

2025年11月20日 公表

医師の働き方改革に関するアンケート結果

調査ならびに回答病院の概要

【調査実施期間】 2025年7月23日～9月12日

【調査対象】 839病院

【調査対象期間】 2025年6月30日時点

【有効回答】 324病院 (38.6%)

【地域別】	会員 病院数	回答 病院数	回答率 (%)
全 体	839	324	38.6
北 海 道	82	39	47.6
東 北	131	47	35.9
関 東	155	64	41.3
北 陸・信 越	84	30	35.7
近 畿・東 海	173	21	12.1
中 国・四 国	119	88	73.9
九 州	95	35	36.8

【種類・病床規模別】	会員 病院数	回答 病院数	回答率 (%)
全 体	839	324	38.6
一般病院	799	308	38.5
99床以下	253	77	30.4
100床台	196	70	35.7
200床台	78	37	47.4
300床台	115	47	40.9
400床台	69	28	40.6
500床以上	88	49	55.7
精神科病院	40	16	40.0

留意事項

- ① 設問により無回答があるため回答病院数が異なっている
- ② 表示されている桁以下を四捨五入しているため合計が100%にならない場合がある
- ③ 複数回答可の設問においては、%の合計が100%を超える場合がある

救急医療体制

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	三次救急 医療機関		二次救急 医療機関		一次救急 医療機関		その他の 救急医療機関		救急医療機関として 位置付けられていない	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	324	57	17.6	253	78.1	21	6.5	58	17.9	34	10.5
一般病院	308	56	18.2	252	81.8	21	6.8	44	14.3	33	10.7
99床以下	77	0	0.0	62	80.5	12	15.6	15	19.5	10	13.0
100床台	70	1	1.4	53	75.7	2	2.9	17	24.3	13	18.6
200床台	37	2	5.4	33	89.2	2	5.4	4	10.8	4	10.8
300床台	47	5	10.6	44	93.6	1	2.1	2	4.3	2	4.3
400床台	28	11	39.3	22	78.6	2	7.1	3	10.7	2	7.1
500床以上	49	37	75.5	38	77.6	2	4.1	3	6.1	2	4.1
精神科病院	16	1	6.3	1	6.3	0	0.0	14	87.5	1	6.3

※ その他の救急医療機関は、精神科救急指定医療機関や小児救急医療機関等の指定を受けている医療機関

1 病院あたり医師数

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	全体		常勤医		専攻医		臨床研修医		会計年度任用職員	
	回答 病院数	医師数 (人)	回答 病院数	医師数 (人)	回答 病院数	医師数 (人)	回答 病院数	医師数 (人)	回答 病院数	医師数 (人)
全 体	322	62	320	38	162	17	145	14	166	18
一般病院	306	64	304	39	150	18	143	15	163	17
99床以下	76	6	75	4	7	1	0	0	19	5
100床台	69	20	69	14	24	3	11	3	33	9
200床台	37	43	36	33	20	6	20	6	26	7
300床台	47	70	47	50	31	10	41	7	32	10
400床台	28	122	28	63	22	21	25	15	19	42
500床以上	49	193	49	109	46	38	46	27	34	33
精神科病院	16	24	16	12	12	8	2	8	3	32

※ 会計年度任用職員（非常勤職員）

医師の働き方改革に係るトップマネジメント研修※等の参加状況

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	病院事業管理者・ 院長が参加した ことがある		副院長・各診療 科部長が参加した ことがある		左記以外の 医師が参加した ことがある		事務長が参加 したことがある		左記以外の者が 参加したことが ある		誰も参加した ことがない	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	324	155	47.8	52	16.0	15	4.6	92	28.4	69	21.3	104	32.1
一般病院	308	150	48.7	48	15.6	15	4.9	88	28.6	66	21.4	99	32.1
99床以下	77	11	14.3	1	1.3	0	0.0	13	16.9	7	9.1	45	58.4
100床台	70	23	32.9	3	4.3	1	1.4	21	30.0	15	21.4	31	44.3
200床台	37	26	70.3	5	13.5	4	10.8	16	43.2	11	29.7	8	21.6
300床台	47	29	61.7	11	23.4	5	10.6	15	31.9	7	14.9	11	23.4
400床台	28	21	75.0	8	28.6	2	7.1	9	32.1	7	25.0	2	7.1
500床以上	49	40	81.6	20	40.8	3	6.1	14	28.6	19	38.8	2	4.1
精神科病院	16	5	31.3	4	25.0	0	0.0	4	25.0	3	18.8	5	31.3

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2024年6月30日時点）

病院事業管理者・院長が参加したことがある：54.7%

副院長・各診療科部長が参加したことがある：17.4%

左記以外の医師が参加したことがある：4.2%

事務長が参加したことがある：30.1%

左記以外の者が参加したことがある：22.5%

誰も参加したことがない：29.2%

※ 医師の働き方改革に係るトップマネジメント研修とは、医師の働き方改革を推進する観点から、医療機関の管理者（病院長等）が具体的なマネジメント改革を進めることができるように支援するための研修であり、厚生労働省の主催（委託）により開催されている。ただし、本設問では病院団体等が実施している類似の研修も含んでいる。

2024年4月以降に適用された水準

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	A水準のみ		B水準		連携B水準		C-1水準		C-2水準	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	324	251	77.5	67	20.7	2	0.6	18	5.6	0	0.0
一般病院	308	236	76.6	66	21.4	2	0.6	18	5.8	0	0.0
99床以下	77	73	94.8	1	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
100床台	70	69	98.6	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200床台	37	30	81.1	7	18.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
300床台	47	36	76.6	10	21.3	0	0.0	4	8.5	0	0.0
400床台	28	14	50.0	13	46.4	0	0.0	3	10.7	0	0.0
500床以上	49	14	28.6	34	69.4	2	4.1	11	22.4	0	0.0
精神科病院	16	15	93.8	1	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0

○上掲のうち、当初想定の水準を維持できず、次年度に変更がある水準を持つ病院（同調査：複数回答 2025年6月30日時点）

A水準：19病院 B水準：2病院 C-1水準：1病院

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2024年6月30日時点）

A水準のみ：79.2% B水準：17.2% 連携B水準：0.4% C-1水準：3.1% C-2水準：0.1%

2024年4月以降に適用された特例水準の対象医師数

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	常勤医師数 (人)	A水準		B水準		連携B水準		C-1水準		C-2水準	
			(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
全 体	324	19,537	15,983	81.8	2,840	14.5	36	0.2	678	3.5	0	0.0
一般病院	308	19,253	15,742	81.8	2,797	14.5	36	0.2	678	3.5	0	0.0
99床以下	77	366	362	98.9	4	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
100床台	70	1,154	1,153	99.9	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200床台	37	1,617	1,546	95.6	71	4.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
300床台	47	3,317	3,001	90.5	265	8.0	0	0.0	51	1.5	0	0.0
400床台	28	3,094	2,825	91.3	222	7.2	0	0.0	47	1.5	0	0.0
500床以上	49	9,705	6,855	70.6	2,234	23.0	36	0.4	580	6.0	0	0.0
精神科病院	16	284	241	84.9	43	15.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0



診療従事勤務医の時間外労働に関する分類

	対象	申請	36協定	年間時間外 労働の上限	追加的健康確保措置	
					面接指導	※休息时间確保
一般	全ての労働者	不要	必須	(原則)360時間 (例外)720時間	不要	不要
A水準	原則、すべての施設	不要		960時間	義務 (月100時間以上の 時間外労働 が見込まれる 医師が対象)	努力義務
B水準	高次救急医療施設やがん拠点施設など	医療機関		1860時間*		
連携B水準	地域医療確保のため医師派遣を行う施設	医療機関				
C-1水準	臨床研修医、専門研修医の雇用施設	医療機関		1860時間		
C-2水準	特定高度技能研修者の雇用施設	医療機関 +医師個人				

※休息时间確保：連続勤務時間28時間+勤務間インターバル9時間のセット

臨床研修医の場合 連続勤務時間15時間+勤務間インターバル9時間

もしくは 連続勤務時間24時間+勤務間インターバル24時間

*B水準・連携B水準は2035年度末までに960時間まで漸減

*連携B水準は個々の医療機関における時間外労働の上限は年960時間以下

C-1水準（専攻医）		C-1水準（臨床研修医）	
(人)	(%)	(人)	(%)
281	1.4	397	2.0
281	1.5	397	2.1
0	0.0	0	0.0
0	0.0	0	0.0
0	0.0	0	0.0
0	0.0	51	1.5
29	0.9	18	0.6
252	2.6	328	3.4
0	0.0	0	0.0

2024年4月以降の医師の働き方改革施行に伴う医療提供体制への影響

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	あり		なし		
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	
全体	317	30	9.5	287	90.5	
一般病院	301	30	10.0	271	90.0	
99床以下	77	9	11.7	68	88.3	
100床台	66	5	7.6	61	92.4	
200床台	37	3	8.1	34	91.9	
300床台	45	7	15.6	38	84.4	
400床台	28	1	3.6	27	96.4	
500床以上	48	5	10.4	43	89.6	
精神科病院	16	0	0.0	16	100.0	

「あり」の回答内容について

- 大学医師の派遣の減少や後任医師の派遣が無い場合、一部診療の隔週化等で対応した。
- 常勤整形外科医師の派遣がなくなり、1病棟を休止・手術の受入停止となった。
- 大腿骨近位部骨折は受傷後48時間以内の手術が推奨されるが、遅れるケースがやや増えた感がある。

診療体制（救急医療体制を含む）の縮小等の内容

➡前掲、医師の働き方改革施行に伴う医療提供体制への影響が「あり」の病院が回答

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	外来診療の縮小 (診療時間の短縮、 診療枠の削減等)		診療科の廃止		救急外来 診療の縮小		入院患者の 受入の縮小		救急入院患者の 受入の縮小		手術症例の制限		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	30	11	36.7	1	3.3	6	20.0	3	10.0	2	6.7	5	16.7	12	40.0
一般病院	30	11	36.7	1	3.3	6	20.0	3	10.0	2	6.7	5	16.7	12	40.0
99床以下	9	2	22.2	1	11.1	2	22.2	0	0.0	1	11.1	1	11.1	5	55.6
100床台	5	4	80.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0
200床台	3	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7
300床台	7	5	71.4	0	0.0	1	14.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	3	42.9
400床台	1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
500床以上	5	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	3	60.0	1	20.0
精神科病院	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

廃止となった診療科

- 心臓血管外科

その他の具体的な内容

- 週末当直に係る支援の突然の打ち切り
- 地域の保健事業への協力縮小
- 紹介状を持たない内科外来の初診制限

医師の働き方改革施行に伴う医師への影響①

➡ 「影響があった」と回答した病院数と割合を水準ごとに表示

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	A水準			回答 病院数	B水準			回答 病院数	連携B水準			回答 病院数	C-1水準			回答 病院数	C-2水準		
		(病院)	(%)			(病院)	(%)			(病院)	(%)			(病院)	(%)			(病院)	(%)	
全 体	295	43	14.6		67	34	50.7		2	1	50.0		17	8	47.1		0	0	-	
一般病院	281	43	15.3		66	34	51.5		2	1	50.0		17	8	47.1		0	0	-	
99床以下	71	5	7.0		1	0	0.0		0	0	-		0	0	-		0	0	-	
100床台	63	5	7.9		1	1	100.0		0	0	-		0	0	-		0	0	-	
200床台	36	6	16.7		7	6	85.7		0	0	-		0	0	-		0	0	-	
300床台	39	9	23.1		10	6	60.0		0	0	-		4	0	0.0		0	0	-	
400床台	28	4	14.3		13	3	23.1		0	0	-		3	1	33.3		0	0	-	
500床以上	44	14	31.8		34	18	52.9		2	1	50.0		10	7	70.0		0	0	-	
精神科病院	14	0	0.0		1	0	0.0		0	0	-		0	0	-		0	0	-	



回答 病院数	C-1水準（専攻医）			回答 病院数	C-1水準（臨床研修医）		
	(病院)	(%)			(病院)	(%)	
8	5	62.5		12	4	33.3	
8	5	62.5		12	4	33.3	
0	0	-		0	0	-	
0	0	-		0	0	-	
0	0	-		0	0	-	
0	0	-		4	0	0.0	
2	0	0.0		1	1	100.0	
6	5	83.3		7	3	42.9	
0	0	-		0	0	-	

医師の働き方改革施行に伴う医師への影響①

A水準

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	A水準を維持する為、応援医師を増やしている。
100床台	宿直回数を月3回までに制限を行った。
100床台	960時間を下回る診療科であっても、特例水準が適用された大学病院等から派遣された医師が当院の勤務にギャップを感じ、派遣受け入れの可否に影響を及ぼしている。
200床台	外部応援医師の確保による人件費の増。
300床台	複数の診療科で医師の減員となっており、医師の負担増、モチベーションの低下が見受けられる。
300床台	時間外勤務時間が100時間を超過する前に、面談を実施することが、難しい。
300床台	宿日直許可の取得により、当直を行った場合の給与支給額が従前と比較して減少する可能性があることについて意見がみられたため、手当の改正を実施した。
400床台	管理職を除く医師で対応する全科救急宿日直体制において、B水準医師の時間外勤務削減の取り組みにより当直勤務を免除しなければならぬ医師が一定数いることから、A水準医師がその当直勤務を請け負う形となり時間外勤務が増加。また、病院管理当直体制においては年齢到達(60歳)により免除していた医師が再度の当直勤務に不満が出ている。
400床台	面接指導対象医師が毎月複数名となる。面接指導実施医師との面接日程の調整が難しい。面接指導実施医師の確保が難しい。
500床以上	産休や育休、病休等が発生した場合、医局からの派遣で対応している病院は対応が難しく、時間外労働増となっている。
500床以上	カンファレンスや発表指導が研修医などほかの医師の都合を優先せざる得なくなり、病理医の業務を強く圧迫している。
500床以上	研修医の一部には、救急外来での夜勤明けの際に、自身が関わった患者の診療を勤務明けに残って継続したいとの意見あり。
500床以上	勤務間インターバルが確保できず代償休息が発生しているが、発生した代償休息を正規の勤務時間に充てることができず、やむを得ず休日に充当させて消化している（健康確保措置としての本来の趣旨を全うすることが困難）。
500床以上	離職のあった診療科においては後任の確保が厳しく、診療制限中。2025年4月からはB水準へ変更することとなった。

医師の働き方改革施行に伴う医師への影響②

B水準

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
100床台	直接的な影響は面接指導の実施だが、今後懸念される影響として、当院は地域内の小児患者を診ることができる数少ない医療機関であるため、診療の縮小が余儀なくされる事態となれば地域医療に支障を及ぼすことが想定される。
200床台	許可のない宿日直業務にあたる職員にフレックスタイム制を導入した。
200床台	勤務間インターバルの確保が課題、B水準を取っても36協定による時間外労働の上限が決まっており、調整しながらの業務となる。
300床台	代償休息が期間内に切り切れない事例が発生した。
400床台	連続勤務時間制限による勤務間インターバル取得のため、宿日直許可のない当直勤務明け等に診療等に制限が出てきているケースが見受けられる。また、代償休息の取得が困難との医師からの声がある。
400床台	勤務間インターバルの確保が難しい。働き方改革に否定的な医師がいて協力してもらえない。
400床台	タスクシフト・負担軽減の推進により、当初想定よりも超勤時間の削減が達成された。
500床以上	一部の医師から、時間外勤務手当の減少に対する不満が上がった。
500床以上	周辺の病院の宿日直許可の取得により、当センターへの救急搬送依頼が急増し、それに連動して救急患者受け入れの数が増加したことで超過勤務時間が減少できない。地域的な要因もあるので当センター単体で解決できる問題ではない
500床以上	<p>大学職員として診療・研究・教育の業務について、制度遵守を優先すると研究に費やすことができる時間が非常に少なくなった。</p> <p>若手医師は病院に居る時間が短くなったことで今までよりも経験が乏しくなり、上司は部下育成に割ける時間が減り、部下の成長抑制につながっている。部下の成長が進まないと上司がその仕事を代わりに実行する必要があるため、中堅層に皺寄せが生じている。</p> <p>実働人数が減り、業務負荷が増えたので、全く良いことがない。</p> <p>面接指導する立場の上級医への負担が増え、そのサポートのために仕事場全体への負荷も上がり本末転倒である。建前上の勤務時間は短縮したが、実労働時間は増えた。</p>

医師の働き方改革施行に伴う医師への影響③

連携B水準

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
500床以上	タスクシフト／シェア等による負担軽減を図りたいが予算計上が困難である。

C水準

病床規模	回答内容
500床以上	100時間前の面接指導の実施や勤務間インターバルの確保と代償休息の管理が煩雑で医師及び病院全体の負担が増えている。
500床以上	時間外労働の削減のため、各診療科の夜間救急体制の見直しとして、専攻医を中心とした全科当直体制としたため、専攻医の業務負担が増した。
500床以上	周辺の病院の宿日直許可の取得により、当センターへの救急搬送依頼が急増し、それに連動して救急患者受け入れの数が増加したので超過勤務時間が減少できない。地域的な要因もあるので当センター単体で解決できる問題ではない。

2024年4月以降の医師の働き方改革施行に伴う 経験症例の減少や研鑽の制限等による医療の質の低下等の懸念①

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	懸念がある		懸念はない		
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	
全 体	309	51	16.5	258	83.5	
一般病院	293	49	16.7	244	83.3	
99床以下	73	6	8.2	67	91.8	
100床台	65	5	7.7	60	92.3	
200床台	37	8	21.6	29	78.4	
300床台	43	8	18.6	35	81.4	
400床台	28	4	14.3	24	85.7	
500床以上	47	18	38.3	29	61.7	
精神科病院	16	2	12.5	14	87.5	

2024年4月以降の医師の働き方改革施行に伴う 経験症例の減少や研鑽の制限等による医療の質の低下等の懸念②

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	医師の引き揚げがあった場合は大変になることが予想される
100床台	医師の労働時間規制によって、診療時間短縮や専門性の高い分野での専門医の不足等が生じ、医療の質の低下が懸念される。
200床台	労働時間の減少に伴う症例に接する機会の減少
300床台	センター病院でない地方病院の医師数が減少しており、患者の減少、症例数の減少につながっている。
300床台	時間外勤務の制限による経験症例の減少や、労働時間と自己研鑽の明確化・厳格化による研鑽時間の減少により、医療の質が低下する可能性がある。
300床台	現時点では診療体制の縮小等を行っていないものの、今後「時間外の上限規制」により、指導医及び上級医等が不在となる時間帯が増えるため、研修体制に支障をきたす可能性がある。
400床台	医師の勤務時間軽減、勤務インターバルの設定等への対応として、タスクシフト・シェアが進んでいる状況ではあるが、他職種の業務水準等、未だ過渡期であると捉えており、医療の質の低下は否めない。
500床以上	時間外労働時間削減のため、カンファレンスを任意出席としていることから、参加しない若手医師増加の懸念。
500床以上	時間外労働の規制による経験症例の不足
500床以上	働き方改革によって施設の集約化が始まり、単一施設で経験できる症例・手技等が狭まっている。
500床以上	<ul style="list-style-type: none"> ・初診でみる経験症例の減少や最後までフォローできない症例が出てくる。 ・外科系医師にとって最も重要な手術症例の経験数が減少する。 ・プラスαまでする医師と、適当にする医師の差がこれまでもあったが、プラスαも次第にできなくなり、全体的に質が低下する懸念がある。
500床以上	労働時間制限により専門医取得のための症例検討や大学における研究に割く時間が十分確保できない状態となっており、医療の質の低下を助長すると考える。

2024年4月以降の医師の働き方改革施行に伴う 経験症例の減少や研鑽の制限等による医療の質の低下等の懸念③（専攻医・臨床研修医）

→医療の質の低下等の懸念がある病院が回答。専攻医・臨床研修医の技能の研鑽に懸念があるか。

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	懸念がある		懸念はない	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	51	34	66.7	17	33.3
一般病院	49	34	69.4	15	30.6
99床以下	6	2	33.3	4	66.7
100床台	5	3	60.0	2	40.0
200床台	8	6	75.0	2	25.0
300床台	8	5	62.5	3	37.5
400床台	4	2	50.0	2	50.0
500床以上	18	16	88.9	2	11.1
精神科病院	2	0	0.0	2	100.0

時間外労働時間と自己研鑽の把握

➔ 勤怠管理システムを導入し、在院時間を把握している病院が回答

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	研鑽時間は自己申告 により上長が承認を 行い、時間外労働 時間と区別している		時間外労働時間と 自己研鑽の区別 はできていない		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	314	160	51.0	72	22.9	82	26.1
一般病院	298	151	50.7	70	23.5	77	25.8
99床以下	74	21	28.4	26	35.1	27	36.5
100床台	66	19	28.8	28	42.4	19	28.8
200床台	37	23	62.2	3	8.1	11	29.7
300床台	45	32	71.1	6	13.3	7	15.6
400床台	28	19	67.9	4	14.3	5	17.9
500床以上	48	37	77.1	3	6.3	8	16.7
精神科病院	16	9	56.3	2	12.5	5	31.3

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2024年6月30日時点）

研鑽時間は自己申告により上長が承認を行い、時間外労働時間と区別している：62.1%

時間外労働時間と自己研鑽の区別はできていない：22.7%

その他：15.2%

その他の内容

- ・ 図書室等の使用は予約制にし時間管理している。 など

研鑽時間の自己申告の方法

➔ 勤怠管理システムで在院時間を把握し、研鑽時間は自己申告により上長が承認を行い、時間外労働時間と区別している病院が回答

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	勤怠管理システム による申請		紙（書面） による提出		Excel等による提出 （データを保存した USB等の活用も含む）		その他	
		（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）
全 体	166	117	70.5	37	22.3	4	2.4	8	4.8
一般病院	157	110	70.1	36	22.9	4	2.5	7	4.5
99床以下	22	12	54.5	7	31.8	0	0.0	3	13.6
100床台	20	11	55.0	7	35.0	1	5.0	1	5.0
200床台	25	16	64.0	8	32.0	0	0.0	1	4.0
300床台	33	21	63.6	10	30.3	2	6.1	0	0.0
400床台	20	19	95.0	0	0.0	0	0.0	1	5.0
500床以上	37	31	83.8	4	10.8	1	2.7	1	2.7
精神科病院	9	7	77.8	1	11.1	0	0.0	1	11.1

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2024年6月30日時点）

勤怠管理システムによる申請：65.0%

紙（書面）による提出：26.8%

Excel等による提出（データを保存したUSB等の活用も含む）：1.6%

その他：6.5%

その他の内容

- ・ 口頭による申告。など

自己研鑽と労働時間該当性の取り扱い

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	文書にて明確化 している		文書にて明確化 していないため 現在検討中		文書にて明確化して おらず検討もして いないため今後の課題		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	263	172	65.4	32	12.2	51	19.4	8	3.0
一般病院	249	164	65.9	29	11.6	48	19.3	8	3.2
99床以下	52	12	23.1	10	19.2	27	51.9	3	5.8
100床台	49	22	44.9	11	22.4	15	30.6	1	2.0
200床台	34	28	82.4	2	5.9	2	5.9	2	5.9
300床台	44	37	84.1	4	9.1	3	6.8	0	0.0
400床台	27	24	88.9	1	3.7	1	3.7	1	3.7
500床以上	43	41	95.3	1	2.3	0	0.0	1	2.3
精神科病院	14	8	57.1	3	21.4	3	21.4	0	0.0

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2024年6月30日時点）

文書にて明確化している：76.4%

文書にて明確化していないため現在検討中：7.3%

文書にて明確化しておらず検討もしていないため今後の課題：14.7%

その他：1.6%

その他の内容

- ・厚労省通知基監発0701第1号に準じて運用している。など

自己研鑽と労働の区分けでの課題と問題点

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	自己研鑽の範囲が、当院にとって必要な範囲として労働とどうかの判断が難しい。
100床台	文書にて明確化しているが、時間外は自己申告制となっているため、上長は詳細には確認できない。
100床台	実態としては業務に関連する調べ物、学習、オンライン会議が自己研鑽に分類されるか判断が難しい。
100床台	職務上、自己研鑽が必須となる場合もあるが、経験や業務内容等により個人差もあると考えられるため、職階ごとの基準を明確化し、労働時間該当性を整理する必要がある。
100床台	大学から派遣される医師は異動があり、異動のたび勤務する病院の方針に振り回されることになる。
200床台	高度専門医療であるほど、時間の線引きが難しい（ベッドサイドにしながら、論文を読むなど）。
200床台	自己研鑽と位置づけられても、実質的には業務上必要な内容であることが多い。
300床台	労働時間管理上、自己研鑽とされていた活動が、実質的に労働と判断された場合、未払い残業代の請求や労働基準法違反に問われる可能性がある。
300床台	厚生労働省による「医師の研鑽と労働時間に関する考え方」で明示されている“使用者の指示、黙示の指示”における判断基準が曖昧で、同様の業務でも場面や個人によってどちらにも扱われる項目が多くある。国の指針や相談窓口は整備されているものの、実態に沿った一定のルールを明文化することやそれを運用していくことなどの環境整備を進めるには課題がある。
400床台	自己研鑽の考え方について、医局内掲示や医局会議等で複数回周知を図っているが、異動による医師交代等の要因により浸透度が減少する。都度、自己研鑽の考え方について新任医師オリエンテーション等で説明を行うが、なかなか理解して頂けないケースが見受けられる。
500床以上	医師の自己研鑽のための勉強や資料作成などの時間について、医師としての技術や知識、経験の獲得につながるものも多々あり、大きな視点で見れば業務につながるものもあり、労働時間として認める、認めないの判断が難しい面がある。
500床以上	上長が常に一緒に業務をしているわけではないので、ある程度性善説によって判断することになる。また、判断基準が各診療科の部長によって異なることがあり、若手医師からの不満の声もあり。
500床以上	労働に対する意識の変化により、在院時間＝労働時間と考える医師が一定数存在。厚労省のガイドラインに基づき、労働該当性ガイドラインは作成しているものの、「業務としての指示の有無」判断の際に、医師本人と上司や上級医との認識にギャップがある中で研鑽と労働の区分けが非常に困難な状況となっている。研鑽と定義していても労災等が発生した場合の事後対応に懸念がある状況に鑑み、各医療機関に対応を任せるのではなく、研鑽ガイドラインの再定義の必要性に関して改めて厚労省主体で議論いただく必要があると考える。（各医療機関に求める診療機能維持のために必要であれば業務と定義する等の対応が必要ではないか。）
精神科病院	自己研鑽ではないが鑑定書の作成等、医師個人で受託している業務との切り分けが難しいこと。

適切な医師の労働時間の把握にあたっての課題

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
100床台	大学等からの派遣医師（出張医）による当直及びオンコール対応については書面による自己申告としており、客観的な記録による管理ができていない。
100床台	日当直の許可がおりている病院だが、時折、患者対応が必要な場合があり、カルテや当直日誌から医師の正確な勤務時間を把握するのが難しい。
100床台	兼業先での勤務開始時間は把握できるが、退勤時間の把握がしづらく、本人からの申告のみとなってしまう。
100床台	勤怠管理システムの導入と運用方法。
200床台	自己申告により把握に努めているが、申告内容に曖昧な箇所があり確認が必要な場合も生じている。
200床台	外勤（他病院での勤務）については、事前に申請されている勤務時間は把握出来るが、勤務後の実勤務時間を把握出来る仕組みが構築出来ていない。
300床台	勤怠管理システムへの時間外勤務の申請漏れ、誤りが多く、事務局による確認、調整に係る負担が大きい。必ずしもリアルタイムに対応できるとは限らない。
300床台	自己申告のない医師への対応やルールの徹底化をすることによる、医師の業務増加。
300床台	副業・兼業については、事前の申請制を設けており、かつ勤怠管理システムにて自己申告のあった兼業先の時間数を含め管理しているところであるが、医師本人が兼業先の業務が労働時間に該当するか把握できていないケースも多い。
400床台	勤務間インターバル・代償休息の取得において、出退勤データ及び所定のルール（有給休暇用紙に時間を記載）により捕捉しておりますが、出退勤用ICカードを打刻せずに出退勤する一部の医師が見受けられる状況が続いており正確な時間管理が困難な医師がいる。
500床以上	多忙や緊急業務の対応等により、時間外労働の申請承認の手続きが遅れる場合があり、面接指導対象医師の抽出に影響が生じる場合がある。
500床以上	ICタイムレコーダーで管理をしているが、打刻漏れや日を跨ぐ打刻、一度退勤した後の緊急呼び出しによる深夜や早朝の打刻など様々で、乖離や滞在時間の計算が、高度な有償システムを導入しない限り、実質不可能である。それに加え、医師は研鑽のために、時間外労働との乖離が他職種に比べて多いため、適切な把握について難しさを感じる。
500床以上	システム入力のタイミングにより正確な時間外時間数の把握が難しいため、タイムラグが生じる。
500床以上	病院局において、県立病院全体で利用するための勤怠管理システムを開発中であり、来年度稼働予定。
500床以上	代償休息アラート、兼業との通算時間管理、兼業振替時間の管理、在院時間と超勤時間の乖離状況が把握できる人事・給与システムと連携した勤怠システムへの更新が必要であるが、適切な運用ができるシステムがなく調査にも時間を要している。
精神科病院	労働者側における制度理解とその為の周知。

時間外・休日労働時間の状況①

時間区分別病院数

対象期間：2023年4月～2025年3月

【種類・病床規模別】	回答 病院数	医師は全て 年960時間以下		年960時間超1,860時間 以下の医師がいる		年1,860時間超の 医師がいる	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	312	248	79.5	63	20.2	1	0.3
一般病院	297	233	78.5	63	21.2	1	0.3
99床以下	71	71	100.0	0	0.0	0	0.0
100床台	66	65	98.5	1	1.5	0	0.0
200床台	37	32	86.5	5	13.5	0	0.0
300床台	46	36	78.3	10	21.7	0	0.0
400床台	28	15	53.6	13	46.4	0	0.0
500床以上	49	14	28.6	34	69.4	1	2.0
精神科病院	15	15	100.0	0	0.0	0	0.0

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2023年4月～2024年3月）

年1,860時間超の医師がいる：1.8%

年960時間超1,860時間以下の医師がいる：34.6%

医師は全て年960時間以下：65.4%

時間外・休日労働時間の状況②

時間区分別医師数

対象期間：2023年4月～2025年3月

【種類・病床規模別】	回答 病院数	全体		年960時間以下の医師		年960時間超 1,860時間以下の医師		年1,860時間超の医師	
		(人)	(人) (%)	(人) (%)	(人) (%)	(人) (%)			
全 体	312	17,866	17,067 95.5	798 4.5	1 0.0				
一般病院	297	17,677	16,878 95.5	798 4.5	1 0.0				
99床以下	71	284	284 100.0	0 0.0	0 0.0				
100床台	66	959	957 99.8	2 0.2	0 0.0				
200床台	37	1,410	1,381 97.9	29 2.1	0 0.0				
300床台	46	2,879	2,852 99.1	27 0.9	0 0.0				
400床台	28	3,048	2,939 96.4	109 3.6	0 0.0				
500床以上	49	9,097	8,465 93.1	631 6.9	1 0.0				
精神科病院	15	189	189 100.0	0 0.0	0 0.0				

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2023年4月～2024年3月）

年1,860時間超の医師：0.1%

年960時間超1,860時間以下の医師：7.4%

年960時間以下の医師：92.5%

時間外・休日労働時間の状況③

対象期間：2023年4月～2025年3月

【職位別】	全体		管理職医師		非管理職医師		専攻医		臨床研修医	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
医師数	17,866	100.0	3,856	100.0	9,320	100.0	2,467	100.0	2,223	100.0
年960時間以下	17,067	95.5	3,776	97.9	8,844	94.9	2,302	93.3	2,145	96.5
年960時間超 1,860時間以下	798	4.5	80	2.1	475	5.1	165	6.7	78	3.5
年1,860時間超	1	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0
回答病院数	312		269		277		153		139	
平均病床数	274		282		293		379		426	

【参考1】既報の調査結果（全自病協調査）

960時間超の医師の割合の推移

2016年度（4月～3月）：13.3%
 2017年（1月～12月）：7.7%
 2018年（1月～12月）：6.8%
 2021年（1月～12月）：5.0%
 2022年（1月～12月）：8.0%
 2023年（4月～3月）：7.5%

【参考2】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2023年4月～2024年3月）

管理職医師（年1,860時間超：0.0%、年960時間超1,860時間以下：3.6%）
 非管理職医師（ // : 0.0%、 // : 8.0%）
 専攻医（ // : 0.1%、 // : 12.7%）
 臨床研修医（ // : 0.0%、 // : 5.0%）

時間外・休日労働時間の状況④

対象期間：2023年4月～2025年3月

【救急医療体制別】	全体		三次救急医療機関		二次救急医療機関		その他の医療機関	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
医師数	17,866	100.0	9,331	100.0	7,151	100.0	1,384	100.0
年960時間以下	17,067	95.5	8,664	92.9	7,043	98.5	1,360	98.3
年960時間超 1,860時間以下	798	4.5	666	7.1	108	1.5	24	1.7
年1,860時間超	1	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0
回答病院数	312		57		199		56	
平均病床数	274		548		279		192	

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2023年4月～2024年3月）

三次救急医療機関（年1,860時間超：0.1%、年960時間超1,860時間以下：10.7%）

二次救急医療機関（ // : 0.1%、 // : 3.2%）

その他医療機関（ // : 0.0%、 // : 0.7%）

※ 三次救急医療機関と二次救急医療機関と重複してる場合、三次救急医療機関として区分している

時間外・休日労働時間の状況⑤

※ 一般病院のみ

対象期間：2023年4月～2025年3月

【 病床規模別 】	全体		99床以下		100床台		200床台		300床台		400床台		500床以上	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
医師数	17,677	100.0	284	100.0	959	100.0	1,410	100.0	2,879	100.0	3,048	100.0	9,097	100.0
年960時間以下	16,878	95.5	284	100.0	957	99.8	1,381	97.9	2,852	99.1	2,939	96.4	8,465	93.1
年960時間超 1,860時間以下	798	4.5	0	0.0	2	0.2	29	2.1	27	0.9	109	3.6	631	6.9
年1,860時間超	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
回答病院数	297		71		66		37		46		28		49	
平均病床数	275		62		154		252		336		431		615	

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2023年4月～2024年3月）

99床以下（年1,860時間超：0.0%、年960時間超1,860時間以下：0.0%）

100床台（ // : 0.0%、 // : 0.7%）

200床台（ // : 0.0%、 // : 3.0%）

300床台（ // : 0.0%、 // : 4.8%）

400床台（ // : 0.1%、 // : 4.4%）

500床以上（ // : 0.1%、 // : 10.2%）

診療科別 時間外・休日労働時間の状況

対象期間：2023年4月～2025年3月

【診療科別】	全体		内科系		外科系		産婦人科		小児科		救急科		麻酔科		精神科		放射線科		その他	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
医師数	17,448	100.0	5,658	100.0	5,018	100.0	865	100.0	1,597	100.0	583	100.0	912	100.0	548	100.0	681	100.0	1,586	100.0
年960時間以下	16,651	95.4	5,389	95.2	4,745	94.6	829	95.8	1,532	95.9	506	86.8	860	94.3	539	98.4	677	99.4	1,574	99.2
年960時間超 1,860時間以下	783	4.5	262	4.6	271	5.4	35	4.0	64	4.0	76	13.0	51	5.6	8	1.5	4	0.6	12	0.8
年1,860時間超	14	0.1	7	0.1	2	0.0	1	0.1	1	0.1	1	0.2	1	0.1	1	0.2	0	0.0	0	0.0
回答病院数	314		283		253		157		188		90		173		114		152		190	
平均病床数	273		281		309		397		358		487		388		426		410		350	

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2023年4月～2024年3月）

内科系（年1,860時間超：0.0%、年960時間超1,860時間以下：7.9%）
外科系（ // : 0.1%、 // : 9.1%）
産婦人科（ // : 0.4%、 // : 11.4%）
小児科（ // : 0.0%、 // : 9.4%）
救急科（ // : 0.0%、 // : 16.5%）
麻酔科（ // : 0.1%、 // : 8.7%）
精神科（ // : 0.0%、 // : 1.4%）
放射線科（ // : 0.0%、 // : 1.4%）
その他（ // : 0.0%、 // : 1.1%）

時間外・休日労働時間が年960時間超となる主な原因・課題

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
100床台	地域内で特定の科を専門とする医療機関が少ない。
100床台	医師の力量、受け持ち患者の病態、医師の意識、上位医師とのパワーバランス
200床台	PICUにおける高度な身体管理に多くの時間を要する。所属医師不足。若手医師への指導
200床台	宿日直許可が取れない状態での救急事業の運営。
300床台	特定医師に業務が集中していた時期があったため。
300床台	地域を支える二次救急医療機関という観点から、宿日直体制の確保や緊急の業務（オンコール対応など）が発生してしまうため。
300床台	回診、入院処理及び記録・書類作成等。
300床台	医師数が不足しており、医師1人あたりの当直やオンコールの回数、時間外における診療や緊急対応が多いため（外科系・小児科）。
400床台	宿日直許可を有しない日当直勤務時間が主たる要因となっている。許可取得に向け検討を行った経過はあるが、診療報酬等の関係で勤務として取扱いを行わざるを得ない状況や地域救命救急センターとしての責務から、24時間365日の診療体制が求められている。
400床台	時間外労働時間数が多い医師にかかる業務について平準化や振り分けが難しい。
400床台	所属医師数の少ない診療科について、労働時間が長時間になっている
500床以上	緊急呼出対応（処置・手術等）。患者数・重症度（症例）と対応可能な医師数に乖離がある。
500床以上	同じ診療科でも各医師により業務の内容等が異なり、人事異動により医師が変わった際、時間外の増減が大きくなることもある。また、脳外科や整形外科に関する高エネ外傷等患者の受け入れが、この地域では当院のみ対応可能であることから、当該症例が多い年は時間外労働が増加する傾向にある。
500床以上	集中治療室の管理、急患対応、緊急手術の対応、長時間に渡る外来診療 等。
500床以上	医師不足（特に麻酔科）。救急や急患対応、担当患者の容態急変時の対応など、医療提供体制の維持に不可欠な業務への対応が必要のため。
500床以上	診療科によって人数の偏りがあったり、緊急手術等の対応が求められるため。
500床以上	診療科に所属する医師数が減少し、呼び出しや緊急手術での時間外勤務が増えたこと。
500床以上	①宿日直許可取得要件を満たせず休日夜間帯の労働時間すべてがカウント対象となっていること ②大学病院の役割である関連病院への医師派遣（約400時間／年の兼業時間） ③三次救急医療機関の役割である緊急症例への対応 上記に加え、市中病院で働き方改革を進める蹴寄せが大学病院に及んでいる。実際、当直医不在や人員不足により二次救急での受け入れを拒否され、本院に搬送されるケースが増加した。

大学病院等から派遣を受けている施設（診療科）の宿日直許可の状況

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	宿日直許可あり		宿日直許可なし		医師の派遣中止があった	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	300	271	90.3	29	9.7	3	10.3
一般病院	288	259	89.9	29	10.1	3	10.3
99床以下	74	72	97.3	2	2.7	1	50.0
100床台	63	61	96.8	2	3.2	0	0.0
200床台	36	33	91.7	3	8.3	1	33.3
300床台	44	40	90.9	4	9.1	1	25.0
400床台	27	20	74.1	7	25.9	0	0.0
500床以上	44	33	75.0	11	25.0	0	0.0
精神科病院	12	12	100.0	0	0.0	0	-

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2024年6月30日時点）

宿日直許可あり：87.9%

宿日直許可なし：12.1%

医師の派遣中止があった：8.0%

医師の派遣中止があった後の自院の対応

- 他院への依頼により賄った。
- 同派遣病院他科の支援等により対応
- 院長が直接対応。 など

宿日直許可を申請するにあたっての課題

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	現状では宿日直中の診療対応時間が短いことから許可を交付してもらえているが、緊急を要さないような状況での受診が少しずつ増えてきており、このまま対応時間が増加すると許可交付が受けられなくなる懸念がある。
100床台	宿直許可は取得しているが、日直は患者数が多いため許可取得が難しい。
100床台	宿日直許可は取得済み。公立病院の就労規則は地方公務員法や条例等に依るが、労働基準監督署は労働基準法の観点から遵守を求めてくるため、それらの説明に要する調査や資料作成に時間を要することが多かった（管理職職員と管理監督者の認識の差異など）。
100床台	宿日直許可は一部の宿日直でしか取得できていない。実労働時間数が多いと許可が受けることができない。宿日直中に通常業務等を行う医師もいて許可申請が困難。
200床台	集中治療系の病棟の宿日直（PICU、NICUなど）は勤務実態として休息が取れておらず、そもそも宿日直許可の申請ができていない。
200床台	宿日直帯の時間にまんべんなく救急外来の患者が来院し、対応に追われるため許可を取れない。
300床台	日直及び宿直の一部の時間は患者数が多いため許可がとれていない。
300床台	当院は二次救急医療機関として救急を受け入れる役割がある。働き方改革や様々な理由などで、断られた患者さんが当院に運ばれてくる事が懸念。
300床台	全ての医師について宿日直許可の申請をするべきか、業務量が多くなりがちな初期臨床研修医は申請対象から除くかどうかの判断。
400床台	地域救命救急センターの指定を受けていることもあり2次医療圏内外から患者が来院している。近隣に多岐にわたる疾患を診療可能な医療機関が少ないことから患者が集中し労働濃度的に許可を得れない状況となっている。
400床台	診療科によって、宿日直の許可を取得できていない診療科、また一部の時間帯しか取得できていない診療科がある。
500床以上	地域の救急医療体制が当院に依存しており、寝当直とする事は困難。
500床以上	三次救急医療機関であるため、宿日直許可の取得が困難な部署がある。
500床以上	救急対応件数が多く、宿日直許可基準に該当する業務ではないため、医師を増員して交替制勤務を組む以外に方策はないものと考えられる。
500床以上	許可基準を満たす実務体制の確立と、許可取得後の継続的な運用・管理。
500床以上	申請書類の準備や実態の把握など、手続きに多くの時間を要する。
500床以上	救急受け入れ体制について、地域全体での患者受け入れ体制の整備が必要。
精神科病院	申請を認めるか否かの労基署の判断基準。

医師の当直明けの勤務に関し、連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制を踏まえた勤務体制の検討状況

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	既に実施している		検討している		検討していない		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	313	170	54.3	28	8.9	106	33.9	9	2.9
一般病院	297	160	53.9	28	9.4	100	33.7	9	3.0
99床以下	73	26	35.6	5	6.8	41	56.2	1	1.4
100床台	66	30	45.5	5	7.6	26	39.4	5	7.6
200床台	37	20	54.1	4	10.8	12	32.4	1	2.7
300床台	46	28	60.9	8	17.4	10	21.7	0	0.0
400床台	27	18	66.7	2	7.4	5	18.5	2	7.4
500床以上	48	38	79.2	4	8.3	6	12.5	0	0.0
精神科病院	16	10	62.5	0	0.0	6	37.5	0	0.0

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2024年6月30日時点）

既に実施している：55.8%

検討している：13.7%

検討していない：27.9%

その他：2.6%

その他の内容

- 必要時、翌日に時間休を使用して帰宅する等、診療科ごとに運用。
- 当直を一部シフト勤務時間とし、翌日は当直終了後は即帰宅可能 など

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制についての課題

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	当直明けの休みには、他の医師がカバーする必要がある、負担が増えている。
100床台	診療の都合上明けの振休取得が困難な場合を除き、連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制はクリアしている。
200床台	担当医師が一人の診療科では、医師の不在により診療に支障を来すことがある。急変があるとインターバルを中断せざるを得ない。
200床台	救急の夜勤明けで、診察や検査、手術等のため帰れないことが多い。
200床台	夜間の緊急呼び出し等により、適正に確保していた勤務間インターバルが崩れる場合、翌日以降の勤務時間の変更等、急遽夜間中に調整する必要があるが、実質的に困難である。
200床台	A水準の医師であるが、人数の関係で夜勤後に止むを得ず勤務に入らないといけない場合もある。
300床台	当直と日勤をまたぐ処置・対応等で、当直医師自身の希望や信念により継続して業務にあたり、連続勤務となるケースがある。
300床台	救急受入増加や手術および術後管理等によりコントロールが難しい中、法定休暇の種類が年次有給休暇、生理休暇、産前産後休業、育児休業、介護休業と増加し対応するための医師の人材確保が困難であることが課題である。
300床台	医師数が足りない診療科はインターバルの確保が困難。
400床台	宿日直許可のない日当直を行う医療機関には、勤務間インターバル取得は厳しい規制となっている。医師の人員に余裕があれば問題無いが、医師不足の地方医療機関では地域医療に影響を及ぼしかねない。
500床以上	外科系の部署は、臨時手術等により時間外に呼び出しされることが多いため、代償休息が他部署より多く発生する傾向にある。
500床以上	医師の勤務時間把握のためのチェック作業や、その後の代償休息の計算、付与、その後の面接指導の日程調整など、業務は増大している。医師としても、付与された代償休息を平日に消化しきるのは難しく、かつ面接指導にも時間を割く必要があり、負担が増している面がある。
500床以上	連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息を管理できる勤怠管理システム改修費がかかった。
500床以上	医師を潤沢に雇用できる訳ではないため、現行の診療提供体制を維持しようとするれば年次休暇の取得率や代休取得に影響が出る。
500床以上	代償休息件数は毎月約500件程度発生しており、減少には至っていない状況である。三次救急医療機関である当院では、緊急症例への対応が必須であるが平日に代償休息を取得できる余力が見込めず、本来の制度の主旨は形骸化しており、インターバル不足時間の特定や週休日での代償休息付与の記録管理といった事務作業のみが増加している現状である。
精神科病院	常勤医だけではシフトが組めず、外部からの応援医師を雇用する必要がある。

長時間労働の医師に対する医師（面接指導実施医師等）による面接指導の実施①

対象期間：2025年6月30日時点

■ 長時間労働の医師に対する医師（面接指導実施医師等）による面接指導の実施

【種類・病床規模別】	回答 病院数	実施あり		
		(病院)	(%)	
全 体	316	169	53.5	
一般病院	300	163	54.3	
99床以下	75	8	10.7	
100床台	67	20	29.9	
200床台	37	24	64.9	
300床台	45	38	84.4	
400床台	28	26	92.9	
500床以上	48	47	97.9	
精神科病院	16	6	37.5	

■ 長時間労働の医師に対する医師（面接指導実施医師等）による面接指導実施医師数

【種類・病床規模別】	回答 病院数	面接指導実施医師数	
		(人)	1病院あたり
全 体	169	783	4.6
一般病院	163	777	4.8
99床以下	8	8	1.0
100床台	20	21	1.1
200床台	24	113	4.7
300床台	38	146	3.8
400床台	26	113	4.3
500床以上	47	376	8.0
精神科病院	6	6	1.0

長時間労働の医師に対する医師（面接指導実施医師等）による面接指導の実施②

➡ 面接対象医師を抽出するための自院のルールについて回答

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	時間外・休日労働 時間数が月80時間 超の医師（面接希望者） に実施		より短い時間数 （月80時間以下） での実施		今後実施を予定 又は検討している （現在は未実施）		その他	
		（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）
全 体	169	125	74.0	28	16.6	4	2.4	12	7.1
一般病院	163	119	73.0	28	17.2	4	2.5	12	7.4
99床以下	8	7	87.5	0	0.0	1	12.5	0	0.0
100床台	20	17	85.0	1	5.0	1	5.0	1	5.0
200床台	24	20	83.3	3	12.5	1	4.2	0	0.0
300床台	38	30	78.9	6	15.8	0	0.0	2	5.3
400床台	26	16	61.5	4	15.4	0	0.0	6	23.1
500床以上	47	29	61.7	14	29.8	1	2.1	3	6.4
精神科病院	6	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

その他の内容

- 当月救急科に配属となる研修医を対象に実施。
- 長時間勤務の可能性のある医師をあらかじめピックアップし調整している。 など

医師の働き方改革の取組状況①

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	医師の労働時間の 把握を行い、現状 分析を行っている		医師の働き方改革 に取り組むことを 院内に表明している		医師の働き方を 変えていく具体的な 取組に着手している		具体的な目標や 計画を立てている	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	324	233	71.9	212	65.4	220	67.9	153	47.2
一般病院	308	222	72.1	202	65.6	210	68.2	150	48.7
99床以下	77	32	41.6	32	41.6	32	41.6	10	13.0
100床台	70	44	62.9	29	41.4	38	54.3	19	27.1
200床台	37	29	78.4	30	81.1	28	75.7	19	51.4
300床台	47	42	89.4	39	83.0	43	91.5	38	80.9
400床台	28	28	100.0	25	89.3	25	89.3	22	78.6
500床以上	49	47	95.9	47	95.9	44	89.8	42	85.7
精神科病院	16	11	68.8	10	62.5	10	62.5	3	18.8

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2024年6月30日時点）

医師の労働時間の把握を行い、現状分析を行っている：71.2%

医師の働き方改革に取り組むことを院内に表明している：67.4%

医師の働き方を変えていく具体的な取組に着手している：62.3%

具体的な目標や計画を立てている：46.6%

医師の働き方改革の取組状況②

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	担当者を置く、検討 チームを立ち上げる 等体制を整えている		医師の働き方に 問題はなく 取り組む予定はない		今後、取り組む 予定である	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	324	127	39.2	39	12.0	14	4.3
一般病院	308	123	39.9	38	12.3	13	4.2
99床以下	77	9	11.7	22	28.6	3	3.9
100床台	70	9	12.9	14	20.0	4	5.7
200床台	37	18	48.6	1	2.7	1	2.7
300床台	47	29	61.7	1	2.1	2	4.3
400床台	28	18	64.3	0	0.0	1	3.6
500床以上	49	40	81.6	0	0.0	2	4.1
精神科病院	16	4	25.0	1	6.3	1	6.3

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2024年6月30日時点）

担当者を置く、検討チームを立ち上げる等体制を整えている：44.5%

医師の働き方に問題はなく取り組む予定はない：14.0%

今後、取り組む予定である：3.8%

その他：0.8%

医師の働き方を変えていく具体的な取組①

➡ 医師の働き方を変えていく具体的な取組に着手している病院が回答

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	医師事務作業 補助者の配置		タスク・シフトの 実施		特定行為研修修了 看護師の配置		労働時間に該当 しない自己研鑽の 区分けの明確化	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	220	207	94.1	169	76.8	135	61.4	125	56.8
一般病院	210	198	94.3	162	77.1	134	63.8	122	58.1
99床以下	32	20	62.5	17	53.1	5	15.6	3	9.4
100床台	38	38	100.0	26	68.4	21	55.3	9	23.7
200床台	28	28	100.0	19	67.9	15	53.6	18	64.3
300床台	43	43	100.0	38	88.4	32	74.4	34	79.1
400床台	25	25	100.0	21	84.0	21	84.0	17	68.0
500床以上	44	44	100.0	41	93.2	40	90.9	41	93.2
精神科病院	10	9	90.0	7	70.0	1	10.0	3	30.0

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2025年6月30日時点）

医師事務作業補助者の配置：95.2%

タスク・シフトの実施：70.7%

特定行為研修修了看護師の配置：63.3%

労働時間に該当しない自己研鑽の区分けの明確化：57.8%

医師の働き方を変えていく具体的な取組②

➔ 医師の働き方を変えていく具体的な取組に着手している病院が回答

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	宿日直の体制や 分担の見直し		病状説明の勤務時間内 の実施に関する患者・ 家族への周知徹底		会議の勤務時間内の 実施や時間の短縮化		主治医制の見直し	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	220	108	49.1	102	46.4	100	45.5	80	36.4
一般病院	210	105	50.0	100	47.6	98	46.7	80	38.1
99床以下	32	14	43.8	7	21.9	9	28.1	5	15.6
100床台	38	13	34.2	8	21.1	14	36.8	7	18.4
200床台	28	13	46.4	15	53.6	11	39.3	7	25.0
300床台	43	23	53.5	21	48.8	19	44.2	15	34.9
400床台	25	11	44.0	14	56.0	14	56.0	10	40.0
500床以上	44	31	70.5	35	79.5	31	70.5	36	81.8
精神科病院	10	3	30.0	2	20.0	2	20.0	0	0.0

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2025年6月30日時点）

宿日直の体制や分担の見直し：44.9%

病状説明の勤務時間内の実施に関する患者・家族への周知徹底：42.9%

会議の勤務時間内の実施や時間の短縮化：38.1%

主治医制の見直し：36.7%

医師の働き方を変えていく具体的な取組③

➔ 医師の働き方を変えていく具体的な取組に着手している病院が回答

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	ICTを活用した 業務の見直し		診療所との連携		変形労働時間制の導入		シフト制の導入	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	220	112	50.9	78	35.5	35	15.9	22	10.0
一般病院	210	110	52.4	78	37.1	35	16.7	22	10.5
99床以下	32	7	21.9	7	21.9	0	0.0	0	0.0
100床台	38	17	44.7	4	10.5	5	13.2	1	2.6
200床台	28	14	50.0	5	17.9	4	14.3	0	0.0
300床台	43	24	55.8	22	51.2	4	9.3	5	11.6
400床台	25	15	60.0	15	60.0	5	20.0	4	16.0
500床以上	44	33	75.0	25	56.8	17	38.6	12	27.3
精神科病院	10	2	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2025年6月30日時点）

ICTを活用した業務の見直し：26.5%

診療所との連携：25.2%

変形労働時間制の導入：17.7%

シフト制の導入：13.6%

医師の働き方を変えていく具体的な取組④

➡ 医師の働き方を変えていく具体的な取組に着手している病院が回答

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	土日祝日の当番医 のみでの対応の徹底		完全休日の設定		フレックス タイム制の導入		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	220	26	11.8	36	16.4	12	5.5	10	4.5
一般病院	210	25	11.9	36	17.1	12	5.7	9	4.3
99床以下	32	6	18.8	10	31.3	1	3.1	3	9.4
100床台	38	3	7.9	9	23.7	1	2.6	2	5.3
200床台	28	0	0.0	1	3.6	2	7.1	1	3.6
300床台	43	3	7.0	4	9.3	2	4.7	2	4.7
400床台	25	2	8.0	4	16.0	2	8.0	0	0.0
500床以上	44	11	25.0	8	18.2	4	9.1	1	2.3
精神科病院	10	1	10.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2025年6月30日時点）

土日祝日の当番医のみでの対応の徹底：9.5%

完全休日の設定：8.8%

フレックスタイム制の導入：0.7%

その他：4.8%

その他の内容

- ・ 時差勤務の導入など

その他の職種へのタスク・シフトの実施①

➡ 医師事務作業補助者、特定行為看護師以外の職種にタスク・シフトを実施している病院が対象

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	看護師		薬剤師		臨床検査技師		診療放射線技師	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	169	154	91.1	137	81.1	123	72.8	125	74.0
一般病院	162	148	91.4	132	81.5	121	74.7	122	75.3
99床以下	17	16	94.1	13	76.5	7	41.2	7	41.2
100床台	26	21	80.8	18	69.2	15	57.7	16	61.5
200床台	19	19	100.0	18	94.7	16	84.2	17	89.5
300床台	38	33	86.8	31	81.6	32	84.2	32	84.2
400床台	21	21	100.0	17	81.0	17	81.0	17	81.0
500床以上	41	38	92.7	35	85.4	34	82.9	33	80.5
精神科病院	7	6	85.7	5	71.4	2	28.6	3	42.9

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2025年6月30日時点）

看護師：83.7%

薬剤師：80.8%

臨床検査技師：74.0%

診療放射線技師：72.1%

その他の職種へのタスク・シフトの実施②

➡ 医師事務作業補助者、特定行為看護師以外の職種にタスク・シフトを実施している病院が対象

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	臨床工学技士		理学療法士		作業療法士		助産師	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	169	120	71.0	95	56.2	94	55.6	61	36.1
一般病院	162	120	74.1	95	58.6	91	56.2	61	37.7
99床以下	17	3	17.6	8	47.1	5	29.4	0	0.0
100床台	26	12	46.2	11	42.3	10	38.5	2	7.7
200床台	19	16	84.2	12	63.2	12	63.2	5	26.3
300床台	38	32	84.2	22	57.9	22	57.9	14	36.8
400床台	21	19	90.5	13	61.9	13	61.9	11	52.4
500床以上	41	38	92.7	29	70.7	29	70.7	29	70.7
精神科病院	7	0	0.0	0	0.0	3	42.9	0	0.0

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2025年6月30日時点）

臨床工学技士：70.2%

理学療法士：43.3%

作業療法士：43.3%

助産師：41.3%

その他の職種へのタスク・シフトの実施③

➡ 医師事務作業補助者、特定行為看護師以外の職種にタスク・シフトを実施している病院が対象

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	言語聴覚士		視能訓練士		救急救命士	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	169	77	45.6	35	20.7	23	13.6
一般病院	162	77	47.5	35	21.6	23	14.2
99床以下	17	1	5.9	0	0.0	0	0.0
100床台	26	7	26.9	5	19.2	0	0.0
200床台	19	11	57.9	4	21.1	1	5.3
300床台	38	19	50.0	9	23.7	1	2.6
400床台	21	11	52.4	7	33.3	5	23.8
500床以上	41	28	68.3	10	24.4	16	39.0
精神科病院	7	0	0.0	0	0.0	0	0.0

【参考】既報の調査結果（全自病協調査：回答率27.9%、2025年6月30日時点）

言語聴覚士：38.5%

視能訓練士：13.5%

救命救急士：11.5%

ICTを活用した業務の見直しを実施していない理由

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	システム導入、運用には膨大な費用がかかるため。
99床以下	利用者がいるか不透明なため。
99床以下	紙カルテを使用しており、ICTを活用できていないため。
100床台	ICT化に必要な財源が不足しているため。
100床台	ICTについては、大きな費用負担が生じるものが多いため、医師の働き方改革だけでなく、患者さんの利便性向上や病院の経営改善等も踏まえたうえで導入すべきであるため。
100床台	ICT機器導入費用や機器保守料の財源確保が困難であるため。
100床台	システム管理部門の体制構築が不十分であるため。
200床台	財政状況のため。必要な予算を確保することが難しいため。
200床台	病院経営が赤字のため、経費を捻出できない。
300床台	予算の確保が困難なため。
300床台	画期的・魅力的なツールの情報が少ないため。
500床以上	収支状況悪化のため、導入のための予算措置が難しい。
500床以上	予算との兼ね合い、導入にあたっての準備不足。
精神科病院	I C T活用による業務見直し未検討、予算確保が困難。
精神科病院	システムに対応する専門知識のある専従職員がいないため、どのような機器があるか等の情報収集や採用可否の判断が困難。
精神科病院	具体的な効果が明確でないため。

検討されている内容

- AI問診・AI電話等の導入（400床台）
- 胸部X線画像診断補助（400床台）
- AI文書作成支援による会話からの看護記録支援の導入（400床台） など

医師の働き方改革への取組みにより、ICUの減算等、病院経営への影響があるか (令和6年度決算を踏まえて)

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	影響がある		影響はない	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	310	74	23.9	236	76.1
一般病院	294	74	25.2	220	74.8
99床以下	72	2	2.8	70	97.2
100床台	66	13	19.7	53	80.3
200床台	36	13	36.1	23	63.9
300床台	45	14	31.1	31	68.9
400床台	27	9	33.3	18	66.7
500床以上	48	23	47.9	25	52.1
精神科病院	16	0	0.0	16	100.0

病院経営への具体的な影響（令和6年度決算を踏まえて）

対象期間：2025年6月30日時点

➡医師の働き方改革への取組みにより、ICUの減算等、病院経営への影響があると回答した病院が対象

※ 一般病院のみ

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	医師事務作業補助者 等の配置により費用 が増加した		タスクシフト を行った		ICT機器等の導入 により費用が増加した		診療体制の縮小 により収入が減少した		施設基準を 満たすため 医師の採用を行った		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	74	33	44.6	32	43.2	16	21.6	11	14.9	8	10.8	25	33.8
一般病院	74	33	44.6	32	43.2	16	21.6	11	14.9	8	10.8	25	33.8
99床以下	2	2	100.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
100床台	13	9	69.2	7	53.8	5	38.5	4	30.8	0	0.0	2	15.4
200床台	13	7	53.8	8	61.5	5	38.5	1	7.7	2	15.4	4	30.8
300床台	14	5	35.7	6	42.9	2	14.3	1	7.1	1	7.1	3	21.4
400床台	9	2	22.2	3	33.3	1	11.1	0	0.0	0	0.0	5	55.6
500床以上	23	8	34.8	8	34.8	3	13.0	4	17.4	5	21.7	11	47.8

その他の内容

- ・ 非常勤医師報酬の日当直業務増額。
- ・ 特定集中治療室管理料が宿日直を兼ねることが出来ないこととなり、新設された5・6へ変更したが、点数が下がり、設備費・人件費等に見合う収入が得られなくなった。 など

医師の働き方改革実施により施設基準に変更はあるか

対象期間：2025年6月30日時点

【種類・病床規模別】	回答 病院数	ある		ない		
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	
全体	316	29	9.2	287	90.8	
一般病院	300	29	9.7	271	90.3	
99床以下	75	0	0.0	75	100.0	
100床台	68	2	2.9	66	97.1	
200床台	35	3	8.6	32	91.4	
300床台	46	5	10.9	41	89.1	
400床台	28	7	25.0	21	75.0	
500床以上	48	12	25.0	36	75.0	
精神科病院	16	0	0.0	16	100.0	

施設基準の変更に伴い、届け出変更の必要があった入院料

対象期間：2025年6月30日時点

➡医師の働き方改革実施により施設基準に変更があった前掲29病院が対象

※ 一般病院のみ

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答件数	A300 救命救急入院料		A301 特定集中治療室 管理料		A301-4 小児 特定集中治療室管理料		A302 新生児 特定集中治療室管理料		A303 総合周産期 特定集中治療室管理料	
		(件数)	(%)	(件数)	(%)	(件数)	(%)	(件数)	(%)	(件数)	(%)
全体	30	4	13.3	18	60.0	2	6.7	5	16.7	1	3.3
一般病院	30	4	13.3	18	60.0	2	6.7	5	16.7	1	3.3
99床以下	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
100床台	2	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0
200床台	4	0	0.0	2	50.0	0	0.0	2	50.0	0	0.0
300床台	5	1	20.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
400床台	7	1	14.3	4	57.1	1	14.3	0	0.0	1	14.3
500床以上	12	2	16.7	7	58.3	1	8.3	2	16.7	0	0.0

参考意見

- 専任医師が宿日直ではない要件を満たせず、新生児特定集中治療室管理料を算定できなくなった など

医師の働き方改革に関し苦慮している点

対象期間：2025年6月30日時点

(複数回答)

【種類・病床規模別】	回答 病院数	代償休息の付与に関 し苦慮している		医師の時間外労働 が、規程の時間内に 収めるよう付度が行 われるなど、形骸化 している		面接指導が必要な医 師の日程調整に苦慮 している		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	144	76	52.8	35	24.3	65	45.1	35	24.3
一般病院	139	73	52.5	34	24.5	65	46.8	34	24.5
99床以下	16	8	50.0	1	6.3	0	0.0	8	50.0
100床台	19	9	47.4	3	15.8	2	10.5	6	31.6
200床台	15	7	46.7	5	33.3	8	53.3	2	13.3
300床台	28	15	53.6	5	17.9	12	42.9	6	21.4
400床台	19	9	47.4	5	26.3	11	57.9	3	15.8
500床以上	42	25	59.5	15	35.7	32	76.2	9	21.4
精神科病院	5	3	60.0	1	20.0	0	0.0	1	20.0

【その他の例】

- ・勤怠管理システムの管理・給与連携等で事務職員の業務量が大幅に増加した。
- ・時間外申請が上限に近い医師もいるため、突発的な災害が発生した場合は、時間内に収めることが厳しいということが見込まれる。

医師の働き方改革に関し、効果を得られた実践事例

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	看護師、薬剤師、理学療法士などにタスクシフトを行い、医師が専門的な業務に集中できるようにしている。
99床以下	医師事務作業補助者の配置により、医師の書類作成などの診療外業務を軽減できた。
100床台	薬剤師による薬剤処方内容の問い合わせの対応。医師事務作業補助者の導入。
100床台	日当直の人員として、労働時間の規制に左右されないフリーランスの医師と契約し、常勤医師の負担を軽減している。
200床台	フレックスタイム制を導入した診療科では、当直入りの日や当直明けの日は勤務に入らないなどの工夫で時間外の削減ができた。
200床台	完全紹介予約制の導入、オペ日以外のカンファレンスの中止（整形外科）
200床台	特に特定行為研修の修了者によるタスクシフトは、直接的に医師が行ってきた業務を補完できるものであり、医師からの評判が高い。
300床台	他職種からのタスクシフト、病児保育所の利用
500床以上	勤怠管理システムの更新（打刻機の増設含む）、医師事務作業補助者の増員。タスクシフトの推進。
500床以上	緩和ケア病棟の死亡確認を当直医師が代行するようにしたため、緩和ケア病棟専従医の負担が軽減した。休みをとりやすくなった（ただし他の医師への負担が増えている可能性あり）。
500床以上	以前は夜間当直で診療した救急患者の手術や治療行為を翌日そのまま担当した医師が勤務して行っていたが、現在は別の医師に担当を代わり、休めるようにしている。夜間、休日の当番制を徹底したことにより、夜間、休日に担当医が業務のために出勤する回数が減った。1か月毎の各医師の時間外合計勤務時間が把握でき、過剰の労働の削減に繋がる。
500床以上	月途中の時間外勤務実績を把握し、実績が多い所属長に対し、業務分担の見直し、勤務制限の実施、完全休日日の設定等を行い、時間外勤務の減少。
500床以上	小児科の輪番日以外の宿直許可の取得
500床以上	<ul style="list-style-type: none"> ・当直明けは外来や外勤担当を外し、フリーとするように調整 ・若手医師に負担が集約しないよう、以前は当直をしていない学年の医師にも当直に協力してもらうよう調整 ・勤務表を予め3ヶ月分作成することで、勤務の均等配分と勤務外の予定をたてやすいように工夫 ・慣例となっていた休日出勤を禁止 ・複数主治医制やチーム診療制の導入 ・カンファレンスの見直し（短時間・複数回・メールでの共有やオンラインでの実施） ・教授回診の見直し（同行スタッフの選定、対象患者の選定） ・医師事務作業補助者へのタスクシフト
500床以上	勤怠管理システムを導入したことにより、リアルタイムでの勤務状況把握が可能となり、面接指導対象医師の抽出や、年間労働時間の把握等が容易となった。
精神科病院	医局秘書と文書担当者による診断書等書類作成補助。

会員病院の医師の働き方改革に対する国等への要望①

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	経営的に厳しい状況下で、人材を確保するための予算の確保が難しい。例えば、医師住宅の確保や執務室の改修など、係る経費への支援をお願いしたい。
100床台	若手医師の地方勤務インセンティブの付与の充実や勤怠管理システム導入費用の補助など。
200床台	面接指導の実施に関し、施設長も面接指導実施医師となることの容認（面接指導実施医師人数確保のため）。面接指導実施時期、実施回数の緩和（100時間到達前実施、毎月実施）※受ける側も負担となっている
200床台	宿日直許可基準の緩和（許可対象となる宿日直中に従事する業務の拡大、宿日直の回数制限の拡大）。
300床台	地域医療体制確保加算を算定している場合に医師の勤務時間短縮計画の提出が義務化されたが、A水準の医療機関であってもそれ以外の水準の医療機関と同じ内容の計画書を作成することに違和感を感じる。
300床台	現状の当院（当機構）の労務規定と齟齬が出る場合があり、そこへの対応が遅れていることが課題。諸々の管理のための事務作業が増え、医師自身もそれ以外の職種も全体的に負担が増えている。
400床台	医師の働き方改革を実施していくにあたり、医師及び多職種の人員の増加が必要となってくるため、診療報酬の増額を要望する。
500床以上	医育大学からの医師派遣により運営しており、大学医局の事情により医師派遣人数が減少している中、診療科によっては少数人数での診療を強いられ、救急を担いながら勤務間インターバルなどを確実に実施することは厳しい状況となっている。
500床以上	働き方改革を進めるには、医療人材の不足の深刻化と、人員増以前に病院存続が懸念される厳しい経営環境が課題。賃金・物価上昇に対応できる診療報酬改定並びに人員配置要件の強化傾向の緩和を希望する。
500床以上	医師の絶対数の確保のためにも、診療報酬の引き上げや地方交付税の拡充をお願いしたい。
500床以上	宿直許可取得の病院を除く、特定の病院に救急が集中することに対する対応。
500床以上	<ul style="list-style-type: none"> ・不当に働かされているわけではなくやりがいをもって自分のペースで働いていれば、過重労働ではなく負担でもない。一律働き方改革を押し付けられることは不当である。 ・これまで医師が過重労働になっていた本質的な問題を解決せずに、形式だけ整えようとする方向性には無理がある。診療、教育、研究それぞれで今まで以上の質と量が要求されるようになり、働き方改革の皺寄せは研究に顕著に現れている。また本来十分なトレーニングが必要な若手医師が非常に甘い環境になっており、すでに臨床力の低下を現場で感じている。 ・働き方改革で早くに帰宅すること・休むことが正当化され、研究しなくていい雰囲気になっており、明らかに下の学年になるほど研究力は落ちている状況となっている。日本だけの制度を強力で推進するあまり、世界との競争から取り残されるのではないかと危惧している。 ・結果的に以前より労働環境が悪化し、後輩の教育にも研究にも時間が割けない。後輩が育たず、ひたすらフォローに追われている状況である。 ・時間制限は重要だが、そうすることによって、医療の質なども担保していくには今後どこを改善していくなど、次の展開を示していただきたい。 ・国が主導となり、救急車の有料化を全国展開してほしい。
精神科病院	常勤医師が不足している中、宿日直許可を申請しても「1人の従事回数 宿直は週1回、日直は月1回」の基準を遵守することが困難。

会員病院の医師の働き方改革に対する国等への要望②

対象期間：2025年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	タスクシフトや労働時間短縮による医療の質・量への影響に配慮し、必要な人員配置やシステム投資への財政的な支援の強化をお願いしたい。
100床台	若手医師からは健康的に勤務できる労働環境を求める意見が多い。
300床台	特に若年世代においては、経験値を積みたいという意識がある医師も多いため、単純に時間で縛るのはどうかと思う。
300床台	健康的に長く働くためのものと認識している。 そのためには、宿日直許可の有無に関わらず、宿直明けについてはすべての医師が業務を行ってはいけないことをルール化してほしい。（夜間の緊急呼び出しによる救急診療対応や手術対応については、緊急対応のためやむを得ないと考えている）
300床台	通常診療の終了した勤務時間外に退院サマリや紹介状等の文書作成業務を行う必要から、時間外勤務が増加する傾向にあるため、医師事務作業補助者による文書作成業務の代行やAIの導入等、文書作成業務の負担が軽減されることにより、時間外勤務を縮減することができると思う。
400床台	医師の偏在の解消など、地方の医療機関に対する医師確保対策が必要。
500床以上	医師業務専念のためタスクシフト/シェアを更に推進する。そのためにはコメディカルを大幅な増員が必要であるが、特に公的な大学病院においては人件費の確保や、AIなどのテクノロジーや新たな機器の導入財源の確保が難しいため、公的補助が必要である。
500床以上	<ul style="list-style-type: none"> 診療科間の仕事の量に差がありすぎるため平準化が必要である。専攻医を含めた全国的なシーリング政策の必要性を感じる。 主治医制度を無くしチームで診察にあたることにより、欠員があっても診療を続けられる体制を維持できる。 医療の質を保ちつつ時間を減らすのは難しいが、実際に忙しい部署、診療科のサポートを密にする人事体制を構築する。 医師の業務時間減少のため、クラークなど、コメディカルスタッフの拡充を行う。 特定機能病院としての機能を明確化し、大学病院で診療する患者の基準を、患者側にも理解していただく必要がある。大学病院での高度な医療が必要ではない患者は、急性期が終了すれば周囲の病院への転院を確実に進められるように患者への周知を強化する。
500床以上	人材が不足することが予想される診療科への若手医師の定着支援が必要。