

# 医師の働き方改革に関するアンケート調査結果

【 2019年5月 】

# 調査の概要

## 1. 実施期間

平成31年2月27日～3月22日

## 2. 調査対象

875会員病院（調査時点）

	会員病院数	回答病院数	回答率 (%)
<b>病院数</b>	<b>875</b>	<b>270</b>	 <b>30.9</b>
99床以下	242	42	 17.4
100床台	218	75	 34.4
200床台	108	40	 37.0
300床台	126	41	 32.5
400床台	80	31	 38.8
500床以上	101	41	 40.6

# 労働基準監督署による立ち入り調査の状況

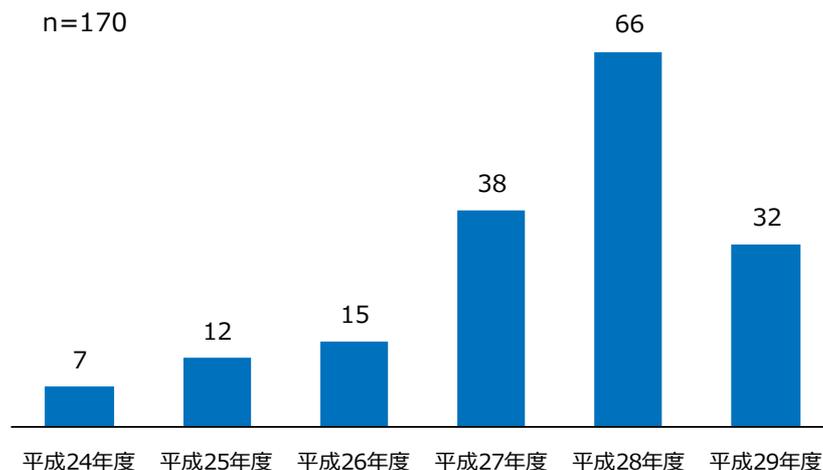
○ 概ね病床規模に比例して高くなっており、500床以上の病院が全体の61.0%を占めている。

※平成29年8月～平成31年2月末現在

	有り	無し	合計
<b>病院数</b>	<b>71</b>	<b>199</b>	<b>270</b>
99床以下	2	40	42
100床台	11	64	75
200床台	14	26	40
300床台	6	35	41
400床台	13	18	31
500床以上	25	16	41
<b>割合 (%)</b>	<b>26.3</b>	<b>73.7</b>	<b>100.0</b>
99床以下	4.8	95.2	100.0
100床台	14.7	85.3	100.0
200床台	35.0	65.0	100.0
300床台	14.6	85.4	100.0
400床台	41.9	58.1	100.0
500床以上	61.0	39.0	100.0

## 【参考】過去の労働基準監督署による立ち入り調査の状況

注：平成29年7月調査時点において、過去5年のうち直近の状況を調査したもので、よって年度間の単純比較はできないことに留意。



出典：医師の働き方の実態及び労務管理等に関するアンケート調査（全自病協）平成29年7月実施、回答数：437病院（回答率：49.7%）  
このうち過去5年に労働基準監督署による立ち入り調査があった170病院（38.9%）

# 是正勧告・指導を受けた内容

○ 36協定に関する内容が最も高く、全体の59.2%を占めている。

【複数回答有り】(n=71)

是正勧告・指導の内容	回答病院数	割合 (%)
36協定の定めなく、または定めを超えた時間外労働があった	42	59.2
適切に労働時間が管理（把握）されていなかった	32	45.1
割増賃金の不払い <sup>※1</sup>	25	35.2
衛生委員会や産業医の選定等に係る不備	16	22.5
賃金台帳の記入漏れ <sup>※2</sup>	6	8.5
有給休暇の付与が適正に行われていなかった	3	4.2
その他 <sup>※3</sup>	23	32.4

※1 各種手当の算定不備、宿日直が時間外労働と指摘されるケース等

※2 労働時間数、時間外労働時間数、深夜労働時間数等

※3 法定事項の勤務条件の記載に関する不備、就業規則変更届に関する不備、特定化学物質作業主任者の未選出、定期健康診断の結果（有所見分）に対し、産業医の意見を聴取していなかった等

# 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の進捗状況

- 勤務間インターバル、連続勤務時間制限、複数主治医制の導入、シフト制（交代制）の導入について、「対応不可」と回答した病院は、その理由として医師不足をあげており実施が困難としている。

(n=270、単位：%)

項目	実施済	検討中	対応不可	必要なし等	無回答
① 客観的な在院時間管理方法等の導入	53.7	36.3	0.0	4.4	5.6
② 在院時間の実態の把握	55.6	39.6	1.1	3.7	0.0
③ 在院時間の実態を踏まえた労働時間短縮に向けた取組	42.6	47.8	1.9	6.7	1.1
④ 36協定、就業規則等の自己点検の実施	50.7	38.9	0.7	6.3	3.3
⑤ 36協定の締結・届出	63.3	32.2	0.0	2.2	2.2
⑥ 36協定、就業規則等の医師への周知	64.8	31.9	0.0	3.0	0.4
⑦ 長時間労働者に対する医師による面接指導の実施	58.1	29.3	0.4	11.1	1.1
⑧ 衛生委員会等における医師の長時間労働等に関する議題の設定	54.1	29.6	0.7	13.7	1.9
⑨ 多様（柔軟）な働き方の推進	74.1	14.8	0.0	10.4	0.7
⑩ 緊急時を除く時間外の病状説明の取りやめ	39.3	34.8	7.8	15.2	3.0
⑪ 当直明けの勤務負担の緩和	45.9	32.6	15.6	5.2	0.7
⑫ 勤務間インターバル	8.5	48.9	31.9	10.0	0.7
⑬ 連続勤務時間制限	11.5	51.5	25.6	11.1	0.4
⑭ 完全休日（一切の勤務なし）の設定	37.4	33.3	15.6	11.9	1.9
⑮ 複数主治医制の導入	33.7	29.6	23.7	10.7	2.2
⑯ シフト制（交代制）の導入	10.7	29.6	47.8	10.7	1.1
⑰ ICTを活用した業務の見直し	33.7	36.7	11.1	14.4	4.1

# 時間外労働や研鑽の内容に関する説明

- 500床以上の病院では、「示している」が29.3%で最も高くなっている。また、「予定または検討中」「示していない」と回答している病院が相当数あるのは、今後、国より「医師の研鑽の労働時間管理の取扱い」が示されることとなっているからと考えられる。

	示している	予定 または検討中	示していない	予定なし	無回答	合計
<b>病院数</b>	<b>41</b>	<b>79</b>	<b>128</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>270</b>
99床以下	2	11	24	5		42
100床台	9	20	39	7		75
200床台	5	13	19	3		40
300床台	9	15	14	3		41
400床台	4	8	17	1	1	31
500床以上	12	12	15	2		41
<b>割合 (%)</b>	<b>15.2</b>	<b>29.3</b>	<b>47.4</b>	<b>7.8</b>	<b>0.4</b>	<b>100.0</b>
99床以下	4.8	26.2	57.1	11.9		100.0
100床台	12.0	26.7	52.0	9.3		100.0
200床台	12.5	32.5	47.5	7.5		100.0
300床台	22.0	36.6	34.1	7.3		100.0
400床台	12.9	25.8	54.8	3.2	3.2	100.0
500床以上	29.3	29.3	36.6	4.9		100.0

# 時間外労働の上限規制適用後、医師の研鑽時間への影響①

- 200床以上の病院において、「影響がある」と回答した割合が高くなっている。また、無回答が相当数あるのは、今後、国より「医師の研鑽の労働時間管理の取扱い」が示されることとなっているからと考えられる。

	影響がある	影響はない	無回答	合計
<b>病院数</b>	<b>52</b>	<b>159</b>	<b>59</b>	<b>270</b>
99床以下	4	27	11	42
100床台	5	53	17	75
200床台	10	28	2	40
300床台	11	22	8	41
400床台	11	9	11	31
500床以上	11	20	10	41
<b>割合 (%)</b>	<b>19.3</b>	<b>58.9</b>	<b>21.9</b>	<b>100.0</b>
99床以下	9.5	64.3	26.2	100.0
100床台	6.7	70.7	22.7	100.0
200床台	25.0	70.0	5.0	100.0
300床台	26.8	53.7	19.5	100.0
400床台	35.5	29.0	35.5	100.0
500床以上	26.8	48.8	24.4	100.0

## 時間外労働の上限規制適用後、医師の研鑽時間への影響②

### 影響がある

- 本人の研鑽時間の減少のみならず、研修医や若手医師への指導時間が減少する恐れがある。
- 研修医として、学会発表等を義務づけられている場合等制限が大きくなる。
- 診療による超勤が優先されるため、研鑽による超勤は短縮せざるを得ない。
- 研鑽は時間外労働に含まれないとの認識が徹底でき、不要な時間外勤務の削減が期待できる。一方、必要な診療行為に制限がかかる恐れがある。

など

### 影響はない

- 現状研鑽時間による時間外が影響して上限を超える医師がいないため。
- 時間外労働時間と研鑽については取扱いを明確化するため。
- 研鑽を希望する医師には、研修日（週に1日）を設けているため。

など

# 時間外労働の時間数別の医師の割合（職位別）

- 対前年比で年960時間超（①と②の合計）の時間外労働をしている医師（全体）は、7.7%から6.8%で0.9ポイント減少しており、また、平成28年度データとの比較では、13.3%から6.8%で6.5ポイント減少している。
- 職位別で見ると、H30において年960時間超（①と②の合計）の時間外労働をしている医師は、初期・後期研修医9.5%、非管理職医師7.8%、管理職医師2.2%となっている。

【参考】医師の働き方の実態及び労務管理等に関するアンケート調査（全自病協）

時間外労働に関するデータ（平成28年度）

対象医師数：15,350人  
 （ただし、管理職医師は調査していない）

↳ 960時間超の医師の割合13.3%

	全体		初期・後期臨床研修医		非管理職医師		管理職医師	
	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30
病院数	249	253	134	138	218	224	223	226
<b>医師数</b>	<b>13,605</b>	<b>13,984</b>	<b>2,867</b>	<b>2,913</b>	<b>7,317</b>	<b>7,569</b>	<b>3,421</b>	<b>3,502</b>
① 年1,860時間超	30	19	12	7	14	9	4	3
② 年960時間超1,860時間以下	1,026	930	287	272	649	585	90	73
③ 年720時間超960時間以下	1,343	1,377	316	297	864	933	163	147
④ 年720時間以下	11,206	11,658	2,252	2,337	5,790	6,042	3,164	3,279
<b>割合（%）</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
① 年1,860時間超	0.2	0.1	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
② 年960時間超1,860時間以下	7.5	6.7	10.0	9.3	8.9	7.7	2.6	2.1
③ 年720時間超960時間以下	9.9	9.8	11.0	10.2	11.8	12.3	4.8	4.2
④ 年720時間以下	82.4	83.4	78.5	80.2	79.1	79.8	92.5	93.6

※小数点第二位を四捨五入して表示しているため合計が100%にならないことがある

注：時間外労働には当直の待機時間は含まれていない

# 時間外労働の時間数別の医師の割合（病床規模別）

- 病床規模別で見ると、H30において年960時間超（①と②の合計）の時間外労働をしている医師は、概ね病床規模に比例して大きくなっており、500床以上が8.6%で最も多く、次いで400床台7.0%となっている。
- 対前年比で年960時間超（①と②の合計）の時間外労働をしている医師は、500床以上が10.5%から8.6%で1.9ポイント減少、400床台が9.6%から7.0%で2.6ポイント減少しており、他の病床規模と比較して減少幅が大きい。

	全体		99床以下		100床台		200床台		300床台		400床台		500床以上	
	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30
病院数	249	253	41	42	66	67	40	40	39	40	27	28	36	36
<b>医師数</b>	<b>13,605</b>	<b>13,984</b>	<b>262</b>	<b>271</b>	<b>1,132</b>	<b>1,142</b>	<b>1,531</b>	<b>1,534</b>	<b>2,449</b>	<b>2,506</b>	<b>2,324</b>	<b>2,453</b>	<b>5,907</b>	<b>6,078</b>
① 年1,860時間超	30	19	0	0	0	1	1	0	2	2	6	2	21	14
② 年960時間超1,860時間以下	1,026	930	8	7	38	45	58	59	111	138	217	170	594	511
③ 年720時間超960時間以下	1,343	1,377	11	10	68	63	80	67	165	158	218	250	801	829
④ 年720時間以下	11,206	11,658	243	254	1,026	1,033	1,392	1,408	2,171	2,208	1,883	2,031	4,491	4,724
<b>割合 (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
① 年1,860時間超	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.3	0.1	0.4	0.2
② 年960時間超1,860時間以下	7.5	6.7	3.1	2.6	3.4	3.9	3.8	3.8	4.5	5.5	9.3	6.9	10.1	8.4
③ 年720時間超960時間以下	9.9	9.8	4.2	3.7	6.0	5.5	5.2	4.4	6.7	6.3	9.4	10.2	13.6	13.6
④ 年720時間以下	82.4	83.4	92.7	93.7	90.6	90.5	90.9	91.8	88.6	88.1	81.0	82.8	76.0	77.7

※小数点第二位を四捨五入して表示しているため合計が100%にならないことがある

注：時間外労働には当直の待機時間は含まれていない

# 時間外労働の時間数別の医師の割合 (救急医療機関/その他)

- 救急医療機関とその他で見ると、H30において年960時間超（①と②の合計）の時間外労働をしている医師は、三次救急医療機関が8.5%で最も多く、次いで二次救急医療機関が5.6%となっている。
- 対前年比で年960時間超（①と②の合計）の時間外労働をしている医師は、三次救急医療機関が11.1%から8.5%で2.6ポイント減少しており、二次救急医療機関が6.5%から5.6%で0.9ポイント減少している。

三次救急医療機関と二次救急医療機関のいずれにも該当する場合は、重複を避けて三次救急医療機関にカウントしている	全体		三次救急医療機関		二次救急医療機関		その他	
	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30
	病院数	249	253	38	38	144	147	67
<b>医師数</b>	<b>13,605</b>	<b>13,984</b>	<b>5,825</b>	<b>5,962</b>	<b>6,296</b>	<b>6,529</b>	<b>1,484</b>	<b>1,493</b>
① 年1,860時間超	30	19	21	13	8	4	1	2
② 年960時間超1,860時間以下	1,026	930	563	496	402	360	61	74
③ 年720時間超960時間以下	1,343	1,377	711	727	548	580	84	70
④ 年720時間以下	11,206	11,658	4,530	4,726	5,338	5,585	1,338	1,347
<b>割合 (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
① 年1,860時間超	0.2	0.1	0.4	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
② 年960時間超1,860時間以下	7.5	6.7	9.7	8.3	6.4	5.5	4.1	5.0
③ 年720時間超960時間以下	9.9	9.8	12.2	12.2	8.7	8.9	5.7	4.7
④ 年720時間以下	82.4	83.4	77.8	79.3	84.8	85.5	90.2	90.2

※小数点第二位を四捨五入して表示しているため合計が100%にならないことがある

注：時間外労働には当直の待機時間は含まれていない

# 時間外労働の時間数別の医師の割合（診療科別）

- 診療科別で見ると、H30において年960時間超（①と②の合計）の時間外労働をしている医師は、救急科の医師が9.9%で最も多く、次いで外科系8.0%、内科系7.5%、産婦人科7.4%となっている。
- 対前年比で年960時間超（①と②の合計）の時間外労働をしている医師は、概ねいずれの診療科でも減少している。

ここでの医師数は初期・後期臨床研修医を除く非管理職医師と管理職医師（前述の職位別、病床規模別、救急医療機関／その他で示した数値とは別の集計データのため一致しない）

時間外労働の区分：① 年1,860時間超／② 年960時間超1,860時間以下／③ 年720時間超960時間以下／④ 年720時間以下

	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	
	H29	H30																
病院数	224	226	203	205	119	120	147	153	60	62	129	129	73	74	118	117	166	169
医師数*	3,578	3,599	3,187	3,210	507	518	861	872	251	272	543	563	394	406	355	377	1,174	1,230
①の医師	37	36	14	17	5	3	7	6	0	0	3	2	4	3	1	1	22	23
②の医師	257	234	304	241	39	35	41	38	29	27	32	29	1	2	5	6	38	32
③の医師	396	406	388	409	27	29	77	70	44	43	24	36	9	9	22	25	62	68
④の医師	2,888	2,923	2,481	2,543	436	451	736	758	178	202	484	496	380	392	327	345	1,052	1,107
割合 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
①の医師	1.0	1.0	0.4	0.5	1.0	0.6	0.8	0.7	0.0	0.0	0.6	0.4	1.0	0.7	0.3	0.3	1.9	1.9
②の医師	7.2	6.5	9.5	7.5	7.7	6.8	4.8	4.4	11.6	9.9	5.9	5.2	0.3	0.5	1.4	1.6	3.2	2.6
③の医師	11.1	11.3	12.2	12.7	5.3	5.6	8.9	8.0	17.5	15.8	4.4	6.4	2.3	2.2	6.2	6.6	5.3	5.5
④の医師	80.7	81.2	77.8	79.2	86.0	87.1	85.5	86.9	70.9	74.3	89.1	88.1	96.4	96.6	92.1	91.5	89.6	90.0

※小数点第二位を四捨五入して表示しているため合計が100%にならないことがある

注：時間外労働には当直の待機時間は含まれていない

# 時間外労働が年960時間超になる原因

## 初期・後期臨床研修医

- 緊急手術、オンコール
- 特定の診療科において医師が不足しているため
- カンファレンス・術後管理・急患対応等
- 初期・後期研修医が当直ローテーションしないと、救急部門のシフトが組めない
- 時間外勤務と研鑽のための時間の区別が不明確なため
- 救急患者に対応するため（専攻医）

など

## 非管理職医師

- 専門分野により、特定の医師に業務が集中するため
- 医師不足により、一月当たりの日当直勤務回数が多いことによる
- 集中治療科の勤務時間が不規則となるため
- ICU等特定の診療科のみで宿直業務を時間外勤務として行っている業務があるため
- 医師不足の中、救急患者・重症入院患者・緊急手術等の対応を行っているから
- 宿日直をする医師に偏りがあり、日直が月1回、宿直が週1回を超えた場合に、超過勤務での対応となっているため

など

## 管理職医師

- 管理職としての労務に加え、一定程度の診療行為を行うため
- 地方の小規模病院では医師不足のため時間外労働短縮の取り組みが難しい
- 時間外の呼び出しなどの時間外診療や手術時間の延長
- 若手医師の負担軽減、外来数が多い
- 医師不足により、一月当たりの日当直勤務回数が多いことによる
- 部下が不足し、責任を感じ自ら背負い込むため
- 診療以外に病院経営、人事等の業務を行っているため

など

# 診療科別必要医師数①

- 現状の時間外労働年960時間超の医師を減らすために必要な医師数は、全体で1.2倍、診療科別では放射線科と救急科が1.5倍、産婦人科と麻酔科が1.4倍であった。

注：ここでの必要医師数は、各病院において全常勤医師の時間外労働を年960時間以下（休日労働を含む）にするために必要な医師数を条件とした。  
よって、例えば常勤医師が不在のため医師が必要というケース（非常勤医師で補っている場合も同様）は、本設問では該当しないことに留意。

	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	合計
病院数	75	64	30	30	20	27	13	12	28	
① 現在医師数	1,730	1,540	146	254	111	146	76	50	469	4,522
② 必要医師数	1,977	1,785	201	325	164	209	101	74	574	5,409
③ 倍率 (②/①)	1.1	1.2	1.4	1.3	1.5	1.4	1.3	1.5	1.2	1.2

※小数点第二位を四捨五入して表示

そのうち最大倍率は、最大値を示した病院の値

最大倍率 (②/①)	2.5	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	3.0	2.6	3.0
------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

※小数点第二位を四捨五入して表示

# 診療科別必要医師数②

- 現状の時間外労働年960時間超の医師を減らすために必要な医師数は、病床規模別で見ると99床以下の病院が1.5倍と最も高く、診療科別で見ると、外科系・小児科・麻酔科が2.0倍、内科系が1.5倍と高くなっている。
- 200床台と300床台の病院においては、放射線科が2.0倍と2.6倍と高くなっている。
- 400床台と500床以上の病院では、精神科が2.3倍と2.1倍、救急科が1.5倍、麻酔科が1.5倍と1.4倍と高くなっている。

注：ここでの必要医師数は、各病院において全常勤医師の時間外労働を年960時間以下（休日労働を含む）にするために必要な医師数を条件とした。よって、例えば常勤医師が不在のため医師が必要というケース（非常勤医師で補っている場合も同様）は、本設問では該当しないことに留意。

	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	合計
病院数	75	64	30	30	20	27	13	12	28	
倍率（必要医師数／現在医師数）	1.1	1.2	1.4	1.3	1.5	1.4	1.3	1.5	1.2	1.2
99床以下	1.5	2.0		2.0		2.0			1.2	1.5
100床台	1.2	1.2	1.3	2.0					1.9	1.3
200床台	1.2	1.2	1.6	1.2		2.0	1.1	2.0	2.5	1.2
300床台	1.1	1.1	1.4	1.4	1.3	1.5	1.3	2.6	1.1	1.2
400床台	1.1	1.1	1.4	1.2	1.5	1.5	2.3	1.4	1.1	1.2
500床以上	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.4	2.1	1.4	1.3	1.2

※小数点第二位を四捨五入して表示

そのうち最大倍率は、最大値を示した病院の値

最大倍率：3.0倍 → 外科系（100床）／産婦人科（200床、400床）／救急科（500床）／精神科（400床、500床）／放射線科（300床）

# 宿日直の状況

○ 99床以下の病院は、1か月当たりの宿日直の平均回数が多い傾向にある。

	1回 未満	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回 以上
<b>病院数</b>	<b>35</b>	<b>114</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
99床以下	1	4	7	11	20	10	5	8	4	1	1
100床台	7	28	39	36	16	7	3	2	1		1
200床台	6	17	32	15	11	6	1				
300床台	8	26	31	11	12	4	1	2			
400床台	3	14	18	11	7	3	1	1		1	
500床以上	10	25	27	16	12	1		2	2		1
<b>割合 (%)</b>	<b>6.4</b>	<b>20.7</b>	<b>28.0</b>	<b>18.2</b>	<b>14.2</b>	<b>5.6</b>	<b>2.0</b>	<b>2.7</b>	<b>1.3</b>	<b>0.4</b>	<b>0.5</b>
99床以下	1.4	5.6	9.7	15.3	27.8	13.9	6.9	11.1	5.6	1.4	1.4
100床台	5.0	20.0	27.9	25.7	11.4	5.0	2.1	1.4	0.7		0.7
200床台	6.8	19.3	36.4	17.0	12.5	6.8	1.1				
300床台	8.4	27.4	32.6	11.6	12.6	4.2	1.1	2.1			
400床台											
500床以上	10.4	26.0	28.1	16.7	12.5	1.0		2.1	2.1		1.0

※病院数には、初期・後期臨床研修医、非管理職医師、管理職医師のそれぞれの一か月当たりの宿日直の平均回数をカウントしている

# オンコールの状況

○ 99床以下、400床、500床以上の病院の一部では、1か月当たりのオンコール回数が10回以上の病院がある。

	1回未満	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回以上
<b>病院数</b>	<b>70</b>	<b>48</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>9</b>
99床以下	3	6	3	2		1	2				5
100床台	22	17	12		3	3	1	3		1	
200床台	12	10	4	1		1	1				
300床台	15	11	3	2	2	3		2		1	
400床台	7	4	1		2	1	2	1			2
500床以上	11		4	2	4	2	2	1	1		2
<b>割合 (%)</b>	<b>34.8</b>	<b>23.9</b>	<b>13.4</b>	<b>3.5</b>	<b>5.5</b>	<b>5.5</b>	<b>4.0</b>	<b>3.5</b>	<b>0.5</b>	<b>1.0</b>	<b>4.5</b>
99床以下	13.6	27.3	13.6	9.1		4.5	9.1				22.7
100床台	35.5	27.4	19.4		4.8	4.8	1.6	4.8		1.6	
200床台	41.4	34.5	13.8	3.4		3.4	3.4				
300床台	38.5	28.2	7.7	5.1	5.1	7.7		5.1		2.6	
400床台	35.0	20.0	5.0		10.0	5.0	10.0	5.0			10.0
500床以上	37.9		13.8	6.9	13.8	6.9	6.9	3.4	3.4		6.9

※病院数には、非管理職医師、管理職医師のそれぞれの一か月当たりのオンコールの平均回数をカウントしている

# 救急医療体制を確保するための医師の勤務体制

- 500床以上の病院では、「交代制による正規の勤務」が22.2%で最も高くなっている。
- 宿日直（実働時間のみ時間外勤務）は、99床以下の病院が60.0%で最も高く、病床規模が小さくなるにつれて高くなっている。

【複数回答有り】	交代制による 正規の勤務	宿日直 (実働時間のみ 時間外勤務)	オンコール	時間外勤務	合計
<b>病院数</b>	<b>39</b>	<b>192</b>	<b>121</b>	<b>38</b>	<b>390</b>
99床以下	5	30	9	6	50
100床台	5	48	26	7	86
200床台	5	31	23	4	63
300床台	3	33	24	7	67
400床台	5	22	14	11	52
500床以上	16	28	25	3	72
<b>割合 (%)</b>	<b>10.0</b>	<b>49.2</b>	<b>31.0</b>	<b>9.7</b>	<b>100.0</b>
99床以下	10.0	60.0	18.0	12.0	100.0
100床台	5.8	55.8	30.2	8.1	100.0
200床台	7.9	49.2	36.5	6.3	100.0
300床台	4.5	49.3	35.8	10.4	100.0
400床台	9.6	42.3	26.9	21.2	100.0
500床以上	22.2	38.9	34.7	4.2	100.0

# 救急医療体制と医師の勤務体制の見直し等

- 当面は、時間外勤務＋夜勤勤務に振り替えていく。
- 交代制勤務の導入について検討を予定。
- 宿日直業務をできる限り非常勤医師へ移行する。
- 公立病院の使命として、救急医療体制の縮小は考えておらず、シフト制等の勤務体制の見直しを検討している。
- 宿日直からオンコールへの切り替えを検討している診療科がある。
- 救急医療体制の縮小について検討せざるを得ない方向である。

など

# 医師の働き方改革に係る経営への影響

- 時間外労働の上限規制により、①医療機能の縮小（救急部門、外来部門、手術部門、内視鏡部門など）に伴う収益減。②医師（正職員や夜勤対応の非常勤）を確保するため、人件費増。③医師の業務分担を推進するため、医師事務作業補助者の雇用や看護師の特定行為者研修の受講など、サポート分について費用増が見込まれる。
- 医師をはじめほぼ全てのコメディカルスタッフの人員増加を図る必要があり、人件費の増加が間違いない。
- 医師の時間外労働を減少させるために、日当直体制などで外部医師を採用した勤務が増え、その結果人件費が増加していくことが見込まれる。
- 人件費、人事管理システム等のコスト増により、収支は相当なマイナスが見込まれる。

など

影響する内容と金額

(単位：万円)

病床規模	人件費 (n=58)		タイムレコーダー、IT等 (n=8)		その他※ (n=10)		入院・外来収益の減少 (n=3)	
	最小	最大	最小	最大	最小	最大	最小	最大
99床以下	30	4,389			300	3,629		
100床台	1	12,000	50	800	307	1,700	▲ 4,000	▲ 8,700
200床台	149	44,400	20					
300床台	15	17,000			12	2,440		
400床台	5,000	22,000			500	10,000		
500床以上	1,414	159,320	200	5,500	30,000			

※その他は、医師事務作業補助者の派遣に係る委託料や建物・部屋等の増設などのハード面に係る費用もあった

# 医師確保の状況（医師派遣）

※平成29年度実績

- 病床規模別で見ると、500床以上の病院は医師を派遣している人数の割合が最も高くなっており、また、100床台の病院は、医師の派遣を受けている人数の割合が23.4%で最も高くなっている。
- 地域別で見ると、医師の派遣を受けている医師の人数の割合は、都市部の16.2%に比べて地方が83.8%と高くなっている。

【病床規模別】	医師を派遣している		医師の派遣を受けている	
	病院数	実人数	病院数	実人数
<b>病院数</b>	<b>87</b>	<b>1,216</b>	<b>146</b>	<b>6,318</b>
99床以下	5	32	29	582
100床台	23	102	49	1,477
200床台	19	310	22	838
300床台	14	154	17	1,143
400床台	11	149	16	1,282
500床以上	15	469	13	996
<b>割合 (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
99床以下	5.7	2.6	19.9	9.2
100床台	26.4	8.4	33.6	23.4
200床台	21.8	25.5	15.1	13.3
300床台	16.1	12.7	11.6	18.1
400床台	12.6	12.3	11.0	20.3
500床以上	17.2	38.6	8.9	15.8

【地域別】	医師を派遣している		医師の派遣を受けている	
	病院数	実人数	病院数	実人数
<b>病院数</b>	<b>87</b>	<b>1,216</b>	<b>146</b>	<b>6,318</b>
都市部 <sup>※1</sup>	20	489	21	1,025
地方 <sup>※2</sup>	67	727	125	5,293
<b>割合 (%)</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
都市部	23.0	40.2	14.4	16.2
地方	77.0	59.8	85.6	83.8

※1 都市部は、「東京23区」「政令指定都市」「中核市」のいずれかに立地する病院とした。

※2 地方は、都市部以外に立地する病院とした。

# 他職種との連携（チーム医療）

- 院内において「緩和ケアチーム」「診療報酬改定対策チーム」「高齢者・認知症ケアチーム」「栄養サポートチーム」「呼吸サポートチーム」「感染対策チーム」「褥瘡対策チーム」「排尿ケアチーム」などをもうけ、医師、看護師、薬剤師、栄養士、医学療法士、作業療法士、患者支援センター職員等が構成員となっている。カンファレンス等には、患者の状況に応じて必要な職種の職員が参加し、連携を図っている。
- 難治例や処遇困難例の多職種ケースカンファレンスの実施。
- 多職種チームが患者のステージに応じた治療プログラムを実施し、退院後に向けた支援を行っている。
- スタッフの負担軽減や医療の質向上のためにチーム医療を展開している。最近では、RRS（院内急変対応システム）をチームで活動できるようにし、負担軽減と医療安全の向上に寄与している。
- 医療職の負担軽減委員会で、病棟薬剤師の配置、入退医療における診療支援、特定行為研修終了看護師の配置などを検討している。
- 看護師の特定行為研修受講や周麻酔期看護学の受講を進め、タスク・シフティングに取り組んでいる。また、病棟薬剤師の配置や病棟担当PTの配置も進めている。

# 地域住民への啓発や行政との連携などの取組

- 市民の健康増進や疾病予防に寄与するため、定期的に市民公開講座を開催している。また、地域医療支援病院の役割を説明したリーフレットを作成し、「かかりつけ医」を持つことについて啓発している。
- 救急外来のコンビニ受診は控えるようホームページや市広報紙で啓発。
- 医師偏在の状況や圏域の医療体制等について、有識者に講師を依頼して、議員向け、住民向けの講演会を定期的に実施して周知を図っている。
- 複数主治医制について広報誌や院内掲示で周知している。

など

# 医師の働き方改革に関する課題や要望等

【複数回答有り】(n=100) ※自由記載より主な内容ごとに集計

主な要望等の内容	病院数	割合 (%)
① 医師不足、地域・診療科偏在の解消	54	54.0
② 交代制勤務の推進には人経費増が避けられず診療報酬での対応又は補助金制度が必要	10	10.0
③ コンビニ受診の抑制等、国民の理解が必要	10	10.0
④ 医師の宿日直基準の現代化（速やかに周知されることを希望）	9	9.0
⑤ 地域医療の継続と医師の健康確保を両立させるためには医療制度の抜本的な改革が必要	9	9.0
⑥ 医師の研鑽の労働時間管理の取扱い（速やかに周知されることを希望）	7	7.0
⑦ 医師のタスク・シフティングにより負担が増加する他職種のこととも考慮すべき	2	2.0
⑧ 病院長等への労働管理の教育や周知を徹底してほしい	2	2.0
⑨ その他（病院勤務歴を開業の条件とすべき、地域医療確保暫定特例水準の上限1,860時間は長すぎる など）	5	5.0

- 地域全体の医師不足が解消されない限り、医療機関単独での時間外勤務縮減対策には限界があると考える。
- 地域や医療機関ごとに労働環境が異なるので、全国的に一律の基準にしてしまうと安全安心な医療の提供が維持できなくなるのではないかと思う。医師偏在地域等を考慮してもっと地域ごとに分析していく必要があるのではないか。
- 医師少数区域の地方病院では、医師の確保が働き方改革にとって一番大きなファクターである。働き方改革のスケジュールに沿った医師の地域偏在や診療科偏在への実効性のある具体的対策が急務。
- 地方の医療過疎地域の病院では、医師確保が困難であり働き方改革と合わせ、医師派遣制度の充実平準化を図っていただきたい。
- 絶対的な医師数の増加と診療報酬の増額を望みたい。また、医師の働き方改革を進めるうえで、負担が増加する他職種のこととも考慮していただきたい。
- 現場での働き方改善では限界があり、医療制度の抜本的な改革が必要と考える。 など

# 医師偏在解消に係る国の取組（医師少数区域の設定等）に対する意見等

(n=62) ※自由記載より主な内容ごとに集計

主な意見等の内容	病院数	割合 (%)
① 二次医療圏でも地域・診療科偏在があるため、その点も考慮する必要がある	12	19.4
② 地域医療を確保するためには、医師の偏在解消は急務であり最優先で進めてほしい	11	17.7
③ 医師偏在解消策の効力が出る前に過疎地の医療が崩壊すると思われる	8	12.9
④ 医師少数区域には都道府県の取組だけでは解消困難であり、国が関与する施策も必須	6	9.7
⑤ 医師が医師少数区域に定着することによりメリットを得られるような制度が必要	6	9.7
⑥ 医師の専門・得意分野と地域の医療需要が一致するような配置方法の検討が必要	4	6.5
⑦ 個々の病院だけで働き方改革を実行しても経費負担が増すばかりで根本的解決にはならない	4	6.5
⑧ 医師少数区域の医療機関が人員を確保しやすいように、診療報酬上の工夫が必要	3	4.8
⑨ その他（医療機関の管理者になるための要件を、地域医療への従事期間を最低1年間、かつ、連続して赴任されるよう希望 など）	8	12.9

自由記載より

- 医療が高度化・細分化することにより、医師の地域偏在とともに診療科偏在が大きな問題。この診療科偏在を解消するとともに、特に地方の医師少数区域ではジェネラリストの養成が喫緊の課題である。
- 都道府県の取組だけでは解消困難であり国が関与する施策も必須である。当センターは地域の病院に対して定期的な診療応援や必要時の手術応援を行っているが、県立母体ではそれ以上の実効的な活動は困難である。大学病院との人的交流も少しずつ取組んでいるが、大学も医師不足であり不足・偏在の解消にはならない。
- 医師少数区域にて救急に取り組んでいる医療機関が人員を確保しやすいように、診療報酬上の工夫をお願いしたい。
- 医師少数区域、地域枠・地元出身者枠の設定については、医師不足の地域において医師確保の助けになるのではないかと期待している。
- 医師少数区域への医師の充足とともに各診療科間の医師の偏在も解消する必要がある。また、医師少数区域での勤務に対するインセンティブとして、医師少数区域で勤務することを新専門医制度におけるサブスペシャリティ領域の専門医取得のための要件とするのは、医師偏在解消に効果的ではないかと思う。 など