



日本医学会連合労働環境検討委員会

報告書(提言)

**科学的エビデンス（根拠）に基づく
医師の働き方改革を：「良質で安全な医療の提供」と
「勤務医の健康確保」のために**

2018年12月27日
日本医学会連合労働環境検討委員会

要旨

1. 今回、問題が提起された社会的・政治的な背景

過労死問題の大きな転機となったのは、2000年の最高裁判決である。2001年には「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」に長期間の過重業務が新たな認定要件として追記され、2002年に「過重労働による健康障害のための総合対策」通達が出され、労働安全衛生法の改正による長時間労働者の面接指導制度に繋がった。さらに、2011年には「精神障害の労災認定」の認定基準が改定された。

一方、医師についても医師の突然死や過労自殺に関する裁判事例の影響もあり、関心が高まった。医師の特殊性として、労働者性の議論、応招義務など現在でも医師の間で議論があるが、社会全体の働き方改革の流れの中で、労働時間の上限規制の適用は5年間猶予され、医師の労働の特殊性に鑑みた制度設計の議論が進んでいる。

2. 長時間過重労働と健康、医療安全(最近の疫学知見)

(1) 長時間過重労働と健康やメンタルヘルス(うつ、自殺など)の関係

週35～40時間の標準的な労働時間を基準としたとき、週55時間を超える労働者に循環器疾患の発症リスクが上昇することが欧州で確認されている。この関係は冠血管疾患より脳血管疾患でより明らかで、労働時間が長くなるほどリスクが上昇していた。抑うつ障害の発症をアウトカムとした同様のメタアナリシスでも、弱いながらも統計学的に有意なリスク上昇が確認された。地域別のサブ解析では、日本を含むアジア諸国で欧米より強いリスクがみられている。

長時間労働が循環器疾患の発症に寄与するメカニズムについても、心房細動の発症との関連のほかに、短い睡眠時間が冠血管疾患リスクを予測し、長時間労働が睡眠時間とともに質も阻害することや飲酒量増加を来たしやすいたことが示されている。

医師における、長時間労働と抑うつ、バーンアウトに関する横断研究は、我が国の知見を含め数多く存在する。米国での勤務時間制限施行後に、レジデントのバーンアウトの頻度が減少し、ウェルビーイング(身体的・精神的・社会的に良好な状態)が向上しているとするデータがある。

(2) 医療事故、医療安全との関係(海外の論文を含む)

最近の論文では、労働時間の短縮で医療安全が向上した、あるいは相関を認めなかったとする研究結果が複数報告されている。

現時点では、医師の労働時間と医療安全に関する研究蓄積は充分ではない。しかし、不眠不休で集中力が低下した医師の診療行為を放置することは患者の医療安全の面で問題があるとの指摘がある。

3. 医学・医療の特殊性

(1) 固有な問題

我が国の医師は、多大な時間を他職種によって代行が可能な作業に費やしており、これが医師の疲弊の原因となっている。さらに自己研修や生涯学習が必須の職業である。

応招義務および患者ファーストの精神に基づき医師が恒常的に行っている、終末医療における時間外臨終対応、休日・時間外の患者家族説明、軽症患者の夜間救急外来受診、紹介状を持たない専門医療機関受診への対応などが、医師の疲弊の原因となっている。

近年女性医師が増加し、医師養成課程で3割に達している。女性医師は常勤医の比率が低く、結婚・出産・育児のために離職するケースが多い点については、女性医師の勤務環境は、ジェンダーバランスの視点からも医療人材の量的充足の問題から見ても喫緊の改善が望まれる。

(2) 診療科別の多様な問題

小児科では、休日・夜間の受診率が全受診の1割前後を占めている。また、産科は、出産

は日中が約半数、準夜帯および深夜帯がそれぞれ4分の1を占めているなど医療の需要が全日的にばらついている特徴がある。したがって、病院機能の集約化やグループ診療制度、交代制勤務などの配慮が望まれる。

(3) 医師の宿日直勤務を時間外勤務として扱う場合の留意点

当直医への対応策として、翌日の勤務を免除して休息の時間をあたえることや、時間外手当支給などが考えられているが、病院経営に与える負担は大きく、財政支援が望まれる。また、地域医療を担う病院の業務縮小、ひいては地域医療の崩壊を引き起こさないよう留意する必要がある。

4. 医療界の状況

(1) 医師の働き方(労働)実態

① 医師の労働時間

医師では長時間労働の比率が一般労働者に比べて著しく高い。平成24年就業構造基本調査(総務省統計局)によれば、医師の労働時間が週60時間(過労死の認定基準の一つである月80時間の時間外労働に相当)を超える労働者の比率が一般労働者では14.0%であるのに対し、医師では41.8%となっている。さらに、週75時間を超える比率が、医師では17.2%と一般労働者の2.6%の6倍以上である。報告された医師の平均労働時間は、男性は20~40代において週60時間を超えている。過労死の認定基準の1つとされる時間外労働80時間/月を平均値で超えていることになる。

医師の労働時間に関する定義が判然としないことが長時間労働の原因の一つとしてある。問題は、当直や宅直オンコールと呼ばれる時間の存在である。

② 平均労働時間の国際比較—対欧州諸国—

ドイツ、フランス、イギリスなどでは、25歳~54歳の男性医師の労働時間は週55時間以下であり、女性医師は週50時間を下回っている。一方、「診療+診療外+当直」時間で計算した日本の医師の労働時間(平成28年)は、これら欧州諸外国の約20年前の値と比較しても、週5~10時間程度長い。

③ 平均労働時間の国際比較—対米国—

アメリカでの医師の労働時間は、ホワイトカラー・エグゼンプションの対象であるものの、日本の医師の労働時間より短く、また、性別で比較すると、男性医師は週51.7時間、女性医師は週44.4時間であった。

(2) 我が国の医師不足の実態

① 日本の医師数32万人はOECD平均から見ると10.6万人不足

日本では1985年から医学部定員削減を開始したが、一方、医師不足が問題となり2008年度から医学部定員増が開始された。しかし2016年12月31日の医師数319,480人が2015年OECD加盟国単純平均並みに存在すると仮定すると約10.6万人不足している。

医療供給体制の比較では、人口当たりの医師数がOECD平均の7割にも拘わらず、医師当たりの外来受診回数は平均の約2倍、医師当たりの病床数も2~4倍である。国民一人当たりの受診数は約2倍で、日本は「国民にとっては極めて安心できる医療を、非常に少ない医師が必死で提供している状態」である。

② 地域偏在と医療需要のアンバランス

日本で医師数が日本一多い高知県でも、OECD平均(2015年1,000人当たり3.2)に到達しておらず、さらに日本で一番医師不足の埼玉県では高知県の約半数のレベルで、地域偏在が深刻な問題となっている。医師不足が顕著な首都圏の埼玉・千葉・神奈川は高齢者増加率が上位を占めているので、今後、医師のさらなる負担増加が危惧される。

③ 医師の労働環境が診療科偏在を加速

厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会の資料では、勤務時間が週60時間以上である割合は産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科48%、外科系約47%、小児科45%であった。医師の労働環境は若手医師の診療科選択にも大きな影響を与えており、診療

科偏在是正のためにも医師の労働環境改善は待ったなしである。

④業務量で換算した日本の入院患者一人あたりの医師数

1日の入院中の患者数に換算した患者1人あたりの医師数を計算すると、日本0.09人、フランス0.24人、ドイツ0.22人、イタリア0.36人、アメリカ0.36人で日本はOECD諸国に比べて業務量あたりの医師数は非常に少ない。

⑤実働数で換算した医師数

米国は医師数を実働数（FTE：Full-Time-Equivalent：フルタイム勤務の医師数として換算）でカウントしているが、我が国も医師数を実働数で把握し若手医師の進路選択を判断する材料を提供すべきである。

⑥厚生省・医師需給検討会(2018年)では2033年に36万人で均衡との予測

2033年頃に約36万人で医師需給が均衡し2040年には医師供給が約25,000人過剰となると見込んだが、1) 仕事量推計に、70歳を超える医師も週に32時間働くとして試算したことが妥当か、2) 入院患者数および外来患者数等の業務量を加味した医師数を検討する必要があり、3) 36万人で地域や診療科偏在が解消可能か？予測の再吟味と再評価が求められる。

⑦今後の「医療従事者の需給に関する検討会」に期待すること

過労死等が問題になっている医師不足の現場に、さらに超高齢化社会の到来で医療需要の増大が押し寄せる。また、医師不足の地域格差がより広がるとの推計もある。今後、「実働医師数」を基本に、医師の労働時間を改善する等の視点での綿密なデータの収集と詳細な分析を求めたい。

⑧仕事の sharing：特定看護師や Physician assistant (PA) の導入とその条件

新たな医師の需給推計では、遅くとも2033年頃には医師の需給が均衡するとされたが、それまでいかにして医師の労働環境を改善するかは、避けて通れない。米国やドイツ等で活躍しているフィジシャンアシスタント（Physician assistant：PA）導入を我が国でも早急に検討実施すべきである。

(3)交代制勤務が求められる今後の医療提供体制

時間外の入院患者診療を当直医に任せることができれば労働環境はかなり改善する。主治医制により、宿直医の判断を得ず、主治医に直接に連絡が行く体制も問題である。フィジシャンアシスタント（PA）などを導入し、特定看護師制度などに加え、複数主治医制や交代制勤務等を積極的に検討すべきである。病院においては、病院長や事務長が労務管理の点で各医師の勤務実態をより適切に把握する仕組みも大事である。

(4)アメリカやEUなど海外の研修医や医師の労働時間規制

欧州EUでは欧州議会の決議で週48時間の労働時間の上限が医師にも適用される。労使でそれ以上働くことができるとする「オプトアウト」という例外規定を利用して医師の長時間勤務を認めている国もあるが、「勤務間インターバル規制」により1日11時間の休息を取らせる義務があり週78時間が事実上の上限になっている国が多い。

また、アメリカでは医師は専門的職種として「ホワイトカラー・エグゼンプション」の対象であり、労働時間に関する規制はゆるやかではあるが、日本よりも医師の労働時間は短い。

5. 他団体によるこれまでの施策、提言等から整理できること、および日本医学会連合の考え方

厚生労働省の検討会、日本医師会、四病院団体協議会等から種々の提案がなされている。また日本医学会連合の下にある日本外科学会、日本麻酔科学会、日本産科婦人科学会からはそれぞれ具体的な提言や声明が出されている。

これらの共通点は、医師の働き方改革を行う際、「医療の質や安全性を低下させないこと」と「医師の健康への配慮」の両立が重要と述べられている点である。また女性医師支援を望む声もすべての提言に共通であった。

そのための課題解決のため重要な柱として、労働時間の把握、36協定を締結する業務の見直しやタスクシフティング等がある。また診療実績や実働時間の個人差、研修医特有の問

題などがあり、これらの実情に応じた丁寧な検討が必要である。また主治医制からグループ診療制への転換は不可欠で、そのためには、病院機能の集約化を行っていく必要がある。

6. 多様な課題解決のための最も重要な柱、方向性や考え方など

(1) 課題解決のための基本姿勢

① 医療安全の確保: 医師の長時間労働が医療安全に与える影響

不眠不休で集中力が低下した医師の診療行為を放置することは患者の医療安全の面で問題がある。たとえば運輸業等では、交通安全の面から過労運転の責任を運転手本人だけではなく、雇い主にも求めている（道路交通法第 66 条、66 条の 2）。医療機関の管理者が各医師の過労診療を放置すれば、行政が介入して規制を行う可能性もある。プロフェッショナル・フリーダムを確保するためには、各医療機関の管理者は勤務する医師の労働時間の把握と過労防止策を講じることが不可欠である。また医師の良質の睡眠が確保できる諸条件の整備が、医療安全の確保に重要である。

② 医師の健康の確保

長時間労働対策においても、労働衛生分野の基本を応用することができる。このうち、許容レベルとして国際的に定義された労働時間はないが、選択肢として「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」で示された 1 か月 100 時間、2～6 か月平均 80 時間や冠血管疾患発症および脳血管疾患の発症リスクが上昇するエビデンスをもとにした月 60 時間などがある。

この数字を医師に適用するに当たって、医師に高い心身の健康要求水準があるわけではなく、また比較的緊張が強られる職業であるので、健康障害予防に関する許容レベルをほかの職業と違うレベルで設定することは困難である。ただし患者の生命、健康に関与することを考えると社会的合意プロセスを重視し検討されるべきである。また、労働時間の設定に当たって、健康への影響のみならず、ワークライフバランスへの影響を考慮する必要がある。

③ 医師の働き方改革で配慮すべき事項(医療の特殊性や医師特有の問題への配慮)

長時間の外科手術やその術後管理に代表されるように診療領域ごとに存在する医療の特殊性、医師の労働の固有の問題や特殊性に鑑み、医師特有の就労体系や Physician assistant (PA) 制度の導入などの制度を策定することが望ましい。今回の働き方改革を医師の労働環境改革の好機と捉え、医師だけでなく患者・国民側の意識改革や、医師のタスクシフティングなど、医療提供体制の改革を促進するよう内外で周知する。

一方、労働時間規制が、地域医療や診療科の崩壊をきたさないよう、段階的な取り組みに配慮することが必要である。

(2) 医師不足と地域偏在や診療科偏在を克服するために

① 医師数の正確な把握、地域別将来予測、需要調整医師数が不可欠

a) 医師数を実働数でカウントすべき

医師数を臨床医として働く実働数（FTE：フルタイム勤務の医師数として換算）で把握し、地域別専門医の過不足も明らかにすべきである。

b) 各学会も実働数調査や労働実態調査を実施し、将来数の予測と情報開示を

各学会に所属する医師数を地域別に明らかにすることによって、地域別専門医の過不足が明らかになり、若手医師の進路判断に資する。地域偏在や診療科偏在是正のために積極的な調査と情報開示が望まれる。

c) 人口の高齢化等、ヘルスケアの需要で調整した「需要調整医師数」の重要性

人口対の医師数は元々医師数が少ない地域では 2035 年になっても OECD 平均には達せず、また高齢者の増加率は医師数が少ない首都圏の埼玉・千葉・神奈川が上位を占め、医療需要増大に伴い医師のさらなる負担増加が危惧される。診療科別では産婦人科や小児科、麻酔科などでは需要調整医師数が増加しているのと対照的に外科の減少は著しい。

② 医療安全・労働衛生を見据えた労働時間管理の必要性

電子カルテの普及により、各医師が何時に仕事を始めて、何時に仕事を終了したかを電子カルテを使用する仕事に限れば容易に把握できるようになった。「医師が労働者であることに違和感がある」との議論もある。しかし、最高裁判決で「研修医も労働者である」との司法判断はなされており、長時間労働による医療事故防止の点からも、病院管理者による各医師に対する労務管理は不可欠である。

③ 交代制やグループ診療制と病院機能の集約化へ

医療事故防止の観点から医師の長時間労働の是正は不可欠である。そのためには交代勤務制、主治医制からグループ診療制への転換が不可欠でまた病院機能はできるだけ集約化せざるをえない。

(3) 日本医学会連合が考える医師の働き方改革

① 見直しの目標と改善への道筋、達成度を明確にすべき

まず医師の労働時間や働き方の見直しについての目標を明確にすべきである。i)医療の質と医療安全を確保すること、ii)医師の健康障害を防止すること、iii)医師のワークライフバランスを改善することなどの目標が存在する。長時間労働によって壊されるのは健康や命ばかりでなく、家族生活、社会生活、文化的な生活など幅広い。そのため、ワークライフバランスが必要なのは女性ばかりでない。

しかし現実に医師が背負っている責任は余りに重い。したがって当面の目標としては、医療の質と医療安全の確保と、医師が過労による健康障害が生じない働き方（健康）の両立とし、次に医師であっても他職種と同様、ワーク（仕事）とライフ（生活）の両立が図られるよう、早急にその条件を整える。短期的目標、中長期的目標にわけて検討し、その達成度を毎年評価して追加的な対策を行いながら継続的に改善を図る姿勢が必要である。

② 世界に学ぶ(我が国の医療提供体制の特殊性)

2017年のOECD統計から見て日本の医療供給体制は極めて特殊である。医師数は平均の7割しかない(0.7)にもかかわらず、医師当たりの外来受診回数はOECD平均の2倍、医師当たりの病床数はOECD平均の2-4倍である。高額医療機器の台数が突出して高く、アクセスが良い反面、医師数が少なく準緊急手術までの時間が長いなどの特徴がある。一方、国民のニーズは「いつでも病院に受診したい」「薬・検査で安心」「時間外でも主治医に対応して欲しい」「医師の少ない病院でも24時間・365日対応」であるならば、そういう献身的な医師像で、今後の医療供給体制は持続可能であろうか？国民的議論が必要である。

③ 女性医師のキャリア形成の課題

育児期（乳幼児期のみならず実際に女性医師の離職が多い学童期を含む）の男女医師に対して労働環境の整備、夜間休日の時間外業務担当医師への配慮や処遇の改善、時短常勤制度など種々の工夫が要請されている。長年、固定化している男女役割分担の見直しや不公正なジェンダーバランスなどの諸課題の克服も重要な課題である。ただし医科大学における女性受験生への得点操作で明らかになったような現状があることから、女性医師へのサポートは待ったなしである。大学・専門学会・地域医師会の共同事業を一層進める必要がある。

④ 具体的な方策

a) 医師の健康確保の視点から

医療機関における医師の健康確保において、法規制の順守を念頭におきつつも、各職場の状況にあわせた医師の健康管理を包括的管理として進めることである。具体的には、労働時間管理を軸に、睡眠障害等の健康障害リスクに応じた予防医学的な産業保健マネジメントの体制作りとその実効的な運用が必要である。

b) 業務負担軽減の視点から

タスクシェアリング、タスクシフティングを進める。eラーニングの導入、地域医療崩壊を防ぐ方策、特に種々の財政支援が必要である。特に、新たな医師の需給推計では、遅くとも2033年頃には医師の需給が均衡するとされているが、医師数ばかりでなく常勤換算

(Full-Time-Equivalent) した医師数と医師の労働実態を踏まえれば、フィジシャンアシスタント職の導入を早急に検討すべきである。

c) 誰が何をするのか？(取り組み主体)

地域医療の崩壊を防ぎ、医療の質確保と勤務医の健康確保のために、6つの取り組み主体がある。すなわち、「1. 医師自身」「2. 診療チーム」「3. 病院長・管理者」「4. 行政・国/都道府県」「5. 関連団体」「6. 地域と患者」に、それぞれの役割がある。

診療体制や地域事情を考慮すること、短期的と中長期的な視点で優先策を取り上げ、時間軸を設定して段階的改善を図ること、医師本人と家族、労使、国民を含む関係者で合意しつつ迅速にできる改善から進めることが必要である。

(4) 安全で質の高い医療と勤務医の健康確保のために

① 安全で質の高い医療と勤務医の健康確保:その両立のために

勤務医の働き方改革にあたっては、「患者に提供する医療の質と安全性の確保」と「医師の健康への配慮」の両立が不可欠である。単に勤務医の労働時間短縮のみを行い、国民に提供する医療に破綻をきたすことがないように注意する必要がある。そのためには、以下に述べるような医療供給体制の改革の実行が不可欠である。

② 今後の時間外労働はどうあるべきか(タスクシフトを可能にするための人材育成)

抜本的な改革への道筋を示すべきである。フィジシャンアシスタント (PA) などのタスクシフトのための人材育成制度の新設、チーム医療に基づく新たな医療提供体制の構築は必要不可欠である。将来的には時間外労働は欧米のように少なくしなければならない。そのため今後5年間は現在の労働時間をできるだけ、減少させる努力を行い、その後さらに5年でこの時間外労働をさらに下げるため、現況の医療供給体制を充実させ、医療の質を担保することが大切である。

③ 病院勤務医のために法整備と経済支援を(医療提供体制の改革のために)

フィジシャンアシスタント (PA) やナースプラクティショナー (NP) 導入と、それを可能とする早急な法整備と経済的支援を求めるべきである。より良いチーム医療の観点から、不要な業務は削減し、そのうえで医療クラークやPA, NPの必要性の議論をすべきである。さらに国全体の医療提供体制として、日本には約10万人の診療所勤務の開業医と20万人余りの病院勤務医が存在するが、世界各国の医療提供体制を参考にしながら病院勤務医の過重労働を防ぐため、今後、広範な医師と国民が参加する議論の場が継続的に必要になる。合計129の専門学会を代表する日本医学会連合は卒業間もない若手の研修医から、経験豊富な専門家まで、広範囲な医師層が必ず属している学術団体で構成されている。今後も国民の健康と安全のための保健医療の理念を示しつつ、医師の本来業務として何が大切かを考察する中心的な役割を担うべきである。

7. 提言

(1) 良質な医療の提供と医師の健康確保や生活との両立

本来、良質な医療の提供と医師の健康確保や生活は両立されるべきである。しかし現況では、医師、特に勤務医の長時間労働は常態化しており、医療の提供が医師の健康や生活面の犠牲によって成り立っている。このままの状況では、医師の健康が損なわれるだけでなく、有為な医師の確保が困難となる可能性もあり、結果として医学の発展や良質な医療の確保に影響を及ぼすことが懸念される。医師の健康やワークライフバランスの確保への取組を通じて、本来の両立を獲得することが急務である。その際、基本となる労働時間の削減は重要であり、特殊な場合を除き、基本的には時間外労働は過労死ラインを上回ることがないようにすべきであり、さらにはワークライフバランスを考えた労働時間を目指すべきである。

(2) 実践可能な働き方改革への積極的な取り組みを

- 1) フィジシャンアシスタントや特定看護師等の導入・普及を図り、勤務医の本来業

務への集中、労働時間の短縮を実現する。2) 勤務時間外における緊急でない患者の受診を減らす、3) 入院患者の病状説明等を時間外には行わない、4) 当直明けの勤務負担を軽減する、5) 勤務間インターバルを設定する、6) 病院機能の集約化、交代勤務制、主治医制に代わるグループ診療制の導入などの方策について積極的に検討すべきである。7) 個々の医療機関において、ICカード、タイムカードの導入等による労働時間管理の適正化、8) 36協定締結の自己点検、衛生委員会や産業医など予防医学的な産業保健マネジメントの整備など、労働時間短縮および医師の健康確保に向けた体制整備が重要である。

(3) 医療提供体制全般の改革が必須

さらに根本的に長時間労働を是正するためには、現在の日本の医療供給体制の改革が不可欠である。医師数はOECD諸国では最低レベルで、一方、人口の高齢化、医療機関に対するフリーアクセス、諸外国に比し入院ベッドが非常に多い（入院期間も長い）等の状況のため、医師一人当たりの仕事量は極めて過多になっている。日本の勤務医の過重労働はその帰結である。医師数については、増員と同時に地域偏在や診療科偏在の問題を解消する具体策を検討し、その改善を図らねば医師不足の地域や、診療科の偏在は解消されない。

わが国の場合、病院勤務医は約20万人、診療所勤務医は約10万人である。今後はこの両者を併せて、現在および今後のわが国の医療提供体制の全体について解決策の検討が必要と考えられる。

(4) 診療報酬改定などの国の責任

医療における働き方改革を進めるためには、改革に伴う医師増員、タスクシフティング（業務の移管）におけるフィジシャンアシスタント（医療補助職）等の育成や職員採用等に関する新たな財源が必要となる。しかし、各医療機関における収入源は公定価格である診療報酬に限られているため、財源不足および経営困難に陥る可能性があり、診療報酬の改定などの財政対策が必須である。わが国では、今後の医療提供体制のあり方を検討し、その抜本的な改革を図ることが必要で、それに手をつけずに、現在検討中の勤務時間の上限を設定するだけでは、医師、特に勤務医の働き方改革の実現は不可能と思われる。

(5) 女性医師の労働環境改善のための社会的対応策

女性医師は、妊娠・出産、育児などにより仕事と生活の両立が困難となり、勤務医としてのキャリアを中断せざるをえない場合が多い。女性医師が医師として活躍し、社会に貢献できる社会を実現させるためには、育児を男女両性で分担し、更には社会全体で分担する社会への移行、男女を問わず、育児期・学童期の子どもを持つ医師の労働環境の整備や種々の支援体制が必要である。

目次

要旨	i
目次	1
はじめに	4
（第1章）	5
1. 今回、問題が提起された社会的・政治的な背景	5
（1） 長時間労働に対する社会の動き	5
（2） 医師の過重労働に関する背景	6
① 医師の健康障害（医師の突然死、過労自殺）	6
② 医師の労働者性の議論	7
③ 応招義務、診療報酬制度	7
④ 医師の長時間労働規制の議論	7
⑤ 学術団体の提言	7
⑥ その他の注目すべき背景	7
（第2章）	10
2. 長時間過重労働と健康、医療安全（最近の疫学知見）	10
（1） 長時間労働と健康の関係（疫学的知見）	10
①長時間労働と循環器疾患	10
②長時間労働とメンタルヘルス	11
③疫学研究における長時間労働の定義	12
④長時間労働から健康障害に至るメカニズム	12
⑤医師を対象とした研究の知見	13
（2） 医療事故、医療安全との関係（海外の論文を含む）	13
（第3章）	16
3. 医学・医療の固有な問題、特殊性	16
（1） 「医療の質や安全性の担保」と「医師の健康への配慮」の両立が必要であること	16
（2） 医師以外でもできる業務まで行っていること（タスクシフト、タスクシェアの提案）	16
（3） 医師として働き続けるためには自己研修や生涯学習が必須の職業であること（eラーニングの提案）	17
（4） 患者に対する義務（患者、国民の理解を得る必要性）	17
（5） 女性医師増加に対する方策（女性医師支援の必要性）	17
（6） 時間帯に関わらず生じる医療需要	18
（7） 医師の宿日直勤務を時間外勤務として扱う場合の留意点	18
（8） 財政支援の必要性	19
（第4章）	20
4. 現在の医療界の状況（日本と海外との比較も含む）	20

(1) 医師の長時間・過重労働や働き方(労働)の実態	20
① 日本における医師の労働時間	20
② 平均労働時間の国際比較—対欧州諸国—	21
③ 平均労働時間の国際比較—対米国—	22
(2) 医師不足の実態	23
① 日本の医師数 32 万人は OECD 平均から 10.6 万人不足	23
② 地域偏在と医療需要のアンバランス	24
③ 医師の労働環境が診療科偏在を加速	24
④ 業務量で換算した医師数把握	25
⑤ 実働数で換算した医師数	26
⑥ 医師需給検討会は 2033 年に 36 万人で均衡	26
⑦ 「医療従事者の需給に関する検討会」に期待すること	28
⑧ 新たな医療提供体制として仕事の sharing (特定看護師、P A の導入とその条件)	29
(3) 長時間労働是正のためにより一層の交代制勤務・グループ診療が求められる (医療提供体制の改革)	29
(4) アメリカや EU などにおける、海外の研修医や医師の労働時間規制	30
(第 5 章)	34
5. 他団体によるこれまでの施策、提言等の紹介	34
(1) 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」が示した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」(平成 30 年 2 月)	34
(2) 日本医師会「医師の働き方に関する検討委員会」の答申(平成 30 年 4 月)	34
(3) 四病協の提言(平成 30 年 4 月)	34
(4) 医師の働き方検討会議の「医師の働き方改革に関する意見書」(平成 30 年 7 月)	35
(5) 医師の働き方改革に関する各学会の提言(日本外科学会、日本麻酔科学会、日本産科婦人科学会)	35
(6) 女性医師支援施策への提言(日本医師会)および日本医学会連合の考え方	35
(7) これまでの他団体の提言等から整理できること、および日本医学会連合の考えかた	36
(第 6 章)	37
6. 課題解決のための具体的方策	37
(1) 課題解決のための基本姿勢	37
① 医療安全の確保：医師の長時間労働が医療安全に与える影響	37
② 医師の健康の確保	37
③ 医師の働き方改革で配慮すべき事項(医療の特殊性や医師特有の問題)	38
(2) 克服すべき課題(労働実態、需要調整した医師数、グループ診療、集約化など)	39
① 医師数と労働実態の正確な把握が不可欠	39
② 医療安全・労働衛生を見据えた労働時間管理の必要性	40
③ 交代勤務制やグループ診療制への転換と病院機能の集約化	40
(3) 日本医学会連合が考える「医師の働き方改革」課題解決のための重要な柱、方向性など	41
① 見直し目標と改善への道筋、年度ごとの達成度を明確にすべき	41
② 世界に学ぶ(医療の提供体制)	41
③ 女性医師のキャリア形成の課題	41
④ 今後の望ましい医療供給体制について全国民的議論が必要	42
⑤ そのうえで、これらの目標を達成するための具体的な方策を示す。	43
(4) 安全で質の高い医療実現と勤務医の健康確保のために	45

① 安全で質の高い医療と勤務医の健康確保：その両立のために	46
② 今後の時間外労働はどうあるべきか（タスクシフトを可能にするための人材育成） ...	46
③ 病院勤務医のために法整備と経済支援を（医療提供体制の改革のために）	46
第7章	48
日本医学会連合労働環境検討委員会からの提言.....	48
1. 良質な医療の提供と医師の健康確保や生活との両立.....	48
2. 実践可能な働き方改革への積極的な取り組みを.....	48
3. 医療提供体制全般の改革が必須	48
4. 診療報酬改定などの国の責任	48
5. 女性医師の労働環境改善のための社会的対応策.....	49
○ 改革の基本目標	49
医療の質と安全の確保.....	49
業務改善、負担軽減策など.....	49
時間外労働や労働時間管理のありかた.....	49
健康管理、キャリア支援の充実.....	50
○取り組みの事例と優先度：超短期、短期、中長期別.....	50
8. 終わりに	52
文献	53
第1章	53
第2章	54
第3章	56
第4章	57
第5章	58
第6章	58
委員名簿	60

はじめに

日本医学会連合は臨床医学、基礎医学、社会医学の合計 129 学会からなるアカデミックな医学系学会の連合体である。本委員会は、医学医療を担う当事者、あるいは産業医など職場の健康安全に関わる専門家の立場から、医師とくに病院勤務医の労働環境に焦点をあて、喫緊の課題を取り上げ、さらに中長期的な視点も含めて提言としてとりまとめた。(なお勤務医の過重労働がテーマではあるが、統計では必ずしも勤務医と開業医別に集計されていないものもある)

厚生労働省によれば、過労死(過労に基づく循環器疾患などの死亡)、過労自殺、過労による鬱などによって労災申請をされた人数は、それぞれ平成 28 年度 825 件、198 件、1,586 件で、そのうち認定件数は決定件数のおよそ 4 割である。残念ながら未だに改善傾向が見られず、横ばい状態が続いている。そのため、「働き方改革関連法案」が今国会に提案され可決された。法案の目玉である残業時間の規制については、これまで労使が 36 協定を結べば事実上無制限だった残業時間に新たに罰則付きの上限が定められた。すなわち時間外労働の上限について、月 45 時間、年 360 時間を原則とするが特別の事情がある場合の上限は年間 720 時間、複数月平均 80 時間、月 100 時間未満(休日労働を含む)が年間 6 か月まで例外的に認められる。

このような状況のなか、特に医師は他のどの産業に比べても、極めて長時間の労働に陥っている実態があることから、今般の働き方改革法案では、“当面適用除外”とされた。自動車運転業務、建設事業などとともに、改正法施行 5 年後に時間外労働の規制を適用するとされている。今後、具体的な上限時間は省令で定めるとされ、議論が進んでいる。

OECD Health Statistics によると、我が国における人口 1,000 人あたりの臨床医数は、OECD 加盟国の平均を下回っており、7 割に過ぎない。したがって我が国では、少ない数の臨床医により、世界有数の平均寿命や医療水準が保たれていることになる。その背景には、宿直明けも通常の勤務を行い、休日をほとんど取らず診療にあたっている数多くの医師の献身的努力がある。しかし、医師も皆、等しく家庭生活を営む人間なのでワークライフバランスを確保する必要があり、また患者に良質で安全な医療を提供するためには心身の健康を保つ必要がある。長時間過重労働は是正すべきである。

医師の働き方改革においては、医師と医療の特殊性に鑑み、日本の医療の現状を考え、一般業種とは異なる形での制度改革が必要である。その特殊性とは、医師法に医師の応招義務が規定されており医師は患者からの診療を拒んではならないこと、重症度・緊急度が高い症例では労働時間規制を超える時間外労働を行わざるを得ない場合もあること、医師不足の地域が存在することなどである。多くの患者の生命を救うことが医師の使命であるが、一方、人の生死にかかわるからこそ、労働時間は延びがちになる。したがって、我々は、どうすれば医師、特に勤務医の労働環境の改善を進めることができるのか?どのような働き方の体制であれば、より良い医療の質と安全を確保できるのか?短期、中期、長期的な理想を高く掲げ、医師の働き方の改革と日本の医療提供体制の改革を確実に前に進めるべきである。

近年は、世界的にも過重労働と働く人の健康や安全に関する疫学研究が大きく進んでいる。そこで、本報告書(提言)の作成にあたり、できる限りデータとエビデンスに基づいて具体的な課題の存在や今後の対策の必要性を詳しく示した。日本医学会連合労働環境検討委員会が作成した本報告書(提言)が、課題解決のために役にたてば幸いである。

(第1章)

1. 今回、問題が提起された社会的・政治的な背景

(1) 長時間労働に対する社会の動き

1980年代後半から過労死に代表される長時間労働による健康障害は、1978年に上畑が報告した過労と循環器疾患に関する研究報告の後¹⁾、社会運動や裁判の形で社会問題として取り上げられるようになってきた²⁻⁴⁾。しかし過労死対策として長時間労働の管理や健康管理措置が法令で規定されるまでには長い道のりがあった。

そもそも労働時間は労働基準法で規定されているが、労働基準法第36条に規定される時間外労働に関する労使協定（以下、「36協定」）に関する特別条項によって、実質、労働時間の上限がないに等しい状況になっていた。さらに、管理監督者の拡大解釈や、不適切な裁量労働の実施、隠れ残業など、法令違反とも解される企業の行為によって、日本人労働者の長時間労働は常態化していた。そのような中で、過労死問題が発生したわけである。

一般に長時間労働による健康障害に関する裁判には、労災認定を求めて行政を訴える行政訴訟と、使用者の安全配慮義務違反による損害賠償を求める民事訴訟がある⁵⁾。労災認定に関しては、認定基準をもとに行われる。1961年、脳・心臓疾患を業務上のものと扱う認定基準が出され、過重労働に起因する死に労災認定の道が開かれるが、過重労働とは、少なくとも発症同日の、時間的・場所に発生状態が明確にできる出来事または通常と比較して質的量的に過激な業務と定義されており、救済可能性は極めて限定されたものであった。「過労死」が問題化されつつあった1987年に「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」が出され、過重労働と認められる期間が「1週間」に延長される²⁾。さらに業務の過剰な負担が「病変をその自然経過を超えて著しく増悪させえる事が医学経験則上認められる負荷」と定義され、過重労働が通常限度を超えた疲労をもたらし、それが病変・死をもたらすという長期にわたる因果関係の所在が認められるようになった⁶⁾。1995年の同基準改定では、1週間より前の労働も勘案されることになり、労災申請が増加し、裁判に持ち込まれる事例も増加する。しかし、この時点の基準は、「発症直前から前日までの間の異常な出来事や発症に近接した時期の特に過重な業務」が対象であったため、長期間にわたる過重労働を背景としての発症は、労災補償の対象とならなかった。それに対して、いくつかの行政訴訟が起こされた。2000年には重要な3つの最高裁判決が出されているが、そのうち2件で「業務上の疾病の認定にあたっては、発症前の1週間以内だけでなく、それ以前の業務についても含めて総合的に判断すべきである」とする判断が下された⁵⁻⁷⁾。これを受けて、2001年に厚生労働省は「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準」を改正した⁸⁾。さらに、2002年には「過重労働による健康障害のための総合対策」（通達）を出し、それまでは補償問題であった長時間労働による健康障害が、労働に起因する健康障害の予防対策として取り上げられるようになった。すなわち、この総合対策では、「過重労働による健康障害を防止するための事業者が講ずべき措置等」として、労働時間の削減、年次有給休暇の取得促進のほか、医師による面接等の労働者の健康管理に係る措置の徹底が示された。

その後、2006年4月より労働安全衛生法が改正され、長時間の時間外勤務をした労働者に対する医師の面接指導の実施が50名以上の労働者を常時使用する規模の事業場において事業者の義務となり、その後、事業所の規模にかかわらずすべての事業場に拡大された。さらに、2011年には、「精神障害の労災認定」の認定基準が出され、業務によるストレスに起因した精神障害に対しても労災認定がなされるようになった⁹⁾。以上のような一連の取り組みが行われるようになり、多くの企業で労働時間の削減努力がなされるとともに、労働基準監督署の積極的指導も行われるようになった。しかし、2015年12月に広告最大手・電通の新社員が過労自殺した事件を受けて、再度大きな社会問題となった。その後、労働基準監督署による調査および是正勧告が頻繁に行われるようになり、また悪質な場合には書類送検がより積極的に行われるようになった。

2016年9月に政府に設置された「働き方改革実現会議」は、過重労働対策に関連した法改正の契機となった¹⁰⁾。生産年齢人口が急速に減少する日本において、「女性が輝く社会、

お年寄りも若者も、障害や難病のある方も、誰もが生きがいを感じられる『一億総活躍社会』を創り上げる」とする政策によって、長時間労働の問題だけでなく、働き方の幅広い改革を検討することに結び付いた。そのため、政府の働き方改革実現会議では、9つの分野について議論を行い、2017年3月に働き方改革実行計画が取りまとめられた¹⁰⁾。その後、ロードマップに基づき、法令改正を含む計画が実行に移されている。法令改正の議論は、主に労働政策審議会の各分科会で行われ、「働き方改革関連法案」として取りまとめられた。

同法案の中心は、長時間労働是正のための時間外労働の上限の新設であり、「36協定」で可能となる時間外労働の上限を原則「月45時間、年360時間」と明記し、繁忙期などの臨時的な特例の場合でも「年720時間、単月100時間未満、複数月平均80時間」を限度と定め、違反には罰則を科す内容となっている。同法案は、2018年6月29日に成立し、そのほとんどの条文は2019年4月1日に施行されることになる。ただし、一部の職種に関しては、改正法施行5年後をめどに施行することとなっており、施行猶予職種に医師も含まれている。医師（勤務医）は労基法の対象であるが、以前は、労働基準監督署も医療機関には監督に入りにくい状況もあったため、2010年前後まで、医療機関での労基法の遵守は特に医師では進んでいなかった。今回の働き方改革に関する法制度改正を通じ、医師の労働時間の上限規制は5年猶予とし、厚生労働省「医師働き方検討委員会」の設置により議論が始まっている。2018年2月には、同委員会より緊急提言が出される等の動きが進んできている¹¹⁾。

なお2014年の改正医療法では、医療機関の管理者が医療従事者の勤務環境改善に取り組むことが努力義務とされた¹²⁾。また、「地域医療介護総合確保基金」による事業の一環として、医療機関における勤務環境改善の取り組みを支援する「医療勤務環境改善支援センター」の設置、女性医師の復職・就業支援などが進められ、勤務医の労働環境改善のための枠組みは整えられつつある。

(2) 医師の過重労働に関する背景

近年、様々な業種において長時間労働が問題になっているが、勤務医についても、医療機関における労務管理の問題や厳しい勤務実態が、新聞等で相次いで報道されている(図表1-1)。2012年の総務省就業構造基本調査では、職業別週労働時間60時間以上の労働者の比率が一般労働者では14.0%であるのに対し、医師では41.8%となっており、勤務医の長時間労働の実態が浮き彫りにされた(第4章の図表4-2を参照)。医師の過重労働が常態化した背景には、以下に示すようないくつもの要因が重なっている。医師は、患者の健康、生命を守るために質の高い医療を提供することが求められている。そのために医師は自分自身の健康問題についても関心を持つ必要があり、また過重労働に関しても患者により良い医療を提供する者として万全の態勢で臨まなければならない。したがって過重労働に関する背景について十分な理解が必要であり、質の高い医療を提供するために医師の労働条件の再検討が必要である。

① 医師の健康障害(医師の突然死、過労自殺)

医師が脳・心臓疾患で突然死することや、仕事が原因で精神を病むことがあり得ることは医師の間でも感覚的に知られていた¹³⁾。研修医が臨床研修中に心身の不調をきたしやすいことも医師の間ではよく知られており¹⁴⁾、新人医師としての葛藤や初期臨床研修による過重労働の中で、心身の健康を保つための研修スケジュールや相談体制などの整備が進んでいる。一方、一人前になった医師においては、医者の不養生という言葉もあるとおり、医師が過労で倒れるのは仕事の影響という感覚はあっても、その健康障害の発症を他責的なものとして取り扱うことは少なかった。

しかし、過労による脳・心臓疾患の発症に関する社会の関心の高まりや、過労自殺に関する労災訴訟等の社会の動きに合わせて、医師の脳・心臓疾患や精神障害に関する病院管理者側の安全配慮義務違反に関する裁判事例(小児科医過労自殺事件等)等が続くようになった。過去5年(2010年1月から2015年3月)に労災認定された医師の脳・心臓疾患は17件で、医療従事者全体の3分の1が医師の事例である¹⁵⁾。過重労働の背景には、継続的な診療、オンコール・休日診療、慢性的な人員不足による業務負荷増加、教育・指導、管理的業

務、学会・論文作成等があった。連続勤務の間での効果的な休息確保、勤務間インターバルの導入など強制的な時間規制なども検討や、医師の人員不足に対して、業務移管や診療支援などの業務効率化の取組を多層的に検討すべきとしている。2017年には相次いで研修医の自殺の労災認定の報道がなされ、長時間労働を含む過重労働による医師の健康障害と医療の質確保等の議論が高まっている。

② 医師の労働者性の議論

医師の労働者性が争われたのは最近（1990年代後半、関西医大研修医事件）の事である¹⁶⁾。医師が労働者であるか否かについては、法律上の定義は理解できても、医師の間でもその認識には温度差がある。

③ 応招義務、診療報酬制度

わが国の医療供給体制の基本となる医療法が昭和23年に施行され、国民皆保険制度と医療費の適正化制度、医師育成システム、医師の倫理（応招義務）に支えられている一方で、多くの医師の献身的な努力のなか長時間労働が常態化し、早急な医師の労働時間規制が導入されることで、医療の質の担保と医療供給体制を保つことができない医師の労働環境が放置されてきた現状があった。

④ 医師の長時間労働規制の議論

直近約20年の経過では、医師の長時間労働に関して以下に示す3つの大きな動きがあった。図表1に年表を示した。一点目は、1987年の過重労働による脳・心臓疾患の労災認定基準改定後の1990年代における過重労働による健康障害に関する認知の広がりや訴訟、医師の過重労働への関心の高まり、二点目は、2000年前後の医療事故に関する社会の関心から、行き過ぎた患者尊重（患者サービス）や事故防止のための多重対策を行うために医師業務負荷増と、医療ニーズの増加と医学部入学人数制限等による医師不足顕在化が医療制度改革、医師需給と勤務環境改善への動きの加速したことである。2000年代後半から、医学会加盟の各学会や学術団体より提言等が出されるようになった。三点目は、2017年の働き方改革検討会議設置前後にみられる時間外労働の上限規制の法改正に伴う大きな議論の立ち上がりである。

⑤ 学術団体の提言

2010年代には、学術団体（日本学術会議等）からの提言が相次いだ。「労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会」提言では、「労働雇用と安全に関わるシステムの再構築を――働く人の健康で安寧な生活を確保するために（2011年）」で医師や教員の長時間労働を指摘し、過労死防止基本法制定、勤務間インターバル導入、ILO条約の批准などを提言している¹⁷⁾。また、「パブリックヘルス科学分科会」は、提言「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」を発表し、医師の長時間労働が業務能力低下や医療事故の誘因であること、医師の離職や診療科偏在を招いていること、臨床医による欧文論文数減少の一因であることを指摘し、医師の働き方の改善が、医師の健康確保だけでなく、国民医療の質の担保および医学の進歩のために不可欠としている¹⁸⁾。これらの提言は岸らの書籍「健康・安全で働き甲斐のある職場をつくる」に詳しく紹介されている¹⁹⁾。

⑥ その他の注目すべき背景

わが国の医師の働き方改革に関する議論では、医師の過重労働対策と時間外労働規制改革に関する議論が高まっているが、米国ではリベージオン事件を機に、医療の質確保の視点から検討が始まった²⁰⁾。2003年にはACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education、米国卒後医学教育認定評議会）による研修医の労働時間規制が実施されることとなった²¹⁾。その後、この規制は臨床転帰、専門医試験成績、研修効果においてnegative impactsが多いと報告されている²²⁾。諸外国では医師の健康に関する取り組みは各国/地域の医師会を中心に取り組みが広がっている²³⁾。

長時間労働対策として、医師の需給バランス、業務改善、診療報酬など多面的な検討（医療クランクの導入など医師の負担軽減策、勤務環境改善支援センター）がなされてきた。現在、厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会等で議論が続けられ、2018年2月には緊急提言が出されており¹¹⁾、内外で取り組みが進められている。

医師の育成や需給に関しては、女性医師の増加、若手医師と新臨床研修制度以前の医師との働き方に関する世代間の認知ギャップや診療科別での働き方の変化に影響を与えてきた。医師労働力の変化、少子高齢化、医療需給の変化、診療ニーズの影響も考慮すべきである。

図表 1 医師の過重労働に関連した主な出来事(年表)

○1990年代～

- ・過重労働による脳・心臓疾患(過労死)の注目と労災認定基準の改定(1987、1995、2001)
- ・関西医科大学研修医事件(1998 研修医死亡、2005 最高裁:研修医の労働者性が確認)(研修医は労基法第9条の所定の労働者にあたる)
- 小児科医過労死事件(1999 自殺、2007 行政訴訟、2010 民事高裁和解)
(医療費抑制、経営効率、診療報酬の問題(小児科は病院経営上不利)、連続勤務問題)

○2000年代～

- ・患者取り違え手術事件(横浜市立大学)、薬剤取り違え患者死亡(都立広尾病院)1999
医療事故に関する社会の関心高まる → 行き過ぎた患者尊重(患者サービス)、医師の業務負荷増
- ・福島県立大野病院産科医逮捕事件、妊婦死亡2004、医師逮捕2006、医師無罪2008
- ・書籍「医療崩壊立ち去り型サボタージュとは何か」小松秀樹著 出版2006
- ・書籍「岩波ブックレット No718:壊れゆく医師たち」出版2008
- ・医師の過重労働に社会が注目
- 大阪府立病院事件(33歳麻酔科医突然死、安全配慮義務違反、2008大阪高裁)
- 鳥取大学付属病院事件(アルバイト先に向かう途中で外科医が事故死、2009地裁)
- 奈良県立病院事件(産婦人科医、割増し賃金未払い、2009地裁、2013確定)
(産科医の宿日直は労基法第41条3に該当せず休日・夜間の宿日直勤務は労働時間に該当する)

○2010年代～

- 職能団体による勤務環境改善への関心の高まりと具体的なアクション
- ・日本医師会「勤務医委員会(2002～)」「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会(2008～)」等で医師の健康確保策に関する検討が始まる
 - ・全国医師ユニオン(2009結成)
 - ・学術団体(日本学術会議等)から相次いで提言
 - 労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会 提言「労働雇用と安全に関わるシステムの再構築を——働く人の健康で安寧な生活を確保するために」(2011年4月)
 - パブリックヘルス科学分科会 提言「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」、2011年9月
 - ・行政の動き:医療法改正(2014)、医療従事者の勤務環境改善が事業者の努力義務、都道府県に勤務環境改善支援センターを設置

○2014 過労死等防止対策推進法(平成26年11月1日施行)以降の主な動き

- 2015.10 電通過労自殺記者会見(政府の過労死白書公表同日)
- 2016.6 聖路加国際病院労基署立ち入り調査、未払い残業代支払い、土曜外来中止
- 2016.7 千葉県立6病院「無許可で宿日直常態化」報道
- 2016.10 医師・看護師等の働き方ビジョン検討会(17.4報告書)
- 2017.3 政府働き方改革実行計画発表
(罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正、労基法等改正
(勤務間インターバル制度の普及促進、産業医・産業保健機能の強化(労働安全衛生法等))
- 2017.6 新潟市民病院女性研修医自殺 報道
- 2017.8 東京医療センター産婦人科研修医自殺労災認定 報道
- 2017.8 医師の働き方改革に関する検討会第1回委員会
- 2018.1 日本医学会連合 労働環境検討委員会第1回
- 2018.2 医師の働き方改革に関する検討会中間論点整理、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の発出(2018.3)
- 2018.8 東京医大入試不正・女性差別問題 報道

(第2章)

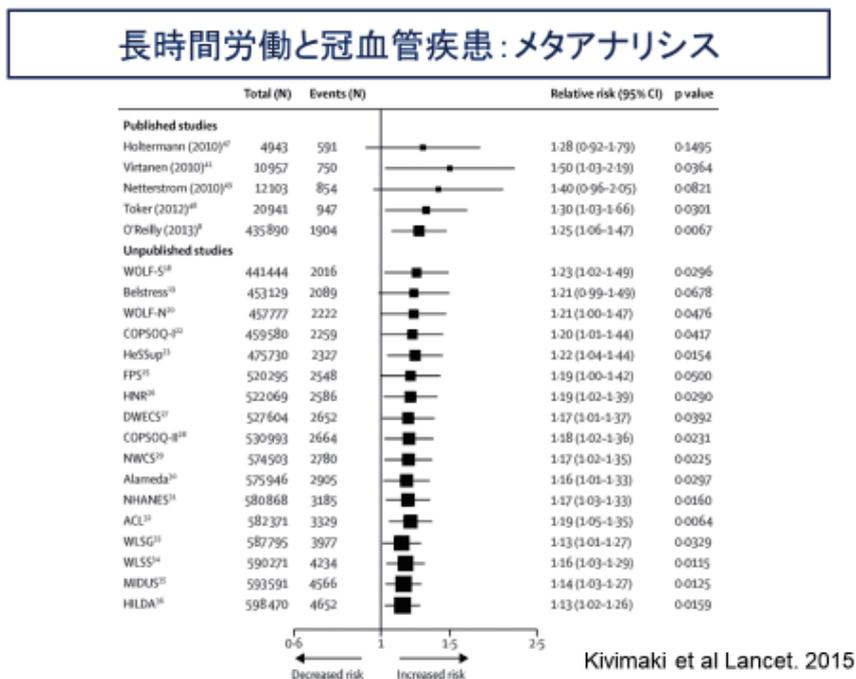
2. 長時間過重労働と健康、医療安全(最近の疫学知見)

(1) 長時間労働と健康の関係(疫学的知見)

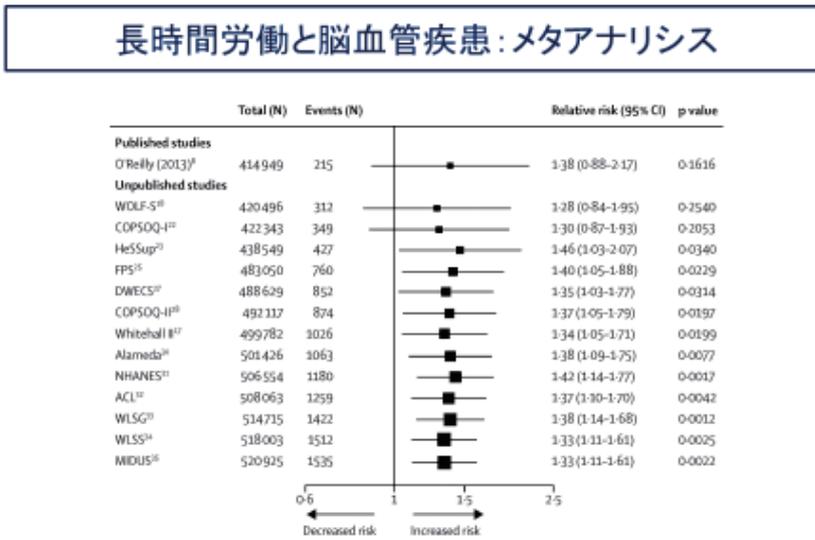
① 長時間労働と循環器疾患

前向き研究で、長時間労働と循環器疾患の関係に関する知見が蓄積され始めたのは最近のことである。脳・心臓疾患の発症をアウトカムとした、現時点でもっとも頑健なエビデンスは、ヨーロッパにおける未発表データを含めた前向き研究のデータをプールした研究で、標準的な労働時間を超える労働者に循環器疾患の発症リスクが上昇することが確認されている。この関係は、心筋梗塞などの冠血管疾患より、脳血管疾患でより明らかであった。冠血管疾患の発症については総計 603,838 人の男女で、脳血管疾患の発症については 528,908 人の男女で解析がなされた。年齢、性、社会経済状況を調整した累積メタアナリシスで、週 35~40 時間の労働時間を基準としたとき、週 55 時間以上の労働時間で、冠血管疾患発症では 1.13 (95%信頼区間 1.02~1.26)、脳血管疾患の発症では (1.33, 1.11~1.61) の相対危険が認められた。労働時間が長くなるほどリスクが上昇する量-反応関係が観察されている(図表 2-1~3)²⁴⁾。

図表 2-1 長時間労働と冠血管疾患

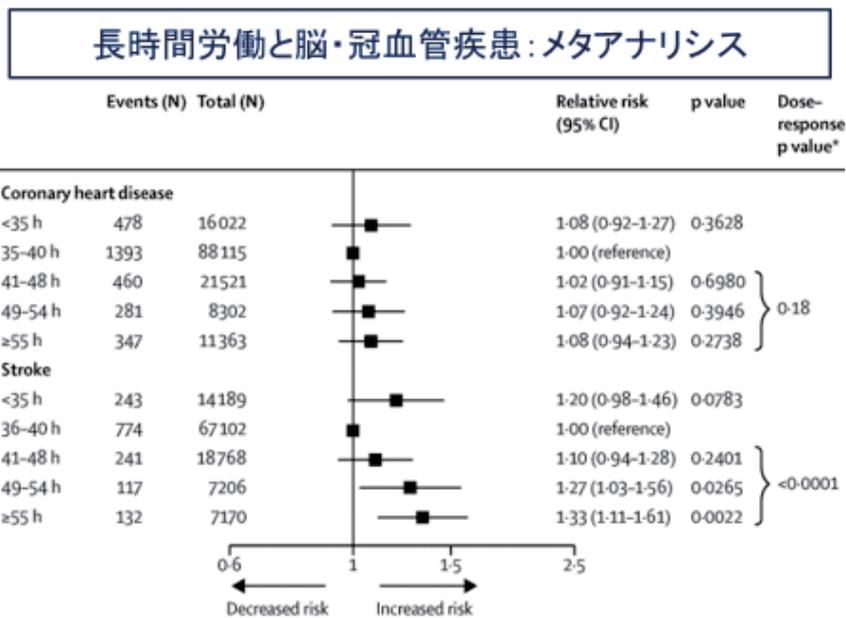


図表 2-2 長時間労働と脳血管疾患



Kivimaki et al Lancet. 2015

図表 2-3 長時間労働と脳・冠血管疾患



Kivimaki et al Lancet. 2015

②長時間労働とメンタルヘルス

抑うつ障害の発症をアウトカムとした前向き研究のメタアナリシスも最近になって行われるようになってきている。刊行されている7論文のメタアナリシスでは、明らかなリスク増加は確認されなかったが²⁵⁾、その後、未発表の研究も合わせて行われたメタアナリシスでは、弱いながらも統計学的に有意なリスク上昇が確認された²⁶⁾。この研究では、発表されている10のコホート研究と、未発表の18の研究から抽出した個人データを合わせて解析している。35か国からの189,729人の男女を1~5年の範囲で追跡した調整後のメタアナリシスで、長時間労働と抑うつ症状の発症の間にオッズ比1.14(1.03-1.25)の関連が観察された。この研究では、週35~40時間を基準として週55時間以上の労働時間がリスクグループ

として扱われているヨーロッパで弱い関係(1.11, 1.00~1.22)が観察され、北アメリカやオーストラリアでは関連性が認められていない。より長時間の労働をリスクグループとしている日本や韓国を含むアジアでは中等度のリスク増(1.50, 1.13~2.01)が観察されている。

③疫学研究における長時間労働の定義

既存の疫学研究において、健康障害との関連を検証する際に使用された長時間労働の基準は、経験的に任意に設定されたもので、研究毎にばらつきがみられる。研究が行われた国毎に、労働時間に対する考え方や規制が異なるためにやむを得ないことであるが、健康障害と関連する長時間労働の水準が確立していなかった反省に鑑み、健康に影響を与える労働時間について実証的な検討が行われている。最近、米国のパネルデータを用いて、全般的な健康状態についての主観的健康観、心血管疾患発症、がん発症を予測するのに、統計学的に最適な長時間労働のカットオフポイントの推定が試みられた²⁷⁾。この研究によると、3つの健康状態のリスク上昇を最も予測した労働時間は、最低10年間にわたる週52時間以上で、各健康状態に対して、同期間(最低10年間)の平均週労働時間35~51時間に対する相対危険は、好ましくない全般的な主観的健康観で1.28(1.06~1.53)、心血管疾患で1.42(1.24~1.63)、がんで1.62(1.22~2.17)であった。一方で、文化や産業保健政策は長時間労働と健康障害の関連性に影響を与える可能性も否定できないため、欧米の水準で規定された長時間労働と健康問題に関する研究知見を、我が国の労働者にそのまま敷衍することには慎重である必要がある。

④長時間労働から健康障害に至るメカニズム

長時間労働が循環器疾患の発症に寄与するメカニズムも明らかにされつつある。ヨーロッパにおける未発表データを含めた前向き研究のデータをプールした研究で、追跡開始時に心房細動を認めなかった85,494人の就業者男女が平均10年間追跡され、心房細動の発症が把握されている。年齢、性、社会経済状況を調整したうえで標準的な労働時間の労働者に比べて長時間労働者(週55時間以上)は1.4倍の心房細動発症リスクを有していた(ハザード比1.42, 1.13~1.80)²⁸⁾。

現状で、このほかにはメタアナリシスは見られず、以降は個別の報告となる。就業後の回復の必要性は仕事の量的・質的な負荷(要求度)に依存するが²⁹⁾、就業後の回復の必要性が高い状態ほど心血管疾患を発症しやすいことが分かっている³⁰⁾。また、睡眠時間が短いことと長いことは、ともに心血管疾患リスクを上げることはわかっていたが(長時間の場合は、調査開始時点から疾患を持っていたなど特別な事情がある可能性で説明されることが多い)³¹⁾、長時間労働は、睡眠の量(短時間睡眠)と質(入眠困難)の両方の障害をもたらすことが前向き研究で示されている³²⁾。より生物学的なレベルでは、不十分な睡眠が、食欲抑制ホルモン(レプチン)を低下し、食欲亢進ホルモン(グレリン)を増加させ、空腹感を増長することによって結果的に過食にいたるメカニズムが想定されている³³⁾。さらに、推奨される労働時間を超えて労働している労働者は健康障害を起こす水準の飲酒量増加を来たしやすいうことが示されている³⁴⁾。

長時間労働と関連して労働者の受診行動が循環器疾患の予後に関わる可能性が、米国と日本の循環器疾患専門施設で行われた急性冠症候群の患者234人(米国148人、日本86人)におけるデータを基に報告されている³⁵⁾。対象は、急性冠症候群を発症した週20時間以上勤務している労働者で、その週の労働時間と症状の発症から病院到着までの経過時間が構造化面接で把握された。週平均労働時間は、米国人対象者49.7時間、日本人対象者55.1時間で、発症から病院到着までの経過時間の中央値は、米国で4.4時間、日本で8.3時間であった。とくに日本では、労働時間が長いほど病院到着が遅延することが観察され(週労働時間が1時間長くなると発症から病院到着までの経過時間が4%延長)、適切な受診行動を醸成する教育の必要性が議論されている。

⑤ 医師を対象とした研究の知見

医師を対象として、長時間労働と脳・心臓疾患発症の直接の関係をみた前向き研究はない。追跡率、サンプルサイズ、スタディデザイン等に限界を有する少数の研究の評価であるが、医師の労働時間とメンタルヘルス不調の関係を前向きに観察した研究はいくつか存在する。卒後1年目のインターン、研修医、病棟医等、若い医師を対象とした研究のナラティブ・レビューでは、4つの前向き研究が同定されているが、いずれも労働時間と臨床的に有意なメンタルヘルス障害—標準的な方法で把握された抑うつ症状や治療が必要な状態—との有意な関係を認めなかった³⁶⁾。

医師における、長時間労働と抑うつ、バーンアウトに関する横断研究は、我が国の知見を含め数多く存在する³⁷⁻⁴⁰⁾。関連する研究では、ひと月当たりのオンコールの回数や不十分な休日や抑うつ、バーンアウトの有病率と関連すること^{41,42)}、週当たり70時間以上働いている医師に医療ミス⁴³⁾の報告が多いことが示されている。医療ミスについては、24時間以上のシフトを頻回に行った場合、連続最大16時間の短いシフトの勤務よりも、より重篤な医療過誤を起こすことが、集中治療室のインターンを対象として行われた無作為化比較試験で確認されており、24時間以上のシフトにおける医療過誤のリスクは睡眠不足が関連していることが示唆されている⁴⁴⁾。

米国では、2003年7月より、全てのレジデントの勤務時間は、患者ケアと教育義務のために週平均80時間未満、連続しての勤務は30時間を超えないとする制限がなされた（注：連続最大労働時間は、2011年以降現行では24時間を超えないこととなっている）。その後レジデントのバーンアウトの頻度が減少し、ウェルビーイングが向上しているとするデータがある。しかし同時に、教育カンファレンスへの出席減等、研修プログラムへの満足感や、患者ケアについては好ましくない影響が出ていると評価されている^{45,46)}。

長時間労働から健康障害に至る生理的なメカニズムについては、医師を対象とした無作為化比較研究も行なわれている。救急医を対象として、心拍変動等を指標に行われた無作為化比較試験では、24時間シフトは14時間シフトに比べて、身体的、精神的疲労の延長効果が確認されている⁴⁷⁾。また、レジデントと上級医を対象とした個人内無作為化クロスオーバー試験で、ルーチンの就業日と比較対照とする24時間オンコール体制が、認知的パフォーマンス等主観的指標に加えて、心拍変動・尿中カテコールアミン（交感神経系）、血清コルチゾール（下垂体-視床下部-副腎系）、眼球運動など多様な指標に影響を与えることが示されている⁴⁸⁾。

(2) 医療事故、医療安全との関係(海外の論文を含む)

医師の健康確保と医療の質は密接に関連する^{49,50)}。我が国でも多くの報告がある⁵¹⁻⁵⁴⁾。例えば、聖路加国際病院の研修医49名を対象に、48日間にわたって連日行った研修・労働状況と、通常は見過ごされがちな小さな医療安全上の問題（今回の対象は採血・ライン確保などのベッドサイド処置のミス）との関係を検討した結果、内省的で精神面のQOLや医師業務満足度が高く、仮眠をより多く確保している研修医においては処置ミスを起こす頻度が少ない傾向にあり、一方で当直回数が多い研修医は処置ミスをより多く経験する傾向にあった⁵¹⁾。日本外科学会が実施した合計534名の外科医の調査では、勤務が多忙で体力的限界を感じた医師は68%に達し、約40%の医師がこのような時に医療事故を起しそうになったと答えている⁵³⁾。産婦人科診療における交代制勤務導入により医療の質改善と勤務医の健康支援に有用であった取り組みなど報告されている⁵²⁾。また、患者のコンビニ受診の対策を行っていない病院では、医師がバーンアウトを起こしやすい⁵⁴⁾ことがわかった。医師の健康確保は医療の質と密接に関連しており、我が国では労働時間管理の必要性が勤務医の健康を中心に議論が進展しているが、医療の質確保に密接に関連している点も改めて注視し、健康管理の在り方を検討する必要がある。

また、医学データベースMEDLINEとEMBASEを利用して、2005年8月に文献検索を行った結果が図表2-4である。文献データベースMEDLINEとEMBASEによって、「work hours × medical errors」、「work hours × patient safety」、「work hours × malpractice」の言葉で検索した結果、医師の長時間労働に関しては7つの文献が存在した。今回の検討で

は、労働時間の短縮で医療安全が向上したとの論文が4件、労働時間と医療安全との間に相関を認めなかったとする論文が3件あった。一方、労働時間の短縮によって医療安全が脅かされたとする論文はなかった。これら7論文における根拠の確実性の高さは必ずしも高いものではないが、医師の労働時間を短縮しても患者に医療安全の面で不利益をもたらさないようである。むしろ、安全性が高まることが期待される。以上をまとめると、現時点では、医師の労働時間と医療安全に関する研究蓄積は充分ではない。しかし、不眠不休で集中力が低下した医師の診療行為を放置することは患者の医療安全の面で問題がありそうなことは確かである。

過重労働対策で医療とともに5年の猶予措置がとられた運輸業等では、交通安全の面から過労運転の責任を運転手本人だけではなく、雇い主にも求めている（道路交通法第66条、66条の2）。医療界において、医療機関の管理者が各医師の過労診療を放置すれば、その次に来るのは道路交通法に相当する法規で医師および医師を雇用する管理者の刑事的な訴追ということにつながる可能性もある。

プロフェッショナル・フリーダムを確保しようとするならば、各医療機関の管理者は勤務する医師の労働時間の把握と過労防止策（シフト制、多職種連携等）が不可欠である。医師の休息時間を確保して十分な睡眠時間を取らせることは、病院管理者の義務ともいえる。

図表 2-4 医師の労働時間と医療安全との関係 ^{44,55-62)}

著者	対照	介入	結果
Landrigan	1勤務あたり34時間	1勤務あたり16時間	医療ミス：136対100.1/1000患者・日
Baldwin	週80時間以上対週80時間未満		週80時間以上勤務する医師はそれ未満の医師よりも1.58倍重大な医療事故に遭遇する。
Bailit	1勤務あたり36時間	1勤務あたり24時間	出産後の出血：2.0%対1.2% 新生児の蘇生：30.1%対26.3%
Mann	1勤務あたり33時間 (1勤務あたり2.75時間睡眠)	1勤務あたり33時間 (1勤務あたり5.75時間睡眠)	誤診 1.69件対1.0件/勤務
Davydov	処方ミスと勤務開始後経過時間との相関		相関なし
Lee	1勤務あたり28.2±1.6時間	1勤務あたり12.0±0時間	医療事故、誤診の発生に有意差なし(月9件対月6件)
Rogers	卒後1年：週90.82±16.29時間	卒後1年：週76.85±5.24時間	有意差なし (合併症、診断の遅れ、誤診)
	卒後2年：週85.95±23.3時間	卒後2年：週80.66±8.73時間	
	卒後4年：週91.75±13.92時間	卒後4年：週81.80±12.98時間	

しかし、最近の研修医における労働時間の短縮に伴う患者の予後への影響を解析した総説（システマティックレビュー）では、医療安全への時短の効果に関しては一致した結論は出ていないのが現状である（図表 2-5）。医師の疲労と医療安全との関係は十分な解析が今後なされることが望まれる。

図表 2-5 研修医の労働時間の短縮とその効果に関する最近の知見⁶³⁾

著者, 発表年	診療科	対照	介入	結果	時短の効果
Yaghoubian ⁶⁴⁾ 2010、アメリカ	外科	16 時間 超	16 時間 未満	合併症の発生率に 差はない	△
Yaghoubian ⁶⁵⁾ 2010、アメリカ	外科、 外傷	16 時間 超	16 時間 未満	合併症の発生率が 上昇 (15.6%対 20%)	×
Rosenbluth ⁶⁶⁾ 2013、アメリカ	小児科	16 時間	13 時間	患者の在院日数が 14%短縮	○
Sen ⁶⁷⁾ 2013、アメリカ	内科、 外科、 小児 科、救 急	16 時間 超	16 時間 未満	医療過誤の発生報 告の増加 (19%対 23.3%)	×
Choma ⁶⁸⁾ 2013、アメリカ	内科	30 時間	16 時間	在院日数。死亡 率、30 日以内の再 入院率に差はない	△
Emlet ⁶⁹⁾ 2012、アメリカ	ICU	30 時間	13 時間	患者の在院日数が 短縮 (5.65 日対 8.43 日)	○
Stroud ⁷⁰⁾ 2012、カナダ	内科	28 時間	24+2 時 間	研修医が医療安全 の改善に寄与と認 識	○

(第3章)

3. 医学・医療の固有な問題、特殊性

(1) 「医療の質や安全性の担保」と「医師の健康への配慮」の両立が必要であること

医師の業務は国民の生命と健康に直結しており、良質で安全な医療の供給体制が保障されなければ国民は安心して生活することができない。したがって、医師の働き方改革においては、「現実の医療ニーズに対応し、医療の質や安全性を低下させないこと」と「医師の健康への配慮」の両立が必要である。

現在我が国では、国民皆保険のもと誰もが安心して医療を受けられる医療制度が確立されており、世界屈指の平均寿命や高い医療水準が維持されている。一方、今般の働き方改革で、我が国の医師の労働時間が他産業従事者に比べ極めて長いことが指摘されている。我が国のすぐれた医療実績の背景には、宿直明けも休まず通常の勤務を行い、休日抜きで診療にあたるなど、我が国の医師の献身的努力があると思われる。しかし、医師の長時間過重労働は、医師の健康への悪影響はもとより、業務執行能力の低下や医療事故の誘因となることが報告されている。また、医師も社会の中で生活し、等しく家庭生活を営む人間であり、ワークライフバランスの確保が必要である。したがって、今般の働き方改革を機に、医師の長時間過重労働は是正すべきである。また、近年増加しつつある女性医師に対する支援体制の整備も必要である。

医師の働き方改革においては、医師と医療の特殊性に鑑み、一般業種とは異なる制度改革が必要である。その特殊性とは、医師として現役生活を続ける限りは生涯にわたる自己研鑽（研修や修練）が必要であること、医師法に医師の応招義務が規定されており、医師は患者からの診療の要請を拒んではならないこと、重症度・緊急度が高い症例では労働時間規制を超える時間外労働を行わざるを得ない場合もあること、地域事情、医療機関の機能などにより多種多様な医師の働き方があること、医師不足の地域が存在することなどである。このような特殊性に鑑みず、拙速に医師の勤務時間の上限設定を行うと、医療の質や安全性の低下をきたす可能性があるため、慎重を期すべきである。医師の働き方検討会議からは、まず勤務間インターバル、連続勤務時間規定など休息を確実に確保できる仕組みのルール作りを行い、その後遵守可能な時間外労働時間を算定することが現実的だという意見が出されている⁷¹⁾。

医療の特殊性の代表例として、外科手術が挙げられる。心臓血管外科、脳外科などでは週に3日以上の手術日にそれぞれ10時間を超える手術が行われることもあり、また術後も患者管理が必要なため、患者救命のためにひと月80時間以上の時間外労働を余儀なくされる場合もある。長時間手術に携わる医師の健康を維持する方策として、手術終了から翌日の仕事の開始までに一定の休息時間を設けることや、複数チームによる術者分業制、周術期管理におけるタスクシフト、タスクシェアなどが考えられる。そのためには医師をはじめとする職員の増員が必要であるが、現在でも医師不足に悩む地方の中小病院にとっては実現が難しく、更なる地域医療の崩壊を生む恐れもあるので慎重な検討が必要である。日本医師会および医師の働き方検討会議からは、重症度・緊急度が高い症例の治療、医師不足の地域、救急医療の現場など、患者の救命のために労働時間規制を超える時間外労働を余儀なくされる医療機関を「特例」として認め、都道府県に第三者機関を設置して、医師の健康管理を監視するという案が出されている⁷¹⁾。

以上のような理由から、医師の働き方改革においては、医師の労働の固有の問題、特殊性に鑑み、医師特有の就労体系や制度を策定することが望ましい。一方、医療の質確保は国民全体のためであるので慎重な進め方が必要である。たとえば憲法14条の平等権を考えれば、医師は特別で看護師や医療関連の業務に従事する他の職種は特別ではないと誤解されてはならない。医師の時間外規制に関してのみ5年間猶予されたことに対する対応を中心に整理を行う必要がある。また、今回の働き方改革を医師の労働環境改革の好機と捉え、医師の働き方だけでなく、医師のタスクシフティングなどの新たな政策の実現、患者・国民の医師の労働に対する理解の促進などに繋げるべきである。

(2) 医師以外でもできる業務まで行っていること(タスクシフト、タスクシェアの提案)

医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査⁷²⁾によれば、50歳以下の常勤勤務医の

一日の仕事のうち、電子カルテの記載業務の一部、診断書作成などの医療事務、血圧など簡単なバイタル測定、患者への説明、院内の物品の運搬など、他職種に移管できる作業に費やした時間は、約47分であった。医師事務作業補助者（クラーク）や医療補助職（Physician Assistant, PA）、特定看護師（Nurse Practitioner, NP）、臨床工学士（Medical Engineer, ME）の採用、業務拡大によりタスクシフティングを実現すれば、医師固有の業務に集中でき、長時間過重労働も改善されると考えられる。これらの職種の採用促進のために、すでに診療報酬制度に導入された「医師事務作業補助体制加算」のような財政的支援に加え、メディカルスタッフが行う医療行為の拡大（タスクシフティング、タスクシェアリング）についての検討と法整備を提案したい。

(3) 医師として働き続けるためには自己研修や生涯学習が必須の職業であること(eラーニングの提案)

医師は、提供する医療の質の向上やスキルアップのために、文献の閲覧や執筆、最新の知見の取得や専門医の資格取得・維持のための学会・研究会等への参加のほか医学研究、論文執筆などの自己研鑽を行わなくてはならない。また医師の自己研鑽は、患者に良質かつ最新の医療を提供するためにも不可欠である。この自己研鑽の時間を医療に要する実労働時間と明確に区分することは、必ずしも容易ではない。この問題に対する解決策として、自己研鑽と労働時間の定義をルールとして決定する方法が考えられる。自主的な勉強会、発表のない学会参加などは純粋な自己研鑽に、カルテ・診断書作成、委員会・会議、カンファレンスなどは明らかな労働に分類されると思われるが、手術見学、学会発表、論文作成、文献検索など、労働と自己研鑽の二面性がある活動も存在する⁷³⁾。これらの活動に対し過度に厳格なルールで規制をかけると、勤務医の診療レベルの低下や自己研鑽の意欲の低下をきたす可能性があるため注意を要する。一方、遠方で開催される研修会会場に出向かなくても、診療の現場あるいは自宅でeラーニングにより自己研鑽できるようになれば、医師の負担軽減につながると思われる。自己研鑽時間の効率化のために、行政や各領域の学会が一体となってeラーニングを普及させることを提案したい。

(4) 患者に対する義務(患者、国民の理解を得る必要性)

医師法第19条にいわゆる医師の応招義務が規定されており、診療に従事する医師は、正当な理由がなければ患者からの診療の求めを拒んではならないとされている。この応招義務に罰則規定はなく、その実行は医師の良心に委ねられているが、医師は自らの良心に従い、勤務時間外であっても自発的に病院に戻り患者の治療にあたっている。患者ファーストの精神に基づく時間外勤務は医師として望ましい行動であるが、過度の時間外勤務は医師を疲弊させ、良質で安全な医療の提供を危うくする。今回の「働き方改革」を機に、患者・国民の理解を得て、医師の時間外労働の軽減を図ることを提案したい。

たとえば、主治医による終末医療における時間外臨終対応、休日・時間外の患者家族説明が日常的に行われており、勤務医の疲弊の一因となっている。この解決策として、一人主治医制を見直して複数主治医制とし当番の主治医が臨終対応にあたる方法や、患者家族説明を勤務時間内に限定する方法が考えられるが、この方法の実行のためには、社会全体（国民、患者、家族）への理解の浸透が必要である。

また、軽症患者の夜間救急外来受診や、専門医療機関への紹介状を持たない受診などが医師の疲弊の一因となっている。医師の身体的・精神的負担の軽減のために、各地域における啓発活動、医療供給体制に関する住民との情報共有などを通じて、住民の受療行動の改善を促進することが期待される。ただし、重症度・緊急度が高い患者が受診を控えるという事態に陥らないようにすることも必要である。

(5) 女性医師増加に対する方策(女性医師支援の必要性)

近年、若年層における女性医師が増加しており、医学部入学者における女性の割合は約3分の1となっている。しかし、女性医師は、社会全体の性別役割分担意識等を背景に、妊娠・出産等により仕事と生活を両立させることが困難となり、キャリアを中断せざるをえな

い場合が多い。未就学児の育児中の働き方に関する調査結果では、常勤女性医師の1割、非常勤女性医師の4分の1が休職・離職を経験していた。また、育児中、休職・離職を経験した女性医師は、他の勤務形態を取った女性医師と比較して、専門医資格の取得率が有意に低かった⁷⁴⁾。また、同調査によれば、女性医師の多くが、育児中の「時間短縮勤務」「勤務日数減」「業務内容軽減」を希望していた。女性医師が長く医師として活躍し、社会に貢献できる社会を実現するためには、育児を両親で分担する社会への移行、育児期にある男女両性の医師に見合った労働環境の整備と復職時の支援体制が必要である。また、夫の家事・育児への参加が望まれるが、そのためには、育児期にある夫の意識改革とともにそれを支える社会基盤の整備が必須である（厚生労働省「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」報告書、平成27年）。

(6) 時間帯に関わらず生じる医療需要

小児科においては、他の診療科に比べて休日・夜間の受診率が高い⁷⁵⁾。平成14年社会医療診療行為調査の解析では、国民全体の休日・夜間の医療機関受診は全受診の2.3%であるのに対し、15歳未満では10.4%であった。また、平成23～25年の6歳未満の休日・夜間の受診は全受診の8.8%を占めていた(図表3-1)。このため、小児科医は休日・夜間の対応で疲弊する恐れがある。

図表3-1 6歳未満児の時間外、休日、深夜の受診の推移

年	診療時間内		診療時間外			総受診
	診療時間内	合計	時間外	休日	深夜	
A)平成18～22年	90.0%	10.0%	4.85%	4.41%	0.79%	100.0%
B)平成23～25年	91.2%	8.8%	4.18%	3.94%	0.65%	100.0%
差(B-A)	1.2%	1.2%	-0.67%	-0.46%	-0.14%	0.0%

・江原朗⁷⁶⁾。

また、産科においては出産が日中だけにあるわけではないため、シフト性を組まない場合、産科医の疲弊を来す危険性が大きい。出産時間帯別の比率を計算すると、日中の出産が約半数、準夜帯および深夜帯にそれぞれ4分の1となっている(図表3-2)⁷⁷⁾

図表3-2 1日当たりの時間帯別平均出生数

出生時間	総出生		病院における出生	
	平均出生数	比率	平均出生数	比率
0～7時代	751.1	25.6%	368.1	24.3%
8～15時代	1,330.3	45.4%	710.0	46.9%
16～23時代	849.1	29.0%	434.5	28.7%

・平成22年度 人口動態統計特殊報告⁷⁷⁾

小児科医、産科医の疲弊を防止するための方策として、病院機能の集約化を図り、交代勤務制、主治医制に代わるグループ診療制を導入する方策が考えられるが、医師増員を実現できない病院の業務縮小が、地域医療の崩壊につながらないように配慮する必要がある。

(7) 医師の宿日直勤務を時間外勤務として扱う場合の留意点

厚生労働省労働基準局長通達⁷⁸⁾に示された宿日直勤務は、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とされており、従来行われてきた宿日直医師による時間外救急医療体制とは内容が全く異なっている。この問題への対応策として、時間外勤務と見なされる当直医への時間外手当支給、勤務インターバルの確保（翌日の勤務を免除し休息の時間を与えること）や医師の補充などが考えられているが、これらの対応が病院経営に与える負担は大きい。また、病院勤務医師の増員を阻む要因として医師の地域偏

在、診療科偏在による医師不足という別の問題があることも念頭に置く必要がある。人件費不足、医師不足により医師を増員できないことが、病院の業務縮小、ひいては地域医療の崩壊を引き起こさないよう留意する必要がある。

一方で、現行の宿日直許可基準（労働時間適用除外）に関する通達は、今日においては看護師には適合しているが医師の業務には適合していないとして、見直しを促す意見もある⁷⁹⁾。

(8) 財政支援の必要性

働き方改革対策に伴う医師増員、タスクシフティングにおけるPA等の職員採用などでは、新たな財源が必要である。しかし、各医療機関における収入源は公定価格である診療報酬に限られているので、財源不足および経営困難に陥る可能性がある。診療報酬の改定など、何らかの財政支援が望まれる。

(第4章)

4. 現在の医療界の状況（日本と海外との比較も含む）

(1) 医師の長時間・過重労働や働き方(労働)の実態

① 日本における医師の労働時間

日本において、医師の労働時間に関する定義が判然としないことが長時間労働の是正がなされない原因の一つとしてある。まず、通常の診療や診療外の労働時間については議論の余地はないものと考えられる。問題は、当直や宅直オンコールと呼ばれる時間の存在である。

当直とは、通常の診療が終了した夕方から翌日の朝までの夜間帯、もしくは、休日において病院内において患者の対応を行うことである。また、「宅直オンコール」とは、自宅に帰宅することはできるものの、病院からの緊急の呼び出しに即応する自宅待機をいう。たしかに、一般の作業所等においても、「宿直」や「日直」という勤務形態は存在する。では、なぜ病院において「当直」や「宅直オンコール」と呼ばれる勤務形態が問題となるのであろうか。

一般の勤務では「宿直」や「日直」とは通常の業務をすることを想定していないからである。たしかに、医療法第16条により、病院に医師を宿直させなければならないが、「宿日直」とは「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又は短時間の業務が行われている」場合に限定されている（基発第0319007号、平成14年3月19日、厚生労働省労働基準局長）。したがって、「宿日直」扱いのもと、「当直」と称して救急外来を実施することはできないことになる。通常の労働時間内の業務と同等の労働が行われた場合には、休日・夜間の宿日直時間勤務全体が労働時間に当たるとされている（奈良県（医師時間外手当）事件、平成22年11月16日大阪高裁判決・確定⁸⁰⁾）。

一方、「宅直オンコール」に関してははっきりとした司法判断がなされていない。しかし、平成20年3月28日に仙台労働基準監督所が大規模病院に交付した是正勧告における指導票に「宿直の許可条件を順守できないという理由でオンコール体制としていた医局があるが、労使合意の上、明確な規程に基づいて実施されたい。なお、制限の内容の程度呼び出しの頻度等から拘束性が強い場合には、労働時間と判断される場合があるので実態を把握し、必要な対応を図ること。」とある。したがって、「宅直オンコール」においても労働時間と判断される可能性がある。

図表4-1に日本の勤務医の平均労働時間を示す。「診療+診療外+当直」を労働時間と算定しても、男性は20～40代において週60時間を超えている。過労死の認定基準の1つとされる時間外労働80時間/月を平均値で超えていることになる。女性医師の労働時間も男性ほどではないが、週40時間の法定労働時間を上回っていることは確かである。

図表4-1 日本の勤務医の平均労働時間

平均値（男） 男性	常勤医（男性） 診療+診療外+当直	常勤医（女性）
20代	65.0	59.2
30代	63.9	52.2
40代	61.1	49.3
50代	55.5	50.1
60代以上	45.3	42.8

第1回 医師の働き方改革に関する検討会，資料3，平成29年8月2日⁸¹⁾

平均値 (男)	常勤医		
男性	診療+診療外	当直+オンコール	合計
20代	57.3	18.8	76.1
30代	56.4	18.7	75.1
40代	55.2	17.1	72.3
50代	51.8	13.8	65.6
60代	45.5	8.0	53.5
平均値 (女)	常勤医		
女性	診療+診療外	当直+オンコール	合計
20代	53.5	13.0	66.5
30代	45.2	10.7	55.9
40代	41.4	9.0	50.4
50代	44.2	7.8	52.0
60代	39.3	3.4	42.7

新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会，資料4，平成29年4月6日⁸²⁾

なお、「宅直オンコール」を労働時間と算定して加算した場合、男性・女性ともに労働時間はさらに長いものになる。図表4-1の下段のとおり、20～40代の男性医師においては週70時間を上回り、20～40代の女性においても週50時間を超えている。

さらに、長時間労働の比率が一般労働者に比べて著しく高いことが報告されている。平成24年就業構造基本調査（総務省統計局）によれば、医師の労働時間（ここでは、「当直」「宅直オンコール」が労働時間に含まれるかどうかの議論はない）が週60時間（過労死の認定基準の一つである月80時間の時間外労働に相当）を超える労働者の比率が一般労働者では14.0%であるのに対し、医師では41.8%となっている。さらに、週75時間を超える比率が、医師では17.2%と一般労働者の2.6%の6倍以上である（図表4-2）。

図表4-2 日本の年200日以上勤務の正規職員の勤務時間数別比率

時間数	日本		(参考) アメリカ	
	総労働者	医師	時間数	医師
対象者数	33,110,400	168,400	解析対象数	約5,000
42時間以下	36.1%	19.3%	40時間以下	14%
43～59時間	49.6%	38.9%	40～60時間	62%
60時間以上	14.0%	41.8%	61時間以上	23%
75時間以上 (再掲)	2.6%	17.2%	80時間以上 (再掲)	5%

・平成24年就業構造基本調査，第34表（総務省）⁸³⁾

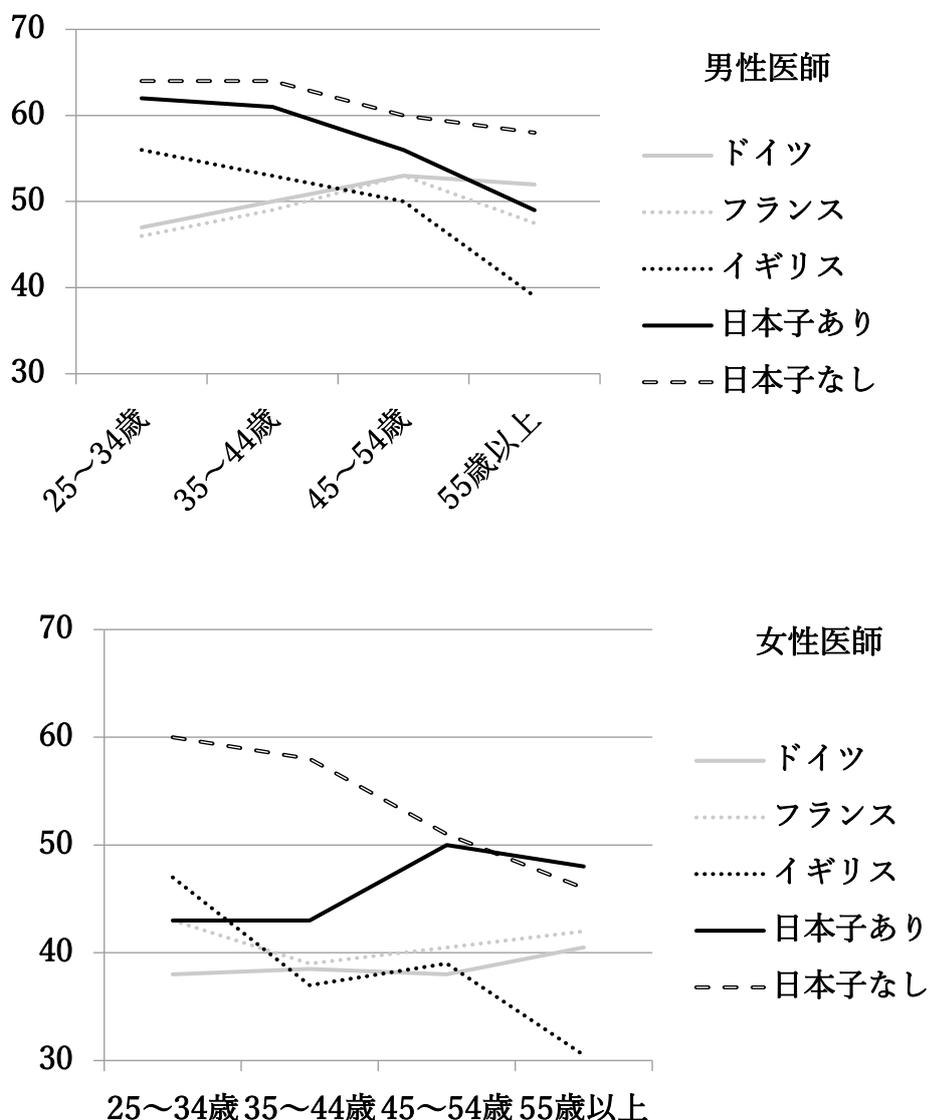
・AMA(2015).⁸⁴⁾

また、アメリカ医師会による2014年の調査によれば、アメリカで週60時間を超える医師の比率は23%、また週80時間を超える比率は5%にすぎない。アメリカでは専門職としてホワイトカラー・エグゼンプションの対象となっているが、アメリカの医師の労働時間は日本より短いことがわかる。

② 平均労働時間の国際比較—対欧州諸国—

ヨーロッパにおける医師の労働時間に関する直近の資料は見当たらない。しかし、2000年の資料を基に、2006年OECDが医師の労働時間に関する報告書をまとめている⁸⁵⁾。ドイツ、フランス、イギリス（2000年現在値）では、25～54歳の男性医師の労働時間は週55時

間以下であり、女性医師は週 50 時間を下回っている。一方、「診療+診療外+当直」時間で計算した日本の医師の労働時間（平成 28 年）は、これら欧州諸外国の約 20 年前の値と比較しても、週 5~10 時間程度長いことがわかる（図表 4-3）。



図表 4-3 欧州と日本の勤務医の平均週労働時間の比較

- ・ Steven Simoens, Jeremy Hurst ((2000 Eurostat Labour Force Survey を解析)⁸⁵⁾
- ・ 第 2 回医師の働き方改革に関する検討会, 資料 3⁸⁶⁾

日本の労働時間：診療時間+診療時間+当直時間（オンコールを除外）で計算されている。

③ 平均労働時間の国際比較—対米国—

2006~2008 年のアメリカでの医師の労働時間は、ホワイトカラー・エグゼンプションの対象であるものの、日本の医師の労働時間より短く、45 歳未満および 45 歳以上の医師の労働時間の平均はそれぞれ週 50.2 時間、週 49.3 時間にすぎなかった。また、性別に比較すると、男性医師は週 51.7 時間、女性医師は週 44.4 時間であった（図表 4-4）。

図表 4-4 米国の医師の平均週労働時間(2006-2008 年医師 12,469 人対象)

2006-2008 米国	平均	95%信頼区間
医師	51.0	50.3-51.7
研修医	49.6	48.9-50.4
研修医以外	59.3	57.4-61.1
研修医以外		
45歳未満	50.2	49.1-51.3
45歳以上	49.3	48.3-50.2
男性	51.7	50.9-52.6
女性	44.4	43.2-45.5

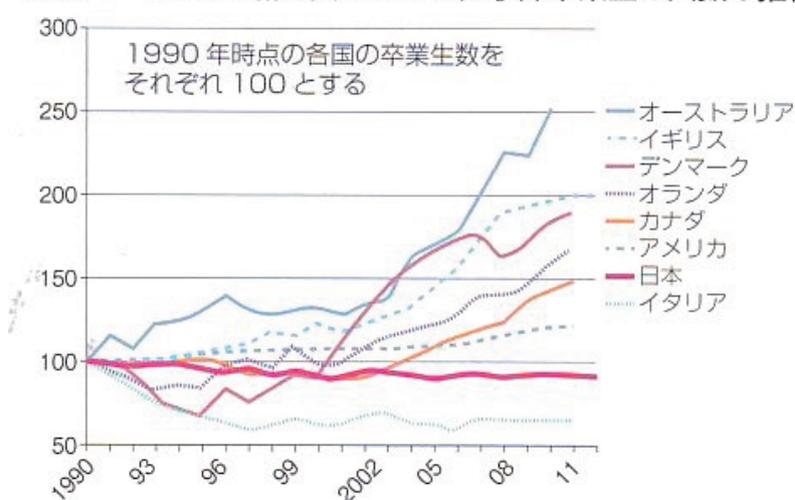
Staiger DO et al. ⁸⁷⁾

(2) 医師不足の実態

① 日本の医師数 32 万人は OECD 平均から 10.6 万人不足

日本は無医村解消を目的に 1981 年の琉球大学医学部設置をもって一県一医科大学を実現完了した。しかし 1970 年代の二度にわたるオイルショックによる国家財政悪化で、医療費も聖域ではないとする声（医療費亡国論）が高まり ⁸⁸⁾、1985 年から医学部定員削減を開始した（1984 年 8,280 人→2003 年 7,625 人：18%減）。しかし日本が医学部定員を削減していた期間も、OECD 加盟国は医療の進歩と需要の増大に伴って医師養成数を増加させていた ⁸⁹⁾（図表 4-5）

図表 1 OECD 加盟国における医学部卒業生の人数の推移



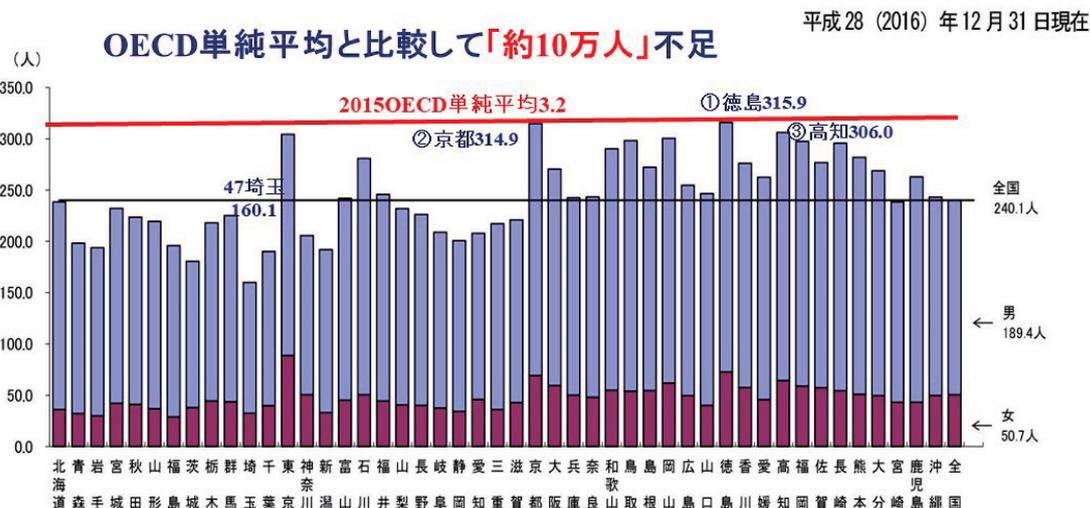
出所) OECD Health Statistics 2013,
<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

図表 4-5 OECD 加盟国における医学部卒業生数の人数の推移

2004 年には新卒後研修制度が導入されて全国で医師不足が顕在化し、2008 年度から医学部定員増が開始された。特に 2008 年 10 月の都立墨東病院産科患者のたらい回し事件が大きな契機となって、2018 年までに 9,262 人（7625 人から 21.5%増）まで大幅に増員されたが、医師数 319,480 人（2016 年 12 月 31 日）は人口 10 万人当たり 240.1 人と、先進 7 か国では最低のままで、もし日本の医師数が 2015 年の OECD 加盟国単純平均（千人当たり 3.2）並みに存在すると仮定して試算すると $319,480 \times (3.2 / 2.4) = 425,973$ となり約 10.6 万人（ $425,973 - 319,480 = 106,493$ ）不足している状態となっている（図表 4-6）。

(参考) 統計表 15 人口 10 万対医師・歯科医師・薬剤師数、従業地による都道府県—指定都市・特別区・中核市（再掲）、業務の種別、性別
 統計表 16 人口 10 万対医療施設従事医師・歯科医師数及び薬局・医療施設従事薬剤師数の年次推移、従業地による都道府県—指定都市・特別区・中核市（再掲）別

図5 都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口 10 万対医師数



図表 4-6 都道府県(就業地)別にみた医療施設に従事する人口 10 万人対医師数

② 地域偏在と医療需要のアンバランス

OECD 加盟国単純平均と比較して約 10.6 万人不足する日本だが、わが国で人口当り医師数が日本一多い高知県（2016 年 10 万人当り 315.9）も、OECD 平均（2015 年 1,000 人当り 3.2）に到達しておらず、日本で一番医師不足の埼玉（2016 年 10 万人当り 160.1）は高知県の約半数のレベルのままで、医師不足に加えて地域偏在が深刻な問題となっていることがわかる（図表 4-6）。

一方高齢者増加率は国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（2013 年 3 月推計）」によると、医師不足が問題になっている首都圏の埼玉・千葉・神奈川が上位を占めており、人口の高齢化がもたらす医療需要の増大に伴って医師のさらなる負担の増加が危惧される⁹⁰⁾。

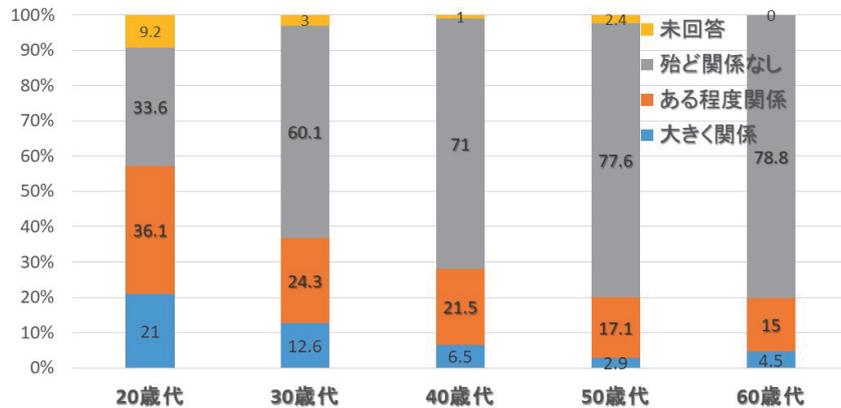
③ 医師の労働環境が診療科偏在を加速

厚生労働省の「第 6 回 医師の働き方改革に関する検討会：2018 年 1 月開催」では、勤務時間が週 60 時間以上である割合は産婦人科で約 53%、臨床研修医 48%、救急科 48%、外科系約 47%、小児科 45%であることが示された。2017 年に行われた勤務医労働実態調査によれば、医師の労働環境は若手医師の診療科選択にも大きな影響を与えていることが明らかとなっている⁹¹⁾（図表 4-7）。

勤務医労働実態調査

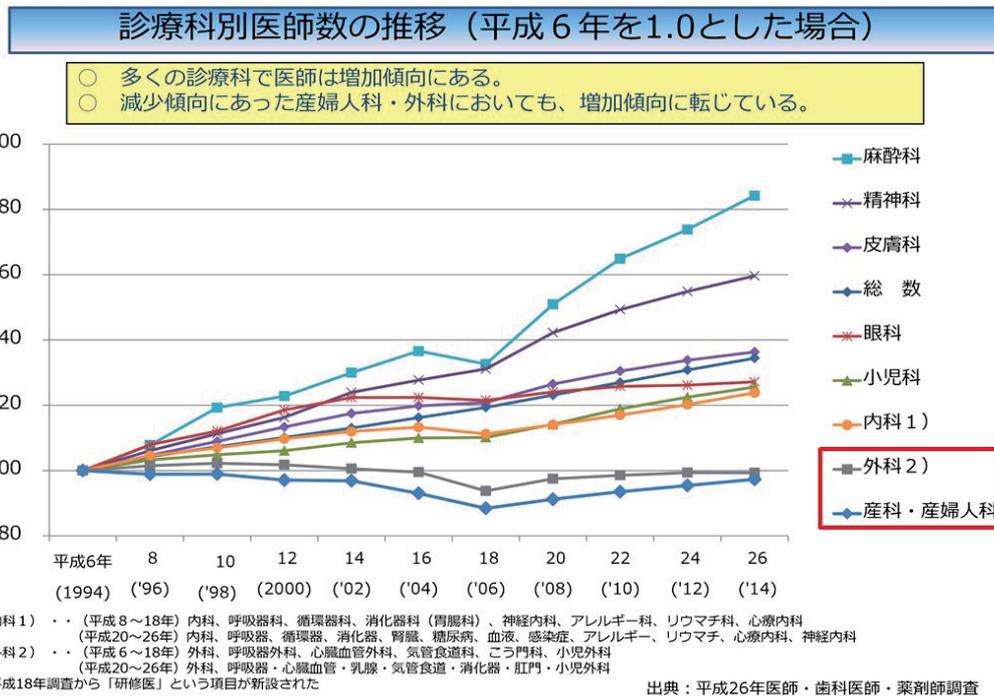
調査期間 2017年7月1日～9月30日 対象:勤務医1,800名 勤務医労働実態調査委員会 2017.11.9

・ 診療科選択にあたって労働環境が良いことが関係したか?



図表 4-7 勤務医労働実態調査

実際に1994年からの20年の診療科別医師数の推移によれば、2008年から医学部定員を増加した10年後の現在、診療科別の医師数の伸びは、麻酔科、精神科、皮膚科などの伸びが著しく、一方、外科や産科・産婦人科はそれほど伸びは大きくない(図表4-8)。診療科による差が大きくなっていることが見てとれる。



図表 4-8 診療科別の医師数の推移

④ 業務量で換算した医師数把握

図表4-9に人口千人あたりの医師数を入院患者数(病床数)⁹²⁾および外来受診数⁹²⁾で補正した指数を各国別に示す。日本の医療法では、一般病院における必要な医師数を入院患者16人に1人、外来患者40人に1人と規定している⁹³⁾。外来患者は入院患者の40%の業務量が必要であると仮定している。そこで、各国の入院患者数を病床数で代用し、人口千人あた

りの（病床数+外来患者数×0.4）で（医師数/人口千人）を割り、1日の入院中の患者数に換算した患者1人あたりの医師数を計算すると、日本は0.09（人医師/入院患者1人相当）となる。一方、フランスは0.24で日本の2.73倍。ドイツは0.22で2.48倍、イタリアは0.36で4.18倍、アメリカは0.36で4.10倍となっている。

人口あたりの医師数だけではなく、入院患者数および外来患者数をも加味すると日本はOECD諸国に比べて業務量あたりの医師数は少ない。日本では入院患者数は諸外国と比較して依然として高い状況にあるが、医師の過重労働の一つの遠因になっている可能性もあり、診療科による入院比率の国際比較や国内の地域差の原因分析など精密な実態調査や分析を行う必要がある。外来受診頻度の高いことももう一つの遠因であるので、国民の理解も必要である。

図表 4-9 入院中の患者数に換算した患者1人あたりの医師数の国際比較(2014年値)

国	A)医師数 /千人	B)入院病床 /千人	C)外来数 /千人・日	D) B+ (C×0.4)	A/D
フランス	3.12	6.22	17.26	13.12	0.24
ドイツ	4.11	8.23	27.12	19.08	0.22
イタリア	3.88	3.21	18.63	10.66	0.36
日本	2.36	13.21	34.79	27.13	0.09
イギリス	2.79	2.73	-	-	-
アメリカ	2.57	2.83	10.96	7.21	0.36

OECD Health Statistics 2017.による。

- ・外来数/千人・日は、外来受診数/人・年に1000をかけ、365日で割ったものである。
- ・各国の外来数はOECDデータの「Consultations」より引用。
- ・外来数/千人・日は、アメリカ2011年値、イタリア2013年値である。

⑤ 実働数で換算した医師数

米国は医師数を実働数（FTE：Full-Time-Equivalent：フルタイム勤務の医師数として換算）でカウントしているが、我が国も医師数の把握に女性や高齢医師の増加分を反映させるために、医師数を実働数で把握することが必要である⁹⁴⁾。

全体の医師数だけでなく、地域別の専門医実働数を明らかにすることによって、若手医師の進路（勤務地や診療科）の選択を判断する材料提供が可能となり、地域や診療科偏在の解消に資する可能性がある。

⑥ 医師需給検討会は2033年に36万人で均衡

厚生労働省「第6回医療従事者の需給に関する検討会」は、5月28日に「第21回医師需給分科会」との合同会議を開催し、医学部定員については医師の需給を推計、将来的には需給が均衡することを前提とし、2020年度と2021年度は、「2019年度の医学部定員を超えない範囲」にし、2022年度以降は、「将来的な医学部定員の減員に向けた議論としていく必要がある」ことを「第3次中間取りまとめ」として了承した。

分科会では、性年齢階級別の詳細なデータを用いて仕事量を算出することで医師の労働時間を3つのケースに仮定して需給推計を算出してきたが、労働時間の見込みを一番厳しい週55時間に制限する場合、2033年頃に約36万人で医師需給が均衡し、2040年には医師供給が約2万5,000人過剰となると見込んだ(図表4-10)。

医師の需給推計について(案)

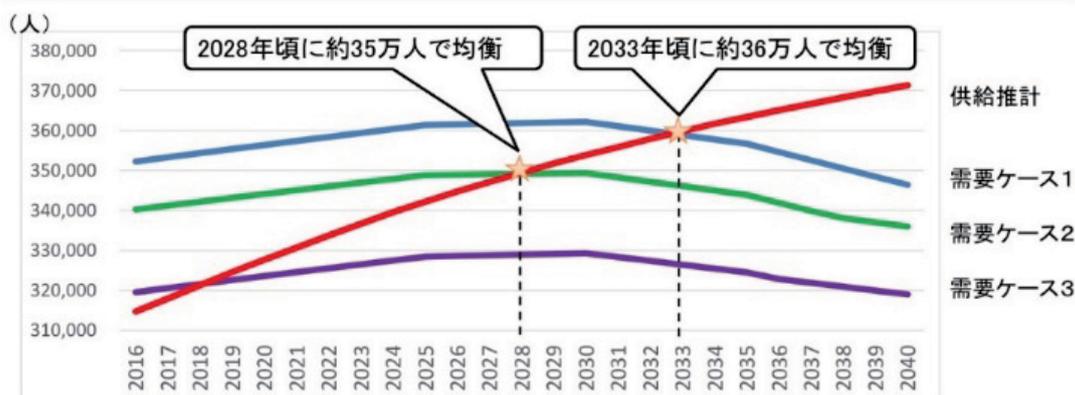
医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース2において、平成32年度(2020年度)医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年(平成40年)頃に、労働時間を週55時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース1において、2033年(平成45年)頃に均衡すると推計される。

供給推計 今後の医学部定員を平成30年度(2018年度)の9,419人として推計

需要推計 ケース1、ケース2、ケース3について推計※

※ 労働時間、業務の効率化、受療率等について幅を持って推計(別紙)

※※ 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした



34

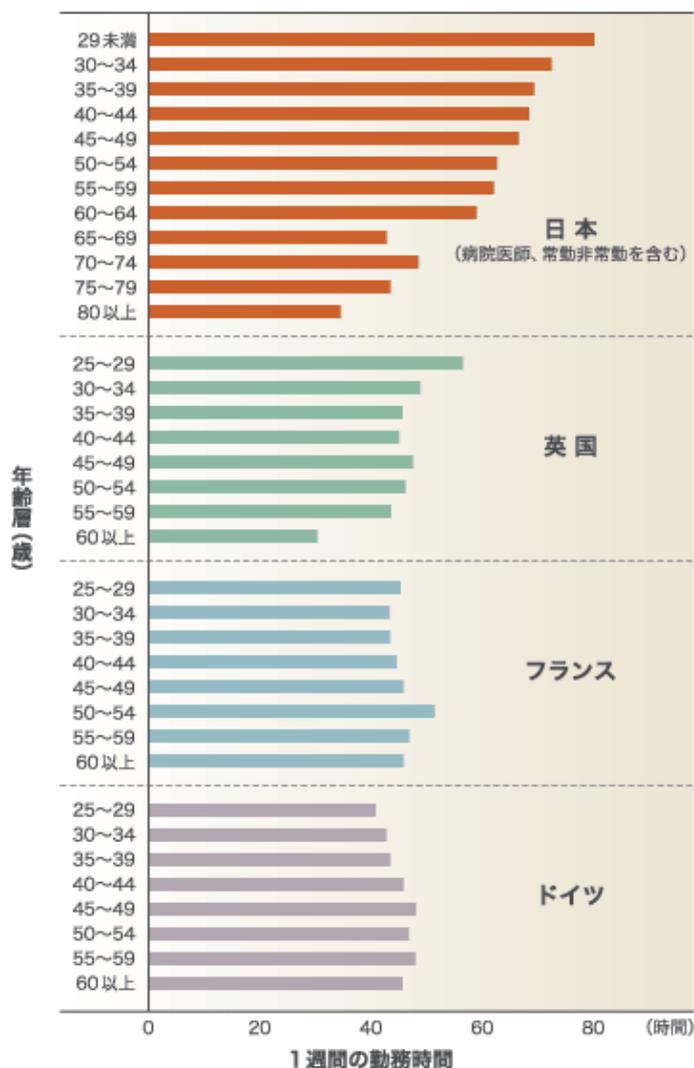
図表 4-10 医師の需給推計について(案)

今回の「第3次中間取りまとめ」が2033年に医師需給が均衡するとした約36万人は、①で指摘した日本の医師数がOECD平均並みに存在すると仮定した425,973から6万人少ない数字であるが、グローバルスタンダードに満たない医師数で現在の医師不足の問題を解決することは可能なのだろうか。以下に今後さらなる検討を要すると考える項目を列記する。

1) 2006年の医師の需給に関する検討会資料の1週間の労働時間によれば、日本は20代から59歳までの医師が週に60時間以上勤務し、80歳以上の医師が週に30時間勤務していた(図表4-11)⁹⁵⁾。対してヨーロッパでは20代から週に60時間以内の勤務時間で、70歳以上の医師のデータは認められず高齢の医師が引退している可能性が考えられた。今回の検討会の報告も医師の就業率として、医師・歯科医師・薬剤師調査に「無職・不詳」と回答した以外の医師については医籍登録後70年を超える医師(95歳超)まで算入した上に、仕事量推計に当たって20代医師が週に約60時間としたのに70歳を超える医師も週に32時間働くとして試算している。近年、人口の高齢化に伴い、65歳あるいは70歳を超えても非常勤勤務などを継続して働く医師が増えている可能性はあるが、国際比較を行う時にはどの程度の高齢医師を医師数としてカウントすることは適切か、吟味が必要である。

2) 前項の④で触れたが入院患者数および外来患者数等の業務量を加味すると日本はOECD諸国に比べて業務量あたりの医師数は少ない。

3) 地域偏在や診療科による偏在を如何に解消するか? 抜本的な解決法が期待される。



日本：国立保健医療科学院タイムスタディ、英国、フランス、ドイツ：OECDデータ

図表 4-11 1週間の勤務時間

⑦ 「医療従事者の需給に関する検討会」に期待すること

2005年にOECDは「保健医療資源の不足が一定の国々で問題化の可能性」と題して以下の指摘をしていた⁹⁶⁾。

「医師の不足が認められることは多くの国の重大な懸念である。診療医師の数、分布及び構成は、医業への参入規制、専門分野の選択、報酬その他の労働条件の側面、及び移住など多くの要因に影響される。2003年では、OECD加盟国間で1人あたり診療医師数に大きな違いがある。これはイタリアとギリシャの人口1,000人あたり4人を超える高いものから、トルコ、メキシコ及び韓国の2人未満の低いものまで幅がある。1人あたり診療医師数はまた日本、カナダ、イギリス及びニュージーランドでも比較的低い。後者の国々は伝統的に医科大学の入学数を規制している。」幸い今回医師需給分科会は「2022年度以降の医師養成数については全国レベルのマクロの医師需要推計だけでなく、ミクロの領域における医師偏在対策や、将来の都道府県毎の医師需給、診療科ごとの医師の必要数、長時間労働を行う医師の人数・割合の変化等についても適切に勘案した上で、人口構造の変化や医療技術の進展など医師を取り巻く環境がこれまでよりも短いスパンで変化していくことも踏まえ、定期的に検討をしていく必要がある」と明記した。

過労死までもが問題になっている医師不足の現場に、未曾有の超高齢化社会の到来でさらなる医療需要の増大が押し寄せる。国民の命の安全と医師の労働環境を改善するために、

「医療従事者の需給に関する検討会」には地域や診療科の「実働医師数」を含め経時的で綿密なデータの収集と詳細な分析、そしてタイムリーな政策取り組みを求めたい。

⑧ 新たな医療提供体制として仕事の sharing (特定看護師、PAの導入とその条件)

新たな医師の需給推計では、遅くとも 2033 年頃には医師の需給が均衡するとされたが、それまでの 15 年間どのようにして医師の労働環境を改善するかは、避けて通れない課題である。現実に労働環境は若手医師の診療科選択にも影響を与え、産婦人科や外科などの不足解消を困難にする可能性が高い(勤務医労働実態調査 2017)

地域や診療科の深刻な医師偏在を解決するためには、医師業務の劇的削減が必要で、米国等で活躍しているフィジシャンアシスタント (Physician assistant : PA) やナースプラクティショナー (Nurse Practitioner, NP) の導入が必要である⁸⁸⁾。

日本で医師が行っている多くの業務(回診・検査の実施、処置、オーダーリング、患者や他職種への助言等々)を米国ではフィジシャンアシスタント (Physician assistant : PA) やナースプラクティショナー (Nurse Practitioner, NP) が代行している。

2008 年当時、日本(医師総数 274,992 人 1,000 人当たり 2.15)より人口当り医師数が多かった米国(総数 740,867 人 1,000 人当たり 2.44)では、非医師診療従事者として 83,466 人の PA と 158,348 人の NP が存在し、人口 1,000 人当たりの医師+非医師診療従事者数は日本が 2.15 に対して米国が 3.08 人となっていた⁹⁷⁾。

2018 年 4 月に開催された第 118 回日本外科学会では、先進国 1 医師数が多いドイツで 10 年前から PA 導入が開始されていることが紹介されたが、日本の医師の深刻な労働環境を解決するためには、医師業務の劇的削減を可能とする実効性ある具体策として医師補助職の早期導入が必要である⁹⁸⁾。

医師補助職としては日本でも米国の NP に当たる特定看護師の養成と導入が開始されているが、特定看護師に対しては、医師と同様に不足に悩む看護師の団代からさらなる負担増を懸念する声が上がっている。さらに医師とチームを組んで働くことが期待される医師補助職という観点からは、特定看護師の所属が看護部か医師部門か等についても調整が必要となる可能性が高い。これらの観点から日本では PA の導入がよりスムーズに進むと考えられる。導入に際しては 1987 年に臨床工学技士法が成立し、新たな職種として医療現場に導入された臨床工学技士を参考にすべきである⁹⁹⁾。

しかし日本医師会総合政策研究機構が平成 29 年 12 月に発表した「医療経済実態調査」(病院・診療所)は病院の経営環境が厳しいことを明らかにしている。同調査によれば、病院の損益差額は一般病院で赤字が拡大し、精神科病院では黒字から赤字に転落している。また医療法人の一般病院は黒字ではあるが、損益差額率は 1.8%に過ぎず、再生産のための財源を確保できる状況にない。一方公的病院では損益差額率は▲13.7%で一般会計からの繰入金等によっても税引後利益率は 3.2%で、中小民間病院も医業収益は減収しており、特に小規模病院で黒字から赤字に連絡している。これらの収益性悪化の一因として、一般病院では医療の質の確保、患者ニーズの多様化に対応するため、さまざまな職種の人員が増加しているが、こうした多職種への評価が十分でないことが指摘されている¹⁰⁰⁾。本報告書(提言)に基づき PA 制度を導入する際には、日本医師会や病院会、全国医学部長・病院長会議等が一致して PA に対する診療報酬上の評価をしっかりと行うよう働きかける努力が求められる。

(3) 長時間労働是正のためにより一層の交代制勤務・グループ診療が求められる(医療提供体制の改革)

病院においては、各診療科が診療部長を店長とする個人商店のような仕組みがあり、病院長や事務長が労務管理の点で各医師の勤務実態を把握する仕組みができていないこと、交代勤務体制が進んでいない病院が多いことが問題の一つであると考えられる。

また、主治医制により、宿直医の判断を得ることなく主治医に直接に連絡が行く体制も問題と思われる。しかし、夏休み等で休暇を取る際には「申し送り」をして他の医師に任せている。こうした仕事のバトンタッチができるのであるから、主治医制に固執する必要はないと思われる。

交代勤務制、主治医制からグループ診療性への転換は不可欠でもある。24時間睡眠をとらない状態の集中度は運転免許停止処分に相当する酩酊下のそれに匹敵するとの報告¹⁰¹⁾もある。医療事故防止の観点からも医師の長時間労働の是正は不可欠である。

そのためには、病院機能の集約化が不可欠である。たしかに、集約化により医療機関へのアクセスが低下する住民は存在しえよう。しかし、集約化でアクセスが極端に低下するとは考えにくい。おおむね各二次医療圏に1つの基幹病院小児科に休日・夜間の二次医療機能を集約した場合のこれらの施設への小児の居住地からの自動車による移動時間を解析すると¹⁰²⁾、94.3%の全国の小児がこれらの医療機関に1時間以内で到達できることがわかる。

(4) アメリカやEUなどにおける、海外の研修医や医師の労働時間規制

医師の労働時間の平均値の議論だけでは、長時間労働の実態を把握することは難しい。各国が上限をどう定め、労働時間の上限をどう定めているかが重要となる。図表4-12に各国の労働時間に関する規制を示す。日本では、労働基準法第32条で労働時間の上限を週40時間に定めている。しかし、これまでは、第36条におけるいわゆる「36協定」を労使で締結すれば、時間外労働の上限は存在しなかった。たしかに、「労働時間の延長の限度等に関する基準」を厚生労働省は示していたが、あくまでも基準にすぎず、長時間の時間外労働を認めた労使協定の受理を労働基準監督署が拒否することはできなかった。改正労働基準法により時間外労働の上限が明確に設けられ、2019年4月より施行されることとなった。医師については5年施行が延長されたものの、現在その適用方法の検討が行われている。日本の医学・医療の将来像に関わり、理念に基づく課題解決が不可欠である。

図表 4-12 海外の労働時間規制 ¹⁰³⁻¹⁰⁵⁾

	欧州連合	アメリカ		日本
		ACGME	IOM 勧告	
規制の様式	欧州議会の決議	卒後研修施設認定組織(NPO)の決議		労働基準法
公示	2003. 11. 4	2011. 6. 1	2008. 12. 2	1947. 4. 7
週労働時間の上限	平均 48 時間	平均 80 時間	平均 80 時間	40 時間
連続最大労働時間		24 時間(申し送りに 4 時間延長可)	30 時間(うち邪魔されない睡眠 5 時間)	
週労働上記の平均時間算出のための観察期間	最高 4 か月	4 週	4 週	
例外規定(オプトアウト)	あり	一部週 88 時間の例外あり		改正労働基準法で年 720 時間の上限(医師の上限は検討中)
オンコール	労働時間			司法判断なし

・Stuart F. Quan, M.D. Work Hours During Residency Training-The IOM Speakes. J Clin Sleep Med. 2009 Feb 15; 5(1): 9-10. (IOM の文書は削除されており、関連文書を引用)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637174/>

・ACGME. Common Program Requirements, July 1, 2011.

[https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Common_Program_Requirements_07012011\[2\].pdf](https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Common_Program_Requirements_07012011[2].pdf)

・独立行政法人 労働政策研究・研修機構:労働時間規制に係る諸外国の制度についての調査、JILPT 資料シリーズ No. 104. 2012 年 3 月

<https://www.jil.go.jp/institute/siryu/2012/documents/0104.pdf>

日本では、仙台労働基準監督署管内の大規模病院への是正勧告・指導票に「オンコールについて：制限の内容の程度呼び出しの頻度等から拘束性が強い場合には、労働時間と判断される場合があるので実態を把握し、必要な対応を図ること。」(平成 20 年 3 月 28 日)との記載が行われており、オンコール時間も労働時間となる可能性がある。

アメリカでは、医師は専門的職種として、「ホワイトカラー・エグゼンプション」の対象である¹⁰⁶⁾ 一方、欧州では欧州議会の決議で週 48 時間の労働時間の上限が医師にも適用されている(図表 4-13)。しかし、国によっては労使でそれ以上働くことができるとする

「オプトアウト」という例外規定を利用して医師の長時間勤務を認めている。こうした例外規定を用いて保健医療や救急サービス(警察や消防など)を維持している国が欧州にいくつか(フランス、ドイツ、イギリスなど)見られる^{107,108)}。なお、アメリカでは、ホワイトカラー・エグゼンプションの対象であり、労働時間の上限に関する規程はないが卒後研修機関の認定基準のひとつとして研修医に関する週 80 時間(一部週 88 時間)の上限が定められている。

オプトアウトについて解説する。欧州労働時間指令には週 48 時間労働の特例がある。EU 加盟国は次のことを確保するため必要な措置を定める場合には、指令第 6 条（週 48 時間労働の規定）を適用しないことができる^{107,108}。これを「オプトアウト」という。（第 22 条 1 項）。① 使用者は、あらかじめ労働者の同意を得ている場合にのみ、4 か月平均で週 48 時間を超えて労働させることができる。

② 労働者が①の同意をしないことを理由にして不利益取り扱いをしてはならない。

③ 使用者は 48 時間を超える全ての労働者の記録を保存しなければならない。

④ 監督当局はこれを利用し、労働者の安全衛生を理由に 48 時間の上限を超えて労働させることを禁止もしくは制限することができる。

⑤ 使用者は監督当局の求めに応じて、こうした労働者に関する情報を提供しなければならない。

さらに、加盟国は施行から 3 年間の間は、第 7 条（4 週間の年次有給休暇）の代わりに、3 週間の年次有給休暇（代償手当を禁止）の規定を設けることを認められる。（第 22 条 2 項）。

図表 4-13 労働時間の上限の例外(オプトアウト)に関する項目

国	勤務時間上限の例外規定 (オプトアウト)	睡眠時間確保 (インターバル 規制)	当直の頻度	勤務時間上限
日本	なし	なし	日直月 1 回 宿直週 1 回	労基法は 40 時間 だが 36 協定締結 で延長可能（他 職種では年 720 時間の上限が労働 基準法改正で 提示されたが、 医師に関しては 上限を検討中）
アメリカ (ACGME)		8 時間	3 日に 1 回まで	80 時間 (88 時間までは延長可)
イギリス	あり	11 時間 (取れないときは 代替休息)		78 時間*
フランス	医師の例外 あり			60 時間 (例外で 20 時間 追加可)
ドイツ	あり	11 時間		78 時間*

第 6 回医師の働き方改革に関する検討会、資料 3（厚生労働省）¹⁰⁷

海外、特に EU では加盟各国は睡眠時間確保のために、勤務終了から次の勤務までに時間を空ける必要がある（インターバル規制）。

欧州では保健医療や警察や消防などの公共サービスの維持にオプトアウトを用いる国がいくつか見られる¹⁰⁸ものの、欧州の多くの国では 11 時間のインターバルが必要であり、週 168 時間－11 時間×6－24 時間（1 日の休日）により週の勤務の上限は 78 時間にならざるをえない。したがって、「例外規定で医師の長時間勤務が欧米各国で認められているから、日本でも同様の措置ができるはずだ」との議論が出る可能性はある。しかし、**図表 4-14**の通り、例外規定の「オプトアウト」には、「インターバル規制」という睡眠時間の確保（次の勤務まで 11 時間の休息が義務化）のための休息時間を取らせる義務が同時に求められている。欧州の国々では、「インターバル規制」があるため、週の労働時間の上限は自動的に以下のように算定されることになる。

週 7 日（168 時間）－1 日の休日（24 時間）－インターバル（11 時間×6 日）＝週 78 時間。

日本では、週 75 時間を超える医師の比率は 17.2%存在する(図表 4-2)ため、欧州と同様の労務慣行を実施するとすれば、2 割弱の医師の労働時間は短縮することになる。したがって実際には、欧州のオプトアウトが医師に適応できる国家における医師の最大労働時間は 78 時間を大きく下回っているのが現状である。

図表 4-14 オプトアウトのある国の病院医師の週最大労働時間の実測値(ケーススタディ)

国	オプトアウト	実際の週最大労働時間時間 (病院医師、時間/週)
ドイツ	あり	58-66
	なし	48-55
フランス	区別なし	48-60
イギリス	区別なし	60

European Commission, DG for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2010).¹⁰⁸⁾

また、アメリカでは医師は専門的職種として「ホワイトカラー・エグゼンプション」の対象であり、労働時間に関する規制はゆるやかではあるが、図表 4-2 および図表 4-3 の通り日本よりも医師の労働時間は短いことがわかる。

(第5章)

5. 他団体によるこれまでの施策、提言等の紹介

(1) 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」が示した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」(平成30年2月)¹¹⁾

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」の第1回委員会は、平成29年8月に開催された。平成30年2月には中間的論点整理がなされ、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」として、①医師の労働時間管理の適正化に向けた取り組み、②36協定等の自己点検、③既存の産業保健の仕組みの活用、④タスクシフティング（業務の移管）、⑤女性医師等に対する支援、⑥医療機関の状況に応じた医師の労働時間の短縮に向けた取り組みという6つの課題が示された。これら6課題を指標として、その後の「医師の働き方改革」に関する検討が進められた。これらは重要である一方、この緊急提言では解決できない点がある。例えば、④タスクシフティングに関しては、前提として、総需要に対する医療供給が根本的に足りない診療科や診療科の枠を超えた診療実績や実働時間の個人差があるので、実情に応じた丁寧なタスクシフティングの取り組みが必要である。

(2) 日本医師会「医師の働き方に関する検討委員会」の答申(平成30年4月)¹⁰⁹⁾

日本医師会「医師の働き方に関する検討委員会」は、「医師の勤務環境改善のための具体的方策-地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に-」という日本医師会の会長諮問を受け、平成30年4月に答申を発表した。この答申では、地域医療と勤務医の健康を守ることを前提として、労働時間規制に関し、①医師の特別条項によって、省令で医師独自の時間外労働の上限値を設けること、②医師の特別条項の「特例」を設け、月100時間、2～6か月平均で80時間の時間外労働の上限を超えても医師が働くことができるように提言している。これは、地域事情や外科医の数が極端に少なく、地域や診療科の偏在によって困難に直面している場合に有用な提言である。さらに、地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保が重要であると、国民の医療の確保を優先課題と明示している。また、医療機関の産業保健体制では法準拠でなく包括的管理によって医療の質確保と医師の健康確保を進めるべきであるという従来の労働安全衛生法重視の視点から、より先進的な取り組みを提案している。この答申案においては、医師の働き方改革を行う上での注意点として、救急医療の現場等では労働時間規制を超える時間外労働を行わざるを得ない場合もあるので、罰則の適用には慎重を要すること、医師の働き方改革の実行にはしかるべき経済的裏付けが必要であること、性急な改革を行うことにより、医療機関の存続、ひいては地域医療の崩壊をきたさないよう注意すべきことなどが記載されている。

一方、いわゆる過労死基準を超える医師の働き方に関しては、刑事罰や医療事故発生時の対応などの検討が必要である。そのため、過労死等基準を超える時間外労働を行う施設の医師の健康確保と医療安全の確保のため、第三者機関の設置と許可基準等の検討を行うことを提言している。また、本答申では具体的な時間外労働の上限値が提案されていないので、今後の検討課題となると思われる。

(3) 四病協の提言(平成30年4月)¹¹⁰⁾

四病院団体協議会（民間病院を中心とした病院団体の協議会、四病協）は、平成30年4月に以下の提言を行った。その内容は、①従来の労働法制とは異なる独自の医師労働法制を制定すべきこと、②臨床研修医、専攻医（専門医研修期間）は労働法制から除外すべきであること、③臨床医の大幅な増員が必要であること、④医師法、医療法の見直し、⑤医師事務作業補助者、特定行為研修修了看護師等、PA（Physician Assistant）制度、NP（Nurse practitioner）制度等の必要性についての提言であった。四病協の提言には、医師が労基法から適用が外れることなど現行法制の大幅な変更を伴う内容が含まれており、今後丁寧な議論が必要だと思われる。

(4) 医師の働き方検討会議の「医師の働き方改革に関する意見書」(平成 30 年 7 月)¹¹¹⁾

医師の働き方検討会議は、日本医師会「医師の働き方検討委員会」答申等をもとに医師の働き方改革について検討を行い、平成 30 年 7 月に厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」に意見書を提出した。医師の働き方改革においては、医師と医療の特殊性に鑑み、一般業種とは異なる制度改革が必要であると述べられている。また、日本医師会「医師の働き方検討委員会」答申で提言された「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立の重要性、労働時間規制における医師の特別条項、特別条項の「特例」の必要性が再確認された。また、医師と医療の特殊性、医師の健康確保対策、医師特有の問題である自己研鑽、宿日直、院外オンコール体制、長時間労働是正のために仕組み、医師における専門業務型裁量労働制、研修医等について、第三者機関の設置、女性医師支援、地域住民における医療への理解、労働関連法令の幅広い見直し・医事法制と整合性確保など、数多くの問題について見解が示され、今後の進め方についての提言がなされた。また、医師の時間外労働時間の上限設定については、拙速に長時間労働の是正を行って地域医療の崩壊をきたさないよう、段階的に進める事が望ましいこと、そのためには労働監督行政の理解を得る必要があることが述べられた。また、前述の日本医師会の答申と同様に、過労死等基準を超える時間外労働を行う施設の医師の健康確保と医療安全の確保のため、第三者機関の設置と許可基準等の検討を行うことを提言している。救急医療をはじめとする医療供給体制の見直し、タスクシフティング等の業務効率化に要する費用などについては、財政的支援が必要であり、あらゆる切り口での財政支援を検討する必要があることも記載されている。

(5) 医師の働き方改革に関する各学会の提言(日本外科学会、日本麻酔科学会、日本産科婦人科学会)

日本外科学会は、平成 30 年 9 月 3 日の厚生労働省「第 9 回医師の働き方改革に関する検討会」において、「外科医の働き方改革に関する課題と必要な取組」¹¹²⁾と題した発表を行い、その中で外科医の労働時間の短縮に必要な対策についての提言を行った。その内容は、1) タスクシフトの導入、2) 主治医制からチーム制への変換、3) 会議、説明の時間内実施(医師の意識改革、患者・家族の理解)、4) 施設の集約化と病院ごとの役割に応じた医師の確保、5) クリテイカルパスの導入による医療の効率化、6) 女性医師の参画、7) 手術室の効率的な運用、8) 国民への啓発活動、9) 医師自身・管理職の意識改革の必要性に関するものであった。また、同検討会において、日本麻酔科学会からは「麻酔科医の負担軽減と診療の安全・効率化の推進のためのシステムの必要性」¹¹³⁾と題した発表を行い、多職種の協働・役割分担による周術期管理の効率化を提言した。また、平成 30 年 9 月 1 日、日本産科婦人科学会から、「産婦人科医の働き方改革」宣言と提言¹¹⁴⁾が発表された。提言の内容は、地域の分娩取り扱い病院の大規模化・重点化、年間 500 名以上の新規産婦人科専攻医の確保、産科医療における高水準チーム医療推進、産婦人科女性医師の継続的就労支援、上記政策を妊産婦の負担増なく実現するための出産育児一時金の引き上げに関するものであった。

(6) 女性医師支援施策への提言(日本医師会)および日本医学会連合の考え方

日本医師会の「勤務医の健康支援に関する検討委員会」報告書(平成 28 年 6 月)¹¹⁵⁾によれば、女性医師就労支援策により、男性医師のうつ症状、自殺、労働能力障害、早期離職志向が有意に低減すると報告されているので、女性医師支援施策は、男性医師の健康への配慮にもつながる。以上のような背景のもとに、日本医師会「医師の働き方に関する検討委員会」の答申(平成 30 年 4 月)において、女性医師の離職防止・復職支援に向けた提言が行われた。その内容は、①保育・介護施設の充実(公的保育施設の有効活用等)、②柔軟な働き方(時短常勤制度等)と復帰の際の再研修プログラム、③個別事情に応じたキャリア形成支援、④夜間休日の時間外業務担当医等、勤務緩和を支える医師の処遇改善、⑤パートナー・家族との話し合い、⑥「女性が働きやすい医療機関」認証制度(好取り組み事例)であった。医師の働き方検討会議の「医師の働き方改革に関する意見書」(平成 30 年 7 月)でも以上の提言が踏襲され、さらに、医療界を挙げ、あらゆる方法で女性医師支援を進めるべき

であることが強調された。

医科大学における入試で女子学生に対する点数の操作が行われていたことが大問題になった。近年、医学部入学者における女性の割合は約3分の1となっている。世の人口の半分は女性であることから、ジェンダーバランスの点からも女性医師が増えることが望ましい。しかし、女性医師は、日本社会全体の性別役割分担意識等を背景に、また日本の医療界における長年の長時間労働の実態から、妊娠・出産、あるいは学童期に至る子育ての問題等により仕事と生活を両立させることが困難となり、キャリアを中断せざるを得ない場合が多い。したがって、女性医師が長く医師として活躍し、社会に貢献できる社会を作るためには、育児期の医師（男女を問わず）に見合った労働環境の整備による離職防止と、復職時の支援の仕組みを作らなければならない。

この際、女性医師のキャリア形成が他の勤務医の負担とならないような労働環境整備が必要である。すなわち、男女にかかわらず、医師全体の業務負担の軽減こそが男女ともに家庭生活や地域活動等に参画を促し、ワーク（仕事）とライフ（生活）を充実させることになり、ひいては、より生産的で、より革新的な医師としてのワークや、人間的なライフの満足度向上にも繋がるという考えかたが、ワークライフバランス推進の根底にあることを理解することが重要である。

(7) これまでの他団体の提言等から整理できること、および日本医学会連合の考えかた

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する委員会」における検討結果、日本医師会「医師の働き方検討委員会」答申、四病協の提言、医師の働き方検討会議の「医師の働き方改革に関する意見書」、各学会の提言の共通点は、医師の働き方改革を行ううえで、「医療の質や安全性を低下させないこと」と「医師の健康への配慮」の両立が重要だと述べられている点である。また、医師の働き方改革においては、医師と医療の特殊性に鑑み、一般業種とは異なる制度改革が必要であるという点も共通した意見であった。したがって、今後、自己研鑽、宿日直、院外オンコール、応招義務、地域医療や医療機関経営への影響など、医師および医療における特殊性に十分配慮した上で、勤務医の健康の確保と医療の質・安全性の確保が両立できる制度を構築する必要がある。時間外労働時間の上限設定については、両立ができていないための問題、すなわち医師が過労死を起こさないよう、できるだけ一般労働者の基準に近づけるのが望ましい。しかし現状が余りに長時間労働であるので、現場で医療崩壊をきたさないよう、段階的に改善を進めるべきである。具体的な解決策として、タスクシフト・タスクシェアの導入、女性医師支援を望む声はすべての提言に共通していたことを強調したい。医師の働き方改革には財源が必要であり、医療機関が負担して経営難、ひいては地域医療崩壊を招くことがないよう、何らかの財政支援策が必要だという意見が複数の提言に含まれていた。

これまでの提言に共通して盛り込まれた以上の意見は、医療の実情を反映したものである。が、一方、我々、日本医学会連合としては、現場で献身的に働く医師たちに、今後も負担や過重労働を押しつけ続けては決してならないと考える。今般の「働き方改革」は、日本の医療と医師の労働が現状のままでよいのか？ を深く考えさせるものであり、本来は不要な業務、たとえば診療報酬に歪められた無駄な医療業務がないか？ さらに個々の医師の生産性を最大限高めても、患者の需要に医師の供給が足りない場合には医師の増員が必要になるのは当然のことである。あるいは他職種へのタスクシフトや、また地域偏在や診療科偏在の解消、集約化など医療提供体制の改革・対応を早急に進めるべきと考える。

(第6章)

6. 課題解決のための具体的方策

(1) 課題解決のための基本姿勢

① 医療安全の確保: 医師の長時間労働が医療安全に与える影響

不眠不休で集中力が低下した医師の診療行為を放置することは患者の医療安全の面で問題がある。たとえば運輸業等では、交通安全の面から過労運転の責任を運転手本人だけではなく、雇い主にも求めている（道路交通法第66条、66条の2）。医療機関の管理者が各医師の過労診療を放置すれば、行政が介入して規制を行う可能性もある。プロフェッショナル・フリーダムを確保するためには、各医療機関の管理者は勤務する医師の労働時間の把握と過労防止策を講じることが不可欠である。その際、医師の良質な睡眠確保の諸条件（インターバル規制、連続勤務時間の制限、振替休日の付与、当直明けの業務軽減、安全な通勤手段の確保、休息施設の充実等）が整うことで、医療安全の確保につながる。インターバル規制の時間（勤務と勤務の間）については、病院の立地や診療体制により医師の勤務制度や通勤時間が異なることから、地域や診療科等の事情に合わせた検討も必要である。

② 医師の健康の確保

a) 労働衛生専門家の立場から見た重要な考え方

労働衛生分野で取扱う健康障害要因は、化学的健康障害要因、物理的健康障害要因、生物的健康障害要因、人間工学的健康障害要因、心理社会的健康障害要因の5つに分類され、長時間労働や交代勤務などの労働時間に関わる要因は、このうち心理社会的要因に分類される。各要因への曝露による健康障害を防止するために、労働衛生分野において、以下の3つのステップが基本となる。

第1ステップは、健康障害要因に対する曝露を許容レベル以下にすることである。一般に許容レベルは、ほとんどすべての労働者に対して健康障害が生じないレベルと定義され、化学物質などの化学的健康障害要因、騒音や暑熱などの物理的健康障害要因では、許容レベルが科学的に設定されている。その際、“すべて”ではなく、“ほとんどすべて”となっているのは、例外的な健康状態や特性のある労働者にまで第1ステップですべて含めて健康管理することは現実的ではないためである。そこで、第2ステップでは、そのような例外的な健康状態や特性を有する労働者を守るために、それぞれの健康状態に合った仕事をさせるといった適正配置や、就業制限などの個別対応を行う。基本的には第1ステップおよび第2ステップですべての労働者の健康が確保されるはずであるが、見落としや予期せぬ曝露によって健康障害が発生する可能性がある。そこで、それらを早期発見するために第3ステップとして、特殊健康診断などの方法で、仕事による健康への影響を評価し、早期発見、早期対応を行う。

長時間労働対策においても、このような労働衛生分野の基本を応用することができる。すなわち、第1ステップで長時間労働に関する許容レベルを定めて、労働時間をそれ以下になるように努める。第2ステップにおいては、長時間労働による健康障害が、脳血管疾患や虚血性心疾患等の循環器疾患およびうつ病などの精神障害であることを前提として、そのような疾患についての高いリスクを有する労働者に対して、その状態に応じて個別に配慮を行う。さらに第3ステップで、面接指導の方法で、健康影響を評価し、対応を行うという方法を取る。

なお、許容レベルの設定にあたっては、エビデンスに基づく科学的議論による決定とステークホルダーとの社会的合意が重要となる。一方で、利害関係によっては許容レベルの社会的合意や設定時期が遅れ健康被害が拡大することもある。過去にわが国で議論されてきた健康障害要因（重金属、アスベスト、たばこ、放射線等）に対する経験から学ぶことも必要である。今回の時間外労働に関する許容レベルの設定では、特定の地域や診療科を受診する国民の医療の質の低下・健康被害という利益損失と、許容レベルの設定の延期による医師の健康被害の拡大という利益損失が想定され、国民の医療の質と医師の健康の両立を守るために、その社会的合意について短期的、中長期的な視点が必要である。

b) 医師における労働時間の許容レベルについて

長時間労働に対する許容レベルについては、国際的に通用する医学的に検証された基準が存在するわけではないが、いくつかの選択肢がある。一つは、「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」で示された1か月100時間、2～6か月平均80時間である。この基準の成立過程には、睡眠時間が6時間を切ると循環器疾患のリスクが上昇するという当時の医学的知見から、6時間を確保するための時間外労働の上限を推計するというプロセスで設定された経緯がある¹¹⁶⁾。また、最近の世界的な疫学データから、週35-40時間の標準的な労働時間に比較して週55時間以上の労働時間で、冠血管疾患発症および脳血管疾患の発症リスクが上昇するなどのエビデンスが示されており¹¹⁷⁾、それに相当する時間外労働月60時間を、ほとんどすべての労働者に健康障害が生じない許容レベルとして位置づけることが妥当であろう。その際、仮に特定の職種に従事する労働者の心身の健康要求水準が高い場合には、許容レベルも特別の基準に設定することも理論的には可能である。しかし、医師について、そのような健康要求水準があるわけではなく、また医師は国民の医療の質の確保のため、比較的高いレベルの緊張が強られる職業であることを考えると、一般労働者と異なる許容レベルを設定することは困難であろう。

以上のような労働時間の許容レベルの議論は、あくまでも健康障害リスクを前提としたものである。労働時間は、健康への影響のみならず、たとえば個人としての医師が社会で生活し、かつ家庭や子どもを有する医師であることを踏まえれば、人としての生活時間の確保、ワークライフバランスへの影響を考慮する必要がある。特に近年の女性医師の増加や若年者の労働と生活に対する意識の変化を考慮すると、医学界が優秀な人材を確保し続けるためにもワークライフバランスを考慮したものとする必要がある。その点を勘案すれば、本来目指すべき労働時間として、より短い、例えば月45時間といった目標も選択肢としては検討されるべきである。その際、目標の設定時期については、地域や診療科別の特殊性に鑑み、社会的合意プロセスを重視して検討されるべきである。また、一般労働者と同様、労働時間のみならず、種々の休暇や勤務時間インターバルについても議論すべきである。しかし、診療科の特殊性や地域、あるいは医師としての修練過程等によっては、将来的にも達成困難な場合があることが予想される。したがって、個人の選択や裁量、健康確保措置や長時間労働に責任を持つ者は誰なのか等について考慮しつつ、実際の医療の場に合わせて野放しの時間外労働の受容にならないような目標設定と運用を図る必要がある。

c) 医療機関における産業保健機能の強化

2018年6月に成立した働き方改革関連法の一環で労働安全衛生法が改正された。この改正の趣旨は、産業医の独立性と権限の強化を含む事業場における産業保健機能の強化であり、それによって長時間労働による健康障害等の労働者の健康課題の改善を図ろうとするものである。

事業場における労働者の健康確保は、事業場トップを含む経営層の自覚とリーダーシップをもとに、衛生委員会等の場で労働者が参加して議論するとともに、産業保健専門家が労使によるリスク・マネジメントの取組みを支援することが基本である。医療機関において、衛生委員会の取組みや産業医活動が必ずしも十分とは言えない。また、医療機関内の医師から産業医が選任された場合に、その独立性を確保することは容易ではない。そこで、各医療機関において医師の健康支援を積極的に行うために、病院の規模に応じて医療業務から独立した専属産業医や外部所属の嘱託産業医を選任するなど産業保健体制を強化し、理事長や院長のリーダーシップに基づく産業保健マネジメントシステムを運用して、長時間労働その他の業務上要因に対するリスク・マネジメントを確実に実施することが望ましい。その際、医師は健康管理に関する知識を有していることを前提に、自主的な取組みを支援するような方策を充実させることが妥当である。

③ 医師の働き方改革で配慮すべき事項(医療の特殊性や医師特有の問題)

厚生労働省労働基準局の働き方改革の流れと医療現場の現状との整合性を図ることが肝要である。配慮すべき事項(医療の特殊性や医師特有の問題への配慮)として下記の点があげられる。

①外科手術に代表されるように医師の労働の固有の問題や特殊性に鑑み、それらの医師特有の就労体系に配慮した制度を策定すべきである。

②漸進的な労働時間規制を行うことが望ましい。医師不足に悩んでいる地方の中小病院にと地域医療の崩壊を生む恐れもある。しかし、時間規制への対応・改善が可能と答えた病院もあるので、現場の good practice を広げつつ前向きに検討を行うことが必要である

③今回の働き方改革を医師の労働環境改革の好機ととらえ、医師だけでなく患者・国民側の意識改革や医師のタスクシフティングなどの新たな政策を促進するべきという意見も多い。

(2) 克服すべき課題(労働実態、需要調整した医師数、グループ診療、集約化など)

① 医師数と労働実態の正確な把握が不可欠

a) 医師数を実働数でカウントすべき

医師の労働時間は年齢や男女によって異なることが明らかにされている(図表 4-3)。米国は医師数を実働数 (FTE: Full-Time-Equivalent: フルタイム勤務の医師数として換算) でカウントしているが、日本も医師の実態調査を行う際に臨床医として働く時間を調査して、実働数で医師をカウントすべきである。

また、労働時間の根拠となる労働条件 (特に時間外労働に関する 36 協定 (時間外及び休日の労働に関する労使協定)) を明示すべきである。

※実働数 (full-time equivalent) : 常勤医師の勤務時間が週 40 時間のとき、週 30 時間働く医師 4 名は $(4 \times 30) \div 40 = 3.0$ 人に相当する。

b) 地域偏在や診療科偏在是正のため各学会も実働数調査や将来数の予測と情報開示を

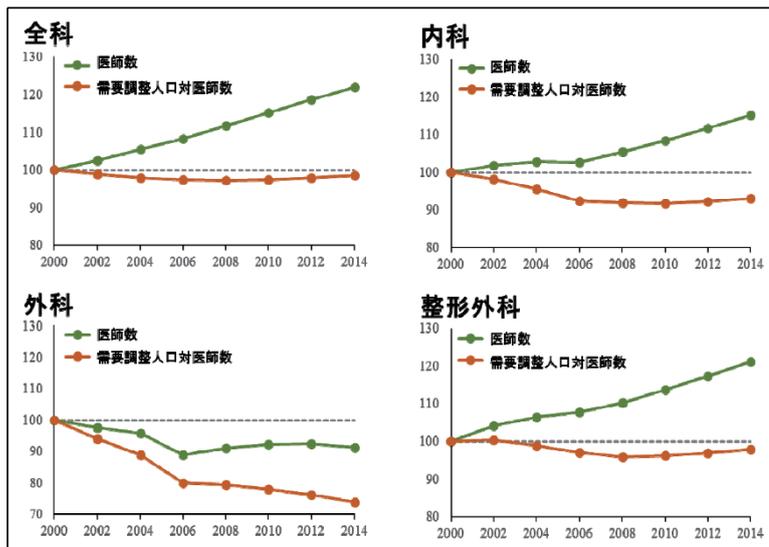
各学会に所属する医師数を地域別に明らかにすることによって、地域別専門医の過不足が明らかとなり、若手医師の進路の判断に資する可能性が高い。地域偏在や診療科偏在解消のためにも各学会の積極的な調査と関係者や国民への情報開示が望まれる。

c) 高齢化等、ヘルスケアの需給を考慮した需要調整医師数が不可欠

日本で人口当り医師数が少ないのは埼玉県、茨城県、千葉県であるが(図表 3-6)、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口 (2013 年 3 月推計)」によると、高齢者増加率は首都圏の埼玉・千葉・神奈川が上位を占めており、2005 年国勢調査および国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口 (2007 年 5 月推計)」によって推計した医療需要においてもこうした地域において医師のさらなる負担増加が危惧される¹¹⁸⁾。また医師数の診療科別・地域別動向に関する Hara らの縦断的な解析に基づく、ヘルスケアの需要で調整した人口対の医師数は、2000 年に比較して 2014 年まで (小児科、麻酔科などで、需要調整医師数が増加しているのと対照的に) 外科の減少は著しかった¹¹⁹⁾ (図表 6-1)。さらに 2 次医療圏タイプを 4 つに分けて医師数の変化をみると、人口 10 万人対医師数は元々医師数が少ない地域では 2035 年になっても OECD 平均には達しない。現在よりも、さらに地域間の差が広がることが明らかになった。2015 年以降、地方と都市では逆の傾向で、都市では増加するが、地方では 2015 年以降減少し、2030 年度は 2005 年に比較しても 100%を下回ると予測される。医師数はヘルスケアの必要度やより詳しい医療の労働密度などで計算されるべきことが指摘されている^{120, 121)}。

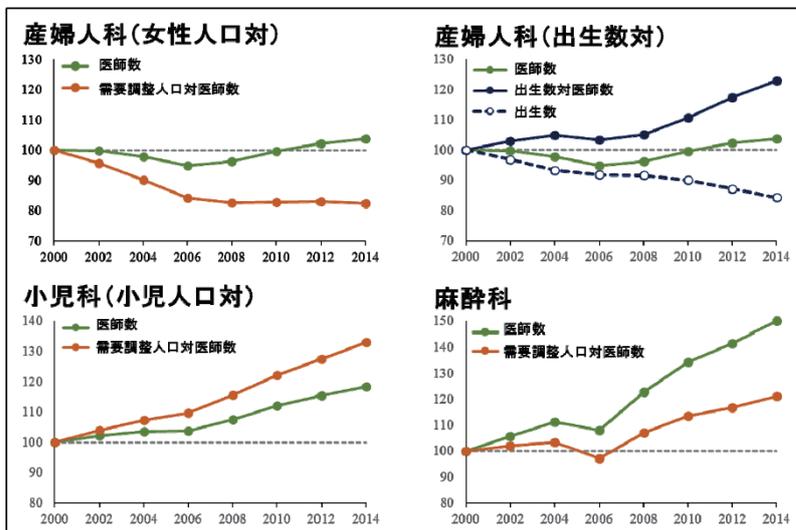
d) 現場の医師個人を対象にした正確な労働実態調査をすべき

2024 年から開始される時間外労働の上限規制はできるだけ世界の水準に近づけることが望ましい。そのために厚生労働省は定期的に医師の労働実態を調査し、働き方改革の政策効果を科学的に (evidence based で) 判断するべきである。その際、現場の医療を支えている医師個人、あるいは学会などを通じて専門医別などの医師を対象に調査がなされる必要がある。5 年後、10 年後を見据えて持続可能な日本の医療提供体制を作ることが、これからの課題である。



2000年を100としたときの医師数の推移1/2

Hara K, ..., Imanaka Y. *BMJ Open* 2018 ³



2000年を100としたときの医師数の推移2/2

Hara K, ..., Imanaka Y. *BMJ Open* 2018 ⁴

図表 6-1 2000年を100としたときの医師数の推移

② 医療安全・労働衛生を見据えた労働時間管理の必要性

電子カルテの普及により、各医師が何時に仕事を始めて、何時に仕事を終了したかは簡単に判明する。タイムカードではなく捺印だけの出勤簿で労務管理をしても、労働基準監督署が電子カルテのログを見れば何時間働いていたかは一目瞭然である。長時間労働による医療事故防止の点からも、病院幹部による各医師に対する労務管理は不可欠である。

③ 交代勤務制やグループ診療制への転換と病院機能の集約化

交代勤務制、主治医制からグループ診療制への転換は不可欠である。24時間睡眠をとらない状態の集中度は運転免許停止処分に相当する酩酊下のそれに匹敵するとの報告もある¹⁰¹⁾。医療事故防止の観点からも医師の長時間労働の是正は不可欠である。

そのためには、病院機能の集約化が不可欠である。たしかに、集約化により医療機関へのアクセスが低下する住民は存在しえよう。しかし、集約化でアクセスが極端に低下するとは

考えにくい。おおむね各二次医療圏に1つの基幹病院小児科に休日・夜間の小児の二次医療機能を集約した場合でも、全国94.3%の小児が自動車で1時間以内の距離圏内に居住していた¹⁰²⁾。

(3) 日本医学会連合が考える「医師の働き方改革」課題解決のための重要な柱、方向性など

① 見直し目標と改善への道筋、年度ごとの達成度を明確にすべき

医師の労働時間や働き方について、改善のための方策の具体化に当たっては、まず医師の働き方の見直しについての目標を明確にすべきである。医師の健康障害の防止をすること、医師のワークライフバランスを実現することなど、いくつかの実現すべき目標が存在するからである。長時間労働によって壊されるのは健康や命ばかりでなく、家族生活、社会生活、文化的な生活など極めて幅広い領域であることが指摘されている。したがって、本来、ワークライフバランスが必要なのは女性ばかりではない。そのため、医療の質・安全性の確保をしながら医師の健康確保を図るための短期的な成果を目標とした対策と、PAの導入など医療分野の人材養成の実現には一定の時間が必要な中長期的対策に分けて検討する必要がある。その際、医師の労働時間や働き方に関して、改善のための方策の具体化に当たっては、目標を明確にして、その達成度を毎年、評価して、追加的な対策を行いながら継続的に改善を図るといった姿勢が必要である。

② 世界に学ぶ(医療の提供体制)

世界の労働政策の潮流を見ると、労働時間短縮は第1に、働く人の生命健康を守るため、第2に家庭や社会における生活を確保するため(ワークライフバランス)、そして第3に雇用機会を分かち合うワークシェアリングであり、これら3点は労働時間を規制する法規定を設ける際の根拠とされている¹²²⁾。しかし、注意しなければならないのは、日本では働き方改革における時間外労働の上限規定が、平均80時間、単月100時間という、過労死認定基準になってしまっている点である。

また本報告書で示したように、最近の疫学研究の結果からは、日本の過労死基準より短い時間でも、標準的な労働時間を超えると循環器疾患等のリスクの有意な上昇が認められていることを認識すれば本来、日本の医師の労働時間も、より短いヨーロッパ諸国並みが望ましいことになる。したがって、もし我が国の医師にドイツなどの中央ヨーロッパ諸国のような労働時間と合わせて除外規定の“オプトアウト”を認めるとしたら、どのような手術や救急医療に具体的に備える必要があるのか？また医療過疎地域など、医療崩壊を防ぐためにはどのような場合に、医師の労働時間規制をゆるめるべきなのか？などをより具体的に、考慮すべき範囲を明確にすべきと思われる。

ちなみにEUの中では北欧諸国ではオプトアウトはなく、医師と一般労働者は同じ、朝8時半スタートであれば夕方4時半までの労働時間である。政治経済分野を含めて男女平等・社会参加が進み、フレックスタイムなど柔軟な労働時間管理が行われていることはよく知られている。

一方、最近のOECD Health at a Glance 2017¹²³⁻¹²⁵⁾で、日本の医療提供体制の現状を諸外国と比較すると、人口当たりの医師数がOECD諸国平均の7割しかいない(0.7)にも関わらず、医師当たりの外来受診回数はOECD平均の約2倍、医師当たりの病床数は平均の2-4倍である。国民一人当たりの受診数はフランスやスウェーデンなどヨーロッパ諸国の約2倍であり、また日本では人口当たりの高額医療機器台数が諸外国の中で突出して高い。日本は高額機器検査へのアクセスが良い反面、医師数が少なく、準緊急手術までの時間が長いなどの特徴がある。総体的に見て、日本では、「国民にとっては極めて安心できる医療を、非常に少ない医師が必死で提供」していることになる。

③ 女性医師のキャリア形成の課題

入試における女子学生一律減点問題は、働き方改革と女性医師のキャリアをめぐる課題を世の中に知らしめさせた。保育園に子どもを預けながら働く医師は多いが、今回の「働き方

改革」で他の職種の労働時間の見直しがなされ、短縮される傾向のなかで、医師のみ 2019 年度以降も長時間労働が継続されるようであれば、医師の家庭では、公的保育機関に子どもを預けるのは難しい、あるいは保育園から児を引き取る「迎え時間」に間に合わないので母（女性医師）は離職ということにもなりかねない。保育園では保育を担う人材の労働環境の問題も厳しいからである。さらに育児期（乳幼児期のみならず実際に女性医師の離職が多い学童期を含む）の男女医師に見合った労働環境の整備、夜間休日の時間外業務担当医師への配慮や処遇の改善、時短常勤制度など様々な工夫が要請されている。

たとえば、厚生労働省が 2015 年 1 月に発表した「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」報告書では、2006 年の厚生労働科学研究の報告書に基づくデータとして、女性医師が医師として就業している率が、医学部卒業後、年がたつにつれて減少傾向をたどり、卒業後 11 年（概ね 36 歳）で 76.0%と最低となった後、再び就業率が回復していくといういわゆる M 字カーブが示されている。（日本では最近、女性労働者全体でみると窪みが少なくなり改善してきているにもかかわらず、一方、女性医師では未だ M 字型の落ち込みが存在しているのは日本では医師が極めて長時間労働のためワークライフバランスをとれず離職しているためと思われる）この年代は出産や育児などライフイベントが重なる時期であると同時に、医師としての研鑽を積み専門性を高めるべきキャリア形成時期にも一致している。

女性医師が増加傾向にある中、すでに一部の医療機関において先進的な事例が報告されているように、専門性の高い医師の確保という視点からも女性医師が働き続けやすい環境を整備していくことが重要である。また、このことは同僚である男性医師にとっても育児等に関わり、ワークライフバランスを向上させるためには望ましいことである。日本では長年、固定化している男女役割分担の見直しや不公正なジェンダーバランスなどの諸課題の克服も重要な課題である。一朝一夕にはいかないが、それらを成し遂げられれば、日本でも女性医師の活用が進む。

④ 今後の望ましい医療供給体制について全国民的議論が必要

桃井は「国は医療費削減に向け医師数の抑制をしてきたが、人件費の抑制よりも、医療内容の精査が必要だ」と強調している。さらに日本の女性医師問題の原点は OECD の中で特殊な日本の医療供給体制の問題にあるとしている。すなわち国民の期待に応えることは医師の使命ではあるが、国民のニーズが、「いつでも病院に受診したい」「薬・検査で安心」「時間外も主治医に対応して欲しい」「医師の少ない病院でも 24 時間・365 日対応」であるならば、それを担うことができるのは、どういう医師であろうか？ これまでは専ら育児や家庭は妻任せの、患者には献身的な医師像がその前提だったのではないか？そういう医療供給体制は持続可能か？医師の過剰な労働で医療安全は実現できるのか？と課題を投げかけている¹²⁶⁾。

この問題を理解するためには、我が国が過去 35 年、医療費抑制を目的にした医師養成数の削減策をとってきた歴史とも向き合う必要がある^{88) 127)}。1986 年には厚生労働省の「将来の医師需給検討委員会が、当面、昭和 70 年（平成 7 年）を目途として医師の新規参入を最小限 10%削減する必要がある」と報告し、さらに 2006 年には「医師の需給に関する検討会が医師の地域別、診療科目別の偏在が大きな原因であって、これさえ解消すれば（国民の）不足感も解消される」とした。しかし 2008 年の墨東病院の産婦人科患者たらい回し事件が契機となり、医師不足の問題が直視されるようになって、漸く医師増員に舵が切られた。しかしその後 10 年が経過した現在、日本の人口当り医師数はまだ先進国最低のままである。

そもそも医療費抑制のために医師数を抑制したのは医療の本質から見て妥当な解決策であったのか。他の専門職に比べて医師の過重労働状態がとりわけ突出している問題の経緯、さらに今後、医師数や地域偏在、診療科目別の偏在等を抜本的に解消するための議論に何が重要なのか？種々の角度からの検討と国民的議論が求められている。

⑤ そのうえで、これらの目標を達成するための具体的な方策を示す。

a) 医師の健康確保の視点から

医療機関における医師の健康確保において、法規制の順守を念頭におきつつも、各職場の状況にあわせた医師の健康管理を包括的管理として進めることである。具体的には、労働時間管理を軸に、健康障害リスクに応じたマネジメントの体制作りとその実効的な運用が必要である。

特に、優先度の高い取り組みとしては、産業医の選任は、外部の産業衛生専門医などを活用すること、労働時間管理の目標値を定めること、診療チーム別で検討すること、厳密な運用よりむしろ実行可能性を重視すること、などである。

図表 6-2 には、医療機関で取り組める長時間労働対策の例を示した。

図表 6-2 医療機関で取り組める長時間労働対策の例

方針策定 委員会 管理体制 法令順守	<ul style="list-style-type: none"> ・働き方改善・勤務環境向上委員会、労働時間見直し委員会の設置 ・安全衛生委員会での報告、審議 ・労務管理、過重労働面談の徹底 ・働く意識調査実施
労働時間	<ul style="list-style-type: none"> ・労働時間把握の工夫（タイムカード導入、設置場所の工夫） ・時間外労働の削減、残業削減、ノー残業デー
休日、休暇 勤務体制	<ul style="list-style-type: none"> ・有給休暇取得促進 ・ワークライフバランス（育休・介護休暇等）の充実
業務改善	<ul style="list-style-type: none"> ・会議見直し（定刻開始、時間短縮、時間外会議の自由参加）
勤務、シフト見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務制度の見直し（短時間正規職員、時間休、年俸制など） ・勤務間インターバルの導入 ・シフト・夜勤負担軽減等勤務体系見直し（当直明け医師の負担軽減、三交代から二交代制、当直回数など）
教育・キャリア支援	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者教育機会の強化、報告・周知 ・キャリア支援、教育研修学会機会の確保
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・声かけ励行、コミュニケーション改善

b) 業務負担軽減の視点から

業務負担軽減として検討できる例を図表 6-3 に示した。特に、今後その不足が加速すると考えられる外科医を想定して、業務負担軽減策を列挙した。

図表 6-3 業務負担軽減として優先すべきこと(外科診療科)

PA 導入	
1. eラーニングの普及 (自己研鑽支援)	<ul style="list-style-type: none"> 自己研鑽時間の効率化のために、行政や各領域の学会等が一体となり eラーニングの普及に努める 学会の統廃合
2. タスクシフト、タスクシェアの提案 (業務軽減)	初療時の予診、検査説明、薬説明、採血・注射等
・補助クランク活用	診断書等の代行入力、医師でもなくてできる業務
・業務改善	外来等調整、ICT機器活用、複数主治医制
3. 患者に対する義務 (社会的理解のお願い)	<ul style="list-style-type: none"> 行政が患者、地域住民の受療行動パターン改善に向けた支援活動、地域住民に対する情報提供を行い、受療行動の改善を促進する
4. 医師の宿日直勤務	<ul style="list-style-type: none"> 医師の補充とその人件費負担増に対して病院に対する財政支援
5. 長時間の外科手術	<ul style="list-style-type: none"> 手術終了から翌日の仕事の開始までに一定の休息時間を設ける 複数チームによるパーツごとの術者分業制 長時間を要すると評価された手術に対する診療報酬を引き上げ、医師の給与に反映させる 心臓血管外科、脳外科は医師補充やそのための人件費の担保
6. 育児期にある女性医師に見合った労働環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> パートナーの家事・育児への参加、育児期にあるパートナーの意識改革と、それを支える社会基盤の整備

c) 誰が何にどう取り組むか? ——6つの主体(関係者/行為者)と見直し視点

地域医療の崩壊を防ぎ、医療の質確保と勤務医の健康確保のために、少なくとも6つの取り組み主体がある。それは、1) 医師自身、2) 診療チーム、3) 病院長・管理者、4) 行政・国/都道府県、5) 関連団体、6) 地域と患者、それぞれの役割がある。また多くの面の改善視点がある。医療の量と質、効率化、裁量度、仕事の意義、社会的支援、労働文化などである。その時々優先策を取り上げ、関係者で合意し、取り組む必要がある。図表 6-4 には、医師の労働環境改善に取り組む6つの主体別取り組みの具体例具体的事例を示した。

図表 6-4 労働環境改善に取り組む 6 つの主体別取り組みの具体例

1 医師自身	<p>(当事者(医師)の自主的・能動的な改善への道筋を含めて)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・睡眠時間の確保、週 1 日の休息を取得する ・体調悪化時は早めに同僚、上司に相談する ・長時間労働そのものは、好ましくない臨床アウトカム (医療事故等)、後輩・同僚への負荷になることを思慮する
2 診療チーム	<p>(解決策の直接的な権限、診療方法の改善)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・睡眠時間の確保と断眠防止策、週 1 日の完全フリー日の設定 ・複数主治医制、チーム医療体制の促進
3 病院長・管理者	<p>(医療の質確保と安全配慮義務)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務医の時間外労働の削減について方針と体制・手法を決め、繰り返し勤務医に周知 (労働時間の把握、削減目標の提示、36 協定の締結) ・医師の募集の際には、職業安定法を遵守し、労働条件の明示をすること。特に時間外労働に関しては、36 協定 (時間外及び休日の労働に関する労使協定) を明示すべきである。 ・労務管理体制と労基法見直し・勤務制度の見直し (短時間正規職員、時間休、年俸制など) ・産業保健体制の見直し、衛生委員会での審議内容 (労働時間設定等改善法等も関連)、産業医選任、過重労働面接指導 ・医師の自己研鑽と労働時間の定義を院内ルールとして決める <p>例：院内滞在時間を労働時間としない。院内滞在時間における労働時間とそれ以外の時間を切り分ける。</p> <p>院内ルールの例 1：医師の所定の労働時間 (8:00~17:00) 以外の時間帯では、①食事、②睡眠、③自己学習、④任意参加の勉強会、⑤業務命令に基づかない学会発表・講演会の準備、⑥研究活動、⑦論文執筆等は、使用者の指揮命令下に置かれない時間として労働時間を含めない (聖路加国際病院の例)</p> <p>院内ルールの例 2：パソコンにログインする際は、診療関連ログインか、研究・自己学習のためのログインか区別する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雇用者もしくは管理者の役割として、手術スケジュールのマネジメントにおいて長時間労働に留意する (経営優先でなく、余裕をもってできることは余裕を持たせる、そのためには国の支援も必要)
4 行政・国/都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・労働基準法改正、上限規制 ・地域リソース連携、地域医療支援センターと勤務環境改善支援センター等 ・働き方改革に伴う医療機関の負担増に対し、国が診療報酬増を含む財政支援を行う
5 関連団体	<p>医学会加盟学会の取り組み</p> <p>大学病院の勤務医 (医学部長・大学病院長会議、私立医大会議)</p> <p>一般病院の勤務医 (病院会などの団体)</p> <p>職能団体 (日本医師会、医師ユニオン)</p>
6 地域と患者	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医をもつ ・診療科の集約化がすすむことに、患者の理解を得る、患者が理解する ・いわゆるコンビニ受診をやめる

(4) 安全で質の高い医療実現と勤務医の健康確保のために

現在、厚生労働省では「医師の働き方改革検討委員会」で医師の長時間労働の改善が検討されているが、大学や病院団体からは労働時間を見直せば、医師不足の医療現場が持たないという悲鳴が上がっている。すなわち第 13 回の検討委員会では「勤務間インターバルを 8

時間（12月17日第14回では9時間が提示）、夜勤や当直明けは12時間とし、残業時間の上限については、健康確保措置を義務付けることで一般的な医師は休日を含め年間960時間、地域医療や技能を高めたい医師については年間1920時間とする案が提出されている。この時間は米国のレジデントの過重労働を避けるために設けた時間外労働時間であり、ある限られた医療分野の人たちに適応することは社会的には認められるという意見もある。確かに時間外2,000時間の上限はアメリカの研修医に対する労働時間規制である週80時間（×52週=4,160時間に相当する（図表4-12）¹⁰⁴）。アメリカで起こった研修医の時短の引き金は疲弊した研修医による医療事故であったこと²⁰）を考えると将来、日本で改革が進み、地域偏在や診療科偏在が解決されるまでの期間の当座の措置とも考えられる。日本で大切なことは医師一人あたりの労働そのものを減少させるために 先進諸国では既に実績がある医療提供体制を作り上げることである。

① 安全で質の高い医療と勤務医の健康確保:その両立のために

勤務医の働き方改革においては、国民に提供する医療の質や安全性を確保と、如何にして勤務医の長時間労働を是正するか、その両立を検討しなければならない。

現在、わが国では国民皆保険制度のもと、世界屈指の平均寿命や低乳児死亡率など高い医療水準が維持されている。わが国の優れた医療実績の背景には、長時間過重労働を厭わない勤務医の献身的努力がある。しかし、勤務医も社会の中で生活し家庭生活を営む人間として、基本的な生活時間の確保とワークライフバランスが必要である。また、長時間過重労働は、医師の健康への悪影響はもとより、業務執行能力の低下や医療事故の誘因となることが報告されている。さらに、常態化している勤務医の長時間労働を放置すれば、今後有為な医師の確保が困難となり、結果として医学の発展や良質で安全な医療の確保に悪影響を及ぼすことも懸念される。したがって、今般の働き方改革に関する政府の取り組みを機に、勤務医の長時間労働を是正すべきである。労働時間短縮は、勤務医自身の健康はもとより、勤務医が提供する医療の質と安性の向上にもつながることが期待される。労働時間短縮にあたっては、勤務医の健康とワークライフバランスを保証する労働時間の上限設定を目指すべきである。しかし、冒頭にも述べたように、勤務医の働き方改革にあたっては、「患者に提供する医療の質と安全性の確保」と「医師の健康への配慮」の両立が不可欠である。単に勤務医の労働時間短縮のみを行い、国民に提供する医療に破綻をきたすことがないように注意する必要がある。そのためには、以下に述べるような医療供給体制の改革の実行が不可欠である。

② 今後の時間外労働はどうあるべきか(タスクシフトを可能にするための人材育成)

医師達に時間が労働の制約を他の職種と同様なレベルで考えると、地域偏在、診療科偏在などがある場合は大切に考えている医療の質の低下が起こる可能性があり、状況によっては地域医療の崩壊、診療科の崩壊、若手医師の成長不十分という状況が起こってくる可能性がある。時間外労働をできるだけ少なくする方向性を考えなければならないが、そのためにはフィジシャンアシスタント（PA）などのタスクシフトのための人材育成制度の新設、チーム医療に基づく新たな医療提供体制の構築は必要不可欠である。将来的には時間外労働は欧米のように少なくしなければならない。今後5年間は現在の労働時間をできるだけ、減少させる努力を行い、その後さらに5年でこの時間外労働をさらに下げるため、現況の医療供給体制を充実させ、医療の質を担保することが大切である。

また、過労死認定基準を大きく超えた労働時間規制を強いる現在の医療提供体制においては、「不幸にして起こりうる医療事故に際して刑事的な責任追及（業務上過失致死・致傷）に関して国家および国民は謙抑的な態度を示すことが求められるであろう」との意見もある。その前に、まず、我々が今、最も努力すべきなのは、国民のため、病院勤務医師のための日本の今後の医療提供体制の改善である。

③ 病院勤務医のために法整備と経済支援を(医療提供体制の改革のために)

医師不足の状態では医療の質と医師の健康を守るためには、残業時間短縮を可能にするような必要数の医師の増員、加えて残業時間が長い地域や診療科については大幅なタスクシフト

を可能にするフィジシャンアシスタント（PA）やナースプラクティショナー（NP）導入と、それを可能とする早急な法整備と経済的支援を求めるべきである。

重要なのは単に当座、医師が大変だからタスクシフトを行うというよりは、現代医療の課題を解決するために、またより良いチーム医療の観点から、不要な業務は削減し、そのうえで医療クラークやPA、NPの必要性の議論をすべきである。さらに国全体の医療提供体制として、日本には約10万人の診療所勤務の開業医と20万人余りの病院勤務医が存在するが、世界各国の医療提供体制を参考にしながら病院勤務医の過重労働を防ぐための両者の役割分担のありかた、“ゲイトキーパーたるかかりつけ医師や総合診療医育成の仕組み”など、今後、広範な医師と国民が参加する議論の場が継続的に必要になる。

その場合、特に、臨床・基礎・社会各部会の合計129の専門学会を代表する日本医学会連合は卒業間もない若手の研修医から、経験豊富な専門家まで、広範囲な医師層が必ず属している学術団体に構成されている。今後も国民の健康と安全のための保健医療の理念を示しつつ、医師の本来業務として何が大切かを考察する中心的な役割を担うべきである。

第7章

日本医学会連合労働環境検討委員会からの提言

1. 良質な医療の提供と医師の健康確保や生活との両立

本来、良質な医療の提供と医師の健康確保や生活は両立されるべきである。しかし現況では、医師、特に勤務医の長時間労働は常態化しており、医療の提供が医師の健康や生活面の犠牲によって成り立っているといっても過言ではない。このままの状況では、医師の健康が損なわれるだけでなく、有為な医師の確保が困難となる可能性もあり、結果として医学の発展や良質な医療の確保に影響を及ぼすことが懸念される。そこで、医師の健康やワークライフバランスの確保への取組を通じて、本来の両立を獲得することが急務である。その際、基本となる労働時間の削減は重要であり、特殊な場合を除き、基本的には時間外労働は過労死ラインを上回ることがないようにすべきであり、さらにはワークライフバランスを考えた労働時間を目指すべきである。

2. 実践可能な働き方改革への積極的な取り組みを

わが国の勤務医は、医師以外でもできる業務まで行って長時間労働に陥っていることが少なくない。したがって1) フィジシャンアシスタントや特定看護師等の導入・普及を図り、勤務医の本来業務への集中、労働時間の短縮を実現することが可能になる。2) 患者の受療行動の見直しによって勤務時間外に緊急でない患者の受診を減らす、3) 入院患者の病状説明等を時間外には行わないようにする、4) 当直明けの勤務負担を軽減する、5) 勤務間インターバル（次の勤務開始までの間隔）を設定する、6) 休日・夜間の診療機会を減少させるために、病院機能の集約化、交代勤務制、主治医制に代わるグループ診療制の導入などがあり、これらの方策について積極的に検討すべきである。また、7) 勤務医を雇用する個々の医療機関において、ICカード、タイムカードの導入等による労働時間管理の適正化、8) 36協定締結の自己点検、衛生委員会や産業医など予防医学的な産業保健マネジメントの整備など、労働時間短縮および医師の健康確保に向けた体制を自主的に整備することが重要である。

3. 医療提供体制全般の改革が必須

さらに今般の我が国における働き方改革を機に、根本的に長時間労働を是正するためには、現在の日本の医療供給体制の改革が不可欠である。わが国の医療の現状を見ると、医師数はOECD諸国では最低レベルで、一方、人口の高齢化、医療機関に対するフリーアクセス、諸外国に比し入院ベッドが非常に多い（入院期間も長い）等の状況のため、医師一人当たりの仕事量は極めて過多になっている。日本の勤務医の過重労働はその帰結である。医師数については、増員を図ることが問題解決にはつながる可能性はあるが、同時に地域偏在や診療科偏在の問題を解消する具体策を検討し、その改善を図らねば医師不足の地域や、診療科の偏在は解消されない。

特に今般の医師の働き方改革では、専ら病院勤務医の働き方について検討されているが、わが国の場合、病院勤務医は約20万人、診療所勤務医は約10万人である。今後はこの両者を併せて対象とした上で、現在および今後のわが国の医療提供体制の全体について具体的な解決策の検討が必要と考えられる。

4. 診療報酬改定などの国の責任

医療における働き方改革を進めるためには、改革に伴う医師増員、タスクシフティング（業務の移管）におけるフィジシャンアシスタント（医療補助職）等の育成や職員採用等に関する新たな財源が必要となる。しかし、各医療機関における収入源は公定価格である診療

報酬に限られているため、財源不足および経営困難に陥る可能性があり、診療報酬の改定などの財政対策が必須である。わが国では、今後の医療提供体制のあり方を検討し、その抜本的な改革を図ることが必要で、それに手をつけずに、現在検討中の勤務時間の上限を設定するだけでは、医師、特に勤務医の働き方改革の実現は不可能と思われる。

5. 女性医師の労働環境改善のための社会的対応策

女性医師は、妊娠・出産、育児などにより仕事と生活の両立が困難となり、勤務医としてのキャリアを中断せざるをえない場合が多いことが問題になっている。女性医師が医師として活躍し、社会に貢献できる社会を実現させるためには、育児を男女両性で分担し、更には社会全体で分担する社会への移行、男女を問わず、育児期・学童期の子どもを持つ医師の労働環境の整備や種々の支援体制が必要である。

これらの諸課題解決のための目標は現状とは非常に大きな隔たりがある。且つ人材養成など長い時間が必要な取組みもあるため、まず改革の柱を基本目標として記し、次に、時系列で超短期、短期、中長期的な取組みに分けて、改革を行う主体別に、以下に記す。

○ 改革の基本目標

医療の質と安全の確保

- 医師の使命は国民の健康確保であることを確認する。
- 医師の働き方は国民に関わる問題であると認識し、改革に伴う医療機関の負担に対して、国が財政支援を行う。
- 医師の勤務実態に関して、医師数だけではなく、医師の実働の実態を詳細に把握し、勤務実態に合った医師の養成計画や配置計画を策定する。
- 病院勤務医の労働時間の短縮と同時に診療所医師を含む、今後の我が国の医療提供体制全体を見直す。

業務改善、負担軽減策など

- チーム医療の視点および医師の負担軽減のために欧米で実績のあるフィジシャンアシスタント制度やナースプラクティショナー制度など特別のトレーニングを受けている医療職を導入する体制を早急に構築する。
- 各病院で医療秘書を積極的に導入できるよう診療報酬制度上の支援を行う。
- 主治医制からグループ診療制への転換や交替勤務制、タスクシフティングやタスクシェアの導入を図る。
- 各都道府県や診療圏ごとに、医療資源を効率的に活用できるように、地域の医療ニーズを見据えた病院機能の集約化を促進する。
- すべての関係機関・団体は、医師の勤務環境を改善する必要性に対して理解し、国民の適切な受診行動を促進するための諸方策を実施する。

時間外労働や労働時間管理のありかた

- 時間外手当で支給は他の医療職種等の給与を勘案し適正な支給を行う。
- 医師の時間外労働の上限は将来的には欧米並みを目標とする。
- 医師の時間外労働の削減については、労働時間の把握方策と時間外労働の上限について、短期目標としては過労死レベルを上限とするが、中・長期にはワークライフバランスを考量した具体的な目標を掲げ、段階的に推進することを明確にする。
- 良質な睡眠と休息の確保のために、9時間以上（可能な施設はEU並みの11時間）の勤務間インターバル制度の導入を図る。
- 医療機関管理者に対する労働時間管理のための研修を必須化し、労働時間管理に関する意識醸成と知識向上を図る。

- ・ 医師の業務を軽減する取り組みが、地域ごと、施設単位、医師自身等によって継続的に行われる。

健康管理、キャリア支援の充実

- ・ 医師の健康障害リスクに対する予防医学的な活動として産業保健マネジメントが機能し、医師のワークライフバランスを考慮した働き方を支援できるよう図る。
- ・ 医療機関において、理事長や院長のリーダーシップに基づく産業保健活動を充実させる。
- ・ 男女雇用均等の考え方を医療界に徹底する。
- ・ 出産育児等を理由に臨床現場を一時的に離脱した医師がその後のキャリア形成・実力養成を可能とするための諸取組みを促進する。

○取り組みの事例と優先度：超短期、短期、中長期別

改善主体と工程	日本医学会連合/加盟各学会	政府/厚労省/文科省/地域行政	医療施設（大学含む）/診療チーム	国民
超短期： ～6 か月 以内	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会員の意見集約、課題解決のための諸提言を作成 ・ PA 制度導入のロードマップ作成 ・ 地域別専門医実働数や労働実態を把握 ・ 国民啓発活動計画作成への協力 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務環境改善の予算確保 ・ 医師の専門医別・地域別実働数や労働実態の把握および結果を開示する ・ PA 制度導入のための法整備等の検討開始 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正確な労働時間把握、時間外手当支給 ・ 業務改善、グループ診療制の検討開始 ・ 医師の健康管理体制を評価 ・ PA 試行（タスクシフト）開始 ・ 労働法および医療政策の講義を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療の現状の理解促進 ・ 不要不急の受診手控え
短期： ～3 年程 度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会員の意見集約、各学会の取組 ・ PA 制度導入の継続的な働きかけ ・ 勤務環境改善の良好事例等を共有化 ・ 地域別に集約化可能性を検討 ・ 国民啓発活動協力 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予算措置 ・ 地域別医師需給の検討 ・ 医学部定員見直し ・ PA 法制化、PA 教育体制整備 ・ 病院集約化方針作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院管理者の労務管理研修 ・ タスクシフト拡大と勤務環境の評価 ・ 病/病連携による勤務時間短縮検討 ・ 医師の産業保健マネジメント見直し ・ 医学教員業務の見直し（大学） ・ 適切な医学部定員増に対応（大学） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療の現状理解促進 ・ 適切な受診行動の促進

<p>中長期： 3～5年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本提言に関わる進捗状況や検討事項の開示（毎年） ・国民啓発活動継続協力 	<ul style="list-style-type: none"> ・予算措置 ・勤務医労働時間調査（毎年） ・地域別医師需給検討（毎年） ・PA制度維持普及のための予算措置 ・病院集約化に向けた予算措置 	<ul style="list-style-type: none"> ・PA制度導入と評価 ・医療機関・診療科集約化実現 ・必要に応じ医学部教員増員（大学） 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療の現状理解促進 ・適切な受診行動の促進
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

8. 終わりに

今般、日本医学会連合が関連学会の協力を得て、できるだけ国民目線で知恵を出して取りまとめた本提言について、実際に種々の医療の現場で働く医師各位、医師以外の医療職の方々、患者さんをはじめ、多くの方々に我々の問題意識や課題を提示し、率直な御意見をいただきたい。併せて医療や労働に関わる諸政策を立案される政治家や関係行政の皆さんにも医師の働く現場を今以上に知って理解していただくことを希望する。医師など医療者が患者さんのためにできるだけ質の高い医療を提供するために奮闘努力をしているからである。

働き方改革法案は全部で8本の法案からなるが、我々は引き続き、更なる検討が必要と認識している。しかし、同時に、命を預かる医療の現場こそ健康な職場でなければ、患者のための医療の質や安全も保たれない。病院管理者もその元で働く医師も、働き方を工夫して現状を改革する意志を持つことが重要である。何が足りないのか？何を整えれば健康な働き場所にできるのか？知恵を出さねばならない。

医師の長時間労働の状況については、今後、社会の中で国民各層の理解に基づき、改革を進めることが必須である。しかし、これらの対策の実行にあたっては、医師の増員、タスクシフトに伴う医療補助者の採用などで財源の確保が必要である。各医療機関の収入のほとんどは公定価格である診療報酬に限られており財源不足が予想されるので、診療報酬の改定など、何らかの財政支援が望まれる。また、医師の使命は国民の生命と健康を守ることなので、医師の働き方改革の実現においては、きめの細かい啓発活動などを通じ国民の理解を得ることが重要である。

なお今回の法改正では、新技術・新商品等の「研究開発業務」は産業医などの面接指導や、代替休暇の付与を条件に労働安全衛生法が改正され、適用除外とされた。しかし大学などに勤務する医師の労働に関して、特に裁量労働制や、高度プロフェッショナル制度については、本報告書ではまだ踏み込まなかった。一方、研修医など若手の医師は研修先からの給料は非常に低いので、それだけでは食べていけず、いわゆるアルバイトで生計をたてている実態がある。それらについても現状は問題が多いことを承知しているが今回は（時間の関係で）取り上げることができなかった。今後の課題としたい。

それぞれの専門学会に所属する医師の声をできるだけ取り上げながら、とりまとめた日本医学会連合からの本報告・提言に対して、皆様から種々の建設的なご意見をいただきたい。

今後のより良い医学医療の実現を希求する我々は、より良い医師の働き方への皆様の御協力を心からお願いする次第である。

文献

第1章

- 1) 上畑鉄之丞. 過労死に関する研究-第1報 職種の異なる17ケースでの検討. 第51回日本産業衛生学会, 1978. 1978:250-1.
- 2) 細川汀. 脳血管・心疾患の労災・公災認定基準の改正について [含 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について--労働省・基発第620号(昭和62.10.26), 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の公務上外認定の指針--人事院(昭和62.10.24)]. 労働経済旬報. 1987;41(1356):p4-18.
- 3) 川人博. 過労自殺: 岩波書店; 1998.
- 4) 厚生労働省. 平成27年度過労死白書第2章過労死等防止対策推進法の制定2016. 72-7 p.
- 5) 三柴丈典. <資料> いわゆる過労死・過労自殺裁判例の動向に関する覚書--続編(改訂版). 近畿大学法學. 2006;54(3):82-29.
- 6) 元森絵里子. 「過労自殺」の社会学. 年報社会学論集. 2012;2012(25):168-79.
- 7) 和田肇. 労働法から見た過労死・過労自殺問題. 学術の動向. 2010;15(10):10_6-9.
- 8) 厚生労働省. 脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く.)の認定基準について. 平成13年. 2001;12:53-61.
- 9) 厚生労働省. 心理的負荷による精神障害の認定基準について 基発1226第1号平成23年12月26日. 2011.
- 10) 首相官邸. 働き方改革実行計画. 平成29年. 2017;3.
- 11) 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」. 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組(平成30年2月27日). https://iryou-kinmukankyoumhlwgo.jp/information/pdf/ishi_roudoujikantanshuku_torikumipdf. 2018.
- 12) 石川賢司. 医療従事者の勤務環境改善の仕組みについて(特集 精神科病院における労務管理). 日本精神科病院協会雑誌= Journal of Japanese Association of Psychiatric Hospitals. 2016;35(2):6-12.
- 13) 保坂隆編. 医師のストレス. 東京: 中外医学社; 2009.
- 14) 藤澤大介、猪狩圭介、館農勝、上原久美. 研修医のストレス. 医師のストレス. 2009:36-9.
- 15) 吉川 徹他. 医療・福祉における労災認定事案の特徴に関する研究. 平成29年度労災疾病臨床研究事業費補助金「過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究(研究代表者高橋正也)」 p27-55.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000390812.pdf>
- 16) 岡崎守延. 関西医科大学研修医過労死裁判—その意義と教訓. 病院. 2005;64(10):824-7.
- 17) 日本学術会議. 労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会 提言 労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を—働く人の健康で安寧な生活を確保するために (<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t119-2.pdf>). 2011.
- 18) 日本学術会議. パブリックヘルス科学分科会 提言 病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて (<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-6.pdf>). 2011.
- 19) 岸一金堂玲子、森岡孝二編. 健康・安全で働き甲斐のある職場をつくる: 日本学術会議の提言を実効あるものに. 京都: ミネルヴァ書房; 2016.
- 20) 江原朗. 勤務医に関する労務管理の現状—職場環境と労働法規遵守—. 日本臨床麻酔学会誌. 2012;32(5):675-81.
- 21) Philibert I, Friedmann P, Williams WT. New requirements for resident duty hours. JAMA. 2002;288(9):1112-4.
- 22) Ahmed N, Devitt KS, Keshet I, Spicer J, Imrie K, Feldman L, Cools-Lartigue J, Kayssi A, Lipsman N, Elmi M, Kulkarni AV, Parshuram C, Mainprize T, Warren RJ, Fata P, Gorman MS, Feinberg S, Rutka J. A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery: impact on resident wellness,

- training, and patient outcomes. *Ann Surg.* 2014;259(6):1041-53.
- 23) 和田耕治. 諸外国における医師の健康を守る取り組み. *医学のあゆみ.* 2008;227(2):131-4.

第2章

- 24) Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet.* 2015;386:1739-1746.
- 25) Watanabe K, Imamura K, Kawakami N. Working hours and the onset of depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2016 Dec;73(12):877-884. doi: 10.1136/oemed-2016-103845. Epub 2016 Oct 6.
- 26) Virtanen M, Jokela M, Madsen IE, et al. Long working hours and depressive symptoms: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scand J Work Environ Health.* 2018 Feb 8. pii: 3712. doi: 10.5271/sjweh.3712.
- 27) Conway SH, Pompeii LA, Gimeno Ruiz de Porras D, Follis JL, Roberts RE. The Identification of a Threshold of Long Work Hours for Predicting Elevated Risks of Adverse Health Outcomes. *Am J Epidemiol.* 2017;186(2):173-83.
- 28) Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Long working hours as a risk factor for atrial fibrillation: a multi-cohort study. *Eur Heart J.* 2017 Sep 7;38(34):2621-2628. doi: 10.1093/eurheartj/ehx324.
- 29) van der Hulst M, van Veldhoven M, Beckers D. Overtime and need for recovery in relation to job demands and job control. *J Occup Health.* 2006;48:11-19.
- 30) van Amelsvoort LG, Kant IJ, Bultmann U, et al. Need for recovery after work and the subsequent risk of cardiovascular disease in a working population. *Occup Environ Med.* 2003;60 Suppl 1:i83-87.
- 31) Ayas NT, White DP, Al-Delaimy WK, et al. A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women. *Diabetes Care.* 2003;26:380-384
- 32) Virtanen M, Ferrie JE, Gimeno D, et al. Long working hours and sleep disturbances: the Whitehall II prospective cohort study. *Sleep.* 2009;32:737-745.
- 33) Spiegel K, Tasali E, Penev P, et al. Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med.* 2004;141:846-850.
- 34) Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ.* 2015;350:g7772.
- 35) Fukuoka Y, Takeshima M, Ishii N, Miura C, Makaya M, Groah L, et al. An initial analysis: working hours and delay in seeking care during acute coronary events. *Am J Emerg Med.* 2010;28(6):734-40.
- 36) Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry.* 2002 May-Jun;10(3):154-65.
- 37) Chen KY, Yang CM, Lien CH, et al. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci.* 2013 Aug 28;10(11):1471-8. doi: 10.7150/ijms.6743. eCollection 2013.
- 38) Qureshi HA, Rawlani R, Mioton LM, et al. Burnout phenomenon in U.S. plastic surgeons: risk factors and impact on quality of life. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Feb;135(2):619-26.
- 39) Sugiura-Ogasawara M, Suzuki S, Kitazawa M, et al. Career satisfaction level, mental distress, and gender differences in working conditions among Japanese obstetricians and gynecologists. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012 Mar;38(3):550-8. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01765.x. Epub 2012 Feb 22.

- 40) Tomioka K, Morita N, Saeki K, et al. Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occup Med (Lond)*. 2011 May;61(3):163-70. doi: 10.1093/occmed/kqr004. Epub 2011 Mar 7.
- 41) Saijo Y, Chiba S, Yoshioka E, et al. Effects of work burden, job strain and support on depressive symptoms and burnout among Japanese physicians. *Int J Occup Med Environ Health*. 2014 Dec;27(6):980-92. doi: 10.2478/s13382-014-0324-2. Epub 2014 Dec 10.
- 42) Wada K, Yoshikawa T, Goto T, et al. National survey of the association of depressive symptoms with the number of off duty and on-call, and sleep hours among physicians working in Japanese hospitals: A cross sectional study. *BMC Public Health*. 2010;10:127
- 43) Kalmbach DA, Arnedt JT, Song PX, et al. Sleep Disturbance and Short Sleep as Risk Factors for Depression and Perceived Medical Errors in First-Year Residents. *Sleep*. 2017 Mar 1;40(3). doi: 10.1093/sleep/zsw073.
- 44) Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, Lilly CM, Stone PH, Lockley SW, Bates DW, Czeisler CA. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med*. 2004 Oct 28;351(18):1838-48.
- 45) Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, et al. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch Intern Med*. 2005 Dec 12-26;165(22):2601-6.
- 46) Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, et al. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med*. 2005 Dec 12-26;165(22):2595-600.
- 47) Dutheil F, Boudet G, Perrier C, et al. JOBSTRESS study: comparison of heart rate variability in emergency physicians working a 24-hour shift or a 14-hour night shift--a randomized trial. *Int J Cardiol*. 2012 Jul 12;158(2):322-5. doi: 10.1016/j.ijcard.2012.04.141. Epub 2012 May 17
- 48) Ernst F, Rauchenzauner M, Zoller H, et al. Effects of 24 h working on-call on psychoneuroendocrine and oculomotor function: a randomized cross-over trial. *Psychoneuroendocrinology*. 2014 Sep;47:221-31. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.05.019. Epub 2014 Jun 2
- 49) Anim M, Markert RJ, Wood VC, Schuster BL. Physician practice patterns resemble ACGME duty hours. *The American journal of medicine*. 2009;122(6):587-93.
- 50) Chmelik E. Trends in US physician work hours. *JAMA*. 2010;303(22):2250-1.
- 51) 堀之内秀仁. II. 新臨床研修医制度の影響 5. 研修医の立場から. *日本内科学会雑誌*. 2007;96(12):2715-21.
- 52) 木戸道子. 産婦人科における交代勤務制. *臨床婦人科産科*. 2015;69(7):676-80.
- 53) 佐藤裕俊, 小柳泰久. 外科医の勤務状況の現状と分析 医療事故防止対策に関連して. *日本臨床外科学会雑誌*. 2002;63(3):533-41.
- 54) 松本悠貴, 星子美智子, 森松嘉孝, 森美穂子, 久篠奈苗, 石竹達也. バーンアウトおよびワーク・エンゲイジメントの観点から分析したコンビニ受診と医師の疲労との関連性. *日本公衆衛生雑誌*. 2015;62(9):556-65.
- 55) 厚生労働省, 中央社会保険医療協議会, 平成 23 年 12 月 7 日. 医療提供体制について (その 4).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wydo-att/2r9852000001wyhs.pdf>
- 56) 江原朗. 医師の過重労働 小児科医療の現場から. 勁草書房, 平成 21 年.
- 57) Baldwin DC et al. A national survey of residents' self-reported work hours; Thinking beyond specialty. *Acad Med*. 2003;78:1154-1163.
- 58) Bailit JL, Blanchard MH. The effect of house staff working hours on the quality of obstetric and gynecologic care. *Obstet Gynecol*. 2004;103:613-616.
- 59) Mann FA, Danz PL. The night stalker effect: Quality improvements with a

- dedicated night-call rotation. Invest Radiol. 1993;28:92-96.
- 60) Davydov L et al. Investigation of correlation between house-staff work hours and prescribing errors. Am J Health Syst Pharm. 2004;61:1130-1134.
 - 61) Lee DT, Chan SWW, Kwok SPY. Introduction of night call system for surgical trainees: a prospective self-controlled trial. Med Educ. 2003;37:495-499.
 - 62) Rogers F et al. Workload redistribution: A new approach to the 80-hour workweek. J Trauma. 2005;58:911-914.
 - 63) Bolster L, Rourke L. The Effect of Restricting Residents' Duty Hours on Patient Safety, Resident Well-Being, and Resident Education: An Updated Systematic Review. J Grad Med Educ. 2015 Sep;7(3):349-63.
 - 64) Yaghoubian A, Kaji AH, Ishaque B, Park J, Rosing DK, Lee S, et al. Acute care surgery performed by sleep deprived residents: are outcomes affected? J Surg Res. 2010;163(2):192-196.
 - 65) Yaghoubian A, Kaji AH, Putnam B, deVirgilio C. Trauma surgery performed by "sleep deprived" residents: are outcomes affected? J Surg Educ. 2010;67(6):449-451.
 - 66) Rosenbluth G, Fiore DM, Maselli JH, Vittinghoff E, Wilson SD, Auerbach AD. Association between adaptations to ACGME duty hour requirements, length of stay, and costs. Sleep. 2013;36(2):245-248.
 - 67) Sen S, Kranzler HR, Didwania AK, Schwartz AC, Amarnath S, Kolars JC, et al. Effects of the 2011 duty hour reforms on interns and their patients: a prospective longitudinal cohort study. JAMA Intern Med. 2013;173(8):657-662.
 - 68) Choma NN, Vasilevskis EE, Sponsler KC, Hathaway J, Kripalani S. Effect of the ACGME 16-hour rule on efficiency and quality of care: duty hours 2.0. AMA Intern Med. 2013;173(9):819-821.
 - 69) Emler LL, Al-Khafaji A, Kim YH, Venkataraman R, Rogers PL, Angus DC. Trial of shift scheduling with standardized sign-out to improve continuity of care in intensive care units. Crit Care Med. 2012;40(12):3129-3134.
 - 70) Stroud L, Oulanova O, Szecket N, Ginsburg S. The benefits make up for whatever is lost: altruism and accountability in a new call system. Acad Med. 2012;87(10):1421-1427.

第3章

- 71) 厚労省第8回医師の働き方改革に関する検討会資料・「医師の働き方改革に関する意見書(医師の働き方検討会議)」(平成30年7月9日)
- 72) 平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班
- 73) 厚労省第8回医師の働き方改革に関する検討会資料・「医師の働き方改革に関する意見書(医師の働き方検討会議)」(平成30年7月9日)
- 74) 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査・平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班
- 75) 江原朗. 小児の時間外・休日・深夜受診における受診数は全受診数の10%を超える. 小児科. 2006;47:391-394.
- 76) 江原朗. 6歳未満の乳幼児における時間帯別受診比率の推移. 日本小児科学会雑誌 2015;119:1262-1268.
- 77) 厚生労働省統計情報部. 平成22年度 人口動態統計特殊報告 第22-2表(改)
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000008704757&fileKind=1>
- 78) 厚生労働省労働基準局長通達「医療機関における休日および夜間勤務の適正化について」(2002年3月19日)
- 79) 厚労省第8回医師の働き方改革に関する検討会資料・「医師の働き方改革に関する意見書

(医師の働き方検討会議)」(平成 30 年 7 月 9 日)

第 4 章

- 80) 奈良県 (医師時間外手当) 事件、平成 22 年 11 月 16 日大阪高裁判決・確定、
<https://www.zenkiren.com/Portals/0/html/jinji/hannrei/shoshi/08761.html>
- 81) 厚生労働省. 第 1 回 医師の働き方改革に関する検討会, 資料 3, 平成 29 年 8 月 2 日
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173612.pdf>
- 82) 厚生労働省. 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会, 資料 4, 平成 29 年 4 月 6 日
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161146.pdf>
- 83) 総務省統計局. 平成 24 年就業構造基本調査, 第 34 表
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000001058052&cycle=0&tclass1=000001059806&tclass2=000001059807&second2=1>
- 84) AMA(2015). How many hours are in the average physician workweek?
<https://wire.ama-assn.org/life-career/how-many-hours-are-average-physician-workweek>
- 85) Steven Simoens and Jeremy Hurst. The Supply of Physician Services in OECD Countries. OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 21, 2006
<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/608402211700.pdf?expires=1520985416&id=id&accname=guest&checksum=F85ED5E24009547D0E0F232CD5E836C2>
- 86) 厚生労働省. 第 2 回医師の働き方改革に関する検討会, 資料 3 (平成 28 年調査)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000178016.pdf>
- 87) Staiger DO, Auerbach DI, Buerhaus PI. Trends in the Work Hours of Physicians in the United States. JAMA. 2010;303:747-753. doi:10.1001/jama.2010.168
- 88) 吉村仁. 医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方. 社会保険旬報. 1983;1424:p12-4.
- 89) 本田宏. メディカルスクールと PA 導入で医師の増員と負担軽減を. 月刊/保険診療. 2015;1507:p42-3.
- 90) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の地域別将来推計人口 (2013 年 3 月推計)
<https://uub.jp/pdr/j/fs.html>
- 91) 勤務医労働実態調査 2017、全国医師ユニオン
<http://union.or.jp/wordpress/wp/wp-content/uploads/2018/02/SPS2017D.pdf>
- 92) OECD Health Statistics 2017.
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
- 93) 厚生労働省. 第 2 回医師の需給に関する検討会. 医師の配置標準について. 平成 17 年 3 月 11 日
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5a5.html>
- 94) 日本医師会勤務医委員会. 医師の不足、偏在の是正を図るための方策～勤務医の労働環境 (過重労働) を改善するために. 日本医師会. 2010
- 95) 第 12 回医師の需給検討会(2006 年 3 月 27 日)長谷川委員提出資料:2006 年 3 月 27 日
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>
- 96) 経済協力開発機構. 図表でみる世界の保健医療 OECD インディケーター (2005 年版). 明石書店 2006:p13.
- 97) 早川佐知子. 第 3 章 勤務医の負担軽減策として一医療補助職の可能性. 社労士総研研究プロジェクト報告書「医療現場の労務管理に関する研究—勤務医等の過重労働を中心に—」. 社会保険労務士総合研究機構 2012:p22-33
- 98) Marcus Hoffmann. Physician Assistants in Germany—a new profession tailored to

- challenges in modern healthcare. 第 118 回日本外科学会定期学術集会 WEB 抄録 SP-4-5:2018
- 99) 本田宏. フィジシャンアシスタント導入を急げ. 日本外科学会雑誌. 2015;116 臨時増刊号(2):p14-6
- 100) 前田由美子. 「医療経済実態調査」(病院・診療所)の分析と考察 日医総研ワーキングペーパー. 平成 29 年 12 月
- 101) Dawson D, Reid K.. Fatigue, alcohol and performance impairment. Nature 388; 235, 1997
- 102) 江原朗. 中核病院小児科・地域小児科センターへの自動車による 60 分到達圏の面積と小児人口. 日本小児科学会雑誌 2017;121:1230-1236.
- 103) Stuart F. Quan, M.D. Work Hours During Residency Training-The IOM Speaketh. J Clin Sleep Med. 2009 Feb 15; 5(1): 9-10.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637174/>
- 104) ACGME. Common Program Requirements, July 1, 2011. [https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Common_Program_Requirements_07012011\[2\].pdf](https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Common_Program_Requirements_07012011[2].pdf)
- 105) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構: 労働時間規制に係る諸外国の制度についての調査、JILPT 資料シリーズ No. 104. 2012 年 3 月
<https://www.jil.go.jp/institute/siryo/2012/documents/0104.pdf>
- 106) 大内伸也. 「労働時間制度改革」, 中央経済社, 東京, 2015 年
- 107) 厚生労働省. 第 6 回医師の働き方改革に関する検討会, 資料 3 (厚生労働省)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000191051.pdf>
- 108) European Commission, DG for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Study to support an impact assessment on further action at european level regarding directive 2003/88/ec and the evolution of working time organisation , Final report, 21 December 2010
<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?langId=en&docId=6421&>

第 5 章

- 109) 日本医師会「医師の働き方に関する検討委員会」の答申(平成 30 年 4 月)
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180411_3.pdf
- 110) 四病協の提言 (平成 30 年 4 月)
「独自の医師労働法制」を要望、四病協. 厚労省に提出、「研修医、専攻医の除外」も. 医療維新 m3.com の医療コラム
<http://www.m3.com/open/iryoishin/articles/5983021>
- 111) 医師の働き方検討会議の「医師の働き方改革に関する意見書」(平成 30 年 7 月)
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180711_2.pdf
- 112) 医師の働き方改革に関する各学会の提言 (日本外科学会)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000349217.pdf>
- 113) 医師の働き方改革に関する各学会の提言 (日本麻酔科学会)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000349219.pdf>
- 114) 「産婦人科医の働き方改革」 宣言と提言 (日本産科婦人科学会)
http://www.jsog.or.jp/modules/news_m/index.php?content_id=510
- 115) 日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」(平成 28 年 6 月)
<http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien28.pdf>

第 6 章

- 116) 和田攻. 労働と心臓疾患—“過労死”のリスク要因とその対策. 産業医学レビュー. 2002;14(4):183-213.

- 117) Kivimaki M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet*. 2015;386:1739-1746.
- 118) 江原朗. 2005～2020年の外来・入院患者の変化を予測する—都道府県別の解析. *日本医師会雑誌* 2011;139:2152-2154.
- 119) Hara K, Kunisawa S, Sasaki N and Imanaka Y. Examining changes in the equity of physician distribution in Japan: a specialty-specific longitudinal study. *BMJ Open*. 2018;8:e018538. doi:10.1136/bmjopen-2017-018538
- 120) Hara K, Otsubo T, Kunisawa S and Imanaka Y. Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. *BMJ Open*. 2017;7:e013922. doi:10.1136/bmjopen-2016-013922
- 121) Hara K, Kunisawa S, Sasaki N and Imanaka Y. Future projection of the physician workforce and its geographical equity in Japan: a cohort-component model. *BMJ Open*. 2018;8:e023696. doi:10.1136/bmjopen-2017-023696
- 122) 朝倉むつ子 なんのための労働時間短縮なのか? 岩波書店 世界 2017年11月号 (no.901) pp118-125 2017
- 123) OECD Health at a Glance (2017) https://www.oecd-library.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312
- 124) 前田 由美子 医療関連データの国際比較—社会保障の給付と負担、医療費、医療提供体制 日医総研ワーキングペーパー No 407 (2018)
- 125) 前田 由美子 医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2018 を中心に 日医総研ワーキングペーパー No 415 (2018)
- 126) 桃井眞里子 女性医師問題の原点は医療提供体制の特殊性にある 日本学術会議公開シンポジウム 医療界における男女共同参画の推進と課題～日本学術会議幹事会声明をふまえて～2018年10月26日 基調講演資料 <http://www.scj.go.jp/ja/event/pdf2/269-s-1026.pdf>
- 127) 鈴木 厚 日本の医療に未来はあるか 宇沢弘文、鴨下重彦(編) 社会的共通資本としての医療、東京大学出版会 PP 199-227, 2010年)

委員名簿

委員長：岸 玲子 北海道大学環境健康科学研究教育センター特別招へい教授・名誉教授
副委員長：高本眞一 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室訪問教授/社会福祉法人賛育会 賛育会病院特別顧問
森 晃爾 産業医科大学産業生態科学研究所 産業保健経営学教授
理事：岩本幸英 独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院院長/九州大学名誉教授
國土典宏 国立国際医療研究センター理事長/東京大学名誉教授
寺本民生 帝京大学臨床研究センター長/帝京大学理事・名誉教授
幹事：堤 明純 北里大学医学部公衆衛生学主任教授
本田 宏 NPO 法人医療制度研究会副理事長
吉川 徹 独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所
過労死等防止調査研究センター長代理
委員：江原 朗 広島国際大学医療経営学部医療経営学科教授

審議経過

本提言に関する検討は、一般社団法人日本医学連合 労働環境検討委員会が行った。

委員会開催日

2018年

- ・第1回会議：1月10日（水曜日）
委員長、副委員長、幹事の選出
現状報告と問題点の整理および提言案の検討
- ・第2回会議：3月29日（木曜日）
提言分担、原稿執筆およびタイムスケジュールの検討
- ・第3回会議：5月22日（火曜日）
提言の骨子、提言の作成
(1) 章立ての修正
(2) 各人および全体文章の推敲
(3) 要旨の作成を検討
- ・第4回会議：6月13日（水曜日）
各執筆者および全体の文章の推敲
- ・第5回会議：9月11日（火曜日）
各執筆者および全体の文章の推敲
- ・第6回会議：12月27日（木曜日）
学会や委員会からの意見を取り入れ全体文章・提言の推敲

2018年12月1日（土曜日） 丸の内 オアゾホール 厚生労働省、各学会、委員会等とのフォーラムを開催

- ・その他、随時電子メールで原稿の推敲を行った。