

# 医師養成に関する厚生労働省における取組の状況について

厚生労働省医政局医事課

課長 山本 英紀

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 共用試験の公的化
2. 臨床研修
3. 専門研修
4. 医師の働き方改革
5. 地域医療計画
6. 死因究明
7. 医師需給分科会第5次中間取りまとめ

# 1. 共用試験の公的化

# 公的化後の共用試験に関する意見（令和4年5月 医道審議会医師分科会医学生共用試験部会）の概要

- 共用試験はCBTとOSCEで構成される、臨床実習を開始する前の医学生の能力を測る試験であり、公益社団法人共用試験実施評価機構が実施。医学部を置く全大学が活用
- 医師分科会は、令和2年5月、卒前・卒後のシームレスな医師養成に向け、共用試験の公的化と医学生の医行為を法的に位置づけることを提言
- 令和3年5月に医師法が改正され、厚生労働省令で定める共用試験に合格した医学生は、臨床実習において医業をすることができることとともに（令和5年4月施行）、共用試験の合格を医師国家試験の受験資格要件化（令和7年4月施行）
- 本意見は、公的化後の共用試験の在るべき姿について、現在の試験内容や大学の実施体制等を踏まえつつ、試験の公正性及び受験者間の公平性を確保するとともに、診療参加型臨床実習の充実を図る観点から検討したもの

## **(1) 合格基準の設定の在り方**

- ・全大学の受験者に共通して適用される統一合格基準を設定。試験実施主体が行う合否判定に対する異議申立て制度を整備

## **(2) 受験機会の確保の在り方**

- ・全大学において、本試験を受験できなかった者及び本試験で不合格となった者を対象とした試験を1回実施
- ・受験上の配慮を希望する受験者に対し、障害や疾病等の状態に応じて配慮

## **(3) OSCEの在り方**

### **① 課題の数及び種類**

- ・各大学における課題の数及び種類を統一。令和5年度からは8課題を実施。令和7年度までに10課題を実施することを検討

### **② 評価の体制**

- ・評価者養成の取組の充実、認定を受けた者を評価者とする等により、評価者の能力を向上させるとともに評価の質を保証。令和7年度までに各試験室に外部評価者を配置することを検討

### **③ 模擬患者**

- ・（医療面接）模擬患者養成の取組の充実、認定を受けた者を模擬患者とする等により、模擬患者の能力を向上させるとともに医療面接の質を保証
- ・（身体診察）令和7年度までに、医学生が模擬患者を担当することの是非を検討
- ・令和7年度までに、各大学の実習等で医学教育に携わる者が、模擬患者を担当することの是非を検討

## **(4) 不正行為への対応の在り方**

- ・不正行為が疑われる事案については、事実確認の上、不正行為の性質に応じて適切に対応。受験者に異議申立ての機会を付与するなど、事実確認は慎重に実施

○国及び試験実施主体は、共用試験実施に伴う大学の負担軽減に努めることが必要

○国においては、患者・国民や医学生の指導監督を行う者に対する、医師法改正の趣旨の周知が必要

○令和5年度以降も、実施状況や関係者の意見等を踏まえ、共用試験の不断の改善及びこれに伴う大学の負担を軽減するための方策の検討が必要

## 2. 臨床研修

# 医師臨床研修制度の見直しについて

医師臨床研修制度については、平成16年度の必修化以降、概ね5年ごとに見直しを行ってきたところ。医師臨床研修部会の報告書（平成30年3月）を踏まえ、令和2年度から新たな制度の下で研修を実施している。今後、医師臨床研修部会において、令和7年度研修を見据え、見直しを検討する予定。

## （参考）「臨床研修の到達目標、方略及び評価」（令和2年度研修から適用）

### I 到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての**基本的価値観（プロフェッショナリズム）**及び医師としての使命の遂行に必要な**資質・能力**を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、**基本的診療業務**ができるレベルの資質・能力を修得する

#### A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
2. 利他的な態度
3. 人間性の尊重
4. 自らを高める姿勢

#### B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性
2. 医学知識と問題対応能力
3. 診療技能と患者ケア
4. コミュニケーション能力
5. チーム医療の実践
6. 医療の質と安全管理
7. 社会における医療の実践
8. 科学的探究
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

#### C. 基本的診療業務

- （コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる）
1. 一般外来診療
  2. 病棟診療
  3. 初期救急対応
  4. 地域医療

### II 実務研修の方略

内科（24週以上） 救急（12週以上） 外科（4週以上） 小児科（4週以上） 産婦人科（4週以上） 精神科（4週以上） 地域医療（4週以上）を必修

- ・一般外来（4週以上）での研修を含む（他の必修分野等との同時研修を行うことも可）
- ・地域医療は、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所で行い、一般外来での研修と在宅医療の研修を含める
- ・全研修期間を通じて、以下の研修を含むこと  
感染対策、予防医療、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等
- ・以下の研修を含むことが望ましい  
診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア等）に参加、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療等

#### 経験すべき症候：29項目

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛 等

#### 経験すべき疾病・病態：26項目

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎 等

### III 到達目標の達成度評価

#### 研修医評価票

- I 「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」に関する評価
- II 「B. 資質・能力」に関する評価
- III 「C. 基本的診療業務」に関する評価

- ・各分野・診療科のローテーション終了時に、医師及び医師以外の医療職（看護師を含むことが望ましい）が評価
- ・少なくとも年2回、プログラム責任者又は研修管理委員会委員が、研修医に対して**形成的評価（フィードバック）**を行う

#### 臨床研修の目標の達成度判定票

2年間の研修終了時に、研修管理委員会が、研修医評価票 I、II、IIIを勘案して作成（**総括的評価**）

# 医師臨床研修制度の見直しについて（医師臨床研修制度の見直しに関する指摘の例）

## (1) 基幹型臨床研修病院の指定基準

### ① 年間の入院患者数

臨床研修省令において、基幹型臨床研修病院の指定基準として「臨床研修を行うために必要な症例があること」を規定し、省令の施行通知において「入院患者の数については、年間3,000人以上であること」としている

#### ● 医師臨床研修部会報告（平成30年3月）

「基幹型病院の在り方については、「年間入院患者数3,000人以上」の要件も含め、今後検討する必要がある」

#### ● 令和3年の地方からの提案等に関する対応方針（令和3年12月閣議決定）

「指定基準のうち、臨床研修を行うために必要な症例…の内容については、地域の実情を把握しつつ、…医師臨床研修部会での議論を踏まえて検討し、令和5年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる」

### ② 受け入れる研修医の数

臨床研修省令において、基幹型臨床研修病院の指定基準として「受け入れる研修医の数が、臨床研修を行うために適切であること」を規定し、省令の施行通知において「適切な研修医の数は…病床数を10で除した数又は年間の入院患者数を100で除した数を超えないものであること」としている

#### ● 医師臨床研修部会報告（平成30年3月）

「臨床研修を行うために適切な研修医の数について、現在の規定では、病床数や年間入院患者数に対して多すぎる場合があるのではないかといった意見があり、今後、今回の見直しの影響を踏まえつつ、病床数や年間入院患者数の要件も含め検討すべきである」

## (2) 第三者評価

省令の施行通知において、基幹型臨床研修病院は「第三者による評価を受け、その結果を公表することが強く推奨される」としている

#### ● 医師臨床研修部会報告（平成30年3月）

「今後の普及状況や第三者評価を行う実施機関の運用状況等に基づき、次回以降の見直しの際に、第三者評価を義務化することを前提とした検討を行うべきである。この際には、第三者評価の認定基準の整理を行い、特定の実施機関に限定することがないようにするとともに受審する病院の負担等についても考慮すべきである」

## (3) 地域医療の研修

省令の施行通知において、地域医療の研修は、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所において4週以上行うこととしている

#### ● 地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会（令和2年度提言）

「地域で活躍できる医師の養成に資するよう、卒後臨床研修2年目における地域医療研修の拡大やその他の必修科目の一部を地域の医療機関で実施する制度の確立により、地域の医療機関で研修する期間を半年程度確保できる制度に見直すこと」

# 妊娠・出産・育児と臨床研修の両立に向けた取組について

「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律及び雇用保険法の一部を改正する法律案」に対する附帯決議及び「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」に対する附帯決議を踏まえ、以下の①～③のとおり、臨床研修医が妊娠・出産・育児と臨床研修の両立を図るための方策を講じたところ。

- ①臨床研修病院は、「妊娠・出産・育児に関する施設及び取組」を研修プログラム及び年次報告に記載するとともに、育児休業を取得した研修医数を年次報告に記載すること（年次報告の内容は病院のホームページで公表されるため、これらの情報は、研修希望者に対して周知される）
- ②基幹型臨床研修病院の指定申請の際、研修プログラムに、「妊娠・出産・育児に関する施設及び取組」を記載すること
- ③都道府県は、年次報告に記載された「妊娠・出産・育児に関する施設及び取組」を勘案して、病院ごとの募集定員を設定するよう努めること

## ※「妊娠・出産・育児に関する施設及び取組」の例

研修医がライフイベントについて相談できる窓口の設置、妊娠中の体調不良時に休憩できる場所やスペースの確保  
研修医の子どもが利用できる院内保育所・病児保育室の設置、一時保育利用時・ベビーシッター利用時の補助

## （参考①）育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律及び雇用保険法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

（衆議院厚生労働委員会、参議院厚生労働委員会）

「臨床研修医や専門医を目指す医師など、勤務先を短期間で移らざるを得ない者が育児休業を取得しやすくなるよう必要な方策を検討すること」

## （参考②）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案に対する附帯決議

（衆議院厚生労働委員会）

「出産・育児期の女性医師をはじめとする子育て世代の医療従事者が、仕事と、出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備するとともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること」

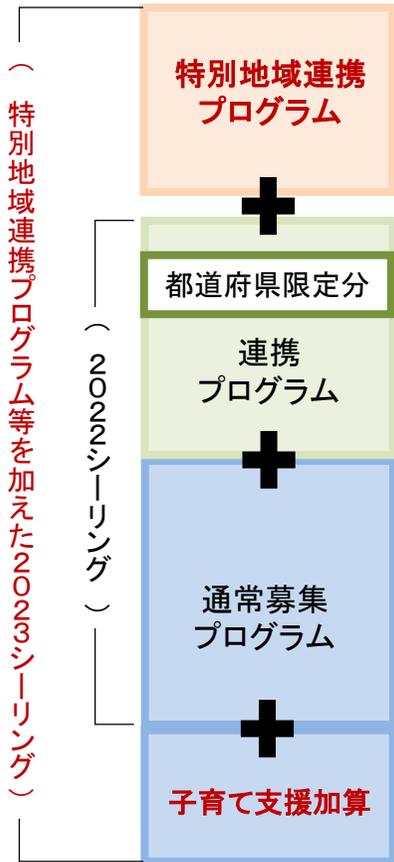
（参議院厚生労働委員会）

「医療機関における育児休業制度の規定状況、利用状況等について調査を実施し、臨床研修以降の研さん期間中の医師が育児休業を取得しやすくなるような方策の検討を含め、出産・育児期の女性医師を始めとする子育て世代の医療従事者が、仕事と出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備するとともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること」

## 3. 專門研修

# 2023年度専攻医募集におけるシーリング(案)の基本的な考え方

- シーリングにより、都市部周辺で専攻医が増加する効果が現れているものの、医師不足の東北地方等での地域偏在は正効果は限定的であることから、**足下医師充足率が低い都道府県との連携プログラムを別途設ける。**
- また、育児介護休業法改正附帯決議への対応の観点から、**子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムについては、上記連携プログラムの設置を条件に、基本となるシーリング数に加算を行う。**



【連携先】	【採用数】	【研修期間】
原則 <b>足下充足率※1</b> が <b>0.7以下</b> であり、 医師不足がより顕著の都道府県	原則 <b>都道府県限定分と同数</b>	全診療科共通で <b>1年以上</b>

注: 特別地域連携プログラムの連携先、採用数については、診療科別の個別事情も考慮し設定

- 通常募集及び連携プログラムにおけるシーリング数の計算は2022年度と同様とする。
- シーリング対象の都道府県別診療科が「連携プログラム」を設定するためには、通常プログラムの**地域貢献率※2**を原則**20%以上**とし、通常プログラムにおいて**医師が不足する都道府県や地域で研修する期間**をあらかじめ確保する。
- 連携プログラムにおける**連携先(シーリング対象外の都道府県)**での研修期間は、**全診療科共通で1年6ヶ月以上**とする。
- 連携プログラム採用数 = 連携プログラム基礎数※3 ×
 

20%	:(専攻医充足率 ≤ 100%の診療科の場合)
15%	:(100% < 専攻医充足率 ≤ 150%の診療科の場合)
10%	:(専攻医充足率 > 150%の診療科の場合)
- **連携プログラム採用数の基礎数の5%**は、「**都道府県限定分**」として**足下充足率が0.8以下の医師不足が顕著な都道府県**で研修を行うプログラムとして採用。

子育て世代の支援を重点的に行っている(育児と仕事を両立できる職場環境が整っている医療機関で研修を行う)プログラムについては、**特別地域連携プログラムの設置を条件に原則1名**を基本となるシーリング数に加算を行う

※1 足下充足率 = 2018足下医師数 / 2024必要医師数

※2 地域貢献率 = 
$$\frac{\sum(\text{各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間})}{\sum(\text{各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間})}$$

※3 連携プログラム基礎数 = (過去3年の平均採用数 - 2024年の必要医師数を達成するための年間養成数)

# 特別地域連携プログラムについて①(各意見等)

## 日本専門医機構 専門医制度新整備指針運用細則変更案

令和4年度第1回 医道審議会 医師分科 会 医師専門研修部会 令和4年6月22日	資料1-3 (日本専門医 機構資料)よ り抜粋
---	----------------------------------

### (一部抜粋)

#### VII. 専門医研修プログラムについて

④ シーリングによる専攻医数増加の効果は対象都道府県の周辺都市に留まると考えられることから、足下医師充足率が低い都道府県との「特別地域連携プログラム」を③(引用者註:連携プログラムのこと)に加えて設定する。

⑨ ②～⑦の詳細については別紙に定める。

#### 【別紙】

#### ④ 「特別地域連携プログラム」について

- 2016年または2018年の足下充足率(=足下医師数/必要医師数)が原則0.7以下であり、医師不足が顕著である都道府県の施設において1年以上の専門研修を行える環境が整った場合、原則として都道府県限定分と同数を募集可能とする。ただし、連携先、採用数については、診療科別の個別事情も考慮し設定する。

## 令和4年度第1回専門研修部会(6月22日)での意見

- 地方でも、医師がミニ一極集中しているところに医師を配置するべきではない。
- 診療科内で、地方に行く専攻医と地方に行かない専攻医の間に不公平感がでるので、特別地域連携プログラムを枠で設定し、専攻医が自らの意思で行けるようにするべき。
- ◇ 小児科は足下充足率0.7以下の都道府県がないが、その取扱いについて決めておくべき。
- ◇ 都道府県には医療計画や地域医療構想がある。地域医療対策協議会は、地域枠の配置や、指導医の数等を把握しているため、情報提供などで連携するべき。

## 都道府県からの意見

- 連携施設が確保できない場合、専攻医採用数が減少する懸念があるため、既存のシーリングの枠外に設置すべき。
- 現行のシーリングの緩和となるため、シーリング枠内に設置すべき。
- ◇ 足下充足率0.7以下の都道府県に限定することは、実効性が確保されないのではないか。
- ◇ 特別地域連携プログラムの新設には既存のプログラムへのめり込み等の条件が必要。
- ◇ 派遣先を二次医療圏ごとの足下充足率に基づき設定すべきではないか。

## 特別地域連携プログラムについて②(論点)

### 連携先の医療機関に関する論点

- これまでのシーリングにより、都市部周辺で専攻医が増加する効果が現れているものの、その他の医師不足の地方での地域偏在是正効果は限定的であることから、足下医師充足率が0.7以下となるような都道府県との連携プログラムを、既存のシーリングの枠外に別途設けることとしてはどうか。
- また、当該都道府県の中でも、二次医療圏間の医師偏在があることから、医師偏在是正を進めつつ地域医療提供体制を確保する観点から、医師少数区域にある医療機関を連携先施設としてはどうか。

### 小児科に関する論点

- 小児科については、少子化による15歳未満人口の減少により、東北地方を中心とした医師少数県において子どもの割合が低いことから、足下充足率が0.7以下となるような都道府県がないものの、小児人口が少ない都道府県においても、特に新生児医療等の小児科領域においては、その機能を維持するために一定程度の専門医の確保が必要となる。
- そのため、小児の人口動態や小児科医療の特殊性に鑑み、小児科の特別地域連携プログラムにおける連携先施設については足下充足率が0.8以下となるような都道府県を対象とすることとしてはどうか。

### 医師の働き方改革との連携に関する論点

- 地域における医師不足については、圏域における医師の総数の不足としてではなく、個別の医療機関の医師の長時間労働の形で顕在化することが考えられる。
- 医師の働き方改革を進めるにあたっては、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題だけでは対応が困難であり、医師確保施策により対応していく場合があると考えられる。
- そのため、足下充足率が0.7以下となるような県において、宿日直許可の取得、タスクシフト／シェアの推進などの取組を行った上で※1、地域医療を維持するために年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがある医師が所属する施設については、指導医の確保や、医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会の確保等に加え、労働時間についても配慮するなど※2、研修・労働環境が整備されている場合には、特別地域連携プログラムの連携先としてはどうか。
- その際、対象とする臓器・疾病等を概ね共有する内科系と外科系の基本領域など、当該医師の労働時間の短縮に資するものについては、内科系・外科系問わず、連携先とすることを可能とすることとしてはどうか。

※1 医療機関が作成する医師労働時間短縮計画等に基づき取組の確認を行う。

※2 年通算の時間外・休日労働時間について960時間以内を目安に労働時間を調整する。

### 意見の方向性(案)

特別地域連携プログラムについては、単なるシーリングの緩和とならないよう十分に配慮するため、足下充足率が原則0.7以下(小児科については0.8以下)の都道府県のうち、医師少数区域にある施設を連携先とするものに限り、既存のシーリングの枠外として設置可能とすること。

また、医師の働き方改革による地域医療提供体制への影響に配慮するため、足下充足率が原則0.7以下(小児科については0.8以下)の都道府県に所在する医療機関のうち、宿日直許可の取得、タスクシフト/シェアの推進などの取組を行ってもなお、地域医療を維持するために年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがある医師が所属する施設であって、指導医・指導体制が確保され、かつ、適切な労働時間となるように、研修・労働環境が十分に整備されている施設を連携先とするものについても、既存のシーリングの枠外として設置可能とすること。

その際、年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがある医師の労働時間の短縮に資する分野の専攻医が連携先において研修を行う場合に限り設置可能とすること。

また、特別地域連携プログラム等の募集にあたっては、通常プログラムと併せて募集・採用した後に各プログラムを採用者に割り振るのではなく、プログラム毎に希望者が応募し研修を行える適切な体制を整備すること。

## 日本専門医機構 専門医制度新整備指針運用細則変更案

令和4年度第1回  
医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会  
令和4年6月22日

資料1-3  
(日本専門医  
機構資料)よ  
り抜粋

### (一部抜粋)

#### VII. 専門医研修プログラムについて

- ⑤ 改正育児・介護休業法(令和3年法律第58号)附帯決議への対応の観点から、子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムについては、上記連携プログラムの設置を条件に、基本となるシーリング数に加算を行う。
- ⑨ ②～⑦の詳細については別紙に定める。

#### 【別紙】

#### ⑤ 「子育て支援加算」について

- 子育て世代の支援を重点的に行っている(育児と仕事が両立可能な職場環境が整っている医療機関で研修を行う)プログラムについては、特別地域連携プログラムの設置を条件に原則1名を基本となるシーリング数に加算を行う
- 以下の条件が揃っている医療機関を育児と仕事が両立可能な職場環境が整っていると認める。
  - ・院内保育、病児保育、ベビーシッター、お迎えサービス等の利用を推進している
  - ・「くるみん認定」、「プラチナくるみん認定」を取得している
  - ・その他、日本専門医機構が育児と仕事が両立可能な職場環境が整っていると認定するもの

### 都道府県からの意見

- 特別地域連携プログラムによる加算に加え、子育て支援加算も既存のシーリングの外枠として設置すべき。
- 特別地域連携プログラムの評価も定まらない段階で、子育て支援加算を行うのは早急。
- 子育て支援は全ての医療機関が当たり前に取り組むべき事項であり、加算対象とすべきではない。
- 地域偏在を助長する懸念があるため、制度の見直しや効果検証を行うべき。

### 意見の方向性(案)

子育て支援加算については、子育て世代の専攻医の支援は重要であるが、現状の子育て支援加算は地域偏在を助長する懸念があることや、加算の要件が十分に検討されていないことから、令和5年度専攻医募集においては導入せず、第8次医療計画における子育て支援の検討結果も踏まえながら、子育て支援の環境整備の評価方法を始めとした制度の見直しについて、引き続き慎重かつ十分に検討を行うこと。

## 専門医制度新整備指針(第三版)

### (一部抜粋)

#### Ⅱ. 専門医育成

#### 3. 専門研修プログラム制における専門研修プログラムの詳細

##### (3) 専門研修プログラムの構成要素

##### i. 専門研修基幹施設、専門研修連携施設(一部抜粋)

- ・ 基幹施設ならびに各専門研修連携施設はそれぞれ基本領域学会で定められた施設基準、指導体制等を備える。
- ・ 各専門研修施設には、学会の定める専門研修指導医を置く。

常勤の専門研修指導医が在籍しない施設での研修が地域医療を考慮して必要となる場合には、期間を限定するとともに他の専門研修施設から随時適切な指導を受けられる等、医療の質を落とさない研修環境を整えることが必要である。例えば「関連施設」等の連携施設に準じる枠組みを基本領域学会の定める施設基準で考慮する。すなわち、地域医療を維持するために必要な施設において常勤の専門研修指導医を置くことが困難な場合、研修連携施設に準ずる施設を基幹施設の承認のもと研修プログラムに組み入れ、これらの施設での研修も各領域が定める期間、指導医が不在であっても研修として認めるように基幹施設の責任において配慮する。

- ・ 専門研修基幹施設は研修環境を整備する責任を負う。
- ・ 専門研修連携施設は専門研修基幹施設が定めた専門研修プログラムに基づいて専攻医に専門研修を提供する。

##### ii. 専門研修指導医

- ・ 専門研修指導医とは、当該領域における十分な診療経験を有し、教育・指導能力を有する医師である。
- ・ 専門研修指導医の要件(診療経験、専攻医に対する教育法、評価法の習得状況、医療倫理・安全管理講習の受講、研究指導能力など)については、各基本領域学会が定め、機構の承認を得る。
- ・ 専門研修指導医の認定・更新は各基本領域学会において行う。

## 専門医制度新整備指針運用細則

### VI. 研修施設群について(一部抜粋)

③「他の専門研修施設から随時適切な指導を受けられる」とは、専攻医が、テレビカンファランスシステムの利用などにより、適切な指導を受けられることを言う。

### XV. その他 3. 専攻医への配慮について

基幹施設および連携施設は、専攻医ごとの研修進捗状況を把握するとともに、専攻医からの相談窓口を設け、有効な研修が行えるよう配慮する。専攻医は、基幹施設および連携施設の相談窓口へ相談後も有効な研修が行えないと判断した場合には、機構に相談することができる。

## (参考)都道府県からの意見：指導医の確保等研修環境の充実

- 医師少数区域においては連携施設における指導医の在籍要件を柔軟に運用するなど、専門医を育成しやすい環境を整備すること。
- 医師の地域偏在を是正することは重要だが、医師不足地域・施設で専攻医に効果的な研修を行うことができるようにするためには、指導医レベルの偏りをなくすことを同時に考える必要がある。
- 専攻医自らがシーリング対象外県などの研修先を選択できるよう、まずは、病院の指導医確保等の環境整備や、病院の症例数、周辺的生活環境等の情報提供の充実などに取り組む必要があると考える。

## 要請の方向性案(日本専門医機構及び学会宛)

指導医確保による専攻医の研修環境充実が、専攻医が医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするために特に必要があると認める場合は、例えば、指導医を派遣したりすること等により、適切な研修を受けられる機会の確保ができるよう、実効性のある仕組みや取組を検討すること。

## 専門医制度新整備指針(第三版)

### (一部抜粋)

#### I. 専門医制度の理念と設計 3. 研修方略について

##### (1) 研修プログラム制と研修カリキュラム制について

基本領域学会の専門医取得における専門研修は、研修プログラム制又は研修カリキュラム制によるものとする。ただし、基本領域の専門研修は、原則として研修プログラム制による研修を行うものとする。(後略)

##### i. 研修プログラム制

研修プログラムに定められた到達目標を、年次ごと(例えば3～5年間)に定められた研修プログラムに則って研修を行い、専門医を養成するもので、一つの基幹施設のみでの完結型の研修ではなく、一つ以上の連携施設と研修施設群を作り循環型の研修を行うものとする。すなわち、一つの病院だけの研修を行うと、その病院の性質(地域性、医師の専門等)の偏りにより研修に偏りがでる可能性があるため、他の連携病院を必ず作り循環型の研修を行うものである。また、到達目標が達成できない場合には、年限を延長することも可能とする。(後略)

##### ii. 研修カリキュラム制

(前略)

研修修了に際しては各学会が定めた認定施設(基幹施設、連携施設など)における研修実績が評価される。ただし、特定の従事要件を有する医科大学卒業生または地域枠での入学者、医師少数地域の地域医療従事者や、出産、育児等により休職・離職を選択した女性医師等、介護、留学など、相当の合理的理由がある医師であっても専門医の取得ができるよう、以下の場合には、研修プログラム制と同等の当該分野全般にわたる症例を経験し専門医育成の教育レベルが担保されることを条件に柔軟な研修施設選択や研修期間の延長ができるような対応を行う。

1. 義務年限を有する医科大学卒業生、地域医療従事者(地域枠医師等)
2. 出産、育児、介護等のライフイベントにより、休職、離職を選択する医師
3. 海外・国内留学する医師
4. タブルボードを希望する医師
5. その他領域学会と機構が認めた相当の合理的な理由な場合

なお、専攻医が希望する専門医を取得できるように、機構は都道府県など関係団体、諸機関に対し勤務先選定など専門医育成体制について要望し、専門医育成の環境が整備されるように可能な限り努めるものとする。

## 専門医制度新整備指針(第三版)

### (一部抜粋)

#### II. 専門医育成 2. 専門研修カリキュラム

##### (4) 研修方略

到達目標を達成するための具体的な研修方法とその戦略を明示する。

##### i. 専門研修プログラムおよび研修カリキュラム制による研修

前述のごとく卒後5年以上で基本領域専門医取得が可能となり、研修プログラムによる専門医の研修年限は、原則として3～5年とする。専攻医の状況により延長することを可能とする。それぞれの専門研修プログラムは、研修および指導マニュアルを整備する。当該基本領域専門医研修は、原則として、当該基本領域学会が認定し機構が承認した年次毎に定めた専門研修プログラムで研修を行うが、領域の特殊性を考慮する。機構は、当該基本領域学会と協同して、研修プログラム制による専攻医登録をする際及び実際に専攻医がローテートする際に医師の都市部への偏在が助長されないよう、これを回避することに努める。

(中略)

なお、基幹施設は、研修プログラム制及び研修カリキュラム制のそれぞれの研修方法による専攻医の登録状況と連携施設等の医師配置の状況を含む研修プログラムの運用実績を領域学会と機構に報告する。

#### XV. その他 3. 専攻医への配慮について

基幹施設および連携施設は、専攻医ごとの研修進捗状況を把握するとともに、専攻医からの相談窓口を設け、有効な研修が行えるよう配慮する。専攻医は、基幹施設および連携施設の相談窓口へ相談後も有効な研修が行えないと判断した 場合には、機構に相談することができる。

### (参考)都道府県からの意見:育児、介護等と専門研修の両立

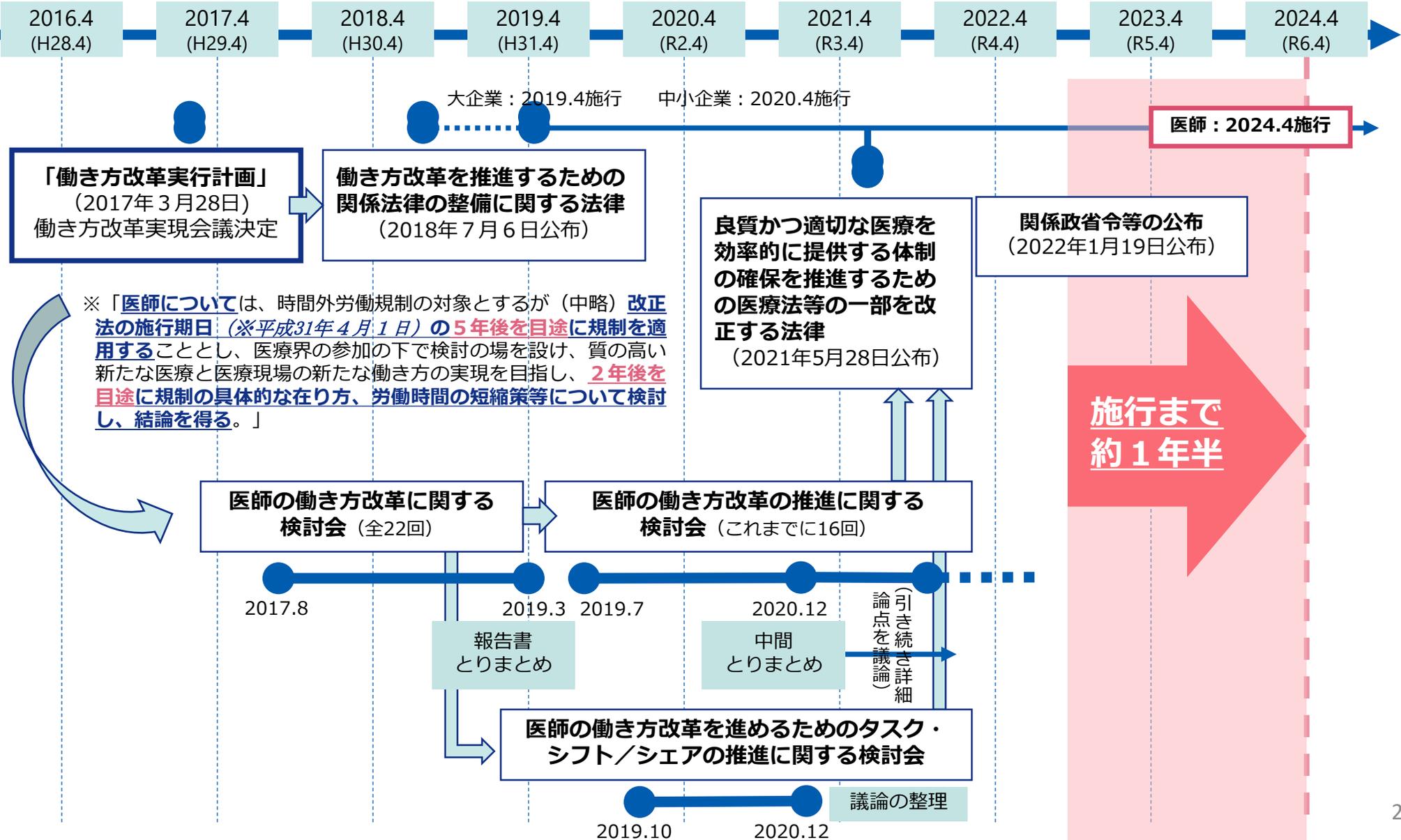
- 出産・育児、介護等と専門研修を両立しようとする医師が、専門医を取得しやすくなるよう、カリキュラム制度や身分保障に関する具体的な配慮の内容を明らかにし、説明用のガイドブックを作成する等、わかりやすく対象者に説明して欲しい。

## 要請の方向性案(日本専門医機構及び学会宛)

専攻医が、出産、育児、介護等の合理的理由で休業・離職を選択せざるを得ない場合であっても、その後、研修に復帰し所定の課程を経て専門医の取得ができるよう、必要な体制整備を行うとともに、具体的な手順について丁寧に周知を行うこと。

## 4. 医師の働き方改革

# 医師の働き方改革の議論の進捗



# 医師の働き方の意義

## 社会構造の変化への対応

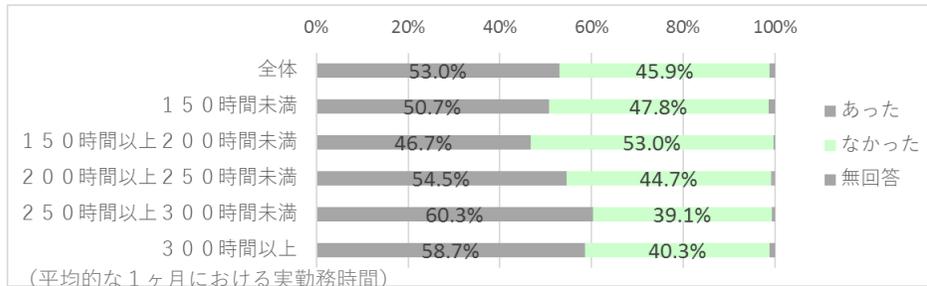
経営の視点：働き手の獲得競争への対応 ※医療機関間／他業種間

- 人口減少社会において、社会を維持するためには、柔軟な働き方を可能とし、様々な制約のある方にも働いてもらえる環境が必要（⇒子育て中の医師等の活躍機会を増やす等）
- また、少ない人員でも機能する働き方への変革が必要（⇒チーム医療の推進等）

## 安全な医療の提供のためにも

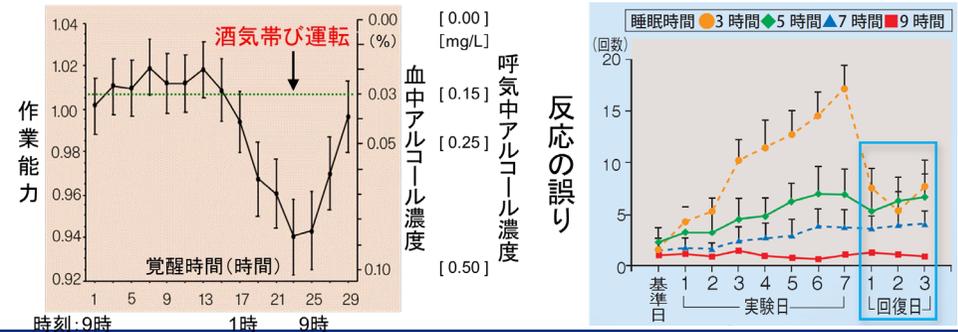
- 持続可能な医療提供体制の構築を通じ、地域医療提供の確保を。
- 医療の質と安全の確保のためにも、医師の勤務環境を改善し、休息を確保した働き方へ変わる必要がある。（長時間労働は睡眠不足を招き、医療安全が脅かされることが確認されている。）

【医療事故やヒヤリ・ハットの経験（勤務時間区分ごと）】



(出典) 平成29年度厚生労働省・文部科学省委託「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書(医療に関する調査)」

【睡眠と作業能力の関係（第5回検討会 高橋正也参考人報告資料より抜粋）】



Dawson & Reid, Nature 1997

Belenky et al, J Sleep Res 2003

## 医師本人にとっても

- 医師にしかできない業務に集中することで、やりがいの向上へ
- 自分で自由に差配できる時間（自己投資時間）を増やすことで、家族時間の確保／研鑽時間の充実／研究時間の確保等自らのキャリア志向に沿った行動を可能に。

# 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案の概要

## 改正の趣旨

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観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### < I. 医師の働き方改革 >

#### **長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等**（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

### < II. 各医療関係職種の専門性の活用 >

#### **1. 医療関係職種の業務範囲の見直し**（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

#### **2. 医師養成課程の見直し**（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

### < III. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保 >

#### **1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け**（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

#### **2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援**（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）【令和3年4月1日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

#### **3. 外来医療の機能の明確化・連携**（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

### < IV. その他 > 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

# 医師の働き方改革

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

## 現状

### 【医師の長時間労働】

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

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

### 【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

### 【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

## 目指す姿

**労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する**



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



**質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供**

## 対策

### 長時間労働を生む構造的な問題への取組

#### 医療施設の**最適配置**の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

#### 地域間・診療科間の**医師偏在の是正**

#### 国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

#### 適切な**労務管理**の推進

#### **タスクシフト/シェア**の推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

#### <行政による支援>

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

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

#### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

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

#### 医師の健康確保

##### 面接指導

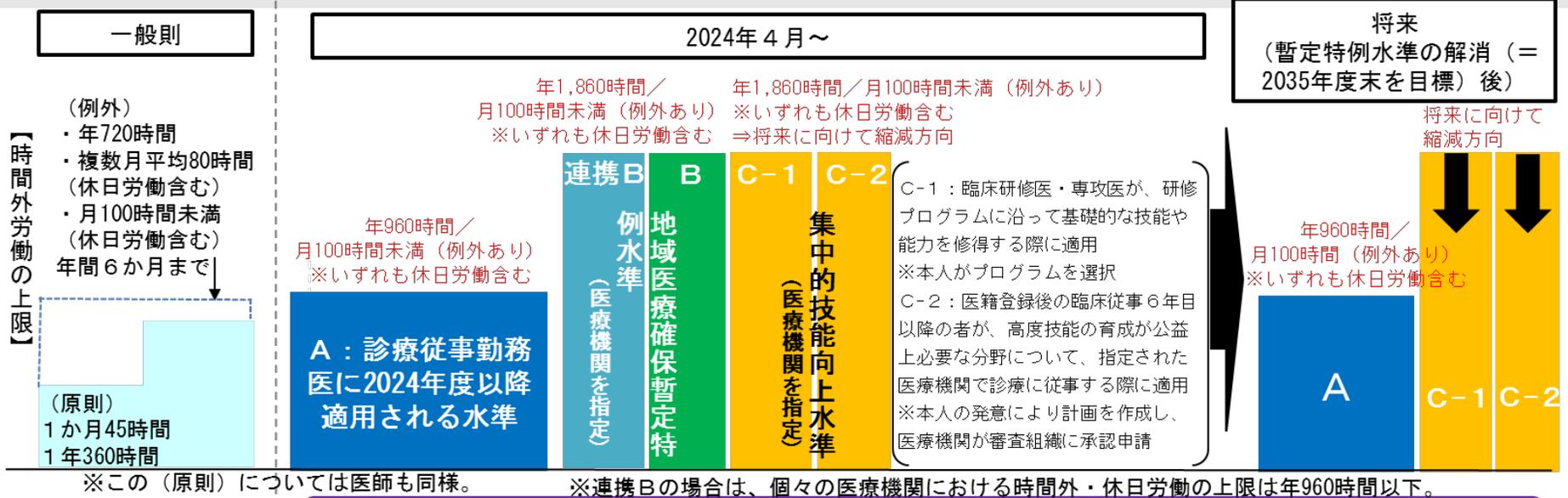
健康状態を医師がチェック

##### 休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

# 2024年4月以降の姿

2024年4月以降は、年960時間超の時間外・休日労働が可能となるのは、都道府県知事の指定を受けた医療機関で指定に係る業務に従事する医師（連携B・B・C水準の適用医師）のみ



## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

**勤務間インターバルの確保**

①24時間以内に9時間  
 ②46時間以内に18時間のいずれか

及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

**勤務間インターバルの確保**

①24時間以内に9時間  
 ②46時間以内に18時間のいずれか

及び代償休息のセット (義務)

**勤務間インターバルの確保**

①24時間以内に9時間  
 ②46時間以内に18時間のいずれか

及び代償休息のセット (義務)

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

**< A水準 >**  
 勤務間インターバルの確保

①24時間以内に9時間  
 ②46時間以内に18時間のいずれか

及び代償休息のセット (努力義務)

**< C水準 >**  
 上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット (義務)

注) 臨床研修医の勤務間インターバルは、  
 ①24時間以内に9時間  
 ②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的な措置を講ずる。

## 第2回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査（令和4年7月～8月）

第1回調査（令和4年3月～）の時点では、各医療機関の準備状況や地域医療提供体制への影響等、総合的な評価が困難であったことから、改めて大学病院の本院と都道府県に対して、医師の時間外・休日労働時間の把握状況、調査時点における時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数を把握するための調査（第2回調査）を行った。その概要は以下のとおりである。

### 調査対象

- 大学病院の本院：81病院
- 都道府県：地域医療提供体制維持に必要な医療機関

### 調査時期

令和4年7月11日～令和4年8月19日

### 調査方法

- 大学病院本院の各診療科に調査票を配布し、回答を集計
- 各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計

### 調査事項

- 大学病院の本院
  - ・ 自院での時間外・休日労働時間数の把握の有無
  - ・ 副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数の把握の有無
  - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数
- 都道府県
  - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数

### 結果の概要

- 大学病院の本院
  - ・ 回答数  
大学病院の本院：81病院※1  
診療科：2,455診療科
  - ※1 令和4年5～7月に実施した「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」（大学病院追加調査）により既回答（副業・兼業先を含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数がゼロ）と回答した4大学を含む。
  - ・ 時間外・休日労働時間数の把握状況(診療科単位)

自院の勤務実績	100%	(2,455/2,455診療科)
副業・兼業先の勤務予定	100%	(2,455/2,455診療科)
副業・兼業先の勤務実績※2	93%	(2,280/2,455診療科)

  - ※2 勤務実績は、副業・兼業先で実際に勤務した時間
- ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超の医師数及び病院数：  
1,095人・56病院
- 都道府県
  - ・ 回答数  
都道府県：45都道府県
  - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超の医師数及び医療機関数：  
993人(病院：886人、有床診療所：107人)  
303医療機関(病院：216/4,257、有床診療所：87/1,427)

## 第3回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査（令和4年8月～9月）

第2回調査の結果を踏まえつつ、今後、各医療機関において医師に対する労働時間短縮の取組を実施した場合であっても、令和6年4月時点で時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数と、それに伴う地域医療提供体制への影響等を把握するための調査（第3回調査）を行った。その概要は以下のとおりである。

### 調査対象

- 大学病院の本院：56病院  
第2回調査において、時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当を超える医師がいると回答した病院
- 都道府県
  - ① 第2回調査において、時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当を超える医師がいると回答した医療機関
  - ② 地域医療提供体制維持に必須となる医療機関

### 調査時期

令和4年8月22日～令和4年9月16日

### 調査方法

- 大学病院本院に調査票を配布し、回答を集計
- 各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計

### 調査事項

- 大学病院の本院  
令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数
- 都道府県
  - ① 令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数
  - ② 令和6年4月時点で医師の引き揚げにより診療機能への支障を来すことが見込まれる医療機関数

### 結果の概要

- 大学病院の本院
  - 回答数  
大学病院の本院：56病院
  - 労働時間短縮の取組を実施しても、令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数：  
69人（8病院）
- 都道府県
  - 回答数  
都道府県：① 47 都道府県、② 46 都道府県
  - ① 労働時間短縮の取組を実施しても、令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超見込みの医師数：  
237人（病院：204人、有床診療所：33人）
  - ② 医師の引き揚げによる診療機能への支障が見込まれる医療機関数：  
43 医療機関

# 円滑な法施行に向けた厚生労働省の取組

## 1. 医療機関の宿日直許可申請の円滑化に向けた支援

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

## 2. 大学病院を含む医療機関への個別支援

- ・ 院長を含めた大学病院ヒアリング・働き方改革推進のための技術的助言、全国医学部長病院長会議と連携した情報発信
- ・ 医療機関の課題に対応した勤改センターによる個別支援（個別の勤務環境改善支援、時短計画作成支援等）

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

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

## 4. 周知広報

- ・ 医師の働き方改革を取り上げる医学系学会学術集会及び医療系団体講演会への積極参加
- ・ 医療機関の病院長向けのトップマネジメント研修等各種セミナーの実施による情報発信
- ・ 若手の勤務医等への医療機関内での情報発信用周知素材の制作（令和4年中公開予定）等

## 5. 地域医療介護総合確保基金の活用

区分6：医師確保経費（宿日直対応の非常勤医師の確保経費）、タスクシフト・シェアリング経費（医師事務補助作業補助者確保経費）、医療機器整備（タブレット問診システム、オンライン診療システム）、勤怠管理システムの導入、コンサルタント経費（勤務環境改善のためのコンサルタント経費）等

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

# 今後の対応について

## 今後の方向性

医療機関の準備状況を踏まえると、令和6年4月の施行までに時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超と見込まれる医師数は大きく改善される見込みであり、令和6年4月の医師の時間外・休日労働の上限規制の施行に向けて、医師の労働時間短縮と地域医療を両立させるための取組に対する支援を継続する。

## 具体的な対応方針

- 第2回調査時点で時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師が存在している医療機関については、各都道府県による個別の状況把握を引き続き求めつつ、大学病院（本院）については、都道府県と協働し、厚生労働省としても個別に実態把握と今後の取組についての状況把握を行う。
- その上で、重点的に対応する必要がある医療機関は、令和6年4月時点で以下の状況が見込まれる医療機関である。
  - ・ 時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超と見込まれる医師が存在することが見込まれる医療機関
  - ・ 地域医療提供体制維持に必要となる医療機関で、医師の引き揚げにより診療機能に支障が生じる可能性がある医療機関
- 対応方針は以下のとおり。
  - ① 都道府県医療勤務環境改善支援センター（以下「勤改センター」という。）による医療機関への個別の伴走型支援や、厚生労働省に設置した医療機関の宿日直許可申請に関する相談窓口を通じた相談機能等により、宿日直許可申請を円滑化するための支援を行う。
  - ② 地域医療介護総合確保基金を活用した、以下の支援を行う。
    - ・ 勤務環境改善の体制整備支援や、勤改センターによる医療機関の勤務環境改善に関する総合的・専門的な個別支援を通じたタスク・シフト/シェアの推進等、医師の労働時間短縮に取り組む医療機関への支援
    - ・ 地域医療提供体制維持に必要であり、医師の引き揚げ等により診療機能に支障が生じる可能性がある医療機関の医師確保に対する支援

# 2024年度の時間外労働の上限規制の施行に向けた準備プロセス

進捗把握・準備プロセス促進に向けた厚労省の対応

2022.4

8

11  
(現在)

12

2023.4

2024.4  
施行

実態調査

第1回準備状況調査(済)

大学病院追加調査(済)

第2回準備状況調査(済)

第3回準備状況調査(済)

医療機関の準備状況と地域医療への影響等実態調査

時間外労働1,860時間超の医師の詳細

1,860時間超の医師数

1,860時間超の医師数、宿日直許可の取得状況

時短の取組を行った場合の2024年4月の1,860時間超の医師数(見込み)

宿日直許可

宿日直許可申請に関する相談窓口の設置・助言・個別支援・許可事例の周知

相談窓口開設 (4/1)

医療機関関連

大学病院ヒアリング(準備状況等)・大学病院医師の働き方改革推進に向けた技術的助言  
各大学病院を訪問し、意見交換会を実施(令和4年10月末時点で14病院終了)

都道府県と連携し、令和6年4月時点において医療提供体制に支障が生じる可能性のある医療機関の状況把握

勤改センターとの情報連携

勤改センター関連

都道府県担当課長等への都道府県の準備プロセスに関するオンライン説明会(令和4年6・9月、次回令和5年1月予定)  
都道府県ヒアリング(準備状況及び地域医療への影響等)・勤改センターが行う医療機関支援に関する技術的助言  
各都道府県と、訪問またはオンラインでの意見交換会を実施(令和4年11月末時点で45都道府県終了予定)

必要に応じて継続

周知広報

医師の働き方改革を取り上げる医学系学会学術集会及び医療系団体講演会への積極参加(令和4年4~10月末で約60回)  
トップマネジメント研修、医療機関内での情報発信用周知素材の発信(令和4年中予定)

勤務医情報発信作業部会議論のまとめ公表(3/23)

トップマネジメント研修: 医療機関の院長を対象に医師の働き方改革をテーマにしたオンラインでの研修会を実施(令和4年10月末時点で21回実施済(令和4年度は全50回程度を予定))

基金

地域医療介護総合確保基金による医療機関への医師の労働時間短縮への取組支援及び医師確保等の支援

都道府県(医療勤務環境改善支援センター)による助言・支援

医療機関において時短計画を作成の上、順次、評価センターの評価を受審

受審

評価

特例水準の指定を都道府県に申請

特例水準の適用

評価センターが医療機関の労働時間短縮に向けた取組を評価

評価センター評価受付開始(10/31)

施行に向けた準備

# 5. 地域医療計画

# 地域枠及び地元出身者枠の概要

## (1) 地域枠及び地元出身者枠の概要

- 大学が、卒後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、他の入学者と区別して選抜を行う仕組み。(一般入学者から募集する等の方法も一部あり)
- 平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加し、令和元年度には9,420人に達した。令和2年度以降については、全体として令和元年の医学部総定員を超えない範囲で、臨時定員増員の申請を認めている。

### 現在の枠組みの概要 (令和4年～)

※1) 臨時定員の設置にあたっては、地域枠の定義を満たしている必要がある

#### 都道府県と大学が連携した枠

##### 地域枠

- ① 地元出身者もしくは全国より選抜
- ② 別枠方式で選抜
- ③ 従事要件あり 等

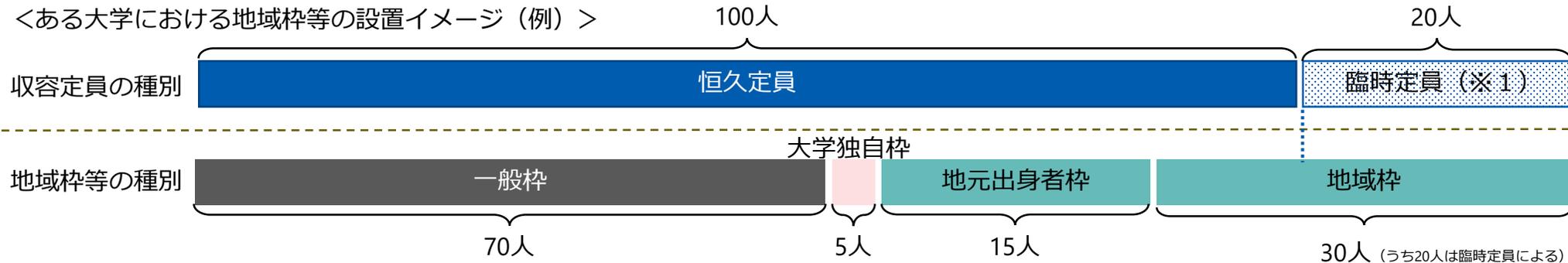
##### 地元出身者枠

- ① 地元出身者より選抜
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

##### 大学独自枠

- ① 対象は問わない
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

<ある大学における地域枠等の設置イメージ(例)>



## (2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

- 医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により、都道府県知事から大学に対する地域枠及び地元出身者枠の設定・拡充の要請権限が創設された。



医師確保計画ガイドラインにおいて、地域枠及び地元出身者枠設定の考え方等について具体的に記載

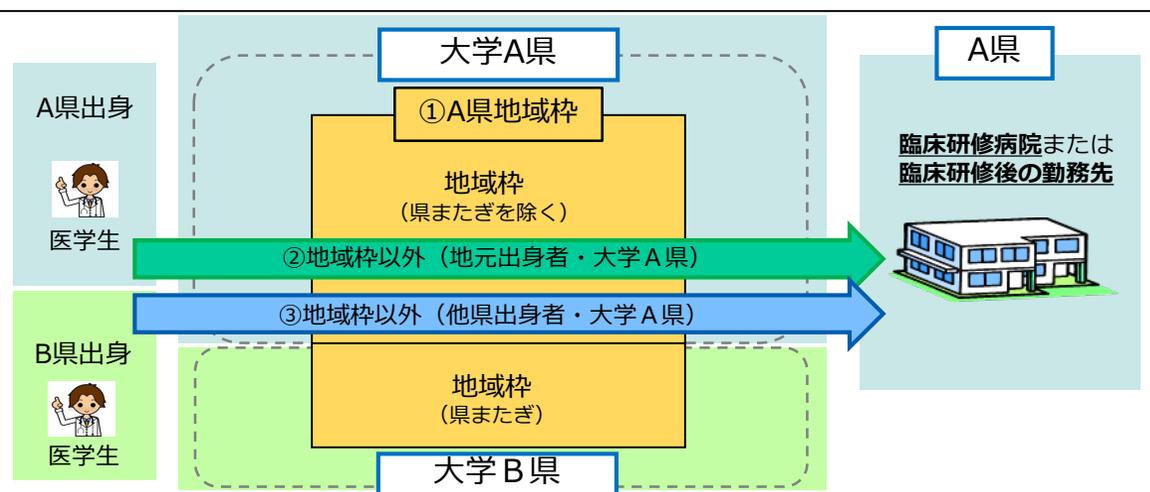
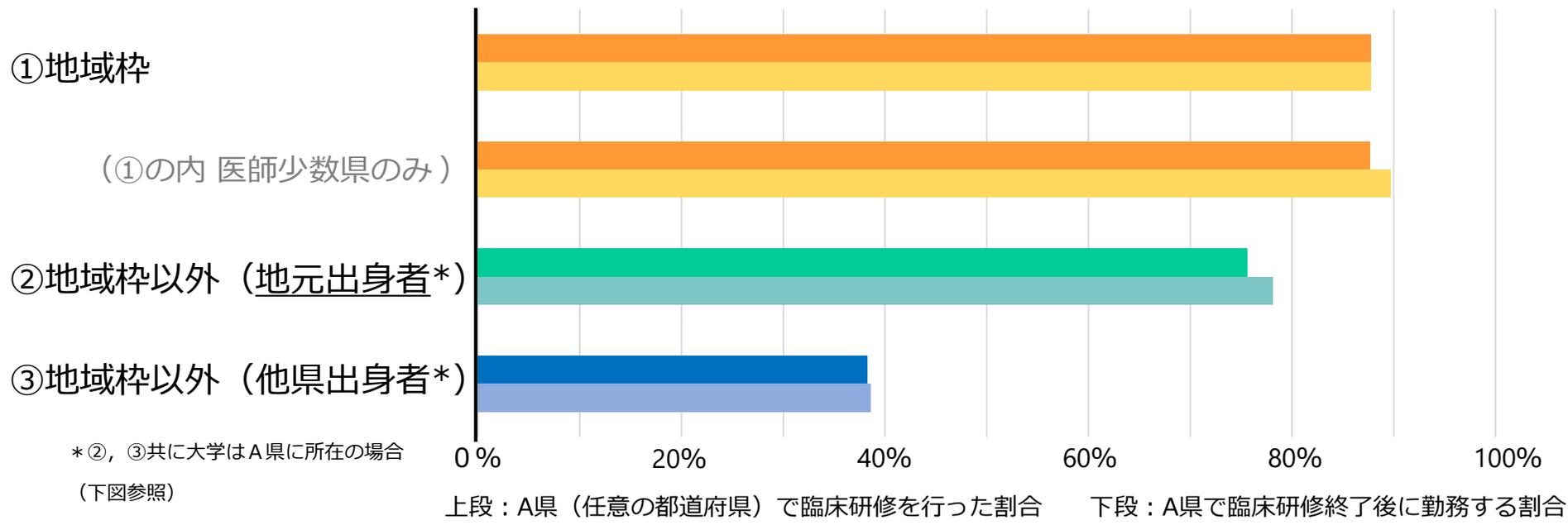


# 地域枠・地域枠以外の地域定着割合の比較

医療従事者の需給に関する検討会  
第35回医師需給分科会  
令和2年8月31日

資料2  
一部改変

医学部卒業後の医師定着割合を比較すると、地域枠及び地元出身者の医師の地域定着割合が高い。



出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29～31年）厚生労働省調べ

- ※ A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。（特定の一つの都道府県のデータはなく、全ての都道府県のデータから算出。）
- ※ 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
- ※ 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
- ※ 県またぎ地域枠：出身大学の所在地以外の都道府県（A県）における勤務義務がある地域枠。
- ※ 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については県またぎ地域枠についてのみ除外。

# 地域枠及び地元出身者枠数について (R3)

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内地元出身者枠	臨時定員(地域枠)
		全体	うち、地元出身要件あり		
北海道	312	7 (2%)	7	67 (21%)	8 (8)
青森	106	36 (34%)	20	0 (0%)	27 (27)
岩手	94	1 (1%)	0	0 (0%)	30 (25)
宮城	180	63 (35%)	0	0 (0%)	7 (7)
秋田	103	3 (3%)	2	0 (0%)	29 (24)
山形	106	1 (1%)	0	0 (0%)	8 (8)
福島	86	1 (1%)	0	0 (0%)	48
茨城	107	3 (3%)	3	1 (1%)	45 (35)
栃木	110	0 (0%)	0	0 (0%)	10
群馬	105	0 (0%)	0	0 (0%)	18 (18)
埼玉	110	0 (0%)	0	0 (0%)	30
千葉	240	5 (2%)	0	0 (0%)	34
東京	1,400	0 (0%)	0	0 (0%)	25 (25)
神奈川	414	27 (7%)	10	0 (0%)	20 (19)
新潟	105	0 (0%)	0	0 (0%)	33 (27)
富山	100	0 (0%)	0	0 (0%)	12 (10)
石川	212	0 (0%)	0	0 (0%)	10 (10)
福井	105	0 (0%)	0	0 (0%)	10 (5)
山梨	105	15 (14%)	15	0 (0%)	24 (24)
長野	105	0 (0%)	0	0 (0%)	17 (15)
岐阜	85	3 (4%)	3	0 (0%)	25 (25)
静岡	105	0 (0%)	0	0 (0%)	62
愛知	410	0 (0%)	0	0 (0%)	32 (32)
三重	105	15 (14%)	15	0 (0%)	20 (20)

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内地元出身者枠	臨時定員(地域枠)
		全体	うち、地元出身要件あり		
滋賀	105	6 (6%)	6	0 (0%)	5
京都	207	2 (1%)	2	0 (0%)	5 (5)
大阪	510	0 (0%)	0	0 (0%)	15
兵庫	213	3 (1%)	0	0 (0%)	16 (14)
奈良	100	0 (0%)	0	25 (25%)	15
和歌山	90	20 (22%)	0	0 (0%)	12 (10)
鳥取	85	7 (8%)	5	0 (0%)	18 (6)
島根	100	14 (14%)	14	0 (0%)	17 (5)
岡山	215	0 (0%)	0	0 (0%)	4 (4)
広島	105	5 (5%)	5	0 (0%)	15 (15)
山口	100	28 (28%)	28	0 (0%)	15 (15)
徳島	100	0 (0%)	0	0 (0%)	12 (12)
香川	100	0 (0%)	0	0 (0%)	14 (14)
愛媛	100	5 (5%)	5	0 (0%)	15 (15)
高知	100	10 (10%)	5	0 (0%)	15 (15)
福岡	430	0 (0%)	0	0 (0%)	5 (5)
佐賀	98	0 (0%)	0	18 (18%)	6 (2)
長崎	100	0 (0%)	0	0 (0%)	20 (16)
熊本	105	0 (0%)	0	0 (0%)	5 (5)
大分	100	3 (3%)	3	0 (0%)	10 (10)
宮崎	100	15 (15%)	15	0 (0%)	12 (12)
鹿児島	100	0 (0%)	0	0 (0%)	18 (18)
沖縄	105	5 (5%)	5	0 (0%)	12 (12)

※臨時定員の括弧内は地元出身要件ありの定員

恒久定員内地域枠：当該都道府県での従事要件がある恒久定員（一部地元出身要件あり。）  
 恒久定員内地元出身者枠：当該都道府県での従事要件はないが、地元出身要件がある恒久定員  
 臨時定員（地域枠）：当該都道府県での従事要件がある臨時定員（一部地元出身要件あり。）

文部科学省調べ（他県の大学に設置している地域枠・地元出身者枠の数を含む。）  
 （※なお、東北医科薬科大学（所在地：宮城県）の恒久定員内地域枠のうち、東北5県  
 いずれかの県の修学資金制度に申込みことが条件の20枠は本表に含まない。）

青：医師少数県

# 見直しの方向性

## これまでに本ワーキングに提示した論点

- 医学部恒久定員内の地域枠等の設置を促進するためにはどのような取組が必要か。特に、医師不足都道府県においては、都道府県内に定着する医師数の増加の観点から、恒久定員内に設置するのは、地域枠に加え、地域枠と比較して都道府県が柔軟に運用できる地元出身者枠も活用することが考えられるのではないか。
- 都道府県に所在する大学に地域枠や地元出身者枠を設置し、医師確保を行う場合、医師の育成や配置方法の検討において、大学と都道府県が連携して行うことが重要と考えられるが、具体的にどのような取組が効果的か。
- 都道府県外の大学に地域枠を設置し、医師確保を行う場合、地域枠学生が卒後地域に定着するためにはどのような取組が効果的か。例えば、卒前段階から、地域枠学生に対するキャリア形成支援を行う等の取組が重要ではないか。

## これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 地域枠の設定にあたっては都道府県の人口や必要な診療科も考慮する必要があるとあり、大学と都道府県の連携が重要。
- 大学と都道府県が協議したうえで、どの程度地域枠等を恒久定員内に設置するか決めるべき。
- 都道府県や大学等は連携し、地域枠入学者に対し、学生時代から、自治体の地域医療の状況やキャリアアップ支援の制度説明等を行い、従事予定の都道府県と地域枠学生の密なコミュニケーションを取ることが重要。



## 見直しの方向性

- 医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討が求められてきた中、安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について、大学と調整を行うこととしてはどうか。
- 特に医師少数県においては、自県内大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対象として他県の大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで、医師確保を促進してはどうか。
- 都道府県、大学、関係機関が連携して、キャリアコーディネーター等を活用しながら、キャリア形成卒前支援プランを通して学生時代から地域医療に従事・貢献する医師としての姿勢等を涵養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとしてはどうか。
- 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとしてはどうか。

## 医師確保計画策定ガイドラインにおける記載

- **医師多数都道府県や医師多数区域の医療機関においては**、医師の地域偏在の解消という医師確保計画の趣旨を踏まえ、**医師少数都道府県や医師少数区域への医師の派遣等の支援に努めること**。また、**医師多数都道府県や医師多数区域を含む都道府県については**、そのような**取組を推進する環境の整備を進めること**。
- **厚生労働省としても**、都道府県が、適切に都道府県を超えて医師少数区域や医師少数三次医療圏への医師の派遣が調整できるよう、**必要な支援を行う**。
- **医師の派遣調整の対象となる医師は**、基本的には地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行う対象となる医師、すなわち「**地域枠医師を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師**」とする。しかし、都道府県は、地域医療対策協議会における**派遣調整の対象とならない医師の派遣についても各都道府県や二次医療圏の医師確保の方針に沿ったものとなるよう**、多くの医師を派遣している大学や、大学病院等の医療機関に対して**医師確保における現状の課題と対策を共有しなければならない**。
- 都道府県内外の大学医学部に対して、**寄附講座を設置**することも**有用な施策**である。

## 派遣調整の対象とならない医師の派遣に関する状況等

- 地域医療介護総合確保基金の区分IVにおいて、寄附講座を設置可能としており、当該基金を活用し**12県において28講座（135名）が設置されている**。
- 都道府県におけるドクターバンク事業によって、**47名の医師が都道府県から派遣されている**。

## その他の医師確保に関する取組

- 専門研修において、令和2年度より「**連携プログラム**」を設置し、シーリング対象都道府県・診療科の研修プログラムにおいて、研修期間のうち1年6ヶ月以上シーリング対象外の都道府県で研修を行う取組が実施されている。

# 見直しの方向性

## これまでに本ワーキングに提示した論点

- 医師の派遣調整の対象となる医師は地域枠医師が中心であるが、対象となる医師を確保するには時間を要するため、短期的に派遣対象となる医師を確保するための施策も活用することが重要ではないか。例えば、基金を活用した寄附講座の活用や、県外からの医師の招聘を進めることが考えられるのではないか。
- その際、例えば、専門研修等における地域の医師確保に関する取組等、既存の対策との組み合わせも考えられるのではないか。

## これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 大学病院等が医師派遣を行う場合、体制が整って派遣する場合の他に、医療機関の緊急的な要請に対して、派遣元として県内外の複数の病院と調整して派遣する場合等があり、医師派遣の実態を把握できるようにすべき。
- 寄附講座は引き続き基金を活用するとともに、実績についても把握すべき。また、国は実効性のある都道府県間の偏在是正策を進めるべき。例えば、医師少数区域経験認定医師制度等を活用することが考えられないか。



## 見直しの方向性

- 医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握することとしてはどうか。
- 自県内の大学への寄附講座の設置や、都道府県が基金を活用して派遣元の医療機関の逸失利益を補填する取組については、これまで一部の都道府県において行われてきたが、各都道府県はそれらの取組を参考にしつつ、医師少数区域等の医師確保を推進することとしてはどうか。
- また、これらの取組を行ってもなお、自都道府県内で十分な医師の確保ができない場合には、県外の大学に寄附講座を設置するなどし、都道府県は県外からも医師の派遣調整を行うこととしてはどうか。
- 都道府県は、派遣医師が医師少数区域経験認定医師を取得可能になるよう配慮することや、専門医制度の連携プログラム、寄附講座等による医師派遣といった既存の施策を組み合わせることを通じて、医師派遣を進めることとしてはどうか。
- こういった取組の中で参考となるものについては、医師確保ガイドラインにおいて好事例として周知してはどうか。

## 医師確保計画策定ガイドラインにおける記載

- 医師少数区域における勤務を促進するに当たっては、医師少数区域の医療機関における勤務環境の改善が必須。
- 医師確保計画においては、勤務環境改善に向けた具体的な取組内容と、費用負担の在り方について記載することが望ましい。
- 産科及び小児科において比較的多い女性医師への支援。（例えば、時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの充実等。なお、女性医師に限らず、子育てや介護を行う医師へも同様の配慮が必要である。）（「産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例」における記載）

## 働き方改革関連法案に対する附帯決議

### 【衆議院厚生労働委員会】

七 出産・育児期の女性医師をはじめとする子育て世代の医療従事者が、**仕事と、出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備する**とともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること。

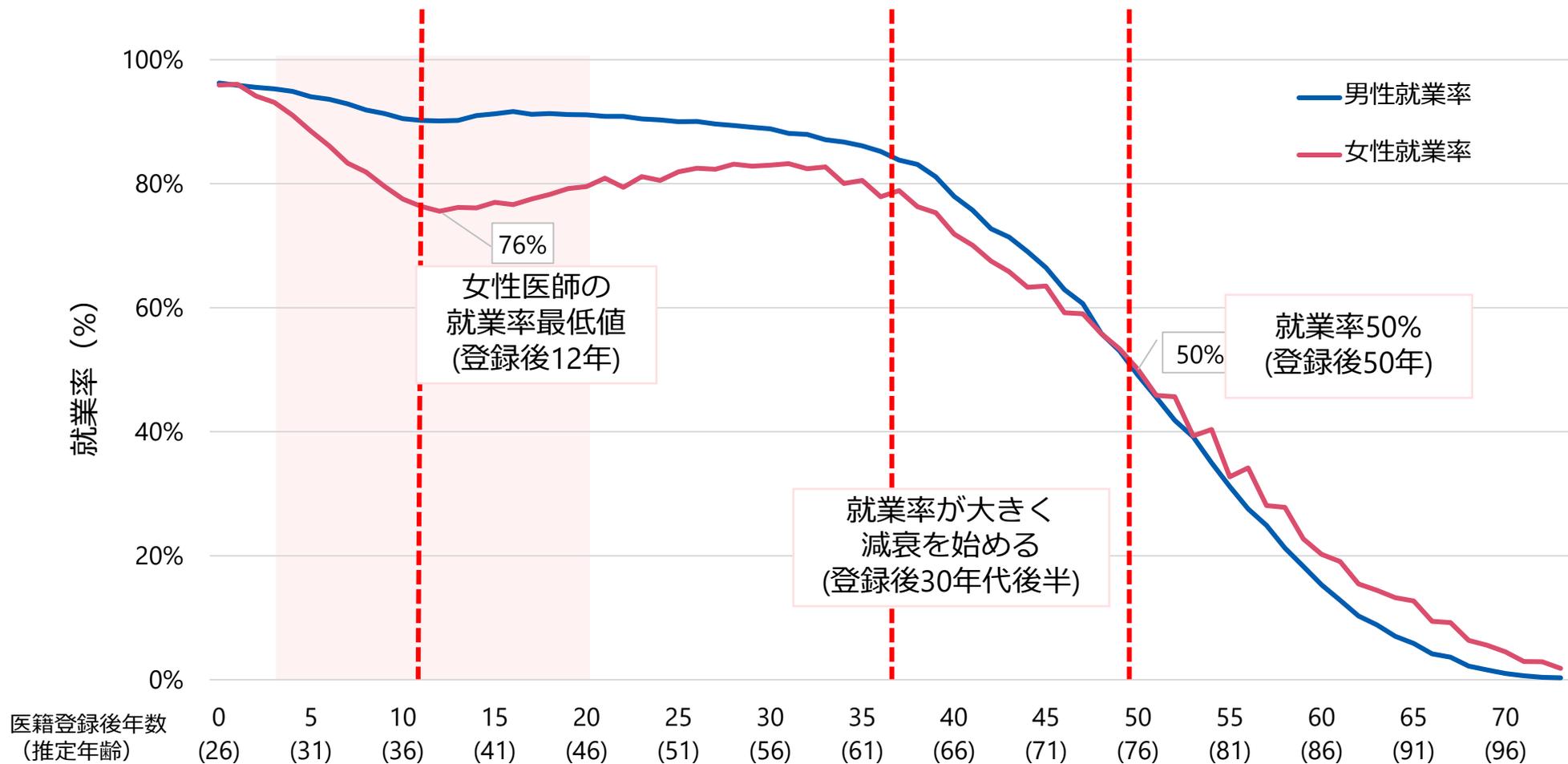
### 【参議院厚生労働委員会】

十五 医療機関における育児休業制度の規定状況、利用状況等について調査を実施し、臨床研修以降の研さん期間中の医師が育児休業を取得しやすくなるような方策の検討を含め、出産・育児期の女性医師を始めとする子育て世代の医療従事者が、**仕事と出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備する**とともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること。

## 子育て支援・女性医師の就業率の現状

- 子育て世代の女性医師就業率は38歳頃で最低値となり、その後、復職により回復する。

# 医籍登録後年数別の就業率



※2008年～2018年の医師・歯科医師・薬剤師調査（医師届出票）および厚生労働省から提供された医籍登録データを利用して作成  
 ※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢(12月末時点)の平均値が26.8歳であることを考慮し設定

# 見直しの方向性

## これまでに本ワーキングに提示した論点

- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下していることから、子育て世代の医師に対する取組が重要であると考えられる。今後、どのような取組を進めていくことが重要か。例えば、産科及び小児科における子育て支援に関わる取組（時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの充実等）については、当該診療科に限らず、関係者の意識改革等を通じて、子育て世代の医師への取組として支援することが重要ではないか。
- また、医療機関が新たな取組を行う際に、子育て世代の医療職支援の先駆的な取組を行う医療機関に必要な経費を補助する「子育て世代の医療職支援事業」を活用する場合、都道府県との関係を含め、どのようなことに留意すべきか。例えば、単一の医療機関の取組としてではなく、地域の関係者が連携することが有効ではないか。

## これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 院内保育は大きな医療機関しか実施していないので、中小の医療機関の医師が利用できる保育施設を地域に充実させるべき。
- 子育て後の年齢の女性就業率の戻りが悪いため、臨床業務を離れていた医師が臨床業務に復帰しやすいように、知識・手技を取り戻す取組ができるのではないか。



## 見直しの方向性

- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下しており、子育て世代の医師に対する取組が重要であると考えられることから、子育て支援（時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの活用等）については、市区町村とも連携し、産科及び小児科だけに限らず全科において、地域の実情に応じて取組むことを明記してはどうか。
- 子育て等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための復職研修や就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進することとしてはどうか。

## 6. 死因究明

# 死因究明等推進計画の策定までの経緯

令和元年  
6月12日

＜基本法公布＞

- ・厚生労働大臣を本部長とする死因究明等推進本部を設置
- ・本部において死因究明等推進計画の案を作成

令和2年  
6月

第1回 死因究明等推進本部

- ・死因究明等推進計画検討会の設置

7月～  
令和3年3月

死因究明等推進計画検討会  
(計6回開催)

5月

第2回 死因究明等推進本部

- ・死因究明等推進計画の案の取りまとめ

6月 1日

死因究明等推進計画 閣議決定

以降3年毎に計画を見直し

令和5年度 計画の見直し検討を開始予定  
令和6年度 次期計画を閣議決定予定

# 死因究明等推進計画の概要

## 1 現状と課題

- 人口の高齢化を反映した死亡者数の増加
- 法医学教室の人員、検案を担う医師等の人材確保の必要性
- 死因究明等推進地方協議会の設置の促進、議論の活性化
- 公衆衛生の向上・増進等を目的とした解剖・検査等が適切に実施される体制整備の必要性

## 2 死因究明等の到達すべき水準と基本的な考え方

### ○死因究明等の到達すべき水準

- ① 死因究明等を重要な公益性を有するものとして位置付け
- ② 必要な死因究明等が実現される体制の整備
- ③ 客観的かつ中立公正に実施
- ④ 権利利益の擁護、公衆衛生の向上・増進、被害の拡大防止等にも寄与

### ○死因究明等の基本的な考え方

- 国の責務（具体的施策の実施）
- 地方公共団体の責務（地域の状況に応じた施策実施、地方協議会設置の努力義務）
- 大学の責務（大学における人材育成・研究実施の努力義務）
- 医療機関、関係団体、医師、歯科医師その他の関係者の相互連携
- 計画の対象期間は策定後3年を目安とする

## 3 死因究明等に関し講ずべき施策

- 基本法に定められた基本的施策を柱として、各省庁の取り組む施策を記載。（次頁）

## 4 推進体制等

- 3年に1回計画を見直し、毎年1回計画のフォローアップを実施
- 必要な人材確保、体制整備の明確化等を中長期的課題として明記

# 死因究明等推進計画に基づく新たな取組（死因究明拠点整備モデル事業）

- 公衆衛生の向上を目的とした死因究明の体制については、検査や解剖を行う体制が確立されていない地域があるなど死因究明を行うための体制整備に課題がみられる。
- こうした状況を踏まえ、死因究明等推進計画において、各地域において必要な死因究明が円滑に実施される体制が構築されるよう、国として必要な支援を行うこととされたところ。
- 令和4年度から新規事業として死因究明拠点整備モデル事業を実施（大阪府、京都府で実施中）。

## 【体制整備の課題】

- ・ 死体の搬送手段の確保
- ・ 検査や解剖を実施する医療機関の確保 等

## 【死因究明拠点】



- 死因究明に必要な連携・協力体制を構築するため都道府県等に「死因究明拠点」をモデル的に整備。
- モデル事業で得られた成果を全国に横展開。

検案現場へ検案医  
の派遣を調整

医療機関・法医学教室  
への死体の搬送を調整

対応可能な医療機関を調整

対応可能な法医学  
教室を調整

## 【検案医】

- ・ 死体を検案
- ・ 検査や解剖の要否を判断



## 【葬儀業者】

- ・ 死体の搬送



## 【医療機関】

- ・ 死亡時画像診断等



## 【法医学教室】

- ・ 解剖
- ・ 薬毒物検査等



# 7. 医師需給分科会第5次中間取りまとめ

- 令和4年1月の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会の合同会議において、医師需給分科会第5次中間とりまとめの議論を行い、令和4年2月7日にとりまとめを行った。

## 1. はじめに

- 医師需給分科会は、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、将来の医師需給推計、医師偏在対策等について検討を重ね、これまで4つの中間とりまとめを公表し、これらのとりまとめを踏まえて、関係者において様々な取組が行われてきている。本とりまとめでは、これまでの取組を総括するとともに、令和5年度の臨時定員を含め、今後の医師需給の考え方について整理を行う。

## 2. 医師の養成数と医師需給推計について

- 平成20年度より地域枠等を中心に、段階的に医学部定員を増員することで、全国レベルで医師数は毎年3,500～4,000人程度増加している。中長期的な医療ニーズや医師の働き方改革を織り込んだ医師の需給推計を踏まえると、令和11年頃に需給が均衡し、その後人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面になるため、今後の医師の増加のペースについては見直しが必要である。

## 3. 医師偏在対策の概要について

- 本分科会の検討を踏まえ、医師養成課程を通じた偏在対策が開始された。都道府県においては、改正医療法・医師法に基づき、医師偏在指標による医師確保計画の策定等が図られている。また、医師少数区域等での勤務に対するインセンティブの設定や外来医療機能の不足・偏在に対する対策も講じられている。

## 4. 将来の医師需給に関する本分科会の考え方

- 中長期のマクロの医師需給の見通しに大きな変化はないと考えられるが、新型コロナウイルス感染症の流行のような事態にも対応できる医療提供体制の構築が求められている。
- このため、今後は、地域医療構想の推進及びマクロの需給推計に基づく医師養成数の見直しに加え、改正医療法により位置付けられた新興感染症対策が盛り込まれた医療計画とその一部を構成する医師確保計画等の策定を通じて、適切な医療提供体制や適正な医師の配置について議論を深め、必要な措置を講じていくことが重要となる。
- 令和5年度の医学部定員については、歯学部振替枠を廃止し、地域枠臨時定員として地域医療や社会におけるニーズに対応するための枠組みを充実させるために活用することとする。令和6年度以降の医学部定員は、医療計画の策定を通じた医療提供体制や医師の配置の適正化と共に検討する必要があるため、「第8次医療計画等に関する検討会」等における検討状況を踏まえ、検討する必要がある。

## 5. 今後の偏在対策等に関する提言

- 地域における医師の確保を図るため、恒久定員を含む医学部定員に、地域の実情に応じて地域枠の設置・増員を進めていく必要がある。
- これまで医師需給分科会で議論を進めてきた医師確保計画及び外来医療計画については、今後、「第8次医療計画等に関する検討会」において、医療計画や地域医療構想と一体的に議論されることが望ましい。
- 診療科偏在の背景には、医師の専門分化が進んだことが一因として考えられるが、偏在対策を進める上では、限られた医療資源において、幅広い地域のニーズに対応できる総合的な診療能力を持つ医師を育成することが重要である。
- 今後はICT・AIの進歩、タスク・シフト/シェアの推進、仕事と家庭の両立のための勤務環境の改善といった医師の働き方改革をめぐる要因も踏まえる必要がある。