



# 日本医学会連合労働環境 検討委員会 報告書 2

(諸課題への対応)

労働環境検討委員会報告  
(2018～2021)

2022年1月14日

一般社団法人 日本医学会連合 労働環境検討委員会

## 序文

### 日本医学会連合・労働環境検討委員会からの報告2（諸課題への対応）及び 加盟学会調査（報告書）の発出にあたって

医師の働き方改革は、いまだ道半ばである。その理由は、「2024年度から医療機関の勤務医に適用される残業規制について、地域医療のためにやむを得ない場合などに特例で年1860時間を上限とする」こととされた。しかし、これでは日本の過労死認定の目安とされる過労死ラインを遥かに超えている。現状維持ともとれる数値である。日本の勤務医の労働時間は国際的にみて非常に長い。2012年の総務省就業構造基本調査では、職業別の週労働時間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、運輸業を抑えて第1位である。平均で週40-50時間労働の欧州諸国と比べて日本の勤務医の労働時間は遥かに長い。アメリカをも大きく上回る。

日本では、一般労働者においては残業時間の上限規制は既に実施されている。一方、一般勤務医は、「年960時間」を上限としつつ、救急病院などには特例を適用し、対象となる医師には健康確保のための連続勤務を28時間以下にし、次の勤務まで9時間のインターバルを確保することが義務付けられた。集中的に技能向上のための診療を必要とする研修医や専門医にも同様の特例が認められた。

一方、コロナ禍のもと、医療提供体制を含む数多くの問題が露呈して来ている。日本では、医師の過重労働に依存する地域医療と、極めてスタッフが少ない中で行われている大学病院における医学教育や研究、医療の現状があり、大学病院勤務医の労務管理の徹底やタスクシフトによる業務分担の見直しなどを迫られている。しかし、日本の医師の働き方改革、その中でも、医師の地域偏在や診療科偏在、病院と診療所の役割分担、医療機関の集約化など、挙げられている課題は多様であり、職域環境改善は個別の努力では解決できないものばかりである。

既に日本医学会・日本医学会連合は、2018年1月から労働環境検討委員会を設置して、課題解決の道筋を探ってきた。論点の整理を行い、2018年末には最初の委員会報告「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. <https://www.jmsf.or.jp/files/jmsf-report-20190213.pdf>）を作成し、提言発出に結び付けた。すなわち良質な医療の提供と医師の健康確保や生活との両立を図りながら、実践可能な働き方改革への積極的な取り組みを行い、医療提供体制全般の改革をすべきだと提言した。また、その実現のためには、政府の医療への財政面のサポート、マンパワーの拡充のための診療報酬改定や女性医師の労働環境改善のための社会的対応策が必要とされる。

そのような状況の中で、医科大学が入試の際、得点調整をして女性を合格しにくくしていたことが発覚し、文部科学省が全国医学部を調査したのは2018夏であった。特に、出産や育児で現場を離れるケースが多いことが、大学による女性差別の理由であった。しかし、私生活を犠牲にして長時間働くという生き方を当然視すれば、女性に家事や育児の負担を一方的に負わせている現状を追認することにつながりかねない。従って、女性医師を取り巻く環境の見直しは、我が国の男性医師の働き方改革と同時進行で進められるべきものである。人口の半分は女性であるので。医師の多様性と質の担保、心ある若者を医療界から遠ざけないことに十分な注意をしたい。

さて日本医学会連合労働環境検討委員会は、上述のように、発足当初1年間の短い期間に、最初の提言（報告1）をまとめた。その後、2019年度以降に本委員会が引き続き取り組んだ、「諸課題への対応」

---

を資料編として、今般、とりまとめた。それが委員会報告2である。最初の提言発出時期（18年度末）とそれ以降（19年度以降）に2分されるが不断に行われたその後の委員会活動のとりまとめとなるものである。

それに対して2020年度の加盟学会対象の調査は調査報告であるので、「委員会による調査報告」とした。すなわち、加盟学会の現時点での取組内容や課題を明らかにし、今後の具体的な基礎資料とするために、2020年9月7日～30日に、全加盟学会（136団体）を対象に、質問調査を行った。延べ81学会〔回収率60%：臨床系68（66%）、基礎部会5（36%）、社会部会8（42%）〕から回答があった。

臨床内科系の半数強、臨床外科系の2/3強がタスク・シフトを工夫していた。診療業務に関しては、内科系で4割、外科系で5割がタスク・シフトを検討していた。研究業務や教育業務に関するタスク・シフトについて検討している学会は少なかった。教育関連のタスク・シフトの事例として、業務比率の明確化、時短医師による補助、臨床研修医、医学科学生による屋根瓦方式、模擬患者による実習補助、認定制度で認められた技士・師等による業務分担が学会から提案されていた。

各学会があげたタスク・シフトの実行上の課題として、人員が少ないことによる構造的課題、安全性の担保を伴うタスク・シフトの範囲の不明確さがあった。タスクを受ける側の人員不足のみならず、知識や経験の不足、タスク・シフトした場合の責任の所在が不明確等の課題が挙げられた。

大学勤務医等の働き方の議論は、診療のみならず教育や研究が阻害されない形で行われる必要がある。2024年からの労働時間上限の導入には、資源の集約化や多職種連携の推進が模索されるものの、全体の医師数不足解消や待遇改善無くして対応は困難とする意見が、多くの学会から出された。期待される対応としては、診療面では、チーム医療・グループ診療とタスク・シフト等が、患者の意識を変えていくこととともに挙げられた。労働負荷軽減を目的とするAIの積極的導入も言及された。研究面では欧米のテクニシャンがあげられ。研究を進めるための優遇措置を検討する必要性を挙げた学会も複数あった。教育面では、学会が作成する教育コンテンツを共有するという案も出された。

医師の働き方改革にかかわる諸議論が、国民にとっても医師や医療界にとっても、実りある結果に結びつくよう、「委員会報告2」と、「加盟学会調査報告」がお役にたてば幸いである。

労働環境検討委員会委員長 岸 玲子

## 目 次

労働環境検討委員会報告書（資料、2018～2021）	1
はじめに（労働環境検討委員会の報告書・資料編の取りまとめにあたって）（岩本 幸英）	1
第1章 医師の働き方改革をめぐる最近の動き	3
1. 厚生労働省・医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめについて （森 正樹）	3
2. 医師に対する労働時間の上限規制および追加的健康措置に対する労働衛生的考察 （森 晃爾、吉川 徹）	13
3. 医師の勤務実態に関する厚生労働省研究班からのヒアリング（江原 朗）	21
4. 果たして医師は足りているのか？（桐野 高明）	24
第2章 医師の働き方改革を進めるための重要な方策と取り組み例	30
5. 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアに関する検討の経緯 （岩本 幸英）	30
6. 外科医の労働環境とタスクシフト（委員会での講演記録に基づく）（馬場 秀夫）	39
7. Physician Assistant 導入における日本の課題（本田 宏）	48
第3章 大学病院医師や研修制度における専攻医及び女性医師の課題	73
8. 大学病院医師の問題（森山 寛）	73
9. 女性医師の労働問題（齊藤 光江）	80
10. 専攻医の働き方（寺本 民生）	87
終章 結びにかえて—医師の働き方改革で問われているもの（岸 玲子）	92
日本医学会連合 労働環境検討委員会 委員名簿	96
日本医学会連合 労働環境検討委員会、フォーラム等開催記録	96

## 労働環境検討委員会報告書（資料、2018～2021）

はじめに（労働環境検討委員会の報告書・資料編の取りまとめにあたって）（岩本 幸英）

労働者の過剰な時間外労働に起因する心身の諸問題を解決するために、近年、国レベルで働き方改革が推進されており、その一環として医師の働き方改革についても議論が進められている。日本医学会連合においては、労働環境検討委員会を中心に検討を行い、各種関係団体との公開フォーラムを経て、2018年に医師の働き方改革に関する報告書を公表した。2019年以降も引き続き検討を進め、この度、136学会を対象とした勤務医の労働環境に関する調査結果とともに、第2回目の報告書・資料を公表する運びとなった。その概要は以下の通りである。

まず、令和元年に設置された厚生労働省・医師の働き方改革の推進に関する検討会における議論、および令和2年12月に同委員会から発出された医師の働き方の具体的な推進方法の中間とりまとめについて検討を行った。

上記中間取りまとめにおいて、診療従事勤務医に2024年以降適用される時間外労働の上限は、過労死ラインとされる年間960時間未満（月100時間未満）であるが、地域医療確保、および研修医・専攻医の集中的技能向上に対する暫定特例水準においては、年間時間外労働の上限を1,860時間未満（月100時間未満）とすること、暫定特例水準は2035年度末を目処に解消すること、例外的に月の上限を超えて働かざるをえない場合は、連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット、面接指導などの追加的健康確保措置を義務化することなどが示された。

以上の労働時間の上限規制および追加的健康措置を受けて、労働環境検討委員会では、労働衛生的観点から検討を行った。まず、医師についても他の労働者同様、1）健康障害要因に対する暴露を許容レベル以下にする、2）健康状態に見合った仕事をさせる、3）仕事による健康障害の早期発見、早期対応に務めるという労働衛生の基本的ステップを踏襲すべきであり、そのためには医療機関ごとに労働安全衛生マネジメントシステムを構築する必要があることを確認した。さらに社会保険労務士との意見交換、医師の勤務実態に関する厚生労働省研究班からのヒアリングを行い、その結果を今回の報告書・資料に反映させた。

他職種への業務移管（タスク・シフティング）および他職種との協働（タスク・シェアリング）は、医師の働き方改革を進めるうえで有力な手段と考えられており、厚労省の検討会および各学会において、急ピッチで検討が行われている。労働環境検討委員会では、これまでの検討経過を整理・確認すると共に、日本外科学会の取り組みを委員会でご発表いただき、今回の報告書・資料に反映させた。わが国におけるこれまでの検討において、タスク・シフト／シェアを受ける職種は、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士、医療事務補助者など、既存の職種に限定されているが、諸外国では physician assistant (PA) という資格を設け、より広範な医療業務のタスク・シフト／シェアを実現している。わが国では当面既存の職種に頼らざるをえないが、労働環境検討委員会では、将来のPA制度導入に備え、諸外国におけるPA制度の現状分析、わが国への導入の必要性について検討を行った。一方で、わが国における医師不足、医師偏在（地域偏在、診療科偏在）の問題についても検討を行った。

大学病院に勤務する臨床系教員は、診療に加え、医学生や研修医に対する卒前・卒後教育、ならびに医学・医療の発展・向上に資する研究活動を並行して行っている。過酷な労働の割に給与は低額であり、外部勤務（外勤：アルバイト）をしなければ生計が成り立たないのが現状である。大学病院勤務医の働

---

き方改革においては、診療・教育・研究のレベルの維持、生計の保証を両立させるよう、十分に配慮する必要がある。

女性医師の労働問題は、今回の働き方改革により大きな改善が見込まれる。しかし、その成果が単なる女性医師の雇用維持の達成にとどまるようでは不十分である。今後、女性の視点や意見が組織運営に反映されるよう検討を重ねる必要がある。

臨床研修や専門研修は、医師として最も濃密に教育を受けるべき時期であり、教育・自己研鑽と労働時間という二律相反的な課題を抱えていることは確かである。今回の働き方改革においても、集中的技能向上水準として年間1860時間未満という時間外勤務の上限が許容されている。しかし、研修医、専攻医個人レベルでは過剰労働となり、心身障害の原因となりうることがあるので、十分注意しなければならない。

今回の報告書が、わが国の医師の働き方改革を進める上で有効に活用されることを願ってやまない。

## 第1章 医師の働き方改革をめぐる最近の動き

### 1. 厚生労働省・医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめについて（森 正樹）

#### A. はじめに

労働者の過剰な時間外労働から来る心身の諸問題を解決する目的で、働き方についての見直しが国レベルで行われてきた。その一環として医師の働き方についても議論が進められてきた。医師の場合、超過勤務時間が長いことが以前より指摘はされてきたが、その抜本的対策については、議論が進まない状況があった。しかし、医師や研修医の過労から来る自死の問題などの表面化を受けて、国としても何らかの対策を打ち出す必要に迫られた。医師の多く（おそらくは4割程度）は過労死ラインとされる960時間以上の超過勤務をしている。そしてそれによって日本の医療体制が維持されている現状がある。そのために、他の職種の労働者と同一に論じることは困難とされている。そこで厚労省は医師については別枠で「医師の働き方改革」について議論する場を設けてきた。今回、それを受けて実際に医師の働き方改革を具体的に、どのように推進するかについて議論が成され、そして中間とりまとめが出された。ここではその要点について記し、また、問題点を記したい。

#### B. 委員会の概要

##### ○医師の働き方改革推進に関する検討会の運用概要

委員会は日本医師会、病院、労働組合、法曹、学会などの関係者からなる16名の委員で構成された。委員長は遠藤久夫氏（学習院大学経済学部教授）が務めた。

委員会は令和元年7月5日に第1回が開催され、その後、令和2年12月14日まで11回にわたり開催された。そして令和2年12月22日に「医師の働き方改革の推進に関する検討会中間とりまとめ」が発出された。

##### ○医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめ概要

医師の働き方改革の推進に関する検討会では、医師の働き方改革に関する検討会（以下「前回検討会」）が平成31年3月28日にとりまとめた報告書（以下「前回報告書」）において、引き続き検討することとされた、医師の労働時間の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項を中心に議論を行った。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、議論を中断せざるを得なかった時期もあったものの、感染症対応の最前線を含め、過酷な環境で働く医師たちの働き方改革の必要性を改めて認識し、そうした現場においても着実に労働時間短縮の取組を進めていただけるよう、円滑な制度運用にも配慮した議論を重ねてきた。具体的には、地域医療確保暫定特例水準と集中的技能向上水準の対象医療機関の指定の枠組み、追加的健康確保措置の義務化及び履行確保に係る枠組み、医師労働時間短縮計画及び評価機能に係る枠組み等について検討を行い、医事法制において措置する事項等について一定の結論を得たため、中間とりまとめを発出した。

詳細はとりまとめを参考（厚労省のホームページに掲載）にして頂きたいが、以下に要点を列挙する。

## C. 中間とりまとめの概要（抜粋）

### 第1 医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項

#### 1 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の指定に係る枠組み

##### (1) 地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）

○地域医療確保暫定特例水準の対象として想定されるのは、医療機関が必須とされる機能を果たすために、当該医療機関内の業務によりA水準（時間外・休日労働が年960時間）を超えざるを得ない場合であり、その場合に時間外・休日労働の上限を年1,860時間とする水準（以下「B水準」という）を設け、医療機関を指定して適用することとされた。

○大学病院等の常勤勤務医の一定数は、主たる勤務先における時間外・休日労働は年960時間以内であるが、副業・兼業先での労働時間を通算すると年960時間を超過している実態が示された。これらの医師は、主たる勤務先においてA水準が適用され、副業・兼業先での労働時間を通算した時間外・休日労働が年960時間に達した際は、それ以降、いずれの医療機関においても時間外・休日労働を行えないこととなるが、副業・兼業についても、地域全体での医療提供体制の確保の観点から必須とされるものがあることから、地域医療確保暫定特例水準の中に、副業・兼業先での労働時間と通算して時間外・休日労働の上限を年1,860時間とする水準（以下「連携B水準」という）を設け、医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関を指定して適用する。

##### (2) 集中的技能向上水準（C水準）

集中的技能向上水準（以下「C水準」）は、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師のための水準であり、C-1水準とC-2水準に分類される。

##### C-1水準について

都道府県知事により指定された臨床研修プログラム又は日本専門医機構により認定された専門研修プログラム／カリキュラムの研修機関であること

##### C-2水準について

審査組織が特定する技能（以下「特定高度技能」）を有する医師を育成するのに十分な教育研修環境を有していること。C-2水準の対象となる技能・医師を審査する新たな審査組織については、我が国の医療技術の水準向上の観点から医療の技術革新に応じて審査を行えるものである必要がある。

##### (審査組織)

- ・審査組織については、相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要がある。
- ・審査組織の財政的な自律性の観点から、審査を受審する際に手数料を医療機関より徴収することを原則とする。

##### (3) 対象医療機関の指定の期間・取消

##### (指定期間)

○B・連携B水準、C水準ともに3年とする。

○C1水準では、臨床研修プログラム又は専門研修プログラム／カリキュラムの研修期間、C-2水準では特定高度技能研修計画の有効期間において当該水準が適用される。



## (指定取消)

- 指定の有効期間内であっても、医療機関がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件を満たさなくなった場合、都道府県知事による指定の取消がなされることとなる。
- 指定要件を満たさなくなった場合には、直ちに取消がなされるのではなく、まずは都道府県による支援・改善命令等により、改善に向けた取組を行うこととする。
- 支援・改善命令等を経てもなお改善がなされない場合は取り消すこととなるが、指定の取消に当たっては、都道府県医療審議会の意見聴取を行うこととする。

## 2 追加的健康確保措置の義務化及び履行確保に係る枠組み

- 追加的健康確保措置は、一般の労働者に適用される時間外労働の上限時間を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康、医療の質を確保するために行われるものである。
- 地域の医療提供体制を担う医師が過労により健康を害することのないよう、医師の健康・医療の質の確保の観点から、医事法制・医療政策において措置することとする。検討に当たっては、以下のような視点から整理した。

### (1) 具体的内容

#### ア 連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息

連続勤務時間制限は28時間までとする。勤務間インターバルについては、当直及び当直明けの日を除き、24時間の中で、通常の日勤後の次の勤務までに9時間のインターバルを確保することとする。当直明けの日（宿日直許可がない場合）については、連続勤務時間制限を28時間とした上で、勤務間インターバルは18時間とする。当直明けの日（宿日直許可がある場合）については、通常の日勤と同様、9時間のインターバルを確保することとする。

C-1水準が適用される臨床研修医については、連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを徹底することとし、連続勤務時間制限15時間、勤務間インターバル9時間を必ず確保することとする。また、24時間の連続勤務が必要な場合は勤務間インターバルも24時間確保することとする。

#### イ 面接指導・就業上の措置

面接指導を行う医師（以下「面接指導実施医師」）は、産業医を含め、長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受講して面接指導に従事する。医療機関の管理者は、面接指導実施医師からの報告及び意見を踏まえ、必要に応じて、就業上の措置を講ずる。

### (2) 履行確保の枠組み

医事法制・医療政策における義務等であることから、都道府県が、医療法第25条第1項に規定する立入検査の中で確認することとする。立入検査は、原則毎年1回実施する。

### (3) 改善に向けた取組

- 追加的健康確保措置が未実施であった場合には、改善に向けた取組が重要となる。
- 追加的健康確保措置が実施されない場合は、都道府県が改善命令の措置を行うが、改善命令に従わない場合には、対象医療機関の指定の取消や罰則の適用を行う。

#### (4) 災害時等における取扱い

災害時等においては、医師が診療等の業務に従事する緊急性・必要性が高い場合が想定されるため、労働基準法第33条第1項と同様の規定を設け、災害時等における追加的健康確保措置の取扱いを規定する。

### 3 医師労働時間短縮計画に係る枠組み

医師労働時間短縮計画は、医師の労働時間短縮のための取組項目を記載するほか、前年度の医師の時間外労働実績（時間数）を記載し、改善状況を各医療機関において毎年検証していく。実際の労働時間短縮を実現していくために活用するものであり、評価機能が行う長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価の基礎となるものである。

#### 4 複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い

副業・兼業先の労働時間も含めて、時間外・休日労働が上限を下回っている必要がある。そのため、副業・兼業を行う労働者の使用者は、「副業・兼業先での労働時間」も通算した上で、時間外・休日労働の上限を超えないようにする義務がある。

##### (1) 副業・兼業先の労働時間の把握

医師の自己申告が適切になされることが適当であることから、医師労働時間短縮計画策定に係るPDCAサイクルの一環として、当該医療機関に勤務する医師全員を対象として労働時間短縮に向けたガイダンスを行うこととし、その中で申告を呼びかける。

##### (2) 複数医療機関に勤務する医師に係る時間外・休日労働の上限

- いずれの医療機関においてもA水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年960時間となる。
- いずれかの医療機関においてB・連携B・C水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年1,860時間となる。

##### (3) 複数医療機関に勤務する医師に係る追加的健康確保措置の取扱い

以下のような取扱いとする。

- ア 連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息
- イ 面接指導・就業上の措置
- ウ 月155時間超となった場合の措置

##### (4) 複数医療機関に勤務する医師の労働時間の管理方法

副業・兼業には、主たる勤務先からの派遣によるものと医師個人の希望に基づくものがある。

- ① 主たる勤務先（主に大学病院を想定）は派遣先における勤務を含めて、時間外・休日労働の上限、連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるようなシフトを組むとともに、主たる勤務先・派遣先・個人の希望に基づく副業・兼業先でのそれぞれの労働時間の上限を医師との話し合い等により設定しておく。

② 医師個人の希望に基づく副業・兼業については、連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるように副業・兼業先の勤務予定を入れ、自己申告する。

(5) 複数医療機関に勤務する医師に係る労働時間短縮の取組

B・連携B・C水準の対象医療機関は自院における労働時間短縮に可能な限り取り組むとともに、副業・兼業先に対して労働時間短縮の協力を要請する。

(6) 地域医療提供体制への影響

○上限規制の適用による地域医療提供体制への影響についても、都道府県医療審議会で審議する。

○県境を越えた医師派遣によって他都道府県に所在する複数医療機関に勤務する医師がいることも踏まえ、地域医療提供体制の影響については、都道府県単位にとどまらず、より広域で協議を行うことも必要である。

○各地域において、派遣先の医療機関が、医師派遣の縮小等により診療体制の維持が困難となるような場合に、地域医療支援センターや医療勤務環境改善支援センター等に報告・相談し、各センター等が対策を講じる仕組みを設けることも考えられる。

## 5 評価機能に係る枠組み

評価機能については、都道府県から独立した第三者機関が想定されている。

(1) 業務

各医療機関の労働時間短縮の実績と取組を分析・評価することが業務となる。また、評価者になろうとする者に対する評価業務の趣旨や評価の視点に関する講習を実施する。

(2) 評価方法

医師労働時間短縮計画の記載事項をもとに、評価の視点に基づき、労務管理体制、医師の労働時間短縮に向けた取組、労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組の実施後の評価について分析・評価を行う。評価に当たっては、書面での評価のみではなく、医療機関への訪問評価も行うこととする。

(3) 評価対象医療機関・評価の頻度

B・連携B・C水準の対象医療機関は3年に1回評価を受けることとする。

(4) 評価の実施体制

医療機関への訪問評価の際により正確な実態把握を行うために、勤務医に対する聞き取りを行うこととする。そのためには、社会保険労務士と医療職の2名体制で評価を行うことが望ましい。

(5) 評価結果の取扱い

### ◆都道府県への通知

都道府県に評価結果が通知されることにより、都道府県がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定の際の判断材料とすることが可能となる。評価機能による評価結果により、①労働時間短縮の取組が進

んでいない医療機関のほか、②労働時間短縮の取組は進んでいるが、実績として、労働時間の短縮が進んでいない医療機関を把握できる。

#### ◆公表

評価結果は、評価機能が医療機関に通知することにより、医療機関内のPDCAサイクルによる労働時間短縮の取組の見直しにつなげることが期待される。また、評価結果を公表することにより、医療のかかり方を見直すきっかけとなることが期待される。

なお、評価結果の具体的な公表内容については、引き続き検討する。

#### (6) 評価機能の組織体制

評価業務の中立性・客観性を担保するために、以下を考えている。

- ・中立性を担保するため、厚生労働大臣が任命する委員から構成される諮問委員会を設置する。
- ・評価対象となる医療機関が全国に存在することに鑑み、評価機能を担う組織も全国をカバーできる体制を有していること

#### (7) 財政基盤

評価機能の財政的な自律性の観点から、評価を受審する際に手数料を医療機関より徴収するが、過大な負担とならないよう、今後検討する。

#### (8) 医療勤務環境改善支援センターとの連携

都道府県医療勤務環境改善支援センターは、勤務環境改善マネジメントシステムの導入支援を行っている。このため、医師労働時間短縮について医療機関に対して助言を行う。

## 6 医師の労働時間短縮等に関する大臣指針

### (1) 大臣指針の策定

「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」を策定し、次の①～③に関する内容等を盛り込む。

#### ① 基本的な考え方

我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にある。医師の健康を確保することは、医師本人にとってはもとより、今後も良質かつ適切な医療を提供する体制を維持していく上での喫緊の課題である。同時に、医師の働き方改革は、医師の偏在対策を含む地域医療提供体制の改革と一体的に進めなければ、長時間労働の本質的な解消を図ることはできない。このため、行政、医療機関、医療従事者、医療の受け手等の全ての関係者が一丸となって、改革を進めるために不断の取組を重ねていく。

#### ② 医師の時間外労働短縮目標ライン

2035年度末を目標に地域医療確保暫定特例水準を解消する。対象医療機関の実態をA水準の対象医療機関に近づけていきやすくなるよう、各医療機関は、短縮目標ラインを目安にしつつ、地域医療への影響も踏まえながら労働時間短縮に取り組むこと。

#### ③ 各関係者が取り組むべき推奨事項等

医師の労働時間の短縮のためには、個々の医療機関における取組、都道府県における取組、国と関係機関における取組のほか、国民の医療のかかり方など、様々な立場からの取組が不可欠である。一方、

地域の実情に応じて進める必要があり、一律の義務付けに馴染まない側面がある。このため、各関係者における取組を促進するために、各関係者が取り組むべき推奨事項等についての指針を示す。

## (2) 医師の時間外労働短縮目標ライン

- 医師の時間外労働短縮目標ライン（以下「短縮目標ライン」）は、2035年度末を目途に地域医療確保暫定特例水準を解消するために、時間外労働（休日労働を含む）の上限時間の目標値として設定する。
- その際、各医療機関が着実に労働時間を短縮することができるよう、短縮目標ラインは、2035年度末の目標値である年960時間に向け、3年ごとの段階的な目標値を設定する。

## (3) 各関係者が取り組むべき推奨事項等

医師の労働時間の短縮のためには、様々な立場からの取組が不可欠であることから、「行政（国・都道府県）」、「地域の医療関係者」、「医療機関（使用者）」、「医師」、「国民（医療の受け手）」ごとに推奨事項等を定めることとする。

- I 行政（国・都道府県）に求められる事項（行政の役割）
- II 地域の医療関係者に対する推奨事項
- III 医療機関（使用者）に対する推奨事項
- IV 医師に対する推奨事項
- V 国民（医療の受け手）に対する推奨事項

## 第2 医師の時間外労働の実態把握

- 「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）によると、時間外・休日労働の上位1割に該当する医師は年1,904時間以上であった。これを踏まえ、地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準における時間外労働の上限を1,860時間として前回報告書で整理された。
- 今般、新たに「令和元年 医師の勤務実態調査」を実施したところ、上位1割の医師は年1,824時間以上の時間外労働を行っていた。集中的技能向上水準の技能向上に要する時間の短縮については、中長期的に検証していく必要がある。
- 2024年4月から適用される時間外労働の上限規制や連続勤務時間制限・勤務間インターバルなどの追加的健康確保措置の地域医療提供体制への影響について強い懸念が示されたことから、「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」を実施した。医師少数県に位置する2大学6診療科の結果から、大学病院での労働時間が時間外・休日労働が年960時間以内であっても、副業・兼業先の労働時間を通算すると年960時間を超える医師が多いことが示された。
- 一方、調査対象となった各大学に対してヒアリングを行ったところ、時間外労働時間の上限規制を遵守するため、関連病院等への医師派遣の縮小を第一選択とする医局はなく、特に働き方改革の影響を強く受けると予想された診療科においても、2024年4月の上限規制の適用に対応が可能であると想定されたが、他の医療機関も含め、今後も同様の調査を実施していく。

## 第3 今後の検討事項

- B水準の対象となる医療機能のうち、「公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関」の対象範囲について、検討が必要である。また、C-2水

---

準の適用のために医師が医療機関を通じて審査組織に提出する特定高度技能研修計画の様式について、審査方法、審査基準等の具体的な内容について検討が必要である。

- 追加的健康確保措置に関しては、
  - ・追加的健康確保措置の実施状況の関係者と共有する仕組み
  - ・医師から都道府県へ申告があった場合の取扱いの明示について引き続き検討していく必要がある。
- 医師の勤務実態調査は、上限規制適用開始前に実施する方向で、調査の時期や効果的な手法について引き続き検討する。
- 時間外労働の上限規制の適用により、地域医療提供体制への影響が予想される。地域の必要な医療の確保に向けた方策を引き続き検討していく必要がある。
- 特に労働時間が長い大学病院は、地域医療確保の観点で重要な役割を担っているとともに、医学および医療の発展のための研究や医学生と若手医師に対する教育等、診療以外においても重要な役割を担っている。大学病院では、診療、研究、教育を同じ医師が担うことが多く、労働時間の短縮が診療のみならず、研究や教育にも大きな影響を与える可能性があることから、特に大学病院における働き方改革の特有の課題については、今後、文部科学省と厚生労働省が連携して検討の場を設ける必要がある。
- 医師労働時間短縮計画については、B・連携B・C水準の対象医療機関指定を受けるために2021年度に策定する必要があり、医療機関における同計画の円滑な策定及び労働時間短縮の取組を推進していく必要がある。
- 医師の働き方改革を進めるためには、行政をはじめとする様々な立場からの取組が不可欠である。そのためには、まず、医師の働き方改革に関する検討の状況や今後の見通し等について情報発信を行い、周知することが重要である。特に、当事者である医師に対し、効果的な情報発信・周知の方策について検討が必要である。

#### 第4 おわりに

- 複数医療機関に勤務する医師に係る取扱いが論点となった。新たに「連携B水準」という枠組みを設けることとした。
- 新たに実施した調査結果からは、引き続き約4割の医師がA水準超の時間外・休日労働を行っていることが確認された。2024年4月から適用される上限規制に対応するためには取組の徹底が重要である。
- こうした認識の下、個々の医療機関においては、医師労働時間短縮計画に基づき、取組を着実に進めることが不可欠である。
- ただし、医師の働き方改革は、労働時間の上限規制のみで完結するものではない。行政、地域の医療関係者、医療機関、医師、国民がそれぞれの立場で、改革を推進していくことが何よりも重要である。
- 特に、医師自身が、自らの働き方が改善していくことへの希望と、改善していこうという意識を持つことができる環境を作らなければ、現場の改革は進まない。
- そして、地域医療構想の推進や医師の偏在対策等の医療提供体制改革が医師の労働時間に与える影響、逆に医師の働き方改革が医療提供体制に与える影響の双方を慎重に注視しつつ、取組を進めて行くことが必要である。
- 地域医療確保暫定特例水準は2035年度末の解消を目指していくが、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等における協議等を通じて進めることにより、地域医療確保暫定特例水準の解消につなが

ることが期待される。それと同時に、各医療機関において、副業・兼業先も含めた年960時間以内の達成に向け、副業・兼業先にも働きかけていく。

- 本報告書の内容の制度化に向けた検討においては、医師の健康確保は重要であることを共通認識としつつ、医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくという強い決意の下、医師が健康で充実して働き続けることのできる社会を目指して、医師の長時間労働を変えていかなければならない。
- なお、これは、本検討会としての中間とりまとめであり、本検討会は今後も議論を継続していく。

以上、中間とりまとめの概要を抜粋して記した。

#### D. 問題点

医師の働き方改革を推進していこうとする中で、時間外労働や休日労働を減らしていくための策の一つとして、タスクシフトは大きなウエイトを占める。

医師の業務のタスクシフトについては看護師、薬剤師、臨床工学士、放射線技師、事務員など多様な職種へのシフトが考えられる。看護師へのタスクシフトについては、厚労省主導で委員会が設けられて議論が進んでいる。その中で特定行為研修を受けた看護師を大幅に増やす計画が策定され、上手く進めば2023年には約1万人の特定看護師が誕生する予定である（2020年の時点では約2000人）。これにより、医師の働き方は週数時間（7時間程度？）短縮できると試算されている。臨床工学士には外科手術の際の援助（たとえば腹腔鏡手術の際の腹腔鏡カメラの担当）が期待されているが、現行の法律では臨床工学士が直接に患者医療行為に関わることは認定されていないため、法律改正などの問題に対しても、進めていく必要がある。

他方で、タスクシフトを任される側（たとえば特定看護師）はタスクが増えることで、労働時間が増えるのではないかと懸念がある。しかし、先に厚労省が行ったアンケートでは特定看護師も時間外労働が減少したとの結果が出ている。これは医師の指示待ちの時間が短縮できた、などの為と理解されているが、本件については、引き続いての調査が必要であろう。タスクを任せる方も任せられる方も「良かった」と思えるようになることが、本改革を遂行する上で、最も大切なことと認識する。

さて、特に大学で勤務中の若い医師は、同年代で市中病院勤務している医師よりも給与が低い。彼らは副業をすることで現状の生活を維持している。今回の働き方改革推進自体は、医師の健康確保のために、極めて重要であるが、他方で、勤務時間の短縮により副業時間が減少し、現在よりも大幅に収入が減る可能性も当事者からは指摘されている。この根底に潜んでいるのは日本の医療経済、医療政策と指摘されることがある。今回の医師の働き方改革推進委員会では、この点は全く議論されなかったが、今後は、この点も含めて、日本の医療体制を考え、改善する方策を見出す必要がある。また、特に「第3今後の検討課題」の中に入れてもらったが、大学勤務医の待遇改善は研究力低下に歯止めをかけ、再び日本からの情報発信力を高めるために必須である。そのためには厚労省のみでなく文科省も含めた議論が重要であるが、そのことを記載してもらったことは意義があると考えている。

#### E. おわりに

今回の中間報告は、国が医師の働き方改革に一步踏み込んで策定したもので、それ自体は評価できる。しかしながら、医師の働き方が、これまで過重になっていた原因が何だったのかという抜本的な問題に

---

については、全くと言っていいほど、話し合われていない。日本の医療制度の根幹に関わる点が多い問題であるが、今回の委員会を引き継ぐ次の委員会では、その観点からの議論が強く望まれる。

森 正樹（九州大学主幹教授、日本外科学会理事長、日本医学会連合／日本医学会副会長）



## 2. 医師に対する労働時間の上限規制および追加的健康措置に対する労働衛生的考察 (森 晃爾、吉川 徹)

### 1 すべての労働者の健康障害を防止するための戦略

労働時間は、労働衛生分野で取扱う健康障害要因のうち、心理社会的要因として位置付けられる。他の健康障害要因と同様、健康障害を防止するために、労働衛生の基本的なステップが応用される。

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。例外的な健康状態や特性の労働者にまで第1ステップで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の労働者をまもるために、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ったりする。基本的に第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（表2-1）。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ヵ月100時間、2～6ヵ月平均80時間である。また、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（Kivimaki et al, 2015）、それに相当する月60時間も選択肢である。そのほか、日本の労働基準法における特別条項付き36協定が必要な時間外労働の条件（月45時間）や欧州連合労働時間指令（月32時間）などがある。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、健康診断やストレスチェックの結果を活用して、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。その場合、長時間労働は時間量のばく露だけでなく、就労形態や労働条件等もその健康障害に影響を与えていることから、労働時間の制限だけでなく、労働者個人のタスクや作業編成、シフト、労働環境の見直しなども含める。さらに第3ステップで、長時間労働者に対する面接指導やその他の方法で、健康影響を評価し、対応を行うという方法を取る。

この労働衛生の基本は、すべての医療機関に適用されるものであるため、労働時間の把握、一般健康診断および就業措置、面接指導が確実に実施されることが、特定の医療機関における上限規制の緩和の前提であることを理解する必要がある。

許容レベルの例	時間外労働／月	根拠・解説
過労死等基準	100時間未満／月 複数月平均80時間／月	・労基法第36条 ・脳・心臓疾患労災基準2001
疫学研究	60時間／月 (週労働時間55時間)	・Kivimaki et al, 2015
労働基準法 (第36条)等	45時間／月	・月45時間、年間360時間を超える場合は特別条項付き36協定
欧州連合労働時間指令	32時間／月 (週労働時間48時間)	・週あたり労働時間は48時間を超えない

労働基準法第36条第5項⑥二、三（時間外及び休日の労働）及び「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（基発第1063号 平成13年12月12日、改正基発0821第3号令和2年8月21日）」

Kivimäki M, et al. Lancet. 2015; 386:1739-1746. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26298822/>

労働基準法第36条第5項④（時間外及び休日の労働）及び「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書（平成13年11月16日）」

Working Time Directive 2003, 2003/88/EC

表2-1 長時間労働に対する許容レベルの例

## 2 医師に対する労働時間の上限規制と追加的健康確保措置

健康障害要因に対する労働衛生対策の基本は、要因に対する曝露を許容レベル以下にすることである。時間外労働の許容レベルの基準を月平均80時間とすると、1年間では960時間となる。この基準が、労働基準法の規定である年720時間を超えて診療従事勤務医に適用されるA水準である。しかし、医師には、地域の医療提供体制の確保や集中的に技能を向上させるために許容レベルの基準を超えて労働せざるをえない状況があることを確認したうえで、年1860時間というB水準およびC水準の設定が検討されている。海外の同様の制度として米国の卒後研修施設における週労働時間80時間を上限とするものがある。

労働負荷は労働時間以外の要素も影響するため、労働時間の上限を緩和する場合には、まず就労形態や労働条件等についても配慮することが必要となる。具体的には、日本で検討されている追加的健康管理措置である勤務時間インタバールや連続勤務制限、米国の卒後研修施設の制度に存在する当直やオンコールの制限などがある。

それでも、労働時間で数値的に示された許容レベルがほとんどすべての労働者について健康障害が生じないレベルの基本となる。仮に、通常より高いレベルの健康状態の労働者であれば、個別に許容レベルを設定して、より負荷が高い特殊な労働をさせることがあり得るが、医師については、一般労働者より高いレベルの健康上の職務適性があるということとはできない。そのため、今回の特例措置は、国民への適切な水準の安定した医療サービスの提供という社会的要求に対して、緊急避難的に曝露基準を緩めるという考え方と解すべきであろう。

緊急避難的な曝露を許容した例として、2011年3月に発生した東北地方太平洋沖地震によって引き起こされた東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う緊急被ばく作業がある。その際、年50 mSvの実効線量の上限に対して、250 mSvまで引き上げられた。緊急避難的な措置といっても、健康障害の発生の可能性が存在する状況でもあるため、可能な限り曝露低減の努力を施すとともに、健康障害の発生を早期発見するための措置が不可欠となる。そこで、労働安全衛生法第66条第4項の規定に基づいて臨時の健康診断が実施された。その後、電離放射線障害防止規則が改正され、事業者は、緊急作業に係る業務に

従事する放射線業務従事者に対し、当該業務に配置替の後1月以内ごとに1回の健康診断が規定された。

すなわち、医師の労働時間のB水準およびC水準についても、許容レベルを超えた健康障害要因に対する曝露を許容する以上、曝露を可能な限り低減する方法と健康障害の発生を早期発見するための措置が必要となる。前述したそれに相当する措置として、医師労働時間短縮計画の策定と追加的健康確保措置を位置づけることができる。すなわち、追加的健康確保措置を行うことを条件に、当分の間の特例措置を認めているという考え方であり、その措置が確実に履行できなければ、その前提としての特例が成り立たず、結果的に地域医療体制や医師の育成にも大きな影響を及ぼすことになることを理解しておく必要がある。

しかし、社会的要求を満たすために許容レベルの上限を超えた勤務を余儀なくされる状況において、必要な措置が適切に実施されるかどうか、大きな懸念が残る。たとえば、医師による面接指導は、ある程度の疲労蓄積が想定されるタイミング（当該月の時間外・休日労働が80時間前後となる時期が望ましい）で、かつ100時間に到達する前に実施するとされている。この80時間から100時間に相当する期間は数日と考えられるため、適切な仕組みが存在しなければ、履行は容易ではないと考えられる。すなわち、法令の規定が存在し、対象医療機関でルールが作られても、遵守されない恐れがある。そこで、労働基準法は使用者の義務であり、使用者に罰則がかけられることを前提として、使用者たる組織トップの理解を高めるとともに、そのリーダーシップのもと実効性を確保するための枠組みや取組みが必要となる。また、毎月行う面接指導による健康障害防止の有効性が不確実であることも、認識しておく必要がある。そのため、面接指導は適切なトレーニングを受けた産業医等によって実施することを前提とすることとして質を担保するとともに、管理監督者や指導医が日常の変化を注意深く確認するなどの対応が併せて取られるべきと考えられる。

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)

### 3 実効性を確保するための枠組みとマネジメントシステム

組織が定めたルールの履行を図るための方法として、マネジメントシステムの導入・運用がある。マネジメントシステムは、手順を定め、手順を確実に遂行できる組織・人材を確保して、計画的に実行するとともに、評価および内部監査の手法でシステムの妥当性や有効性を確認して、継続的な改善（いわゆるPDCAサイクル）を図る仕組みである。さらに、マネジメントシステムでは、組織による確実な運用を促すために、外部からの認証評価と組み合わせる方法がとられることが多い。国際標準化機構（International Organization for Standardization: ISO）は、品質管理、環境管理、労働安全衛生管理などの組織での取組みのためのマネジメントシステム規格を定めており、規格に基づいたシステムを導入して管理を行っている組織を第三者機関が認証する仕組みが存在する。今回の労働時間短縮および健康確保措置についても同等の仕組みが用意されている。すなわち、特例措置の適用を受ける医療機関においては、医療法第30条の19に基づく「医療勤務環境改善マネジメントシステム」を構築して、医療機関内でPDCAが実効的に回る仕組みを医療機関内で構築するとともに、第三者評価の仕組みを構築して、3年に1回のサイクルを基本として、労務管理体制、医師の時間短縮に向けた取組、労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組の実施後の評価について分析・評価を行うことになっている。さらには、都道府県が医療法第25条第1項に規定する、原則年1回の立入検査の中で確認することになっている。

マネジメントシステムは、目的が明確であり、その目的を達成するための方策を手順として明確にできるような事項に対して、高い効果を発揮する管理ツールである。しかし、日本の一般的な法令や基準での管理手法とは異なっているため、多くの分野で必ずしも有効に機能しているとは言えない現状がある。まず、医師労働時間短縮計画の策定および運用にあたっては、求められている計画とは、年間計画などのスケジュールではなく、マネジメントシステムであることを正しく認識したうえで、マネジメントシステムに対する理解を高めて、実効性を確保した運用を図ることが必要である。

前述の ISO のマネジメントシステム規格は、テーマにかかわらず共通構造で作られることになっている。このことからわかるように、マネジメントシステムの基本的な枠組みが存在する。医療勤務環境改善計画と関連して、医療法第三十条の十四の規定に基づき、医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針が定められているが、この指針も、基本的な枠組みを概ね網羅していると考えられる。

マネジメントシステムが効果を発揮するための枠組みとしては、以下の項目の存在がある。

- ① マネジメントシステムの組織トップが、取組の目的の方針として明確に文書化したうえで関係者に周知するとともに、目的達成のためにリーダーシップを発揮する。
- ② マネジメントシステムの目的に、確実に法令順守を行うことを含める。
- ③ 労働安全衛生管理等の労働者の権利にかかわるマネジメントシステムにおいては、労働者の参画の機会を確保する。
- ④ マネジメントシステムで管理する対象範囲を明確にする。
- ⑤ マネジメントシステムの運用に必要な組織や人員の役割を明確にする。
- ⑥ 目的達成のために必要な手順を文書化して、仕組みを確立する。
- ⑦ それぞれの手順の実施において必要な技術や資格を明確にして、計画的に関係者への周知、教育を行う。
- ⑧ 目的達成に向けた取組として、その現状（リスクや機会）の評価をもとに一定期間（多くの場合年間）目標と計画（この計画は具体的なスケジュールやプログラム）を策定する。
- ⑨ 取組状況について、最低限の情報を記録に残し、目標や計画の進捗状況をモニタリングする。
- ⑩ 発生しうる緊急事態をあらかじめ想定して、対応方法を定めるとともに、訓練や備品整備などの準備を計画に盛り込み行う。
- ⑪ 設備、組織や法令等の大きな変化が発生する際、変化による影響を評価して、適切な対応を図る。
- ⑫ 想定される運用上のエラー、関連した事故等の想定しておき、それらが発生した際に原因分析を行い、再発防止策を検討する。
- ⑬ 一定期間後に目標の達成度、計画に遂行状況、マネジメントシステムの運用に関する評価を行う。
- ⑭ 一定期間ごとに内部監査の手法を用いて、マネジメントシステムの妥当性及び有効性を評価して、改善事項を明確にする。
- ⑮ 評価結果および内部監査結果等を経営トップが確認して、改善に対する指示を明確にする。
- ⑯ マネジメントシステムの改善計画を策定して、次の期間に向けた改善計画を策定する。

以上の項目からもわかるように、マネジメントシステムは、目的を達成するために決められた手順が明確にされ、計画的に実施され、課題が定期的に明らかにされ、改善が図られるという仕組みを持っていることである。しかし、どのようなマネジメントシステムも、組織トップのリーダーシップが発揮できない場合には、まったく機能しない。しがって、いかにして組織トップの重大関心事とするかが重要と言える。

#### 4 医療機関における労働安全衛生マネジメントシステムの構築

医療機関には、医療従事者等の労働者が曝露する可能性がある健康障害要因が多数存在する。また、労働者の健康状態によっては個別の就業配慮が必要となる。当然のことながら医療機関においても労働安全衛生管理の徹底を図らなければならない。

現在、医療機関における放射線被ばく管理において、労働時間管理に類似した課題が発生している。令和3年4月1日に電離放射線障害防止規則が改正され、眼の水晶体の被ばく限度（等価線量の限度）が、それまでの1年間につき150 mSvから、「定められた5年間の平均で20 mSv/年、かついずれの1年においても50 mSvを超えない」というように、大幅な低減が求められる。しかし、高度な専門的な手技を行う医師の診療行為が制限される恐れがあるとして、一定の医師に関しては、令和8年3月31日までの間、特例措置が設けられている。しかし、管理方法の検討の過程で、放射線被ばく管理の大前提となる医師の線量計の装着率がかなり低いことがわかり、併せて改善が求められている。厚生労働省は、この解決のために、「放射線被ばく管理に関する労働安全衛生マネジメントシステム導入支援事業」を行っている。

本来、同じ労働安全衛生分野の課題である様々な健康障害要因の管理を、それぞれを目的としたマネジメントシステムを構築し、個別に目標や計画の策定、内部監査の実施などを行っていくことは非効率である。労働安全衛生法第24条の2の規定に基づき、労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針が出されている。この指針は、前述のISOの労働安全衛生マネジメントシステム規格：ISO45001（国内関連規格JISQ45001、JISQ45100）の発行に合わせて改正されている。したがって、各医療機関においては、労働安全衛生マネジメントシステムを構築して、その中で、医師の労働時間管理を行っていくことも検討されることが望まれる。

#### 5 社会保険労務士の方との意見交換結果

2020年2月の本委員会において、大学病院も含めた医師の働き方に関して、労務管理の基本事項について、特に大学病院の労働契約と労務管理に関しての実態や今の課題に関して社会保険労務士等の専門家との意見交換を行った。以下の点が整理された。（委員会でヒアリングに協力いただいた社会保険労務士等の専門家：福島紀夫先生、深澤理香先生（以上社会保険労務士）、小原良介様（全国社会保険労務士会連合会））

- 1) 賃金に関しては委員の先生は大学病院で賃金を対価として受けている。1日8時間という枠を超えて兼業先の病院で賃金を受けている場合は割増賃金を支払う必要がある。
- 2) 労災に関しては、大学病院と兼業先いずれでも守られているが、賃金の割合が8対2の場合、兼業先で労災で被災した場合は、2の賃金でしかいまは給付が受けられない。
- 3) 兼業は、一般企業では複数の事業所で働く場合、年金・保険も分けてそれぞれが払ったりするが、医師の場合は兼業先を申告しない場合があったり、就業規則上、兼業禁止のために言えない場合もあり、労働時間の正確な把握が困難ということもある。
- 4) 医療職と教育職では給料が異なる。例えば労働時間のなかの20%は診療にあてるといった場合、給与の二重取りにはみえるが、働いた対価として支払うことは可能だと思う。教育していた部分のフィーと診療の部分のフィーが別問題だとすれば、一般企業でも例があるが歩合給的などところがあるので、そういう考え方からすると問題はないのではないかと。

- 5) 裁量労働については、協定を取って労働基準監督署に届け出るところがあり、今後監督行政が更に厳しくなっていくので、教育、研究、臨床といったことをしっかりと分けていくことはとても重要である。
- 6) 研究以外の duty（業務分担）が5割を超えたら裁量労働制の対象にならないという通達に関しては、現状としてこの通達がそのまま生きているかという点、行政の窓口ではほぼ裁量制以外の仕事はしていないという形を問われるため、研究職と診療が仮に1割、2割あったとすると、それはだめであるという判断をされてしまう可能性は高い。そこが現状での窓口の行政の考え方である。
- 7) 現在の厚生労働省の方針（長時間労働に対する面接や将来の機能評価等）が多くの医療現場（大学含め）で順守が可能かという点については、裁量労働制が適用されている者であれば年960時間とか1,860時間といった概念は取り払われる。裁量労働制なので、どうしても720が年間の上限としてかかってくる。
- 8) 医師の労働時間の見える化が重要。医師にタイムカードを押してと頼めない病院も多かったが、少し増えている印象。36協定の締結、タイムカード、PC ログインなど、労働時間と自己研鑽の状況と承認を例えば秘書が受けて管理し、整理してくれる施設は結構うまくいっている印象がある。
- 9) 労働時間の短縮については、医師以外にできることは補助者にしてもらおうという考えを持つべき、勤怠管理を行い労働者として健康管理をしていくべきである。
- 10) ダブルアポイントメントに関しては、例えば大阪大学では研究者を対象にクロスアポイントメントが進んでいるようである。
- 11) 現状の裁量労働制の法律の考え方からいくと、新技術の研究とか研究開発というところの類推で医師があてはまっているとすると、そこでしかないというところしかないため、診療を行うドクターはどうしても外れるということになる。本来は自己の意思に基づいて業務の遂行を本人に委ねるとのこと。そこに指示が入ってしまうと裁量ではなくなってしまふ。
- 12) 週3で外勤とアルバイトとある場合、この宿日直は労働時間に含まれない。ただし、そこで診療に従事したとか緊急の対応をされたという場合は労働時間としてカウントする。

また、社労士等との意見交換に合わせて、大学病院の医師の労働契約と労務管理に関する課題（改定2/27）として、賃金支払い等に関する概要図を作成した。課題として、①2024年以降、教授等・助教は時間外労働の上限は年720時間（教授等は裁量労働、助教は診療医師ではないので）となるが、この上限で足りるのか。②本業・兼業を含めた労働時間の通算方法と、把握方法について、その詳細が施設によって異なる可能性があり、統一見解などが必要ではないか。③教授等の診療業務に給与の支払いがない場合がある。診療業務は裁量労働に含まれないはずである。研究としてのチーム診療ならば裁量労働となるが、その取扱いは。④大学の教員には、22時以降の診療・休日の診療業務に賃金の支払いがあるか。⑤助教の診療業務に給与の支払いがない可能性はないか。⑥大学採用の教員には、残業代が適切に支払われているか。⑦病院所属の医師の研究・教育業務（補助含む）の対価は賃金計算されているのか。⑧2024年以降、残業上限は1860時間となるが、医員の病院での残業代の支払いは適切となるか、例えば、22時以降・休日診療の割増はあるか。などが指摘された。

## 大学病院の医師の労働契約と労務管理に関する課題(改定2/27)

		臨時収入 (雇用なし)	国公立大学 (文部科学省)	大学付属病院 (厚生労働省)	兼業先病院 (厚生労働省)
		学術活動 講演・執筆	教育・研究	診療・教育・研究	診療
			時間外 就業時間	就業時間 時間外	
臨床系	教授等	収入 副業	◎裁量労働制(上限720) 賃金/本給	※1 ※2	賃金 兼業
臨床系	助教	収入 副業	残業代 ◎1日8時間(上限720) 賃金/本給	※3 ※4 手当?	賃金 兼業
	医員	収入 副業	※5	1日8時間(上限1860) 賃金/本給 ※6 残業代	賃金 兼業
基礎系	教授等	収入 副業	裁量労働制(上限720) 賃金/本給		・宿日直は労働時間 に含まれない ・実働は含まれる

- 問題・疑問点**
- 2024年以降、教授等・助教は時間外労働の上限は年720時間(教授等は裁量労働、助教は診療医師ではないので)。足りるのか。
  - 本業・兼業を含めた労働時間の通算方法と、把握方法について
- ※1 教授等の診療業務に給与の支払いがない。診療業務は裁量労働に含まれない。研究としてのチーム診療ならば裁量労働。  
 ※2 22時以降の診療・休日の診療業務に賃金の支払いがあるか。  
 ※3 助教の診療業務に給与の支払いがない。※4 残業代が適切に支払われているか。  
 ※5 病院所属の医師の研究・教育業務(補助含む)の対価は？  
 ※6 2024年以降、残業上限は1860時間。医員の病院での残業代の支払いは適切か。22時以降・休日診療の割増はあるか。

図2-1 大学病院の医師の職位別の労働契約と給与、兼業、残業代等の関係

## 6 関連資料

### 裁量労働制に関するもの

- 平成29年9月21日付け\_【厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会資料】労働基準法上の労働時間法制について  
 解説：23ページ目以降に労働時間の考え方、裁量労働制の制度概要についても触れられている
- 「専門業務型裁量労働制の適正な導入のために」東京労働局(平成26年3月)  
<https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/content/contents/000501876.pdf>  
 解説：東京労働局が作成して公開しているもの。専門業務型裁量労働制の解説、手続きなどの詳細を解説している。
- 「医学部・医科大学の臨床系教員を対象とする専門業務型裁量労働制の適正な導入にあたって」一般社団法人日本私立医科大学協会(2018年4月、12ページ)  
<https://www.idaikyo.or.jp/promotion/#guidelines>  
 解説：2018年4月に日本私立医科大学協会から公表されているパンフレット。専門業務型裁量労働制の解説とともに、就業規則規定例が掲載されている。
- 20031022基発第1022004号労働基準法施行規則第24条の2の2第2項第6号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する業務を定める告示の一部を改正する告示の適用について
- 20060215基発第0215002号「労働基準法施行規則第24条の2の2第2項第6号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する業務を定める告示の一部を改正する告示の適用について」の一部改正について
- 20070215基発第0402001号学校教育法改正に伴う「労働基準法施行規則第24条の2の2第2項第6

---

号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する業務を定める告示の一部を改正する告示の適用について」の取り扱いについて

解説：学校教育法改正に伴い、准教授及び助教新設に伴う、取り扱いの考え方についての通達。

(2) 無給医に関するもの

1) 20190628\_【文部科学省】(概要) 大学病院で診療に従事する教員等以外の医師・歯科医師に対する処遇に関する調査結果

2) 20190628\_【文部科学省】(本文) 大学病院で診療に従事する教員等以外の医師・歯科医師に対する処遇に関する調査結果

解説：上記2つは、2019年6月に報道等で取り上げられたいわゆる無給医に関する調査結果に関連したものである

3) 20190628\_元文科高第181号\_大学附属病院の医師等の適正な雇用・労務管理について

解説：上記を受けた、文部科学省からの通達になります。

4) 20190628\_【東京新聞】\_無給医、50病院に2100人 大半雇用契約なし 大学病院、研究名目で診療\_社会 (TOKYO Web)

解説：当時の東京新聞での報道



### 3. 医師の勤務実態に関する厚生労働省研究班からのヒアリング（江原 朗）

2020年9月23日（水曜日）に厚生労働省研究班が実施した医師の勤務実態調査に関するレクチャーがあり、当委員会としてこのデータに関して意見交換を行った。

題名：「厚生労働省研究班 医師の勤務実態調査の報告ならびに長時間労働の医師の健康確保措置に関するマニュアルの概要」

講師：谷川 武 教授、和田 裕雄 准教授（順天堂大学医学部公衆衛生学講座）

調査結果について以下の資料が提示された（図3-1）。約1割の医師がB水準、連携B水準、C水準の労働時間の上限を上回っていることが明らかになった。

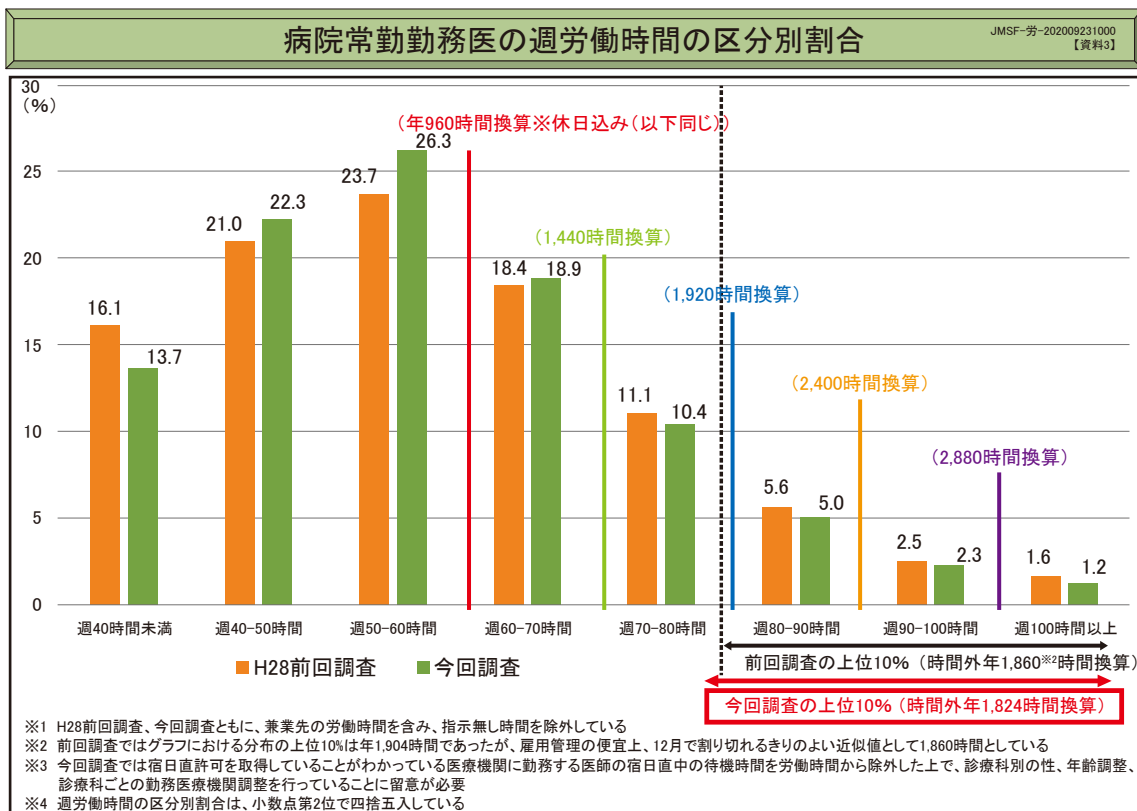


図3-1 谷川教授提示資料

なお、この資料に関する注意点を谷川教授から以下の通り、指摘がなされた。

- 「病院勤務医の週労働時間の区別割合」において、平成28年度の三師調査と比べて、今回調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外したうえで、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っていることに留意が必要である。
- 労働時間の算定の基準については、宿日直許可を得ているか得ていないかで判断していることを確認した。宿日直、あるいは夜の勤務として従事など複雑な勤務体制もあることを念頭におく必要について意見が添えられた。

当委員会からの意見として、以下の点が示された。

1. 1か月ごとに労働時間を計上して確認することになるが、長時間労働が発生した際の適切なタイミングでの面接指導の実施については、工夫が必要である。
2. 長時間労働の医師に対する面接指導実施医師については、医療法によって規定される予定である。
3. タスクシフトの実施に関しては、環境改善対策として、管理者による医療機関としての労務管理に含めて問題を解決することになる。
4. 面談対象者に事故が生じた際の面談者のリスク配慮については、産業医との連携強化を推奨する。
5. 日本においては医師の長時間労働は医師の健康確保に主眼が置かれ、アメリカにおいては、医療安全に主眼が置かれている点の違いである。
6. 医師だけではなく、管理者側、また患者側、社会的な理解、文化育成が必要である。
7. 長時間労働により医者が疲弊すると、患者側の安全への危惧にもつながるという社会的な理解の推進を図る必要がある。
8. ベストパフォーマンスの継続には、睡眠生理学において睡眠を8時間ほど取らないと継続できないということが分かっている。社会的な認知の向上を図る必要がある。

しかし、本調査結果は国民に提示する場合、誤解が生じる懸念がある。宿日直や宅直といった夜間休日の応需が勤務医の疲弊の原因となっているが、この点を除外しているからである。そして、宿日直の時間を除いた上記の図を書き直すと以下の表のようになる（表3-1）。宿日直時間を除いても、過労死水準の年960時間の時間外労働を超える医師が4割いることは問題である。

週勤務時間	H28	R1	H28累積	R1累積
1. 40時間未満	16%	14%	16%	14%
2. 40～50時間	21%	22%	37%	36%
3. 50～60時間	24%	26%	61%	62%
4. 60～70時間	18%	19%	79%	81%
5. 70～80時間	11%	10%	90%	92%
6. 80～90時間	6%	5%	96%	97%
7. 90～100時間	3%	2%	98%	99%
8. 100時間以上	2%	1%	100%	100%

表3-1 厚生労働省研究班が実施した勤務実態調査の労働時間分布

また、宿日直を除外していること、宅直オンコールの時間を除外していることは実態をゆがめる可能性が高いといえる。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である。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。しかし、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。

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」場合に限られている（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）。

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、以下の図に示したように、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（図3-2）。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。

## 指 導 事 項

### 1 診療従事時間報告書について

現行の報告書には、外来診療、病棟診療、中央（特殊）診療施設診療、会議及びオンコールにより診療に従事した時間（以下診療従事時間という）のみ記録し、診療従事時間が所定労働時間を上回った時間を所定外労働時間として報告させているが、大学病院に勤務する医師（以下勤務医という）については、診療従事時間以外にも教育・研究、研修、出張、診断書等各種書類の作成及び医局内のミーティング等労働時間として把握すべき時間（以下診療従事外時間という）も存在するのであるから、今後の労働時間把握については、診療従事外時間を合わせて把握すること。

なお、診療従事時間が所定労働時間を下回る医師について所定外労働が発生していないとして割増賃金を支払っていない者があるが、上記を考慮すると不合理なものであり、改善すること。

おって、今後、勤務医の労働時間の把握についても、「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準」に従って適正化を図ることとし、その改善状況を平成20年6月分まで定期的に報告すること。

### 2 他の医療機関における労働時間の取扱について

労働基準法第38条の規定により、事業場を異にする場合においても労働時間は通算されることから、勤務医が兼業扱いにより他の医療機関で就労する場合には、双方の労働時間を把握した上、同法36条による協定に基づく労働時間管理及び割増賃金の支払について適正を期すこと。

なお、割増賃金の支払については、法定時間外に使用した事業主とされていること。

図3-2 平成20年3月28日に仙台労働基準監督所が交付した指導票

特に、地方の公立病院等では少ない専門医に対して24時間365日の宅直オンコールを強いるところもあると思われる。適切な労務管理をするには、

- 夜間休日の診療担当医は他科であっても病院当直医に任せて、専門医がファーストコールとならないよう配慮すること。
- タスクシフトにより、医師ではないコメディカルに権限を委譲し、医師に過度の労働俯瞰を集中させないことが重要であると思われる。

#### 4. 果たして医師は足りているのか？（桐野 高明）

はじめに

一体医師の総数はどれくらいであればよいのであろうか。この問題は医師総数をどのように制御するかという、政策のマクロ的な側面である。その一般的な解答はない。それは国によっても異なっているし、また時代によっても大きく変化する（資料4-1）。

1970年代に31校の医学部が新設され、医学部の定員は8000名を越えることになった。しかし、医師過剰の可能性を危惧する意見が強くなり、医学部定員は7600名程度に抑制され、ほぼ20年間その数は固定された。その後今日に至るまで、医師総数は毎年4000名近く増加を続けてきた。医学部が新設されて10年ほど経過した時点では、医療の現場で活躍できる若手医師が、毎年新たに4000人ずつ参入して来る状態となる。医師数増加を実感として感じられたであろう。しかし、それから30～40年を経過すると、医師総数としては毎年4000人増加しても、若手医師が増えてくるわけではない（註4-1）。医療現場に新しいマンパワーが加わって来つつあるという実感は得られなくなる。2000年代の初頭が、このような時期を迎えつつあったということは、注目に値する。

1990年代に入り、医療の質や医療安全、患者権利の尊重を重視する医療提供体制が求められるようになった。さらに、基幹的病院では急性期中心の診療体制へと転換が進められ、平均在院日数が短縮されて、医師はますます多忙となってきた。結果として、大病院へのマンパワーの集約が必要となり、医師（特に若手医師）は大病院に集中することになった。そのために、地方の中小病院では、医師不足が深刻になってきた。2004年に懸案であった医師の初期臨床研修制度が始まり、さらに地方の中小病院の医師不足問題を悪化させ、一時「医療崩壊」と呼ばれるほどの混乱を招いた。政府はこの医師不足の状況を改善するために、2008年より急速に医師養成数を増大させた。また、二校の医科大学の新設も認可された。そして、2017年には臨時的な定員を含めて、医学部定員を9400名以上という過去最大数とした（図4-1）。今後この養成数が多いのか、足りないのかが議論の対象となるであろう。

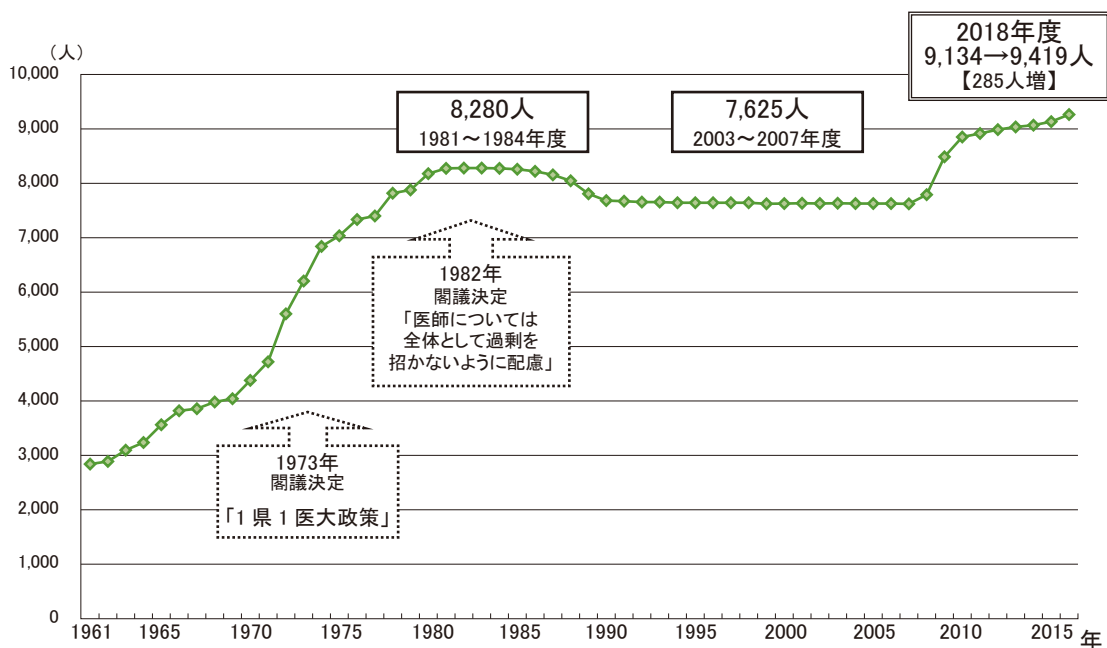


図4-1 戦後の医師養成数の変化を示す。医師需給分科会資料より

## 医師の総数（マクロ的側面）について

医師の必要数は、その時の社会がどのような状態であり、医療提供体制がどの程度成熟したものであるかによって変わる。終戦直後から高度成長期にかけて、人口10万人あたりの医師数は100名から150名とされた。新設医科大学が開設され、卒業生が輩出しはじめた1980年代には、医師数の目標値は人口10万人あたり200名とされ、2008年以降は OECD 諸国の平均値とされる人口10万人あたり300名を目標とされるようになった。

現状では、わが国の医師数は人口10万人あたり258.8名（2018年現在 資料4-2）であり OECD 諸国の平均と比較するとかなり低い。しかし、医師数は徐々に増加しつつあり、将来の医療需要の予測と対比すれば、2030年代の初めには医療需要と医師数が均衡し、その後は過剰の方向に転ずるとされている（資料4-3）。またその頃には人口減少が進み、18歳人口1000人あたりの医師養成数は、最も多い西ヨーロッパ諸国をも越える。従って、人口10万人あたり300名の医師密度を越えたころには、養成数の削減に転じる必要が出てくるだろう（図4-2）。

医師の数の制御は複雑な問題であり、先進諸国においても失敗した事例も数多く知られている。何らかの方法によって医師の養成数を制御し、医師数を適切に保っていくことは、一国の保健医療政策の中でも、重要な課題の一つである。医師数の制御は、政府が行う場合と、医師の職能団体（学会等）が行う場合とがあるが、わが国では、厚生労働省に設置された検討会（註4-2）において、必要医師数を予測し、医学部の定員枠を定めている。

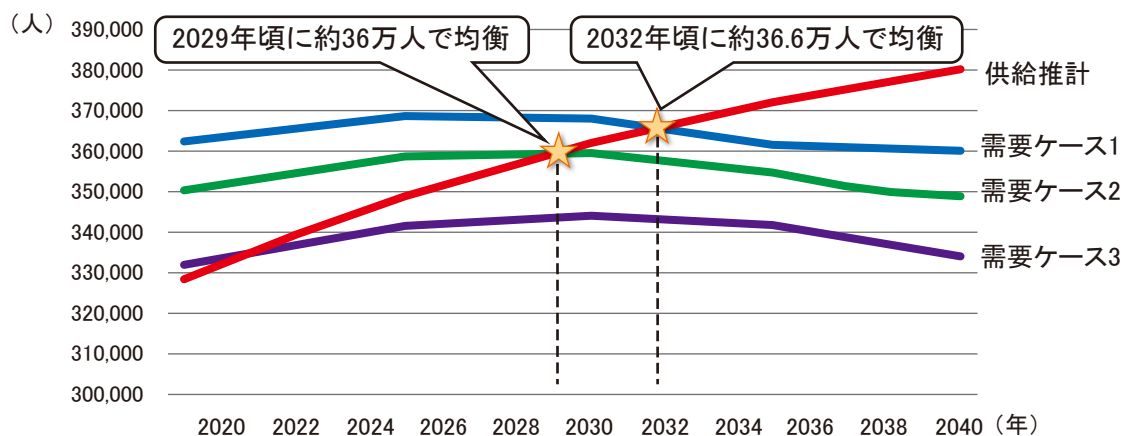


図4-2 医師の労働時間の調整、医療需要に変化などを考慮して、医師の需要を推計。医療需要を少な目に見積もると2029年（令和11年）頃に、多く見積もった場合には2032年（令和14年）頃には、医師数と医療需要が均衡に達し、それ以降医師過剰になると推計している。

## 働き方改革と医師の数

医師が何人必要となるのかは、医師がどのような働き方をしているのかに依存する。わが国では以前より、医師の過酷な勤務の実態が問題となってきた。医師の長時間労働は、過労死やときには医師の自殺など、深刻な問題を引き起こす。働き方改革では、医師の労働時間の制限を設けられる。2024年度より医師の時間外労働の上限は960時間と定められた（A水準）。この時間を順守できない特別の理由がある場合には、年間1860時間の上限（B水準）が設定された。一定の期間に技能向上を目指す研修医・専攻医には、同様の年間1860時間までの時間外労働が認められる（C水準）。このような長時間の時間外勤務は暫定的なものであり、2024年度から10年後を目指して解消される。医師の極端な長時間労働によっ

て成立していた病院の勤務体制は改善が義務付けられた。

医師の労働時間の厳格な管理と時間外労働時間の規制が始まる。医師の業務が従来通りであると仮定するならば、当然これまで以上の医師の数が必要になる（註4-3）。しかし、医師数は増加しつつあると言っても、数年というタイムスパンで実質的に医師を大幅増員するということは、原理的に不可能であり、それ以外の方法を積極的に採用しながら対処しなければならない。

医師は医師でなければできない業務に加えて、さまざまな他職種に委譲できる業務を数多くこなしてきた。先進諸国（米国や西ヨーロッパ諸国）の医師であれば、決して担当しないような業務も多数ある。従って、今後は大胆にタスクシェアリングやタスクシフティングによって、医師の業務を軽減する必要があり、またそうしない医療機関は生き残っては行けないだろう。小人数の医師だけで地域医療を担って行くことは、困難になっていき、医師の集約化を進める他はなくなるであろう。地域の中小病院にとって、今後どのような医療の提供をおこなって行くのか、その選択が問われることになる。

### 医師偏在（ミクロ的課題）について

医師が理想的に分布している場合と、医師の分布が不適切で、地域的（地理的）にも診療科の観点からも偏って分布（偏在）している場合とを比較すれば、医師が偏在している場合には、マンパワーが非効率に用いられ、理想的に配置されている場合よりも多数の医師を必要とする。一部の地域や一部の診療科においてはこの問題が深刻である。このような、医師数の地域における偏在や診療科での医師分布の偏りの問題は、医師数のミクロ的課題である。都道府県別でみれば東北、東京周辺（東京都を除く）、東海の各県では他の都道府県に比較して医師が少ない。厚生労働省は2019年に都道府県の人口構成や患者の流入・流出を考慮した実際の医師の分布を指標として表すために、各都道府県の医師偏在指標を公表した（資料4-4）。さらに、医師の分布を二次医療圏ごとに表示すると、日本全国は複雑なまだら模様になる。各都道府県において県庁所在地や大学医学部が立地する都市には医師が集積し、そこから離れて地方に行くほど数は少なくなる。日本では医師は自由開業医制のもとで、何処で医業を営もうと自由である。従って、都市部に医師が集中し、地方にいなくなることを制御する方法はごく限定的である。この傾向を放置すれば、医師の総数を増やしても都市部に吸収され、地方での医師獲得はいつまでも実現しない。問題を緩和するために、医学部の入学時に別枠を設け、奨学金を給付するなどの優遇措置をつけた地域枠制度が拡大してきた。2020年現在では、医学部入学定員の17.5%が地域枠学生で構成される。さらに、各都道府県は、彼らが将来ともに地域にとどまってくれるように、さまざまなキャリア・プランを提案している。地域枠の医師が徐々に地域に根付いて、医師の地域的な偏在を緩和することが期待できる（註4-4）。

医師は地域だけではなく、診療科の間にも偏在がある。近年勤務の過酷さ（特に夜間の診療の多さ）を敬遠する若手医師が多く、麻酔科、精神科、放射線科などの診療科の医師が増加し、外科や産婦人科の医師は増えていない。診療科の偏在の問題には、すぐに解決できるような有効な手立てが少なく、今後必要な医師の確保に困難をきたす可能性がある。医師の診療科間の偏在を解決するには、それぞれの診療科に参入しようとする医師の人数をある程度制御する他にはない。このために、専門研修の都道府県ごとの募集枠にシーリングを設けて、ゆるやかな制御をおこなう方法が採用されている。今後このシーリング方式がどのように改善された政策になるのかは明確ではないが、方向としては有効に作用する可能性がある。

おわりに

医師を育てるには、どんなに短くても10年は必要である。医師を増員する、あるいは減らすという場合、それは、今後10年後に効果が現れてくるような制御であり、速やかに医師を増減させる効果は皆無である。医療機関にはいつでも自由に動かせる将棋の持ち駒のような医師がいるわけではない。地域医療のなかでは医師の役割はガラス細工のように出来上がっていて、そのマンパワーの調整には、慎重に時間をかけることが重要である。

ちょうどぴったりの医師数で運営されている医療は、実際にはリスクを抱えている。工場において代替の部品が全く無い状態で運転しているようなもので、ひとたび故障がおきれば、場合によっては全ラインを停止しなければならなくなる。医療の現場において、ある領域の医師が不在となれば、その領域の医療は提供できなくなる。医師が充足していると言えるには、ある程度の医師数の余裕をもって、地域全体の医療がまわっているということが条件となる。決して過不足なくぴったり医師数が「効率的」に配置されているということではない。このことは、医師数制御の政策立案において、忘れて欲しくないことである。きわめて効率的であっても、全く余裕のない医師配置では、いったん大きな医療需要の変化が起きたときに対処できにくいことは、今回の新型コロナウイルスのパンデミックによって明らかになったことである。

わが国では、医師数のマクロ的な課題（人口あたりの医師数）においても、ミクロ的な課題（地理的、診療科偏在の改善）においても、強制力をもった手法は用いられてはいない。一方、わが国では、人口あたりの医師数や医師の偏在指標などの可視化を通じた客観的データに基づく政策が有効に働く可能性が高い。客観的データによる制御機構を利用する手法は、平成25年に公表された社会保障制度改革国民会議による報告書（資料4-5）において推奨されている通り、医師数の制御においても、その有効性が期待できる。

医師数の制御について論じる政府の検討会（医師需給分科会）においては、医師数のマクロ的課題（医師養成数の制御）のみならず、医師数のミクロ的課題（医師偏在の改善）に関しても、この1-2年の間、詳細なデータに基づいた議論が進んでおり、このようなデータに基づいて、今後の政策立案がおこなわれるものと考えられる。しかし、医師数の制御は政府のみの問題ではなく、むしろ医師コミュニティに取って大問題であることは言うまでもない。

註4-1 医師養成数を増員すれば、その学年の医師が新たに医師として参入する時点で医師の増員が始まる。その後は、その先頭世代が医師数増加の波の先頭に立つので、増員から時間が経過するにつれて、増加する医師は高齢世代となり、増員から40年ほど経過して定常状態となる。このことは医師養成数を増加させるときに常に考えておくべきことである。（図4-3参照）

註4-2 検討会の名称は時期によって変化する。現状では厚生労働省医政局のものと医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会が、医師需給の検討を行っている。

註4-3 医師需給分科会では、このために増員が必要となる医師数は全体の医師の約11%と概算している。ただ、この数値はあくまでも労働時間の面から推定したものに過ぎないので、厚生労働省としての見解ではない。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000595014.pdf>

註4-4 医師需給分科会資料によれば、医師多数都道府県では一貫して医師数は増加傾向である。一方、医師少数都道府県では平成14年度以降減少し、平成22年度には最低となったが、それ以降増加に転

じ、平成30年には平成14年に比較して8.5%増加して医師多数都道府県の増加率に並んだ。この時期的変化は地域枠学生の増員の時期と一致している。(図4-4参照)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000665177.pdf>

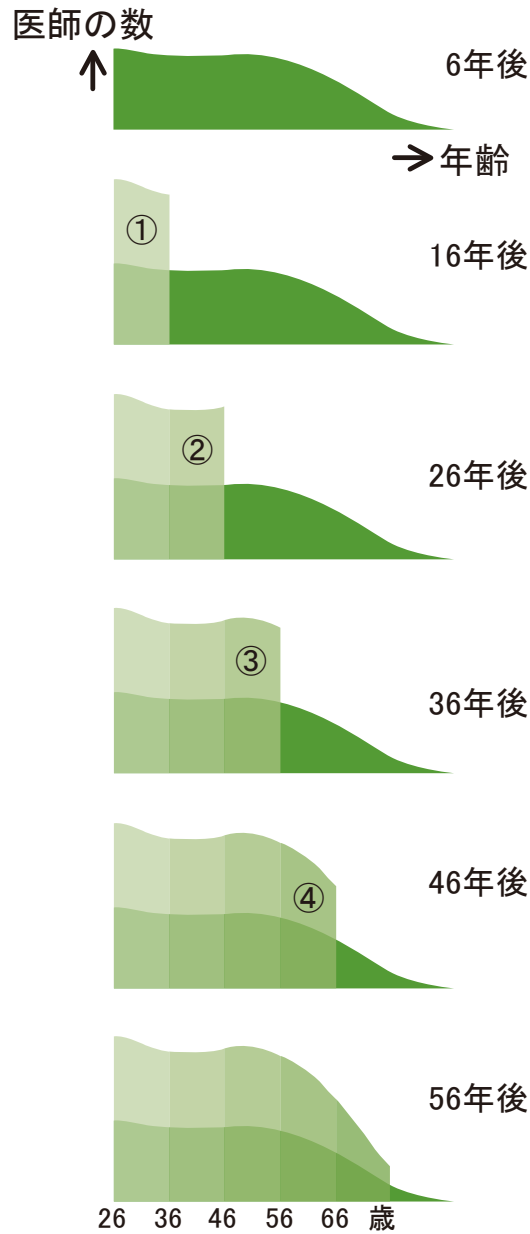


図4-3 ある年度から医師養成数を突然2倍にした場合、医師数は6年目までは増加しない。その後、先頭世代が波のように押し出されてくる。全体の医師の年齢分布では、ある時点では若手医師が増えてくるが、年代を経るに従って増加するのは高齢の医師となり、やがて定常状態に落ち着く。それまで、ほぼ40-50年を要することがわかる。資料4-1より引用。



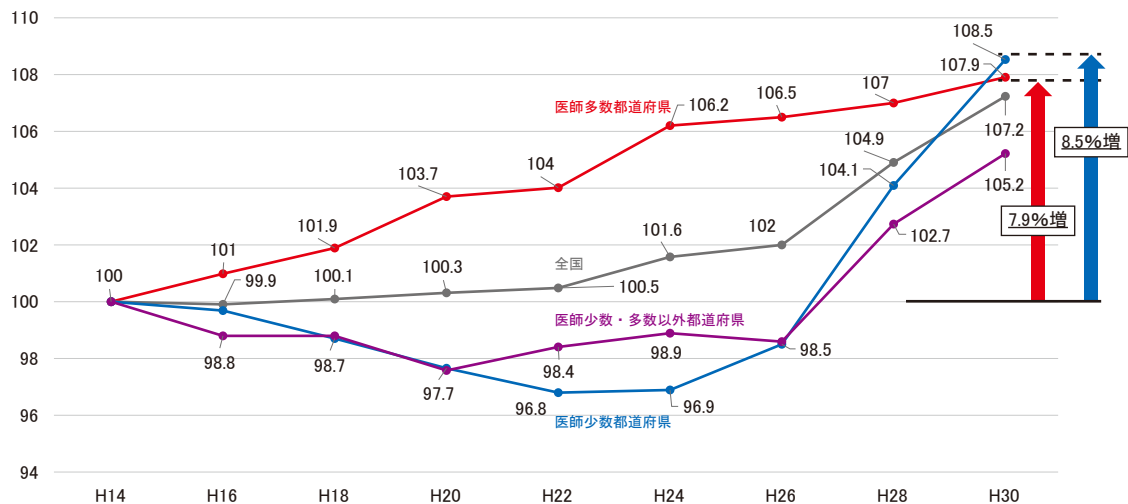


図4-4 平成14年を100とした医師数の年次変化を示す。医師多数都道府県では一貫して医師数は増加傾向。一方医師少数都道府県では一時減少し、平成22に最小となったが、平成30年には8.5%増加している。

#### 参考資料

- 4-1) 桐野高明 「医師の不足と過剰 医療格差を医師の数から考える」 東京大学出版会 2018年
- 4-2) 平成30（2018）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況 厚生労働省  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/dl/gaikyo.pdf>
- 4-3) 第35回医師需給分科会 資料1 令和2年医師需給推計の結果  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000665176.pdf>
- 4-4) 第28回医師需給分科会 参考資料2  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000500443.pdf>
- 4-5) 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

## 第2章 医師の働き方改革を進めるための重要な方策と取り組み例

### 5. 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアに関する検討の経緯（岩本 幸英）

（はじめに）他職種への業務移管（タスク・シフティング）及び他職種との協働（タスク・シェアリング）（以下、タスク・シフト／シェア）は、医師の業務負担軽減の有力な手段と考えられており、2024年4月の医師の時間外労働規制の開始に向けて、現在、タスク・シフト／シェアの実現のに向けた検討が急ピッチで進行している。本稿では、タスク・シフト／シェアに関するこれまでの検討経過、及び最近の動向について述べる。

（背景）わが国においては、勤務医が医師以外でもできる業務まで行っていることが、勤務医の過剰労働の一因だと考えられている。医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（文献5-1）では、50歳以下の常勤勤務医の一日の仕事のうち、他職種による代行の可能性がある作業に費やした時間は、電子カルテの記載、診断書作成などの医療事務、血圧などの簡単なバイタル測定、患者への説明など合計約4時間にも及んでおり、そのうち20%弱（約47分）が他職種に移管可能、という結果が得られた。これらの作業のタスク・シフト／シェアが実現できれば、医師は固有の業務に集中でき、長時間労働が改善されると考えられる。しかし、タスク・シフト／シェアを行うことが、他職種の業務過多、機能不全につながらないよう、十分配慮する必要がある。具体的には、他職種の技術・余力の確認、他職種本来の業務量軽減の工夫、他職種との合意形成などが不可欠だと思われる。2018年2月27日に厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」は、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み」（文献5-2）を発表した。その中で、医師の業務負担軽減のためには、医師の労働時間管理の適正化に向けた取り組み、36協定などの自己点検、既存の産業保険の仕組みの活用、女性医師等に対する支援、医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組に加え、他職種へのタスク・シフティングの推進が必要だと述べている。また、タスク・シフトが望まれる具体的な業務として、「初診時の予診」「検査手順の説明や入院の説明」「薬の説明や服薬の指導」「静脈採血」「静脈注射」「静脈ラインの確保」「尿道カテーテルの留置」「診断書等の代行入力」「患者の移動」の9項目が掲げられ、その後、関係職種でこれらの業務の分担が図れるよう取り組みが進められている。われわれ日本医学会連合も、2018年に発表した「勤務医の労働環境に関する検討委員会報告書」の中で、医師事務作業補助者（クラーク）、特定看護師、臨床工学技士など既存の職種、及びすでに欧米で導入されている医療補助職（Physician Assistant, PA）の導入などによるタスク・シフト／シェアの推進が必要であり、その実現のためには、医療機関に対する経済的支援が必要なことを述べた。その後、2019年に設置された厚労省の「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」及び「医師の働き方改革に関する検討会」の後継組織である「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を中心に、タスク・シフト／シェアの実現に向けた検討が急ピッチで進んでいる。

（タスク・シフト／シェアに関する検討経過）厚労省医政局は、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」における検討の開始に先立ち、2019年6月から7月にかけて3回にわたり、合計30団体（\*）からタスク・シフト／シェアの具体的な業務内容や課題などについてのヒアリングを行った。以上のような取り組みを踏まえ、2019年10月に第1回の「医師の働き方改

---

革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」が開催された（文献5-3）。検討会においては、まず、医師の業務を他の職種にタスク・シフト／シェアすることで、「医師の業務量を削減する」ことが第一義の目標であることを確認された。さらに、2024年の時間外労働の上限規制の適用に向けて、医療専門職種の法令などを改めて精査し、現行制度の下で実施可能な領域におけるタスク・シフティングを最大限推進できるよう、また、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えるよう、具体的検討を行うこととした。その後、2020年12月11日まで7回の検討会が行われ、2020年12月23日に、議論の整理の公表が行われた（文献5-3 10）。

\*2019年に厚労省医政局が医師業務のタスク・シフト／シェアに関するヒアリングを行った30団体の名称  
第1回ヒアリング（2019年6月17日）日本医師会、日本義肢装具協会、日本視能訓練士協会、日本医師事務作業補助研究会、日本言語聴覚士協会、日本臨床工学士会、日本脳神経外科学会、日本病理学会、日本形成外科学会。第2回ヒアリング（2019年7月17日）日本外科学会、日本麻酔科学会、日本理学療法士協会、日本皮膚科学会、日本診療放射線技師会、日本救急救命士協会、日本精神神経学会、日本作業療法士協会、日本臨床衛生検査技師会、日本整形外科学会、日本専門医機構、日本医学放射線学会、日本薬剤師会、日本リハビリテーション医学会、日本救急医学会。第3回ヒアリング（2019年7月26日）日本歯科医師会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会、日本助産師会、四病院団体協議会、日本看護協会。

（厚労省の「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」における議論の概要）（文献5-3 10）

厚労省医政局が行ったヒアリングにおいて、タスク・シフト／シェア可能な業務として挙げられた約300項目から、具体的なタスク・シフト／シェアを推進する業務について、「現行制度の下で実施可能な業務」と「現行制度の下で実施可能か明確にされてない業務」、「現行制度の下で実施できない業務（実施するには法令改正が必要な業務）」の3つに分けて検討が行われた（図5-1）。

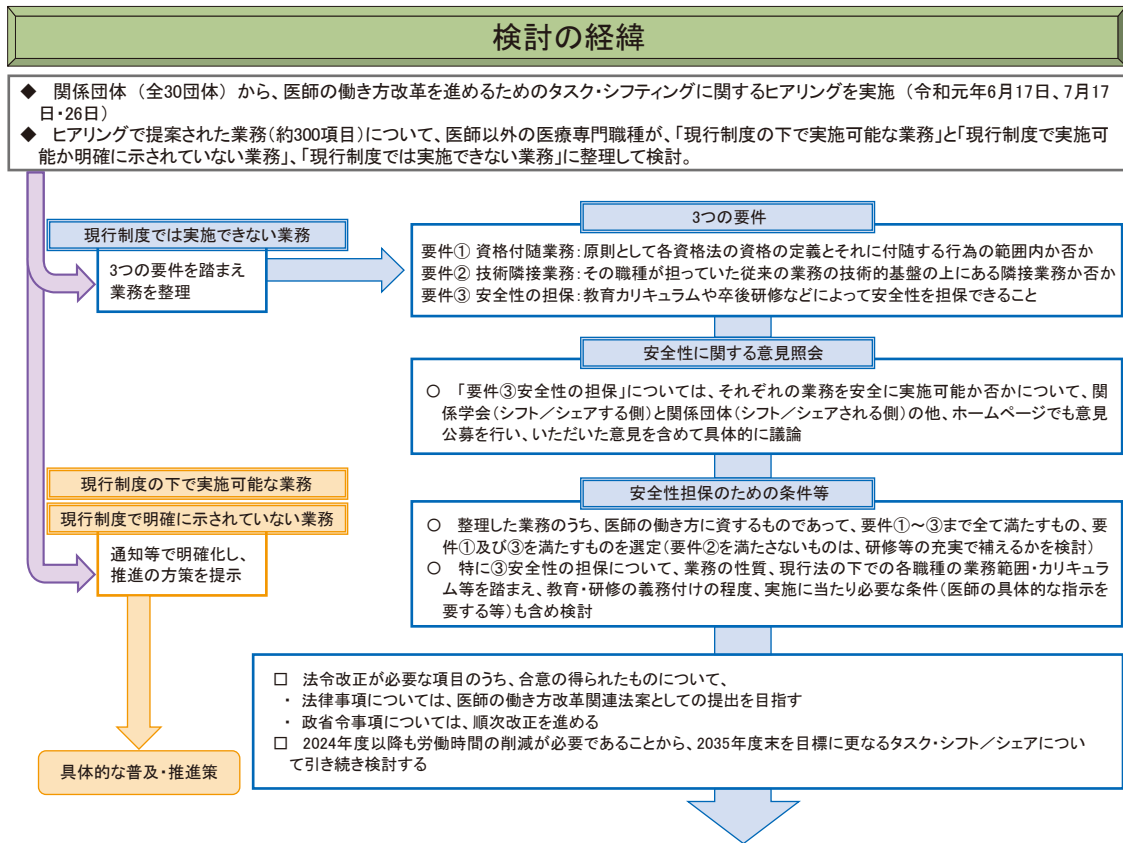


図5-1 タスク・シフト/シェアを推進する業務の検討経過

(厚労省：医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会/議論の整理の公表について（2020年12月23日）（文献5-10）より転載）

まず推進すべき「現行制度の下で実施可能な業務」については、医師側団体から提案された業務、特に長時間労働を行っている診療科に関連する業務、業務時間の実態に基づき削減可能な時間数が多いと推計される業務、説明や代行入力といった職種横断的な業務、これまでの通知等でタスク・シフト/シェア可能な業務として示された業務を中心に選定を行った。その結果に基づき、特に推進すべき業務として、職種に関わりなく特に推進すべき業務（説明と同意、各種書類の下書き・作成、診察前の予診等、患者の誘導）と職種毎（助産師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床工学技士、医師事務作業補助者）に推進すべき具体的業務が示された（図5-2）。「現行制度の下で実施可能か明確に示されていない業務」については、実施の可否を明確化し、実施可能な業務と併せて業務内容の整理を行い、当該業務のタスク・シフト/シェアの推進策について検討が行われた。今後、通知などで明確化し、推進の方策が提示される予定である。

## 特に推進するもの<職種別まとめ>

- ◆ 特に推進するものの考え方(次の5項目を目安に、職種ごとに示す)
  - タスクシフト/シェアする側(医師団体、病院団体)提案の業務
  - 特に長時間労働を行っていると思われる診療科や複数診療科に関連する業務
  - ある病院における業務時間の実態に基づき月間の削減可能時間数推計が大きい業務
- 説明や代行入力といった職種横断的な業務
- 過去の通知等でタスク・シフト/シェア可能な業務として示された業務

### 職種に関わりなく特に推進するもの

※ [ ]内に記載する数字は、別添2に職種別で示す「現行制度の下で実施可能な業務」の番号

説明と同意<職種ごとの専門性に応じて実施>	各種書類の下書き・仮作成<職種ごとの専門性に応じて実施>
看護師[7.22]診療放射線技師[1]臨床検査技師[4]薬剤師[6]理学療法士[1]作業療法士[1]言語聴覚士[1]医師事務作業補助者[4.5]看護補助者	臨床検査技師[2]理学療法士[1]作業療法士[1]言語聴覚士[1]医師事務作業補助者[2]
職種に関わりなく特に推進するもの	患者の誘導<誘導元/誘導先での処置内容に応じて役割分担>
看護師[20] 医師事務作業補助者[3]	看護補助者 診療放射線技師[6] 臨床工学技士[7] 救急救命士[2]

### 職種ごとに推進するもの

助産師	看護師
○ 助産師外来・院内助産(低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導)[1,2]	○ 特定行為(38行為21区分)[1] ○ 予め特定された患者に対し、事前に取り決めたプロトコールに沿って、医師が事前に指示した薬剤の投与、採血・検査の実施[2,3] ○ 救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づき、血液検査オーダー入力・採血・検査の実施[4] ○ 画像下治療(IVR)/血管造影検査等各種検査・治療における介助[5] ○ 注射、ワクテン接種、静脈採血(静脈路からの採血を含む)、静脈路確保・抜去及び止血、末梢留置型中心静脈カテーテルの抜去及び止血、動脈ラインからの採血、動脈ラインの抜去及び止血[6,9,10~13] ○ 尿道カテーテル留置[18]
薬剤師	臨床検査技師
○ 手術室・病棟等における薬剤の払い出し、手術後残薬回収、薬剤の調製等、薬剤の管理に関する業務[1,2] ○ 事前に取り決めたプロトコールに沿って、処方された薬剤の変更[3] <投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格等> ○ 効果・副作用の発現状況や服薬状況の確認等を踏まえた服薬指導、処方提案、処方支援[5,7,8]	○ 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作[1] <超音波検査や心電図検査、血管内の血圧の観察・測定等> ○ 病棟・外来における採血業務(血液培養を含む)採体採取[18]
診療放射線技師	医師事務作業補助者**
○ 血管造影・画像下治療(IVR)における医師の指示の下、画像を得るためカテーテル及びガイドワイヤー等の位置を医師と協働して調整する操作[2] ○ 医師の事前指示に基づく、撮影部位の確認・追加撮影オーダー[8] <検査で認められた所見について、客観的な結果を確認し、医師に報告>	○ 医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力[1]
臨床工学技士	
○ 手術室、内視鏡室、心臓・血管カテーテル室等での清潔野における器械出し[1] <器材や診療材料等> ○ 医師の具体的指示の下、全身麻酔装置の操作や人工心肺装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定等[2,8]	

※※ ここでいう医師事務作業補助者とは、「医師の指示で事務作業の補助を行う業務に従事する者」を指し、診療報酬上の加算がとれているか否かは問わない。

図5-2 特にタスク・シフト/シェアを推進すべき業務

(厚労省：医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会/議論の整理の公表について(2020年12月23日)(文献5-10)より転載)

「現行制度の下で実施できない業務(実施するには法令改正が必要な業務)」については、まず現行制度の下で実施可能な業務」のタスク・シフト/シェアを推進することを前提とした上で必要な検討を行い、法令改正が必要なもののうち、検討会で合意が得られた診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士によるタスク・シフト/シェアの具体的な業務内容が示された(図5-1、5-3)。今後、医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年に向けて、必要な法令改正や研修、カリキュラムの改正等を行った上で、まず合意が得られた範囲でタスク・シフト/シェアが開始される予定である。

## 法令改正を行いタスク・シフト / シェアを推進するもの

- ◆ 法令改正が必要なもののうち、検討会で合意が得られたもの
  - ✓ 法律事項については、医師の働き方改革関連法案としての提出を目指す
  - ✓ 政省令事項については、順次改正

静脈路の確保とそれに関連する業務<診療放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士>		
診療放射線技師	造影剤を使用した検査やRI検査のために、静脈路を確保する行為 RI検査医薬品を注入するための装置を接続し、当該装置を操作する行為 RI検査医薬品の投与が終了後に抜針及び止血する行為	政令事項・法律事項 法律事項 法律事項
臨床検査技師	採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液(ヘパリン加生理食塩水を含む。)に接続する行為	法律事項
臨床工学技士	手術室等で生命維持管理装置を使用して行う治療において、当該装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為 輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤(手術室等で使用する薬剤に限る。)を投与する行為 当該装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続された静脈路を抜針及び止血する行為	法律事項 法律事項 法律事項
診療放射線技師		
	動脈路に造影剤注入装置を接続する行為(動脈路確保のためのものを除く。)、動脈に造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為 下部消化管検査(CT/コノグラフィ検査を含む。)のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為 上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査	省令事項 省令事項 省令事項 法律事項
臨床検査技師		
	直腸肛門機能検査(バルーン及びトランスデューサーの挿入(バルーンへの空気の注入を含む。))並びに抜去を含む。 持続皮下グルコース検査(当該検査を行うための機器の装着及び脱着を含む。) 運動誘発電位検査・体性感覚誘発電位検査に係る電極(針電極を含む。)の装着及び脱着 検査のために、経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引して採取する行為 消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生体鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為 静脈路を確保し、成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為 超音波検査に関連する行為として、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為	省令事項 省令事項 省令事項 省令事項 政令事項 法律事項 法律事項
臨床工学技士		
	血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化及び静脈への接続又は動脈表在化及び静脈からの除去 心・血管カテーテル治療において、生命維持管理装置を使用して行う治療に関連する業務として、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為 手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為	政令事項 法律事項 法律事項
救急救命士		
	現行法上、医療機関に搬送されるまでの間(病院前)に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※においても実施可能とする。	法律事項

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

図5-3 法令改正を行いタスク・シフト / シェアを推進するもの

(厚労省：医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト / シェアの推進に関する検討会 / 議論の整理の公表について(2020年12月23日)(文献5-10)より転載)

### (看護師の特定行為研修制度の推進について)

看護師がより高度かつ専門的な技能を身につけることは、医師の労働時間短縮にも大きな役割を果たすことが期待されている。実際、特定行為研修修了者の活動により、医師の年間平均勤務時間が優位に短縮したとの研究もある(2019年度厚生労働科学研究費補助金 看護師の特定行為研修の修了者の活用に際しての方策に関する研究 研究代表者 真田弘美 中間報告)。特定行為に係わる看護師の研修制度の推進が望まれる。以上のような背景をもとに、現在、厚労省の「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」において、看護師の特定行為研修制度の見直しが行われている。見直しの一環として、在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、当該分野に必要な研修内容をパッケージ化し、看護師が効率良く研修を行えるよう検討が進められた。このパッケージ案は、2018年12月6日の研修部会で承認され、「特定行為研修の研修内容等に関する意見」として公表された(文献5-11)。たとえば、外科術後病棟管理領域のパッケージ案では、従来の54%の研修期間+5症例の経験で研修を修了できるので、今後、各領域における特定看護師の増加が期待される。現在、更に、外科系基本領域、救急領域および集中治療領域のパッケージ案についても検討が行われている。2023年度末までに、一万人のパッケージ研修修了者の養成を目指す、とされている。厚労省の「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト / シェアの推進に関する検討会」、及び厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」の後継組織である厚労省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」においても、これら特定行為研修のパッケージ活用等による特定行為研修の推進を推奨している。

#### (救急救命士の資質向上・活用に向けた環境整備について)

救急医療は、病院前における救急業務に始まり、「救急外来」における救急診療を経て、入院病棟における入院診療へと続く。現在、病院前は救急救命士、医療機関に搬入後は医師、看護師等が主な業務を担っている。近年、救急隊が医療機関等へ搬送する傷病者数が増加し、救急医療に関わる者の負担、なかでも救急科医師の時間外労働が過剰になっている。以上のような背景をもとに、日本医師会、日本救急医学会、四病院団体協議会より、救急救命士の業務の拡大や、医師から救急救命士への業務移管の必要性等について言及がなされた。上記を踏まえ、厚労省「救急・災害医療等の在り方に関する検討会」、次いで厚労省「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」で議論が行われた。今後の方針として、「病院前」から延長して「救急外来まで」においても、救急救命士が救急救命処置を可能とすること、救急救命士を雇用する医療機関は内部に委員会を設置し、研修体制を整備すること等が示された。その後、更に「救急・災害医療等の在り方に関する検討会」を中心に検討が重ねられ、省令の改正を経て、2021年10月1日以降、救急救命士が医療機関内の「救急外来」で応急処置業務に携わることが認められた。救急救命士に院内業務を行わせる医療機関においては、当該救急救命士の業務の質を確保するための委員会を設置し、当該救急救命士に「医療安全」、「チーム医療」、「感染対策」などの追加的院内研修を実施しなければならない（文献5-9）。

#### (タスク・シフト／シェアを進めていく上での各医療機関における3つの課題)

「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」では、各医療機関において、「意識」、「技術」、「余力」の3つの課題への対応が必要と述べている（図5-4）。「意識」とは、医療従事者全体の制度面での理解や社会への啓発の必要性であり、その実現のためには、管理者のマネジメント研修、医師全体への説明会、全職種の意識改革への取り組みが必要だとされている。「技術」は、タスク・シフト／シェアされる側の技術の担保の必要性であり、研修の充実が必要だとされている。最後の「余力」は、人員、労働時間、賃金等の余力のことであり、その実現のためには、ICT導入等による業務全体の縮減、元来の業務の担当職種の見直し、現行担当している職種からその他の職種へのタスク・シフト／シェア推進などのアプローチが必要だと述べている。最後の「余力」の実現のためには、豊富な財源が不可欠であるが、各医療機関には「余力」を確保するだけの財源がない。診療報酬の引き上げなど、何らかの公的財政支援が不可欠であろう。

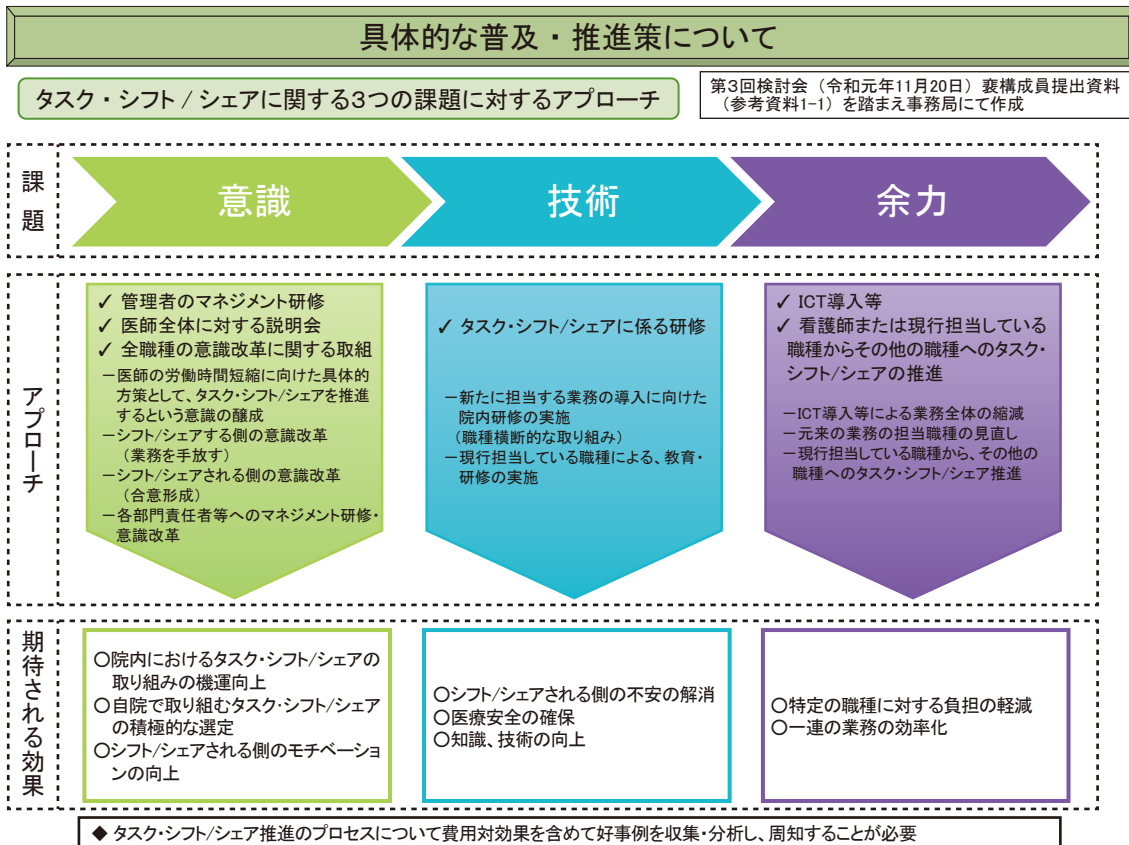


図5-4 タスク・シフト/シェアを進めるための各医療機関における3つの課題

（厚労省：医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会/議論の整理の公表について（2020年12月23日）（文献5-10）より転載）

### （タスク・シフト/シェアの具体的な普及・推進策）

「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」により、医療機関だけでなく、地方自治体や厚労省、評価機能が一体となってタスク・シフト/シェアに取り組む方針が示されている（図5-5）。「評価機能」とは、医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取り組み状況を客観的に分析・評価し、当該医療機関や都道府県に結果を通知し、必要な取り組みを促す機能を担う組織・機関であり、今後医療法上規定される見込みである。評価機能においては、評価結果の公表に併せて、医療機関の同意のもとに、タスク・シフト/シェア好事例の具体的な取り組み内容も公表する予定である。医療機関の勤務環境改善の助言を行う全国47カ所の「医療勤務環境改善センター」にあっては、評価機能から公表された好事例を活用し、医療機関に助言を行う予定である。以上の取り組みを通じ、地域全体におけるタスク・シフト/シェア推進の好循環が期待されている。



## タスク・シフト／シェアの具体的な普及・推進策

- タスクシフト／シェアの普及・推進について、医療機関における取組を促進するため、医師の働き方改革の推進に関する検討会において検討されている医師労働時間短縮計画や評価機能による評価の枠組みにタスクシフト／シェアを推奨する業務や、その考え方を加味する。
- 評価結果を医療勤務環境改善支援センターへ報告し、他の医療機関に対する助言に活用することで、地域全体でのタスクシフト／シェア推進の好循環が期待できる。
- 厚生労働省において、タスク・シフト／シェア可能な業務範囲の明確化を行うとともに、参考となるタスク・シフト／シェア推進の好事例について、そのプロセスや費用対効果も含めた収集・分析を行い、周知を図る。

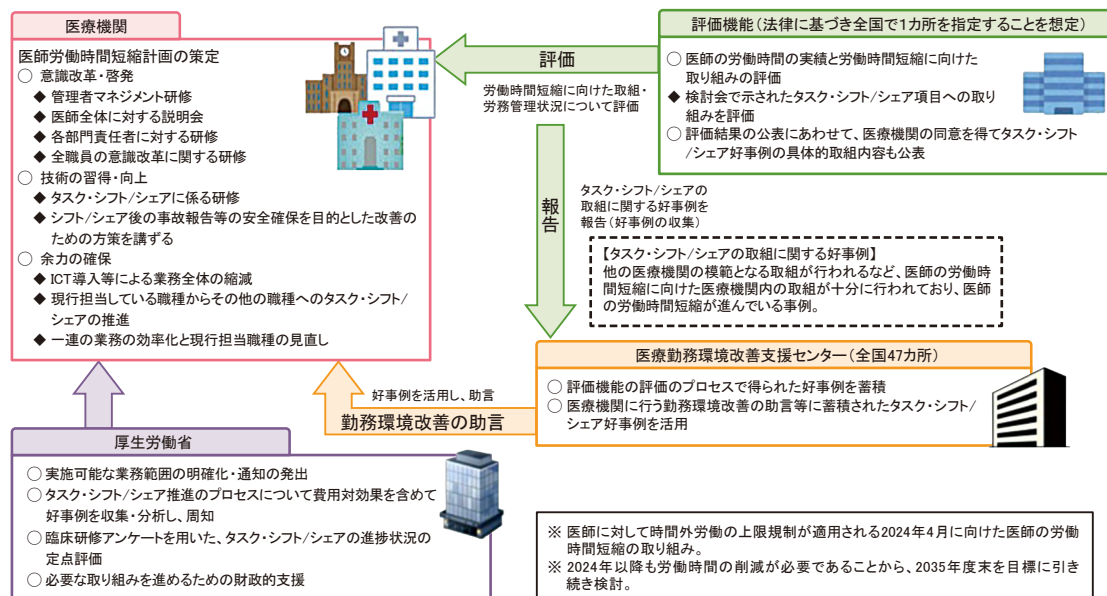


図5-5 タスク・シフト／シェアの具体的な普及・推進策

(厚生労働省：医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会／議論の整理の公表について (2020年12月23日) (文献5-10) より転載)

### (時間外労働規制及びタスク・シフト／シェアの推進に係わる経済的な問題について)

わが国の医療は、長年にわたり、勤務医の健康やワーク・ライフバランスを度外視した過剰な労働によって支えられてきたと言っても過言ではない。2024年4月に開始される勤務医の時間外労働規制により、勤務医の健康及びワーク・ライフバランスが改善されることが期待される。一方で、従来わが国の勤務医の生活は、過剰な長時間時間外労働に対する対価〔賃金〕で何とか支えられてきたという側面があるので、時間外労働規制により大幅に収入が減少し、ひいては将来の医師の質の低下につながる可能性がある。時間外労働規制を遵守するという条件のもとにおいても、医師資格と高度な業務内容に見合うだけの収入が保証されるべきであろう。また、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の労働時間短縮のための具体的方策として、医療従事者の合意形成のもとでのタスク・シフト／シェアが掲げられ、その後、厚生労働省の「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」において、迅速かつ詳細な検討が行われてきた。このことは、医師の働き方改革にとって大きな前進だと思われる。しかし、今後、タスク・シフト／シェアを受ける側である看護師、臨床検査技師、臨床工学技士、診療放射線技師、薬剤師、医師事務作業補助者の増員や、救急救命士の救急外来での勤務に伴う新しい雇用などに係わる高額な出費が予想される。しかし、勤務医が所属する医療機関の経営状況は逼迫しており、これら「医師の働き方改革」の実現のための費用を負担する経済的余裕がない。診療点数の増額など、医療機関に対する何らかの財政支援が必要だと思われる。

〔文献〕

- 5-1. 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」（平成29年4月6日 厚労省：「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）<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161146.pdf>
- 5-2. 厚労省：「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み」（2018年2月27日）  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000195363.pdf>  
厚労省：「医師の働き方改革に関する検討会報告書」（2019年3月28日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf>
- 5-3. 厚労省：第1回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会資料（2019年10月23日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000564200.pdf>
- 5-4. 厚労省：第2回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会資料（2019年11月8日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000568315.pdf>
- 5-5. 厚労省：第3回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会資料（2019年11月20日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000622237.pdf>
- 5-6. 厚労省：第4回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会資料（2019年12月25日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000587871.pdf>
- 5-7. 厚労省：第5回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会資料（2020年1月20日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000597185.pdf>
- 5-8. 厚労省：第6回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会資料（2020年2月19日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000613227.pdf>
- 5-9. 厚労省：第7回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会資料（2020年12月11日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000711218.pdf>
- 5-10. 厚労省：医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会／議論の整理の公表について（2020年12月23日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000720006.pdf>
- 5-11. 厚労省：第19回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会（2018年12月6日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000441816.pdf>

## 6. 外科医の労働環境とタスクシフト（委員会での講演記録に基づく）（馬場 秀夫）

2021年1月12日（火曜日） 日本医学会連合 労働環境検討委員会での講演

今日は「外科医の労働環境とタスクシフト」というタイトルでお話しさせていただきます。

### 1. 働き方改革の背景

ご承知のように2015年の12月、電通の新入社員でした高橋まつりさんがクリスマスの日自殺するという、ショッキングな報道がなされました。また翌年2016年の1月には、新潟市民病院の女性の研修医が過労が原因で自殺したという報道がなされ、こういう報道も働き方改革を進める必要性を認識する契機になったのではないかと考えています。

この働き方改革の背景には、これだけではなくていくつかのことがあるかと思えます。まず日本における人口減少ですが、2025年には団塊世代が75歳以上になるということ、そして2050年には人口の4割が65歳以上、60年には生産年齢人口が現在の6割になるということで、やはり労働力が非常に不足する環境になるということです。そしてテクノロジーが進化してロボット、それからAI、IoTとさまざまな技術革新によりまして、働き方を大きく変えていくことが可能になってきたと。さらに人生100年時代ということで、これまで1つの職業ではなくて、これからはいくつかのマルチステージを経験する必要が出てきたと。このような社会的な背景に伴って、この働き方改革が推進されるということにもつながったというように認識しています。

### 2. 医師の労働時間と労働生産性

さて、世界の労働時間を見ますと、これは若干古いデータで2018年のデータですが、労働時間の長い国を上からずっと並べています。日本は矢印で示しています。22番目に相当しています。

それから、世界の労働生産性という観点で見ますと、これは2018年のデータですが高い順に並べてみても、日本は21番目。1人当たりの労働生産性という観点で見ますと、日本はトップ20に入っていないように労働生産性が低いことが指摘されておりまして、日本は長時間労働で、時間当たりあるいは1人当たりの労働生産性が低いというのが、これらのデータから見えてくることです。

### 3. 医師数・病床数

さて、医師に限って見てみますと、医師数、病床数を国際比較したのがこのスライドになります。日本はOECD 35カ国中30位と医師数が極めて少ない。これは人口1,000人当たりの医師の数です。現在、平均しますと日本は10万人当たりで240人とされています。それから人口1,000人当たりの医師従業者数。こちらが医師、こちらが看護師を示しています。世界的に見ますと、日本の医師は必ずしも多くはないというのが現状です。そして医師の男女比を示したのがこのスライドですが、日本は一番下。赤字で示していますように、世界の中において日本の女性医師の割合がまだまだ少ないという状況です。

これは各国の医療従事者数、病床数とを比較したものです。アメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、日本を比較していますが、どこがどう違うかと申しますと、たとえば病床数で見ますとアメリカ2.9床、イギリス2.7床等々に比べますと、日本は13.2床と非常にベッドが多いと。医師数で見ますと、1,000人当たりはそう大きくは違わない、若干少ないという状況です。看護師においてはあまり遜色ない。それ

から薬剤師に関しては、アメリカよりむしろ若干多いというのが日本における現状だと思います。

#### 4. 診療科別の医師数

さて、診療科別の医師の時代的変遷、あるいは外科に絞って最近の傾向を見ますと、ご承知のように医師になる方は年々増えてきていまして、年間医学部卒業生が現在9500人を超えたぐらいになってきています。その中で、平成6年を基準の位置と取ったときに、どのような診療科に医師が増えてきているかを示したのがこのグラフになります。

全体で見ますと1.38という状況にあります。麻酔科、精神科、あるいは放射線科というところは、平成6年を1としたときにもう1.6以上と非常に増えている領域です。一方の外科あるいは産婦人科というのは、平成6年と比べても増えていないという状況にあります。さらに外科に絞って見ますと、年齢構成ごとにどのような年代の医師が増減しているかを見ますと、総数で見ますと外科医の数はあまり大きく変わっていないという状況にはありますが、特に40歳以下、さらに30歳以下の外科医が経年的に見て全然増えていない。むしろ減っているというのが明らかになってきて、日本の人口が高齢化するようになり、外科医の年齢も高齢化して、若手が少ないという状況になってきていることを示しています。

#### 5. 都道府県別の医師数

さらに都道府県別に外科医の数を見てみますと、左側が北海道、右側が九州です。いちばん右が全国になっていますが、西高東低ということで、西日本には比較的多いものの、東日本に外科医が必ずしも多くないという状況になっていることが見てとれるかと思えます。これは勤務時間と診療科偏在の関係をグラフに表したのですが、平成6年の医師数を1としたときの平成28年時点での医師数の比を、横軸に取っています。外科医、産婦人科医が、平成6年からほとんど増えていないことを示していますし、一方で麻酔科、精神科、放射線科というのは、先ほど申しましたようにいずれも1.6以上になって、医師が増えている領域です。縦軸は、週当たりの勤務時間60時間以上の病院勤務医師の診療科別の割合で、やはり週60時間働く方が産婦人科や外科ではだいたい50%を超えるぐらいに多いと。医師数が増えた診療科と医師数がまだ増えていない診療科では、ちょうどきれいに逆相関関係になっているというのが、このグラフから見てとれるかと思えます。

#### 6. 外科領域の手術数

さらに私ども外科領域をとってみますと、低侵襲手術が非常に普及してまいりまして、たとえばお腹の手術にしましても、腹腔鏡手術がかなり広く行われるようになりました。胃癌について、この腹腔鏡手術と開腹手術をNCDデータを用いて比較したところ、NCDデータで開腹では平均の手術時間が209分。ところが腹腔鏡では287分と、約1時間以上手術時間が延びていると。腹腔鏡によって精緻な手術ができるようになったけれども、外科医にかかる時間的負担は増えているというのが、このデータから見てとれるところです。

さらに最近ではロボット新手術が消化器外科領域、呼吸器外科、いろいろな外科領域で使われるようになりましたが、これは最近のシステミックレビューで、腹腔鏡手術とロボット手術を比較したものです。そうしますと、腹腔鏡手術に比べまして、ロボット手術がさらに時間が増えています。

たとえば韓国では、開腹手術よりも腹腔鏡手術で1時間、腹腔鏡手術からロボット手術で手術時間がさらに1時間延びるというデータが出ていまして、外科医が必ずしも増えていない中で、外科医の労働

時間という観点での負担は増えているというのが、現状かと思っています。

## 7. 医師の働き方改革

そういう中、2024年4月からこの医師の働き方改革が始まりまして、特定機能病院とか、地域医療を守るための病院での上限が1,860時間、さらに一般の勤務医は960時間という勤務時間、労働時間の上限規定が始まりまして、これが罰則付きの労働時間の上限規定で、非常に厳しいものがあります。こういう時間をきちんと守れるような体制にするためには、どのような取り組みが必要かということで、外科学会としても取り組んできました。

想定されるこの働き方改革が始まった後の働き方のイメージですが、いま示しましたように、上限規定に加えて連続勤務時間制限28時間、それからインターバル9時間の確保が必要になります。たとえば前日夜12時まで手術に加わったということになりますと、翌日はインターバル9時間おこななければいけませんので、9時以前には働けないということになります。それから、この連続時間28時間ということになりますと、日勤帯に働いて、夜間当直をして、朝まで勤務された方、この方はもう昼には帰らなければいけないという状況になりますので、勤務時間がかなり制限されるということになっています。

そういう中でここに書いてありますタスクシフト、医師が医師でなければできない仕事に集中できるようなタスクシフトをしていく必要があるといわれています。それから、労働時間管理がきちんと行われなければならないということになってきました。

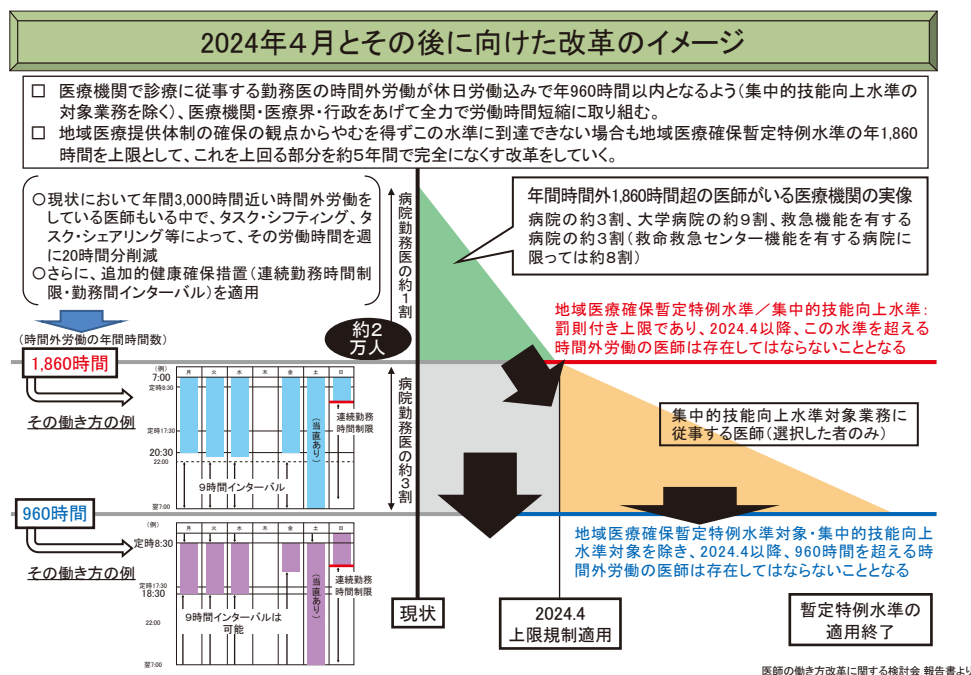


図6-1 2024年4月とその後に向けた改革のイメージ

## 8. 勤務時間管理

これは勤務時間管理の1例ですが、私ども熊本大学でも1年半くらい前からこのそれぞれが持っているIDカードで出勤時、退勤時で時間をきちんと管理して、その業務内容の個々について、これらの勤務時間、これらの自己研鑽とかいう形で届けを出して、時間管理をする体制を行っています。

これは第9回の「医師の働き方改革に関する検討会」で、かなり前です。平成30年9月3日に開催さ

れた委員会ですが、この中でそのような医師の働き方改革を推進するためには、タスクシフトが重要であるということが論点として議論されています。

そこで平成30年8月31日付けで、森外科学会理事長と私で鈴木俊彦厚生労働事務次官、吉田学医政局長に「外科医の労働時間短縮のための制度創設の要望書」を出させていただきました。これは外科医の業務を包括的にタスクシフトすることの重要性を訴えて、新たな制度設計を要望したという内容です。

## 9. 働き方改革に向けての具体策

医師の働き方改革に向けて具体的にどうするかということですが、やはり医師の業務量を減らして効率化を図るということで、この中心になるのはやはりこのタスクシフトで、医療事務とか特定看護師の方々へのタスクシフト等々、これは後ほどまた述べさせていただきます。

それから、主治医制ではなくてチーム制で診療に臨むということ。女性医師が増えてきましたので、さらに臨床現場に参画していただくための制度設計。それから、カンファレンスの短縮、あるいはロボット、AI、ICTを活用したりというようなことを考えていく必要があると思います。また、働き方改革が始まったからといって研究をおろそかにするわけにもいきませんので、研究に対してはどのような工夫が必要か。これは後ほどまた述べさせていただきます。

## 10. 特定行為研修内容のパッケージ化

特定行為研修制度というものが従来から始まっていましたが、特定行為研修を受けられる方がなかなか増えないということで、厚労省も頭を痛めていました。そこで私ども外科学会にも厚労省から依頼がありまして、外科領域の特定行為について、より幅広く特定行為ができるようないくつかの医療業務内容をパッケージ化する。そういう案を外科学会が中心になって作っていただけないかということで、私どもが取り組んだところです。

結果として作り上げましたのが、この「外科術後病棟管理領域のパッケージ化」ということで、この研修を受けますと、呼吸・循環・栄養・疼痛・ドレーン管理、これらをまとめて医療現場でタスクシフトして、特定行為研修を終了した看護師さんが、こういうことを行うことができる。たとえば、術後腹腔内にドレーンが入っていると。これまで医師がドレーンを抜去していたわけですが、特定行為研修が終了した方々がドレーンを自分たちで抜去できると。そのためのeラーニングによる講義、あるいは実技を、1項目について5症例ずつ経験するのです。そして、そういうことができるように研修を受けてもらうということで、私ども熊本大学でも今年の4月から研修を始めたところです。

このように外科領域のパッケージ化ができましたが、それ以外に在宅の特定行為研修パッケージ、外科・麻酔・救急・外科基本領域と、5つの領域について現在特定行為の研修のパッケージ化が進んで、より効率的に短期間で多くの特定行為研修を終了した看護師さんを育成しようというのが、現時点での国の取組みです。

厚労省としまして、こういう特定行為研修のパッケージ研修を開始したのが2020年で、2024年4月が医師の働き方改革ですが、2023年の年度末までにこういう特定行為研修終了者を何とか1万人まで増やしたい。さらに指定研修施設を350以上、400近くまでもっていきたいというのが、厚労省の考えです。

現在どこまで増えてきたかというのを示すのがこのデータですが、昨年8月時点で特定行為研修を行う指定研修施設が222施設まで増えてきました。これはそれぞれ都道府県別に、どのような施設がどれぐらいの数でこの指定研修施設になっているかということを示したものです。この時点では宮崎県にはま

だありませんが、そのほかの都道府県には特定行為研修ができる施設が、少なくとも1カ所はあるという状況になってきています。

#### 11. 特定行為研修を終了した看護師の数

この特定行為研修を終了した看護師の数ですが、昨年7月時点で2,646名まで増えてきました。今後さらに指定研修施設が増えて、こういう特定行為研修が終了した看護師さんが増えてくることによって、臨床現場で医師の業務をタスクシフトとして分担してくれることが期待されるということです。

この特定行為研修終了の前後で、臨床現場でどのように変わるかということ。これは日本看護協会のホームページに簡単な絵がありましたので、それを取ってきました。

研修終了前と研修終了後では、研修を終了しますとこの看護師さんが患者さんの状態を見て、そして手順書に示された内容で、医師の指示を直接もらわずに、看護師が点滴を実施したりする。そして、それを医師に結果報告というように、間で医師と看護師さんのやりとりの時間、あるいはやりとりの回数を減らすことができ、より効率的に医師も看護師さんも働くことができるようになるということを示したものです。

#### 12. 特定行為研修終了者の配置より、変化した医師あるいは看護師の勤務実態

実際、特定行為研修終了者を配置することによって、医師あるいは看護師の勤務実態がどのように変化したかを示したのが、このデータです。

医師による1週間あたりの指示回数が、有意に減少しています。指示の回数が692回から200回、19時以降の医師の平均の指示回数が77回から21回。それから、病棟看護師の月平均残業時間が401時間から233時間というように、タスクシフトする側だけではなくてタスクシフトされる側にも、両者にとってメリットがあるということ、これらのデータは裏付けているかと思っています。

さらに医師の年間平均勤務時間が、配置前は2,390時間、配置後は1,940時間と減ってきているということで、こういう特定行為研修終了者を配置することのメリット、あるいはタスクシフトによって勤務時間が軽減できるというデータが、これらの調査から浮き上がってきました。

#### 13. タスクシフト／シェアの推進に関する検討会

さらにそのタスクシフトを進めるということで、「医師働き方改革を進めるためのタスクシフト／シェアの推進に関する検討会」が、これまで7回開かれました。

私もその構成員の1人としてこの会議に加わっていますが、どのようなことが議論されたかということ、要するに特定行為研修によってタスクシフトしていくということだけではなくて、そのほかの職種、看護師に加えて薬剤師、あるいは診療放射線技師、臨床工学技士や離床検査技師、医療事務の補助者。こういう方々にどこまでさせることができるか。医師が行っている業務のうち、ほかの職種の方々にどのような内容を移管することができるかということ、具体的にこの委員会で検討しました。

すなわち、たとえば臨床工学技士ですと、やれる範囲が限られていたと。ところが、今回はその業務内容をさらに広げるために、法制度を変えてでも医師の業務の一部をできるようにするということに決まったということです。そして、今後医療機関別に医師の労働時間の短縮計画を、策定することになります。

そして、全国47カ所に設置予定の医師勤務環境改善支援センターという所が、勤務環境改善の助言を

行っていくと。さらに、日本で1カ所置かれるという評価機能を持った施設によって、こういうそれぞれの医療機関が評価を受ける。こういう体制で進んでいくということになろうかと思っています。

#### 14. 主治医制からチーム制への変化

ここからまた少し話題が変わりますが、主治医制からチーム制に変わるということが、タスクシフトをする上でやはり非常に重要かと思いますが、これは外科学会の平成23年、24年の調査の結果です。

76%の外科医は、当直以外で呼び出されている。それから、20%以上の医師が月に5回以上呼び出されるということからすると、従来の主治医制度の良いところはたくさんあるのですが、主治医だけに頼るということではなくて、チームとしてそういう患者さんの診療にあたるということが、必要だろうと考えられます。

さらに女性医師が増えてきました。ここに書いてありますが、外科学会新規入会員に占める女性の割合が21%と増えてきていて、女性が活躍できる環境整備が非常に必要であるということがいわれています。

先ほど出しましたように、日本全体では経年的に医師が増えてきていますが、女性医師の割合が1970年代では9.5%だったのが、2014年では20.4%と増えてきています。ただ、外科ということだけに絞ってみますと、平成24年の段階で女性医師はまだ7.1%でして、仕事を中断あるいは離職する理由として、女性の場合は出産あるいは子育てで、離職したり休職したりという状況にありますので、女性外科医を支援するための制度設計がやはり必要かと思っています。

#### 15. 女性外科医が働きやすい環境整備

時短勤務とか職場での託児所・病児保育、あるいは当直・時間外勤務の免除、職場の理解・雰囲気、復帰後の技術支援、配偶者・家族支援。さまざまな観点で、女性外科医が働きやすい環境整備をしていくことが必要かと思っています。

さらに会議や術前の説明を、これまで時間外にしたりすることが多かったと思いますが、これを勤務時間内にするという形にしないと、労働時間の上限規定が始まりますと、時間外を減らすことができないと思います。ですから、そのためには時間内にこういう説明等もするという外科医の意識改革と同時に、説明を受ける患者・家族が、週末に説明してくださいと言われてしまうと困りますので、そこは国民の意識の改革ということも必要になってくるかと思っています。

さらにAIやロボットの活用を進めていく。いま外科学会森理事長のもとで、ロボットを用いた遠隔手術について取組みが始まったところでして、将来的には地方に不足する専門医を補填するような仕組み作りということも、今後必要になってくるかと思っています。

#### 16. 施設の集約化の問題

さらにここは若干議論のあるところかと思いますが、施設の集約化の問題です。これは Ann Surg のデータですが、症例数が多い所、hospital volume として症例を多く持っている所のほうがリスクが低くなるということで、今後は医師や外科医が少なくなる中で、ある程度集約化も避けて通れないところではないかと考えています。

厚生省が、424病院再編検討を病院名を挙げて発表されました。これはいろいろと物議をかもしだしたところですが、医師不足の地域においてはやはり集約化ということもひとつ、今後も継続して検討して



いく必要があろうかと思っています。

#### 17. 効率的な外科医の働き方を実現

さらに効率的な外科医の働き方を実現する上では、施設に余裕があればハード面で手術室を増やすことによって、日勤帯で横に並列して手術ができる。これには麻酔科の医師が十分確保されていないといけません。手術室が不足することによって縦に手術を続けていくということになりますと長時間になりますので、手術室を増やすということも、取り組む内容として重要かと思っています。

さらに先ほど申しましたように、国民の理解です。自分は土曜日が休みだから土曜日に病院を受診するとか、日曜日が仕事が休みだから、日曜日に家族の術前説明を聞きたいという要望をされますと、医師が時間外を減らそうと思ってもなかなかできませんので、国民の理解は今後必要になってくるかと思っています。

そして、何より外科医自身の、あるいは管理職の意識改革が必要かと思っています。

ある程度、術式の定型化を図って、安全かつ手術時間の短縮を目指すチーム力の向上、若手の教育ということも必要になりますし、手術がより早く始められるよう、効率良く準備を進める。さらに管理職が率先して早く帰るように努める。こういうところも大事かと思っています。

#### 18. 2024年からの想定される医療の在り方

2024年からの想定される医療の在り方。これは厚労省が出している資料から取っていますが、医師の健康が確保され、より安全な医療を受けられることを目指すとか、多様な医療専門職の専門性を活かしたきめ細やかなケア、そして新技術を活かした効率的で質の高いサービスを受けられることを目指す。効率的な医療が提供されることで、将来に渡って必要な医療を受けられることを目指す。信頼できる医療情報、専門家のアドバイスにより安心して適切な医療を受けられるように、混雑の緩和も目指すということが示されています。

そのように医師の業務量を減らして、効率的に働くことでその中心がタスクシフトになるということですが、一方で大学の置かれている立場という、やはり研究力をこれ以上落とすことはいけないということで、何らかの取組みが必要かと思っています。(図)

ご承知のように、初期臨床研修制度が始まりまして、大学で研修される医師が非常に減ってきました。今年のデータですと、30%前半まで減ってきています。それから、講座の再編で大学診療科ごとの医師が減ってきています。大学が法人化されて、どちらかという経営重視になってきたということから、臨床から基礎の大学院に行く人が減り、基礎教室の研究業績が減った。臨床の教室も、臨床重視ということで研究業績・論文が減った。そして、公的研究費が確保できなくなって、Malignant cycleになっている。こういう研究環境の悪化を、今後どうしていくかということが必要かと思っています。

# 医師の働き方改革に向けての取り組み

## 具体的にどうするか

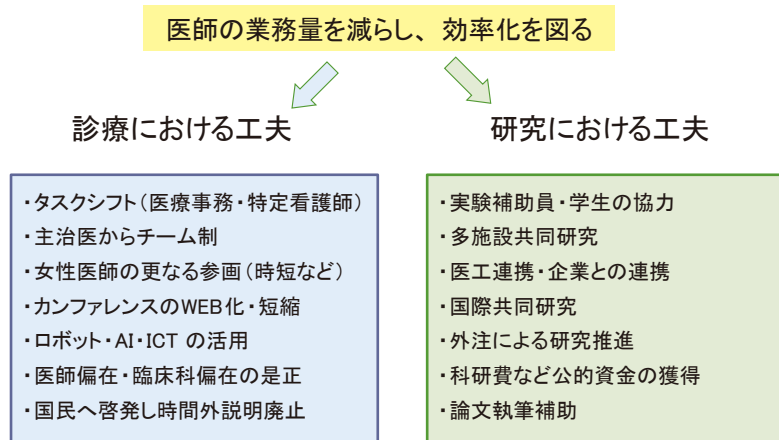


図6-2 医師働き方改革に向けての取り組み

### 19. 研究環境の悪化を、今後どうしていくか

特に私ども外科ですと、先ほど示しましたようにロボットを用いて行う手術はより時間がかかる。一方で、研究内容が非常に複雑化・高度化する。この両者を両立していくというのは非常に至難の業でして、決められた時間内でどのように効率的に医療を進めながら研究を推進していくかということ、今後議論していく必要があるかと思えます

まとめますと、医師の労働環境を取り巻く社会変化に伴う働き方改革として、外科医を取り巻く環境が大きく変化する中で、今後も医療の質を落とさずに外科医療が継続的に発展するためには、職場における働き方改革を積極的に推進する必要があると考えています。

### 20. 多様な人材が働きやすい環境整備を

多様な人材が相互に機能し、効率的かつ一人ひとりの能力やパフォーマンスを最大に引き出しつつ、タスクシフトすることが重要であると考えています。そのためにも、多様な人材が働きやすい環境整備、これが急務かなと考えています。

以上、私から外科学会を中心とした外科医の働き方改革に向けた取組みの現状について、発表させていただきました。

ご静聴、ありがとうございました

---

## 医師の労働環境を取り巻く社会変化に伴う働き方改革

- ・外科医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、今後も医療の質を落とさず、外科医療が継続的に発展するためには、職場における働き方改革を積極的に推進する必要がある。
- ・多様な人材が相互に機能し、効率的かつ、一人ひとりの能力やパフォーマンスを最大限に引き出しつつタスクシフトことが重要である。そのためにも多様な人材が働きやすい環境を整備することが急務である。

図6-3 医師の労働環境を取り巻く社会変化に伴う働き方改革

## 7. Physician Assistant 導入における日本の課題（本田 宏）

2020年11月18日、厚生労働省は、9,330人の医学部入学定員を2023年度から段階的に減らす方針を決定した。その理由は厚労省の推計では23年度の入学者が医師になる29年頃、全国の医師数は約36万人に達し、必要な医師数を確保できる見通しで、その後は人口減などの影響で医師の需要が減るためであるとしている。

2021年5月21日、国会で「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案」が成立したが、日本労働弁護団は5月20日に「厚生労働省令で定められることになる時間外労働の上限については、極めて危険な水準となっている」と「医師の長時間労働を容認する医療法改正に反対する声明」を発表、全国労働組合総連合事務局長は5月21日に「医療法改悪に抗議する談話」で「医師の時間外労働時間の上限を年1,860時間まで認めるとしているが、これは1ヵ月に換算すると155時間に相当する。155時間労働は、過労死ラインの『平均80時間』の約2倍であり、過労死を推進する危険域である」と抗議した。

医療法の改正法案は成立したものの、現在まで「医師の働き方改革の推進に関する検討会」では、医師の働き方がこれほどまで過重になった原因について全くと言っていいほど真摯な検証が行われておらず（森 正樹委員報告参照）、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアに推進に関する検討会」でも世界のタスクシフトの現状やタスクシフトを可能とする病院経営の実態について殆ど検討されていない（岩本幸英委員報告参照）。

私は2021年3月24日に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案」を審議する衆議院厚生労働委員会の参考人として、医師がOECD平均より13万人不足する実態を無視して23年度から医学部定員削減が開始される問題と、タスクシフトを実効性あるものとするためにはPA導入が必須と発言した。しかし5月18日に同委員会が可決した同法案の附帯決議の九項にあったのは「更なるタスクシフトやタスクシェアについて、諸外国の例を研究しつつ必要な検討を行うこと」という文言で、PAの名称は上げられることはなかった。今後のタスクシフトの実効性にはおおいに疑問が残る。

3月24日衆議院厚生労働委員会参考人発言（本田 宏）

<https://bit.ly/3dbjbm0>



本稿では欧米の医療現場で活躍する Physician Assistant（以下 PA と略）導入における、我が国の課題について述べる

### 1. なぜ日本では PA という新職種を作るのが難しいのか？

#### ① 医師不足の現状が正しく認識されず危機感が乏しい

2018年末の日本の医師数は327,210人（人口10万人当たり250人）で、OECD平均（人口10万人当たり350人）レベル存在するとして試算すると458,094人で、約13万人不足している。しかし厚労省は、それより

約10万人少ない36万人で医師の需要が満たされるという推計を基に、医学部定員削減を決定した。厚労省推計では2040年の医師供給数は37万人で、2017年の OECD 平均並みと仮定して試算した約46万人から9万人不足したままである。

## 2018年12月31日現在の日本の医師数「327,210人」 2017年OECDと比較して「約13万人不足」

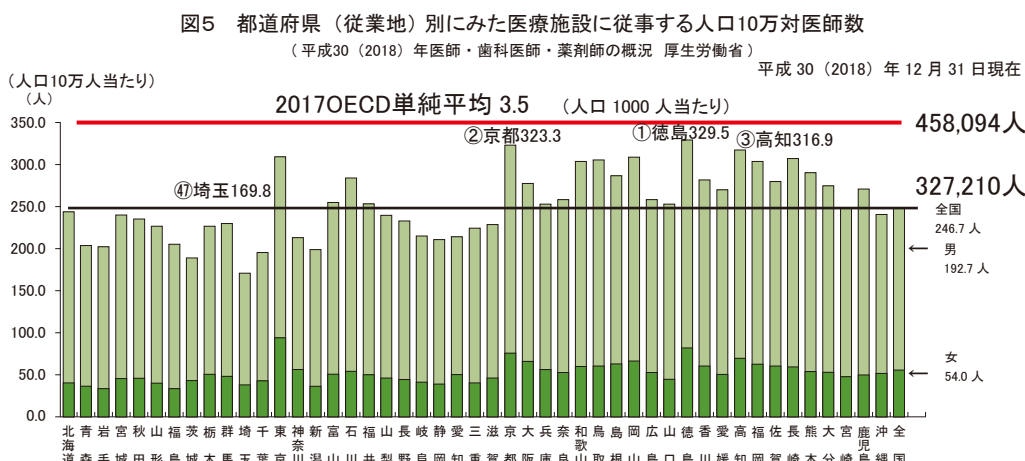


図7-1

### 地域医療確保暫定特例水準を設定する必要性①(医師需給との関係)

- 医療需要は、人口減少等を背景に、2030年以降にピークを迎え減少する見込み。医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する・7%のタスク・シフティングを実現する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2028年頃に均衡すると推計されるが、この場合であっても2024年段階ではまだ約1万人の需給ギャップが存在。
- さらに、マクロで医師需給が均衡した後も、引き続き偏在を解消するための取組が必要であり、都道府県単位で偏在を解消する目標年は、2036年とされている(医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会において議論)。

第17回医師の働き方改革に関する検討会(2019年1月21日資料を改編)

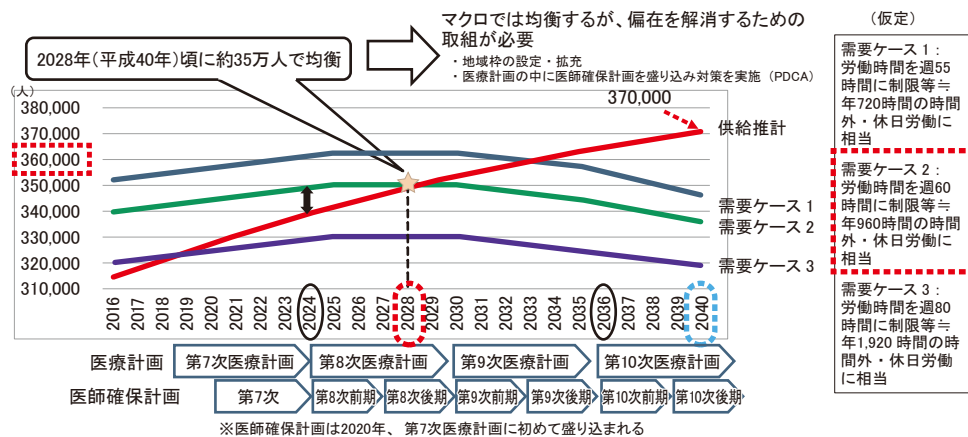


図7-2

### ② 医師需給分科会報告を検証すべき三つのポイント

1) 2006年需給検討会の「必要な医師数は供給される」と現状の乖離

2006年7月28日の医師の需給に関する検討会報告書には「医師の需給の見通しとしては平成34年(2022年)に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給される・・・」とあった。しかし2019年1

月の医師の働き方改革に関する検討会に提出された資料では、勤務医20万人の4割にあたる8万人が過労死ラインを超える時間外労働を余儀なくされている。

昨年11月に厚労省は、医師需給分科会の推計を基に23年度からの医学部定員削減を決定したが、過去の検討会推計と現在の医師の労働環境の大幅な乖離を考慮すれば、厚労省の受給推計を妄信せず、その妥当性を今一度冷静に評価することが求められる。

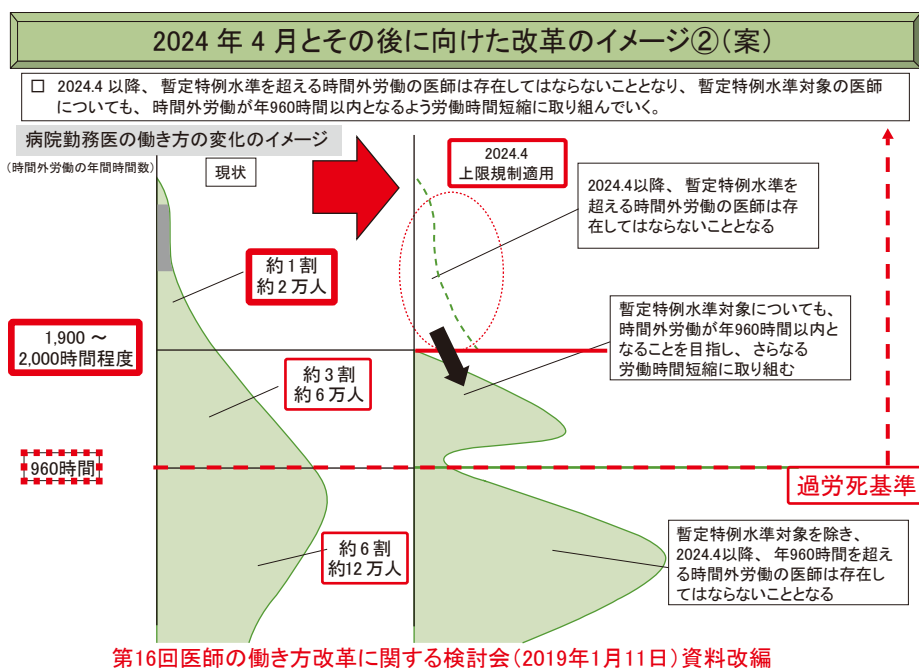


図7-3

## 2) OECDの人口当り医師数のデータで採用された「加重平均」

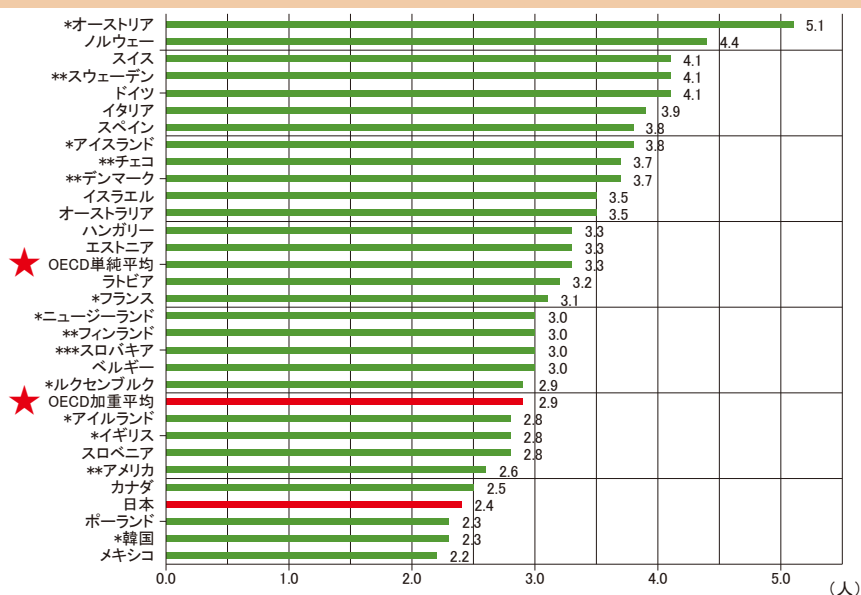
平成28年2月4日の医療従事者の需給に関する検討会では、参考資料としてOECD加盟国の人口1000人当り臨床医数が提出された。そこでは「単純平均」ではなく、「加重平均」が用いられている。

単純平均 = 各国の人口当り医師数の和 / 加盟国数

加重平均 = 加盟国医師数の和 / 加盟国人口の和

人口1,000人当り医師数は単純平均では3.3だが加重平均では2.9である。なぜ今までOECDデータで用いられてこなかった「加重平均」を厚労省は採用したのか。日本の医師不足を矮小化する意図はなかったのか、その経過を含めた検証が必要である。

OECD加盟国の人口1,000人当たり臨床医数 OECD Health Statistics 2016



注1 「OECD単純平均」とは、各国の人口1,000人当たり医師数の合計を国数で除した値。  
 注2 「OECD加重平均」とは、加盟国の全医師数を加盟国の全人口（各国における医師数掲載年と同一年の人口）で除した数に1,000を乗じた値。  
 注3 \*の国は2015年のデータ、\*\*の国は2013年のデータ、\*\*\*の国は2007年のデータ、それ以外は2014年データ。  
 注4 オーストラリア、フィンランド、アイルランド、イギリス、カナダは推計値。

出典：OECD Health Statistics 2016

図7-4

3) 検討会は海外の動向を考慮しているのか

2005年版のOECDインディケータでは「保健医療資源の不足が一定の国々で問題化の可能性」として次のように指摘している。「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1000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。」(OECDインディケータ、図表でみる世界の保健医療 P13 概要より)と指摘している。

国内の医師にも殆ど認識されていないが、日本は医科大学の入学数を規制している少数国である。当然規制する以上、医療の安全と質、さらに医師の労働環境を保つために、極力正確な推計を行う責任が、監督官庁と医師の需給を検討する委員会に求められる。

医師養成の趨勢を見れば、世界は高齢化や医療の進歩に伴って医学部定員を増加させ、かつて日本と同様に医師不足の問題に直面した英国は医学部定員を大幅に増員している。一方日本は人口当り医師数が少ない上に人口当り医学部卒業生数も先進国最低レベルのままで、23年度から医学部定員削減を決定した。

図 2.2.1 人口1,000人当たり医師数

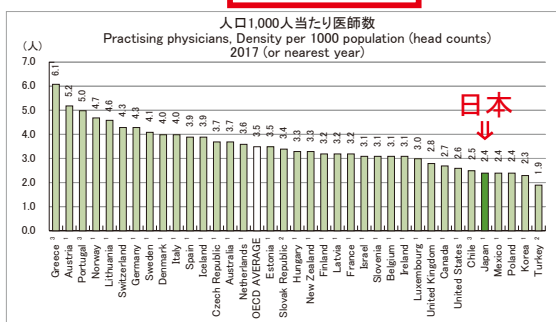


図 2.2.2 人口1,000人当たり医師数の推移

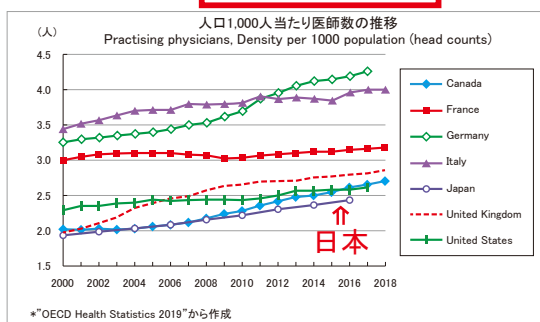


図 2.2.4 人口10万人当たり医学部卒業生数

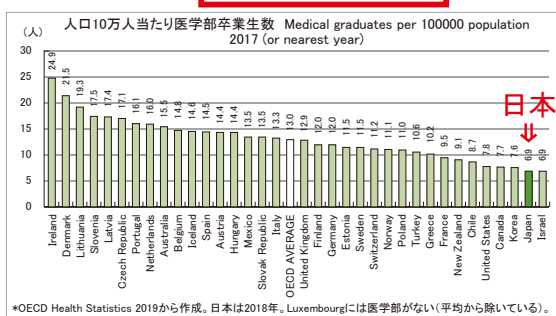


図 2.2.5 人口10万人当たり医学部卒業生の推移

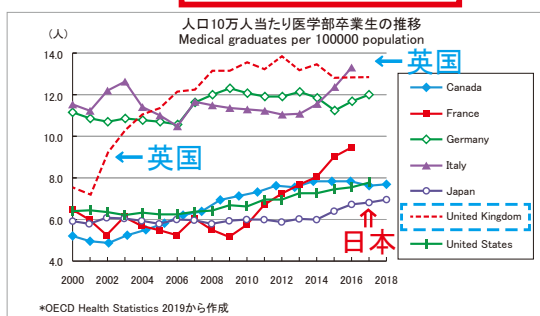


図: 医療関連データの国際比較-OECD Health Statistics 2019 日医総研リサーチエッセイNo.77

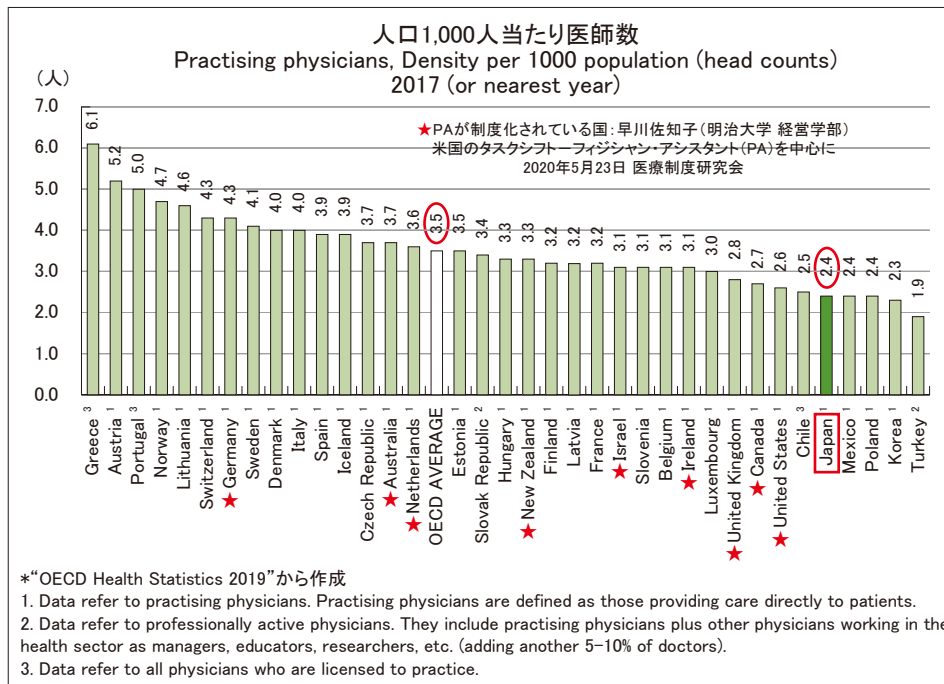
図7-5

③ PA に対する認識不足

厚労省は医師の長時間労働軽減のために、看護師を含めた他職種へのタスクシフトを検討しているが、日本より人口当り医師数が多い欧米では、後述する PA を導入している。G7で一番人口当り医師数が多いドイツも10年以上前から PA の導入を進めている。G7最少の医師数にも関わらず、医学部定員削減を決定した日本では、世界的に評価されている実効性あるタスクシフト PA 導入は喫緊の課題である。



## PAが制度化されている国 ★



図：医療関連データの国際比較-OECD Health Statistics 2019 日医総研リサーチエッセイNo.77

図7-6

## 2. PAの最近の特徴はどうか？（米国のPAを中心に述べる）

### ① 新型コロナに対応する米国の現状

新型コロナ治療の現場での医師の不足を補うために、上級看護師（Advanced Practice Registered Nurse: APRN）や Physician Assistant (PA) らの中間職種に大幅な権限移譲がなされて医療現場で活動している。直近では、COVID-19をめぐる緊急措置として、医師の監督を必要とするPAの職務に関する規制が主な議論の対象となった。職業団体である American Academy of Physician Assistant (AAPA) によれば、2020年9月10日現在、アーカンソー、アラスカ、ケンタッキーを除く47州が、何らかの「規制一時停止・適用除外」の措置をとった。修正のレベルはさまざまであるが、8州では Executive Order（州知事命令）によって、医師の監督要件を一時停止・適用除外とした。

職業団体である AAPA は、2020年5月19日に「COVID-19 and the Physician Assistant Workforce」という調査報告書をリリースした。興味深い項目は、「COVID-19患者との直接的な関わり」について、52%のPAが検査に携わり、47.4%が診断、40.0%が処置に携わっている。また、「雇用の変化」という問いについては、5.9%が専門分野の変更、9.9%が配置転換を経験している。

これについて Grimaldi (2020) は、PAのゼネラリストとしての側面が今回のような緊急事態には有効であったと述べている<sup>1</sup>。平時には、PAは①各専門医の橋渡し役・パートナー、②研修医と並ぶ手術の第一・第二助手、③術前・術後管理の軸、④外来での患者との最初の接点、など多様な役割を果たしていた。2020年3月以降は、一般の患者とCOVID-19の患者とが混在して病院を訪れるようになった。そこで、病院はトリアージセンターを設立し、PAと研修医が軸を担い、必要に応じて電話で医師に指示を仰ぐ体制で運営した。また、COVID-19検査所においても、PAが中心となったようである。PAはさまざまな分野に対応できるよう、ゼネラリストとしての教育を受けている。このため、非常時には必要

に応じてサポートに入ることができ、フレキシブルに医療提供体制を作ることに貢献できると結論づけている。

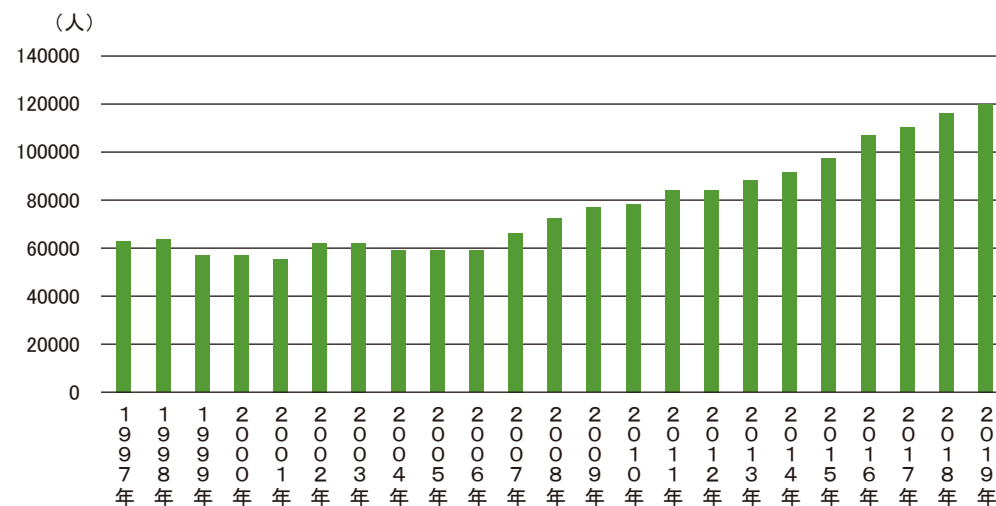
## ② PA のルーツ

PA は衛生兵がルーツで1960年代に創設された。ベトナム戦争衛生兵の再雇用先としての期待のほか、1965年に公的医療保険（メディケア・メディケイド）が創設されたことによる患者の急増への対応が大きな背景として存在する。当時は、専門医志向の高まりもあって、プライマリケア医の不足が顕著になってゆく最中でもあり、多くの医師が長時間労働によって疲弊していた。そこで、PA や NP のような職種を創り、この問題を解決しようとしたのである。この状況は、現在の日本と非常によく似ていると言っ

てよい。アメリカの場合、ジョンソン政権ならびにアメリカ医師会がPA 制度を後押ししたため、定着は比較的スムーズであった。患者や他の医療職種も、揺籃期こそ違和感をもったものの、その後は現場にプラスをもたらしてくれる存在だと認識されるようになった。とりわけ、多忙な医師に代わって、患者や他職種とのコミュニケーションのハブとして活躍できることが歓迎されるポイントであったと思われる。

以降の順調な浸透を示すかのように、年々PA は増加を続け、直近の2019年のデータによれば、全米でPA は12万人が雇用されている。この数は、歯科医や作業療法士の人数とほぼ同じである。PA の養成課程に志願するのは、理学療法士や放射線技師など、他の医療専門職についていた者がほとんどである。このように、PA は医療職種間のキャリアアップの手段としても貴重であろう。

図1 PA雇用者数の推移



U. S. Bureau of Labor Statistics, OES Date 1997-2019より作成

図7-7 (新型コロナウイルスとアメリカの看護労働 —Physician Assistant と上級看護師への緊急タスクシフトを中心に 早川佐知子「いのちとくらし研究所報第71・72号合併号 2020年10月 87~95」)

図表7 医師補助職と医師数および人口1,000人あたり医師数の比較

	医師補助職数 (a)	特定 看護師数 (b)	医師数 (c)	人口1000人 あたり 医師数 (c/1000)	人口1000 人当たりの 医師+ 非医師診療 従事者数 (a+b+c/ 1000)
アメリカ	83,466	158,348	740,867	2.44	3.08
日本	0	0	274,992	2.15	2.15

OECD Health Report 2008, American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS  
*National Physician Assistant Census Report 2010*, U.S. Department of Health and  
 Human Services Health Resources and Services Administration, *Registered Nurse  
 Population2008* より著者作成。

表7-1 早川佐知子 勤務医の負担軽減策として—医療補助職の可能性：医療現場の労務管理に関する研究—  
 —勤務医の過重労働を中心に— 社労士総研 研究プロジェクト報告書（平成24年2月）

### ③ PA の教育

PA は1970年代から全米統一の養成プログラム基準を整備し始め、現在に至っている。PA に要求されるレベルは、年々高度になっていると言ってよい。現在の養成課程について端的にまとめると、以下のようになる（AAPA ホームページによる）。

第一に、現在の PA 養成プログラムは、修士課程と同等の教育が要件となっている。アメリカには250以上の PA 養成プログラムがあり、入試の競争倍率は高い。学士号、および基礎科学・行動科学の単位を事前に取得していることが求められる。入学してくる学生はこれらの単位のほか、平均3000時間以上の臨床経験（救急救命士、アスレティックトレーナー、メディカルアシスタント等として）を有している。PA 養成課程は約27ヶ月（3学年）であり、座学と2000時間以上の臨床実習が含まれている。

第二に、PA 養成プログラムのカリキュラムは医学校をモデルに作られている。PA の医学教育および訓練は非常に厳格であり、カリキュラムは、座学および実習で構成される。座学の段階では、学生は基礎医学、行動科学、行動倫理を学ぶ。実習の段階では、学生は2000時間以上を内科および外科、家庭医学、産婦人科、小児科、救急医療科、精神科などをローテーションしながら臨床実習を行う。

第三に、NP とは若干の違いがある。現場レベルでは、PA と NP の仕事は非常によく似ている。異なるのは、どのような教育を受けてきているかである。PA は一般的な医学教育を受けている。これらの教育によって、医療のあらゆる側面を包括的に診る視点を持っている。これに対し、NP は専門分野を選ばなければならない（小児科 NP、婦人科 NP など）。すなわち、NP は上級の看護実践によって教育される。

### ④ PA の賃金について

アメリカ労働統計局（U.S. Bureau of Labor Statistics）による“National Occupational Employment and Wage Estimates（2019年5月版）”から、医療専門職種の総数、人口あたり数、賃金について、抜粋してまとめた。これを見ると、PA、そして専門看護師（麻酔・助産・NP）の賃金水準が高いことがわかる。これは、スキルのレベルが高いこと、そして需要も高いことの現れである。

	総数	人口 1000人 あたり人数	時給平均値	年収中央値
Family Medicine Physician (家庭医)	109,370	0.745	\$102.53	\$213,270
General Internal Medicine Physician (内科医)	44,610	0.304	\$96.85	\$201,440
Surgeon (外科医)	36,270	0.247	\$121.17	\$252,040
Physician Assistant (PA)	120,090	0.818	\$54.04	\$112,410
Registered Nurse (正看護師)	2,982,280	20.305	\$37.24	\$77,460
Nurse Anesthetist (麻酔看護師)	43,570	0.297	\$87.40	\$181,040
Nurse Midwife (助産師)	6,930	0.047	\$52.31	\$108,810
Nurse Practitioner (NP)	200,600	1.366	\$53.77	\$111,840

表7-2

### ⑤ PAが活躍している分野、働き方の特徴

NPが比較的自律的な働き方をしていることと比較すると、PAは医師との協働ということを重視している。PAの資格を州が管理している関係上、可能な職務の範囲や自律性は州ごとに異なる。例えば、オーダーに医師との共同署名が必要な検査や処置は何か、医師1人に対し何人のPAを監督可能とするのか、PAが処方できる薬は何か等も、州によって異なる規制を設けている。また、医師がそのPAの実力を見て、個々に委譲範囲を定める場合も多い。そういった意味でも、医師とPAの緊密な関係がPA活用の鍵になると考えられる。

PAの所属する場所によって職務内容は異なるが、いくつかの例を示したい。第一は、日本で逼迫する救急医療の分野である。現地調査を行ったネブラスカ医科大学附属病院のERでは、看護師によるトリアージの後、重篤な患者への処置は医師が中心となって行い、軽度な患者はPAとNPが処置を行なうという明確な分業体制が敷かれていた。アメリカの場合、ERが無保険者の最後の砦となるなど、日本とは異なる意味も持つため、日本の約8倍の救急医療専門医がいる。しかし、このような体制を導入することで、さらに盤石な救急医療体制が築かれることは言うまでもない<sup>2</sup>。

第二は、2016年にアメリカ心臓病学会が調査を実施した調査に基づく、循環器の分野のPAである。アメリカでは循環器を専門とする医師が不足しており、PAやNPを活用したチーム医療が推進されている。これによれば、67%のPAは病棟と外来の双方で仕事をしている。病棟では、病棟回診(84%)、退院サマリーの作成(76%)、患者の診療(74%)、病歴の聞き取りや検査(73%)、術前・術後の管理(53%・61%)を担うPAが多い。外来では、再診(89%)、リフィルの処方(88%)、患者指導(84%)、薬剤の滴定(83%)、新しい薬剤の手ほどき(78%)が多い。アメリカ心臓学会は2012年にもPAに関する調査を実施しているが、これと比較すると、4年間でPAが自律的に行っている職務の範囲は広がっている。背景には、循環器専門医の不足、病院・保険会社・患者によるPAの受容度の高まり、ワークライフバランスを望む医師が増えたことが挙げられている。

図表4 医師補助職の就業場所

病院	38%		
医師グループ診療所	35%	病棟部門	33.7%
医師診療所	9%	救急救命室	29.5%
僻地医療／地域健康センター	8%	集中治療室	22.2%
その他	10%	手術室	21.4%
		外来部門	21.0%
		その他	7.3%

American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS 2009 *National Physician AssistanCensus Report* より筆者作成

表7-3

図表5 病棟において医師補助職・特定看護師の担う職務

<input type="checkbox"/> 回診、検査の実施、診断、処置、オーダーリング、処方、評価、患者や他職種への助言
<input type="checkbox"/> 手術助手
<input type="checkbox"/> スタッフ、患者、家族への教育
<input type="checkbox"/> ガイドライン実施の促進活動
<input type="checkbox"/> 研究活動
<input type="checkbox"/> 医療の質を保証する活動のリーダー
<input type="checkbox"/> 退院計画の作成

Kleinpell et.al (2008) より筆者作成

表7-4

図表6 スタンフォード大学移植外科部門における分業体制

	外科医	研修医／医師補助職	その他
術前	術前サマリの確認 手術方針の決定	術前検査のオーダー 術前サマリの作成 手術説明、同意書作成・署名	
術中	執刀 手術サマリ作成	執刀までの準備 第一助手・第二助手	器械出し (Surgical Technician) 外回り業務 (看護師)
術後	患者・家族への説明 報告の確認 回診 病状経過報告 退院サマリの確認	術後集中治療室管理 病棟での管理、オーダー 外科医以外への相談 カルテ記入 退院サマリの作成	

遠藤ら (2009)、p. 726 より筆者作成

表7-5 早川佐知子 勤務医の負担軽減策として一医療補助職の可能性：医療現場の労務管理に関する研究—勤務医の過重労働を中心に— 社労士総研 研究プロジェクト報告書 (平成24年2月)

## ⑥ アメリカ以外の他の PA 導入国の事情

PA という概念はアメリカで初めて創られたわけではない。元々は近代ドイツの軍隊で用いられてお

---

り、17世紀半ばにピョートル大帝がロシアの軍隊に導入して Feldsher と呼ばれた。Feldsher は後に軍隊から市民社会へも活躍の場を広げ、現在でもロシア等では医師を凌ぐ数が存在している<sup>3</sup>。その他、医師を養成する余裕のない途上国でも、呼称はさまざまであるが、PA と類似の職種が用いられていた（イラン、スリランカ、エチオピア、ケニヤ、フィジー、パプアニューギニア、タンザニアなど）。

現在、PA が制度化されているのは下記の15カ国である。

- **ヨーロッパ**：ブルガリア、ドイツ、アイルランド、オランダ、イギリス
- **オセアニア**：オーストラリア、ニュージーランド
- **北米**：カナダ、アメリカ
- **アジア**：インド（台湾は消滅）
- **中東**：イスラエル、サウジアラビア（現在は保留）
- **アフリカ**：南アフリカ、ガーナ、リベリア

※旧ソヴィエト諸国（ロシア、アルメニア、カザフスタン、ウズベキスタン、キルギス）とモンゴルには Feldsher が存在。

これらは、それぞれの国の事情に合わせて導入されており、必ずしもアメリカのPA と全く同じ形ではない<sup>4</sup>。英語圏の国では、アメリカで資格をとったPA やアメリカ人PA が始める場合が多い。カナダ、サウジアラビアなど軍から導入した国もある。インドでは、米英で働いた経験のある外科医が歓迎して浸透した。ゼネラリストとして活躍する国もあれば、スペシャリストになる国もある。しかし、共通しているのは医師不足という背景である（特に過疎地域・高齢化地域のプライマリケア）。プライマリケアに関して言えば、経済的にプラスになり、ケアの質も医師に匹敵するという結果が出ている。

国民への浸透具合も、各国に差がある。比較的順調に浸透しており、資格取得者が増加し続けている国もあれば、停滞している国もある。Cawley = Hooker (2018) によれば、成否を分ける鍵は下記の通りである。

- 医療需要
- 医師不足・医師の高齢化
- 医師会・政府組織のバックアップ（イギリス、オランダはトップダウンにより短期間で成功）
- 法整備や制度枠組みを作る能力
- 患者や医師その他の医療専門職から受け入れられていることを示すエビデンス

比較的うまくいっている国

国	PAの数(2018)	人口1000人あたり医師数	法規制	受容の状況
アメリカ	約120,000	2.6	全ての州で活動可能	ポジティブ
ガーナ	約2,500	1.0	部分的に可能	良い
リベリア	約1,200	1.1	全土で活動可能	
オランダ	約1,000	3.3	全土で活動可能	ポジティブ
カナダ	約500	2.3	3つの州のみ活動可能	看護師団体による反対あり
イギリス	約450	2.8	NHSが承認。処方不可。	Mixed
インド	約375	1.73	部分的に可能	

Cawley=Hooker (2018) より筆者作成

※南アフリカ：約920人、ドイツ約100人、アフガニスタン約65人

表7-6

始動したばかりの国、うまくいっていない国

国	PAの数(2018)	人口1000人あたり医師数	法規制	受容の状況
サウジアラビア	約200	2.7	軍による	2018年より保留
イスラエル	約35	3.5	医療省が承認	ポジティブ
アイルランド	約25	2.6	進行中	始まったばかりなので不明
オーストラリア	11	3.4	Queenslandのみ可能	医師団体、看護師団体からの反対あり
ニュージーランド	10人以下	2.8	全土で活動可能	始まったばかりなので不明
ブルガリア	不明	4.0	なし	不明
台湾	不明	2.6	なし	ネガティブ

Cawley=Hooker (2018) より筆者作成

表7-7

まとめ

以上の調査結果を端的にまとめると、下記のように指摘できるだろう。

- PAのような Mid Level Provider は帝政ロシアの時代から存在した。必ずしも現代の現象ではない。
- 現代では、1960年代に制度をスタートさせたアメリカが最も成功している。
- 高齢化や医療費削減政策により医師不足が深刻な各国は、2000年代以降、PAの養成に取り組み始めている。
- 人口1000人あたり医師数が2.2人でしかない日本も、適切な制度設計と他職種との丁寧なすり合わせを行えば、PAが強力な戦力になるはずである。
- それぞれの国でふさわしい導入の仕方を検討している。スペシャリストとして用いるのか、ゼネラリストとして用いるのか、外来中心か病棟中心かなど、日本でも議論したい。
- 他職種のキャリアアップ資格としても可能性を秘め、医療職種全体の魅力を高めることができる<sup>5</sup>。

## PA 関連映像

2020年7月5日（日）午前9時、第105回 NPO 法人医療制度研究会

① 米国における Physician Assistant の現況 マサチューセッツ総合病院移植外科 河合達郎氏

<https://healthcare-focus.jp/2020/08/04/%e7%ac%ac105%e5%9b%9e%e8%ac%9b%e6%bc%94%e4%bc%9a%ef%bc%882020%e5%b9%b47%e6%9c%885%e6%97%a5%ef%bc%89/>



② 現在のフィジシャン・アシスタント（演者：明治大学経営学部、早川佐知子）

<https://healthcare-focus.jp/2020/09/13/>



### 3. 日本医師会はどういう態度なのか？

特定看護師については、訪問看護や医師不足地域で処方権を行使される危険性を警戒する可能性が高い。一方病院内を主な活躍の場とする PA については、大幅な医師増員を避けたいという立場から賛同する可能性が高いと考えられる。

### 4. 病院経営、薬価などを論じる理由は、それがなぜ PA 導入と関係するのか？

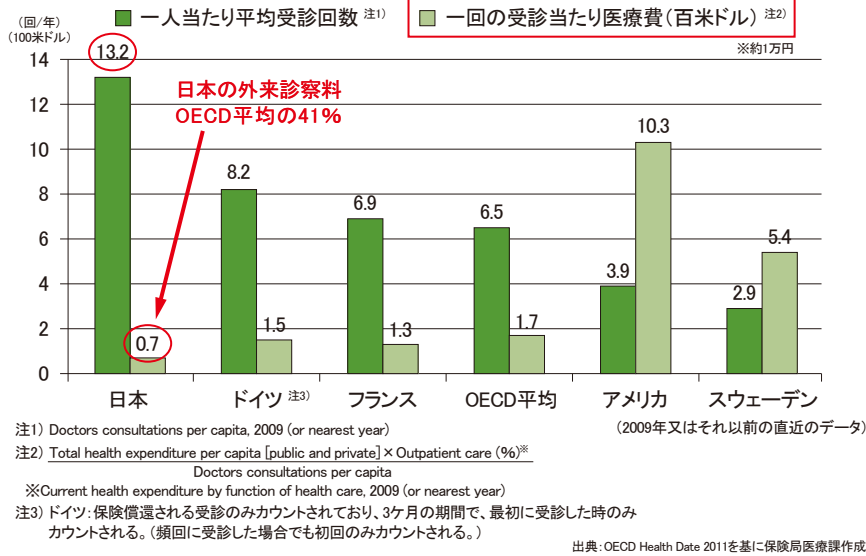
今回の新型コロナ禍で、医療機関全体の経営悪化が問題となったが、新型コロナ以前から経営危機回避の観点から、常勤医療秘書の人数削減や委託化の方向が見られていた。たとえ新職種 PA が創設されても、病院経営に人員配置の余裕がなければ、PA の雇用は困難であり、海外に比して極端に抑制された診療報酬点数の見直しを訴えることは PA 導入の必要最低条件である。

### ○公定価格で抑制された医療費の増額が不可欠

医療者自身が日本の医療費が公定価格で、それが先進国最低レベルに抑制されている事実を正確には認識していない。一方で日本の薬剤価格は先進国最高クラスに優遇されている。医師の労働環境を改善するためには、大学を含めた医療機関の経営改善が必要最低条件。医療者も日本の診療報酬の問題について学び、改善の努力が不可欠である。



## 一人当たり平均受診回数(年)と一回の受診当たり医療費の比較



日本医療総合研究所報告会2018.8.18「日本の薬価を巡る諸問題」  
 大坂ファルマプラン社会薬学研究所 主任研究員 小藪幹夫

図7-8

## 上部消化管内視鏡料金 (病院内視鏡)

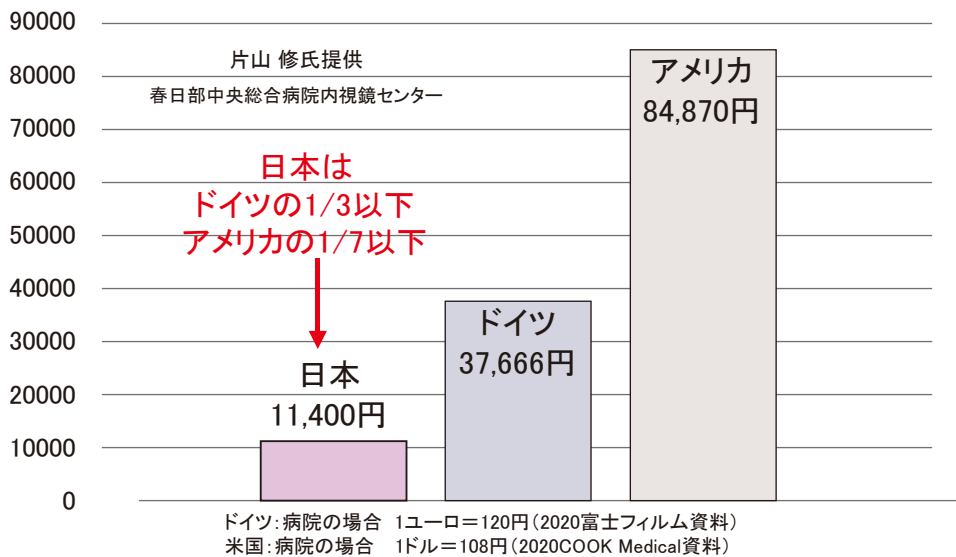
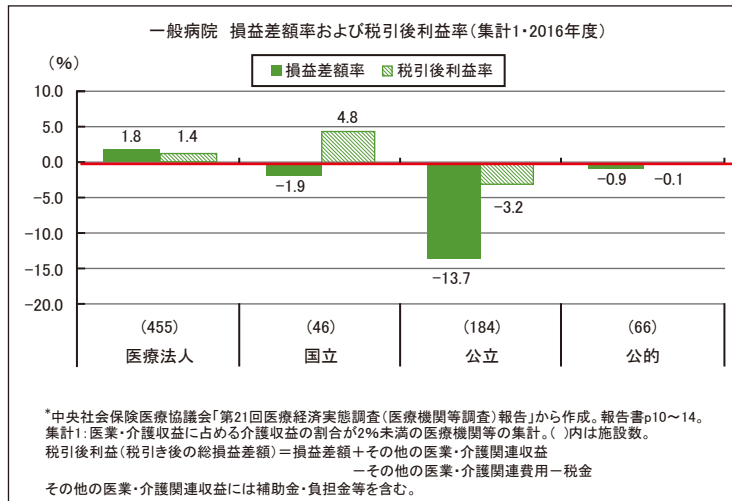


図7-9

## 厳しい日本の病院経営！！

図 2.2.3 損益差額率および税引後利益率（2016年度）



「医療経済実態調査」(病院・診療所)の分析と考察 日医総研ワークキングペーパー平成29年12月前田由美子

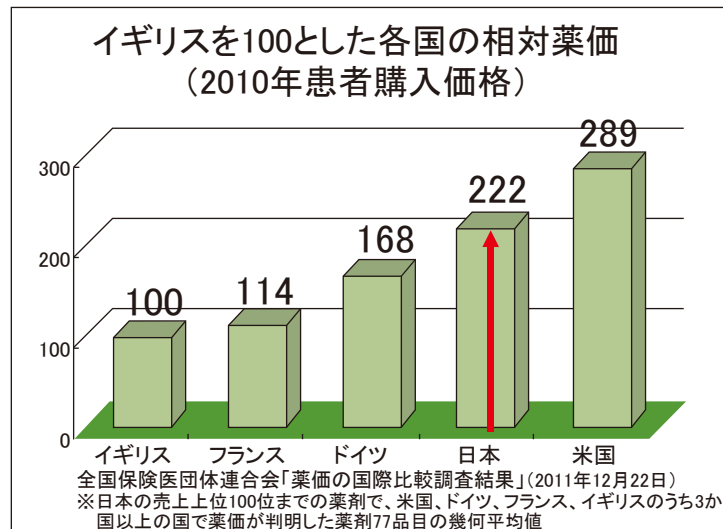
病院の損益差額は一般病院で赤字が拡大し、精神科病院では黒字から赤字に転落している。また医療法人の一般病院は黒字ではあるが、損益差額率は1.8%に過ぎず、再生産のための財源を確保できる状況にない。一方公的病院では損益差額率は▲13.7%で一般会計からの繰入金等によっても税引後利益率は▲3.2%で、中小民間病院も医業収益は減収しており、特に小規模病院で黒字から赤字に転落している。これらの収益性悪化の一因として、一般病院では医療の質の確保、患者ニーズの多様化に対応するため、さまざまな職種の人員が増加しているが、こうした多職種への評価が十分でないこと

2018.9.12 NPO法人医療制度研究会 本田 宏

図7-10

## 日本の薬価をめぐる諸問題 京都保険医協会政策部会

京都保険医新聞 第2982号 2016年11月10日



2018.5.12 NPO法人医療制度研究会 本田 宏

図7-11

新型コロナ感染で、「欧米に比して感染者数が少ない日本で、なぜ医療が崩壊したのか」が社会問題化している。この背景には「OECDより13万人医師不足」の日本では、感染症や集中治療専門医も極端に不足し、低医療費政策と人員不足で重症者用ベッド数も欧米に比し少ない問題があった。

今回の新型コロナ感染症では、「なぜ感染者数が欧米より少ない日本で医療が崩壊したのか」が社会的な関心を集めたが、その根底の医師不足はほとんど話題になっていない。医師の絶対数不足による長時

間労働は診療科の偏在を拡大する要素にもなっており、以下のように多くの点で日本の医療の質と安全に多大な影響を及ぼしている。医学会連合は医学研究の停滞をくい止めるためにも、医師不足と実効性あるタスクシフト PA 導入を推進すべきである。

新型コロナ禍で医療に関心が高まっている今こそ、国民に「安心で質が高い医療」提供のため、医学会が声をあげる千載一遇のチャンスである。

### 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？

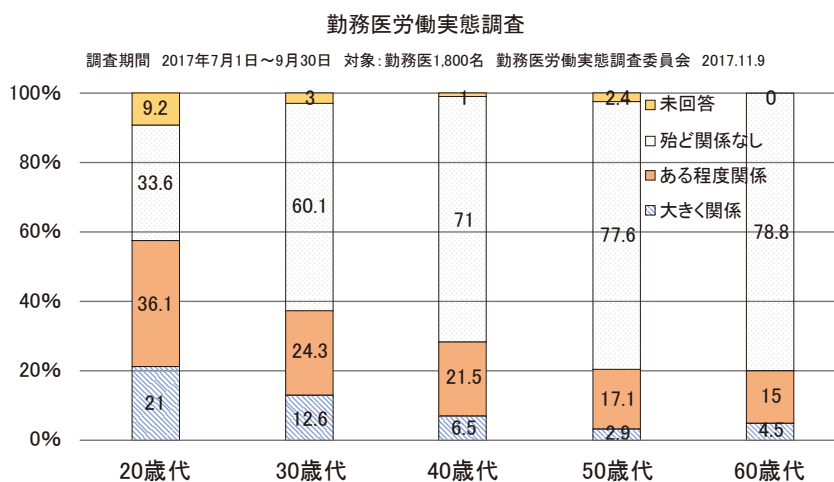


図7-12

医師不足を改善できないと

- 感染症や大型災害時の医療崩壊
- 医療機関閉鎖縮小→医療空白地帯
- 患者安全・医療の質低下
- 診療科・地域偏在悪化
- 医学研究停滞
- 医師の過労死・過労自死

本論文の作成に当たって明治大学経営学部准教授、早川佐知子氏の多大なご協力を頂いた。心から感謝いたします。

参考資料（早川佐知子氏、米国の PA 養成所など）

#### 【各州の養成課程】

名称	設立年
アラバマ州 (3)	
University of Alabama at Birmingham School of Health Professions	1967
University of South Alabama College of Allied Health Professions	1996
Samford University School of Health Professions	2019

アラスカ州 (1)	
MEDEX Northwest, the Physician Assistant Program at University of Washington School of Medicine	2009
アリゾナ州 (3)	
A.T. Still University Arizona School of Health Sciences	
Midwestern University	
Northern Arizona University	
アーカンソー州 (2)	
Harding University	2005
University of Arkansas for Medical Sciences	2013
カリフォルニア州 (16)	
California Baptist University	
California State University, Monterey Bay	
Chapman University	
Charles R Drew University of Medicine and Science	1971
Dominican University of California	
Keck School of Medicine of Southern California	
Loma Linda University, School of Allied Health Professions	2000
Marshall B. Ketchum University	2012
Samuel Merritt University	
Stanford University Medical Center Primary Care Associate Program	
Southern California University of Health Sciences	
Touro University-California	
University of California Davis, Betty Irene Moore School of Nursing	
University of La Verne	
University of the Pacific	
Western University of Health Science	1990
コロラド州 (4)	
Colorado Mesa University	
Red Rocks Community College	1999
Rocky Vista University	
University of Colorado	1968
コネティカット州 (3)	
Quinnipiac University	
University of Bridgeport	2011
Yale University	1971
デラウエア州 (1)	
Arcadia University	

---

ワシントン DC (2)

George Washington University

Howard University

フロリダ州 (15)

Barry University

Keiser University

Florida International University

Miami-Dade College

Nova Southeastern University

Florida Gulf Coast University

Nova Southeastern University

South University

Adventist University of Health Sciences

University South Florida Health, Morsani College of Medicine

University of Tampa

Gannon University

University of Florida

1972

Nova Southeastern University

Florida State University

ジョージア州 (5)

Emory University

Augusta University

Mercer University

Philadelphia College of Osteopathic Medicine

South University

ハワイ州 (9)

University of Hawaii

University of Hawaii at Mānoa

Chaminade University

Honolulu Community College

University of Hawaii Kapi'olani Community College

Hawaii Pacific University

University of Phoenix

John A Burns School of Medicine

East-West Center

アイダホ州 (2)

Idaho State University, Meridian

Idaho State University, Pocatello

---

イリノイ州 (7)

Midwestern University in Downers Grove  
University of St Francis  
Dominican University  
Northwestern University  
Rosalind Franklin University of Medicine  
Rush University  
Southern Illinois University

インディアナ州 (6)

Butler University  
Indiana State University  
Indiana University School of Health and Rehabilitation  
Trine University  
University of Evansville  
University of Saint Francis

アイオワ州 (4)

Des Moines University  
St. Ambrose University  
University of Dubuque  
University of Iowa

カンザス州 (1)

Wichita State University

ケンタッキー州 (3)

Sullivan University  
University of Kentucky  
University of Cumberlands

ルイジアナ州 (3)

Franciscan Missionaries of Our Lady University  
Louisiana State University  
Louisiana State University Health Science Center Shreveport

メイン州 (1)

University of New England

メリーランド州 (2)

Anne Arundel Community College  
Towson University CCBC Essex

マサチューセッツ州 (8)

Bay Path University  
Boston University School of Medicine  
MCPHS University

---

MGH Institute of Health Professions

Northeastern University

Springfield College

Tufts University

Westfield State University

ミシガン州 (6)

Central Michigan University

Eastern Michigan University

Grand Valley State University

University of Detroit Mercy

Wayne State University

Western Michigan University

ミネソタ州 (4)

Augsburg College

Bethel University

College of Saint Scholastica

Saint Catherine University

ミシシッピ州 (1)

Mississippi College

ミズーリ州 (4)

Missouri State University

Saint Louis University

Stephens College

University of Missouri

モンタナ州 (1)

Rocky Mountain College

ネブラスカ州 (3)

College of Saint Mary

Union College

University of Nebraska

ネヴァダ州 (2)

Touro University

University of Nevada Reno

ニューハンプシャー州 (2)

Franklin Pierce University

MCPHS University

ニュージャージー州 (3)

Monmouth University

Rutgers University

---

Seton Hall University

ニューメキシコ州 (2)

University of New Mexico

University of St. Francis

ニューヨーク州 (22)

Albany Medical College

Clarkson University

CUNY York College

D'Youville College

Daemen College

Hofstra University

Le Moyne College

Long Island University

Marist College

New York Institute of Technology

Pace University – Lenox Hill Hospital

Pace University – Pleasantville

Rochester Institute of Technology

St. John's University

Stony Brook University

SUNY Downstate Medical Center

SUNY Upstate University

The CUNY School of Medicine

Touro College – Manhattan

Touro University – Bay Shore

Wagner College

Weill Cornell Medicine Graduate School of Medical Sciences

ノースカロライナ州 (10)

Campbell University

Duke University Medical Center

East Carolina University

Elon University

Gardner Webb University

High Point University

Lenoir-Rhyne University

Methodist University

Wake Forest University School of Medicine

Wingate University



---

ノースダコタ州 (1)

University of North Dakota

オハイオ州 (12)

Baldwin Wallace University

Case Western Reserve University

Kettering College

Lake Erie College

Marietta University

Mount St. Joseph University

Ohio Dominican University

University of Mount Union University

University of Dayton

University of Findlay

University of Mount Union

University of Toledo

オクラホマ州 (3)

Oklahoma City University

University of Oklahoma – Oklahoma City

University of Oklahoma – Tulsa

オレゴン州 (2)

Oregon Health and Science University

Pacific University

ペンシルベニア州 (22)

Arcadia University

Chatham University

DeSales University

Drexel University

Duquesne University

Gannon University

King's College

Lock Haven University

Marywood University

Mercyhurst University

Misericordia University

Penn State University

Pen Philadelphia College of Osteopathic Medicine  
nsylvania College of Technology

Saint Francis University

Salus University

Seton Hill University

---

Slippery Rock University  
Temple University Lewis Katz School of Medicine  
Thomas Jefferson University – City Center Campus  
Thomas Jefferson University – East Falls Campus  
University of Pittsburgh  
University of the Sciences of Philadelphia

ロードアイランド州 (2)

Bryant University  
Johnson & Wales University

サウスカロライナ州 (5)

Charleston Southern University  
Francis Marion University  
Medical University of South Carolina  
North Greenville University  
University of South Carolina, SOM

サウスダコタ州 (1)

University of South Dakota

テネシー州 (7)

Bethel University – TN  
Lincoln Memorial University  
Lipscomb University  
Milligan College  
South College  
Trevecca Nazarene University  
University of Tennessee Health Sciences Center

テキサス州 (8)

Baylor College of Medicine  
Hardin-Simmons University  
Interservice  
Texas Tech University Health Sciences Center  
University of North Texas HS Center Ft Worth  
University of Texas Medical Branch at Galveston  
University of Texas Rio Grande Valley  
UT Southwestern School of Health Professions

ユタ州 (2)

Rocky Mountain University of Health Professions  
University of Utah

ヴァージニア州 (8)

Eastern Virginia Medical School

Emory & Henry College  
 James Madison University  
 Jefferson College of Health Sciences  
 Mary Baldwin University  
 Shenandoah University  
 South University  
 University of Lynchburg

ワシントン州 (2)

Heritage University  
 University of Washington

ウエストヴァージニア (3)

Alderson Broaddus University  
 University of Charleston  
 West Liberty University

ウイスクンシン州 (5)

Carroll University  
 Concordia University  
 Marquette University  
 University of Wisconsin – LaCrosse  
 University of Wisconsin – Madison

【具体的なカリキュラム】

① University of South Alabama の場合

座学学年			
第1学期 (夏)	第2学期 (秋)	第3学期 (春)	第4学期 (夏)
臨床医学 I 臨床医学 I (実験) 人体肉眼的解剖学 生理学 感染症入門	臨床医学 II 臨床医学 II (実験) 薬理学 I 病態生理学 I 医療における PA の問題と 公衆衛生 I 診療データと解釈 I	臨床医学 III 臨床医学 III (実験) 薬理学 II 病態生理学 II 医療における PA の問題と 公衆衛生 II 診療データと解釈 II	臨床医学 IV 臨床医学 IV (実験) 薬理学 III 病態生理学 III 医療における PA の問題と 公衆衛生 III 診療データと解釈 III

臨床学年			
第5学期 (秋)	第6学期 (春)	第7学期 (夏)	臨床ローテーション
臨床ローテーション	臨床ローテーション	臨床ローテーション 累積的評価	8 週間：プライマリケア・家庭医学 4 週間：救急医療 外科・内科・産婦人科・小児科・精神科・ 選択

② Samford University の場合

1年次			2年次			3年次
秋	春	夏	秋	春	夏	秋
人体肉眼的解剖学 (4単位)	患者評価 I (3単位)	患者評価 II (3単位)	患者評価 III - 臨床的意思決定 (2単位)	臨床サービス I (4単位)	臨床サービス V (4単位)	臨床サービス IX (4単位)
生理学基礎 (4単位)	臨床医学基礎 I (4単位)	臨床医学基礎 II (4単位)	臨床医学基礎 III (4単位)	臨床サービス II (4単位)	臨床サービス VI (4単位)	臨床サービス X (4単位)
臨床検査診断 (2単位)	臨床治療学 I (3単位)	臨床治療学 II (3単位)	臨床治療学 III - 実践的応用 (2単位)	臨床サービス III (4単位)	臨床サービス VII (4単位)	臨床サービス XI (4単位)
PA という職業の基礎 (1単位)	心電図の評価 / 画像診断 (2単位)	医学研究の基礎 / 文献評価 (3単位)	上級実践処置 II (2単位)	臨床サービス IV (4単位)	臨床サービス VIII (4単位)	臨床サービス XII (4単位)
生物医学の倫理 / 遺伝学 (2単位)	外科学基礎 I (3単位)	外科学基礎 II (3単位)	行動科学 (3単位)			累積的評価
医療政策とケアのマネジメント / リスクマネジメント (2単位)	病態生理学 (3単位)	上級実践処置 (2単位)	事前臨床セミナー (1単位)			
			上級医療シミュレーション (2単位)			

計117単位

文献

- 1 Grimaldi, Peter W. (2020) "Restructuring a Physician Assistant Department at an Orthopedic Specialty Hospital in Response to the COVID-19 Pandemic", The Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surge, 18 August 2020
- 2 早川佐知子 (2018) 「The Shifting Division of Labor Systems and Significance of Nurse Practitioners - Focused on the Changes of Medicine -」、『広島国際大学 医療経営論叢』第11号
- 3 アメリカの PA を創設する際にも、ソヴィエトの Feldsher を参考に検討した資料が残されている。
- 4 Cawley = Hooker (2018) より
- 5 1990年代のアメリカの医療ドラマとして有名な「ER 救急救命室」にも PA が登場し、主に軽傷者の処置を担当している。また、理学療法士から夜学に通ってキャリアアップした過程も、台詞の中で語られている。

### 第3章 大学病院医師や研修制度における専攻医及び女性医師の課題

#### 8. 大学病院医師の問題（森山 寛）

##### 【背景・概略】

大学病院の勤務医師（臨床系教員）をはじめとする医療関係者の献身的な働きにより我が国は、国際的にトップレベルの医療提供体制が構築され、先進的で極めて質の高い医療レベルが維持されてきたといっても過言ではない。また大学病院に勤務している医師は、診療、教育、研究を通じて社会に貢献することが期待されている。しかしながら勤務医師とくに大学病院の勤務医師は長年にわたり厳しい労働環境におかれているが、それに見合う処遇を受けてきたとは言いがたい。

今回の働き方改革では、主として勤務医師の労働時間の管理・改善に注目がおかれているように見受けられるが、労働環境・処遇に関して様々な問題を抱える大学病院の勤務医に関しては、適切な勤怠管理ならびに第一線の医療現場で働く者の声を広く聞くなど、まずは実態を的確に把握し、改善・解決の糸口を見出すことが、医師の労働環境の改善に繋がり、ひいては我が国における良質な医療供給体制の維持にとり極めて重要となる。

大学病院の勤務医師は過酷な労働環境の中“診療”“教育”“研究”に係わる業務を日常、平行的に行っており、診療が業務の大半を占める一般病院の医師とは異なる背景を有する。加えるに地域の大学病院は、特定機能病院としての高度・先進医療の開発・実施などを行うとともに、各地域の中核的な病院として、24時間体制での高次の救急医療など質の高いより安全な医療提供を行うとともに、地域のニーズに応えるために地域の病院へ医師を派遣するなど、大学や教室（講座）は良質な医療を提供するため可能な限りの尽力を行ってきた。

しかしながら、研修内容や待遇面の改善も含め良医育成を目的として臨床研修制度が平成16年に必修化されてから、結果として様々な理由により、臨床研修終了者のうち大学において後期の研修をする（大学に戻る）率が50%を割り込む状況が長く続いている。いわゆる若手医師（研修医、専攻医）の大学離れである。この問題については旧態依然とした教育体制や処遇などの改善を怠ってきた大学（講座）側の責任でもあった。また新たな研修制度は首都圏を含めた都市部に医師が集まるという地域偏在、そして勤務内容の厳しい外科系が敬遠されるなど診療科の偏在が加わり、更に大学病院で勤務を希望しない医師の増加も相まって、大学病院のマンパワー不足が急速に進んだ結果、地域の医療ニーズのkeyとなる医師の派遣に関して、大学や各科の教室が対応できないという事態が各地域で発生している。このままの状況で推移すると地域によっては、医療の供給体制が継続できず医療崩壊を招く恐れもあり、この点においても早急な改革が必要となる。

一方、大学医学部・医科大学や大学病院は医育機関であり“診療”の他、医学生や研修医に対する“卒前・卒後の教育”やコメディカルへの教育も求められている。従って大学病院に勤務する医師は、教育に多くのエフォートを割り当てる結果となっている。講義・演習・試験など医学生教育は少人数制を原則とするため、教員側の負担は多い。今後、医学生（スチューデント・ドクターとして）による医療行為が臨床の現場で定着し、認められた範囲において各種の検査や手技などの医療行為が実施されるようになると、卒前教育にかかる時間は長くなり教員の負担は増えることになる。これら卒前教育のみでなく、臨床研修ならびにその後の後期研修（レジデント）へとシームレスに繋がる卒後の教育はその医師の成長にとって重要な時期であり、決して手を抜くことはできない。

更に大学病院の勤務医においては、もう一つの必修領域として自己のキャリア形成に係わる“自己研鑽”あるいは学会参加などの“自主的な活動”がある。しかしながらこれらの“自己研鑽”あるいは“自主的な活動”の定義や他の業務との線引き（区分け）は労働実態の調査における key point であるが、現実的には容易ではなく、各大学により解釈は若干異なっているようである。

これらの問題をソフトランディングさせる一つの考え方として“専門業務型裁量労働制”があり、研究に携わる機会の多い教授、准教授、講師などを対象とした“裁量労働制”が検討されている。現在までのところ助教はまだ対象外のような印象であるが、個人的には、できれば助教を含め大学病院に勤務するすべての医師を対象に入れるなどの柔軟な考えが、医療の現場の環境改善に寄与すると考える。

ただし、一般則と異なる当直の在り方を含めた大学病院向けの専門業務型裁量労働制の導入が望ましいと考える。


勤務医師の業務の軽減、勤務時間の短縮とともに給与や手当の処遇改善は極めて重要な事項である。現在の大学病院勤務医は、外部勤務（外勤：アルバイト）をしなければ生計は全く成り立たない。大学の給与だけでは生活が維持できないために、他施設でも診療を行っている医師がほとんどである。これらの副業や兼業は、勤務時間外という扱いになっている。他施設で勤務ができなくなれば、収入面で困窮する医師達は大学病院を退職するだろう。従って、“裁量労働制”においても外部勤務、副業・副業はむろん宿日直の是認も必要となる。

一方で大学（拠点）病院から地域の病院への医師の応援が地域医療の確保に極めて重要な要素となっている。出張している医師が時間外勤務の関係で診療応援に対応できなくなると、派遣を受ける病院では地域医療の継続が困難に陥る可能性が想定される。大学の給与の低廉さから生活資金捻出のために出張せざるを得ない実態が日常的であることは医療関係者の間では、かねてより十分認識され、改善すべき優先事項であることも共通の認識であるが、厳しい病院経営の現実もあり、未解決のままで残っている。

全国の大学医学部、医科大学の医学部長や病院長で構成される《全国医学部長病院長会議》は、2019年に「大学医学部・大学病院に勤務する臨床系教員の働き方改革に関する提言」を発出している。すなわち『大学病院は“教育・研究活動とともに地域の医療提供体制の要の役割を果たしている。大学医学部・医科大学・大学病院に勤務する臨床系教員はこれまで教育・研究・診療の各分野の業務を並行的に遂行してきた。特に大学病院の果たす大きな役割の一つが、将来にわたる医学・医療の発展・向上に資する“研究活動”である。臨床系教員の働き方改革においては、本人の裁量の幅が比較的広い研究者としての面と、臨床医としての働き方の面との二重性を前提として、両立可能な方策に基づいて進められる必要がある』とし医療提供に支障を来し地域の医療崩壊を招くことなく臨床系教員に関して勤務形態の見直し、労働時間の上限設定についての一つの考え方が示された。

また同会議は2019年に大学病院経営実態調査（勤務医師の労働環境などを含む）を行い、大学病院の抱えている問題ならびに大学病院勤務医の労働環境の改善状況について、問題点を抽出し、経営を含め大学病院勤務医労働環境の改善に向けての検討状況を調査している。特に大学病院の院長として短・中期的視点から早急に改革・改善を要するものとして、「勤務医の働き方改革・処遇改善、負担軽減」など勤務環境の改善が最優先事項として認識されていた（表8-1、8-2）。厳しい経営環境の中においても医師の労働時間の短縮については約75%の施設で取り組みが始まっているが、実際の短縮の具体策については検討中の施設が多く、今後の環境改善に向けた取り組みの加速化は喫緊の課題である。

大学病院の抱えている問題点  
短期的（今年度）問題点（複数選択）

	全国
回答院数	(79)
1 医師不足	32
2 看護師等専門職人材不足	27
 3 働き方改革・処遇改善・負担軽減	68
4 大学病院・特定機能病院の機能強化	27
5 収入増が必要	51
6 設備投資関連	50
7 医療経費増	54
8 制度問題	4
9 その他（大学の個別課題）	8

全国医学部長病院長会議  
「大学病院経営実態調査2019年」より引用

表8-1 大学病院が抱えている問題点 短期的（今年度）問題点（複数選択）

中期的（今後5年間程度）問題点（複数選択）

	全国
回答院数	(79)
1 設備・機器更新	61
2 収入の不安定さ・経営改善	42
3 人材確保	50
4 病院機構改革	14
 5 勤務環境・処遇改善	57
6 地域医療貢献・連携	37
7 臨床研究・先進医療	42
8 リスク管理	18
9 教育研修体制改革	16
10 その他	2

全国医学部長病院長  
「大学病院経営実態調査2019年」より引用

表8-2 中期的（今後5年間程度）問題点（複数選択）

一方、医師の業務負担の軽減と勤務時間の短縮のため、従来医師が行ってきた業務を見直し、業務の分散化や軽減化に関して、医療の質と安全性確保を前提とした上でのタスクシフトの推進も徐々に具体化されてきている。看護師特定医療行為をはじめとする多くの他職種への業務移管が進められ、MC（メディカルクラーク）による事務業務の代行などの医師の業務の事務的・臨床的業務の効率化・軽減化が徐々に進みつつある。さらに女性医師における継続的就労及び臨床現場への復帰の支援体制の整備などは、直接ならびに間接的に勤務医師の業務の軽減化や労働の効率化に大きな役割を果たす。また病棟に

においては労働時間の短縮のために主治医制からチーム診療制への移行促進も行われつつある。更にAIの利用（例：音声による電子カルテ入力）など進歩したテクノロジーの活用による業務の軽減や効率化の手法もある。

一般的な職業と同様に単純に医師の労働時間を規制したのでは、日本の医療の質向上に悪影響を及ぼすことになる。大学病院の勤務医師を核として「持続可能で質の高い医療提供体制を堅持するために、医師などの給与をはじめとしてある程度満足でき、ゆとりのある職場環境の確保を前提とした医師の働き方改革」を目指すことが重要である。自己研鑽の時間が確保されるとともに、勤務医のモチベーションを向上させ、大学・病院にとり持続性のある財政の安定化がもたらされるような解決策を模索する必要がある。

本項では本報告書における各項目内容と重複するところは多々あるが、「労働時間」「業務軽減と業務移管」「人的資源の活用」「勤務環境改善」「病院間の機能分化と集約化」「処遇改善」「財源確保」などの視点から、大学病院勤務医の現状と課題そして労働環境の改善策などについて表8-3にまとめた。

【現状での問題点、課題と対応策】 表8-3

1. 勤務時間（労働時間）の管理について
  - 1) 自己研鑽（自主的活動）の取り扱いについて（裁量労働制導入を踏まえ）
  - 2) 勤務時間の公平及び平等の取り扱い
2. 業務の軽減化、多職種への業務の委譲：タスク・シフティング
  - 1) 看護師特定医療行為、NP、PAを確保するための具体的ロードマップ
  - 2) 薬剤師の特定医療行為の拡大
  - 3) 当直明けの業務軽減、連続勤務時間の是正
  - 4) 教育業務における専任医師の設置
  - 5) テクノロジーの推進と業務軽減
3. 大学病院のマンパワー不足への対応（メディカルスタッフも含め）

—人的資源の活用（詳細は他の項目を参照）—

  - 1) 医師の偏在（地域、診療科、大学勤務／開業など）の是正。
  - 2) 女性医師の活用（多様な勤務形態など）
  - 3) 潜在看護師の復職活動、再教育の仕組みの構築
4. 医師の処遇改善：医師の給与や手当の改善など、QOLの向上
5. 病院間の役割分担（機能分化）や統合
6. 医療機関集約による効率化（医療費の再配分）
7. 大学病院の財政基盤の強化

【現状での問題点、課題と対応策】

1. 勤務時間（労働時間）の管理について

まずは大学病院勤務医の職務としての臨床活動・教育・研究と、自主的活動（自身のキャリア形成のための自己研鑽）や学術活動（学会参加や論文執筆など）を区別した上で勤怠管理をし、実態に近い状況を把握することが必要である。現実には勤怠管理システムを使うことになるが、数字上は問題ないようにみえても、現実（現場）との乖離は小さくないものと予測される。



## 1) 自己研鑽（自主的活動）の取り扱いについて

現行の運用における診療、教育、研究そして自己研鑽（自主的活動）などについては、内容の捉え方（定義や解釈）が不明確で、ある程度の定義づけが必要である。労働時間や労働の定義を各施設において統一し明確化を諮る意味で現場の実態を反映した「医師の労働時間に関するガイドラインや手引き」などを作成し理解を深める必要がある。

あるいは現在盛んに検討されている研究などを中心とし、教授、准教授、講師を対象とする“専門業務型裁量労働制”の導入が、解決の一つの糸口のように思える。医療の現場が混乱しないように、対象を助教までに範囲を広げ、宿日直が可能となるようにすると、大学病院における医療の質も維持され、出退勤管理も単純化でき、臨床の現場の混乱も最小限に抑えられる。是非この裁量労働制を上手く制度設計することを望むものである。

いずれにしても、自己研鑽の時間が十分確保できるような仕組みが必要である。

## 2) 勤務時間（労働時間）の公平及び平等の取り扱い

週の所定労働時間40時間未満の大学病院については、年間時間外労働の上限に40時間との差分を積算する配慮が必要となる。

## 2. 業務の軽減化：多職種への業務の委譲（タスク・シフティング）

—他の項目に詳細が記述されているので、そちらを参照—

### 1) 看護師特定医療行為、NP、PAの確保のための具体的ロードマップ

看護師特定医療行為可能者を、2025年までに約10万人を輩出することを目標にしているが、特定医療行為の範囲拡大および短・中期的にPAの相当数を確保できる具体的ロードマップを示す必要がある。

### 2) 薬剤師の有効活用

NPを育成して確保するにはかなりの時間を要する。資格職として充足している薬剤師を活用することも短期的には有効である。日本の薬剤師は、他国に比べ多い。人口千人当たり日本が1.6名、フランス、スペイン1.1名、アメリカ0.9名となっている。

### 3) 当直明けの業務軽減、連続勤務時間の是正

「連続勤務時間の是正」「勤務間インターバル確保」の対策として、当直明けの勤務状況の調査を行った上で、「宿直及び日直は月回数の限度を設定」「複数科当直の実施」「連続当直予定の回避」「予定手術前日の当直の配慮」「当直明け勤務負担の緩和」などの検討を進めていく。

また医師の負担軽減として、女性医師の多様な働き方（時短等の勤務体制、復職支援体制）を実践することにより、医師の人員確保、過重労働者への負担軽減に繋がる可能性がある。

### 4) 教育業務の専任医師の設置

大学病院の医師は良医育成のため医学生や研修医の教育も行っているが、講義、臨床実習指導、試験問題作成と評価、各種演習の担当など、診療の傍らで行うには負担が大きい。改善策として、医学教育専任の医師を育成する策である。

### 5) テクノロジーの推進と業務負担の軽減

少子化による労働者人口の急減と高齢化に伴う医療・介護・福祉サービスの需要の増加が見込まれる中、医療分野においては医師や看護師の人材不足を解消する手法として、AI、ロボット、ICT等の「テクノロジーの活用」は働き方改革推進の一助となり得る。例えば、音声による電子カルテ入力は医師の業務時間短縮や医療安全に最も効果的であると考えられる。AIによる音声入力のできる電

子カルテシステムは既に実用化されている。医師から多職種へのタスクシフトもいずれ限界となる中、入力作業の省力化はとても有効な手段となりえる。

### 3. マンパワーの不足への対応（コメディカルスタッフも含め）

#### 1) 人的資源の活用（詳細は他の項目を参照）

- (1) 医師の偏在（地域、診療科、大学勤務／開業など）の是正
- (2) 女性医師の活用（多様な勤務形態、保育所、病児保育所の設置）
- (3) 潜在看護師の復職活動、再教育の仕組みの構築

看護師免許を持っているにも関わらず臨床の現場で働いていない看護師（潜在看護師）は全国に約71万人存在している。その要因は結婚や出産などのライフステージの変化によるもの、在籍中の職場環境によるものであるが、約85%の方が、職場復帰を希望しているという調査もある。潜在看護師を社会復帰させることで、人材不足をカバーするための教育（復職プログラム）や福利厚生を整備が必要となる。

#### 4. 医師の処遇改善：医師の給与や手当の改善など、QOLの向上

—外部勤務について（兼業・派遣医療機関への時間外のカウントに配慮）…

大学病院勤務医は、大学からの収入のみでは生活が維持できないため、外部勤務（外勤：検校・副業：いわゆるアルバイトで勤務時間外扱い）を行っている。副業や兼業は、勤務時間外という扱いになっている。他施設で勤務ができなくなれば、大学に勤務する医師は退職し激減することが推測できる。

一方で大学病院から地域の病院への医師の応援が地域医療の確保に極めて重要な要素となっている。派遣や出張医師が時間外勤務の関係で診療応援に対応できなくなると、派遣を受ける病院では地域医療の継続が困難に陥る可能性が想定される。大学の給与の低廉さから生活資金捻出のために出張せざるを得ない実態もあることを再度認識する必要がある。

#### 5. 病院間の役割分担（機能分化）

大学病院と地域の中核病院や診療所が効率的に役割分担をすることにより、大学病院は急性期医療や高度医療を必要とする患者に集中でき、必然的に大学の医師の働き方改革にも繋がる。

#### 6. 医療機関集約化による効率化（医療費の適正配分）

地域によっては、各種母体の中規模の病院も存在する（例：県立、市立、日赤、私立など）。病床数の多い日本において、医療機関の集約により医師の配置の効率化が可能となり、患者側では質の高い医療が受けられるメリットがある。集約化により、限られた医療資源（マンパワー・財源）を効率よく配置・分配し、人員不足の解消と、同時に財源が必要とされる医療機関への集中投資により経営の安定化に繋がる。

#### 7. 財政基盤の強化（財源確保、大学病院の経営の安定化について）

財政的な支援や経営の安定化なくして大学勤務医の処遇改善の決定打や有効打はない。タスクシフトにより医師の業務が軽減され、質が向上したとしても、業務を受ける職種が増員となるので人件費は増え、病院経営を逼迫させる。

本アンケートにおける“勤務医師の処遇改善に資するアイデア”については39学会から様々なご意見や要望が寄せられたが、要望項目や内容は多くの点で近似している。大学病院は長年にわたり経営改善（黒字化）のための様な工夫（病院の事務系では常勤から派遣・委託へ）また医師の給料を抑制などの人件費の削減を行ってきたが、もはや限界である。

医師の労働環境の改革や改善には、大学・病院の財務基盤の強化・安定化が必須であり、そのためには国や自治体からの補助金や交付金のアップ、大学病院（特定機能病院として）における診療報酬上のアップが必須である。

### 【今後の展開】

地域医療において大学病院の果たす役割は大きく、地域の特性に応じて基幹・拠点病院の責務を果たさねばならない。従って時間外労働の上限規制の適用により、地域における医療提供体制の維持が困難になることも予想される。ある意味での医療崩壊の始まりを危惧するものである。大学病院や勤務医師の自助努力だけでは働き方改革は実現せず、国に対して政策上、財政上の抜本的改善の必要性の理解を得ながらのパラダイムシフト改革の必要を感じる。

少しずつではあるが大学病院勤務医師の長時間連続勤務をはじめとする多くの診療に関する業務は、徐々にシフトされ医師の業務は軽減化、効率化の入り口によりややくにしてたどり着いた感がある。しかしながら、大学病院の医師の業務は診療のみならず卒前・卒後教育そして研究と極めて多岐にわたっており、前述のごとくほとんどの大学病院は喫緊の課題ととらえ改善に意欲を見せている。だがその取り組みのスピードは緩慢である。あらゆる面からの改革を加速する必要がある。しかしそれぞれの課題は複雑に関係しており、また改善には財政上の問題をクリアしなければならぬ事項も多い。様々なフィールドを巻き込んだ検討、財政的な支援が必要となる。最重要課題は財源の確保いわゆる大学病院の健全経営である。

しかしながら診療報酬は連続してマイナス改正となり、消費税、控除対象外消費税（損税）対応を含めて病院側にとっては財政的に危機的状況に追い込まれている。また、新型コロナ対策における種々の対策費や補助金が膨大となっており、関連経費の回収は、後世にそれを負担させることになる可能性の高いことが予測される。

いずれにしろ地域医療の充実において大学病院の果たす役割は極めて大きく、また同時にそこに勤務する医師の労働環境の改善は必須事項である。大学病院の勤務医師の労働環境の大変革を試みても、大学病院の医療を巡る様々な課題は互いに密接に関連しており、すぐには大きく進まない状況にある。それらを総合的に捉え様々な問題点を抽出し、行政（政府）の理解と十分な財政支援が得られる解決策を講じない限りは、勤務医師の働き方改革が実りあるものとして実現するとは考え難い。地域医療の充実、研究活動の活性化、良医育成など、大学病院に求められる範囲は広く、同時に勤務医の処遇の改善も時間的な猶予はない。

### 参考文献

1. 「働き方改革もたらす新時代の病医院経営」 医療経営白書2019年度版  
編集員代表 吉原健二 ヘルスケア総合政策研究所
2. 「医師の働き方改革 研究班報告」厚労省医師養成等企画調整官 室長 加藤琢真 臨床系教員の働き方改革WG
3. 「大学病院経営実態調査」2019年、全国医学部長病院長会議

## 9. 女性医師の労働問題（齊藤 光江）

### 【はじめに】

2023年には、医師の時間外労働によりやくメスが入るが、医師の過剰労働の大きな弊害は、以下の三つに集約できるのではないだろうか？①**医師ら本人たちの心身の健康被害**、②**結果として招いている医師の診療科偏在・地域偏在が与える市民への医療供給体制の問題**、③**女性医師を医療現場の中心から遠ざけてしまうことによる弊害**。そしてこれら3つは全て、医療崩壊の危険と無縁ではない。では、医師の労働改革が、現在厚労省主導で進められている水準ごとの労務管理から、段階的に他職種と同レベルまで進められたとして、上記①②③は解決するのだろうか？①はよいとして、②の**診療科や地域偏在**は、労働時間だけの問題ではないものの、医師の過剰労働に起因する部分が大いにあると考えられる。即ち、労働時間を過剰に増やすことで従事する医師の減少分を補っている外科・内科・小児科・産婦人科などは、その長時間労働が故に若い担い手を新たに確保することが常に大きな課題となっている。本来ならば、労働条件改善で労働力を確保することを目指さなくてはならないところであるが、過剰労働で何とか需要に見合った供給ができていた現状を考えると、過渡期においては労働時間短縮でバランスを大きく崩し、供給できない状況を生むことが大いに危惧される。担い手のリクルートに向けた労働環境改善努力と、目の前の患者を診る診療義務の板挟みが生じている。このジレンマから抜け出すためには、医師側の労働時間短縮のみならず、受診する市民側の理解を得ること、受診の必要性の見直しや市民の自己管理能力向上、予防行動の提示などの教育で、受診者数を減らす努力も必要である。この需要と供給のバランスがうまくいけば、医師の診療科偏在は改善の方向へ向かうことが期待される。地域偏在はまた別の問題であり、各自治体における都市設計に委ねたい。すなわち、今後の疾病構造と医療資源投入の分配の予想と計画の問題及び、都市設計をも絡めた自治体の医療・福祉に関するランドデザインが試される課題である。③の**女性医師問題**は、過剰労働改善で大きく改善が見込まれるものと予想できる。しかしながら、注意しておかなければならない問題がある。労働力確保として女性医師の雇用維持は達成しやすくなるかもしれないが、“女性医師の労働力確保”は、頭数としての雇用維持だけで終わってはならない。即ち、女性の視点や意見が組織運営を左右する影響力を持つような発言権の獲得が、どのように社会の成熟に利するかということを実に社会（男性も女性も）が理解していなくてはならないのである。この理解があってこそ、真に価値ある働き手として女性医師が登用され、女性自身も社会に最大限利する貢献をする動議付けがなされることになろう。本稿では、この③について中心に論じてみたいと思う。

### 【労働時間管理と女性医師】

長時間労働が常態化している現況で、働き手としての女性は、自身の生活を犠牲にしてキャリアパスを重視するか、家庭重視で医療の現場から退くか、あるいはキャリアパスに乗らない就労の選択肢を取るかの選択を迫られている。この原因の大半は医師の労働時間に管理がなされてこなかったことにあると考えられる。医師の処遇の拠り所は、ほぼ身分のみであり、その身分が専門医や指導医取得と学位取得など資格取得状況と労働の質・量に対する上長の主観的評価に依存してきたことは否めない。資格取得は客観的なものである。そしてこれに関しては、性差を認めない例として、乳癌学会会員の男女比と専門医の男女比がほぼ同じであることをデータで示したい（図9-1、9-2）。他の学会の例は図9-3に示すとおりである。主観的評価は、職場のみならず学会でも役員に選出されているか否かのデータに反映さ

れている。少し古いデータであるが、資格取得率と主観的評価のギャップが顕著に表れている例として図9-4を参照されたい。職場の話に戻るが、労働の客観的な評価は質のみならず、量に関しても行われてこなかった。すなわち労働の評価制度が事実上存在しなかったことは、他の職業と大きく異なる点である。また、主観的評価で求められがちな労働量は生きられる限界点に達し、この限界点に達することを厭わないことが診療も研究も最大のパフォーマンスを生む潜在能力とみなされてきた慣習があることも否めない。最大限働く潜在能力のある人に重要な仕事を与えられ、期待に応えられた者に身分が与えられる。この構図に、最大限働くことができない人間が入る余地は無く、医師の競争社会の中で、多くの女性はリーダーシップポジションを得る競争のトラック外に置かれてきた。

労働時間規制が敷かれれば、これまでの評価基準が自ずと変わらざるを得ず、家庭と仕事の両立を図らねばならない人々は、男性も女性も、同じ時間内でのいわば競争が可能となる。勿論、身分獲得のみならず、医療職として最も重要な職務であるところの、目の前の患者を救うという応召義務に関しても、とめどなく対応し続けるのではなく、一定の時間内で対応するという時間限定的な義務となれば、責任の及ぶ範囲を限定でき、自身の健康と自身の家庭を守りながらの職務継続が可能となる点においても、労働時間規制は人材の家庭への流出を防ぐ大きな抑止力になるであろう。従って、女性医師が職場にとどまりやすい環境を整えることで、医療崩壊を防ぐことができる。また、これまでの慣例で、もっと働きたいと思う医師たちも、家庭での役割分担で育児の機会を女性と均等に享受できるようになり、社会を子供や家庭人の視点で見ると目が養われたり、これまで以上に自己研鑽や自身の健康管理に必要な時間を確保できたりすることは、医師でも豊かに生きる権利を持つことができるという気づきに繋がるであろう。例えて言うなら、理想は、毎日16時間働く男性医師5人で支えてきた診療科は、これまでそれより少なく働く人々を受け入れなかったが、一日8時間働く男女の医師10名で支えることで、10名全員が仕事と家庭の両立とキャリアディベロップメントに費やす時間も生むことができるという図式である。

## 日本乳癌学会 男女別 新専門医数

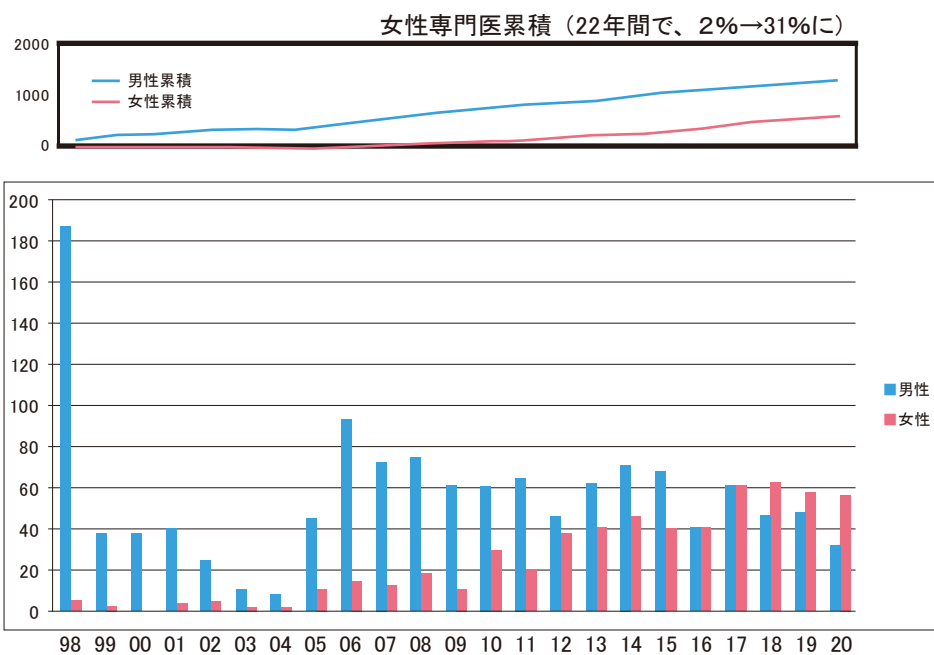
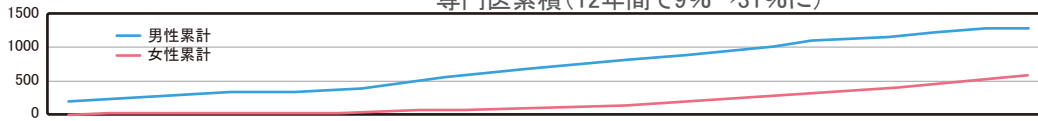


図9-1

# 日本乳癌学会評議員数は12年間で10%から18%に

専門医累積(12年間で9%→31%に)



女性は会員も専門医も約3割、評議員は18%、理事は21%

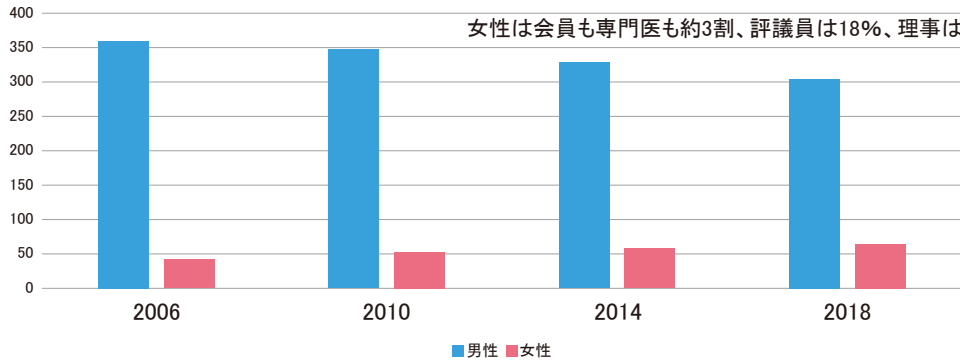


図9-2

**女性医師専門医 (男性より女性の方が取得率の高い学会)**  
 ; 客観的で公正な評価を得られる資格試験には特別なハードルが無

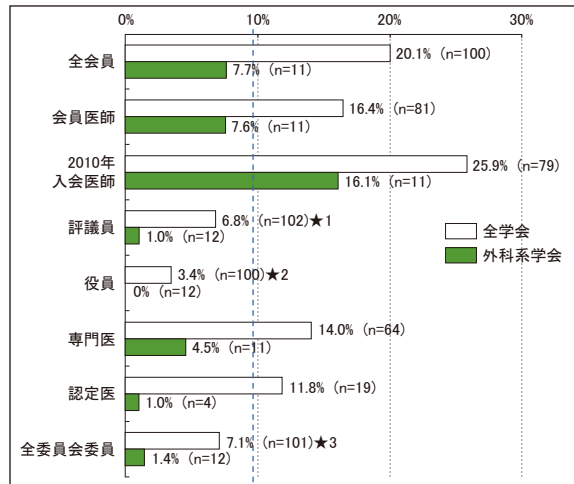
	会 員			医 師			専 門 医			
	全体	女性	女性割合 (%)	全体	女性	女性割合 (%)	全体	女性	全体取得率 (%)	女性取得率 (%)
〈専門医・認定医〉										
日本アレルギー学会	9,800	2,250	23%	9,600	2,170	23%	3,042	293	32%	14%
日本核医学会	3,465	685	20%	2,627	487	19%	1,148	160	44%	33%
日本胸部外科学会	7,802	342	4%	7,802	342	4%	2,884	26	37%	8%
日本外科学会	38,860	2,314	6%	38,860	2,314	6%	21,144	655	54%	28%
日本消化器外科学会	20,655	*(984)	5%	20,655	*(984)	5%	5,096	*(77)	25%	8%
日本心身医学会	3,594	1,275	35%	2,612	611	23%	587	135	22%	22%
日本整形外科学会	23,306	1,113	5%	23,289	1,113	5%	17,681	625	76%	56%
日本東洋医学会	8,652	1,386	16%	7,112	**		2,236	220	31%	
日本内科学会	101,567	20,201	20%	101,567	20,201	20%	14,452	2,501	14%	12%
日本乳癌学会	9,263	*(637)	7%	8,239	*(464)	6%	969	*(126)	12%	27%
日本プライマリ・ケア連合学会	5,947	1,055	18%	5,491	724	13%	173	34	3%	5%
日本麻酔科学会	11,478	3,888	34%	8,600	2,800	33%	2,966	1,115	34%	40%
日本リハビリテーション医学会	9,754	1,244	13%	9,559	1,206	13%	1,787	309	19%	26%
日本レーザー医学会	1,420	338	24%	1,251	281	22%	139	25	11%	9%

図9-3

## 女性医師の割合(平均値)

日本外科学会女性外科医支援委員会 (H24.5)

; 推薦など客観的な評価以外の評価が加わる Leadership positionに就くには社会的評価のハードルがある



注) ★1: 99学会/102学会、★2: 45学会/100学会、★3: 92学会/101学会

図9-4

### 【多様性の重要性への真の理解】

さて、労働時間の規制が与える影響については述べてきたが、労働時間規制のみで、男女共同参画が実現できるわけではないことは、様々な職種で、いまだにこれが真に実現できていないことから明らかである。労働時間規制は単に必要条件であって、十分条件ではないのである。では、十分条件は何なのか? これは、社会での多様性の重要性への理解であると考えられる。最近では、男女のみならずLGBTも含め、多様な人々で成り立つ社会において、如何なる職場も様々な視点で、様々な人々のニーズに応じていけることが、社会の成熟に繋がるに違いないのである。医療の世界もちろん例外ではない。多様性の重要性はビジネスの世界では収益に繋がるという研究結果がすでにひと昔前に数々出されている。そのうちのひとつとして、経済産業省委託事業「平成23年度企業におけるダイバーシティ推進の経営効果等に関する調査研究」の結果を図9-5に示した。多様性の無い社会の最たるものはナチスドイツに代表され、優性思想などの排他主義が他に学ぶ機会を失い、組織としての成長が止まり、発展が望めなくなることは歴史が示すとおりである。多様性の重要性は、人生において早くから体験することが重要で、また社会が多様性を維持するために、安易に異文化に迎合せず、独自性を保持することの重要性を唱える研究者もいる。(Charles Taylor. Thinking and Living Deep Diversity. Mark Redhead Rowman & Littlefield Publishers. 2002) かつて男性社会に馴染むように男性の生き方を真似た女性たちが草分けとして社会進出を果たしたが、女性は女性として産む性であることを自ら尊重した生き方をしつつ、男性と共存して社会に貢献する働きをすることを求める権利があるとともに、男女が安易にいずれかに迎合せず、異なる視点を持って医療や医学研究、教育、マネジメントに関わることで、医療界に資するという自覚を持つべきであろう。

## 2. ダイバーシティ推進による経営効果について

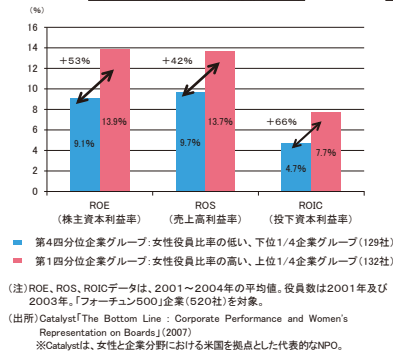
### (4)ダイバーシティ推進による経営効果に関する既存の研究成果

#### 1)企業業績へ与える影響

○女性活用が進む企業ほど経営指標が良く、株式市場での評価も高まる

- ・世界では、女性役員比率が高い企業の方が、ROE、ROS、ROICなどの経営指標が良い傾向。
- ・日本でも、女性の活躍推進に取り組んでいる企業（均等推進企業表彰企業）は、株式パフォーマンスがTOPIX平均を上回る水準で安定して上昇する傾向がみられる。

図表12 企業の業績と女性役員の比率



図表13 均等推進企業表彰銘柄の対TOPIX超過累積リターン(平均値)

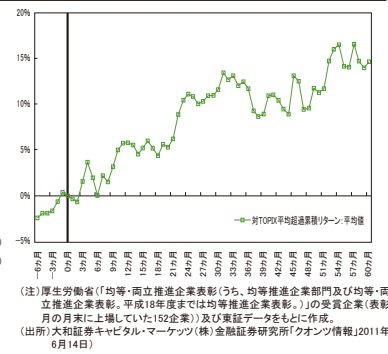


図9-5

### 【今後の医師の労働評価のあり方】

多様性のある人材登用を行い、多様性を真に重視した職場での評価は、多角的でなくてはならない。企業の役員を背の高さで選ぶことが無いように、また大学の入学選抜を数学の点数のみで行うことがないように、各部署のリーダーシップポジションには、診療実績や研究業績のみならず、人材育成の方針と成果、多様性を重んじ組織力の最大化を生む力、多数派に安易に迎合せず未来を見据えた建設的で独創的な考えを主張できる力、そして実行力など、多面的で客観的な評価をして選んだ人材を据えるべきである。そうした評価システムを医療界でも一から構築すべきである。絶対的トップの鶴の一声ではなく、また絶対多数勢力が票を束ねて決めるのではなく、公正なる客観的な評価で決定される人事であれば、自ずと多様性は生まれ、継続されていくはずである。また、そうなるような評価システム、処遇システムでなければならない。

### 【日本学術会議からの提言】

最後に、2020年に発出された日本学術会議からの提言を参考資料として添付して終わりたい。

#### 1 本提言の目的と背景

2020年、世界では新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が脆弱な立場にある女性・女兒に深刻な影響を及ぼしている。コロナ危機が顕在化させたジェンダー不平等のほとんどは、新しい問題ではない。それらは、もっとも包括的なジェンダー平等の行動計画とされる「北京行動綱領」(1995年)や「ミレニアム開発目標(MDGs)」(2001～2015年)及びその後継である「持続可能な開発目標(SDGs)」(2016～2030年)などでかねてから国際的課題として指摘されてきた。コロナ危機は、取組が不十分であったことを顕在化させ、問題の深刻さと解決の緊急性を世界及び日本のわたしたちに突きつけたと言えよう。

本提言では、「男女共同参画/ジェンダー平等」政策の対象期間を2020～2030年に設定し、危急かつ重点的に取り組むべき課題を示したい。2020年は「北京行動綱領」制定25周年にあたり、2030年はSDGs最終年にあたるという意味で、いずれも国際社会におけるジェンダー平等の達成度をはかる重要な節目



となる年である。国内でも2020～2030年には、第5次（2020年）及び第6次（2025年）の男女共同参画基本計画に基づいて男女共同参画政策の整備が進められる予定である。

男女共同参画社会基本法（1999年）が21世紀日本社会の「最重要課題」とした男女共同参画を人権・家族・労働・教育・医療・福祉を貫く横断的な重要政策の一つと位置付けて取り組まなければ、未来社会は立ちゆかない。本提言が、2030年を見据えた日本のあらゆる法・政策において十分考慮されることを期待する。

## 2 日本の男女共同参画政策の推進に向けた五つの提言

**提言1. あらゆる法・政策における「ジェンダー視点の主流化」を基本方針として明示すべきである。**

内閣府男女共同参画局をはじめとして、すべての省庁及び自治体は、2030年までにあらゆる法・政策における「ジェンダー視点の主流化」を基本方針として明示した上で、21世紀日本社会が「持続可能なジェンダー平等社会」になるための明確なビジョンを示すべきである。目下、社会のジェンダー・バイアス（雇用形態・職種・賃金・暴力被害・ケアワークなどの男女格差）を反映して、コロナ危機による負担・リスクの男女不均衡が顕在化しつつある。関係省庁及びすべての自治体は、負担・リスクの男女差も含めた公的なジェンダー統計の整備・統合をはかり、これらのデータをもとに男女共同参画政策を含むあらゆる法・政策をジェンダー視点から総合的に検証・立案・実施・評価すべきである。

**提言2. 21世紀日本社会を「持続可能なジェンダー平等社会」にするための最優先課題として、意思決定への女性参画と「無意識の偏見」の克服に取り組むべきである。**

すべての省庁・自治体及び教育・研究機関は、改革を加速するために達成目標を明示し、クオータ制等を導入して指導的立場の女性比率を計画的に引き上げることにより、政治・経済・学術分野の意思決定過程への女性参画をはからねばならない。また、文部科学省、自治体、教育・研究機関は、「無意識の偏見」の克服を次世代育成政策として明確に位置付け、学校や地域における啓発・教育活動を組織化すべきである。

**提言3. 「ジェンダー平等社会」をめざすための重点的政策課題として、性的指向・性自認（SOGI）差別の解消、男性・男児のためのジェンダー平等実現、「性やジェンダーに基づく暴力」の根絶、ケアワークの適正な評価と男女対等な配分に取り組むべきである。**

国際社会の動向に従い、日本でも SOGI/LGBT 政策を男女共同参画基本計画に明確に位置付けるべきである。コロナ危機は、DV被害とケアワーク負担が女性に偏ることを顕著に示した。「歪んだ男性性」の克服を取り込んだ公的な DV 加害者更生プログラムの開設を義務づけるなど、現行 DV 法の改正に向けた取組が急務である。ステイホームによるケアワークの急増が女性の大きな負担となったことに鑑み、内閣府・厚生労働省・自治体が協力して「ケアする男性性」の開発を目指すことが望まれる。また、「女性に対する暴力」根絶の法・政策を国際人権基準にあわせるべく、国はハラスメント禁止条約をすみやかに批准し、刑法性犯罪規定の改正にも取り組むべきである。

**提言4. 科学技術や医療においてこれまで不可視化されてきた「性差（ジェンダー）」という要因に積極的に着目すべきである。**

大学・研究機関・学協会は、ジェンダー視点がイノベーションの新たな地平を拓き、社会の安全性を

---

高めるといふ認識を共有して研究を進め、その成果を国・産業界・市民社会に向けて積極的に発信・提供すべきである。また、厚生労働省・文部科学省などの関係省庁及び自治体は、人生100年時代に向けて、ホルモン等の身体的性差をふまえた生涯にわたる健康支援を行うべきである。その重要な柱として、妊娠を生活習慣病の予防的介入を行う機会として位置付けるとともに、性差を踏まえた男女の健康支援に資する調査・研究の推進をはかる必要がある。大学は医学部医学系入試の女子学生への不公正処遇をなくすための取組を徹底するとともに、厚生労働省はこのような不正を引き起こした背景にある医師の過酷な就労環境の改善と固定的性別役割分担に対する意識改革に努めるべきである。

**提言 5. 学術の振興をはかるために、学術のあらゆる分野でジェンダー視点を主流化すべきである。**

大学・研究機関・学協会は、ポジティブ・アクションの活用、ワーク・ライフ・バランスの拡充、ハラスメント対策の強化をはかり、計画的な対策を進めることが望まれる。また、若手研究者をエンパワーメントするために安定した雇用とキャリアの多様化、多様な研究者が自由に発想できる研究環境の整備をはかるべきである。内閣府は、科学技術・イノベーション基本計画における人文社会科学系女性研究者の採用目標値を設定し、指導的地位を担う人文社会科学系領域の女性研究者の育成をはかるべきである。生命科学分野及び理学・工学分野について、大学・研究機関は、文部科学省と協力して「無意識の偏見」の払拭と世代を超えたその再生産の阻止、女子の理工系進路選択への理解を進めるための情報の積極的提供に努めるべきである。

## 10. 専攻医の働き方（寺本 民生）

はじめに

医師の働き方改革の一つのきっかけになったのは、臨床研修医の時間外過剰労働に関連する自死という残念な事件に端を発しており、教育とはいえ、研修医の基本的な生活を守ることは言うまでもなく重要なことである。その一方で、臨床研修や専門研修は医師として最も濃密に教育を受けるべき（研修に専念すべき）時期になることも重要な視点であり、教育・自己研鑽という視点と労働時間という、考え方によっては二律背反的な課題を抱えている時期と思われる。すなわち、教育（研修）としてはできるだけ濃密に行う必要があり、それが結果として時間外過剰労働となり得るということである。

ここでは、現在の専門医を希望している若い医師（専攻医）たちの状況と、それを迎える教育施設のありかたについて実態に基づいて触れたみたい。

### 1. 専門医機構による専門医養成プログラム

専攻医には効率的で実のある研修を求めるために、一般社団法人日本専門医機構（以下専門医機構）では専門医制度整備指針（以下整備指針）<sup>1)</sup>において一定の期間内に定められた研修内容を修了する、いわゆる「プログラム制」を推奨してきた。

「プログラム制」の意味するところは、その領域の求める専門医としてのアウトカムを達成する専門医機構の求める教育プロセスの一つである。したがって、各研修施設では、そのプログラムに則って専門研修をすることが前提となっている。そこで、各施設が提供できる教育カリキュラムについては、関係領域学会とともに専門医機構でその適合性については審査を受けることとなっている。

また、「プログラム制」では、多様性のある研修を期待するという意味で、「基幹施設」が中心となって「連携施設」とともに「研修施設群」をまとめる責任を持っている。専門医機構の定める専門医制度整備指針（第三版）<sup>1)</sup>では、このような多様性のある研修をする循環型の研修を必須としている。

現在、専門医機構に登録されているプログラム数は約3,400で、各研修施設にはプログラムを管理する統括責任者が存在し、また、実際に専攻医を指導する指導医が存在し、教育の質の担保をするという観点から一人の指導医は最大でも3人までの専攻医を担当することとなっている。毎年専攻医登録者は約9,000人であるので、プログラム数は十分である。

労働時間という観点からは、教育に当たる指導医の教育担当時間も労働としてはかなり大きなものになっているということに留意すべきである。すなわち、専攻医の教育については、専攻医自身と共に指導医師の労働力（それぞれ研修・教育）も念頭におく必要がある。もちろん、指導医は若手医師を教育することで、自己研鑽にもなっているということも大切な視点である。

### 2. 各プログラムと労働時間

専攻医にとって、専門研修を労働時間ととらえるのは若干疑義があるかもしれないが、先にも触れたように、“過酷な”研修（労働）により自死に追い込まれた研修医が問題となったことから、研修中も労働時間と捉えることは重要であると考えられる。

表10-1には各診療科の週当たりの勤務時間を示した<sup>2)</sup>。平均すると、週51.4時間となるが、診療科によっては60時間を超える科もある。また、年代別に見た勤務時間を表10-2に示した<sup>2)</sup>。臨床研修医や専攻医が属すると思われる20代では男性64.3時間、女性59.2時間であり、おおむね臨床研修から専門研修

に携わっている年代は60時間であり、診療科によっては60時間を大幅に超える勤務時間をこなしている可能性がある。

更に、地域による医師の偏在も勤務時間に大きく影響を与える。例えば医師の充足率は地域により大幅に異なり<sup>3)</sup>、ある地域では60時間を大幅に超えた勤務時間を強いられる可能性がある。もちろん、これには指導医の援助もあることから、必ずしも専攻医の勤務時間のみというわけではないが、診療という立場からは担当医である専攻医が主となっている勤務時間という可能性は大きい。さらに、先にも触れたように指導医も若手医師の教育という勤務時間もあることを忘れてはならない。

つまり、医師の勤務時間を考えるときに、診療科および地域の医療体制双方を考慮しないと正確な勤務時間は算出できない。

診療科別勤務時間について			医療従事者の需給に関する検討会 第28回 医師需給分科会 平成31年2月18日	参考 資料 5
診療科	週当たり勤務時間	全体の平均との比		
内科	51:18	0.99		
小児科	52:25	1.01		
皮膚科	43:53	0.85		
精神科	47:09	0.91		
外科	59:09	1.14		
整形外科	51:55	1.00		
産婦人科	53:41	1.04		
眼科	43:43	0.85		
耳鼻咽喉科	46:07	0.89		
泌尿器科	56:11	1.09		
脳神経外科	58:26	1.13		
放射線科	51:07	0.99		
麻酔科	52:26	1.01		
病理	55:02	1.06		
臨床検査	49:08	0.95		
救急科	62:30	1.21		
形成外科	52:30	1.02		
リハビリテーション科	47:46	0.92		

※ 医師全体の週当たり平均勤務時間は51:42

※ 「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)結果を基に医政局医事課で作成  
 ※ 勤務時間(診療時間(外来診療、入院診療、在宅診療に就事した時間)、診療外時間(教育、研究、自己研修、会議、管理業務等に就事した時間)、待機時間(待機時間、当直の時間(通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間、実際に患者に対して診療等を行った時間は診療時間にあたる。))のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。))の合計(オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)。

表10-1 診療科別勤務時間について

仕事量の推計について(案)				医療従事者の需給に関する検討会 第28回 医師需給分科会 平成30年4月12日	資料1
○ 仕事量については、勤務時間を考慮して、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。(すべての医師について以下の仕事率を用いることとしたい。)					
	年代	週当たり勤務時間	全体の平均との比		
男性	20代	64:03	1.24		
	30代	62:40	1.21		
	40代	58:43	1.14		
	50代	52:59	1.02		
	60代	44:33	0.86		
	70代以上	32:58	0.64		
女性	20代	59:23	1.15		
	30代	49:04	0.95		
	40代	43:14	0.84		
	50代	45:05	0.87		
	60代	39:43	0.77		
	70代以上	32:16	0.62		

※ 医師全体の週当たり平均勤務時間は 51:42

※ 「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)結果を基に医政局医事課で作成  
 ※ 勤務時間(診療時間(外来診療、入院診療、在宅診療に就事した時間)、診療外時間(教育、研究、自己研修、会議、管理業務等に就事した時間)、待機時間(待機時間、当直の時間(通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間、実際に患者に対して診療等を行った時間は診療時間にあたる。))のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。))の合計(オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)。

表10-2 仕事量の推計について

### 3. 専攻医の診療科・地域における定員（「シーリング」）問題

専攻医の「シーリング」は以上のような観点から行われている。

従来、地域医療体制の観点から、地域偏在を助長しないための方策として専攻医のシーリングの設定が考えられてきたが、労働時間の観点からすると、専攻医の勤務時間に診療科・地域間で大幅な違いが生じないようにという配慮ということも考えられる。

従来のシーリング設定問題の経緯について触れておきたい。現在のシーリング方法は年度ごとに変更されている。2018年度開始の専攻医については、大都市圏である東京・神奈川・愛知・大阪・福岡の5都府県に、従来の卒後3年目の医師数（各領域から提出していただいた）を超えないようにということで上限の定員（「シーリング」）が設定された。しかし、これまで全国の医師数の東京における医師数の割合は15～18%であったものが、実際には20%を超えていたことから、医師少数地域から東京の専攻医数を減ずるべきであるという意見が多数出された。同時にこの年に医師法・医療法の一部改訂<sup>4)</sup>が発効し、専攻医の地域医療研修について、地方自治体が厚生労働大臣に意見を出し、それを専門医機構並びに基本領域学会に伝えることができるということとなった。さらに、医道審議会医師分科会専門研修部会における専攻医のシーリングなどについての議論がなされ、それを受けて専門医機構としてのシーリングを決定しなければならないことになった。その結果、2019年度開始の専攻医については、東京都のシーリングを5%削減することが要請された。これには全く論理性がなく「付焼刃的」ともいえる提案であり、専門医機構としても到底納得できるものではないものの、専攻医の研修を前進させるためにはやむなくこの方針を受けざるを得なかった。次に2020年度開始の専攻医のシーリングを議論する際に、2019年2月18日に発表された第28回医師需給分科会において、「第4次中間とりまとめ」が発表された<sup>5)</sup>。この発表では、その地域・診療科の①医療ニーズ及び将来の人口・人口構成の変化、②患者の流入、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）などを考慮して推計された「たたき台」として出された指標である。このような医療ニーズが発表されたことから、この指標を用いて、2020年度のシーリングを設定するという提案が医道審議会医師分科会専門研修部会で議論された。専門医機構としては、その推計された「たたき台」の出し方に一定の疑義を示しながらも、前回提案された「5%削減」という論理性のないシーリングに比較すると、承認しうるものであったことからこれを基にした方針を受け入れることとした。しかし、現状との乖離が甚だしいという現場での意見がほとんど取り入れられていないことから、この現状との乖離を問題視して、緩和策を講じたうえでこの方針を受けて2020年度のシーリング案を決定し、医道審議会医師分科会専門研修部会の承認を得て決定した。そして、2019年には専門医機構として、この「たたき台」について、各診療科領域・各自治体からの実態に応じた要望を取りまとめ、その意見をもとに一部推計の見直しを要求し、一部改定された指標を用いて、2021年度のシーリング案が決定された。しかし、まだ必ずしも各診療科領域には納得いくものとはなっていないことから、今後も診療科領域・自治体を交えながら検討を加え、2022年度のシーリングについて提案をしていきたいと考えている。

これまで、「シーリング」制度の改定をこれまで3回行ってきたが、その問題点は「シーリング」がかかっている大都市圏近隣の地域には専攻医数の拡散現象を起こしているが、遠方のとくに地域偏在の大きな東北地方などにはほとんど影響を与えていないということが明らかになってきた。更に深刻な問題は東京などの大都市で専門研修を受けたいために希望の診療科の変更や“浪人”をする医師がいるということがわかってきている。このような事態は、診療科の偏在をさらに悪化させる可能性があるかと危惧している。

一方で、専攻医の労働時間の平等性という立場から「シーリング」問題を考えてみたい。

とくに先の医師需給分科会から提案された「たたき台」からわかるように、医師不足地域で研修する専攻医および指導医の勤務時間は、質の高い研修を求めると、より過酷な労働時間を強いることになる懸念が生ずる。そのような観点でも「シーリング」問題を捉える必要があるものと思われる。その意味では、専攻医や指導医の勤務時間をできる限り平等にするという立場に立った、“正しい”シーリングが考案される必要があるものと思われる。

今後、これまでの「シーリング」の在り方を真摯に再検討し、いっそう専攻医・指導医の待遇改善につながる質の高い定員の在り方を提案できることを期待している。

### 例：内科

内科								
	2016年 （医師数/必要医師数） 2016年足下充足率	シーリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち 都道府県限定分	過去2年専攻医採用数平均 必要養成数に係る推計 2024年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	2019年度専攻医採用数	2018年度専攻医採用数	
北海道	0.89				193	96	101	90
青森県	0.64				74	18	17	18
岩手県	0.67				67	24	27	21
宮城県	0.93				72	53	53	52
秋田県	0.70				52	16	16	16
山形県	0.70				56	23	25	21
福島県	0.71				97	25	28	21
茨城県	0.68				151	44	46	41
栃木県	0.83				75	38	40	35
群馬県	0.81				84	25	24	26
埼玉県	0.69				364	78	85	70
千葉県	0.75				288	94	104	84
東京都	1.20	438	77	12	90	525	515	535
神奈川県	0.86				325	181	186	176
新潟県	0.72				115	40	36	44
富山県	0.84				42	18	17	19
石川県	1.05	36	4	1	21	40	40	39
福井県	0.80				32	11	9	13
山梨県	0.79				34	14	9	19
長野県	0.75				100	36	37	35
岐阜県	0.87				69	26	21	30
静岡県	0.69				195	45	45	44
愛知県	0.87				268	149	162	135
三重県	0.86				66	35	30	40

	2016年 （医師数/必要医師数） 2016年足下充足率	シーリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち 都道府県限定分	過去2年専攻医採用数平均 必要養成数に係る推計 2024年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	2019年度専攻医採用数	2018年度専攻医採用数	
滋賀県	0.91				44	31	33	28
京都府	1.23	68	12	1	8	83	80	85
大阪府	1.08	202	9	0	154	214	211	217
兵庫県	0.93				173	125	137	113
奈良県	0.93				40	29	25	32
和歌山県	1.08	21	2	0	13	24	24	23
鳥取県	1.01	16	1	0	13	17	19	15
島根県	0.99				15	16	19	12
岡山県	1.09	56	5	0	27	64	61	66
広島県	0.96				81	53	59	47
山口県	0.83				56	18	21	14
徳島県	1.11	19	2	0	9	22	24	19
香川県	0.93				29	22	31	13
愛媛県	0.88				48	18	15	21
高知県	1.00	15	0	0	15	12	16	8
福岡県	1.21	126	17	0	32	150	143	157
佐賀県	1.02	17	0	0	17	17	15	19
長崎県	1.08	35	4	1	21	39	44	34
熊本県	1.06	35	0	0	30	32	36	28
大分県	0.99				28	26	26	25
宮崎県	0.78				50	13	16	9
鹿児島県	0.99				37	36	42	30
沖縄県	0.93				43	28	24	31

表10-3

#### 4. 専攻医の働き方の問題点

専攻医は、各研修施設で、指導医・統括責任者の指導を受けながら研修に勤しんでおり、研修である以上、一定の時間外勤務は教育という意味では重要なことと考えられるが、一定の基準を超えると「過剰労働」となりうる。この「過剰労働」と感ずる専攻医は、その事情を指導医・統括責任者に訴えることができないのが現実で、ほとんどの研修施設で看過される可能性がある。

専門医機構には、毎年数十件のプログラム変更の希望がよせられる。その中で、プログラム変更の理由として明らかにハラスメントと考えられるものが存在することが問題視されてきた。

そこで、専門医機構では、専攻医や指導医からのコンサルテーションを受ける部署を置いている。年に数回、何らかのパワハラやアカハラなどのハラスメント事象がないか検討を加えている。ハラスメント事案は微妙なところがあることから、現状では必ずしも即ハラスメントとはとらえず、複数の専攻医

---

から、もしくは度重なる訴えが一定の施設にある場合はオンサイトビジットを行い、研修内容、指導内容、専攻医の待遇などを検討していく予定である。

現状では、専攻医より「過剰労働」という訴えはあまり多くはなく、むしろ研修を十分に行わせてもらえないという訴え（パワハラと思われる）が数件報告されている。

今後、専門医機構としては、このような形で、専攻医の働き方（研修）がいかにあるべきか検討するだけの資料をそろえたうえで、専攻医の働き方については考えていくべきであると考えている。

#### 専攻医の働き方に関する提言

- 1) 専攻医は集中的技能向上水準（C1）とされており、年1860時間の時間外勤務の中で研修を受けることとなっているが、個々人のレベルで「過剰労働」と捉えられる可能性を十分考慮されるべきである。
- 2) 専攻医にとってはタスクシフト／シェアの対象とはなりえないと考えられる。
- 3) 専攻医の給与については、必ずしも十分ではないことから、兼業・副業なども時間外労働時間として考慮すべきである。
- 4) 各基幹施設に設置される「専門研修プログラム管理委員会」が、各専攻医の時間外勤務について過剰か否かを判断すべきである。
- 5) 一方で、専攻医は必ずしも統括責任者や指導医で構成される「専門研修プログラム管理委員会」に、直接事情を訴えられる環境にないのが現状である。このような状況を鑑みて、専門医機構には第三者的にあらゆるハラスメントについて検討する「専攻医に関するハラスメント検討委員会」を設置している。このような問題が生じた場合は、専攻医並びに各研修施設は、専門医機構と相談の上、専攻医の働き方について再検討すべきである。

#### 文献

- 1) 日本専門医機構「専門医制度整備指針」（第三版）  
[https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2020/06/jmsb\\_mg\\_ver3\\_20200630.pdf](https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2020/06/jmsb_mg_ver3_20200630.pdf)
- 2) 厚生労働省「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12月  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000178016.pdf>
- 3) 厚生労働省「都道府県別にみた人口10万対医師数」平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000199249.pdf>
- 4) 医師法および医療法  
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323AC0000000201>  
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323AC0000000205>
- 5) 厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第4次中間とりまとめ  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000209695\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000209695_00001.html)

## 終章 結びにかえて—医師の働き方改革で問われているもの（岸 玲子）

2024年度から医療機関の勤務医に適用される残業規制について、地域医療のためにやむを得ない場合などに特例で年1860時間を上限とすることとされたが、これは日本の過労死認定の目安とされる過労死ラインを上回らないよう定められた一般労働者の「繁忙期で100時間未満、年960時間」を大きく超える。

一般労働者においては残業時間の上限規制は既に実施されている。一方、一般勤務医は、「年960時間」を上限としつつ、救急病院などには特例を適用し、対象となる医師には健康確保のための連続勤務を28時間以下にし、次の勤務まで9時間のインターバルを確保することが義務付けられた。集中的に技能向上のための診療を必要とする研修医や専門医にも同様の特例が認められた。

一方、現在、進むコロナ禍の中で、医療提供体制を含む数多くの問題が露呈している。日本では、医師の過重労働に依存する地域医療と大学病院における医学教育や医療の現状があり、勤務医の労務管理の徹底やタスクシフトによる業務分担の見直しなどを迫られている。しかし、医師の働き方改革の課題解決のためには、医師の地域偏在や診療科偏在、病院と診療所の役割分担、医療機関の集約化など、勤務環境改善は個別の努力では解決できないものばかりである。

この間、医科大学が入試の際、得点調整をして女性を合格しにくくしていたことが発覚し、文部科学省が全国医学部を調査したのは2018年夏であった。特に、出産や育児で現場を離れるケースが多いことが、大学による女性差別の理由であった。しかし、私生活を犠牲にして長時間労働するという生き方を当然視すれば、女性に家事や育児の負担を一方的に負わせている現状を追認することにつながりかねない。女性医師を取り巻く環境の見直しは、我が国の男性医師の働き方改革と同時進行で進められるべきものである。人口の半分は女性である。医師の多様性と質の担保、心ある有為の若者を医療界から遠ざけないことに注意をしたい。医師の働き方改革に日本では何が問われているか？以下に“結びにかえて”として述べる。

### 1. 医師の働きかたの実態

#### (1) 医師の労働時間（日本）

労働時間が週60時間（月80時間の時間外労働に相当）を超える比率が一般労働者では14.0%であるのに対して医師では41.8%。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（2.6%）の6倍である。平均労働時間は男性では20代～40代において週60時間を超えている。つまり、日本の医師では労働時間の平均が、過労死の認定基準の一つとされる時間外労働80時間/月を超えていることになる。

#### (2) 平均労働時間の国際比較

ドイツ、フランス、イギリスなどの中央ヨーロッパでは北欧諸国より医師の労働時間がやや長い。それでも、25～54歳での男性医師では労働時間は週55時間以下である。女性医師は週50時間を下回っている。一方、日本の「診療＋診療外＋当直」時間はこれら欧州の20年前の値と比較しても週5～10時間程度長い。

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は短く、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. 長時間労働と心身の健康に係る疫学知見

世界規模のメタ分析および数十万人の統合分析から、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有意にリスクが上昇していた。

抑うつ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。医師における、長時間労働と抑うつ、バーンアウト（燃え尽き）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。

発症に寄与するメカニズムについては心房細動のほかに、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睡眠の質も阻害することや飲酒量増加を来たしやすいことが示されている。

## 3. 医師の長時間勤務と医療事故、医療安全との関係

医師の労働時間と医療安全に関する研究蓄積は十分でない。最近の論文では、労働時間の短縮で医療安全が向上した、あるいは関連が認められなかったとする報告が半々である。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ありとの指摘が多い。

たとえば米国のレジデントの勤務時間制限（2003年）の導入当初、バーンアウトの頻度を低下させる一方で、教育に関わる指標（研修時間・カンファレンス参加・満足度）の悪化が観察された。しかし近年は、過労防止のための勤務時間制限は患者ケアと教育に関わる時間や患者アウトカムには影響しないというランダム化比較試験が報告されている。

## 4. 日本の医師不足と医療提供体制の関係

### (1) OECD 統計から比較してみると

日本では医療費削減の目的として、医師数の削減がうたわれ、1985年から医学部定員削減が始まった。しかし地域の医師不足が問題となり2008年から定員増がスタートした。

人口当たりの医師数は欧米・先進国に比べて7割しかない。にもかかわらず、医師当たりの外来受診数は2倍、医師当たりの病床数は2～4倍である。

入院中の患者一人当たりの医師数では日本0.09人、フランス0.24人、ドイツ0.22人、アメリカ0.36人である。

さらにアメリカでは医師の下で診療、投薬できるPAや、NPなど、日本の特定看護師に近い職種がそれぞれ6万人、10万人存在する。

### (2) 地域偏在と診療科偏在：医師不足はその原因である

医師数が日本一多い高知県や徳島県等でも、OECD平均（2015年1,000人当り3.2）に到達しておらず、さらに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。

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、地域偏在と診療科偏在の是正のためにも医師不足の改善と労働環境改善は待ったなしである。厚生労働省の検討会資料では、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。

5. 医療や介護と教育は“最も重要な社会的共通資本”であったはずだが、その様には扱われていない。

OECD Health at a Glance 2017によれば、日本では高額医療機器台数が突出して多い。

高額機器検査へのアクセスが良い反面、(医師数が少なく、ぎりぎりの人数で行っているため)準緊急手術までの時間が長い。「国民にとっては極めて安心できる医療を、非常に少ない数の医師が必死で提供している」ことになる。

6. 医師の仕事の特殊性・日本の医療独特の問題もある

医師は自己研修や生涯学習が必須の職業である。日本の医師は、医師法第19条に応召義務がある。日本で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、これが勤務医の疲弊の原因との指摘がある。

すなわち主治医として時間外の臨終への対応、休日・時間外の患者家族への説明、軽症患者の夜間救急外来受診への対応、紹介状を持たない患者の専門医療機関受診への対応などが挙げられている。

7. 女性医師の増加とキャリア形成の課題

OECD 36か国で日本の女性医師の比率は最も低い。しかし近年、若年層では増加し、医師養成課程では医学生の3割を超えているが女性常勤医の比率が低く、出産・育児のために離職するケースも多い。

理由は「医師の配偶者は専業主婦がモデル」だからである。長年、我が国で固定化している「男女役割分担の見直し」が重要な課題である。特に医科大学での女性受験生への得点操作で明らかになった現状があることから、女性医師へのサポートや実力をつけるためのエンパワーメントは待ったなしである。国民の半数は女性であるので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改善が望まれる。

現状の医師の長時間労働等、厳しい労働実態を鑑みて、男女両性の医師に対して育児期(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)の労働環境の整備、時短常勤制度など種々の工夫が要請される。

逆に夜間休日の時間外業務を担当する医師への配慮や処遇の改善も必要である。

8. フィジシャン・アシスタント(PA)の導入により、日本の医師も余裕を持てるのでは？

PAは欧米で医師の補助者として、医師やそのほかのヘルスケア職種とともに医療を提供する中間職種。疾病の診断、投薬など、個々の患者の治療計画や医療体制づくりに参画する。職種間をつなぐ“communicator”の役割を果たすことも多いといわれる。

アメリカでは6万人存在。看護師のみならず、薬剤師や検査技師、診療放射線技師、OTPT等、多様な職種から修士課程相当の教育を受け転身している者も多い。働く場所は「最先端医療」を行う病院、あるいは家庭医のもとで働く者も相当数いる。PAの労働時間は9時~17時。収入は幅があるが、平均で年収1000万円と、HP上でも公表している。

9. 医師の需給予測では、今後さらに精緻な検討を行っていただきたい

- (1) 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。
- (2) これに対してヨーロッパでは20代から週に55時間(60時間以内)の勤務時間で、70歳以上の医師の

データはなく高齢の医師が引退している可能性を示している。

- (3) 「無職・不詳」と回答した以外の医師について、医籍登録後70年を超える医師（95歳超）まで算入。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歳以上の医師全員も週に32時間働くとして試算している。高齢医師をどこまで医師数としてカウントするのが適切か？考えさせられる。
- (4) 米国では医師数をきちんと実働数（Full-Time-Equivalent）でカウント。
- (5) 日本でも、今後一層の精緻な推計が求められる。

#### 10. 多様な課題には、解決の方向性も多様に対応する必要あり

- (1) 目標を明確に
  - ①「良質で安全な医療の提供」と「勤務医の健康確保」を両立（2018年12月提言）
  - ②Work Life Balance（家庭や社会での生活も大切、男女ともに）
- (2) 医師の働きかたを先進国（欧米）並みに近づけるのが望ましい
  - ①科学的データを踏まえた改革（Evidence-Based Policy）（2018年提言済み）
  - ②医師の業務を見直し、タスクシフト、タスクシェアの相手を広げる
  - ③「新たな医師数抑制」の議論には“モデルの精緻さ”が求められる
- (3) 今後の医療提供体制の在り方は国民的議論が必要  
“24時間何時でもどこでも受診”はもはや無理である。勤務医とかかりつけ医の役割分担などを一層進める必要がある。
- (4) “医療に対する十分な財政支出”を国に要望することが必要不可欠である。

#### 11. 宇沢弘文先生（元シカゴ大学教授、東大経済学部長）のご講演から

平成21年 第47回日本医療・病院管理学会において（特別講演）「社会的共通資本としての医療」が話されました。以下はその講演内容です。

日本の大学は医学部の教授も、経済学部の教授も給料は全く同じなのです（アメリカでは違いました）。（しかし医学部の教授は実際に教育、臨床の仕事はもちろん、行政的な仕事まで行わなければならないため大変な激務です）経済に医を合わせるといふ市場原理主義的主張に基づいた政策により現在の医師不足や勤務医の過酷な勤務条件を招来する決定的な要因がすでに形成されました。すなわち「医療費抑制のために医師の数をできるだけ少なくする」という政策がとられ始めたわけです。その遠因は1980年代の中曽根政権の「臨調行革」路線にさかのぼることができるのです。つまり医師不足は官僚による医療への介入、管理が極端に進められた結果なのです。

最後に、私達は宇沢弘文先生の「医療は国民の社会的共通資本である」という指摘の意味を改めて問い直したいと思います。

## 日本医学会連合 労働環境検討委員会 委員名簿

### 委員長

岸 玲子 北海道大学

### 副委員長

岩本 幸英 九州労災病院

堤 明純 北里大学

### 幹事

齊藤 光江 順天堂大学

森 晃爾 産業医科大学

### 委員

江原 朗 広島国際大学

桐野 高明 佐賀県医療センター好生館

寺本 民生 帝京大学

本田 宏 NPO 法人医療制度研究会

森 正樹 東海大学

森山 寛 東京慈恵会医科大学

吉川 徹 労働安全衛生総合研究所

## 日本医学会連合 労働環境検討委員会、フォーラム等開催記録

2018年

### 労働環境検討委員会

日時：2018年1月10日（水曜日）11時から13時まで

会場：日内会館 4階 C会議室

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

### 労働環境検討委員会

日時：2018年3月29日（木曜日）12時から14時まで

会場：日内会館 4階 A会議室

提言分担、原稿執筆およびタイムスケジュールの検討

### 労働環境検討委員会

日時：2018年5月22日（火曜日）16時30分から18時30分まで

会場：日内会館 4階 A会議室

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

労働環境検討委員会

日時：2018年6月13日（水曜日）11時から13時まで

会場：日内会館 4階 A会議室

各執筆者および全体の文章の推敲

労働環境検討委員会

日時：2018年9月11日（火曜日）11時から13時まで

会場：日内会館 4階 B1+B2 会議室

各執筆者および全体の文章の推敲

労働環境検討委員会

日時：2018年12月27日（木曜日）13時から15時まで

会場：日内会館 4階 C会議室

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

一般社団法人日本医学会連合主催 医師の働き方改革を考える 勤務医の労働環境検討委員会からの提言紹介と行政・各学会・団体等とのフォーラム

「医療の質・安全の確保」と「医師の健康への配慮」——その両立を目指して

日時：2018年12月1日（土曜日）13時から17時まで

会場：フクラシア丸の内オアゾホール A

2019年

医師の働き方改革に関する声明・提言 公開

2019年2月14日（木曜日）

[https://www.jmsf.or.jp/activity/page\\_343.html](https://www.jmsf.or.jp/activity/page_343.html)

医師の働き方改革に関する日本医学会連合の声明

日本医学会連合労働環境検討委員会報告書（提言）

一般社団法人 日本医学会連合主催 市民公開フォーラム

日本医学会連合提言の紹介と課題解決の方向性、特に医療提供体制の諸問題

日時：2019年3月2日（土曜日）12時30分から16時まで

会場：時事通信ホール

労働環境検討委員会

日時：2019年5月8日（水曜日）10時30分から12時30分まで

会場：日内会館 4階 A会議室

1. 委員会報告書（提言）以降の各界の動きについて
2. 今後の委員会活動の進め方について（アンケート調査実施の起案）

---

労働環境検討委員会

日時：2019年11月25日（月曜日）11時30分から14時13分まで

会場：日内会館 4階 A会議室

1. 厚生労働省、医療界、学術団体の動向について
2. 「医師の不足と過剰」—医療格差を医師の数から考える—

理事長 桐野 高明 先生（佐賀県医療センター 好生館）

2020年

労働環境検討委員会

日時：2020年1月14日（火曜日）11時30分から13時30分まで

会場：文京区民センター 2階 2-B 会議室+Zoom

タスクシフトなど喫緊の重要課題や医学会連合への要望を中心とした学会あてアンケートについて

労働環境検討委員会

日時：2020年2月26日（水曜日）12時から14時14分まで

会場：ステーションコンファレンス東京 6階 603+Zoom

1. 社労士の方との意見交換（司会：吉川委員）  
福島 紀夫 先生、深澤 理香 先生（全国社会保険労務士会連合会）
2. 日本医学会連合としての加盟学会への調査について（司会：堤副委員長）

労働環境検討委員会

日時：2020年5月27日（水曜日）15時から17時まで

会場：Zoom

1. 大学病院医師の働き方改革について（岩本幸英）
2. 調査票作成について（堤副委員長）

労働環境検討委員会

日時：2020年6月30日（火曜日）14時から15時17分まで

会場：Zoom

調査票の詳細検討（堤副委員長）

労働環境検討委員会

日時：2020年9月23日（水曜日）10時から12時10分まで

会場：Zoom

1. 136学会へのアンケート調査の進捗状況（経過）（堤副委員長）
2. 話題提供

---

厚生労働省研究班 医師の勤務実態調査の報告ならびに長時間労働の医師の健康確保措置に関するマニュアルの概要

順天堂大学医学部公衆衛生学講座 谷川 武 教授

同 准教授 和田 裕雄 先生

3. 委員会討議 タスクシフトについて、何が課題なのか？（司会：岩本幸英）

2021年

労働環境検討委員会

日時：2021年1月12日（火曜日）14時から16時まで

会場：Zoom

1. 厚生労働省の動向について（森 正樹 先生、堤 明純 先生）

2. 外科領域におけるタスクシフトについて

熊本大学大学院生命科学研究部消化器外科学教授 馬場 秀夫 先生

3. 若手を対象にした日本臨床外科学会のアンケート結果について

日本臨床外科学会幹事 上尾 裕昭 先生

労働環境検討委員会

日時：2021年3月3日（水曜日）12時から14時23分まで

会場：Zoom

1. 136学会へのアンケート調査報告案（堤副委員長）

2. 委員会討議 委員会報告について



一般社団法人日本医学会連合

The Japanese Medical Science Federation

<https://www.jmsf.or.jp/>