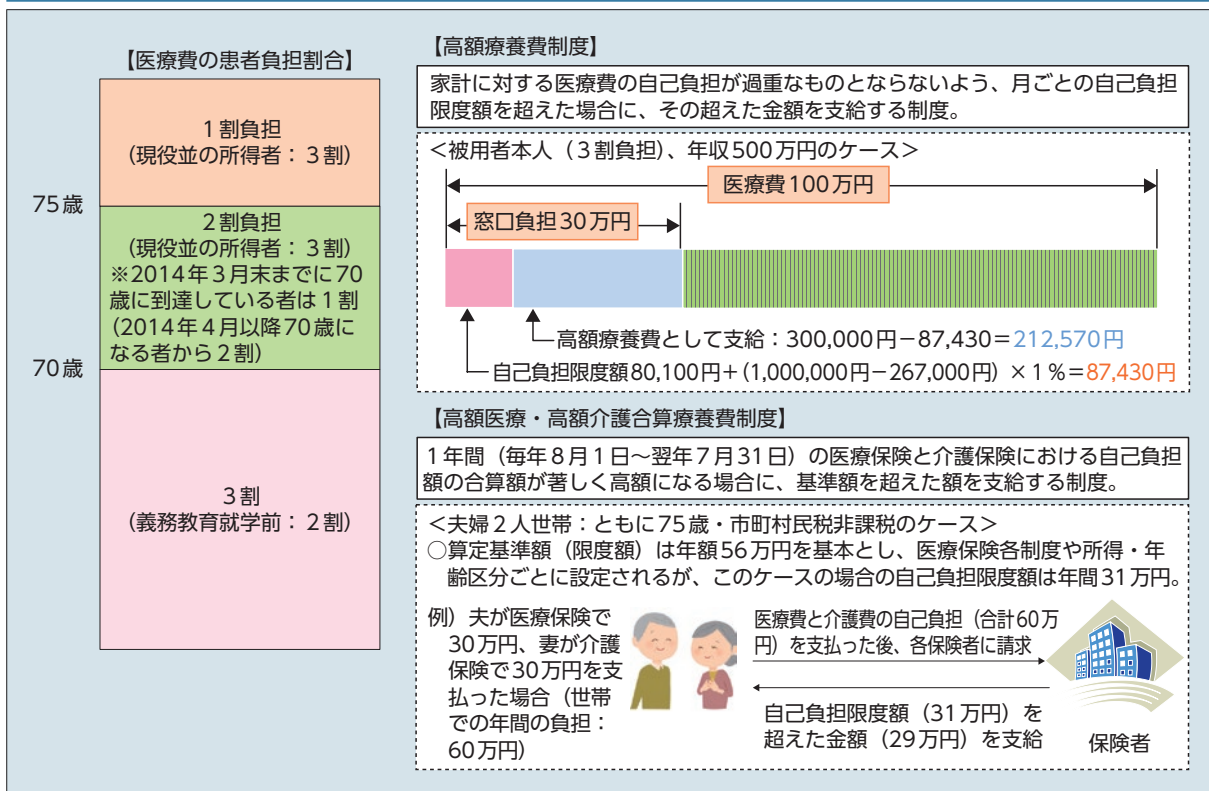
(医療費の患者負担割合)

医療費の患者負担割合は、原則的にかかった医療費の3割となっている。ただし、義務教育就学前の子どもでは2割、70歳以上75歳未満の者は所得に応じて2割^{*3}又は3割、75歳以上の者は所得に応じて1割又は3割となっている。

また、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける「高額療養費制度」という仕組みがある。医療機関や薬局での自己負担額^{*4}が月単位で一定額を超えた場合にその超えた金額を支給する制度で、負担の上限額は年齢や所得によって異なる。

さらには、世帯内の同一の医療保険の加入者について、1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）にかかった医療保険と介護保険の自己負担額を合計し、基準額を超えた場合に、その超えた金額を支給することで負担の軽減を図る高額医療・高額介護合算療養費制度を設けている。

図表 3-1-3 医療費の患者負担について



(診療報酬制度)

診療報酬とは、公的医療保険において、保険医療機関等が実施した医療サービスの対価として支払われるものであり、保険医療の範囲・内容を定める品目表としての性格と、個々の診療行為の価格を定める価格表としての性格を有する。具体的な診療報酬は、原則として実施^{*5}した医療行為ごとに、それぞれの項目に応じた点数が加えられ、1点の単価

^{*3} 70歳以上75歳未満の自己負担は、2008（平成20）年4月から2割であったものを、毎年の特例措置で1割としてきたが、2014（平成26）年4月以降に新たに70歳となる者（69歳まで3割であった者）から法律上の2割とし、同年3月末までに既に70歳に達している者は1割の特例措置を継続することとしている。

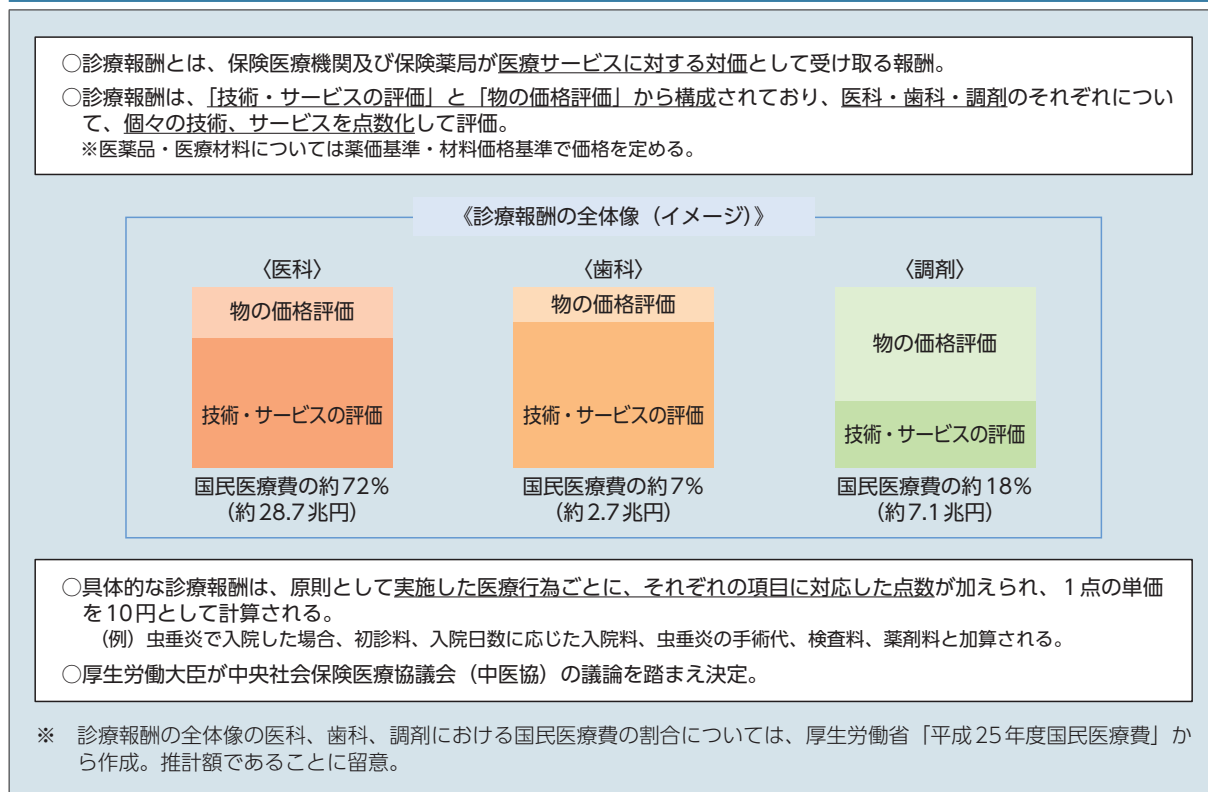
^{*4} 入院時の食費負担や差額ベッド代等は含まない。

^{*5} 急性期入院医療については、一般病床の約55%において、診断群分類に基づく1日当たり包括支払い制度（DPC制度）が導入されている。

を10円として計算される（いわゆる「出来高払い制」）。例えば、虫垂炎で入院した場合、初診料、入院日数に応じた入院料、虫垂炎の手術代、検査料、薬剤料と加算され、保険医療機関は、その合計額から患者の一部負担金を差し引いた額を審査支払機関から受け取ることになる（図表3-1-4）。

診療報酬は、概ね2年に1回、厚生労働大臣が厚生労働省に設置した中央社会保険医療協議会（中医協）で改定の必要性について審議された後に、諮問・答申を経て、厚生労働大臣が定めることとしている。

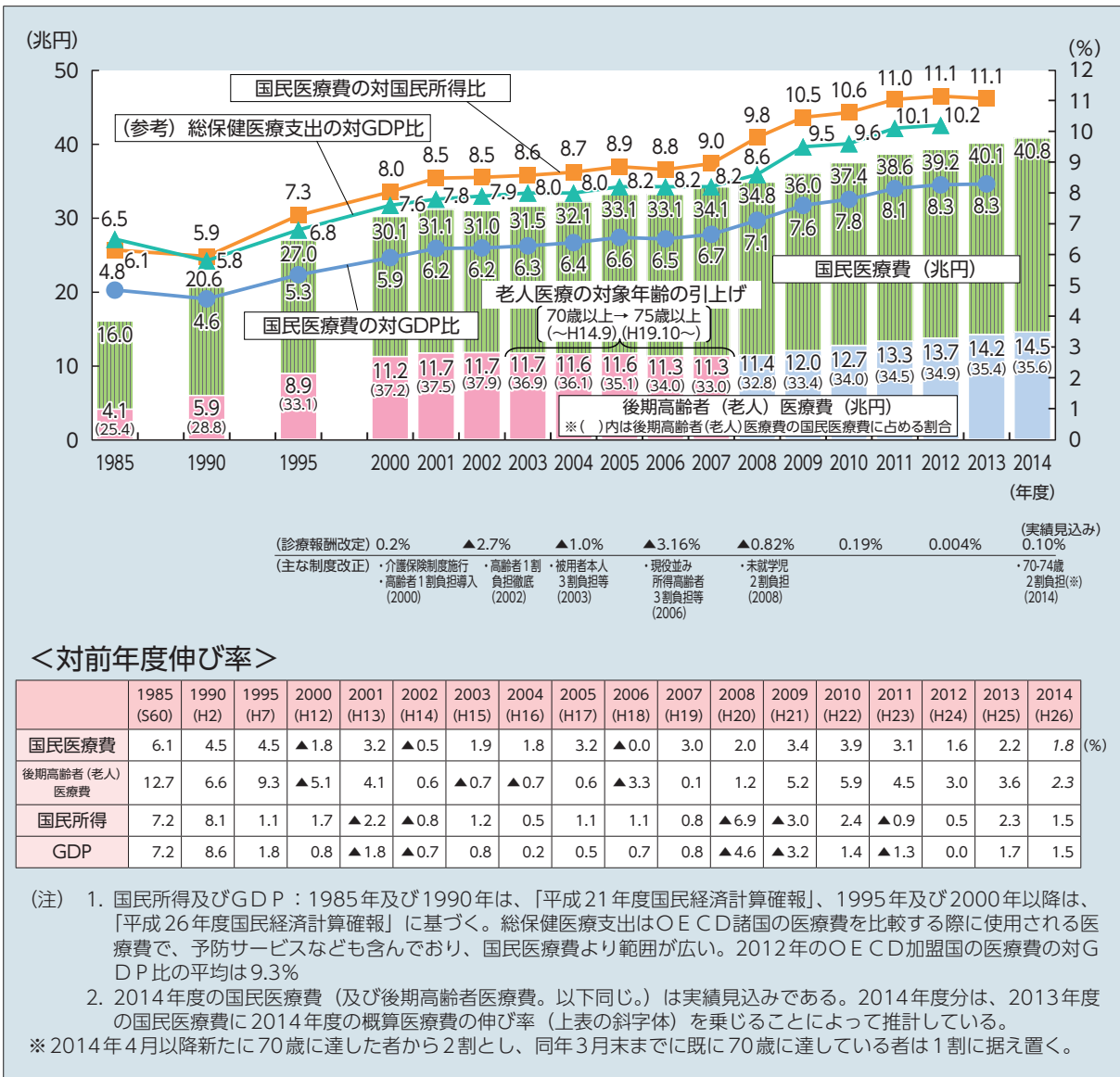
図表3-1-4 診療報酬とは



(医療費は近年増加傾向)

我が国の医療費の動向について、国民医療費の年次推移を示したものが図表3-1-5である。ここでいう国民医療費とは、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を推計したものであり、具体的には、医療保険制度等による給付、後期高齢者医療制度や公費負担医療制度による給付、これに伴う患者の一部負担などによって支払われた医療費を合算したものである。国民医療費は増加傾向が続いており、2014（平成26）年度は40.8兆円となり、このうち35.6%（14.5兆円）を後期高齢者医療費が占めている。国民医療費に占める後期高齢者（老人）医療費の割合は、老人医療受給対象者の年齢が2002（平成14）年10月から70歳から75歳へ5年間で段階的に引き上げられた際に低下したが、近年では微増傾向にある。

図表3-1-5 医療費の動向



第2節 医療提供制度

第2節では、我が国の医療提供体制の現状について概観する。

1 制度の基本構造

(医療施設について規定する医療法と医療従事者について規定する医師法等)

我が国の医療提供体制にかかる施策体系は、主に医療施設と医療従事者に対する法律を中心に構成されている。すなわち、医療法では、医療提供施設や居宅における医療提供の理念を規定するとともに、場所として、20床以上の病床を有する病院や、病床を有さない又は19床以下の病床を有する診療所の構造設備、医療機関の運営主体(医療法人)に関する規制等の主に医療施設のあり方について規定している。

医療従事者については、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等において、医師、歯科医師、看護師等の医療従事者の資格や業務内容等について規定している。医師法(歯科医師法)においては、医師(歯科医師)でなければ、医業(歯科医業)をしてはならないことが規定されており、また、保健師助産師看護師法等においては、看護師等が医

師（歯科医師）の指示の下に診療（歯科診療）の補助を業として行うことができることが規定されている。また各資格の免許を取得するためには、原則として、所定の養成課程を修めた上で試験に合格しなければならないこととされている。

2 指標から見る我が国の医療提供体制の現状

(1) 医療施設数

(有床診療所は大幅に減少する一方で、無床診療所が増加)

全国の医療施設は177,546施設であり、その内訳は一般診療所100,461施設、病院8,493施設、歯科診療所68,592施設となっている。時系列推移の特徴としては、1996（平成8）年と比べて、19人以下の患者を入院させるための施設を有する有床一般診療所が約6割減と大幅に減少する一方で、患者を入院させるための施設を有しない無床一般診療所は1.4倍に増加している（図表3-2-1）。

このような中で、病床を有する診療所は、病院を退院する患者に対し、療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供する、在宅医療を提供する、患者の病状が急変した場合に入院させ必要な医療を提供する等、地域住民の多様な医療ニーズに対応して地域医療を支えており、地域包括ケアシステムの構築にあたり重要な役割を担っていることから、2014（平成26）年の医療法改正において、医療法上に役割が明記されたところである。

図表3-2-1 医療施設数の推移



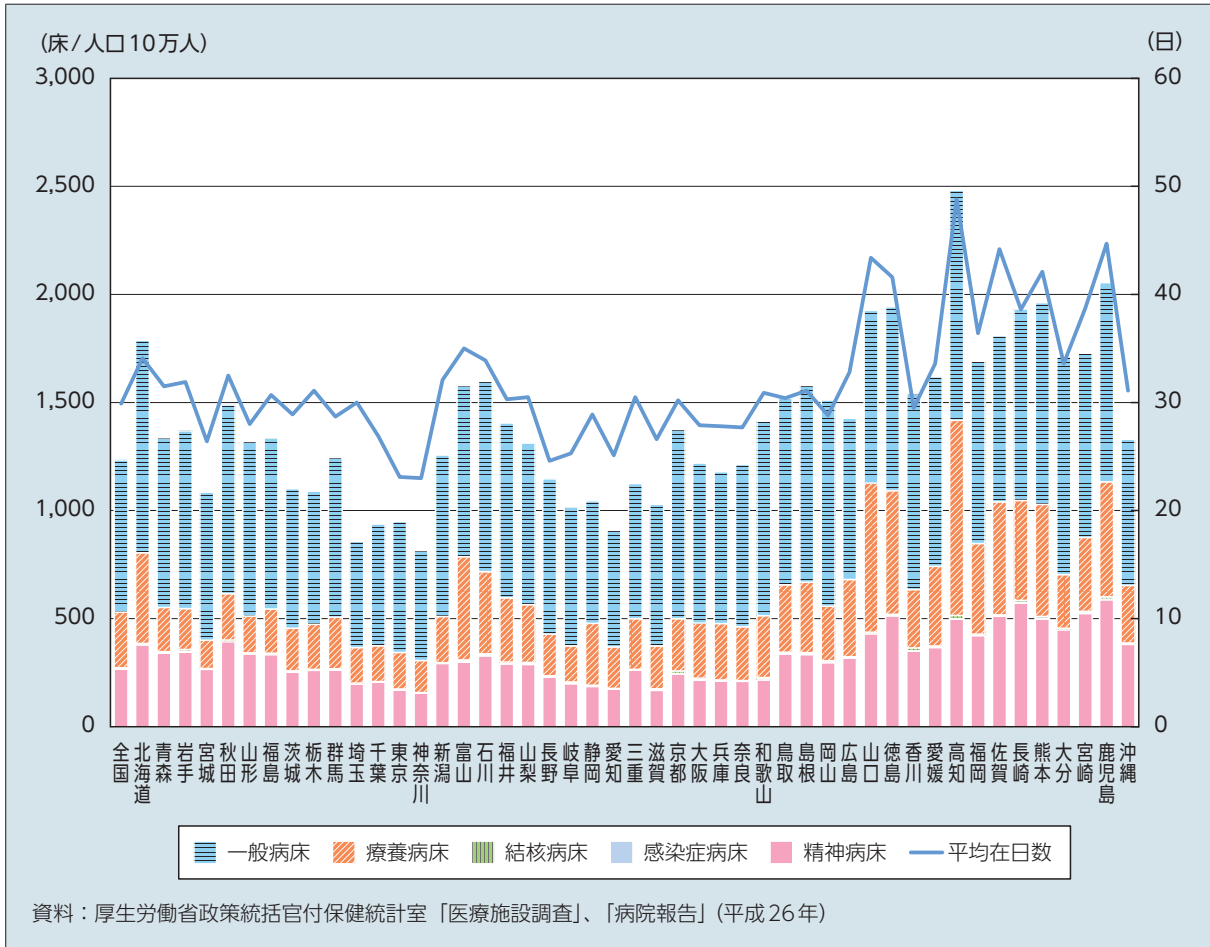
資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「医療施設調査」（平成8年～平成26年）
 （注）2008年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

(2) 病床数と平均在院日数

(人口10万人当たりの病院病床数と病院平均在院日数は都道府県によってばらつきがある)

人口10万人当たりの病院病床数と病院平均在院日数を示したのが図表3-2-2である。これを見ると、人口10万人当たりの病院病床数、病院平均在院日数ともに都道府県ごとにばらつきがあることがわかるが、両者は概ね相関関係にあると言える。人口10万人当たりの病院病床数については、最多は高知県（2482.4床）、最小は神奈川県（814.9床）であり、病院平均在院日数については、最多は高知県（48.8日）、最短は神奈川県（23.0日）である。全国的な傾向としては、東日本に比べ西日本の方が、人口10万人当たりの病院病床数が多く、病院平均在院日数も長くなる傾向がおおむね見てとれる。

図表3-2-2 人口10万人当たり病院病床数、病院平均在院日数

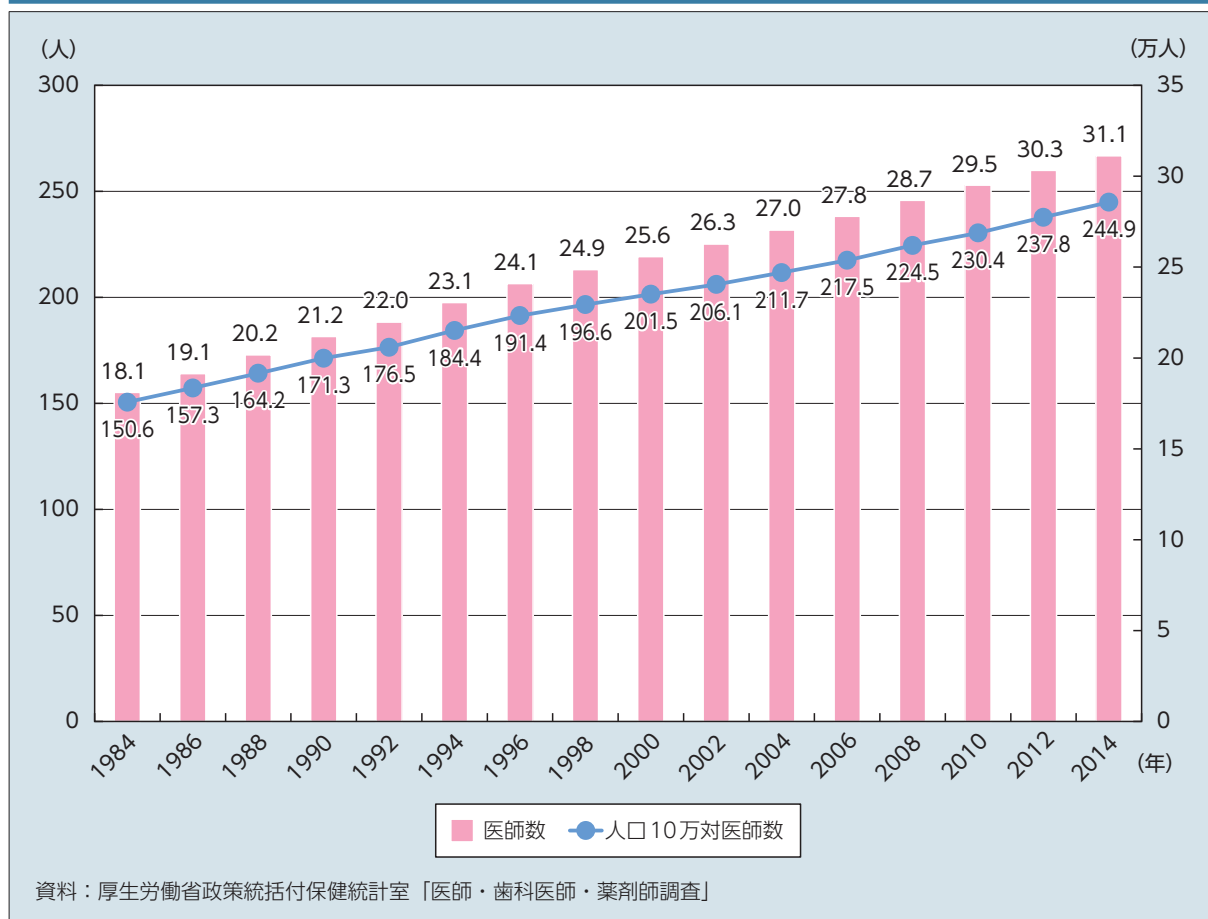


(3) 医師数

(医師数は毎年増加してきている)

近年、医師国家試験の合格者は毎年7,500人～8,000人程度であり、死亡等を除いても、医師数は毎年4,000人程度増加し、2014（平成26）年では31.1万人となっている。人口10万人に対する医師数の年次推移をみても、医師数は年々増加しており、2014年では244.9人と20年前の1.3倍程度となっている（図表3-2-3）。また、医学部定員は2007（平成19）年度は7,625人であったが2016（平成28）年度には過去最大の9,262人まで増員している。

図表3-2-3 医師数、人口10万対医師数の年次推移

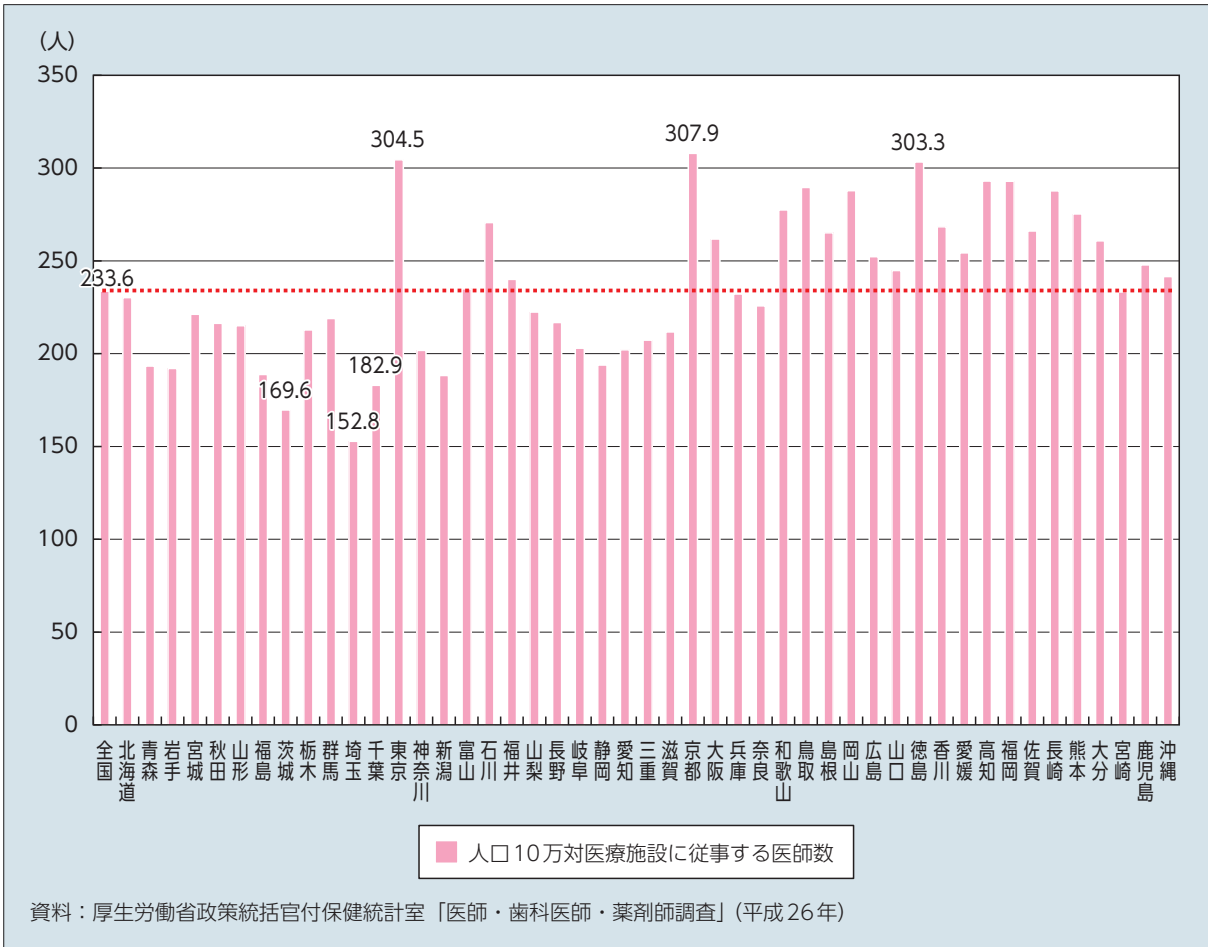


(都道府県ごとの状況と地域の医師確保対策について)

一方で、都道府県ごとの状況について見ると、人口10万人に対する医療施設に従事する医師数が多い都道府県は、京都府（307.9人）、東京都（304.5人）、徳島県（303.3人）である。一方で、埼玉県（152.8人）、茨城県（169.6人）、千葉県（182.9人）等では全国平均（233.6人）よりも少なくなっている（図表3-2-4）。地域によっては、一層の医師の確保を必要とするところもあることから、特定の地域や診療科での勤務を条件とした「地域枠」を活用した医学部入学定員の増員や、地域における医師の偏在解消などを目的とした都道府県での「地域医療支援センター」の設立等により、地域の医師確保対策を進めている。

このような医師をはじめとする確保対策を講ずる中でも、未だに医師の地域偏在等が解消されていないとの指摘があることから、現在、医療従事者の需給を見通しつつ、その確保策・地域偏在対策等を検討している。（詳しくは、第4章第3節に記載）

図表3-2-4 人口10万対医療施設に従事する医師数の分布



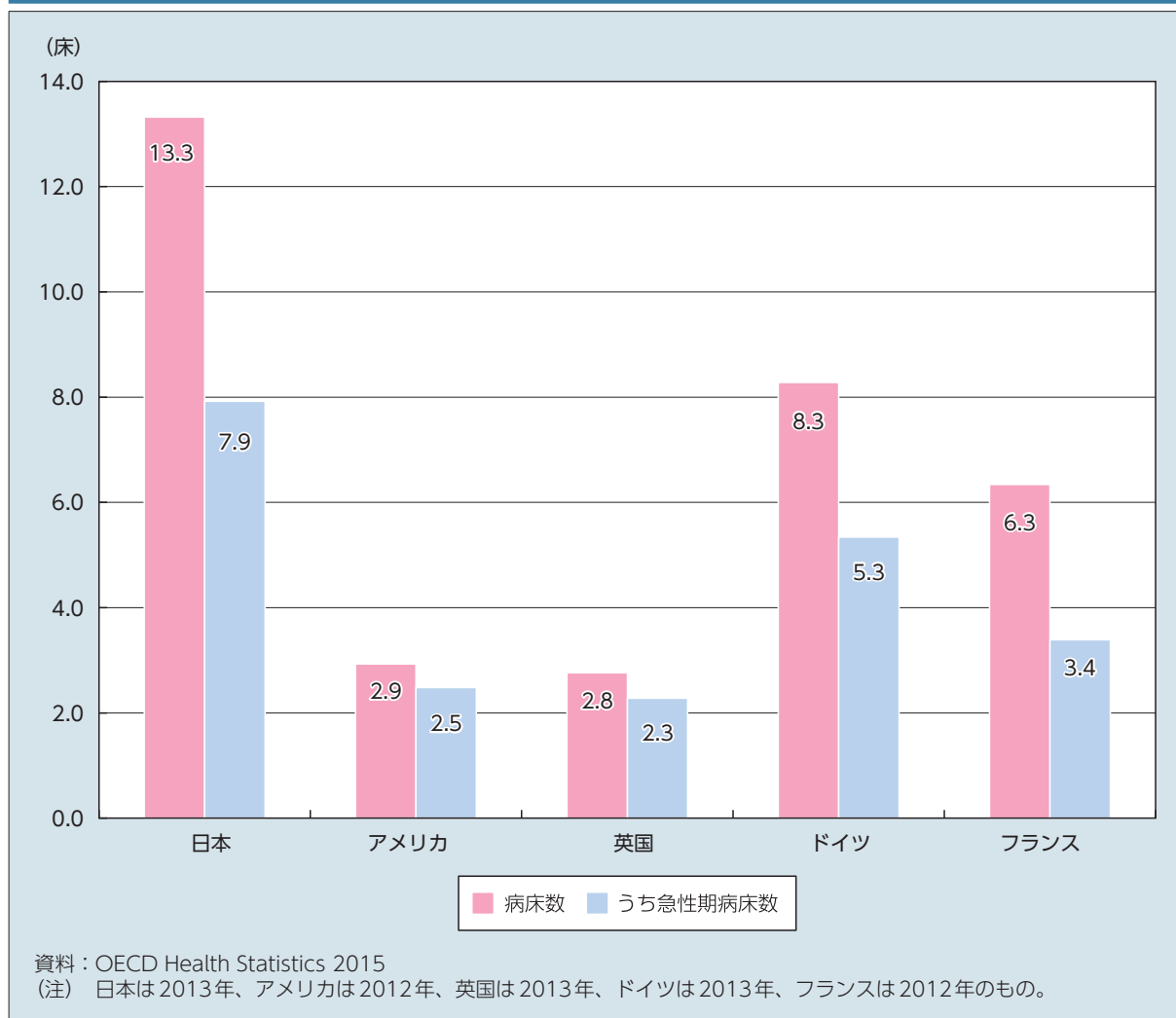
3 国際比較による我が国の医療提供体制の現状

(1) 病床数

(総病床数・急性期医療病床数ともに多い)

人口1,000人当たりの総病床数・急性期医療病床数について、我が国では、人口1,000人当たりの総病床数は諸外国と比べて多く、1.6倍～4.8倍となっている。また、急性期医療病床数についても同様の傾向が見られ、諸外国の1.5倍～3.4倍となっている。(図表3-2-5)。

図表3-2-5 人口1000人当たり病床数の国際比較



(2) 医療従事者数

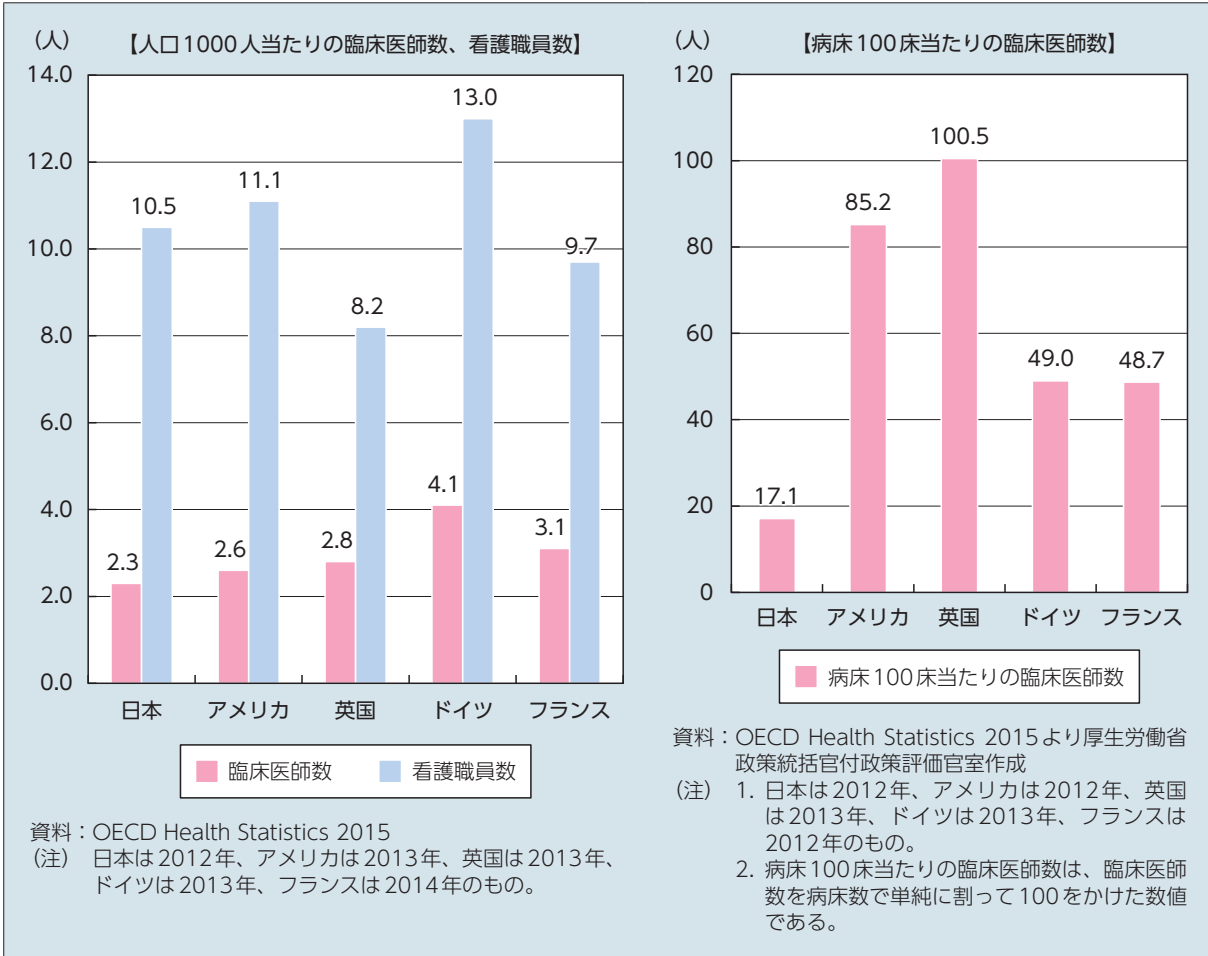
(諸外国と比較して人口当たりの臨床医師数及び病床当たりの臨床医師数は少ない状況)

我が国の人口1,000人当たりの臨床医師数は2.3人（2012年）であり、ドイツの4.1人（2013年）、フランスの3.1人（2014年）など諸外国と比較して少ない。一方で、我が国の人口1,000人当たりの看護職員数は10.5人（2012年）であり、アメリカ11.1人（2013年）と同程度の水準にある。

一方で、病床100床当たりの臨床医師数は17.1人（2012年）であり、アメリカ85.2人（2012年）、英国100.5人（2013年）、ドイツ49.0人（2013年）、フランス48.7人（2012年）と比べて大幅に少ない状況にある（[図表3-2-6](#)）。

図表3-2-6

人口1000人当たりの臨床医師数、看護職員数、病床100床当たりの臨床医師数の国際比較



4 医療計画制度

(1) 制度の背景

(医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指して導入)

医療計画制度とは、1985（昭和60）年の第1次医療法改正で導入された制度である。終戦後の医療資源が不足する中、我が国の医療サービスは非常に脆弱な状況にあったことから、医療施設の量的整備が目指された。公的病院の整備・充実とあわせて、医療法人制度によって民間病院の整備・充実も進み、1973（昭和48）年の老人医療費無料化による病床の増加もあって、我が国の病床数の量的な確保は1985年頃までにはほぼ達成された。

しかしながら、全国規模での量的な整備が進む一方で、地域的な偏在が見られたことから、地域における体系立った医療体制の実現を目指すため、1985年の第1次医療法改正により、都道府県ごとに医療計画を策定する制度が導入された。

(2) 制度内容

(都道府県ごとに概ね5年に1度改正され、医療圏を定めるほか、五疾病五事業ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を記載し、地域の医療連携体制の構築を図るもの)

医療計画とは、医療法の規定に基づき都道府県が策定する計画である。都道府県は、厚生労働大臣が定める医療提供体制の確保に関する基本方針に即して、かつ、地域の実情を

踏まえて、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「医療計画」を定めることとされている。概ね5年に1回改正され、多くの都道府県の現行計画では、2013（平成25）年度～2017（平成29）年度を計画期間としている。

医療計画では、病床の整備を図るべき地域的単位として医療圏を定めることとされており、病院等における一般的な入院医療を提供する二次医療圏（多くの場合、複数の市町村を束ねた範囲）、専門的かつ特殊な保健医療サービスを提供する三次医療圏（多くの場合、都道府県単位）を設定している。さらに、病床の種別ごとに基準病床数を算定し、既存病床数が基準病床数を超える地域から下回る地域へ誘導することを通じて病床の地域的偏在を是正することとしている。

また、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、2006（平成18）年の第5次医療法改正により、生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病である、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病という4疾病（2012（平成24）年より精神疾患が加わり5疾病）による類型や、医療の確保に必要な救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療という5事業による類型ごとに、必要な医療機能（目標、医療機関に求められる事項等）や各医療機能を担う医療機関の名称を記載するとともに、在宅医療の確保目標や病床の機能分化・連携、医療の安全の確保などの医療の質に関わる事項についても記載することとされている。

このように、地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、関係者が、自らの行っている医療内容やその連携体制に基づき将来目指していく医療について検討を進め、地域の医療連携体制の構築を図っていくこととなるほか、住民や患者に対し、地域の医療機能の理解の促進を図ることとしている。

図表3-2-7 医療計画制度について

趣旨

- 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。
- 医療提供の量（病床数）を管理するとともに、質（医療連携・医療安全）を評価。
- 医療機能の分化・連携（「医療連携」）を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業（※）及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
 ※五疾病五事業…五つの疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）と五つの事業（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））をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。
- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○二次医療圏（※）、三次医療圏の設定 ○基準病床数の算定 等
- ※国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【医療連携体制の構築・明示】

- ◇五疾病五事業ごとに、必要な医療機能（目標、医療機関に求められる事項等）と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇指標により、医療資源・医療連携に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進）。

第3節 介護保険制度

（介護保険制度は、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）

2000（平成12）年4月に社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして創設された介護保険制度は、今年で17年目を迎えた。この制度は、年をとったときに、脳梗塞などの病気やけがをして、寝たきりをはじめ身体が不自由な状態になったり、あるいは認知症を発症したりして、介護が必要になった場合に、かかった費用の1割又は2割を負担することにより、介護サービス事業者の提供するサービスを受けることができるものである。

1 介護保険制度創設の経緯

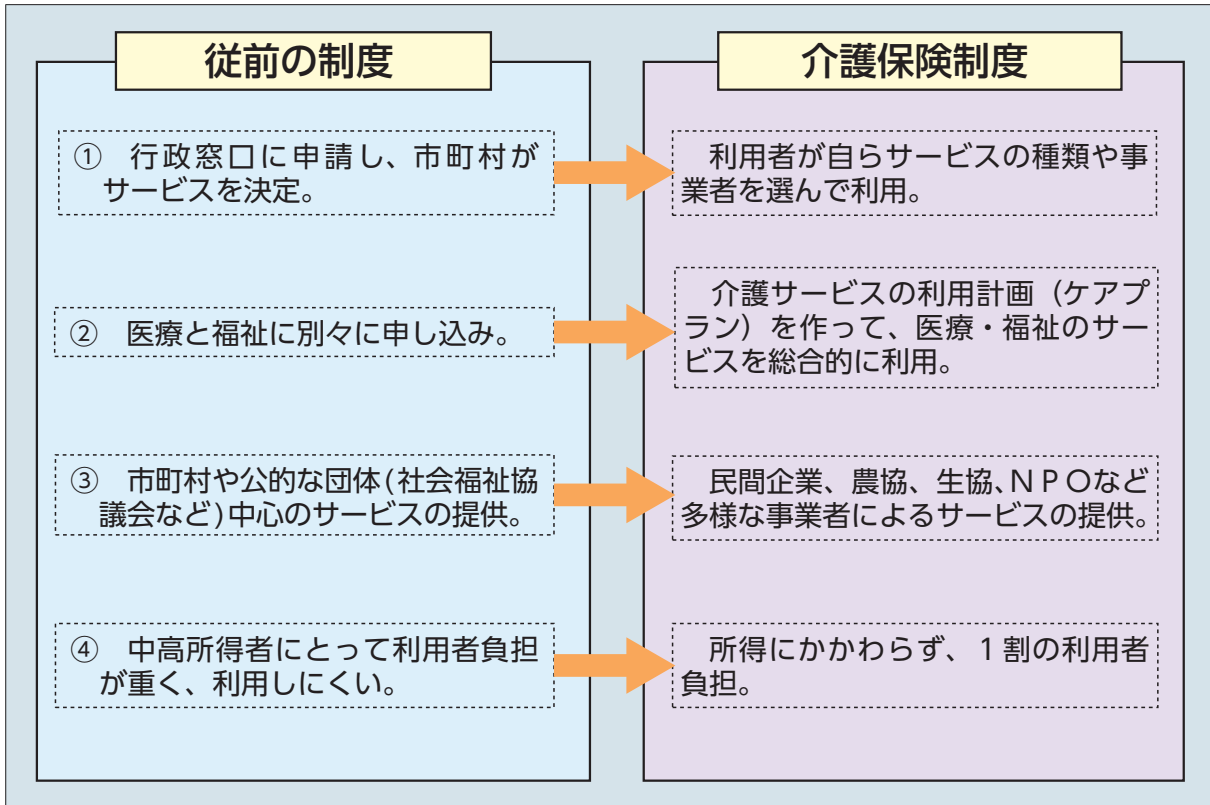
介護保険制度創設前の老人福祉政策は、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定されたことにより始まった。その前年には訪問介護（ホームヘルプサービス）事業が創設され、老人福祉法の制定により特別養護老人ホームが、1978（昭和53）年には短期入所生活介護（ショートステイ）事業が、1979（昭和54）年には日帰り介護（デイサービス）事業が相次いで創設された（図表3-3-1）。

図表 3-3-1 介護保険制度創設前の老人福祉・老人医療政策の経緯

年 代	高齢化率	主 な 政 策
1960年代 老人福祉政策の始まり	5.7% (1960)	1962 (昭和37) 年 訪問介護 (ホームヘルプサービス) 事業の創設 1963 (昭和38) 年 老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホームの創設、訪問介護の法制化
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970)	1973 (昭和48) 年 老人医療費無料化 1978 (昭和53) 年 短期入所生活介護 (ショートステイ) 事業の創設 1979 (昭和54) 年 日帰り介護 (デイサービス) 事業の創設
1980年代 社会的入院や寝たきり 老人の社会的問題化	9.1% (1980)	1982 (昭和57) 年 老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1987 (昭和62) 年 老人保健法改正 (老人保健施設の創設) 1989 (平成元年) 年 消費税の創設 (3%) ゴールドプラン (高齢者保健福祉推進十か年戦略) の策定 ◇施設の緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 ゴールドプランの推進 介護保険制度の導入準備	12.0% (1990)	1990 (平成2) 年 福祉8法改正 ◇福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画 1992 (平成4) 年 老人保健法改正 (老人訪問看護制度創設) 1994 (平成6) 年 厚生省に高齢者介護対策本部を設置 (介護保険制度の検討) 新ゴールドプラン 策定 (整備目標を上方修正) 1996 (平成8) 年 介護保険制度創設に関する連立与党3党 (自社) 政策合意 1997 (平成9) 年 消費税の引上げ (3%→5%) 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の実施	17.3% (2000)	2000 (平成12) 年 介護保険法施行

当時の老人福祉政策は、市区町村がサービス内容を決定する、いわゆる措置（行政処分）としてサービスを提供していたため、利用者自身がサービスを選択することがしにくかった。また、利用に当たっては所得調査が必要であるため、多くの人にとっては心理的抵抗があって利用しづらく、また、本人と扶養義務者の収入に応じた費用徴収があり、中高所得者層の負担が重いものとなっていた（図表3-3-2）。

図表3-3-2 介護保険制度と従前の制度との違い



こうした中で高齢化は進展し、1960年には5.7%であった高齢化率は、1980年には9.1%、1990年には12.0%となり、要介護高齢者の増加に伴って、介護ニーズはますます増大した。加えて、介護期間の長期化、核家族化の進行、介護する家族自身の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化し、従来の老人福祉制度による対応には限界が出てきた。

そこで、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとしての介護保険制度を創設することとし、2000（平成12）年に介護保険法が施行された。

制度の基本的な考え方は、自立支援、利用者本位、社会保険方式の3つである。具体的には、自立支援とは、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者ができるだけ自立した生活を送れるよう支援することを理念とするものである。また、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービスや福祉サービスを総合的に受けられる制度とした。さらに給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用した（図表3-3-3）。

図表 3-3-3 介護保険制度導入の基本的な考え方

【背景】

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、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。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設
1997年介護保険法成立、2000年介護保険法施行

【基本的な考え方】

- 自立支援**…単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者ができるだけ自立した生活を送れるよう支援することを理念とする。
- 利用者本位**…利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- 社会保険方式**…給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

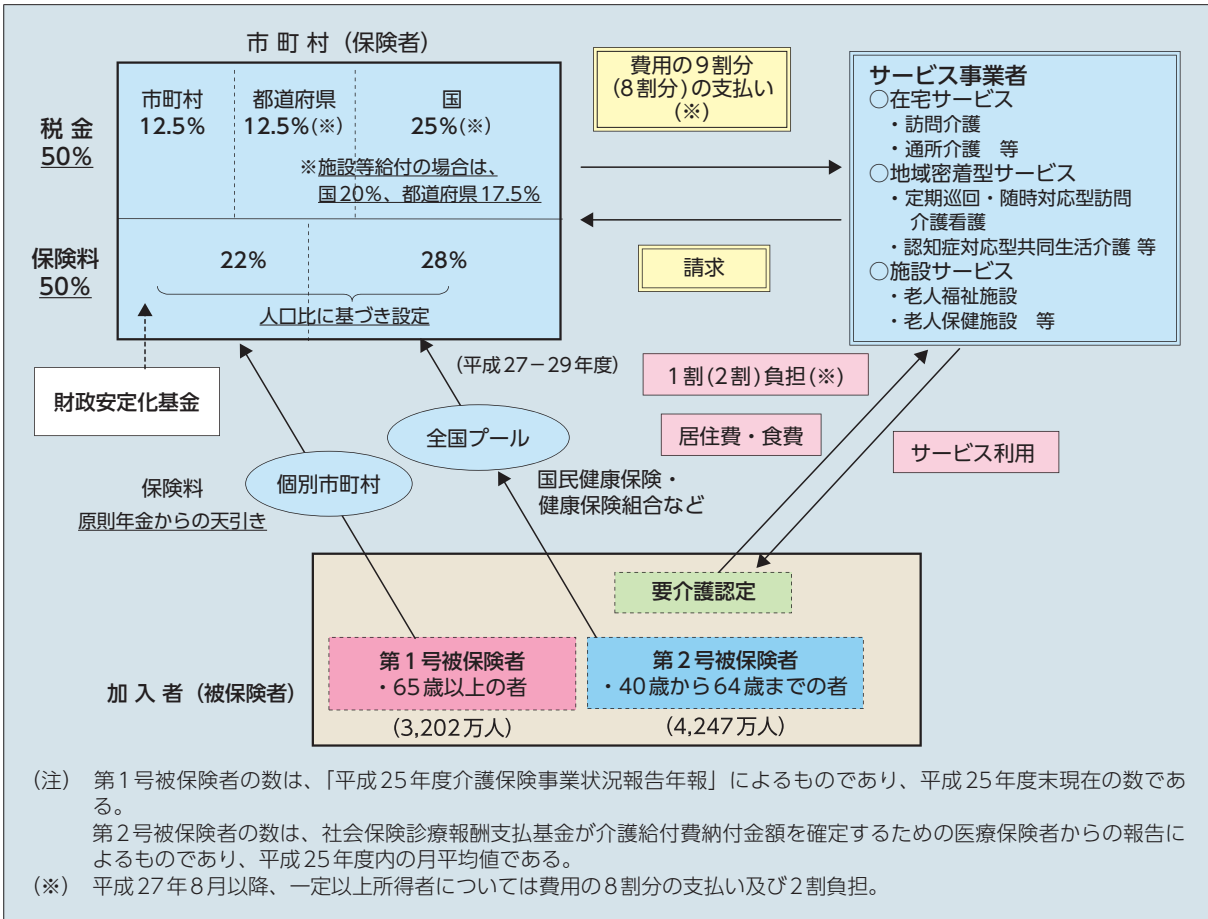
制度創設当初の2000（平成12）年は218万人であった要介護・要支援認定者数は、2014（平成26）年4月現在では586万人と約2.69倍になっており、介護保険制度は着実に社会に定着してきている。

2 介護保険制度の基本的な仕組み

(介護保険制度の財源構成)

介護保険制度は、市町村及び特別区（以下「市町村」という。）が運営主体（保険者）となり、国と都道府県は、財政面及び事務面から市町村を支援する体制となっている（[図表3-3-4](#)）。

図表 3-3-4 介護保険制度の仕組み



介護保険の財源は保険料が50%である。2016（平成28）年現在、そのうち第1号被保険者の保険料が2.1兆円で全体の22%、第2号被保険者の保険料が2.7兆円で全体の28%となっている。残りの50%は公費（国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%）で賄われている。全体の財政規模は、9.6兆円となっている。

(介護保険制度の被保険者)

介護保険制度の被保険者は、40歳以上の者が対象となり、二種類に分類される。第1号被保険者は65歳以上の者であり、第2号被保険者は医療保険に加入している40歳から64歳までの者である。介護保険サービスについては、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は特定疾病*6が原因で要支援・要介護状態となったときに、受けることができる。

(被保険者の申請に基づき市町村が要介護認定を行い、被保険者は要介護度に応じて介護サービスを選択する)

市町村は、第1号被保険者から保険料を徴収するとともに、被保険者からの申請があれば要介護認定を行う。

その認定に基づいて、ケアマネジャー（介護支援専門員）が、要介護・要支援者がその

*6 特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。1) 65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率（類似の指標を含む。）等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。2) 3～6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。

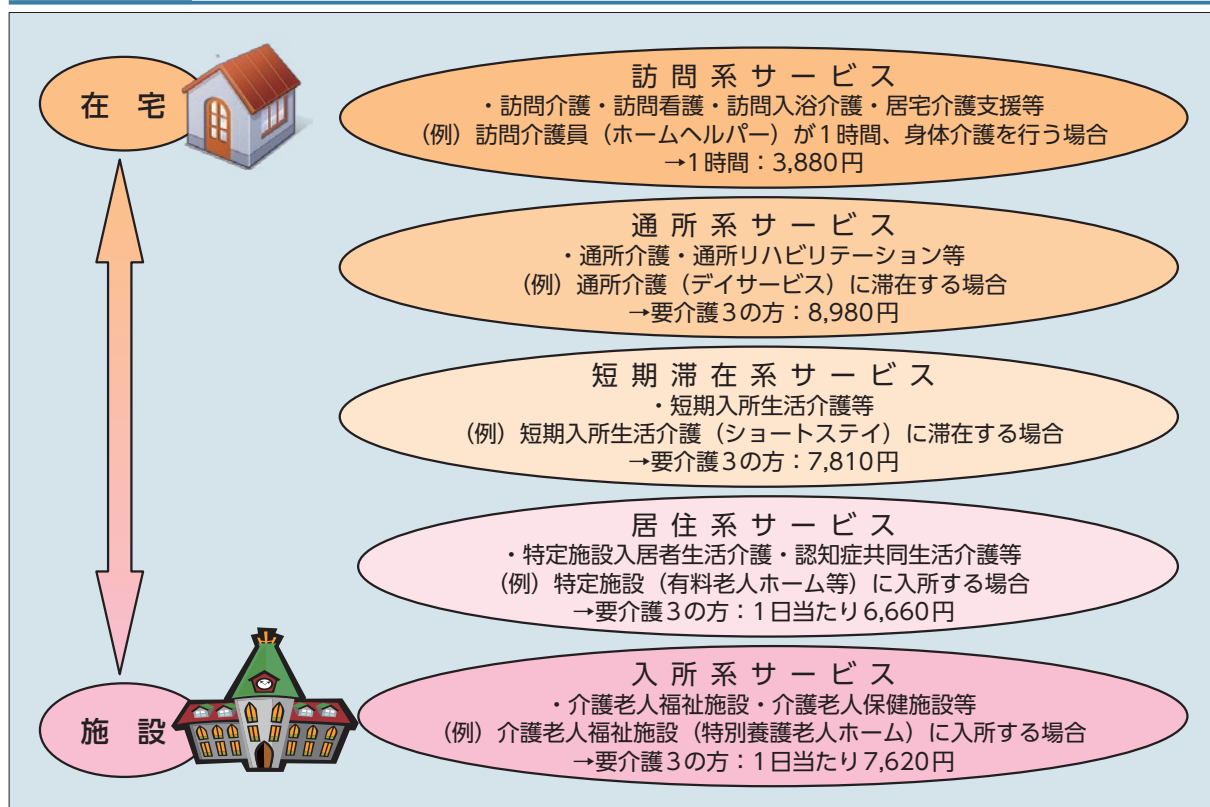
心身の状況などに応じた適切なサービスを利用できるように「介護サービスの利用計画」(ケアプラン)や「介護予防ケアプラン」を作成する。

ケアプランの作成に当たっては、それぞれの利用者の要介護度と希望に応じた介護サービスが選択される。

(介護保険サービスの種類)

介護保険サービスについては、訪問介護(ホームヘルプ)に代表される訪問系サービス、通所介護(デイサービス)に代表される通所系サービス、短期入所生活介護(ショートステイ)に代表される短期滞在系サービス、特定施設(有料老人ホーム等)に代表される居住系サービス、そして介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に代表される入所系サービスまで様々なものがある。(図表3-3-5)。

図表3-3-5 介護保険サービスの体系

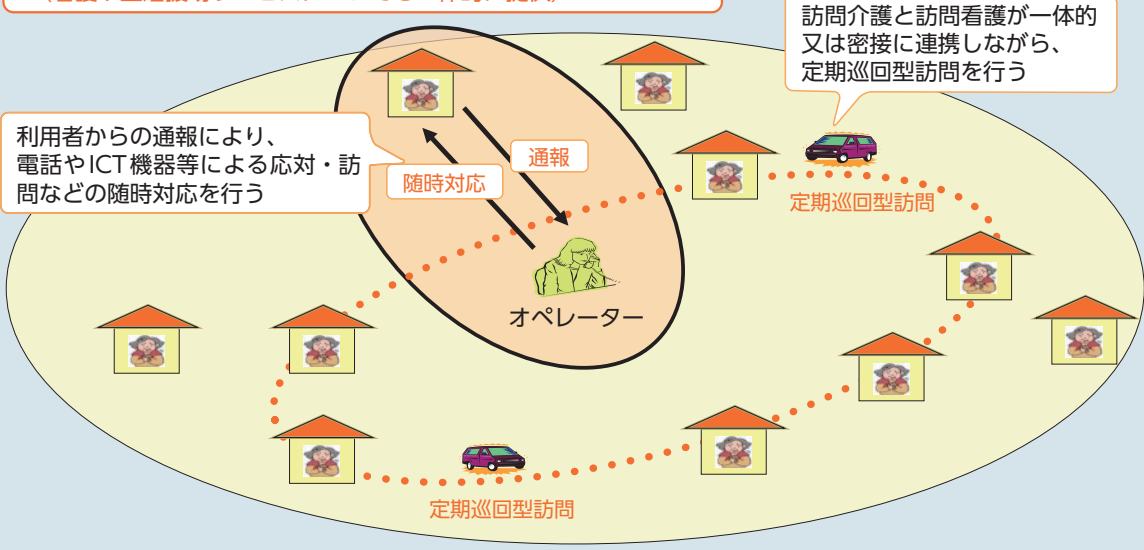


2012(平成24)年度には、単身・重度の要介護者などができる限り在宅生活を継続できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービス(看護小規模多機能居宅介護等)が新たに創設されるなど、地域包括ケアシステムの推進に向け一層のサービスの充実が図られている(図表3-3-6、図表3-3-7)。

図表 3-3-6 定期巡回・随時対応サービスの創設

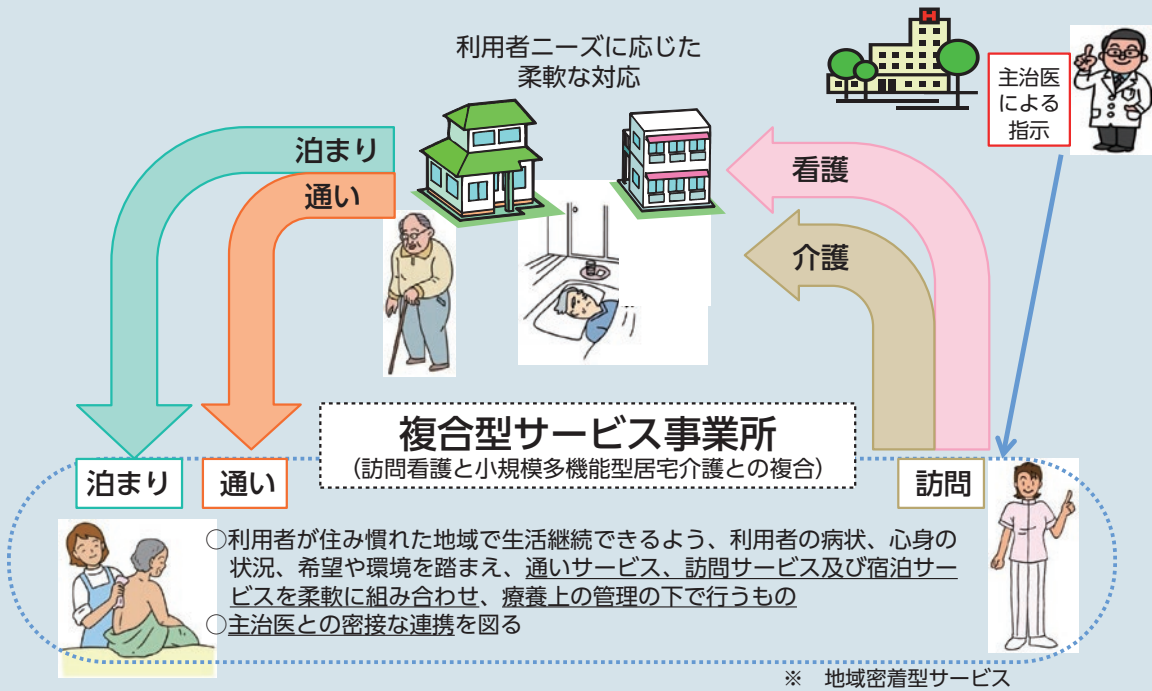
○重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



図表 3-3-7 複合型サービスの創設

○訪問看護と小規模多機能型居宅介護の複数のサービスを組み合わせた複合型サービス事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。



コラム

オランダの在宅ケア組織
～『Buurtzorg (ビュートゾルフ)』～

オランダ観光局のHPによると「オランダ人は創造的で、開放的、そして合理的」だそう。そのオランダで始まり、近年世界的に注目を集めている『ビュートゾルフ』という在宅ケア組織をここで紹介したい。

地域包括ケア先進国とも評価されるオランダだが、1990年代は暗黒の時代といわれ、「できるだけ多くのケアを教育レベルの低いスタッフに提供させれば儲かる」という誤ったインセンティブに基づくビジネスベースのケア提供が優勢となる。そこで利用者は細切れで継続性のないケアへの不満を高め、専門職は組織の論理に飲み込まれて自律とやりがいを奪われ、合併・組織再編に失敗した多くの事業者が財政破綻に陥った。

『ビュートゾルフ』(オランダ語で「コミュニティケア」の意)は、こうした中、利用者と専門職の関係性を基盤とする人間的なケアを復興すべく、看護師のJos de Blok(ヨス・デ・ブロック)氏らが、2006(平成18)年に4人の仲間たちと起業した非営利の在宅ケア組織である。利用者満足度は例年最高水準、スタッフ満足度は全産業トップ、利用者1人あたりのコストは他の在宅ケア組織の約半分で、創業から10年で急拡大、九州ほどの広さのオランダ全土で約830チーム、約9,000人の地域ナース(看護師・介護士・リハ職など。看護師が約7割を占める)が約6万人の利用者をサポート、さらに要請に応じて欧米・アジア各国で展開を計画している。

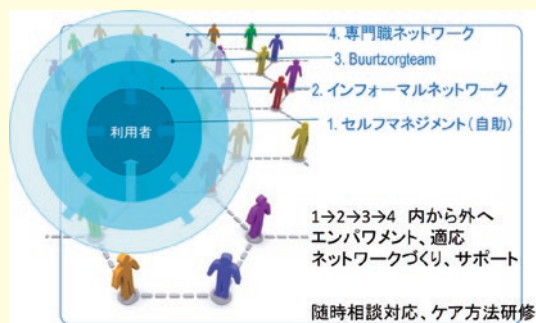
ビュートゾルフのミッション(使命)は、「自立支援」であり、利用者にとって「最善の解決策」を見出すために、利用者を利用者の持つネットワークとの協働を重視し、専門

職によるケアをできるだけ「自助(セルフマネジメント)」や「互助(インフォーマルネットワーク)」に置き換えていくことも特徴である(これをビュートゾルフでは「玉ねぎモデル」と呼んでいる)。

ビュートゾルフは、1チーム最大12人の地域ナースからなる自律型チームのネットワーク組織で、各チームは利用者、ナースの採用・教育、計画、教育、財務、イノベーション等すべてに裁量をもち、あらゆる年齢・疾患・障害の利用者に対する全人的ケアを提供、近年は地域に根ざすさまざまな予防プロジェクトにも取り組んでいる。チーム内に管理者はおらず(!)、事務職もない。完全にフラットなチームで、利用者との対話を経験・専門性の異なるナースたちが共有して振り返り、柔軟で一貫性ある統合ケアを実現している。

この自律型チームを支えるのが、わずか40人のバックオフィス(本部)と18人のコーチである。バックオフィスは報酬請求、労働契約、給与支払い、財務諸表の作成といった在宅ケア組織にとって避けがたい事務を担うとともに、ヘルプデスクとしても機能する。人事・財務・広報部門等はないシンプルな組織であり、やはりマネジャーはいない。コーチは、チームからの要請があると、担当チームを訪ねるなどして問いを投げかけ、ミッションに照らしてチーム自らが解決策に至ることを支援する。

ビュートゾルフでは、地域ナースがよりよい実践に集中し、互いに高め合うことができる仕組みとして「ビュートゾルフ・ウェブ」を構築、全スタッフがiPadを支給され、こ



玉ねぎモデル



ビュートゾルフの自律型チーム

のウェブを使っている。ビュートゾルフ・ウェブは、一般的な業務管理の機能（利用者情報、勤務時間管理など）だけでなく、事例やイノベーション等を含むナース間のナレッジを共有する「コミュニティ」、自分のチームのケアの提供状況を全体と比較して振り返ることができる「チームコンパス」、オマハシステム¹に基づきアセスメント・目標設定・ケアプラン作成・アウトカムのモニタリングを行う「クライアントコンパス」といった機能を擁する。ビュートゾルフ・ウェブの活用によるケアの質と生産性に関するアカウントビリティの徹底が、オランダ政府や様々なステークホルダーがビュートゾルフモデルを支援する基盤となっている。

2010年以降、ビュートゾルフと我が国の交流が重ねられ、一般財団法人オレンジクロスが事務局となり、2015（平成27）年2月から「地域包括ケアステーション実証・開発

プロジェクト」が行われた。住み慣れた地域でのその人らしい暮らしの継続を支える持続可能な地域ケアの実現をミッションに、ビュートゾルフと全国の地域包括ケアにかかわる参加主体が対話を重ね、玉ねぎモデルに基づき、生涯を通じて看護・介護・予防・リハビリテーション・ケアマネジメント・医療を統合的に提供するフラットなチームの開発に取り組んだ。この原稿の執筆時点ではまだプロジェクトは終了していないが、その成果は注目されている。

参考文献1：『訪問看護と介護』（医学書院）
2014年6月号「特集
Buurtzorgとの邂逅：何を学び、どう活かすのか」

参考文献2：『訪問看護と介護』（医学書院）
2016年5月号「特集 日本版ビュートゾルフ 始動！」

¹ 1970年代に、アメリカのネブラスカ州オマハの訪問看護協会等が中心となって開発した地域看護活動の標準分類方式。看護診断（問題分類）→介入分類→アウトカム評定からなる体系を持つ。