2026年11月18日　公表

2026年11月18日版

令和8年度　医師の働き方改革に関するアンケート結果

公益社団法人 全国自治体病院協議会
JMHA JAPAN MUNICIPAL HOSPITAL ASSOCIATION

調査ならびに回答病院の概要

【 調査実施期間 】2026年7月14日～7月31日

【 調査対象期間 】2026年6月30日時点

【 調査対象 】834病院

【 有効回答 】321病院（38.5%）

【 地域別 】	会員病院数	回答病院数	回答率（%）
全　体	**834**	**321**	**38.5**
北海道	81	30	37.0
東北	129	39	30.2
関東	154	63	40.9
北陸・信越	83	36	43.4
近畿・東海	173	77	44.5
中国・四国	119	44	37.0
九州	95	32	33.7

【 種類・病床規模別 】	会員病院数	回答病院数	回答率（%）
全　体	**834**	**321**	**38.5**
一般病院	794	307	38.7
99床以下	256	62	24.2
100床台	195	67	34.4
200床台	79	30	38.0
300床台	111	56	50.5
400床台	68	42	61.8
500床以上	85	50	58.8
精神科病院	40	14	35.0

留意事項

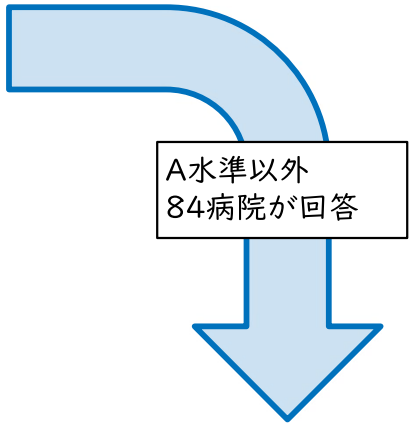
① 設問により無回答があるため回答病院数が異なっている
② 表示されている桁以下を四捨五入しているため合計が100%にならない場合がある
③ 複数回答可の設問においては、%の合計が100%を超える場合がある

2025年4月以降の水準

➡2025年4月以降に適用された水準を回答

対象期間：2026年6月30日時点

【 種類・病床規模別 】	回答病院数	A水準のみ		A水準以外	
		（病院）	（%）	（病院）	（%）
全　　体	**321**	**237**	**73.8**	**84**	**26.2**
一般病院	307	224	73.0	83	27.0
99床以下	62	62	100.0	0	-
100床台	67	66	98.5	1	1.5
200床台	30	22	73.3	8	26.7
300床台	56	39	69.6	17	30.4
400床台	42	21	50.0	21	50.0
500床以上	50	14	28.0	36	72.0
精神科病院	14	13	92.9	1	7.1



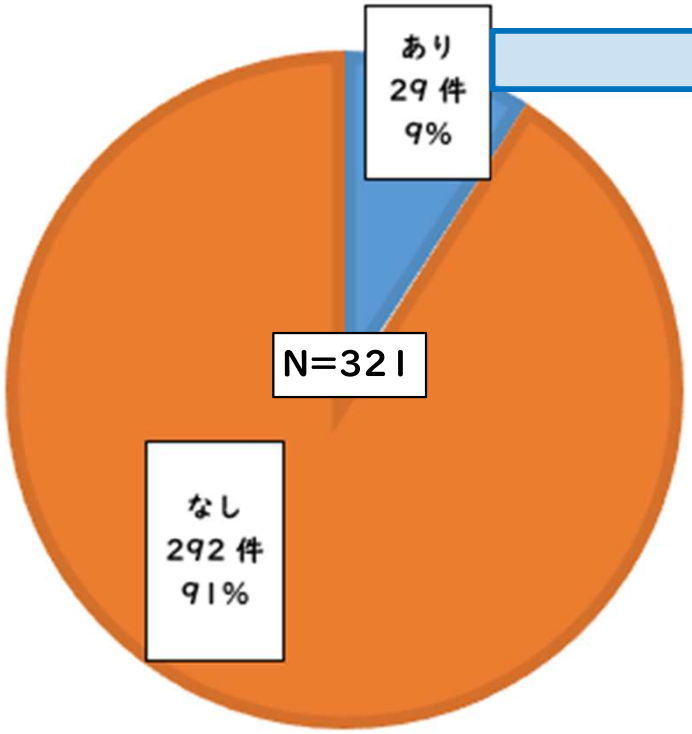
（複数回答）

【 種類・病床規模別 】	B水準		連携B水準		C-1水準		C-2水準	
	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）
全　　体	**84**	**100.0**	**8**	**9.5**	**20**	**23.8**	**1**	**1.2**
一般病院	83	100.0	8	9.6	20	24.1	1	1.2
99床以下	0	-	0	-	0	-	0	-
100床台	1	100.0	0	-	0	-	0	-
200床台	8	100.0	0	-	0	-	0	-
300床台	17	100.0	1	5.9	5	29.4	1	5.9
400床台	21	100.0	1	4.8	4	19.0	0	-
500床以上	36	100.0	6	16.7	11	30.6	0	-
精神科病院	1	100.0	0	-	0	-	0	-

施行前と比較した医療提供体制への影響

対象期間：2026年6月30日時点

➡医師の働き方改革施行に伴い、施行前と比較した医療提供体制への影響について回答



医師の働き方改革施行に伴い、
施行前と比較した医療提供体制への影響
「あり」の29病院が回答

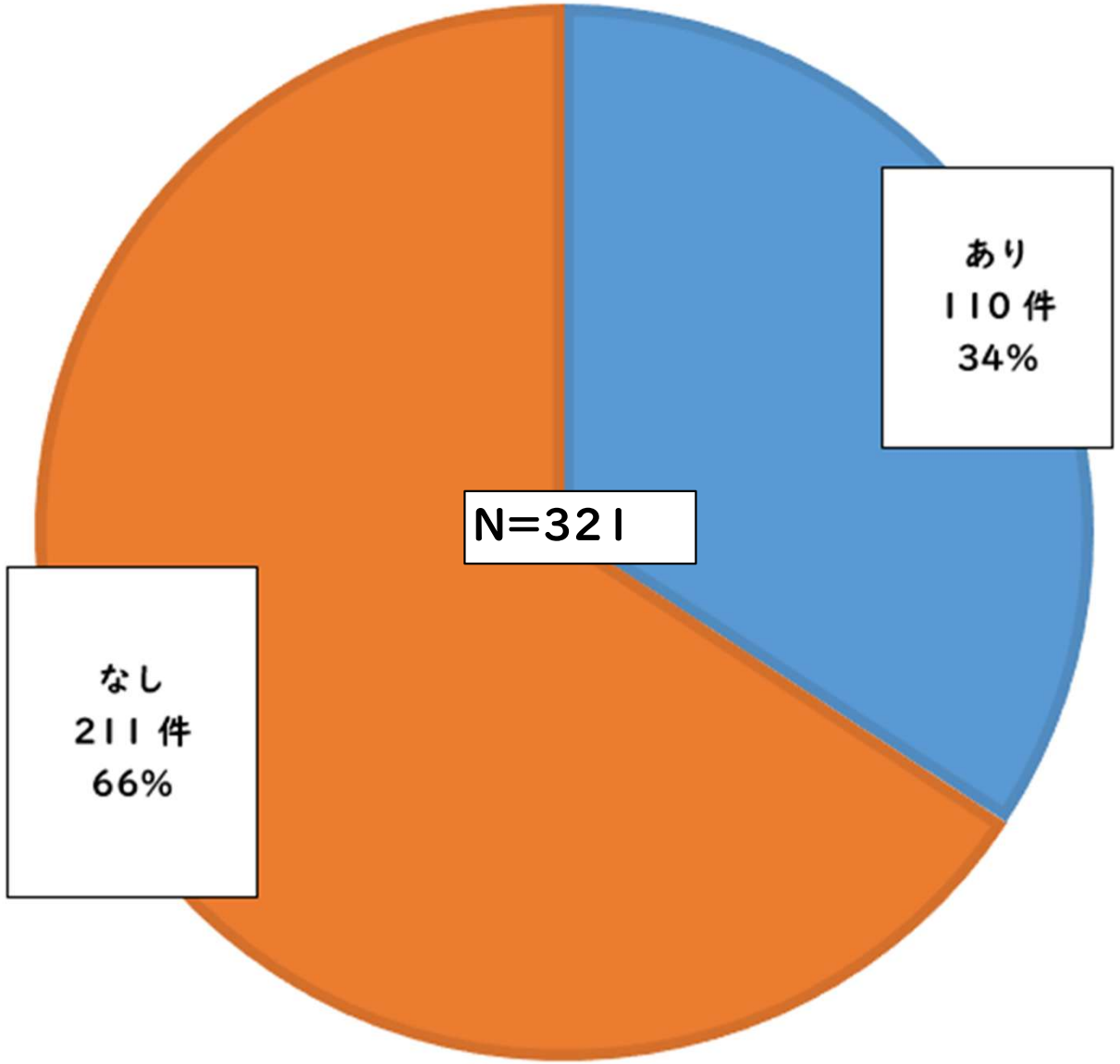
（複数回答）

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）		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	
（病院）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）
29	18	62.1	4	13.8	4	13.8	2	6.9	5	17.2

病院経営への影響①

対象期間：2026年6月30日時点

➡医師の働き方改革施行に伴い、施行前と比較した医師の働き方改革施行に伴う病院経営への影響について回答



病院経営への影響②

➡前掲、医師の働き方改革施行に伴う病院経営への影響が「あり」の病院が回答

対象期間：2026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）	医療DXの導入に費用を要している（病院）	（%）	他職種の増員を行った（病院）	（%）	派遣医師の増員により費用が増加した（病院）	（%）	時間外手当が減少した（病院）	（%）
全　体	**110**	**45**	**40.9**	**39**	**35.5**	**39**	**35.5**	**28**	**25.5**
一般病院	108	45	41.7	38	35.2	38	35.2	27	25.0
99床以下	11	1	9.1	2	18.2	6	54.5	1	9.1
100床台	21	5	23.8	4	19.0	6	28.6	6	28.6
200床台	14	7	50.0	4	28.6	4	28.6	4	28.6
300床台	22	6	27.3	7	31.8	8	36.4	8	36.4
400床台	14	11	78.6	10	71.4	6	42.9	2	14.3
500床以上	26	15	57.7	11	42.3	8	30.8	6	23.1
精神科病院	2	0	-	1	50.0	1	50.0	1	50.0

【種類・病床規模別】	回答病院数（病院）	医師の増員を行った（病院）	（%）	収益が減少した（病院）	（%）	医師の引上げにより常勤医師数が減少した（病院）	（%）	医師一人当たりの労働生産性が向上した（病院）	（%）
全　体	**110**	**20**	**18.2**	**19**	**17.3**	**8**	**7.3**	**5**	**4.5**
一般病院	108	20	18.5	19	17.6	8	7.4	5	4.6
99床以下	11	0	-	1	9.1	0	-	0	-
100床台	21	1	4.8	4	19.0	2	9.5	1	4.8
200床台	14	2	14.3	3	21.4	1	7.1	1	7.1
300床台	22	7	31.8	5	22.7	3	13.6	0	-
400床台	14	4	28.6	3	21.4	2	14.3	2	14.3
500床以上	26	6	23.1	3	11.5	0	-	1	3.8
精神科病院	2	0	-	0	-	0	-	0	-

労働時間の把握にあたっての課題

対象期間：2026年6月30日時点

➡適切な医師の労働時間の把握にあたっての課題を回答

（複数回答）

【種類・病床規模別】	回答病院数（病院）	医師は研鑽のために、時間外労働との乖離が他の職種に比べ多いため、適切な把握が難しい（病院）	（%）	時間外勤務の申請漏れや誤りが多く、事務局による確認や調整に係る事務負担が大きい（病院）	（%）	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ている（病院）	（%）	兼業先での退勤時間が本人からの申請のみとなっている（病院）	（%）
全　体	**321**	**135**	**42.1**	**124**	**38.6**	**84**	**26.2**	**79**	**24.6**
一般病院	307	131	42.7	117	38.1	83	27.0	77	25.1
99床以下	62	19	30.6	7	11.3	0	-	9	14.5
100床台	67	29	43.3	17	25.4	4	6.0	15	22.4
200床台	30	14	46.7	12	40.0	6	20.0	7	23.3
300床台	56	24	42.9	23	41.1	15	26.8	16	28.6
400床台	42	24	57.1	26	61.9	25	59.5	9	21.4
500床以上	50	21	42.0	32	64.0	33	66.0	21	42.0
精神科病院	14	4	28.6	7	50.0	1	7.1	2	14.3

【種類・病床規模別】	回答病院数（病院）	大学等からの派遣医師については書面による自己申告となっており、客観的な記録による管理ができない（病院）	（%）	労働者側における制度の理解不足とそのための周知（病院）	（%）	医師本人が兼業先の業務が労働時間として把握できていない（病院）	（%）
全　体	**321**	**68**	**21.2**	**69**	**21.5**	**18**	**5.6**
一般病院	307	67	21.8	64	20.8	18	5.9
99床以下	62	6	9.7	9	14.5	2	3.2
100床台	67	14	20.9	4	6.0	1	1.5
200床台	30	10	33.3	3	10.0	1	3.3
300床台	56	16	28.6	15	26.8	5	8.9
400床台	42	9	21.4	13	31.0	3	7.1
500床以上	50	12	24.0	20	40.0	6	12.0
精神科病院	14	1	7.1	5	35.7	0	-

時間外労働時間数が年960時間超となる主な原因・課題

➡時間外労働時間数が年960時間超となる主な原因・課題を回答

対象期間：2026年6月30日時点

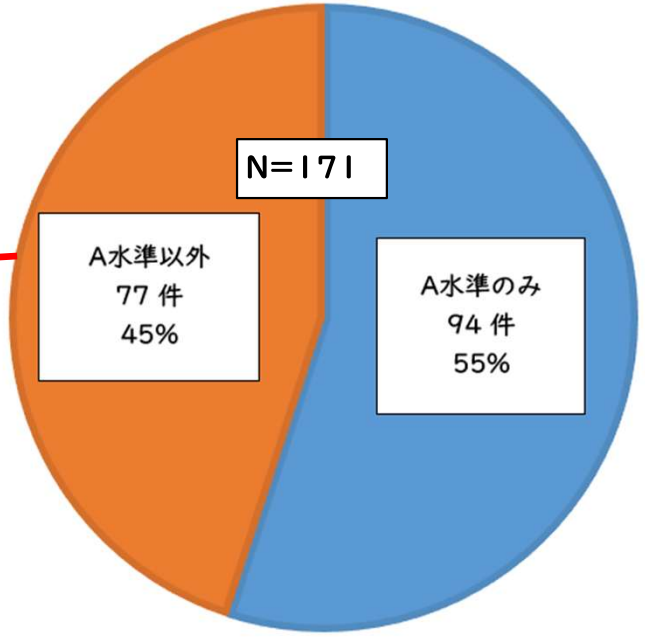
（複数回答）

【種類・病床規模別】	回答病院数（病院）	特定の医師に業務が集中している（病院）	（%）	医師の少ない診療科がある（病院）	（%）	医師数が不足しており、医師1人あたりの時間外における診療や救急対応が多い（病院）	（%）	医師の力量や勤務時間に関する個人の意識の問題（病院）	（%）	宿日直許可取得要件を満たせず休日夜間帯が労働時間となっている（病院）	（%）	関連病院への医師派遣の兼業労働時間が含まれるため（病院）	（%）
全　体	**171**	**77**	**45.0**	**77**	**45.0**	**70**	**40.9**	**51**	**29.8**	**44**	**25.7**	**7**	**4.1**
一般病院	165	76	46.1	77	46.7	70	42.4	50	30.3	44	26.7	7	4.2
99床以下	19	3	15.8	1	5.3	5	26.3	2	10.5	2	10.5	0	-
100床台	20	10	50.0	9	45.0	7	35.0	4	20.0	0	-	0	-
200床台	16	6	37.5	9	56.3	6	37.5	4	25.0	4	25.0	0	-
300床台	32	16	50.0	12	37.5	13	40.6	12	37.5	8	25.0	2	6.3
400床台	33	19	57.6	23	69.7	15	45.5	11	33.3	13	39.4	3	9.1
500床以上	45	22	48.9	23	51.1	24	53.3	17	37.8	17	37.8	2	4.4
精神科病院	6	1	16.7	0	-	0	-	1	16.7	0	-	0	-

➡上記、水準の割合（一部再掲）

【種類・病床規模別】

	回答病院数（病院）
全　体	**171**
一般病院	165
99床以下	19
100床台	20
200床台	16
300床台	32
400床台	33
500床以上	45
精神科病院	6



医師の働き方を変えていく取り組みについて

➡医師の働き方を変えていく取り組みについて回答

対象期間：2026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		他職種へのタスクシフト		ICTを活用した業務の見直し（情報共有ツールの導入、AI問診、音声入力等診療補助機器の導入等）		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		カンファレンスの勤務時間内の実施やカンファレンス時間の短縮化		宿日直の体制や分担の見直し（各科当直の見直し、オンコールの併用、宿日直を担う医師の対象範囲の拡大）	
	（病院）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）
全　体	**321**	**246**	**76.6**	**229**	**71.3**	**214**	**66.7**	**172**	**53.6**	**131**	**40.8**	**124**	**38.6**	**123**	**38.3**
一般病院	307	238	77.5	220	71.7	207	67.4	172	56.0	127	41.4	119	38.8	120	39.1
99床以下	62	25	40.3	17	27.4	25	40.3	8	12.9	6	9.7	12	19.4	22	35.5
100床台	67	53	79.1	39	58.2	39	58.2	27	40.3	15	22.4	20	29.9	16	23.9
200床台	30	26	86.7	25	83.3	21	70.0	21	70.0	13	43.3	9	30.0	12	40.0
300床台	56	46	82.1	50	89.3	43	76.8	36	64.3	34	60.7	21	37.5	20	35.7
400床台	42	41	97.6	42	100.0	37	88.1	37	88.1	26	61.9	25	59.5	22	52.4
500床以上	50	47	94.0	47	94.0	42	84.0	43	86.0	33	66.0	32	64.0	28	56.0
精神科病院	14	8	57.1	9	64.3	7	50.0	0	-	4	28.6	5	35.7	3	21.4

【種類・病床規模別】	回答病院数	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		主治医制の見直し（複数主治医制、主治医チーム制の導入）		診療所との連携（紹介・逆紹介の活性化、診療所の開所日・時間拡大による救急対応の分散、開業医師による病院外来支援等）		土日祝日の当番医のみでの対応の徹底		シフト制の導入		完全休日（オンコール含め業務対応が一切ない日）の設定		フレックスタイム制の導入	
	（病院）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）
全　体	**321**	**106**	**33.0**	**101**	**31.5**	**68**	**21.2**	**44**	**13.7**	**28**	**8.7**	**27**	**8.4**	**16**	**5.0**
一般病院	307	104	33.9	99	32.2	67	21.8	43	14.0	28	9.1	25	8.1	16	5.2
99床以下	62	6	9.7	4	6.5	3	4.8	7	11.3	1	1.6	8	12.9	0	-
100床台	67	9	13.4	11	16.4	6	9.0	4	6.0	2	3.0	2	3.0	3	4.5
200床台	30	12	40.0	8	26.7	8	26.7	5	16.7	2	6.7	3	10.0	2	6.7
300床台	56	22	39.3	19	33.9	16	28.6	7	12.5	3	5.4	3	5.4	4	7.1
400床台	42	24	57.1	23	54.8	10	23.8	9	21.4	8	19.0	6	14.3	2	4.8
500床以上	50	31	62.0	34	68.0	24	48.0	11	22.0	12	24.0	3	6.0	5	10.0
精神科病院	14	2	14.3	2	14.3	1	7.1	1	7.1	0	-	2	14.3	0	-

「ICTを活用した業務の見直し」を実施していない理由

➡前掲、ICTを活用した業務の見直しを行っていない病院が回答

対象期間：2026年6月30日時点

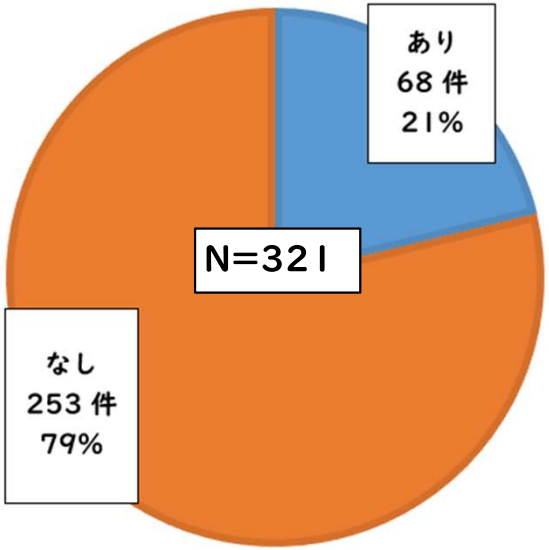
病床規模	回答内容
99床以下	費用対効果が疑問。
99床以下	電子カルテの本格運用を始めたばかりであり、将来的には、生成AIによる文書作成補助やAI音声入力システムの導入等の可能性があるものの、現時点では時期尚早であると捉えている。
99床以下	必要機器が高額となること。特にサーバの高騰は著しい。
99床以下	電子カルテはすでに導入しているが、情報共有システム等の導入はセキュリティ面や予算確保の面から導入が困難である。 また、高齢の患者が多いため、AI問診などは正確に回答できなかったり、補助が必要になったりとデメリットが多いことや、こちらも予算確保の面でも導入が困難である。
100床台	既存の電子カルテとの連動が必要となるため、電子カルテの更新時期に併せて導入を検討しているため。
100床台	建て替え計画があるため。
100床台	予算を確保することが困難なこと、導入事例を近隣で確認してから検討したい。
100床台	オンプレミスだとサーバーの経費がかかるが一方、クラウドだとクライアント証明などが不十分で厚労省などのガイドラインを満たしている安全なソフトがあまりないから。
200床台	当県が規定する情報セキュリティポリシーによりICTに対応できる体制を構築できないため。
200床台	電子カルテのOSが古い。SEの配置がない。
300床台	予算、体制整備、職員研修等の運用基準を取り決めていかなければいけないため。
300床台	電算事業者とコストの折り合いがつかないため。
500床以上	導入費用、維持管理費用が工面できない。費用対効果についても不明。
500床以上	予算の確保が難しい。

医療の質の低下等の懸念①

➡医師の働き方改革施行に伴う、医療の質の低下等の懸念ついて回答

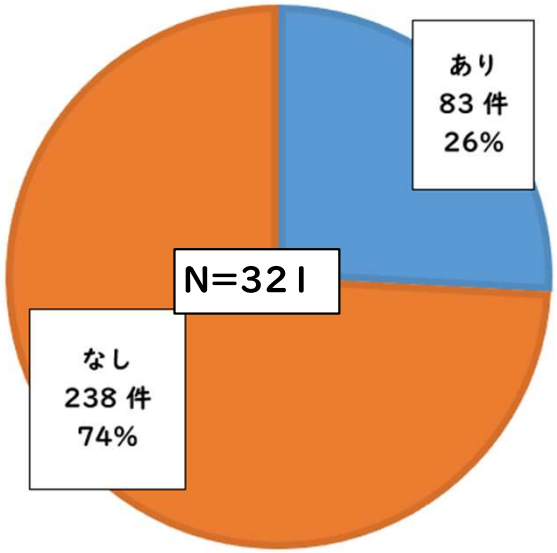
対象期間：2026年6月30日時点

専攻医・臨床研修医以外について



【 種類・病床規模別 】	回答病院数（病院）	懸念がある（病院）	懸念がある（%）	懸念がない（病院）	懸念がない（%）
全　体	321	**68**	**21.2**	**253**	**78.8**
一般病院	307	68	22.1	239	77.9
99床以下	62	5	8.1	57	91.9
100床台	67	11	16.4	56	83.6
200床台	30	8	26.7	22	73.3
300床台	56	17	30.4	39	69.6
400床台	42	10	23.8	32	76.2
500床以上	50	17	34.0	33	66.0
精神科病院	14	0	-	14	100.0

専攻医・臨床研修医について



【 種類・病床規模別 】	回答病院数（病院）	懸念がある（病院）	懸念がある（%）	懸念がない（病院）	懸念がない（%）
全　体	321	**83**	**25.9**	**238**	**74.1**
一般病院	307	83	27.0	224	73.0
99床以下	62	8	12.9	54	87.1
100床台	67	15	22.4	52	77.6
200床台	30	8	26.7	22	73.3
300床台	56	19	33.9	37	66.1
400床台	42	9	21.4	33	78.6
500床以上	50	24	48.0	26	52.0
精神科病院	14	0	-	14	100.0

医療の質の低下等の懸念②

対象期間：2026年6月30日時点

➡前掲、専攻医・臨床研修医以外の医師について、医師の働き方改革施行に伴う、　医療の質の低下等の懸念が「ある」と回答した病院が回答

（複数回答）

【種類・病床規模別】	回答病院数	経験症例の減少・不足の懸念		技能の研鑽の制限の懸念		特定の技能が熟達するまでの時間の長期化		カンファレンス・勉強会等の参加頻度低下の懸念		研究に充てる時間確保の懸念		その他	
	（病院）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）
全　体	**68**	**49**	**72.1**	**44**	**64.7**	**45**	**66.2**	**41**	**60.3**	**38**	**55.9**	**2**	**2.9**
一般病院	68	49	72.1	44	64.7	45	66.2	41	60.3	38	55.9	2	2.9
99床以下	5	2	40.0	1	20.0	2	40.0	4	80.0	1	20.0	0	-
100床台	11	8	72.7	5	45.5	5	45.5	5	45.5	3	27.3	0	-
200床台	8	3	37.5	5	62.5	3	37.5	3	37.5	3	37.5	0	-
300床台	17	13	76.5	12	70.6	15	88.2	11	64.7	10	58.8	0	-
400床台	10	8	80.0	8	80.0	6	60.0	5	50.0	8	80.0	0	-
500床以上	17	15	88.2	13	76.5	14	82.4	13	76.5	13	76.5	2	11.8
精神科病院	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

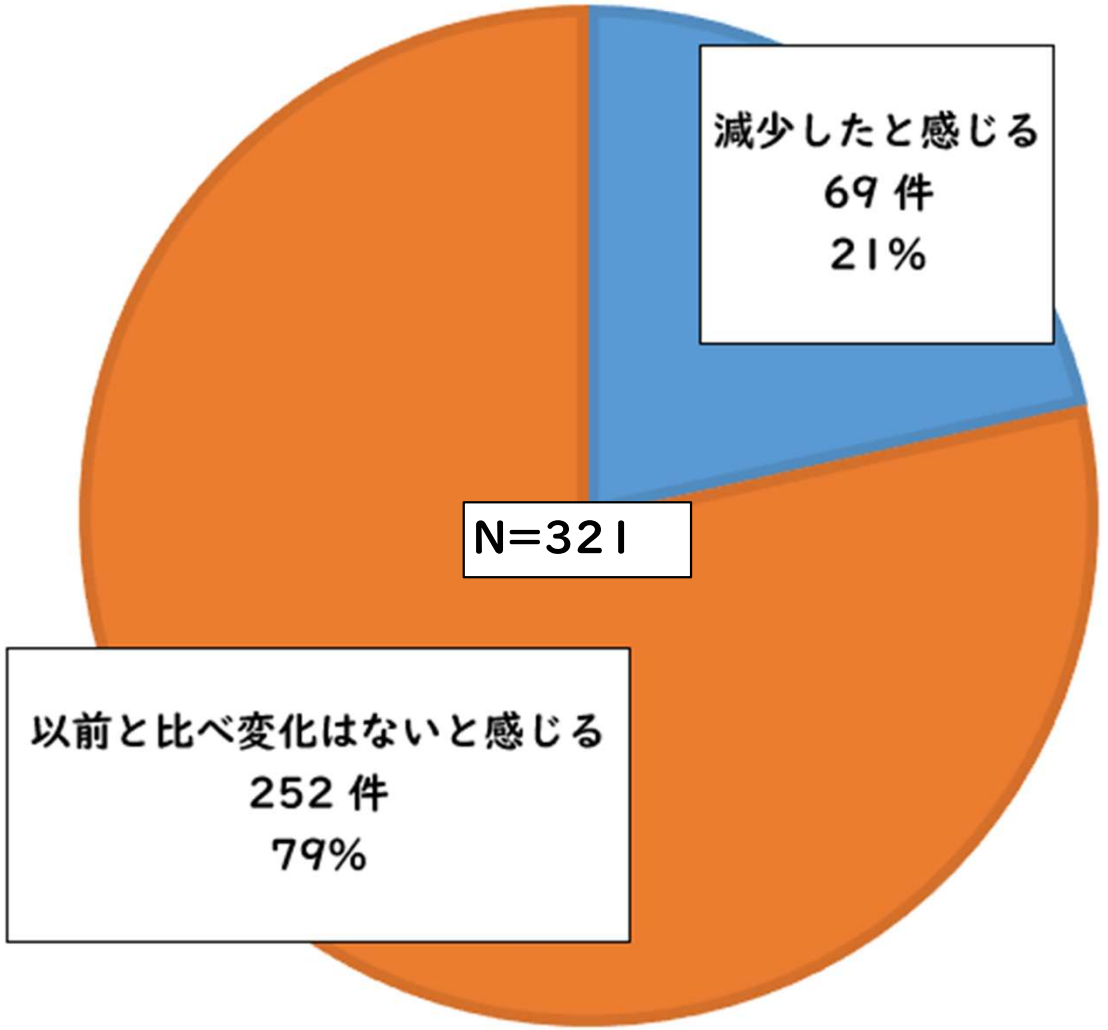
➡前掲、専攻医・臨床研修医について、医師の働き方改革施行に伴う、　医療の質の低下等の懸念が「ある」と回答した病院が回答　（複数回答）

【種類・病床規模別】	回答病院数	経験症例の減少・不足の懸念		技能の研鑽の制限の懸念		特定の技能が熟達するまでの時間の長期化		カンファレンス・勉強会等の参加頻度低下の懸念		研究に充てる時間確保の懸念		その他	
	（病院）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）	（病院）	（%）
全　体	**83**	**76**	**91.6**	**66**	**79.5**	**54**	**65.1**	**48**	**57.8**	**42**	**50.6**	**1**	**1.2**
一般病院	83	76	91.6	66	79.5	54	65.1	48	57.8	42	50.6	1	1.2
99床以下	8	7	87.5	5	62.5	6	75.0	5	62.5	3	37.5	0	-
100床台	15	12	80.0	8	53.3	8	53.3	6	40.0	6	40.0	0	-
200床台	8	8	100.0	7	87.5	3	37.5	4	50.0	4	50.0	0	-
300床台	19	17	89.5	17	89.5	14	73.7	14	73.7	10	52.6	0	-
400床台	9	9	100.0	7	77.8	5	55.6	4	44.4	7	77.8	0	-
500床以上	24	23	95.8	22	91.7	18	75.0	15	62.5	12	50.0	1	4.2
精神科病院	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

研修医の自己研鑽の時間

対象期間：2026年6月30日時点

➡「研修医の自己研鑽の時間は減少したと感じますか」の設問について回答



効果を得られた実践事例

対象期間：2026年6月30日時点

➡医師の働き方改革に関し、効果を得られた実践事例について回答

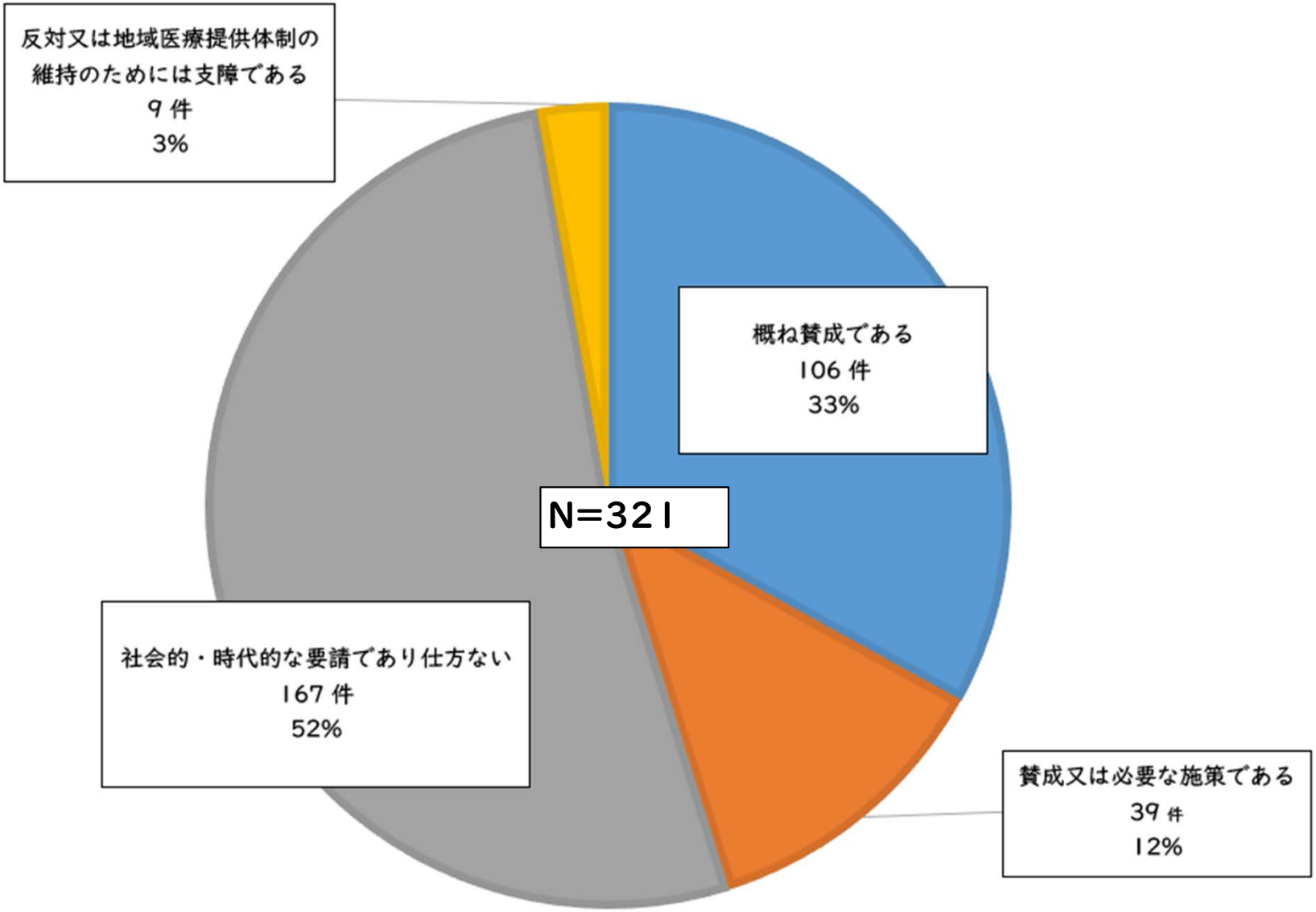
（複数回答）

【 種類・病床規模別 】	回答病院数（病院）	医師事務作業補助者の配置により医師の診療外業務を軽減できた（病院）	（%）	勤怠管理システムを導入して、勤務状況を的確に把握し、面接指導対象医師の抽出や年間労働時間の把握が容易となった（病院）	（%）	タスクシフトにより医師が専門的な業務に集中できるようになった（病院）	（%）	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など）（病院）	（%）
全　体	**321**	**186**	**57.9**	**166**	**51.7**	**110**	**34.3**	**70**	**21.8**
一般病院	307	182	59.3	161	52.4	108	35.2	69	22.5
99床以下	62	18	29.0	19	30.6	7	11.3	8	12.9
100床台	67	39	58.2	31	46.3	13	19.4	9	13.4
200床台	30	24	80.0	17	56.7	13	43.3	6	20.0
300床台	56	33	58.9	32	57.1	25	44.6	14	25.0
400床台	42	32	76.2	31	73.8	21	50.0	13	31.0
500床以上	50	36	72.0	31	62.0	29	58.0	19	38.0
精神科病院	14	4	28.6	5	35.7	2	14.3	1	7.1

労働時間の制限について

対象期間：2026年6月30日時点

➡「実際に当該改革に対応している立場として、現状の環境下において、
医師に対する労働時間の制限についてどのように考えますか。」の設問について回答



医師の働き方改革に関する課題、国等への要望

対象期間：2026年6月30日時点

➡医師の働き方改革に関する課題、国等への要望について回答

（複数回答）

【種類・病床規模別】	回答病院数（病院）	人員の増員に必要な診療報酬の増額（病院）	（%）	AIやデジタル化導入に対する財政支援措置の拡充（病院）	（%）	医師偏在の解消（病院）	（%）	地方交付税の拡充（病院）	（%）
全　体	**321**	**239**	**74.5**	**197**	**61.4**	**179**	**55.8**	**175**	**54.5**
一般病院	307	229	74.6	188	61.2	175	57.0	173	56.4
99床以下	62	38	61.3	32	51.6	38	61.3	41	66.1
100床台	67	46	68.7	38	56.7	43	64.2	44	65.7
200床台	30	20	66.7	17	56.7	20	66.7	15	50.0
300床台	56	45	80.4	37	66.1	24	42.9	23	41.1
400床台	42	36	85.7	28	66.7	23	54.8	22	52.4
500床以上	50	44	88.0	36	72.0	27	54.0	28	56.0
精神科病院	14	10	71.4	9	64.3	4	28.6	2	14.3

【種類・病床規模別】	回答病院数（病院）	宿日直許可基準の緩和（病院）	（%）	人員配置要件の緩和（病院）	（%）	長時間労働の医師に対する面接指導の緩和（病院）	（%）
全　体	**321**	**124**	**38.6**	**85**	**26.5**	**70**	**21.8**
一般病院	307	121	39.4	82	26.7	68	22.1
99床以下	62	17	27.4	10	16.1	5	8.1
100床台	67	22	32.8	15	22.4	1	1.5
200床台	30	12	40.0	10	33.3	12	40.0
300床台	56	22	39.3	16	28.6	12	21.4
400床台	42	24	57.1	17	40.5	20	47.6
500床以上	50	24	48.0	14	28.0	18	36.0
精神科病院	14	3	21.4	3	21.4	2	14.3

真に実効性のある働き方改革につなげるための提言【自由記載】①

対象期間：2026年6月30日時点

病床規模	回答内容
99床以下	今後、医師の働き方改革による影響として、派遣医師の減少・救急医療の縮小・診療科の縮小が考えられる。地域唯一の病院への影響として、当直や待機体制の維持が難しくなることが懸念される。
99床以下	地域枠卒業医師の医師不足地域への積極的派遣。
99床以下	働きたい医師は働いても良い特例があればと思う。
100床台	センター病院でない地方の医療機関は常勤医師が減少しており、必要な医師数を確保できるようにしてほしい。
100床台	将来にわたり医師等の医療人材を安定的に確保するためには、働き方改革の制度導入は不可欠であると理解するが、出張医の確保、タスク・シフト／シェア、ICT化の推進などに必要な財源が不足しており、診療報酬の大幅な増額改定に加え、高い補助率の補助金創設が必須と考える。
100床台	ただ労働時間を減らすのではなく、医療の質と安全を維持・向上させながら、医師が専門性を発揮することができ、安心して働ける環境を整備することが求められる。
100床台	不要不急の患者が夜間休日の救急で受診した場合、高額な料金を負担させる仕組みを作り、不必要な救急対応を減らすこと。
100床台	当直中の患者対応時間の管理に労力を要している。 働き方だけが改革されて、医師不足など地域住民の受け入れ体制への対策がおざなりになっている。
200床台	医師の働き方改革に加えて以前からある有給休暇取得義務など国が労働者保護のため進めてきた各種施策が、経験や技能の積みたい熱心な専攻医の立場からすると一定の障壁になっているようだ。
300床台	働きたい医師にとって、働く時間が制限されることにより成長の妨げになっている。 働きたい医師が働けるよう、医師の能力研鑽を加味した改革としていただきたい。
300床台	診療科偏在の解消に向けて取り組んでいただきたい。
300床台	『心身の健康の確保』と『レベルの高いプロフェッショナルの育成』の両立を見据えた働き方改革の施策に取り組んでいただきたい。
300床台	「自己研鑽」と残業の違いがあいまいである。この違いをある程度具体的に示す必要がある。又、働き方改革によって得られる時間をどのように使うかについて明確な目的を各自が設定することが大切になる。

真に実効性のある働き方改革につなげるための提言【自由記載】②

対象期間：2026年6月30日時点

病床規模	回答内容
400床台	専攻医からの意見として、勤務間インターバル、代償休息の制度について、努力義務にしてほしい。経験すべき症例が得られない。他常勤医からの意見として、制度が複雑で分かりづらい。
400床台	人員の増員に必要な診療報酬の増額等による国等の支援なくしては、真に実効性のある働き方改革は難しい。
500床以上	自己研鑽と労務の明確な定義分けと労務に関する追加コストの公的補助の確保が望まれる。また、医師が本来業務に専念できるよう、タスク・シフト／シェアを更に推進することが必要である。そのためには、コメディカルの大幅な増員が不可欠である。人件費の確保に加え、ICT・AIなどのテクノロジーや新たな機器の導入に係る財源の確保が難しいことから、継続的な公的補助が必要である。
500床以上	当院は地域の三次救急病院であるため、救急関連の診療科にあっては、時間外労働の制限により医療を維持しきれない懸念がある。 医師の偏在対策と、AIやデジタル化導入に対する財政支援措置の拡充を望む。
500床以上	臨床研修医からは、救急患者を診察する機会をもっと増やしてほしい、当直回数を増やしてほしいという意見がある。患者を診ることは労働であるが、研修の時期には自己研鑽そのものであり、労働時間との切り分けが必要。臨床研修の質の低下につながる可能性がある。また働き方改革が制度的に「行動の限界線」を引き、医療の公共性を弱体化させることになってはいけない。
500床以上	「医師の働き方改革」に対する患者への普及・啓発が必要である。
500床以上	当直体制を見直す等、当直の負担軽減を病院としても検討してもらいたい。 働き方改革の目的を若手医師にも分かりやすく発信をお願いしたい。
500床以上	診療科により、業務の特性や医師数が異なるため、時間外勤務の一律の上限を撤廃し、診療科に応じて上限を設定する。病院経営が赤字のため、外来の制限ができず、病床稼働率を上げる取り組みを行っていると、業務量は増大するのみである。業務量を減らすためには、診療報酬を増やすことが必要である。
500床以上	診療科の設置や存廃については、各病院に任せるのではなく、地域医療体制の確立等、大きな観点から集約化等の対策を推進していってほしい。