

#### 1 医療及び介護の総合的な確保の意義

急速に少子高齢化が進む中、我が国では、2025（令和7）年までにいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、超高齢社会を迎える。こうした中で、国民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことは喫緊の課題である。

我が国における医療及び介護の提供体制は、世界に冠たる国民皆保険を実現した医療保険制度及び創設から23年目を迎え社会に定着した介護保険制度の下で、着実に整備されてきた。しかし、高齢化の進行に伴う高齢者の慢性疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、医療ニーズについては、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく必要性が高まってきている。一方で、介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まってきている。特に、認知症への対応については、地域ごとに、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを確立するとともに、早期からの適切な診断や対応等を行うことが求められている。また、人口構造が変化していく中で、医療保険制度及び介護保険制度については、給付と負担のバランスを図りつつ、両制度の持続可能性を確保していくことが重要である。

こうした中で、医療及び介護の提供体制については、サービスを利用する国民の視点に立って、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、かつ、効率的に提供されているかどうかという観点から再点検していく必要がある。また、高齢化が急速に進む都市部や人口が減少する過疎地等といったそれぞれの地域の高齢化の実情に応じて、安心して暮らせる住まいの確保や自立を支える生活支援、疾病予防・介護予防等との統合も必要である。

このように、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

#### 2 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り、基金が有効に活用されるように取り組んでいくこととしている。

図表7-1-1 地域医療介護総合確保基金の変遷

2014（平成26）年度	医療分（病床の機能分化・連携に関する事業、在宅医療の推進に関する事業、医療従事者の確保・養成に関する事業）に充てるため、都道府県負担額を含め、904億円を計上。
2015（平成27）年度	都道府県負担額を含めた医療分904億円に加え、介護分（地域密着型サービス等の介護施設等の整備に関する事業、介護従事者の確保に関する事業）に充てるため、724億円を計上。 2015年度の補正予算として、一億総活躍社会の実現に向け、介護離職ゼロに向けた取組みを推進するため、都道府県負担額を含め、介護分1,561億円を計上。
2016（平成28）年度及び 2017（平成29）年度	都道府県負担額を含め、2015年度と同額の医療分904億円、介護分724億円を計上。
2018（平成30）年度	都道府県負担額を含め、医療分は対前年度30億円増額の934億円、介護分は前年度と同額の724億円を計上。
2019（令和元）年度	都道府県負担額を含め、医療分・介護分ともに対前年度100億円増額し、医療分は1,034億円、介護分は824億円を計上。
2020（令和2）年度	勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備等のため、都道府県負担額を含め、医療分は対前年度160億円増額の1,194億円、介護分は前年度と同額の824億円を計上。
2021（令和3）年度	都道府県負担額を含め、医療分は対前年度15億円減額の1,179億円、介護分は前年度と同額の824億円を計上。 2020年度限りとして措置された「病床機能再編支援事業」を全額国費の事業として基金に位置付け。
2022（令和4）年度	都道府県負担額を含め、医療分は対前年度150億円減額の1,029億円、介護分は前年度と同額の824億円を計上。

## 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。

#### (1) 地域医療構想の策定と医療機能の分化・連携の推進

医療・介護サービスの需要の増大・多様化に対応していくためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要がある。このため、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。

各都道府県においては、2014年度末に国が示したガイドラインに沿って検討が進められ、2016（平成28）年度末までに、全ての都道府県において地域医療構想の策定が完了した。その後、都道府県に対し、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を定めるとともに、医療関係者や自治体など幅広い関係者が参画する地域医療構想調整会議において議論するよう求め、特に、2017（平成29）年度と2018（平成30）年度の2年間の集中的な議論を要請した。

こうした中、公立・公的医療機関等については、民間医療機関では担えない機能に重点化する方向で検討を求めてきたが、2018年度末において公立・公的医療機関等の具体的対応方針の策定について、病床の機能分化・連携に向けた実質的な議論が行われていないことが懸念されるとの指摘がなされたため、2020（令和2）年1月に、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した。

このように地域医療構想を進めていく中、2020年1月から発生した新型コロナウイルス感染症への対応を契機に、同年10月から、「医療計画の見直し等に関する検討会」及び「地域医療構想に関するワーキンググループ」において、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた議論が重ねられ、同年12月に同検討会で取りまとめられた報告書では、中長期的な視点に立った地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、引き続き、着実に取組みを進めていく必要があるとされた。

同報告書において、今後、地域医療構想の実現に向けた取組みとして、公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組みを実施するとともに、民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め、地域医療構想調整会議の議論を活性化していく必要があるとされた。

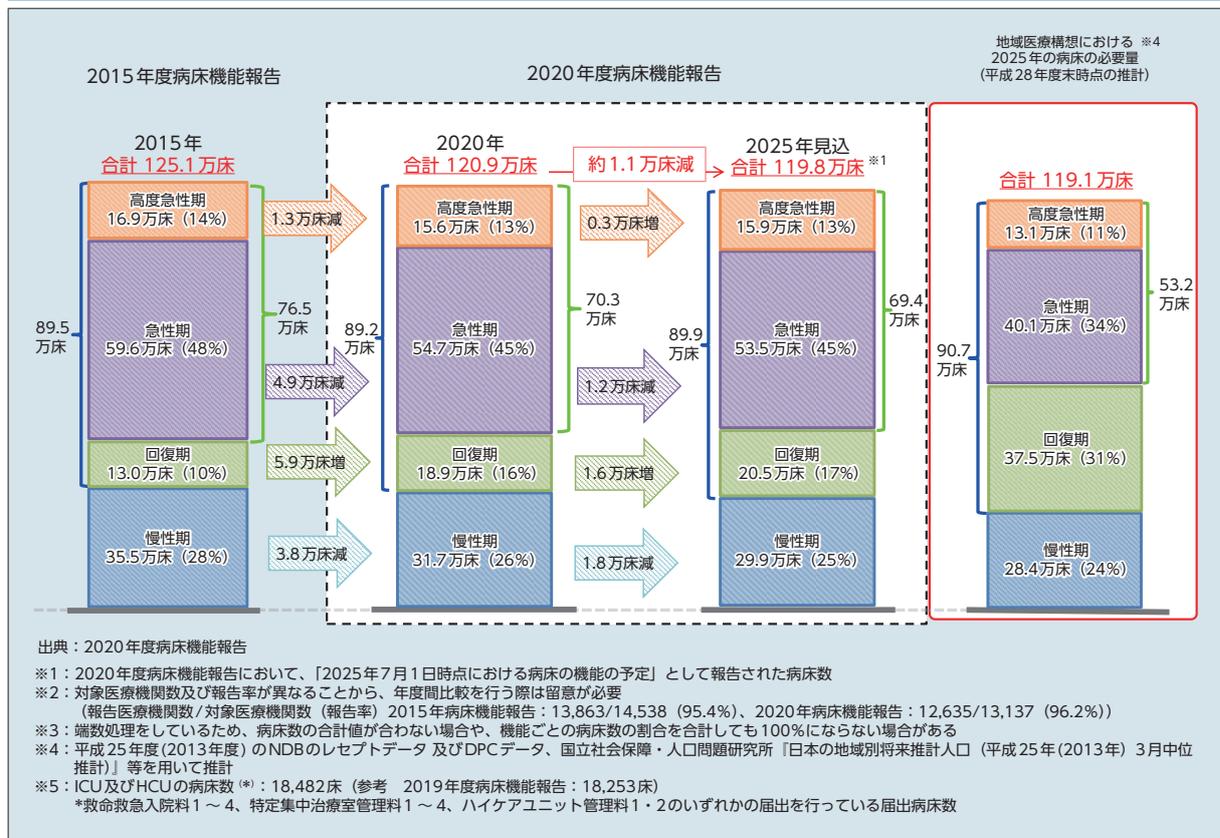
病床機能の分化・連携に関する地域での議論が進められている医療機関・地域に対しては、国において技術的・財政的支援を進めていく必要があるとされたところであり、こうした議論を踏まえ、厚生労働省では、以下のような支援を行うこととしており、②及び③については、法的に措置するための改正法案を2021（令和3）年2月に第204回通常国会へ提出し、同年5月に成立した（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号））。

- 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
- ②2020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。当該事業について2021年度以降も、消費税財源を活用した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

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創設（2021年の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、2022（令和4）年の地方税法改正により不動産取得税を優遇）

また、2021年12月に「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」が開催され、第8次医療計画の策定作業と併せて、2022年度及び2023（令和5）年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うことについて確認した。その後、地域医療構想を進めるに当たっての具体的な留意事項を都道府県に示した。

図表7-2-1 2020年度病床機能報告について



また、外来機能の明確化・連携について、2020年2月から、「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論が行われ、同年12月に報告書が取りまとめられた。同報告書では、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、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、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等の課題が生じていることが指摘され、人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、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・連携に向けて必要な協議を行うことにより、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化すること等を内容とする改正法案を2021年2月に第204回通常国

会へ提出し、同年5月に成立した（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）。同年7月から「外来機能報告等に関するワーキンググループ」を開催し、2022年4月1日からの法施行に向けて、外来機能報告の報告項目、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」について国の定める基準及び呼称（「紹介受診重点医療機関（病院・診療所）」）、地域における協議の場並びに紹介・逆紹介の推進等について議論が行われた。当該ワーキンググループでの議論を踏まえ、2022年3月に「外来機能報告等に関するガイドライン」をとりまとめており、今後、2022年10月から11月にかけて外来機能報告の実施を予定している。

## （2）都道府県医療計画におけるPDCAサイクル推進

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、急性心筋梗塞\*<sup>1</sup>、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。

2020（令和2）年1月から発生した新型コロナウイルス感染症への対応において、感染症患者の入院体制の確保等を進めるに当たり、広く一般の医療提供体制に大きな影響が生じた。こうした状況を受けて、同年10月から、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた議論が重ねられ、同年12月に同検討会で取りまとめられた報告書では、新興感染症等の感染拡大時に、対応可能な医療機関や病床の確保等、医療提供体制に関して必要な対策が機動的に講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論し、必要な準備を行うことが重要であるとの観点から、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加することが適当とされた。これに対応するため、改正法案を2021（令和3）年2月に第204回通常国会へ提出し、同年5月に成立した（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））。

改正法の施行を含め、2024（令和6）年度から2029（令和11）年度までを計画期間とする第8次医療計画の策定に向け、2021年6月18日に「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げ、医療計画作成指針等の見直しに関する検討を開始した。

## （3）地域医療連携推進法人の認定状況

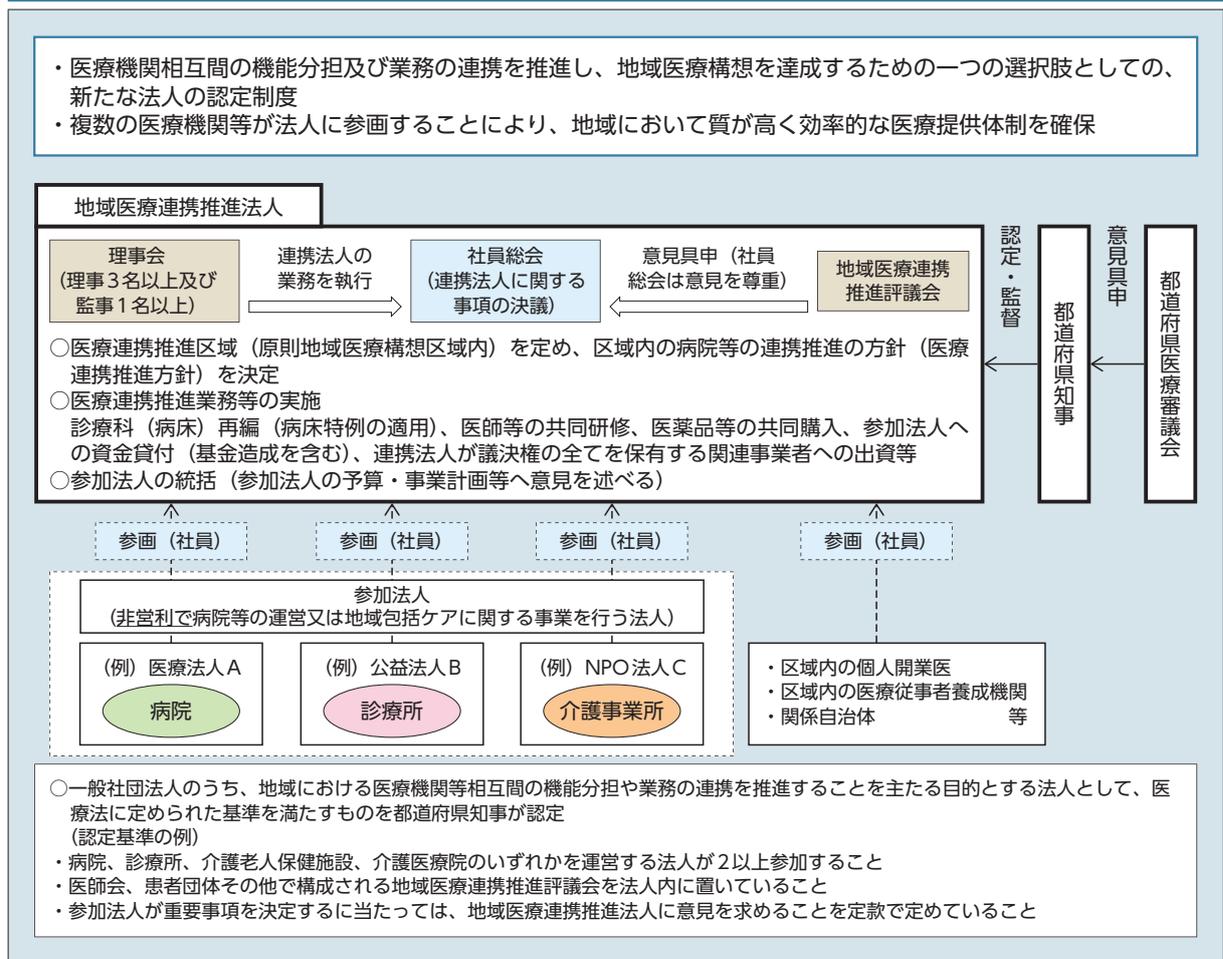
『日本再興戦略』改訂2014』（平成26年6月24日閣議決定）等を受けて、「医療法人の事業展開等に関する検討会」（2013（平成25）年11月～2015（平成27）年2月）において、地域医療連携推進法人制度の創設について議論され、2015年2月に取りまとめ

\*1 第7次医療計画では、「心筋梗塞等の心血管疾患」という表現に変更

が行われた。これらの議論を踏まえて、「医療法の一部を改正する法律案」を同年4月に第189回通常国会に提出し、同年9月に成立し公布された（平成27年法律74号）。

地域医療連携推進法人制度は、医療機関相互間の機能の分担や業務の連携を推進することを目的とし、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として創設されたものである。統一的な医療連携推進方針（病院等の連携推進の方針。以下「方針」という。）を決定し、医療連携推進業務等を実施する一般社団法人のうち医療法上の非営利性の確保等の基準を満たすものを都道府県知事が認定する。方針はホームページで公表することとされているほか、方針に記載された内容の実施状況について、法人内に設置する、地域の関係者で構成される地域医療連携推進評議会において評価することとなっており、地域の関係者の意見が法人の運営に反映される仕組みとなっている。2017（平成29）年4月から制度が施行され、2022（令和4）年4月1日現在、全国で31法人が認定を受けている\*2。地方公共団体等の公的主体が中心となっているものや、大学病院や医療法人等の民間主体が中心となっているものなど地域により様々であるが、医療従事者の共同研修の実施や医薬品等の共同購入の調整等といった業務が多く法人で実施されているなど、それぞれの地域事情に応じた連携の推進が図られている。

図表7-2-2 地域医療連携推進法人制度の概要



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

## (4) 地域医療体制の整備

### 1 救急医療

救急医療は、国民が安心して暮らしていく上で欠かすことのできないものである。このため、1977（昭和52）年度から、初期救急、入院を要する救急（二次救急）、救命救急（三次救急）の救急医療体制を体系的に整備してきた。



しかし、救急利用の増加に救急医療体制が十分に対応できず、救急患者が円滑に受け入れられない事案が発生している。このような状況を改善するため、①重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターに対する支援、②地域に設置されているメディカルコントロール協議会に医師を配置するとともに、長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる二次救急医療機関の確保に対する支援、③急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するためのコーディネーターの配置に対する支援等を行っている。

また、消防と医療の連携を強化し、救急患者の搬送・受入れがより円滑に行われるよう、各都道府県において、救急患者の搬送及び医療機関による当該救急患者の受入れを迅速かつ適切に実施するための基準を策定し、これに基づいて救急患者の搬送・受入れが行われているところである。さらに、ドクターヘリを用いた救急医療提供体制を全国的に整備するため、補助事業を行っており、2022（令和4）年3月末現在、45都道府県で55機のドクターヘリが運用されている。

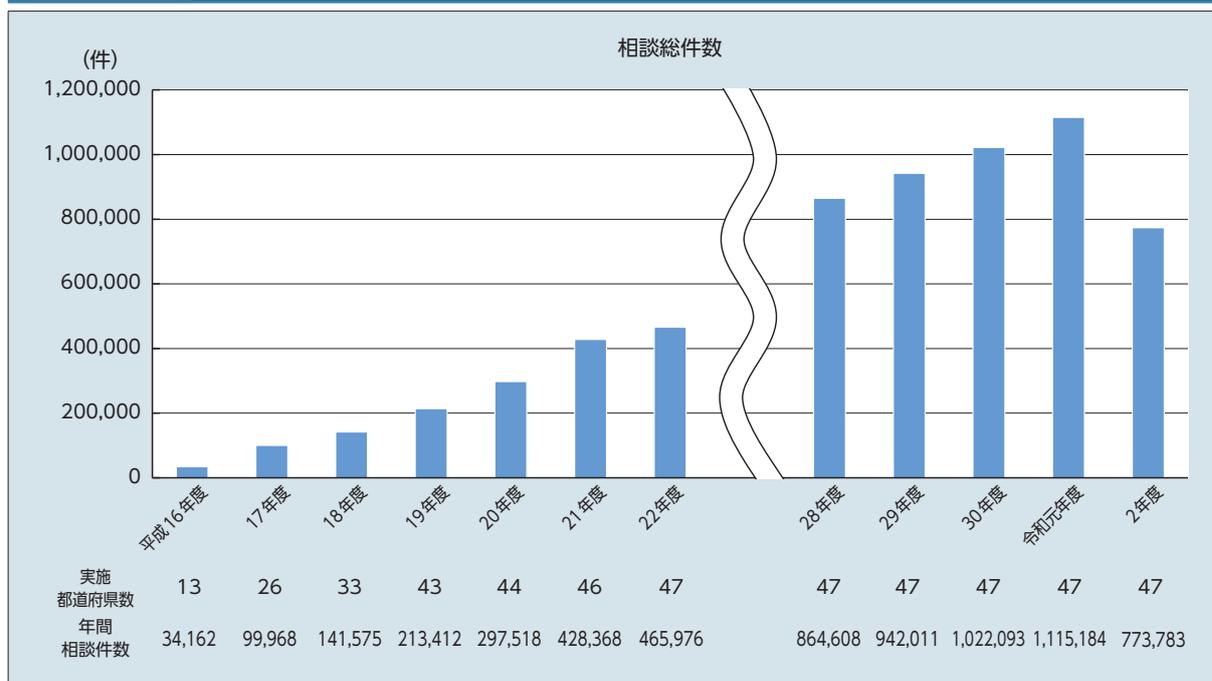
### 2 小児医療

小児医療は、少子化が進行する中で、子どもたちの生命を守り、また保護者の育児面における安心の確保を図る観点から、その体制の整備が重要である。

このため、休日・夜間における小児の症状等に関する保護者等の不安解消等のため、小児の保護者等に対し小児科医等が、全国同一の短縮番号#8000により、電話で助言等を行う「子ども医療電話相談事業（#8000事業）」を全47都道府県で実施しており、引き続き地域医療介護総合確保基金を活用して支援を行うこととしている。また、同事業の相談対応者として従事する医師、看護師等に対して、相談者へ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、けがや病気などの発生や対処の必要性について分析し、結果を広報することで、保護者等への病気、けが等の対処についての啓発を行っている。

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7-2-3 # 8000相談実績（平成16年度～令和2年度）



### 3 周産期医療

周産期医療については、国民が安心して子どもを産み育てることができる環境の実現に向け、各都道府県において、地域の実情に応じた周産期医療体制を計画的に整備している<sup>\*3</sup>。リスクの高い妊産婦や新生児等に高度な医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターを整備し、地域の分娩施設との連携を確保すること等により、周産期医療体制の充実・強化を進めている。これに対し、厚生労働省においては、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室（MFICU<sup>\*4</sup>）、新生児集中治療室（NICU<sup>\*5</sup>）に対する支援、②NICU等の長期入院児の在宅移行へのトレーニング等を行う地域療育支援施設を設置する医療機関に対する支援、③在宅に移行した小児をいつでも一時的に受け入れる医療機関に対する支援を行っているほか、④2016（平成28）年度から、災害時に都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう支援する「災害時小児周産期リエゾン」の養成を目的とした研修を実施している。また、2018年度には、災害時小児周産期リエゾンの運用、活動内容等の基本的な事項について定めた「災害時小児周産期リエゾン活動要領」を作成し、周知した。さらに、2016（平成28）年度から、分娩取扱施設が少ない地域において、新規に分娩取扱施設を開設する場合等への施設整備費用支援事業、2017（平成29）年度から、設備整備費用支援事業及び、地域の医療機関に産科医を派遣する病院等への支援事業を実施している。加えて、2020（令和2）年度からは、妊婦が安心安全に受診できる医療提供体制を整備するため、産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する研修の実施や医師が妊婦の診療について必要な情報を得られる相談窓口の設置に対する財政支援を行っている。

\*3 これまで医療計画と周産期医療体制整備計画をそれぞれ策定してきたが、2018年度からは、両計画の整合性を図るため一体化することとしている。

\*4 MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略。

\*5 NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。

#### 4 災害医療

地震等の災害時における医療対策として、阪神・淡路大震災の教訓をいかし、災害発生時の医療拠点となる災害拠点病院の整備（2021（令和3）年4月1日現在759か所）、災害派遣医療チーム（DMAT\*<sup>6</sup>）の養成等を進めてきた（2022年4月1日現在1,754チームが研修修了）。



また、東日本大震災や平成28年熊本地震の経験を踏まえ、災害発生時に必要となる都道府県の総合調整機能やコーディネート機能の確保等の整備に取り組んできた。さらに、災害拠点病院においては、DMATの保有をはじめ、施設の耐震化や自家発電機、衛星（携帯）電話の保有、3日分の食料、水、医薬品等及び3日分程度の自家発電機用燃料の備蓄等の整備に加え、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画（BCP）の策定及び当該計画に基づく研修・訓練を実施すること等の取組みについても災害拠点病院指定要件として含めるよう、改正を行ってきた。加えて、「日本DMAT活動要領」に基づき、2014（平成26）年度より、統括DMATをサポートする要員を確保する観点から、DMAT事務局、DMAT都道府県調整本部等での本部業務や、病院支援、情報収集等を担うサポートを専門とするロジスティック担当者からなる専属チームの養成を行っている。

近年、全国各地で台風や豪雨等による災害が発生し、洪水等による浸水被害を受けた医療機関においては一部診療を制限せざるを得ない事態となり、地域の医療提供体制への影響が生じたことを踏まえ、浸水想定区域等に所在する政策医療実施機関等における浸水対策の強化・充実を進めている。

また、新型コロナウイルス感染症の発生から拡大時において、DMAT資格を有する者が、災害医療の経験をいかしつつ、感染症の専門家とともに、ダイヤモンドプリンセス号での対応、都道府県庁における入院調整の支援や、クラスターが発生した介護施設等での感染制御や業務継続の支援等を実施した。こうした経験を踏まえ、「日本DMAT活動要領」を改正し、新興感染症等に係るDMATの活動について明記した。

東日本大震災時に多数の心のケアチームが被災地に派遣された経験を踏まえ、集団災害発生時における精神保健医療への需要拡大に対応するため、災害派遣精神医療チーム（DPAT\*<sup>7</sup>）の養成を進めてきた。2022年3月に一部改正された「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」に基づき、効率的な派遣システムの構築・運用のため、DPAT事務局の整備や、専門的な研修・訓練によるDPATの全国における養成等を行っている。加えて、東日本大震災や平成28年熊本地震において、被災した精神科病院からの患者受入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

\* 6 DMAT：「Disaster Medical Assistance Team」の略。災害拠点病院等において、原則4名の医師・看護師等により構成され、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、被災地内の病院の支援等を行うもの。出動の際には、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。

\* 7 DPAT：「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略。自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大する。このような場合に、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネージメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援活動を行うために、都道府県及び政令指定都市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。

の整備を進めている。

近年、被災後、早期に診療機能を回復するために業務継続計画（BCP）の考え方に基づいた災害対策マニュアルの策定の重要性が改めて指摘されており、これらを踏まえて2017年度からBCP策定の促進を目的とした研修を実施し、これまでに1,129医療機関、1,915名が受講している（2022年4月1日現在）。

また、災害時に様々な救護班の派遣調整業務等を行う地域の医師等（災害医療コーディネーター）の養成については、災害時に地域単位の細やかな医療ニーズ等に対応するため、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。

## 5 へき地・離島医療対策

へき地や離島における医療の確保は、2017年度まで「へき地保健医療計画」に基づき対策を実施していたが、2018年度から実施する第7次医療計画と一体的に検討を行い、対策を実施することとなった。このため、へき地の医療体制については、都道府県において他事業も含めた総合的な企画・調整を行いつつ、へき地医療支援機構と地域医療支援センターの統合を視野に入れた連携や一本化を進め、へき地診療所における住民への医療の提供、へき地医療拠点病院等による巡回診療や代診医派遣等の対策を充実させることで、へき地保健医療体制の構築に取り組むこととしている。

## (5) 在宅医療の推進

多くの国民が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでおり、高齢になっても病気になっても自分らしい生活を送ることができるように支援する在宅医療・介護の環境整備が望まれている。また、急速に少子高齢化が進む中で、高齢者の増加による医療・介護ニーズの急増に対応できる医療・介護提供体制の整備は喫緊の課題であり、病床機能の分化・連携を進めるとともに、在宅医療の充実を図ることが重要である。

こうした観点から、厚生労働省としては、2013（平成25）年度から、医療計画に在宅医療に関する事項について盛り込むこととした。具体的には都道府県において在宅医療の取組状況等のデータ分析を行い、地域の実情を踏まえながら、在宅医療を提供する医療機関等の数値目標とその達成に向けた施策、医療連携体制、人材確保等について記載し取組みを進めることとしている。2018（平成30）年度からの第7次医療計画においては地域医療構想や介護保険事業（支援）計画と整合性を確保しつつ、在宅医療のより実効的な整備目標を設定し取組みを推進している。在宅医療の体制整備に対しては、2014（平成26）年度に、都道府県に地域医療介護総合確保基金を設置し、都道府県における研修や人材育成、新規参入の推進等、在宅医療の提供体制の構築に必要な事業に対し財政的な支援を実施している。また、在宅医療の担い手となる人材確保は必要不可欠であり、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、国としても人材育成に取り組んでいる。

## (6) 東日本大震災による被災地の医療提供体制の再構築

東日本大震災による被災地の医療提供体制の再構築を図るため、2011（平成23）年度

第三次補正予算、2012（平成24）年度予備費及び2015（平成27）年度予算において、被災3県（岩手県、宮城県、福島県）及び茨城県を対象に地域医療再生基金の積み増しを行い、被災3県が2015年度までの5年間の計画期間として策定した医療の復興計画及び茨城県が策定した地域医療再生計画に基づく取組みを支援した（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）。

さらに、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）年度予算において、復興・創生期間である2020（令和2）年度までの4年間の取組みを支援するため、236億円の積み増しを行い、2021（令和3）年度予算において54億円の積み増しを行った。また、2022（令和4）年度予算においては当該基金の計画期間を2022年度まで延長するとともに、更に29億円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（2017～2022年度における予算総額）320億円）。

## （7）医療安全の確保

### 1 医療の安全の確保

#### ①医療安全支援センターにおける医療安全の確保

2003（平成15）年より、患者・家族等の苦情・相談などへの迅速な対応や、医療機関への情報提供を行う体制を構築するため、都道府県、保健所設置市等における医療安全支援センター（以下「センター」という。）の設置を推進しており、現在全ての都道府県で417か所（2022（令和4）年1月31日現在）設置されている。センターの業務の質の向上のため、職員を対象とする研修や、相談事例を収集、分析するなどの取組みを支援している\*8。

#### ②医療機関における安全確保の体制整備

一方で、医療事故を未然に防ぎ、安全に医療が提供される体制を確保するため、病院などに対して、医療に関する安全管理のための指針の整備や職員研修の実施などを義務づけている。また、院内感染対策のための体制の確保や医薬品・医療機器の安全管理、安全使用のため体制の確保についても実施すべきものとし、個々の病院などにおける医療の安全を確保するための取組みを推進している。

#### ③医療事故情報収集等事業\*9

医療事故の原因を分析し、再発を防止するため、2004（平成16）年10月から医療事故情報収集等事業を実施している。医療機関からの報告を基に、定量的、定性的な分析を行い、その結果を3か月ごとに報告書として公表している。また、同事業では、個別の医療行為のリスク低減を目的とした医療安全情報を作成し、事業参加医療機関等に対し、情報提供を行っている。2010（平成22）年からは、医療事故の予防や再発防止に役立つ情報を増やすため、Web上に報告事例のデータベースを構築し、運用を開始している。登

\*8 医療安全支援センター総合支援事業を紹介したホームページ <https://www.anzen-shien.jp/>

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

録分析機関は、公益財団法人日本医療機能評価機構である。

#### ④特定機能病院のガバナンス改革

大学附属病院等において医療安全に関する重大事案が相次いで発生したことから、2015（平成27）年4月に厚生労働省に「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」を設置し、医療安全確保のための改善策を中心に、同年11月に「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」として報告を取りまとめた。これを踏まえ、2016（平成28）年6月10日に医療法施行規則を改正し、特定機能病院の承認要件に医療安全管理責任者の配置、専従の医師・薬剤師・看護師の医療安全管理部門への配置、医療安全に関する監査委員会による外部監査等の項目を加えた。

さらに、特定機能病院のガバナンス改革に関して、2016年2月に「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」を開催し、当該検討会等での議論を踏まえ、特定機能病院の医療安全管理体制の確保及びガバナンス体制の強化を図るため、以下の内容を含む「医療法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し、2017（平成29）年6月に成立し、2018（平成30）年6月に施行された（平成29年法律第57号）。

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

また、附帯決議において、「広域を対象とした第三者による病院の機能評価を承認要件とすること」とされ、2021年3月の省令改正により、第三者による評価を受け、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が承認要件として追加された。

## 2 医療事故調査制度の施行

医療の安全の向上のため、医療事故が発生した際に、その原因を究明し、再発防止に役立てていくことを目的とした医療事故調査制度は、2014（平成26）年に公布された第6次改正医療法に基づいて2015年10月に開始した。

この制度は、医療事故の再発防止に繋げ、医療の安全を確保することを目的とし、

- ①医療事故（医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者が死亡又は死産を予期しなかったもの）が発生した医療機関（病院、診療所又は助産所）が、医療事故調査・支援センターへの報告、医療事故調査の実施、医療事故調査結果の遺族への説明及び医療事故調査・支援センターへの報告を行うこと
- ②その上で、医療機関や遺族からの依頼に応じて、医療機関からも患者側からも中立的な立場である医療事故調査・支援センターにおいて調査を行うこと

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

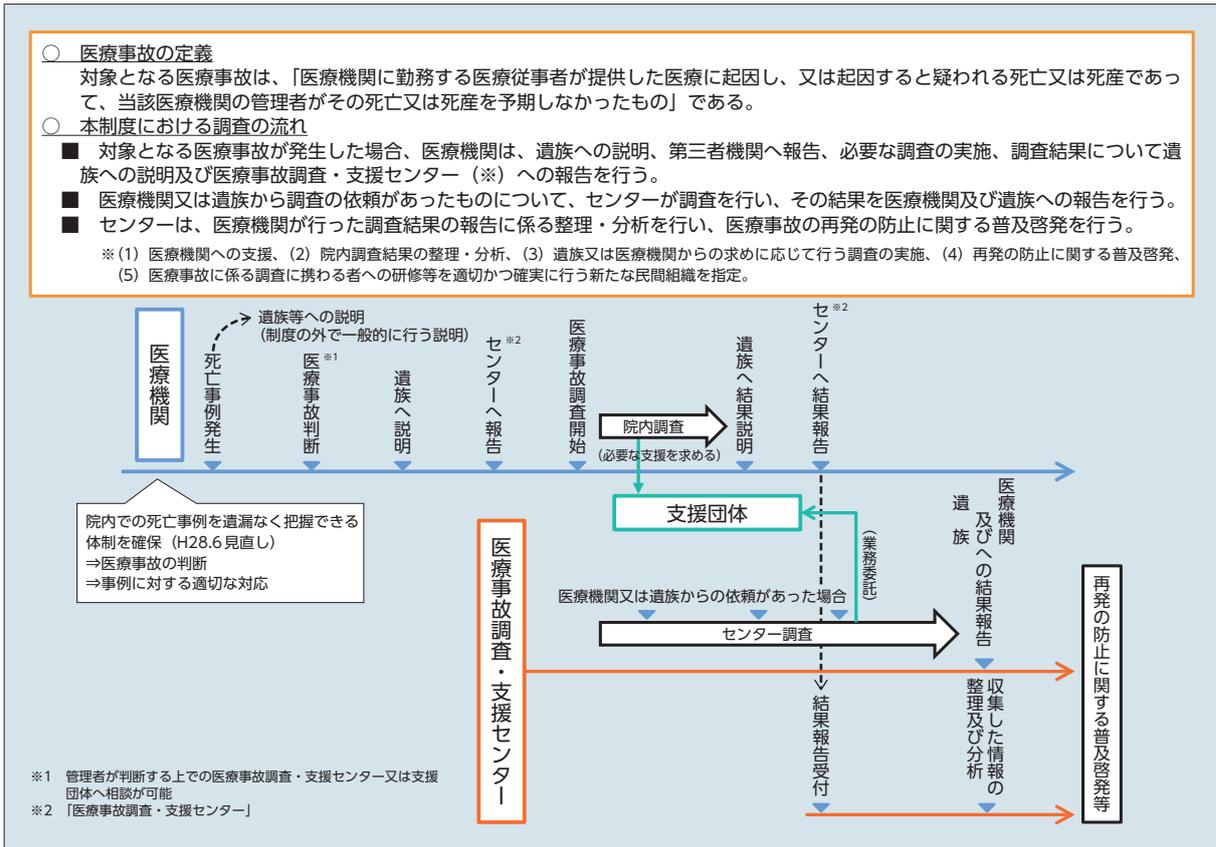
その後、法附則に基づいて制度見直しのための検討が行われ、2016年6月24日付けで、医療法施行規則の一部改正や、関連通知の発出を行った。具体的には、

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

2022（令和4）年3月末現在までに、医療事故報告件数2,305件、院内調査結果報告件数2,019件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数182件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は101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16のテーマについて、医療事故再発防止策の提言をとりまとめ、公表をした。

図表7-2-4 医療事故調査制度の仕組み



### 3 産科医療補償制度\*10

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

また、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」が基準とする見直しが行われた。

### 4 閣僚級世界患者安全サミット

閣僚級世界患者安全サミットは英国とドイツのイニシアチブにより医療安全の世界的な推進を目的に2016年に創設された。

その後、2018年4月に東京で開催された第3回サミットでは、避けられる全ての有害事象やリスクを低減することを目指し、患者安全の向上のためのグローバルな行動を呼びかける『東京宣言』が発表され、2019（平成31）年3月にサウジアラビアで開催された

\*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>

第4回サミットでは、世界的に重要な患者安全の課題に取り組むための、国際標準、ガイドライン、行動を推奨することを主旨とする『ジェッタ宣言』が発表された。

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

## (8) 医療に関する適切な情報提供の推進

医療に関する十分な情報をもとに、患者・国民が適切な医療を選択できるよう支援するため、①都道府県が医療機関に関する情報を集約し、わかりやすく住民に情報提供する制度（医療機能情報提供制度<sup>\*11</sup>）を2007（平成19）年4月より開始するとともに、②医療広告として広告できる事項について大幅な緩和を行った。2013（平成25）年度においては、医療広告ガイドラインにおいて、バナー広告等にリンクした医療機関のウェブサイトに関する取扱いを明確化するなど必要な改正を加えた。また、2016（平成28）年3月より「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」を開催し、同年9月に取りまとめがなされた。この取りまとめを踏まえ、医療機関のウェブサイト等についても、虚偽・誇大等の不適切な表示を禁止し、中止・是正命令及び罰則を課すことができるよう措置する内容を含めた医療法等の一部を改正する法律（平成29年法律第57号）が第193回通常国会において成立した。2018（平成30）年5月に関係する省令・告示を公布し、新たな医療広告ガイドラインの発出を行い、同年6月に施行された。

## (9) 医療の質の向上に向けた取組み

根拠に基づく医療（EBM）の浸透や、患者・国民による医療の質への関心の高まりなどの現状を踏まえ、厚生労働省では、2010（平成22）年度から「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始した。本事業では、患者満足度や、診療内容、診療後の患者の健康状態に関する指標等を用いて医療の質を評価・公表し、公表等に当たった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。

## (10) 人生の最終段階における医療・ケア

人生の最終段階における医療・ケアについては、全ての方が自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるようにするため、医師等の医療従事者から患者・家族に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ことが重要である。厚生労働省としては、2017（平成29）年度より「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」を開催し、2018（平成30）年3月に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」にACP<sup>\*12</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

\* 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)

\* 12 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

医療」から「人生の最終段階における医療・ケア」へ名称も変更)。また、当該検討会報告書に基づき、ACPの愛称を一般公募し「人生会議」に選定、11月30日(いい看取り・看取られ)を「人生会議の日」と設定し、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とする等の普及・啓発の取組みを実施している。

また、2014(平成26)年度から、ガイドラインに沿って本人の意思決定を支援する医療・ケアチームの育成研修を実施し、2017年度からは、健康な時から人生の最期に備えられるよう国民向けの普及・啓発の強化を図っている。加えて、本人の意思に反した救急搬送や医療処置が行われぬよう、救急医療や在宅医療関係者間における患者情報の共有や連携ルールの策定を支援する取組みを進めている。

## 2 医療人材の確保及び質の向上の推進

### (1) 医療を担う人材の確保の推進

#### 1 医師養成数

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とした、医学部入学定員の臨時的な増員を行っている。

こうした取組みもあり、現在、全国レベルで医師数は毎年3,500~4,000名ずつ増加している一方で、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。

2022(令和4)年2月7日に公表した「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第5次中間とりまとめ」に基づき、2024(令和6)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共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 医師の診療科偏在・地域偏在対策

我が国では、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が課題となっており、これまでに、

- ・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、厚生労働省では、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きた。

また、医師養成課程を通じた医師偏在是正については、医学部地域枠の設置に加え、

- ・臨床研修において、地域偏在の状況も踏まえ、都道府県別の募集定員上限を設定すること
- ・専門研修において、日本専門医機構が都道府県診療科別に必要な医師数に基づいた採用数上限(シーリング)を設定すること

などの取組みを行ってきた。

また、医師の偏在対策を更に推進するため、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により、

- ・「医療計画」において、医師の確保に関する事項を追記することとし、都道府県は2019（令和元）年度までに、PDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるため、三次医療圏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
- ・医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設
- ・「地域医療対策協議会」について、医師確保計画の実施に必要な事項について協議を行うよう強化するとともに、都道府県が行う地域医療支援事務に、医師不足地域における医師の確保と医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保の両立を目的とする「キャリア形成プログラム」の策定、医師少数区域への医師派遣等を追加すること等の取組みを通じて、医師の地域偏在・診療科偏在対策を行っている。

加えて、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、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、三次医療圏、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むことで、産科・小児科における地域偏在の解消に向けた取組みを行っている。

外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の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等が課題となっており、2018年に成立した医療法及び医師法の一部を改正する法律により、「医療計画」において、「外来医療の提供体制の確保に関する事項」（外来医療計画）を追加することとし、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、地域ごとの外来医療に関する情報の可視化、新規開業希望者等への情報提供、外来医療に関する協議の場の設置等を盛り込むこと等により、地域の外来の医療提供体制の確保に向けた取組みを推進している。

### 3 看護職員の確保

我が国の看護を取り巻く状況は、医療ニーズの増大・高度化などにより大きく変化している。こうした中、看護職員の確保対策として、看護職員の資質向上、養成促進、再就業支援等を推進してきたことにより、その就業者数は毎年着実に増加（2019年には約168万人が就業）しているが、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年を展望すると、看護職員の確保対策の強化が求められている。

看護職員の人材確保に関しては、看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき、国、地方自治体、国の指定する中央ナースセンター、各都道府県の指定する都道府県ナースセンターが連携して、①新規養成、②定着促進、③復職支援を柱とした取組みを進めて

いる。具体的には、看護師等養成所の整備や運営に対する補助や、医療勤務環境改善支援センターの総合的・専門的な助言、院内保育所への支援等による勤務環境の改善、看護師等免許保持者の届出制度などによるナースセンターの機能強化などである。

地域における看護職員の確保については、2014（平成26）年度に各都道府県に設置された「地域医療介護総合確保基金」を活用し、地域の実情に応じた看護職員の養成・確保の取組みに対する支援を行っている。

また、「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ」を踏まえ、2019年度から、看護職員確保対策特別事業として、へき地や訪問看護における看護職員確保など、看護職員確保等に係る地域・領域偏在の課題について、都道府県ナースセンター、地方自治体、病院団体等が連携して取り組む「地域に必要な看護職の確保推進事業」に対し支援を行っている。

さらに、2022年2月から9月まで、看護職員等処遇改善事業補助金により、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を対象に、賃上げ効果が継続される取組みを行うことを前提として、収入を1%程度（月額4,000円）引き上げるための措置を実施している。なお、同年10月以降は、診療報酬において、当該看護職員を対象に、収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設することとしている。

#### 4 女性医師等の離職防止・復職支援

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

- ①病院内保育所の運営等に対する財政支援
- ②出産や育児等により離職している女性医師等の復職支援のため、都道府県に受付・相談窓口を設置し、研修受入れ医療機関の紹介や復職後の勤務形態に応じた研修の実施
- ③ライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図るため、女性医師バンクで就業斡旋等の再就業支援などの取組みを行ってきた。

なお、①・②については、2014年度から地域医療介護総合確保基金の対象とし、③については、女性医師支援センター事業として継続している。

また、2014年度には、医療や医学の分野の様々な現場において活躍されている女性医師等から構成される「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を開催した。同懇談会では、女性医師がライフステージに応じて活躍することができる環境整備の在り方について検討を行い、その検討結果を報告書として取りまとめた。報告書については、医療現場等で活用していただけるよう、都道府県、関係団体等を通じて広く周知している。さらに、2015（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、それまで女性医師支援の取組み実績がない施設に新たな支援チームが立ち上がるなどの成果があった。2019年度からは、女性医師等をはじめとした医療職のキャリア支援を医療機関により一層普及させるため、女性

医師等支援で中核的な役割を担う拠点医療機関の構築に向けた財政支援を行っており、2022年度からは子育て世代の医療職支援の先駆的な取組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）を実施している。こうした取組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 新たな専門医の養成の仕組み

厚生労働省では、医師の質の一層の向上等を目的として、「専門医の在り方に関する検討会」を開催し、2013（平成25）年4月に報告書を取りまとめた。報告書では、新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計されるべきであり、また、医療を受ける患者の視点に立って、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであるとされている。

これを受けて、2017（平成29）年度の養成開始に向け、日本専門医機構及び学会において準備が進められてきたところであるが、新たな仕組みの導入により、医師及び研修医の地域偏在が更に拡大するのではないかと懸念が地域医療関係者から示されたため、養成開始を1年延期し、2018（平成30）年度から養成が開始されている。

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

新専門医制度開始後も良質な医療を提供する体制に責任を有する国の立場から、医師のキャリアや地域医療に対する配慮が継続的になされるような、安定した仕組みの構築が求められたことから、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（平成30年法律第79号）に基づく医師法（昭和23年法律第201号）の一部改正により、厚生労働大臣が、医師の研修を行う団体に対し、医療提供体制の確保の観点から意見及び研修機会の確保の観点から意見・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・要請を定期的に通知している。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、厚生労働省が公表した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。

## 2 医師の働き方改革

我が国の医療が勤務医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、勤務医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の業務については、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」において、時間外労働の上限規制の適用を5年間猶予し、2024（令和6）年4月1日から上限規制が適用されることとなっている。これは、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）において、医師については、医療界の参加の下で検討の場を設け、規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることとされたことに伴うものであり、厚生労働省において、2017年8月以降、「医師の働き方改革に関する検討会」及び「医師の働き方改革の推進に関する検討会」において検討を行い、その結果を踏まえ、長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための次の措置等を盛り込んだ改正法案を2021（令和3）年2月に第204回通常国会へ提出し、同年5月に成立した（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））。

- ①勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ②地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ③当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

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時間未満とされる（いわゆるA水準）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水準対象医療機関）、連携型特定地域医療提供機関（連携B水準対象医療機関）、技能向上集中研修機関（C-1水準対象医療機関）、特定高度技能研修機関（C-2水準対象医療機関）として都道府県知事の指定を受けた医療機関において指定事由となる業務に従事する医師については、時間外・休日労働の上限は年間1,860時間／月100時間未満となる。

上限規制の適用開始に向けて、医療機関における適正な労務管理と労働時間短縮に向けた取組み（タスク・シフト／シェアやICTの活用等）を推進する必要がある、引き続き、医療勤務環境改善支援センターによる支援を実施することとしている。

また、タスク・シフト／シェアについては、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」において2020年12月に取りまとめられた「議論の整理」に基づき、現行制度で実施可能な業務を整理・明確化するとともに、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士及び救急救命士の業務範囲について「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」等において必要な法令改正を行い、これらの内容の周知を行っている。

### 3 看護職員の資質向上

看護職員の資質のより一層の向上を図るため、厚生労働省では、地域医療介護総合確保基金を通じて、病院等が行う新人看護職員研修や都道府県が行う看護職員の実務研修等に対して支援を行っている。

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

## 3 国立病院機構や国立高度専門医療研究センター等の取組み

歴史的・社会的な経緯等により他の設置主体での対応が困難な医療や、国民の健康に重大な影響のある疾患に関する医療については、国の医療政策として、国立病院機構や国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）などが着実な実施に取り組んでいる。

国立病院機構では、災害や新型インフルエンザ発生時など国の危機管理や積極的貢献が求められる医療、重症心身障害、筋ジストロフィーをはじめとする神経・筋疾患、結核、心神喪失者等医療観察法に基づく精神科医療など他の設置主体では必ずしも実施されないおそれのある分野の医療、地域のニーズを踏まえた5疾病・5事業の医療について、全国的な病院ネットワークを活用し、診療・臨床研究・教育研修を一体的に提供している。

ナショナルセンターでは、国民の健康に重大な影響のある特定の疾患（がんその他の悪性新生物、循環器病、精神・神経疾患、感染症等国際的な調査研究が必要な疾患、成育に係る疾患、加齢に伴う疾患）等について高度先駆的な研究開発、これらの業務に密接に関連する医療の提供や人材育成等を行っている。2018（平成30）年に取りまとめられた「国立高度専門医療研究センターの今後の在り方検討会報告書」を踏まえ、2020（令和2）年4月1日に横断的な研究推進組織として、国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部が設置された。本組織では、ナショナルセンターの資源及び情報の集約による研究の更なる活性化や、他機関との連携強化等に取り組む。

地域医療機能推進機構では、救急からリハビリまでの幅広い医療機能を有し、また約半数の病院に介護老人保健施設が併設されているなどの特長をいかしつつ、地域の医療関係者などとの協力の下、5疾病・5事業の医療、リハビリ、在宅医療等地域において必要な医療及び介護について、全国に施設がある法人として、「急性期医療～回復期リハビリ～介護」まで切れ目なく提供し、地域医療・地域包括ケアの確保に取り組んでいる。

また、国立の医療機関として国立ハンセン病療養所が全国に13施設ある。国立ハンセン病療養所の入所者は、ハンセン病の後遺障害に加え、高齢化に伴う認知症や四肢の障害等を有する者が増加している。このため、医師・介護員をはじめとする職員の確保など、入所者の療養体制の確保に努めている。

## 4 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

後発医薬品とは、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含む同一投与経路の製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一で、先発医薬品と同等の臨床効果が得られる医薬品をいい、ジェネリック医薬品とも呼ばれる。

後発医薬品を普及させることは、医療の質を保ちつつ患者負担の軽減や医療費の効率化を図ることができ、医療保険財政の改善に資することから、2007（平成19）年に作成した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」において、2012（平成24）年度までに全医療用医薬品をベースとした後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げ、後発医薬品の使用を推進してきた。

その後、2013（平成25）年に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を作成し、後発医薬品と後発医薬品のある先発医薬品をベースとした数量シェアを2018（平成30）年3月末までに60%以上にする目標を定め、後発医薬品の使用を進めてきた。

2015（平成27）年には、「経済財政運営と改革の基本方針2015」において、後発医薬品の数量シェアを「2017（平成29）年央に70%以上とするとともに、2018年度から2020（令和2）年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする。」という目標が定められ、さらに2017年には、「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、「2020年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。」という新たな目標を定めたところであり、この目標の達成に向けて、引き続き後発医薬品の使用促進を行ってきた。

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、2021（令和3）年9月に79.0%となっている。

後発医薬品の使用促進に引き続き取り組むため、2021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。

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。

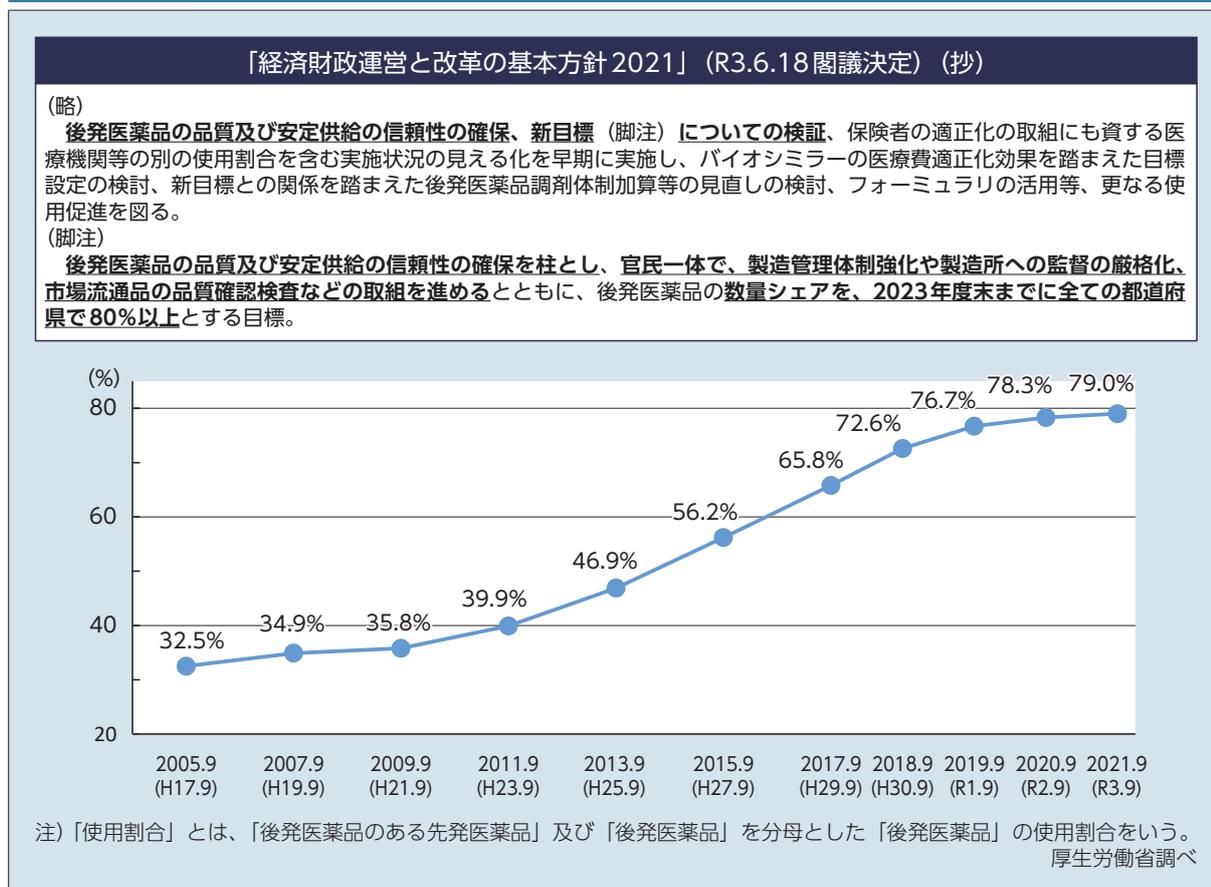
このため、使用促進に当たっては、まずは後発医薬品への信頼回復・安定供給が重要であることから、信頼回復や安定供給に向けて引き続き官民一体で取組みを進めるとともに、各都道府県において後発医薬品の使用促進のための協議会を設置する等、地方の実情に応じた普及・啓発をはじめとした環境整備、特に後発医薬品の使用が進んでいない地域



ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

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 後発医薬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、団塊の世代が全て75歳以上となる2025(令和7)年や、団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する2040(令和22)年頃といった将来の日本社会を見据えた改革が求められている。

「全世代型社会保障改革の方針」(2020(令和2)年12月15日閣議決定)等を踏まえ、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、全ての世代で広く安心を支えていく「全世代対応型の社会保障制度」を構築するため、「全世代対応型の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」が2021(令和3)年6月に成立した。この法律の主な内容は下記(1)から(7)までのとおりである。

### (1) 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し

後期高齢者医療は、給付費の約5割を公費で、約4割を現役世代からの後期高齢者支援金で、約1割を75歳以上の後期高齢者の保険料で負担する支え合いの仕組みであり、現役世代の理解が不可欠である。

少子高齢化が進み、2022（令和4）年度には団塊の世代が後期高齢者となり始め、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中、少しでも多くの方に「支える側」として活躍していただき、能力に応じた負担をしていただくことにより、現役世代の負担上昇を抑えていくことが必要である。

この窓口負担割合の見直しについては、現役世代の負担上昇をできるだけ抑え、全世代型社会保障を推進する観点から、2022年10月1日から施行することとした。高齢者の負担能力や生活状況を踏まえた上で、後期高齢者のうち課税所得が28万円以上で、かつ、単身者の場合には年収200万円以上、夫婦の場合には年収合計320万円以上の方に限って、窓口2割負担とすることとした。

また、その際、必要な受診が抑制されないよう、2割負担への変更による影響が大きい外来患者について、施行後3年間、一月分の負担増を最大でも3,000円に収まるような配慮措置を講じることとしている。

### (2) 傷病手当金の支給期間の通算化

健康保険においては、病気やけがの治療のため働くことができない場合に、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する額を傷病手当金として支給することとされている。その支給期間については、同一の病気やけがに関して、支給を始めた日から起算して1年6ヶ月を超えない期間とされており、その間に一時的に労務可能となり、傷病手当金が支給されなかった期間についても、1年6ヶ月の期間に含まれる仕組みとされていた。

仕事と治療の両立の観点から、がん治療のために入退院を繰り返す場合などに柔軟に傷病手当金を利用できるようにするため、出勤に伴い不支給となった期間がある場合には、その分の期間を延長して傷病手当金の支給を受けられるよう、支給期間の通算化を行った。

### (3) 任意継続被保険者制度の見直し

健康保険においては、被保険者が退職した後も、本人の選択によって、引き続き2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる任意継続被保険者制度が設けられている。

任意継続被保険者の保険料については、「退職した時の標準報酬月額」又は「任意継続被保険者が加入している保険者のすべての被保険者の標準報酬月額の平均に基づく標準報酬月額」のいずれか低い額を基礎とすることとされていたが、それぞれの健康保険組合の実状に応じた柔軟な制度とするため、健康保険組合がその規約で定めた場合には、「退職した時の標準報酬月額」を保険料の基礎とすることも可能とすることとした。

また、任意継続被保険者の生活実態に応じた加入期間の短縮化を支援する観点から、任意継続被保険者からの申請による任意の資格喪失を可能とすることとした。

#### (4) 育児休業中の保険料の免除要件の見直し

育児休業中の社会保険料については、被保険者の経済的負担に配慮して、月末時点で育児休業を取得している場合にはその月の保険料を免除する仕組みが設けられている。

この免除の仕組みについては、月末時点で育児休業を取得している場合にはその月の保険料が免除される一方、月の途中で短期間の育児休業を取得した場合には保険料が免除されないことや、賞与に係る保険料について、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されているにもかかわらず、月末時点で育児休業を取得している場合にはその月の保険料が免除されることから、賞与月に育児休業の取得が多いといった偏りが生じている可能性があった。

このため、短期の育児休業の取得に対応して、月内に2週間以上の育児休業を取得した場合には当該月の保険料を免除するとともに、賞与に係る保険料については1月を超える育児休業を取得している場合に限り、免除の対象とすることとした。

#### (5) 子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入

国民健康保険制度の保険料（税）は、応益（均等割・平等割）と応能（所得割・資産割）に応じて設定されているが、子育て世帯の経済的負担軽減の観点から、国・地方の取組みとして、2022（令和4）年4月より未就学児に係る均等割保険料（税）を半分に軽減することとした。

#### (6) 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）

現在、40歳以上の者を対象とする特定健診については、労働安全衛生法に基づく事業主健診等の結果の活用が可能となっている。

これに加え、生涯を通じた予防・健康づくりに向けて、健診情報等の活用による効率的・効果的な保健事業を推進していくため、2022（令和4）年1月より、40歳未満の者に係る事業主健診等の結果を保険者が事業者等に求めることを可能とした。併せて、後期高齢者医療広域連合と被用者保険者等間の健診等情報の提供等についても可能とした。

#### (7) 国民健康保険制度の取組強化

##### 1 財政安定化基金

国民健康保険の財政安定化基金は、国民健康保険の財政運営の安定化を図るため、各都道府県に設置されている。都道府県の財政調整機能の更なる強化の観点から、2022（令和4）年4月より財政安定化基金に積み立てた剰余金等を、安定的な財政運営のために必要な場合に取り崩し、都道府県の国民健康保険の特別会計に繰り入れることができることとした。

##### 2 都道府県国民健康保険運営方針

都道府県は、安定的な財政運営並びに当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進を図るため、都道府県国民健康保険運営方針を定めることとされている。都道府県内の市町村における保険料水準の平準化や、一般会計からの法定外繰入等の解消について、都道府県と市町村における議論を促進し、取組みを進めるため、

2024（令和6）年4月より都道府県国民健康保険運営方針の記載事項として位置付けることとした。

## 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）年度より新たに「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」が策定され、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、高齢者への保健事業の体制整備等を行った。具体的には、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」に沿って、各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、高齢者の個別支援や介護予防の通いの場等に関する取組み等を実施している。

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

保険者や地方公共団体等の予防健康事業における活用につなげるため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等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、新たに増額した500億円（事業費分200億円、事業費連動分300億円）によって保険者努力支援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、特定健診・保健指導の実施率等の数値目標や目標達成に向けた取組内容を定めた医療費適正化計画を策定している。2018（平成30）年度からの第3期医療費適正化基本方針には、適正化の取組目標として、特定健診・保健指導の実施率の向上に加え、新たに糖尿病の重症化予防の取組み、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）を盛り込んだ。これに即して、都道府県は2017（平成29）年度中に第3期都道府県医療費適正化計画（2018年度から2023（令和5）年度までの6年間の計画）を策定した。第3期においても第2期に引き続き、計画の進捗状況の把握を進めつつ、新たな取組目標の達成に向け、保険者協議会等とも連携しながら、取組みを進めていく。また、2024（令和6）年度から始まる第4期に向けて計画の実効性を高められるよう、「経済財政運営と改革の基本方針2021」に基づき、社会保障審議会医療保険部会で見直しの議論を開始した。

## 4 2022（令和4）年度診療報酬改定

### (1) 診療報酬改定

令和4年度診療報酬改定では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携等の対応や、デジタル化等の社会経済の新たな流れにも対応した効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築を図る観点から、診療報酬の改定率をプラス0.43%とした。

改定に当たっては、「令和4年度診療報酬改定の基本方針」に示された

- ①新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築
  - ②安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進
  - ③患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
  - ④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上
- の4つの視点を柱とした上で、具体的には次のような見直しを行った。

#### 1 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

医療計画の見直しも念頭に、都道府県等の要請を受けて新興感染症等に対応する体制を有し、地域連携や訓練等を行う医療機関の評価を行った。

入院医療については、医療機能等に応じた評価となるよう、重症患者の評価項目の基準を見直すとともに、高度かつ専門的な医療や急性期医療を提供する体制を十分に確保している場合の評価を新設した。

外来医療については、外来機能の明確化や医療機関間の連携を推進する観点から、かかりつけ医機能を担う医療機関の体制に係る評価について、地域の連携体制への参加等の要件化等を行った。

在宅医療については、診療所の参画を更に推進するため、診療所が単独で24時間の往診体制を有する場合だけでなく、地域医師会等との連携により往診体制を確保した場合の評価を新設した。

症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設けた。

## 2 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る評価について、地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療・小児救急医療を担う医療機関を対象に追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直した。また、看護職員負担軽減の推進のため、夜間の看護配置や看護補助者の配置に関する加算の点数の引上げを行った。

## 3 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応として、患者ニーズを踏まえて適切にオンライン診療の普及・促進を図るため、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、初診における評価の新設や、対象疾患に係る要件の撤廃等の要件緩和を行った。

子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるよう、関係学会が策定したガイドラインの推奨度等を踏まえ、一般不妊治療（人工授精等）に加え、生殖補助医療（体外受精、顕微授精等）について、採卵・採精から胚移植まで一連の治療行為の保険適用を実施した。

歯科については、外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科医師等を対象とした研修要件を見直した上で、初再診料の引上げを行った。

調剤については、患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、地域におけるかかりつけ機能に応じた薬局の適切な評価や、薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し・対人業務の評価の拡充を行った。

## 4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤・使用割合が高い薬局・医療機関に重点を置いた評価に見直したほか、効率性等に応じた薬局の評価の見直

し、薬剤給付の適正化を目的とした湿布薬の処方適正化を図った。

医薬品・医療機器の費用対効果評価制度については、これまでの実績を踏まえて、より適切に制度を運用する観点から、できるだけ速やかに評価結果を反映できるよう、分析プロセスの見直しや分析体制の充実等に向けた対応を行った。

## (2) 薬価制度改革

薬価制度については、これまでの累次の薬価改定の結果や課題などを踏まえ、革新的な医薬品のイノベーション評価の観点から、革新的な効能・効果の追加承認があった新薬の評価や新型コロナウイルス感染症のワクチン・治療薬の開発の評価を実施した。また、国民皆保険の持続性確保の観点から、長期収載品の薬価の適正化や新薬創出等加算の企業区分の適正化を、医薬品の安定供給の確保の観点から、安定確保の優先度が高い医薬品の薬価上の取扱いの見直しを併せて実施した。

## 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2022（令和4）年で23年目を迎えた。

介護サービスの利用者は在宅サービスを中心に着実に増加し、2000年4月には149万人であったサービス利用者数は、2021（令和3）年4月には507万人と、約3.4倍になっており、介護保険制度は着実に社会に定着してきている。

高齢化が更に進行し、「団塊の世代」の全員が75歳以上となる2025（令和7）年の日本では、およそ5.5人に1人が75歳以上高齢者となり、認知症の高齢者の割合や、世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみの世帯の割合が増加していくと推計されている。特に、首都圏を始めとする都市部では急速に高齢化が進むと推計されている。

そこで、このような社会構造の変化や高齢者のニーズに応えるために「地域包括ケアシステム」の実現を目指している。「地域包括ケアシステム」とは、地域の事情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことをいう。高齢化の進行のスピードや地域資源の状況などは地域によって異なるため、それぞれの地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を可能とすることが重要である。

また、介護保険制度が定着し、サービス利用者数の増加に伴い、介護費用が増大している。介護保険制度開始当時の2000年度は約3.6兆円だった介護費用は、2020（令和2）年度には11.1兆円となっており、高齢化が更に進行し、団塊の世代の全員が75歳以上となる2025年には、介護費用は約15.3兆円<sup>\*13</sup>になると推計されている。介護費用の増大

\*13 「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。

に伴い、介護保険制度創設時に全国平均3,000円程度であった介護保険料は、現在約6,014円になっており、2025年には約7,200円になると見込まれている。

このような介護保険制度の状況に加え、今後、いわゆる団塊ジュニア世代の全員が65歳以上となる2040（令和22）年には、高齢人口がピークを迎えるとともに、介護サービス需要が更に増加・多様化し、現役世代（担い手）の減少も顕著になる中、制度の更なる見直しを進める必要があり、社会保障審議会介護保険部会での議論等を踏まえ、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案」を第201回通常国会に提出し、2020年6月5日に成立し（令和2年法律第52号）、2021年4月より順次施行している。この法律には、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進並びに医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組みの強化等を盛り込んでおり、地域共生社会の実現に向けた取組みを進めていくこととしている。

これらを踏まえ、2021年度からの第8期介護保険事業（支援）計画の基本指針においては、以下のような事項を盛り込んでいる。

- ア 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
- イ 地域共生社会の実現
- ウ 介護予防・健康づくり施策の充実・推進
- エ 有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化
- オ 認知症施策の推進
- カ 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組みの強化
- キ 災害や感染症対策に係る体制整備

## 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93.0%（2020（令和2）年度）となり、通いの場の箇所数は43,154か所（2013年度）から113,886か所（2020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5.2%（2020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（令和3）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。2021年12月には、新型コロナウイルス感染症の感染防止に配慮して通いの場や認知症カフェ等の取組みを実施するための留意事項を一部見直して提示し、外出自粛による心身機能の低下や地域のつながりの希薄化からの回復に向けて、地域の実情を踏まえた介護予防・見守り等の取組みを推進している。

## (2) 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進

高齢化が進行する中で、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、財政的インセンティブの付与については、2018（平成30）年度より保険者機能強化推進交付金を創設するとともに、公的介護保険制度における介護予防の位置づけを高めるため、2020（令和2）年度には新たに介護保険保険者努力支援交付金を創設した。これらの交付金は、保険者等の様々な取組みを評価できるよう、客観的な指標を設定した

上で、交付することとしている。各保険者等には、当該交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付及び保健福祉事業等を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止及び介護予防等に必要な取組みを進めていくことが期待される。

### (3) 医療・介護の連携の推進

今後、要介護認定率や認知症の発生率等が高い75歳以上の高齢者の増加に伴い、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれることから、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築とその連携がますます必要となる。

このため、在宅医療・介護連携推進事業を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市区町村が主体となって、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、取組みを強化している。

また、2021（令和3）年4月から切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組みを継続的に行うことによって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。2021（令和3）年12月末現在、介護医療院は662施設（40,383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。

2020（令和2）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2,097件、虐待判断件数が595件であり、養護者による虐待の相談・通報件数が35,774件、虐待判断件数が17,281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を支援し、虐待における連絡・対応体制の構築や個別の虐待事案に関する定期的な情報共有などについて、都道府県と市町村の連携の強化を推進する。

## 3 認知症施策の推進

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。

厚生労働省では、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境

で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、2015（平成27）年1月に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（2017（平成29）年7月改訂）を関係省庁と共同して策定した。政府全体で認知症施策を更に強力に推進するため、2018（平成30）年12月、認知症施策推進関係閣僚会議が設置され、認知症に関する有識者からの意見聴取に加え、認知症の人や家族などの関係者からの意見聴取等や関係省庁との協議を行いながら議論を深め、2019（令和元）年6月18日、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くこととしている。対象期間は2025年までとし、施策ごとにKPI/目標を設定しているところである。

具体的には、「共生」の取組みとして、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」の取組推進や、認知症の人ご本人による「希望大使」等の普及啓発活動の推進などを進めるとともに、「予防」の取組みとして、高齢者が身近に参加できる「通いの場」の拡充や認知症に関する研究開発等を推進している。2020（令和2）年12月、2021（令和3）年12月に、施策ごとの進捗確認を行い、実施状況を首相官邸ホームページに掲載した。

また、認知症施策推進大綱等を踏まえ、2020年の介護保険法の改正において、地域社会における認知症施策の総合的な推進に向けて、国及び地方公共団体の努力義務として、地域における認知症の人への支援体制の整備等を定めたほか、関連分野と連携して総合的な取組みを進めていく必要があることから、市町村介護保険事業計画の記載事項として、教育等の関連分野との連携など認知症施策の総合的な推進に関する事項を追加した。

## 4 介護現場革新

### (1) 生産性向上

介護現場における生産性向上を推進するため、介護現場の革新に資する取組みを研究し、横展開することを趣旨とする「介護現場革新会議」を開催し、2019（平成31）年3月に基本方針を取りまとめるとともに、介護サービスにおける生産性向上に資するガイドラインを作成し、2019（令和元）年度及び2020（令和2）年度にガイドラインを活用したパイロット事業を実施した。

また、介護現場において継続的に生産性向上の取組みを行うことができるよう、2020年度は、「介護現場における生産性向上の取組みを支援・促進する手引き」、2021（令和3）年度は介護現場で生産性向上の取組みを推進するスキルを短期間に習得するためのカリキュラムとして「支援・促しを活用する改善活動の推進役の養成研修手順書」を作成す

るとともに、これらを活用した生産性向上の取組みを全国に普及するため、2020年度から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、地域医療介護総合確保基金を活用し、都道府県が開催する「介護現場革新会議」の取組みに必要な経費の補助を行い、介護現場革新の取組みの普及・展開を図っている。

## (2) 介護ロボット

生産年齢人口が減少していく一方、介護ニーズが増大していく中で、介護人材の確保は喫緊の課題であり、介護職員の負担軽減を図りつつ質の高いサービスを効率的に提供することが求められている。

厚生労働省においては、経済産業省と連携し、移乗介助や見守りなど重点的に開発等の支援を行う分野を定め、介護ロボットの実用化や普及の促進に取り組んでいる。



また、「介護ロボット開発等加速化事業」を2016（平成28）年度から実施し、介護現場のニーズを介護ロボットの開発内容に反映させることに併せ、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。2021（令和3）年度は上記のプラットフォームについて相談窓口・リビングラボの増設を行い、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年度介護報酬改定においては、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。引き続き、施行後の状況を把握・検証するとともに、実証データの収集に努めながら、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。

## (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、2019（令和元）年度には、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開始した。同事業については、2020（令和2）年度に、補助上限額の引上げや補助率の柔軟化など、助成内容を拡充させたほか、ケアプランのデータ連携を行っていること等を要件として補助率の引上げを行う等の取組みを進めており、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、2019年度に、居宅介護支援事業所と介護サービス事業所との間で異なるベンダーの介護ソフトを活用している場合であっても、ケアプランのデータ連携を行うことができるよう「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」を作成した。この標準仕様を用いた介護事業所間の情報連携を推進するため、2021（令和3）年度からケアプランデータ連携システムの構築を開始している。

#### (4) 介護分野の文書負担軽減

少子高齢化に伴い介護の需要が増大する一方で、人的制約が高まる中、介護分野の文書の作成等に関する負担軽減は、介護事業者にとっても自治体にとっても重要な課題である。2019（令和元）年8月に地方自治体職員、介護事業者等の代表者、学識経験者からなる「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」を設置し、同年12月に文書負担軽減の具体的な方策について中間とりまとめを行った。

中間とりまとめを踏まえ、2021（令和3）年度からは、介護サービス事業所等の指定申請等に関する電子申請・届出システムの構築を進めている。

引き続き、介護現場の負担軽減に向けた取組みを行っていく。

## 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ることとしている。

## 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

②ICTや介護ロボットを活用した生産性向上の推進による業務負担の軽減や職場環境の改善などによる働きやすい環境の整備

③介護の仕事の魅力発信

など介護人材確保に総合的に取り組んでいる。

また、全国の主要なハローワークに設置する「人材確保対策コーナー」において、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。2020（令和2）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52.0%で最も多く、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」が38.6%、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」が30.6%、「有給休暇が取りにくい」が26.8%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。