

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

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた医師の働き方改革が
大学病院勤務医師の働き方に与える影響の検証とその対策に資する研究

研究代表者 裴 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4月から勤務医の時間外労働上限規制が適用されるが、時間外労働上限規制や労務管理の適正化が地域医療提供体制に与える影響の大きさについて懸念が高まったことを受け、昨年度の厚生労働科学特別研究事業（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）において、医師の働き方改革の地域医療提供体制への影響について分析を行った。しかし、今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、一部の診療科の医師に過大な負担が強いられたことや関連病院への医師派遣が困難な状況になったことなどの問題が発生したため、これらの影響を加味した上で、地域医療提供体制への影響の再分析が必要となった。本研究では、2024年に医師の時間外労働上限規制が適用された場合の大学病院の医局員について、主に①大学医局から関連病院への医師派遣等に影響があるか、②副業・兼業に該当する関連病院における勤務に影響があるのか、新型コロナウイルス感染症の影響も踏まえ、働き方改革の地域医療提供体制への影響についての考察を行う。また、昨年度の研究において、診療科によって医師数や勤務状況が異なるため、講じる効果的な労働時間短縮計画は異なり、まず診療科毎に詳細な勤務実態を把握し、実態に即した計画を立案することが重要であることが示されたことから、各医療機関で勤務実態の把握に取り組むためのマニュアル作成も行う。

【方法】10の大学病院において、各病院が選定した2、3診療科（計26診療科）に協力を得て、大学病院を主たる勤務先とする医師を対象に、副業・兼業先での勤務を含めた1週間の勤務状況についてタイムスタディを実施した。また、各医局の勤務体制および関連病院への医師派遣状況（勤務先や経験年数、職位、性別、年齢、医局が把握している副業・兼業の状況、新型コロナウイルス感染症への対応状況等）について、各医局の教授あるいは医局長に紙面調査を行った。タイムスタディ及び紙面調査結果をもとに、各医局の教授や医局長、大学病院事務（総務・人事担当部門）等から、医局の運営方法や地域医療提供体制の状況、新型コロナウイルス感染症の影響、調査結果を踏まえた具体的対応策等についてヒアリングを実施した。

【結果および考察】対象医師531名から有効回答を得られ、大学病院、副業・兼業先ともに宿日直の待機時間を労働時間として取り扱う場合、A水準相当は213名(40.1%)、連携B水準相当は145名(27.3%)、連携B、BまたはC水準相当は50名(9.4%)、連携B、BまたはC水準を超過する医師は123名(23.2%)であった。また、大学病院は宿日直の待機時

間を労働時間として取り扱い、副業・兼業先での宿日直の待機時間を労働時間として取り扱わない場合、A水準相当は304名(57.3%)、連携B水準相当は99名(18.6%)、BまたはC水準相当は73名(13.7%)、連携B、BまたはC水準を超過する医師は55名(10.4%)であった。時間外労働時間短縮のための第一選択として医師派遣体制の縮小を挙げられることはなかったが、医療機関は各々の取組みだけではなく、医療機能の集約や患者および家族の意識変容の推進が必要と考えていた。今年度、社会的に新型コロナウイルス感染症の影響が大きく、医師の業務量についても影響が懸念されたが、今回調査を行った大学病院と診療科においては、新型コロナウイルス感染症の影響による業務量の増加はなかった。

【結論】厚生労働省より発表された平成28年度、令和元年度の「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」による連携B、BまたはC水準の超過に該当するであろう医師数が上位10%程度であるという内容について、本研究でも大学病院は待機を含み、兼業先で待機を除いた場合の連携B、BまたはC水準を超過する医師の割合は同様の10%程度となった。既に、チーム制の導入や土日の出勤は当直医のみに制限する等の取組を行い、労働時間が短縮された結果が出ている診療科もある。医師の労働時間短縮を達成するためには、医療を受ける側も認識を変えてもらう必要があり、救急医療提供体制の集約化や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あわせて検討する必要がある。やはり医師の働き方改革、地域医療構想、医師偏在対策を「三位一体」で検討せざるを得ない状況であることが今回の研究でも明らかになった。

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

(横浜市立大学附属病院 産婦人科 助教)

村田 英俊

(横浜市立大学大学院医学研究科 脳神経外科学 准教授)

A. 研究目的

医師の働き方改革において、2024年4月から診療に従事する勤務医の時間外労働上限規制が適用される。時間外労働上限規制が地域医療提供体制に与える影響の大きさについて懸念が高まったことを受け、昨年度の厚生労働科学特別研究事業（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）において、2大学病院 6診療科において、地域医療提供体制に大きな影響を及ぼすであろう、大学医局の関連病院への医師派遣を中心としたシミュレーションを行い、医師の働き方改革の地域医療提供体制への影響について分析を行ったところである。しかし、今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、一部の診療科の医師に過大な負担が強いられたことや関連病院への医師派遣が困難な状況になったことなどの問題が発生した。

したがって、これらの影響を加味した上で、地域医療提供体制への影響を再分

析する必要性が生じたため、本研究では2024年に医師の時間外上限規制が適用された場合の大学病院の医局員について、主に、①大学医局から関連病院への医師派遣等に影響があるか、②副業・兼業に該当する関連病院における勤務に影響があるのか、新型コロナウイルス感染症の影響も踏まえ、上限規制への該当性の観点からシミュレーションを行い、働き方改革の地域医療提供体制への影響について考察する。

また、昨年度の研究において、診療科によって医師数や勤務状況が異なるため、講じうる効果的な労働時間短縮計画も異なり、診療科毎に詳細な勤務実態を把握し、実態に即した計画を立案することが重要であることが示されたため、各医療機関が勤務実態の把握に取り組むためのマニュアルの作成も行う。

B. 研究方法

1. 調査対象

昨年度の「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2大学病院と異なる都道府県に所在する10大学病院（「A～J」大学病院」と表現する）に協力の同意を得た。その際、地域や国公立・私立の種別に偏りがないようにし、医師少数県に所在する大学も含めた。また、各病院が選定した2、3診療科（研究班からは選定時に長時間労働が予想される診療科を依頼）を対象とした。

2. 調査方法

(1) 勤務実態の把握

① 大学病院を主たる勤務先とする医師の勤務状況

医師個人が副業・兼業に該当する関連病院の勤務を含めた1週間の勤務実態（宿日直を含む）について、調査票に記載するタイムスタディを実施した。具体的な内容は以下に記載する。

[回答者] 各医局の大学病院を主たる勤務先とする医師

[具体的な調査項目]

- ・ 祝日や学会等がない標準的な1週間の副業・兼業先を含む労働時間（宿日直を含む）とその内容（診療業務、診療外業務、宿日直中等、（詳細は別紙1参照））
- ・ 新型コロナウイルス感染症の業務への影響

② 大学医局の医局員の所属および派遣状況の調査（①の情報の補完のために実施）

調査対象の各診療科（医局）における勤務体制および関連病院への医師派遣状況について紙面調査を実施した。具体的な調査内容は以下に記載する。

[回答者] 各医局の教授あるいは医局長

[具体的な調査項目]

- ・ 各医局に所属する医師（大学病院以外を主たる勤務先とする医師を含む）の勤務先、経験年数、職位、性別、年齢、医局で把握している副業・兼業の状況（日当直等）
- ・ 医局の新型コロナウイルス感染症への対応状況（診療実績または応援医師の派遣状況等）

(2) 上限規制への該当性分析

(1)の①のタイムスタディによる1週間の労働時間から、2024年4月から適用される時間外・休日労働上限規制のA水準の上限である年960時間（総労働時間週60時間：所定労働40時間＋時間外・休日労働20時間）、連携B、B・C水準の上限である年1,860時間（近似値として総労働時間週80時間：所定労働40時間＋時間外・休日労働40時間）に相当する時間を超過して勤務する医師の人数や割合を算出する。労働時間の集計方法として、以下を定義した。

- ・ 調査対象となった1週間が繰り返されると仮定し、1年間を48週間として算出する
- ・ 診療業務は、すべて労働時間とする
- ・ 診療外業務は、「指示無」と記載されていない場合は労働時間とし、大学院生の「研究」は労働時間から除く
- ・ なお、分析時に、宿日直中の診療業務や労働時間に該当する診療外業務を行っていない時間（以下、待機時間という。）を、労働時間として取り扱わない場合は「待機除く」、労働時間として取り扱う場合は「待機含む」と表現した

また、上限規制が適用された場合に上限を超過している労働時間を補填するために必要な医師数の試算を行う。

(3) 勤務実態の確認および労働時間短縮の具体的対策、地域医療提供体制への影響等のヒアリング

各医局の教授や医局長、大学病院の事務部門（人事・総務担当者）、管理者等に対し、(1)、(2)の結果をもとに、現在の大学病院全体の労務管理、医局

の運営方法や地域医療提供体制の状況、新型コロナウイルス感染症の影響、調査結果やシミュレーションを踏まえ、労働時間短縮の具体的対策について、ヒアリング調査を実施した。

(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。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. 調査対象医師の勤務実態

(1) タイムスタディ概要

令和2年12月7日～13日、令和2年12月14日～20日のいずれかの期間において、医師個人のタイムスタディを実施し、10大学病院26診療科、531名(性別:男性428名、女性90名、無回答13名、短時間勤務制度の適用:適用あり11名、適用なし479名、無回答41名)からの有効回答が得られた。

(2) 宿日直の実態

① 大学病院における宿日直の実態

宿日直許可の取得状況について、6つの大学病院で許可があり、4つの大学病院では許可がなかった。

大学病院での宿日直勤務がなかった2診療科を除いた24診療科において、大学病院での宿日直中の診療業務、労働時間に該当する診療外業務、待機時間の内訳を診療科毎に集計した。診療時間の平均割合については、10%未満が2診療科、10%以上20%未満が10診療科、20%以上30%未満が7診療科、30%以上が5診療科であり、最大は46.9%であった。

宿日直中の労働時間に該当する診療外業務の平均割合については、5%未満が13診療科(そのうち、7診療科は0%)、5%以上10%未満が6診療科、10%以上が5診療科であり、最大は33.3%であった。

② 副業・兼業先における宿日直の実態
副業・兼業先の宿日直許可の取得状況

について把握しているのは1大学病院3診療科のみで、その他診療科は把握できていなかった。

副業・兼業先での宿日直勤務がなかった4診療科を除いた22診療科において、①と同様の集計を行った。宿日直中の診療時間の平均割合については、10%未満が16診療科(そのうち、5診療科は0%)、10%以上20%未満が6診療科であり、最大は19.6%であった。

宿日直中の診療外業務の平均割合については、5%未満が15診療科(そのうち、7診療科は0%)、5%以上10%未満が6診療科、10%以上が1診療科であり、最大は12.3%であった。

(3) 診療外業務の実態

医師531名について、労働時間に該当する診療外業務(研究、教育、研鑽、その他)の一週間の平均時間は10時間47分であった。また、「指示無」と記載された時間も含んだ平均時間は11時間12分となり、診療外業務のうち、「指示無」と記載された割合は3.6%となった。労働時間に該当する研究の平均時間は5時間25分(「指示無」と記載された割合:0.9%)、教育の平均時間は58分(「指示無」と記載された割合:0.3%)、研鑽の平均時間は2時間22分(「指示無」と記載された割合:3.0%)、その他については2時間42分(「指示無」と記載された割合:9.5%)であった。

(4) 上限規制の水準割合

(2)及び(3)の結果から、診療科によって差はあるものの、大学病院における宿日直では診療業務の時間の割合が高いこと、副業・兼業先における宿日直では診療業務の時間の割合が低く、宿日直許可を取得し、労働時間から除きうる可能性があると考えられた。そのため、労働時間の集計においては、大学病院は宿日直許可ありとみなし、副業・兼業先は宿日直許可ありとみなし、大学病院は待機含む、副業・兼業先は待機除くとした。一方で、副業・兼業先における宿日直でも診療業務の割合が高い事例も存在しているため、大学病院、副業・兼業先ともに待機含むとした結果も併せて示す。

大学病院、副業・兼業先ともに待機含むとした場合、A水準相当は213名(40.1%)、連携B水準相当は145名(27.3%)、BまたはC水準相当は50名(9.4%)、連携B、BまたはC水準を超過する医師は123名(23.2%)であった。また、大学病院は待機含む、副業・兼業先は待機除くとした場合、A水準相当は304名(57.3%)、連

携B水準相当は99名(18.6%)、BまたはC水準相当は73名(13.7%)、連携B、BまたはC水準を超過する医師は55名(10.4%)であった。

(5) 平均労働時間の内訳

① 勤務先毎の平均労働時間

26診療科について、大学病院、副業・兼業先ともに待機含むとした場合、大学病院における平均労働時間は48時間16分、副業・兼業先の平均労働時間は18時間16分、合計は66時間33分となった。合計の最大値は79時間56分(C大学病院の産婦人科)であった。60時間を超えていたのは、17診療科であった。

また、大学病院は待機含む、副業・兼業先は待機除くとした場合、大学病院における平均労働時間は48時間16分、副業・兼業先の平均労働時間は9時間31分、合計は57時間47分となった。合計の最大値は68時間39分(J大学病院の消化器外科)であった。60時間を超えていたのは、9診療科であった。

② 勤務内容ごとの平均労働時間

26診療科について、大学病院、副業・兼業先ともに待機含むとした場合、合計66時間33分のうち、診療業務の平均時間は43時間19分、労働時間に該当する診療外業務の平均時間は10時間47分、待機時間は12時間26分となった。

また、大学病院は待機含む、副業・兼業先は待機除くとした場合、待機時間が3時間41分となり、合計57時間47分となった。

③ 大学院生による回答を考慮した場合

大学院生の有効回答が得られた15診療科において、大学院生を除いた集計を行った。大学病院、副業・兼業先ともに待機含むとした場合、D大学病院の脳神経外科、G大学病院の心臓血管外科、J大学病院の消化器外科の3診療科において80時間越えとなった(最大値は87時間20分)。

また、大学病院は待機含む、副業・兼業先は待機除くとした場合、1診療科(D大学病院の脳神経外科)で80時間越えとなった(最大値は80時間10分)。

(6) 連携B、BまたはC水準を超過する医師の働き方

長時間労働となっている医師は、当直を大学病院と副業・兼業先を合わせ、1週間で2回以上実施している傾向があった。また、休日である土日祝日に当直ではないにもかかわらず出勤し、病棟業

務やその他の診療業務を実施していた。

(7) 新型コロナウイルス感染症の影響
今回の調査期間となった1週間と前年同時期の業務量の比較について、482名の医師から回答が得られた。「前年と同程度」と回答した医師が56.8%であり、「前年よりやや多い」は9.3%、「前年より多い」は9.8%であった。一方、「前年よりやや少ない」は12.9%、「前年より少ない」は11.2%であった。また、業務量の増減について、新型コロナウイルス感染症の影響が理由であると回答したのは、「前年度より多い」の9.8%のうち0.2%、「前年よりやや多い」の9.3%のうち1.0%であり、業務量増加の理由をコロナウイルスと回答したのは全体の1.2%となった。

(8) 労働時間補填のための必要医師数
各診療科における連携B、BまたはC水準を超過する医師の80時間を超える部分の労働時間を合計した時間を補填するために必要な医師数(補填するための医師は各診療科の平均労働時間を勤務すると仮定)を推計した。

大学病院、副業・兼業先ともに待機含むとした場合、労働時間補填のために最も多くの医師が必要となるのは、C大学病院の産婦人科であり、診療科全体の総労働時間の14.4%が超過分に該当し、その時間を補填するとした場合に必要となる医師数は5.47人であった。なお、労働時間補填のための必要医師数が、1人未満が15診療科(うち、5診療科は0人)、1人以上2人未満が5診療科、2人以上3人未満が3診療科、3人以上4人未満が1診療科、4人以上5人未満が1診療科、5人以上6人未満が1診療科であった。

大学病院は待機含む、副業・兼業先は待機除くとした場合、労働時間補填のために最も多くの医師が必要となるのは、J大学病院の消化器外科であり、診療科全体の総労働時間の6.6%が超過分に該当し、その時間を補填するとした場合に必要となる医師数は2.49人であった。なお、労働時間補填のための必要医師数が、1人未満が24診療科(うち、8診療科は0人)、1人以上2人未満が1診療科、2人以上3人未満が1診療科であった。

2. タイムスタディ結果からみる現状と今後の対策についてのヒアリング内容

(1) 調査結果と勤務実態について

① 労働時間

ほぼすべての診療科において、労働時間に関しては大学病院、副業・兼業先

を含め、想定どおりという回答であった。また、診療業務の内容(外来、病棟、手術・処置、その他)の割合についても、想定どおりとの回答であった。

② 宿日直

大学病院での宿日直中の診療業務の時間の割合より、宿日直として取り扱うのは難しいと回答した診療科は16診療科であった。管理当直者の勤務や内科系診療科、耳鼻咽喉科、皮膚科における宿日直については宿日直許可基準に合致した体制の整備が可能であると回答があった(7診療科)。現時点でシフトとして取り扱っている診療科が2つあった。

副業・兼業先における宿日直について、宿日直許可基準に合致した実態と考えられると明確に回答したのは6診療科、副業・兼業先によっては可能と考えられると回答したのは17診療科であった。1診療科は副業・兼業先が救急対応をしている基幹病院であるため、宿日直許可の取得は難しいと回答した。1診療科は宿日直としての副業・兼業の該当がなかった。

③ 診療外業務

診療外業務の内訳については、5診療科で研究時間が少ないと感じるとの意見があった。また、研究や教育の時間を短縮されることにより、国際競争力の低下を懸念する声もあり、労働時間短縮のために診療外業務を削るべきではないという回答があった。

研鑽の捉え方については、3診療科で「原則、指示ありとするのが妥当」という回答であった。一方、5診療科では「原則、指示なしとするのが妥当」という回答であった。

また、調査実施時点で自己研鑽に関するルールを院内で定めている大学病院は2つであった。

(2) 現状の勤務体制

① 大学病院における夜間・休日の勤務体制

各診療科内で当直医を1名配置(各科当直)し、対応している診療科が12診療科あり、さらに救急対応や緊急の手術・処置が入る診療科においては、オンコールを1~2名追加で配置していた。集中治療室を有している産婦人科や心臓血管外科では、集中治療室の担当者は交替(シフト)制勤務をし、他に一般病棟の当直医を1~2名配置しているところもあった。特徴的な取り組みとし

ては、手術日の夜間帯のみ当直医を配置し、その他はオンコールで対応しているという診療科もあった。

② 副業・兼業先への派遣状況

副業・兼業先での宿日直について、一番労働時間が長かったのは、土曜日の夜から日曜の日中・夜間、月曜の朝までというパターンであった。回数については、ほぼすべての診療科が上記のパターンの宿日直は1か月に1回程度で診療科内の医師に割り振っていると回答した。また、副業・兼業先までの移動については片道2時間程度かかるとの回答も比較的多くあった。

(3) 労働時間短縮に向けた方策

① チーム制、複数主治医制の導入

チーム制の導入はすでに実施していると回答した診療科が12診療科あったが、そのうちの5診療科では主治医制との併用であった。チーム制を検討していると回答したのは4診療科であった。複数主治医制を導入しているという回答はなかった。また、医局員が少ない診療科では、現実としてチームを組めないため、チーム制導入が難しいとの回答もあった。

② 交替制勤務や夜間・休日の勤務体制の見直し

宿日直の回数、時間を減らすために、外科系・内科系でのグループ当直やオンコールとの併用も8診療科で取り組まれていた。

土日・祝日に当直医以外の医師も病棟の担当患者の診察のため出勤するといったことが常態化している診療科もあった。当該診療科のうち、今後の対策として4診療科において当番医師以外の医師の土日・祝日の出勤を控えることを前向きに検討したい旨の回答があった。

変形労働時間制や時差出勤なども検討したいとする診療科もある一方、医局員が少ない診療科では、交替(シフト)制勤務の導入も困難であるとの意見があった。

③ タスク・シフト/シェアについて

外来における検査予約の日程調整・取り直しや入院時のカルテ・オーダーの入力、署名が必要な書類の増加などが業務を圧迫しており、それらの業務をタスク・シフトするため医師事務作業補助者の配置や拡充を希望する声が17診療科からあった。現状でも配置その

ものはされているが、特定の医師に対してのみ配置されているなど、まだ業務をタスク・シフトする余地はあるといった内容であった。

また、外科系や処置のある診療科においては、特定行為研修を修了した看護師への期待も大きいと回答していた。病棟業務においては、静脈路確保、静脈注射、血液培養、輸血の投与まで医師で実施している診療科もあり、看護師へのタスク・シフトも希望する声があった。これらは特に明確な理由があるわけなく、慣習的に医師が実施しているということであった。また、ある産婦人科からは、患者からの電話対応や初期対応の判断も助産師・看護師が実施することにより、負担軽減になるという意見もあった。

④ その他の方策

すでに働き方改革に取り組んでいる1つの大学病院においては、診療科のカンファレンス、抄読会等について、時間内で実施するように決定し、取り組まれていた。

時間外労働について、週に1回教授・医局長がチェックを実施し、年間の時間外労働1,860時間内について、すでに意識してマネジメントされている診療科もあった。

また、女性医師の活用についても、可能であれば月に1回夜勤を担当してもらう等、一定の医師への業務量の偏りを減少させる努力をしている診療科もあった。

(4) 分析結果を受けた医師派遣体制の縮小の可能性

ヒアリングを実施した25診療科のうち、5診療科は、医師派遣体制縮小の可能性について言及されたが、いずれも自院での労働時間短縮の取組を行ったにもかかわらず、上限を超える場合とし、「医師派遣体制の縮小」を上限規制を遵守するための第一選択とする診療科はなかった。

11診療科においては、医師派遣は地域医療提供体制の確保に加え、医局員の収入の確保の意味もあるため、派遣縮小は困難と回答した。

(5) 医療機能、医療機関の集約の必要性

医療機能、医療機関の集約について、実際に可能と考えられるかとの質問に対して、14診療科において集約は可能である、集約せざるを得ないといった回答が得られた。すでに集約が進んで

おり、これ以上の集約は難しいと回答した診療科もあった。

(6) 新型コロナウイルス感染症の影響

新型コロナウイルス感染症の影響により、調査期間の業務量が昨年同時期比べて特に多かったもしくは少なかったと回答した診療科はなかった。

D. 考察

今回の結果から、地域医療への影響と各医療機関の働き方改革に向けた取組に関して、昨年度よりもより具体的な方向性、実施すべきことが明らかとなった。

(1) 宿日直について

昨年度の調査において、宿日直許可の取得の有無が労働時間に与える影響が大きいと考えられていたが、今年度の研究で10の大学病院へ対象を増やし調査を実施した結果、多くの診療科では、大学病院は、副業・兼業先と比べると宿日直中の診療時間の割合が高く、宿日直許可を取得するのが比較的難しいと考えられる実態であった。

宿日直許可は、常態として、ほとんど労働する必要のない勤務のみを対象とするものであり、宿日直中の診療時間の割合に関する具体的な数値基準はないが、診療時間の割合が低い場合については、更に実態を調査し、必要に応じて宿日直中の対応について見直しを行うとともに、医師と議論を行い（医師の意識としてもいわゆる「寝当直」であるか、又は今後「寝当直」と考えられる体制に移行できそうかの確認等）、許可取得の可能性があると判断したものについては許可申請を行うことを検討することが上限規制への対応には重要である。大学病院においても診療科ごと、当直の役割ごと（管理当直、救急当直等）、また時間帯ごと（1時までは業務があるが、1時から8時までは寝当直とできる等）に上述の検討を実施し、許可取得の可能性があると判断した部分については、許可申請を行うことを検討することが上限規制への対応において有効な方策になり得ると考える。また、宿日直許可の対象となる宿日直の回数は、副業・兼業先も通算して宿直は、原則として、週1回、日直は月1回という制限もあるため、これらも踏まえて「宿日直許可の取得」、「交替（シフト）制勤務」、「変形労働時間制」等のような体制を整備することが各診療科の実態に適しているかを見極める必要がある。

副業・兼業先における宿日直では診療時間の割合が低く、宿日直許可を取得で

きる可能性がある場合もあるものと考えられる。また、産婦人科においては、副業・兼業先での宿日直の頻度が高いことも、連携B、BまたはC水準を超過する一因となっており、待機時間も長いため、その扱いにより、これらの水準超過の医師数が大きく変化する。副業・兼業先の宿日直許可の取得状況については大学病院側でほぼ把握できていない現状があるため、まず副業・兼業先の宿日直許可の取得状況を把握することが急務であるといえる。

(2) 診療外業務について

研究・研鑽については、自己研鑽か労働かは切り分けが困難であると指摘する声が従来よりあるが、今回のヒアリングでも同様の意見が出ていた。しかし、多くの教授や医局長から話を聞く中で、厳しい勤務状況の中でも研究や研鑽を積んでいる点において、明確に「研鑽＝労働」であるという考えを述べた教授も存在した。その一方で、すべての研究・研鑽を上司の指示で実施していると認識しているのは残念であるという意見も聞かれた。また、研究、研鑽等にかかる時間が少ないと感じているとの意見も多く、研究等の大学病院としての役割も果たしながら、労働時間の短縮を求められている現場の苦労が感じられた。

しかし、今回、明確になったのは、医師個人からのタイムスタディの結果、診療外業務のうち「指示無」と回答されたものは3.6%のみであり、診療外業務の大部分は、労働であると医師本人が認識しており、診療科を問わずこの点は一致しているといえる。

自己研鑽か労働かの切り分けが重要であること、「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」が必要ということは昨年度の研究でも提示した点であるが、今回の調査医療機関においても自己研鑽のルール作成をしていたのは2病院のみであった。他の医療機関は調整中であったり、政策の流れを伺っているといった回答であり、実際に進んでいないことがより明らかになった。

また、専門業務型裁量労働制（労働時間等に裁量がある業務に従事する者を対象）として、あらかじめ定めた時間働いたものとみなす制度での雇用の場合、制度に則した働き方である必要がある。もし、そうではない働き方となっている場合には、実態に対応するような形をとらざるを得ないであろうと考える。

(3) 勤務体制について

労働時間を短縮するためには、診療科、

医療機関全体で勤務体制を見直すことは必須となる。チーム制やグループ当直に取り組もうとしていた医療機関、診療科も多かったが、完全主治医制や各科当直でないに対応が難しいといった意見も聞かれた。これは長年の医師としての責任感といった意識の問題が大きい、専門性が高く、他の診療科の医師では対応が難しい診療科や在籍医師数が少ない場合にも同様のことがいえる。実際に本調査では、産婦人科、循環器内科、心臓血管外科について、集中治療領域も含めた夜間・休日の勤務体制により、連携B、BまたはC水準を超過する可能性が高いことも明らかとなった。地方の外科系、救急対応のある少人数の診療科においては、勤務体制の見直しが難しいが、最も改革が必要などころでもある。

今回の調査結果を長時間労働となっている医師の働き方について着目したところ、当直の回数が多い、当直の時間が長い、本来休日である土日に自身の担当患者の診察等で自主的に出勤し、業務を行っているといったいくつかの特徴がみられた。よって、当直回数については、各科当直から外科系・内科系等のグループ当直への院内全体での実施と夜間休日の医療体制維持のためのオンコールの併用といった策が有用と考えられる。また、法定休日（週1回又は4週4日）を確保する意味からも、土日や祝日については当番医でない場合には病院への出勤は控えることなど、医師自身への意識改革および成功事例の共有が重要となる。

(4) タスク・シフト/シェアについて

タスク・シフト/シェアについて医師に聞くと、文書作成等の事務作業の負荷が大変大きいということが多く聞かれ、医師事務作業補助者のさらなる活用の要望がかなり強くあった。また、副業・兼業先を含め大学病院外での勤務経験のある医師の多くが大学病院と市中病院とを比較したところ、医師事務作業補助者へのタスク・シフトが遅れているという印象を強く持っていた。この点については、早急に業務整理、タスク・シフトを進めるべきであると考えられる。

さらに、特定行為研修修了者の活用については、各医療機関で温度差があった。少人数での医局運営等にも効果的な方策であるが、病院として進めていかなければ、診療科単位では解決できない課題であると感じられた。

グループ当直などは医師間でのタスク・シェアと言えるが、専門性により困難であるという意見が多く聞かれ、シェア

が難しい診療科は一定程度存在することは事実であり、引き続き課題であると考ええる。

静脈路確保や血液培養の採取、輸血投与等、通常看護師でも実施可能な業務も医師（研修医、専攻医等）が実施しているとの声も聞かれた。これらが慣習により日々の業務として実施しているものなのか、研修として実施しているのか、といった点も、今後は組織として明確にしていく必要があり、多忙な職種や職員の業務量を院内全体でフォローする体制をつくっていく必要がある。

(5) 追加的健康確保措置について

追加的健康確保措置は現時点ではまだ義務付けられていないが、各医療機関は今回の調査によって、連携B、BまたはC水準に該当する医師の数、診療科を把握し、体制の整備をすることが求められる。各診療科で速やかに実態把握を行い、(3)、(4)の具体的な取り組みも並行して行っていくべきであることに変わりはなく、追加的健康確保措置の実施に意識を向け、管理体制を整える必要がある。

(6) 地域医療への影響・派遣先について

医師派遣体制の縮小を労働時間短縮のための第一選択として挙げられることはなかったものの、医療機関単独の取組だけではなく、医療機能の集約や患者および家族の意識変容の推進が必要という意見も多く、近隣に同様の機能がある医療機関それぞれに派遣を要請されることについても効率的ではないという意見も聞かれた。これは医師の働き方改革だけでなく、現在検討されている地域医療構想や国民の上手な医療のかかり方等をあわせて考えるべきと現場でも感じられていることを反映していると考えられる。

また、医師派遣体制を縮小できない理由として、医局員の収入面を気にしている教授・医局長も多かった。医師派遣を縮小した場合に医局員の給与が保障されなければ、大学からの人材流出も懸念されとの声があり、収入面の保障も必要と考えられた。

(7) 新型コロナウイルス感染症の影響について

今年度、社会的に新型コロナウイルス感染症の影響は大きく、医療機関においても辛く苦しい期間であった。医師の業務量についても、影響が懸念されたが、今回調査を行った大学病院と診療科においては、大きな影響はなかったというてよいと考える。

E. 結論

厚生労働省より発表された平成28年度、令和元年度の「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」による連携B、BまたはC水準の超過に該当するであろう医師が10%程度であるという内容について、本研究でも大学病院は待機含む、副業・兼業先は待機除くとした場合の連携B、BまたはC水準を超過する医師の割合は同様の10%程度となった。

2024年の時間外労働上限規制に向けた勤務体制の整備に際して、まずは正しく勤務実態を把握することが必要であることを踏まえて、本研究で行った手法を基に、各医療機関で労働時間が正しく把握できるようマニュアルの作成を行った。

既に、チーム制の導入や土日の出勤は当直医のみに制限する等の取組を行い、労働時間が短縮された結果が出ている診療科もあるため、これらは横展開ができる内容であると考えている。なお、取組に対して医師、看護師、患者から不満などの声があるとの報告はなかった。

医師の労働時間短縮を達成するためには、地域医療の在り方のさらなる議論、医療を受ける側の意識変容も必要であり、救急医療提供体制の集約化や各医療機関の役割の明確化、国民の上手な医療のかかり方等、地域の医療提供体制や需給問題についてもあわせて検討する必要がある。今回の調査では、昨年度の研究と同様、医師派遣体制の縮小を時間外労働時間短縮のための第一選択とする大学病院はなかったものの、現場の医師からも医療機能の集約などが必要という意見が出たことは、やはり医師の働き方改革、地域医療構想、医師偏在対策を「三位一体」で検討せざるを得ない状況ということがより一層明確になったと考えている。

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）
- ・ 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」（令和2年12月）