

2 新専門医制度の影響の調査分析、対応方策の検討

(1) 新専門医制度の影響の調査分析

ア 基本領域

平成 30 年（2018）年度に開始された新専門医制度では、一般社団法人日本専門医機構（以下、専門医機構）により、専門医機構が定める整備指針に基づき、基本領域 19 領域（診療科）において専攻医が募集され、専門研修プログラムによる専門医育成が行われている。

(7) 地域医療への影響とシーリングの導入

新専門医制度の導入に当たっては、「専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）」と並び「医療提供体制の改善」が期待されていた（図 2-138）が、研修開始を前に地域医療関係者から医師偏在の懸念が示された。そのため、当初の平成 29 年度（2017 年度）の研修開始時期が 1 年延期され、翌平成 30 年度（2018 年度）の新専門医制度の開始に当たり、都道府県診療科別に採用数上限設定（シーリング）が導入（図 2-139）された。

並行して、卒前・卒後の一貫した医師養成や、地域の医師確保など地域医療に十分配慮される仕組みとするべく検討会（「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」（図 2-140）が開催された^{*2-29}が、平成 30 年度（2018 年度）実績では、各学会の示す「専攻医採用実績」と実際の医師数（医籍登録 3～5 年の都道府県別医療施設従事医師数）とが大きく異なる（図 2-141・142）ことが示され、実態を反映した早急な見直しが必要との意見（図 2-142）が出された。

ちなみに、この検討会で示された資料によれば、本県の場合、新専門医制度開始前における 3 年間の初期研修採用実績（平成 22 年度（2010 年度）～平成 24 年度（2012 年度）臨床研修開始）とその後の三師調査による後期研修医師数（平成 22 年度～平成 24 年度に臨床研修を開始し、平成 26 年度（2014 年度）に医籍登録 3～5 年となる医師数）との間で、全国割合に大きな差はなく、むしろわずかに増加していた（2.0～2.1%→2.4%）が、平成 28 年度（2016 年度）に臨床研修を開始し、新専門医制度が開始された平成 30 年度（2018 年度）に専門研修を開始した医師（専攻医）数との間では、医師数・全国割合とも大きな差（減少）が生じていた（208 人/2.4%→115 人/1.4%）。（図 2-141）

また、平成 30 年（2018 年）7 月には、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が公布され、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は、医療提供体制の確保に重大な影響を与える医師の研修計画の策定・変更に際して、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならないこと等の規定が盛り込まれた^{*2-30}。

その後、専攻医のシーリングは毎年度、検討・見直しが重ねられ（図 2-143）、基幹施設がシーリング対象の都道府県において、一定の条件の下、都道府県の枠を越えて一定期間以上研修を行う専門研修プログラム「連携プログラム」（図 2-144）が

追加されたほか、都道府県からの意見や厚生労働大臣からの意見・要請案に基づく変更等が行われている。(図 2-145~148)

厚生労働省の医道審議会医師分科会医師専門研修部会(以下、専門研修部会)は、これらの経緯とともに、都道府県診療科別専攻医採用数等の結果を取りまとめ(図 2-149~153)、シーリングの実施状況や効果について検証(図 2-154)している。

*2-29 厚生労働省ホームページ：今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会。

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_436600.html (令和4年3月28日確認)

*2-30 厚生労働省ホームページ：平成30年度第2回都道府県医療政策研修会(平成30年8月31日開催)参考資料5-1。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000349466.pdf> (令和4年3月28日確認)

(イ) 医師の働き方改革の推進

令和3年(2021年)5月に公布された医療法等改正法により、令和6年(2024年)4月から、医師に対しても改正労働基準法(令和元年4月施行)が適用され、時間外労働上限規制が適用されることとなった。(図 2-155)

それに伴い、臨床研修・専門研修プログラムでは、募集段階から時間外労働時間数の明示が求められる(開始時期は今後決定)とともに、研修開始後は、各研修施設の役割に応じて労働時間の確認が求められることとなった。(図 2-156・157)

そのため、令和6年度(2024年度)以降の時間外労働時間が年間960時間を超えることが見込まれる臨床研修・専門研修の研修施設では、医師労働時間短縮計画を作成し、医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価を経て、令和5年度(2023年度)末までに、都道府県による特例水準対象医療機関の指定を受ける必要があるほか、令和5年度(2023年度)の臨床研修医マッチング・専攻医募集までに時間外労働時間数を明示する必要がある。

今後、これらの研修施設では相当量の事務作業が必要となるほか、想定される時間外労働時間数によっては臨床研修医・専攻医の募集に影響が出ることも考えられる。さらに、臨床研修医・専攻医を指導する指導医等についても同様の時間外労働規制が適用されるが、令和元年(2019年)に実施された医師の勤務実態調査では、病院常勤勤務医の上位10%は時間外・休日労働時間が年1,824時間換算以上^{*33}となっており、規制適用による救急医療等における医療提供体制への影響が懸念されている一方、医師を派遣する大学病院側からは、地域における各医療機関の機能や役割の明確化などの「抜本的な改革」を求める意見^{*2-31}も示されている。

*2-31 厚生労働省：「令和元年 医師の勤務実態調査」及び「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」の結果の公表について。(令和2年7月31日公表)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12705.html (令和4年3月28日確認)

図2-150 専攻医採用数 都道府県別一覽表 (2018年度～2021年度)

専攻医採用数 都道府県別一覽表

都道府県	平成30年 (2018年)		平成31年 (2019年)		令和2年 (2020年)		令和3年 (2021年)	
	採用実績	採用数	採用実績	採用数	採用実績	採用数	採用実績	採用数
1 北海道	286	317	305	303	89	87	94	94
2 青森県	61	72	68	72	284	260	263	263
3 岩手県	62	65	71	77	649	652	663	669
4 宮城県	159	142	172	144	338	381	454	452
5 秋田県	60	49	55	55	103	97	115	104
6 山形県	55	66	57	55	72	67	90	67
7 福島県	86	76	87	106	45	55	53	45
8 茨城県	130	142	134	151	37	44	46	61
9 栃木県	120	121	122	130	215	221	243	221
10 群馬県	79	78	84	105	148	141	145	144
11 埼玉県	228	256	343	317	45	46	59	61
12 千葉県	267	332	381	368	60	65	48	52
13 東京都	1,824	1,770	1,763	1,748	48	59	37	53
14 神奈川県	487	516	546	607	68	65	65	74
15 新潟県	100	95	123	99	50	36	44	60
16 富山県	54	53	52	51	450	444	424	451
17 石川県	69	122	113	118	56	53	53	59
18 福井県	39	50	57	45	84	111	87	95
19 山梨県	37	57	53	66	104	122	113	111
20 長野県	112	109	124	103	64	61	58	63
21 岐阜県	98	85	111	113	37	52	45	56
22 静岡県	114	150	173	181	107	105	118	118
23 愛知県	450	476	520	552	108	85	112	115
24 三重県	102	94	102	89	8,410	8,615	9,082	9,183
計								

厚生労働省「令和3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3年9月17日開催)資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000833806.pdf>(令和4年3月28日確認)

図2-152 専攻医採用数 診療科別一覽表 (2018年度～2021年度)

専攻医採用数 診療科別一覽表

診療科	平成30年 (2018年)		平成31年 (2019年)		令和2年 (2020年)		令和3年 (2021年)	
	採用実績	採用数	採用実績	採用数	採用実績	採用数	採用実績	採用数
1 内科	2,670	2,794	2,923	2,977	565	546	546	546
2 小児科	573	548	321	304	304	304	304	304
3 皮膚科	271	465	517	551	826	829	804	804
4 精神科	441	805	552	671	476	475	475	475
5 外科	441	436	334	344	267	266	217	217
6 整形外科	441	436	334	344	267	266	217	217
7 産婦人科	441	436	334	344	267	266	217	217
8 眼科	441	436	334	344	267	266	217	217
9 耳鼻咽喉科	267	282	255	323	247	255	255	255
10 泌尿器科	274	252	247	255	247	255	255	255
11 脳神経外科	224	252	247	255	247	255	255	255
12 放射線科	260	234	247	247	247	247	247	247
13 麻酔科	495	489	455	463	114	118	102	95
14 病理	114	118	102	95	6	19	14	21
15 臨床検査	6	19	14	21	286	279	325	325
16 臨床検査	286	279	325	325	193	215	209	209
17 形成外科	163	193	215	209	75	83	104	104
18 リハビリテーション科	75	83	104	104	184	180	222	206
19 総合診療	184	180	222	206	8,410	8,615	9,082	9,183
計								

厚生労働省「令和3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3年9月17日開催)資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000833806.pdf>(令和4年3月28日確認)

図2-151 都道府県別採用数の推移 (2018年度～2021年度：2年単位比較)

都道府県別 採用数の推移

都道府県 (※1)	平成30年 (2018年)		令和2年 (2020年)		令和3年 (2021年)		採用数 増減率
	採用数	採用数	採用数	採用数	採用数	採用数	
1 北海道	307	304	304	304	90	91	1.1%
2 青森県	67	70	70	70	272	272	-1.8%
3 岩手県	64	74	74	74	651	676	3.9%
4 宮城県	151	158	158	158	360	453	26.0%
5 秋田県	55	55	55	55	100	110	9.5%
6 山形県	61	56	56	56	70	79	12.9%
7 福島県	81	97	97	97	50	49	-2.0%
8 茨城県	136	143	143	143	41	54	32.1%
9 栃木県	121	126	126	126	218	232	6.4%
10 群馬県	79	95	95	95	145	145	0.0%
11 埼玉県	242	320	320	320	46	60	31.9%
12 千葉県	300	385	385	385	63	50	-20.0%
13 東京都	1,797	1,766	1,766	1,766	54	45	-15.9%
14 神奈川県	507	577	577	577	77	80	3.9%
15 新潟県	98	111	111	111	43	52	20.9%
16 富山県	54	52	52	52	447	438	-2.1%
17 石川県	116	116	116	116	56	56	0.9%
18 福井県	45	51	51	51	98	91	-8.7%
19 山梨県	47	60	60	60	113	112	-0.9%
20 長野県	111	114	114	114	63	61	-3.2%
21 岐阜県	92	112	112	112	45	51	13.5%
22 静岡県	132	177	177	177	101	114	10.9%
23 愛知県	463	536	536	536	97	114	17.6%
24 三重県	98	96	96	96	8,513	9,133	7.3%
計							

※1 赤字は採用数増減率の伸びが全国平均(7.3%)以上の都道府県、黄色いセルは医師多数県、青いセルは医師少数県

厚生労働省「令和3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3年9月17日開催)資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000833806.pdf>(令和4年3月28日確認)

図2-153 診療科別採用数の推移 (2018年度～2021年度：2年単位比較)

診療科別 採用数の推移

診療科	平成30年 (2018年)		平成31年 (2019年)		令和2年 (2020年)		令和3年 (2021年)	
	採用実績	採用数	採用実績	採用数	採用実績	採用数	採用実績	採用数
1 内科	2,792	2,950	2,923	2,977	565	546	546	546
2 小児科	561	556	321	304	304	304	304	304
3 皮膚科	296	453	517	551	826	829	804	804
4 精神科	453	816	552	671	476	475	475	475
5 外科	453	439	334	344	267	266	217	217
6 整形外科	453	439	334	344	267	266	217	217
7 産婦人科	453	439	334	344	267	266	217	217
8 眼科	453	439	334	344	267	266	217	217
9 耳鼻咽喉科	275	242	255	323	247	255	255	255
10 泌尿器科	265	242	247	255	247	255	255	255
11 脳神経外科	238	251	247	255	247	255	255	255
12 放射線科	247	258	247	255	247	255	255	255
13 麻酔科	492	459	455	463	114	118	102	95
14 病理	116	118	102	95	6	19	14	21
15 臨床検査	13	18	14	21	286	279	325	325
16 臨床検査	277	302	302	302	193	215	209	209
17 形成外科	178	212	212	212	75	83	104	104
18 リハビリテーション科	72	94	94	94	184	180	222	206
19 総合診療	182	214	214	214	8,410	8,615	9,082	9,183
合計(平均%)								

※1 赤字は採用数の伸びが全国平均(7.3%)以上の増加率の診療科、青いセルは減少率の診療科

厚生労働省「令和3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3年9月17日開催)資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000833806.pdf>(令和4年3月28日確認)

2 新専門医制度の影響の調査分析、対応方策の検討

(1) 新専門医制度の影響の調査分析

イ サブスペシャルティ領域

新専門医制度の二階部分となるサブスペシャルティ領域については、一般社団法人日本専門医機構（以下、専門医機構）により 23 領域が独自に認定され、平成 31 年（2019 年）4 月からの研修開始が予定されていたが、地域の医療提供体制への影響等が懸念されたことから、直前の 3 月に見送りが決定された。（図 2-158）

一方、サブスペシャルティ領域の在り方については、厚生労働省の医道審議会医師分科会医師専門研修部会（以下、専門研修部会）にワーキンググループが設置され、検討が進められた結果、令和 2 年（2020 年）3 月の専門研修部会に報告書が提出された^{*2-32}。同日の専門部会では、サブスペシャルティ領域の要件（図 2-159）や今後の専門領域の整理（図 2-160）が示され、それらを受ける形で内科・外科・放射線科領域の計 23 領域について整理が行われ、基本領域との連動研修を行い得る領域として、内科領域では 8 領域（図 2-161）、外科領域 5 領域と放射線科領域 2 領域（図 2-162）の計 15 領域が適当とされた。

この結果を受け、専門医機能では令和 3 年（2021 年）4 月からサブスペシャルティ領域の研修を開始する予定であったが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、1 年遅れて令和 4 年（2022 年）4 月から研修開始の予定となっている^{*2-33}。なお、専門医機構によれば、サブスペシャルティ領域は、既に認定していた 23 サブスペシャルティ領域学会が担当する 24 領域（日本内分泌学会と日本糖尿病学会の 2 学会で 3 領域を担当）としている^{*2-33}。

また、令和 3 年（2021 年）3 月に基本領域の研修を修了した専攻医がサブスペシャルティ領域の研修を希望する場合は、従来通り各領域学会の責任で研修を始め、後日、当該領域と関係が深い基本領域学会が専門医機構に推薦し、当該領域専門医を専門医機構が審査・認定した場合には、令和 3 年（2021 年）4 月に遡って研修実績を認める方向で検討しており、専門医機構による認定時期は遅れるものの、専攻医の研修にブランク（切れ目）が生じることがないように配慮する方針としているほか、今後のサブスペシャルティ領域の認定については、専門研修部会において基本的な考え方が示されているが、24 領域以外の未承認サブスペシャルティ領域についても、専門医機構として認定作業を進めていくとしている^{*2-33}。

このように、現時点では、サブスペシャルティ領域の状況は流動的であり、今後の動向を注視していく必要がある。

*2-32 厚生労働省「サブスペシャルティ領域の在り方に関するワーキンググループ報告書（令和 2 年 3 月 5 日）」。<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000607811.pdf>（令和 4 年 3 月 28 日確認）

*2-33 一般社団法人日本専門医機構ホームページ：サブスペシャルティ領域専門研修細則について。サブスペシャルティ領域検討委員会。2020.6.30。

<https://jmsb.or.jp/senkoi/>（令和 4 年 3 月 28 日確認）

図2-162 外科・放射線領域のサブスペシャリティ領域

外科・放射線科領域のサブスペシャリティ領域

機構認定	(2)運動研修を行い得る領域	(4)少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を 修得した後に研修を行う領域
	外科基本領域研修(3年)	
消化器外科	消化器外科(領域)	
呼吸器外科	呼吸器外科(領域)	
心臓血管外科	心臓血管外科(領域)	
小児外科	小児外科(領域)	
乳腺	乳腺外科(領域)	
内分泌外科	外科および他の基本領域研修(3年)	内分泌外科(領域)

機構認定	(2)運動研修を行い得る領域
放射線科	放射線科基本領域研修(3年)
放射線診断	放射線診断(領域)
放射線治療	放射線治療(領域)

<医師年数> 3 4 5 6 7 8 9 →

※領域の名称については、改めて検討されるべきである

厚生労働省「令和5年度第4回 医道業議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和2年3月13日開催)資料1-1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000833596.pdf>(令和4年3月28日確認)

2 新専門医制度の影響の調査分析、対応方策の検討

(2) 対応方策の検討

本県では、新専門医制度の導入当初、卒後3年目の医師数は大きく減少した^{*2-34}。その後、県内に基幹・連携施設を有する「静岡県専門医研修プログラム」が徐々に増加し、それに伴い専攻医数も増加している^{*2-35}。

しかしながら、基本領域ではプログラム制を原則としている（**図 2-163**）ため、従前の学会認定によるカリキュラム制に比べて弾力的な運用が困難で、特に初年度は基幹施設で研修を行うことも多く、制度導入前後の医師数の推移に変化がみられる診療科もある（詳しくは「主たる診療科別医師数の推移等」を参照）。

また、本県では、県外（特に首都圏）の大学から常勤医師の派遣を受けている病院が多く、東部地域や中部地域を中心に、県外が主で県内の医療施設を従たる従事先として届け出ている医師も多い^{*2-36}。特に、専門研修プログラムの研修施設の要件（基準）が厳しく、県内の基幹施設が大学病院等に限られた診療科では、若手医師（専攻医等）の確保を県外の基幹施設からの派遣に頼らざるを得ない状況にある。

このような状況において、県内の専攻医、ひいては指導医等を含む病院の常勤医師を増やすためには、①専門研修プログラムのプログラム数を増やす（県内の基幹施設数を増やす）、②専門研修プログラムの定員数を増やす（①以外の方法で、県内外の基幹施設から県内の連携施設に派遣する専攻医を増やす。）の大きく2つの方法が考えられる。ただし、基本的には、いずれも指導医数や経験症例数、連携施設などの要件（基準）緩和などが必要であり、日本専門医機構や各領域学会の方針によるため、現段階で実現する見通しは立っていない。ただし、新専門医制度の見直しについては、地域医療を確保する観点から、医師法に基づき都道府県知事から厚生労働大臣に意見を述べる機会（**図 2-164**）が毎年設けられている。本県では、静岡県医療対策協議会医師確保部会において検討を行い、厚生労働省に意見提出を行ってきており^{*2-37, 38}、引き続きこの仕組みを活用して、本県としての意見を提出していくことが望まれる。

一方、県内を基幹施設とする専門研修プログラムについては、専攻医をできる限り幅広く派遣できるよう、連携施設を増やす取組がなされてきた^{*2-35}。しかしながら、専攻医の定員数と専門研修の連携施設数のバランスによっては、派遣を受けられない連携施設が生じることも考えられる。仮に、新たな連携施設への派遣により、従前からの連携施設が派遣を受けられなくなるような事態が生じた場合、喫緊の課題である医師の働き方改革への対応を含め、当該連携施設や地域の医療提供体制に大きな影響を及ぼすおそれがある。このようなことから、県内を基幹施設とする専門研修プログラムについては、定員数の増員の可能性を検討していく必要があると考えられる。

また、今回の改正医療法等では、衆参両院の厚生労働委員会の附帯決議により、臨床研修以降の研鑽期間中における子育て世代の医師への支援についても配慮が求められている。（**図 2-165～167**）

実際に、妊娠・出産・育児等を理由とした専門研修プログラムからの辞退者も発生している（図 2-168）ことから、専門研修との両立に向けた取組が進められており（図 2-169）、カリキュラム制で専門研修を行う専攻医（プログラム制からの移行を含む）も少なからず認められる（図 2-170）。

本県の場合、他県に比べて女性医師の占める割合が低い^{*2-26} 一方、今後は女性医師の比率がさらに高まることを見込まれることから、これまでに女性医師から寄せられた意見^{*2-27}も踏まえた研修環境の整備・改善を図っていく必要があり、そのための研修施設への支援の必要性についても検討が必要であると考えられる。

このように、新専門医制度については、医師の働き方改革や地域の医療提供体制などと密接に関連しているため、これらの施策の動向を注視しつつ、各研修施設や指導医・専攻医などから幅広く意見を求め、引き続き医師法に基づく仕組みを活用して、本県としての意見を厚生労働省に提出していくことが望まれる。

新専門医制度の影響への対応方策

- ・新専門医制度の導入により、当初は本県の卒後3年目の医師数は大きく減少したが、その後は「静岡県専門医研修プログラム」の拡充により専攻医数は増加している。
- ・今後、さらに専攻医を増やすためには、①専門研修プログラムのプログラム数を増やす、②専門研修プログラムの定員数を増やす、の2つの方法が考えられる。ただし、いずれも日本専門医機構や各領域学会の方針によるため、現段階で実現する見通しは立っていない。
- ・今回の改正医療法等では、臨床研修以降の研鑽期間中における子育て世代の医師への支援についても配慮が求められており、育児休業の取得やカリキュラム制への移行など、研修との両立を図るような方策が導入されつつあり、実際にこれらの仕組みを利用して専門研修を行う専攻医も少なからず認められる。
- ・新専門医制度については、医師の働き方改革への対応や地域の医療提供体制などと密接に関連しているため、これらの動向を注視しつつ、引き続き医師法に基づく仕組みを活用して、本県としての意見を厚生労働省に提出していくことが望まれる。

*2-34 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和2年度（2020年度）実績報告書. P. 36-37.

*2-35 同. P. 38-44.

*2-36 同. P. 118-128.

*2-37 静岡県健康福祉部「令和3年度 第1回静岡県医療対策協議会医師確保部会」（令和3年8月30日開催）協議事項2 令和4年度専門研修プログラムに対する協議について.

*2-38 静岡県健康福祉部「令和3年度 第2回静岡県医療対策協議会医師確保部会」（令和3年11月2日開催）報告事項3 令和4年度専門研修プログラムに対する県提出意見について（結果報告）.

*2-26 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和元年度（2019年度）実績報告書. P. 47-48.（再掲）

*2-27 浜松医科大学地域医療支援学講座 平成30年度（2018年度）実績報告書. P. 64-65.（再掲）

図2-167 男性の育児休業取得促進のための出生時育児休業の創設、育児休業の分割取得
男性の育児休業取得促進のための出生時育児休業(産後バ(育児)の創設、
育児休業の分割取得

改正前後の制度の概要

対象期間 取得可能日数	産後バ(育児) 産後バ(育児)とは別に取得可能	育児休業 (R4.10.1~)	育児休業 (R4.10.1~)	育児休業 (現行)
子の出生後8週間以内 4週間まで取得可能	原則1歳 (産後2歳)まで	原則1歳 (産後2歳)まで	原則1歳 (産後2歳)まで	原則子が1歳 (産後2歳)まで
申出期限	原則休業の2週間前まで	原則1か月前まで	原則1か月前まで	原則1か月前まで
分割取得	分割して2回取得可能 (初めにまとめて申し出ることが必要)	分割して2回取得可能 (取得の際にそれぞれ申出)	分割して2回取得可能 (取得の際にそれぞれ申出)	原則分割不可
休業中の就業	労使協定を締結している場合に限り、労働者が合意した範囲で休業中に就業することが可能	原則就業不可	原則就業不可	原則就業不可
1歳以降の 延長		育児開始日は柔軟化 ^{※1}	育児開始日は1歳、 1歳半の時点で限定	
1歳以降の 再取得		特別な事情がある場合に限り 再取得可能 ^{※2}	再取得不可	

※1 1歳(1歳6か月)以降の育児休業について、期間の途中で配偶者と交代して育児休業を開始できることとする観点から、育児開始日(1歳、1歳1歳6か月)時点に追加し、取得日が1歳(1歳6か月)以前の育児休業取得時における場合には、その期間中の休業の終了予定の日以前の日に育児休業開始が予定されていることとする。
※2 1歳以降の育児休業が、他の子についての産前・産後バ(育児)休業休業、産後バ(育児)休業休業または新たな育児休業の開始により育児休業が終了した場合で、産休等の対象となつた子が死亡に等しい場合は、再度育児休業を取得できます。

厚生労働省「令和3年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和4年2月2日開催)資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000891397.pdf (令和4年3月28日確認)

図2-169 専門研修と妊娠・出産・育児の両立に向けた取組
専門研修と妊娠・出産・育児の両立に向けた取組について

現在、日本専門医機構が進めている取組

- 研修カリキュラム制
(略) 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できるよう、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。
(一般社団法人 日本専門医機構 専門医制度整備指針 第三版より)

研修カリキュラム制の基本領域学会の取組状況

令和2年度 厚生労働大臣の意見・要請等	内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急	形成外科	リハビリ
地域科医師や育児や介護と研修を両立する医師等のため、カリキュラム制での研修を開始できるように体制を整えているか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
カリキュラム制で研修可能な医療機関のリストを学会ホームページで公開しているか	○	×	×	○	△	○	○	×	○	○	×	○	○	○	△	○	○

(令和3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3年9月17日 資料3-1 一部改)

厚生労働省「令和3年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和4年2月2日開催)資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000891397.pdf (令和4年3月28日確認)

図2-170 令和3年度研修カリキュラム制で専門研修を行う専攻医数
令和3年度研修カリキュラム制で専門研修を行う専攻医数

日本専門医機構資料

カリキュラム制で専門研修を開始した専攻医	100
理由が出産、育児、介護、等	11
男性/女性	0/11
内科	4
皮膚科	1
精神科	1
産婦人科	1
病理	1
臨床検査	2
総合診療	1
カリキュラム制へ専門研修の途中から移行した専攻医	98
理由が出産、育児、介護、等	55
男性/女性	7/48
精神科	14
整形外科	1
産婦人科	29
耳鼻咽喉科	5
病理	1
総合診療	5

(対象期間：令和3年4月1日～令和4年1月27日)

厚生労働省「令和3年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和4年2月2日開催)資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000891397.pdf (令和4年3月28日確認)

(対象期間：平成31年4月1日～令和4年1月27日)

厚生労働省「令和3年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和4年2月2日開催)資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000891397.pdf (令和4年3月28日確認)

図2-168 研修プログラムからの辞退者と辞退理由
研修プログラムからの辞退者と辞退理由

日本専門医機構資料

理由	R1年度	R2年度	R3年度	合計
妊娠・出産・育児	4	11	9	24
家庭の事情	2	7	16	25
介護	0	4	2	6
進路変更	112	180	188	480
ダブルボート	7	9	2	18
留学	0	1	0	1
病氣療養	9	22	38	69
ハラスメント	4	4	5	13
転居	1	7	3	11
結婚	0	1	0	1
退職(辞退)	5	8	15	28
一身上の都合、その他	9	19	33	61
計	153	273	311	737

(対象期間：平成31年4月1日～令和4年1月27日)

厚生労働省「令和3年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和4年2月2日開催)資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000891397.pdf (令和4年3月28日確認)

3 県東部地域における、あるべき医療提供体制の提示と病院の機能分担・連携の促進

(1) これまでの取組

当講座は、平成 30 年度（2018 年度）の設置当初から、本県における地域・二次医療圏別の医療提供体制等について調査分析を行い、その結果を実績報告書等で公表するとともに、県内 6 箇所の県保健所が 8 つの二次医療圏ごとに開催する地域医療構想会議（駿東田方医療圏は三島・田方と駿東の 2 地区で開催）等において、これらの資料提供とともに、地域の実情に応じた医療提供体制の在り方や病院の機能分担・連携の促進を働きかけてきた^{*2-16}。

(2) ネットワーク化の推進

東部地域の医療提供体制は、公立・公的から民間まで多様な開設主体による中小規模の病院が多数を占める^{*2-39}ことから、救急医療等の疾病・事業ごとに多数の病院がそれぞれの機能に応じて対応する体制となっている。そのため、人口当たり一般病床数は富士医療圏を除き全県より多い^{*2-39}が、一般病床 100 床当たり医師数はすべての医療圏で全県を下回っており^{*2-40}、医師の負担が大きくなりやすい傾向にある。

また、東部地域の多くの病院は、首都圏に位置する複数の県外大学等から医師の派遣を受けている^{*2-41}が、新専門医制度の導入に加え、新型コロナウイルス感染症や医師の働き方改革への対応のため、医師確保を取り巻く状況は厳しさを増している。

このような状況においては、地域における医療機関の機能分担と連携が重要であり、住民に対して地域全体として効率的で質の高い医療を提供する（＝地域完結型の医療提供体制を構築する）上で、高次医療機能を有する病床規模が大きい病院を核とした「ネットワーク化」が有効であると考えられる。

この「ネットワーク化」は、単なる「紹介・逆紹介」の関係ではなく、また、直ちに病院の再編・統合を意味するものでもない。それぞれの医療機関が持つ「強み」を十分に活かしながら連携する「有機的な連携」であり、それを住民に「見える形」で示すことにより、重複受診やコンビニ受診といわれる患者側・医療機関側双方にとって負担となるような受療行動を減らす、「住民サイドの行動変容」につなげるものである。

その意味から、ネットワークの核となる病院の例として、静岡県立静岡がんセンターと順天堂大学医学部附属静岡病院を提示したい。

静岡県立静岡がんセンター^{*2-42}は、平成 14 年（2002 年）の開設以来、多職種チーム医療による全国トップクラスのがん医療を提供し、人材育成を図るとともに、特定機能病院として、東部地域を中心とする県内の病院・診療所・訪問看護ステーション等と幅広く連携してきた。また、静岡県がん診療連携拠点病院として、県内のがん医療の均てん化とネットワーク化を強力に推進してきた。

また、順天堂大学医学部附属静岡病院^{*2-43}は、平成 16 年（2004 年）に東部ドクターヘリの運用を開始し、全国トップクラスの出動実績により、重篤な救急患者を多数受け入れてきた。また、東部地域を中心に、県内の多くの病院へ医師を派遣しているほか、令和 3 年（2021 年）9 月には、同病院を核とする地域医療連携推進法人が設立^{*44}され、

医療資源に乏しい伊豆地域を中心に、医療・介護連携のネットワーク化を予定している。

このほか、東部地域では、静岡県保健医療計画（全県版・二次医療圏版）に基づく疾病又は事業及び在宅医療ごとに構築されてきた医療連携体制により、病院・診療所間で機能分担と連携が図られてきた。これらの取組についても、計画の見直し時期に限ることなく、状況に応じた見直しを随時行っていくことが重要であり、地域医療構想調整会議等の協議の場で共有されることが必要である。

（3）将来推計人口・医療介護需要予測に基づく今後の取組

今後、全県で少子高齢化が進む中でも、東部地域の65歳以上人口は、団塊ジュニア世代が65歳以上に達する令和22年（2040年）前後までほぼ横ばい状態が続き、その後は減少することが見込まれている^{*2-45,46}。また、75歳以上人口についても、令和7年（2025年）頃までは急速に増加するが、その後は増加率が鈍化し、5年後の令和12年（2030年）をピークに減少に転じると予測されている^{*2-46}。さらに、65歳未満人口の減少率は県内の他の地域よりも高く^{*2-47,48}、医療・介護に従事する人材がこれまで以上に不足することが見込まれる。

このように、東部地域では、今後、入院受療率が高い65歳以上人口が増加しないことから、賀茂医療圏の入院患者推計は平成27年（2015年）にピークを過ぎており、他の医療圏でも10年以内の令和7年（2025年）から令和12年（2030年）にかけてピークを迎えると考えられている^{*2-49}。そのため、東部地域では、一般病床・療養病床に関わらず、10年後には病床稼働率が低下することも考えられる^{*2-50}。

しかしながら、地域に必要な医療を確保するためには、単に非稼働病床を廃止するのではなく、本報告書のように地域全体の病床種類別の病床数や病床の機能などを「見える化」し、地域医療構想調整会議等において関係者間で共有することにより、新興感染症等への対応を含め、「地域全体で既存の病床を有効に活用し、効率的な運用を図る」必要がある。中小規模の病院が多く、開設主体も多様な東部地域では、関係者間の調整も難しいことが予測されることから、現時点では、これまで国が示してきたような再編・統合も選択肢に残しつつ、地域医療連携推進法人の取組も参考にしながら、地域医療構想調整会議等における、それぞれの病院の診療機能や病床の運用状況等の情報交換・共有などを通じて、地域全体の実質的な機能分担や連携を強化していくことが現実的ではないかと考えられる。

当講座としては、引き続き、医師以外の職種を含む医療従事者の状況や病床数・病床の機能など、地域の医療提供体制に関する調査分析を進め、関係者や地域に還元していくことにより、それぞれの医療機関や行政の取組を支援していきたい。

*2-16 静岡県健康福祉部ホームページ：地域医療構想調整会議。（再掲）

<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-410/chiikiiryokousou/tyouseikaigi.html>

（令和4年3月28日確認）

※ 各構想区域で開催された地域医療構想調整会議の開催状況や会議資料等が掲載されている。

- *2-39 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和元年度（2019年度）実績報告書. P.31-35.
- *2-40 同. P.26-27.
- *2-41 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和2年度（2020年度）実績報告書. P.118-128.
- *2-42 静岡県立静岡がんセンターホームページ：静岡がんセンターについて.
<https://www.scchr.jp/about-us/index.html>（令和4年3月14日確認）
- *2-43 順天堂大学医学部附属静岡病院ホームページ：当院について
<https://www.hosp-shizuoka.juntendo.ac.jp/about/>（令和4年3月14日確認）
- *2-44 静岡県健康福祉部ホームページ：地域医療連携推進法人について.
<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-410/iryohoujin/chikiiryorenkeisuisinhojin.html>
（令和4年3月14日確認）
- *2-45 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和2年度（2020年度）実績報告書. P.76.
- *2-46 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和3年度（2021年度）研究報告（資料集）
「グラフで見る静岡県の将来推計人口と医療介護需要予測」. P.23-26, 32-33. 2021.
※ 本報告書 図2-133（P.99）に再掲。
- *2-47 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和2年度（2020年度）実績報告書. P.77-78.
- *2-48 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和3年度（2021年度）研究報告（資料集）
「グラフで見る静岡県の将来推計人口と医療介護需要予測」. P.19-22, 30-31. 2021.
※ 本報告書 図2-133（P.100）に再掲。
- *2-49 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和2年度（2020年度）実績報告書. P.79. ほか
※ 本報告書 図2-134（P.101）に再掲。
- *2-50 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和元年度（2019年度）実績報告書. P.260.
※ 東部地域における一般病床の病床利用率（平成25年～平成29年）は、熱海伊東医療圏など一部を除き、全県を下回っている。（厚生労働省「病院報告」）

4 県東部地域への派遣に向けた調整

(1) 背景と地域の現状

令和3年(2021年)5月の医療法等改正法の成立により、医師の働き方改革の推進が法的にも位置づけられた。(図2-171・65(再掲))

その結果、令和6年(2024年)4月から、医師の時間外労働上限規制が本格的に導入されることとなり(図2-155(再掲))、医育機関(大学病院等)の医師は、本来の業務である「診療」・「教育」・「研究」に費やす時間に加え、地域医療確保のための関連病院や初期救急医療機関等への派遣に伴う労働時間(移動時間を含まない)を合算することとなり、これまで以上に労働時間の適切な管理が求められている。(図2-172)

医師の働き方改革を推進するためには、医師個人や医師を派遣している医育機関による取組だけでなく、地域医療構想の実現、すなわち、効率的で質の高い医療を提供するための地域完結型の医療提供体制の構築が求められており、その中で「地域の医療機関間の医師配置の見直し」が求められている。(図2-173)

また、厚生労働省では、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針を示すこととしており、その中では『地域の医療提供体制の観点からの都道府県による取組』などが求められている^{*2-51}。具体的には、「医師の働き方改革を、地域医療提供体制における機能分化・連携、医師偏在対策と一体的に推進」することが求められているほか、『地域の医療関係者に対する推奨事項』として、「個々の医療機関においては解消できない、地域における構造的な医師の長時間労働の要因に対し、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議、地域の外来医療に関する協議の場(当講座注:いずれも都道府県・保健所が開催する会議)における協議等を通じて、地域の医療機関の役割分担や夜間・休日救急の輪番制の構築等、地域医療提供体制における機能分化・連携を推進し、地域全体での医師の働き方改革に取り組む」ことが求められている^{*2-51}。

一方、総務省では、持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院の経営強化を図る取組として、地方公共団体で新たに「公立病院経営強化プラン」をするための「公立病院経営強化ガイドライン」を策定する検討会を開催し、令和4年(2022年)3月28日に最終とりまとめが公表された^{*2-52}。今後、各公立病院が策定する当該プランでは、各病院の役割・機能の最適化と連携の強化が謳われており、地域医療構想を踏まえた役割や機能、また、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割や機能に基づく機能分化と連携強化が示されており、「地域の中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保」するとともに、「不採算地区病院等への医師派遣を強化」し、医師・看護師等の確保を図る方向性が示されている。(図2-174)

このように、これからは限られた医師・看護師等の医療従事者やその他の医療資源をできる限り有効に活用することにより、人口減少・少子高齢社会においても、地域全体で持続可能な医療提供体制を確保することが求められている。

東部地域は、賀茂・熱海伊東の両医療圏をはじめ、駿東田方医療圏の中山間地域において、既に高齢化が進行しているほか、中部地域や西部地域よりも人口減少率が高い地域であり、医療人材がますます不足することが見込まれる。また、東部地域には開設主体が多様で中小規模の病院が多く、病床当たり医師数が少ないなど、医療資源が分散していることから、医師の働き方改革を推進する観点からもスケールメリットが働きにくい。また、若手医師にとっては、研修プログラムの限られた期間での経験症例数が少なくなりやすいことが考えられる。

このような状況においては、国が示すように、高度専門医療などの医療資源投入量が多い医療機能を有する病院に医療資源を集約し、地域全体で医療機能の分担と連携を進めていくことが望ましいが、現実的には、短期間で抜本的な改善を進めることは極めて困難であると考えられる。

一方、医師を派遣している大学病院等にとっては、新専門医制度の導入に伴って専門研修プログラムが厳格に管理されるようになり、基幹施設ごとの専攻医募集定員が定められていることから、派遣可能な専攻医や指導医等にも限界があるため、現時点で医師を派遣している病院の診療機能や地域の医療提供体制などへの影響についても十分な配慮が必要であり、非常に慎重な対応が求められていることも理解しておかなければならないと考えられる。

今後、専門研修における基本領域とサブスペシャリティ領域との連動研修開始に伴い、地域の中小病院はさらに厳しい状況に追い込まれることも危惧されており（図 2-175）、引き続き、地域医療構想調整会議などの地域における協議の場で関係者間による丁寧な議論を重ねていく必要がある。

*2-51 厚生労働省：「医師の働き方改革について ～都道府県にお願いしたいこと～」，令和3年度第2回医療政策研修会・地域医療構想アドバイザー会議（令和4年1月21日開催）資料4。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000884614.pdf>（令和4年3月28日確認）

*2-52 総務省ホームページ：持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会。

https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/kenkyu/jizoku_iryoy/index.html（令和4年3月31日確認）

（2）電子カルテ仮想化サーバ導入による医師派遣への支援

本学附属病院では、今年度、電子カルテの仮想化サーバを導入し、外部端末から電子カルテの内容を確認し、必要に応じて連絡等を行うことができるシステムを構築した。

このシステム構築により、遠隔地でもリアルタイムに電子カルテへのアクセスが可能となるため、派遣・外勤中の医師の物理的・時間的な距離が大幅に短縮され、心理的負担も軽減することが期待できる。（図 2-176）

当講座では、県内医療機関（特に東部地域）への医師の派遣を支援する取組として、学内関係部署と協議・調整の上、システム構築の一部と外部端末の増備に要する費用を負担した。今後は、その効果等を検証し、必要に応じて支援を強化するなど、引き続き、大学から地域への医師派遣の取組に寄与していきたいと考えている。

5 その他寄附講座の設置目的を達成するために必要な事業

(1) 将来推計人口・医療介護需要予測に関する資料集の作成

当講座の設置目的である「医師の偏在解消、地域医療構想の実現に向けた効率的効果的な医師の配置、集約化（拠点化）のための調査分析」に関する取組の一つとして、本県の将来推計人口や医療介護需要予測に関する資料集を作成した。具体的には、国立社会保障・人口問題研究所や公益社団法人日本医師会などが公表している資料を基に、これらに関する情報を全県・地域・二次医療圏・市町単位で取りまとめ、さらに、必要と思われる情報を統計資料から再集計して追加した。さらに、これらを図表化することにより視覚的に理解しやすく、県内の状況を一元的に把握できる資料集とした。

作成した資料集は、県内の全病院、県・郡市医師会、県病院協会、行政機関（県・政令指定都市・地域医療構想調整会議参加市町）に送付した。

今後は、地域の病院関係者や医療関係団体、保健所・自治体等の間で、資料集に掲載された地域の将来像を共有していただくことにより、各病院（公立・公的医療機関等以外の民間病院を含む）における対応方針の検討や、地域医療構想調整会議における議論の活性化等、病床の機能分担・連携や医療介護連携を推進し、効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けた基礎資料となることを期待している。

なお、資料集の送付と併せ、資料集の有用性や、人口減少・高齢化の進展に伴う影響等に関するアンケートを実施した。今後、回答の集計結果について検討し、その結果を公表するとともに、当講座の事業運営の参考とする予定である。

(2) その他

ア 医師確保や医師派遣に関連した学内外の会議・委員会等への参加・協力等

当講座は、医師確保や医師派遣に関連した学内外の組織等への参画・協力を通じ、医師の派遣調整や研修体制の充実に取り組んできた。

今年度から、医師の研修体制に関する学内委員会（医師臨床研修管理委員会等）に参画し、医師確保や医師派遣に関する支援の強化に努めた。（「第3章 活動実績」を参照）

イ 学生教育への参画

本学は県内唯一の医科大学であり、毎年、多くの医師・看護師等を県内に輩出するとともに、多くの社会人大学院生が県内の医療施設等で従事しながら研究を行っている。

当講座では、医学部（医学科・看護学科）および大学院（医学専攻・看護学専攻）の授業の一部を担当し、本県の保健医療福祉に関する現状と課題、今後の施策の方向性などに関する理解を深める機会となっている。（「第3章 活動実績」を参照）