済生会病院医師の働き方の実態と
今後の在り方に関する研究

平成 31 年 4 月

済生会保健・医療・福祉総合研究所

本研究に関する問い合わせ先

済生会保健・医療・福祉総合研究所

山口直人・持田勇治

〒108-0073 東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 26 階

TEL 03(3454)3315　　FAX 03(3454)5022

目次

要　旨 1
　Ⅰ．調査結果の概要 1
　1.　労働時間の低減に向けた方策 1
　2.　医師の健康確保措置に向けた方策 3
　3.　労働時間の上限規制に対する意見 4
Ⅱ．済生会病院医師の働き方改革の進め方 4
　1.　時間外労働時間の病院別、診療科別の現況 4
　2.　労働時間の適正化に向けた活動計画の策定 4
　3.　継続的な改善策の実施 4
　4.　病院運営、地域医療・地域包括ケアへの影響 5
Ⅲ．結論 6
　1.　病院の勤務医の労働時間を適正に把握するための方法を検討すること 6
　2.　最適な方法を病院に導入した際に 把握される勤務医の労働時間の実態を分析すること 6
　3.　勤務医の過重労働を防止し、勤務医の健康を守りつつ、医療の質を担保し、地域医療を提供するための方策を検討すること 6
　4.　このような方策が、地域医療、地域包括ケアに及ぼす影響について考察すること . 7
第一部　研究の概要 8
第二部　調査結果 11
Ⅰ．回答率 11
Ⅱ．労働時間の分析 12
　1.　医師の労働時間の把握と対応の実態（施設調査） 12
　2.　宿日直、自己研鑽、昼食休憩の実態（医師調査） 13
　3.　済生会病院における医師の勤務の実態 20
　4.　労働時間に影響する諸因子の評価 24
　5.　昼食休憩、勤務間インターバル、睡眠への影響 31
　6.　業務内容の分析 37
Ⅲ．医師の健康状態と健康確保措置の実態 42
　1.　組織としての対応の実態（施設調査） 42
　2.　医師の健康状態と病院としての対応（医師調査） 44
　3.　病院別の時間外労働の状態と医師の健康 50
Ⅳ．労働時間の上限規制に対する意見 52
　1.　役職別の労働時間の上限規制に対する意見 52

2.　時間外労働時間と上限規制への意見 52
3.　賛成する・賛成しないの理由 54
4.　上限規制の影響 55
第三部　済生会病院医師の働き方改革の進め方 58
Ⅴ．時間外労働時間の病院別、診療科別の現況 58
1.　時間外労働時間の把握方法 58
2.　病院別の時間外労働時間の評価 58
3.　診療科別の時間外労働時間 63
Ⅵ．労働時間の適正化に向けた活動計画の策定 65
1.　医師の労働時間の適正化に向けた「医師の働き方改革特命チーム」の設置 65
2.　活動計画の作成時に検討すべき事項 65
3.　病院内における医師の労働時間の把握方法の確立 66
4.　医師の健康確保措置の実態把握と改善案の検討 67
Ⅶ．継続的な改善策の実施 70
1.　院内における時間外労働の継続的な把握 70
2.　業務内容の分析から得られた改善策への示唆 71
3.　時間外労働時間の削減策の実行 73
Ⅷ．病院運営、地域医療・地域包括ケアへの影響 75
1.　基本的な考え方 75
2.　済生会病院における状況 76
3.　地域医療・地域包括ケアへの影響 77
結　語 78

要　旨

Ⅰ. 調査結果の概要

1.　労働時間の低減に向けた方策

1.1.　労働時間の把握方法

働き方改革の法令改正によって、平成 31 年 4 月から、医師を含むすべての労働者の労働時間の状況の把握が必要となる。施設調査によると、医師の労働時間あるいは滞在時間を把握していると回答したのは 51 施設（66.3%）であった。したがって、済生会病院をはじめ、全国の病院に対して、望ましい労働時間の把握方法を提案することが本研究の第一の目的となる。

宿日直を含めた院内の総滞在時間を算出した「院内滞在時間」、院内滞在時間から、昼食休憩の時間、院内の自発的な自己研鑽の時間を除き、さらに、宿日直については、診療に従事した時間のみを加えて算出した「院内労働時間」、院内労働時間に、他の済生会施設での診療時間、病院指示による他施設での診療時間を加えて算出した「会内労働時間」、自発的な他施設での診療時間も含めた「総労働時間」の 4 種類について検討を行った。

院内滞在時間では、1 月当たり時間外労働時間が 80 時間超の割合は 64.5%、160 時間超の割合は 18.6%だった。院内労働時間では、1 月当たり 80 時間超の時間外労働の割合は 22.1%、160 時間超は 2.4%だった。会内労働時間では、1 月当たり 80 時間超の時間外労働の割合は 24.8%、160 時間超は 3.0%だった。総労働時間では、1 月当たり 80 時間超の時間外労働の割合は 27.7%、160 時間超は 3.5%だった。

医師の 80%は何らかの形で夜間の勤務に従事しているが、1 回の宿直勤務における診療時間は 1 時間未満から 12 時間以上まで大きなバラツキが認められ、1 回の宿直における睡眠時間にも、睡眠なしから 6 時間以上まで、大きなバラツキが認められた。約半数の医師が土日祝祭日に計画的に日直、オンコールあるいは交代制として出勤しているが、1 回の診療時間は 1 時間未満から 12 時間以上までバラツキが大きかった。したがって、宿日直の中で診療に従事した時間を労働時間に加えることが望ましく、院内滞在時間よりも院内労働時間の方が病院内での労働時間の把握方法として望ましいと考えられる。

院内の自発的自己研鑽の時間の中央値は 5 時間／週であった。後期研修医、初期臨床研修医では、それ以外の医師（以下、勤務医師）よりも長い傾向が認められた。自己研鑽は、優秀な医師を育成し、最新・最良の医療の提供を継続するために不可欠である。自己研鑽には、自発的なものと病院指示によるものがあるが、自発的な自己研鑽は労働時間から除外するのが適当である。ただし、自発的な自己研鑽と病院指示による自己研鑽を的確に分ける方法を確立することが今後の課題である。

労働基準法では複数の事業所での労働時間は通算すべきと定められており、その意味では、会内労働時間あるいは総労働時間が上限規制の対象となることも想定される。しかし、2024 年 3 月までの上限規制の適用猶予の間、院内において医師の時間外労働を縮減する自発的な取り組みを進めるにあたっては院内労働時間を基に対策を進めることが望ましいと考える。

1.2.　労働時間に影響する諸因子

時間外労働が年間 1,300 時間（4 週当たり 100 時間）超の場合を「長時間労働者」として分析したところ、若い医師のほうが長時間労働者の割合が高く、役職では、後期研修医、初期臨床研修医で長時間労働者の割合が 20%以上と高く、医員が 10%で続いた。ただし、年齢と役職の両方を加味した解析結果から、若い医師に長時間労働者が多いのは、その年齢層に研修医（後期研修医＋初期臨床研修医）が多いことによることが明らかとなった。

診療科別で長時間労働者の割合が 20%を超えたのは、救急科 28.6%でもっとも高かった。また、三次救急を有する施設、二次救急を有する施設では長時間労働者が多く、逆に救急体制を有さない施設では、長時間労働者はいなかった。内科、外科の医師は一般に長時間労働者が多いが、内科では特に消化器内科、循環器内科、外科では消化器外科、呼吸器外科で長時間労働者が多かった。

1.3.　業務内容の分析

医師の業務内容別の活動時間（各業務内容は、別添２：医師調査票６ページ参照）と時間外労働時間の関連を分析した。分析では、院内労働時間による 1 月当たり時間外労働を、(1)なし、(2)80 時間以内、(3)80 時間超 100 時間以内、(4)100 時間超に 4 分類したところ、勤務医師では、①外来診療、②救急外来診療、③入院診療、④検査実施、⑤手術、⑥患者説明、⑦文書作成、⑨診療録入力等、⑩退院サマリー等の登録、⑪検討会、⑭定例会議と極めて幅広く、多岐にわたって業務量が多いために時間外労働時間が多くなっていることが明らかとなった。

後期研修医で時間外労働時間と関連が認められたのは、③入院診療、④検査実施、⑥患者説明、⑦文書作成、⑨診療録入力等、⑩退院サマリー等の登録、⑪検討会であり、間接的な診療業務の比重が大きい傾向があった。初期臨床研修医で時間外労働時間と関連が認められたのは、①外来診療、②救急外来診療、③入院診療、⑨診療録入力等、⑩退院サマリー等の登録、⑪検討会、⑮打合せであり、研修に関連した業務が中心であった。勤務医師、後期研修医、初期臨床研修医のいずれにおいても時間外労働と関連が認められなかったのは、⑧検査評価、⑫調査・学習、⑬指導であった。

長時間労働者の割合によって診療科を、(1)内科 1（消化器内科、循環器内科以外）、(2)内科 2（消化器内科、循環器内科）、(3)内科系その他（精神・神経科、小児科、放射線診断科、放射線治療科、リハビリテーション科）、(4)外科 1（消化器外科、呼吸器外科以外）、(5) 外科 2（消化器外科、呼吸器外科）、(6)外科系その他（皮膚科、泌尿器科、産・婦人科、眼科、

耳鼻咽喉科、麻酔科、歯科・口腔外科)、(7)救急科の 7 群に分類して、業務別の活動時間の違いを分析したところ、①外来診療は「外科系その他」群で時間が長く、入院／外来の比率が他の外科よりも外来に偏って長時間労働が多いこと、④検査実施は「内科 2(消化器内科、循環器内科)」群で特に時間が長いこと、救急科では、⑪検討会、⑬指導、⑭定例会議、⑮打合せの時間が他に比べて多い傾向が認められた。

労働時間に含まれる院内での病院指示による自己研鑽の時間は、時間外労働時間が長いほど長い傾向が認められた。自己研鑽の重要性から考えて、この時間を削減することは望ましいとは言えず、他の時間を削減することが長時間労働の改善に有効であることが示唆された。

1.4. 勤務間インターバル

勤務間インターバルの中央値は 12 時間で、勤務間インターバルは院内労働時間が長いほど短くなる傾向が認められた。勤務間インターバルが 9 時間以下の群と 9 時間超の群で時間外労働時間を比較すると、9 時間以下の割合は、勤務医師では 1.9%、後期研修医では 9.7%、初期臨床研修医では 4.1%で、特に後期研修医で 9 時間以下の割合が高かった。勤務間インターバル 9 時間以上とることを義務付けた場合、全体では、長時間労働者の割合は 10%から 8.5%に減少する。特に、後期研修医では 26%から 20%に低下させることが可能である。

2. 医師の健康確保措置に向けた方策

2.1. 病院としての健康確保措置の現状

産業医は全 80 施設で選任されており、衛生委員会が全施設で設置されていた。病院としての産業保健の体制は、構造としては法令を遵守した内容であった。ただし、衛生委員会で医師の働き方が議論されることは多くなく、医師の働き方改革に向けた体制が十分であるか、検証が必要である。

2.2. 医師の健康状態と病院としての対応

治療中の疾患を持つ医師は 614 名（26.5%）、重複を含めて 691 疾患であり、メンタル不調は 26 疾患（3.8%）であった。現在就業制限中の医師は 3.7%、過去に就業制限を受けていた医師は 9.1%であった。就業制限にあたり相談したのは、診療科責任医師が 77.1%と最も多く、産業医に相談したのは 2.7%と少なかった。勤務に関連して健康に対する不安を感じている医師は約半数に上ったが、健康上の不安について院内で相談した相手は、同僚医師が 10.1%と最も多く、産業医はわずか 0.4%であった。

病院の産業医、産業保健体制が、医師の長時間労働に対して十分な機能を発揮するためには、さらなる改善が必要なことが示唆された。

3.　労働時間の上限規制に対する意見

病院長の中で、上限規制に「賛成する」は 53.2%、「賛成しない」は 31.6%であった。病院長以外の勤務医師では「賛成する」が 52.1%、「賛成しない」が 23.4%であった。後期研修医では、上限規制に賛成する医師の割合は低く、特に、長時間労働者では賛成の割合が低かった。逆に、初期臨床研修医は、上限規制に賛成する割合が高く、後期研修医とは反対に長時間労働者で特に賛成する割合が高かった。

Ⅱ．済生会病院医師の働き方改革の進め方

1.　時間外労働時間の病院別、診療科別の現況

ここまでの現状分析では長時間労働者の割合を中心に分析してきたが、長時間労働を縮減するうえでは、上限時間を超えた時間数が問題となる。そこで、上限規制で想定されている年間 960 時間、1,860 時間を基準として病院別と診療科別に超過時間数を分析した。

医師調査に回答のあった 76 病院の中で、時間外労働が年間 960 時間を超えた勤務医師のいる病院は 55 病院で、総時間数は 165,153 時間であった。年間 1,860 時間を超えた医師のいる病院は 12 病院で、総時間数は 8,130 時間であった。研修医（初期臨床研修医＋後期研修医）では、1,860 時間を超えたのは 14 病院で総時間数は 58,692 時間であった。

33 診療科の中で、勤務医師の時間外労働が 960 時間超の医師のいる診療科は 28、1,860 時間超の医師のいる診療科は 11 であった。960 時間超時間数が最も多い診療科は、「内科消化器」で、「内科　循環器」、「救急科」が続いた。1,860 時間超の補正時間数が最も多かったのは「救急科」で、「内科　循環器」、「整形外科」が続いた。

2.　労働時間の適正化に向けた活動計画の策定

上限規制導入までの 5 年間は、単なる猶予と考えるべきではなく、その間に医師の働き方改革を推進することで、5 年後に困難なく上限規制を遵守できるように種々の改革を進めてゆく準備期間ととらえるべきであって、その間の活動計画の策定が望まれる。そして、医師の働き方改革を推進するための「医師の働き方改革特命チーム」（名称は任意）を病院内に設置することを提案する。活動計画の作成時に検討すべき事項は、(1) 医師の労働時間の把握方法の確立、(2) 医師の健康確保措置の充実、(3) 2024 年 3 月までの活動計画などである。

3.　継続的な改善策の実施

3.1.　院内における時間外労働の継続的な把握

病院における時間外労働時間は、特定の診療科に集中する傾向がある。したがって、診療科別に、上限規制値を超える医師の把握と超過時間数の継続的な評価を実施してゆく必要がある。

3.2. 業務内容の分析から得られた改善策への示唆

時間外労働時間の縮減策としては、病院全体として実施すべき対策、診療科などのグループ単位で実施すべき対策、そして、医師個人単位で実施すべき対策がある。例えば、患者・家族への説明を定時時間内に実施すること、院内カンファレンスなどを定時時間内に開催すること、業務効率化のための最新の情報通信技術の導入などは病院を挙げての対応が必要である。また、外来患者の診療、救急外来患者の診療、入院患者の診療、検査の実施、処置などは、診療科全体での対応が求められるが、特定の医師が特に長時間の業務を行っている場合は、個人別に対応すべき問題となる。

対策の実施に当たっては、病院長のリーダーシップのもと、いわゆる Plan-Do-Check-Act(PDCA)サイクルの考え方に従って、対策を進めることが望ましい。

4. 病院運営、地域医療・地域包括ケアへの影響

4.1. 病院運営への影響と対応策

医師の院内労働時間の年間総時間数に対する診療サービス総量の関係を

$$\text{効率性} = \frac{\text{診療サービス総量}}{\text{総時間数}}$$

という関係でみると、効率性の改善がなければ、時間外労働時間の上限規制による総時間数の減少は、診療サービス総量の減少という結果をもたらすことになる。自院の診療サービス総量の維持を目指した対応策としては、(1)減少する労働時間分を補充する対策、(2)医師の診療の効率性を改善する対策が考えられる。

減少する労働時間の補充対策としては、医師の増員、医師以外の他職種との連携によるタスクシフティングなどが考えられる。タスクシフティングとしては、医師事務作業補助者の導入、他の医療職による特定行為の導入などのチーム医療の推進を挙げることができる。

効率性の改善としては、最新の情報通信技術の導入によって、電子カルテ関連の作業、診断書などの文書作成、疾病登録など、医師にとって大きな負担となっている間接的な診療業務の負担軽減に有効である。また、診療間の待ち時間の短縮、患者、家族への説明などの時間外実施の抑制、会議の効率化などによって、診療スケジュールの見直し、医師の働き方の見直しを実現できれば、効率性の改善につなげることが可能である。

診療サービス総量の維持が困難な場合は、外来患者数、入院患者数を減少させるダウンサイジングを検討せざるを得ないことも考えられるが、病院経営に少なからぬ影響を及ぼすものであり、慎重な検討が必要である。地域における地域医療構想、地域包括ケアへの取り組みへの影響について、自院のみでなく他施設との連携を十分に図って進めるべきである。

4.2. 地域医療・地域包括ケアへの影響と対応策

地域医療、地域包括ケアへの影響は、本研究で行った各済生会病院の現状分析と対応策のみでは考察に限界がある。勤務医師について言えば、年間 960 時間超の時間数の割合が最も高かった病院でも、医師の全労働時間数に占める割合は 6.0%であり、診療サービス総量の維持は各病院の対応策によって可能であると考えてよいであろう。一方、地域に立地する複数の病院の全体としての診療サービス総量の総計は、他の病院における医師の働き方改革の如何によって変動し得るものであり、働き方改革の結果として、地域全体の診療サービス総量の総計が地域における必要量を下回る事態は避けなくてはならず、地域医療構想調整会議等での調整が必要となろう。

Ⅲ．結論

以下の４つの研究目的に対して、本研究で得られた結論は以下の通りである。

1. 病院の勤務医の労働時間を適正に把握するための方法を検討すること

院内滞在時間は、本来、労働時間に含まない時間が含まれている点で望ましくない。労働基準法では、複数の事業場での労働時間は通算すべきと定められており、会内労働時間、総労働時間が望ましい。しかし、2024 年までの上限規制が適用猶予される期間においては、院内労働時間を用いて、院内の自主的な取組によって労働時間の適正化を図ることが望ましい。

2. 最適な方法を病院に導入した際に把握される勤務医の労働時間の実態を分析すること

勤務医師では、年間 960 時間を超える医師がいるのは、医師調査に回答のあった 76 病院の中で 55 病院であり、年間 960 時間超の時間数は 165,153 時間であった。これは、55 病院の勤務医師の院内労働時間の総時間数 6,952,445 時間の 2.4%であった。

研修医では、年間 1,860 時間を超える医師がいるのは、研修医から回答のあった 48 病院の中で 14 病院であり、年間 1,860 時間超の時間数は 58,692 時間であった。これは 14 病院の研修医の院内労働時間の総時間数 1,673,908 時間の 3.5%であった。

3. 勤務医の過重労働を防止し、勤務医の健康を守りつつ、医療の質を担保し、地域医療を提供するための方策を検討すること

2024 年 3 月までの 5 年間を活用して病院が自発的な取り組みを継続して段階的に労働時間を縮減してゆくことが重要であり、そのためには、院内に特命チームを組織し、5 年間の活動計画を策定して着実に実行に移してゆくことが望まれる。また、並行して医師の健康確保措置の見直しと改善を進め、長時間労働による健康障害の未然防止（一次予防）、健康障害の早期発見と早期対応（二次予防）、就業上の措置を受ける医師に対する継続的なケア（三次予防）の充実に努める必要がある。対策の実施に当たっては、病院長のリーダーシップのもと、いわゆる Plan-Do-Check-Act(PDCA)サイクルの考え方に従って、対策を進めることが望ましい。

4. このような方策が、地域医療、地域包括ケアに及ぼす影響について考察すること

各済生会病院の現状分析の結果から、ほとんどの済生会病院では適切な対応策を進めることで、上限規制への対応と自院の診療サービスの維持・継続の両立は可能と考えられる。一方、地域に立地する複数の病院の全体としての診療サービス総量の総計は、他の病院における医師の働き方改革の如何によって変動し得るものであり、働き方改革の結果として、地域全体の診療サービスが地域における必要量を下回る事態は避けなくてはならず、地域医療構想調整会議等での調整が必要となろう。

第一部　研究の概要

【はじめに】

病院医師の労働時間への上限規制の導入により、過重労働による健康問題の予防が期待される一方、地域医療への影響が懸念され、最新・最良の医療の提供に不可欠な研鑽が制約されて医療の質が低下する可能性も指摘されている。病院医師の仕事は複雑かつ多岐にわたるが、労働時間規制による影響については根拠となるデータが不足しているのが現状である。そこで、本研究では、済生会 80 病院を対象とする施設調査と、済生会病院の研修医を含む全常勤医師を対象とする医師調査によって、医師の働き方の現状と今後の在り方を明らかにする。

【研究目的】

施設調査、医師調査の結果をもとに、以下の 4 点を明らかにする：

1. 病院の勤務医の労働時間を適正に把握するための方法を検討すること
2. 最適な方法を病院に導入した際に把握される勤務医の労働時間の実態を分析すること
3. 勤務医の過重労働を防止し、勤務医の健康を守りつつ、医療の質を担保し、地域医療を提供するための方策を検討すること
4. このような方策が、地域医療、地域包括ケアに及ぼす影響について考察すること

【研究実施体制】

所属	役職	氏名	役割
済生会総研	所長	炭谷茂	研究統括
済生会総研	所長代理	松原了	研究統括
済生会総研	研究部門長	山口直人	実施責任者
済生会総研	上席研究員	持田勇治	連絡責任者
済生会福岡総合病院	名誉院長	岡留健一郎	顧問
済生会佐賀県支部	支部長	園田孝志	顧問
済生会吹田病院	副院長・看護部長	池田惠津子	ワーキンググループ
済生会南部病院	後期研修医	遠藤和樹	ワーキンググループ
済生会中央病院	病院長	高木誠	ワーキンググループ
済生会中央病院	院長補佐	中村守男	ワーキンググループ
済生会東部病院	運動器センター長	福田健太郎	ワーキンググループ
済生会川口総合病院	初期臨床研修医	山本成則	ワーキンググループ
さいたま赤十字病院	第一外科部長	新村兼康	ワーキンググループ
みなと赤十字病院	副院長	渡辺孝之	ワーキンググループ

【研究資金】

本研究は、日本医療経営実践協会の研究補助を受けて実施した。

【研究実施経過】

平成 30 年 6 月	研究計画素案の作成開始
平成 30 年 7 月 27 日	第 1 回ワーキンググループ会議（研究計画の確定）
平成 30 年 8 月 29 日	済生会総研倫理委員会での審査と承認
平成 30 年 9 月 7 日	施設調査票の発送（9 月 21 日提出締切）
平成 30 年 9 月 26 日	医師調査票の発送（10 月 19 日提出締切）
平成 31 年 1 月 10 日	第 2 回ワーキンググループ会議（分析結果の検討）
平成 31 年 3 月 29 日	第 3 回ワーキンググループ会議（報告書最終案の検討）

【研究方法】

済生会 80 病院を対象として施設調査と医師調査を実施して情報を収集し、統計的な分析を実施した。

(1) 施設調査（別添 1）

○ 済生会病院 80 施設を対象として実施

○ 病院長に回答依頼（記名式）

○ 調査項目

- 基本情報（病床数、診療科、医師数、患者数など）
- 医師の勤務体制
- 勤務状況の把握、過重労働への対応、時間外勤務
- 職員の健康管理体制
- 産業医選任、衛生委員会、健康診断、ストレスチェック
- 病院外からの要請への対応

  労働基準監督署からの要請

  厚労省「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」
- 医師の働き方改革についての病院長としての意見

(2) 医師調査（別添 2）

○ 済生会病院 80 施設の全常勤医師を対象として実施

○ 病院事務担当者を通じて調査票を配布、回収

○ 調査は無記名式。回答済み調査票は封筒に密封して回収することでプライバシー保護

○ 調査項目

- 基本情報（勤務歴、診療科、役職など）

- 病院での滞在時間、休憩、時間外診療
- 日常の診療活動：　自院、自院外
- 自己研鑽、研究活動：　病院内、病院外
- 勤務間インターバル、睡眠
- 健康状態、健康に対する不安、過重労働への対応
- 医師の労働時間の上限規制に対する意見

第二部　調査結果

Ⅰ．回答率

1. 施設調査
   - 全 80 施設から回答を得た。
2. 医師調査
   - 80 施設に対して常勤医師への医師調査票の配布を依頼したところ、76 施設の協力が得られ、調査票の配布を実施した。
   - 76 施設において、4,263 名に調査票を配布した。
   - 施設調査での回答では、80 施設の常勤医師数は、4,651 名（勤務医 3,585 名、後期研修医 528 名、初期臨床研修医 538 名）であったので、91.7%に配布できたことになる。
   - 76 施設の 2,373 名から調査票が回収できた。この中で、20 名分は全く回答がない白紙であったので、回答者は 2,353 名であり、配布した 4,263 名中の回答率は 55.2%であった。

Ⅱ. 労働時間の分析

労働安全衛生法改正により、2019 年 4 月から、医師も含めた全職員の労働時間の状況の把握が義務付けられる。そこで、以下の 3 点について、調査データを基に検討を進めた。

- 医師の労働時間の把握にあたり、どのように労働時間を定義することが適切か
- 現時点では、済生会病院の医師の労働時間の把握はどのような実態か
- 医師の労働時間の把握が進むことで、病院の運営にどのような影響が及ぶか

1. 医師の労働時間の把握と対応の実態（施設調査）

○ 勤務状況の把握では、労働時間あるいは滞在時間を把握していると回答したのは 51 施設（66.3%）であった（表Ⅱ-1）。

○ 医師の過重労働の病院長としての確認では、7 施設（8.8%）が「確認していない」と回答しており、改善の必要がある（表Ⅱ-3）。

表Ⅱ-1. 個々の医師の勤務状況を病院として把握していますか？(一つ選択)（無回答 3 施設）

	n	%
労働外活動時間を除いた労働時間を把握している	20	26.0%
出勤･退勤の時刻により病院の滞在時間のみを把握している	31	40.3%
日ごとの出勤の有無のみを把握している	20	26.0%
把握していない	1	1.3%
その他	5	6.5%
合計	77	

表Ⅱ-2. 勤務状況の把握に用いている方法を教えてください（複数回答可）

	n	%
タイムレコーダー／ICレコーダーなどの機器	42	52.5%
パソコンのログイン・ログアウトの記録	0	0.0%
出勤簿などによる自己申告	44	55.0%
その他	11	13.8%

表Ⅱ-3. 医師の労働が過重となっているかを病院長として確認していますか？（複数回答可）

	n	%
各医師の労働時間を把握することで確認している	49	61.3%
診療科長からの報告で確認している	17	21.3%
予め定めている勤務スケジュールから確認している	13	16.3%
特に確認していない	7	8.8%
その他	9	11.3%

表Ⅱ-4. 過重労働が認められた医師に対して是正措置をとっていますか？（複数回答可）

	n	%
診療科長に勤務スケジュールの変更など是正の指示を出している	22	27.5%
医師本人に勤務を見直すように指示を出している	20	25.0%
医師本人に対して産業医（あるいは他の医師）による面接を行っている	29	36.3%
衛生委員会等で是正の方法を審議している	34	42.5%
特に是正措置はとっていない	13	16.3%
その他	8	10.0%

表Ⅱ-5. 医師が夜間や休日に勤務する場合の対応(手当支給)はいずれですか？(複数回答可)

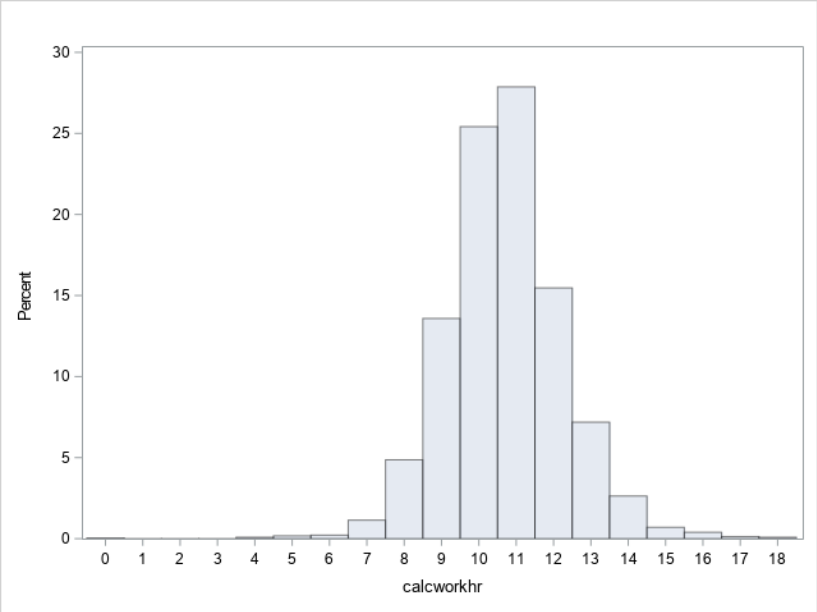
	n	%
宿日直手当のみを支給	46	57.5%
宿日直手当を基本とし、その間の診療業務は時間外勤務として対応	31	38.8%
院外オンコール待機を基本とし、診療業務は時間外勤務として対応	14	17.5%
交代制勤務を採用して対応	4	5.0%
その他	14	17.5%

2. 宿日直、自己研鑽、昼食休憩の実態（医師調査）

2.1. 宿日直を除いた平日 1 日平均の院内滞在時間（平日の宿直のない日の平均値）

○ 宿日直を除いた平日の 1 日平均の院内滞在時間の中央値は 10.5 時間であり、4 週当たり時間外労働時間 50 時間に相当する（図Ⅱ-1）。

図Ⅱ-1. 宿日直を除いた平日 1 日平均の院内滞在時間



パーセンタイル	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
院内滞在時間／日	8.4	8.9	9.6	10.5	11.6	12.5	13.1

2.2. 宿日直

2.2.1. 宿直について

○ 医師の 80%は何らかの形で夜間の勤務に従事している（表Ⅱ-6）。

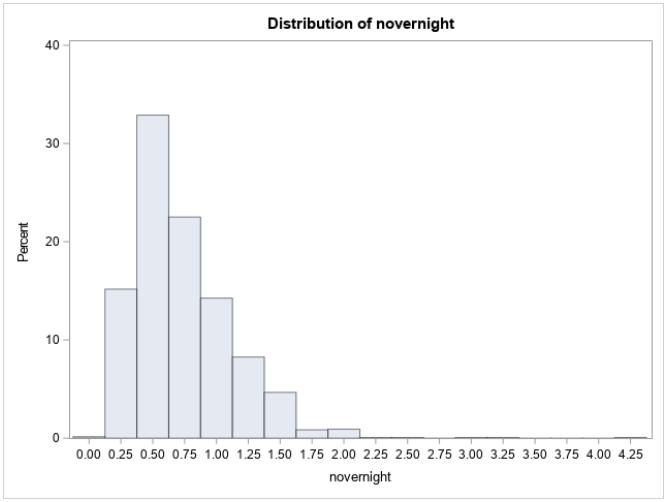
○ 1 週間の宿直回数の中央値は 0.625 回（4 週で 2.5 回に相当）であった（図Ⅱ-2）。

○ 1 回の宿直勤務における診療時間は 1 時間未満から 12 時間以上まで大きなバラツキが認められた（図Ⅱ-3）。同様に、1 回の宿直勤務における睡眠時間にも、睡眠なしから 6 時間以上の睡眠をとっているという回答まで、大きなバラツキが認められた（図Ⅱ-4）。

表Ⅱ-6. 通常の就業終了後に翌朝の就業開始まで時間外勤務に従事することはありますか？（複数回答可）（医師調査：2,353 名）

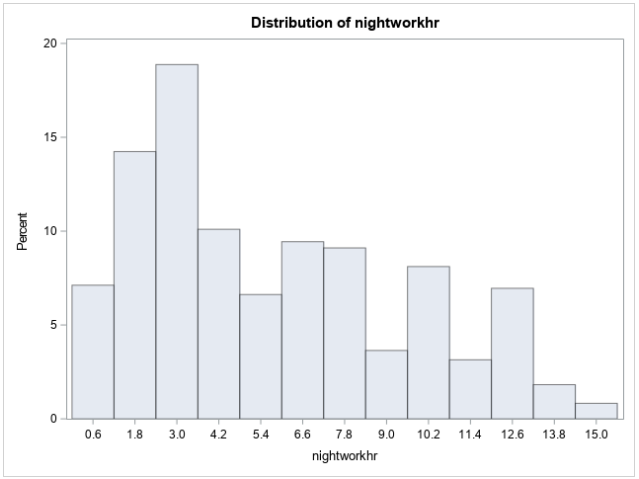
	n	%
宿直として院内に滞在し、必要時に患者診療に従事	1,457	61.9%
院外オンコール待機をして必要時に登院して診療に従事	1,045	44.4%
交代制勤務として、診療に従事	94	4.0%
その他	125	5.3%
従事することはない	428	18.2%

図Ⅱ-2. 宿直回数（週当たり）

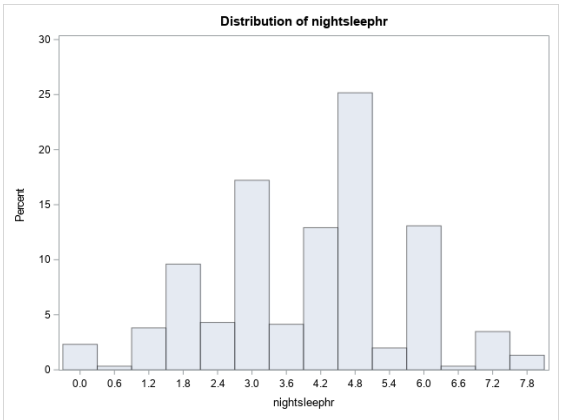


中央値：0.625/week

図Ⅱ-3. １回の宿直勤務における診療時間



図Ⅱ-4. １回の宿直勤務における睡眠時間



2.2.2. 日直について

○ 約半数の勤務医が土日祝祭日に計画的に日直、オンコールあるいは交代制として出勤している（表Ⅱ-7）。

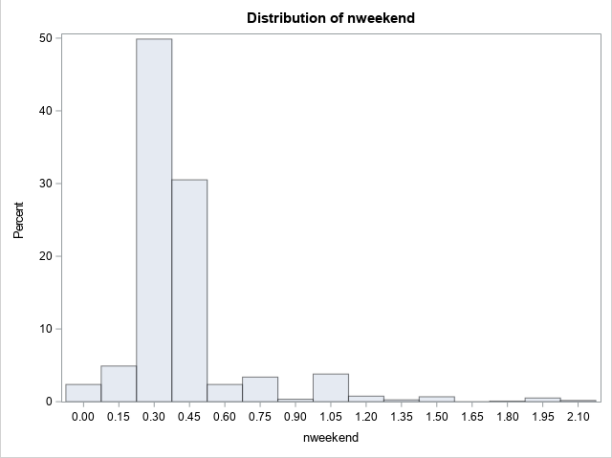
○ 1 週間の日直回数の中央値は 0.25 回（4 週当たり 1 回に相当）であった（図Ⅱ-5）。

○ 1 回の診療時間は 1 時間未満から 12 時間以上までバラツキが大きかった（図Ⅱ-6）。

表Ⅱ-7. 土日祝祭日に計画的に診療のために出勤することはありますか？（複数回答可）（医師調査：2,353 名）

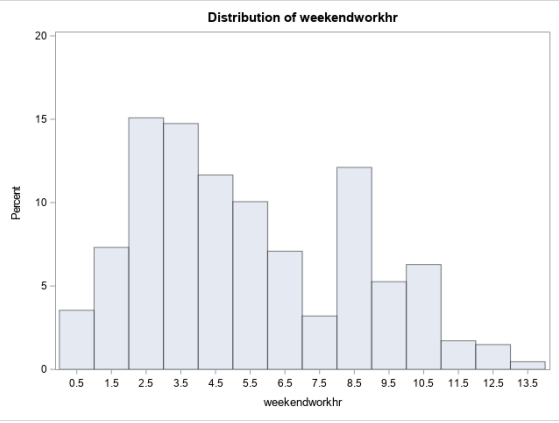
	n	%
日直として院内に滞在し、必要時に患者診療に従事	1,200	51.0%
院外オンコール待機をして必要時に登院して診療に従事	1,029	43.7%
交代制勤務として、診療に従事	405	17.2%

図Ⅱ-5. 日直の回数（週当たり）



中央値：0.25/week

図Ⅱ-6. 1 日の診療時間



2.3. 自己研鑽

○ 院内あるいは院外における自発的な自己研鑽を実施していると回答した医師は、全体の 3 分の 2 以上に上った。一方、病院指示による自己研鑽を実施していると回答したのは、院内の自己研鑽では 20%、院外の自己研鑽では 11%と自発的な自己研鑽よりも低かった（表Ⅱ－8)。

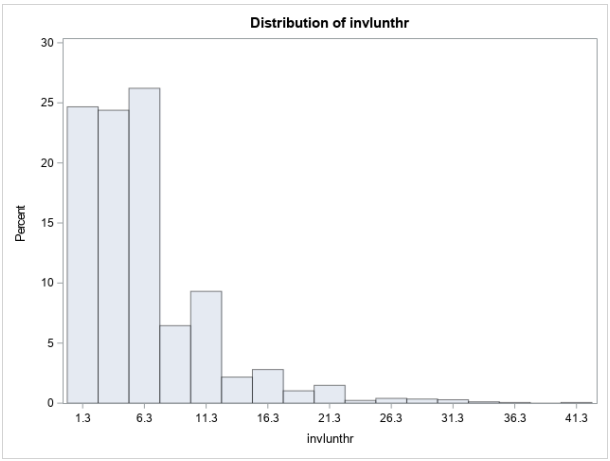
○ 週当たりの時間の中央値は、院内の自発的自己研鑽では 5 時間（図Ⅱ-7)、院外の自発的自己研鑽では 4 時間（図Ⅱ-8)、院内の病院指示による自己研鑽では 1.5 時間（図Ⅱ-9)、院外の病院指示による自己研鑽では 2 時間（図Ⅱ-10）であり、自発的な自己研鑽の時間が長かった。

○ 院内の自発的な自己研鑽の時間は、後期研修医、初期臨床研修医では、それ以外の医師よりも時間が有意に長い傾向が認められた（図Ⅱ－11)。

表Ⅱ - 8. 自己研鑽ありと回答した医師数（2,353 名中）

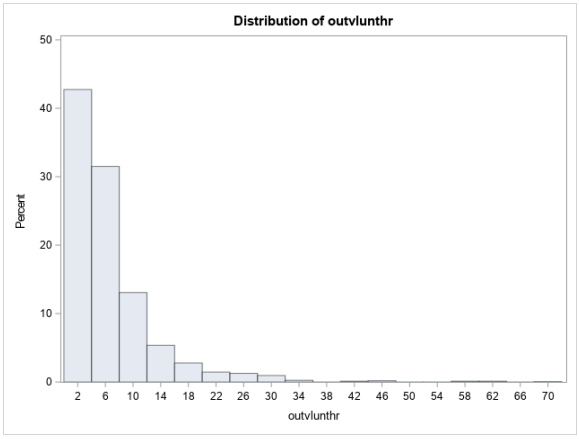
院内／院外	指示の有無	n	%
院内	自発的	1,751	74.4%
院外	自発的	1,584	67.3%
院内	病院指示による	472	20.1%
院外	病院指示による	270	11.5%

図Ⅱ-7. 院内の自発的自己研鑽の時間（／週）



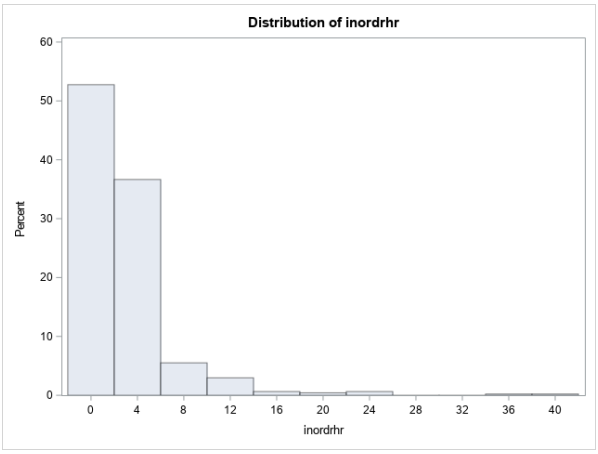
パーセンタイル	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
週当たり時間	1	1.5	2.5	5	7	12	16

図Ⅱ-8. 院外の自発的自己研鑽の時間（／週）



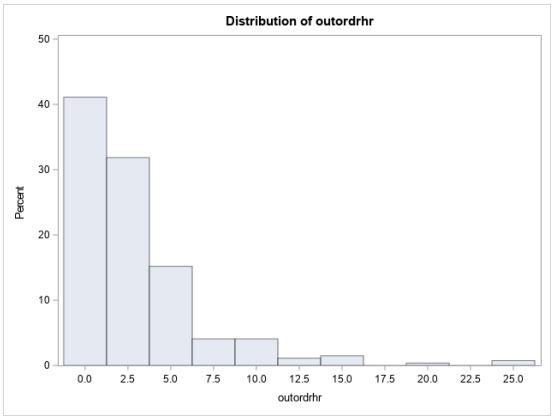
パーセンタイル	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
週当たり時間	1	1	2	4	8	13	18.5

図Ⅱ-9. 院内の病院指示による自己研鑽の時間（／週）



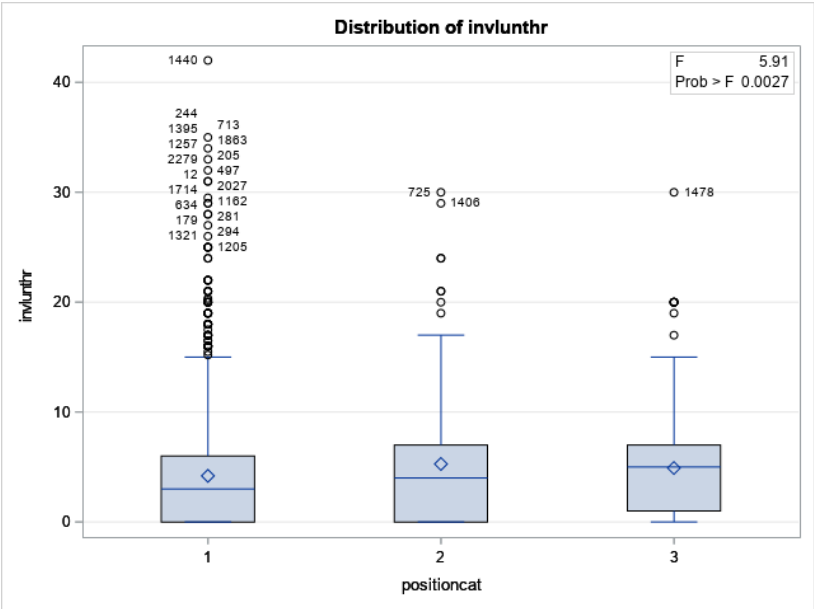
パーセンタイル	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
週当たり時間	0.5	0.5	1	1.5	3	6	10

図Ⅱ-10. 院外の病院指示による自己研鑽の時間（／週）



パーセンタイル	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
週当たり時間	0.5	0.5	1	2	4	7	10

図Ⅱ-11. 後期研修医（positioncat=2）、初期臨床研修医（positioncat=3）、それ以外の勤務医師（positioncat=1）における院内の自発的自己研鑽の時間（invlunthr）の違い



2.4. 昼食休憩

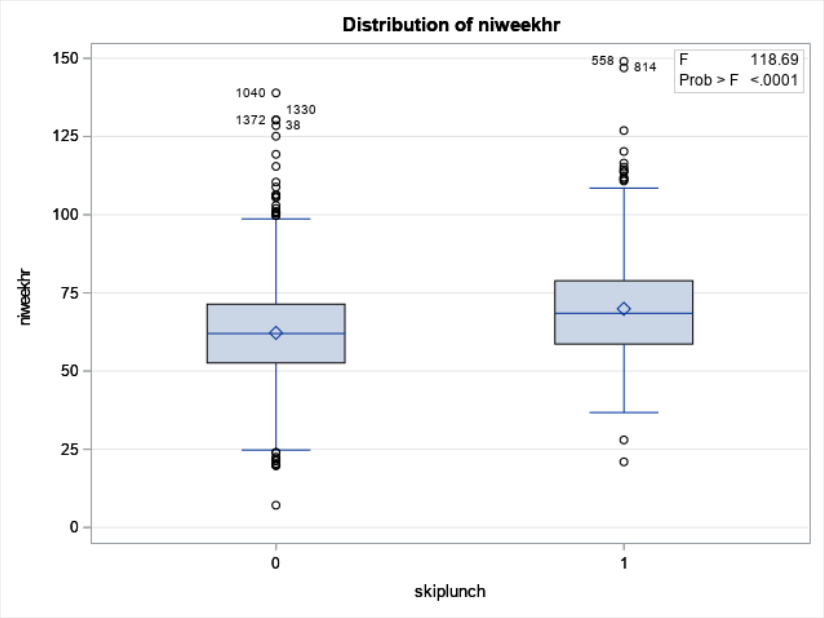
○ 約 70%は規則的あるいは不規則だが一定時間の昼食休憩をとれている（表Ⅱ-9）。

○ 残り 30%はとれないことがあるが、取れないことと院内滞在時間との関連を見たところ、取れない群（図Ⅱ-12 で skiplunch=1）のほうが、院内滞在時間が有意に長いことが明らかとなった。院内滞在時間が長い医師が勤務の密度が低いということはなく、むしろ、勤務の密度が高いことを示唆する結果であった。

表Ⅱ-9. 平日の昼食休憩は取れますか？（一つ選択）

	n	%
規則的に毎日一定時間とれる	423	18.3%
不規則だが毎日一定時間とれる	1,200	51.9%
週に1～2日はとれないことがある	481	20.8%
週に3～4日はとれないことがある	105	4.5%
ほとんどとれない	105	4.5%

図Ⅱ-12. 昼食休憩を毎回取れる群（skiplunch=0）と取れない群（skiplunch=1）における院内滞在時間の違い



3. 済生会病院における医師の勤務の実態

労働時間の把握方法の候補となり得る指標として、院内滞在時間、院内労働時間、会内労働時間、総労働時間を、以下のように算出して検討を行った。

3.1. 院内滞在時間

○ 算出方法

- 病院での平均的な滞在時間を曜日ごとに回答した結果（別添 2：医師調査票 4 ページ(2)の①）をもとに、1 週間の院内滞在時間を算出した。
- ただし、宿直時間、日直時間で表に記載がない場合は、宿日直の回答（別添 2：医師調査票 5 ページ）をもとに推計した：

  宿直は、　（推計平均勤務間インターバル）×（1 週間の宿直回数）

日直は、　（8 時間）×（1 週間の日直回数）

○　結果（図Ⅱ-13）

- 中央値は 64.0 時間／週で、月当たり時間外労働時間 104 時間に相当する。
- 1 月当たり時間外労働 80 時間超の割合は 64.5%、160 時間超は 18.6%であった。

3.2.　院内労働時間

○　算出方法

- 院内滞在時間から、昼食休憩の時間、院内の自発的な自己研鑽の時間を除き、さらに、宿日直については、診療に従事した時間のみを加えて算出した。

○　結果（図Ⅱ-14）

- 中央値は 50.2 時間／週で、月当たり時間外労働時間 44.2 時間に相当する。
- 1 月当たり時間外労働 80 時間超の割合は 22.1%、160 時間超は 2.4%であった。

3.3.　会内労働時間

○　算出方法

- 院内労働時間に、他の済生会施設での診療時間、病院からの派遣による他施設での診療時間を加えて算出した。

○　結果（図Ⅱ-15）

- 中央値は 51.0 時間／週で、月当たり時間外労働時間 47.7 時間に相当する。
- 1 月当たり時間外労働 80 時間超の割合は 24.8%、160 時間超は 3.0%であった。

3.4.　総労働時間

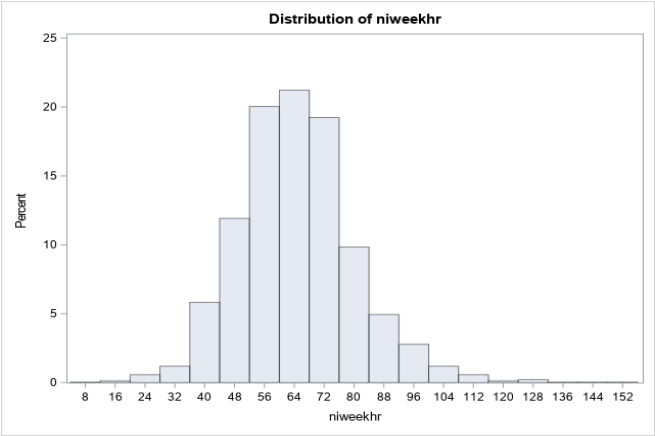
○　算出方法

- 会内労働時間に加えて、病院からの派遣でなく自発的な活動として診療を行っている済生会以外の病院、その他の施設における診療時間を加えて算出した。

○　結果（図Ⅱ-16）

- 中央値は 61.4 時間／週で、月当たり時間外労働時間 92.7 時間に相当する。
- 1 月当たり時間外労働 80 時間超の割合は 27.7%、160 時間超は 3.5%であった。

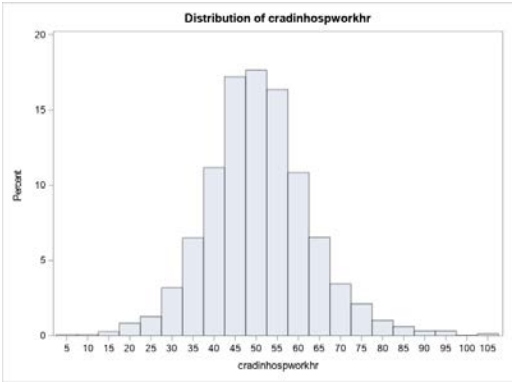
図Ⅱ-13. 院内滞在時間の分布



中央値：64.0 時間／週

月当たり時間外労働時間	n	%
なし	104	4.6
≦80時間	700	30.9
80～100時間	285	12.6
100～160時間	755	33.3
＞160時間	422	18.6

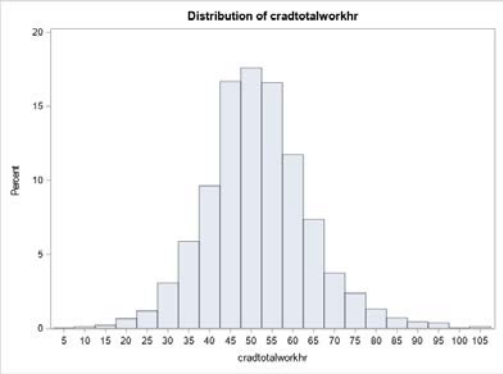
図Ⅱ-14. 院内労働時間の分布



中央値：50.2 時間／週

月当たり時間外労働時間	n	%
なし	474	20.1
≦80時間	1,359	57.8
80～100時間	217	9.2
100～160時間	246	10.5
＞160時間	57	2.4

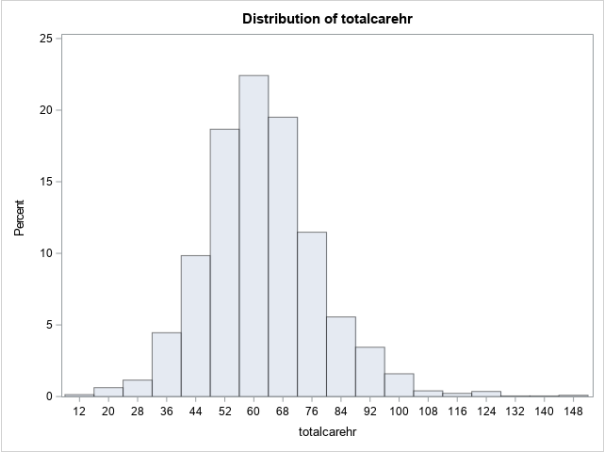
図Ⅱ-15. 会内労働時間の分布



中央値：51.0 時間

月当たり時間外労働時間	n	%
なし	438	18.6
≦80時間	1,331	56.6
80～100時間	240	10.2
100～160時間	273	11.6
＞160時間	71	3.0

図Ⅱ-16. 総労働時間の分布



中央値：61.4 時間／週

月当たり時間外労働時間	n	%
なし	368	15.6
≦80時間	1,334	56.7
80～100時間	260	11.1
100～160時間	309	13.1
＞160時間	82	3.5

3.5. 労働時間に関する考察

○ 院内滞在時間は、労働時間に本来は含めない昼食休憩や、自発的な自己研鑽の時間が含まれること、さらに、ほとんど診療実務に従事しない宿日直が含まれることから、労働時間把握の方法として適切ではない。

○ これらを除いた院内労働時間は、病院内における労働時間を把握して働き方改革を進める上で、より適切である。

○ ただし、労働基準法において、「労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については通算する」と定められていることを勘案すると、労働時間の上限規制は、会内労働時間あるいは総労働時間に基づくこととなる可能性があり、現在、厚生労働省の検討会において議論が進められている。

○ 本報告書では、済生会病院における働き方改革を推進することを主目的とすることから、院内労働時間を基準として、以降の検討を進めることとした。

4. 労働時間に影響する諸因子の評価

○ 4 週当たりの時間外労働が 100 時間超（年間の時間外労働時間 1,300 時間超に相当）の場合を「長時間労働者」として、それに影響する因子を探索的に分析した。

4.1. 性・年齢

○ 男女で有意な違いは認められなかった。年齢では若い医師のほうが長時間労働者の割合が高かった（表Ⅱ-10）。

表Ⅱ-10. 性、年齢別に見た長時間労働者の割合

A. 性

性	>100h	%	計
男	184	10.8%	1,702
女	44	8.7%	505
計	228		2,207

P>0.05

B. 年齢

年齢	>100h	%	計
20-29	100	23.9%	418
30-39	60	10.6%	566
40-49	36	6.5%	558
50-59	28	6.2%	454
60-69	4	2.0%	201
70+	1	2.5%	40
計	229		2,237

P<0.01

4.2. 役職

○ 後期研修医、初期臨床研修医では長時間労働者の割合が 20%以上と高く、医員が 10%で続く（表Ⅱ-11）。

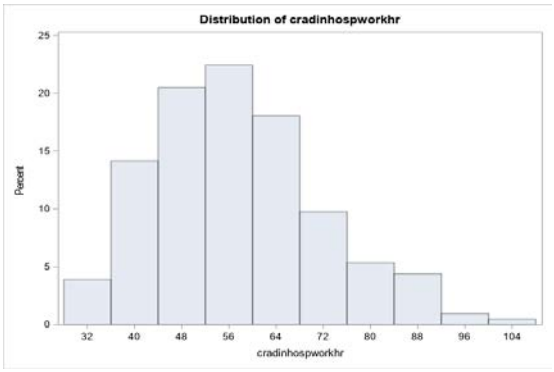
○ 後期研修医、初期臨床研修医とも、院内労働時間の中央値は 56 時間／週で、4 週当たり時間外労働時間 64 時間に相当する（図Ⅱ-17、図Ⅱ-18）。

表Ⅱ-11. 役職別の長時間労働者の割合

役職	>100h	%	計
副院長・院長補佐	6	4.4%	137
診療科責任医師（診療科長、部長など）	41	6.2%	666
医長・副医長	29	5.5%	529
医員	36	10.0%	361
後期研修医（専攻医を含む）	56	27.3%	205
初期臨床研修医	60	24.0%	250
常勤嘱託医	0	0.0%	56
その他	4	8.3%	48
計	232		2,252

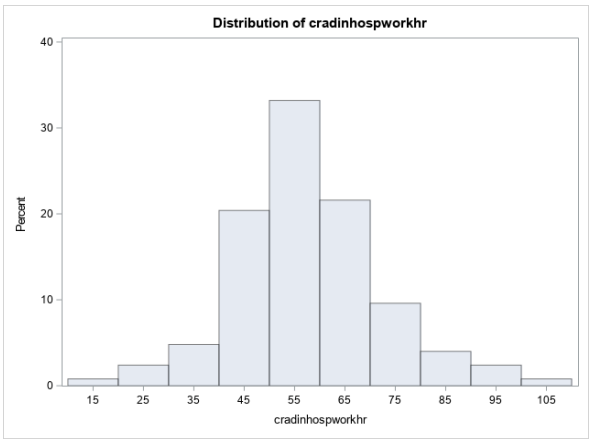
p<0.01

図Ⅱ-17. 後期研修医の院内労働時間



パーセンタイル	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
週当たり時間	36.7	40.2	47.5	56.0	66.6	77.7	84.9

図Ⅱ-18. 初期臨床研修医の院内労働時間



パーセンタイル	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
週当たり時間	35.5	42.3	49.0	56.3	64.5	74.8	82.2

4.3. 診療科

○ 診療科は表Ⅱ-12 のように分類した。ただし、複数の診療科にチェックがあった場合には、すべてが内科系の場合は「12. 内科その他」に、すべてが外科系の場合は「25. 外科その他」に、内科、外科にまたがる場合は「50. その他」に分類した。

○ 診療科別で長時間労働者の割合が 20%を超えたのは、救急科 28.6%でもっとも高く、「内科　消化器」、「外科　消化器」、「外科　呼吸器」、「内科　循環器」、「内科　その他」が 15%以上と高かった。続いて 10%以上は、「内科　総合診療内科、一般内科」、「内科　神経内科」、「外科　一般外科」、脳神経外科、産・婦人科、「内科　呼吸器」、心臓血管外科の順であった（表Ⅱ-12）。

表Ⅱ-12. 診療科別の長時間労働者の割合

診療科	>100h	%	総数
1. 内科　総合診療内科、一般内科	15	14.2%	106
2. 内科　消化器	38	19.0%	200
3. 内科　循環器	27	17.3%	156
4. 内科　呼吸器	10	11.9%	84
5. 内科　神経内科	8	14.0%	57
6. 内科　内分泌・代謝	5	6.4%	78
7. 内科　腎臓内科	6	8.5%	71
8. 内科　透析科	0	0.0%	4
10. 内科　膠原病・リウマチ科	0	0.0%	13
11. 内科　感染症科	0	0.0%	3
12. 内科　その他	10	15.4%	65
13. 精神・神経科	0	0.0%	24
14. 小児科	5	3.7%	134
21. 外科　一般外科	10	13.9%	72
22. 外科　消化器	22	17.9%	123
23. 外科　呼吸器	5	17.9%	28
24. 外科　乳腺	1	5.9%	17
25. 外科　その他	0	0.0%	19
31. 整形外科	7	3.8%	183
32. 形成外科	1	3.7%	27
33. 脳神経外科	10	12.8%	78
34. 心臓血管外科	4	10.5%	38
35. 皮膚科	1	2.4%	41
36. 泌尿器科	4	5.3%	75
37. 産・婦人科	12	12.4%	97
38. 眼科	1	2.1%	48
39. 耳鼻咽喉科	1	2.8%	36
40. 麻酔科	5	4.1%	121
41. 放射線診断科	2	2.9%	68
42. 放射線治療科	1	7.7%	13
43. リハビリテーション科	1	4.6%	22
44. 歯科・口腔外科	0	0.0%	25
45. 救急科	16	28.6%	56
50. その他	5	6.9%	73
計	233		2,255

4.4. 病院特性と労働時間

4.4.1. 病床規模、救急体制、地方ブロック

○ 病床規模では、規模の大きい施設ほど時間外労働時間が長い傾向が認められ、特に、研修医（初期臨床研修医＋後期研修医）で顕著にみられた（表Ⅱ-13）。

○ 三次救急を有する施設、二次救急を有する施設の時間外労働時間が多く、逆に救急体制を有さない施設では 100 時間超の長時間労働者はいなかった（表Ⅱ-14）。

○ 地方ブロック別では、関東ブロック、近畿ブロック、九州ブロックで長時間労働者の割合が 10%を超えていた。規模が大きく、二次救急、三次救急を有する施設があることを反映していると考えられる（表Ⅱ－15）。

表Ⅱ-13. 病院規模別の時間外労働時間の分布

A. 全医師

許可病床数		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
~199	n	308	14	5	1	328
	%	93.9%	4.3%	1.5%	0.3%	
200~299	n	226	23	18	2	269
	%	84.0%	8.6%	6.7%	0.7%	
300~399	n	400	41	51	7	499
	%	80.2%	8.2%	10.2%	1.4%	
400~	n	895	125	112	38	1,170
	%	76.5%	10.7%	9.6%	3.2%	
計	n	1,829	203	186	48	2,266
	%	80.7%	9.0%	8.2%	2.1%	100.0%

P<0.01

B. 初期臨床研修医＋後期研修医

許可病床数		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
~199	n	35	1	2	1	39
	%	89.7%	2.6%	5.1%	2.6%	
200~299	n	13	3	0	0	16
	%	81.3%	18.8%	0.0%	0.0%	
300~399	n	66	19	24	5	114
	%	57.9%	16.7%	21.1%	4.4%	
400~	n	166	36	53	31	286
	%	58.0%	12.6%	18.5%	10.8%	
計	n	280	59	79	37	455
	%	61.5%	13.0%	17.4%	8.1%	100.0%

P<0.01

表Ⅱ-14. 救急体制別の時間外労働時間の分布

救急体制		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
なし	n	66	0	0	0	66
	%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
二次救急	n	1,235	129	108	18	1,490
	%	82.9%	8.7%	7.2%	1.2%	
三次救急	n	528	74	78	30	710
	%	74.4%	10.4%	11.0%	4.2%	
計	n	1,829	203	186	48	2,266
	%	80.7%	9.0%	8.2%	2.1%	100.0%

P<0.01

表Ⅱ-15. 地方ブロック別の時間外労働時間の分布

地方ブロック		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
東北・北海道	n	65	3	5	1	74
	%	87.8%	4.1%	6.8%	1.4%	
関東	n	608	66	56	29	759
	%	80.1%	8.7%	7.4%	3.8%	
北信越	n	134	23	14	1	172
	%	77.9%	13.4%	8.1%	0.6%	
近畿	n	474	41	54	13	582
	%	81.4%	7.0%	9.3%	2.2%	
中四国	n	238	26	18	2	284
	%	83.8%	9.2%	6.3%	0.7%	
九州	n	310	44	39	2	395
	%	78.5%	11.1%	9.9%	0.5%	
計	n	1,829	203	186	48	2,266
	%	80.7%	9.0%	8.2%	2.1%	100.0%

4.4.2. 病院としての労働時間への対応

○ 勤務状況の把握として、労働外活動時間を除いた労働時間を把握している、または、院内の滞在時間を把握していると回答した施設と、その他の施設を比較すると、時間外労働時間の分布に有意な違いは認められなかった（表Ⅱ-16)。把握すること自体は労働時間の低減には結びつかないことが示唆された。

○ 過重労働の確認をしている施設は、確認していない施設よりも長時間労働者が有意に多い傾向が認められ、確認をしていないことによって時間外労働が助長されているということはなく、時間外労働時間が長い医師のいる施設で、過重労働の確認が実施されていることが明らかとなった（表Ⅱ-17)。

○ 過重労働の是正措置をとっている施設ととっていない施設で長時間労働者の割合に有意な違いは認められなかった（表Ⅱ-18)。

○ 所轄労働基準監督署の宿直許可をとっていない施設は、とっている施設よりも時間外

労働時間が有意に多い傾向が認められた（表Ⅱ-19)。理由は不明だが、夜間、休日の時間外勤務が長くて、労働基準行政が定める宿日直の基準に当てはまらない施設は許可を取得していないことも考えられる。

○　労働基準監督署から医師に関する是正勧告・指導を受けたことがある施設では、受けたことがない施設と比べて、時間外労働時間が長い傾向が認められた（表Ⅱ-20)。

○　厚労省「緊急的な取組」への対応として、議論・検討を行った施設は、行わなかった施設に比べて、時間外労働時間が有意に長い傾向が認められた（表Ⅱ-21)。

表Ⅱ-16. 勤務状況の把握：　質問（２）の①の（ア）　（施設調査 6 ページ）

勤務状況の把握		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
労働時間または滞在時間を把握	n	1,250	135	126	26	1,537
	%	81.3%	8.8%	8.2%	1.7%	
その他	n	579	68	60	22	729
	%	79.4%	9.3%	8.2%	3.0%	
計	n	1,829	203	186	48	2,266
	%	80.7%	9.0%	8.2%	2.1%	100.0%

P>0.05

表Ⅱ-17. 過重労働の確認：　質問（2）の②の（ア）

過重労働の確認		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
している	n	1,731	196	184	48	2,159
	%	80.2%	9.1%	8.5%	2.2%	
していない	n	98	7	2	0	107
	%	91.6%	6.5%	1.9%	0.0%	
計	n	1,829	203	186	48	2,266
	%	80.7%	9.0%	8.2%	2.1%	100.0%

P<0.01

表Ⅱ-18. 過重労働への是正措置：　質問（2）の②の（イ）

過重労働への是正措置		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
とっている	n	1,560	179	166	45	1,950
	%	80.0%	9.2%	8.5%	2.3%	
とっていない	n	269	24	20	3	316
	%	85.1%	7.6%	6.3%	0.9%	
計	n	1,829	203	186	48	2,266
	%	80.7%	9.0%	8.2%	2.1%	100.0%

p>0.05

表Ⅱ-19. 所轄労働基準監督署の宿日直許可の取得： 質問(2)の③の（ア）

宿日直の監督署許可の取得		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
とっている	n	1,249	143	124	20	1,536
	%	81.3%	9.3%	8.1%	1.3%	
とっていない	n	580	60	62	28	730
	%	79.5%	8.2%	8.5%	3.8%	
計	n	1,829	203	186	48	2,266
	%	80.7%	9.0%	8.2%	2.1%	100.0%

P<0.01

表Ⅱ-20. 医師に対する労働基準監督署の是正勧告・指導を受けたことがある： 質問(4)の①の（ア）

医師に対する監督署の是正勧告・指導		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
受けていない	n	1,109	91	90	28	1,318
	%	84.1%	6.9%	6.8%	2.1%	
受けた	n	720	112	96	20	948
	%	75.9%	11.8%	10.1%	2.1%	
計	n	1,829	203	186	48	2,266
	%	80.7%	9.0%	8.2%	2.1%	100.0%

P<0.01

表Ⅱ-21. 厚労省「緊急的な取組」への対応： 質問(4)の②の（ア）

緊急的な取組の議論、検討		時間外労働時間				計
		≦80h	80-100	100-160	>160h	
行った	n	1,384	169	154	46	1,753
	%	79.0%	9.6%	8.8%	2.6%	
行っていない	n	445	34	32	2	513
	%	86.7%	6.6%	6.2%	0.4%	
計	n	1,829	203	186	48	2,266
	%	80.7%	9.0%	8.2%	2.1%	100.0%

P<0.01

5. 昼食休憩、勤務間インターバル、睡眠への影響

5.1. 昼食休憩

○ 昼食休憩が、規則的にとれる群、不規則だが毎日とれる群、週 1～2 日とれない群、週 3～4 日とれない群、ほとんどとれない群の順に、長時間労働者の割合が高くなる傾向が認められた（表Ⅱ-22）。

表Ⅱ-22. 昼食休憩の取得状況別に見た長時間労働者の割合

昼食休憩	時間外労働時間＞100h		総数
	n	%	
規則的に毎日一定時間とれる	24	5.8%	414
不規則だが毎日一定時間とれる	86	7.3%	1,173
週に1～2日はとれないことがある	71	15.3%	465
週に3～4日はとれないことがある	24	23.5%	102
ほとんどとれない	28	27.2%	103
計	233		2,257

5.2. 勤務間インターバル

○ 勤務間インターバルの中央値は 12 時間であった（図Ⅱ-19）。

○ 勤務間インターバルが 9 時間以下の医師は、全体では 2,075 名中 59 名（2.8%）、研修医を除いた勤務医師では 1,669 名中 32 名（1.9%）、後期研修医では 185 名中 18 名（9.7%）、初期臨床研修医では 221 名中 9 名（4.1%）で、特に後期研修医で 9 時間以下の割合が高かった。

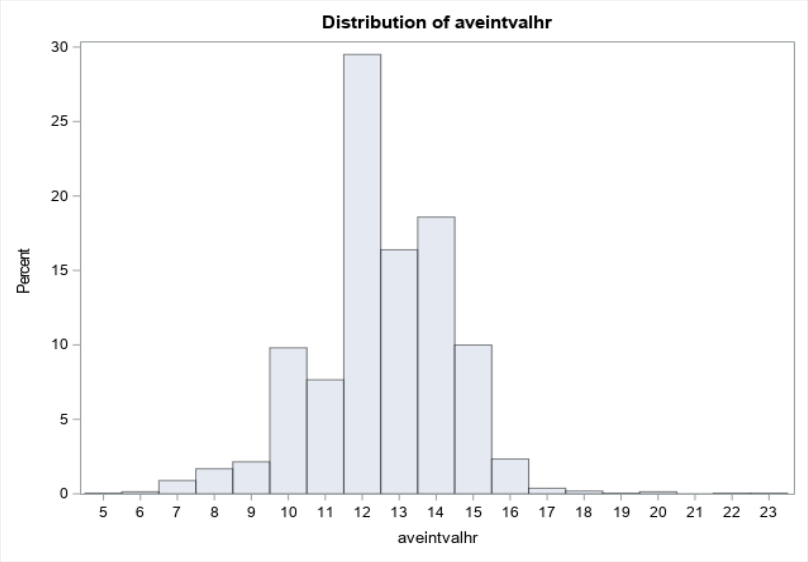
○ 勤務間インターバルと院内労働時間は、統計的に有意な負の相関を認めた（図Ⅱ-20）。

○ 勤務間インターバルが 9 時間以下の群における長時間労働者の割合は、全体で 54.2%、勤務医師で 25.0%、後期研修医と初期臨床研修医で 88.9%と、研修医で長時間労働者の割合が特に高かった（表Ⅱ-23）。

○ 勤務間インターバルを 9 時間超とることを義務付けた場合、全体では、時間外労働時間 100 時間超の長時間労働者の割合は 9.9%から 8.5%に減少させることができる（表Ⅱ－23A）。特に、後期研修医では 26.5%から 19.8%に低下させることが可能である（表Ⅱ-23B）。

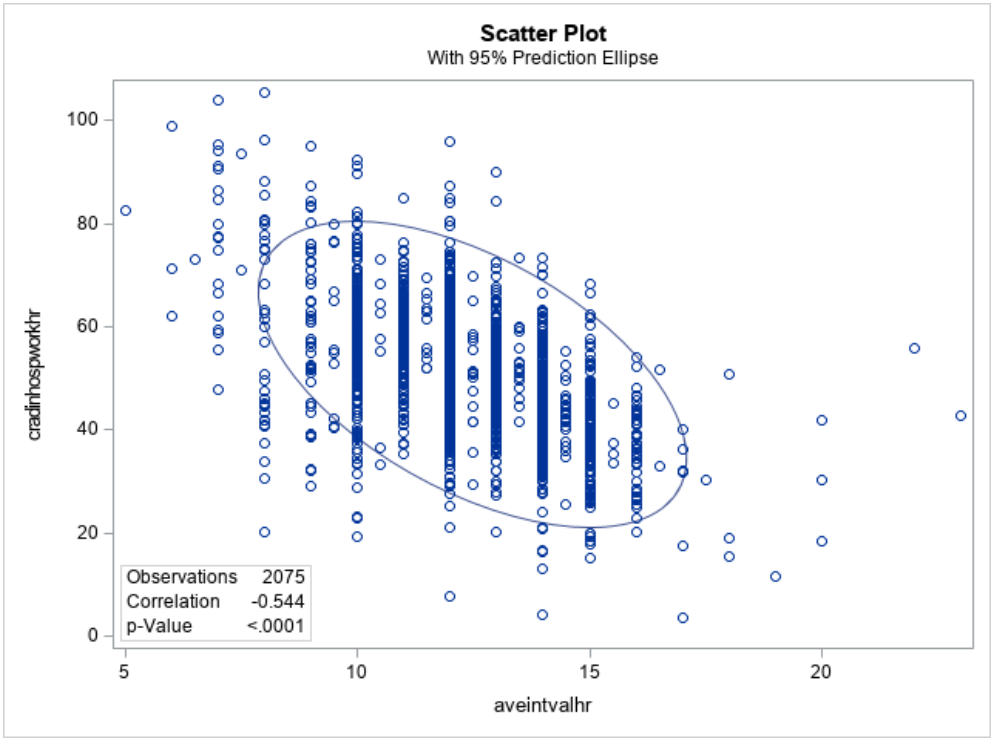
○ 勤務間インターバルを 11 時間で分けた場合、11 時間以下の割合は 15.1%であり、11 時間以上の取得を義務付けた場合、長時間労働者の割合は、9.9%から 5.9%に減らすことが可能である（表Ⅱ-24）。

図Ⅱ-19. 勤務間インターバルの分布



パーセンタイル	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
勤務間インターバル	9.5	10	12	12	14	15	15

図Ⅱ-20. 勤務間インターバルと院内労働時間の関係



表Ⅱ-23. 勤務間インターバルを 9 時間以上とした場合の時間外労働への影響

A. 全体

勤務間インターバル	時間外労働時間>100h		計
	n	%	
>9h	172	8.5%	2,016
≤9h	32	54.2%	59
計	204	9.8%	2,075

B. 研修医を除く勤務医師

勤務間インターバル	時間外労働時間>100h		計
	n	%	
>9h	96	5.9%	1,637
≤9h	8	25.0%	32
計	104	6.2%	1,669

C. 後期研修医

勤務間インターバル	時間外労働時間>100h		計
	n	%	
>9h	33	19.8%	167
≤9h	16	88.9%	18
計	49	26.5%	185

D. 初期臨床研修医

勤務間インターバル	時間外労働時間>100h		計
	n	%	
>9h	43	20.3%	212
≤9h	8	88.9%	9
計	51	23.1%	221

表Ⅱ-24. 勤務間インターバルを 11 時間以上とした場合の時間外労働への影響（全体）

勤務間インターバル	時間外労働時間>100h		計
	n	%	
>11h	104	5.9%	1,761
≤11h	100	31.8%	314
計	204	9.8%	2,075

5.3. 睡眠

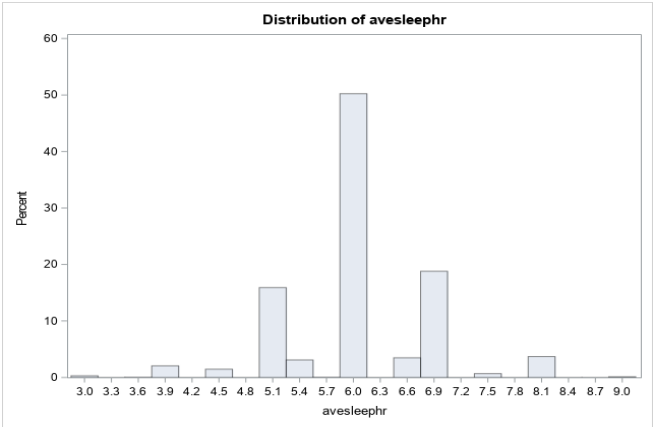
○ 1 日平均の睡眠時間の中央値は 6 時間で、95%以上の医師は 5 時間以上の睡眠をとっていることが明らかとなった（図Ⅱ-21）。

○ 起床時刻、就寝時刻の規則性は、「おおむね規則的」が 47.4%、「時々不規則」が 44.1%で拮抗していた。「常に不足」は 8.5%であった（表Ⅱ-25）。

○ 睡眠不足を「常に感じる」は 18.3%、「時々感じる」は 60.6%であった（表Ⅱ-26）。

○ 勤務間インターバルと睡眠時間の間には正の有意な相関は認められたが、良好な相関関係ではない（図Ⅱ-22）。

図Ⅱ-21. 平均睡眠時間の分布



パーセンタイル	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
平均睡眠時間	5	5	6	6	6.5	7	7

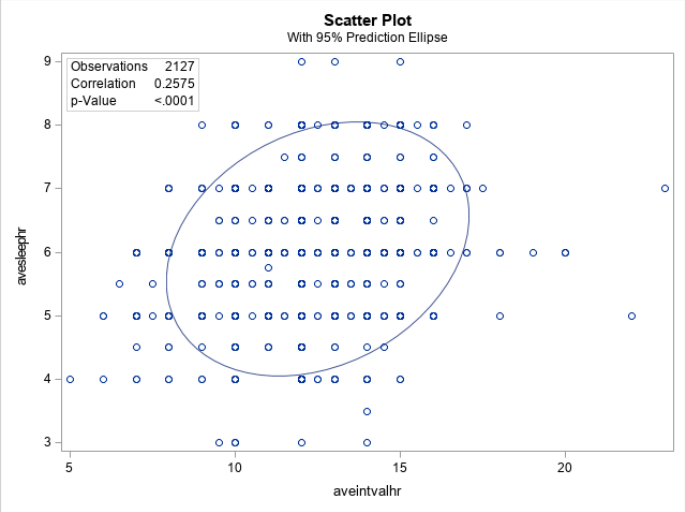
表Ⅱ-25. 起床時刻、就寝時刻は不規則ですか？（一つ選択）

	N	%
常に不規則	197	8.5%
時々不規則	1,027	44.1%
概ね規則的	1,104	47.4%
計	2,328	100.0%

表Ⅱ-26. 睡眠不足を感じることがありますか？（一つ選択）

	n	%
常に感じる	428	18.3%
時々感じる	1,416	60.6%
あまり感じない	429	18.4%
全然感じない	62	2.7%
計	2,335	100%

図Ⅱ-22. 回答された平均睡眠時間（avesllephr）と平均勤務間インターバル（aveintvalhr）



6. 業務内容の分析

医師調査では、直近の 1 か月における病院内の活動について、以下の 17 の活動の 1 週当たりの活動時間を調査した。ただし、⑯その他、⑰管理は従事時間が他と比べて少ないので除外した。

病院内の活動	略称
①外来患者の診療	①外来
②救急外来患者の診療	②救急外来
③入院患者の診療	③入院
④検査室・処置室での患者の診療（検査実施、処置など）	④検査実施
⑤手術（準備、術後の検体作成等も含む）	⑤手術
⑥患者・家族への説明	⑥患者説明
⑦診断書等の患者向け文書作成	⑦文書作成
⑧受持ち患者の画像読影、検査結果の評価	⑧検査評価
⑨受持ち患者の診療録の閲覧、確認、入力	⑨診療録入力等
⑩受持ち患者の退院サマリー作成、疾病登録のデータ登録など	⑩退院サマリー
⑪患者の診療方法などに関する院内カンファレンス、検討会	⑪検討会
⑫患者の診療の準備のための調査・学習	⑫調査・学習
⑬研修医等に対する指導	⑬指導
⑭病院で定められた委員会等の会議への出席	⑭定例会議
⑮病院では定められていない相談対応、打ち合わせ	⑮打合せ
⑯その他（　　）	⑯その他
⑰管理的業務	⑰管理

6.1. 各業務活動の時間と時間外労働時間との相関

これまでの分析で、(1)後期研修医、初期臨床研修医以外の勤務医師（以下、「勤務医師」）と、(2)後期研修医、(3)初期臨床研修医では、働き方が異なることが明らかとなっているので、3 群別に院内労働時間と各業務活動の時間との関連を分析した。分析では、月当たりの時間外労働によって院内労働時間を、(1)なし、(2)80 時間以内、(3)80 時間超 100 時間以内、(4)100 時間超に 4 分類した。

勤務医師数は、なし：417 名、80 時間以下：1,134 名、80 時間超 100 時間以下：149 名、100 時間超：159 名の計 1,859 名、後期研修医の医師数は、なし：22 名、80 時間以下：88 名、80 時間超 100 時間以下：27 名、100 時間超：62 名の計 199 名、初期臨床研修医の医師数は、なし：29 名、80 時間以下：122 名、80 時間超 100 時間以下：35 名、100 時間超：69 名の計 255 名であった。

○　勤務医師で時間外労働時間と相関が認められたのは、①外来、②救急外来、③入院、④検査実施、⑤手術、⑥患者説明、⑦文書作成、⑨診療録入力等、⑩退院サマリー、⑪検討会、⑭定例会議と極めて幅広く、全般にわたって業務量が多いために時間外労働時間が多くなっていることがわかる。

○　後期研修医で時間外労働時間と相関が認められたのは、③入院、④検査実施、⑥患者説明、⑦文書作成、⑨診療録入力等、⑩退院サマリー、⑪検討会であり、間接的な診療業務の比重が大きい傾向であった。

○　初期臨床研修医で時間外労働時間と相関が認められたのは、①外来、②救急外来、③入院、⑨診療録入力等、⑩退院サマリー、⑪検討会、⑮打合せであり、研修内容を反映するものであった。

○　勤務医師、後期研修医、初期臨床研修医で共通して時間外労働と関連が認められたのは、③入院、⑨診療録入力等、⑩退院サマリー、⑪検討会であった。逆に、いずれの群でも時間外労働と関連が認められなかったのは、⑧検査評価、⑫調査・学習、⑬指導であった。

表Ⅱ-27. 時間外労働時間カテゴリー別の活動時間の平均値（／週）

A. 勤務医師

活動	全体	月当たり時間外労働時間				有意性
	平均値	なし	≦80h	80-100h	＞100h	
①外来	11.3	10.4	11.5	11.9	12.3	P<0.05
②救急外来	2.5	2.3	2.3	3.4	3.8	P<0.001
③入院	9.9	7.6	9.9	13.6	12.9	P<0.001
④検査実施	3.5	2.6	3.6	3.7	5.4	P<0.001
⑤手術	7.0	5.2	7.3	10.0	7.0	P<0.001
⑥患者説明	2.0	1.9	2.0	2.3	2.6	P<0.01
⑦文書作成	1.8	1.8	1.6	2.5	2.4	P<0.001
⑧検査評価	3.1					P>0.05
⑨診療録入力等	3.6	3.1	3.6	3.9	4.3	P<0.05
⑩退院サマリー	1.8	1.4	1.7	2.6	2.6	P<0.001
⑪検討会	1.8	1.5	1.8	2.2	2.4	P<0.001
⑫調査･学習	2.4					P>0.05
⑬指導	1.8					P>0.05
⑭定例会議	1.3	1.0	1.4	1.5	1.3	P<0.001
⑮打合せ	0.7					P>0.05

B. 後期研修医

活動	全体	月当たり時間外労働時間				有意性
	平均値	なし	≦80h	80-100h	＞100h	
①外来	7.5					P>0.05
②救急外来	4.8					P>0.05
③入院	13.8	10.5	12.1	14.3	17.1	P<0.05
④検査実施	5.2	3.0	3.9	5.5	7.5	P<0.05
⑤手術	9.4					P>0.05
⑥患者説明	2.4	1.7	2.0	3.1	2.7	P<0.05
⑦文書作成	2.1	1.0	1.7	2.0	3.2	P<0.01
⑧検査評価	3.3					P>0.05
⑨診療録入力等	5.1	2.2	4.1	6.8	6.7	P<0.01
⑩退院サマリー	2.8	2.0	2.3	3.6	3.5	P<0.05
⑪検討会	2.1	0.7	2.0	2.1	2.7	P<0.01
⑫調査・学習	4.3					P>0.05
⑬指導	1.3					P>0.05
⑭定例会議	0.4					P>0.05
⑮打合せ	0.3					P>0.05

C. 初期臨床研修医

活動	全体	月当たり時間外労働時間				有意性
	平均値	なし	≦80h	80-100h	＞100h	
①外来	2.4	4.2	1.8	4.9	1.7	P<0.05
②救急外来	10.7	6.1	9.8	8.6	15.3	P<0.01
③入院	9.7	3.4	8.8	9.5	13.9	P<0.001
④検査実施	3.7					P>0.05
⑤手術	7.5					P>0.05
⑥患者説明	1.3					P>0.05
⑦文書作成	1.5					P>0.05
⑧検査評価	2.7					P>0.05
⑨診療録入力等	4.4	3.0	4.1	2.5	6.6	P<0.01
⑩退院サマリー	2.2	1.4	2.0	1.5	3.1	P<0.05
⑪検討会	1.9	0.9	1.9	1.4	2.6	P<0.001
⑫調査･学習	3.8					P>0.05
⑬指導	0.3					P>0.05
⑭定例会議	0.5					P>0.05
⑮打合せ	0.2	0.07	0.07	0.14	0.45	P<0.01

6.2. 勤務医師の診療科群と業務活動時間との関連

長時間労働者の割合によって診療科を、(1)内科 1（消化器内科、循環器内科以外)、(2)内科 2（消化器内科、循環器内科)、(3)内科系その他（精神・神経科、小児科、放射線診断科、放射線治療科、リハビリテーション科)、(4)外科 1（消化器外科、呼吸器外科以外)、(5) 外科 2（消化器外科、呼吸器外科)、(6)外科系その他（皮膚科、泌尿器科、産・婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科、歯科・口腔外科)、(7)救急科の 7 群に分類して、業務活動時間の違いを分析した（表Ⅱ-28)。特に時間数（平均値）が大きかった組み合わせを太字で示した。

○ ①外来は「外科系その他」群で大きく、入院／外来の比率が他の外科よりも外来に偏って長時間残業が多いことが明らかとなった。

○ ④検査実施は「内科 2（消化器内科、循環器内科)」で特に時間数が多く、内視鏡検査、カテーテル検査など時間のかかる検査の比重が大きいことが示唆された。

○ 救急科では、⑪検討会、⑬指導、⑭定例会議、⑮打合せの時間が他に比べて多い傾向が認められ、初期臨床研修医の指導に充てる時間の影響について検討が必要であることが示唆された。

表Ⅱ-28. 月 100 時間超の医師における診療科による業務活動時間の違い

	全体	内科1	内科2	内科系その他	外科1	外科2	外科系その他	救急科	有意性
①外来	12.3	14.1	11.3	8.8	12.0	8.3	**22.4**	6.6	P<0.001
②救急外来	3.8	2.8	3.4	1.9	4.5	2.3	2.7	**20.4**	P<0.001
③入院	12.9	17.6	12.3	8.5	11.7	13.6	10.2	13.8	P>0.05
④検査実施	5.4	2.3	**13.2**	2.0	2.8	1.8	3.1	0.2	P<0.001
⑤手術	7.0	0.4	4.5	0.0	**14.5**	**17.7**	**9.1**	5.0	P<0.001
⑥患者説明	2.6	2.9	2.6	1.7	2.6	2.6	2.0	4.6	P>0.05
⑦文書作成	2.4	4.0	2.1	2.0	1.9	1.8	2.5	2.6	P<0.05
⑧検査評価	2.8	2.6	2.9	2.2	2.1	1.7	1.6	3.3	P>0.05
⑨診療録入力等	4.3	5.1	4.9	3.4	3.8	3.6	3.7	3.7	P>0.05
⑩退院サマリー	2.6	4.2	2.3	1.2	1.9	3.1	2.0	3.2	P<0.05
⑪検討会	2.4	2.9	2.0	1.8	2.9	2.4	1.5	**4.0**	P>0.05
⑫調査・学習	2.8	3.0	2.4	2.5	3.3	3.2	3.2	1.0	P>0.05
⑬指導	2.1	1.7	2.3	1.6	1.8	1.8	2.2	**7.6**	P>0.05
⑭定例会議	1.3	1.9	1.3	0.5	0.8	0.9	1.4	**4.2**	P<0.01
⑮打合せ	0.9	0.9	1.1	0.3	0.8	0.4	1.0	**1.7**	P>0.05

Ⅲ．医師の健康状態と健康確保措置の実態

1. 組織としての対応の実態（施設調査）

○ 産業医は全 80 施設で選任されていた。内部医師が産業医を務めているのは 76 施設（95%）、外部医師は 4 施設（5%）であった。

○ 産業医の業務回数は 50%の施設が月 1 回、27.5%の施設では月 2 回以上であった（表Ⅲ-1）。

○ 51%の施設が産業医以外に専任または併任の職員を配置していた（表Ⅲ-2）。

○ 全 80 施設で衛生委員会が設置されていた。衛生委員会の開催頻度は月 1 回が 77 施設（96.3%）、1 回未満は 2 施設（2.5%）であった。

○ 衛生委員会が病院側委員と労働者側委員による構成となっているのは 74 施設(92.5%)であった。構成員に後期研修医を含むのは 1 施設、初期臨床研修医を含むのは 2 施設とわずかであった。

○ 衛生委員会の議事内容は職員に周知しているのは 58 施設（72.5%）であった。

○ 健康診断の事後措置に産業医が関与すると回答したのは 62 施設（77.5%）、健康診断の結果を職員の就業上の措置に活用することがあると回答したのは 45 施設（56.3%）であった。

○ 高ストレス者から産業医（あるいは他の医師）による面接指導の申し出があったと回答したのは 50 施設（62.5%）、面接指導を実施したと回答したのは 52 施設（65.0%）であった。

○ ストレスチェックの高ストレス者に対する就業上の措置を実施した事例があるのは 15 施設（18.8%）であった（表Ⅲ-5）。

表Ⅲ-1．産業医としての業務回数（／月）

	施設数	
1回未満	8	10.0%
1回	40	50.0%
2回	9	11.3%
3回	2	2.5%
4回	8	10.0%
5回以上	3	3.8%
回答なし	10	12.5%
計	80	100.0%

表Ⅲ-2. 産業医のほかに産業保健活動に従事するスタッフの体制

		施設数	
選任している		41	51.3%
専任	保健師	4	5.0%
	看護師	1	1.3%
	事務員	5	6.3%
	保健師	13	16.3%
併任	看護師	15	18.8%
	事務員	25	31.3%

表Ⅲ-3. 衛生委員会の委員の構成（複数回答可）

	施設数	
産業医	80	100.0%
常勤医師	62	77.5%
後期研修医(専攻医)	1	1.3%
初期臨床研修医	2	2.5%
看護師	77	96.3%
他の医療職	75	93.8%
事務職	79	98.8%
その他	11	13.8%

表Ⅲ-4. 衛生委員会で取り上げる議題

議題	常にあり		時にあり		なし	
長時間労働への対応	46	57.5%	27	33.8%	6	7.5%
健康診断	28	35.0%	52	65.0%	0	0.0%
ストレスチェック・メンタルヘルス	25	31.3%	55	68.8%	0	0.0%
医師の働き方	6	7.5%	45	56.3%	25	31.3%

表Ⅲ-5. ストレスチェックの高ストレス者に対する就業上の措置の事例（複数回答可）

措置	施設数	
就業上の措置あり	15	18.8%
就業制限（残業の規制など）	10	12.5%
就業禁止	0	0.0%
配置転換	8	10.0%
その他	2	2.5%

2. 医師の健康状態と病院としての対応（医師調査）

2.1. 治療中疾患

○ 治療中の疾患を持つ医師は 614 名（26.5%）であった。

○ 申告された病名は重複を含めて 691 疾患、内訳はメンタル不調 26 疾患（3.8%）であった（表Ⅲ-6）。

○ 申告が最も多かったのは、高血圧 240 名、脂質異常症 92 名、糖尿病 35 名、痛風・高尿酸血症 31 名と生活習慣病関連が上位を占めた（表Ⅲ-6）。

表Ⅲ-6. 治療中疾患の内訳

疾患群	申告された病名	人数
メンタル	うつ病・気分障害	10
	不眠症・睡眠障害	8
	躁うつ病	2
	不安性障害	2
	てんかん	2
	心身症	1
	適応障害	1
	疲労	0
消化器系	消化管	20
	肝胆膵疾患	7
	消化器がん	2
循環器系	高血圧	240
	虚血性心疾患	11
	不整脈	10
	その他の心疾患	4
	大動脈疾患	1
	動脈硬化症	1
呼吸器系	喘息	22
	睡眠時無呼吸症候群	7
	肺がん	2
	肺炎	0
	（肺）結核	0
	その他の呼吸器疾患	0
感覚器など	眼科	16

	耳鼻科	24
	皮膚科	27
腎・尿路系	泌尿器科	11
	腎疾患	9
産婦人科・乳腺	産婦人科	5
	妊娠	1
	産婦人科・乳腺のがん	1
	乳腺疾患	1
中枢神経系・整形外科	脊椎疾患	12
	片頭痛・頭痛	9
	腰痛、肩痛など	5
	脳出血	2
	脳梗塞	2
	線維筋痛症	2
	ナルコレプシー	2
	パーキンソンなど神経変性疾患	1
	その他の筋骨格神経系疾患	5
内分泌代謝	脂質異常症	92
	糖尿病	35
	痛風・高尿酸血症	31
	甲状腺疾患	10
	血液疾患	6
	貧血	2
	その他の内分泌代謝・血液疾患	3
リウマチ系	関節リウマチ	2
	その他	22

2.2. 就業制限

○ 現在就業制限中の医師は 3.7%、過去に制限していた医師は 9.1%で、合わせると 12.8%が就業規制を受けていた（表Ⅲ-7）。

○ 自身の制限の理由で最も多かったのは、身体疾患（58.7%）であり、メンタル不調は21.8%であった。他者のケアが理由の就業制限で最も多かったのは妊娠・出産 31.1%、育児 26.6%、介護 3.8%であった（表Ⅲ-8）。

○ 就業規制の理由となった身体疾患で最も多かったのは脊柱疾患（16 名）、その他の筋骨

格神経系疾患（12 名）であった（表Ⅲ-9)。

○　制限の内容で最も多かったのは、自宅療養・休暇取得（59.0%）で、時間外勤務なし（31.7%)、時短勤務（ワークシェアリングなし）（27.3%）が続いた（表Ⅲ-10)。

○　制限にあたり相談したのは、診療科責任医師が 77.1%と最も多く、病院長が 34.1%と続く。一方、産業医に相談したのは 2.7%と少なかった（表Ⅲ-11)。

表Ⅲ-7. 健康上の問題などで勤務時間を制限したことがありますか？（一つ選択）

制限の状況	人数	%
現在制限している	85	3.7%
現在は制限していないが、過去に制限していた	208	9.1%
制限したことはない	1,985	87.1%
計	2,278	100.0%

表Ⅲ-8. 制限している、または、過去にしていた場合、どのような理由ですか？（複数回答可）　（293 名中の割合）

制限の理由	人数	%
メンタル不調	64	21.8%
身体疾患	172	58.7%
妊娠・出産	91	31.1%
育児	78	26.6%
介護	11	3.8%
その他	19	6.5%

表Ⅲ-9. 身体疾患の詳細な内訳

疾患群	病名	人数
消化器系	消化管	5
	肝胆膵疾患	8
	消化器がん	5
循環器系	高血圧	2
	虚血性心疾患	5
	不整脈	9
	その他の心疾患	4
	大動脈疾患	1
呼吸器系	喘息	5
	肺がん	1

	肺炎	6
	（肺）結核	2
	その他の呼吸器疾患	6
感覚器など	眼科	4
	耳鼻科	10
	皮膚科	2
腎・尿路系	泌尿器科	1
	腎疾患	3
産婦人科・乳腺	産婦人科	4
	産婦人科・乳腺のがん	5
中枢神経系・整形外科	脊椎疾患	16
	片頭痛・頭痛	1
	腰痛、肩痛など	3
	脳出血	6
	脳梗塞	2
	その他の筋骨格神経系疾患	12
内分泌代謝	糖尿病	3
	甲状腺疾患	4
	血液疾患	3
リウマチ系	関節リウマチ	1
	疲労	2
	その他	18

表Ⅲ-10. 制限している、または、過去にしていた場合、どのような制限でしたか？（複数回答可）　（293 名中の割合）

制限の内容	人数	%
自宅療養・休暇取得	173	59.0%
時短勤務（ワークシェアリングなし）	80	27.3%
時短勤務（ワークシェアリングあり）	15	5.1%
時間外勤務なし	93	31.7%
その他	60	20.5%

表Ⅲ-11. 制限に当たり、病院内で誰と相談しましたか？（複数回答可）
（293 名中の割合）

	n	%
病院長	100	34.1%
診療科責任医師（診療科長、部長など）	226	77.1%
同僚の医員	66	22.5%
産業医	8	2.7%
その他	33	11.3%
誰とも相談せず自分で決めた	50	17.10%

2.3. 健康に対する不安

○ 勤務に関連して健康に対する不安を感じている医師は 49.5%と半数であった。その中で長時間労働に関連して不安を感じているのは 32.4%、長時間労働以外の心身に関連した不安は 17.1%であった（表Ⅲ-12)。

○ 健康上の不安についての院内での相談相手は、同僚の医員が 10.1%と最も多く、逆に産業医はわずか 0.4%であった（表Ⅲ-13)。

表Ⅲ-12. 勤務に関連して健康に対する不安を感じたことがありますか？（どれか一つ）

	n	%
長時間の勤務と関連して不安を感じたことがある	737	32.4%
長時間勤務とは関係ないが、勤務に関連して感じたことがある	333	14.6%
両方に不安を感じたことがある	57	2.5%
不安を感じたことはない	1,148	50.5%
	2,275	100.0%

表Ⅲ-13. 健康上の不安について病院内で誰かに相談したことがありますか？(複数回答可)

	n	%
病院長	53	2.3%
診療科責任医師（診療科長、部長など）	159	6.8%
同僚の医員	238	10.1%
産業医	10	0.4%
その他	47	2.0%
誰とも相談したことはない	1,405	59.7%

2.4. 過重労働への対応

○ 長時間労働への対応として、産業医等の医師の面接を受けたことがあると回答したのは 1.9%であった（表Ⅲ-14)。

○ 面接を受けた 44 名の中で、残業の制限を受けたのが 20.5%、時短勤務が 18.2%と続いた（表Ⅲ-15)。

○ 就業制限の効果では、「疲労の回復につながった」が 18 名、「特に効果はなかった」が 19 名と多かった（表Ⅲ-16)。

表Ⅲ-14. 最近 1 年間に、長時間労働等の対応として産業医等の医師による面接を受けたことがありますか？

	n	%
ない	2,251	95.7%
ある	44	1.9%
1回	25	
2回	8	
3回以上	9	

表Ⅲ-15. 面接の結果、何らかの就業上の措置がなされたことがありますか？ （複数回答可） （面接を受けた 44 名）

	n	%
就業の禁止	4	9.1%
時短勤務	8	18.2%
残業の制限	9	20.5%
休日出勤の制限	7	15.9%
特定の業務の免除	7	15.9%
その他	11	25.0%

表Ⅲ-16. 就業上の措置を受けた方は、措置はどのような効果がありましたか？（複数回答可）

	n
疲労の回復につながった	18
治療中の疾病が軽快した	10
特に効果はなかった	19
その他	7

3. 病院別の時間外労働の状態と医師の健康

○ 病院別に 4 週当たり時間外労働 100 時間超の医師の割合を算出して、10%以上の病院を「高頻度施設」、0%を超えて 10%未満の病院を「中頻度施設」、0%の病院を「低頻度施設」として、医師の健康状態との相関を調べた。

○ 勤務時間の制限を受けている医師の割合は、高頻度、中頻度、低頻度施設で違いはなかった（表Ⅲ-17)。

○ 高頻度、中頻度、低頻度施設における勤務制限の理由別の割合をみると、身体疾患でのみ有意な関連が認められた（表Ⅲ-18)。身体疾患は、高頻度施設よりも中頻度施設、低頻度施設の方が高率であった。

○ 高頻度、中頻度、低頻度施設における勤務に関連した健康上の不安を見ると、長時間労働に関連した不安は高頻度施設で高い傾向が認められた。長時間労働以外の勤務に関する健康上の不安は関連が認められなかった（表Ⅲ-19)。

表Ⅲ-17. 健康上の問題などによる勤務時間の制限（勤務制限不明の７５名は除く）

施設の長時間労働者の割合	施設数		勤務時間の制限			計
			現在	過去	なし	
高頻度施設	22	n	37	93	998	1,128
		%	3.3%	8.2%	88.5%	
中頻度施設	21	n	29	78	675	782
		%	3.7%	10.0%	86.3%	
低頻度施設	33	n	19	37	312	368
		%	5.2%	10.1%	84.8%	
計	76	n	85	208	1,985	2,278
		%	3.7%	9.1%	87.1%	100.0%

P>0.05

表Ⅲ-18. 勤務の制限の理由

施設の長時間労働者の割合	施設数		勤務制限の理由			計
			メンタル不調	身体疾患	妊娠・出産・育児・介護	
高頻度施設	22	n	30	69	58	1,145
		%	2.6%	6.0%	5.1%	
中頻度施設	21	n	22	62	47	833
		%	2.6%	7.4%	5.6%	
低頻度施設	33	n	12	41	23	375
		%	3.2%	10.9%	6.1%	
計	76	n	64	172	128	2,353
		%	2.7%	7.3%	5.4%	
統計的有意性			P>0.05	P<0.01	P>0.05	

表Ⅲ-19. 健康に対する不安

施設の長時間労働者の割合	施設数		健康に対する不安				計
			長時間の勤務	長時間以外の勤務	両方	感じたことなし	
高頻度施設	22	n	388	155	537	23	1,103
		%	35.2%	14.1%	48.7%	2.1%	
中頻度施設	21	n	244	111	432	25	812
		%	30.0%	13.7%	53.2%	3.1%	
低頻度施設	33	n	105	67	179	9	360
		%	29.2%	18.6%	49.7%	2.5%	
計	76	n	737	333	1,148	57	2,275
		%	32.4%	14.6%	50.5%	2.5%	

P<0.05

Ⅳ. 労働時間の上限規制に対する意見

1. 役職別の労働時間の上限規制に対する意見

○ 施設調査では、病院長の意見を聞いており、「賛成する」が 53.2%、「賛成しない」が 31.6%であった。

○ 医師調査では、病院長以外の常勤職員の意見を聞いており、「賛成する」が 52.1%、「賛成しない」が 23.4%であった。役職別では、「医員」、「後期研修医で「賛成する」が低い傾向が認められた（表Ⅳ－1）。

表Ⅳ-1. 医師調査における役職別の労働時間の上限規制に対する意見

		賛成する	賛成しない	わからない	計
副院長 院長補佐	n	86	38	14	138
	%	62.3%	27.5%	10.1%	
診療科責任 医師	n	364	153	162	679
	%	53.6%	22.5%	23.9%	
医長 副医長	n	285	107	138	530
	%	53.8%	20.2%	26.0%	
医員	n	162	104	105	371
	%	43.7%	28.0%	28.3%	
後期研修医	n	89	62	58	209
	%	42.6%	29.7%	27.8%	
初期臨床研修医	n	137	47	70	254
	%	53.9%	18.5%	27.6%	
常勤嘱託医	n	37	11	7	55
	%	67.3%	20.0%	12.7%	
その他	n	29	12	6	47
	%	61.7%	25.5%	12.8%	
計	計	1,189	534	560	2,283

2. 時間外労働時間と上限規制への意見

○ 全体では、4 週当たりの時間外労働 100 時間超の長時間労働者の方が、賛成する割合が低い傾向がみられた（表Ⅳ-2A）。

○ 後期研修医に限ると、全体に賛成する医師の割合は低く、特に、長時間労働者では賛成の割合が低かった（表Ⅳ-2B）。

○ 初期臨床研修医は、賛成する割合が高く、後期研修医とは反対に長時間労働者で特に賛成する割合が高かった（表Ⅳ-2C）。

表Ⅳ-2. 時間外労働時間と上限規制への意見

A. 全体

時間外労働時間		賛成する	賛成しない	わからない	総数
≤100h	n	1,071	458	487	2,016
	%	53.1%	22.7%	24.2%	100.0%
>100h	n	101	65	61	227
	%	44.5%	28.6%	26.9%	100.0%
Total	n	1,172	523	548	2,243
	%	52.3%	23.3%	24.4%	100.0%

p=0.037

B. 後期研修医

時間外労働時間		賛成する	賛成しない	わからない	総数
≤100h	n	68	37	44	149
	%	45.6%	24.8%	29.5%	100.0%
>100h	n	19	24	13	56
	%	33.9%	42.9%	23.2%	100.0%
Total	n	87	61	57	205
	%	42.4%	29.8%	27.8%	100.0%

p=0.042

C. 初期臨床研修医

時間外労働時間		賛成する	賛成しない	わからない	総数
≤100h	n	97	39	53	189
	%	51.3%	20.6%	28.0%	100.0%
>100h	n	35	7	15	57
	%	61.4%	12.3%	26.3%	100.0%
Total	n	132	46	68	246
	%	53.7%	18.7%	27.6%	100.0%

p>0.05

3. 賛成する・賛成しないの理由

○ 上限規制に賛成する医師において賛成する理由で最も多かったのは、「医師の健康確保のために必要」（94.9%）で、「医療安全の確保のために必要」（87.0%）が続いた（表Ⅳ-3）。

○ 賛成しない医師において賛成しない理由で最も多かったのは「医療の現場が適切に機能しなくなる」（83.8%）で、「最新・最良の医療の習得に妨げになる」（39.0%）が続いた（表Ⅳ-4）。

表Ⅳ-3.「賛成する」と回答した 1,189 名における賛成理由（複数回答可）

	n	%
医師の健康確保のために必要	1,128	94.9%
医療安全の確保のために必要	1,035	87.0%
病院外での活動が可能になる	219	18.4%
その他	31	2.6%
生活の質	12	1.0%
賃金	2	0.2%
医師の負担軽減	2	0.2%
医師の勤務改善（作業効率化など）	8	0.7%
社会的な要請（法律遵守など）	4	0.3%

表Ⅳ-4.「賛成しない」と回答した 534 名における賛成しない理由は（複数回答可）

	n	%
医療の現場が適切に機能しなくなる	460	86.1%
最新・最良の医療の修得に妨げになる	214	40.1%
上限規制がなくても過重労働は防げる	156	29.2%
時間外勤務手当による収入が減る	155	29.0%
その他	79	14.8%
現場の状況などから不可能	38	7.1%
賃金面などで不利益	15	2.8%
規制反対	7	1.3%
仕事の仕方を変えるべき	4	0.7%
自己研鑽の扱いが不明確	3	0.6%
患者の不利益、応召義務	3	0.6%
ストレスが増える	2	0.4%
患者が変わるべき	1	0.2%

4. 上限規制の影響

○ 医師自身への影響として最も多かったのは、「私的な生活に余裕が生まれる」（61.5%）で、「健康の確保につながる」（57.5%）が続き、肯定的な意見が過半数を占めた。一方、「時間外手当による収入が減る」（25.4%）、「自己研鑽の時間をとれなくなる」（19.5%）という否定的な意見も見られた（表Ⅳ-5）。

○ 病院の運営に対する影響で最も多かったのは、「救急患者の受け入れが困難となる」（54.3%）で、「病院の収益が悪化する」（40.1%）が続いた（表Ⅳ-6）。

○ 一方、その他の中には割合は低いが「影響なし」、「病院の効率が改善する」などの肯定的な意見も見られた。

○ 地域医療に対する影響で最も多かったのは「適切な救急医療が提供できなくなる」（52.4%）で、「患者が外来診療を受けるまでの待ち時間が長くなる」（39.5%）が続いた（表Ⅳ-7）。

表Ⅳ-5. 労働時間の上限規制が導入された場合に想定される影響は？

あなた自身に対する影響は？（複数回答可） 回答者 2,283 名中の割合

	n	%
私的な生活に余裕が生まれる	1,448	63.4%
健康の確保につながる	1,353	59.3%
時間外手当による収入が減る	598	26.2%
自己研鑽の時間をとれなくなる	459	20.1%
その他	124	5.4%
自分の勤務への良くない影響	79	3.5%
自分の勤務への良い影響	15	0.7%
患者の不利益	3	0.1%

表Ⅳ-6. 病院の運営に対する影響は？（複数回答可）回答者 2,283 名中の割合

	n	%
救急患者の受け入れが困難となる	1,278	56.0%
病院の収益が悪化する	944	41.3%
外来診療の縮小が必要となる	933	40.9%
応招義務を果たせなくなる	897	39.3%
病床の縮小が必要となる	563	24.7%
優秀な医師の確保が困難になる	239	10.5%
その他	170	7.4%
時間外手当の支出が減る	11	0.5%
病院の効率が改善する	6	0.3%
医師の増員が必要	28	1.2%
仕事量の増大	9	0.4%
医師の効率性向上が必要	6	0.3%
影響なし	18	0.8%
医療が成り立たなくなる	9	0.4%
医師の勤務が悪化	9	0.4%
病院機能の低下	8	0.4%
患者への悪い影響	4	0.2%
病院の評判が悪くなる	2	0.1%

表Ⅳ-7. 地域医療に対する影響は？ 回答者 2,283 名中の割合

	n	%
適切な救急医療が提供できなくなる	1,234	54.1%
患者が外来診療を受けるまでの待ち時間が長くなる	929	40.7%
入院が必要な患者の待ち時間が許容範囲を超える	663	29.0%
その他	154	6.7%
医療機関間の役割が明確になる、連携推進、病診連携	8	0.4%
地域医療は改善する	4	0.2%
患者が適切な受診行動をとる	3	0.1%
影響なし	17	0.7%
運営で対応が可能	9	0.4%
患者数等の減少	5	0.2%
病院間の患者移動による特定の医療機関の負担増	12	0.5%
医療の質の低下	6	0.3%
地域医療の崩壊	5	0.2%

第三部　済生会病院医師の働き方改革の進め方

Ⅴ．時間外労働時間の病院別、診療科別の現況

医師の労働時間に影響する諸因子の分析の結果、年齢（表Ⅱ－10）、役職（表Ⅱ－11）、診療科（表Ⅱ－13）を考慮すべきことが明らかとなった。役職については、勤務医師（常勤医師の中で後期研修医、初期臨床研修医以外）と後期研修医、初期臨床研修医が異なる傾向を示すことが明らかとなった。ただし、年齢の影響と役職の影響を多変量解析で分析した結果、20 歳代、30 歳代の若年層に長時間労働の医師が多いのは、この年齢層に後期研修医、初期臨床研修医が多く含まれるためであることが明らかとなった。したがって、勤務医師と研修医を分けたうえで、診療科ごとの時間外労働時間の現状を分析することが望ましい。

1.　時間外労働時間の把握方法

本研究では、自院での総滞在時間である院内滞在時間、院内滞在時間から労働時間でない時間を除いた院内労働時間、院内労働時間に他の済生会施設あるいは自院から派遣された他施設での診療時間を加えた会内労働時間、そして、自院の派遣ではない自発的な他施設での診療時間を加えた総労働時間の 4 種類について、分析を進めた（「Ⅱ－３．済生会病院における医師の勤務の実態」を参照）。その結果、月間の時間外労働時間が 80 時間を超える割合は、院内滞在時間では 64.5%（図Ⅱ－13）、院内労働時間では 22.1%（図Ⅱ－14）、会内労働時間では 24.8%（図Ⅱ－15）、総労働時間では 27.7%（図Ⅱ－16）と異なってくることが明らかとなった。

労働基準法第 38 条では「労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については通算する」と定められており、上限規制の対象となる労働時間は、会内労働時間あるいは総労働時間とすべきであると議論されている（いずれが適当であるかは、現在、厚生労働省で検討中）。

労働時間をどのように定義し、把握するかは、各病院の事情に応じて決定されるべきであり、その手順は次節で解説する。上限規制が適用されるまでの 5 年間は病院内における働き方改革を進めてゆく上では、まずは、自院内での労働時間の適正化を図ることが適当という考え方から、ここでは院内労働時間を基準として、済生会病院における時間外労働の実態を分析することとする。

2.　病院別の時間外労働時間の評価

医師調査への回答は病院の全医師ではないので、病院全体の時間外労働を推計する際には補正が必要である。そこで、医師調査に回答のあった勤務医師の時間外労働の実測時間の総計を以下の式で補正して、各病院の補正した時間数を算出した。ただし、対象医師数は、各施設の全勤務医師数から医師調査に回答が全くなかった診療科の医師を除いた人数である。

補正した時間数＝実測時間数×対象医師数÷回答医師数

2.1.　勤務医師（初期臨床研修医、後期研修医以外の常勤医師）

医師調査に回答のあった 76 病院において、年間の時間外労働が 960 時間を超えた勤務医師がいる病院は 55 病院であった。55 病院の総労働時間数、年 960 時間超時間数と総労働時間数に占める割合、年 1,860 時間超時間数と総労働時間数に占める割合を表Ⅴ－1 に示した。表は年 960 時間超時間数が多い病院順に示してある。勤務医師全体の年 960 時間超時間数は 165,153 時間で、総労働時間数に占める割合は 2.4%である。最も時間数が多かった病院では 13,749 時間で総労働時間に占める割合は 4.1%、総労働時間に占める割合が最も高かった病院では 11,063 時間で 6.0%を占めた。

年 1,860 時間を超えた医師のいる病院は 12 病院で、総時間数は 8,130 時間、総労働時間に占める割合は 0.1%であった。

2.2.　研修医

初期臨床研修医と後期研修医を合わせた研修医については、研修医が在籍していない病院あるいは在籍していても医師調査への回答が全くなかった病院を除外して、48 病院を集計対象とした。時間外労働が年 1,860 時間を超えた研修医がいる 14 病院の集計結果を表Ⅴ－2 に示した。年 1,860 時間超時間数は 58,692 時間、総労働時間数に占める割合は 3.5%であった。時間数が最も多かった病院では 13,249 時間で、総労働時間数に占める割合は 7.0%であった。

時間外労働が 960 時間を超えて 1,860 時間以内の研修医がいる 19 病院における時間外労働時間の分布を表Ⅴ－3 に示した。時間外労働 960 時間超の時間数は 39,446 時間、総労働時間に占める割合は 3.5%であった。

残る 15 施設は時間外労働 960 時間超の研修医はいなかった。

表Ｖ－1．時間外労働 960 時間超の勤務医師のいる 55 病院における労働時間数の分布

病院	対象医師数	回答医師数	総労働時間数	年960時間超時間数	%	年1,860時間超時間数	%	病院	対象医師数	回答医師数	総労働時間数	年960時間超時間数	%	年1,860時間超時間数	%
1	125	72	339,064	13,749	4.1%	109	0.0%	29	22	18	56,116	1,574	2.8%	305	0.5%
2	65	48	184,239	11,063	6.0%	1,913	1.0%	30	50	36	124,416	1,314	1.1%	0	0.0%
3	92	55	254,995	9,736	3.8%	0	0.0%	31	29	16	78,275	1,126	1.4%	0	0.0%
4	54	25	152,672	8,965	5.9%	946	0.6%	32	34	21	80,431	1,112	1.4%	0	0.0%
5	141	75	369,775	8,885	2.4%	0	0.0%	33	66	37	169,494	929	0.5%	0	0.0%
6	104	44	271,893	8,394	3.1%	753	0.3%	34	15	11	38,715	918	2.4%	0	0.0%
7	125	64	336,186	8,264	2.5%	0	0.0%	35	14	9	35,517	852	2.4%	0	0.0%
8	93	67	258,273	8,170	3.2%	0	0.0%	36	34	20	84,029	843	1.0%	0	0.0%
9	90	95	243,790	6,929	2.8%	988	0.4%	37	21	15	51,822	691	1.3%	0	0.0%
10	45	24	119,671	6,019	5.0%	803	0.7%	38	41	23	101,913	629	0.6%	0	0.0%
11	77	37	189,180	5,975	3.2%	1,747	0.9%	39	14	10	34,517	485	1.4%	0	0.0%
12	81	54	218,425	5,557	2.5%	37	0.0%	40	9	8	23,971	448	1.9%	0	0.0%
13	51	28	143,605	4,925	3.4%	0	0.0%	41	12	12	30,849	385	1.2%	0	0.0%
14	59	34	159,824	4,477	2.8%	0	0.0%	42	36	17	87,168	335	0.4%	0	0.0%
15	133	34	339,229	4,473	1.3%	0	0.0%	43	22	18	56,093	320	0.6%	0	0.0%
16	31	23	87,226	3,786	4.3%	384	0.4%	44	17	11	43,956	298	0.7%	0	0.0%
17	30	27	84,758	3,521	4.2%	0	0.0%	45	97	58	234,076	286	0.1%	0	0.0%
18	42	40	112,506	3,371	3.0%	0	0.0%	46	8	9	20,106	230	1.1%	0	0.0%
19	87	49	233,817	3,332	1.4%	0	0.0%	47	18	9	43,438	177	0.4%	0	0.0%
20	49	16	132,005	3,302	2.5%	0	0.0%	48	23	14	54,795	174	0.3%	0	0.0%
21	56	44	138,004	3,238	2.3%	13	0.0%	49	20	14	52,090	124	0.2%	0	0.0%
22	26	18	71,507	3,188	4.5%	130	0.2%	50	8	5	20,821	93	0.4%	0	0.0%
23	104	61	266,152	3,075	1.2%	0	0.0%	51	71	27	170,335	60	0.0%	0	0.0%
24	47	22	113,088	2,017	1.8%	0	0.0%	52	16	9	38,278	57	0.2%	0	0.0%
25	51	49	133,958	2,017	1.5%	0	0.0%	53	28	20	67,145	39	0.1%	0	0.0%
26	16	15	44,230	1,874	4.2%	0	0.0%	54	6	6	16,036	28	0.2%	0	0.0%
27	24	23	63,042	1,698	2.7%	0	0.0%	55	3	3	7,640	2	0.0%	0	0.0%
28	26	22	69,293	1,623	2.3%	0	0.0%	計	2,658	1,621	6,952,445	165,153	2.4%	8,130	0.1%

％：年 960 時間超、年 1,860 時間超の時間外労働時間数の総労働時間数に対する割合

表は年 960 時間超の時間外労働時間数が多い病院順に示した。

表Ⅴ－2．時間外労働 1,860 時間超の研修医（後期研修医＋初期臨床研修医）のいる病院における労働時間数の分布

病院	対象医師数	回答医師数	総労働時間数	年960時間超時間数	%	年1,860時間超時間数	%
1	52	27	190,058	39,354	20.7%	13,249	7.0%
2	55	12	179,603	21,972	12.2%	9,484	5.3%
3	65	26	215,613	30,737	14.3%	6,824	3.2%
4	55	29	182,780	21,838	11.9%	5,231	2.9%
5	22	2	91,893	25,013	27.2%	5,213	5.7%
6	26	14	90,972	14,984	16.5%	5,080	5.6%
7	29	17	89,611	10,755	12.0%	2,647	3.0%
8	16	3	53,329	8,318	15.6%	2,537	4.8%
9	9	3	29,784	4,919	16.5%	2,219	7.5%
10	41	11	140,845	20,489	14.5%	2,156	1.5%
11	56	26	182,262	23,169	12.7%	2,143	1.2%
12	49	40	153,879	12,819	8.3%	1,782	1.2%
13	4	8	10,425	560	5.4%	110	1.1%
14	20	14	62,852	5,353	8.5%	18	0.0%
計	499	232	1,673,908	240,279	14.4%	58,692	3.5%

％：年 960 時間超、年 1,860 時間超の時間外労働時間数の総労働時間数に対する割合
表は年 1,860 時間超の時間外労働時間数が多い病院順に示した。

表Ｖ－３．時間外労働 960 時間超かつ 1,860 時間以内の研修医（後期研修医＋初期臨床研修医）がいる病院における労働時間数の分布

病院	対象医師数	回答医師数	総労働時間数	年960時間超時間数	%	年1,860時間超時間数	%
15	59	20	175,157	9,525	5.4%	0	0.0%
16	32	13	91,339	7,192	7.9%	0	0.0%
17	43	25	124,864	5,911	4.7%	0	0.0%
18	38	18	106,078	5,224	4.9%	0	0.0%
19	38	14	100,699	2,321	2.3%	0	0.0%
20	56	15	145,213	2,295	1.6%	0	0.0%
21	27	13	66,942	1,516	2.3%	0	0.0%
22	5	2	15,600	1,500	9.6%	0	0.0%
23	30	16	77,069	1,445	1.9%	0	0.0%
24	2	1	6,656	576	8.7%	0	0.0%
25	4	3	12,333	482	3.9%	0	0.0%
26	8	2	22,568	424	1.9%	0	0.0%
27	11	9	30,597	384	1.3%	0	0.0%
28	4	1	12,393	233	1.9%	0	0.0%
29	17	7	46,089	199	0.4%	0	0.0%
30	8	4	21,836	130	0.6%	0	0.0%
31	7	3	18,210	65	0.4%	0	0.0%
32	6	7	16,159	13	0.1%	0	0.0%
33	20	4	50,895	10	0.0%	0	0.0%
計	415	177	1,140,698	39,446	3.5%	0	0.0%

％：年 960 時間超、年 1,860 時間超の時間外労働時間数の総労働時間数に対する割合
表は年 960 時間超の時間外労働時間数が多い病院順に示した。

3.　診療科別の時間外労働時間

医師調査に回答のあった 76 病院における診療科別の時間外労働時間数を表Ⅴ－4 に示す。33 診療科の中で、時間外労働が 960 時間超の医師がいるのは 28 診療科であった。960 時間超時間数が最も多い診療科は、「内科　消化器」27,236 時間で、「内科　循環器」26,076 時間、「救急科」14,997 時間が続く。総労働時間に占める割合が最も高かったのは「救急科」7.6%であった。

1,860 時間超の医師がいるのは 11 診療科であった。1,860 時間超時間数が最も多かったのは「救急科」5,385 時間で、2 位「内科　循環器」928 時間、3 位「整形外科」788 時間を大きく引き離した時間数であった。

「内科　消化器」、「内科　循環器」、「救急科」、「整形外科」の 4 診療科に対して、重点的な改善が必要であることがわかる。

表Ｖ－4．診療科別の勤務医師の時間外労働時間

診療科	対象医師数	回答医師数	総労働時間数	年960時間超時間数	%	年1,860時間超時間数	%
2.　内科　消化器	305	159	826,754	27,236	3.3%	48	0.0%
3.　内科　循環器	264	130	727,023	26,076	3.6%	928	0.1%
45. 救急科	72	35	197,435	14,997	7.6%	5,385	2.7%
31. 整形外科	286	159	751,300	10,638	1.4%	788	0.1%
33. 脳神経外科	109	71	289,550	10,360	3.6%	438	0.2%
22. 外科　消化器	91	105	253,380	9,521	3.8%	654	0.3%
4.　内科　呼吸器	107	67	286,397	9,145	3.2%	75	0.0%
37. 産・婦人科	141	87	369,310	7,795	2.1%	0	0.0%
14.　小児科	192	114	476,730	6,468	1.4%	0	0.0%
21. 外科　一般外科	150	50	395,595	6,040	1.5%	0	0.0%
1.　内科　総合診療、一般	134	79	335,980	4,962	1.5%	0	0.0%
7.　内科　腎臓内科	99	56	264,128	4,497	1.7%	19	0.0%
6.　内科　内分泌・代謝	77	63	197,855	4,440	2.2%	0	0.0%
12.　内科　その他	48	56	123,755	4,038	3.3%	29	0.0%
34. 心臓血管外科	60	39	158,440	4,024	2.5%	384	0.2%
5.　内科　神経内科	74	46	190,631	3,639	1.9%	0	0.0%
36. 泌尿器科	100	67	260,096	3,621	1.4%	425	0.2%
41. 放射線診断科	96	54	239,586	1,763	0.7%	0	0.0%
23. 外科　呼吸器	27	26	68,983	1,709	2.5%	0	0.0%
35. 皮膚科	42	36	98,123	1,192	1.2%	0	0.0%
39. 耳鼻咽喉科	37	32	93,001	1,044	1.1%	0	0.0%
24. 外科　乳腺	20	18	51,292	939	1.8%	0	0.0%
38. 眼科	58	39	136,972	849	0.6%	0	0.0%
43. リハビリテーション科	17	20	39,943	711	1.8%	0	0.0%
40. 麻酔科	172	97	401,076	518	0.1%	0	0.0%
44. 歯科・口腔外科	34	25	84,906	515	0.6%	0	0.0%
25. 外科　その他	12	14	33,250	301	0.9%	0	0.0%
10.　内科　膠原病・リウマチ科	15	10	38,566	198	0.5%	0	0.0%
8.　内科　透析科	4	4	10,955	119	1.1%	0	0.0%
11.　内科　感染症科	3	2	6,936	0	0.0%	0	0.0%
13.　精神・神経科	25	20	56,669	0	0.0%	0	0.0%
32. 形成外科	25	20	60,585	0	0.0%	0	0.0%
42.　放射線治療科	9	12	20,207	0	0.0%	0	0.0%

％：年 960 時間超、年 1,860 時間超の時間外労働時間数の総労働時間数に対する割合
表は年 960 時間超の時間外労働時間数が多い診療科の順に示した。

Ⅵ. 労働時間の適正化に向けた活動計画の策定

医師の時間外労働に対する上限規制は、2024 年３月末まで適用が猶予されることになっている。適用猶予終了後は、多くの病院で、勤務医師に対して時間外労働に年間 960 時間という上限規制が設けられる。また、初期臨床研修医、後期研修医に対しては、年間 1,860 時間という上限規制が適用される。

上限規制導入までの 5 年間は、単なる猶予と考えるべきではなく、その間に医師の働き方改革を推進することで、5 年後に困難なく上限規制を遵守できるように種々の改革を進めてゆく期間ととらえるべきである。

各病院の改善計画は、2019 年度に迅速に作成することが望ましい。

1. 医師の労働時間の適正化に向けた「医師の働き方改革特命チーム」の設置

一般企業では、人事労務部局が労務管理を担っており、長時間労働対策は衛生委員会で審議して対策を講じている場合が多い。病院においても医師以外の職種については、衛生委員会で同様の審議が行われていることが明らかとなった（表Ⅲ－4）。ただし、医師の働き方について衛生委員会で議論していると回答した病院は、「常にあり」が 7.5%にとどまっており、医師以外の委員が大半を占める衛生委員会では有効な検討がなされにくいことも明らかとなった。

そこで、本報告書では、医師の働き方改革を推進するための「医師の働き方改革特命チーム（以下、特命チーム）」（名称は任意）を病院内に設置することを提案したい。特命チームでは、病院長のリーダーシップの下で、各診療科の責任医師、臨床研修指導医、一般の勤務医師、後期研修医、初期臨床研修医、産業医を中心とする産業保健スタッフ、さらに、看護師等の医療職、病院内の人事労務部局などの事務部門が加わり、衛生委員会と連携しながら、医師の働き方改革を主導する形態が望ましいと考える。

2. 活動計画の作成時に検討すべき事項

活動計画では、特命チームが迅速に対応すべき事項として、(1) 医師の労働時間の把握方法の確立、(2) 医師の健康確保措置の充実、(3) 2024 年 3 月までの活動計画などを検討する必要がある。表Ⅵ－１に作成例を示した。この例では、2019 年度は労働時間把握方法の確立と健康確保措置の改善に注力する年と位置づけ、1 年をかけて残る 4 年間の実行計画を立案することとした。そして、2020 年度は「年間の時間外労働 1,860 時間超の医師をなくす」、2021 年度は「年間の時間外労働 1,200 時間超の医師をなくす」、2022 年度は「年間の時間外労働 960 時間超の医師をなくす」というように目標設定をして活動を推進してゆくような方法が考えられる。ただし、目標達成は確実ではないので、達成できなかった場合には、いわゆる PDCA サイクルを回して、達成できなかった理由を分析して改善策を練り直すことも必要となる。

表Ⅵ－1．2024 年 3 月までの活動計画の作成例

年度	活動
2019 年度	①　医師の働き方改革特命チームの設置 ②　医師の労働時間把握方法の決定 ③　医師の健康確保措置の現状分析と改善策の検討
2020 年度	時間外労働 1,860 時間超の医師をなくすための年間実行計画の策定と実行
2021 年度	時間外労働 1,200 時間超の医師をなくすための年間実行計画の策定と実行
2022 年度	時間外労働 960 時間超の医師をなくすための年間実行計画の策定と実行
2023 年度	2022 年度までの計画が未達成であった場合の予備

3. 病院内における医師の労働時間の把握方法の確立

医師の時間外労働の上限規制は 2024 年 3 月まで適用が猶予されるが、労働安全衛生法に基づく労働時間の状況の把握は、医師も含めて 2019 年 4 月から義務化される。したがって、上記の特命チームが人事労務部局と協力して第一に取り組むべきは、各医師の労働時間の把握方法の決定である。

本研究では、院内滞在時間、院内労働時間、会内労働時間、総労働時間の 4 種類の把握方法について検討したが、各病院では、いずれを用いて労働時間を定義し、時間外労働時間を把握するかを決める必要がある。 4 種類の定義のいずれかを採用する場合に決めるべき事項を表Ⅵ－2 に整理した。

表Ⅵ－2．労働時間の把握に際して決定すべき事項

院内滞在時間
○　出勤時刻、退勤時刻の客観的な把握方法
○　時間中の外出等の取り扱い
院内労働時間（院内滞在時間の決定事項に加えて）
○　昼食等の休憩時間の取り扱い
○　宿日直の算入方法
○　院内での自発的な自己研鑽の範囲と時間の把握方法
会内労働時間（院内滞在時間、院内労働時間の決定事項に加えて）
○　他の済生会施設での診療時間の把握方法、労働時間への算入方法
○　自院からの派遣による他施設における診療時間の把握方法、労働時間への算入方法
総労働時間（院内滞在時間、院内労働時間、会内労働時間の決定事項に加えて）
○　自発的に診療を行う他施設の中で労働時間に含めるべき施設の選定基準の設定
○　労働時間に含める施設での診療時間の把握方法、労働時間への算入方法

本研究の医師調査において、自由記述による医師からの意見の中に、「上限規制の導入によってサービス残業が増える」などの意見が散見された。医師に対して労働時間の把握を導入するにあたっては、そのような不適切な記録が起こらないような配慮についても十分な議論が必要であろう。

4. 医師の健康確保措置の実態把握と改善案の検討

労働時間の把握方法の確立と並行して取り組むべき課題として、医師の健康確保措置の実態把握と改善策の検討が重要である。本調査により、済生会の全病院で、産業医、産業保健スタッフ等による産業保健チームが既に活動していることが明らかとなった。特命チームは、産業保健チームと連携して、表Ⅵ－3 に示す事項について、現状の分析と今後の方針について検討し、改善策を策定する必要がある。

表Ⅵ－3．医師の健康確保措置について検討すべき事項

長時間労働者への対応（一次予防）
○　医師の時間外労働時間の共有の方法（人事労務部局と産業保健チーム）
○　行うべき措置の整理
- 時間外労働の縮減策の実施（診療科責任医師との情報共有）
- 産業医による面接指導、必要に応じて就業上の措置
○　面接指導等の実施記録の共有の方法（産業保健チーム、診療科責任医師など）
疾病・体調不良を抱える医師の早期発見と対応（二次予防）
○　院内で疾病・体調不良を抱える医師の早期発見の方法
- 上司・同僚から産業保健チームへの情報提供
- 健康診断、ストレスチェック結果の活用
○　疾患・体調不良を抱える医師に対する対応方法
- 時間外労働の禁止、時短勤務、自宅療養などの就業上の措置
- 診療科などのチーム内での支援策
疾患・体調不良を抱える医師の継続的フォローアップ（三次予防）
○　就業上の措置に関するフォローアップ（措置の継続の要否など）
○　自宅療養の場合は職場復帰の可否
○　職場復帰への支援の方法
○　復帰後のフォローアップの方法

一般企業では従業員の健康確保措置として、産業医を中心とする産業保健スタッフが活動の中心となり、衛生委員会における調査審議に基づいて健康確保措置が講じられる仕組みとなっている。一方、済生会の大多数の病院（95%）では内部の医師が産業医を兼務しており、看護師、事務職なども併任が多い。その結果、例えば、就業制限などの措置を受けるに際して、相談した相手は病院長 34.1%、診療科責任医師 77.1%に対して、産業医に相談したと回答した医師はわずか 2.7%であるなど（表Ⅲ－11)、産業保健機能の拡充には病院を挙げての取り組みが必要であることが示されている。

病院は医療職が多くを占める組織であるから、産業医を中心とした産業保健スタッフが主要な役割を果たす一般企業と同様の体制をとることのほか、様々な対応方法が考えられ、各病院での創意工夫が重要であろう。医師の健康確保措置を公衆衛生の予防の考え方である、未然防止の一次予防、早期発見・早期対処の二次予防、健康を害した医師の悪化防止と早期回復を目指す三次予防と整理して考えると、過重労働防止（一次予防)、疾患・体調不良を抱える医師の的確な把握と早期対応（二次予防)、そして、疾患・体調不良に陥った医師に対する就業上の措置､」支援（三次予防）を確実に実施するための体制づくりが喫緊の課題となる。

Ⅶ. 継続的な改善策の実施

時間外労働の削減策は、それぞれの病院、それぞれの診療科、そして、病院内での役職によって多種多様である。ここでは、本研究で得られたデータの分析結果から得られた示唆を中心に述べてゆきたい。

1. 院内における時間外労働の継続的な把握

表Ⅶ－1 は、ある仮想の済生会病院における時間外労働時間数の評価例を示す。年 960 時間超時間数は各診療科に所属する勤務医師の 1 か月時間外労働時間の中で 80 時間を超えた部分を集計して 12 倍して 1 年間に換算した時間数である。この例のように、時間外労働時間は診療科に均等に分布することはなく、特定の診療科に集中する傾向がある。この病院では、全体で 15,041 時間の超過があるが、その中で「内科　消化器」に 6,571 時間（43.7%）が集中しており、この診療科が年 960 時間超をなくすための第一のターゲットであることがわかる。

1 年間の所定労働時間を 2,080 時間（＝1 週 40 時間×52 週）とし、仮に年間 960 時間までの時間外労働を許容するとすれば、一人の医師の増員で年 3,040 時間の労働時間が確保できるから、増員のみで年間 960 時間超の時間外労働をなくそうとする場合には 2 名以上の増員が必要である。しかし、このような増員は、当然ながら病院経営に負担をかけることになるため、増員以外の方法でどこまで超過時間を削ることができるかが問題となる。

内科の中では、「表Ⅱ－12. 診療科別の長時間労働者の割合」に示されるように、特に、消化器内科と循環器内科で長時間労働者が多い傾向があるが、「表Ⅱ－28. 月 100 時間超の医師における診療科による業務活動時間の違い」によれば、消化器内科と循環器内科は「④検査室・処置室での患者の診療（検査実施、処置など)」が他科に比べて多い特徴があり、消化器内科では内視鏡検査などに長い時間がかかっている可能性を考えて、検査実施の効率化が課題として取り上げられることになる。

ここでは、消化器内科を例として一例を挙げたが、時間外労働が超過する理由は、個々の病院、個々の診療科によって多様であり、ローカルな評価とローカルな対応という改善策の実施が求められる。

表Ⅶ－1．仮想の済生会病院における年 960 時間超の勤務医師の超過時間数

診療科	勤務医師数	年960時間超の時間数	%
2.　内科　消化器	12	6,571	43.7%
3.　内科　循環器	8	1,365	9.1%
4.　内科　呼吸器	5	0	0.0%
5.　内科　神経内科	5	1,792	11.9%
6.　内科　内分泌・代謝	3	0	0.0%
7.　内科　腎臓内科	2	0	0.0%
10.　内科　膠原病・リウマチ科	2	306	2.0%
13.　精神・神経科	2	0	0.0%
14.　小児科	4	0	0.0%
22. 外科　消化器	8	3,848	25.6%
23. 外科　呼吸器	2	893	5.9%
24. 外科　乳腺	3	0	0.0%
31. 整形外科	8	0	0.0%
32. 形成外科	2	0	0.0%
33. 脳神経外科	2	0	0.0%
34. 心臓血管外科	3	0	0.0%
35. 皮膚科	2	0	0.0%
36. 泌尿器科	2	0	0.0%
37. 産・婦人科	8	0	0.0%
38. 眼科	4	0	0.0%
39. 耳鼻咽喉科	2	0	0.0%
40. 麻酔科	8	0	0.0%
41. 放射線診断科	3	0	0.0%
42.　放射線治療科	2	0	
43. リハビリテーション科	1	0	0.0%
44. 歯科・口腔外科	2	0	0.0%
45 救急科	2	266	1.8%
合計	107	15,041	100.0%

2.　業務内容の分析から得られた改善策への示唆

「表Ⅱ－27．時間外労働時間カテゴリー別の活動時間の平均値（／週）」において、勤務医師、後期研修医、そして、初期臨床研修医のそれぞれについて、業務内容と時間外労働時間との関連を分析したが、その結果をもとに、各業務に対して可能性のある改善策を表Ⅶ－２にまとめた。ここで上げる改善策は必ず執るべき対策ということでなく、各病院における検討の際に参考になる項目を列挙した。

表Ⅶ－２．病院内の活動別の改善策

①**外来患者の診療**（勤務医師と初期臨床研修医で時間外労働と有意な関連）
○ 勤務医師では、適正な人員配置 ○ 勤務医師では、タスクシフティング（医師事務作業補助者による事務作業補助など） ○ 他の病院、診療所との連携 △ 初期臨床研修医では研鑽のために必要
②**救急外来患者の診療**（勤務医師と初期臨床研修医で時間外労働と有意な関連）
○ 勤務医師では、適正な人員配置 ○ 勤務医師では、他の医療職との連携によるタスクシフティング（看護師など） ○ 他の病院との連携 △ 初期臨床研修医では研鑽のために必要
③**入院患者の診療**（全職種で時間外労働と有意な関連）
○ 勤務医師では、適正な人員配置 ○ 勤務医師では、他の医療職との連携によるタスクシフティング（看護師など） △ 初期臨床研修医では研鑽のために必要
④**検査室・処置室での患者の診療（検査実施、処置など）**（勤務医師と後期研修医で時間外労働と有意な関連）
・ 消化器内科と循環器内科で特に時間外労働に影響（表Ⅱ－28） ○ 適正な人員配置 ○ 他の医療職との連携によるタスクシフティング（看護師など）
⑤**手術（準備、術後の検体作成等も含む）**（勤務医師で時間外労働と有意な関連）
○ 適正な人員配置 ○ 他の医療職との連携によるタスクシフティング（看護師など）
⑥**患者・家族への説明**（勤務医師と後期研修医で時間外労働と有意な関連）
○ 定時勤務時間内での効率的な実施（患者、家族の協力が不可欠） ○ 看護師の同席による役割分担と効率的な情報共有
⑦**診断書等の患者向け文書作成**（勤務医師と後期研修医で時間外労働と有意な関連）
○ タスクシフティング（医師事務作業補助者）による効率化 ○ 情報通信機器の最新技術の導入による業務の効率化
⑧受持ち患者の画像読影、検査結果の評価（時間外労働時間と関連なし）
⑨**受持ち患者の診療録の閲覧、確認、入力**（全職種で時間外労働と有意な関連）
○ タスクシフティング（医師事務作業補助者）による効率化 ○ 電子カルテなどの情報通信機器の最新技術の導入による業務の効率化

⑩**受持ち患者の退院サマリー作成、疾病登録のデータ登録など**（全職種で時間外労働と有意な関連）
○　タスクシフティング（医師事務作業補助者）による効率化 ○　電子カルテなどの情報通信機器の最新技術の導入による業務の効率化
⑪**患者の診療方法などに関する院内カンファレンス、検討会**（全職種で時間外労働と有意な関連）
○　定時勤務時間内での効率的な開催 △　全職種で研鑽のために必要
⑫患者の診療の準備のための調査・学習（時間外労働時間と関連なし）
⑬研修医等に対する指導（時間外労働時間と関連なし）
⑭**病院で定められた委員会等の会議への出席**（勤務医師で時間外労働と有意な関連）
○　定時勤務時間内での効率的な開催
⑮**病院では定められていない相談対応、打ち合わせ**（初期臨床研修医で時間外労働と有意な関連）
△　初期臨床研修医では研鑽のために必要
⑯その他（時間外労働時間と関連なし）
⑰管理的業務（時間外労働時間と関連なし）

3.　時間外労働時間の削減策の実行

時間外労働時間の縮減策としては、病院全体として実施すべき対策、診療科などのグループ単位で実施すべき対策、そして、医師個人単位で実施すべき対策がある。例えば、表Ⅶ－2 の⑥患者・家族への説明を定時時間内に実施すること、⑪院内カンファレンスなどを定時時間内に開催することなどは病院全体として取り組むべきことであるし、⑦、⑨、⑩で挙げた情報通信機器の最新技術の導入なども病院を挙げての対応が必要であり、長期的な取り組みとなろう。また、①外来患者の診療、②救急外来患者の診療、③入院患者の診療、④検査の実施、処置などは、診療科全体での問題の場合には診療科としての対応が求められる。特定の医師が特に長時間労働を行っている場合は、その原因の精査が重要である。

対策の実施に当たっては、病院長のリーダーシップのもと、特命チームが中心となって、いわゆる Plan-Do-Check-Act(PDCA)サイクルの考え方に従って、対策を進めることが望ましい。PDCA サイクルでは、サイクルの時間的な単位を 1 年、6 か月などと決め、各サイク

ルの当初には、各サイクルの時間外労働の縮減策の目標値を確認し、それを超えた時間数を表Ⅶ－1 のような形式で把握して、表Ⅶ－2 などを参考にして削減策を計画して（Plan）実行に移す（Do）。サイクルの終了時点で再び表Ⅶ－1 によって削減策の成果をチェックし（Check）、必要に応じて縮減策のさらなる改善を行う（Act）。

Ⅷ. 病院運営、地域医療・地域包括ケアへの影響

ここでは、医師の労働時間に上限規制が導入された場合に、病院運営、地域医療・地域包括ケアに及ぼされる影響について検討する。

1. 基本的な考え方

病院において診療活動へ投入される資源は多岐にわたるが、ここでは、研修医を除いた勤務医師を対象として、働き方改革で問題となる医師の院内労働時間の年間総時間数に対する診療サービス総量の関係に焦点を当てて、労働時間の上限規制が病院運営に与える影響を考察したい。考察にあたっては、年間 960 時間を上限値と設定して、この規制が診療活動に与える影響を検討した。検討に際しての基本的な考え方を図Ⅷ－１に示す。

図中の「効率性」は

$$\text{効率性} = \frac{\text{診療サービス総量}}{\text{総時間数}}$$

で、単位時間あたりに実現する診療サービス量となる。

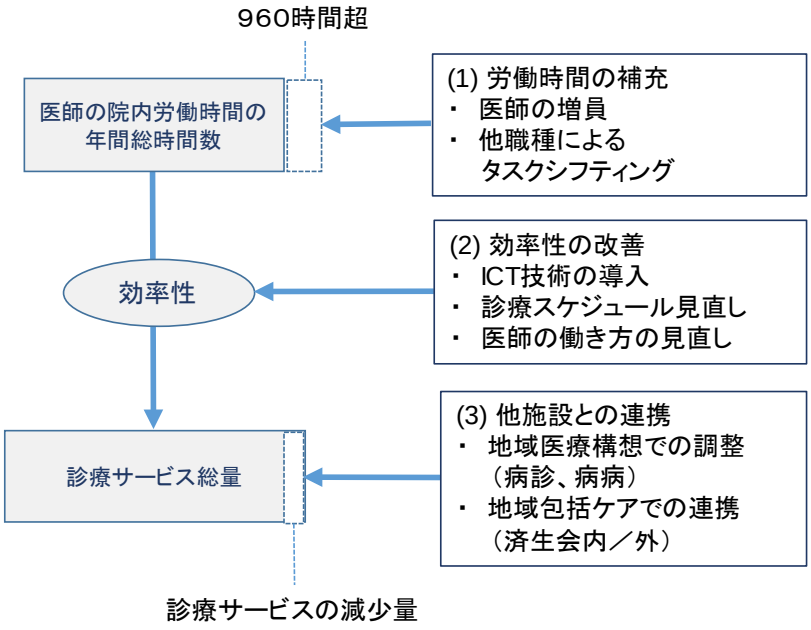
図Ⅷ－１は、上限規制が導入されて 960 時間超の時間が削られた状態と、その対応策を示している。図中に示すように、年間 960 時間超の労働時間が削られたことに対し、自院の診療サービス総量の維持を目指した対応策としては、(1)減少する労働時間を補充する対策、(2)医師の診療の効率性を改善する対策が考えられる。

(1) 減少する労働時間の補充対策としては、医師の増員、医師以外の他職種によるタスクシフティングなどが考えられる。ただし、医師の増員は、病院経営に対する影響を考慮する必要がある。タスクシフティングは医療制度の中での位置づけについての整理、法制化も必要であるが、医師事務作業補助者による事務作業のタスクシフティング、看護師、薬剤師、臨床工学士などの他の医療職との連携によるタスクシフティングは有望である。

(2) 効率性の改善として、情報通信技術の導入を挙げたが、情報通信技術の導入は、表Ⅶ－2 で示したように、電子カルテに関連した業務、文書作成、疾病登録など、医師にとって大きな負担となっている間接的な診療業務の負担軽減に有効である。診療スケジュールの見直し、医師の働き方の見直しは、診療間の待ち時間の短縮、患者、家族への説明などの時間外実施の抑制、会議の効率化などを挙げることができる。各病院、各診療科の実情に合わせたきめ細かい対応が必要である。

(1)、(2)の対策によって診療サービス総量の維持が困難な場合は、外来患者数、入院患者数を減らすこととなり、(3)の他施設との連携を考慮した上でのダウンサイジングを検討せざるを得ない場合も考えられる。これも病院経営に少なからぬ影響を及ぼすものであり、慎重な検討が必要である。立地する地域における地域医療構想、地域包括ケアへの取り組みへの影響について、自院のみでなく他施設との連携を十分に図って進めるべきである。

図Ⅷ－１．病院運営への上限規制の影響を考察する上での基本的な考え方



2.　済生会病院における状況

2.1.　勤務医師

研修医を除いた常勤の勤務医師については、表Ⅴ－１に示したように、医師調査に回答のあった 76 病院における勤務医師の労働時間を院内労働時間でみた場合に、年間 960 時間を超える労働があるのは 55 病院で、残る 21 病院は年間 960 時間を超える労働はなかった。院内労働時間による総労働時間数に対する年間 960 時間超過時間数の割合は、55 病院全体では 2.4%、最も割合が高かった病院では 6.0%で、8 病院が 4%を超えていた。

図Ⅷ－1 に基づく考察で、診療サービス総量の維持に向けた院内の対応策として、(1) 減少する労働時間の補充と(2) 効率性の改善を挙げたが、両者によって年間 960 時間超の労働時間をどこまで縮減できるかを推計するための根拠となるデータは存在しない。また、病院内での 960 時間超の医師の分布は特定の診療科に偏在している可能性が高く、診療科ごとに取ることができる対応策の効果にも開きがある。したがって、全体の時間数からいえることには限りがあるが、55 病院全体での年間 960 時間超過時間数 165,153 時間を、年間 960 時間までの時間外労働を許容した一人当たり労働時間 3,040 時間で割ると、54 人となり、医師の増員での対応は 1 病院当たり平均 1 名の増員が必要となる。

2.2.　研修医

表Ⅴ－２、Ⅴ－3 で示したように、医師調査で研修医（後期研修医＋初期臨床研修医）から回答があった 48 病院の中で、年間 1,860 時間超の時間があったのは 14 病院で、院内労働時間年間総数に対する年間 1,860 時間超過時間数の割合は、14 病院全体で 3.5%、最も

割合が高かったの病院では 7.5%であった。

勤務医師とは異なり、研修医の場合には、医師の増員は原則として考えられないため、図Ⅷ－1 の(2)効率性の改善を中心に対策を進めてゆくことになる。その際には、研修医の研鑽に時間的制約あるいは機会の制約が生じない対応策が求められる。特に、後期研修医では、表Ⅶ－2 で院内労働時間と関連が認められた⑥患者家族への説明、⑦診断書等の患者向け文書の作成、⑨診療録の入力、閲覧等の業務、⑩患者サマリー、疾病登録等の業務、などへの対応策が重要となる。

3. 地域医療・地域包括ケアへの影響

地域医療、地域包括ケアへの影響は、本研究で行った各済生会病院の現状分析と対応策のみでは考察に限界がある。勤務医師について言えば、960 時間超の時間外労働時間数の割合が最も高かった病院で 6.0%であり、診療サービス総量の維持は各病院の対応策によって可能である可能性は高い（表Ⅴ－１）。一方、地域に立地する複数の病院の全体としての診療サービス総量の総計は、他の病院における医師の働き方の実態と対応策の如何によって変動し得るものであり、働き方改革の結果として、地域全体の診療サービス総量の総計が地域における必要量を下回る事態は避けなくてはならず、地域医療構想調整会議等での調整が必要となろう。

結　語

以下の４つの研究目的に対して、本研究で得られた結論は以下のとおりである。

1.　病院の勤務医の労働時間を適正に把握するための方法を検討すること

出勤から退勤までの「院内滞在時間」、院内滞在時間から昼食休憩、院内の自発的な自己研鑽、宿日直の中で診療に従事しない時間を除いた「院内労働時間」、院内労働時間に他の済生会施設、自院からの派遣による他施設での診療時間を加えた「会内労働時間」、さらに、自発的な他施設での診療時間を加えた「総労働時間」の４種類の把握方法について検討した。

院内滞在時間は、本来、労働時間に含めない時間が含まれている点に留意すべきである。労働基準法では、複数の事業場での労働時間は通算すべきと定められており、会内労働時間、総労働時間が望ましいが、2024 年までの上限規制が適用猶予される期間においては、院内労働時間を用いて自主的に院内の労働時間の適正化を図ることが望ましい。

2.　最適な方法を病院に導入した際に把握される勤務医の労働時間の実態を分析すること

後期研修医、初期臨床研修医を除いた常勤の勤務医師では、年間 960 時間を超える医師がいるのは、医師調査に回答のあった 76 病院の中で 55 病院であり、年間 960 時間超の時間数は 165,153 時間であった。これは、55 病院の勤務医師の院内労働時間の総時間数 6,952,445 時間の 2.4%であった。

後期研修医と初期臨床研修医を合わせた研修医では、年間 1,860 時間を超える医師がいるのは、研修医から回答のあった 48 病院の中で 14 病院であり、年間 1,860 時間超の時間数は 58,692 時間であった。これは 14 病院の研修医の院内労働時間の総時間数 1,673,908 時間の 3.5%であった。

3.　勤務医の過重労働を防止し、勤務医の健康を守りつつ、医療の質を担保し、地域医療を提供するための方策を検討すること

2024 年 3 月までの 5 年間を活用して病院が自発的な取組を継続して段階的に労働時間を縮減してゆくことが重要であり、そのためには、院内に特命チームを組織して、5 年間の活動計画を策定して着実に実行に移してゆくことが望まれる。また、並行して医師の健康確保措置の見直しと改善を進め、長時間労働による健康障害の未然防止（一次予防）、健康障害の早期発見と対応（二次予防）、就業上の措置を受ける医師に対する継続的なケア（三次予防）の充実に努める必要がある。

医師の労働時間の縮減に対して診療サービス総量の維持に向けた対応策としては、縮減される労働時間を医師の増員や他職種との連携によるタスクシフティングで補充すること、医師の労働時間当たりの診療サービス量、すなわち、効率性を改善することが考えられる。その際に、研修医の研鑽に時間的制約あるいは機会の制約が生じない対応策が特に重要である。

減少する労働時間の補充としては、他職種との連携によるタスクシフティングが有望視されている。医師の事務作業に対する医師事務作業補助者によるタスクシフティング、看護師等の他の医療職との連携によるタスクシフティングが考えられる。医師の業務の効率化としては、最新の情報通信技術の導入などによって、診療録に関する業務などを効率化することも有効である。患者・家族への説明や、院内カンファレンスなどを定時時間内に開催することも病院を挙げて取り組むべき課題である。

対策の実施に当たっては、病院長のリーダーシップのもと、いわゆる Plan-Do-Check-Act(PDCA)サイクルの考え方に従って、対策を進めることが望ましい。

4. このような方策が、地域医療、地域包括ケアに及ぼす影響について考察すること

各済生会病院の現状分析の結果から、ほとんどの済生会病院では適切な対応策を進めることで、上限規制への対応と自院の診療サービスの維持・継続の両立は可能と考えられる。一方、地域に立地する複数の病院の全体としての診療サービス総量の総計は、他の病院における医師の働き方改革の如何によって変動し得るものであり、働き方改革の結果として、地域全体の診療サービス総量の総計が地域における必要量を下回る事態は避けなくてはならず、地域医療構想調整会議等での調整が必要となろう。