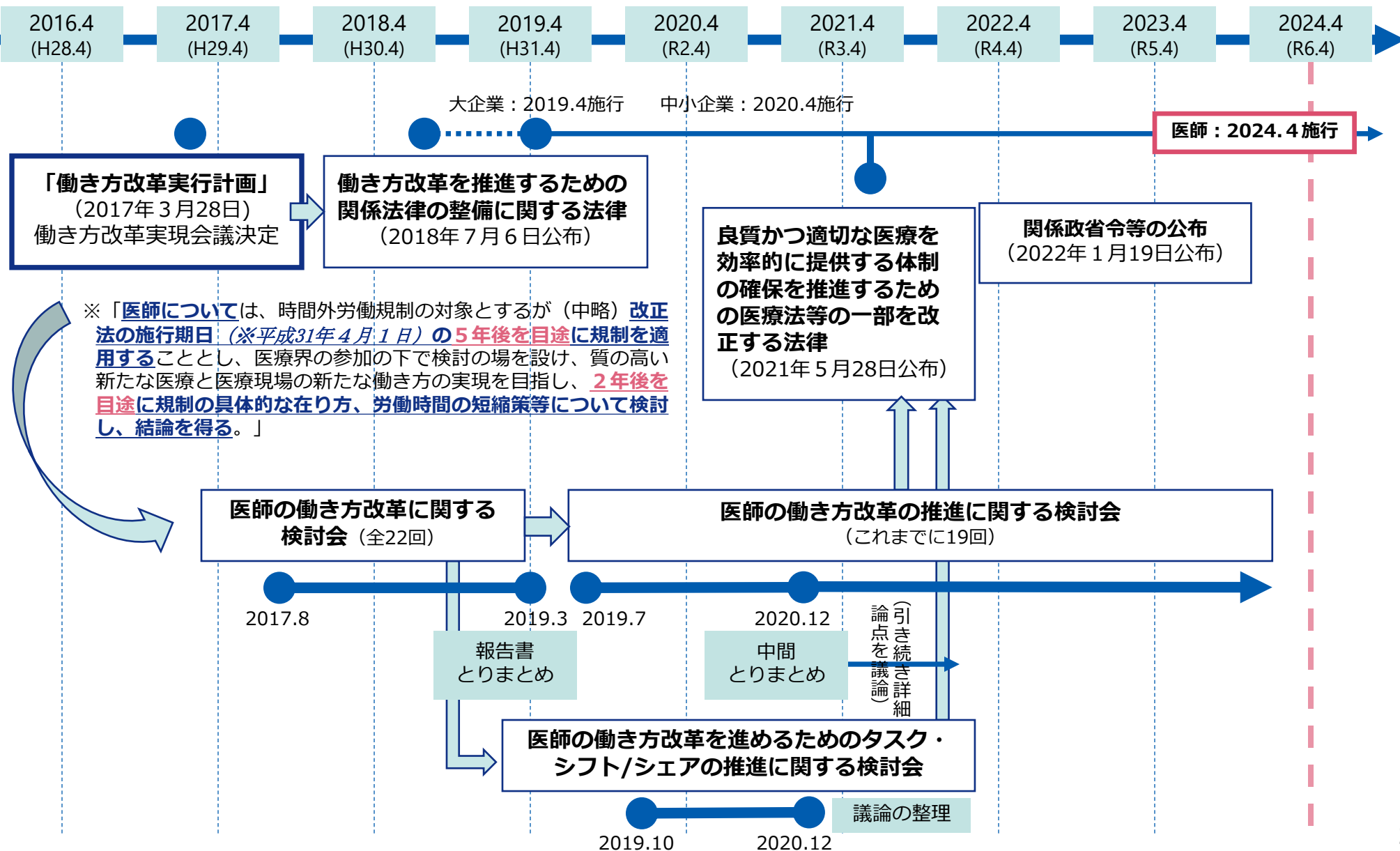


第 1 回 令和 8 年度医師の働き方 改 革 の 推 進 等 に 関 する 検 討 会	資料 2 - 1
令 和 8 年 7 月 1 3 日	

医師の働き方改革に係る現状等

- 1 医師の働き方改革の経緯等**
- 2 医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況
 - (1) 医療機関の労働時間の実態、適切な労務管理等
 - (2) 都道府県による医療機関への支援等
 - (3) 医療機関勤務環境評価センターや国の取組
- 3 C水準の状況
- 4 医師の働き方改革を取り巻く施策の状況

医師の働き方改革の議論の進捗



医療機関の勤務環境改善の経緯

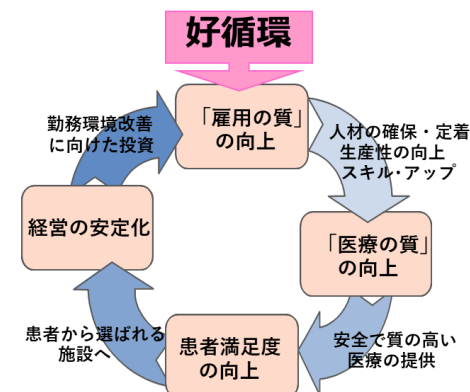
<看護師を中心とした雇用の質向上の取組>

看護職確保の観点から医療機関の雇用の質の向上の取組を推進

平成26（2014）年10月～

<改正医療法の施行> ※医師を含めた医療従事者の勤務環境改善

- **勤務環境改善が医療機関の努力義務に**（医療法30条の19）
- 医療勤務環境改善マネジメントシステム※創設
 - ※ 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み
- 医療従事者の勤務環境改善を促進する拠点として、都道府県に医療勤務環境改善支援センターの設置開始
 - ※ 平成29（2017）年3月までに全国の都道府県に設置



平成31（2019）年4月～

<時間外労働の上限規制（医師以外）の施行、医師の働き方改革の推進>

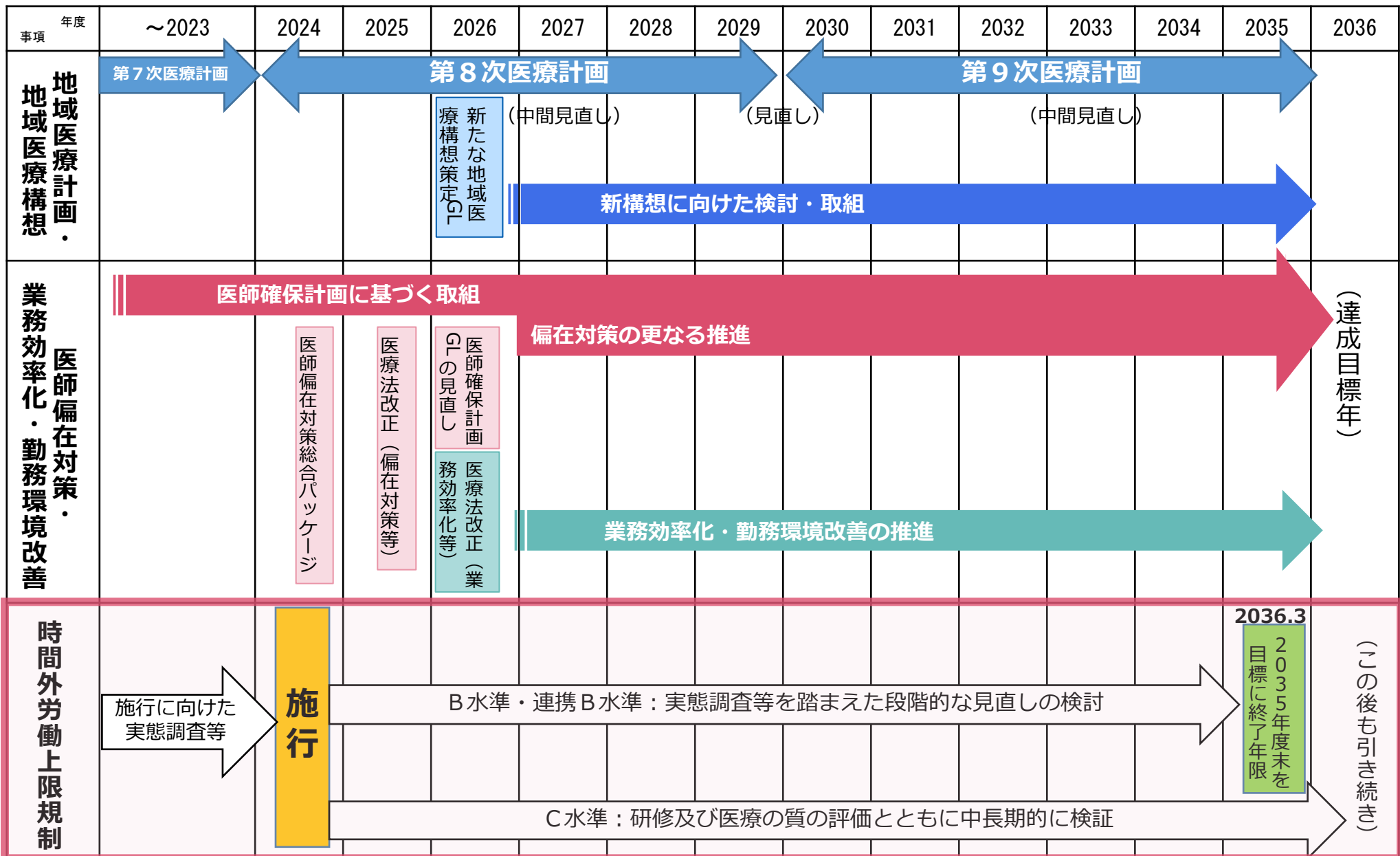
- **働き方改革関連法の施行**（労働時間の状況の把握、有給休暇の取得促進 等）
 - ・ **時間外労働の上限規制の導入**（大企業：平成31（2019）年4月 中小企業：令和2（2020）年4月）
 - ※「医師以外の医療従事者」については、一般の業種の労働者と同様に時間外労働の上限規制がスタート。
 - ※「医師」については、令和6（2024）年4月から上限規制がスタート。
 - 改正医療法（令和3（2021）年5月成立）等により、医師の時間外労働の上限の特例に関する内容が規定された。この特例を受ける場合は、医療機関が都道府県知事の指定を受ける仕組みとなり、医療機関は指定を受けるための手続が必要となる。（労働時間の把握（兼業・副業、宿日直許可、研鑽）、時短計画作成、評価センターの評価受審、指定申請 等）。

令和6（2024）年4月～

<時間外労働の上限規制（医師）、改正医療法の施行>

- **医師の時間外労働の上限規制の導入開始/2035年度末に向けた時短の推進**
 - ※ 上限規制の遵守、面接指導等の追加的健康確保措置の確実な実施。
 - ※ 特例のうちB、連携B水準は2035年度末までの廃止を目標、段階的に医師の労働時間の短縮を進める必要。（地域医療構想、医師偏在の解消 等）

時間外労働上限規制の施行について（中長期の見通し）



関係条文（検討規定関係）

- 医療法（昭和23年法律第205号）
 - 附 則 （令和3年5月28日法律第49号） 抄
 - 第一条 （略）
 - （検討）
 - 第二条 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後のそれぞれの法律（以下この条において「改正後の各法律」という。）の施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、改正後の各法律の規定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。
- 医師の労働時間短縮等に関する指針（令和4年厚生労働省告示第7号）
 - 第2 医師の時間外労働短縮目標ライン
 - （前略）
 - また、国は、地域医療確保暫定特例水準について、段階的な見直しの検討を行いつつ、労働基準法に基づく時間外・休日労働時間の上限時間数の必要な引下げを実施するとともに、短縮目標ラインについても、3年ごとに見直しを検討することとする。
 - なお、地域医療確保暫定特例水準の引下げは、短縮目標ラインとは別途見直しの検討を行い、また、連携型特定地域医療提供機関から他の病院又は診療所に派遣される医師に適用される時間外・休日労働時間の上限時間数の水準については、地域の医療提供体制確保の観点から、特に丁寧に実態を踏まえて検討を行うこととする。
- 医療法第128条の規定により読み替えて適用する労働基準法第141条第2項の厚生労働省令で定める時間等を定める省令（令和4年厚生労働省令第6号）
 - 附 則
 - 1 （略）
 - 2 第一条及び第二条（技能向上集中研修機関において当該技能向上集中研修機関が受けた指定に係る業務に従事する特定医師及び特定高度技能研修機関において当該特定高度技能研修機関が受けた指定に係る業務に従事する特定医師に係る部分を除く。）に規定する時間については、令和十八年三月三十一日を目途に当該時間を規則第六十九条の四及び第六十九条の五に規定する時間とすることを目標として、この省令の施行後三年ごとに、特定医師の労働時間の動向その他の状況を勘案して必要な見直しを行うものとする。

医師の働き方改革の推進等に関する検討の進め方（案）

- 令和6年4月から施行された医師の働き方改革関連制度の下、医療機関における勤務実態、都道府県の実態等の状況を確認した上で、課題の整理、更なる取組の推進に向けた検討を進めることとしてはどうか。

取組状況の確認

令和6年4月に医師の診療業務の特殊性を踏まえた時間外・休日労働時間の上限規制が導入され、2年が経過したことを踏まえ、以下の切り口で、医師の働き方改革の進捗状況等を網羅的に確認する。

＜進捗確認を行う際の視点（例）＞

- ・ 医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況
 - 医療機関の労働時間の実態、適切な労務管理等
 - 都道府県による医療機関への支援等
 - 医療機関勤務環境評価センターや国の取組
- ・ C水準の状況
- ・ 医師の働き方改革を取り巻く施策の状況 等

検討の進め方

医師の働き方改革に関する進捗状況を踏まえ、構成員の専門的・現場からの知見等も踏まえて施策の推進に当たっての課題を整理した上で、対応方針について検討する。

医師の働き方改革を取り巻く関連制度の状況も踏まえつつ、現時点での検討結果を取りまとめた上で、医師の働き方改革の更なる推進に取り組むこととしてはどうか。

- 1 医師の働き方改革の経緯等
- 2 **医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況**
 - (1) **医療機関の労働時間の実態、適切な労務管理等**
 - (2) 都道府県による医療機関への支援等
 - (3) 医療機関勤務環境評価センターや国の取組
- 3 C水準の状況
- 4 医師の働き方改革を取り巻く施策の状況

- 労働時間の実態

1. 調査背景

医師の働き方改革の推進等を図る上で、令和6年4月の医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制の適用後における、時間外労働の状況やその分布等の実態把握が不可欠であることから、「医師の勤務実態把握のための調査事業」として、平成28年、令和元年、令和4年に実施した厚生労働科学研究事業と同等規模の勤務実態調査を行った。

2. 調査期間

令和7年10月6日（月）～12日（日）

3. 調査対象

- ①施設調査 全国全ての病院と無作為抽出された診療所並びに介護老人保健施設等。
配布施設 19,084施設（令和4年調査（R4調査）18,974施設、令和元年調査（R1調査）19,112施設）
- ②医師調査 全国全ての病院数の半数（4,018病院）を、無作為抽出し、当該病院に勤務する医師を調査対象とした。
また、これ以外の医療機関については、施設調査の対象となった全医師に対し、調査票を配布した。

4. 調査内容

病院・常勤勤務医の1週間の労働時間、診療科別の時間外・休日労働時間等の調査を行った。

5. 回収数

【施設票】5,523施設（R4調査5,424施設、R1調査3,967施設）

【医師票】23,089人（R4調査19,879人、R1調査20,382人）

分析対象データについて

- 今回調査（R7調査）は従来の医師の勤務実態調査と同様に、全回答者のうち、病院・常勤医師を分析対象とした。
- H28調査、R1調査、R4調査と同様、兼業先の労働時間も含めて調査を行った。
- 全回答者数（23,089人）はH28調査（15,677人）、R1調査（20,382人）、R4調査（19,879人）と同等の規模であった。

- ※ H28調査：平成28年度厚生労働科学特別研究事業「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究（研究代表者：井元清哉）」
- ※ R1調査：令和元年度厚生労働科学研究事業「医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究（研究代表者：小池創一）」
- ※ R4調査：令和4年度厚生労働科学研究事業「医師の勤務環境把握に関する研究（研究代表者：小池創一）」
- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。

全回答者数 23,089人
紙媒体11,148人 電子媒体11,941人

回答者基本情報による除外 384人

・性別の記載なし	181	・年齢の記載なし	143
・主たる勤務先施設種別の記載なし	22	・主たる診療科の記載なし	165
・常勤/非常勤の記載なし	172		

対象数 22,705人

回答者詳細情報による除外 4,919人

- ・タイムスタディ調査の回答日数が少ない※ 4,919
- ※「常勤」は労働日数4日以上、「非常勤」は労働日数1日以上の勤務を有効とした。

対象数 17,786人

※ 常勤医師の定義：医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査において常勤医師は週32時間以上働いている医師と定義。本調査においては、常勤医師であると回答し、7日間の調査期間のうち4日以上労働時間を回答した医師（1日8時間労働として最低4日は出勤していると考えられる）とした。

非常勤 1,915人

常勤 15,871人

病院 13,205人（分析対象）

診療所 2,575人

介護老人保健施設等 91人

対象医師背景（R7・R4調査およびR6三師統計）

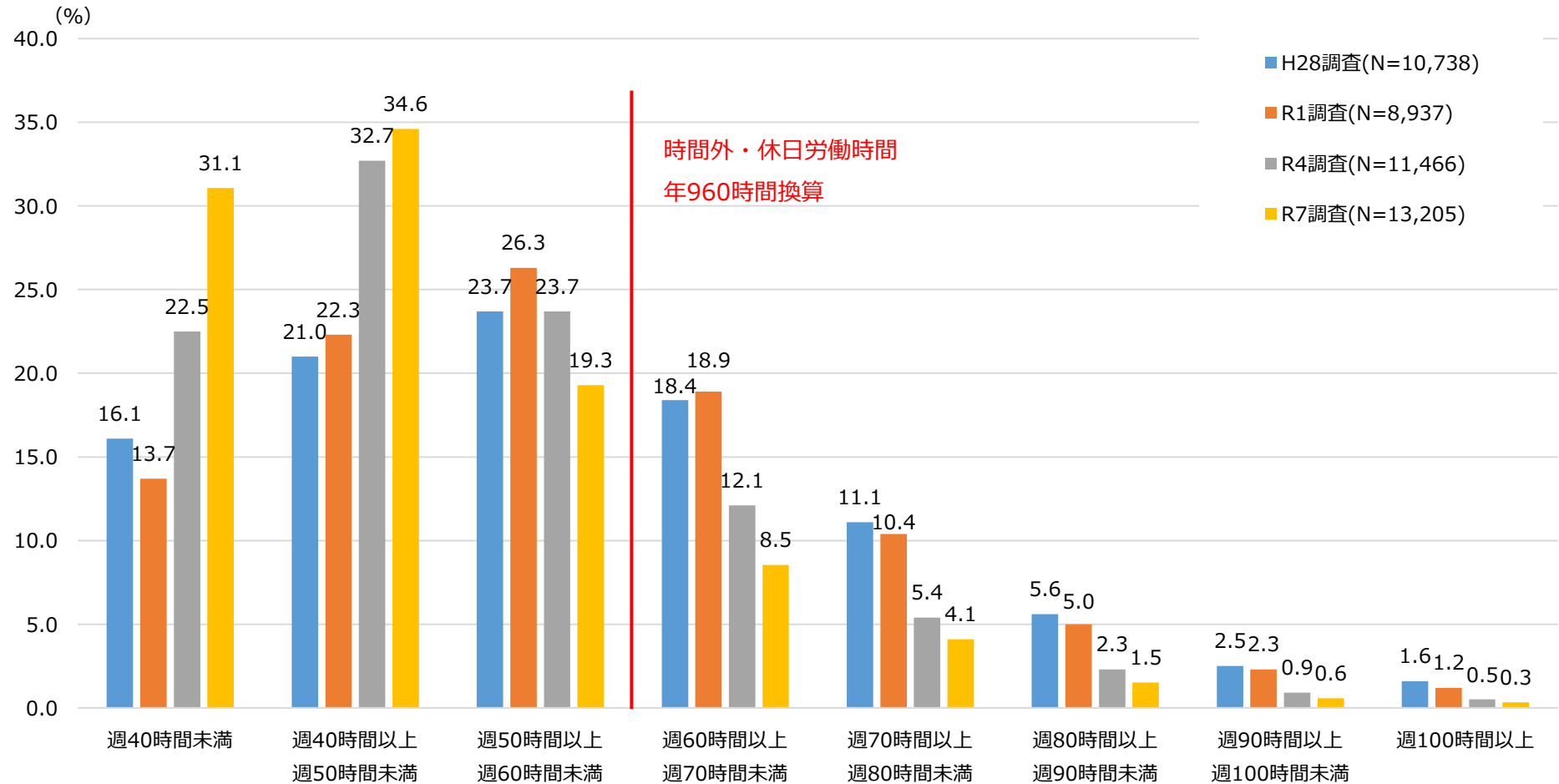
		今回調査（R7）		前回調査（R4）		R6三師統計（参考）	
		医師数（人）	構成割合（％）	医師数（人）	構成割合（％）	医師数（人）	構成割合（％）
総数		13,205	100	11,466	100	219,393	100
性別（n（％））	男	9,970	75.5	8,983	78.3	164,183	74.8
	女	3,130	23.7	2,434	21.2	55,210	25.2
	その他	105	0.8	49	0.4	0	0
年齢（n（％））	20-29歳	969	7.4	990	8.6	31,207	14.2
	30-39歳	3,061	23.2	2,590	22.6	60,508	27.6
	40-49歳	3,600	27.3	2,874	25.1	46,786	21.3
	50-59歳	2,953	22.4	2,760	24.1	38,830	17.7
	60-69歳	2,055	15.6	1,816	15.8	28,901	13.2
	70歳以上	567	4.3	436	3.8	13,161	6.0
地域（n（％））	北海道・東北	1,413	10.7	1,146	10.0	23,147	10.6
	関東	4,071	30.8	3,711	32.4	69,992	31.9
	中部	2,171	16.4	1,927	16.8	34,080	15.5
	近畿	2,956	22.4	2,004	17.5	41,682	19.0
	中国・四国	1,167	8.8	1,167	10.2	21,556	9.8
	九州・沖縄	1,420	10.8	1,505	13.1	28,936	13.2
	その他・無回答	7	0.1	6	0.1	0	0
適用水準（n（％））	A	6,781	51.4	-	-	-	-
	B	1,122	8.5	-	-	-	-
	連携B	245	1.9	-	-	-	-
	C-1（臨床研修医）	112	0.8	-	-	-	-
	C-1（専攻医）	152	1.2	-	-	-	-
	C-2	27	0.2	-	-	-	-
	その他・無回答	4,766	36.1	-	-	-	-
労働時間（n（％））	通常より多かった	1,325	10.0	1,347	11.7	-	-
	概ね通常通りだった	8,035	60.8	6,798	59.3	-	-
	通常より少なかった	3,382	25.6	2,892	25.2	-	-
	無回答	463	3.5	429	3.7	-	-
提出方法（n（％））	紙回答	11,148	48.3	12,982	65.3	-	-
	WEB回答	11,941	51.7	6,897	34.7	-	-

※ 「提出方法」以外は、病院・常勤勤務医のみの回答者を用いた

※ 「提出方法」は全回答者のデータを用いた

週労働時間の区分別割合＜病院・常勤勤務医＞

- 週労働時間区分ごとの病院・常勤勤務医の割合は、週50時間以上の全区分で着実に減少している。
- 週労働時間が60時間以上（時間外・休日労働;年960時間換算）の病院・常勤勤務医の割合は、39.2%【H28調査】から15.0%【R7調査】まで減少。

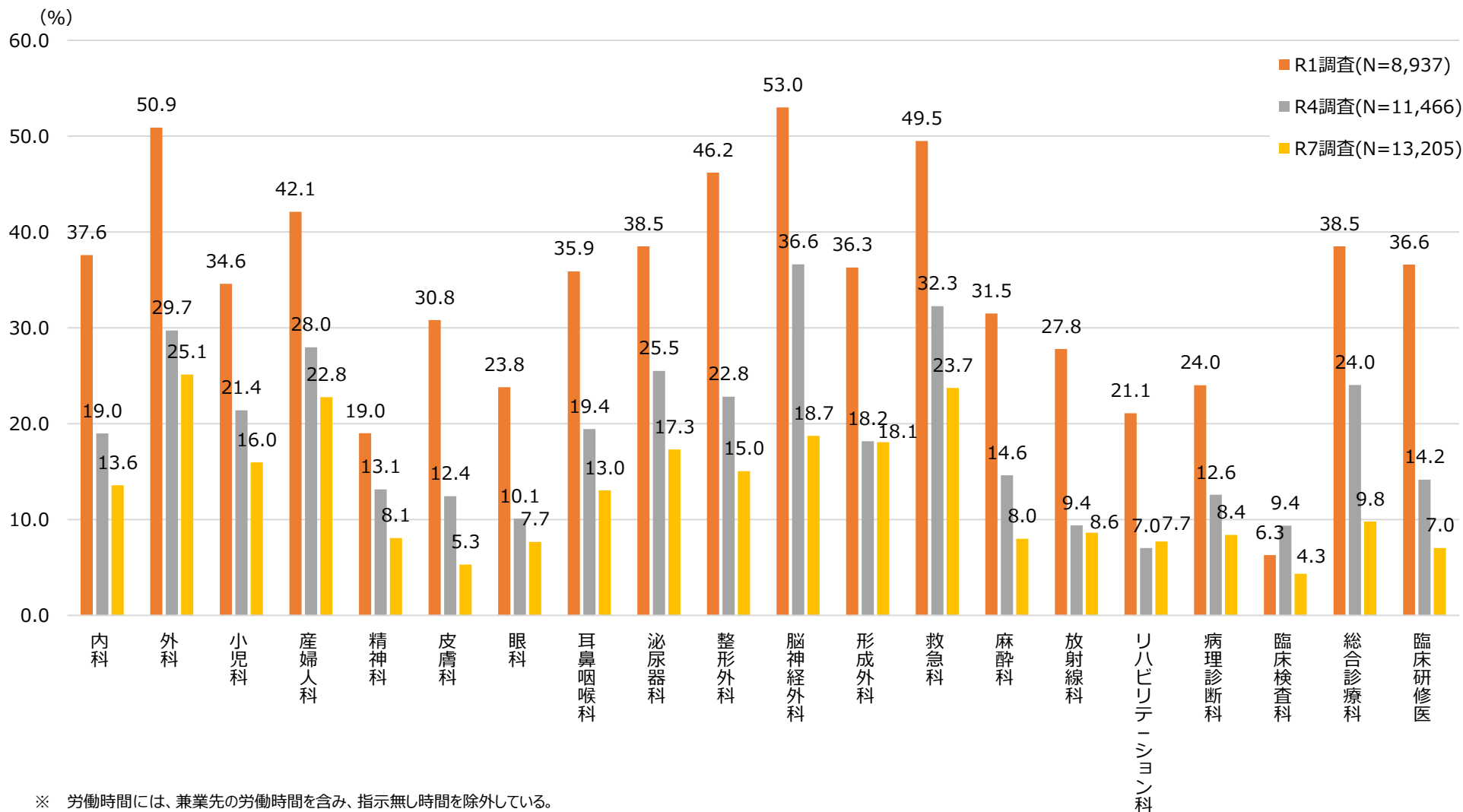


- ※ 時間外・休日労働時間（年換算）は、（労働時間－40時間）×48週で算出している。
- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ R1調査以降では、宿日直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査以降では、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別、性・年齢・勤務医療機関の構成が、「H30三師統計」の構成と同様になるように調整を行っている。
- ※ 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している。
- ※ 各区分の割合は四捨五入しているため、区分別の合計と全体から算出した割合は必ずしも一致しない。

週労働時間が60時間以上の診療科別割合＜病院・常勤勤務医＞

○ 週労働時間が60時間以上の病院・常勤勤務医の割合は、ほとんどの診療科で着実に減少している。

○ 週労働時間が60時間以上の病院・常勤勤務医の割合が高い診療科は、外科（25.1%）、救急科（23.7%）、産婦人科（22.8%）【R7調査】。



※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。

※ 宿日直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。

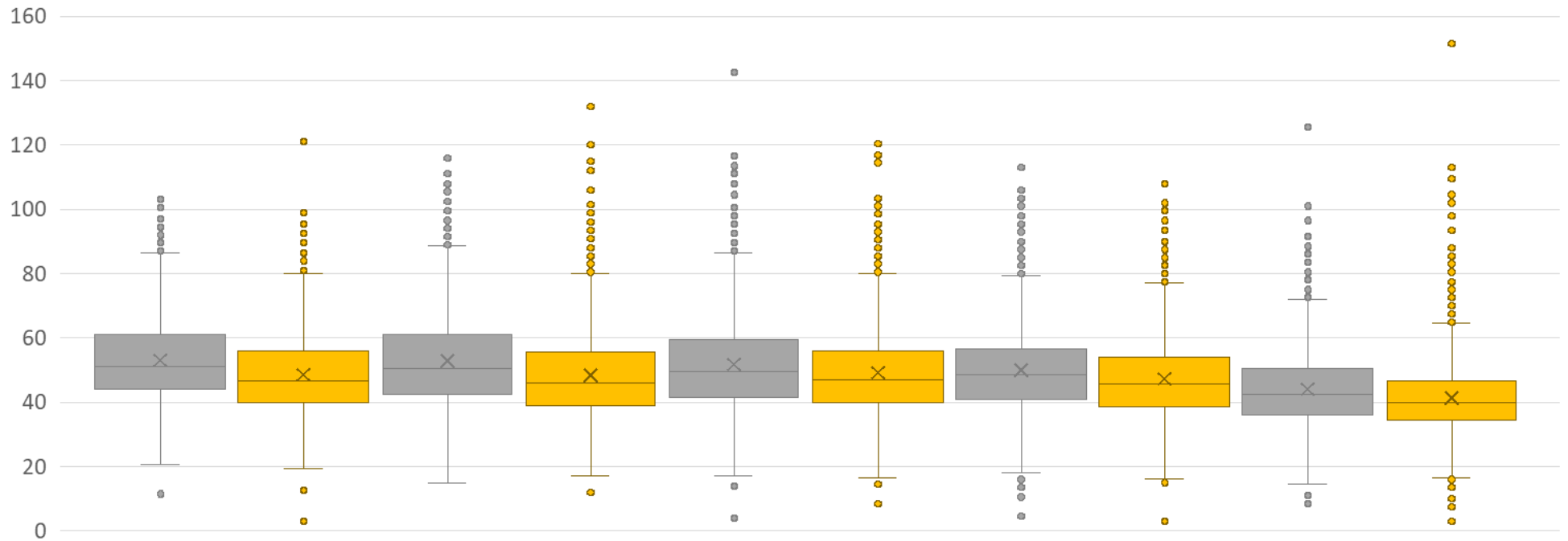
※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。

※ R1調査では、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

週労働時間＜年代別：病院・常勤勤務医＞

○ 年代を問わず、病院・常勤勤務医の週労働時間は縮減傾向にある。

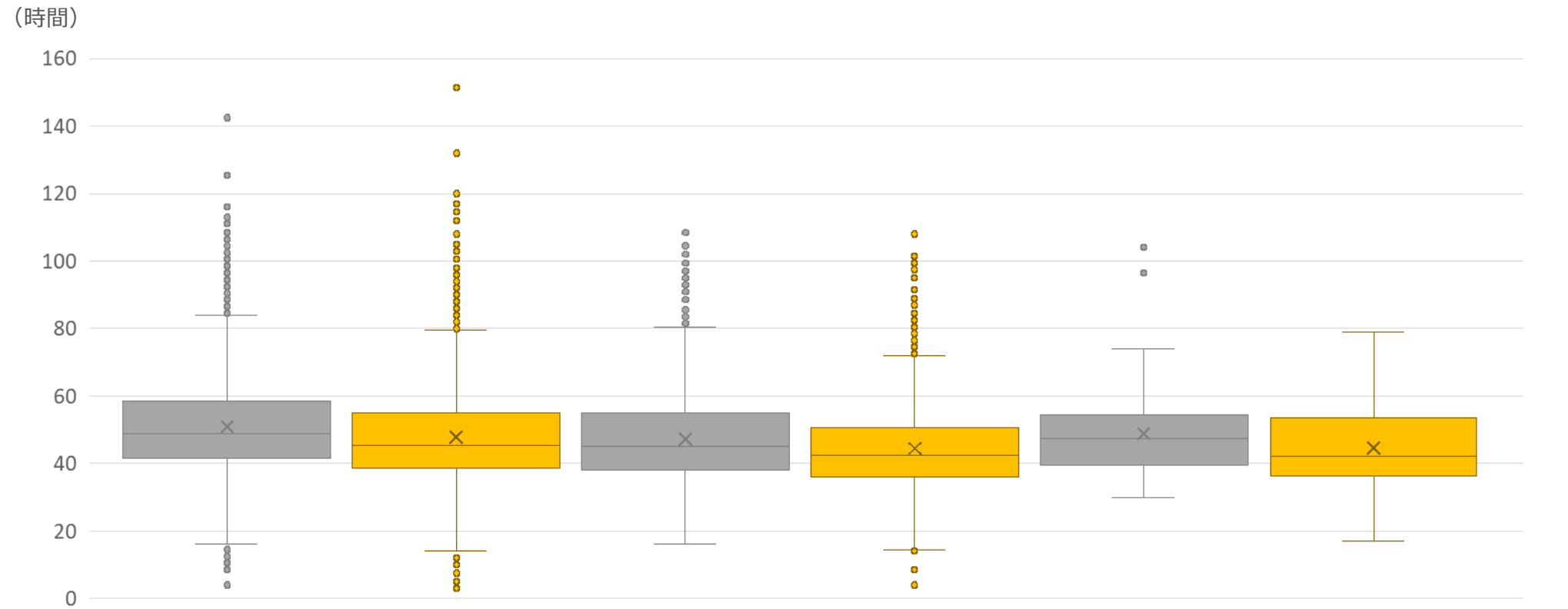
(時間)



	20代：R4 (n=990)	20代：R7 (n=969)	30代：R4 (n=2,590)	30代：R7 (n=3,061)	40代：R4 (n=2,874)	40代：R7 (n=3,600)	50代：R4 (n=2,760)	50代：R7 (n=2,953)	60代～：R4 (n=2,252)	60代～：R7 (n=2,055)
最小値	11.5	3.0	15.0	12.0	4.0	8.5	4.5	3.0	8.5	3.0
最大値	103.0	121.0	116.0	132.0	142.5	120.5	113.0	108.5	126.5	151.5
平均値	53.1	48.6	52.8	48.4	51.7	49.2	49.9	47.3	44.0	41.4
中央値	51.0	46.5	50.5	46.0	49.5	47.0	48.5	45.5	42.5	40.0
標準偏差	13.9	13.2	14.8	13.6	14.3	13.9	13.5	12.7	12.1	11.6

週労働時間＜性別：病院・常勤勤務医＞

○ 性別を問わず、病院・常勤勤務医の週労働時間は縮減傾向にある。

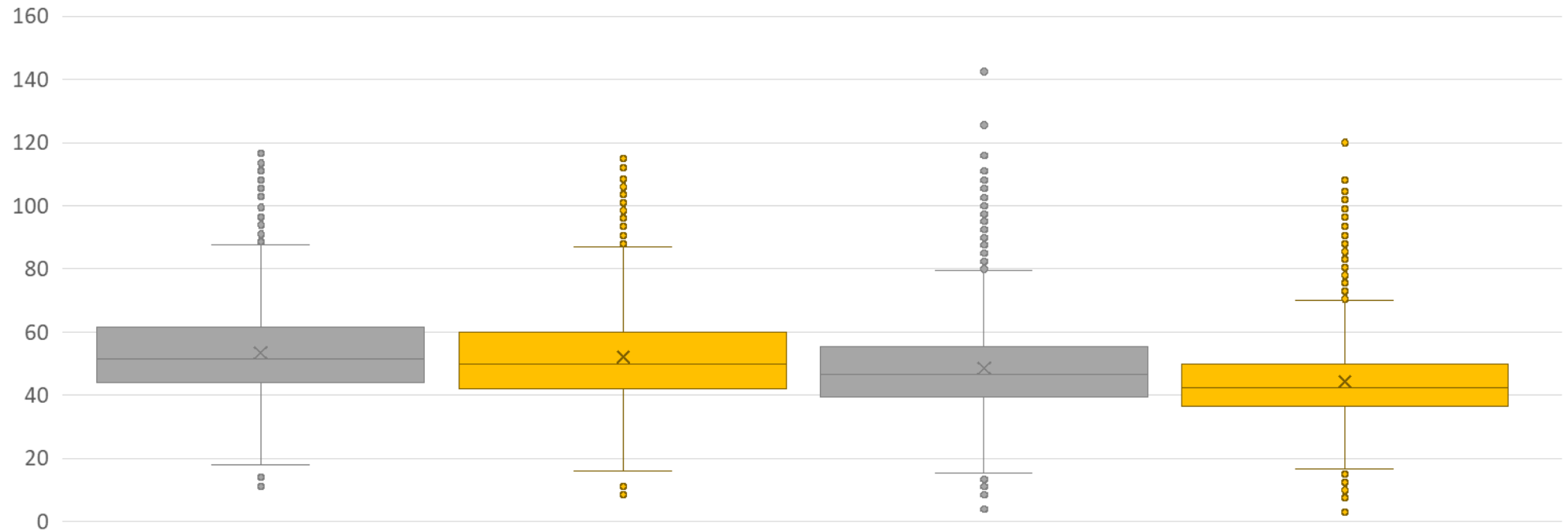


	男性：R 4 (n=8,983)	男性：R 7 (n=9,970)	女性：R 4 (n=2,434)	女性：R 7 (n=3,130)	その他：R 4 (n=49)	その他：R 7 (n=105)
最小値	4	3	16	4	30	17
最大値	142.5	151.5	110	108	104	79
平均値	50.9	47.8	47.3	44.5	48.9	44.7
中央値	49.0	45.5	45.0	42.5	47.5	42.0
標準偏差	14.2	13.6	13.4	12.4	14.1	11.9

週労働時間＜施設種別：病院・常勤勤務医＞

- 施設種別（大学病院・大学病院以外の医療機関）を問わず、病院・常勤勤務医の週労働時間は縮減傾向にある。
- 調査の時期を問わず、大学病院では大学病院以外の医療機関と比べて、週労働時間が長い傾向にある。

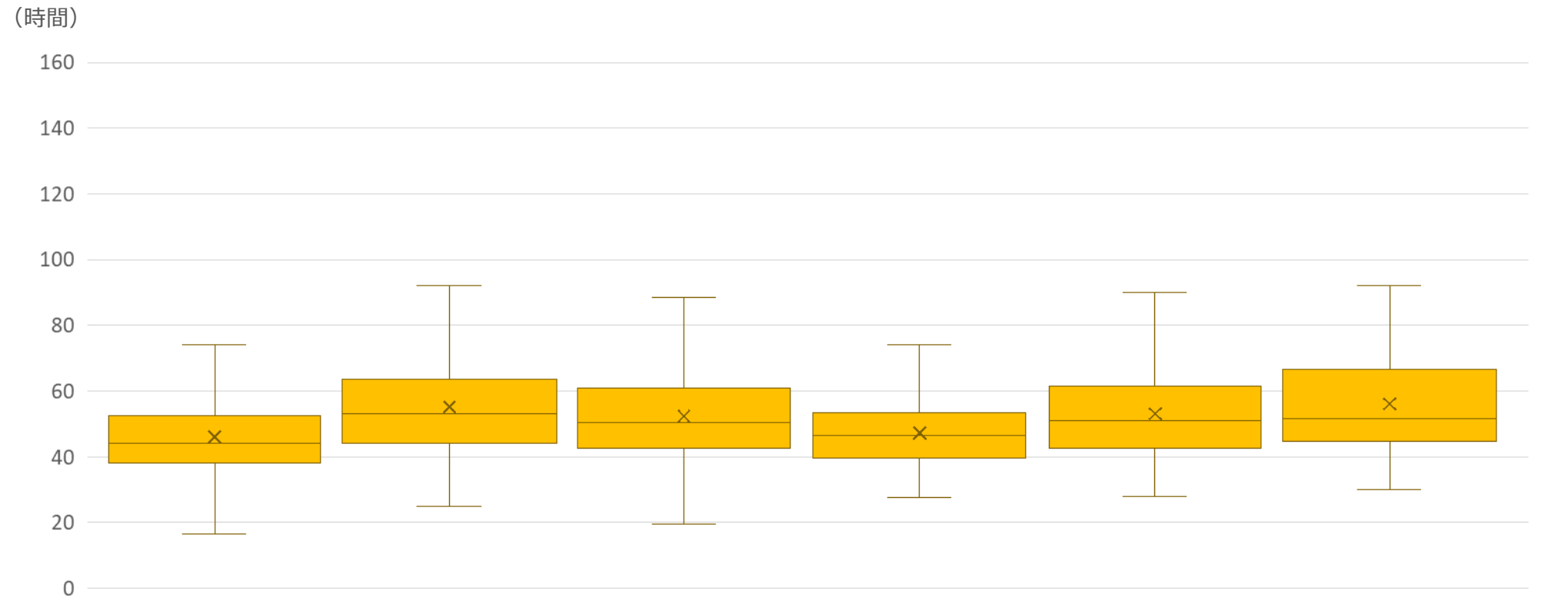
（時間）



	大学病院：R 4 (n=1,896)	大学病院：R 7 (n=3,460)	大学病院以外：R 4 (n=6,976)	大学病院以外：R 7 (n=7,266)
最小値	11	8.5	4	3
最大値	116.5	117	142.5	121
平均値	53.4	52.2	48.5	44.3
中央値	51.5	50.0	46.5	42.5
標準偏差	13.7	14.6	13.6	11.8

週労働時間＜特例水準別：病院・常勤勤務医＞

○ A水準、C-1水準（臨床研修）で週労働時間は短い傾向が示された。



	A水準 (n=6,781)	連携B水準 (n=245)	B水準 (n=1,122)	C-1水準（臨床研修） (n=112)	C-1水準（専攻医） (n=152)	C-2水準 (n=27)
最小値	5	25	3	27.5	28	30
最大値	151.5	108	132	85	99.5	92
平均値	46.1	55.3	52.4	47.2	52.9	55.8
中央値	44.0	53.5	50.5	46.5	50.8	50.0
標準偏差	12.6	15.0	14.4	11.0	14.5	15.9

- 医師の働き方改革施行後の影響等

医師の働き方改革関連制度施行後 地域医療への影響に関する調査【概要】

令和6年4月の制度施行後、診療体制の縮小等、地域医療への影響について調査を行う目的で、医療機関に対して令和6年度及び令和7年度に調査を実施。いずれも大きな影響はみられなかった。

また、結果は各都道府県に共有した上で、地域でのフォローを依頼する等、都道府県と連携して対応している。

	調査時期、調査対象、回答状況	主な結果
令和6年度調査	- 令和6年6月24日～7月25日に実施。 - 全国の二次・三次救急医療機関、夜間休日診療所、分娩取扱い医療機関等を中心に対象とした。 5,663医療機関から回答を得た。	医師の働き方改革の施行に関連した<u>診療体制の縮小があったのは266件（4.7%）、うち38件（0.7%）が地域医療に影響が出る</u>と回答。
令和7年度調査	- 令和8年1月5日～2月6日に実施。 - 全国の全病院を対象とした。 2,680病院（回収率34.0%）から回答を得、有効回答数は1,516だった。	<u>医療提供体制の縮小・撤退があったのは168件（11.1%）、うち35件（2.3%）が地域の医療提供体制に影響がある</u>と回答。 - 医療提供体制の縮小・撤退の要因を聞いたところ「<u>医師の働き方改革</u>」と答えたのは24.4%で、「医師不足」と答えたのは43.9%だった。

令和 6 年度 医師の働き方改革の施行後状況調査 結果

令和 6 年 4 月に施行された医師の働き方改革に関連した医師の引き揚げ等の状況や、医師の働き方改革に伴う診療体制の縮小や地域医療提供体制への影響について把握するため、令和5年度に実施した準備状況調査で診療体制の縮小が見込まれる、又は医師の引き揚げによる診療体制への縮小が見込まれると回答した医療機関を含む以下の調査対象の医療機関に対し、「令和 6 年度医師の働き方改革の施行後状況調査」を行った。医師の引き揚げ（派遣医師数の減少）があった医療機関や、それに伴う診療体制の縮小を行った医療機関及び、それらのうち、地域医療への影響がでると回答した医療機関は一定数確認された。

調査対象

- ① 第5回準備状況調査（医師の働き方改革施行前に実施した調査）で下記いずれかに該当する回答であった医療機関
 - ・医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小見込みを「有」と回答
 - ・医師の引き揚げによる診療体制への縮小が見込まれると回答
- ② 三次救急医療機関、二次救急医療機関（または救急告示医療機関）
- ③ 夜間休日急病診療所・休日急患診療所 等
- ④ 分娩を取り扱う病院・診療所（院長のみが診療を行う診療所を除く。）
- ⑤ ①～④のほか、地域医療提供体制を維持するために必須となる医療機関（院長のみが診療を行う診療所を除く。）

※大学病院本院を除く

調査時期

令和 6 年 6 月24日～令和 6 年 7 月25日
令和 6 年11月にフォローアップを行い、データを更新
令和 6 年11月から12月に都道府県にヒアリングを行い、詳細を確認

調査方法

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

- ① 医師の働き方改革の施行に関連した大学・他医療機関から派遣されている医師の引き揚げ（派遣医師数の減少）があった医療機関数
- ② 医師の働き方改革の施行に関連した自院の診療体制の縮小があった医療機関数
- ③ 医師の引き揚げに関連した自院の診療体制の縮小があった医療機関数

結果の概要

（令和 6 年12月 6 日時点）

回答数

都道府県：47 都道府県 医療機関数：5,653 医療機関

結果

※（％）は各項目の回答数を5,653で除して100を乗じた値を記載

- ① 医師の働き方改革の施行に関連した大学・他医療機関から派遣されている医師の引き揚げ（派遣医師数の減少）があった医療機関数 300 医療機関（5.3％）
- ② 医師の働き方改革の施行に関連した自院の診療体制の縮小があった医療機関数 266 医療機関（4.7％）
（うち、38 医療機関が地域医療に影響がでると回答（0.7％））
- ③ ②のうち医師の引き揚げに関連した自院の診療体制の縮小があった医療機関数 82 医療機関（1.5％）
（うち、15 医療機関が地域医療に影響がでると回答（0.3％））

第5回準備状況調査からの経過

第5回準備状況調査で診療体制の縮小見込みを「有」と回答した457 医療機関のうち、今回調査に回答があった397 医療機関の結果は以下のとおり。

- 医師の働き方改革の施行に関連した自院の診療体制の縮小があった医療機関数 87 医療機関（うち、17 医療機関が地域医療に影響がでると回答）
- 上記のうち医師の引き揚げに関連した自院の縮小があった医療機関数 30 医療機関（うち、8 医療機関が地域医療に影響がでると回答）

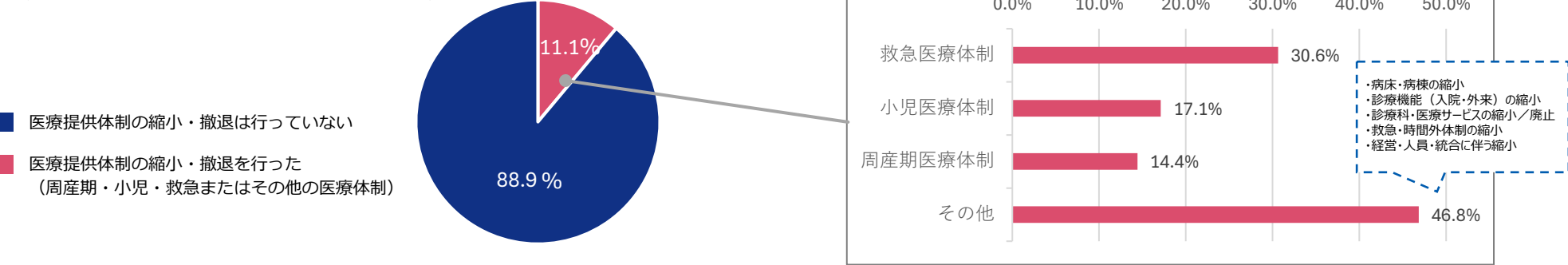
調査結果を踏まえた今後の対応

- 医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小や地域医療への影響の状況については、各都道府県において引き続きフォローアップを行い、個別具体的に把握し必要な対応を進めていく。
- 厚生労働省としても、調査結果をもとに都道府県にヒアリングを行い、詳細を把握した上で必要な助言を行っており、引き続き実施するとともに、特に地域医療への影響がでると回答した医療機関に対して、都道府県と連携の上、状況の把握を継続して必要な取組を実施できるように支援していく。

令和 7 年度 地域医療提供体制への影響に関する調査

令和 7 年度にも、地域医療提供体制への影響に関する調査を医療機関に対して実施し、令和 6 年度と同様、一部に一定の影響が示唆。
ただし、働き方改革以外の様々な要因が影響していると考えられた。
また、この結果については、地域において検討する材料となるよう、都道府県別に集計し、都道府県に対して情報提供を行った。

Q 医療提供体制の縮小、撤退について、その具体的な内容として該当するものを教えてください。
(項目ごとに該当するものすべてに回答)



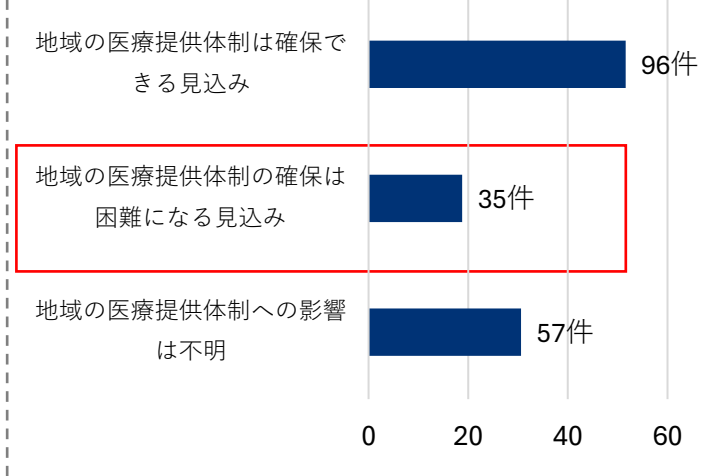
Q 令和 7 年 4 月以降で医療提供体制の縮小・撤退を行った場合、その内容を選択してください。
(該当するものすべてに回答)

	割合
診療時間の短縮	27.5%
診療科の廃止	22.8%
対応を行う医師数の削減	21.6%
入院患者の受け入れの縮小	19.2%
対応可能な診療科の制限	18.6%
分娩取扱の停止	9.6%
当番日の見直し	8.4%
手術症例の制限	6.6%
ハイリスク妊娠の受け入れ停止	4.2%
ハイリスク妊娠の受け入れ制限	1.8%
分娩取扱数の削減	1.8%
オープン/セミオープンシステムの活用	0.6%
その他	19.8%

Q 前問で選択した内容の要因として当てはまるものを選択してください。
(項目ごとに該当するものすべてに回答)

	割合
医師の不足 (医師偏在、入局者数等の減少等)	43.9%
医師の働き方改革 (時間外労働の上限規制等)	24.4%
地域医療構想 (医療機関の機能分化・連携等)	18.3%
分からない	9.1%
その他	23.2%

Q 令和 7 年 4 月以降、自施設の診療体制縮小による、地域の医療提供体制への影響について。
(該当するものすべてに回答)



本調査は、全国の病院等を対象として実施した調査であるものの、
回答が得られたのは2,680件 (回収率34.0%)、有効回答数は1,516と網羅的なデータではないため、結果の解釈には留意が必要。

医師の働き方改革が循環器救急医療に与えた影響

2024年4月以降の医師の時間外労働時間上限規制の導入に伴う影響を評価した論文によると、循環器救急医療において、勤務時間制限による血行再建手技へのアクセス低下や、臨床転帰の悪化は認めなかったとしている。

研究概要

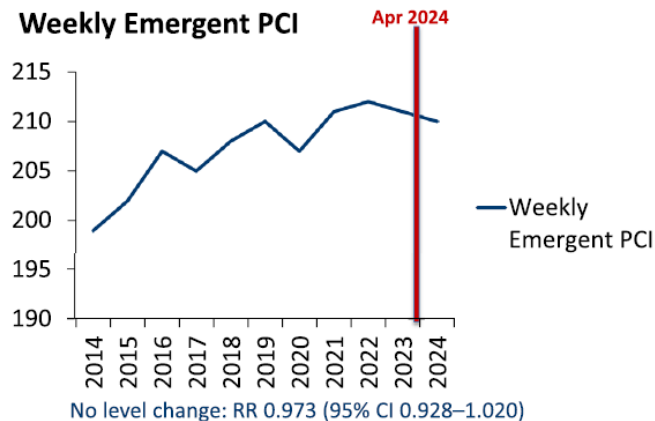
- 本研究では、京都大学の医療の質向上プロジェクト(QIP)のDPCデータを用い、2014年から2024年までの全国163施設における心血管治療症例を対象に解析が行われた。
- 対象は2014年から2024年にかけて、虚血性心疾患に対して経皮的冠動脈インターベンション(PCI)または冠動脈バイパス術(CABG)を受けた成人患者であった。
- 163の急性期病院で行われた合計329,659件の血行再建手技が解析対象となった。
- 2024年4月以降、緊急PCI、緊急CABG、待機的PCIのいずれにおいても、週次症例数の即時的な変化は認められなかった。また院内死亡率についても変化は認められなかった。
- さらに、休日および夜間症例や来院90分以内の迅速な治療可能症例、A/B水準の医療機関ごとのサブグループ解析でも働き方改革導入後の手技数への有意な影響は認められなかった。

結論

- 日本の医師の働き方改革の早期段階において、循環器領域の血行再建の実施件数の減少や短期死亡率の増加は認められなかった。

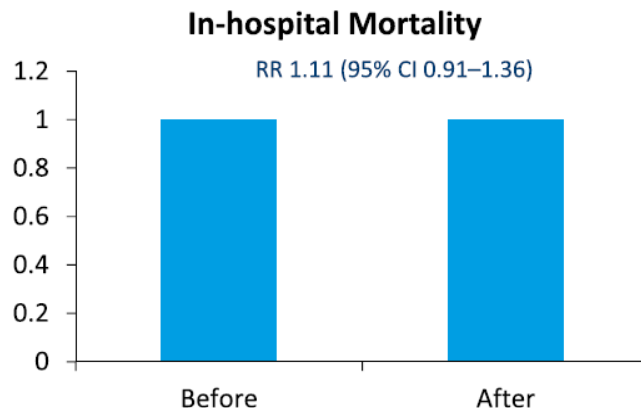
PCIの週次症例数

※有意な変化なし



院内死亡率

※有意な変化なし

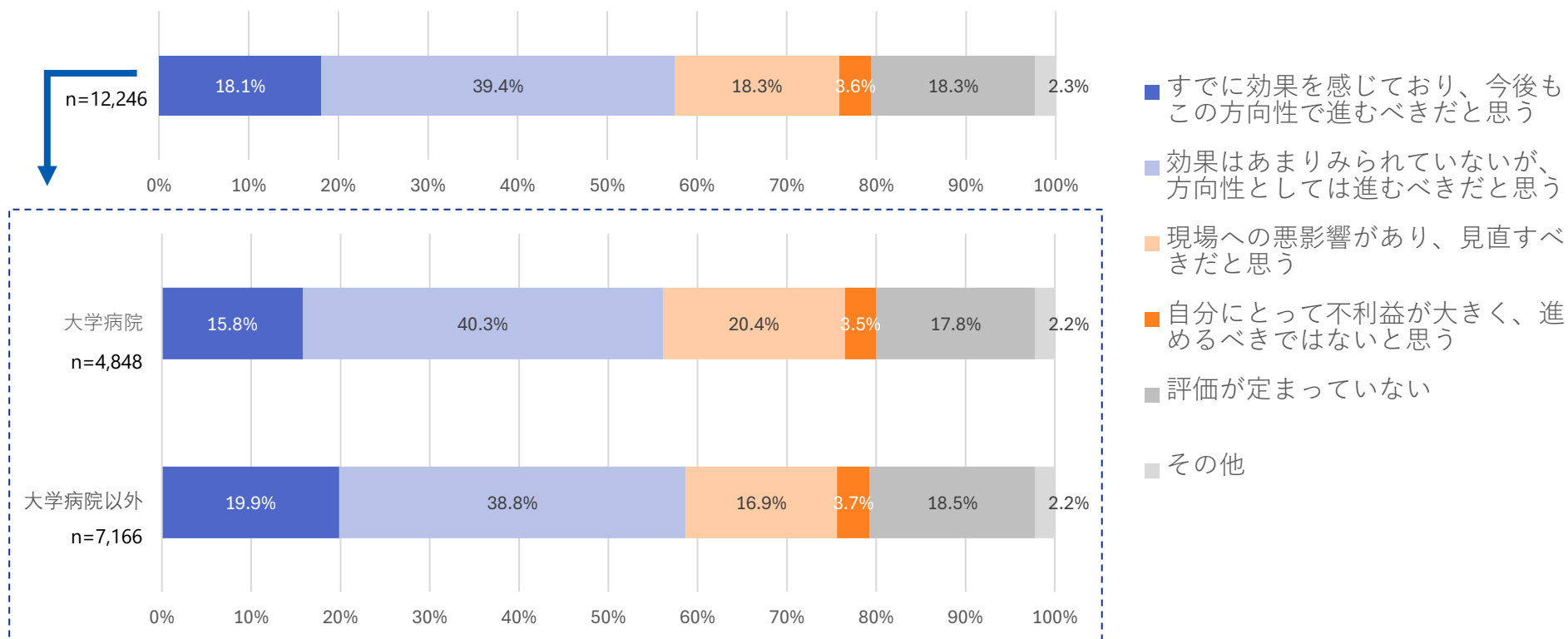


- 医師の働き方改革に関する意識調査等

働き方改革の進捗や認識（専攻医等への意識調査）

- 若手医師において、働き方改革が進むべきと考えている割合は6割程度、見直しが必要と考えている割合は2割程度であり、進めるべきでないと考えている割合はわずかだった。また、大学病院においては、効果の実感の割合が低い傾向がみられた。

令和6年度から医師の働き方改革が始まっていますが、あなたの考えに最もあてはまるものを選択してください。

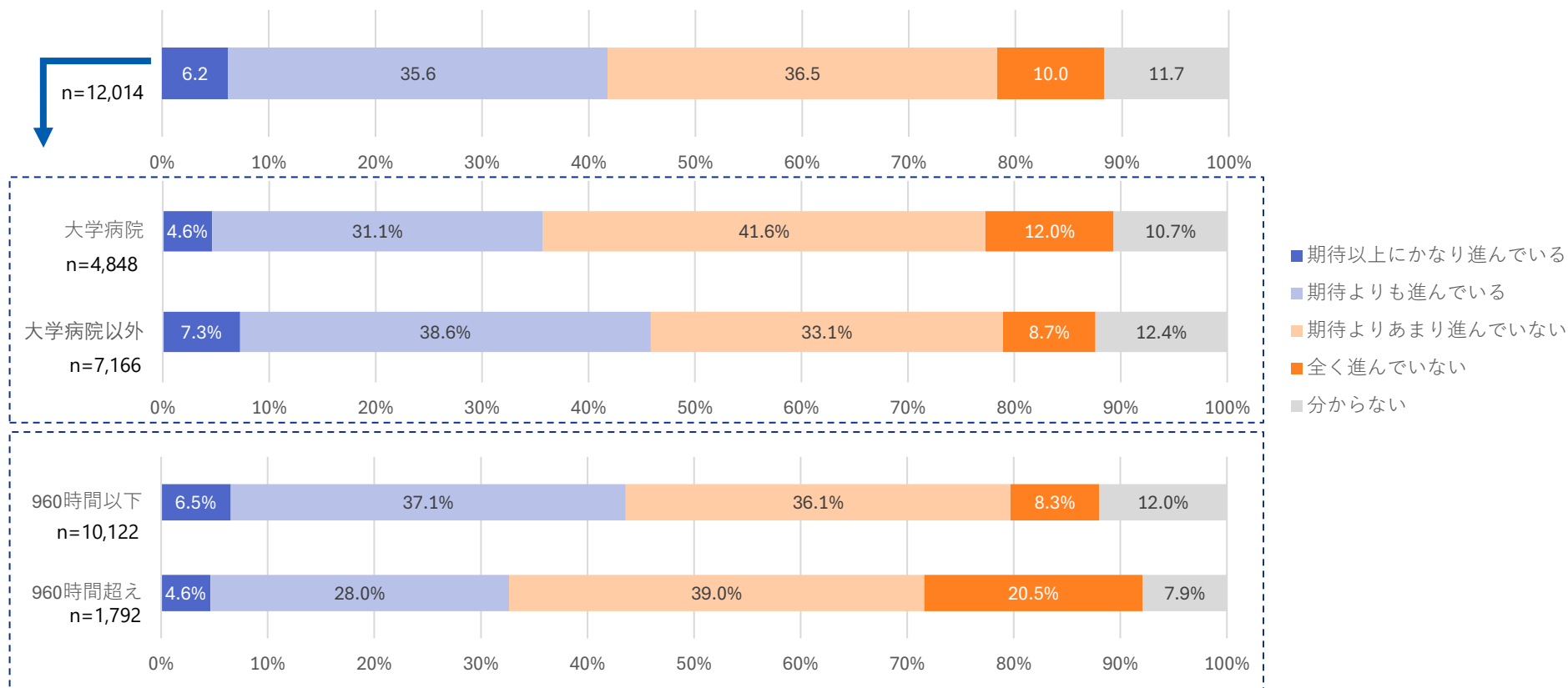


出典：令和8年度専攻医アンケート調査（専門医機構実施）

勤務先における働き方改革の進捗（専攻医等への意識調査）

- 若手医師において、働き方改革が進んでいると答えた割合は、あまり進んでないと答えた割合と同程度の4割前後であり、働き方改革の進捗への実感は十分でない。また、大学病院や長時間労働の医師においては、働き方改革の進捗が十分でないことが示唆。

あなたの勤務先では、医師の働き方改革はどの程度進んでいると感じますか。

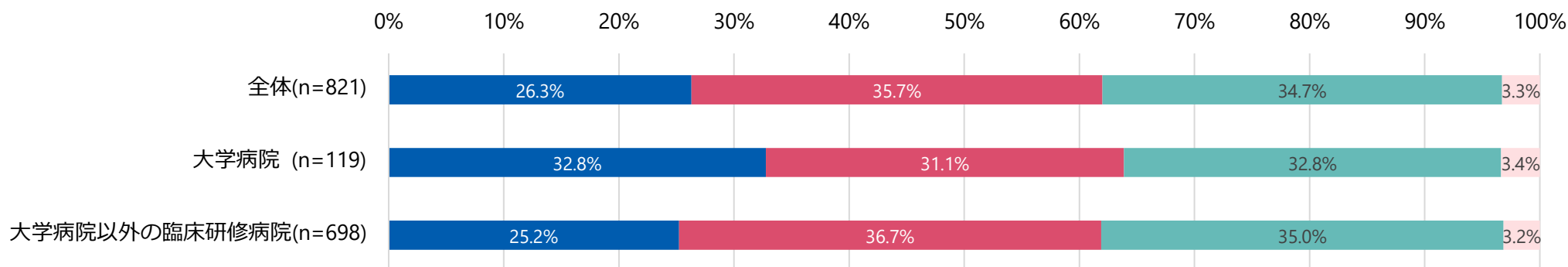


出典：令和8年度専攻医アンケート調査（専門医機構実施）

時間外・休日労働の上限が臨床研修に与えた影響

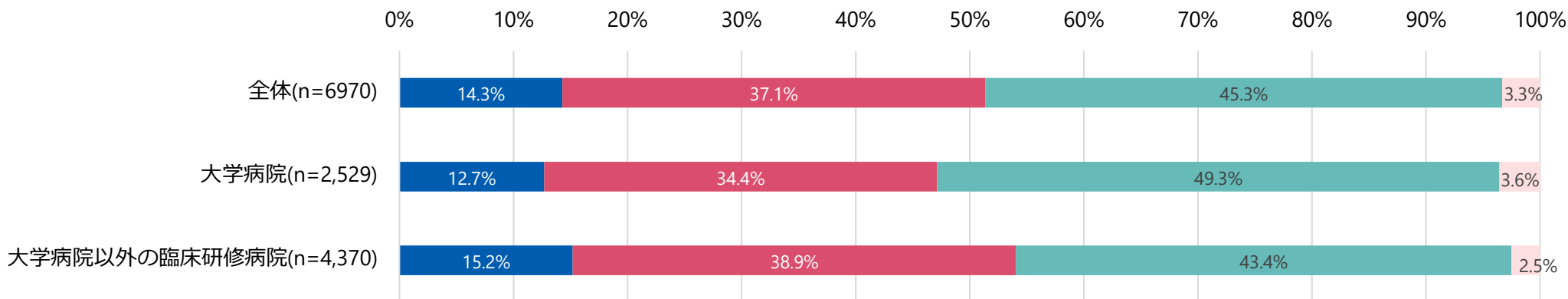
- 臨床研修プログラム責任者、臨床研修医を対象におこなった令和7年臨床研修修了者アンケート調査の結果、時間外・休日労働の上限により研修時間が十分に確保できなかったとするプログラム責任者は3割程度、臨床研修医では1割程度にとどまった。

問. 【プログラム責任者】臨床研修プログラムに沿った研修を指導するうえで時間外・休日労働の上限はどのように影響しましたか。



■ 時間外・休日労働の上限により、研修時間が十分に確保できなかった ■ 時間外・休日労働の上限のなかで、効率的な研修が行えた ■ 特に影響はなかった ■ 無回答

問. 【臨床研修医】臨床研修に時間外・休日労働の上限が影響しましたか。



■ 時間外・休日労働の上限により、研修の時間が十分に確保できなかった ■ 時間外・休日労働の上限のなかで、効率的な研修が行えた ■ 特に影響はなかった ■ 無回答

医師の時間外労働の上限規制に関する事項の認識状況の変化

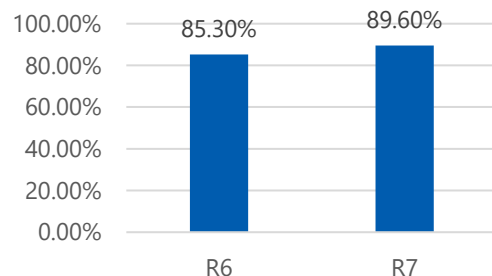
- プログラム責任者、臨床研修医を対象におこなった臨床研修に関する調査で、令和6年と比較し、令和7年では、臨床研修医の労働時間を把握している割合が増加していた。また、働き方改革関連の制度に関する理解については、項目によってばらつきがあった。

問. 医師の時間外労働の上限規制（令和6年度開始）に関連する事項のうち、下記の内容を知っていますか。

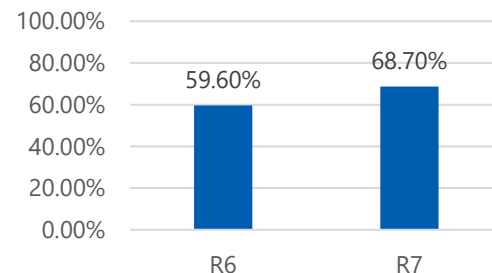
- ・プログラム責任者：自院の研修医の労働時間、自院の研修医に適用されている時間外労働の上限水準、臨床研修プログラムの年間の時間外・休日労働の想定最大時間数、自院の研修医に対する追加的健康確保措置の実施状況、等
- ・臨床研修医：先日の自分の時間外・休日労働時間、時間外労働の上限水準、自己研鑽と労働時間の違い、面接指導と勤務間インターバルのルール、許可のある宿日直とそうでない宿日直の違い

研修医の時間外労働時間を把握しているか？
令和6年と令和7年の比較

プログラム責任者

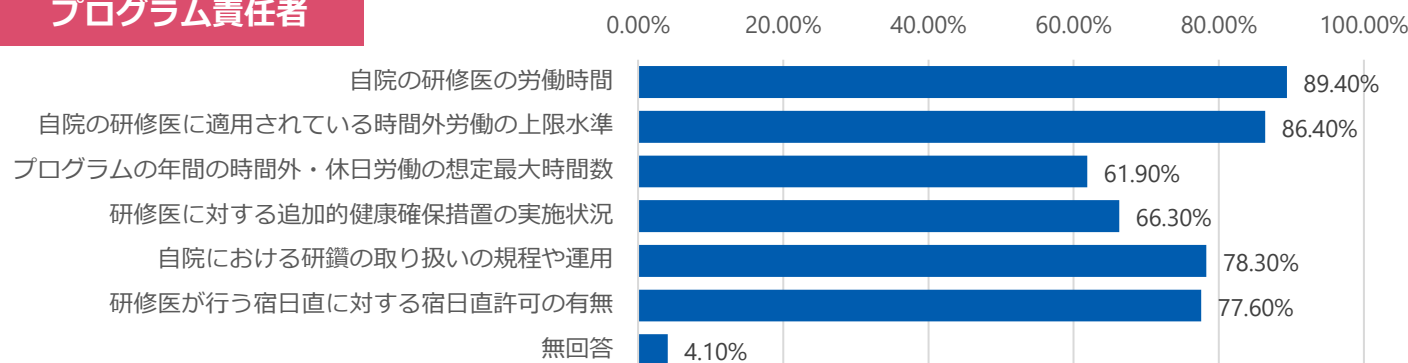


臨床研修医

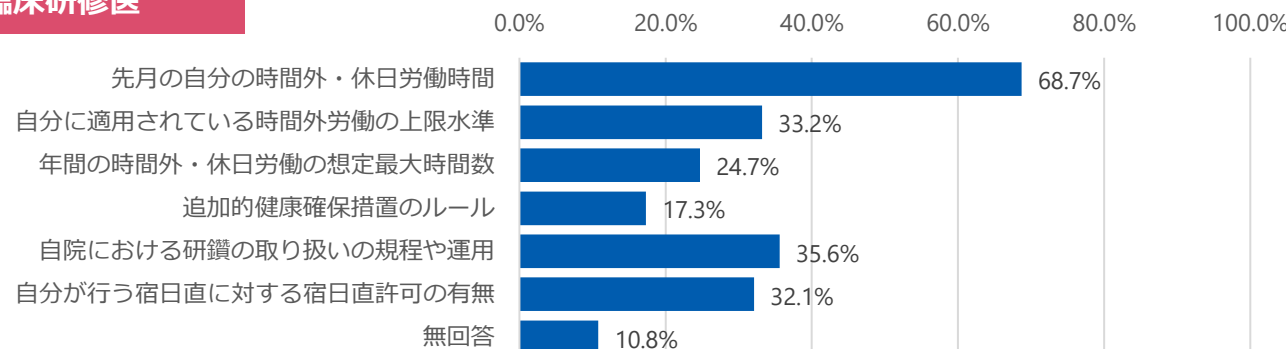


働き方改革の制度を認識しているか？
令和7年の結果

プログラム責任者



臨床研修医



医療機関における取組の状況

- ・ タスク・シフト/シェア、業務負担軽減等

医療機関における労働時間短縮に向けた取組等に関するガイドライン

「労働時間短縮計画作成ガイドライン」において、労働時間短縮に向けた取組の例として、タスク・シフト/シェア、医師の業務の見直し、勤務環境改善等を挙げている。

○ 労働時間短縮に向けた取組（医師労働時間短縮計画作成ガイドライン（令和6年11月改訂））

（1）タスク・シフト/シェア

- 1) 看護師、2) 助産師、3) 薬剤師、4) 診療放射線技師、5) 臨床検査技師、6) 臨床工学技士、7) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、8) 医師事務作業補助者その他の職種

（2）医師の業務の見直し

- ・ 外来業務の見直し
- ・ 宿日直の体制や分担の見直し
- ・ 宿日直中の業務の見直し
- ・ オンコール体制の見直し
- ・ 主治医制の見直し
- ・ 副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理

（3）その他の勤務環境改善

- ・ ICTその他の設備投資、音声入力システムを導入している等
- ・ 出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援
- ・ 短時間勤務、時差出勤、変形労働時間制の導入、宿日直の免除、院内保育・病児保育・学童保育・介護サービスの整備や利用料補助等
- ・ 更なるチーム医療の推進
- ・ 介護、福祉の関係職種との連携等

（4）副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

- ・ 副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理（再掲）
- ・ 副業・兼業先との勤務シフトの調整
- ・ 副業・兼業先への医師の労働時間短縮の協力要請
- ・ 副業・兼業先における、宿日直許可基準に該当する場合の当該許可の取得、円滑な引継ぎ等によりできる限り予定していた時間内での勤務となるような配慮、派遣する医師が長時間労働となっている場合の医師の変更の受入等の協力要請

（5）C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

- ・ 教育カンファレンスや回診の効率化
- ・ 効果的な学習教材・機材の提供による学習環境の充実
- ・ 個々の医師に応じた研修目標の設定とこれに沿った研修計画の作成

特定労務管理対象機関等におけるタスク・シフト/シェアの実施状況

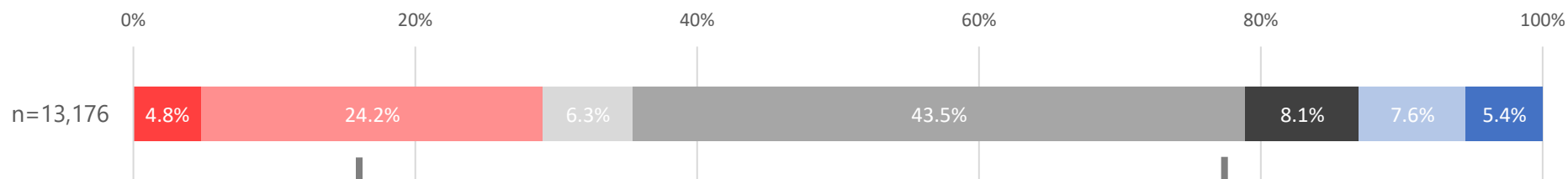
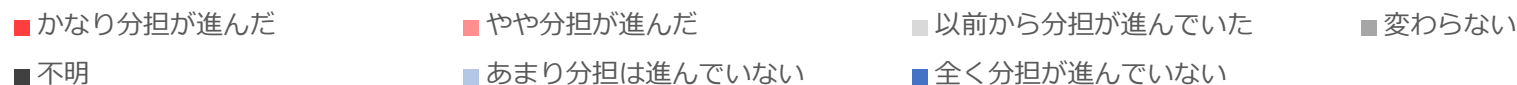
○ タスク・シフト/シェアの実施状況は、職種や内容によって実施割合にばらつきがある。

看護師	実施割合
診察前や検査前の情報収集	75.0%
皮下注射・筋肉注射・静脈注射	71.8%
医師の事前の指示の下、事前に取り決めたプロトコルに沿って薬剤を投与	53.2%
特定行為（行為区分）の実施	46.6%
血管撮影・血管内治療中の介助・IVR(画像下治療)の介助	45.4%
事前の指示や取り決めたプロトコルに基づく血液検査の実施	35.0%
末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの抜去	26.2%
助産師	
助産師外来	48.0%
院内助産システム	33.8%
薬剤師	
患者の薬物療法全般に関する説明	75.9%
病棟等における薬剤管理	72.8%
事前に取り決めたプロトコルに沿って処方された薬剤の変更	61.6%
診療放射線技師	
放射線管理区域内での患者誘導	75.3%
撮影部位の確認・追加撮影オーダー（医師の事前指示に基づく実施）	68.3%
検査や治療の説明、放射線検査の説明や副作用に関する説明等	55.0%
臨床検査技師	
細胞診や超音波検査等の検査所見を報告書に記載し、担当医に交付	74.4%
病棟・外来における採血業務	66.2%
心臓・血管カテーテル検査、治療における超音波検査や心電図検査、血管内の血圧の観察・測定等	32.8%
医師の具体的指示の下、人工心肺中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更調整	57.1%
内視鏡検査・治療時や整形外科・心臓血管外科等の手術等において清潔野で術者に器材や診療材料を手渡す	52.0%
理学療法士/作業療法士/言語聴覚士	
リハビリテーションに関する各種書類の作成・説明・書類交付や非侵襲的検査の定型的な検査説明	74.8%/74.2%/72.4%
医師事務作業補助者	
退院サマリーの作成	52.0%
検査のための説明・同意書取得	44.9%
院内での患者移送・誘導	26.2%

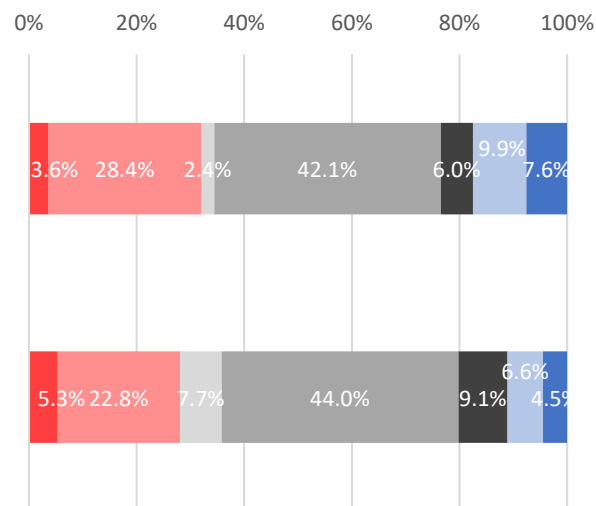
他職種との業務の分担進行度 <病院・常勤勤務医>

- 他職種との業務の分担が「進んだ」と回答した割合が、「進んでいない」と回答した割合を上回っており、タスク・シフト/シェアの進展が示唆された。
- 大学病院の医師や週労働時間が60時間以上（時間外・休日労働;年960時間換算）の医師では、更なるタスク・シフト/シェアの進展が望まれる。

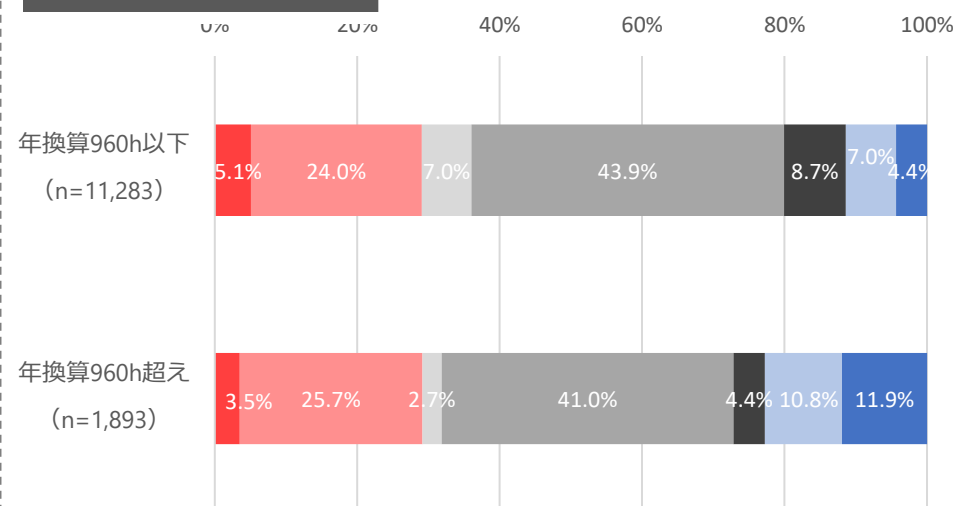
Q 他職種との業務の分担が進みましたか。



施設区分別



時間外・休日労働時間別



※施設区分別については回答していない医師がいるため、合計が全回答に一致しない

医療機関が行っている医師の負担軽減に向けた取組 <病院・R4/7比較>

- 医師の負担軽減のため、病状説明の時間設定、特定の医師への負担集中の回避、看護師をはじめとした医療関係職種や医師事務作業補助者とのタスク・シフト/シェア、会議の設定時間の工夫の実施割合が多い。また、施行後で伸びが大きかったのは勤務間インターバルの導入や複数主治医制の導入等であった。

Q 貴施設における医師の負担軽減に向けた取組状況について、①～③⑩それぞれの実施状況。（実施しているものを抽出）

取組状況	実施(R7)	差分(R7-R4)
① 医師の増員	23.3%	+2.6pt
② 外来提供体制の縮小	10.1%	+1.2pt
③ 初診時選定療養費の導入	22.4%	+0.5pt
④ 適正受診に関する患者・住民への周知・啓発	27.9%	+4.3pt
⑤ 複数主治医制の導入	33.1%	+8.8pt
⑥ 勤務間インターバルの導入	32.4%	+18.0pt
⑦ 当直翌日の業務内容の軽減（当直翌日の休日を含む）	44.8%	+10.1pt
⑧ 時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しないような体制の整備	59.5%	+10.2pt
⑨ 患者・家族への病状説明を診療時間内に限定（緊急時を除く）	70.9%	+4.9pt
⑩ 予定手術前日の当直の免除	23.1%	+1.4pt
⑪ 医師業務の特定行為研修修了者である看護師との分担	28.5%	+8.8pt
⑫ 医師業務の看護師（⑪を除く）との分担	49.3%	+6.9pt
⑬ 救急外来で、医師が予め患者範囲を示して、事前の指示やプロトコルに基づく看護師による血液検査オーダー入力・採血・検査	22.2%	+1.9pt
⑭ 医師業務の助産師との分担	12.7%	-0.1pt
⑮ 薬剤師による事前に取り決めたプロトコルに沿って、処方された薬剤の変更（投与量・投与方法／期間・剤形・含有規格変更等）	34.3%	+6.3pt
⑯ 薬剤師による外来診察時（前後の場合も含む）の患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供	39.9%	+4.7pt
⑰ 医師業務の診療放射線技師との分担	52.6%	-
⑱ 医師業務の臨床検査技師との分担	50.4%	-
⑲ 医師業務の臨床工学技士との分担	36.8%	-
⑳ 医師業務の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との分担	54.3%	-
㉑ 医師事務作業補助者の病棟への配置	30.4%	+1.1pt
㉒ 医師事務作業補助者の外来への配置	53.6%	+2.3pt
㉓ 医師が出席する会議の開催回数の削減	34.1%	+4.5pt
㉔ 医師が出席する会議の所定就業時間内での開催（開始時刻の前倒し等）	73.7%	+6.5pt
㉕ 院内保育所の設置	41.9%	-4.5pt
㉖ 院内助産又は助産師外来の開設	12.0%	+1.4pt
㉗「役割分担推進のための委員会」への管理者の出席	42.3%	+6.1pt
㉘ 時間外・休日・深夜における手術・1000点以上の処置の実施に係る医師（術者又は第一助手）の手当支給	15.1%	+1.2pt
㉙ 採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外が実施（新生児を除く。）	70.0%	-0.6pt
㉚ C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化	3.4%	-

医療機関が行っている医師の負担軽減に向けた取組 <大学病院・それ以外>

○ 大学病院では、大学病院以外と比べてほとんどの医師の負担軽減に向けた取組状況が高い傾向にある。

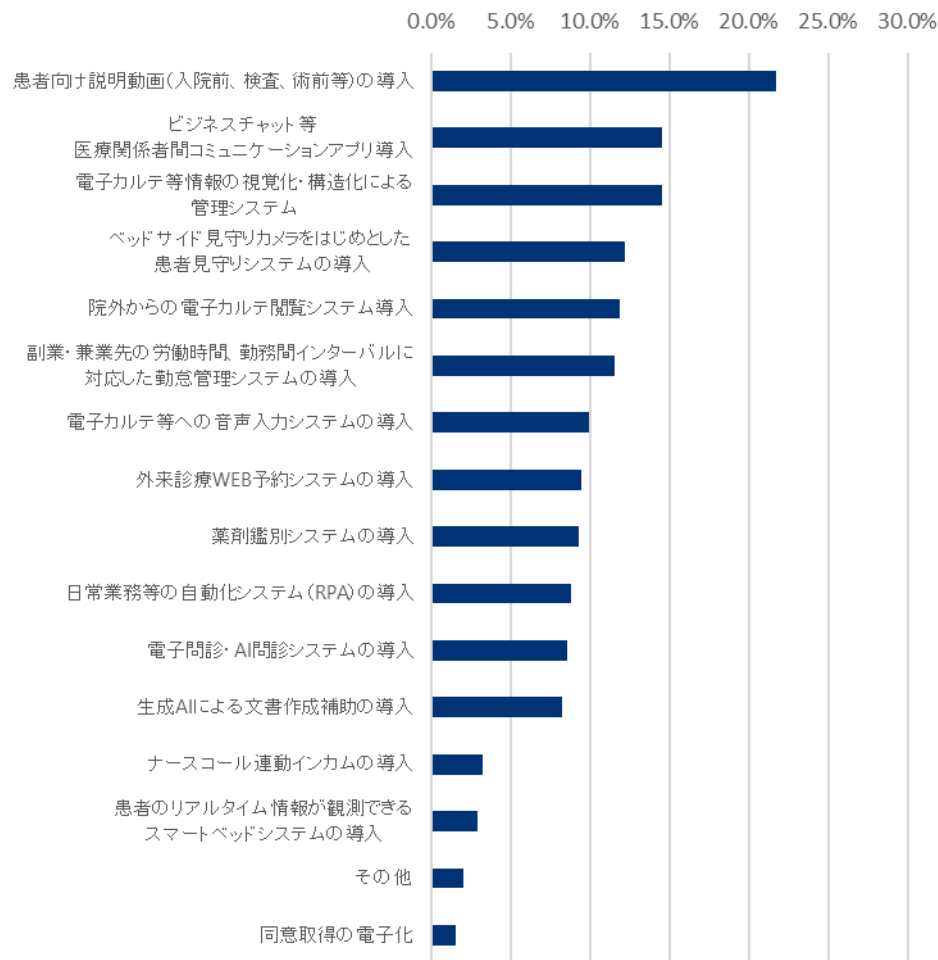
Q 貴施設における医師の負担軽減に向けた取組状況について、①～③⑩それぞれの実施状況。（実施しているものを抽出）

取組状況	大学病院	大学病院以外
① 医師の増員	20.6%	23.5%
② 外来提供体制の縮小	9.9%	10.1%
③ 初診時選定療養費の導入	69.5%	19.7%
④ 適正受診に関する患者・住民への周知・啓発	64.1%	25.8%
⑤ 複数主治医制の導入	71.8%	30.9%
⑥ 勤務間インターバルの導入	77.9%	29.8%
⑦ 当直翌日の業務内容の軽減（当直翌日の休日を含む）	67.2%	43.5%
⑧ 時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しないような体制の整備	66.4%	59.1%
⑨ 患者・家族への病状説明を診療時間内に限定（緊急時を除く）	80.2%	70.4%
⑩ 予定手術前日の当直の免除	39.7%	22.2%
⑪ 医師業務の特定行為研修修了者である看護師との分担	71.8%	26.0%
⑫ 医師業務の看護師（⑪を除く）との分担	74.8%	47.9%
⑬ 救急外来で、医師が予め患者範囲を示して、事前の指示やプロトコルに基づく看護師による血液検査オーダー入力・採血・検査	31.3%	21.7%
⑭ 医師業務の助産師との分担	42.0%	11.0%
⑮ 薬剤師による事前に取り決めたプロトコルに沿って、処方された薬剤の変更（投与量・投与方法／期間・剤形・含有規格変更等）	63.4%	32.7%
⑯ 薬剤師による外来診察時（前後の場合も含む）の患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供	60.3%	38.8%
⑰ 医師業務の診療放射線技師との分担	79.4%	51.1%
⑱ 医師業務の臨床検査技師との分担	80.2%	48.7%
⑲ 医師業務の臨床工学技士との分担	76.3%	34.6%
⑳ 医師業務の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との分担	77.9%	53.0%
㉑ 医師事務作業補助者の病棟への配置	49.6%	29.3%
㉒ 医師事務作業補助者の外来への配置	77.9%	52.3%
㉓ 医師が出席する会議の開催回数の削減	48.9%	33.2%
㉔ 医師が出席する会議の所定就業時間内での開催（開始時刻の前倒し等）	73.3%	73.7%
㉕ 院内保育所の設置	67.9%	40.5%
㉖ 院内助産又は助産師外来の開設	45.8%	10.1%
㉗「役割分担推進のための委員会」への管理者の出席	71.0%	40.7%
㉘ 時間外・休日・深夜における手術・1000点以上の処置の実施に係る医師（術者又は第一助手）の手当支給	37.4%	13.9%
㉙ 採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外が実施（新生児を除く。）	77.1%	69.6%
㉚ C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化	13.7%	2.8%

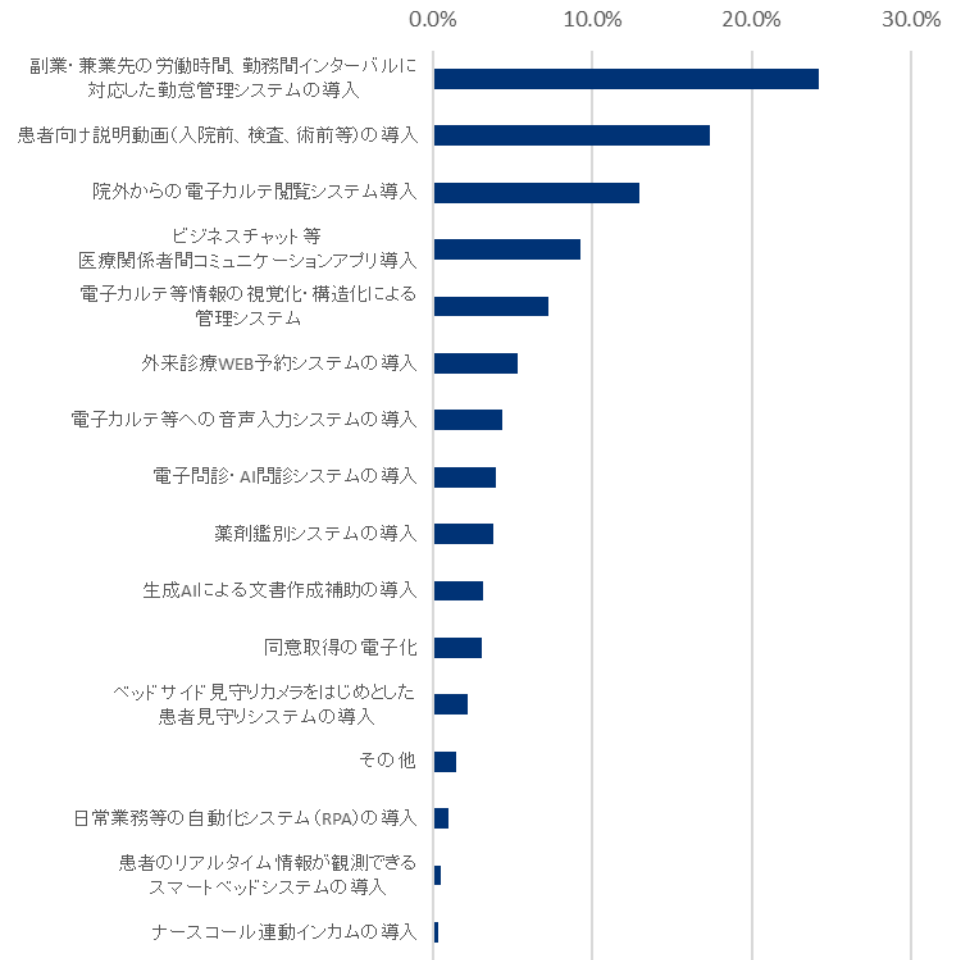
医療機関が行っているICTを活用した業務の見直し・省力化＜病院及び常勤勤務医＞

- 患者向け説明動画や電子カルテ関連のICTは導入・有用性ともに高く、業務効率化に資する取組として定着しつつある。一方で、RPAや見守りシステム等は医師の労働時間短縮への寄与は限定的であるが、広く医療従事者の時短に貢献している可能性があり、取組として普及している可能性がある。

Q 貴施設の取組として該当するものを**全て**お選びください。（病院票）



Q ご自身の労働時間短縮に**最も有用**であると思われる項目について、ご回答ください（医師票）



病院長等を対象としたマネジメント研修事業

- 医師の働き方改革を推進するため、令和元年度より、病院長等を対象としたマネジメント研修を実施。
- 令和7年度は、計12回開催、1,329人が受講。

研修内容



2024年4月の医師の働き方改革関連制度の適用から、約1年が経過しました。引き続き、2026年度末に予定されている施行後3年を目標とした見直しに向けて、医師の時間外・休日労働の削減に向けた取り組み、働きやすい職場環境の整備、現場の理解促進など、勤務環境改善に向けたさらなる取り組みと、長時間労働の医師がいる全ての医療機関における面接指導の実施等を進めていくことが求められています。

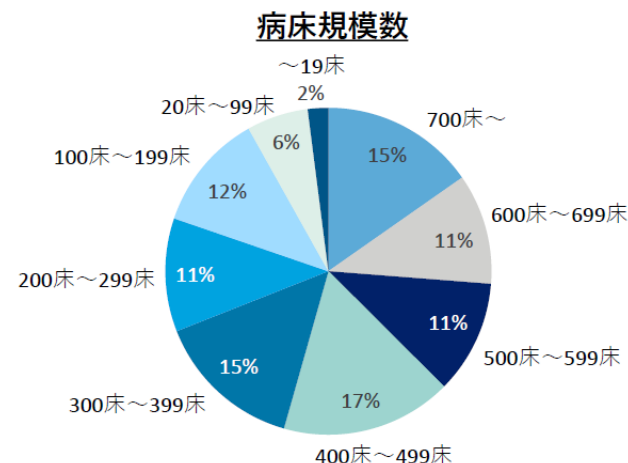
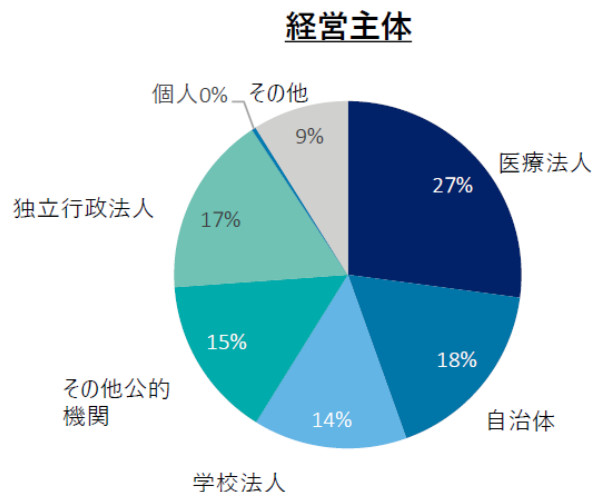
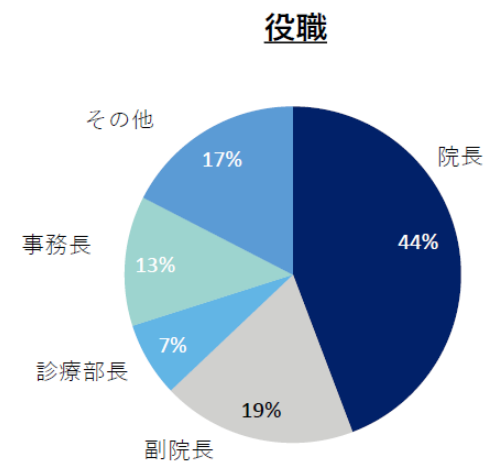
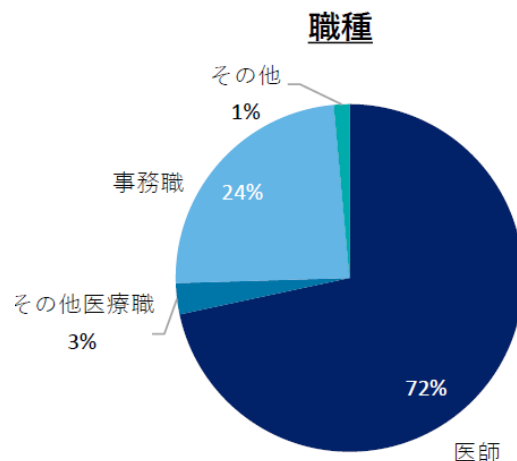
本研修では、医師の働き方改革に関する最新情報を提供するとともに、他の医療機関の事例発表や参加者同士の意見交換を通じて、具体的な取り組みを推進するためのヒントを提供します。

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



医療の質、安全の確保や人材確保のために、
勤務環境の改善を進めましょう!!

受講者の属性

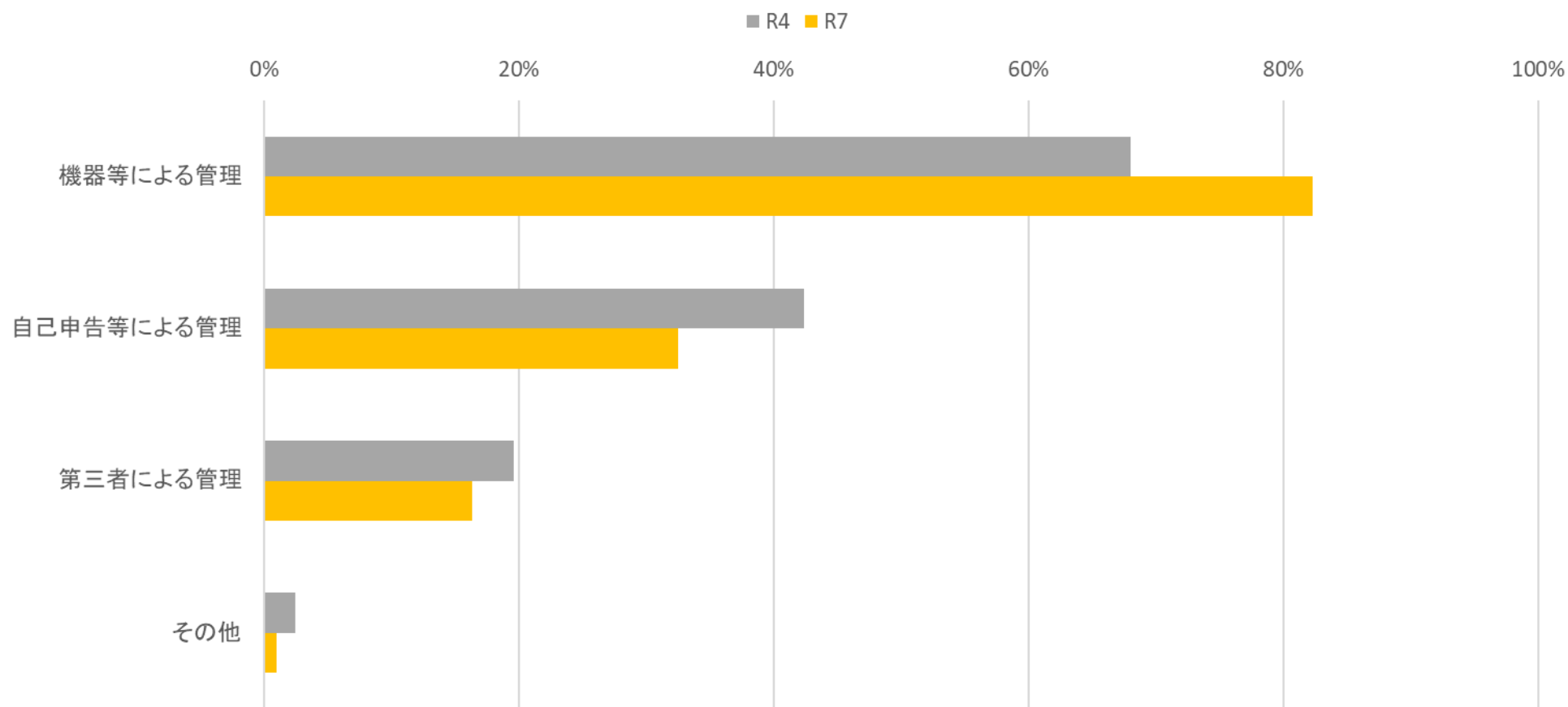


- ・ 適切な労務管理等

医療機関が行っている労働時間の把握方法＜病院・常勤勤務医＞

○ R7 調査ではR4 調査と比べ、「機器等による管理」の割合が増加しており、より正確な労働時間の把握への取組が進んでいることが示唆された。

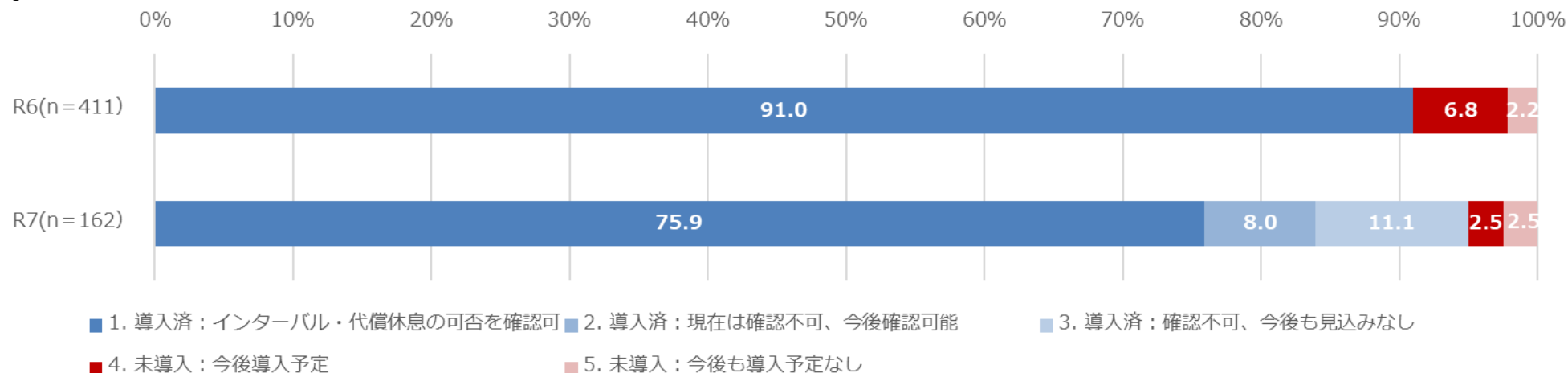
Q 医師の労働時間の把握方法について、貴施設で実施しているものを全てお答えください。



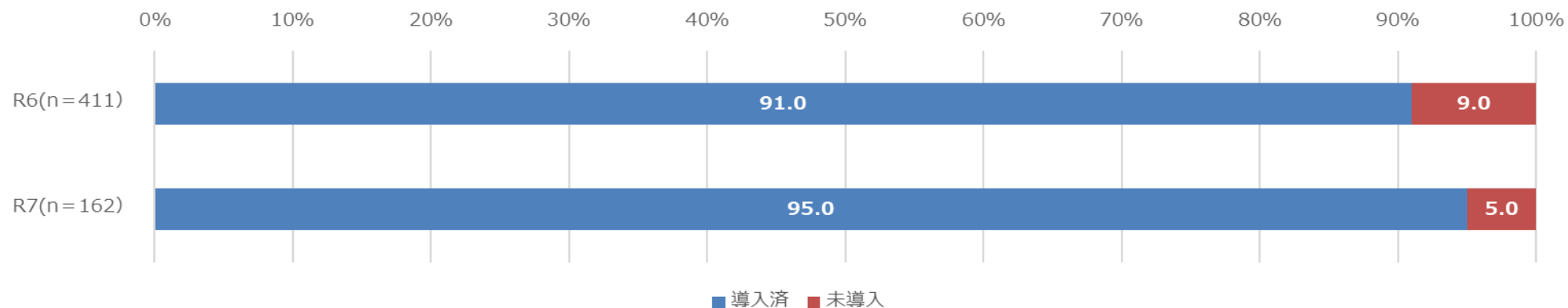
勤怠管理システムの導入状況＜特定労務管理対象機関＞

- R7調査ではR6調査と比べ、勤怠管理システム導入済の割合が増加しており、導入が着実に進んでいることが示唆された。
- 一方で、R7調査では、勤務間インターバルを確認可能なケースが多くみられるものの、確認が困難なケースも一定程度存在していることが示された。

Q 勤怠管理システムの導入状況について教えてください。（該当するもの1つにチェックをしてください。）



参考：勤怠管理システムの導入状況のみの比較



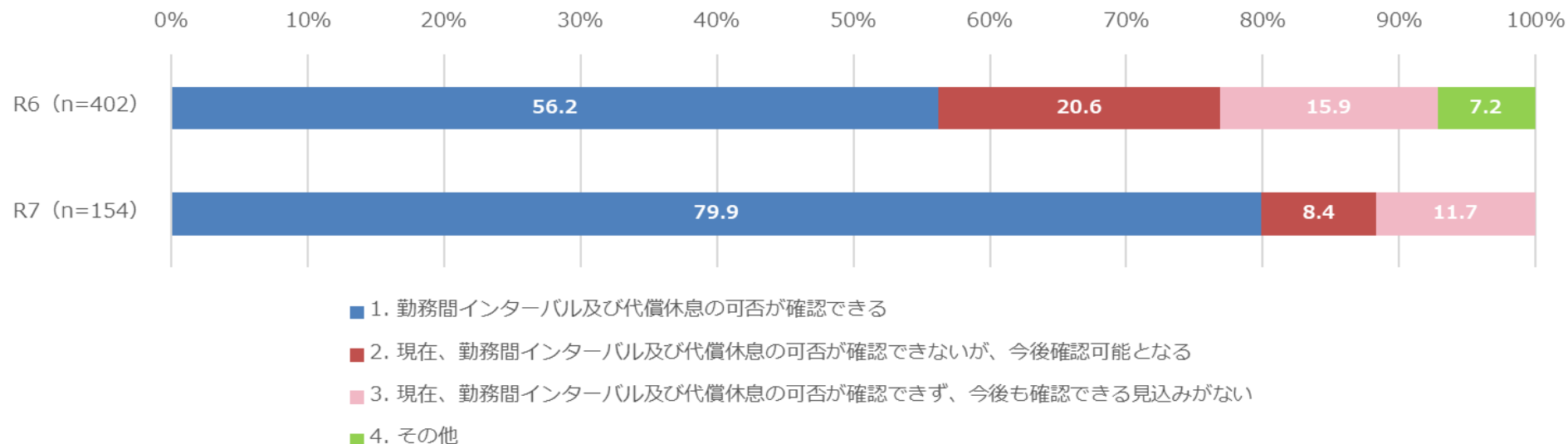
※R6調査とR7調査では回答項目および母数が異なるため、年度間の単純比較には留意が必要。

出典：令和6年度「追加的健康確保措置に関する調査」
令和7年度「医療機関における勤務環境改善のための調査分析事業」

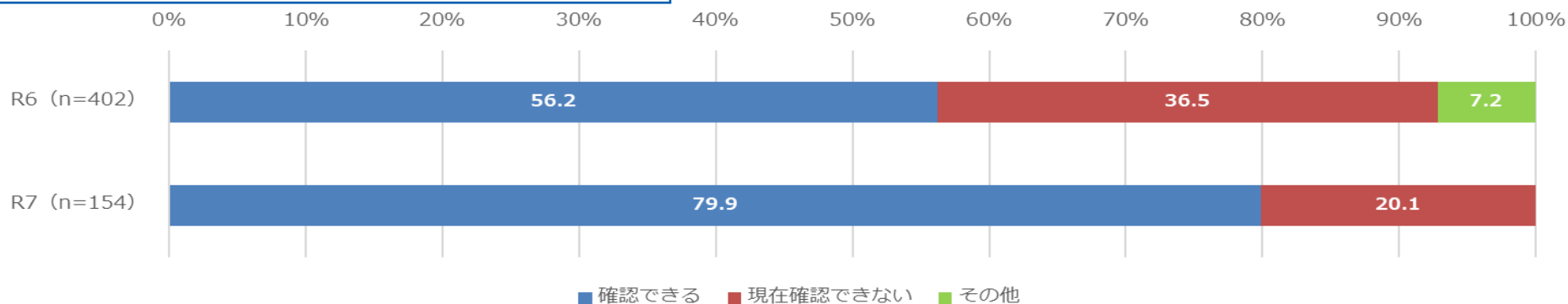
勤務間インターバル及び代償休息の可否の確認＜特定労務管理対象機関＞

- R 7 調査ではR 6 調査と比べ、勤怠管理システムにおいて勤務間インターバル及び代償休息の可否が確認できる割合が増加しており、制度の整備・運用状況が全体として改善されていることが示唆された。

Q 勤怠管理システムの導入状況（勤務間インターバル及び代償休息の確認の可否）についてご回答ください。



参考：勤務間インターバルの可否の確認のみの比較



※R 6 調査とR 7 調査では回答項目および母数が異なるため、年度間の単純比較には留意が必要。

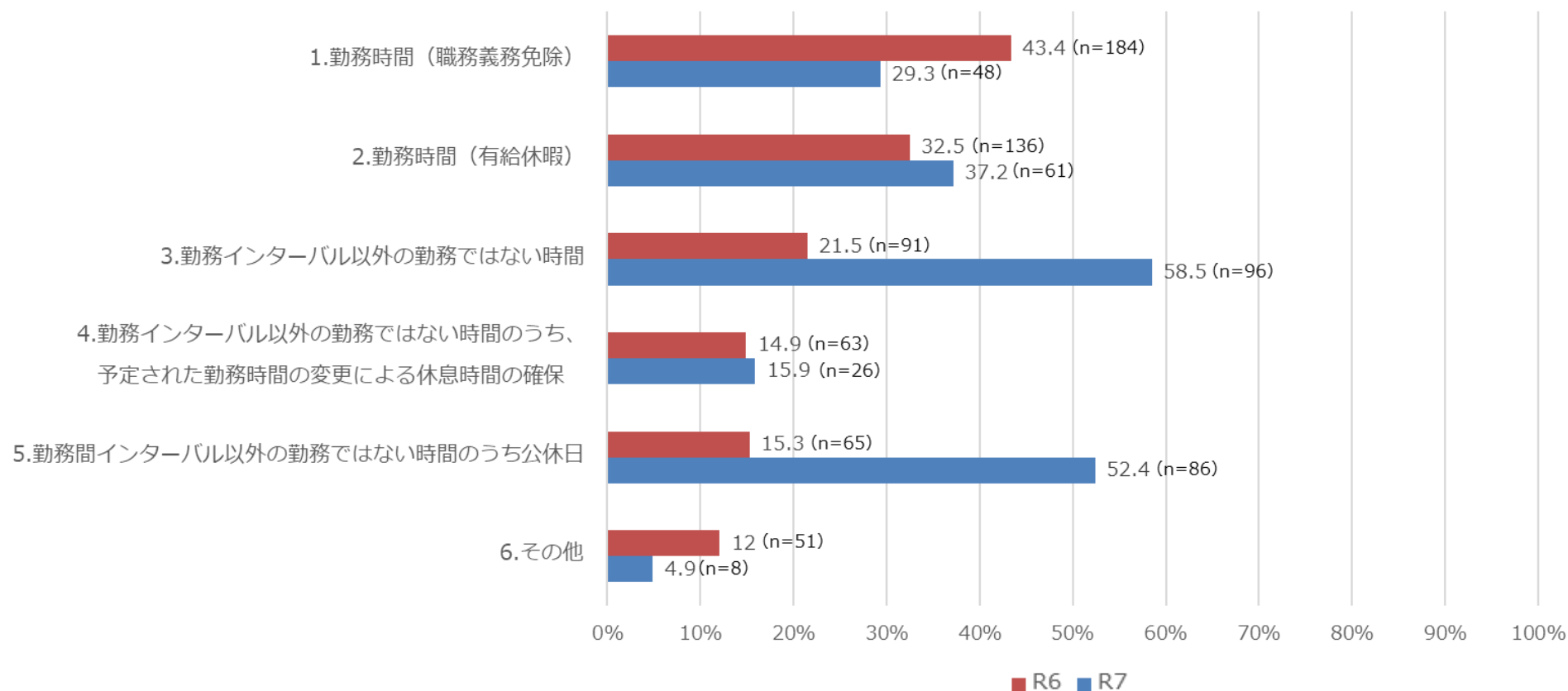
出典：令和 6 年度「追加的健康確保措置に関する調査」
令和 7 年度「医療機関における勤務環境改善のための調査分析事業」

代償休息の確保＜特定労務管理対象機関＞

- R7調査ではR6調査と比べ、「勤務インターバル以外の勤務ではない時間」及び「勤務間インターバル以外の勤務ではない時間のうち公休日」により代償休息を確保している割合が大幅に増加している（複数回答可に留意）。

Q 代償休息の時間をどのように確保しているかについてご回答ください。【複数選択可】

代償休息の確保方法



※R6調査とR7調査では回答項目および母数が異なるため、年度間の単純比較には留意が必要。

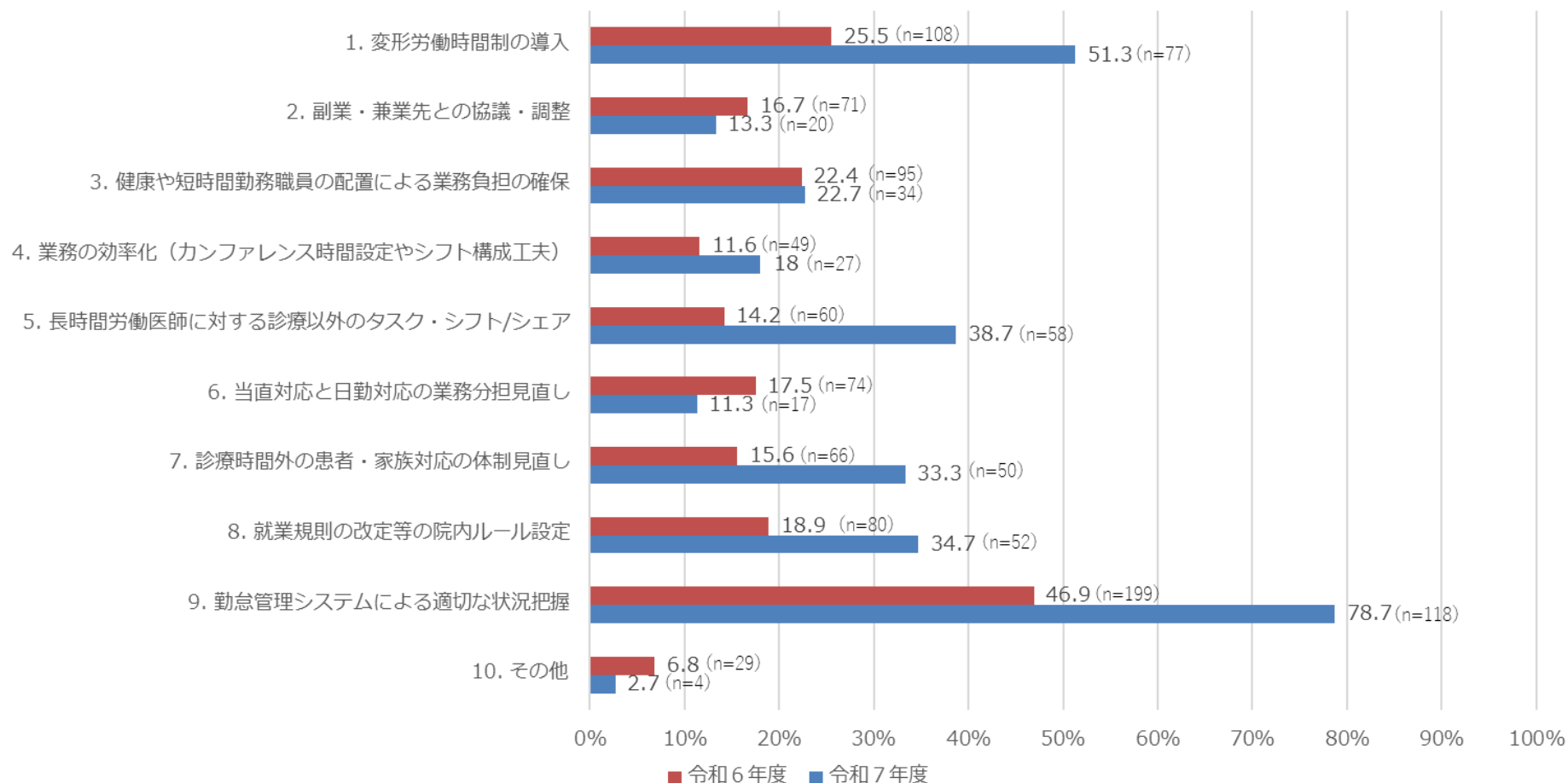
出典：令和6年度「追加的健康確保措置に関する調査」
令和7年度「医療機関における勤務環境改善のための調査分析事業」

勤務間インターバル及び代償休息の確保のための取組＜特定労務管理対象機関＞

- R7調査ではR6調査と比べ、「勤怠管理システムによる適切な状況把握」のほか、「変形労働時間制の導入」や「タスク・シフト/シェア」の割合も大幅に増加しており、取組が着実に進んでいることが示唆された。

Q 勤務間インターバル及び代償休息の確保のため行った自医療機関における取組についてご回答ください。【複数選択可】

勤務間インターバル及び代償休息の実施方法・実施体制等

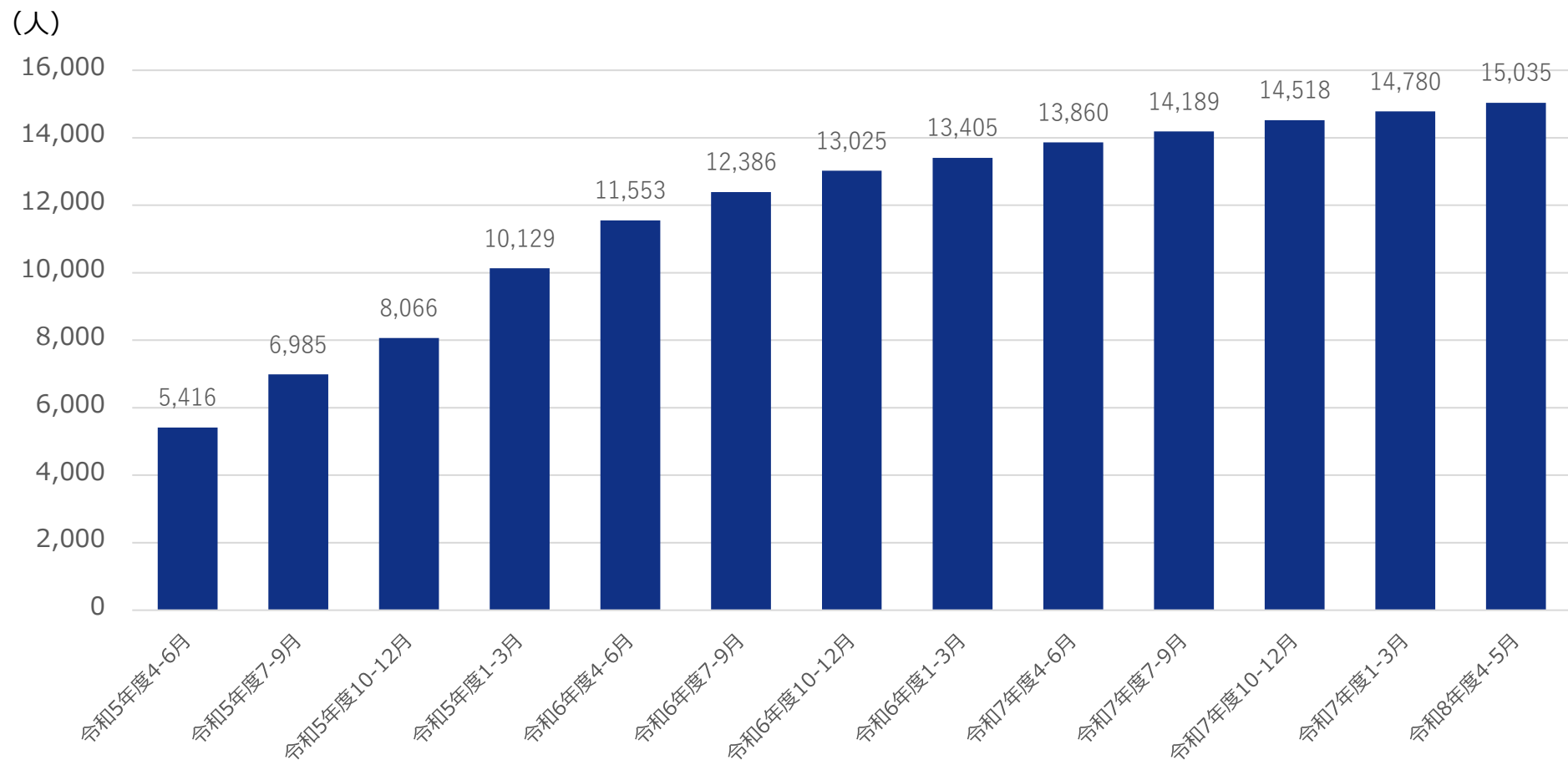


※R6調査とR7調査では回答項目および母数が異なるため、年度間の単純比較には留意が必要。

出典：令和6年度「追加的健康確保措置に関する調査」
令和7年度「医療機関における勤務環境改善のための調査分析事業」

長時間労働医師への面接指導実施医師養成講習会 修了者数の推移

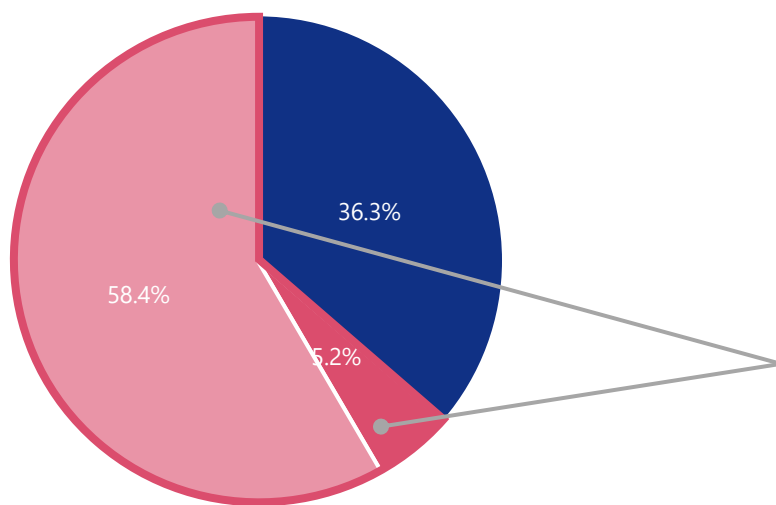
○「長時間労働医師への面接指導実施医師養成講習会」が令和4年12月に開講して以降、講習会修了者数は経時的に増加し、令和8年5月25日現在、15,035名に達した。



自己研鑽の区分けの設定や運用の状況（病院）

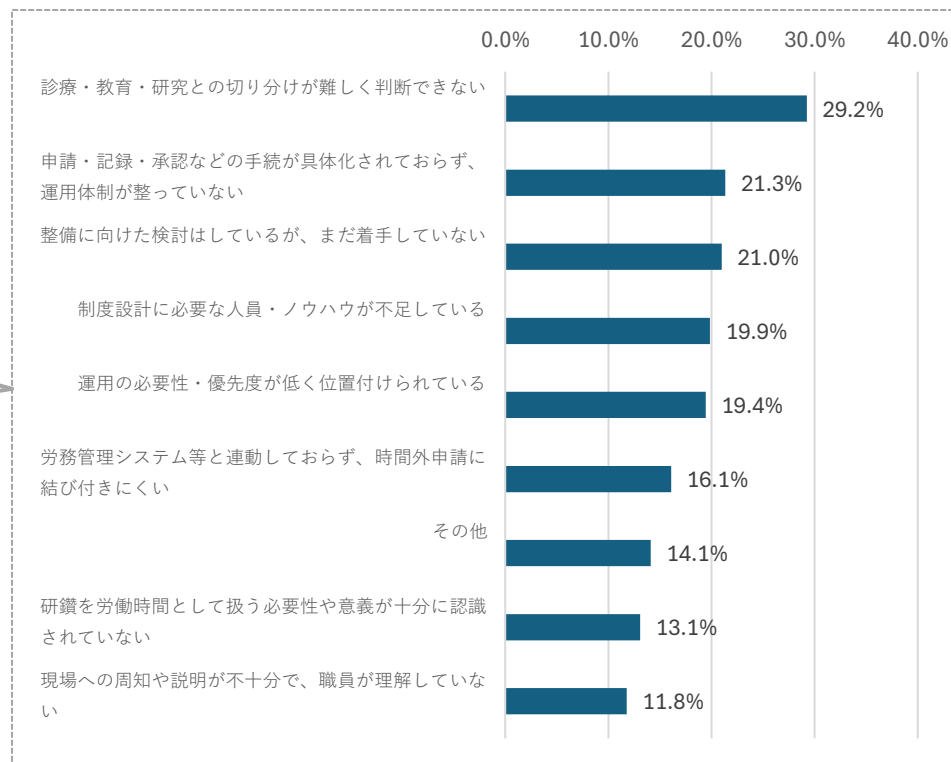
- 自己研鑽の区分けが明確になっていない医療機関が半数以上あり、診療・教育・研究との切り分けの判断が難しい、申請等の手続きが具体化されていない、といった理由が挙げられている。

Q 勤務医の研鑽について、研鑽の区分け（労働時間に該当する研鑽と該当しない研鑽の区分け）を明確にするための環境の整備状況について教えてください。（n=1,886）



- 研鑽の区分けを明確にするための規程や区分表等があり、運用されている（時間外労働の申請に利用している）
- 研鑽の区分けを明確にするための規程や区分表等があるが、運用されていない（時間外労働の申請には利用していない）
- 研鑽の区分けを明確にするための規程や区分表等はない

Q 研鑽の区分けを明確にするための規程や区分表等があるが運用されていない、もしくは、研鑽の区分けを明確にするための規程や区分表等はない理由を教えてください。（n=1,163）

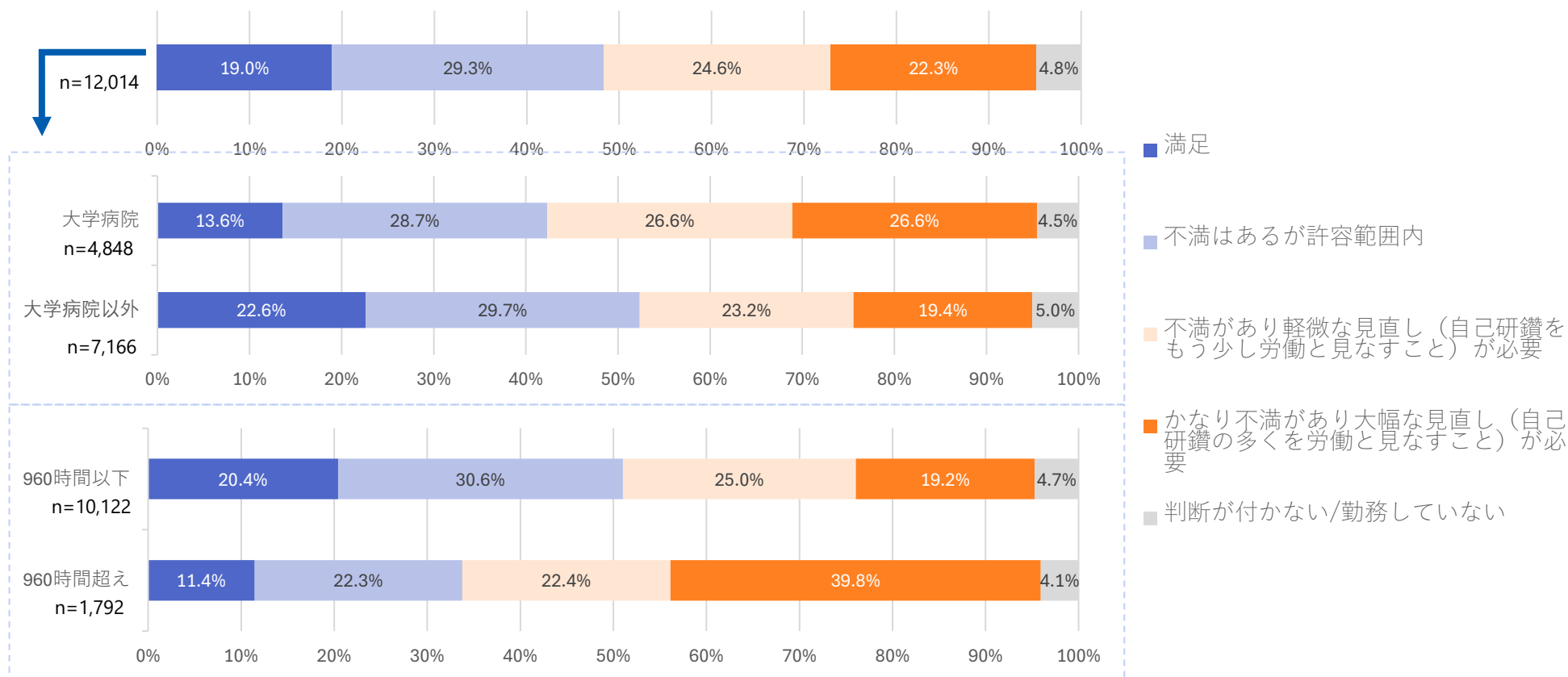


出典：令和7年度「医療機関における勤務環境改善のための調査分析事業」

勤務先における「労働」と「自己研鑽」の考え方（専攻医等への意識調査）

- 若手医師において、「労働」と「自己研鑽」の区分について、満足又は許容範囲と答えた割合は半数程度。一方で大学病院や、労働時間が長い勤務先である医師においては、区分について大きな不満がある割合が高かった。

あなたの勤務先での「労働」と「自己研鑽」の区分に基づく働き方についてどう感じますか。

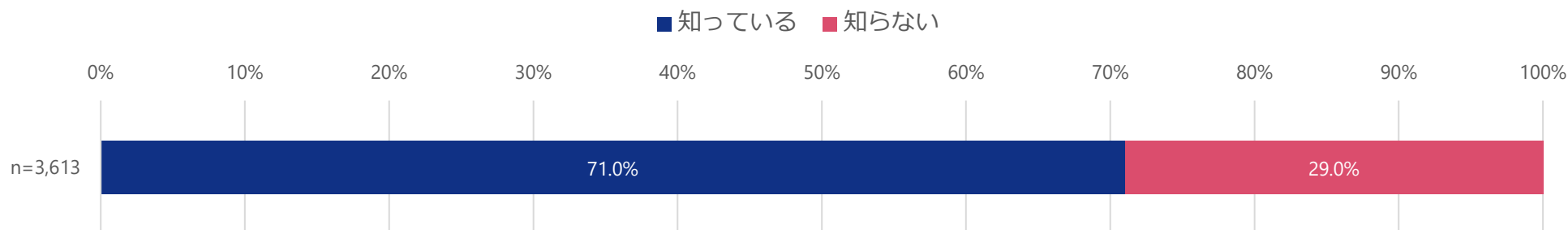


出典：令和8年度専攻医アンケート調査（専門医機構実施）

宿日直許可の理解状況（医師）

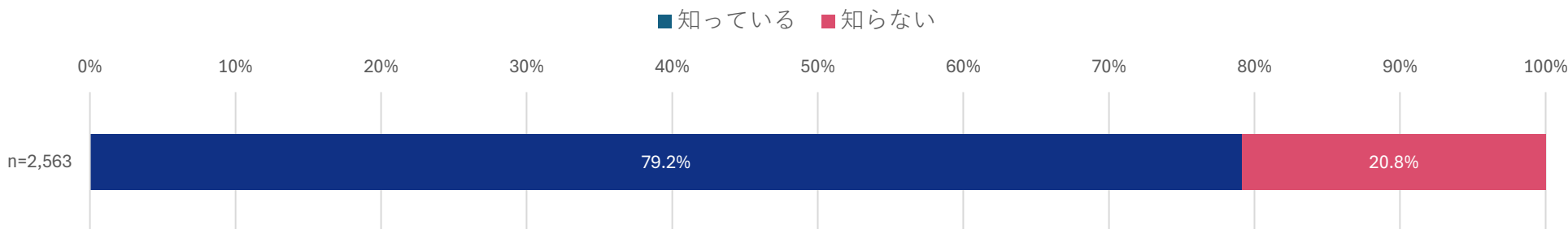
- 宿日直許可の取得状況については、7割程度の医師が理解しており、そのうち、許可内容まで理解しているのは約8割となっているが、一部に理解していない層も存在。

Q あなたの従事している宿日直業務が労働基準法に基づく宿日直許可を得ているかどうかをご存じですか。



「知っている」と回答した医師のみ

Q 当該許可内容がどのようなものかをご存じですか。



※宿日直業務を実施していない可能性がある医師も回答しているため、解釈には留意が必要。

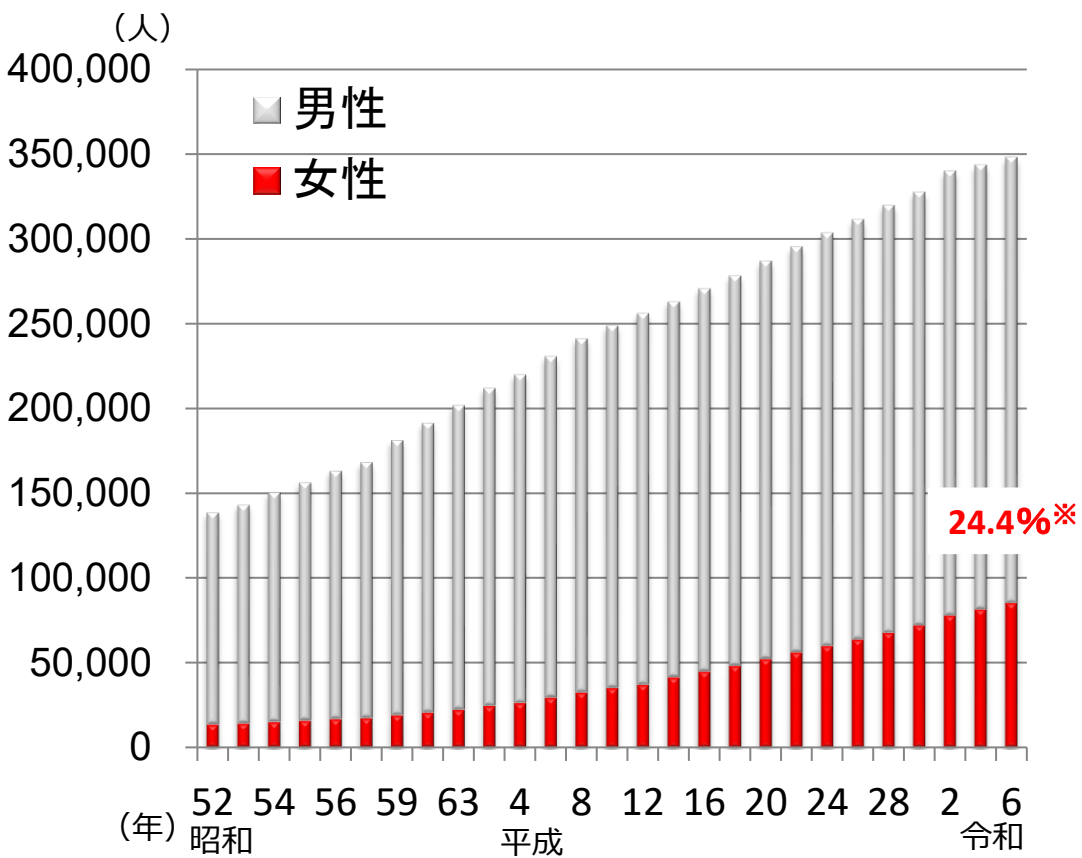
出典：令和7年度「医療機関における勤務環境改善のための調査分析事業」

- ・ 育児等との両立や休暇の確保等の働きやすい環境

女性医師の年次推移

- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、令和6年時点で**24.4%**を占める。
- 医学部入学者に占める女性の割合は、平成5年度から30%を超えており、令和6年度は**40.2%**である。

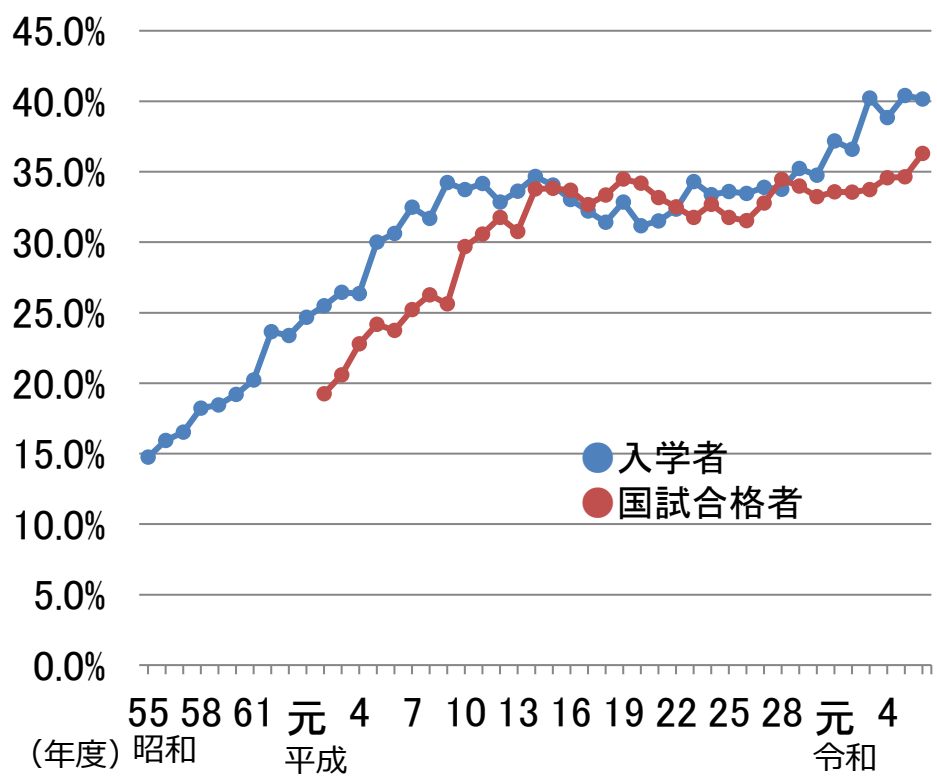
女性医師数の推移



(出典)昭和51年～平成28年は医師・歯科医師・薬剤師調査
平成30年～令和6年は医師・歯科医師・薬剤師統計
※昭和57年まで毎年、以降は2年ごとに実施

※医師数全体に占める割合

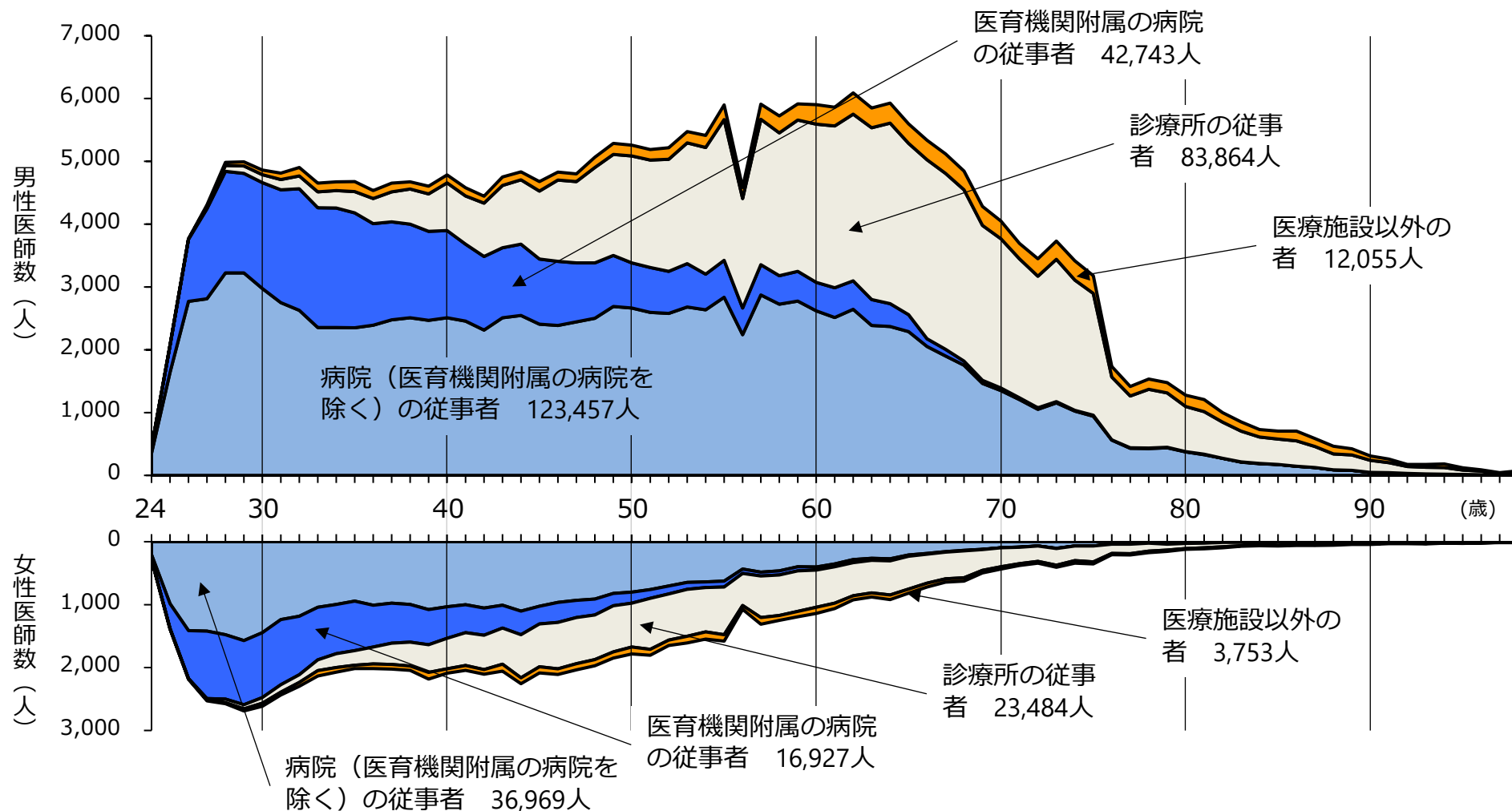
医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



(出典)学校基本調査(文部科学省)
厚生労働省医政局医事課試験免許室調べ

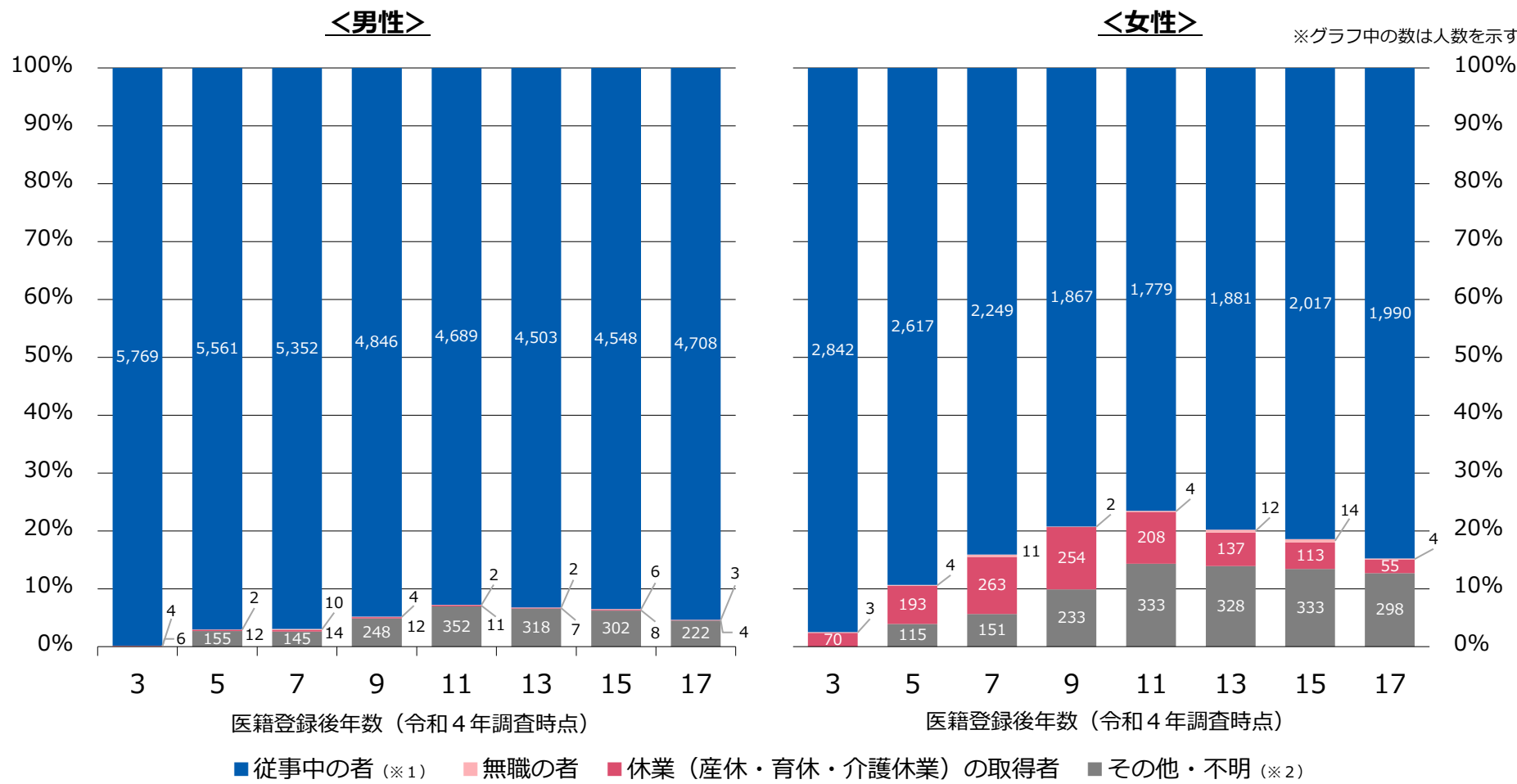
男女別の施設の種別・年齢別にみた医師数

- 男女問わず、診療所の従事者は年齢とともに一貫して増加する一方で、医育機関附属の病院の従事者は減少する。
- 男女別にみると、女性における30歳以降の総数は少ない。



医籍登録後年数別（男女別）の就業状況（休業の取得者等の割合）

○ 医籍登録後のキャリアパスにおいて、就業形態ごとの変化をみると、医籍登録後11年目（およそ35歳前後と想定される）前後において、休業の取得者等の割合が多く、全体に占める割合は男性医師では数%であるが、女性医師では20%強と比較的大きくなる。



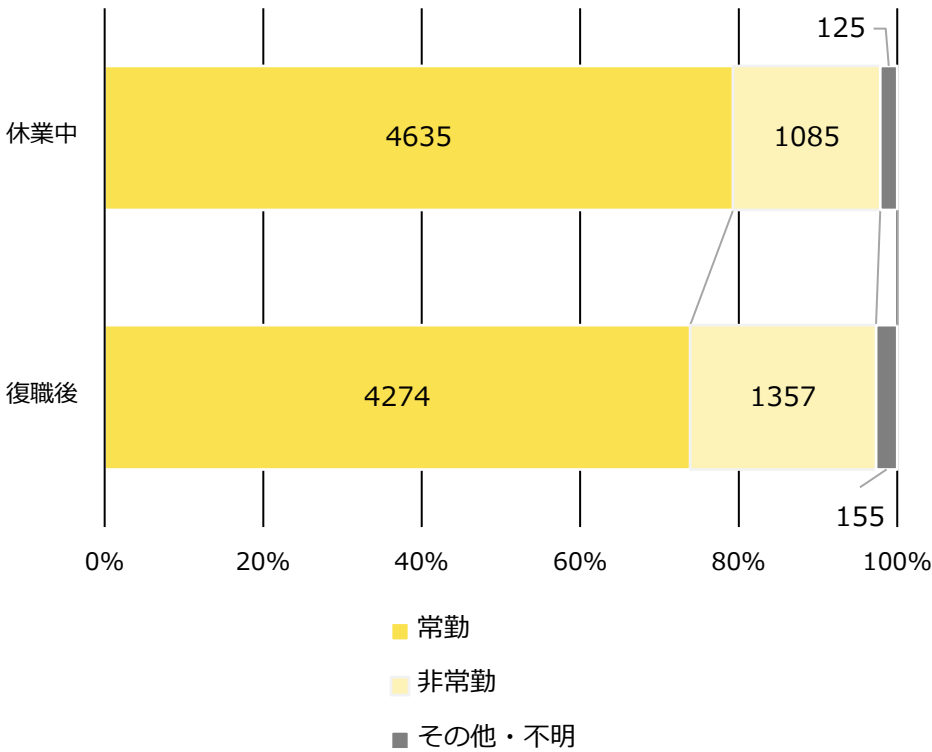
(※ 1) 令和4年医師届出票において「休業の取得」または「無職」と回答していない者
(※ 2) 各階級において医籍登録後3年目時点の年度の医師届出票の届出数を基準（100%）とし、令和4年医師届出票において回答が得られていない者（想定の数）

休業取得中と復職後の就業状況の変化

○ 過去3回分の医師届出票において、いずれかで休業取得中と回答し、その後の調査年で復帰した者の就業状況の変化を比較すると、休業から復帰した後は、常勤形態や医育機関で従事する医師の割合は減少し、非常勤形態や診療所で従事する医師の割合が増加する。

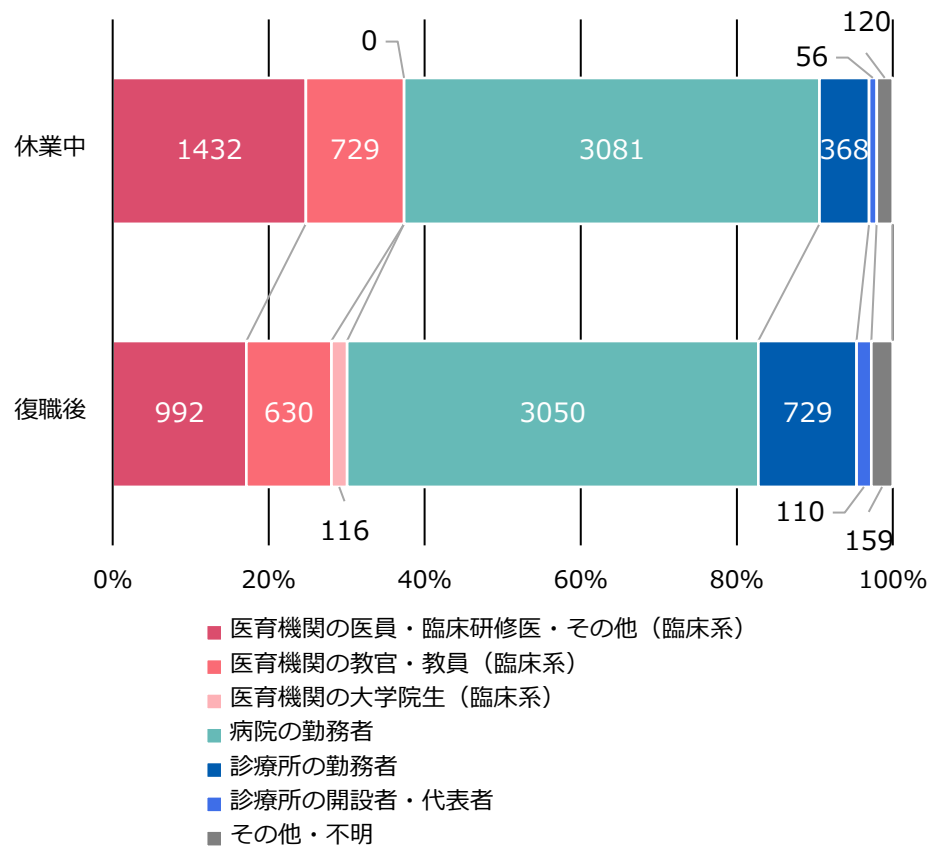
＜就業形態の変化＞

※グラフ中の数は人数を示す



＜業務の種別の変化＞

※グラフ中の数は人数を示す



(※) 平成30年・令和2年・令和4年の医師届出票において、いずれかの調査で「休業の取得」に回答し、その後の調査年で医師届が提出され、「休業の取得」が未取得である医師を集計（N=5,786）
・1人の医師が複数回「休業→復職」を繰り返している場合は、それぞれの「休業→復職」ペアを独立したイベントとして扱う
・医療施設従事医師に限らず、すべての業務種別を含めて分析対象とする（「その他・不明」として集計）

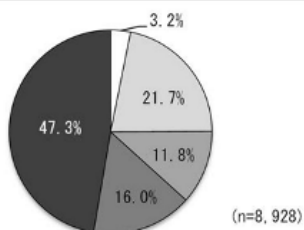
女性医師の勤務環境の現況に関する調査【時短勤務、育児休業取得等】

- 病院勤務の女性医師に行ったアンケートでは、子育て中の人で短時間勤務（40時間/週未満）の割合が3～4割程度だった。育児休業の取得状況に関しては、乳児や幼児を持つ女性医師では8割程度が取得しており、一方で、取得しなかった理由については、「制度がなかった」「代わりの医師がいない」「収入」等が多かった。

調査概要

1. 目的：病院に勤務している女性医師の働き方、子育て・介護との両立、女性医師としての悩み、医療現場の男女共同参画に関する現状を把握する。
2. 対象：病院に勤務する女性医師
3. 方法：全病院（8,055 施設）に対して、病院に勤務する女性医師にオンライン回答用のログインIDとパスワードを記載した圧着葉書の配布を依頼。病院からは、関係医療機関（診療所）に勤務する女性医師へも一部配布。医師に無記名で回答してもらい回収した。
 - ・病院から医師への圧着葉書配布数：27,666
 - ・回収数（率）：8,998（32.5%）
 - ・有効回答数（率）：8,928（32.3%）
4. 調査時期：令和6（2024）年11月18日～令和7（2025）年1月24日

図 4-1-1 回答者の子育ての状況



□ 末子が乳児
□ 末子が幼児
□ 末子が学童
■ 経験者
■ 経験なし

図 4-2-2 子育ての状況と配偶者・パートナーの状況別にみた1週間の実勤務時間

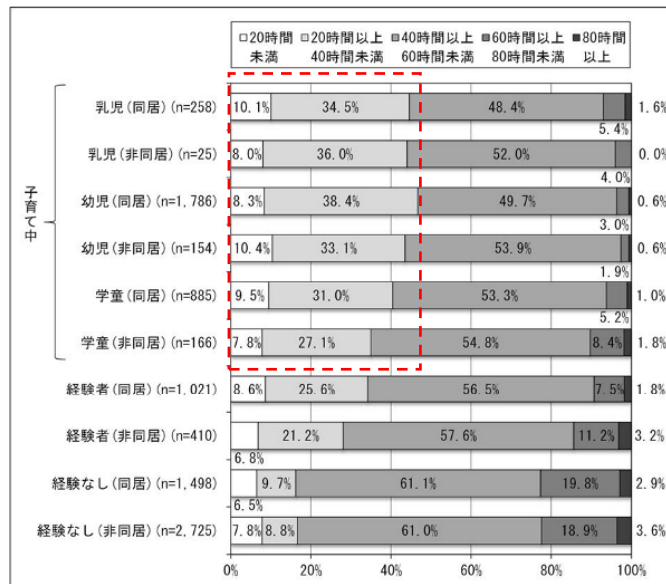


図 4-3-1-1 子育ての状況と配偶者・パートナーの状況別にみた育児休業取得状況

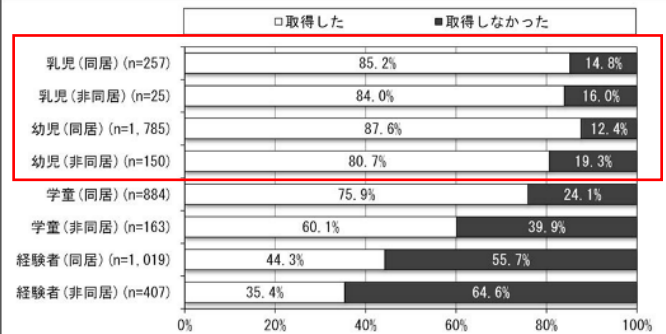
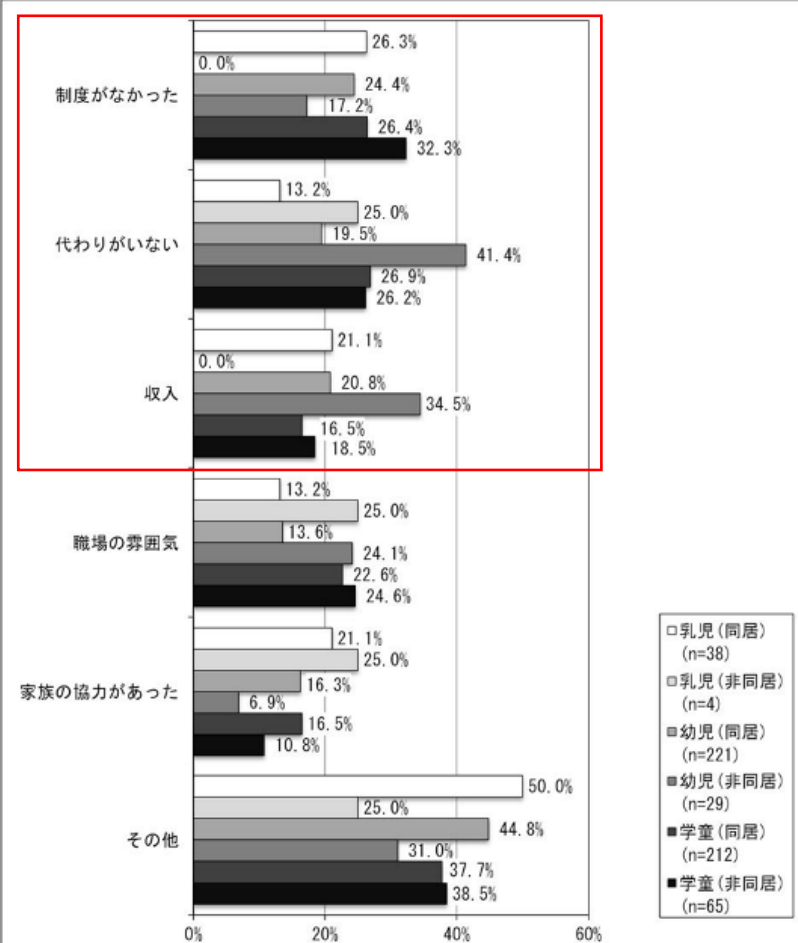


図 4-3-1-2 育児休業を取得しなかった理由*(複数回答)



*現在子育て中の人のみで集計した。

子育て世代や女性医師等への支援に関する主な取組

- 子育て世代や女性医師等が、希望すれば継続的に診療を続けることができるよう、現場における取組に係る好事例の収集や、都道府県において取組を進めるための事業を行っている。

子育て世代の医療職支援事業（旧：女性医療職等の働き方支援事業） 令和8年度予算額 51,816千円（51,816千円） ※（）内は前年度当初予算額

- 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対して、地域の医療機関に普及可能な支援策のモデルの構築や、シンポジウム等の普及・啓発等のための必要経費等を支援する。
- 令和7年度実施機関：8機関
＜取組例＞
 - ・ 女性医療職等に対するキャリア教育
 - ・ 育児支援（院内保育所の利用促進等）
 - ・ 復職支援（Eラーニング、シミュレーターを用いた実技練習等）
 - ・ 勤務環境改善（ワークシェアリング等）

女性医師等就労支援事業

地域医療介護総合確保基金で実施可

- 各都道府県において女性医師等支援に係る取組を実施
 - ・ 大学病院や医師会等において相談窓口を設置
 - ・ 復職のための研修を実施する医療機関への補助
 - ・ 勤務環境改善の取組を実施する医療機関への補助

等

女性医師支援センター事業

令和8年度予算額 160,935千円（160,935千円）

- （公社）日本医師会において、就職を希望する女性医師に対する医療機関や再研修先の紹介や、都道府県医師会等において病院管理者や医学生、研修医に対する女性医師のキャリア形成や勤務環境改善に関連する講習会等の開催等を実施

子育て支援等に関する取組例（関西医科大学）

- 各医療機関においては、子育て世代への支援等の観点での様々な取組がみられる。

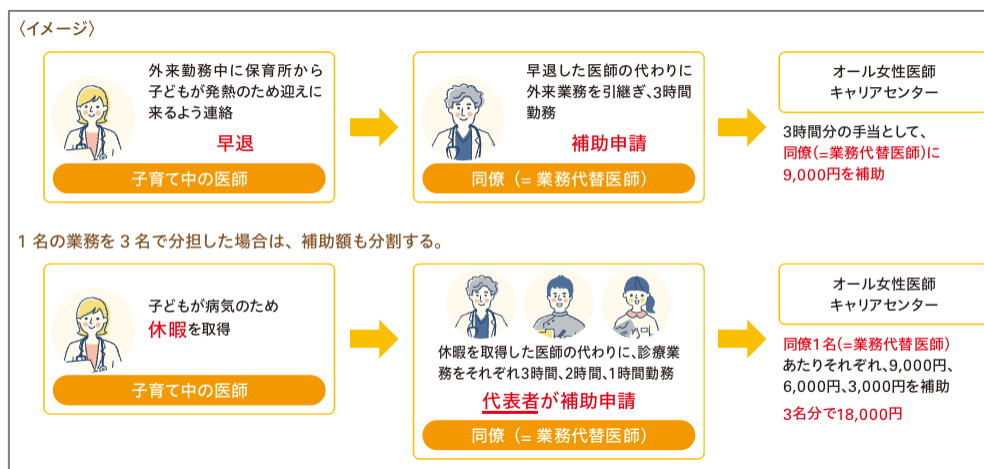
キャリア支援講演会

働く医師が実際に利用した子育て支援制度やキャリアの経験談から、自身のキャリアを考えるための機会、周囲との協働・関わり方を見直す機会や支援制度等の正確な情報を知る機会を提供。

育休等に関わる制度の紹介や、実際に利用した方の生の声を共有することで、多くの参加者の参考となった。また、自院の強み等を職員にも周知する機会となった。

育児中業務代替支援補助

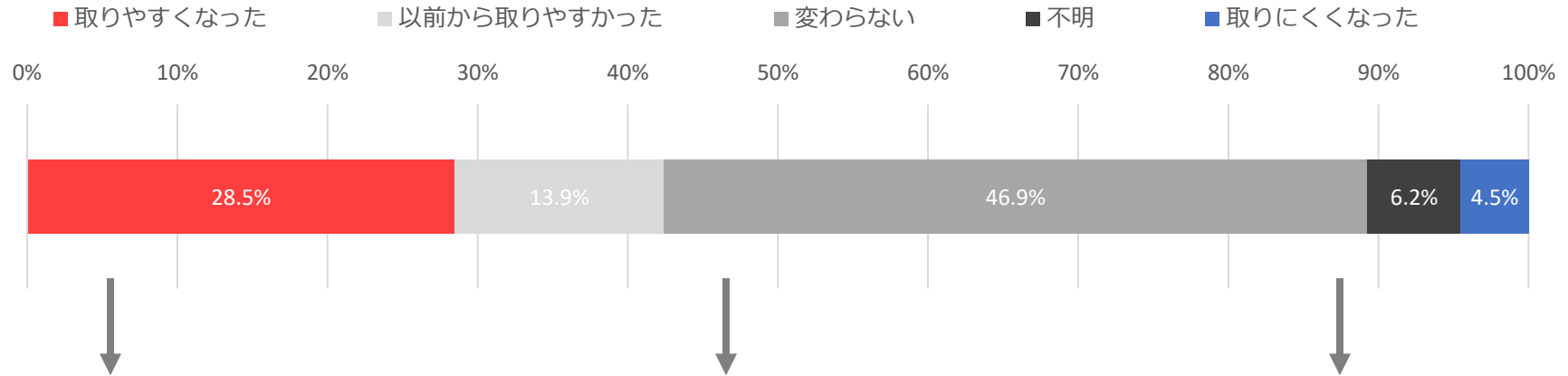
医師が、子の発熱やけが等のために休暇を取得又は遅刻や早退した際の業務を、交代し担当した医師に対し手当を支給することで、互いに働きやすい職場環境を整備し、業務の円滑な遂行に繋がるよう支援。



年次有給休暇・時間単位年休の取りやすさ <病院・常勤勤務医>

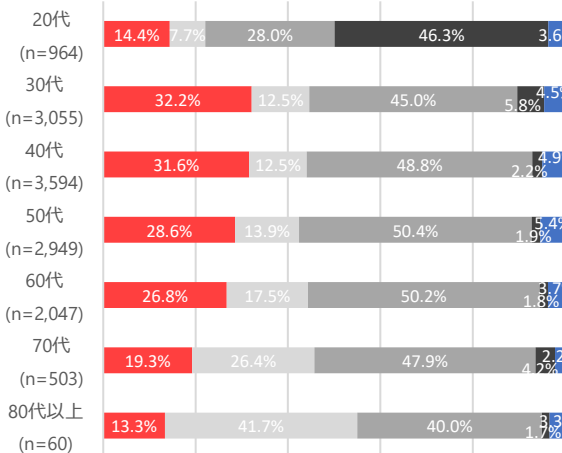
- いずれの年代・水準・労働時間においても、年次有給休暇・時間単位年休を「取りやすくなった」と回答した割合は「取りにくくなった」と回答した割合を上回ったが、年換算960時間以上の時間外・休日労働を行っている医師では、それ以外の医師と比べて「取りにくくなった」の割合が高かった。

Q 年次有給休暇（日単位）や時間単位年休を取りやすくなりましたか。



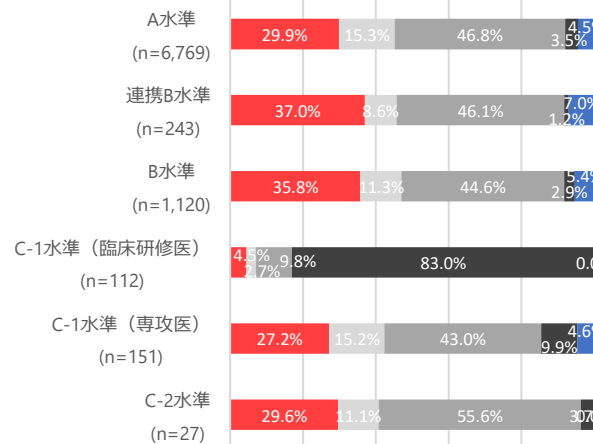
年代別

20% 40% 60% 80% 100%



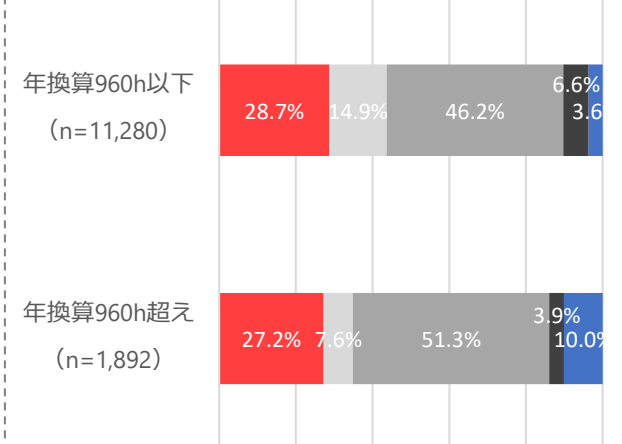
水準別

0% 20% 40% 60% 80% 100%



時間外・休日労働時間別

0% 20% 40% 60% 80% 100%



※選択肢「かなり取りやすくなった」「やや取りやすくなった」を「取りやすくなった」に、「やや取りにくくなった」「かなり取りにくくなった」を「取りにくくなった」に丸め込んだ。

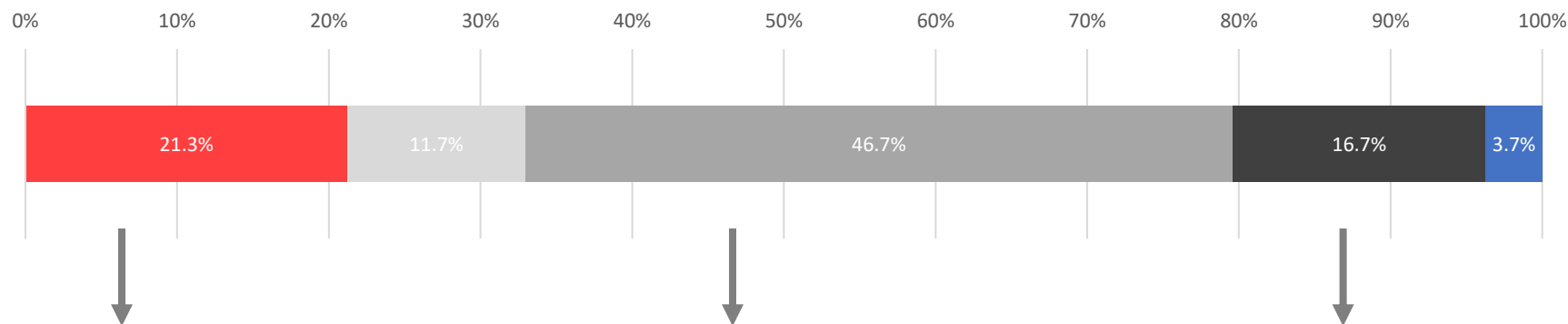
※水準別については回答していない医師や一般則の回答者等があるため、合計が全回答に一致しない。

宿直明けの休みの取りやすさ＜病院・常勤勤務医＞

- いずれの年代・水準・労働時間においても、宿直明けに「休みやすくなった」と回答した割合は「休みにくくなった」と回答した割合を上回ったが、年換算960時間以上の時間外・休日労働を行っている医師では、それ以外の医師と比べて「休みにくくなった」の割合が高かった。

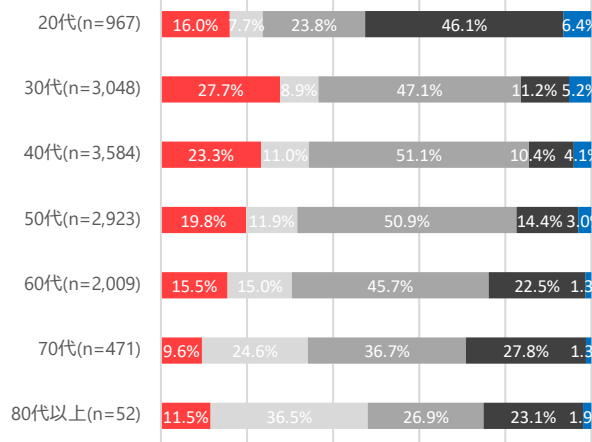
Q 宿直（夜間の勤務帯に行うもの）明けに休めるようになりましたか。

■ 休みやすくなった ■ 以前から休めていた ■ 変わらない ■ 不明 ■ 休みにくくなった



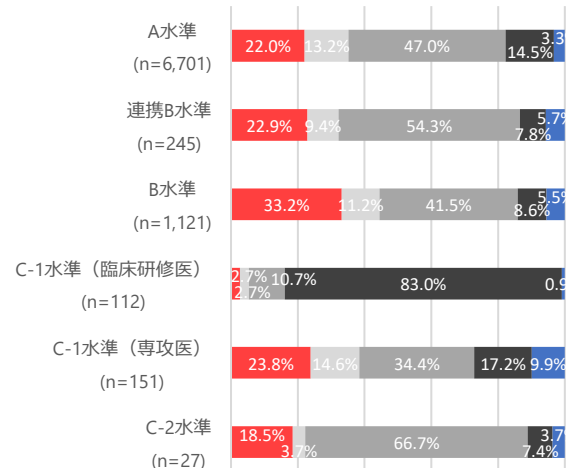
年代別

% 20% 40% 60% 80% 100%



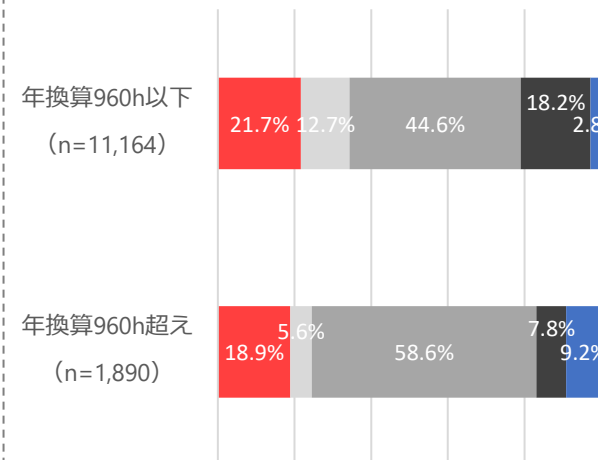
水準別

0% 20% 40% 60% 80% 100%



時間外・休日労働時間別

60% 80% 100%



※選択肢「かなり休みやすくなった」「やや休みやすくなった」を「休みやすくなった」に、「やや休みにくくなった」「かなり休みにくくなった」を「休みにくくなった」に丸め込んだ。

※水準別については回答していない医師や一般則の回答者等がいるため、合計が全回答に一致しない。

医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況

(1) 医療機関の労働時間の実態、適切な労務管理等 小括

- 医師の働き方改革の制度施行後の令和7年に、医師の労働時間等の実態調査を実施。以下のような状況が確認された。
 - ・ 全体として病院の常勤勤務医の長時間労働の割合は低下しており、週労働時間が60時間以上（時間外・休日労働；年960時間換算）の病院・常勤勤務医の割合は、39.2%【H28調査】から15.0%【R7調査】まで減少するなど、労働時間の縮減傾向が確認。また、この傾向は診療科別、年代別、性別、勤務先（大学病院）別でも同様であった。
 - ・ 診療科別には、外科、救急科、産婦人科の長時間労働の割合が高かった。年代別には、40代の労働時間の中央値・平均値が、20代、30代と比較してわずかに高かった。勤務先別には、大学病院勤務医師の方がそれ以外と比べて労働時間が長かった。労働時間等に係る水準別には、連携B水準、C-2水準の医師の労働時間は長い傾向であり、C-1水準の臨床研修医は、A水準適用医師よりわずかに労働時間が長い傾向があるものの、他の特例水準と比べれば労働時間は短かった。
- 働き方改革の地域医療への影響に関する調査の結果から、令和6年度及び令和7年度調査のいずれも、一部ではあるものの、地域医療への影響が生じていることが示唆されたが、大半においては大きな影響はなかったとみられる。また、働き方改革の医療の質への影響については、2024年4月以降の医師の時間外労働時間上限規制の導入に伴う影響を評価した論文によると、循環器救急医療において、勤務時間制限による血行再建手技へのアクセス低下や臨床転帰の悪化は認めなかったとしている。
- 働き方改革に関する専攻医等への意識調査によると、働き方改革が進むべきと考えている割合は6割程度、見直しが必要と考えている割合は2割程度であり、進めるべきでないと考えている割合はわずかだった。
 - 一方、働き方改革が進んでいると答えた割合は、あまり進んでないと答えた割合と同程度の4割前後であり、働き方改革の進捗への実感は十分でなかった。また、大学病院や長時間労働の医師においては、働き方改革の進捗が十分でないことが示唆。
- 医師の負担の軽減に向け、タスク・シフト/シェア、特定看護師に係る取組の他、ICT機器の導入の他、病状説明の時間設定、特定の医師への負担集中の回避、会議の設定時間の工夫の実施等が進んでいる。さらに、こうした院内のマネジメントに係る研修を受講する病院長等も増加している。
- 適切な労務管理については、医療機関における労働時間を機器等により把握する方法が増加しており、勤務間インターバルや代償休息についても勤怠システム等による確認が進んでいる。一方、自己研鑽の取扱いについては、専攻医等への意識調査によると、特に大学病院や、労働時間が長い勤務先である医師で、「労働」と「自己研鑽」の区分に不満がある割合が高かった。
- 働きやすい環境の整備については、仕事と育児の両立へのニーズや女性医師の増加がある中、若手・中堅世代の女性の復職等には課題がみられる。育休の取得が進んでいるものの、中には勤務先において制度の整備が不十分等の状況も示唆。また、年次休暇や宿直明けの休みの取得について、取りやすくなった等と答えた割合は取りにくくなった等と答えた割合より大きかったが、変わらないと答えた割合が最も多かった。他職種との業務分担も、進んだ等と答えた割合が比較的高かった一方、労働時間が長い集団においては、こうした働き方改革の効果の実感のある割合が低い傾向がみられた。

- 1 医師の働き方改革の経緯等
- 2 **医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況**
 - (1) 医療機関の労働時間の実態、適切な労務管理等
 - (2) 都道府県による医療機関への支援等**
 - (3) 医療機関勤務環境評価センターや国の取組
- 3 C水準の状況
- 4 医師の働き方改革を取り巻く施策の状況

特定労務管理対象機関の指定の状況について

47都道府県が公表している情報をもとに集計すると、特定労務管理対象機関の指定状況は以下の通り。

■ 特定労務管理対象機関（令和6年12月及び令和8年4月時点）

水準	長時間労働が必要な理由	年の時間外等 労働の上限時間	特定労務管理 対象機関数	
			R6:460	R8:479
連携B水準	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を 通算すると長時間労働となるため	1,860時間 (各院では960時間)	120	148
B水準	地域医療の確保のため	1,860時間	417	403
C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間	133	135
C-2水準	高度な技能の修得のため	1,860時間	12	13

※ 医療機関の重複あり

■ 上記以外に、A水準（年の時間外等労働の上限が960時間）の医療機関がある。

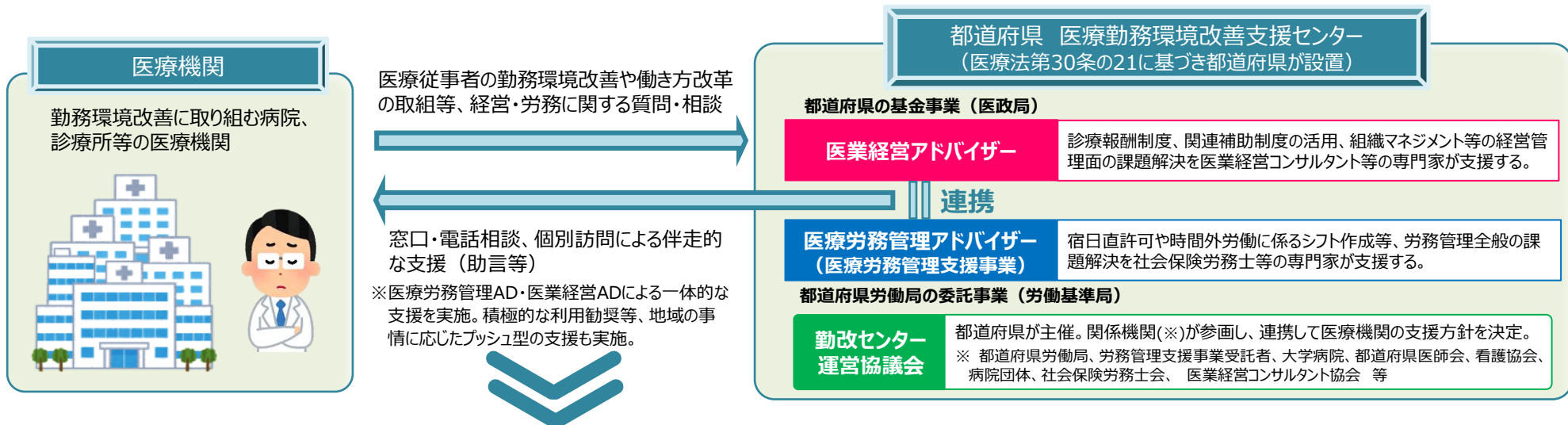
都道府県医療勤務環境改善支援センターについて

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

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

■ 勤改センターには、**医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）**や、**医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）**が配置され、**医療機関の勤務環境改善をワンストップでサポート**。窓口相談や個別訪問等、伴走型支援の実施により**働き方改革の取組を支援**

医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）による医療機関への支援



医療従事者の勤務環境改善に関する助言・支援（例）

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

医師の働き方改革に関する助言・支援（例）

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

勤改センターにおける職員配置の状況（都道府県別）

職員配置（事務担当職員）

	調査数	平均	最小値	最大値
1日あたりの配置人数	47	2.3	0	7
※うち、専任者数	47	0.7	0	3
登録者数	47	2.7	0	10

(人)

※青セルは昨年比増加、赤セルは昨年比減少を示す

令和7年4月1日時点 (人)

都道府県	1日あたりの配置人数				登録者数		都道府県	1日あたりの配置人数				登録者数	
			うち専任者数										
01_北海道	1	(0)	1	(0)	3	(0)	25_滋賀県	3	(1)	2	(1)	4	(1)
02_青森県	1	(0)	1	(0)	1	(0)	26_京都府	3	(0)	0	(0)	3	(0)
03_岩手県	5	(0)	1	(0)	5	(-1)	27_大阪府	1	(0)	1	(0)	3	(0)
04_宮城県	2	(0)	0	(0)	2	(0)	28_兵庫県	3	(0)	3	(0)	3	(0)
05_秋田県	1	(0)	1	(0)	1	(0)	29_奈良県	4	(1)	0	(0)	4	(0)
06_山形県	6	(0)	0	(0)	6	(0)	30_和歌山県	2	(0)	1	(0)	2	(0)
07_福島県	6	(0)	2	(0)	6	(0)	31_鳥取県	1	(0)	1	(0)	3	(2)
08_茨城県	4	(1)	1	(-2)	4	(4)	32_島根県	2	(0)	1	(0)	2	(0)
09_栃木県	7	(1)	1	(0)	7	(1)	33_岡山県	1	(0)	0	(0)	1	(0)
10_群馬県	1	(0)	0	(0)	1	(0)	34_広島県	2	(0)	0	(-1)	2	(0)
11_埼玉県	7	(2)	2	(1)	10	(-1)	35_山口県	2	(0)	0	(0)	2	(0)
12_千葉県	1	(0)	0	(0)	1	(0)	36_徳島県	1	(0)	0	(0)	1	(0)
13_東京都	3	(-2)	1	(0)	5	(0)	37_香川県	2	(0)	0	(0)	2	(0)
14_神奈川県	2	(0)	0	(0)	4	(0)	38_愛媛県	0	(0)	0	(0)	0	(0)
15_新潟県	2	(0)	0	(0)	2	(0)	39_高知県	2	(0)	1	(0)	2	(0)
16_富山県	1	(0)	0	(0)	1	(0)	40_福岡県	1	(0)	0	(0)	1	(0)
17_石川県	1	(0)	0	(-1)	1	(0)	41_佐賀県	2	(0)	0	(0)	2	(0)
18_福井県	1	(0)	0	(0)	1	(0)	42_長崎県	3	(0)	2	(0)	3	(0)
19_山梨県	1	(0)	0	(0)	1	(0)	43_熊本県	2	(-1)	2	(-1)	2	(-1)
20_長野県	1	(0)	0	(0)	4	(0)	44_大分県	1	(0)	1	(0)	1	(0)
21_岐阜県	3	(0)	0	(0)	3	(0)	45_宮崎県	5	(-1)	0	(0)	5	(-1)
22_静岡県	1	(0)	1	(0)	2	(0)	46_鹿児島県	1	(0)	0	(0)	2	(0)
23_愛知県	3	(0)	3	(0)	3	(0)	47_沖縄県	1	(0)	0	(0)	1	(0)
24_三重県	2	(0)	1	(0)	2	(0)							

※（ ）内は昨年比の増減人数

勤改センターにおける職員配置の状況（労務管理AD）

職員配置（医療労務管理アドバイザー）

(人)

	調査数	平均	最小値	最大値
1日あたりの配置人数	37	1.4	0.8	4
※うち、常駐者数	37	1.1	0	4
登録者数	47	11.3	2	22

※青セルは昨年比増加、赤セルは昨年比減少を示す

令和7年4月1日時点 (人)

都道府県	1日あたりの配置人数				登録者数		都道府県	1日あたりの配置人数				登録者数	
	うち常駐者							うち常駐者					
01_北海道	2.6	(-1)	2.6	(-1)	17	(-2)	25_滋賀県	-	-	-	-	6	(0)
02_青森県	1	(0)	1	(0)	3	(2)	26_京都府	1.2	(0)	1	(0)	2	(0)
03_岩手県	-	-	-	-	13	(13)	27_大阪府	3	(0)	3	(0)	13	(0)
04_宮城県	1	(0)	1	(0)	14	(1)	28_兵庫県	3	(0)	1	(0)	11	(0)
05_秋田県	1	(0)	1	(0)	5	(-1)	29_奈良県	1	(0)	0	(-1)	12	(0)
06_山形県	1	(0)	1	(0)	9	(-1)	30_和歌山県	1	(0)	1	(0)	6	(-2)
07_福島県	1	(0)	1	(0)	10	(-2)	31_鳥取県	1	(0)	1	(0)	20	(2)
08_茨城県	-	-	-	-	14	(-3)	32_島根県	1	(0)	1	(1)	16	(16)
09_栃木県	-	-	-	-	14	(1)	33_岡山県	1	(0)	1	(0)	13	(1)
10_群馬県	1	(1)	1	(1)	22	(11)	34_広島県	1	(1)	1	(1)	13	(12)
11_埼玉県	1	(0)	1	(0)	17	(-4)	35_山口県	1	(0)	1	(0)	7	(-1)
12_千葉県	1	(0)	1	(0)	16	(-3)	36_徳島県	1	(0)	1	(0)	14	(0)
13_東京都	1	(0)	1	(0)	22	(-10)	37_香川県	2	(0)	1	(0)	11	(2)
14_神奈川県	1	(-4)	0	(-1)	16	(6)	38_愛媛県	1	(0)	1	(0)	11	(1)
15_新潟県	-	-	-	-	18	(0)	39_高知県	4	(0)	4	(0)	4	(0)
16_富山県	1	(0)	1	(0)	6	(0)	40_福岡県	1	(0)	1	(0)	12	(-13)
17_石川県	3	(0)	1	(0)	10	(-2)	41_佐賀県	-	-	-	-	7	(0)
18_福井県	-	-	-	-	2	(2)	42_長崎県	-	-	-	-	10	(-1)
19_山梨県	1	(0)	1	(0)	7	(3)	43_熊本県	0.8	(-0)	0	(0)	10	(0)
20_長野県	2	(1)	2	(1)	12	(1)	44_大分県	2	(0)	1	(0)	12	(0)
21_岐阜県	1.6	(0)	1	(0)	8	(2)	45_宮崎県	-	-	-	-	19	(0)
22_静岡県	-	-	-	-	12	(0)	46_鹿児島県	1	(0)	1	(0)	12	(1)
23_愛知県	1	(0)	1	(0)	9	(1)	47_沖縄県	1	(0)	1	(0)	5	(-5)
24_三重県	1	(0)	1	(0)	8	(2)	※（ ）内は昨年比の増減人数						

※（ ）内は昨年比の増減人数

勤改センターにおける職員配置の状況（医業経営AD）

職員配置（医業経営アドバイザー）

（人）

	調査数	平均	最小値	最大値
1日あたりの配置人数	10	1.2	0	3
※うち、常駐者数	10	0.7	0	2
登録者数	47	3.8	0	22

※青セルは昨年比増加、赤セルは昨年比減少を示す

令和7年4月1日時点（人）

都道府県	1日あたりの配置人数				登録者数		都道府県	1日あたりの配置人数				登録者数	
			うち常駐者							うち常駐者			
01_北海道	-	-	-	-	7	(-1)	25_滋賀県	-	-	-	-	0	(0)
02_青森県	3	(1)	2	(0)	3	(0)	26_京都府	-	-	-	-	1	(0)
03_岩手県	-	-	-	-	1	(1)	27_大阪府	1	(0)	1	(0)	6	(0)
04_宮城県	-	-	-	-	4	(0)	28_兵庫県	-	-	-	-	1	(1)
05_秋田県	-	-	-	-	1	(0)	29_奈良県	1	(0)	0	(-1)	15	(0)
06_山形県	-	-	-	-	3	(0)	30_和歌山県	-	-	-	-	1	(0)
07_福島県	-	-	-	-	1	(0)	31_鳥取県	-	-	-	-	2	(0)
08_茨城県	-	-	-	-	3	(0)	32_島根県	-	-	-	-	2	(0)
09_栃木県	-	-	-	-	5	(1)	33_岡山県	-	-	-	-	1	(0)
10_群馬県	-	-	-	-	0	(-1)	34_広島県	-	-	-	-	2	(0)
11_埼玉県	-	-	-	-	6	(1)	35_山口県	-	-	-	-	1	(0)
12_千葉県	-	-	-	-	5	(0)	36_徳島県	0	(0)	0	(0)	1	(0)
13_東京都	1	(0)	1	(0)	22	(-8)	37_香川県	-	-	-	-	2	(0)
14_神奈川県	2	(0)	0	(0)	18	(16)	38_愛媛県	1	(0)	1	(0)	3	(0)
15_新潟県	-	-	-	-	10	(0)	39_高知県	2	(0)	1	(0)	2	(0)
16_富山県	-	-	-	-	1	(0)	40_福岡県	-	-	-	-	2	(-2)
17_石川県	-	-	-	-	0	(0)	41_佐賀県	-	-	-	-	1	(0)
18_福井県	-	-	-	-	1	(0)	42_長崎県	-	-	-	-	3	(0)
19_山梨県	-	-	-	-	1	(0)	43_熊本県	0.1	(-0.2)	0	(0)	6	(0)
20_長野県	-	-	-	-	1	(0)	44_大分県	1	(0)	1	(0)	4	(2)
21_岐阜県	-	-	-	-	1	(0)	45_宮崎県	-	-	-	-	8	(0)
22_静岡県	-	-	-	-	11	(0)	46_鹿児島県	-	-	-	-	5	(0)
23_愛知県	-	-	-	-	2	(0)	47_沖縄県	-	-	-	-	2	(0)
24_三重県	-	-	-	-	1	(0)							

※（ ）内は昨年比の増減人数

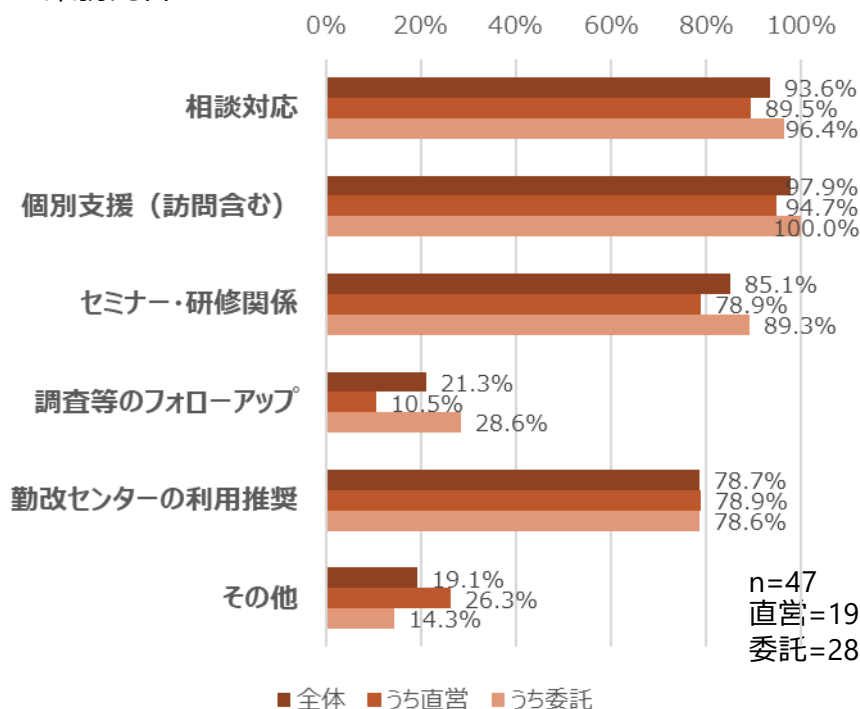
労務管理ADの業務実績

医療労務管理アドバイザーの業務実績

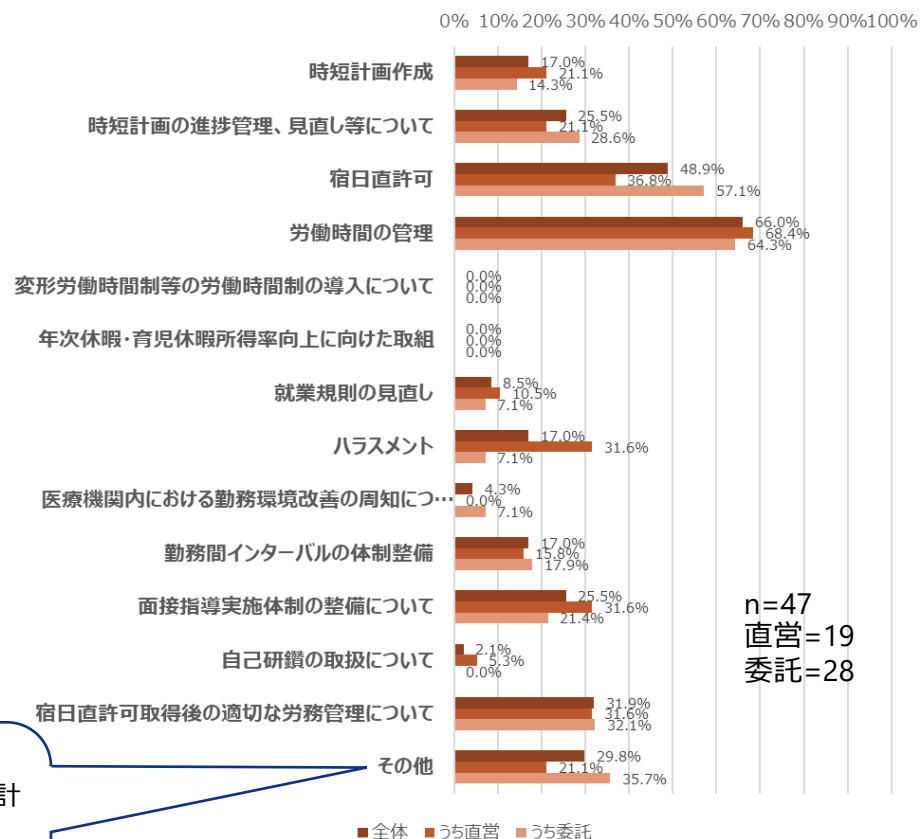
令和6年度の活動実績

- 医療労務管理アドバイザーの業務内容では、「相談対応」、「個別支援」が9割を超える。また、相談・個別支援の内容は、「労働時間の管理」、「宿日直許可」が多い。

業務内容



相談・個別支援の内容（多い順に上位3つ）



<その他の内容>

- 宿日直、振替・代休、変形労働時間制等に関連する割増賃金計算方法について
- 院内研修会(ハラスメント)
- 医療法第25条第1項に基づく立入検査に関わる支援
- マネジメントシステムの運営支援
- 立入検査後の対応と働き方改革

出典：令和7年度「医療従事者勤務環境改善のための助言及び調査業務」

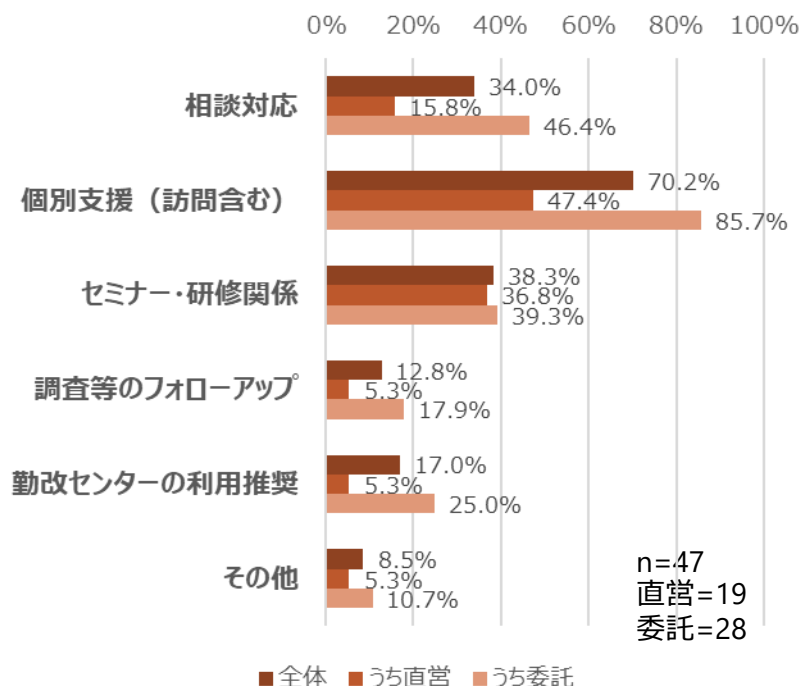
医業経営ADの業務実績

医業経営アドバイザーの業務実績

令和6年度の活動実績

- ・ 医業経営アドバイザーの業務内容では、「個別支援」が7割で最も多く、次いで「セミナー・研修関係」、「相談対応」である。また、相談・個別支援の内容は、「経営改善」が2割を超え最も多い。

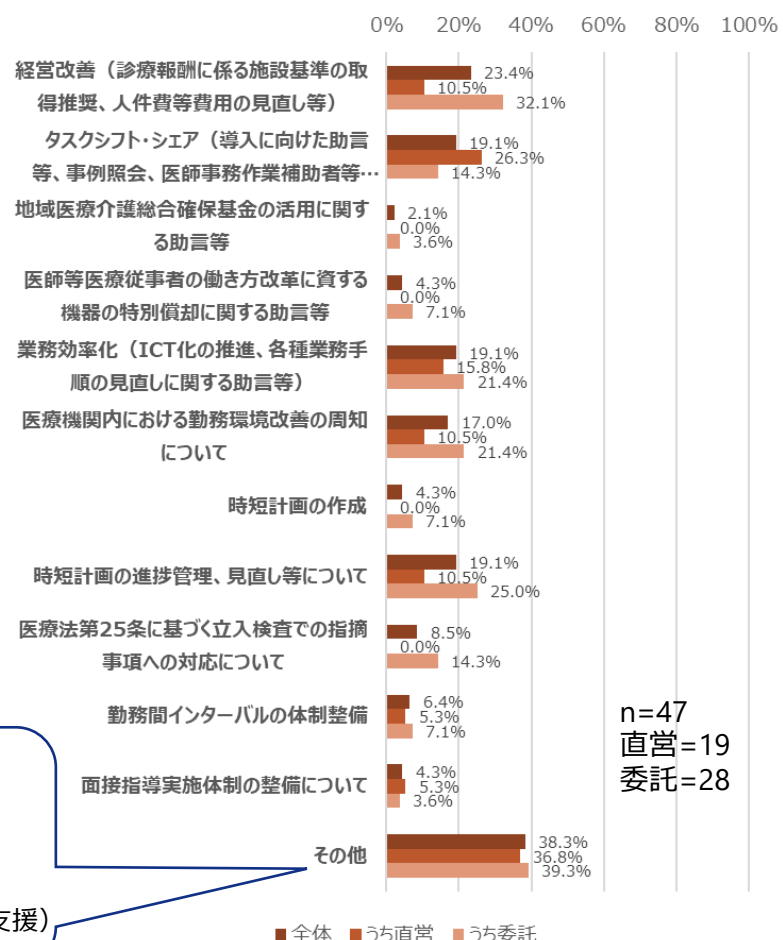
業務内容



<その他の内容>

- 宿日直許可取得後フォロー
- 勤務環境改善マネジメントシステム
- 派遣医師の確保等
- 収益向上に向けた病床運営について
- 組織マネジメント、労務管理等（医療労務管理アドバイザー等と一体的に支援）

相談・個別支援の内容（多い順に上位3つ）



出典：令和7年度「医療従事者勤務環境改善のための助言及び調査業務」

都道府県別の対応実績、対応内容

	調査数	平均	最小値	最大値
医療労務管理アドバイザーの 医療機関あたりの業務実績(件数)	47	0.29	0.01	2.54
医業経営アドバイザーの 医療機関あたりの業務実績(件数)	47	0.02	0.00	0.19

※青セルは昨年比増加、赤セルは昨年比減少を示す

令和6年度の活動実績

都道府県	医療機関数 (令和7年3月末)	医療機関からの 相談対応件数 (機関数)		のべ相談対応 件数(件数)		説明会・セミナー 等の開催(回数)		医療労務管理 アドバイザー業務実績 (総数)		医業経営 アドバイザー業務実績 (総数)		都道府県	医療機関数 (令和7年3月末)	医療機関からの相談 対応件数 (機関数)		のべ相談対応 件数(件数)		説明会・セミナー 等の開催(回数)		医療労務管理 アドバイザー業務実績 (総数)		医業経営 アドバイザー業務実績 (総数)	
01_北海道	3915	163	(-164)	690	(-1011)	14	(-2)	1088	(-1133)	63	(53)	25_滋賀県	1201	20	(-12)	233	(-33)	6	(4)	239	(-124)	2	(2)
02_青森県	915	35	(-14)	125	(-110)	1	(-1)	417	(195)	65	(34)	26_京都府	2662	31	(-49)	63	(-118)	3	(0)	2307	(2067)	25	(-75)
03_岩手県	959	12	(-8)	12	(-14)	1	(-3)	7	(-19)	1	(1)	27_大阪府	9528	164	(-126)	372	(-611)	3	(-2)	1145	(162)	873	(-110)
04_宮城県	1842	61	(9)	61	(9)	5	(4)	189	(76)	0	(0)	28_兵庫県	5576	39	(-40)	54	(-101)	4	(1)	903	(-164)	4	(4)
05_秋田県	842	17	(-5)	36	(-134)	12	(5)	247	(247)	0	(0)	29_奈良県	1289	25	(-11)	52	(-31)	2	(0)	240	(-41)	240	(-41)
06_山形県	942	19	(-56)	68	(-12)	2	(1)	135	(72)	1	(1)	30_和歌山県	1059	8	(-1)	24	(6)	3	(0)	58	(-5)	2	(2)
07_福島県	1449	15	(-38)	43	(-66)	2	(-5)	325	(2)	0	(0)	31_鳥取県	513	28	(7)	28	(7)	8	(3)	148	(0)	22	(22)
08_茨城県	1924	68	(-82)	252	(-318)	12	(9)	773	(-234)	52	(-49)	32_島根県	724	29	(1)	264	(176)	4	(1)	374	(287)	11	(10)
09_栃木県	1570	67	(-30)	149	(-90)	4	(-7)	3995	(3624)	7	(7)	33_岡山県	1726	56	(56)	128	(-48)	14	(11)	341	(341)	2	(2)
10_群馬県	1659	59	(4)	90	(13)	1	(-2)	117	(40)	0	(0)	34_広島県	2740	15	(-55)	49	(-21)	12	(10)	200	(200)	21	(9)
11_埼玉県	4939	34	(-59)	38	(-55)	7	(4)	835	(547)	8	(-7)	35_山口県	1317	140	(-11)	352	(-120)	6	(-4)	1384	(-31)	3	(1)
12_千葉県	4280	64	(-302)	102	(-781)	1	(0)	845	(-1332)	1	(-3)	36_徳島県	775	47	(-186)	89	(-144)	6	(5)	431	(198)	0	(0)
13_東京都	15877	155	(155)	230	(-303)	2	(0)	238	(-376)	21	(-561)	37_香川県	898	50	(5)	140	(17)	4	(-1)	350	(17)	1	(1)
14_神奈川県	7587	100	(0)	320	(200)	1	(-9)	1532	(1292)	1	(-2)	38_愛媛県	1280	10	(-18)	27	(-44)	1	(0)	69	(-166)	69	(-166)
15_新潟県	1758	12	(-4)	16	(-6)	10	(10)	37	(-35)	7	(6)	39_高知県	625	16	(-41)	21	(-81)	1	(0)	76	(-27)	22	(-9)
16_富山県	836	12	(-7)	12	(-12)	2	(0)	100	(100)	0	(0)	40_福岡県	5256			387	(-50)	4	(0)	1686	(-845)	3	(-7)
17_石川県	959	8	(-8)	40	(0)	2	(1)	218	(-40)	0	(0)	41_佐賀県	780	22	(-23)	36	(-52)	4	(0)	36	(-52)	0	(0)
18_福井県	634	19	(-29)	79	(-74)	5	(0)	79	(-156)	5	(3)	42_長崎県	1440	18	(-21)	24	(-25)	2	(0)	252	(-51)	12	(0)
19_山梨県	770	22	(-23)	64	(-24)	2	(0)	388	(204)	5	(5)	43_熊本県	1649	84	(-134)	156	(-413)	2	(-4)	437	(-566)	83	(32)
20_長野県	1695	24	(24)	46	(-133)	1	(-5)	299	(120)	0	(0)	44_大分県	1070	46	(-81)	86	(-41)	18	(2)	440	(-182)	39	(-14)
21_岐阜県	1683	47	(4)	72	(-8)	9	(0)	267	(-125)	0	(0)	45_宮崎県	1023	43	(-12)	66	(-65)	3	(1)	58	(-91)	8	(-2)
22_静岡県	2886	9	(-39)	28	(-35)	3	(-1)	169	(99)	41	(11)	46_鹿児島県	1566	180	(-120)	192	(-310)	2	(0)	511	(79)	43	(-20)
23_愛知県	6046	265	(24)	478	(-222)	45	(2)	992	(-339)	45	(-2)	47_沖縄県	1032	25	(-77)	61	(-212)	5	(1)	136	(-35)	3	(3)
24_三重県	1556	87	(-6)	207	(-28)	3	(-7)	389	(-13)	0	(0)												

※（ ）内は昨年比の増減数

※()内は昨年比の増減数

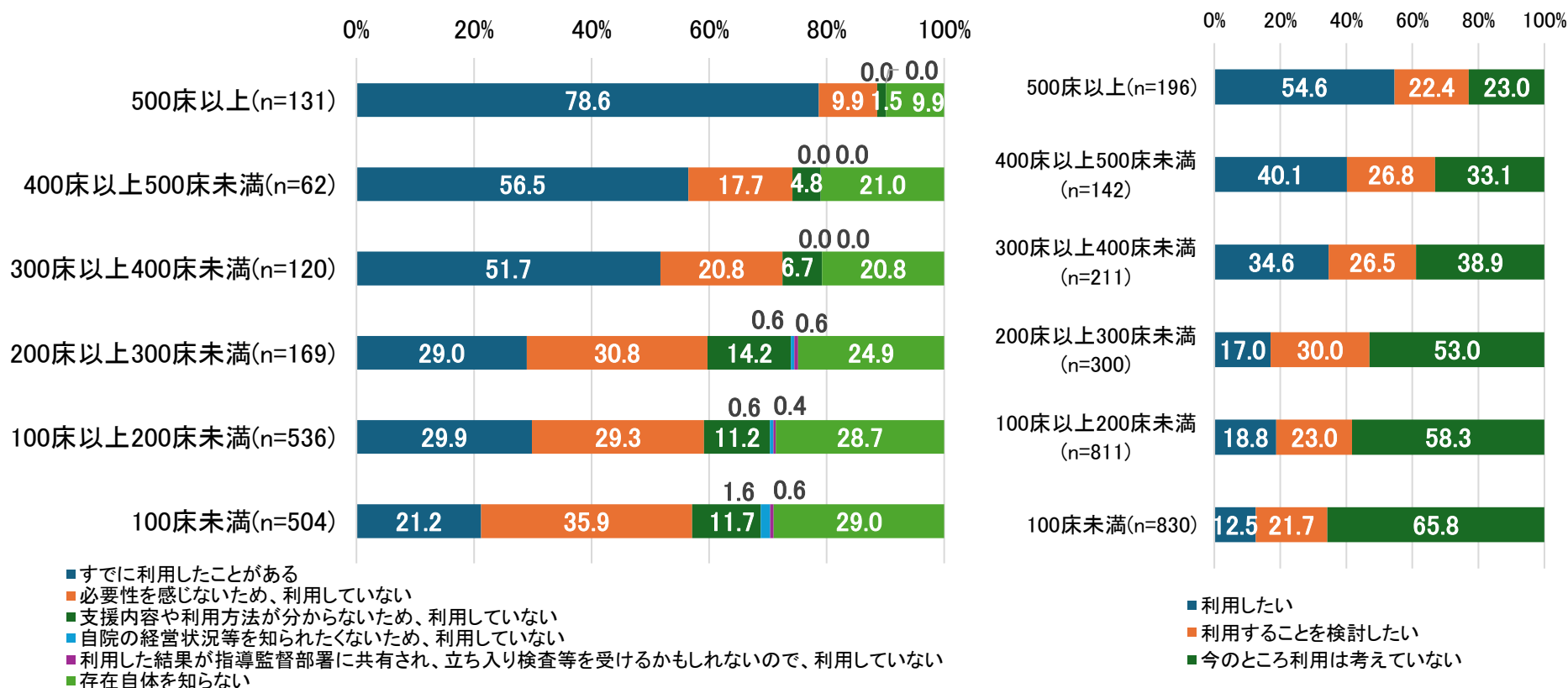
※アドバイザー業務実績は、相談対応、個別支援（訪問含む）、セミナー・研修関係、調査等のフォローアップ、勤改センターの利用推奨などの対応件数

※福岡県の「医療機関からの相談対応件数」は、「医療機関別に通年で整理しているため、年度単位での医療機関件数の集計ができず、昨年度と同様に空欄で回答しております。」との回答

勤改センターの利用状況

- 勤改センターの利用状況や認識について、医療機関を対象に調査したところ、300床以上の医療機関で「すでに利用したことがある」機関が過半数である一方、病床数が少ない程「必要性を感じないため、利用していない」や「支援内容や利用方法が分からないため、利用していない」の割合が多い。

医療機関の病床規模別 「勤改センター」の利用状況（左：令和7年度調査、右：令和6年度調査）



勤改センターにおける制度施行後の取組の方向性

令和6年度第1回
アドバイザー研修資料（2024.6）を改変

- 2024年4月以降、医療機関支援の支援ニーズは、“新しい制度への対応を急ぐ”段階から、改めて“労働時間の短縮を含めた具体的な勤務環境改善の取組を進めていく”段階に変化していく。また、医師以外の医療従事者を含めた医療機関全体での取組に焦点が当たる。
- こうした方向性について、都道府県に対する研修事業において、周知を実施している。

上限規制適用前（2024年3月まで）

 実際は、
“新しい制度への対応を急ぐ段階”

- 医師の労働時間を確実に把握する
 - ・ 副業・兼業、宿日直許可、研鑽
- 医師労働時間短縮計画の作成
- 医療機関勤務環境評価センターの評価受審
- 面接指導、勤務間インターバル
- 36協定の締結

等

 制度を知る・対応する

 医療労務管理アドバイザーの支援ニーズ 増

上限規制適用後（2024年4月以降）

 改めて、
“労働時間の短縮を含めた具体的な勤務環境改善の取組を進めていく段階”

- 長時間労働医師に対する具体的な勤務環境改善の取組（医師労働時間短縮計画の実行等）
 - ・ タスク・シフト/シェア
 - ・ 医師同士の役割分担（複数主治医制等）
- 医師以外の医療従事者を含めた勤務環境改善の取組
 - ・ ハラスメント対策、メンタルヘルス対策
 - ・ 仕事と家庭の両立支援

等

 取組を進め方を知る・取組を進める

 医業経営アドバイザーの支援ニーズ 増

 改めて、
医療労務管理アドバイザーと医業経営アドバイザーの連携による支援を

勤改センターにおける活動例【岡山県における取組】

- 岡山県の取組として、県が様々な調査・支援等を通じて蓄積した情報を元に、地域医療に対して特に影響の大きい医療機関をピックアップし、訪問やヒアリング、労働局等と連携した必要な申請に係る支援を実施。
医療機関支援に当たり「離職率低下」という具体的なアウトカム目標を設定し、継続支援を通じて目標達成を実現。

岡山県勤改センターの体制

- ・ 岡山県医師会が運営。センター長（医師）、管理事務スタッフ1名、医療労務管理アドバイザー13名（常勤11名、派遣2名）、医業経営アドバイザー1名、医療アドバイザー1名の体制。

活動実績（令和4年4月～令和5年11月実績）

- （1）医師労働時間短縮計画作成支援 7医療機関
- （2）評価センター評価受審医療機関への支援 6医療機関
- （3）特例水準指定申請医療機関への支援 5医療機関
- （4）宿日直許可申請の伴走型サポート 58医療機関

→ こうした支援を通じて集積した医療機関のデータを統合、地域医療への影響を検討した上で、優先的に支援すべき医療機関を設定し、対応を進めた。

「離職率低下」のアウトカム設定に基づく支援

- ・ 県内医療機関において、職場環境に関する課題から、看護師の離職率が高まる事態が発生、必要な人材確保が困難となる恐れが高まり、医療機関から勤改センターへ相談があった。病院事務長・看護部長等の関係者を巻き込んで、離職率の低下に向けて検討。
- ・ 月1回の訪問支援を実施。現場の把握とともに、職員アンケート調査の実施支援を行い、現場の実態把握と取組に対するフィードバックに役立てることとしたところ、1年半にわたる支援と病院関係者の粘り強い取組も功を奏して離職率の低下を実現した。



勤改センターにおける活動例【高知県における取組】

第13回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

令和8年2月25日

資料1-2
(一部改)

- 高知県では、医療勤務環境改善支援センターに係る業務を、県内の医師確保を担当する一般社団法人高知医療再生機構に委託して実施している。これにより、医師確保と勤務環境改善にかかわる取組を一つの組織で一体となり行っている。

高知県

勤改センターを委託

①医師確保

若手医師のキャリア形成、県外からの医師の招へい及び赴任の支援、高知大学、県外大学との人材交流等

高知医療
再生機構

②医療勤務環境改善支援センター

高知県より委託

一つの組織で
一体となって
行う

医療再生機構における取組例

① 医師確保

高知県奨学金学生の卒後フォローアップ

高知地域医療支援センターと協力してフォローアップや制度改善の提案

県外在住医師への勧誘活動

WEBや医学専門誌等により、高知での就業を検討中の

医師を勧誘、就職後のフォローアップを実施

キャリア形成支援と若手医師の自主的活動支援

専門医・指導医養成支援事業とともに、若手医師（コーチレジ）の自主的活動を支援

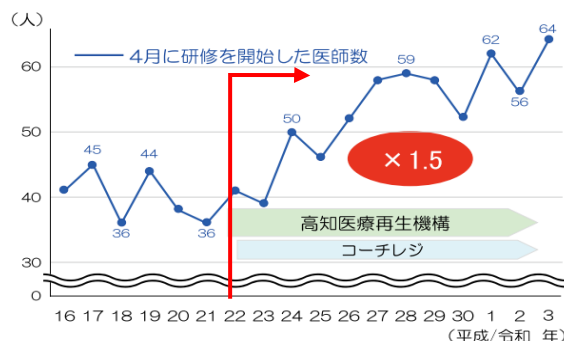
地域医療研修プログラム

県内病院群（上図）で地域医療研修プログラムを作成し、県外研修医を受け入れ



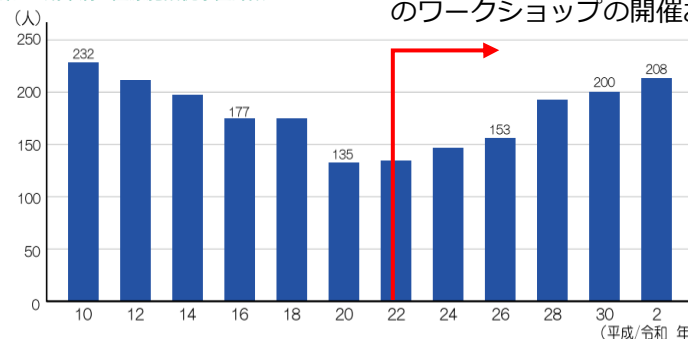
基幹型臨床研修病院と地域医療研修協力施設

高知県 臨床研修開始医師数



(平成30年は高知大学医学部の卒業生が少なかったための一時的な現象です。)

高知県 30歳未満の医療施設従事医師数



② 医療勤務環境改善支援センター

医療勤務環境改善モデル支援事業

医療勤務環境改善マネジメントシステムの導入・活用を推進し、医療機関の勤務環境改善・課題解決を支援

医師の働き方改革支援事業（医療機関への定期的な状況確認と支援）

- ・ 特例水準取得に向けた労働環境改善、宿日直許可申請等の手続き、時短計画作成支援
- ・ 特例水準取得後の定期的な状況確認・訪問による改善活動継続支援
- ・ 医師の働き方改革による地域の医療提供体制への影響軽減
- ・ 認定看護師、特定行為看護師の養成によるタスク・シフト/シェア推進

他職種ワークショップの開催

タスク・シフト/シェアの推進に向けた、他職種で構成される小グループでのワークショップの開催および開催支援

H22～ 高知医療再生機構の設立後(赤矢印線)より、臨床研修開始医師数及び30歳未満の医療施設従事医師数は増加傾向

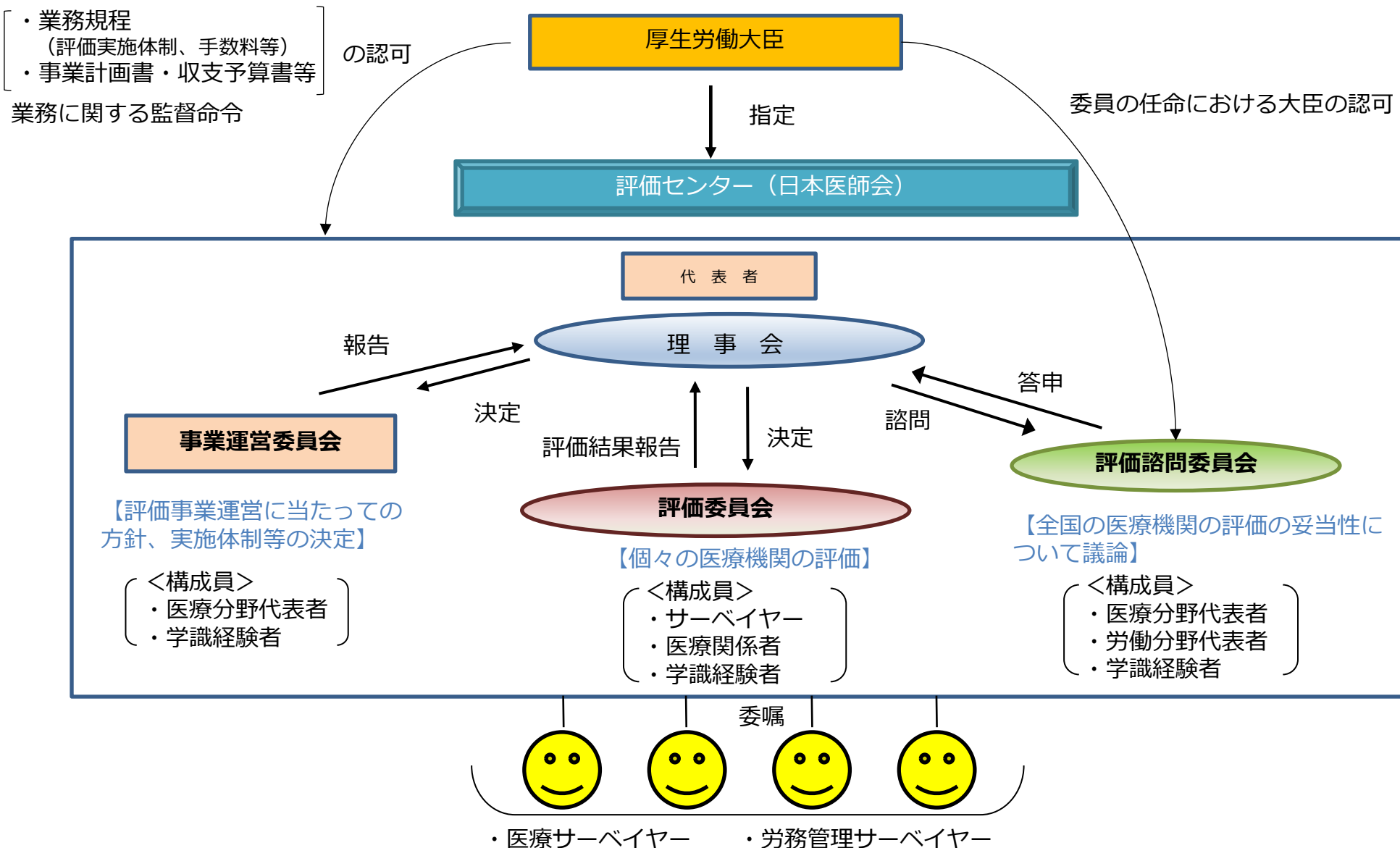
医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況 (2) 都道府県による医療機関への支援等 小括

- 医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）は、医師・看護師等の医療従事者の勤務環境改善を促進するための拠点として、医療法の規定に基づき都道府県が設置している。医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）や医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が配置されている。
- 勤改センターの体制としては、以下のような状況である。
 - ・ 事務担当職員の1日あたりの配置人数は、およそ3分の2の自治体が1人又は2人であるが、専任の職員を置く割合は少ない。医療労務管理アドバイザーの配置形態は、「常時配置」がおよそ8割を占め、1日あたりの配置人数は、およそ4分の3の自治体が「1人以上2人未満」。また、1日あたりの専任者は1人が8割を超えている。また、医業経営アドバイザーの配置形態は、「スポット対応」がおよそ8割近くを占め、勤改センターと異なる場所に配属されている割合が高い。
 - ・ 医療労務管理アドバイザーの業務内容では、「相談対応」、「個別支援」が9割を超える。また、相談・個別支援の内容は、「労働時間の管理」、「宿日直許可」が多い。また、医業経営アドバイザーの業務内容では、「個別支援」が7割で最も多く、次いで「セミナー・研修関係」、「相談対応」である。また、相談・個別支援の内容は、「経営改善」が2割を超え最も多い。
- 都道府県においては、特定労務管理対象機関の指定を行っており、本年4月時点で、連携B水準：148（医療機関）、B水準：403、C-1水準：135、C-2水準：13であった。特定労務管理対象機関はやや増加しているものの、概ね令和6年12月の指定数と大きな差はない。

- 1 医師の働き方改革の経緯等
- 2 医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況**
 - (1) 医療機関の労働時間の実態、適切な労務管理等
 - (2) 都道府県による医療機関への支援等
 - (3) 医療機関勤務環境評価センターや国の取組**
- 3 C水準の状況
- 4 医師の働き方改革を取り巻く施策の状況

医療機関勤務環境評価センターの組織

<組織のイメージ>



評価センターにおける各年度ごとの評価結果

- 最終的な評価結果は評価項目の達成状況に応じて決定され、申請医療機関と当該機関の所在地の都道府県へ通知。その後、都道府県にて指定結果の公示と評価結果の公表が行われる。
- 令和5年度から7年度にかけて、498機関に結果通知を発出（令和5年度は新規・水準追加の届出、6年度は全て新規の届出、令和7年度は新規・更新・水準追加の届出に対する通知を発出）。

結果通知の分類

結果通知	(機関数)		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度
1 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われており、労働時間短縮が進んでいる	171	5	12
2 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われているが、労働時間短縮が進んでいない	104	7	7
3 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があるが、医師労働時間短縮計画案から今後の取組の改善が見込まれる	178	13	1
4 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があり、医師労働時間短縮計画案も見直しが必要である	0	0	0
計	453	25	20

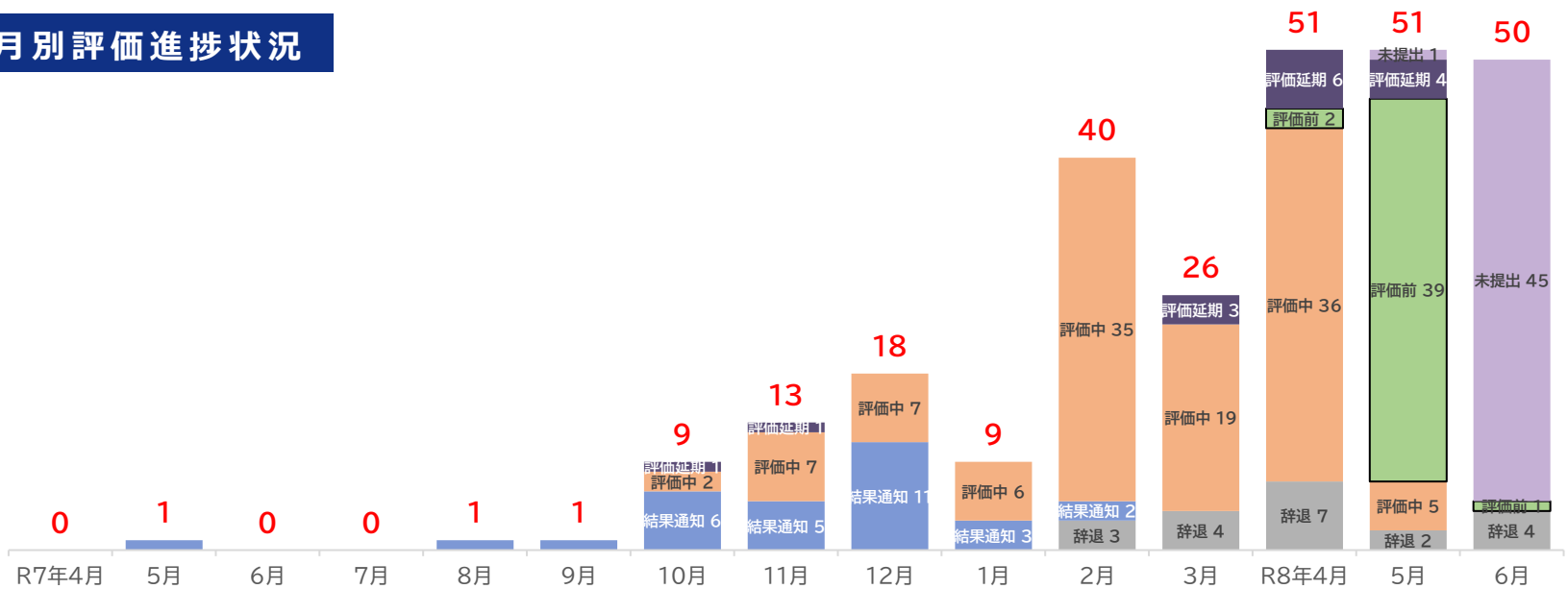
評価センターにおける評価受審の進捗状況

○ 令和7年度は118件、令和8年度は152件（令和8年6月1日現在）の評価申請を受付。

審査種別ごとの評価進捗状況

評価		未提出	評価延期	評価前	評価中	結果通知	辞退	全体
R7年度	新規	0	0	0	1	3	0	4
	更新	0	5	0	75	27	7	114
R8年度	新規	1	0	0	0	0	0	1
	更新	45	10	41	41	0	13	150
	追加	0	0	1	0	0	0	1

受付月別評価進捗状況



※令和7年度以降の更新評価に係る申請受付は予約制とし、令和7年10月～令和8年3月は各月40枠、令和8年4月～9月は各月50枠としている。
※評価受審から結果通知までの期間は、提出書類に不備がなく手続きが順調に進んだ場合でも、概ね4か月を要する。
（提出書類の内容確認や追加資料の提出が必要となった場合は、結果通知までの期間が延長される場合がある。）

医師の働き方改革の推進に向けた国の施策等

- 医師の働き方改革の推進に向けて、国においては医療法に基づき「医師の労働時間短縮等に関する指針」を定めているほか、地域医療介護総合確保基金等を通じた支援を行っている。

医療法及び「医師の労働時間短縮等に関する指針」

○医療法（昭和23年法律第205号）（抄）

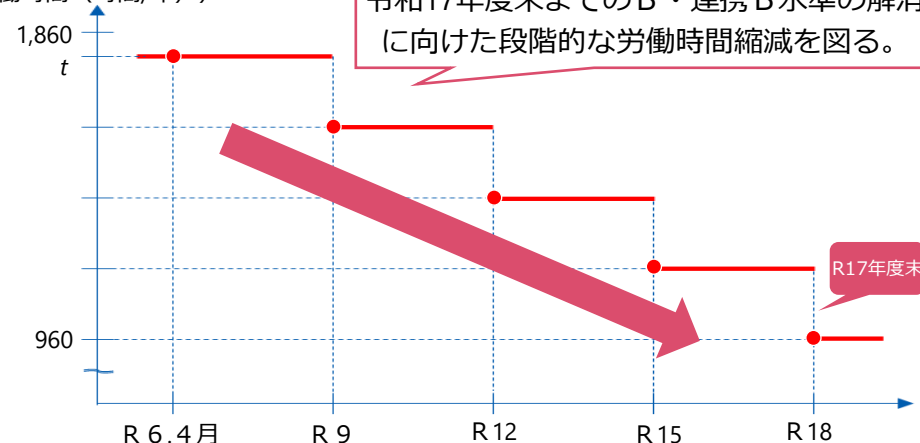
第105条 厚生労働大臣は、労働が長時間にわたる医師の労働時間を短縮し、及びその健康を確保することにより、医師が良質かつ適切な医療を行うことができるよう、当分の間において国及び都道府県並びに病院又は診療所の管理者その他の関係者が適切に対処するために必要な指針を定め、これを公表するものとする。

○医師の労働時間短縮等に関する指針（令和4年厚生労働省告示第7号）

「基本的な考え方」「医師の時間外労働短縮目標ライン」のほか、国及び都道府県、地域の医療関係者、医療機関、医師、国民といった「各関係者が取り組むべき推奨事項等」を整理している。

B・連携B水準適用医師の年間の時間外・休日労働時間の目標値の設定（短縮目標ライン）

（年間の時間外等労働時間（時間/年））



国の取組

- ・ 地域医療介護総合確保基金における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、勤改センターへの助言事業
- ・ 長時間労働の傾向にある診療科への伴走支援及び事例の収集
- ・ 医療専門職支援人材（看護助手、医師事務作業補助者）に関する確保・定着促進のための手引き書等の整備
- ・ 国民、医学生、臨床研修医等への周知、カスタマーハラスメントの防止に向けた周知や手引き書等の整備
- ・ 勤務の実態や制度の影響等に関する調査
- ・ 診療報酬における対応（地域医療体制確保加算等） 等

勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

(地域医療介護総合確保基金 事業区分Ⅵ)

令和8年度予算額：95億円（公費143億円）
（令和7年度予算額：95億円（公費143億円））
※地域医療介護総合確保基金（医療分）909億円の内数

I 地域医療勤務環境改善 体制整備事業

II 地域医療勤務環境改善 体制整備特別事業

III 勤務環境改善 医師派遣等推進事業

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
※下線部は令和6年度における主な変更箇所

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年度からの新規事業】

長時間労働医療機関へ医師派遣支援を行う事業
【令和6年度からの新規事業】

対象医療機関

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

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

かつ
以下のいずれかを満たす医療機関を支援

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

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



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

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

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

※地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない

※地域医療体制確保加算を取得していても対象とする



補助経費

補助経費

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

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

補助単価

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

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。

令和6年度 地域医療介護総合確保基金（事業区分Ⅵ）都道府県別交付額一覧

都道府県	交付額 (国費)	令和6年度 基金規模
01 北海道	-	-
02 青森県	1.4億円	2.0億円
03 岩手県	-	-
04 宮城県	0.4億円	0.6億円
05 秋田県	-	-
06 山形県	-	-
07 福島県	-	-
08 茨城県	-	-
09 栃木県	0.5億円	0.8億円
10 群馬県	-	-
11 埼玉県	-	-
12 千葉県	11.2億円	16.8億円
13 東京都	20.5億円	30.7億円
14 神奈川県	5.9億円	8.8億円
15 新潟県	-	-
16 富山県	0.6億円	0.9億円
17 石川県	1.2億円	1.9億円
18 福井県	0.1億円	0.1億円
19 山梨県	1.2億円	1.8億円
20 長野県	0.1億円	0.2億円
21 岐阜県	0.2億円	0.4億円
22 静岡県	11.7億円	17.6億円
23 愛知県	3.3億円	4.9億円
24 三重県	1.4億円	2.1億円

都道府県	交付額 (国費)	令和6年度 基金規模
25 滋賀県	-	-
26 京都府	1.7億円	2.5億円
27 大阪府	19.7億円	29.6億円
28 兵庫県	1.9億円	2.9億円
29 奈良県	1.0億円	1.4億円
30 和歌山県	-	-
31 鳥取県	2.8億円	4.1億円
32 島根県	-	-
33 岡山県	0.3億円	0.4億円
34 広島県	1.0億円	1.5億円
35 山口県	0.7億円	1.0億円
36 徳島県	0.6億円	0.9億円
37 香川県	0.5億円	0.7億円
38 愛媛県	1.2億円	1.8億円
39 高知県	1.8億円	2.7億円
40 福岡県	9.0億円	13.5億円
41 佐賀県	0.4億円	0.5億円
42 長崎県	1.0億円	1.4億円
43 熊本県	0.8億円	1.2億円
44 大分県	0.2億円	0.4億円
45 宮崎県	1.2億円	1.7億円
46 鹿児島県	0.6億円	0.9億円
47 沖縄県	0.7億円	1.0億円
合 計	106.6億円	159.9億円

令和 7 年度 地域医療介護総合確保基金（事業区分Ⅵ）都道府県別内示状況

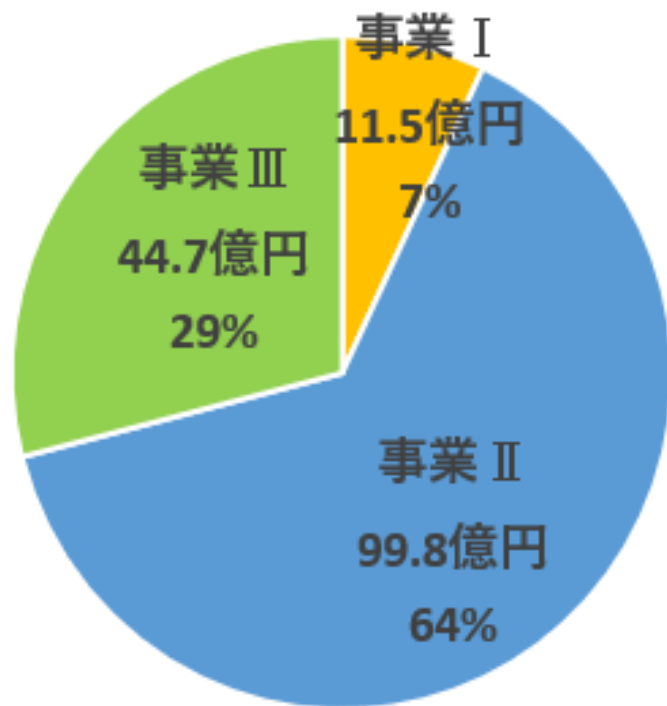
都道府県	内示額 (国費)	令和 7 年度予算 基金規模
01 北海道	0.8億円	1.2億円
02 青森県	1.0億円	1.6億円
03 岩手県	1.7億円	2.6億円
04 宮城県	0.6億円	0.8億円
05 秋田県	-	-
06 山形県	0.5億円	0.8億円
07 福島県	0.8億円	1.2億円
08 茨城県	0.0億円	0.1億円
09 栃木県	-	-
10 群馬県	0.6億円	0.9億円
11 埼玉県	3.5億円	5.3億円
12 千葉県	7.8億円	11.7億円
13 東京都	21.6億円	32.4億円
14 神奈川県	7.0億円	10.5億円
15 新潟県	-	-
16 富山県	1.1億円	1.7億円
17 石川県	1.4億円	2.2億円
18 福井県	0.9億円	1.4億円
19 山梨県	-	-
20 長野県	0.2億円	0.3億円
21 岐阜県	0.6億円	0.9億円
22 静岡県	13.9億円	20.8億円
23 愛知県	5.2億円	7.8億円
24 三重県	1.4億円	2.0億円

都道府県	内示額 (国費)	令和 7 年度予算 基金規模
25 滋賀県	0.2億円	0.3億円
26 京都府	-	-
27 大阪府	20.0億円	30.0億円
28 兵庫県	5.3億円	8.0億円
29 奈良県	1.5億円	2.2億円
30 和歌山県	1.2億円	1.8億円
31 鳥取県	1.5億円	2.3億円
32 島根県	0.7億円	1.1億円
33 岡山県	0.1億円	0.1億円
34 広島県	1.1億円	1.6億円
35 山口県	0.5億円	0.8億円
36 徳島県	1.0億円	1.5億円
37 香川県	0.8億円	1.2億円
38 愛媛県	2.1億円	3.2億円
39 高知県	1.2億円	1.8億円
40 福岡県	5.5億円	8.3億円
41 佐賀県	-	-
42 長崎県	1.3億円	2.0億円
43 熊本県	0.2億円	0.3億円
44 大分県	0.8億円	1.2億円
45 宮崎県	-	-
46 鹿児島県	0.3億円	0.4億円
47 沖縄県	-	-
合 計	116.1億円	174.1億円

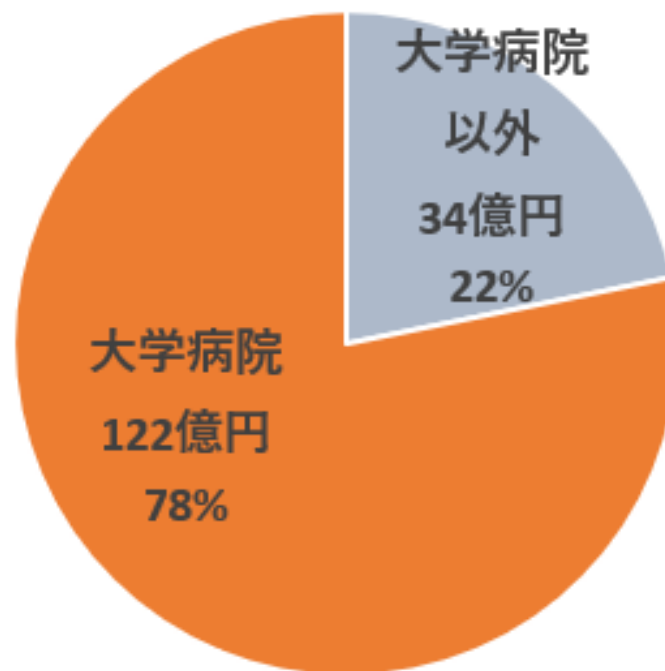
令和6年度 地域医療介護総合確保基金（事業区分Ⅵ）交付状況

- 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おける令和6年度の交付決定額は156億円
- 事業別内訳は、「Ⅰ 地域医療勤務環境改善体制整備事業」は11.5億円（7%）、「Ⅱ 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業」は99.8億円（64%）、「Ⅲ 勤務環境改善医師派遣等推進事業」は44.7億円（29%）
- 交付先は、大学病院は122億円（78%）、大学病院以外は34億円（22%）

＜事業別内訳＞



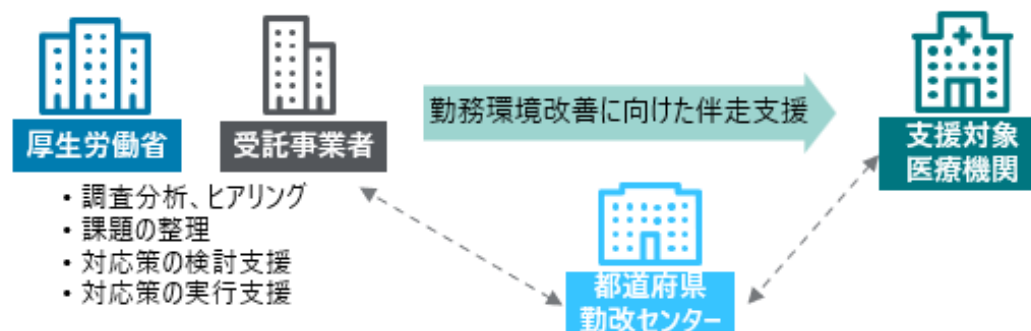
＜交付先内訳＞



長時間労働の傾向にある診療科を中心とした医療機関の勤務環境改善に係る調査研究及び支援事業

令和6年4月から医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制が適用され、医療機関には医師労働時間短縮計画（以下、短縮計画）の着実な実施による医師の働き方改革の推進が求められている。本事業では、地域の中核医療機関において長時間労働の傾向がみられる診療科を対象に、短縮計画等で定めた施策のPDCAサイクルに沿った着実な実施や勤務環境の改善に向けた多面的な取組のプロセスについて伴走支援を実施した。

期間	令和7年7月～令和8年3月
支援対象医療機関	特定労務管理対象機関である10医療機関 国立大学病院、公立大学病院、私立大学病院、 私立大学病院分院、公立病院（2）、公的病院（3）、 民間病院（1）
支援対象診療科	長時間労働の傾向にある診療科を支援対象医療機関が選定 消化器外科・一般外科（4）、消化器内科（5）、 産婦人科（2）、小児科、循環器内科、整形外科、麻酔科



医療機関への伴走支援

取組内容・検討のプロセスを事例集としてとりまとめ

現状分析・課題抽出

勤務環境の現状把握

- 短縮計画
- 各職種へのタスク・シフト/シェア
- 医師の業務の見直し
- 業務削減・効率化の取組（ICT機器の活用を含む）
- 宿日直許可の有無 等

対象診療科の分析・課題抽出

- 理由別時間外・休日労働時間タイムライン分析
- 勤務シフト・勤務実績
- 当直・オンコール体制
- カンファレンス等実施状況
- 手術実績（予定/緊急、時間帯）
- 内視鏡のインターバル分析
- 診療科の特性によるタスク・シフト/シェア状況 等

対象診療科の選定

労働時間管理の現状把握

- 勤務体系・労働時間制
- 労働時間の管理方法
- 時間外・休日労働時間の実績
- 副業・兼業、休暇取得状況
- 追加的健康確保措置 等

課題の整理

診療科へのヒアリング

関係部署等へのヒアリング

課題の整理・
取組事項の一覧化

対応策の検討

対応策の検討・整理
（ICT機器の活用を含む）

経営層への確認・協議
（合意形成）

対応策の実行

支援・フォローアップ

検証・原因分析／改善

短縮計画の見直し

<都道府県及び勤改センターとの連携>

都道府県及び勤改センター等と、医療機関へのヒアリングへの同席や定期的な情報共有等により連携

長時間労働の傾向にある診療科を中心とした医療機関の勤務環境改善に係る調査研究及び支援事業

- 伴走支援を実施した医療機関における勤務環境改善等に関する取組内容や検討プロセス等を事例集としてとりまとめ、いきいき働く医療機関サポートWeb（いきサポ）へ掲載し、医療機関への横展開を図る。

外科・消化器外科

日本医科大学千葉北総病院

手術技術と物品管理の標準化による手術時間の短縮

取組における工夫

消化器の全領域から始めないこと

前述の通り消化器外科領域は幅が広く、それだけに各々の領域で専門性が重視されるため、手術の時間短縮化は部長の専門領域でもある膵臓手術から限定して行った。膵臓手術だけでも医局内において理解の浸透を得るまでに1年以上の歳月を要した。手術時間の短縮化がもたらすメリット、他領域の医局員にも膵臓での成果を通じて実感させて、その取組を広めていくことが肝要であると思われる。

手術時間の短縮化の結果として労働時間を捉えること

時間外・休日労働時間への影響は副次的な結果と捉えている。外科医の本人は手術を通じて患者に寄り添うことであり、それを外科医局としての医局員全体の理念とすることが重要である。そのため、「時間外・休日労働削減」を直接的な目標として掲げるのではなく、手術手技の向上を優先的に追求し、その結果として得られる様々な効果を見極めていくことが必要である。例えば、手術の精度を高めることで、手術時間の短縮のみならず、術後合併症発生率の軽減に基づく医師の夜間呼出しの減少にもつながっていくと考えられる。

取組の効果

手術時間短縮と件数の増加

膵頭十二指腸切除術において、その手術時間が大幅に短縮した。令和6年からは開腹術と比べ腹腔鏡下/ロボット支援下手術の割合が増加したが、手術時間は短縮されたままであった。その結果、膵頭十二指腸切除を含む膵臓切除手術の件数は大幅に増加し、令和4年のは26件であったが、令和5年は43件、令和6年には70件となった。

手術部位感染（SSI）の減少

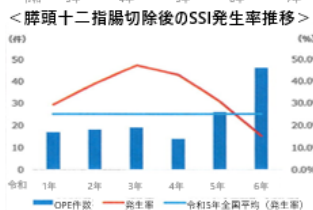
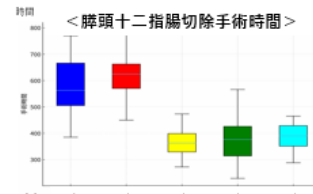
膵頭十二指腸切除術後のSSI発生率は、令和4年の40%から漸減し、令和6年には全国平均を明らかに下回る20%以下にまで減少した。

勤務環境改善

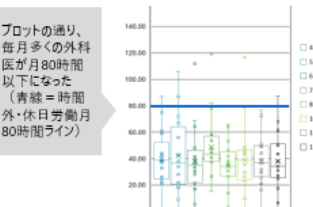
膵臓での取組は他領域（消化管、肝臓等）にも徐々に浸透していった。手術時間の短縮化が勤務環境改善に好影響を与えたと考えられる。大学病院であるため、外勤での時間外・休日労働はあるものの、現在院内外科医として月80時間を超える者は消化器外科医局員（約20人）の中で多くても月1〜2名となった。

今後の展望

本事例は日本医科大学千葉北総病院外科・消化器外科における膵臓手術での展開である。本例のような手術手技や物品管理の標準化を成功例として、他領域の膵臓手術にもバランスを考慮した上で、幅広く展開する仕方についてスタッフ間で検討を重ねている。また、ICTを活用したプロトコルや物品リストの電子化により、効率化と教育環境の向上を目指している。



<令和6年4〜12月の時間外・休日労働時間数の分布（院内勤務のみ）>
※9月データなし



病院全体

岡山大学病院

大学病院における短縮計画に基づく勤務環境改善

取組の内容

タスク・シフト/シェアの推進

タスク・シフト/シェアについては、「医療従事者の負担軽減に関する会議」で検討を進め、特定行為研修修了看護師の育成等、さまざまな取組を行ってきた。アンケートの結果、タスク・シフト/シェアのさらなる推進を期待する意見が多く寄せられた。こうした状況を踏まえ、令和6年度には、特に医師事務作業補助者の業務範囲の拡大に向けてクラークセンターにおける検討を進めた。

クラークセンターの設置

クラーク（医師事務作業補助者）は、60名以上を配置していたが、医師からは事務作業が多い等不満の意見もあった。そのため効果的な人員配置・業務遂行を目的に令和6年度にクラークセンターにおいて、クラークの一元管理と業務の見直しを行った。

結果として令和7年度はタスク・シフトの取組範囲が大きく拡大した。

特定行為研修修了看護師の育成

特定行為研修修了の看護師を継続的に育成しており、研修修了者は令和6年度に13名まで増加した。研修修了者は主にICU、手術室、病棟、看護部に配置しており、年間の特定行為の実件数は1,100件を超えている。

院内認定IVナースの育成

抗がん剤の穿刺を医師とタスク・シェアするため、院内認定資格としてIVナース（静脈注射看護師）を育成している。

臨床工学技士（麻酔アシスタント）の配置

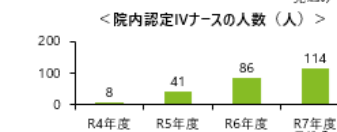
令和6・7年度の2年間で5名の周術期麻酔業務支援（麻酔アシスタント業務）を行う臨床工学技士を採用・育成し、麻酔科蘇生科の負担軽減を図っている。令和7年度からの麻酔アシスタント臨床工学技士の配置により、全身麻酔装置の準備等麻酔関連を中心に、タスク・シフトの範囲が拡大した。

今後の展望

岡山大学病院は短縮計画を着実に推進し、特例水準対象（年間960時間超）の医師数と時間外・休日労働の平均時間を減少させている。令和17年度のB水準・連携B水準の指定解消に向け、病院長のリーダーシップのもと、労務諮問会議で勤務情報を継続的に分析・共有し、診療科及び医師へ適切にフィードバックを行うことで、PDCAに基づく進捗管理を徹底する計画である。

一方で、大学病院の使命でもある教育・研究の時間を担保しつつ労働時間短縮にいかに関与していくという点は大きな課題であり、他の大学病院の取組も参考にしつつ取組を継続的に検証・改善していく予定である。

<短縮計画における実績値>



医療専門職支援人材確保・定着支援事業

- 医師の働き方改革を進めるにあたっては、医師・看護師等の医療専門職から、看護補助者や医師事務作業補助者のような医療専門職支援人材へのタスクシフト・タスクシェアが重要。
- 支援人材の確保・定着を支援するため、支援人材の業務内容や魅力等を示したリーフレットやPR動画、支援人材の確保・定着に役立つ手引書等の支援ツールを作成するとともに、医療機関向けの活用セミナーを開催。

支援ツール

厚生労働省
医療専門職支援人材確保・定着支援事業

**看護補助者・医師事務作業補助者
確保・定着のための支援ツール一覧**

- 手引書
 - 医療専門職支援人材の確保・定着のための手引書
- リーフレット
 - 看護補助者は看護職と共に患者さんのサポートなどを行います
- eラーニング動画 / テキスト
 - 看護補助者の役割と仕事
- インタビュー動画
 - 看護補助者の働き方

✓ 医療現場の負担を軽減するための中長期的な取り組みとして、医師の働き方改革が推進されています。医師・看護師等の医療専門職から看護補助者や医師事務作業補助者のような「医療専門職支援人材」へのタスク・シフトが重要であることから、厚生労働省ではこうした支援人材の確保事業を展開しています。

✓ 本事業において、医療機関での支援人材の確保や定着のための取り組みに役立つツールを作成しました。求職者向け、管理者向け、支援人材本人向けのものがありますので、目的と対象に応じて適宜ご活用ください。

職種	ツール	主な対象者	概要	リンク
				資料 動画
看護補助者	医療専門職支援人材の確保のための手引書	医療機関の人事管理担当者等	【看護補助者向け】仕事で学ぶ支援人材確保・定着のポイント集 ・支援人材の採用、および採用後の労働条件、待遇、研修、教育などのポイントについて、まとめました。 ・あふりに関連した事例も添えて記載していますので、支援人材の採用、定着の取り組みを進める際に活用ください。	手引書 ※動画はありません
医師事務作業補助者	e-learning教材【支援人材本人向け】	支援人材ご本人	【新人看護補助者/医師事務作業補助者】のための医療機関導入eラーニング ・看護補助者、医師事務作業補助者として、医療機関に初めて入られる方に向けて、向業の業務内容や働き方、また必要な知識を講義形式でまとめました。 ・入職後の研修（オン・オフ）や院内研修等に活用ください。	動画 ※資料はありません

職種	ツール	主な対象者	概要	リンク
				資料 動画
看護補助者	リーフレット 「全国の医療機関で看護補助者を募集しています」	求職者 （希望職種として看護補助者を目指す人）	【看護補助者に関心がある方向け】看護補助者の仕事とやりがいについてリーフレット ・看護補助者の働き方を広く知ってもらうため、本職が求めている背景や仕事内容、やりがい等を資料にまとめました。	リーフレット
	看護補助者の業務紹介動画 「あなたにこそ！看護は、医師や看護師を支援する人材を求めています」	求職者 （希望職種として看護補助者を目指す人）	【看護補助者に関心がある方向け】看護補助者の業務紹介動画 ・看護補助者として実際に働いている方インタビュー形式でメッセージを送っています。採用活動の際にご活用ください。	動画 ※資料はありません

活用セミナー

厚生労働省

**令和7年度
医療専門職支援人材
活用セミナー**

**医療専門職支援人材の
確保・定着に向けて**

参加費 無料

働き方改革の推進や医療の質の向上のため、医師・看護師等の医療専門職から看護補助者や医師事務作業補助者のような医療専門職支援人材（以下、支援人材）へのタスク・シフティングが重要とされています。しかしながら、少子高齢化による人手不足等を背景に、必要な数の支援人材を確保することは課題があるのが現状です。仮に確保できた場合でも、人材が定着しない、採用後の評価や育成をどうしたらよいかわからない、また、採用活動が常態化・マンネリ化している医療機関の管理者の方や現場責任者の方も多いのではないのでしょうか。そこで本セミナーでは支援人材の確保・定着に向けた取り組みやその背景について実際の事例を交えながらご紹介いたします。本セミナーにご参加いただき、医療機関の支援人材の確保・定着に向けた積極的な取組みや、管理者としての支援人材に対する考え方をすることで、自院での今後の取組みをより効果的なものとし、支援人材の定着に繋げていただければ存じます。

日時 **2026 12 (木) 14:30~16:00**

会場 **オンライン(ウェビナー)**

定員 **900名(先着順)**

参加費 **無料**

申込締切 **2026年2月9日(月) 12:00**

※定数になり次第、受付終了いたします

対象

- 病院長
- 事務長
- 看護部長
- 看護補助者・医師事務作業補助者の部門責任者
- 医療機関の採用責任者・担当者
- 医療機関の人事責任者・担当者
- 都道府県 医療勤務環境改善支援センターの事業経営アドバイザー及び医療労働管理アドバイザー等

参加申込みはこちら <https://jinzai-seminar.mhlw.go.jp/>

QRコード

医師の働き方改革普及啓発事業

- テレビCM、ポスター・リーフレットの制作等により、医師の働き方改革の更なる普及啓発を図っている。

令和7年度の事業一覧

テレビCM

- イメージキャラクターを務める竹中直人氏と医師の働き方改革応援キャラクターのドクニャン（パペット）の会話劇を通じて、医師の働き方改革の理解・協力を促す15秒CMを作成
- 令和7年12月8日～21日の期間に全国ネットのテレビで放送
- 令和7年12月8日よりYouTubeでも公開

〔動画テーマ〕

- ・ 時間内診療への協力（2パターン）
- ・ チーム医療への理解



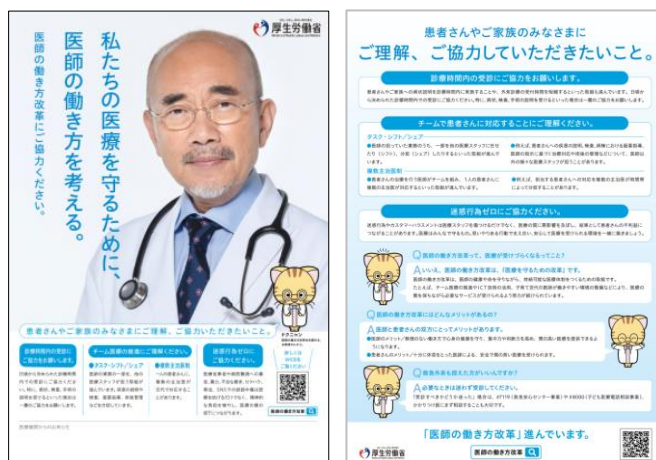
広報媒体は厚生労働省HPに掲載

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisa-kunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/ishi-hatarakikata_64393.html



ポスター・リーフレット・バナー

- 「医師の働き方改革」について、広く国民に周知・啓発を行うことを目的として、ポスター・リーフレット・バナーを作成
- ポスター・リーフレットは医療関係機関、都道府県に配布



制度解説動画

- 制度理解とともに国民の行動変容へ繋げることを目的として、4つのテーマについてドクニャンがわかりやすく具体的な内容を伝える解説動画を作成

〔動画テーマ〕

- ・ 診療時間内の受診編
- ・ 複数主治医制編
- ・ タスク・シフト/シェア編
- ・ カスタマーハラスメント編



薬局でのサイネージ

- 調剤薬局のサイネージネットワークを活用し、全国約100店舗にて広報物として制作した動画を活用したサイネージ広告を実施

医療現場におけるカスタマーハラスメント対策

- 医療現場におけるカスタマーハラスメント防止啓発媒体を作成し、厚生労働省ホームページに掲載。

ポスター

その言葉、その行動。  厚生労働省
より良い医療の妨げになります。



暴言・暴力 **不当・過度な要求**
脅迫・セクハラ **SNSでの誹謗中傷**

このような言動・行為はカスタマーハラスメントに該当する可能性があります。

暴言や不当な要求などの迷惑行為は、
医療の質の低下につながります。
皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

詳しくは
WEBを
ご覧ください



ドクニャン
医師の働き方改革を応援する、お医者さん猫。

医師の働き方改革を応援する、お医者さん猫。

厚生労働省

あなたにも関係があります。「医師の働き方改革」

解説動画

私たちにもできる「医師の働き方改革」
教えてドクニャン！
カスタマーハラスメント

医師の働き方改革
応援キャラクター
ドクニャン

くらしはたらくマエストロ
たしかめたん

!!!

そうだね、患者さんや利用者の方からの暴言や無理な要求などが、
医療スタッフに大きな負担をかけてしまうことがあるんだ。

医療スタッフも、
私たちと同じ生活を送る人間だから。

お互いを尊重し合って、
より良い医療をみんなで作っていったらいいな。

バナー

患者さんやご家族のみなさまに
ご理解、ご協力いただきたいこと。
**迷惑行為ゼロに
ご協力ください。**

医療従事者や病院職員への暴言、暴力、不当な要求、セクハラ、脅迫、SNSでの誹謗中傷は医療を妨げるだけでなく精神的な負担を増やし、医療の質の低下につながります。

詳しくは
このバナーをクリック！

厚生労働省

あなたにも関係があります。「医師の働き方改革」

患者さんやご家族のみなさまに
ご理解、ご協力いただきたいこと。
詳しくは
このバナーをクリック！

**迷惑行為ゼロに
ご協力ください。**

医療スタッフや病院職員への暴言、暴力、不当な要求、セクハラ、脅迫、SNSでの誹謗中傷は医療を妨げるだけでなく精神的な負担を増やし、医療の質の低下につながります。

あなたにも関係があります。「医師の働き方改革」

医療現場における暴力・ハラスメント対策【eラーニング動画教材】

- 医療現場における看護職員等に対する患者・家族による暴力・ハラスメントに関し、各医療機関において適切な対策を講じられるよう、迷惑行為禁止のポスターの掲示やマニュアルの整備、発生時にとるべき行動等をまとめたeラーニング教材を作成し、幅広く活用いただけるよう、厚労省HPを通じて公開。
- 医療機関においてeラーニング教材が積極的に活用されるよう、都道府県等へ医療機関への周知を要請。

厚生労働省ホームページ 「医療従事者の勤務環境の改善について」



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

■ 1-4. 医療現場における暴力・ハラスメント対策

医療現場における暴力・ハラスメント対策は、医療従事者の離職防止、勤務環境改善の観点からも近年重視される看護職員の精神障害の事案が多くあげられています。

このような問題に対し、医療従事者が患者やその家族からの暴力・ハラスメント対策について学習することがで

各医療機関が適切な対応策を組織的に講じることができるよう、研修や個人学習等でぜひご活用ください。

【総論】

1. 患者等による暴言、暴力等の迷惑行為とその対策に係る基礎知識(1)
2. 患者等による暴言、暴力等の迷惑行為とその対策に係る基礎知識(2)
3. 日頃の備え
4. 発生時の対応
5. 発生後の対応
6. 応召義務
7. 使用者の安全配慮義務

【各論】

8. 暴行・傷害
9. 脅迫・強要
10. 業務妨害・不退去
11. 器物損壊・建造物損壊・名誉棄損・侮辱
12. わいせつ・ストーカー

医療現場における暴力・ハラスメント対策教材製作編集委員会(令和3年3月末時点、敬称略・五十音順)
浅野綾子(弁護士)、池田守(弁護士)、石川英里(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科特任講師)、今
属病院看護部長、橋本省(日本医師会常任理事)、前田正一(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教
ささあい医療人権センターCOML理事長)

タイトルをクリック
するとそれぞれの動画を
みることができます。

第1回

患者等による暴言、暴力等の迷惑行為と その対策に係る基礎知識(1)



動画は1コンテンツ20分程度で、全12本。
厚生労働省の動画チャンネル(YouTube)に公開。
管理者とスタッフの双方の視点で、基本的な考え方
について、コンパクトに学ぶことができる。

医療機関において適切な対応策を組織的に講じるた
めの一助として、研修や個人学習等において本教材
を活用することが可能。

※ 本動画を活用したハラスメント対策に係る研修経費につい
て、地域医療介護総合確保基金の活用が可能。

※ 動画総再生回数：255,097回(令和8年3月末時点)
注：1コンテンツの視聴につき1回とカウント

医療分野におけるカスタマーハラスメント対策の推進

- 学識経験者や医療関係団体の関係者で構成される委員会を踏まえて、医療機関・医療関係団体へアンケート及びヒアリング調査を実施。業種別マニュアル、広報ポスター、リーフレットを作成し、周知を行う予定。

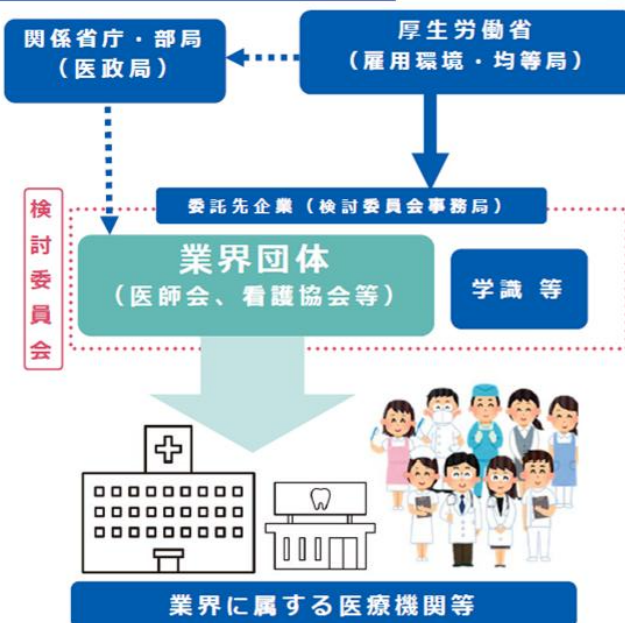
令和8年度 業種別カスタマーハラスメント対策の取組支援事業

1 事業概要

カスタマーハラスメント対策の義務化に伴い、カスタマーハラスメント対策に取り組む業界団体が業界内のカスタムハラの実態を踏まえ、業界共通の対応方針等を策定・発信するまでの支援をモデル事業（委託事業）として行い、一連の取組・ノウハウについて、マニュアル等を作成し、広く普及させる。（令和8年度は医療業を対象に実施）

2 事業内容・スキーム

※令和8年度の医療業の場合



業界団体

- 検討委員会※への参画 ※学識、業界団体の役員等により構成

〈検討委員会の実施事項〉

- ① 業界として実施する取組の検討、決定
- ② 業界団体を通じて医療機関等への実態把握調査
- ③ 業界共通の対応方針、対処法の策定
- ④ 対応方針等を周知するためのコンテンツ作成

- 策定された対応方針等をプレスリリース
- 業界傘下の医療機関等への周知（作成したマニュアル・周知ポスター等）

委託先企業（検討委員会事務局）

検討委員会の事務局運営に加えて、一連の取組・ノウハウを広く普及するために、報告書を作成する。

医学生・臨床研修医への労働法教育の普及促進

- 大学や都道府県の希望に応じて、医師の働き方改革や労働法の基礎知識に関する講義の企画、講師派遣、動画・資料提供等の支援を行う。
- シンポジウムを開催し、医学生・臨床研修医への労働法教育に関する事例発表や支援実績の報告、関係者間の意見交換等を通じて、機運醸成を図る。

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和8年度 厚生労働省委託事業
「労働法教育に関する普及促進事業」

医学部関係者・
都道府県医療機関
ご担当の皆様へ



令和6年4月から医師にも時間外労働の上限規制が適用されています！

明日の医師たちへ

ルール
サポート

今だからこそ知って欲しい労働法

医師の働き方改革や労働法の基礎知識等に関する講義実施に向けて、ご要望に応じた支援を行います！
医学生や臨床研修医の皆さんが医師の働き方について知るきっかけづくりとして、ぜひご活用ください。

医学生向け・臨床研修医向けの講義支援

実施期間	令和8年度中 ※ご要望を踏まえ調整	実施費用	無料
対象	全国の大学医学部・都道府県	開催期間・時間	ご希望により調整します
実施内容	講義実施に係る総合的な支援や講師派遣等、ご希望に合わせて支援します		

令和8年度 講義支援リーフレット

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和7年度 厚生労働省委託事業「労働法教育に関する普及促進事業」



明日の医師たちを守り・支えるために、
みんなで一緒に取り組んでみませんか？

労働法教育を考えるシンポジウム

2024年4月からスタートした「医師の働き方改革」について、正しい理解と更なる定着に向けて、医学生や若手医師への効果的な取組を議論・発信します。

会場とオンラインで皆さんのご参加をお待ちしています！！

くらし・健康をまもる窓口
たしかめたん

開催日 2026年3月3日 火 17:00～19:00

会場 御茶ノ水ソラシティ sola city Hall [East]
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 4-6
JR 御茶ノ水駅【聖橋口】徒歩1分 / JR 秋葉原駅【電気街口】徒歩9分
東京メトロ千代田線 新御茶ノ水駅【御茶ノ水駅改札】駅直結

申込締切 2026年2月26日 木

開催方法 ハイブリッド開催 無料
会場＋オンライン (YouTube Live)

令和7年度 シンポジウムリーフレット

- 医師の働き方改革の制度が施行され、各医療機関における労務管理体制がより一層強化される。今後は、医師自身もそうした労務管理に対する意識を高めていく必要がある中で、臨床研修を修了し、これまでとは異なる環境や責任を持って新たなキャリアを築き始める若手の医師に、必須の労働関係のルールや、医師として仕事を行う上で認識しておくべき自身の健康管理の基礎知識をわかりやすくまとめたリーフレット「医師の働き方ガイド～労働関係のルールと健康管理の基礎知識～」を作成。
- 令和7年度の全ての臨床研修修了者に配布いただけるよう、臨床研修修了予定の全医師を対象に行う「臨床研修修了者アンケート調査」に付す形で、厚生労働省より本リーフレットを全臨床研修病院に送付した。

表紙

見開き

背表紙

地域医療の確保と医師の働き方改革の推進に向けた診療報酬における評価

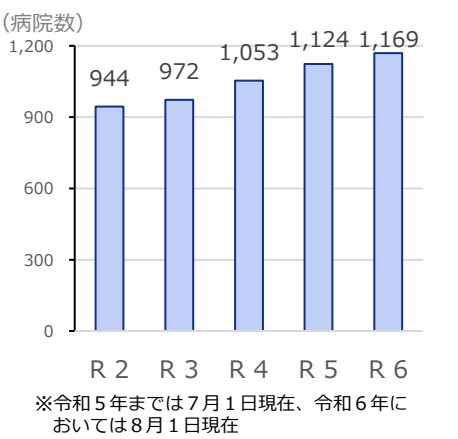
- 診療報酬においては、地域医療における重要な機能を担うとともに、医師の働き方改革を実施する体制を評価する「地域医療体制確保加算」をはじめとして、医師の働き方改革の体制の確保等に係る評価を行っている。

地域医療体制確保加算

- ・ 令和2年度診療報酬改定において、地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境の、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等の実施を前提に、入院医療の提供に係る評価（入院初日に520点を加算）を新設。
- ・ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であることや、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成等の病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備した場合に算定。

診療報酬改定による見直し	令和4年度改定	・ 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、対象施設に、小児・周産期医療に係る一定の体制を有する施設を追加するとともに、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく「医師労働時間短縮計画」の作成を要件に追加し、評価を引き上げた（620点）。
	令和6年度改定	・ 医師の働き方改革を推進する観点から、医師の労働時間の把握を原則として客観的な方法で行うこと、B・連携B水準の医師について、年間の時間外・休日労働時間に係る基準等を要件として追加。
	令和8年度改定	・ B・連携B水準の医師について、年間の時間外労働時間に係る基準を引き下げ。 ・ 若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価（地域医療体制確保加算2として入院初日に720点を加算）。

地域医療体制確保加算の施設基準
届出医療機関数の推移



その他の評価

- ・ その他、処置及び手術の休日等における加算、医師事務作業補助者の配置に係る加算等の評価を行っている。
- ・ また、医師以外に、看護職員及び看護補助者の業務分担・協働の推進に向けた、看護補助者の配置への評価等がある。

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

地域医療体制確保加算の見直し

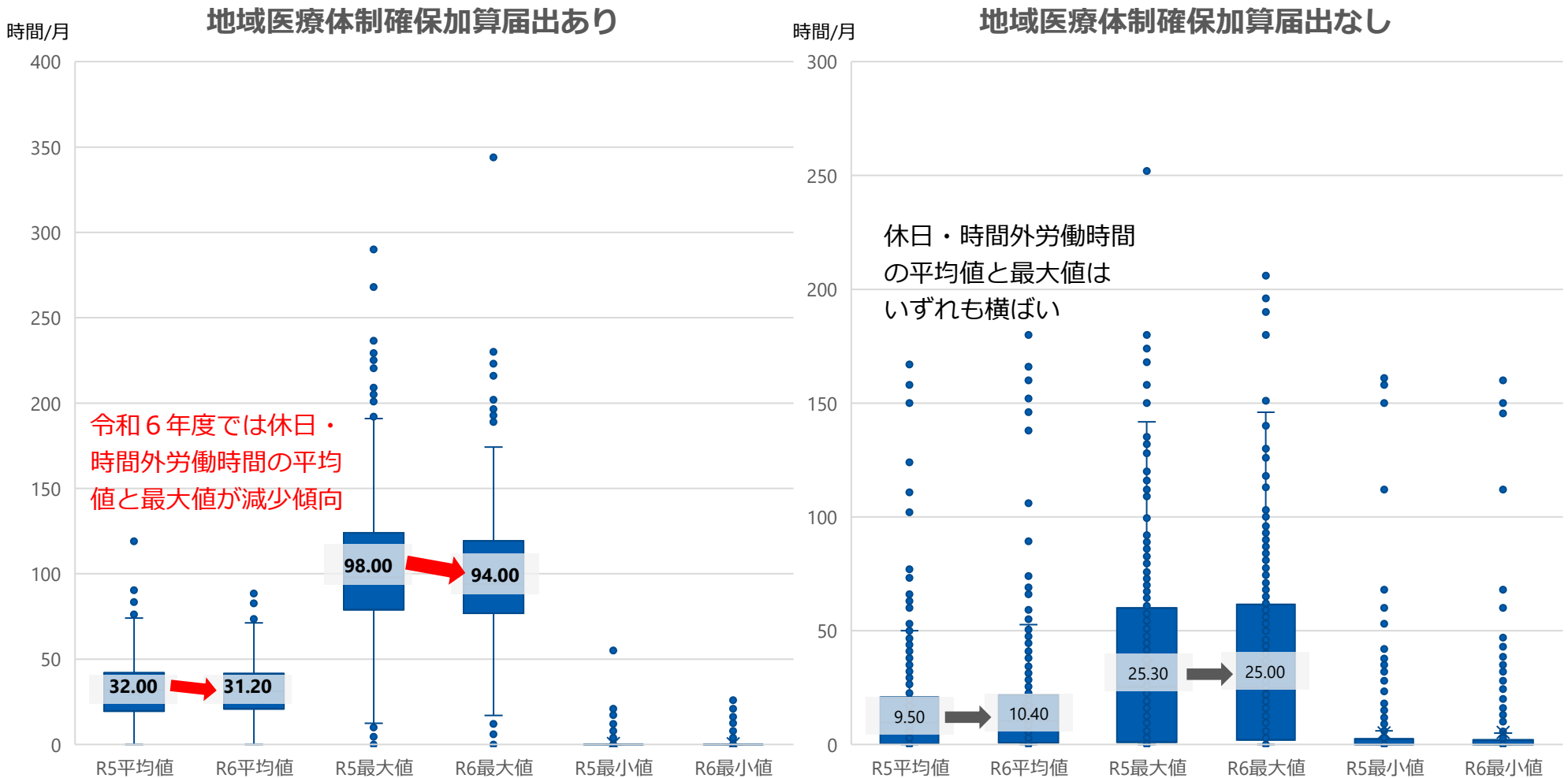
- 若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価する。
- 特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の、時間外・休日労働時間の上限に係る基準を見直す。

現行	改定後
【地域医療体制確保加算】 ・地域医療体制確保加算 (新設) 620点 [施設基準] 1 地域医療体制確保加算の施設基準 当該保険医療機関に勤務する対象医師の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。 ア 令和6年度においては、1,785時間以下 イ 令和7年度においては、1,710時間以下 (新設)	【地域医療体制確保加算】 <u>1 地域医療体制確保加算 1</u> 620点 <u>2 地域医療体制確保加算 2</u> 720点 [施設基準] 1 地域医療体制確保加算 <u>1</u> の施設基準 当該保険医療機関に勤務する対象医師の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。 ア 令和<u>8</u>年度においては、<u>1,635</u>時間以下 イ 令和<u>9</u>年度においては、<u>1,560</u>時間以下 <u>2 地域医療体制確保加算 2 の施設基準</u> ・ <u>特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。</u> ・ <u>若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。</u> ア <u>手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。</u> イ <u>専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。</u> ウ <u>特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。</u> ・ <u>特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。</u> ア <u>医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。</u> イ <u>各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。</u>

医師の月あたり休日・時間外労働時間の状況

診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1 改

- 急性期病院において、地域医療体制確保加算を届け出ている病院では、届出のない病院と比較して、月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が長い傾向にある。
- 地域医療体制確保加算を届け出ている病院では、令和5年度と比較して、令和6年度では月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が減少傾向にあった。



医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況

(3) 医療機関勤務環境評価センターや国の取組 小括

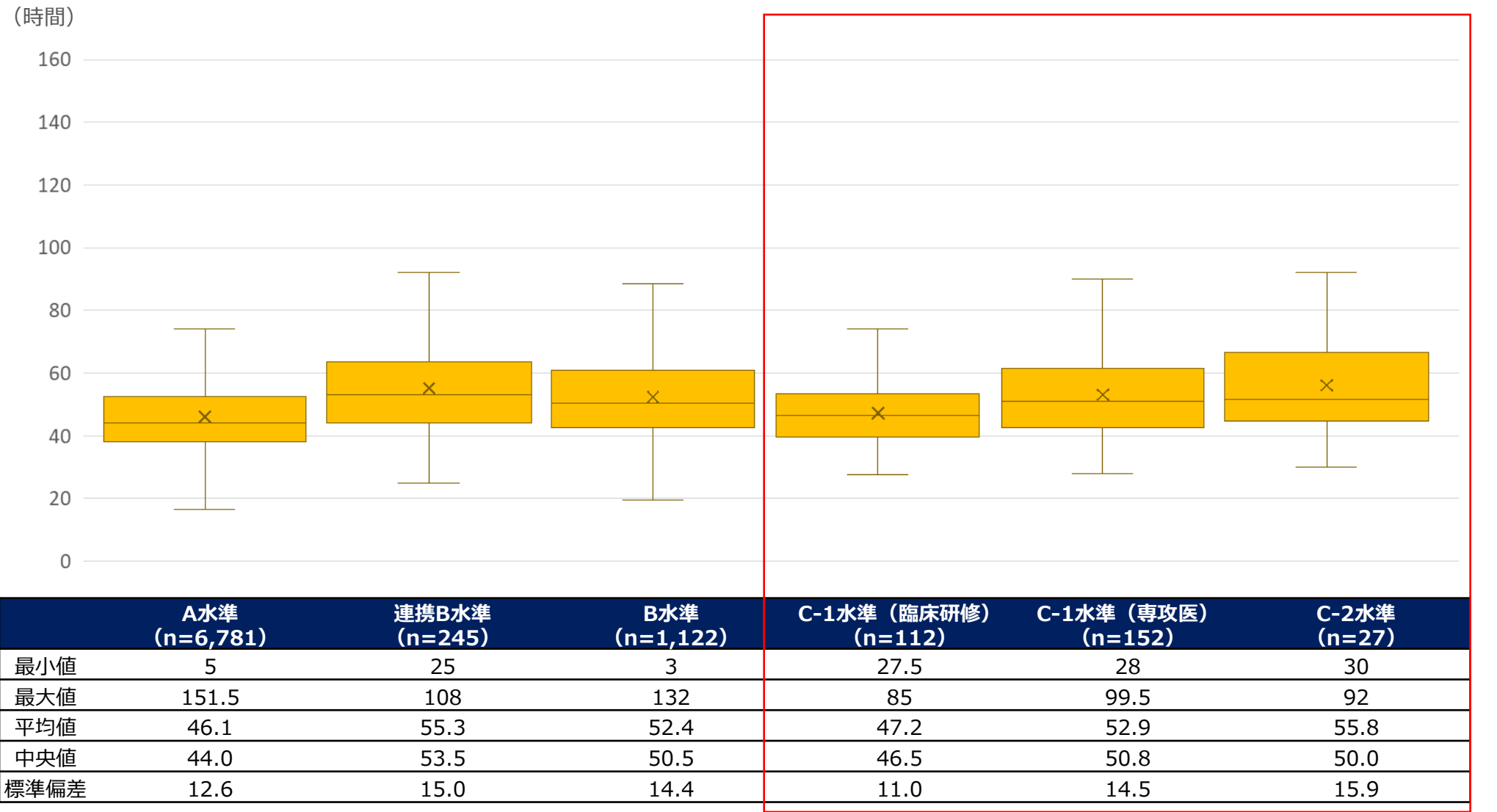
- 医療機関勤務環境評価センターは、医療法第131条の規定に基づき、医療機関の管理者からの申請を受けて当該医療機関の医師の労働時間の短縮のための取組状況等について評価を行い、必要な助言等を行っている。令和5年度から7年度にかけて、新規届出、更新、水準の追加等に係る結果通知を498機関に発出している。令和8年度には、更新を中心に、引き続き評価等を行う方向性。また、この評価の結果については、国民の適切な医療のかかり方につながるよう、各都道府県において必要な情報が公開されている。
- 国においては、医師の働き方改革の推進に資するよう、都道府県、医療機関、医師、国民等に対して以下のような支援や取組を行っている。
 - ・ 都道府県の医療機関に対する支援を後押しするため、地域医療介護総合確保基金による医師の勤務環境改善の体制整備に係る支援を実施しており、令和6年度からは、教育研修体制を有する医療機関への更なる勤務環境改善や、長時間労働医療機関への医師派遣支援のための新たな事業を追加して設定している。
 - ・ 医師・看護師等の医療専門職から、看護補助者や医師事務作業補助者のような医療専門職支援人材へのタスク・シフト/シェアに向け、当該支援人材の確保・定着に資するための魅力の発信、支援ツールの提供、セミナーの開催等の取組を行っている。
 - ・ 医療機関における働きやすい環境の確保に向け、医療機関内におけるパワハラ等に対する手引き書を整備し公開するとともに、患者やその家族からのハラスメント対策に関する医療従事者向けの教材の作成、安心して医療を受けられる環境を守っていくための協力をお願いする一般の方向けの解説動画を作成して周知・啓発を行っている。
 - ・ 医学生や医師の制度への理解や、働き方改革の重要性の認識を深めるため、シンポジウムの開催や、臨床研修医向けリーフレットの作成・送付等を行っている。また、国民に対しても、医師の働き方改革や、診療時間内の受診・複数主治医制への理解の醸成に向けて、周知・広報に取り組んでいる。
- 診療報酬においては、地域医療における重要な機能を担うとともに、医師の働き方改革を実施する体制を評価する「地域医療体制確保加算」をはじめとして、医師の働き方改革の体制の確保等に係る評価を行っている。

令和6年度に実施された調査（入院・外来医療等における実態調査）によると、地域医療体制確保加算を届け出ている医療機関では、令和6年度では令和5年度と比較して時間外・休日働時間の平均値及び最大値が減少傾向にあった。

- 1 医師の働き方改革の経緯等
- 2 医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況
 - (1) 医療機関の労働時間の実態、適切な労務管理等
 - (2) 都道府県による医療機関への支援等
 - (3) 医療機関勤務環境評価センターや国の取組
- 3 C水準の状況**
- 4 医師の働き方改革を取り巻く施策の状況

週労働時間＜特例水準別：病院・常勤勤務医＞（再掲）

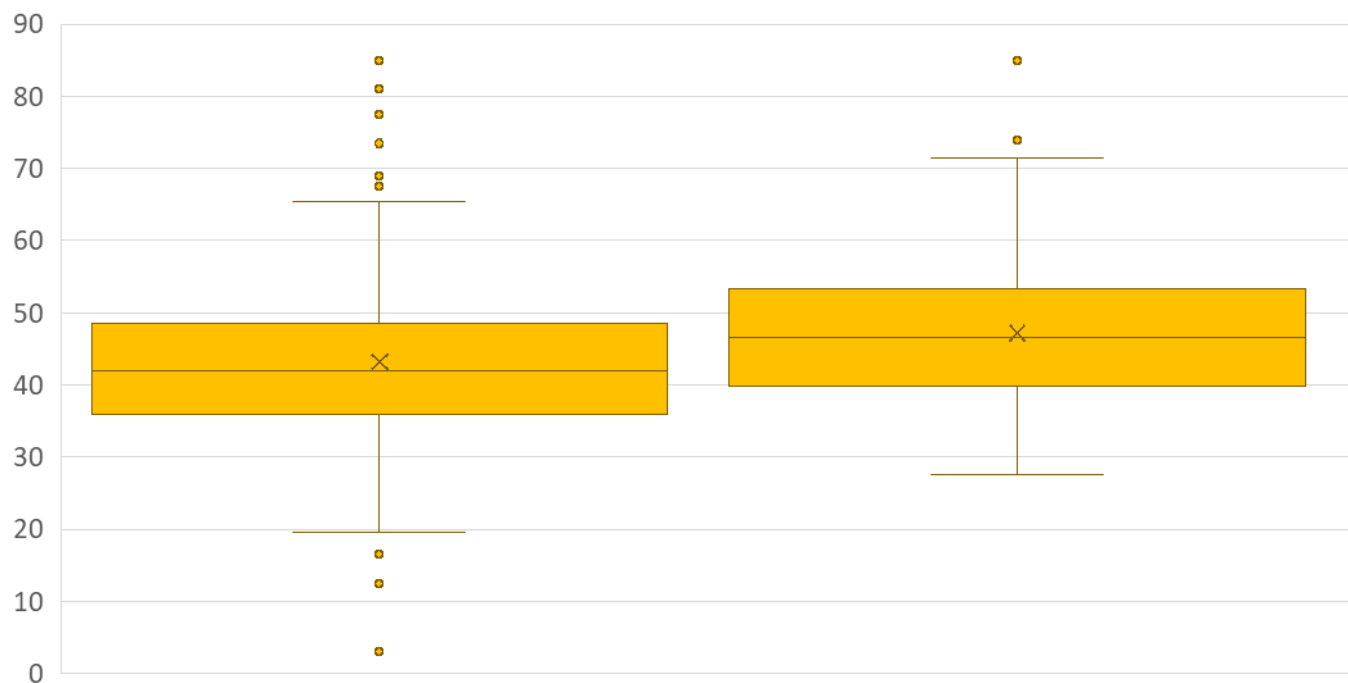
○ 臨床研修医のうちC-1水準が適用されている医師の労働時間は、A水準に近い分布となっている。また、専攻医のうちC-1水準を適用されている医師やC-2水準を適用されている医師については、労働時間が比較的長い。



週労働時間＜臨床研修医：病院・常勤勤務医＞

- 臨床研修医の労働時間は、A 水準が適用されている医師よりも C- 1 水準が適用されている医師の方が長い傾向がある。

(時間)

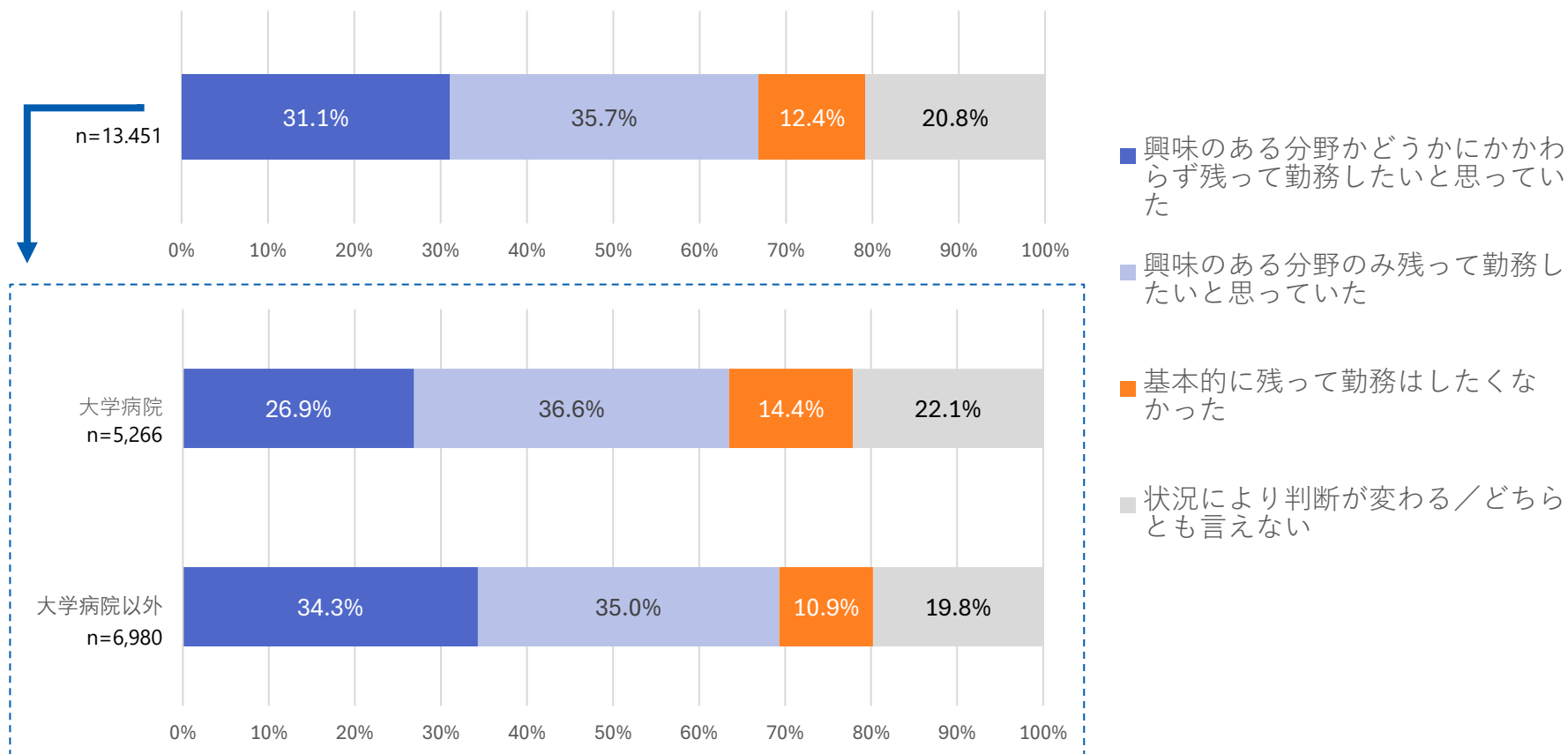


	臨床研修医 (n=384)	C- 1 (臨床研修医) (n=112)
最小値	3	27.5
最大値	85	85
平均値	43.2	47.2
中央値	42.0	46.5
標準偏差	10.5	11.0

臨床研修における勤務意向（専攻医等への意識調査）

- 臨床研修における取組の姿勢として、所定労働時間を超えて勤務したくないと考える割合は1割程度と限られ、多くは、本人の興味等にも応じて残って修練を積みたいと回答した割合が高かった。

初期臨床研修医の頃の働き方として、ご自身はどのようにしたいと感じていましたか。

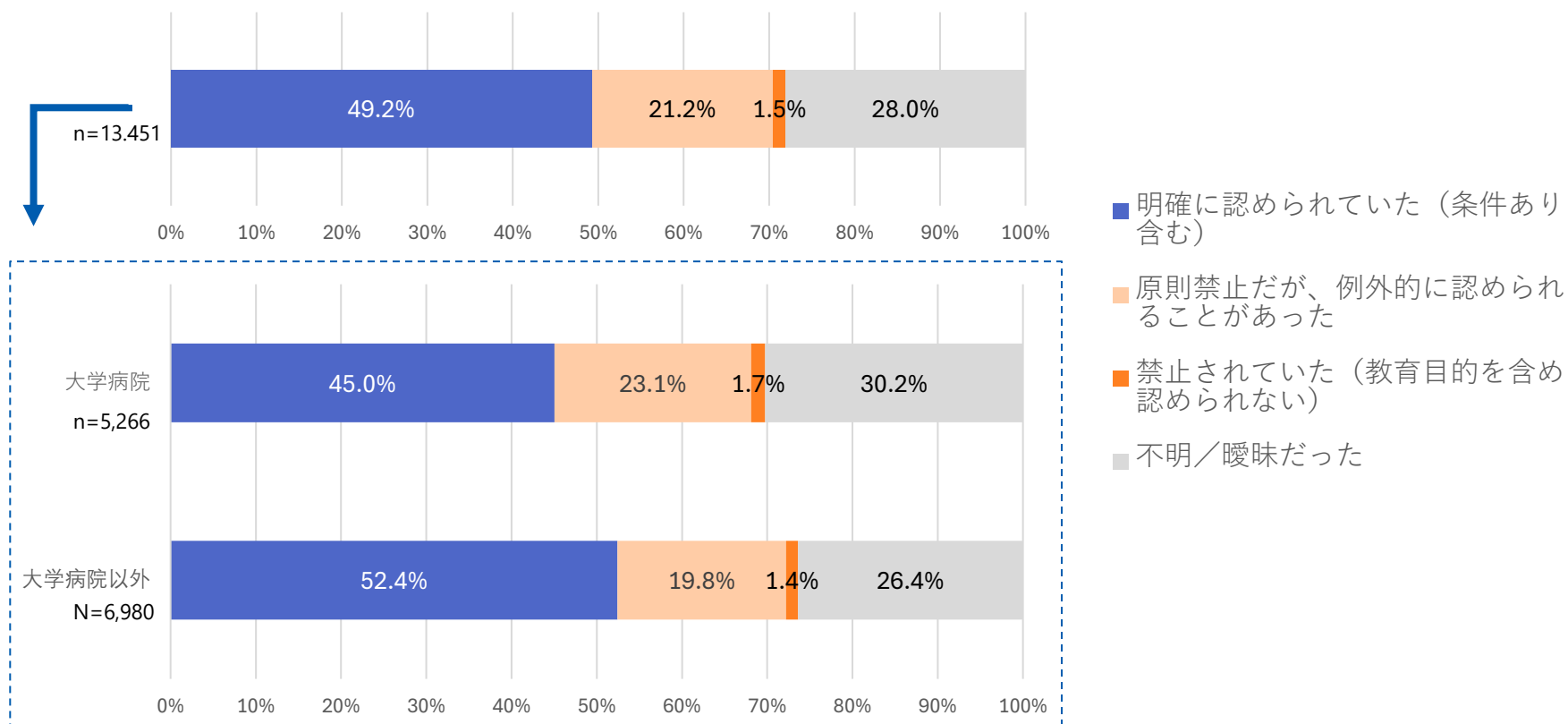


出典：令和8年度専攻医アンケート調査（専門医機構実施）

臨床研修における勤務の実態（専攻医等への意識調査）

- 臨床研修医の働き方について、終業時刻後に残ることが「原則禁止」又は「禁止」されていたと答えた割合は2割程度であり、時間外労働時間の規制によらず、臨床研修医を帰宅させる方針を採っている施設がある。

初期臨床研修医の頃の働き方として、就業終了時刻後に残ることについて、病院の方針に最もあてはまるものを選択してください。



出典：令和8年度専攻医アンケート調査（専門医機構実施）

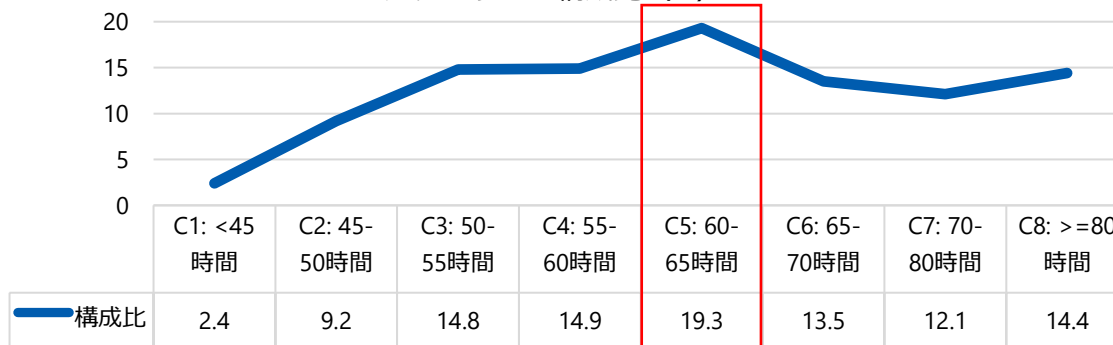
臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力との関連性に関する報告

- 研修医の時間外労働と臨床能力に関する試験の関連性を評価した研究によると、時間外労働が年960-1,200時間であった集団のスコアが高く、それ以上の労働時間ではスコアの向上とは関連しなかったとともに、それ以下の時間ではスコアが有意に低下するとの結果だった。

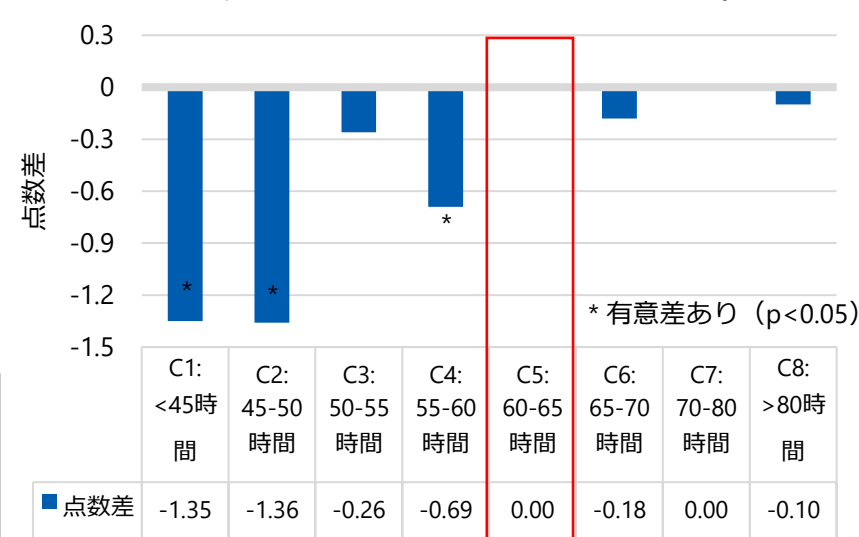
研究概要

- 基本的臨床能力評価試験（GM-ITE）：基本的臨床能力の客観的な評価指標としてJAMEP（Japan Institute for Advancement of Medical Education Program）により基本的臨床能力評価試験（GM-ITE: General Medicine In-Training Examination）」が開発。GM-ITEは、臨床研修医を対象とした「In-Training Exam」であり、2011年度（第1回）より導入され、2019年度（第9回）には539病院、6,869名が受験。問題は「医療面接・プロフェッショナリズム」、「症候学・臨床推論」、「身体診察法・臨床手技」、「疾病各論」の4分野で構成されており、幅広い疾患領域（内科・外科・小児科・産婦人科・精神科等）が網羅されている。
- 方法：2019年度GM-ITEの結果および研修環境アンケートの結果を用いて、臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力との関連性を評価した。研修環境アンケートでは、1週間の平均労働時間（日当直中の待機時間を含む）を調査した。
- 対象者：2019年度JAMEPGM-ITEの受験者の中で、研究参加に同意を得られたものを対象とした。
研究参加者：5,593人の初期臨床研修医(1年目：2,754人、2年目：2,839人)、539病院
- 本研究では、労働時間を8つのカテゴリーに分類し、検討を行なった。労働時間は週の平均総労働時間を聴取した。平均労働時間は、平日業務、当直、週末勤務を合計したものとした。当直中の待機時間（拘束時間）も労働時間を含むものとした。月を4週として計算。

カテゴリーの構成比（%）



GM-ITEの点数差（カテゴリー5を基準とする）



- ・ 研修医の労働時間はカテゴリー5（週60-65時間）が最も多かった。（19.3%）
- ・ GM-ITEスコアは、カテゴリー5（週平均労働時間60-65時間）が最大となり、それ以上の労働時間ではスコアの上昇はみられなかった。
- ・ カテゴリー1（週<45時間）、カテゴリー2（週45-50時間）、カテゴリー4（週55-60時間）において、カテゴリー5（週60-65時間）の研修医と比較し有意に低かった。

C-1水準に係る令和7年度厚生労働科学研究について

医師の働き方改革におけるC-1水準適用専攻医の研修実態と時間外労働に関する研究

代表者：江口 利英（大阪大学）

○ C-1水準専攻医の中で週80時間以上の長時間労働群は、外科系専攻医に偏在する傾向にあった。また、その長時間化の要因としては、診療時間の延長と当直時間の延長があげられた。

○ 労働時間の長い群ほど、論文作成の実施者が減少する傾向にあった。

研究要旨

- C-1水準（年1,860時間上限）下の専攻医の労働実態と研修内容の関連を明らかにするため、全国19施設・専攻医100名の1週間タイムスタディ調査結果を解析した。
- 週労働時間（宿日直内実労働および外勤先実労働を加算）の中央値は64.0時間で、A群（週60時間以下）40名（40.0%）、C-1群（週60-80時間）47名（47.0%）、C+群（週80時間以上）13名（13.0%）であった。
- C+群は外科系専攻医に偏在（10/13、76.9%）する一方、施設種別では大学病院（2/27、7.4%）より大学病院以外（11/73、15.1%）で多く認められた。C+群の長時間化は診療時間の延長と当直時間の延長によって説明された。自己研鑽の総時間に群間差は認めなかったが、まとまった時間を要する論文作成については労働時間の長い群ほど実施者が減少する傾向を認めた。
- 本結果は令和8年度の研修成果調査結果と統合し解析する予定としている。

表2 対象者属性（n=100）

属性	区分	n	%
診療科	内科 / 外科	47 / 53	47.0 / 53.0
施設種別	大学病院 / 大学病院以外	27 / 73	27.0 / 73.0
専攻医年次	1年目 / 2年目 / 3年目 / 4年目	32 / 28 / 35 / 5	32.0 / 28.0 / 35.0 / 5.0
性別	男性 / 女性	74 / 26	74.0 / 26.0
年齢帯	25-27 / 28-30 / 31-33 / 34歳以上	17 / 59 / 15 / 9	17.0 / 59.0 / 15.0 / 9.0
外勤	あり / なし	21 / 79	21.0 / 79.0

表3 3定義 × C-1判定群の分布

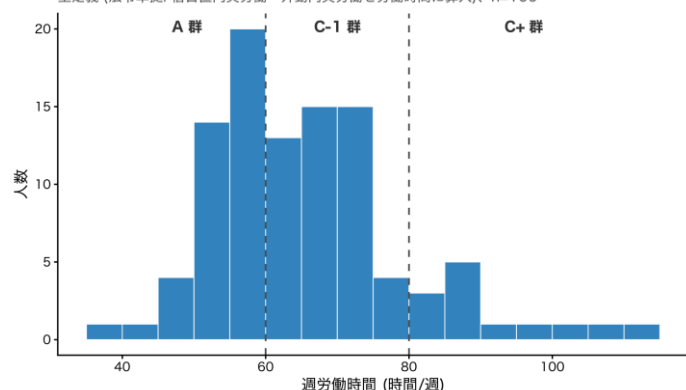
定義	A (≤60h)	C-1 (60-80h)	C+ (>80h)
自己研鑽を労働時間に含めない	40	47	13
論文・学会作成を労働に含める	34	52	14
平日所定内を労働に含める	33	52	15

表4 群別・診療科別・施設種別の週労働時間

分類	区分	n	中央値 [IQR]
判定群	A	40	55.3 [52.9-58.0]
判定群	C-1	47	67.5 [64.7-72.5]
判定群	C+	13	88.5 [85.5-99.5]
診療科	内科	47	62.0 [58.0-70.2]
診療科	外科	53	65.5 [58.0-73.0]
施設種別	大学病院	27	64.0 [57.3-70.0]
施設種別	大学病院以外	73	64.5 [58.0-73.0]

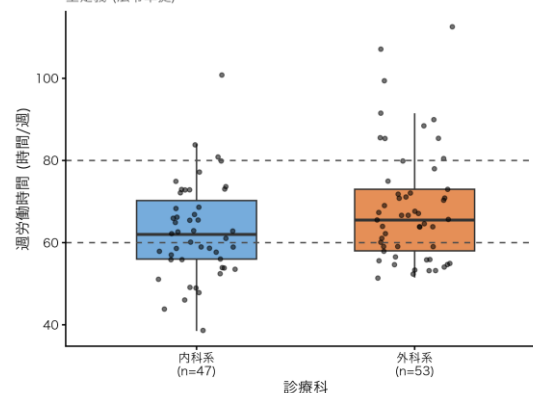
週労働時間の分布

主定義（法令準拠：宿日直内実労働・外勤内実労働を労働時間に算入）、n=100



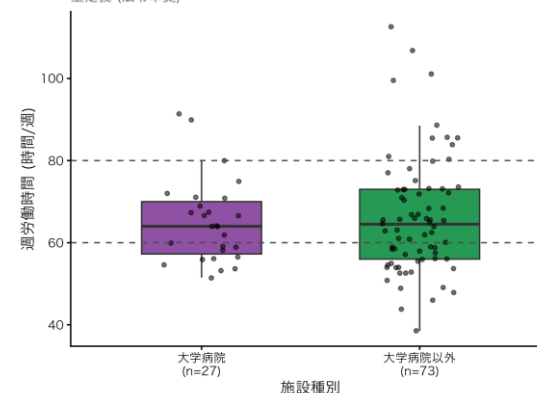
診療科別の週労働時間

主定義（法令準拠）



施設種別の週労働時間

主定義（法令準拠）



C-2水準に係る令和6・7年度厚生労働科学研究について

医師の働き方改革におけるC-2水準適用医師の技能研修実態の事後評価方法の検討のための研究

研究代表者：森 正樹（東海大学）

- C-2水準適用医師においては、タイムスタディの結果、論文・学会関連業務及び教育業務の労働時間上の取扱いが、水準判定に大きく影響することが確認された。
- 医師が教育と修練を並行することによる負荷を考慮していく必要がある。

研究目的・方法・結果概要

- 研究の目的
- 医師の働き方改革の制度（令和6年4月施行）におけるC-2水準は高度技能修得を目的に年960時間超の時間外・休日労働を認めている。制度開始直後であり、C-2水準適用者の勤務実態と研修成果に関する事後評価に関するエビデンスは不足している。技能研修計画に基づく勤務実態を分野別に把握し、制度趣旨に即した事後評価手法を構築する。
- 方法
- 令和6年度に全国12施設で1週間30分刻みの自記式タイムスタディ（6分類）と半構造化ヒアリング（11名）を実施し、事後評価指標（案）を作成。基本19領域の関連学術団体へ意見募集（19中17団体回答）。令和7年度は「研鑽」項目を示さず、業務項目を約30項目に拡充したタイムスタディと入念なヒアリングをC-2水準適用医師10名、B水準適用医師2名に実施。
- 結果概要
- 令和6年度は、対象73名（うちC-2水準：29名）。C-2水準適用医師のうち年960時間超17名、同以下12名、研鑽を労働換算すると年1,860時間超となり得る者5名。勤務実態は一様でなく、労働時間の多寡のみでC-2水準の適用妥当性を判断しにくい。
- 令和7年度は、タイムスタディの結果、論文・学会関連業務および教育業務の労働時間上の取扱いが、水準判定に大きく影響することが確認された。ヒアリング調査では、医師事務作業補助者等の支援が勤務環境改善に寄与している一方、少子化や施設集約化に伴う症例構成の変化、医師が教育と修練を並行することによる負荷など、制度運用上の課題が明らかとなった。

表1. 教育業務・研究業務（論文作成以外）項目における労働時間

年齢	特例水準が適用 されている 医療機関の属性	適用水準	パターン① 週労働時間 (時:分)	学生または医療者への 教育業務 (時:分)	教育業務 合計 (時:分)	研究業務(論文作成以外) (時:分)	研究業務 合計 (時:分)
41-43	大学	C-2	95:30	9:00	9:00	0:00	0:00
51-53	大学病院以外	C-2	73:00	26:00	26:00	0:00	0:00
44-47	大学病院以外	C-2	72:00	0:00	0:00	0:00	0:00
51-53	大学	C-2	71:00	0:00	0:00	0:00	0:00
38-40	大学	C-2	62:30	2:30	2:30	5:30	5:30
48-50	大学病院以外	C-2	58:30	0:00	0:00	0:00	0:00
34-37	大学病院以外	C-2	57:30	0:00	0:00	0:00	0:00
58-60	大学病院以外	C-2	50:00	1:30	1:30	0:00	0:00
34-37	大学病院以外	C-2	49:30	0:00	0:00	0:00	0:00
51-53	大学	C-2	47:00	6:00	6:00	2:30	2:30
34-37	大学病院以外	B	50:00	0:00	0:00	0:00	0:00
38-40	大学病院以外	B	48:30	0:00	0:00	0:00	0:00

表2. C-2水準適用医師の技能修練に関する事後評価指標（案）

No.	評価指標(案)	評価
1	技能研修計画に記載の「技能・技術」の症例経験数は到達が見込める。	○・△・×
2	技能研修計画に記載の「その他、技能修得のために必要な業務」は遂行している。	○・△・×
3	技能研修計画に記載の「技能・技術」について、所属医療機関の年間見込み総症例数は大幅な減少はない。	○・△・×
4	面接指導を適切に受けている(ドクターストップの場合は業務を調整している)。	○・△・×
5	研修予定施設ではICTの活用、医療DX推進、特定行為研修修了者等の多職種活用、十分な当直担当医の確保などの勤務環境改善策が講じられている。	○・△・×
6	技能修得に不可欠な業務については適切に賃金が支払われている。	○・△・×
7	C-2水準適用医療機関外での診療業務が長時間労働の主要因となっていない。	○・△・×

C-2水準の対象技能となり得る具体的な技能

「C-2水準の対象分野」において「C-2水準の対象技能となり得る技能」であって、その「技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」が存在するもの

具体的には

1

「C-2水準の対象分野」に該当

日本専門医機構の定める基本領域(19領域)において、
高度な技能を有する医師を育成することが公益上特に必要と認められる医療の分野

かつ

2

「C-2水準の対象技能となり得る技能」の考え方に該当

我が国の医療水準を維持発展していくために
必要とされる、医学研究や医療技術の進歩により
新たに登場した、保険未収載の治療・手術技術
(先進医療を含む)

または

良質かつ安全な医療を提供し続けるために、
個々の医師が独立して実施可能なレベルまで
修得・維持しておく必要があるが、基本領域の
専門医取得段階ではそのレベルまで到達する
ことが困難な技能

かつ

3

「技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」の考え方に該当

次のア～ウの1つ以上に該当

- ア) 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない
- イ) 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない
- ウ) その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

これまでのC-2水準審査委員会での審査実績から、C-2水準の対象として承認された技能等は以下の通りであり、小児・周産期や外科領域を中心に、全身管理、高難度手術手技等に係る技能研修が多かった。

基本領域	専門分野	技能内容(概要)	申請件数
小児科	新生児	ハイリスク新生児全身管理	3
	循環器	先天性心疾患の診断・治療・全身管理	6
外科	消化器外科	大腸癌、肝胆膵疾患、食道癌に対する手術手技・周術期管理	5
	小児外科	小児肝移植に対する手術手技・周術期管理	2
	心臓血管外科(成人)	急性大動脈解離、心疾患に対する手術手技・周術期管理	3
	心臓血管外科(小児)	先天性心疾患に対する手術手技・周術期管理	15
産婦人科	産科	異常妊娠における周産期管理	20
	生殖・不妊	合併症併発の不妊症に対する生殖補助医療	2
	婦人科	婦人科腫瘍に対する手術手技・周術期管理	3
脳神経外科		脳腫瘍・脳血管障害疾患・小児神経疾患に対する手術手技・周術期管理	5

C-2水準の対象技能の考え方について改めて整理すると、水準の該当性については検討する余地がある。

「C-2水準の対象技能となり得る技能」の考え方

我が国の医療水準を維持発展していくために必要とされる、医学研究や医療技術の進歩により新たに登場した、保険未収載の治療・手術技術（先進医療を含む）

または

良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技能

対象技術の要素

- 良質かつ安全な医療を提供し続けることを目的として、基本領域の専門医段階では修得できない技能の修得
- 上記の技能の維持

検討の視点

- 「基本領域の専門医取得段階では修得できない技能」については、既にC-2水準として承認されている小児・周産期や、外科領域の他にも、C-2水準に該当し得る領域があるのではないかと。（例：内科：心疾患への治療、整形外科：外傷への対応等）
- 高難度手術手技の他にも、領域横断的な全身管理（救急科における重症疾患を含む様々な疾病の対応・治療）や、多職種や医療資源が限られた状態におけるチームマネジメント等についても、「専門医取得段階では取得できない」技能と考えられるのではないかと。
- さらに、上記の技能の維持のために必要な研修についても、C-2水準に該当すると考えられるのではないかと。

基本領域19学会と、内科学会、外科学会の各サブスペシャリティ学会に協力をいただき、C-2水準に関する調査を実施

調査票・対象

学会種別	対象学会(「日本」は省略)
1)基本領域学会 (19学会)	内科学会、小児科学会、皮膚科学会、精神神経学会、外科学会、整形外科学会、産科婦人科学会、眼科学会、耳鼻咽喉科学会、泌尿器科学会、脳神経外科学会、医学放射線科学会、麻酔科学会、病理学会、臨床検査医学会、救急医学会、形成外科学会、リハビリテーション医学会、専門医機構(総合診療科)
2)内科系サブスペ シャリティ学会 (13学会)	循環器学会、消化器病学会、呼吸器学会、腎臓学会、内分泌学会、感染症学会、血液学会、アレルギー学会、神経学会、リウマチ学会、糖尿病学会、臨床腫瘍学会、老年医学会
3)外科系サブスペ シャリティ学会 (6学会)	消化器外科学会、心臓血管外科学会、呼吸器外科学会、小児外科学会、内分泌外科学会、乳癌学会

回収方法

※いずれかを
回答学会が選択

- メール(Word様式)
- オンライン(Microsoft Formsリンクからの回答)

実施時期・ 流れ

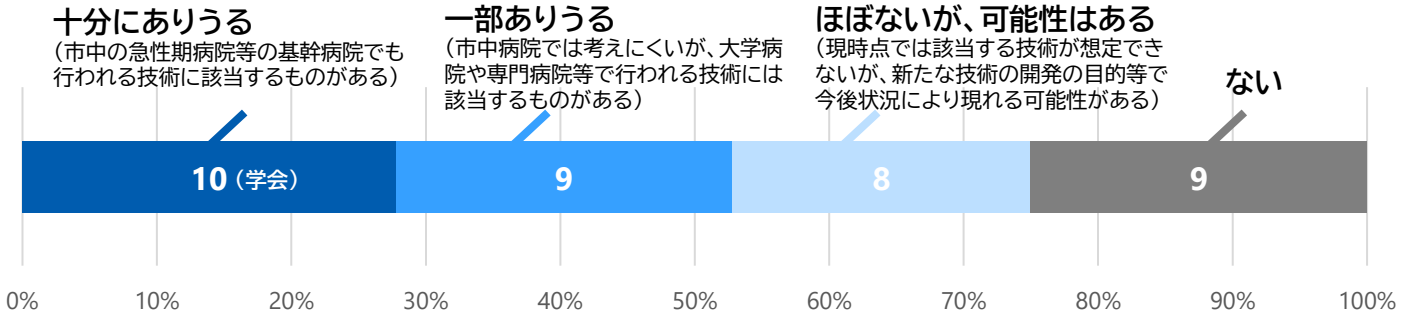
1. 基本領域学会に向けて、医師の働き方改革の「高度な技術」に係る調査に関して2026年4月15日に調査票を送付、各学会の働き方改革担当理事等を中心に回答依頼
※内科学会、外科学会に関しては、各学会より、各サブスペシャリティ学会へ協力依頼
2. 希望のある学会向けにアンケートに関する説明会(オンライン)を適時実施
3. 5月15日1次締切→5月22日2次締切(その後も随時受付)

回答状況

時間的制約により、個人としての回答となったことから、学会としての回答が期日までになかった以下の学会を除いた結果をまとめた。

1. 基本領域学会:内科学会
2. サブスペシャリティ学会:消化器病学会

問1:勤務医が貴学会に関わる高度に専門的な技能を修得・維持するために、ある一定期間に時間外・休日労働時間が年間960時間を超えることが必要な場面はありうるでしょうか。次のうち貴学会としてのお考えに近いものをひとつ選んで下さい。(n=36)



問2:第1問で「ない」と回答した学会においては、その理由は次のうちどれにあたりますか。(n=9)	選択肢	全体 n=9	内科系 n=4	外科系 n=1	その他 n=4
	① 今の医師数、タスク・シフト/シェアの制度などを用いて基本業務を振り分けることで、高度な専門技能を修得・維持している医師が勤務する労働時間数は時間外・休日労働時間において960時間/年以内に抑えられるから	4(44%)	3	0	1
	② 貴学会に関連する技能において960時間/年を超えての時間外・休日労働になる技能はない(960時間/年以内に修練可能である)	3(33%)	1	1	1
	③ その他	2(22%)	0	0	2

問3:第1問で「十分・一部ありうる」「可能性はある」と答えた場合(「ない」と答えた場合以外)において、貴学会ではどのような状況でありえるでしょうか。次の選択肢の中から選んでください。(複数回答可)(n=27)	選択肢	全体 n=27	内科系 n=8	外科系 n=6	その他 n=13
	① 基本領域専門医の上の2階部分に相当するサブスペシャリティの専門医を修得する時期	14(52%)	3	4	7
	② 基本領域専門医の2段階上の3階部分以上に相当するサブスペシャリティの専門医を修得する時期	9(33%)	5	3	1
	③ 基本領域専門医やサブスペシャリティを修得する専門医を指導、かつ自分の技能を維持する指導医の立場	19(70%)	4	5	10
	④ 新規に登場した、先進医療を含む保険未収載の治療や手術手技等の開発・修得のため	14(52%)	4	6	4
	⑤ その他	6(22%)	3	0	3

結果の概要①

- 多くの学会で、C-2水準に相当する高度かつ専門的な技能があり得る又は可能性があるとの回答であった。また、一部に、該当なしとの回答があった。
- C-2水準技能の申請の想定がない学会の背景としては、約半数はタスク・シフト/シェアなどで高度な技能だとしても960時間以内に年間の時間外労働を抑えられると回答した。その他の意見としては、診療科の性質として当直の外勤がないため、自己研鑽で身につける技能が多く、それを労働時間として換算していないためというものがあった。
- 時間外・休日労働が長くなる場面として、最も多かった状況としては、専門医を指導しつつ、自分の技能も維持する指導医の立場であり、次いで、サブスペシャリティの専門医の取得等が続いた。また、先進医療などの保険未収載の治療や手術手技等の開発・修得のため、とした学会もあった。

問4：第1問で「十分・一部ありうる」「可能性はある」と答えた場合（「ない」と答えた場合以外）において、貴学会ではどの程度までの年間の時間外・休日労働時間が許容されていれば十分だと、現時点で想定はありますか。理由とともに記載をお願いします。

時間数	回答数	理由
1,860時間	10学会	● 消化器外科医専門医手術時間が420時間/年、手術室在室時間が630時間前後、全労働時間における手術関連割合が20%前後と想定され、労働時間全体の概算が3,150時間であり、時間外労働としては1,860時間程度が妥当 ● マンパワーや勤務体系において異なる。人員が不足している施設や地域では、地域医療の維持を目的に必要 ● 特定の限定された研鑽期間に適用されることを前提とする ● 個々の症例に対する手術時間だけでなく、術前の学習、術後の手術記録作成・手技の振り返りと反省の時間が必要
1,200 ～1,860時間	1学会	● 医師不足の地域においては、高度医療を行うことができる施設に患者が集中する傾向にあり、地域医療の体制維持には1,860時間の時間外労働を担保しておくことが重要
1,500時間	3学会	● 患者全身管理や検査技術の修得・維持のため ● 当直を含めて週30時間の時間外労働のため ● 高度専門医療、高難度手術、専門医育成、地域医療支援を担う中核施設では、年1,500時間程度までの時間外・休日労働が許容される制度的余地が必要
1,200 ～1,500時間	2学会	● 個別状況に応じての想定時間だが、長時間労働は必要最小限に限定されるべきであり、タスクシフト、チーム医療、症例集約化、ICT活用等により、可能な限り労働時間短縮を図る必要がある
1,200 ～1,300時間	1学会	● 高度化・専門化した検査業務が増加のため
1,200時間	2学会	● 全国的に専門医は未だ少ないため
1,000時間	1学会	● 長期的に継続しないように要配慮
～960時間	2学会	● 平日1日2時間、土日いずれかに3時間で週13時間、月に52時間、年間624時間 など
想定困難 又は、記載なし	5学会	● 当科所属医師を対象とした個々人の時間外・休日労働時間に関するデータを現時点では持ち合わせていないため ● 一律に数値の具体は出せないが、枠組みは必要

問5：第1問で「十分・一部ありうる」「可能性はある」と答えた場合（「ない」と答えた場合以外）において、貴学会で具体的に想定される技能はどういったものがあると想定されますか。

診療科	想定される技能
内科系	● 経皮的冠動脈形成術、カテーテルアブレーション、経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的僧帽弁接合不全修復術 ● 新興・再興感染症及び難治性耐性菌感染症等の管理 ● 各種クリーゼや内分泌疾患に対する治療・全身管理 ● 各種治療や検査技術の修得・維持、全身管理、新規技術の修得のため ● 多臓器不全に対する持続的血液濾過透析、移植・透析患者における治療管理、希少疾患・難病に対する遺伝子診断・治療管理 ● 重症呼吸器疾患・アレルギー疾患の全身管理 ● 造血幹細胞移植や抗がん剤治療による全身管理 ● 脳腫瘍・脳血管障害疾患に対する血管内治療等手術手技・周術期管理
外科系	● 先天性心疾患や急性大動脈解離、虚血性心疾患に対する生命予後に直結する重症心血管疾患に対する高度な手術手技及び周術期管理 ● 内視鏡外科領域や肝胆膵領域、食道領域など消化器外科に対する手術手技・周術期管理、これらの指導や今後の新たな手技が出てきた際の修練など ● 小児肝移植や小腸移植などに対する手術手技を含むハイリスク新生児外科疾患に対する全身管理 ● 高度化・多様化する手術手技及び周術期管理、ロボット手術を含む内視鏡手術 ● 内視鏡手術、ロボット手術 ● 拡大肺癌手術（胸壁、大血管、椎体、心房、気管気管支形成、肺動脈形成など）、肺移植、感染性肺疾患、縦郭炎、胸膜中皮腫に対する手術手技や全身管理、及び術前導入療法後並びにサルベージ手術後の高難度手術手技
内科系・外科系以外	● 小児集中治療を必要とする症例の全身管理、高度な医療的ケアを要する小児、小児血液・悪性疾患症例の全身管理、小児精神保健疾患や母子メンタルヘルスに対する技能 ● 脳腫瘍・脳血管障害疾患や小児神経疾患に対する手術手技・周術期管理 ● 合併症をすでに有している女性に対するプレコンセプション管理

（※）あくまで、現在のC-2水準の対象技能の考え方の下で審査対象となり得る技能の候補であり、個人の発意等に基づく申請に対して、審査委員会において個別に審査した上で、C-2水準に適合するかどうかを判断する必要がある。また、候補である又は既に承認済みの技能であっても、申請内容（研修内容の適切性等）によっては、C-2水準に適合しないと判断され得る。

問5：第1問で「十分・一部ありうる」「可能性はある」と答えた場合（「ない」と答えた場合以外）において、貴学会で具体的に想定される技能はどういったものがあると想定されますか。

診療科	想定される技能
内科系 ・ 外科系 以外	● 心臓血管麻酔、小児麻酔、集中治療を含み、麻酔科専門医として24時間の診療体制を維持するための技能（周術期・集中治療管理） ● 悪性腫瘍切除後の遊離組織移植による再建、重症外傷・四肢切断に対する再接着及び機能再建、リンパ浮腫に対する超微小外科手術、血管柄付きリンパ節移植、重症熱傷に対する救命的再建手術、頭蓋顎顔面外科手術等に対する手術手技・周術期管理、先天異常に対する包括的長期治療及び高度再建手術に対する手術手技・周術期管理、血管柄付き複合組織移植(VCA)等の新規再建医療の開発・修得、再生医療を含む先進医療領域の開発・修得 ● 緊急を要する脊椎・骨盤外傷、重度四肢外傷、手指切断、多診療科領域の連携を要する高難度の骨軟部腫瘍等に対する手術手技・周術期管理 ● 頭頸部悪性腫瘍に対する拡大切除・再建手術、遊離皮弁再建を伴う頭頸部外科手術、頭蓋底手術、側頭骨手術、人工内耳埋込術、経口的ロボット支援手術(TORS)、高度気道管理及び周術期管理 ● ロボット手術や腎移植手術の技術修得・技術維持や腎移植手術の術後管理など ● メラノーマなどの皮膚悪性腫瘍に対する手術手技・周術期管理、重症薬疹の原因薬剤特定の検査や病態把握、全身管理など ● 遺伝子パネル検査業務におけるプレエキスパートパネル・エキスパートパネル業務、心臓超音波検査業務、微生物ゲノム解析、移植免疫関連検査など ● 重篤な身体合併症を併発した精神科救急患者の全身管理および緊急意思決定、治療抵抗性精神疾患に対するクロザピン治療及び修正型電気けいれん療法(mECT)等の手技・管理、難治性の抑うつ症、不安症、心的外傷後ストレス症等に対する構造化された精神療法 ● IVR領域における緊急対応 ● 脳卒中・脳損傷患者、脊髄損傷患者、小児神経疾患・発達障害児、神経筋疾患患者、摂食嚥下障害、痙縮患者、切断患者、心不全・心筋梗塞・心臓術後患者、COPD・間質性肺炎・人工呼吸器離脱患者、がん患者、高齢フレイル・認知症患者及び末梢神経障害・神経筋疾患に対する各種評価、診断、統合管理、他職種チーム管理、地域連携、支援など

(※) あくまで、現在のC-2水準の対象技能の考え方の下で審査対象となり得る技能の候補であり、個人の発意等に基づく申請に対して、審査委員会において個別に審査した上で、C-2水準に適合するかどうかを判断する必要がある。また、候補である又は既に承認済みの技能であっても、申請内容（研修内容の適切性等）によっては、C-2水準に適合しないと判断され得る。

問6：第1問で「十分・一部ありうる」「可能性はある」と答えた場合（「ない」と答えた場合以外）において、現状、C-2水準の医師が多くない、または、いない理由としてどのようなものが考えられますか。最も当てはまるものと2番目に当てはまるものを選択してください。（n=27）

選択肢	全体 n=27	内科系 n=8	外科系 n=6	その他 n=13
① C-2水準の制度自体が医師及び医療機関に知られていないため	6(22%)	2	1	3
② C-2水準審査の申請(医師による技能研修計画、医療機関による医療機関申請書の作成)が煩雑であるため	16(59%)	5	5	6
③ C-2水準に該当しうる医師に連携B水準やB水準が適用されており、わざわざC-2水準を申請する必要がないため	22(81%)	6	5	11
④ その他	6(22%)	1	1	4

その他意見(参考)

- 制度運用に必要な事務負担が大きく、医療機関側の対応体制整備が課題となっている。
- 医療機関に対応整備を求めるのではなく、申請制度そのものを簡略化する、AIなどを導入するなどして、行政側が制度整備をするべき。
- 多くの施設ではA水準とするようにタスクシェアなどによる努力が行われていると想定される。しかしながら、今後の高齢化社会においてタスクがますます増大することも予想され、A水準を維持することが困難になってくることも否定できないと思われる。

など

まとめ

- C-2水準技能の申請の医師数が多い原因として、約8割の学会で連携B水準やB水準が適用されている現状があるためと考えていた。
- 次いで、約6割の学会が申請の煩雑さを原因としてあげた。

C-2水準承認を受けている医療機関・医師に協力をいただき、ヒアリング調査及びアンケート調査を実施した。

対象・目的

- 対象
 - C-2水準承認を受けている2医療機関の事務担当者
 - 当該医療機関に所属するC-2水準の対象医師
- 目的
 - C-2水準制度の適切な適用のため、医療機関や医師がC-2水準申請時の手続きなどの、制度の課題等の整理を行う上で参考となる情報を収集すること

実施時期

- 2026年5月13日～5月22日

調査方法

- ヒアリング(事務担当者)：オンライン会議システム
- アンケート(対象医師)：Word様式

調査内容
(一部)

- C-2水準申請に至った理由
- 申請手続きで大変だったこと・不要に感じたこと
- C-2水準であることについて、周りからの評価・メリット
- 技能の修得度合い

C-2水準ヒアリング・アンケート結果

令和8年6月25日 令和8年度第1回
C-2水準統括委員会 資料1

問1:当該診療科において、連携BやB水準ではなく、C-2水準申請に至った理由は何でしょうか。(複数回答可)(対象:医療機関 n=2)	選択肢		医療機関	
	① 高度な医療を担っており、C-2水準が最も趣旨に合うと考えたため		2	
	② 連携B水準やB水準は、令和17(2035)年度末までに終了予定の制度であるため		1	
	③ 対象医師の積極的な発意があったため		0	
	④ 学会の推奨や案内があったため		0	
	⑤ その他		0	
問2:今までC-2水準の申請をしたことがない医療機関・医師が新たに申請を行おうと思ったときに、どういった支援があれば有用だと考えますか。(複数回答可)(対象:医療機関 n=2、医師 n=5)	選択肢		医療機関	医師
	① 事務手続きを直接指導・支援してくれる制度		2	4
	② わかりやすいマニュアル(どのような手続きが必要か等)		2	3
	③ 既に認められたC-2水準の申請書等の具体例の紹介		1	3
	④ その他		0	2
問3:病院や診療科がC-2水準であることについて、周りからの評価を感じることはありますか。(複数回答可)(対象:医療機関 n=2、医師 n=5)	選択肢		医療機関	医師
	① 特にC-2水準だと認識されていない		2	4
	② 高度な技能を修得・維持することのできる、医療提供体制・研修体制に優れた病院・診療科		0	0
	③ とても忙しく激務(ブラック)な印象		0	1
	④ その他		0	2
問4:医師の働き方改革の制度が開始された令和6年度よりC-2水準の指定を受けた際の技能研修計画に記載の技能は修得に至りましたか。(対象:医師 n=5)	選択肢		医師	
	① 記載の技能は全て修得に至った		0	
	② おおむね修得に至った		4	
	③ 半分程度修得に至った		1	
	④ ほとんどの技能は修得までには至らなかった		0	
	⑤ その他		0	
問5:C-2水準の申請手続きで、大変だったことや不要に感じたことを記載してください。(対象:医療機関 n=2、医師 n=5)	医療機関	・医師個別の申請作業が煩雑 ・診療科と医師の技能研修計画が一括で申請できると、スムーズになると思われる		
	医師	・技能修得の項目で記載する予定数を予測するのに労力を要した ・ID・パスワードが増え、何をしたら良いかわからなくなった ・事務手続きが大変だった ・大変であった記憶はない		

結果の概要

- 現時点でも事務局への質問ができる体制、ホームページ上にマニュアルなどはあるが、さらにわかりやすい例示などが求められている。
- C-2水準制度の認知度が低く、特に周囲からの評価はあまり影響を受けていない可能性が示唆された。
- C-2水準の承認を受けた医師における技能の修得については、概ね進捗は順調であった。

調査結果

【C-2水準に関する学会調査の結果】

- C-2水準については、多くの学会からその必要性が指摘され、C-2水準に該当し得ると考えられる技能についても例示があった。一方、一部には必要がないとの回答もあり、タスク・シフト/シェアなどの推進により年間の時間外労働を抑えられるとの回答だった。
- C-2水準を申請する時期や状況として最も想定されるものとしては、専門医を指導しつつ、自分の技能も維持する指導医としての立場であり、次いで、サブスペシャリティの専門医の取得等が続いた。
- 技能の修得に必要と想定される時間に関しては、現在の上限時間である1,860時間が現時点では必要という意見が多かったが、診療科やその状況により1,000時間程度～1,860時間の中で様々であった。また、その理由として、技能の修得のためだけではなく、地域医療体制の確保のために必要との意見もあり、C-2水準の枠組みが設けられている目的とは異なる認識もみられた。
- C-2水準の申請が少ない理由として、C-2水準に相当する技能の修練等をしているが連携B水準又はB水準とされている状況等があることが示唆され、また、申請の煩雑さ、制度が広く認知されていないこと等も影響している可能性がある。

【C-2水準を利用している医療機関、医師への調査の結果】

- C-2水準の適用を受けている医療機関、医師からは、技能の修得は概ね順調であるが、制度そのものの認知は低い可能性があること、また、C-2水準の利用に当たっては、事務手続きの支援、わかりやすいマニュアル、具体例の紹介等が求められるとの回答があった。



今後の対応(案)

- C-2水準については、良質かつ安全な医療を提供し続ける等の目的で設けられた仕組みであるが、各学会の意見によると、多くの領域における技能の修得・維持において必要性が示唆されている。一方で、現時点において、C-2水準の適用を受けている医師等が少ないことを踏まえると、制度の適切な運用に向けてさらに取り組む必要があるのではないかと。
- 具体的には、以下のような対応を通じて、制度の運用上の改善を図ることとしてはどうか。
 - ① 各学会に対して、改めてC-2水準制度の趣旨等に関する情報提供を行うとともに、該当し得る具体的な技能や、水準を適用する状況等について、定期的なブラッシュアップを促し、現場の実情に応じた適切な申請につながるよう取り組むこととしてはどうか。
 - ② 申請に係る負担の軽減に向け、学会や現場の意見にも留意し、マニュアルの充実や具体例の紹介等に取り組んでほしい。

C 水準の状況 小括

- C-1 水準については、直近（令和 7 年）の労働時間等の実態調査においては、臨床研修医については A 水準と同等程度の労働時間、専攻医については B・連携 B 水準と同等程度の労働時間の分布を示していた。また、C-1 水準以外の臨床研修医については、A 水準の医師全体より労働時間が短い傾向があった。一方、令和 2～7 年度に専門研修を開始した医師を対象とした調査によると、臨床研修医の頃に修練に積極的に取り組みたいという意向を示した医師は 6～7 割程度、残業が禁止（原則禁止を含む。）されていたと答えた割合が 2 割程度であった。
- C-1 水準（専攻医）の実態調査を行った報告によると、労働時間が週 60 時間を超える医師が 6 割であり、週 80 時間を超える医師も 1 割強みられた。また、診療科別には内科系と比較して外科系が長時間労働の傾向がみられ、施設種別には大学病院、大学病院以外で労働時間の大きな差はなかった。
- C-2 水準の実態調査を行った報告によると、C-2 水準が適用されている医師のうち時間外・休日労働時間が年換算で 960 時間を超える医師が約 6 割おり、研鑽に係る時間も少なくないもののほか、医師事務作業補助者等の支援が勤務環境改善に寄与していることや、教育と修練を並行して行うことによる負荷などの実態がみられた。また、C-2 水準の適用妥当性を事後的に評価する観点では、労働時間の多寡のみでなく、症例経験数の見込みや技能習得に必要な業務の遂行可否、また、適切な労務管理・勤務環境改善策の実施のほか、C-2 水準適用医療機関外での診療業務が長時間業務の主要因ではないこと等が重要であるとされた。
- C-2 水準が適用されている対象分野及び技能は、小児・周産期や外科領域を中心に、全身管理、高難度手術手技等に係る技能研修が多い状況にある。一方で、適用されている領域及び対象者数は限定的である。このため、C-2 水準の対象となり得る具体的な技能の状況、その他の C-2 水準申請における課題について、各領域学会（組織）より情報収集したところ、以下のような結果だった。
 - ・ C-2 水準については、多くの学会からその必要性が指摘され、C-2 水準に該当しうると考えられる技能についても例示があった。一方、一部には必要がないとの回答もあり、タスク・シフト/シェアなどの推進により年間の時間外労働を抑えられるとの回答だった。また、C-2 水準を申請する時期や状況として最も想定されるものとしては、専門医を指導しつつ、自分の技能も維持する指導医としての立場であり、次いで、サブスペシャリティの専門医の取得等が続いた。
 - ・ C-2 水準の申請が少ない理由として、C-2 水準に相当する技能の修練等をしているが連携 B 水準又は B 水準とされている状況等があることが示唆され、また、申請の煩雑さ、制度が広く認知されていないこと等も影響している可能性がある。
 - ・ C-2 水準の適用を受けている医療機関、医師からは、技能の習得は概ね順調であるが、制度そのものの認知は低い可能性があること、また、C-2 水準の利用に当たっては、事務手続きの支援、わかりやすいマニュアル、具体例の紹介等が求められるとの回答があった。
- 本年 6 月 25 日に開催された C-2 水準審査統括委員会における議論では、以下のような方向性での対応が妥当とされた。
 - ・ C-2 水準については、良質かつ安全な医療を提供し続ける等の目的で設けられた仕組みであるが、各学会の意見によると、多くの領域における技能の習得・維持において必要性が示唆されている。一方で、現時点において、C-2 水準の適用を受けている医師等が少ないことを踏まえると、制度の適切な運用に向けてさらに取り組む必要。
 - ・ 具体的には、以下のような対応を通じて、制度の運用上の改善を図ることとする。
 - ① 各学会に対して、改めて C-2 水準制度の趣旨等に関する情報提供を行うとともに、該当しうる具体的な技能や、水準を適用する状況等について、定期的なブラッシュアップを促し、現場の実情に応じた適切な申請につながるよう取り組む。
 - ② 申請に係る負担の軽減に向け、学会や現場の意見にも留意し、マニュアルの充実や具体例の紹介等に取り組む。

- 1 医師の働き方改革の経緯等
- 2 医療機関の医師の労働時間短縮の取組等の状況
 - (1) 医療機関の労働時間の実態、適切な労務管理等
 - (2) 都道府県による医療機関への支援等
 - (3) 医療機関勤務環境評価センターや国の取組
- 3 C水準の状況
- 4 **医師の働き方改革を取り巻く施策の状況**

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ともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

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

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

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

（その他）

- ・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べる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。

施行期日

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

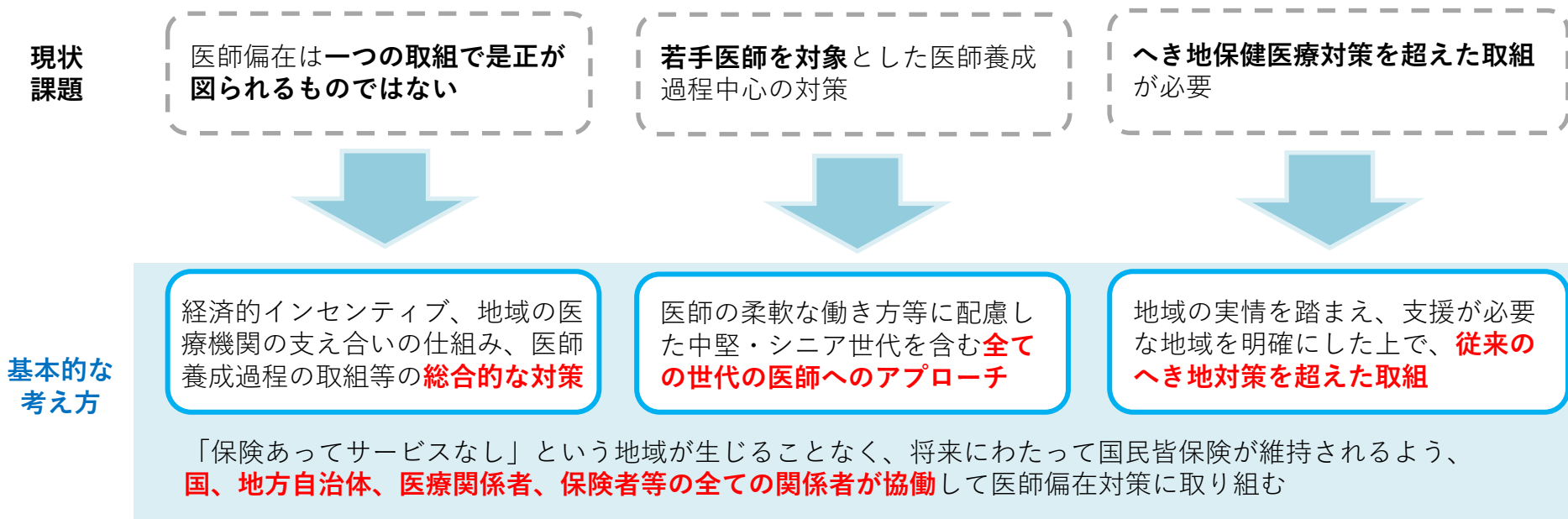
令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

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

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

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

【基本的な考え方】



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

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

＜医学部定員・地域枠＞

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

＜臨床研修＞

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

医師確保計画の実効性の確保

＜重点医師偏在対策支援区域＞

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

＜医師偏在是正プラン＞

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

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

＜経済的インセンティブ＞

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

＜全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援＞

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進
- ＜都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定＞
- ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

＜医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等＞

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

＜外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等＞

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

＜保険医療機関の管理者要件＞

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

診療科偏在の是正に向けた取組

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

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 とりまとめ（医師偏在対策）の概要

第126回社会保障審議会医療部会

資料1
(一部改)

令和8年3月26日

- 第8次（後期）医師確保計画・外来医療計画（令和9年4月～）の見直しに向けて、令和7年夏より検討会（※1）において、医師確保計画策定ガイドライン等の見直しに係る議論を行った。

（※1）医師養成過程を通じた医師の偏在対策については、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

主な見直し事項

【医師確保計画策定ガイドライン】

- 医師少数区域の考え方の見直し
 - ・ 現行の医師偏在指標のみでなく、地理的要素（※2）を反映した上で医師少数区域を設定
（※2）人口密度、二次救急病院までの距離、離島、特別豪雪地帯
- 医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
 - ・ 対象医療機関に公的医療機関及びNHO、JCHO、労働者健康安全機構の病院を追加
 - ・ 勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長
- 重点医師偏在対策支援区域の設定
 - ・ 国の提示する候補区域を参考に、都道府県が優先的・重点的に支援する区域を設定し、都道府県が新たに「医師偏在是正プラン」を策定し、経済的インセンティブに係る事業を実施（※3）
（※3）診療所の承継・開業支援事業、派遣元医療機関支援事業、代替医師確保支援事業
- 医師確保計画の効果測定・評価に係る指標の設定
 - ・ 目標医師数のみでなく、計画の取組進捗等を経時的に把握・評価するための指標を新たに導入
- 医師養成過程を通じた医師の偏在対策
 - ・ 大学医学部における地域枠等、臨床研修、専門研修等の医師養成過程に係る制度を都道府県が効果的に活用できるよう、医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理

【外来医療計画に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン】

- 外来医師過多区域における無床診療所の新規開業希望者への対応の強化
 - ・ 新規開設の事前届出制、地域で不足する医療機能・医師不足地域での医療の提供の要請、要請に応じなかった場合の勧告・公表、保険医療機関の指定期間の短縮等
 - ・ 外来医師多数区域における要請等の取組の強化と、国による定期的なフォローアップ

健康保険法等の一部を改正する法律（令和8年法律第31号）の概要

改正の趣旨

持続可能な医療保険制度の実現に向けて、必要な保険給付等の適切な実施と世代間や世代内での負担の公平性の確保を図るため、一部保険外療養の創設、後期高齢者医療における金融所得の保険料等への勘案、出産に係る給付体系の見直し、国民健康保険における子どもに係る均等割保険料等の軽減の拡充等の措置を講ずるほか、医療機関の業務効率化と勤務環境改善の取組等に係る措置を講ずる。

改正の概要

1. より公平な負担の実現、効率的な給付の確保

【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① OTC医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養を創設する。
- ② 後期高齢者医療において、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払に係る報告書等（法定調書）を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等を設ける。

2. 出産等の次世代支援や現役世代からの予防・健康づくりの拡充

【健保法、船員保険法、国保法、母子保健法等】

- ① 出産に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、出産の標準的な費用に係る給付体系の見直し等を行う。
- ② 妊婦健診に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、妊婦健診（望ましい基準内）の実施に係る標準額を定める等の環境の整備をするほか、サービス及び費用の見える化を進める。※こども家庭庁所管事項
- ③ 国民健康保険制度において、子どもに係る均等割保険料（税）の5割を軽減する措置の対象を、未就学児から高校生年代まで拡充する。
- ④ 現役世代の予防・健康づくりを強化するため、全国健康保険協会が取り組む保健事業に関する責務を明確化する。

3. 必要な医療の提供の確保

【健保法、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、医療法等】

- ① 高額療養費の支給要件等を定める際には、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化する。
- ② 業務効率化・勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する新たな事業を地域医療介護総合確保基金に設けるほか、計画を作成し業務効率化・勤務環境改善を推進する病院を厚生労働大臣が認定する仕組みを設ける。併せて、医療機関は業務効率化・勤務環境改善に努めるものとする。

4. その他

【健保法、国保法、高確法等】

- ① 全国健康保険協会の平均保険料率の引き下げとあわせ、令和8年度から令和10年度までの時限措置として、全国健康保険協会への国庫補助に係る特例減額の控除額を引き上げる特例措置を講じる。
- ② 国民健康保険組合に対する国庫補助について、一定の場合に、現行の補助率の下限よりも低い補助率を例外的に適用する。
- ③ 国民健康保険の財政安定化基金（本体基金分）について、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認める。等

施行期日

このほか、平成19年の雇用保険法等の一部改正法で改正を要した船員保険法第76条第6項について、規定の形式的修正を行う。

令和9年4月1日（ただし、2④及び4①は公布日、3①は令和8年8月1日、3②の一部は令和9年1月1日、1①は公布後1年以内に政令で定める日、2①及び②は公布後2年以内に政令で定める日、1②は公布後5年以内に政令で定める日等）

医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援

趣旨・概要

- 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・勤務環境改善の取組の支援について、以下の制度的対応を行う。
 - ① 今後継続的に支援することができるよう、地域医療介護総合確保基金に、業務効率化・勤務環境改善の取組を支援する新たな事業を設ける。
(参考) 業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和7年度補正予算において、200億円を計上。
 - ② 業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を厚生労働大臣が認定できる仕組みを設け、認定を受けた病院は特定の表示を行うことができることとする。
 - ③ 都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療機関の労務管理等の支援に加え、業務効率化に係る助言・指導等も行うよう努める旨を明確化する。
 - ④ 医療法上、病院又は診療所の管理者は、勤務環境の改善に加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。併せて、健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

地域医療介護総合確保基金 対象事業

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

- I - 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I - 2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の設備に関する事業（地域密着型サービス等）
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業【本改正法による改正に伴い見直しを予定】

新区分 業務効率化・勤務環境改善に関する事業【本改正法による改正】

【業務のDX化に関する取組例】

(1) スマートフォンによる情報共有の効率化

チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などにより、1対1だけでなく、グループでの一斉の情報共有が可能



(2) 見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化

患者の同意のもと、病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認。



(3) 音声入力・バイタルの自動入力・生成AIによる文書自動作成支援



医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会

目的

- 2040年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加と生産年齢人口（15歳～64歳人口）の減少が一層見込まれるとともに、18歳人口の減少によって医療関係職種の養成校の定員充足率が近年低下傾向にあるなど、今後、医療関係職種の養成・確保は一層の課題となっていくことが見込まれる。また、こうした医療関係職種の養成・確保をとりまく環境の変化は、地域によって大きく状況が異なるため、その実情に応じた対策を講じていくことが必要となる。
- このため、地域において将来にわたって必要な医療が持続的に提供されるよう、各地域の人口の推移や新たな地域医療構想の策定等の状況を踏まえ、18歳人口の減少が急激に進む中でも必要な医療関係職種を安定的に養成・確保していく観点から迅速な対応を行うことが求められる。
- 地域において必要な医療関係職種の安定的な養成・確保の在り方について、関係者による専門的観点から検討を進めるため、本検討会を開催する。

検討事項

- 地域において必要な医療関係職種を安定的に養成・確保するための方策

構成員（敬称略・五十音順）

青木 郁香	日本臨床工学技士会 専務理事
東江 由起夫	日本義肢装具士協会 会長
上田 克彦	日本診療放射線技師会 会長
内山 量史	日本言語聴覚士協会 会長
江澤 和彦	日本医師会 常任理事
小野 太一	政策研究大学院大学 副学長・教授
神野 正博	全日本病院協会 会長
風間 雄一郎	福島県保健福祉部 次長（健康衛生担当）
木戸 道子	日本赤十字社医療センター 副院長・第一産婦人科部長
喜熨斗 智也	日本救急救命士会 会長
國土 典宏	国立健康危機管理研究機構 理事長
斉藤 秀之	日本理学療法士協会 会長
寺島 多美子	日本歯科医師会 常務理事
中野 夕香里	日本看護協会 専務理事
西田 裕介	国際医療福祉大学 成田保健医療学部長
野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院 教授
平山 春樹	日本労働組合総連合会 総合政策推進局生活福祉局 局長
福島 統	東京慈恵会医科大学 名誉教授
丸林 彩子	日本視能訓練士協会 副会長
武藤 智美	日本歯科衛生士会 会長
森野 隆	日本歯科技工士会 会長
守屋 百合子	静岡医療科学専門学校 副大学校長
山本 伸一	日本作業療法士協会 会長
横地 常広	日本臨床衛生検査技師会 代表理事会長

2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会

目的

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や生産年齢人口の減少を見据えた医療提供体制の構築にあたっては、地域医療の支え手である看護職員の需給の状況を見通しつつ、看護職員の資質を高めるとともに、各地域において養成・確保策について検討が進められることが重要。
- このため、現下の看護職員の需給の状況や地域・領域別偏在、勤務環境、看護師等学校養成所の定員充足状況なども踏まえ、新たな地域医療構想の策定に合わせ、今後の看護職員に求められる資質を議論し、国や都道府県等が看護職員の養成・確保への対応のために講ずることが考えられる施策のメニューを速やかに整理していく。
- その際、2040年に向けた看護職員の養成・確保の検討に資するよう、これまで8回にわたり策定してきた看護職員の需給見通しについて、推計方法を精緻化し、新たな地域医療構想における医療需要を反映したものとする。

主な論点

- 2040年に向けた看護職員の需給見通しと看護職員の養成・確保への対応について

【看護職員の養成策】

看護の実践能力を更に高めるための養成課程・研修の在り方、少子化の進展に対応した看護師等学校養成所の運営、社会人経験者のリスティング支援

【地域の看護職員の確保策】

地域偏在・領域偏在（訪問看護等）への対応、求人・求職間のミスマッチ改善（復職研修の強化等）、ハローワークとの連携強化

【看護職員の勤務環境改善】

看護管理者の能力向上、多様で柔軟な働き方（両立支援、夜勤含む）、ICT機器の活用による業務効率化、ハラスメント対策

構成員（敬称略・五十音順）

秋山 智弥	公益社団法人 日本看護協会 会長
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
大島 精司	一般社団法人 国立大学病院長会議 会長
小野 太一	政策研究大学院大学 副学長・教授
影山 菜穂子	読売新聞東京本社編集局医療部 記者
風間 雄一郎	福島県保健福祉部 次長（健康衛生担当）
鎌倉 やよい	一般社団法人 日本看護系大学協議会 常任理事
小林 美亜	山梨大学大学院総合研究部医学域臨床医学系 特任教授
古元 重和	北海道大学 大学院医学研究院 社会医学分野 医療政策評価学教室 教授
園田 孝志	一般社団法人 日本病院会 副会長
田中 志子	公益社団法人 全国老人保健施設協会 副会長
玉井 保子	公益社団法人 大分県看護協会 会長
新田 國夫	一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 理事長
春山 早苗	自治医科大学 看護学部 教授
樋口 秋緒	社会医療法人北農会 介護老人保健施設 恵み野ケアサポート
平原 優美	公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事
平山 春樹	日本労働組合総連合会 総合政策推進局生活福祉局 局長
別府 千恵	一般社団法人 日本私立医科大学協会
松原 由美	早稲田大学人間科学学術院 教授
水方 智子	一般社団法人 日本看護学校協議会 会長
山口 育子	認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長

大学病院改革プランの概要

- ▶ 大学病院を取り巻く現状と課題等（医師の長時間労働、教育・研究時間の減少、大学病院の機能低下、増収減益の財務状況、医療提供体制の確保等）がある中、2024（令和6）年度から医師の時間外・休日労働の上限規制が施行された。
- ▶ このような現状と課題等を鑑み、各大学病院は、地域医療確保暫定特例水準（B水準、連携B水準）の解消が見込まれる2035（令和17）年度末に向けて、**2029（令和11）年度までの期間（6年間）に取り組む内容**を、「大学病院改革ガイドライン」を参考に**4つの視点（運営改革、教育・研究改革、診療改革、財務・経営改革）**に整理して**自院の実情に応じた大学病院改革プラン**（以下、「改革プラン」という。）を**策定**し、当該プランに基づき改革を推進して、**持続可能な経営基盤の確立**を図る。
- ▶ 各大学病院は、策定した改革プランを自院のウェブサイトにて公表。また、社会情勢の変化等に応じて改革プランを適宜改定するとともに、**年1回程度自己点検**を行って改革プランを推進する。なお、改革プランの推進にあたっては、**大学等本部等と連携**するとともに、**自治体、医療機関、医師会等の関係者等とも意見交換**を行う。

※文部科学省は、各大学病院が改革プラン策定時の参考となるように「大学病院改革ガイドライン」を策定するとともに、改革プランの取組に応じた継続的な財政支援（令和5年度補正予算（最先端医療設備の整備）、令和6年度当初予算（高度な臨床・研究能力を有する医師養成促進支援））等を行っている。
また、改革プランの進捗状況について、4年目の2027（令和9）年度及び2030（令和12）年度に確認予定。

我が国の医学教育・研究の維持発展 地域ニーズに応じた診療の確保

持続可能な大学病院経営の実現

大学病院改革プランの策定（大学本部と一体となった改革の推進）

※自院の実情に応じた大学病院改革プランを策定

（１）運営改革

【検討項目】

- 自院の役割・機能の再確認※
 - ・医学部の教育研究に必要な附属施設としての役割・機能
 - ・専門性の高い高度な医療人を養成する研修機関としての役割・機能
 - ・医学研究の中核としての役割・機能
 - ・地域医療構想等と整合した医療機関としての役割・機能等
※改革の基本方針として記載が必須
- 病院長のマネジメント機能の強化
- 大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化
- 人材の確保と処遇改善
- その他運営改革に資する取組等

（２）教育・研究改革

【検討項目】

- 臨床実習に係る臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化
- 臨床研修や専門研修に係るプログラムの充実
- 企業等や他分野との共同研究等の推進
- 教育・研究を支援するための体制整備
 - ・人的・物的支援等
- その他教育・研究環境の充実に資する支援策

（３）診療改革

【検討項目】

- 都道府県等との連携の強化
- 地域医療機関等との連携の強化
- 自院における医師の労働時間短縮の推進
- 医師少数地域を含む地域医療機関に対する医師派遣（常勤医師、副業・兼業）
- その他診療改革に資する取組等

（４）財務・経営改革

【検討項目】

- 収入増に係る取組の推進
- 施設・設備及び機器等の整備計画の適正化と費用の抑制
 - ・自院の役割・機能等に応じた施設・設備・機器等の整備計画の適正化等
- 医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減
- その他財務・経営改革に資する取組等
- 改革プランの対象期間中の各年度の収支計画

現状・課題 【申請状況】78大学（国立42、公立8、私立28）から申請 → 77大学（国立41、公立8、私立28）を選定

- 大学病院は昨今の物価や人件費等の高騰の影響を受け、増収減益傾向が一層強まっており、**令和6年度においては、国公私立大学病院で過去最大となる508億円の赤字となり、今年度も更なる悪化の可能性が示されるなど、これまでになく厳しい局面を迎えている。**
- 大学病院の存続が危機的な状況になり、大学病院が担う医師の養成と地域への輩出、新しい医療創出の研究、ほかの病院では実施できない高度医療の提供等の機能を低下させ、大学病院のみならず、**地域医療の崩壊など、社会全体に影響を与えかねない事態にある。**

事業内容

増収減益の経営から脱却し、大学病院改革プラン等に基づき、病院運営の構造転換（※）を図る大学病院に対し、**診療報酬では補填されていない、教育・研究の質を高めるために必要となる経費の一部を支援**し、大学病院の機能強化を行う。

※構造転換の例

- ・病院長のマネジメント体制の構築
- ・地域医療構想に基づく役割分担と連携
- ・事業規模の適正化と人的・物的資源の教育・研究へのシフト

【主な支援内容】

教育研究経費

- ・高度医療を担う人材の育成や、臨床研究体制の整備等、大学病院の構造転換の促進に必要な経費
- ・教育・研究環境の充実に必要となる最先端の医療機器
- ・教育・研究に係る情報システム費

件数・単価

64箇所程度×5億円程度

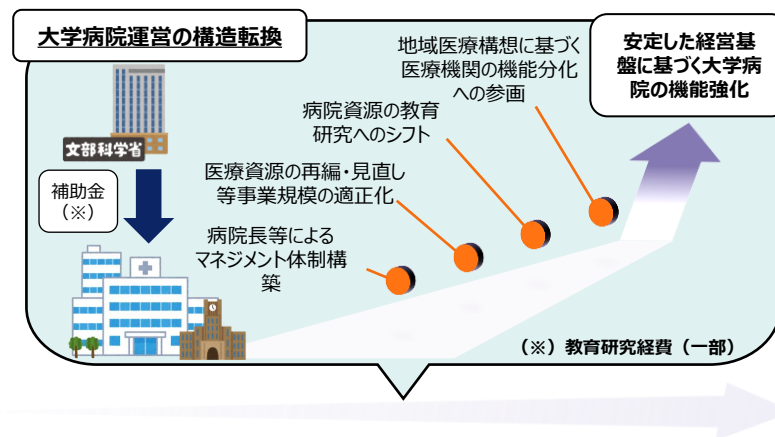
交付先

医学部を置く国公私立大学

【事業イメージ】



- 増収減益と経費率上昇による赤字構造、経営危機
- 医学生の臨床実習等の教育負担増加
- 診療工フォートの増加と、研究時間・環境の低下
- 処遇や勤務環境を要因とする医療人材の不足



(担当：高等教育局医学教育課)

医師の働き方改革を取り巻く施策の状況 小括

【医療提供体制】

- 令和7年12月に成立した医療法等の一部を改正する法律に基づき、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、2040年頃を見据えた地域医療構想の見直しを図り、本年3月に「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」を行い、本月7月に「地域医療構想策定ガイドライン」を作成した。

【医師の偏在対策、人材確保】

- 医師偏在対策については、都道府県単位での偏在を解消する目標年である2036年に向け、これまで、医師養成過程を通じた取組のほか、都道府県における医師確保計画に基づく取組を推進し、医師少数県を中心に医師数の増加が見られている。今後に向けた医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施に向け、同法に基づく対策を講じるとともに、本年6月に「第8期（後期）医師確保計画策定ガイドライン」を作成し、必要な取組を盛り込んだ。
- 2040年頃に向けた地域で必要な人材の確保の観点から、看護職員及び医療関係職種の養成や確保に関する検討会を開催しており、必要な議論を行っている。

【医療機関における業務効率化・勤務環境改善】

- 令和8年5月に成立した健康保険法等の一部を改正する法律に基づき、業務効率化・勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する新たな事業を地域医療介護総合確保基金に設けるほか、計画を作成し業務効率化・勤務環境改善を推進する病院を厚生労働大臣が認定する仕組みを設けることとしている。併せて、医療機関は業務効率化・勤務環境改善に努めることとしている。

【大学病院への支援】

- 大学病院における経営の悪化が深刻化する中、診療報酬では補填されていない、教育・研究の質を高めるために必要となる経費の一部を支援し、大学病院経営の構造転換を推進するため、文部科学省において大学病院機能強化推進事業（令和7年度補正予算額 349億円）に取り組んでいる。安定した経営基盤に基づく大学病院の機能強化を通じて、大学病院における働き方改革を含めた取組が期待される。