

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 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、その他特に必要と認める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



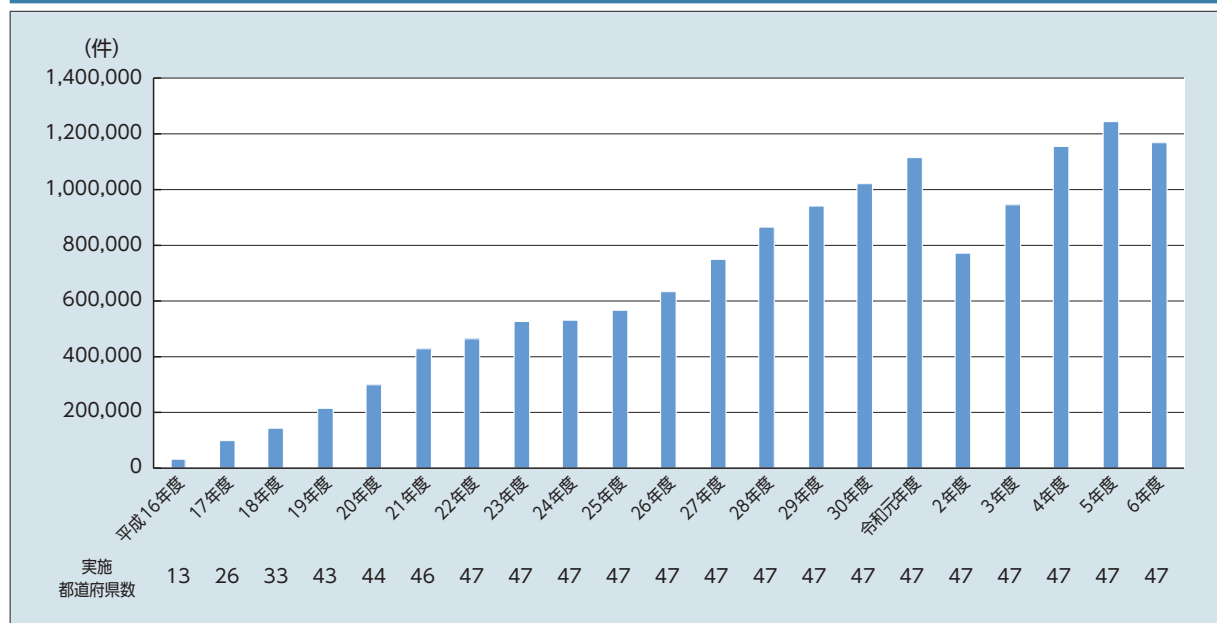
患者の搬送及び医療機関による当該救急患者の受入れを迅速かつ適切に実施するための基準を策定している。さらに、ドクターヘリを用いた救急医療提供体制を全国的に整備するため、補助事業を行っており、2026（令和8）年度は、46都道府県で57機のドクターヘリが運用されている。

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6-1-1 #8000 全国相談件数（平成16年度～令和6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^{*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、分娩を取り扱う機能を維持するため

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

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

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（2026（令和8）年4月1日現在790か所）、災害派遣医療チーム（DMAT^{*3}）の養成等を進めてきた（2026年4月1日現在1,868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4,717医療機関8,133名が受講している（2026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。2026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。

^{*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、発災からおおむね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。

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（令和6）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。

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10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4.2万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きた。

^{*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切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。

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規定を盛り込んだ「医療法等の一部を改正する法律案」が2025（令和7）年12月に第219回臨時国会において成立した。

（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が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。さらに、2027（令和9）年度からの第8次医療計画（後期）に向けて、2025（令和7）年度に「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」を開催し、医療資源等の限られる地域における在宅医療提供体制や、介護との連携等について議論を行い、「在宅医療の体制構築に係る指針」の見直しを行った。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、人生会議に関するイベントの開催（2025（令和7）年度からは地方自治体との協働によるイベントの企画・実施）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} 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

(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により、病床の機能分化・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。

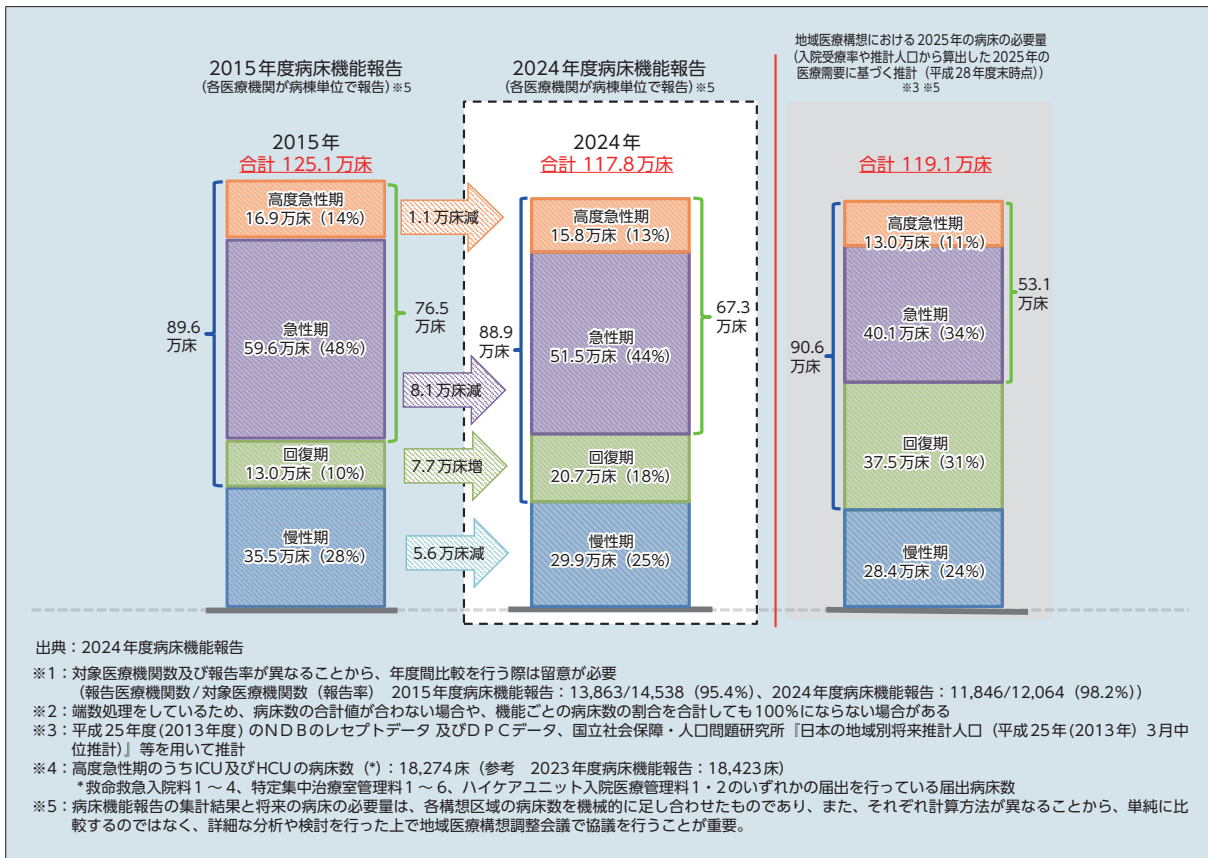
併せて、病床機能の分化・連携に関する地域での議論を進めるため、2025年度までの取組みとして、技術的・財政的支援や、地域別の病床機能等の状況の見える化、都道府県の取組みや医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知等の支援を行った結果、病床機能報告上の病床数について、2025年の必要病床数と同程度の水準となるなど、全体として地域医療構想の進捗が認められる。

また、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加や人口減少が進む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（令和6）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」が2025年12月に第219回臨時国会において成立した。

- ・入院医療だけではなく、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、医療機関の経営安定化のための病床数削減支援）
- ・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

新たな地域医療構想における具体的な内容については、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において検討を行い、2026（令和8）年3月に新たな地域医療構想に関するとりまとめを行った。今後は、2026年7月に示したガイドラインに基づき、各都道府県において順次新たな地域医療構想の策定を進めていく。

図表6-1-2 2024年度病床機能報告について



図表6-1-3 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

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(医療及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性を報告

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

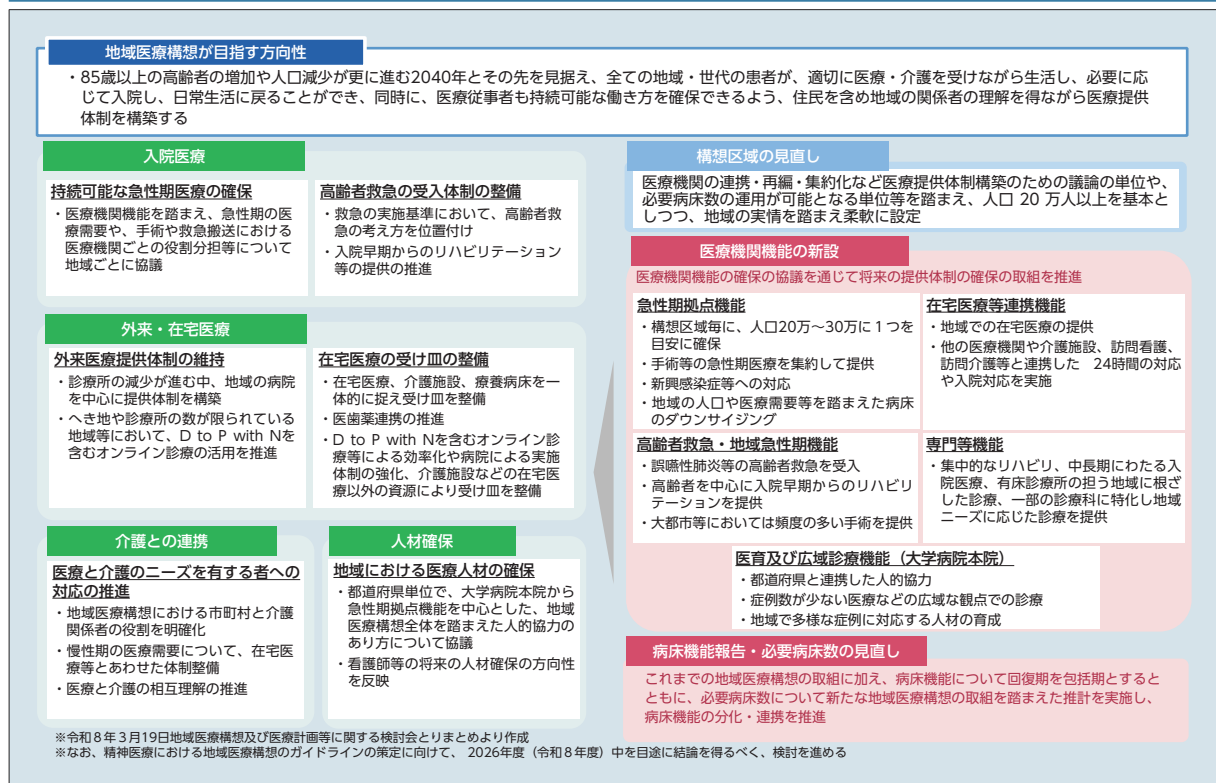
(5) 国・都道府県・市町村の役割

- 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

図表 6-1-4 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ概要



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（令和3）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（令和4）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（令和5）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。また、2025年6月にかかりつけ医機能の確保に関するガイドラインの発出を行った。2026年1月からは、医療機関からのかかりつけ医機能報告の運用が開始され、2026年夏頃から、報告された内容をもとに、各都道府県において地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための協議を実施することとしている。

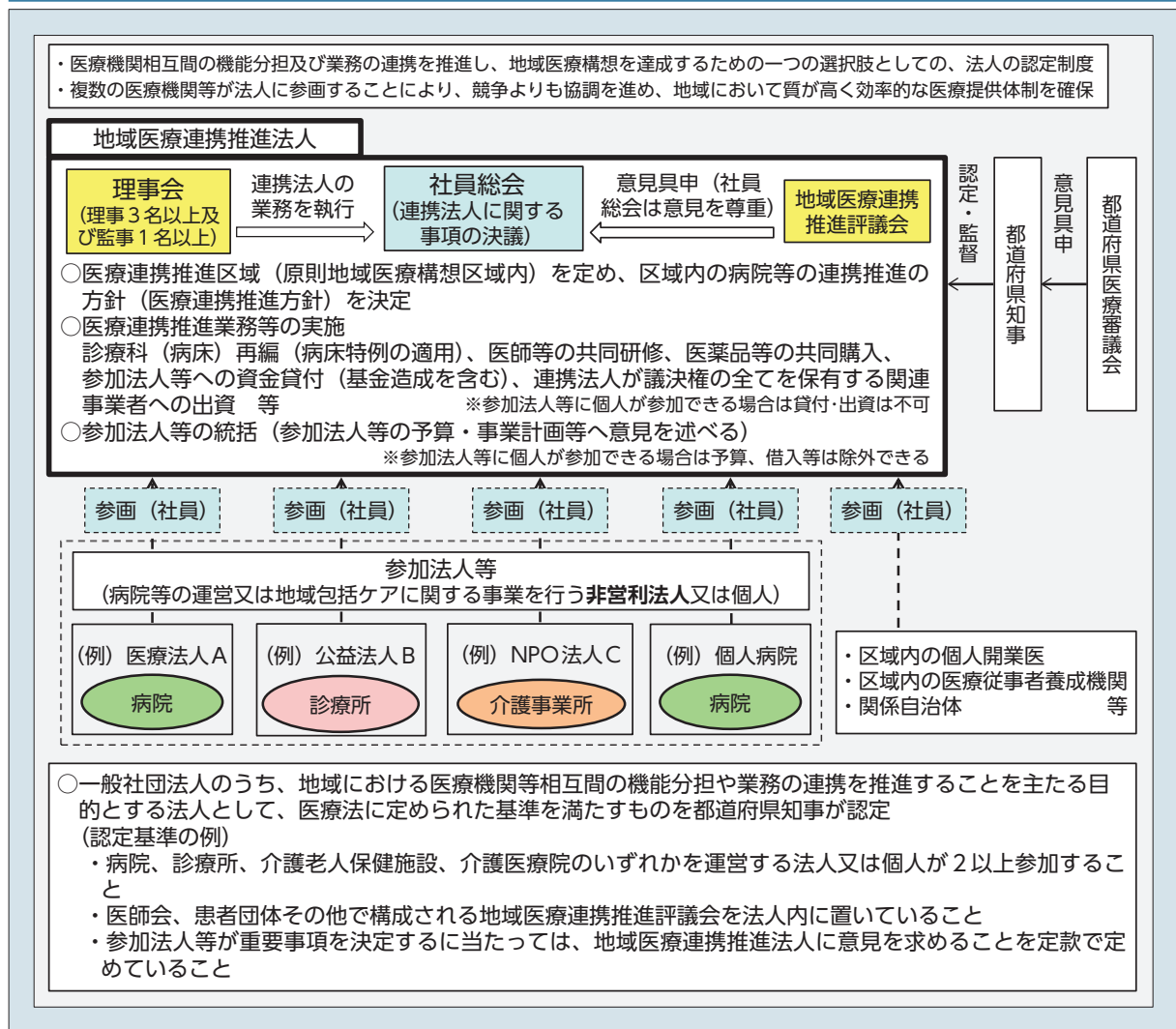
(7) 地域医療連携推進法人の認定状況

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、2026（令和8）年4月1日現在、全国で63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 6-1-5 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、2025(令和7)年度及び2026(令和8)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(2017～2026年度における予算総額)461億円)。

(9) 医療安全の確保

1 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。

2025（令和7）年6月から、「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」において、主に「医療機関における医療安全管理体制」と「医療事故調査制度」について、現状と課題を整理し、今後の対応策について検討が進められた。同年12月に公表された同検討会の報告書では、医療機関における医療安全管理体制について、

- ①各医療機関における医療安全管理委員会が把握すべき重大事象として12の具体的な事象を含めること
- ②病院及び入院・入所施設を有する診療所と助産所について医療安全管理者を配置すること

等が今後の方向性として示され、2026（令和8）年4月に上記①・②に係る見直しを行った。

図表 6-1-6 医療安全管理委員会が把握すべき重大事象の定義について

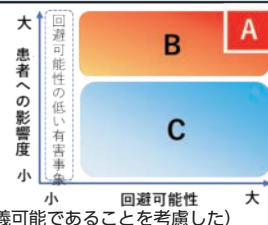
【A類型について】

＜定義＞患者への影響度が大きく、回避する手段が普及している事象。
 ＜趣旨＞回避する手段を講じることが求められる事象であることから、発生した場合には、医療安全管理の状況を検証し是正措置を講ずる必要がある。

＜A類型に該当する事象＞

（事象の選出においては、患者への影響度が大きく回避する手段が普及していることに加え、明確に定義可能であることを考慮した）

- ①手術等の侵襲的手技^{*1}における患者、部位、手技又は人工物の取り違い
- ②手術等の侵襲的手技^{*1}における意図しない異物の体内遺残
- ③薬剤又は栄養剤等の投与経路間違い（経消化管/経消化管投与の取り違い又は経静脈/髄腔内投与の取り違い）
- ④ハイアラート薬の過剰投与
（インスリンの予定量の10倍以上の投与、高濃度カリウム液の急速投与又は抗がん剤の過量投与）
- ⑤既知のアレルギー又は禁忌薬剤等の投与^{*2}による死亡又は後遺障害
- ⑥意図しない不適当な血液又は血液製剤/成分の輸血又は臓器の移植
- ⑦放射線治療における照射線量の設定間違い、照射部位の間違い又は累積線量の誤認
- ⑧栄養剤等の注入前に検出されなかった消化管チューブの気道への留置
- ⑨気管切開チューブの迷入による死亡又は後遺障害
- ⑩医療用ガスの取り違い、酸素投与が指示されている患者への無投与による死亡又は後遺障害
- ⑪医療機器の誤使用又は故障による死亡又は後遺障害
- ⑫重大な検査結果^{*3}の確認、伝達又はフォローアップの失敗による死亡又は後遺障害



厚生労働科学研究費補助金「医療機関の特性に応じて求められる医療安全活動及び必要な組織体制に関する研究」（研究代表者：永井良三）

- ※1 手術室以外で行われるものを含む。カテーテルや内視鏡を用いた検査・治療、中心静脈穿刺、その他の穿刺（末梢血管穿刺等の軽微なものを除く）を含む。
 ※2 アレルギー・禁忌情報を把握した上で、リスク・ベネフィットを医学的に判断して投与した場合を除く。
 ※3 検査結果には検体検査・画像検査・生理学的検査・病理学的検査が含まれる。重大性の定義は各病院で設定する。

2 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^{*8}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

^{*8} 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日付け厚生労働省告示第348号）。

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。

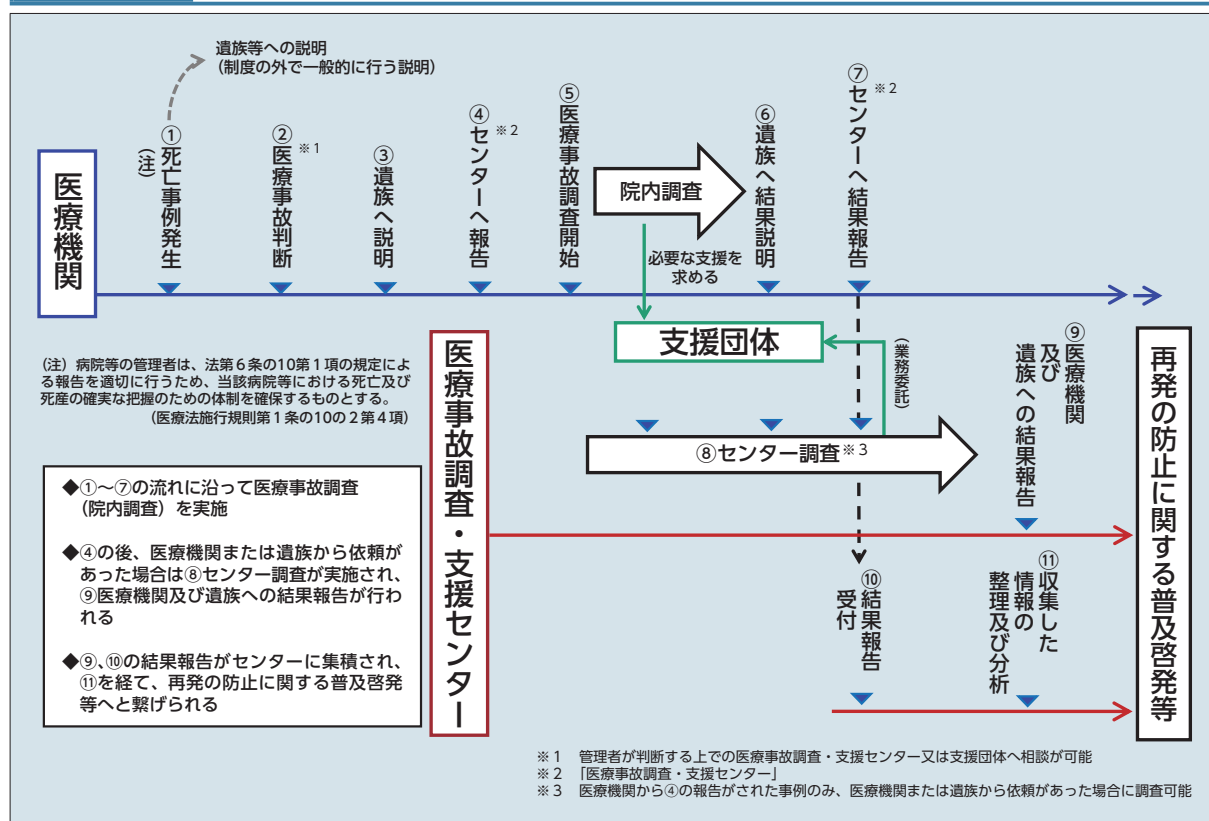
「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」報告書においては、医療事故調査制度に関する今後の方向性として、

- ①医療事故の判断に関するプロセスの整備と記録の保存をすること
- ②医療事故の判断に携わる者の研修受講を義務化すること

等が示されており、これらを踏まえて制度の運用改善に取り組んでいる。

2026年1月末現在までに、医療事故報告件数3,667件、院内調査結果報告件数3,259件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数318件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は225件終了した。また、「中心静脈穿刺合併症」、「薬剤の誤投与」、「産科危機的出血」等の21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」「気管切開術後早期のチューブ逸脱・迷入」等の4テーマについて、警鐘レポートを取りまとめ、公表した。

図表6-1-7 医療事故調査制度の流れについて



3 医療事故情報収集等事業^{*9}

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

^{*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/>

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。

4 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390か所（2025年7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^{*10}。

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。

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、2026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。

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。

^{*10} 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/>

^{*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.jcqh.or.jp/index.html>

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（令和3）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（平成28）年に創設された。2025年4月には、第7回サミットが「Weaving strengths for the future of patient safety throughout the health-care continuum」をスローガンにフィリピンで開催され、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。

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) 特定機能病院の承認要件の見直し

第65回社会保障審議会医療分科会において、特定機能病院の承認要件のあり方について意見書が示されたことを踏まえ、2024（令和6）年7月以降「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」で検討が重ねられ、2025（令和7）年9月に「特定機能病院のあり方に関するとりまとめ」が取りまとめられた。当該とりまとめにおいて、特定機能病院については、大学病院本院を念頭に地域医療への人的協力等を含めた新たな「基礎的基準」を満たす必要があること、また、将来的に各大学病院本院が地域の実情も踏まえて自主的に実施している取組みを「発展的基準」として評価していく方向性が示された。当該とりまとめに基づき、2026（令和8）年4月に承認要件の見直しを行った。

(11) 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（ナビイ）^{*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。さらに、2025（令和7）年の医療法改正で、医療法にオンライン診療を定義づけるとともに、患者がオンライン診療を受ける施設として、オンライン診療受診施設が創設されたことに伴い、オンライン診療受診施設に関する広告を制限するための規定が新たに設けられた。医療広告等ガイドラインを含む広告規制に関する参考資料を整

^{*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/>

^{*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/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuanzen_kokusaitekinotorikumi.html

^{*14} 医療情報ネット（ナビイ） <https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>

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、医療広告等の適正化を進めている。

(12) 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。

2027（令和9）年度以降の医学部定員については、「経済財政運営と改革の基本方針2025」（2025（令和7）年6月13日閣議決定）や「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」における議論等を踏まえ、検討を進めていく。

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、2025年12月に第219回臨時国会において成立した「医療法等の一部を改正する法律」（令和7年法律第87号）において、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、外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化する等の措置を講じた。2027年度より開始される第8次（後期）医師確保計画・外来医療計画の見直しに向けて、2026（令和8）年3月に地域医療構想及び医療計画等に関する検討会においてとりまとめを行った。

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、歯科医師の必要数や適切な配置等を含め、歯科医療提供体制の在り方に関する具体的な検討が行われている。

「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が盛り込まれている。

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、医師バンクで女性医師等に対する就業斡旋等の再就業支援などの取り組みを行ってきた。

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。

7 リハビリテーションの推進

リハビリテーション専門職の活躍の場は、医療、介護にとどまらず、予防や健康増進の分野にも拡大しているところであり、こうした場におけるリハビリテーション専門職が果たす役割は大きく、医療、介護、障害福祉の垣根を越え、分野横断的にリハビリテーション政策を推進する必要がある。こうした背景を踏まえ、厚生労働省では、省内の関係部局が一丸となり、分野横断的にリハビリテーション政策を進めるため、「リハビリテーション統括調整室」を2026年5月に設置した。

(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 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・休日労働は年間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、4割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2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、いわゆる団塊の世代が2025（令和7）年に全て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、必要な保険給付等を適切に行い、世代間や世代内での負担の公平性の確保を図るとともに、限られた医療保険財政及び医療資源を効率的に活用する観点から、「健康保険法等の一部を改正する法律案」を2026（令和8）年の第221回特別国会に提出し、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（4）までである。

（1）より公平な負担の実現、効率的な給付の確保

① 一部保険外療養の創設

いわゆるOTC類似薬の保険給付の見直しについては、経済財政運営と改革の基本方針2025や公党間の合意^{*15}において、医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、成分や用量がOTC医薬

^{*15} 自由民主党、日本維新の会 政調会長間合意（令和7年12月19日）

品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般について保険給付の在り方を見直すこととされた。

こうしたことを踏まえ、現役世代を中心とした保険料負担を軽減していく観点や保険を使って医療用医薬品の処方を受ける場合と、保険を使わずOTC医薬品で対応する場合の公平性の観点から、医療機関における必要な受診を確保しつつ、患者に別途の負担を求める新たな仕組みを創設する。

2 後期高齢者医療制度における金融所得の公平な反映

高齢者人口は増え続けており、2040（令和22）年にピークを迎える見込まれている。特に、2025（令和7）年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となるなど、近年急速に増加している。後期高齢者医療制度の持続可能性を確保していくためには、給付と負担の在り方を見直し、能力に応じた負担を進めていくことが不可欠である。こうした中で、保険料や窓口負担等への金融所得の反映の在り方についても課題の一つとなっている。

現状、金融所得のうち、確定申告を行うかどうか本人が選択できる上場株式の配当等については、確定申告を選べば保険料や窓口負担等に反映され、確定申告をしなければ反映されない構造となっている。

こうした構造を是正するとともに、年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するため、後期高齢者医療制度において保険料や窓口負担等に金融所得を公平に反映するための仕組みを導入する。具体的には、金融機関等に対し、金融所得の支払に係る法定調書をオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等を設けることとする。

(2) 出産等の次世代支援や現役世代からの予防・健康づくりの拡充

1 妊娠・出産に対する支援の強化

出産費用が年々上昇する中、現行の出産育児一時金は、支給額を引き上げても妊婦の経済的負担の軽減につながらないという課題があり、給付方式の見直しが必要である。

地域の周産期医療提供体制の維持と見える化の徹底による、妊婦自身が納得感を持ってサービスを選択できる環境の整備を実現しつつ、出産における保険診療以外の分娩対応に妊婦の自己負担が生じない仕組みとし、出産に伴う様々な費用に対しても、一定の負担軽減が図られる仕組みとする。具体的には、保険診療以外の出産は分娩費として現物給付することとし、それに加え、保険診療の自己負担やアメニティなどに当てるための現金給付として出産時一時金を創設する。

2 妊婦健診における経済的負担の軽減

妊娠期からの切れ目のない支援体制の構築の観点から、出産だけでなく、妊婦健康診査（以下「妊婦健診」という。）についても妊婦の経済的負担の軽減を図ることが必要である。

このため、母子保健法（昭和40年法律第141号）に基づく妊婦健診について、国が、おおむね14回分の検査内容等について定めている「望ましい基準^{*16}」に係る「標準額」を、診療報酬等を勘案して設定し、地方自治体の公費負担額と医療機関の価格設定におい

^{*16} 妊婦に対する健康診査についての望ましい基準（平成27年厚生労働省告示第226号）

て、双方に勘案するよう求めるとともに、医療機関の協力を得ながら、妊婦健診の内容・費用等の情報を収集し、公表することにより、妊婦自身が納得感を持って希望する健診を選択できる環境の整備を行うこととする。

3 国民健康保険における子育て世帯の保険料の負担軽減

2022（令和4）年4月から、未就学児（6歳に達する日以後の最初の3月31日以前である者）に係る均等割保険料について、その5割を公費（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）により軽減する措置を講じている。2027（令和9）年4月から、子育て世帯の更なる負担軽減のため、当該軽減措置の対象を高校生年代（18歳に達する日以後の最初の3月31日以前である者）まで拡充することとしている。

4 全国健康保険協会が取り組む保健事業に関する責務の明確化

2026（令和8）年4月1日現在、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）には、約4,000万人の加入者がいるが、加入者の予防・健康づくりを推進する観点から、都道府県の支部ごとに「データヘルス計画」を作成し、年齢構成や健康状態等を踏まえた取り組みを推進している。

各都道府県の支部の取り組みや成果については、協会けんぽ本部が主体となって「好事例の横展開」を進める等の取り組みなども行っているが、協会けんぽの取り組みを一層推進する観点から、協会けんぽが「加入者の年齢・性別・健康状態等の特性に応じたきめ細かい予防・健康づくり」を適切かつ有効に実施していくことを法律上明確化する。

(3) 必要な医療の提供の確保

1 高額療養費制度の考慮事項の明確化

高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、自己負担に上限額を設ける制度であり、患者の方々にとって重要なセーフティネットである。

そのため、見直しに当たっては、特に、経済的負担が嵩む、毎月治療を受ける必要があるような長期療養者の家計への影響について十分配慮する必要があり、高額療養費の支給要件を定めるに当たって、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化する。

2 医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援

2040（令和22）年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・勤務環境改善の取り組みを支援する必要がある。

業務のDX化などに取り組む医療機関を支援するため、地域医療介護総合確保基金において、新たな支援事業を設けただけでなく、業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を、厚生労働大臣が認定できる仕組み等を設ける。

(4) その他

1 協会けんぽに対する国庫補助に係る特例減額

協会けんぽについては、2015（平成27）年度以降、準備金残高が積み上がっていく場合に、新たな超過分の国庫補助相当額（16.4%分）を翌年度の国庫補助額から減額する措置（特例減額）を講じている。

こうした中、近年、堅調な保険料収入などを背景に健全な財政運営が定着していることを踏まえ、協会けんぽの保険料率の引き下げと合わせ、3年間（2026（令和8）年度～2028（令和10）年度）の時限措置として、各年度約500億円を追加的に国庫支出額から減額する特例措置を講じる。

2 国民健康保険組合に係る見直し

国民健康保険組合（以下「国保組合」という。）の定率補助については、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、2016（平成28）年度から5年間かけて所得水準に応じて13%から32%の補助率とした。2027（令和9）年4月から、負担能力に応じた負担などを進め、保険者機能の発揮をより促す観点から、補助率の下限については、これまでどおり13%を原則とするが、補助率13%の区分に該当する国保組合のうち、①保険料負担率が低い、②積立金が多い、③医療費適正化などの取組みの実施状況が低調である国保組合のみ、例外的に新たな補助率（12%・10%）を適用することとしている。また、健康保険の適用除外となることで国保組合の被保険者となる場合の手続について、2027年4月から日本年金機構による承認を必要とせず、申出を行うことのみで足りるものとし、国保組合における事務手続の簡素化、被保険者の資格情報管理におけるタイムラグの解消を図ることとしている。

3 国民健康保険の財政安定化基金に係る見直し

国民健康保険の財政運営の安定化を図るために各都道府県に設置している財政安定化基金（国費により造成した部分）について、2027年4月から、保険料抑制のための取崩しを認めるとともに、従来の積戻し期間よりも長い期間での積戻しを可能と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。2021（令和3）年度からの第二期では「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、活動が行われている。

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、2020（令和2）年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が開始された。

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、高齢者の個別支援や介護予防の通いの場等に関与する取組等を行っている。2024（令和6）年度には、ほぼ全ての市町村で事業が実施されており、2025（令和7）年度以降は取組みの質の向上と量の増加を目指している。

こうした取組みを推進するため、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、後期高齢者医療制度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、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・減算制度については、2018（平成30）年度から特定健診・特定保健指導の実施率向上に始まり、多様化する健康課題に対応するため、評価指標を拡充する等、段階的に制度を成熟させてきた。2025（令和7）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、アウトカム及びアウトプットの定量指標に基づく評価を増やした。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、事業費分・事業費連動分により保険者の予防・健康づくりの取組みを強力に推進している。

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

2026（令和8）年度診療報酬改定では、施設類型ごとの費用構造や経営実態を踏まえた医療機関等の経営の改善や、2026年度と2027（令和9）年度にそれぞれ3.2%分のベースアップの実現が可能となるような対応をはじめとした、必要な改定を行うため、2カ年平均でプラス3.09%という水準の本体改定率を確保した。

改定に当たっては、「令和8年度診療報酬改定の基本方針」に示された、

1. 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応
 2. 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進
 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つの視点を柱とした上で、具体的には次のような見直しを行った。

1. 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料及び入院基本料等を引き上げるほか、2026年度及び2027年度における物件費の更なる高騰に対応するため「物価対応料」を新設する等の見直しを行った。

また、幅広い医療関係職種での更なる賃上げを推進する観点から、2026年度及び2027年度にそれぞれ3.2パーセント（看護補助者及び事務職員については、5.7パーセント）のベースアップを行うことができるよう、医科及び歯科の「ベースアップ評価料」を引き上げるほか、「調剤ベースアップ評価料」や「歯科技工所ベースアップ支援料」を新設する等の見直しを行った。

2. 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

入院分野では、医療機関の機能に応じた急性期医療の評価の充実、在宅・介護施設からの緊急入院の受入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実などの見直しを行った。また、在宅医療・訪問看護分野では、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを行った。

3. 安心・安全で質の高い医療の推進

医科については、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、救急医療、小児・周産期医療、精神医療など重点的な対応が求められる分野への適切な評価を行うとともに、より効率的・効果的かつ安心・安全で質の高い医療を実現していくため、医療DXやICT連携の活用、入院から外来への移行、最新の医療技術の導入、緩和ケア、医薬品の適正使用などの評価を行った。

歯科については、生活の質に配慮した歯科医療を推進するため、かかりつけ歯科医による口腔機能に関する管理の評価を引き上げ、対象患者の範囲を拡大した。また、効果的・効率的な歯科医療の提供や歯科関係職種の業務負担の軽減を図る観点から、歯科のデジタル治療に関する評価を新設・拡充した。

調剤については、「患者のための薬局ビジョン」（2015（平成27）年10月23日）の策定から10年が経過した現況を踏まえ、保険薬局が立地に依存する構造から脱却し、面分業を推進する観点から、調剤基本料をはじめとする保険薬局の体制評価について見直しを行った。また、保険薬剤師の職能発揮を促進するため、かかりつけ薬剤師について実績重視の評価へ転換するとともに、在宅医療（訪問薬剤管理指導料）の推進に向けた評価の拡充等を行った。

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

長期処方及びリフィル処方箋による処方を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件を見直すとともに、処方箋様式を見直すこととしたほか、保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の給付の要件の見直しを行った。

また、長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行った。

(2) 薬価改定

2026（令和8）年度薬価改定では、国民負担の軽減と創薬イノベーションを両立する薬価上の適切な評価の観点から、市場拡大再算定の類似品の薬価引下げルール（いわゆる共連れ）の廃止や、長期収載品に依存するビジネスモデルからの脱却推進の観点からの長期収載品の薬価の更なる適正化等、また医薬品の安定供給の確保の観点から物価動向を踏まえた最低薬価の引上げ等の対応を行った。

第3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2026（令和8）年で27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2025（令和7）年4月には541万人と約3.6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、2024（令和6）年度には約12.1兆円となり、高齢化が更に進行する2040（令和22）年には約25.8兆円^{*17}になると推計

^{*17} 「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。

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^{*18}」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。

2040年に向けては、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、地域の規模によって高齢化・人口減少のスピードに大きな差が生じることも踏まえた対応が必要である。

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。

このため、2027（令和9）年度から始まる次期（第10期）介護保険事業計画期間に向けて、介護保険制度の見直しについて社会保障審議会介護保険部会において議論を行い、2025年12月に、人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築、地域包括ケアシステムの深化、介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援、多様なニーズに対応した介護基盤の整備、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、「社会福祉法等の一部を改正する法律案」を第221回特別国会に提出し、2026年6月に成立した（令和8年法律第51号）。

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。

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

^{*18} 「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。

ある市町村は、62.2%（2013（平成25）年度）から98.4%（2024（令和6）年度）となり、通いの場の箇所数は43,154か所（2013年度）から162,946か所（2024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6.9%（2024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）年度にはその上乗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。

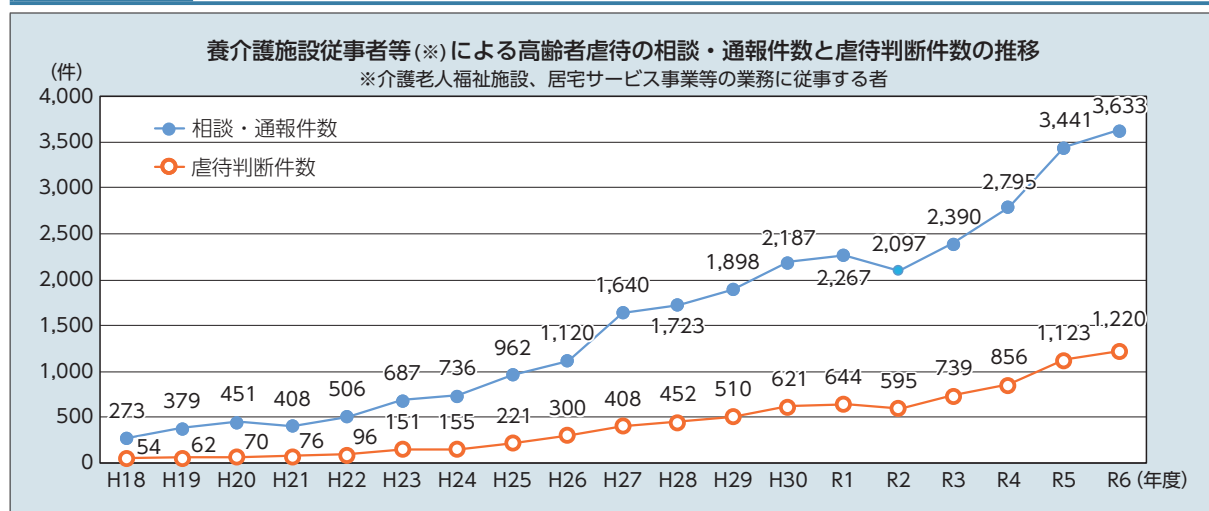
このため、地域包括ケア強化法において、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた新たな介護保険施設を「介護医療院」として2018（平成30）年4月に創設した。2024（令和6）年10月1日現在、介護医療院は917施設（52,837療養床）となっている。

(4) 高齢者の虐待防止

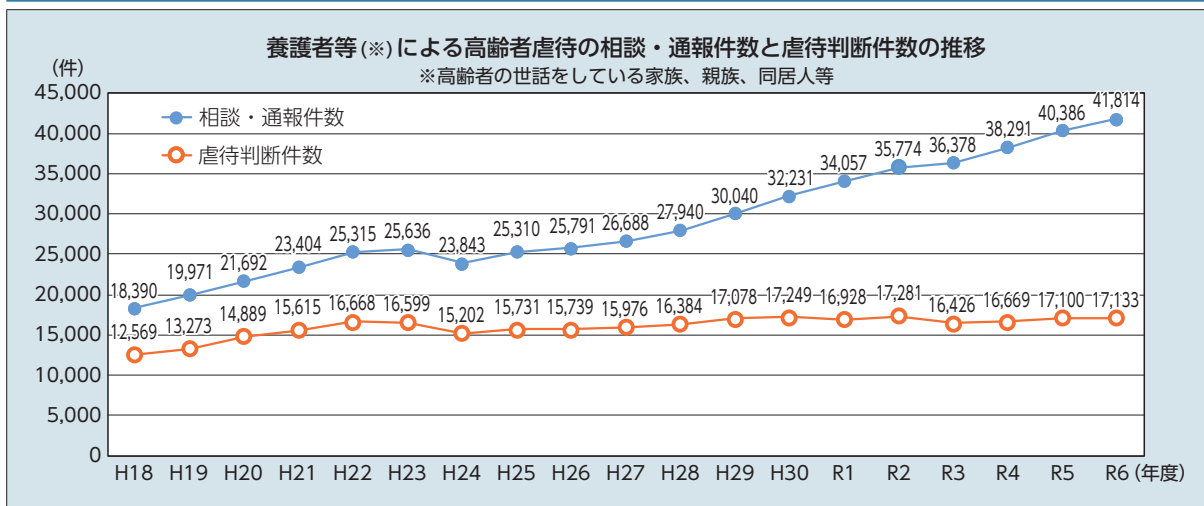
2006（平成18）年4月に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号）等に基づき、高齢者虐待の未然防止、早期発見・迅速かつ適切な対応、再発防止を図るため、自治体等と連携して、虐待を受けた高齢者に対する保護、養護者への支援等に係る措置を講じている。

2024（令和6）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3,633件、虐待判断件数が1,220件、また、養護者による虐待の相談・通報件数が41,814件、虐待判断件数が17,133件と、虐待の相談・通報件数はともに過去最高となった。

図表 6-3-1 養介護施設従事者等による高齢者虐待について



図表6-3-2 養護者による高齢者虐待について



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、高齢者権利擁護等推進事業により、各都道府県が行う介護施設等及び市区町村への支援等、高齢者虐待防止等に関する取組みを支援している。また、2024年度から、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措置を講じているとともに、2025（令和7）年度から、身体拘束廃止未実施減算の対象を短期入所系施設等にも拡大し、介護事業所・施設における高齢者虐待防止及び虐待に該当しうる身体的拘束等の廃止・防止の取組みをより一層強化する施策を推進した。

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^{*19}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月に施行された「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）や、同年12月に閣議決定した「認知症施策推進基本計画」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。

厚生労働省では、計画策定に関する個別相談窓口の設置、セミナー・座談会の開催や、計画を策定する際の準備に係る経費の補助などを通じて、各地方自治体の計画策定に対する助言等や支援を実施している。

*19 「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）

4 介護現場の生産性向上の推進

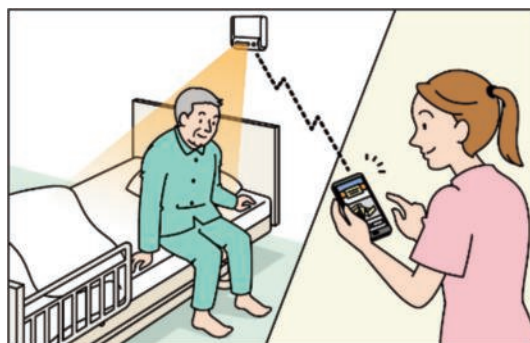
(1) 生産性向上の取組の方向性

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。

このため、2025（令和7）年6月に公表された「省力化投資促進プラン」では、デジタル行財政改革会議の議論を踏まえて策定した「介護現場におけるKPI」（2023（令和5）年12月）及び経済財政諮問会議において決定した「EBPMアクションプラン2024」（2024（令和6）年12月）において設定したKPIの達成に向け、2029（令和11）年度までの5年間の集中的な支援を実施していくこととした。

(2) 介護テクノロジー等の普及促進

生産性向上の推進にあたっては都道府県の役割も重要であり、地域医療介護総合確保基金「介護生産性向上推進総合事業」によって、各都道府県が戦略的に取組みを推進するための協議体である介護現場革新会議の実施や、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型の総合相談窓口を設置・運営する際の支援を実施した。総合相談窓口については、2026（令和8）年度中に全都道府県での設置を目標としており、2025（令和7）年度末時点で45都道府県への設置が完了した。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リビングラボ^{*20}における開発企業に対する上市前後の機器の検証・実証支援や、②スタートアップ支援を専門的に行う窓口の運営、開発企業と投資家等とのマッチング機会創出のためのネットワーキングイベントやセミナー等の開催等、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った。



さらに、2024（令和6）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。

加えて、従来は「中小企業省力化投資補助金（カタログ注文型）」で補助が認められていなかった「介護業」について、追加が認められた一部の製品カテゴリにおいて補助対象とすることとした。

介護業で補助可能となる製品は、「清掃ロボット」、「配膳ロボット」、「飲料ディスペンサー／とろみ給茶機」、「再加熱キャビネット／カート」であり、補助対象となる法人は、

^{*20} 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。

介護業を営む「中小企業者（組合関連以外）」、「中小企業者（組合関連）」、「特定非営利活動法人（NPO法人）」、「社会福祉法人」、「医療法人」である。

(3) ケアプランデータ連携システム

「ケアプランデータ連携システム」は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、介護ソフトからオンラインで送受信することを可能とし、介護事業所の転記作業などの事務負担軽減を図ることを目的として2023（令和5）年度より公益社団法人国民健康保険中央会において運用されているシステムである。本システムは、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り、介護現場の業務効率化や職員の事務負担軽減のために大変重要なものである。

また、本システムは「介護情報基盤」と「介護保険資格確認等 WEB サービス」に「ケアプランデータ連携機能」として統合する方針とされていることを踏まえ、介護情報基盤の円滑な利用開始のためにも、予め本システムの利用を前提として業務体制を構築するとともに、本システムを利用する連携先づくりを進め、介護事業所の生産性向上・協働化に関わる取組みを地域で推進していただくことが重要である。こうした動向を踏まえ、2024（令和6）年度補正予算を活用し、システムを無料で利用いただけるフリーパスキャンペーンの実施、介護ソフト等のテクノロジーの導入費用に対する補助を実施しており、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

介護分野における賃上げは喫緊の課題であり、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、2025（令和7）年度補正予算による緊急的な対応や、2027（令和9）年度介護報酬改定を待たずに、2026（令和8）年度介護報酬改定における対応を行った。

第4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、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、介護人材確保に向けて、処遇改善、多様な人材の確保・育成、前述した生産性向上の取組みを含む職場環境の改善による離職の防止などの総合的な対策に取り組むこととしている。

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、2025（令和7）年度補正予算による緊急的な対応や、2027（令和9）年度介護報酬改定を待たずに、2026（令和8）年度介護報酬改定における対応を実施する等の取組み
 - 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
- などに取り組んでいる。

介護現場では、中核的な役割を担う人材の確保・育成が必要とされ、介護福祉士にその役割が期待されており、これまでも養成課程におけるカリキュラム改正や、介護福祉士国家試験の受験資格の取得における実務者研修の導入などを進め、質の向上に努めてきた。また、介護福祉士国家試験において、2025年度から、介護福祉士の質を低下させることなく、より受験しやすい仕組みとして、複数の科目を一つのパートとして合否判定するパート合格（合格パートの受験免除）を導入した。これにより、不合格パートがあり資格取得に至らなかった者は、次年度以降は不合格パートの学習に注力でき、一人ひとりの状況に応じた学習の選択肢が拡大され、介護福祉士を目指す受験者をより多く確保することが期待される。

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、外国人介護人材の確保及び定着のための取組みをより一層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等の海外への働きかけや、受入れ施設への巡回訪問・相談支援、介護福祉士資格取得に向けた学習教材の作成、受入れ施設における生活支援等に係る費用の助成等の定着支援をきめ細かく行っている。

また、2025年4月から、介護職員初任者研修課程等を修了し、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は、受入れ事業所が研修の実施、同行訪問等を通じた実地訓練の実施などを遵守することを条件に、訪問系サービスへの従事を認めた。

さらに、介護分野で「特定技能1号」の在留資格をもって本邦に在留する外国人の通算在留期間の延長に関する措置として、5年の通算在留期間に達する前の最終年度に国家試

験を全パート受験し、1パート以上合格している、かつ総得点に対する合格基準点の8割以上の得点をするなど、一定の条件を満たすことにより、最長1年間の在留期間延長を可能とすることとした。

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。

また、ポリテクセンター等において、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。

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。

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。