

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

## 総括研究報告書

### 医療機関の医師の労働時間短縮の取組状況の評価に関する研究

研究代表者 斐 英洙 慶應義塾大学 健康マネジメント研究科 特任教授

#### 研究要旨

【目的】2024年度から始まる勤務医の時間外労働上限規制の上限について、地域における医療提供体制を確保するための必要性等の理由がある医療機関に対して、特例水準として年間の時間外労働の上限を1860時間まで認める医療機関として申請に基づく指定が行われることとなる。その指定に先立って行われるべき医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況についての客観的な要因分析・評価は、確固とした知見が集約されていないのが現状である。本研究では経営管理の視点かつ臨床現場の視点から、地域医療に与える影響を検証するとともに、現状の医療現場の実態と実現可能性を考慮しながら医師の働き方改革を進めていくために実効的な評価項目の設定とその評価内容をガイドラインとして提示することを目的とする。

【方法】実態調査の対象として、「地域医療確保暫定特例水準」（以下「（B）水準」という。）もしくは、「集中的技能向上水準」（以下「（C）水準」という。）に該当するであろう機能を有する7つの医療機関とした。医療機関内の人事労務部門、医師の労務に携わっている医師の管理者、現状で医療機関が把握している長時間労働時間が多い臨床勤務医、院内の診療部門を横断的にまわる初期研修医等に対し、聞き取り調査を実施した。調査内容としては、勤怠管理の実態、労働時間短縮に向けた取組み、「医師の働き方改革に関する検討会」報告書に沿って今後行うべき取組み等を「労務管理体制（ストラクチャー）」、「医師の労働時間短縮に向けた取組み（プロセス）」、「労働管理実施後の結果の把握（アウトカム）」の枠組み等とした。具体的な項目として、ストラクチャー部分においては、勤怠管理システムの導入状況、就業規則の整備状況、雇用契約書の締結状況、36協定の状況、産業保健の体制等を調査した。プロセス部分においては、現時点での医師の勤怠管理方法、休日の取得、自己研鑽・外勤の把握、勤務間インターバルの実施、タスクシフト/シェアの実施状況、当直体制の見直し等を調査した。アウトカム部分においては、平均労働時間数、最長労働時間数などの勤怠管理を実施した上での結果と医師の勤務環境への満足度、患者の医療機関への満足度等を提示できる範囲内において調査した。また、対象のうち2つの医療機関については、上記に加えて特定の診療科に所属する医師について、宿直・日直を含む1週間の勤務状況等を調査した。

【結果および考察】対象医療機関において、医師が月にどれだけの時間を勤務している

のかを实態に即して正確に把握できている医療機関は1施設のみであった。時間外勤務についてデータ上は36協定の特別条項で定めている時間以上に働いた医師はいない、とされている場合が多かったが、詳細なヒアリングにおいて現状は不明となっていた。よって、休日の取得や労働時間数等も実情としては不明であった。一方、産業保健の体制（健康診断や産業医の設置、衛生委員会の開催）は法律で定められている部分でもあるため、行っている対象医療機関がほとんどであった。また、特定の診療科を対象に実施した調査では、医師の勤務実態として、自院と副業・兼業先での労働時間を通算すると年間の時間外労働時間が1860時間を超過する見込みの医師もあったが、関係者へのヒアリングにおいて、地域の医療を守るという観点から、時間外労働上限規制が適用された場合関連病院等からの医師の引き上げを第一選択とする診療科はなかった。

【結論】医療現場における医師の働き方について、正確な勤怠管理をすることによる賃金や就業上の時間制限等の影響を鑑みて、実態把握を避けてきたことは否定できない。そのため、アウトカム部分の評価を性急かつ正確に行うことは困難であると考え、本研究ではストラクチャー部分とプロセス部分を重視し、改善のサイクルが構築され確実に動いていることを評価する項目とし、それに基づいてガイドラインを作成した。これらは働き方改革が進んでいく中で、随時アップデートされていくべきものと考えている。今後は、(B)水準や(C)水準に該当する医療機関のみならず、すべての医療機関において、医師の勤務状況についての確に把握しつつ、医師の健康確保と医療の質向上を行いながら、時間外労働の削減を目指すことが求められる。

#### 研究分担者

武林 亨

(慶應義塾大学 医学部・衛生学公衆衛生学教室 教授)

田中 利樹

(慶應義塾大学 健康マネジメント研究科 特任講師)

山本 修一

(千葉大学大学院医学研究院 眼科学 教授)

鈴木 幸雄

(横浜市立大学大学院医学研究科 産婦人科 学生殖生育病態医学 指導診療医)

従事する勤務医の時間外労働上限規制について、年間の時間外労働の上限を原則960時間以下とするが、地域における医療提供体制を確保するための必要性等の理由がある場合については、「地域医療確保暫定特例水準」（以下、「(B)水準」という。）とし、また、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については、「集中的技能向上水準」（以下、「(C)水準」という。）として、都道府県知事が指定する医療機関について年間1860時間まで時間外労働を認めることとしている。なお、「(C)水準」は、以下の2類型に整理される。

- ・ 初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム/カリキュラムに参加する後期研修医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師(又は専門医)としての基礎的な技能や能力の修得に必要な不可欠である場合・・・(C) - 1
- ・ 医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の者であって、先進的な

#### A. 研究目的

平成31(2019)年3月28日に取りまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会」報告書では、2024年4月から施行される診療に

手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合・・・(C) - 2

この「(B)水準」及び「(C)水準」に医療機関が該当するか否かについては、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組状況について、評価を実施し、その結果を踏まえて都道府県が指定することとされている。

しかし、医療機関の指定に先だって行われる、医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況についての客観的な要因分析・評価は、病院内の診療行為や事務の流れ等の実態を踏まえ、総合的に行う必要があるが、項目の内容、評価の手法については、確固とした知見が集約されていないという課題がある。

また、時間外労働上限規制が実際に適用された場合に想定される医療機関の勤務体系の変化が地域医療にどの程度の影響を及ぼすかについて、客観的な分析が行われていないという課題がある。

本研究は、上記を踏まえ、勤務医の時間外労働時間の上限適用の開始に向けて、経営管理の視点かつ臨床現場の視点から、地域医療に与える影響を検証するとともに、現状の医療現場の実態と実現可能性を考慮しながら医師の働き方改革の施行を進めていくために実効的な評価項目の設定とその評価内容をガイドラインとして提示することを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 調査の対象医療機関の選定

まず、(B)水準医療機関指定の要件と(C)水準医療機関指定の要件を下記に示す。

#### 【(B)水準医療機関指定の要件】

地域医療の観点から必須とされる機能果たすこと

年間960時間超えの36協定を締結する必要性(労働時間の実績の確認と都道府県医療審議会の意見聴取)

地域の医療提供体制との整合性(地域医療構想調整会議の協議の状況を都道府県医療審議会に報告)

医師労働時間短縮計画の策定(毎年、都道府県へ提出)

評価機能による評価受審(3年に1回の受審。都道府県は評価結果を踏まえて(B)指定)

追加的健康確保措置の実施体制の整備((B)指定後も、毎年の都道府県の立

入検査で実施状況について確認)

労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと(過去1年以内に労働時間や賃金の支払いに関する労働関係法令の違反について送検・公表されていないこと)

#### 【(C) - 1水準医療機関指定の要件】

都道府県知事の指定する臨床研修プログラム又は一般社団法人日本専門医機構が認定する専門研修プログラム/カリキュラムであること

年間960時間超えの36協定を締結する必要性(労働時間の実績の確認と地域医療対策協議会の意見聴取)

医師労働時間短縮計画の策定(毎年、都道府県へ提出)

評価機能による評価受審(3年に1回の受審。都道府県は評価結果を踏まえて(C) - 1指定)<(B)水準の要件と同じ>

追加的健康確保措置の実施体制の整備((C) - 1指定後は、毎年の都道府県の立

入検査で実施状況について確認)

労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと(過去1年以内に労働時間や賃金の支払いに関する労働関係法令の違反について送検・公表されていないこと)

#### 【(C) - 2水準医療機関指定の要件】

厚生労働大臣の公示する分野において医師の育成が可能

年間960時間超えの36協定を締結する必要性(労働時間の実績の確認と審査組織の意見聴取)

医師労働時間短縮計画の策定(毎年、都道府県へ提出)

評価機能による評価受審(3年に1回の受審。都道府県は評価結果を踏まえて(C) - 2指定)

追加的健康確保措置の実施体制の整備((B)指定後は、毎年の都道府県の立

入検査で実施状況について確認)

労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと(過去1年以内に労働時間や賃金の支払いに関する労働関係法令の違反について送検・公表されていないこと)

今回は、上記の特例水準に該当するであろう機能を持つ7つの医療機関を対象とした。法人形態や地域に関する実態差を考慮し、都市部と地方、公的病院と民間病院等を踏まえて選定した。

### 2. 調査方法

医療機関内の以下の職種・立場から聞き取り調査を行った。

・ 人事労務部門

- ・ 医師の労務に携わっている医師の管理者
- ・ 現状医療機関が把握している長時間労働時間が多い臨床勤務医
- ・ 院内の診療部門を横断的にまわる初期研修医
- ・ 産業医、衛生管理者
- ・ 過半数代表、労働組合代表者

聞き取りの方法として、勤怠管理の実態、労働時間短縮に向けた取組み、「医師の働き方改革に関する検討会」報告書に沿って今後行うべき取組み等を「労務管理体制(ストラクチャー)」、「医師の労働時間短縮に向けた取組み(プロセス)」、「労働管理実施後の結果の把握(アウトカム)」の枠組みで実施した。

具体的な項目として、ストラクチャー部分では勤怠管理システムの導入状況、就業規則の整備状況、雇用契約書の締結状況、36協定の状況、産業保健の体制等を調査した。プロセス部分においては、現時点での医師の勤怠管理の状況、休日の取得、自己研鑽・外勤の把握、勤務間インターバルの実施、タスクシフト/シェアの実施状況、当直体制等の見直し、女性医師が働きやすい環境の整備等を調査した。アウトカム部分においては、平均労働時間数、最長労働時間数などの勤怠管理を実施した上での結果と医師の勤務環境への満足度、患者の医療機関への満足度等を提示できる範囲内において調査した。また、聞き取りとともに、これらの項目についての説明資料に関する提示も依頼した。

上記に加え、地域への医師派遣を行っており、時間外労働上限規制が適用された場合に地域医療提供体制に影響を与えうる2医療機関については、医師の勤務状況等を調査し、時間外労働が960時間を超える医師の長時間労働の要因について分析した。

具体的には、特定の診療科に所属する医師の職位、性別、年齢、兼務先、兼務先の勤務を含めた1週間の勤務状況や、当該医師の時間外勤務手当支給状況等の調査を行うとともに、調査結果を踏まえ、所属科の部門長、病院事務部門、当該病院が所在する都道府県庁の医療行政担当者へのヒアリングを実施した。

#### (倫理面への配慮)

慶應義塾大学の倫理規定に沿って実施した。慶應義塾大学において、倫理委員会の承認の必要はなしと判断された。調査医療機関においては、下記のような情報の取り扱いとすることについて同意を得た。

- ・ 今回、提供される情報は、研究目的以外で使用する予定はない。
- ・ 情報提供元である医療機関名は伏せた

状態での結果公表とする。

- ・ 得られたデータは、厳重に保管し、研究終了後一定の保存期間終了後には、破棄する。
- ・ その他、慶應義塾大学における研究ポリシーに沿って、実施する。

## C. 研究結果

### 1. 労務管理体制(ストラクチャー)

(1) 労務管理の適正化に向けた取組み  
労務管理の体制構築と人事・労務管理のための各種規程の整備や届出について、調査した。

勤務時間の把握方法として、実際に打刻機を使用している病院は7施設中3施設であった。このような客観的な勤怠管理システムが導入されている医療機関もあるが、実態的には出勤簿やEXCEL表などを用いて勤務時間を把握し、時間外労働に関しては医師個人からの申請で管理されているケースが多い。システム導入とその運用が一連であるべきだが、ローカルルールや運用任せの実態が少なからず存在している。外出、外勤、オンコール呼び出し等を考慮すると、既存の勤怠管理システムでの厳格な管理には限界があることは考慮する必要がある。また、地域の実情や院内資源の兼ね合いから、医療機関独自のルールや診療科毎の時間外労働の上限時間を設定している医療機関があり、「実態的」な労働時間の把握が困難となっている。併せて、月末に「月初からの労働時間を記載する」方式を7施設中5施設がとっており、月内の適時把握、調整等のタイムリーな管理が困難となっている。医師から人事課に直接提出されるケース、医局秘書が代行入力し人事課に提出するケースも確認された。

(2) 人事労務の体制と各種規程の整備

打刻機がすでに導入されている医療機関は3施設であり、さらに導入検討している医療機関は3施設あった。もう1施設においては、法人による足並みをそろえる必要があり、導入はしたいができないとの回答であった。就業規則はすべての施設で院内ネットワーク等により確認できる体制が取られていた。院内で公開されている就業規則に対しての職員へ入職時に周知している施設は2施設であり、理解度について確認している医療機関はなかった。また、常勤医師への雇用契約書及び労働条件通知書の配布が行われていない医療機関は3施設あった。

(3) 36協定等の自己点検

36協定等の自己点検については、検討体制や検討フローが出来ている医療機関がすべてであったが、前述したとおり、「実態的な時間外労働時間」が把握できていない医療機関が6施設であり、医師に関する36協定への適合の判断が不可能であった。

#### (4) 労使交渉の状況

過半数代表の選定プロセスが不明瞭な医療機関が散見された。また、多くの医療機関において医師の労働組合への加入者がほとんどおらず、また、過半数代表への意見もほぼ確認できなかった。

#### (5) 産業医等の活用

6つの医療機関で複数の産業医配置が確認された。ただし、「実態的な時間外労働時間」が把握できていないこと(管理上80時間を超える医師が少ない)、面接を医師個人の判断に任せていることにより、長時間労働医師に対する面談を実態に基づいて実施しているのは1施設のみであった。また、80時間または100時間超の医師に対しては本人の希望があれば面談実施と定めている施設が半数以上であり、医師本人の判断に委ねられていた。面談を上司も含めて案内している医療機関もあったが、積極的に関与している施設は3施設であった。

産業医自身からのヒアリングにより、現状においては診療業務と産業医業務の割合等も検討されている、人事部門との連携により負担なく産業医業務を行えている、とする声が多かった。しかし、産業医の任命方法はすべての医療機関で決められておらず、前任者からの推薦等で任命されたケースが5施設であった。

#### (6) 衛生委員会の状況

すべての医療機関において法定頻度の衛生委員会の開催が確認できた。法的拘束力による誘導の影響が強いことが再確認された。ただし、長時間労働の取り扱いや削減に対する検討体制は医療機関によって温度差があり、実際に長時間労働の検討を別のワーキンググループで実施している医療機関は5施設であった。

#### (7) 健康診断の実施状況

健康診断実施率がすべての施設で80%~100%であり、100%の医療機関も5施設と多く見受けられた。多忙な医師に対して、受診可能な日の設定を増やしている、法人内であればどの医療機関でも受診可能としている等の受診しやすくする工夫を行っている医療機関の方が受診率

は高くなっていた。また「受診勧奨」とその後の把握まで行われているかどうかは、組織的に取り組む(院長の関与や専属部門の関与等)ことの有無によって医療機関ごとに温度差があった。

## 2. 医師の労働時間短縮に向けた取り組み(プロセス)

### (1) 医師の適切な労働時間管理

前述の労務管理の適正化に向けた取り組みとも重複する面があるが、調査対象の医療機関において、まず医師が月にどれだけの時間を勤務しているのかを実態に即して正確に把握できている医療機関は1施設のみであった。時間外勤務についてデータ上は36協定の特別条項で定めている時間以上に働いた医師はいない、とされている場合が多かったが、詳細なヒアリングにおいて現状は不明となっていた。よって、休日の取得や労働時間数等も実情としては不明であった。

労働時間の管理に関しては、事前申請(シフト制による調整)と事後申告(実態に対しての押印と調整)の大きく2パターンがあり、時間管理の方法論にその病院の労務意識が垣間見ることができた。

また、副業・兼業先と時間の把握に関しては、自己申告、各科管理、副業先からの申告というパターンがあり、病院が責任をもって一元管理をしている施設は3施設であり、自己申告の場合の確認頻度は年度に一回とタイムリーな把握まではできていない印象であった。

自己研鑽のルールに関しては1病院を除いてルールが無く、現在のところ周知もあえてしていない、という医療機関もあった。

4つの医療機関では、勤務間インターバルについて、当直明けは帰ってもよい、といった注意喚起のレベルで運用されていた。

### (2) 労働時間短縮に向けた検討・管理体制

管理職の研修においては、7施設中5施設は研修を実施していなかった。医師に対する勤怠等のマネジメント研修の実施については、実施している医療機関は3施設であった。その内訳は各診療科に勤怠管理担当医師を選任し、毎年研修を行っている医療機関が1施設、診療科長への研修を開催した1施設、管理職研修と同じものを提供して1施設であった。もう3施設は診療科長への注意喚起のレベルであり、もう1施設は実施できていないとのことであった。

院内保育については、すべての医療機関で実施しており、その中の4施設は24時間の対応も可能とのことであった。現場からも夜間帯の対応の要望は多いとのことであったが、実際に利用するか、という実態としては利用がない場合が多い。

病児保育については、機能を維持するために法人としての費用的負担も多いため、3施設は備えられていないとの回答であった。

### (3) タスクシフト/シェアの実施

基本的なタスクシフト/シェアの取り組みはほぼすべての医療機関で見られたが、院内の全体把握と進行管理は乏しい印象を受け、各現場任せの様子が見受けられた。例えば、基本的にルート確保はナースで可能だが、医療安全の観点から化学療法用のルートや手術用のルートは医師がとることと決まっている、男性の膀胱留置カテーテルも同様の理由で医師が行う、といったローカルルールの改変・運用されている医療機関もあった。また、書類作成業務(診療情報提供書や紹介状、診断書等)においても、研修医については教育の一環として文書を作成することも実施業務とされている医療機関が5施設と多かった。医療機関によっても医師事務作業補助者の数や配置により、シフトされている業務量に濃淡がみられた。また、診療科ごとにタスクシフトの進捗の差が見られる医療機関もあり、診療科によっては進んでいる科、そうでない科と院内でもばらつきが見られた。看護師の特定行為研修を修了した看護師については、現在養成中の医療機関が2施設、検討できていない医療機関が2施設あった。配置ができていない医療機関や一般的に診療看護師と呼ばれている看護師の配置をしている医療機関では、外科系や集中治療領域で主に当該看護師が業務を行っており、手術前の説明や手術後のケア等について、一定の効果があると感じているとの回答であった。

さらに、タスクシフトにより労働時間または医師負荷の削減に関して定量的に把握するところまで取り組んでいる医療機関はなかった。

### (4) 診療体制の見直しと改善の取り組み

当直の体制については、各科当直を置いている医療機関が5施設、内科系・外科系といったグループ当直を検討し実施している医療機関が2施設とに分かれていた。救急科や集中治療領域、産科については、交代制を敷き、シフト勤務として夜勤の形態をとっている医療機関が5施設あ

った。

また、複数主治医制やチーム制をとることで休みやすくする取り組み等を実施している医療機関が5施設と多かったが、地方の医療機関ではチームを組む人員そのものがないとする声もあった。また、救急対応が必要な心臓血管外科や脳神経外科では、当直・オンコール対応・緊急手術等を含め、5名程度の少数で診療をまわしている体制をとっている施設からも難しいとの声が聞かれた。都市部の医療機関では、主とする医療機関内で宿日直許可基準の範囲である宿直は月4回、日直は月1回、といった回数以内でほぼ行われていたが、地方の医療機関については、宿直が5~6回といった実態があった。

ICTの活用については、遠隔での読影を4施設が実施していた。また院外からの電子カルテの参照を可能としている医療機関もあったが、勤務時間の扱いや手当等の対応について医療機関内では定められていない部分があった。短時間勤務においては、実施可能な体制をすべての医療機関で整備していた。30時間以上の勤務で常勤扱いとする医療機関もあり、柔軟な対応がとられている印象を受けた。一方で診療科によっては体制構築をしてはいるものの、既存の勤務体系にスムーズに組み込めない場合もあるとの医療機関の悩みも聞かれた。

## 3. 労務管理体制の構築と労働時間短縮の取り組みの実施後の評価(アウトカム)

### (1) 医療機関全体の状況

医師の平均労働時間数、最長労働時間数の把握、960時間超1860時間以下の医師の人数・割合・属性の把握、1860時間超の医師の人数・割合・属性の把握、といった勤怠データを提示することとしていたが、データと実態に差異があることが判明したため、今回の調査においては、医療機関全体の状況に関する正確なデータ把握は困難であった。

## 4. 時間外労働上限規制が適用された場合の地域医療提供体制への影響

### (1) 調査対象診療科における勤務状況調査

自院と副業・兼業先での労働時間を通算すると時間外労働時間が年間1860時間を超過する見込みの医師は各診療科内で8%~32%であり、自院では960時間以下であっても副業・兼業先での労働時間を通算すると960時間を超過する見込みとなる医師は対象診療科全体で30%であっ

た。特に、兼務先での労働時間が多くある場合においては、兼務先における宿直・日直許可基準の取得の有無が労働時間に与える影響が大きかった。

また、各診療科の詳細な勤務形態が加味されていないこと等の前提条件があるが、時間外勤務手当支給状況と調査で把握した勤務状況には一定の乖離がある可能性が認められた。

#### (2) 関係者へのヒアリング

いずれの医療機関においても、地域の医療を守るという観点から、時間外労働上限規制が適用された場合でも関連病院等からの医師の引き上げを取りやめることを第一選択とする診療科はなく、働き方改革に取り組み、働きやすく魅力的な環境をつくり、人材確保に取り組んでいきたいという診療科もあった。また、自院における取組みの推進だけではなく、夜間等の救急医療提供体制の集約化や医療圏内の各医療機関の役割の明確化等、地域の医療提供体制についても合わせて検討する必要性が示唆された。

#### D. 考察

今回の結果から、各医療機関の働き方改革に関して、具体的な取り組みにおける幅の広さと深さには医療機関ごとに大きな差があることが明らかとなった。

勤怠管理の方法について、ITシステム使用から手書き等のアナログな方式など、方法論には幅があるものの、まずは出勤時間、退勤時間、診療以外の時間を把握することが重要であることは論を待たない。まずは、医師本人が自身の労働時間を把握し、続いて診療科長や医局長などの診療科を管理する立場の者が把握する管理フローの構築が必要である。また、可能であれば毎日の記載・入力为好ましいが、多忙な勤務状況を考慮しても少なくとも2週間おきには把握しておきたい。さらに、適切適時に医師へフィードバックをすることも月ごとの時間外労働を把握する上では重要であろう。

ただし、紙のタイムカードやエクセルの出勤簿などによる管理は、月末になるとこれらを収集し、計算ソフトに入力して勤怠データを集計、給与計算ソフトに移管・再入力するなどバックオフィスの協力が必須であり、打刻漏れの確認や入力データのチェックなどで医師への問い合わせが発生することが多い。それに合わせて医師の間接業務の手間も増えがちである。また、多忙な医師が打刻忘れや直行直帰、出張による「虫食い」状態（勤怠情報における未記入の空欄）も多いと言われている。医師にとっても管理担当者にとっても虫食いを埋めることは

非常に手間のかかる作業であり、デジタルをベースにした客観的勤怠管理システムの導入・運用がのぞまれる。なお、客観的勤怠管理システムの導入により下記の点が改善すると思われる。

- ・ リアルタイムで勤怠状況が把握でき、勤怠管理業務の効率が上がる
- ・ 多様な打刻方法で正確な始業・終業時刻の記録が可能となる
- ・ 不正打刻や虚偽の申請など、不適切な行為の排除に寄与する
- ・ 人事情報や給与計算との連携で業務の効率化につながる

その際には人事部門等の事務側も関与し、管理の簡素化・効率化を視野に入れつつ、組織全体で取り組んでいくことで実現可能となるであろう。

医師との労働契約に関しても各医療機関の温度差があり、労働条件に関する意識の差が見て取れる。一般的に、雇用契約が成立したら主要な労働条件を労働者に明示することを使用者に要求されている。労働基準法（昭和22年法律第49号）第15条（労働条件の明示）に規定される、労働の契約をする際に会社は労働者に対して明示すべき絶対的明示事項を記した「労働条件通知書」やそれらを踏まえた雇用契約書を準備する必要がある。コンプライアンスと併せ、医師個人が実際の労働条件を認識するという意味においても徹底されることが望ましい。

労働基準法第36条により、使用者は法定労働時間（1日8時間、週40時間）を超える時間外労働及び休日勤務などを命じる場合、労働組合などと書面による協定を結び労働基準監督署に届け出ることが義務付けられているため、一般的に「36協定」と呼ばれる協定が必要とされている。今回の調査では、本協定に関する検討体制、検討フローができていない医療機関がほとんどであったが、「実態的な時間外労働時間」が把握できていない医療機関が多く、医師に関する36協定への適合の判断が難しい実態が浮き彫りになった。まずは「実態的な時間外労働時間」を把握することが極めて重要であると考える。なお、平成30年9～10月にかけて実施された調査（平成30年度厚生労働省委託事業、第18回医師の働き方に関する検討会資料）によると、「36協定の自己点検」では26.7%が現時点で自己点検を予定していない、と回答しており、それに比較すると今回の調査は望ましい結果となっている。また、労使交渉については、現在ほとんど医師の意見が反映されていない実態があった。医療機関を含む企業は、従業員側と一定の労使協定を締結するにあたって、従業員の過半数で組織される労働組合（過半数組合）がない場合、従業員の過半数を代表する者

(過半数代表)を従業員代表として協定を締結することが労働基準法で定められている。今回の調査対象の医療機関において、過半数代表の選定プロセスが不明瞭な医療機関が散見された。また、多くの医療機関において医師の労働組合への加入者がほとんどおらず、また、過半数代表への意見もほぼ確認できなかった。そのため、労働環境や労務条件に関する現場医師の意見を吸い上げるための別の仕組みを構築する必要があるのではと考える。また、(B)水準に関する労使交渉が適切に実施されている医療機関は、現状ではほとんどなく、働き方改革に向けた実務的かつ効果的な取組みは未実施または発展途上である印象を受ける。医師を含む労働者の声を吸い上げる効果的な仕組みを整備することで、院内の風通しを良くし、業務改善のアイデアや生産性向上に寄与する取り組みの議論につながり、結果として経営的貢献の一助になっていくと思われる。そして、就業規則においては、院内ネットワーク等で確認が出来る体制が取られていたものの、どれくらい職員に周知・理解されているかの把握に関しては各病院でのばらつきが存在していた。前段の勤怠管理システムの構築を進める際にはそのシステム設定が自院の就業規則と合わない場合、また、変則的な働き方の医師が多い場合等を考慮し、勤怠管理と就業規則との整合性や調整がさらに必要と思われる。

医師の過重労働による健康被害や過労死をなくすべく、医療機関でのメンタルヘルス対策などは喫緊の課題である。実態的な時間外労働時間が今後把握されていくと、追加的健康措置による面接が義務化されることにより産業医等による面談ニーズが増大することが考えられる。その際には、少なくとも2名以上の産業医や面談指導実施医師の配置が必要になると考える。また、今回の評価項目設定には至らなかったが、産業衛生チームといった他職種も含めたフォロー体制があれば、働き方改革を進めるにあたり、有効に機能するのではないかと考えられる。産業医の選定については、前任の医師から任命され、ボランティアで行っているといった医療機関が大多数であった。実効性のある安全衛生管理を実現するには、産業医が第三者の立場で事業者と労働者の間に立ち、物事を公平に判断することが望ましい。医療機関との間にしがらみのない産業医の方が医師も相談しやすく、医療機関に対する的確な指摘や提案も実施しやすいため、外部からの選任も含めて適切に実施することが望まれる。なお、「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書(日本医師会、平成28年6月)では、不健康・健康でない(主観的健康観)

が20.1%と約5人に一人が不健康を意識し、他の医師への健康相談ありが55.1%と約2人に1人が相談できていない状況が明らかとなっている。さらに、自殺等リスクが極めて高い状態にある医師の割合は3.6%であり、これらの状況の改善を目指して、追加的健康確保措置における産業医の面談に期待する点は大きい。したがって、産業医等への今後の負担が増加する可能性が高く、産業医や面接指導医師の選定方法も評価項目として検討していくことも求められる。同時に、医師本人への面接実施の重要性の周知徹底と直属の上司への意識啓発は必須である。

健康診断については、組織として、多忙な医師が「健診を受診しやすい環境構築」、「ある程度の健診受診率の数的目標」、「健康状態に問題があった場合の受診勧奨と結果の把握」、「受診勧奨の組織的取組」等を行うことが好ましいと考える。

労働災害防止の取り組みは労使が一体となって行う必要があることについては論を待たない。そのためには、安全委員会や衛生委員会において、労働者の危険又は健康障害を防止するための基本となるべき対策(労働災害の原因及び再発防止対策等)などの重要事項について十分な調査審議を行う必要がある。制度では、一定の基準に該当する会社では安全委員会、衛生委員会(または両委員会を統合した安全衛生委員会)を設置しなければならず、話し合われた内容をすぐに運用にすすめることが望まれる。そのためには、労働者側の委員や経営側の委員は、男女のバランスや部署のバランス等を考慮して選任し、また、専門家としての意見を述べるメンバーとして、自院の内情を客観的に把握できる産業医の出席も望ましい。これらを踏まえて、衛生委員会についての調査を見てみると、必要最低限の法的部分を満たす形で実施している医療機関が多く、長時間勤務に関する別のワーキンググループを立ち上げている場合もあった。衛生委員会とのすみ分けや協働項目を明確にすることで、院内で働き方改革がより進みやすくなると思われ、衛生委員会に何を期待するかの定義づけが評価の上で必要と考えた。一般的な医療機関では、働き方改革を進める上で、他ワーキンググループや個別の委員会が立ち上がることもあるが、それらと既存の衛生委員会の位置づけや再定義をどうするかによって、院内の働き方改革の進み具合に差が出る部分も否定できない。運営側は既存の衛生委員会の有効活用を視野に入れて改革を進めることが望まれる。

毎月の労働時間管理については、現時点では多くの医療機関で勤務計画が現場主導



で作成され、法定休日や所定労働時間などを考慮されて作成されていない事実がある。これが今回の調査において明らかとなった最重要課題である。適切な時間管理のためには副業・兼業先での勤務時間や当直勤務後の勤務間インターバルについても、月初に勤務計画に組み込んでおく必要があり、少なくとも月に1回程度は定期的に医療機関側による全体把握の機会を設けることは極めて重要であろう。

さらに、労働時間の管理において、その時間が自己研鑽か労働かの把握が必須であるが、ある程度の強制力を用いて「医療機関における自己研鑽のルール作成」かつ「院内への周知の徹底」を義務化しなければ進まない印象を受けた。また、医師の勤務計画の作成者やその管理者に対して、勤務計画作成・管理等の研修を実施すべきであり、医師本人に関しては入職時研修等で時間管理の重要性や方法論を周知し、可能であれば入職後の定期的な研修を付与するとさらに効果的と考える。

タスクシフト/シェアについては、ある程度進んでいる部分も見受けられたものの、さらに発展・推進していくためには、取り組みやすい好事例をもとに、シフト/シェアすべき具体的項目の提示とその方法論の提案が必要と考えられる。また、医療安全面等を考慮して医療機関独自のルールを定めている部分が大いにあることが判明したため、検討会で協議が進んでいる項目については、独自ルールとのすみ分けや整合性を想定しつつ、推進を妨げないようにする項目設定を検討した。タスクシフト/シェアのアウトカム評価に関しては、労働時間や医師の業務負荷の削減量を定量的に把握するところまで到達しているところはなく、今後は実施していく必要がある検討課題と考えられる。タスクシフト/シェア推進のための方策の一つである看護師の特定行為研修を広めていく過程には、院内資源の不足や研修受講の負荷等の阻害因子が介在するため、その阻害因子の除去に対する解決策が望まれている声大きい。今後、タスクシフト/シェアの推進に関する検討会の動向を踏まえつつ、看護師の特定行為研修修了者の育成・確保に関する医療機関として方針を早急に示していくことが重要と考える。

また、医師の働き方改革を効率的・効果的に進めていくためには、患者や地域の人々の理解、病診連携などの地域連携体制も重要となってくることは周知のとおりである。そのため、医療機関の取組みを患者や地域の人々、近隣の医療機関に対して十分に周知していることを評価する項目を設定した。同時に、医療の質の向上と働き方改革を両立するためには、患者のニーズや意見につ

いても把握しておく必要はあり、患者満足度調査や患者ヒアリングから医療機関が課題と捉える内容について確認し、医療の質の低下などにも注意を払っていることを評価する項目も設けた。

総括として、調査を実施した医療機関では、各々で医療の質向上を目指しながら医療現場を回しつつ、現状で実施でき得る範囲の労務管理を行っていたといえる。働き方改革への意識の高低や取り組みの温度差はあるものの、ほとんどの医療機関は働き方改革の必要性を真摯に受け止めていた。ただ、実態把握が不十分であるが故に、次のアクションに迷っている施設もあった。また、地方における特定の診療科(脳神経外科、心臓血管外科、循環器内科、産婦人科、小児科等)に関しては、地域医療構想における将来的な医療機能集約や医師偏在対策の効果を期待しつつも、2年後の2022年度からはじまる評価機能による評価と、実際に勤務医の時間外労働上限規制が始まる2024年度の段階でどこまで進んでいるか、現時点では不明瞭である。今後、当評価を厳格に実施した場合、特定の診療科が基準を満たすことが困難となり、地域医療の縮小につながりかねないリスクが想定される。このように基準をクリアすることが困難な事例をどのように評価するか、またはどう扱うかに関しては、さらなる慎重な検討が必要である。さらに、アウトカムとしての時間外労働時間が独り歩きすることにより、「名目的に規定時間内に収める」という短絡的な思考や姿勢が医療機関に広がっていくことが懸念されるため、アウトカム評価のみならずプロセス評価にも重点をおくことが肝要であろう。つまり、単なる数的目標の達成のために医療の質が損なわれたり、現場の医療職のモチベーションが下がることは厳に避けなければならない。また、今回の試行調査においても「提出としては〇〇時間となっているが、医療提供体制の維持のため実態は倍以上労働している」との回答が散見された。実態と管理上との乖離が少なからず存在していることについて、どのように扱っていくのかは今後の重要課題と考える。

## E. 結論

医療現場では医師の働き方について、正確に勤怠の管理をすることにより賃金や就業上の時間制限等に影響することがあるため、避けられてきた実態は否定できない。そのため、本研究ではアウトカム部分での評価をいきなり実施することは困難であると考え、ストラクチャー部分とプロセス部分を重視し、改善のサイクルが回っていることをより評価する項目とガイドラインを

作成した。医療機関にはまずは労働(滞在)時間の把握からはじめてもらい、管理体制が出来上がるごとに整備していくイメージを有してもらうように、評価項目に勤務計画の作成と勤怠把握について追加した。そして、医療機関での働き方改革が着実に進んでいく中で、評価項目の精度を高めていくべきものとする。また、令和2年の診療報酬改定により、地域医療体制確保加算との連動部分も評価項目・ガイドラインに盛り込んだ。今後は政策ともさらに強く連動し、アップデートしていく必要があるだろう。まず、医療機関は医師の勤務状況を的確に把握し、その中で、(B)水準や(C)水準に該当する医師の健康確保を行いながら、時間外労働の削減を目指すことが最優先に求められる。働く医療職の健康を守り、地域医療の提供体制を維持していくために、まずは、労働時間の実態把握、働き方改革に対する院内意識の向上、タスクシフト等の生産性向上への取り組み等が急務である。

F．健康危険情報  
該当なし

G．研究発表  
該当なし

H．知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)  
該当なし

参考文献：

- ・ 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」報告書（平成31年3月）
- ・ 日本医師会「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書」（平成28年6月）
- ・ 厚生労働省「第6回 医師の働き方改革の推進に関する検討会」（資料2）（令和元年12月）