

医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究

研究分担者 谷川 武 順天堂大学大学院医学研究科・教授

研究協力者 和田 裕雄 順天堂大学大学院医学研究科・教授

研究要旨

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（以後、改正医療法）により、医師に対して2024年より罰則付き労働時間上限規制が行われることとなり、医師の働き方に関する検討会において具体的な上限規制等について議論が行われている中、現在の政策動向を踏まえた医師の働き方に関する詳細な実態把握も喫緊の課題とされている。研究班全体では、地域の人口や症例数等が今後の人口減や高齢化の影響をどのように受け、それが専門医の必要数にどのように影響を及ぼすかの推計、昨今の医師の働き方改革の議論を踏まえた直近の医師の働き方の実態把握、諸外国における専門医の養成への取組状況の把握等、専門医養成をめぐる諸課題に関連した研究を行い、必要な政策提言を行うことを目指した。本分担研究では、研究班全体の研究の一環として、（1）医師の勤務実態調査およびその解析、（2）長時間労働の医師の追加的健康確保措置に係る研究、の2つの研究を実施した。

研究1．医師の勤務実態調査およびその解析

令和3年5月に成立した改正医療法によると令和6年4月の医師に対する時間外労働時間の上限規制が適用される。その際に、医師の時間外労働の実態把握は不可欠である。そこで、医師の勤務実態等についての既存の調査及び議論等で指摘された課題を踏まえ、全国の医療機関に勤務する医師を対象として、令和元年9月2日（月）～8日（日）に、勤務時間、交替勤務、休息时间、睡眠時間等に注目した大規模な調査を実施した。本調査では、将来の専門医の在り方、医師の配置、医師の養成などの基礎データを収集し、研鑽の時間の取扱いを踏まえた正確な労働時間や健康確保の状況、タスクシフトの状況等を含めた労働実態についてのデータベースを構築した。さらに、平成28年度施行の前回調査（上位10%は年換算1,904時間以上）と比較したところ若干減少するも依然10%弱の医師が年間1,860時間以上の時間外労働に従事していた。令和2年度は、①タスクシフト、②兼業・副業、③離職にかかる解析を実施しその実態を明らかにした。

令和3年度は、「教育」（本務先と兼業先の労働時間比較）に注目し、大学病院勤務医とそれ以外の病院勤務医の比較（大学病院の兼業時間の検討、大学病院の教育、研究の時間の検討）について検討し、教育に費やす時間とその特徴を明らかにした。

研究2．長時間労働の医師の追加的健康確保措置に係る研究

前述の改正医療法では、医師の勤務条件により年間1,860時間までの時間外労働が可能となるが、いわゆる過労死ラインを大幅に超えており、長時間の時間外労働に従事する医師の健康確保措置が必要と考えられた。そこで、研究2では、「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」を作成し公表した。本マニュアルは、医師の働き方改革に関する検討会の報告書で検討され

た効果的な代償休息の付与方法、睡眠及び疲労の状況について確認すべき事項を含み、さらに、効果的な面接指導の実施方法について医学的見地から別途検討した結果を踏まえ「長時間労働を行う医師に対する健康確保措置には、疲労回復に効果的な休息・睡眠の取得が重要」との考えに基づき作成された。長時間労働の医師の健康確保措置では、連続勤務時間制限ならびに勤務間インターバルの確保に加えて、睡眠および疲労の状況について確認を行う必要があり、本スキームに關与する「面接指導実施医師」が、医療機関の管理者と産業医と連携して如何に長時間労働の医師の健康を確保するかについて詳細な解説を加えた。また、大きな特長として、長時間労働の医師を評価する客観的指標についても言及した。本マニュアル作成の際には、米国のレジデントの長時間勤務に関する調査を実施した。令和3年度は、米国のさらなる調査を実施するとともに、英国・ドイツの状況も調査した。いずれも長時間労働が発生しない工夫がなされており、今後の医師の働き方改革を推進するうえで参考になると考えられた。

A. 研究目的

医療の質向上及び偏在是正が社会的な課題とされる中、専門医制度についても大きな注目が集まっている。専門医養成については、さまざまな制度改革が進められているが、将来の専門医のニーズについてはこれまで必ずしも十分に明らかにされておらず、今後に向けた大きな課題である。また、医師の働き方は専門医の養成と極めて密接な関わりを持つことになるが、議論の基礎としての医師の大規模な勤務実態把握は、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」（いわゆる医師10万人調査）の時点から一定の時間が経過し、直近の政策動向を踏まえた医師の働き方に関する詳細な実態把握も喫緊の課題である。以上の状況を踏まえ、「医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた受給等に関する研究（19AA2002）」研究班では、地域の人口や症例数等が今後の人口減や高齢化の影響をどのように受け、それが専門医の必要数にどう影響を及ぼすかの推計、医師の働き方改革の議論を踏まえた医師の働き方の実態把握、諸外国における専門医養成への取組状況の把握等、専門医養成をめぐる諸課題に関連した研究を行い、必要な政策提言を行うことを目的とする調査研究を立案し遂行しつつある。

本分担研究では、令和元年度（1年目）に勤務時間、交替勤務、休息时间、睡眠時間等に注目して、医師の働き方に関する大規模調査を実施し、直近の医師の働き方の全体像を把握すべくデータ収集を実施し、データベースを構築・整備した。本データは、将来の専門医の在り方、医師の配置、医師の養成などの基礎データである。

令和2年度（2年目）には、1年目の調査で整備したデータを用い、そのデータから明らかとなる個別の課題についてより詳細な分析を実施し、新たなエビデンスを確立しつつある。また、「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」を完成し、発表した。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000704686.pdf>

令和3年度（3年目）は、1年目、2年目に実施された調査及び分析から得られたデータを教育の観点から解析を加えた。その際、医師の働き方改革に関する諸外国（米国・英国・ドイツ）の実態を調査し参考とした。

B. 研究方法

本分担研究では、令和元年度（1年目）に医師の働き方に関する調査を大規模に実施し、直近の医師の働き方の全体像を把握するためのデータを整

備し、令和2年度（2年目）には、1年目の調査で明らかとなった個別の課題のうち、①副業について ②タスクシフトについて ③離職について、より詳細な分析を実施した。さらに、本分析結果と、諸外国との現状とを比較・検討することを計画したが、新型コロナウイルスパンデミックのため、海外調査は実施できなかった。それに替わる研究として、米国に関する実態について文献による検討を加えた。また、「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」を完成させた。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000704686.pdf>

以上の研究を継続して、令和3年度（3年目）は、さらなる個別課題の分析を実施、また、研究代表および研究協力者（和田裕雄 順天堂大学大学院医学研究科公衆衛生学講座 教授）による海外現地調査を計画するも、令和2年度からの新型コロナウイルスパンデミックのため、令和3年度も実施できなかった。それに替わる研究として、英国・ドイツに関する実態について文献による検討を加えた。

「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」について、その活用法および周知する手法についても意見の集約を検討したが、厚生労働省「長時間労働医師への面接指導実施に係る研修の準備に関する調査・研究事業」が新たに組織され、そこで検討されることとなった。

検討（1） 医師の勤務および労働の実態についての調査とその解析

既存の医師の勤務実態等についての調査を踏まえつつ、医師の働き方に関する検討会における議論等で指摘された課題等を踏まえて、全国の医療機関に勤務する医師約10万人程度を対象とした大規模な調査を実施し、研鑽の時間の取扱いを踏まえた正確な労働時間や健康確保の状況、タスクシフトの状況等を含めた労働実態についてのデータベースを構築した。本調査の特徴として、まず、調査対象は、全国の医療機関リストから無作為に抽

出した医療施設に配布する「施設票」ならびに同施設に勤務する医師全員に配布する「医師調査票」から構成され、医師調査票には、働き方・勤務状況等の現状の把握のために「詳細な属性」や「就労時間」等を調査項目を含めた。また、医師の労働時間を正確に把握するため、上司からの指示や、業務との関連性等を踏まえた調査である。

さて、医師の働き方改革でも、集中的技能向上水準（C水準）で医師の自己研鑽目的の長時間労働が認められる予定であるが、医師の教育・育成は、本改革を持続可能な医療制度として確立するために必要不可欠である。そこで、令和3年度は「教育」に焦点を当て、勤務医が「教育」にどのように関与しているか、その特徴を明らかにした。

検討（2） 長時間労働の医師の追加的健康確保措置に係る研究

本分担研究では、今後どのように専門医の育成・確保を目指すかについて、令和2年度の計画に含まれていた諸外国の先行事例の調査を試みると同時に、同事例と比較することにより、現在ある課題、さらには、将来発生しうる問題点を整理し、その対策と考案を加える。米国の状況を深く考察するだけでなく欧州（英国とドイツ）の状況も調査した。

（倫理面への配慮）

研究全体の倫理面への配慮については、必要に応じて「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（文部科学省）」の趣旨に基づき実施した。

C. 研究結果

検討（1） 医師の勤務および労働の実態についての調査とその解析

本研究の1年目の研究として、全国の医療機関に勤務する医師を対象として、令和元年9月2日（月）～8日（日）の1週間に、勤務時間（診療業務、診療外業務）、宿・日直時間、休憩時間、睡眠時間等に注目した大規模な調査を実施したが、その際に得られたデータを対象に、令和3年度は診療外業務としての勤務時間中の教育時間、研究時間

の観点から解析を実施した。

大学病院勤務医と非大学病院勤務医で比較すると、大学病院勤務医は、1週間の勤務時間が61時間51分であり、そのうち、診療業務に42時間40分、研究に7時間47分、教育に3時間13分を費やしていた。一方で、非大学病院勤務医は、1週間の勤務時間が55時間30分であり、そのうち、診療業務に45時間56分、研究に1時間37分、教育に1時間18分を費やしており、研究や教育に費やす時間は、大学病院で長いことが観察された。また、教育時間を計上していた医師の割合は大学病院で52.2%、非大学病院で23.3%であり、研究時間を計上していた医師の割合は大学病院で59.8%、非大学病院で21.9%であり、大学病院勤務医は非大学病院に比べて2~3倍程度の割合の医師が教育、研究に従事していた。

また、大学病院において教育時間を計上している医師は、20代で17.5%（1週間当たり3時間27分）、30代で34.3%（同5時間2分）、40代で61.6%（同6時間14分）、50代で71.8%（同6時間59分）、60代以降で75.7%（同7時間10分）と高齢集団でより多くの人数が、より多くの時間を教育に割いていることが明らかとなった。一方、非大学病院において教育時間を計上している医師は、20代で11.0%（1週間当たり4時間28分）、30代で18.8%（同6時間35分）、40代で24.8%（同5時間41分）、50代で28.8%（5時間34分）、60代以降で24.7%（同4時間53分）と年齢による教育への従事割合や勤務時間への影響は小さいと考えられた。

さらに、大学病院において研究時間を計上している医師は、20代で30.2%（1週間当たり14時間14分）、30代で50.3%（同13時間51分）、40代で66.9%（同12時間2分）、50代で69.7%（同13時間31分）、60代以降で74.3%（同13時間24分）と高齢集団でより多くの医師が研究に従事しているものの、勤務時間について年齢による影響はみられなかった。一方、非大学病院において研究時間を計上している医師は、20代で15.1%（1週間当たり8時間17分）、30代で23.2%（同7時間42分）、40代で24.7%（同

7時間24分）、50代で23.3%（6時間56分）、60代以降で16.6%（同7時間16分）と年齢による研究への従事割合や勤務時間への影響はみられなかった。

また、大学病院勤務医の診療業務に従事する時間についてみると、20代で54時間05分、30代で44時間13分、40代で39時間35分、50代で32時間27分、60代以降で26時間12分と、高齢集団で診療業務に従事する時間が短いことが明らかとなっており、大学病院勤務医は年齢が上がるにつれて教育時間が長くなる一方で診療時間が短くなる傾向があることが判明した。

なお、研究時間について専門医資格の有無別にみると、専門医資格のある医師の38.8%が研究時間を計上しており、専門医資格のない医師では16.9%であった。同様に医局所属状況別にみると、医局に所属している医師の39.9%が研究時間を計上しており、専門医資格のない医師では15.5%であった。

検討（2） 長時間労働の医師の追加的健康確保措置に係る研究：諸外国の医師の勤務実態とその根底にある考え方の整理

①米国における医療提供体制の概要と医師に対する労働時間規制について

「医療提供体制の概要」

- ・ 米国では、公的医療保障制度（65歳以上の高齢者及び65歳未満の障害者を対象とするMedicare、低所得者を対象とするMedicaid、低所得世帯に属する児童を対象とするCHIP）を除き、医療関連価格決定が市場（民間医療保険：2019年時点で国民の66%程度が加入）に委ねられており、様々な形態が混在した医療提供体制となっている。
- ・ 患者がどのような診療所・病院を受診するかは医療保険の種類によるが、通常はプライマリケア医を定期的に受診し、必要に応じて病院に入院する。急性期を過ぎると、亜急性期管理・リハビリテーションのため、Skilled

nursing facility等に転院し、病状が安定すると退院してプライマリケア医の受診を再開する。

- 上記のように、病状の程度に応じて医療機関を移ることにより患者情報の連携が立ち行かない等の医療提供体制の分断が指摘されており、それらの課題を解決すべく、プライマリケア医による管理を強化するための取組として、プライマリケア医と病院が電子カルテを共有する等のACO(Accountable Care Organization)や、PCMH(Patient-Centered Medical Home)の導入・検証が行われている。

「応招義務」

- 一般的には、支払能力やその他の理由にかかわらず、医師が患者を治療する法的な義務はない。
- ただし、連邦の差別禁止法の対象となっており、医療提供者が患者の年齢、性別、人種等に基づいて患者の治療を拒否することは違法である。
- また、緊急時においては「緊急医療処置及び分娩に関する法律」(EMTALA, The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, 1986~)に基づき、病院の医師及び他の医療提供者は、患者の支払能力や保険にかかわらず患者の状態を安定させる義務がある。

「勤務医等の数」

- 医師数としては、2013年において、診療に従事する医師81.0万人のうち、独立開業医が60.1万人、病院勤務医が20.9万人
- 病院勤務医のうち、レジデント及びインターンが11.7万人、フルタイム病院勤務医が9.2万人
- 人口10,000人当たり医師数のトレンド(1975-2008)をみると、近年は微増傾向にある。
- 米国の医師の特徴として、2017年度の一般医(General Practitioner)の割合は12%に過ぎず

(OECD加盟国の平均は31%)、専門医の割合が他国と比較して高いことが挙げられる。

「医師に対する労働時間規制」

- 勤務医は公正労働基準法に基づく労働時間規制(実労働時間規制ではなく割増賃金の支払い義務のみ)について適用除外されている(専門職適用除外従業員、専門職エグゼンプト)。
- ただし、レジデント及びインターンについては、医師卒後臨床研修プログラムの評価団体であるACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education、米国卒後医学教育認定評議会)による労働時間制限が導入・規制緩和された経緯がある。

「研修医に対する労働時間規制」

- 1984年に発生したリビー・ザイオン事件を契機として、研修医の過酷な労働実態が明らかにされ、医療の質に悪影響を及ぼしている可能性が指摘され、1998年にニューヨーク州法として、研修医の労働時間について「連続勤務24時間以内」「1週間の労働時間は80時間以内」とされた。
- その後、2003年、ACGMEが全米の研修プログラムに対して「週に80時間までの勤務」「各シフト間の休息は最低10時間」などの規制を開始した。
- さらに、2011年には「1年目研修医は連続勤務16時間まで」「2年目以降の研修医は連続勤務24時間まで」という追加規制が追加されるに至った。
- 2011年に追加された連続勤務時間に関する追加規制「1年目研修医の連続勤務は16時間まで」による職場環境と教育環境への影響についての研究成果が公表され、連続勤務時間を制限することで申し送りが増えて教育カンファレンスへの参加率が落ちて1年目研修医の病棟参加が減少した。その結果、患者ケアの質が低

下したとの評価がなされた。

- また、FIRST (Flexibility In Duty Hour Requirements for Surgical Trainees) 試験として、外科研修医を対象としたランダム化比較試験が行われ、連続勤務時間の制限やシフト間の最低休息時間をなくした群であっても、患者安全と研修医のバーンアウトに影響がないことが明らかになった。
- この結果を受けて、2017年7月よりACGMEは1年目研修医の連続勤務時間について、2~3年目研修医と同様に24時間(最大4時間まで延長可)まで許容するという規制緩和を発表した。
- ※その後発表された iCompare (Individualized Comparative Effectiveness of Models Optimizing Patient Safety and Resident Education) 試験は内科研修医を対象としたものだが、FIRST試験と同様の結果であった。

②英国における医療提供体制の概要と医師に対する労働時間規制について

「医療提供体制の概要」

- 英国では、NHS (National Health Service) は1948年の創設以来、診療所のGP (General Practitioner: 総合診療医) が中心に担うプライマリケアと、病院の専門医が中心に担うセカンダリケアに明確に区分されている。
- プライマリケアは、専門的医療を必要としない疾患に対する治療やその症状の管理に加え、健康増進もその範疇とされており、GPがその中心的な担い手となっている。
- GPは下記の4つのサービスを提供する。
 - ① 診療所が提供が義務付けられている基礎的サービス (急性期又は慢性期のプライマリケア疾患を有する者、又は終末期の患者ケア)
 - ② 通常は提供することになっているが、診療所が提供しないことも選択できる付加的サービス (子宮頸がんスクリーニング、避妊

サービス、子どもの予防接種、子どもの健康モニタリング、周産期ケア)

③ 診療所に選択が委ねられる、より高度な選択的サービス

④ 診療所に選択が委ねられる時間外サービス (「平日の午前8時から午後6時30分」「土・日・祝日」を除く時間)

- セカンダリケアは、病院の専門医が担当する。原則としてGPからの紹介があるか、救急入院のみ受けられる。
- 誰でも、いつでも質の高い時間外サービスを受けられるよう、2004年4月からOOH(Out of hour)サービスが組織化され、時間外にGPの診療所に電話をかける場合に、時間外サービスを提供しないGPであれば自動的にOOHサービスに転送される。救急ではない場合、患者は24時間・365日対応の「NHS111」に電話することが推奨されており、地域の他の診療所等の紹介を受けるなどの対応がなされる。
- NHS111は、特別な訓練を受けたアドバイザーが電話、テレビ電話、インターネット、モバイルアプリ等によって24時間体制で対応し、治療のアドバイスを伴うトリアージシステムで、救急ではない患者に対して、自宅で簡単に行える治療法に関するアドバイスやGPの緊急予約等のサービスを提供している。

「応召義務」

- 法令及び医師登録団体である医療協議会 (General Medical Council) の示す「医師の義務」において、応召義務は確認されない。
- 緊急を要する対応 (①救命、②生命の危機に陥る急速な状態悪化の防止、③深刻な後遺症の防止) については、患者の支払いの医師や能力の有無に関わらず提供されなければならないとされている。

「勤務医等の数」

- 医学部の医師養成課程において、GPを専門医

養成キャリアから早期に切り離して、診療所ベースのプライマリケア診療に特化させており、GPと病院専門医は異なるキャリアパスとなっている。病院の専門医は専門（consultant）、準専門医（associate specialist）等のほか、レジストラー、初期臨床研修医等の junior doctor が含まれる。

- ・ イングランドにおける医師数としては、2018年において病院専門医111,247人であり、2019年のGPは34,862人である。

「医師に対する労働時間規制」

- ・ 1993年に欧州委員会（European Commission: EC）は労働者の最低限の安全衛生の要件を定めるために、欧州労働時間指令（European Working Time Directive）を採択し、EU加盟国は原則としてこの規制のもとで労働者を雇用することとされた。
- ・ 上記の欧州労働時間指令には以下の項目が含まれている。
- ・ 24時間につき連続11時間の休養
- ・ 6時間以上の労働には休憩時間を確保
- ・ 7日間に連続24時間の休養
- ・ 1週間あたり残業を含めて48時間以内の労働
- ・ 年間4週間以上の有給休暇

「深夜労働者は平均して24時間に8時間までの勤務」

- ・ 英国では、1998年10月に国内法に上記の欧州労働時間指令が反映されると同時に、NHSの職員にもこの規制が適用されることとなった。英国の労働時間規則（The Working Time Regulations 1998）では、週労働時間48時間（調整期間は17週）とされている（同法第4条）が、1日当たり労働時間の規制はない。労使で書面同意すれば第4条について個別的オプトアウトが可能（同法第5条）。
- ・ また、終業時間から少なくとも11時間のインターバル時間を設けなければならないとされている（同法第10条）。卒後15年目までの若

手医師（junior doctor）については、労働時間規則が制定・施行された1998年当時は適用除外であったが、2007年7月末までは週58時間、その後2009年7月末までは週56時間、2009年8月以降は週48時間が上限とされた（同法第25A条）。

- ・ なお、割増賃金規制は、法律上は存在しない（労働協約において定める）。

「医師の勤務の実態」

- ・ 現在、NHSでは37.5時間が所定労働時間である。しかしながら、欧州委員会の報告書によれば、2012年時点におけるイギリスの医療専門職の労働時間は他業界に比較して長く、医療機関の勤務医師の週当たり労働時間の平均値は39.8時間であった。
- ・ 2017年に実施されたNHS Staff Surveyでは、71.7%のNHS職員が「所定労働時間を超えて働いたことがある」と回答しており、そのうち58.3%は無給であった。
- ・ 英国医師会が英国の医師に対して行った調査結果によると、所定労働時間を超過して無給で働いた経験が「まったくない」との回答は7%にとどまり、「やや超過して働いたことがある」39%、「非常に超過して働いたことがある」54%であった。
- ・ 特に、研修医については労働時間規制の適用が遅かったこともあり、医師免許を管理する総合医療協議会（General Medical Council）による2013年調査では、外科では70%前後が48時間を超えて勤務していたことが示された。
- ・ GPの労働時間については、2018年3月時点の調査結果によると、診療所の経営者であるGPの約4割が定労働時間を超えていたのに対して、勤務医であるGPの超過労働は1割強に過ぎなかった。
- ・ 性別にみると、男性の診療所経営者の過半数が所定労働時間を超えていた。診療所経営者

の約4割が女性であるが、そのうち約75%が
所定労働時間以内で働いている。また、女性
の勤務医であるGPでは約9割が所定労働時間
内の労働であった。

③ドイツにおける医療提供体制の概要と医師に対 する労働時間規制について

「医療提供体制の概要」

- ・ 入院を担う病院と外来医療を担う保険医（開業医）とが明確に区分されている。病院は救急などの例外を除いて一般的な外来診療は行わず、もっぱら保険医の紹介による入院医療を担っている。例外的に、稀少又は重篤な病気のため専門的医療を必要とする者には病院が外来診療を行うことが可能である。
- ・ 被保険者は、救急の場合を除き最初から病院での診療を受けることはできず、必ず開業医で受診し、開業医が病院医療の必要を認めた場合に紹介状をもって指定の病院で受診する。
※ 開業医は家庭医（総合診療を行う）と各科専門医に分かれ、家庭医が患者を他の専門医や病院に振り分ける機能を持っている（2003年に導入された「家庭医モデル」）が、患者がこれに参加するかどうかは任意である。

「応招義務」

- ・ ドイツの医師法の中に、応招義務の規定は存在しない。各州に強制加入の医師会設立のための法律が存在し、その中で医師会が自律的に医師「職務規範」を制定することを義務付けている。
- ・ 州医師会によって構成されるドイツ連邦医師会は、各州医師会医師職務規範の統一を図るために「模範職務規範」を作成し、改定を重ねている。規範では「救急医療奉仕義務」という規定が存在し、救急医療参加は、医師会員としての義務であり、全員参加が原則であるとしている（病気、産休などの例外あり）。ただし、

急性期でない症例や治療について計画可能な症例には、この義務はない。

- ・ 一方で、ドイツの医師職業規範には、「医師は患者が自由に医師を選択し変更する権利があることを尊重する。反対に、医師も救急または特別の法律上の義務のある場合を除き、診療を拒否する自由がある」と規定されている。

「勤務医等の数」

- ・ 医師数としては、2016年の医師387,607人であり、外来を担当する開業医等よりも病院勤務医の方が多い。
- ・ 外来医療に従事する者が151,989人（うち開業医119,641人）
- ・ 入院医療に従事する者が194,401人（すべて病院勤務医）
- ・ 労働時間規制の適用となるのは約18万人前後であると考えられ、約5～6割。
- ・ 外来医療を開業医（診療所）で担っている中、その従事者のほとんどは勤務医ではない。

「医師に対する労働時間規制」

- ・ 労働時間法に基づき、1日の労働時間は8時間を超えてはならないとされている。ただし、6か月又は24週以内の期間を平均して1日当たり8時間を超えない限り、1日10時間まで延長できる（同法第3条）。
- ・ 終業時刻から少なくとも11時間のインターバル時間を設けなければならないとされている（同法第5条）。
- ・ これらを遵守できなくとも違反を問われない（＝逸脱が認められる）類型として、(1)例外的な場合、(2)労働協約又は事業所協定による場合、(3)個別的オプトアウトの場合、の3つがある。
- ・ 例外的な場合として、①緊急事態や当事者の制御を超える想定外の事態における一時的な業務、②仕事の成否に関わる業務や損害回避のために行う業務であって少人数で行うもの、③研究や教育、④完了を延期できない仕事、

- ⑤人の治療や看護、ケア、動物の世話でその日の仕事を延期できないもの(同法第14条)。
- ・ 労働協約又は事業所協定による場合として、
 - ①常時かつ相当程度の待機を伴う業務について1日10時間超への延長を行うこと(同法第7条(1)1(a))、
 - ②異なる調整期間を定めること(同法第7条(1)1(b))、
 - ③農業について天候の影響を考慮すること(同法第7条(2)2)、
 - ④人の治療、看護、ケアの業務についてその業務の特性、患者の福祉を考慮すること(同法第7条(2)3)、
 - ⑤公務についてその特性を考慮すること(同法第7条(2)4)。
 ただし、①及び③～⑤は12か月平均で週48時間以内であること、③～⑤は代償休暇による健康確保が条件。
 - ・ 常時かつ相当程度の待機を伴う業務について、特段の代償なく、1日8時間を超えて延長すること(同法第7条(2a))。ただし、健康確保の特別ルールがあること、労働者が書面同意していることが条件。
 - ・ 割増賃金規制は、法律上は存在しない(労働協約において定める)。
 - ・ 労働時間法の適用除外となるのは、①管理的職員及び医長、②公務において人事権を持つ管理職、③家族労働者、④聖職者。なお、年少者及び船員は別途規制(同法第18条)。

D. 考察

本分担研究の成果として、まず、平成30年2月に「医師の働き方改革に関する検討会」が中間的な論点整理の中で取り上げた緊急的な取組の項目を踏まえて、医師の勤務実態に関する調査を実施したことが挙げられる。最新の医師の労働時間についての実態把握が図られたことに加え、同データを活用することにより、今後の医師の労働時間上限規制の議論の中でも論点となる医師の研鑽時間の実態や、タスクシフトの実態について議論可能となった。

また、上記の結果を研究班全体で共有すること

により、これまでに行なわれてきた医師需給に関する検討あるいは地域における医療提供体制に関する研究成果や検討成果を踏まえて、人口動態や疾病構造の変化等に応じ、将来的に必要な望ましい地域毎の専攻医の養成規模等の検討が進むことが期待された。そして、今後の医師養成数について、医師需給推計や都道府県別診療科別必要医師数を検討する上で不可欠な情報を提供できた。

さらに、2021年5月に成立した改正医療法・医師法では、都道府県は、医師確保計画の策定、大学に対する地域枠/地元枠増加の要請等が新たな役割として規定されており、「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」の考え方にに基づき、本研究成果が専門医の診療科や地域偏在対策に向けた議論を促進する上でも役立つものと考えられた。

E. 結論

日本の医師は、地域あるいは、日本の医療を支えるため献身的に働き、さらに、少しでも良い医療を提供すべく、自己研鑽にも真摯に務めている。これらの崇高な目的のため、自己犠牲も惜しまずはたらく医師の時間管理は困難であり、また、国益に合致するかどうかは不明であると考えられた。しかしながら、結果的に長時間労働に多くの医師が従事することは憂慮すべき事態であり、医師個人レベルでの健康確保措置が必要と考えられた。本健康確保措置については、「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」を作成した。本マニュアルでは、面接指導実施医師を提唱し、さらには、客観的指標の活用を提案するなど科学的で高い評価を受けている。同マニュアルの普及に関しては、厚生労働省「長時間労働医師への面接指導実施に係る研修の準備に関する調査・研究事業」が新たに組織され、そこで検討された。

さらに、諸外国では、労働環境の整備がなされており、英国、ドイツともに日本における長時間労働は必ずしも発生し得ない状況であり、今後の医師

の働き方を考察する上で参考なると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

- ・ 和田裕雄、谷川武. 睡眠時無呼吸症候群(SAS)の診療ガイドライン2020 睡眠時無呼吸症候群の疫学. 第46回日本睡眠学会定期学術集会. 2021年9月24日、福岡
- ・ 和田裕雄、谷川武. 職域における睡眠を考える 医師の働き方改革. 第46回日本睡眠学会定期学術集会 (シンポジウム 職域における睡眠を考える 医師の働き方改革). 2021年9月24日、福岡
- ・ 和田裕雄、谷川武. 医師の働き方改革:「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」について. シンポジウム15 睡眠の観点からみた働き方改革. 第94回日本産業衛生学会. 2021年5月21日、松本市.
- ・ 第95回日本産業衛生学会では、シンポジウム9「医師の働き方改革-面接指導実施医師に求められる役割」を以下の通り開催する。「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」作成委員会委員のメンバーを中心に同マニュアルの解説を頂く。

【日時】2022年5月26日、高知

【場所】ザクラウンパレス新阪急高知 蘭の間

【シンポジウム】

座長

谷川 武 (順天堂大学)

堀江 正知 (産業医科大学)

シンポジスト

- 1) 和田 裕雄、谷川武 (順天堂大学)「過重労働・

睡眠負債の健康影響」

2) 吉川 徹 (労働安全衛生総合研究所)「ドクターへの「ドクターストップ」は機能するか」

3) 堤 明純 (北里大学医学部)「面接指導における心理社会的要因(ストレス)の観点からの留意点」

4) 黒澤 一 (東北大学)

「面接指導の実際」

(今後の発表予定)

- ・ 和田裕雄、谷川武. 過重労働・睡眠負債の健康影響 医師の働き方改革-面接指導実施医師に求められる役割-. (シンポジウム1. 産業保健領域における睡眠問題を考える～職種・対象者別のアプローチ～、日本睡眠学会第47回定期学術集会、2022年6月30日予定、甲府)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし