

医療提供体制の改革を考える —2024年の「節目」を控えて—

厚生労働省保険局長
伊原 和人

1

「2024年」とは・・・

- 改正感染症法等(予防計画に基づく事前協定)の施行
- 第8次医療計画・第9期介護保険事業計画スタート
- 医師の働き方改革施行
- 医療制度改革(医療提供体制との関連では、かかりつけ医機能の制度整備、第4期医療費適正化計画)
- 診療報酬・介護報酬・障害報酬同時改定
- 医療DX(診療報酬改定DX、マイナンバーカードと保険証の一体化)スタート

2

「2024年」を見据えた際のポイント

今回の新型コロナウイルス感染症の経験

⇒第8次医療計画において、平時から、感染症医療を担う医療機関等について協定を通じて事前に確保し、連携強化・役割分担を明確化

2040年を見据えた人口構造の変化 (超高齢化・人口減少)

⇒医療・介護の複合ニーズを有する高齢者の増加や人口減少に伴う担い手確保といった需給両面の課題への対応

- ・かかりつけ医機能、在宅医療
- ・医療DX、タスク・シフト/シェア
- ・人口減少地域の医療確保

3

改正感染症法(医療提供体制関係部分)の概要

1 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ・都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の中で、**病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の確保等に関する協定を締結する仕組み**を法定化
- ・**公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に医療提供を義務付け**。保険医療機関等は感染症医療の実施に協力する旨を明確化
- ・初動対応等を行う**協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置(流行初期医療確保措置)を導入(費用は公費とともに保険も負担)**。協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を導入

2 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ・自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化
- ・健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし市町村との情報共有を推進
- ・外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み(公費負担医療)を創設

3 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- ・医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備

4 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- ・都道府県と保健所設置市・特別区で構成する連携協議会を創設
- ・緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設
- ・保健所業務を支援する保健師等の専門家(IHEAT)や専門的な試験検査等のための体制(地方衛生研究所等)の整備等を法定化

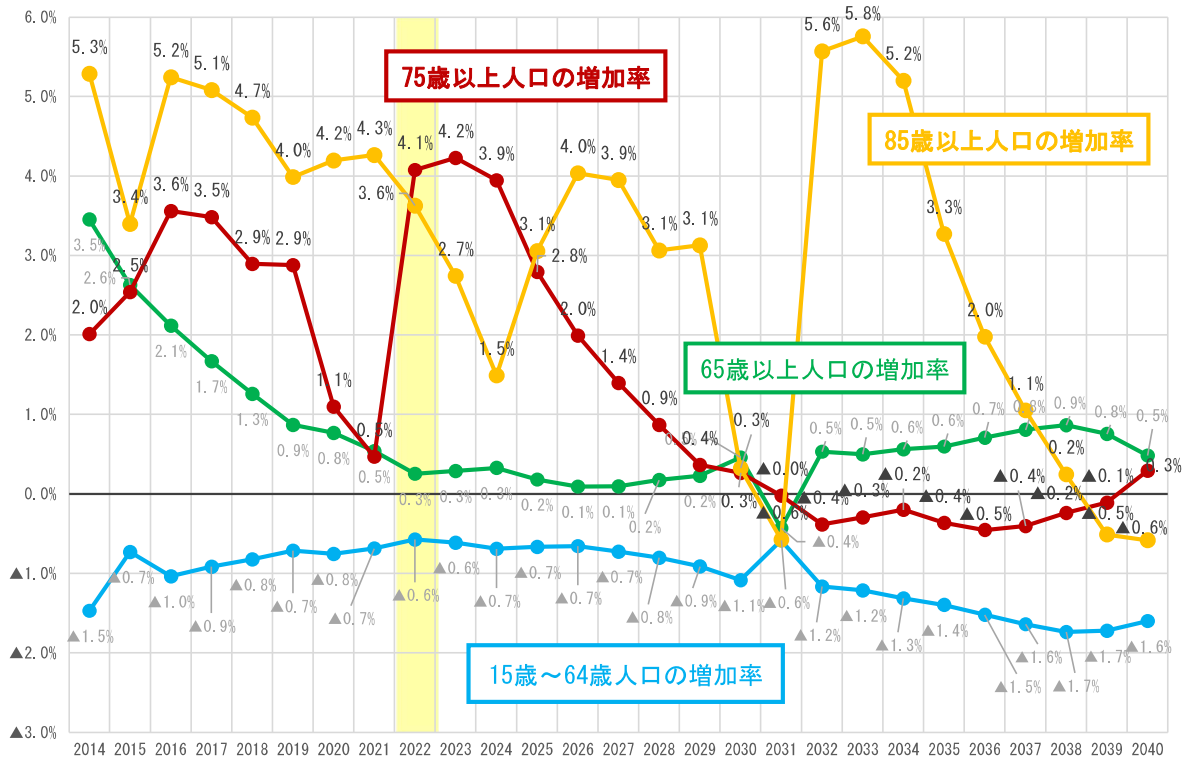
5 情報基盤の整備

- ・医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化(一部医療機関は義務化)、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備

4

2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

○2040年までを展望すると、高齢者人口の伸びは落ち着いているが、団塊世代が後期高齢者となる2022年以降の3年間は、一時的に75歳以上人口の増加率が高まる。一方、生産年齢人口は一貫して減少。



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」

5

2040年の患者数・介護利用者の見通し

		1989 (平成元) 年	2019 (令和元) 年	2040 (令和22) 年
患者数	外来 (医療保険+公費医療)	774万人/日 【医療保険のみ】	769万人/日 【医療保険のみ740万人】	753万人/日
	入院 (医療保険+公費医療)	135万人/日 【医療保険のみ】	128万人/日 【医療保険のみ116万人】	140万人/日
介護利用者数	在宅サービス	67万人 【推計・1992年】	353万人/月	509万人/月
	施設サービス	33万人 【1992年定員ベース】	104万人/月	162万人/月

(出典) 令和2年版厚生労働白書第1部図表1-9-5、図表1-9-6

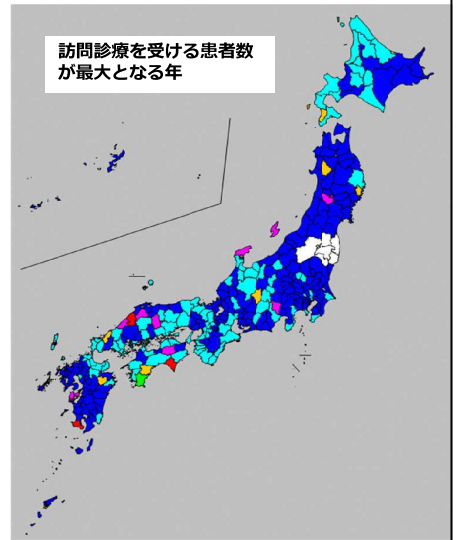
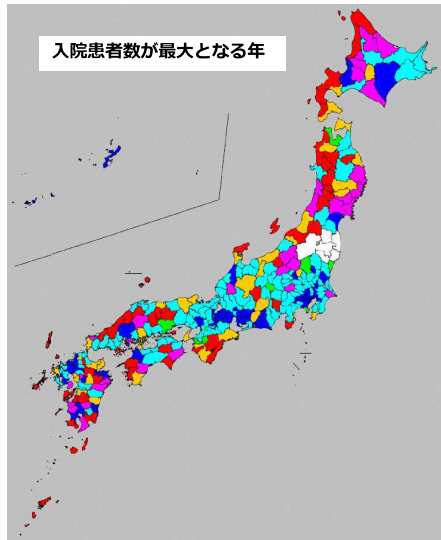
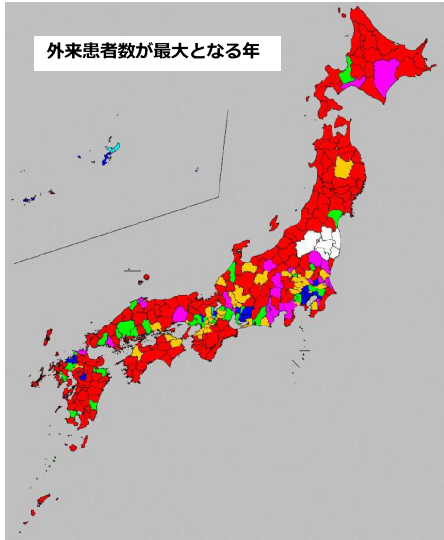
6

2040年に向けた医療需要の変化

外来：既に減少局面にある医療圏が多い
入院：なお増加。ただし2035年までにピーク
在宅：多くの地域で増加。2040年以降にピーク

凡例

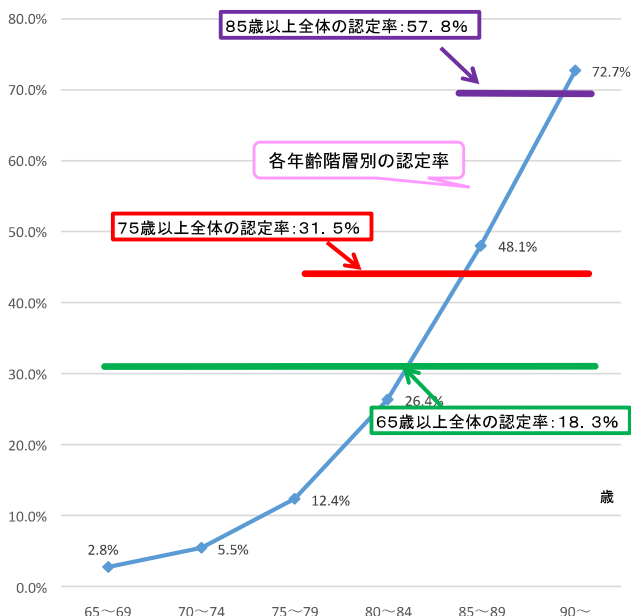
- : 2015年以前に最大
- : 2020年に最大
- : 2025年に最大
- : 2030年に最大
- : 2035年に最大
- : 2040年以降に最大



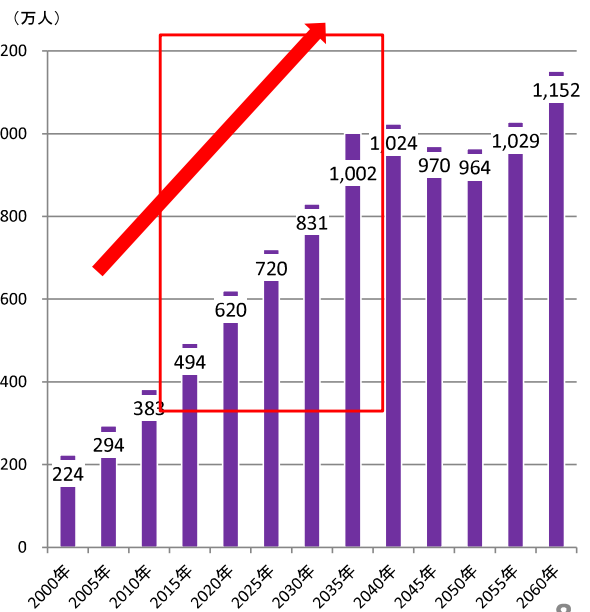
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



2040年の医療提供体制を見据えた改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、**I.地域医療構想の実現に向けた取組**、**II.医療従事者の働き方改革**、**III.医師偏在対策**を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施

I.医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進

II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する
上限規制：2024年～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III.実効性のある医師偏在対策

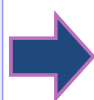
(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

水平的連携で地域包括ケアを支える（イメージ）

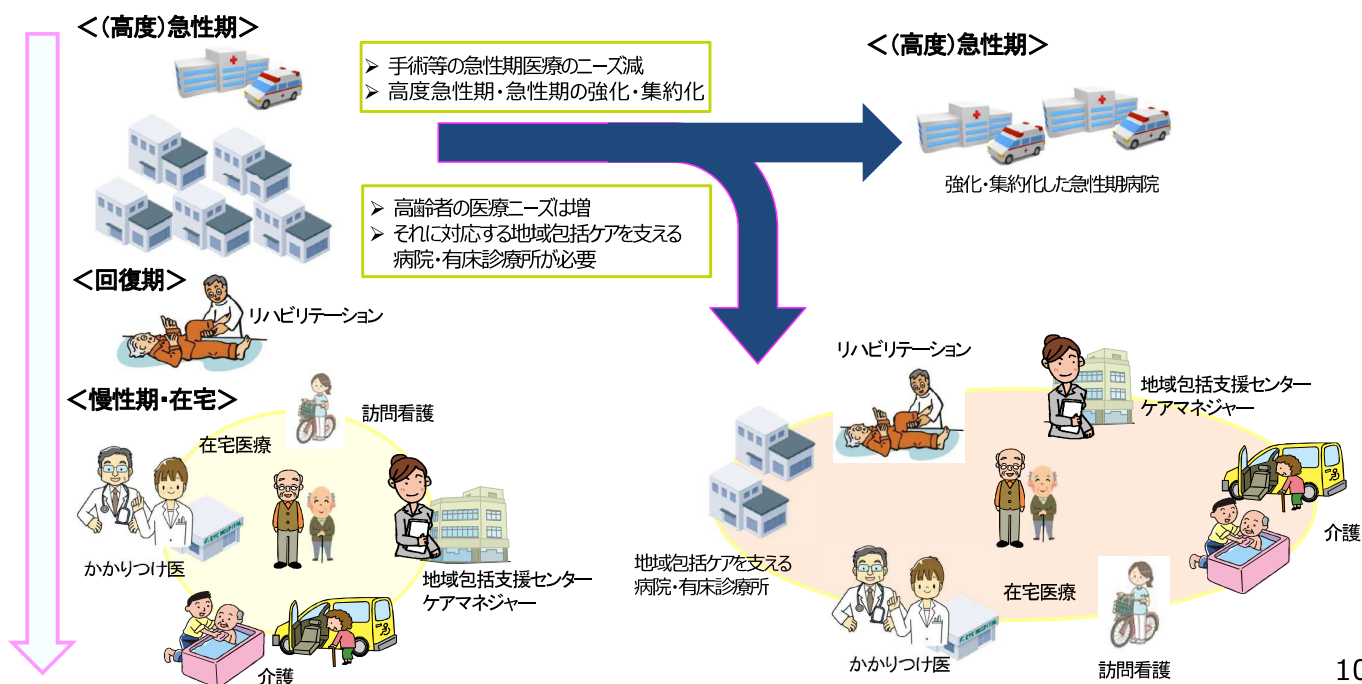
【これまで】

- ・「施設」から「地域」へ、
- ・「医療」から「介護」へ、
- ・急性期→回復期→慢性期・在宅の垂直連携（タテ連携）を推進



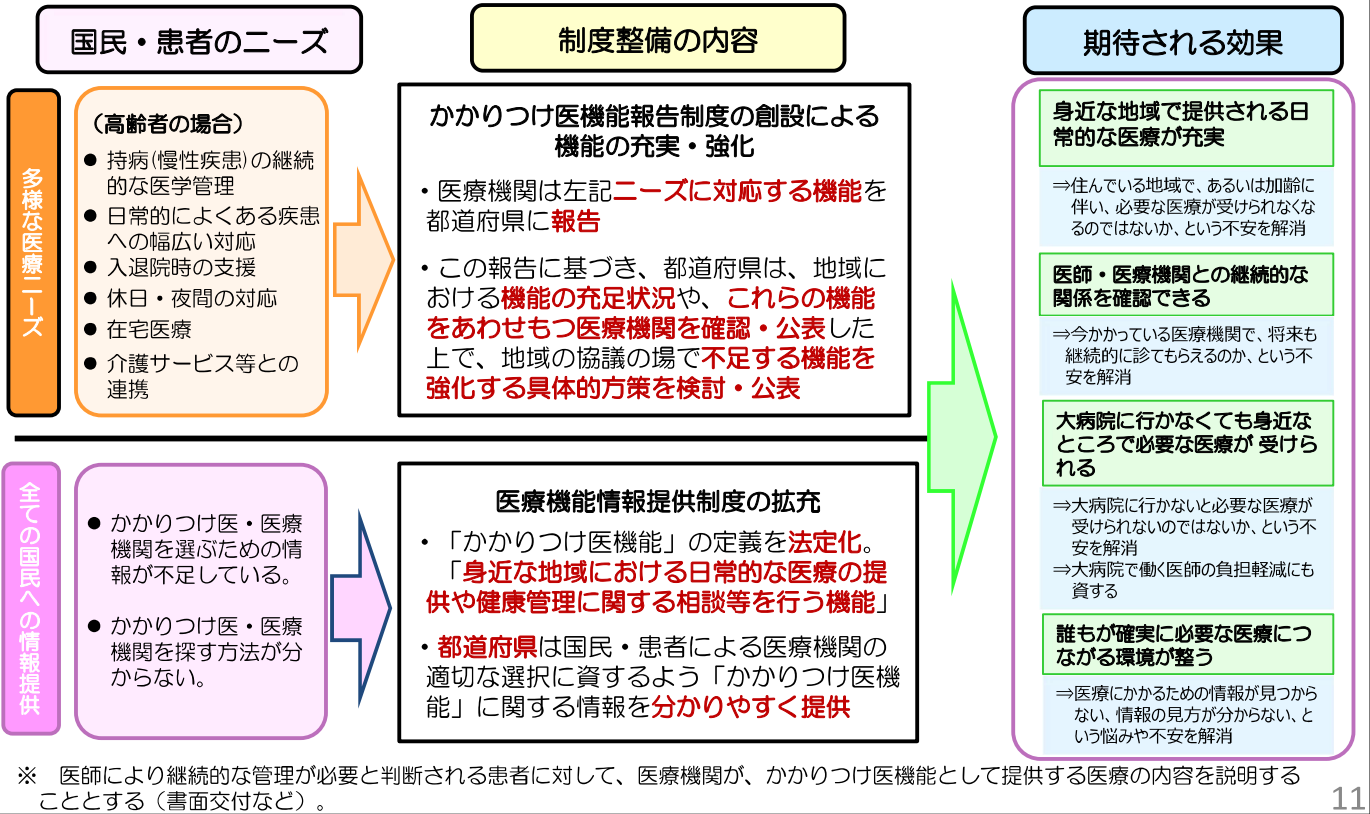
【これから】

- 在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、
- かかりつけ医、地域包括ケアを支える病院・有床診療所、介護等との水平的連携（ヨコ連携）を推進



かかりつけ医機能が発揮される制度整備（骨格案）

- ・国民・患者は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選択して利用。
- ・医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。



地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ

<慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ>

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。

かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	◎	○	◎	◎	◎
B診療所	◎	○	○	○	◎
C診療所	◎	◎	◎	◎	◎
D診療所	◎	×	×	◎	◎
E診療所	◎	○	×	○	◎
F診療所	◎	—	×	—	◎
G診療所	—	—	—	—	—

地域の医療機関は、①～⑤の機能の有無や、これらをあわせて担う意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の機能をあわせて担う医療機関を確認。

協議の場において、各医療機関の①～⑤を担う意向を踏まえつつ、地域で不足している機能を充足できるように、支援や連携の具体的方法を検討。

- ◎：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる
- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる（連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。）
- ×：当該機能を担う意向はあるが、現時点では提供できない
- ：当該機能を担う意向がない

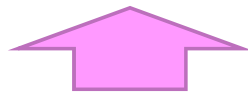
※他院を支援する意向も報告し、不足する機能の充足の協議に活かす。

地域におけるかかりつけ医機能の強化のための方策について

【都道府県は、地域における機能の充足状況を確認した上で、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表】

＜具体的な方策の例＞

- ◆ 病院勤務医が地域で開業し地域医療を担うための研修や支援の企画実施
(例えば在宅酸素療法、在宅緩和ケア、主治医意見書の書き方等。研修先の斡旋や研修中の受け持ち患者の診療支援も考えられる。)
- ◆ 地域で不足する機能を担うことを既存又は新設の医療機関に要請
- ◆ 医療機関同士の連携の強化 (グループ診療、遠隔医療やオンライン資格確認の活用等)
- ◆ 在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点の整備
- ◆ 地域医療連携推進法人の設立活用 (より簡易な要件で設立できる新類型を設ける)



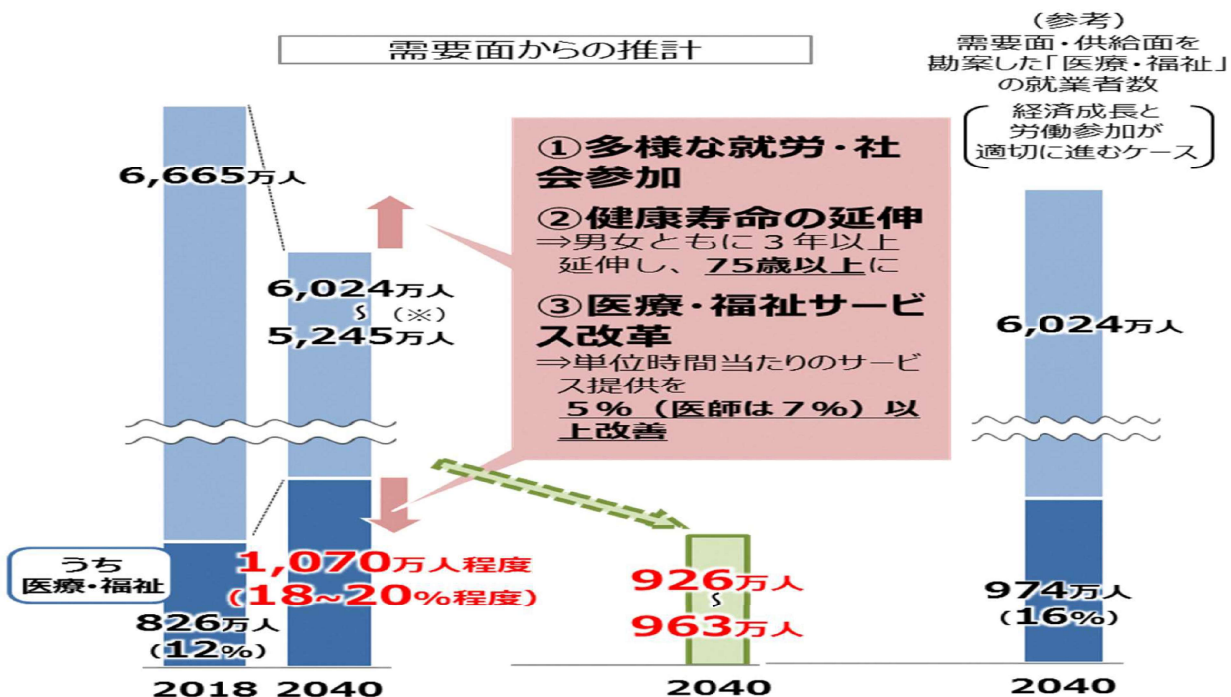
【国による基盤整備・支援】

- ◆ 研修の標準的な基準の設定等を通じた研修等の量的・質的充実と受講の促進
- ◆ 国民・患者の健康・医療情報の共有基盤等の整備 (医療DXの推進)
- ◆ かかりつけ医機能の診療報酬による適切な評価 など

13

2040年、現状では就業者の約5人に1人が医療福祉分野で必要に

2040年に向けたマンパワーのシミュレーション



(注) 「2040年に向けたマンパワーのシミュレーション」(2018年5月21日)を改定したもの。総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。2040年の改革後の就業者数は、医療・福祉サービス改革により生産性が向上し、健康寿命の延伸の取組により医療・介護需要が一定程度低下した場合の推計値である。

14

- 2040年を展望すると、**高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。**
→「**総就業者数の増加**」とともに、「**より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現**」することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
 - ① **多様な就労・社会参加の環境整備**、② **健康寿命の延伸**、③ **医療・福祉サービスの改革による生産性の向上**
 - ④ **給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保**

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

＜現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題＞

多様な就労・社会参加

- 【雇用・年金制度改革等】
- 70歳までの就業機会の確保
 - 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援（**厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン**）
 - 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
 - 地域共生・地域の支え合い
 - 人生100年時代に向けた年金制度改革

健康寿命の延伸

- 【健康寿命延伸プラン】
- ⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、**75歳以上**に
- ①健康無関心層へのアプローチの強化、
 - ②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
 - ・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
 - ・疾病予防・重症化予防
 - ・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

- 【医療・福祉サービス改革プラン】
- ⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を**5%（医師は7%）以上改善**
- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
 - ・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
 - ・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
 - ・組織マネジメント改革
 - ・経営の大規模化・協働化

＜引き続き取り組む政策課題＞

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

テクノロジーの活用による介護サービスの生産性向上の事例

- 社会福祉法人善光会（東京都大田区）では、特別養護老人ホーム・通所介護施設などの複合施設において、見守りセンサーや電子記録アプリを活用し、介護の質を確保しつつ、オペレーションの効率化を実現。
- 一般の特別養護老人ホームでは、入所者2人に対し1人程度の介護職員等の配置となっているが、善光会のフローズ東糀谷では、見守りセンサーやICT等の活用により、2015年段階で1.9人に1人であった配置が、現在では2.8人に1人の配置で運営を行っている。
⇒結果的に、特別養護老人ホームフローズ東糀谷では職員平均年収が約480万円となり、東京都の特養職員平均年収（約420万円）を上回っている。

介護ロボット・先端技術の導入

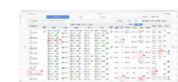
▶ 100種類以上の介護ロボットを導入実証し、現在20種類程度の介護ロボットが稼働中



D Free / トリプル・ダブリュー・ジャパン



HAL / CYBERDYNE



SCOP記録アプリ / 善光会



Ninebot mini Pro / SEGWAY



Trek titanium / aftershokz



バスリフト / TOTO



RT1 / RT - WORKS

データヘルス改革のポイント

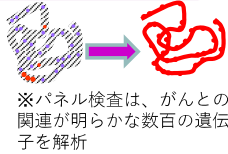
- データヘルス改革で実現を目指す未来に向け、「国民、患者、利用者」目線に立って取組を加速化。
- 個人情報保護やセキュリティ対策の徹底、費用対効果の視点も踏まえる。

ゲノム医療・AI活用の推進

- 全ゲノム情報等を活用したがんや難病の原因究明、新たな診断・治療法等の開発、個人に最適化された患者本位の医療の提供
- AIを用いた保健医療サービスの高度化・現場の負担軽減

【取組】

- ・ 全ゲノム解析等によるがん・難病の原因究明や診断・治療法開発に向けた実行計画の策定
- ・ AI利活用の先行事例の着実な開発・実装



自身のデータを日常生活改善等につなげるPHRの推進

- 国民が健康・医療等情報をスマホ等で閲覧
- 自らの健康管理や予防等に容易に役立てることが可能に

【取組】

- ・ マイナポータルで薬剤、医療費、予防接種、特定健診などについて、閲覧可能
- ・ 民間活用を含めたPHR推進のための仕組み



医療・介護現場の情報利活用の推進

- 医療・介護現場において、患者等の過去の医療等情報を適切に確認
- より質の高いサービス提供が可能に

【取組】

- ・ 全国の医療機関等で確認可能な情報として、特定健診や薬剤情報に加えて、手術や透析等の情報を追加
- ・ 電子処方箋を運用開始
- ・ 電子カルテの標準化推進と普及



データベースの効果的な利活用の推進

- 保健医療に関するビッグデータの利活用
- 民間企業・研究者による研究の活性化、患者の状態に応じた治療の提供等、幅広い主体がメリットを享受

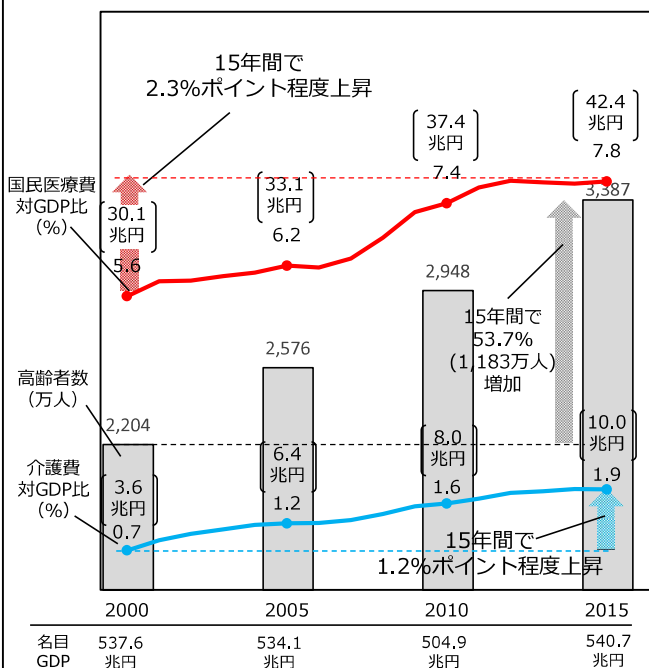
【取組】

- ・ NDB・介護DB・DPCデータベースの連結精度向上と、連結解析対象データベースの拡充
- ・ 個人単位化される被保険者番号を活用した医療等分野の情報連結の仕組みの検討

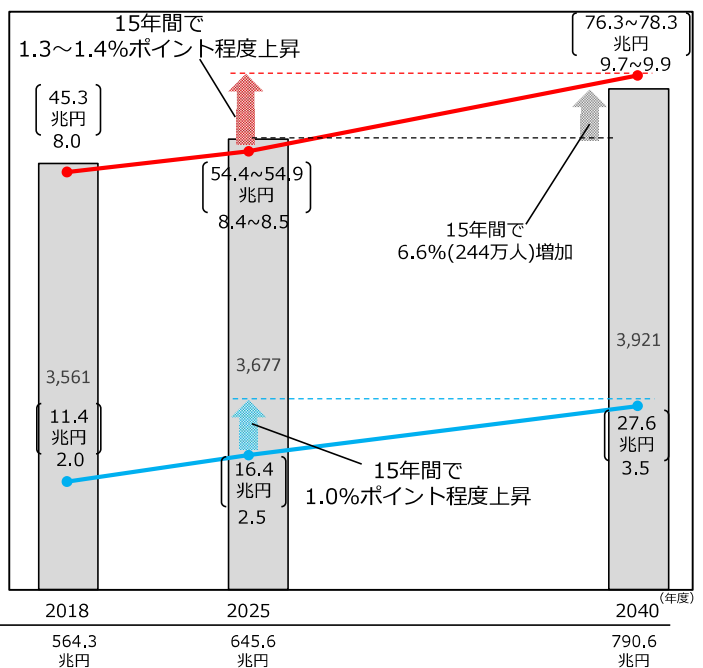


2040年に向けた医療・介護費対GDP比等の推移（実績と将来見通し）

< 2000～2015年度の国民医療費対GDP比等 【実績】 >



< 2018～2040年度の国民医療費対GDP比等 【将来見通し】 >



(出典) 2000～2015年度は、厚生労働省「国民医療費」、厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」、内閣府「国民経済計算」による実績値。2018年度以降は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年度を見据えた社会保障のシミュレーション（議論の素材）」による推計値。

医療保険分野における当面の政策スケジュール

医療保険制度改革

- ・出産育児一時金の増額(42万円→50万円)、後期高齢者医療からの支援導入
- ・後期高齢者医療の高齢者保険料負担割合の見直し(高齢者保険料と現役世代の支援金の伸びを同一に。負担増分は賦課限度額の引上げなど負担能力に応じた負担で)
- ・被用者保険者における格差是正(前期高齢者医療の負担調整に「報酬水準に応じた調整」を導入、あわせて健保組合等への支援を強化)
- ・第4期医療費適正化計画(実効性向上のための体制強化など)

診療報酬改定・薬価改定

- ・診療報酬・介護報酬・障害報酬同時改定

医療DX

- ・オンライン資格確認の義務化、マイナンバーカードと保険証の一体化
- ・診療報酬改定DX(共通算定モジュール)、医療DX(全国医療情報プラットフォーム)

プロフィール

伊原 和人（いはら かずひと）

1964年10月22日 東京大学法学部卒
厚生労働省 保険局長

1987年厚生省入省。健康政策局、兵庫県伊丹市役所などを経て、94年高齢者介護対策本部課長補佐として介護保険制度の創設にかかわる。97年から日本貿易振興機構（JETRO）ニューヨークセンターに出向。その後、障害保健福祉部企画官、虐待防止対策室長など全部局をひと通り経験し、医療保険改革、少子化対策、障害福祉新制度、年金記録問題、難病新法制定などに携わる。総理官邸、日本年金機構、年金、医療介護連携、社会保障の担当審議官、政策統括官（総合政策担当）、医政局長などを経て、2022年6月より現職。

2007年9月 内閣官房内閣参事官（官邸参事官室）

2009年7月 厚生労働省大臣官房参事官（総務、社会保険担当）

2010年1月 日本年金機構記録問題対策部長

2012年9月 厚生労働省医薬食品局食品安全部企画情報課長

2013年9月 厚生労働省健康局総務課長

2015年10月 厚生労働省大臣官房審議官（年金担当）

2016年6月 厚生労働省大臣官房年金管理審議官

2017年7月 厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当）

2018年7月 厚生労働省大臣官房審議官（総合政策（社会保障）担当者）

2019年7月 厚生労働省政策統括官（総合政策担当）

2021年9月 厚生労働省医政局長

2022年6月 厚生労働省保険局長