

## 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

我が国の医療・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2000（平成12）年に創設され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。一方、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、これに併せて必要な医療・介護ニーズが変化するなど、医療・介護の提供体制を取り巻く環境は大きく変化している。

いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025（令和7）年にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、2040（令和22）年に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

全国で見れば、65歳以上人口は2040年を超えるまで、75歳以上人口は2050（令和32）年を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や1人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は2025年まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035（令和17）年頃まで一貫して増加する。また、外来患者数は2025年頃、入院患者数は2040年頃、在宅患者数は2040年以降に最も多くなる。

一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。

生産年齢人口が減少していく中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なる。こうした地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。その際、中山間地域や離島では、地理的要因によって医療や介護の資源が非常に脆弱な地域も存在することに留意する必要がある。

また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。

特に、認知症への対応については、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、認知症の人やその家族の視点を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策を推進していく必要がある。

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状に応じて、安心して暮らせる住

まの確保や自立を支える生活支援、疾病予防・介護予防等との連携も必要である。

このように、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・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 地域医療介護総合確保基金

「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、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)を創設し、各都道府県に設置している。都道府県は、「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)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されることとなっており、基金が有効に活用されるよう取り組んでいくこととしている。

また、総合確保方針については、医療介護総合確保促進会議で議論を行い、2023(令和5)年3月に改正を行った。改定した総合確保方針では、基本的な方向性として、①「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築、②サービス提供人材の確保と働き方改革、③限りある資源の効率的かつ効果的な活用、④デジタル化・データヘルスの推進、⑤地域共生社会の実現の5つを示した。

さらに、総合確保方針の別添として、今後、高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として、現時点で想起し得るものを患者・利用者など国民の目線で描いた「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」をとりまとめた。

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならないことを示した。

- ①医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- ②地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- ③健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

## 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、都道府県間及び都道府県内の医師の地域的な偏在、及び診療科間の偏在の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。

さらに、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大の経験を踏まえて、新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の構築も求められている。

#### (1) 第8次医療計画の策定に向けた取組

都道府県は、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、国の定める基本方針に即し、地域の実情を踏まえつつ、「医療計画」を策定している。

医療計画においては、五疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、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、医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行うことでPDCAサイクルを推進することとしている。

2021（令和3）年6月より「第8次医療計画等に関する検討会」において、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号。以下「令和3年改正法」という。）により、新たに五事業の1つとして追加された新興感染症発生・まん延時における医療を含め、第8次医療計画（2024（令和6）年度～2029（令和11）年度）の策定に向けた検討を開始した。2022（令和4）年12月における同検討会のとりまとめを踏まえ、2023（令和5）年3月31日に医療提供体制の確保に関する基本方針等の改正を行った。第8次医療計画を策定する際には、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題に対応するとともに、人口構造の変化への対応を図ることとし、第7次計画期間中に追加した「医師確保計画」、「外来医療計画」（計画期間はいずれも3年間）についてもそれぞれのガイドラインに基づき第8次医療計画の策定と併せて見直しを行い、その際、二次医療圏の設定について先行して議論を行うこととしている。

また、新興感染症発生・まん延時における医療を含む五疾病・六事業及び在宅医療については、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要であり、施策の検討及び評価の際にはロジックモデル等のツールの活用を検討することとしている。

新興感染症発生・まん延時における医療については、2022年の「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」（令和4年法律第96号。以下「感染症法等改正法」という。図表8-3-3参照。）により、予め都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時にはその協定に基づいて医療を提供する仕組み等が法定化された。第8次医療計画においては、この仕組みを受け、感染症発生・まん延時においても、通常医療の提供を継続しつつ、迅速かつ適確な感染症対応を行う医療提供体制を構築していけるよう、2023年3月の同検討会における、医療機関との協定締結等を円滑に進めるための意見のとりまとめも踏まえ、2023年5月に医療計画作成指針等を示し、2024年4月からの施行に向けて都道府県及び医療機関において準備を進めている。

## (2) 地域医療体制の整備

### 1 救急医療

救急医療体制については、初期救急、入院を要する救急（二次救急）、救命救急（三次救急）を体系的に整備するとともに、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長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる二次救急医療機関の確保に対する支援、③急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進する



ためのコーディネーターの配置に対する支援等を行っている。さらに、第8次医療計画においては、増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化することとしている。

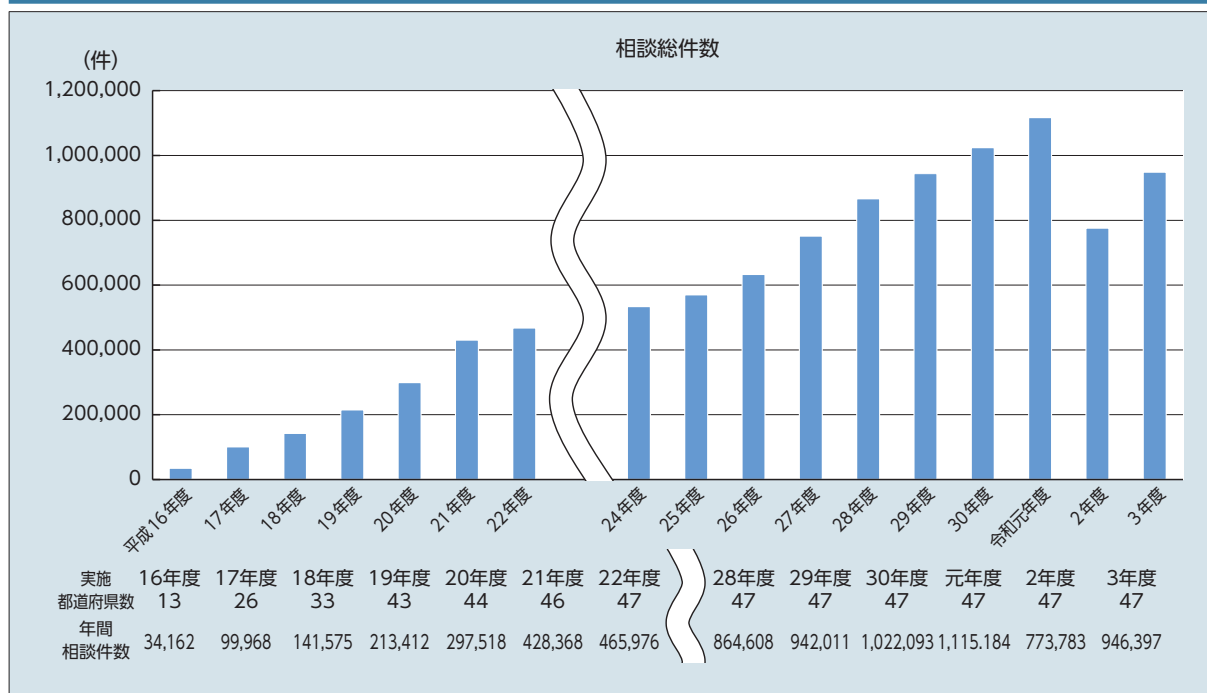
また、救急患者の搬送・受入れがより円滑に行われるよう、各都道府県において、救急患者の搬送及び医療機関による当該救急患者の受入れを迅速かつ適切に実施するための基準を策定している。さらに、ドクターヘリを用いた救急医療提供体制を全国的に整備するため、補助事業を行っており、2023（令和5）年3月末現在、46都道府県で56機のドクターヘリが運用されている。

### 2 小児医療

小児医療については、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、小児科医等が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、地域医療介護総合確保基金を活用して支援している。また、同事業の相談対応者の対応技術向上を目的とした研修の実施による事業の質の維持・向上や、相談内容等の情報を収集して、分析し、結果を広報することで、病気、けが等の対処について保護者等への啓発を行っている。さらに、第8次医療計画においては、小児医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ医療機関の集約化・重点化を進めること、医療的ケア児も含めた小児医療体制を構築することとしている。

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。

図表7-2-1 # 8000相談実績（平成16年度～令和3年度）



### 3 周産期医療

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。厚生労働省では、周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室（MFICU\*<sup>1</sup>）、新生児集中治療室（NICU\*<sup>2</sup>）に対する支援等を行うほか、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、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。また、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・技能維持を目的とした研修を実施している。

さらに、第8次医療計画においては、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進めること、ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進めることとしている。

### 4 災害医療

災害時における医療対策として、災害拠点病院の整備（2022（令和4）年4月1日現在765か所）、災害派遣医療チーム（DMAT\*<sup>3</sup>）の養成等を進めてきた（2022年4月1日現

\* 1 MFICU：[Maternal Fetal Intensive Care Unit] の略。

\* 2 NICU：[Neonatal Intensive Care Unit] の略。

\* 3 DMAT：[Disaster Medical Assistance Team] の略。災害拠点病院等において、原則4名の医師・看護師等により構成され、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、被災地内の病院の支援等を行うもの。出動の際には、独立行政法人国立病院機構本部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。

在1,754チームが研修修了)。また、災害時に様々な救護班の派遣調整業務等を行う地域の医師等（災害医療コーディネーターや災害薬事コーディネーター）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、都道府県単位に加えて、地域単位で実施する研修を支援している。さらに、災害時における医療機関の被災情報や活動状況など災害医療に関わる情報を提供・収集・共有するため、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）を整備している。



2017（平成29）年度から業務継続計画（BCP）策定の促進を目的とした研修を実施し、これまでに1,129医療機関、1,915名が受講している（2022年4月1日現在）。また、近年の全国各地における台風や豪雨等による被災状況を踏まえ、2022年度において災害拠点病院の指定要件に浸水対策を講じることを位置づけた。

2022年度からは、DMAT研修に感染症専門医等が監修した内容を盛り込むなど研修の充実を進めるとともに、2022年の感染症法等改正法により、DMAT研修などを受けた医師・看護師等について、「災害・感染症医療業務従事者」として医療法に位置づけ、国による研修及び訓練等の支援の規定を設けた。

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<sup>\*4</sup>）の養成を進めている。2023年3月に一部改正した「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れ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進めている。

## 5 へき地・離島医療対策

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とともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用することで、へき地保健医療体制の構築に取り組むこととしている。

### (3) 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、人生の最期まで自分らしい生活を続けることができるように支援する在宅医療提供体制の構築が望まれている。

厚生労働省では、2022（令和4）年度の「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」において、在宅医療の体制構築に関する見直しの方向性を取りまとめ

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

た。具体的には、第8次医療計画において、適切な在宅医療の圏域を設定し、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置づけ、在宅医療における各職種の関わりを明確化するなど、今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進めることとしている。また、在宅医療の体制整備に対する支援としては、地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療の体制構築に必要な事業に対し財政的な支援を実施している。さらに、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中心となって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。

#### （4）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・ケアについて、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、本人による意思決定を基本として行われるようにするため、厚生労働省では、「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」報告書を踏まえ、「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<sup>\*5</sup>の概念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、当該報告書に基づき、ACPの愛称を一般公募し「人生会議」に決定、11月30日を「人生会議の日」とし、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、国民向けの普及・啓発を進めている。2022（令和4）年度には「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」を実施した。

#### （5）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、2014（平成26）年6月に成立した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、長期的に継続する人口構造の変化を見据えつつ、将来の医療需要に見合ったバランスのとれた医療機能の分化・連携の議論・取組みを進めるため、まずは、団塊の世代が75歳以上となり、高齢者が急増する2025（令和7）年の医療需要と病床の必要量について地域医療構想として策定し、医療計画に盛り込むこととした。

これまで、地域医療構想の実現に向けて、厚生労働省より、公立・公的・民間を問わず、各医療機関において、地域医療構想を踏まえた具体的対応方針の策定や、国において診療実績を分析した上で、都道府県を通じ、公立・公的医療機関等に対し、具体的対応方針の再検証等について要請をしてきた。

併せて、病床機能の分化・連携に関する地域での議論を進めるため、国として以下のよ

\*5 ACP：「Advance Care Planning」の略。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

うな支援を行っている。

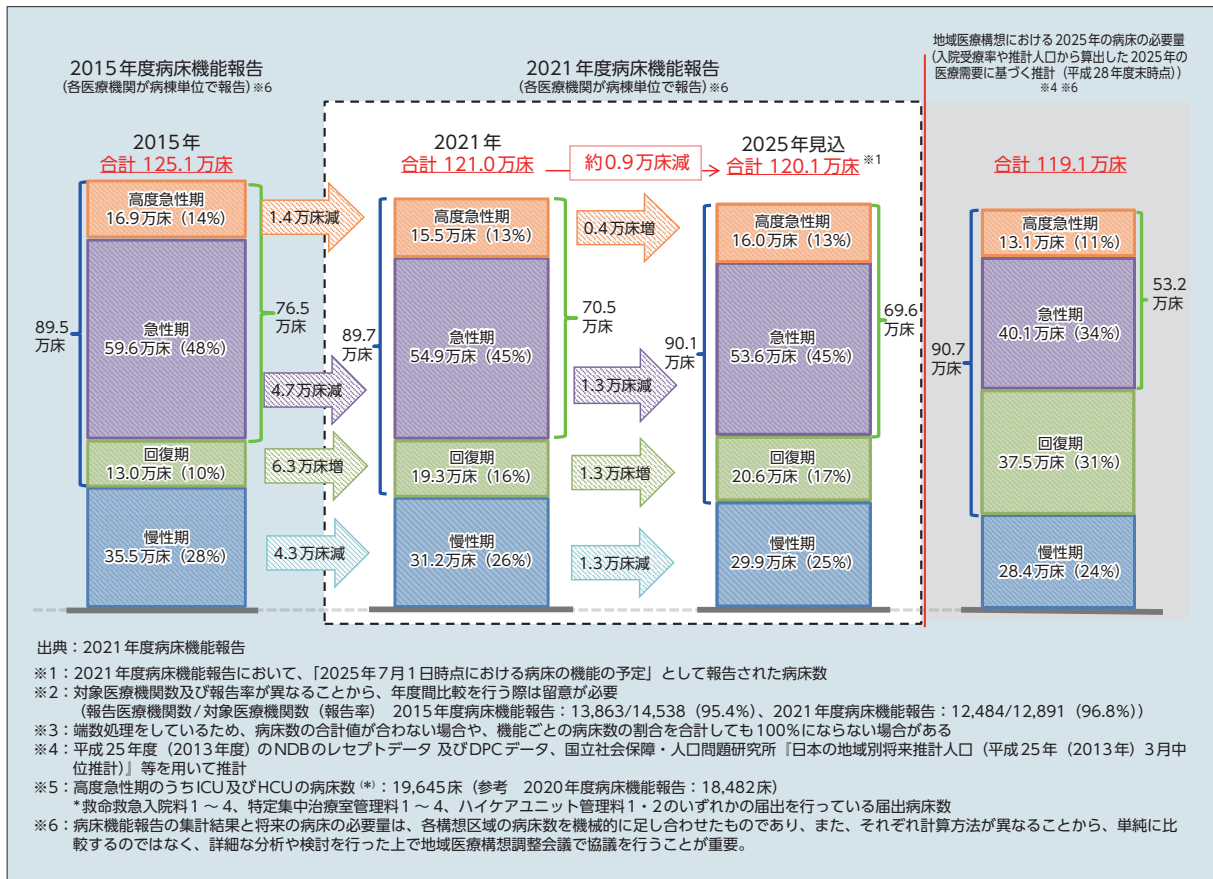
- ①国による助言や集中的な支援を行う「重点支援区域」を選定し、積極的に支援を行っており、直近では、2023（令和5）年3月に6回目の選定を行い、2023年3月末現在までに、13道県19区域を選定している。
- ②2020（令和2）年度に、病床機能の再編や統合を進める際に生じうる、雇用や債務承継などの課題を支援するため、「病床機能再編支援事業」を新たに措置し、当該事業について2021（令和3）年度以降も、地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、全額国庫負担の事業として実施している。
- ③複数医療機関の再編・統合に関する計画（再編計画）について、厚生労働大臣が認定する制度を2021年に創設し、租税特別措置法改正により、認定を受けた再編計画に基づき取得した不動産に関する登録免許税を軽減している。また、2022（令和4）年の地方税法改正により不動産取得税を軽減している。
- ④2023年より、地域医療提供体制の構築等について、都道府県が主体的にデータを分析し、施策の企画・立案体制の強化に資することを目的とした事業を実施し、地域医療構想に係る対応方針の策定等の推進に当たって、都道府県における各地域の実情に応じたデータ分析を企画、立案できるデータ分析体制の構築を支援している。

また、2022年3月に各都道府県に対し、第8次医療計画の策定と併せて、2022年度及び2023年度に、民間医療機関等も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うこととし、その際、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮すること等を求めた。

さらに、2021年6月より開催した「第8次医療計画等に関する検討会」及び「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」での議論を踏まえ、2022年12月に同検討会で取りまとめられた報告書では、地域医療構想については、これまでの基本的な枠組みを維持しつつ、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて推進することとし、策定率や地域医療構想調整会議の実施状況について公表を行う等、着実に取組を推進するとともに、2025年以降の在り方については、2023年度及び2024（令和6）年度において、中長期的課題について整理し、検討することとした。



図表7-2-2 2021年度病床機能報告について



外来機能の明確化・連携については、2020年の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担などの課題が生じていることが指摘され、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要があるとされた。これを踏まえ、医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告し、地域の協議の場で外来機能の明確化・連携に向けて協議を行い、医療資源を重点的に活用する外来(紹介受診重点外来)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)として明確化することなどを内容とする改正法案が2021年5月に成立した(令和3年改正法)。同年7月より「外来機能報告等に関するワーキンググループ」において、外来機能報告の報告項目や紹介受診重点医療機関について国の定める基準、地域における協議の場の運営などについて議論が行われ、2022年3月に「外来機能報告等に関するガイドライン」がとりまとめられ、2022年度に外来機能報告制度が開始された。また、同年の「第8次医療計画等に関する検討会」の議論において、都道府県は外来機能報告などにより入手可能なデータを活用し、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を行うこととされた。

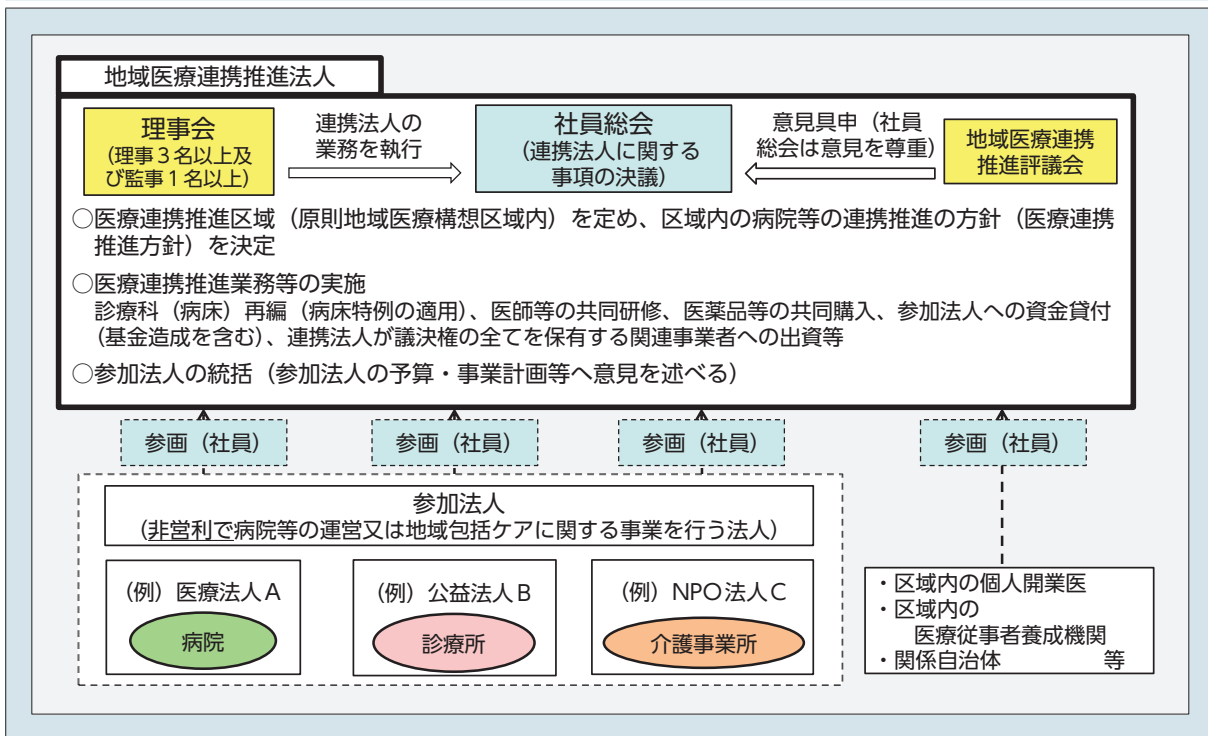
かかりつけ医機能が発揮される制度整備については、2021年の「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について検討を進めることとされたことを受け、2022年度に入り、全世代型社会保障構築会議等において議論された。2022年12月28日に社会保障審議会医療部会において取りまとめられた「医療提供体制

の改革に関する意見」を踏まえ、①国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるよう情報提供を強化すること、②医療機関に対してその機能の報告を求め、都道府県がその体制を有することを確認・公表し、これらを踏まえ地域の関係者との協議の場で必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表することを内容とする「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」を、2023年の通常国会に提出し、成立した。

## (6) 地域医療連携推進法人の認定状況

地域医療連携推進法人は、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制度である。地域医療連携推進法人の取組の実施状況については、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され、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、2023（令和5）年4月1日現在、全国で34法人が認定を受けている\*6。少子高齢化の進展や医療の担い手の減少、今般のコロナ対応における課題等も踏まえ、地域における限りある医療資源や人的資源の有効活用等の観点から、2023年5月12日に成立した、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和5年法律第31号）において、制度の見直しを行った（2024（令和6）年4月1日施行）。具体的には、個人立の医療機関等が地域医療連携推進法人に参加できる仕組みを導入すること、出資や貸付を行わない場合には外部監査等を不要とすること、また、地域医療連携推進法人の代表理事再任時の手続きを緩和することとしている。

図表 7-2-3 地域医療連携推進法人制度の概要（現行制度）



\*6 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>

## (7) 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地域医療再生基金の積み増しを行い、復興への取組みを支援した（被災3県及び茨城県の地域医療再生基金（2011～2015年度における予算総額）1,272億円）。

原子力災害からの復興が長期化する福島県に対しては、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、2021（令和3）年度、2022（令和4）年度及び2023（令和5）年度予算において、当該基金を追加で積み増すことで、医療関連の復興に向けた取組みを引き続き支援している（福島県の地域医療再生基金（2017～2023年度における予算総額）343億円）。

## (8) 医療安全の確保

### 1 医療安全支援センターにおける医療安全の確保

医療安全支援センターは都道府県、保健所設置市及び特別区に計396か所（2022（令和4）年11月1日現在）設置されており、医療に関する苦情・心配や相談に対応するとともに、医療機関、患者・住民に対して、医療安全に関する助言及び情報提供を行っている。医療安全支援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<sup>\*7</sup>。

第8次医療計画では、医療安全支援センターにおける相談対応の質の向上を図るための相談職員の研修受講の推進や、医療安全推進協議会の開催等による地域の医療提供施設や医療関係団体との連携、協力体制の構築の推進等を行う。

### 2 医療機関における安全確保の体制整備

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おり、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 医療事故調査制度

2015（平成27）年10月に開始した医療事故調査制度は、医療事故の再発防止に繋げ、医療の安全を確保することを目的とし、

- ①医療事故（医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者が死亡又は死産を予期しなかったもの）が発生した医療機関（病院、診療所又は助産所）が、医療事故調査・支援センター<sup>\*8</sup>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

<sup>\*7</sup> 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 <https://www.anzen-shien.jp/>

<sup>\*8</sup> 医療事故調査・支援センター：医療事故が発生した病院等の管理者が行う医療事故調査への支援、報告により集積した情報の整理及び分析等を行うことにより医療の安全の確保を目的とする一般社団法人又は一般財団法人として、医療法第6条の15に基づいて厚生労働大臣が指定する第三者機関。一般社団法人日本医療安全調査機構が医療事故・調査支援センターとしての指定を受けている（2015年8月17日付け厚生労働省告示第348号）。

立場である医療事故調査・支援センターにおいて調査を行うこと

- ③さらに、こうした調査結果を、医療事故調査・支援センターが整理・分析し、再発防止に係る普及啓発を行うこと  
としている。

2016（平成28）年に医療法施行規則の一部改正や、関連通知の発出により、

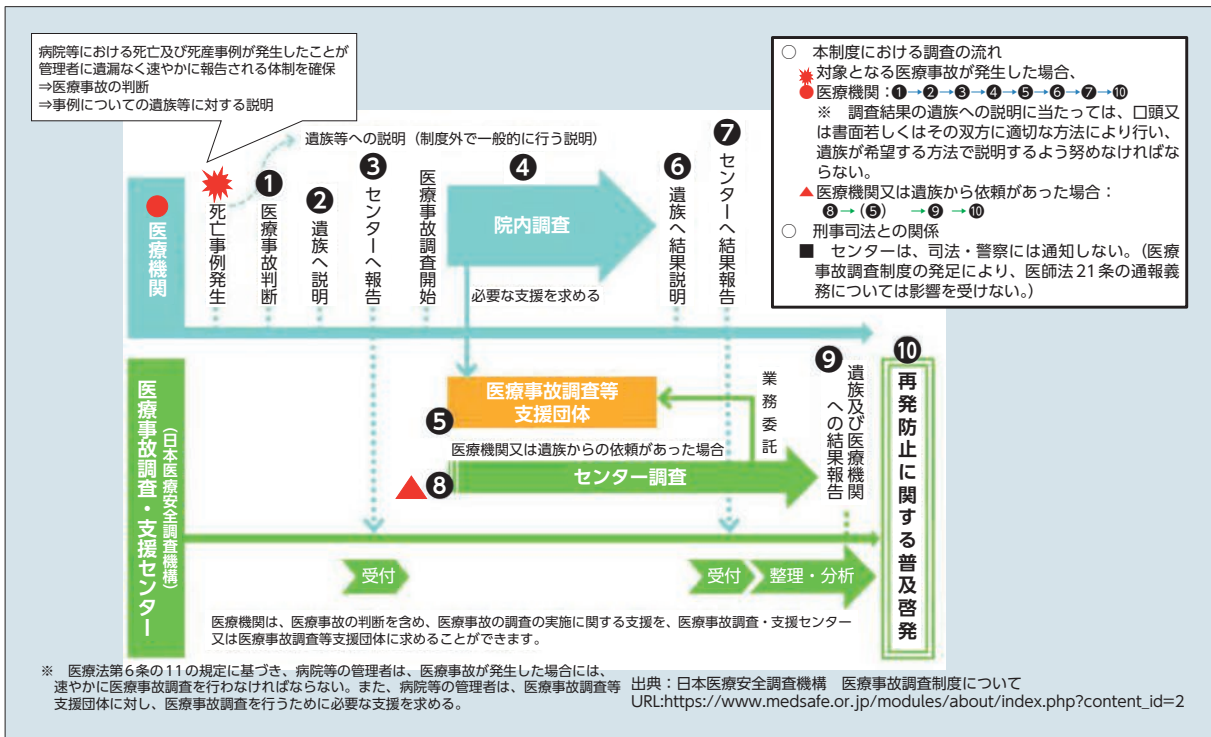
- ①病院等の管理者は、医療事故の報告を適切に行うため、当該病院における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保すること  
②支援団体は、支援を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会を組織することができること、また、協議会において、支援団体が行う支援等の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行い、その結果に基づき、支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施や病院等の管理者に対する支援団体の紹介を行うこと  
③遺族等からの相談に対する対応の改善を図るため、また、当該相談は医療機関が行う院内調査等の重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターは、遺族等から相談があった場合、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こと  
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こと  
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。

2023（令和5）年3月末現在までに、医療事故報告件数2,632件、院内調査結果報告件数2,291件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数207件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は137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17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。

第8次医療計画では、病院等の管理者に制度についての理解をより深めていただくため、研修の受講の推進を行う。

図表7-2-4 医療事故調査制度の流れについて



#### 4 医療事故情報収集等事業\*<sup>9</sup>

医療事故情報収集等事業は、医療事故の原因を分析し、再発を防止するため、登録分析機関である公益財団法人日本医療機能評価機構が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、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。さらに、Web上に報告事例のデータベースを構築し、蓄積された医療事故情報等が公開データとして検索できるようになっている。

#### 5 特定機能病院のガバナンス改革

特定機能病院は、医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するものであり、2022年12月1日現在、88病院を承認している。

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を踏まえ、特定機能病院の承認要件について、医療安全管理責任者を配置すること等の見直しを行うとともに、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等を義務付けている。

また、2021（令和3）年の省令改正により、第三者による病院の機能評価を受け、当該評価及び改善のため講ずべき措置の内容を公表し、並びに当該評価を踏まえ必要な措置を講ずるよう努めることを承認要件として追加した。

\*<sup>9</sup> 医療事故情報収集等事業を紹介したホームページ <https://www.med-safe.jp/>

## 6 産科医療補償制度<sup>\*10</sup>

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、補償対象基準について医学的な見地から見直しを求める意見があり、有識者からなる検討会等で議論のうえ、2022年1月以降に出生した児については、低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し、一般審査に統合して、「在胎週数が28週以上であること」を基準とする見直しが行われた。

## 7 医療安全に関する国際的な取組み

閣僚級世界患者安全サミットは医療安全の世界的な推進を目的に2016年に創設された。2023（令和5）年2月には、新型コロナウイルス感染症流行後初となる第5回サミットが「Less Harm, Better Care - from Resolution to Implementation」をスローガンにスイスで開催され、過去4回のサミット同様、医療における避ける有害事象から生じる負荷への認識を高め、患者安全強化のための戦略的取組を促進した。

また、2019（令和元）年のWHO総会において、毎年9月17日を世界患者安全の日とすることが定められた。

### (9) 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<sup>\*11</sup>）を2007（平成19）年4月より開始するとともに、②医療広告について、2017（平成29）年の医療法改正により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した。また、医療広告ガイドライン等を整備するほか、2017年より「医業等に係るウェブサイトの調査・監視体制強化事業」によりウェブサイトの監視体制を強化し、医療広告の適正化を進めている。

### (10) 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。2019（令和元）年度からは、医療の質の評価・公表に積極的

\*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\\_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html)

に取り組む病院団体等の協力を得ながら、「医療の質向上のための協議会」を立ち上げ、医療機関、病院団体等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

我が国では、地域の医師確保等への対応の一環として、2008（平成20）年度より、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た地域枠等を中心に医学部入学定員を臨時的に増員してきた。全国レベルで医師数は増加してきた一方で、将来的には人口減少に伴い、医師需要が減少局面となることが見込まれており、長期的には供給が需要を上回ると考えられている。

こうした中、2025（令和7）年度以降の医学部定員については、医療計画の策定を通じた医療提供体制や医師の配置の適正化とともに検討する必要があることから、「第8次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、検討を進めていく。

#### 2 医師の確保

地域において必要な医師を確保するため、2018（平成30）年に成立した「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）に基づき、各都道府県において、2019（令和元）年度までに、都道府県及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した医師偏在指標を踏まえた医師の確保の方針、目標とする医師数、目標達成に向けた施策を盛り込んだ「医師確保計画」を策定し、

- ・医学部入学定員に、医師不足の地域や診療科での勤務を条件とした「地域枠」を設定し、一定期間、医師の確保を特に図るべき区域等での勤務等を条件に返済を免除する修学資金を貸与
- ・医療機関や医師・学生等に対する必要な情報の提供や医師の派遣を行う地域医療支援センターの運営

などの取組みが行われており、厚生労働省においては、地域医療介護総合確保基金等により、地域の実情に応じた都道府県の取組みへの支援を行っている。

加えて、産科・小児科における医師確保対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、医師確保計画では、産科・小児科における医師偏在指標を踏まえ、都道府県、周産期・小児医療圏ごとに、医師確保の方針、偏在対策基準医師数、偏在対策基準医師数を踏まえた施策についても盛り込み、産科・小児科における医師確保に向けた取組みを行っている。

また、2024（令和6）年度からの次期医師確保計画においては、「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」において議論を行い、今後、医師偏在指標の精緻化とともに、更なる実効性が確保できるよう、寄附講座の設置を通じた医師派遣や派遣元医療機関への逸失利益の補填などによる医師確保の取組みを推進することとしている。

外来医療については、無床診療所の開設が都市部に偏っていること、医療機関間の連携の取組みが個々の医療機関の自主的な取組みに委ねられていることなどの課題から、2018年の医療法改正により、「医療計画」に「外来医療の提供体制の確保に関する事項」

を追加し、都道府県において「外来医療計画」を策定している。

外来医療計画では、外来医療に関する情報の可視化、新規開業希望者などへの情報提供、外来医療に関する協議の場の設置等を盛り込むことなどにより、地域の外来医療提供体制の確保に向けた取組みを推進している。

### 3 歯科医師の確保

我が国を取り巻く環境は、人口構造の変化、国民・患者の医療や介護等のニーズに変化が生じており、患者・国民からの歯科医師や歯科保健医療に期待する役割は大きく変容してきている。こうした中、2017（平成29）年12月にとりまとめられた「歯科医師の資質向上等に関する検討会」中間報告書において、歯科保健医療の需給と提供体制の目指すべき姿として「歯科保健医療ビジョン」がまとめられ、2021（令和3）年2月から開催されている「歯科医療提供体制等に関する検討会」では、今後の歯科医療のニーズを踏まえた歯科医師の需給や地域包括ケアシステムの構築における歯科の役割について検討されている。

「第8次医療計画等に関する検討会」においても歯科医師の確保の必要性が指摘されており、地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や種類に応じて地域の歯科専門職を病院において活用することや、病院と歯科診療所等の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組みを推進する必要があるとされた。

### 4 薬剤師の確保

少子高齢化のさらなる進行や、今後人口減少地域が増大することが予測される中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医薬品提供体制を確保することが求められている。一方で、2021年6月に公表された「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」では、薬剤師の従事先には地域偏在や業態偏在があり、特に病院薬剤師の確保が喫緊の課題であることが指摘されている。全国の薬剤師総数は、概ね今後10年間は需要と供給が同程度で推移すると推計されているが、都道府県等への偏在実態に係る調査結果から、今後当面は偏在が続いていくと想定されている。

地域における薬剤師の確保については、2021年度から2022（令和4）年度にかけ、各都道府県等が行っている薬剤師確保の取組事例等についての調査、地域偏在の解消等に資する効果的な方策の検討を実施している。また、地域医療介護総合確保基金の事業例として、「地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援」を位置づけ、薬剤師修学資金貸与を行うために必要な経費、及び都道府県が指定する病院へ薬剤師派遣を行うための経費として活用できるようにするなどの取組みを行っている。

「第8次医療計画等に関する検討会」においても薬剤師確保の取組みの必要性が指摘されており、薬剤師の就業状況の把握、都道府県、都道府県薬剤師会等の関係団体の連携のもとでの地域の実情に応じた薬剤師確保策の実施等について検討を進めていく必要があるとされた。



## 5 看護職員の確保

医療ニーズの増大・高度化などに対応し、看護職員の確保対策を推進してきたことにより、その就業者数は着実に増加（2020（令和2）年には約173.4万人が就業）しているが、少子高齢化の進行に伴って、現役世代（担い手）が急減する一方、看護ニーズが増大する中で、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、地域医療介護総合確保基金を活用した看護師等養成所や病院内保育所の運営などに対する財政支援、医療勤務環境改善支援センターの総合的・専門的な助言などを行うとともに、「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」を構築し、2024年度から運用を開始することにより、看護職の資質向上及び潜在看護職に対する復職支援等の充実を図る。

また、2024年度からの第8次医療計画を通じて、都道府県・二次医療圏ごとの課題に応じた看護職員確保対策の実施や、今後、需要の増大が見込まれる訪問看護に従事する看護職員の確保などを推進することとしている。

あわせて、看護職員の処遇改善に取り組むため、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員の収入について、2022年2月から9月までは、補助金により1%程度、10月からは、診療報酬において3%程度引き上げるための措置を講じた。

## 6 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おいては、女性の占める割合が約3分の1となっている。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、女性医師等の方々に安心して業務に従事していただけるよう、出産や育児等の様々なライフステージに対応した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（平成26）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、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「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を開催して検討を行い、報告書を都道府県、関係団体等を通じて広く周知している。さらに、2015（平成27）年度から、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を実施し、2022年度からは子育て世代の医療職支援の先駆的な取組みを行う医療機関に対して財政支援する事業（子育て世代の医療職支援事業）として実施している。こうした取組みを病院勤務医等の勤務環境の改善対策と併せて実施する

ことで、女性医師等の方々が安心して就業の継続や復職ができ、さらに活躍していただくための環境の整備を行うこととしている。

## (2) 医療を担う人材の質の向上

### 1 診療参加型の臨床実習の充実

近年、医療の高度化・複雑化により医師が修得すべき知識・技能が増えていることなどから、卒前教育においても医学生が診療に参加し、卒前・卒後の医師養成を、医療現場を中心として一貫して行うことの重要性が高まっている。診療参加型の臨床実習を充実するため、2021（令和3）年に医師法が改正され、2023（令和5）年度から、医学生の臨床実習前の能力を評価する共用試験（CBTとOSCE）が公的化されるとともに、共用試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨が明確化された。

なお、2024（令和6）年度から、歯科医師についても同様の措置を予定している。

### 2 新たな専門医の養成の仕組み

厚生労働省では、医師の質の一層の向上等を目的として、「専門医の在り方に関する検討会」を開催し、2013（平成25）年4月に報告書を取りまとめた。報告書では、新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計されるべきであり、また、医療を受ける患者の視点に立って、医師の地域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、2018（平成30）年度から新専門医制度における養成が開始されている。

その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を設置し、同部会の審議結果を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に対し、専攻医の都市への集中抑制や柔軟なカリキュラム制などを内容とする意見・要請を通知してきた。特に、専攻医の採用数の上限設定（シーリング）については、2020（令和2）年度の専攻医募集から、より実態に即したシーリングの設定を行うため、都道府県別診療科別の必要医師数を基に、日本専門医機構が足下の医師数が必要医師数を上回る都道府県・診療科に一定のシーリングを設定している。

また、今後、高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増えることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、「総合診療専門医」として新たに位置付け、他の領域分野とともに2018年度から養成が開始されている。

### 3 医師の働き方改革

我が国の医療が医師の長時間労働によって支えられ、今後さらに、少子高齢化に伴う医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進むなど、医療を取り巻く環境が変化していく中で、医師の働き方改革を進めることは、医師自身が健康で充

実して働くことのできる環境を整備してだけでなく、医療を受ける立場にある患者・国民に対し、質の高い安全な医療を持続可能な形で提供する体制を維持していく上での喫緊の課題である。

医業に従事する医師（勤務医）については、2024年4月から時間外・休日労働の上限規制が適用され、原則として年間960時間以下／月100時間未満（いわゆるA水準）とされるが、地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず長時間労働となる医師については、医療機関が医療機関勤務環境評価センターによる労務管理体制等についての評価を受け、特定地域医療提供機関（B水準対象機関）、連携型特定地域医療提供機関（連携B水準対象機関）、技能向上集中研修機関（C-1水準対象機関）、特定高度技能研修機関（C-2水準対象機関）として都道府県知事の指定を受けた場合においては、健康確保措置（面接指導、勤務間インターバル等）の実施を義務とした上で、時間外・休日労働の上限は年間1,860時間／月100時間未満とされている。

2022（令和4）年には、各医療機関の労務管理体制等を評価する医療機関勤務環境評価センターとして日本医師会を指定し、評価の実施体制を整備するとともに、特定高度技能研修機関として都道府県知事の指定を受けるにあたり必要となる、医療機関の教育研修環境や医師の技能研修計画の審査を行う組織を立ち上げ、同年10月から申請受付を開始した。

さらに、月の時間外・休日労働が100時間を超えることが見込まれる医師に対して実施が義務づけられた面接指導について、実際に面接指導を行う医師（面接指導実施医師）を養成するためのオンライン講習の体制を整備し、同年12月より受講を開始している。

各都道府県には、医療従事者の勤務環境改善の促進を図るための拠点として医療勤務環境改善支援センターが設置されており、社会保険労務士等の労務管理の専門家による助言・指導を行なっている。また、地域医療介護総合確保基金による医師の勤務環境の体制整備に係る支援も実施しており、こうした取組を通じて、医師の働き方改革に取り組む医療機関を支援している。

#### 4 看護職員の資質向上

看護職員のより一層の資質向上を図るため、厚生労働省では、地域医療介護総合確保基金を通じて、新人看護職員研修や看護職員の実務研修等に対する支援を行っている。

さらに、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（令和元）年4月には、研修時間と内容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。進展する少子高齢化に向けた在宅医療等のさらなる推進や医療従事者の働き方改革の推進を図るため、特定行為研修を修了した看護師の養成と活用のより一層の推進が必要である。そのため、厚生労働省では指定研修機関の設置準備や運営、医療機関における特定行為研修を修了した看護師の活用推進のための体制整備等に対する財政等支援を実施し、制度の普及に取り組んでいる。

### 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、全国的な病院ネットワークを活用しながら、診療・臨床研究・教育研修を一体的に提供し、他の設置主体では必ずしも提供されないおそれのある筋ジストロフィー等の神経・筋難病、重症心身障害、結核、精神疾患、エイズ等の分野の医療や、災害等の国の危機管理に際して求められる医療等を提供している。

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、地域の医療関係者等との協力の下、地域において必要な医療及び介護について、「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、全国に13施設ある国立ハンセン病療養所では、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入所者が増加しているため、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「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」、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、後発医薬品の数量シェアについて目標を定め、後発医薬品の使用を進めてきた。

後発医薬品の使用促進に引き続き取り組むため、2021（令和3）年6月の「経済財政運営と改革の基本方針2021」において「後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官

今までも。これからも。

↑ 未来 Mirai  
信頼 Shinrai  
安心 Anshin  
ジェネリック医薬品

その先には、ひろがる笑顔。

**安心・信頼**  
国の厳しい審査をクリアしたジェネリック医薬品は、国の厳しい審査をクリアしたものが承認されています。有効成分や安全性、品質を厳格に管理します。  
低価格で個人負担が軽くなる  
新薬と同じ有効成分を使用し、開発費用が低いため、低価格で承認されています。また、製造の自動化が進むことで、時代に引き継いでいくことに貢献します。

**未来**  
医療費を有効活用  
個人負担の軽減だけでなく日本全体の医療費の効率化が可能です。その医療費は有効活用が期待されています。  
医療費削減制度を次の世代に引き継ぐ  
少子高齢化が急速に進む中、現在の優れた医療費削減制度を維持し、次世代への負担を軽減し、時代に引き継いでいくことに貢献します。

ジェネリック医薬品を希望される場合は、医師・薬剤師にご相談ください。

健康保険組合連合会 国民健康保険中央会 全国健康保険協会 国家公務員共済組合 厚生労働省

ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

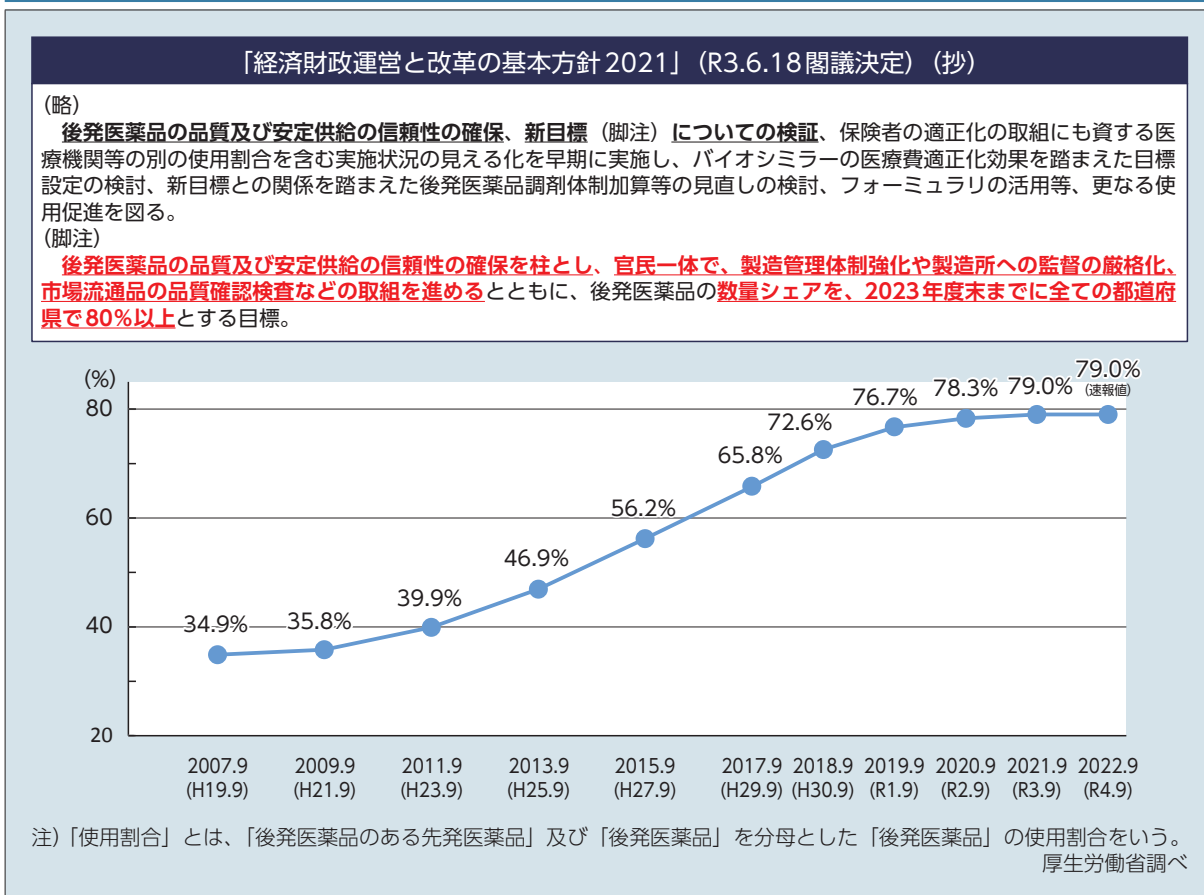
民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組みを進めるとともに、後発医薬品の数量シェアを、2023（令和5）年度末までに全ての都道府県で80%以上」という新たな目標を定めた。

後発医薬品の数量シェアは、これまでの取組みによって着実に増加し、医薬品価格調査（薬価調査）では、2022（令和4）年9月に79.0%となっている。

一方、後発医薬品については、昨今、製造販売業者の法令違反による出荷停止や回収が度重なり、出荷調整等が供給不安を起こしたことにより、医療機関や患者の後発医薬品に対する不安や不信が生じている状況にある。

このため、使用促進に当たっては、まずは後発医薬品への信頼回復・安定供給が重要であることから、信頼回復や安定供給に向けて引き続き官民一体で取組みを進めるとともに、各都道府県において後発医薬品の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、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取組みを進めていく。

図表7-2-5 後発医療品の使用割合の推移と目標



## 第3節 安定的で持続可能な医療保険制度の実現

### 1 医療保険制度改革の推進

我が国は、国民皆保険制度の下で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、いわゆる団塊の世代が2025（令和7）年までに全て75歳以上となりまた、生産年齢人口の減少が加速するなど、本格的な「少子高齢化・人口減少時代」を迎える中で、人口動態の変化や経済社会の変容を見据えつつ、全ての世代が公平に支え合い、持続可能な社会保障制度を構築することが重要である。

こうした状況を踏まえ、給付と負担のバランスを確保しつつ、現役世代の負担上昇の抑制を図り、増加する医療費を全ての世代が能力に応じて公平に支え合う観点から、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」を、2023（令和5）年の通常国会に提出し、同年5月に法案が成立した。今回の医療保険制度改革の主な内容は下記（1）から（3）までである。

#### （1）こども・子育て支援の拡充

##### 1 出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入

出産に要する経済的負担の軽減を目的とする出産育児一時金については、出産費用が年々上昇する中で、平均的な標準費用が全て賄えるよう、2023（令和5）年4月より、42万円から50万円に大幅に増額した。この出産育児一時金に要する費用は、原則として現役世代の被保険者が自ら支払う保険料で負担することとされているが、後期高齢者医療制度の創設前は、高齢者世代も、出産育児一時金を含め、こどもの医療費について負担していた。また、生産年齢人口が急激に減少していく中で、少子化をめぐって、これまで様々な対策を講じてきたが、未だに少子化の流れを変えるには至っていない状況にある。このため、今般、子育てを社会全体で支援する観点から、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に要する費用の一部を支援する仕組みを2024（令和6）年度から導入することとしている。

併せて、妊婦の方々が、あらかじめ費用やサービスを踏まえて適切に医療機関等を選択できる環境の整備が重要であることから、2024年4月を目途に、出産費用の「見える化」を本格実施する予定としている。

また、こうした出産費用の「見える化」の効果等の検証を行った上で、次の段階として、妊婦が自由にサービス内容を選択できる環境を活かしながら、出産（正常分娩）の保険適用について検討を行っていく。

##### 2 国民健康保険における産前産後期間の保険料免除

子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点から、2024年1月から、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4か月間）の均等割保険料及び所得割保険料を公費により免除する措置を新たに講じることとしている。

## (2) 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

### 1 後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し

高齢者人口は2040（令和22）年をピークに増え続け、特に、2025（令和7）年までに団塊の世代が全て後期高齢者となる。後期高齢者の保険料が、後期高齢者医療制度の創設以来1.2倍の伸びに止まっているのに対し、現役世代の負担する支援金が1.7倍になっている状況を踏まえ、現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みが必要である。

このため、後期高齢者1人当たり保険料と現役世代1人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を見直すこととした。

後期高齢者の保険料は、所得にかかわらず低所得の方も負担する定額部分（均等割）と所得に応じて負担する定率部分（所得割）により賦課する仕組みであり、制度改正による、2024（令和6）年度からの新たな負担に関しては、

- ・均等割と所得割の比率を見直すことで、約6割の方（年金収入153万円相当以下の方）については、制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとともに、
- ・さらに約12%の方（年金収入211万円相当以下の方）についても、2024年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないようにすることとしている。

### 2 被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化

前期高齢者の医療給付費負担については、前期高齢者の偏在による負担の不均衡を是正するため、前期高齢者の加入者数に応じて、保険者間で費用負担の調整（前期財政調整）を行っている。

今般、世代間のみならず世代内でも負担能力に応じた仕組みを強化する観点から、被用者保険者間では、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的（範囲は1/3）に「報酬水準に応じた調整」を2024年度から導入することとした。

こうした見直しや、高齢者負担率の見直しとあわせて、現役世代の負担をできる限り抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、健保組合等を対象として実施されている既存の支援を見直すとともに、更なる支援を行うこととしている。

具体的には、

- ・高齢者医療運営円滑化等補助金について、賃上げ等により一定以上報酬水準が引き上がった健康保険組合に対する補助を創設するなど、拠出金負担の更なる軽減
- ・健康保険組合連合会が実施する健保組合に対する高額医療交付金事業について、財政的支援の制度化を行うことによる事業規模の拡充
- ・特別負担調整への国費充当の拡大による、負担軽減対象となる保険者の範囲の拡大を行うこととしている。

## (3) 医療保険制度の基盤強化等

### 1 都道府県医療費適正化計画の実効性確保のための見直し

今後も医療費の増加が見込まれる中で、持続可能な医療保険制度を構築するためには、

医療費の適正化を更に効果的に進めていくことが重要である。

こうした中で、都道府県医療費適正化計画の実効性の確保に向けて、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入するとともに、医療費適正化における都道府県の役割・責務を明確化し、計画に記載すべき事項を充実させることとしている。

また、今後、医療・介護の複合的なニーズを有する高齢者が更に増加することを踏まえ、計画の目標・施策の設定に際して、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせて提供すること等の重要性に留意することとしている。

## 2 国保運営方針の運営期間の法定化及び必須記載事項の見直し

財政運営の安定化や、2018（平成30）年度国保改革による「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の更なる深化を図る観点から、保険料水準の統一に向けた取組や医療費適正化の推進に資する取組を進めることが重要である。こうしたことを踏まえ、2024（令和6）年度から、都道府県内の国保運営の統一的な方針である国保運営方針について、その対象期間を、医療費適正化計画や医療計画等との整合性を図る観点から、「おおむね6年」とし、「医療費の適正化の取組に関する事項」と「市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」を必須記載事項とすることとしている。

## 3 第三者行為求償の取組強化

国保財政を支出面から適正に管理するため、2025（令和7）年度から、国保の財政運営の責任主体である都道府県が、保険給付の適正な実施を確保するため、広域的又は専門的な見地から必要があると認められる場合に、市町村の委託を受けて、第三者行為求償事務を行うことを可能とすることとしている。また、市町村が、第三者行為求償事務を円滑に実施できるよう、官公署、金融機関などの関係機関に対し、保険給付が第三者の行為によって生じた事実に係る資料の提供等を求めることを可能とすることとしている。

## 4 退職者医療制度の廃止

保険者間の財政調整の仕組みである退職者医療制度については、2008（平成20）年度に廃止されたが、2014（平成26）年度までに新たに適用された者が65歳に達するまでの間、経過措置が設けられた。制度の対象者が激減し財政調整効果が実質喪失していることを踏まえ、事務コスト削減を図る観点から、2024（令和6）年4月に前倒して廃止することとしている。

# 2 予防・健康づくり

## (1) 保険者による予防・健康づくり支援の取組み

### 1 取組みの横展開・見える化

健康寿命の延伸と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、保険者の予防・健康づくりの取組みの「見える化」や先進事例の「横展開」を進めている。同会議は具体的な活動指針となる「健康なまち・職場づくり宣言2020」を策定し、取組みの最終年度である2020（令和2）年度には多くの宣言で目標



を達成した。2021（令和3）年度には新たに「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」を策定し、コミュニティの結びつき、一人ひとりの健康管理、デジタル技術等の活用に力点を置いた予防・健康づくりを推進することをコンセプトとして、第二期日本健康会議の活動を開始している。

## 2 高齢者の特性を踏まえた保健事業の推進

高齢者に対する保健事業を、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ものとするためには、市民に身近な市町村が中心となり、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と後期高齢者の保健事業を一体的に実施することが重要である。

そのため、2020年4月に施行された「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」により、これら3つの事業を一体的に実施するための体制整備等を行った。具体的には、都道府県後期高齢者医療広域連合が各市町村に保健事業の実施を委託して、市町村の医療専門職が地域の健康課題を整理・分析した上で、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」や当該ガイドライン補足版を参考に、高齢者の個別支援や介護予防の通いの場等に関与する取組み等を開始、2022（令和4）年度には、1,072市町村（全体の約62%）で事業を実施している。

こうした取組みを推進するため、2020年度より、各市町村に①事業全体の企画・調整等を行う医療専門職、②高齢者の個別支援や通いの場等への関与等を行う医療専門職を配置する費用について、後期高齢者医療の特別調整交付金により支援している。

## 3 データ等を活用した予防・健康づくりの効果検証の実施

データ等を活用した予防・健康づくりに関するエビデンスを確認・蓄積するための大規模実証を2020年度より開始した。その結果を踏まえ、保険者等による適切な予防・健康づくりのための取組みの実施を促進することとしている。

### (2) 保険者インセンティブ制度

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（平成30）年度から健康保険組合及び共済組合等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。2021（令和3）年度以降の中間見直し後の加減算では、加算対象範囲の拡大や、総合評価項目において、成果指標の拡大や重点的に評価する項目の配点割合を高めた。また、2018年度から本格実施している国民健康保険の保険者努力支援制度については、加減算双方向での評価指標によってインセンティブを強化するため、毎年度保険者の予防・健康づくり等の取組状況を踏まえて評価指標や配点の見直しを実施している。また、2020（令和2）年度以降、事業内容として新たに事業費分・事業費連動分を創設することによって制度を抜本的に強化しており、保険者の予防・健康づくりの取組みを強力に推進することとしている。

## 3 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、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、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、取組目標の達成に向けて、保険者協議会等と連携しながら取組みを進めている。

2024（令和6）年度から始まる第4期においては、医療費の更なる適正化に向けて、新たな取組目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供や、医療資源の効果的・効率的な活用に加え、既存の目標についても、デジタル等を活用した効果的な取組みを推進するとともに、計画の実効性の確保のため、都道府県が関係者と連携するための体制を構築することとしている。

## 4 診療報酬・薬価改定

### (1) 診療報酬改定

2022（令和4）年度は、「令和4年度診療報酬改定の基本方針」を踏まえた診療報酬改定が行われ、適切に運用しているところである。

また、2022年10月には、①看護職員の処遇改善に取り組むため2022年10月から3%程度引き上げるための処遇改善の仕組みを創設するとともに、②2023（令和5）年4月からの、保険医療機関・保険薬局への、オンライン資格確認等システムの導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認等システムを導入した医療機関等における、患者の診療情報を活用して診療等を実施し質の高い医療を提供する体制及び患者情報の取得の効率化を評価し、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を新設した。

さらに、2023年4月から12月まで（9か月間）の特例措置として、

- ・医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置
- ・医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置

を設けた。

加えて、新型コロナウイルス感染症に関して、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（2023年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）による感染症法上の位置づけの変更に伴い、幅広い医療機関で新型コロナの患者に対応する医療体制に段階的に移行することを踏まえ、診療報酬の特例などの措置についても、当面継続することとしつつも必要な見直しを行うこととした。

### (2) 薬価改定

薬価制度については、国民負担の軽減を図りつつも、医薬品の安定供給やイノベーション推進といった現下の重要課題に対応するため、2023年度薬価改定については、2021（令和3）年度改定と同様、平均乖離率の0.625倍を超える品目を対象とする一方で、今回の臨時的・特例的な措置として、急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応する観点から、「不採算品の再算定」を調査結果に基づく全品を対象に適用することにより1,100品目の薬価を引き上げるとともに、イノベーションに配慮する観点から「新薬創出等加

算」の加算額を増額し、従前の薬価と遜色ない水準とする対応をとることとした。

## 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2023（令和5）年で24年目を迎えた。

介護保険制度は着実に社会に定着してきており、介護サービスの利用者は2000年4月の149万人から2022（令和4）年4月には517万人と約3.5倍になっている。あわせて介護費用も増大しており、2000年度の約3.6兆円から、2021（令和3）年度には11.3兆円となり、高齢化が更に進行する2040（令和22）年には約25.8兆円<sup>\*12</sup>になると推計されている。また介護費用の増大に伴い、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、全国平均6,014円になっており、2040年には約9,200円になると見込まれている。

「団塊の世代」の全員が75歳以上となる2025（令和7）年には、高齢化は更に進行し、およそ5.6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。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、2025年を目途に「地域包括ケアシステム<sup>\*13</sup>」の構築を目指している。

さらに、いわゆる団塊ジュニア世代の全員が65歳以上となる2040年頃を見通すと、85歳以上人口が急増し、認知機能が低下した高齢者や要介護高齢者がさらに増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。また、都市部と地方では高齢化の進み方が大きく異なるなど、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、これまで以上にそれぞれの地域の特性や実情に応じた対応が必要となる。

こうした社会構造の変化にも対応していくため、2024（令和6）年から開始する第9期介護保険事業計画期間に向けて、社会保障審議会介護保険部会において議論が行われ、2022年12月に、地域包括ケアシステムの深化・推進、介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保を内容とした「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめられた。

また、この取りまとめを踏まえ、第211回通常国会に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」を提出し、2023年5月に成立した。今後は円滑な施行に努めていく。

\* 12 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（2018（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。

\* 13 「地域包括ケアシステム」とは、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い、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要となる。

## 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。

機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなど的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、62.2%（2013（平成25）年度）から96.4%（2021（令和3）年度）となり、通いの場の箇所数は43,154か所（2013年度）から123,890か所（2021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5.5%（2021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。

一般介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に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、同年12月に取りまとめを公表した。

本取りまとめを踏まえ、多様な通いの場の展開を図るため、2021年8月に「通いの場の類型化について（ver.1.0）」を公表し、先進的な事例等を紹介するなど、第8期介護保険事業（支援）計画の実施において、引き続き市町村における地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組みを推進している。

また、高齢者については、新型コロナウイルス感染症の流行に伴う、外出自粛による閉じこもりや健康への影響が特に懸念されることから、自治体に対し感染拡大防止に配慮した介護予防・見守り等の取組事例の周知を行うとともに、高齢者の健康維持に参考となる情報や好事例等を掲載する特設Webサイトの活用など広報の充実等を行ってきた。

### (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

高齢化が進行する中で、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。）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、財政支援策として、2018（平成30）年度より保険者機能強化推進交付金が、2020（令和2）年度にはその上乘せとして介護保険保険者努力支援交付金が創設された。これらの交付金は、保険者等が取り組むべき事項に関して客観的な指標を設定し、その評価結果に応じて交付されている。各保険者等には、当該交付金も活用し、高齢者の自立支援、重度化防止等の取組みを一層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、事業を実施している。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、市町村支援を実施する都道府県に対する研修等の取組みを強化している。

また、2021（令和3）年4月に本事業で目指す姿の実現がなされるよう省令改正を行うとともに、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き（ver.3）」を公開し、市町村職員に対する研修を実施した。

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。2022（令和4）年12月末現在、介護医療院は751施設（44,689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、再発防止を図るため、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。

2021（令和3）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2,390件、虐待判断件数が739件であり、養護者による虐待の相談・通報件数が36,378件、虐待判断件数が16,426件である。

高齢者の虐待防止については、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等を支援するとともに、2022（令和4）年度に、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成30年3月）を改訂し、虐待対応における都道府県と市町村の連携の強化を推進した。

### 3 認知症施策の推進

我が国では、2025（令和7）年には高齢者の5人に1人、700万人が認知症になると見込まれており、認知症は、今や誰もが関わる可能性のある身近なものとなっている。

こうした状況を踏まえ、政府全体で認知症施策を強力的に推進するため、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、認知症の人や家族などの関係者からの意見聴取等を行い、2019（令和元）年6月18日、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、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る。大綱の対象期間は2025年までとしており、2022（令和4）年が中間年であったことから、各種施策の進捗について確認を行った。

進捗確認は、KPI／目標に対する達成度合いで評価を実施した。その結果、評価項目の4割が目標を達成しており、全体的には一定の進捗が見られた一方で、進捗が芳しくない項目も確認された。例えば、全都道府県において地域版希望大使を設置する取組みや、認知症サポーターなどが支援チームを作り、認知症の人や家族の支援ニーズに合った支援につなげる仕組みである「チームオレンジ」の取組みなど、全都道府県又は全市町村が実施すべきとする目標については、進捗が低調であったため、より分かりやすいコンセプトの周知徹底などを通じ、未実施の自治体への支援を実施することとしている。

また、認知症に係る諸問題への対応が、社会全体で求められているという共通認識の下、行政、経済団体、医療・福祉団体などが協力して施策を推進していくための組織である「日本認知症官民協議会」において、2022年度は、これまで作成した金融、住宅、小売、レジャー・生活関連に加え、認知症の方の生活に密接に関係する図書館、薬局・ドラッグストア、運動施設、配食等の4業種における「認知症バリアフリー社会実現のための手引き」を作成した。また、2022年3月より、「認知症バリアフリー宣言制度」を実施し、2023（令和5）年3月現在で27社が宣言している。引き続き、宣言制度の普及に努

めることとしている。

このように、中間評価の結果を踏まえ、引き続き、関係府省庁との連携のもと、大綱の対象期間の最終年である2025年に向け、総合的な取組みを推進していく。

## 4 介護現場の生産性向上の推進

### (1) 生産性向上

介護人材の確保が喫緊の課題であり、介護職員が行うべき業務の切り分けや、各現場の課題・ニーズに応じたテクノロジーの活用などを通じて、介護サービスの質の維持・向上を図りつつ、介護職員の負担軽減や職場環境の改善を通じて、働きやすい職場環境づくりを一層推進するためにも、生産性向上の取組みは重要である。

そのため、生産性向上の普及を図るため、2020（令和2）年度から継続して介護現場の生産性向上に関する全国セミナーを開催している。

そのほか、生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的・横断的に一括して取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ窓口の設置等を行う「介護生産性向上推進総合事業」について、2023（令和5）年度より地域医療介護総合確保基金を活用し実施している。

### (2) 介護ロボット

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いる。

また、2020（令和2）年度に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た。2022（令和4）年度は上記のプラットフォームについて相談窓口の増設を行い、継続して取り組むことにより介護ロボットの開発・普及の加速化を図った。

さらに、2021（令和3）年度介護報酬改定において、テクノロジーの活用により介護サービスの質の向上及び業務効率化を推進していく観点から、見守り機器やインカム等の使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、介護老人福祉施設における夜勤職員配置加算や夜間の人員配置基準（従来型）の見直し等を行ったところであるが、引き続き、必要な対応や、介護サービスの質や職員の負担に配慮しつつ、更なる生産性向上の方策について検討していくため、2022年度においても状況の把握・検証、実証データの収集を行った。

### (3) 介護事業所のICT化

介護事業所・施設における負担軽減等のためには、ICT化の普及促進も重要である。このため、地域医療介護総合確保基金の枠組みを活用し、介護事業所等が介護ソフトやタ



ブレットを導入する際の費用の一部を助成する事業を実施しており、2022（令和4）年度においては、補助事業者が提出するICT導入計画に文書量半減について明記することを補助割合の拡充要件とする等の取組を進めたところ。引き続き介護事業所・施設が効果的にICTを導入できるよう、支援を進めていく。

また、居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所の間で毎月やり取りされる居宅介護サービス計画等について、より効果的なデータ連携を可能とするため「居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」を2022年度に改訂した。更なるデータ連携の促進のために、公益社団法人国民健康保険中央会において構築している「ケアプランデータ連携システム」は、本標準仕様に準じて出力されるCSVファイルをやり取りするものであり、2023（令和5）年度より本格運用を開始したところ。本システムは、介護現場の業務効率化や職員の負担軽減を強力に推進するツールであるため、今後、利用促進に向けた効果的な普及策を講じていく。

#### (4) 介護分野の文書負担軽減

「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」において、議論と検討を行い、2022（令和4）年11月に負担軽減策の方向性等に関する取りまとめを行った。

取りまとめにおいて、標準様式や「電子申請・届出システム」の使用を基本原則化するために、所要の法令上の措置を行うべきであることとされたことから、2023（令和5）年3月に厚生労働省において、関係省令等の改正を行ったところであり、今後もフォローアップ等を行いながら、介護現場の負担軽減に向けた取組みを推進していく。

## 5 介護報酬改定

### (1) 2021（令和3）年度介護報酬改定

2021年度の介護報酬改定について、全体の改定率は、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、2021年9月末までの6ヶ月間の特例的な対応を含め、0.70%となった。

また、改定に当たっては、感染症や災害への対応力強化や地域包括ケアシステムの推進、自立支援・重度化防止の推進、介護人材の確保・介護現場の革新、制度の安定性・持続可能性の確保等の視点を踏まえ、運営基準や単位数、要件等について見直しを行った。

### (2) 2022（令和4）年度介護報酬改定

2022年度の介護報酬改定においては、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）を踏まえ、2022年10月以降について臨時の報酬改定を行い、介護職員について、収入を3%程度（月額平均9,000円相当）引き上げるための措置を講じた。

## 第5節 福祉・介護人材の確保対策

第8期介護保険事業計画に基づき、将来必要となる介護職員数を推計すると、2025（令



和7)年度には約243万人、2040(令和22)年度には約280万人となっており、介護職員の確保は喫緊の課題となっている。このため、政府においては、就業促進、職場環境の改善による離職の防止、外国人材の受入れ環境整備などに総合的に取り組んでいくこととしている。

具体的には、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
  - ② ICTや介護ロボット等のテクノロジー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、医療・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、医療・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。2021(令和3)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52.3%で最も多く、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」が38.3%、「身体的負担が大きい(腰痛や体力に不安がある)」が30.0%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)を新たに導入し適切な運用を行うことにより労働者の離職率を低下させた事業主に対する助成措置や、公益財団法人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。