

令和6年度 全国厚生労働関係部局長会議（医政局）

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

1. 医療提供体制の総合的な改革の検討状況・・・2

(新たな地域医療構想、医師偏在対策、美容医療への対応、
オンライン診療の推進、医療DXの推進)

2. 補正予算について・・・77

3. 個別の政策課題・・・95

① 死因究明等の推進について・・・95

② オンライン診療について・・・106

③ かかりつけ医機能について・・・121

④ 医療法人の経営情報等のデータベース（MCDB）について・・・132

⑤ 医師・医療従事者の働き方改革の推進について・・・138

⑥ 開設届出のなされた歯科技工所の一覧の
ホームページ等への掲載について・・・156

⑦ 医療人材の確保について・・・160

4. 照会先一覧・・・191

1. 医療提供体制の総合的な改革の検討状況

ポイント（1.医療提供体制の総合的な改革の検討状況について）

<制度見直し>

- 2040年頃に向け、医療提供体制の総合的な改革を検討中。社会保障審議会医療部会において令和6年12月25日に「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」がとりまとめられたところ。
- 今後、法改正も含め具体的な制度見直し等について、適宜、都道府県に対してご連絡していく予定。引き続き、この検討の動向にご留意いただきたい。

<新たな地域医療構想>

- 新たな地域医療構想に関する以下のスケジュール（イメージ）も踏まえ、引き続き地域医療構想の取組を進めていただきたい。
 - 2025(R7)年度：国が新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定
 - 2026(R8)年度：地域の医療提供体制全体の方向性、必要病床数の推計等を検討・策定、医療機関機能報告の開始
 - 2027(R9)年度：医療機関機能報告により報告されたデータ等を踏まえ、医療機関の機能分化・協議等
- 地域医療介護総合確保基金については、2026(R8)年度まで活用できることとしており、積極的にご活用いただきたい。2027(R9)年度以降においては、新たな地域医療構想の取組が順次開始され、検討会のとりまとめにおいて、病床の機能分化・連携の支援に加え、医療機関機能の確保に向けた取組を支援することが適当である、とされたところであり、引き続き必要な予算の確保に努めてまいりたい。

ポイント（1.医療提供体制の総合的な改革の検討状況について）

<医師偏在対策>

- 医師偏在対策について、実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、令和6年12月に策定した「医師偏在の是正に向けた総合的なパッケージ」を踏まえ、医師確保計画の中で重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定することとしている。各都道府県には、2026(R8)年度に策定いただく第8次（後期）医師確保計画の中で、医師偏在是正プランを盛り込んでいただくことになるが、具体的内容については、国において、来年度ガイドラインの検討を行った上で、お示しする予定。なお、令和6年度補正予算の「重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援」の執行にあたっては、別途、対象区域の設定方法等をお示しする予定。

<参考>

- 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（令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_48006.html
- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（令和6年12月25日 厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_48023.html

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（令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会）（抄）

社会保障審議会医療部会においては、医療提供体制の改革について審議を重ねて来たところであり、これまでの議論を踏まえ以下のとおり意見を取りまとめた。

厚生労働省においては本部会の意見を踏まえ、医療提供体制の改革に必要な事項について可能なものから速やかに取り組むとともに、更に所要の検討を進め、医療法等の改正を行うなど改革に取り組み、着実にその実施を図られたい。

1. 基本的な考え方

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築することが求められている。
- 人口は、全国的に生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加し、在宅医療の需要も増加することが見込まれる。
- 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。
- こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。
- さらに、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となることが見込まれ、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト・シェア等を着実に推進していくことが重要となる。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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することを目指して、医療提供体制を整備していく必要がある。
- こうしたことを踏まえ、新たな地域医療構想の策定を進め、医師偏在の是正を総合的に推進し、医療分野のデジタル・トランスフォーメーションを確実に推進することで、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築していくことが必要である。
- なお、これらの対策は、その実施状況を踏まえ、効果を把握した上で、必要な見直しを行っていくべきである。

2. 具体的な改革の内容（略）

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・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
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 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
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等により狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 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）
- 厚労大臣の責務明確化（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付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者における届出 等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン(仮称)」の策定

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

<経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
 - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定 等

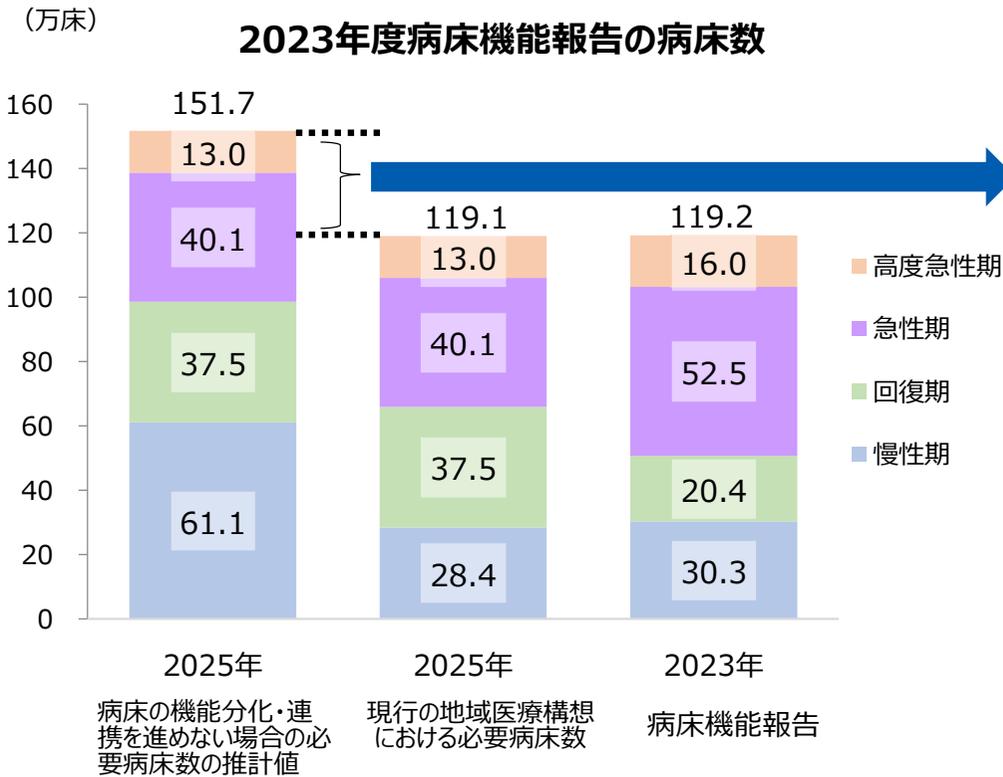
その他、一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底、持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長等の措置を行う。

① 新たな地域医療構想

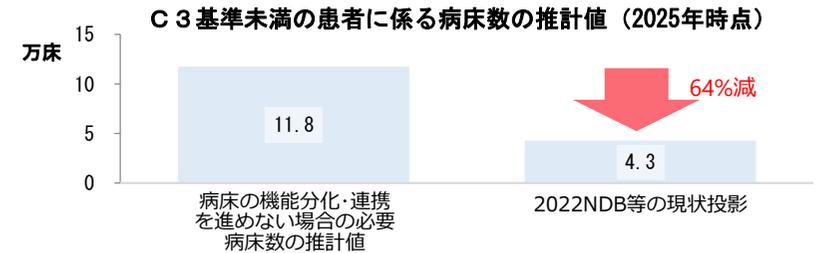
現行の地域医療構想の評価について

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未滿の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未滿の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.8万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.0万床の減床となっている。

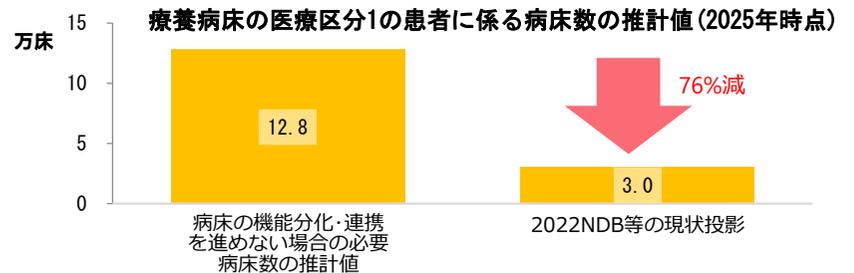
現行の地域医療構想の病床の推計値と
2023年度病床機能報告の病床数



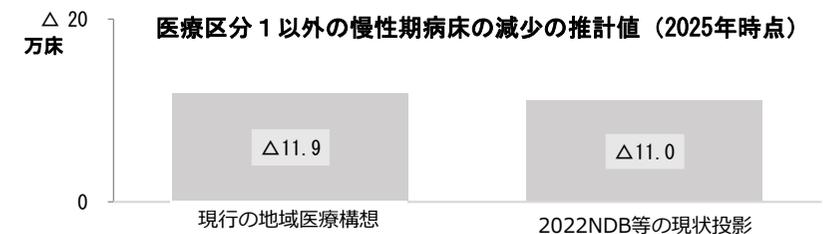
① C3基準未滿の患者に係る病床



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床



③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少

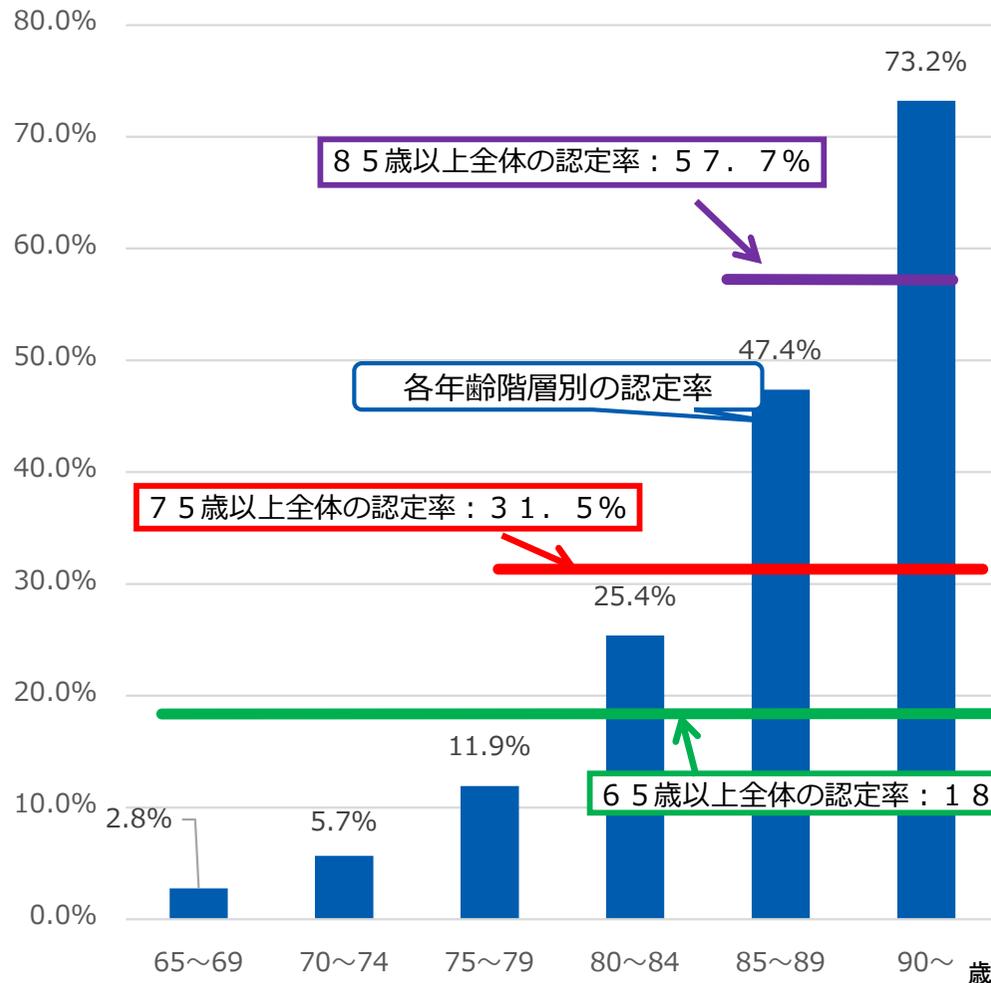


※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

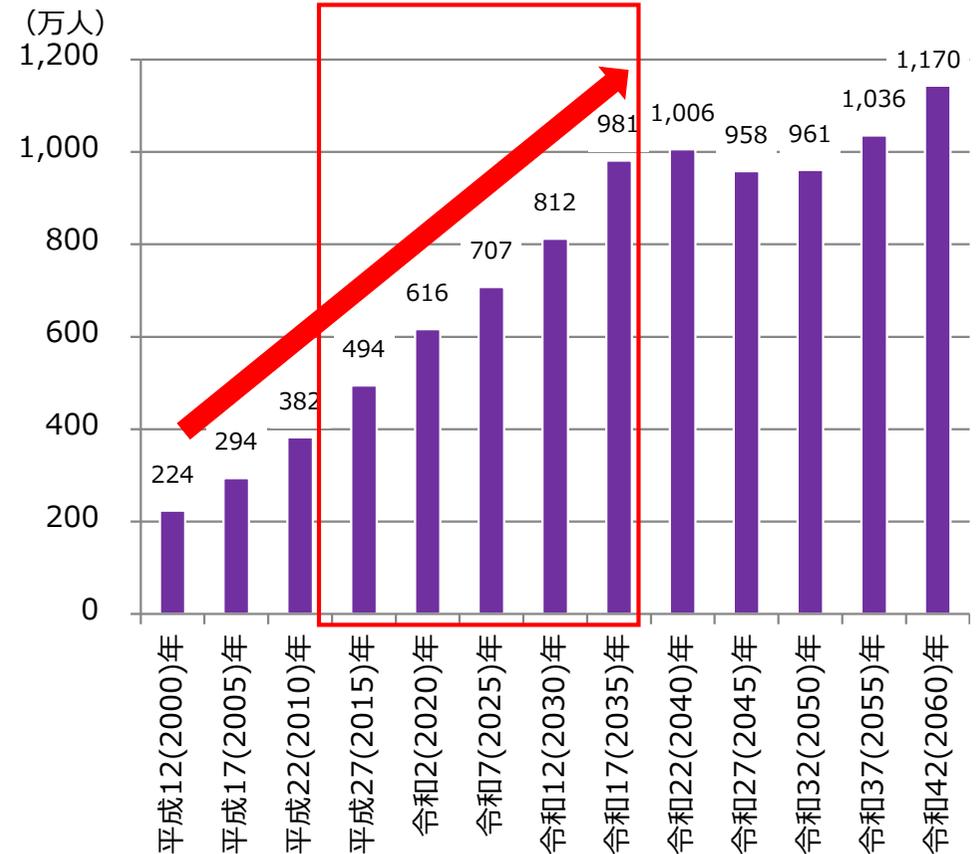
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 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



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

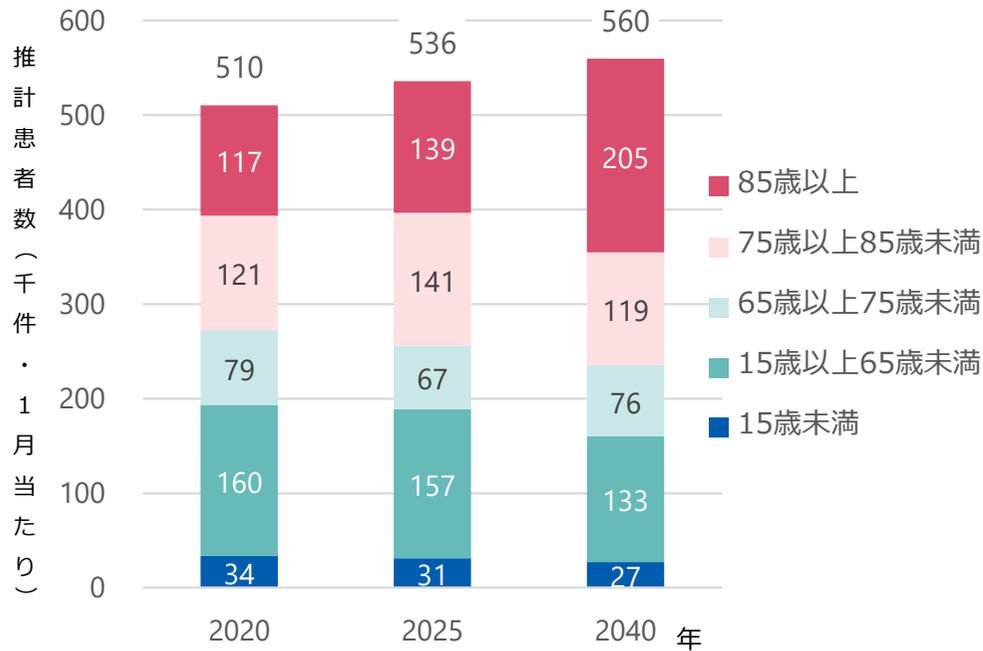
出典：2022年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2022年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

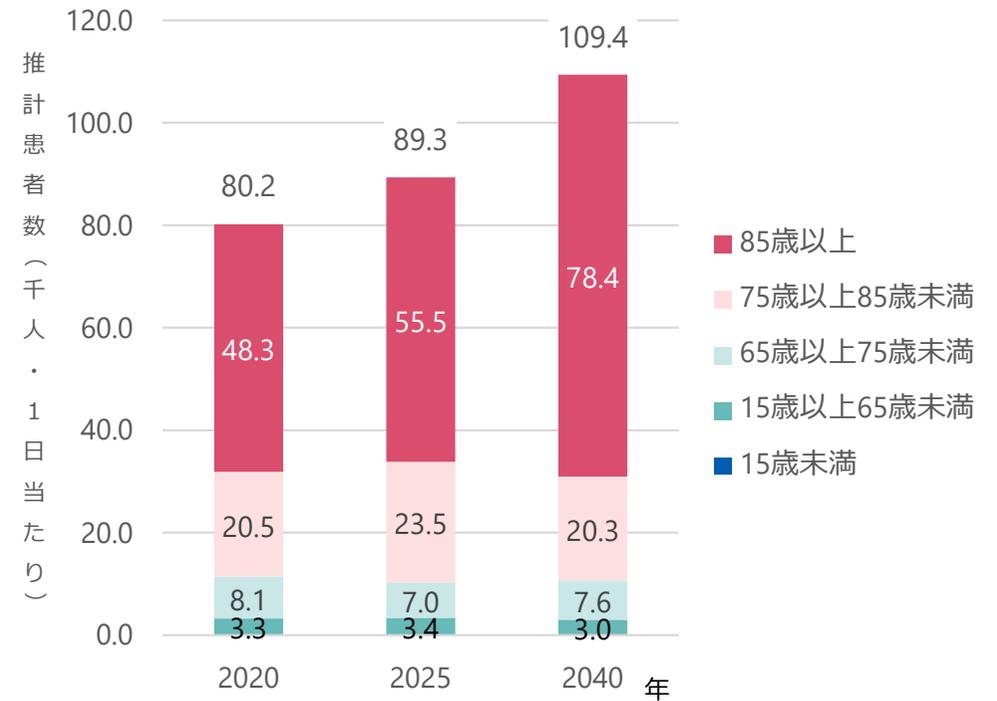
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017年）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に地域医療計画課において推計。

これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

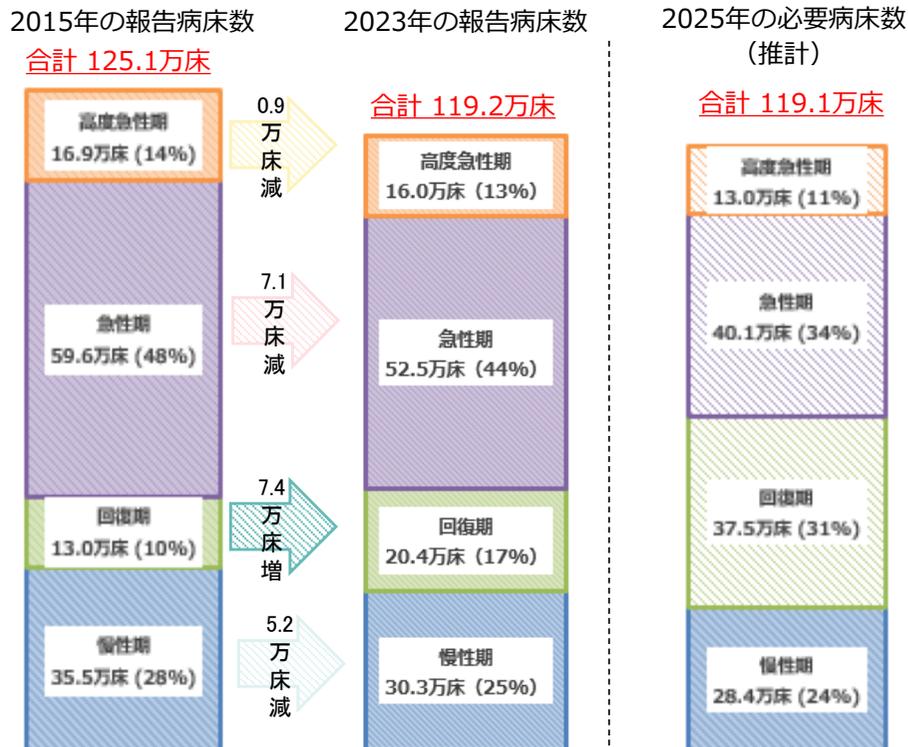
現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。

このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

<新たな地域医療構想における基本的な方向性>

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

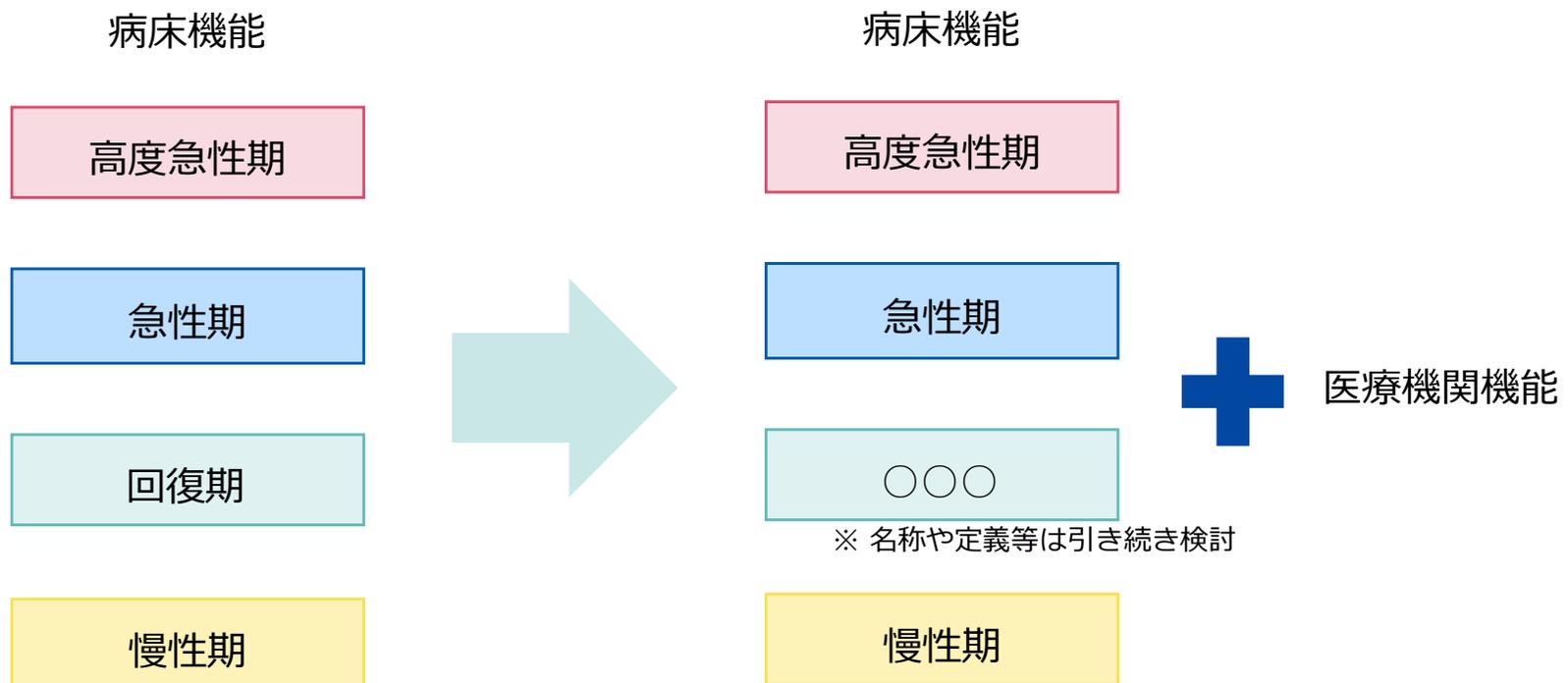
限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



病床機能について（案）②

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。

（略）

- 将来の病床数の必要量の推計については、（略）受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

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報告書より作成

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

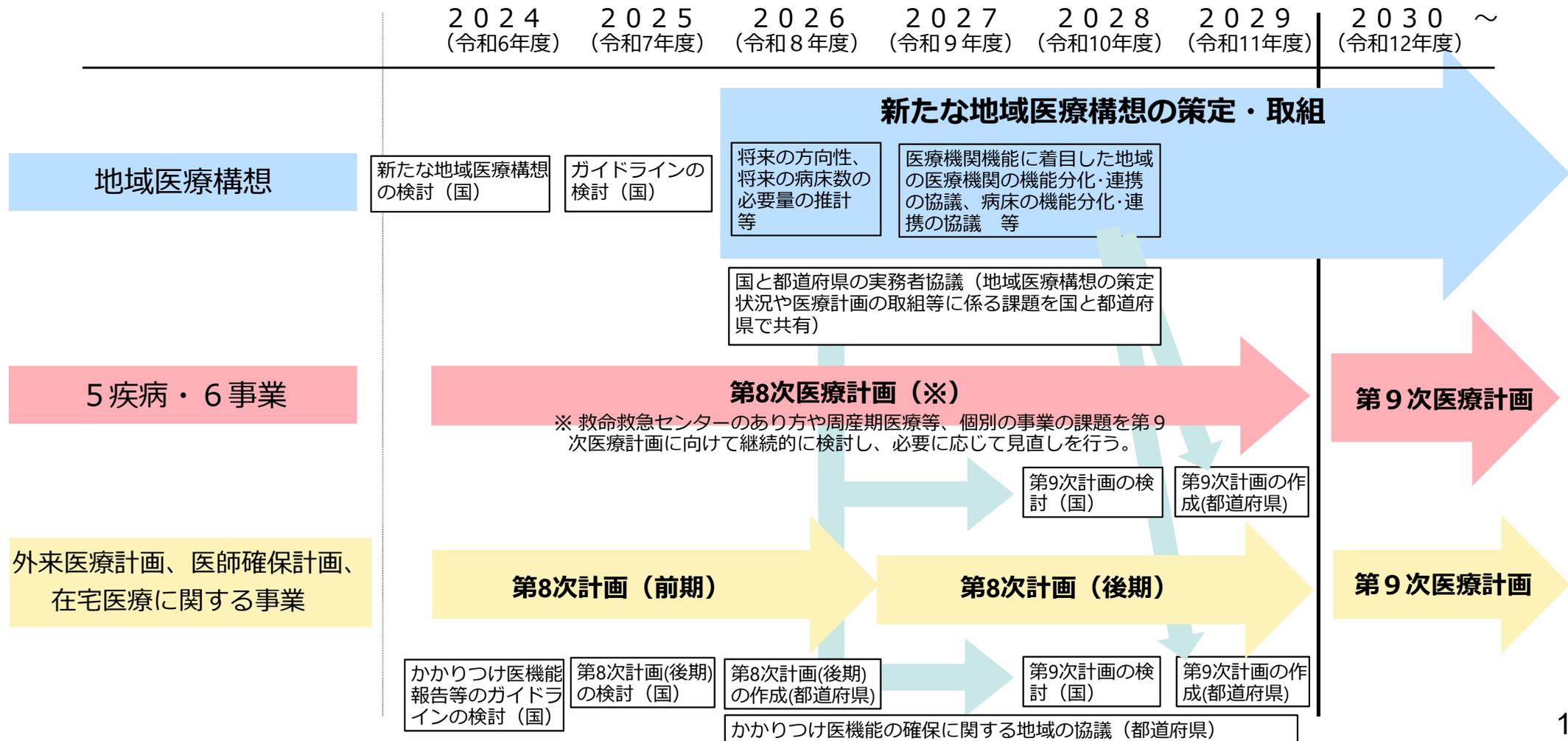
- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(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

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



地域医療介護総合確保基金の期間延長について

現行の地域医療構想においては、2025年度（令和7年度）までの事業を地域医療介護総合確保基金「事業区分Ⅰ－1地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」及び「事業区分Ⅰ－2地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業」の対象としている。今般、基金を活用できる期間について、2026年度（令和8年度）まで1年間延長することとする。

【現行の取扱い】

事業区分	事業概要	現行の対象範囲
地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 (区分Ⅰ－1)	病床の機能分化・連携を推進するための、医療機関における新築、増改築、改修等の施設整備等に対する財政支援	2025年度（令和7年度）までに施設整備等の費用を支出する計画 ※ 施設整備が2026年度（令和8年度）以降に継続することは問題ないが、2026年度（令和8年度）以降に支出する費用は対象外
地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業 (区分Ⅰ－2)	自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援	2025年度（令和7年度）までに病床機能の再編又は医療機関の統合が完了する計画

【地域医療介護総合確保基金を活用できる期間】

～2024年度 (～令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度～ (令和9年度～)
現行の対象範囲			
		対象範囲の延長	
			<p>【新たな地域医療構想に関するとりまとめ】より抜粋</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療介護総合確保基金について、現在、2026年度（令和8年度）まで現行の病床の機能分化・連携の支援を行うこととしているが、2027年度（令和9年度）から、新たな地域医療構想の取組を推進するため、病床の機能分化・連携の支援に加え、医療機関機能の確保に向けた取組を支援することが適当である。具体的には、地域医療介護総合確保基金の対象に、医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化に向けた施設・設備整備の支援を追加することが適当である。 ○ また、病床の機能分化・連携を更に推進するため、引き続き、病床の機能分化・連携のための施設・設備整備の支援、病床減少を伴う病床機能再編や病床減少を伴う医療機関の統合等の支援を行うとともに、都道府県における地域医療介護総合確保基金の活用に向けた好事例の周知等の方策を講じることが適当である。

② 医師偏在対策

医師確保対策に関する取組（全体像）

医師養成過程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）**を設定することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

＜具体的な施策＞

● 大学と連携した地域枠の設定

● 地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

● キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「医師不足地域の**医師確保**」と「派遣される**医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

● 認定医師制度の活用

- ・ 医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

- 医師確保計画に基づく取組を進めつつ、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等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

- 若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

- 人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

- 今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- 重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- 医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- 是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- 管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- 都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

- 要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件

- 保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

- 診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- 派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい用途に当たるとはならないかとの意見あり
- 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- 医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

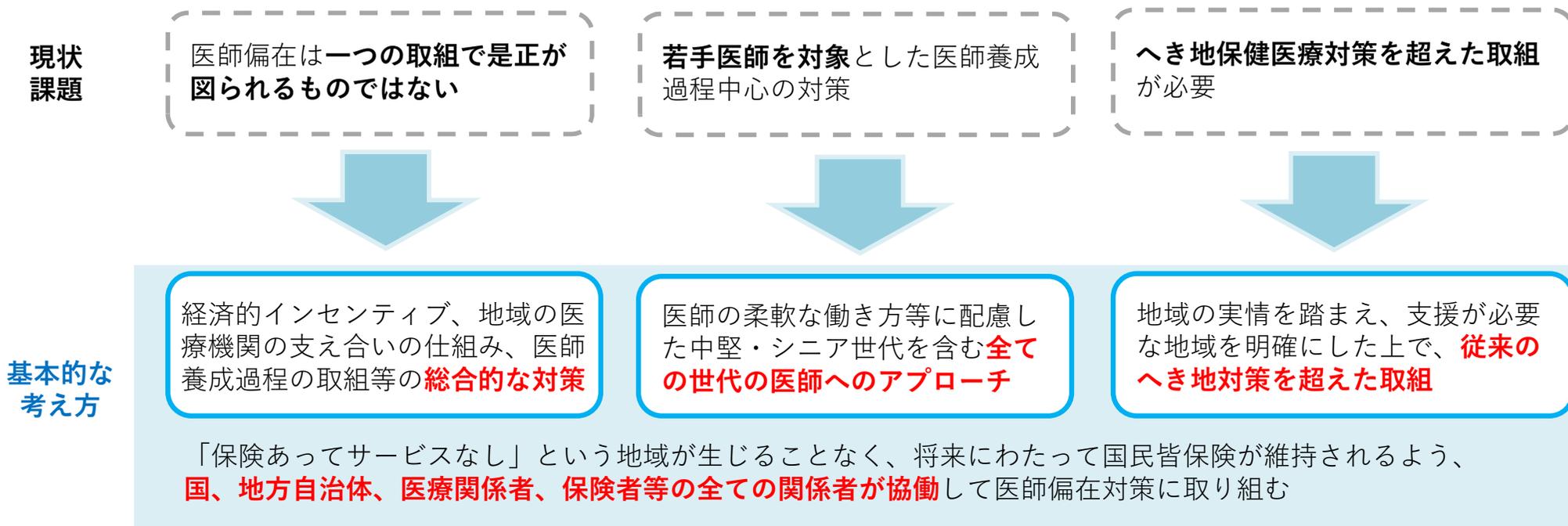
(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。
 - **総合的な医師偏在対策**について、**医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。
- ※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

< 医学部定員・地域枠 >

- ・ 医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・ 医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
- ・ 今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

< 臨床研修 >

- ・ 広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

< 重点医師偏在対策支援区域 >

- ・ 今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・ 重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

< 医師偏在是正プラン >

- ・ 医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

< 経済的インセンティブ >

- ・ 令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
 - ・ 診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
 - ・ 派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
 - ・ 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

< 全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援 >

- ・ 医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進

< 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定 >

- ・ 都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

< 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等 >

- ・ 対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
- ・ 勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施

< 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等 >

- ・ 都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- ・ 要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

< 保険医療機関の管理者要件 >

- ・ 保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・ 必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・ 外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

今後のスケジュール（予定）

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ
(令和6年12月25日厚生労働省) 抜粋

対策等	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
医師確保計画		「第8次医師確保計画(前期)」の取組		「第8次医師確保計画(後期)」の取組
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン		「第8次医師確保計画(後期)ガイドライン」の検討・策定	「第8次医師確保計画(後期)」の検討・策定	
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン	緊急的な取組のガイドライン・プランの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討・策定、順次取組	
経済的インセンティブ		緊急的な取組(診療所の承継・開業支援)の先行実施	本格的な経済的インセンティブ実施の検討	
全国的なマッチング機能の支援		全国的なマッチング機能の支援		
リカレント教育の支援		リカレント教育の支援		
都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定		協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い (医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件、外来医師過多区域での新規開業希望者への要請等、保険医療機関の管理者要件)		法令改正ガイドラインの検討・策定	改正法令施行	
医学部定員・地域枠		医学部臨時定員・地域枠の対応、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討		
臨床研修		各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用	プログラム開始	
診療科偏在是正対策		必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討		

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの策定

※ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

③ 美容医療への対応

1. 美容医療を取り巻く状況

医療の相談件数の推移



■ その他医療サービス(件数) ■ 美容医療(件数)
出典：PIO-NET（※）へ2024年3月31日までに登録された相談データ



患者

「シワを取るはずが顔面麻痺が残った…」
「医師ではない人に治療方針を決定された…」
「オンラインで無診察処方された…」
「強引に高額な契約を結ばされた…」
「SNS広告を見て受診しトラブルに…」



医療機関



医師

「関係法令&ルールを知らない…」
「提供した医療の内容や契約内容について患者とトラブルになる…」
「研修・教育体制が不十分…」
「問題が起こっても対処できない…」



保健所等

「安全管理の状況・体制等を把握しにくい…」
「通報を受けたが立入検査に入っただけでよいケースかどうか分からない…」
「カルテを見ても診療の実態がわからず、指導ができない…」

2. 美容医療がより安全に、より高い質で提供されるに当たっての課題と対応策

課題

- 美容医療を提供する医療機関における院内の安全管理の実施状況・体制等を保健所等が把握できていない
- 患者側も医療機関の状況・体制を知る手段がなく、医療機関における相談窓口を知らない
- 関係法令&ルール（オンライン診療に係るものを含む。）が浸透していない
- 合併症等への対応が困難な医師が施術を担当している
- 安全な医療提供体制や適切な診療プロセスが全般的・統一的に示されていない
- アフターケア・緊急対応が行われない医療機関がある
- 保健所等の指導根拠となる診療録等の記載が不十分な場合がある
- 悪質な医療広告が放置されている

対応策

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入**
⇒安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等について都道府県等に対する報告を求め、そのうち国民に必要な情報を公表
- 関係法令&ルールに関する通知の発出**
⇒保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化
- 医療機関による診療録等への記載の徹底**
- オンライン診療指針が遵守されるための法的整理**
- 関係学会によるガイドライン策定**
⇒遵守すべきルール/標準的な治療内容/記録の記載方法/有害事象発生時の対応方針/適切な研修のあり方/契約締結時のルール等を盛り込んだガイドラインを策定
- 医療広告規制の取締り強化**
- 行政等による周知・広報を通じた国民の理解の促進等**

④ オンライン診療の推進

- **医事法制上、オンライン診療は解釈運用**によって、機動的・柔軟にその実施が図られてきた。
- 他方、**解釈によって適切な実施を図るには課題**があるところ、法制上の位置づけを明確化し、**適切なオンライン診療を更に推進**していくことが求められる。
- そこで、**現行制度の運用を活かす**形で、**医療法にオンライン診療の総合的な規定**を設ける。

オンライン診療を行う医療機関

【オンライン診療の定義】

情報通信機器を活用して、医師又は歯科医師が遠隔の地にある患者の状態を視覚及び聴覚により即時に認識した上で、当該患者に対し行う診断又は診療

【内容】

- **オンライン診療を行う医療機関はその旨を届け出る**（都道府県Aへの届出）。
- **厚労大臣は、オンライン診療を行う医療機関の管理者が講ずべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るための基準を定める。**
 (※) 現行のオンライン診療指針に記載されている、実施場所・患者への説明事項・病状急変時の体制確保等について法令で定める
- オンライン診療を行う**医療機関の管理者は、厚労大臣が定める基準（オンライン診療基準）を遵守することとする。**

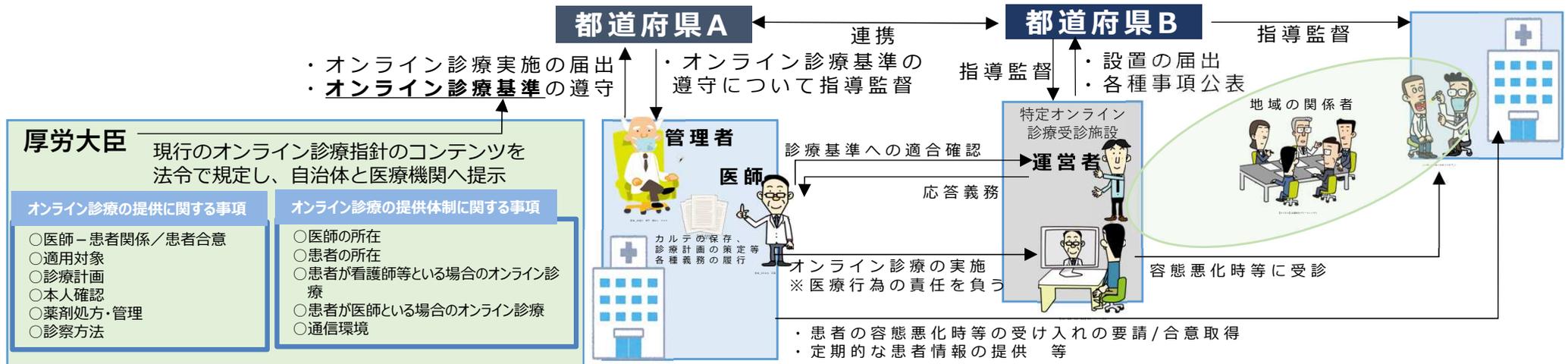
特定オンライン診療受診施設

【定義】： オンライン診療が、施設にいる患者に対して行われる施設であつて、当該施設の設置者が、医師又は歯科医師に対し、業として、オンライン診療を行う場として提供しているもの

【内容】

- 所在地の都道府県知事（都道府県B）に対して、特定オンライン診療受診施設の設置者は**届け出る**。
- 特定オンライン診療受診施設の設置者は、**運営者を置かなければならない**。
- 特定オンライン診療受診施設での**オンライン診療の実施の責任**は、**オンライン診療を行う病院/診療所の医師が負う**（都道府県Aが指導監督）
 → 実施医療機関の医師がオンライン診療基準を満たす義務がある
- そこで、**オンライン診療を行う医療機関の管理者が、特定オンライン診療受診施設の運営者に対して、オンライン診療基準への適合性の確認を行うこととし、特定オンライン診療受診施設の運営者には応答義務**を課す。

(※) オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容態急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受け入れの合意等を取得し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする。



制度見直し後のオンライン診療が受けられる場について（イメージ）

- 現行、本来的に医療を提供しない施設でオンライン診療が行われる場合、診療所として開設しない限り、公衆・特定多数人に医療を提供できなくなっている。
- そこで、診療所としての開設を要することなく、オンライン診療が行える場を整備する

現行

見直し後

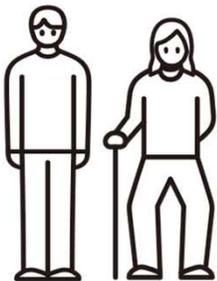
開設のハードル高い

診療所



診療所

オンライン診療の受診希望



公民館・郵便局・駅ナカブース

類型が存在せず、
医師が常駐しない
診療所として開設
するしかない
→ **ハードルが高く
実績が少ない**



職場・介護事業所等

医療実施のハードル低い

居宅等



自宅



診療所

特定オンライン診療受診施設



診療所として開設する必要がなく、
複数の医療機関がオンライン診療を行える
場所として設置可能

公民館・郵便局・駅ナカブース・
職場・介護事業所



職場・介護事業所等

引き続き、
患者の生活の場所として、
保健所への届出なく
医療を実施可能



自宅

※1

※2

※3

- (※1) 管理医師の元で看護師に診療補助行為を行わせる場合等
- (※2) 複数医療機関によるオンライン診療が行える場とする、
管理医師の確保が困難 等
- (※3) 利用者以外の地域の方にも解放したい場合等

⑤ 医療DXの推進

医療DXの推進に関する工程表（概要）

基本的な考え方

- 医療DXに関する施策の業務を担う主体を定め、その施策を推進することにより、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備の5点の実現を目指していく
- サイバーセキュリティを確保しつつ、医療DXを実現し、保健・医療・介護の情報を有効に活用していくことにより、より良質な医療やケアを受けることを可能にし、国民一人一人が安心して、健康で豊かな生活を送れるようになる

マイナンバーカードの健康保険証の一体化の加速等

- 2024年秋に健康保険証を廃止する
- 2023年度中に生活保護（医療扶助）でのオンライン資格確認の導入

全国医療情報プラットフォームの構築

- オンライン資格確認等システムを拡充し、全国医療情報プラットフォームを構築
- 2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大
- 併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応
- 2024年度中に、自治体の実施事業に係る手続きの際に必要な診断書等について、電子による提出を実現
- 民間PHR事業者団体やアカデミアと連携したライフログデータの標準化や流通基盤の構築等を通じ、ユースケースの創出支援
- 全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用について、そのデータ提供の方針、信頼性確保のあり方、連結の方法、審査の体制、法制上あり得る課題等の論点について整理し検討するため、2023年度中に検討体制を構築

電子カルテ情報の標準化等

- 2023年度に透析情報及びアレルギーの原因となる物質のコード情報について、2024年度に蘇生処置等の関連情報や歯科・看護等の領域における関連情報について、共有を目指し標準規格化。2024年度中に、特に救急時に有用な情報等の拡充を進めるとともに、救急時に医療機関において患者の必要な医療情報が速やかに閲覧できる仕組みを整備。薬局との情報共有のため、必要な標準規格への対応等を検討
- 標準型電子カルテについて、2023年度に必要な要件定義等に関する調査研究を行い、2024年度中に開発に着手。電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策の検討
- 遅くとも2030年には、概ねすべての医療機関において、必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す

診療報酬改定DX

- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減。2026年度に共通算定モジュールを本格的に提供。共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討

医療DXの実施主体

- 社会保険診療報酬支払基金を、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組
- 具体的な組織のあり方、人員体制、受益者負担の観点から踏まえた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討し、必要な措置を講ずる

医療DXに関する主な見直し内容（検討中）について

1. 電子カルテ情報共有サービス関係

※地域医療介護総合確保法、感染症法等

- ①電子カルテ情報共有サービスを法律に位置づけ
 - ・医療機関等から支払基金への電子カルテ情報（3文書6情報）の提供を可能とする
 - ・支払基金における電子カルテ情報の目的外利用の禁止
 - ・運用費用の負担者・負担方法
- ②次の感染症危機に備えた対応
 - ・医療機関の負担軽減のため、感染症の発生届について、電子カルテ情報共有サービスを経由しての提出を可能とする
 - ・感染症対策上必要な時、厚労大臣が支払基金に対して、電子カルテ情報の提供指示を可能とする

2. PMH（自治体と医療機関・薬局をつなぐ情報連携基盤）関係

※公費負担医療制度各法、支払基金法、健康増進法等

- ①マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備（公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認の制度化）
- ②自治体検診情報の医療機関等への電子的共有を可能とする

3. 医療情報の二次利用関係

※地域医療介護総合確保法、がん登録推進法、児童福祉法、難病法、感染症法、健康増進法、次世代医療基盤法等

- ①厚生労働大臣が保有する医療・介護の公的DBについて、現行の匿名化情報の利用・提供に加え、仮名化情報の利用・提供を可能とする
- ②電子カルテ情報DB（仮称）・自治体検診DB（仮称）を新たに設置し、匿名・仮名化した情報の利用・第三者提供を可能とする
- ③①・②の仮名化した情報について、相互に連結解析を可能とする。また、次世代医療基盤法に基づく仮名加工医療情報との連結解析を可能とする

4. 支払基金の抜本改組関係

※支払基金法等

- ①厚生労働大臣が「医療DX総合確保方針（仮称）」を策定し、支払基金が「医療DX中期計画（仮称）」を策定する
- ②支払基金を医療DXの実施主体とする観点から、法人の名称、目的、業務規定等を見直す
- ③一元的で柔軟かつ迅速な意思決定体制とするため、現行の理事会体制の見直し、国や地方関係者の参画、医療DXの専門家の参画

1. 医療提供体制の総合的な改革の検討状況 (参考資料)

参考資料：検討体制

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する議論の体制等

社会保障審議会医療部会

令和6年12月時点

◎※	泉 並木	日本病院会副会長	第110回	令和6年9月5日	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな地域医療構想の検討状況について（報告） ・医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案について（報告）
※	井上 隆	日本経済団体連合会専務理事			
◎※	内堀 雅雄	全国知事会（福島県知事）			
◎※	遠藤 久夫	学習院大学長			
※	荻野 構一	日本薬剤師会副会長	第111回	令和6年10月30日	<ul style="list-style-type: none"> ・美容医療の適切な実施に関する検討会の議論の状況について ・適切なオンライン診療の推進について ・医療DXの更なる推進について
※	角田 徹	日本医師会副会長			
	勝又 浜子	日本看護協会副会長			
	加納 繁照	日本医療法人協会会長			
	河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事			
	神野 正博	全日本病院協会副会長	第112回	令和6年11月15日	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな地域医療構想の現時点の検討状況について（報告）
○※	木戸 道子	日本赤十字社医療センター 第一産婦人科部長			
○※	楠岡 英雄	国立病院機構名誉理事長			
	黒瀬 巖	日本医師会常任理事			
	佐保 昌一	日本労働組合総連合会 総合政策推進局長	第113回	令和6年11月28日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療DXの更なる推進等について ・「美容医療の適切な実施に関する検討会」の報告書について（報告） ・認定医療法人制度の延長等について ・医師偏在是正対策について
	島崎 謙治	国際医療福祉大学大学院教授			
	野村 さちい	つながるひろがる子どもの救急代表			
	藤田 一雄	日本歯科医師会副会長			
※	松田 晋哉	産業医科大学教授	第114回	令和6年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の在り方について
※	松原 由美	早稲田大学人間科学学術院教授			
	村椿 晃	全国市長会（富山県魚津市長）			
	望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会長			
	山口 育子	ささえあい医療人権センターCOML理事長			
	山崎 親男	全国町村会（岡山県鏡野町長）			
	山崎 學	日本精神科病院協会会長			



令和6年12月25日

「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」
とりまとめ

- ◎：部会長
- ：部会長代理
- ※：社会保障審議会委員

地域医療構想の検討体制

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

<現行の地域医療構想>

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

(敬称略。五十音順)

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長

○：座長

<新たな地域医療構想>

新たな地域医療構想等に関する検討会【新設】

(敬称略。五十音順)

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 今村 英仁 日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員長センター長
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学長
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 川又 竹男 全国健康保険協会理事
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 高橋 泰 国際医療福祉大学大学院教授
- 玉川 啓 福島県保健福祉部次長（保健衛生担当）
- 土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部教授
- 東 憲太郎 公益社団法人全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 森山 明 富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

○：座長、□：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

新たな地域医療構想等に関する検討会の今後のスケジュール（予定）

○ 引き続き、各論の議論を進め、制度改革の具体的な内容に関する検討を行い、年末に取りまとめを行う予定。社会保障審議会医療部会に報告しながら検討を進める。

- 第1回 令和6年3月29日
 - ・新たな地域医療構想に関する検討の進め方について
 - ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングの進め方について
 - 第2回 令和6年4月17日
 - ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第1回）
 - 第3回 令和6年5月22日
 - ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第2回）
 - 第4回 令和6年5月27日
 - ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第3回）
 - 第5回 令和6年5月31日
 - ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第4回）
 - 第6回 令和6年6月21日
 - ・新たな地域医療構想に関する論点について
 - 第7回 令和6年8月26日
 - ・新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について（総論）
 - 第8回 令和6年9月6日
 - ・入院医療（急性期を中心とした病床機能・医療機関機能）
 - 第9回 令和6年9月30日
 - ・入院医療（回復期・慢性期を中心とした病床機能・医療機関機能）、在宅医療、構想区域、医師偏在是正対策
 - 第10回 令和6年10月17日
 - ・入院医療（医療機関機能）、外来医療
 - 第11回 令和6年11月8日
 - ・外来・在宅医療・介護との連携等、医療機関機能
 - 第12回 令和6年11月20日
 - ・医師偏在是正対策
 - 第13回 令和6年12月3日
 - ・地域医療構想の推進、病床機能・医療機関機能、構想区域、精神医療
 - 第14回 令和6年12月6日
 - ・新たな地域医療構想に関するとりまとめ（案）について
 - 第15回 令和6年12月10日
 - ・新たな地域医療構想に関するとりまとめ（案）について、医師偏在対策に関するとりまとめ（案）について
- 令和6年12月18日 新たな地域医療構想に関するとりまとめ、医師偏在対策に関するとりまとめ 公表

（その後の想定スケジュール）

令和7年度（2025年度）	新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出
令和8年度（2026年度）	新たな地域医療構想の検討・策定
令和9年度（2027年度）	新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組）

美容医療の適切な実施に関する検討会の概要

医政局に下記の検討会を設置し、令和6年11月22日に「美容医療の適切な実施に関する検討会」報告書を取りまとめた。

検討会名：「美容医療の適切な実施に関する検討会」

第1回（6月27日）

- ・ 検討の視点及び進め方について議論

第2回（8月26日）

- ・ 美容医療における違法/違法疑い事例について議論
 - ヒアリング（日本形成外科学会、日本皮膚科学会、グリーンウッドスキンクリニック立川）

第3回（10月18日）

- ・ 診療行為・契約行為における問題事例に対する対応策や、美容医療の質の向上のための方策について議論
 - ヒアリング（JSAS、JSAPS、共立美容外科）

第4回（11月13日）

- ・ 美容医療の適切な実施に関する報告書（案）について議論

令和6年11月22日

「美容医療の適切な実施に関する検討会」報告書とりまとめ

構成員 ※五十音順	
氏名 ※敬称略	所属
青木 律	グリーンウッドスキンクリニック立川院長 (中堅・中小クリニック)
一家 綱邦	国立がん研究センター生命倫理部部長 (医事法専門家)
井本 寛子	日本看護協会常任理事
海野 由利子	美容・医療ジャーナリスト (利用者・患者側)
小野 太一	国立大学法人政策研究大学院大学 政策研究科教授 (医療行政専門家)
鎌倉 達郎	日本美容外科学会(JSAS)理事長
久次米 秋人	共立美容外科理事長 (大手クリニック)
高芝 利仁	高芝法律事務所弁護士 (消費者法専門家)
武田 啓	日本美容外科学会(JSAPS)理事
宮川 政昭	日本医師会常任理事
宮沢 裕昭	新宿区保健所 主査
<参考人>	
家保 英隆	全国衛生部長会会長 (高知県理事) (第4回に参考人として出席)
寺島 多美子	日本歯科医師会常務理事 (第3回・第4回に参考人として出席)
<オブザーバー>	
伊藤 正雄	消費者庁取引対策課課長

参考資料：地域医療構想

- ・ 2026年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。
- ・ こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。

経済財政運営と改革の基本方針2024（令和6年6月21日閣議決定） [抜粋]

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

（社会医療・介護サービスの提供体制等）

高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応するため、限りある資源を有効に活用しながら、質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制を確保するとともに、医療・介護DXの政府を挙げての強力な推進、ロボット・デジタル技術やICT・オンライン診療の活用、タスクシフト/シェア、医療の機能分化と連携など地域の実情に応じ、多様な政策を連携させる必要がある。国民目線に立ったかかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療連携推進法人・社会福祉連携推進法人の活用、救急医療体制の確保、持続可能なドクターヘリ運航の推進や、居住地によらず安全に分べんできる周産期医療の確保、都道府県のガバナンスの強化を図る。地域医療構想について、2025年に向けて国がアウトリーチの伴走支援に取り組む。また、**2040年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024年末までに結論を得る。**

2023年度病床機能報告について

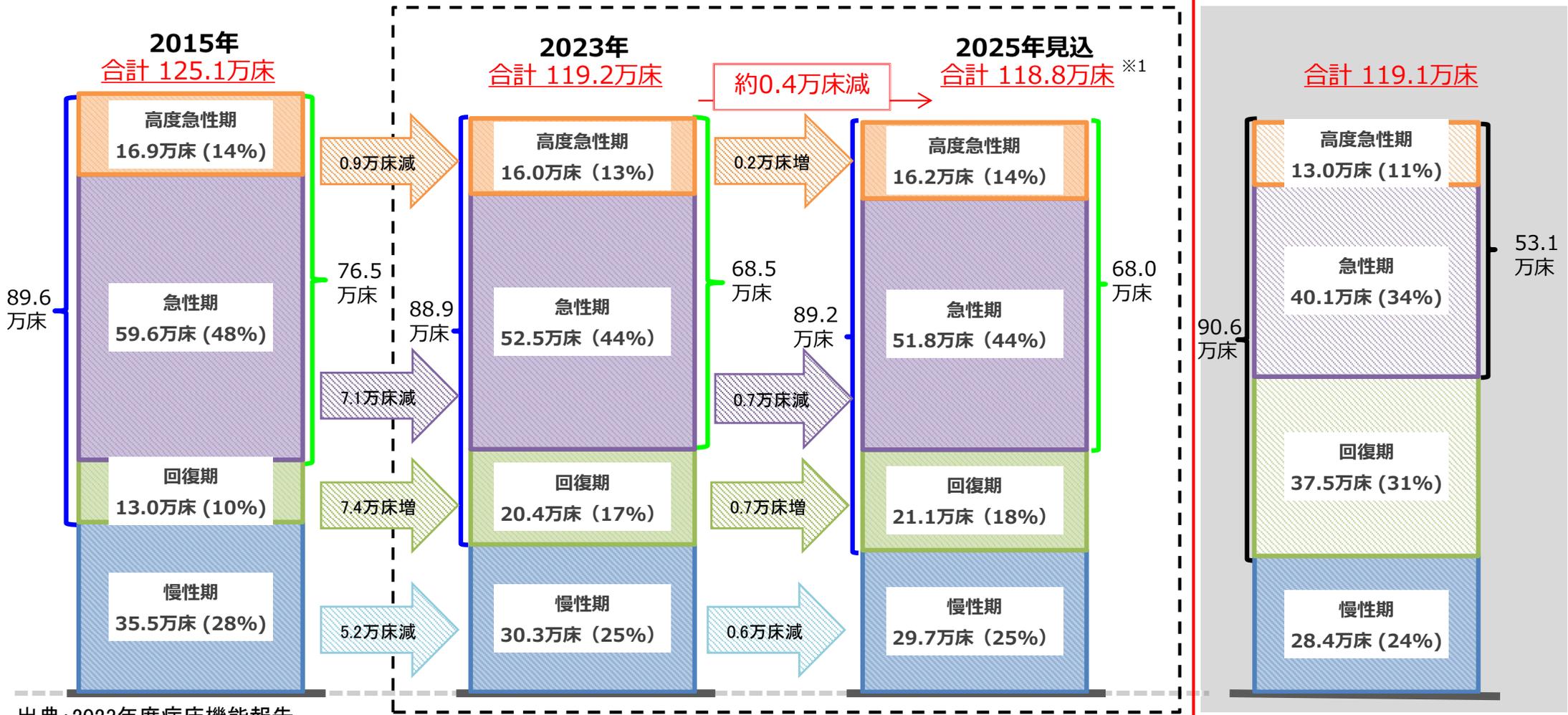
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2023年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※4 ※6



出典: 2023年度病床機能報告

※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告: 12,173/12,352(98.6%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399床)

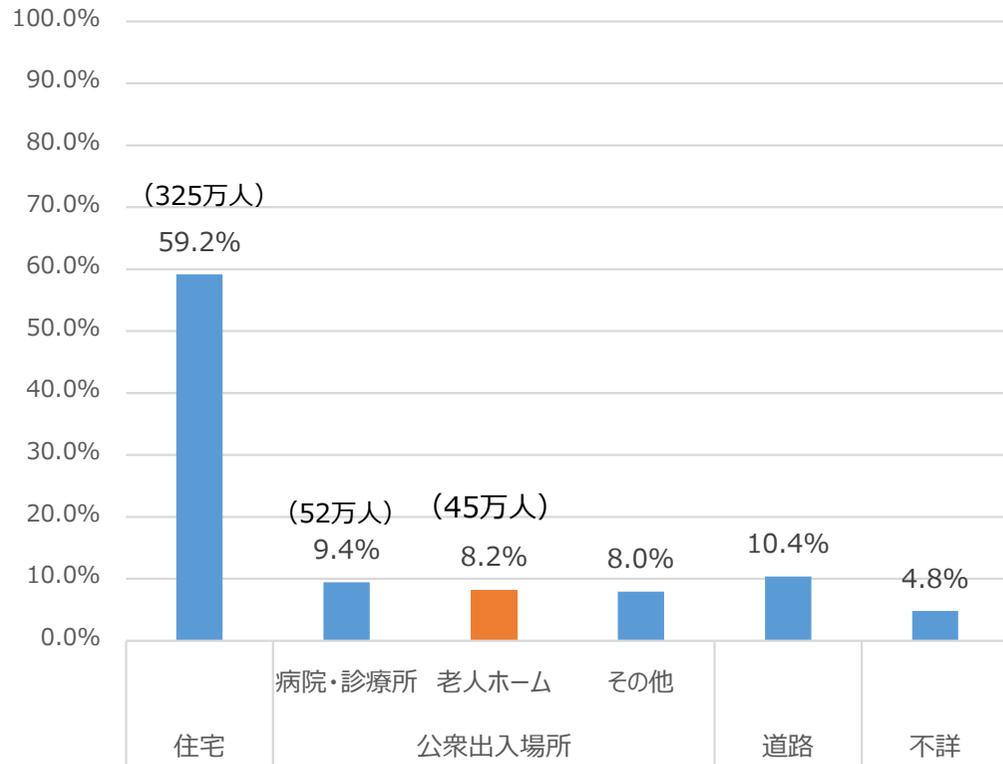
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

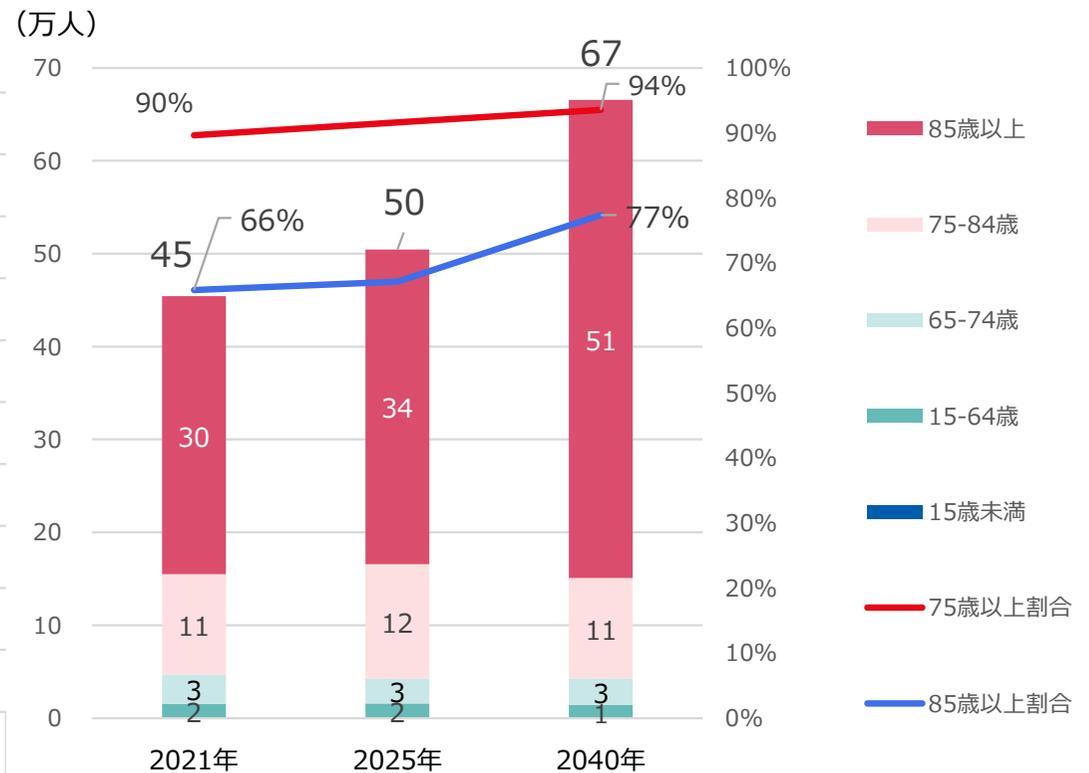
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳 (令和3年)



老人ホームからの救急搬送件数の見通し

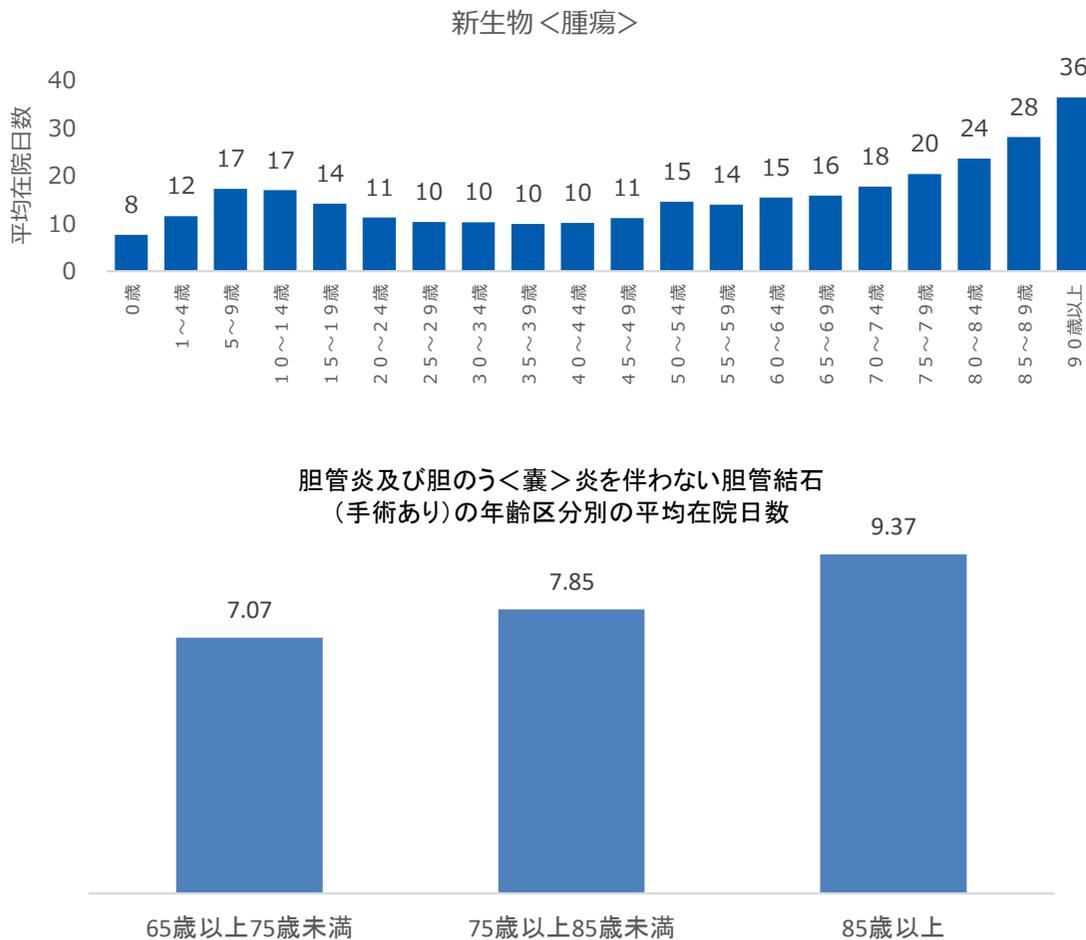


資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

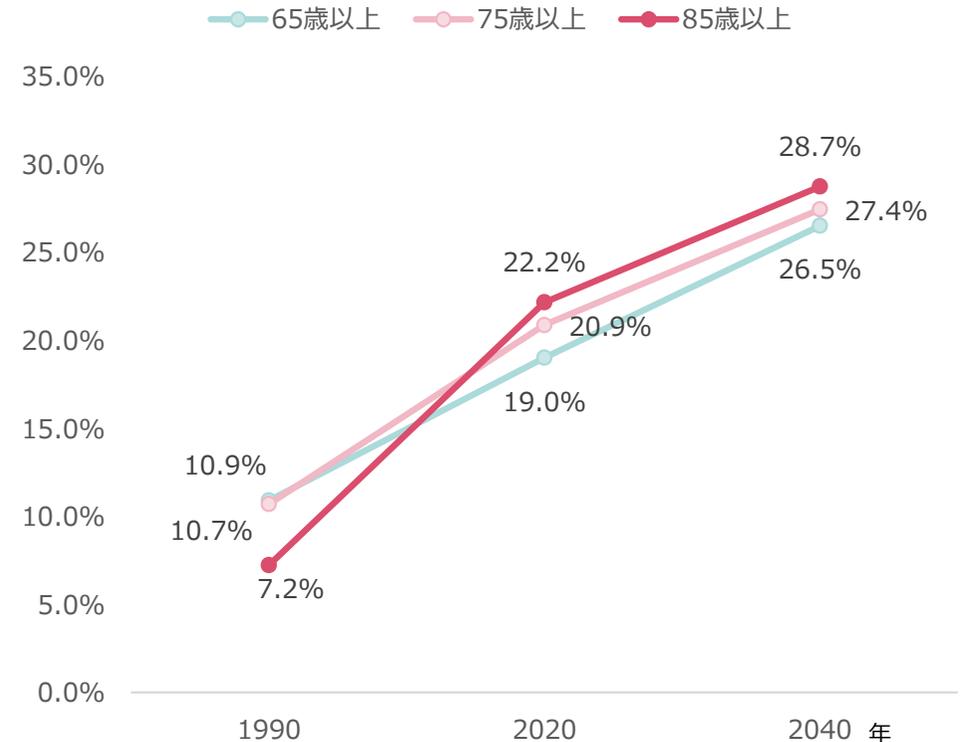
高齢者の退院に向けた課題

- 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
- 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。

＜退院患者の平均在院日数＞



年齢階級別人口に占める単独世帯の割合（高齢者）

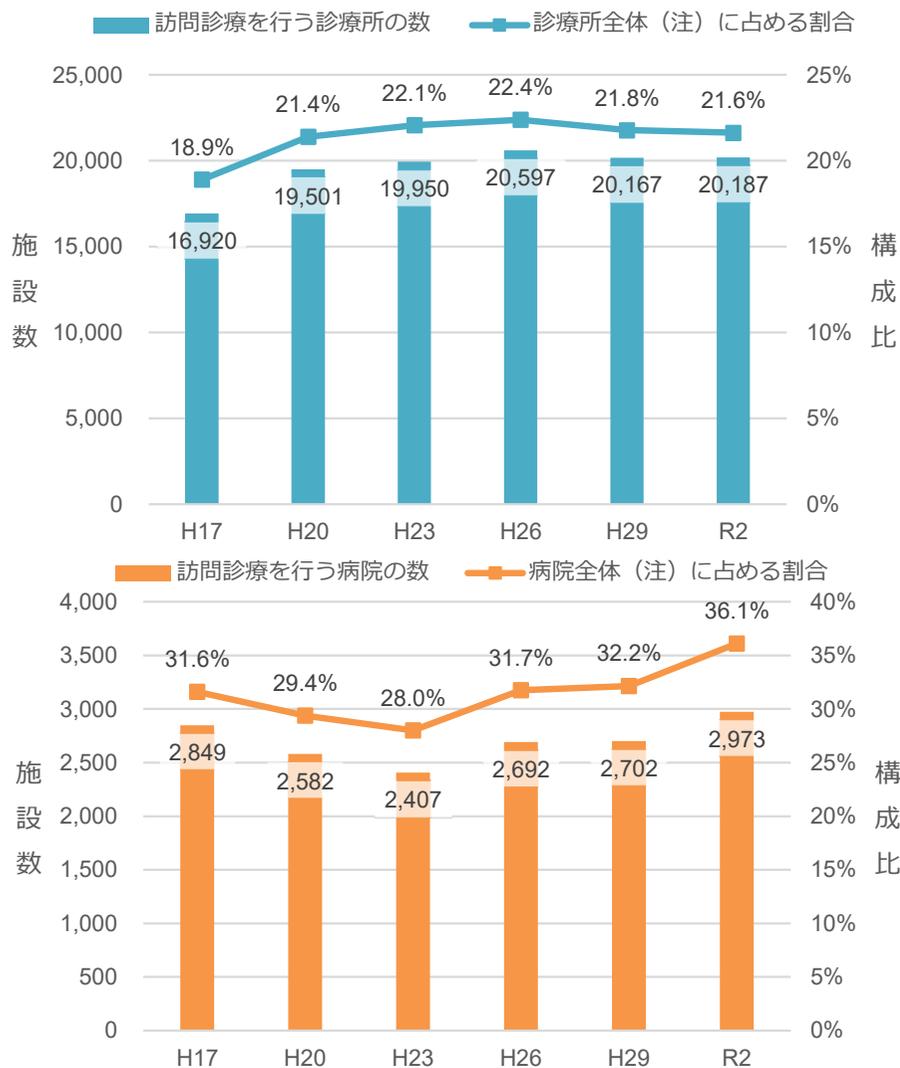


資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）、「日本の世帯数の将来推計」（2024年推計）、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
 ※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したものの。

在宅医療の需要と供給

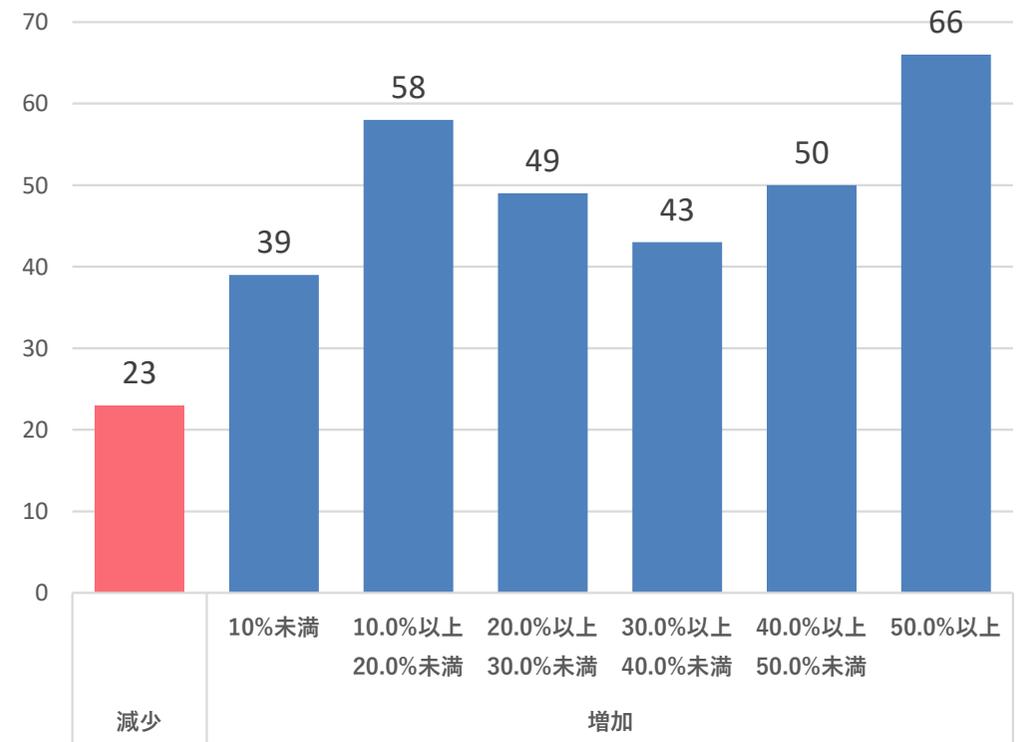
在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。

在宅医療の提供体制



在宅医療の需要（二次医療圏毎）

2020年から2040年への
訪問診療需要の変化率別二次医療圏数

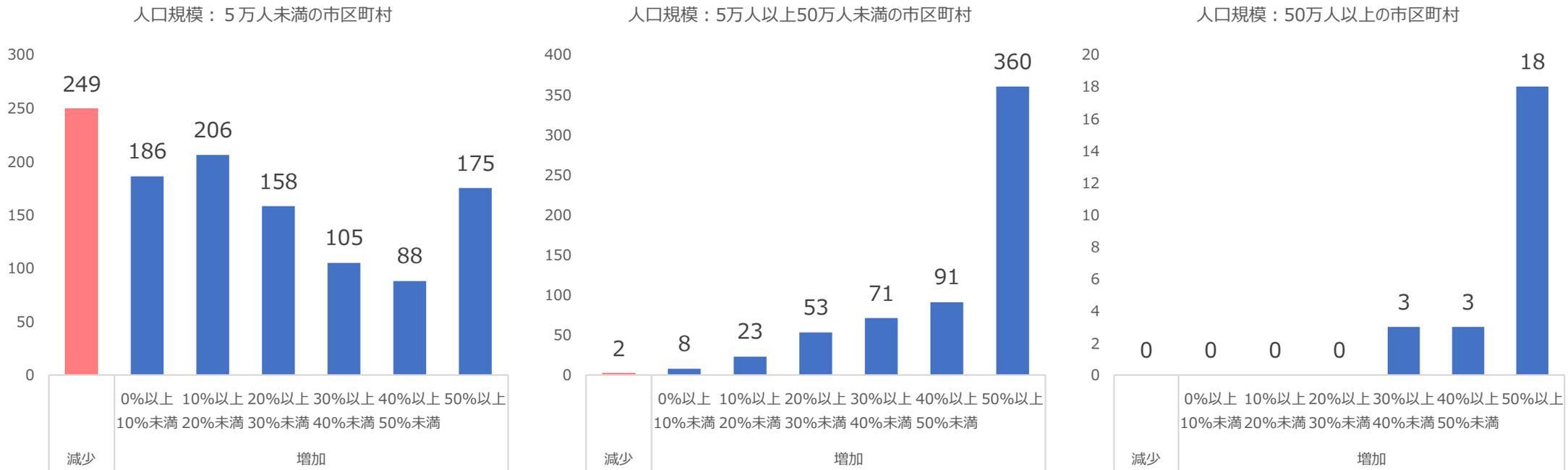


出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
 を基に地域医療計画課において推計。
 ※令和6年4月1日時点において二次医療圏は330であるが、上記の将来推計人口について、福島県相
 双及びいわきの2二次医療圏は推計結果がないため、328二次医療圏の推計結果である。

地域別にみた訪問診療需要の変化の状況

- 2020年から2040年にかけて、人口規模5万人未満の一部の市区町村等を除き、多くの市区町村で訪問診療の需要は増加する見込み。特に、人口規模5万人以上50万人未満、50万人以上の市区町村では、多数の市区町村で訪問診療の需要が50%以上増加する見込み。

2020年から2040年への訪問診療需要の変化率別市区町村数（人口規模別）



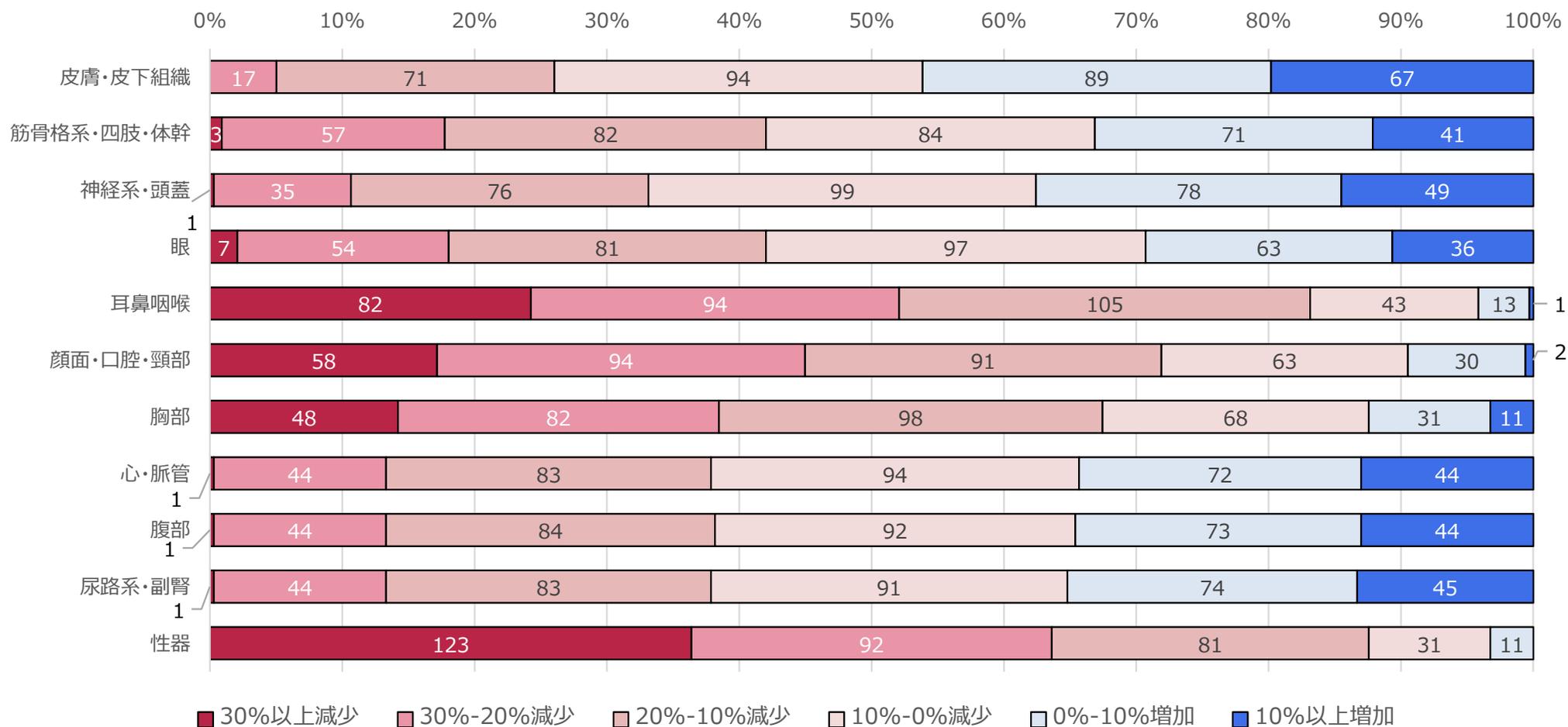
資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課において、2019年度NDB及び総務省「住民基本台帳人口」(2020年1月)を用いて構想区域別の訪問診療受療率を作成し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(2019年推計)に適用して作成。

※東京都特別区部及び政令市については、各区を一つの市区町村とみなして集計

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

参考資料：医師偏在の是正に向けた総合的な
対策パッケージ／12月25日

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの基本方針への位置付け

○ 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。

○ **総合的な医師偏在対策**について、**医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】

現状
課題

医師偏在は一つの取組で是正
が図られるものではない

若手医師を対象とした医師
養成過程中心の対策

へき地保健医療対策を超えた
取組が必要

医師確保計画に基づく取組を進めつつ、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等を組み合わせた**総合的な対策**を実施

医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む**全ての世代の医師にアプローチ**する

医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、**従来のへき地対策を超えた取組**を実施

「保険あってサービスなし」という地域が生じることなく、将来にわたって国民皆保険が維持されるよう、**国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働**して医師偏在対策に取り組む

- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

基本的な
考え方

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおける具体的な取組

1. 医師確保計画の実効性の確保

- ① 重点医師偏在対策支援区域
- ② 医師偏在是正プラン

2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み

- ① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- ② 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等
- ③ 保険医療機関の管理者要件

3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等

- ① 経済的インセンティブ
- ② 全国的なマッチング機能の支援
- ③ リカレント教育の支援
- ④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

4. 医師養成過程を通じた取組

- ① 医学部定員・地域枠
- ② 臨床研修

5. 診療科偏在の是正に向けた取組

医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域

- 今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進める。
- 重点医師偏在対策支援区域の設定に当たっては、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じた、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することとする。当該区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じた、市区町村単位、地区単位等も考えられる。また、対策の実施に当たっては、地域の関係者の理解が重要であることから、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で当該区域を選定する。
- 厚生労働省が提示する候補区域については、
 - ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
 - ② 医師少数県の医師少数区域
 - ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）のいずれかに該当する区域を提示する。

② 医師偏在是正プラン

- 都道府県において、医師確保計画の中でより実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定することとする。
- 医師偏在是正プランにおいては、重点医師偏在対策支援区域、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定めることとし、策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議する。また、医師偏在是正プランは、国の定めるガイドラインを踏まえ、緊急的な取組を要する事項から先行して策定し、令和8年度に全体を策定する。

※ 医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することがないよう、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、必要な見直しを検討する。

地域の医療機関の支え合いの仕組み①

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- 管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法第31条において医師の確保に関する事項の実施に協力すること等が求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加する。
- 施行に当たっては柔軟な対応も必要であり、医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる場合は対象から除外する。また、地域医療対策協議会において調整された医師派遣の期間や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験の機会となる期間（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事した期間等）について、医師少数区域等での勤務経験の期間に一部認める。令和2年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に適用する。
- また、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から1年以上に延長する。あわせて、医師免許取得後9年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、9年以上経過していない場合は、最初の6か月以上の勤務は原則1か月以上の連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）の積み上げとし、残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする。

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等

- 都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の6か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。
- その際、外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位とすることも考えられる。

地域の医療機関の支え合いの仕組み②

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等（続き）

- 開業前に行われた要請等の実効性を確保するための仕組みとして、開業後、要請に従わず、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を行わない開業者に対して、都道府県において、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、やむを得ない理由と認められない場合は勧告を行い、勧告に従わない場合は公表を行うことができることとする。
- さらに、開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合は、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定について、指定期間を6年でなく3年とする。都道府県は、指定期間が3年となった保険医療機関が3年後の更新を行う前に、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供といった地域医療への貢献等を都道府県医療審議会等において確認した上で、必要に応じて、前述の勧告を行い、厚生労働大臣は勧告を受けた診療所の保険医療機関の指定期間を3年より短い期間とすることを可能とし、事例によって標準的な期間を示しておく。
- あわせて、これらの開業者に必要な対応を促す観点から、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場への毎年1回の参加を求めるとともに、要請又は勧告を受けたことの医療機能情報提供制度による報告・公表、都道府県のホームページ等での勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金の不交付等を行う。
- 上記の対応の対象とならない外来医師多数区域等や新規開業者以外の者については、引き続き、ガイドラインによる地域で必要な医療機能の要請等の取組を推進する。

③ 保険医療機関の管理者要件

- 適正な保険医療を効率的に提供するため、各保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、医師は2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年、歯科医師は1年の臨床研修及び保険医療機関において3年、保険診療に従事したことを要件とし、従業者の監督や当該機関の管理及び運営の責務を課す。また、医師少数区域等においては、要件の適用に当たって一定の配慮を行う。

地域偏在対策における経済的インセンティブ等①

① 経済的インセンティブ

- 不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的インセンティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要である。
- 重点医師偏在対策支援区域における医師確保を推進するため、都道府県の医師偏在是正プランに基づき、経済的インセンティブを講じることとし、医師偏在是正プラン全体の策定にあわせて、令和8年度から経済的インセンティブの本格実施とする。
- 具体的には、令和8年度予算編成過程において、重点医師偏在対策支援区域における以下のような支援について検討する。
 - ・ 当該区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援（緊急的に先行して実施）
 - ・ 当該区域における一定の医療機関に対する派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援
 - ・ 当該区域内の一定の医療機関に対する土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援
- その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うこととする。
- 重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の医師への手当増額の支援については、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉える。当該事業の実施について、保険者が実施状況や効果等を確認するための枠組みを検討する。
- 診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行う。

地域偏在対策における経済的インセンティブ等②

② 全国的なマッチング機能の支援

- 中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うため、全国的なマッチング機能の支援を行う。

③ リカレント教育の支援

- 若い世代を中心とした専門医制度における総合診療専門医の養成に加えて、中堅以降の医師を主な対象として、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力について学び直すためのリカレント教育に係る取組を推進する。具体的には、学会や病院団体等が協力して、総合診療の魅力発信、医療と介護の連携を含めた地域における実践的な診療の場の提供、知識・スキルの研修を全国推進事業として一体的に実施するようなリカレント教育事業を支援するとともに、継続的に事業の評価を実施する。

④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進する。あわせて、大学病院からの派遣体制を強化するため、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化する。

医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組

<医師養成過程を通じた取組>

① 医学部定員・地域枠

- 医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める。
- 医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、地域枠学生を受入れ育成する大学が恒久定員内への地域枠の設置等を含む地域への定着の取組を促進するための支援を行う。
- 今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

② 臨床研修

- 広域連携型プログラム※の制度化に向けて、令和8年度から開始できるよう準備を進めていく。

※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

<診療科偏在の是正に向けた取組>

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施する。
- 外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行う。

今後のスケジュール（予定）

対策等	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
医師確保計画	「第8次医師確保計画(前期)」の取組			「第8次医師確保計画(後期)」の取組
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン	緊急的な取組のガイドラインの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	「第8次医師確保計画(後期)」の検討・策定	
経済的インセンティブ	緊急的な取組(診療所の承継・開業支援)の先行実施		本格的な経済的インセンティブ実施の検討	
全国的なマッチング機能の支援	全国的なマッチング機能の支援			
リカレント教育の支援	リカレント教育の支援			
都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定	協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定		医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い (医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件、外来医師過多区域での新規開業希望者への要請等、保険医療機関の管理者要件)	法令改正ガイドラインの検討・策定		改正法令施行	
医学部定員・地域枠	医学部臨時定員・地域枠の対応、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討			
臨床研修	各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用		プログラム開始	
診療科偏在是正対策	必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討			

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの策定

※ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

医療提供体制改革

- 高齢者人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化等に対応すべく、2040年度頃を視野に入れて、入院だけでなく、外来・在宅、介護連携や人材確保等も含める形で、あるべき医療提供体制を実現することが可能となるよう、新たな地域医療構想を策定する。2027年度から同構想に基づく医療提供体制改革が全国各地域で着実に進められるよう国として必要な対応を図る。
- 医師偏在対策については、新たな地域医療構想を通じて、将来の人口動向や医療需要等の変化に対応した効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を進めることを踏まえ、重点医師偏在対策支援区域における財政支援について真に必要となる対応を検討する。その上で、医師の適正配置につなげるための支援の具体的な内容については、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医師養成過程の取組等とあわせて、支援の継続性の観点から安定的な財源の確保を図りつつ、令和8年度予算編成過程で検討する。
- その際、令和8年度診療報酬改定において、外来医師過多区域における要請等を受けた診療所に必要な対応を促すための負の動機付けとなる診療報酬上の対応とともに、その他の医師偏在対策の是正に資する実効性のある具体的な対応について更なる検討を深める。併せて、重点医師偏在対策支援区域における医師への手当増額の支援については、当該事業と診療報酬を給付費の中で一体的に捉える観点から、当該事業の財源について、給付費や保険料の増とならないようにする形で、診療報酬改定において一体的に確保する。

参考資料：その他の医師偏在対策

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4

 上位1/3
 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。このため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

※上位1/3の閾値を266.9、下位1/3の閾値を228.0と設定している。

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）①

医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～に基づき、都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の二次医療圏が確定する前の段階（2022年3月時点）の二次医療圏における指標の値について上位1/3の閾値を217.6、下位1/3の閾値を179.3と設定している（小数第2位以下略）。なお今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり二次医療圏の見直し等が行われた場合は、見直し後の二次医療圏の医師偏在指標を再計算し、前述の閾値を用いて区分分けを行う。したがって、上位1/3、下位1/3に区分される二次医療圏の数は、全国の二次医療圏の総数の1/3と必ずしも一致しない場合があり得る。

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
00	全国	全国	255.6
0101	北海道	南渡島	205.5
0102	北海道	南檜山	139.0
0103	北海道	北渡島檜山	112.6
0104	北海道	札幌	282.4
0105	北海道	後志	205.9
0106	北海道	南空知	166.9
0107	北海道	中空知	195.1
0108	北海道	北空知	145.0
0109	北海道	西胆振	184.0
0110	北海道	東胆振	180.7
0111	北海道	日高	152.0
0112	北海道	上川中部	291.0
0113	北海道	上川北部	186.6
0114	北海道	富良野	135.3
0115	北海道	留萌	181.3
0116	北海道	宗谷	130.2
0117	北海道	北網	144.1
0118	北海道	遠紋	148.3
0119	北海道	十勝	192.8
0120	北海道	釧路	158.8
0121	北海道	根室	116.6
0201	青森県	津軽地域	253.2
0202	青森県	八戸地域	164.4
0203	青森県	青森地域	186.6
0204	青森県	西北五地域	126.3
0205	青森県	上十三地域	139.6
0206	青森県	下北地域	152.7
0301	岩手県	盛岡	244.6
0302	岩手県	岩手中部	135.4
0303	岩手県	胆江	144.9
0304	岩手県	両磐	151.1
0305	岩手県	気仙	144.1
0306	岩手県	釜石	107.8
0307	岩手県	宮古	134.5
0308	岩手県	久慈	142.4
0309	岩手県	二戸	200.9

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0401	宮城県	仙南	169.7
0403	宮城県	仙台	288.8
0406	宮城県	大崎・栗原	172.6
0409	宮城県	石巻・登米・気仙沼	164.0
0501	秋田県	県北	142.0
0502	秋田県	県央	243.4
0503	秋田県	県南	159.6
0601	山形県	村山	237.4
0602	山形県	最上	120.0
0603	山形県	置賜	189.2
0604	山形県	庄内	162.8
0701	福島県	県北	266.1
0702	福島県	県中	188.3
0703	福島県	県南	162.7
0706	福島県	相双	155.5
0707	福島県	いわき	123.2
0708	福島県	会津・南会津	168.9
0801	茨城県	水戸	231.2
0802	茨城県	日立	140.3
0803	茨城県	常陸太田・ひたちなか	140.3
0804	茨城県	鹿行	137.2
0805	茨城県	土浦	184.4
0806	茨城県	つくば	337.7
0807	茨城県	取手・竜ヶ崎	173.3
0808	茨城県	筑西・下妻	153.0
0809	茨城県	古河・坂東	148.8
0901	栃木県	県北	171.2
0902	栃木県	県西	168.1
0903	栃木県	宇都宮	207.6
0904	栃木県	県東	207.0
0905	栃木県	県南	345.3
0906	栃木県	両毛	179.3

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1001	群馬県	前橋	340.2
1002	群馬県	渋川	175.8
1003	群馬県	伊勢崎	179.1
1004	群馬県	高崎・安中	210.8
1005	群馬県	藤岡	181.3
1006	群馬県	富岡	181.7
1007	群馬県	吾妻	154.4
1008	群馬県	沼田	206.4
1009	群馬県	桐生	174.5
1010	群馬県	太田・館林	149.7
1101	埼玉県	南部	203.7
1102	埼玉県	南西部	207.0
1103	埼玉県	東部	182.0
1104	埼玉県	さいたま	236.6
1105	埼玉県	県央	190.8
1106	埼玉県	川越比企	215.6
1107	埼玉県	西部	211.3
1108	埼玉県	利根	155.7
1109	埼玉県	北部	163.6
1110	埼玉県	秩父	157.5
1201	千葉県	千葉	268.6
1202	千葉県	東葛南西部	199.5
1203	千葉県	東葛北部	203.1
1204	千葉県	印旛	210.3
1205	千葉県	香取海匠	196.4
1206	千葉県	山武長生夷隅	145.1
1207	千葉県	安房	322.6
1208	千葉県	君津	173.5
1209	千葉県	市原	200.1

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1301	東京都	区中央部	789.8
1302	東京都	区南部	380.4
1303	東京都	区西南部	413.7
1304	東京都	区西部	569.1
1305	東京都	区西北部	295.8
1306	東京都	区東北部	216.4
1307	東京都	区東部	307.6
1308	東京都	西多摩	138.1
1309	東京都	南多摩	164.6
1310	東京都	北多摩西部	254.4
1311	東京都	北多摩南部	312.5
1312	東京都	北多摩北部	196.4
1313	東京都	島しょ	131.6
1404	神奈川県	川崎北部	285.3
1405	神奈川県	川崎南部	347.3
1406	神奈川県	横須賀・三浦	235.0
1407	神奈川県	湘南東部	202.4
1408	神奈川県	湘南西部	238.1
1409	神奈川県	県央	187.4
1410	神奈川県	相模原	217.7
1411	神奈川県	県西	177.1
1412	神奈川県	横浜	260.8
1501	新潟県	下越	156.0
1502	新潟県	新潟	234.3
1503	新潟県	県央	141.6
1504	新潟県	中越	158.2
1505	新潟県	魚沼	132.0
1506	新潟県	上越	159.6
1507	新潟県	佐渡	138.9
1601	富山県	新川	213.0
1602	富山県	富山	273.2
1603	富山県	高岡	211.5
1604	富山県	砺波	202.2
1701	石川県	南加賀	202.9
1702	石川県	石川中央	328.0
1703	石川県	能登中部	196.8
1704	石川県	能登北部	151.7

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）②

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1801	福井県	福井・坂井	301.0
1802	福井県	奥越	146.0
1803	福井県	丹南	145.9
1804	福井県	嶺南	181.3
1901	山梨県	中北	271.6
1902	山梨県	峡東	179.7
1903	山梨県	峡南	198.7
1904	山梨県	富士・東部	222.5
2001	長野県	佐久	222.6
2002	長野県	上小	155.2
2003	長野県	諏訪	210.2
2004	長野県	上伊那	167.2
2005	長野県	飯伊	164.4
2006	長野県	木曾	162.3
2007	長野県	松本	330.5
2008	長野県	大北	200.6
2009	長野県	長野	193.9
2010	長野県	北信	186.7
2101	岐阜県	岐阜	275.6
2102	岐阜県	西濃	168.1
2103	岐阜県	中濃	190.5
2104	岐阜県	東濃	201.0
2105	岐阜県	飛騨	168.0
2201	静岡県	賀茂	144.4
2202	静岡県	熱海伊東	190.4
2203	静岡県	駿東田方	201.4
2204	静岡県	富士	157.9
2205	静岡県	静岡	234.4
2206	静岡県	志太榛原	191.8
2207	静岡県	中東遠	176.3
2208	静岡県	西部	258.0

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2302	愛知県	海部	207.7
2304	愛知県	尾張東部	333.2
2305	愛知県	尾張西部	214.9
2306	愛知県	尾張北部	185.2
2307	愛知県	知多半島	196.5
2308	愛知県	西三河北部	148.0
2309	愛知県	西三河南部西	194.7
2310	愛知県	西三河南部東	188.8
2311	愛知県	東三河北部	165.2
2312	愛知県	東三河南部	184.2
2313	愛知県	名古屋・尾張中部	305.4
2401	三重県	北勢	210.4
2402	三重県	中勢伊賀	259.8
2403	三重県	南勢志摩	217.8
2404	三重県	東紀州	162.3
2501	滋賀県	大津	373.5
2502	滋賀県	湖南	262.2
2503	滋賀県	甲賀	176.8
2504	滋賀県	東近江	218.3
2505	滋賀県	湖東	181.0
2506	滋賀県	湖北	217.6
2507	滋賀県	湖西	245.0
2601	京都府	丹後	155.6
2602	京都府	中丹	198.2
2603	京都府	南丹	177.1
2604	京都府	京都・乙訓	401.4
2605	京都府	山城北	207.1
2606	京都府	山城南	160.8
2701	大阪府	豊能	350.7
2702	大阪府	三島	277.5
2703	大阪府	北河内	232.4
2704	大阪府	中河内	205.5
2705	大阪府	南河内	286.0
2706	大阪府	堺市	225.6
2707	大阪府	泉州	218.8
2708	大阪府	大阪市	369.0

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2801	兵庫県	神戸	323.3
2804	兵庫県	東播磨	231.6
2805	兵庫県	北播磨	206.6
2808	兵庫県	但馬	209.9
2809	兵庫県	丹波	203.8
2810	兵庫県	淡路	216.3
2811	兵庫県	阪神	279.7
2812	兵庫県	播磨姫路	214.4
2901	奈良県	奈良	266.3
2902	奈良県	東和	281.7
2903	奈良県	西和	210.8
2904	奈良県	中和	312.3
2905	奈良県	南和	262.2
3001	和歌山県	和歌山	347.0
3002	和歌山県	那賀	194.8
3003	和歌山県	橋本	217.2
3004	和歌山県	有田	180.8
3005	和歌山県	御坊	243.9
3006	和歌山県	田辺	216.5
3007	和歌山県	新宮	162.2
3101	鳥取県	東部	222.0
3102	鳥取県	中部	205.4
3103	鳥取県	西部	350.8
3201	島根県	松江	247.1
3202	島根県	雲南	128.5
3203	島根県	出雲	393.2
3204	島根県	大田	172.1
3205	島根県	浜田	238.7
3206	島根県	益田	176.0
3207	島根県	隠岐	203.7
3301	岡山県	県南東部	346.8
3302	岡山県	県南西部	292.8
3303	岡山県	高梁・新見	148.2
3304	岡山県	真庭	166.6
3305	岡山県	津山・英田	196.3

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
3401	広島県	広島	298.9
3402	広島県	広島西	239.1
3403	広島県	呉	266.7
3404	広島県	広島中央	200.4
3405	広島県	尾三	198.2
3406	広島県	福山・府中	201.3
3407	広島県	備北	219.8
3501	山口県	岩国	223.9
3502	山口県	柳井	143.5
3503	山口県	周南	192.1
3504	山口県	山口・防府	223.4
3505	山口県	宇部・小野田	324.2
3506	山口県	下関	224.3
3507	山口県	長門	139.5
3508	山口県	萩	183.5
3601	徳島県	東部	332.4
3603	徳島県	南部	231.4
3605	徳島県	西部	153.2
3702	香川県	小豆	109.0
3706	香川県	東部	306.8
3707	香川県	西部	217.0
3801	愛媛県	宇摩	190.7
3802	愛媛県	新居浜・西条	199.4
3803	愛媛県	今治	198.4
3804	愛媛県	松山	292.0
3805	愛媛県	八幡浜・大洲	180.2
3806	愛媛県	宇和島	187.9
3901	高知県	安芸	206.8
3902	高知県	中央	300.3
3903	高知県	高幡	187.1
3904	高知県	幡多	159.7

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）③

(二次医療圏別)

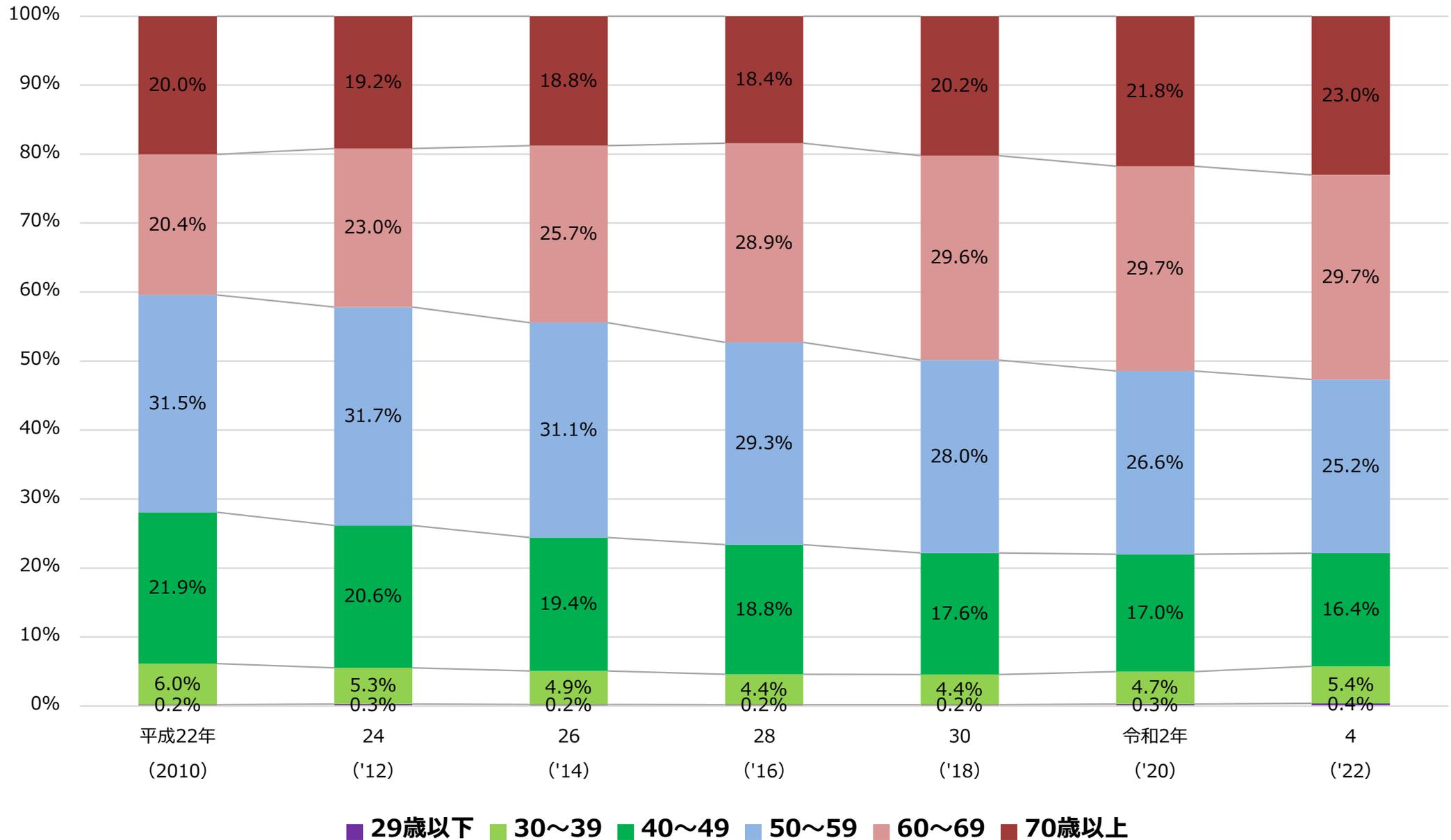
医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4001	福岡県	福岡・糸島	399.0
4002	福岡県	粕屋	220.7
4003	福岡県	宗像	198.4
4004	福岡県	筑紫	224.7
4005	福岡県	朝倉	202.0
4006	福岡県	久留米	407.8
4007	福岡県	八女・筑後	216.3
4008	福岡県	有明	233.6
4009	福岡県	飯塚	341.3
4010	福岡県	直方・鞍手	184.4
4011	福岡県	田川	197.4
4012	福岡県	北九州	301.6
4013	福岡県	京築	151.6
4101	佐賀県	中部	363.5
4102	佐賀県	東部	165.5
4103	佐賀県	北部	241.4
4104	佐賀県	西部	157.5
4105	佐賀県	南部	254.1
4201	長崎県	長崎	365.0
4202	長崎県	佐世保県北	221.5
4203	長崎県	県央	270.6
4204	長崎県	県南	194.1
4206	長崎県	五島	199.7
4207	長崎県	上五島	200.8
4208	長崎県	壱岐	225.0
4209	長崎県	対馬	196.9
4302	熊本県	宇城	164.7
4303	熊本県	有明	198.5
4304	熊本県	鹿本	193.7
4305	熊本県	菊池	173.1
4306	熊本県	阿蘇	184.2
4308	熊本県	八代	244.8
4309	熊本県	芦北	248.5
4310	熊本県	球磨	182.5
4311	熊本県	天草	191.3
4312	熊本県	熊本・上益城	344.3

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4401	大分県	東部	267.2
4403	大分県	中部	291.2
4405	大分県	南部	190.6
4406	大分県	豊肥	203.1
4408	大分県	西部	178.0
4409	大分県	北部	202.9
4501	宮崎県	宮崎東諸県	308.1
4502	宮崎県	都城北諸県	171.4
4503	宮崎県	延岡西臼杵	160.5
4504	宮崎県	日南串間	180.1
4505	宮崎県	西諸	164.7
4506	宮崎県	西都児湯	157.7
4507	宮崎県	日向入郷	149.8
4601	鹿児島県	鹿児島	349.0
4603	鹿児島県	南薩	200.1
4605	鹿児島県	川薩	220.0
4606	鹿児島県	出水	171.8
4607	鹿児島県	姶良・伊佐	176.3
4609	鹿児島県	曾於	153.8
4610	鹿児島県	肝属	182.4
4611	鹿児島県	熊毛	129.7
4612	鹿児島県	奄美	164.7
4701	沖縄県	北部	247.3
4702	沖縄県	中部	257.3
4703	沖縄県	南部	329.2
4704	沖縄県	宮古	195.3
4705	沖縄県	八重山	249.6

診療所従事医師の年齢階級別の割合の推移

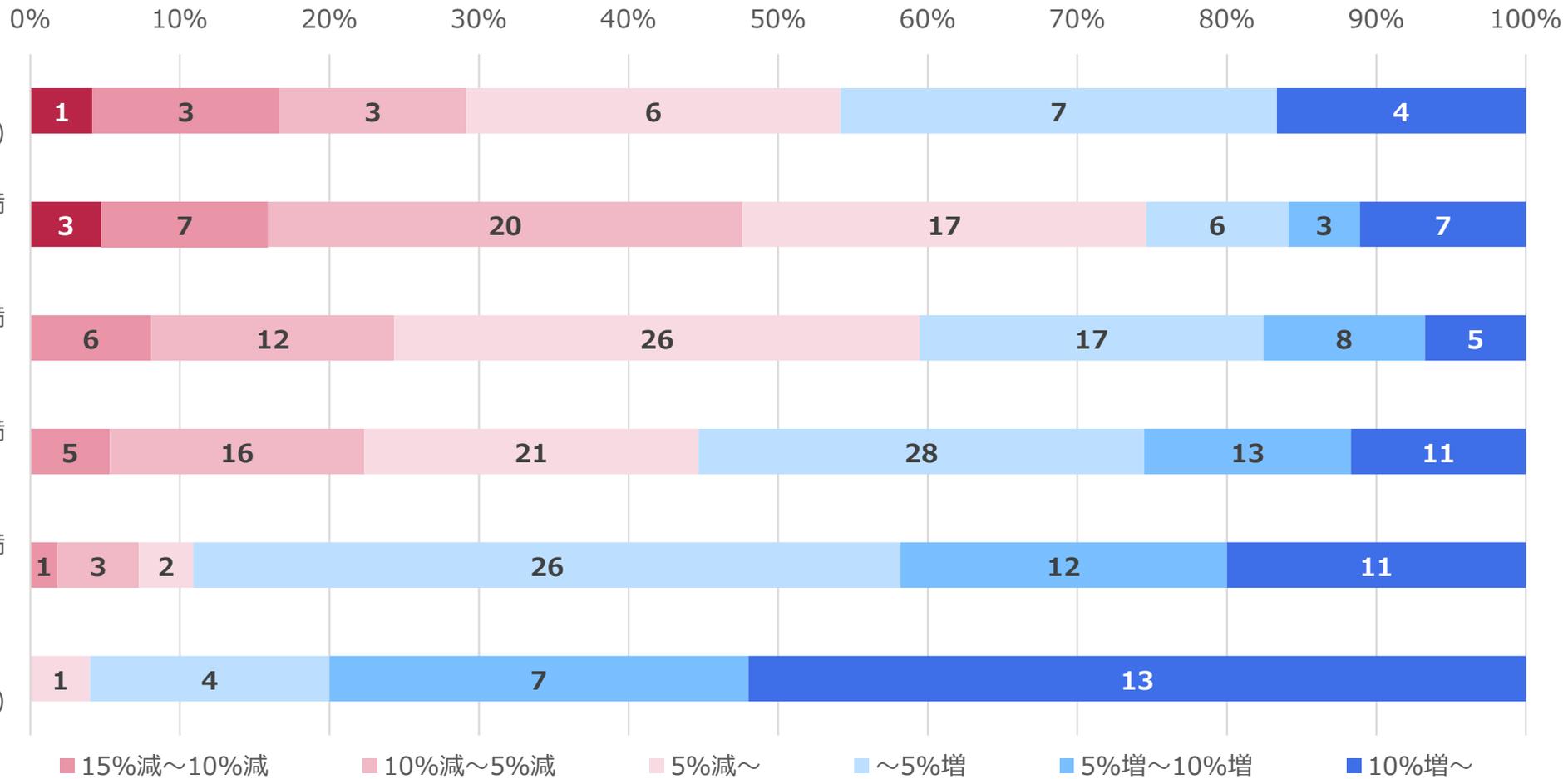
- 診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約6%である。
- 診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。



人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- 人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- 50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

北海道における現在の診療所医師数と2040年の見込み

<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 北海道全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**47.2%の減少**が見込まれている。
- 北海道の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**21**の二次医療圏のうち、**16 (76.1%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年

診療所医師数 : 3,384

2040年

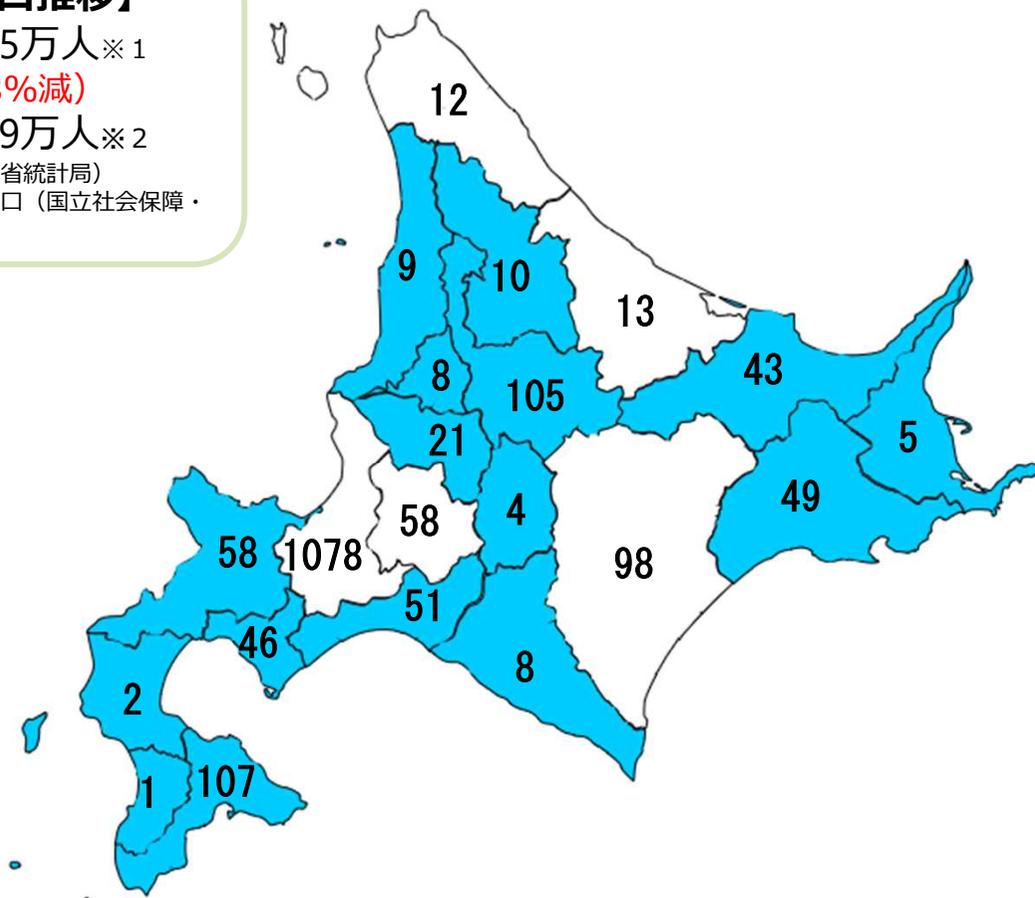
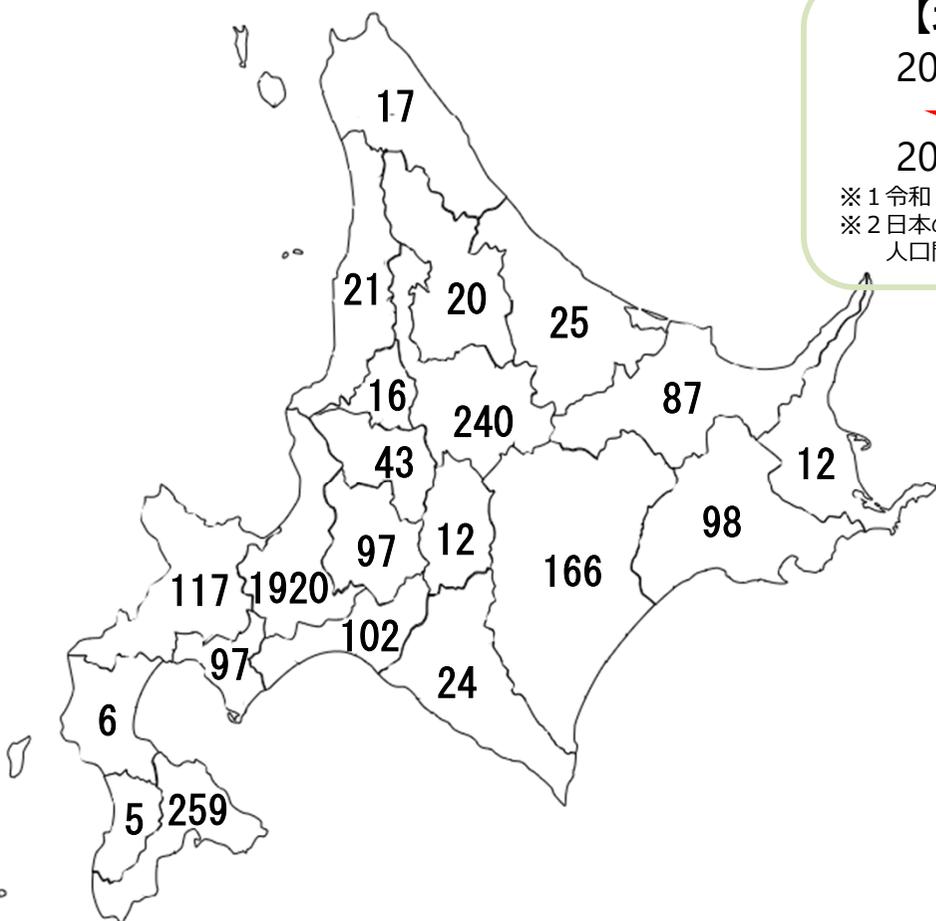
診療所医師数 : 1,786

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り

【北海道の人口推移】

2020年 522.5万人※1
 ↓ (17.3%減)
 2040年 431.9万人※2

※1 令和2年国勢調査(総務省統計局)
 ※2 日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

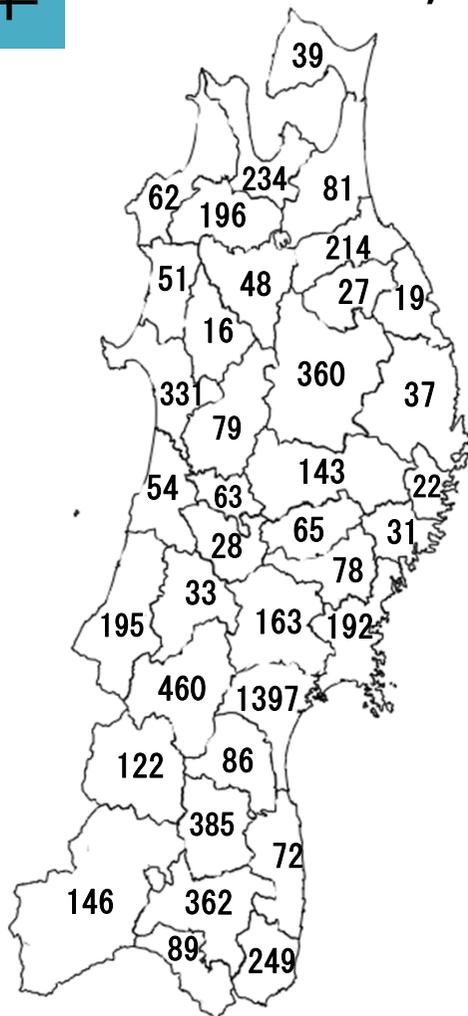
※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

東北地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

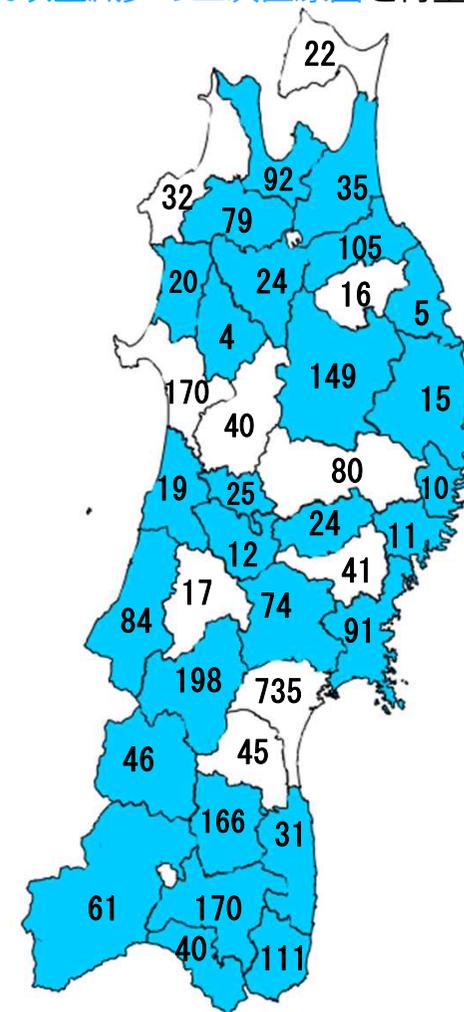
- 東北地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**54.0%の減少**が見込まれている。
- 東北地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**37**の二次医療圏のうち、**27 (73.0%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : **6,229**



2040年 診療所医師数 : **2,899**

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【東北地方の人口推移】

2020年 861.1万人※1

↓ (20.9%減)

2040年 681.5万人※2

※1 令和2年国勢調査(総務省統計局)

※2 日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)

資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

関東地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

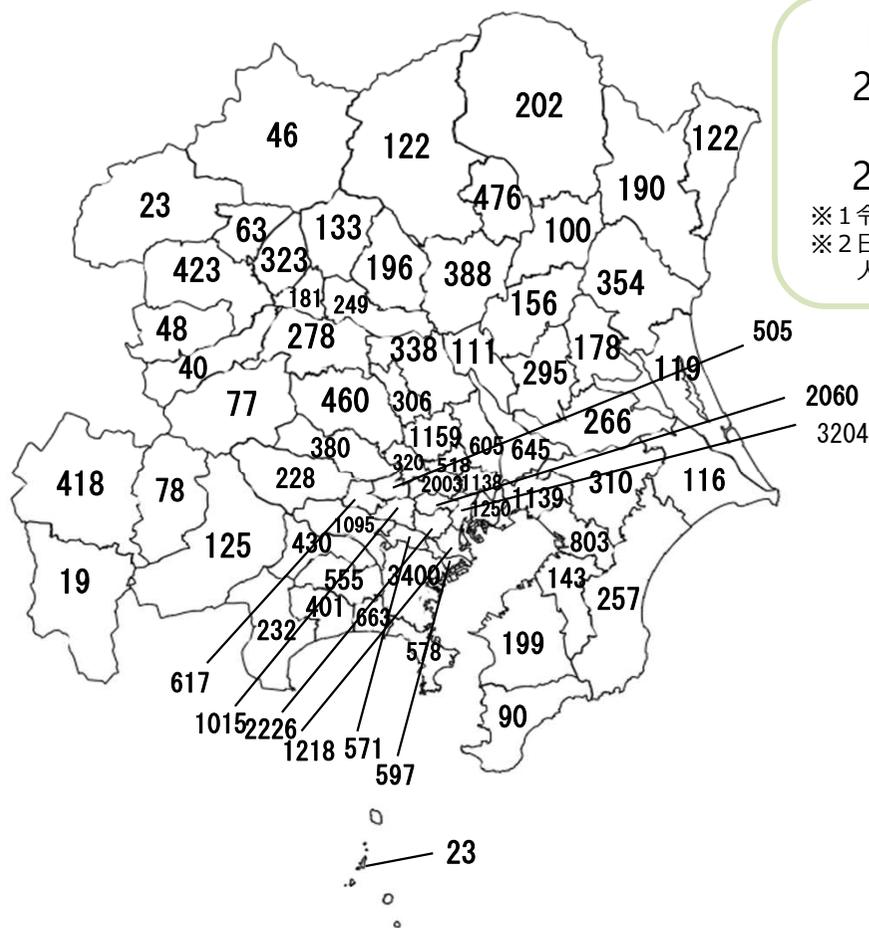
<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 関東地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**41.5%の減少**が見込まれている。
- 関東地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**70**の二次医療圏のうち、**24 (34.3%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : **37,596**

2040年 診療所医師数 : **22,011**

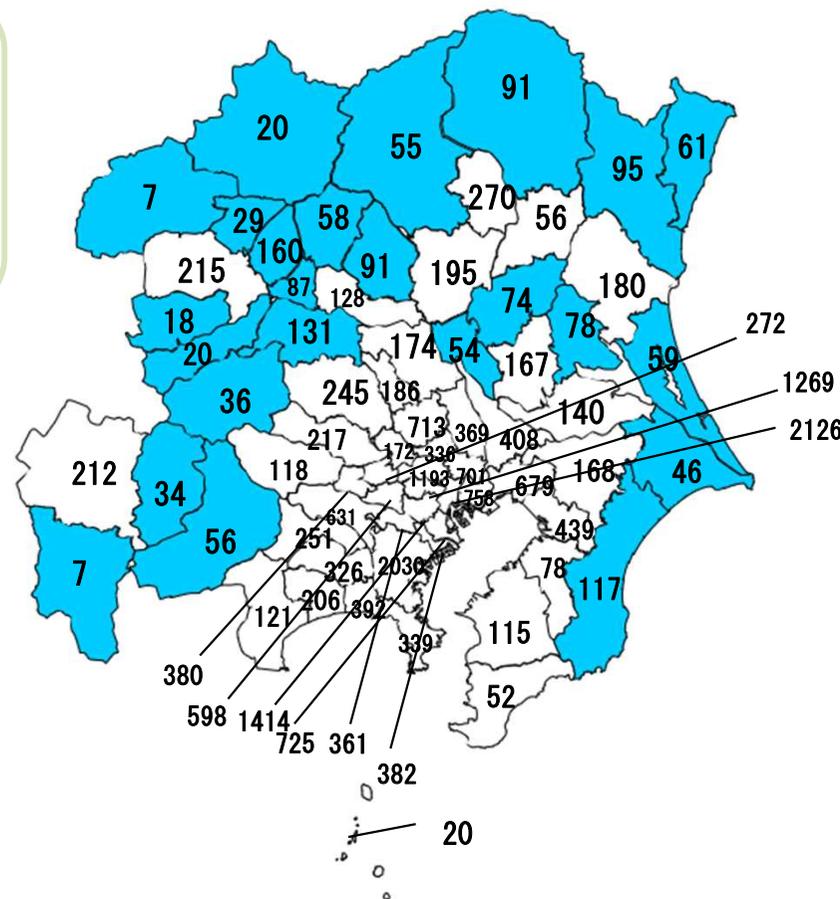
※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【関東地方の人口推移】

2020年 4,446.3万人※1
↓ (3.8%減)
 2040年 4,277.1万人※2

※1 令和2年国勢調査(総務省統計局)
 ※2 日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

中部地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

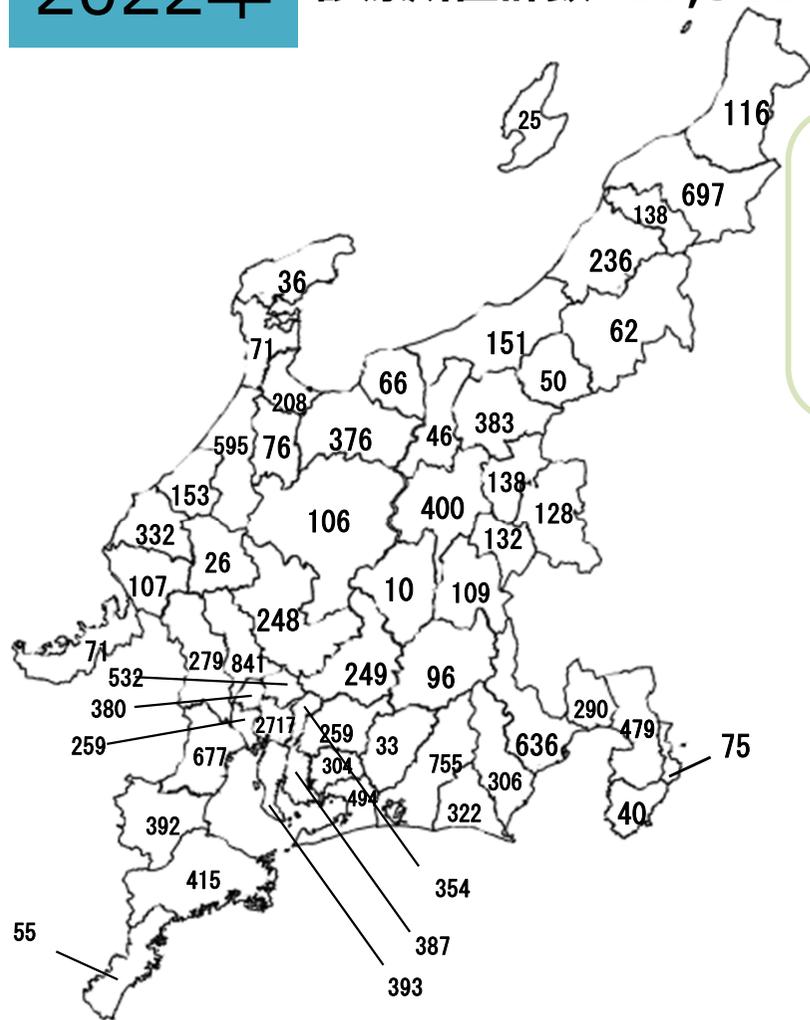
<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 中部地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**48.4%の減少**が見込まれている。
- 中部地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**57**の二次医療圏のうち、**38 (66.7%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

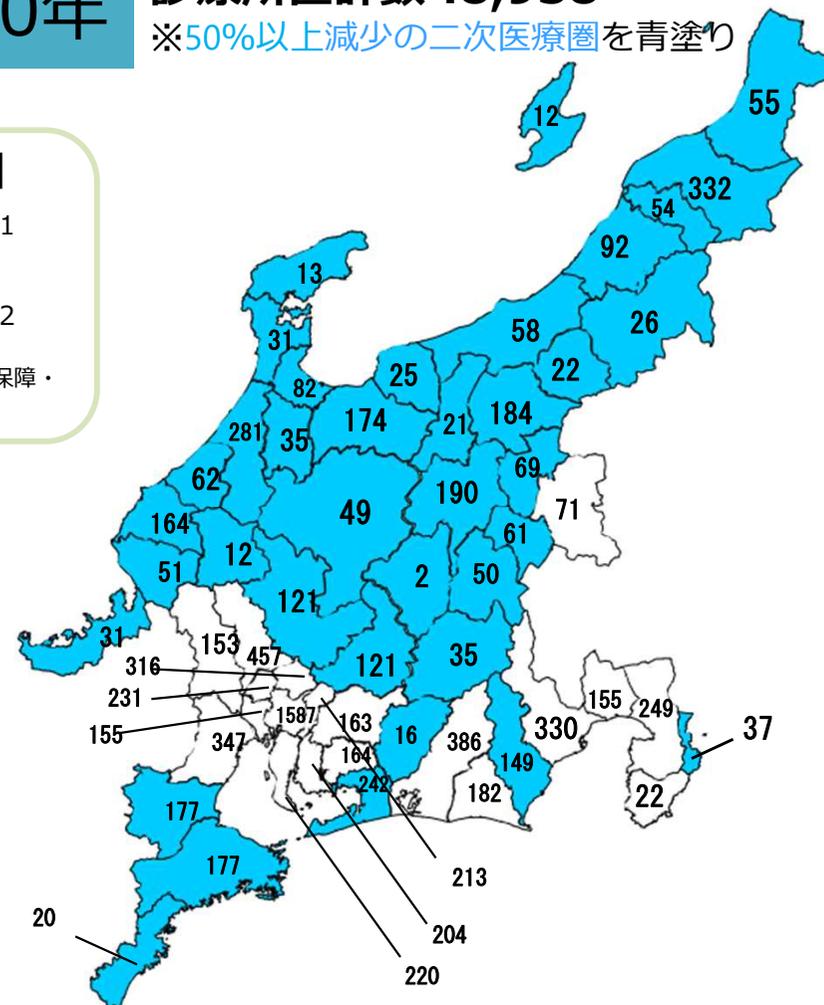
2022年 診療所医師数 : **17,311**

2040年 診療所医師数 : **8,938**

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【中部地方の人口推移】
 2020年 2,210.8万人※1
 ↓ (12.8%減)
 2040年 1,927.1万人※2
 ※1 令和2年国勢調査(総務省統計局)
 ※2 日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

近畿地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

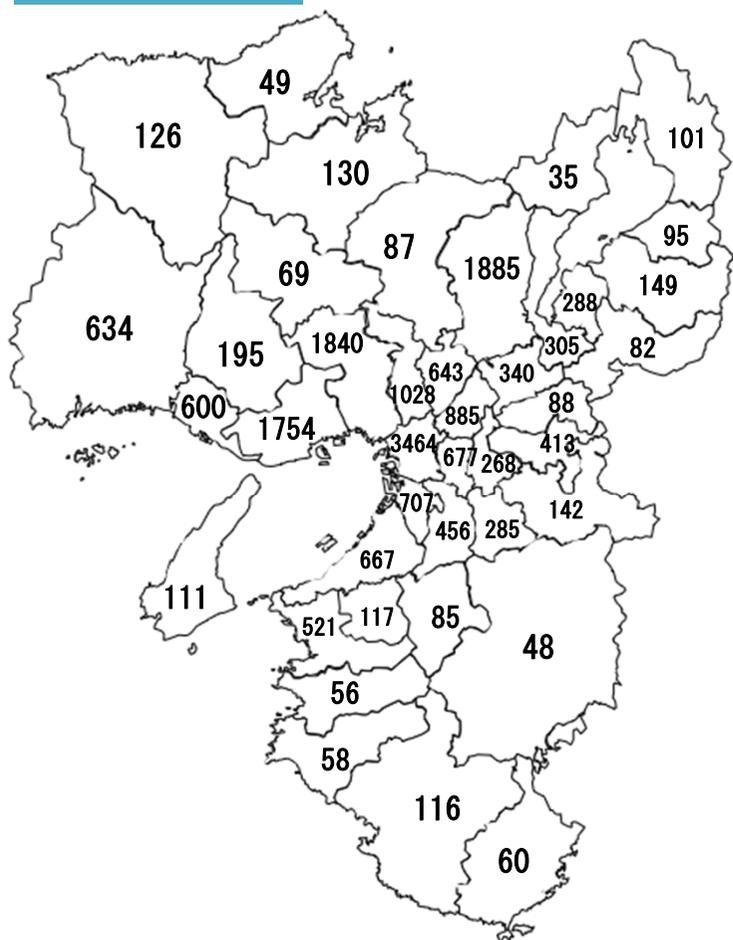
<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 近畿地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**48.2%の減少**が見込まれている。
- 近畿地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**51**の二次医療圏のうち、**29 (56.9%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

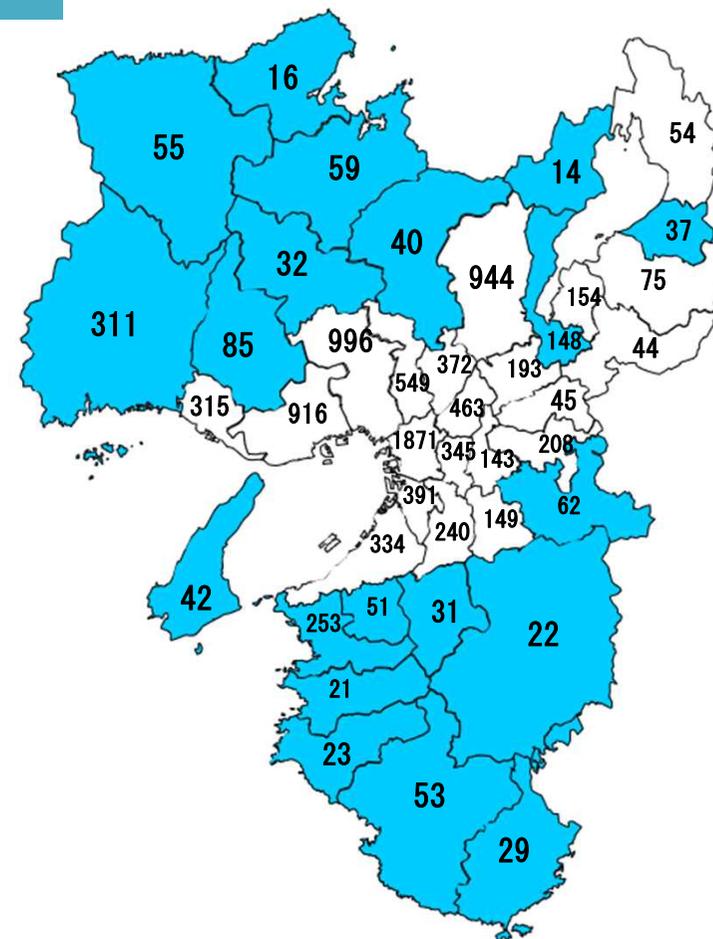
2022年 診療所医師数 : 19,659

2040年 診療所医師数 : 10,185

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【近畿地方の人口推移】
 2020年 2,054.1万人※1
 ↓ (12.2%減)
 2040年 1,802.9万人※2
 ※1 令和2年国勢調査(総務省統計局)
 ※2 日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

中国地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 中国地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**53.2%の減少**が見込まれている。
- 中国地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**30**の二次医療圏のうち、**27 (90.0%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

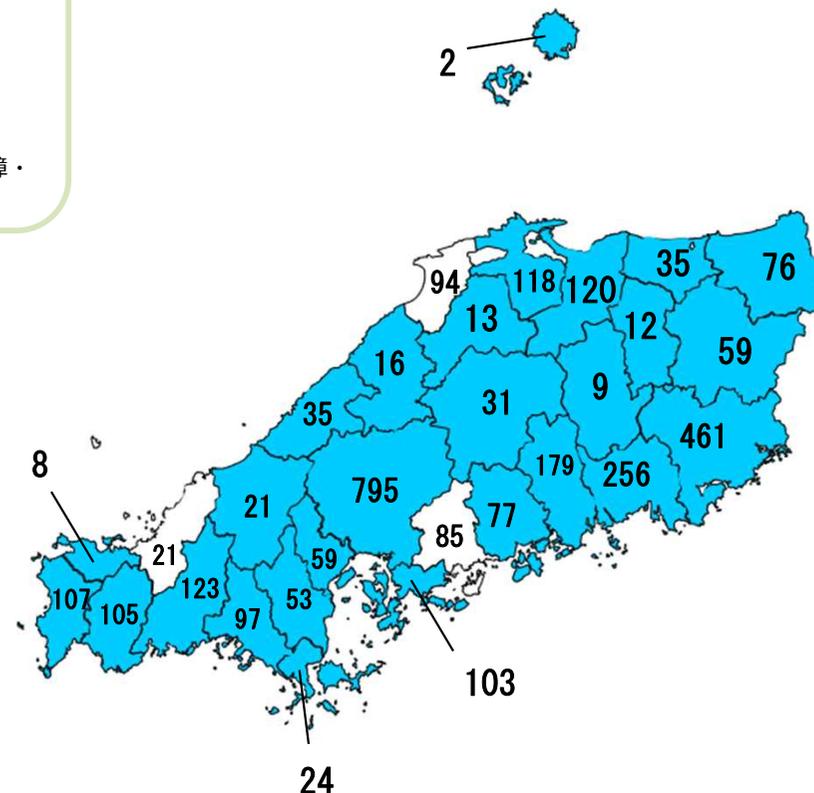
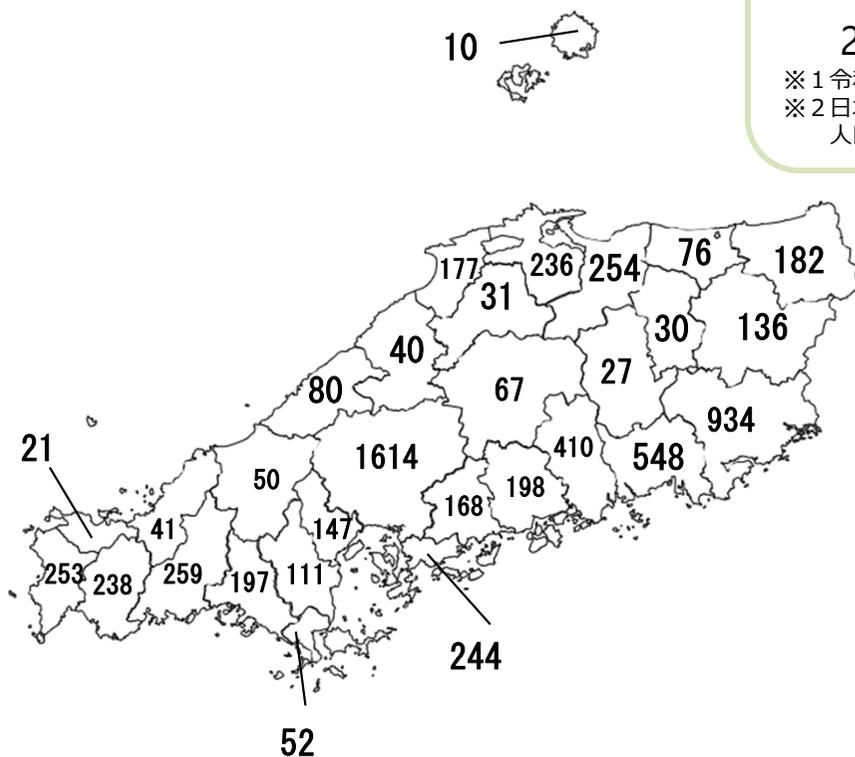
2022年 診療所医師数 : **6,831**

2040年 診療所医師数 : **3,194**
 ※50%以上減少の二次医療圏を青塗り

【中国地方の人口推移】

2020年 725.5万人※1
 ↓ (15.3%減)
 2040年 614.1万人※2

※1 令和2年国勢調査 (総務省統計局)
 ※2 日本の地域別将来推計人口 (国立社会保障・人口問題研究所)



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

四国地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 四国地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**56.4%の減少**が見込まれている。
- 四国地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**16**の二次医療圏のうち、**16 (100.0%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : **3,245**

2040年 診療所医師数 : **1,414**

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り

【四国地方の人口推移】

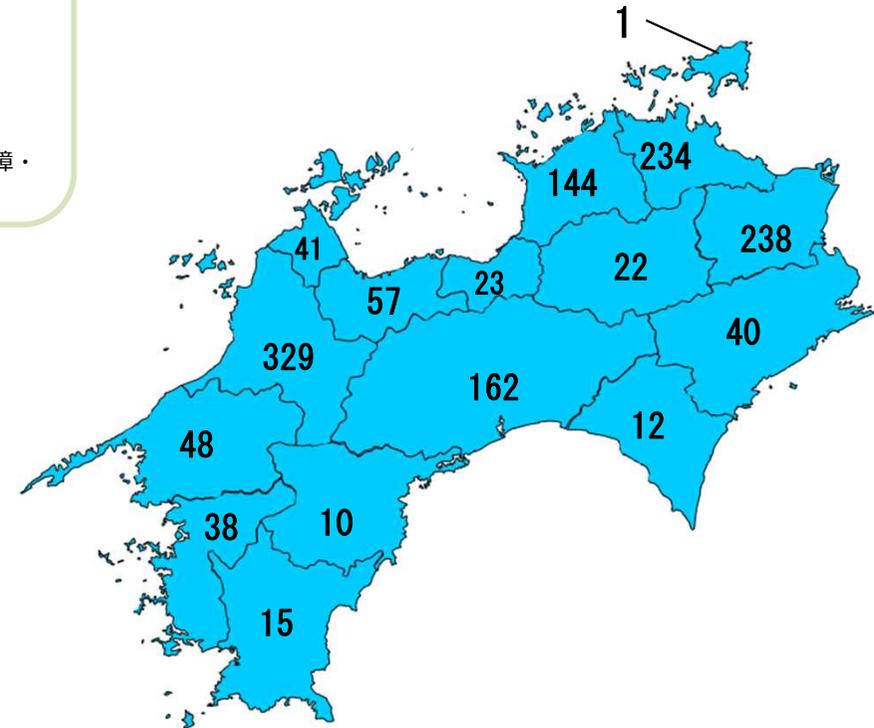
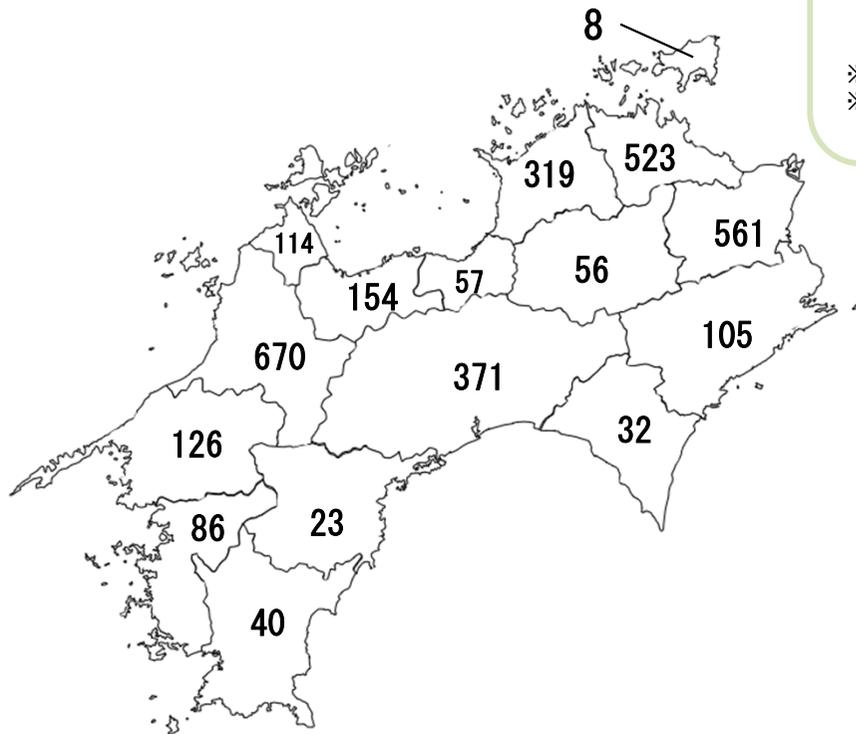
2020年 369.6万人※1

↓ (19.9%減)

2040年 296.2万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）

※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

参考

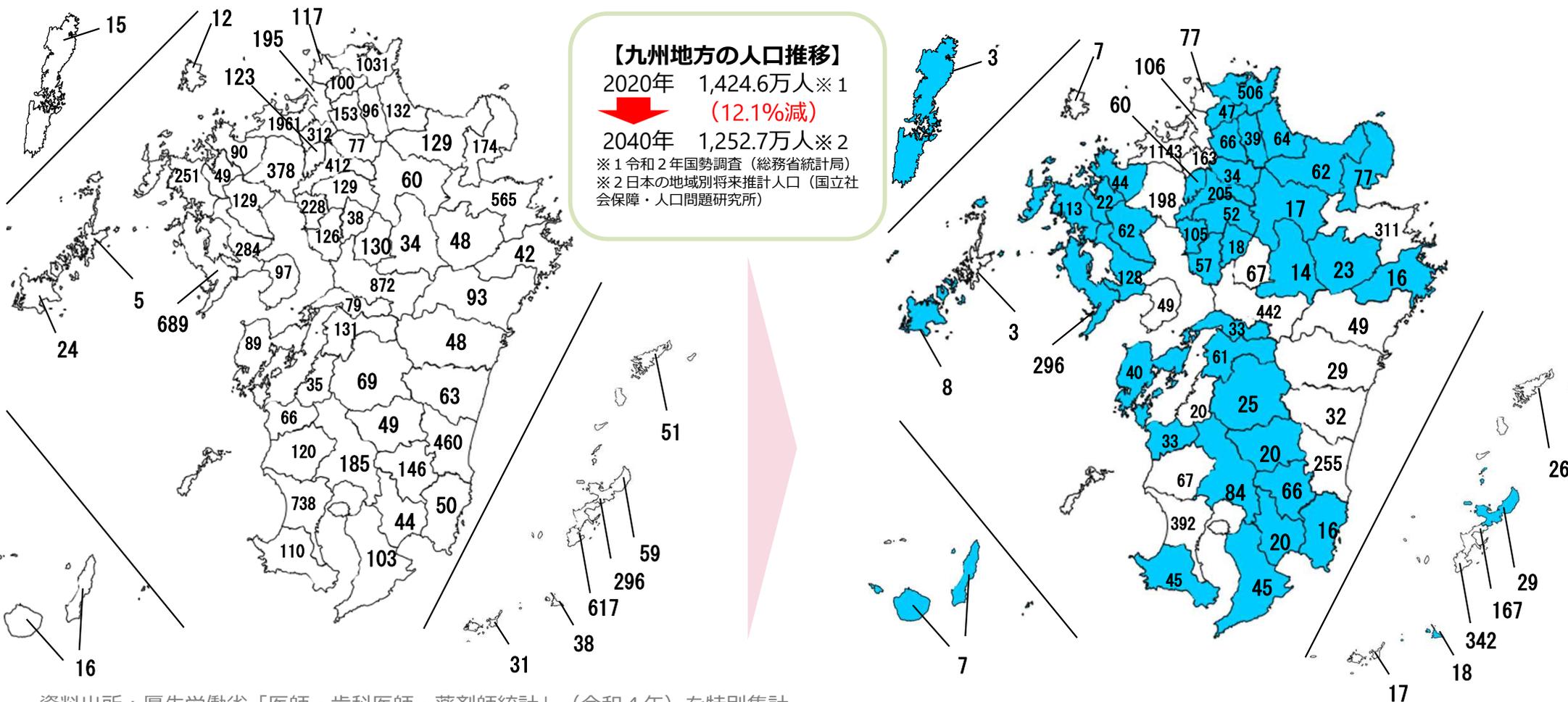
九州地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 九州地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**49.3%の減少**が見込まれている。
- 九州地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**63**の二次医療圏のうち、**41 (65.1%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : **13,093**

2040年 診療所医師数 : **6,642**
 ※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



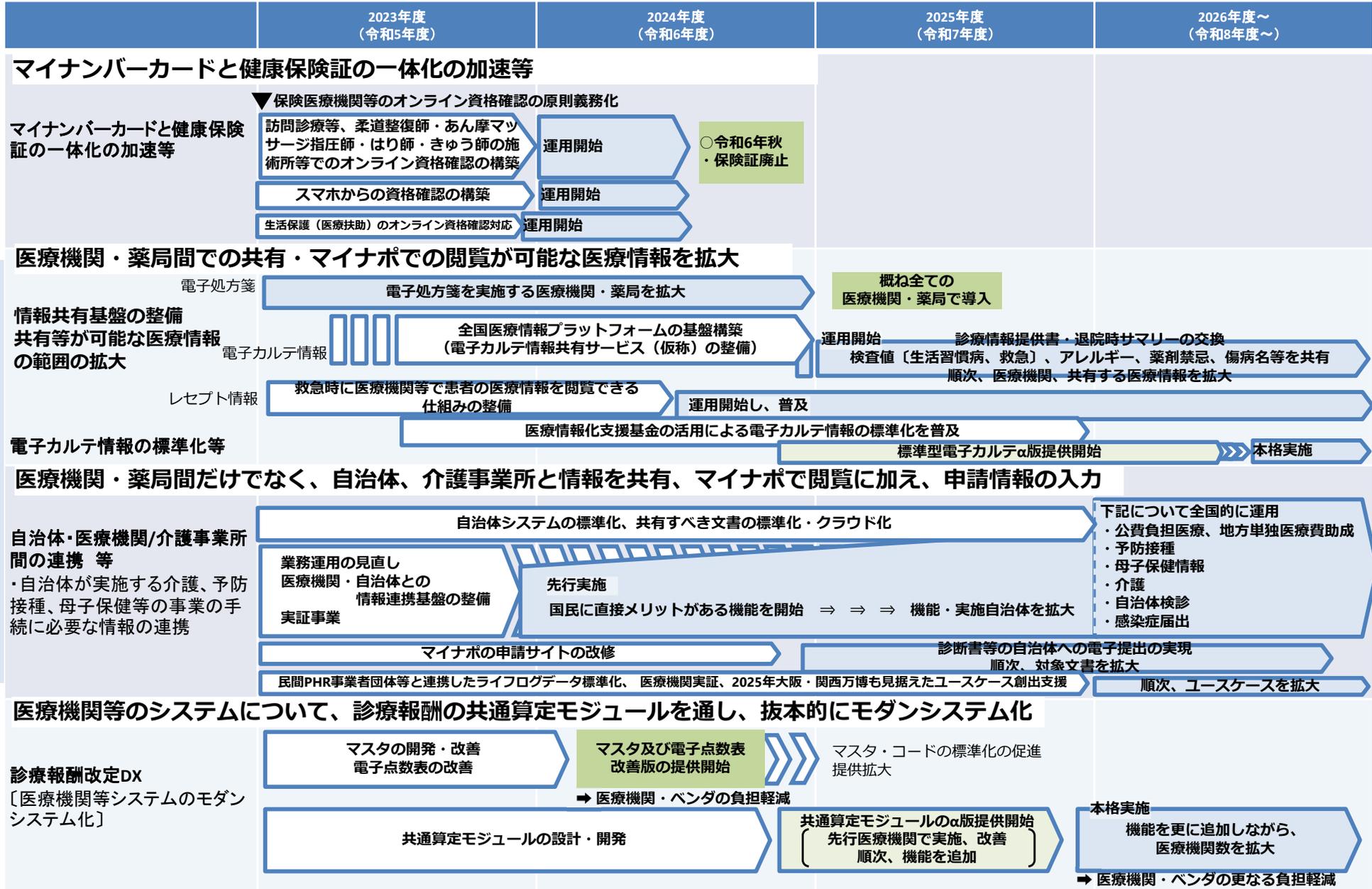
資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

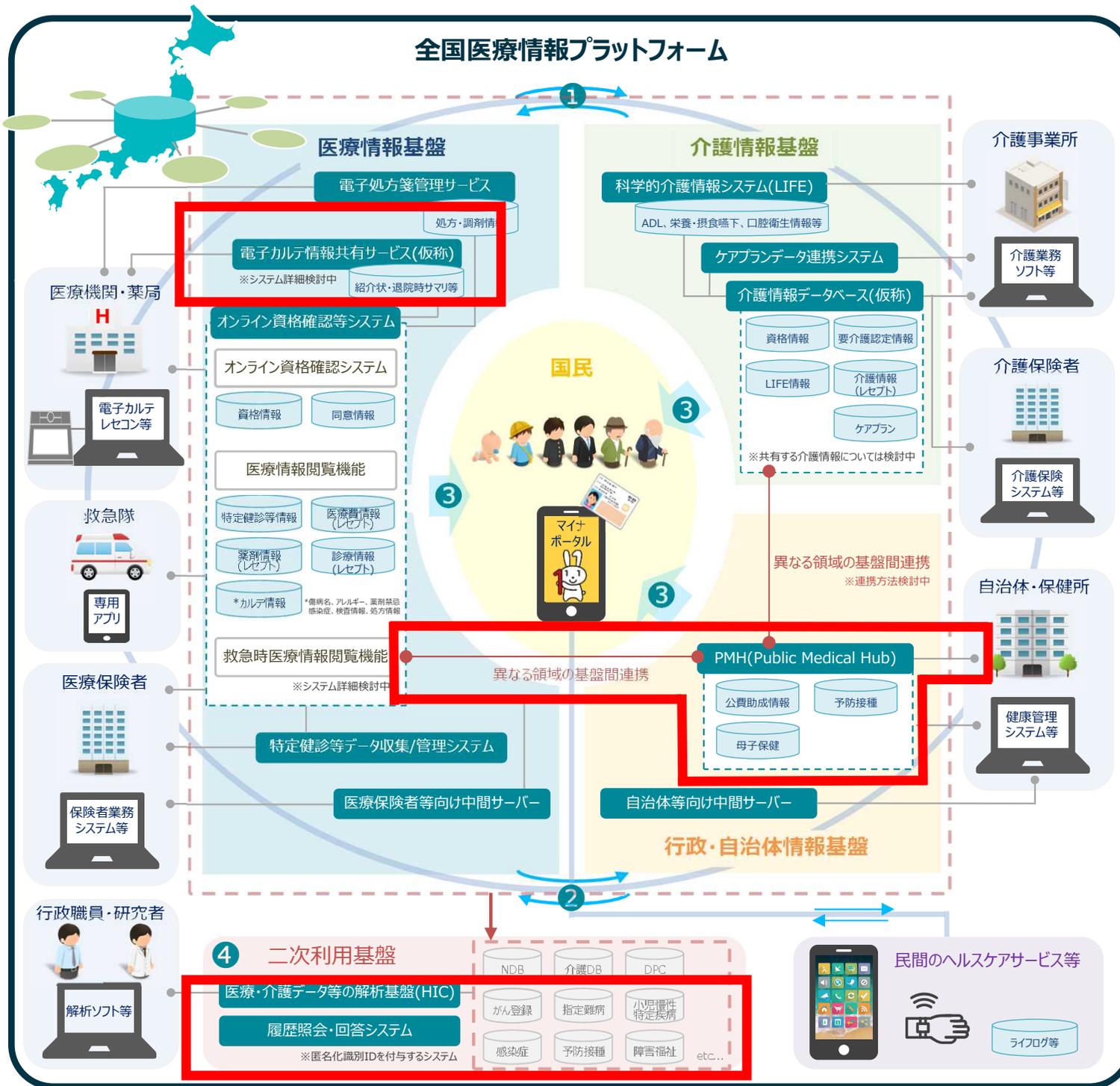
※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

参考資料：医療DX

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

全国医療情報プラットフォームの構築



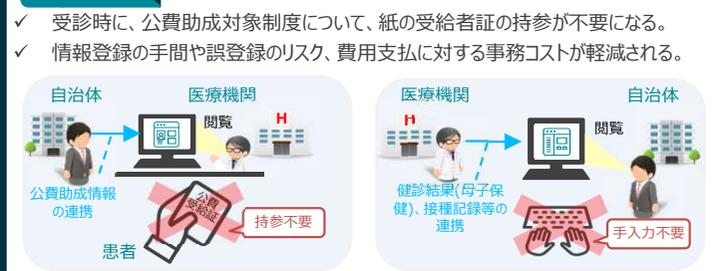


「医療DXのユースケース・メリット例」

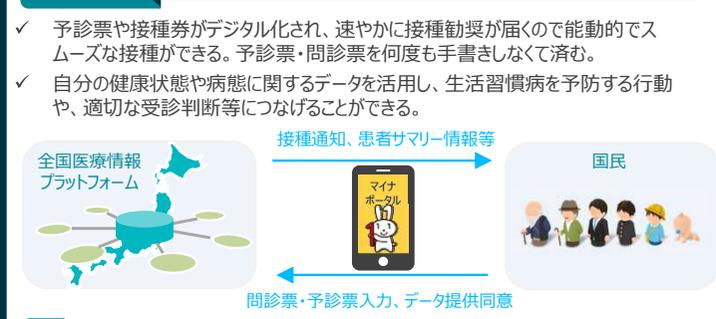
1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有



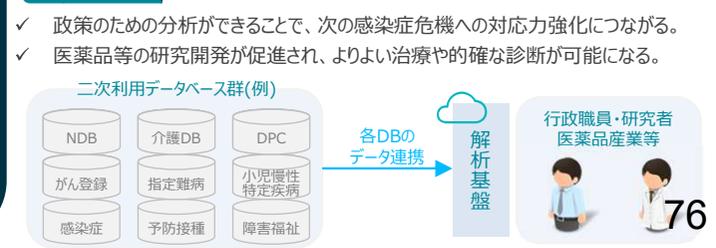
2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減



3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート



4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用



2 . 補正予算について

ポイント（2. 補正予算について）

【人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ】

- 令和6年度補正予算に計上した人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージについては、成果イメージとして足元の経営状況の急変等に直面している医療機関等へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組や更なる賃上げを加速するとともに、地域に必要な医療提供体制の確保を図るものであり、各都道府県におかれては、対象機関に対して積極的な周知と申請勧奨をお願いしたい。

【P82-85】

【重点支援地方交付金による物価高騰対策】

- 医療分野は公的価格のため価格転嫁できないことから、令和6年度補正予算において措置された重点支援地方交付金の活用により、現下の物価高により厳しい状況にある医療機関における、食費や光熱費等に対する切れ目のない支援をお願いしたい。【P86-87】

ポイント（2. 補正予算について）

【医師偏在是正に向けた医師不足地域の診療所の承継・開業の支援】

- 令和6年度補正予算において、優先的かつ重点的な対策として、「重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業」の予算を確保したところ。【P88】
- 具体的には、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域である「重点医師偏在対策支援区域」において、診療所医師が高齢化する中で、医師を確保するため、支援区域内で診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の定着、への支援を行うものとなっている。各都道府県におかれては、本補正予算の積極的な活用をお願いしたい。

ポイント（2. 補正予算について）

【医療施設等災害復旧費】

- 令和6年能登半島地震をはじめとする大規模災害で被災した医療施設等の復旧に必要な予算を措置している。日程調整が完了しているものから、順次、災害査定を実施しているところであり、引き続き御協力をお願いしたい。【P89】

【医療施設等の耐災害性強化】

- 医療施設の減災・防災対策として、8つの事業
 - ① 医療施設等耐震整備事業
 - ② 医療施設非常用自家発電装置施設整備事業
 - ③ 医療施設給水設備強化等促進事業
 - ④ 医療施設浸水対策事業
 - ⑤ 医療施設ブロック塀改修等施設整備事業
 - ⑥ 災害拠点精神科病院施設整備事業
 - ⑦ 災害拠点精神科病院等設備等整備事業
 - ⑧ 有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業

を措置している。【P90】

近年自然災害は頻発化・激甚化しており、被害を軽減させるための事前の対策が非常に重要であることから、医療施設等に対して積極的な周知をお願いしたい。

ポイント（2. 補正予算について）

【病院歯科整備事業】

- 令和6年能登半島地震で被災した地域において、歯科医療を提供する体制を確保するために必要な病院歯科の整備を支援する。【P91】

【災害時歯科保健医療提供体制整備事業】

- 災害時に避難所等において歯科医療又は口腔ケア等の歯科保健医療活動の実施に必要な車両及びポータブルユニット（携帯型歯科用ユニット）等の診療に必要な器具・器材の整備を支援する。【P92】
- 都道府県においては、当該予算を活用いただき、災害時における歯科保健医療提供体制の整備に取り組んでいただきたい。

【○人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ】

施策名: 人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ

① 施策の目的

効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。
 また、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進や救急医療・周産期医療体制の確保のための施設整備等が困難となっている場合への対応を図る。
 加えて、賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

○ 生産性向上・職場環境整備支援

・ 生産性向上・職場環境整備等事業・・・設備導入や生産性向上の取組を進める医療機関等(ベースアップ評価料算定機関)を支援し、生産性向上・賃上げを図る

○ 経営状況の急変等を踏まえた支援

・ 医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援・・・患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援を実施するとともに、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備等が困難な病院等への支援
 ・ 産科・小児科医療確保事業・・・急激な分娩減少などにより特に支援が必要な産科・小児科に対して支援を実施

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(施策のスキーム図の例)



- I 医療機関は都道府県に交付申請し、都道府県は国に所要額を交付申請
- II 国は都道府県を通じて医療機関に所要額を交付決定し、都道府県が医療機関に交付
- III 医療機関は速やかに都道府県に実績報告
- IV 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

足元の経営状況の急変等に直面している医療機関等へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【○ 医療分野の生産性向上・職場環境改善等による更なる賃上げ等の支援】
 施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ
 （生産性向上・職場環境整備等事業）

令和6年度補正予算額 828億円

医政局医療経営支援課
 （内線2672）

① 施策の目的

賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

生産性向上に資する設備導入等の取組を進める医療機関等（ベースアップ評価料算定機関に限る。）に対して経費相当分の給付金を支給し、生産性向上・職場環境整備等を図る。

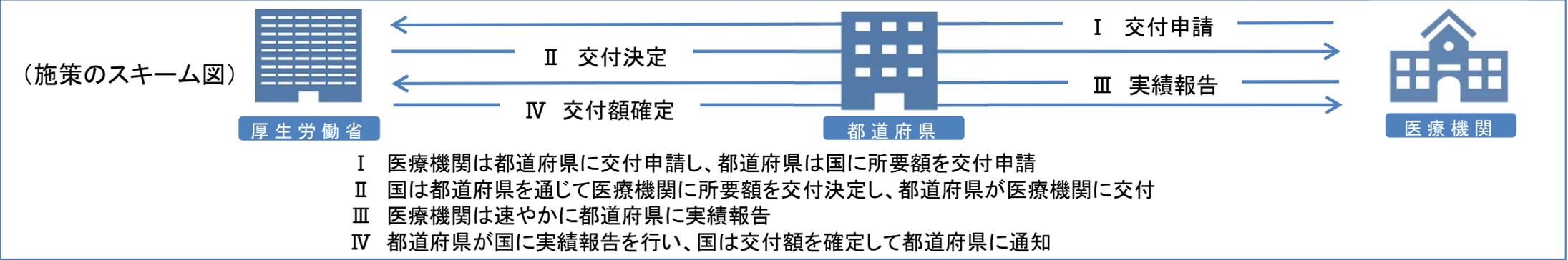
（交付額）病院・有床診：4万円／病床数、診療所（医科・歯科）・訪問看護ステーション：18万円／施設（補助率10/10）

【生産性向上に資する取組のイメージ】

- ICT機器の導入による業務の効率化
 - ・ タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備等の導入 → 職員間の情報伝達の効率化（チーム医療の推進）
 - ・ 床ふきロボット、監視カメラ等の導入 → 清掃業務、院内監視業務等の効率化
- タスクシフト／シェアによる業務の効率化
 - ・ 医師事務作業補助者・看護補助者の配置 → 医師・看護師の業務効率化（診断書作成、病室内の環境整備や看護用品の整理等）

※ 新たに配置する際に必要な経費の他、既に雇用している職員の人件費に充てることが可能

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

医療機関等へ業務の生産性向上に資する財政支援を行うことで、職場内の生産性向上・環境整備等を図り、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【○医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援】

施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ
 (医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援)

令和6年度補正予算額 428億円

医政局地域医療計画課(内線2550、2665)

① 施策の目的

- ・ 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。
- ・ また、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進や救急医療・周産期医療体制の確保のための施設整備等が困難となっている場合への対応を図る。

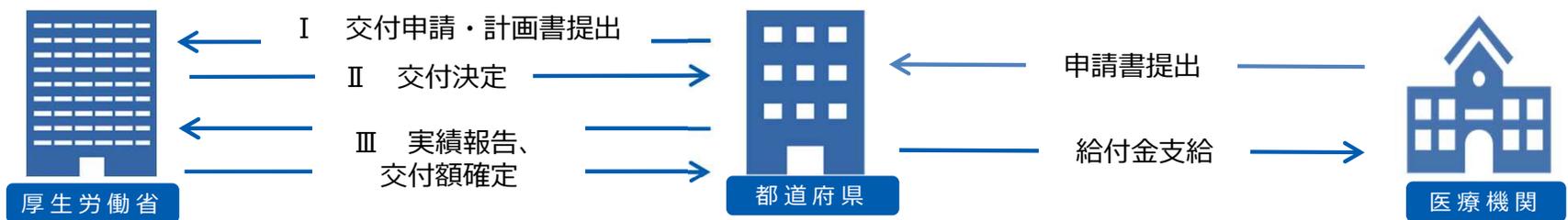
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

- 患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援
 (概要) 医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関を対象とした経費相当分の給付金を支給する。
 (交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診:4,104千円/床
- 現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備等が困難な病院等への支援
 (概要) 整備計画を進めており、国庫補助事業の交付対象となる医療機関等を対象として、施設整備を進めるために必要な給付金を支給する。
 (交付額) (市場価格-補助事業単価) × 国負担分相当

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



- I 医療機関は都道府県に交付申請する際に病床削減数又は補助対象㎡数を申請し、都道府県が内容を適当と認めれば国に所要額を交付申請
- II 国は都道府県に所要額を交付決定(補助率10/10)し、都道府県が医療機関に支給
- III 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

足元の経営状況の急変等に直面している医療機関等へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【〇出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科の支援】

施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ
(産科・小児科医療確保事業)

令和6年度補正予算額 55億円

医政局地域医療計画課
(内線8048)

① 施策の目的

地域で子どもを安心して生み育てることのできる周産期医療体制及び地域の小児医療体制を確保する

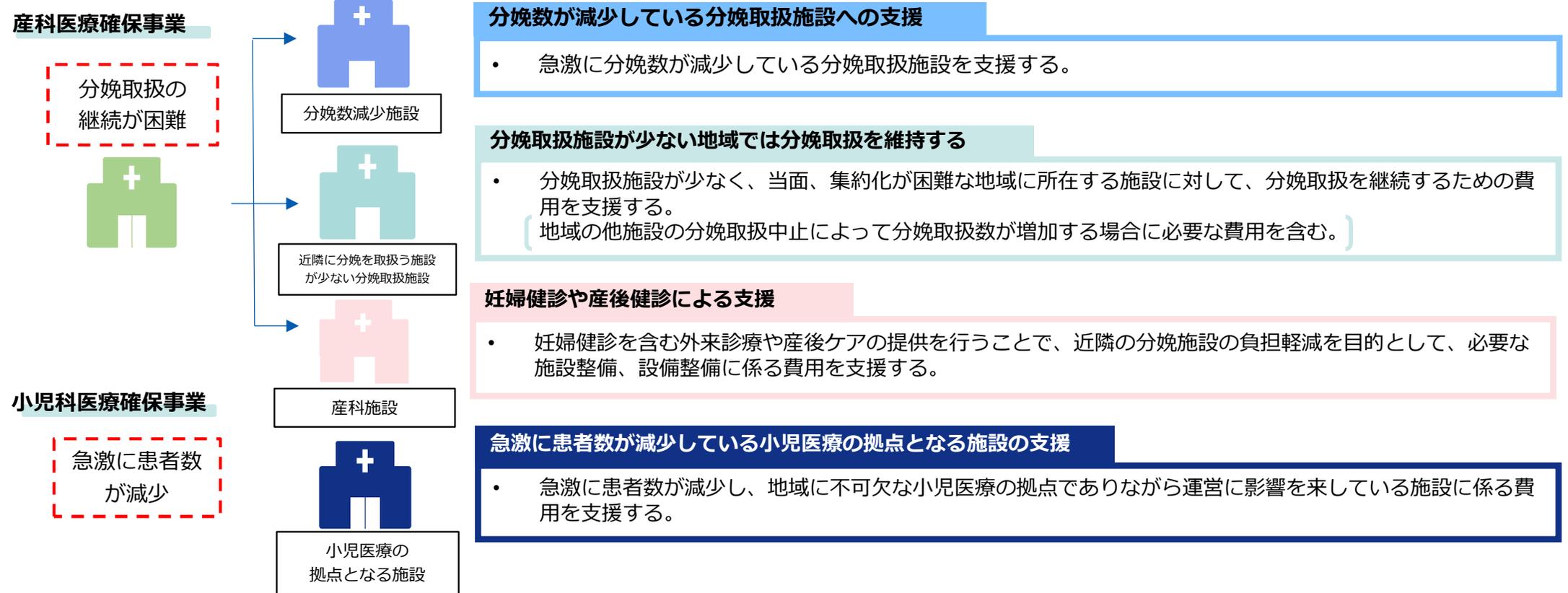
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

- 特に分娩取扱施設が少ない地域等における分娩取扱機能の維持のための取組を支援する
- 地域の小児医療の拠点となる施設について、急激な患者数の減少等を踏まえた支援を行う

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

出生数減少や少子化等の影響を受ける施設を支援することで、地域の周産期医療・小児医療の体制を確保する

重点支援地方交付金の追加

令和6年度補正予算

エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、地方公共団体が地域の実情に合わせて必要な支援をきめ細やかに実施できるよう、重点支援地方交付金を「低所得世帯支援枠」及び「推奨事業メニュー」実施のため追加する。

- 予算額 : 1. 1兆円 (うち ①低所得世帯支援枠 0.5兆円、②推奨事業メニュー 0.6兆円)
※ この他、「給付金・定額減税一体措置(令和5年度経済対策)」に基づく給付金(0.6兆円)を措置。
- 対象事業 : ① (低所得世帯支援枠) 物価高騰の負担感が大きい低所得世帯への負担の軽減を図る事業。
② (推奨事業メニュー) エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、支援を行う事業。効果的と考えられる推奨事業メニューを提示。

推奨事業メニュー	
<p>(生活者支援)</p> <p>①エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援</p> <p>②エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援</p> <p>③消費下支え等を通じた生活者支援</p> <p>④省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援</p>	<p>(事業者支援)</p> <p>⑤医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援</p> <p>⑥農林水産業における物価高騰対策支援</p> <p>⑦中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援</p> <p>⑧地域公共交通・物流や地域観光業等に対する支援</p>

- 算定方法 : ① (低所得世帯支援枠) 住民税非課税世帯1世帯あたり3万円を基礎として算定(市町村)
住民税非課税世帯のうち、子育て世帯は子ども1人あたり2万円を加算
- ② (推奨事業メニュー) 人口、物価上昇率、財政力等を基礎として算定(都道府県、市町村)

重点支援地方交付金

追加額1.1兆円(Ⅰ及びⅡの合計)

令和6年度補正予算

Ⅰ. 低所得世帯支援枠(0.5兆円)

- ・ 低所得世帯の食料品やエネルギー関係等の消費支出に対する物価高の影響のうち賃上げや年金物価スライド等で賄いきれない部分を概ねカバーできる水準として、住民税非課税世帯一世帯当たり3万円を目安として給付。
- ・ 住民税非課税世帯のうち、子育て世帯については世帯人数が多いことを考慮して、子ども一人当たり2万円を加算措置。

Ⅱ. 推奨事業メニュー(0.6兆円)

生活者支援

① エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援

低所得世帯を対象とした、電力・ガス(LPガスを含む)や灯油をはじめエネルギー・食料品価格等の物価高騰による負担を軽減するための支援

※ 住民税非課税世帯に対しては上記Ⅰによる支援を行う。

② エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援

物価高騰による小中学生の保護者の負担を軽減するための小中学校等における学校給食費等の支援

※ 低所得のひとり親世帯への給付金等の支援や、子ども食堂に対する負担軽減のための支援、ヤングケアラーに対する配食支援等も可能。

③ 消費下支え等を通じた生活者支援

エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者に対してプレミアム商品券や地域で活用できるマイナポイント等を発行して消費を下支えする取組やLPガス・灯油使用世帯への給付などの支援

※ 物価高騰の影響を受けた、地域を犯罪から守る活動を行う生活者に対して、安全・安心な地域の構築に係る費用の負担軽減のための支援も可能。

④ 省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援

家庭におけるエネルギー費用負担を軽減するための省エネ性能の高いエアコン・給湯器等への買い換えなどの支援

事業者支援

⑤ 医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援

医療機関、介護施設等、障害福祉サービス施設等、保育所等、学校施設、公衆浴場等に対する食料品価格の高騰分などの支援、エネルギー価格の高騰分などの支援(特別高圧で受電する施設への支援を含む)

⑥ 農林水産業における物価高騰対策支援

配合飼料の使用量低減の取組や飼料高騰等の影響を受ける酪農経営の負担軽減の支援、農林水産物の生産・調製・加工・貯蔵施設や土地改良区の農業水利施設の電気料金高騰に対する支援、化学肥料からの転換に向けた地域内資源の活用などの支援

⑦ 中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援

特別高圧での受電(ビル・工業団地・卸売市場のテナントを含む)、LPガスの使用や、街路灯等の維持を含め、エネルギー価格高騰の影響を受ける中小企業、商店街、自治会等の負担緩和や省エネの取組支援のほか、中小企業の賃上げ環境の整備などの支援

⑧ 地域公共交通・物流や地域観光業等に対する支援

地域公共交通・物流事業者や地域観光事業者等のエネルギー価格高騰に対する影響緩和、省エネ対策、地域に不可欠な交通手段の確保、地域特性を踏まえた生産性向上に向けた取組などの支援

※1 地方公共団体が、上記の推奨事業メニューよりも更に効果があるものについては、実施計画に記載して申請可能。

※2 地方公共団体が運営する公営企業や直接住民の用に供する施設における活用や、地方公共団体発注の公共調達における労務費(実質的な賃上げにつながるもの)を含めた価格転嫁の円滑化のための活用も可能。また、地方公共団体における水道料金の減免にも活用可能。

【〇医師偏在是正に向けた医師不足地域の診療所の承継・開業の支援、リカレント教育の実施及び医師のマッチングの支援等】

施策名: 重点医師偏在対策支援区域(仮称)における診療所の承継・開業支援事業

① 施策の目的

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、医師偏在の是正を総合的に実施するため、医師少数地域の医療機関に対する支援による医師偏在是正に取り組む。

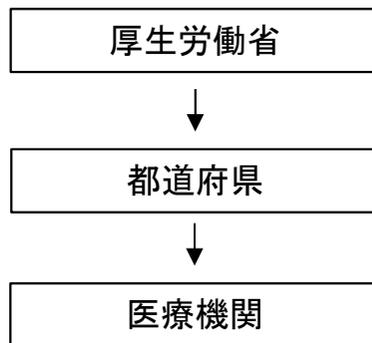
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域である「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」において、診療所医師が高齢化する中で、医師を確保するため、支援区域内で診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の定着支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医師少数地域での医師確保が図られ、医療提供体制の維持・確保に寄与する。

【能登地域等に対する復旧・復興の支援、医療施設等の耐災害性強化等】

令和6年度補正予算額 33億円

医政局地域医療計画課
(内線2558)

施策名：医療施設等災害復旧費補助金

① 施策の目的

② 対策の柱との関係

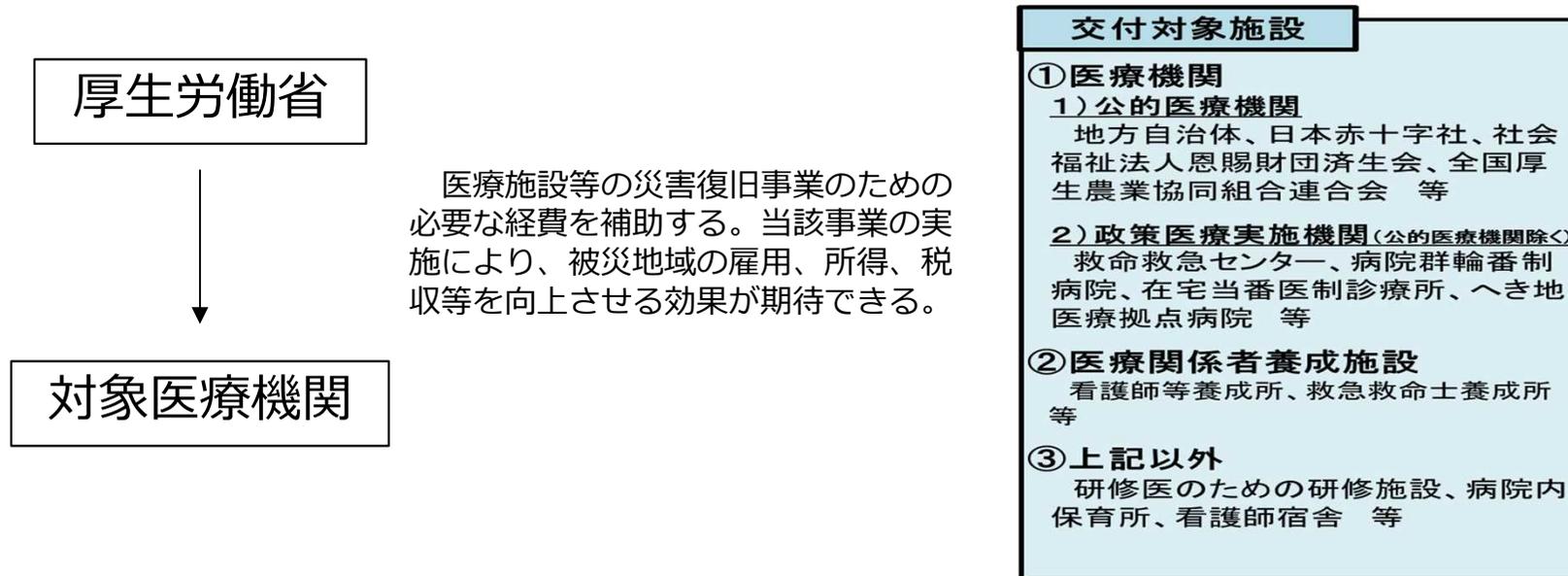
災害により被害を受けた各施設について、早期の復旧を推進する。

I	II	III
		○

③ 施策の概要

令和6年能登半島地震等により被災した公的医療機関や政策医療を実施している医療施設等、一定の要件に該当する医療施設等の建物工事費等の復旧に要する経費について補助する。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

被災した医療施設等を早期に復旧するための財政支援を行うことにより、被災地の復旧・復興を加速させ、国民生活の安全・安心に貢献する。

施策名：医療施設等の耐災害性強化

① 施策の目的

「防災・減災、国土強靱化のための5か年加速化対策」（令和2年12月11日閣議決定）等を踏まえ、災害時における医療提供体制を強化するため、防災・減災対策に関する施設整備等を行う。

② 対策の柱との関係

I	II	III
		○

③ 施策の概要

医療施設等の防災・減災対策を推進するため、耐震化にともなう改修・大規模修繕等のほか、非常用自家発電設備の整備、水害対策に伴う改修等、倒壊の危険性のあるブロック塀等の改修等の対策を講じる。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

	医療施設ブロック塀改修等施設整備事業	有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業	医療施設浸水対策事業	医療施設非常用自家発電装置施設整備事業	医療施設給水設備強化等促進事業	医療施設等耐震整備事業	災害拠点精神科病院施設整備事業	災害拠点精神科病院等設備等整備事業
実施主体	倒壊の危険性のあるブロック塀を保有する病院	消防法施行令の一部を改正する政令等により、新たにスプリンクラー等を整備する義務が生じた有床診療所等	ハザードマップ等による洪水・雨水出水・高潮の浸水想定区域や津波被害警戒区域に所在している①公的病院・診療所、②救命救急センター、災害拠点病院、災害拠点精神科病院、周産期母子医療センター、へき地医療拠点病院、へき地診療所、地域医療支援病院、特定機能病院、ほか政策医療実施機関			民間等の病院（災害拠点病院や救命救急センター等の救急医療を担っている病院及び耐震性が特に低い建物（Is値0.3未満）を有する病院）	災害拠点精神科病院	災害拠点精神科病院、DPAT先遣隊を有する病院

⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

医療施設等の耐震化整備等を支援し、防災・減災、国土強靱化を推進する。

施策名: 病院歯科整備事業

① 施策の目的

- 令和6年能登半島地震により、被災した地域において、歯科医療提供体制の構築が進んでいない地域があり、住民が近隣で歯科医療を受診することが難しい状況となっている。
- 歯科医療を提供できる体制を速やかに確保することができるよう、病院歯科の整備を支援する。

② 対策の柱との関係

I	II	III
		○

③④ 施策の概要、施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 被災者への歯科診療を確保するため、歯科医療を提供できる体制を速やかに構築できるよう、必要な病院歯科の整備を支援する。
- 実施主体：令和6年能登半島地震で被災した県
 (病院歯科の設置場所については、地域の歯科医療需要等を十分に考慮した上で決定)
- 主な補助内容
 設備整備(医療機器や診療システム等)に必要な経費



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

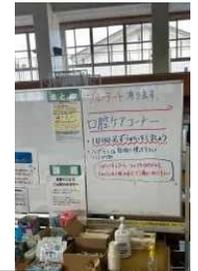
- 補正予算成立後、速やかに実施要綱等を発出し、被災地域へ交付
- 被災した地域の病院歯科の整備
 ⇒ 住民が身近な地域で歯科医療を受診できる環境を構築

① 施策の目的

- 大規模災害時には、医療提供能力が長期間かつ広範囲にわたり低下することが想定される。加えて、給水制限等により日常の口腔ケアも困難になること等により、高齢者の誤嚥性肺炎等のリスクが高まるとの指摘もあることから、避難所等で歯科保健医療提供体制を確保することは重要である。
- 令和6年能登半島地震においても、JDAT(日本災害歯科支援チーム)が避難所等で活動するとともに、被害が大きかった地域においては歯科診療車を活用し臨時的な歯科診療所を開設する等、被災者の口腔管理の支援が行われた。
- また、「骨太方針2024」においても、災害時における「歯科巡回診療」等の推進による医療の継続性確保に取り組む旨が明記された。
- 災害時においても、適切な歯科保健医療提供体制を確保できるよう、必要な設備整備を行う。

② 対策の柱との関係

I	II	III
		○



〔参考：石川県歯科医師会HP〕

③④ 施策の概要、施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 災害時に避難所等において歯科医療又は口腔ケア等の歯科保健医療活動の実施に必要な車両及びポータブルユニット(携帯型歯科用ユニット)等の診療に必要な器具・器材の整備を支援。
(災害時以外は、在宅歯科医療や過疎地域等の巡回歯科診療等、平時に使用可能な状態で維持する)
- 実施主体：都道府県(都道府県において補助対象先を決定)

<車両(例)>

- 歯科医療機器等を搬送する移動車
- 歯科巡回診療車

<歯科医療機器等(例)>

- ポータブルユニット
- ポータブルレントゲン
- オートクレーブ
- 浄水装置
- 発電機



(ポータブルユニット)

(ポータブルレントゲン)

(参考：DENTAPAC KOKOROリーフレット)



(参考：石川県歯科医師会HP)

歯みがき、お口のケアはあなたの命を守ります！

<p>肺炎を防ぐために歯みがきを！</p> <ul style="list-style-type: none"> お口が清潔でない状態が持続し、肺炎につながる。全身の免疫力の低下につながる。 高齢者は特に注意が必要。 	<p>入れ歯をきれいにして肺炎を防ぎましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> お口を清潔に保つことは入れ歯のお手入れが不可欠。 歯磨き入れ歯磨き器を使いましょう。 消毒薬は入れ歯磨きはしないでください。
<p>ハブラシがないとき</p> <ul style="list-style-type: none"> 歯磨き剤は少量の水で。 歯磨き剤の代わりに歯の汚れを落とす効果があります。 	<p>だ液を出す工夫を</p> <ul style="list-style-type: none"> だ液はお口の粘膜をきれいに保つことが重要です。 だ液が乾くと、お口の乾燥、歯ぐきの腫れ、出血、口臭の原因になります。
<p>水が少ないときの歯みがき</p> <ul style="list-style-type: none"> 約30mlの水を用意。 水でハブラシをゆわいて歯みがきします。 歯磨き剤は少量の水で。 歯磨き剤の代わりに歯の汚れを落とす効果があります。 歯磨き剤は少量の水で。 歯磨き剤の代わりに歯の汚れを落とす効果があります。 	

公益社団法人日本歯科医師会
監修：神戸薬科大学歯学部口腔保健学科 足立了平先生
提供：一般財団法人 サンスター財団、サンスターグループ

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 補正予算成立後、速やかに実施要綱等を発出し、都道府県へ交付
- 新たな災害に備え、円滑に歯科専門職を被災地に派遣できるよう、全ての都道府県で災害時の体制を整備

3. 個別の政策課題

① 死因究明等の推進について

ポイント（① 死因究明等の推進について）

- 死因究明等の推進については、令和元年に死因究明等推進基本法が成立。政府では、基本法を踏まえて、令和3年6月に閣議決定した死因究明等推進計画に基づき、様々な施策を講じてきたが、推進計画については、昨年7月に変更された。【P98】
- 変更後の推進計画では、①死因究明等に関する人材の育成と確保、②死因究明の実施体制の整備やその効果的な運用等が課題として掲げられており、厚生労働省においては、
 - ・ 臨床研修ガイドラインを改訂し、法医解剖実施施設等で臨床研修の選択研修が可能である旨の周知
 - ・ 各都道府県の死因究明の先導的なモデル構築を支援する死因究明等拠点整備モデル事業の推進
 - ・ 公衆衛生の向上、増進等に活用される体制整備の推進を図る方策として、例えば、死因究明センターの設置の方策を示すこと
 - ・ 死因究明等推進地方協議会運営マニュアルの充実や、死因究明等推進地方協議会の議論の活性化の促進等に取り組むこととされている。

ポイント（① 死因究明等の推進について）

- 他方で、死因究明等の推進については、政府だけではなく、都道府県における取組も重要であり、基本法においては、①その責務が規定され、②死因究明等に関する施策の検討や実施の推進等のために死因究明等推進地方協議会の設置が努力義務とされている。
- 現状、地方協議会についてはすべての都道府県で設置されている。他方で、その開催頻度や活動状況には都道府県ごとに差が見られるが、地方協議会は、警察や大学、医師会、歯科医師会等の様々な関係者を構成員とするものであり、その開催は、総合的かつ計画的な死因究明等に関する施策の検討や実施の推進等にとって有用である。
- 例えば、大阪府では、地方協議会を活用し、大阪府死因究明等推進計画を策定するとともに、同計画に基づき、死因究明等に関する人材の育成や確保、体制の均てん化等に取り組んでいる。
- 地方協議会の開催は有用と考えられるので、各都道府県には、①1年に1回は地方協議会を開催するとともに、②他の都道府県の活動状況や死因究明等推進地方協議会運営マニュアルも参考に、各都道府県における死因究明等の総合的かつ計画的な推進に取り組んでいただきたい。

ポイント（① 死因究明等の推進について）

- 厚生労働省では、各都道府県における死因究明等の推進に関する補助金として、
 - ・ 解剖や死亡時画像診断等に必要な経費を支援する「異状死死因究明支援事業」
 - ・ 解剖や死亡時画像診断等に必要な施設・設備の経費を支援する「死亡時画像診断システム等整備事業」
 - ・ 「死因究明拠点整備モデル事業」等を令和7年度当初予算案に計上しており、各都道府県におかれては、これら各種補助金を積極的にご活用いただきたい。【P100-102】
※死因究明拠点モデル事業実施団体公募の際には、各都道府県へ情報共有いたします。
- なお、「令和6年版死因究明等推進白書」を、令和6年12月13日に厚生労働省ホームページに公表しているため、参考としていただきたい。
掲載先：[死因究明等推進白書 | 厚生労働省 \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp)

死因究明等推進計画のポイント

<背景>

- 令和2年4月「死因究明等推進基本法」施行 → 令和3年6月「死因究明等推進計画」策定
 - ※ 政府は、死因究明等に関する施策の進捗状況等を踏まえ、3年に1回、死因究明等推進計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなければならない。（法第19条第7項）
- 令和5年度 死因究明等推進計画検証等推進会議（5回開催）

<現状と課題>

- 年間死亡数の増加
 - ※ 年間死亡数：138万人（R元）→157万人（R4）
- 死因究明等に係る人材の乏しさ
 - ※ 法医学教室の定年退職者増加、常勤医1人以下が10県（R4）、働き方改革の中での人員確保 等
- 死因究明等に係る更なる地域の体制整備の必要性等
 - ※ 地方協議会の議論の活性化と深化、連携の人的基盤や死因究明等に係る質の均てん化 等

ポイント

- 死因究明等に係る人材の育成、確保方策
 - ・ 検案医の増加、資質向上等を目的とした死体検案研修会
 - ・ 法医解剖実施施設等で臨床研修の選択研修が可能であることの周知
- 死因究明等に係る専門的な機関の全国的な整備方策
 - ・ 地方公共団体の体制整備推進支援（死因究明センターの設置、地域枠の活用等の助言）
 - ・ 地方協議会の運営マニュアルの充実
 - ・ 地方協議会の積極的開催、解剖等対応可能施設の把握、協議会による研修等への支援 等
- その他
 - ・ 地域の死因究明等・薬毒物検査の持続可能な体制の検討、整備の促進
 - ・ 予防のためのこどもの死亡検証（CDR）について、課題検討、好事例の横展開、普及啓発等の推進
 - ・ 検案医が死者の医療情報を迅速、確実に把握できるような仕組みの可能性の検討 等

死因究明等推進地方協議会運営マニュアル 概要

1. 本マニュアルの使い方

本マニュアルは都道府県において、地方協議会の設置や運営、死因究明等の施策に関する計画策定などに取り組む際の参考となるよう、留意点や事例等を示したものである。

2. 地域における死因究明等の体制整備の意義

死因究明により得られた知見は疾病の予防をはじめとする公衆衛生の向上に活用されているほか、死因が災害、事故、犯罪、虐待その他の市民生活に危害を及ぼすものである場合には、その被害の拡大や再発の防止等に寄与している。

3. 地方協議会を設置する際の具体的な手順

- ①事務局として担当者を決める
- ②死因究明等に関連する情報を収集する
- ③収集した情報を元に関連する部署・機関に協力を呼びかける
- ④実際に関係者で集まって地方協議会をスタートさせる

4. 地方協議会における取組事例

- ・東京都死因究明推進協議会
- ・滋賀県死因究明等推進協議会
- ・大阪府死因調査等協議会
- ・香川県死因究明等推進協議会
- ・鹿児島県死因究明等推進協議会

5. 地方協議会において中長期的に取り組むべき課題

- (1) 死体検案・解剖・検査等の専門的な体制の構築
- (2) 解剖・死亡時画像診断など死因究明等の結果の活用やデータベースの整備
- (3) 法医学等の人材の育成・確保

6. 死因究明等の施策に関する計画策定の具体的な流れ

地方協議会における活動が軌道に乗ってきた段階で、地域の状況に応じた死因究明等に関する施策を体系的に推進するため、各地域における死因究明等の施策に関する計画を策定することが重要である（高知県の事例紹介）。

7. 地方協議会における現状分析・施策立案・評価検証の流れ

- (1) 現状分析・目標設定
- (2) 施策の立案、関係者間での連携・協力の取り決め
- (3) 施策の実施・状況報告
- (4) 評価検証・施策の改善

8. 死因究明等の体制構築事例の紹介

- (1) 民間医療機関による死因究明体制の構築
（茨城県筑波剖検センター）
- (2) 地域医師会等への検案業務等の委託事例（東京都）
- (3) 死亡時画像診断実施にかかるCT車の導入事例（大阪府）
- (4) 奨学金貸与者を対象とした法医学者確保策（高知県）
- (5) 薬毒物検査の取組事例（福岡大学）

9. 地方協議会等に関する情報公開について

資料や議事録等については、自由闊達な議論の妨げにならないなど会議の運営に支障がない範囲で可能な限りホームページ等で公開することが望ましい。

10. 支援制度など国の取組の紹介

異状死死因究明支援事業

1 事業の目的

異状死に係る死因究明のための取組を行っている都道府県等に、死因不詳の死体に対して、解剖又は死亡時画像診断等の検査を実施する経費や、死因究明等推進地方協議会を開催する際の会議費等について財政的支援を行うことにより、死因究明の体制づくりを推進する。

2 事業の概要・スキーム

- ①法医学教室との連携等により、都道府県等の判断で解剖を実施
- ②CTやMRIを活用した死亡時画像診断の実施
- ③感染症の検査、薬毒物検査等の実施
- ④関係機関・団体等が参加する死因究明等推進地方協議会の開催
- ⑤死因究明等推進地方協議会の下で開催される研修の実施【追加】



3 実施主体等

- (1) 実施主体
都道府県
厚生労働大臣が認める者
- (2) 補助率 国：1／2
- (3) 補助基準額
 - ①行政解剖 200千円／件
 - ②死亡時画像診断 54千円／件
 - ③薬毒物検査 80千円／件
 - ④地方協議会 340千円／回 等
- (4) 本事業を活用した都道府県数
 - ・令和3年度 27
 - ・令和4年度 31
 - ・令和5年度 39

※令和5年度は交付決定した都道府県数

死亡時画像診断システム等整備事業

令和7年度予算案（令和6年度予算額）

設備分：医療施設等設備整備費補助金23億円（18億円）の内数

施設分：医療施設等施設整備費補助金21億円（27億円）の内数

1 事業の目的

死因究明のための死体解剖の実施に必要な設備及び死亡時画像診断システムを導入する医療機関等へ財政的支援を実施することにより、死亡時の病態把握や死因究明体制の推進を図る。

2 事業の概要・スキーム

①設備整備

死因究明のための解剖の実施に必要な設備及び死亡時画像診断又は死体解剖の実施に必要な医療機器購入費（解剖台、薬物検査機器、CT、MRI等）の支援

②施設整備

死因究明のための解剖の実施に必要な施設及び死亡時画像診断の実施に必要な施設の新築、増改築及び改修に要する工事費又は工事請負費（解剖室、薬物検査室、CT室、MRI室）の支援



国

申請 ↑ ↓ 交付

都道府県

事業実施

3 実施主体等

(1) 実施主体

都道府県、市町村等及び
その他厚生労働大臣が認める者

(2) 補助率

国：1/2

(3) 補助基準額

①設備整備

・死亡時画像診断室 37,180千円
・解剖室 53,700千円

②施設整備

・死亡時画像診断室 42,621千円
・解剖室 105,782千円

(4) 本事業を活用した都道府県数

令和3年度 1
令和4年度 5
令和5年度 11

※令和5年度は交付決定した都道府県数

參考資料

死因究明等推進基本法の概要①

目的【第1条】

死因究明等（死因究明及び身元確認）に関する施策を総合的かつ計画的に推進し、もって安全で安心して暮らせる社会及び生命が尊重され個人の尊厳が保持される社会の実現に寄与。

基本理念【第3条】

- ① 死因究明等の推進は、(1)生命の尊重・個人の尊厳の保持につながる事、(2)人の死亡に起因する紛争を未然に防止し得ること、(3)国民生活の安定及び公共の秩序の維持に資すること、(4)医学、歯学等に関する専門的科学的知見に基づいて、診療上の情報も活用しつつ、客観的かつ中立公正に行われなければならないこととの基本的認識の下に、死因究明等が地域にかかわらず等しく適切に行われるよう、死因究明等の到達すべき水準を目指し、死因究明等に関する施策について達成すべき目標を定めて、行われるものとする。
- ② 死因究明の推進は、(1)死因究明により得られた知見が公衆衛生の向上及び増進に資する情報として広く活用されるとともに、(2)災害、事故、犯罪、虐待等が発生した場合における死因究明がその被害の拡大及び再発の防止等の実施に寄与することとなるよう、行われるものとする。

国等の責務【第4条～第6条】

- ① 国：死因究明等に関する施策を総合的に策定し、実施する。
- ② 地方公共団体：国との適切な役割分担を踏まえて、地域の状況に応じた施策を策定し、実施する。
- ③ 大学：死因究明等に関する人材の育成及び研究を自主的かつ積極的に行うよう努める。

連携協力【第7条】

国、地方公共団体、大学、医療機関、関係団体、医師、歯科医師その他の死因究明等に関係する者は、死因究明等に関する施策が円滑に実施されるよう、相互に連携を図りながら協力しなければならない。

○ 法制上の措置等【第8条】 ○ 年次報告【第9条】

死因究明等推進基本法の概要②

基本的施策【第10条～第18条】

- ① 死因究明等に係る医師、歯科医師等の人材の育成、
資質の向上、適切な処遇の確保等
- ② 死因究明等に関する教育及び研究の拠点の整備
- ③ 死因究明等を行う専門的な機関の全国的な整備
- ④ 警察等における死因究明等の実施体制の充実
- ⑤ 死体の検案及び解剖等の実施体制の充実
- ⑥ 死因究明のための死体の科学調査の活用
- ⑦ 身元確認のための死体の科学調査の充実及び身元確認に係るデータベースの整備
- ⑧ 死因究明により得られた情報の活用及び遺族等に対する説明の促進
- ⑨ 情報の適切な管理

死因究明等推進計画【第19条】

到達すべき水準・個別的施策等を定め、閣議決定→実施状況の検証・評価・監視→3年に1度見直し（ローリング）

死因究明等推進本部【第20条～第29条】 厚生労働省に設置

- ・死因究明等推進計画の案の作成
- ・施策について必要な関係行政機関相互の調整
- ・施策に関する重要事項の調査審議、施策の実施の推進、実施状況の検証・評価・監視

【組織】本部長：厚生労働大臣、本部員（10名）：本部長以外の国務大臣・有識者、専門委員・幹事・事務局を置く

死因究明等推進地方協議会【第30条】

地方公共団体は、その地域の状況に応じて、死因究明等を行う専門的な機関の整備その他の死因究明等に関する施策の検討を行うとともに、当該施策の実施を推進し、その実施の状況を検証し、及び評価するための死因究明等推進地方協議会を設けるよう努めるものとする。

医療の提供に関連して死亡した者の死因究明に係る制度【第31条】

医療の提供に関連して死亡した者の死因究明に係る制度については、別に法律で定めるところによる。

② オンライン診療について

ポイント（②オンライン診療について）

- 国、都道府県、市町村を中心とする関係者の取組みの方向性を提示し、オンライン診療その他の遠隔医療の適正かつ幅広い普及に資することを目的とした「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」を令和5年6月に策定した。基本方針に基づき、国民・患者向けの啓発資材、医療機関が導入時に参考とできるような事例集等の作成や、遠隔医療に関するエビデンスの収集・構築等の取組を進めている。【P108-110】
- なお、オンライン診療を含む遠隔医療の実施に必要な通信機器等の整備に対する補助金を予算措置しているところであり、都道府県におかれては積極的に活用されたい。【P111】
- 医事法制上、オンライン診療は解釈運用によって、機動的・柔軟にその実施が図られてきており、現に指針に基づき実施されているが、解釈によって適切な実施を図るには課題が生じている。【P112】
- また、規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）を受け、個別の患者が居宅以外にオンライン診療を受診できる場所やオンライン診療のための医師非常駐の診療所についての考え方を示してきたが、その件数を踏まえると、通知の内容も含めて、よりわかりやすい形での周知を行うなど、適切なオンライン診療の推進を図るべき状況となっている。【P113-114】
- そこで、社会保障審議会医療部会の意見書のとりまとめ（令和6年12月25日）においては、現行制度の運用を活かす形で、医療法にオンライン診療の総体的な規定を設けるべきとされている。具体的には、オンライン診療を定義し、オンライン診療を行う医療機関はその旨を所在地の都道府県知事に届け出ることとした上で、現行のオンライン指針の内容を基に、厚生労働大臣はオンライン診療を行う医療機関の管理者が講ずべき措置に関して、その適切な実施を図るための基準を定め、管理者は当該基準を遵守することとし、加えて、オンライン診療の受診の場を定義し、当該場の設置者は所在地の都道府県知事に届け出ることとした上で、当該場の設置者は必要な事項を公表することとされている。（制度見直しの全体は、「1. 医療提供体制の総合的な改革の検討状況」を参照）【P115-116】

オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針（令和5年6月）

基本方針の目的

- ・ オンライン診療その他の遠隔医療の実施形態及びその特徴を整理した上で、現状の課題及びその解決に向けて、関係者の取組みの方向性を提示することで、**オンライン診療その他の遠隔医療の適正かつ幅広い普及**に資することを目的とする。
- ・ **ここでいう「適正」な推進とは、安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に地域の医療提供体制を確保する観点も含まれる。**

オンライン診療等（医師と患者間での遠隔医療）

オンライン診療、オンライン受診勧奨
(D to P、D to P with N 等)

【期待される役割】

- 通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現
- 訪問診療および往診等に伴う医療従事者の負担軽減
- 医療資源の柔軟な活用
- 患者がリラックスした環境での診療の実施
- 感染症への感染リスクの軽減

【現状の課題】

- 医療機関職員のリテラシーの向上
- システムの導入・運用
- 患者の理解促進

【取組の方向性】

- 国の取組み：医療機関が導入時に参考とできる事例集、手引き書、チェックリスト等の作成。オンライン診療等に関する課題整理、エビデンス収集・構築。
- 都道府県及び市町村の取組み：地域でオンライン診療を実施している医療機関について住民が把握しやすいように工夫。



医師等医療従事者間での遠隔医療

遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション、
遠隔カンファレンス、遠隔救急支援、12誘導心電図伝送、
遠隔ICU、遠隔手術指導等（D to D 等）

【期待される役割】

- 医療資源の少ない地域における医療の確保への貢献
- 効率的・効果的な医療提供体制の整備
- 医療従事者の働き方改革等への寄与

【現状の課題】

- 遠隔にいる医師（医療従事者等）の役割と責任の範囲の明確化
- 個人情報保護法制に沿った患者の医療情報の共有
- システムの安全管理、緊急時や不測の事態への対応策の検討

【取組みの方向性】

- 国の取組み：医療機関が導入時に参考とできる事例集、手引き書等の作成。遠隔医療に関する課題整理、エビデンス収集・構築。
- 都道府県及び市町村の取組み：地域における先行事例を把握し、導入を検討中の医療機関に対して、導入済みの医療機関を紹介するなど、医療機関間の連携関係の構築の支援。



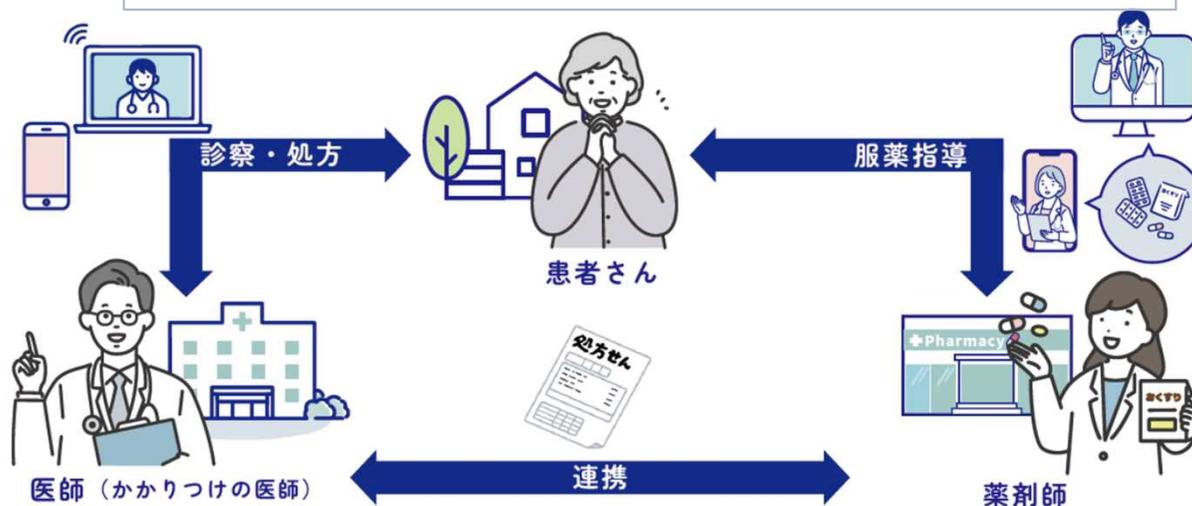
遠隔医療の普及推進にかかる事業（令和5年度）

1 事業の目的と概要

- これまでもオンライン診療を含む遠隔医療が活用されてきた。新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、国民・患者からのオンライン診療の需要が高まるとともに、医療提供側の感染予防対策としてもその有用性が認識されている。
- 一般診療においても、アクセスが制限されている地域や通院が困難な患者に対する診療に加えて、医療関係者間の円滑な意思疎通手段として、遠隔医療は幅広い活用が期待される。
- 一方で、オンライン診療の利用が進んでいない実態があることから、令和3年6月「規制改革実施計画」を踏まえ、令和5年6月「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」が策定された。この基本方針に基づいて遠隔医療の普及活用を適正に進めるため、オンライン診療を実際に開始するに当たり、患者・医療機関・薬局・自治体の皆様が参考とできる事例集・手引き書・チェックリスト等の資料・広報用のリーフレット・ホームページを作成した。

2 事業の成果物

安心・安全にオンライン診療を受けるためのチェックリスト
オンライン診療についての広報用リーフレット（自治体→国民）



オンライン診療の利用手順の手引き書
オンライン診療の適切な実施に関する指針遵守のためのチェックリスト
オンライン診療を活用している医療機関の事例集

オンライン診療の利用手順の手引き書
（処方薬の受け渡し方法）

遠隔医療設備整備事業

令和7年度予算案 1.0億円 (1.4億円) ※ () 内は前年度当初予算額

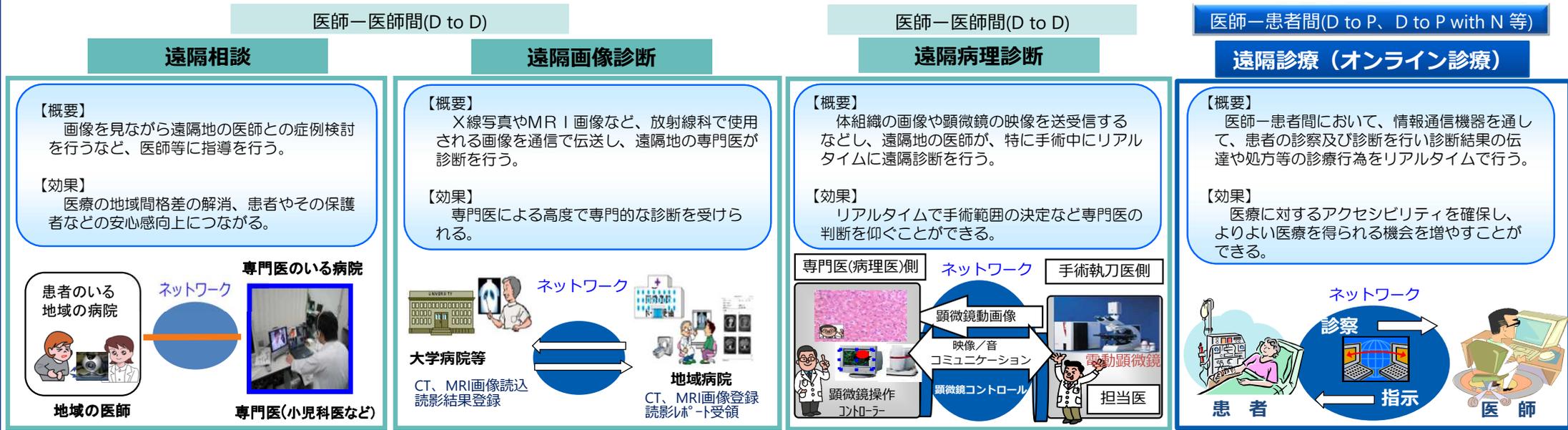
※医療施設等設備整備費補助金のメニュー予算

1 事業の目的

この事業は、情報技術を応用した遠隔医療を実施することにより、医療の地域格差を解消し、医療の質及び信頼性を確保することを目的とする。

2 事業の概要・スキーム

情報通信機器を活用して病理画像・X線画像等を遠隔地の医療機関に伝送し、専門医の診断・助言を得ることで、適切な対応を可能とする。また、患者の通院負担軽減や医師の移動負担軽減、医療資源の柔軟な活用などの観点から、情報通信機器を活用して、医師と患者間における遠隔地からの診療を行う。



3 実施主体等

- 実施主体: 都道府県、市町村、厚生労働大臣の認める者
- 補助率: 2分の1
- 補助対象経費: 遠隔医療の実施に必要なコンピュータ及び附属機器等の購入費
- 補助基準額: 遠隔病理診断(支援側 4,598千円、依頼側 14,198千円)、遠隔画像診断及び助言(支援側 16,390千円、依頼側 14,855千円)、オンライン診療(※)装置(8,250千円) ※保険診療を目的に行う整備に限る。

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条(※)に抵触するものではないことを明確化。

※医師法第20条は、医師が自ら診察しないで治療等してはならないこと(無診察治療等の禁止)を定めている。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な 情報提供	遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項	オンライン診療の提供体制に関する事項	その他オンライン診療に関連する事項
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師-患者関係/患者合意 ○ 適用対象 ○ 診療計画 ○ 本人確認 ○ 薬剤処方・管理 ○ 診察方法 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師の所在 ○ 患者の所在 ○ 患者が看護師等という場合のオンライン診療 ○ 患者が医師という場合のオンライン診療 ○ 通信環境 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師教育/患者教育 ○ 質評価/フィードバック ○ エビデンスの蓄積

参考：厚生労働省ホームページ（オンライン診療に関するホームページ）

オンライン診療を受診できる場の整理について

個別の患者が居宅以外にオンライン診療を受診できる場所について

【取組内容】

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に関するQ&Aの改訂

【取組の詳細】

- 居宅と同様、療養生活を営む場所として、長時間にわたり滞在する通所介護事業所等もオンライン診療できる場であることを明確化
- その際、医療の提供は、居宅同様、医師と患者の対一関係の中で提供されるものであるため、利用者が誤解を招かないよう通所介護事業所等が診療所に課せられる医療法の各種規制の対象とならないことを明確化した上で、利用者等に対する周知やサポートも可能とする。
- また、事後的な検証の観点から、実施状況の報告を求める。
※なお、通所介護事業所等で医療補助行為や医療機器を使用するような場合などは、診療所の開設が必要。

オンライン診療のための医師非常駐の診療所について

【取組内容】

通知「特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための開設について」発出

【取組の詳細】

- 医師非常駐の診療所について、「へき地等」の地域限定を廃止し、必要性に応じた運用に転換
- 必要性に応じた運用をするため、以下を実施
 1. 医療機関へのアクセスが困難な高齢者を対象にする場合など都道府県による必要性の確認
 2. 患者の急変時における対応ができる体制の担保
 3. 実施状況の把握・検証

オンライン診療のための診療所と療養生活の場におけるオンライン診療の概況について

第113回社会保障審議会医療部会

資料1-3

令和6年11月28日

○ 1月16日に発出した通知(※1)に係る自治体からの回答概況(※2)は下記のとおり

※1 「特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について」(令和6年1月16日医政総発0116第2号)、「「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に関するQ&A」の改訂について」(令和6年1月16日医政総発0116第1号)

※2 回答率：85% (全157自治体のうち134自治体)

公民館等を利用したオンライン診療のための医師非常駐の診療所について

- ・件数：16診療所
 - ※ うち14診療所は巡回診療の形態で実施されている。
 - ※ うち2診療所は、対面診療を行わない日において医師非常駐でオンライン診療を行う形態で実施されている。
- ・診療科：内科(12件)、外科・整形外科(5件)、小児科(3件) ※ 回答のあったもののみ。1診療所で複数診療科のケースあり
- ・主な活用場面、対象者：定期的な診察・いつもと同じ薬の処方、65歳以上の者
- ・急変時対応：全件において、患者の急変時に対面で対応する医療機関が定められている
- ・医療機器の使用有無：血圧計など事業所や施設が貸し出したものを使用しているケースあり(7件)
- ・地域医療における主な必要性：診療所へのアクセス性を高めた患者の受診負担の軽減、へき地・離島での住民の受診機会の確保等

通所介護事業所等の療養生活の場でのオンライン診療について

- ・自治体に相談のあった件数：2件
 - ・診療科：内科(1件)、精神科・心病内科(1件)
 - ・主な活用場面：2件とも、定期的な診察・いつもと同じ薬の処方
 - ・急変時対応：2件とも、患者の急変時に対面で対応する医療機関が定められている
 - ・医療機器の使用有無：血圧計など事業所や施設が貸し出したものを使用しているケースあり
- ※ 業界団体を通じた介護事業所宛の照会については、61件回答があり、うち1件のみオンライン診療を行っているものがあり、当該事例は、体調を崩して通院していた状況から数日経過し、利用者・家族からの要望を受け、オンライン診療へ切り替えたものとなっている。

こうしたオンライン診療のための医師非常駐の診療所の開設数や、療養生活の場で実施されているオンライン診療の件数を踏まえると、通知の内容も含めて、よりわかりやすい形での周知を行うなど、適切なオンライン診療の推進を図るべきではないか。

- **医事法制上、オンライン診療は解釈運用**によって、機動的・柔軟にその実施が図られてきた。
- 他方、**解釈によって適切な実施を図るには課題**があるところ、法制上の位置づけを明確化し、**適切なオンライン診療を更に推進**していくことが求められる。
- そこで、**現行制度の運用を活かす**形で、**医療法にオンライン診療の総合的な規定**を設ける。

オンライン診療を行う医療機関

【オンライン診療の定義】

情報通信機器を活用して、医師又は歯科医師が遠隔の地にある患者の状態を視覚及び聴覚により即時に認識した上で、当該患者に対し行う診断又は診療

【内容】

- **オンライン診療を行う医療機関はその旨を届け出る**（都道府県Aへの届出）。
- **厚労大臣は、オンライン診療を行う医療機関の管理者が講ずべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るための基準を定める。**
（※）現行のオンライン診療指針に記載されている、実施場所・患者への説明事項・病状急変時の体制確保等について法令で定める
- オンライン診療を行う**医療機関の管理者は、厚労大臣が定める基準（オンライン診療基準）を遵守することとする。**

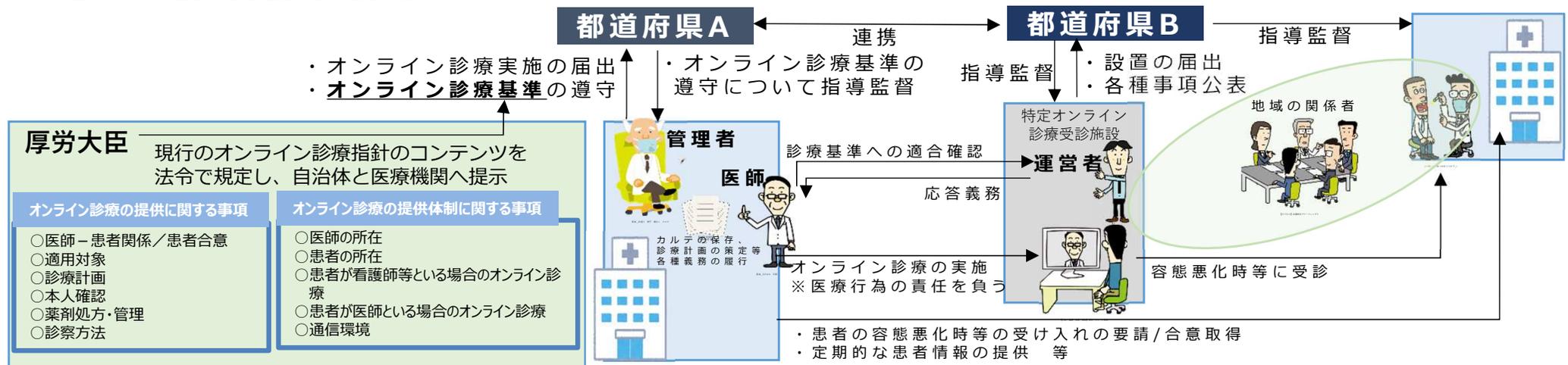
特定オンライン診療受診施設

【定義】： オンライン診療が、施設にいる患者に対して行われる施設であつて、当該施設の設置者が、医師又は歯科医師に対し、業として、オンライン診療を行う場として提供しているもの

【内容】

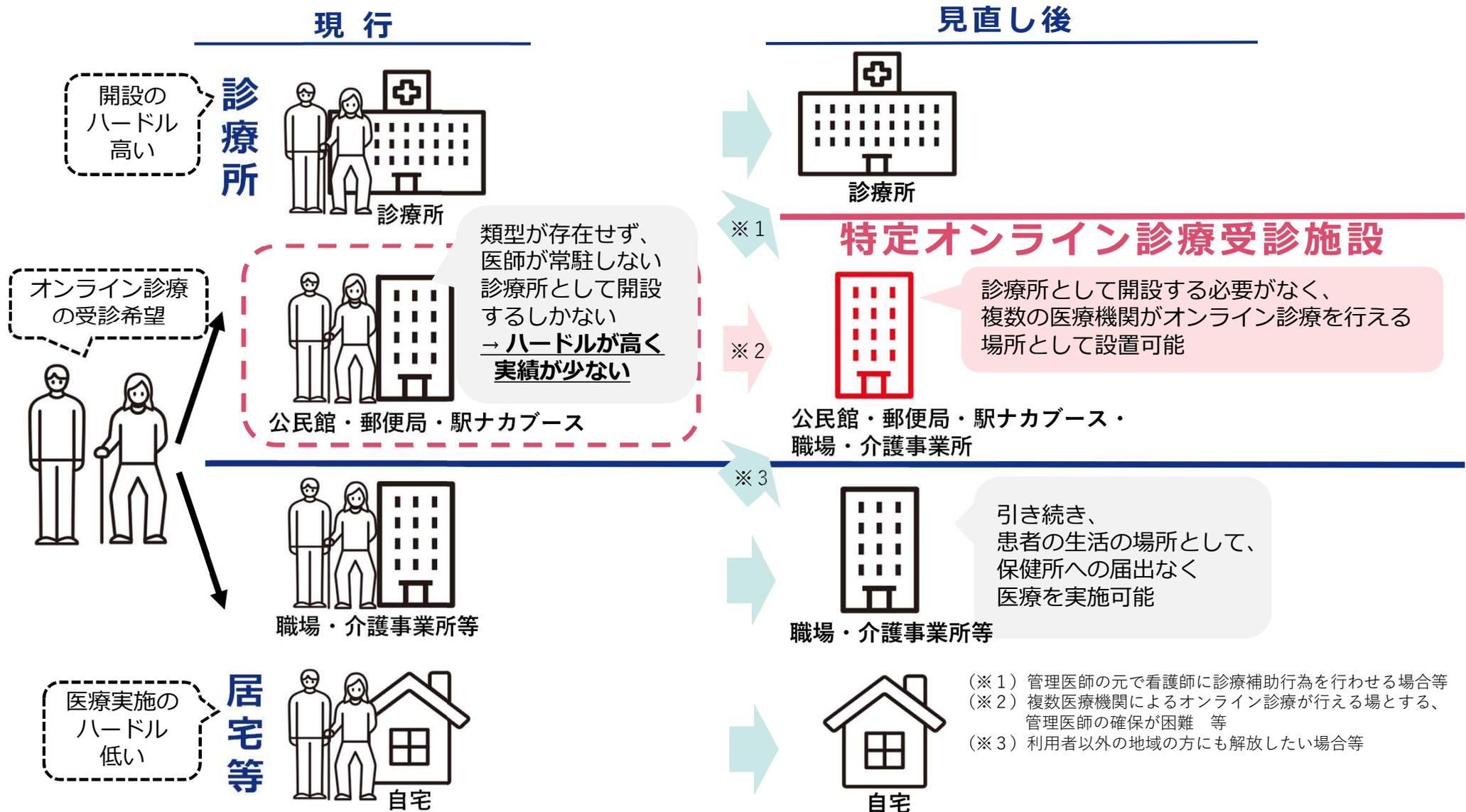
- 所在地の都道府県知事（都道府県B）に対して、特定オンライン診療受診施設の設置者は**届け出る**。
- 特定オンライン診療受診施設の設置者は、**運営者を置かなければならない**。
- 特定オンライン診療受診施設での**オンライン診療の実施の責任**は、**オンライン診療を行う病院/診療所の医師が負う**（都道府県Aが指導監督）
 → 実施医療機関の医師がオンライン診療基準を満たす義務がある
- そこで、**オンライン診療を行う医療機関の管理者が、特定オンライン診療受診施設の運営者に対して、オンライン診療基準への適合性の確認を行うこととし、特定オンライン診療受診施設の運営者には応答義務**を課す。

（※） オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容態急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受け入れの合意等を取得し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする。



制度見直し後のオンライン診療が受けられる場について（イメージ）

- 現行、本来的に医療を提供しない施設でオンライン診療が行われる場合、診療所として開設しない限り、公衆・特定多数人に医療を提供できなくなっている。
- そこで、診療所としての開設を要することなく、オンライン診療が行える場を整備する



參考資料

オンライン診療のための診療所について

特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設についてより抜粋

通知のポイント

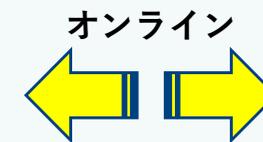
令和6年1月16日 医政総発0116第2号

1. オンライン診療のための医師非常駐の診療所について、必要性があると認めた場合においては、特例的に、医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設を認めることとする（※1）。
2. オンライン診療が医療機関の事業として行われる場合であって、定期的に反復継続して行われることのない場合又は一定の地点において継続して行われることのない場合については、「巡回診療の医療法上の取り扱いについて」により、新たに診療所開設の手続を要しない場合がある。

1. オンライン診療のための診療所の開設の手続きが必要な場合



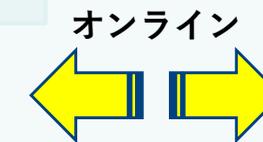
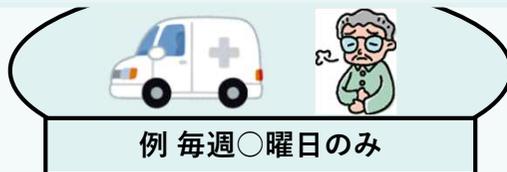
自治体は開設の必要や「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が遵守されているか確認すること



2. 新たに診療所開設の手続を要しない場合

定期的に反復継続しない場合（※2）

一定の地点において継続しない場合（※3）



- （※1）現状では、自宅でのオンライン診療の受診又は患者が必要とする医療機関の適時の利用が困難であり、オンライン診療の受診を希望する住民が存在する場合など、住民の受診機会が不十分であると考えられる理由の提出を求めること。
- （※2）定期的に反復継続（おおむね毎週2回以上とする。）して行われることのない場合
- （※3）一定の地点において継続（おおむね3日以上とする。）して行われることのない場合
- （※4）（※2）または（※3）の場合、「巡回診療の医療法上の取り扱いについて」（昭和37年6月20日付け医政発第554号厚生省医務局長通知。）に準じて、新たに診療所開設の手続を要しないものとする

職場やデイサービス等の「療養生活の場」におけるオンライン診療について

オンライン診療指針Q&Aより抜粋

Q23 患者の所在として認められる例として職場が例示されていますが、通所介護事業所や学校など、職場以外の場所はあてはまらないのですか。【V2(2)関係】

A23 オンライン診療は原則として、個々の患者の居宅において受診していただくものであるところ、個々の患者の日常生活等の事情によって異なりますが、居宅と同様、療養生活を営む場所として、患者が長時間にわたり滞在する場合には、オンライン診療を受診できる場所として認められます。

職場については、居宅と同様に長時間にわたり滞在する場所であることを踏まえ、療養生活を営むことができる場所として、個々の患者の所在と認められる場合があることを示したものです。

お尋ねの学校や通所介護事業所などについても、個々の患者の日常生活等の事情によって異なりますが、居宅と同様、療養生活を営む場所として、患者が長時間にわたり滞在する場合には、個々の患者の所在として認められます。（※）

※ オンライン診療により医師が行う診療行為の責任については、原則当該医師が責任を負うため、医師は患者の所在が適切な場所であるかについて確認する必要があります。

※ 学校の敷地内においてオンライン診療を受診する場合は、学校等の許可を得た上で、本来の業務運営に支障のない範囲で、患者本人又はその保護者が、その責任においてオンライン診療を受けるものであり、患者の急変時などの緊急時の体制確保等を含めて、オンライン診療については原則当該医師が責任を負うことに留意が必要です。

その際、この場合における医療の提供は、居宅同様、医師と患者の対一関係の中で提供されるものであるため、利用者が誤解しないよう、通所介護事業所等が、自ら医療提供を行わないこと、及び、診療所に課せられる医療法の各種規制（清潔保持、医療事故の報告、報告徴収等）の対象とならないことを利用者に説明した上で、事業所等の利用者等に対する周知や事業所等の職員による機器操作のサポートが可能です。（※）

※ 通所介護事業所等が自ら医療提供を行うこと及びオンライン診療時に、診療の補助行為や通常医療機関に置いているような医療機器の使用等がなされる場合などは、診療所の開設が必要となります。例えば、オンライン診療時に、看護師等が採血等をする場合は、診療の補助行為に含まれます。

※ 高齢者のニーズに対応するサービス(介護保険外サービス)として、通所介護のサービス提供時間外に、通所介護の職員が職場の ICT 機器を使用する等、利用者のオンライン診療をサポートする場合には、利用者からの同意を取得し、介護保険サービスと明確に区分した上で、保険外サービスとして可能です。

また、事後的な検証の観点から、通所介護事業所等で診療所を開設せず利用者に対してオンライン診療を受診する場の提供の実施状況の調査を予定しています。

居宅等関係

第一条の二 (略)

2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、**病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）**、**医療を受ける者の居宅等（居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。）**において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

(施行規則)

第一条 医療法（昭和三十二年法律第二百五号。以下「法」という。）第一条の二第二項の厚生労働省令で定める場所は、次のとおりとする。

- 一 老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第二十条の四に規定する養護老人ホーム（第九条第三項第三号において同じ。）
- 二 老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム（第九条第三項第四号において同じ。）
- 三 老人福祉法第二十条の六に規定する軽費老人ホーム（第九条第三項第五号において同じ。）
- 四 有料老人ホーム
- 五 前各号に掲げる場所のほか、**医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所**であつて、法第一条の二第二項に規定する**医療提供施設（以下単に「医療提供施設」という。）以外の場所**

医療提供施設関係

第一条の五 この法律において、「病院」とは、医師又は歯科医師が、**公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所**であつて、二十人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。

2 この法律において、「診療所」とは、医師又は歯科医師が、**公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所**であつて、患者を入院させるための施設を有しないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいう。

③ かかりつけ医機能について

ポイント（③かかりつけ医機能について）

- 令和5年の改正医療法において、「かかりつけ医機能が発揮されるための制度整備」として、医療機能情報提供制度の刷新やかかりつけ医機能報告の創設が行われたところであり、国民への情報提供やかかりつけ医機能の充実・強化を行っていくこととしている。【P123】
- まず、医療機能情報提供制度の刷新については、全国の医療機関から報告いただいた医療機能に係る情報を一元化・標準化した「全国統一システム」を構築し、令和6年4月より本システムを活用した国民への情報提供を開始している。引き続き、本制度の運用にご協力をお願いします。【P124】
- また、かかりつけ医機能報告の創設については、慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能を、医療機関から都道府県に報告し、都道府県がこれらの機能の確保に係る体制を有することを確認し、地域関係者との協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討する仕組み。【P125】
- これまで、報告を求めるかかりつけ医機能の内容や地域における協議の場のあり方など、当該報告制度の詳細について、「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」において議論を重ねてきたところであり、令和6年7月末にとりまとめを行った。現在、当該とりまとめを踏まえ具体的な制度運用について検討しており、令和6年度末までに改正省令や制度運用ガイドライン、事例集等をお示しする予定。【P126-128】
- 都道府県におかれては、これらの制度の円滑な施行について、引き続きご協力をお願いします。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 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ための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、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制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する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。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

医療機能情報提供制度の刷新

➤ 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」(※)の充実・強化を図る。

(※) 医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報(診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等)について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

【見直しのポイント】

① 医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

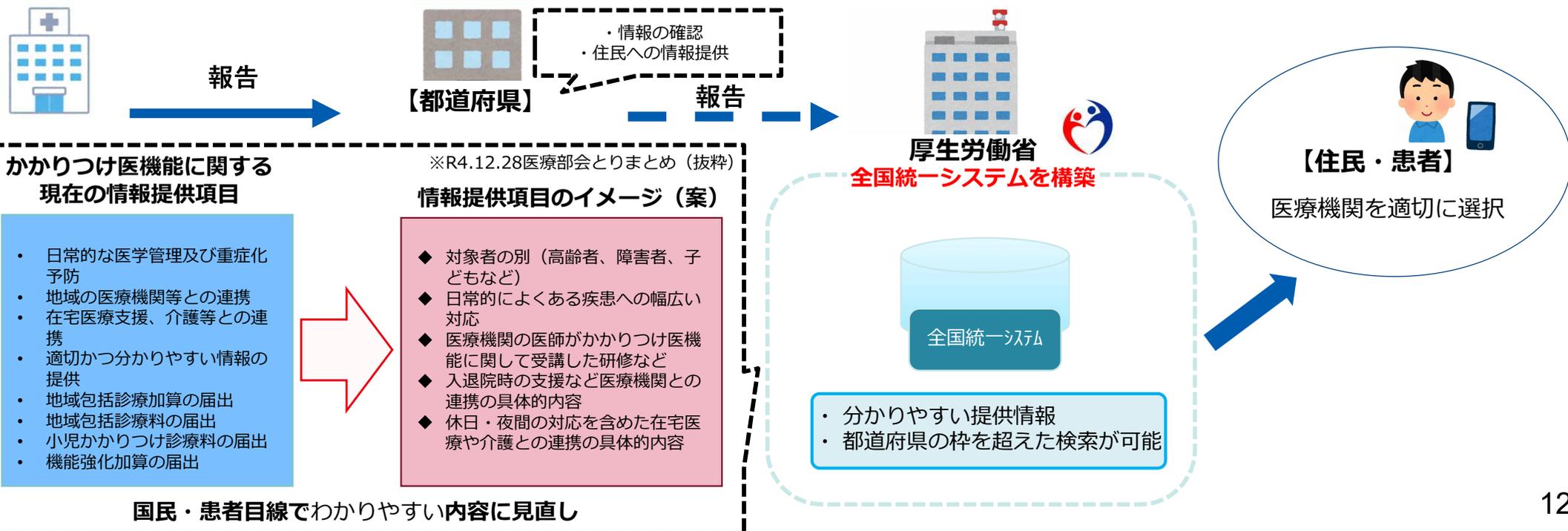
<かかりつけ医機能>

身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義

② 全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供

③ 国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**(厚生労働省令)

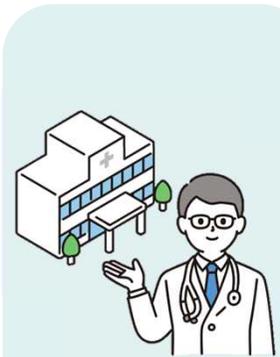
(具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。)



かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能確保のために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



かかりつけ医機能報告
対象医療機関

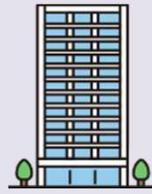
① かかりつけ医機能の報告

◆継続的な医療を要する者に対する かかりつけ医機能の有無・内容

(第30条の18の4第1項)

<報告項目イメージ>

- 1: 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
- 2: 1を有する場合、
(1)時間外診療、(2)入退院支援、(3)在宅医療、(4)介護等との連携、(5)その他厚生労働省令で定める機能



都道府県

② 報告の内容

(第30条の18の4第7項)

③ 都道府県の確認

2(1)~(4)等の機能の確保に係る体制を確認(※)。
(第30条の18の4第2項)

・体制に変更があった場合は、再度報告・確認
(第30条の18の4第4項)

(第30条の18の4第3項、第5項)

⑤ 確認結果の報告

④ 確認結果

公表



外来医療に関する
地域の協議の場

⑥ 地域でかかりつけ医機能確保のために必要な具体的方策を検討 (第30条の18の5)

具体的方策の例

- ◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
- ◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
- ◆地域の医療機関間の連携の強化 など

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。

※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦ 協議結果

公表

※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

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について

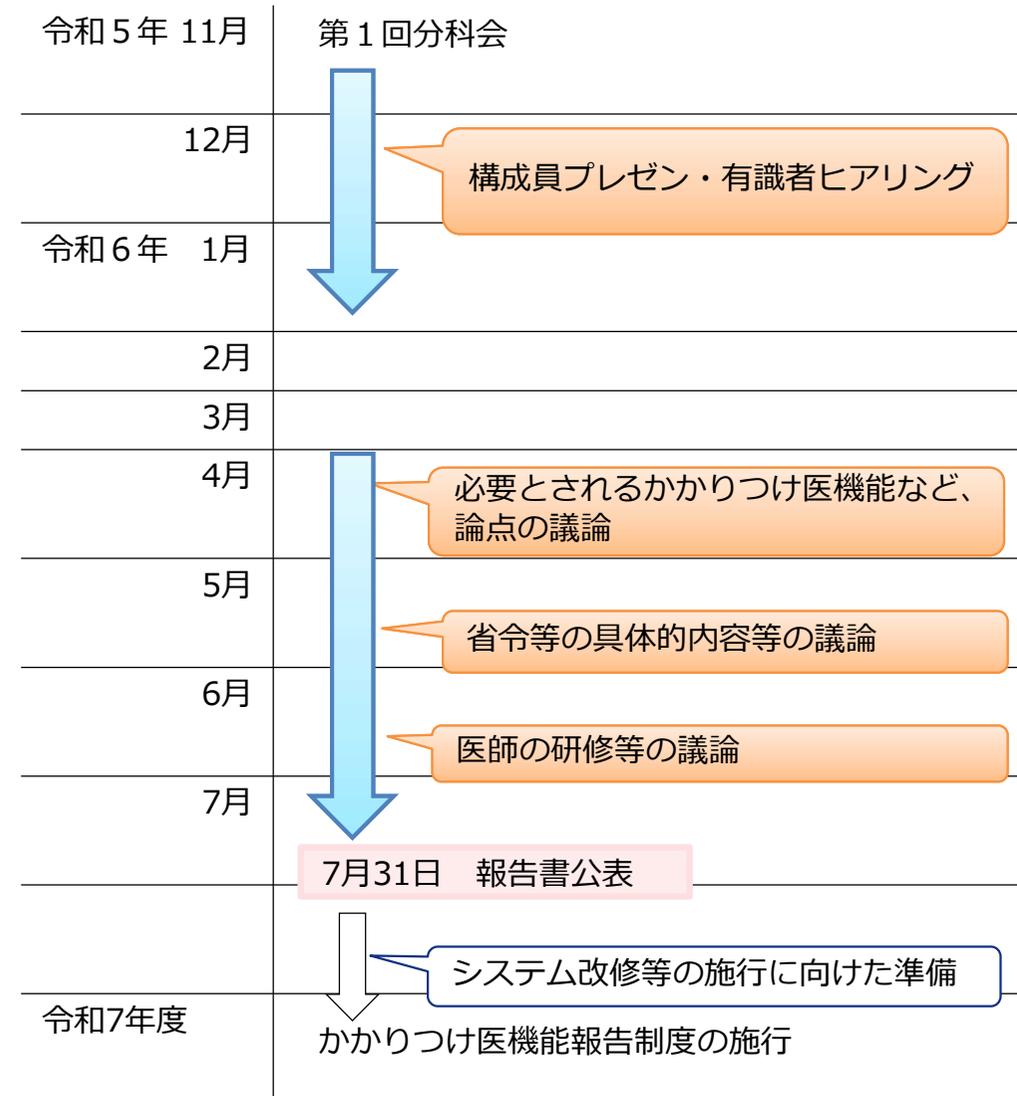
令和6年9月5日 第110回社会保障審議会医療部会（資料3）

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

（敬称略、五十音順）

阿部 一彦	日本障害フォーラム(JDF) 代表
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長
石田 光広	稲城市副市長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／ 医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所臥龍代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授
角田 徹	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会委員長
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
座長 永井 良三	自治医科大学学長
長谷川 仁志	秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授
服部 美加	新潟県在宅医療推進センター基幹センターコーディネーター
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

かかりつけ医機能報告の施行に向けた検討スケジュール



制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
- ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

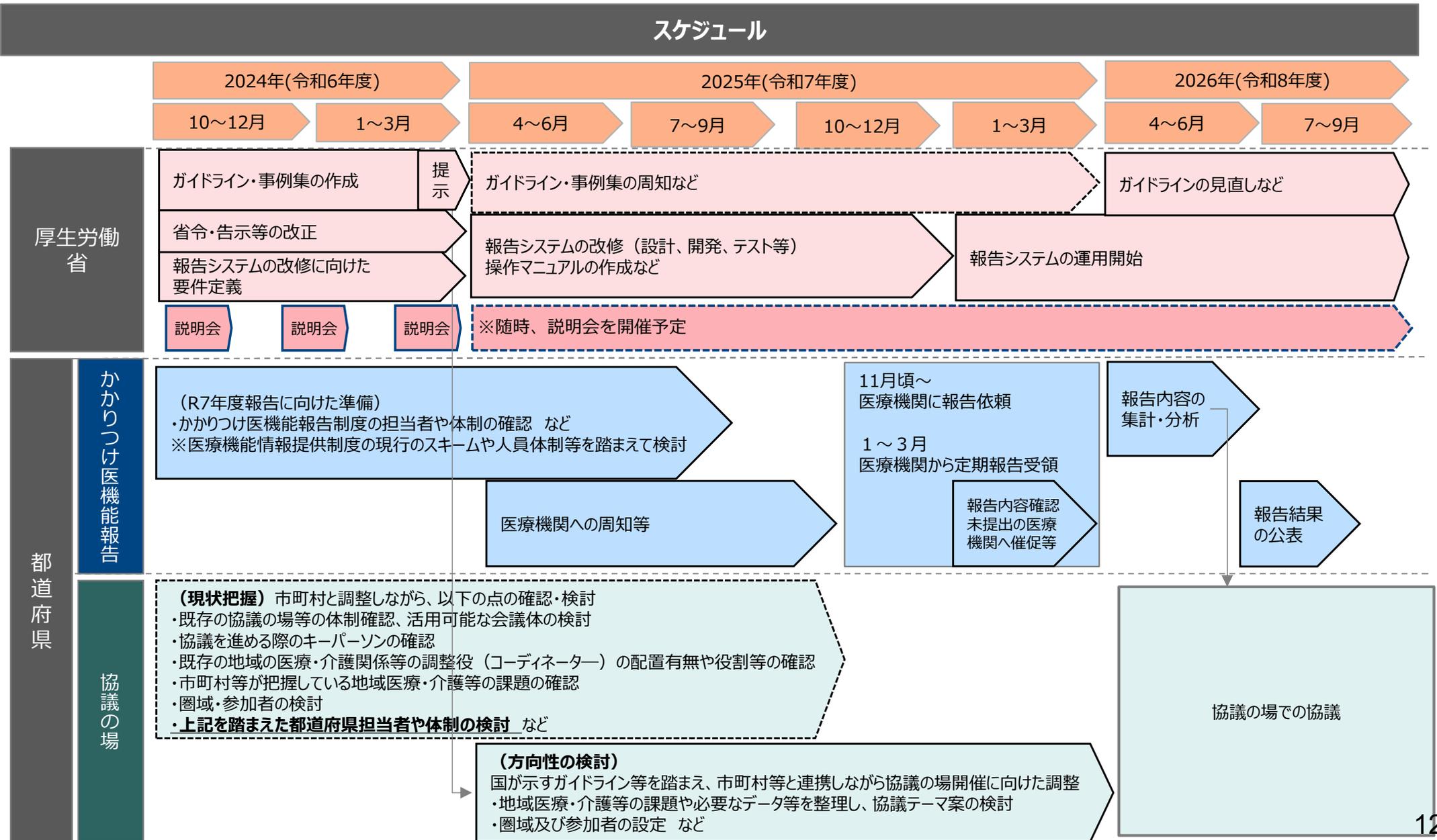
- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

都道府県における今後のスケジュールイメージ

○ 今後のスケジュール（現時点の想定）は以下のとおり。



參考資料

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）の概要

改正の趣旨

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、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、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、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

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

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直し。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【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、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

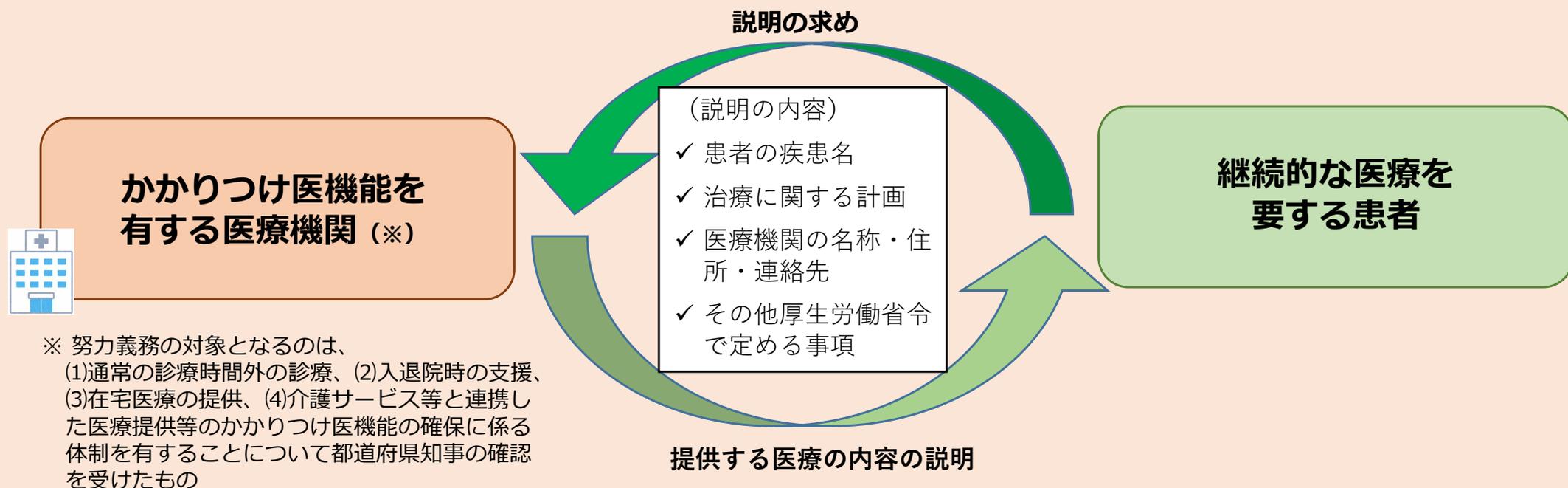
患者に対する説明について

- かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- 対象患者：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

④ 医療法人の経営情報のデータベース
(M C D B) について

ポイント（④医療法人の経営情報のデータベース（MCDB）について）

- 令和5年8月から、医療の置かれている現状と実態を把握するために必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民の理解に向けた丁寧な説明を行うため、医療法人が開設する病院及び診療所に係る経営情報を新たに収集し、データベースとして整備しているところ。
- 令和5年度中に決算を迎えた医療法人からの報告については、電子での承認及び紙媒体の転送に、お忙しい中ご対応いただき感謝申し上げます。皆様のご協力のおかげで、制度開始初年度から、十分に分析を行える数の法人から報告をいただきました。
- これから、最も対象数が多い3月末決算法人からの報告を迎えることとなるが、引き続き、電子での承認及び紙媒体の転送へのご協力をお願いします。
- また、令和7年4月1日から、報告システムがG-MISからWAMが構築するシステムに切り替わる。医療法人が新システムを利用するためには、事前申請が必要となるが、年度内であれば、簡易に利用申請が完了する登録フォームが利用可能なので、所管の医療法人への申請勧奨をお願いしたい。

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）の概要

改正の趣旨

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、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、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、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

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

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直し。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【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、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

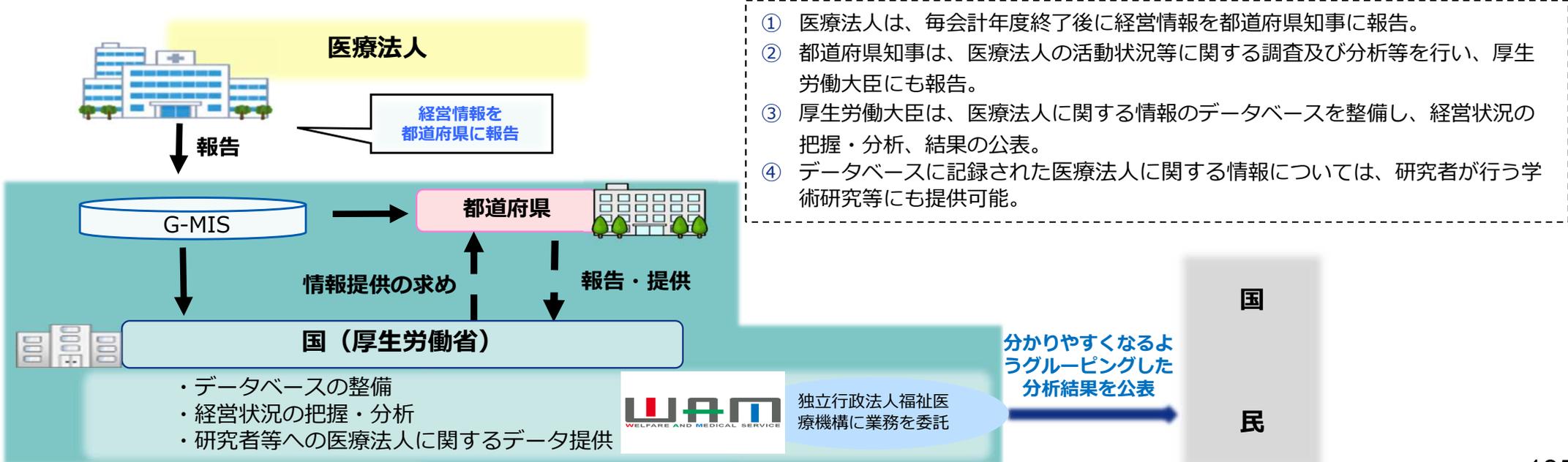
医療法人の経営情報の調査及び分析等

- ▶ 医療の置かれている現状と実態を把握するために必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民に対して丁寧に説明していくため、①医療法人の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表、③医療法人に関するデータベースの情報を研究者等へ提供する制度を創設する。

【施行日：①及び② 令和5年8月1日 ③は公布日から三年以内に政令で定める日】

【データベースの概要】

- 対象：原則、全ての医療法人
 - 収集する情報：病院・診療所における収益及び費用並びに、任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数
※病床機能報告・外来機能報告等と連携させるとともに、データの活用にあたっては、公立医療機関の経営情報などの公開情報及び、必要に応じて統計調査も活用した分析等に取り組む。
 - 公表方法：国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表
- （収集する内容は省令以下で規定）



医療法人の経営情報の調査及び分析 (R4.11.9「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方に関する報告書より)

事業報告書等（法人ごと）

- **事業報告書**（名称、事務所の所在地、設立認可年月日、設立登記年月日、役員及び評議員、本来業務、附帯業務、収益業務）
- **貸借対照表**
- **損益計算書**

経営情報等（病院・診療所ごと）

- **医業収益**（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）
 - ※ 入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益（患者負担含む）」及び「公害等診療収益」を別掲。
 - ※ その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。
 - ※ 診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。
- **材料費**（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）
- **給与費**（役員報酬、給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）
- **委託費**（給食委託費）
- **設備関係費**（減価償却費、機器賃借料） ○ **研究研修費**
- **経費**（水道光熱費）
 - ※ 診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。
- **控除対象外消費税等負担額**
- **本部費配賦額**
 - ※ 診療所の「水道光熱費」、「控除対象外消費税等負担額」及び「本部費配賦額」はその他の医業費用の内数として記載。
- **医業利益（又は医業損失）**
- **医業外収益**（受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益）
- **医業外費用**（支払利息）
- **経常利益（又は経常損失）**
- **臨時収益、○ 臨時費用**
- **税引前当期純利益（又は税引前当期純損失）**
- **法人税、住民税及び事業税負担額**
- **当期純利益（又は当期純損失）**
- **職種別の給与（給料・賞与）及び、その人数**（病床機能報告で分かる情報は当該報告の情報を活用）

赤文字の項目は、病院・診療所とも必須
 緑文字の項目は、病院・診療所とも任意
 青文字の項目は、病院は必須・診療所は任意

<職 種> 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）、その他の医療技術者等（診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、リハビリスタッフ（理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士）、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士等（管理栄養士、栄養士、調理師）、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、看護補助者、事務職員（事務（総務、人事、財務、医事等）担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士）、その他の職員）

医療法人の経営情報を把握・分析するとともに、その分析により国民に丁寧に説明するため、新たな制度として医療法人の経営情報を収集してデータベースを構築

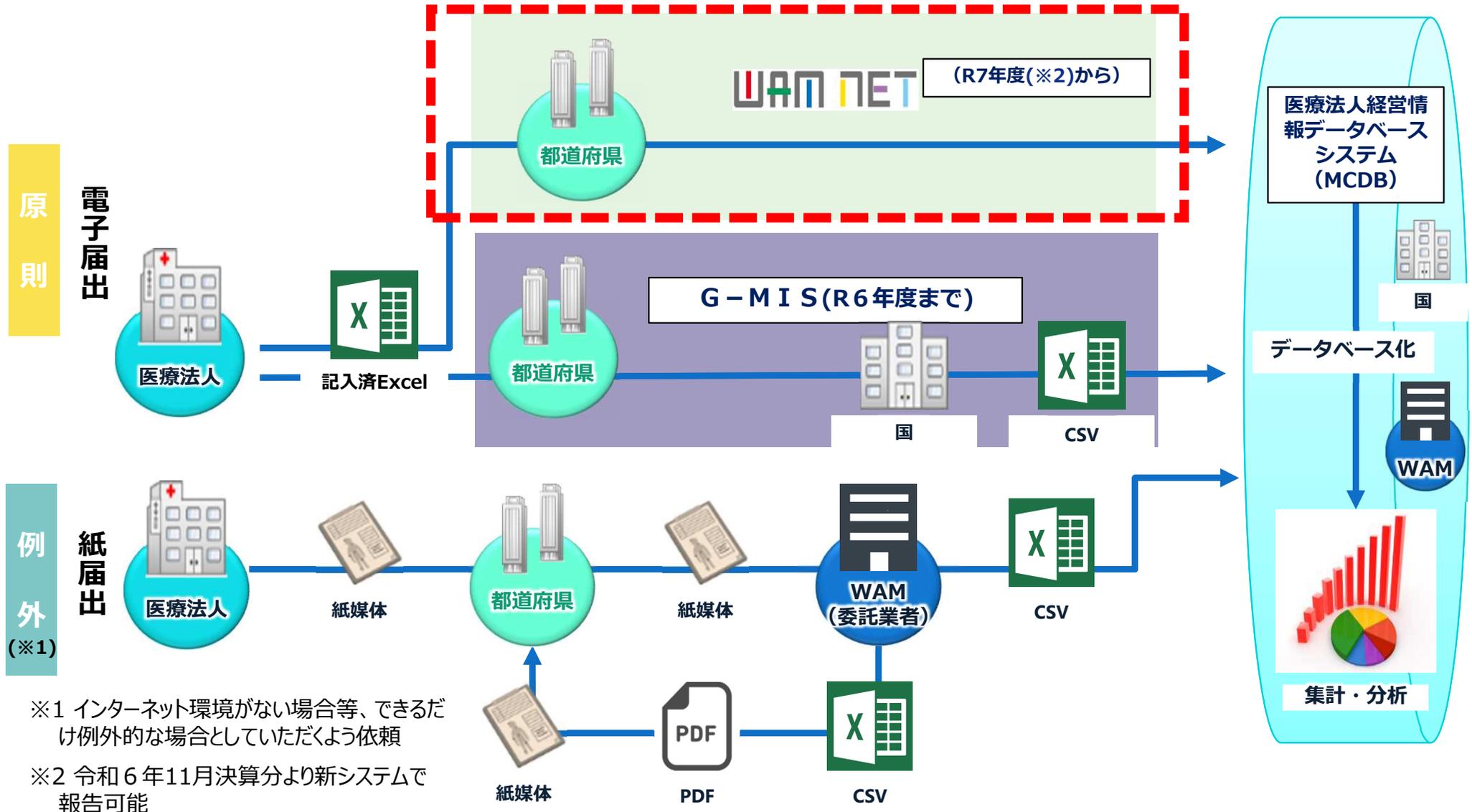
これにより以下のような政策活用を見込む

- ・国民に対して医療が置かれている現状・実態の理解の促進
- ・効率的かつ持続可能な医療提供体制の構築のための政策検討
- ・経営への影響を踏まえた的確な支援策の検討
- ・医療従事者等の処遇適正化（改善）に向けた検討
- ・医療経済実態調査の補完

調査及び分析の対象項目

令和7年度からの新システムの概要

- 医療法人の事業報告書等・経営情報等の**報告システムは、利用者の利便性の向上を目指すとともに、データ収集と分析を一元的に行えるよう、令和7年度よりG-MISから、福祉医療機構が構築する新システムへと移行します。**
- **移行に伴い、電子的な提出率の向上を図ります。**



⑤ 医師・医療従事者の働き方改革
の推進について

ポイント（⑤医師・医療従事者の働き方改革の推進について）

【医師の時間外・休日労働上限規制の施行後における取組について】

- 医師の働き方改革については、令和6年4月より医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用された。医師の時間外・休日労働の上限については、36協定上の上限及び36協定によっても超えられない上限をもとに、原則年960時間（A水準）・月100時間未満（例外あり）とした上で、地域医療の医療提供体制の確保のために暫定的に認められる水準（B・連携B水準）及び集中的に技能を向上させるために必要な水準（C水準）として、年1,860時間・月100時間未満（例外あり）の上限時間数を設定できる。特例とされているB、連携B水準は2035年度末までの廃止を目標としており、医師の労働時間短縮については2035年度末をひとつの目処として、段階的に進めていく必要がある。【P142-143】
- 各都道府県においては、既に令和6年4月の施行に伴い、地域医療の状況も含めた施行後の状況についてご確認いただいていることと承知している。ご確認いただいた情報をもとに、医師の働き方改革の担当部局だけでなく、医療提供体制や救急医療・周産期医療などの関係部署とも連携した対応により、時間外・休日労働が年通算1,860時間相当となることが見込まれる医師が存在する特定労務管理対象機関、または地域医療提供体制維持に必要となる医療機関で、医師の引き揚げにより診療機能に支障が生じる可能性がある医療機関等について、長時間労働の解消に向けた支援をお願いしたい。【P143-144】

ポイント（⑤医師・医療従事者の働き方改革の推進について）

- 大学病院をはじめとして、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関については、適切な労働時間の把握やタスク・シフト/シェアの推進等の取組に対して、勤務環境改善に取り組む医療機関に対する財政支援として地域医療介護総合確保基金を活用していただいております。令和6年度より、新規事業として、教育研修体制を有する医療機関への支援事業や長時間労働の医師が所属する医療機関への医師派遣に対する支援事業を創設している。各都道府県においても、管内医療機関の状況を踏まえ、医師の働き方改革の推進のため、適切に事業化及び必要な予算の確保について対応いただけるようお願いしたい。【P145】
- 医師の勤務環境改善に向けた医療機関勤務環境マネジメントシステムの活用は「医師労働時間短縮計画」がその中心的な役割を担う。令和6年11月に、**ガイドラインを改正し、年度途中の進捗確認、暫定評価、年度を通じたPDCAサイクルの実施等の具体的なイメージを示している。**医師労働時間短縮計画の作成対象となっている医療機関に対し、計画の作成及び見直しにあたって都道府県及び医療勤務環境改善支援センターによる支援をお願いしたい。【P146-147】

ポイント（⑤医師・医療従事者の働き方改革の推進について）

- 令和7年度以降も、A水準の医療機関を含めた長時間労働の医師がいる全ての医療機関において、更なる勤務環境の改善に向けた取組の推進が重要となる。特に、BC水準の医療機関では医師労働時間短縮計画の着実な実施や計画の見直し、A水準の医療機関では労働時間の短縮のほか、面接指導実施体制の構築が引き続き重要になる。更に、立入検査での指摘事項に係る改善に向けた取組支援のため、引き続き、医療勤務環境改善支援センターを通じた積極的な伴走型の支援をお願いしたい。【P148-149】

医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、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中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の特長を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する



全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の**最適配置**の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の**医師偏在**の是正

国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理**の推進

タスクシフト/シェアの推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、**法改正**で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） **法改正**で対応

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成
 ↓
 評価センターが評価
 ↓
 都道府県知事が指定
 ↓
 医療機関が計画に基づく取組を**実施**

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A （一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務
連携B （医師を派遣する病院）	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B （救急医療等）			
C-1 （臨床・専門研修）			
C-2 （高度技能の修得研修）	1,860時間		義務

医師の健康確保

面接指導

健康状態を医師がチェック

休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

医師の時間外労働規制について

一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
- ・年720時間
 - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
 - ・月100時間未満 (休日労働含む)
- 年間6か月まで

(原則)

1か月45時間
1年360時間

2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1：臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2：医籍登録後の臨床従事6年日以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来
(暫定特例水準の解消 (=2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (義務)

勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (義務)

注) 臨床研修医については連続勤務時間制限を強化・徹底する観点から、勤務間インターバルは、始業から
①24時間以内に9時間
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

<A水準>
勤務間インターバルの確保
始業から
①24時間以内に9時間
②46時間以内に18時間のいずれか
及び代償休息のセット (努力義務)
※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。
<C水準>
上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット (義務)
臨床研修医の勤務間インターバルは、始業から
①24時間以内に9時間
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

【追加的健康確保措置】

医師の働き方改革に関する厚生労働省の取組

1. 医療機関の宿日直許可申請の円滑化に向けた支援

- ・ 厚生労働省に医療機関の宿日直申請に関する相談窓口の設置（令和4年4月）、医療機関の宿日直許可事例、Q&Aの周知
- ・ 勤改センターによる相談機能の強化（個別の訪問支援、労働局と連携した相談支援、許可申請する際の同席支援 等）
- ・ 各労働局を通じた管轄地域の医療機関に対する宿日直許可に関する説明会の開催

2. 医療機関への個別支援

- ・ 大学病院を含めた医療機関への伴走支援・働き方改革推進のための技術的助言 ・ 医療機関の課題に対応した勤改センターによる個別支援（個別の勤務環境改善支援、時短計画作成支援 等）

3. 都道府県・医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）の取組強化への支援

- ・ 都道府県担当課長を交えた都道府県や勤改センターへのヒアリング・勤改センターが行う医療機関支援に関する技術的助言
- ・ 各都道府県の取組事例の周知、勤改センターのアドバイザー向けの研修の実施 等

4. 周知広報

- ・ 医師の働き方改革について国民向けに広く制度の周知を行う普及啓発事業を実施
- ・ 医師の働き方改革を取り上げる医学系学会学術集会及び医療系団体講演会への積極参加
- ・ 医療機関の病院長向けのトップマネジメント研修等各種セミナーの実施による情報発信 等

5. 地域医療介護総合確保基金の活用

区分6：医師確保経費（宿日直対応の非常勤医師の確保経費）、タスクシフト・シェアリング経費（医師事務補助作業補助者確保経費）、医療機器整備（タブレット問診システム、オンライン診療システム）、勤怠管理システムの導入、コンサルタント経費（勤務環境改善のためのコンサルタント経費）長時間労働の医師が所属する医療機関への医師派遣体制の構築（寄附講座、逸失利益等）等

区分4：医師不足地域の医療機関への医師派遣体制の構築（寄附講座、謝金等）、産科・救急・小児等の不足診療科の医師確保支援（手当、謝金等）等

勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

(地域医療介護総合確保基金 事業区分Ⅵ)

令和6年度予算額：95億円（公費143億円）
（令和5年度予算額：95億円（公費143億円））
※地域医療介護総合確保基金（医療分）1,029億円の内数

I 地域医療勤務環境改善 体制整備事業

労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う事業
※下線部はR6年度における主な変更箇所

II 地域医療勤務環境改善 体制整備特別事業

教育研修体制を有する医療機関への勤務環境改善支援を行う事業
【令和6年度新規事業】

III 勤務環境改善 医師派遣等推進事業

長時間労働医療機関へ医師派遣支援を行う事業
【令和6年度新規事業】

対象医療機関

年通算の時間外・休日労働時間が720時間以上の医師がおり、
以下に該当する地域医療に特別な役割がある医療機関

対象医療機関

① 医師派遣受入医療機関
地域医療に特別な役割を担う医療機関であって、
年通算の時間外・休日労働時間が720時間を超える医師のいる医療機関

② 医師派遣医療機関
①の医師派遣受入医療機関に医師を派遣する医療機関

かつ

以下のいずれかを満たす医療機関を支援

救急用の自動車または救急医療用ヘリコプターによる搬送件数年間2,000件未満であって地域医療に特別な役割を担う医療機関



- 救急搬送件数1,000件以上2,000件未満
- 救急搬送件数1,000未満であって夜間・休日・時間外入院件数 年500件以上
- 5疾病 6事業で重要な医療を提供している場合 等

一般病床の許可病床100床あたりの常勤換算医師数が40人以上かつ常勤換算医師数が40人以上の医療機関であって、基幹型臨床研修病院又は基本19領域のいずれかの領域における専門研修基幹施設である医療機関

基幹型臨床研修病院かつ基本19領域のうち10以上の領域において専門研修基幹施設である医療機関

※地域医療体制確保加算を取得している場合も対象とする。



※地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない。



※地域医療体制確保加算を取得している場合も対象とする。
※同一法人間の医師派遣は除く

補助経費

医師の労働時間短縮の取組として、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する事業の経費
※ タスク・シフト/シェアにかかる経費、複数主治医制の導入経費、追加的健康確保措置や労働時間短縮に資する機器購入経費、これらに類する医師の労働時間短縮に向けた取組 等

補助経費

- 医師派遣に係る逸失利益補填
- 医師派遣を目的とした寄附講座 等

補助単価

- 1床当たりの標準単価：133千円
- 「更なる労働時間短縮の取組」を実施する医療機関は、1床当たりの標準単価を最大266千円まで可とする。
※「更なる労働時間短縮の取組」（令和8年度までは以下の取組）
 - 大学病院改革ガイドラインに基づき、大学改革プランを策定した場合
 - 年度ごとに定めた時間外・休日労働時間時間の基準を超過する36協定を締結していない場合 等

補助単価

標準事業例通知における標準事業例26及び医師派遣推進事業の標準単価に準じて、都道府県において定める額
※派遣医師1人当たり1,250千円×派遣月数 等

※事業I、IIにおいて支援を受ける医療機関および事業IIIにおいて医師派遣を受ける医療機関は「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、医師労働時間短縮計画を作成し、労働時間短縮に向けた取組を行う医療機関である。 ※ I、II、IIIのいずれにおいても、区分Ⅵの他の事業の補助を実施している場合であっても対象とする。

「医師労働時間短縮計画」の位置づけ

- 医師の勤務環境の改善に向けた医療機関勤務環境マネジメントシステムの活用は「医師労働時間短縮計画」がその中心的な役割を担うこととなります。

医師労働時間短縮計画

- 医師労働時間短縮計画作成ガイドラインにより、医師労働時間短縮計画（時短計画）には、
①労働時間の短縮に関する目標、②実績、③労働時間短縮に向けた取組状況の記載が定められており、特定労務管理対象機関のほか、特に労働時間短縮が求められる医療機関の補助等の要件となっているため、**該当する医療機関は作成が必須**。
 - ・ 診療報酬における「地域医療体制確保加算」の施設基準
 - ・ 「地域医療介護総合確保基金」区分6の交付要件
- また、**それ以外の医療機関**でも時短計画の作成及び時短計画に基づく取組等が進むよう積極的な周知と支援を図ること。
（「医療従事者の勤務環境の改善等に関する事項の施行について」（平成26年10月1日付け医政局長通知、令和6年4月1日最終改正）

医療機関勤務環境マネジメントシステム（全医療機関・全職種）

医師労働時間短縮計画 （全医療機関・医師以外の職種）

- ・ 医療勤務環境マネジメントシステムの活用は「医師の「働き方改革」へ向けた医療勤務環境マネジメントシステム導入の手引き」を参考に。
- ・ 当該「手引き」は、組織を動かすための実際的な手順等を示しており、「医師労働時間短縮計画」に取り組む医療機関にも参考となります。

ステップ1 方針表明	トップによる取組の方針を周知
ステップ2 体制整備	多職種による継続的な体制
ステップ3 現状分析	客観的な分析により課題を明確化
ステップ4 目標設定	ミッション・ビジョン・現状から、目標設定
ステップ5 計画策定	目標達成のための実施事項を決定
ステップ6 取組の実施	1つ1つ着実に継続的な実践
ステップ7 評価・改善	成果を測定し、次のサイクルにつなげる

医師労働時間短縮計画 （全医療機関・医師）

- ・ 特定労務管理対象機関の指定以外においても計画の作成及び計画に基づく取組等が進むよう積極的な周知と支援を図る

医師労働時間短縮計画 （特定労務管理対象機関等・医師）

- ・ 特定労務管理対象機関
- ・ 地域医療体制確保加算
- ・ 地域医療介護総合確保基金区分6

ガイドライン改正の概要

ガイドライン改正のポイントは3点。以下により具体的な見直し方法をお示しする。

①計画の見直し（暫定評価、最終評価）、 ②参考資料の作成、 ③計画・参考資料の提出

① 計画の見直し

年度暫定評価

年度の後半に実施し、計画の見直しの要否等の判断に活用する。

年度最終評価

次年度開始後に実施し、前年度の1年間の実施状況に関する評価を行い、必要に応じて計画の更なる修正に活用する。

② 参考資料の作成

計画作成時、暫定評価時、最終評価時に評価、見直しの参考となる資料を作成。

別添1 : 水準別、診療科別の労働時間に関する資料

別添2-1 : 労働時間短縮に向けた取組（タスク・シフト/シェア）に関する資料

別添2-2 : 労働時間短縮に向けた取組（医師の業務の見直し、その他勤務環境改善）に関する資料

③ 計画・参考資料の提出

特定労務管理対象機関は①～③を都道府県に提出（G-MISによる）。それ以外の医療機関は③をG-MISに登録。

① 暫定評価時の「参考資料」 : 作成後直ちに。提出期限は2月15日

② 毎年の見直しによる変更後の「計画」 : 作成後直ちに。提出期限は4月15日

③ 最終評価時の「計画」・「参考資料」 : 作成後直ちに。提出期限は6月末日

医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援体制の構築（平成26年10月1日施行）

【事業イメージ（全体像）】

医師・看護職等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、国の指針・手引きを参照して、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を行う仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設するとともに、各都道府県に、こうした取組を行う医療機関に対する総合的・専門的な支援体制（医療勤務環境改善支援センター）を設置する。センター事業は地域の医療関係団体等による実施も可能。（都道府県の実情に応じた柔軟な実施形態が可能。）

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

各医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく「勤務環境改善計画」の策定・実施・評価等を、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポート

医療労務管理支援事業

（医療労務管理アドバイザー等の配置）

○労務管理面でのアドバイザー等の配置

社会保険労務士、
医業経営コンサル
タントなど

一体的な
支援

医業経営アドバイザー

○診療報酬制度面
○医療制度・医事法制度面
○組織マネジメント・経営管理面
○関連補助制度の活用
等に関する専門的アドバイザーの派遣等

地域医療介護総合確
保基金対象事業

労働基準局予算 都道府県労働局が執行

令和6年度予算額 労働保険特別会計7.9(7.6)億円

都道府県 労働局

※ 地域の関係団体と連携した支援
医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・病院協
会・社会保険労務士会・医業経営コンサルタント協会
等

マネジメントシステ
ムの普及・導入支援、
相談対応、情報提供
等

医政局予算

都道府県衛生主管部局
令和6年度予算額 地域医療介護総合確保基金
公費1029億円（1,763億円）の内数

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、
各部門責任者や
スタッフが集ま
り協議

ガイドラインを参
考に 改善計画を
策定

課題の抽出

現状の分析

改善計画の策定

- ・医療従事者の働き方・休み方の改善
多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
医師事務作業補助者や看護補助者の配置
勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など
- ・働きやすさ確保のための環境整備
院内保育所・休憩スペース等の整備
短時間正職員制度の導入
子育て中・介護中の者に対する残業の免除
暴力・ハラスメントへの組織的対応
医療スタッフのキャリア形成の支援 など

都道府県 医療勤務環境改善支援センターについて

概要

- ◇ 医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）は、**医療従事者の勤務環境改善の改善を促進するための拠点として、各都道府県が設置。**
※ 改正医療法（平成26年10月施行）に基づき、平成29年3月までに全都道府県に設置。都道府県の直接運営や県医師会や病院協会等の団体への委託により運営。
- ◇ 勤改センターには、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）や、医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が配置され、医療機関からの相談に応じて、**医療機関の勤務環境改善や医師の働き方改革の取組を支援。**

医療機関

勤務環境改善に取り組む医療機関



医療従事者の勤務環境改善や
医師の働き方改革の取組等に関する相談



相談に基づく助言/支援（電話相談、訪問支援）
医療機関の状況に応じたプッシュ型の助言/支援

※ 地域の関係者や、医療労務管理AD・医業経営ADによる一体的な支援を実施。



都道府県 医療勤務環境改善支援センター



勤改センター運営協議会

都道府県が主催。地域の行政機関や関係機関（※）が参画し、医療従事者の勤務環境改善促進の地域の拠点として、連携して医療機関の支援方針を決定。

※ 都道府県労働局、大学病院、都道府県医師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等

- ・医療労務管理アドバイザー（都道府県労働局の委託事業：労務管理面の助言/支援）
- ・医業経営アドバイザー（都道府県の基金事業：診療報酬、関連補助制度の活用、組織マネジメント・経営管理面の助言/支援）

医療従事者の勤務環境改善に関する助言・支援(例)

- 基本的な労務管理（労働時間管理、36協定等）に関する助言
- 勤務環境の改善に向けた取組方法やプロセス（勤務環境改善マネジメントシステム）に関する助言・支援
 - ・医療従事者に対するアンケート調査（満足度調査等）の実施
 - ・多職種による意見交換会の実施、取組に関する計画作成支援 等
- 具体的な取組への助言・支援（関係機関との連携）
 - ・ハラスメント対策、育児や介護との両立支援対策、メンタルヘルス対策、医療従事者のキャリア形成等に関する助言、研修、好事例紹介等

医師の働き方改革に関する助言・支援(例)

- 医師に関する適切な労務管理に関する助言
 - ・副業・兼業、研鑽、宿日直許可取得後の適切な労務管理等
- 時間外・休日労働時間の特例を受ける医療機関の指定申請に向けた取組支援
 - ・労働時間短縮計画の作成支援、医療機関勤務環境評価センターの評価受審支援等
- 医師の労働時間短縮に向けた具体的な取組への助言・支援
 - ・労働時間短縮計画を実行していくためのPDCAサイクル実行のための助言
 - ・タスク・シフト/シェア、ICTの導入等に関する助言、研修、好事例紹介等
- 長時間労働医師に対する面接指導、勤務間インターバルの実施に関する取組支援

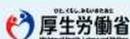
參考資料

URL:<https://iryou-ishi-hatarakikata.mhlw.go.jp/>



「医師の働き方改革」、スタート。 医師の長時間労働改善に向けた取組にご協力下さい。

2024年4月より、勤務医の残業時間に上限が設けられます。
みなさまのご理解、ご協力をお願いいたします。



みなさまのご協力が必要です。

大切な医療を守るために、
診療時間内での受診に
ご協力ください。



詳しくは特設サイトで。

[「医師の働き方改革」.jp](https://iryou-ishi-hatarakikata.mhlw.go.jp/)

イメージキャラクターを基軸に、ポスター、リーフレット等を無料公開。
ポータルサイトとして、様々な情報をここから発信しています。

病院長等を対象としたマネジメント研修事業

(事業内容)

- ・ 医師の労務マネジメントに関わる管理者層に対し、行政説明・医療機関における取組事例の紹介・受講者による意見交換を内容とする医師の働き方改革に向けた研修を実施

令和6年度研修 2024年7月～開始

医療機関のみならずへ
オンライン研修
参加費無料

トップマネジメント研修のご案内
医師の働き方改革 最新情報と事例
[各医療機関で勤務環境の改善に向けて様々な取組が行われております!]

医療の質、安全の確保や人材確保のために、勤務環境の改善を進めましょう!!

日時	2024年7月～2025年2月 各回14:00～16:30(予定)
会場	オンライン(ZOOM)
対象	医師の労務マネジメントに関わる方 (病院長の他、副院長、診療科長、事務長、働き方改革担当部門長など)
プログラム	①厚生労働省担当官による医師の働き方改革に関する行政説明等 ②働き方改革を実践している病院長からの事例講演(2事例講演) ③有識者講演(1講演) ④参加者間での意見交換 ⑤質疑応答
定員	各回150名程度(先着順) ※定員になり次第受付終了
申込締切	各開催日の3日前

日時	2024年7月～2025年2月 各回14:00～16:30(予定)
会場	オンライン(ZOOM)
対象	医師の労務マネジメントに関わる方 (病院長の他、副院長、診療科長、事務長、働き方改革担当部門長など)
プログラム	①厚生労働省担当官による医師の働き方改革に関する行政説明等 ②働き方改革を実践している病院長からの事例講演(2事例講演) ③有識者講演(1講演) ④参加者間での意見交換 ⑤質疑応答
定員	各回150名程度(先着順) ※定員になり次第受付終了
申込締切	各開催日の3日前

講演には以下のテーマを設けております。
 追加的健康確保措置の回……………面接指導実施体制や労働時間管理等について説明します。
 勤務環境改善の回……………タスク・シフト/シェアや勤務体制等について説明します。

医療機関のみならずへ
トップマネジメント研修 **特別回**のご案内

大石 佳能子氏
組織力向上のための
マネジメント **参加費無料**

各医療機関で勤務環境の改善に向けて様々な取組が行われております!

2024年 **12/19** 木
14:00～15:30

大石 佳能子 株式会社メディック代表取締役社長
株式会社シーエスワン代表取締役社長
医療・介護、健康組合・健康経営、企業・行政のコンサルタント、ヘルスケアサービスの開発、病院診療所の運営、海外での医療・介護事業展開を手掛ける。

2024年4月より医師の働き方改革関連制度が始まりました。医師の時間外・休日労働の削減に向けた取組、働きやすい職場環境の整備、現場の理解構成など、勤務環境改善に向けたさらなる取組を進めていくことが求められています。また、本研修では、大石氏の「組織力向上のためのマネジメント」講演を通じて、具体的な取組を推進するためのヒントをご提供します。※なお、受講証の発行は通常回のみとなります。特別回では受講証が発行されないためご注意ください。

会場 オンライン(ZOOM)
対象 医師の労務マネジメントに関わる方
(病院長、副院長、診療科長、事務部長、働き方改革担当部門長など)
定員 各回300名程度(先着順)
※定員になり次第、受付終了
申込締切 開催日の3営業日前

プログラム
①大石 佳能子氏の特別講演
組織力向上のためのマネジメント
組織を活性化し、勤務環境改善に向けて、リーダーシップの発揮、現場に向けた管理者の働きかけ、意識醸成といったポイントに触れながら、自らの経験と実例を交えてお伝えします。
②質疑応答

参加申込はこちら <https://hospital-topmanagement-seminar.mhlw.go.jp>

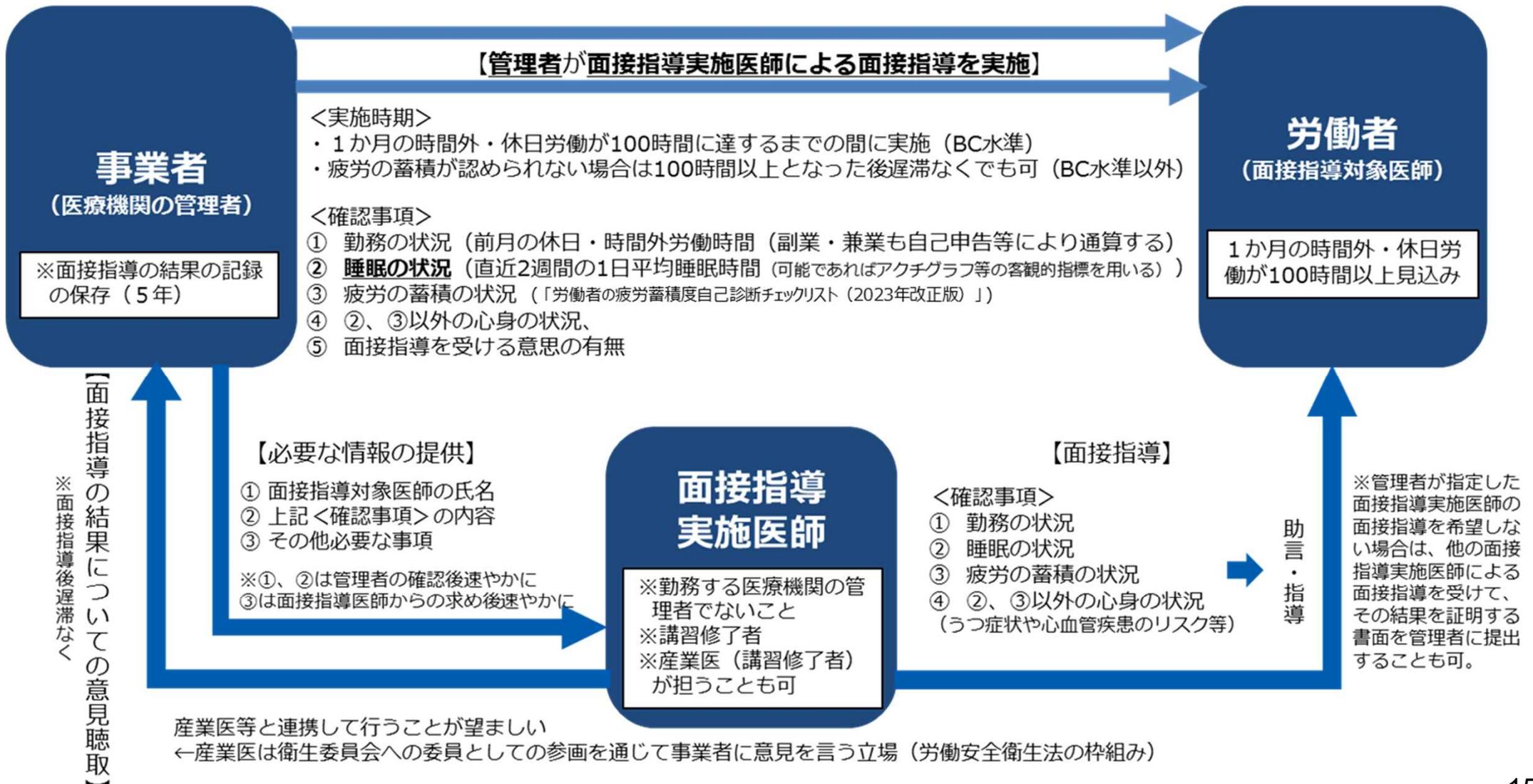
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

追加的健康確保措置（面接指導）

1か月の時間外・休日労働が**100時間以上**となることを見込まれる医師が面接指導の対象となります。

【必要と認める場合には遅滞なく労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置を実施】

※1か月の時間外・休日労働が155時間を超える場合には遅滞なく**労働時間短縮のために必要な措置**を講じなければならない。



長時間労働を行う医師への面接指導のポイント

- **全ての医療機関で、長時間労働を行う医師への面接指導の実施が義務化されました。**
- 従来の労働安全衛生法に基づく面接指導とは異なる仕組みですので、実施体制を定着させる必要があります。

<p>管理者の義務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 面接指導対象医師に対し、面接指導を実施すること ● 面接指導実施医師に、面接指導に必要な情報を提供すること ● 面接指導実施後、健康確保措置についての面接指導実施医師の意見を聞くこと ● 必要なときは、面接指導対象医師の健康確保のため、労働時間の短縮、宿直の回数の減少、その他の適切な措置を行うこと ● 面接指導、面接指導実施医師の意見、健康確保措置の内容を記録、保存すること等
<p>面接指導の対象者 (面接指導対象医師)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 時間外・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる医師が対象です。 ● <u>A～Cのどの水準が適用されているかにかかわらず対象</u>になります。 ● 対象者が面接指導を希望しているかどうかにかかわらず実施する必要があります。 ● 対象者には面接指導を受ける義務があります。 <div data-bbox="1693 671 2042 810" style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="text-align: center;">!</p> <p>A水準の医療機関も対応が必要です。</p> </div>
<p>面接指導を行う医師 (面接指導実施医師)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 面接指導は面接指導実施医師が行います。当該医師になるためには以下が必要です。 ・ 面接指導対象医師が勤務する病院又は診療所の管理者でないこと ・ 「面接指導実施医師養成講習会」の受講を修了していること <p>(※) 上記を満たしていれば産業医でなくても面接指導実施医師になれます。また、面接指導実施医師になるためには、産業医であっても上記を満たす必要があります。</p>
<p>面接指導の流れ</p>	 <pre> graph LR A[時間外・休日労働が100時間見込み] --> B[面接指導実施医師による面接指導] B --> C[面接指導実施医師による書面の作成] C --> D[管理者・事業者へ書面の提出] D --> E[管理者・事業者による健康確保措置] </pre>
<p>面接指導実施時期</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 原則として時間外・休日労働が100時間以上となる前に実施する必要があります。
<p>履行確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 必要な面接指導を実施しなかった場合には医療法違反となります。 ● 2024年4月以降、面接指導の実施は、医療法第25条に基づく立入調査（医療監視）の確認項目となります。 ● 必要な面接指導を実施せずに月100時間以上の時間外・休日労働をさせた場合は労働基準法違反にもなります。

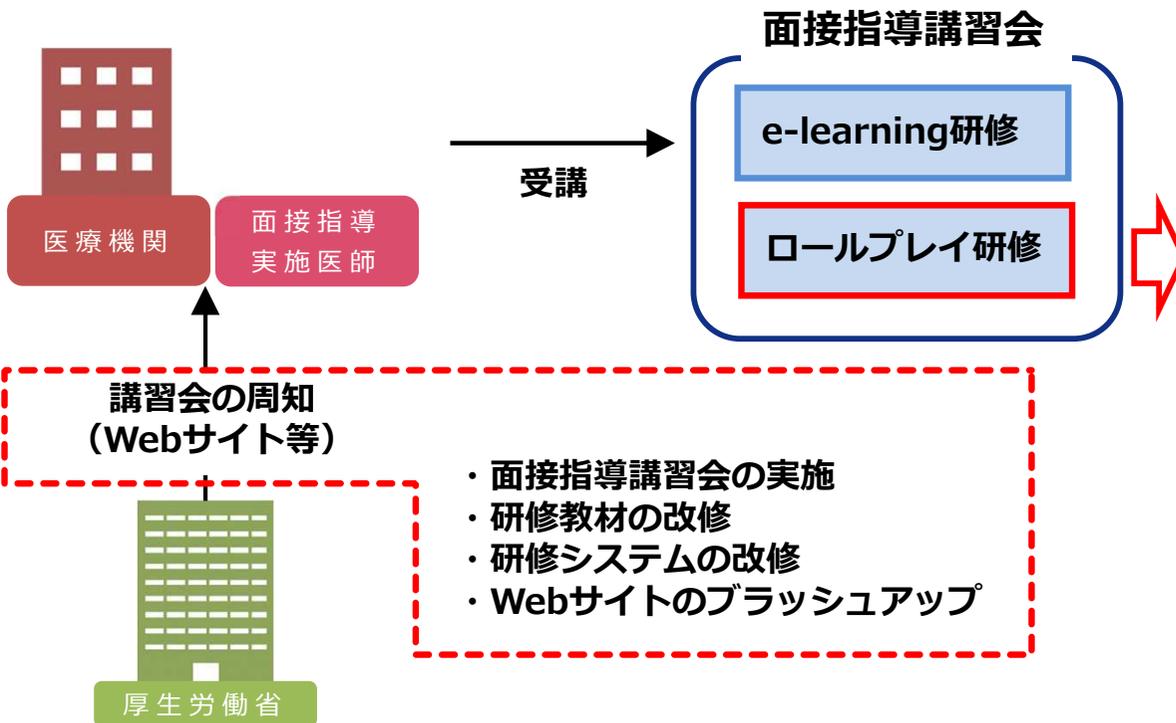
長時間労働医師への面接指導の実施に係る研修事業

(背景)

令和6年度から、医療機関は時間外・休日労働が月100時間を超える長時間労働をする医師に対して、健康確保のための面接指導を実施することが義務付けられることになり、また、当該面接指導を実施する医師については、面接指導に必要な知見に係る研修を受けることが求められている。

(事業概要)

長時間労働を行う医師が所属する医療機関が、面接指導に必要な知見に係る研修を受けた医師を令和6年度の制度開始以降も、必要な人数を確実に確保・育成するために求められる面接指導講習会の充実を目的とする。



令和6年度 面接指導実施医師養成講習会ロールプレイ研修

長時間労働医師に対する面接指導でこんな悩みはございませんか？

- 面接指導のポイントを押めているか不安…
- 医師にどんなアドバイスを行ったら良いのだろう？
- 特に深刻な状態の医師を面接することになったときの対応が心配…

ロールプレイ研修に参加して、より適切な面接指導を実施しましょう！

- 労働時間・睡眠・心身の状態等の必須確認項目の質問方法
- 面接指導対象医師への具体的なアドバイス内容
- 産業医等につなげる必要のある面接指導対象医師への対応 etc.

研修受講のご案内 参加費 **無料** 受講は **任意**

【開催日時】 令和6年8月～令和7年2月
全6～7回 **オンライン開催** 平日 13:30～17:30 土日祝 9:00～13:00

【対象】 面接指導実施医師養成講習会を既に受講した方
※過去にロールプレイ研修を受講済みの方は対象外となりますのでご注意ください

【申込方法】 医師の働き方改革・面接指導実施医師養成ナビ (<https://ishimensetsu.mhlw.go.jp/>)の面接指導実施医師養成講習会ログイン後に表示される「ロールプレイ研修申込」よりお申し込みください。

お申し込みはこちらから

<<研修プログラム>>

長時間労働医師への面接指導のポイント解説 → シナリオ①～③ ロールプレイ1 → 討論・質疑応答 → シナリオ④～⑥ ロールプレイ2 → 討論・質疑応答

お問い合わせ MAIL ishimensetsu@digital-knowledge.co.jp

- ⑥ 開設届出のなされた歯科技工所の一覧のホームページ等への掲載について

ポイント（⑥開設届出のなされた歯科技工所の一覧のホームページ等への掲載について）

- 無届の歯科技工所において作成された補てつ物等は、衛生上有害なものとなるおそれがあるため、無届の歯科技工所に補てつ物の作成等を委託することがないよう注意喚起等の対応を依頼しているが、依然として無届の歯科技工所が存在するとの情報がある。
- 歯科医療機関等において、取引先の歯科技工所が開設の届出を出しているかどうかを的確に識別できるよう、都道府県に対して、開設の届出がなされた歯科技工所について、管理番号を付与してホームページに一覧として掲載するよう依頼する通知を令和5年12月11日に発出。
- 令和6年7月に、厚生労働省のホームページ上に、各都道府県等のホームページへのリンクを掲載し、歯科技工所の一覧を閲覧できるように対応。
- 引き続き管理番号の付与についてもご対応いただくとともに、すでに廃業している歯科技工所についての実態調査等についてもご協力いただきたい。

歯科技工士法第21条第1項の規定に基づく開設届出のなされた歯科技工所の一覧のホームページ等への掲載について（令和5年12月11日付医政局歯科保健課長通知）

背景

- 無届の歯科技工所において作成された補てつ物等は、衛生上有害なものとなるおそれがあるため、無届の歯科技工所に補てつ物の作成等を委託することがないように注意喚起等の対応を依頼（平成29年9月7日付け医政発0907第7号 厚生労働省医政局長通知）
- しかし、いまだ、無届の歯科技工所が存在するとの情報が報告されていることから、無届の歯科技工所に関する情報に接した際には、実態を調査した上、速やかに開設の届出を行うよう指導を徹底し、貴管下の歯科医療機関等が無届の歯科技工所と補てつ物等の作成等について取引を行うことがないように、改めて注意喚起するとともに、以下の内容を依頼。

通知の内容

- 国民に安心・安全な歯科補てつ物等を提供する観点から、歯科医療機関等が、取引を行う歯科技工所が開設の届出を出しているかどうかを的確に識別できるよう、都道府県等に対して、届出がなされた歯科技工所について、管理番号を付与してホームページに一覧として掲載するよう依頼。
- 届出がなされた全国の歯科技工所を確認できるよう令和6年7月（予定）より、厚生労働省のホームページ上に、各都道府県等のホームページへのリンクを掲載する予定としているため、それまでの間に対応いただくよう依頼。

【ホームページ等への掲載事項の例】

(1) 管理番号

＜例1＞①都道府県名＋②保健所名＋③歯科技工所の番号

＜例2＞①都道府県番号＋②保健所番号＋③歯科技工所の番号

(2) 届出歯科技工所名

(3) 歯科技工所の所在地

(4) その他、各保健所で必要とされる事項

＜例1＞

(1) 管理番号	(2) 届出歯科技工所名	(3) 歯科技工所の所在地	(4) …
〇〇県-××-0001	〇〇歯科技工所	××市〇丁目〇番〇号	…
〇〇県-××-0002	△△デンタルラボラトリー	××市△丁目△番△号	…
…	…	…	…

＜例2＞

(1) 管理番号	(2) 届出歯科技工所名	(3) 歯科技工所の所在地	(4) …
01-003-0001	〇〇歯科技工所	××市〇丁目〇番〇号	…
01-003-0002	△△デンタルラボラトリー	××市△丁目△番△号	…
…	…	…	…

HP掲載

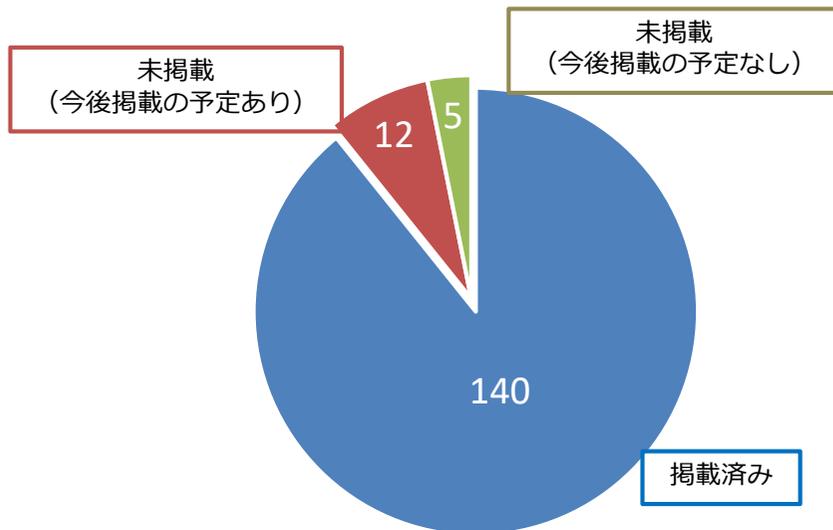
- 令和6年7月に、厚生労働省のホームページ上に、各都道府県等のホームページのリンクを掲載
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158505_00005.html

歯科技工所のホームページ掲載状況

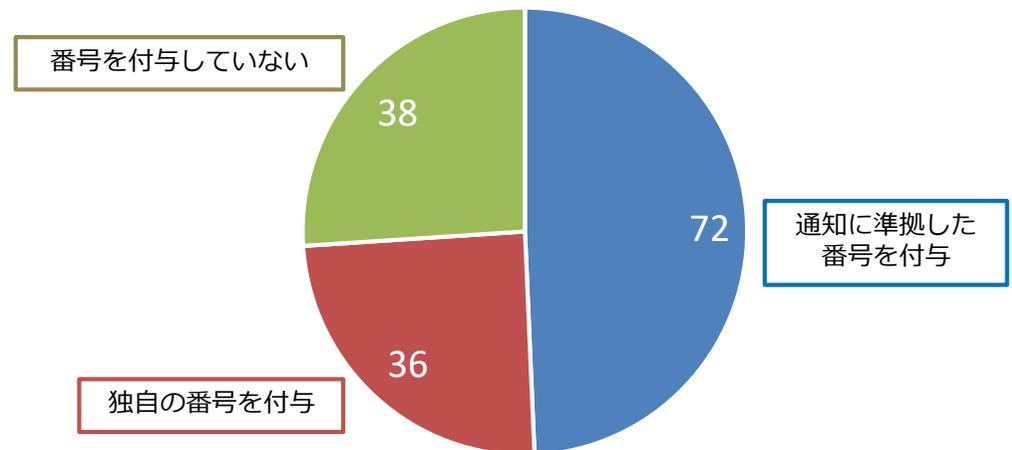
- 都道府県等に対して、届出がなされた歯科技工所について、管理番号を付与してホームページに一覧として掲載するよう依頼。また令和6年7月に厚生労働省のホームページ上に、各都道府県のホームページのリンクを掲載を予定。（令和5年12月11日付医政局歯科保健課長通知）
- 令和6年7月に、都道府県に対し歯科技工所の一覧のホームページ等への掲載状況の確認を実施。（令和6年7月2日付事務連絡）
- 令和6年7月31日に厚生労働省のホームページへ、各都道府県等のホームページのリンクを掲載。

※令和6年12月12日時点

HP掲載状況(全157自治体)



掲載済み自治体のうち、番号付与の状況



⑦ 医療人材の確保について

ポイント（⑦医療人材の確保について）

I 医師養成過程を通じた対策について

- 医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める。
- 令和8年度の医学部臨時定員については、令和6年度の医学部総定員数を上限とし、令和7年度の枠組みを暫定的に維持することとした。その上で、臨時定員全体の必要性を十分に精査し、地域における医師の確保に真に必要な範囲に限り臨時定員の設置を認めることとする。令和8年度の医学部入学定員の臨時増員に当たっては、各都道府県は積極的に大学と恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について調整を行った上で、臨時定員の必要性は慎重に検討いただきたい。
- 臨床研修医の偏在対策を行うため、厚生労働省において、各都道府県別の募集定員上限を設定しているところ。臨床研修病院への定員配分については、令和8年度研修の各都道府県の募集定員上限に基づき、地域医療対策協議会に意見を聴いた上で、適切に対応いただきたい。また、広域連携型プログラムについては、令和8年度からの開始（令和7年4月末までにプログラム届出）に向けて、現在、対象となる都道府県の病院間においてプログラムの作成に向けた検討・調整を行っているところ。引き続き、厚生労働省において状況を把握しつつ、円滑なプログラムの作成や調整に資する情報を提供することとしており、対象となる都道府県においても、状況把握や病院間調整の支援にご協力いただきたい。

ポイント（⑦医療人材の確保について）

Ⅱ 看護職員確保対策について

- 看護職員確保にあたっては、「新規養成」「復職支援」「定着促進」を3本柱とした取組を推進しており、看護職員従事者数は年々増加している。また、第8次医療計画においては、各都道府県では、次の3つの方向性に沿って対策を進めることとなっているため、引き続き、適切なお対応をお願いしたい。
 - ① 看護職員の需給の状況は、地域ごとに差異があることから、地域の関係者の連携の下、都道府県・二次医療圏ごとの課題を把握し、課題に応じた看護職員確保対策の実施を推進。
 - ② 訪問看護は需要の増大が大きく、人材確保が困難であることから、都道府県において、地域医療介護総合確保基金の活用などにより、訪問看護に従事する看護職員の確保を推進。
 - ③ 新興感染症等の感染症拡大への迅速・的確な対応等のため、都道府県ごとの就業者数の目標の設定等を通じて、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成・確保を推進。
- 令和6年度補正予算においては、中央ナースセンターが中心となって、へき地等における潜在看護職等の就業支援を実施するための経費を計上しているため、これらの取組を活用して、へき地等の看護職員不足地域における看護職員確保に取り組んでいただきたい。

ポイント（⑦医療人材の確保について）

Ⅱ 看護職員確保対策について

- 特定行為研修については、指定研修機関及び研修修了者ともに増加傾向となっている。年間で受け入れ可能な人数は6,000人を超えている。
- 特定行為研修制度の推進策として、指定研修機関、医療機関、研修受講者それぞれに対する支援策があるので、都道府県におかれては、これらも活用しながら、特定行為研修修了者の養成・確保に取り組んでいただきたい。
- 令和5年10月に「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」を改定しており、都道府県においては、当該指針を踏まえ、看護補助者の確保や看護学生の確保に取り組んでいただきたい。
- 令和6年4月から、災害支援ナースを医療法上の「災害・感染症医療業務従事者」に位置づけたところであり、都道府県が協定に基づき医療機関に災害支援ナースの派遣を依頼する仕組みとなっているので、引き続き、医療機関との協定締結に取り組んでいただきたい。

ポイント（⑦医療人材の確保について）

Ⅲ 医師法等に基づく医療従事者による2年に一度の届出のオンライン化について

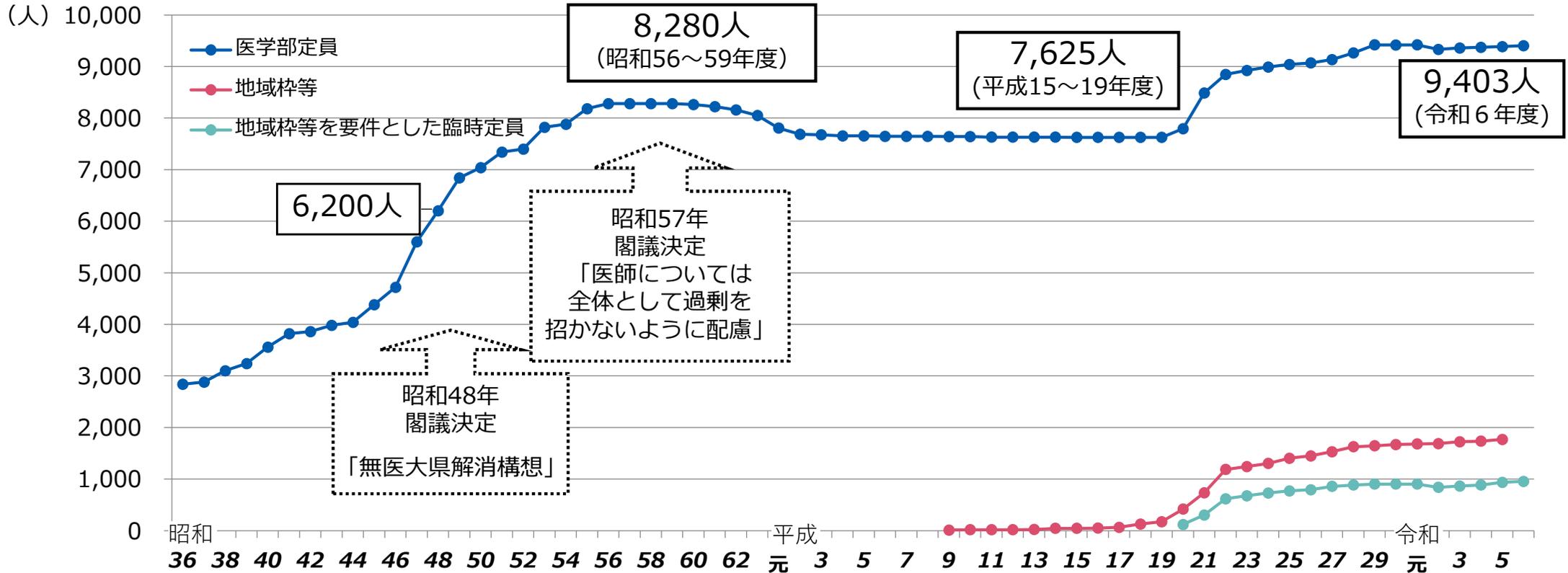
- 地方分権改革提案等を踏まえ、医療従事者や地方自治体職員の事務負担を軽減等するため、医師法等に基づく医療従事者（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、歯科衛生士及び歯科技工士）による2年に一度の届出について、令和4年度から**医療機関等に勤務する医療従事者**からの届出のオンライン化を図ったところである。今年度は届出の年であるため、これまで同様、届出期日である1月15日以降の届出率の維持・向上を図るための取組等にご協力いただきたい。なお、紙による届出も一部残ることとなるため、引き続き、届出業務にもご協力いただきたい。【P190】

I 医師養成過程を通じた対策について

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっており、令和2年度以降、前年度比増が継続している。
- 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度173人（2.3%）→令和4年1,736人（18.8%））

※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403
医学部定員（自治医科大学を除く）	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280
地域枠等以外の医学部定員	7,452	7,375	7,750	7,660	7,681	7,687	7,635	7,619	7,603	7,635	7,775	7,745	7,733	7,635	7,634	7,638	7,614	-
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,450	1,531	1,627	1,645	1,669	1,682	1,688	1,723	1,736	1,770	-
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.3%	18.7%	18.8%	19.1%	-
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885	938	955
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%	9.6%	10.1%	10.3%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

令和2年度 医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会
第35回 医師需給分科会
令和2年8月31日 資料1(一部改)

医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

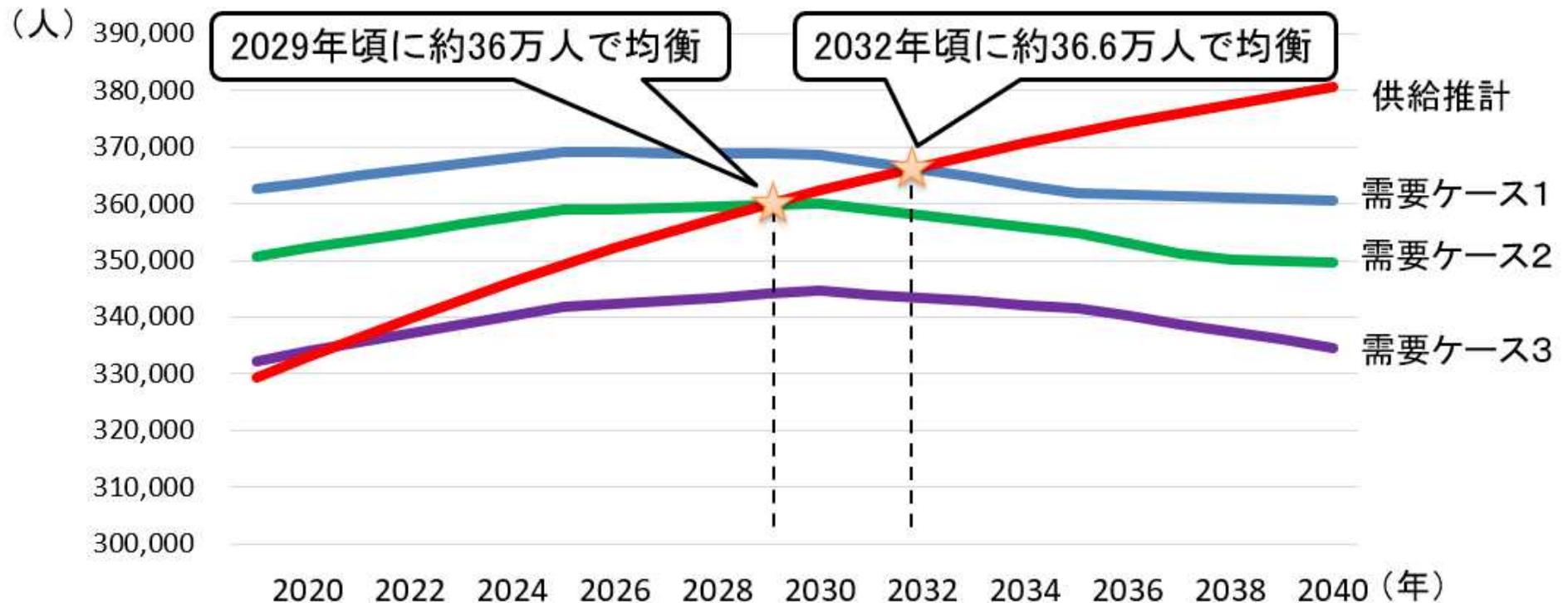
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1(労働時間を週55時間に制限等 ≡年間720時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース2(労働時間を週60時間に制限等 ≡年間960時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース3(労働時間を週78.75時間に制限等 ≡年間1860時間の時間外・休日労働に相当)



概要

- 医師確保計画の策定において基礎となる、地域ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための医師偏在指標について精緻化等を行う。
- 地域の実情に応じて安定した医師確保を行うため、地域枠等の恒久定員内への設置、寄附講座の設置、地域における子育て医師等支援などを進める。

医師偏在指標の精緻化等

- 三師統計で用いる医師届出票において、「従たる従事先」に記載された医療機関が主たる従事先と異なる医療圏である場合、医師数を主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として医師偏在指標を算出する。

※分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も同様

(9) 従たる従事先 (複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01~17のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)

ふりがな			電 話
名 称			代表電話 (- -)
所 在 地	〒□□□□-□□□□ 都道府県 市 郡 区 町 村		
勤 務 状 況 該当する項目を 1つで囲むこと。	12月1日~7日の勤務日数(日/週)(宿直・日直を除く)	0日	0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0
	11月の宿直・日直回数(回/月)	0回	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10~15未満 15~20未満 20以上
従たる従事先の件数	件 (今年度12月31日現在で雇用契約等のある全ての従たる従事先。)		

- 新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考として都道府県に提示する。

恒久定員内への地域枠等の設置促進等

- 安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行う。
- 特に医師少数都道府県においては、地元出身者を対象として他都道府県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで医師確保を促進する。
- 都道府県は、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填に加えて、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する。
- 地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、地域の実情に応じた子育て医師等支援に取り組む。

令和8年度医学部臨時定員に係る方針について

- 「経済財政運営と改革の基本方針2024」において、「2026年度（令和8年度）の医学部定員の上限については2024年度（令和6年度）の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度（令和9年度）以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」とされた。



- このため、令和8年度の医学部定員については、令和6年度の医学部総定員数を上限とし、令和7年度の臨時増員の枠組みを暫定的に維持することとする。
- その上で、令和8年度の医学部臨時定員については、「医師確保計画策定ガイドライン」で示されている方針を踏まえ、以下の対応を行った上で、地域における医師の確保に真に必要な範囲で臨時定員の設置を認めることとする。
- ・ 国は各都道府県に対して、安定した医師確保のため積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置についての大学との調整を促す。
 - ・ また、国は都道府県に対して、確保すべき医師数（例えば、臨床研修や臨床研修修了後の時点で確保すべき人数等）を検討した上で、当該都道府県に所在する大学の地域枠入学でない医師が臨床研修や臨床研修修了後において当該都道府県に勤務する割合等も踏まえ、真に必要な地域枠数を検討することを促す。
 - ・ その上で、国において臨時定員全体の必要性に加えて、当該都道府県の医師確保計画の進捗状況や地域枠医師の配置・運用状況、医師養成過程における教育・研修環境の体制、医学部定員の欠員状況等を慎重かつ丁寧に精査する。
 - ・ 必要に応じ、臨時定員を希望する都道府県・大学に対し、臨時定員の必要性について有識者も含めた検討の場でヒアリング等を実施する。
- なお、令和8年度医学部臨時定員の配分については、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、令和6年末までに策定することとしている総合的な対策のパッケージに関する具体的な議論や内容を注視しながら、本検討会において、引き続き議論を行っていく。

臨床研修医の募集定員について

- 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。
- このため、平成22年度研修から各都道府県の募集定員上限を設定し、研修医の偏在是正を図っている。

平成16年度



平成22年度～



平成27年度～



令和3年度～

・ 研修医の募集定員は、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず募集定員倍率（研修希望者数に対する募集定員数の比率）が1.3倍を超える規模まで拡大

・ 平成22年度から臨床研修を開始する研修医について、厚生労働省が各都道府県の募集定員上限を設定

臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ（平成21年2月18日 臨床研修制度のあり方等に関する検討会）

（2）募集定員や受入病院のあり方の見直し

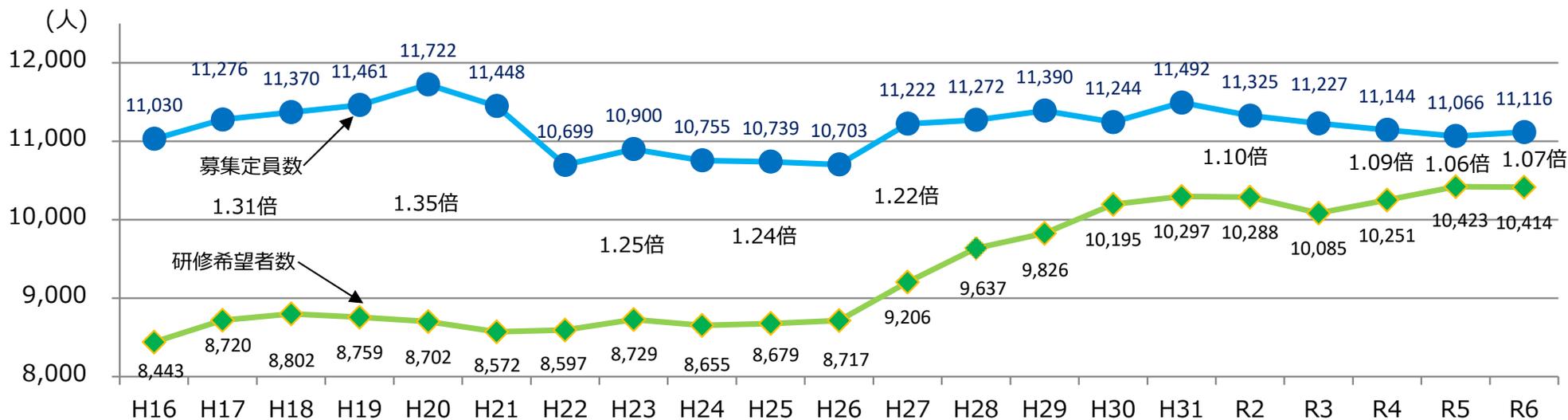
○ 研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員上限を設定する。

・ 募集定員倍率を令和2年度に向けて約1.10倍まで縮小する

・ 募集定員倍率を令和7年度に約1.05倍まで縮小する

・ 令和3年度から臨床研修を開始する研修医について、各都道府県が、厚生労働省が設定した各都道府県の募集定員上限の範囲内で、当該都道府県内の病院の募集定員を設定

研修医の募集定員数、研修希望者数、募集定員倍率（募集定員数÷研修希望者数）の推移



令和8年度の各都道府県の募集定員上限の算出方法

■ 全国の募集定員上限 (10,803人)

$$\text{研修希望者数 (推計)} (10,288人) \times 1.05 \text{ ※1}$$

※1 令和8年度は1.05で据え置き

■ 各都道府県の募集定員上限

<p>① 基本となる数</p> <p>① 人口</p> $\text{全国の研修医総数 (9,156人※2)} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{全国の総人口}}$ <p>② 医学部入学定員</p> $\text{全国の研修医総数 (9,156人)} \times \frac{\text{医学部の入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$	<p>①と②の多い方*</p> $\text{全国の研修医総数 (9,156人)} \times \frac{\text{①と②の多い方*}}{\text{①と②の多い方*の全都道府県合計}}$ <p>* ②(入学定員)を用いる場合、①(人口)の1.2倍を限度</p>
--	--

※2 研修医総数 (推計) は、研修希望者数 (推計) に、過去3年間の研修希望者数に対する採用人数の割合を乗じた数

+ ② 地域枠による加算

$$\text{地域枠入学者数} \times 1.05 \text{ ※1}$$

+ ③ 地理的条件等による加算

- (1) 100km²当たり医師数※3
- (2) 離島の人口※4
- (3) 医師少数区域の人口※5
- (4) 都道府県間の医師偏在状況※6

※3 100km²当たりの医師数が、全国平均よりも少ない都道府県は①×0.07、30未満の都道府県は①×0.1を加算
 ※4 ①× 離島人口×3/当該都道府県の人口 を加算
 ※5 ③(2)までを配分した後の未配分の数×「当該都道府県の医師少数区域の人口/全国の総人口」を加算
 ※6 ③(3)までを配分した後の未配分の数、都道府県間の医師偏在状況 (医師偏在指数) に応じて按分した数を加算

+ ④ 激変緩和措置(直近の採用人数保障)

- ・ ①～③の合計 (「仮上限」) が、直近 (令和6年度) の採用人数よりも少ない都道府県は、令和6年度の採用人数と「令和7年度の募集定員上限×0.99」のうち少ない方の人数を当該都道府県の募集定員上限とする
- ・ 上記により追加する定員は、他の都道府県の「仮上限」から $\frac{\text{各都道府県の (「仮上限」 - 令和6年度採用数)}}{\text{各都道府県の (「仮上限」 - 令和6年度採用数) の合計}}$ に応じて定員を削減して捻出
 ただし、「令和7年度の募集定員上限を全て病院に配分した都道府県」は、「仮上限」からの定員削減の対象外とする

+ ⑤ 募集定員上限の減少率が、直近の全国の募集定員上限の減少率を上回る場合の加算 ※上記10,803人に別途加算するもの

- ・ ①～④の結果、令和7年度の募集定員上限からの減少率が3.4% (直近の全国の募集定員上限の減少率) を上回る都道府県 (令和7年度の募集定員上限を全て病院に配分している都道府県に限る) に対して、令和7年度の募集定員上限からの減少率が3.4%となるまで加算

(注) 令和7年度からは、各病院の募集定員を2人以上とするための加算は、当該都道府県の募集定員上限の範囲内で行うこととしている。

医師多数県の基幹型病院（連携元病院）に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県等の臨床研修病院（連携先病院）においても一定期間研修するプログラム

地域における研修機会の充実に

— 医師少数区域など地域の医療現場を経験できる機会を充実

複数の医療現場の魅力・特性を生かした充実した研修が可能に

— 異なる医療現場を経験できる、地域における医療現場を経験できるなど

研修医のキャリアの選択肢に

— 異なる環境で医療に従事する中で、研修医の将来のキャリア検討の選択肢や自分の特性に気づく契機になる

全国の臨床研修ネットワークの形成に

— 異なる地域の臨床研修に関するネットワークが形成され知見の共有等につながる

以上に加え、本プログラムを通じて地域における医療へのキャリアの選択肢が広がるなど、医師偏在対策に資する

参考①：大学病院で臨床研修を行った研修医が、病院（プログラム）を選んだ理由として、いわゆる「たすきがけプログラム」が上位に挙がる

臨床研修を行った病院（プログラム）を選んだ理由（臨床研修修了者アンケート 研修先：大学病院）

	令和2年3月修了者	令和3年3月修了者	令和4年3月修了者
第1位	出身大学である（37.9%）	臨床研修のプログラムが充実（36.2%）	臨床研修のプログラムが充実（35.7%）
第2位	臨床研修のプログラムが充実（34.4%）	出身大学である（35.2%）	出身大学である（32.5%）
第3位	「たすきがけプログラム」があったから（27.7%）	「たすきがけプログラム」があったから（29.1%）	「たすきがけプログラム」があったから（26.0%）

参考②：臨床研修医の中でも長期の地域での研修を希望する者が一定数存在する

臨床研修修了者（令和3年度修了）アンケートにおいて、地域医療研修の期間が「短かった」と回答した者：約15%

1. 連携元区域（医師多数県）

医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県（但し、地理的事情などの特殊事情を有する沖縄県は除く。）

東京都、大阪府、京都府、岡山県、福岡県

2. 連携先区域（医師少数県等）

①医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県

青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、群馬県、新潟県、長野県、岐阜県、三重県、山口県、宮崎県

②医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域

北海道、宮城県、福井県、島根県、大分県、鹿児島県の医師少数区域

※医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の中で富山県、山梨県、広島県、愛媛県は医師少数区域がない。

③連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（対象人数の一部）

東京都、京都府、岡山県、福岡県の医師少数区域

※連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域について、人口30万人以上の二次医療圏は連携先区域から除く。

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

※連携元区域に該当する医師多数県のうち、大阪府には医師少数区域がない。

3. 対象人数

・医師多数県の募集定員上限の5%以上

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

4. 時期・期間

・プログラムの実施時期は原則として臨床研修の2年目とする。

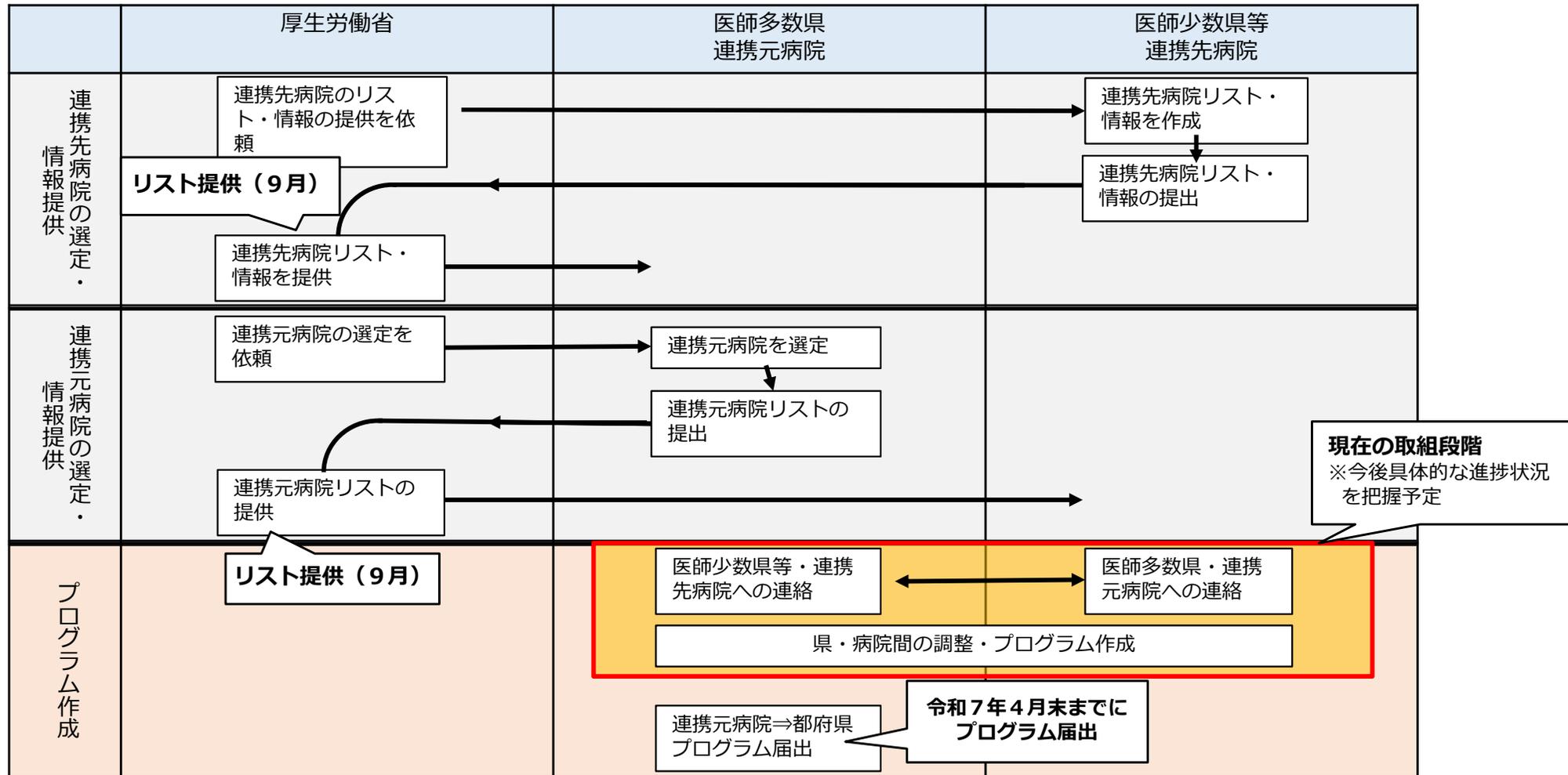
・プログラムの実施期間は24週又はそれ以上とする。

5. 費用負担

・プログラムの作成・実施に係る費用に関する国による支援を検討。

※令和6年度補正予算において、広域連携型プログラムの責任者となるプログラム責任者に係る経費等を計上。

広域連携型プログラムの作成スケジュール



Ⅱ 看護職員確保対策について

看護職員確保に向けた施策の方向性

看護職員の確保に当たっては、「新規養成」「復職支援」「定着促進」を三本柱にした取組を推進していく。



新規養成



復職支援



定着促進

①看護職員の新規養成

- ✓ 地域医療介護総合確保基金により、看護師等養成所の整備や運営に対する財政支援を実施。
- ✓ 看護関係資格の取得を目指す社会人経験者が、厚生労働大臣が専門的・実践的な教育訓練として指定した講座（専門実践教育訓練）を受講した場合の給付の実施。

②看護職員に対する復職支援

- ✓ 都道府県ナースセンターが、無料職業紹介や情報提供・相談対応等を通じて、潜在看護職の復職支援を実施。
- ✓ 「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」（令和6年度運用開始予定）の構築により、ナースセンターによる多様なキャリア情報の把握・活用を通じて、潜在看護職に対する復職支援を充実。

③看護職員の定着促進

- ✓ 地域医療介護総合確保基金により、病院内保育所の整備・運営や仮眠室・休憩スペース等の新設・拡張など、勤務環境改善に対する支援を実施。
- ✓ 都道府県医療勤務環境改善支援センターにおいて、看護職員を含めた医療従事者の勤務環境改善のための体制整備を行う医療機関に対して総合的・専門的な支援を実施。

看護職員等の 処遇改善

診療報酬改定により令和4年10月に看護職員処遇改善評価料を導入。また、令和5年度補正予算により看護補助者の処遇改善事業を実施するとともに、診療報酬改定により令和6年6月にベースアップ評価料を導入。

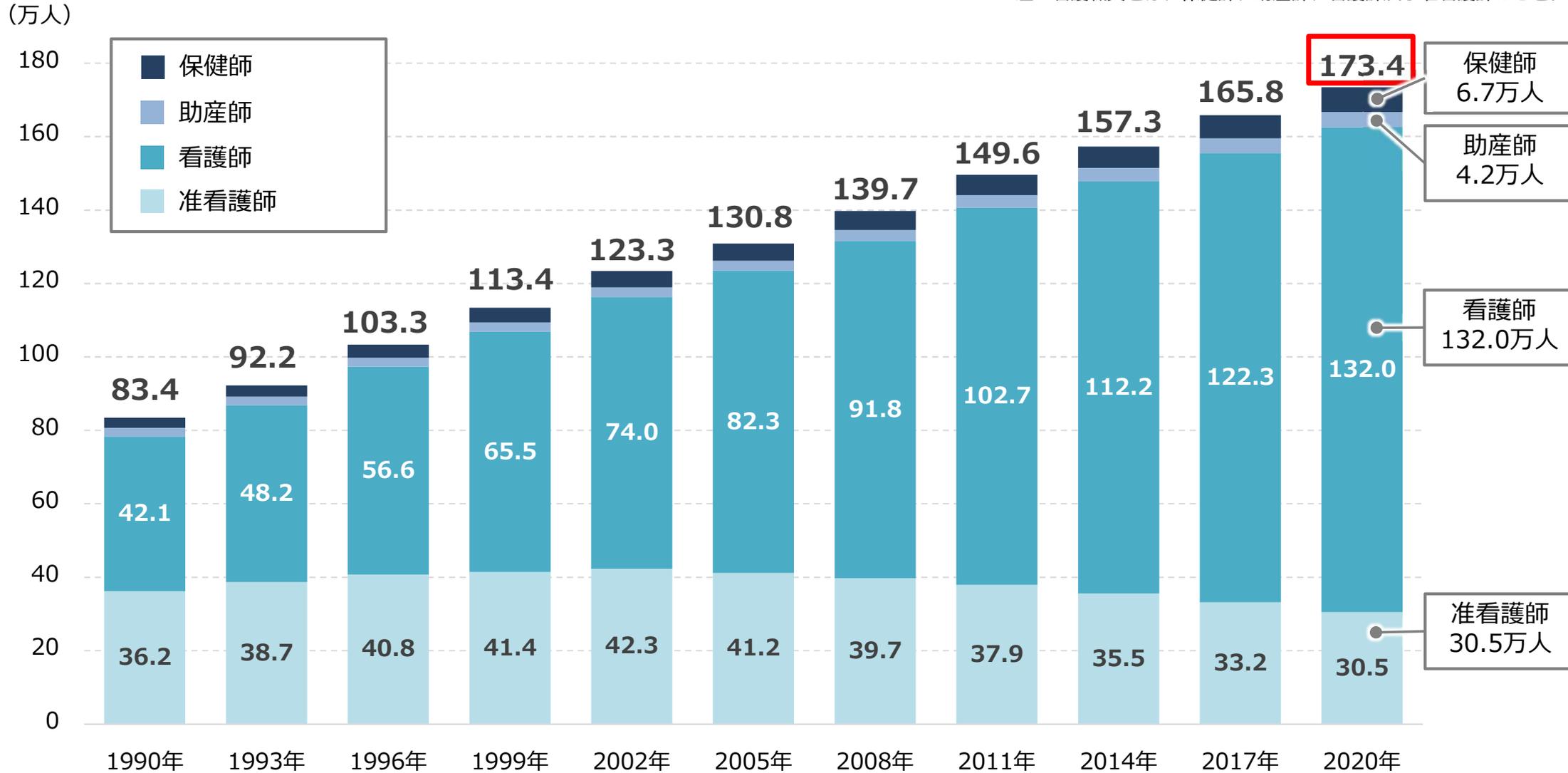
地域・領域別の 課題への対応

第8次医療計画（令和6年度～）に基づき、都道府県において、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を推進するとともに、需要が増大する訪問看護に従事する看護職員の確保方策を策定。

看護職員就業者数の推移

看護職員の確保が進められて、看護職員就業者数は増加を続け、2020年（令和2年）には173.4万人となった。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。



資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

- ・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。
- ・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。
- ・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

看護職員確保対策の推進（第8次医療計画（2024～2029年度）における見直しのポイント）

概要

- ・地域の関係者の連携の下、都道府県・二次医療圏ごとの課題を把握し、課題に応じた看護職員確保対策の実施を推進。
- ・都道府県において、地域の実情を踏まえつつ、需要が増大する訪問看護に従事する看護職員の確保方策を定める。
- ・感染症拡大への迅速・的確な対応等のため、都道府県ごとの就業者数の目標の設定等を通じて、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成を推進。

◎看護職員の需給の状況は都道府県・二次医療圏ごとに差異がある

看護職員総数が 不足 すると推計された都道府県 (2025年の看護職員需要数が2020年の供給数を上回る)	看護職員総数が 充足 されると推計された都道府県 (2020年の供給数より2025年の看護職員需要数が少ない)
16都道府県	31都道府県

不足傾向は都道府県ごとに異なり、都市部（首都圏、近畿圏等）で不足傾向が強い

- ✓ 二次医療圏単位では、総数が不足傾向の圏域もある。
- ✓ 多くの二次医療圏で、訪問看護等について不足傾向。

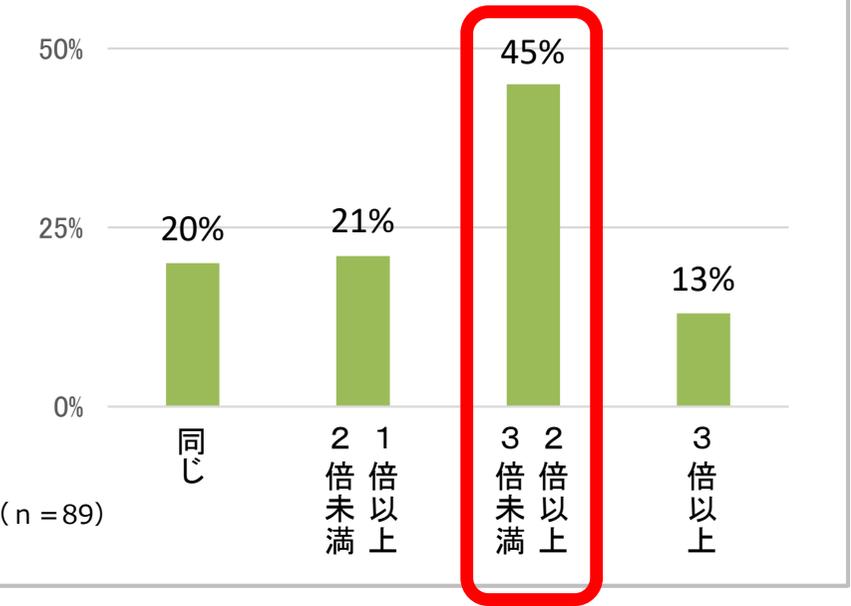
◎訪問看護は需要の増大が大きく、人材確保が困難

	① 2016年	② 2020年	③ 2025年(推計)	③-② 需要増大(推計)
病院+有床診療所+精神病床+無床診療所	134.8	136.0	136.5	0.6
訪問看護事業所	4.7	6.8	11.3	4.5
介護保険サービス等	15.0	17.3	18.7	1.5
保健所・市町村・学校養成所等	11.5	13.4	13.6	0.3

※ 都道府県ナースセンターにおける領域別の看護職員の求人倍率（2020年度）を比較すると、**訪問看護ステーションの求人倍率が3.26倍で最大**

◎新型コロナの重症者の診療に当たっては、専門性の高い看護師が数多く必要になった

同等の重症患者の管理と比べ、ECMO管理を要するコロナ患者の治療に必要であった看護師の数（医療施設の回答）



資料出所：
 ・「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ（概要）」（令和元年（2019年）11月15日）
 ・厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づく厚生労働省医政局看護課による集計・推計結果
 ・日本看護協会「2020年度 ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人・就職に関する分析」
 ・重症新型コロナウイルス感染症診療における診療報酬上の特例措置についての現状調査（令和3年7月 日本集中治療医学会）〔調査対象時期：令和2年2月～令和3年6月、調査対象：集中治療医学会評議員の所属施設225施設（回答率50%）〕

① 施策の目的

医療機関等における看護職員の確保を図るため、「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」の活用を推進するとともに、ナースセンターの機能強化や公共職業安定所との連携を強化することで、看護職員の就業支援の充実を図る。

② 対策の柱との関係

I	II	III
		○

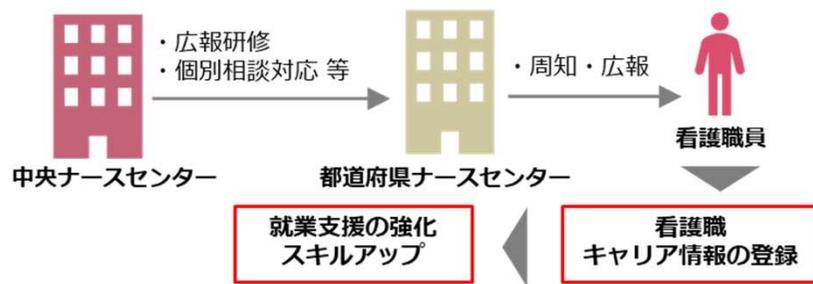
③ 施策の概要

都道府県ナースセンターに対する人材活用システムの周知・広報活動に関する研修等の実施、へき地等における潜在看護職等の活用及び看護職の就業支援の更なる充実を図るための都道府県ナースセンター等へのICT機器の整備を行うための経費を日本看護協会に補助する。

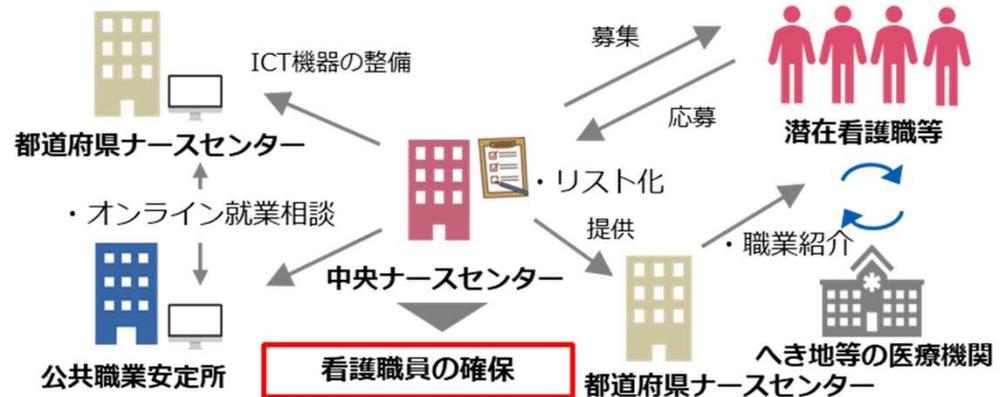
④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

実施主体：日本看護協会(中央ナースセンター)
 補助率：定額(10/10相当)

1. 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周知・広報



2. ナースセンターの機能強化と公共職業安定所との連携強化



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

看護職個人の質向上を図るとともに、医療機関等における看護職の確保を支援することで、医療機関等において効率的かつ質の高い医療の提供が期待される。

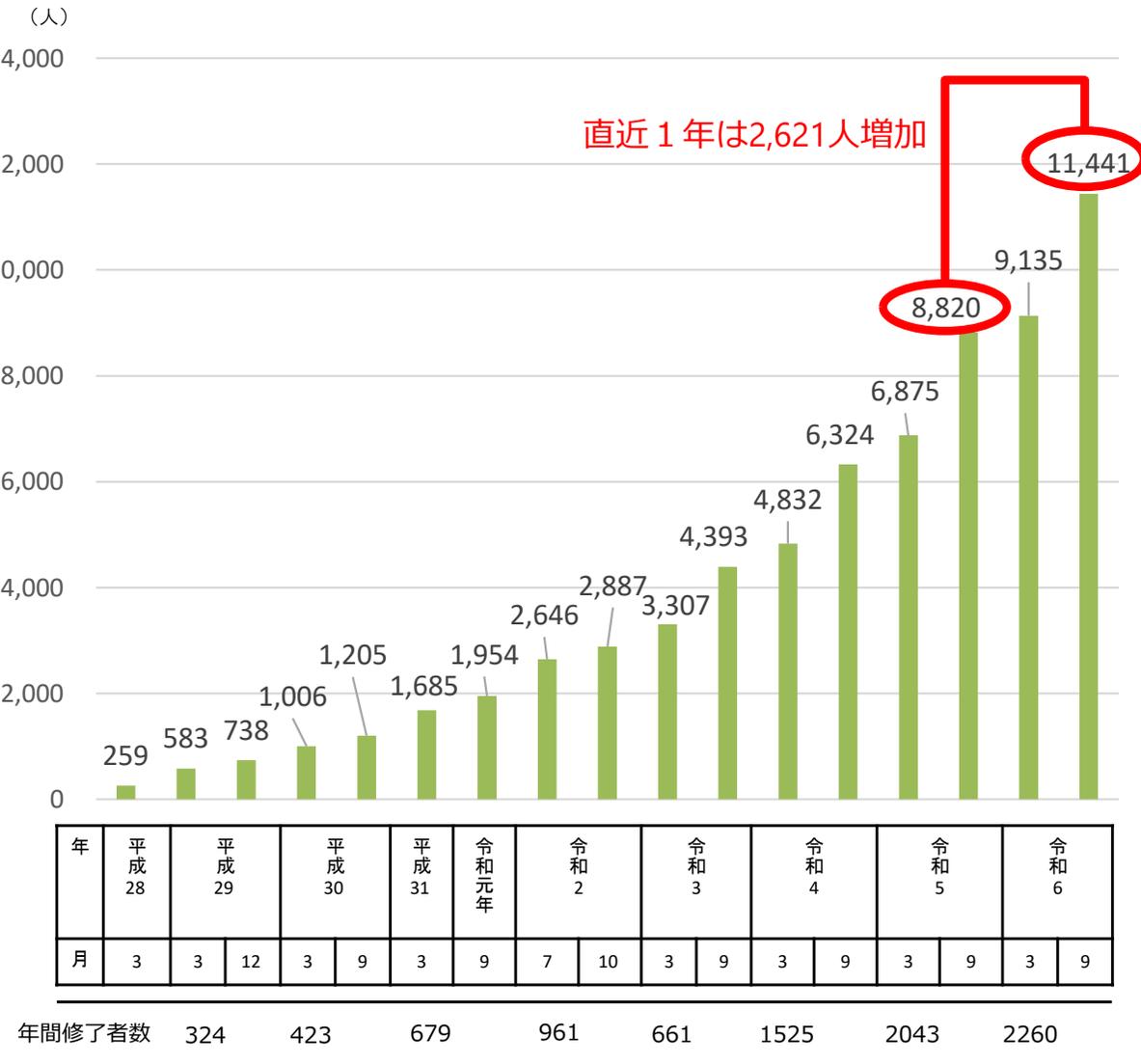
特定行為研修指定研修機関数・特定行為研修修了者の推移

- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和6年9月現在で**426**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は**6,149**人である。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和6年9月現在で**11,441**人である。

■ 指定研修機関数の推移



■ 特定行為研修修了者数の推移



特定行為研修制度の推進策について（特定行為研修の推進に係る支援）

指定研修機関への支援

✓研修機関導入促進支援事業

研修導入に必要な備品購入、eラーニング設置、実習体制構築等の経費に対する支援

✓指定研修機関運営事業

指導者経費、実習に係る消耗費、委託費、指定研修機関と協力施設の連携に必要な経費に対する支援

✓組織定着化支援事業

指定研修機関である医療機関等において、組織的かつ継続的に特定行為研修の受講と修了生の活動を推進する取組を行う医療機関等を財政的・技術的に支援

✓指定研修機関等施設整備事業

研修を実施するためのカンファレンスルーム、eラーニング設置、研修受講者用の実習室等の新築・増改築・改修に必要な施設整備に必要な経費に対する支援

✓人材開発支援助成金

訓練経費や訓練期間中の賃金の一部を雇用保険により助成

研修受講者への支援

✓教育訓練給付

労働者が研修の費用を負担し、厚生労働大臣が指定する教育訓練を受けた場合、その費用の一部を「教育訓練給付」として雇用保険により支援

- ・一般教育訓練給付：受講費用の20%（上限年間10万円）
- ・特定一般教育訓練給付：受講費用の40%（上限年間20万円）
- ・専門実践教育訓練給付：受講費用の50%（上限年間40万円）

※受講者が支給を受けるためには、指定研修機関の特定行為研修が、教育訓練施設としてあらかじめ厚生労働大臣の指定を受けている必要がある

医療機関への支援

✓地域医療介護総合確保基金

受講者の所属施設に対する支援（医療機関において負担した受講料等の費用補助、代替職員雇用の費用補助）

✓診療報酬における評価

一定の要件を満たした研修修了者が、診療報酬上の施設基準等の要件とされている

平成30年改定：糖尿病合併症管理料、糖尿病透析予防指導管理料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料、特定集中治療室管理料1及び2

令和2年改定：総合入院体制加算、麻酔管理料Ⅱ

令和4年改定：重症患者搬送加算、重症患者対応体制強化加算、早期離床・リハビリテーション加算、精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、専門性の高い看護師による同行訪問、機能強化型訪問看護管理療養費1～3、専門管理加算、手順書加算

令和6年改定：

特定集中治療室管理料5及び6
機能強化型訪問看護管理療養費1

「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」の改定について

- 厚生労働大臣及び文部科学大臣は、看護師等の人材確保の促進に関する法律第3条に基づき、国民に良質かつ適切な医療の提供を図るために、看護師等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の確保を促進するための措置に関する基本的な指針を策定することとされている。
- 1992年12月の本指針の制定から現在までの間、①2001年の保健師助産師看護師法の改正に伴い「看護婦」から「看護師」と改正されるなど、看護師等を巡る状況は大きく変化したこと、②今後、少子高齢化の進行に伴って、現役世代（担い手）が急減する中で、看護ニーズの増大が見込まれており、看護師等の確保の推進が重要であること、③コロナ禍を受けて、新興感染症等の発生に備えた看護師等確保対策を実施する必要があること等から、2023年10月に本指針の改定を行った。
- 改定の概要は以下のとおり。 ※今回の改定以降も、医療提供体制の見直しに係る状況等を踏まえて、必要に応じて本指針の見直しを行う。

① 看護師等の就業の動向

- ・ 看護師等の就業者数は増加（1990年 83.4万人 → 2020年 173.4万人）
- ・ 2025年需要推計によると、2020年の就業看護師等数よりも増大が必要
- ・ 需給の状況は地域別・領域別に差異があり、地域・領域ごとの課題に応じた確保対策が重要
- ・ 2040年に向け生産年齢人口が減少していく中で看護師等の確保の推進が必要
- ・ 2040年頃を視野に入れた新たな看護師等の需給推計は、今後の医療計画の作成等に活用できるようにすることが重要

② 看護師等の養成

- ・ 看護師等の教育の課程は、保健師、助産師、看護師（三年課程、二年課程）及び准看護師の各課程からなり、全日制・定時制など多様な形態で構成される
- ・ 地域医療介護総合確保基金による看護師等養成所の整備・運営の支援が重要
- ・ 看護関係資格の取得を目指す社会人経験者の教育訓練の受講支援が重要
- ・ 療養の場が多様化し地域包括ケアが推進される中で、訪問看護ステーション等での需要増加に対応するため、多様な場での実習の充実を更に図っていくことが重要
- ・ 今後は看護学生の減少が予想されるため、資質の高い看護教員の確保や看護師等を安定的に養成する取組など、地域の看護師等学校養成所間での議論が望まれる

③ 病院等に勤務する看護師等の処遇の改善

- ・ 看護師等の就業継続を支援していくため夜勤等の業務負担の軽減や病院等のICT化の積極的な推進による業務の効率化を図っていくことが重要
- ・ 労使において業務内容、業務状況等を考慮した給与水準となるよう努める
- ・ 仕事と育児の両立支援に向けた環境整備の推進や地域医療介護総合確保基金による支援も活用した勤務環境改善のための体制整備を進めるよう努める
- ・ 職場におけるハラスメント対策を適切に実施していくことが必要
- ・ チーム医療推進のため、タスク・シフト/シェアを進めていくことが重要

⑦ その他看護師等の確保の促進に関する重要事項

- ・ 看護師等の確保を進める上で、医療関係者をはじめ広く国民一人一人が「看護」の重要性や魅力について理解と関心を深めることが必要
- ・ 看護補助者が実施可能な業務については、看護補助者が担っていく環境を整備することや看護補助者の社会的な認知の向上に努めることが重要

④ 研修等による看護師等の資質の向上

- ・ 看護師等はライフイベントによるキャリア中断が多いため、新人世代から高齢世代までを通じたキャリアの継続支援が重要
- ・ すべての新人看護師等が基本的な臨床実践能力を獲得することが重要
- ・ 個々の看護師等が置かれた状況等により、例えば、特定行為研修の受講など、就業場所、専門領域、役職等に応じた知識・技術・能力の向上が求められる
- ・ 看護師等の指導を行う看護管理者の役割が重要であり、看護管理者には自らの病院等のみならず地域の様々な病院等と緊密に連携する能力が求められる

⑤ 看護師等の就業の促進

- ・ 新規養成・復職支援・定着促進を三本柱とした取組の推進が重要
- ・ 都道府県ナースセンターにおける職業紹介等の充実や公共職業安定所と都道府県ナースセンターとの緊密な連携を通じたマッチングの強化が重要
- ・ 「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」により、看護師等のスキルアップの推進を図ることが重要
- ・ 都道府県・二次医療圏ごとの地域の課題に応じた看護師等の確保や領域別の今後の看護師等の需給を踏まえ、訪問看護における看護師等の確保が重要
- ・ 人生100年時代において生涯にわたる看護師等の就業推進が必要

⑥ 新興感染症や災害等への対応に係る看護師等の確保

- ・ 新興感染症や災害が発生した場合において的確に対応できる看護師等の応援派遣が迅速に実施できるよう、災害支援ナースの養成及び応援派遣を行う仕組みを構築することが必要
- ・ 国においては、災害支援ナースの養成及びリスト化を進めるとともに、全国レベルでの看護師等の応援派遣調整に係る体制を整備することが重要
- ・ 都道府県においては、災害支援ナースの応援派遣に係る医療機関等との間の協定の締結を着実に進めることが重要

看護学生確保に向けた情報発信（社会人経験者等含む）

- 看護職を目指す者の確保を目的に、実習中の患者とのエピソードを中心に看護学生の成長物語を漫画として作成しているほか、看護教育に関するポータルサイトで看護職の業務内容や看護職になるための方法等を紹介。
- また、看護学以外の専攻で大学を卒業した者や、社会人として一定の就労経験を経た者に、看護職を目指して頂くことを目的として、周知動画及びポスターをポータルサイトに掲載。
- 毎年5月に「看護の日」イベントを開催（厚生労働省と公益社団法人日本看護協会の共催）（「看護の心」等を育むきっかけとなるよう旧厚生省がナイチンゲールの誕生日である5月12日を「看護の日」と定めた）。今年のイベントでは、これから看護の道を目指す若い者にプロフェッショナルとしての看護の魅力伝えるトークイベント等を開催（女優の羽田美智子さん等が参加）。

ポータルサイトでの情報発信

看護職を目指す方

看護職とは、保健師・助産師・看護師・准看護師をさします。



それぞれのような職種なのか私達と一緒にみていきましょう。

【漫画】



【動画】



【ポスター】

令和6年度からの災害支援ナースの仕組み（災害・新興感染症対応）

概要

- 令和5年度までの災害支援ナースについては、日本看護協会と都道府県看護協会が、被災した医療機関における看護業務や避難所の環境整備（通常の感染症対策を含む）等を行う災害支援ナースの研修を行い（厚生労働省の補助事業）、被災地の避難所等への派遣は、日本看護協会及び都道府県看護協会の活動（自主的な活動）として実施していた。令和6年3月末時点で約10,000人の災害支援ナースが登録。
- 令和4年の改正医療法により、令和6年度からは、DMAT等と同様に、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、都道府県と医療機関との協定の対象となるとともに（県が協定に基づき医療機関に派遣を依頼し、調整を実施）、厚生労働省が研修や広域派遣の場合の派遣調整を行う仕組みとなった（日本看護協会に委託）。災害支援ナースは、災害支援ナース養成研修を修了し、国に登録された者。（令和6年4月時点で約4千人、令和6年度にさらに約4千人を研修中。）
- これまでの災害時の活動に加え、新興感染症発生・まん延時の活動にも対応。派遣に係る実費を、協定に基づき、派遣時は協定締結機関が負担し、後日都道府県に対し請求手続を実施することや、事故補償について都道府県において傷害保険に加入する仕組みとなったことから、より一層安心して活動できる環境が整備された。

災害支援ナースの派遣と養成・登録スキーム

（派遣方法）

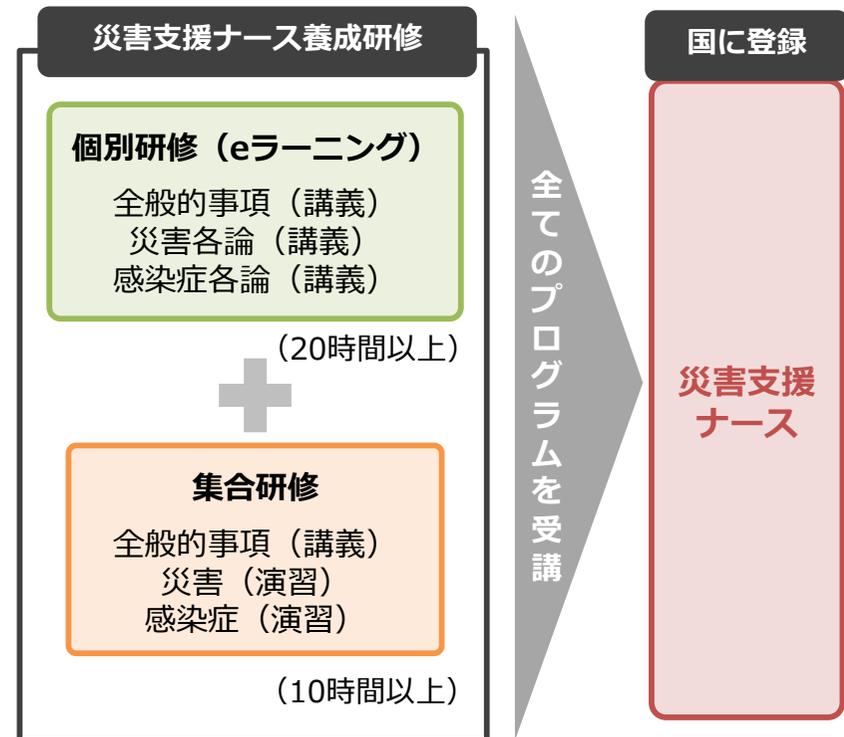
- ✓ 都道府県と災害支援ナースが所属する施設（病院、診療所、訪問看護事業所、助産所や都道府県看護協会等）との災害支援ナースの派遣に関する協定に基づき、都道府県の要請により、所属施設から派遣される。

（活動場所）

- ✓ 都道府県内の医療機関等で当該施設の管理者の下で活動することが基本となる。大規模災害時等の場合には、他の都道府県において活動することがある。

（費用支弁）

- ✓ 「災害・感染症医療業務従事者派遣設備整備事業」を活用して、必要な資機材の整備について補助が受けられる。
- ✓ 活動に要した費用は、協定に基づき、派遣時は協定締結機関が負担し、後日都道府県に対し請求手続を実施し、災害支援ナースの派遣を要請した都道府県が支弁。
なお、災害救助法に基づく費用支弁については以下のとおり。
 - ① 災害支援ナースの活動が、災害救助法による救助であると認められた場合、被災都道府県の災害支援ナースの派遣要請を受けた都道府県は、被災都道府県に求償することができる。
 - ② ①に基づき、災害支援ナースの活動に要した費用を求償された被災都道府県は、求償した都道府県に対して費用を支弁する。ただし、同法の規定に基づき、国に支弁を要請することができる。



參考資料

医療計画における看護師の特定行為研修の体制の整備等について

- ◆ 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師は、在宅医療の推進のほか、新興感染症等の感染拡大時の迅速かつ的確な対応及び医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアの推進に資するものとしてその役割が期待されている。
- ◆ こうした看護師を活用することにより地域の実情に応じた医療機能の確保と充実を図るため、各都道府県においては、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と就業の促進について、計画的に取り組を進めることが求められている。
(医政看発0331第6号 令和5年3月31日 医政局看護課長通知)

■ 第8次医療計画に記載する事項

- 地域の実情に応じた指定研修機関や協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた具体的な計画
- 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の就業者数の目標

■ 研修体制の整備等に係る目標設定

地域における研修体制や特定行為研修修了者等の就業状況における課題に基づき、指定研修機関数や協力施設数、特定行為研修修了者等の就業者数について、地域の実情に応じた数値目標並びに目標達成に要する期間を設定する。特定行為研修修了者等の就業者数の目標の設定にあたっては、以下の点を考慮する。

1. 在宅医療における質の高い効果的なケアの実施の推進
2. 新興感染症等の感染拡大時に、高度急性期に対応できる知識と技術を有する看護師の確保
3. 看護の質の向上と医師の時間外労働の上限規制に資するタスク・シフト/シェアの推進

■ 特定行為研修修了者の就業者数の目標値についての基本的な考え方と算出例

1

在宅・慢性期領域の就業者数

【算出例】

- 看護師数が常勤換算5名以上の訪問看護ステーションに、特定行為研修修了者各1名以上の配置する場合の就業者数
- 地域の訪問看護ステーションの特定行為研修への受講ニーズ調査から算出
- 在宅医療を支える医療機関における同行訪問を行う特定行為研修就業者数
- 療養病棟等に1名以上配置する場合の就業者数 等

例

全訪問看護ステーション数：100

うち、看護師が常勤換算で5名以上の訪問看護ステーション数：40

40の訪問看護ステーションに1名以上の修了者：40
箇所×1名=40名以上

2

新興感染症等の有事に対応可能な就業者数

【算出例】

- 有事に、ICUや救命救急等の集中治療を担う全ての病棟において、機動的かつ流動的な対応が可能となる特定行為研修修了者の人数（例えば、診療報酬の施設基準に係る看護師以外に2名以上配置、等）
- 新型コロナウイルス感染症の重症患者を受け入れている医療機関のニーズ 等

例

特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟数：35

救命救急入院料を算定する病棟数：15

上記の各病棟に最低2名以上の配置：

2名×35 = 70名以上
2名×15 = 30名以上
2名×50 = 100名以上

3

医療機関における看護の質の向上とタスク・シフト/シェアに資する就業者数

【算出例】

- 医療機関の看護師の特定行為研修への受講ニーズ
- 医師労働時間短縮計画の作成対象となる医療機関や、総合入院体制加算を算定する医療機関における特定行為研修修了者の養成ニーズ調査等から算出
(例えば、医療機関が以下のように算出したものの積み上げ。
・高度急性期病棟に各勤務帯1名以上、毎日配置するために必要な人数
・外科病棟に日勤帯に1名以上、毎日配置するために必要な人数) 等 等

①～③の合計 + α (その他、地域の実情に応じて都道府県独自の観点で目標数を追加)

都道府県ごとの特定行為研修修了者の就業者の目標値

令和7年度予算案 2.6億円 (2.4億円) ※ ()内は前年度当初予算額

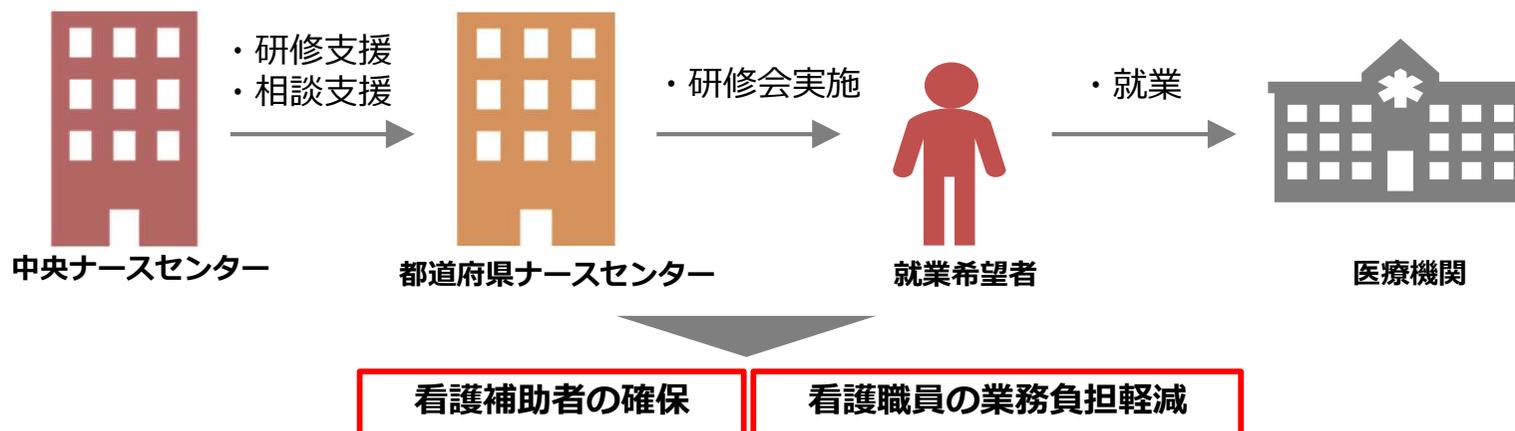
1 事業拡充の目的

- ・ 少子高齢化の進行に伴い、現役世代（担い手）の急減が見込まれる中で、今後の増大する看護ニーズに対応していくためには、看護職員の確保が必要であるものの、依然として医療機関等における看護職員の確保は重要な課題となっている。
- ・ このため、看護職員のタスク・シフト/シェアに資するよう、看護補助者の就業支援を行うため、看護補助者として就業を希望する者に対する研修を実施し、看護補助者の確保を図る。

2 事業拡充の概要

看護補助者に対する就業支援（24百万円）

都道府県ナースセンターが看護補助者として就業を希望する者に対して、医療機関で従事するために必要な知識・技能についての研修を実施できるよう、中央ナースセンターにおいて、研修実施等の支援を行う。



3 実施主体等

◆実施主体：公益社団法人 日本看護協会

◆補助率：定額（10/10相当）

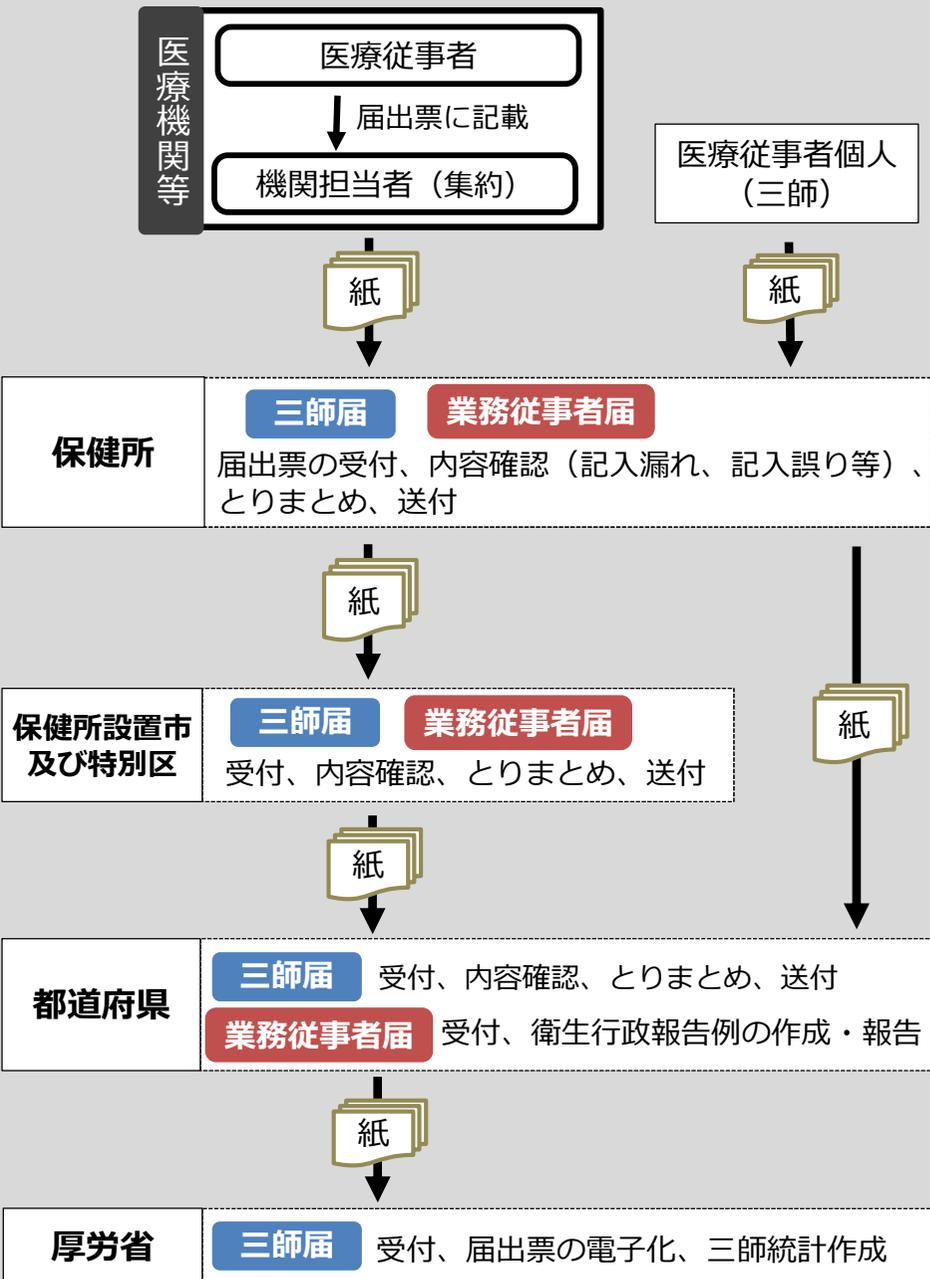
Ⅲ 医師法等に基づく医療従事者による 2年に一度の届出のオンライン化について

三師届・業務従事者届のオンライン届出の仕組み（令和4年度～）

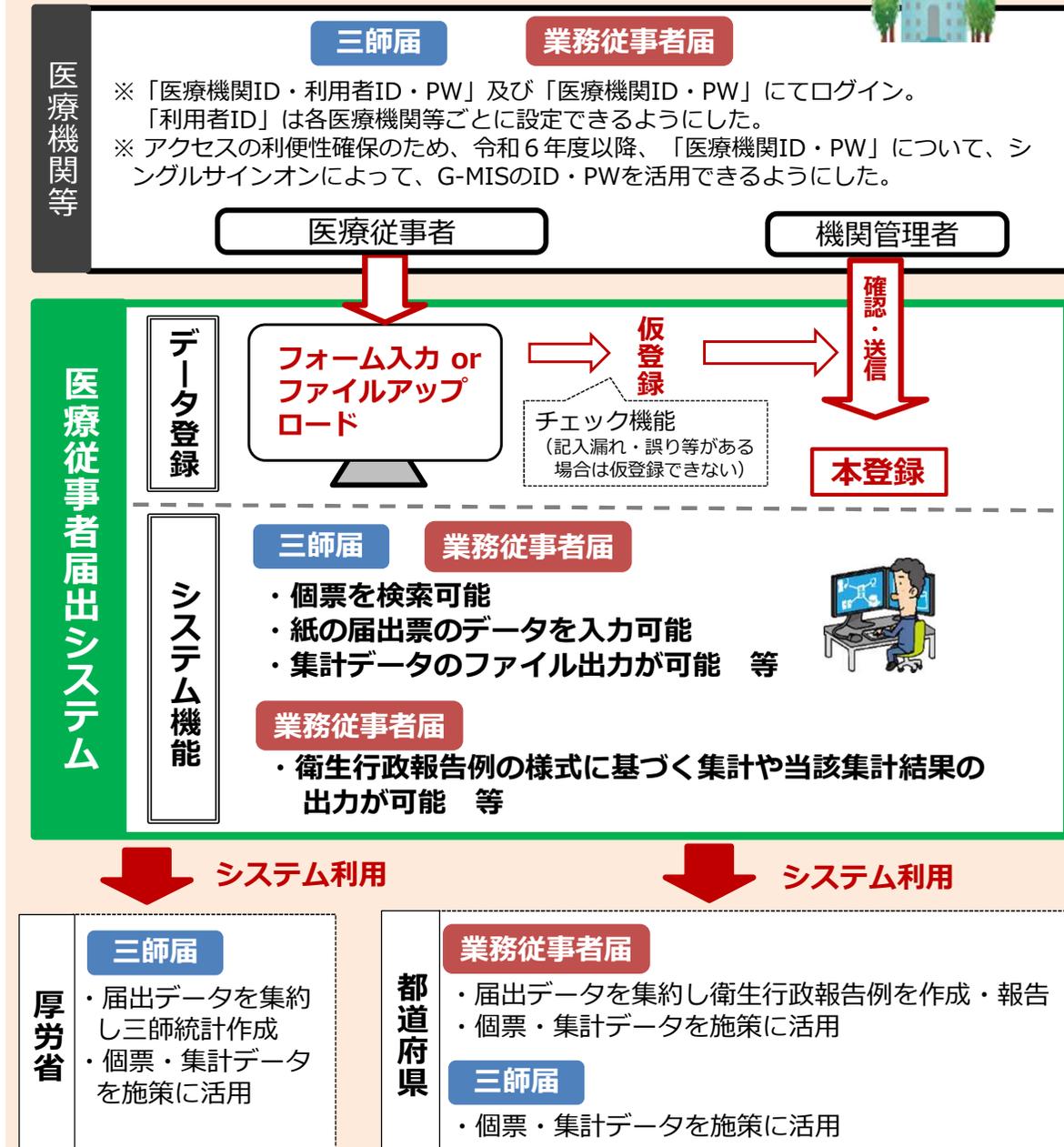
三師届：医師、歯科医師、薬剤師

業務従事者届：看護職（保健師・助産師・看護師・准看護師）、歯科衛生士、歯科技工士

【現行の届出手続】



【届出手続のオンライン化】



※オンライン届出を行わない医療機関等の医療従事者及び医療機関等に勤務しない医療従事者個人は、従来通り紙による届出手続となる。

4. 照会先一覧 (厚生労働省代表電話 03-5253-1111)

施策事項		所管課室	担当係	内線
1. 医療提供体制の総合的な改革の検討状況	①新たな地域医療構想	地域医療計画課医師確保等地域医療対策室	計画係	4474
1. 医療提供体制の総合的な改革の検討状況	②医師偏在対策	地域医療計画課医師確保等地域医療対策室	—	4148
1. 医療提供体制の総合的な改革の検討状況	③美容医療への対応	医事課	—	4110
		計画課	—	4208
1. 医療提供体制の総合的な改革の検討状況	④オンライン診療の推進	総務課	—	4145
1. 医療提供体制の総合的な改革の検討状況	⑤医療DXの推進	参事官室	—	4492
2. 補正予算について	・人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ	医療経営支援課、地域医療計画課	—	2672 2550 2665 8048
	・重点支援地方交付金による物価高騰対策	医療経営支援課	—	2672
	・医師偏在是正に向けた医師不足地域の診療所の承継・開業の支援	地域医療計画課医師確保等地域医療対策室	—	4148
	・医療施設等災害復旧費 ・医療施設等の耐災害性強化	地域医療計画課救急・周産期医療等対策室	災害医療係	2558
	・病院歯科整備事業 ・災害時歯科保健医療提供体制整備事業	歯科保健課	総務係	2583
3. ①死因究明等の推進について		医事課死因究明等企画調査室	調整係	4418
3. ②オンライン診療について		総務課	—	4145
3. ③かかりつけ医機能について		総務課	—	4057
3. ④医療法人の経営情報等のデータベース (MCDB) について		医療経営支援課	医療経営データ分析係	2676
3. ⑤医師・医療従事者の働き方改革について		医事課医師等医療従事者働き方改革推進室	企画係	4415
3. ⑥歯科技工士法第21条第1項の規定に基づく開設届出のなされた歯科技工所の一覧のホームページ等への掲載について		歯科保健課	—	2618 2552
3. ⑦医療人材の確保について		医事課	—	4452 2567 2562
		看護課	人材確保係	2599 4166