

第6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。

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。

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) 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、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）・六事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、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。

(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、2025（令和7）年3月末現在、46都道府県で57機のドクターヘリが運用されている。

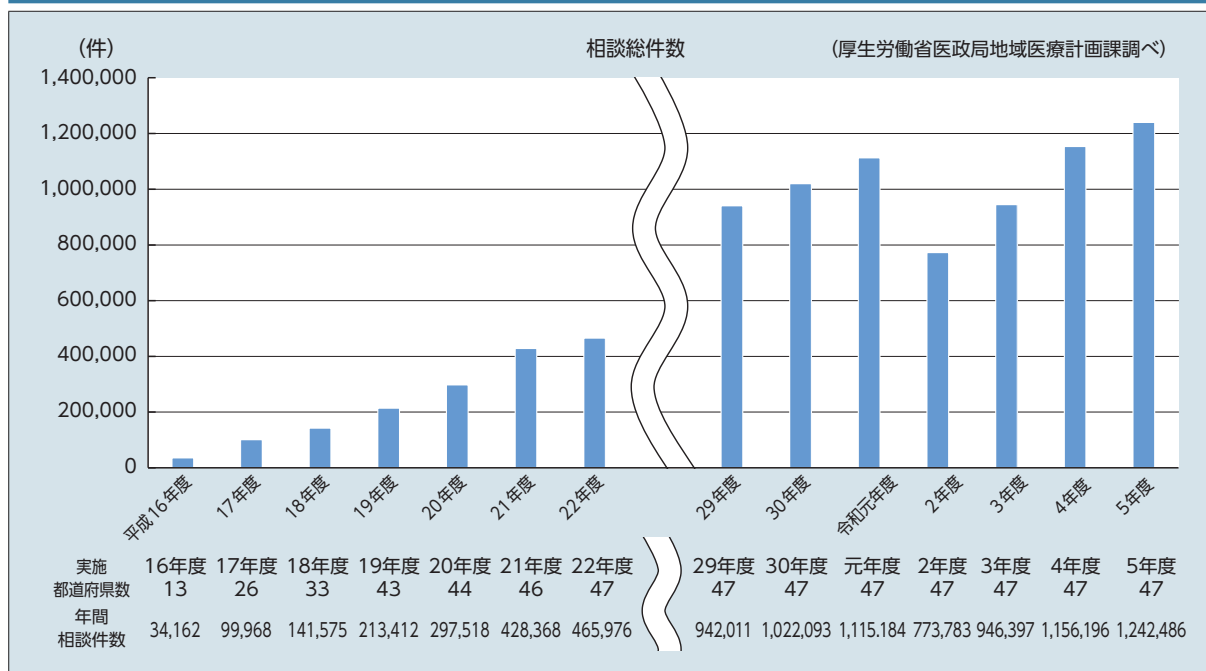


2 小児医療

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を行う「子ども医療電話相談事業（＃8000事業）」が全47都道府県で実施されている。厚生労働省では、地域医療介護総合確保基金を活用して＃8000事業を支援するとともに、相談対応者の技術向上を目的とした研修や、相談内容等の情報を収集して分析結果を各都道府県へ提供する事業を通じて、質の維持・向上や均てん化を図っている。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、小児救急医療を担う医療機関の体制整備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、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・機能の集約化・重点化を進めること、医療的ケア児への支援等も含めた小児医療体制の整備を進めることとしている。

図表 6-2-1 #8000 全国相談件数（平成16年度～令和5年度）



第6章

国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現

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^{*1}）、新生児集中治療室（NICU^{*2}）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（2024（令和6）年4月1日現在

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

*2 NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。

776か所)、災害派遣医療チーム (DMAT^{*3}) の養成等を進めてきた (2025年4月1日現在1,840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) 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、これまでに延べ2,734医療機関4,926名が受講している (2025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 (令和4) 年度より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新興感染症に関する内容を追加するなど研修の充実を進めた。

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^{*4}) の養成を進めている。2025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。

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」(平成10年法律第114号) により、DMAT、日本DPAT、災害支援ナース^{*5}の研修を受け、登録された医師・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。

また、災害薬事コーディネーターの養成については、2024年度に都道府県への補助事業を新規に実施するとともに、災害薬事コーディネーターの活動要領を2025年3月に示し、都道府県が災害薬事コーディネーターを任命する取組みを進めた。

^{*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、DMAT事務局 (2025 (令和7) 年4月1日以降、国立健康危機管理研究機構 (JIHS) において対応) 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。

^{*4} DPAT: 「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略。災害時に、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、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームのこと。精神科医師、看護師、業務調整員の3から4名程度で構成される。DPATのうち、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において、本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う隊を「日本DPAT」として位置づけている。

^{*5} 災害支援ナース: 災害や新興感染症の発生時に他の医療機関等への応援派遣に適確に対応できる看護職員をいう。これまでは日本看護協会及び都道府県看護協会の自主的な活動であったが、2024年4月からは、医療法に基づく「災害・感染症医療業務従事者」に位置づけられることとなった。

5 新興感染症医療

新興感染症発生・まん延時における医療については、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えた医療提供体制を構築するため、第8次医療計画より、新たに六事業目として医療計画の記載事項に追加された。新興感染症発生・まん延時における医療の体制の構築に当たっては、新型コロナウイルス感染症における対応規模を念頭に、2022年に改正された「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」（平成10年法律第114号）に基づく都道府県と医療機関との医療措置協定の締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた、新興感染症に対応する医療及び新興感染症以外の通常医療の提供体制の確保を図ることとしている。

各都道府県において、2025年1月1日時点で、医療措置協定に基づき、病床数約4.9万床、発熱外来医療機関約4.0万機関を確保している。引き続き都道府県に協定締結の状況を確認しながら新興感染症発生・まん延時における医療の体制整備を進めていくこととしている。

6 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) 適切なオンライン診療・遠隔医療の推進

遠隔医療については、情報通信技術の発展並びに地域の医療提供体制及び医療ニーズの変化に伴って、近年ますます需要が高まっており、とりわけ、医療資源が少ない地域における医療アクセスの確保に有用なものとなっている。

遠隔医療のうち、例えば、医師と患者間で実施されるオンライン診療については、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年厚生労働省医政局長通知）の策定などにより段階的に利活用の環境を整備し、推進してきた。他方で、不適切な利用実態もあることが指摘されており、適切な実施を促進する必要性も指摘されている。

そこで、医療法上にオンライン診療を位置づけ、オンライン診療を行う基準を示すとともに、患者がオンライン診療を受ける場所を創設するといった、オンライン診療の適切な推進を図るための総体的な規定を盛り込んだ「医療法等の一部を改正する法律案」を2025（令和7）年2月に第217回通常国会に提出した。

(4) 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。

第8次医療計画においては、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ほか、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の整備・運用に係るガイドブックを作成して都道府県に周知している。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、地域の人材養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養成研修を実施している。

（5）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^{*6}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、人生会議に関するシンポジウムの開催等を通じ、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。

（6）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、国として以下のような支援を行っている。

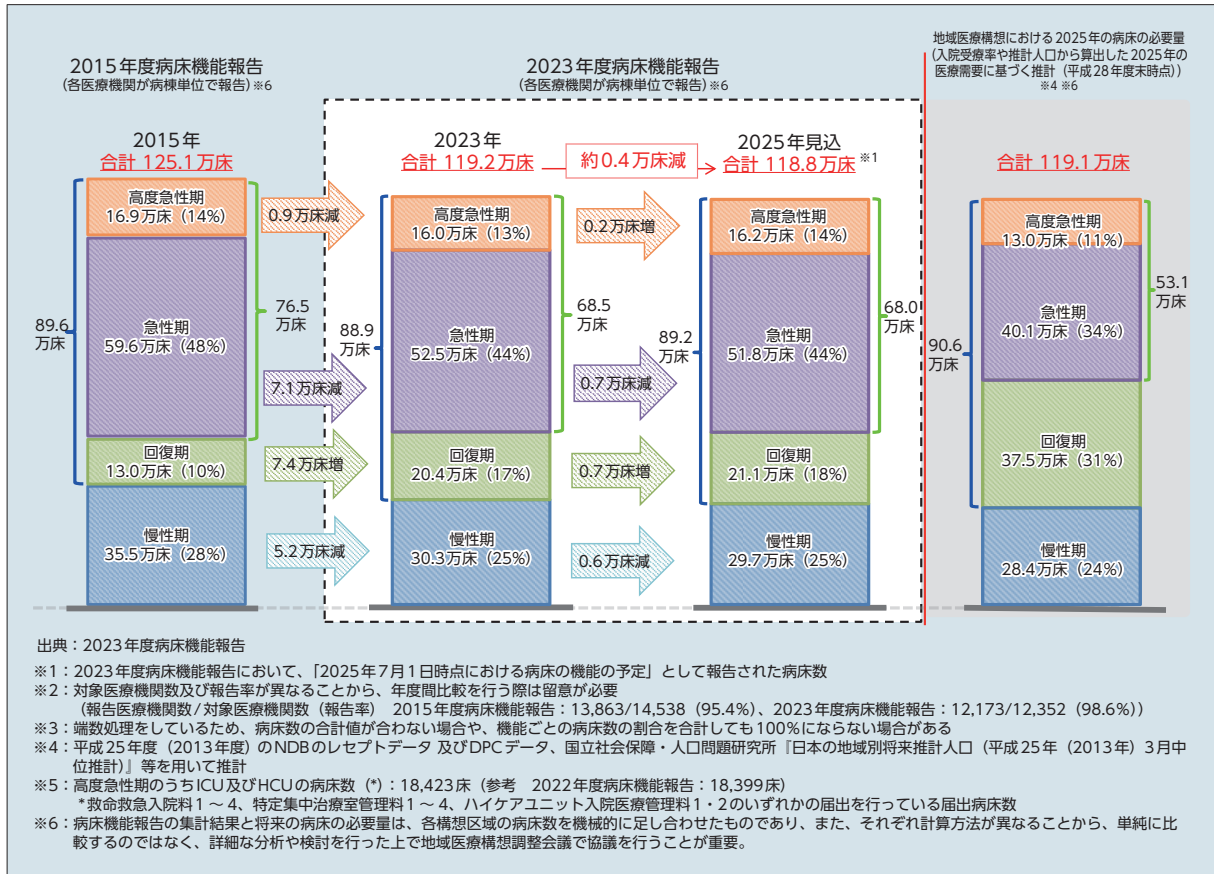
^{*6} ACP：「Advance Care Planning」の略。人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

- 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、2025年1月に10回目の選定を行い、2025年3月末現在までに、13道県23区域を選定している。
- ②2022（令和4）年度より、「重点支援区域」の申請の可否を判断するまでの支援として、再編の検討の初期段階における複数医療機関の再編を検討する「再編検討区域」への技術的支援を行っている。
- ③2020（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づけ、全額国庫負担の事業として実施している。
- ④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土地や建築した建物に関する登録免許税を軽減している。また、2022年の地方税法改正により不動産取得税を軽減している。
- ⑤2023（令和5）年度より、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、地域医療構想の推進等に当たって、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。
- ⑥2024（令和6）年3月に各都道府県に対し、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組みを進めることについて示したほか、国において、地域別の病床機能等の状況の見える化、都道府県の取組みや医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知を行った。
- ⑦2024年度より、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組み状況等を総合的に勘案してモデル推進区域（14道府県16区域）を設定し、アウトリーチの伴走支援を行っている。

また、2040（令和22）年頃を見据えた新たな地域医療構想については、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築するため、2024年12月25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「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」を踏まえ、次のとおり取組みを進めていくこととしており、必要な事項を盛り込んだ「医療法等の一部を改正する法律案」を2025年2月に第217回通常国会に提出した。

- ・入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- ・厚生労働大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- ・新たな地域医療構想に精神医療を位置づける

図表 6-2-2 2023年度病床機能報告について



図表 6-2-3 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

※令和6年12月18日新たな地域医療構想に関する検討会とりまとめより作成

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告(医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

① 医療機関機能の確保(実態に合わない報告見直しの求め)

② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

- ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化(目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

外来機能の明確化・連携については、医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告し、協議の場で外来機能の明確化・連携に向けて協議を行い、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」が取りまとめられ、2022年度に外来機能報告制度が開始された。2023年度には、都道府県において、外来機能報告により把握した結果等を踏まえ、協議の場で協議を行った上で、紹介受診重点医療機関となった医療機関を都道府県ホームページ等に公表している。

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。同法に規定されたかかりつけ医機能報告制度等については2023年11月に立ち上げた「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」などにおいて医療機関から報告を求めるかかりつけ医機能の内容等について議論を重ね、2024年7月末に取りまとめを行った。当該取りまとめを踏まえて、2025年度からの実施に向けて必要な取組みを進めている。

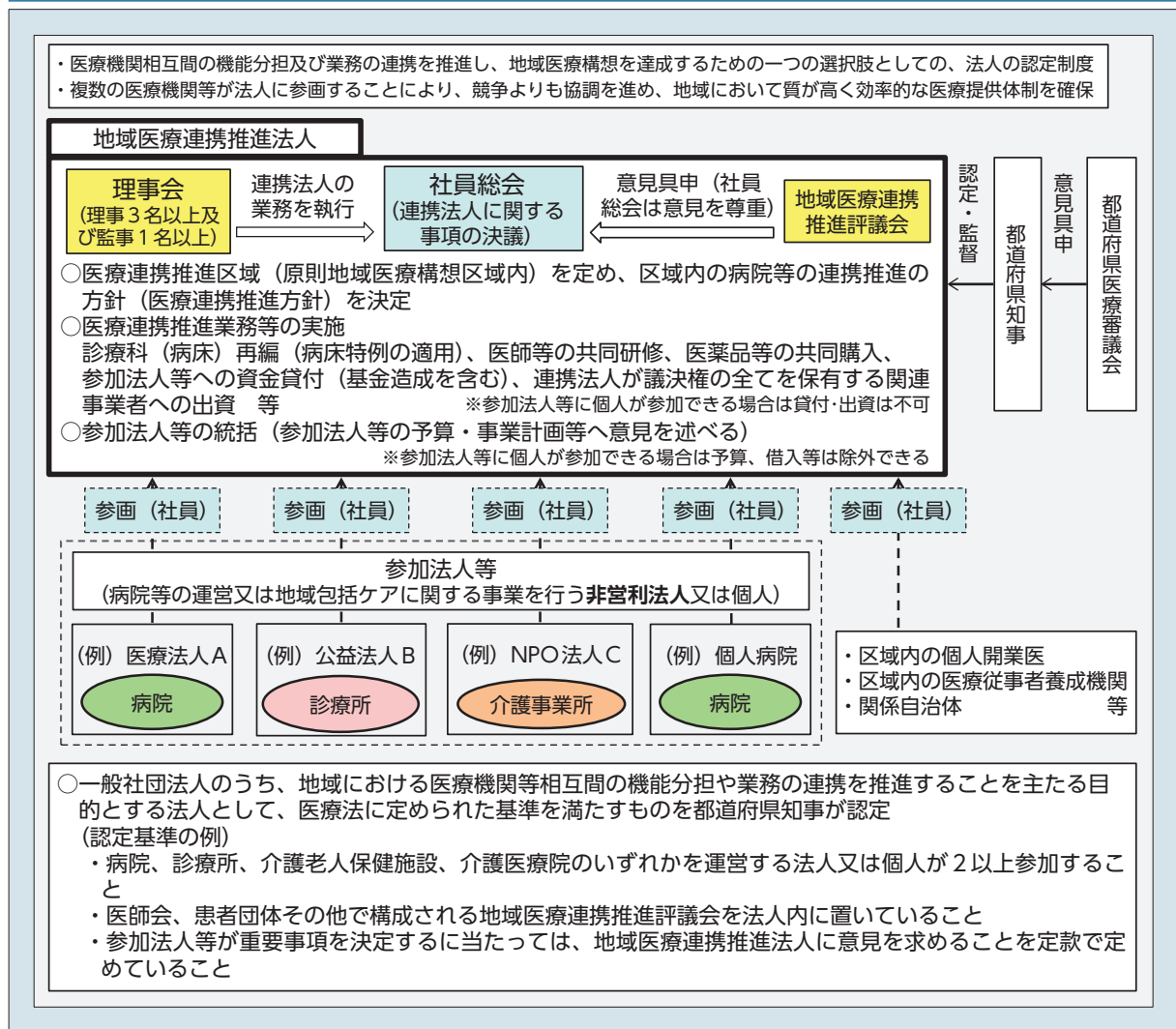
（7）地域医療連携推進法人の認定状況

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み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、2025（令和7）年4月1日現在、全国で55法人が認定を受けている^{*7}。

また、2024（令和6）年4月からは、個人立の医療機関なども参加できる仕組みの導入や、出資や貸付け等を行わない場合には原則として外部監査等を不要とすること等の制度改正が行われている。

^{*7} 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>

図表6-2-4 地域医療連携推進法人制度の概要



(8) 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、2023(令和5)年度、2024(令和6)年度及び2025(令和7)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(2017～2025年度における予算総額)400億円)。

(9) 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394か所(2024(令

和6) 年9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^{*8}。

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^{*9}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医療事故として報告された事例について、医療機関や遺族からの依頼に応じて、医療事故調査・支援センターが中立的な立場から調査を行うこと
- 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)年には、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医療事故調査制度の円滑な運用に資するため、支援団体や医療機関に対し、情報の提供

^{*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に資すること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日づけ厚生労働省告示第348号)。

及び支援を行うとともに、医療事故調査等に係る優良事例の共有を行うこと

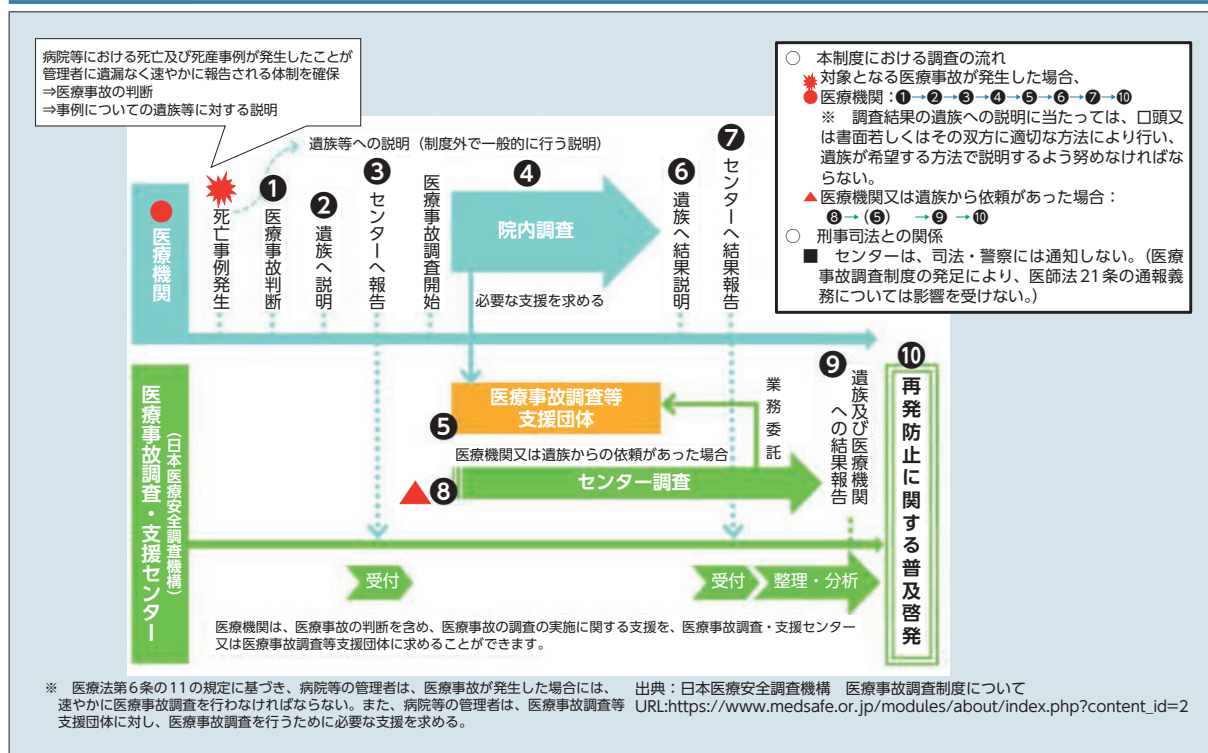
⑤院内調査報告書の分析等に基づく再発防止策の検討を充実させるため、医療機関の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査・支援センターから院内調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うこと

などを示している。

2025（令和7）年2月末現在までに、医療事故報告件数3,309件、院内調査結果報告件数2,914件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数281件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は189件終了した。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20のテーマについて、医療事故再発防止策の提言、また、迅速に注意喚起が必要な事象として「ペーシングワイヤー抜去に伴う心損傷」について、警鐘レポートを取りまとめ、公表した。

第8次医療計画では、病院等の管理者に対して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 6-2-5 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*10

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。

*10 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/>

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、2025年2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づけている。

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。

6 産科医療補償制度^{*11}

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、分娩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、脳性麻痺発症の原因の分析を行い、将来の同種事例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（令和4）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 産科医療特別給付事業^{*12}

公益財団法人日本医療機能評価機構において、2025年1月から、2021年12月末日に廃止された産科医療補償制度の個別審査で補償対象外となった重度脳性麻痺児等に対して、2022年1月改定基準に相当する給付対象の基準を満たす場合に特別給付金を特例的に支給している。その申請期限は、2029（令和11）年12月末までとなっている。

8 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。2024年4月には、第6回サミットが「Bringing and sustaining changes in patient safety policies and practices」をスローガンにチリで開催され、過去のサミット同様、医療における避けう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みを促進した。

第7回サミットは、2025年4月にフィリピンでの開催が決定されている。

^{*11} 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>

^{*12} 産科医療特別給付事業の詳細を紹介したホームページ <https://www.sanka-kyufu.jcqhc.or.jp/>

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^{*13}とすることが定められた。

（10）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、①2007（平成19）年4月より開始した、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）について、2024（令和6）年4月からは全国統一的なシステム（医療情報ネット^{*14}）による情報提供を実施するとともに、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する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、医療広告の適正化を進めている。

（11）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等で従事することを条件とした地域枠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、2027（令和9）年度以降の医学部定員については、「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、検討を進めている。

2 医師の確保・医師偏在対策

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

*13 世界患者安全の日に関する取組みを紹介したホームページ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_34090.html

*14 医療情報ネット <https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>

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、特定の地域等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）年度から開始された「第8次（前期）医師確保計画」においては、2023（令和5）年3月に策定した「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～」に基づき、医師偏在指標の精緻化を行うとともに、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などによる医師確保の取組みを推進している。

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。

また、「第8次（前期）外来医療計画」においては、2023年3月に策定した「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第8次（前期）～」に基づき、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。

全国レベルで医師数は増加している中、医師偏在の是正が重要となっている。上述の取組みにより、一定の進捗が認められる一方、今後、地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保するため、実効性のある医師偏在対策を進めていく必要がある。このため、厚生労働省においては、2024年12月に「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を策定し、①経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組み等を組み合わせた総合的な取組み、②中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師を対象としたアプローチ、③へき地保健医療対策を超えた取組みという3つの基本的な考え方や具体的な取組みを取りまとめた。また、当該パッケージを踏まえ、2025（令和7）年2月に第217回通常国会に「医療法等の一部を改正する法律案」を提出し、医師偏在対策として、「重点的に医師を確保すべき区域」を定め、医師の手当の支給に関する事業を設ける等の措置を講じることとしている。

3 歯科医師の確保

人口構成や歯科疾患の罹患状況の変化、医療や介護等における歯科保健医療に対するニーズの多様化などに対応するため、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築することが求められている。こうした中、「歯科医療提供体制等に関する検討会中間とりまとめ」（2024年5月）において、地域における歯科医療提供体制の検討で重要となる視点が整理され、2024年12月より、歯科医療提供体制の在り方に関する具体的な検討が開始されている。

「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、医療計画作成指針において、地域における歯科医療従事者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、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者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こと等が考えられる旨盛り込まれている。

4 薬剤師の確保

少子高齢化の更なる進行や、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（令和3）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、おおむね今後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。「第8次医療計画等に関する検討会」においても薬剤師の確保に関する議論が行われ、医療計画作成指針において、医療従事者の確保に関する記載に当たって踏まえるべき観点として、地域の実情に応じた薬剤師の確保策の実施等が新たに盛り込まれた。

これまで、地域ごとの薬剤師の比較には人口10万人対薬剤師数が用いられてきたが、医療需要に基づき、地域ごと、病院・薬局の業態ごとの薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握できる「薬剤師偏在指標」を2023年6月に策定した。また、各都道府県が薬剤師確保策を検討する際の参考となるよう、「薬剤師確保計画ガイドライン」を発出した。さらに、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や、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。

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による総合的・専門的な助言などを行っている。また、都道府県ナースセンターが、中央ナースセンターの助言も得ながら、無料職業紹介や相談対応、研修等を通じた復職支援等を実施しており、今後、「デジタル改革関連法を踏まえた看護職の人材活用システム」の運用により、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更なる充実を図る予定である。

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、看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づく「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」について、本指針を制定してから現在までの間に看護職員を巡る状況が大きく変化したことを踏まえ、2023年10月26日に改定を行った。

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。

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（令和4）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、女性医師等が安心して就業の継続や復職ができ、更に活躍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）年に医師法を改正し、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を明確化するとともに、2023（令和5）年度から、公的化された医学生の臨床実習前の能力を評価する共用試験（CBTとOSCE）を実施している。

なお、歯学生についても2021年に歯科医師法を改正し、2024（令和6）年度から、同様に共用試験を実施している。

2 医師臨床研修

2004（平成16）年度から必修化した医師臨床研修においては、2020（令和2）年度から「臨床研修の到達目標、方略及び評価」（到達目標、方略（必修科、経験すべき疾病・病態等）、研修医の評価方法等を記載）に基づいた研修を実施し、基本的な診療能力の向上を推進している。併せて、都市部への臨床研修医の偏在を抑制するため、都道府県別の定員上限を設定している。

また、医師臨床研修制度の見直しを検討し、2024年3月に、更なる偏在対策等を含む「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書」を取りまとめた。

3 新たな専門医の養成仕組み

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」として新たに位置づけ、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。

4 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いくだけでなく、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960時間以内／月100時間未満（いわゆるA水準）となっているが、地域医療の確保や集中的に技能を向上させるために必要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医療機関（特定労務管理対象機関）においては、追加的健康確保措置（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・休日労働は年1,860時間以内／月100時間未満となっている。また、特定労務管理対象機関においては、医師労働時間短縮計画を策定し、当該計画に基づき医師の労働時間の短縮に向けた取組みを計画的に推進することが求められている。

こうした長時間労働の医師がいる医療機関を含め医療従事者の勤務環境の改善の促進を図るための拠点として、各都道府県には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等による助言・指導を行っている。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、これらの取組みを通じて、医師の働き方改革に取り組む医療機関を支援している。

5 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更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、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んでいる。

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。

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」が2023（令和5）年5月に成立した。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まかなえるよう、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、いま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、今後、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）年度から導入した。

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、出産費用の「見える化」を進めるべく、医療機関等ごとのサービス内容や出産費用の状況などを公表するウェブサイト『出産なび』の運用を2024年5月から開始したところである。

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、2026（令和8）年度を目途に、出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討するために、2024年6月末から、厚生労働省とこども家庭庁が共同で、有識者による検討会（「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」）を設置し、議論を行っている。

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講じている。

(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）年には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2024（令和6）年度に見直した。

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年度からの負担に関しては、

- ・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等の配慮を行った。

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、前期財政調整において、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年度から導入した。

加えて、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、更なる支援を行っている。

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、国費による財政支援の制度化
- ・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った。

(3) 医療保険制度の基盤強化等

1 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みや医療費適正化の推進に資する取組み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」を必須記載事項とした。

2 第三者行為求償の取組み強化

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した。

3 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年4月に前倒しして廃止した。

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が進められている。

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3版」等を参考に、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行うこととし、2024（令和6）年度には、ほぼ全ての市町村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。

(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。2024（令和6）年度以降の第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度では、総合評価指標においてデータヘルス計画の共通の評価指標を取り入れ、アウトカム及びアウトプットの定量指標に基づく評価に一部移行した。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。

2024（令和6）年度からの第4期医療費適正化基本方針には、これまで取り組んできた特定健診・保健指導の実施率の向上、後発医薬品の使用促進や医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）等に加え、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・効率的な活用を加え、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を盛り込んだ。これに即して、都道府県は第4期医療費適正化計画（2024年度から2029（令和11）年度）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。

4 診療報酬・薬価改定

(1) 診療報酬改定

2024（令和6）年度診療報酬改定では、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえ、ポスト2025（令和7）年のあるべき医療・介護の提供体制を見据えつつ、DX等の社会経済の新たな流れも取り込んだ上で、効果的・効率的で質の高い医療サービスの実現に向けた取組みを進める観点から、診療報酬の改定率をプラス0.88%とした。

改定に当たっては、「令和6年度診療報酬改定の基本方針」に示された、

1. 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進
2. ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進
3. 安心・安全で質の高い医療の推進
4. 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

の4つの視点を柱とし、改定を行った。

また、2024年6月の診療報酬改定の施行後にも、2024年度中に下記のような見直しを行った。

①ベースアップ評価料の提出書類の簡素化

2024年度診療報酬改定において、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、ベースアップ評価料の新設等を行った。2024年度中には、ベースアップ評価料の届出様式の見直しを行い、様式中の賃金改善計画書及び賃金改善実績報告書の記載項目を削減し、診療所専用の簡素化様式を公開するなど、計3回にわたる簡素化を図った。また、ベースアップ評価料特設ウェブページにて、届出様式の記載説明資料や動画、届出支援ツールを公開した。

②医療DXに係る診療報酬上の評価の見直し

2024年度診療報酬改定において、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため、医療DXに対応する体制を確保している場合の診療報酬上の評価が新設された。

この評価について、令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見等に基づき、マイナ保険証の利用状況や電子処方箋の整備状況等を踏まえ、2024年度中に2回の見直しを行った（2024年10月施行、2025年4月施行）。

③中間年改定の年に行う期中の診療報酬の見直し

診療報酬改定は通例として2年に一度行うものであるが、2024年度においては、緊急で対応すべきもの、また、対応が重要と考えられるものとして、入院時の食費基準額の見直し、歯科衛生士や歯科技工士のタスクシフト・手間への評価の見直し、長期収載品の選定療養化や医薬品供給不安に伴う服薬指導の評価の見直しを行った。

入院時の食費基準額の見直しについては、2024年度診療報酬改定で1食当たり30円引き上げ、640円から670円に改定したところであるが、食材費等の高騰はさらに続いており、医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、さらに1食当たり20円の引上げを行った。

また、歯科衛生士や歯科技工士のタスクシフト・手間への評価の見直しについては、より専門的な業務を行う歯科衛生士及び歯科技工士を確保し、限られた人材で歯科医療を効率的に提供する観点から、歯科技工士連携加算1（印象採得）について50点から60点へ引き上げる等の対応を行った。

長期収載品の選定療養化や医薬品供給不安に伴う服薬指導の評価の見直しについては、医薬品供給不安の中での対応や、2024年10月1日から施行された長期収載品の選定療養に関する患者への説明など、保険薬局の業務負担が更に増加していること等を踏まえ、特定薬剤管理指導加算3について5点から10点への引上げを行った。

（2）薬価改定

2024（令和6）年度薬価改定では、革新的新薬のイノベーションの適切な評価や、後発品企業の産業構造の転換の促進及び医療上必要性の高い品目の安定供給の確保のための薬価上の措置を行った。2025（令和7）年度薬価改定では、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」（2016（平成28）年12月20日、内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣決定）に基づいて、令和6年医薬品価格調査の結果等を踏まえ、改定の対象品目については、国民負担の軽減はもとより、創薬イノベーションの推進や医薬品の安定供給の確保の要請にきめ細かく対応する観点から、品目ごとの性格に応じて対象範囲を設定し、また薬価改定基準の適用については、創薬イノベーションの推進の観点から、追加承認品目等に対する加算を臨時的に実施した。さらに、安定供給確保が特に求められる医薬品に対して、臨時的に不採算品再算定を実施するとともに、最低薬価の引上げ等を行った。

第4節 地域包括ケアシステムの推進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2025（令和7）年で26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2024（令和6）年4月には528万人と約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、2023（令和5）年度には約11.7兆円となり、高齢化が更に進行する2040（令和22）年には約25.8兆円^{*15}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、第9期介護保険事業計画期間（2024年度から2026（令和8）年度）においては、全国平均6,225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。

また、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更に増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。

さらに、都市部と地方では高齢化の進み方が大きく異なるなど、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中で、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^{*16}」の深化・推進を目指している。

2024年度からは、2026年度までの3年間を計画期間とする第9期介護保険事業計画期間が開始し、医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化に向けて、介護情報基盤を整備し、医療・介護サービスの質の向上を図ること、介護サービス事業所等における職場環境改善・生産性の向上への支援等に取り組んでいる。

次期制度改正に向けては、高齢化の進展、特に85歳以上人口の増加と、それに伴う医療と介護の複合ニーズを抱える方、中重度の要介護度の方、認知症を抱える方や独居の高齢者の方の増加に対応する必要がある。

また、上記のような高齢化の進展や生産年齢人口の減少に伴い、より一層介護人材の確保が課題となっている。

このような中、引き続き、地域包括ケアシステムの推進、地域共生社会の実現、介護予防・健康づくりの推進、介護保険制度の持続可能性の確保・介護人材確保等を図っていく必要があり、社会保障審議会介護保険部会において議論を進めている。

2 地域包括ケアシステムの推進

(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。

*15 「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。

*16 「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。

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

通いの場においては、体操、趣味活動、茶話会等の活動が実施されており、通いの場がある市町村は、62.2%（2013（平成25）年度）から98.2%（2023（令和5）年度）となり、通いの場の箇所数は43,154か所（2013年度）から157,638か所（2023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6.7%（2023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きた。

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が大きく、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とから、厚生労働省では、2019（令和元）年12月に「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」を行い、その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）」を公表した。更に、2024（令和6）年3月には、「通いの場の課題解決に向けたマニュアルVer.1」を公表し、通いの場に関する課題を解決するためのポイントを示すとともに事例を紹介する等、市町村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きた。

また、高齢者の健康維持に参考となる情報や好事例などを掲載する特設Webサイトやアプリの活用など広報の充実も行ってきた。

（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、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、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。2024（令和6）年4月1日現在、介護医療院は926施設（53,183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」（平成17年法律第124号）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。

2023（令和5）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3,441件、虐待判断件数が1,123件であり、養護者による虐待の相談・通報件数が40,386件、虐待判断件数が17,100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の支援を行い、2024（令和6）年度介護報酬改定では、介護事業所・施設において、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（委員会の設置、研修の実施等）が講じられていない場合に、基本報酬を減算することとし、介護事業所・施設における高齢者虐待防止の取組みをより一層推進する施策を講じた。

3 認知症施策の推進

急速な高齢化の進展に伴い、我が国の認知症の人の数は増加しており、2023（令和5）年度に行われた調査研究^{*17}によると、2022（令和4）年時点の認知症の高齢者数は約443万人、軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）の高齢者数は約559万人と推計され、その合計は1,000万人を超えている。高齢者の約3.6人に1人が認知症又はその予備群といえる状況の中、認知症は誰もがなり得るものであり、国民一人一人が認知症を自分ごととして理解する必要がある。

このため、2024（令和6）年1月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（令和5年法律第65号）が施行され、これに基づき、政府は全閣僚を本部員とする「認知症施策推進本部」や、認知症の人やその家族、保健・医療・福祉関係者等で構成される「認知症施策推進関係者会議」での議論を踏まえ、2024年12月に「認知症施策推進基本計画」（以下、「基本計画」という。）を閣議決定した。

基本計画には、認知症になっても個人としてできること、やりたいことがあり、希望を持って暮らし続けることができるという「新しい認知症観」が示されている。こうした「新しい認知症観」に立ち、認知症の人や家族の参画を得ながら、地域の多様な関係者が協働し、認知症施策に取り組むことが重要である。

今後は、国の基本計画を踏まえ、各地方自治体において、認知症の人や家族等との対話を通じて、地域の実情に即した計画の策定に努めることとされている。厚生労働省は、各地方自治体の計画策定に対する助言等や支援に努め、共生社会の実現に向けて、認知症に関する取組みを進めていく。

4 介護現場の生産性向上の推進

(1) 生産性向上

介護人材の確保は喫緊の課題であり、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。

そのほか、2024（令和6）年4月から、介護施設・事業所の生産性の向上に資する取組みが促進されるよう都道府県に対する努力義務が創設されたことも踏まえ、地域医療介護総合確保基金を活用し、都道府県の主導のもと、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」を実施しており、2025（令和7）年3月末までに31都道府県に介護生産性向上総合相談センターを設置した。

(2) 介護テクノロジー

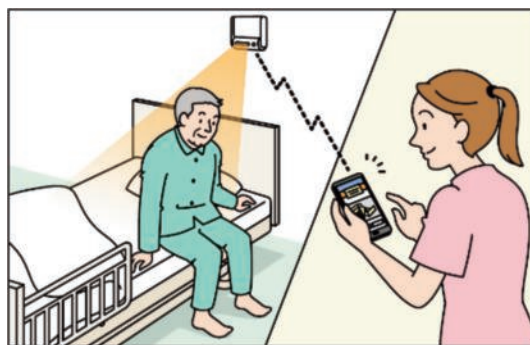
厚生労働省においては、経済産業省と連携し、移乗介助や見守りなど重点的に開発等の支援を行う分野を定め、介護テクノロジーの実用化や普及の促進に取り組んでいる。2024（令和6）年6月には、昨今のデータ利活用が進む状況や、介護現場における新た

^{*17} 「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授）

な社会課題を踏まえつつ、革新的な機器の開発促進・普及を目指すため、重点分野として新たに3分野を追加し、既存の分野・項目についても必要な見直しを行った。

また、介護現場の業務効率化を進めるためには、介護現場におけるテクノロジーへの理解を促進し、開発企業が介護テクノロジー市場に参入しやすい環境の整備も必要であるため、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や運営支援、②リビングラボ^{*18}のネットワークの構築、③全国の介護施設の協力による大規模実証フィールドからなるプラットフォームを整備するとともに、令和6年度補正予算において、同プラットフォームを発展的に見直し、CARISO（CARE Innovation Support Office）を立ち上げ、スタートアップ支援を専門的に行う窓口設置を含め、研究開発から上市に至るまでの各段階で生じた課題等に対する総合的な支援を行うための予算を計上した。

さらに、2023（令和5）年度補正予算等を活用し、業務改善支援と一体的に行う介護テクノロジーの導入費用に対する補助のほか、複数の事業所におけるケアプランデータ連携システムの利用促進などの地域内の事業者に対する面的な支援や、経営の協働化・大規模化を通じた職場環境改善に対する支援を実施した。



（3）ケアプランデータ連携システム

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「ケアプランデータ連携システム」については、公益社団法人国民健康保険中央会において2023（令和5）年度より本格運用を開始している。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り、かつ、電子請求受付システムの事業所認証を活用した高いセキュリティを実現したシステムである。

また、2023年5月19日に公布された「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）において構築することとされている介護情報基盤において共有される介護情報にはケアプラン情報も含まれており、介護情報基盤におけるケアプラン情報の活用のために、本システムの利用促進が不可欠である。こういった動向を踏まえ、2024（令和6）年度補正予算の「介護テクノロジー導入・協働化等支援事業」において、地域で「ケアプランデータ連携システム」の活用促進を図る事業を実施するなど、引き続き、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取りまとめ」（2022（令和4）年11月7日）を踏まえ、関係省令等を改正し、2024（令和6）年4月より指定申請等の様

^{*18} 実際の生活空間を再現し、新しい技術やサービスの開発を行うなど、介護現場のニーズを踏まえた介護テクノロジーの開発を支援するための拠点。

式を統一化した上で、「電子申請・届出システム」の使用を基本原則化し、地方公共団体は2025（令和7）年度末までに利用開始の準備を完了するものとした。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) 優良事業者の表彰を通じた好事例の普及促進

2022（令和4）年12月に取りまとめた「介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ」に基づき、職員の待遇改善、人材育成及び介護現場の生産性向上への取組みが特に優れた介護事業者の表彰を行い、介護職員の働く環境改善を推進することとした。2023（令和5）年度より、「介護職員の働きやすい職場環境づくり内閣総理大臣表彰及び厚生労働大臣表彰」を実施するとともに、表彰された事業所の取組事例集を作成し周知を行っている。今後も、職場環境の改善に向けて好事例の普及促進に取り組んでいく。

5 介護報酬改定

介護人材不足の状況等を踏まえると、介護分野における賃上げは喫緊の課題であり、2024（令和6）年度の介護報酬改定について、全体の改定率は1.59%となり、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービスごとの経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行った。

また、改定に当たっては、人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、地域包括ケアシステムの深化・推進、自立支援・重度化防止に向けた対応、良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり、制度の安定性・持続可能性の確保の基本的な視点を踏まえ、運営基準や単位数、要件等について見直しを行った。

第5節 福祉・介護人材の確保対策

第9期介護保険事業計画に基づき、2022（令和4）年度の実績をベースに、将来必要となる介護職員数を推計すると、2040（令和22）年度には約272万人となっており、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、処遇改善、多様な人材の確保・育成、職場環境の改善による離職の防止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、

- ①介護職員の処遇改善について、これまでの累次の取組みに加え、2024（令和6）年度介護報酬改定において措置した処遇改善加算の更なる取得促進に向けた取得要件の弾力化や、2024年度補正予算で措置した施策による生産性向上・職場環境改善等の推進
- ②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
- ③ICT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

④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。

加えて、総合的な介護人材の確保策の一つとして、外国人介護人材の受入れに取り組ん

でいくことも重要である。昨今、諸外国との人材確保の競争が激しくなっており、新たに日本の介護現場に来てもらうための対策や既に国内に在留する外国人に日本の介護現場で長く働いてもらうための対策など、外国人介護人材の受入環境の整備及び定着支援について、より一層取組みを進めていく必要がある。このため、海外現地での日本の介護の情報発信やマッチング等の入国支援、受入施設への巡回訪問・相談等の定着支援、介護福祉士資格取得に向けた学習支援、受入施設における生活支援等の環境整備といったきめ細かな支援を行っている。

また、外国人介護人材の訪問系サービスなどへの従事については、「外国人介護人材の業務の在り方に関する検討会」等での議論を踏まえ、介護職員初任者研修課程等を修了した介護事業所等での実務経験等がある技能実習生及び特定技能外国人について、受入事業所が研修の実施、同行訪問等を通じたOJTの実施などを遵守することを条件に、2025（令和7）年4月から認めることとしている。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」においては、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」においては、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を行うとともに、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、職業紹介等を実施している。

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。

公益財団法人介護労働安定センターにおいては、事業所の雇用管理の改善のためのコンサルティング等の実施や事業所の雇用管理改善に係る好事例の公開及び助成金等の周知を実施し、介護労働者の雇用管理の改善を図っている。