厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和７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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

1．2040年を見据えた医療提供体制（改正医療法の施行等） 2

①新たな地域医療構想 3

②オンライン診療に関する総体的な規定の創設 17

③美容医療の適切な実施 29

④医師偏在是正に向けた総合的な対策 32

2．補正予算 60

①賃上げ・物価上昇支援、病床数適正化支援等 61

②個別の補正予算事業 74

3．医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進 86

①医療機関の業務のＤＸ化の推進 87

② タスク・シフト/シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等
※既存施策（医師等の働き方改革、医師養成過程を通じた対策、看護職員確保対策を含む） 91

4．個別の政策課題 152

①かかりつけ医機能 153

②救急・災害対応 163

③医療安全の推進 177

④医療法人の経営情報のデータベース（ＭＣＤＢ） 190

⑤ 死因究明等の推進 197

⑥歯科保健医療の推進 222

（参考）医政局の組織見直し 232

5．照会先一覧 234

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．2040年を見据えた医療提供体制（改正医療法の施行等）

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

① 新たな地域医療構想

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（1．2040 年を見据えた医療提供体制）

＜新たな地域医療構想＞

- 新たな地域医療構想においては、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することとしており、特に「急性期拠点機能」については、地域における協議を踏まえ、遅くとも2028年までにどの医療機関が当該機能を担うのかを決定し、2035年を目処に連携・再編・集約化の取組の一定の完結を目指すようなスケジュールを検討会にお示しし、ご議論いただいているので、都道府県におかれても、こうした議論の動向についてご承知おきいただきたい。
- 新たな地域医療構想の策定ガイドラインについては、現在、改正医療法の内容も踏まえつつ「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において議論いただいているところであり、なるべく早期にお示しできるよう検討を進めており、都道府県におかれても、着手可能な事項から順次検討を進めていただきたい。

新たな地域医療構想①（概要）

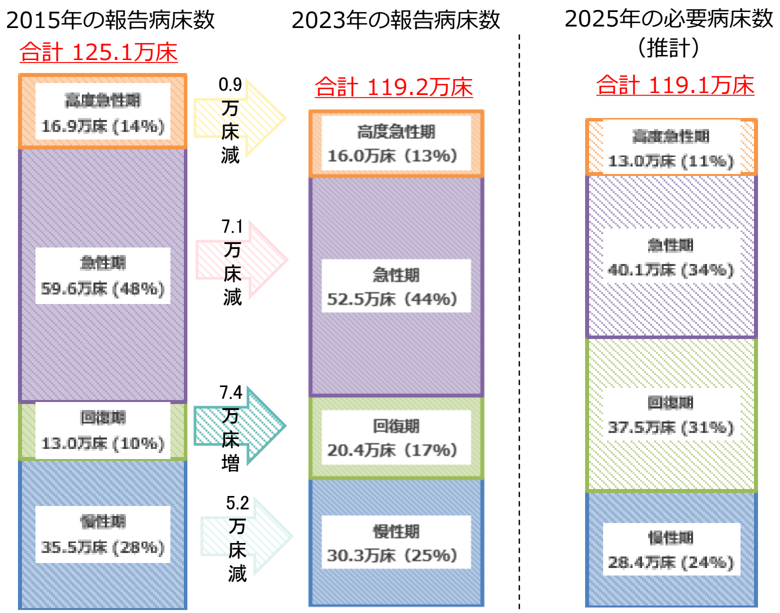
現行の地域医療構想

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。

○　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

入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ

○　**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。

○　増加する**高齢者救急・在宅医療の需要への対応**、**医療の質や医療従事者の確保**、**地域における必要な医療機能の維持**が求められる。

○　病床の機能分化・連携だけでなく、**外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する新たな地域医療構想を策定。

○　2040年やその先を見据えて、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**を推進することが重要。
　このため、病床の機能分化･連携に加え、
・　**地域ごとの医療機関機能**
　（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）
・　**広域な観点の医療機関機能**（医育及び広域診療等の総合的な機能）
の確保に向けた取組を推進。

<今後のスケジュール>
令和７年度　　新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成（国）
令和８年度～　 新たな地域医療構想の策定（県）
令和９年度～　新たな地域医療構想の取組を順次開始（県）

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	• 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	• 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	• 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	• 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

医育及び広域診療機能	• 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。

病床機能について（案）

- 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。
- 将来の病床数の必要量の推計については、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	• 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	• 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	• 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頚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	• 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

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和６年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

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

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

新たな地域医療構想

（１）基本的な考え方

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

（２）病床機能・医療機関機能

①　病床機能

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

②　医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）

- 構想区域ごと(高齢者救急･地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医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

医療法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

1．地域医療構想の見直し等【医療法、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等】

① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
・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、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。
都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとするとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2．医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。
② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

（その他）

・ 政府は、令和８年４月１日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。
等

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

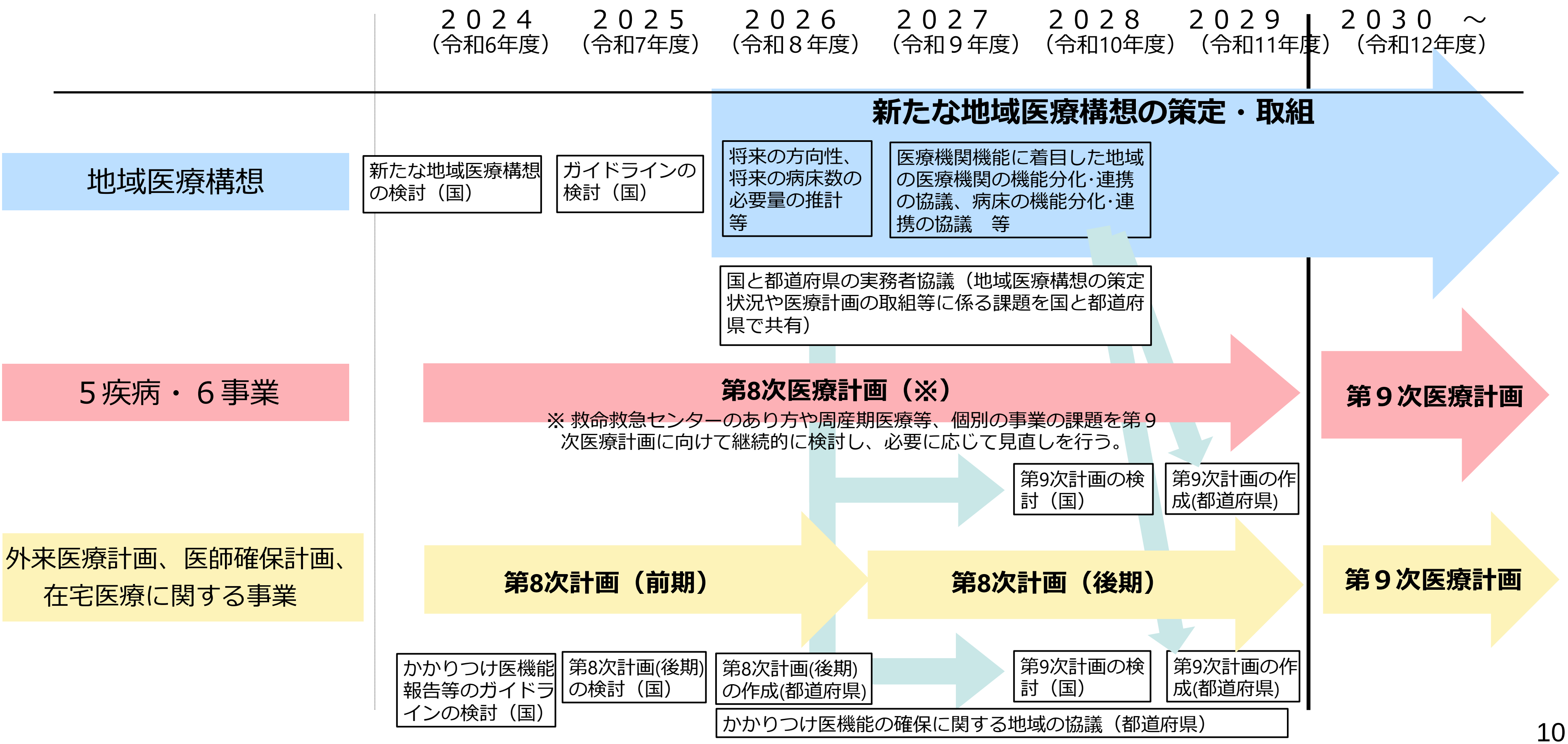
令和９年４月１日（ただし、一部の規定は公布日（１①の一部及びその他の一部）、令和８年４月１日（１②、２①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和８年10月１日（１①の一部）、公布後１年以内に政令で定める日（３①の一部）、公布後１年６月以内に政令で定める日（３③の一部）、公布後２年以内に政令で定める日（１③及び３③の一部）、公布後３年以内に政令で定める日（２①の一部並びに３①の一部及び３②）等）

令和6年12月３日新たな地域医療構想等に関する検討会資料(一部改)

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

○　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。



ガイドラインの構成（案）

- 新たな地域医療構想の策定ガイドラインについて、現在の地域医療構想策定ガイドラインを踏襲しつつ、新たな地域医療構想の対象が多岐にわたることに対応して議題の整理やグランドデザインなどのアップデート、合意形成等を踏まえた構成としてはどうか。

概論

Ⅰ　経緯・背景

1 ガイドラインの目的
2 位置づけ
3 新たな地域医療構想の対象について
4 背景となる地域毎の課題
5 医療計画との関係
6 これまでの地域医療構想について

策定まで

Ⅱ　地域医療構想の策定

1 地域医療構想の策定の進め方について
2 構想区域について
3 医療機関機能・病床機能と、当該機能を踏まえた需要推計の基本的な考え方
4 入院医療に関する取組について
5 外来・在宅医療に関する取組について
6 介護との連携について
7 医療従事者の確保について

策定後

Ⅲ　取組の推進について

1 地域での課題等の共有
2 知事権限について
3 地域医療介護総合確保基金の活用について
4 地域医療構想の実現に向けた柔軟かつ実践的な点検・プロセス・評価の観点

Ⅳ　地域医療構想と医療計画の関係等

1 ５疾病６事業との関係について
2 地域医療構想調整会議とその他の会議体との関係について

※医療法等の一部を改正する法律案が継続審議となっているところ、国会審議等を踏まえて変更することも考えられる。

都道府県における2040年に向けた構想の進め方（イメージ）

２０２５　２０３０　２０３５　２０４０

①　構想の策定

- 地域の医療提供体制全体の課題の把握
- 構想区域の点検・見直し
- 医療機関機能報告、医療機関機能についての議論
- 必要病床数の算出　等

②　具体的取組の検討・開始

- 医療機関機能の連携・再編・集約化に向けた取組
- 病床機能の連携・再編・集約化に向けた取組
- 医療従事者の確保に向けた取組
- 外来／在宅医療提供体制の構築
- 介護との連携
- アクセスに課題のある区域への対応

等

③　実現に向けたPDCA

- 医療機関機能の確保や病床数の状況等を中心に、取組の進捗状況を把握
- 必要に応じて、見直し等を行う

等

④　2040年に向けた医療提供体制の完成

- 2035年度頃を目途に、2040年に向けた提供体制の確保
- 2040年まで引き続き点検

※　医療法改正法案において、新たな地域医療構想の取組は令和９年（2027年）４月１日施行とされている。
なお、改正法案の附則において、令和10年(2028年)度中までは新構想の取組を猶予する旨の経過措置が設けられている。

地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	• 地域医療構想の進め方	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	• 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（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）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	• 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） • オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	• 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） • DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	• 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） • 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	• 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	• 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の締結推進	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

※現行のガイドラインにおいて、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとされている。

※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

○　医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数　等） 等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受け入れ件数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況　等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護ＳＴを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況　等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期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	● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科　等

特定機能病院の見直し等について

承認要件の見直し

○ 特定機能病院のあり方に関するとりまとめ（令和７年９月18日）を踏まえ、現在の特定機能病院の「承認要件」について、
・すべての大学病院本院が満たすべき「基礎的基準」として整理するとともに、
・個々の大学病院本院が地域の実情も踏まえて自主的に実施している高度な医療提供・教育・研究・医師派遣に係る取組を「発展的基準」によって評価し、その結果を公表する。

基礎的基準について

○ 主な「基礎的基準」は以下のとおり。**新たに「地域医療への人的協力（医師）」を追加する**こととしている。

基準	項目
医療提供	紹介率、逆紹介率、基本診療科の幅広い設置、専門医配置、高難度新規医療技術への対応、先進医療又は難病医療等の実施等。
教育	いわゆるStudent Doctorの育成、研修医数・専攻医数、幅広い基本診療科の専門研修プログラムを基幹施設として担っていること、地域の医療機関への学習機会の提供、看護師・薬剤師その他専門職の実習受け入れ・育成等
研究	査読付き英語論文、IRB設置、COI管理、研究支援組織設置等
地域医療への人的協力（医師）	地域に一定の人的協力（医師）を行っていること ・雇用形態によらず、 大学病院本院と派遣先の連携・調整により半年以上継続して派遣された医師の常勤医師換算数を評価する。 ・**地域医療構想、医師確保計画を踏まえ、都道府県等と連携していること。**

< 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和６年12月18日） 抄 >
（６）医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療
○ 医師派遣機能については、都道府県が関与し、地域医療支援センターを通じた派遣が行われているほか、**大学病院から直接派遣されているケースも多く、大学病院は医師派遣について一定の役割を担っている**。
○ 医育機能については、大学病院本院では、卒前教育に加えて、多くの専門研修プログラム、看護師等の医療従事者への教育等を通じて、地域において幅広く質の高い医療人材の育成を担っている。
○ 移植医療や難病に係る医療等は、大学病院本院が主体的な役割を担っている。一方、大学病院本院以外であっても、腎移植、三次救急医療施設、総合周産期母子医療センター等を担っている医療機関が存在する。
○大学病院の関係者は半数程度の地域医療構想調整会議に参画している等、都道府県と大学病院は医師派遣や地域医療構想に関して様々な形で連携している。
○ こうした**広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣**、医師の卒前・卒後教育や看護師等の医療従事者の育成及び広域な観点が求められる診療について、大学病院本院は総合的に担うことが期待される。

<医師偏在対策に関するとりまとめ（令和６年12月18日） 抄 >
（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
○ **地域における医師確保・医師派遣の取組を進める上で、都道府県と大学病院等との連携は重要**であり、一部の都道府県においては、大学病院等との連携パートナーシップ協定の締結を通じ、医師確保のための取組を推進している例がみられるが、当該協定の内容は都道府県によって様々であり、医師確保に向けた実効性の観点から課題がある。
○ こうした状況を踏まえ、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ことが適当である。あわせて、**大学病院からの派遣体制を強化するためには、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化し、医師の確保に向けた取組を進めることが重要**である。

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、ＮＨＯ、ＪＣＨＯ等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、１－２年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20－30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に２つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に１医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】
- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】
- **遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定**し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

2035年

【医療提供体制の構築】
- **2035年を目途に、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保**

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

② オンライン診療に関する総体的な規定の創設

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（１．2040 年を見据えた医療提供体制）

<オンライン診療に関する総体的な規定の創設>

- 　オンライン診療については、これまで法令の解釈運用に基づき実施してきたが、改正法により、医療法にオンライン診療の総体的な規定が設けられ、本年４月から施行する。
- 　都道府県の事務としては、第１に、「オンライン診療を行う医療機関」から、その旨の届出を受け付けていただくことになる。
- 　第２に、今回の法改正で新たに創設された「オンライン診療受診施設」の設置に関して、届出を受け付けていただくことになる（届出の標準様式は、国からお示しする）。
- 　第３に、医業広告・オンライン診療受診施設の広告に関しても、見直しを行うこととしており、違反に対する適切な対応が必要となる。
- 　第４に、厚生労働大臣が「オンライン診療基準」を定めることとされ、オンライン診療はこれに適合して行われるものとされる。
- 　第５に、オンライン診療を行う医療機関やオンライン診療受診施設における法令違反・著しく適正を欠く運営に対しては、それぞれの医療機関や施設を管轄する都道府県知事による立入検査等の指導監督権限の行使が可能となり、都道府県間での連携が重要となる。
- 　都道府県におかれては、これらの制度の円滑な施行に向け、何卒ご協力をお願いしたい。

オンライン診療に関する総体的な規定の創設

1 現状

○ **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。
○ 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**していくため、**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。

2 改正の内容

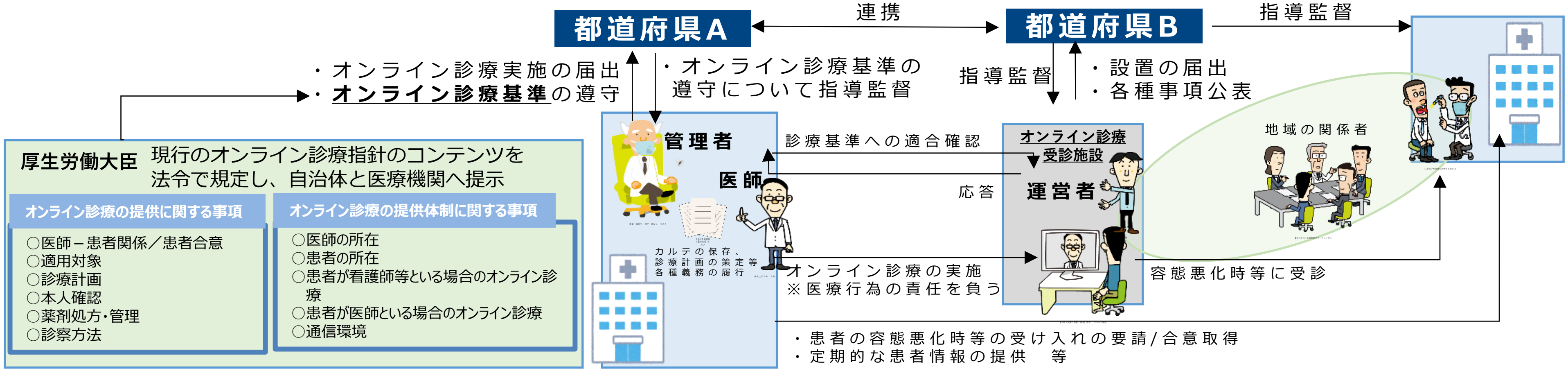
オンライン診療を行う医療機関

○ 医療法にオンライン診療を定義づけ、**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）。
○ **厚生労働大臣**は、**オンライン診療の適切な実施に関する基準（オンライン診療基準）を定め、オンライン診療は同基準に従って行う**こととする。
○ オンライン診療を行う**医療機関の管理者は、オンライン診療基準を遵守するための措置を講じる**こととする。

オンライン診療受診施設

○ **患者がオンライン診療を受ける専用の施設として、医療法に「オンライン診療受診施設」を創設する。**
（定義）施設の設置者が、業として、オンライン診療を行う医師又は歯科医師の勤務する病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、その行うオンライン診療を患者が受ける場所として提供する施設
○ オンライン診療受診施設の設置者は、**設置後10日以内に届け出る**（都道府県Bへの届出）。
○ **オンライン診療を行う医療機関の管理者**が、**オンライン診療受診施設の設置者に対して**、**オンライン診療基準への適合性を確認**することとする。
○ オンライン診療受診施設の広告・公表事項等は省令で定めることとする。

（※） 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。



法改正により可能になること

① 医療法に、患者がオンライン診療を受ける専用の施設として「オンライン診療受診施設」（以下「オン診施設」）が位置付けられ、診療所と比較して簡素な要件・手続等のもと整備が可能になる。

② 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が省令に引き上げられ、違反に対しては都道府県知事等の是正命令等が可能になる。

【オンライン診療が可能な場所の類型】

	医療提供施設				居宅等		
	病院・診療所（注１）	病院・診療所（注１）：オンため診（注２）	病院・診療所（注１）：巡回診療車等 Ex. 医療MaaS	**オンライン診療受診施設**	その他 Ex. 職場、学校、 通所介護事業所 など ※	特養等 ・（特別）養護老人ホーム ・軽費老人ホーム ・有料老人ホーム	患者の居宅
定義・要件等	・医師が公衆・特定多数人のため医業を行う場所 (≧20床・≦19床)	・**必要性を認めた場合（特例的）**	・**無医地区の医療確保等のために必要**な巡回診療 ※県内の医療機関の事業として行う場合	オン診を行う医師の勤務する医療機関等に対し、患者の**オン診受診場所**を提供する施設	居宅と同様、療養生活を営む場所であって患者が長時間にわたり滞在 **※ 個々の患者の事情で異なる。医師の確認必要。**	医療法施行規則第１条に規定	居宅
行政手続	・開設許可or届出(10日以内)が必要 ・管理医師（原則、勤務時間中常勤）が必要	・開設申請等の際、**住民の受診機会が不十分と考える理由の提出**	・診療所届出不要 ・**実施計画（3~6月毎）等の提出**	設置届出 (10日以内)	なし	なし	なし

オンため診・巡回診療車等：一定の条件下で認められる、一定の書類等の作成が必要

オンライン診療受診施設：※ 車両自体をオン診施設として届け出ることも可能（県等の範囲ごと）

その他：受診可能かは個別判断

（注１）診療所は歯科診療所を含む。また、以降の取扱いは歯科におけるオンライン診療の場合も同じ。
（注２）都道府県等において必要性があると認めた場合に、特例的に開設を可能とする医師が常駐しないオンライン診療のための診療所。以下同じ。

（１）オンライン診療を実施する医療機関の届出について

- 令和６年12月25日の医療部会の意見において、「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」とされた。
- これを踏まえ、オンライン診療を実施する医療機関には、開設時・変更時に必要な届出事項に、「オンライン診療を実施している旨」を追加する【省令】。
- 一方で、令和８年４月１日時点で現にオンライン診療を実施している医療機関については、当該医療機関及び都道府県等の事務負担等を考慮し、令和９年３月末までに届出をすれば足りるよう、経過措置を設ける【省令】。

（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・医療部会）

（５）オンライン診療について

○　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、その適切かつ有効な実施を図るための基準を定め、オンライン診療を行う医療機関の管理者は、当該基準を遵守することとする。

（２）オンライン診療受診施設の設置に係る届出等について

- オンライン診療受診施設の設置に係る届出事項は、診療所の開設届出（法第８条）を参考に、下記のとおりとする【省令】。
- 届出の標準様式は、施行に向けて追って通知する。なお、本届出は、診療所として受診場所を提供する場合は不要であると周知する。
- 設置者（法人も可）について、医療従事者であること等の要件は設定しない。また、設置者や法人が定めた責任者は、常駐・専任であることを要しないが、遠隔で施設を管理等する場合を含め、通信機器の不具合や患者急変時等に、患者・オンライン診療を行う医師／医療機関・都道府県が連絡する連絡先を提示し、速やかに対応できる体制が求められることを通知する。
- また、患者の選択に資するため、オンライン診療受診施設の設置者は、当該施設においてオンライン診療を提供する連携医療機関の名称等を公表することが望ましいことを通知する。

	（参考）診療所開設の届出事項　※変更時も届出必要	**オン診施設の届出事項　※変更時も届出必要**	省略可能 ※１	通知事項 ※２
1	開設者の住所・氏名	設置者の住所・氏名（or 法人名・主たる事務所所在地）		●
2	名称、開設場所	名称、設置場所 ※３		●
3	診療を行おうとする科目	×（診療を行わないため）		
4	［開設者が医師で医療機関を現に開設等／複数開設］その旨	×（設置主体は問わないため）		
5	従業者の定員	×（人員基準がないため）		
6	敷地の面積・平面図、建物の構造概要・平面図	敷地の面積・平面図、建物の構造概要・平面図	●	
7	［歯科診療所等で、歯科技工室を設置］その構造設備の概要	×（歯科診療所等ではないため）	●	
8	［病院・有床診］病床数、種別毎の病床数、各病室の病床数	×（病床を持たないため）		●病床数
9	［法人］定款、寄附行為又は条例 ※４	［法人］定款、寄附行為又は条例		
10	開設年月日	設置年月日		
11	管理者の住所・氏名	×（管理者が法定されていないため。ただし、設置者又は設置者が法人の場合は法人が定めた者が管理・運営を行う）		
12	従事医師の氏名、診療科名、診療日、診療時間等	×（人員基準がないため）		●診療科名
13	［薬剤師が勤務］その氏名	×（人員基準がないため）		

※１ 変更がない場合、開設者の譲受人・相続人・合併法人が届出を省略できる事項　※２ 保健所設置市・区が毎年10月末に都道府県に通知する事項（則第22条の５）
※３ 車両の場合、普段の駐車場所と巡回予定地区を想定。　※４ 法人が医療機関を開設する場合の申請事項（則第１条の14第１項第15号）

（参考）規制改革実施計画（令和７年６月13日 閣議決定）

・オンライン診療受診施設の届出事項について、例えば、診療する医師名、診療時間などの過度な届出事項はオンライン診療専用車両等の機動的な活用の制約となるとの指摘があることを踏まえ、連携する医療機関名などの必要最低限のものとすること。
・オンライン診療受診施設の届出様式及び必要書類について、不適切なローカルルールを防止し、事務手続の負担軽減を図る観点から、合理的な標準様式及び必要書類（以下「標準様式等」という。）を作成し、全国一律で当該標準様式等を用いて手続等を行うこととするための所要の措置を講ずること。
・オンライン診療受診施設においては、オンライン診療の実施の責任はオンライン診療を行う医療機関の医師が負うものであり、オンライン診療受診施設の設置者は、いわばオンライン診療を受診する場所を提供する又は管理する立場に過ぎないことから、医療機関又は医療従事者であること等の要件を設定しないこと。
・オンライン診療受診施設の設置者については、当該施設に常駐する必要はなく、遠隔での運営・管理を可能とする必要があり、当該業務に専任する必要はなく、複数の当該施設等の運営・管理業務等の兼務を可能とする必要があるなどの指摘があることを踏まえ、当該施設の性質に鑑み、当該施設における常駐の要否、遠隔での運営・管理の可否、当該業務の専任の要否、兼務の可否等について明確にすること。
ａ：令和６年度検討開始、法令上の措置施行までに結論、結論を得次第速やかに措置

（３）広告規制等について

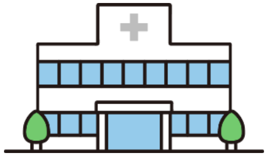
- 今般の改正では、「オンライン診療」、「オンライン診療受診施設」が法律上定義され、**医業・医療機関に関する広告**についても、「オンライン診療受診施設を利用してオンライン診療を行う旨等」が広告可能事項に追加された（医療法第６条の５第３項15号）。
- また、**オンライン診療受診施設に関する広告**についても、医業広告と同様に、広告規制を置くこととなった（同法第６条の７の２）

適用関係の整理

広告主体にかかわらず、広告の内容（何に関する広告か）により規制が適用。

【凡例】
橙：医業等に関する広告可能事項
赤：医業等に関する虚偽広告の禁止
青：オン診施設に関する広告

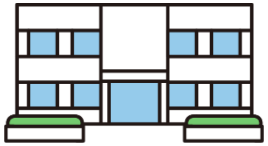
医療機関A



この医療機関では、内科の医師αが、毎週月曜日に、
（内科：診療科名）（医師α：従業者）（毎週月曜日：診察日）

●●町の公民館のオンライン診療受診施設でオンライン診療を実施しています。
（●●町の公民館：広告可能（NEW））（オンライン診療受診施設でオンライン診療を実施しています：オン診施設を利用してオン診を行う旨等（NEW））

公民館A



この公民館では、医療機関Aの内科の医師αが、毎週月曜日に、
（医療機関A…医師α：オン診実施医療機関の名称・医師（NEW））（内科：診療科名）（毎週月曜日：診察日）

オンライン診療を実施しています。~~どんな症例でも必ず完治します。~~
（オンライン診療を実施しています：オン診実施医療機関の医療の内容（NEW））（どんな症例でも必ず完治します：医業・虚偽広告の禁止）

２Fの会議室が専用ブースになっており、備え付けのカメラ・端末を使えます。
（２Fの会議室が専用ブース：広告可能（NEW））（備え付けのカメラ・端末を使えます：広告可能（NEW））

（参考）規制改革実施計画（令和７年６月13日 閣議決定）

・オンライン診療受診施設に対する広告規制について、オンライン診療受診施設の設置者の広告は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を阻害されるおそれが少ない場合に可能とすること。具体的には、オンライン診療受診施設である旨、当該施設の名称、当該施設の所在の場所に関する事項、当該施設でオンライン診療を患者が受けることが可能な日時に関する事項及び当該施設で提供される医療の内容（当該施設においてオンライン診療を行う医療機関が当該広告に関し必要な情報を提供し確認する場合に限る。）に関する取扱いについて検討し、明確にすること。
ａ：令和６年度検討開始、法令上の措置施行までに結論、結論を得次第速やかに措置

（４）オンライン診療基準、オンライン診療指針等について

- 法第14条の３において、厚生労働大臣は「オンライン診療の適切な実施に関する基準」（オンライン診療基準）として、①オンライン診療を行う医療機関の施設/設備・人員、②患者がオンライン診療を受ける場所、③患者に対する説明、④患者急変時の体制確保、⑤その他に関する事項を定めることとされている。
- このオンライン診療基準は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（オンライン診療指針・局長通知）の「最低限遵守する事項」を基本として規定する【省令】。
- また、改正法の施行に合わせ、オンライン診療指針、チェックリスト（※）についても見直しを行う。

※「オンライン診療の利用手順を示した手引書等について」（令和６年３月29日付け医政局総務課事務連絡）の３等。オンライン診療受診施設についても作成予定。

※１：下線部はオンライン診療指針の見直しによるもの
※２：赤字はオンライン診療基準に具体的に規定するもの（対面診療でも当然に求められる事項は必ずしも規定していない）
※３：（＊）はオン診施設にも関係する事項であり、オン診施設の設置者は、（法人の場合は管理・運営の責任者を置いて）これらを確保するものとする。

オンライン診療指針（見直し後）	
項目	記載内容
基本理念	・オンライン診療の目的 ・基本理念：医師-患者関係、医師の責任、正確な情報提供、患者の求めに基づく提供　等
１．オンライン診療の提供	
（１）医師-患者関係／患者合意	【最低限遵守する事項】 ・オンライン診療は、患者希望の確認と必要な説明の上、合意がある場合に行う ・医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる　等
（２）適用対象	【考え方】 ・かかりつけ医以外の医師が初診からオンライン診療を行うときは、診療前相談を行う 【最低限遵守する事項】 ・緊急性が高い症状の場合は、速やかに対面受診を促す ・かかりつけ医以外の医師は、オンライン診療の実施後、<u>適切に</u>対面診療につなげられる体制の確保が必要 <u>（具体例）</u> <u>・患者の地域の医療機関と対面診療への移行に関する連携体制を整備</u> <u>・対面受診が必要な場合は、対面受診可能な医療機関へ医師から連絡・診療情報の提供等を行い、患者を確実に対面診療へつなぐ</u> <u>・緊急時の相談体制の案内等を患者等に対して行い、確実に対面診療へつなぐ</u> ・診療前相談で対面受診が必要と判断した場合、他院に必要な情報提供を行う ・診療前相談の結果オンライン診療を行えない可能性や費用等を予めHP等で周知する 【推奨される事項】 ・心身の情報の伝達に困難がある患者に対しオンライン診療の適用は慎重に判断すべき　等

（４）オンライン診療基準、オンライン診療指針等について

項目	記載内容
（３）診療計画	【最低限遵守する事項】 ・医師はオンライン診療を行う前に、患者の心身の状態を対面診療により診断し、その評価に基づき診療計画を定め、２年間保存する ・初診からオンライン診療を行う場合、診察後にその後の方針を患者に説明。オンライン診療の継続見込みがある場合、速やかに診療計画を定め、保存する ・映像等を保存する場合は事前に医師・患者間で取り決めを明確にし、合意しておく　等 【推奨される事項】 ・診療計画は文書・電磁的記録により患者が参照できることが望ましい　等
（４）本人確認	【最低限遵守する事項】 ・原則、医師・患者双方が身分確認書類で本人確認を行う（※） ・医師は医師資格の保有を患者が確認できる環境を整える　等
（５）薬剤処方・管理	【最低限遵守する事項】 ・初診の場合は、①麻薬・向精神薬の処方、②基礎疾患等を把握できない患者に対する特に安全管理が必要な薬品の処方、③当該患者に対する８日分以上の処方を行わない ・医師は患者に対し、現在服薬している医薬品を確認する　等 【推奨される事項】 ・かかりつけ薬剤師・薬局のもと、医薬品の一元管理を行うことが望ましい
２．オンライン診療の提供体制	
（１）医師の所在	【最低限遵守する事項】 ・医師は、医療機関に所属し、所属・問合せ先を明らかにする（※） ・適切な判断を害する場所でオンライン診療を行ってはならない ・第三者に患者の心身の情報が伝わらないよう、物理的に隔離された空間で行う ・医療機関は、指針遵守の旨をHP等で公表する（チェックリストの公表も考えられる）等
（２）患者の所在	【最低限遵守する事項】 ・受診場所は、清潔かつ安全で、物理的に隔離された空間でなければならない（＊）　等
（３）患者が看護師等といる場合	・診療の補助行為は、診療計画or/and訪問看護指示書に基づき予測された範囲で行う ・看護師等は、医師と同一医療機関の者又は訪問看護の指示を受けた者である
（４）患者が医師といる場合	※対象が「希少性の高い疾患等」に制限されないよう修正、 診療継続のニーズがあり、オンライン診療の必要性が認められる患者も適用対象に追加
（５）通信環境（情報セキュリティ・プライバシー・利用端末）	・医療機関は、十分な情報セキュリティ対策を講じる（医療情報システムの安全管理に関するGLに沿った対策を含む） （＊）※災害時は研修未受講可と通知、暗号強度の更新　等
３．その他関連する事項	・医師／患者教育、質評価／フィードバック、エビデンスの蓄積

※　特に、オン診施設にいる患者にオンライン診療を行うときは、医師は、患者が事後的に確認できる形で、所属する医療機関の名称、担当した医師の氏名、問合せ先等を通知するものとする。また、協定・契約によりオン診施設と連携する場合には、医療機関は、当該施設を診療録に記載するなど適切な方法で記録することが望ましい旨を通知等で示すこととする。

（４）オンライン診療基準、オンライン診療指針等について

補足：オン診施設に関する基準について

- 規制改革実施計画（令和７年６月13日閣議決定）において、オンライン診療受診施設に関する基準については、「プライバシー保護、衛生管理、情報セキュリティを含む良好な通信環境の確保等の必要最低限の要件とすること」とされている。
- これも踏まえ、オンライン診療受診施設については、

  ① 清潔・安全、

  ② 外部から隔離された空間（プライバシー）であること

  ③ システムの情報セキュリティの確保等に係る措置を講じること

  を求めるものとする。また、設置者が法人である場合には、これらの遵守するための管理・運営責任者を置くものとする【省令】。

※　医療機関の管理者は、医師のオンライン診療がオンライン診療基準に適合するよう、オンライン診療受診施設が上記に適合することを確認するものとし、適合しない場合は、オンライン診療を中止し、その他適切な措置を講じるものとする（後述）。

（参考）規制改革実施計画（令和７年６月13日 閣議決定）

・オンライン診療受診施設の構造基準等について、現行のオンライン診療指針も踏まえ、プライバシー保護、衛生管理、情報セキュリティを含む良好な通信環境の確保等の必要最低限の要件とすること。

ａ：令和６年度検討開始、法令上の措置施行までに結論、結論を得次第速やかに措置

（５）医療機関の管理者の措置／オンライン診療受診施設の公表について

１．医療機関の管理者の措置

- オンライン診療により医師が行う診療行為については、原則、当該医師が責任を負う（「オンライン診療指針」）ものであるが、法第14条の４に基づき、当該医師が勤務する医療機関の管理者は、オンライン診療基準に適合したオンライン診療が行われるよう、必要な措置を講じることとされている。当該必要な措置については以下のとおりとする【省令】。

（措置の内容）

1. 医師に対して、オンライン診療に必要な知識・技能を習得させるための指導等を講じること
2. 医師がオン診施設の患者に対してオンライン診療を行う場合には、当該施設が、オン診基準のうち以下の基準に適合することを確認（※）し、適合する事実が確認できない場合には、オン診を中止し、その他適切な措置を講じること
   - 患者がオンライン診療を受ける場所に関する事項（①清潔・安全、②外部から隔離された空間（プライバシー）であること）
   - システムの情報セキュリティに関する事項（医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに沿った対策を含む）

（※）医療機関の管理者は、オン診施設が記入したチェックリストにより適合状況を確認することができる

２．オンライン診療受診施設の公表

- 法第14条の５において、オンライン診療受診施設の設置者は、当該施設がオンライン診療基準に適合していること等の公表を行うこととされており、これを通じて、医療機関が適切な施設を選択して、適切にオンライン診療を実施できるようにしている。
- 公表事項・方法は以下のとおりとする【省令】。

1. 公表事項

- 当該オン診施設が、オン診基準のうち、患者がオンライン診療を受ける場所に関する事項に適合すること
- 当該オン診施設で用いられるシステムに、オン診基準で求められる情報セキュリティに関する措置が講じられていること

2. 公表方法：

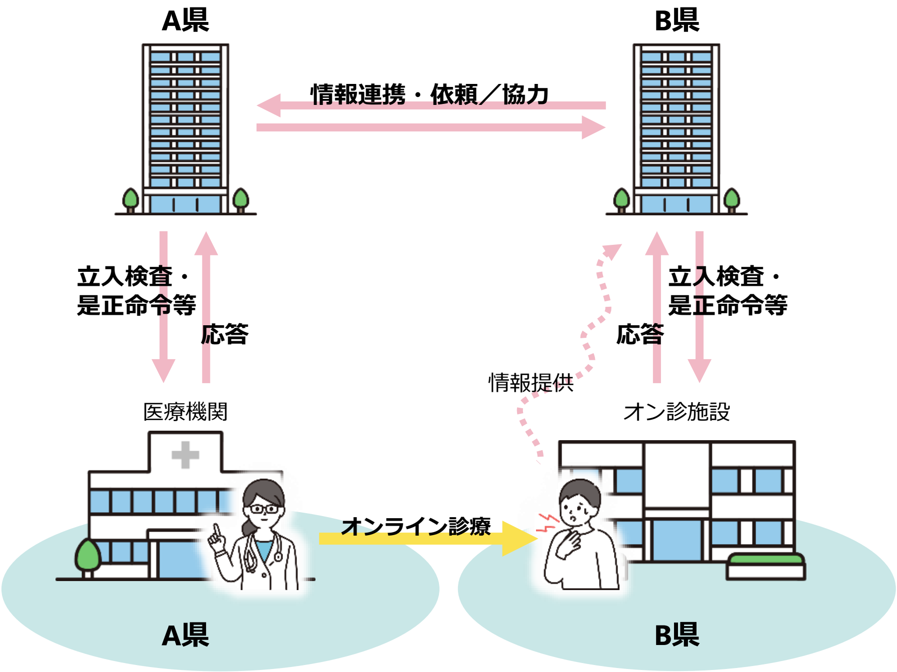
- ウェブサイトへの掲載その他適切な方法（※）

（※）オン診施設の設置者は、記入したチェックリストをウェブサイト等に掲載することによって公表することもできる。

（６）法令違反等への対応について

- 自由診療も含め、原則、オンライン診療実施医療機関・オンライン診療受診施設への指導・立入検査等は、所在の都道府県等が実施。
- その上で、オンライン診療は、遠隔で行われるため、オンライン診療実施医療機関とオンライン診療受診施設の所在都道府県が異なる場合には、都道府県間で連携する必要が生じ得るため、必要な連携について周知徹底を図る。
- また、オンライン診療受診施設に関しても、法令違反又は「運営が著しく適正を欠く（疑いがある）と認める」場合は、当該施設が所在する都道府県等が、当該施設に対して立入検査・是正命令等を講じることが考えられる。

（対応のイメージ）



※ 国設置のオン診施設には、診療所の例も踏まえつつ、設置者（国）に必要な報告の申出等を可能とする（政令）。

【オン診施設に問題がある場合】

1. 患者等からB県に、オン診施設の法令違反（Ex.無届出・公表、広告規制違反）やオン診施設そのものの不適切な運営（Ex.不衛生・危険放置）について情報提供。
2. B県として、法令違反又は「運営が著しく適正を欠く（疑いがある）と認める」場合（Ex.不衛生・危険な環境が放置。しかし次々とオン診実施医療機関との連携が進んでいる）は、オン診施設に立入検査・是正命令等を実施。

※ 清潔保持を命令し、ひいてはオン診施設への業務停止・閉鎖命令等も考えられる。

【オンライン診療の内容等／オン診施設に問題がある場合】

1. B県として問題を認識。
   - 患者等から情報提供。B県は、患者等からオン診実施医療機関（とその所在県）を聞き取る。
   - 上記において、オン診施設の問題を把握。B県は、当該施設を利用する医療機関（とその所在県）を確認。
2. B県からA県に情報連携。必要に応じて医療機関への立入検査（法§25②）・是正命令（法§24-2①）等の協力を依頼。
3. A県として、必要に応じて医療機関に立入検査等を実施する。

【立入検査等での確認事項（例）】
- 勤務医師が実施するオンライン診療の内容、態様等
- オン診施設に対する、オン診基準の適合状況の確認に関する状況

（参考）規制改革実施計画（令和７年６月13日 閣議決定）

・オンライン診療受診施設の設置者に対する設置届出先の都道府県等からの指導監督の具体的な基準及び内容について、患者の安全確保やオンライン診療及びオンライン診療受診の円滑化といった趣旨を踏まえ、明確にすること。
a：令和６年度検討開始、法令上の措置施行までに結論、結論を得次第速やかに措置

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

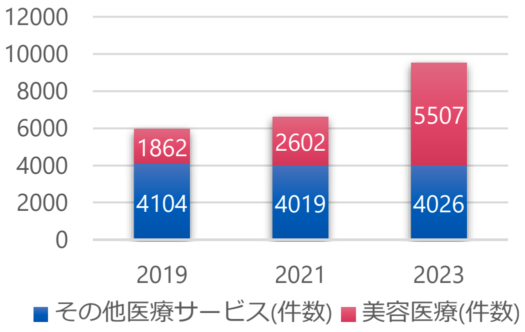
③ 美容医療の適切な実施

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

美容医療の適切な実施

1 現状　美容医療を取り巻く状況

医療の相談件数の推移



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て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…」

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・対応

2 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

3 改正の内容

- **美容医療を行う医療機関の報告･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･広報を通した国民の理解の促進等**

※パイオネット:全国消費生活情報ネットワークシステム。国民生活センターと全国の消費生活センター等をオンラインネットワークで結び、消費生活に関する相談情報を蓄積しているデータベース

美容医療に関する取扱い

○　医政局から「美容医療に関する取扱いについて」（令和７年８月15日付け医政発0815第21号）、「美容所等におけるアートメイク施術について」（令和７年12月26日付け医政医発1226第３号・健生衛発1226第１号・20251226商局第１号）を発出している。

美容医療に関する取扱いについて

医政発 0815 第 21 号
令和７年８月 15 日

各　都道府県知事　保健所設置市長　特別区長　殿

厚生労働省医政局長
（　公　印　省　略　）

美容医療に関する取扱いについて

今般、自由診療で行われる美容医療について、不適切な事例に対する対応や、質の高い医療機関が患者に選ばれるための取組等について、厚生労働省の「美容医療の適切な実施に関する検討会」（以下「本検討会」という。）において検討が行われてきたところである。本検討会がとりまとめた報告書「美容医療の適切な実施に関する検討会　報告書」（令和６年 11 月 22 日とりまとめ。以下「本報告書」という。）においては、患者がいわゆるカウンセラーのみと相談し決定した治療内容をそのまま医師が実施している事例などが指摘されている。

また、問題事例について、医師法等に違反する行為か否かの判断基準や、どのような場合に保健所が立入検査できるのか明確ではないことから、効果的な指導や取締りが困難な事例があることなども指摘されている。

そこで、美容医療に係る違法事例等に適切に対処するべく、下記のとおり法令上の解釈を整理したので、御了知の上、貴管内の市町村、関係機関及び関係団体等に周知方願いたい。

なお、本通知については、警察庁及び消費者庁と協議を行い、内容について承知された上でお示ししているものであること、犯罪の成否は捜査機関によって収集された証拠に基づいて、裁判所が最終的に判断するものであることを申し添える。

美容所等におけるアートメイク施術について

医政医発 1226 第３号
健生衛発 1226 第１号
20251226 商局第１号
令和７年 12 月 26 日

各都道府県衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局医事課長
厚生労働省健康・生活衛生局生活衛生課長
経済産業省商務・サービスグループヘルスケア産業課長

美容所等におけるアートメイク施術について

今般、「美容医療に関する取扱いについて」（令和７年８月 15 日医政発 0815 第 21 号厚生労働省医政局長通知）において示した針先に色素を付けながら、皮膚の表面に墨等の色素を入れる行為のうち、施術箇所に本来存在しうる人体の構造物（眉毛、毛髪、乳輪・乳頭等）を描く行為及び化粧に代替しうる装飾（アイライン、チーク、リップ等）を描く行為（以下「アートメイク」という。）の施術を行う美容所、エステサロン等に関する情報提供がなされているところである。

アートメイクの施術については、医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為であり、医師免許を有しない者が業として行えば医師法第 17 条に違反するものであることは既に示しているところである。

貴職におかれては、管下の美容所等において、その施術の名称（例えば、「○○メイク」「○○タトゥー」といった「アートメイク」以外の名称）を問わず、アートメイクの施術を実施するなど、医師法に違反する行為を実施することのないよう営業者等に周知徹底を図り、美容業務の適正な実施の確保を図られるよう、特段の御配慮をお願いする。

違反行為に関する情報に接した際には、実態を調査した上、当該行為の速やかな停止を勧告する等必要な指導を行うほか、指導を行っても改善がみられないなど、悪質な場合においては、刑事訴訟法第 239 条の規定に基づく告発を念頭に置きつつ、警察と適切な連携を図られたい。

なお、本通知については、警察庁へ図り、内容について承知された上でお示ししているものであること、犯罪の成否は捜査機関によって収集された証拠に基づいて、裁判所が最終的に判断するものであることを申し添える。

厚生労働省HP：美容医療に関する取扱いについて

厚生労働省HP：美容所等におけるアートメイク施術について

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

④ 医師偏在是正に向けた総合的な対策

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（１．2040年を見据えた医療提供体制（改正医療法の施行等）について）

＜医師偏在対策＞

- 医師偏在対策について、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、国における「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」での議論を踏まえ、今春頃に第８次（後期）医師確保計画策定ガイドラインをお示しする予定。
- **各都道府県においては、国の定めるガイドラインを踏まえ、地域の実情に応じた、実行性のある医師確保計画の策定をお願いしたい。**
- また、医師手当事業ついては、事業実施にあたって必要なシステム改修等の期間を踏まえ、施行日については令和10年度中となることが見込まれるため、国おいては、支援対象医師の要件、医師手当増額の補助基準額、支援期間等の詳細について、令和８年度以降にお示する予定。

＜参考＞

○ 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

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総合的な対策パッケージ（概要）②

令和6年12月25日
厚生労働省　公表資料

【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

医師確保計画の見直しの進め方について（現時点のイメージ）

令和7年	7月	・7月24日　第１回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 ○　医師偏在指標について	議論開始
	8月		
	9月	・9月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 ○　医師偏在指標について（地理的要素の反映等について） ○　診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について	
	10月		
	11月	・11月14日　第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 ○　医師確保計画の見直しの進め方について ○　第八次（前期）医師確保計画の取組と課題について ○　医師偏在指標と目標医師数について ○　医師偏在是正プラン（重点医師偏在対策支援区域）について ○　医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件について ○　医師確保の取り組みについて	医師養成過程の取組に係る見直し 医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会で議論
	12月頃	必要なデータ等の更新	
令和8年	1～3月	・新医師偏在指標公表	議論の取りまとめ
	春頃	・第８次（後期）医師確保計画策定ガイドライン公表	
	春以降～	・都道府県における医師確保計画（医師偏在是正プラン）の策定	

医師確保計画策定ガイドラインについて

論点

○　医師偏在是正プランについては、医師確保計画に位置づけるものの、重点医師偏在対策支援区域という新たな概念における支援策であることから、「５．医師確保計画」の中に新たな項目として位置づけることとする。

第８次後期ガイドライン 構成
１．序文 確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等
２．体制等の整備 都道府県における議論の場 厚生労働省により提供する情報（データ）
３．医師偏在指標
４．医師少数区域・多数区域の設定
５．医師確保計画 ５－１．計画に基づく対策の必要性 ５－２．医師確保の方針 ５－３．目標医師数 ５－４．目標医師数を達成するための施策 ５－４－１．施策の考え方 ５－４－２．医師の派遣調整 ５－４－３．キャリア形成プログラム ５－４－４．働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援 ５－４－５．地域医療介護総合確保基金の活用 ５－４－６．その他の施策 ５－５．医師偏在是正プランの策定 ５－５－１．重点医師偏在対策支援区域の考え方 ５－５－２．支援対象医療機関の考え方 ５－５－３．区域における必要な医師数 ５－５－４．区域における医師偏在対策を推進するための施策
６．地域枠・地元出身者枠の設定・取組等
７．産科・小児科における医師確保計画
８．医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等
地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定
医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

③目標医師数を達成するための施策
各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

④医師偏在是正プランの策定
重点医師偏在対策支援区域の考え方、支援対象医療機関の考え方、区域における必要な医師数、区域における医師偏在対策を推進するための施策を記載。

⑤計画の効果測定・評価
次期医師確保計画に向けて、医師偏在是正プラン含め計画に記載している施策や目標について、適切なPDCAサイクルを実施する。

重点医師偏在対策支援区域及び医師偏在対策プランについて

現状・課題

○　重点医師偏在対策支援区域の設定については、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下、「パッケージ」という。）において、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、地域の実情に応じて、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されている。また、区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられるとしている。さらに、区域の設定にあたっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議することとしている。

○　**厚生労働省の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区域かつ可住地面積あ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こととしている**。

○　パッケージに基づき、重点医師偏在対策支援区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、定着支援については、令和６年度補正予算により緊急的に先行して実施している。

○　パッケージにおいては、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て医師偏在是正プランを策定することとしており、当該プランにおいては、具体的な区域や、区域における必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組のほか、支援対象とする医療機関についても定めることとしている。

○　令和６年度補正予算における候補区域においては、各区域における診療所数や二次救急病院の数についてばらつきがある。

論点

○　重点医師偏在対策支援区域については、パッケージに記載された考え方を基に、令和６年度補正予算と同様に、厚生労働省において候補区域を提示するとともに、都道府県において候補区域を参考にしつつ、地域の実情に応じて、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとする。

○　重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとする。

○　候補区域間及び区域内においても医療資源にばらつきがあるなかで、都道府県が重点医師偏在対策支援区域において優先して支援を行う対象医療機関について、一定の考え方を示すこととする。

医師確保計画策定ガイドラインにおける医師偏在是正プランの内容について

論点

○　医師偏在是正プランについては、各都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて、基本的な考え方を示してはどうか。

医師偏在是正プランに記載することとしている項目	ガイドラインにおける医師偏在対策プランの項目に記載する内容（イメージ）
重点医師偏在対策支援区域	•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、地域の実情に応じて、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、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で選定する。
支援対象医療機関	•都道府県において、配分される事業費のほか、地理的条件等を踏まえて、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得た医療機関を支援対象医療機関として選定する。その際、都道府県において、新たな地域医療構想策定ガイドラインとの整合性に留意しつつ、国より配分される事業費も踏まえながら、対象医療機関候補の募集や事前調整等を行い、支援対象の医療機関及び補助額を決定する。 •重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに設定ができる。
必要な医師数	•厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が区域として設定する場合は、厚生労働省が提示した候補区域の要件を脱することができる必要な医師数とすることとし、重点医師偏在対策支援区域が二次医療圏と異なる場合は、当該区域を設定した考え方を明示の上、その考え方を脱することができる必要な医師数を設定する。 ※医師多数都道府県は、原則として当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。
医師偏在是正に向けた取組	•パッケージに基づく「経済的インセンティブ」や「地域の医療機関の支え合いの仕組み」、地域医療介護総合確保基金等の支援策を活用する。
その他	•医師偏在是正プランの策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で策定することとする。

医療法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

1．地域医療構想の見直し等【医療法、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等】

① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
- ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
- ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
- ・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、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。

都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとするとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2．医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。

② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。

③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3．医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。

② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。

③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

（その他）

- ・ 政府は、令和８年４月１日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

等

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和９年４月１日（ただし、一部の規定は公布日（１①の一部及びその他の一部）、令和８年４月１日（１②、２①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和８年10月１日（１①の一部）、公布後１年以内に政令で定める日（３①の一部）、公布後１年６月以内に政令で定める日（３③の一部）、公布後２年以内に政令で定める日（１③及び３③の一部）、公布後３年以内に政令で定める日（２①の一部並びに３①の一部及び３②）等）

重点医師偏在対策支援区域に派遣される医師又は勤務する医師に対しての手当増額支援の概要

令和６年12月19日社会保障審議会医療保険部会資料（一部改）

○支援対象

・　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、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、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行う。

（※）　重点医師偏在対策支援区域については、都道府県において、厚生労働省が提示した候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、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、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議して、区域を選定する。

○所要額の算定方法及び都道府県ごとの配分方法

・　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、都道府県ごとに按分し、配分する。

○財源構成

・　保険者：10/10

○実施主体

・　医療計画の策定主体であり、医療提供体制・医師の確保の責任を持つ**都道府県が実施主体**。
・　一方、医師の手当増額支援に要する費用については、保険者から徴収する拠出金をもって充てることとするため、保険者からの徴収システムを持つ**支払基金を徴収事務の実施主体**とする。また、業務の一部は国保連に委託することができることとする（直近の年度の診療報酬支払実績を支払基金に対して通知することを想定）。

○保険者間の按分等

・　本事業が、本来診療報酬により賄われている人件費に充てられるものであることを踏まえ、拠出金の各保険者の負担は、把握できる直近の年度の診療報酬支払実績に応じて按分し、一般保険料として徴収する
・　医療給付費と同様の、保険者間の財政調整（前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金）及び公費負担を行う。
・　保険者からの拠出は、保険者の事務を簡素化にするため、後期高齢者支援金等と相殺する。

○実施時期

・　国保・後期の保険料設定の考え方や、システム改修期間を考慮して検討。

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している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ（案）

医療法　（都道府県）

健康保険法　（厚生労働大臣）

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の公表
※ 外来医療の協議の場における協議内容を踏まえる

提供する予定の医療機能を記載した事前届出　（開業6か月前）

- 不足する機能等を提供する
- 不足する機能等を提供しない
  - **外来医療の協議の場への参加・理由等の説明の求め**

①外来医療の協議の場での調整

- 不足する機能等を提供する・やむを得ない理由等である
- 不足する機能等を提供しない・やむを得ない理由等でない
  - **期限を定めて要請**　※ 地域で不足する機能、医師不足地域での医療の提供の要請

- 要請に応じる
- 要請に応じない → 通知 → **保険医療機関の指定を３年とする**（開業）

②要請に従い、不足する機能等を提供しているか

- 提供している
- 提供していない
  - **都道府県医療審議会への出席・理由等の説明の求め**

③要請された機能等を提供しない理由等はやむを得ないか

- やむを得ない理由等である　※要請時と事情が変更した場合等
- やむを得ない理由等でない
  - **勧告**　※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く → 通知 → **再度指定を３年とする**　※３年以内も可

④勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

- 提供している
- 提供していない
  - **公表**

（提供している場合・やむを得ない理由等である場合）→ **指定を６年とする**（開業３年後）

要請された機能等を提供していることの報告・確認（随時）

※年に１回、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求める。

指定期間が３年の間、以下の措置を講じる(例)
- 医療機関名等の公表
- 保健所等による確認
- 診療報酬上の対応
- 補助金の不交付

開業３年後の指定期間が３年の場合、毎年１回、外来医療の協議の場への参加を求める。

※上記と同じ

※都道府県における外来医師過多区域対応事業（地域医療介護総合確保基金）

※④を３年ごとに実施

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、将来にわたり地域で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、制度改正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
基本的な考え方	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

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

令和6年12月25日
厚生労働省　公表資料

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、地域の実情に応じて、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、地域の実情に応じて、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

令和6年12月25日
厚生労働省　公表資料

＜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）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	「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、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		

2024年度：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

大臣折衝事項（抜粋）

令和６年12月25日　厚生労働省

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。

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）

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
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

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めているものではない。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）　　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
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

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）　　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
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	香取海匝	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

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）

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
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	木曽	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

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）

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
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

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）

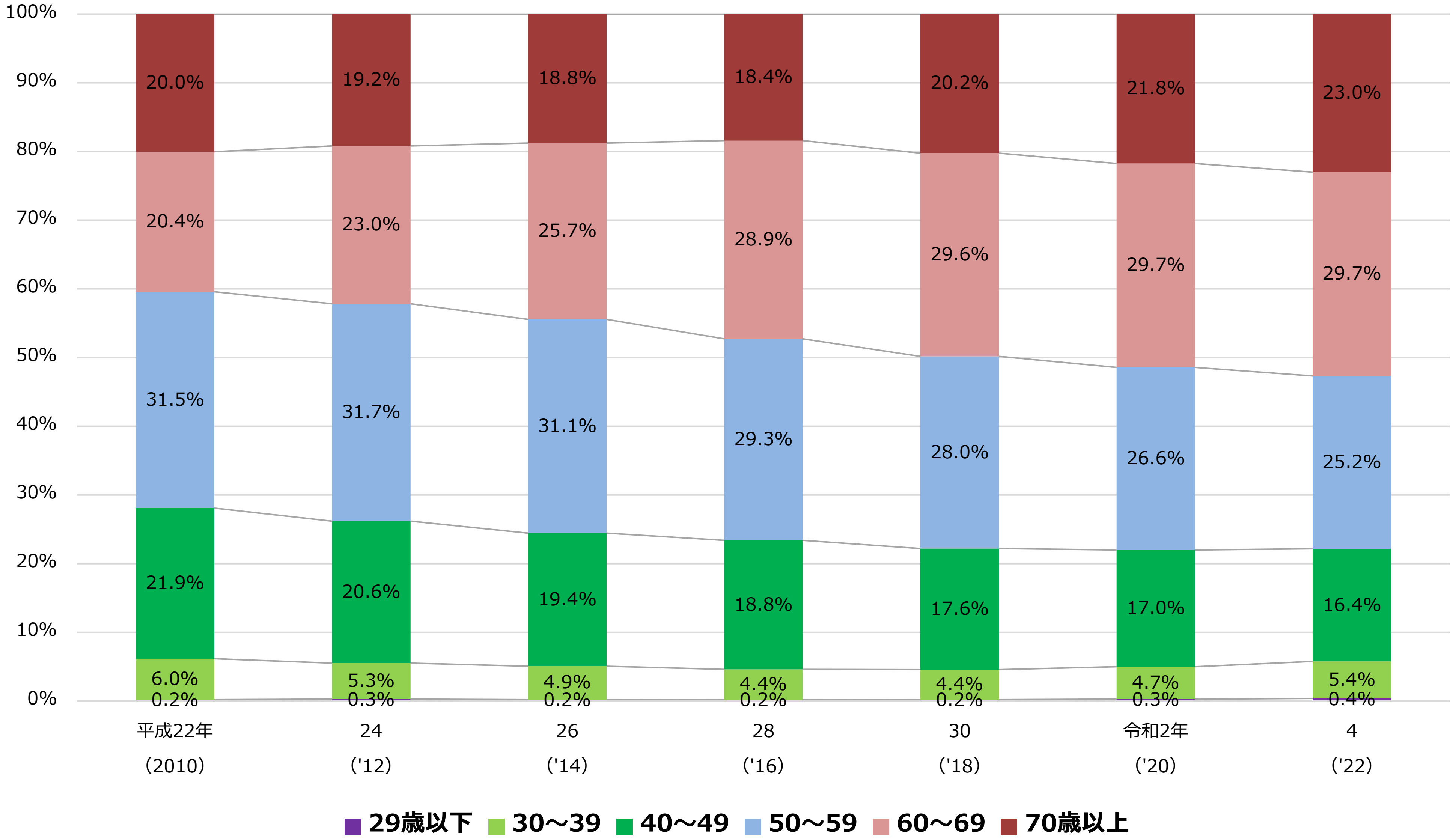
上位1/3　下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
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

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	曽於	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

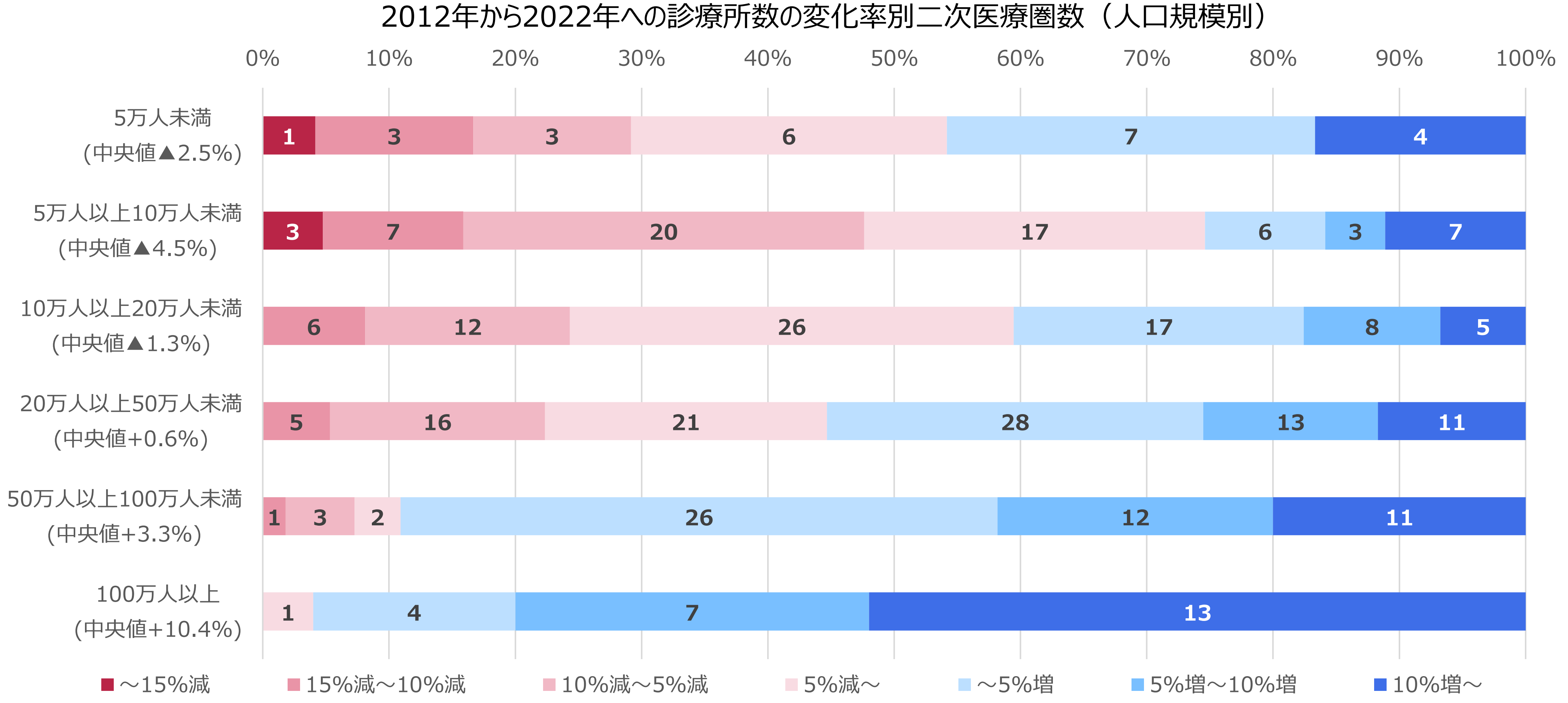
○　診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約６％である。
○　診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。



出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_toukeihyo.pdf

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。



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。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

２．補正予算

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

①賃上げ・物価上昇支援、病床数適正化支援 等

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（２－①　賃上げ・物価上昇支援、病床数適正化支援 等）

医療・介護等支援パッケージ　【１兆368億円】

①　賃上げ・物価上昇に対する支援
【賃上げ1,536億円・物価上昇3,805億円】

②　施設整備の促進に対する支援　【462億円】

③　医療分野における生産性向上に対する支援　【200億円】

④　出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援　【72億円】

※　病床数の適正化に対する支援　【3,490億円】

※　福祉医療機構による優遇融資等の実施　【804億円】

重点支援地方交付金（パッケージとの組み合わせ可）　【２兆円の内数】

○　中小企業・小規模事業者の賃上げ環境整備

○　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・介護等支援パッケージ」（医療分野）】

施策名：医療・介護等支援パッケージ（医療分野）

令和7年度補正予算　10,368億円

① 施策の目的

○ 経済状況の変化等に対応するため、救急医療を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る賃上げの実現に向けた支援を行う。

○ また、現下の物価上昇を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進のための施設整備等が困難な医療機関に対する支援を実施する。

○ さらに、物価上昇の影響を受けた医療機関の資金繰りを的確に支援するため、（独）福祉医療機構による優遇融資等を着実に実施する。

○ 賃上げを下支えし、人手不足にも対応するため、業務効率化・職場環境改善に資するICT機器等の導入・活用などの生産性向上に率先して取り組む医療機関を支援する。

○ 病床数の適正化を進める医療機関に対しては、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取り組みを加速する観点から、地域の医療ニーズを踏まえ必要な支援を実施する。

○ 出生数減少等の影響を受けている産科施設や小児医療の拠点となる施設への支援も実施する。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

ア　賃上げ・物価上昇に対する支援　【5,341億円（賃上げ1,536億円・物価上昇3,805億円）】

イ　施設整備の促進に対する支援　【462億円】

ウ　（独）福祉医療機構による優遇融資等の実施
【804億円（優遇融資を行うための（独）福祉医療機構の財政基盤安定化等・資本性劣後ローンの融資財源】
※ 別途、優遇融資の融資財源は財投要求を行う

エ　医療分野における生産性向上に対する支援　【200億円】

オ　病床数の適正化に対する支援　【3,490億円】

カ　出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援【72億円】

④ 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）

医療従事者の賃上げ支援を実施することや物価上昇局面においても医療サービスを円滑に実施するための支援等を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【 ○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

※医療・介護等支援パッケージ

令和7年度補正予算　5,341億円

医政局医療経営支援課
（内線2640）
医薬局総務課
（内線4264）

施策名：ア　医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援

①　施策の目的

医療機関や薬局における従事者の処遇改善を支援するとともに、物価上昇の影響に対して支援することで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

②　対策の柱との関係

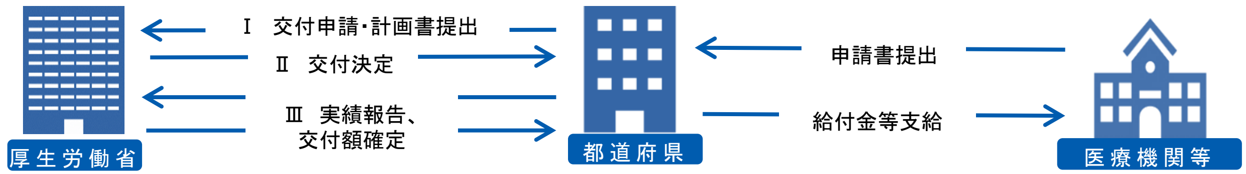
Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③　施策の概要

経済状況の変化等に対応するため、救急医療を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る賃上げの実現に向けた支援を行う。

（交付額）　医療従事者の処遇改善支援、診療に必要な経費に係る物価上昇対策の合計
[補助率10/10]

④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



Ⅰ　医療機関や薬局は都道府県に交付申請する際に申請に必要な内容を申請し、都道府県が当該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し、都道府県が医療機関や薬局に支給
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

※ 病院に対しては国からの直接執行を予定

⑤　施策の実施スケジュール

予算成立後、速やかに実施

⑥ 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）

医療機関や薬局の処遇改善・物価上昇への支援を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

施策名：ア　医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援【交付額】

＜病院＞

【基礎的支援】

1床あたり	支援額
賃金分	8.4万円
物価分	11.1万円（※）

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数（分娩取扱数にあっては３を乗じた数）が800件以上、2,000件以上の病院（救急車受入件数3000件未満に限る）にあっては、それぞれ１施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併給不可。

【救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車受入件数 1件以上1,000件未満	救急車受入件数 1,000件以上	救急車受入件数 2,000件以上	救急車受入件数 3,000件以上	救急車受入件数 5,000件以上	救急車受入件数 7,000件以上
救急加算額	500万円	1,500万円	3,000万円	9,000万円	1.5億円	２億円

※１　三次救急病院については、救急受入件数が5,000件未満の場合、上記の各区分の加算を適用せず、１億円を加算する。
5,000件以上の場合は、上記の各区分の加算額（1.5億円または２億円）とする。
※２　別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

＜有床診療所＞

1床あたり	支援額
賃金	7.2万円
物価	1.3万円
合計	8.5万円

＜医科無床診療所・歯科診療所＞

1施設あたり	支援額	
	医科無床診療所	歯科診療所
賃金	15.0万円	15.0万円
物価	17.0万円	17.0万円
合計	32.0万円	32.0万円

＜保険薬局＞

1施設あたり	支援額（１法人あたりの薬局数に応じて傾斜配分）		
	～５店舗	６～19店舗	20店舗～
賃金	14.5万円	10.5万円	7.0万円
物価	8.5万円	7.5万円	5.0万円
合計	23.0万円	18.0万円	12.0万円

＜訪問看護ＳＴ＞

1施設あたり	支援額
賃金	22.8万円
物価	（介護より）
合計	22.8万円

【 ○施設整備の促進に対する支援】

施策名：イ 施設整備促進支援事業

令和7年度補正予算 462億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課
（内線2550）

① 施策の目的

• 現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備が困難となっている医療機関に対する支援を行うことにより、地域における地域医療構想を推進するとともに、救急医療・周産期医療体制を確保する。

② 対策の柱との関係

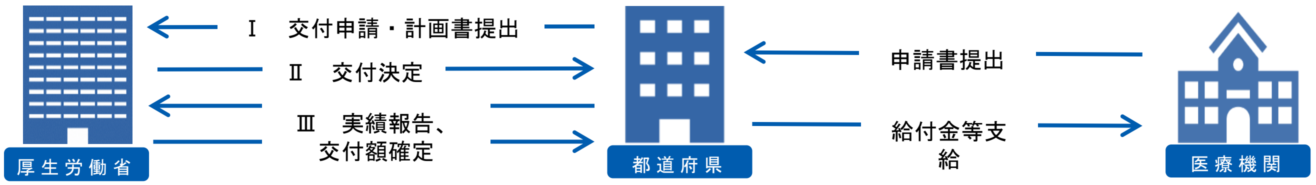
Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

• 医療提供体制施設整備交付金、医療施設等施設整備費及び地域医療介護総合確保基金（Ⅰ－1）の交付対象となる新築、増改築等を行う医療機関に対して、㎡数に応じた建築資材高騰分等の補助を行う。
（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等を支給する。
（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

【国が都道府県事業を支援する場合】



Ⅰ 医療機関は都道府県に交付申請する際に申請に必要な内容を申請し、都道府県が当該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、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【 ○福祉医療機構による優遇融資等の実施】

※医療・介護等支援パッケージ

令和7年度補正予算　564億円

医政局医療経営支援課
（内線2672）

施策名：ウ　福祉医療機構による優遇融資への支援

①　施策の目的

物価高騰の影響を受けた医療機関等の資金繰りを支援するための無利子・無担保等の優遇融資を行う(独)福祉医療機構の体制を整備する。

②　対策の柱との関係

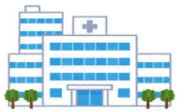
Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③　施策の概要

優遇融資を実施する（独）福祉医療機構に対して、速やかな貸付の実行や適切な債権管理を行うための機構の財政基盤及び審査体制等の強化を図るための支援を行う。

④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

国 → 支　援 → （独）福祉医療機構 → 融　資 → 医療施設



医療施設

財政基盤、審査体制等の強化のための支援
（出資金、運営費交付金）を実施
（融資財源として財政融資資金を措置）

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）

物価高騰の影響を受けた医療機関等が事業を継続できるよう資金繰り支援を行うことにより、地域の医療サービスの安定的な提供体制を確保する。

※医療・介護等支援 パッケージ

【 ○福祉医療機構による優遇融資等の実施】

令和7年度補正予算　240億円

医政局医療経営支援課
（内線2606、2672）

施策名：ウ　福祉医療機構による資本性劣後ローンの創設

① 施策の目的

物価高騰の影響を受け、 債務超過等により必要な新規融資を受けられなくなっている民間病院に対して資本性劣後ローンを実行する(独)福祉医療機構の融資体制を整備する。

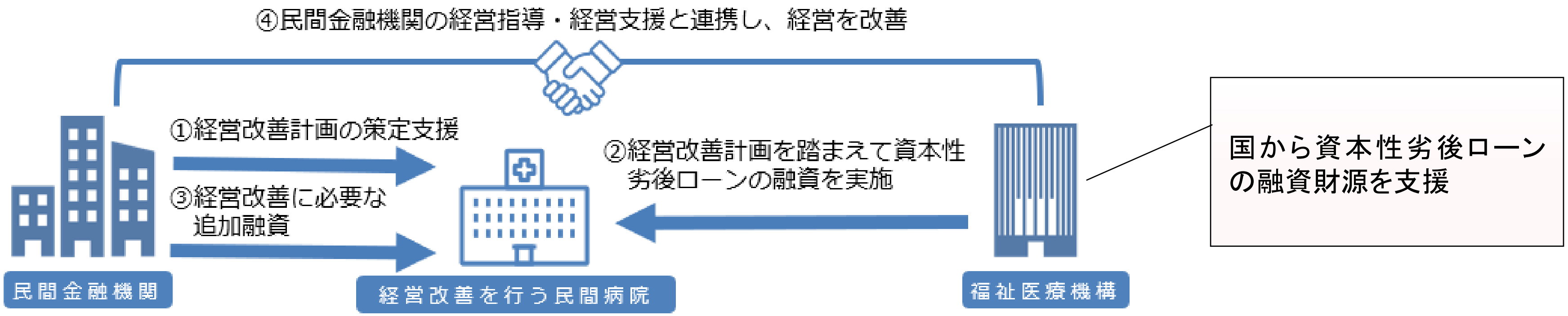
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

（独）福祉医療機構の融資メニューに地域で必要な医療機能を有していながら、債務超過等により必要な新規融資が受けられなくなっている民間病院の財政状況を改善させ、民間金融機関からの融資再開につなげるための資本性劣後ローンを創設する。
必要な融資が実施されるよう、（独）福祉医療機構に対して融資財源の支援を行う。

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）

資本性劣後ローン融資により債務超過が解消し、財務（BS）が改善されるため、民間金融機関の融資が再開される。併せて民間金融機関と連携した経営改善を行うことで、地域医療の維持に寄与する。

※医療・介護等支援 パッケージ

令和7年度補正予算　200億円

医政局医療経営支援課
（内線2640）

【 ○生産性向上に対する支援】
施策名：エ　医療分野における生産性向上に対する支援

① 施策の目的

業務効率化・職場環境改善に資する取組を支援し、医療分野の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げる。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

業務効率化・職場環境改善に関する目標値を設定し、進捗管理を行う「業務効率化推進委員会（仮称）」を設置し、業務効率化・職場環境改善に資するICT機器等の導入等の取組を行う病院に対して必要経費を支援し、医療分野の生産性向上を図る。

総事業費：１病院あたり1億円（うち交付額（上限）は8,000万円【負担割合：国2/3、都道府県1/3】）

【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
  - ・スマートフォンによるカルテ閲覧・情報共有、インカム、IWB等の導入　⇒　DX化による情報伝達の効率化
- ○ 取組を行う病院への医療勤務環境改善センターによるサポート体制強化

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（補助率4/5）し、都道府県が医療機関に交付
Ⅲ　医療機関は都道府県に実績報告（概ね3年後）
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 施策の実施スケジュール

予算成立後、速やかに実施

⑥ 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）

業務効率化・職場環境改善に取り組む病院への財政支援を行うことで、職場内の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げ、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【〇病床数の適正化に対する支援】

令和7年度補正予算　3,490億円

※医療・介護等支援 パッケージ

施策名：オ　病床数の適正化に対する支援

医政局地域医療計画課
（内線4095、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、医療需要の変化を踏まえた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。

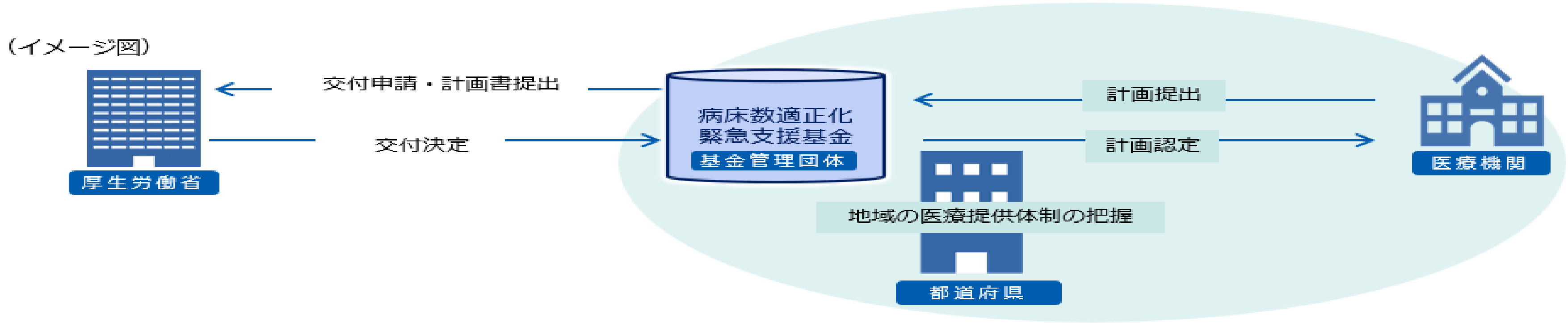
②　対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	〇								

③　施策の概要

• 「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。
（概要）　医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。
（交付対象・交付額）病院（一般・療養・精神）・有床診：4,104千円／床（ただし、休床の場合は、2,052千円／床）

④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



・　医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
・　基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する（１０／１０）

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）

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関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。
人口減少等により不要となると推定される、約11万床（※）の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数（厚生労働省調べ）。
※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

【〇出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援】

施策名：カ　産科・小児科医療機関等に対する支援

令和7年度補正予算　72億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課
（内線8048）

①　施策の目的

出生数や患者数の減少が進行するなかでも、地域でこどもを安心して生み育てることができる周産期医療及び小児医療体制を確保する。

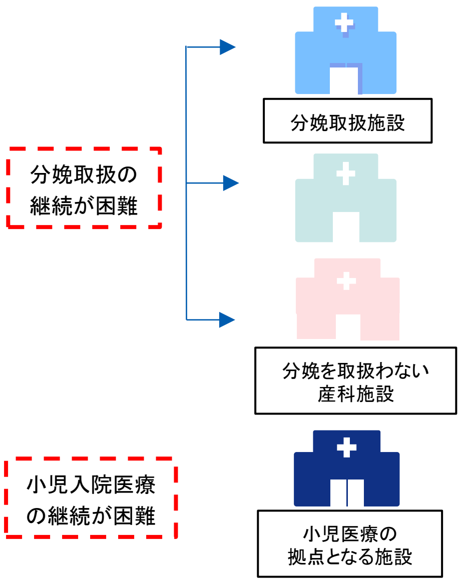
②　対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③　施策の概要

- 地域で安心安全に出産できる体制確保に向けた取組を支援する。
- 地域で救急を含めた小児入院医療が実施できる体制確保に向けた取組を支援する。

④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



分娩取扱施設支援事業　　実施主体：都道府県　補助先：病院、診療所、助産所

分娩数が減少している分娩取扱施設に対し、一定規模の分娩取扱を継続するための費用を支援する。
（補助単価）5,800千円～17,400千円/施設 【補助率：国1/2、事業者1/2】

地域連携周産期支援事業（分娩取扱施設）　　実施主体：都道府県　補助先：病院、診療所

分娩取扱施設が少なく、当面集約化が困難な地域に所在する施設に対して、分娩取扱を継続するための費用を支援する。
（補助単価）最大11,246千円/施設 【補助率：国1/2、都道府県1/2】

地域連携周産期支援事業（産科施設）　　実施主体：都道府県　補助先：病院、診療所

妊婦健診等の産前・産後の診療を行い、近隣の分娩取扱施設との連携体制を構築している施設に対して、必要な施設整備、設備整備に係る費用を支援する。
（補助単価）施設整備：7,239千円/施設　設備整備：4,630千円/施設 【補助率：国1/2 、事業者1/2 】

小児医療施設支援事業　　実施主体：都道府県　補助先：病院

休日夜間の入院を要する小児救急患者を受け入れるなど、地域に不可欠な小児医療の拠点となる機能を持つ病院に対して、体制整備に係る費用を支援する。
（補助単価）小児科部門の病床1床あたり210,400円～1,052千円 【補助率：国1/2 、事業者1/2 】

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）

産科施設や小児科医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ、施設の連携・集約化・重点化を含めた必要な支援を行い、地域でこどもを安心して生み育てることができる小児周産期医療体制の確保を図る。

重点支援地方交付金の追加

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「推奨事業メニュー」実施のため追加する。

○　追加額　：２．０兆円

○　対象事業：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	
（生活者支援）	（事業者支援）
①食料品の物価高騰に対する特別加算	⑥中小企業･小規模事業者の賃上げ環境整備
②物価高騰に伴う低所得者世帯･高齢者世帯支援	⑦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
③物価高騰に伴う子育て世帯支援	⑧農林水産業における物価高騰対策支援
④消費下支え等を通じた生活者支援	⑨中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援
⑤省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援	⑩地域公共交通･物流や地域観光業等に対する支援

○　算定方法：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・推奨事業メニュー
＜追加額 2.0兆円＞

○ 推奨事業メニュー2.0兆円（うち食料品の物価高騰に対する特別加算：0.4兆円）

生活者支援

① 食料品の物価高騰に対する特別加算

米などの食料品の物価高騰による負担を軽減するためのプレミアム商品券、電子クーポン、地域ポイント、いわゆるお米券、食料品の現物給付などの支援

② 物価高騰に伴う低所得者世帯・高齢者世帯支援

低所得者世帯・高齢者世帯を対象とした、電力・ガス（LPガスを含む）や灯油をはじめエネルギー、水道料金等の物価高騰による負担を軽減するための支援

③ 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、こ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。

④ 消費下支え等を通じた生活者支援

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、水道料金の減免などの支援

※ 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。

⑤ 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

⑥ 中小企業・小規模事業者の賃上げ環境整備

経営指導員による伴走支援、生産性向上に向けた補助や金融支援、一定以上の賃上げに向けた取組を行う事業者への支援、中央最低賃金審議会の目安を上回る最低賃金引上げを行う地域の事業者への補助、公共調達における価格転嫁の円滑化などの支援

⑦ 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）

⑧ 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

⑨ 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

⑩ 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と考えるものについては、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）を含めた契約単価の引上げなど価格転嫁の円滑化のための活用も可能。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

② 個別の補正予算事業

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（２．補正予算）

【医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに基づく支援】

- 令和７年度補正予算において、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに基づく支援として、「重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業」、「市町村による医師確保対策支援モデル事業」の予算を確保したところ。
- 施設整備事業については、重点区域の医療機関に勤務する医師の負担を軽減し、働きやすい環境作りに資する、宿直室等の施設整備に対する補助を行うものとなっている。
- モデル事業については、市町村が都道府県と連携して取り組む医師確保対策について支援を行い、その効果の検証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）

【地域連携周産期医療体制モデル事業】

- 　出生数減少や、増加する無痛分娩のニーズに対応するため、安全な周産期医療体制の整備に向けた「地域連携周産期医療体制モデル事業」の予算を確保した。
- 　具体的には、ローリスク分娩を含めた地域における産科医療機関の適切な集約化と施設間の役割分担や、地域の無痛分娩実施施設と基幹となる医療機関に所属する麻酔科医との連携モデル事業として実施し、好事例の収集・横展開を目指すものである。
- 　各都道府県におかれては、地域の実情を踏まえ、本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）

【生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業】

- 生涯を通じた歯科健診の推進するために、「生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業」に必要な予算を計上した。
- 具体的には、一般健診等と併せて、簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診及び受診勧奨を実施する費用の支援を行う事業である。
- 各自治体におかれては、「生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業（自治体）」を活用いただき、歯・口腔の健康の保持・増進に取り組んでいただきたい。

ポイント（２．補正予算）

【離島・へき地における看護師の特定行為研修推進モデル事業】

- 　特定行為研修を修了した看護師は、患者の状態を的確に評価し医師に報告したり、医師が不在でも医療行為をタイムリーに提供したりするなど、その効果が報告されている。そこで、離島・へき地における医療を確保するため、特定行為研修修了者の活躍を推進し、タスク・シフト/シェアの推進を図ることを目的に特定行為研修を受講できる環境の整備等に必要な経費に対する支援を行うものである。本事業の積極的な活用をお願いしたい。

【中央ナースセンター事業（多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進経費・NCCS改修による無料職業紹介事業の充実経費部分）】

- 　中央ナースセンター事業において、効果的な求人の提示とマッチング率の向上を図るため、都道府県ナースセンターに対し看護職にとって働きやすい環境になるような支援を専門とする講師を派遣し、マッチング率が低い医療機関等の分析を行い、支援・助言を行うための経費や、ナースセンターの求人票の一般的な記載事項をハローワークの様式と統一するなど求職者の利便性向上に向けた経費を計上している。看護職員の確保は大変重要な課題であるため、こうした予算も活かしつつ、ナースセンターの更なる取組強化と体制強化に努めていただきたい。

【看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション推進実証事業】

- 　看護ＤＸを促進するため、ＩＣＴ機器を活用した医療機関等における看護の実践や地域の連携した在宅療養生活の整備、関係職種間の情報共有等について検証を支援するために必要な経費を計上している。医療機関、訪問看護ステーション等に対して積極的な周知をお願いしたい。

重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業

令和７年度補正予算額　14.1億円

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、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、重点区域における医師の勤務･生活環境を改善して、重点区域への派遣の納得感や重点区域で勤務する意欲の向上を図ることにより、重点区域で新たに勤務する医師を増やし、重点区域の医師の離職を減らすため、宿直室等の施設整備への支援を行う。

2 事業の概要

【事業概要】

・医師の勤務･生活環境改善のための施設整備

重点区域の医療機関に勤務する医師の負担を軽減し、働きやすい環境作りに資する、宿直室等の施設整備に対する補助を行う。

【実施主体】

・ 重点区域内で医師の勤務･生活環境改善を行う医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

※ 都道府県において、医師偏在是正プランを策定（重点区域、支援対象医療機関等）

←宿直室

←医局

3 補助基準額等

【対象経費】

医師の勤務・生活環境改善に資する次の部門の新築、増築、改築及び改修に要する工事費又は工事請負費

・宿直室　　・医局
・更衣室　　・浴室　　等

基準額	次に掲げる基準面積に単価を乗じた額とする。 基準面積　80㎡ 単価　鉄筋コンクリート　484,000円 ブロック　214,000円 木造　355,000円
補助率	国1/3　都道府県1/6　事業者1/2

市町村による医師確保対策支援モデル事業

令和７年度補正予算額　80百万円

1　事業の目的

　医師確保の取組は、都道府県において医師確保計画に基づき進められており、地域医療介護総合確保基金や診療所の承継・開業支援事業等の補助事業により、都道府県の取組に対して国が費用の一部を支援している。

　他方、一部の市町村では、独自に積極的に医師確保の取組を実施しており、より地域に密着した市町村が主体となって都道府県と連携して医師確保に取り組むことも重要である。このような中、本事業において、市町村が都道府県と連携して取り組む医師確保対策について国がモデルとして支援を行い、その効果を検証する。

2　事業の概要

○市町村が都道府県と連携して取り組む医師確保対策について支援を行い、その効果を検証する。

＜市町村の取組イメージ＞

・都道府県内の大学病院・中核病院等からの医師派遣により医師を確保するための取組
・派遣された医師が地域に定着するための取組
・医師を募集し、地域の医療機関を紹介するための取組
・応募した医師に地域で必要とされる診療能力の研修を行うための取組
・特に医師を確保すべき区域における診療所の承継・開業支援の取組　等

3　補助基準額等

○補助基準額

・医師派遣に要する費用の支援
・派遣医師と地域の関係者との研修会の支援
・医師を募集し、地域の医療機関を紹介する見学会の支援
・応募医師に対する総合的な診療能力の研修の支援
・特に医師を確保すべき区域における診療所の承継・開業支援　等

○補助率：国2/3、市町村1/3（都道府県からの間接補助）

○実施主体：医師確保対策の事業を都道府県と連携して実施する市町村

国 → 都道府県 → 市町村

※都道府県を経由した間接補助

【〇周産期医療の連携体制、希望に応じて安全な無痛分娩が選択できる体制の構築】

施策名：地域連携周産期医療体制モデル事業

令和7年度補正予算額　6．0億円

医政局地域医療計画課（内線8048）

① 施策の目的

本事業では、地域における産科医療機関の適切な集約化や役割分担を支援し、また地域の無痛分娩への麻酔科医の関与を支援することにより、周産期医療体制を確保することを目的とする。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

出生数の減少に伴い分娩取扱施設の数も減少が続いている中、令和6年度より開始した第8次医療計画において、都道府県に対して、周産期母子医療センターを基幹とした集約化・重点化や、医療機関ごとの役割分担を進めること等を求めている。

〇　特に医療資源が限られる地域において周産期医療体制を確保するためには、ハイリスク妊娠を周産期母子医療センターに集約するだけでなく、ローリスク妊娠への対応についても集約化・重点化を含む施設間の役割分担が必要である。

〇　無痛分娩については、全ての医療機関での麻酔を専門とする医師の確保は困難であり、地域全体で安全な体制を整備する必要がある。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

（1）周産期医療連携モデル

都道府県 ⇔ 地域の関係団体

・施設間連携、人材の配置等に関して支援・協力

周産期母子医療センター
- 地域の周産期医療の中核
- ハイリスク妊娠を集約
- 専門職を集約し高度な医療を提供
- 人材育成

モデル医療機関（例）
- ローリスク分娩を集約
- セミオープンシステム等で連携
- 遠方の妊産婦及び家族の待機施設を整備
- 人材育成

ハイリスク

地域の分娩取扱施設
- ハイリスク妊娠・救急搬送は周産期母子医療センターと連携

分娩取扱困難

妊婦健診を行う施設
- 分娩取扱の持続が難しい場合には外来で妊婦健診
- 産後ケア等地域における妊産婦の支援

（1）実施主体：都道府県及び、他施設・関係団体と連携して事業の実施が可能な医療機関
　箇所数：３箇所　　１箇所あたり：1.5億円程度

（2）無痛分娩連携モデル

都道府県
- 無痛分娩の実施状況の把握
- 事業実施状況の監視
- JALAの推奨する研修の受講促進等の自主点検表を満たすための支援

地域の基幹病院

＜施設要件＞
- 麻酔科医が関与した無痛分娩の実施
- 24時間搬送受け入れ可能な体制
- 報告書の提出

・各月ごとに無痛分娩実施数、有害事象報告を含めた実施状況の共有

・無痛分娩マニュアルの作成に係る助言
・症例検討会の実施
・定期的な訪問による自主点検表等に基づく助言

麻酔科専門医が常駐していない分娩取扱施設
- 診療所
- 一般病院

＜施設要件＞
・麻酔科専門医が常駐していない
モデル１
無痛分娩数０～25件程度
モデル２
25件程度～100件程度
モデル３
100件程度以上

（２）実施主体：都道府県
　箇所数：15箇所（モデル１～３それぞれ５箇所程度）　　１箇所あたり：0.1億円程度

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）

〇ローリスク妊娠を含めた集約化について、都道府県が地域の実情に応じた安全な体制を整備するためのモデルを示す。
〇麻酔科医が不足する中でも、地域における連携により都道府県が安全な体制を整備するためのモデルを示す。

【〇生涯を通じた歯科健診を行う環境整備の推進】

施策名：生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業

令和7年度補正予算額　8.8億円

医政局歯科保健課
（内線2583）

① 施策の目的

健康で質の高い生活を営む上で、口腔の健康の保持・増進が重要な役割を果たしていることから、簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診と受診勧奨の主体的な取り組みを支援することによって、生涯を通じた歯科健診の推進に早急に対応する。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							○		

③ 施策の概要

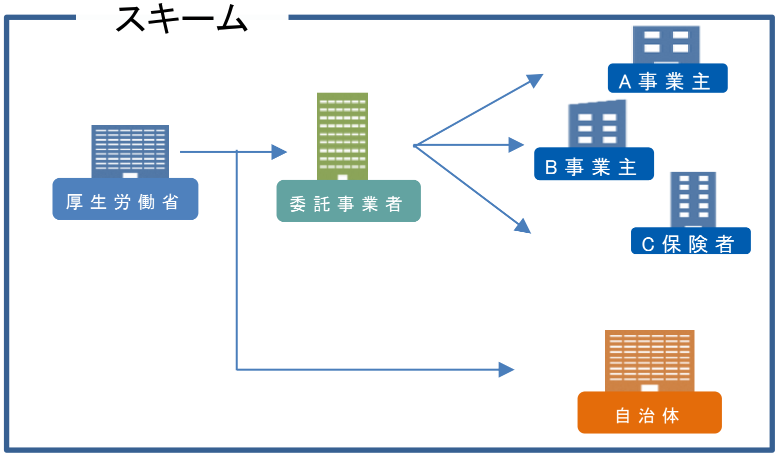
一般健診等と併せて実施、あるいは特定健診結果やレセプトデータによる歯科受療歴等をもとに選定した対象者に対して実施する、簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診と受診勧奨を主体的に行う保険者及び事業主、自治体に対して支援を行う。

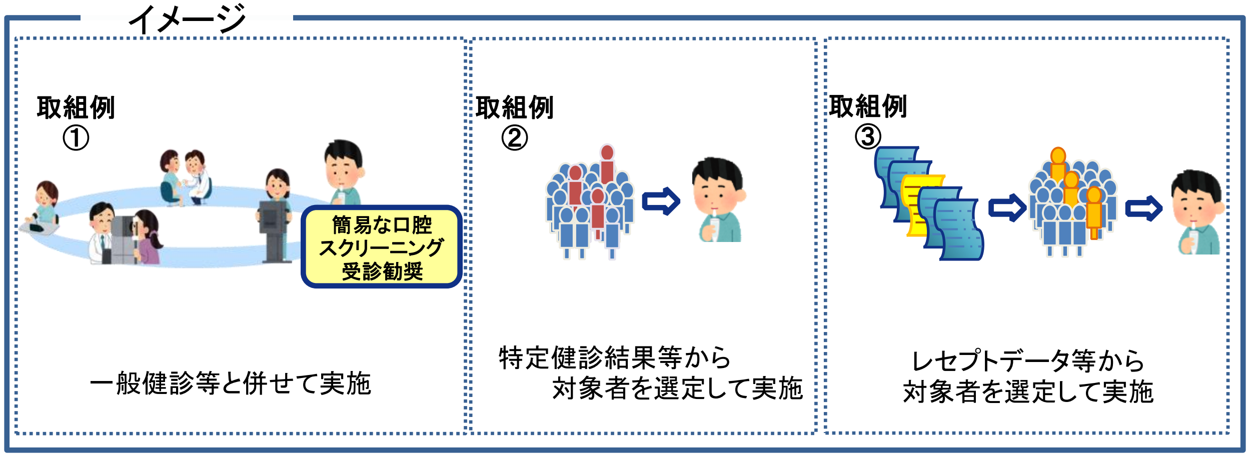
④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

1　生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業（職域等）　【実施主体：保険者、事業主】

2　生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業（自治体）　【実施主体：政令市、特別区、市町村等】

- いわゆる一般健診等と併せて、簡易な口腔スクリーニングを実施。
- 特定健診結果やレセプトデータによる歯科受療歴等をもとに対象者を選定し、簡易な口腔スクリーニングと受診勧奨を実施。





【補助内容】人件費、検査分析費など

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）

- 簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診と受診勧奨の主体的な取り組みを支援することによって、生涯を通じた歯科健診を推進し、広く国民の歯・口腔の健康の保持・増進を図る。

【〇特定行為研修修了者の養成・ナースセンターの活用等による看護師確保の推進】

令和7年度補正予算額　1.2億円

医政局看護課
（内線4195）

施策名：離島・へき地における看護師の特定行為研修推進モデル事業

① 施策の目的

・ 少子高齢化の進展に伴い需要が増大する在宅医療等の推進を図るためには、個別に熟練した看護師のみでは足りないことから、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師を養成する。
・ 離島・へき地の病院・診療所等で医師のタスク・シフト/シェアを推進し離島・へき地における医療を確保するために、在宅パッケージを含めた特定行為研修を修了した看護師（以下、「修了者」という。）との協働を普及する。

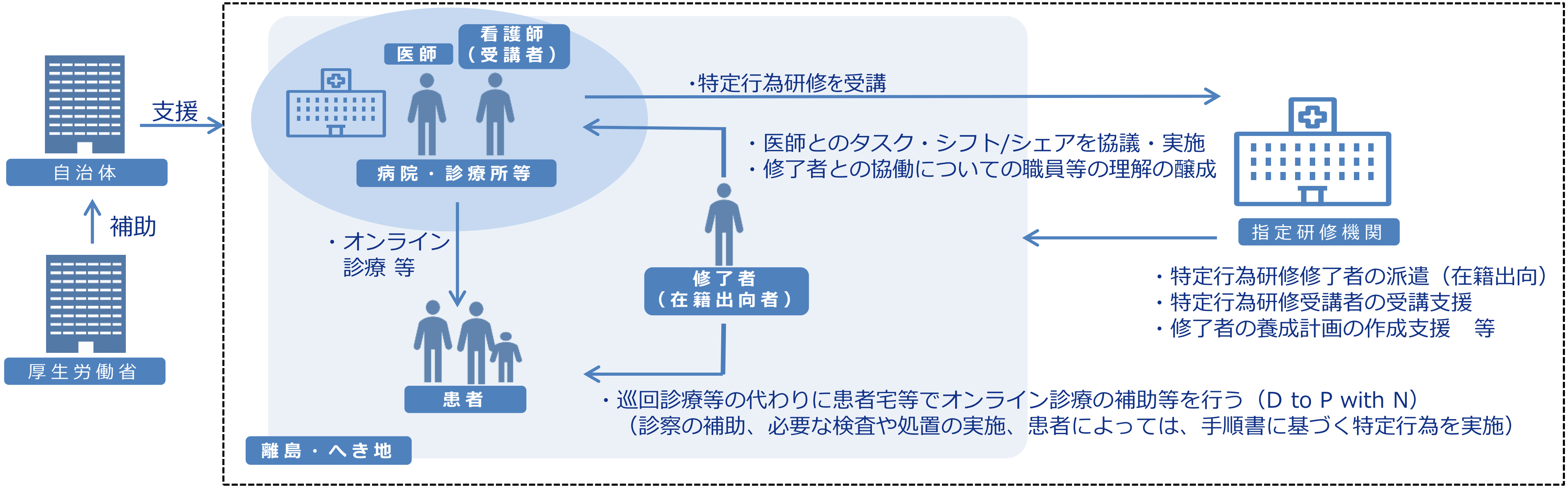
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

・ 離島・へき地の病院・診療所等において、地域のニーズにあった区分を精査し、それらの特定行為研修を受講できる環境の整備、修了者と医師の協働の普及を行い、タスク・シフト/シェアを推進することにより、離島・へき地における医療を確保する。
・ また、看護職員数が限られ特定行為研修を受講しにくい離島・へき地の病院・診療所等において、看護師が特定行為研修を受講できる環境の整備と、修了者の活動の普及を促すことにより、看護職員（修了者）の確保および活躍を推進する。

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）

離島・へき地における特定行為研修受講体制を整備し、タスク・シフト/シェア推進や特定行為研修修了者の確保および活躍を推進する。

施策名：中央ナースセンター事業
（多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進経費・NCCS改修による無料職業紹介事業の充実経費部分）

令和7年度補正予算額　1.2億円

① 施策の目的

・　少子高齢化の進展に伴い、現役世代（担い手）が減少する中で、今後も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り、医療機関等における看護職員の確保は、引き続き、重要な課題となっている。
・　多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進や、ナースセンター・コンピュータ・システム（NCCS）の改修を行うことで、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	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

1．多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進

　求人施設が求める条件と、求職者が求める条件の乖離解消に向け、都道府県ナースセンターに対し講師を派遣し、マッチング率が低い医療機関等の分析を行い、支援・助言を行うことで、効果的な求人の提示とマッチング率の向上につなげる。
　中央ナースセンターが、潜在看護職等も含めた全国の看護職員に対し、へき地をはじめとした地域での勤務の魅力のPR等の情報発信を行い、問い合わせがあった者などをリスト化して都道府県ナースセンターに橋渡しを行い、都道府県ナースセンターの無料職業紹介事業に活用する。

2．NCCS改修による無料職業紹介事業の充実

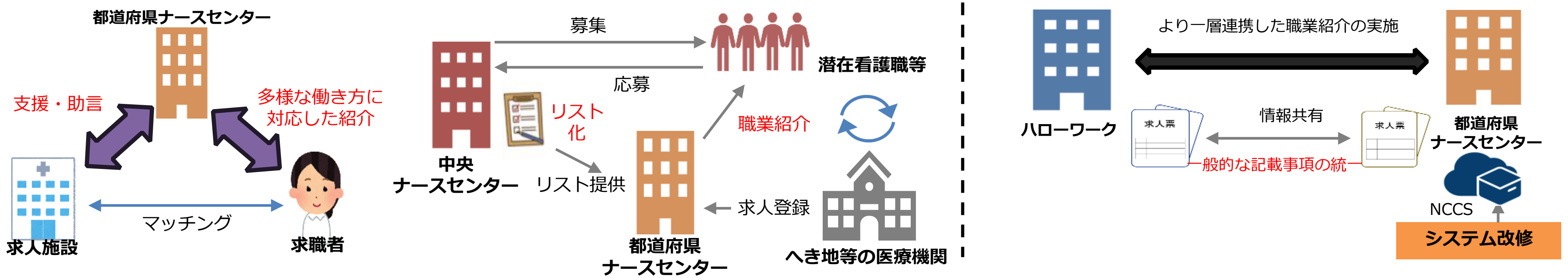
　ナースセンター・コンピュータ・システム（NCCS）の改修を行い都道府県ナースセンターの求人票等における一般的な記載事項をハローワークのものと統一等をすることで、情報共有における業務効率化や求職者の利便性向上を進め、無料職業紹介事業の更なる充実を図る。

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．多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進

2．NCCS改修による無料職業紹介事業の充実



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）

　効果的な求人の提示によるマッチング率の向上、へき地等における潜在看護職員の活用、都道府県ナースセンターとハローワークの連携強化及び求職者の利便性向上を図ることにより、医療機関等における看護職員の確保につながる。

令和7年度補正予算額　1.6億円

施策名：看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション推進実証事業

① 施策の目的

- 看護現場における省人化に向けた今後の検討に資するエビデンスを収集するため、看護業務効率化に効果のあった機能を有する機器の導入を促進し効果検証を行う。加えて、看護DX（デジタルトランスフォーメーション）に取り組む際の参考となるよう病床機能や施設規模等に応じた事例集を作成し普及展開することで省力化ニーズのある全国の医療機関等の看護業務効率化を一層推進する。
- 在宅医療においては、2040年に向けて在宅療養患者が増加する中、限られた人材で訪問看護など効率的なサービスを提供できるよう地域で整備することが喫緊の課題であることから、地域の関係機関が連携して地域で求められる取組を実施することでデータを収集し、訪問看護などのサービスの適正配置や省人化に資するエビデンスを収集する。

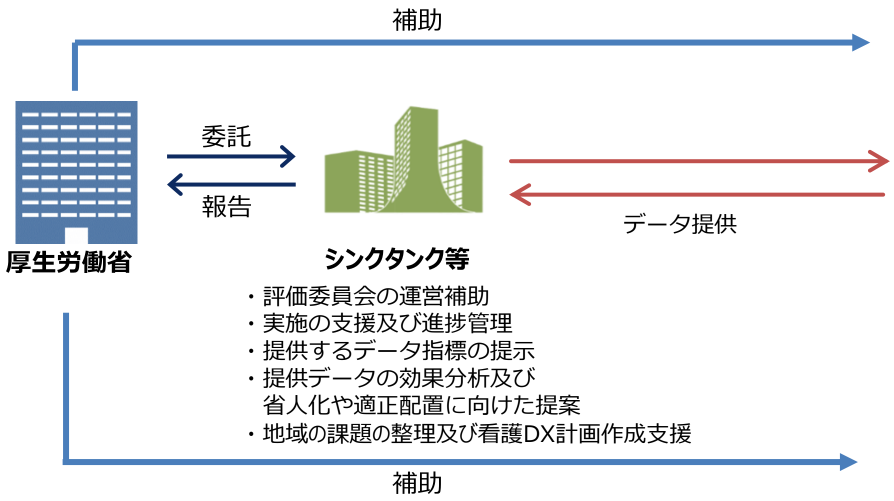
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

- 看護DXを促進するため、医療機関等におけるICT機器を活用した効率的・効果的な看護業務の検証等の実施に必要な経費に対する支援を行う。
- 病院、診療所、訪問看護ステーション等が連携して、在宅療養生活の整備、在宅医療の関係職種間の情報共有、通院困難な患者のオンライン診療等について、ICT機器を用いた効率的・効果的な看護実践の検証等の実施に必要な経費に対する支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



1.施設内のDX

病院 診療所 訪問看護ステーション	○看護職員の業務効率化を目的に、音声入力システム、バイタルサイン値等の自動反映、インターコミュニケーションシステム（インカム）等のICT機器を導入した看護実践を実施。 ○看護業務の効率化や省人化にどの程度寄与しているか、費用対効果やケアの質の効果検証に必要なデータを提供する。

2.地域におけるDX

病院・診療所・訪問看護ステーション等	○地域の関係機関が連携して効率的なサービスを提供することを目的に、ICT機器を導入して、以下のような看護実践を実施。 ①在院日数が短縮する中、退院直後等は在宅療養生活の準備が十分ではない患者もいるため、看護師がバイタルサイン等のモニタリングを行い、安定した在宅療養生活の早期実現 ②患者の在宅療養に関わる関係者で情報共有ができる仕組みを構築し、タイムリーな患者の状況に応じた訪問看護の提供 ③スマートグラス等を活用した患者の状態を医師と共有する仕組みを構築し、患者の状態に合わせた処置等を実施　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）

看護現場での看護師の業務の効率化を図ることにより、看護サービスの質の向上を推進する。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

３．　医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

① 医療機関の業務のＤＸ化の推進

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（３．医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進）

＜医療機関の業務のDX化の推進＞

- 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・勤務環境改善の取組を支援する必要があり、昨年末の医療部会・医療保険部会での議論を踏まえ、以下の所要の法改正を行う予定。
- 第１に、業務のDX化に取り組む医療機関を支援するため、令和７年度補正予算において、200億円を計上したところであるが、今後の継続的な支援のため、地域医療介護総合確保基金において、新たな支援事業を設ける（令和８年度当初予算案において、新区分として「生産性向上支援に関する事業」分を計上）。
- 第２に、業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を、厚生労働大臣が認定できる仕組みを設ける。
- 第３に、都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療機関の労務管理等の支援に加え、業務効率化に係る助言・指導等も行うよう努める旨を明確化する。
- 第４に、病院・診療所の管理者は、勤務環境の改善に加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化するほか、健康保険法上の保険医療機関も、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。
- 補正予算による生産性向上支援については、他の補正予算事業と同様、早期の執行に向けた準備をお願いするとともに、法改正を含めた具体的な制度見直しの内容については、適宜お示ししていくので、引き続き動向にご留意いただきたい。

医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援

○　2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・勤務環境改善の取組の支援について、以下の制度的対応を行う。

①　今後継続的に支援することができるよう、地域医療介護総合確保基金に、業務効率化・勤務環境改善の取組を支援する新たな事業を設ける。
（参考）業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和７年度補正予算において、200億円を計上。

②　業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を厚生労働大臣が認定できる仕組みを設ける。

③　都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療機関の労務管理等の支援に加え、業務効率化に係る助言・指導等も行うよう努める旨を明確化する。

④　医療法上、病院又は診療所の管理者は、勤務環境の改善に加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。併せて、健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

地域医療介護総合確保基金対象事業

R8年度当初予算案　647億円
※国負担：医療分　647億円
公費　：医療分　960億円

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
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
Ⅱ	居宅等における医療の提供に関する事業
Ⅲ	介護施設等の設備に関する事業（地域密着型サービス等）
Ⅳ	医療従事者の確保に関する事業
Ⅴ	介護従事者の確保に関する事業
Ⅵ	勤務医の労働時間短縮に向けた体制の設備に関する事業【所要の法改正に伴い見直しを予定】

新区分　業務効率化・勤務環境改善に関する事業【所要の法改正】

【業務のDX化に関する取組例】

（１）スマートフォンによる情報共有の効率化
チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などにより、1対１だけでなく、グループでの一斉の情報共有が可能

（２）見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化
患者の同意のもと、病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認。

（３）音声入力・バイタルの自動入力・生成AIによる文書自動作成支援

拡充

地域医療介護総合確保基金（医療分）

医政局地域医療計画課（内線2771）

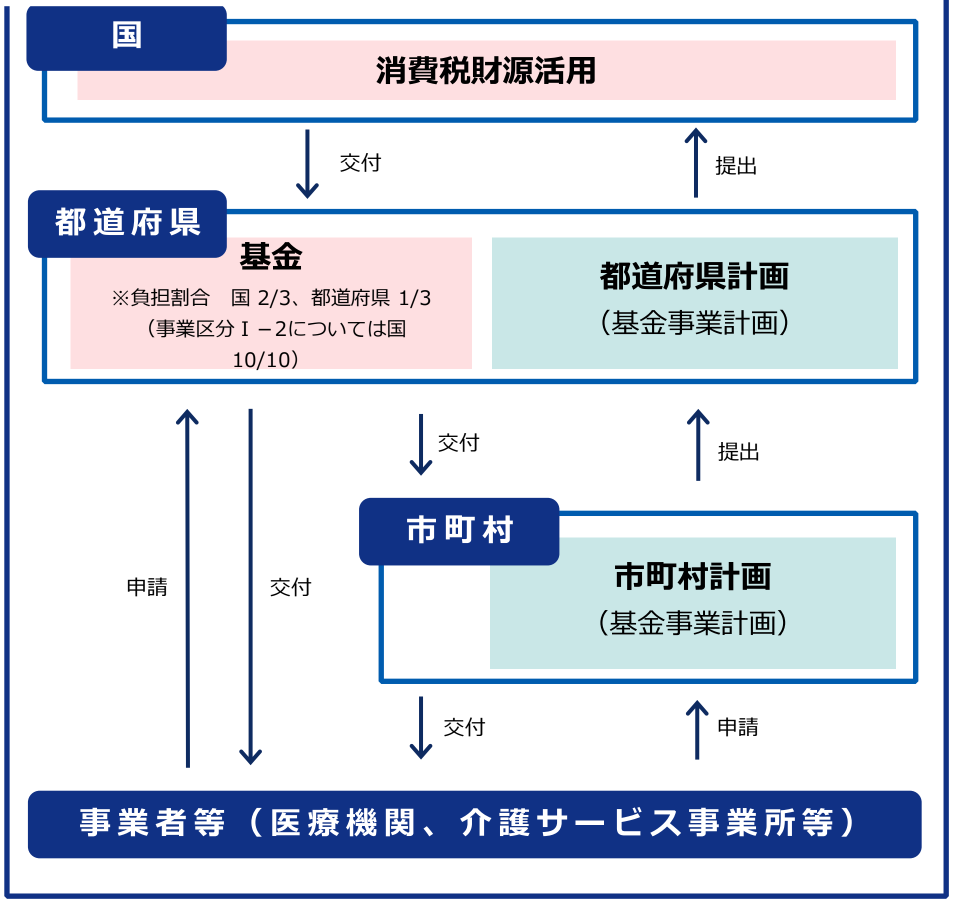
令和８年度当初予算案　647億円（613億円）※()内は前年度当初予算額

※国負担：医療分　647億円
※公費　：医療分　960億円

1　事業の目的

○病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
○このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。
各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。

2　事業の概要・スキーム・実施主体



3　都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

○　**基金に関する基本的事項**
・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
・診療報酬・介護報酬等との役割分担

○　**都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1　／　目標と計画期間（原則１年間）　／
事業の内容、費用の額等　／　事業の評価方法※2
※1　都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
※2　都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。

○　**都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

4　対象事業

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
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
Ⅱ	居宅等における医療の提供に関する事業
Ⅲ	介護施設等の設備に関する事業（地域密着型サービス等）
Ⅳ	医療従事者の確保に関する事業
Ⅴ	介護従事者の確保に関する事業
Ⅵ	勤務医の労働時間短縮に向けた体制の設備に関する事業【所要の法改正に伴い見直しを予定】
新区分	生産性向上支援に関する事業【所要の法改正を行う予定】

5　事業実績

◆ 令和６年度交付決定額：736億円（47都道府県で実施）

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

② タスク・シフト/シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（タスク・シフト／シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等）

【タスク・シフト／シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等】

- 2040年に向けて医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・職場環境改善による生産性向上、タスク・シフト／シェアの推進、地域における医療職種の養成体制の確保や養成課程推進を含めた環境整備等について、必要な制度的対応を含め、取り組むことが必要であり、社会保障審議会医療部会において必要な議論を行っている。

ポイント（医師等の働き方改革について）

【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】

- 医療機関の勤務環境改善の一環として、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。
- 医師の労働時間短縮を進めていくためには、個々の医療従事者の業務負担を最適化しつつ、専門職間でのタスク・シフト／シェアを進めていくことは重要である。厚生労働省では、タスク・シフト／シェアを含めた好事例の周知や、医療勤務環境改善支援センターによる助言等、様々な支援を実施している。

ポイント（医師等の働き方改革について）

- 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、地域医療介護総合確保基金による財政支援を実施しているが、各都道府県においては、医療分野における省力化投資促進プランや管内医療機関の状況を踏まえ、医師等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。
- 令和８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が重要となるため、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。

医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案）

● 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・職場環境改善による生産性向上、タスク・シフト／シェアの推進、地域における医療職種の養成体制の確保や養成課程を含めた環境整備等について、必要な制度的対応を含め、取り組むことが必要である。

2．タスク・シフト／シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等について

○ 医療機関におけるタスク・シフト／シェアの取組がさらに定着するよう、国等の支援を受けて、医療機関が業務のDX化に取り組む際には、併せてタスク・シフト／シェアの実施や業務プロセス自体の見直しを進める。

○ 医療関係職種の養成校の定員充足率は近年低下傾向にあり、地域差も大きい状況。今後とも、地域において医療関係職種を安定的に確保できるよう、各地域の人口減少の推移や今後の地域医療構想等を踏まえた各医療関係職種の需給状況を見通しつつ、地域や養成校の実情に応じて、遠隔授業の実施やサテライト化の活用などをはじめ、地域における安定的な養成体制を確保するため国・都道府県等が取り組むべき事項について検討を進める。

○ 医療水準を維持しつつ、より少ない人員でも必要な医療が提供できたり、医療関係職種が意欲・能力やライフコースに合わせた働き方・キャリアの選択が可能となって地域において活躍の場が広がることなどにより、若者・社会人にとって医療関係職種がより魅力あるものとなるよう、その養成課程も含めて、例えば以下の対応を行う。

- 医療関係職種の各資格間において現在でも可能となっている既修単位の履修免除の活用や、養成に係る修業年限の柔軟化など若者・社会人にとっても参入しやすい養成課程とするとともに、医療関係職種の更なる質の向上を図るため、まずは、課題等を把握し、各職種の状況に応じた支援の在り方を検討する。
- 意欲・能力やライフコースに合わせて、更なるキャリア・スキルの向上を目指す者や、育児・介護等の事情を抱えて働く者への支援や、そうした者が地域や職場でより能力を発揮できる環境整備やセカンドキャリアとして働く上でのマネジメントに関するリカレント教育等の在り方について、具体的に検討を進める。
- 歯科衛生士・歯科技工士の業務範囲や、歯科技工の場所の在り方については、現在進めているそれぞれの業務のあり方等に関する検討会において具体的に検討を進める。

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、各職種の専門性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）	**1,860**時間		
C-2　（高度技能の修得研修）			

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）

医療分野における規制・制度の見直し

令和７年６月13日	省力化投資促進プラン

＜引き続き実施する施策＞

○ タスク・シフト/シェアの推進

○ 医療機関における配置基準について、引き続き合理的に見直しを図っていく。

○ 報酬上の評価の検討に資するエビデンスの構築を行う。

※P43「省力化投資促進プラン（医療）の進め方のイメージ」にて後述

○ タスク・シフト/シェアの推進

医療機関

医師労働時間短縮計画の策定

○ 意識改革・啓発
- ◆ 管理者マネジメント研修
- ◆ 医師全体に対する説明会
- ◆ 各部門責任者に対する研修
- ◆ 全職員の意識改革に関する研修

○ 技術の習得・向上
- ◆ タスク・シフト/シェアに係る研修
- ◆ シフト/シェア後の事故報告等の安全確保を目的とした改善のための方策を講ずる

○ 余力の確保
- ◆ ICT導入等による業務全体の縮減
- ◆ 現行担当している職種からその他の職種へのタスク・シフト/シェアの推進
- ◆ 一連の業務の効率化と現行担当職種の見直し

評価機能（法律に基づき全国で１カ所を指定することを想定）

○ 医師の労働時間の実績と労働時間短縮に向けた取り組みの評価
- ◆ 検討会で示されたタスク・シフト/シェア項目への取組みを評価

○ 評価結果の公表にあわせて、医療機関の同意を得てタスク・シフト/シェア好事例の具体的取組内容も公表

評価：労働時間短縮に向けた取組・労務管理状況について評価

報告：タスク・シフト/シェアの取組に関する好事例を報告（好事例の収集）

【タスク・シフト/シェアの取組に関する好事例】
他の医療機関の模範となる取組が行われるなど、医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組が十分に行われており、医師の労働時間短縮が進んでいる事例。

医療勤務環境改善支援センター（全国47カ所）

○ 評価機能の評価のプロセスで得られた好事例を蓄積

○ 医療機関に行う勤務環境改善の助言等に蓄積されたタスク・シフト/シェア好事例を活用

勤務環境改善の助言：好事例を活用し、助言

厚生労働省

○ 実施可能な業務範囲の明確化・通知の発出

○ タスク・シフト/シェア推進のプロセスについて費用対効果を含めて好事例を収集・分析し、周知

○ 臨床研修アンケートを用いた、タスク・シフト/シェアの進捗状況の定点評価

○ 必要な取り組みを進めるための財政的支援

※ 医師に対して時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けた医師の労働時間短縮の取り組み。

※ 2024年以降も労働時間の削減が必要であることから、2035年度末を目標に引き続き検討。

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：タスク・シフト／シェアにかかる新規雇用費、複数主治医制の導入経費（日直・当直明けの勤務医新規雇用、夜間勤務医の新規雇用等）、患者説明用のタブレット端末・AI問診システム等の初期購入費、勤怠管理システムの導入・連携等に係る経費、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８年度当初予算案：９５億円（公費１４３億円）
（令和７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）909億円の内数

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】

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

かつ

以下のいずれかを満たす医療機関を支援

Ⅰ

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

※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。

Ⅱ

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ても対象とする。

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

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

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

※地域医療体制確保加算を取得していても対象とする。
※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

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こと。
※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あっても対象とする。

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８年度当初予算案　労働保険特別会計７．８（７．９）億円

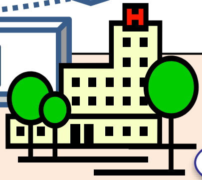
都道府県労働局

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
地域医療介護総合確保基金
公費909億円の内数

※　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

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

現状の分析 → 課題の抽出 → 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

■ **医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）**は、医師・看護師等の**医療従事者の勤務環境改善を促進するための拠点**として、**各都道府県が設置**※

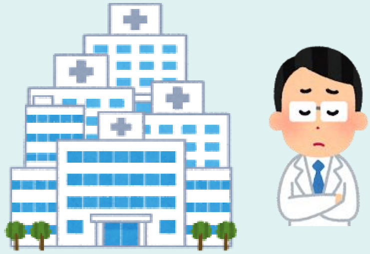
※ 医療法（平成26年10月施行）に基づき、平成29年３月までに全都道府県に設置。都道府県の直接運営や県医師会や病院協会等の民間団体への委託により運営。

■ 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、医療機関の勤務環境改善を**ワンストップでサポート**。窓口相談や個別訪問等、伴走型支援の実施により**働き方改革の取組を支援**

医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）による医療機関への支援

医療機関

勤務環境改善に取り組む病院、診療所等の医療機関



医療従事者の勤務環境改善や働き方改革の取組等、経営・労務に関する質問・相談 →

← 窓口・電話相談、個別訪問による伴走的な支援（助言等）

※医療労務管理AD・医業経営ADによる一体的な支援を実施。積極的な利用勧奨等、地域の事情に応じたプッシュ型の支援も実施。

都道府県 医療勤務環境改善支援センター
（医療法第30条の21に基づき都道府県が設置）

都道府県の基金事業（医政局）

医業経営アドバイザー	診療報酬制度、関連補助制度の活用、組織マネジメント等の経営管理面の課題解決を医業経営コンサルタント等の専門家が支援する。

連携

医療労務管理アドバイザー（医療労務管理支援事業）	宿日直許可や時間外労働に係るシフト作成等、労務管理全般の課題解決を社会保険労務士等の専門家が支援する。

都道府県労働局の委託事業（労働基準局）

勤改センター運営協議会	都道府県が主催。関係機関(※)が参画し、連携して医療機関の支援方針を決定。 ※ 都道府県労働局、労務管理支援事業受託者、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（勤務環境改善ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄｼｽﾃﾑ）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サイクル実施のための助言
- 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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療従事者の養成体制の確保、
医療従事者確保に資する環境整備等

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（医師養成過程を通じた対策について）

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９年度の医学部臨時定員については、令和７年度の医学部総定員数に対して、地域の実情等に配慮しながらも、全体として削減が図られるよう対応することとしている。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９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、臨時定員の必要性を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９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年度からの開始に向けて、医師多数県の連携元病院となる61病院からプログラムの届出があったところ。引き続き、対象となる都道府県においても、管内の対象病院の状況把握やフォローにご協力いただきたい。

ポイント（看護職員確保対策について）

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、適切なご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。

ポイント（看護職員確保対策について）

看護職員確保対策について

- 令和７年度補正予算では、中央ナースセンター事業において、効果的な求人の提示とマッチング率の向上を図るため、都道府県ナースセンターに対し看護職にとって働きやすい環境になるような支援を専門とする講師を派遣し、マッチング率が低い医療機関等の分析を行い、支援・助言を行うための経費や、ナースセンターの求人票の一般的な記載事項をハローワークの様式と統一するなど求職者の利便性向上に向けた経費を計上している。看護職員の確保は大変重要な課題であるため、こうした予算も活かしつつ、ナースセンターの更なる取組強化と体制強化に努めていただきたい。

- 特定行為研修については、指定研修機関数及び研修修了者数ともに増加傾向となっており、年間で受け入れ可能な人数は約6,700人となっている。

- 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。

ポイント（看護職員確保対策について）

看護職員確保対策について

- 少子化に伴う18歳人口の減少から看護師等養成所の入学者数の減少が顕著であり、学生から選ばれる職業や、養成課程であることが重要である。そのため、令和８年度予算において、看護師等養成所における学生の多様なニーズに合った学習環境を整備する必要があること、また、教員の業務負担の軽減や養成所の安定的な経営の観点から、複数養成所における遠隔授業を活用した合同授業や一部施設のサテライト化等を推進するため、ICT 機器の導入、養成所間での講義内容の調整等の養成体制の再構築に必要な経費に対する支援を予定しており、これらの取組を活用して地域における持続的な看護職員確保に取り組んでいただきたい。

- 災害支援ナースについては、令和７年４月に、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）が刷新されたことを受け、令和７年12月に活動要領を一部改正し、今後、EMISを活用した運用を行っていくこととしている。EMISの具体的な運用については、令和８年４月の施行に向け、今年度中に改めて周知させていただきたく。

医師養成過程を通じた対策について

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

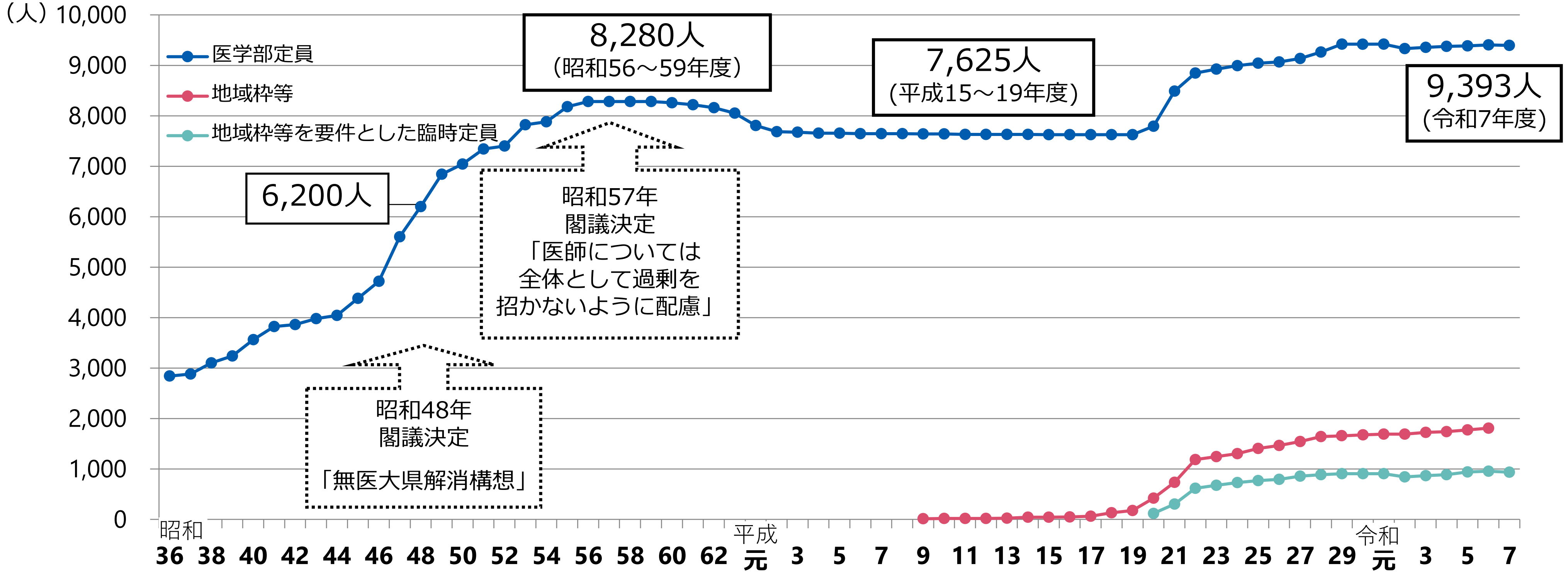
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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７年度：1,837人 (19.8%)）

※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	R7
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	9,393
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	9,270
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	7,607	7,591	7,623	7,763	7,743	7,731	7,640	7,632	7,636	7,611	7,595	7,556
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,462	1,543	1,639	1,657	1,676	1,689	1,690	1,725	1,738	1,773	1,808	1,837
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.3%	17.1%	17.9%	17.8%	18.0%	18.2%	18.4%	18.7%	18.8%	19.1%	19.5%	19.8%
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	933
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%	10.1%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省高等教育局医学教育課調べ）

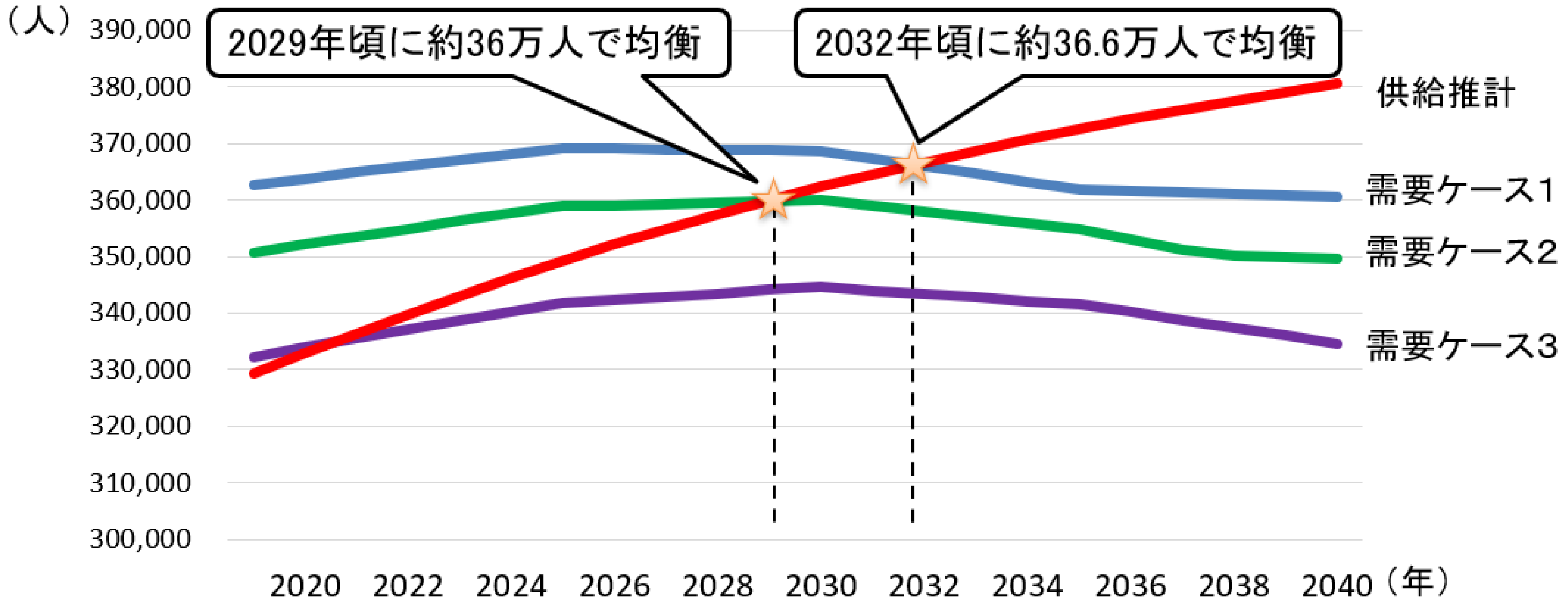
令和2年度　医師の需給推計について

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）



医師の確保に関する事項（第８次医療計画の見直しのポイント）

令和５年度１回医療政策研修会
令和５年５月２４日
資料15
一部改変

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９年度の医学部臨時定員の方針について①（案）

○　令和９年度の医学部定員については全体として適正化を進めることとし、配分の考え方には、医師偏在指標のみならず、地域の実情等を踏まえた様々な視点で検討することについて、前回の本検討会において事務局案をお示ししてご議論頂いている。

○　医学部臨時定員の配分にあたり考慮し得る要素を、前回までの議論等を踏まえ、さらに検討したところ、以下の現状であった。

① <地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点>

・**恒久定員内への地域枠設置**：
- ➢　設置を進めた県のうち、令和６年度から令和７年度における増分は22名（恒久定員100名あたり平均約1.7名）であった。
- ➢　大学の設置主体によらず恒久定員内にも地域枠が設置されているが、国立大学であっても地域枠数の設置が比較的少ない都道府県もあった。

② <地域の置かれた状況に適切に配慮する視点>

・**地域における人口の変化**：
- ➢　日本の人口は全体として減少し、高齢化率が高くなると推計されている中、都道府県別に人口の推移をみると、全年齢の人口が大幅に減少し、かつ75歳以上の人口が相対的に大きく増加する県が存在していた。

・**地理的要素**：
- ➢　「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において、次期医師確保計画にあたって、地理的要素（人口密度、医療機関への距離、離島、特別豪雪地帯）を一定程度反映して医師少数区域を設定することについて、検討されており、医師多数県であっても、医療機関へのアクセスが比較的困難である二次医療圏が存在していた。

・**医師の流入や流出の状況と医師の年齢や性別の構成**：
- ➢　比較的若手である医籍登録後３～５年目の医師の動向をみると、自県大学出身者の割合や卒業大学所在地への定着率には、都道府県ごとに大きなばらつきがみられた。
- ➢　こうした動向の蓄積として、現時点における医師の年齢や性別の構成に、地域差が生じていると考えられた。

③ <全国的な取組を促す視点>

- ➢　都道府県や大学においては、それぞれの地域の置かれた状況を踏まえ、地域に定着する医師を確保するための様々な取組が実施されていた一方で、各都道府県で養成した医師の少なくない割合が都道府県外に流出している状況も見られた。

○　医師偏在指標については、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて更新を行う方向で「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において議論されている。

令和９年度の医学部臨時定員の方針について②（案）

○　令和９年度の医学部定員の方針については、「経済財政運営と改革の基本方針2025」（令和７年６月13日閣議決定）やこれまでの本検討会における議論等を踏まえ、医師の偏在対策について取組を充実させつつ、令和９年度の医学部総定員は、令和７年度の医学部総定員数（9,393人）に対して、地域の実情等に配慮しながら全体として削減が図られるよう対応してはどうか。

○　令和９年度の医学部臨時定員の配分にあたっては、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減する一方で、前回の議論や本日新たにお示ししたデータを踏まえ、考慮すべき要素や方法については、具体的に以下の観点から検討してはどうか。

① ＜地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点＞

○　大学の設置主体毎の特性等を踏まえながら、必要な調整等により、特に医師多数県において恒久定員内への地域枠の設置が進んできている状況を踏まえ、**これまでの「恒久定員100名あたり恒久定員内地域枠を４名以上設置する」という復元要件について、基準を引き上げるよう見直してはどうか**。

② ＜地域の置かれた状況に適切に配慮する視点＞

○　将来の人口動態を踏まえ、人口減少率が急激な地域では、地域の人口を分母とする医師偏在指標において、時点の更新により医師偏在指標の値が相対的に上位となることが想定されることや、75歳以上人口の増加率が比較的大幅に増加する場合には、医療提供体制を一定程度維持する必要があることから、**地域における「全年齢の人口変化率に対して、75歳以上の人口増加率が比較的高い」場合は、時限的な措置として削減幅を緩和することを検討してはどうか**。

○　地理的要素を配慮するにあたっては、都道府県単位では、地域ごとの地理的な要素の違いが平準化されることに留意し、次期医師確保計画（令和９年度から）では、地理的要素を一定反映して医師少数区域を設定する方向で検討が進んでいることを踏まえて、**都道府県内に「医療機関へのアクセスが比較的困難な二次医療圏が一定数存在する」場合は、削減幅を緩和することを検討してはどうか**。

○　これまでの**「医師の年齢構成」による復元要件について、定員の固定化を防ぐ観点から、基準を引き上げるよう見直してはどうか**。

③ ＜全国的な取組を促す視点＞

○　各都道府県における安定した医師確保や医師の偏在対策のために臨時定員として当該都道府県内の大学を中心に医学部定員を増員している一方で、医師が県外に流出している実態もあることを踏まえ、今後、**前年度を上回る地域枠数を設定する場合は、当該都道府県に所在する大学の恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置を行うことを基本としてはどうか**。その際、**それぞれの都道府県と当該都道府県内の大学の必要な協議を促すとともに、各県の臨時定員地域枠数は原則として前年度の数を超えないよう調整することとしてはどうか**。

○　地域に定着する医師を確保するためのその他の取組の状況についても、本日のヒアリングを含めた**都道府県や大学の事例を踏まえ、地域の取組を後押しする方策を検討してはどうか。また、都道府県と大学との協議が円滑に進むような対応について、文部科学省とも連携して検討してはどうか**。

○　次期医師確保計画に向けた医師偏在指標の更新により、区分が変更となる都道府県における臨時定員地域枠の取扱いについては、「これまでの区分に基づく対応とのバランス」や「激変への配慮」に留意し、改めて検討してはどうか。

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

・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～

・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の上限を設定する。

⇩

平成27年度～

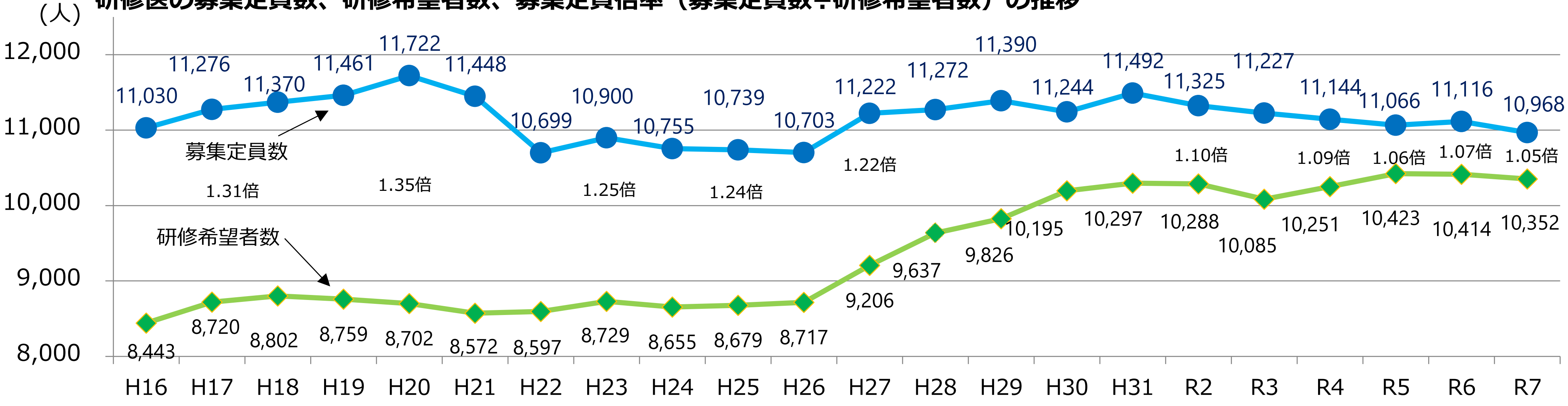
・募集定員倍率を令和2年度に向けて約1.10倍まで縮小する

⇩

令和３年度～

・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９年度の各都道府県の募集定員上限の算出方法

令和7年度第3回医道審議会 医師分科会　医師臨床研修部会	資料１－１
令和7年12月5日	

■全国の募集定員上限（１０,８９５人）

研修希望者数（推計）（10,376人）× 1.05 ※１

※1 令和９年度は1.05で据え置き

■各都道府県の募集定員上限

Ⓐ 人口

全国の研修医総数（9,338人※2）× 都道府県の人口 / 全国の総人口

Ⓑ 医学部入学定員

全国の研修医総数（9,338人）× 医学部の入学定員 / 全国の医学部入学定員

①基本となる数

全国の研修医総数（9,338人）× ⒶとⒷの多い方* / ⒶとⒷの多い方*の全都道府県合計

＊ Ⓑ(入学定員)を用いる場合、Ⓐ(人口)の1.2倍を限度

※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

地域枠入学者数　×1.05※１

＋③地理的条件等による加算

(1)100㎢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

①,②,③(1)(2)の合計が全国の募集定員上限(10,895人)を上回る場合、超過分を各都道府県の①「基本となる数」に応じて按分する形で調整を行う

※３ 100㎢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×（離島数に応じた係数）/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を、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

離島数に応じた係数

	係数
平均離島数未満の都道府県	3
平均離島数～＋10の都道府県	3.33
平均離島数＋11～＋20の都道府県	3.67
平均離島数＋21～の都道府県	4

※ 平均離島数（有人離島総数（303島）÷有人離島を持つ都道府県数（27都道県））≒ 11.2

＋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７年度）の採用人数よりも少ない都道府県は、令和７年度の採用人数と「令和８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 各都道府県の（「仮上限」 － 令和７年度採用数） / 各都道府県の（「仮上限」 －令和７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８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
また、「仮上限」からの定員削減は、「令和８年度に病院に配分された定員の合計」を下回らない範囲での削減とする

＋⑤募集定員上限が、一定割合以上減少する場合の追加配分※上記10,895人に別途加算するもの

・①～④の結果、令和８年度の募集定員上限からの減少率が１％を上回る都道府県（令和８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８年度の募集定員上限からの減少率が１％となるまで追加配分を行う。

（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。

広域連携型プログラムの概要

令和6年度第4回医道審議会
医師分科会 医師臨床研修部会
令和6年11月27日
資料1－1
（一部改）

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

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は、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。

令和８年度の広域連携型プログラムの状況①

- 令和８年度臨床研修から開始する広域連携型プログラムについて、連携元病院（医師多数県）に対し、届出状況や定員数についてのアンケート調査を実施。
- 広域連携型プログラムを届け出た病院数や定員数は以下のとおり。

広域連携型プログラムの届出状況

都府県名		大学病院	市中病院	合計	（参考）募集定員上限
東京都	病院数	16	2	18	―
	定員数	59人	4人	63人	63人以上
大阪府	病院数	4	28	32	―
	定員数	4人	28人	32人	32人以上
京都府	病院数	2	0	2	―
	定員数	14人	0人	14人	13人以上
岡山県	病院数	2	1	3	―
	定員数	6人	3人	9人	9人以上
福岡県	病院数	4	2	6	―
	定員数	16人	4人	20人	20人以上
合計	病院数	28	33	61	―
	定員数	99人	39人	138人	137人以上

出典：広域連携型プログラムフォローアップ調査（令和7年5月実施）、研修プログラム変更・新設届出書（様式Ａ-10）より集計
（厚生労働省医政局医事課調べ）

令和８年度の広域連携型プログラムの状況②

- ■ 連携元病院（医師多数県）から提出された研修プログラム届出書に記載のある連携先病院とその所在地を集計。
- ■ 所在地別の連携先病院数は以下のとおり。
- ■ 複数の連携元病院が同一の病院を連携先として届け出ている場合もあるため、連携先病院数は延べ数。

広域連携型プログラムの届出における連携先病院数

		連携先病院																							
		北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	群馬	東京※	新潟	福井	長野	岐阜	三重	京都※	岡山※	島根	山口	福岡※	大分	宮崎	鹿児島	合計
連携元病院	東京	6	1	18	0	6	10	8	17	1	0	13	0	16	1	2	0	0	0	2	0	0	2	5	108
	大阪	5	1	0	3	1	7	3	0	0	0	2	1	8	5	13	0	0	2	1	0	1	3	10	66
	京都	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	2	0	12
	岡山	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	0	0	0	0	10
	福岡	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	2	2	3	1	14
	合計	14	3	19	3	7	17	12	18	2	0	15	1	24	9	17	3	1	2	12	2	3	10	16	210

※ 医師多数県であっても、県内に医師少数区域があり、当該区域に所在する病院については、連携先病院の対象となり得る。

出典：研修プログラム変更・新設届出書（様式Ａ-10）より集計（厚生労働省医政局医事課調べ）

令和８，９年度の広域連携型プログラムについて

令和８年度臨床研修からの広域連携型プログラムの運用に係る取組

○　令和８年度臨床研修からの広域連携型プログラムについては、届出期限の令和７年４月末までに医師多数県の連携元病院となる６１病院からプログラムの届出があり、６月から１０月にかけて研修医の募集マッチングが実施される。

○　今後も病院間において広域連携型プログラムによる研修の個別具体的な調整があると考えられるが、研修開始後の研修医への支援や良質な研修につなげるために、実施病院に対し、以下の事項について必要な準備や取組を行っていただくよう周知することとする。

【研修医への支援】

連携元病院

連携元病院の指導医やメンターなどは、研修医とWeb面談等を行い、定期的なコミュニケーションを通じて、研修生活などについての助言や精神面でのサポートなど、継続的な支援を行うこと。

連携先病院

連携先病院の指導医等は、研修医と継続的に十分な意思疎通を図り、定期的に研修の進捗状況を共有するとともに、助言等を行うこと。また、研修医が孤立しないよう事務職など他の職種も含めて積極的に研修医とコミュニケーションをとるよう促すこと。

【病院間の連携】

連携元病院と連携先病院それぞれの指導医やメンターなどは、定期的にWeb会議等を設け、研修の進捗状況や研修医の様子・生活などについて情報共有を行うなど、病院間で相互に緊密に連携すること。

○　経費負担に係る国の支援については、令和６年度補正予算において、広域連携型プログラムの作成・調整を行うため、プログラムを設置する基幹型臨床研修病院のプログラム責任者等に係る経費を計上。

令和８年度以降に生じる研修医の移動・滞在に伴う経費や連携先病院の指導経費などについては、引き続き国による支援を検討。

令和９年度の広域連携型プログラムの方向性

○　今回のアンケート結果から、連携先病院を見つけることが課題だったことから、令和９年度に向けても、連携元・連携先双方の病院の基本情報や医師少数県等の病院における研修の魅力・強みなどの情報収集・提供を行いつつ、医師少数県側からのアプローチを促すなどにより、円滑な連携に取り組むこととする。

○　令和８年度開始のため、未だプログラムが実際にスタートしておらず、今後も開始に向けてフォローが必要な状況。引き続き随時必要な改善を行っていくが、対象地域や募集定員上限等の基本的な枠組みについては、令和９年度のプログラムも前年通りとしつつ、今後の実際の実施状況を踏まえ、更なる実態把握や成果・課題の検証を行いながら必要な見直しを行うこととする。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

看護職員確保対策について

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

看護職員確保に関する施策

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

新規養成　復職支援　定着促進

①新規養成

✔ 地域医療介護総合確保基金を活用した、看護師等養成所の整備や運営に対する支援
✔ 看護関係資格の取得を目指す社会人経験者に対して、看護職員養成所の学費の一部を給付（専門実践教育訓練給付）

②復職支援

✔ 都道府県ナースセンターにおいて、
・ハローワークと連携した無料職業紹介や情報提供・相談対応の実施
・看護職員の多様なキャリア情報や研修情報を充実し、マイナポータルを通じて潜在看護職員に提供　※令和８年度運用開始予定

③定着促進

✔ 地域医療介護総合確保基金を活用した、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
✔ 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に関するコンサルティングの実施

看護職員等の処遇改善

<診療報酬改定>
・令和４年10月～　看護職員処遇改善評価料
・令和６年　6月～　ベースアップ評価料

<予算事業>
・令和5年度補正予算　看護補助者の処遇改善事業
・令和6年度補正予算　生産性向上・職場環境整備等支援事業

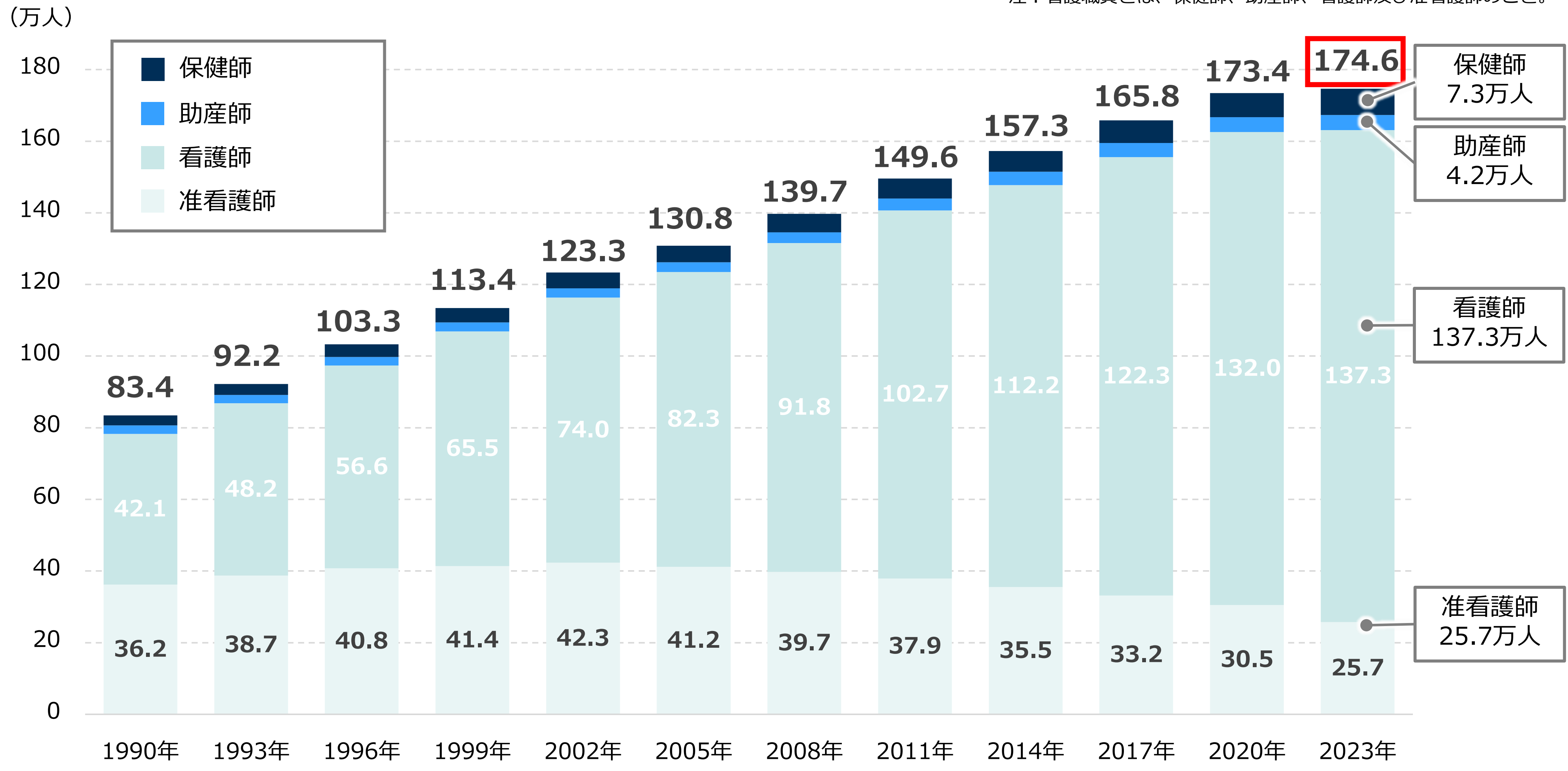
地域・領域別の課題への対応

・第８次医療計画（令和６年度～）において看護職員の確保を位置付け
・都道府県において、二次医療圏ごとに地域医療対策協議会等を活用し、看護職員等の医療従事者の確保における課題の把握、対策の検討

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、2023年（令和５年）には174.6万人となった。

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

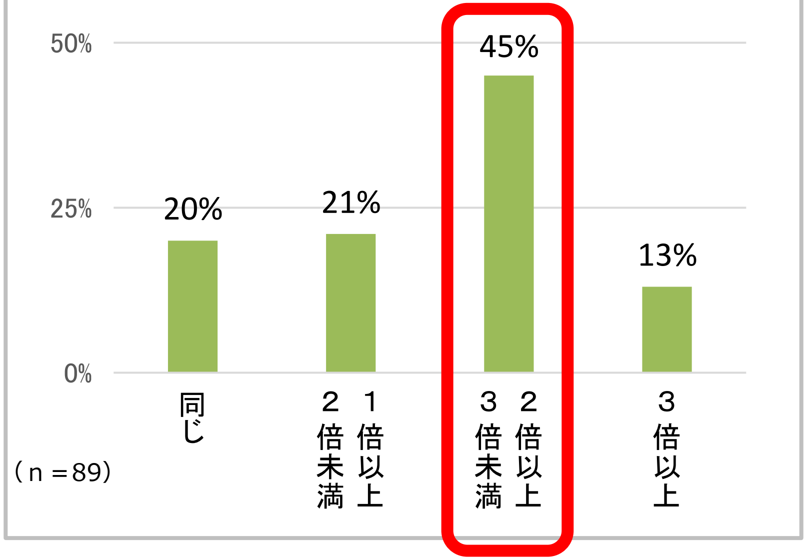
（万人）

	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%）〕

施策名：中央ナースセンター事業
（多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進経費・NCCS改修による無料職業紹介事業の充実経費部分）

令和7年度補正予算　1.2億円

①　施策の目的

- 　少子高齢化の進展に伴い、現役世代（担い手）が減少する中で、今後も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り、医療機関等における看護職員の確保は、引き続き、重要な課題となっている。
- 　多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進や、ナースセンター・コンピュータ・システム（NCCS）の改修を行うことで、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	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③　施策の概要

1．多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進

　求人施設が求める条件と、求職者が求める条件の乖離解消に向け、都道府県ナースセンターに対し講師を派遣し、マッチング率が低い医療機関等の分析を行い、支援・助言を行うことで、効果的な求人の提示とマッチング率の向上につなげる。

　中央ナースセンターが、潜在看護職等も含めた全国の看護職員に対し、へき地をはじめとした地域での勤務の魅力のPR等の情報発信を行い、問い合わせがあった者などをリスト化して都道府県ナースセンターに橋渡しを行い、都道府県ナースセンターの無料職業紹介事業に活用する。

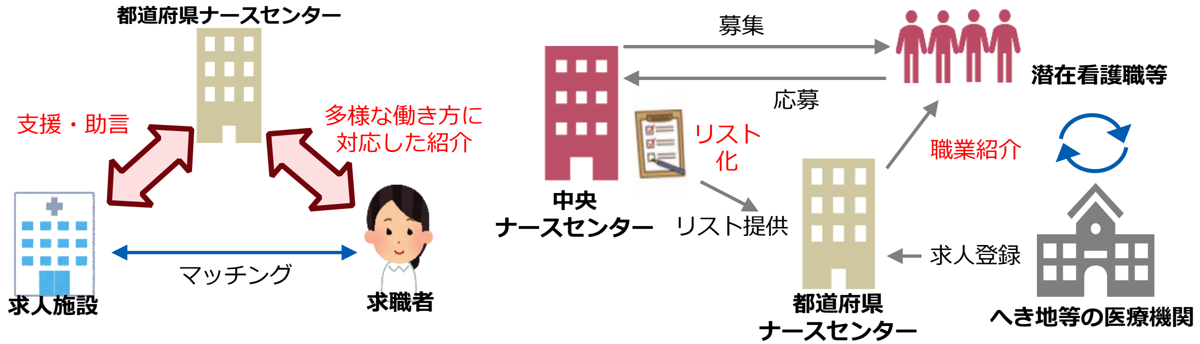
2．NCCS改修による無料職業紹介事業の充実

　ナースセンター・コンピュータ・システム（NCCS）の改修を行い都道府県ナースセンターの求人票等における一般的な記載事項をハローワークのものと統一等をすることで、情報共有における業務効率化や求職者の利便性向上を進め、無料職業紹介事業の更なる充実を図る。

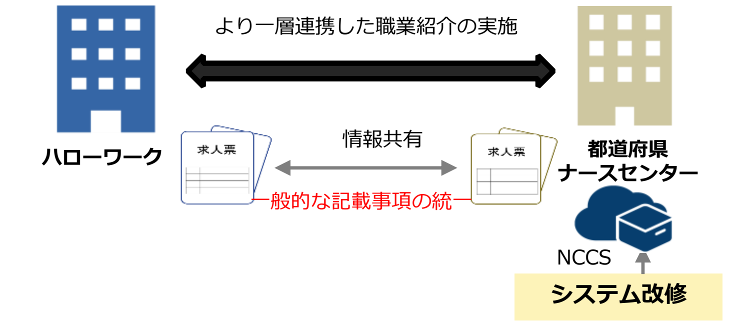
④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

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．多様で柔軟な働き方に対応したマッチングの推進



2．NCCS改修による無料職業紹介事業の充実



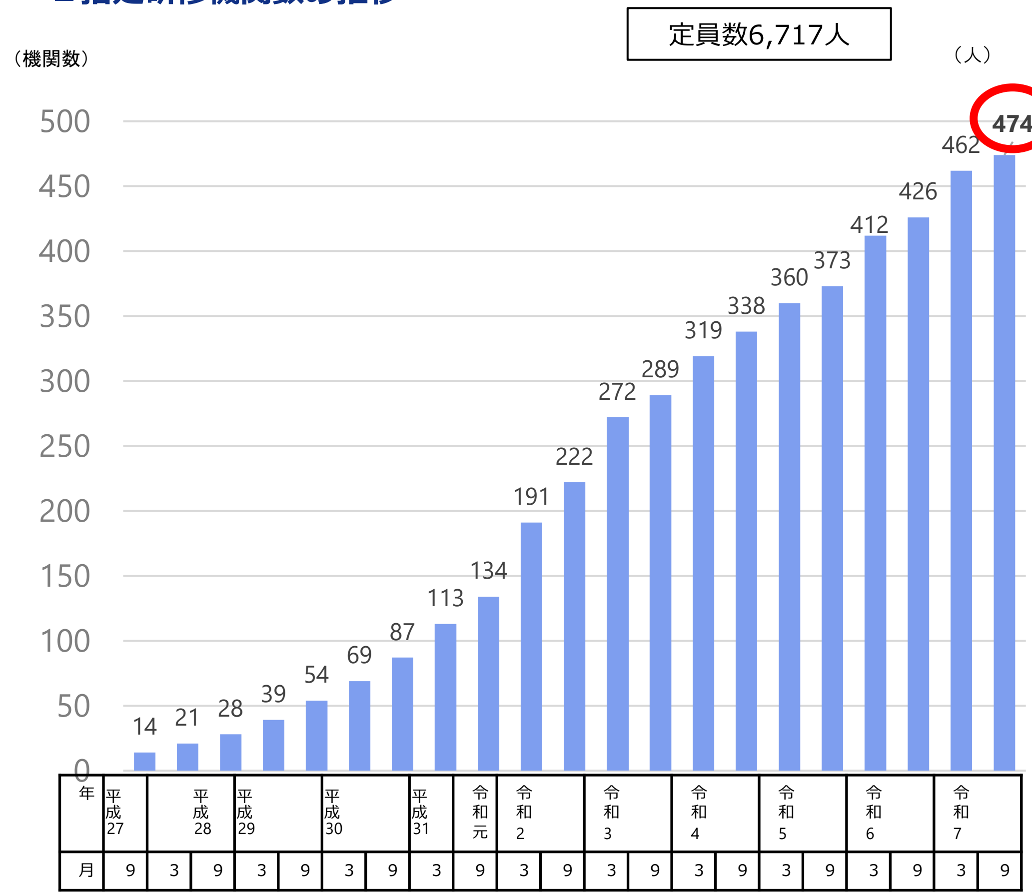
⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

　効果的な求人の提示によるマッチング率の向上、へき地等における潜在看護職員の活用、都道府県ナースセンターとハローワークの連携強化及び求職者の利便性向上を図ることにより、医療機関等における看護職員の確保につながる。

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７年9月現在で**474**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は **6,717**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７年9月現在で**13,887**人である。

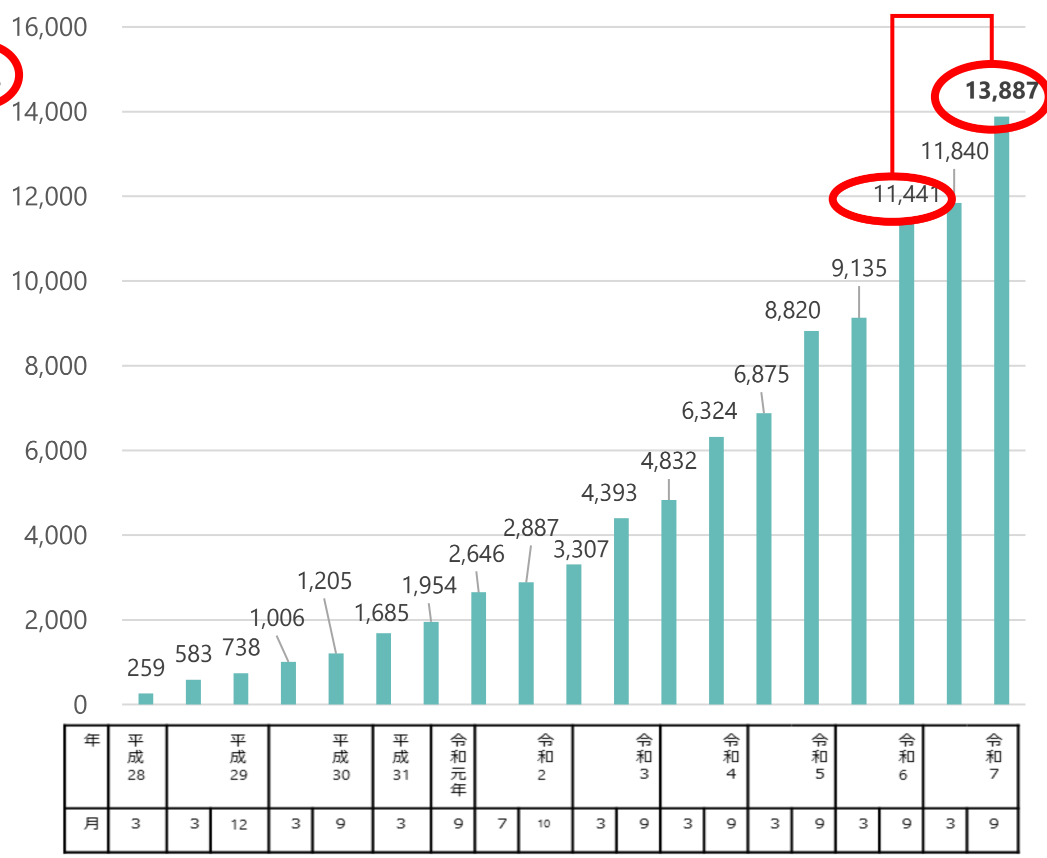
■指定研修機関数の推移



年間増加数	14	26	33	47	88	67	49	35	53	48

■特定行為研修修了者数の推移

直近１年は2,446人増加



年間修了者数	324	423	679	961	661	1525	2043	2260	2705

（厚生労働省医政局看護課調べ）

（令和2年はCOVID19影響で7月末時点）

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

看護師等養成に対する支援策

学生確保に向けた取組の例

○看護の魅力発信

・5月12日の「看護の日」とこの日を含む１週間に「看護の日・看護の週間事業」として日本看護協会と共同し、普及啓発のための事業を推進。

・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。

https://www.mhlw.go.jp/kango_kyouiku/

○大学既卒者・社会人経験者の学生確保

看護師養成のさらなる促進に向けて、看護学以外の専攻で大学を卒業した方や、社会人として一定の就労経験を経た方に、 看護師資格取得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ご活用いただけるようにホームページに掲載。

https://www.mhlw.go.jp/kango_kyouiku/

体制整備・運営支援の取組の例

○地域医療介護総合確保基金による財政支援

・看護師等養成所の施設・設備整備
看護師等養成所の新築・増改築に係る施設整備や、開設に伴う初度設備整備、在宅看護実習室の新設に係る備品購入、修業年限の延長に必要な施設整備に対する支援を行う。

・看護師等養成所における教育内容の向上を図るための体制整備
看護師等養成所における教育内容の向上を図るため、専任教員の配置や、実習経費（医療機関における実習受入や実習指導者の配置に係る経費等）など、看護師等養成所の運営に対する支援を行う。

○看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション促進（令和５・６年度補正予算）

看護師等養成所や看護現場におけるＤＸ（デジタルトランスフォーメーション）化を促進するため、看護師等養成所や病院・訪問看護ステーション等におけるＩＣＴ機器を活用した効率的・効果的な看護業務及び看護師等養成方法の検討等の実施に必要な経費に対する支援を行う。

新規 人口減少社会の看護師等養成所における遠隔授業推進支援事業

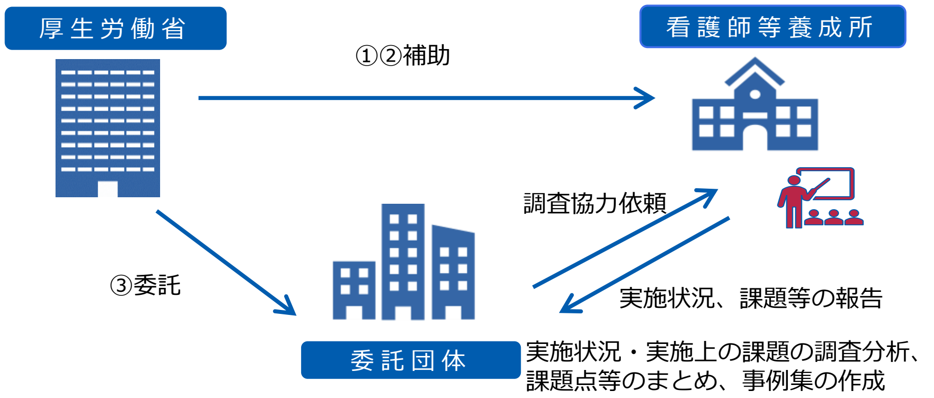
令和８年度当初予算案　87百万円（－）　※()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

・少子化に伴う18歳人口の減少により、看護師等養成所（以下「養成所」という。）への入学者数の減少、定員充足率の低下が顕著であり、学生不足が課題となっている。今後の持続的な看護人材の確保のためには、多様な学生のニーズに合った魅力的な学習環境の整備による総合的な学生確保策の推進が必要である。
・一方、養成所の安定的な経営や教育の質の維持向上のためには、既存の施設設備及び教員の有効活用を図ることと同時に、各教員の業務負担の軽減を図ることも必要である。
・現場からは、遠隔授業の実施や、受講する場としてのサテライト施設の新設を検討している声もあり（令和６年度実施の都道府県を対象としたアンケートでは遠隔授業の実施については7割、サテライト施設設置については３割のニーズがあると回答）、令和6年度実施の一般社会人を対象としたニーズ調査でも、遠隔授業での受講を希望する声も多数聞かれているところ。
・本事業は、遠隔授業の推進を図るための養成所の取り組みに対して支援を行い、多様な背景を持つ学生のニーズにあった魅力的な学習環境の整備、既存施設設備及び教員の有効活用、各教員の授業準備にかかる業務負担の軽減等に資することを目的として実施する。

2 事業の概要・スキーム

・看護師等養成所（以下「養成所」という。）においては、各養成所の特性に応じ、遠隔授業を実施。
　そのために必要な　①設備整備費、②養成所間の講義内容の調整等に係る経費を補助。
・③各養成所の実施状況や課題について調査・分析し、複数養成所で同一講義を遠隔で提供する場合の課題や実施内容についてとりまとめる。【委託】



【各養成所】　遠隔授業の実施（以下の経費を補助）
①　遠隔授業の実施に必要な設備購入や借料
（端末購入費、学習支援ツール利用料、サテライト化に伴う設備購入費等）
②　養成所間の講義内容の調整等に係る経費
（養成所間の講義内容の調整に係る有識者謝金、事務員賃金等）

＜　遠隔授業のパターン例　＞（同一設置者であれば都道府県を超えての実施も可能とする）
A　1つの養成所で実施している講義を、他の複数の養成所に配信し、各学生が同時受講
B　1つの養成所がサテライト校を新設、もしくは複数養成所を統廃合し一部施設をサテライト化
　　本校で実施している講義を、サテライト施設に配信し学生が同時受講

【委託団体】　（以下について委託）
③　各養成所の実施状況・実施上の課題の調査/分析/支援、事例集の作成

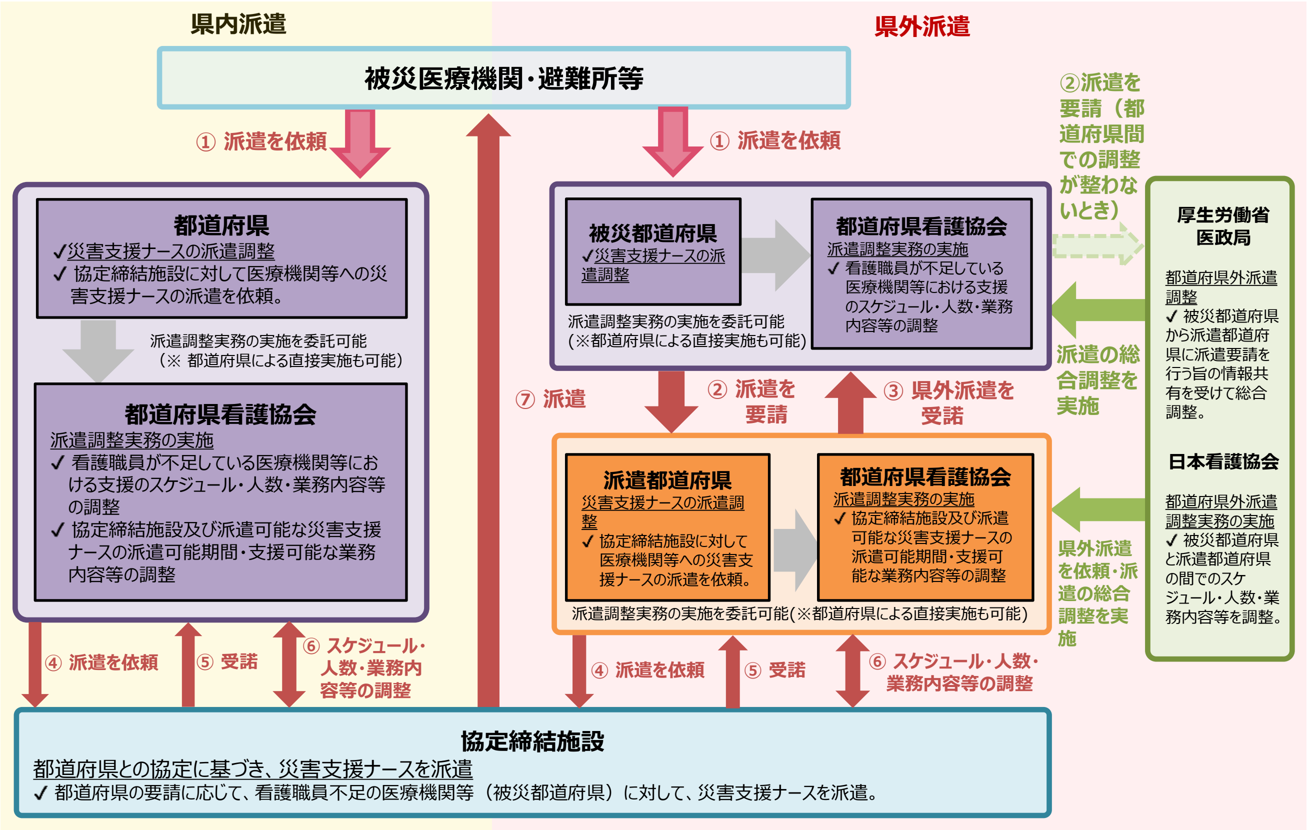
3 実施主体等

◆実施主体：①②看護師等養成所、③シンクタンク等（委託）　◆補 助 率：定額（10/10相当）

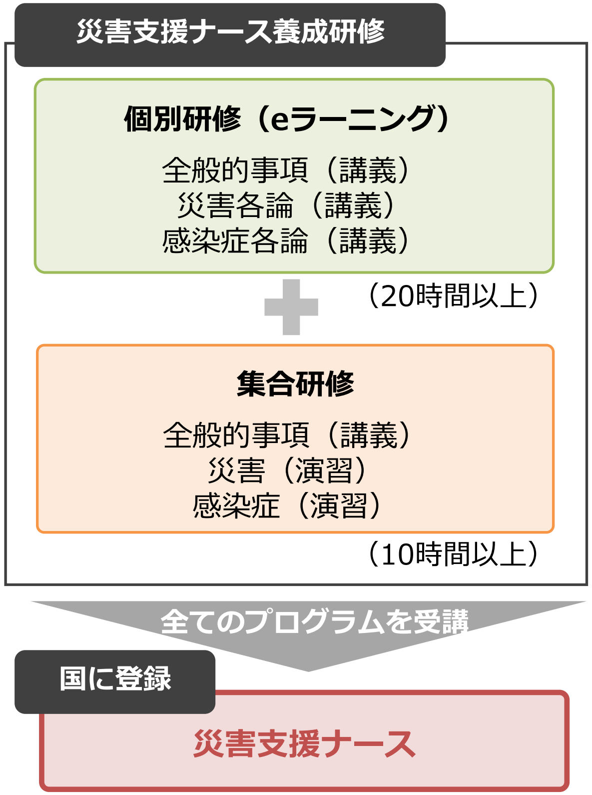
災害支援ナース

- ○ 災害支援ナースは、災害発生時や新興感染症発生・まん延時に、被災地の医療機関や避難所等で看護業務を行う看護職員である。厚生労働省が認めた研修を修了し、国に登録された者である。
- ○ 改正医療法により、令和6年度から「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の協定対象となった。厚生労働省が研修及び広域派遣調整を実施（日本看護協会に委託）。
- ○ 新制度に基づく研修修了者は令和6年度までに約8千人であり、令和7年度は約3千人への研修を予定。

【災害時の派遣の流れ】



【研修受講から登録の流れ】



災害支援ナース活動要領の改正　(令和７年改正版)

改正の経緯

- 災害支援ナースについては、令和４年の改正医療法により、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、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）。医療法に基づいた「災害支援ナースの活動要領」を令和６年３月に通知したところ。
- 令和７年４月より、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）(※)が刷新され、災害支援ナースにおいても活用可能とされたことを受け、活動要領について必要な改正を行うもの。

(※)被災地域での迅速かつ適切な医療・救護が可能となるよう、厚生労働省や都道府県、医療機関、DMAT 等の医療チームとの間で情報共有を行うためのシステム。

主な改正事項

- 災害支援ナースのリストについて、EMISにおいて整備・管理することを規定。
- 平時における対応として、
  - 都道府県は、協定書を締結した施設のリストを整備し、厚生労働省に登録すること
  - 災害支援ナースの所属施設は、自施設のEMIS登録・変更に必要な情報等を都道府県へ報告すること
  - 災害支援ナースは、登録内容に変更が生じた時点で、EMIS上の情報を更新すること

などを規定。

施行時期

- 活動要領は令和７年12月23日改正し、令和８年４月１日施行とする。
- EMISの具体的な運用は令和７年度中に厚生労働省より各都道府県に通知予定。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

歯科衛生士・歯科技工士の業務のあり方等

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（歯科衛生士・歯科技工士の業務のあり方等）

- 歯科衛生士については、医療・介護の幅広い分野でニーズが高くなる中、就業率が低い等の課題があり、これまで復職支援の技術修練を行う教育機関等への補助などを行っている。

- 歯科技工士については、特に若手の歯科技工士の就業者数の減少が課題となる中、これまで臨床に即した知識・技術を習得するための技術修練を行う教育機関等への補助などを行っている。

- 歯科衛生士については、歯科医師の指示のもとで行う歯科診療の補助行為について、包括的な指示に基づいて行うことについて検討を開始したところ。

- 歯科技工士については、
  - ・歯科技工の場所について、患者の居宅等において歯科技工を行うことについての検討
  - ・歯科医師の指示のもと、歯科技工に関連する歯科診療の行為の一部を歯科技工士が行うことについての検討

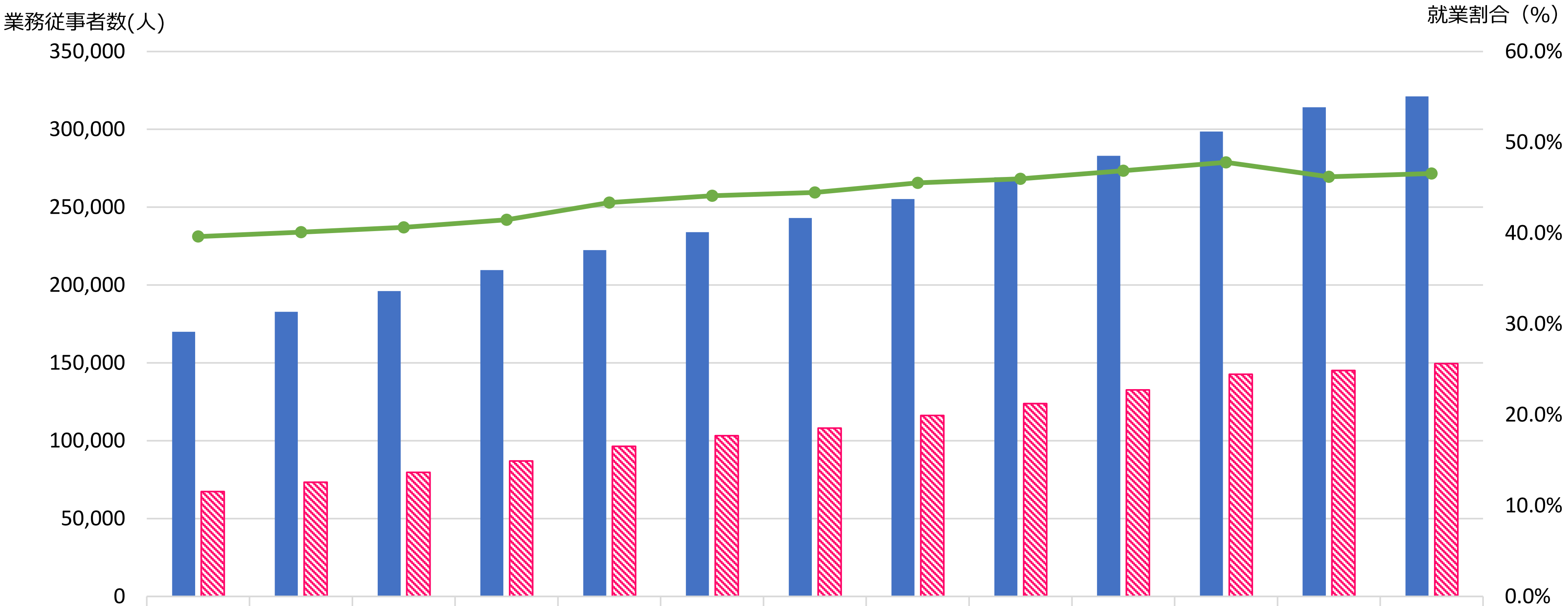
  を開始したところ。

- 地域の状況も踏まえ、地域医療介護総合確保基金をご活用いただき、歯科衛生士及び歯科技工士の人材確保のための取組をお願いしたい。

歯科衛生士免許登録者数、就業歯科衛生士数の年次推移

○　令和６年の歯科衛生士免許登録者数は321,241人（対R4年7,098人増）であり、就業歯科衛生士数は149,579人（対R4年4,396人増）である。

○　歯科衛生士免許登録者数のうち就業者の割合（就業割合）は、令和6年では46.6%となっている。

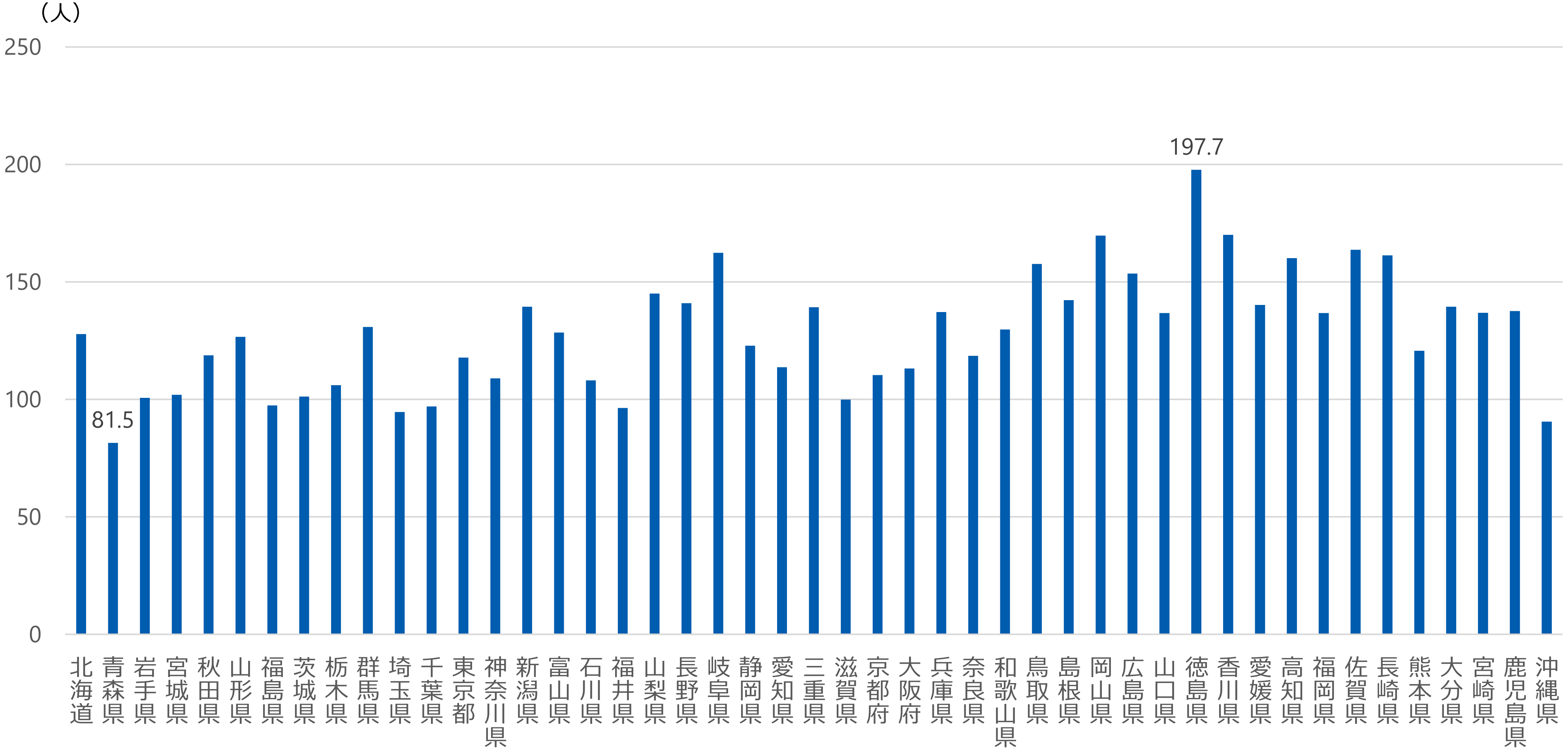


	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和２年	令和４年	令和６年
免許登録者数	170,035	182,794	196,143	209,649	222,381	233,906	243,028	255,317	269,226	282,988	298,644	314,143	321,241
業務従事者数	67,376	73,297	79,695	86,939	96,442	103,180	108,123	116,299	123,831	132,629	142,760	145,183	149,579
就業割合	39.6%	40.1%	40.6%	41.5%	43.4%	44.1%	44.5%	45.6%	46.0%	46.9%	47.8%	46.2%	46.6%

（出典：衛生行政報告例、歯科医療振興財団調べ）

歯科衛生士数（人口10万対就業歯科衛生士数）

○　人口10万対就業歯科衛生士数は地域差があり、最大の県と最少の県で２倍以上の差がある。

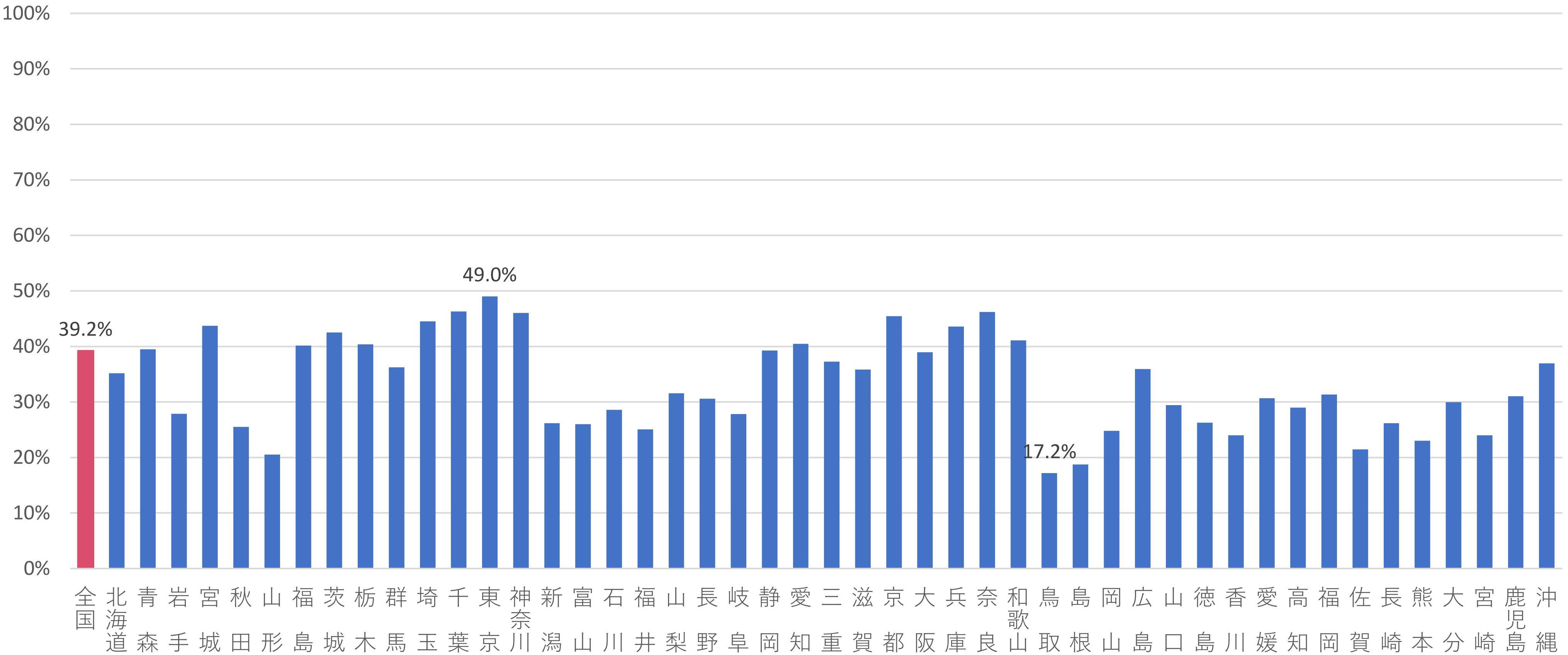


（出典：令和６年衛生行政報告例）

歯科衛生士（常勤）の従事者がいない歯科診療所の割合（都道府県別）

○　歯科衛生士（常勤）の従事者がいない歯科診療所の割合は、全国では39.2%である。

○　令和５年の調査では、都道府県別にみると、最も割合が大きい都道府県では49.0%、最も小さい都道府県では17.2%であった。



出典：「令和５年医療施設調査」（医政局歯科保健課による特別集計）
注：従事者数０人の階級には、その職種の従事者数が空欄であった施設数を含む。

歯科衛生士の人材確保実証事業
（歯科専門職の業務の普及啓発・人材確保推進事業）

医政局歯科保健課（内線2583）

令和８年度当初予算案　52百万円（62百万円）※()内は前年度当初予算額

1　事業の目的

◆　近年、高齢者に対するオーラルフレイル対策や入院患者・要介護高齢者等への口腔管理の重要性が指摘されており、歯科診療所だけでなく、地域の健康づくりなどの場や病院・介護施設等など、**医療・介護の幅広い分野で歯科衛生士のニーズが高くなっている。**

◆　若い世代の出産や育児等による離職、免許取得者の半数以下の就業率である等、歯科衛生士不足の声が多くあがっており、**「骨太の方針2025」**においては、**「歯科衛生士の離職対策を含む人材確保」**が盛り込まれている。

◆　そこで、本事業では、これまで実施してきた歯科衛生士技術修練部門運営事業に加え、新たに、就職後も安心して長期の勤務ができるよう、歯科医療機関の管理者に対して働きやすい環境づくりや労務に関する知識・意識向上のための研修を行う。

2　事業の概要・スキーム

（１）歯科医療機関の管理者研修【新規】【実施主体：職能団体等】

・歯科医療機関の管理者に対して働きやすい環境づくりや労務に関する知識・意識向上のための研修を実施

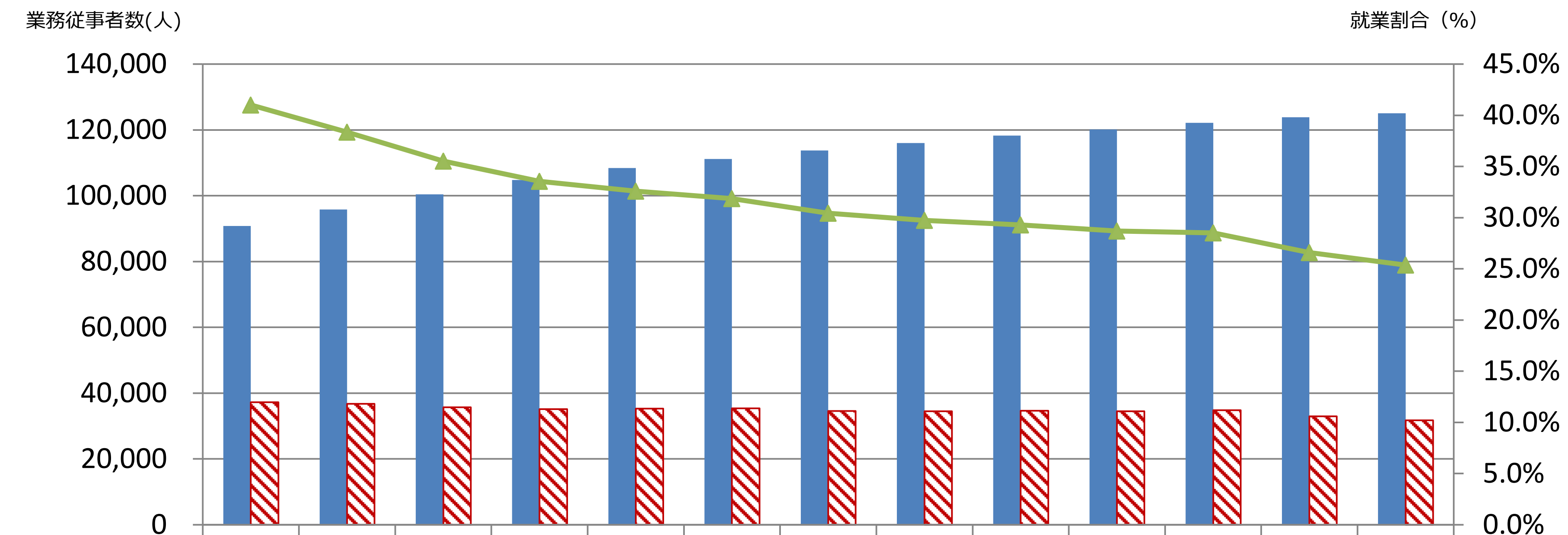
（２）歯科衛生士技術修練部門運営事業【継続】【実施主体：教育機関等】補助率：定額

・歯科衛生士の復職支援及び新人歯科衛生士の技術修練を行う教育機関に対し、技術運営の継続的な運営に係る費用を支援する。
・歯科衛生士復職支援・離職防止等運営協議会の開催

歯科技工士免許登録者数、業務従事者数の年次推移

○　令和６年の歯科技工士免許登録者数は125,093人であり、そのうち業務従事者数は31,733人である。

○　免許登録者数に占める業務従事者数の割合（就業割合）は減少傾向であり、令和6年では25.4%である。

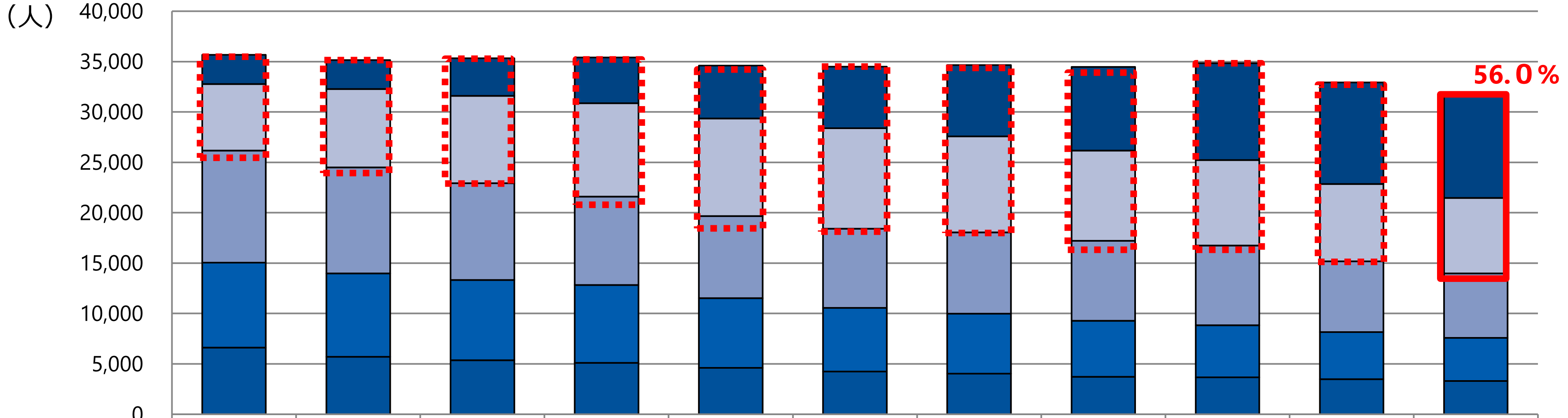


	H12年	14年	16年	18年	20年	22年	24年	26年	28年	30年	R2年	R4年	R6年
免許登録者数	90,825	95,838	100,381	104,794	108,406	111,191	113,726	116,006	118,271	120,157	122,139	123,870	125,093
業務従事者数	37,244	36,765	35,668	35,147	35,337	35,413	34,613	34,495	34,640	34,468	34,826	32,942	31,733
就業割合（%）	41.0%	38.4%	35.5%	33.5%	32.6%	31.8%	30.4%	29.7%	29.3%	28.7%	28.5%	26.6%	25.4%

（出典：衛生行政報告例、歯科医療振興財団調べ）

就業歯科技工士（年齢階級別）の年次推移

○　就業歯科技工士のうち50歳以上の者が増加しており、令和6年で56.0%となっている。



	平成16年	18年	20年	22年	24年	26年	28年	30年	令和2年	4年	6年
６０歳以上	2,899	2,876	3,738	4,555	5,269	6,114	7,068	8,289	9,600	10,073	10,260
５０～５９歳	6,597	7,775	8,673	9,256	9,681	9,954	9,518	8,960	8,492	7,675	7,499
４０～４９歳	11,116	10,506	9,606	8,770	8,128	7,859	8,077	7,950	7,895	7,014	6,400
３０～３９歳	8,438	8,282	7,963	7,718	6,933	6,315	5,936	5,543	5,161	4,678	4,277
２９歳以下	6,618	5,708	5,357	5,114	4,602	4,253	4,041	3,726	3,678	3,482	3,297

（参考）

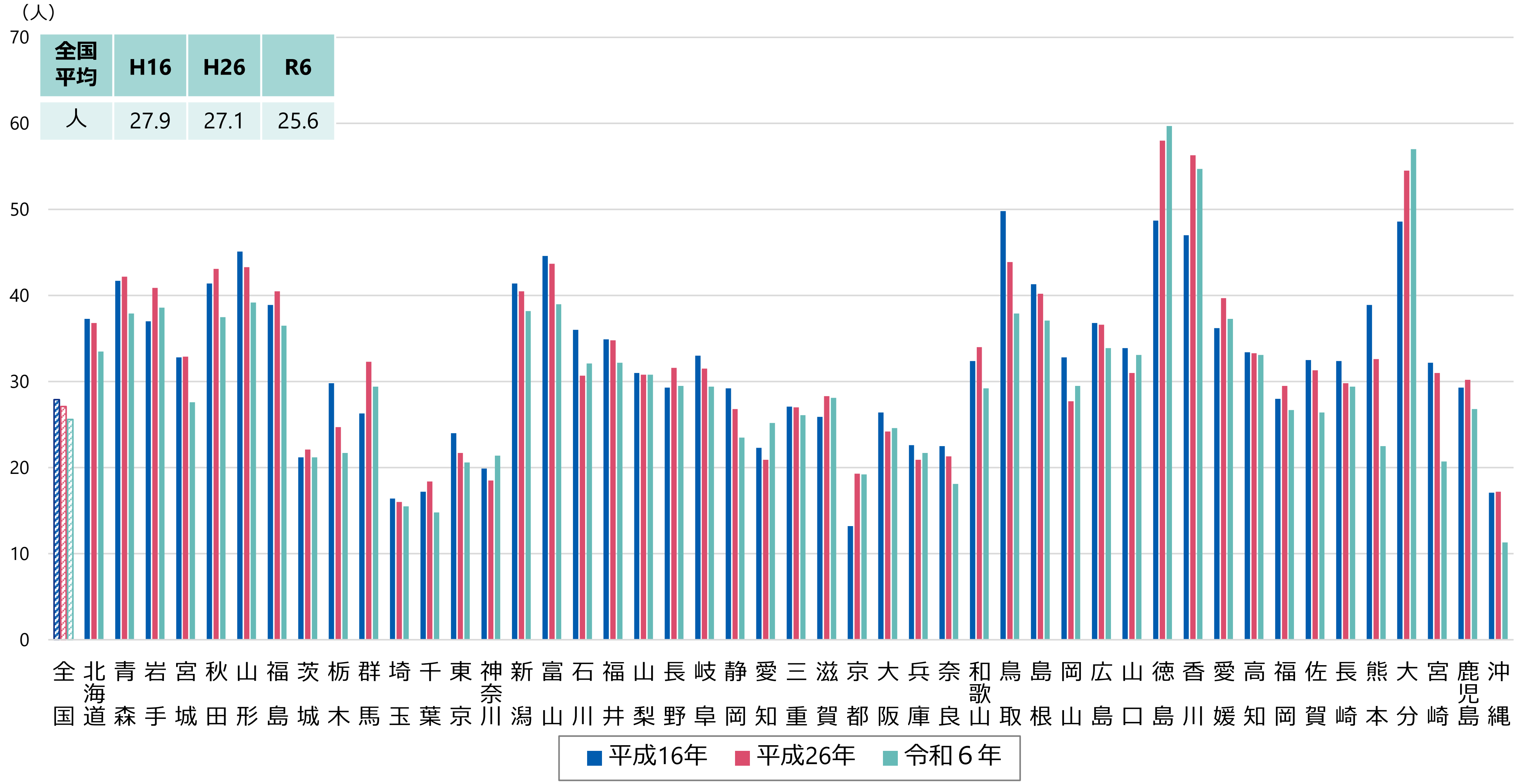
合計	35,668	35,147	35,337	35,413	34,613	34,495	34,640	34,468	34,826	32,942	31,733
50歳以上	9,496	10,651	12,411	13,811	14,950	16,068	16,586	17,249	18,092	17,768	17,759
50歳以上割合	26.6%	30.3%	35.1%	39.0%	43.2%	46.6%	47.9%	50.0%	51.9%	53.9%	56.0%

（出典：衛生行政報告例）

都道府県別（人口10万対）の業務従事者数の年次推移

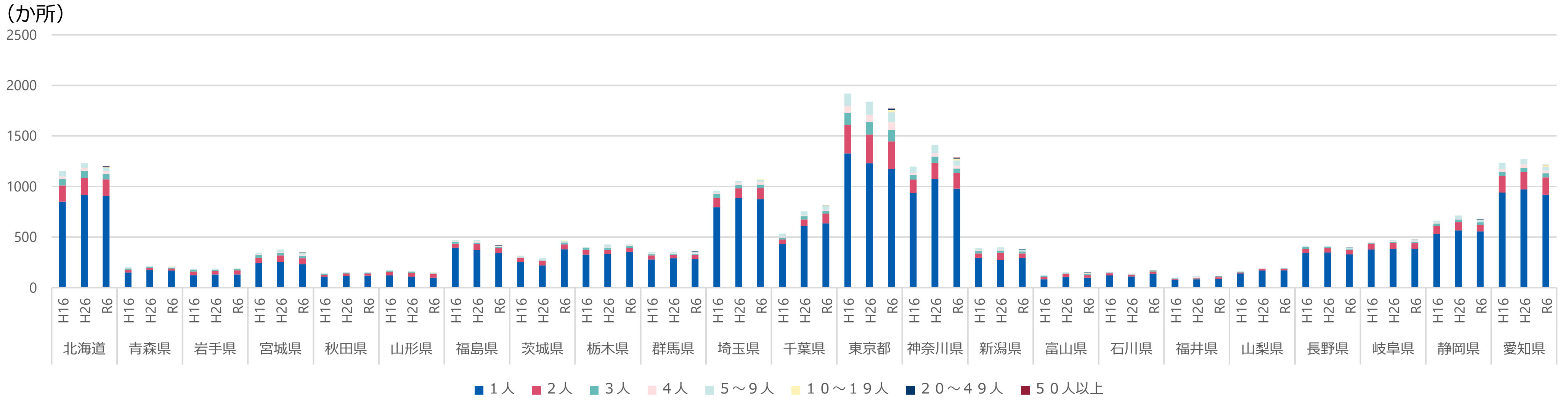
○　都道府県別の歯科技工士の業務従事者（人口10万人当たり）は、一部の県で50人を超えているほかは、おおよそ10人～40人当たりで推移している。

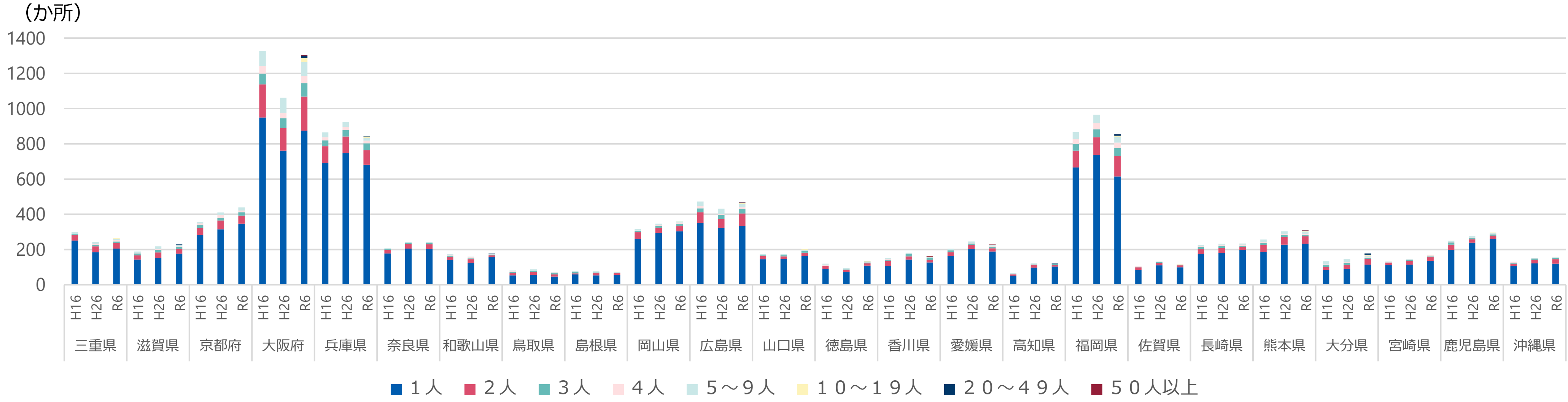
全国平均	H16	H26	R6
人	27.9	27.1	25.6



都道府県別の歯科技工所数の推移

○ 平成16年、平成26年、令和６年の都道府県別の歯科技工所数をみると、ほぼ横ばいの地域が多いが増加している地域もある。





（出典:衛生行政報告例）

歯科技工士の人材確保対策事業
（歯科専門職の業務の普及啓発・人材確保推進事業）

令和８年度当初予算案　36百万円（41百万円）※()内は前年度当初予算額

１　事業の目的

◆ 近年、特に若手の歯科技工士の就業者数の減少が問題となる等、歯科技工士の人材の確保が喫緊の課題となっており、**「骨太の方針2025」**においても、**「歯科技工士等の離職対策を含む人材確保」**、**「歯科領域におけるICTの活用を推進」**が盛り込まれた。

◆ 本事業では、これまで**歯科技工士の離職防止及び資質向上**を目的として、卒後早期の歯科技工士等に対して歯科医療機関等における臨床に即した研修や、歯科技工士養成施設の指導者及び地域で中核を担う研修指導者を対象としたCAD/CAM等のデジタル技術指導のための研修を実施してきた。

◆ 今年度の本事業では、引き続き養成施設の指導者及び地域の歯科技工士を対象としたで中核を担う研修指導者を対象とした歯科技工士のデジタル技術指導のための研修を行う。

２　事業の概要・スキーム、実施主体

１）歯科技工士実地研修・技術修練部門の整備・運営事業【実施主体：教育機関、職能団体等】

補助率：定額

歯科技工士が、臨床に即した知識・技術を習得するための研修を実施する際の技術修練等を行う教育機関（歯科技工士学校・養成所等）等に対する**技術修練部門の継続的な運営**に係る費用を支援する。

※技術修練部門初度整備・運営事業については廃止。

２）デジタル技術実地研修事業　【実施主体：１）の事業を実施する教育機関、職能団体等】

補助率：定額

養成施設の指導者及び地域の歯科技工士を対象とした**デジタル技術習得のための研修**を実施する。

業務効率化・職場環境改善の更なる推進に関する方向性について（案）

2．タスク・シフト／シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等について

○　医療機関におけるタスク・シフト／シェアの取組がさらに定着するよう、国等の支援を受けて、医療機関が業務のDX化に取り組む際には、併せてタスク・シフト／シェアの実施や業務プロセス自体の見直しを進めることとしてはどうか。

○　地域において医療関係職種を安定的に確保できるよう、各地域の人口減少の推移や今後の地域医療構想等を踏まえた各医療関係職種の需給状況を見通しつつ、地域や養成校の実情に応じて、遠隔授業の実施やサテライト化の活用などをはじめ、地域における安定的な養成体制を確保するため国・都道府県等が取り組むべき事項について検討を進めることとしてはどうか。

○　医療水準を維持しつつ、より少ない人員でも必要な医療が提供できたり、医療関係職種が意欲・能力やライフコースに合わせた働き方・キャリアの選択が可能となって地域において活躍の場が広がることなどにより、若者・社会人にとって医療関係職種がより魅力あるものとなるよう、その養成課程も含めて、例えば以下の対応を行うこととしてはどうか。

- 医療関係職種の各資格間において現在でも可能となっている既修単位の履修免除の活用や、養成に係る修業年限の柔軟化など若者・社会人にとっても参入しやすい養成課程となるよう、まずは、課題等を把握し、各職種の状況に応じた支援の在り方を検討することとしてはどうか。
- 意欲・能力やライフコースに合わせて、更なるキャリア・スキルの向上を目指す者や、育児・介護等の事情を抱えて働く者への支援や、そうした者が地域や職場でより能力を発揮できる環境整備やセカンドキャリアとして働く上でのマネジメントに関するリカレント教育等の在り方について、具体的に検討を進めることとしてはどうか。
- 歯科衛生士・歯科技工士の業務範囲や、歯科技工の場所の在り方については、現在進めているそれぞれの業務のあり方等に関する検討会において具体的に検討を進めることとしてはどうか。

参考資料

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例（１）

【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

看護師

① 特定行為（38行為21区分）の実施
② 事前に取り決めたプロトコール（※）に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
③ 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
④ 血管造影・画像下治療（ＩＶＲ）の介助
⑤ 注射、採血、静脈路の確保等
⑥ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
⑦ 診察前の情報収集

助産師

① 院内助産　② 助産師外来

薬剤師

① 周術期における薬学的管理等
② 病棟等における薬学的管理等
③ 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
④ 薬物療法に関する説明等
⑤ 医師への処方提案等の処方支援
⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

診療放射線技師

① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
② 画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）における画像の一次照合等
③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
④ 血管造影・画像下治療（ＩＶＲ）における補助行為
⑤ 病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射
⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領
⑦ 放射線管理区域内での患者誘導
⑧ 医療放射線安全管理責任者

臨床検査技師

① 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
② 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
③ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
④ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
⑤ 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
⑥ 病棟・外来における採血業務
⑦ 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作
⑧ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
⑨ 救急救命処置の場における補助行為の実施
⑩ 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
⑪ 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
⑫ 病理診断における手術検体等の切り出し
⑬ 画像解析システムの操作等
⑭ 病理解剖
⑮ 医療用吸引器を用いて鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰を採取する行為
⑯ 内視鏡用生検鉗子を用いて消化管の病変部位の組織の一部を採取する行為
⑰ 運動誘発電位検査
⑱ 体性感覚誘発電位検査
⑲ 持続皮下グルコース検査
⑳ 直腸肛門機能検査
㉑ 法第11条に規定する採血(以下この条において「採血」という。)を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為
㉒ 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に点滴装置を接続する行為(電解質輸液の点滴を実施するためのものに限る。)
㉓ 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に血液成分採血装置を接続する行為、当該血液成分採血装置を操作する行為並びに当該血液成分採血装置の操作が終了した後に抜針及び止血を行う行為
㉔ 超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置を接続する行為、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例（２）

【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

臨床工学技士

① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
② 人工呼吸器の設定変更
③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
⑤ 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
⑦ 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量の確認
⑧ 全身麻酔装置の操作
⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
⑫ 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

理学療法士

① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付

作業療法士

① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等

言語聴覚士

① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
② 侵襲性を伴わない嚥下検査
③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択
④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等

視能訓練士

① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力
② 視機能検査に関する検査結果の報告書の記載

救急救命士

① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察
② 救急外来等での診療経過の記録
③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

義肢装具士

① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等
② 装具を用いた足部潰瘍の免荷
③ 切断者への断端管理に関する指導

【その他職種にかかわらずタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

① 診療録等の代行入力（電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力）
② 各種書類の記載（医師が最終的に確認または署名（電子署名を含む。）することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務）
③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
④ 日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領（日常的に行われる検査について、医療機関の定めた定型的な説明を行う、又は説明の動画を閲覧してもらった上で、患者又はその家族から検査への同意書を受領）
⑤ 入院時のオリエンテーション（医師等から入院に関する医学的な説明を受けた後の患者又はその家族等に対し、療養上の規則等の入院時の案内を行い、入院誓約書等の同意書を受領）
⑥ 院内での患者移送・誘導
⑦ 症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務

タスクシフトによる医師労働時間短縮効果と医療機関経営上の影響に関する研究

研究代表者　国立大学法人　一橋大学　荒井　耕（厚生労働科学研究成果データベース）

病院ごとの各種タスクシフト活動全体としての費用(経営負荷)と効果(時短数)

病院全体としてのタスクシフト初期投資の回収期間	病院数	構成割合
回収不能	1	0.4%
100年以上(実質回収不能)	1	0.4%
3年以上100年未満	0	0.0%
1年以上3年未満	3	1.2%
半年以上1年未満	6	2.4%
0年超半年未満	149	60.6%
回収不要	86	35.0%
合計	246	100%

9割

タスクシフトの時短効果	単年度		5年間累計	
病院全体としての人的初期投資による医師労働短縮時間数	病院数	構成割合	病院数	構成割合
10時間未満	5	2.0%	2	0.8%
10時間以上50時間未満	11	4.5%	3	1.2%
50時間以上100時間未満	13	5.3%	1	0.4%
100時間以上300時間未満	35	14.2%	11	4.5%
300時間以上500時間未満	35	14.2%	12	4.9%
500時間以上1000時間未満	51	20.7%	17	6.9%
1000時間以上2000時間未満	66	26.8%	34	13.8%
2000時間以上3000時間未満	25	10.2%	32	13.0%
3000時間以上5000時間未満	3	1.2%	38	[illegible]
5000時間以上1万時間未満	2	0.8%	66	26.8%
1万時間以上	0	0.0%	30	12.2%
合計	246	100%	246	100%

4割弱

- 回収不能などの例外病院も見られるが、99%強の病院では回収期間は3年未満
- 9割近い病院では100時間以上の時短効果が得られており、4割弱の病院では1000時間以上の時短が実現
- 得られている時短効果は、病院によってかなりばらついている

医療専門職支援人材確保・定着支援事業

（事業概要）
医療専門職支援人材の業務内容や魅力、医療専門職支援人材となる方法等を示したリーフレットやポスター、ＰＲ動画及び手引書等のコンテンツの更新、ハローワーク等でのＰＲ活動を推進、医療機関への周知・啓発等を実施。

確保･定着支援ツール一覧

職種	ツール名称	主な対象者	概要	リンク 資料	リンク 動画（YouTube）
共通 	**医療専門職支援人材の定着のための手引書**	人事管理担当者等	支援人材の**採用、および採用後の労働条件、評価･報酬、育成、組織、業務内容のポイント**について、まとめました。 **各パートに関連した好事例**も併せて記載していますので、支援人材の採用、定着の取り組みを進める際にご活用ください。	手引書	※動画はありません
	e-learning教材 【支援人材本人向け】	支援人材本人	看護補助者、医師事務作業補助者として、医療機関に初めて入職される方向けに、病院事業の概要や病院で働くうえで必要な知識を講義形式でまとめました。 入職直後のオリエンテーションや院内研修等にご活用ください。	テキスト	講義① 講義② 実践好事例
医師事務作業補助者 	e-learning教材 【管理者層向け（医師事務作業補助者）】	人事管理担当者等	医師事務作業補助者の採用、および採用後の労働条件、評価･報酬、育成のポイントについて講義形式でご紹介しています。 医師事務作業補助者の採用、定着の取り組みを進める際にご活用ください。	テキスト	講義① 講義② 実践好事例
	リーフレット 「『医師事務作業補助者』募集」	求職者	医師事務作業補助者の職種を広く知ってもらうため、本職種が求められている背景や仕事内容、やりがい等を資料にまとめました。 また動画では、実際に働いている方にインタビュー形式でコメントをいただいていますので、採用活動の際にご活用ください。	リーフレット	動画リンク
看護補助者 	e-learning教材 【管理者層向け（看護補助者）】	人事管理担当者等	看護補助者の採用、および採用後の労働条件、評価･報酬、育成のポイントについて講義形式でご紹介しています。 医師事務作業補助者の採用、定着の取り組みを進める際にご活用ください。	テキスト	講義① 講義② 実践好事例
	リーフレット 「全国の医療機関で看護補助者を募集しています」	求職者	看護補助者の職種を広く知ってもらうため、本職種が求められている背景や仕事内容、やりがい等を資料にまとめました。 また動画では、実際に働いている方にインタビュー形式でコメントをいただいていますので、採用活動の際にご活用ください。	リーフレット	動画リンク

いきいき働く医療機関サポートWｅｂ（いきサポ）

厚労省　いきサポ　検索

いきサポでは、各種研修および宿日直許可事例の掲載など、医療機関に必要とされる情報を集約

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7年度研修　2025年6月～開始

日　時	2025年6月～2026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	❶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 ❷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） ❸有識者による講演 ❹参加者間での意見交換 ❺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営業日前

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

特定行為研修に係る目標値の考え方

■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×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

拡充 中央ナースセンター事業

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

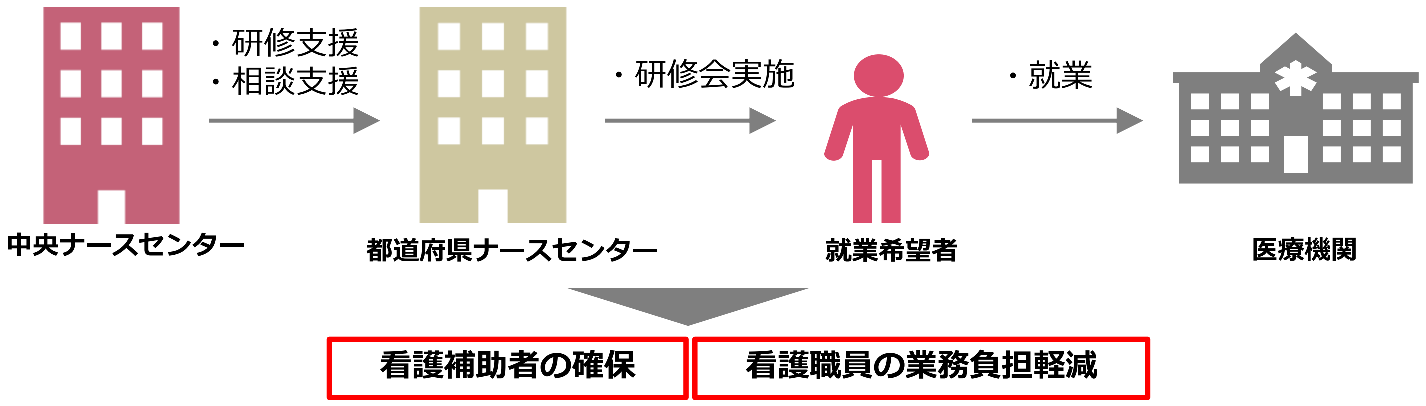
1 事業拡充の目的

- 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）

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

４．個別の政策課題

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

① かかりつけ医機能

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（4.①　かかりつけ医機能について）

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制度の創設」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。
- 　まず、医療機能情報提供制度については、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「医療情報ネット（ナビイ）」を構築し、令和６年度より本システムを通じて国民への情報提供を開始している。今後、医療機関のかかりつけ医機能に係る情報についても本システムを通じて情報提供を行っていくこととしており、引き続き、本制度の円滑な運用にご協力をお願いする。
- 　また、かかりつけ医機能報告制度については、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。
- 　本制度については、報告を求めるかかりつけ医機能の内容等について、「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」等において議論を重ねてきたところであり、当該分科会のとりまとめも踏まえ、地域で必要なかかりつけ医機能が確保されるために必要な事項や留意点等を整理したガイドラインを策定し、令和７年６月にお示ししたところ。

ポイント（4.①　かかりつけ医機能について）

かかりつけ医機能について

- 令和８年１月からは、本制度に基づく医療機関からの報告が開始されたところであるが、本制度の運用にあたっては、ガイドラインに加えて、令和７年11月に発出したかかりつけ医機能報告マニュアルも参考としていただき、医療機関からの報告内容の確認や問合せへの対応等についてご協力をお願いする。
- また、１月から３月末までの報告期間の終了後、令和８年夏頃からは、医療機関から報告された内容をもとに、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための協議を実施いただくこととしている。かかりつけ医機能の協議については、身近な地域における医療や介護の実情や不足する機能の課題等を把握した上で、当該課題等を協議に反映し、具体的方策の検討を行っていただくことが重要。従って、都道府県におかれては、介護や福祉分野の実情等を把握する市町村や地域関係者等とも連携しながら、協議体制等についてご検討いただくようお願いする。
- これまでも、随時、自治体向け説明会等を開催し、本制度の運用開始に向けた必要事項についての周知を行ってきたところであるが、医療機関からの報告及び令和８年度からの協議が円滑に行われるよう、引き続きご協力をお願いする。

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・継続的実施、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。

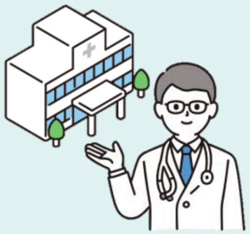
(３)患者に対する説明(令和７年４月施行)

- 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。

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

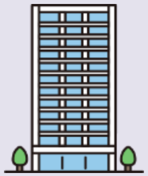
〇慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
〇都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
〇都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



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）

④確認結果
（第30条の18の4第3項、第5項）

公表

⑤確認結果の報告

⑥ 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（第30条の18の5）

外来医療に関する地域の協議の場

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」報告書（概要） 令和6年7月31日

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を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にも、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。

かかりつけ医機能の確保に関するガイドラインについて

令和７年６月27日付で「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」をお示ししたところです。本ガイドラインの基本的な考え方及び記載内容等は以下のとおりです。

作成にあたっての基本的な考え方

本ガイドラインは、かかりつけ医機能報告制度の法律上の実施主体である都道府県及び分科会とりまとめにおいて積極的な関与・役割を担うこととされた市町村を主な対象としつつ、かかりつけ医機能報告を行い協議に参加する医療・介護関係者が制度の全体像を理解しやすくするもの。

内容については、特に、かかりつけ医機能報告や協議の場に関する内容を中心に記載している。また、ガイドラインの別冊として、協議等を行う際に参考となる取組事例集や医療機関向けの制度周知リーフレット等も併せて発出している。

全体の基本構成と主な記載内容

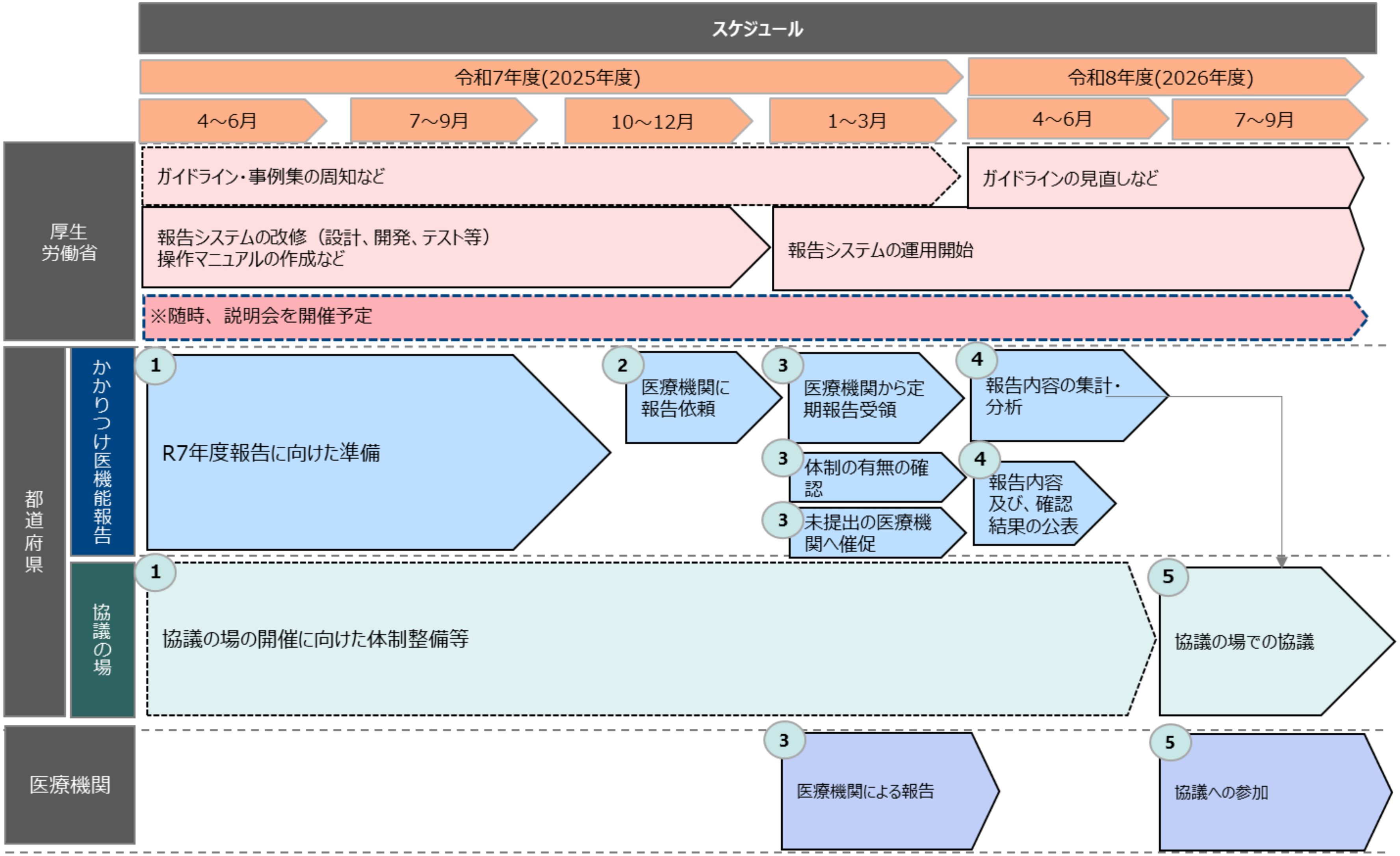
章	主な記載内容
第１章　かかりつけ医機能が発揮される制度整備	・かかりつけ医機能が発揮される制度整備　など
第２章　かかりつけ医機能報告	・制度概要 ・年間スケジュール、施行後の当面のスケジュール ・報告を求めるかかりつけ医機能 など
第３章　住民への普及啓発・理解促進	・住民への普及・周知に向けた関係者の役割　など
第４章　かかりつけ医機能の協議について	・協議の場の立上げに向けたポイントや進め方 ・調整役となるコーディネーター ・具体的な協議イメージ　など
第５章　患者への説明	・説明方法や説明内容　など

ガイドラインの別冊

- かかりつけ医機能に関する取組事例集
- その他資料
  - ①　院内掲示様式(例)
  - ②　患者説明様式(例)
  - ③　医療機関向け制度周知リーフレット
  - ④　協議に活用する課題管理シート(例)
  - ⑤　協議の結果の公表シート（例）
  - ⑥　かかりつけ医機能報告制度Q&A集

かかりつけ医機能報告制度施行後の当面のスケジュール

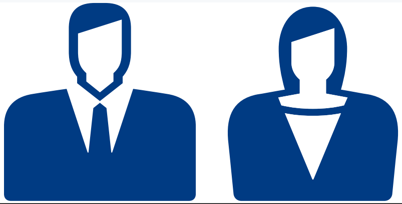
かかりつけ医機能報告制度の施行後の当面のスケジュールは以下のとおりです。



かかりつけ医機能報告マニュアルについて（都道府県用／医療機関用）

- かかりつけ医機能報告を行う際に参照するマニュアルは、11月４日に厚生労働省から都道府県に対し、医療機関用及び都道府県用の各種マニュアルを発出しております。
- 医療機関用マニュアルについては以下の厚生労働省HPにも公開済ですので、適宜ご確認ください。
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00007.html）

都道府県用マニュアル



①【都道府県用】かかりつけ医機能報告マニュアル
毎年度の定期報告に係る都道府県の一連の基本的な業務の流れを簡潔にまとめたマニュアル。
G-MISで定期報告業務を実施する際は、基本的にこちらのマニュアルをご参照ください。

②【都道府県用】かかりつけ医機能報告マニュアル（G-MIS操作編）
G-MIS操作手順についての詳細を記載し、システム上の各種仕様についての留意点等の解説を記載したマニュアル。
G-MISの詳細な内容を確認する際には、必要に応じてご参照ください。

医療機関用マニュアル

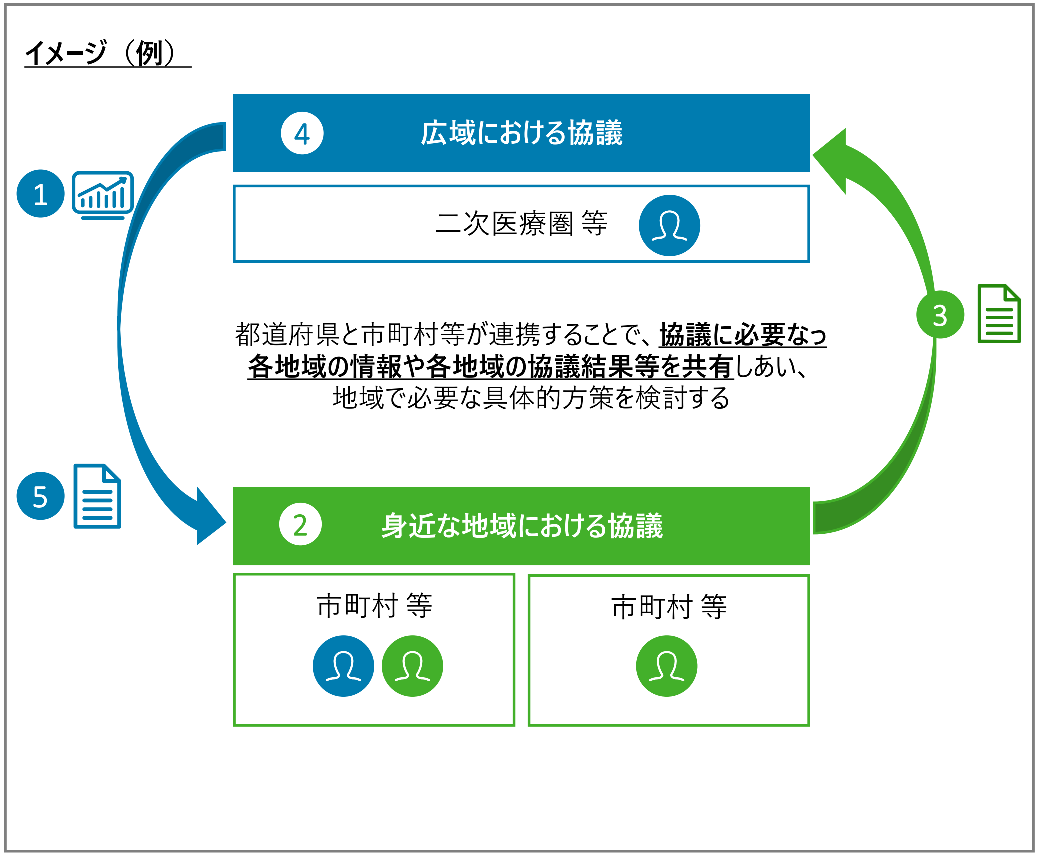
③【医療機関用】かかりつけ医機能報告マニュアル
医療機関がかかりつけ医機能報告を行う際に参照できる、基本的な事項について簡潔に分かりやすくまとめたマニュアル。
毎年度の定期報告の際には、基本的にこちらのマニュアルを参照して実施いただくことを想定。

④【医療機関用】かかりつけ医機能報告マニュアル（G-MIS操作編）
医療機関がかかりつけ医機能報告を行う際にシステムの詳細な仕様について確認が必要となった場合に活用するマニュアル。
※③において基本的な事項はまとめられていますので、④はG-MISの詳細情報について確認したい場合にのみ適宜ご参照いただくことを想定。

かかりつけ医機能に係る協議の場の進め方について（例）

- かかりつけ医機能の協議は、身近な地域における医療・介護の実情や不足する機能の課題等を把握した上で、当該課題等を協議に反映し、具体的方策の検討を行うことが重要であると考えています。
- 従って、都道府県が介護や福祉分野の実情等を把握する市町村等とも連携して協議体制を検討することが重要であり、例えば、広域的な観点から検討を行う協議と身近な地域において検討を行う協議について、それぞれの協議の内容を共有しながら、地域において必要な具体的方策等を検討することが考えられます。

かかりつけ医機能に係る協議体制（例）



協議の進め方（例）

No	具体的な実施内容（例）
1	**<u>身近な地域における協議へのデータ等の情報提供や協議結果の共有等を依頼</u>** 都道府県は、身近な地域の関係者へのヒアリング等により、地域の課題等を把握し、報告データ等も参照して、協議課題を検討。 都道府県は、各地域へ必要な情報提供を行うとともに、協議結果の共有などを依頼。
2	**<u>身近な地域における協議でのかかりつけ医機能に関する協議</u>** 都道府県や市町村等は、報告データや市町村等が所持するデータ等も活用しつつ、身近な地域における課題や具体的方策等について協議。 ※市町村等が実施する協議であっても、都道府県は、かかりつけ医機能に係る協議が円滑に行われるよう必要な支援を行う。
3	**<u>身近な地域における協議結果の共有</u>** 都道府県や市町村等は、身近な地域における協議結果を整理。 都道府県は、当該結果を踏まえつつ、広域的な観点から協議を行うことが望ましい課題等について検討。
4	**<u>広域における協議でのかかりつけ医機能に関する協議</u>** 都道府県は、身近な地域における協議結果も踏まえながら、広域的な観点から検討を行うことが望ましい課題等について協議を行う。
5	**<u>広域における協議の場での協議結果の共有</u>** 都道府県は、広域における協議結果を身近な地域における協議へ反映できるよう、身近な地域における協議に共有し必要な調整を行う。

※身近な地域におけるかかりつけ医機能の課題等を適切に把握して協議を行うことが可能である場合には、このスキームに限る趣旨ではない。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

② 救急・災害対応

ポイント（②救急・災害対応）

- 昨年11月26日に開催された「第２回救急医療等に関するワーキンググループ」において、救命救急センターの充実段階評価の見直し内容がとりまとまり、本年１月19日の医療部会にその内容を報告した。変更点としては、新たに「救急外来に配置する看護師についてあらかじめ取り決めていること」、「院内に救急医療に関する専門性が高い看護師が勤務していること」の２つの項目を追加するとともに、従来の項目のうち「第三者による医療機能の評価」について、「日本医療機能評価機構、ISOまたはJCI（Joint Commission International）による評価を受けていること」に変更することとされた。本年に実施する「令和７年評価」に向けて、こうした充実段階評価の見直し内容の周知及び変更後の評価項目に基づく調査依頼について、今後各都道府県宛てに通知する予定であり、ご協力をお願いしたい。
- 今般、特定の航空事業者が運航するドクターヘリについて、整備士の不足等により計画運休となる事態が生じている。今般の事態を受け、令和７年度補正予算において、緊急的な措置として、ヘリの機体の調達・整備、資機材の調達、整備士等の確保等のドクターヘリの安定的な運航体制の確保に必要な予算を盛り込んだところ。本予算を活用いただきながら、引き続き、ドクターヘリの安定的な運航体制の確保のための取組をお願いしたい。
- 医療施設の減災・防災対策として、令和７年度補正予算において、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の７つの事業を措置している。近年、自然災害は頻発化・激甚化しており、自然災害による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、本予算の活用について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救急・災害対応）

- 令和７年度補正予算において、令和７年８月６日からの大雨をはじめとする自然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。
- 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）については、これまでの災害対応で得られた教訓を踏まえて全面的に刷新し、令和７年度から本格的な運用を開始した。引き続き、災害時には迅速に被災状況等の情報を更新するよう医療機関への周知をお願いしたい。また、従来、都道府県を通じて実施してきた耐震改修や浸水対策等に関する調査及びEMISへの医療機関基本情報の入力について、令和６年度からG-MISによる「汎用調査」に統合し、回答を一括収集のうえ、調査結果を自動的にEMISへ連携する仕組みに変更したところ。災害時において速やかに必要な支援を行うため、「汎用調査」の重要性を医療機関へ改めて周知する等、回答率の向上に努めていただきたい。

令和７年評価（令和８年に実施）からの充実段階評価の変更点

○令和７年評価からの充実段階評価の変更点及び今後の評価項目については以下の通りとする。

令和７年評価から新たに追加及び変更する項目

＜ 救急外来における看護師の配置について ＞

・救急外来に配置する看護師についてあらかじめ取り決めている（※１）（新） １点

※１：ここでいう「取り決め」とは、救命救急センターの救急外来の業務を行う看護師を24時間配置するためのもの、当該看護師の所属部署は問わない。（当該看護師が他の業務を行うときには、救急外来の対応がある場合、交代で配置された看護師が救急外来の業務を行っていれば可）

・上記に加え、院内に救急医療に関する専門性が高い看護師（※２）が勤務している（新） １点

※２：ここでいう救急医療に関する専門性が高い看護師とは 救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、クリティカル認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師、小児救急看護認定看護師、小児プライマリケア認定看護師、特定行為研修修了者を指す。

＜ 第三者による医療機能の評価について ＞

・日本医療機能評価機構、ISOまたはJCI（Joint Commission International）による評価を受けている（変更） ２点

<u>※ 令和７年評価については47項目（計102点）での評価とする。</u>

今後の評価項目として引き続き検討を要する項目

＜ 充実段階評価に関するピアレビューの実施について ＞

・自施設の充実段階評価の妥当性について第三者によるピアレビューを受けている（新）

＜ 重症外傷に対する診療体制整備について ＞

・大量輸血プロトコール（Massive Transfusion Protocol）を整備している（新）

・施設内に外傷外科医等養成研修等の受講者がいる（新）

＜ 診療データ登録制度への参加と自己評価について ＞

・救命救急センターで診療を行ったAIS３以上の外傷症例をすべて「日本外傷データバンク」に登録している（変更）

・上記に加え、救命救急センターで診療を行った自傷・自殺未遂者をすべて「自傷・自殺未遂レジストリ」に登録している（変更）

<u>※ 救命救急センターの機能の強化、質の向上の観点から引き続き評価項目の見直しの検討を進める。</u>

【〇 ドクターヘリの運航維持、国民保護事案発生時等における救急・災害医療体制の確保】
施策名：ドクターヘリ運航体制緊急支援事業

令和7年度補正予算案　22億円

① 施策の目的

• 地域において必要な救急医療が適時適切に提供できる体制の構築を目指し、早期の治療開始、迅速な搬送を可能とするドクターヘリの運航体制を確立する。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

• ドクターヘリの安全かつ持続可能な運航体制を確保するため、ヘリの機体の調達・整備、資機材の調達、整備士等の確保等に係る費用を支援する。

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

・実施主体：都道府県（基地病院（救命救急センター））

・補助率：１／２

・負担割合：国１／２、都道府県１／２

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）

ドクターヘリによる搬送の安全性や質の確保を図ることが出来る。

【○災害からの復旧・復興に対する支援、医療施設等の耐災害性強化】

施策名：医療施設等の耐災害性強化

令和7年度補正予算額　13億円
※第１次国土強靭化実施中期計画分24億円（「第１次国土強靭化実施中期計画に基づく耐震化等（医療施設等、社会福祉施設等）」にて計上）を除く。

医政局地域医療計画課
（内線2548）

① 施策の目的

「第１次国土強靭化実施中期計画」（令和7年６月６日閣議決定）等を踏まえ、災害時において適切な医療提供体制を維持するため、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	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
						○			

③ 施策の概要

医療施設等の防災・減災対策推進に向け、耐震化等の改修等、非常用自家発電設備や給水設備の整備、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ほか、災害拠点精神科病院に必要な診療設備等の整備等の対策を講じる。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

	医療施設等耐震整備事業	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	医療施設浸水対策事業	医療施設ブロック塀改修等施設整備事業	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	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）	①公立、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 ※「医療施設浸水対策事業」の対象は、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医療機関に限る。			倒壊の危険性のあるブロック塀を保有する病院	災害拠点精神科病院	災害拠点精神科病院、日本DPAT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、国土強靭化を推進する。

令和7年度補正予算額　14億円

医政局地域医療計画課
（内線2548）

施策名：医療施設等災害復旧費補助金

①　施策の目的

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。

②　対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
						○			

③　施策の概要

自然災害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

厚生労働省

↓ 補助

医療施設等

➢交付対象施設

①医療機関

1）公的医療機関

地方自治体、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会　等

2）政策医療実施機関（公的医療機関除く）

救命救急センター、災害拠点病院、　在宅当番医制診療所、へき地医療拠点病院　等

②医療関係者養成施設

看護師等養成所、救急救命士養成所　　等

③上記以外

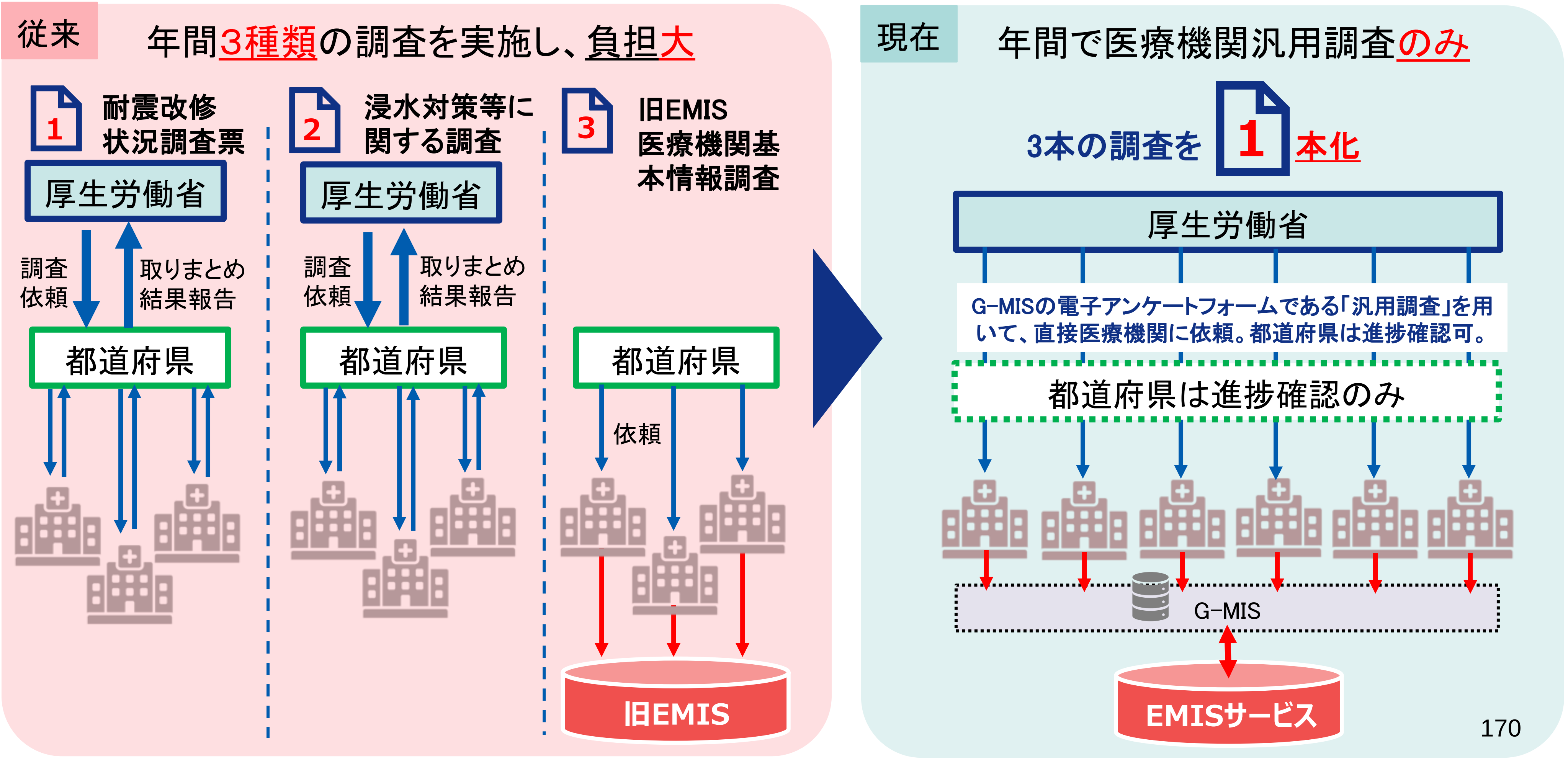
研修医のための研修施設、病院内　保育所、看護師宿舎　等

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。

医療機関汎用調査を用いた医療機関基本情報の収集について

- ○ 従来、年間3種類の調査を都道府県を通じて全医療機関に回答を求めていたが、令和6年度からは調査を年１回の電子アンケートに統合し、回答を一括収集のうえ、自動的にEMISへ連携する仕組みに変更。
- ○ あわせて、回答項目を見直し、前回更新内容を回答画面にあらかじめ反映する機能を導入。
- ○ これにより、医療機関および行政双方の事務負担を大幅に軽減することができる。



参考資料

第１次国土強靭化実施中期計画（令和７年６月６日閣議決定）［抜粋］

第４章　推進が特に必要となる施策

推進施策91

・医療施設の耐震化【厚生労働省】

«目標»

全国の災害拠点病院等（災害拠点病院（全国 771 施設）、救命救急センター（全国 298 施設）及び二次救急医療機関（全国 3,592 施設））の耐震化率

82.5%【R４】 → 90%【R12】→ 100%【R23】

推進施策92

・災害拠点病院等の自家発電設備の整備強化等【厚生労働省】

«目標»

全国の災害拠点病院等（災害拠点病院（全国 771 施設）、救命救急センター（全国 298 施設）、周産期母子医療センター（全国 328 施設）及び二次救急医療機関（全国 3,592 施設））における非常用自家発電設備設率

94%【R４】 → 100%【R12】

推進施策93

・災害拠点病院等の給水設備の整備強化【厚生労働省】

«目標»

全国の災害拠点病院等（災害拠点病院（全国 771 施設）、救命救急センター（全国 298 施設）、周産期母子医療センター（全国328 施設）及び二次救急医療機関（全国 3,592 施設））における給水設備整備完了率

91.8%【R４】 → 96.8%【R12】→ 100%【R17】

推進施策94

・医療コンテナの活用【厚生労働省】

«目標»

可動性のある医療コンテナを有する三次医療圏（全 52 医療圏）の割合

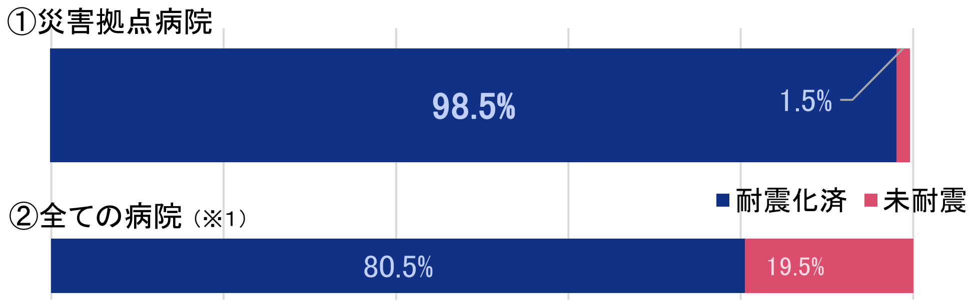
63%【R６】 → 100%【R12】※

※ 災害時の利活用方法について厚生労働科学研究等を通じ検討を進めつつ、R12 以降も各都 道府県全体で各二次医療圏１基以上に相当する個数の医療コンテナ（災害時に利用可能な 可動性を有するもの）の保有を目指す等導入拡大を図る。

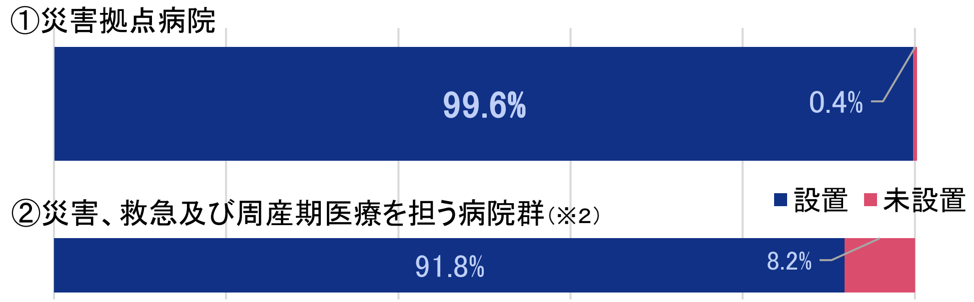
医療機関の耐災害性の現状

- ○ 災害拠点病院の指定要件の中には、耐災害性に関する要件がある（前述）。
- ○ 指定要件は過去の災害の教訓を踏まえて徐々に追加されてきた経緯があり、災害拠点病院指定後に要件が追加された場合など、わずかではあるが指定要件を満たさせていない災害拠点病院が存在する。
- ○ 災害時に本来求められる機能が果たせるよう、指定要件を満たさない災害拠点病院については一定の経過措置を設け、将来的に指定要件を満たすよう計画的な整備の実施を求めている。

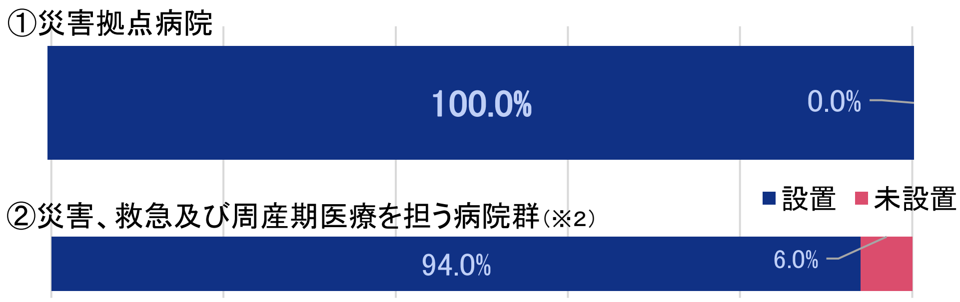
■耐震化（①令和6年4月1日現在／令和5年10月1日現在）



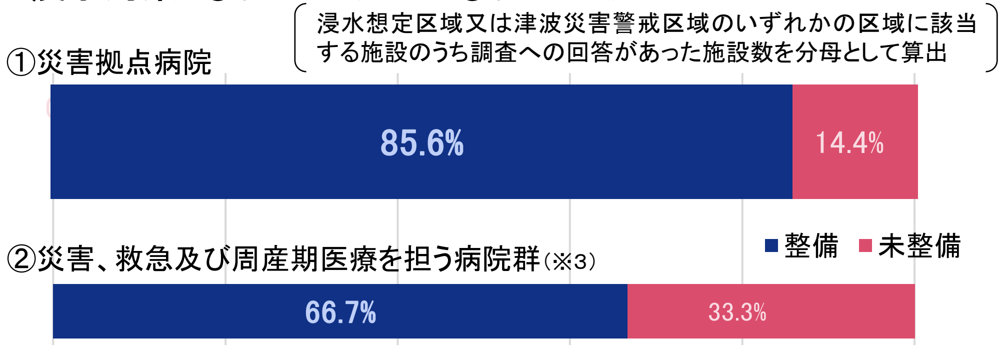
■給水設備（①令和6年4月1日現在／令和4年9月1日現在）



■自家発電設備（①令和6年4月1日現在／②令和4年9月1日現在）



■浸水対策（①令和6年4月1日／②令和4年9月1日現在）



※1:すべての医療機関（無床診療所を除く）、※2: 災害拠点病院＋救命救急センター＋周産期母子医療センター＋二次救急医療機関、※3: 災害拠点病院＋救命救急センター＋周産期母子医療センター

令和７年度　都道府県医療コンテナ保有状況調査

結果概要

○ 都道府県別の医療機関保有の医療コンテナ保有状況調査の結果は下記の通り（令和7年10月時点）。
- 医療コンテナの総数は、全国で**288基**（昨年度同調査より**101基増加**）。
- 都道府県の保有状況は、**保有が44都道府県**(昨年度同調査より**7県増加**) 、未保有が3府県。
- 災害時に活用可能な医療コンテナは、全国で**175基**（昨年度同調査より**84基増加**）であり、全ての医療コンテナのうち**約61%が災害時の活用に同意**されている。

都道府県	保有数	平時利用	災害時活用可
北海道	19	14	7
青森	3	1	1
岩手	3	3	3
秋田	2	2	0
宮城	4	4	2
山形	4	4	4
福島	0	0	0
茨城	65	49	53
栃木	2	2	0
群馬	2	2	1
埼玉	24	21	14
千葉	8	6	4
東京	7	3	3
神奈川	11	8	4
新潟	6	1	2
富山	3	3	1

都道府県	保有数	平時利用	災害時活用可
石川	1	1	1
福井	2	1	1
静岡	1	1	1
山梨	2	0	2
長野	11	9	5
岐阜	3	2	2
愛知	4	4	4
三重	6	6	1
京都	0	0	0
滋賀	8	3	4
大阪	6	6	1
兵庫	18	14	14
奈良	6	6	2
和歌山	2	2	1
鳥取	5	5	2
島根	2	2	2

都道府県	保有数	平時利用	災害時活用可
岡山	6	5	4
広島	4	2	4
山口	3	2	2
徳島	2	2	2
香川	0	0	0
愛媛	2	2	1
高知	1	1	1
福岡	2	0	2
佐賀	1	1	0
大分	1	1	1
長崎	13	9	10
熊本	3	2	0
宮崎	2	2	0
鹿児島	5	2	4
沖縄	3	3	2
合計	288	219	175

（補足）・医療コンテナとは、コンテナ等の中に医療資機材を搭載することで、医療機能を運搬可能にする「医療モジュール」の一種である。
・「保有数」については、令和７年10月時点で貸与を受けているものを含む。
・「災害時活用可」とは、保有主体（都道府県・医療機関）において、災害時における被災地での活用に同意した場合を指す。

EMISサービスの刷新について

- ○ これまでの災害対応で得られた教訓をふまえ、EMISを全面的に刷新し、2025年3月28日から本格稼働を開始している。
- ○ 新しいEMISは、汎用性の高いローコード開発ツールを組み合わせ、複数の機能領域で構成されたプラットフォームとして構築されている。アクセス集中時にも停止しにくく、迅速な改修が可能であり、他のシステムとの柔軟な連携を実現することを目指している。
- ○ 今後もより使いやすく現場の活動内容に即したサービスを提供するために改善を重ねていく予定。

	旧EMISの課題	新しいEMISのポイント
止まらない	✓集中アクセス時に安定しない	➢汎用クラウドサービスで安定稼働に
使いやすく迅速に入力	✓UI（視認性、動作性、通信性等）の向上 ✓PCでは手軽に被災状況を入力できない ✓被災状況報告項目が多く入力に時間を要する	➢デザインを一新して直観的に見やすく使いやすく ➢スマホに最適化されたWebサービスでどこからでも簡単に入力 ➢支援要否のみであれば短時間で入力が完了
連携強化	✓外部システムとの連携に工数や時間がかかる	➢システム連携基盤を備え、システム間連携を柔軟に
情報共有	✓利用者双方向のコミュニケーションを取ることができない	➢チャット機能実装で円滑なコミュニケーションを促進
平時の備え	✓医療機関の基本情報に収集が不十分	➢G-MISの汎用調査等で平時から情報を蓄積、有事に活用

出典：　厚生労働科学特別研究「柔軟な拡張性と連携性を担保した現場起点の 新たな災害医療関連情報システムの開発に向けた研究」
研究代表者：高尾洋之（慈恵医大）、研究分担者：武田聡（慈恵医大）、阿南英明（藤沢市民病院／神奈川県庁理事）、近藤久禎（DMAT事務局次長）、佐藤浩之（慈恵医大）
総括研究報告書（https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202206029A-sokatsu.pdf）

医療機関汎用調査の回答率の現状

○ 令和5年度まで実施してきた耐震改修や浸水対策等に関する従来調査は、非常に高い回答率を維持していたが、都道府県や医療機関の負担軽減を目的に調査を医療機関汎用調査へ一本化した結果、令和6年度以降は回答率が低下している。
○ 調査項目の重複解消や入力環境の改善を進めてきたが、回答率の改善は見られず、このままでは大規模災害発生時に医療機関支援に重大な支障が生じるおそれがあるため、早急な対応が必要である。

耐震改修調査

- 調査実施：年１回（毎年９月１日時点）
- 調査対象：医療法第１条の5に規定する病院
- 主な調査項目：建物の耐震化状況　等

浸水対策等に関する調査

- 調査実施：年１回（毎年９月１日時点）
- 調査対象：医療法第１条の5に規定する病院・同条第2項に規定する有床診療所
- 主な調査項目：非常用自家発電設備の整備状況、給水設備の整備状況、非常食及び飲用水の備蓄状況　等

旧EMIS医療機関基本情報調査

- 調査実施：随時
- 調査対象：全ての病院・有床診療所、一部の無床診療所
- 主な調査項目：病院基本情報、耐震構造、非常用自家発電設備の整備状況（有無・設置場所）、衛生資器材の備蓄状況、EVの保有状況　等

汎用調査

- 調査実施：年１回（毎年９月１日時点）
- 調査対象：医療法第１条の5に規定する病院
- 主な調査項目：病院基本情報、病院施設情報、浸水対策等に係る情報、燃料補給対策の整備状況、酸素補給施設設備の整備状況、給水設備の整備状況、備蓄状況（衛生資器材、医薬品）、耐震状況

調査項目の重複を解消し、災害時の支援に必要な調査項目に限定するとともに、調査回数を減らし、前年回答をプリセットすることで調査の事務負担も軽減

回答率		全医療機関	災害拠点病院
令和5年度（※1）	（耐震改修調査）	99.9%	100%
	（浸水対策調査）	83.1%	91.6%
	（旧EMIS調査）	ー（※2）	ー（※2）

回答率	全医療機関	災害拠点病院
令和6年度	56.4%	78.4%
令和7年度（※3）	24.6%	25.4%

※1 浸水調査は令和4年度調査結果　※2 随時調査のため　※3 12/2時点、回答期間中（〆12/31）

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

③ 医療安全の推進

ポイント（③　医療安全の推進）

- 我が国でこれまで実施されてきた医療安全に係る施策について課題を整理し、対応策を検討することを目的に令和７年６月に「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」が発足され、主に「医療機関における医療安全管理体制」と「医療事故調査制度」について、有識者等のヒアリングを含め計５回にわたり検討が進められ、同年12月に報告書がとりまとめられた。
- 報告書ではこれらの論点について、それぞれ現状と課題、今後の方向性をとりまとめた。具体的には、病院等の医療安全管理委員会において把握すべき重大事象として特定の事象（P180参照）を含めること、病院および入院・入所施設を有する診療所と助産所については医療安全管理者を配置すること、医療事故の判断に関する記録を保存すること、医療事故の判断に携わる者の研修受講を義務化すること等が今後の方向性として示された。今後、速やかに省令改正等により対応していく予定となっているため、施行にあたっては医療機関への周知、指導等についてご支援をいただきたい。

医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会について

目的

○ 我が国では平成 14 年に策定された医療安全推進総合対策を踏まえ、平成 19 年よりすべての病院等に対し、医療安全管理体制の確保が義務付けられ、平成 27 年より医療事故調査制度が施行されている。

○ 本検討会は、これまでの医療安全に係る施策とその課題を整理し、対応策を検討することを目的に開催した。

○ 計５回にわたり検討が進められ、令和７年12月に報告書がとりまとめられた。

検討日時と議題

第1回	令和7年 6月27日	医療安全施策の状況について
第2回	令和7年 8月 8日	医療事故調査制度に関する関係団体・有識者ヒアリング
第3回	令和7年 9月 3日	これまでの議論及び今後の進め方について （主に医療機関における医療安全管理体制について議論）
第4回	令和7年10月 1日	これまでの議論及び今後の進め方について （主に医療事故調査制度について議論）
第5回	令和7年10月29日	医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会報告書（案）について

医療機関における、より安全な医療提供体制の構築に当たっての課題と対応策

課題

医療機関における医療安全管理体制

- 院内で重大事象を把握する仕組みの向上が必要
- 院内におけるインシデント報告・学習システム等はあるが、過少報告、分析にかかる資源の不足、改善への利用が不十分等との指摘がある。
- 院内で医療安全対策の中心的な役割を果たす「医療安全管理者」について、制度上の位置づけがない。
- 重大事象が発生した際の院長の権限が不明確である。
- 医療安全の取組に関する新たな知見が限られた範囲で留まっており、特定機能病院や中小病院を含む様々な医療機関間で共有されていない。

医療事故調査制度

- センターへの報告が必要な「医療事故」に該当するかどうかの判断が適切に行われる必要がある。
- 全ての医療事故が適切にセンターに報告されていないのではないか、という指摘がある。
- 遺族等からの問合せに対して医療機関の対応が不十分な事例がある、との指摘がある。
- 医療事故に該当するか判断に迷う事例が一定数あり、判断に携わる者の制度理解や判断への支援が重要。
- 院内調査の質にばらつきがある。
- センター調査の調査手法等が外から分かりづらく、また結果の再発防止への活用方法が一部、不明確。
- 支援団体について、現在の支援の意向や支援状況等が明らかでない。
- 制度の趣旨や仕組みが国民に十分に周知されていない。

対応策

- **医療安全管理委員会が把握すべき重大事象の明確化**
  - ・回避可能性が高く、患者への影響度が高い12の事象を把握
- **医療安全管理者の制度上の位置づけの明確化及び資質向上**
- **重大事象への対応等の管理者によるガバナンス強化**
  - ・重大事象発生時の診療の継続可否の判断等、管理者の対応について明確化
- **医療安全に関するネットワークの構築**

等

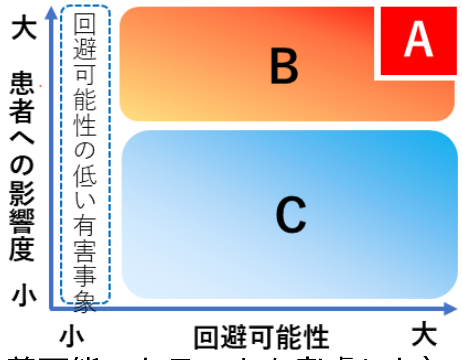
- **報告が必要な「医療事故」への該当性判断の質向上**
  - ・院内の全死亡事例から医療事故に該当する事例を抽出し、医療事故判断を行うための院内プロセスを院内の指針へ明記
  - ・遺族等からの医療事故に関する相談に対し、医療事故に該当するかを検討ができる体制の構築、院内の指針への明記
  - ・遺族等への対応も含めた医療事故該当性判断に係る記録の保存
  - ・医療事故の判断に携わる者（管理者など）の研修受講
  - ・センター合議の事例を検証し、医療機関に参考情報を提供
- **院内調査における参考資料の活用と研修の充実**
- **センターの透明性向上およびセンターの提言や調査結果等の再発防止への活用促進**
  - ・センター調査マニュアル及び架空事例報告書の提示を目指す
  - ・センター調査で得られた情報を一般化・普遍化し、再発防止に活用
- **支援団体等による支援の充実**
  - ・支援団体の再整理、活動実績等の定期的な情報共有等
- **国民への制度に関する周知促進**

等

※医療安全の推進及び医療事故調査制度の改善の進捗状況について、ワーキンググループ等で継続的なフォローアップを行う。

医療安全管理委員会が把握すべき重大事象の定義について

【A類型について】



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

＜A類型に該当する事象＞

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

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

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

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

参考資料

医療安全施策の全体像

令和７年６月27日第１回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会
資料より一部改定

医療機関　①医療機関における医療安全管理体制の整備

医療法・医療施行規則

※全ての病院・診療所・助産所の義務

＜院内の事例報告・学習のための仕組み＞

管理者

重大事案の報告等

医療安全管理委員会 ※有床のみ

事故報告等

指針

研修

従業者（部署、個々の医療従事者）

※他に、医薬品・医療機器・診療用放射線の安全管理体制の確保　等

診療報酬等

特定機能病院

管理者の医療安全経験
医療安全管理責任者（副院長）
医療安全管理部門に三職種の専従者
全入院死亡把握、診療内容モニタリング
複数の外部評価　等

医療安全対策地域連携加算１

医療安全管理部門に専任医師
相互評価　等

医療安全対策加算1,2

医療安全管理部門
医療安全管理者（加算1:専従、加算2:専任）
患者相談窓口　等

報告　PDCA

外部評価（立入検査等）

連携　他の医療機関

再発防止等に資する情報の提供

②医療機関における安全対策に有用な情報の提供等（第三者への報告を行う事例報告・学習のための仕組み）

1. 医療事故情報収集等事業

登録分析機関：
公益財団法人日本医療機能評価機構

・特定機能病院、国立病院機構が開設する病院等の施設に報告義務あり（医療法施行規則）
・報告対象事例の重症度は幅広い

2. 医療事故調査制度

医療事故調査・支援センター：
一般社団法人日本医療安全調査機構

・全ての病院・診療所・助産所に報告義務あり（医療法）
・報告対象事例は死亡事例のみ

3．産科医療補償制度

③医薬品・医療機器等の安全確保

④医療安全に関する教育研修の充実（人材育成）

1. 医療安全を中心的に担う人材への教育研修
   ・医療安全管理者の業務・養成研修指針
   ・管理者等への研修（特定機能病院）
2. 医療従事者への教育研修
   ・卒前教育
   ・卒後教育

⑤患者の苦情や相談等に対応するための体制の整備

・医療安全対策加算（患者相談窓口）
・患者サポート体制充実加算（医療対話推進者の配置等）
・医療安全支援センター

⑥関係者を挙げての医療安全向上のための取組

※患者・国民への普及啓発、患者参画の促進を含む

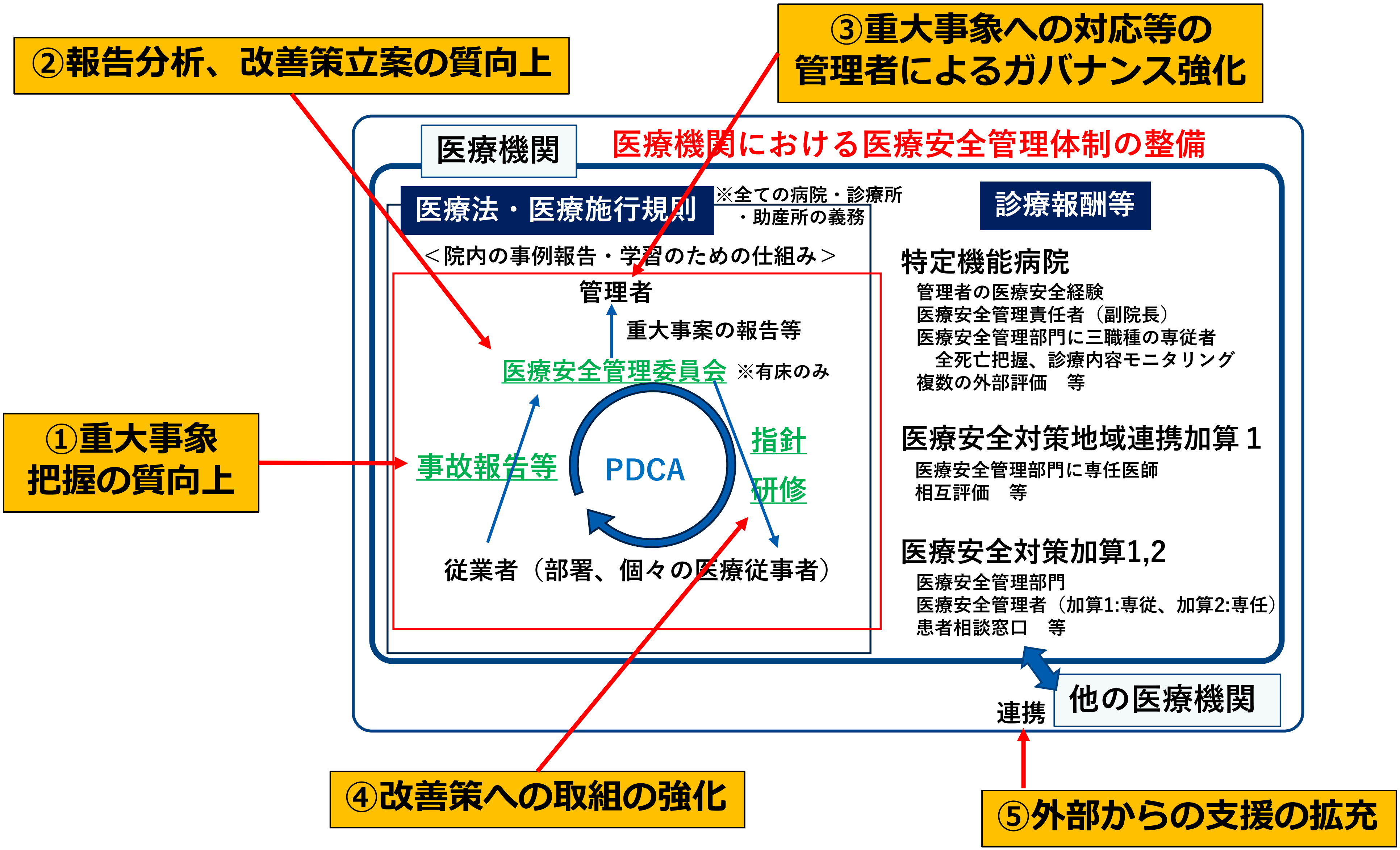
1. 医療安全推進週間
2. 国際的な協働
   ・閣僚級世界患者安全サミット
   ・世界患者安全の日
   ・国際調査への参画　等

⑦医療安全向上に必要な研究の推進

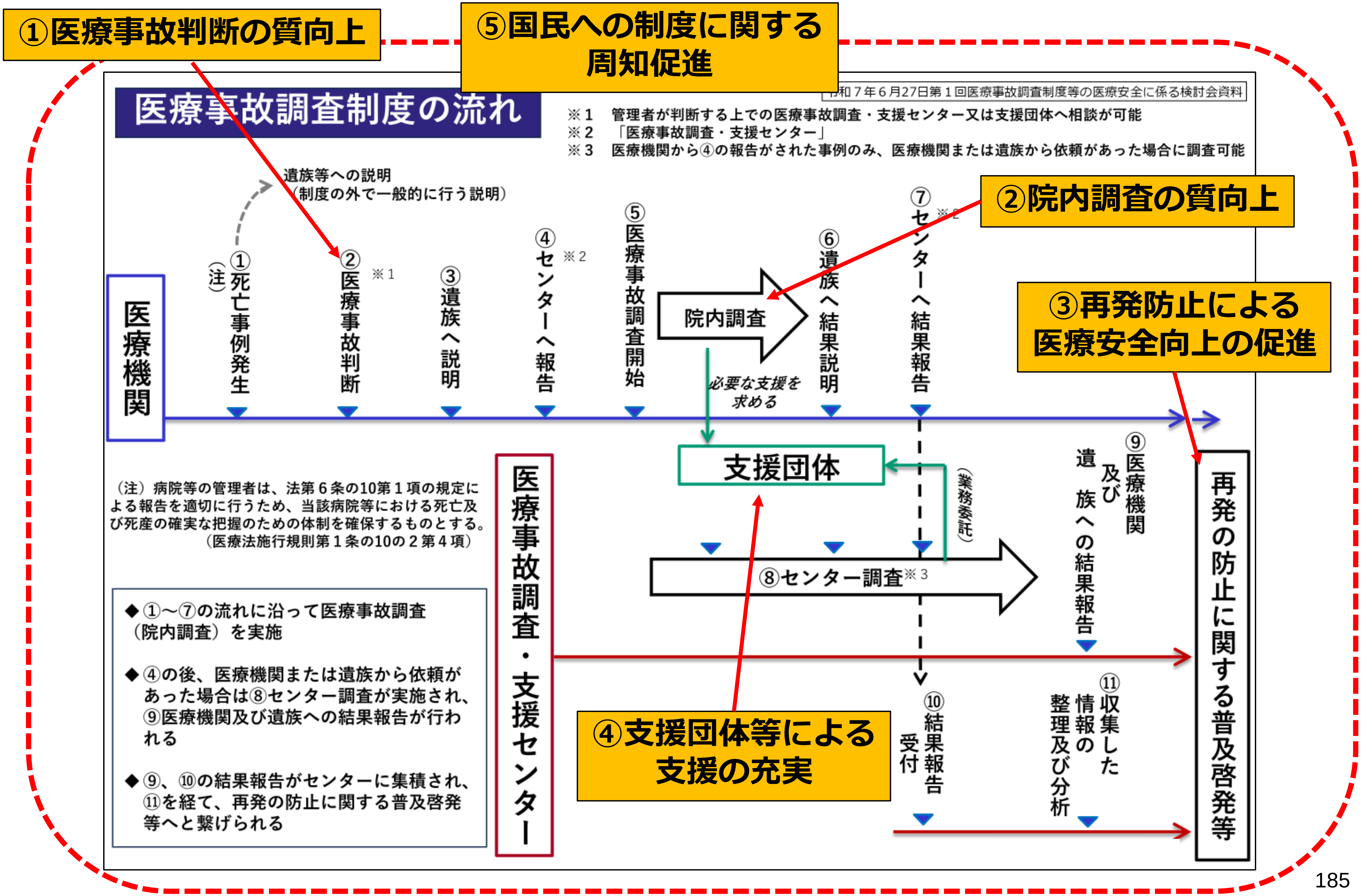
①～⑥全ての改善に向けて厚生労働科学研究で取組

＊　医療安全管理委員会は、重大な問題等が発生した場合に原因究明の調査・分析を行い、その結果を活用して改善のための方策を立案・実施し、従業者への周知、実施状況の調査、方策の見直しを行う（医療法施行規則）

医療機関における医療安全管理体制に関する論点



医療事故調査制度に関する論点



医療安全管理委員会が把握すべき重大事象の類型について

概要

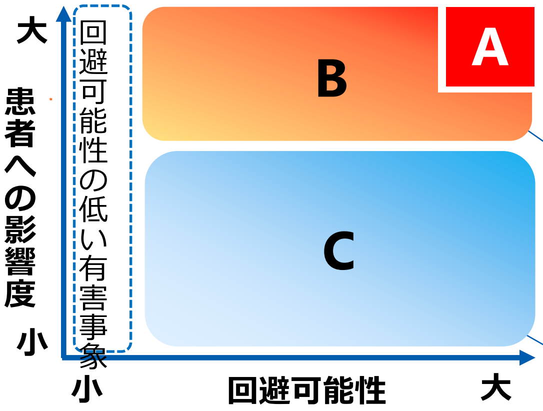
○厚生労働科学研究費補助金「医療機関の特性に応じて求められる医療安全活動及び必要な組織体制等に関する研究班」の議論

・医療安全管理委員会で把握すべき事象は「患者への影響度」及び「回避可能性」によりA～Cの３類型に分けられる。
　A. 患者への影響度が大きく、確実に回避する手段が普及している事象
　B. 患者への影響度が大きく、回避可能性は必ずしも高くない事象
　C. 患者への影響度が比較的小さい事象

・Aについては、全職員に定義を確実に周知し、発生した場合には即時的かつ確実に把握し、全例で検証や対策を要する。

・Bについては、発生の傾向（頻発していないか等）を把握し、疑義がある場合には検証や対策を要する。
事象発生の傾向を把握するために、これらについても明確な事象の定義を設けて周知し、情報収集が必要。

・Cについても、報告する事例を限定的にとらえる姿勢は望ましくなく、報告し学習する文化を高め続けることが望ましい。特に、回避可能性が高い事象については手順の見直しや職員教育等の改善を要する。



<医療安全管理部門に報告すべき事象の類型>

患者への影響度が大きく、確実に回避する手段が普及している事象（諸外国でネバー・イベント等として定義されている事象等）

例)誤認手術、異物遺残、ABO不適合輸血、高濃度カリウム液や抗がん剤の過量投与、投与経路間違え

患者への影響度が大きく、回避可能性は必ずしも高くない事象

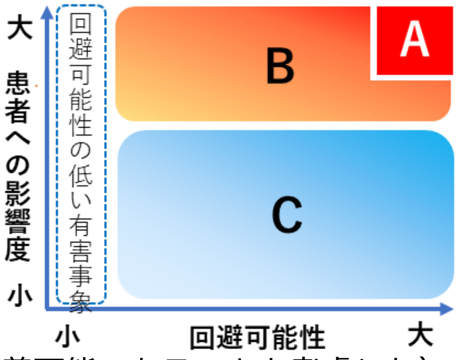
※繰り返す場合には、構造的な背景要因が存在する可能性があるため検証を要する

例)ハイリスク医療における合併症（侵襲的手技の重大合併症、化学療法による有害事象での重症化等）、
医学的管理の問題（患者状態変化への対応等）、療養上の問題（転倒転落・身体拘束による重症化、自殺等）

患者への影響度が比較的小さい事象

医療安全管理委員会が把握すべき重大事象の定義について①

【A類型について】



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

＜A類型に該当する事象＞
（事象の選出においては、患者への影響度が大きく回避する手段が普及していることに加え、明確に定義可能であることを考慮した）
①手術等の侵襲的手技※1における患者、部位、手技又は人工物の取り違え
②手術等の侵襲的手技※1における意図しない異物の体内遺残
③薬剤又は栄養剤等の投与経路間違い（経消化管/非経消化管投与の取り違え又は経静脈/髄腔内投与の取り違え）
④ハイアラート薬の過剰投与
（インスリンの予定量の10倍以上の投与、高濃度カリウム液の急速投与又は抗がん剤の過量投与）
⑤既知のアレルギー又は禁忌薬剤等の投与※2による死亡又は後遺障害
⑥意図しない不適合な血液又は血液製剤/成分の輸血又は臓器の移植
⑦放射線治療における照射線量の設定間違い、照射部位の間違い又は累積線量の誤認
⑧栄養剤等の注入前に検出されなかった消化管チューブの気道への留置
⑨気管切開チューブの迷入による死亡又は後遺障害
⑩医療用ガスの取り違え、酸素投与が指示されている患者への無投与による死亡又は後遺障害
⑪医療機器の誤使用又は故障による死亡又は後遺障害
⑫重大な検査結果※3の確認、伝達又はフォローアップの失敗による死亡又は後遺障害

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

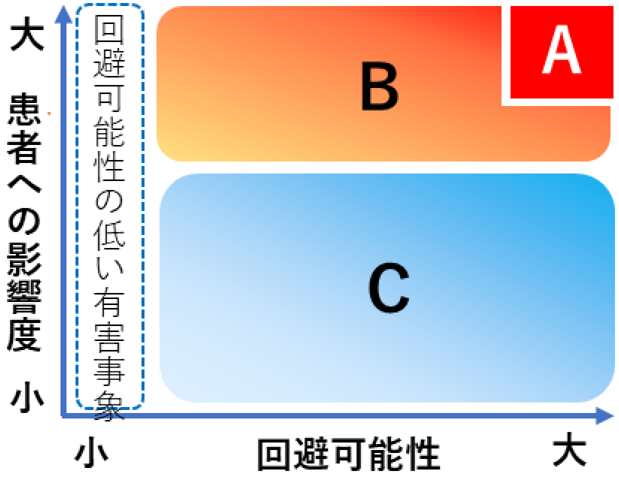
※１　手術室以外で行われるものを含む。カテーテルや内視鏡を用いた検査・治療、中心静脈穿刺、その他の穿刺（末梢血管穿刺等の軽微なものを除く）を含む。
※２　アレルギー・禁忌情報を把握した上で、リスク・ベネフィットを医学的に判断して投与した場合を除く。
※３　検査結果には検体検査・画像検査・生理学的検査・病理学的検査が含まれる。重大性の定義は各病院で設定する。

医療安全管理委員会が把握すべき重大事象の定義について②

【B類型について】

＜定義＞ 患者への影響度が大きく、回避可能性は必ずしも高くない事象
＜趣旨＞ 回避可能性は一律ではないが重大な結果に至った事例を院内の第三者部門に集積して傾向を把握し必要時に検証することで、水準に疑義のある医療に対して組織として遅滞なく対応することを通じ、医療の水準を維持・向上する。
※検証の結果、A類型と同等に回避可能性が高い事象であったことが判明する場合も想定される

＜B類型に該当する事象＞
①手術等の侵襲的手技※1における以下の事象：術中心停止、大量出血※2、周辺臓器損傷※3又は予定外の再手術
②硬膜外麻酔又は脊髄くも膜下麻酔に関連する血腫による死亡又は後遺障害
③気道確保困難又は食道挿管による死亡又は後遺障害
④鎮静による死亡又は後遺障害
⑤カテーテルによる検査又は治療における高線量被曝※4
⑥生体情報モニターのアラームへの対応に関連する死亡又は後遺障害
⑦肺血栓塞栓症による死亡又は後遺障害
⑧脳空気塞栓症
⑨分娩に関連する母体の死亡又は後遺障害
⑩入院中の患者の自殺又は自殺未遂
⑪転倒・転落による死亡又は後遺障害
⑫ベッド柵による挟まりまたは拘束具の使用による死亡又は後遺障害



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

※１　手術室以外で行われるものを含む。カテーテルや内視鏡を用いた検査・治療、中心静脈穿刺、その他の穿刺（末梢血管穿刺等の軽微なものを除く）を含む。
※２　各病院で明確な基準を設定する（例: 術中ショックを伴った大量出血）
※３　カテーテル治療における血管穿孔、消化管内視鏡における消化管穿孔を含む
※４　各病院で明確な基準を設定する（例: ３Gy以上）

各制度における医療安全に関わる者の主な要件等

※赤枠を新たに規定

参考

	医療安全管理者（新たに規定）	医療安全管理者（診療報酬）	医療安全管理責任者（医療法施行規則）	医薬品安全管理責任者（医療法施行規則）	医療機器安全管理責任者（医療法施行規則）
医療機関における位置づけ	・ 医療安全に関する責任者、または当該責任者から指示を受けて業務を行う者（医療安全管理委員会の業務等を踏まえて規定）	・ 入院基本料等加算である「医療安全対策加算」に定められた医療安全管理に関する業務を行う者	・ 医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者を統括する者	・ 医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者として、規定の業務を行う者。	・ 医療機器の安全使用のための責任者として、規定の業務を行う者。
配置	・ 全ての病院、入院施設を有する診療所、入所施設を有する助産所に配置（医療安全管理委員会と同様）	・ 入院基本料等加算である「医療安全対策加算」を届け出ている保険医療機関に配置	・ 特定機能病院に配置	・ 全ての病院、診療所、助産所に配置	・ 全ての病院、診療所、助産所に配置
資格・要件	・ 医療安全に関する十分な知識を有する常勤職員 ・ 医療関連資格の有無は問わない（事務職等を含む）	・ 看護師、薬剤師その他の医療有資格者	・ 医療安全、医薬品安全、医療機器安全について必要な知識を有する常勤職員 ・ 副院長のうち管理者が指名するもの ・ 医師または歯科医師	・ 医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員 ・ 医師、歯科医師、薬剤師、助産師（助産所のみ）、看護師又は歯科衛生士（歯科診療所のみ）	・ 医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員 ・ 医師、歯科医師、薬剤師、助産師（助産所のみ）、看護師、歯科衛生士（歯科診療所のみ）、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士
研修	・ 医療安全対策に係る適切な研修の受講が望ましい	・ 医療安全対策に係る適切な研修受講が必要	・ 定期的に医療に係る安全管理のための研修受講が必要	・ 特定機能病院のみ、定期的に医療に係る安全管理のための研修受講が必要	・ 特定機能病院のみ、定期的に医療に係る安全管理のための研修受講が必要
その他	・ 病院においては管理者との兼務は不可 ・ 医薬品安全管理責任者等の他の役職との兼務は可	・ 医療安全対策加算１では専従配置、医療安全対策加算２では専任配置	・ 副院長のため、管理者（院長）との兼務は不可	・ 病院においては管理者との兼務は不可。 ・ 医療機器安全管理責任者等の他の役職との兼務は可。	・ 病院においては管理者との兼務は不可。 ・ 医薬品安全管理責任者等の他の役職との兼務は可。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

④ 医療法人の経営情報のデータベース（ＭＣＤＢ）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

政策の企画・立案への活用

○　令和５年８月から、医療法人の経営情報を新たに収集。

○　令和６年度の決算データについては、令和７年度の補正予算に関する国会審議や、次期診療報酬改定に関する中医協での議論にあたってもフル活用された。

○　今後もさらなる活用が見込まれることから、精確なデータをより速やかに把握するため、提出期限の厳守とオンライン提出の推進をお願いする。

※　令和６年度決算データの提出率（R7.11.30時点）
事業報告書等：80.7%　経営情報等：69.7%

第三者提供制度

○　令和８年４月から、医療法人情報の「第三者提供制度」を施行予定。

○　個別の医療法人情報は識別できない形式で提供。

○　都道府県からも、集計・分析の依頼や個別データの提供依頼に応じる予定。

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】

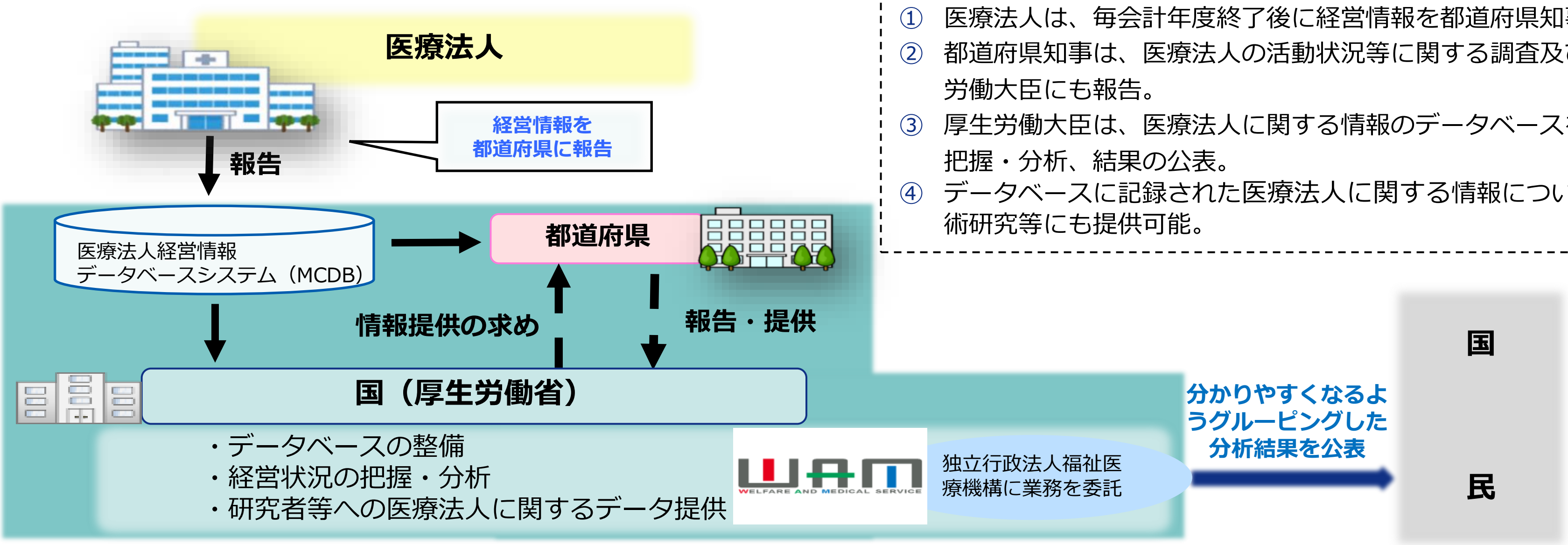
【データベースの概要】

- 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

（収集する内容は省令以下で規定）

※病床機能報告・外来機能報告等と連携させるとともに、データの活用に当たっては、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。

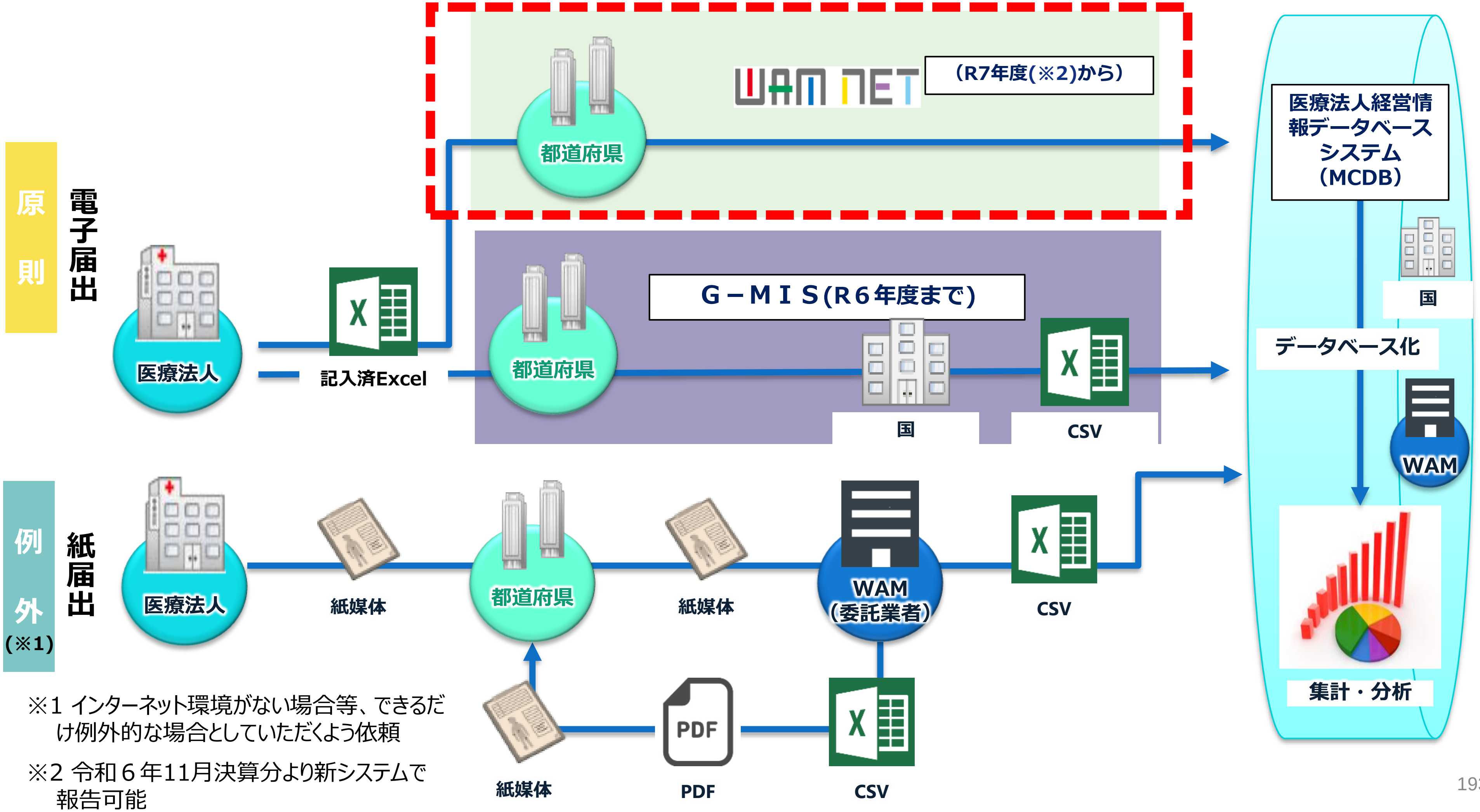
- 公表方法：国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表



① 医療法人は、毎会計年度終了後に経営情報を都道府県知事に報告。
② 都道府県知事は、医療法人の活動状況等に関する調査及び分析等を行い、厚生労働大臣にも報告。
③ 厚生労働大臣は、医療法人に関する情報のデータベースを整備し、経営状況の把握・分析、結果の公表。
④ データベースに記録された医療法人に関する情報については、研究者が行う学術研究等にも提供可能。

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。**



※1 インターネット環境がない場合等、できるだけ例外的な場合としていただくよう依頼

※2 令和６年11月決算分より新システムで報告可能

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）

調査及び分析の対象項目

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)
<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）

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

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

MCDBに係る第三者提供制度の概要

目的及び基本的な考え方※1

○　医療法人の経営情報のデータベースは**「国民共有の財産として有効活用されるべきであり、研究目的等のためにデータを利用する第三者への提供制度について検討が必要」**

○　医療法人情報※2には、医療法人の競争上の利益を侵害するおそれのある情報等が含まれていることに留意し、**個人及び法人の権利利益が侵害されない制度とする**

※1「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（R4.11.9）及び医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（R7.8.26）より、要約・抜粋
※2 医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項(例：事業報告書等、経営情報等、その他必要な事項)に関する情報を収集し、整理した情報

施行予定※3の仕組み

○　**オーダーメード集計**

- **一般からの委託**を受けて、**厚生労働省**（独立行政法人福祉医療機構（WAM）に委託）**が医療法人情報を利用して相当の公益性を有する統計の作成等を行い、その結果を提供する。**

○　**医療法人情報の提供**

- **相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析を行う研究者等に医療法人情報を提供する。**
ただし、特定の商品・役務の広告・宣伝に利用するための調査等を除く。
- 研究目的がオーダーメード集計によって達成できる場合、**医療法人情報は原則として提供しない。**
- データ提供に当たって、**あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴くことを義務付ける。**

○　**再識別の防止措置・安全管理措置**

- **特定の個人や医療法人等の識別を防止する措置を別途ガイドライン及び利用規約に定める。**
- **医療法人情報の提供を受ける者に必要な安全管理措置を別途厚生労働省令、ガイドライン及び利用規約に定める。**

※3 医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（R7.8.26）より、要約・抜粋。本資料において引用する第三者提供制度に関する医療法上の条文は未施行であり、**公布の日（R5.5.19）から３年を超えない範囲内において政令で定める日に施行。**

医療法人の第三者提供制度に関する検討会報告書の概要（R7.8.26）

項目	方針
オーダーメード集計	○ 申請手続きを、統計法施行規則にならって厚生労働省令に定める。 ○ MCDBを利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」を厚生労働省令に定める。 ○ さらに、これらの研究等の成果が公表されることとする。
医療法人情報の提供	○ 申請手続きを、統計法施行規則にならって厚生労働省令に定める。 ○ MCDBを利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」を第三者提供に係るガイドラインに定め、社会保障審議会において審査する。 ○ さらに、これらの研究等の成果が公表されることとする。
再識別の防止措置	○ オーダーメード集計及び医療法人情報の提供における再識別の防止措置を第三者提供に係るガイドライン等に定める。 ○ 「病床機能報告」及び「外来機能報告」と連携した情報の提供を求める研究者等については、社会保障審議会において当該情報の必要性を審査し特定の個人や医療法人等の識別につながらないよう十分に配慮した上で提供する。 ○ 上記以外の調査と連携した情報の第三者提供での活用は、個人及び法人の権利利益が侵害されないこと、提供範囲を必要最小限に限定すること及び再識別されない形で公表することを前提として、社会保障審議会において必要性を審査することとし、制度の実施状況や活用状況を評価しながら、活用に向けて引き続き検討する。
安全管理措置 ※ 医療法人情報の提供のみ	○ 組織的管理措置（取扱者の権限等の明確化、管理簿整備等） ○ 人的管理措置（暴力団員等、不適切行為者等排除） ○ 物理的管理措置（取扱区域特定、盗難防止、記録機器等廃棄等） ○ 技術的管理措置（処理者限定、不正アクセス行為防止等） ○ その他の管理措置（業務委託） ○ 独立行政法人福祉医療機構におけるオンサイトセンターの設置を求める。
手数料	○ 実費を勘案して政令に定める。
手数料の免除	○ 高齢者の医療の確保に関する法律施行令を踏まえて政令に定める。
不適切利用への対応 ※ 医療法人情報の提供のみ	○ 統計法及びNDBの措置にならって第三者提供に係るガイドライン等に定める。

⑤ 死因究明等の推進

ポイント（⑤　死因究明等の推進について）

【１．死因究明等推進基本法・死因究明等推進計画について】

● 令和元年に死因究明等推進基本法が成立したところ、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、令和６年７月に変更された。

● 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、

- 医師臨床研修指導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（⑤　死因究明等の推進について）

【２．令和７年度、８年度の動きについて】

●　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、
令和８年度当初予算案において、
①　解剖等に必要な経費を支援する「異状死死因究明支援事業」
②　解剖に必要な施設・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」
③　地域において必要な死因究明等が円滑な実施され、その結果が公衆衛生の向上・増進等に活用される体制の構築を推進する「死因究明拠点整備モデル事業」
等を計上しているほか、
令和７年度補正予算において、「異状死死因究明支援事業」の拡充として、
①　遺体搬送
②　感染防護等消耗品の整備
③　大規模災害時等の死体検案に係る資器材等の整備
等に必要な経費を計上している。

※　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。

●　また、地域における検案医等の確保に向け、死体検案研修会（上級）の修了者名簿の活用等について、昨年８月に事務連絡を発出している。

※　このほか、「令和７年版死因究明等推進白書」を、令和７年11月11日に厚生労働省ホームページに公表。
掲載先：死因究明等推進白書｜厚生労働省 (mhlw.go.jp)

ポイント（⑤　死因究明等の推進について）

【３．都道府県に対するお願い】

- 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地域の状況に応じた施策の策定・実施の責務が規定され、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全ての都道府県で設置されているものの、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。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、死因究明等に関する総合的かつ計画的な施策の検討や推進等にとって有用である。

- 地方協議会については、これまで、地方協議会運営マニュアルをお示ししているほか、毎年１回の開催をお願いしている。各都道府県においても、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など、先駆的な取組が見られる。

⇒**各都道府県においては、２．でお示しした補助金や事務連絡の活用も含め、各都道府県における死因究明等の総合的かつ計画的な施策の検討・推進に取り組んでいただきたい。その際、地方協議会について、地方協議会運営マニュアルや、他の都道府県の先駆的な取組を参考に、活動の活性化や議論の充実を図っていただくなど一層の取組をお願いしたい。**

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：138.1 万人（R元）→160.5 万人（R６）

○　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11県(R6)、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

厚生労働省HP：死因究明等推進計画の変更について｜厚生労働省

異状死死因究明支援事業

令和８年度予算案（令和７年度予算額）
111,361千円（115,861千円）

令和７年度補正予算額：**92,850千円**

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

（補助対象）

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

② ＣＴやＭＲＩを活用した死亡時画像診断の実施

③ 薬毒物検査の実施

④ 感染症検査（ＰＣＲ検査）の実施

⑤ 遺体搬送の実施【R7補正】

⇒解剖等の実施にあたっては、遺体安置場所等から解剖等実施施設への遺体搬送が必要となるが、警察の判断によらない解剖等については、遺体搬送にあたって警察の協力が得られないため、別途搬送業者の手配が必要となる。そのため、本事業のメニューとして、【遺体搬送】に係る経費を新たに追加する。

⑥ 感染防護等消耗品の整備【R7補正】

⇒公衆衛生の向上等を目的に、感染症等に冒されている疑いのある遺体に対する解剖等が行われることもあるが、死因究明等の実施体制を維持するためにも、解剖医等自身が遺体からの感染を防ぐことが重要である。そのため、【感染防護等消耗品】に係る経費を新たに追加する。

⑦ 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

⑧ 大規模災害時等における死体検案に係る資器材等整備【R7補正】

⇒我が国は大規模災害等による多数の死者発生のリスクに直面しているが、実際に大規模災害等が発生した際に、検案する医師においてより迅速な検案作業を可能とし、死亡に係る手続（①死体検案書の発行、②死亡届の提出、③火葬許可、④埋葬許可等）の円滑化、ひいては、死因究明等推進基本法の目指す「個人の尊厳が保持される社会の実現」へ寄与することができるよう、大規模災害発生等に備えた検案体制の構築を推進するための訓練に必要な資器材を含め、大規模災害時等の検案作業に必要な資機材等の整備に係る経費を新たに追加する。

⑨ 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【R7当初・補正】

3 実施主体等

（１）実施主体　都道府県等　　（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 ＰＣＲ検査	10千円／件
⑤ 遺体搬送	**30千円／件**	**⑥ 感染防護等消耗品**	**5千円／件**
⑦ 地方協議会	340千円／回	**⑧ 大規模災害時等における死体検案に係る資器材等**	**90千円／施設**
⑨ 地方協議会の下での研修	420千円／回		

（４）本事業を活用した都道府県数　※令和６年度は交付決定した都道府県数

R4年度　31、R5年度　30 、R6年度　40

厚生労働省HP：異状死死因究明支援事業｜厚生労働省

令和８年度予算案（令和７年度予算額）
設備分：医療施設等設備整備費補助金 24億円（23億円）の内数
施設分：医療施設等施設整備費補助金 24億円（21億円）の内数

解剖・死亡時画像診断等に係る施設・設備整備事業実施要綱

１ 事業の目的

死因究明のための解剖や死亡時画像診断、薬毒物検査の実施に必要な施設や設備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や死亡時画像診断、薬毒物検査の実施に必要な設備又は医療機器購入費（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や死亡時画像診断、薬毒物検査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

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
（※R7時点、詳細は交付要綱参照）
①設備整備
・死亡時画像診断室　37,180千円
・解剖室等　53,700千円
②施設整備
・死亡時画像診断室　69,984千円
・解剖室等　173,694千円

（４）本事業を活用した都道府県数
令和４年度　５
令和５年度　10
令和６年度　10
※令和６年度は交付決定した都道府県数

厚生労働省HP：解剖・死亡時画像診断等に係る施設・設備整備事業｜厚生労働省

死因究明拠点整備モデル事業

令和８年度予算案（令和７年度予算額）
60,554千円（77,554千円）

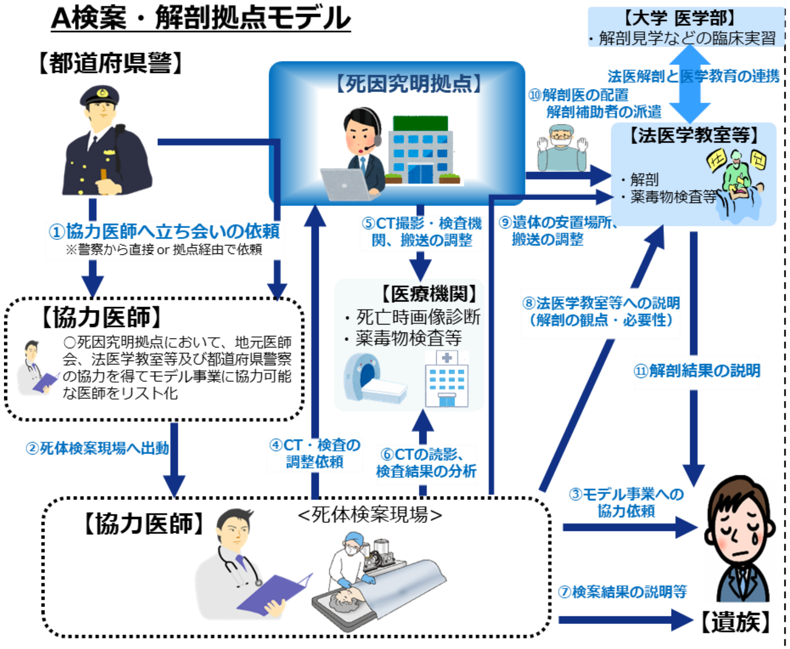
1 事業の目的

死因究明等の実施に係る体制の充実強化は喫緊の課題となっており、死因究明等推進計画（令和６年７月５日閣議決定）において、各地域において必要な死因究明等が円滑に実施され、その結果が公衆衛生の向上・増進等に活用される体制が構築されるとともに、その体制が継続的に維持されるよう必要な協力を行うこととされている。そのため、各地域において、公衆衛生の向上を目的とした解剖・検査等が適切に実施されるよう、死因究明等の体制整備の先導的なモデルとして、検案・解剖拠点モデル、薬毒物検査拠点モデルを形成することを目的とする。

2 事業の概要・スキーム

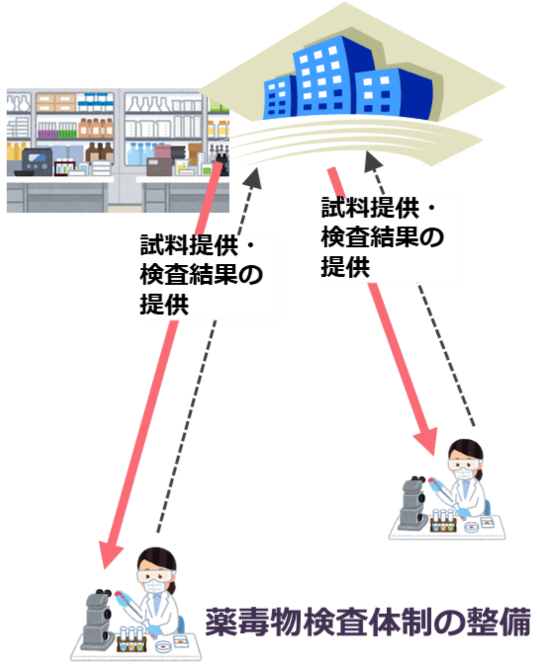
地方公共団体や大学法医学教室等への委託により、各地域の状況に応じた死因究明体制として、**<u>A検案・解剖拠点モデル、B検査拠点モデル</u>**を整備する。拠点整備の成果は、今後自治体向けのマニュアル等に反映し、横展開を図る。

A検案・解剖拠点モデル



※本資料において、解剖とは承諾解剖のこと。

B検査拠点モデル



3 実施主体等

（１）実施主体
Aモデル　都道府県、大学
Bモデル　大学

（２）補助率
国：１０／１０

（３）補助基準額
Aモデル　　12,755千円
Bモデル　　 9,534千円

（４）事業実績
厚生労働省HP参照

厚生労働省HP：[死因究明拠点整備モデル事業について｜厚生労働省 (mhlw.go.jp)]

検案する医師等の確保に向けた取組について
（令和７年８月22日付け厚生労働省医政局医事課事務連絡）

イメージ図

１　事業の目的

死体検案研修会（上級）の修了者を検案等する医師として確保するため、都道府県医師会と実務機関（都道府県警察及び管区海上保安本部）の間において、医師の照会や協議等を行う仕組みを設定し、その取組を活性化する。

２　事業の概要・スキーム

日本医師会

○ 死体検案研修会（上級）の受付

▼

（受付の段階で）
○ 同意の取得

① 修了者名簿への登載

② 都道府県医師会への名簿の提供

③ 実務機関への名簿の存在の通知

同意 → 死体検案研修会（上級）

修了者名簿 →

都道府県医師会

・名簿の受領、保管

・実務機関からの照会受理、協議等の調整

・照会等に基づく名簿登載医師への意思確認、実務機関へ紹介等

名簿を保有するのは、都道府県医師会のみ

← 医師の照会

医師を紹介 →

実務機関（都道府県警察、管区海上保安本部）

・検案する医師等の高齢化、人員不足の地域等の把握

・都道府県医師会への医師の照会、協議等の依頼

・都道府県医師会から紹介された医師との調整等

▼

検視立会い、検案業務へ従事する医師の確保

令和６年度政府が講じた死因究明等に関する施策（令和７年版死因究明等推進白書の概要）

第１章　死因究明等に係る人材の育成等

検案医
●厚生労働省において、日本医師会に委託して、検案する医師の検案能力の向上を目的とした「死体検案研修会」を実施
【修了者数】R5年度：484人（基礎）、73人（上級）
R6年度：630人（基礎）、61人（上級）

ＣＴ等
●厚生労働省において、日本医師会に委託して、死亡時画像診断を行う医師等の読影能力向上等を目的とした「死亡時画像診断研修会」を実施
【修了者数】R5年度：710人（医師）、536人（診療放射線技師）
R6年度：584人（医師）、622人（診療放射線技師）

検視官等
●警察及び海上保安庁において、検視官・鑑識官を対象とした研修や都道府県警察と都道府県医師会による合同研修会等（※）を実施
※【開催実績】R5年度：35都道府県、R6年度：35都道府県

第２章　死因究明等に関する教育及び研究の拠点の整備

大学
●文部科学省において、法医学等の分野における人材を養成するためのキャリアパスの構築までを見据えた体系的な教育を実施する大学に必要な経費を支援（基礎研究医養成活性化プログラム等）

第３章　死因究明等を行う専門的な機関の全国的な整備

協議会
●厚生労働省において、死因究明等推進地方協議会の開催等を促進
【地方協議会を設置した都道府県数】
R4年3月末時点：43都道府県、R5年2月末時点：47都道府県

解剖等拠点
●厚生労働省において、死因究明拠点整備モデル事業により、各地域における解剖・検案体制の構築を推進
【実施状況】R5年度：１都道府県１大学（京都府、東京医科大学）
R6年度：２都道府県１大学（京都府、大阪府、東京医科大学）

第４章　警察等における死因究明等の実施体制の充実

解剖
●警察及び海上保安庁において、必要な解剖を確実に実施
【解剖件数】R5年：司法解剖10,802件、調査法解剖3,145件
R6年：司法解剖10,639件、調査法解剖3,535件

検視
●警察において、検視官が死体や現場の状況を離れた場所からリアルタイムで確認できる映像伝送装置の整備・活用を推進

鑑識
●海上保安庁において、検視等を担当する鑑識官を増員配置
【鑑識官配置海上保安部署数】R５年度：93部署、R６年度：100部署

第５章　死体の検案及び解剖等の実施体制の充実

解剖等費用
●厚生労働省において、異状死死因究明支援事業により、都道府県が実施する解剖等の実施に財政支援
【補助件数】R5年度：30都道府県、R6年度：40都道府県

解剖室CT室等
●厚生労働省において、死亡時画像診断システム等整備事業により、死因究明のための解剖等に必要な施設・設備の整備に財政支援
【補助件数】R5年度：10都道府県、R6年度：10都道府県

第６章　死因究明のための死体の科学調査の活用

検査拠点
●厚生労働省において、死因究明拠点整備モデル事業により、各地域における薬毒物検査の体制構築を推進
【実施状況】R5年度：１大学（新潟大学）、R6年度：１大学（旭川医科大学）

薬毒物ＣＴ
●警察及び海上保安庁において、必要な薬毒物検査や死亡時画像診断を確実に実施
【薬毒物検査実施件数】
R5年：18万6,295件、R6年：19万1,256件
【死亡時画像診断実施件数】
R5年：１万9,052件、R6年：２万418件

第７章　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
第８章　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
第９章　情報の適切な管理

ＤＮＡ等
●警察において、ＤＮＡ型記録や歯科所見情報を含む身体特徴等の照会により身元確認を行う「身元確認照会システム」を適正かつ効果的に運用
【身元不明死体の身元確認件数】 R5年：145件、R6年：132件

CDR
●こども家庭庁において、「予防のためのこどもの死亡検証体制整備モデル事業」により、CDR（Child Death Review：予防のためのこどもの死亡検証）の体制整備に向けた検討を推進
【実施自治体数】 R5年度：10都道府県、R6年度：10都道府県

情報管理
●関係省庁において、死因究明等により得られた情報を取り扱う者に対して、情報管理の重要性について周知

厚生労働省HP：死因究明等推進白書｜厚生労働省

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

厚生労働省HP：死因究明等推進地方協議会｜厚生労働省

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

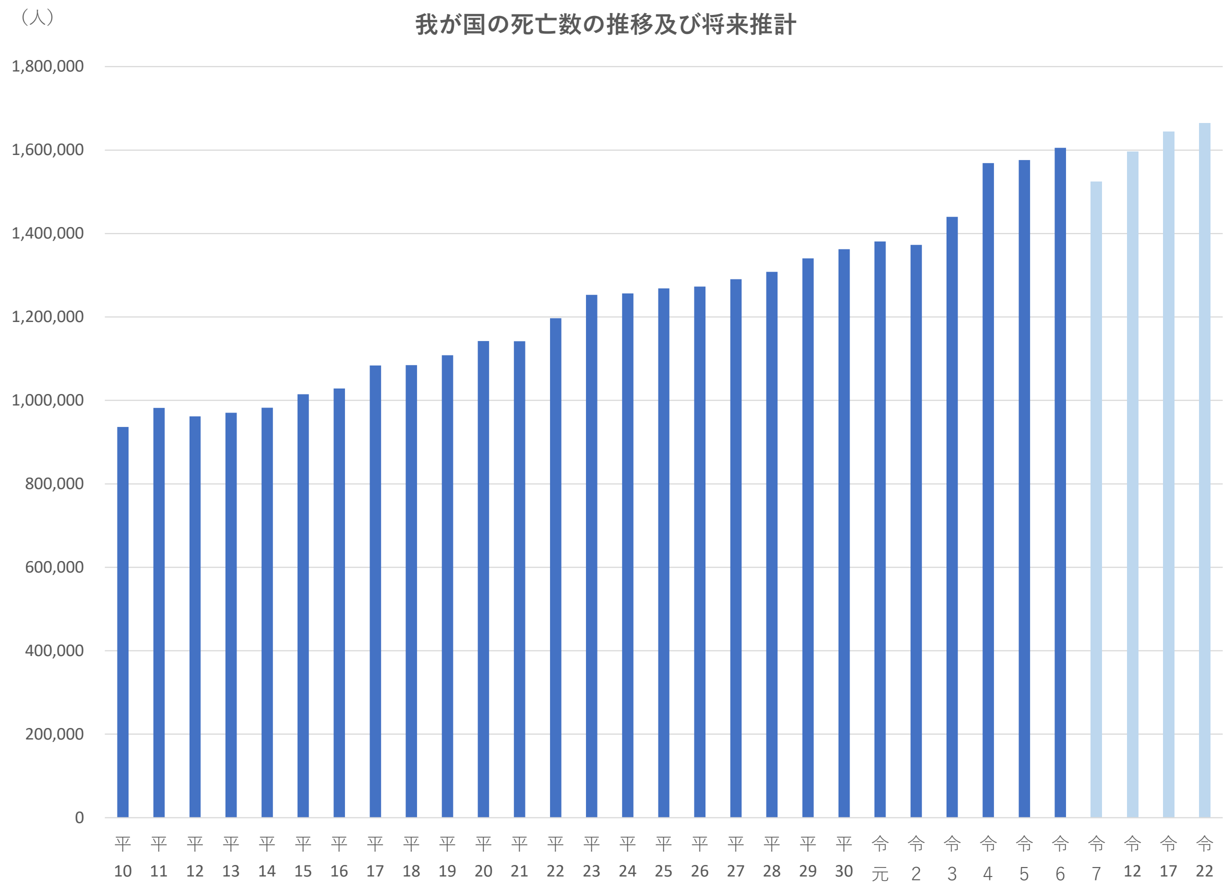
資料や議事録等については、自由闊達な議論の妨げにならないなど会議の運営に支障がない範囲で可能な限りホームページ等で公開することが望ましい。

10.支援制度など国の取組の紹介

参考資料

我が国における死亡数の推移

- 我が国の死亡数は、増加傾向にあり、平成15年には100万人を超え、令和６年は160万5千人にまで達している。
- 今後も死亡数の増加は続き、令和22年には約166万５千人にまで増加すると推計されている。

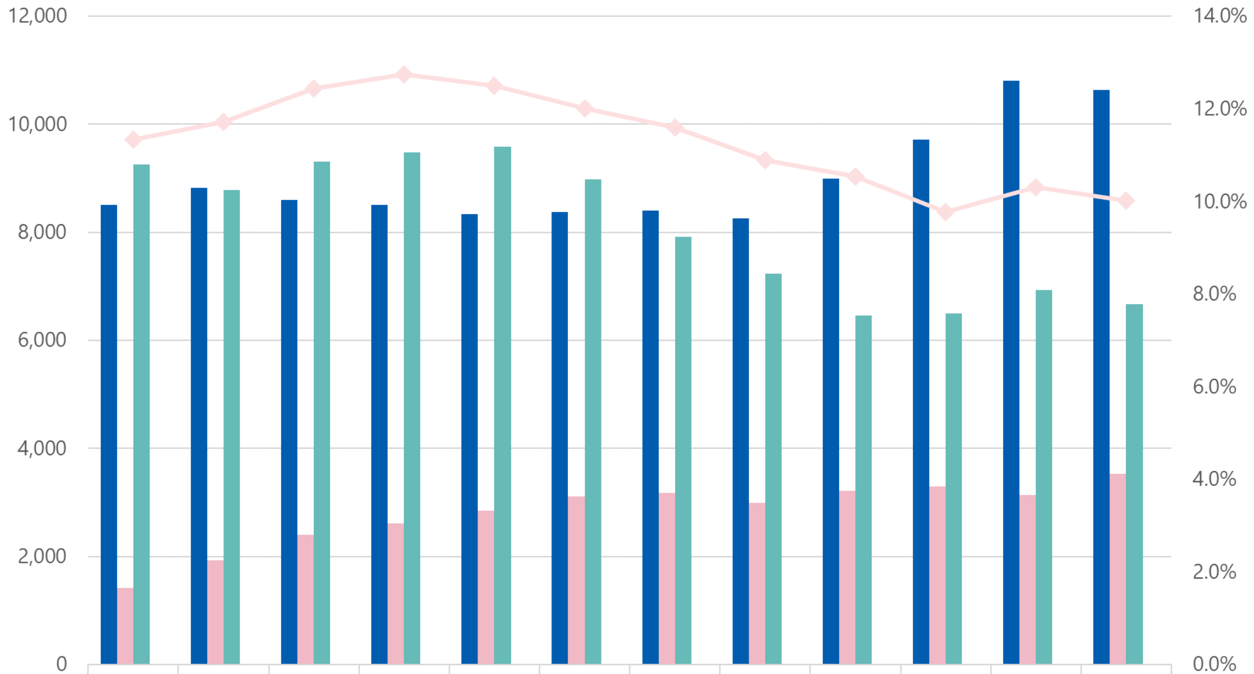


※　令和７年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和５年推計）」（出生中位・死亡中位）による。

解剖実施件数等の推移

- 警察及び海上保安庁における取扱死体は、平成30年17万441体、令和６年20万7,919体で、近年増加傾向。
- 警察及び海上保安庁が取り扱った死体について、死因・身元調査法が施行された平成25年から令和６年までの間の解剖数をみると、平成25年以降増減を繰り返しており、近年は増加傾向にある。

警察及び海上保安庁の取扱死体における解剖実施件数等の推移



	平25	平26	平27	平28	平29	平30	令元	令２	令３	令４	令５	令６
司法解剖実施件数	8,507	8,831	8,605	8,508	8,337	8,379	8,398	8,256	9,001	9,717	10,802	10,639
調査法解剖実施件数	1,420	1,927	2,402	2,610	2,848	3,115	3,181	2,994	3,221	3,298	3,145	3,535
その他の解剖実施件数	9,264	8,787	9,304	9,487	9,584	8,987	7,914	7,241	6,460	6,507	6,930	6,667
解剖実施件数（合計）	19,191	19,545	20,311	20,605	20,769	20,481	19,493	18,491	18,682	19,522	20,877	20,841
解剖率	11.3%	11.7%	12.4%	12.7%	12.5%	12.0%	11.6%	10.9%	10.5%	9.8%	10.3%	10.0%

※　令和３年以降は警察における取扱死体に交通関係による死者を含む。
※　解剖率は、警察及び海上保安庁が取り扱った死体における解剖数を、警察及び海上保安庁が取り扱った死体数で除して算出している。

法医解剖等実施機関の体制（施設・設備）

- 法医解剖等実施機関は、全国で89施設。（内訳：大学等の法医学教室が83施設、監察医務機関が４施設、その他（※1）が２施設。）
- 感染対策が講じられた解剖室（※2）又は解剖台（※3）を保有する法医解剖等実施機関がある都道府県は、47都道府県。
  （昨年は43都道府県であったが、全国整備）
- 死因究明目的のCT又はMRIを保有する法医解剖等実施機関がある都道府県は、25都道府県。
- 薬毒物検査機器（※４）を保有する法医解剖等実施機関がある都道府県は、 39都道府県。

※１：厚労省で把握、かつ、調査に協力を得られた法医解剖を実施している医療機関、※２：陰圧空調又はダウンフロー空調の解剖室、※３：ラミナーフローシステム内臓の解剖台、※４：ガス・液体クロマトグラフ

都道府県別の法医解剖等実施機関数（R6.5.1時点）

都道府県	法医解剖等実施機関数	感染対策解剖室又は解剖台保有	死因究明目的CT又はMRI保有	薬毒物検査機器保有
全国	89	85	41	65
北海道	3	3	3	3
青森県	1	1	0	1
岩手県	1	1	1	1
宮城県	2	2	1	2
秋田県	1	1	1	1
山形県	1	1	0	1
福島県	1	1	1	1
茨城県	2	2	1	1
栃木県	2	2	0	1
群馬県	1	1	1	0
埼玉県	2	2	0	2
千葉県	3	3	2	2
東京都	13	12	7	8
神奈川県	6	6	3	4
新潟県	1	1	1	1

都道府県	法医解剖等実施機関数	感染対策解剖室又は解剖台保有	死因究明目的CT又はMRI保有	薬毒物検査機器保有
富山県	1	1	0	1
石川県	2	2	0	1
福井県	1	1	1	0
山梨県	1	1	0	1
長野県	1	1	1	1
岐阜県	1	1	0	1
静岡県	1	1	0	1
愛知県	5	4	0	3
三重県	1	1	0	0
滋賀県	1	1	0	1
京都府	2	2	2	2
大阪府	6	6	5	4
兵庫県	3	2	0	2
奈良県	1	1	0	1
和歌山県	1	1	1	1
鳥取県	1	1	1	0

都道府県	法医解剖等実施機関数	感染対策解剖室又は解剖台保有	死因究明目的CT又はMRI保有	薬毒物検査機器保有
島根県	1	1	0	1
岡山県	2	1	0	2
広島県	1	1	1	1
山口県	1	1	0	1
徳島県	1	1	0	1
香川県	1	1	1	0
愛媛県	1	1	1	1
高知県	1	1	0	1
福岡県	4	4	1	4
佐賀県	1	1	0	0
長崎県	1	1	1	1
熊本県	1	1	1	1
大分県	1	1	1	0
宮崎県	1	1	0	0
鹿児島県	1	1	1	1
沖縄県	1	1	0	1

※厚生労働省「死因究明等の体制・実績に係る横断的実態調査」による

法医解剖等実施機関の人員（常勤法医数・都道府県別）

- 常勤法医数は、全国で157人。最多は東京都の30人、15県において１人のみ。
- 警察取扱死体１千体対では、全国で0.76、最多は滋賀県の2.05人、最小は広島県の0.27人。

都道府県別の常勤法医数（R6.5.1時点）

※警察取扱死体１千体対で多い順に掲載

No	都道府県	常勤法医数	警察取扱死体数（刑事・交通）	警察取扱死体１千体対常勤法医数
	全国	157	207,538	0.76
1	滋賀県	4	1,949	2.05
2	京都府	6	3,531	1.70
3	福井県	2	1,321	1.51
4	山梨県	2	1,364	1.47
5	沖縄県	3	2,281	1.32
6	大分県	2	1,562	1.28
7	富山県	2	1,640	1.22
8	宮崎県	2	1,676	1.19
9	東京都	30	25,860	1.16
10	和歌山県	2	1,753	1.14
11	石川県	2	1,773	1.13
12	香川県	2	1,832	1.09
13	栃木県	4	3,672	1.09
14	島根県	1	1,056	0.95
15	鳥取県	1	1,062	0.94

No	都道府県	常勤法医数	警察取扱死体数（刑事・交通）	警察取扱死体１千体対常勤法医数
16	福島県	3	3,300	0.91
17	愛媛県	2	2,344	0.85
18	徳島県	1	1,188	0.84
19	青森県	2	2,391	0.84
20	佐賀県	1	1,199	0.83
21	山口県	2	2,460	0.81
22	宮城県	3	3,727	0.80
23	岐阜県	2	2,530	0.79
24	千葉県	9	11,585	0.78
25	高知県	1	1,306	0.77
26	福岡県	5	6,786	0.74
27	三重県	2	2,939	0.68
28	神奈川県	10	14,827	0.67
29	秋田県	1	1,530	0.65
30	岡山県	2	3,068	0.65
31	愛知県	6	9,460	0.63

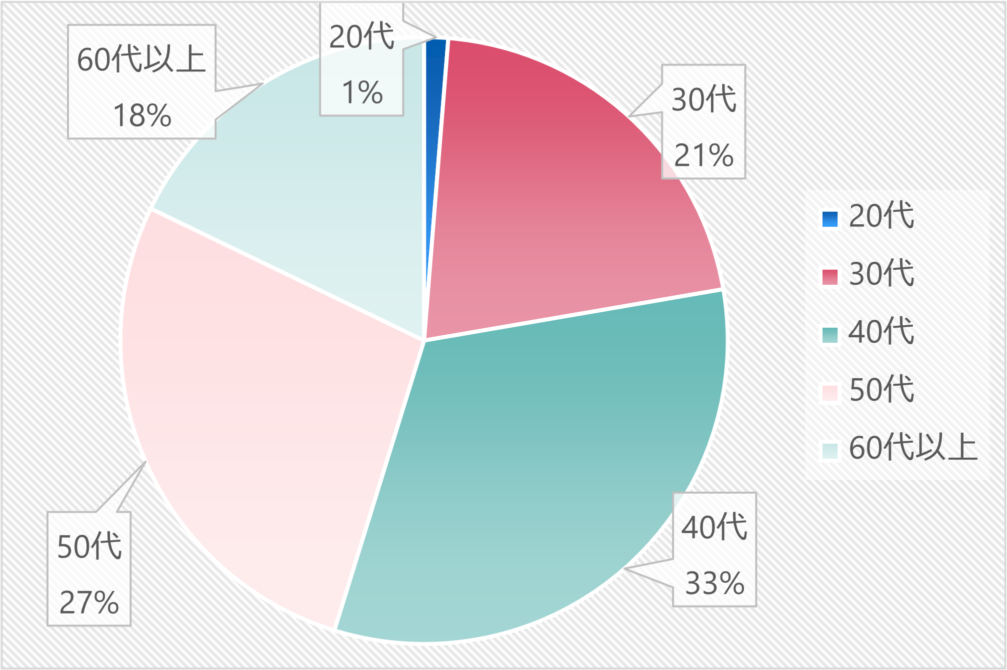
No	都道府県	常勤法医数	警察取扱死体数（刑事・交通）	警察取扱死体１千体対常勤法医数
32	兵庫県	5	7,908	0.63
33	山形県	1	1,658	0.60
34	静岡県	3	4,992	0.60
35	新潟県	2	3,475	0.58
36	大阪府	10	17,592	0.57
37	茨城県	3	5,381	0.56
38	長崎県	1	1,881	0.53
39	岩手県	1	2,179	0.46
40	鹿児島県	1	2,315	0.43
41	奈良県	1	2,344	0.43
42	北海道	4	9,652	0.41
43	熊本県	1	2,463	0.41
44	長野県	1	3,115	0.32
45	埼玉県	4	12,505	0.32
46	群馬県	1	3,384	0.30
47	広島県	1	3,722	0.27

※厚生労働省「死因究明等の体制・実績に係る横断的実態調査」による

法医解剖等実施機関の人員（常勤法医数・年齢別）

- 年代別では、40代の51人（33%）が最多。
- 50代以上が約半数（45%）を占めている。

年代別の常勤法医数　（R6.5.1時点）



20代	30代	40代	50代	60代以上	合計
2	33	51	43	28	157
1%	21%	33%	27%	18%	100%

※厚生労働省「死因究明等の体制・実績に係る横断的実態調査」による

法医解剖等実施機関の死体取扱状況（解剖）

- 法医解剖等実施機関における解剖数は、全国で20,988件。内訳としては、司法解剖が10,682件、調査法解剖が3,499件、その他の解剖が6,807件。
- 常勤法医１人当たりでは、全国で133.7件、最多は兵庫県の410.4件、最小は山梨県の36.0件。

法医解剖等実施機関の解剖数（R6年中）

※常勤法医１人当たりで多い順に掲載

No	都道府県	解剖数	常勤法医数	常勤法医１人当たりの解剖数
	全国	20,988	157	133.7
1	兵庫県	2,052	5	410.4
2	神奈川県	3,486	10	348.6
3	山形県	268	1	268.0
4	北海道	1,002	4	250.5
5	奈良県	232	1	232.0
6	秋田県	226	1	226.0
7	鹿児島県	222	1	222.0
8	長野県	219	1	219.0
9	岩手県	162	1	162.0
10	長崎県	160	1	160.0
11	宮城県	464	3	154.7
12	東京都	4,327	30	144.2
13	熊本県	135	1	135.0
14	青森県	265	2	132.5
15	大阪府	1,269	10	126.9
16	佐賀県	125	1	125.0
17	沖縄県	373	3	124.3
18	新潟県	221	2	110.5
19	群馬県	106	1	106.0
20	岡山県	206	2	103.0
21	島根県	101	1	101.0
22	茨城県	297	3	99.0
23	和歌山県	191	2	95.5
24	高知県	95	1	95.0
25	鳥取県	93	1	93.0
26	富山県	173	2	86.5
27	千葉県	777	9	86.3
28	岐阜県	172	2	86.0
29	徳島県	86	1	86.0
30	三重県	161	2	80.5
31	栃木県	321	4	80.3
32	広島県	80	1	80.0
33	愛知県	476	6	79.3
34	大分県	156	2	78.0
35	福岡県	387	5	77.4
36	石川県	150	2	75.0
37	愛媛県	142	2	71.0
38	静岡県	206	3	68.7
39	福井県	119	2	59.5
40	埼玉県	237	4	59.3
41	香川県	117	2	58.5
42	福島県	172	3	57.3
43	山口県	111	2	55.5
44	京都府	320	6	53.3
45	宮崎県	88	2	44.0
46	滋賀県	168	4	42.0
47	山梨県	72	2	36.0

※厚生労働省「死因究明等の体制・実績に係る横断的実態調査」による

法医解剖等実施機関の死体取扱状況（死亡時画像診断）

- 法医解剖等実施機関における死亡時画像診断数（※）は、全国で16,942件。
- １施設当たりでは、全国で190.4件、最多は北海道の3,077件、16県において１件も実施されていない。

※外部機関に委託して実施したものを除く

法医解剖等実施機関の死亡時画像診断数（R6年中）

※１施設当たりで多い順に掲載

No	都道府県	死亡時画像診断数	法医解剖等実施機関数	１施設当たりの診断数
	全国	16,942	89	190.4
1	北海道	3,077	3	1,025.7
2	長崎県	631	1	631.0
3	群馬県	598	1	598.0
4	京都府	1,074	2	537.0
5	大阪府	2,712	6	452.0
6	新潟県	387	1	387.0
7	福島県	345	1	345.0
8	福井県	312	1	312.0
9	東京都	3,605	13	277.3
10	茨城県	550	2	275.0
11	鹿児島県	266	1	266.0
12	秋田県	226	1	226.0
13	和歌山県	191	1	191.0
14	千葉県	521	3	173.7
15	岩手県	173	1	173.0
16	鳥取県	156	1	156.0
17	愛媛県	148	1	148.0
18	長野県	147	1	147.0
19	宮城県	274	2	137.0
20	神奈川県	811	6	135.2
21	徳島県	128	1	128.0
22	熊本県	79	1	79.0
23	島根県	78	1	78.0
24	広島県	71	1	71.0
25	香川県	64	1	64.0
26	埼玉県	115	2	57.5
27	佐賀県	42	1	42.0
28	宮崎県	33	1	33.0
29	山口県	29	1	29.0
30	福岡県	80	4	20.0
31	大分県	19	1	19.0
32	青森県	0	1	0.0
33	山形県	0	1	0.0
34	栃木県	0	2	0.0
35	富山県	0	1	0.0
36	石川県	0	2	0.0
37	山梨県	0	1	0.0
38	岐阜県	0	1	0.0
39	静岡県	0	1	0.0
40	愛知県	0	5	0.0
41	三重県	0	1	0.0
42	滋賀県	0	1	0.0
43	兵庫県	0	3	0.0
44	奈良県	0	1	0.0
45	岡山県	0	2	0.0
46	高知県	0	1	0.0
47	沖縄県	0	1	0.0

※厚生労働省「死因究明等の体制・実績に係る横断的実態調査」による

法医解剖等実施機関の死体取扱状況（薬毒物定性検査）

- 法医解剖等実施機関における薬毒物定性検査数（※）は、全国で10,244件。
- １施設当たりでは、全国で115.1件、最多は長崎県の1,183件、12県において１件も実施されていない。

※外部機関に委託して実施したものを除く

法医解剖等実施機関の薬毒物定性検査数（R6年中）※１施設当たりで多い順に掲載

No	都道府県	薬毒物定性検査数	法医解剖等実施機関数	１施設当たりの検査数
	全国	10,244	89	115.1
1	長崎県	1,183	1	1183.0
2	北海道	1,083	3	361.0
3	鹿児島県	214	1	214.0
4	山形県	195	1	195.0
5	秋田県	194	1	194.0
6	和歌山県	191	1	191.0
7	東京都	2,439	13	187.6
8	青森県	176	1	176.0
9	新潟県	176	1	176.0
10	沖縄県	166	1	166.0
11	千葉県	430	3	143.3
12	愛媛県	116	1	116.0
13	長野県	114	1	114.0
14	熊本県	111	1	111.0
15	大阪府	657	6	109.5
16	佐賀県	109	1	109.0
17	三重県	99	1	99.0
18	高知県	97	1	97.0
19	宮城県	192	2	96.0
20	岡山県	188	2	94.0
21	京都府	185	2	92.5
22	香川県	91	1	91.0
23	福岡県	336	4	84.0
24	兵庫県	251	3	83.7
25	神奈川県	472	6	78.7
26	島根県	72	1	72.0
27	栃木県	142	2	71.0
28	山口県	65	1	65.0
29	茨城県	121	2	60.5
30	埼玉県	119	2	59.5
31	広島県	41	1	41.0
32	愛知県	152	5	30.4
33	奈良県	30	1	30.0
34	福島県	22	1	22.0
35	岩手県	15	1	15.0
36	群馬県	0	1	0.0
37	富山県	0	1	0.0
38	石川県	0	2	0.0
39	福井県	0	1	0.0
40	山梨県	0	1	0.0
41	岐阜県	0	1	0.0
42	静岡県	0	1	0.0
43	滋賀県	0	1	0.0
44	鳥取県	0	1	0.0
45	徳島県	0	1	0.0
46	大分県	0	1	0.0
47	宮崎県	0	1	0.0

※厚生労働省「死因究明等の体制・実績に係る横断的実態調査」による

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、⑴生命の尊重・個人の尊厳の保持につながること、⑵人の死亡に起因する紛争を未然に防止し得ること、⑶国民生活の安定及び公共の秩序の維持に資すること、⑷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、⑴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、⑵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。

第２章 実務研修の方略

Ⅱ 実務研修の方略

臨床研修を行う分野・診療科

＜必修分野＞

⑫ 選択研修として、保健・医療行政の研修を行う場合、研修施設としては、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、健診・検診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正機関、産業保健の事業場等が考えられる。また、**法医の研修を行う場合の研修施設としては、法医解剖の実施施設が考えられる。**

＜解説＞

必修分野及び一般外来以外の分野の研修期間中、下記の研修目的と研修方法を参考に上記施設での研修が実施できるよう、研修医の希望に応じた研修環境を臨床研修病院が整備することが望ましい。

※保健所等は地域医療研修の中で１～２日の研修を行うことは可能。

９）法医解剖の実施施設

研修目的：死因究明における医師の社会的役割を認識するとともに、その業務の実際を学ぶ。

研修方法：大学法医学教室、監察医務機関その他の法医解剖を実施している施設において、死因究明の社会的意義や制度に関する講義を受けた後に、死体検案、法医解剖、死後画像検査、薬毒物検査、死因判定等の各プロセスにおける高度な知識・技能習得に向けた実務研修を行う。

検案する医師等の確保に向けた取組について（令和７年８月22日付け厚生労働省医政局医事課事務連絡）

事　務　連　絡
令和７年８月22日

各都道府県衛生主管部（局）　御中

厚生労働省医政局医事課

検案する医師等の確保に向けた取組について

厚生労働行政の推進につきましては、平素より御尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

死因究明等推進基本法（令和元年法律第33号）においては、国及び地方公共団体は、死体の検案及び解剖等の実施体制の充実に必要な施策を講ずるものとされており、死因究明のための検案等の体制整備の推進は重要な事項とされているところです。

他方で、年間死亡数の増加や、家族や生活の有り様の変化等による検案の実施体制等への負荷の増大等が見込まれるところ、依然として、検案する医師等の高齢化や人員不足に悩まされている地方公共団体も少なくない状況にあります。

そこで、この度、検案する医師等の確保に向けた取組を一層推進するため、死体検案研修会（上級）（以下「死体検案研修会」という。）の修了者に関して下記の取組を実施することとしたので、関係者におかれてはこれを了知するとともに、必要に応じて関係機関等との調整を図るなど、推進に向けた取組をお願いいたします。

なお、本通知の内容については、警察庁刑事局捜査第一課、海上保安庁警備救難部刑事課及び公益社団法人日本医師会（以下「日本医師会」という。）と協議済みであることを申し添えます。

記

1　死体検案研修会の修了者に係る名簿の都道府県医師会への送付、共有

日本医師会が開催する死体検案研修会の修了者については、令和６年度の死体検案研修会の修了者以降、日本医師会において、氏名、所属する医療機関名、医療機関所在地（又は自宅住所）、連絡先等が記された修了者に係る名簿（以下「修了者名簿」という。）を作成し、当該修了者の所属する医療機関所在地又は自宅住所の存在する都道府県医師会にそれぞれ送付し、共有するものとする。

2　都道府県警察及び管区海上保安本部への通知

令和６年度の死体検案研修会の修了者以降の修了者名簿が、日本医師会から都道府県医師会に送付、共有されることについては、都道府県警察及び管区海上保安本部（以下「警察等」という。）に対して、警察庁及び海上保安庁からそれぞれ周知されるものとする。

なお、この際、修了者名簿が警察等に共有されることはない。

3　警察等による都道府県医師会への照会、協議等

取扱死体について検視する場合に医師の立会いを求める必要がある警察等においては、検視への立会い（及び当該検視への立会いに引き続き検案することとなる場合の多い）医師をより一層確保するため、例えば、検案する医師等の確保が十分ではない地域、休日や夜間等における対応体制が脆弱と認められる地域等の実情を十分に踏まえた上で、修了者名簿を有する都道府県医師会に対して、検案する医師等の確保に関する照会、協議等を行うことができる。

なお、この際、事務手続きに齟齬を生じさせないよう、警察等においては都道府県医師会への照会、協議等を行う担当窓口を一本化するよう、警察庁及び海上保安庁からそれぞれ周知されるものとする。

4　都道府県医師会における適格性を有する医師の選定及び警察等への回答

警察等から検案する医師等について照会、協議等を受けた都道府県医師会においては、これに協力し、日本医師会から送付、共有された修了者名簿に掲載された修了者を参照するなどして、当該照会、協議等の事由に該当する、又は該当する可能性が認められる医師を選定し、当該医師に対して、警察等への協力（連絡先の教示を含む。）についての意思確認等を確実に実施するものとする。

その上で、都道府県医師会は、警察等に対して、当該医師の連絡先を教示するなどの回答を行うものとする。

なお、この際においても、修了者名簿が警察等に共有されることはない。

5　その他

すでに都道府県医師会等をはじめ、都道府県の単位において検案する医師等の確保体制が構築されている場合、必ずしも、本事務連絡に記載の限りではないことを申し添える。

死体検案講習会事業

令和８年度予算案（令和７年度予算額）
19,526千円（19,526千円）

１．目　的

臨床医等の検案能力の向上

２．講習内容（上級）

座学中心
・死体検案に関係する法令
・死体検案書の書き方
・検案の実施方法　　　　　　など

実習
監察医務機関や各大学法医学教室などにて現場実習

【死因究明等推進計画】

厚生労働省において、日本医師会に委託して、検案に従事する機会の多い臨床医等を対象に、大規模災害時への対応等を含む検案能力の向上を図ることを目的とした死体検案研修会を実施しているところ、引き続き、日本医師会、関係学会等と連携して研修内容及び方法の充実を図るとともに、医療関係団体等を通じて広く医師に対して参加を働きかけ、警察等の検視又は調査への立会いをする医師や、検案する医師を含め、当該研修を修了した者の数を増加させる。

〇令和２年度以降
・新型コロナウイルス感染症対策のため、オンデマンド形式の講義を導入
〇令和２年度～４年度
・毎年度、受講者の募集人員を増加

修了者数実績

令和元年度	基礎１７６名	上級８７名
令和２年度	基礎４８４名	上級０名
令和３年度	基礎５４３名	上級１８３名
令和４年度	基礎５０５名	上級８４名
令和５年度	基礎４８４名	上級７３名
令和６年度	基礎６３０名	上級６１名

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

⑥ 歯科保健医療の推進

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ポイント（⑥歯科保健医療の推進）

- 歯科口腔保健については

・生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）の推進を含め、
　自治体における歯科口腔保健の推進のための体制の充実等の取組

に対し、令和７年度補正予算や令和８年度予算案において必要な予算を計上している。

- 歯科医療提供体制については、

・災害時や歯科医師が減少している地域等、受診困難な状況にある者に対して歯科保健医療提供体制を確保するための取組

・地域の実情を踏まえた歯科医療提供体制を構築するための取組

に対し、令和７年度補正予算や令和８年度予算案において必要な予算を計上している。

- さらに、歯科医師の必要数や適切な配置に関する具体の分析等に関する議論を行っているところ。

- 歯科技工所に関しては、引き続き、

・開設の届出がなされた歯科技工所について管理番号の付与

・すでに廃業している歯科技工所についての実態調査等

について対応をお願いをしたい。

- 引き続き、歯科口腔保健の推進や歯科医療提供体制の構築に向けた取組をお願いしたい。

参考資料

【〇生涯を通じた歯科健診を行う環境整備の推進】

施策名：生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業

令和7年度補正予算額　8.8億円

医政局歯科保健課
（内線2583）

①　施策の目的

健康で質の高い生活を営む上で、口腔の健康の保持・増進が重要な役割を果たしていることから、簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診と受診勧奨の主体的な取り組みを支援することによって、生涯を通じた歯科健診の推進に早急に対応する。

②　対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							○		

③　施策の概要

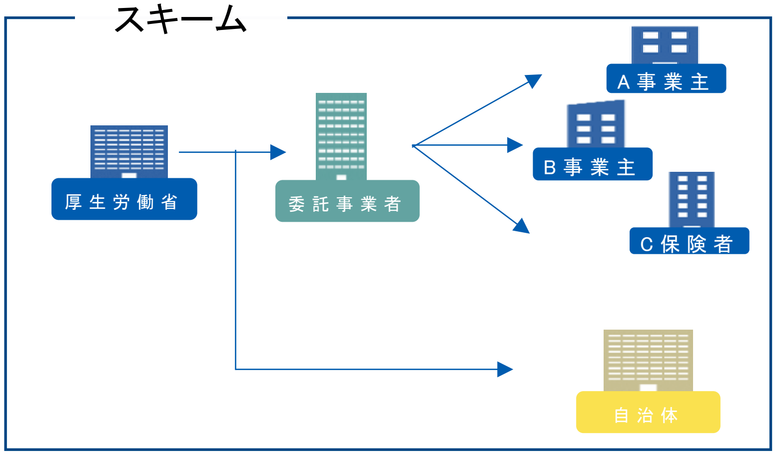
一般健診等と併せて実施、あるいは特定健診結果やレセプトデータによる歯科受療歴等をもとに選定した対象者に対して実施する、簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診と受診勧奨を主体的に行う保険者及び事業主、自治体に対して支援を行う。

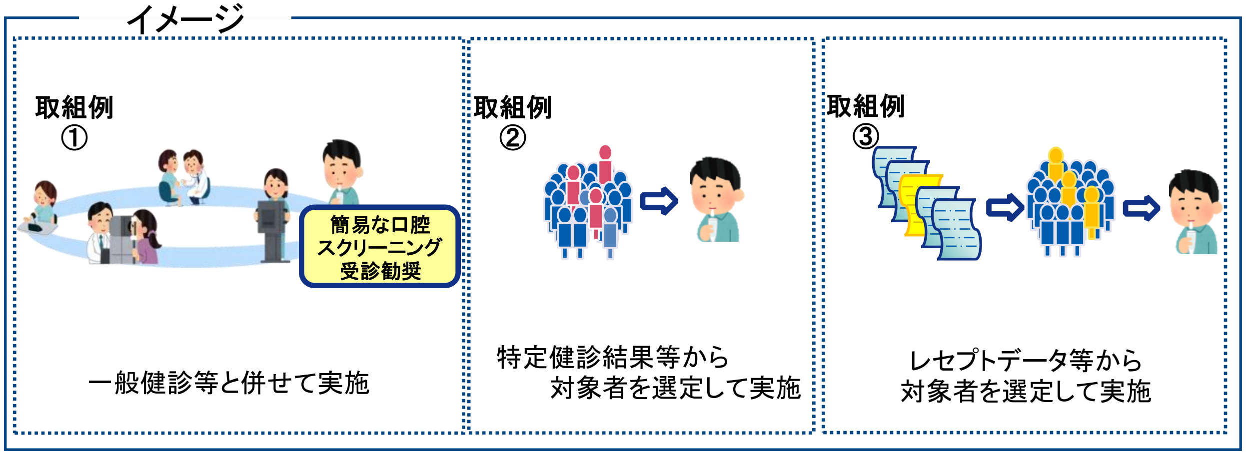
④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

1　生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業（職域等）　【実施主体：保険者、事業主】

2　生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業（自治体）　【実施主体：政令市、特別区、市町村等】

- いわゆる一般健診等と併せて、簡易な口腔スクリーニングを実施。
- 特定健診結果やレセプトデータによる歯科受療歴等をもとに対象者を選定し、簡易な口腔スクリーニングと受診勧奨を実施。





【補助内容】人件費、検査分析費など

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）

- 簡易な口腔スクリーニングを用いた歯科健診と受診勧奨の主体的な取り組みを支援することによって、生涯を通じた歯科健診を推進し、広く国民の歯・口腔の健康の保持・増進を図る。

8020運動・口腔保健推進事業

令和８年度当初予算案　11億円（13億円）　※ () 内は前年度当初予算額

１ 事業の目的

○歯科口腔保健の推進に関する法律に基づき策定されている歯科口腔保健施策を総合的に推進するための「歯科口腔保健施策の推進に関する基本的事項」（平成24年度制定）に基づき、各地域において様々な取組が実施されている。
○令和6年度より、「歯科口腔保健施策の推進に関する基本的事項（第2次）」が開始され、地域における歯科健診やフッ化物局所応用等のう蝕予防対策、歯科関係職種等の養成等の歯科口腔保健施策の推進に関する取組を今まで以上に実施することが求められている。
○また、「骨太の方針2025」において「生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた具体的な取組」も含めた、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組むとしていることも踏まえ、自治体における歯科口腔保健の推進のための体制の充実を図る。

２ 事業の概要・スキーム、実施主体

１．8020運動推進特別事業

歯科口腔保健の推進のために実施される歯科保健医療事業（都道府県等口腔保健推進事業に掲げる事業を除く）に必要な財政支援を行う（平成12年度から実施）。　【実施主体：都道府県】補助率：１／２相当定額

１）8020運動及び歯科口腔保健の推進に関する検討評価委員会の設置
２）8020運動及び歯科口腔保健の推進に資するために必要となる事業
　ア　歯科口腔保健の推進に携わる人材研修事業
　イ　歯科口腔保健の推進に携わる人材の確保に関する事業
　ウ　その他、都道府県等保健推進事業に掲げる事業以外の事業

【事業実績】
3年度44箇所、4年度45箇所、 5年度46箇所、 5年度46箇所、6年度46箇所

３．歯科口腔保健支援事業

国民に対する歯科口腔保健の推進に関する知識の普及啓発等を行う。
【実施主体：株式会社　等】
・歯科疾患予防等に資する動画等の作成・公開
・マスメディア等を活用した効果的な普及啓発の実施
・セミナー、シンポジウム等の開催等

２．都道府県等口腔保健推進事業

「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき、歯科口腔保健の取組を進めるため実施される歯科保健事業を行う（平成25年度から実施）。
【実施主体：都道府県、政令市、特別区、市町村】２）Ⅰ①～⑤、Ⅱ①
【実施主体：都道府県、政令市、特別区】 １）、 ２）Ⅱ②、Ⅲ①②
補助率　：１／２相当定額

１）口腔保健支援センター設置推進事業
　【事業実績】2年度46箇所、3年度46箇所、4年度 49箇所、 5年度 53箇所

２）口腔保健の推進に資するために必要となる事業
Ⅰ　8020運動・オーラルフレイル対策推進事業
　①　歯科疾患予防事業
　②　歯科健診事業
　③　歯科健診・クリーニング事業
　④　食育等小児口腔機能育成事業
　⑤　オーラルフレイル予防推進事業**【新規】**
Ⅱ　歯科保健医療サービス提供困難者等への歯科保健医療推進事業
　①　歯科保健医療推進事業
　②　歯科医療技術者養成・口腔機能管理等研修事業
Ⅲ　調査研究事業
　①　歯科口腔保健調査研究事業
　②　多職種連携等調査研究事業
【事業実績】Ⅰ 3年度163箇所、4年度200箇所、 5年度388箇所、6年度519箇所
　　　　　　Ⅱ 3年度64箇所、4年度70箇所、 5年度65箇所、6年度65箇所

施策名：**災害時等歯科保健医療提供体制整備事業**

令和7年度補正予算案　47億円
※補正新規

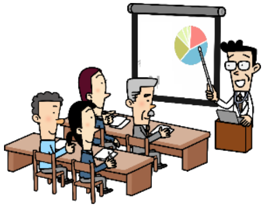
医政局歯科保健課
（内線2583）

① 施策の目的

- 令和6年能登半島地震において、JDAT（日本災害歯科支援チーム）による被災者への歯科医療の提供や口腔管理の支援が行われ、災害時の歯科保健医療の重要性が示された。
- 「骨太方針2025」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、今後発生が想定される南海トラフ地震や首都直下地震に備え、災害時の歯科保健医療の体制整備は喫緊の課題となっている。
- 一方、歯科巡回診療車での診療は、狭い空間で限られた器材を用いて歯科医療を提供するため、安全に効率的に治療を行うために、必要な知識や技術が求められることから、対応できる歯科専門職を増やすためには人材育成が必要である。
- また、災害時に歯科巡回診療を円滑に実施するためのチームの構築等の体制整備は、居宅や障がい者施設、無歯科医地区等歯科医師が減少している地域等の受診が困難な患者に対して、歯科巡回診療や訪問歯科診療を実施する際にも応用することができる。
- 本事業では、災害時をはじめ、受診困難な状況にある者に対して歯科保健医療提供体制を確保するため、歯科診療器材等の整備を行うとともに、歯科巡回診療車を活用した提供体制の検証等のモデル事業を行う。

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や口腔管理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。
  また、整備した車両や歯科診療器材等については、歯科医師が減少している地域等への歯科巡回診療等にも活用。

＜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

＜歯科診療器材等（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

※　歯科巡回診療車の整備については、以下の要件を満たすものとし、モデル的に実施。
- 災害時において、JDATとして、他都道府県への支援を行える体制を整備していること
- 近隣都道府県において、歯科巡回診療車が、原則整備されていないこと
- 災害医療（歯科保健医療）に関する協議会等において、定期的に災害医療（歯科保健医療）に関する検討を行っていること

- 災害時等の歯科保健医療の提供に必要な知識・技術を習得するため、各地域のチーム養成や災害時等に対応可能な歯科衛生士を養成する研修を支援。
- 無歯科医地区等歯科医師の減少地域など、歯科巡回診療や巡回歯科健診等のニーズの調査・分析、及び提供体制の検討を支援。

【実施主体 ： 都道府県（都道府県において補助対象先を決定）】

（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）

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
- 災害時に備え、円滑に歯科専門職を被災地に派遣できるようにするとともに、災害時の歯科医療提供体制の特性を活かし、全ての都道府県において歯科医療を提供できる体制を整備

歯科医療提供体制構築推進・支援事業

医政局歯科保健課（内線2583）

令和８年度当初予算案　2.7億円（3.2億円）※()内は前年度当初予算額

1　事業の目的

◆少子高齢化の進展、歯科疾病構造の変化など、歯科保健医療を取り巻く状況は大きく変化している。地域により、歯科医療資源の状況等は異なることから、地域の実情を踏まえた歯科医療提供体制を構築することが求められている。

◆「骨太方針2025」においても、「歯科保健医療提供体制構築の推進・強化に取り組む」との方針が示されている。

2　事業の概要・スキーム、実施主体

①　歯科医療提供体制構築推進事業

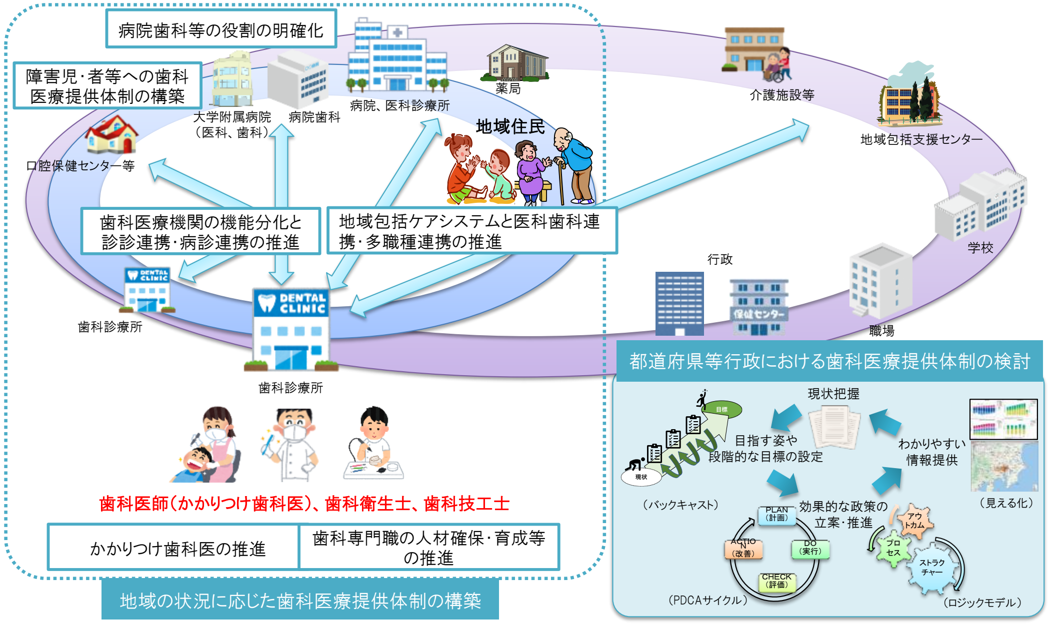
各都道府県における歯科医療提供体制の構築を推進するため、歯科医療提供体制の構築に向けた協議・検討に基づいた体制整備を支援する。

【実施主体】都道府県
【補 助　率】１／２相当定額

②　歯科医療提供体制構築支援事業

歯科医療提供体制の構築促進のため、各地域の課題解決に向けて具体的な取組を実施する事業を支援する。

【実施主体】都道府県、市町村、地域歯科医師会、大学等
【補 助　率】１／２相当定額



地域拠点病院・地域拠点歯科診療所施設整備事業（医療提供体制施設整備交付金）

令和８年度当初予算案　63百万円（70百万円）※()内は前年度当初予算額 【医療提供体制基盤整備費】

1 事業の目的

【病院における歯科の設置】

◆ 口腔の管理が誤嚥性肺炎の予防や在院日数の短縮につながることが報告されるなど、**口腔と全身の関係について広く認識**されている。

◆ 入院患者等に対する口腔管理を通じた医科歯科連携の多くは、病院勤務や訪問診療を行う歯科医師によって取り組まれているが、全国で歯科を設置する病院（病院歯科）は約２割と少ない。また、病院歯科は、専門性の高い歯科医療の提供や、過疎地域を含め地域の歯科医療機関の後方支援機能等、その果たす役割は大きく、地域の歯科医療提供体制にとって重要であることから、**病院への歯科の設置**を促進し、必要な設備整備を図る。

【地域拠点障害者歯科診療所】

◆ 障害者など診療に困難を伴う患者の受入れ体制については十分とはいえない状況にあり、**必要な歯科医療を提供する口腔保健センター等の障害者の歯科診療も対応した拠点診療所の整備**を図る必要がある。

◆ 整備から年数が経過し、老朽化等により高度化する歯科診療に対応することが困難な拠点歯科診療所が多く見られることから、施設の更新等を行い、障害者などへの歯科医療を確保する。

【地域拠点歯科診療所・地域歯科医療支援センター（仮称）】 **【新規】**

◆ へき地や歯科医師が減少している地域等において、当該地域の歯科医療提供体制を確保するために、拠点となる歯科診療所や、歯科診療所の支援を行う機能を有するセンターの設置等が求められる。

◆ そのため、拠点となる歯科診療所や地域歯科医療支援センター（仮称）の設置・改修等のための必要な施設整備を図る。

2 事業の概要・スキーム、実施主体

１）病院歯科への施設整備の支援【実施主体：病院（間接補助）】

補助率：１／２

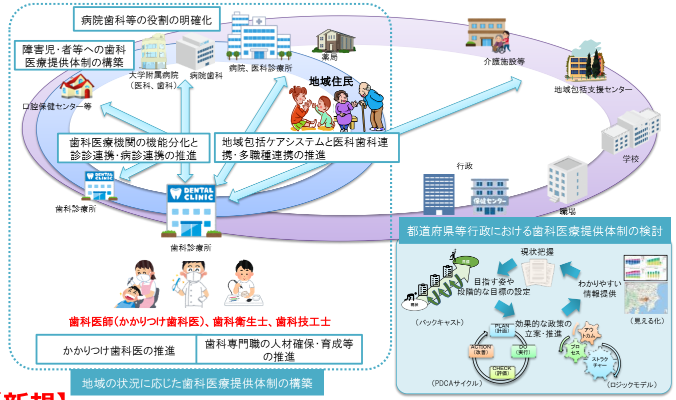
地域の実情に応じた歯科医療提供体制の構築が求められていることから、地域における歯科保健医療提供の拠点となる**病院歯科を整備**（設置・増改築・改修）する。

２）地域拠点障害者歯科診療所施設整備事業【実施主体：歯科診療所（間接補助）】

補助率：１／２

診療に困難を伴う障害者等の受入れを行う歯科の拠点診療所を整備（設置・増改築・改修）する。

(一般的な歯科疾患を有する患者の診療を行う場合も含む)



３）地域拠点歯科診療所・地域歯科医療支援センター（仮称）【実施主体：歯科医療機関等（間接補助）】 **【新規】**

補助率：１／２

地域の拠点となる歯科診療所や地域で必要な歯科専門職の人材確保や連携の支援等の地域の歯科医療機関を支援する地域歯科医療支援センター（仮称）を整備（設置・増改築・改修）する。

歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループ

1 趣旨

◆ 少子高齢化による人口構成の変化や歯科疾患の罹患状況の変化、医療や介護等における歯科保健医療に対するニーズの多様化などにより、歯科保健医療を取り巻く状況は大きく変化している。こうした状況に対応するため、地域において必要な歯科保健医療が提供されるよう、歯科医療の質の向上を図るとともに、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築することが求められている。

◆ これらを踏まえ、令和３年２月以降、厚生労働省医政局に設置された「歯科医療提供体制等に関する検討会」において、歯科医療の提供体制の構築等に関して必要な事項について、総合的に議論を行ってきたところである。

◆ 同検討会において、個別具体の分析等について議論する場を新たに設けることとされたことから、今般、「歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループ」を開催することとする。

2 検討事項

1. 歯科医師の必要数に関すること。
2. 歯科医師の適切な配置に関すること。
3. その他、歯科医療の提供に関すること。

3 構成員

※第５回（令和7年12月19日）開催時

明石　昌也	神戸大学大学院医学研究科外科系講座 口腔外科学分野・教授	福田　英輝	国立保健医療科学院　統括研究官
市川　哲雄	徳島大学　名誉教授	藤井　一維	歯科大学学長・歯学部長会議　常置委員会委員長
岩崎　正則	北海道大学大学院歯学研究院　予防歯科学教室　教授	古屋　純一	昭和医科大学歯学部口腔健康管理学講座 口腔機能管理学部門　教授
小坂　健	東北大学大学院　歯学研究科長	三浦　宏子	北海道医療大学　特任教授
瀬古口精良	公益社団法人日本歯科医師会　副会長		

（座長：小坂健構成員）

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）

第３回　歯科技工士の業務のあり方等に関する検討会	資料１
令和６年12月６日	

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、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２＞の「①都道府県番号」には都道府県コード（JIS規格）を、「②保健所番号」には、各都道府県等が付与する保健所の番号を、＜例１＞及び＜例２＞の「③歯科技工所の番号」には各保健所が付与する歯科技工所の番号を使用してください。

※**一覧に検索機能を備える**等、開設届出の有無を簡便に確認できるようにしていただくとともに、**廃止届出がなされた歯科技工所の番号を新たに届出がなされた歯科技工所には付与せず、同一の管理番号が存在することのないよう**ご留意ください。

＜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）・・・
○○県 - ×× - 0001	○○歯科技工所	××市○丁目○番○号	・・・
○○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	○○歯科技工所	××市○丁目○番○号	・・・
01 - 003 - 0002	△△デンタルラボラトリー	××市△丁目△番△号	・・・
・・・	・・・	・・・	・・・

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

（参考）医政局の組織見直し

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和８年度　厚生労働省組織・定員の概要

「持続的・構造的な賃上げに向けた三位一体の労働市場改革の推進」と「多様な人材の活躍促進」、「全世代型社会保障の構築に向けた医療・介護・障害福祉分野のＤＸの着実な推進」等を進めていくことが必要であり、以下のような内容が認められた

１．厚生労働省の情報政策機能強化

厚生労働省の情報政策機能を強化するため、令和８年夏に情報関係組織の組織再編を行う

＜組織再編の内容＞

・政策統括官（局長級）をＤＸ専任とし、厚生労働分野のＤＸ加速を強力に推進

・政策統括官の下に、参事官４人を設置し、複数部局にまたがるＤＸ関連の重要政策を集約化し、課題解決の迅速化を図る

（１）ＤＸの戦略的な管理・運用のためのＰＭＯ機能、労働情報インフラの整備等

（２）サイバーセキュリティ対策等

（３）マイナ保険証や医療情報の二次利用の更なる推進等

（４）病院情報システムの刷新、医療情報の共有、電子カルテ・電子処方箋の普及推進等

・厚生労働省の情報分野に係る高度の専門的な知識経験を有する「医療・福祉情報特別研究官」（専門スタッフ職）を設置

２．組織体制の整備（主なもの）

・ハローワークにおける求職者と求人者のマッチング機能強化のための体制整備 → 職業安定局に「参事官（職業紹介等業務担当）」を設置

・創薬支援対策の拡充のための体制強化 → 医政局に「創薬支援対策室」を設置

・育成就労制度の施行に向けた体制整備 → 人材開発統括官の下に「育成就労業務指導企画官」を設置

・医療分野の生産性向上の促進等のための体制強化 → 医政局に「医療経営改革課」を設置

注）新組織の名称は全て仮称

３．人員体制の整備

区分	令和７年度末定員	令和８年度増減内訳※1 増員等	減員等	差引	令和８年度末定員
厚労省	32,852	564	▲477	87※2	32,939
内部部局	4,437	134	▲51	83	4,520

※１　令和８年度増減内訳には、定年引上げの影響を緩和して新規採用数を確保するための特例的な定員（特例定員）154人（うち内部部局11人）を含まない

※２　厚労省全体の差引は、雇用調整助成金等対応の時限定員（労働局）の到来減▲100人を除くと、+187人

◆増員等の主な内容

■本省内部部局等

・厚生労働分野におけるDXの着実な推進のための体制強化　⇒　33人

・創薬力の強化とイノベーション推進のための体制強化　⇒　11人

■都道府県労働局

・ハローワークにおける求職者と求人者のマッチング機能強化 ⇒ 198人【ハローワーク】

※社会人選考採用におけるハローワーク等の非常勤職員の採用を引き続き積極的に実施

・労働災害防止対策、外国人労働者の労働条件確保対策等の強化

⇒　70人【都道府県労働局、労働基準監督署】

5．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
1．2040年を見据えた医療提供体制（改正医療法の施行等）			
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
② オンライン診療に関する総体的な規定の創設	総務課	企画法令係	2529
③ 美容医療の適切な実施	医事課	企画法令係	4144
④ 医師偏在是正に向けた総合的な対策	地域医療計画課医師確保等地域医療対策室	-	4148
2．補正予算			
①賃上げ・物価上昇支援、病床数適正化支援 等 （うち施設整備、産科・小児科支援、病床数適正化以外）	医療経営支援課	医業経営データ分析係	2607 2609
①賃上げ・物価上昇支援、病床数適正化支援 等 （うち施設整備、産科・小児科支援、病床数適正化）	地域医療計画課	―	（施設整備）2550 （病床数適正化）4095 2665 （産科小児科）8048
② 個別の補正予算事業（医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに基づく支援）	地域医療計画課医師確保等地域医療対策室	-	4148
② 個別の補正予算事業（地域連携周産期医療体制モデル事業）	地域医療計画課救急・周産期医療等対策室	小児・周産期医療係	8048
② 個別の補正予算事業（生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）パイロット事業）	歯科保健課	総務係	4093
② 個別の補正予算事業（離島・へき地における看護師の特定行為研修推進モデル事業）	看護課	看護サービス推進室　特定行為研修係	4195、4176 4173
② 個別の補正予算事業（中央ナースセンター事業）	看護課	人材確保係	4166
② 個別の補正予算事業（看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション推進実証事業）	看護課	看護サービス推進室　特定行為研修係	4195 2654
3．医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進			
① 医療機関の業務のDX化の推進	総務課	企画法令係	2529
② タスク・シフト/シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等（医師関係）	医事課	-	4415、4452
② タスク・シフト/シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等（看護師関係）	看護課	-	4175、4176 4166、2654
② タスク・シフト/シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等（歯科医師関係）	歯科保健課	-	4093
4．個別の政策課題			
① かかりつけ医機能	総務課	―	4103
② 救急・災害対応	地域医療計画課救急・周産期医療等対策室	救急医療係 災害医療係	（救急）2550 （災害）2548
③ 医療安全の推進	地域医療計画課	医療安全推進・医務指導室　指導係	2580
④ 医療法人の経営情報のデータベース（MCDB）	医療経営支援課	医業経営データ分析係	2609
⑤ 死因究明等の推進	医事課死因究明等企画調整室	調整係	4418
⑥ 歯科保健医療の推進	歯科保健課	総務係	4093
（参考）医政局の組織見直し	書記室	管理係	2508