

2019 年度 勤務医不足と医師の働き方に関するアンケート調査

報告書

2019 年 10 月

一般社団法人 日本病院会

医療政策委員会



目次

はじめに	5
調査要綱	6
回答状況	6
＜Ⅰ. 基本情報＞	
1-1. 開設主体	7
1-2. 地域別	7
1-3. 都道府県別	8
1-4. 病床規模別（許可病床）	8
＜Ⅱ. 勤務医不足に関する質問＞	
2-1. 平成25年4月と平成30年4月を比較	
①. 貴院の常勤医師数は増加しましたか。	9
②. ①で「増加した」と回答された方への設問。増加した人数を教えてください。	10
③. ①で「減少した」と回答された方への設問。減少した人数を教えてください。	10
2-2. 貴院が標榜している診療科すべてに、常勤医を配置できていますか。	11
2-3. 貴院が現在の医療機能を維持するために必要な勤務医について	
①. 勤務医は充足していますか。	12
②. ①で「不足している」「やや不足している」と回答された方への設問。 不足している診療科はどの科ですか。	13
③. ①で「不足している」と回答された方への設問。昨年度の経常収支はいかがでしたか。	14
2-4. 地域医療構想を踏まえ、自院の医療機能を見直した場合	
①. 現在の医師数で対応できますか。	15
②. 現在の医師の時間外労働時間はどのように変化すると思いますか。	16
2-5. 勤務医の確保について	
①. 勤務医（非常勤医を含む）をどのように確保していますか。	17
②. ①で「人材斡旋会社」と回答された方への設問。人材斡旋会社への昨年度1年間の支払金額、 および昨年度1年間の斡旋人数を教えてください。	18
③. ①で「大学寄付講座の開設」と回答された方への設問。寄付の昨年度1年間の総額と期間、 および寄付講座数を教えてください。	19
④. 勤務医確保は困難だと感じますか。	20
⑤. ④で「大変困難だと感じる」「やや困難だと感じる」と回答された方への設問。 その理由を教えてください。	21
2-6. 勤務医不足の本質は、絶対数の不足にあるでしょうか、それとも偏在にあるでしょうか。	23
2-7. 勤務医の地域偏在はなぜ起きたと思いますか。	24
2-8. 「医師偏在指標」について	
①. 医師不足・偏在を客観的に把握するためには「医師偏在指標」が必要であると思いますか。	25
②. 「医師偏在指標」として適切であると思う項目はどれですか。	25
2-9. 勤務医不足、医師偏在の解消策に対する賛否をお聞きします。	27
2-10. 勤務医不足を議論する場合、何を問題として議論すべきでしょうか。	30
＜Ⅲ. 労働時間・労働賃金に関する質問＞	
3-1. 医師の労働時間について	
①. どの方法を用いて管理していますか。	31
②. ①で「タイムカード」「ICカード等ITの活用」と回答された方への設問。 医師の出退勤時刻は適切に管理できていますか。	31

③. ①で「自己申告」と回答された方への設問。 自己申告と労働実態には乖離があると思いますか。	32
④. ①で「はい」と回答された方への設問。何らかの対応を講じていますか。	32
⑤. 適切な管理のために工夫していることがあれば教えてください。	32
⑥. 適正に管理するための課題は何ですか。	33
⑦. 病院はこれまで「医師の労働時間を管理する」という意識が希薄であったと思いますか。	33
3-2. 医師の労働時間と自己研鑽の区分について	
①. 国は医師の「労働」と「自己研鑽」の具体的な区分基準を定めるべきだと思いますか。	35
②. 自己研鑽すべてを労働時間とみなすのは現実的ではないと思いますか。	35
③. 貴院では何らかの区分基準を設けていますか。	36
④. ③で「はい」と回答された方への設問。以下の事項は労働時間と認めていますか。	36
⑤. 労働時間であると思うものはどれですか。	37
3-3. 常勤医師の1週間の平均勤務時間を教えてください。	
①. 宿日直勤務時間を除く勤務時間	39
②. 宿日直勤務時間を含む勤務時間	39
3-4. 常勤医師の1カ月の時間外勤務時間について	
①. 1カ月の平均時間外勤務時間を教えてください。	40
②. 時間外勤務時間が80時間を超える医師は何人いますか。	40
③. 時間外勤務時間が80時間を超える医師の割合は全常勤医師の何%ですか。	40
④. 80時間超の医師に対して、院長・所属長・産業医等による面談を実施していますか。	41
⑤. 院長クラスは現在でも、「若い医師は長時間労働は当たり前」と考えていると思いますか。	41
⑥. 労働時間の短縮が困難であると思う診療科を教えてください。	42
3-5. 宿日直業務について	
①. 労働基準局通達では、「宿直は週1回、日直は月1回を限度とする」と規定されていますが、 貴院ではこれを遵守できていますか。	43
②. 1カ月平均の医師1人当たりの宿日直回数は何回ですか。	43
③. 医師の1カ月当たりの宿日直回数の上限を定めていますか。	44
④. ③で「はい」と回答された方への設問。上限の回数を教えてください。	44
⑤. 貴院の当直体制を教えてください。	45
⑥. 宿直翌日の勤務体制について、次のうちどれですか。	46
⑦. 医師の最長連続労働時間を定めていますか。	47
⑧. ⑦で「はい」と回答された方への設問。その時間数を教えてください。	47

<IV. 労働基準法遵守に関する質問>

4-1. 宿日直業務に関わる労働基準法遵守について	
①. 労働基準法第41条及び施行規則第23条に定める「宿日直許可」を受けていますか。	49
②. ①で「はい」と回答された方への設問。許可を受けた時期は西暦何年頃ですか。	49
③. 宿日直勤務中に、救急医療等の通常の労働が頻繁に行われていますか。	50
④. ③で「はい」と回答された方への設問。 ・その場合、宿日直勤務として取り扱うことは「適切でない」と認識していますか。 ・その場合、「宿直許可」が取り消される可能性があることをご存知ですか。	50
⑤. 突発的労働に対し、労働基準法第7条に基づいた割増賃金を支払っていますか。	51
⑥. ⑤で「はい」と回答された方への設問。賃金の支払方法は、以下のどれですか。	51
⑦. 定額の割増賃金を支払っている病院への設問。 時間外労働の割増賃金が定額を上回った場合にその差額を支給していますか。	52
⑧. 医療法と労働基準法とでは、「宿直」の定義が違うことをご存知ですか。	53
⑨. 労働基準法における宿日直許可基準は実態とかけ離れており、見直すべきであると思いますか。	53

⑩. 医師の宿日直体制に関し、「許可を受けた宿日直」と「通常業務と同じ宿日直」の間に位置する「中間業務」について、新たな制度を導入すべきという日本医師会主導の意見書についてどう思いますか。	53
4-2. 「オンコール体制」について	
①. 「オンコール体制」をとっていますか。	55
②. ①で「はい」と回答された方への設問。 貴院のオンコール体制は、病院の指示ですか、それとも医師の自発的な取り組みですか。	55
③. 病院からのコールがない場合であっても、自宅待機を労働時間とみなしていますか。	55
④. 病院からのコールがない場合であっても、自宅待機に対して手当を支払っていますか。	56
4-3. いわゆる「36 協定」について	
①. 36 協定を締結していますか。	57
②. ①で「はい」と回答された方への設問。同協定を締結している職種はどれですか。	57
③. 協定書の記載内容について 医師の1ヶ月の時間外勤務時間の上限は何時間ですか。 医師の1年間の時間外勤務時間の上限は何時間ですか。 特別条項での医師の1ヶ月の時間外勤務時間の上限は何時間ですか。 特別条項での医師の1年間の時間外勤務時間の上限は何時間ですか。	58 58 59 59
④. 36 協定書や就業規則等の労働条件を、書面で明示していますか。	60
⑤. 36 協定書や就業規則等の労働条件を、勤務医に周知していますか。	60
⑥. ⑤で「はい」と回答された方への設問。どのような方法で周知していますか。	60
⑦. 週1回、または4週間で4日以上の日を休ませていますか。	61
4-4. 労働基準局からの是正勧告（指導、通知を含む）について	
①. 労働基準局からの是正勧告を受けたことがありますか。	62
②. ①で「ある」と回答された方への設問。どのような内容でしたか。	62
③. ①で「ある」と回答された方への設問。是正勧告を受けてどのような対応をされましたか。	62
④. ①で「ない」と回答された方への設問。 昨今の労働基準監督署による是正勧告の動きを踏まえ、何らかの対策を検討していますか。	63
4-5. 初期臨床研修医の期間は、労基法の適用から除外すべきであると思いますか。	64
4-6. 後期臨床研修医の期間は、労基法の適用から除外すべきであると思いますか。	64
4-7. 「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と思いますか。	65
4-8. 現行の労働基準法とは異なる、医師の労働の特殊性を踏まえた「医師労働法制」を制定すべきであると思いますか。	65

< V 医師の働き方改革に関する質問 >

5-1. 「医師の働き方改革」の目的は何にあると思いますか。	66
5-2. 医師の時間外勤務時間縮減について	
①. 最近、医師の働き方を見直しましたか。	67
②. ①で「はい」と回答された方への設問。その内容について教えてください。	67
③. 医師の労務管理の面で何らかの取り組みを行っていますか。	68
④. ③「はい」と回答された方への設問。その内容について教えてください。	68
⑤. 医師の労働時間短縮のためのタスク・シフティング（業務の移管）について。 医師の業務を他職種に振り分けていますか。	69
⑥. ⑤で「はい」、「今後予定」と回答された方への設問。 振り分けた業種、その内容について教えてください。	69
⑦. ⑤で「はい」と回答された方への設問。 業務の振り分けは、医師の労働時間縮減に効果がありましたか。	70
⑧. 厚生労働省より発出された「医師の労働時間短縮に向けた取組」について、実施できた項目はどれですか。	70

⑨. 医師の勤務負担軽減のためには、社会全体の理解と協力が不可欠だと思いますか。	71
5-3. 時間外労働の上限規制について	
①. 医師にも適用するべきであると思いますか。	72
②. 救急医療や周産期医療などを提供している病院は、対象外にすべきだと思いますか。	72
③. 勤務医不足の過疎地やへき地の病院は、対象外にすべきだと思いますか。	72
④. 上限規制は患者の不利益につながると思いますか。	72
⑤. 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。	73
⑥. ⑤で「はい」と回答された方への設問。どのような影響があると考えますか。	73
5-4. 応召義務について	
①. 応召義務は、患者に対する義務ではなく、国に対する義務であることをご存知ですか。	74
②. 応召義務は、医師個人ではなく、病院組織に対して課すべきであると思いますか。	74
③. 応召義務違反には罰則規定はないものの、行政処分・民事賠償・刑事罰の可能性のあることをご存知ですか。	74
④. 応召義務が勤務医の長時間労働を肯定する背景になっていると思いますか。	74
⑤. 労基法第 32 条（法定労働時間週 40 時間等）と矛盾していると思いますか。	75
⑥. 過労死ラインを超える長時間労働の医師に、応召義務を課するのは「酷である」と思いますか。	75
⑦. 診療を拒否できる「正当な事由」に、労基法第 32 条や第 36 条での上限労働時間の項目など、現在の医療事情に対応した項目を追加すべきであると思いますか。	75
⑧. 応召義務（医師法第 19 条第 1 項）は撤廃すべきであると思いますか。	75
5-5. 以下の働き方について、医師に適用すべきであると思いますか。	77
5-6. 「医師の働き方改革」で、労働環境が改善すると思いますか。	78
5-7. 5-6 で「大きく改善する」「ある程度改善する」と回答された方への設問。 その理由を教えてください。	78
5-8. 5-6 で「ほとんど改善しない」と回答された方への設問。その理由を教えてください。	79
5-9. 「医師の働き方改革」は、診療報酬による財政的支援が必要だと思いますか。	80
5-10. 医師は「労働者ではなく、聖職である」と思いますか。	81

<VI その他>

6-1. 「医療基本法」の制定について

①. 日本医師会が中心となって「医療基本法」の制定の準備がなされていることを知っていますか。	82
②. 地域医療再生のためには、医療の憲法としての「医療基本法」の制定が必要だと思いますか。	82

まとめ	84
---------------	----

委員名簿	87
----------------	----

はじめに

地域医療再生に向けて、これまで国と地方では、医師確保対策を中心にさまざまな対策が講じられてきたが、いずれの効果も限定的で、勤務医の不足と地域偏在が改善し、地域医療が再生したケースは極めて少ない。とくに、地方の小都市や中山間地に存在する病院では、日常診療の維持にさえ難渋している。

一方、我が国の医療は、医師の使命感と自己犠牲的な長時間労働により支えられ、危機的な状況にあるという認識のもと、2017年8月、厚生労働省において「医師の働き方改革に関する検討会」が発足。さまざまな観点からの議論がなされ、本年3月にはその報告書が発表された。

それによると、目的は二つ、「医師の健康確保」と「地域医療の確保」。そのためにすべての医療機関において「労務管理の徹底」と「労働時間の短縮」を推進。5年間の猶予期間を経て、2024年4月以降には、時間外労働「年960時間」以内、特例「1,860時間」以内を目指すことになった。これに加えて、28時間の連続勤務時間制限や9時間の勤務間インターバルなどの追加的健康確保措置をとることも医療機関に求めている。病院にとって、このような取り組みは、直接的間接的にマネジメントコストの増大に直結し、その経営が圧迫される危険性をはらんでいる。

もとより、「医師の働き方改革」は、それ自体単独で存在するのではなく、「地域医療構想」（地域医療提供体制）および「医師偏在対策」（勤務医確保）と密接かつ複雑に連動しており、三位一体であることに異論はない。

しかし、地域医療の行方を左右する極めて重要な「地域医療構想」は、調整会議での議論も活発であるとは言いがたく、明らかに停滞し、新たな進展は見られていない。

「医師偏在対策」にしても、さまざまな取り組みがなされたものの、地域偏在は解消されず、人口減少を待つ以外に有効な方策はないという絶望的な状況にある。これに加えて、勤務医の労務管理にも問題は多く、過重労働による疲弊が、いわゆる“立ち去り型サボタージュ”を加速させ、医療崩壊を生じさせたことは記憶に新しい。

しかも、日本の医療は、依然として、労働基準法違反を前提にした勤務医の過重労働とそれを追認せざるを得ない病院運営の上に成り立っており、医師を含めた医療従事者の勤務環境の改善は、地域医療の確保にとっても、健全な病院経営にとっても、疎かにはできない重要な問題である。

このように、「地域医療構想」と「医師偏在対策」は、ともに展望を見いだせず、「医師の働き方改革」もまた、“待ったなし”の状況ではあるものの、“言うは易く、行うは難し”。その行方は決して明るいものではない。

今回、勤務医不足と地域偏在の状況、労働基準法に関連しての勤務医労務環境の実態、さらには働き方改革に対する取り組み状況と課題を明らかにすることを目的に、アンケート調査を実施した。

本報告書が、勤務医不足の解消と労務環境の改善に結びつき、地域医療の再生の一助となることを願うものである。

『勤務医不足と医師の働き方に関するアンケート調査』 結果報告

調査要綱

【調査の目的】

勤務医不足と地域偏在の状況、労働時間や労働賃金など勤務医労働環境の実態、さらには医師の働き方改革に対する取り組み状況と課題を明らかにし、地域医療再生の一助とする。

【調査対象】

日本病院会会員（平成30年10月1日現在）

【調査時期】

平成30年10月12日～12月28日

【調査方法】

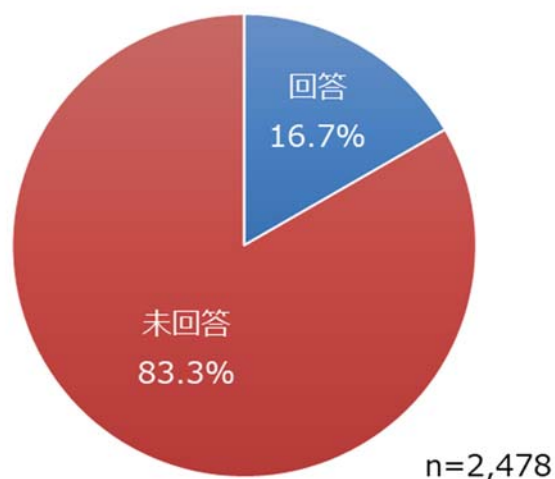
メール一括配信により依頼文を送信。回答者は入力してメールにより返信。

回答状況

【回答数】

調査対象の日本病院会会員2,478病院に対して、413病院から回答が得られた。回収率は16.7%であり、地域医療委員会が平成27年10月に実施した『地域医療再生を妨げる「制度の壁」アンケート調査』の回収率27.3%（664病院/2,431病院）に比べて10%低下し、平成25年2月実施の14.3%（339病院/2,375病院）とほぼ同程度であった。

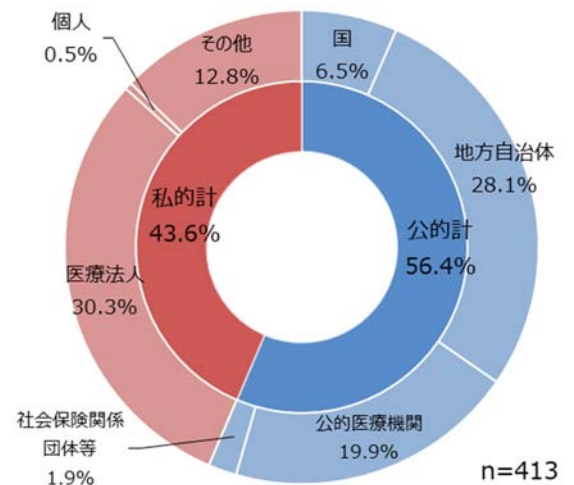
回答病院数	回答率	会員病院数
413	16.7%	2,478



I. 基本情報（平成 30 年 4 月 1 日現在）

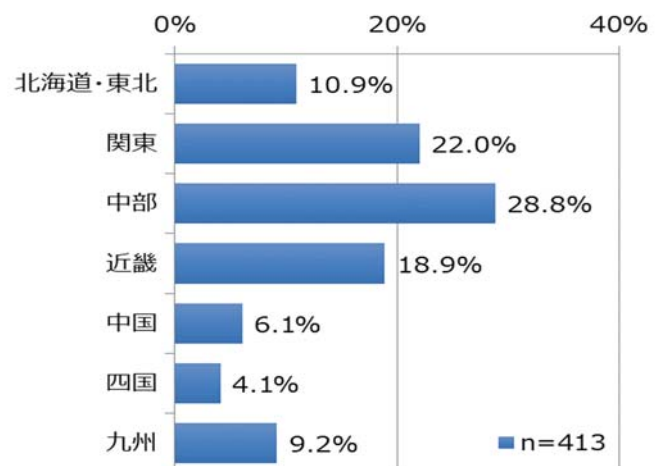
1-1. 開設主体

	回答結果		(参考) 日病会員	
	病院数	割合	病院数	割合
公的計	233	56.4%	885	35.7%
国	27	6.5%	169	6.8%
地方自治体	116	28.1%	410	16.5%
公的医療機関	82	19.9%	255	10.3%
社会保険関係団体等	8	1.9%	51	2.1%
私的計	180	43.6%	1,593	64.3%
医療法人	125	30.3%	1,216	49.1%
個人	2	0.5%	22	0.9%
その他	53	12.8%	355	14.3%
合計	413	100.0%	2,478	100.0%

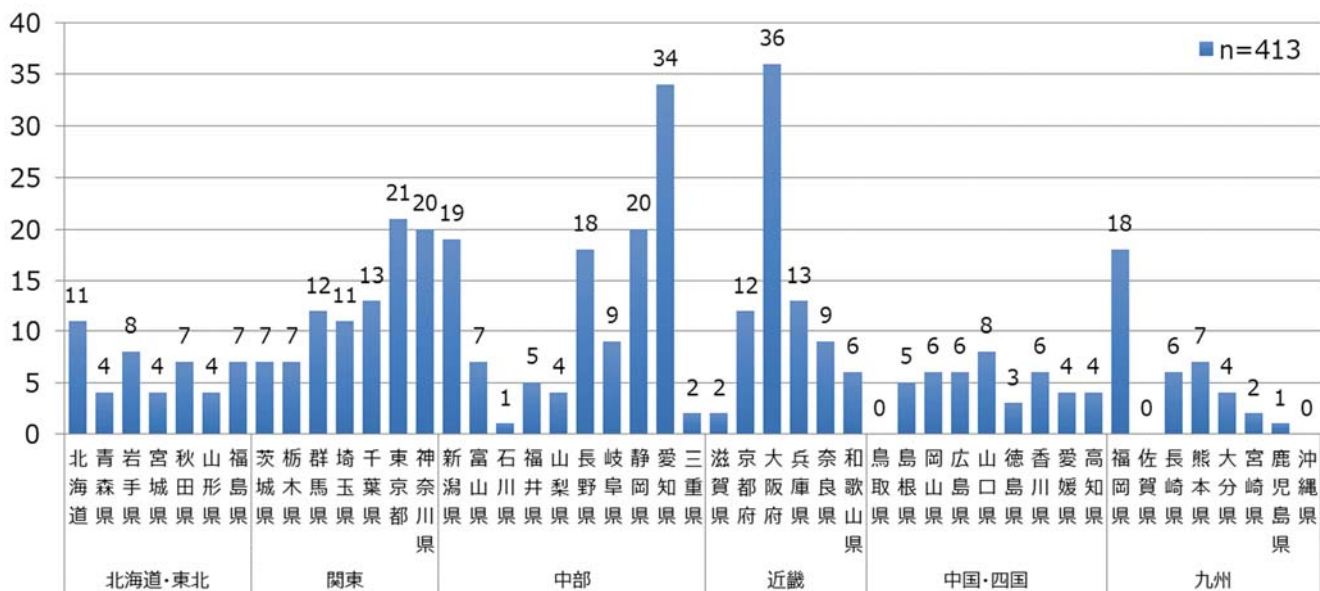


1-2. 地域別

	回答結果		(参考) 日病会員	
	病院数	割合	病院数	割合
北海道・東北	45	10.9%	266	10.7%
関東	91	22.0%	677	27.3%
中部	119	28.8%	477	19.2%
近畿	78	18.9%	516	20.8%
中国	25	6.1%	172	6.9%
四国	17	4.1%	103	4.2%
九州	38	9.2%	267	10.8%
合計	413	100.0%	2,478	100.0%



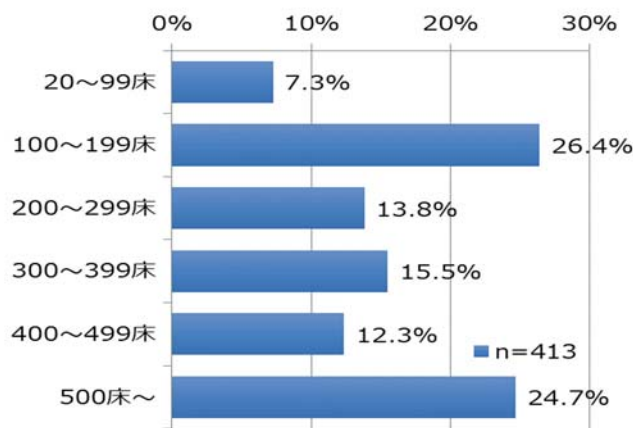
1-3. 都道府県別



全国 44 都道府県からの回答が得られた。回答数が最も多かったところは、前回調査と同様、大阪府の 36 病院、ついで愛知県 34 病院、東京都 21 病院であった。一方、回答数が最も少なかったところは石川県・鹿児島県の各 1 病院であり、沖縄県、佐賀県、鳥取県からは回答はなかった。

1-4. 病床規模別(許可病床)

	回答結果		(参考) 日病会員	
	病院数	割合	病院数	割合
20~99床	30	7.3%	419	16.9%
100~199床	109	26.4%	817	33.0%
200~299床	57	13.8%	362	14.6%
300~399床	64	15.5%	357	14.4%
400~499床	51	12.3%	235	9.5%
500床~	102	24.7%	288	11.6%
合計	413	100.0%	2,478	100.0%



回答病院総数 413 病院に占める割合が最も多かったのは、「100~199 床」26.4%（全会員病院に占める割合：33.0%）、次いで、「500 床以上」24.7%（11.6%）で、最少は「20~99 床」の 7.3%（16.9%）であり、全会員病院における病床規模別の病院構成比率と比較してみると、回答した病院は「500 床以上」の割合がやや多いこと以外には大差なく、このアンケート結果は、病床規模別の病院の意見が均等に反映されているものと思われる。

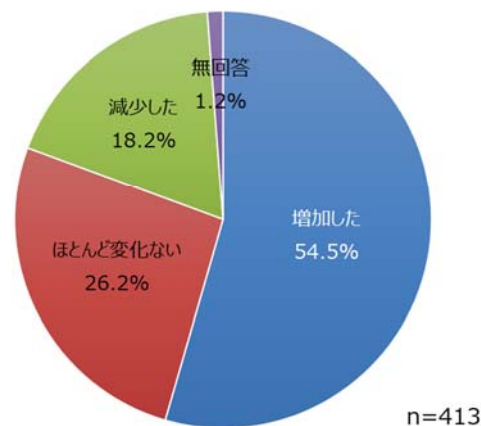
Ⅱ. 勤務医不足に関する質問

2-1. 平成 25 年 4 月と平成 30 年 4 月を比較した場合

① 貴院の常勤医師数は増加しましたか。

* 常勤医とは、病院で定めた常勤の勤務時間（通常、週32時間以上）を満たす者とします。

	病院数	割合
増加した	225	54.5%
ほとんど変化ない	108	26.2%
減少した	75	18.2%
無回答	5	1.2%
合計	413	100.0%

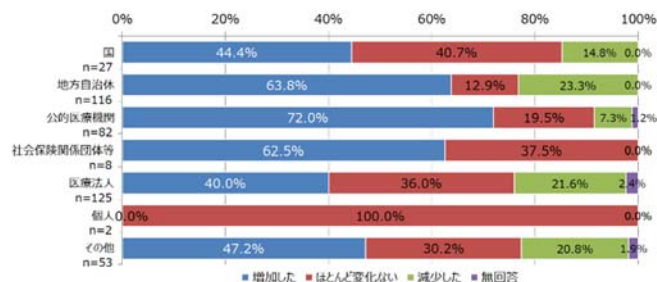
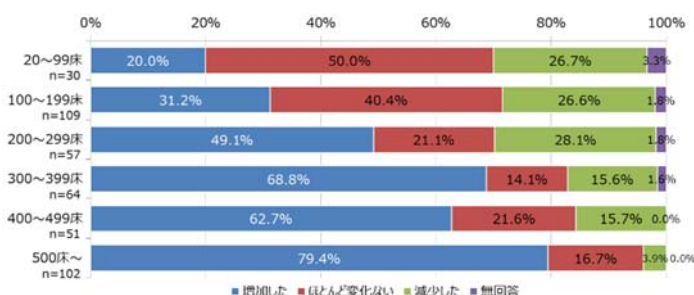
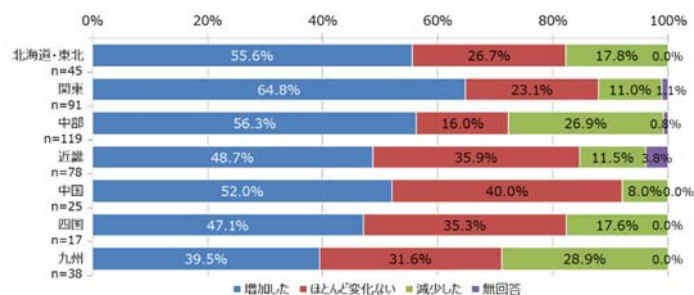


常勤医師数が「増加した」病院は 413 病院中 225 病院の 55%であり、前回調査と全く同値であった。地域別では、「増加した」病院の割合が多いトップ 3 は関東 65%、中部・北海道東北：56%であり、次いで、中国 52%・近畿 49%・四国 47%で、最も低かったのが九州の 40%であった。

開設主体別でみると、「増加した」病院は、「公的医療機関等」の 72%：82 病院中 59 病院（前回 54%）が最多であり、ついで「地方自治体」64%（前回 60%）、「社会保険関係団体等」63%、「国」44%（前回 71%）、「医療法人」40%（前回 48%）の順に低下していた。公的（国、自治体・公的医療機関等）と私的（医療法人・その他）で比較すると、「増加した」病院は、公的が 225 病院中 145 病院の 64%（前回 59%）、私的が 180 病院中 75 病院の 41%（前回 49%）と格差は拡大し、20%以上の差異があった。

病床規模別では、「500 床以上」が 133 病院中 106 病院の 79%（前回 80%）と最も高く、ついで「300～399 床」69%（前回 56%）、「400～499 床」63%（前回 71%）と増加の大半を占めていた。しかし、「200～299 床」49%（前回 51%）、「100～199 床」31%（前回 41%）、「20～99 床」20%（前回 27%）と、病床規模が小さくなるにつれて医師が増加した病院の割合は低下し、「500 床以上」と「99 床以下」とでは、実に 60% 近い（前回 50%）の開きがあり、病床規模による格差も拡大していることがわかった。

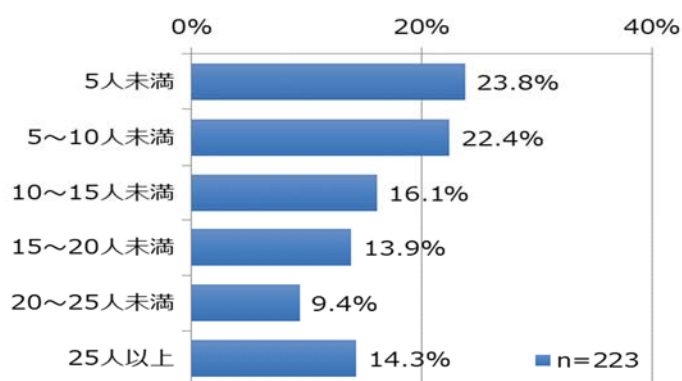
一方、常勤医師数が「減少した」病院は 413 病院中 75 病院の 18%（前回 21%）であり、前回よりわずかではあるが減少していた。



② ①で「増加した」と回答した病院にお聞きします。

増加した人数を教えてください。

	病院数	割合
5人未満	53	23.8%
5～10人未満	50	22.4%
10～15人未満	36	16.1%
15～20人未満	31	13.9%
20～25人未満	21	9.4%
25人以上	32	14.3%
合計	223	100.0%



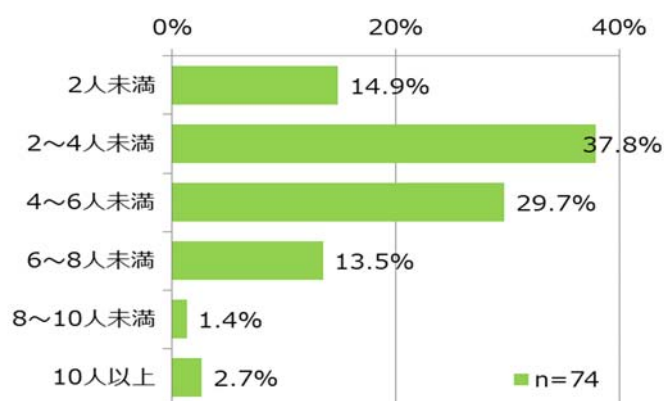
単位 (人)

平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
14.7	10	16.1	111	1

③ ①で「減少した」と回答した病院にお聞きします。

減少した人数を教えてください。

	病院数	割合
2人未満	11	14.9%
2～4人未満	28	37.8%
4～6人未満	22	29.7%
6～8人未満	10	13.5%
8～10人未満	1	1.4%
10人以上	2	2.7%
合計	74	100.0%



単位 (人)

平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
3.8	3	2.5	17	1

【考察】

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師」調査によると、医療施設（病院）従事医師数は平成 18 年 168,327 人から 28 年 202,302 人と、10 年間で 33,975 人、5 年間平均で約 17,000 人、年平均では約 3,400 人増加している。

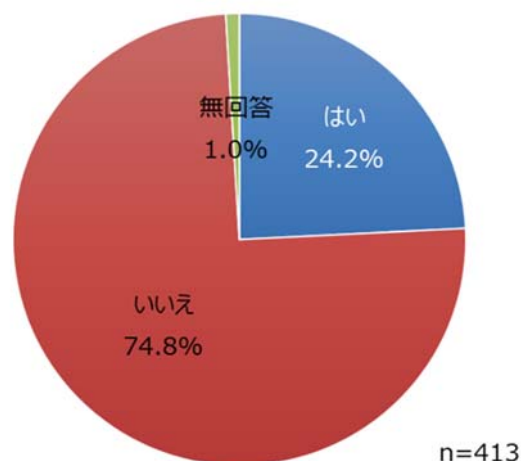
しかし、今回の調査では、病院常勤医師数は、5 年前の平成 25 年に比べて、約半数の病院で増加していたが、2 割近くの病院では逆に減少しており、この傾向は前回平成 28 年調査と同様であった。増加および減少の病床規模分岐点は、ともに「300 床」にあり、医師確保は病床規模によって左右されることが示唆された。

所在地別での結果を加味すると、勤務医の「都会の大規模病院」での増加と「地方の中小規模病院」での減少が明らかで、医師の地域偏在は解消するどころか、逆に拡大していることを裏付けている。

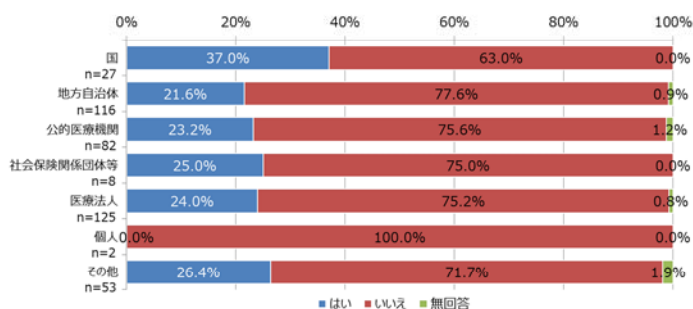
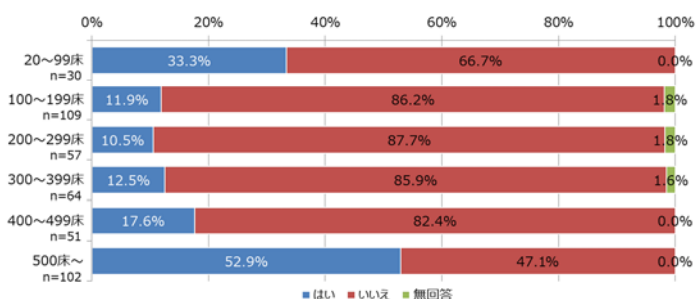
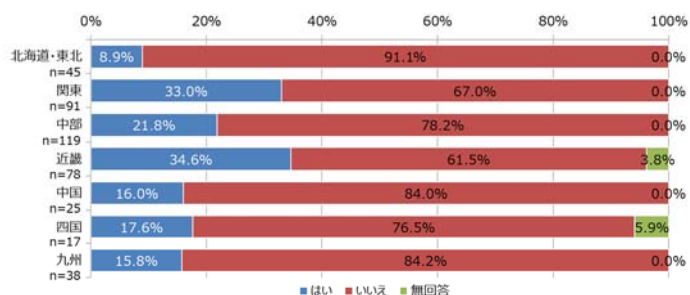
また、医師数が「増加した」病院の割合は、公的病院に比べて私的病院が 20%以上少なく、かつ、「減少した」割合も 10%近く多いことから、私的病院における医師確保の困難さが推測される。

2-2. 貴院が標榜している診療科すべてに、常勤医を配置できていますか。

	病院数	割合
はい	100	24.2%
いいえ	309	74.8%
無回答	4	1.0%
合計	413	100.0%



標榜診療科すべてに常勤医を配置できている病院は、413 病院中 100 病院の 24%（前回 23%）に過ぎず、全体の約四分之三（75%）の病院では、すべてに常勤医を配置できていなかった。



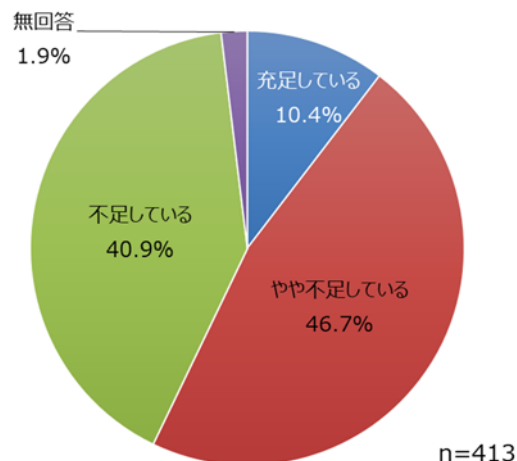
【考察】

標榜診療科すべてに常勤医を配置できている病院は、前回の調査結果と同様、全体の約 2 割に過ぎなかった。社会的ニーズと自院の医療機能の妥当性を再検討すべきであることは当然のこととして、このような状況に陥っている背景には勤務医不足が存在することに異論はなからう。

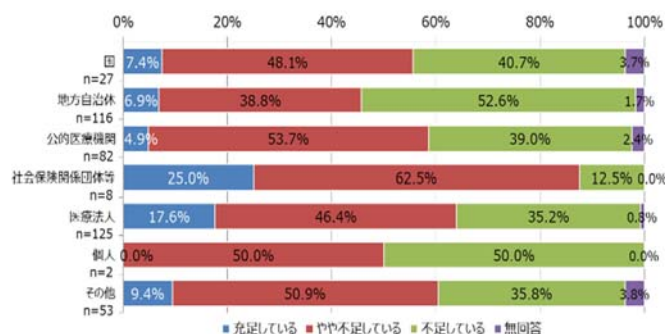
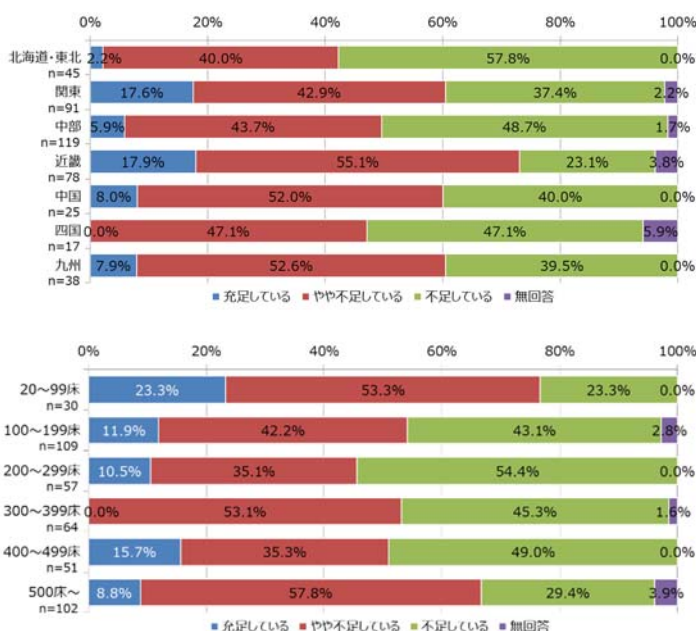
2-3. 「何をもって医師不足とするのか」の意見もありますが、
ここでは、「自院の医療機能の維持に必要」な勤務医についてお聞きします。

① 勤務医は充足していますか。

	病院数	割合
充足している	43	10.4%
やや不足している	193	46.7%
不足している	169	40.9%
無回答	8	1.9%
合計	413	100.0%



勤務医が「不足している・やや不足している」と答えた病院は413中362病院の88%に上り、前回調査の80%、前々回の74%を上回っていた。一方、「充足している」病院は前回調査の15%を5%、前々回の23%を13%も下回る10%に過ぎず、この結果からも勤務医の不足感は、解消されるどころか、ますます増大していることがわかる。



【考察】

何をもって勤務医が不足あるいは充足していると考えるのか、客観的な基準はなく、その判断は病院の医療機能や地域性、病床規模や開設主体、あるいは院長や理事長の考え方によって異なるなど、画一的に評価することはできない。そのため、今回も前回調査と同様に、設問は「自院の医療機能を維持するために必要な勤務医」と定義した。

2-1の質問回答にみられるように、平成25年から30年までの5年間、常勤医師数は、約半数（225病院/413病院）の病院で増加しているにもかかわらず、約四分之三（362病院/413病院）の病院は依然として不足感を抱いており、医療機能を維持することに難渋していることが推測される。

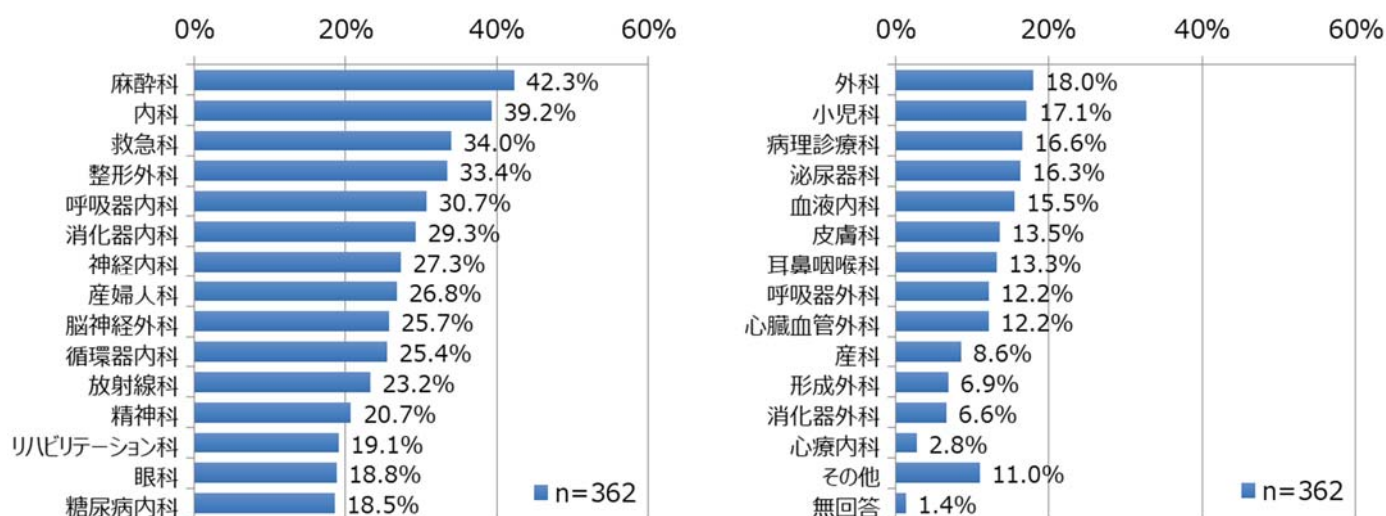
今回の調査と平成18年、25年および27年に実施した調査を比較すると、「不足している」病院は87%→74%→80%→88%、「充足している」病院は9%→23%→15%→10%と推移しており、この数年間マクロ的には医師数は増加しているものの、医療現場の医師不足感は全く解消されていないように思える。

② ①で「不足している」または「やや不足している」と回答した病院にお聞きします。

不足している診療科(複数回答可)

n=362

病院数		割合		病院数		割合		病院数		割合	
麻酔科	153	42.3%	放射線科	84	23.2%	皮膚科	49	13.5%			
内科	142	39.2%	精神科	75	20.7%	耳鼻咽喉科	48	13.3%			
救急科	123	34.0%	リハビリテーション科	69	19.1%	呼吸器外科	44	12.2%			
整形外科	121	33.4%	眼科	68	18.8%	心臓血管外科	44	12.2%			
呼吸器内科	111	30.7%	糖尿病内科	67	18.5%	産科	31	8.6%			
消化器内科	106	29.3%	外科	65	18.0%	形成外科	25	6.9%			
神経内科	99	27.3%	小児科	62	17.1%	消化器外科	24	6.6%			
産婦人科	97	26.8%	病理診療科	60	16.6%	心療内科	10	2.8%			
脳神経外科	93	25.7%	泌尿器科	59	16.3%	その他	40	11.0%			
循環器内科	92	25.4%	血液内科	56	15.5%	無回答	5	1.4%			



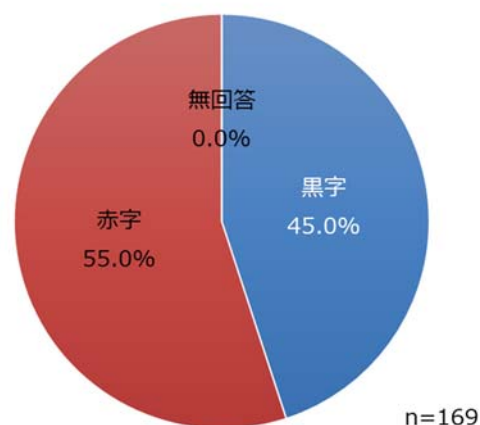
麻酔科 (42%、362 病院中 153 病院)、内科 (39%、142 病院)、救急科 (34%、123 病院)、整形外科 (33%、121 病院)、呼吸器内科 (31%、111 病院) が上位 5 位を占めており、産婦人科は 8 位 (27%)、外科 16 位 (18%)、小児科 17 位 (17%)、病理診断科 18 位 (17%) であった。

【考察】

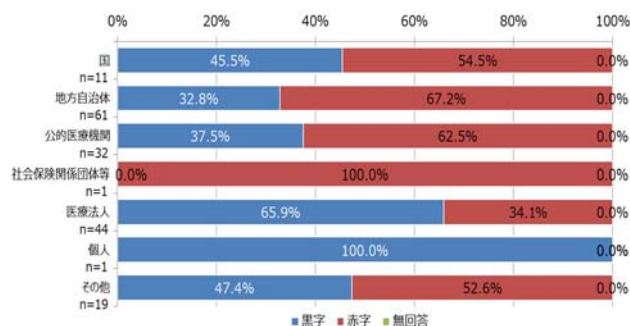
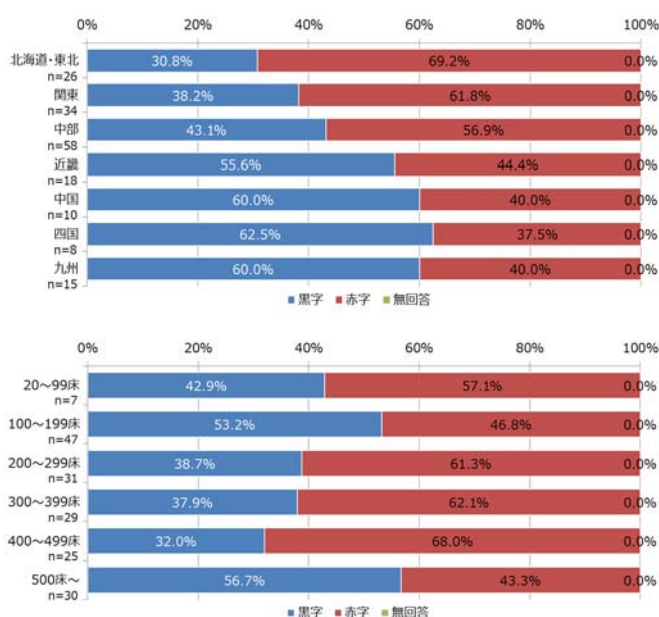
平成 28 年の前回調査の上位 5 位は、1 位；内科、2 位；麻酔科、3 位；整形外科、4 位；呼吸器内科、5 位；産婦人科であり、今回、救急科と産婦人科が入れ替わっていたことを除けば変化なく、これらの診療科の勤務医不足が依然として解消していないことを示している。

③ ①で「不足している」と回答した病院にお聞きします。
 昨年度の経常収支はいかがでしたか。

	病院数	割合
黒字	76	45.0%
赤字	93	55.0%
無回答	0	0.0%
合計	169	100.0%



黒字病院 45%、赤字病院 55%であり、前回の 52%、48%とは異なり、赤字病院の割合が黒字病院を上回っていた。



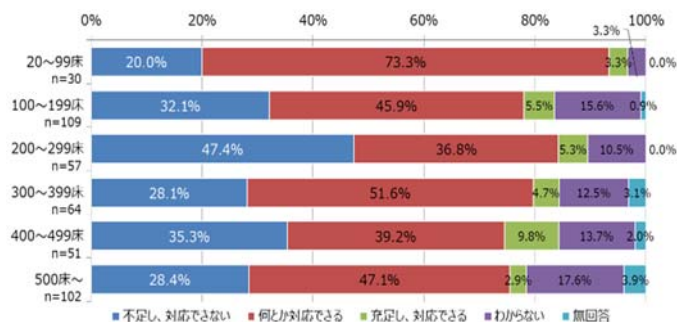
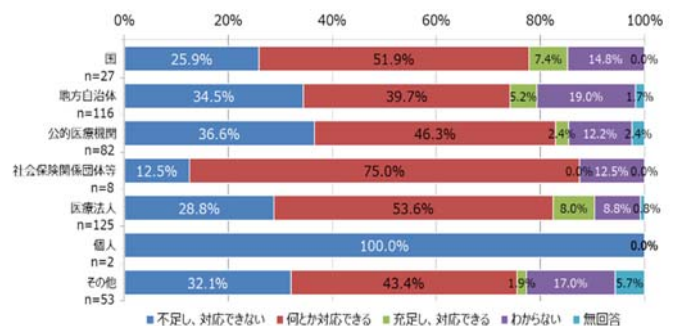
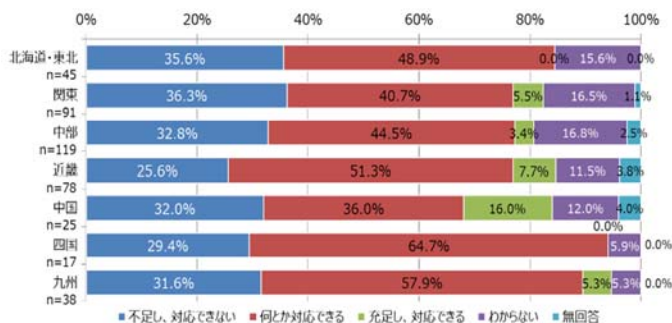
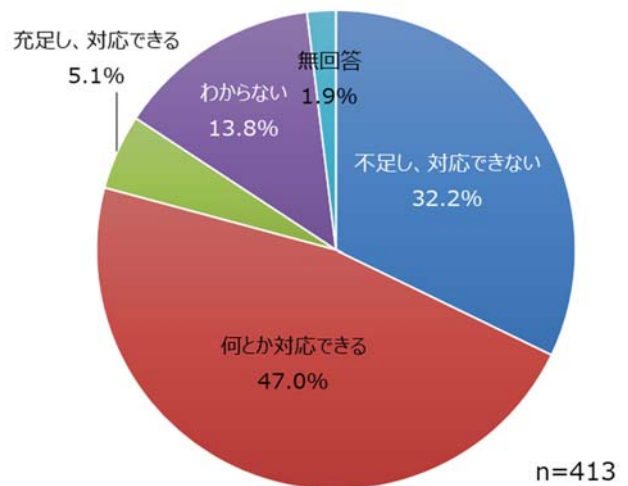
【考察】

一般的に勤務医不足は病院経営に大きく影響を及ぼし、赤字経営の最大の原因であると考えられており、今回の調査でも勤務医が「不足している」と答えた 169 病院のうち、55%の 93 病院が経常収支赤字決算であったと回答している。一方、76 病院が黒字決算を達成しており、勤務医不足は赤字経営の原因の一つであることに変わりはないものの、運営次第によっては黒字決算も可能であることを示している。しかしながら、医師の働き方改革が実施され、病院経営に直接的間接的に影響を及ぼすであろう時間外勤務時間の上限設定や連続勤務時間制限、あるいは勤務間インターバルが実施された場合は、非常に厳しい状況に陥るであろうことは想像に難くない。

2-4. 地域医療構想を踏まえ、自院の医療機能を見直した場合についてお聞きします。

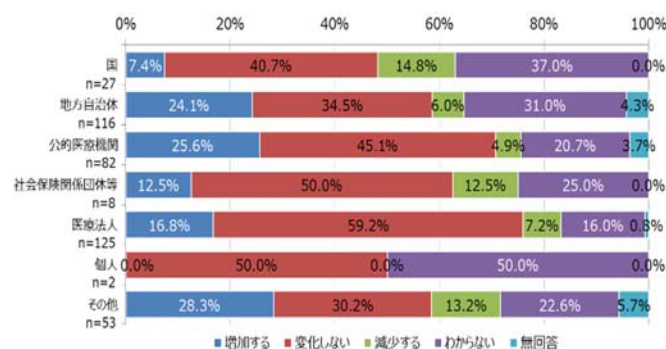
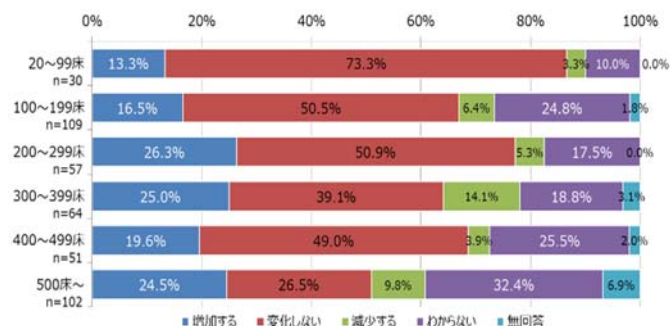
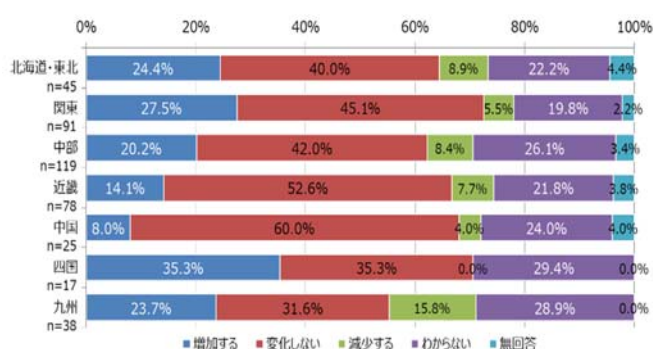
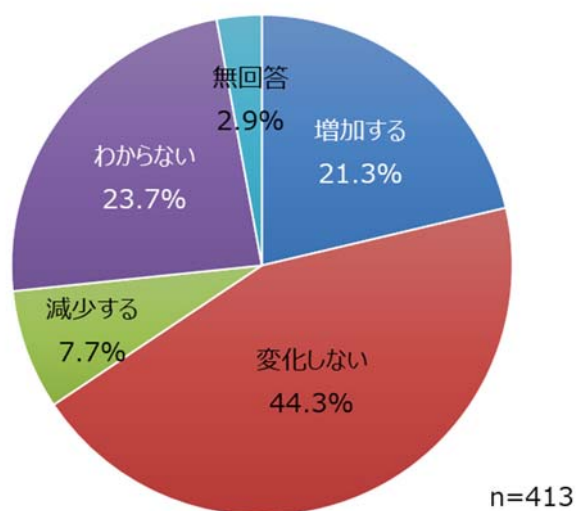
① 現在の医師数で対応できますか。

	病院数	割合
不足し、対応できない	133	32.2%
何とか対応できる	194	47.0%
充足し、対応できる	21	5.1%
わからない	57	13.8%
無回答	8	1.9%
合計	413	100.0%



② 現在の医師の時間外労働時間はどのように変化したいと思いますか。

	病院数	割合
増加する	88	21.3%
変化しない	183	44.3%
減少する	32	7.7%
わからない	98	23.7%
無回答	12	2.9%
合計	413	100.0%



【結果と考察】

回答 413 病院中、「何とか対応できる・充足し、対応できる」は 215 病院の 52%であった。しかし、「不足し、対応できない」も 133 病院の 32%を占めており、3 つに一つの病院では、自院の医療機能を見直しても「勤務医不足」という現実と直面し続けることが推測される。

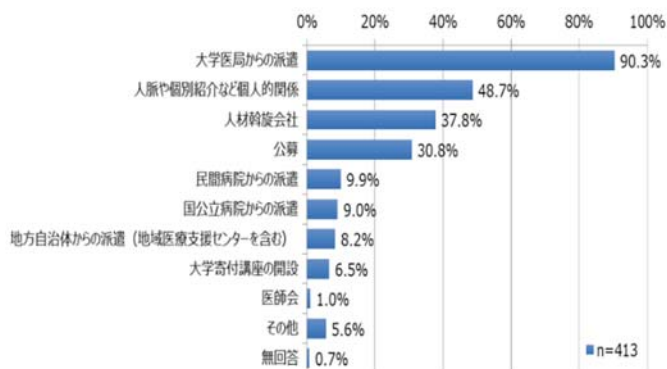
医師の時間外労働時間が「減少する」と予測した病院は、わずか 8%の 32 病院に過ぎず、「変化しない」とした 183 病院 44%と、「増加する」とした 88 病院 21%を合わせると、時間外労働時間が現在よりも改善しないだろうと考えている病院は 65%にも上っていた。

これらはすべて勤務医不足と深く関連しており、それが解消されない限り、たとえ、地域医療構想が適切に策定されたとしても、それは“絵に描いた餅”になる危険性が高く、医療提供の地域間格差がさらに助長されることを強調しておきたい。

2-5. 勤務医の確保について

① 勤務医(非常勤医を含む)をどのように確保していますか。(上位3つを選んでください)

	n=413	
	病院数	割合
大学医局からの派遣	373	90.3%
人脈や個別紹介など個人的関係	201	48.7%
人材斡旋会社	156	37.8%
公募	127	30.8%
民間病院からの派遣	41	9.9%
国公立病院からの派遣	37	9.0%
地方自治体からの派遣(地域医療支援センターを含む)	34	8.2%
大学寄付講座の開設	27	6.5%
医師会	4	1.0%
その他	23	5.6%
無回答	3	0.7%



回答病院 413 病院のうち 90% (前回 91%) の 373 病院が「大学医局からの派遣」をあげており、他の確保策と比べ突出していた。ついで「人脈等」が 49% (前回 48%) の 201 病院、前回 4 位の「人材派遣会社」が前回と同値の 38%・156 病院であった。第 4 位は前回 3 位の「公募」の 31% (前回 38%)・127 病院、以下は、「民間病院からの派遣」10%・41 病院、「国公立病院からの派遣」9%・37 病院、「地方自治体からの派遣」8%・34 病院、「大学寄付講座の開設」7%・27 病院、「医師会」1%・4 病院と、すべて 10% 以下であった。

	n=45		n=91		n=119		n=78		n=25		n=17		n=38	
	北海道・東北	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
大学医局からの派遣	42	93.3%	83	91.2%	110	92.4%	65	83.3%	23	92.0%	16	94.1%	34	89.5%
人脈や個別紹介など個人的関係	25	55.6%	41	45.1%	55	46.2%	44	56.4%	10	40.0%	8	47.1%	18	47.4%
人材斡旋会社	7	15.6%	33	36.3%	49	41.2%	40	51.3%	9	36.0%	4	23.5%	14	36.8%
公募	11	24.4%	32	35.2%	40	33.6%	19	24.4%	9	36.0%	3	17.6%	13	34.2%
民間病院からの派遣	11	24.4%	11	12.1%	10	8.4%	6	7.7%	2	8.0%	0	0.0%	1	2.6%
国公立病院からの派遣	9	20.0%	8	8.8%	8	6.7%	8	10.3%	2	8.0%	1	5.9%	1	2.6%
地方自治体からの派遣(地域医療支援センターを含む)	11	24.4%	7	7.7%	11	9.2%	3	3.8%	1	4.0%	0	0.0%	1	2.6%
大学寄付講座の開設	4	8.9%	9	9.9%	9	7.6%	2	2.6%	1	4.0%	2	11.8%	0	0.0%
医師会	3	6.7%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	4	8.9%	4	4.4%	5	4.2%	4	5.1%	3	12.0%	2	11.8%	1	2.6%
無回答	0	0.0%	1	1.1%	0	0.0%	2	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

	n=27		n=116		n=82		n=8		n=125		n=2		n=53	
	国	割合	地方自治体	割合	公的医療機関	割合	社会保険関係団体等	割合	医療法人	割合	個人	割合	その他	割合
大学医局からの派遣	25	92.6%	112	96.6%	80	97.6%	8	100.0%	105	84.0%	1	50.0%	42	79.2%
人脈や個別紹介など個人的関係	12	44.4%	47	40.5%	30	36.6%	2	25.0%	86	68.8%	2	100.0%	22	41.5%
人材斡旋会社	4	14.8%	24	20.7%	24	29.3%	2	25.0%	80	64.0%	1	50.0%	21	39.6%
公募	9	33.3%	36	31.0%	31	37.8%	2	25.0%	35	28.0%	2	100.0%	12	22.6%
民間病院からの派遣	3	11.1%	17	14.7%	6	7.3%	1	12.5%	9	7.2%	0	0.0%	5	9.4%
国公立病院からの派遣	3	11.1%	18	15.5%	5	6.1%	0	0.0%	6	4.8%	0	0.0%	5	9.4%
地方自治体からの派遣(地域医療支援センターを含む)	0	0.0%	24	20.7%	9	11.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%
大学寄付講座の開設	1	3.7%	10	8.6%	9	11.0%	0	0.0%	4	3.2%	0	0.0%	3	5.7%
医師会	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	1	1.9%
その他	2	7.4%	6	5.2%	4	4.9%	0	0.0%	4	3.2%	0	0.0%	7	13.2%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	1	1.9%

【考察】

勤務医確保方策は、前回・前々回の地域医療委員会調査と同様に、その医師派遣機能が弱体化したといわれながらも、依然として、「大学医局からの派遣」によるものが圧倒的に多く、実に 413 病院中 373 病院と 90% を占めていた。所在地別・開設者別、病床規模別の分析をまとめると、「大学医局からの派遣」への依存度が強い、つまり、大学医局とのつながりが強いのは、「都会の、国公立の、300 床以上の病院」であると言えよう。

第 2 位も前回と同様「人脈等」の 49%。第 3 位は「人材斡旋会社」38% (前回第 4 位) であり、3 つに一つの病院が利用していることが明らかとなった。一方、「地方自治体からの派遣(地域医療支援センターを含む)」は前回調査と同様に極めて低く、34 病院の 8% に過ぎなかった。10% にも満たないこのような現実には、「医療介護総合確保法」で医師確保対策として期待され、地域医療構想策定ガイドラインでも言及されている「地域医療支援センター」が、充分には機能していないことを表している。また、「国公立病院からの派遣」が 37 病院の 9% と低い理由の一つとして 公務員の兼業禁止法令という“制度の壁”の存在があげられよう。

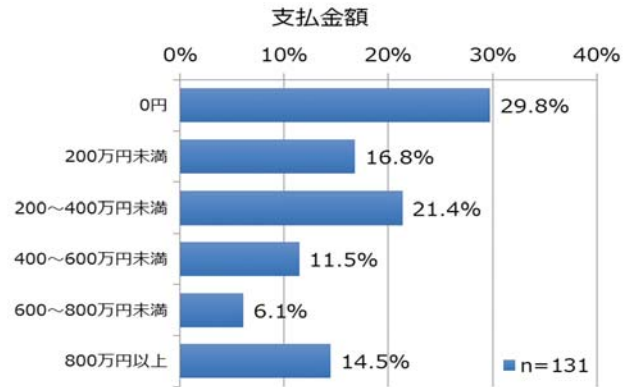
今回の結果を日本病院会の平成 18 年および 25 年、27 年の調査と比較すると、「大学医局からの派遣」は 98% → 90% → 91% → 90% とやや低下したものの、依然として 90% 台を維持。「人脈等」は 42% → 56% → 48% → 49% とほぼ変化なかったが、「公募」は 24% → 41% → 43% → 31% と、その効果に陰りがみえはじめています。一方、「人材斡旋会社」は 19% → 47% → 38% → 38% と平成 18 年に比べほぼ倍増し、依然として高い依存度を維持していた。また、「地方自治体よりの派遣」は 13% → 8% → 7% → 8% と、ここ数年間 10% 以下に低迷しており、各自治体の医師確保対策の実効性を再検討すべき時期にきていると言えよう。

② ①で「人材斡旋会社」と回答された病院にお聞きします。

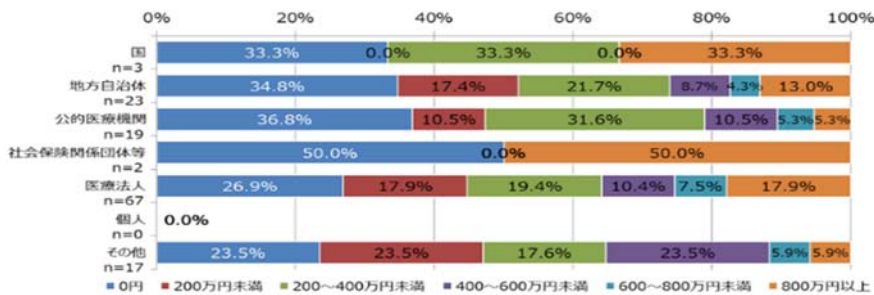
人材斡旋会社への昨年度1年間の支払金額および昨年度1年間の斡旋人数を教えてください。

・昨年度1年間の支払金額

	病院数	割合
0円	39	29.8%
200万円未満	22	16.8%
200～400万円未満	28	21.4%
400～600万円未満	15	11.5%
600～800万円未満	8	6.1%
800万円以上	19	14.5%
合計	131	100.0%

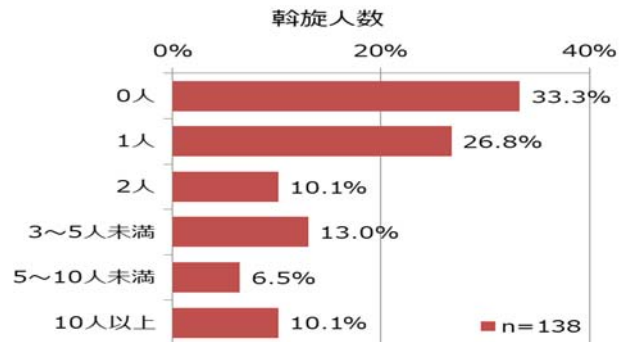


単位 (万円)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
572.8	363	743.1	6,022	9

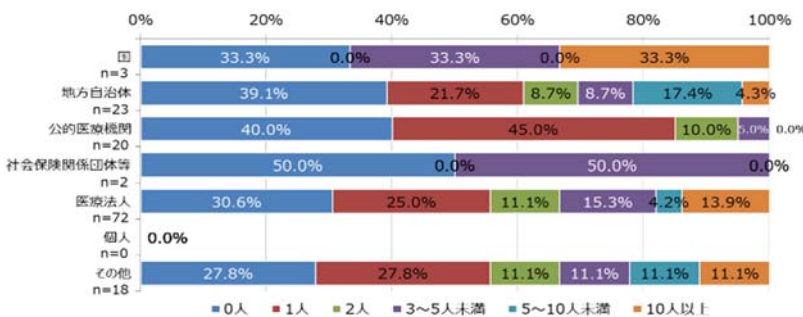


・昨年度1年間の斡旋人数

	病院数	割合
0人	46	33.3%
1人	37	26.8%
2人	14	10.1%
3～5人未満	18	13.0%
5～10人未満	9	6.5%
10人以上	14	10.1%
合計	138	100.0%



単位 (人)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
21.6	2	116.7	1,098	1



「人材斡旋会社」と回答した156病院中、支払金額を記入した病院（0円を除く）は131病院であった。その中央値は前回調査370万円とほぼ同額の363万円であり、400万円以上支払った病院は32%の42病院であった。また、斡旋人数の中央値は2.0人であり、5人以上を斡旋してもらった病院は、23病院の17%に上っていた。

【考察】

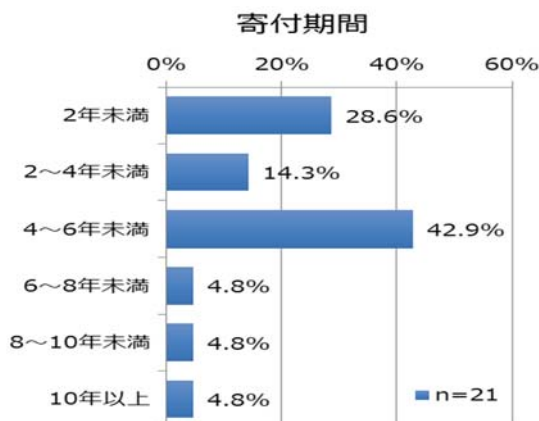
勤務医確保の手段として「人材斡旋会社」を活用する病院の割合は、この数年間40%前後で推移していることは注目に値する。病院が「人材斡旋会社」に手数料として支払った年間平均額は、平成23年の日本病院会等の調査によると一病院当たり約767万円、全国の病院の支払い合計額は約340億円と推計されている。今回の調査でも、その中央値は363万円、800万円以上支払った病院が131病院中19病院の15%、400万円以上に拡大すれば42病院の32%と、数多くの病院が勤務医確保のために巨額を「人材斡旋会社」に支払うなど、勤務医不足に乗じて医療周辺産業が繁栄している実態が浮かび上がってくる。勤務医不足が深刻な旧地域医療委員会委員の病院でも、「人材斡旋会社」を通して医師を採用したケースがあり、その際の成功報酬として「人材斡旋会社」に支払った金額は医師年収の25%前後であったとのことである。さらに、仄聞すれば、「人材斡旋会社」に登録し、数ヶ月単位で病院を渡り歩く医師も存在するとのことであり、直接的間接的に医療の質の担保や安全性の確保にも影響を及ぼすことが危惧される。看護師確保にしても同様の実態が報告されており、そろそろ、医師・看護師等の斡旋紹介業者に対して一定の規制をかけることが必要な時期にきているのではないかとと思われる。

③ ①で「大学寄付講座の開設」と回答された方にお聞きします。

寄付期間と、昨年度1年間の寄付総額および寄付講座数と講座名を教えてください。

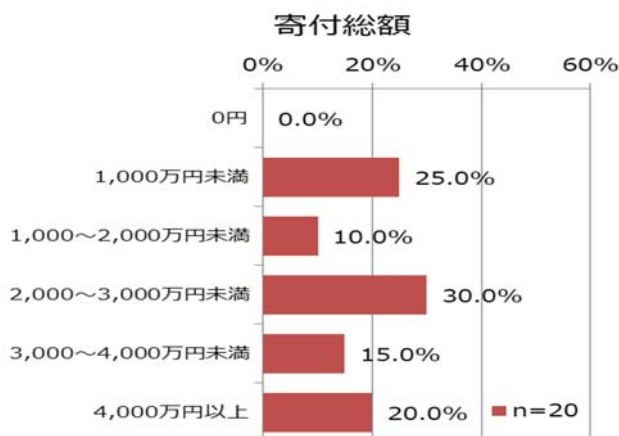
・寄付期間

	病院数	割合
2年未満	6	28.6%
2～4年未満	3	14.3%
4～6年未満	9	42.9%
6～8年未満	1	4.8%
8～10年未満	1	4.8%
10年以上	1	4.8%
合計	21	100.0%
単位 (年)		
平均値	中央値	標準偏差
4.0	5	2.6
最大値	最小値	
10	1	



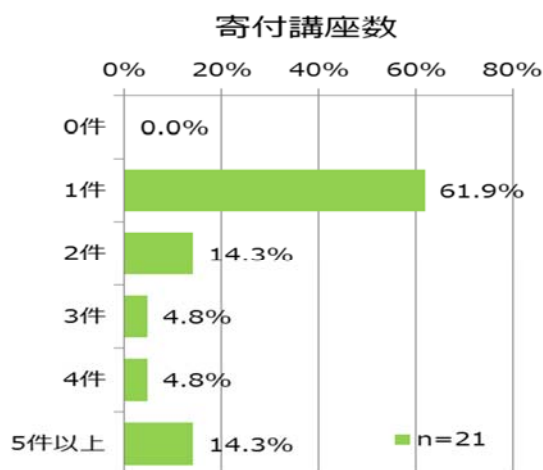
・昨年度1年間の寄付総額

	病院数	割合
0円	0	0.0%
1,000万円未満	5	25.0%
1,000～2,000万円未満	2	10.0%
2,000～3,000万円未満	6	30.0%
3,000～4,000万円未満	3	15.0%
4,000万円以上	4	20.0%
合計	20	100.0%
単位 (万円)		
平均値	中央値	標準偏差
2,996.5	2,275	2,917.4
最大値	最小値	
12,000	250	



・昨年度1年間の寄付講座数

	病院数	割合
0件	0	0.0%
1件	13	61.9%
2件	3	14.3%
3件	1	4.8%
4件	1	4.8%
5件以上	3	14.3%
合計	21	100.0%
単位 (件)		
平均値	中央値	標準偏差
2.0	1	1.5
最大値	最小値	
5	1	



※無回答は集計対象外（「平均値」「標準偏差」「最大値」「最小値」は、0と無回答が集計対象外）

「大学寄付講座の開設」と回答した27病院中、寄付総額を記入した病院（0円を除く）は20病院であった。その中央値は2,275万円（前回2,800万円）であり、金額別では2,000万円台が30%、3,000万円台が15%、4,000万円以上は4病院の20%であった。また、寄付の期間の中央値は5年であった。寄付講座数の中央値は1.0で、5件以上が3病院の14%を占めていた。

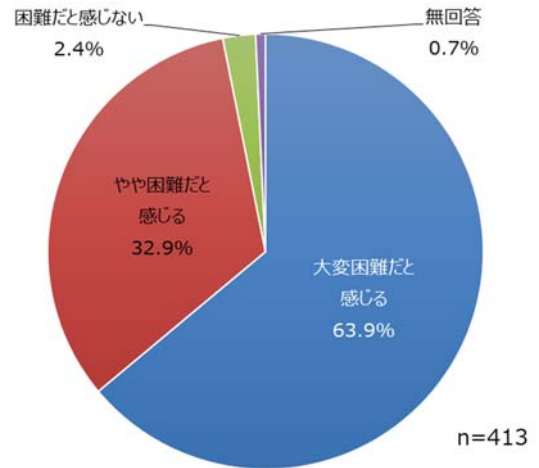
【考察】

「寄付講座」は、医学部学生や研修医に対する地域医療教育、地域医療に係る人材育成、地域医療に関する調査・研究、および地域の医師不足対策への貢献などを主な目的に、県市町村レベルでの寄付を原資として、全国各地の大学医学部で開設されている。しかし、フィールドワークの場を提供する地域の病院にとって、その最大の目的は、労働力としての勤務医の確保であることに間違いはない。

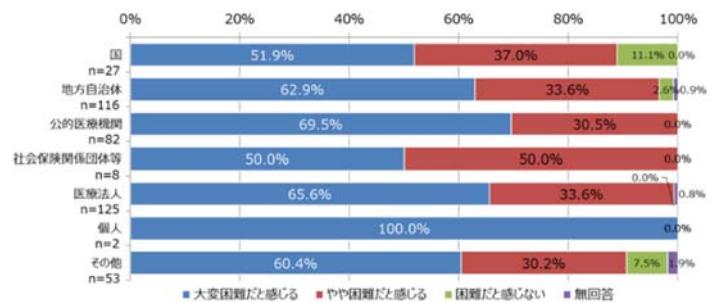
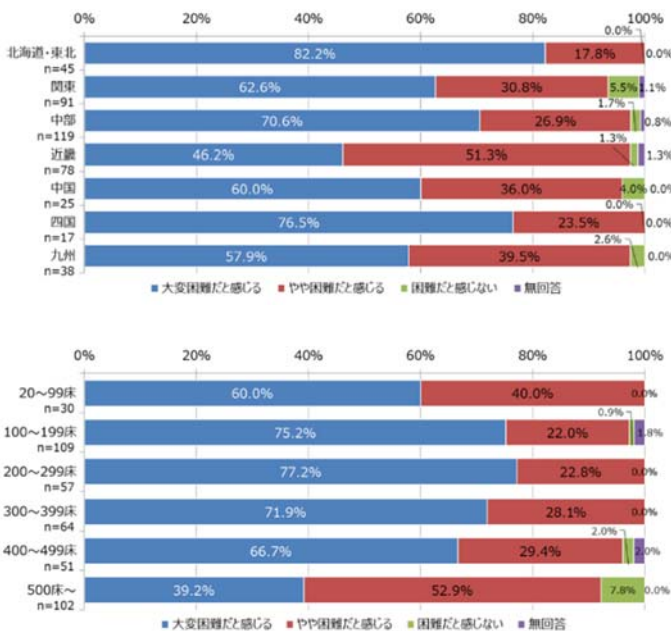
「寄付講座」は、医師不足が深刻な福島県相双地区における「災害医療支援講座」のように、全国レベルの医療関係企業に加えて、地元の銀行、医薬品卸会社、あるいは新聞社などが寄付金を拠出して開設されているケースもあるが、「寄付講座」開設が勤務医不足解消に本当に貢献しているのか否かが問題となる。さらには、寄付金額の中央値は年間2,275万円であり、4,000万円以上の病院も全体の2割存在していること、しかも、契約期間の中央値は5年と短くはなく、少なからぬ公金が投入されていることを考えると、国として全国の「寄付講座」の開設実態を調査・分析してみる必要があるのではないかと考える。一方、大学医局よりの通常のローテーションによる医師派遣との違いも明確にしておかなければ、大学医局間での不公平感も危惧され、逆に、寄付講座を開設できない医局からの医師の引き上げが起こらないとも限らない。このように「寄付講座」はいくつかの問題をかかえており、その光と影をしっかりと検証しておくべきであろう。

④ 勤務医確保は困難だと感じますか。

	病院数	割合
大変困難だと感じる	264	63.9%
やや困難だと感じる	136	32.9%
困難だと感じない	10	2.4%
無回答	3	0.7%
合計	413	100.0%



前回調査と同様に、「困難だと感じる病院」が圧倒的に多く、413病院中400病院97%（前回90%）であり、地域別、開設者別、病床規模別で大きな相違はなかった。一方、「困難だと感じない病院」はわずか10病院の2%（前回4%）に過ぎず、地域別では、5病院の「関東」、2病院の「中部」以外の地域では、0~1病院であった。

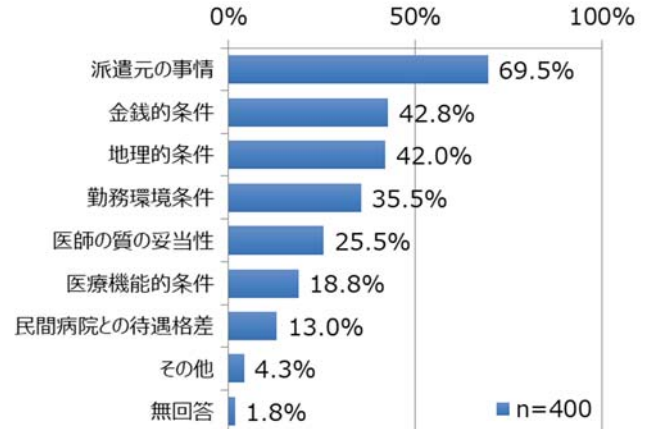


【考察】

「困難だと感じる」病院は97%と前回調査90%、前々回88%を上回っており、大多数の病院が勤務医確保に難渋していることがうかがわれる。その一方で、「困難だと感じない」病院は10病院のわずか2%しか存在せず、この数年間でマクロ的には医師数は増加しているものの、その効果が全国津々浦々に浸透するまでにはまだまだ時間を要するのではないかと思われる。

⑤ ④で「大変困難だと感じる」および「やや困難だと感じる」と回答された病院にお聞きします。その理由を教えてください。（上位3つを選んでください）

n=400		
	病院数	割合
派遣元の事情	278	69.5%
金銭的条件	171	42.8%
地理的条件	168	42.0%
勤務環境条件	142	35.5%
医師の質の妥当性	102	25.5%
医療機能的条件	75	18.8%
民間病院との待遇格差	52	13.0%
その他	17	4.3%
無回答	7	1.8%



	n=45		n=85		n=116		n=76		n=24		n=17		n=37	
	北海道・東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州							
派遣元の事情	38 84.4%	49 57.6%	86 74.1%	48 63.2%	20 83.3%	10 58.8%	27 73.0%							
金銭的条件	14 31.1%	45 52.9%	44 37.9%	39 51.3%	7 29.2%	4 23.5%	18 48.6%							
地理的条件	30 66.7%	30 35.3%	56 48.3%	18 23.7%	11 45.8%	10 58.8%	13 35.1%							
勤務環境条件	18 40.0%	38 44.7%	26 22.4%	28 36.8%	10 41.7%	7 41.2%	15 40.5%							
医師の質の妥当性	7 15.6%	27 31.8%	28 24.1%	22 28.9%	3 12.5%	5 29.4%	10 27.0%							
医療機能的条件	9 20.0%	18 21.2%	22 19.0%	15 19.7%	2 8.3%	4 23.5%	5 13.5%							
民間病院との待遇格差	4 8.9%	14 16.5%	15 12.9%	11 14.5%	2 8.3%	1 5.9%	5 13.5%							
その他	1 2.2%	3 3.5%	7 6.0%	4 5.3%	0 0.0%	1 5.9%	1 2.7%							
無回答	0 0.0%	2 2.4%	1 0.9%	4 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%							

	n=24		n=112		n=82		n=8		n=124		n=2		n=48	
	国	地方自治体	公的医療機関	社会保険関係団体等	医療法人	個人	その他							
派遣元の事情	21 87.5%	99 88.4%	68 82.9%	4 50.0%	62 50.0%	1 50.0%	23 47.9%							
金銭的条件	10 41.7%	31 27.7%	31 37.8%	5 62.5%	63 50.8%	2 100.0%	29 60.4%							
地理的条件	8 33.3%	60 53.6%	34 41.5%	1 12.5%	45 36.3%	1 50.0%	19 39.6%							
勤務環境条件	4 16.7%	34 30.4%	28 34.1%	2 25.0%	51 41.1%	1 50.0%	22 45.8%							
医師の質の妥当性	4 16.7%	14 12.5%	19 23.2%	2 25.0%	49 39.5%	1 50.0%	13 27.1%							
医療機能的条件	4 16.7%	19 17.0%	11 13.4%	2 25.0%	28 22.6%	1 50.0%	10 20.8%							
民間病院との待遇格差	8 33.3%	19 17.0%	14 17.1%	3 37.5%	3 2.4%	1 50.0%	4 8.3%							
その他	1 4.2%	3 2.7%	3 3.7%	2 25.0%	4 3.2%	0 0.0%	4 8.3%							
無回答	1 4.2%	0 0.0%	2 2.4%	0 0.0%	4 3.2%	0 0.0%	0 0.0%							

	n=30		n=106		n=57		n=64		n=49		n=94	
	20~99床	100~199床	200~299床	300~399床	400~499床	500床~						
派遣元の事情	14 46.7%	63 59.4%	41 71.9%	53 82.8%	40 81.6%	67 71.3%						
金銭的条件	16 53.3%	44 41.5%	25 43.9%	29 45.3%	20 40.8%	37 39.4%						
地理的条件	8 26.7%	53 50.0%	30 52.6%	21 32.8%	22 44.9%	34 36.2%						
勤務環境条件	14 46.7%	36 34.0%	14 24.6%	23 35.9%	18 36.7%	37 39.4%						
医師の質の妥当性	11 36.7%	32 30.2%	19 33.3%	15 23.4%	9 18.4%	16 17.0%						
医療機能的条件	12 40.0%	21 19.8%	15 26.3%	12 18.8%	5 10.2%	10 10.6%						
民間病院との待遇格差	1 3.3%	9 8.5%	8 14.0%	10 15.6%	8 16.3%	16 17.0%						
その他	1 3.3%	5 4.7%	1 1.8%	1 1.6%	2 4.1%	7 7.4%						
無回答	0 0.0%	2 1.9%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	4 4.3%						

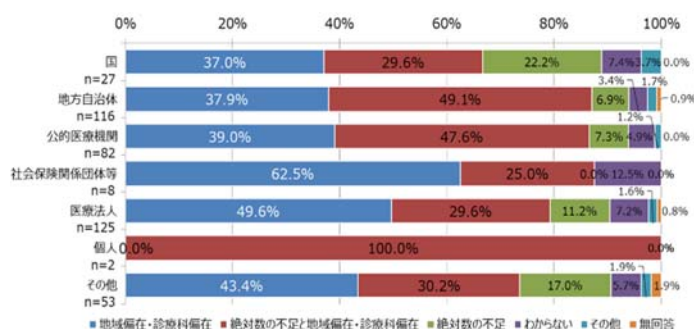
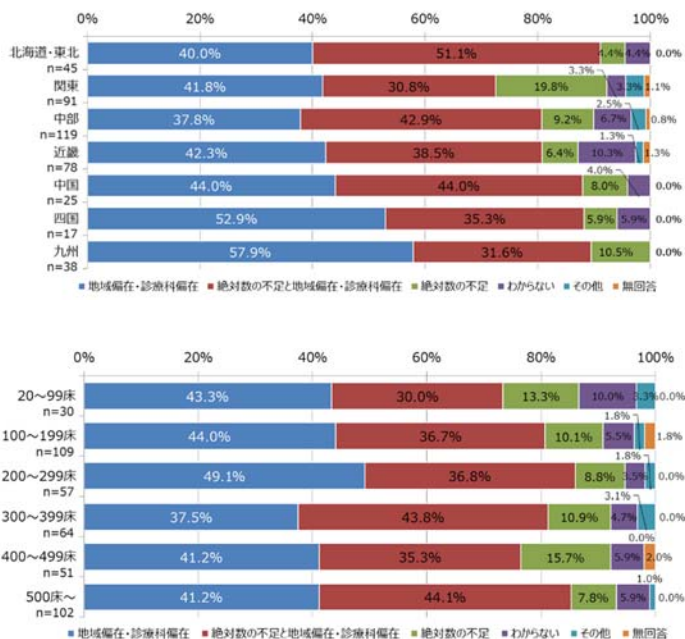
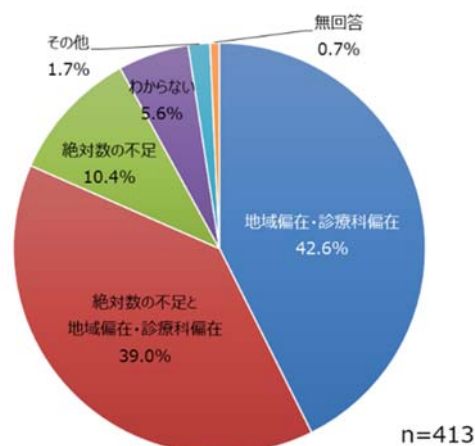
「派遣元の事情」が第1位の70%（前回76%）、次いで、「金銭的条件」43%（前回35%）、「地理的条件」の42%（前回44%）、「勤務環境条件」36%（前回30%）、「医師の質の妥当性」26%（前回23%）、「医療機能的条件」19%（前回21%）であった。

【考察】

前回平成27年の調査と同様、「派遣元の事情」が第1位と圧倒的多数を占めており、派遣元である大学医局の医師派遣機能の低下に大きく影響を受けていることがわかる。第2位の「金銭的条件」は前回第3位、前回第2位の「地理的条件」は3位と逆転していた。「医療機能的条件」は今回も19%と低値であり、自院の医療機能を向上させ、勤務医にとって魅力ある病院にするための努力はなされているものの、医師確保にはなかなか結びつかないことを表しているのかもしれない。

2-6. 勤務医不足の本質は、絶対数の不足にあるでしょうか、それとも偏在にあるでしょうか。

	病院数	割合
地域偏在・診療科偏在	176	42.6%
絶対数の不足と地域偏在・診療科偏在	161	39.0%
絶対数の不足	43	10.4%
わからない	23	5.6%
その他	7	1.7%
無回答	3	0.7%
合計	413	100.0%



「偏在」にあると答えた病院は 413 病院中 176 病院の 43%、「絶対数の不足」は 43 病院の 10%であり、前回調査 8%とほぼ同じ割合であった。「偏在と絶対数の不足」は 161 病院の 39%であったが、「わからない・その他」が 30 病院の 7%存在し、勤務医不足がすべての病院関係者の共通認識にはなっていないものと思われる。

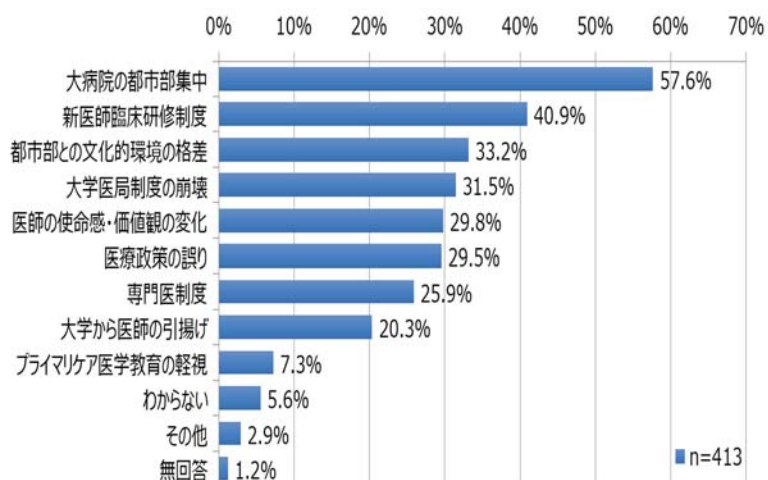
【考察】

OECD Health Data 2015 によれば、必ずしも各国の医師の定義が統一されていないが、2013 年の人口千人当たりの医師数は、英米で 2.6~2.8 人、ヨーロッパ先進国は 3.0~5.0 人前後、OECD 加盟国平均 2.9 人であり、これと比較すると、日本は 2.4 人と少ない国の部類に属している。しかし、大学医学部の入学定員は平成 19 年度の 7,625 人から平成 30 年度予定 9,419 人と 1,794 人増加したこと、および、人口減少社会に突入したことを考えれば、人口千人当たりの医師数は増加していくものと推測されるが、本調査結果に示されているように、臨床現場的には医師の絶対数は不足している。

一方、ヒト・モノ・カネ・情報の「東京一極集中」は、医療という社会資源においても同様であり、40 歳未満の医師数について、平成 8 年を 1.0 として平成 28 年と比較してみると、全国平均が 0.96 と 1.0 以下に減少しているにもかかわらず、東京は 1.17 と唯一飛び抜けて増加しているなど、医師の「東京一極集中」はますます進展しているように思われる。

2-7. 勤務医の地域偏在はなぜ起きたと思いますか。(上位3つを選んでください)

	n=413	
	病院数	割合
大病院の都市部集中	238	57.6%
新医師臨床研修制度	169	40.9%
都市部との文化的環境の格差	137	33.2%
大学医局制度の崩壊	130	31.5%
医師の使命感・価値観の変化	123	29.8%
医療政策の誤り	122	29.5%
専門医制度	107	25.9%
大学から医師の引揚げ	84	20.3%
プライマリケア医学教育の軽視	30	7.3%
わからない	23	5.6%
その他	12	2.9%
無回答	5	1.2%



第1位は「大病院の都市部集中」58%（前回60%）、第2位「新医師臨床研修制度」41%（前回44%）、第3位は生活や教育の環境としての「都市部との文化的環境の格差」で前回と同値の33%が上位3位を占めていた。前回第3位の「大学医局制度の崩壊」は32%の第4位、第5位「医師の使命感・価値観の変化」30%、「医療政策の誤り」30%とつづいていた。

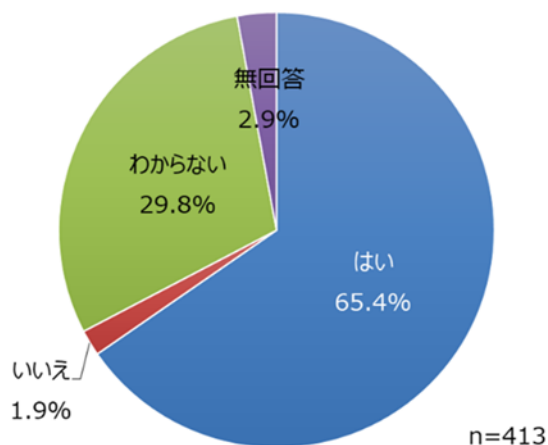
【考察】

「大病院の都市部集中」は、平成19年の地域医療委員会調査でも第1位の63%、今回を含めその後の調査でも60%前後の第1位を占めており、依然として是正されていないことを表している。また、「新医師臨床研修制度」が前回に引き続き第2位を占めたのは、この制度の地域医療への影響が広く認識されたためであろう。

2-8. 「医師偏在指標」についてお聞きします。

① 医師不足・偏在を客観的に把握するためには、「医師偏在指標」が必要であると思いますか。

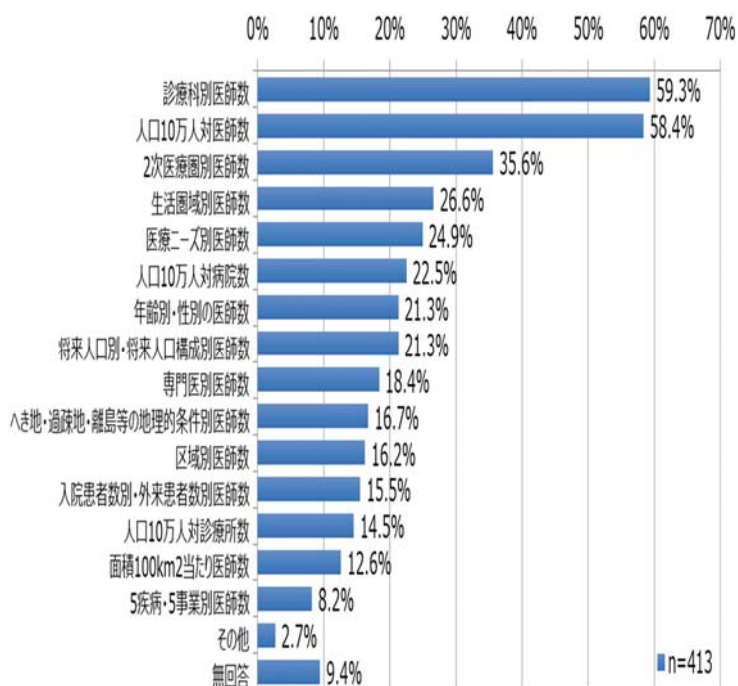
	病院数	割合
はい	270	65.4%
いいえ	8	1.9%
わからない	123	29.8%
無回答	12	2.9%
合計	413	100.0%



「はい」と回答した病院は65%と高くはないものの、それを否定する「いいえ」はわずか2%しかなかった。「わからない」は30%と少なからぬ割合を占めていた。

② 「医師偏在指標」として適切であると思う項目はどれですか。(複数回答可)

	n=413	
	病院数	割合
診療科別医師数	245	59.3%
人口10万人対医師数	241	58.4%
2次医療圏別医師数	147	35.6%
生活圏別医師数	110	26.6%
医療ニーズ別医師数	103	24.9%
人口10万人対病院数	93	22.5%
年齢別・性別の医師数	88	21.3%
将来人口別・将来人口構成別医師数	88	21.3%
専門別医師数	76	18.4%
へき地・過疎地・離島等の地理的条件別医師数	69	16.7%
区域別医師数	67	16.2%
入院患者数別・外来患者数別医師数	64	15.5%
人口10万人対診療所数	60	14.5%
面積100km ² 当たり医師数	52	12.6%
5疾病・5事業別医師数	34	8.2%
その他	11	2.7%
無回答	39	9.4%



新専門医制度との関連で議論されてきている「診療科別医師数」(59%)と、従来、指標として用いられてきた「人口10万人対医師数」(58%)が他を大きく引き離しトップ2を占めていた。

【考察】

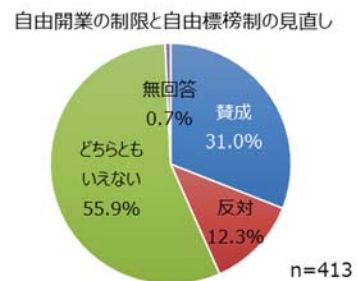
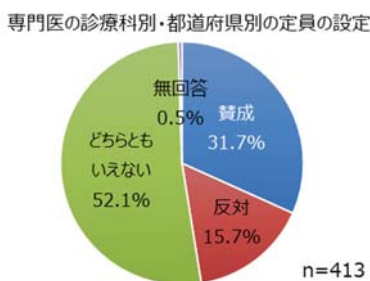
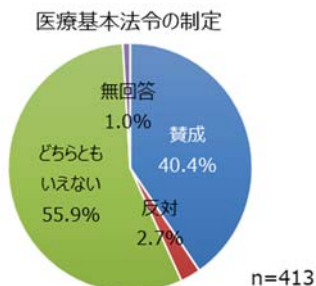
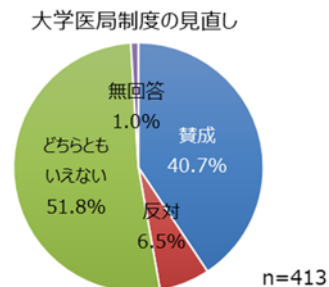
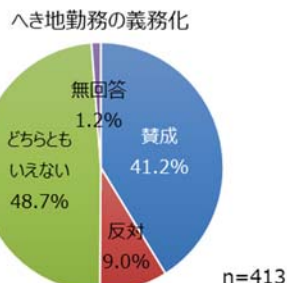
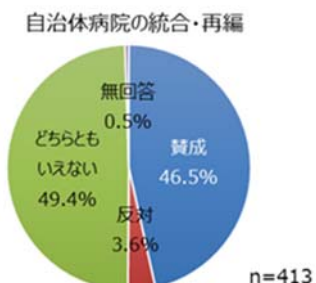
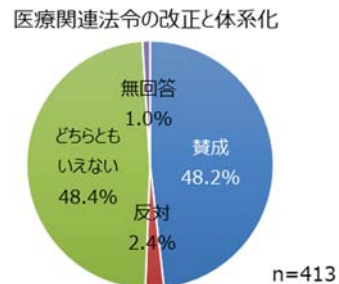
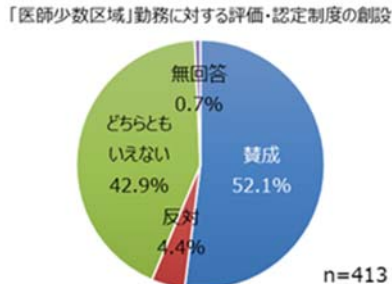
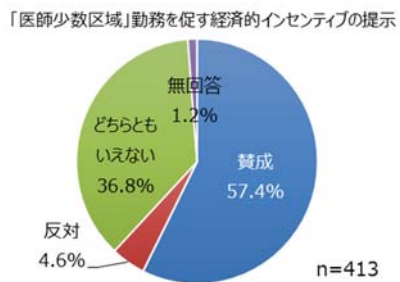
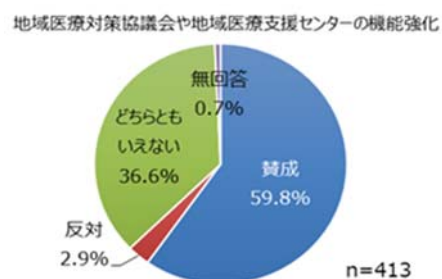
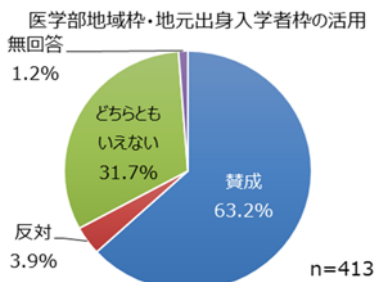
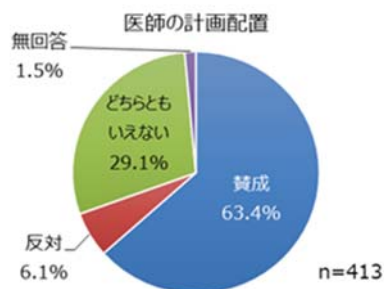
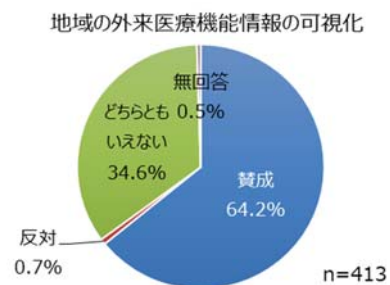
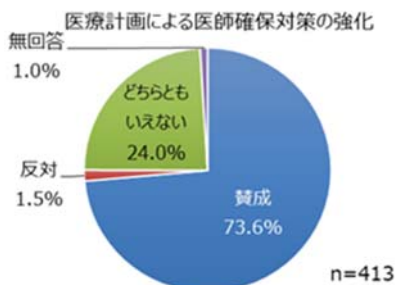
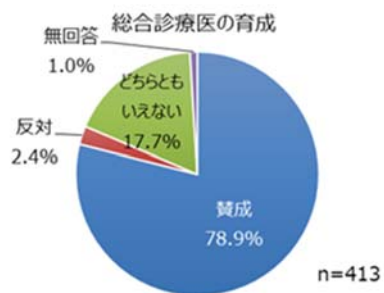
これまで、地域別の医師分布度合いを示すものとして人口 10 万人対医師数が用いられてきたが、地域によっては必ずしも医療ニーズと合致しない場合が見受けられるため、医師偏在をより適切に表す指標の提示が望まれてきた。

これを受けて厚生労働省は、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」において、地域の状況を十分に反映した医師偏在指標の確立に取り組み、考慮すべき要素として、医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化・患者の流出入等・へき地等の地理的条件・医師の性別・年齢分布・医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）の 5 つを提示している。

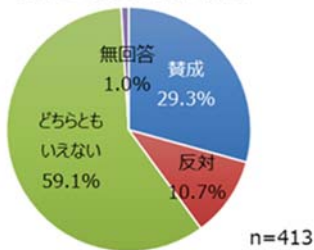
今回の調査結果のトップ 5 には、これらの要素のうち、「診療科別医師数」、「二次医療圏別医師数」、「生活圈域別医師数」、「医療ニーズ別医師数」が入っていたが、「年齢別・性別の医師数」と「将来人口別・将来人口構成別医師数」は第 6 位の 21% と高くはなかった。また、医師偏在対策を急ぐべき地域である「へき地等の地理的条件別医師数」は第 10 位・17% と評価は意外に低く、「区域別医師数」と「入院・外来患者数別医師数」は第 12 位の 16% と、医師偏在指標としてはそれほど重要視されていなかった。

「第 4 次中間とりまとめ」においては、「人口 10 万対医師数」にこれら 5 要素を加味して、二次、三次医療圏単位で医師偏在指標を算出し、その下位 33.3% を「医師少数区域」、上位 33.3% を「医師多数区域」に設定、都道府県はこれらを用いて、医師偏在対策などを盛り込んだ「医師確保計画」を策定することになっている。しかし、指標は、「標準化医師数」や「標準化受療率」など、いくつもの仮定を積み重ねた上で機械的相対的に計算したものであり、地域の実態とはかなりの乖離があるように思われ、これをどのように埋めていくのがこれからの課題となるであろう。

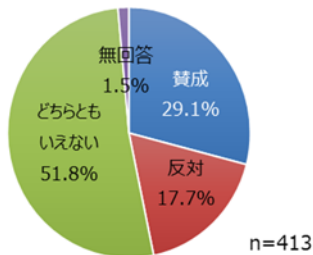
2-9. 勤務医不足、医師偏在の解消策に対する賛否をお聞きします。



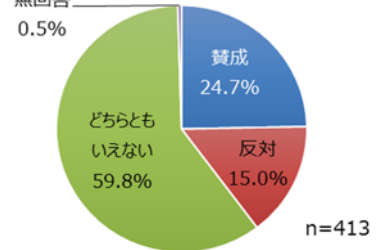
保険医の配置・定数の設定



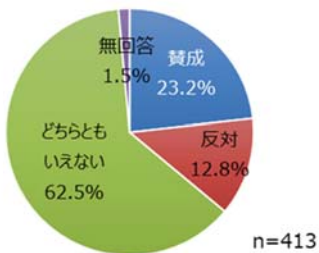
医学部定員の増員



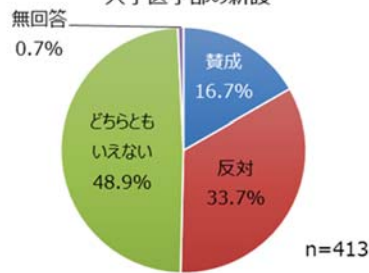
病院管理者要件としての「医師少数区域」勤務の設定
無回答



診療所管理者要件としての「医師少数区域」勤務の設定



大学医学部の新設



勤務医不足等解消策のうち、最も賛同が得られたものは、前回調査と同様に「総合診療医の育成」であり、413病院中 326 病院の 79%（前回 80%）であった。第 2 位は「医療計画による医師確保対策の強化」の 74%（前回調査項目になし）、第 3 位「地域の外来診療機能情報の可視化」64%であった。ついで第 4 位は 63.4%の「医師の計画配置」（前回 70%）、第 5 位は 63.2%の「医学部地域枠入学の活用」（前回 73%で第 2 位）であった。そして 6 位「地域医療対策協議会や地域医療支援センターの機能強化」60%、7 位「医師少数区域勤務を促す経済的インセンティブの提示」57%、8 位「医師少数区域に対する評価・認定制度の創設」52%であり、以上 8 項目が賛同率 50%を超えていた。

規制的手法としてこれまで議論されてきた、「へき地勤務の義務化」は 11 位の 41%、「専門医の診療科別・都道府県別の定数の設定」14 位の 32%、「自由開業の制限と自由標榜制の見直し」15 位の 31%、「保険医の配置・定数の設定」16 位 29%、「病院管理者要件としての医師少数区域勤務の設定」18 位 25%、「診療所管理者要件としての医師少数区域勤務の設定」19 位 23%と、いずれも賛同率は低下していた。一方、前々回調査賛同率 82%で第 1 位であった「医学部定員の増員」は、前は 43%の第 9 位に、今回は 29%の第 17 位に、前々回 49%、前回 30%の「大学医学部の新設」は今回、最下位の 30%に落ち込んでいた。

【考察】

勤務医不足等解消策のうち、7割以上の賛同が得られたのは、「総合診療医の育成」と「医療計画による医師確保対策の強化」の二つであった。

日本専門医機構では新専門医制度において、従来の18基本診療領域に総合診療専門医を新たに加え、その定義を「主に地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他の職種などと連携し、地域の医療、介護、保健など様々な分野でリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師」と定めている。また、日本病院会でも、「高い倫理観、人間性、社会性をもって総合的な医療を展開する医師」の育成を目指し、日本病院会認定「病院総合医」の養成を2018年4月から開始している。このような医師こそ勤務医不足に難渋している地方の病院が求めている姿であり、今回の調査で「総合診療医の育成」が第1位の80%近い賛同が得られたのは当然の結果であろう。

第2位には、74%の賛同を得た「医療計画による医師確保対策の強化」が入った。これは、都道府県には、2018年度から開始された第7次医療計画において、区域別・診療科別の医師偏在指標などを基に「医師確保計画」を策定することが義務付けられたことに起因するものであろう。一方、「医療従事者の需給に関する検討会」の「第4次中間とりまとめ」では、医師確保計画の一つとしての医師偏在対策の検討にあたっては、「地域医療構想」と「医師の働き方改革」の動向に留意すべきであるとされており、これらは「三位一体のものとして進めていくものである」（厚労省医政局地域医療計画課）と強調されており、このような背景もあって、今回の調査において「医療計画による医師確保対策の強化」が第2位の74%という高い賛同を得られたものと考えられる。

第3位の「地域の外来医療機能情報の可視化」については、外来医療を担う診療所の都市部への偏在や郡部での不足が目立つなかで、「地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となる指標」を確立し可視化することで、病院勤務医の開業志向に対し一定の歯止めをかけ、結果として、勤務医不足を防ごうとするものである。

「医師の計画配置」は、前々回の2位81%、前回の3位70%から、今回4位の63%と順位と賛同率を落としたものの、依然として高い支持を得ていた。かつて、「医師の計画配置」は、大手新聞の提言として第一面に大々的に掲載された経緯があるものの、職業選択の自由を保障する「憲法第22条」が壁となって、その議論は頓挫してしまった。しかし、その条文には「何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する」と記され、「公共の福祉に反しない」ことが前提条件となっている。医師の確保は、まさに「公共の福祉」そのものであり、「職業選択の自由」は、「計画配置」の妨げになるものではない。また、「憲法第22条」は「生存権」を保障する「憲法第25条」との整合性も合わせて議論されるべきであり、一向に改善しない医師の地域偏在に悩む地方の病院にとっては、「医師の計画配置」は決して捨てることのできない医師確保対策であることを示していると言える。

前回調査で第2位の73%という高い賛同を得ていた「医学部地域枠・地元出身入学者枠の活用」については、今回、63%に低下し、第5位となった。

昨秋、「医療従事者の需給に関する検討会」の医師需給分科会において報告された、「地域枠履行状況等調査」では、地域枠には「手上げ方式」と「別枠方式」があり、前者は後者に比べて「離脱率が高く、奨学金貸与が少ない」ことが示された。また、充足率も約82%にとどまり、8割に満たない都道府県は24府県、充足状況が極めて低い自治体があることも判明するなど、地域枠の問題点が指摘されてきたことが影響しての第5位という結果であろう。

しかし、医学部卒業後の地域定着については、「地域枠卒業者の方が、それ以外の卒業者よりも、地域定着率が高いこと、さらには、これまでの地域偏在を解消するための医師確保対策に効果が認められないことなどを考慮すれば、「医学部地域枠入学の活用」は、決して疎かにできない手段であることは言うまでもない。

「第4次中間とりまとめ」においては、医師偏在指標を用いて「医師少数区域」と「医師多数区域」を設定し、医師確保計画の策定に役立てることとされている。しかし問題は、「医師少数区域」で勤務する医師をいかにして確保するかであり、その手段として、経済的インセンティブ、あるいは認定資格や管理者要件などのキャリア支援が考えられる。本調査において「経済的インセンティブの提示」には57%、「評価・認定制度の創設」には52%と半数を超える賛同が得られており、その条件設定にはさまざまな意見が噴出することが予想されるものの、ぜひ、実現して欲しいものである。

一方、規制的手法については、厚労省の『保健医療2035』や平成28年6月の「医療従事者の需給に関する検討会 中間とりまとめ」において「保険医の配置・定数の設定」や「自由開業・自由標榜の見直し」が言及され、さらには、日本医師会と全国医学部長病院長会議による『医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言』でも、病院・診療所の管理者要件への「医師不足地域での勤務経験の導入」など、“医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない”と明記されるなど、一時は追い風が吹いているように思われた。しかし、今回の調査では、「医師の計画配置」を含め、より具体的な規制的手法に対する賛同率は、「へき地勤務の義務化」は前々回75%、前回58%、今回41%に、「保険医の配置・定数」は58%、14%、29%に、「自由開業の制限」は51%、32%、31%と、一様に低下しており、規制的手法理解の難しさを物語っている。

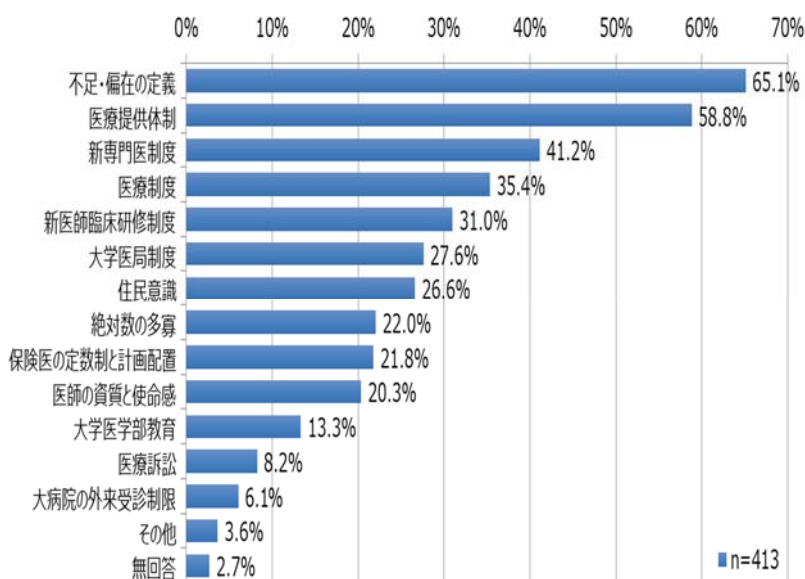
「専門医の診療科別・都道府県別の定員の設定」、いわゆる“シーリング”は、医師の地域偏在解消のための有効な手段の一つであると考えられるが、それに対する賛同率は前回の36%から32%に減少しており、

まだまだ、会員病院においては、新専門医制度と地域偏在との関連性が理解されていないものと思われる「医療基本法の制定」への賛同率は前回34%から40%とわずかながら増加し、その各論となる「医療関連法令の改正と体系化」は48%（前回49%）と半数の賛同を得ており、“制度の壁”を打ち破る必要性は理解されているものと考えられる。また、「自治体病院の統合・再編」は71%、53%、47%と減少しているが、地域医療構想の関連性も踏まえ、検討すべき事項である。

いずれにしても、勤務医の不足や地域偏在あるいは診療科偏在の是正は、地域医療再生のための最大の課題であることは言うまでもなく、単に「数」の問題としてではなく、「日本の医療のあり方そのもの」の問題と捉えて、その対策を講じることが重要であると言える。

2-10. 勤務医不足を議論する場合、何を問題として議論すべきでしょうか。(複数回答可)

	n=413	
	病院数	割合
不足・偏在の定義	269	65.1%
医療提供体制	243	58.8%
新専門医制度	170	41.2%
医療制度	146	35.4%
新医師臨床研修制度	128	31.0%
大学医局制度	114	27.6%
住民意識	110	26.6%
絶対数の多寡	91	22.0%
保険医の定数制と計画配置	90	21.8%
医師の資質と使命感	84	20.3%
大学医学部教育	55	13.3%
医療訴訟	34	8.2%
大病院の外来受診制限	25	6.1%
その他	15	3.6%
無回答	11	2.7%



最も多かった意見は、議論する以前の問題として、何をもちて勤務医不足とするのか、地域偏在とするのかという“言葉の定義”についてであり、413 病院中 269 病院の 65%にも及んだ。

第 2 位は「医療提供体制」の問題として勤務医不足を議論すべきであると回答した病院が 243 病院 58%と半数を超え、「新専門医制度」41%、「医療制度」35%、「新医師臨床研修制度」31%、「大学医局制度」28%と続いていた。その他、「住民意識」が 27%、および「医師の資質と使命感」が 20%と少なからぬ割合を占めていたのは、興味深い。

【考察】

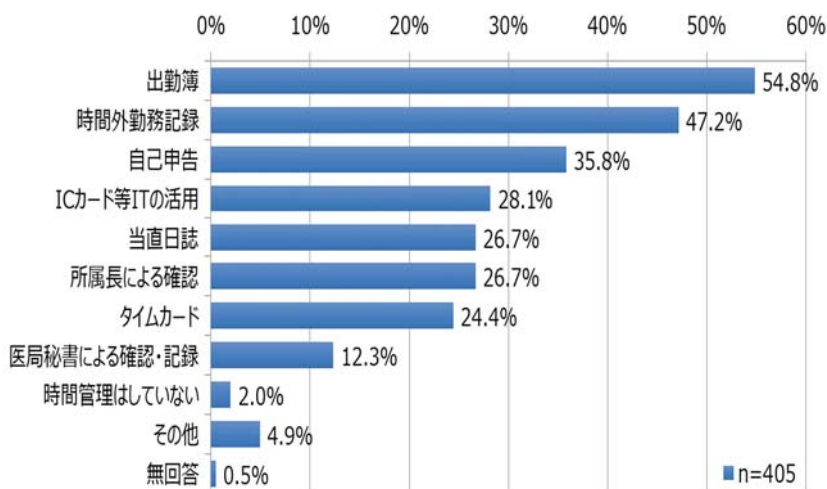
勤務医不足については、「数の問題」としては絶対数の不足、地域偏在・診療科偏在、「制度の問題」としては医療機能の役割分担と連携など医療提供体制、医療法や医師法あるいは健康保険法や労働基準法などの医療制度、医師供給サイドとしての臨床研修や大学教育など教育制度、「医師の資質の問題」としてのプロフェッショナル・オートノミー、「住民側の問題」としては、限りある社会資源であることの認識や医療の不確実性への理解など、さまざまな観点からの議論がなされるべきである。これらの要素を今回の調査において検討してみたが、半数以上の病院が「制度の問題」が重要であるとの認識をもっていた。この“制度の壁”を打ち破ることが医師の地域偏在を解消させ、結果として地域医療再生に結びつく有効な方策であることを示しているように思われる。

Ⅲ. 労働時間・労働賃金に関する質問

3-1. 医師の労働時間についてお聞きします。

① 次のどの方法を用いて管理していますか。(複数回答可)

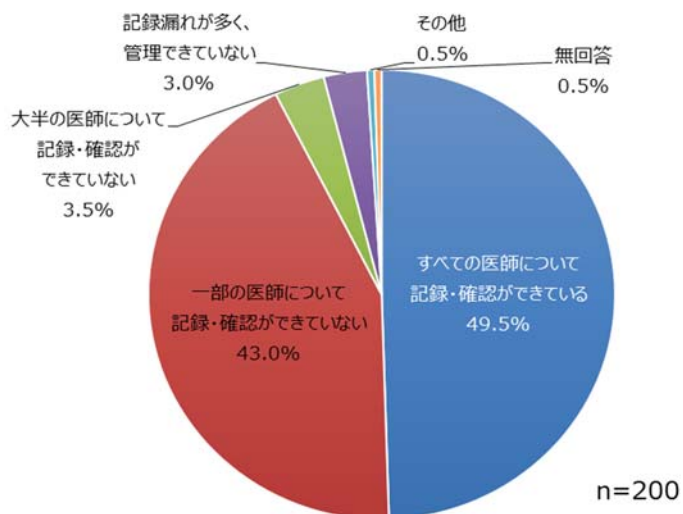
	n=405	
	病院数	割合
出勤簿	222	54.8%
時間外勤務記録	191	47.2%
自己申告	145	35.8%
ICカード等ITの活用	114	28.1%
当直日誌	108	26.7%
所属長による確認	108	26.7%
タイムカード	99	24.4%
医局秘書による確認・記録	50	12.3%
時間管理はしていない	8	2.0%
その他	20	4.9%
無回答	2	0.5%



② ①で「タイムカード」・「ICカード等ITの活用」と回答された病院にお聞きします。

医師の出退勤時刻は適切に管理できていますか。

	病院数	割合
すべての医師について記録・確認ができている	99	49.5%
一部の医師について記録・確認ができていない	86	43.0%
大半の医師について記録・確認ができていない	7	3.5%
記録漏れが多く、管理できていない	6	3.0%
その他	1	0.5%
無回答	1	0.5%
合計	200	100.0%

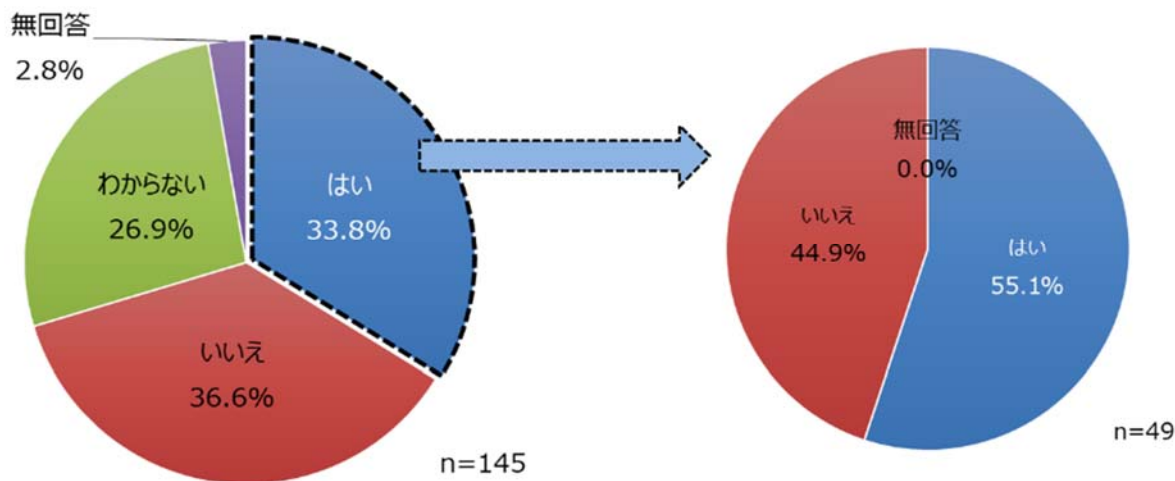


③ ①で「自己申告」と回答された病院にお聞きします。自己申告と労働実態には乖離があると思いますか。

	病院数	割合
はい	49	33.8%
いいえ	53	36.6%
わからない	39	26.9%
無回答	4	2.8%
合計	145	100.0%

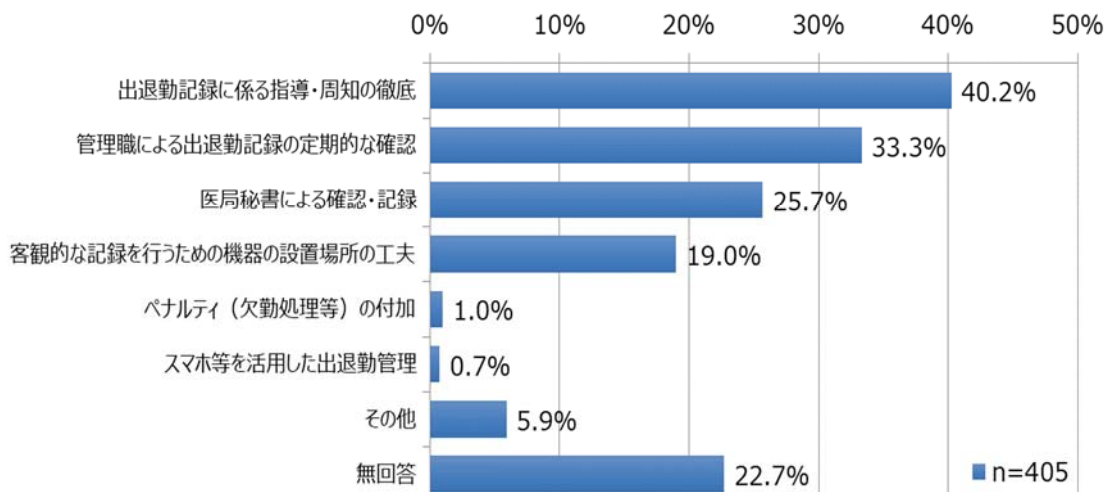
④ ③で「はい」と回答された病院にお聞きします。何らかの対応を講じていますか。

	病院数	割合
はい	27	55.1%
いいえ	22	44.9%
無回答	0	0.0%
合計	49	100.0%



⑤ 適切な管理のために工夫していることがあれば教えてください。(複数回答可)

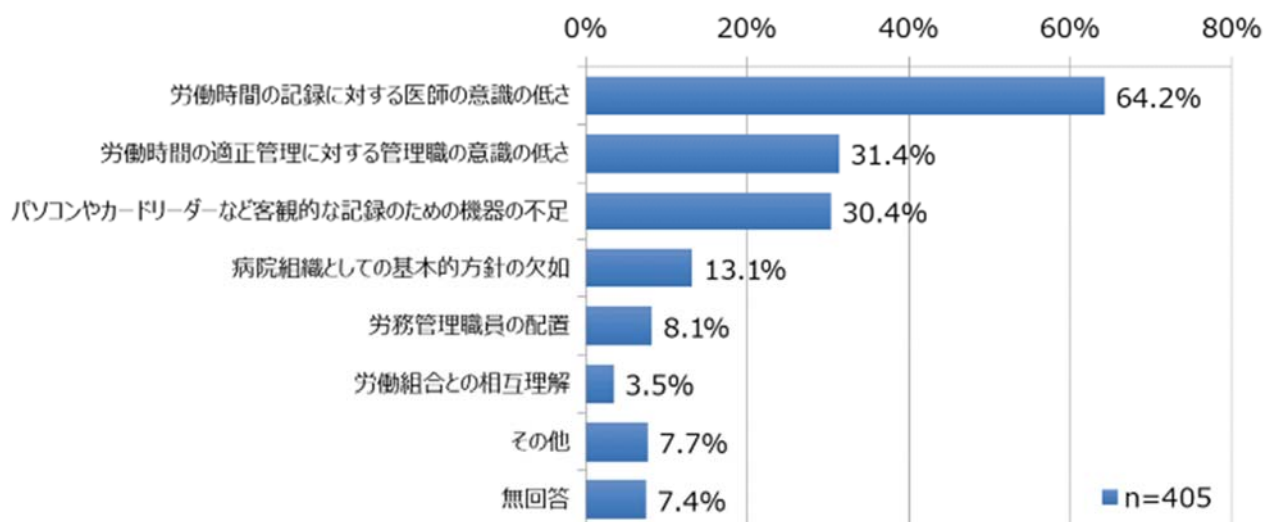
	病院数	割合
出退勤記録に係る指導・周知の徹底	163	40.2%
管理職による出退勤記録の定期的な確認	135	33.3%
医局秘書による確認・記録	104	25.7%
客観的な記録を行うための機器の設置場所の工夫	77	19.0%
ペナルティ（欠勤処理等）の付加	4	1.0%
スマホ等を活用した出退勤管理	3	0.7%
その他	24	5.9%
無回答	92	22.7%



⑥ 適正に管理するための課題は何ですか（複数回答可）

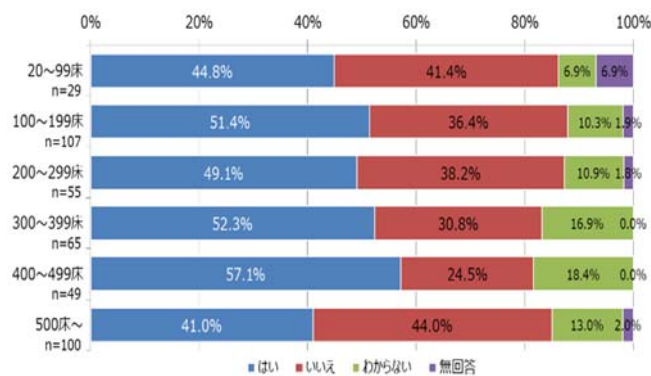
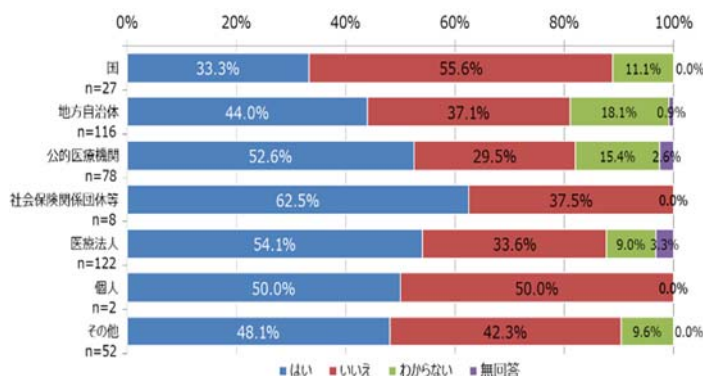
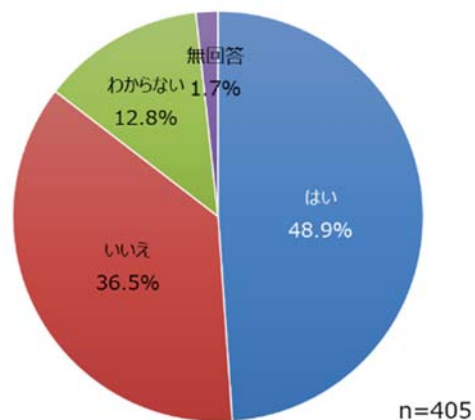
n=405

	病院数	割合
労働時間の記録に対する医師の意識の低さ	260	64.2%
労働時間の適正管理に対する管理職の意識の低さ	127	31.4%
パソコンやカードリーダーなど客観的な記録のための機器の不足	123	30.4%
病院組織としての基本的方針の欠如	53	13.1%
労務管理職員の配置	33	8.1%
労働組合との相互理解	14	3.5%
その他	31	7.7%
無回答	30	7.4%



⑦ 病院はこれまで、「医師の労働時間を管理する」という意識が希薄であったと思いますか。

	病院数	割合
はい	198	48.9%
いいえ	148	36.5%
わからない	52	12.8%
無回答	7	1.7%
合計	405	100.0%



【結果と考察】

労働基準法違反を前提にしなければ成り立たない日本の医療の現状を考えると、まず、取り組むべきは、「医師の労働時間の把握」である。

労働基準法では、使用者は労働時間を適切に管理する責務を有すると定められているものの、その不適正な運用の結果として、「割増賃金の未払い」や「過重な長時間労働」といった問題が生じている。その一例として、平成 25 年 2 月、最高裁は、県立奈良病院「時間外・休日労働に対する割増賃金の支払い」を求めた裁判では、「宿日直中の診療について、時間外労働として割増賃金を支払うべきである」との判決が確定、「宿日直勤務は、実際に診療に従事した時間だけでなく、待機時間を含めてすべてが勤務時間である」との考え方も示された。このように労働時間を適正に把握することは、労働基準法の遵守、医師の過重労働の軽減、医療の安全性の確保など、さまざまな観点から非常に重要な課題である。

一方、労働日ごとの始業・終業時刻の使用者による確認・記録、残業命令書及びその報告書、あるいはタイムカード等の記録確認など、労働時間数を確定する作業は非常に煩雑である。しかも、労働時間の定義は「労働者が使用者の指揮命令下に置かれている時間」とされているものの、医療現場には「実作業時間」以外にも自己研鑽などさまざまな業務時間があり、それらが労働時間であるか否かの判定が難しい場合が多いことも、医師の労務管理が適切になされてこなかった理由かもしれない。

2018 年 2 月、「医師の働き方改革に関する検討会」において、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」で示された 6 項目のうち、いの一に掲げられたのが「医師の労働時間管理の適正化に向けた取組」であり、IC カードやタイムカード等の導入や上司による確認が推奨されている。

しかし、今回の調査結果では、「出勤簿」(55%)、「時間外勤務記録」(47%)、「自己申告」(36%) という、数十年前から行われてきたアナログ的な時間管理方法が大半を占め、「IT の活用」や「タイムカード」といった手法は 20% 台にとどまっていた。しかも、それらを活用している病院においては、半数がすべての医師について記録・確認ができておらず、手法の導入そのものだけが問題ではないことを示している。

さらには、「自己申告」で労働時間管理をしている病院の 3 つに一つは、実態との乖離が存在し、何らかの対策を講ぜざるを得なかった。その内容は、「指導・周知の徹底」(40%) や「管理職による確認」(33%)、「医局秘書による確認・記録」といった、やはりアナログ的な工夫が大半を占めていた。

適正に管理するための課題としては、「医師 (64%) や管理職 (31%) の意識の低さ」と「客観的な記録のための機器の不足」(30%) があげられ、ほぼ半数の 198 病院が「医師の労働時間を管理するという意識が希薄であった」と自省していたことは注目に値する。

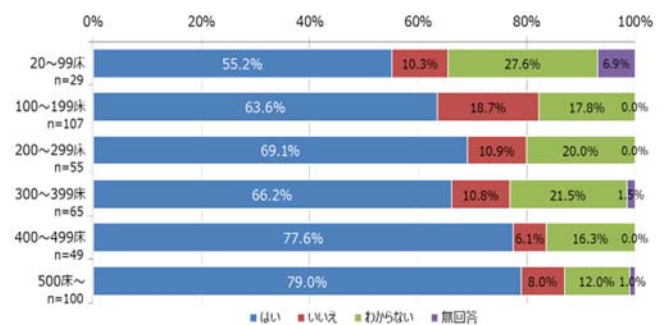
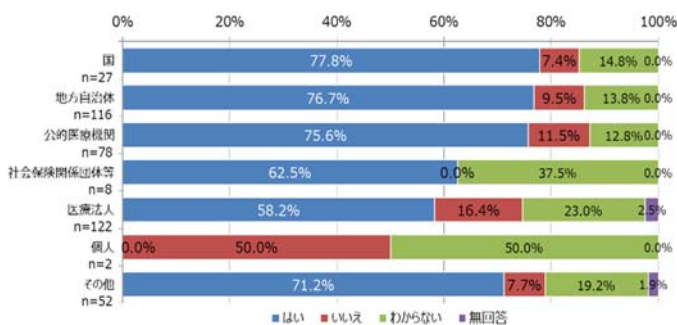
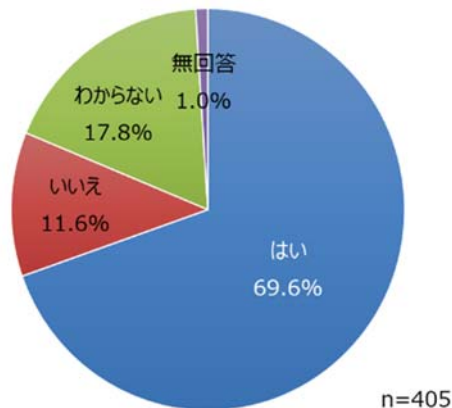
また、回答 405 病院合計で 1,067 項目、1 病院あたり 2.6 項目の管理方法を用いており、医師の労働時間管理の複雑さを物語っている。一方、医師の労働時間を「把握していない」病院が、過去の調査同様に存在しており、病院組織において労務管理が軽視されてきたことを表している。

医師の労働時間の把握と管理は、直接的間接的に医師の労働生産性、医療の質、そして安全性に影響することは言うまでもなく、今回の働き方改革を考えるうえでの基本となるものでもあり、病院にはその充実強化にいかに取り組んでいくのかが問われている。

3-2. 医師の労働時間と自己研鑽の区分についてお聞きします。

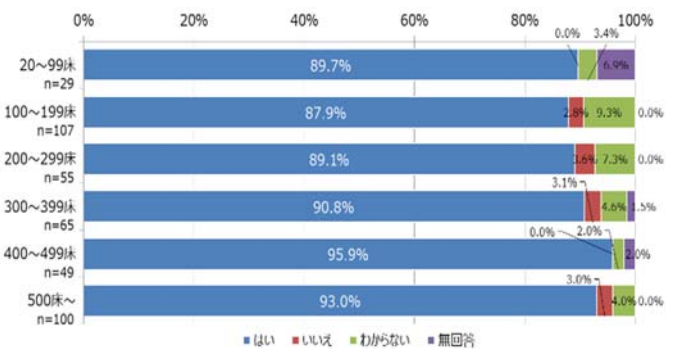
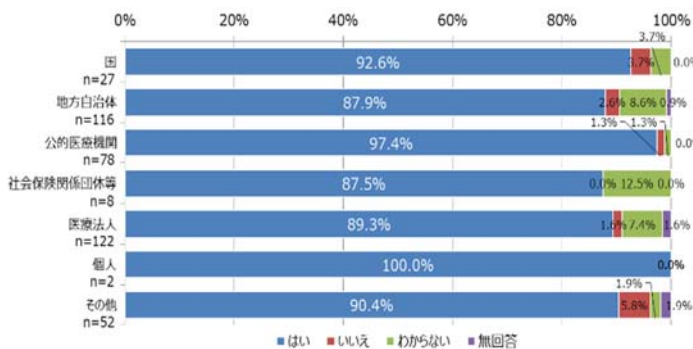
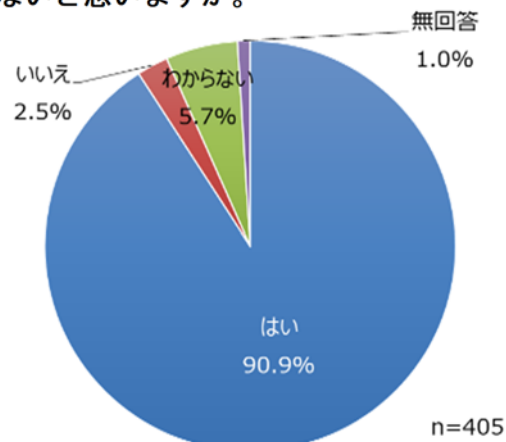
① 国は医師の「労働」と「自己研鑽」の具体的な区分基準を定めるべきだと思いますか。

	病院数	割合
はい	282	69.6%
いいえ	47	11.6%
わからない	72	17.8%
無回答	4	1.0%
合計	405	100.0%



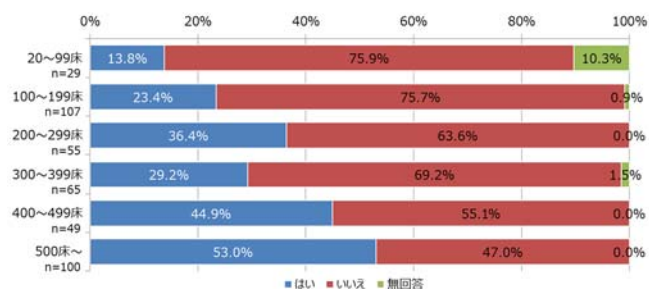
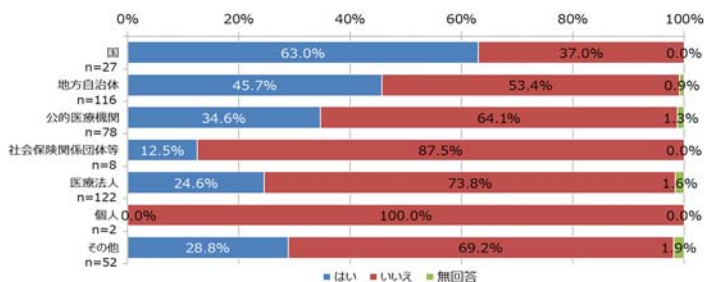
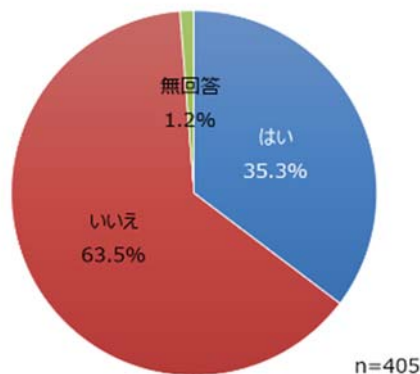
② 自己研鑽すべてを労働時間とみなすのは現実的ではないと思いますか。

	病院数	割合
はい	368	90.9%
いいえ	10	2.5%
わからない	23	5.7%
無回答	4	1.0%
合計	405	100.0%



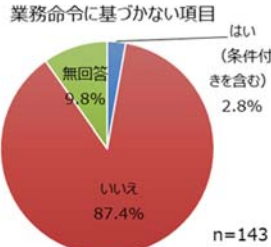
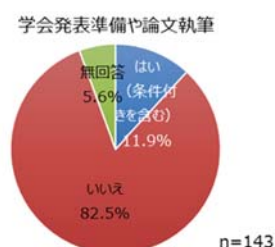
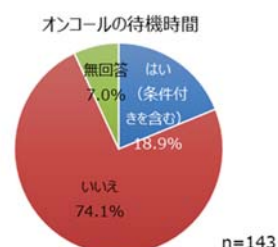
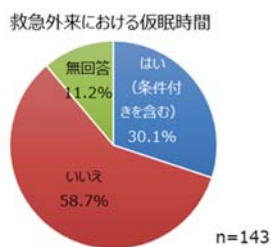
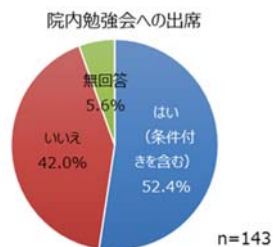
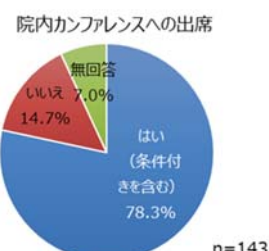
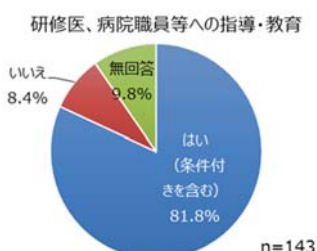
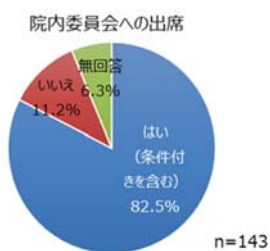
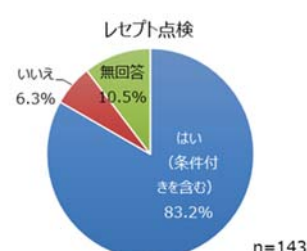
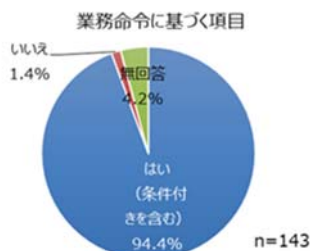
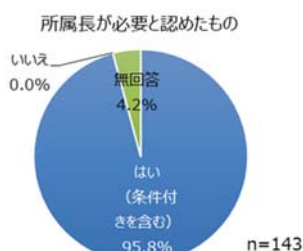
③ 貴院では何らかの区分基準を設けていますか。

	病院数	割合
はい	143	35.3%
いいえ	257	63.5%
無回答	5	1.2%
合計	405	100.0%



区分基準を定めるべきであると回答したのは、405 病院中 282 病院の 70%であり、ほぼ大多数 (91%) が、自己研鑽すべてを労働時間とみなすのは現実的でないと考えていた。しかしながら、区分基準を実際に設けている病院は 143 病院の 35%に過ぎず、三分の二の病院では設定していなかった。

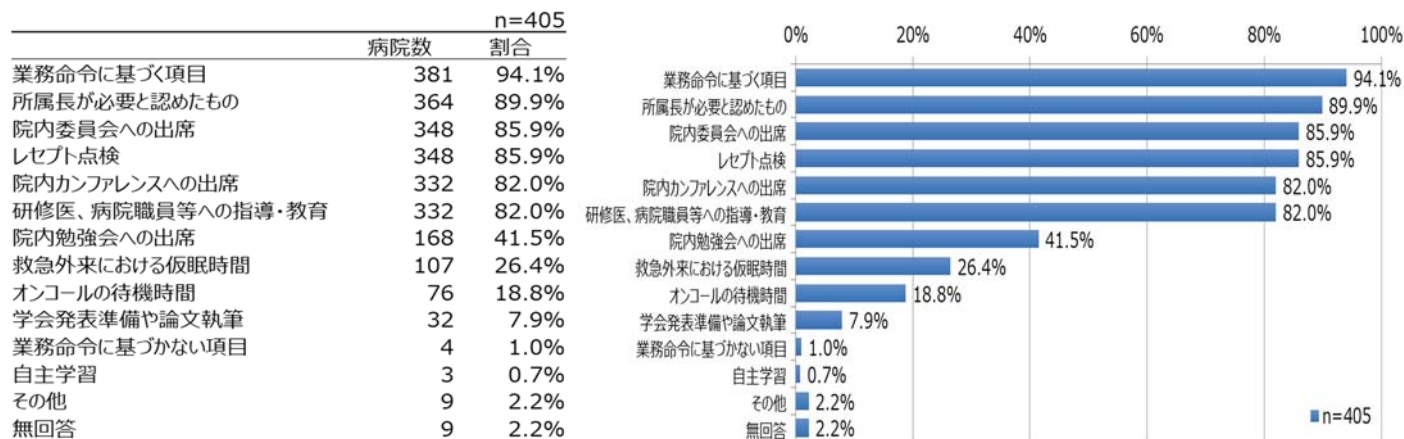
④ ③で「はい」と回答された病院にお聞きします。以下の事項は労働時間と認めていますか。



労働時間であると認めた割合が 90%を超える項目は、「所属長が必要と認めたもの」(96%)、「業務命令に基づく項目」(94%)。30%を下回った項目は、「自主学習」(0%)、「業務命令に基づかない項目」(3%)、「学会発表準備や論文執筆」(12%)、「オンコールの待機時間」(19%)であった。

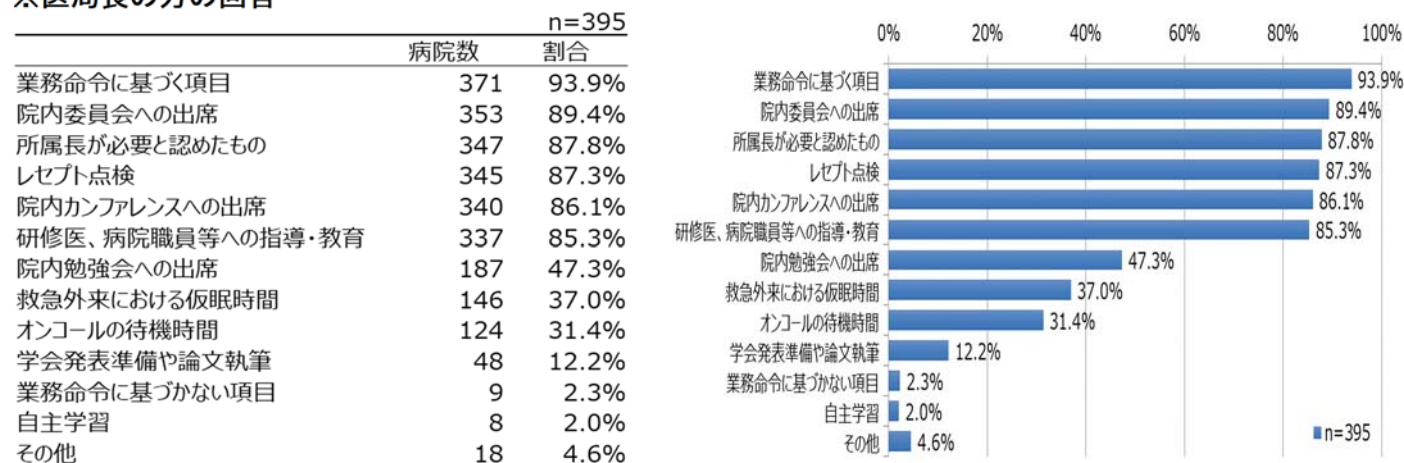
⑤ 下記の項目のうち、労働時間であると思うものはどれですか。(複数回答可)

※理事長あるいは病院長など病院最高責任者の方の回答



⑤-2 下記の項目のうち、労働時間であると思うものはどれですか。(複数回答)

※医局長の方の回答



理事長あるいは病院長など病院最高責任者と医局長とで認識の程度に 10%以上の相違があった項目は、「救急外来における仮眠時間」(26%vs37%=11%)、「オンコールの待機時間」(19%vs31%=12%)の 2 項目であり、「学会発表準備や論文執筆」でも 8%vs12%=4%の相違が認められた。80%以上が労働時間であるとされた上位 6 項目には両者間で意見の相違はなかった。

【考察】

労働時間とは「使用者の指揮命令下に置かれている時間」であり、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たるとされている。しかし、医師については、知識習得や技能向上のための研鑽が労働時間に該当するののかについて判然としないため、「医師の働き方改革に関する検討会」では、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方と「労働に該当しない研鑽」を適切に取り扱うための手続が提示された。

具体的には、「診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強」については、一般的に、診療の準備行為等として労働時間に該当、ただし、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行っていることが確認されていれば、労働時間に該当しないとされた。また、「学会・院内勉強会等への参加や準備」、「専門医の取得・更新等」あるいは「当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行うこと」についても同様に、労働時間に該当しないものとされている。

そして本年7月1日には「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」の厚生労働省労働基準局長通達（基発0701第9号）が発出され、研鑽の3類型、(1)一般診療における新たな知識、技能の習得のための学習、(2)博士の学位を取得するための研究及び論文作成や、専門医を取得するための症例研究や論文作成、(3)手技を向上させるための手術の見学、ごとにその判断の基本的考え方を示された。

このような考え方に基づくと、本調査で労働時間であるとする割合が30%を下回った項目のうち、上司の明示・黙示によらずに行われる限り、「自主学习」と「業務命令に基づかない項目」、および「学会発表準備や論文執筆」は当然、労働時間とみなされない。また、19%の病院が労働時間と認めた「オンコールの待機時間」については、平成25年2月の県立奈良病院「時間外・休日労働に対する割増賃金の支払い」を求めた裁判での最高裁判決にもあるように、病院や上司の指示がなく、自発的な取り組みの場合は、「労働時間とみなされない」ものと考えられる。

しかし、自己研鑽は、適正で良質な医療を実践するための大前提であり、それが妨げられるような区分基準は、結果的に医師のモチベーションを低下させる危険性も有していることに留意すべきであろう。

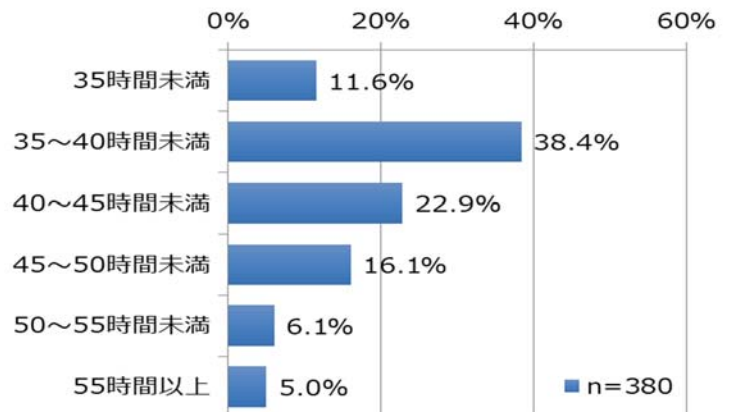
3-3. 常勤医師の1週間の平均勤務時間を教えてください。

① 宿日直勤務時間を除く勤務時間

	病院数	割合
35時間未満	44	11.6%
35～40時間未満	146	38.4%
40～45時間未満	87	22.9%
45～50時間未満	61	16.1%
50～55時間未満	23	6.1%
55時間以上	19	5.0%
合計	380	100.0%

単位 (時間)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
40.5	39.9	10.8	79.6	1.0

宿日直勤務時間を除く勤務時間



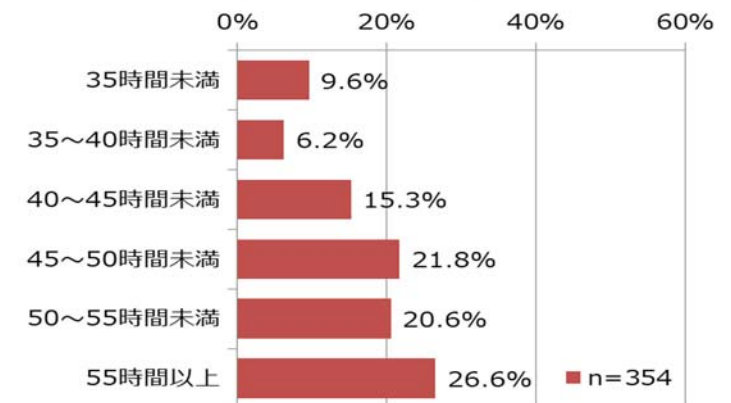
「40 時間未満」が 380 病院中 190 病院と全体の 50%を占めていた一方で、「50 時間以上」の病院が 42 病院の 11%存在していた。平均値は 41 時間であった。

② 宿日直勤務時間を含む勤務時間

	病院数	割合
35時間未満	34	9.6%
35～40時間未満	22	6.2%
40～45時間未満	54	15.3%
45～50時間未満	77	21.8%
50～55時間未満	73	20.6%
55時間以上	94	26.6%
合計	354	100.0%

単位 (時間)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
48.8	49.1	15.3	109.0	3.3

宿日直勤務時間を含む勤務時間



「40 時間未満」が 354 病院中 56 病院と全体の 16%を占めていた一方で、「50 時間以上」の病院が 167 病院の 47%存在していた。平均値は 49 時間であった。

【考察】

日本病院会地域医療委員会の平成 18 年、平成 25 年、および 27 年の調査と今回の調査を比較してみた。

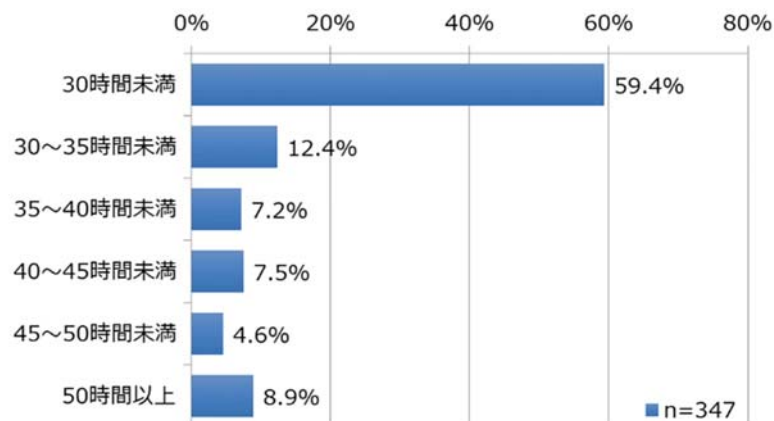
宿日直時間を除く一週間の平均勤務時間が労働基準法第 32 条で定められた「40 時間未満」であった割合は、平成 18 年 14%→25 年 36%→27 年 41%→30 年 50%と次第に増加していた一方で、「50 時間」以上であった割合は、平成 18 年 70%→25 年 17%→27 年 14%→30 年 11%と逆に減少。また、一週間の勤務時間平均値は、平成 23 年と 30 年では 53.2 時間から 40.5 時間と大幅に減少していた。その理由は、医師事務作業補助者の導入によるものか、チーム医療の推進によるものか、あるいは医師数の増加によるものか不明ではあるが、勤務医の過重労働が社会問題化したことも相まって、病院管理者が勤務医の負担軽減と勤務環境の改善に努めていることに疑いはなかろう。

一方、宿日直勤務時間を含む勤務時間について、本調査と「第 4 次中間取りまとめ 参考資料」と対比すると、宿日直勤務時間を含む勤務時間は、「週 40 時間未満 15.8%vs15.1%」とほぼ同じであったが、「週 40～50 時間未満 37.1%vs20.7%」、「週 50 時間以上 47.2%vs75.1%」であり、週 50 時間以上について大幅な相違が認められていた。これは、本調査は病院管理者・院長等の、後者は医師個人の回答によるものであることによる違いではないかと推測される。一方、平均値は「第 4 次中間取りまとめ 参考資料」で示されている 51.4 時間とほぼ同様の 49 時間であり、約半数の病院で 50 時間を超えていた。

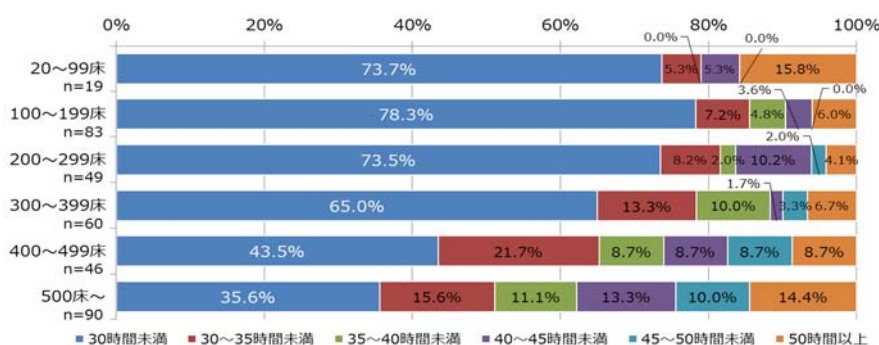
3-4. 常勤医師の1カ月の時間外勤務時間についてお聞きします。

① 1カ月の平均時間外勤務時間

	病院数	割合
30時間未満	206	59.4%
30～35時間未満	43	12.4%
35～40時間未満	25	7.2%
40～45時間未満	26	7.5%
45～50時間未満	16	4.6%
50時間以上	31	8.9%
合計	347	100.0%



単位 (時間)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
28.7	24.8	29.0	300.0	0.1



「30 時間未満」が 347 病院中 206 病院と全体の 59%を占めていた一方で、「50 時間以上」の病院が 31 病院の 9%存在し、平均値は 29 時間であった。

② 時間外勤務時間が 80 時間を超える医師数

	病院数	割合
0人	209	55.4%
1～5人未満	80	21.2%
5～10人未満	43	11.4%
10～15人未満	19	5.0%
15～20人未満	10	2.7%
20人以上	16	4.2%
合計	377	100.0%

単位 (人)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
8.4	5	11.6	104	1

②過労死の基準である月 80 時間以上の時間外労働をしている医師が 10 人以上いる病院は、回答した 377 病院中 45 病院の 12% (前回 14%)、20 人以上でみると 16 病院の 4% (7%) であった。

③ 時間外勤務時間が 80 時間を超える医師の割合 (全常勤医師に対する割合)

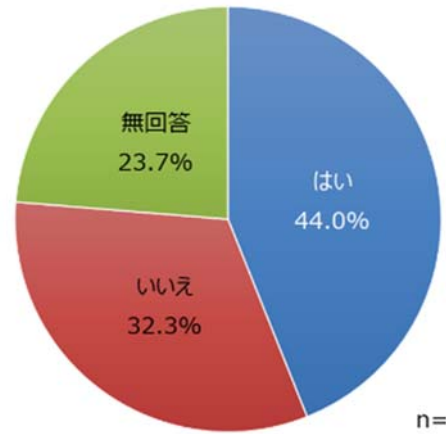
	病院数	割合
0%	195	54.3%
5%未満	67	18.7%
5～10%未満	42	11.7%
10～15%未満	19	5.3%
15～20%未満	10	2.8%
20%以上	26	7.2%
合計	359	100.0%

単位 (%)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
10.4	6.1	12.1	80.0	0.1

③全医師に対する月 80 時間以上の時間外労働をしている医師の割合では、10%以上が 359 病院中 55 病院の 15% (前回 50%)、20%以上が 26 病院の 7% (前回 21%) であり、平均値は 10% (前回 14%) と 10 人に 1 人が過労死の基準を超えていた。

④ 80 時間超の医師に対して、院長・所属長・産業医等による面談を実施していますか。

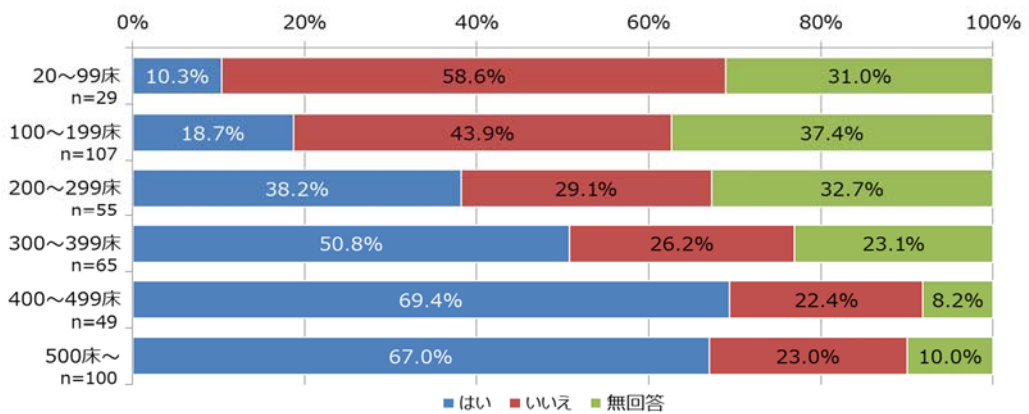
	病院数	割合
はい	178	44.0%
いいえ	131	32.3%
無回答	96	23.7%
合計	405	100.0%



n=405

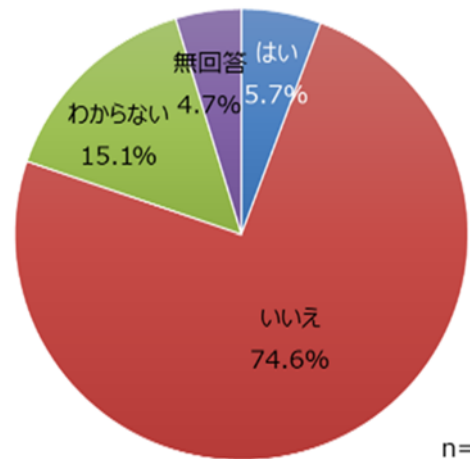
実施している病院は 405 病院中 178 病院の 44%、実施していないのは 131 病院の 32%であった。

・ 病床規模別



⑤ 院長クラスは現在でも、「若い医師は長時間労働は当たり前」と考えていると思いますか。

	病院数	割合
はい	23	5.7%
いいえ	302	74.6%
わからない	61	15.1%
無回答	19	4.7%
合計	405	100.0%

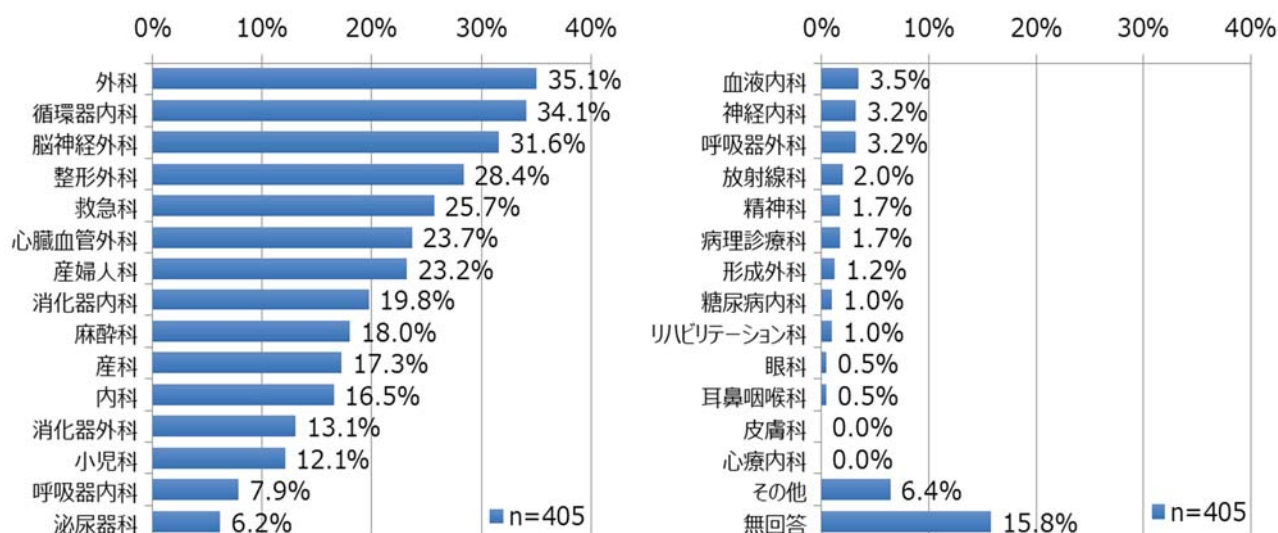


n=405

当たり前と考えている病院は 405 病院中 23 病院の 6%、そうでないのは 302 病院の 75%であった。

⑥ 労働時間の短縮が困難であると思う診療科を教えてください。(上位5つを選択)

病院数		割合	病院数		割合	病院数		割合
外科	142	35.1%	内科	67	16.5%	病理診療科	7	1.7%
循環器内科	138	34.1%	消化器外科	53	13.1%	形成外科	5	1.2%
脳神経外科	128	31.6%	小児科	49	12.1%	糖尿病内科	4	1.0%
整形外科	115	28.4%	呼吸器内科	32	7.9%	リハビリテーション科	4	1.0%
救急科	104	25.7%	泌尿器科	25	6.2%	眼科	2	0.5%
心臓血管外科	96	23.7%	血液内科	14	3.5%	耳鼻咽喉科	2	0.5%
産婦人科	94	23.2%	神経内科	13	3.2%	皮膚科	0	0.0%
消化器内科	80	19.8%	呼吸器外科	13	3.2%	心療内科	0	0.0%
麻酔科	73	18.0%	放射線科	8	2.0%	その他	26	6.4%
産科	70	17.3%	精神科	7	1.7%	無回答	64	15.8%



上位5診療科には、外科（142病院35%）、循環器内科（138病院34%）、脳神経外科（128病院32%）、整形外科（115病院28%）、救急科（104病院26%）が入った。ちなみに、「第4次中間取りまとめ 参考資料」で示されている「週当たり勤務時間」が最も長い診療科トップ5は、救急科62.3時間、外科、59.1時間、脳神経外科58.3時間、泌尿器科56.1時間、病理55.0時間であり、本調査での、労働時間短縮が困難であると思う診療科上位5診療科のうち3診療科が該当していた。

【考察】

過労死の判断基準は、「発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合」、あるいは「発症前1か月間におおむね100時間を超える時間外労働が認められる場合」とされている。医師の過重労働は、1か月という短期間ではなく、年をまたぐ長期間にわたり継続的であることから、本アンケート調査では「80時間」を基準に設定した。

月80時間以上の時間外労働をしている医師が10人以上いる病院割合は全体の10%で、前回の14%に比べてわずかに減少しているものの、10人に1人が過労死ラインを超えて働いていることが伺える。

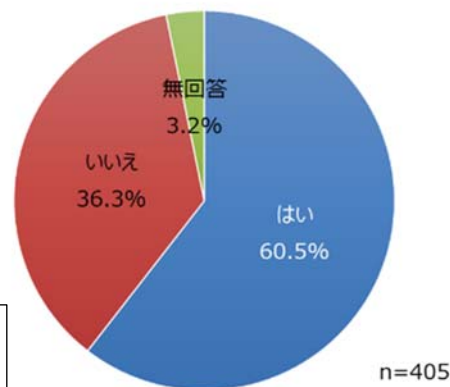
本年3月28日に示された「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」（以後、“報告書”と略す）においては、医師の労働時間短縮のためには、組織のトップの意識改革など医療機関内のマネジメント改革の重要性が指摘され、それによって、より良い職場づくりと医師の確保・定着が図られるとされている。また、医師の健康確保を図る「追加的健康確保措置」として、「連続勤務時間制限」や「勤務間インターバル」などに加えて、時間外労働が80時間超えの医師に対する「面接指導」が推奨され、医師の健康状態を確認し、必要に応じて就業上の措置を講ずるべきであるとされている。しかし、10人に1人の医師が80時間超えの時間外労働を行っていることが判明した今回の調査において、「面接指導」を実施している病院は405病院中178病院と半数にも満たない状況であり、医師の健康確保対策など病院トップマネジメントが十分ではないことが明らかとなった。

一方、古い世代のほとんどの医師は、病院に何日も泊まり込み患者の治療にあたってきた経験を有しており、それが一人前の医師になるための必要十分条件であると受け入れてきた経緯がある。しかし、今回の調査では、そのように考えている院長クラスは6%と、非常にわずかであり、時代の移り変わりを実感できる。

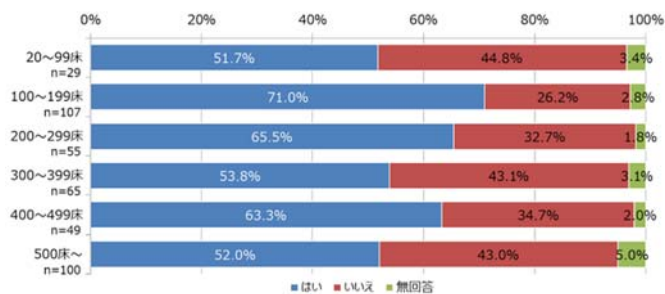
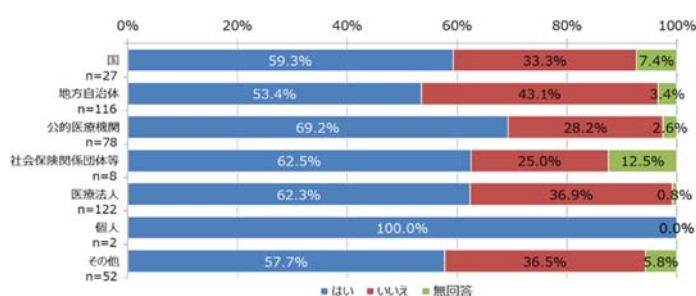
3-5. 宿日直業務についてお聞きします。

① 労働基準局通達では、「宿日直は週1回、日直は月1回を限度とする」と規定されていますが、貴院ではこれを遵守できていますか。

	病院数	割合
はい	245	60.5%
いいえ	147	36.3%
無回答	13	3.2%
合計	405	100.0%

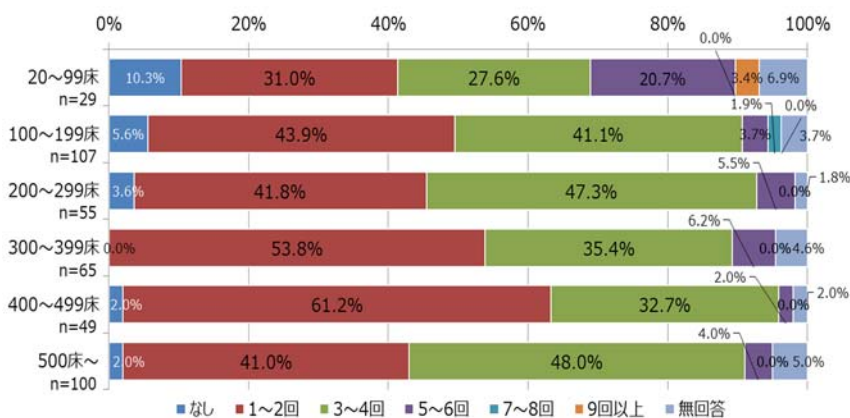


遵守できている病院は全体の61%、遵守できていないのは36%であった。



② 1カ月平均の医師1人当たりの宿日直回数は何回ですか。

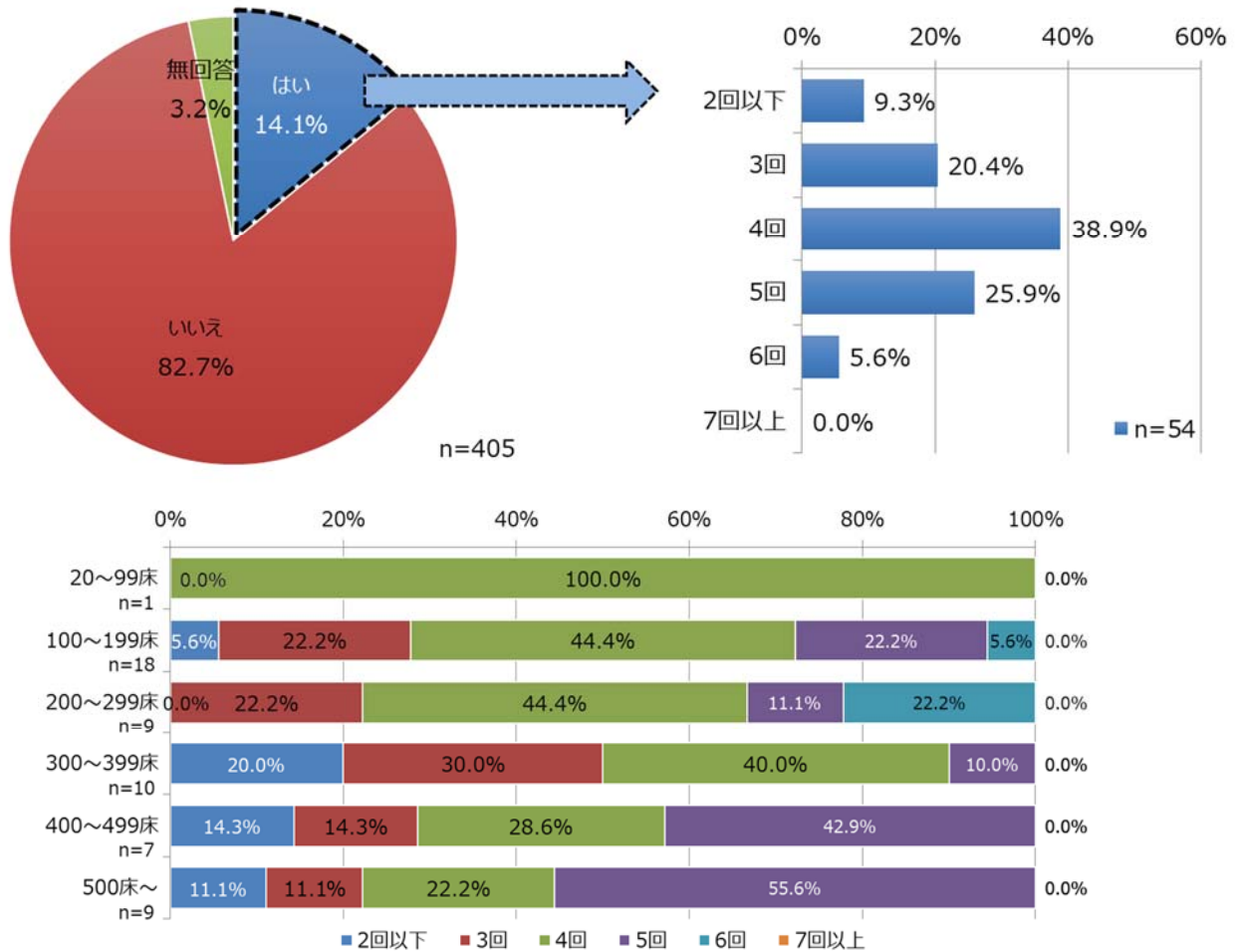
	病院数	割合
なし	14	3.5%
1~2回	185	45.7%
3~4回	165	40.7%
5~6回	22	5.4%
7~8回	2	0.5%
9回以上	1	0.2%
無回答	16	4.0%
合計	405	100.0%



「1~2回」が405病院中185病院（全体の46%、前は38%）、「3~4回」が165病院41%（前は48%）と「1~4回」が87%（前は86%）大半を占めており、「5回以上」は25病院6%（前は10%）とわずかであった。

③ 医師の1カ月当たりの宿日直回数の上限を定めていますか。

④ ③で「はい」と回答された病院にお聞きします。上限の回数を教えてください。



上限を定めているのは、405 病院中 57 病院の 14%と極めて少なく、大多数（83%）が定めていなかった。また、定めている 54 病院での上限回数は、4 回が 21 病院の 39%と最も多く、次いで 5 回 26%、3 回 20%と 3~5 回で全体の 85%を占めていた。

【考察】

平成 18 年の日本病院会・23 年の独立行政法人労働政策研究研修機構、25 年・27 年の地域医療委員会の調査、そして今回の調査では、「4 回まで」は 59%→57%→90%→86%→86%と平成 23 年を境に次第に増加し、「5 回以上」は 12%→8%→8%→10%→6%と減少傾向にあった。また、「9 回以上」という非常に過酷な病院も存在しており、まさに、勤務医不足が生じさせたものであろう。このような病院を除けば、傾向としては宿日直回数「月 4 回まで」の病院が大多数となっていた。これは医師事務作業補助者の導入やチーム医療の推進によって達成できるものではなく、非常勤当直医の支援やオンコール体制への移行あるいは交代制勤務の導入など、宿日直体制の見直しがなされた結果であり、週平均の勤務時間の短縮ともあわせると、医師の勤務環境は確実に改善されつつあることが理解できる。

⑤ 貴院の当直体制を教えてください。

	病院数	割合
複数当直＋オンコール体制	154	38.0%
1人当直＋オンコール体制	104	25.7%
1人当直のみ	61	15.1%
複数当直＋オンコール体制＋一部交代制	25	6.2%
複数当直のみ	17	4.2%
1人当直＋オンコール体制＋一部交代制	6	1.5%
すべて交代制	2	0.5%
すべてオンコール体制	0	0.0%
その他	25	6.2%
無回答	11	2.7%
合計	405	100.0%

	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
複数当直＋オンコール体制	0	0.0%	12	11.2%	21	38.2%	37	56.9%	30	61.2%	54	54.0%
1人当直＋オンコール体制	12	41.4%	54	50.5%	14	25.5%	14	21.5%	5	10.2%	5	5.0%
1人当直のみ	14	48.3%	32	29.9%	9	16.4%	3	4.6%	0	0.0%	3	3.0%
複数当直＋オンコール体制 ＋一部交代制	0	0.0%	1	0.9%	2	3.6%	1	1.5%	4	8.2%	17	17.0%
複数当直のみ	0	0.0%	1	0.9%	5	9.1%	4	6.2%	2	4.1%	5	5.0%
1人当直＋オンコール体制 ＋一部交代制	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	1	1.5%	1	2.0%	2	2.0%
すべて交代制	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%	1	1.0%
すべてオンコール体制	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	2	6.9%	3	2.8%	3	5.5%	2	3.1%	5	10.2%	10	10.0%
無回答	1	3.4%	2	1.9%	1	1.8%	2	3.1%	2	4.1%	3	3.0%
合計	29	100.0%	107	100.0%	55	100.0%	65	100.0%	49	100.0%	100	100.0%

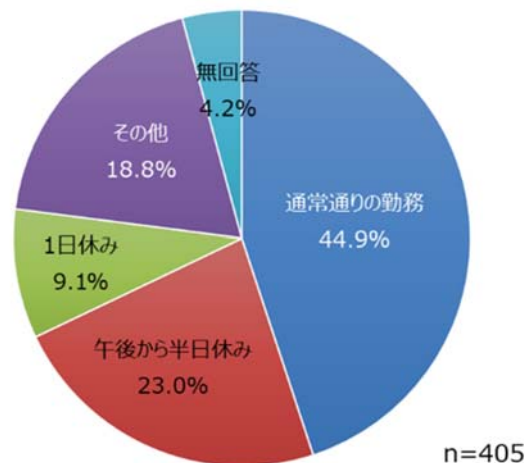
最も多かったのは「複数当直＋オンコール体制」で405病院中154病院の38%、ついで、「一人当直＋オンコール体制」104病院26%で、両者で全体の64%を占めていた。オンコールを実施せず、「一人当直のみ」の病院は15%、「複数当直のみ」は4%存在していた。なを「すべて交代制」を実施しているのは2病院0.5%に過ぎなかった。

【考察】

オンコール体制の併用を含め「複数当直」の割合は42%、「一人当直」は41%と、前回平成27年調査とほぼ変化なく、この数年間で、ある程度の当直体制整備がなされたものと思われる。なお、今回も前回と同様、病床規模が小さくなるにつれて、都会から田舎になるにつれて、また、国公立から民間になるにつれて、複数当直の割合は減少し、地域間・病院間の格差が存在していることが明らかであった。

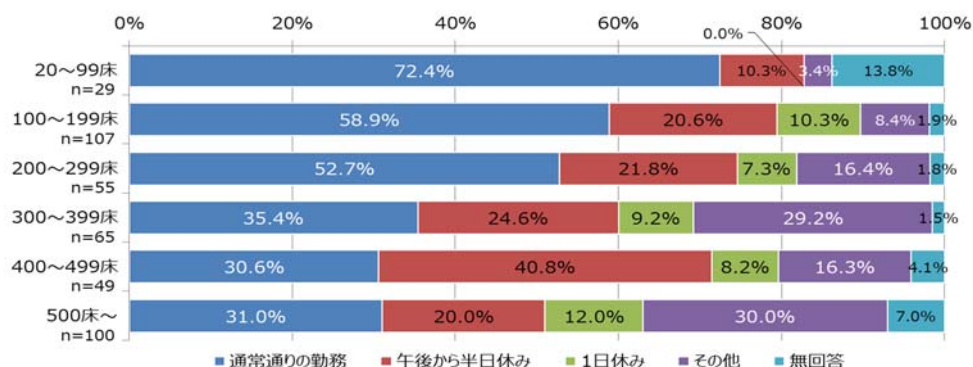
⑥ 宿直翌日の勤務体制は、次のうちどれですか。

	病院数	割合
通常通りの勤務	182	44.9%
午後から半日休み	93	23.0%
1日休み	37	9.1%
その他	76	18.8%
無回答	17	4.2%
合計	405	100.0%



【その他】

- 基本は休みとしているが、とれない場合が多い、
- 午後から勤務に差支えなければ早退、
- 業務に支障のない範囲で勤務免除、
- 輪番当直は振替あり、等



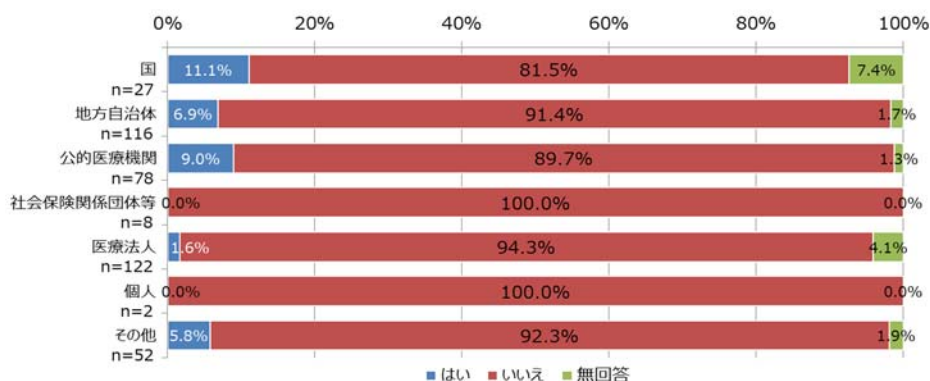
「通常通り勤務」は 405 病院中 182 病院の 45%（前回 60%）、「午後から半日休み」が 93 病院 23%（前回 23%）、「1日休み」が 37 病院 8%（前回 9%）であった。なお、「その他」が 76 病院 19%存在していた。

【考察】

平成 18 年の日本病院会調査、23 年の独立行政法人労働政策研究・研修機構調査、25・27 年の地域医療委員会調査、および今回の調査を経年的に比較してみると、「通常通り勤務」は 89%→86%→57%→60%→45%と明らかに減少していた。一方、「午後から半日休み」は（平成 18 年該当項目なし）→10%→22%→23%→23%、「1日休み」（平成 18 年該当項目なし）→3%→8%→8%→9%、「午後から半日休み」と「1日休み」を合わせた数字も同様に、8%→12%→30%→30%→32%と、平成 25 年を境に増加はストップしていた。25 年前後は勤務医の過重労働が喧伝され社会問題となった時期でもあり、当直明けに対するかなりの配慮がなされたが、勤務医確保の困難さもあって、それ以降、宿日直に関する勤務環境の改善は進んでいないことが推測される。

⑦ 医師の最長連続労働時間を定めていますか。

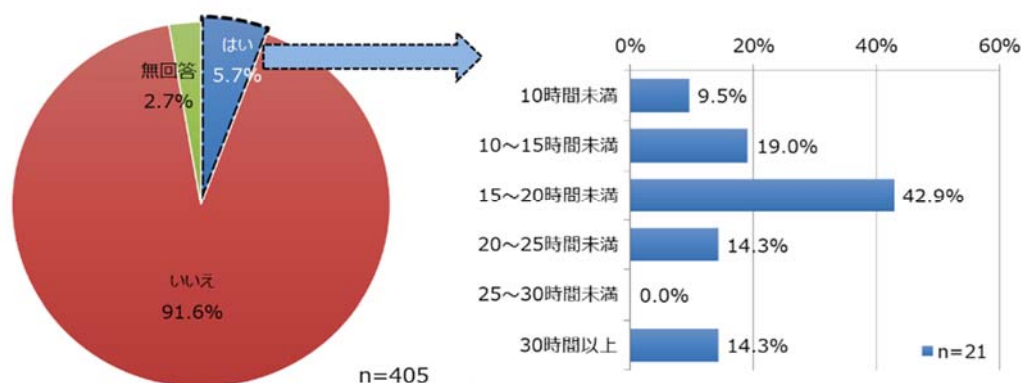
	病院数	割合
はい	23	5.7%
いいえ	371	91.6%
無回答	11	2.7%
合計	405	100.0%



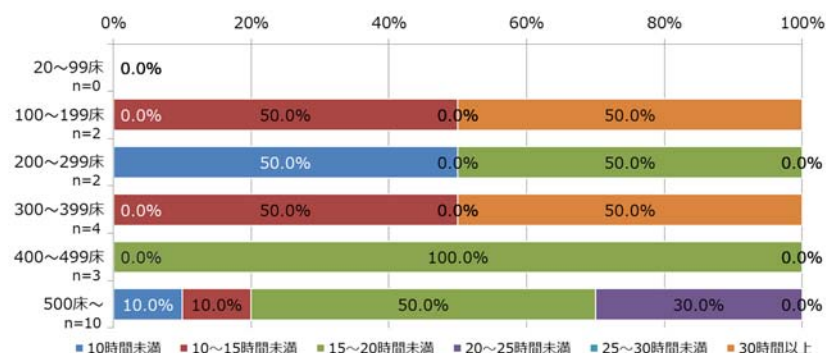
⑧ ⑦で「はい」と回答された病院にお聞きします。その時間数を教えてください。

	病院数	割合
10時間未満	2	9.5%
10～15時間未満	4	19.0%
15～20時間未満	9	42.9%
20～25時間未満	3	14.3%
25～30時間未満	0	0.0%
30時間以上	3	14.3%
合計	21	100.0%

単位 (時間)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
23.7	16.0	24.7	120.0	4.0



	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
10時間未満	0	-	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%
10～15時間未満	0	-	1	50.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	1	10.0%
15～20時間未満	0	-	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	3	100.0%	5	50.0%
20～25時間未満	0	-	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	30.0%
25～30時間未満	0	-	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30時間以上	0	-	1	50.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	0	-	2	100.0%	2	100.0%	4	100.0%	3	100.0%	10	100.0%
平均値	-	-	29.3	-	10.0	-	50.8	-	16.3	-	16.6	-



最長連続労働時間を定めている病院は、405病院中23病院の6%で、「15～20時間未満」が最も多く43%、「30時間以上」も3病院14%存在しており、平均24時間であった。なお、定めていない病院が全体の92%と大多数を占めていた。

【考察】

“報告書”では、医師の健康確保を図る追加的健康確保措置として、「連続勤務時間制限」と「勤務間インターバル」の確保を求めている。具体的には、当直明けの連続勤務は前日の勤務開始から28時間までとし、そのうえで、宿直許可がない場合は、この後の勤務間インターバルは18時間、宿直許可がある場合は、その後の次の勤務までに9時間のインターバルを置くことを推奨している。今回の調査では、21病院中18病院の86%が最長連続労働時間「25時間未満」としており、28時間という基準内に収まっている。

しかし、この18病院はあくまで例外的であり、日本のほとんどの病院（今回の調査では92%の病院）では最長労働時間を定めていない。また、定めていても5病院14%は「30時間以上」と基準を上回っていた。

今後、「連続勤務時間制限」28時間、「勤務間インターバル」9時間を遵守せざるをえないなかで、勤務医不足に難渋している病院が、どのように対処するのか、対処できるのか、大きな課題を突き付けられていると言っても過言ではないだろう。

IV. 労働基準法遵守に関する質問

4-1. 宿日直業務に関わる労働基準法遵守についてお聞きします。

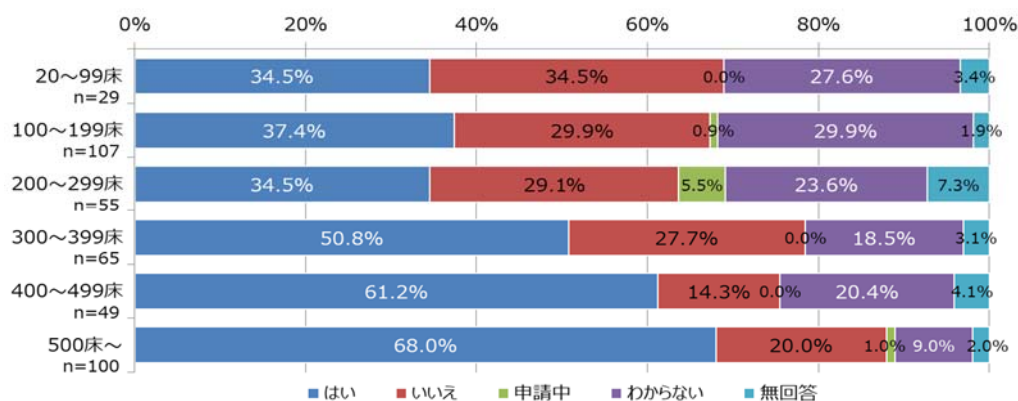
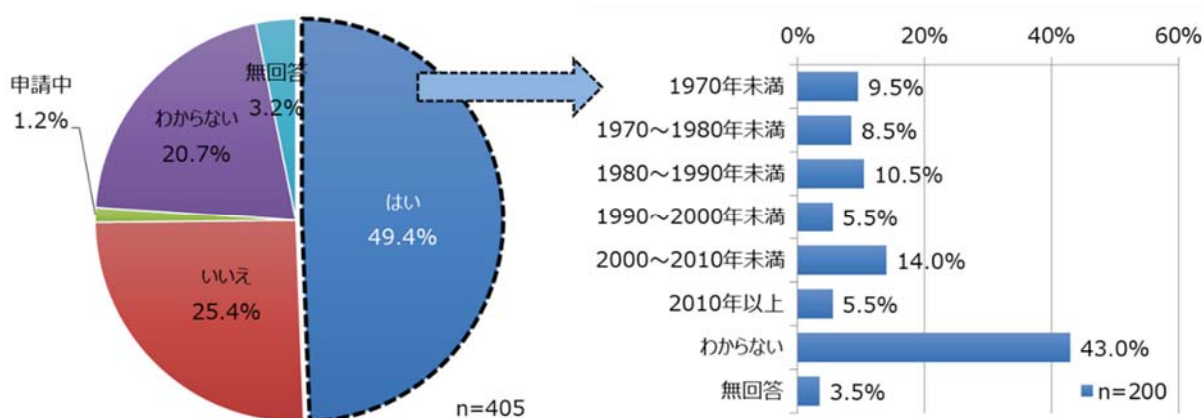
① 労働基準法第41条および施行規則第23条に定める「宿日直許可」を受けていますか。

	病院数	割合
はい	200	49.4%
いいえ	103	25.4%
申請中	5	1.2%
わからない	84	20.7%
無回答	13	3.2%
合計	405	100.0%

② ①で「はい」と回答された病院にお聞きします。許可を受けた時期は西暦何年頃ですか。

	病院数	割合
1970年未満	19	9.5%
1970～1980年未満	17	8.5%
1980～1990年未満	21	10.5%
1990～2000年未満	11	5.5%
2000～2010年未満	28	14.0%
2010年以上	11	5.5%
わからない	86	43.0%
無回答	7	3.5%
合計	200	100.0%

単位 (年)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
1988	1987	17.6	2018	1950



「宿日直許可」を受けている病院は405病院中200病院の49%であり、103病院(25%)は受けておらず、受けているのかわからない病院は84病院(21%)にも上っていた。また、「宿日直許可」を受けた時期については、1990年以前の病院が30%、時期がわからない病院が「わからない」が全体の43%を占めていた一方で、最近10年ではわずか、6%に過ぎなかった。

③ 宿日直勤務中に、救急医療等の通常の労働が頻繁に行われていますか。

	病院数	割合
はい	128	31.6%
いいえ	128	31.6%
どちらともいえない	131	32.3%
無回答	18	4.4%
合計	405	100.0%

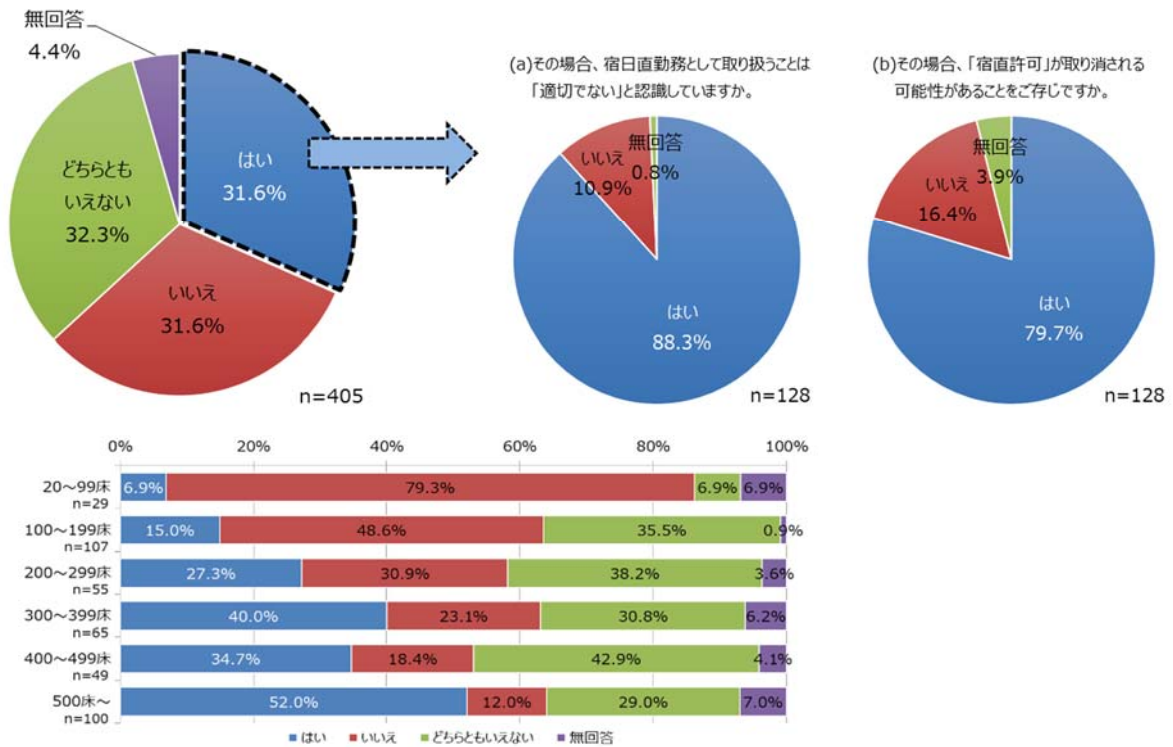
「はい」は、前回の調査の 53%から 21%減少した 128 病院 32%であり、「いいえ」は前回の 36%とほぼ同数の 32%であった。なお、「どちらともいえない」と回答した病院は 131 病院の 32%と、三等分されていた。

④ ③で「はい」と回答された病院にお聞きします。

- (a) その場合、宿日直勤務として取り扱うことは「適切でない」と認識していますか。
- (b) その場合、「宿日直許可」が取り消される可能性があることをご存知ですか。

	(a)不適切の認識		(b)取消の可能性の認識	
	病院数	割合	病院数	割合
はい	113	88.3%	102	79.7%
いいえ	14	10.9%	21	16.4%
無回答	1	0.8%	5	3.9%
合計	128	100.0%	128	100.0%

ほぼ大多数の病院が「適切でない」と認識 (88%←前回 70%) しており、しかも、「取り消される可能性」があることを知っていた (80%←前回 61%)。



【考察】

労働基準法施行規則第 23 条では、「使用者は、宿日直勤務での断続的な業務について、労働基準監督署長の許可を得た場合には、これに従事する労働者を、労働基準法の労働時間等、第 32 条の規定にかかわらず、使用することができる」とされており、また労働基準法第 41 条では、「監視又は断続的労働に従事する者で、行政官庁の許可を受けたもの」においては、労働時間、休憩及び休日に関する規定を適用しないという「適用除外」が定められており、これが、いわゆる労働基準監督署の「宿日直許可」と言われている。

平成 21 年と 25 年の日本病院会の調査では、「宿日直許可」を受けている病院は 55%・49%と、今回の結果とほぼ同様であった。一方、厚生労働省の平成 14 年度の調査では、全国 8,800 の病院の中で 4 分の 3 の約 6,600 病院とされ、解釈上は、残り 4 分の 1 の約 2,200 病院が「宿日直許可」を受けることなく業務を行っていることになる。救命救急センターや二次救急病院がこの範疇に入るものと考えられるが、このような病院は、労働基準法上は、「交代制」等を取らなければ夜間休日診療はできないはずである。しかし、今回の調査では、一部交代制を含め、交代制勤務を取っている病院は、405 病院中 32 病院の 8%に過ぎない。

また、「宿日直許可」に関わる制度の理解と認識が前回調査に比べて向上しているにも関わらず、大多数の病院において、夜間・休日の救急医療業務を、通常業務と変わりなく頻繁に行われており、現在の病院宿日直業務体制と労働基準法との乖離は明らかである。

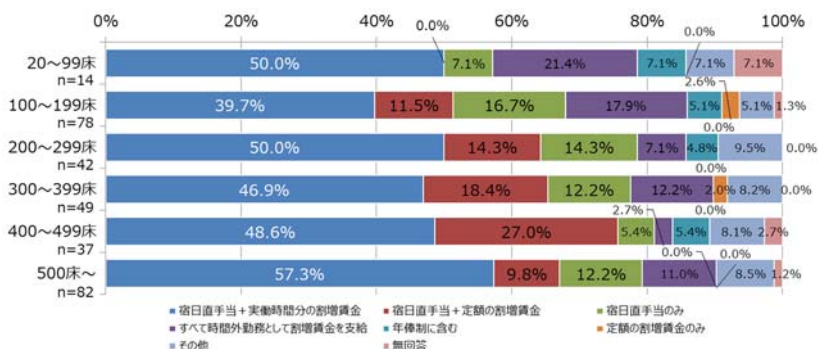
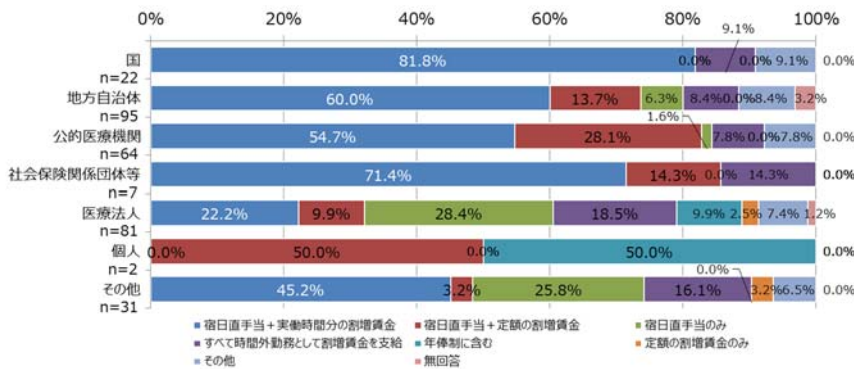
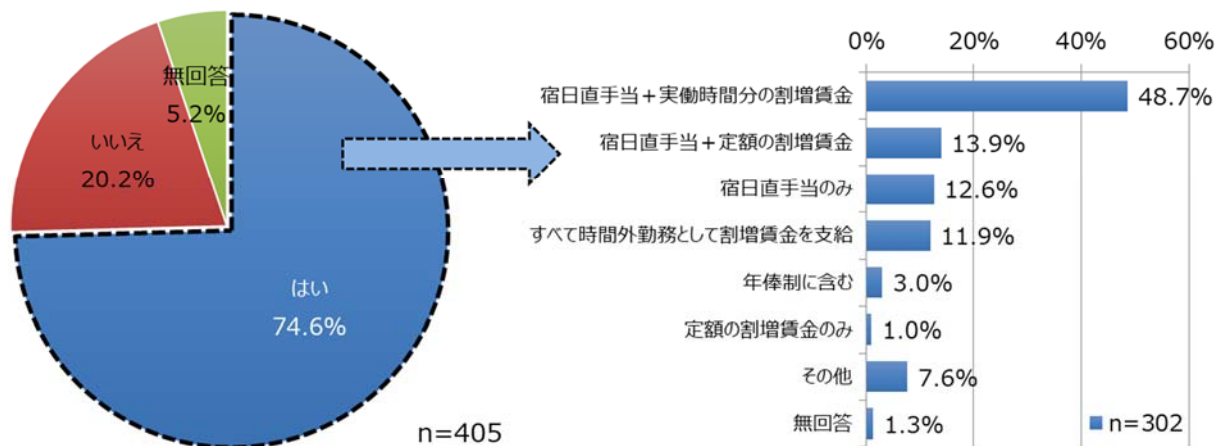
⑤ 突発的労働に対し、労働基準法第 37 条に基づいた割増賃金を支払っていますか。

	病院数	割合
はい	302	74.6%
いいえ	82	20.2%
無回答	21	5.2%
合計	405	100.0%

⑥ ⑤で「はい」と回答された病院にお聞きします。
賃金の支払方法は、以下のどれですか。

	病院数	割合
宿日直手当+実働時間分の割増賃金	147	48.7%
宿日直手当+定額の割増賃金	42	13.9%
宿日直手当のみ	38	12.6%
すべて時間外勤務として割増賃金を支給	36	11.9%
年俸制に含む	9	3.0%
定額の割増賃金のみ	3	1.0%
その他	23	7.6%
無回答	4	1.3%
合計	302	100.0%

【その他】
I C U 当直は、宿日直手当+実働時間分の割増賃金の支払い。救急外来当直はすべて時間外勤務として割増賃金を支給、宿日直手当+患者受入診療手当 等



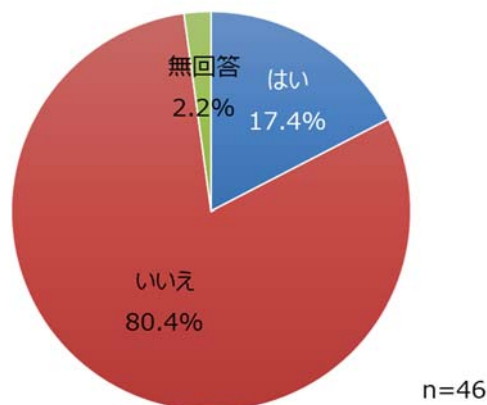
⑦ 定額の割増賃金を支払っている病院*にお聞きします。

時間外労働の割増賃金が定額を上回った場合に、その差額を支給していますか。

※⑥で以下の回答をした病院が対象

「宿日直手当+定額の割増賃金」「定額の割増賃金のみ」その他で「定額の割増賃金」を記載した病院

	病院数	割合
はい	8	17.4%
いいえ	37	80.4%
無回答	1	2.2%
合計	46	100.0%



「支払っている」が302病院75%（前回66%）、「支払っていない」が82病院20%（前回23%）であった。支払い方法については、前回最も多かった「宿日直手当のみ」（48%）の病院が38病院13%に激減し、トップは前回39%の「宿日直手当+実働時間分の割増賃金」が147病院49%と繰り上がっており、同じ併給方式の「宿日直手当+定額の割増賃金」は42病院14%、労働基準法が求める「すべて時間外勤務として割増賃金を支給」は36病院12%にとどまっていた。また、割増賃金が定額を上回った場合について、その差額を支給している病院は46病院中8病院の17%であった。

【考察】

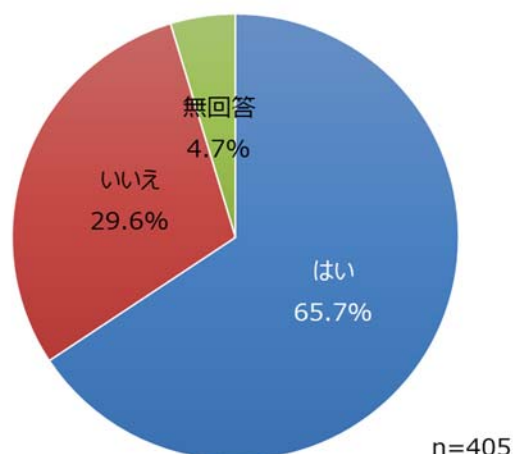
県立奈良病院の産婦人科医が「時間外・休日労働に対する割増賃金の支払い」を求めた裁判で、平成25年、最高裁は原告・被告双方の上告申し立ての不受理を決定し、「宿日直中の診療について、時間外労働として割増賃金を支払うべきである」とする大阪高裁判決が確定した。このなかで大阪高裁は、「宿日直勤務は、実際に診療に従事した時間だけでなく、待機時間を含めてすべてが勤務時間である」との考え方を示しており、宿日直手当に加えて、実際に診療した時間に時間外手当（割増賃金）を支給するという「併給方式」は否定された。しかし、本調査結果にあるように、「すべて時間外勤務として割増賃金を支給」は36病院12%に過ぎず、一般的に「併給方式」（302病院中189病院63%）か「宿日直手当のみ」（38病院13%）が採用されている。

また、この判決のように、宿日直が時間外勤務の取り扱いになると、宿日直は労働基準法上の労働時間、つまり“通常労働”の扱いとなり、いわゆる「宿日直許可」は取り消されることになる。さらには、宿日直時間をすべて勤務時間として認定すると、時間外労働時間はとてつもなく長い時間となり、2024年4月から適用される時間外労働の上限1,860時間を超えるのは明らかである。

したがって、夜間・休日の救急医療を実施していくためには、交代制勤務を導入するか、アルバイト医師を活用して常勤医の当直をなくすか、当直回数を減らす以外に方法はない。いずれにせよ、勤務医の増員が不可欠であり、現在の勤務医不足の状況にあって、救急医療を行っているすべての病院で交代制勤務を実施することは、本調査結果からしても不可能なことである。一方、宿日直が時間外手当の対象となれば、人件費は増大し、病院経営に大きな影響を及ぼすことは明らかであり、診療報酬でカバーするのか、補助金でカバーするのか、国としてどう対処していくのかが問われることになる。

⑧ 医療法と労働基準法とでは、「宿直」の定義が違うことをご存知ですか。

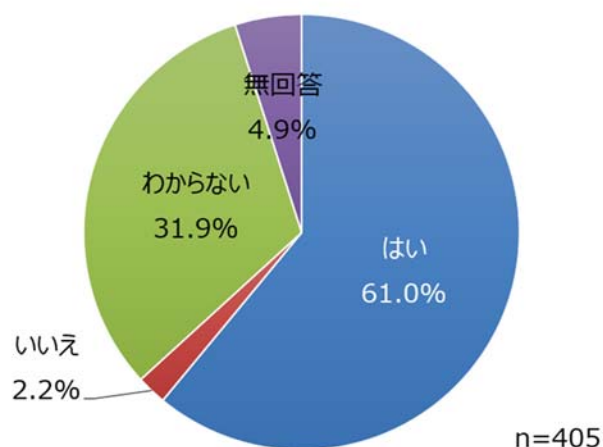
	病院数	割合
はい	266	65.7%
いいえ	120	29.6%
無回答	19	4.7%
合計	405	100.0%



⑨ 労働基準法における宿日直許可基準

(昭和22年9月13日発基第17号および昭和24年23月22日発基第352号)は、実態とはかけ離れており、見直すべきであると思いますか。

	病院数	割合
はい	247	61.0%
いいえ	9	2.2%
わからない	129	31.9%
無回答	20	4.9%
合計	405	100.0%

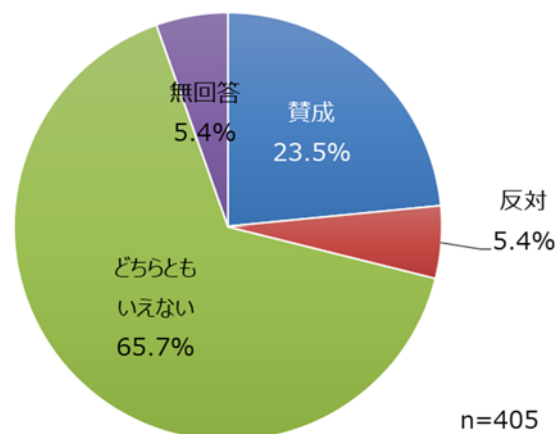


「宿直」の定義が違うことを知っているのは、405病院中266病院66%で、120病院30%は知らなかった。また、宿日直許可基準を見直すべきであるとしたのは、247病院61%であったが、129病院32%は「わからない」とした。

⑩ 本年7月、日本医師会主導で設置した「医師の働き方検討会議」がまとめた意見書では、医師の宿日直体制に関し、「許可を受けた宿日直」と「通常業務と同じ宿日直」の間に位置する「中間業務」について、新たな制度を導入すべきであるとしています。

この意見についてどう思いますか。

	病院数	割合
賛成	95	23.5%
反対	22	5.4%
どちらともいえない	266	65.7%
無回答	22	5.4%
合計	405	100.0%



「賛成」は24%にとどまっており、「どちらともいえない」が大半の66%を占めていた。

【考察】

医療法第 16 条では、「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」と定め、24 時間 365 日、入院患者の『急変への対応』を求めている。一方、労働基準法施行規則第 23 条では、宿直を「監視又は断続的労働」、「常態としてほとんど労働する必要のない勤務」という軽微な業務、いわゆる『寝当直』としており、具体的には、「病室の定時巡回、少数の要注意患者の定時検脈など、軽度又は短時間の業務」のみが行われている場合には、「宿日直勤務」として取り扱われてきた。つまり、両法では、「宿直」の概念に違いがみられ、それが結果的に医療現場での混乱と労働基準法違反の原因になっている。

また、昭和 24 年の基発では、「医師、看護師等の宿直許可基準」として、

- (1) 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
- (2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外に、病院の定時巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温等、特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務に限ること。
(応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等があり、昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものは許可しない。)
- (3) 夜間に十分睡眠がとりうること。
- (4) 許可を得て宿直を行う場合に、(2) のカッコ内のような労働が稀にあっても、一般的にみて睡眠が充分にとりうるものである限り許可を取り消さないが、その時間については労働基準法第 33 条、第 36 条による時間外労働の手続きを行い、同法第 37 条の割増賃金を支払うこと、と定められている

さらには、平成 14 年 3 月の厚生労働省労働基準局長通達「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」では、「宿日直勤務において、突発的に行われる通常の労働に対して、割増賃金を支払っていないものや、宿日直回数が宿直許可時の回数を上回っているものが散見される。また、宿日直勤務において、救急医療が頻繁に行われ、断続的労働である宿日直勤務として対応することが適切でない状況にあるにもかかわらず、断続的労働である宿日直勤務として法第 36 条に基づく労使協定の締結・届出等を行うことなく、また、法第 37 条に基づく割増賃金を支払うことなく、労働させているものが少なからず認められる。よって、宿日直勤務に係る許可基準に定められた事項の履行確保を図ること又は宿日直勤務に係る許可の取り消しを行うことにより、その適正化を図ることとした」とされている。しかし、この通達通りに宿日直業務を遂行すれば、救急医療が成り立たないのは明らかであり、また、医師の労働時間管理の適正化のためにも、戦後間もない時期に定められた「宿日直許可基準」を見直し、現代の医療現場、特に救急医療の実態を踏まえた、時代に応じたものとすべきであろう。

“報告書”において、「医師等の当直のうち、断続的な宿直として労働時間等の規制が適用されないものに係る労働基準監督署長の許可基準については、現状を踏まえて実効あるものとする必要がある。」との指摘を踏まえ、本年 7 月 1 日に「医師、看護師等宿日直許可基準について」の厚生労働省労働基準局長通達（基発 0701 第 8 号）が発出され、宿日直基準の明確化～許可対象である「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」について、近年の医療現場における実態を踏まえて具体的に例示～がなされた。

4-2. 「オンコール体制」についてお聞きします。

① 「オンコール体制」をとっていますか。

	病院数	割合
はい	340	84.0%
いいえ	59	14.6%
無回答	6	1.5%
合計	405	100.0%

「とっている」病院は 340 病院 84%で、前回調査での 77% を上回っていた。

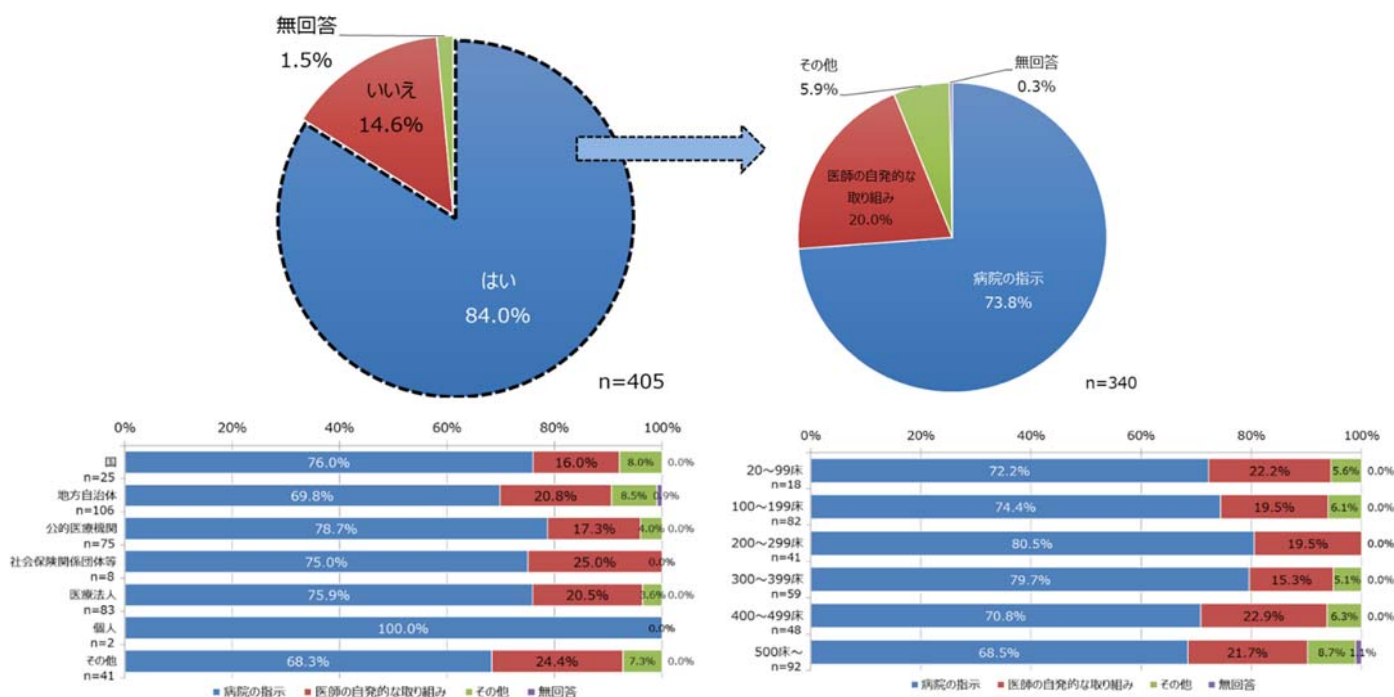
② ①で「はい」と回答された病院にお聞きします。

県立奈良病院時間外手当訴訟では、オンコール体制が「病院の指示」ではなく、「医師の自発的な取り組み」であるために、自宅待機は労働時間とみなされませんでした。そこでお聞きします。

貴院のオンコール体制は、病院の指示ですか、それとも医師の自発的な取り組みですか。

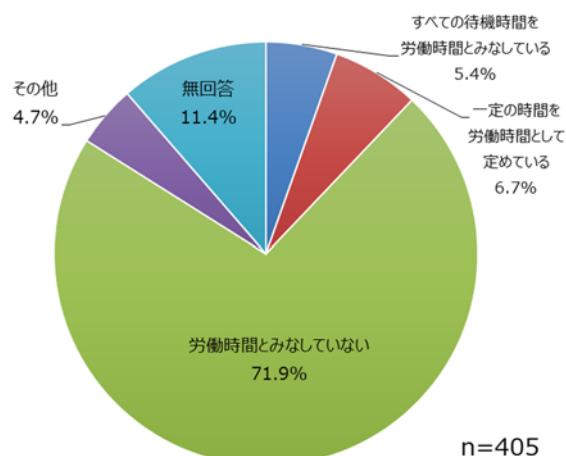
	病院数	割合
病院の指示	251	73.8%
医師の自発的な取り組み	68	20.0%
その他	20	5.9%
無回答	1	0.3%
合計	340	100.0%

「病院の指示」は 251 病院 74%（前回 77%）で、「医師の自発的な取り組み」は 68 病院 20%（前回も 20%）であっ



③ 病院からのコールがない場合であっても、自宅待機を労働時間とみなしていますか。

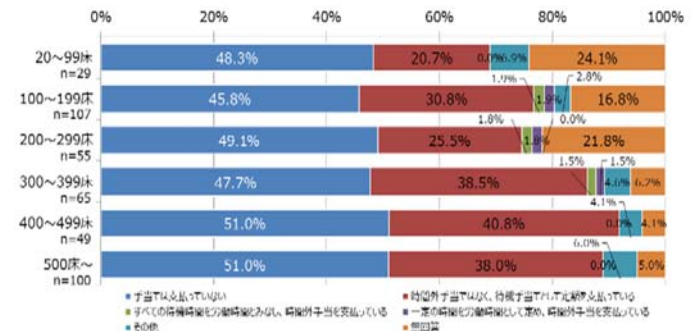
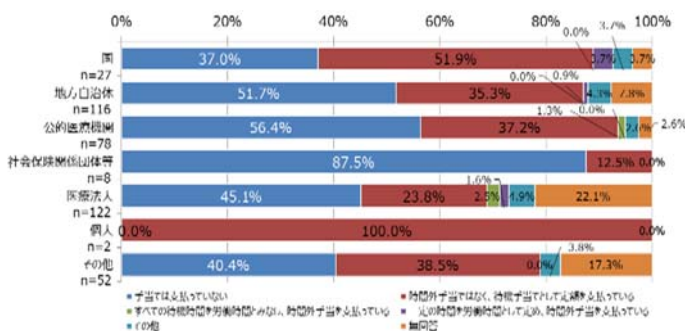
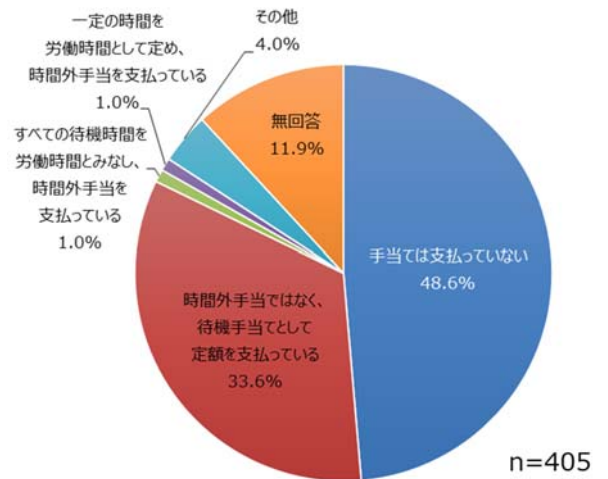
	病院数	割合
すべての待機時間を労働時間とみなしている	22	5.4%
一定の時間を労働時間として定めている	27	6.7%
労働時間とみなしていない	291	71.9%
その他	19	4.7%
無回答	46	11.4%
合計	405	100.0%



「労働時間とみなしている」のは 49 病院 12%（前回 6%）に過ぎず、72%（前回 89%）は労働時間とみなしていませんでした。

④ 病院からのコールがない場合であっても、自宅待機に対して手当を支払っていますか。

	病院数	割合
手当では支払っていない	197	48.6%
時間外手当ではなく、待機手当として定額を支払っている	136	33.6%
すべての待機時間を労働時間とみなし、時間外手当を支払っている	4	1.0%
一定の時間を労働時間として定め、時間外手当を支払っている	4	1.0%
その他	16	4.0%
無回答	48	11.9%
合計	405	100.0%



「支払っていない」病院は 197 病院 49%と前回と同値であった。「支払っている」は 144 病院 36%（前回 39%）が「支払っている」で、その内訳は、「時間外手当ではなく、待機手当」としてが 136 病院 34%、「すべての待機時間を労働時間」および「一定の時間を労働時間」と定めている病院がそれぞれ 4 病院存在していた。

【考察】
 県立奈良病院時間外手当訴訟では、オンコール体制が「病院の指示」ではなく「自発的に行われている」ことから、待機時間は労働時間とみなされなかった。逆に言えば、オンコール体制が病院の指示で実施されている場合は、オンコール待機時間を労働時間と認め、それに対して時間外割増賃金を支払わなければならないことになる。この判例をあてはめると、設問②でオンコール体制が「病院の指示による」と答えた 251 病院はすべて、時間外手当を支払わなければならないものの、実際に「支払っている」と答えた病院は 144 病院にとどまっていた。このようにオンコール体制と割増賃金の問題、さらには労働時間及び時間外労働の上限規制との関係など、働き方改革を踏まえると、オンコール体制に関する課題は数多く、悩ましい問題である。

4-3. いわゆる「36 協定」についてお聞きします。

① 36 協定を締結していますか。

	病院数	割合
はい	388	95.8%
いいえ	10	2.5%
無回答	7	1.7%
合計	405	100.0%

「締結している」病院が 405 病院中 388 病院の 96%（前回 94%）であり、「締結していない」病院はわずか 10 病院の 3%（前回 4%）に過ぎなかった。

② ①で「はい」と回答された病院にお聞きします。

・同協定を締結している職種はどれですか。（複数回答可）

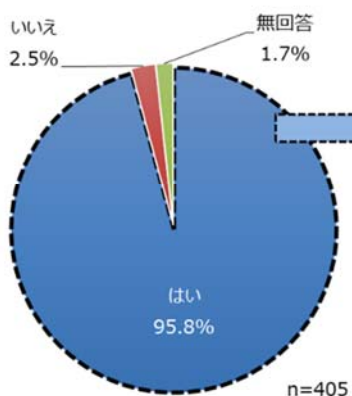
・同協定を締結している職種はどれですか。（複数回答可）

	病院数	割合
医師	345	88.9%
看護師	377	97.2%
医療技術職	376	96.9%
事務職	375	96.6%
その他	95	24.5%
無回答	1	0.3%

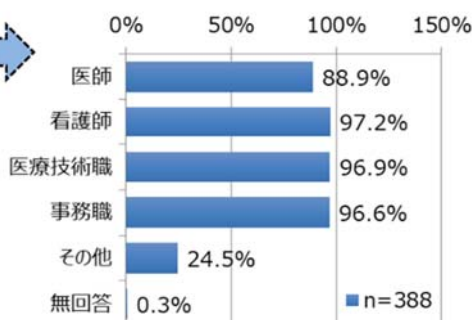
・特別条項を設定していますか。

	病院数	割合
はい	286	73.7%
いいえ	97	25.0%
無回答	5	1.3%
合計	388	100.0%

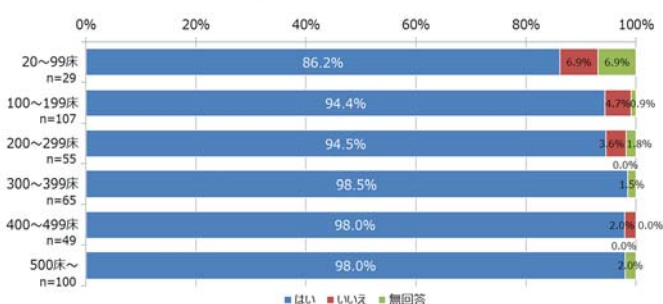
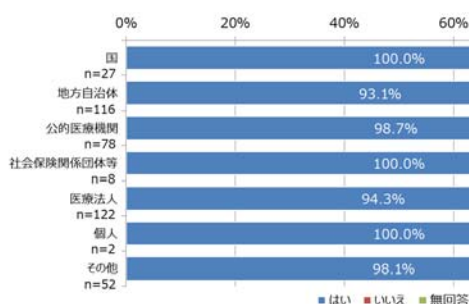
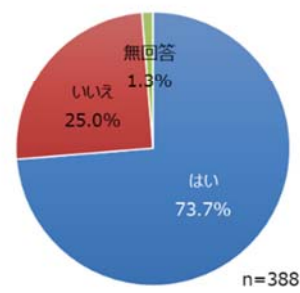
同協定を締結している職種はどれですか。（複数回答可）
医師以外の職種は 97% とほぼすべて締結されており、医師については、前回の 73% を上回る 89% が締結していた。



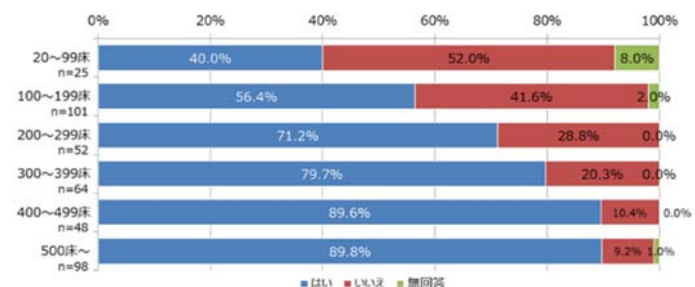
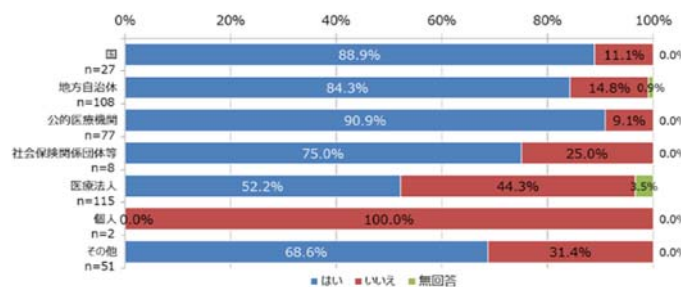
同協定を締結している職種（複数回答可）



特別条項の設定



・特別条項を設定していますか。（開設主体別・病床規模別）



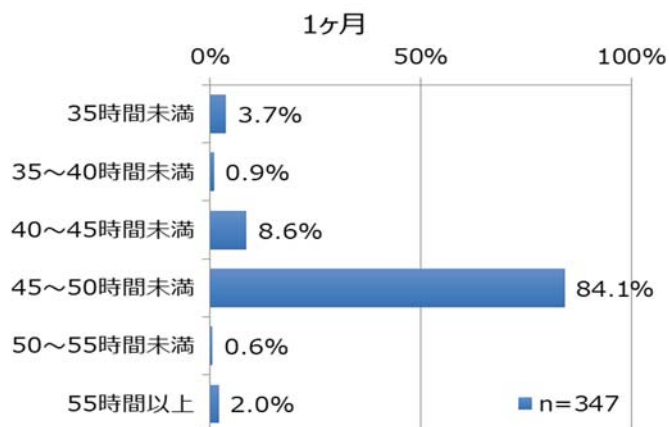
特別条項を設定していますか。

「はい」が 388 病院中 286 病院の 74%、「いいえ」が 97 病院の 25%であった。

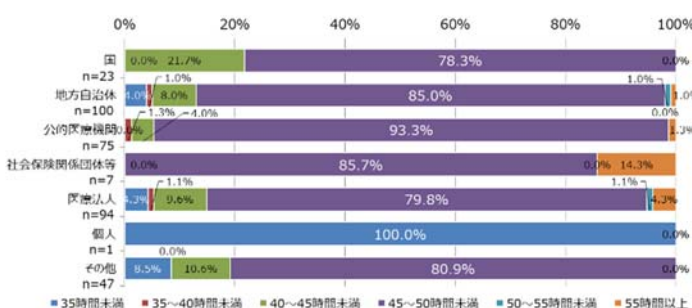
③ 協定書の記載内容についてお聞きします。

・ 医師の1ヶ月の時間外勤務時間の上限は何時間ですか。

	病院数	割合
35時間未満	13	3.7%
35～40時間未満	3	0.9%
40～45時間未満	30	8.6%
45～50時間未満	292	84.1%
50～55時間未満	2	0.6%
55時間以上	7	2.0%
合計	347	100.0%

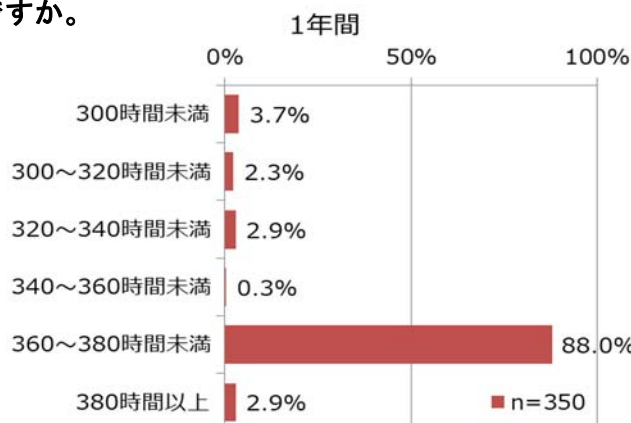


単位 (時間)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
45.0	45	14.8	300	6

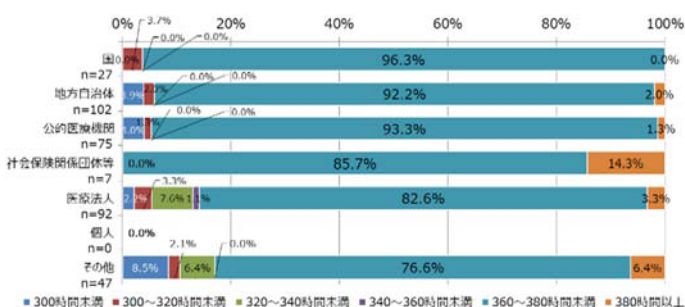


・ 医師の1年間の時間外勤務時間の上限は何時間ですか。

	病院数	割合
300時間未満	13	3.7%
300～320時間未満	8	2.3%
320～340時間未満	10	2.9%
340～360時間未満	1	0.3%
360～380時間未満	308	88.0%
380時間以上	10	2.9%
合計	350	100.0%



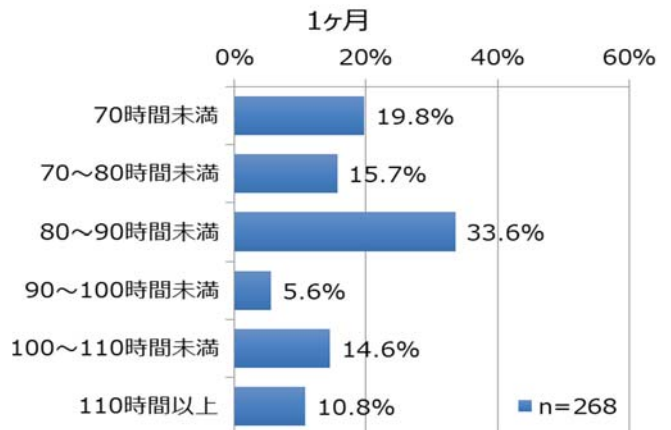
単位 (時間)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
359.5	360	71.3	900	30



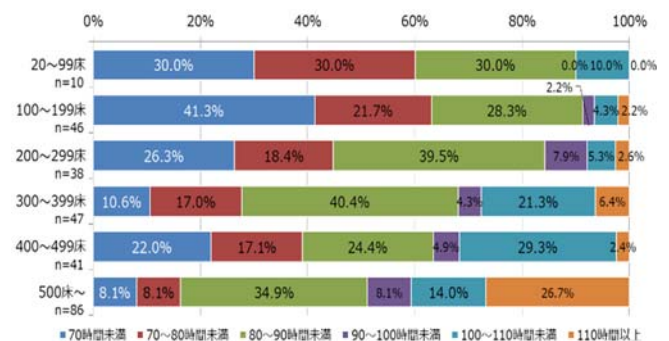
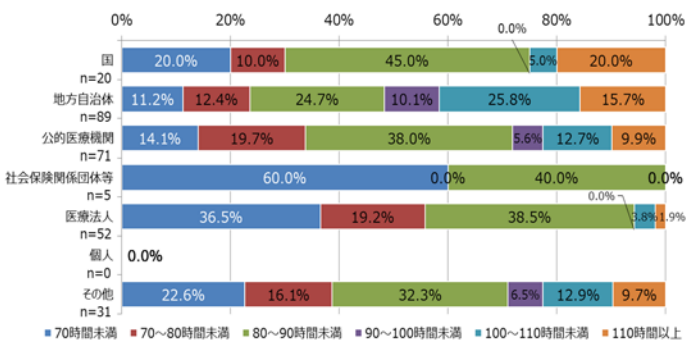
1カ月の上限は、「45～50 時間未満」が最も多く、全体の 84%を占め、55 時間以上はわずか 2%、平均値は 45 時間であった。また、1 年間の上限は、「360～380 時間未満」が最も多く全体の 88%を占め、380 時間以上は 3%であり、全体の平均値は 360 時間であった。

・特別条項での医師の1ヶ月の時間外勤務時間の上限は何時間ですか。

	病院数	割合
70時間未満	53	19.8%
70～80時間未満	42	15.7%
80～90時間未満	90	33.6%
90～100時間未満	15	5.6%
100～110時間未満	39	14.6%
110時間以上	29	10.8%
合計	268	100.0%

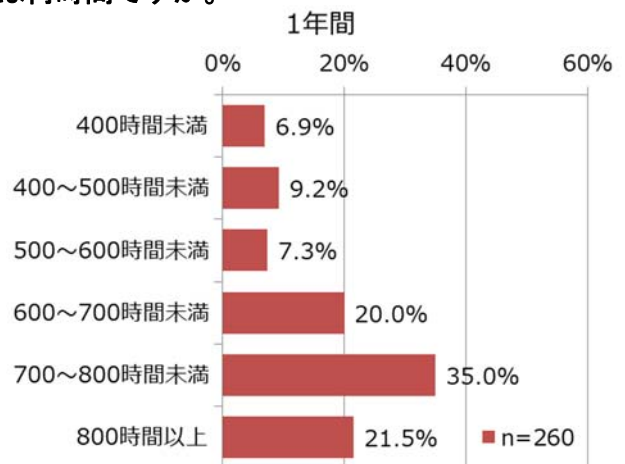


単位 (時間)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
84.6	80	26.4	250	31

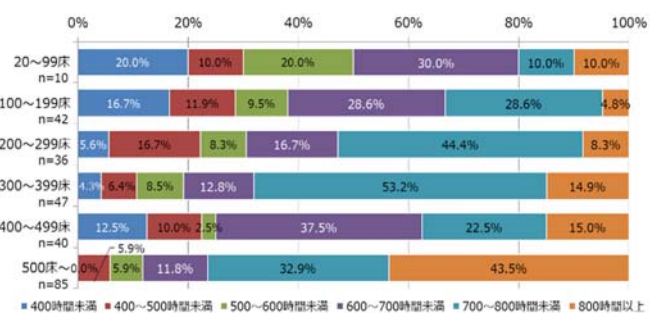
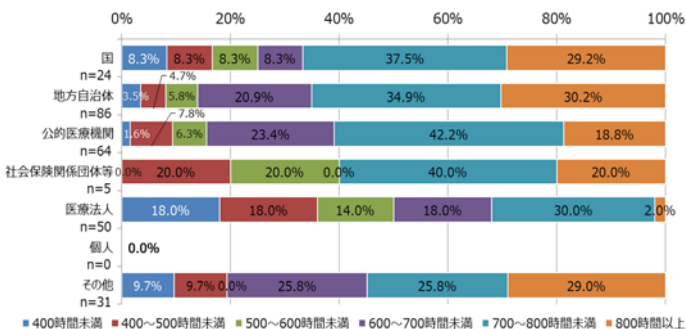


・特別条項での医師の1年間の時間外勤務時間の上限は何時間ですか。

	病院数	割合
400時間未満	18	6.9%
400～500時間未満	24	9.2%
500～600時間未満	19	7.3%
600～700時間未満	52	20.0%
700～800時間未満	91	35.0%
800時間以上	56	21.5%
合計	260	100.0%



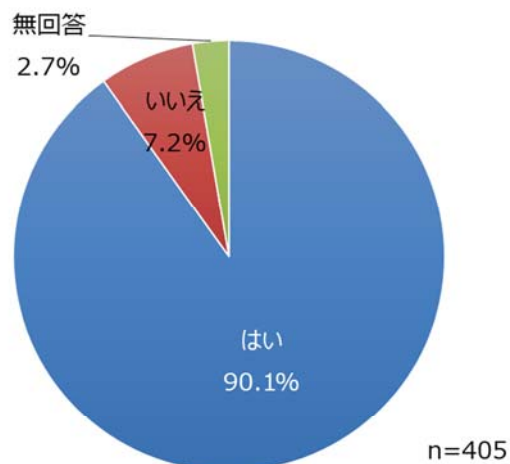
単位 (時間)				
平均値	中央値	標準偏差	最大値	最小値
708.0	720	256.7	2,500	165



1カ月の上限は、「80時間未満」が最も多く、全体の36%を占め、過労死認定の基準となる100時間以上が25%、平均値は85時間であった。また、1年間の上限は、600時間以上が最も多く、全体の77%。800時間以上も22%存在し、全体の平均値は708時間であった。

④ 36 協定書や就業規則等の労働条件を、書面で明示していますか。

	病院数	割合
はい	365	90.1%
いいえ	29	7.2%
無回答	11	2.7%
合計	405	100.0%

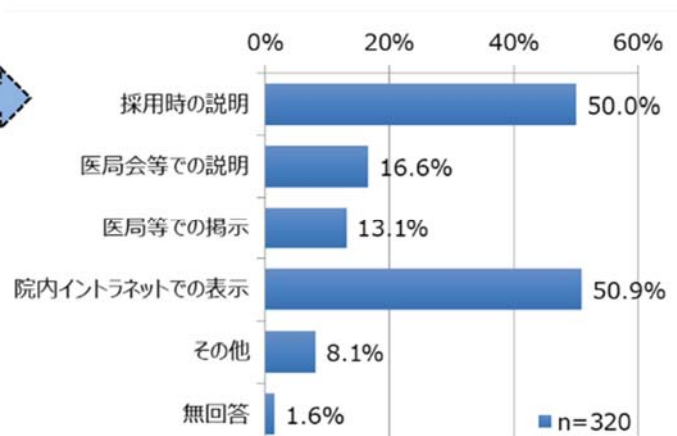
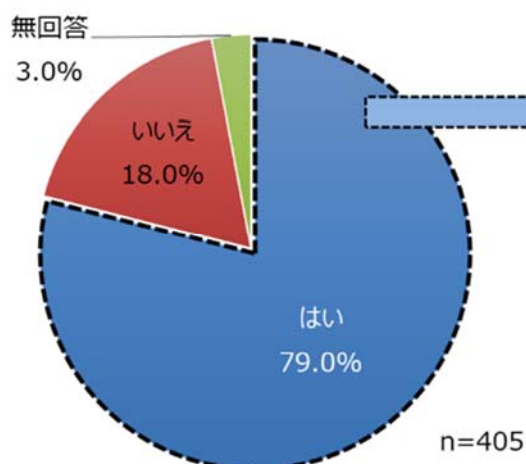


⑤ 36 協定書や就業規則等を、勤務医に周知していますか。

	病院数	割合
はい	320	79.0%
いいえ	73	18.0%
無回答	12	3.0%
合計	405	100.0%

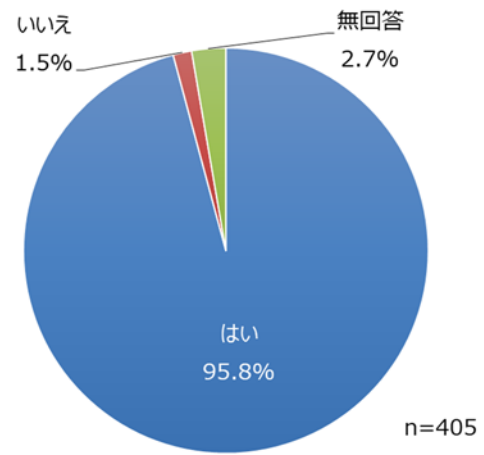
⑥ ⑤で「はい」と回答された病院にお聞きします。どのような方法で周知していますか。(複数回答可)

n=320		
	病院数	割合
採用時の説明	160	50.0%
医局会等での説明	53	16.6%
医局等での掲示	42	13.1%
院内イントラネットでの表示	163	50.9%
その他	26	8.1%
無回答	5	1.6%



⑦ 週1回、または、4週間で4日以上の日を休ませてくいますか。

	病院数	割合
はい	388	95.8%
いいえ	6	1.5%
無回答	11	2.7%
合計	405	100.0%



「書面で明示している」は、405 病院中 365 病院の 90%であり、勤務医へ周知している病院は 320 病院 79%、周知方法は「採用時の説明」と「院内イントラネットでの表示」が最も多く 50%を占めていた。休日については、ほとんどすべての病院（96%）が法定通りに与えていたが、そうでない病院も 6 病院存在していた。

【考察】

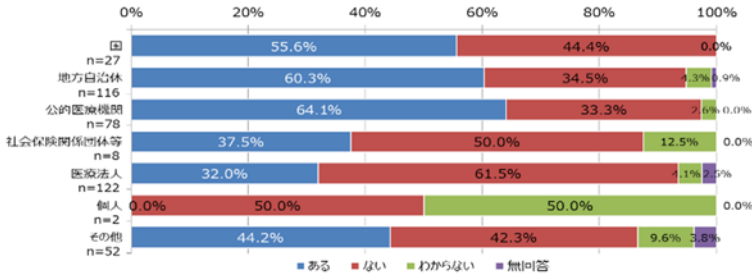
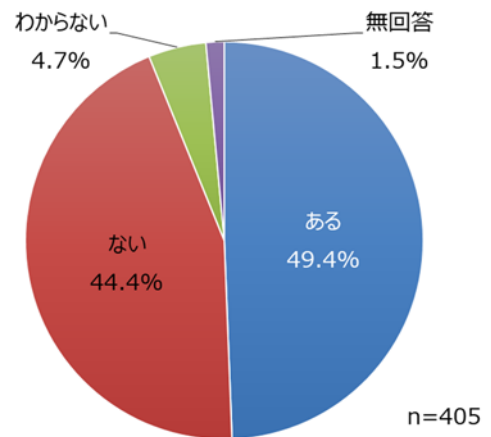
36 協定を医師に対して締結している病院割合は、勤務医の過重労働が社会的問題になったにもかかわらず、医師が労働組合に加入していない場合が多いことや、勤務時間等に対して無頓着であることにも起因して、過去のいずれの調査においても 75%前後と十分ではなかった。しかし、今回は、働き方改革の影響もあってか、前回調査を上回る 88%の病院で締結されていた。また、大半の病院で、36 協定書や就業規則等の労働条件の書面での明示や、勤務医への周知、あるいは法定通りの休日の付与が行われており、これらの結果は、病院管理者が医師の適正な労務管理に取り組み始めたことの表れとも言える。

しかし、36 協定の中身については、四分の一の病院において、特別条項で定める時間外勤務時間の上限が過労死判定の基準を上回っているなど、勤務医の健康確保とは程遠い状況である。

4-4. 労働基準局からの是正勧告（指導、通知を含む）についてお聞きします。

① 労働基準局からの是正勧告（指導、通知を含む）を受けたことがありますか。

	病院数	割合
ある	200	49.4%
ない	180	44.4%
わからない	19	4.7%
無回答	6	1.5%
合計	405	100.0%

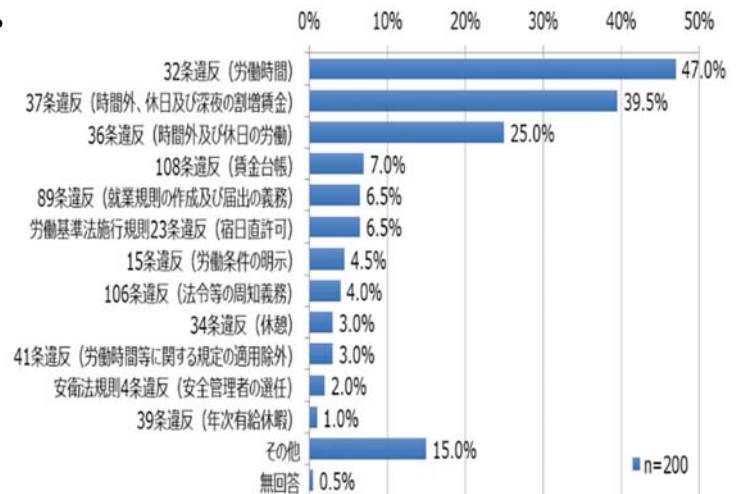


是正勧告を受けたことがある病院は、405 病院中 200 病院の 49%存在していた。一方、是正勧告を受けたことがない病院は 180 病院の 44%で、前回調査の 67%、前々回の 50%を下回っていた。

② ①で「ある」と回答された病院にお聞きします。

どのような内容でしたか。（複数回答可）

	病院数	割合
32条違反（労働時間）	94	47.0%
37条違反（時間外、休日及び深夜の割増賃金）	79	39.5%
36条違反（時間外及び休日の労働）	50	25.0%
108条違反（賃金台帳）	14	7.0%
89条違反（就業規則の作成及び届出の義務）	13	6.5%
労働基準法施行規則23条違反（宿日直許可）	13	6.5%
15条違反（労働条件の明示）	9	4.5%
106条違反（法令等の周知義務）	8	4.0%
34条違反（休憩）	6	3.0%
41条違反（労働時間等に関する規定の適用除外）	6	3.0%
安衛法規則4条違反（安全管理者の選任）	4	2.0%
39条違反（年次有給休暇）	2	1.0%
その他	30	15.0%
無回答	1	0.5%

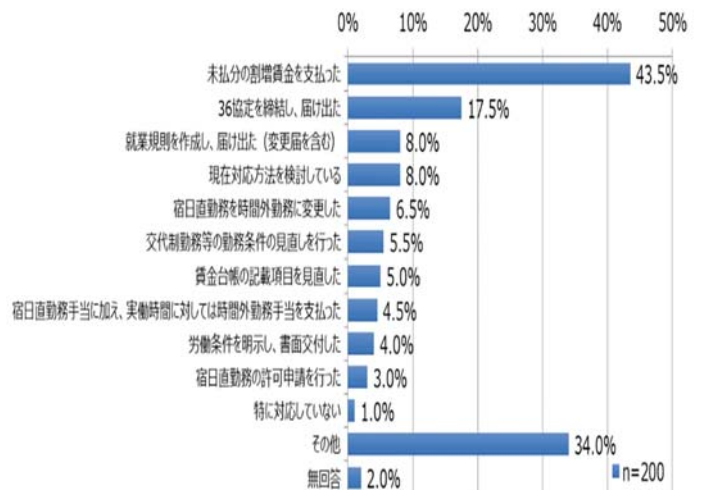


最も多かったのが「32 条違反（労働時間）」200 病院中 94 病院の 47%、次いで「37 条違反（割増賃金）」79 病院の 40%、「36 条違反（36 協定）」50 病院の 25%となっていた。

③ ①で「ある」と回答された病院にお聞きします。

是正勧告を受けてどのような対応をされましたか。（複数回答可）

	病院数	割合
未払分の割増賃金を支払った	87	43.5%
36協定を締結し、届け出た	35	17.5%
就業規則を作成し、届け出た（変更届を含む）	16	8.0%
現在対応方法を検討している	16	8.0%
宿日直勤務を時間外勤務に変更した	13	6.5%
交代制勤務等の勤務条件の見直しを行った	11	5.5%
賃金台帳の記載項目を見直した	10	5.0%
宿日直勤務手当に加え、実働時間に対しては時間外勤務手当を支払った	9	4.5%
労働条件を明示し、書面交付した	8	4.0%
宿日直勤務の許可申請を行った	6	3.0%
特に対応していない	2	1.0%
その他	68	34.0%
無回答	4	2.0%

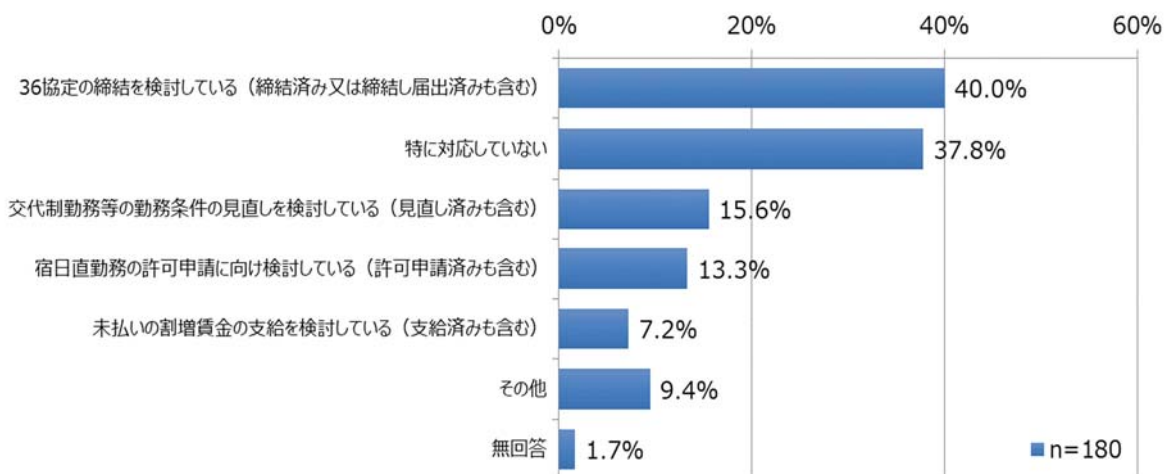


最も多かったのが「未払い分の割増賃金を支払った」で、200 病院中 87 病院 44%、「36 協定を締結し、届け出た」が 35 病院 18%と続いていた。

④ ①で「ない」と回答された病院にお聞きします。

昨今の労働基準監督署による是正勧告の動きを踏まえ、何らかの対策を検討していますか。(複数回答可)

	病院数	割合
36協定の締結を検討している（締結済み又は締結し届出済みも含む）	72	40.0%
特に対応していない	68	37.8%
交代制勤務等の勤務条件の見直しを検討している（見直し済みも含む）	28	15.6%
宿日直勤務の許可申請に向け検討している（許可申請済みも含む）	24	13.3%
未払いの割増賃金の支給を検討している（支給済みも含む）	13	7.2%
その他	17	9.4%
無回答	3	1.7%



トップ3は、「36協定の締結」180病院中72病院の40%、「交代制勤務等の勤務条件の見直し」28病院16%、「宿日直許可の申請」24病院13%であった。なお、「特に対応していない」病院が68病院38%存在していた。

【考察】

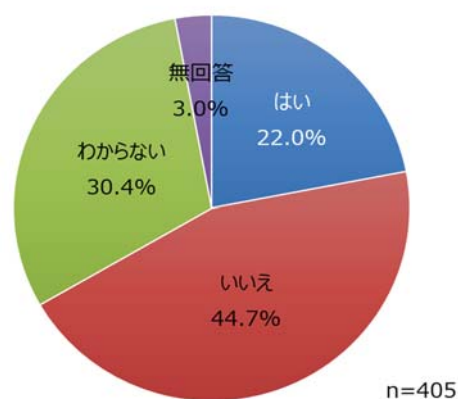
勤務医の過重労働と過労死が社会問題化して久しく、病院管理者の労務管理意識は向上してきているように思えるものの、この数年、労働基準監督署による是正勧告が頻繁になされ、センセーショナルに報道されている。

今回の調査において、是正勧告を受けたことがある病院は、405病院中200病院の49%であり、前回調査の25%、前々回の32%に比べ大幅に増加、2つに一つの病院が是正勧告を受けていることになる。このような状況はまさしく異常であり、「日本の医療は、労働基準法違反を前提に成り立っている」と言わざるを得ない。

違反の内容については、第1位「32条違反」(平成25年54%→28年46%→今回47%)、第2位「37条違反」(49%→38%→40%)、第3位「36条違反」(26%→26%→25%)であり、これら上位3項目で全体の約7割を占めており、その順位も同じであった。平成21年度に労働基準監督署が行った調査においても、是正勧告を行った1,216病院・診療所のうち、32条違反が781件64%、37条違反が540件44%、また、江原らが平成14年から平成21年に200床以上の自治体病院を対象に行った調査では、半数以上の施設が是正勧告を受けており、32条違反と37条違反がその大半を占めていた。このように、病院に関する労働基準法違反は、32条違反と37条違反が圧倒的に多く、その主な原因は、「長時間労働」と時間外・休日・深夜等の「割増賃金の不払い」であると断言できるものの、この10年間、両者は一向に改善できていないことが明らかである。

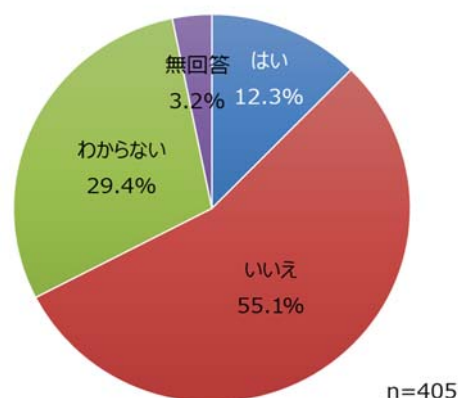
4-5. 初期臨床研修医の期間は、労基法の適用から除外すべきであると思いますか。

	病院数	割合
はい	89	22.0%
いいえ	181	44.7%
わからない	123	30.4%
無回答	12	3.0%
合計	405	100.0%



4-6. 後期臨床研修医の期間は、労基法の適用から除外すべきであると思いますか。

	病院数	割合
はい	50	12.3%
いいえ	223	55.1%
わからない	119	29.4%
無回答	13	3.2%
合計	405	100.0%



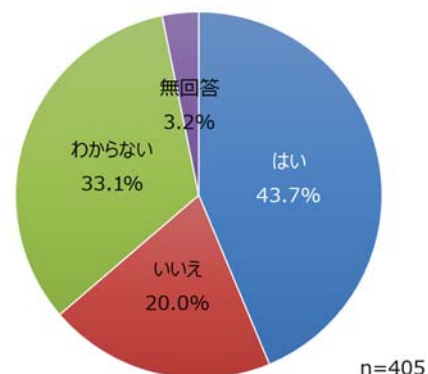
初期臨床研修医では、「はい」は89病院22%、「いいえ」は181病院45%であったが、後期研修医では、「はい」10%減少し12%、「いいえ」が10%増加した55%となり、いずれにおいても「わからない」と回答した病院は全体の30%を占めていた。

【考察】

臨床研修医においては、研修計画に沿って一定期間集中的に数多くの診療を行い、さまざまな症例を経験することが医師としての基礎的な技能・知識・能力の習得に不可欠であり、否応なく長時間勤務にならざるを得ないのが現実である。しかし、今回の調査では、臨床研修医の期間は「労働基準法の適用から除外すべきである」と回答した病院は、初期研修医では22%、後期研修医ではさらに減少したわずか12%と、「医師として1人前になるためには、それくらいやって当たり前！」とか「人間の命と向き合っている医師には、労働基準法なんて当てはまらない！」などとした従来の考え方が変化してきていることが推測される。

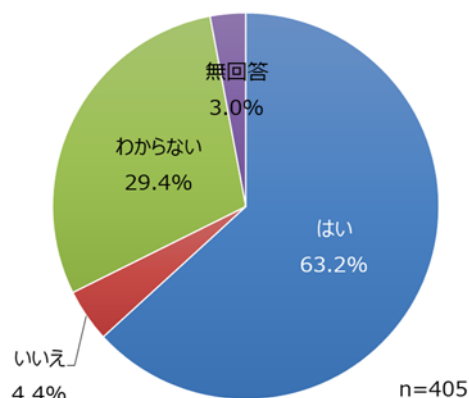
4-7. 「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と思いますか。

	病院数	割合
はい	177	43.7%
いいえ	81	20.0%
わからない	134	33.1%
無回答	13	3.2%
合計	405	100.0%



4-8. 現行の労働基準法とは異なる、医師の労働の特殊性を踏まえた「医師労働法制」を制定すべきだと思いますか。

	病院数	割合
はい	256	63.2%
いいえ	18	4.4%
わからない	119	29.4%
無回答	12	3.0%
合計	405	100.0%



「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」とした病院は 177 病院 44%（前回 47%）を占めていた一方で、「いいえ」は 81 病院 20%（前回 28%）と少なくなく、「わからない」は 134 病院 33%（前回 26%）に上っていた。また、「医師労働法制の制定」については、賛成が 256 病院 63%の大多数を占め、反対はわずか 18 病院 4%であったが、「わかたらない」と答えた病院も 119 病院 29%に達していた。

【考察】

本調査におけるこれまでの回答結果を見れば明らかなように、大多数の病院が労働基準法違反を承知の上で、良質な医療の提供に努めていると言えよう。

具体的には、労働基準局からの是正勧告を受けたことがある病院が 49%存在すること（設問 4-4 の①）。勤務医不足と感じている病院が 88%存在すること（設問 2-3 の①）。宿直翌日が「通常通りの勤務」である病院が 45%存在すること（設問 3-5 の⑥）。「宿直週 1 回、日直月 1 回を遵守していない病院が 36%存在すること（設問 3-5 の①）。「月 5 回以上」の宿日直が行われている病院が 10%存在すること（設問 3-5 の②）。「1 か月の時間外勤務時間が 80 時間を超える」医師の割合が 10%以上の病院が存在すること（設問 3-4 の③）。オンコールの待機時間を労働時間と認めていない病院が 74%存在すること（設問 3-2 の④-1）。救急外来における仮眠時間を労働時間と認めていない病院が 59%存在すること（設問 3-2 の④-1）。週平均勤務時間が 40 時間以上の病院が 59%存在すること（設問 3-1）。さらには、宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われている病院が 32%存在すること（設問 4-1 の③）など、「宿日直の定義」、「宿日直許可基準」、「宿日直明け勤務」、「オンコールと労働時間」、「自己研鑽と労働時間」、「36 協定特別条項と時間外勤務時間」、「時間外勤務と割増賃金」における問題が存在しており、まさに、「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と言わざるを得ない状況にある。しかしながら、「そうは思わない」病院が 180 病院 28%存在しており、病院の規模と機能、地域性、勤務医数、開設母体などによって、異なっているのかもしれない。

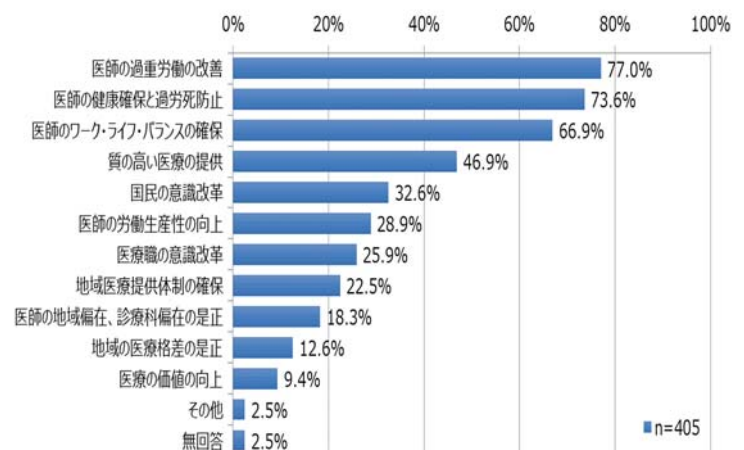
このように、医療関連法令などの「医事法制」と労働関連法令などの「労働法制」が、現代の医療に適合しなくなり、“制度の壁”として、良質な医療の提供を妨げていることは否定できない現実である。そこで、医師の労働の特殊性を踏まえた「医師労働法制」を制定すべきであると思うか、と問いかけてみると、6 割を超える賛同が得られた。

厚生労働省は、医療の特殊性として「不確実性」、「公共性」、「技術革新・水準向上」、高度の専門性など、日本医師会はその「医師の働き方改革に関する意見書」において「患者の生命」、「個別性」、「複雑性」、「説明・同意の責任」、「地域性」などの項目を提示し、一般業種とは違った抜本的な制度改革の必要性を指摘しているように、これら医療の特殊性を踏まえたうえで、「医事法制」との整合性をもった「医師労働法制」を制定する時期にきていると思われる。

V. 医師の働き方改革に関する質問

5-1. 「医師の働き方改革」の目的は、何にあると思いますか。(複数回答可)

	n=405	
	病院数	割合
医師の過重労働の改善	312	77.0%
医師の健康確保と過労死防止	298	73.6%
医師のワーク・ライフ・バランスの確保	271	66.9%
質の高い医療の提供	190	46.9%
国民の意識改革	132	32.6%
医師の労働生産性の向上	117	28.9%
医療職の意識改革	105	25.9%
地域医療提供体制の確保	91	22.5%
医師の地域偏在、診療科偏在の是正	74	18.3%
地域の医療格差の是正	51	12.6%
医療の価値の向上	38	9.4%
その他	10	2.5%
無回答	10	2.5%



医師の「過重労働の改善」と「健康確保と過労死防止」の二つが7割を超え（77%、74%）、「ワーク・ライフ・バランスの確保が」が第3位の67%であった。

【考察】

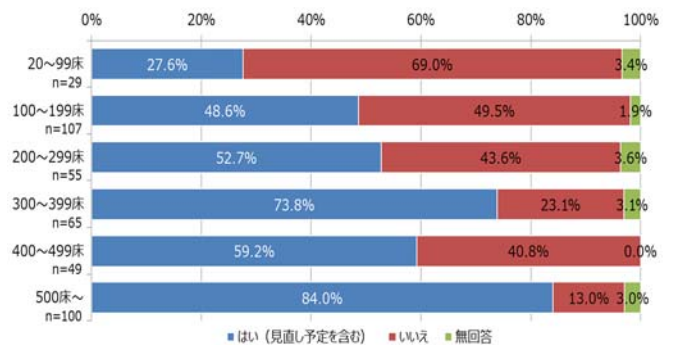
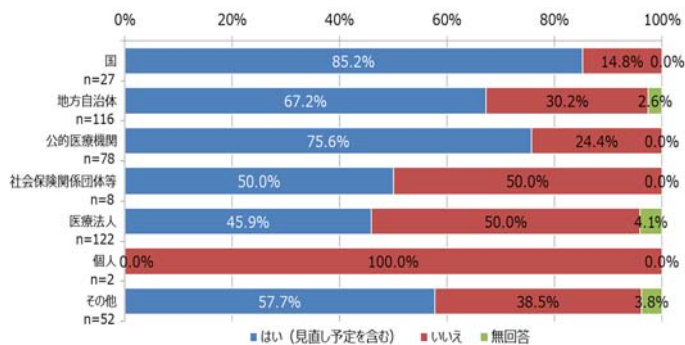
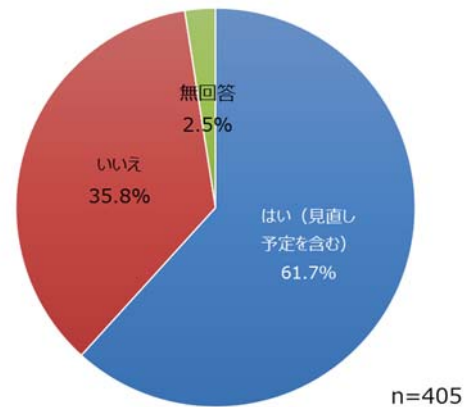
“報告書”では、冒頭、基本的な考え方として、「我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要」であるとし、日本の良い医療を将来にわたって持続させるためには、健康への影響や過労死さえ懸念される現状を変えていかななくてはならないと指摘。また、若い世代の女性医師の割合が3割を超えている時代にあって、ワーク・ライフ・バランスの確保も重要であり、さらには、医療の質の向上や効率的な医療を提供するため、チーム医療を推進する必要があるとしている。そして、医師の働き方改革は、国民全体・社会全体で考えられるべき課題であり、国民の医療のかかり方等に関連する各施策と医師の働き方改革は総合的に進められるべきものであると結んでいる。

この基本的な考え方には異論はなく、本調査結果を見直してみても病院管理者は十分に理解しているものと思われるが、これらをいかにして実行・実現していくかが最大の課題であろう。

5-2. 医師の時間外勤務時間縮減についてお聞きします。

① 最近、医師の働き方を見直しましたか。

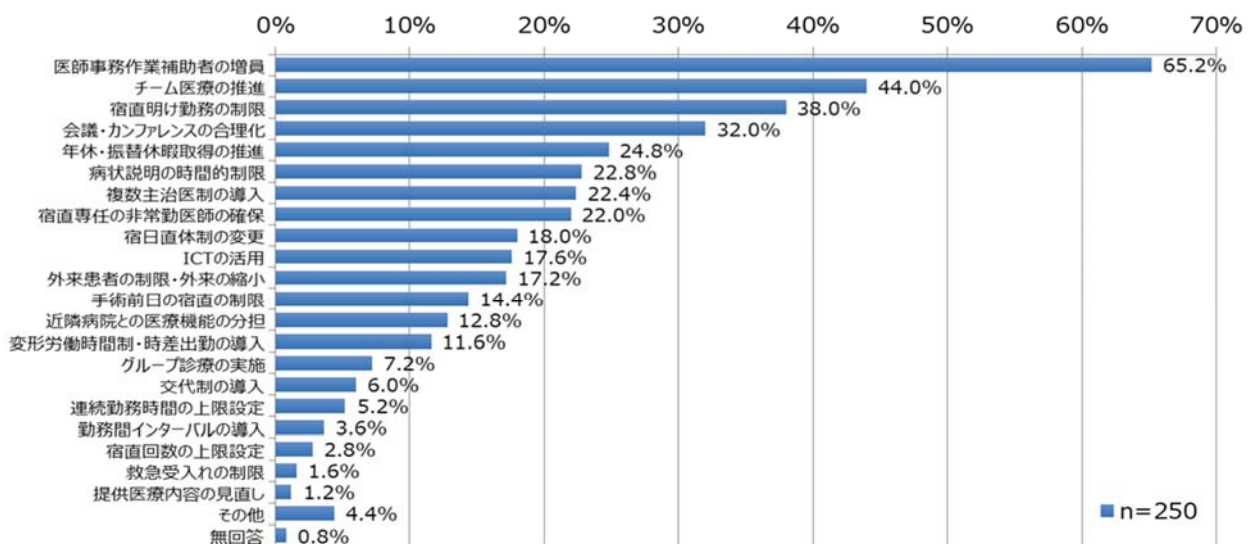
	病院数	割合
はい（見直し予定を含む）	250	61.7%
いいえ	145	35.8%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



② ①で「はい」と回答された病院にお聞きします。

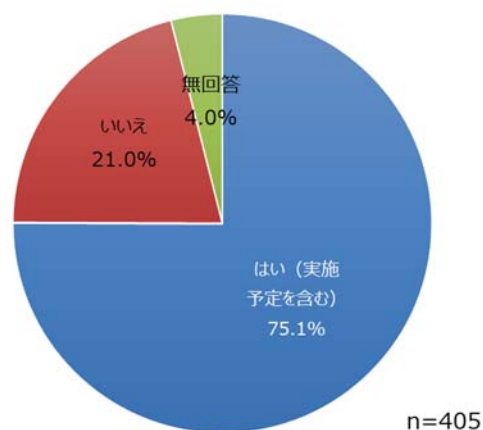
その内容について教えてください。（複数回答可）

		n=250			
	病院数	割合	病院数	割合	
医師事務作業補助者の増員	163	65.2%	近隣病院との医療機能の分担	32	12.8%
チーム医療の推進	110	44.0%	変形労働時間制・時差出勤の導入	29	11.6%
宿直明け勤務の制限	95	38.0%	グループ診療の実施	18	7.2%
会議・カンファレンスの合理化	80	32.0%	交代制の導入	15	6.0%
年休・振替休暇取得の推進	62	24.8%	連続勤務時間の上限設定	13	5.2%
病状説明の時間的制限	57	22.8%	勤務間インターバルの導入	9	3.6%
複数主治医制の導入	56	22.4%	宿直回数の上限設定	7	2.8%
宿直専任の非常勤医師の確保	55	22.0%	救急受入れの制限	4	1.6%
宿日直体制の変更	45	18.0%	提供医療内容の見直し	3	1.2%
ICTの活用	44	17.6%	その他	11	4.4%
外来患者の制限・外来の縮小	43	17.2%	無回答	2	0.8%
手術前日の宿直の制限	36	14.4%			



③ 医師の労務管理の面で何らかの取り組みを行っていますか。

	病院数	割合
はい（実施予定を含む）	304	75.1%
いいえ	85	21.0%
無回答	16	4.0%
合計	405	100.0%



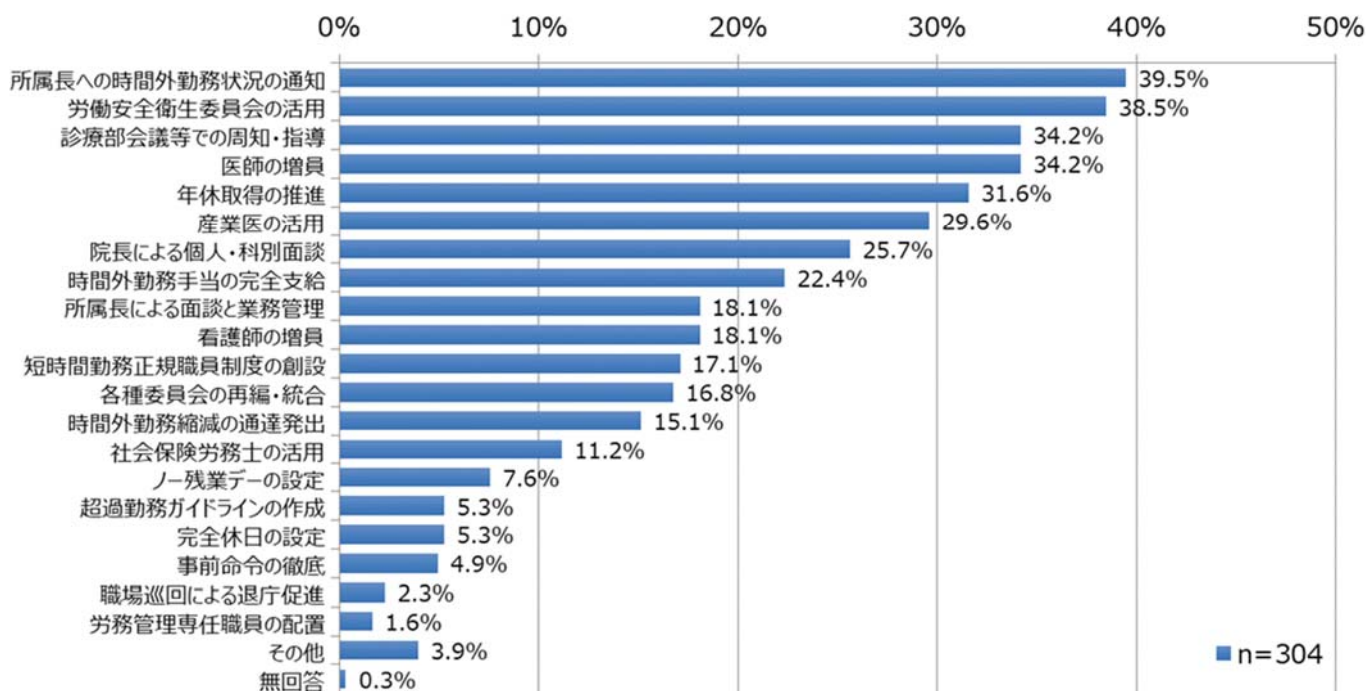
④ ③で「はい」と回答された病院にお聞きします。
その内容について教えてください。（複数回答可）

	病院数	割合
所属長への時間外勤務状況の通知	120	39.5%
労働安全衛生委員会の活用	117	38.5%
診療部会議等での周知・指導	104	34.2%
医師の増員	104	34.2%
年休取得の推進	96	31.6%
産業医の活用	90	29.6%
院長による個人・科別面談	78	25.7%
時間外勤務手当の完全支給	68	22.4%
所属長による面談と業務管理	55	18.1%
看護師の増員	55	18.1%
短時間勤務正規職員制度の創設	52	17.1%

	病院数	割合
各種委員会の再編・統合	51	16.8%
時間外勤務縮減の通達発出	46	15.1%
社会保険労務士の活用	34	11.2%
ノー残業デーの設定	23	7.6%
超過勤務ガイドラインの作成	16	5.3%
完全休日の設定	16	5.3%
事前命令の徹底	15	4.9%
職場巡回による退庁促進	7	2.3%
労務管理専任職員の配置	5	1.6%
その他	12	3.9%
無回答	1	0.3%

【その他】

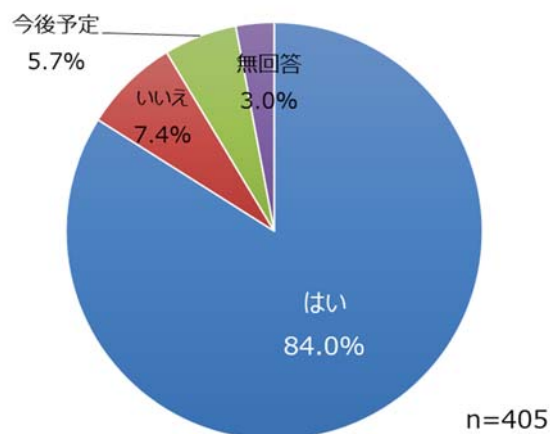
当直体制の見直し、医師事務作業補助者の採用、事務方による面談、メディカルクラークの配置、産業医による個人面談、勤務時間内の委員会開催、等



⑤ 医師の労働時間短縮のためのタスク・シフティング（業務の移管）についてお聞きします。

医師の業務を他職種に振り分けていますか。

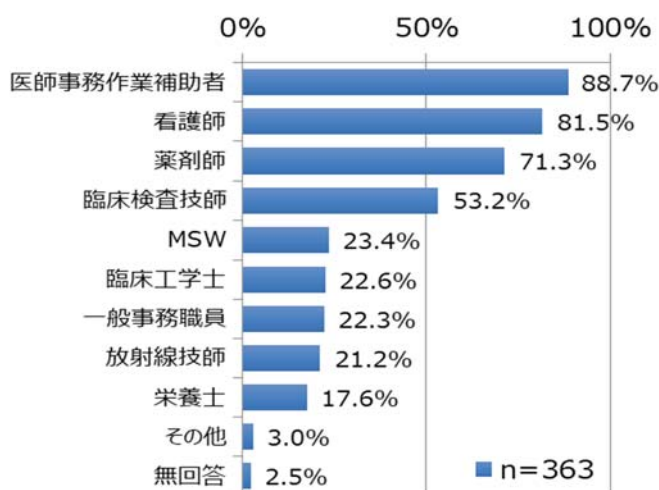
	病院数	割合
はい	340	84.0%
いいえ	30	7.4%
今後予定	23	5.7%
無回答	12	3.0%
合計	405	100.0%



⑥ ⑤で「はい」、「今後予定」と回答された病院にお聞きします。

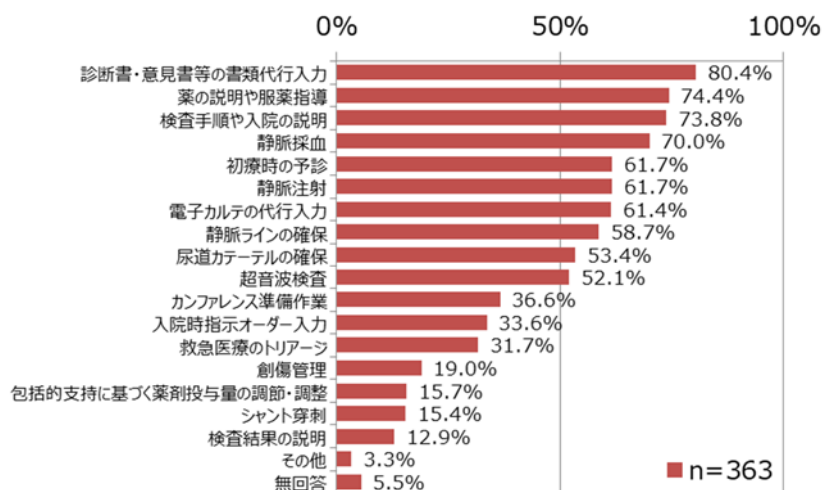
・業務を振り分けた職種を教えてください。（複数回答可）

	病院数	割合
医師事務作業補助者	322	88.7%
看護師	296	81.5%
薬剤師	259	71.3%
臨床検査技師	193	53.2%
MSW	85	23.4%
臨床工学士	82	22.6%
一般事務職員	81	22.3%
放射線技師	77	21.2%
栄養士	64	17.6%
その他	11	3.0%
無回答	9	2.5%



・その内容について教えてください。（複数回答可）

	病院数	割合
診断書・意見書等の書類代行入力	292	80.4%
薬の説明や服薬指導	270	74.4%
検査手順や入院の説明	268	73.8%
静脈採血	254	70.0%
初療時の予診	224	61.7%
静脈注射	224	61.7%
電子カルテの代行入力	223	61.4%
静脈ラインの確保	213	58.7%
尿道カテーテルの確保	194	53.4%
超音波検査	189	52.1%
カンファレンス準備作業	133	36.6%
入院時指示オーダー入力	122	33.6%
救急医療のトリアージ	115	31.7%
創傷管理	69	19.0%
包括的支持に基づく薬剤投与量の調節・調整	57	15.7%
シャント穿刺	56	15.4%
検査結果の説明	47	12.9%
その他	12	3.3%
無回答	20	5.5%

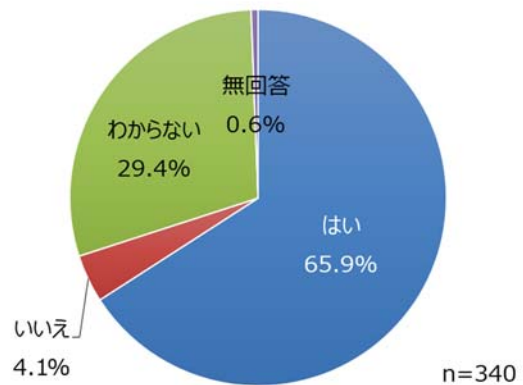


	n=27		n=107		n=70		n=8		n=106		n=2		n=43	
	国		地方自治体		公的医療機関		社会保険関係団体等		医療法人		個人		その他	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
医師事務作業補助者	25	92.6%	99	92.5%	67	95.7%	8	100.0%	84	79.2%	1	50.0%	38	88.4%
看護師	23	85.2%	85	79.4%	59	84.3%	7	87.5%	86	81.1%	2	100.0%	34	79.1%
薬剤師	18	66.7%	76	71.0%	48	68.6%	7	87.5%	79	74.5%	2	100.0%	29	67.4%
臨床検査技師	18	66.7%	55	51.4%	35	50.0%	3	37.5%	56	52.8%	2	100.0%	24	55.8%
MSW	6	22.2%	13	12.1%	12	17.1%	3	37.5%	43	40.6%	1	50.0%	7	16.3%
臨床工学士	7	25.9%	22	20.6%	13	18.6%	2	25.0%	30	28.3%	0	0.0%	8	18.6%
一般事務職員	5	18.5%	14	13.1%	15	21.4%	1	12.5%	35	33.0%	1	50.0%	10	23.3%
放射線技師	8	29.6%	20	18.7%	8	11.4%	1	12.5%	29	27.4%	2	100.0%	9	20.9%
栄養士	7	25.9%	7	6.5%	9	12.9%	2	25.0%	32	30.2%	1	50.0%	6	14.0%
その他	1	3.7%	3	2.8%	0	0.0%	1	12.5%	6	5.7%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	1	3.7%	3	2.8%	2	2.9%	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	1	2.3%

	n=18		n=93		n=52		n=60		n=48		n=92	
	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
医師事務作業補助者	9	50.0%	81	87.1%	44	84.6%	59	98.3%	43	89.6%	86	93.5%
看護師	15	83.3%	72	77.4%	44	84.6%	49	81.7%	39	81.3%	77	83.7%
薬剤師	15	83.3%	57	61.3%	39	75.0%	48	80.0%	35	72.9%	65	70.7%
臨床検査技師	13	72.2%	41	44.1%	28	53.8%	32	53.3%	26	54.2%	53	57.6%
MSW	6	33.3%	20	21.5%	17	32.7%	14	23.3%	9	18.8%	19	20.7%
臨床工学士	1	5.6%	14	15.1%	14	26.9%	17	28.3%	15	31.3%	21	22.8%
一般事務職員	7	38.9%	19	20.4%	8	15.4%	11	18.3%	15	31.3%	21	22.8%
放射線技師	5	27.8%	19	20.4%	14	26.9%	14	23.3%	8	16.7%	17	18.5%
栄養士	5	27.8%	12	12.9%	14	26.9%	12	20.0%	8	16.7%	13	14.1%
その他	3	16.7%	0	0.0%	2	3.8%	2	3.3%	1	2.1%	3	3.3%
無回答	1	5.6%	1	1.1%	3	5.8%	1	1.7%	1	2.1%	2	2.2%

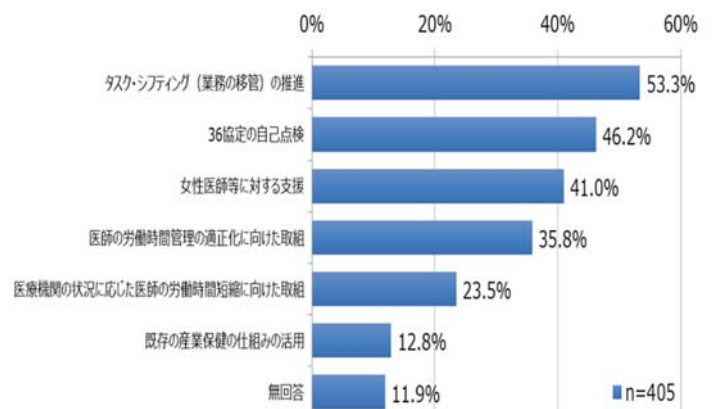
⑦ ⑤で「はい」と回答された病院にお聞きします。
業務の振り分けは、医師の労働時間縮減に効果がありましたか。

	病院数	割合
はい	224	65.9%
いいえ	14	4.1%
わからない	100	29.4%
無回答	2	0.6%
合計	340	100.0%



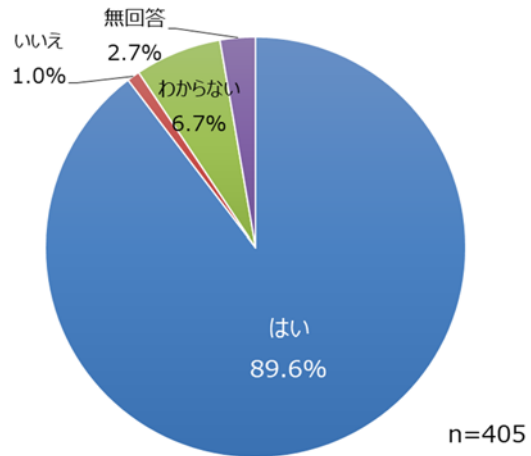
⑧ 厚生労働省より発出された「医師の労働時間短縮に向けた取組」について、実施できた項目はどれですか。（複数回答可）

	n=405	
	病院数	割合
タスク・シフティング（業務の移管）の推進	216	53.3%
36協定の自己点検	187	46.2%
女性医師等に対する支援	166	41.0%
医師の労働時間管理の適正化に向けた取組	145	35.8%
医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	95	23.5%
既存の産業保健の仕組みの活用	52	12.8%
無回答	48	11.9%



⑨ 医師の勤務負担軽減のためには、社会全体の理解と協力が不可欠だと思いますか。

	病院数	割合
はい	363	89.6%
いいえ	4	1.0%
わからない	27	6.7%
無回答	11	2.7%
合計	405	100.0%



【結果と考察】

医師の働き方を見直した病院は昨年の調査時点で 250 病院 62%に上り、その内容で最も多かったのが「医師事務作業補助者の増員」163 病院 65%、次いで「チーム医療の推進」110 病院 44%であった。しかし、これらを含め上位 10 位に位置付けられた項目のほとんどは以前からなされているものが多く、新鮮味には乏しい。一方、働き方改革の目的の一つである「勤務医の健康確保」に関連する対策としての、「連続勤務時間の上限設定」や「勤務間インターバルの導入」、「宿直回数の上限設定」、あるいは「グループ診療の実施」、「交代制の導入」、「救急受入の制限」などはこれまでにないものではあるが、実際に実施している病院は、いずれも 10%に満たなかった。見直しを実施していない病院も 145 病院 36%に上っており、労働集約型組織である病院運営の複雑さ・困難さを物語っている。

労務管理については、実施予定を含めて、4 つに三つの病院が何らかの取り組みを行っており、「所属長への時間外勤務状況の通知」など 5 項目は、30%を超える病院で実施されていた。勤務医・看護師不足に難渋している病院が多いなかで、医師の時間外勤務時間縮減対策として、その増員を実施した病院が 34%・18%存在することは注目に値する。

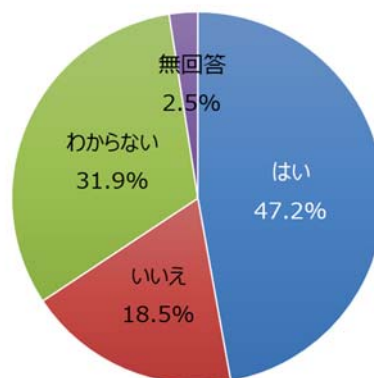
タスク・シフティングについては、ほぼ大多数の病院（340 病院 84%）が、すでに医師の業務を他職種に振り分けており、振り分けた職種上位 3 位は、医師事務作業補助者 89%、看護師 82%、薬剤師 71%であった。その内容の上位 5 位は、書類代行入力 80%、薬の説明や服薬指導 74%、検査手順や入院の説明 74%、静脈採血 70%、初療時の予診 62%と、上位 3 職種の業務が占めていた。しかし、「わからない」とする意見が 29%存在しており、今後の評価を見守りたい。

昨年 2 月に厚生労働省が取りまとめた「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」6 項目の実施状況については、半数を超える病院が実施していたのは「タスク・シフティング」（53%）のみであり、現行の労働法制により当然求められている「医師の労働時間管理の適正化に向けた取組」、「36 協定の自己点検」、「産業保健の仕組みの活用」3 項目については、実施された割合は、それぞれ 36%、46%、13%と 5 割を切っていた。また、平成 30 年 7 月の「医師の働き方改革に関する検討会」での資料では、実施できていた病院は四病協・全自病協調査 27%、全国医学部長病院長会議調査 30%と、本調査と同様に、いずれも 50%を切っていた。確かに、勤務医を雇用する病院が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることの重要性は理解できるものの、それには限界があるのも現実である。それゆえ、勤務医の時間外勤務縮減を成し遂げるには、社会全体の理解と協力が不可欠であり、そう考えている病院は、405 病院中 363 病院と圧倒的多数の 90%を占めており、国による具体的な制度設計が望まれる。

5-3. 時間外労働の上限規制についてお聞きします。

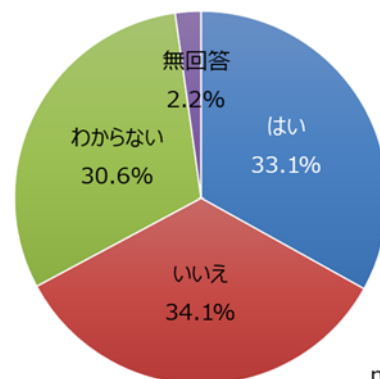
① 医師にも適用するべきであると思いますか。

	病院数	割合
はい	191	47.2%
いいえ	75	18.5%
わからない	129	31.9%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



② 救急医療や周産期医療などを提供している病院は、対象外にすべきだと思いますか。

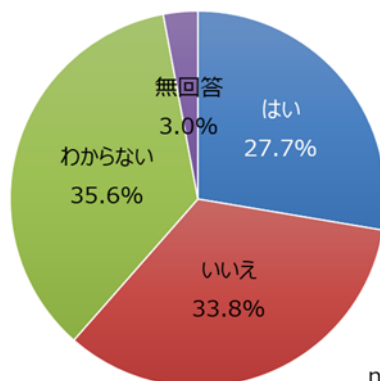
	病院数	割合
はい	134	33.1%
いいえ	138	34.1%
わからない	124	30.6%
無回答	9	2.2%
合計	405	100.0%



n=405

③ 勤務医不足の過疎地やへき地の病院は、対象外にすべきだと思いますか。

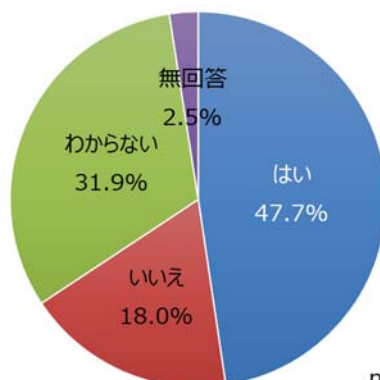
	病院数	割合
はい	112	27.7%
いいえ	137	33.8%
わからない	144	35.6%
無回答	12	3.0%
合計	405	100.0%



n=405

④ 上限規制は患者の不利益につながるとは思いますか。

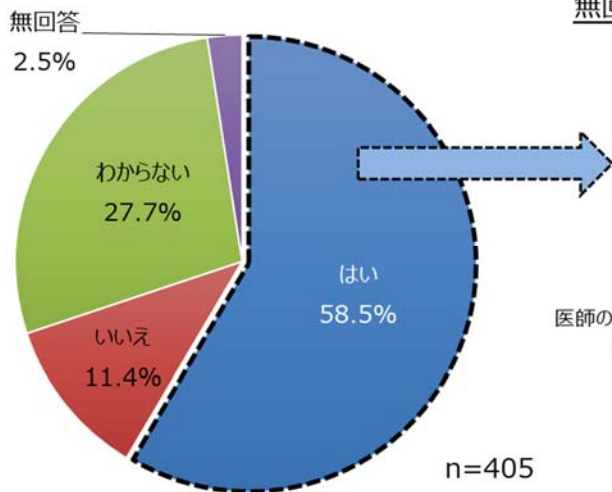
	病院数	割合
はい	193	47.7%
いいえ	73	18.0%
わからない	129	31.9%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



n=405

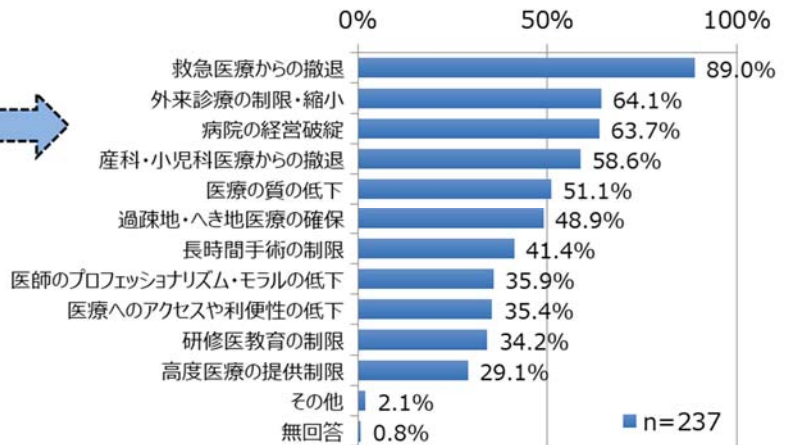
⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

	病院数	割合
はい	237	58.5%
いいえ	46	11.4%
わからない	112	27.7%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

	病院数	割合
救急医療からの撤退	211	89.0%
外来診療の制限・縮小	152	64.1%
病院の経営破綻	151	63.7%
産科・小児科医療からの撤退	139	58.6%
医療の質の低下	121	51.1%
過疎地・へき地医療の確保	116	48.9%
長時間手術の制限	98	41.4%
医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下	85	35.9%
医療へのアクセスや利便性の低下	84	35.4%
研修医教育の制限	81	34.2%
高度医療の提供制限	69	29.1%
その他	5	2.1%
無回答	2	0.8%



【結果と考察】

厚生労働省は、「長時間労働は、健康の確保、仕事と家庭生活の両立を困難にし、少子化、女性のキャリア形成、さらには男性の家庭参加を阻む原因となっており、その是正は、ワーク・ライフ・バランスの改善と女性や高齢者の労働参加率の向上に結びつく」とし、本年4月に施行された「働き方改革関連法」において時間外労働の上限が規定された。

具体的には、一般労働者の時間外労働時間上限は、原則、「月45時間」「年360時間」、36協定における特別条項では、「年間720時間」「複数月平均80時間」「月100時間未満」「年間6カ月まで」の罰則付きと定められた。一方、病院勤務医の時間外労働上限については、“A水準”年960時間・月100時間、“B水準”（地域医療暫定特例水準）および“C水準”（集中的技能向上水準）を年1,860時間・月100時間として、改正労働基準法に明記され、2024年4月から適用することになった。

時間外労働上限規制を医師に適用すべきであるとした病院は405病院中191病院の全体の約半数（47%）を占めたが、適用すべきでないとした病院は、75病院の19%と少なくなかった。その理由としては、救急医療、小児周産期医療、地域医療、へき地医療、患者の不利益、医療の質、研修医教育、病院経営に対する影響など、さまざまな問題が指摘されている。

地域医療の崩壊を招く危険性があるとした病院は半数を超える237病院59%に上り、地域医療に対する具体的な影響を聞いてみると、「救急医療からの撤退」が最も多く89%を占め、次いで「外来診療の制限・縮小」64%、「病院の経営破綻」64%、「産科・小児科医療からの撤退」59%、「医療の質の低下」51%であった。

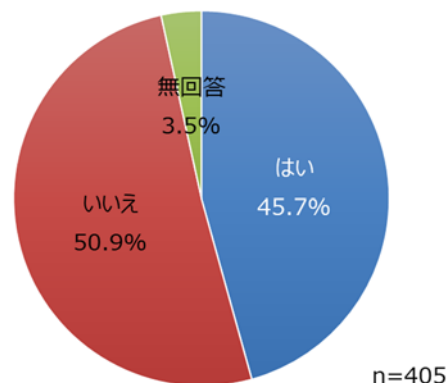
特に、救急医療や周産期医療などを提供している病院や勤務医不足の過疎地やへき地の病院は対象外にすべきであるとした病院はそれぞれ134病院33%、112病院28%と3割近く存在し、患者の不利益につながるとした病院は193病院48%に上った。

これらの懸念を考慮して、地域医療提供体制を確保するための経過措置として暫定的な特例措置である水準“B水準”（地域医療暫定特例水準）年1,860時間、月100時間の上限設定がなされたわけであるが、2035年度までにその継続についての検討を行うことになっている。

5-4. 応召義務（医師法第19条）についてお聞きします。

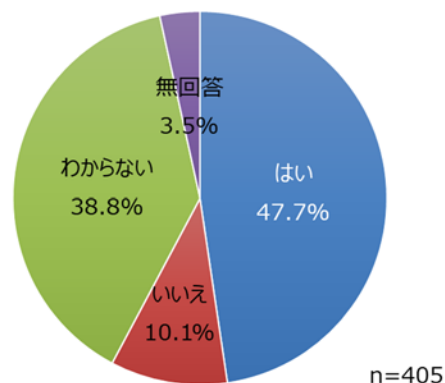
① 応召義務は、「患者に対する義務」ではなく、「国に対する義務」であることをご存知ですか。

	病院数	割合
はい	185	45.7%
いいえ	206	50.9%
無回答	14	3.5%
合計	405	100.0%



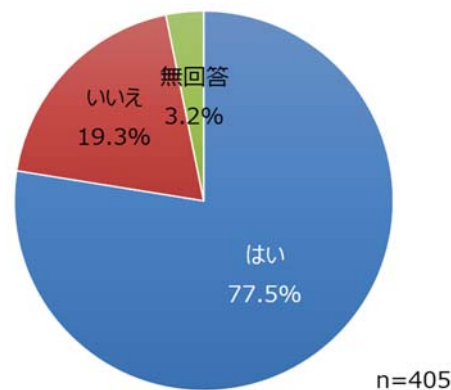
② 応召義務は、医師個人ではなく、病院組織に対して課すべきであると思いますか。

	病院数	割合
はい	193	47.7%
いいえ	41	10.1%
わからない	157	38.8%
無回答	14	3.5%
合計	405	100.0%



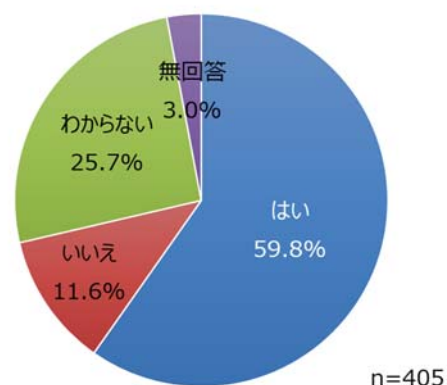
③ 応召義務違反には罰則規定はないものの、行政処分・民事賠償・刑事罰の可能性をご存知ですか。

	病院数	割合
はい	314	77.5%
いいえ	78	19.3%
無回答	13	3.2%
合計	405	100.0%



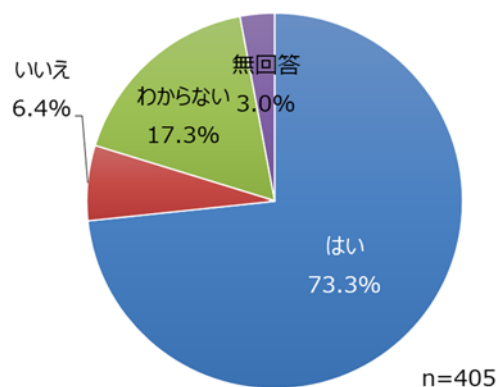
④ 応召義務が、勤務医の長時間労働を肯定する背景となっていると思いますか。

	病院数	割合
はい	242	59.8%
いいえ	47	11.6%
わからない	104	25.7%
無回答	12	3.0%
合計	405	100.0%



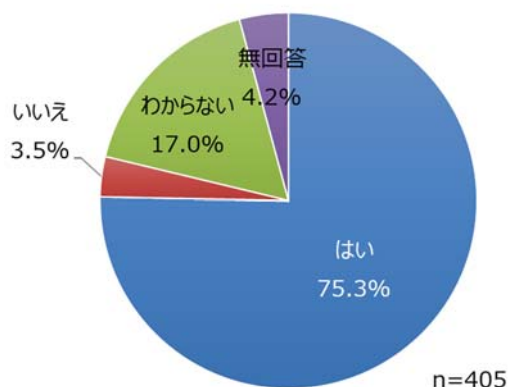
⑤ 労基法第 32 条（法定労働時間週 40 時間等）と矛盾していると思いますか。

	病院数	割合
はい	297	73.3%
いいえ	26	6.4%
わからない	70	17.3%
無回答	12	3.0%
合計	405	100.0%



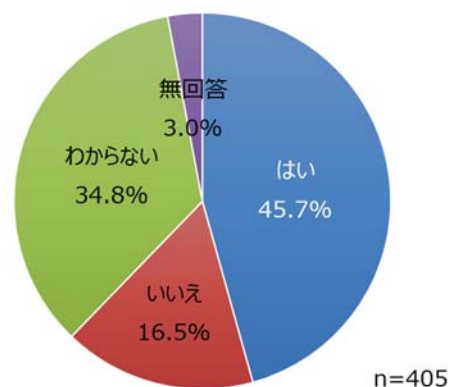
⑥ 過労死ラインを超える長時間労働の医師に、応召義務を課すのは「酷である」と思いますか。

	病院数	割合
はい	305	75.3%
いいえ	14	3.5%
わからない	69	17.0%
無回答	17	4.2%
合計	405	100.0%



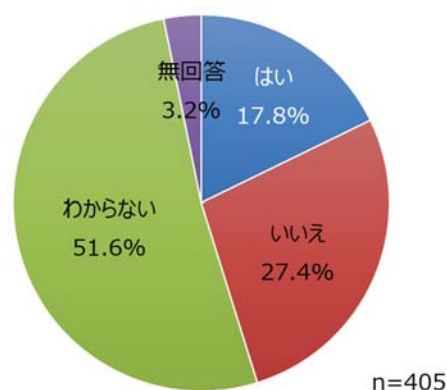
⑦ 診療を拒否できる「正当な事由」に、労基法第 32 条や第 36 条での上限労働時間の項目など、現在の医療事情に対応した項目を追加すべきであると思いますか。

	病院数	割合
はい	185	45.7%
いいえ	67	16.5%
わからない	141	34.8%
無回答	12	3.0%
合計	405	100.0%



⑧ 応召義務（医師法第 19 条第 1 項）は撤廃すべきであると思いますか。

	病院数	割合
はい	72	17.8%
いいえ	111	27.4%
わからない	209	51.6%
無回答	13	3.2%
合計	405	100.0%



【結果と考察】

医師法第 19 条では、「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と応召義務が定められている。一方、厚生労働科学研究によると、応召義務は、医師法に基づき「医師が国に対して負担する公法上の義務」であり、医師個人の民刑事法上の責任や医療機関と医師の労働契約等に法的に直接的な影響を及ぼすものではないとされている。

そこで、応召義務は、「患者に対する義務」ではなく、「国に対する義務」であることをご存じですかと問うてみると、「はい」46%、「いいえ」51%とほぼ同数であった。

また、医師個人ではなく、病院組織に対して課すべきかでは、半数近くの病院（48%）が「はい」と回答し、「いいえ」は 10%と少なかった。しかし、応召義務が医師法の中で規定されている限り、基本的には医師個人に課せられ、病院組織に対しては課することはできないのであろう。

行政処分・民事賠償・刑事罰については、実に 8 割近くの病院がその可能性があることを認識しており、応召義務違反に対する 1986 年 7 月の千葉地裁判決や 1992 年 6 月の神戸地裁判決などが念頭にあるものと思われる。

“報告書”においても、応召義務が、勤務医の長時間労働を肯定する背景となっていることが言及されており、実態としても、応召義務が職業倫理・規範としての性格を持っていることから、医師の過重労働につながってきたことは否定できない。しかし、「そう思う」と答えた病院は、意外にも約 6 割と多くはなく、「いいえ」は 12%も存在しており、一概には応召義務と長時間労働とが関連しているとは言えないのかもしれない。ただし、医師には応召義務があるからといって、当然のことながら際限のない長時間労働を求めていると解することは妥当ではなからう。

労働基準法第 32 条では、「一週間について 40 時間を超えて、労働させてはならない」と法定労働時間が定められている。しかし、応召義務では「診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」とされている一方で、法定労働時間との関連性については言及されておらず、「法定労働時間を超えて診療すること」は、現時点では、診療を拒否できる「正当な事由」には該当しないものと考えられる。つまり、診察治療の求めがあった場合には、労働基準法違反となる法定労働時間を超えても診療しなければならず、したがって、両法は矛盾していることになる。

そのことを問うてみると、やはり「矛盾している」と考える病院が大多数で（75%）、「いいえ」は 4%に過ぎなかった。このように、医師法第 19 条（応召義務）と労基法第 32 条（週 40 時間の労働時間）の関係や、医療法と労基法での「宿直定義」の違いなど、“制度の壁”存在していることは明らかであろう。

医師の働き方改革の目的の一つに「勤務医の健康確保」があげられているが、過労死ラインを超える長時間労働の医師に、応召義務を課するのは「酷である」かを問うてみた。「はい」は 75%と多数を占め、「いいえ」は 4%に過ぎず、診療拒否することができる「正当な事由」が問題となる。

応召義務の条文の解釈に一定の制限をかける「正当な事由」とは、

1. 医師の不在または、病気等により事実上診療が不可能な場合(昭 30. 8. 12 厚生省医務課長回答)、
 2. 天候不良で、事実上往診の不可能な場合(昭 24. 9. 10 厚生省医務局長通知)、
 3. 診療時間外で、休日夜間診療体制をとる地域で当番医を示して断る場合(昭 49. 4. 16 厚生省医務局長通知)、
 4. 手術中など患者を収容しても適切な処置が困難な場合(昭 39. 10. 14 厚生省総務課長通知)、
 5. 疾病又は負傷が自己の専門外である場合(保険医療機関及び保険医療担当規則第 16 条)、
- などと、これまで解釈が追加・拡大されてきた。

しかし、応召義務は、基本的には、救急医療体制が現在のような医療の質の担保と病院の機能分担・連携を主軸に置いたものではなく、戦後間もない混乱期の医療の量の確保と開業医による往診・診療を主体としたものを念頭に置いて制定されたものであり、現代の医療や社会状況にはそぐわなくなっていることは言うまでもない。

また、厚生労働省もその変更の必要性を認識しているにもかかわらず、診療を拒否できる「正当な事由」を、現在の医療事情に応じたものに変更すべきであると考えている病院は、405 病院中 185 病院の 46%と意外に少なかった。

医師の働き方改革の目的の一つに「勤務医の健康確保」を掲げ、その手段としての時間外勤務時間の上限規制を実施するのであれば、診療を拒否できる「正当な事由」として、「上限を超える場合」が追加されてもおかしくはないであろう。

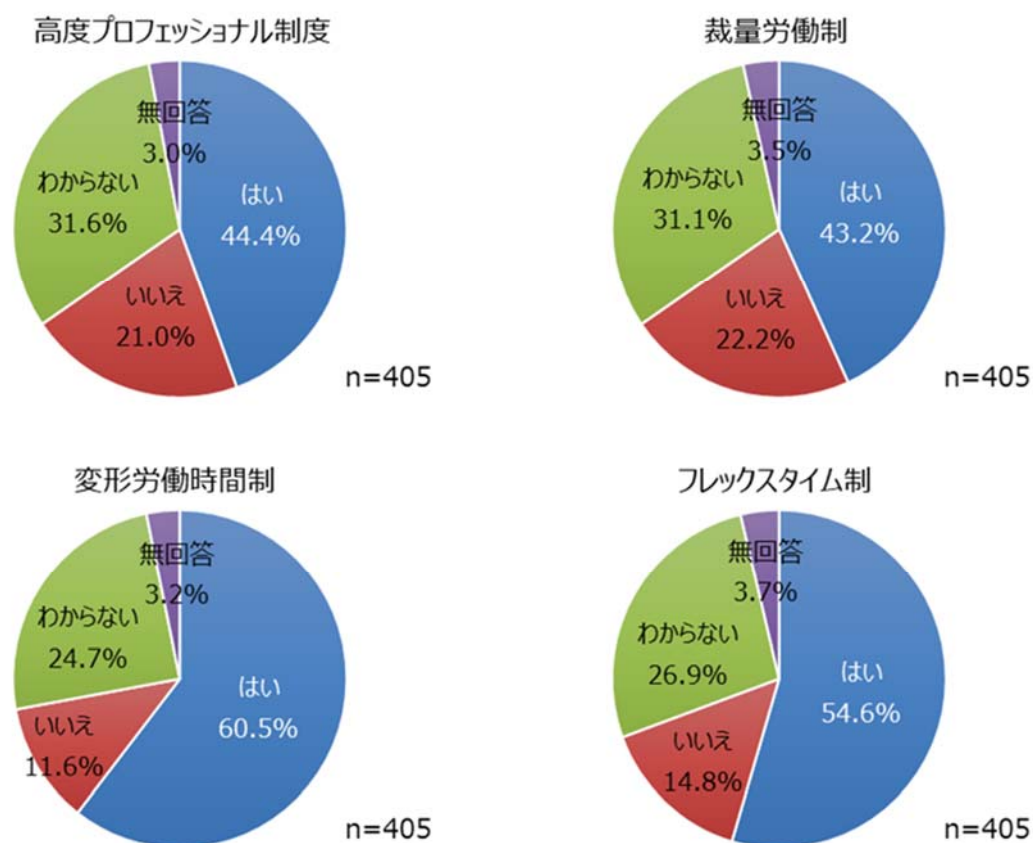
そこで、現在の医療事情に対応した項目を追加すべきかどうかを問うてみると、「追加すべき」と答えたのは 46%、「いいえ」は 17%であり、「わからない」割合は 35%と少なくはなかった。

応召義務そのものを撤廃すべきかについては「はい」は 18%、「いいえ」は 27%であり、「わからない」が最も多く 52%と、この問題の難しさを示していた。

いずれにしても、応召義務と労働時間の調和を図ることが重要である。

5-5. 以下の働き方について、医師に適用すべきであると思いますか。

	高度プロフェッショナル制度		裁量労働制		変形労働時間制		フレックスタイム制	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
はい	180	44.4%	175	43.2%	245	60.5%	221	54.6%
いいえ	85	21.0%	90	22.2%	47	11.6%	60	14.8%
わからない	128	31.6%	126	31.1%	100	24.7%	109	26.9%
無回答	12	3.0%	14	3.5%	13	3.2%	15	3.7%
合計	405	100.0%	405	100.0%	405	100.0%	405	100.0%



【結果と考察】

「高度プロフェッショナル制度」、いわゆる「残業代ゼロ制度」は、労働基準法第 32 条の適用を除外し、労働者が、労働時間とは関係なく、仕事の成果で処遇し一定の報酬を支払うという内容である。対象となる労働者は、高度専門職で一定の収入（年収 1,075 万円以上）がある者とされている。しかし、ハードルの高い条件が課せられるとはいえ、長時間労働による「過労死」や、残業代ゼロなどの「企業のブラック化」が加速するのではという危惧がある。現在のところ、勤務医はその対象とはなっていないが、もし対象となれば医師の過重労働にさらに拍車がかかり、結果として第 2 次医療崩壊が勃発することにもなりかねない。

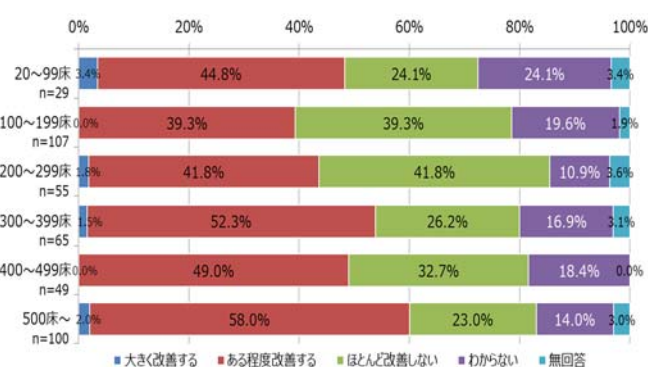
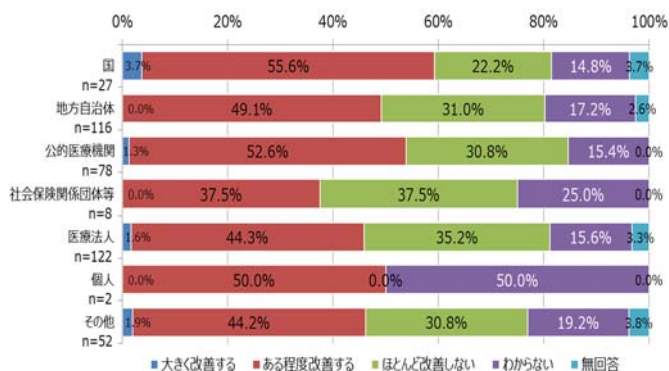
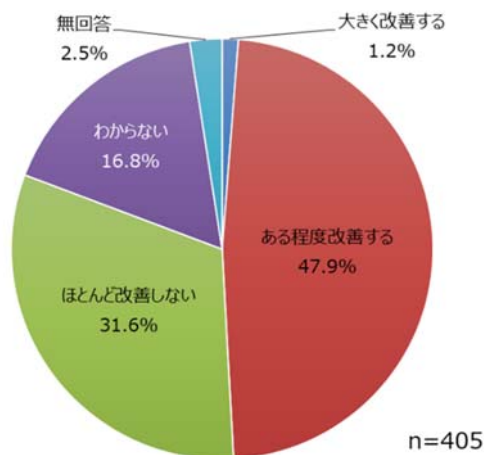
一方、「裁量労働制」とくに「専門業務型裁量労働制」については、業務の性質上、業務遂行の手段や時間配分などを労働者の裁量に委ねる必要性が高い、専門的な業務に適用される制度で、弁護士や公認会計士など 19 業種が対象とされているが、医師については患者の命にかかわる業務であり、その適用については否定的であるものの、大学病院臨床系教員には適応を考えるべきであるとする意見もある。

また、「変形労働時間制」やその一形態である「フレックスタイム制」については、労働時間を柔軟に調整でき、すでに数多くの職種や業種で導入されている制度であるが、医療の特殊性からして導入にはなじまないものとされている。

これらの働き方について、医師への適用を問うてみると、「変形労働時間制」が 61%と最も多く、55%の「フレックスタイム制」がつづいていた。「高度プロフェッショナル制度」と「裁量労働制」はそれぞれ、44%、43%と半数に満たなかった。

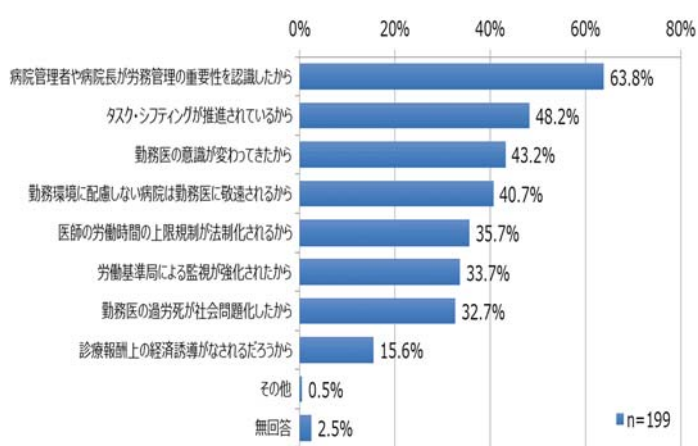
5-6. 「医師の働き方改革」で、労働環境が改善すると思いますか。

	病院数	割合
大きく改善する	5	1.2%
ある程度改善する	194	47.9%
ほとんど改善しない	128	31.6%
わからない	68	16.8%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



5-7. 5-6で「大きく改善する」「ある程度改善する」と回答された病院にお聞きします。その理由を教えてください。（複数回答可）

	病院数	割合
病院管理者や病院長が労務管理の重要性を認識したから	127	63.8%
タスク・シフティングが推進されているから	96	48.2%
勤務医の意識が変わってきたから	86	43.2%
勤務環境に配慮しない病院は勤務医に敬遠されるから	81	40.7%
医師の労働時間の上限規制が法制化されるから	71	35.7%
労働基準局による監視が強化されたから	67	33.7%
勤務医の過労死が社会問題化したから	65	32.7%
診療報酬上の経済誘導がなされるだろうから	31	15.6%
その他	1	0.5%
無回答	5	2.5%

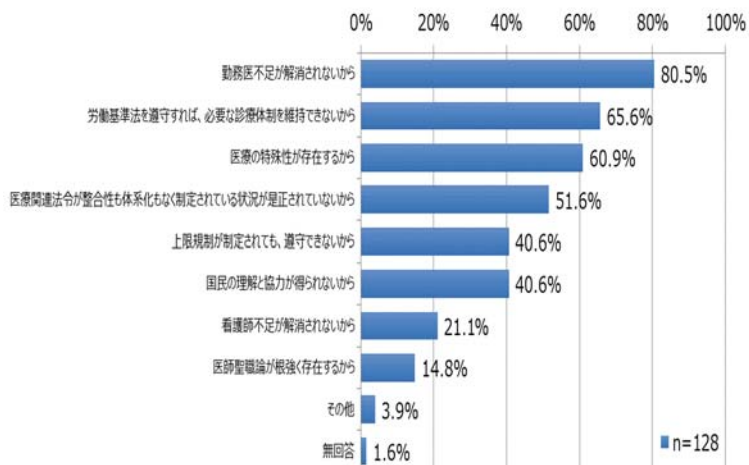


	n=14		n=42		n=24		n=35		n=24		n=60	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
病院管理者や病院長が労務管理の重要性を認識したから	7	50.0%	24	57.1%	16	66.7%	23	65.7%	16	66.7%	41	68.3%
タスク・シフティングが推進されているから	3	21.4%	20	47.6%	12	50.0%	17	48.6%	13	54.2%	31	51.7%
勤務医の意識が変わってきたから	6	42.9%	14	33.3%	12	50.0%	12	34.3%	12	50.0%	30	50.0%
勤務環境に配慮しない病院は勤務医に敬遠されるから	6	42.9%	16	38.1%	9	37.5%	13	37.1%	14	58.3%	23	38.3%
医師の労働時間の上限規制が法制化されるから	4	28.6%	15	35.7%	9	37.5%	11	31.4%	11	45.8%	21	35.0%
労働基準局による監視が強化されたから	7	50.0%	17	40.5%	8	33.3%	8	22.9%	8	33.3%	19	31.7%
勤務医の過労死が社会問題化したから	6	42.9%	14	33.3%	10	41.7%	11	31.4%	7	29.2%	17	28.3%
診療報酬上の経済誘導がなされるだろうから	2	14.3%	3	7.1%	3	12.5%	6	17.1%	5	20.8%	12	20.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	2	8.3%	0	0.0%	1	4.2%	2	3.3%

5-8. 5-6で「ほとんど改善しない」と回答された病院にお聞きします。

その理由を教えてください。（複数回答可）

	n=128	
	病院数	割合
勤務医不足が解消されないから	103	80.5%
労働基準法を遵守すれば、必要な診療体制を維持できないから	84	65.6%
医療の特殊性が存在するから	78	60.9%
医療関連法令が整合性も体系化もなく制定されている状況が是正されていないから	66	51.6%
上限規制が制定されても、遵守できないから	52	40.6%
国民の理解と協力が得られないから	52	40.6%
看護師不足が解消されないから	27	21.1%
医師聖職論が根強く存在するから	19	14.8%
その他	5	3.9%
無回答	2	1.6%



	n=7		n=42		n=23		n=17		n=16		n=23	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
勤務医不足が解消されないから	6	85.7%	32	76.2%	21	91.3%	14	82.4%	15	93.8%	15	65.2%
労働基準法を遵守すれば、必要な診療体制を維持できないから	6	85.7%	24	57.1%	18	78.3%	11	64.7%	10	62.5%	15	65.2%
医療の特殊性が存在するから	3	42.9%	26	61.9%	20	87.0%	8	47.1%	11	68.8%	10	43.5%
医療関連法令が整合性も体系化もなく制定されている状況が是正されていないから	5	71.4%	19	45.2%	14	60.9%	10	58.8%	8	50.0%	10	43.5%
上限規制が制定されても、遵守できないから	3	42.9%	14	33.3%	14	60.9%	6	35.3%	6	37.5%	9	39.1%
国民の理解と協力が得られないから	2	28.6%	16	38.1%	11	47.8%	6	35.3%	10	62.5%	7	30.4%
看護師不足が解消されないから	2	28.6%	8	19.0%	6	26.1%	3	17.6%	4	25.0%	4	17.4%
医師聖職論が根強く存在するから	1	14.3%	5	11.9%	3	13.0%	3	17.6%	4	25.0%	3	13.0%
その他	1	14.3%	0	0.0%	1	4.3%	2	11.8%	0	0.0%	1	4.3%
無回答	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.3%

【結果と考察】

ほぼ半数（49%）は「改善する」としていた一方で、3つに一つの病院（32%）は「改善しない」と考えていた。

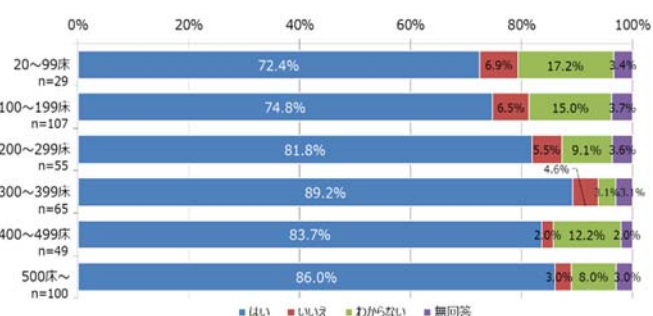
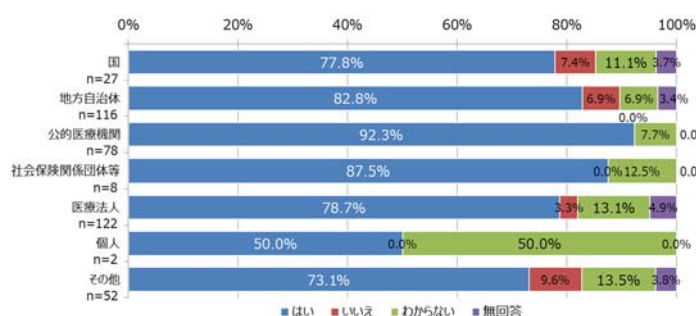
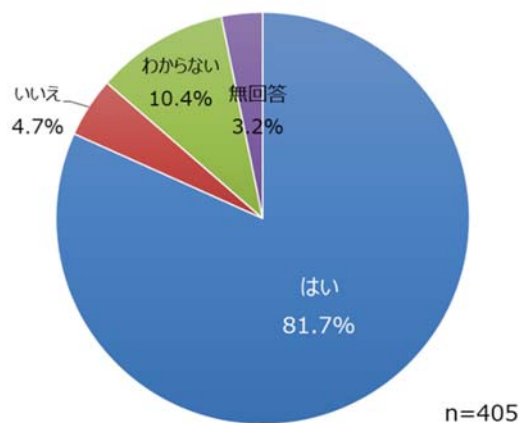
「改善する」理由としては、「病院管理者や病院長が労務管理の重要性を認識」が最も多く、全体の6割以上を占めていた。第2位は「タスク・シフティングの推進」（48%）、第3位「勤務医の意識の変化」（43%）であり、「上限規制の法制化」（36%）、「労働基準局の監視強化」（34%）、「過労死の社会問題化」（33%）が3割台でつづいていた。

一方、「改善しない」理由は、「勤務医不足」であるため8割以上を占めており、改めて、働き方改革を左右する大きな要素であることが示されている。第2位は「労基法を遵守すれば、必要な医療提供体制を維持できない」（66%）であり、日本の医療が労働基準法違反を前提に成り立っていることを裏付けている。ついで、「医療の特殊性」が第3位の61%を占めたことは、一般業種とは違う医療現場の実情に応じた柔軟な制度改革が求められていることを示している。また、「医療関連法令の整合性や体系化のなさ」（52%）については、「医療の哲学」としての医療基本法の制定の必要性が理解されている表れであろう（問6-1の②）。このように「改善しない」とする割合は、「改善する」を下回っているものの（32%vs49%）、少なからぬ病院が働き方改革の先行きを不安視していることが想像できる。しかし、働き方改革がどのような形になるにせよ、病院や勤務医、患者、そして国民の行動がどう変わるのかは、完全には予測できるものではなく、「勤務医の健康確保」と「地域医療の確保」という相反する命題の解決に向けて、まずは取り組むしかないのが現実であろう。

そこで重要になってくるのが、医療の三原則「オレゴンルール」～「容易なアクセス（easy access）」、「質の高い医療（high quality）」、「安い医療費（low cost）」～という医療の理想の形をどのように満たしていくかである。「国民は三つのうち二つは自由に選択できるが、三つとも求めることは不可能である」とされているものの、日本の医療は三つすべてを求められ、すべてを満足させてきた。しかし、その結果として、勤務医の過重労働が生じ、医療崩壊が起き、医師の働き方改革をせざるを得ない状況に陥ってしまった。はたして、働き方改革の目的である「勤務医の健康確保」と「地域医療の確保」を両立させるためには、「easy access」、「high quality」、「low cost」にどのように対応すればよいのか、今後の議論に注目したい。

5-9. 「医師の働き方改革」は、診療報酬による財政的支援が必要だと思いますか。

	病院数	割合
はい	331	81.7%
いいえ	19	4.7%
わからない	42	10.4%
無回答	13	3.2%
合計	405	100.0%

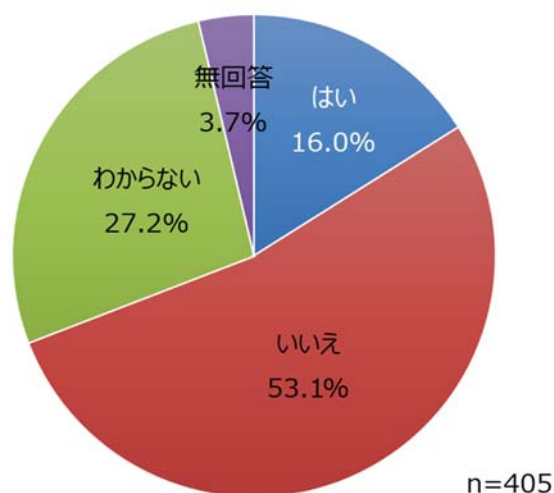


【結果と考察】

中央社会保険医療協議会において、診療側からは働き方改革に必要な「財源を診療報酬で手当てする」ことを求める声が上がった一方で、支払側は「働き方改革と診療報酬は別の議論」と反論するなど、激しいやりとりになった経緯があり、また、診療報酬で全国一律に対応することに対する多少の違和感も存在する。確かに、医師の働き方改革によって、これまで当直として扱ってきたものを、時間外勤務として割増賃金など時間外勤務手当を支払わなければならない可能性が高く、あるいは、時間外勤務時間上限を遵守しながら病院医療機能を維持するには、医師や看護師、あるいは医師事務作業補助を増員せざるを得なくなるなど、明らかに人件費は増大し、病院運営が厳しくなることを、病院側は憂慮している。また、働き方改革は、地域医療の確保とともに、医療を受ける国民の医療安全に資するものであり、それを支えるには一定の財源が必要であるとして診療報酬による財政的支援を求める声もある。このことを反映してか、本調査では405病院中331病院の82%が財政的支援を求め、支払い側の「医師の働き方改革を、患者に負担させるのではなく、まずは、病院マネジメントを改善すべきである」としたのは、わずか19病院5%に過ぎなかった。

5-10. 医師は「労働者ではなく、聖職」であると思いますか。

	病院数	割合
はい	65	16.0%
いいえ	215	53.1%
わからない	110	27.2%
無回答	15	3.7%
合計	405	100.0%



【結果と考察】

労働基準法第9条では、「労働者とは、職業の種類を問わず、事業又は事務所に使用される者で、賃金を支払われる者をいう」と定めている。この定義からすると、医師も労働者であることは明白である。しかし、「労働者でなく、聖職」と回答した病院は、405病院中65病院16%に上っていた。確かに、「患者の命に関わる」という医療の特殊性からすれば聖職であることに異論はないが、「事業又は事務所に使用される者で、賃金を支払われる者をいう」点においては特殊性は勘案されず、労働基準法が適用される。「いいえ」と回答した215病院（53%）は、そのように解釈したのであろう。

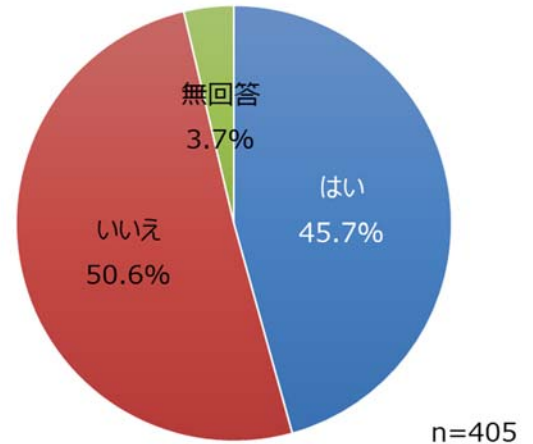
一方、本来、労働基準法は昭和20年代初期に、炭鉱や工場の労働者の勤務環境改善を目的に成立したものであって、労働者としての医師を想定したものではなかった。さらには、医療が当時とは大きく変貌しており、医師の労働環境を現行の労働基準法でコントロールしようとするそのものに、矛盾や無理が生じており、その是正のために、時間外勤務時間の上限規制、連続勤務時間制限や勤務間インターバルなど医師の働き方改革がなされようとしているとも言えよう。

VI. その他

6-1. 「医師基本法」の制定についてお聞きします。

① 日本医師会が中心となって「医療基本法」の制定の準備がなされていることを知っていますか。

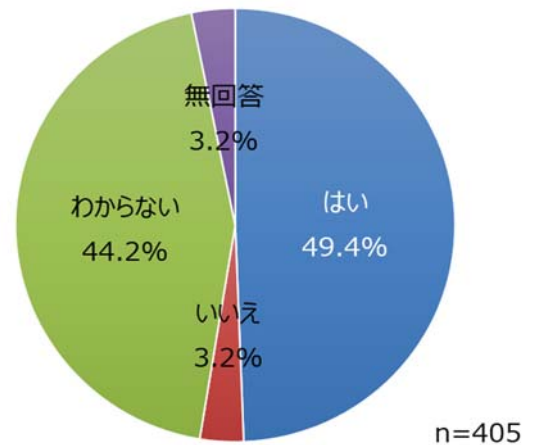
	病院数	割合
はい	185	45.7%
いいえ	205	50.6%
無回答	15	3.7%
合計	405	100.0%



「はい」は 405 病院中 185 病院の 46% (前回 42%)、
「いいえ」は 205 病院 51% (前回 58%) であった。

② 地域医療再生のためには、「医療基本法」の制定が必要だと思いますか。

	病院数	割合
はい	200	49.4%
いいえ	13	3.2%
わからない	179	44.2%
無回答	13	3.2%
合計	405	100.0%



「必要である」と思う病院は前回の 33% から 49% に増加し、「いいえ」は 3% に過ぎなかったが、「わからない・その他」が、依然として 179 病院の 44% (前回 70%) を占めており、①の設問とあわせ、「医療基本法」制定の背景やその内容が、十分には認識されていないことを物語っている。

【考察】

平成 26 年 3 月に日本医師会医事法関係検討委員会が取りまとめた『「医療基本法」の制定に向けた具体的提言(最終報告)』では、第 1 章総則第 1 条において、「この法律は、医療が国民の生命と健康を守る重要な役割を担うことにかんがみ、すべての国民が、安心、安全な医療を等しく受ける権利を享受し、医療提供者と患者等の信頼関係にもとづいた医療が実現されるために、医療の基本理念及び原則を定めるとともに、国、地方公共団体等の責務及び医療に関する施策の基本的事項、並びに医療を提供する者、医療を受ける者をはじめとする国民の役割を明らかにすることを目的とする」と記されている。そして、それぞれ「国の責務」、「地方公共団体の責務」、「医療提供者の責務」、「医療提供施設の責務」、「国民の責務」が言及され、医療提供体制を確保するための施策、医療提供者等の権利と義務、患者の権利と義務などが明記されるなど、“医療の憲法”としての位置づけがなされている。

一方、日本病院会地域医療委員会では、現場実態とかけ離れ、しかも、医療従事者の規制を中心とした医療関連法令や行政通達が、一貫性もなく、体系化もなされず、整合性もないまま制定されていることが問題であり、これらが“制度の壁”となって地域医療再生を妨げていることを指摘してきた。そして、このような“制度の壁”を打ち破り、地域医療の再生を成し遂げるためにという観点から、医療施策全体を貫通し「日本の医療のあり方そのもの」を明示する“医療の哲学”としての基本理念、すなわち「医療基本法」制定の必要性を訴えてきた。

医療法や医師法あるいは労働基準法など矛盾の多い「個別法」としての医療関連法令に統一性と整合性をもたせ、適切に機能させるためには、その根幹となる「親法」としての医療基本法の制定が望まれる。

【まとめ】

日本病院会会員病院を対象に、勤務医不足と医師の働き方改革に関するアンケート調査を実施した。

勤務医不足に関する質問では、直近5年間で常勤医師が増加した病院は、前回平成27年の調査とまったく同様に約5割、逆に減少した病院が約2割存在。地域別、病床規模別、開設母体別の結果を勘案すると、勤務医の「都市部の大規模公的病院」での増加と、「地方の中小規模民間病院」での減少が一層顕著になっており、医師の地域偏在は解消するどころか、逆に拡大していることが示唆された。また、勤務医が増加した病院を含め、ほとんどの病院が「医師不足感」を抱き、「勤務医確保は困難」と実感。自院の医療機能を見直しても、勤務医不足は解消できないと考えていた。

確かに、マクロ的には、医学部入学定員の増員により医師数は増加しつつあるが、この調査結果からも明らかのように、地域偏在や診療科偏在など、ミクロ的には勤務医不足感はぬぐい切れていない。

医師偏在指標については、その必要性は認識されていたが、指標の適切さについては、「へき地等の地理的条件別医師数」への評価が低く、過疎地等への理解が十分ではないように思われた。都道府県は、医師偏在指標をもとに、「医師少数区域」および「医師多数区域」を設定し、医師偏在対策などを盛り込んだ「医師確保計画」を策定することとなっており、今後の展開を注目したい。

勤務医の確保方法としては、その医師派遣機能が弱体化したといわれながらも、「大学医局からの派遣」によるものが圧倒的に多く、いまだに“大学詣”が行われていることがうかがわれる。地域医療支援センターを含む地方自治体による医師派遣は、前回調査と同様に極めて少なく、依然として機能していないようである。

注目すべきは、4割近くの病院が勤務医確保の手段として「人材斡旋会社」を利用していることであり、病院が手数料として支払った年間平均額は約300万円から800万円に上っている。「人材斡旋会社」への依存は、費用面のみならず、良質な医療の提供や安全性の観点からも看過できない問題であり、医師斡旋紹介業者に対して一定の規制をかけることが必要な時期にきていると考える。

近年、勤務医確保のための窮余の策として、大学医学部への「寄付講座」の設置が、勤務医不足に悩む全国各地の自治体で見受けられるようになってきた。しかし、その開設のために1病院当たり2,000万円を超える公金が投入されており、大学医局による通常の医師派遣との違いが明確でないことを考慮すれば、全国の「寄付講座」の開設実態を調査してみる必要があろう。

勤務医不足解消策として、7割以上の賛同が得られたのは、「総合診療医の育成」と「医療計画による医師確保対策の強化」の二つであった。

「総合診療医の育成」は前回調査と同様の第1位であり、そのような医師こそ勤務医不足に難渋している地方の病院が求めている姿であること示している。

第2位の「医療計画による医師確保対策の強化」は、第7次医療計画において「医師確保計画」を策定することが都道府県に義務付けられたことに起因するものであろう。「医学部地域枠・地元出身入学者枠の活用」については、前回の賛同率第2位（73%）から第5位（63%）に低下したものの、もっとも現実的かつ即効的な解消策であることに疑いはなく、その運用方法の改善が望まれる。

一方、規制的手法については、一向に改善しない勤務医の不足と地域偏在に悩む地方の病院にとっては、決して諦めることができない医師確保対策であり、数年前に日本医師会等による『医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言』で、“医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない”と明記されるなど、一時は追い風が吹いているように思われた。しかし、「医療従事者の需給に関する検討会」などでの否定的意見の影響もあってか、今回の調査では、「医師の計画配置」を含め、規制的手法に対する賛同率は一様に低下、その背景には今年度より都道府県が策定する「医師確保計画」への淡い期待があるのかもしれない

いずれにしても、地域あるいは診療科偏在の是正は、地域医療再生のための最大の課題であることは言うまでもなく、これらを、単に「数」の問題としてではなく、「制度」の問題、ひいては「日本の医療のあり方そのもの」の問題と捉えて、その対策を講じることが重要であると言える。

医師の労務管理は、健康確保はもちろんのこと、直接的間接的に医療の質と安全性に影響するものである。

今回の調査では、医師の宿日直を除いた週平均勤務時間41時間、月平均宿日直回数4回および宿直翌日通常

勤務割合 45%、月平均時間外勤務時間 29 時間など、先行する複数の調査と比較して、明らかに減少しており、病院が勤務医の労働環境の改善に努めていることがわかる。しかし、その一方で、1 カ月の時間外勤務時間が 80 時間を超える勤務医の割合は前回の 14%から 10%に減少したものの、依然として 10 人に 1 人が過労死の基準を超え、労働基準局長通達の「宿直は週 1 回、日直は月 1 回を限度とする」を遵守できていない病院が 3 つに一つ存在。さらには、月「9 回以上」の宿日直を強いられる非常に過酷な病院も存在するなど、特定の医師に業務が集中している実態が明らかとなった。

このように厳しい労働環境の問題を是正するために、まずなすべきことは「労働時間の把握」である。

しかし、「出勤簿」、「時間外勤務記録」、「自己申告」という、数十年前から行われてきたアナログ的な時間管理方法が大半を占め、厚生労働省が推奨する「IT の活用」や「タイムカード」といった手法は少数にとどまっていた。医師の過重労働が社会問題となったにもかかわらず、適正に実施されているとは言い難く、多くの病院が「医師の労働時間を管理する意識が希薄であった」と自省していたことは、注目に値する。

労働時間と自己研鑽については、医師は労働しながら学ぶことが多く、「労働時間」と「自主的な勉強」を明確に分けることは難しい。しかし、国から一定の考え方と手続きが示され、すでに区分基準を設けている病院も 3 つに一つ存在しているなど、両者の区分についての進展が期待される。ただし、自己研鑽は、適正で良質な医療を実践するための大前提であり、それが妨げられるような区分基準は、結果的に医師のモチベーションを低下させる危険性も有していることに留意すべきであろう。

応召義務については、「診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と医師法第 19 条で規定されている。しかし、法定労働時間との関連性については言及されておらず、労働基準法第 32 条で規定されている「法定労働時間週 40 時間」を超えて診療することは、現時点では、診療を拒否できる「正当な事由」には該当しない。つまり、診察治療の求めがあった場合には、労働基準法違反となる法定労働時間を超えても診療しなければならず、矛盾した両法は“制度の壁”となり適正な医療の提供を妨げている。一方、昭和 23 年に制定された応召義務は、職業倫理・規範としての性格を持っていることから、勤務医の長時間労働を肯定する背景となっていることも指摘されており、厚労省においては、現在の社会状況に相応したものの見直しが検討されているようである。

※応召義務については、「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈に関する研究」として研究、報告書がまとめられました。<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201821061A>

医師の働き方改革における「時間外労働の上限規制」設定に伴い、宿日直許可基準と宿日直業務の労働時間の取り扱いが関心を集めている。

宿直は、「医師が入院患者の病状の急変に対処するため病院内に拘束され待機している状態」をいい、労働基準法上の労働時間となる。ただし、「一般的許可基準」（常態としてほとんど労働する必要のない勤務）に加え、「医師、看護師等の宿直許可基準」（特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務）を満たした場合には、労働時間規制は適用除外され、労働時間とはみなされない。しかし、昭和 24 年の通達であり、近年の医療現場における実態にそぐわなくなっているために、本年 7 月 1 日「医師、看護師等宿日直許可基準について」の厚生労働省労働基準局長通達（基発 0701 第 8 号）が発出され、宿日直基準の明確化がなされた。

本アンケート調査では、宿日直許可を受けている病院割合は約半数（49%）、そのうち 3 つに一つ（32%）の病院では、宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われているという違法状態にある。しかも、すべて時間外勤務として割増賃金を支払っている割合はわずか 12%に過ぎず、大多数が宿日直手当に定額あるいは実働時間割増賃金を加えた併給方式をとっていた。

しかし、昨今、労働基準監督署が宿日直業務を時間外労働と認定して、併給方式ではなく割増賃金の支払いを命ぜられるケースが急増しており、2024 年 4 月から適用される「時間外労働の上限規制」を逸脱してしまうことも懸念される。

重要な労務管理の一つとしての医師に対する 36 協定の締結状況は、今回、平成 25・27 年調査の 7 割程度から約 9 割に増加しており、病院管理者が適正な労務管理に取り組みだしたことの表れと言えよう。しかし、労働基準局からは是正勧告を受けた病院は、前回調査の 25%から 49%に倍増、その大半が法定労働時間に関する

「第 32 条違反」と、割増賃金に関する「第 37 条違反」および 36 協定に関する「36 条違反」であった。

さらには、「宿日直の定義」、「宿日直許可基準」、「宿日直と労働時間」、「オンコールと労働時間」、「時間外勤務と割増賃金」、「自己研鑽と労働時間」、「36 協定特別条項と時間外勤務時間」、あるいは「応召義務」など、医師の労務管理は、医療の特殊性と複雑に絡み合いながら、矛盾に満ちた数多くの問題を抱えている。

このような臨床現場の実態を考えると、病院のマネジメント能力の強化・充実は、働き方改革の実現のために欠かすことができない重要な命題であることは言うまでもない。現実、本アンケート調査の結果からも明らかなように、大多数の病院管理者・病院長は「医師の働き方改革」の議論をきっかけに意識を覚醒させ、さまざまな壁が存在するものの、勤務医の労働環境の改善を目指して、真剣に適正な労務管理に取り組んでおり、今後の動向を注視したい。

いずれにしても、医師の働き方改革は、本質的には「地域の医療提供体制」と「勤務医の確保」の問題であり、地域医療構想および医師偏在対策と「三位一体」であるといわれる所以であり、今後の日本の医療の行方を左右するものであることに異論はなからう。

その実現に向けて、病院、医師会、病院団体、地方自治体、そして住民など、それぞれのステークホルダーが、「個の最適化ではなく、全体の最適化」を共通言語に、心をついにベクトルを合わせ、「この国に生まれてよかった、この地域に住んでよかった」と思える医療提供体制を構築し、次の世代へのより良き贈り物とすることを期待したい。

※過去の調査報告については、以下の URL をご参照ください。

平成 25 年 8 月

「地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート報告書

http://www.hospital.or.jp/pdf/06_20131029_01.pdf

平成 28 年 5 月

「地域医療再生に関するアンケート報告書」

http://www.hospital.or.jp/pdf/06_20160528_01.pdf

【担当委員会名簿】

医療政策委員会

会 長	相 澤 孝 夫
担当副会長	岡 留 健一郎
委員長	中 井 修
副委員長	塩 谷 泰 一
委 員	木 野 昌 也
	田 中 一 成
	中 佳 一
	平 野 明 善
特別委員	甲 斐 克 則
	高 木 安 雄
	高 橋 正 明

一般社団法人 日本病院会

医療政策委員会

