

地域医療計画課

1. 新たな地域医療構想について

(1) 新たな地域医療構想の検討の経過について

新たな地域医療構想については、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加や人口減少が見込まれる2040年頃を見据え、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・集約化を推進するといった内容が、昨年度開催した「新たな地域医療構想等に関する検討会」においてとりまとめられたところ。

その後、必要な制度改正を盛り込んだ「医療法等の一部を改正する法律」(以下「改正医療法」という。)が第219回臨時国会において、一部修正が加えられて成立に至った。

また、新たな地域医療構想の具体的な内容については、令和7年7月からガイドラインの策定に向けて「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」を開催し、先日議論がとりまとめられたところである。各都道府県におかれては、今後お示しするガイドラインも踏まえながら、令和8年度以降、順次新たな地域医療構想策定に向け、検討を進めていただきたい。【PI-計5～6】

(2) 新たな地域医療構想の具体的な内容について

新たな地域医療構想の策定・推進に当たって、各都道府県において、特に御承知おきいただきたい事項については、以下に記載のとおり。

① 構想区域の見直し

新たな地域医療構想の策定に向けて、構想区域について、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、医療提供体制を検討する区域として適切かを、区域の規模やアクセス等を踏まえながら点検し、必要に応じて見直しを行っていただきたい。特に人口20万人未満の区域は2040年を見据えると更に医療需要が少なくなることが想定され、医療提供体制として非効率になることや、持続可能な医療機関の経営等が成り立たなくなることが考えられるため、隣接する区域との統合も含めて検討をお願いする。

検討の際には、都道府県において把握しているデータに加え、国から提供するデータも活用いただきたい。【PI-計7】

② 必要病床数の推計

必要病床数の推計については、現行の地域医療構想の推計方法を基本とし、将来の人口推計を用いて現状投影した将来の医療需要を推計する一方で、地域医療構想における取組等を踏まえた改革モデルを反映させることとしている。都道府県における必要病床数の推計にあたっては、構想区域の点検や見直しを行った後、令和9年度までを目途に算出いただくことを想定しているところ。なお、必要病床数の推計を行った後も医療計画の見直しのタイミングにあわせた定期的な見直しを行うこととしている点についてもご留意いただきたい。【PI-計7】

③ 医療機関機能

新たな地域医療構想では、医療機関機能を報告する仕組みを創設すること

とし、医療機関の機能に着目し、連携・再編・集約化の取組を進めることとしている。その報告については、令和8年度の機能報告から開始することとなるため、当該報告データに基づき、地域で協議を行っていただくこととなる。

【P I -計 8】

なお、医療機関機能の内、特に急性期拠点機能及び医育及び広域診療機能については、以下の点に留意しながら、各都道府県において確保に向けた検討・協議を実施いただきたい。

ア 急性期拠点機能

急性期拠点機能については、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定することとしており、その数について、人口規模 20-30 万人に 1 医療機関を目安としている。【P I -計 9】

なお、急性期拠点機能を担う病院では、医師等の医療資源に加えて、手術等の症例を集約して対応することになることから、単に手術の提供といった急性期医療のみならず、災害拠点病院や医療措置協定の締結といった、様々な役割を担っていただくことも重要であり、本機能を担う病院を決定する際は、こうした地域で果たす役割についても適宜考慮の上、協議いただきたい。

【P I -計 9】

また、急性期拠点機能を担う医療機関の決定について、1-2年ですべて手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変えることは現実的でないことから、遅くとも令和 10 (2028) 年までにどの医療機関が急性期拠点機能を担うのかを地域で決定し、令和 17 (2035) 年を目途に地域における医療提供体制の構築が可能となるよう、連携・再編・集約化といった取組が一定完結するよう進めていただきたい。【P I -計 10】

イ 医育及び広域診療機能

大学病院本院の担う機能として、医師等に係る人的協力が位置付けられる中、そうした取組が地域医療構想に沿ったものとなるよう、大学病院からは医師数等の医師派遣に関する情報を共有する等、都道府県と大学病院との間で連携を行うことが重要となる。

その上で、大学病院本院と都道府県との連携のあり方は様々であることから、連携等の取組事例について、ガイドラインでお示しすることとしているため、適宜参考にしていただきたい。【P I -計 10】

④ 病床機能報告

ア 包括期機能の創設

これまでの「回復期機能」について、今後 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を踏まえ、そうした機能を「包括期機能」として位置付けることとしている。【P I -計 11】

イ 客観性を有する報告の目安

病床機能について、医療機関が適切に報告することができ、国民・患者を

含め、その意味を理解することができるよう丁寧に説明・周知することが重要であることから、ガイドラインにおいては、診療報酬における届出に応じた客観性を有する報告の目安をお示しすることとしている。【PI-計 11】

ウ 医療機関機能報告との一体的運用

新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告が新たに創設されることとなるが、医療機関や都道府県における事務負担軽減の観点から両報告制度は一体的に運用することとし、報告内容についても整理を行うことを予定している。【PI-計 12】

⑤ 地域医療構想調整会議

ア 参加者及び検討事項等

新たな地域医療構想は、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ものとなることから、調整会議での検討事項等多岐にわたる。そのような中で、その議題に応じて、必要な関係者で議論が行えるよう、国において主な参加者やその検討事項について一定整理の上、ガイドラインにおいてお示しすることとしている。【PI-計 12】

また、既に様々な制度において協議の場が設けられていることも踏まえ、そうした既存の協議体と一体的に実施することや、既存の協議体の議論を調整会議に報告する等、都道府県の体制に応じ、柔軟に協議の場を設定いただきたい。【PI-計 13】

イ 市町村・介護関係者等の役割

新たな地域医療構想の対象範囲が広がることに伴い、調整会議の参加者として、市町村及び介護関係者の役割も重要になる。

市町村においては、市町村立病院の開設者として観点のみならず、将来にわたって地域全体で医療提供体制を確保するという観点も踏まえ、他の医療機関と同様に、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組に協力をいただくほか、介護保険事業の実施主体として、医療と介護の連携に向けた取組の推進といった役割が期待される。

他方、介護関係者においては、高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、調整会議への参画を通じた地域の医療提供体制の課題の把握や、医療機関との協力体制の構築等、医療における課題の解決に向けた取組に協力いただくほか、入所者の重症化予防に向けた取組や医療機関から施設への早期退院に向けた取組の推進といった役割が期待される。【PI計 1-13】

また、地域医療構想の推進に当たっては、地域住民にその目的や方向性を理解いただくことが重要であり、地域住民が地域の課題を適切に把握できること等を目的として、都道府県全体の調整会議に地域住民やその他の関係者が参画することとし、構想区域ごとの調整会議においても、可能な限り参画できることについて、必要な対応をお願いしたい。

(3) 今後のスケジュールについて

改正医療法においては、令和9年4月から新たな地域医療構想の取組が開

始となる一方で、都道府県における構想策定に向けた検討期間に鑑み、令和10年度末まで経過措置が設けられている。

都道府県においては、国が示すガイドラインを踏まえつつ地域の実情に応じ、新たな地域医療構想の策定作業を進めていただくとともに、構想区域の点検や必要に応じた見直し、急性期拠点機能を担う医療機関に関する議論も実施し、令和10年までに構想区域ごとに、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかを決定いただきたい。【PI-計14】

(4) 精神医療に関する今後の検討体制について

新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられることに伴い、精神科病院における医療機関機能や報告制度の内容、必要病床数の推計方法等を検討する必要がある。

そのため、令和8年度より、「精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ」を設置することとし、こうした検討事項について、有識者や関係者等に議論いただくことを予定しており、適宜都道府県とも連携しながら、検討を進めてまいりたい。

なお、今後のスケジュールとしては、令和8年度中にワーキンググループの議論をとりまとめ、令和9年度に各都道府県において検討・策定いただき、令和10年度から取組を開始いただくことになるため、御承知おきいただきたい。

【PI-計14】

(5) 病床数適正化緊急支援事業について

改正医療法の審議過程において「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」に「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」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、(中略)医療計画において定める基準病床数を削減する」ことが位置付けられたところ。

これを踏まえ、国において、令和9年度からの新たな地域医療構想の取組の開始までに、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ために必要な経費を、令和7年度補正予算で措置している。

都道府県においては、各医療機関が実施しようとする病床の適正化に対して、地域の医療提供体制の観点から適当か御判断いただくことになるため、御協力の程お願いしたい。

また、事業実施に伴う基準病床数の削減に係る詳細については、後日別途お示しする予定。【PI-計15】

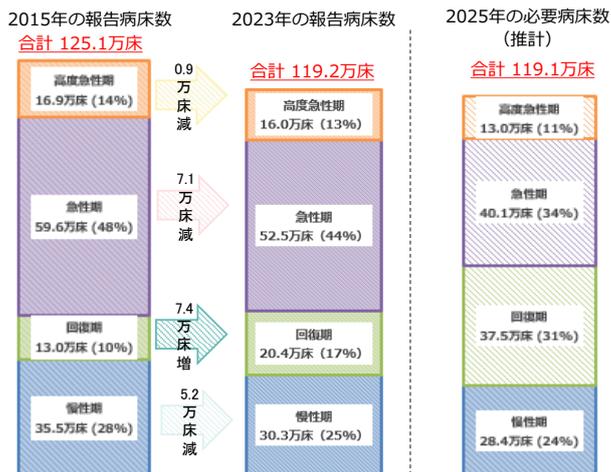
新たな地域医療構想①（概要）

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)

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、地域の实情に応じて、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

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。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。
- 保険者からの提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。

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。

施行期日

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（1④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7年10月15日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

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。

区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

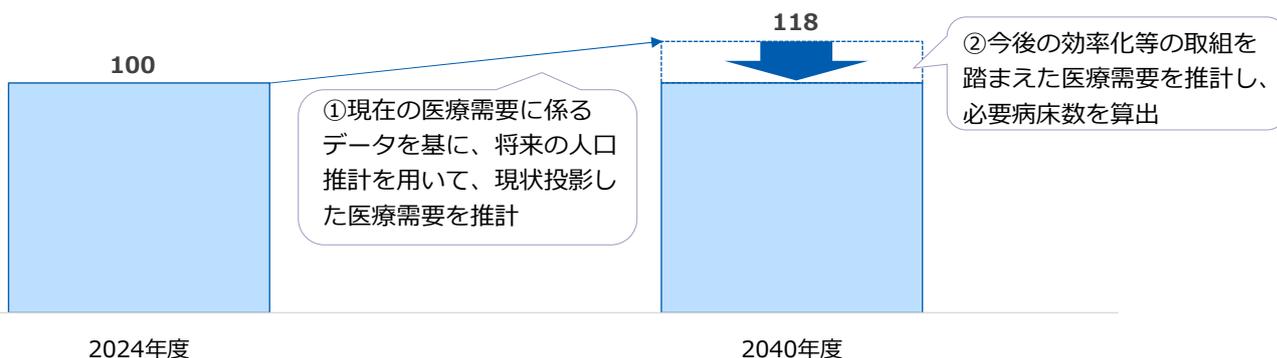
- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	<p>【区域内の効率的な医療提供体制の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 極めて多くの医療機関が存在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。等 <p>【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。等 	<p>○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 人口推計 医療機関数 医師数 機能別病床数 医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流出入の状況等） 個別の医療機関の医療提供実態 その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数等）
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> 2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、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な急性期拠点機能を確保・維持できるか。 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要があるか。等 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要があるか。等 	<p>○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者のアクセス確保の手段 隣接する県の医療資源 <p style="text-align: right;">等</p>

必要病床数の検討における論点の整理

■ 必要病床数の算出のイメージ

医療需要の見込み（2024年度=100とした場合）



資料出所：2024年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2025年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※全国推計は二次医療圏（330圏域）別推計の合計値。二次医療圏ごとの入院需要は医療機関所在地ベースであり、一般病床及び療養病床に入院する者に限る。

■ 医療需要の推計における論点

推計にあたっては、

- ①医療需要の設定：現在の医療需要に係るデータをもとに将来の人口推計を用いて現状投影した将来の医療需要を推計
- ②改革モデルの反映：効率化の取組や受療率の変化等を踏まえた改革モデルを反映させ、必要病床数を算出

のそれぞれにおける対応と、

- ③必要病床数の定期的な見直し等、これまでの議論において検討が必要とされるその他の事項

について整理が必要。

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

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

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

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

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

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

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） <ul style="list-style-type: none"> ● 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） <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 <ul style="list-style-type: none"> ● 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） <ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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） <ul style="list-style-type: none"> ● 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） <ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 -計8

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 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等
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

急性期拠点が担うことが考えられる役割の例（案）

- 急性期拠点機能は、医師等の医療資源に加えて、手術等の症例を集約して対応することとなる。単に手術の提供といった急性期医療のみならず、関連する様々な役割を担うことが重要。

概要	考え方等	
災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、 地域災害拠点病院)	災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う病院を確保	<ul style="list-style-type: none"> 地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保	都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。
臨床研修及び専門研修の実施	基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医育を実施	例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	今後の医療需要にあわせた病床数の整備を推進する	今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化（ダウンサイズ）等を行う。
地域の医療機関への人的協力	地域の医療機関への診療体制確保のための協力を実施。	大学病院本院は、急性期拠点へ人的協力を行うとともに、急性期拠点は、地域の医療機関における代診医や当直医の確保等に協力する。

※個々の役割については、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも担うことが想定される。

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**

大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

- 新たな地域医療構想において、大学病院本院の機能として、医師等に係る人的協力が求められる。地域医療構想に沿った派遣が行われるよう、例として、以下のような取組が考えられる。

① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

○大学病院本院は、当該大学病院の医局に属する医師数等を整理し、医局から医師を派遣している都道府県に対して情報を共有する。

- 各大学医局に属する医師数（診療科毎）
- 地域枠医師数
- 構想区域・医療機関別の医師配置状況

② 都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整

○地域医療構想調整会議において、以下のような情報を踏まえながら、各医療機関において必要となる医師数を整理する。

- 構想区域毎の各区域の医療機関機能の状況（急性期拠点の数など）
- 上記の病院における現在の医師数（うち、各大学に属する医師数・地域枠の医師数）
- 各医療機関の2040年を見据えた医療機関機能等に係る取組
- 構想区域の今後の人口推計等を踏まえた医療需要の見込み

③ 都道府県は、都道府県内全体の状況を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整

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

病床機能報告における報告の目安（案）

各入院料の要件や期待される役割等を踏まえ、以下のように整理してはどうか。

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救命救急入院料 ・ 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 ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・ 小児特定集中治療室管理料 ・ 新生児特定集中治療室管理料 ・ 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 ・ 総合周産期特定集中治療室管理料 ・ 新生児治療回復室入院医療管理料 ・ 一類感染症患者入院医療管理料
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期一般入院料1～6 ・ 特定機能病院入院基本料（7:1、10:1） ・ 専門病院入院基本料（7:1、10:1） ・ 小児入院医療管理料1～3
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D L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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域一般入院料1～3 ・ 専門病院入院基本料（13:1） ・ 有床診療所入院基本料1、4 ・ 地域包括医療病棟入院料 ・ 小児入院医療管理料4、5 ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 ・ 特定一般病棟入院料 ・ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病棟入院料1～2 ・ 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） ・ 有床診療所入院基本料2、3、5、6 ・ 有床診療所療養病床入院基本料 ・ 特殊疾患入院医療管理料 ・ 特殊疾患病棟入院料 ・ 緩和ケア病棟入院料

※ 診療報酬改定に伴い入院料等が変更された場合は適宜見直しを行う。

医療機関機能報告・病床機能報告について（案）

○ 医療機関機能報告について、地域における医療機関機能の議論に向けては以下のような内容を中心に報告を求めることとしてはどうか。なお、報告にあたっては、病床機能報告と一体的に運用する。

報告を求める内容

医療機関機能	【現在の機能】 <ul style="list-style-type: none"> 現在担っている機能のうち最も近いものを報告 	医療の内容	【医療機関機能に関する内容】 <ul style="list-style-type: none"> 救急医療の提供状況（救急車受入件数、下り搬送件数等） 急性期医療の提供状況（患者数、手術件数、時間外の手術件数等） 高齢者施設等との連携状況（連携している施設数、施設からの受入患者数、施設への往診件数等） 手術に関する実績（緊急手術や全身麻酔の状況等） 在宅医療の提供状況（訪問診療や往診等の実績等） 高齢者への医療の提供状況
	【2040年に担う機能】 <ul style="list-style-type: none"> 2040年において担う機能 ※2028年以降は調整会議で調整が整ったものを報告 		
構造設備・人員	【構造設備等】 <ul style="list-style-type: none"> 入院対応や時間外対応可能な診療科 医療機関の築年数 手術室数 ICU数 医療措置協定等の状況 		
	【人員に係る内容等】 <ul style="list-style-type: none"> 医師数（診療科別、常勤医師、非常勤医師、専攻医数等） その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数等） 医局に属する医師数や地域への派遣医師数（大学病院本院のみ） 休日夜間等の体制等（診療科、手術対応の有無等） 		

※ 既に現在の病床機能報告において報告されているものも含めて揭示。

令和7年10月15日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。

新たな地域医療構想における検討事項と協議の場（案）

- 新たな地域医療構想において各検討する事項の協議の場については、都道府県ごとの既存の協議体と一体的に実施することや主な既存の協議体の議論を調整会議に報告するといった、都道府県の体制に応じて柔軟に設定できることとしてはどうか。

	具体的な検討事項	主な既存の協議体
全体的な事項・広域的な連携に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制についての都道府県の方針、大学病院との連携に関する事項等 	<ul style="list-style-type: none"> 医療審議会 都道府県単位の地域医療構想調整会議
構想区域の見直し、地域ごとの医療機関機能、病床機能に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想調整会議
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 外来医療の協議の場、かかりつけ医の協議の場 （二次医療圏その他の当該都道府県知事が適当と認める区域）
在宅医療、介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 作業部会 医療及び介護の体制整備に係る協議の場（二次医療圏※） <p>※二次医療圏と老人福祉圏域が一致していない場合や二次医療圏単位での開催が適当でない場合は、都道府県が適当と認める区域</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進事業に関する協議の場（市町村、都道府県）
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 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） <p>※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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療対策協議会等の各職種の確保対策に係る協議体（都道府県）

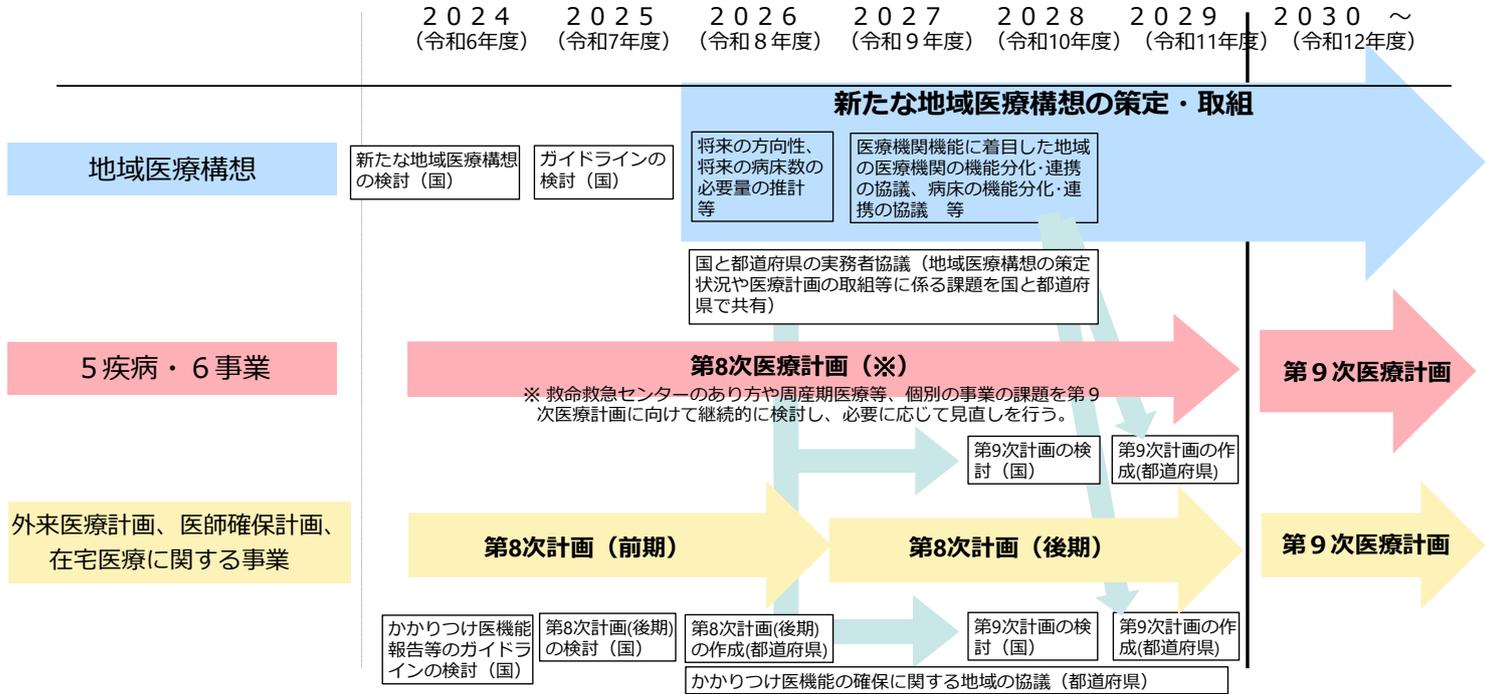
調整会議に参加する関係者の役割について（案）

- 地域医療構想調整会議に参加する関係者として位置付けることとなる市町村及び介護関係者について、以下のような役割についてガイドラインにおいて位置付けることとしてはどうか。

	主な役割
市町村	<ul style="list-style-type: none"> 市町村立病院の開設者としての観点だけではなく、将来にわたって、地域全体での医療提供を確保するといった観点も踏まえ、他の医療機関と同様に、地域全体の提供体制の構築・維持や医療提供体制の連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。 介護保険事業の実施主体として、介護側の課題を調整会議において共有するとともに、医療側の課題を理解し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。
介護関係者	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題の把握や、医療機関との協力体制の構築等、医療における課題の解決に向けた取組への協力が求められる。 介護施設における入所者の重症化予防に向けた取組や、医療機関から施設への早期退院に向けた取組を推進することが求められる。

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。



精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について

- ・ 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- ・ このため、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループを設置し、精神医療の専門家や関係者等の有識者に参画いただきながら、検討を進めていくこととしてはどうか。検討に当たっては、2027年(令和9年)10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度(令和8年度)中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

<精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ>

○主な検討事項

- ・ 2040年における精神医療の課題とそれを踏まえた地域医療構想における取組の内容
- ・ 精神医療における医療機関機能の考え方
- ・ 精神医療に係る医療機関機能報告及び病床機能報告の内容
- ・ 必要病床数の推計方法

○構成員

- ・ 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者 等

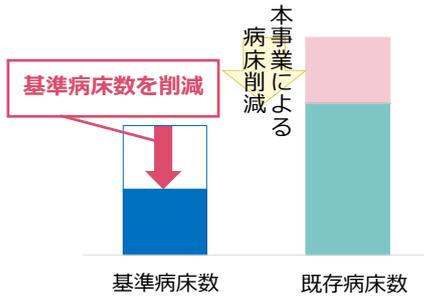
○検討スケジュール

2026年(令和8年) 春 WGにおいて議論

年度内を目途にとりまとめ

※ ワーキンググループは医政局、障害保健福祉部で開催する。

- 医療法等の一部を改正する法律の議員修正により追加された、病床数の適正化に対する支援事業に係る不可逆的措置について、具体的には、基準病床数は、地域の医療需要を、病床の稼働状況（病床利用率）を用いて病床数に換算するものであるところ、本事業の病床削減による病床利用率の変化を加味する観点から、二次医療圏ごとに、病床削減率（削減病床数/既存病床数）を用いて基準病床数を削減することとする。



- (※1) 二次医療圏によっては、病床削減率を用いて削減すると、本事業による病床削減数を下回る場合がある（例えば基準病床数が80床、既存病床数が100床であって、本事業により10床を削減した場合、病床削減率が10%（削減10床/既存100床）となり、基準病床数の削減が8床（基準80床の10%）となる）ことから、こうした場合には、削減病床数と同数（10床）分を基準病床数から削減することとする。
- (※2) 二次医療圏によっては、基準病床数(例:100床)を既存病床(例:300床)が大幅に上回る場合において、基準病床数以上(例:150床)の病床削減が行われる可能性がある（基準病床数がマイナスや0に近くなる）が、その場合には、地域の医療提供体制に支障をきたさないよう、基準病床数が削減後の既存病床数を超えない範囲で、都道府県において柔軟な運用を可能とする。

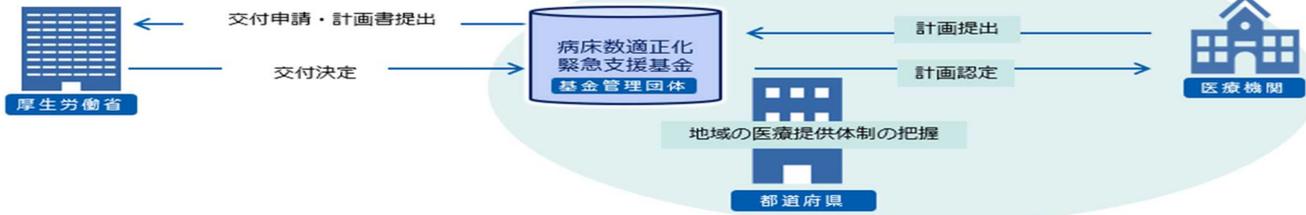
【参考：令和7年度補正予算に基づく病床数の適正化に対する支援】

○ 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）

○ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(イメージ図)



- ・ 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）

2. 地域医療介護総合確保基金について

(1) 令和8年度予算案について

- 地域医療介護総合確保基金については、令和8年度予算案において1,390億円（公費ベース）を計上しており、このうち、960億円（公費ベース）を医療分としている。【PI-計18】

また、令和7年度予算の残額がある場合は、令和8年度への繰越額として計上される見込みとなっている。

<事業区分ごとの配分について>

- 事業区分Ⅰ-1「地域医療構想の達成に向けた施設又は設備の整備に関する事業」については、200億円を充てることとする。【PI-計19】

- 事業区分Ⅰ-2「地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業」については、22億円を充てることとする。【PI-計19】

- 事業区分Ⅱ「居宅等における医療の提供に関する事業」及び事業区分Ⅳ「医療従事者の確保に関する事業」については、544億円を充てることとする。【PI-計19】

- 事業区分Ⅵ「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」については、143億円を充てることとする。【PI-計19】

- 新区分「業務効率化・勤務環境改善に関する事業」については、51億円を充てることとする。

事業内容等については、医療経営支援課の資料においてまとめて説明するため、こちらでは割愛させていただきます。【PI-計19】

(2) 未計画額の積極的な活用について

これまでに各都道府県に配分した本基金のうち、今後執行する具体的な計画がない金額（未計画額）については、令和8年度の都道府県計画に当たっての財源として積極的に御活用いただきたい。国から各都道府県への基金の配分においても、以下のとおりとなるので、御承知置きいただくようお願いする。

各都道府県の計画額 - 各都道府県の未計画額（※）

＝ 各都道府県の要望額（配分必要額）

（※）令和7年度執行状況調査で算出された未計画額

なお、令和8年度の具体的な配分方針については、改めて各都道府

県あてに事務連絡を発出するので、よろしくご確認をお願いする。

(3) 予算執行調査を踏まえた対応について

○ 「令和2年度 予算執行調査」における地域医療介護総合確保基金（医療分）に対する指摘を踏まえた今後の対応」で連絡したとおり、令和3年度以降の地域医療介護総合確保基金（医療分）については、下記の取扱いを講じることとしているので御承知置きいただきたい。

① 事業区分Ⅰ－Ⅰのうち、標準事業例5「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」について、医療機関支援に係るソフト事業に関しては、基幹となる医療機能の分化・連携の取組（機能転換、病床削減、複数医療機関の再編等）と一体的に行われる事業に限定するので、他の区分の利用を検討するなど適切に御対応いただきたい。

② また、以下については、事前に重点的なヒアリングを行った上で必要な調整を行う。

- ・ 事業区分Ⅰ－Ⅰのうち「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」について「都道府県計画」の記載項目を確認した際、地域医療構想との関係性が明確でない事業
- ・ 標準事業例以外の事業（他の財政措置が活用可能かどうか、基金の事業区分ごとの目的と事業内容との関係が明確かどうか、人件費等の経費を支出する場合であっても一時的なものかどうか）
- ・ 標準事業例に記載の事業か否かに関わらず、アウトプット指標の設定が適切かどうか、確認が必要な事業

③ さらに、事前に重点的なヒアリングを実施した事業については、必要に応じて事後においても現地確認を実施し、適切かつ効果的な事業が実施されているか確認を行うこととするので、御承知置きいただきたい。

(4) 令和8年度の交付スケジュールについて

○ 令和8年度の交付スケジュールは、以下のとおり予定している。早期内示が行えるよう、引き続き御協力いただきたい。

4月～5月 要望事業の書面確認、都道府県ヒアリング等

4月～6月 要望事業の精査、未計画額の算定

7月下旬 都道府県へ内示

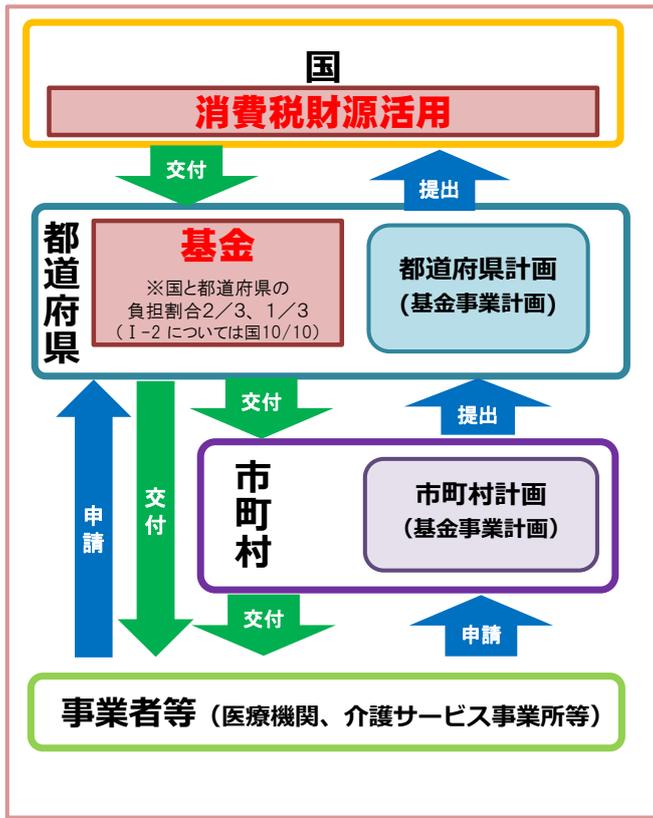
（参考）令和7年度は8月29日に内示

8月中旬以降 都道府県計画の提出、交付決定

地域医療介護総合確保基金

令和8年度予算案:公費で1,390億円
(医療分 960億円、介護分 430億円)

- 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。



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

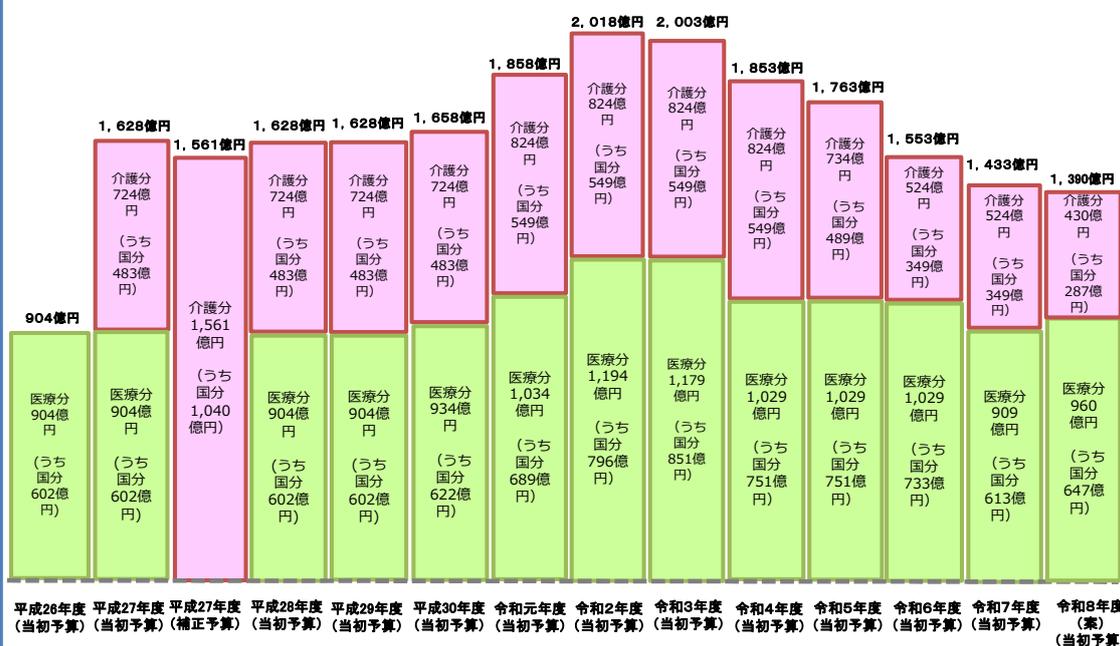
地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 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 介護施設等の整備に関する事業(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整備に関する事業
- 新区分 業務効率化・勤務環境改善に関する事業【所要の法改正を行う予定】

地域医療介護総合確保基金の令和8年度予算案について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため平成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。
- 地域医療介護総合確保基金の令和8年度予算案は、**公費ベースで1,390億円(医療分960億円(うち、国分647億円)、介護分430億円(うち、国分287億円))**を計上。

地域医療介護総合確保基金の予算額



地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 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 介護施設等の整備に関する事業(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整備に関する事業
- 新区分 業務効率化・勤務環境改善に関する事業【所要の法改正を行う予定】

※ 基金の対象事業変遷

- 平成26年度に医療を対象としてI-1、II、IVで創設
- 平成27年度より介護を対象としてIII、Vが追加
- 令和2年度より医療を対象としてVIが追加
- 令和3年度より医療を対象としてI-2が追加

地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業①

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（公費：200億円（国費：133億円））

急性期病床から回復期病床への転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行う。

（病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備）

- ・平成28年度末までに策定された地域医療構想に基づいた病床機能の転換等の施設・設備整備に対する助成事業
- ・ICTを活用した地域医療情報ネットワークの構築を行う事業

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（公費：22億円（国費：22億円））

地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等の取組に対する助成を行う。

（「単独医療機関」の取組に対する財政支援）

- ・病床数の減少を伴う病床機能再編を行う医療機関に対する支援

（「複数医療機関」の取組に対する財政支援）

- ・病床数の減少を伴う統合計画に参加する医療機関に対する支援
- ・統合に伴い廃止される医療機関の残債を承継する医療機関に対し発生する利子について支援

II. 居宅等における医療の提供に関する事業（IVと合わせて公費：544億円（国費：363億円））

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。

（在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備）

- ・在宅医療の実施に係る拠点の整備 / 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 / 在宅医療推進協議会の設置・運営 等

（在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業）

- ・在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成 / 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施 等

（その他在宅医療の推進に資する事業）

- ・在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備 / 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援 等

地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業②

IV. 医療従事者の確保に関する事業（IIと合わせて公費：544億円（国費：363億円））

医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する。

（医師確保対策）

- ・地域医療支援センターの運営
- ・医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施
- ・卒業後に地域医療に従事する意思を有する医学生に対する修学資金の貸与
- ・産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- ・女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援 等

（看護職員等確保対策）

- ・新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施
- ・看護職員が都道府県内に定着するための支援
- ・看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舍整備 等

（医療従事者の勤務環境改善対策）

- ・医療勤務環境改善支援センターの運営
- ・各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援
- ・電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備 等

VI. 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（公費：143億円（国費：95億円））

医師の労働時間短縮を図るため、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。

（労働時間短縮に向けた総合的な取組に対する財政支援）

- ・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・当直明けの勤務負担の緩和、複数主治医制の導入
- ・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進 等

（長時間労働となる医師がいる医療機関への医師派遣に対する財政支援）

- ・長時間労働となる医師がいる医療機関への医師派遣に係る逸失利益補填 等

新区分. 業務効率化・勤務環境改善に関する事業（公費：51億円（国費：34億円））

所要の法改正を行った上で、ICT機器等の導入によって業務効率化・職場環境改善に資する取組を行い、生産性向上を図る病院に対し、必要な経費を支援する事業を新設する

○中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
 ○こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援*1を実施する。
 ○令和2年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10/10）】

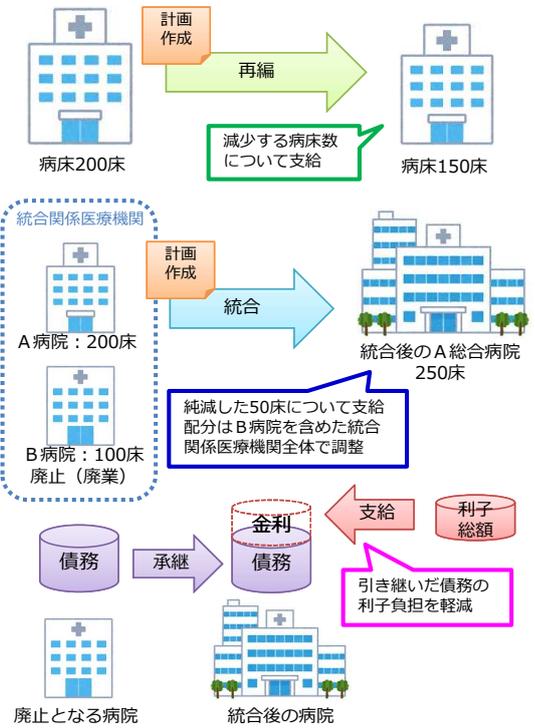
「単独医療機関」の取組に対する財政支援

【1.単独支援給付金支給事業】
 病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画を作成した医療機関（統合により廃止する場合も含む）に対し、減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給
 ※病床機能再編後の対象3区分*2の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下となること

「複数医療機関」の取組に対する財政支援

【2.統合支援給付金支給事業】
 統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）
 ※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援
 ※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数が10%以上減少する場合に対象

【3.債務整理支援給付金支給事業】
 統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合において、廃止される医療機関の残債を統合後に残る医療機関に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後医療機関へ支給
 ※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数の10%以上減少する場合に対象
 ※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る



*1 財政支援 ……使途に制約のない給付金を支給
 *2 対象3区分……高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能

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）960億円の内数

I 地域医療勤務環境改善 体制整備事業

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

II 地域医療勤務環境改善 体制整備特別事業

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

III 勤務環境改善 医師派遣等推進事業

長時間労働医療機関へ医師派遣支援を行う事業
 ※令和6年度新規事業

対象医療機関

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

かつ

以下のいずれかを満たす医療機関を新たに支援

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

- 救急搬送件数1,000件以上2,000件未満
- 救急搬送件数1,000件未満であって夜間・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。

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、臨床研修基幹病院又は基本19領域のいずれかの領域における専門研修基幹病院である医療機関

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

※地域医療体制確保加算を取得しているも対象とする。

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

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・休日労働時間の基準を超過する36協定を締結していない場合 等

補助経費

- 医師派遣に係る逸失利益補填
- 医師派遣を目的とした寄附講座 等

補助単価

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であっても対象とする。

3. 地域における医師の確保について

(1) 医師の偏在是正について

- 地域間、診療科間の医師の偏在については、今後地域ごとに人口構造が急激に変化し、地域や診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない状況にある中、現在の医療サービスの確保の観点に加え、将来にわたって地域の実情に応じた医療提供体制を確保するため、実効性のある対策を進める必要がある。
- このため、令和6年12月25日に「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を策定し、パッケージにおいては、
 - ① 経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な取組
 - ② 中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師を対象としたアプローチ
 - ③ へき地保健医療対策を超えた取組の3つの柱となる基本的な考え方を掲げている。【PI-計25】
- また、対策パッケージを踏まえ、昨年12月に医療法等の一部を改正する法律が成立し、
 - ・ 都道府県知事が、医療計画において「重点医師偏在対策支援区域」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、
 - ・ 外来医師過多区域を新たに設け、無床診療所への対応を強化等の措置を講じたところ。
- 対策パッケージや改正医療法の内容を踏まえた第8次後期医師確保計画等の策定に向けて、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において、医師確保計画策定ガイドライン等の見直しに関する議論を行っている。また、医師養成過程における取組については、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策や総合的な診療能力を有する医師の育成等、各養成過程における取組を医師確保計画策定ガイドラインに新たに位置付けることについて、「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」において議論を行っている。
- 上記の検討会における議論を踏まえ、令和8年春頃に、新たな医師偏在指標、第8次後期医師確保計画策定ガイドライン等の公表を予定しており、都道府県におかれては、令和9年度からの計画開始に向けて、令和8年度中に医師確保計画の策定をお願いしたい。【PI-計26】
- また、これまでも地域医療対策協議会等での議論や医師の派遣調整、キャリア形成プログラムの策定・充実、大学への寄附講座の設置等の地域の実情に応じた医師偏在対策を進めていただいているところであるが、引き続き更なる医師の確保・偏在是正にご協力をお願いしたい。

(2) 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

- 医師確保計画の中に、新たな項目として、医師偏在是正プランを位置づけることとしている。
- 医師偏在是正プランにおける重点医師偏在対策支援区域の設定について

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、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して頂きたい。

- 支援対象医療機関については、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、配分される事業費、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て選定することとしている。
- また、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できることとしている。【P I -計 27】

(3) 医師手当事業について

- 重点医師偏在対策支援区域において、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ものであり、その費用については、保険者からの拠出金を充てることとしている。
- 医師手当事業の具体的な開始日については令和10年度中となることが見込まれ、詳細については令和8年度以降に都道府県にお示しする予定。【P I -計 28】

(4) 重点医師偏在対策支援区域における経済的インセンティブ等について

- 令和8年度予算案において、下記の支援について予算計上している。
 - ① 重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業
重点区域内で診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、
 - ①施設整備、②設備整備、③一定期間の定着への支援を行う。【P I -計 28】
 - ② 重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業
特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点区域の医師を確保するため、重点区域内の医療機関に医師を新たに派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。
 - ③ 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代替医師確保支援事業
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、土日の代替医師確保への支援を行う。【P I -計 29】
- 令和7年度補正予算により下記の支援について予算を確保している。
 - ④ 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
重点区域における医師の勤務・生活環境の改善により、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。【P I -計 30】

- 都道府県におかれては、これらの予算の活用を積極的にご検討いただいた上で、実施する場合には、「重点医師偏在対策支援区域」の設定や医療機関への周知、実施計画の作成・とりまとめをお願いしたい。

(5) 医師確保のためのその他の予算について

<地域医療介護総合確保基金>

- 令和8年度予算案において、地域医療介護総合確保基金（医療分）の区分4、医療従事者確保について予算計上している。医師確保計画等に基づいた医師偏在対策等の取組を進めるに当たり、引き続き効果的に活用いただきたい。

<地域医療介護総合確保基金以外の予算>

① キャリア形成プログラムについて

- キャリアコーディネーターの質の向上及び対応策の標準化等、運用面の向上を図ることを目的として、令和5年度から「キャリア形成プログラム等運用支援事業」を開始している。本事業は、各都道府県のキャリアコーディネーターの対応状況を集積し、統一的な対応マニュアルを作成・更新するとともに、全国のキャリアコーディネーター等からの相談受付やキャリアコーディネーターの質向上のための研修の実施等を通じて、キャリア形成プログラムの運用面の改善を図るものである。令和8年度も引き続き実施する予定であるため、キャリアコーディネーターの研修への参加等、本事業へのご理解ご協力をお願いしたい。【P I -計 30】

② 医師少数区域等で勤務した医師の認定制度等について

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等において、診療、保健指導、他の医療機関との連携等に一定期間従事した者を厚生労働大臣が認定する制度を令和2年度から運用しており、認定を受けた医師であることを地域医療支援病院の管理者として評価している。医師少数区域等における勤務の促進のため、当該認定制度を管内の医療機関等に周知いただきたい。

- なお、各都道府県が、認定医師が勤務する医師少数区域等の医療機関に対し、研修受講料、旅費等の補助を行えるよう、補助金を通じて支援している。当該補助事業を実施していない道府県においては、当該補助事業の実施についてご検討いただき、医師少数区域等における認定医師の勤務の促進につなげていただきたい。

(参考) 周知にあたっては、厚生労働省ホームページに掲載しているリーフレットをご活用いただきたい。

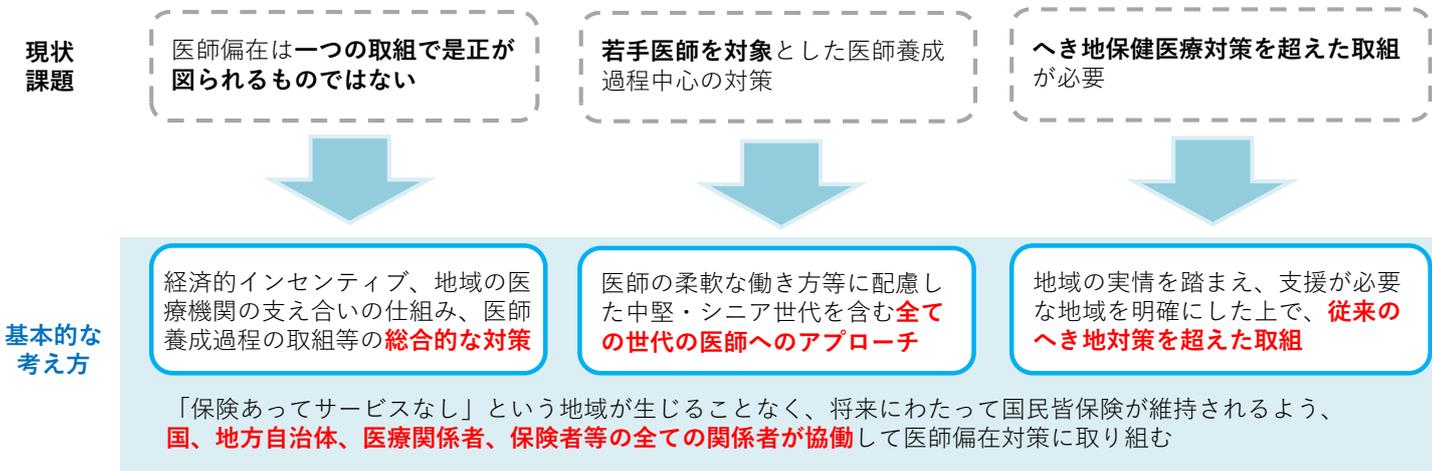
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kinkyu/index.html

- さらに、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

関については、法令改正により、地域医療支援病院に加えて、新た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が対象となる。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をした期間については、勤務経験の期間に一部認める等、要件については柔軟な対応をしている。医療機関への周知など、ご理解・ご協力をお願いしたい。【P I -計 31】

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改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。

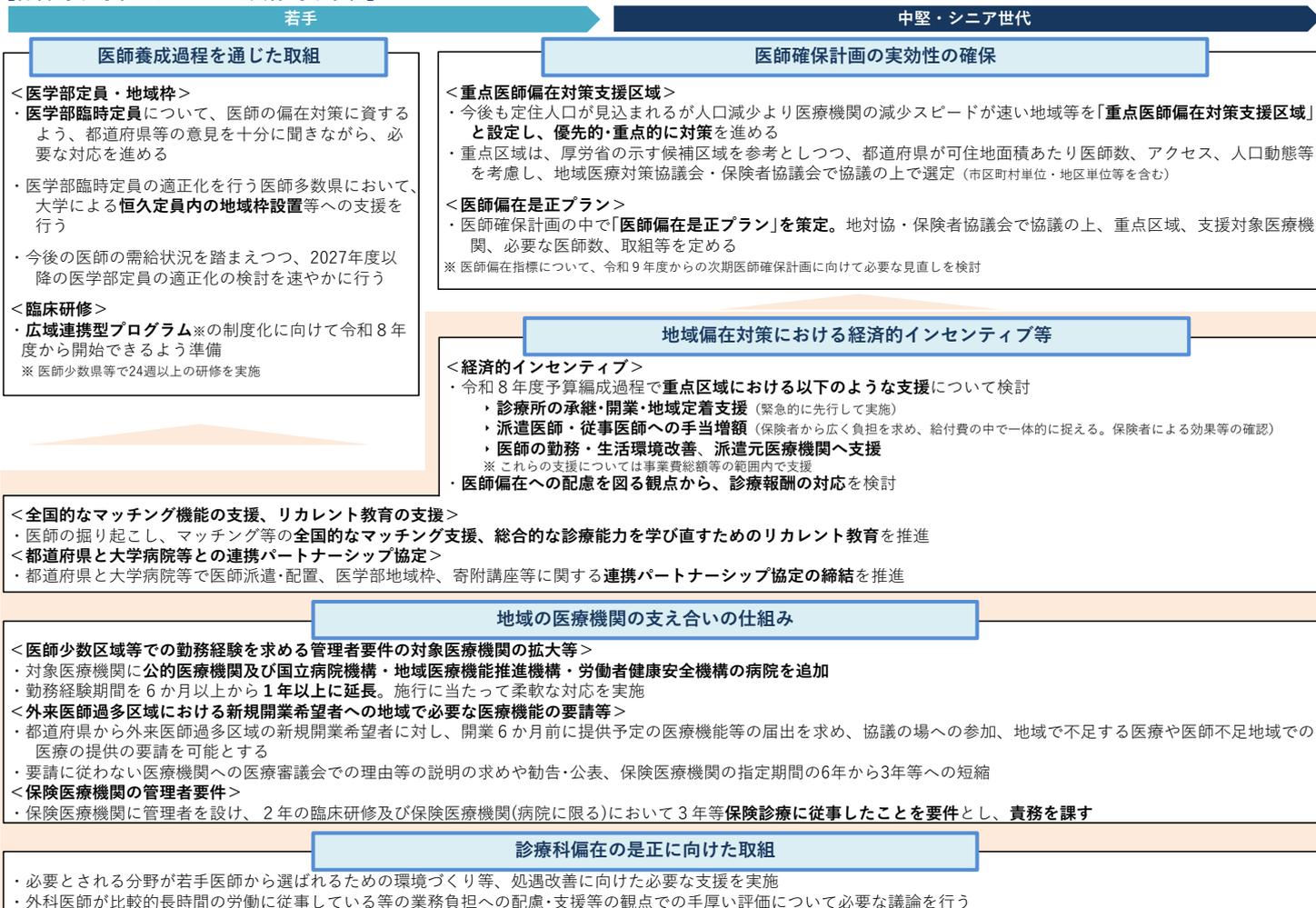
【基本的な考え方】



- ・ 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（概要）②

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】



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。保険者からの提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進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、組織体制等を見直しを行う。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か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。

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（1④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（2④の一部並びに3④の一部及び3②）等）

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 資料1

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	議論の取りまとめ
		○ 医師偏在指標について	
	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に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	
	12月頃	必要なデータ等の更新	
	1～3月	新医師偏在指標公表	
令和8年	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

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次前期ガイドライン 構成	
1. 序文 確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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を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。</p>
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**を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。

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すこととする。

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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>※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。</p>
医師偏在是正に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。

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8年1月16日 第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料3 (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するため、後期高齢者支援金等と相殺する。

○実施時期

- 令和10年度中(見込み)

重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業

令和8年度当初予算案 20億円(一) ※()内は前年度当初予算額

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、重点区域において診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行うことにより、地域の医療提供体制を確保することを目的とする。

2 事業の概要

【事業概要】

①施設整備事業

診療所の運営に必要な診療部門(診察室、処置室等)等の整備に対する補助を行う。

②設備整備事業

診療所の運営に必要な医療機器の整備に対する補助を行う。

③地域への定着支援事業

診療所を承継又は開業する場合に、一定期間の地域への定着支援を行う。

【実施主体】

- 重点区域内で承継又は開業する診療所であって、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診療所

※ 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)

3 補助基準額等

①施設整備事業

基準面積	診療部門	
	・無床の場合	160㎡
	・有床の場合(5床以下)	240㎡
	・有床の場合(6床以上)	760㎡
	診療部門と一体となった医師・看護師住宅	80㎡
補助率	国1/3 都道府県1/6 事業者1/2	

②設備整備事業

基準額 (1か所当たり)	診療所として必要な医療機器等購入費	16,500千円
補助率	国1/3 都道府県1/6 事業者1/2	

③地域への定着支援事業

基準額	診療日数(129日以下) 6,200千円 + (71千円 × 実診療日数) 等	
補助率	国4/9 都道府県2/9 事業者1/3	

重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業

令和8年度当初予算案 4.6億円（－億円） ※（）内は前年度当初予算額

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、特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点区域の医師を確保するため、重点区域内の医療機関に医師を新たに派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体

重点区域内の医療機関に医師を派遣する医療機関であって、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

4 補助基準額等

基準額：61,000円 × 延日数
 対象経費：重点区域内の医療機関への常勤医や代診医等の医師派遣に要する費用
 補助率： 国1/2 都道府県1/4 事業者（派遣元医療機関）1/4

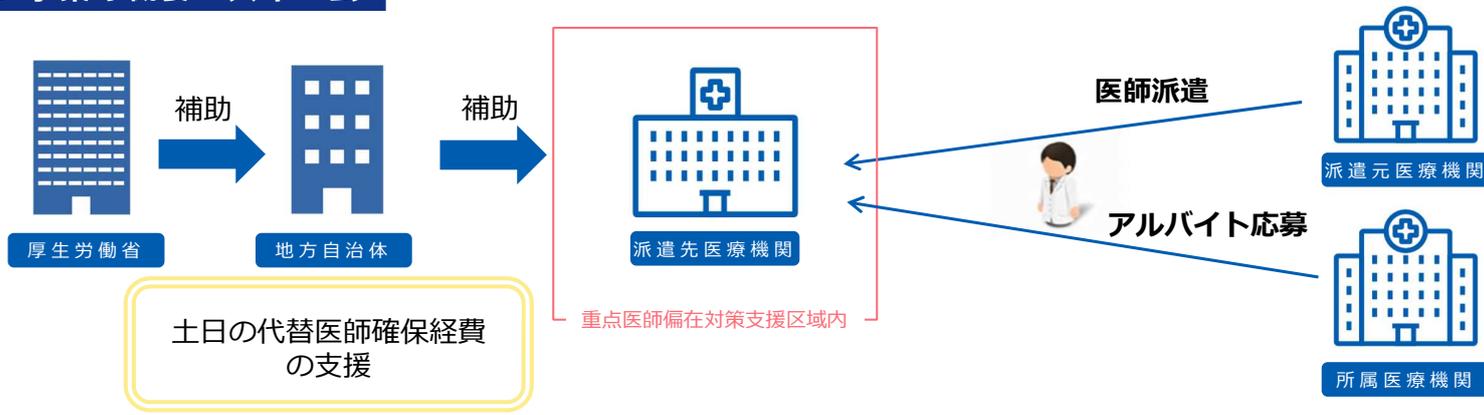
重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業

令和8年度当初予算案 5.3億円（－億円） ※（）内は前年度当初予算額

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、土日の代替医師確保への支援を行う。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体

重点区域内の医療機関であって、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

4 補助基準額等

基準額：60,000円 × 延日数（日直、宿直数）
 対象経費：土日祝日の代替医師を雇上にかかる経費
 補助率：国1/3 都道府県1/6 事業者（派遣先医療機関）1/2

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

キャリア形成プログラム等運用支援事業

令和8年度当初予算案 30百万円（30百万円）※（）内は前年度当初予算額

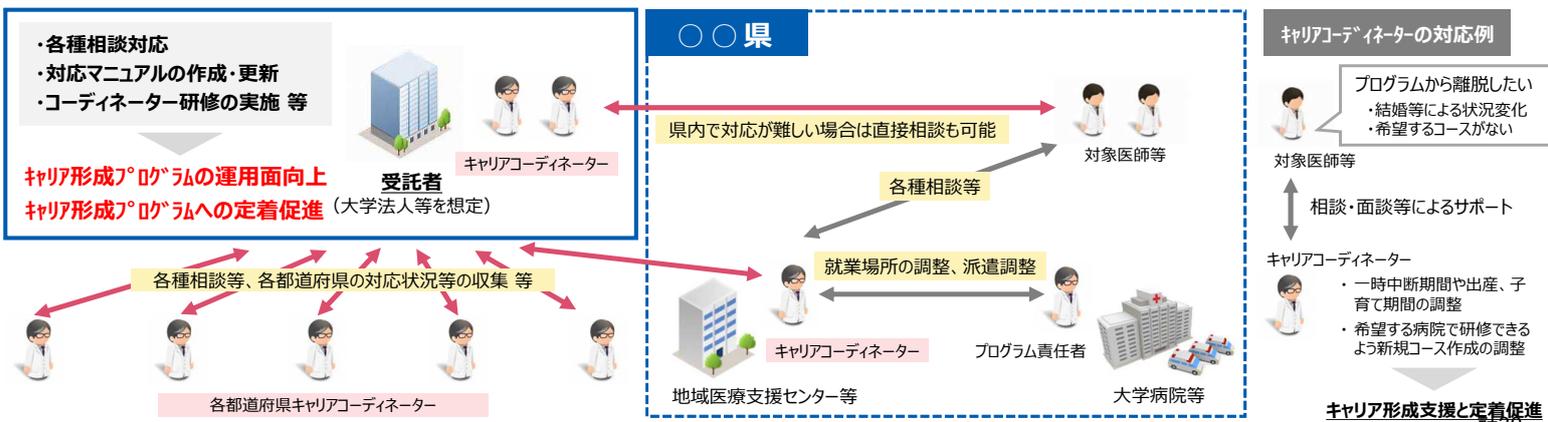
1 背景

- 令和3年12月の「キャリア形成プログラム運用指針」の改正に伴い、各都道府県では、令和4年度から地域枠・従事要件のある地元出身者・自治医科大学卒業・その他希望する者（以下、対象医師）について、対象医師と大学等の専門医の研修プログラム責任者等との派遣先に関する調整や対象医師への支援を行う「キャリアコーディネーター」を配置している。令和5年度からは、キャリアコーディネーターの業務において、将来キャリア形成プログラムの適用を受けることについて同意を得られた学生（以下対象学生）に対する「キャリア形成卒前支援プラン」に基づく取組への支援が新たに加わっている。
- このため、キャリアコーディネーターがフォローすべき対象者が拡大していることに加えて、近年、修学資金を貸与された学生が増加していることもあり、これまで以上にキャリア形成プログラムの運用面における質の向上が求められており、対象医師・対象学生（以下、対象医師等）のキャリア形成プログラム等への定着を促進する観点からも、引き続き、キャリアコーディネーターの質の向上及び対応策の標準化などを図る必要がある。

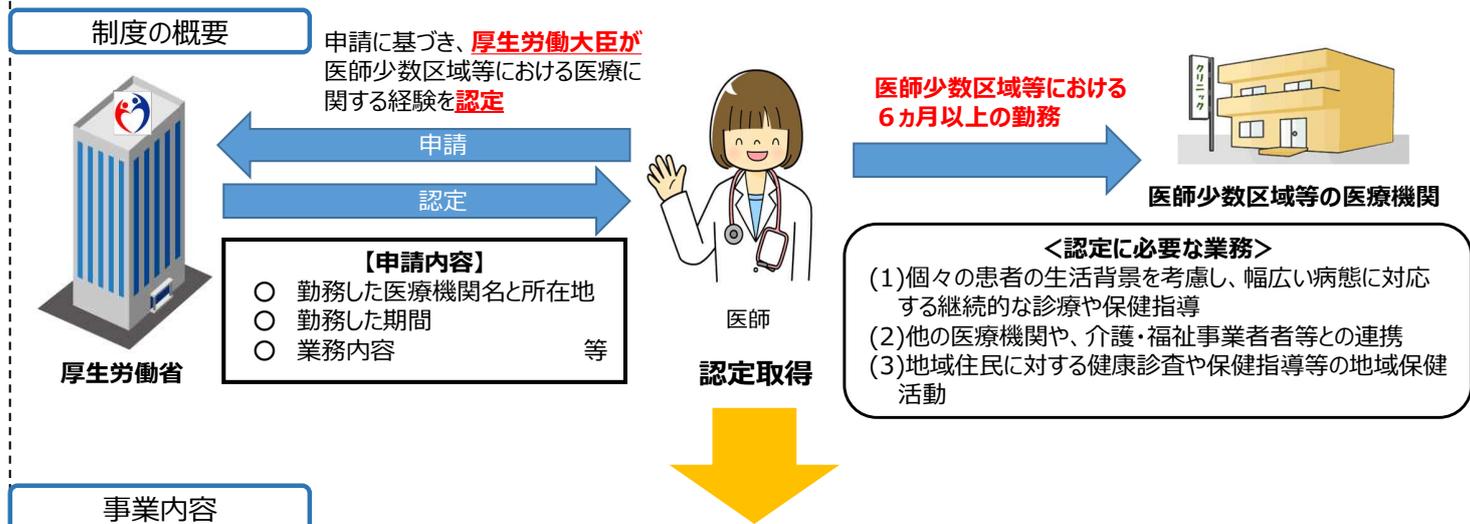
2 事業の概要・スキーム

各都道府県のキャリアコーディネーターの対応状況を集積し、統一的な対応マニュアルを作成・更新するとともに、全国のキャリアコーディネーター等からの相談受付やキャリアコーディネーターの質向上のための研修の実施等を通じて、キャリア形成プログラムの運用面の向上を図り、対象医師等のキャリア形成プログラムへの定着促進への支援を行う。

- 実施主体：委託事業（大学法人等への委託を想定）



- 医師少数区域等において一定期間勤務した医師を厚生労働大臣が認定する制度が令和2年4月に施行された。本制度が医師偏在の解消に資するよう、認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を継続するための経済的支援を行う。



事業内容

医師少数区域等で勤務する医師の質の向上等にかかる経済的支援

認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る以下の経費について支援を行う。

- 医師少数区域等で必要な医療等を学ぶための研修の受講に必要な経費（研修受講料、旅費）
- 医師少数区域等で必要な医療等を学ぶための新たな専門書の購入に必要な経費（医学用図書購入費）
- 専門領域のレベル維持のために他病院等で実績を積むための経費（旅費）

医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件について

令和7年12月12日
第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料2 一部改

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- 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。**

論点

- 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件について、**地域医療支援病院に加え、公的医療機関、NHO、JCHO、労災病院の病院の管理者となる者は、以下の者でなければならない、とする。**（改正部分が下線。それ以外は現行の取扱いから変更なし。）

1. 医師少数区域等認定医師：1年間（改正前6か月）、医師少数区域・医師少数スポット・重点医師偏在対策支援区域（以下「医師少数区域等」）で勤務した者

- ※1：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、医師少数区域等における最初の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、1年から当該勤務期間を引いた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：令和8年10月以降に認定医師の申請をする者から適用
- ※3：改正前に認定医師となった者は、改正後の認定医師とみなして管理者となることが可

2. 6か月以上医師少数区域等で勤務（医師少数区域等での勤務に係る6か月以内の期間は、臨床研修の期間もカウント可。医師少数区域等以外の区域の臨床研修病院等で指導医として勤務している場合も6ヶ月以内に限りカウント可。）

かつ

1年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、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（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）をした者

- ※1：1年間、医師少数区域等で勤務することも可
- ※2：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、医師少数区域等における最初の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、1年から当該勤務期間を引いた残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする

3. 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者

4. 令和2年4月1日より前に臨床研修を開始した医師であって、地域における医療の確保のために当該病院を管理することが適当と認められる者

5. 前任の病院の管理者が不在となることが予期しなかった場合であって、1～4以外の者に病院を管理させることについてやむを得ない事情があると都道府県が認める者（真にやむを得ない場合に限るものとし、都道府県は厚生労働省医政局と協議の上で判断すること）

4. 外来医療について

(1) 外来医師偏在指標を活用した取組について

- 外来医療の提供体制の構築については、今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを願います。【P I -計 34】

- 夜間・休日の診療、在宅医療、公衆衛生等の、地域で不足する医療機能について、具体的な目標を定め、達成に向けた取組の進捗評価に努めていただきたい。【P I -計 34】

- 外来医師多数区域における新規開業者に対しては、新規開業の届出の際に、地域で不足する医療機能を担うことの要請を進めていただきたい。地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域の医師会や市町村と情報共有する等、フォローアップをお願いしたい。【P I -計 34】

- 外来医師多数区域のうち、特に取組を進めていくべきところを外来医師過多区域と位置付けることとした。過多区域の指定には外来医師偏在指標と可住地面積あたりの診療所数を使用し、国が外来医師過多区域候補地域を示し、該当都道府県が地域の実情を踏まえ候補地域内で柔軟に外来医師過多区域を設定して頂く。外来医師過多区域においては今回の改正を踏まえた取組を進めるとともに、外来医師多数区域においても引き続きこれまでの取組を実施し、両区域において並行して地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応をお願いしたい。【P I -計 35～36】

- 外来医師多数区域に関する規定については、改正医療法において、施行後3年を目途とした見直し規定が設けられており、来年度からの施行の状況を踏まえて、引き続き国において検討を行うこととしている。【P I -計 35～36】

- また、都道府県における外来医療計画の都道府県における取組状況の確認及び評価のため、例年、外来医療計画の取組状況の調査を実施しているため、ご協力をお願いしたい。【P I -計 35～36】

(2) 医療機器の効率的な活用に係る取組について

- 医療機器の効率的な活用に係る計画については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインにおいてお示ししているところ、地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器につい

て把握できるよう、医療機器の配置・稼働状況に加え、共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても可視化を進め、必要な共同利用を進めていただきたい。【P I -計 37】

(3) 地域における外来医療の機能分化及び連携について

○ 地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携を推進するため、令和4年度に外来機能報告制度が開始された。都道府県においては、外来機能報告制度により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、地域の実情に応じた外来医療提供体制のあり方について検討いただきたい。【P I -計 37】

○ また、各都道府県におかれては、通知等で共有している外来機能報告制度の年間スケジュールを踏まえ、適切に対応いただくようお願いする。協議の結果、紹介受診重点医療機関となる医療機関が確定した際には、公表日より前に、国、当該医療機関に対し、医療機関名、公表日、公表場所等を通知等により、速やかに情報共有いただきたい。【P I -計 38】

概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づき、**医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの**である。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、**協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表**。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

② 外来機能報告を踏まえた「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介受診重点医療機関) *

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に**外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)**し、「協議の場」において、**外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**。紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの**医療機器の配置状況を可視化**し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

* 令和4年4月施行

外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

第1回第8次医療計画
等に関する検討会
令和3年6月18日 資料
2改

経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項(以下、「**外来医療計画**」)が追加されることとなった。

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急(夜間・休日の診療)、在宅医療、公衆衛生(学校医、産業医、予防接種等)等の地域に必要なとされる医療機能を担うよう求める。**

○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時的協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時的協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表**等

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。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、要請通告公表、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進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）

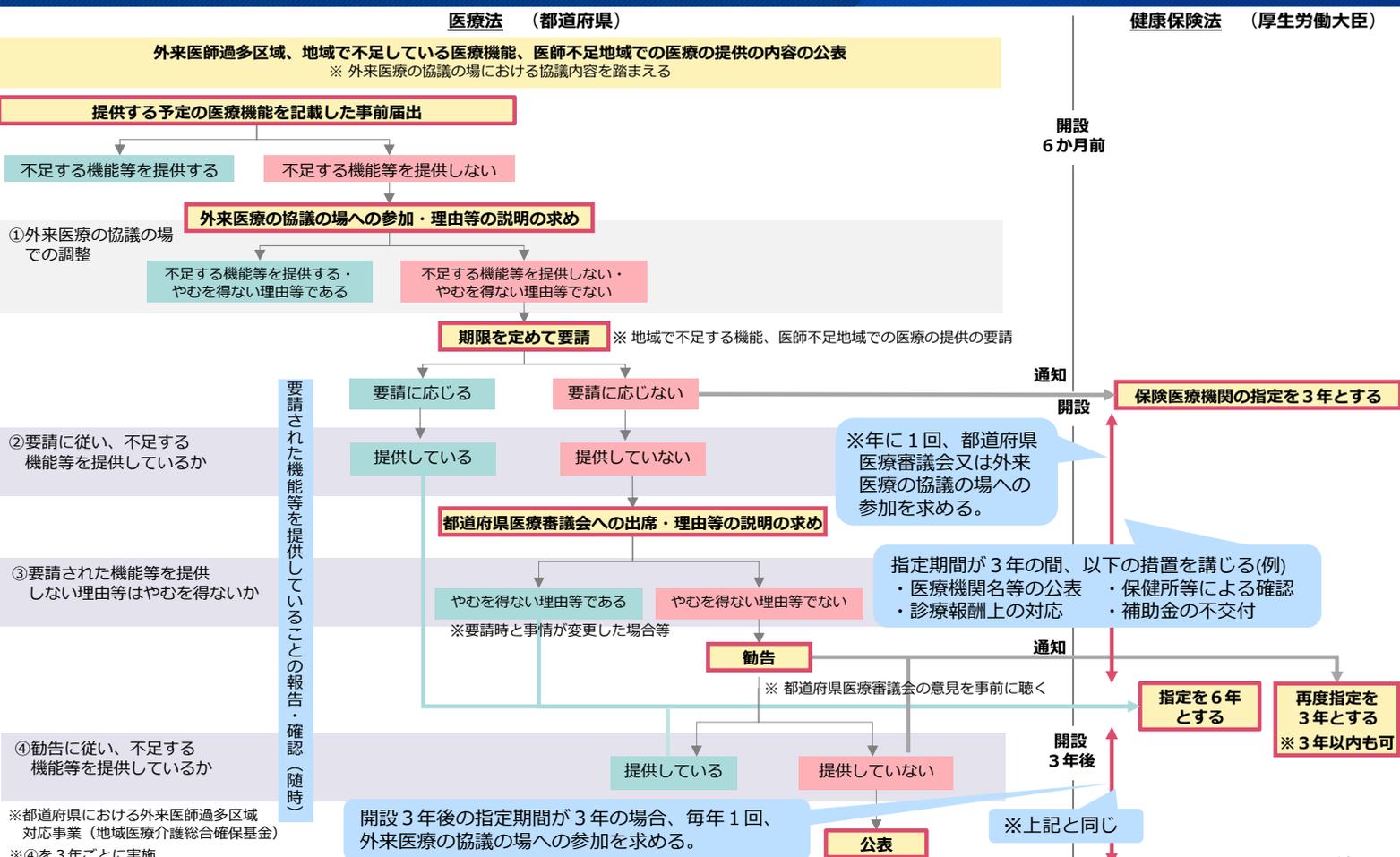
- ・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の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。

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（1④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（2④の一部並びに3④の一部及び3②）等）

外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足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）



論点

外来医師過多区域の基準について

- ・外来医師偏在指標について、「**全国平均値+標準偏差の1.5倍**」以上 **かつ**
- ・**可住地面積あたり診療所数が上位10%**

とし、当該基準に該当する以下の9箇所の二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

都道府県	二次医療圏名	外来医師偏在指標の全国平均値との差が標準偏差の何倍か（1.5倍以上の圏域）	可住地面積あたり診療所数の対全国値比	該当市区町村
東京都	区中央部	7.22	52.90	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	4.28	28.20	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	3.56	26.98	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	2.54	8.52	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	1.94	19.42	大阪市
福岡県	福岡・糸島	1.86	5.95	福岡市、糸島市
東京都	区南部	1.82	15.37	品川区、大田区
東京都	区西北部	1.74	18.47	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	1.58	5.73	神戸市

※可住地面積あたり診療所数の上位10%の対全国値比は3.59倍である

外来医師偏在指標（令和6年1月公表）、令和5年医療施設静態調査を元に医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた2025」を出典とした。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第8次後期）について

令和8年1月16日
第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料3 一部改

第8次後期ガイドライン 構成

1. はじめに

- 1-1. 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する考え方
- 1-2. 外来医療計画の全体像
- 1-3. ガイドラインの位置づけ

2. 外来医療計画の策定を行う体制等の整備

- 2-1. 都道府県の体制
- 2-2. 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場
- 2-3. 外来医療計画策定のプロセス
- 2-4. 外来医療計画の策定スケジュール

3. 外来医療計画の策定及び実施に必要なデータの収集、分析及び共有

4. 外来医師偏在指標と外来医師多数区域・外来医師過多区域の設定

- 4-1. 区域単位
- 4-2. 外来医師偏在指標
- 4-3. 外来医師多数区域の設定
- 4-4. 外来医師過多区域の設定

5. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

- 5-1. 外来医師多数区域における取組
 - 5-1-1. 新規開業者等に対する情報提供
 - 5-1-2. 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項
 - 5-1-3. 現時点で不足している外来医療機能に関する検討
 - 5-1-4. 合意の方法及び実効性の確保
 - 5-1-5. 患者や住民に対する公表
 - 5-1-6. 各医療機関での取組
- 5-2. 外来医師過多区域における取組
 - 5-2-1. 新規開業者等に対する情報提供
 - 5-2-2. 新規開業者の届出の際に求める事項
 - 5-2-3. 現時点で不足している外来医療機能に関する検討
 - 5-2-4. 合意の方法及び実効性の確保
 - 5-2-5. 患者や住民に対する公表
 - 5-2-6. 各医療機関での取組

6. 医療機器の効率的な活用に係る計画

- 6-1. 医療機器の効率的な活用に関する考え方
- 6-2. 協議の場と区域単位
- 6-3. 医療機器の効率的な活用のための検討

7. 外来機能報告

8. 外来医療計画の実行に関するPDCAサイクル

9. 留意点

①計画策定に向けた体制整備
都道府県が、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場を設け、国から提示する外来医療計画の策定及び実現に必要なと考えられるデータ等を活用し、外来医療計画を策定する。

②外来医師多数区域の設定
外来医師偏在指標を用い、外来医師多数区域及び外来医師過多区域を設定する。

③外来医師多数区域における新規開業者への取組
外来医師多数区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。

④外来医師過多区域における新規開業者への取組
外来医師過多区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。要請に従わない医療機関への対応として、医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表等を行う。

⑤医療機器の共同利用
地域の医療機器の配置状況を可視化し、外来医療に係る協議を通じて、医療機器の共同利用を推進し、人口減少に対応した効率的活用と共同利用計画の整備を図る。

- 「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」（平成29年12月）において、**医療設備・機器等の共同利用等の、医療機関間での連携の方針等について協議を行い、地域ごとに方針決定すべきである**、とされ、医療法上も医療施設に備えた施設・設備の効率的な活用に関する事項について、協議の実施及び協議結果の公表を行うこととされた。
- 今後、人口減少が見込まれる中、医療機器について共同利用の推進等によって効率的に活用していくべきであり、医療機器の共同利用のあり方等について、情報の可視化や新規購入者への情報提供を有効に活用しつつ、必要な協議を行う必要がある。

医療機器の効率的な活用のための対応

医療機器の配置状況に関する情報の可視化

- 地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を**医療機器の種類ごとに指標化し、可視化**。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化検査率比}}$$

- ※ CT、MRI、PET、放射線治療（リニアック及びガンナイフ）、マンモグラフィに項目化してそれぞれ可視化。
- ※ 医療機器のニーズが性・年齢ごとに大きな差があることから、地域ごとの人口構成を踏まえて指標化。

医療機器の配置状況に関する情報提供

- 医療機器の配置状況に関する指標に加えて、**医療機器を有する医療機関についてマッピングに関する情報や、共同利用の状況等について情報を公表**。

※ 医療機関の経営判断に資するような、医療機器の耐用年数や老朽化の状況等についても、適切な情報を提供できるよう検討。

医療機器の効率的活用のための協議

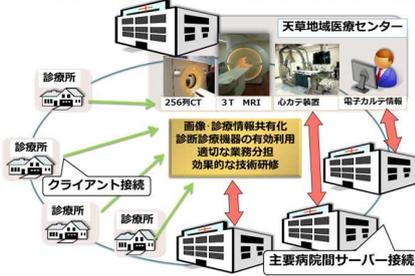
- 医療機器の効率的活用のための**協議の場を設置**。
※ 基本的には、外来医療機能の協議の場を活用することが想定されるが、医療機器の協議のためのワーキンググループ等を設置することも可能。
- 医療機器の種類ごとに**共同利用の方針について協議を行い、結果を公表**。
※ 共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。
- 共同利用の方針に従い、医療機関が医療機器を購入する場合や、当該機器の共同利用を新たに行う場合には、**共同利用に係る計画（以下、「共同利用計画」）を作成し、定期的に協議の場において確認**。
- 協議に当たっては医療機器の効率的な活用という観点だけでなく、
・CT等放射線診断機器における医療被ばく
・診断の精度
・有効性
等の観点も踏まえ、適切に医療機器が使用されているかについて、検討が必要。

医療機器を二次医療圏内で効率的に共同利用している例「あまくさメディカルネット」

- 地域の医療機関をネットワークで繋ぐことにより、共同利用施設のCT、MRI等の医療機器を共同利用施設の医師と同じ感覚で使用可能。
- 天草医療圏に存する80診療所のうち61診療所（76.3%）が加入。
- 必要に応じて、共同利用施設の専門医と同じ画像を見ながら、治療方針等も相談可能。

『あまくさメディカルネット』

天草医療圏のICT医療連携 機器の共同利用・画像ネットワーク・診療データの共有連携



施設間画像連携施設



天草地域医療センター放射線部技師長 緒方隆昭氏より提供資料を改変

外来機能報告

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）が成立・公布され、医療法に新たに規定された（令和4年4月1日施行）。

参考：医療法（一部抜粋）

第30条の18の2 病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの（以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。）の管理者は、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の**都道府県知事に報告しなければならない**。

第30条の18の3 患者を入院させるための施設を有しない診療所（以下この条において「無床診療所」という。）の管理者は、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の**都道府県知事に報告することができる**。

目的

- 「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。

報告項目

- (1) 紹介受診重点外来の実施状況
- (2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- (3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項
紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況（生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数）等

「協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

対象医療機関

義務： 病院・有床診療所
任意： 無床診療所

報告頻度

年1回
(10～11月に報告を実施)

紹介受診重点外来

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
例) 悪性腫瘍手術の前後の外来
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
例) 外来化学療法、外来放射線治療
- 特定の領域に特化した機能を有する外来
例) 紹介患者に対する外来

紹介受診重点医療機関の基準

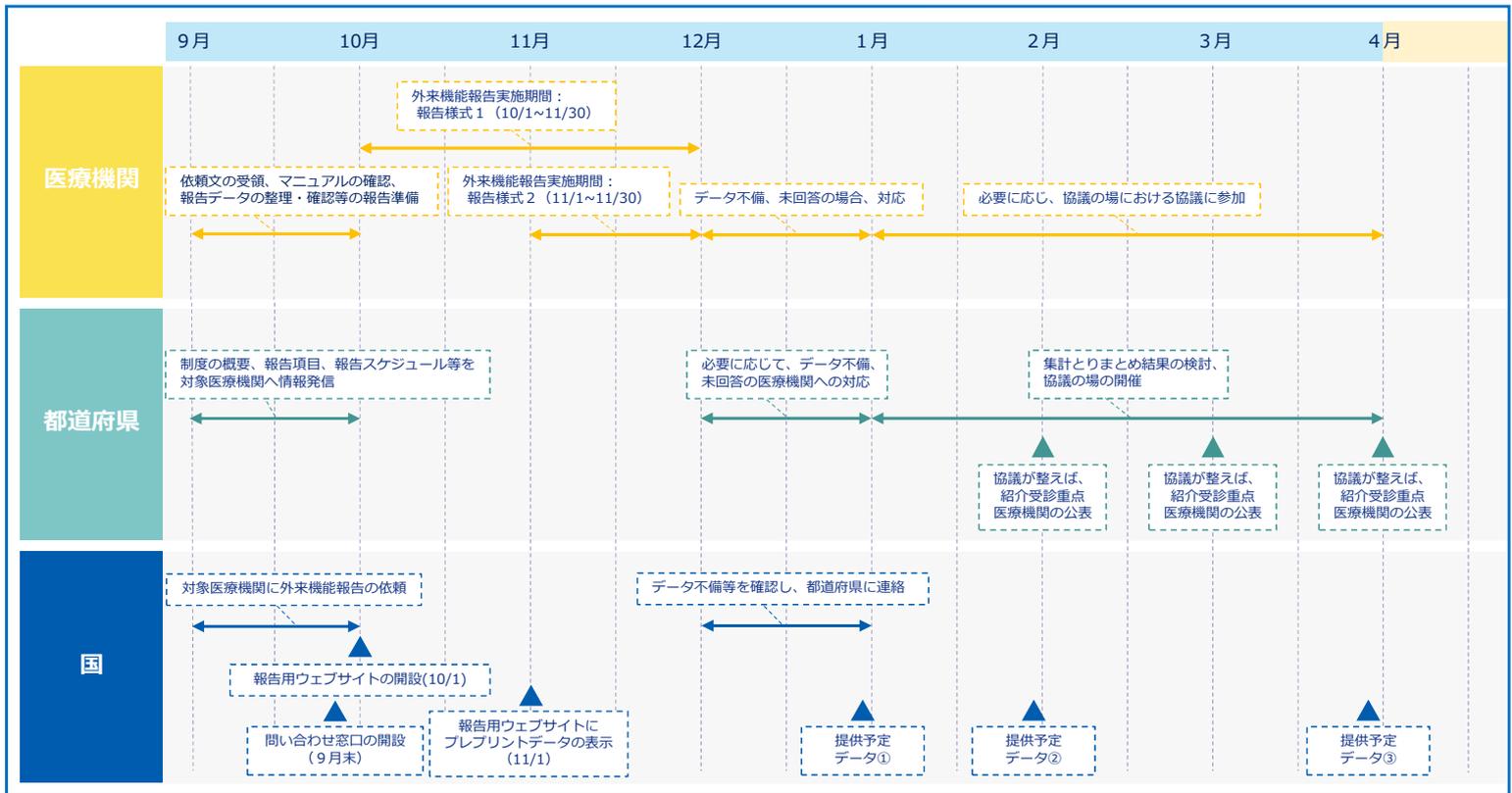
上記の外来の件数の占める割合が
・ 初診の外来件数の40%以上
かつ
・ 再診の外来件数の25%以上

意向はあるが基準を満たさない場合

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- ・ 紹介率50%以上
かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

外来機能報告のスケジュール



提供予定データ

- ① 11月30日時点データ：医療機関報告データ集計表（紙報告データを除く）（12月下旬提供予定）
- ② 1月上旬時点データ：医療機関報告データ集計表及び協議の場の参考資料（暫定版）（1月下旬提供予定）
- ③ 最終時点データ：医療機関報告データ集計表及び協議の場の参考資料（確定版）（3月下旬提供予定）

※スケジュールは変更になる場合があります。

5. 在宅医療について

(1) 在宅医療の第8次医療計画について

- 在宅医療の第8次医療計画では、「在宅医療の圏域」を適切に設定し、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとしており、全国で位置付けを進めていただいている。【PI-計41】

- このような中、第8次医療計画後期に向けた必要な検討を行う「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」においては、各都道府県においては、多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供する体制を構築するため、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」については適切な病院、診療所が位置付けられるよう必要に応じて見直しを行うことや、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」については位置付けた機関の取組状況の把握と必要な対応策の検討を行うこと等がとりまとめられており、各都道府県において必要な対応を行っていただきたい。

- また、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」については、令和7年度「地域の在宅医療の体制整備に向けた連携支援事業」において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック」の内容の充実を行っており、今後改訂版を発出予定であるため、在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に課題を抱えている都道府県等においては参考にしていただきたい。【PI-計42】

- 同事業では、令和8年度において、
 - ・ 在宅医療に必要な連携を担う拠点の伴走支援とともに、
 - ・ 在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域における人材育成を支えることのできる講師人材養成のための研修を引き続き実施する予定であり、それぞれ、拠点の整備・運用に課題を抱えている機関や、今後、地域で在宅医療の中心的役割を担う医療従事者等を対象に、積極的な参加を促していただきたい。【PI-計42】

- また、在宅医療におけるICTの利活用を推進し、効率的・効果的な在宅医療の提供につなげるため、令和8年度に実施予定の「在宅医療の効率化のためのデジタル化及びICT導入促進に係るモデル事業」においては、在宅医療提供施設等に対するICTシステム等の導入支援と、それらを活用した在宅医療を円滑に実施するための伴走支援の経費を補助する事業を実施する予定であり、当該事業を実施するモデル地区の公募を行う予定であるため、希望する地区の積極的な参加を促し

ていただきたい。【P I -計 42】

- さらに、各都道府県においては、都道府県医師会等の関係団体と連携し、上記の研修や地域医療介護総合確保基金を活用しながら、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進めていただきたい。

(2) 災害時における在宅医療提供体制強化について

- 在宅医療を担う機関は、自然災害や感染症等の発生時においても継続して医療を提供できるよう、BCP（業務継続計画）策定等の取組が重要である。また、災害時における医療提供体制の構築に向けては、自施設のBCP策定に加えて、自治体や在宅療養患者に関わる関係機関を含めた地域全体で、医療・ケアの継続と早期復旧のための体制構築が重要である。厚生労働省では「在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業」において、災害に強い在宅医療提供体制の構築を図ることを目的として、地域におけるBCP策定の際に専門家を派遣する等の支援を実施しているため、当該事業への積極的な参加を検討、推進していただきたい。【P I -計 43】

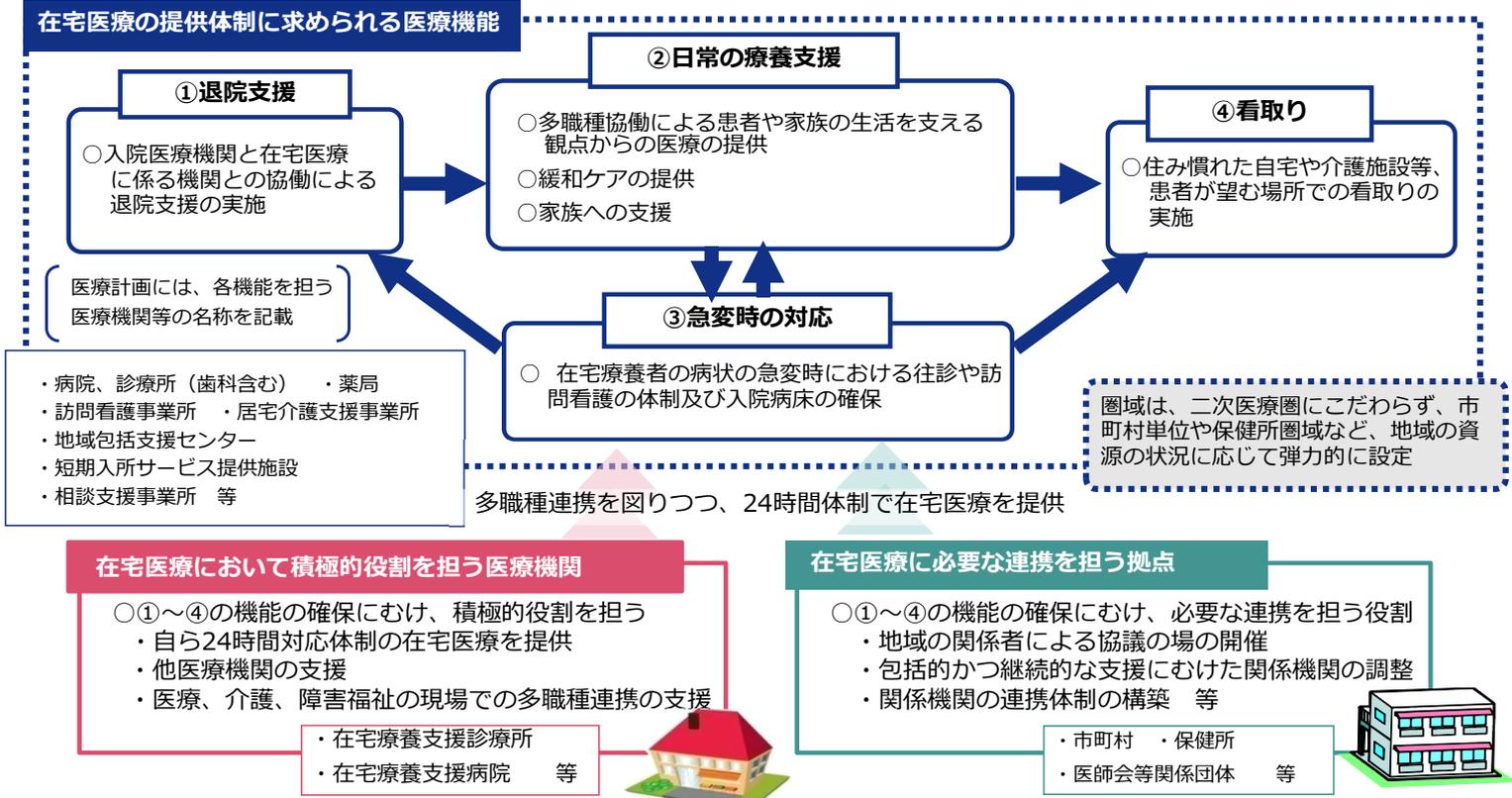
(3) 在宅医療・救急医療連携について

- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するためには、地域において、本人の病状、希望する医療・ケアや療養場所等を共有するための関係機関間の連携体制の構築が重要である。
- 厚生労働省では、救急医療や在宅医療の関係者間における患者情報の共有や連携ルールの策定等の支援に向けたセミナーを実施している。個別の連携ルールの策定自体は、市区町村等が中心となるが、好事例の横展開や広域的な調整において都道府県の役割が重要であり、都道府県においても市区町村等の積極的な参加を促していただきたい。【P I -計 43】

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

在宅医療の圏域の設定状況について

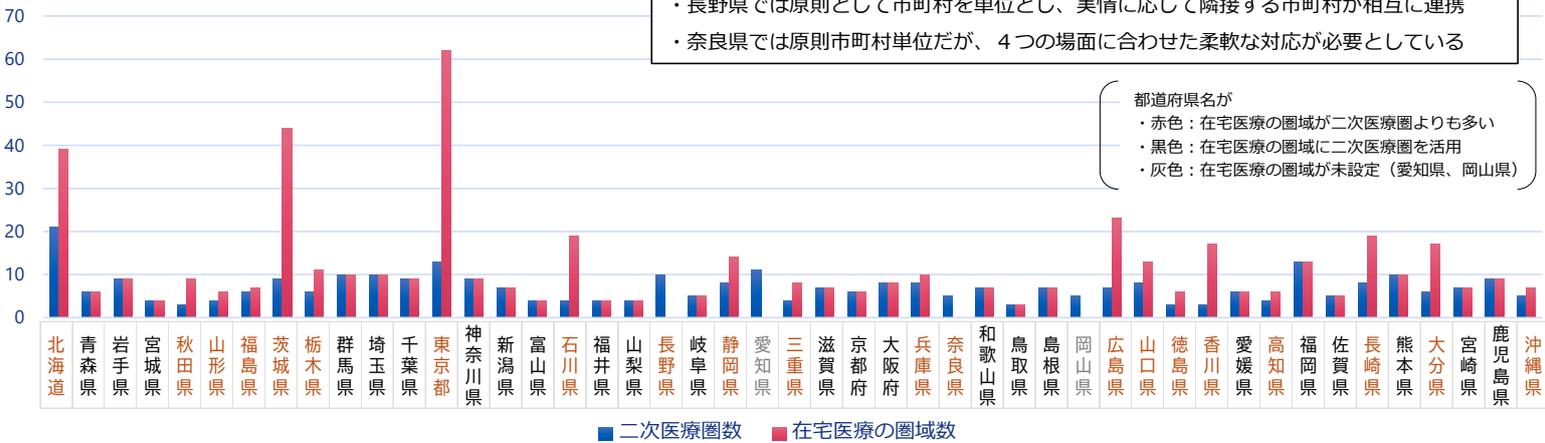
都道府県調査

- ・在宅医療の圏域として二次医療圏を活用していたのは24府県、二次医療圏よりも多い圏域を設定していたのが21都道府県であった（2県は未設定）。
- ・二次医療圏よりも多い圏域を設定していた都道府県では、市町村、郡市区医師会、保健所等の単位で設定されていた。

各都道府県における在宅医療の圏域設定状況

※令和7年10月時点の報告情報に基づき再作成

- ・長野県では原則として市町村を単位とし、実情に応じて隣接する市町村が相互に連携
- ・奈良県では原則市町村単位だが、4つの場面に合わせた柔軟な対応が必要としている



各都道府県における在宅医療の圏域の設定単位



【その他】

- ・地域の実情により組み合わせで設定（二次医療圏単位、郡市医師会単位、市町単位）
- ・急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう設定
- ・基本市町単位であるが、一部医師会単位で設定
- ・地域医療構想の区域と同じ 等

地域の在宅医療の体制整備に向けた連携支援事業

令和7年度補正予算額 39百万円（-） ※（）内は前年度当初予算額 ※令和6年度補正予算額 35百万円

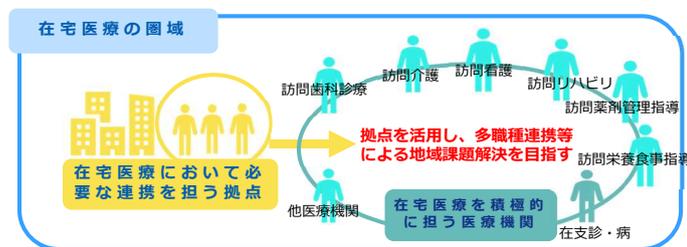
1 事業の目的

- 令和6年度からの都道府県の第8次医療計画においては、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点（以下、「拠点」という。）」を位置づけることとしており、拠点においては、在宅医療の提供体制の構築や在宅医療・介護等に係る専門的な知識を有する多職種による療養指導・支援等を実施することなども求められている。
- この取組を支援するため、既存の事業や研究等から得た知見や事例の収集等を元に、既存のガイドブックの改訂や在宅医療の体制整備・多職種連携等に関する伴走支援、地域の在宅医療を支える高度な人材を育成するための研修事業を実施し、地域における在宅医療提供体制の充実を図ることを目的とする。

2 事業の概要・スキーム

◆「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業（老人健康増進等事業）の地域事例等を参考に、国が都道府県に対し、以下の内容に関する事業を行う。

- 地域の拠点、医療機関における**在宅医療の多職種連携による事例の調査**（5地域程度）
- 都道府県、拠点、医療機関等からの地域における**在宅医療の拠点整備・運用に関する相談窓口の設置**（電話、メールを含む）
- 有識者（多職種の職能団体や自治体関係者等）からなる**検討会を開催し、拠点整備の課題・運用に関するガイドブックを改訂**
- 拠点の整備・運用に課題を抱える**都道府県や地域の医療機関等への伴走支援**を行い、有識者（地域の在宅医療実践者等）による地域の状況や課題に応じた助言等を実施（1地域程度）
- ガイドブックの概要を纏めた資料（パンフレットなど）の開発・提供**
- 広く在宅医療に関する知識を備え、在宅医療に関する人材育成に寄与することができる高度人材及び**地域における多職種間の連携や調整機能を担う人材を育成するための研修（事前学習プログラム・グループワーク研修）の実施**



3 実施主体等

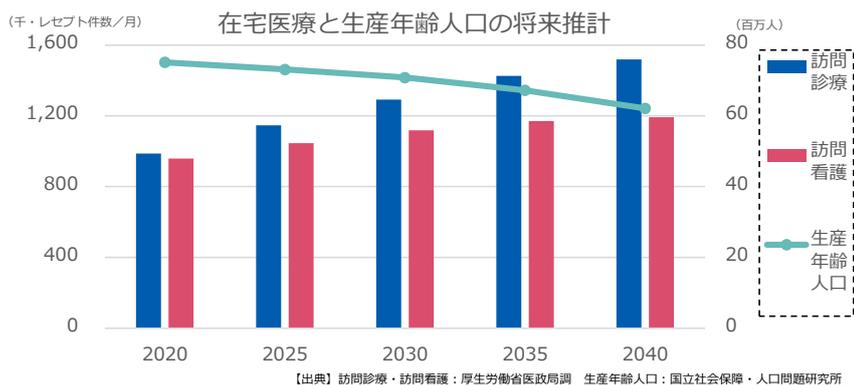
委託事業：コンサル等を想定。

在宅医療の効率化のためのデジタル化及びICT導入促進に係るモデル事業

令和7年度補正予算額 1.1億円（-） ※（）内は前年度当初予算額

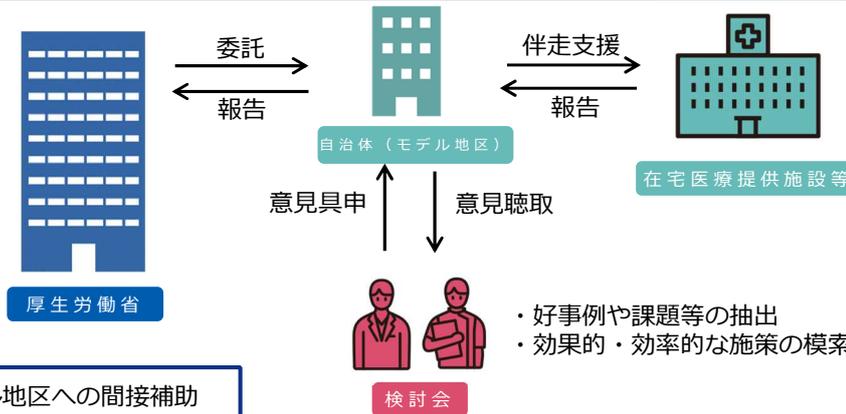
1 事業の目的

- 全国における在宅医療（訪問診療・訪問看護）の患者数は、2040年まで継続的に増加することが見込まれる一方、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が困難になっていくことが見込まれるため、デジタル化やICT導入等の手法により、在宅医療の質を担保しつつ、効率化を図ることが今後の重要な課題となっている。
- そのため、令和7年度に在宅医療提供施設等に対して、在宅医療におけるデジタル化及びICT導入の実態を調査し、課題等の抽出と効果的、効率的な在宅医療の実行につながる施策の分析を実施した。
- これらの調査結果・分析を踏まえ、希望する自治体をもとに設定した**モデル地区に対するデジタル化及びICTの導入支援**とそれらを活用した**在宅医療の実施を円滑に進めるための伴走支援のための経費を補助**する。



2 事業の概要・スキーム

- モデル地区において、在宅医療に係る有識者からなる検討会を組織し、地域特性や規模の類似性を考慮のうえ、導入手法に関する意見を聴取し、各自治体、在宅医療提供施設等に対しデジタル化やICT導入の支援と伴走支援を実施する。
- 上記伴走支援の経過について、選定された自治体は在宅医療提供施設等と適宜情報共有しながら、進捗を把握する。
- 事業を通じて把握された効果的・効率的なデジタル化及びICTの導入や円滑な運用のための方策については、検討会の意見も聴取しながら、他の自治体や在宅医療提供施設等が参照・実践できるモデルの作成を図る。



3 実施主体等

補助事業：補助率：国10/10 ※都道府県を経由した対モデル地区への間接補助

在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業

1 事業の目的

令和8年度当初予算案：12百万円（12百万円） ※（）内は前年度当初予算額

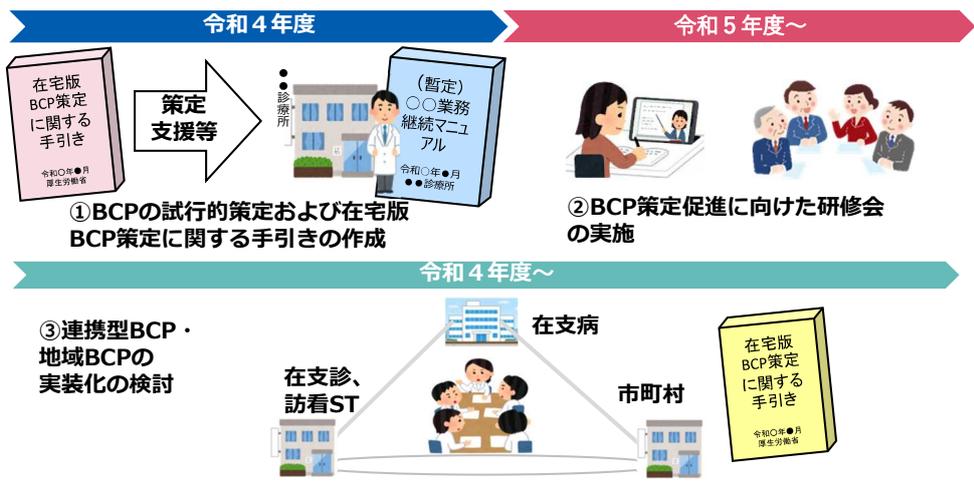
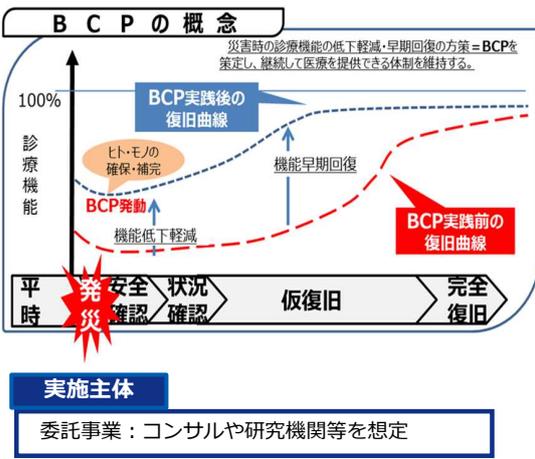
<現状・課題>

- 在宅医療を担う機関は、自然災害や感染症等、医療設備への被害、従業員が感染した場合等においても、在宅療養患者に対し、在宅医療の診療体制を維持し継続的な医療提供をすることが求められる。
- 病院等の一定程度の規模を持つ医療機関では、BCPの策定等を通じて、災害時における医療提供体制が強化されつつある。一方、在宅医療提供機関等は小規模であり、BCP策定等を行うにも体制が脆弱な上、病院と違い、患者が在宅で療養している等の特性があり、これまでのBCPの枠組みでは対応しきれない部分がある。
- また、令和6年度から開始された第8次医療計画においては、昨今の災害の被害状況を鑑み、平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進めるとともに、災害時における業務継続計画（BCP）の策定を推進することとしており、在宅医療提供機関等がBCP策定を推進するための支援が不可欠である。

<対応>

- 令和7年度は、令和4年度及び令和5年度に作成した在宅版のBCP策定に関する手引きを用い、BCP策定促進に向けた研修会を開催する。
- 在宅医療は、在宅療養患者を取り巻く様々な職種や機関等の連携で成り立っており、地域内での有機的な繋がりが不可欠であるため、関係諸機関との連携を見据えた連携型BCP、さらには地域包括ケアシステムにおける役割や関係性を念頭に置いた地域BCPへのスケールアップを図り、地域における在宅医療版BCPの実装化につなげる。

2 事業の概要・スキーム・実施主体



在宅医療・救急医療連携セミナー

1 事業の目的

令和8年度当初予算案：13百万円（13百万円） ※（）内は前年度当初予算額

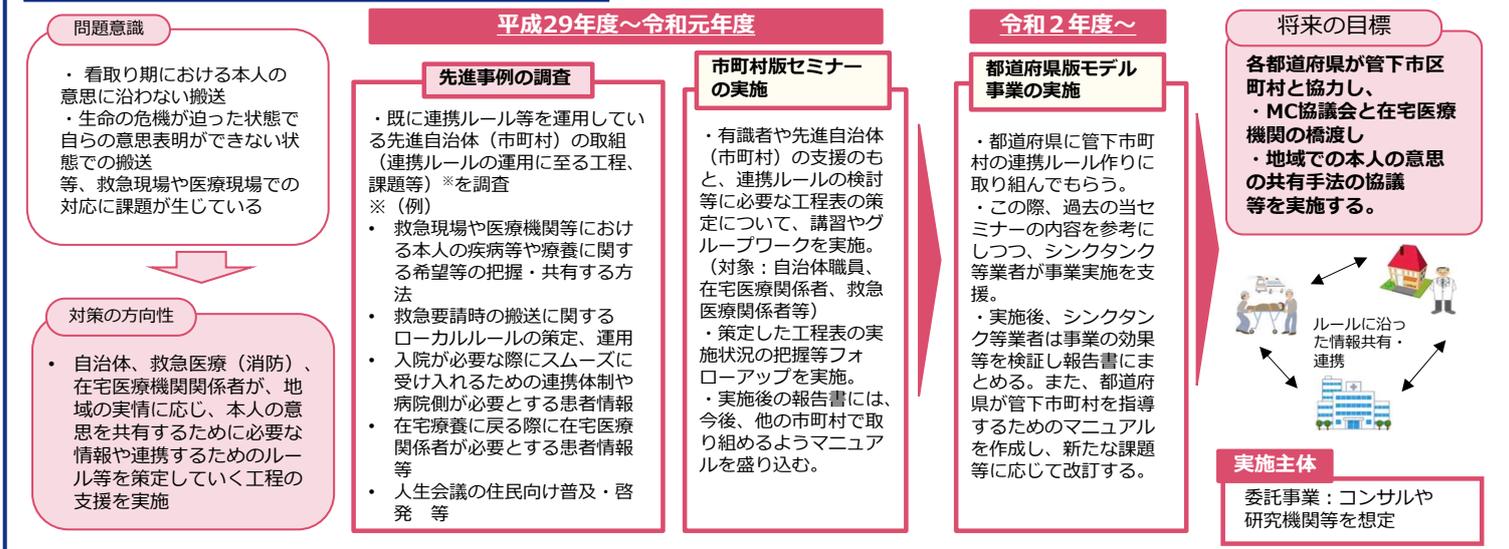
<背景・課題>

- 国民の多くが、自宅等の住み慣れた環境での療養を希望している。しかし、実際には、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと話し合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
- そのため、地域において、本人の病状や希望する医療・ケアや療養場所、延命措置に対する要望等、本人の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が必要となっている。

<対策> 本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援

- 先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅療養者等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定や、人生の最終段階の医療・ケアをどのように考えていくか等についての住民向け普及・啓発に取り組んでいる。
- このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定が進むよう、重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、本人の意思が尊重されるための環境整備を進める。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

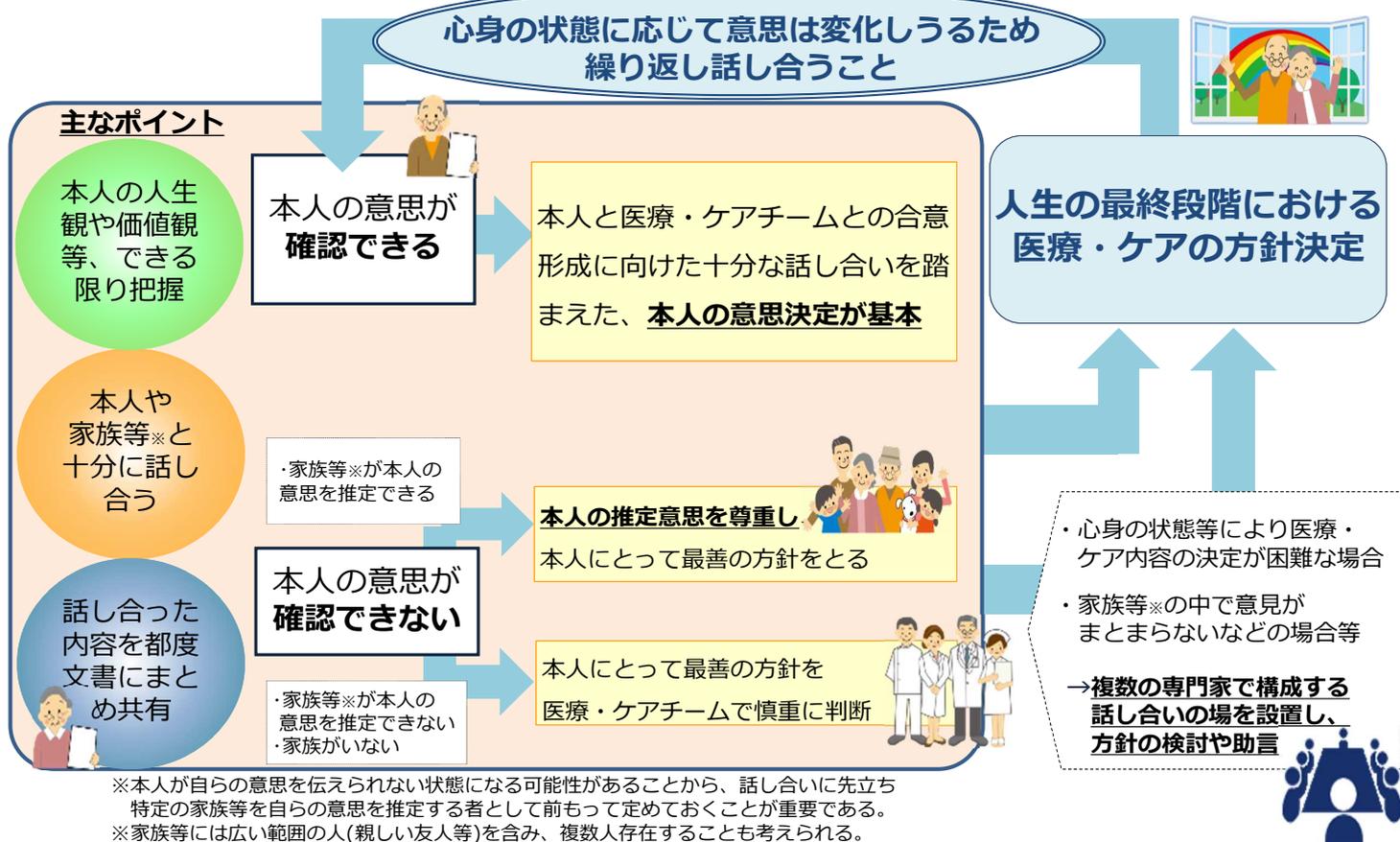


6. 人生の最終段階における医療・ケアに係る意思決定支援について

- 人生の最終段階における医療・ケアについては、本人・家族等へ十分に情報が提供された上で、これに基づいて本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合う取組を行い、本人の意思決定を基本として行われることが重要である。
- 厚生労働省では、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を示し、医療・介護従事者等に対して、本人の意思決定を支援できる体制を構築するため、育成研修を開催している。都道府県においては、医療機関等への周知を図り、当該研修への参加を促していただくとともに、各地域において本研修プログラムに準拠した研修の開催を積極的に進めていただきたい。【PI-計 45】
- また、国民に対しては、「人生会議」の普及・啓発を行うためのイベント等を実施している。令和7年度においては普及啓発イベントを地方自治体と協働して開催したほか、人生会議について情報発信を行うポータルサイトの作成を行った。普及啓発イベントの内容やこれまでに作成した普及啓発資材については、ポータルサイトを通じて情報提供する予定であるため、各地域での普及啓発事業でも積極的に活用いただきたい。【PI-計 45】
- 令和8年度も引き続き、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族等と共有する取組である「人生会議」について、市区町村と連携の上、普及・啓発を積極的に進めていただきたい。【PI-計 46】

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



令和7年度人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング） 国民向け普及啓発事業の取組について

人生会議（ACP）の現状や課題、重要性への理解を深め、ともに考える機会として香川県 高松市で普及啓発イベントを開催した。人生会議が地域に根付くことを目的に香川県、高松市と共催した初の地方開催となり、当日は約500名の地域住民等が来場した。さらに、香川県医師会や香川県薬剤師会、香川県看護協会、香川県医療ソーシャルワーカー協会などの展示ブースも設け、各団体の取組みを紹介する機会にもなった。また、人生会議をより身近に感じ、理解してもらうため、国民向けポータルサイトも作成して公開している。

イベントの開催

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

「自分らしく生き抜くために」 「人生会議」はじめてみませんか？ in 香川

概要

- 開催日時/開催場所
令和7年11月24日（月・祝）14時～16時
レクザムホール（香川県県民ホール）大ホール
- 参加について
参加無料、どなたでも参加可能
- 主催等
主 催：厚生労働省
共 催：香川県、高松市 後 援：香川県医師会、高松市医師会



プログラム・登壇者

- 基調講演「自分らしく生きるための人生会議とは？」
浜野 淳（医師/筑波大学医学医療系緩和医療学・総合診療医学 准教授、筑波大学附属病院医療連携患者相談センター 部長）
- トークセッション
【第1部：香川県・高松市の取組みについて】
・浜野 淳
・片山 陽子（香川県立保健医療大学 副学長／高松市在宅医療介護連携推進会議 委員）
・吉澤 潔（高松市医師会 副会長／高松市在宅医療介護連携推進会議 委員長）
【第2部：スペシャルゲスト・大山 加奈さんを迎えて】
・大山 加奈（元バレーボール女子日本代表）
前半：大山さんによる体験談や自身の考えに関するトーク
後半：地域の課題や人生会議全般について先生方とのクロストーク
- エンターテイメント
桂福枝さんによるオリジナル落語
司会進行：岡崎 夢（フリーアナウンサー）



国民向けポータルサイトの作成

幅広い層の国民に人生会議を周知するため、スマートフォンでの視認性も意識したホームページを作成した。今後の厚生労働省からの情報発信のプラットフォームとして、更新していく予定。



「人生会議」の進め方



不安や迷いも、あなたの大切な「思い」のひとつです。気持ちが変わっていくこともありますので、その都度、何度でも繰り返し話し合うことが大切です。

自分らしく生きるための「人生会議」ポータルサイト



<https://www.mhlw.go.jp/acp-jinseikaigi/>

拡充 人生の最終段階における医療・ケア体制整備等事業

令和8年度当初予算案 1.1億円 (55百万円) ※()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の相談に適切に対応できる体制を強化するため、医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国で実施するとともに、継続性の担保のために講師人材の育成を実施。また、国民への普及啓発も併せて実施している。

2 事業の概要・スキーム

研修事業

医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム（病院・診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設等より、多職種チームで参加することを推奨）

プログラム	主旨、構成内容
講義	ガイドラインに基づいた意思決定（総論）
講義・グループワーク	STEP1：本人の意思決定する力を考える
講義・グループワーク	STEP2：本人の意思の確認ができる場合の進め方
講義	STEP3：本人の意思を推定する
講義	STEP4：本人にとって最善の方針について合意する
グループワーク	STEP3・4
講義・グループワーク	コミュニケーションスキル演習

【拡充内容】

- (普及啓発事業)
- 医療・介護従事者以外で人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）を周知し、日常生活の中でACPを行うきっかけ作りを行う者（民生委員等の地域のキーパーソン）を対象とした普及イベントの実施
 - ACPの普及啓発に係る地方自治体の協働機会の拡大
 - イベントの開催地域の拡大

普及啓発事業

対象者

- 一般の方（住民、患者）
- 医療・介護従事者以外でACPを周知し、日常生活の中でACPを行うきっかけ作りを行い得る、地域のキーパーソン

事業概要

「人生会議」普及啓発のためのイベントの開催や動画等の資料の作成



※令和2年度事業で作成した普及啓発動画

※令和5年度事業で作成した普及啓発ポスター

普及啓発実績

- 平成29年度 市民公開講座を実施
- 平成30年度 一般向け学習サイト作成
(<http://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/>)
- 令和元年度 普及啓発イベント開催
- 令和2～令和4年度 普及啓発動画の作成
- 令和5年度 シンポジウムの開催及び普及啓発ポスター作成
- 令和6年度 シンポジウムの開催及び普及啓発漫画の作成

研修開催実績

平成26・27年度（モデル事業として実施）
15か所**49名**が研修を修了

平成28～令和元年度（講師人材研修と相談員研修を実施）
346名の講師人材を育成。1,168チーム・**4,209名**が相談員研修を受講

令和2～令和5年度（病院向け・在宅向けの2プログラムで相談員研修を実施）
882チーム・**3,271名**が相談員研修を受講（うち在宅向けは1,288施設・1,430名）

令和6年度（基本研修と専門研修の2プログラムを実施）
281チーム・**519名**が研修を受講（基本研修は83施設・**321名**、専門研修は198施設・**198名**）
…平成26～令和6年度の10年間で延**8,048名**が研修を受講（モデル事業の受講者を含む）

実施主体

委託事業：【研修事業】コンサルや教育研究機関等を想定 【普及啓発事業】 広告事業者等を想定

7. 救急医療について

(1) 救急医療の体制

○ 救急医療の需要は増加傾向にあり、この傾向は今後も続くことが予想される。特に、高齢者の増加に伴い、高齢者救急の増加が見込まれている。このような状況を踏まえ、救急医療資源に限りがある中で、より質の高い救急医療を提供するためには、地域の救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との機能分化・連携により、病院前救護活動から社会復帰までの医療が連携し、すべての救急患者に対応できる救急医療体制の構築が重要であり、国、地方公共団体、医療関係者等が力を合わせて、救急医療の確保に引き続き取り組んでいく必要がある。【P I -計 49】

○ 救急医療体制の構築にあたっては、救急医療の体制構築に係る指針において、次の事項を求めているので、これらの事項を踏まえ、引き続き、取組を進めていただきたい。

ア 増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れられるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。

イ 居宅・介護施設の高齢者が、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。

ウ ドクターヘリについては、より効率的な対応ができるような広域連携体制の構築を進める。ドクターカーについては、厚生労働省が作成したドクターカー運行マニュアルを参考にしながら、救急医療提供体制の一部として、より効果的に活用する。

エ 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。【P I -計 49】

○ 救急医療機関については、

- ・ 自覚症状の軽い患者の治療を担う初期救急医療機関、
- ・ 入院治療を必要とする患者を受け入れる第二次救急医療機関、
- ・ 重症及び複数の診療科による治療が必要な重篤な患者を受け入れる第三次救急医療機関

の役割分担・連携を強化することにより、地域の救急医療体制を確保することが重要である。【P I -計 49】

○ 平成 11 年より開始された救命救急センターの充実段階評価については、充実度を評価する事により、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図る目的で毎年実施している。「救急医療等に関するワーキンググループ」等における議論を踏まえ、評価項目を見直し、「救命救急センターの新しい充実段階評価について」(令和 8 年 1 月 26 日医政地発 0126 第 1 号)を発出した。また、「救命救急センターの充実段階評価について(依頼)」(令和 8 年 1 月 30 日医政地発 0130 第 1 号)において調査を行っているところ。

各都道府県におかれては、充実段階評価を参考に、管下の救命救急センターの機能の強化・質の向上について一層の取組を促すとともに、変更後の評価項目に基づく調査依頼についてご協力をお願いしたい。【P I -計 50】

(2) 救急医療機関の体制整備

○ 救急医療の需要は増加傾向にあり、この傾向は今後も続くことが見込まれる中、搬送調整の更なる効率化等が求められる。救急隊が、傷病者情報(主訴、バイタルサイン、負傷部位の画像等)を一斉に医療機関と共有するシステムにより、搬送調整にかかる時間の短縮や、適切な医療機関への搬送が期待できる。県境の地域などでは自治体の区域を越えた搬送も多くあることから、全国で共通したシステム構築が望ましく、令和7年度に令和6年補正「新しい地方経済・生活環境創生交付金(デジタル実装型 TYPES)」を活用した「災害時活用も視野に入れた救急医療機関と消防機関のワンストップ連携」の実証事業を行っており、本事業において救急隊が傷病者情報を複数の搬送先候補医療機関と迅速かつ安全に共有できるプラットフォームを試験的に構築し運用しているところ。これらの成果を踏まえ、令和8年度より全国統一基盤の展開について検討を開始する。【PI-計50】

○ 医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の相談窓口として、#7119、#8000等の電話等による相談体制の整備を進める必要がある。#7119については、厚労省と消防庁が連携して全国展開を進めているところ、すでに導入済の都道府県におかれては、その活用について周知を進めていただくとともに、未導入である都道府県、未導入地域を含む都道府県又は類似番号で実施している都道府県におかれては、早期に#7119の導入を検討いただきたい。【PI-計51】

(3) ドクターヘリについて

○ 厚生労働省において、医師・看護師を現場等に派遣し、早期の治療開始を可能とするドクターヘリに係る事業を行っている。ドクターヘリについては、近隣都道府県との広域連携を含め、効率的な運用を図ることや、地域の実情に応じてドクターヘリ及びドクターカーを効果的に活用することにより、必要な救急医療が適時適切に提供できる体制の構築を進めていただきたい。【PI-計51】

○ 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。今後、実施要綱等を公表することとしており、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。【PI-計52】

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

※ 令和7年評価については47項目（計102点）での評価とする。

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）

※ 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。

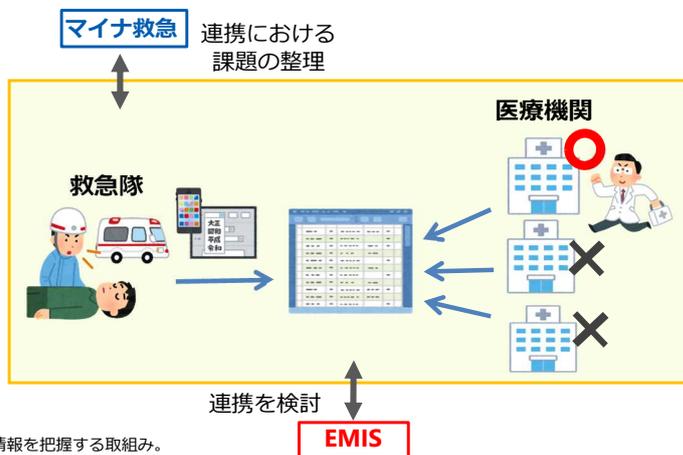
災害時活用も視野に入れた救急医療機関と消防機関のワンストップ連携

- ✓ 今後も救急搬送件数の増加が見込まれる中、搬送調整の更なる効率化等が求められる。
- ✓ 救急隊が、傷病者情報（主訴、バイタルサイン、負傷部位の画像等）を一斉に医療機関と共有するシステムにより、搬送調整にかかる時間の短縮や、適切な医療機関への搬送が期待できる。
- ✓ 県境の地域などでは自治体の区域を越えた搬送も多くあることから、全国で共通したシステム構築が望ましい。

R6補正新しい地方経済・生活環境創生交付金（デジタル実装型TYPES）を活用した「災害時活用も視野に入れた救急医療機関と消防機関のワンストップ連携」プロジェクト

- 救急現場で得た傷病者情報（主訴、バイタルサイン、負傷部位の画像等）を複数の搬送先候補医療機関と迅速かつ安全に共有でき、応需状況のタイムリーな把握も可能なプラットフォームを構築する。
- すでに民間企業の救急システム等を採用している自治体もあることから、そのようなシステムとの連携も可能とする。
- 本プラットフォームのより効率的な運用に係る以下項目について課題の整理等を行う。
 - ・ 医療機関において、プラットフォーム上の傷病者情報を簡便に電子カルテへ転記する方法
 - ・ 災害時活用も視野に入れたEMIS（広域災害・救急医療情報システム）との連携
 - ・ 消防庁で取り組む「マイナンバーカードを活用した救急業務（マイナ救急）※」との連携 等

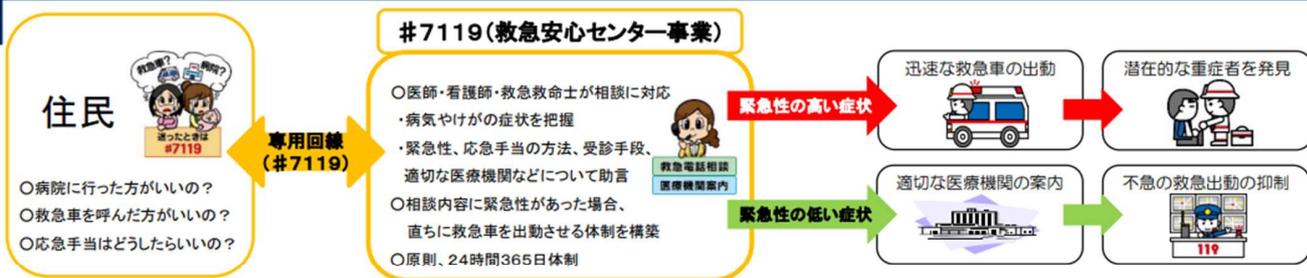
※ 救急業務の円滑化を図るため、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用し、病院選定等に資する情報を把握する取組み。



- ・ 内閣官房デジタル行財政改革会議事務局において、TYPES事業実施自治体の選定を進め、令和7年5月30日に交付決定（広島県）。
- ・ 本事業において救急隊が傷病者情報を複数の搬送先候補医療機関と迅速かつ安全に共有できるプラットフォームを試験的に構築し運用。
- ・ これらの成果を踏まえ、厚生労働省において消防庁と連携し、令和8年度より全国統一基盤の展開について検討を開始する。

住民が急な病気やケガをしたときに、救急車を呼んだほうがいいのか、今すぐ病院に行ったほうがいいのかなど迷った際の相談窓口として、専門家から電話でアドバイスを受けることのできる救急安心センター事業（#7119）の導入を強力に推進

#7119とは？



実施エリア 全国41地域で実施

※令和7年度末予定

エリア人口：全国1億927万人
人口カバー率：86.6%（令和6年度末：78.1%、令和5年度末：58.9%、令和4年度末：47.5%）

○都道府県内全域：37地域
青森県、岩手県、宮城県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都※1、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、鳥取県、広島県※2、山口県※3、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、長崎県、熊本県、大分県、沖縄県※4

○都道府県内一部：4地域
札幌市周辺※5、名古屋市周辺※6、岡山市周辺※7

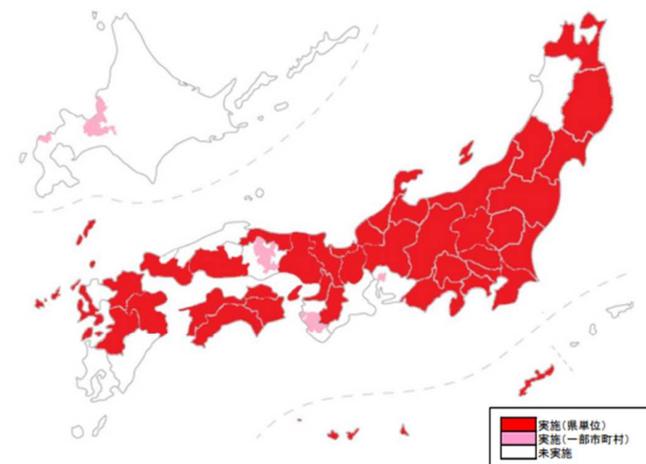
- ※1 島しょ部を除く
- ※2 庄原市及び大崎上島町を除く
- ※3 萩市・阿武町を除く
- ※4 与那国町・北大東村を除く
- ※5 札幌市・石狩市・当別町・新穂津村・島牧村・南幌町・栗山町・長沼町・北広島市・恵庭市
- ※6 田辺市・上富田町・美浜町・日高町・由良町・印南町・みなべ町・日高川町
- ※7 岡山市・津山市・瀬戸内市・真庭市・久米南町・美咲町・吉備中央町

○開始時期

年度	H19	H21	H24	H25	H27	H28	H29	H30	R1(H31)	R2	R3	R4	R5	R6	R7	
開始地域数	1	2	1	1	1	1	4	3	2	1	1	1	6	14	7	
累計	1	3	4	5	6	7	11	14	16	17	18	19	24	36	41	
【参考】開始地域	東京都	大阪府 奈良県	田辺市等	札幌市等	横浜市等	福岡県	宮城県 埼玉県 新潟県 神戸市等	茨城県 鳥取県 広島市等	山口県 徳島県	京都府	岐阜市等	高知県	福岡県 千葉県 山梨県 徳島県 香川県 佐賀県	青森県 山形県 秋田県 岩手県 宮城県 山梨県 徳島県 香川県 高知県	大分県 佐賀県 長崎県 熊本県 鹿児島県	岩手県 秋田県 山形県 福島県 茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 鳥取県 徳島県 香川県 愛媛県 高知県 福岡県 長崎県 熊本県 大分県 沖縄県

○財政措置

運用に要する経費について、特別交付税措置(措置率0.5)が講じられている。



◆令和7年度末で管内に未実施地域を有する10道県（一部離島等を除く）
北海道、秋田県、愛知県、三重県、和歌山県、島根県、岡山県、佐賀県、宮崎県、鹿児島県

ドクターヘリ運航体制の構築

背景・課題

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構築する。

ドクターヘリ導入促進事業 令和8年度当初予算案 100億円

ドクターヘリの運航に必要な経費等について財政支援を行い、救命率の向上及び広域患者搬送体制の確保を図る。
・補助先：都道府県等 ・実施主体：救命救急センター ・箇所数：57か所

ドクターヘリの運航



ドクターヘリの内部



○ 46都道府県57機にて事業を実施(令和6年2月1日現在)

- 平成13年度 5県 岡山県、静岡県、千葉県、愛知県、福岡県
- 平成14年度 2県 神奈川県、和歌山県
- 平成17年度 2道県 北海道、長野県
- 平成18年度 1県 北崎県
- 平成19年度 3府県 埼玉県、大阪府、福島県
- 平成20年度 3県 青森県、群馬県、沖縄県
- 平成21年度 4道県 千葉県(2機目)、静岡県(2機目)、北海道(2機目、3機目)、栃木県
- 平成22年度 5県 兵庫県、茨城県、岐阜県、山口県、高知県
- 平成23年度 6県 島根県、長野県(2機目)、鹿児島県、熊本県、秋田県、三重県
- 平成24年度 8県 青森県(2機目)、岩手県、山形県、新潟県、山梨県、徳島県、大分県、宮崎県
- 平成25年度 3県 広島県、兵庫県(2機目)、佐賀県
- 平成26年度 1道 北海道(4機目)
- 平成27年度 2県 滋賀県、富山県
- 平成28年度 5県 宮城県、新潟県(2機目)、奈良県、愛媛県、鹿児島県(2機目)
- 平成29年度 1県 鳥取県
- 平成30年度 1県 石川県
- 令和3年度 2都県 福井県、東京都
- 令和4年度 1県 香川県
- 令和5年度 1県 愛知県(2機目)
- 令和7年度(予定) 1県 長崎県(2機目)

ヘリポート周辺施設 施設整備事業

令和8年度当初予算案 医療提供体制施設整備交付金37.7億円の内数

降雨や降雪等によるドクターヘリの機体劣化等を防止するために必要な、ヘリポート周辺施設の整備に対する財政支援を行う。

- ・補助先：都道府県等
- ・実施主体：救命救急センター
- ・対象設備：格納庫、給油施設、融雪施設

施策名:ドクターヘリ運航体制緊急支援事業

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。

8. 災害医療について

(1) 第8次医療計画について【PI-計55】

災害医療については、第8次医療計画において、「止水対策を含めた浸水対策」や「医療コンテナの災害時の活用」等を医療計画に位置づけ、各医療機能の内容について、地域の実情に応じて柔軟に設定するようお願いしたところ。

(2) 医療施設等の耐災害性の強化について【PI-計55】

○ 医療施設の耐災害性の強化については、令和7年6月6日に閣議決定された「第1次国土強靱化中期計画」において特に推進すべき施策として位置づけられた「医療施設等の耐震化整備」「非常用自家発電設備の整備」「給水設備の整備」を始め、水害を防止するための「浸水対策」「ブロック塀等の改修」「災害拠点精神科病院に対する施設整備や設備整備」について、令和7年度補正予算において財源を確保している。

○ 当該予算については令和8年度へ繰り越す予定としていることから、これらの補助事業について管下の医療施設等に対して改めて周知いただき、適切に活用いただくようお願いする。

(3) 医療コンテナの活用について【PI-計56】

○ 医療施設等の耐災害性の強化と同じく「第1次国土強靱化中期計画」において特に推進すべき施策として位置付けられた医療コンテナの整備事業についても、昨年度に引き続き、令和7年度補正予算において財源を確保している。

○ 既にご案内のとおり、医療コンテナについては、第8次医療計画において活用を位置付けられたところであるが、昨年6月17日には「医療コンテナ運用ガイドライン」を定め、都道府県における平時・災害時の運用についてもお示ししている。整備事業を活用いただくとともに、当該ガイドラインも参考に、適切な活用に努めていただきたい。

(4) 医療機関における事業継続計画（BCP）について【PI-計56】

○ 医療機関における事業継続計画（BCP）は、災害により失われる医療機能

の最小化と早期回復に資するためのソフト面の対策として、医療施設等の耐災害性強化というハード面の対策と並び、重要な災害対策の1つである。

- 平成 29 年より災害拠点病院に対しては BCP の策定を義務付けているが、災害拠点病院以外の医療機関に対しても策定を推進するため、BCP 策定研修を実施するとともに、厚生労働省の HP にも策定の手引きを掲載している。
- 2026 年診療報酬改定においては、診療報酬に関する一部の医療機関の施設基準について、BCP の策定が要件となるなど、BCP の重要性が一層認識されるようになっていることから、研修等を活用しながら、管下の医療機関に対して BCP の策定を働きかけていただくようお願いする。

(5) 広域災害・救急医療情報システム (EMIS) について【PI-計 57】

- 令和 7 年 4 月より、新たな広域災害・救急医療情報システム (EMIS) の運用が開始している。災害時には EMIS における情報が、支援の必要性や優先度を検討する上での重要な材料となることから、災害時には迅速に自施設の被災状況等の情報を更新するよう医療機関への改めての周知をお願いする。
- また EMIS における情報として、災害時に入力いただく情報のみならず、平時から入力できる災害時の支援に必要な医療機関の基本情報も極めて重要である。令和 6 年度より EMIS の医療機関の基本情報は G-MIS を用いた汎用調査の調査結果を連携する仕組みとなったことから、医療機関には汎用調査に協力いただくことが必要である。
- 過去の災害では、災害時の支援に必要な医療機関の基本情報の不足により、支援に影響が出た例も見られる。令和 7 年度の汎用調査の回答状況については、資料に提示している通りであるが、管下の医療施設等に対して改めて医療機関の基本情報の重要性を理解いただき汎用調査に協力いただくよう、改めての周知をお願いする。

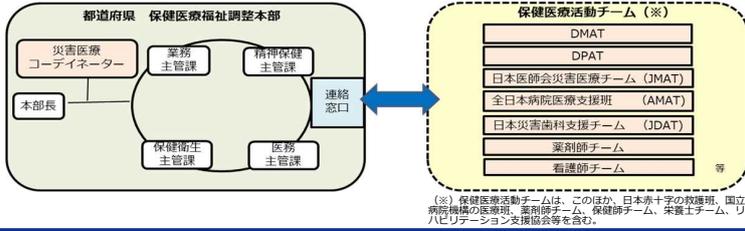
災害医療の体制（第8次医療計画について）

概要

DMAT・DPAT等の派遣や活動の円滑化や、様々な保健医療活動チームの間での多職種連携を推進する。また、DMAT・DPATは災害時のみならず、新興感染症のまん延時における活動に対する支援を実施する。
 災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進める。
 災害拠点病院等における豪雨災害等の被害を軽減するため、地域と連携して止水対策を含む浸水対策を進める。
 医療コンテナの災害時における活用を進める。

多職種連携

保健医療調福祉整本部の下、災害医療コーディネーターや様々な保健医療活動チームと共に訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割の確認を推進する。



(※) 保健医療活動チームは、このほか、日本赤十字の救急班、国立病院機構の医療班、薬剤師チーム、保健師チーム、栄養士チーム、リハビリテーション支援協会等を含む。

災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

都道府県は、平時より災害医療に関する関係者と共に、関係機関の役割・医療機関間の連携を強化する。

災害時に拠点となる病院以外の病院においては、災害時に自院にいる患者への診療を継続するために、防災対策を講じ、災害時には災害時に拠点となる病院と共に、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努める。

災害医療に関連する会議



止水対策を含む浸水対策

浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、浸水対策を推進する。

BCPの策定は、地域全体での連携・協力が必要であるため、地域防災計画等のマニュアルとの整合性をとり、地域の防災状況や連携を考慮し、実効性の高いBCPの策定を推進する。



(止水板の設置)



(電気設備の移設)

医療コンテナの災害時の活用

災害訓練や実災害時において、また、イベント時の事故等への備えにおいて、医療コンテナを活用し有用性を検証する。

都道府県や医療機関は、災害時の医療提供体制を維持するために医療コンテナ等を活用し、例えば、仮設診療所の設置や被災した病院施設の補完等を行うことを推進する。



<自衛隊 野外手術システム>



<日本赤十字社 dERU>



<CTコンテナ>

医療施設等の耐災害性強化

令和7年度補正予算額 37億円 ※令和6年度補正予算額 11.2億円

1 事業の目的

「第1次国土強靱化実施中期計画」（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。

(第1次国土強靱化中期計画HP (内閣官房HPより))

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kokudo_kyoujinka/dai1_chuukikeikaku/index.html

2 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。

3 施策の内容

	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

別紙

第1次国土強靱化実施中期計画

令和7年6月6日

医療コンテナの活用と現在の取組状況

令和7年度補正予算額（医療コンテナ活用促進事業） 42百万円 ※令和6年度補正予算額 2.8億円

制度の概要

医療コンテナとは、コンテナ内に医療資機材を搭載し、運搬可能で現場での建設や機器設置を省略できるため、災害時に医療機能を迅速に立ち上げ、展開することができる設備である。

第8次医療計画策定指針において、都道府県や医療機関は災害時等に検査や治療に医療コンテナを活用することが求められており、令和6年能登半島地震では国が中心となり、避難所や病院、SCU（航空搬送拠点臨時医療施設）に医療コンテナを派遣・設置した。

こうした実績を踏まえ、今後は災害時に被災地へ派遣可能な医療コンテナの普及を促進し、厳しい環境下でも医療提供体制を確保できるよう取り組む。

主な取組

医療コンテナ活用促進事業

災害時等の医療を確保するために、都道府県及び災害拠点病院が平時から医療コンテナを整備するための費用（購入・運搬・設置料等）を支援する。

都道府県医療コンテナ保有状況調査

全国の都道府県や医療機関における医療コンテナの配備数、配備場所、機能、活用可否などを把握し、災害時の迅速な選定・派遣や平時の訓練活用を促進するとともに、今後の事業展望に資する情報を整理・公表するために年1回実施する調査である。

運用ガイドライン作成

厚生労働科学研究の中で、令和6年能登半島地震における医療コンテナの活用の成果や課題を反映した、都道府県向けの運用ガイドラインを作成し、発出した。

令和6年能登半島地震における設置実績

救護所として石川県内へ延べ34基を設置・運用した

●避難所に隣接した救護所

- 珠洲市飯田小学校・・・2基
- 珠洲市正院小学校・・・1基
- 珠洲市宝立小学校・・・1基
- 珠洲市蛸島小学校・・・2基

●SCU（航空搬送拠点臨時医療施設）

- 金沢市西部緑地公園・・・9基

●それ以外の救護所

- 珠洲市総合病院・・・2基
- 門前保健センター
- 穴水総合病院
- 輪島市立輪島病院・・・3基
- ごちやまるクリニック・・・4基
- 志賀町立富来病院・・・10基



飯田小学校に設置された避難所の救護所

志賀町立富来病院に併設された医療コンテナ



医療機関における事業継続計画（BCP）

令和8年度当初予算案（BCP策定研修事業） 9百万円 ※令和6年度予算額 9百万円

制度の概要

医療機関における事業継続計画（BCP）とは、災害等により病院機能が損なわれた場合に、その損失を最小限に抑え、機能の早期立ち上げ・回復を図り、被災患者への診療を継続的に実施するための計画である。

平成28年の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、医療機関における業務継続計画の整備が今後の課題として示された。

平成29年度から、災害拠点病院に対し業務継続計画の策定等が義務付けられ、災害拠点病院および災害拠点精神科病院においては、BCPの策定が指定要件に含まれている。

主な取組

BCP策定研修事業

平成29年から医療機関におけるBCP策定を支援するために、事業継続計画（BCP）策定研修事業を行っている。

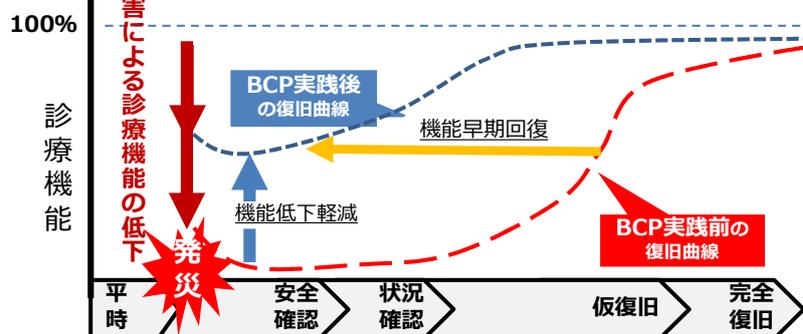
病院BCPを策定するための手引き

災害時に病院の機能を維持・早期回復し、診療を継続するための計画（BCP）を作成する際の基本的な考え方や手順を示した指針。病院の立地や役割に応じて、組織体制、事前準備、災害時対応に必要な要素を整理し、計画策定と見直しに活用できる内容となっている。

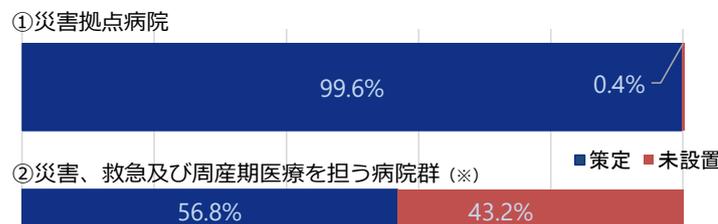
医療機関におけるBCPチェックリスト

必要な体制や設備、手順が整備されているかを確認するための項目を体系的にまとめたもの。地域防災計画との連携、ライフライン確保、本部の設置、診療継続、避難対応など、BCP策定・見直しに活用できる実務的な指標となっている。

災害時の診療機能の低下軽減・早期回復の方策＝BCPを策定し、継続して医療を提供できる体制を維持する。



■ BCP策定率（①令和6年4月1日現在／②令和4年9月1日現在）



（※）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

EMISサービスの刷新について

刷新の概要

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た。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

- 止まらない
 - ✓ 集中アクセス時に安定しない
- 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
- 連携強化
 - ✓ 外部システムとの連携に工数や時間がかかる
- 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
- 平時の備え
 - ✓ 医療機関の基本情報に収集が不十分

新しいEMISのポイント

- 汎用クラウドサービスで安定稼働に
- 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
- システム連携基盤を備え、システム間連携を柔軟に
- チャット機能実装で円滑なコミュニケーションを促進
- 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）

医療機関汎用調査を用いた医療機関基本情報の収集について

調査の概要

従来、年間3種類の調査（耐震改修状況調査／浸水対策等に関する調査／旧EMIS医療機関基本情報調査）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した。

あわせて、回答項目を見直し、前回の回答内容を回答画面にあらかじめ反映する機能を導入。

【従来】

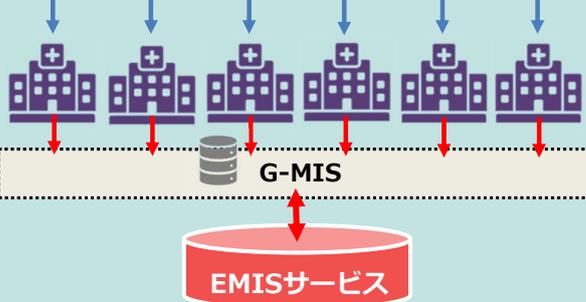
- 耐震改修状況調査
- 浸水対策等に関する調査
- 旧EMIS医療機関基本情報調査

一本化

【現在】

厚生労働省

G-MISの電子アンケートフォームである「汎用調査」を用いて、直接医療機関に依頼。都道府県は進捗確認可。



【医療機関情報の不足により支援に影響が出た例】

A医療機関：停電し、自家発電機の燃料が枯渇しつつある医療機関から支援依頼があり、EMISにも要支援の入力がされていた。都道府県庁では残り数時間で燃料が尽きることから支援の優先度を高く認識したが、**燃料の種類**や**タンク接続部の口径**などの基本情報が入力されておらず、病院の技術担当者とも連絡がつかなかったため、給油支援が実施できなかった。

B医療機関：震度が大きい地域にある医療機関から支援依頼があったが、当該医療機関はEMISへの入力ができず、**基本情報**も入力されていなかったため、建物の耐震性が不明であった。その結果、実際には倒壊の危険性が極めて高く、入院患者の搬出などの緊急性が非常に高かったにもかかわらず、当該状況が把握できなかったため、医療チームによる支援が遅れた。

9. へき地医療等について

(1) へき地における医療提供体制の充実

- へき地における医療確保の取組としては、昭和31年から概ね5年毎に策定している「へき地保健医療計画」に基づき、へき地診療所の運営に対する支援や、無医地区等から近隣の医療機関への患者輸送の実施に対する支援など様々な対応を行ってきたが、第7次医療計画より「へき地保健医療計画」を「医療計画」に一本化し他事業との連携も含めた対策を実施している。

第8次医療計画の策定に向けた医療計画作成指針においては、

- ・ へき地に勤務する医師の確保について、へき地医療支援機構は、医師確保計画とへき地の医療計画を連動させるために、地域枠医師等の派遣を計画する地域医療支援センターとの統合も視野に、地域医療支援センターとのより緊密な連携や一体化を進めること
- ・ 医療機関が遠隔医療を実施するに当たっては、資金や機器等の整備を含む自治体からの支援が重要であることから、医療機関が必要時に遠隔医療を活用したへき地医療を行えるよう、都道府県は必要な支援を行うこと
- ・ へき地医療拠点病院の「主要3事業」のうち巡回診療と代診医派遣については、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療で代用できること

をお示ししており、各都道府県においては、地域の実情を踏まえ医療計画に反映いただき、令和6年4月から取組を開始しているものと承知している

引き続き着実なへき地の医療の充実に取り組むようお願いする。

- また、第8次医療計画に盛り込まれた遠隔医療の効果的な活用や今後のより良いへき地医療提供体制の検討のため、

- ・ オンライン診療を活用して巡回診療や代診医派遣を行う取組
- ・ へき地医療拠点病院からへき地診療所等に看護師を派遣し、へき地医療拠点病院の医師がオンライン診療を行う取組
- ・ へき地診療所に実際に派遣する医師・看護師等の処遇改善を行う取組
- ・ へき地診療所に派遣する予定の看護師等に対し研修等を行う取組

等について、数か所のへき地医療拠点病院においてモデル的に行い、オンライン診療を含むへき地医療の取組に関する課題や論点、好事例などを収集した上で、全国のへき地医療拠点病院に横展開することとしている（へき地医療拠点病院運営事業（モデル事業分））。

令和7年度分の実施結果については、取りまとめ次第、情報提供する予定であり、適宜参考にされたい。【PI-計60】

(2) へき地の郵便局等におけるオンライン診療について

- 総務省において、令和5年度「郵便局等の公的地域基盤連携推進事業」における「へき地の郵便局でのオンライン診療」に関する実証事業が行われ、へき地医療を補完する方策の一つとして、郵便局におけるオンライン診療の有用性

が示唆された旨の報告書が取りまとめられた。

(参考) 郵便局等の公的地域基盤連携推進事業 令和5年度実施報告書

(総務省 HP)

https://www.soumu.go.jp/main_content/000945882.pdf (P25~46)

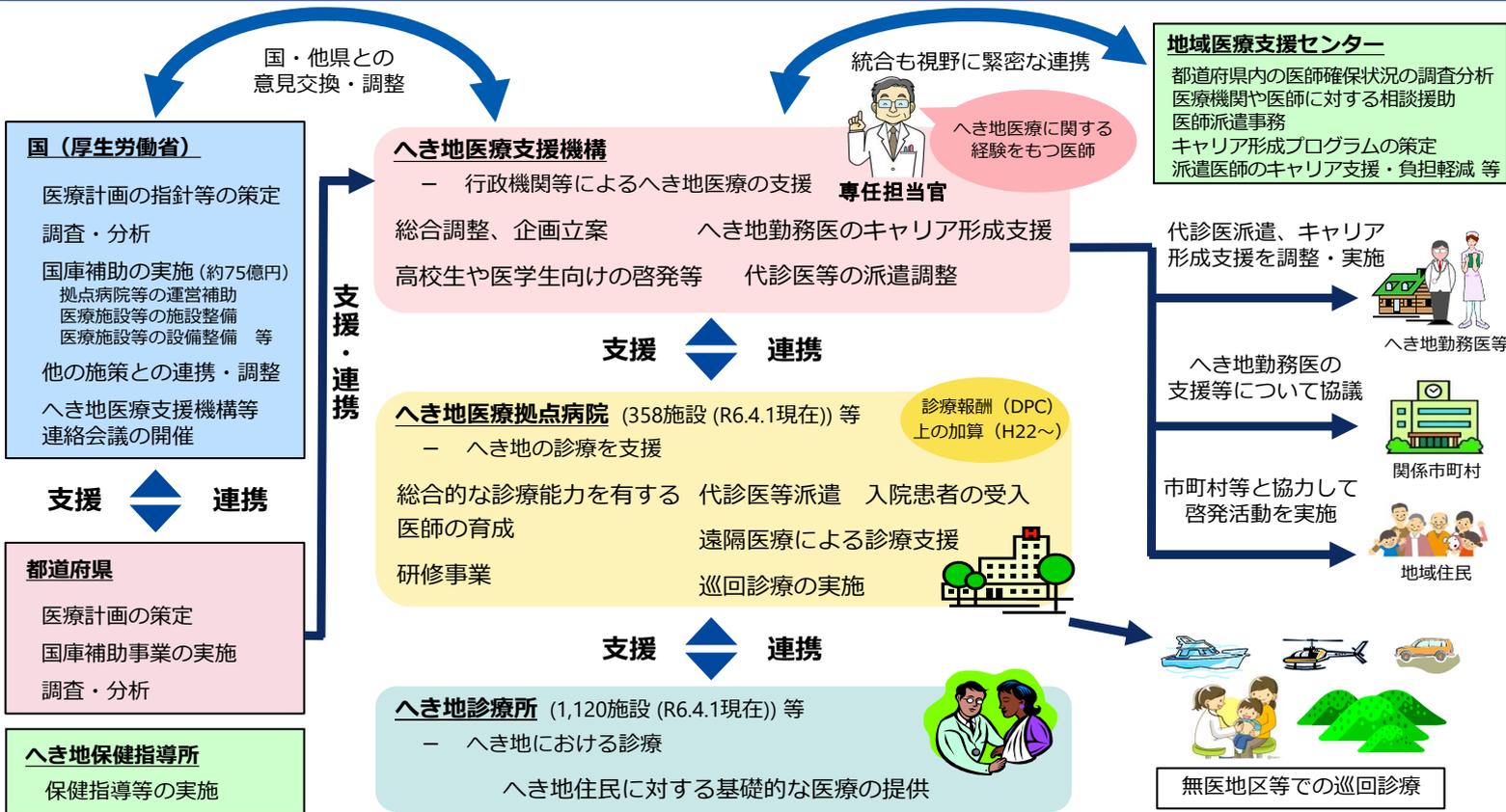
- 厚生労働省としても、医療資源の乏しいへき地においては、医療人材を効率的に活用する等の観点から、オンライン診療を含む遠隔医療が有用であると考えており、地域の医師会や薬剤師会等の医療関係団体と連携し、関係機関との調整を行った上で、オンライン診療の積極的な活用をお願いしたいと考えている。
- なお、へき地医療拠点病院が行うオンライン診療を活用した巡回診療又は代診医派遣を行う場合は、当該診療に使用するブースの設置等の初期投資費用等について、医療施設運営費等補助金の「へき地医療拠点病院運営事業」の基準額の範囲内で、対象経費として計上が可能であるため、業務の効率化の観点からも、必要に応じ積極的に活用いただくようお願いしたい。【PI-計61】
- また、こうしたへき地におけるオンライン診療の有用性に鑑み、へき地医療支援機構又は都道府県の指導・調整の下、オンライン診療を活用して、へき地医療の支援を実施する医療機関に対して財政支援を行う、「オンライン診療を活用したへき地医療支援実施医療機関運営支援事業」を新設した。詳細は、今後お示しする予定の実施要綱や交付要綱をご確認いただき、地域の実情に応じて活用いただきたい。【PI-計62】

(3) 医療機関におけるCLTの活用について

- 医療機関における木材利用については、「脱炭素社会の実現に資する等のための建築物等における木材の利用の促進に関する法律」(平成22年法律第36号。以下「法」という。)に基づき、木材の利用の促進に御尽力いただいていたところである。令和3年10月1日に施行された「公共建築物等における木材の利用の促進に関する法律の一部を改正する法律」(令和3年法律第77号)により、法の対象が公共建築物から建築物一般に拡大されたところである。
本改正により、民間建築物を含む建築物一般において木材利用を促進することとされたが、公共建築物において率先して木材の利用を図ることにより、公共建築物以外の建築物への波及効果が期待される。このため、政府としては引き続き、公共建築物に対するCLT(Cross Laminated Timberの略称、いわゆる直交集成板)や木質耐火部材等を含む木材の幅広く積極的な活用に向けた施策の推進を図っているところである。
- このため、「医療機関における木材利用の促進及びCLTの活用について」(令和8年2月10日付け事務連絡)により医療機関に積極的な木材及びCLTの活用をお願いしており、引き続きお願いする。【PI-計63】

へき地における医療の体系図

へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



へき地医療拠点病院運営事業 (モデル事業分)

令和7年度補正予算額 **20** 百万円 (3.9 億円) ※ ()内は前年度当初予算額 (モデル事業分以外の通常事業分)

1 事業の目的・内容

医療資源の乏しいへき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、オンライン診療を含む遠隔医療の有用性が示唆されており、このため、第8次医療計画に向けた当該計画の策定指針において、へき地医療拠点病院の主要な業務である巡回診療及び代診医派遣におけるオンライン診療の活用についても示したところ。

本事業においては、既存のへき地医療拠点病院運営事業の枠組みを拡充・活用し、

- ・巡回診療や代診医派遣を、オンライン診療を活用して行う
- ・へき地医療拠点病院からへき地診療所等に対し看護師を派遣し、へき地医療拠点病院の医師がオンライン診療を行う
- ・へき地診療所に実際に派遣する医師・看護師等の処遇改善を行う
- ・へき地診療所に派遣する予定の看護師等に対し研修等を行う

等の取組みを、各都道府県により策定された第8次医療計画に沿って、数か所のへき地医療拠点病院がモデル的に行い、課題や論点、好事例などを収集することで、第8次医療計画の方向性の検証や見直し等に活用するとともに、将来の人口動向の変化も踏まえた医療提供対策の検討に資するものとする。

2 実施主体・補助率等

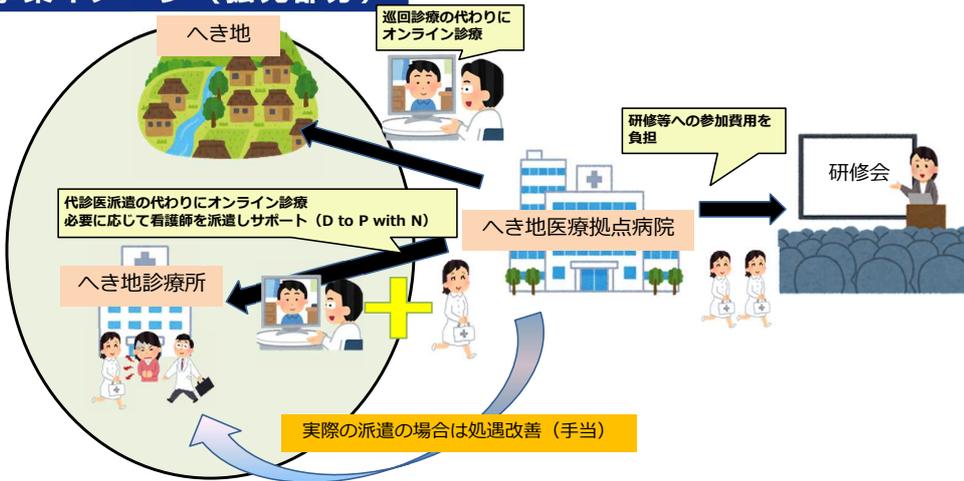
拡充事業部分

- ・実施主体：都道府県等 (へき地医療拠点病院)
- ・想定補助先：1件
- ・補助率：10/10

※参考 既存事業部分

- ・実施主体：都道府県等 (へき地医療拠点病院)
- ・補助率：1/2

3 事業イメージ (拡充部分)



郵便局でのオンライン診療にかかる補助金の活用について

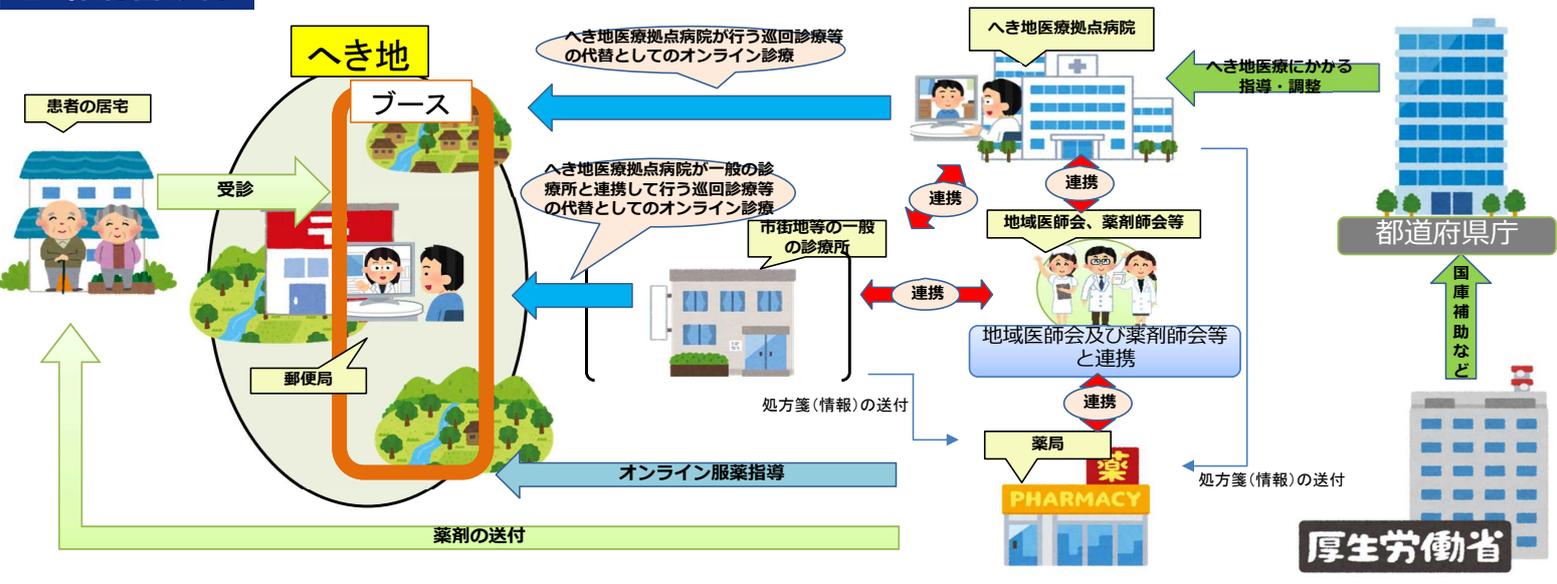
へき地医療拠点病院運営事業

1 事業内容

へき地医療拠点病院運営事業は、へき地診療所への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保することを目的とする。

医療活動費の対象経費として、備品費や借料・損料等も計上が可能であり、郵便局のブースにかかる初期投資費用等についても、当該補助金が活用可能。

2 体制図の例



へき地保健医療対策関係予算について

へき地保健医療対策予算の概要

1 予算額

【令和7年度予算額】 25.7億円 → 【令和8年度当初予算案】 29.5億円

2 内容

- (1) **へき地医療支援機構の運営** (1/2補助) **259百万円**
都道府県単位の広域的な支援体制を図るため、各都道府県に「へき地医療支援機構」を設置し、支援事業の企画、調整及び医師派遣の実施等を補助する。
- (2) **へき地医療拠点病院等の運営** **2,134百万円**
へき地における医療の提供など支援事業を実施する医療機関等の運営に必要な経費を補助する。
 - ア へき地医療拠点病院運営費 (1/2補助)
 - イ へき地保健指導所運営費 (1/2補助)
 - ウ へき地診療所運営費 (沖縄県以外: 2/3補助、沖縄県: 3/4補助)
 - エ へき地診療所医師派遣強化事業 (1/2補助)
 - オ オンライン診療を活用したへき地医療支援実施医療機関運営支援事業 (1/2補助)
- (3) **へき地巡回診療の実施** **147百万円**
無医地区等の医療の確保を図るため、医師等の人件費及び巡回診療車等の運行に必要な経費を補助する。
 - ア へき地巡回診療車(船)(医科・歯科) (1/2補助)
 - イ へき地巡回診療航空機(医科) (1/2補助)
 - ウ 離島歯科診療班 (1/2補助)
- (4) **産科医療機関の運営** (1/2補助) **281百万円**
分娩可能な産科医療機関を確保するため産科医療機関の運営に必要な経費を補助する。
- (5) **へき地患者輸送車(艇・航空機)運行支援事業** **126百万円**
無医地区等の医療の確保を図るため、無医地区等から近隣医療機関等の輸送に必要な経費を補助する。
 - ア へき地患者輸送車(艇) (1/2補助)
 - イ メディカルジェット(へき地患者輸送航空機) (1/2補助) など

医療施設等 設備 整備費補助金の概要

1 予算額

【令和7年度予算額】 22.8億円 → 【令和8年度当初予算案】 23.8億円

2 要旨

へき地・離島などの過疎地の住民に対する医療の確保及び臨床研修医の研修環境の充実等を図るため、医療施設や臨床研修病院等の設備整備を支援するもの。

3 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》(事業実施主体)	
へき地医療拠点病院(公立・公的・民間・独法)	(1/2補助)
へき地診療所(公立・公的・民間・独法)	(沖縄県以外: 1/2補助、沖縄県: 2/3補助)
へき地患者輸送車(艇)	(公立・公的・民間・独法) (1/2補助)
へき地巡回診療車(船)	(公立・公的・民間・独法) (1/2補助)
へき地・離島診療支援システム(公立・公的・民間・独法)	(1/2補助) など

医療施設等 施設 整備費補助金の概要

1 予算額

【令和7年度予算額】 19.5億円 → 【令和8年度当初予算案】 24.1億円

2 要旨

へき地・離島などの過疎地の住民に対する医療の確保及び臨床研修医の研修環境の充実等を図るため、医療施設や臨床研修病院等の施設整備を支援するもの。

3 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》(事業実施主体)	
へき地医療拠点病院(公立・公的・民間・独法)	(1/2補助)
へき地診療所(公立・公的・民間・独法)	(1/2補助) など

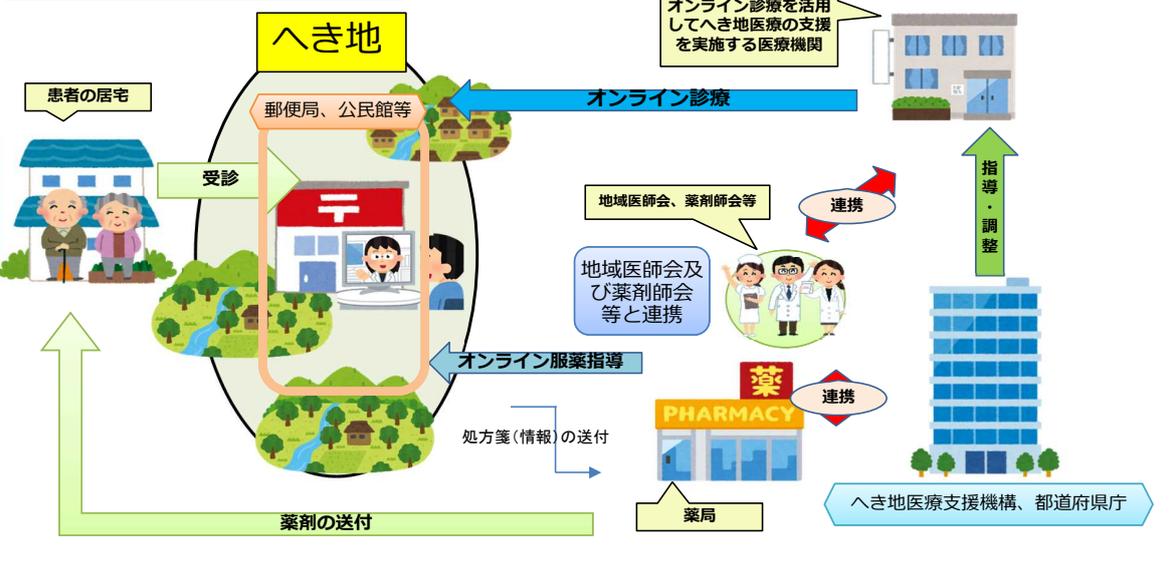
オンライン診療を活用したへき地医療支援実施医療機関運営支援事業

令和8年度当初予算案 1.0億円 (-) ※ ()内は前年度当初予算額

1 事業の目的、概要

昨今、地域医療の確保の手段の一つとして、オンライン診療が大きく注目されており、特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設が認められたことから、公民館や郵便局等のスペース等においてオンライン診療を行うことが可能となった。医療へのアクセスが乏しいへき地においては、こうしたオンライン診療が特に有用である。上記の事から、へき地における住民の医療を確保することを目的とし、へき地医療支援機構又は都道府県の指導・調整の下、オンライン診療を活用して、へき地医療の支援を実施する医療機関に対して財政支援を行う。

2 体制図（スキーム）



3 実施主体等

実施主体:
へき地医療支援機構又は都道府県の指導・調整の下、オンライン診療を活用して、へき地医療の支援を実施する医療機関

補助率:
国1/2、事業者1/2

事 務 連 絡
令和 8 年 2 月 10 日

各都道府県衛生主管（部）局 御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

医療機関における木材利用の促進及び CLT の活用について

医療機関における木材利用については、「脱炭素社会の実現に資する等のための建築物等における木材の利用の促進に関する法律」（平成 22 年法律第 36 号。以下「法」という。）に基づき、促進に御尽力いただいていたところであり、また令和 3 年 10 月 1 日に施行された「公共建築物等における木材の利用の促進に関する法律の一部を改正する法律」（令和 3 年法律第 77 号）により、法の対象が公共建築物から建築物一般に拡大されたところである。

本改正により、民間建築物を含む建築物一般において木材利用を促進することとされたが、公共建築物において率先して木材の利用を図ることにより、公共建築物以外の建築物への波及効果が期待される。このため、政府としては引き続き、公共建築物に対する CLT（Cross Laminated Timber の略称、いわゆる直交集成板）や木質耐火部材等を含む木材の幅広く積極的な活用に向けた施策の推進を図っているところである。

については、各都道府県においても医療機関の整備に当たり、CLT 等の木材の積極的な活用に御配慮いただくとともに、管内医療機関に対して、CLT 等の木材を積極的に活用していただくよう周知方お願いします。

（参考 1）内閣官房 CLT 活用促進のための政府一元窓口

URL:<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/cltmadoguchi/>

（参考 2）林野庁 「木材の利用の促進について」

URL:<https://www.rinya.maff.go.jp/j/riyou/kidukai/index.html>

厚生労働省医政局地域医療計画課
医師確保等地域医療対策室
へき地医療係
TEL 03-5253-1111（内線 2551）
03-3595-2186（直通）

10. 小児・周産期医療について

(1) 小児医療の確保

小児医療については、小児医療の体制構築に係る指針において、全ての小児医療圏で小児救急医療を含めて常時小児の診察ができる体制を確保することとしており、既存の医療機関相互の連携や各事業の効果的な組合せ等によって、地域における小児医療の連携体制の構築を行うこと等を求めている。

また、第8次医療計画に関する当該指針においては、小児救急医療を含めた小児医療圏の設定、小児科診療所の役割・機能の推進、協議会等を通じた保健・福祉分野、周産期医療等との連携、医療的ケア児及びその家族への支援、医療機関・機能の集約化・重点化、小児医療に携わる医師の勤務環境の改善、小児科の医師偏在対策の検討体制の確保、新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制の整備等を示している。【PI-計67】

さらに、今年度開始した小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおいて、入院医療や専門医療については地域ごとに集約化を進める一方、小児人口が少ない地域であっても一定の入院機能を確保する必要があるとされたところである。

① #8000事業

#8000事業については、休日・夜間における地域の小児医療体制の充実を図るため、地域の実情に応じて、地域医療介護総合確保基金を活用して実施いただいているところ。引き続き、応答率や占有率等の結果を参考に適切な回線数の確保等を検討することや、#8000対応者研修事業への参加推進等、一層の取組をお願いする。【PI-計67~68】

平成29年度から、相談対応者の質の向上と保護者への啓発等を目的に相談内容や対応等に関する情報の収集や分析を実施する事業を実施している。令和6年度の分析結果については、厚生労働省のウェブサイトにおいて公表しており、各都道府県においては住民への啓発や#8000事業の体制整備の参考にされたい。【PI-計68】

② 予算補助事業の活用

小児救急医療については、小児初期救急センター、休日・夜間の二次救急医療を担う輪番制病院や、二次医療圏単位での小児医療の確保が困難な地域において複数の二次医療圏を対象に患者を受け入れる小児救急医療拠点病院、小児の救命救急医療を担う小児救命救急センターの整備等の支援を盛り込んでおり、各都道府県においては、積極的な活用をお願いする。【PI-計69】

また、全ての都道府県において等しく高い水準の小児救命救急医療の体制を確保するため、小児救命救急センターを持たない三次医療圏において、小児救命救急医療の拠点として、「地域小児救命救急センター」を1か所整備するための補助事業を実施している。小児救命救急センターを持たない都道府県においては、本事業を活用して整備を進めていただきたい。【PI-計69】

さらに、令和8年度予算案において、小児医療資源の乏しい地域で一般小児医療や軽症の入院診療に対応する「小児地域支援病院」の整備等を含む、地域小児医療体制強化事業を計上したところである。【PI-計70】

(2) 周産期医療の確保

周産期医療については、周産期医療の体制構築に係る指針において、目指すべき方向として、医療機関間の連携、近隣都道府県等との連携、輸血の確保等を推進するとともに、これまでのハイリスク分娩等に対する取組以外にも、正常分娩等に対する安全な医療を提供するための体制の確保や、周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できる体制の確保に取り組むことを求めている。

また、第8次医療計画に関する当該指針においては、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善、医療機関・機能の集約化・重点化、協議会等を通じた保健・福祉分野、小児医療等との連携、ハイリスク妊産婦への対応、医療的ケア児への在宅ケアへの移行、新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制の整備等を示している。【PI-計70】

さらに、今年度開始した小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおいて、今後の対応の方向性として、ハイリスク以外の分娩についても地域の実情に応じた集約化と施設間の役割分担について検討すること、また周産期母子医療センターの機能格差が大きいことを踏まえ、その役割について引き続きWGで議論を行うこと等について、取りまとめられたところである。

① 予算補助事業の活用

周産期医療については、これまでも、NICU等の確保、合併症を有する母体の受入れ、勤務医の負担軽減、長期入院児の在宅への移行促進等の支援に関する予算事業を設けている。

令和8年度予算案においても、周産期母子医療センターの運営に係る支援のほか、分娩施設が少ない地域において、新規に分娩施設を開設する場合や、病院に産科等を増設し新規に分娩を取り扱う施設等に対して、必要な施設整備・設備整備の支援等を計上している。【PI-計71】

また、産科医の地域偏在を解消するため、産科医等の不足する地域の医療機関に産科医等を派遣する病院等に対し、その派遣手当や旅費等の支援について、地域医療介護総合確保基金により支援している。【PI-計72】

地方の周産期医療体制の不足を補完し、妊産婦本人の居住地にかかわらず、安全・安心に妊娠・出産ができ、適切な医療や保健サービスが受けられる環境を全国で実現するため、出産や妊婦健診のために遠方の産科医療機関等を受診する必要がある妊婦に対して、当該医療機関等までの移動に係る交通費及び出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費を支援している。都道府県におかれては、貴管内の市区町村において本事業が積極的に活用されるよう、関係者に周知いただきたい。【PI-計72～73】

加えて、令和7年度補正予算において、地域の実情に応じてハイリスク以外の分娩も含めた集約化と施設間の役割分担を実施する都道府県を想定し、モデル事業としての予算を確保したところであり、都道府県においては積極的に活用いただきたい。【PI-計73】

② 安全な無痛分娩の実施体制の構築

無痛分娩については、平成30年3月に厚生労働科学研究班により「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」（以下「提言」という。）が取りまとめられた。都道府県においては、無痛分娩取扱施設に対し、提言において求められている体制の整備が徹底されるよう周知をお願いするとともに、自主点検表を参考に、診療体制の確保について確認し、必要に応じて助言をお願いする。

また、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）が「無痛分娩の安全な診療のための講習会」を令和元年度から開始しており、JALAのウェブサイト（※）において、講習会の開催情報が確認可能となっている。

その他に、JALAにおいて無痛分娩の診療体制等に関する情報公開を行っていること、無痛分娩有害事象収集分析事業が行われていることについて医療機関及び妊婦の方々への周知、情報提供をお願いする。

（※）<https://www.jalosite.org/>

無痛分娩を実施する全ての医療機関で麻酔を専門とする医師を確保することは困難であることに鑑み、地域で安全な無痛分娩の実施体制を確保するため、令和7年度補正予算において、医療従事者の連携体制を構築するための費用を支援するモデル事業を実施する予定であり、都道府県においては積極的にご活用いただきたい。【PI-計73】

（3）産科・小児科の医師確保対策について

産科・小児科の医師確保については、別途、産科・小児科それぞれを対象とする医師確保計画を策定した上で、地域の実情に応じた取組を進めていただいている。都道府県においては、令和6年度から開始している医師確保計画に基づき、関係者と連携の上、地域医療介護総合確保基金を活用しながら、着実に取組を進めていただきたい。【PI-計74】

（4）産科・小児科医療機関等支援事業について

令和7年度補正予算において、地域でこどもを安心して生み育てることのできる小児・周産期医療体制を確保するため、分娩数が減少している分娩取扱施設や、入院患者数が減少している小児医療の拠点となる施設等への支援事業を実施することとしている。都道府県においては、本事業の実施や対象施設への積極的な周知をお願いしたい。【PI-計74】

（5）小児医療・周産期医療における災害対策について

災害時小児周産期リエゾンについては、平成28年度から開始した養成研修事業に加え、令和5年度から、地域における継続的な自主研修を運営するリーダーとなるリエゾンを養成することを目的として、技能維持研修を開始した。また、令和8年度予算案において、平時・災害時における災害時小児周産期リエゾンの活動をサポートするための予算を要求したところである。都道府県においては、引き続き研修への積極的な参加に向けた周知と、災害時小児周産期リエゾンの任命及び協定の締結を行い、平時からの訓練等を通じて災害時小児周産期リエゾンが必要な関係者と緊密な連携がとれるよう配慮をお願いしたい。【PI-計75】

小児医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

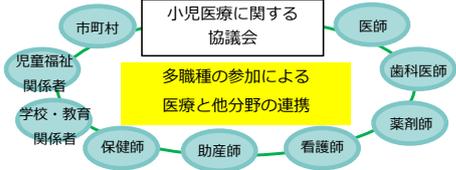
- ・ 小児患者が救急も含めて医療を確保できるよう医療圏を設定するとともに、地域の小児科診療所の役割・機能を推進する。
- ・ 保健・福祉分野の支援や周産期医療との連携を含む、小児に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、小児医療に関する協議会を活用する。
- ・ 医療的ケア児を含め、地域の子どもの健やかな成育が推進できるよう、支援体制を確保する。
- ・ 保護者への支援のため、子ども医療電話相談事業（#8000）を推進する。
- ・ 新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制を整備する。

医療へのアクセス確保

- ・ 集約化・重点化によりアクセスが悪化する地域に居住する小児等に対する医療の確保のため、オンライン診療について検討する。その際には、対面診療を適切に組み合わせることが求められることに留意する。

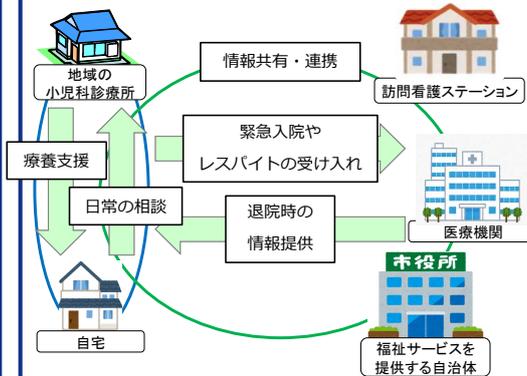
小児医療に関する協議会

- ・ 医師、看護師のほか、地域の実情に応じて、助産師、児童福祉関係者や学校・教育関係者、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種を参画を検討する。
- ・ 小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との橋渡しの役割・機能を担っており、小児医療に関する協議会の活用などを通じ、その役割・機能を推進する。



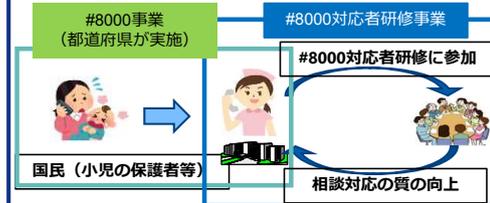
医療的ケア児への支援

- ・ 医療的ケア児が入院する医療機関は、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、転院・退院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援を行う体制、緊急入院に対応出来る体制、レスパイトの受け入れ体制等を整備する。



#8000の推進

- ・ #8000について、応答率等を確認し、回線数を増やす等の改善の必要性を適宜検討する。
- ・ #8000対応者研修事業を活用し、相談者への対応の質の向上を図る。



子ども医療電話相談事業（#8000）

事業概要

平成16年に13都道府県から開始 → 平成22年には47都道府県へ

- 地域の看護師や小児科医等による小児患者の保護者等向けの電話相談
- 全国どこでも患者の症状に応じた適切なアドバイスが受けられる
 - ・ 小児患者の症状に応じた迅速な対応、家庭看護の方法や薬に関する相談等
 - ・ 緊急性の有無を伝えることによる保護者の不安解消
- 平成16年に「小児救急電話相談事業」として開始
 - 救急医療のみならず小児医療全般において活用され、平成30年に「子ども医療電話相談事業」へ呼称変更
- 地域の小児医療体制の補強と医療機関の機能分化の推進
- 地域医療介護総合確保基金により支援（平成26年度～）

実施状況（令和7年4月1日現在）

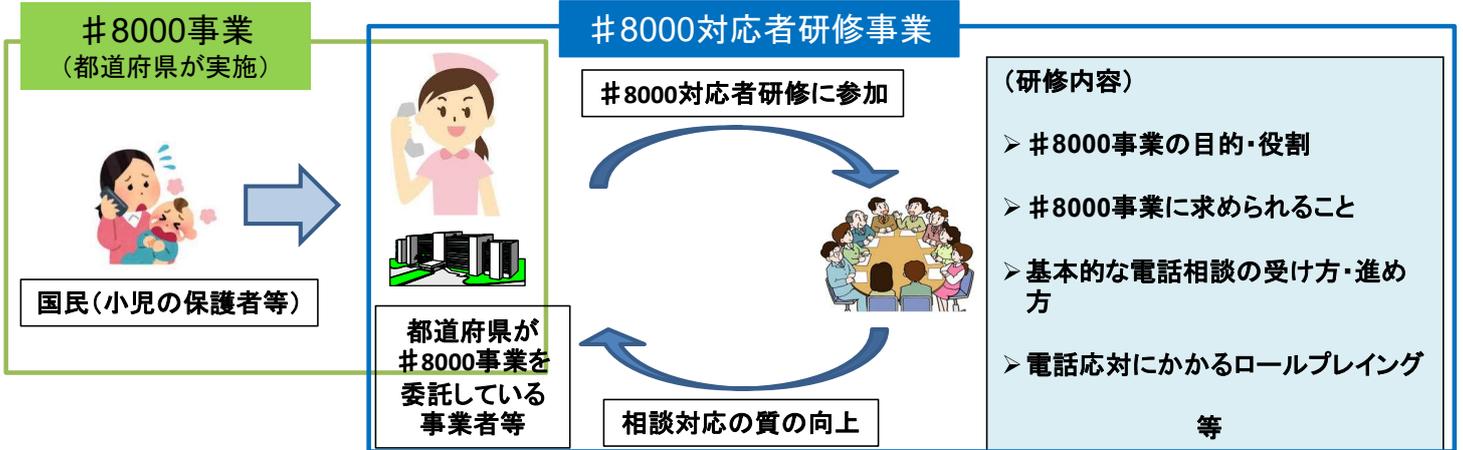
- 実施時間帯は深夜帯も含めてカバー（47都道府県において深夜0時以降も実施）
- 携帯電話からも短縮番号「#8000」への接続が可能

#8000対応者研修事業

令和8年度当初予算案:2,237千円(2,237千円)

事業の概要

地域の小児科医等が夜間等における小児の保護者等からの電話相談に対応する子ども医療電話相談事業(以下「#8000事業」という。)が全国の都道府県において実施されている。
地域の小児医療提供体制の一層の充実を図るため、#8000事業に従事する医師、看護師等の質の向上や対応の均一性を図るための研修を実施するものである。



事業実施者

一般競争入札により選定

実施状況

令和7年度の予定

○年に2回の集合型研修を実施している(20-30人×2回)。
(平成30年度41名、令和元年度39名、令和2年度40名、令和3年度27名、令和4年度35名、令和5年度51名、令和6年度32名)
○令和6年度の研修の満足度は96.9%(満足84.4%、やや満足12.5%)

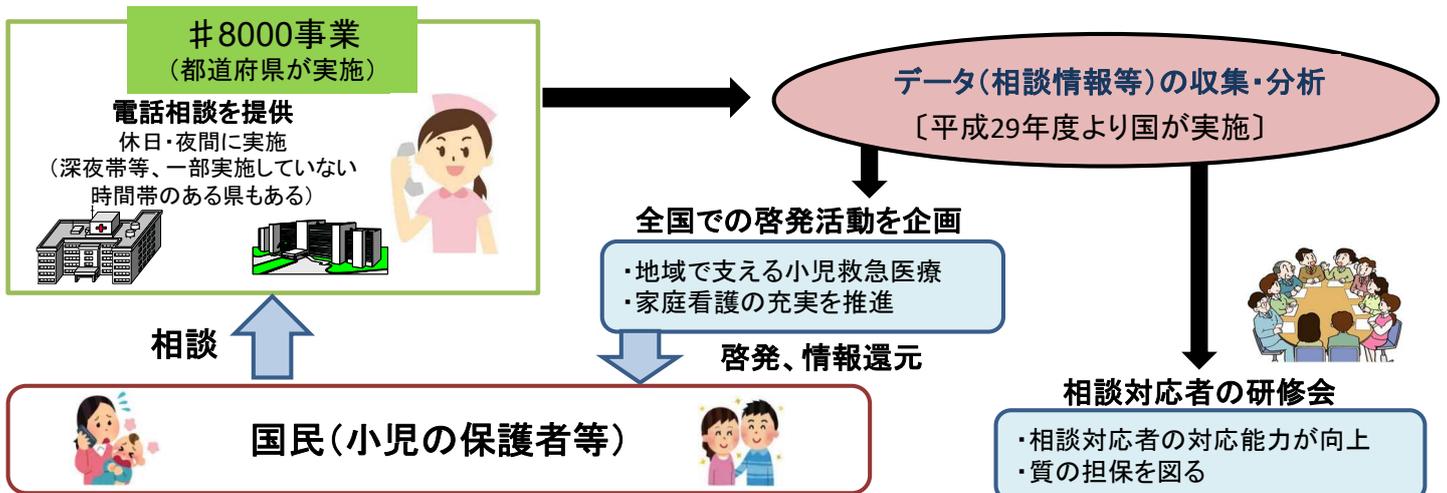
○令和7年度も、同様の規模で実施予定。

#8000情報収集分析事業

令和8年度当初予算案:31,693千円(31,693千円)

事業の概要

本事業は、都道府県で実施されている#8000事業における相談内容等の情報を収集し、子どもの病気、けが等の状況及び緊急性について分析し、以下を目的として実施している。
① #8000事業における相談対応者の質の向上及び均てん化を図る
② 分析結果を保護者等に広報するなど、病気、けが等の対応等についての啓発を行うこと
③ #8000事業の実施体制の整備等に資する分析結果を各都道府県に提供すること



事業実施者

公募により選定

実施状況

○年々、情報収集及び分析の対象都道府県は増加傾向。
(平成29年度:5道県、平成30年度:25都道府県、令和元年度:39都道府県、令和2年度:44都道府県、令和3年度:43都道府県、令和4年度:45都道府県、令和5年度:46都道府県、令和6年度:47都道府県)

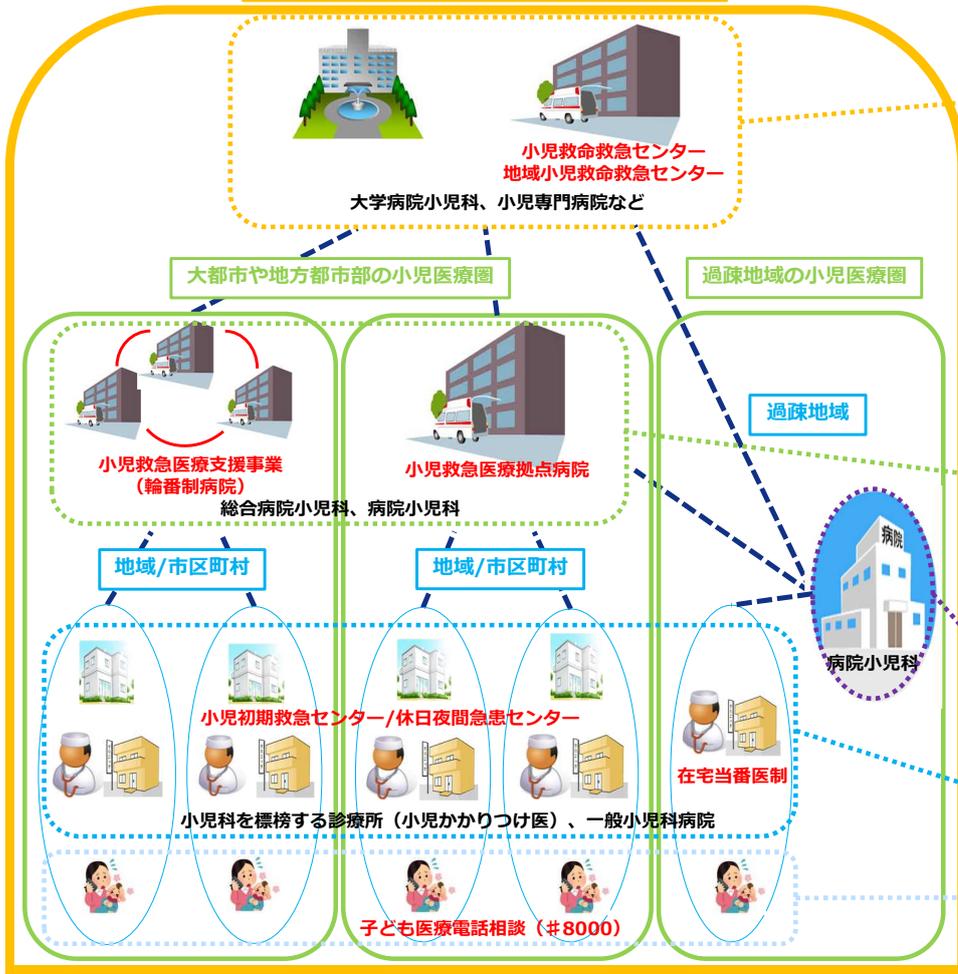
地域における小児医療体制整備のイメージ

※医療圏数は地域医療計画課調べ

三次医療圏（各都道府県 ※北海道は6医療圏）

小児医療体制に求められる医療機能

三次医療
二次医療
一次医療
相談支援



小児中核病院【高度小児専門医療、小児救命救急医療】
 ・日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの
 ・小児地域医療センターでは対応が困難な高度専門入院医療や、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等を含めた、小児の救命救急医療の24時間体制での実施

＜目指すべき方向＞
 全ての小児医療圏（令和6年4月現在306医療圏）で、
 小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制を確保する

小児地域医療センター【小児専門医療、入院小児救急】
 ・日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当するもの
 ・一般小児医療を行う機関では対応が困難な小児専門医療や、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等を含めた、入院を要する小児救急医療の24時間体制での実施
 ・療養・療育支援を担う施設との連携や在宅医療支援

小児地域支援病院
 ・日本小児科学会の「地域振興小児科A」に相当するもの
 ・小児中核病院又は小児地域医療センターがない小児医療圏において最大の病院小児科であり、地理的に孤立した地域に不可欠で、他地域の小児科と統廃合が不適当
 ・軽症用入院病床を設置し、一次から二次医療を担う

一般小児医療【一般小児医療、初期小児救急】
 ・地域に必要な一般小児医療や初期小児救急医療の実施
 ・生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援

相談支援
 ・行政機関、消防機関
 ・子ども医療電話相談（#8000）

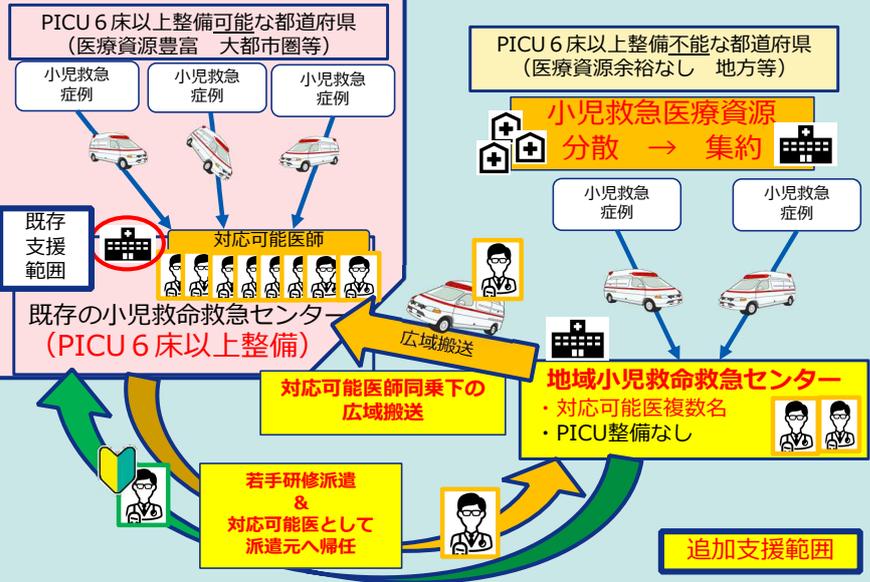
小児救命救急センター事業（地域小児救命救急センター整備）

医政局地域医療計画課 (8048)

1 事業の目的 令和8年度当初予算案 189,245千円 (189,245千円)

- 第8次医療計画の指針において、都道府県に対して、必要に応じて圏域を越えた広域搬送について検討しつつも、基本的には、都道府県内で小児患者に対する救命救急医療を24時間提供できる体制の整備を求めている。
- 一方で、小児救急医療に精通した専門医や高度な医療機器等の多くの医療資源を要するPICUを持つ小児救命救急センターの整備については、令和6年4月現在全国19施設（14都府県）が指定されているが、地域のこどもの数等のニーズや医師等のリソース等を考慮すると、小児救命救急センターを全都道府県に整備することは困難であり、地域により子どもが享受可能な救命救急医療に差が存在している。
- 全ての地域において等しく高い水準の小児救命救急医療を整備する観点から、小児救命救急センターを持たない三次医療圏につき1カ所の小児救命救急医療の拠点を「地域小児救命救急センター」として整備する。
- 地域小児救命救急センターの役割は、三次医療圏における小児救急症例の集約化、小児救命症例に対する小児救命救急医療に対応可能な医師（以下、対応可能医師）による応急処置及び広域搬送とし、対応可能医師の複数名の配置は求めるが、PICUの整備・運営は求めないこととし、PICUを要する症例については、対応可能医師が同乗の下、既存の小児救命救急センターへ広域搬送することを基本とする。
- さらに、地域小児救命救急センターの継続性の観点から、対応可能医師が常時複数名必要であるため、地域小児救命救急センターに所属する特に若手の医師を研修終了後に派遣元に戻る条件で既存の小児救命救急センター等に派遣し、PICUでの業務や搬送業務に関する技術の習得を支援する。

2 事業の概要・スキーム



3 施設機能の違い

	小児救命救急センター（既存）	地域小児救命救急センター	一般救急病院
PICU	6床以上	基本なし	基本なし
医師	小児救急 対応可能医師 多数	小児救急 対応可能医師 複数名	基本なし （一般小児科 医・救急医）
その他	・広域小児救急の最後の砦 ・研修受け入れ施設 ・指導医師等	・地域の小児救急医療の集約施設 ・対応可能医師同乗下での広域搬送拠点 ・既存のセンターへの研修医師派遣	・分散配置 ・小児救急の対応可否は不明

※想定需要
 ・小児救命救急センターなし：33道府県
 ・PICUなし：25府県
 ・集中治療を要する小児患者数：人口100万人あたり約300人（年間）

4 実施主体等

- ・実施主体：都道府県の医療計画等に基づき、都道府県知事の要請を受けた病院の開設者とする。
- ・補助率：1/3（医療提供体制推進事業費補助金（運営費））

地域小児医療体制強化事業

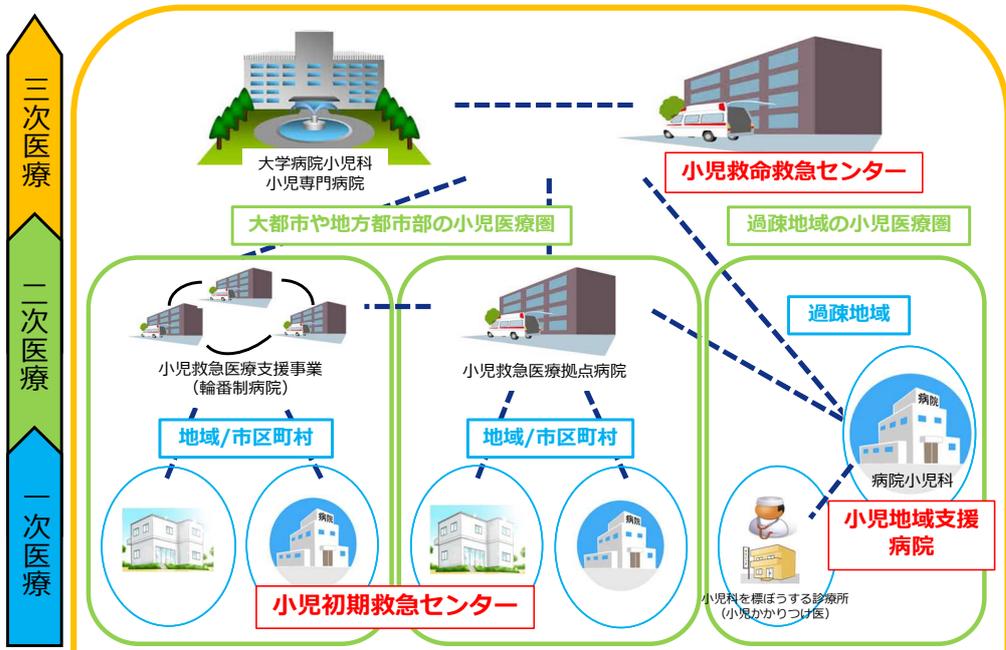
令和8年度当初予算案 3.8億円（医療提供体制推進事業費補助金267億円の内数）※（）内は前年度予算額

1 事業の目的

第8次医療計画における小児医療の体制構築に係る指針において、全ての小児医療圏で小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制の確保を求めているところ、軽症が多いとされる小児救急患者に対応する小児初期救急体制や、過疎地域において不可欠な小児医療施設の運営、広域搬送を受け入れる小児救命救急センターを支援し、医療機能の明確化や連携体制の構築促進を目的とする。

2 事業の概要・スキーム

三次医療圏（各都道府県 ※北海道は6医療圏）



- 小児救命救急センター**
設備整備事業（新規）、運営事業（拡充）
 救命救急センターを併設していない小児救命救急センターにおける、ドクターカーの初期導入費用や運転手の確保に必要な経費の一部を補助する。
- 小児地域支援病院運営事業（新規）**
 小児中核病院又は小児地域医療センターがない小児医療圏において最大の病院小児科であり、地理的に孤立した地域に不可欠で、他地域の小児科と統廃合が不適当な病院について、運営費の一部を補助する。
- 小児初期救急センター運営事業（拡充）**
 小児の急病患者を受け入れるため、二次救急病院と連携し、小児患者の休日夜間の診療体制を備えた医療機関の運営費の一部を補助する。

3 実施主体等

実施主体：都道府県
補助率：国1/3 都道府県1/3（小児初期救急センター運営事業のみ）

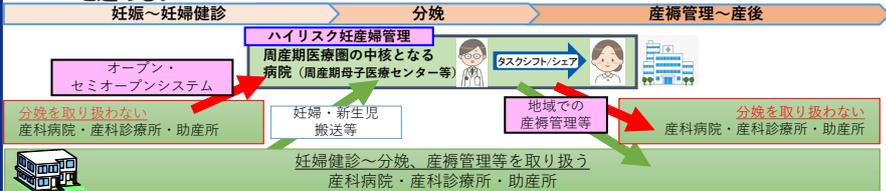
周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、必要に応じて周産期医療圏の柔軟な設定を行い、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。
- 保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。
- ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

周産期医療の集約化・重点化

- 基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進める。ハイリスクでない分娩は、その他の産科医療機関で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関において妊婦健診や産前・産後のケアや、オープンシステム・セミオープンシステム等を実施することを検討するとともに、産科医師から助産師へのタスクシフト/シェアを進める。



ハイリスク妊産婦への対応

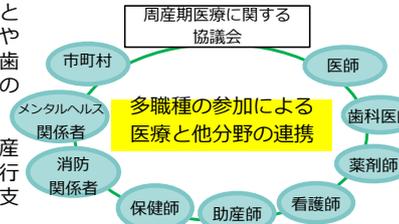
- NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、周産期医療に精通した医療従事者育成を含めて、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。
- 集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討する。

在宅ケアへの移行支援

- 周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。

周産期医療に関する協議会

- 医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とし、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者、さらに、地域の実情に応じて、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。
- 社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行う保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。



産科区域の特定

- 分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進する。

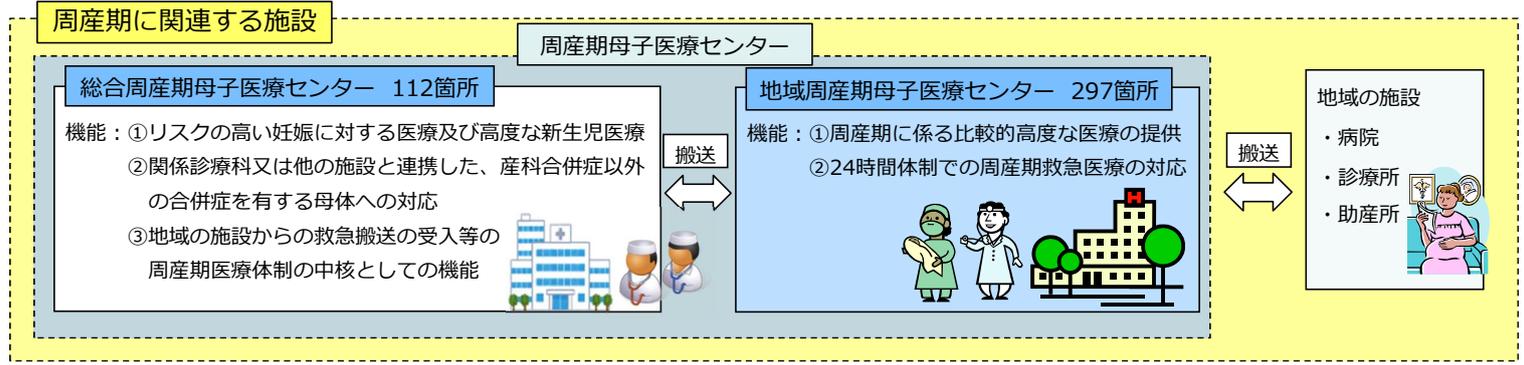
令和8年度当初予算案 9.1億円 (医療提供体制推進事業費補助金267億円の内数) ※ ()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 医療計画に記載された周産期母子医療センターの診療機能、医師、看護師等の確保や処遇改善等に必要な支援を行い、周産期母子医療センターの充実強化について迅速かつ着実に推進することを目的とする。
- 産科、小児科、麻酔科、救急医療の関連診療科を有し、必要な設備・人員等を備え、24時間体制で母体・新生児を受け入れる体制を備えることにより、産科及び産科以外の合併症に対する対応の強化を目的とする。

2 事業の概要・スキーム

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターのMFICU(母体・胎児集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)等に対する財政支援を行う。例年申請額が予算額を超えていることから、各施設に対する支援を拡充するために予算額を増額して要求する。



3 実施主体等

・実施主体：都道府県の医療計画に基づき指定又は認定された周産期母子医療センター ・補助率：国 1 / 3

分娩取扱施設 施設・設備整備 事業

令和8年度当初予算案 【施設】 51,265千円 (51,265千円) 【設備】 80,280千円 (80,280千円) ※ ()内は前年度当初予算額

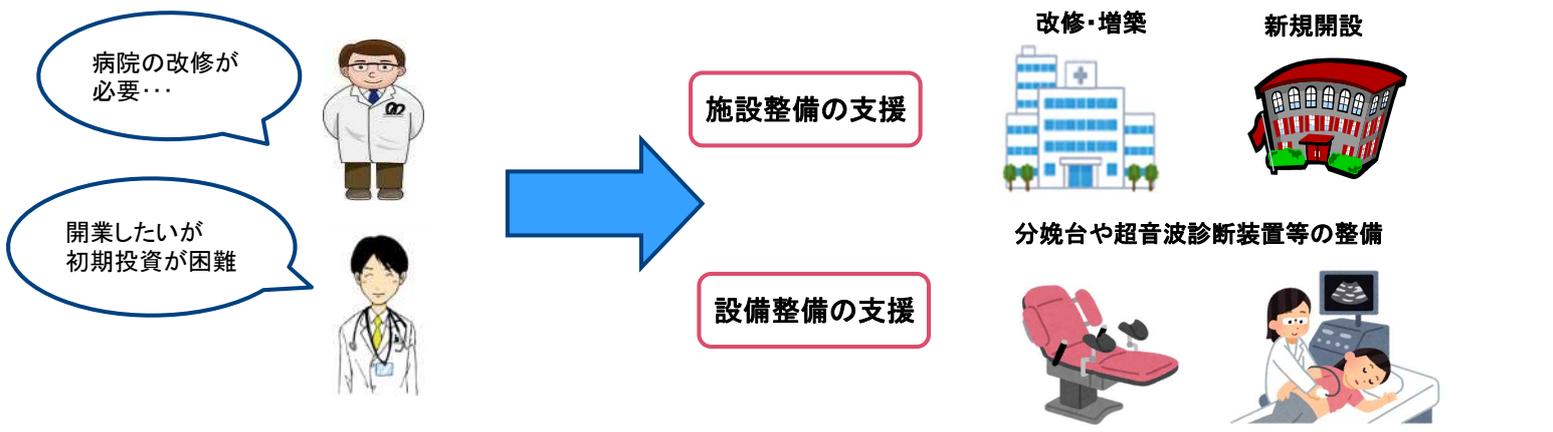
1 事業の目的

産婦人科又は産科を標ぼうする医療機関、分娩を取り扱う医療機関は年々減少している。

○産婦人科・産科を標ぼうする病院・診療所数	平成8年 7,302 ⇒ 令和5年 4,346
○分娩取扱病院・診療所数	平成8年 3,991 ⇒ 令和5年 1,766

分娩取扱施設が少ない地域において、身近な地域で安心して出産できるよう、都道府県が分娩取扱施設の確保を行うにあたって、分娩取扱施設の改修や、新規に分娩を取り扱うための増築、開設等を行う場合等に、その施設・設備整備に要する費用の一部を補助する。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体等

補助率：1 / 2 交付先：医療機関

産科医療を担う産科医等の確保事業

令和8年度当初予算案 647億円の内数
(地域医療介護総合確保基金)

＜事業内容＞ 産科医や小児科医(以下「産科医等」)の地域偏在を解消するため、産科医等の不足する地域の医療機関に産科医等を派遣する医療機関に対して、その派遣に必要な費用を支援し、分娩取扱施設の確保や産科医等の勤務環境改善を進める

＜負担割合＞ 国:2/3 都道府県:1/3

こども大綱(令和5年12月22日閣議決定)

第3 こども施策に関する重要事項 2. ライフステージ別の重要事項 (1)こどもの誕生前から幼児期まで(妊娠前から妊娠期、出産、幼児期までの切れ目ない保健・医療の確保)

「周産期医療の集約化・重点化を推進し、地域の周産期医療体制を確保する。」

背景

・産科医の地域偏在が指摘

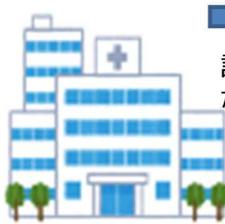
都道府県別の分娩取扱医師偏在指標
(令和5年時点)
東京都:14.3 熊本県:6.8

・都道府県内でも医療圏毎の地域偏在がある

周産期医療圏別の分娩取扱医師偏在指標
(令和5年時点)
京都府
京都・乙訓:15.8 南丹:5.1
熊本県
芦北:10.0 球磨:4.1

事業のイメージ

【都市部の大病院】

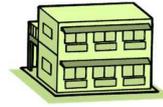


診療の応援のために派遣



旅費、派遣手当の支援

【地方の中核病院や産科病院、診療所】



＜効果＞

- ・分娩取扱施設の確保
- ・産科医等の勤務環境の改善
- ・産科医等の地方経験
- ・(副次的効果)地域内での派遣

(※) 医師偏在指標とは、都道府県ごと・医療圏ごとに、医師偏在の状況を客観的に把握できるよう、需要側の状況(人口構造、患者の流入など)、供給側の状況(医師の性別・年齢分布など)を踏まえ、全国統一的に算出した指標。

こども家庭庁 妊産婦等に対する遠方の分娩取扱施設等への交通費等支援事業 拡充 成育局 母子保健課

令和8年度予算案 4億円(4億円) 【令和6年度創設】

事業の目的

○ 地方の周産期医療体制の不足を補完し、妊産婦等本人の居住地にかかわらず、安全・安心に妊娠・出産等ができ、適切な医療や保健サービス等が受けられる環境を全国で実現するため、遠方の分娩取扱施設等までの移動にかかる交通費等の助成を行うことにより、妊産婦等の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

※ 本事業による支援を通じて、周産期医療の提供体制の構築において、周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や産科医の偏在対策等を推進した場合においても、妊産婦等の妊婦健診等を実施する医療機関等までのアクセスを確保する。

事業の概要

◆ 対象者

自宅(又は帰郷先)から最寄りの分娩取扱施設等まで概ね60分以上の移動時間を要する妊産婦等(自己都合で特定の医療機関等を選択する場合は助成の対象外)

◆ 内容(①②: 出産、③~⑤: 妊婦健診、⑥: 産婦健診、⑦: 産後ケア、⑧: 乳幼児健診、⑨: 不妊治療)

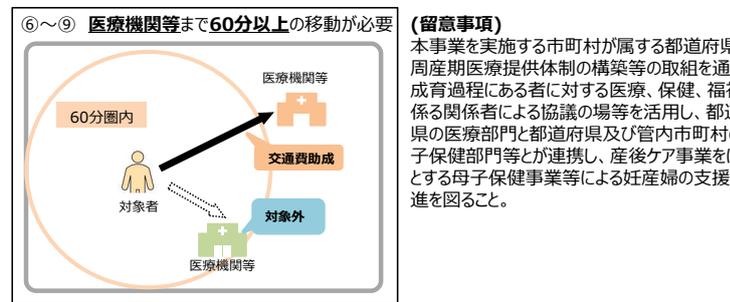
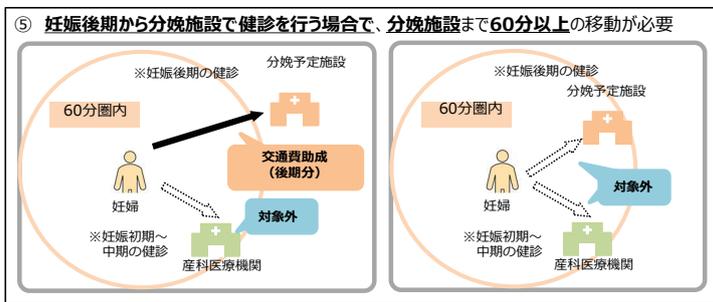
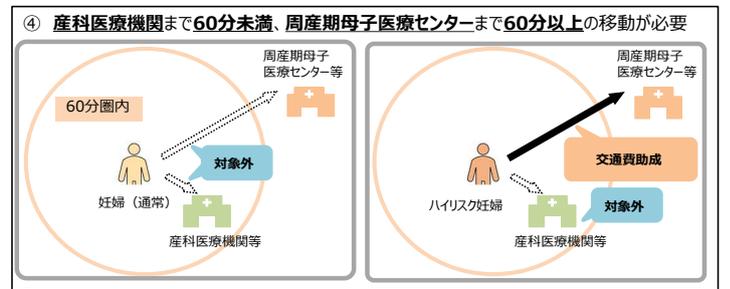
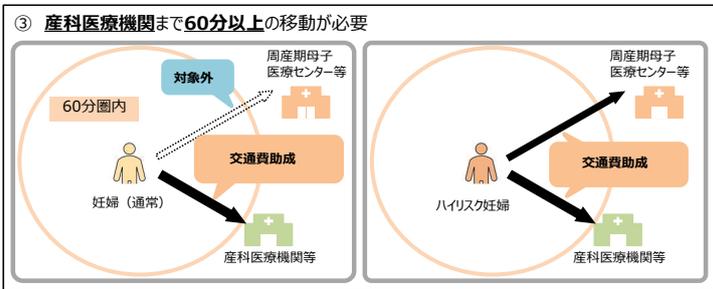
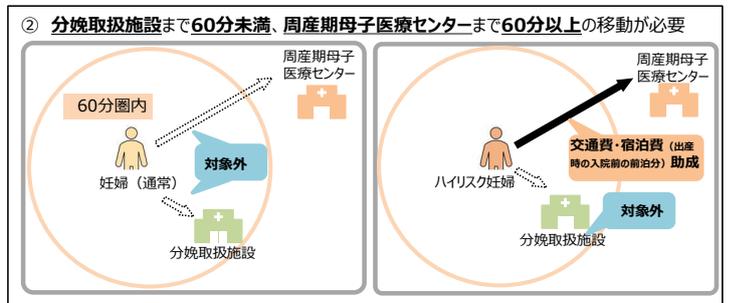
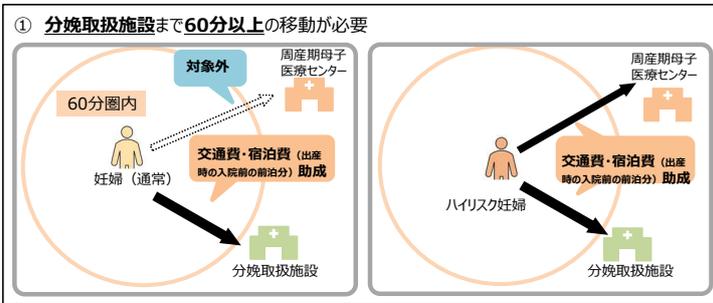
- ① 最寄りの分娩取扱施設まで概ね60分以上の移動が必要な場合
最寄りの分娩取扱施設※までの交通費および分娩取扱施設の近くで待機する場合の近隣の宿泊施設の宿泊費(出産時の入院前の前泊分)を助成する。また、ハイリスク妊婦の場合は、最寄りの周産期母子医療センターまでの交通費及び宿泊費を助成する。※出産時の入院前に分娩取扱施設の近隣の宿泊施設に前泊する場合、当該宿泊施設までの交通費とする(他も同様)
- ② 最寄りの分娩取扱施設まで概ね60分未満だが、最寄りの周産期母子医療センターまで概ね60分以上の移動が必要な場合
最寄りの分娩取扱施設までは助成外。ただし、ハイリスク妊婦の場合は、最寄りの周産期母子医療センターまでの交通費及び宿泊費を助成する。
- ③ 最寄りの妊婦健診を受診することができる産科医療機関等まで概ね60分以上の移動時間を要する妊婦(上限14回)
- ④ 医学上の理由等により、周産期母子医療センター等で妊婦健診を受診する必要がある妊婦(以下「ハイリスク妊婦」という。)のうち、最寄りの周産期母子医療センター等まで概ね60分以上の移動時間を要する妊婦(上限14回)
- ⑤ 妊婦健診を受診することができるが分娩ができない産科医療機関等が概ね60分以内にある妊婦であって、妊娠後期(概ね妊娠32週頃)から分娩予定施設に切り替えて妊婦健診を受診する妊婦のうち、最寄りの分娩可能な産科医療機関まで概ね60分以上の移動を要する妊婦(上限7回)
- ⑥ 最寄りの産婦健診を受診できる医療機関等(分娩をした医療機関・助産所等)まで概ね60分以上の移動時間を要する産婦(上限2回)
- ⑦ 最寄りの産後ケア事業実施施設まで概ね60分以上の移動時間を要する母子(上限7回)
- ⑧ 最寄りの乳幼児健診を受診できる医療機関等まで概ね60分以上の移動時間を要する母子(上限6回※)
※1か月児健診、3~6か月児健診、9~11か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診、5歳児健診が助成対象。
- ⑨ 最寄りの不妊治療実施施設(生殖補助医療管理料又は精巣内精子採取術の届出医療機関)まで概ね60分以上の移動時間を要する夫婦(事実婚含む)
(上限10回※) ※保険適用の対象となる「生殖補助医療」及び「男性不妊治療」が助成対象。男性不妊治療は上限5回。

実施主体等

- ◆ 実施主体: 市町村
- ◆ 補助率: 国1/2
(都道府県1/4、市町村1/4)
※都道府県からの間接補助による交付
- ◆ 補助基準額: 1,022千円(1自治体あたり)
※⑥~⑨の合計額

補助単価

- ① 交通費(往復分): 移動に要した費用(タクシー移動(出産及び妊婦健診のみ対象)の場合は実費額、その他の移動は旅費規程に準じて算出した交通費の額(実費を上限とする))の8割を助成(※2割は自己負担)
- ② 宿泊費(上限14泊): 宿泊に要した費用(実費額(旅費規程に定める宿泊費の額を上限とする))から2000円/泊を控除した額を助成(※1泊当たり2000円(および旅費規程を超える場合はその超過額分)は自己負担)



【〇希望に応じて安全な無痛分娩が選択できる体制の構築】

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)

施策名: 地域連携周産期医療体制モデル事業

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。

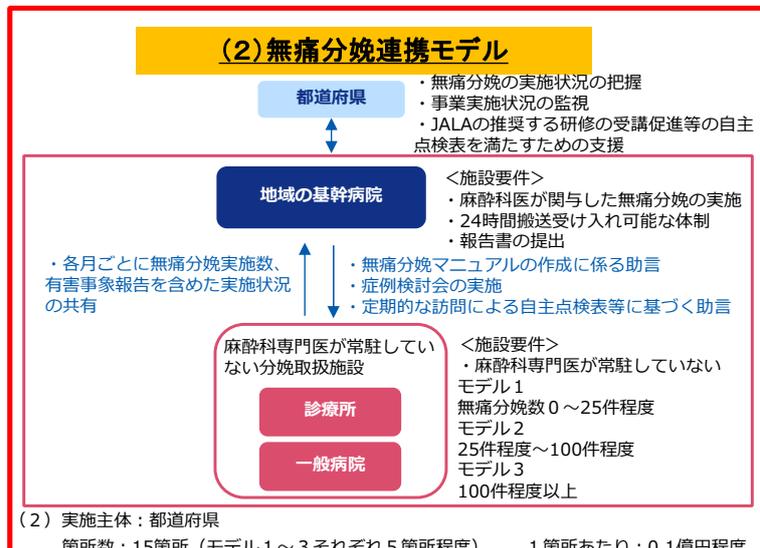
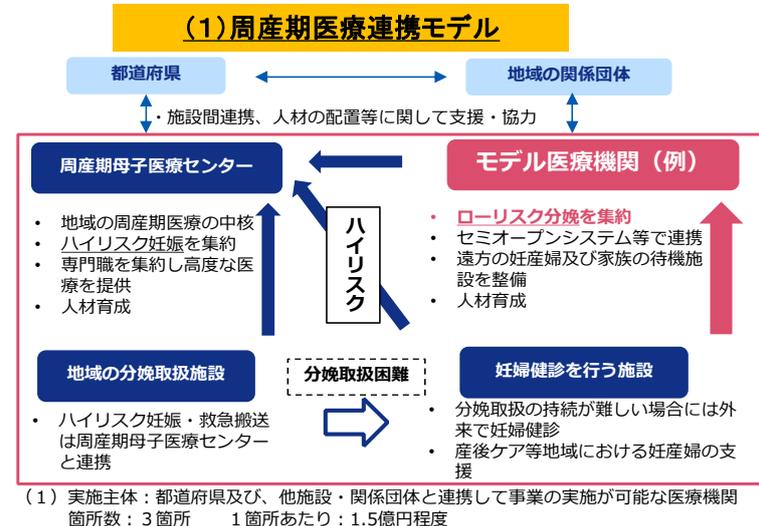
② 対策の柱との関係

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。
 ○ 特に医療資源に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、ハイリスク妊婦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。
 ○ 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



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)

○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。
 ○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。

産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要する。
- ・一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

産科・小児科における医師偏在指標の算出

三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

- ・医療需要(ニーズ) ・人口構成の違い等
- ・へき地等の地理的条件
- ・患者の流出入等
- ・医師の性別・年齢分布

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。

- ・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値(下位33.3%)に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と設定。

偏在対策基準医師数を踏まえた施策

医師の確保の方針を踏まえ、偏在対策基準医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- ・産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
- ・周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機関へ医師を派遣する調整を行う等

(施策の具体的例)

① 医療提供体制等の見直しのための施策

- ・医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し。
- ・医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化。
- ・病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携。
- ・地域の医療機関の情報共有の推進。
- ・医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。

② 医師の派遣調整

- ・地域医療対策協議会における、都道府県と大学、医師会等の連携。
- ・医療機関の実績や、地域における小児人口、分娩数と見合った数の医師数となるような派遣先の医療機関の選定。
- ・派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点化。医師派遣の重点化対象医療機関の医師の時間外労働の短縮のための対策。

③ 産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- ・相対的医師少数区域に勤務する産科・小児科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保。
- ・産科・小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援。
- ・産科・小児科医師でなくても担うことのできる業務についての、タスクシェアやタスクシフト。

④ 産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

- ・医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、離職防止。
- ・小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科(NICU)研修等の必修化の検討。
- ・産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化。

【○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: 産科・小児科医療機関等に対する支援

令和7年度補正予算額 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)

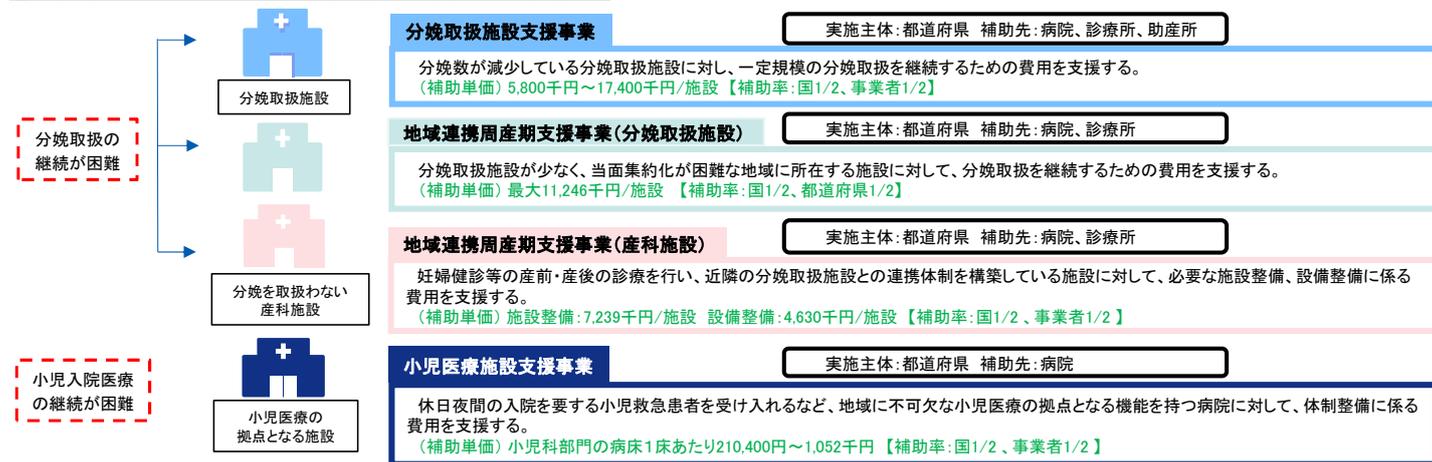
① 施策の目的

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。

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



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)

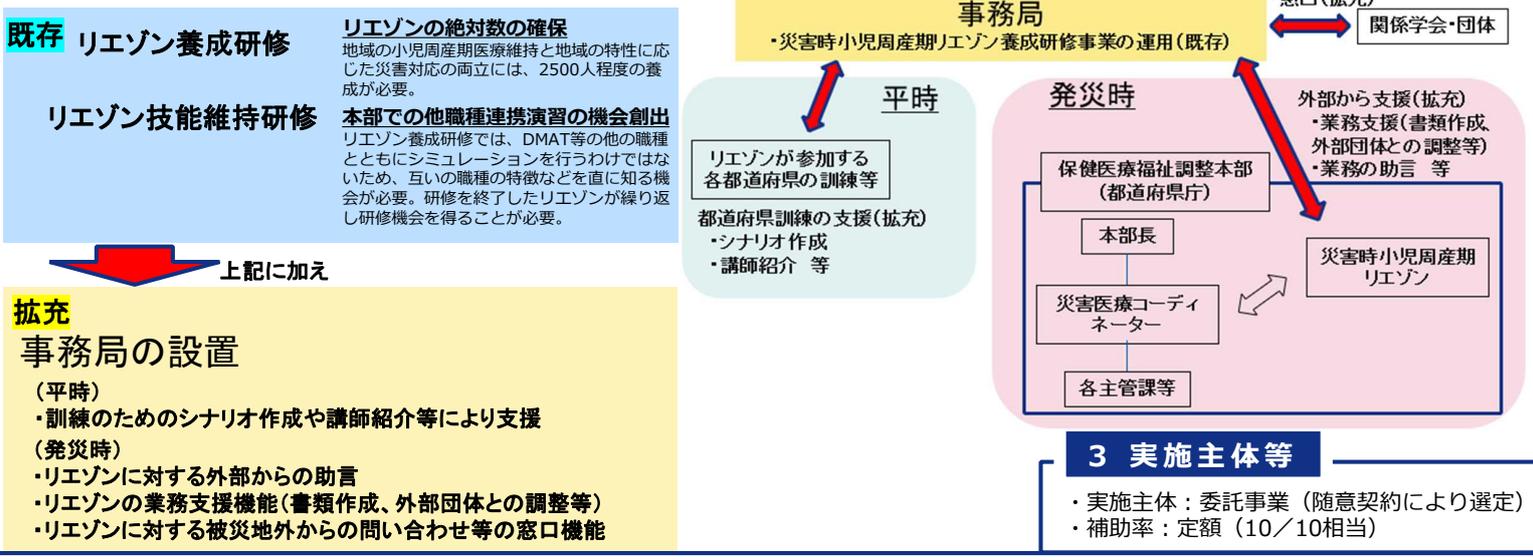
産科施設や小児科医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ、施設の連携・集約化・重点化を含めた必要な支援を行い、地域でこどもを安心して生み育てることができる小児周産期医療体制の確保を図る。

1 事業の目的

令和8年度当初予算案 15百万円（10百万円） ※（）内は前年度当初予算額

- ・災害時に、都道府県の保健医療福祉調整本部において、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、災害医療コーディネーターをサポートする災害時小児周産期リエゾン（以下「リエゾン」という）の養成研修事業及び技能維持研修事業が行われている。
- ・現在、全都道府県においてリエゾンが任命されているが、令和5年度においては、リエゾンが参加する都道府県主催の訓練が実施されていない都道府県が26カ所存在し、各都道府県における訓練体制の構築の支援が必要である。
- ・また、過去の災害では、被災経験の乏しい被災地内のリエゾンのみで膨大な業務を完遂することは困難であり、経験豊富な被災地外のリエゾンが現地での活動支援を強いられた例もある。
- ・上記を踏まえ、各都道府県における平時および災害時のリエゾン活動を支援する体制が必要であるため、当該支援を実施する事務局を運用するための費用を拡充する。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体等

- ・実施主体：委託事業（随意契約により選定）
- ・補助率：定額（10/10相当）

11. 新興感染症医療等について

I. 新興感染症医療について

(1) 新興感染症発生・まん延時における医療体制について

- 令和3年の医療法改正により「新興感染症発生・まん延時における医療」が医療計画の記載事項として追加され、令和4年の感染症法等改正により、都道府県の予防計画・医療計画に沿って、都道府県と医療機関等との間で、病床確保や発熱外来等の協定を締結する仕組みが法定化された。

新興感染症発生・まん延時の医療については、各都道府県において、感染症法に基づく予防計画との整合性の確保を図りながら、医療計画を策定し、医療機関との協定締結を進めている。【P I -計 80】

- 第9次医療計画に向けては、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の下に、「災害医療・新興感染症医療に関するワーキンググループ」を設置し、令和7年12月から検討を開始したところである。今後、ワーキンググループにおいて、医療措置協定の実効性を確保するため、都道府県及び協定締結医療機関を対象とした訓練指針及び訓練のひな形をお示しできるよう検討していくこととしている。【P I -計 81】

(2) 医療措置協定について

- 医療措置協定の締結については、令和5年5月に医療体制構築に係る指針等と併せて、ガイドラインを発出し、協定のひな形を含む協定の協議・締結の進め方等を周知しており、都道府県においては、ガイドラインに基づき、協定締結作業を実施いただいている。

令和7年10月1日時点において、医療措置協定の全ての項目について、全都道府県の合計値で、医療計画等の目標を達成したところである。【P I -計 81】

(参考) 協定締結の実績 (令和7年10月1日時点)

- ①病床確保 : 49,179 床 (うち流行初期は 32,927 万床)
 - ②発熱外来 : 41,917 医療機関 (うち流行初期は 28,753 医療機関)
 - ③自宅療養者等への医療の提供 : 病院・診療所 (29,035 医療機関)
薬局 (50,091 機関)
訪問看護事業所 (6,224 機関)
 - ④後方支援 : 6,234 医療機関
 - ⑤人材派遣 : 医師 (4,626 人)、看護師 (7,830 人)
- 令和7年度補正予算において、新興感染症への対応力を強化するため、協定締結医療機関の施設・設備整備への補助事業、都道府県が行う医療従事者等の研修への補助事業等を計上したところである。当該予算は令和8年度に繰り越すことを予定している。

都道府県におかれては、実施計画の募集・とりまとめをお願いするとともに、当該予算を活用しながら、新興感染症に係る医療提供体制の整備を一層

進めていただきたい。【P I -計 82】

(3) 協定締結医療機関による協定の実施状況等の報告について

- 「感染症法に基づく「医療措置協定」締結等のガイドライン」では、平時においては、年1回、協定の措置に係る協定締結医療機関の運営の状況等を、感染症発生・まん延時においては、感染状況に応じて随時、協定の措置の実施の状況等を、それぞれ協定締結医療機関から都道府県へ報告いただくこととしている。

- 新型コロナウイルス感染症対策として構築・運用されてきた医療機関等情報支援システム（G-MIS）について、令和6年4月の改正感染症法施行に伴い、協定締結医療機関による都道府県への協定の実施状況等の報告に活用するため、機能改修による報告業務の効率化及び負担軽減を図っており、都道府県におかれては、医療機関に対して、引き続き G-MIS への入力等の協力依頼をお願いしたい。

Ⅱ. 院内感染対策について

(1) 医療機関における院内感染対策の留意点について

- 院内感染対策については、医療法第6条の12、医療法施行規則第1条の11第2項第1号及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年3月30日付け医政発0330010号）をはじめとする関係法令等に基づき、医療機関の管理者の下で、院内感染対策のための委員会の開催、従業員に対する研修の実施、当該医療機関内での発生状況の報告等、院内感染防止体制の確保が徹底されるよう、必要な指導等をお願いします。

- 従来、院内感染対策の一環として、医療従事者を対象に、院内感染対策について理解を深めることを目的として、院内感染対策講習会を実施している。令和7年度院内感染対策講習会においては、院内感染対策等の業務を実施する行政機関（特に保健所）の職員を対象とした講習会について、厚生労働省 YouTube での配信を行っている。平時及び院内感染（アウトブレイク）発生時に医療機関等との連携や、適切な介入・支援が求められる行政機関職員に講習会を視聴いただけるよう周知をお願いします。本講習会の配信 URL も含めて、院内感染対策についての情報提供を、厚生労働省 HP の院内感染対策のページ（※）で情報提供しており、必要な周知をお願いします。

（※）院内感染対策について

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21747.html

(2) アウトブレイクを含む重大な院内感染事例発生時の対応について

- 医療機関内におけるアウトブレイクに対する考え方と対応については、「医療機関における院内感染対策について」（平成26年12月19日付け医政地発1219第1号）において、アウトブレイクはそれぞれの医療機関が判断することとしていることから、疑われる事案が発生した場合は速やかに保健所へ報告又は相談し、アウトブレイクの早期発見及び早期対策により、拡大予防が行われるよう指導をお願いします。

(3) 医療機関における面会等について

- 医療機関における特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについては、医療機関や医療従事者への周知等に活用するための資料(※)を取りまとめており、院内感染対策に留意しつつ受入れをご検討いただくよう必要な周知をお願いしたい。また、院内ボランティアの受入れについても、院内感染対策に留意しつつ受入れをご検討いただくよう周知をお願いしたい。

(※)「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」

<https://www.mhlw.go.jp/content/001177644.pdf>

- 医療機関における面会については、これまでも各医療機関において、面会の重要性と院内感染対策の両方に留意するとともに、地域における感染の拡大状況や入院患者の状況等のほか、患者及び面会者の体調等を総合的に考慮した上で、患者及び面会者の交流の機会を可能な範囲で確保することをご検討いただいているところである。

今般、日本感染症学会等の「5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針 2025」が公表され、指針においては、「患者等が家族等と面会する機会が大きく損なわれることは、患者等及び家族等に精神的不安をもたらし、患者等の権利を制約している可能性があり、医療機関等には、それぞれの施設がCOVID-19流行前に設定していた通常的面会方法(頻度、時間など)へ段階的に戻す検討が求められる」ことが記載されている。(※)

各都道府県においては、館内の医療機関等の関係者や感染症に関する情報を共有する連携協議会などを活用し、周知いただくようお願いしたい。

(参考)

- ・医療計画における面会について(令和7年10月20日事務連絡)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001592419.pdf>

- ・「5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針 2025」(抜粋)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001592420.pdf>

新興感染症発生・まん延時の医療体制（第8次医療計画のポイント）

概要

- 都道府県と医療機関における医療措置協定の締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。
 - ※ 新興感染症（再興感染症を含む。）は、感染症法の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を基本とする。感染症法の予防計画や新型インフルエンザ特措法の行動計画との整合性を図る。

都道府県の役割

- 新興感染症発生・まん延時に備え、計画策定の都度、定量的な比較評価が行えるよう、課題を抽出した上で地域の実情に応じた目標項目や数値目標等を医療計画に記載
- 新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定を締結
- 協定の締結状況や履行状況等について、患者の適切な選択^(※)に資することにも留意し、公表・周知
- 感染症対応を行う人材の育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）を進め、感染症対応能力を強化

(※)都道府県等は、新型インフルエンザ等の患者が発生した場合は、迅速に入院調整を行い、感染症法に基づき、感染症指定医療機関又は病床確保を行う流行初期医療確保措置協定締結医療機関に移送する。入院の優先度や入院先医療機関の判断等においては、準備期に整備・整理した役割分担に基づき、医療機関等と適切に連携して対応する。

新興感染症発生時における医療機関の対応

新興感染症の国内発生～流行初期（3ヶ月を基本）

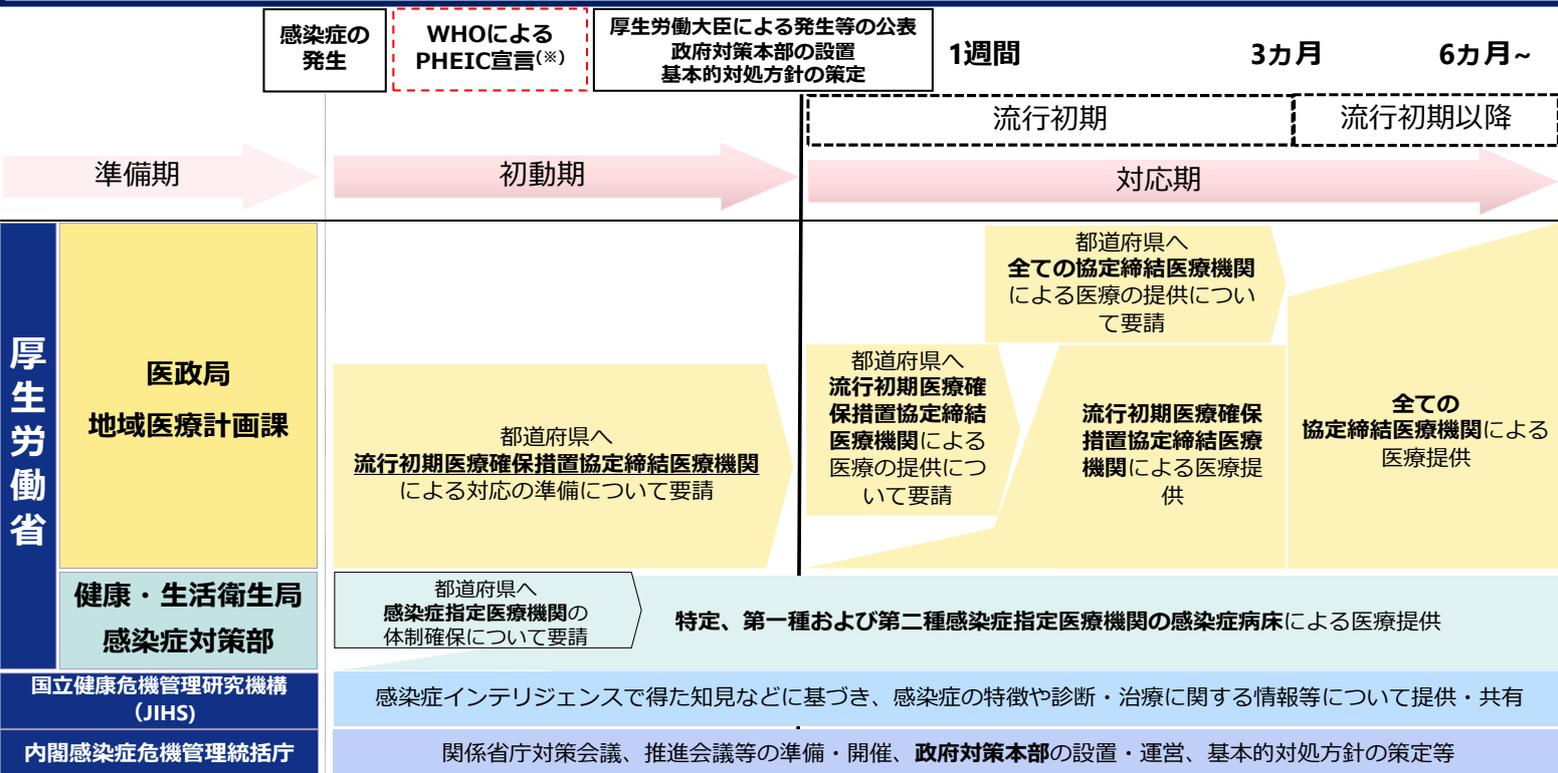
- 【新興感染症の発生時】
- まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応
- 【新興感染症の発生の公表が行われた流行初期（3か月を基本）】
- 感染症指定医療機関が引き続き対応を行うとともに、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応

発生から一定期間経過後

- 公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む）も中心となった対応とし、発生の公表後6か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応

新興感染症発生・まん延時における厚生労働省医政局及び健康・生活衛生局感染症対策部並びに内閣感染症危機管理統括庁の動きの一部（医療提供体制関係）

新興感染症の対応として、まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応する。厚生労働大臣による新興感染症の発生等の公表が行われた後の流行初期の一定期間（三箇月を基本）には、各都道府県知事による判断に基づき当該感染症指定医療機関以外の流行初期医療確保措置の対象となる医療措置協定を締結した医療機関も中心に対応する。当該一定期間の経過後は三箇月程度を目途に、順次速やかに、医療措置協定を締結した全ての医療機関で対応する。



(※)PHEIC; public health emergency of international concern 国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態。厚生労働大臣による発生等の公表と同宣言は前後する

医療措置協定の状況

(医療計画・予防計画に記載している目標値及び医療措置協定の締結の実績)

〈医療措置協定の内容〉

- ① 病床確保：病床を確保し、入院医療を実施
- ② 発熱外来：発熱症状のある者の外来医療を実施
- ③ 自宅療養者等への医療の提供：居宅又は高齢者施設等で療養する感染症患者に対し医療を提供
- ④ 後方支援：感染症患者以外の患者の受入や感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施
- ⑤ 医療人材派遣：感染症患者に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣

令和7年10月1日時点

①病床確保	医療計画・予防計画に記載している目標値	協定締結等の実績
確保病床数(※)	45,681床	49,179床
うち流行初期確保病床数(※)	23,213床	32,927床

(※) 確保病床数には、新興感染症対応を行う感染症病床数を含む。

③自宅療養者等への医療提供	医療計画・予防計画に記載している目標値	協定締結の実績
病院・診療所	23,481機関	29,035機関
薬局	31,053機関	50,091機関
訪問看護事業所	5,075機関	6,224機関

②発熱外来	医療計画・予防計画に記載している目標値	協定締結の実績
協定締結医療機関数	41,643機関	41,917機関
うち流行初期協定締結医療機関数	15,370機関	28,753機関

④後方支援	医療計画・予防計画に記載している目標値	協定締結の実績
協定締結医療機関数	4,318機関	6,234機関

⑤医療人材派遣	医療計画・予防計画に記載している目標値	協定締結の実績
派遣可能医師数	3,067人	4,626人
派遣可能看護師数	4,921人	7,830人

令和7年10月1日時点において、医療措置協定の全ての項目について医療計画等の目標を達成した。

医療措置協定の実効性の確保に向けた検討事項(案)

課題

- 新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の確保のため、都道府県と医療機関で平時に協定を締結する仕組みが法定化され、健康危機管理を担当する医師及び看護師を養成してネットワーク化しておくことや実践的な訓練をはじめとした平時からの備えを確実に行うことが求められている。
- 訓練においては行動計画策定の医療に関するガイドラインにて、都道府県および協定締結医療機関向けに初動対応訓練や感染症対応訓練、関係機関との連携訓練、ICT利活用に関する訓練が例示されている。
- 一方で、訓練計画の策定や事後評価における考え方となる指針、訓練で確認すべき具体を含む標準的なひな形がなく、都道府県に委ねられているのが現状であり、訓練への取り組み状況は都道府県で大きな差異が見られる。

検討事項(案)

- 新興感染症への対応力向上を目的として、都道府県および協定締結医療機関を対象とした訓練指針および訓練のひな形を示すことを検討してはどうか。

① 施策の目的

改正感染症法に基づき、今後の新興感染症の発生時に速やかに対応できるよう、都道府県と協定を締結する医療機関の感染症への対応力を強化する。

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

都道府県と協定を締結する医療機関における感染症の対応に適した個室病床、病棟のゾーニング、個人防護具の保管庫等の施設・設備整備に対する支援、都道府県における感染対策等に関する医療従事者等の研修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

<p>国 (厚生労働省)</p> <p>補助</p> <p>都道府県</p> <p>補助</p> <p>協定締結 医療機関</p>	<p>①施設・設備整備事業</p> <p>都道府県(間接補助:病床確保、発熱外来又は自宅療養者等医療を内容とする協定締結医療機関)</p> <p>※協定締結が決まっている場合を含む。</p>	<p>補助内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病床確保を内容とする協定締結医療機関が実施する、感染症の対応に適した個室病床の整備、多床室を個室化するための可動式パーテーションの設置、ゾーニングのための病棟出入口の扉の設置、個人防護具保管庫の整備等の施設整備に対する補助を行う。 ○ 発熱外来又は自宅療養者等医療を内容とする協定締結医療機関(訪問看護事業者、薬局を含む)が実施する、個人防護具保管庫の整備に対する補助を行う。 ○ 病床確保又は発熱外来を内容とする協定締結医療機関が実施する、感染症の対応に適した以下の設備整備に対する補助を行う。 <ul style="list-style-type: none"> [病床確保] <ul style="list-style-type: none"> ・簡易陰圧装置、検査機器(PCR検査装置・等温遺伝子増幅装置)、簡易ベッド [発熱外来] <ul style="list-style-type: none"> ・検査機器(PCR検査装置・等温遺伝子増幅装置)、簡易ベッド、HEPAフィルター付き空気清浄機(陰圧対応可能なもの) <p>※協定による病床確保、発熱外来又は自宅療養者等医療に関する施設・設備に限る。</p> 	<p>補助率</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個室整備:国1/3、都道府県1/3、事業者1/3 ・個室整備以外:国1/2、都道府県1/2 <p>※個室整備は、平時の通常医療にも使用するものであり、国1/3、都道府県1/3、事業者1/3とし、個室整備以外は、基本的に感染症発生時の感染症対応に使用するものであり、国1/2、都道府県1/2とする。</p>
	<p>②研修事業</p> <p>都道府県</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が実施する、感染対策等に関する医師・看護師等の研修、医療関連サービス事業者の感染対策研修等に対する補助を行う。 	<p>国1/2 都道府県1/2</p>

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)

今後の新興感染症の発生に備え、医療機関における感染症への対応力を強化することで、国民の安全・安心の確保が図られる。

12. 特定機能病院・地域医療支援病院について

(1) 特定機能病院について

- 特定機能病院は、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣から個別に承認されたもの。【P I -計 85】

- 特定機能病院の業務報告書に係る業務については、各地方厚生（支）局長に委任されており、医療機関より厚生労働大臣に報告書の提出を求めるとともに、病院所在地の都道府県知事に当該報告書の写しを送付していたところ。令和4年4月1日以降は、業務の負担軽減やデータ管理の利便性等の観点から、医療機関等情報支援システム（G-MIS）を活用した業務報告に移行している。

- 特定機能病院の承認要件については、令和6年3月28日の社会保障審議会医療分科会において、
 - ・ 特定機能病院を称することができる大学附属病院の取扱いについて
 - ・ 高度の医療の要件の見直しについて
 - ・ 特定領域型の特定機能病院の承認要件の明確化についての検討が求められたところ。【P I -計 85】

- これを踏まえ、令和6年7月以降、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において検討が重ねられ、令和7年9月19日の社会保障審議会医療部会で「特定機能病院のあり方に関するとりまとめ」及び「基礎的基準と発展的基準の考え方」が了承された。令和8年4月1日の施行に向けて、現在、省令改正等の所要の手続きを行っている。
【P I -計 86～87】

(2) 地域医療支援病院について

- 地域医療支援病院は、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院であり、都道府県知事が個別に承認を行うものである。【P I -計

- 地域医療支援病院の業務報告書については、今年度から医療機関等情報支援システム（G-MIS）を活用した提出方法を導入したところ。令和8年度からは、医療法施行規則が改正され、業務報告書の提出方法については、医療機関等情報支援システム又は書面での提出に限られるため、御留意いただきたい。

特定機能病院制度の概要

趣旨

- 医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。
※承認を受けている病院（令和4年12月1日現在）… 88病院（大学病院本院79病院）

役割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療に関する研修
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度な医療安全管理体制

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 ……400床以上の病床を有することが必要
- 人員配置
 - 医師…通常の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医
 - 薬剤師…入院患者数÷30が最低基準（一般は入院患者数÷70）
 - 看護師等…入院患者数÷2が最低基準（一般は入院患者数÷3）
 - 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備…集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
 - 医療安全管理責任者の配置
 - 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
 - 監査委員会による外部監査
 - 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

特定機能病院の承認要件に関する意見（令和6年3月28日）

（社会保障審議会医療分科会）

1. 特定機能病院を称することができる大学附属病院の取扱いについて

大学附属病院は、医療の提供以外にも、医学生を含む人材の育成及び供給を行う機関としての役割や、医学の進歩に寄与する研究開発の推進の役割を求められる点で、他の医療機関とは一線を画すものであることから、特定機能病院を称する大学附属病院についても、その求められる機能について整理をするべきである。その際、1つの大学が複数の大学附属病院を有する場合の取り扱いにおいて、各附属病院に求められる機能についても併せて整理するべきである。

2 高度の医療の要件の見直しについて

特定機能病院の承認の要件として医療法（昭和23年法律第205号）第4条（案）の2第1項第1号に定められている「高度の医療を提供する能力を有すること」については、医療技術は年々高度化していることを踏まえ、時代に即した承認要件の設定について検討するべきである。

3 特定領域型の特定機能病院の承認要件の明確化について

がん、循環器疾患その他の国民の健康に重大な影響のある疾患に関し、高度かつ専門的な医療を提供する、いわゆる「特定領域型」の特定機能病院については、同病院に求められる承認要件が不明瞭であり、他の特定機能病院と比較して同水準の機能を果たしているのか、当分科会における議論において疑問が呈された。特定機能病院制度の趣旨に合致した機能を果たすよう、新たな承認要件を設定することも含めて、特定領域型の特定機能病院のあり方を検討するべきである。

とりまとめ抜粋 (P 6)

特定機能病院は、医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の研究、高度の教育等の能力を備えるものであり、地域で高度な医療を提供する基盤となることの重要性等に鑑みて、大学病院本院である特定機能病院に求められる機能として基礎的基準、発展的基準等についての議論を進めてきた。一連の議論を踏まえれば、これらは、基本的に、特定機能病院として求められる機能であると考えられるため、大学病院本院以外の特定機能病院のあり方について同様に考えていくことが適当である。

➡ 新たな特定機能病院の承認にあたっては、基礎的基準を満たす必要がある。

とりまとめ抜粋 (P 6)

ナショナルセンター（承認時におけるものを含む。）である特定機能病院において、高度な医療の提供等に加え、全国に対して、特に医師等に対する高度な教育・研修を行っているものについては、大学病院本院である特定機能病院が教育や医師派遣等に関して基礎的基準で求められるものに準じた役割を果たしていると評価できると考えられる。（略）

➡ ナショナルセンター（以下「NC」という。承認時におけるものを含む、以下同じ。）については、厚生労働大臣が定める中長期目標に基づき、全国における政策医療の向上、均てん化を使命としていること、厚生労働大臣が国民の公衆衛生上の重大な危機に際し対応を求めることが可能であること、といった性質を持つことに加え、これに関連した臨床研究を支える取組等（バイオバンク、創薬、医療機器開発、感染症臨床研究ネットワーク等）を行っていることで、基礎的基準の一部を一定程度代替することとする。

とりまとめ抜粋 (P 6～7)

既に特定機能病院であるその他の病院については、今般の見直しにより、基礎的基準を満たすことができなくなる場合であっても、（略）引き続き、特定機能病院として取り扱うことが考えられる。（略）

➡ その他の病院については、これまでの特定機能病院としての実績を踏まえ、旧基準によるものとして引き続き特定機能病院として取り扱う。

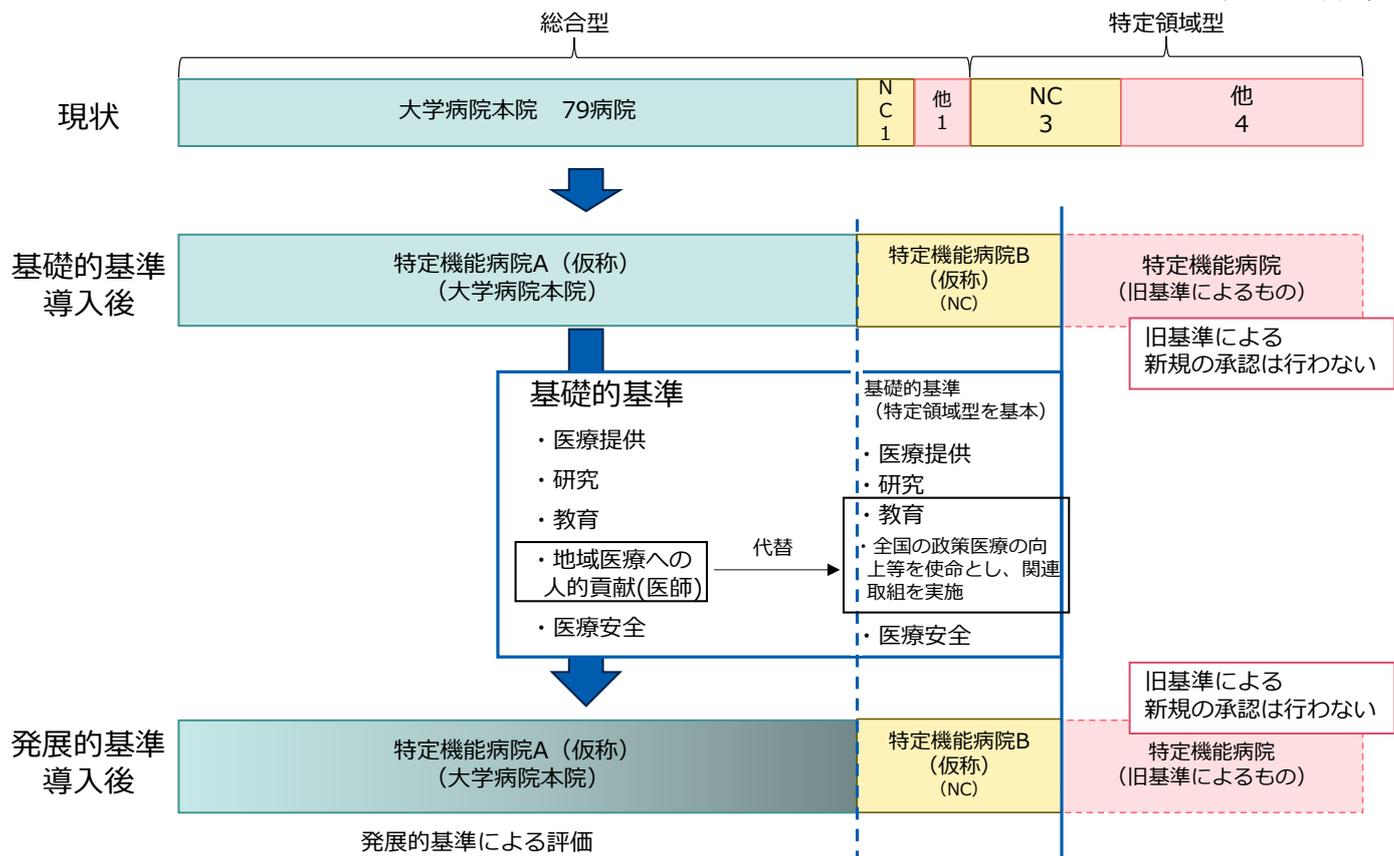
とりまとめ抜粋 (P 7)

実績報告においては、大学病院本院以外の特定機能病院であることが分かりやすく確認できるものとする。

➡ 大学病院本院、NC、旧基準によるものの3区分に応じて病院を示す。

(参考) 特定機能病院見直し後のイメージ

※NCはナショナルセンター（承認時を含む）を指す



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
医療安全	管理者の要件(医療安全に係る経験、研修受講義務等)、医療安全管理部門の設置(重大事案発生時の対応の 強化等 、専従の医師、看護師等の配置等)、医療安全管理責任者の配置(要件(医療安全にかかる経験) 、業務内容の 明確化等)、ピアレビュー(内容の 明確化等)、監査委員会の設置(委員の要件の 追加 、監査内容の 明確化)、高難度新規医療技術への対応等 【重大事案の考え方について、患者への影響度及び回避可能性が一定以上のものを明確化】

(注1) 太字下線が新設。

地域医療支援病院制度の概要

- 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を行う病院として、平成9年の医療法改正において創設(都道府県知事が個別に承認)。
- 開設主体は原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等

承認要件



建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること

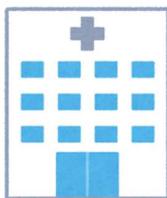
- 共同利用に関わる規定を明示
- 当該二次医療圏に所在する医療機関の登録制度
- 登録制度の担当者を定める
- 共同利用の申し出に速やかに対応できる病床数を確保



地域医療従事者に対する研修を行っていること

- 必要な図書や、症例検討会や医学・医療に関する講習会を定期的に行う体制の整備
- 研修目標、研修計画、研修指導体制等必要な事項を定めた研修プログラムの作成
- 研修全体についての教育責任者及び研修委員会の設置
- 研修実施のため必要な施設及び設備を有する
- 年間12回以上の研修を主催

地域医療支援病院



- 原則として200床以上の病床
- 地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること



救急医療を提供する能力を有すること。

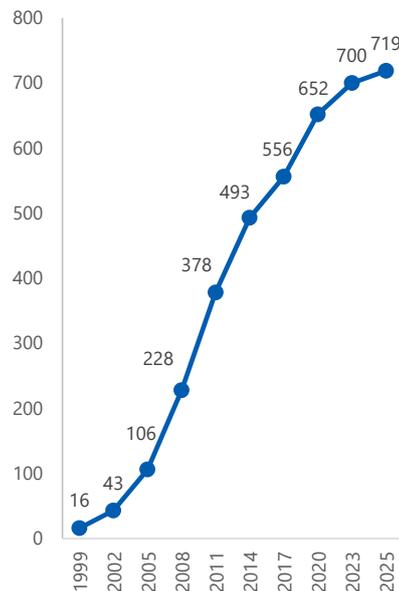
- 原則として、
- 救急搬送患者数/救急医療人口×1000が2以上あるいは、
 - 救急搬送患者数が1000以上であること



紹介患者中心の医療を提供していること。

- ア) 紹介率が80%以上
 - イ) 紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率が40%以上
 - ウ) 紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上
- ※紹介率 紹介患者数/初診患者数×100
逆紹介率 逆紹介患者数/初診患者数×100

地域医療支援病院数の推移



近年の動向

- 地域の実情に応じて都道府県知事が定める事項(令和3年3月)
- 感染症法改正に伴う感染症発生・まん延時の医療の提供義務(令和4年12月)

13. 医療安全施策について

(1) 医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会

医療事故調査制度等の医療安全に係る施策の現状と課題を整理し、対応策を検討する目的で令和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。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、令和7年12月に報告書がとりまとめられた。報告書では、2つの議題に関する論点について、現状と課題、今後の方向性がとりまとめられており、具体的には、

- ・各医療機関における医療安全管理委員会が把握すべき重大事象として12の具体的な事象を含めること
 - ・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プロセスの整備と記録の保存をすること
 - ・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ている。

今後、報告書の内容を踏まえて必要な省令改正を行い、令和8年4月1日から施行（一部は令和11年4月1日から施行）することを予定しているため、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。【P I-計 91~92】

(2) 医療安全支援センター

(1)の検討会報告書において、医療事故調査制度に関する今後の方向性として国民への制度に関する周知促進が示されており、医療安全支援センターが医療従事者を含めた国民への制度に関する普及啓発に寄与することが期待されていることから、医療安全支援センターを設置する都道府県等においては、制度の普及啓発に関して積極的な取組をお願いしたい。

また、第8次医療計画の「医療計画作成指針」には、相談対応の質の向上を図る観点から、研修を受講した相談職員数の割合や医療安全推進協議会の開催状況等についても新たに目標に加えている。

引き続き、地域の医療提供施設や医療関係団体と連携、協力して医療安全支援センターを運営する体制の構築及び住民の医療に対する信頼の確保に努めていただくようご協力をお願いしたい。

なお、医療安全支援センターは、全ての都道府県で設置されているが、二次医療圏及び保健所設置市区の一部ではまだ設置されていないため、引き続き早期設置に向けた積極的な取組をお願いする。【P I-計 93】

(3) 産科医療補償制度

産科医療補償制度は、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、

- ① 分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償し、
- ② 脳性麻痺発症の原因を分析し、将来の同種事例の防止に資する情報提供を行い、
- ③ これらにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的とし、平成21年1月から、(公財)日本医療機能評価機構において運営が行われている。

有識者からなる検討会等で議論のうえ、令和4年1月以降に出生した児については、低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し、一般審査に統合して、「在胎週数が28週以上であること」を基準とする等の見直しが行われた。各都道府県におかれては、引き続き出生年に応じた基準の周知のための御協力(管下分娩機関への周知等)をお願いしたい。

【P I -計 93】

(4) 産科医療特別給付事業

令和3年12月末日に廃止された産科医療補償制度の個別審査で補償対象外になった児等のうち、令和4年1月改定基準に相当する給付対象の基準を満たす場合に、特別給付金を特例的に支給することとし、令和7年1月から(公財)日本医療機能評価機構において運営が行われている。

各都道府県においては、管下分娩機関や関係団体へ当該事業の周知について御協力をお願いしたい。【P I -計 94】

(5) 医療事故情報収集等事業

医療における有害事象について、医療事故情報収集等事業を通じて、実態把握を行っているところであり、より事例を報告しやすい環境を整えるため、令和6年にシステムの改修が実施され、令和7年4月1日より新システムが稼働したところである。多くの事故等事案を収集、分析し、再発防止につなげるためにも、管下医療機関等に対する医療事故情報収集等事業への参加の呼びかけをお願いしたい。

繰り返される医療事故や早急な対策が必要と判断する事案については、当省から注意喚起の通知を発出しており、また、(公財)日本医療機能評価機構において収集・分析された事例のうち特に注意が必要な事項については、「医療安全情報」として医療機関等に発信しているところである。

これらの情報を各医療機関等が活用し、効果的な取組がなされるよう、各都道府県等におかれても、引き続き、立入検査等の機会を通じ、管下医療機関等への周知をお願いしたい。【P I -計 95】

(6) 医療安全推進週間

厚生労働大臣提唱の「患者の安全を守るための共同行動」(PSA: Patient Safety Action)の一環として、毎年11月25日を含む1週間を中心に、医療安全に関するワークショップ等を開催することとしている(令和8年度は11月22日から11月28日までの1週間)。

令和7年度においては、国民全体の医療安全への関心を高め、参画していただくための取組として、ポスターを作成し当省ホームページに掲載している。

各都道府県等におかれても、適宜ご活用いただいたり、当該週間に合わせて様々な事業を実施することにより、医療安全文化の醸成に向けて、関係者の意識啓発をお願いしたい。【P I -計 96】

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。

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

医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書(概要)

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。
- ・ 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どう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

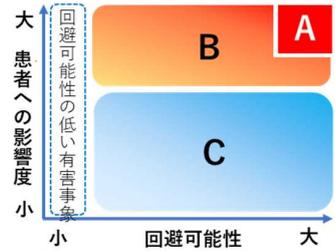
※医療安全の推進及び医療事故調査制度の改善の進捗状況について、ワーキンググループ等で継続的なフォローアップを行う。

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。

今後のスケジュールについて

今後の対応

- 医療機関における医療安全管理体制及び医療事故調査制度について、「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書」を踏まえ、以下のとおり医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）を改正することとする。



改正の概要等

＜改正の概要＞

- （1）全ての病院及び入院・入所施設を有する診療所・助産所に医療安全管理者の配置を求めることとする。（医療安全管理体制関係）
※この医療安全管理者について、医療有資格者であることや特定の研修の修了は求めない
- （2）全ての病院・診療所・助産所の管理者に、医療安全の取組に関する記録の整備を求めることとする。（医療事故調査制度関係）
- （3）全ての病院及び一定件数の手術や分娩を実施している入院・入所施設を有する診療所・助産所の管理者は、医療事故調査制度に携わる者に研修を受講させるものとする。（医療事故調査制度関係）
- （4）その他所要の改正を行う。

＜施行期日＞

令和8年4月1日より施行するものとする。ただし、（3）については令和11年4月1日より施行するものとする。

医療安全支援センターの概要

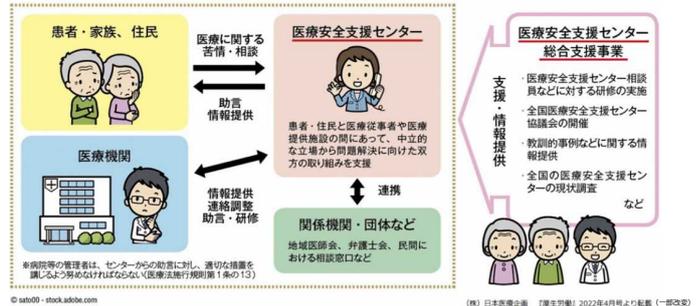
<医療安全支援センターとは>

医療法第6条の13の規定に基づき、都道府県、保健所を設置する市及び特別区により設置されており、医療に関する苦情・心配や相談に対応するとともに、医療機関、患者・住民に対して、医療安全に関する助言および情報提供等を行っている。

※国は、医療安全支援センターの運営を円滑に進めるため、医療安全支援センターの職員を対象とした研修や全国の医療安全支援センターの運営状況についての調査等を行う、医療安全支援センター総合支援事業を実施している。

<役割>

- **医療に関する苦情に対応し**、又は**相談に応ずるとともに**当該患者若しくはその家族又は当該病院、診療所若しくは助産所の管理者に対し**必要に応じ、助言を行うこと**
- 病院、診療所若しくは助産所の開設者若しくは管理者若しくは従業者又は患者若しくはその家族若しくは住民に対し医療の安全の確保に関し必要な**情報の提供を行うこと**
- 病院、診療所又は助産所の管理者又は従業者に対し、医療の安全に関する**研修を実施すること**
- **医療の安全の確保のために必要な支援を行うこと**



その他、当該センターの活動方針等を協議するため、「医療安全推進協議会」の設置及び定期的な開催等、具体的な業務については運営要領（※）において規定されている。※近年の医療法改正や医療安全支援センターの運営状況等を踏まえ、令和4年3月に運営要領が改定されている。

<現状>

○医療安全支援センター(以下、センター)は都道府県に設置されるセンター(都道府県センター)、保健所設置市区ごとに設置されるセンター(保健所設置市区センター)、二次医療圏ごとに設置されるセンター(二次医療圏センター)の3つに大別される。センターの設置状況として、都道府県センターが47箇所(100%)、保健所設置市区センターが79箇所(71.8%)、二次医療圏センターが264箇所(84.6%)と、計390箇所のセンターが設置されている。

出典：医療安全支援センター総合支援事業「医療安全支援センター設置状況(令和7年9月1日現在)」
※二次医療圏センターの設置割合は、二次医療圏の総数(保健所設置市区のみで構成される二次医療圏は除く)に対する医療安全支援センターを設置している二次医療圏数の割合である。

○年間相談受付総数は119,776件、うち医療行為・医療内容に関することは26,668件、コミュニケーションに関することは15,804件等である。

○医療安全推進協議会は都道府県センターが31箇所(66.0%)、保健所設置市区センターが39箇所(49.3%)、二次医療圏センターが32箇所(12.1%)と計102箇所(26.2%)が設置されている。

出典：医療安全支援センター総合支援事業 令和7年度「医療安全支援センターの運営の現状に関する調査」

産科医療補償制度

2021年5月以降使用

妊産婦の皆様へ

もし、自分の子どもが**重度脳性まひ**になったら

補償される制度に登録していますか?

Q.どんな制度? 出生したお子様が**重度脳性まひ**になって要件を満たした場合

01

重度脳性まひ児とその家族の経済的負担を速やかに補償します。

総額 3,000万円 支給

(準備一時金 600万円 + 補償分割金 2,400万円 (年額120万円×20回))

02

専門家が原因分析し、報告書をお届けします

原因の究明と再発防止策を提言します

03

産科医療の質の向上により安心して出産できる環境につながります

医療提供体制の確保や産科医不足の改善に役立ちます

妊産婦の掛金負担はありません

この制度の運営には、出産時に保険者から支給される出産育児一時金等の一部が掛金として財源に充てられます

Q.脳性まひになるか分からないし、登録しなくてもいい?

日本のお産のほぼ100%が登録されています

制度に加入している分娩機関でお産をする妊産婦はすべてこの制度の対象となり、登録が必要です。

裏面へつづく

Q.どうやって登録するの?

制度に加入している分娩機関であれば、登録証が配布されます。

登録証にご記入の上、分娩機関を通してご提出ください。

控えは出産後5年間、大切に保管ください。

Q.出産予定の分娩機関が制度に加入しているかわからない...

99.9%

全国の分娩機関 制度加入率

右の二次元コードから、制度に加入している分娩機関を検索できます。

Q.どういう仕組み?

Q.補償対象となる条件は? 下記①-③の基準をすべて満たすと補償対象となります。

① 2015年～2021年までに出生のお子様

出生体重 **32週以上で 1,400g以上**

出生回数 **28週以上で**

所定の産科医療状況の要件を満たしている

② 2022年1月以降に出生のお子様

有胎体数 **28週以上**

2021年 出生体重 **1,400g以上**

出生体数にかかわらず対象となります。

③ 身体障害者手帳1・2級相当の脳性まひ^{※3}

④ 先天性や新生児期の要因によらない脳性まひ^{※4}

※3 補償対象の認定は、身体障害者手帳の認定基準で認定するものではありません。

※4 先天性や新生児期の要因がある場合でも、その要因が脳性まひの主な原因であることが認められないときは、補償対象となります。

Q.補償対象が迷った場合は?

まずは、出産した分娩機関にお問い合わせください。

お問い合わせ先

産科医療補償制度 専用コールセンター **0120-330-637** 受付時間:午前9時～午後5時(土日祝日・年末年始を除く)

産科医療補償制度ホームページ <http://www.sanka-hp.jqhc.or.jp/> 産科医療 検索 公益財団法人 日本医療機能評価機構 Japan Council for Quality Health Care

産科医療特別給付事業について

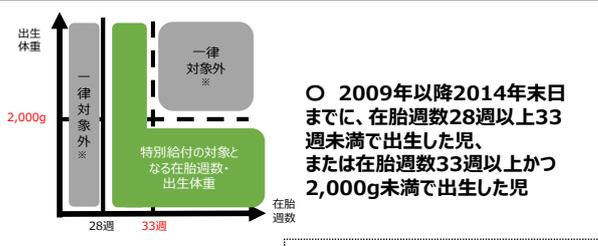
1. 特別給付の目的

- 産科医療特別給付事業は、産科医療補償制度が出生年ごとの審査基準に基づき適正な審査を行っている中で、2022年1月に廃止された個別審査で補償対象外となった児等について、2022年1月改定基準に相当する給付対象の基準を満たす場合に、特別給付金を特例的に給付することを目的に創設する。

2. 特別給付の対象

- 産科医療補償制度の旧基準の個別審査で補償対象外となった児等に給付することから、2009～2014年および2015～2021年に出生した児において、給付対象基準、除外基準、重症度の基準の3つの要件を全て満たす場合に特別給付の対象となる。

特別給付の対象の概要

	2009年～2014年に出生した児	2015年～2021年に出生した児
3つの要件	 <p>○ 2009年以降2014年末日までに、在胎週数28週以上33週未満で出生した児、または在胎週数33週以上かつ2,000g未満で出生した児</p>	 <p>○ 2015年以降2021年末日までに、在胎週数28週以上32週未満で出生した児、または在胎週数32週以上かつ1,400g未満で出生した児</p>
	※この在胎週数、出生体重の基準に該当しない児は一律に給付の対象外となる。	
○ 脳性麻痺であること		
除外基準	○ 先天性要因および新生児期の要因によらない脳性麻痺であること ※児が生後6カ月未満で死亡した場合は、給付の対象としない	
重症度の基準	○ 身体障害者障害程度等級1級または2級相当の脳性麻痺であること	

3. 特別給付の額

1,200万円（一括給付）

4. 申請期間

2025年1月10日～2029年12月31日

5. 実施主体（申請先）

日本医療機能評価機構

重度脳性まひのお子様・ご家族の皆様へ

ご存じですか？ 産科医療 特別給付金

産科医療補償制度に未申請のお子様も申請できます

産科医療補償制度の個別審査で補償を受けられなかったお子様が申請できます

給付対象の3つの基準 出生時の脳性まひ*で、下記①②③の基準を全て満たすと給付対象となります。
*受胎から新生児期(生後4週間以内)までの間に生じた脳性まひ

① 出生年ごとの在胎週数・出生体重

2009年～2014年までに出生したお子様



2015年～2021年までに出生したお子様



在胎週数、出生体重の基準に該当しないお子様は、一律に給付対象外となります。

② 先天性や新生児期の要因によらない脳性まひ

先天性や新生児期の要因がある場合でも、その要因が脳性まひの主な原因であることが明らかでないときは、給付対象となります。

③ 身体障害者障害程度等級1級または2級相当の脳性まひ

給付対象の認定は、身体障害者手帳の認定基準で認定するものではありません。

特別給付額 1,200万円（一括給付）

申請期間 2025年1月10日～2029年12月31日

産科医療特別給付ホームページ
<https://www.sanka-kyufu.jcqh.or.jp/>



本事業の詳細は
二次元コードから
HPをご確認ください。

産科医療特別給付事業専用コールセンター
0120-299-056
受付時間：午前9時～午後5時（土日祝・年末年始を除く）

産科医療特別給付事業 公設非営利法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

給付申請の確認フローチャート

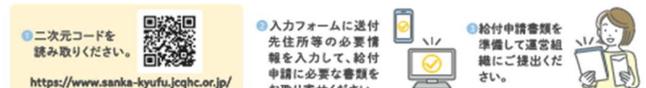
以下のフローチャートに沿ってお子様が申請可能であるかご確認ください。



給付申請後、表面の給付対象の3つの基準①②③を満たすかについて**所定の審査**を行います。

給付申請書類の取り寄せ手順

以下の二次元コードから給付申請に必要な書類をお取り寄せください。



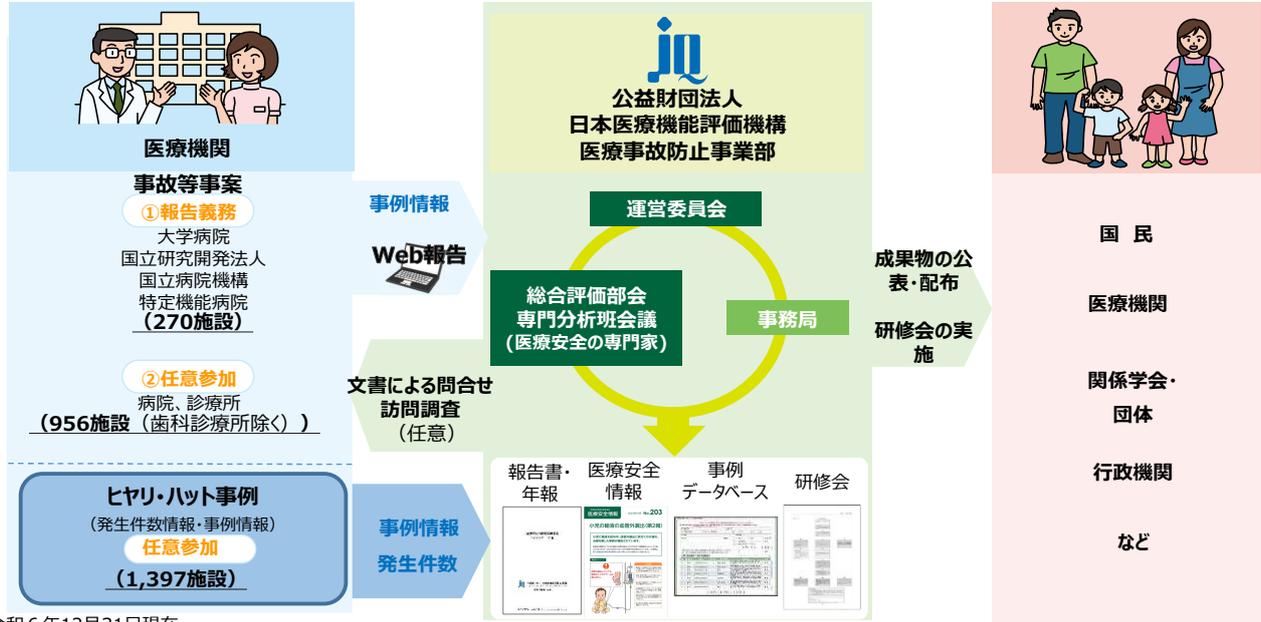
医療事故情報収集等事業

○事業の目的

医療機関から収集した事故等事案やヒヤリ・ハット事例を分析の上提供することにより、医療安全対策に有用な情報を医療機関に広く共有するとともに、国民に対して情報を公開することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的としています。

○事業の流れ

報告された事例を分析し、報告書や年報、医療安全情報を作成しています。それらは、報告された事例と共に、ホームページで公開しています。また、事例の報告の質を高めいただくことを目的として、参加医療機関を対象に研修会を開催しています。



※施設数は令和6年12月31日現在

医療安全情報の活用例

医療安全情報に掲載したイラストを用いた例

医療安全情報 No. 54
 「体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去」

医療機関における医療安全情報の活用例
 (医療安全情報集 No. 51 ~ No. 100に掲載)



医療事故情報収集等事業 第45回報告書より抜粋

医療安全推進週間

11月25日（いい医療に向かってGO）

平成13年に開始された「患者の安全を守るための共同行動（PSA）」の一環として、医療機関や医療関係団体等における取組みの推進を図り、また、これらの取組みについて国民の理解や認識を深めていただくことを目的として、「医療安全推進週間」を設けています。

（毎年度11月25日を含む1週間）



令和8年（2026年）11月22日（日）～11月28日（土）

厚生労働省「医療安全推進週間」HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuanzen2023_00007.html

今年度の厚生労働省の取り組み

- 令和7年度「医療安全推進週間」の特設ページを開設。
- 各医療機関等での取組みにご活用いただくため、以下の資料を掲載している。

➤ ログマーク



➤ 医療安全の取組記入様式

〇〇（部署名または医療機関名）は
(例) ダブルチェックをすること
で、医療安全活動に取り組んでいます
医療安全推進週間2025 厚生労働省

私は 〇〇（部署名）の △△（職種名）です
(例) 患者さんのお名前を
何度も確認すること
で、医療安全活動に取り組んでいます
医療安全推進週間2025 厚生労働省

➤ 安全な医療を提供するための10の要点



➤ ポスター



14. 医療監視及び診療用放射線の安全対策について

I. 医療監視

(1) 医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査の実施について

ア 都道府県、保健所設置市又は特別区における立入検査については、「医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査要綱の一部改正について」（令和 7 年 6 月 27 日医政発 0627 第 7 号）及び「令和 7 年度の医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査の実施について」（令和 7 年 6 月 27 日医政発 0627 第 9 号）に基づき実施されているものとみられるが、

○医療機関において発生した医療事故について再発防止策が院内に周知されているとともに、遵守されていること

など、特に医療安全に関する項目については厳正に確認するとともに、不適合事項があるときなど、改善のための必要な指導をお願いする。

イ また、特定機能病院に対する立入検査の実施については、定期・非定期にかかわらず、国と所管自治体との連携が不可欠なことから、各地方厚生（支）局の医療指導監視監査官等と連絡を密にし、立入検査が両者合同で円滑に実施されるよう引き続き協力をお願いする。

ウ 立入検査は、全ての病院に対して少なくとも年 1 回、診療所・助産所に対しても、3 年に 1 回程度、実施するようお願いする。

エ なお、病院への立入検査の結果については、例年「医療機関行政情報システム」を用いて当課へ報告をいただいているところであり、今年度実施分についても、引き続き協力をお願いする。

オ 令和 7 年度からは、医療法人に関する情報の調査及び分析等を行う新たな制度が導入され、立入検査の検査項目にも追加したところ、次年度以降も当該項目について十分確認されたい。

なお、年々、立入検査の検査項目が増加傾向にあるが、検査内容として十分にその役割を果たしており、検査を行ったとしても不適合となることなく、今後も遵守されるとみられる項目がある場合には、当課までご連絡願いたい。

(2) 重大事故事例に係る情報提供の依頼等について

医療機関における医療事故又は虐待等の事案が相次いでいるが、厚生労働省とし

ても、これら事案に対して迅速に実態を把握する必要があることから、医療機関において、管理上、特に重大な事件・事故があった場合、また、重大な医療関係法規の違反があった場合、その他、軽微な事案であっても参考になると判断される事案があった場合等には、引き続き、その概要を当課に情報提供されたい。また、管下医療機関に対し、管理上重大な事件・事故等が発生した場合は、保健所等へ速やかに連絡を行うよう周知するとともに、立入検査等を通じ、必要な指導等を行うよう願います。

また、医療事故及び院内感染等の発生予防の観点から、立入検査による指導のみならず、日頃から管下医療機関との信頼関係及び顔の見える関係を構築するとともに、日常における医療機関からの相談に応じられる体制を確保し、当該医療機関に対し実行可能な解決策の提案や助言を積極的に行うよう願います。

(3) 立入検査を行う監視員の研修について

令和6年度予算事業として、「立入検査実施にかかる監視員研修事業」を新設したところ。本事業は、各都道府県、各保健所等が行う立入検査の監視員に対して、質の向上及び指導内容の均てん化を図るための研修を行う事業となっている。

本研修は、国立保健医療科学院にて実施することとなっており、令和8年度も予算案として計上していることから、引き続き、各都道府県から積極的に研修参加いただくよう願います。

Ⅱ. 診療用放射線の安全対策等について

○ 医療法では、診療用放射線の防護の基準として、①エックス線装置等を備える際の届出の義務、②エックス線装置等の防護基準・エックス線装置使用室の構造基準、③管理者の義務、④放射線の濃度限度・線量限度等が規定されており、医療の安全の確保として、診療用放射線に係る安全管理のための体制確保に係る措置が規定されている。各医療機関は診療用放射線の使用に当たってはこれらの規定に則り適正に管理を行う必要があるため、以下のア～ウについて立入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。

ア 診療用放射性同位元素使用器具の取扱いについて

- ・ 令和7年3月25日、医療法施行規則の一部を改正する省令(令和7年厚生労働省令第21号)が施行され、新たに密封されていない放射性同位元素を装備している医療機器(診療用放射性同位元素使用器具という。)が医療法の規制対象として追加された。診療用放射性同位元素使用器具の使用に当たり留意すべき事項については「病院又は診療所における診療用放射線の取扱いについて」(平成31年3月15日医政発0315第4号通知)において示しているため、その内容について御了知されたい。

イ 眼の水晶体の被ばく限度見直しについて

- ・ 放射線診療従事者等が眼の水晶体に受ける等価線量に係る被ばく限度を引き下げることとする医療法施行規則の一部を改正する省令(令和2年厚生労働省令81号)が、令和3年4月1日より施行された。これに伴う留意事項については「眼の水晶体に受ける等価線量限度の改正に係る具体的事項等について」(令和2年10月27日付け医政発1027第4号)において示しているため、御了知されたい。
- ・ 医療機関において実施している外部被ばく線量の適切な測定、放射線測定器の適切な装着等については、「放射線業務従事者等に対する線量測定等の徹底及び眼の水晶体の被ばく線量に係る放射線障害防止対策の再周知について」(令和元年11月6日付け医政地発1106第1号)において示しているため、御了知されたい。

- ・ 眼の水晶体の被ばく限度の見直しに伴い、都道府県等（保健所）と労働基準監督署が連携を図ることについて、「放射線障害防止対策に係る都道府県労働局との連携について」（令和3年1月28日付け医政地発0128第4号）においてその具体的な方法を示している。令和4年度から、改正後の被ばく限度が適用された情報について、都道府県労働局から都道府県等衛生主管部局に共有されており、引き続き、必要な指導等に御活用されたい。

ウ 医療被ばくの適正管理

- ・ 医療法施行規則の一部を改正する省令（平成31年厚生労働省令第21号）が平成31年3月11日に公布され、診療用放射線に係る安全管理体制の確保に係る規定については令和2年4月1日より施行された。これにより、診療所を含めた診療用放射線を扱う全医療機関の管理者は、医療法第6条の12及び医療法施行規則第1条の11第2項第3号の2の規定に基づき、診療用放射線の利用に係る安全な管理のための責任者を配置し、安全利用のための指針の策定、研修の実施、線量の管理・記録等を実施する必要があるため、改めて御了知されたい。また、放射線診療に従事する者については、労働安全衛生法及び電離放射線障害防止規則の適用も受けるため、管轄労働局・労働基準監督署とも引き続き連携していただきたい。

15. 医療関連サービス及び検体測定室等について

(1) 医療関連サービスについて

① 衛生検査所の指導監督について

- 都道府県等には、「衛生検査所指導要領の見直し等について」（平成 30 年 10 月 30 日付け医政発 1030 第 3 号）の別添 1 「衛生検査所指導要領」に基づき、衛生検査所の立入検査を 2 年に 1 回以上実施することをお願いしている。
- 各都道府県等におかれては、衛生検査所の精度管理の重要性を十分に認識した上で指導監督を実施していただき、「臨床検査技師等に関する法律施行規則」（昭和 33 年厚生省令第 24 号）第 12 条第 1 項各号に掲げる衛生検査所の登録基準及び衛生検査所指導要領等を遵守・励行していない衛生検査所に対しては、速やかに改善するよう適切な指示、指導を行うとともに、改善状況について継続的な状況把握、確認に努めていただくようお願いする。
- 厚生労働省では、平成 30 年 12 月 1 日に施行された「医療法等の一部を改正する法律」及びその関係法令等について周知するため、ホームページに専用のコーナーを開設しているので、参考としていただきたい。
（厚生労働省ホームページより「政策について」>「分野別の政策一覧」>「医療」>「施策情報」>「検体検査について」をクリック）

② 業務委託について

- 医療機関が、医療法第 15 条の 3 に規定する業務を委託する場合には、法令等に定める基準に適合した事業者が業務委託が行われるよう、医療機関に対して指導等をお願いするとともに、業務委託の基準が、食品衛生法、クリーニング業法、医薬品医療機器等法など、他の関係法令の規定に及ぶことから、関係部署との連絡を密にして対応をお願いする。

(2) 検体測定室について

① 検体測定室に関するガイドライン等の周知について

- 検体測定室で行われる簡易な検査は、血液を取り扱うため、適切な衛生管理等が重要である。また、医療機関のように検査結果をもとに医学的判断（診断等）や指導が行われるものではなく、国民の健康意識の醸成や受診勧奨による疾病の予防・早期発見が目的であることから、受検者の誤った自己判断により医療機関への受診が遅れ、適切な治療の機会を逸することのないよう運営する必要があるため、検体測定室の運営にあたっては、「検体測定室に関するガイドライン」（平成 26 年 4 月 9 日付け医政発 0409 第 4 号）等を発出し、ガイドライン遵守の励行を行っている。
検体測定室については、地域保健に関係するものであること等に鑑み、ガイドラインが遵守されるよう配慮をお願いする。

- なお、厚生労働省では、検体測定室で行われる簡易な検査の受検者に対する受診勧奨の必要性や、衛生管理の徹底等の重要性等について、国民及び事業者向けに周知するため、ホームページに専用のコーナーを開設しているので、参考としていただきたい。

(厚生労働省ホームページより「政策について」>「分野別の政策一覧」>「医療」>「施策情報」>「検体測定室等について」をクリック)

② 届出等の現況について

- 令和7年3月31日時点の運営件数は、全国で1,784件(47都道府県)。
※休止中及びイベント等の短期間での運営を除く。詳細は、資料編を参照。

(3) 病院におけるアスベスト(石綿)対策について

- 病院におけるアスベスト(石綿)対策については、「病院におけるアスベスト(石綿)使用実態調査に係るフォローアップ調査の結果の公表及び今後の対応等について(通知)」(令和7年3月31日付け医政発0331第8号厚生労働省医政局長通知)により、アスベストの使用状況等の調査結果を公表するとともに、今後の対応について指導を要請したところであり、保健所設置市又は特別区の医療監視部門と十分連携するとともに、必要に応じて都道府県労働局に相談の上、病院に対する指導等をお願いする。

- 引き続き、アスベスト(石綿)のばく露のおそれのある場所について除去等の措置を推進するため、令和8年度予算案においてもアスベスト(石綿)の除去等に必要な費用を補助する「アスベスト除去等整備事業」及びアスベスト(石綿)含有保温材等の使用状況等の調査に必要な費用を補助する「アスベスト除去等整備促進事業」を盛り込んでいるので、積極的に活用されたい。