



一般社団法人 日本病院会

地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関する アンケート調査報告書

[平成 25 年 8 月]

要旨

本アンケート調査結果は、地域医療の再生に向けて、勤務医不足と労働環境の改善の兆しがわずかではあるが見えるものの、依然として、医療は、労働基準法違反を前提とした勤務医の過重労働とそれを追認せざるを得ない病院運営の上に成り立っていることを示しており、さまざまな「制度の壁」が地域医療の再生を妨げていることが明らかとなった。その根底には、医療関連法令や行政通達の多くが、もはや医療の実情にそぐわず、整合性や統一性も取れなくなっている現実が存在していることは明白である。このような矛盾の多い「制度の壁」を打ち破り、地域医療の再生を成し遂げるためには、医療施策全体を貫通し「日本の医療のあり方そのもの」を明示する“医療の憲法”としての「医療基本法」の制定が強く望まれるところである。

一般社団法人 日本病院会

地域医療委員会

目次

はじめに	5
『地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート』結果報告	6
I. 調査要綱	6
調査の目的	6
II. 回答状況	7
1. 病院属性に関する質問	7
1-1. 開設主体	7
1-2. 所在地	8
1-2-2. 市または郡部の区分	8
1-3. 病床数	9
1-4. 常勤医のいる標榜診療科はありますか。	10
1-4-2. 常勤医のいない標榜診療科はありますか。	10
【考察】	11
1-5. 常勤医師数、非常勤医師数は何人ですか。（換算数ではなく、実人数をお書きください）	12
【考察】	14
2. 医師確保に関する質問	15
2-1. 平成20年4月と比較した場合、貴病院の医師数は増加しましたか。	15
【考察】	16
2-2. 勤務医の不足についてお尋ねいたします。	17
【考察】	18
2-3. 勤務医をどのように確保していますか。	20

【考察】	20
2-3-2. 勤務医は同一の都道府県で確保できていますか。	22
2-4. 勤務医確保は困難だと感じますか。	22
2-4-2. 勤務医確保「困難だと感じる」理由	23
2-5. 勤務医確保をあきらめましたか。	23
2-6. 勤務医不足、医師の地域偏在、診療科偏在等についてお尋ねします。	24
【考察】	24
3. 労働時間・労働賃金に関する質問	27
3-1-1. 1週間平均の勤務時間が最長の医師についてお尋ねいたします。	27
3-1-2. 1週間平均の医師1人当たりの勤務時間についてお尋ねします。(宿日直勤務時間を除きます)	29
【考察】	29
3-2. 1ヶ月平均の医師1人当たりの宿直及び日直回数は合計何回ですか。	31
【考察】	31
3-3. 宿日直の業務内容についてお尋ねいたします。	34
3-4. 宿直翌日の勤務体制についてお尋ねします。	36
【考察】	36
3-5. 労働基準法で規定されている「宿直許可」についてお尋ねします。	38
【考察】	40
【考察】	40
【考察】	41
3-6. いわゆる36協定についてお尋ねします。	43
【考察】	44
【考察】	44
3-7. 当直時の他科のオンコール体制についてお尋ねします。	45
【考察】	46

3-8. 医師の交代制勤務についてお尋ねします。	47
3-9. 管理職医師についてお尋ねします。	49
【考察】	49
3-10. 労働基準局からの是正勧告についてお尋ねします。	51
【考察】	52
【考察】	53
3-11. 医師の労働時間の把握方法についてお尋ねします。以下のどの方法を用いていますか。(複数回答)	53
【考察】	53
4. 制度の壁に関連する質問	54
4-1. 労働基準法第32条(法定労働時間)と医師法第19条(応招義務)の矛盾について	54
【考察】	54
【考察】	55
4-2. 医療法第16条についてお尋ねします。	56
4-3. 医療法第16条および労働基準法施行規則第23条での「宿直」定義についてお尋ねします。	58
【考察】	58
4-4. 労働基準法に定める休日及び夜間勤務についてお尋ねします。	58
【考察】	60
4-5. 「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と言えそうです。	61
4-5-2. 現場実態とかけ離れ、しかも、医療従事者の規制を中心とした医師法や医療法あるいは労働基準法など医療関連法令や省令が、一貫性もなく、体系化もなされず、整合性もないまま制定されていることが問題であり、これらが「制度の壁」となって地域医療再生を妨げているようです。このことについてご意見をお聞かせください。(⇒自由回答)	63
4-6. 民間医療機関を支援するために、公務員医師の公的兼業を解禁することについてお尋ねします。	63
4-7. 自治体病院職員の増員と地方自治法第172条(定数管理)についてお尋ねします。	64
4-8. 遠隔医療と医師法第20条(対面診療の原則)についてお尋ねします。	65
【自由回答】	66

まとめ	84
【付記】	86
資料	87
依頼文	87
調査票	88
地域医療委員会委員名簿	95

はじめに

地域医療再生に向けて、国では医学部の定員増や地域枠設定、診療報酬改定による勤務医の処遇改善、地域医療再生基金の創設、医療計画の見直し、さらには、文部科学省と厚生労働省が共同してとりまとめた「地域の医師確保対策 2012」、地方では医療機関の連携強化や機能分化、地元大学への寄付講座の設置、サポーターとしての住民運動の展開、病院ではチーム医療の推進や職場環境の改善など、実にさまざまな取り組みがなされてきた。

しかし、いずれの効果も限定的で、地域医療が再生したケースは極めて少ない。とくに、地方の小都市や中山間地に存在する病院では、「制度の壁」が障害となり、救急医療は言うに及ばず、日常診療の維持にさえ難渋している。

たとえば、勤務医の地域偏在を解消するための手段としての、医師の「計画配置」や「へき地勤務の義務化」は、【憲法第 22 条】（職業選択の自由）という「制度の壁」を前にして、その議論は急速に萎んでしまった。日々の診療の質と量を確保するために必要な公私病院間での相互支援は、【地方公務員法】が壁となり、公立病院から民間医療機関へ医師を派遣することはできない。【総定員法】や【地方自治法】による職員定数の縛りも、チーム医療の推進を妨げている。あるいは、切羽詰まった離島やへき地の医療機関への外国人医師招聘にしても、【医師法】で原則禁止、医療従事者の派遣期間も【改正労働者派遣法】によって限定されている。

一方、さまざまな調査によると、病院勤務医の週平均労働時間は 60 時間前後と、【労働基準法】で定められている法定労働時間週 40 時間を大幅に上回っている。しかも、勤務医の 4 人に 1 人は月 4 回以上の宿日直をこなし、当直明けも連続して勤務するという 32 時間労働が当たり前。さらには、【労働基準法】と【医療法】とでの宿日直概念の相違は、救急医療現場に混乱と当惑を生じせしめている。その一方で、応招義務を規定する【医師法第 19 条】の存在。そして、行きつく先は、労働基準監督署による是正勧告。労務管理の重要性は言うまでもないが、是正すべきは、むしろ、労働基準法違反を前提としなければ成り立たない「日本の医療のあり方そのもの」であろう。

いずれにしても、現場実態とかけ離れ、しかも、医療従事者の規制を中心とした医療関連法令や行政通達が、一貫性もなく、体系化もなされず、整合性もないまま制定されていることが問題であり、これらが「制度の壁」となって地域医療再生を妨げている。日本病院会地域医療委員会では、このような「制度の壁」について議論を重ねてきたが、今回、その実態を明らかにするとともに、会員病院間で情報を共有し、問題意識を醸成することを目的に、本アンケート調査を実施した。本報告書が矛盾の多い「制度の壁」を打ち破り、ひいては、苦悩する地域医療の再生の一助となることを願うものである。

『地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート』結果報告

I. 調査要綱

調査の目的

「現場実態とかけ離れ、しかも医療従事者の規制を中心とした諸法令が「制度の壁」となり、地域医療の再生を妨げているのではないか」という問題意識に基づき、実態の把握、会員病院間での情報の共有と問題意識の醸成を目的に実施した。

調査対象

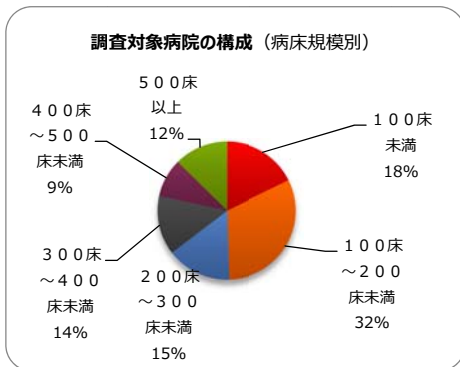
日本病院会会員病院（平成 24 年 11 月時点）2,375 病院（構成は右図参照）

調査時期

平成 25 年 1 月 28 日～2 月 28 日

調査の方法

メール一括配信により依頼文を送信。回答者は日本病院会ウェブサイトから回答用ファイルをダウンロード、入力してメールにより返信。ファクスや郵送による提出も可とした。回答者から寄せられた質問項目は「よくある質問」にまとめ、同サイト上に公開した。



調査対象の構成

▲ 開設主体の分類

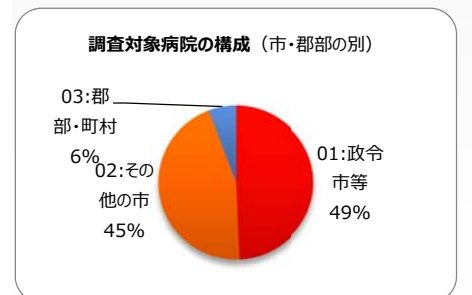
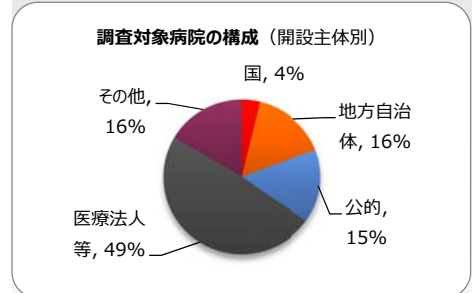
国：国立高度医療研究センター、国立大学法人、国立病院機構、労働者健康福祉機構、その他

地方自治体：都道府県、市町村、地方独立行政法人

公的医療機関等：厚生連、済生会、日赤、北海道社会事業協会、社会保険（共済及び連合、健康保険組合及び連合会、厚生年金事業振興団、国民健康保険組合、船員保険会、全国社会保険協会連合会）

医療法人等：医療法人、社会医療法人、特定医療法人、特別医療法人

その他：医療生協、会社、学校法人、個人、公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、その他法人



II. 回答状況

回答数

回答数は 339 件（回答率 14.3%）であった。

本調査は、回答率 30%を目標に行ったが、回収率は 14.3%に止まった。この原因として、本調査が回答用紙 13 枚にわたる長大なものであったこと、質問内容が経営上センシティブなものを含んでいたこと、等が考えられる。さらに項目によっては、回答のために計算を必要としたり、関連資料を参照する必要があったりするものがあり、これらが回答率を押し下げた可能性がある。

しかしながら、本調査は、平成 25 年 6 月開催の第 63 回日本病院学会での「オピニオン」をはじめとする地域医療委員会のさまざまな活動と一体で計画され、情報の共有、問題意識の醸成をもねらいとしたものであり、実態の把握のみを目的とするものではない。この点で、たとえ、会員病院が回答を保留したとしても、質問文を読んでもらえば、「制度の壁」について周知がなされたのであり、所期の目的を少なくとも一部は達成しているといえることができる。

1. 病院属性に関する質問

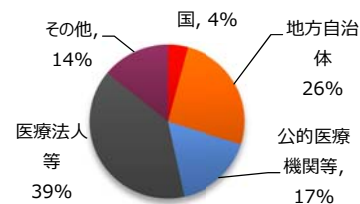
1-1. 開設主体

回答 339 病院の開設主体別の内訳は、国公立・公的病院 158 病院（全体の 47%）、医療法人等の民間病院 133 病院（39%）、その他 48 病院（14%）であった。この比率は、日本病院会がここ数年実施してきたさまざまなアンケート調査のものと大差なく、それぞれの開設主体の意見を反映するものと考えられる。

開設主体	回答数
01：国	14
02：地方自治体（都道府県、市町村）	87
03：公的医療機関等	57
04：医療法人、社会医療法人等	133
05：その他	48
総計	339

回答病院の構成

1-1. 回答病院の構成（回答数：339）



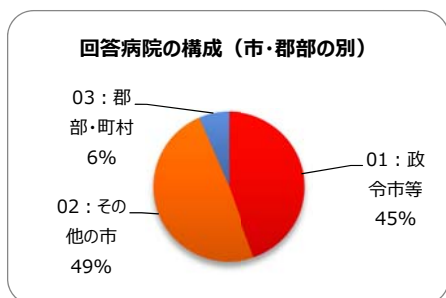
1-2. 所在地

東日本大震災の被災3県を含め、44の都道府県から回答が得られた。回答数が最も多かったところは大阪府の30病院、ついで東京都21病院、愛知県・兵庫県18病院であった。一方、回答数が最も少なかったところは、山梨県・鳥取県・鹿児島県が各1病院であり、島根県、佐賀県、宮崎県からの回答は得られなかった。

1-2-2. 市または郡部の区分

医療崩壊がとくに深刻な地方の小都市や中山間地の病院の実態や意見を知るために、市または郡部の区分を、都会である「政令指定都市・中核市・特例市・特別区・県庁所在地」、中山間地である「郡部・町村」、その中間の地方の小都市としての「その他の市」の3区分を設定した。回答を寄せた「郡部・町村」の病院は22（全体の6%）とやや少なく、他2区分は160前後とほぼ同数であった。

市または郡部の区分	回答数
01：政令指定都市・中核市・特例市・特別区・県庁所在地	151
02：その他の市	166
03：郡部・町村	22
総計	339



回答病院の構成

▲ 都道府県別回答数

北海道	17	滋賀県	6
青森県	4	京都府	6
岩手県	2	大阪府	30
宮城県	4	兵庫県	18
秋田県	6	奈良県	10
山形県	4	和歌山県	3
福島県	4	鳥取県	1
茨城県	11	島根県	0
栃木県	2	岡山県	6
群馬県	6	広島県	9
埼玉県	14	山口県	3
千葉県	14	徳島県	2
東京都	21	香川県	2
神奈川県	13	愛媛県	3
新潟県	6	高知県	3
富山県	4	福岡県	12
石川県	2	佐賀県	0
福井県	5	長崎県	3
山梨県	1	熊本県	6
長野県	13	大分県	5
岐阜県	12	宮崎県	0
静岡県	17	鹿児島県	1
愛知県	18	沖縄県	4
三重県	6	(総計)	339

▲ 開設主体の所在地（市または郡部等の区分）

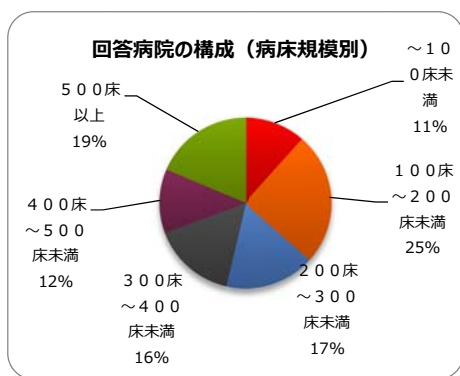
政令市等：政令指定都市・中核市・特例市・特別区・県庁所在地

その他の市：政令指定都市等及び郡部、町村以外の市

郡部・町村：郡部または町村

1-3. 病床数

病床規模別では、日本病院会が実施した他のアンケート調査と同様に、「100床～200床未満」が最多の85病院（25%）であり、他はほぼ均等に分布していた。



回答病院の構成

▲ 病床数	
病床数	回答数
～100床未満	39
100床～200床未満	85
200床～300床未満	58
300床～400床未満	53
400床～500床未満	41
500床以上	63
総計	339

1-4. 常勤医のいる標榜診療科はいくつありますか。

標榜診療科数「1~9」の病院が最も多く133病院（39%）、ついで「10~19」が102病院（30%）、「20~29」が83病院（24%）であり、「30以上」は20病院（6%）であった。

1-4-2. 常勤医のいない標榜診療科はいくつありますか。

標榜診療科すべてに常勤医を配置できている病院数は72病院（21%）に過ぎず、残り267病院（79%）では何らかの診療科で常勤医を確保できていなかった。

この72病院をそれぞれの所在地で分析すると、「政令指定都市等」では151病院中44病院の29%であったが、「その他の市」では166病院中26病院の16%に減少し、「郡部・町村」では22病院中2病院の9%に過ぎなかった。

それぞれの病床規模では、「500床以上」全63病院のうちすべてに常勤医を配置できている病院は51%（32病院）にのぼり、一方、「200床未満」では全124病院のうち15%（18病院）と少なく、両者には大きな開きがあった。また、病床規模の内訳では、72病院中「500床以上」の病院が全体の44%（32病院）を占め、「200床未満」は25%（18病院）と少なかった。

▼（再掲）回答病院の構成

	~ 100床未満	100床~ 200床未満	200床~ 300床未満	300床~ 400床未満	400床~ 500床未満	500床以上	総計
政令市等	17	38	20	20	19	37	151
その他の市	17	39	35	30	20	25	166
郡部・町村	5	8	3	3	2	1	22
総計	39	85	58	53	41	63	339

▲ 常勤医のいない標榜診療科「0」72病院の内訳（括弧内は上記“回答病院の構成”に対する構成比）

	~ 100床未満	100床~ 200床未満	200床~ 300床未満	300床~ 400床未満	400床~ 500床未満	500床以上	総計
政令市等	3 (17.6)	6 (15.8)	2 (10)	4 (20)	6 (31.6)	23 (62.2)	44 (29.1)
その他の市	4 (23.5)	5 (12.8)	4 (11.4)	2 (6.7)	2 (10)	9 (36.0)	26 (15.7)
郡部・町村			1 (33.3)		1 (50)		2 (9.1)
総計	7 (17.9)	11 (12.9)	7 (12.1)	6 (11.3)	9 (22)	32 (50.8)	72 (21.2)

図表

▲ 常勤医のいる標榜診療科数

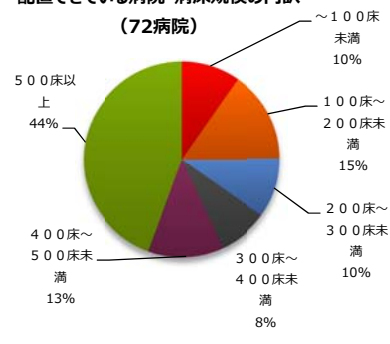
常勤医のいる標榜診療科数	該当病院数
0	1
1-9	133
10-19	102
20-29	83
30-39	17
40-49	2
50-59	1
総計	339

▲ 常勤医のいない標榜診療科

常勤医のいない標榜診療科数	該当病院数
0	72
1-4	169
5-9	85
10-14	9
15-19	2
20-24	1
25-29	1
総計	339

▲ 標榜診療科すべてに常勤医を配置できている病院・病床規模の内訳（72病院）

1-4-2. 標榜診療科すべてに常勤医を配置できている病院・病床規模の内訳（72病院）



【考察】

標榜診療科すべてに常勤医を配置できている病院が全体の2割に過ぎない理由として、社会のニーズと自院の医療機能の妥当性も考慮しなければならないが、勤務医不足がその根底に存在することに疑いはない。常勤医を配置できている病院割合が最も高いのは、所在地別では「政令指定都市等」そして病床規模別では「500床以上」、逆に最も低いのが「郡部・町村」と「200床未満」であり、地方の中小病院が苦悩していることがうかがえる。しかし、最も高い病院割合の「政令指定都市等」でさえ3割に満たず、医療提供体制の妥当性は別問題として、都会でも勤務医不足は深刻な状況になっているものと考えられる。

1-5. 常勤医師数、非常勤医師数は何人ですか。(換算数ではなく、実人数をお書きください)

常勤医が「11~20人」が65病院(19.2%)と最も多く、ついで「51~100人」が63病院(18.6%)であった。「100人以上」は56病院(17%)にのぼり、それぞれの所在地別で分析すると、「政令指定都市等」では151病院中36病院の24%であったが、「その他の市」では166病院中18病院の11%に減少し、「郡部・町村」では22病院中わずか2病院の9%に過ぎなかった。それぞれの病床規模では、100人以上の常勤医を擁している病院は「500床以上」全63病院のうち44病院(70%)であり、「300床未満」では皆無であった。また、病床規模の内訳では、56病院中、「500床以上」の病院が全体の79%(44病院)を占め、「400床~500床未満」が18%(10病院)、「300床~400床未満」が4%(2病院)と少なかった。

▼ (再掲) 回答病院の構成

	~ 100床未満	100床~ 200床未満	200床~ 300床未満	300床~ 400床未満	400床~ 500床未満	500床以上	総計
政令市等	17	38	20	20	19	37	151
その他の市	17	39	35	30	20	25	166
郡部・町村	5	8	3	3	2	1	22
総計	39	85	58	53	41	63	339

▲ 常勤医師数100人超の56病院の内訳(括弧内は上記“回答病院の構成”に対する構成比)

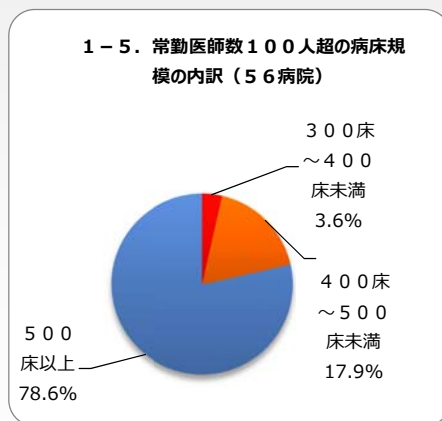
	~ 100床未満	100床~ 200床未満	200床~ 300床未満	300床~ 400床未満	400床~ 500床未満	500床以上	総計
政令市等				8 (42.1)	28 (75.7)	36 (23.8)	
その他の市			2 (6.7)	1 (5)	15 (60)	18 (10.8)	
郡部・町村				1 (50)	1 (100)	2 (9.1)	
総計				2 (3.8)	10 (24.4)	44 (69.8)	56 (16.5)

図表

▲ 常勤医師数

常勤医師数	該当病院数
1-5	38
6-10	39
11-20	65
21-30	42
31-50	36
51-100	63
101-200	45
201以上	11
総計	339

▲ 常勤医師数100人超 病床規模の内訳



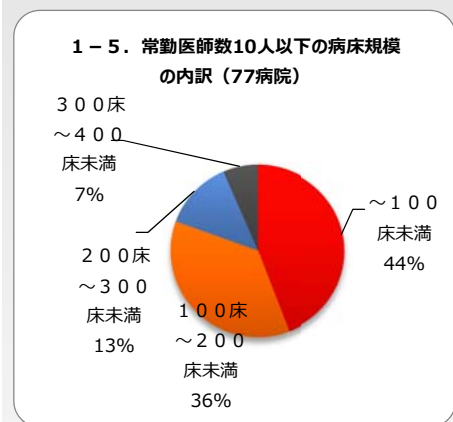
一方、常勤医「5人以下」は38病院（11%）、「6～10人」が39病院（12%）あった。両者合わせての77病院は全体の23%を占めており、所在地別で分析すると、「郡部・町村」が22病院中9病院の41%と最も多く、「その他の市」では166病院中39病院の24%、「政令指定都市等」では151病院中29病院の19%に減少していた。それぞれの病床規模では、「100床未満」全39病院のうち34病院（87%）が常勤医10人以下であり、ついで「100床～200床未満」が全85病院のうち33%（28病院）。また、病床規模の内訳では、72病院中「100床未満」の病院が全体の44%（34病院）を占め、「100床～200床未満」が36%（28病院）「200床～300床未満」が13%（10病院）であった。

▲ 常勤医師数10人以下の77病院の内訳（括弧内は上記“回答病院の構成”に対する構成比）

	～ 100床未満	100床～ 200床未満	200床～ 300床未満	300床～ 400床未満	400床～ 500床未満	500床以上	総計
政令市等	15 (88.2)	11 (28.9)	2 (10)	1 (5)			29 (19.2)
その他の市	14 (82.4)	14 (35.9)	7 (20)	4 (13.3)			39 (23.5)
郡部・町村	5 (100)	3 (37.5)	1 (33.3)				9 (40.9)
総計	34 (87.2)	28 (32.9)	10 (17.2)	5 (9.4)			77 (22.7)

非常勤医については、「29人未満」の病院が最も多く172病院（全体の51%）、ついで「30～59人」の101病院（30%）、「60～89人」の44病院（13%）であった。一方、90人以上と数多くの非常勤医を抱えている病院も22病院（全体の6%）存在していた。

▲ 常勤医師数10人以下 病床規模の内訳



▲ 非常勤医師数

非常勤医師数	該当病院数
0-29	172
30-59	101
60-89	44
90-119	11
120-149	2
150-179	2
180-209	1
210-239	4
390-419	1
480-509	1
総計	339

【考察】

前問の調査結果と同様に、常勤医師数においても「都会の大規模病院」に多く「田舎の中小病院」に少ないという都会と田舎の医療格差が明らかであった。また、数多くの非常勤医師が採用されており、専門性の確保や医療の質的向上、あるいは常勤医の過重労働軽減などに寄与しているものと考えられる。

		常勤医のいる診療科数（回答数）						総計
		0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	
常勤医師数（人）	1-5	37	1					38
	6-10	36	3					39
	11-20	47	17	1				65
	21-30	11	31					42
	31-50	3	26	7				36
	51-100		20	39	4			63
	101-200		4	31	9	1		45
	201以上			5	4	1	1	11
総計	134	102	83	17	2	1	339	

2. 医師確保に関する質問

2-1. 平成20年4月と比較した場合、貴病院の医師数は増加しましたか。

被災3県10病院を含む全339病院で分析してみると、医師数が増加した病院は177病院（全体の52%）であった。

平成20年4月と比較した医師数	該当病院数
01：増加した	177
02：ほとんど変化がない	85
03：減少した	71
04：不明・その他	6
総計	339

所在地別で見ると、医師数が増加した病院の割合が最も多かったのは「政令指定都市等」の56%（151病院中85病院）。「その他の市」と「郡部・町村」は、それぞれ49%（166病院中82病院）と45%（22病院中10病院）であり、「政令指定都市等」に比べて10%前後下回っていた。病床規模別では、「300床以上」の病院での増加割合62%（157病院中98病院）に比べ、「300床未満」では43%（182病院中79病院）と約20%低く、勤務医の増加割合が多いか少ないかの分岐点は「300床」にあった。とくに、増加割合が最も多いのは「500床以上」の病院の73%（63病院中46病院）、最も少なかったのが「100床未満」の病院の33%（39病院中13病院）であり、両者には、実に40%の開きがあった。開設主体別で見ると、「国」の64%（14病院中9病院）が最大、それ以外の開設主体は50%前後と、開設主体による差異はほとんどなかった。

一方、医師数が減少した病院は71病院（全体の22%）であり、減少割合が最も顕著な所在地は「その他の市」の25%（166病院中42病院）。逆に、減少割合が最も少なかったのが「郡部・町村」の17%（22病院中4病院）、「政令指定都市等」はその中間の18%（151病院中25病院）であった。

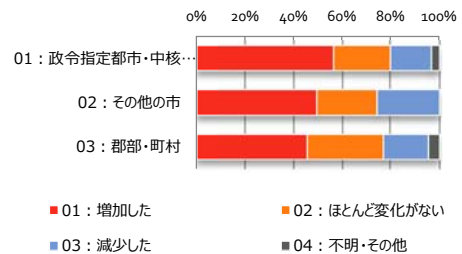
病床規模別での減少割合は、「300床以上」の病院での減少割合16%（157病院中25病院）に比べ、「300床未満」では25%（182病院中46病院）と約10%高く、勤務医の減少割合が多いか少ないかの分岐点は、やはり「300床」にあった。とくに、減少割合が最も少ないのは「500床以上」の病院の10%（63病院中6病院）、最も多かったのが「100床未満」と「200床～300床未満」の病院の26%であり、約10%の開きがあった。開設主体別では、「医療法人等」が最も少ない14%（133病院中19病院）で、「国公立公的」の27%（158病院中42病院）とは二倍近く

図表

▲ 医師数の増加（市・郡部の区分）

	増加した	ほとんど変化がない	減少した	不明・その他	総計
政令市等	85	36	25	5	151
その他の市	82	42	42		166
郡部・町村	10	7	4	1	22
総計	177	85	71	6	339

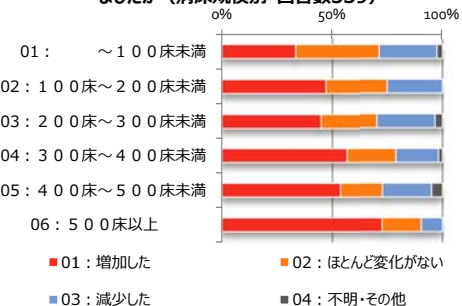
2-1. 平成20年4月と比較し、医師数は増加しましたか（市郡部別・回答数339）



▲ 医師数の増加（病床規模別）

	増加した	ほとんど変化がない	減少した	不明・その他	総計
～100床未満	13	15	10	1	39
100床～200床未満	40	24	21		85
200床～300床未満	26	15	15	2	58
300床～400床未満	30	12	10	1	53
400床～500床未満	22	8	9	2	41
500床以上	46	11	6		63
総計	177	85	71	6	339

2-1. 平成20年4月と比較し、医師数は増加しましたか（病床規模別・回答数339）



の差があった。

なお、医師数にほとんど変化がなかった病院は、全体で 85 病院の 25%であった。

また、被災 3 県では、回答 10 病院のうち、増加した病院 6 病院、減少した病院 1 病院、変化なしが 3 病院であった。

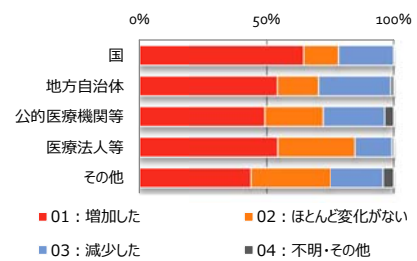
【考察】

医師数は、5 年前に比べて約半数の病院で増加した一方で、2 割を越える病院で減少していた。増加あるいは減少した病院割合の分岐点は「300 床」にあり、増加割合が多いのは「300 床以上」の病院で、減少割合が多いのは「300 床未満」の病院で顕著であった。これに所在地別での結果を加えると、「都会の大規模病院」での勤務医の増加と「地方の小規模病院」での減少が明らかとなり、両者の格差はこの 5 年間でさらに拡大していることが示唆される。また、医師数が減少した病院の割合は、国公立公的病院に比べて、医療法人等の民間病院が 10%以上も少なく、医師確保のための方策に工夫を凝らしていることがうかがわれる。

▲ 医師数の増加（開設主体別）

	増加した	ほとんど変化がない	減少した	不明・その他	総計
国	9	2	3		14
地方自治体	47	14	25	1	87
公的医療機関等	28	13	14	2	57
医療法人等	72	41	19	1	133
その他	21	15	10	2	48
総計	177	85	71	6	339

2-1. 平成20年4月と比較し、医師数は増加しましたか（開設主体別・回答数339）



2-2. 勤務医の不足についてお尋ねいたします。

① 法定医師数をクリアしていますか。

クリアしている病院は 323 病院（95%）であり、クリアしていない病院はわずか 14 病院（4%）に過ぎなかった。被災 3 県 10 病院では、すべてクリアできていた。

② 勤務医は充足していますか。

勤務医は「不足している」と答えた病院は 251 病院（74%）に上り、「充足している」病院は 79 病院（23%）に過ぎなかった。

病床規模別で比較してみると、「不足している」と答えた病院の割合が最も大きいのは「300 床～400 床」の 85%で、次いで「200 床～300 床」の 81%（両者合わせて 83%）であり、最も少ないのは「100 床未満」の 51%であった。逆に、「充足している」と答えた病院の割合が最も大きいのは「100 床未満」の 46%であり、他の病床規模の病院と比較して、約 2 倍以上の開きがあった。

▲ 勤務医の充足（病床規模別）

病床規模	充足している	不足している	不明・その他	病院数計
～100床未満	18	20	1	39
100床～200床未満	22	62	1	85
200床～300床未満	9	47	2	58
300床～400床未満	7	45	1	53
400床～500床未満	9	31	1	41
500床以上	14	46	3	63
総計	79	251	9	339

所在地別では、「不足している」と答えた病院の割合が最も大きいのは「郡部・町村」の 82%で、次いで「その他の市」80%、「政令指定都市等」67%であった。

▲ 勤務医の充足（市・郡部の区分）

市郡部	充足している	不足している	不明・その他	病院数計
政令都市等	45	101	5	151
その他の市	30	132	4	166
郡部・町村	4	18		22
総計	79	251	9	339

図表

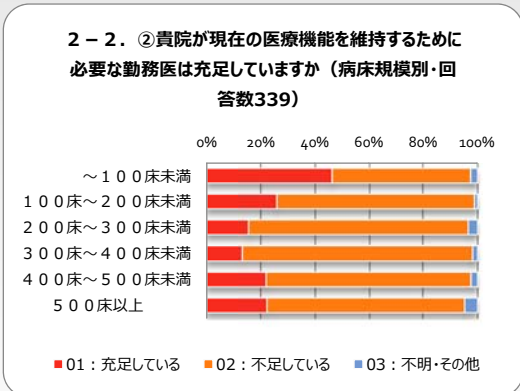
▲ 法定医師数

法定医師数	該当病院数
(その他)	2
01：クリアしている	323
02：クリアしていない	14
総計	339

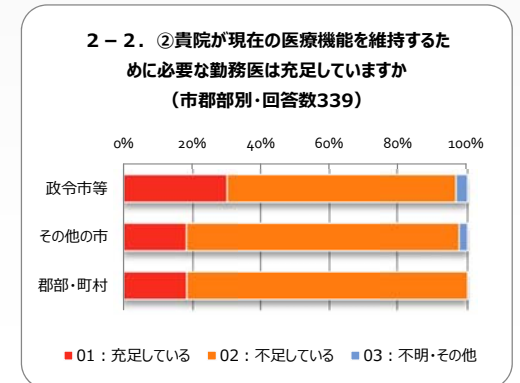
▲ 勤務医の充足

現在の医療機能を維持するために必要な勤務医の充足	該当病院数
01：充足している	79
02：不足している	251
03：不明・その他	9
総計	339

▲ 勤務医の充足（病床規模別）



▲ 勤務医の充足（市・郡部の区分）



開設主体別では、「不足している」と答えた病院の割合が最も大きいのは「地方自治体」の92%で、次いで「公的医療機関等」89%であり、両者合わせての91%は、それ以外の開設主体の平均62%を大きく上回っていた。

▲ 勤務医の充足（開設主体別）

開設主体	充足している	不足している	不明・その他	病院数計
国	5	8	1	14
地方自治体	4	80	3	87
公的医療機関等	6	51		57
医療法人等	48	82	3	133
その他	16	30	2	48
総計	79	251	9	339

なお、被災3県では、回答10病院のうち、「不足している」病院9、「充足している」病院1と、圧倒的に「不足している」病院が多かった。

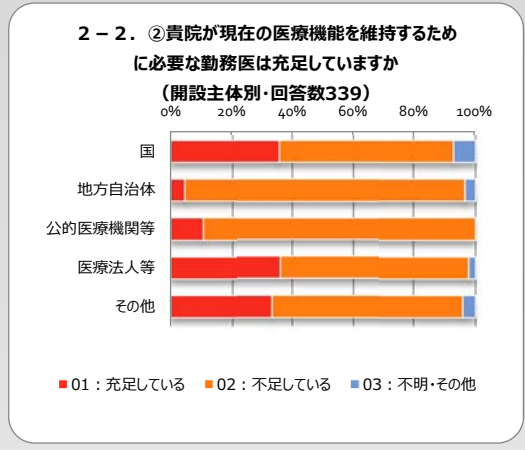
【考察】

何をもちて勤務医が「不足」と考えるのか、何をもちて「充足」と考えるのか、その判断基準は、病院の医療機能や地域性あるいは病床規模や開設主体などによって異なるはずであり、画一的に評価することはできない。そのため、「貴院が現在の医療機能を維持するために必要な勤務医は充足していますか」と定義した上で、質問をおこなった。

2-1の質問回答にあるように、この5年間で比較すると、約半数の病院で医師数は増加しているものの、約四分の三の病院は不足感を抱いており、依然として自院の医療機能を維持することに難渋していることが推測される。不足感は、地方の200~400床の中規模の公立・公的病院で強く、意外にも100床未満では、少ない医師数での診療に慣れているのか、他の医療従事者とのチームワークが良好なのか、不足を感じている病院の割合は最も少なかった。

「200床~400床未満」のうち不足感を訴えた92病院（全病院111病院の83%）の所在地別内訳では、「政令指定都市等」では40病院中33病院の83%、「その他の市」では65病院中53病院の82%、「郡部・町村」では6病院中6病院と、所在地によって大きな差異は認められなかった。また、開設主体別

▲ 勤務医の充足（開設主体別）



▼ 勤務医の充足（被災3県）

現在の医療機能を維持するために必要な勤務医の充足	該当病院数
01: 充足している	1
02: 不足している	9
総計	10

でも同様の傾向であり、都会・地方の違いなく全国一様に勤務医不足感は根強いものがあるものと考えられた。

しかし、今回の調査と日本病院会地域医療委員会が平成 18 年 7 月に実施した調査（医師確保に係る調査報告書 平成 19 年 3 月）¹を比較すると、「不足している」病院 87%→74%、「充足している」病院 9%→23%と、明らかに勤務医の不足感は改善傾向にあることがうかがえることも事実のようである。

▼（再掲）回答病院の構成（200 床～400 床）

	政令市等	その他の市	郡部・町村	総計
01：国		3		3
02：地方自治体	4	26	2	32
03：公的医療機関等	5	10	2	17
04：医療法人等	21	19	2	42
05：その他	10	7		17
総計	40	65	6	111

▲ 「不足している」（病床規模別・200 床～400 床）92 病院の内訳（括弧内は上記「回答病院の構成」に対する構成比）

	政令市等	その他の市	郡部・町村	総計
01：国		3 (100)		3 (100)
02：地方自治体	4 (100)	25 (96.2)	2 (100)	31 (96.9)
03：公的医療機関等	4 (80)	10 (100)	2 (100)	16 (94.1)
04：医療法人等	16 (76.2)	10 (52.6)	2 (100)	28 (66.7)
05：その他	9 (90)	5 (71.4)		14 (82.4)
総計	33 (82.5)	53 (81.5)	6 (100)	92 (82.9)

③ 不足している診療科を教えてください。

内科（135 病院）、麻酔科（113 病院）、整形外科（100 病院）が上位 3 位を占めており、産婦人科は 5 位（89 病院）、小児科は 13 位（68 病院）であった。

▲ 勤務医の不足している診療科（科別回答数）

内科	135	糖尿病科（代謝内科）	61
麻酔科	113	耳鼻咽喉科	58
整形外科	100	外科	56
呼吸器科	98	精神科	52
産婦人科	89	血液内科	49
脳神経外	85	皮膚科	46
循環器科	84	病理診療科	45
救急科	84	呼吸器外科	32
放射線科	82	心臓血管外科	29
消化器科	77	消化器外科	27
眼科	76	産科	25
リハビリテーション科	72	その他	23
小児科	68	心療内科	21
神経内科	68	肛門外科	6
泌尿器科	67		

¹ 同調査報告 Q9

2-3. 勤務医をどのように確保していますか。

回答病院 339 病院のうち 90%の 305 病院が「大学医局からの派遣」をあげ、ついで「人脈等」が 56%の 190 病院、「人材派遣会社」が 47%の 159 病院、「公募」が 41%の 140 病院であった。以下、「民間病院からの派遣」8%の 27 病院、「地方自治体からの派遣」26 病院の 8%、「国公立病院からの派遣」22 病院の 6%、「医師会」5 病院 1%と、すべて 10%以下であった。なお、開設主体別、所在地別、病床規模別のいずれの属性のいずれの分類においても、医師確保方策の第一位は「大学医局からの派遣」であった。

【考察】

医師確保方策は、その医師派遣機能が弱体化したといわれながらも、依然として、「大学医局からの派遣」によるものが圧倒的に多かった。「地方自治体よりの派遣」が 26 病院（すべて公立・公的病院）の 8%にとどまっていることは、医師確保の方策として国が取り組んでいる各都道府県への「地域医療支援センター設置」構想が、充分には機能していないことを表している。また、「国公立病院からの派遣」が 22 病院の 6%と低い理由の一つとして、公務員の兼業禁止の法令があげられよう。

今回の結果を日本病院会の平成 18 年 7 月調査²と比較すると、「大学医局からの派遣」98%→90%、「地方自治体よりの派遣」13%→8%、「人脈等」42%→56%、「人材派遣会社」19%→47%、「公募」24%→41%と、大学医局や地方自治体の医師派遣機能は低下し、それらを補うために人脈や人材派遣会社あるいは公募が増加していることが明らかである。とくに、半数近くの病院が勤務医確保の手段として人材派遣会社を活用していることは注目に値する。病院が人材派遣会社に手数料として支払った年間の平均額は、日本病院会中小病院委員会等の調査³によると一病院当たり約 767 万円、全国の病院の支払合計額は約 340 億円と推計されており、勤務医不足によって医療周辺産業が繁栄している実態が浮かび上がる。また、仄聞すれば、人材派遣会社に登録し、数ヶ月単位で病院を渡り歩く医師も存在するとのことであり、直接的間接的に医療の質の担保や安全性の確保にも影響を及ぼすことも危惧され、医師の斡旋紹介業に対して一定の規制が必要なのではなかろうか。

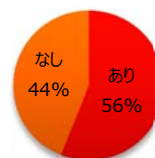
図表

▲ 勤務医の確保（「なし」には無回答を含む）

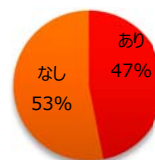
大学医局からの派遣



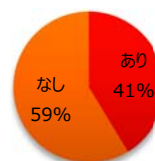
人脈や個別紹介など個人的関係



人材斡旋会社



公募

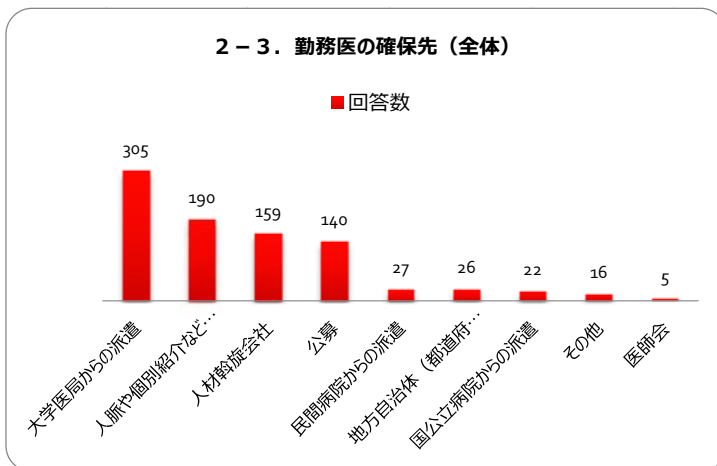


² 『医師確保に係る調査報告書』（日本病院会地域医療委員会・平成 19 年 3 月）Q6(1)

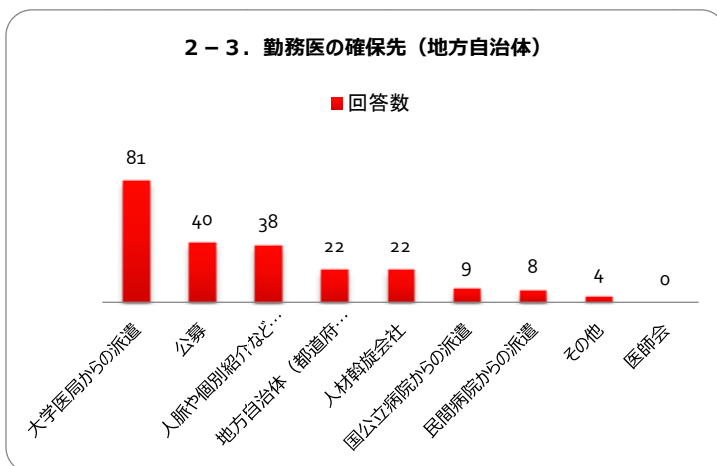
³ 『病院の人材確保・要請に関するアンケート調査結果報告』（日本病院会中小病院委員会・医業経営・税制委員会・平成 23 年 10 月）P. 17 表 4-6

大学医局からの派遣	305
人脈や個別紹介など個人的関係	190
人材斡旋会社	159
公募	140
民間病院からの派遣	27
地方自治体（都道府県、市町村）からの派遣	26
国公立病院からの派遣	22
その他	16
医師会	5
（回答病院数）	（339）

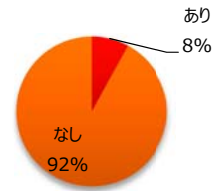
▲ 勤務医確保先の確保先（全体）



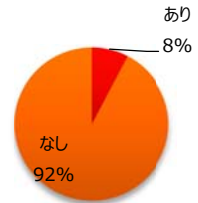
▲ 地方自治体立病院の勤務医確保先



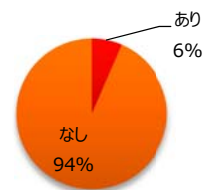
民間病院からの派遣



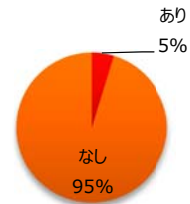
地方自治体（都道府県、市町村）からの派遣



国公立病院からの派遣



その他



医師会



2-3-2. 勤務医は同一の都道府県で確保できていますか。

確保できている病院は 198 病院（58%）であったが、129 病院（38%）は同一都道府県内で確保できておらず、県境を越えての医師争奪戦が行われていることがわかれる。

2-4. 勤務医確保は困難だと感じますか。

「困難だと感じる病院」が圧倒的に多く、295 病院（88%）であった。一方、「困難だと感じない病院」はわずか 16 病院（5%）に過ぎず、その開設者主体別内訳は、「医療法人等」9 病院、「その他」4 病院、「地方自治体」2 病院、「公的医療機関等」1 病院、「国」0 病院であった。所在地別では、「政令指定都市等」9 病院、「その他の市」7 病院、「郡部・町村」0 病院であった。

困難だと感じる	295
困難だと感じない	16
わからない・その他	25
総計	336

図表

▲ 勤務医は同一の都道府県内で確保できていますか

都道府県内ですべて確保できている	46
都道府県内でおおむね確保できている	152
都道府県内ではあまり確保できていない	101
都道府県内ではまったく確保できていない	28
わからない・その他	12
総計	339

2-4-2. 勤務医確保「困難だと感じる」理由

「派遣元の事情」がスコア値 1,071,504 で圧倒的に多く、他はこのスコア値の三分の一前後であった。「派遣元の事情」とは、おそらくは大学医局を指しており、その弱体化した医師派遣機能を補うような組織やシステムが、未だ構築されていないことを物語っている。

勤務医確保が困難な理由	スコア値
派遣元の事情	1,071,504
勤務環境条件	289,764
金銭的条件	277,956
地理的条件	373,044
医療機能的条件	246,372
医師の質の問題	229,116
その他	66,720
スコア総計	2,554,476

2-5. 勤務医確保をあきらめましたか。

「諦めた」2 病院のうち、1 病院は統廃合が決定している自治体病院、1 病院は民間病院であり、すべての病院が困難な状況でありながら、「諦めず」懸命に医師確保に取り組んでいる実情が浮かんでくる。

	該当病院数
諦めた	2
諦めない	309
その他	20
合計	331

図表

▲ スコア値の算出と比較

各項目について該当する順に 1~7 の順位を回答してもらった。以下の手順によりその順位と回答数を数値化し、比較した。

① 順位の点数化

1 位 : 5,040 点

2 位 : 2,520 点 (1 位の 1/2)

3 位 : 1,680 点 (1 位の 1/3)

以下同様に 7 位まで点数を設定する

② 回答数を反映してスコア値を算出する

例) ある項目について「1 位」とした回答が 1 件、「2 位」とした回答が 3 件あった場合 :

$$5,040 \times 1 + 2,520 \times 3 = 12,600$$

③ スコア値を比較

2-6. 勤務医不足、医師の地域偏在、診療科偏在等についてお尋ねします。

勤務医不足解消案のうち7割以上の賛同が得られたものは、「医学部定員の増員」82%(276病院)、「医師の計画配置」81%(272病院)、「地域医療計画の再構築」80%(268病院)、「へき地勤務の義務化」75%(252病院)、「医療関連法令の改正と体系化」73%(242病院)、「自治体病院の統合再編」71%(237病院)であった。また、最近、各方面で議論されている「保険医登録制を活用した適正配置」は58%(190病院)であった。

一方、「メディカルスクールの設置」や「医学部の新設」、あるいは、「自由標榜制の禁止」や「開業制限」への賛成は、50%前後にとどまっていた。

【考察】

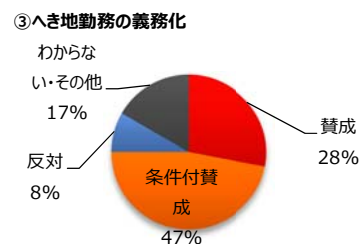
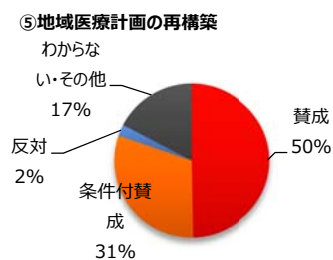
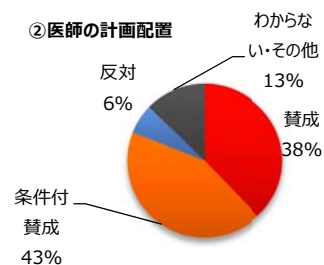
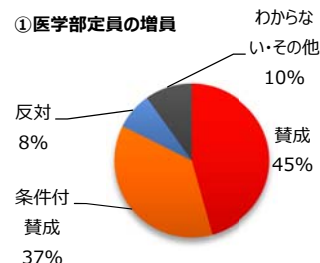
「医師の計画配置」や「へき地勤務の義務化」、あるいは、「保険医登録制を活用した適正配置」など、規制的手法による勤務医不足解消案が高い賛同率を得ている背景には、これまでなされてきたさまざまな医師確保対策の効果が限定的であり、病院や地方自治体の努力は“限界に近い”という徒労感や無力感が存在するのかもしれない。また、「地域医療計画の再構築」や「自治体病院の統合再編」が7割以上の高い支持を得ているのは、勤務医不足を単に「数の問題」と捉えるのではなく、「医療提供体制の問題」と認識していることを表すものであろう。

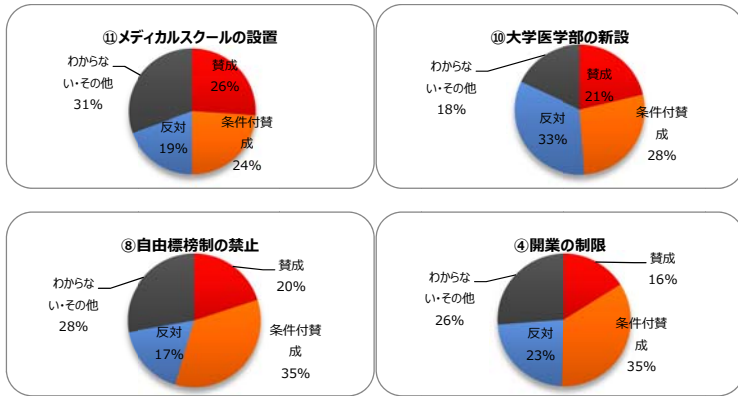
「メディカルスクールの設置」と「医学部の新設」への賛同が、「医学部定員の増員」へのそれと比べて30%も低いのは、地域の中核病院等からの医師の引き抜きなどによって医療崩壊をさらに加速させる危険性や勤務医充足後の規模縮小の困難性、さらには過去5年間で医学部13校分に相当する入学定員を確保したという実績が存在するからであろう。また、相対的に低いとはいえ、「自由標榜制の禁止」や「開業制限」への賛成が50%を超えているのは、開業医との所得や勤務環境の格差に加え、常態化した勤務医不足に対する院長たちの苛立ちを反映するものであろう。

いずれにしても、勤務医の不足や地域偏在あるいは診療科偏在の是正は、地域医療再生のための最大の課題であることは言うまでもなく、これらを、単に「数の問題」としてではなく、「日本の医療のあり方そのもの」の問題と捉えて、その対策を講じることが重要であると言える。

図表

▲ 各案への賛否

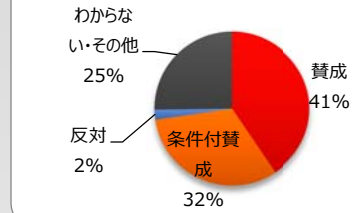




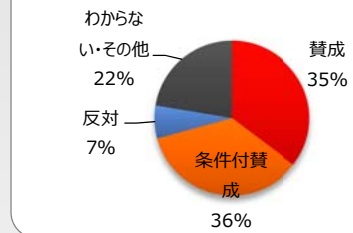
	①医学部定員の増員	②医師の計画配置	③へき地勤務の義務化	④開業の制限	⑤地域医療計画の再構築	⑥自治体病院の再編
賛成	153	127	94	54	166	118
条件付賛成	123	145	158	117	102	119
反対	26	21	28	77	8	23
わからない・その他	33	43	56	88	58	75
総計	335	336	336	336	334	335

	⑦医療関連法令の改正と体系化	⑧自由標榜制の禁止	⑨大学医局制度の見直し	⑩大学医学部の新設	⑪メディカルスクールの設置	⑫都道府県単位の保険医登録制度を活用した医師の適正配置
賛成	135	67	108	71	87	100
条件付賛成	107	116	121	92	80	90
反対	7	59	28	111	65	41
わからない・その他	84	93	78	60	102	96
総計	333	335	335	334	334	327

⑦医療関連法令の改正と体系化



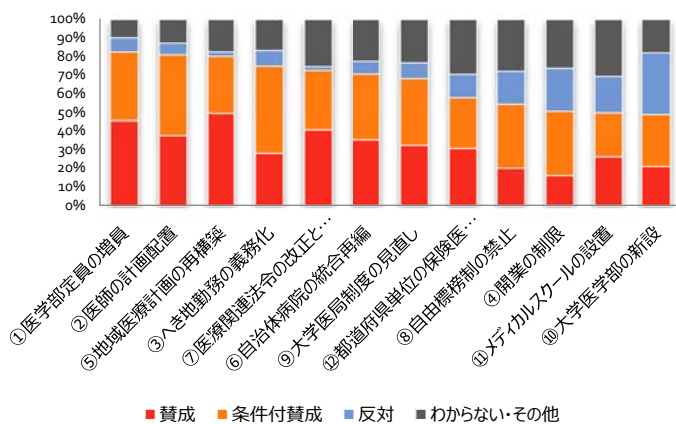
⑥自治体病院の統合再編



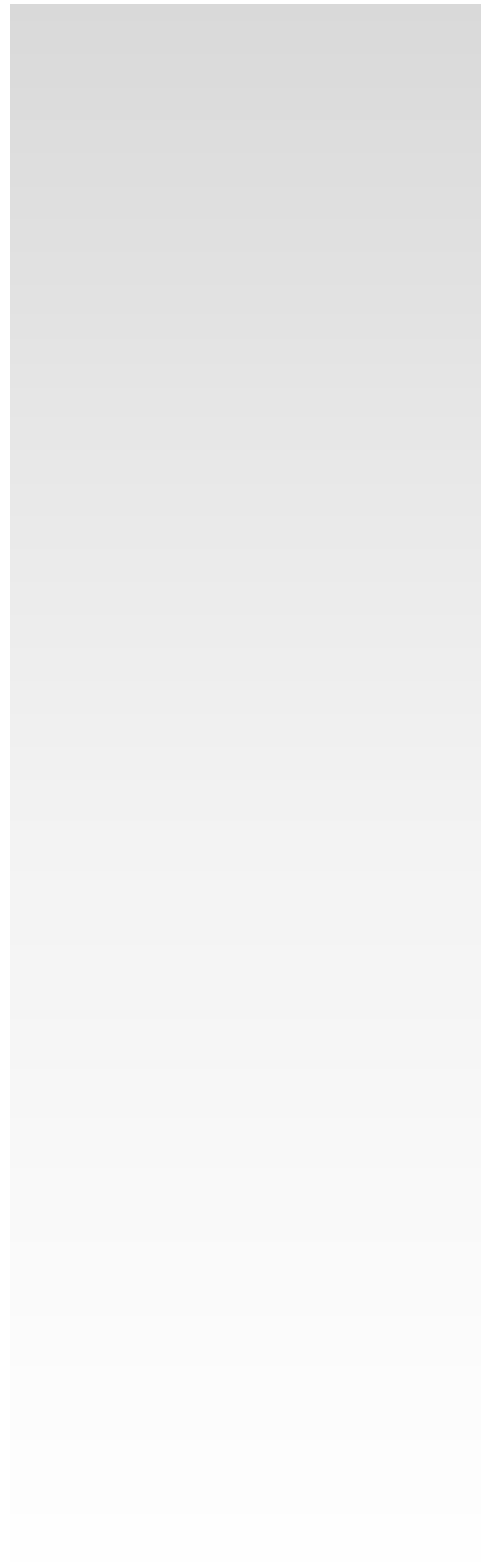
⑫都道府県単位の保険医登録制度を活用した医師の適正配置



2-6. 勤務医不足等解消案への賛否



- ② その他、どのような解決策があると思われますか。「条件付き賛成」の条件等についてもご記入ください。（⇒自由回答）



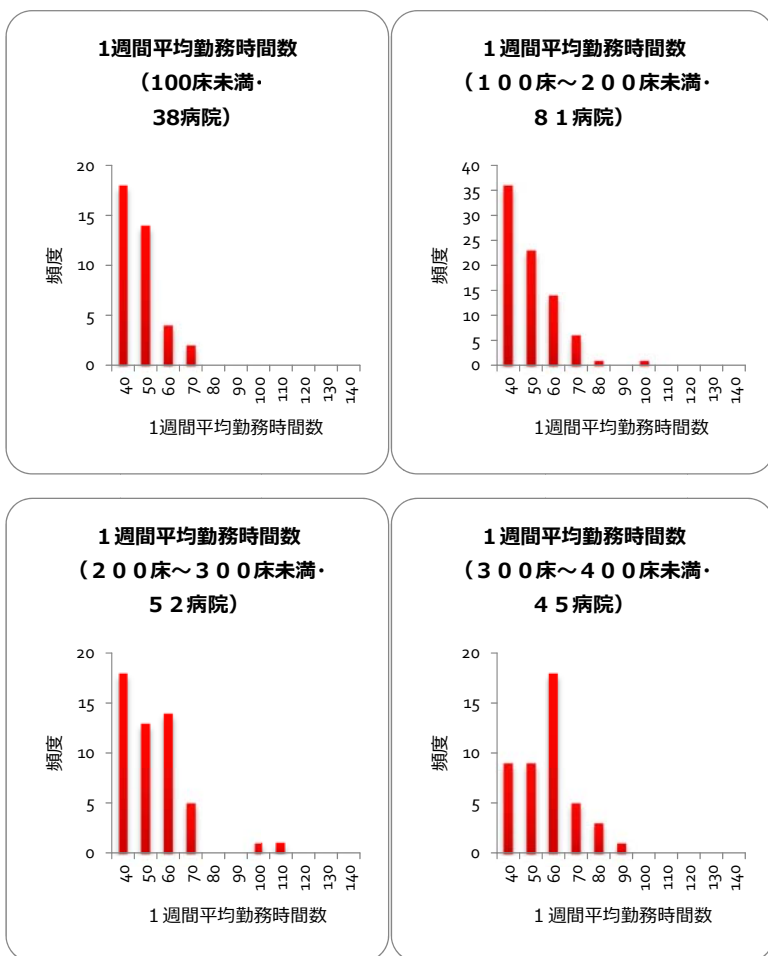
3. 労働時間・労働賃金に関する質問

3-1-1. 1週間平均の勤務時間が最長の医師についてお尋ねいたします。

① 該当する医師の1週間平均勤務時間数を教えてください。

勤務時間最長の医師の勤務時間が週40時間以内の病院は、92病院（全体の30%）であった。一方、40時間を超える病院は219病院（70%）であり、うち、「41～60時間」が149病院（48%）、「61～80時間」が62病院（20%）、「80時間以上」が8病院（3%）であった。病床規模別でみると、「100床未満」・「100床～200床未満」・「200床～300床未満」の病院3グループでは、平均勤務時間分布で最大の時間帯は40時間台であり、病床数が増加するにつれてそのピークは右にシフトし、「500床以上」の病院では70時間台に増大、大規模病院になるほど勤務時間は延長することが明らかとなった。

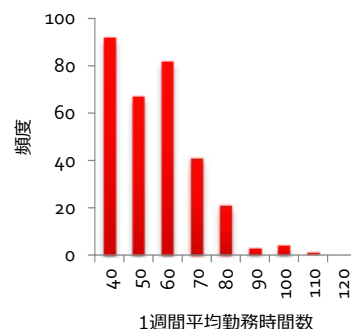
▲ 該当する医師の1週間平均勤務時間（病床規模別）



図表

▲ 該当する医師の1週間平均勤務時間

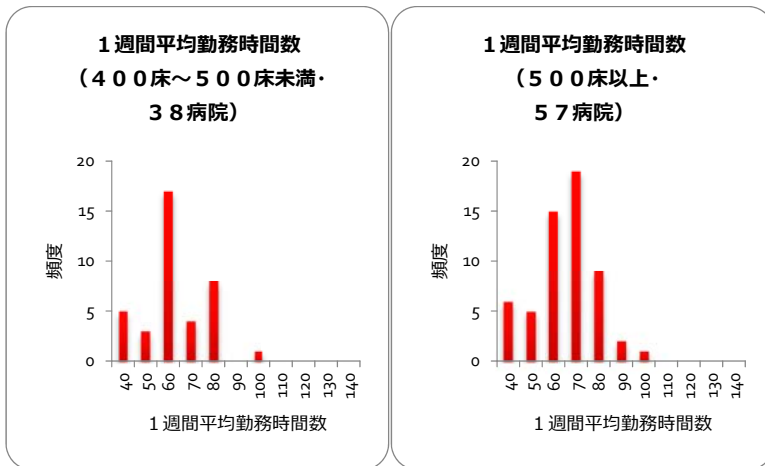
3-1-1①. 1週間平均勤務時間数（回答数311）



中央値：50 算術平均：52.4

該当する医師の1週間平均勤務時間（時間）回答数

31-40	92
41-50	67
51-60	82
61-70	41
71-80	21
81-90	3
91-100	4
101-110	1
111-120	0
計	311



② 該当する医師はどの診療科ですか。

内科が最も多く、外科、整形外科、脳神経外科、小児科と続いていた。

(「その他」について⇒自由回答)

▲ 該当する医師の所属する診療科

内科	117	リハビリテーション科	20
外科	86	心臓血管外科	19
整形外科	72	呼吸器科	18
脳神経外科	41	その他	18
小児科	36	救急科	16
循環器科	34	皮膚科	15
麻酔科	32	消化器外科	14
消化器科	29	耳鼻咽喉科	14
泌尿器科	27	病理診療科	13
眼科	26	糖尿病科 (代謝内科)	11
産婦人科	25	呼吸器外科	7
放射線科	23	血液内科	6
神経内科	22	肛門外科	3
精神科	21	心療内科	3
		産科	2

3-1-2. 1週間平均の医師1人当たりの勤務時間についてお尋ねします。(宿日直勤務時間を除きます)

「32時間未満」が11病院(全体の3%)、「32~40時間未満」が108病院(32%)、「40~50時間未満」が159病院(48%)、「50~60時間未満」が44病院(13%)、「60~70時間未満」が9病院(3%)、「70時間以上」の病院が2病院(1%)であった。

病床規模別でみると、医師1人当たりの勤務時間分布で最多の時間帯は、「100床未満」および「200床~300床未満」の病院で「32時間~40時間未満」にあり、それ以外の病床規模の病院では「40時間~50時間未満」にピークがあった。

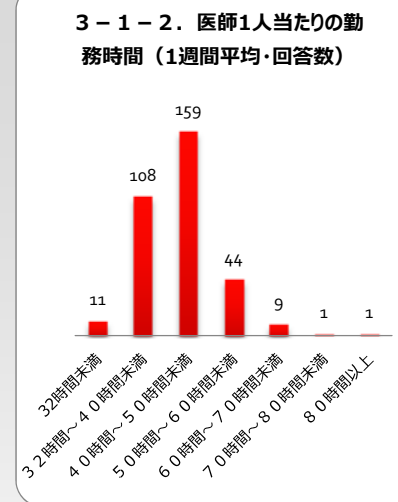
1週間平均勤務時間	回答数
32時間未満	11
32時間~40時間未満	108
40時間~50時間未満	159
50時間~60時間未満	44
60時間~70時間未満	9
70時間~80時間未満	1
80時間以上	1
総計	333

【考察】

日本病院会地域医療委員会の平成18年7月の勤務医対象の調査⁴では、「32時間未満」が0.4%、「32~40時間未満」4%、「40~48時間未満」25%、「48~56時間未満」26%、「56~64時間未満」21%、「64時間以上」23%であった。また、平成23年12月の独立行政法人労働政策研究・研修機構の同様の調査⁵では、「40時間未満」が14%、「40~50時間」が22%、「50~60時間」が24%、「60~70時間」が20%、「70~80時間」が10%、「80時間以上」が10%で、週平均の全労働時間は53.2時間であった。これら先行する調査結果と比較すると、今回の調査では、勤務医の週平均勤務時間は明らかに短縮されていることがわかる。この理由は、質問2-1の医師数の増加によるものか、医師事務作業補助者の導入によるものか、あるいはチーム医療の推進によるものか不明ではあるが、病院での勤務医の負担軽減に向けての取り組みがなされていることに疑いはなからう。

図表

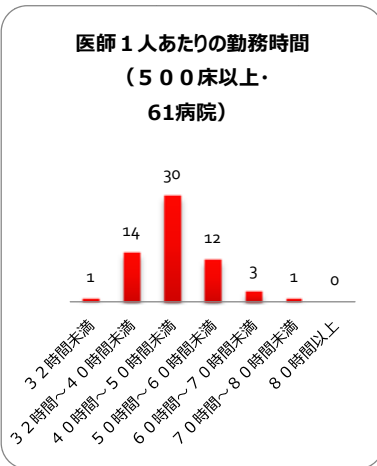
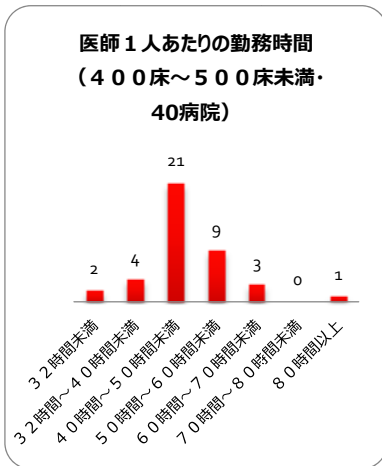
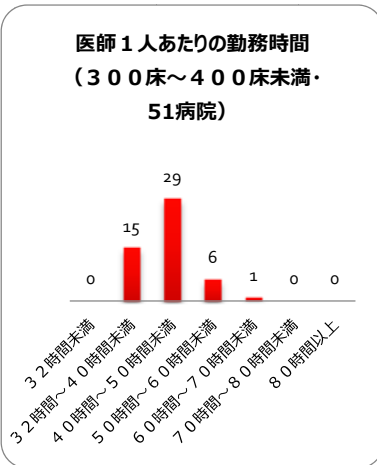
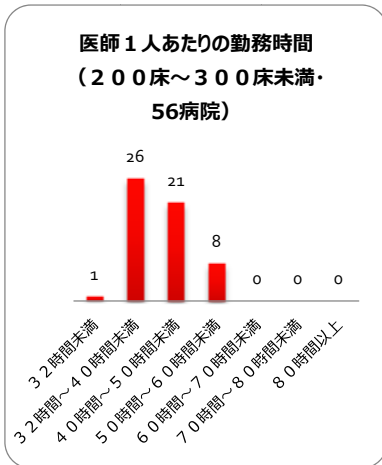
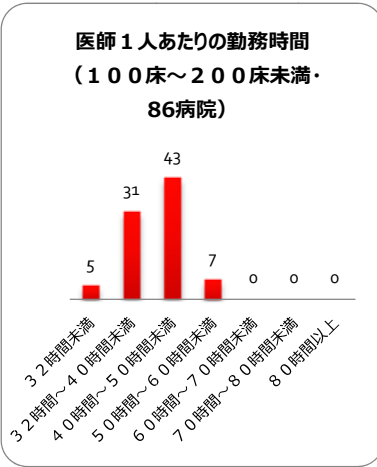
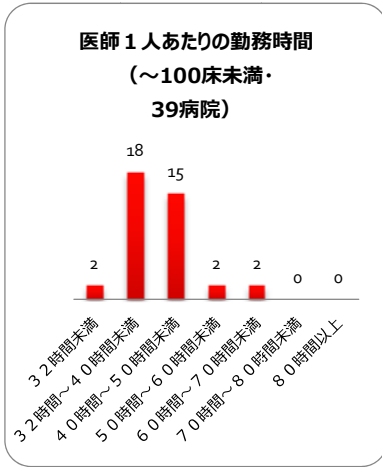
▲ 医師1人当たりの勤務時間 (1週間平均)



⁴ 『勤務医に関する意識調査集計結果』 (日本病院会地域医療委員会・平成19年3月) Q.12

⁵ 『勤務医の就労実態と意識に関する調査』 (独立行政法人労働政策研究・研修機構・平成24年9月) P.52 8-2

▲ 医師 1 人あたりの勤務時間（病床規模別）



3-2. 1ヶ月平均の医師1人当たりの宿直及び日直回数は合計何回ですか。

「なし」が9病院（全体の3%）、「1～2回」が135病院（40%）、「3～4回」が169病院（50%）、「5～6回」が22病院（7%）、「7回以上」が4病院（1%）であった。

また、質問2-1の勤務医数の増減との関係で分析してみると、宿日直回数が月「1～2回」の135病院のうち、勤務医が増加した病院は84病院（62%）で、減少した病院は20病院（15%）。月「3～4回」の169病院のうち勤務医が増加した病院は77病院（46%）で、減少した病院は44病院（26%）であった。また、増加した177病院での宿日直回数の分布割合は「1～2回」が84病院の47%、「3～4回」が77病院の44%、「5～6回」が9病院の5%であった一方で、減少した71病院では「1～2回」が20病院の28%、「3～4回」が44病院の62%、「5～6回」が5病院の7%と、勤務医が増加した病院では月「1～2回」の宿日直の割合が多く、逆に減少した病院では「3～4回」が多くなっており、当たり前のことではあるが、宿日直回数の多寡は、勤務医数に大きく左右されることを示している。

【考察】

日本病院会の平成18年7月の調査⁶では、「なし」が28%、「1～2回」が30%、「3～4回」が29%、「5～6回」が9%、「7回以上」が3%であった。これと比較すると、「5回以上」が12%→8%に4%減少し、「4回まで」は60%→90%に30%増加していた。

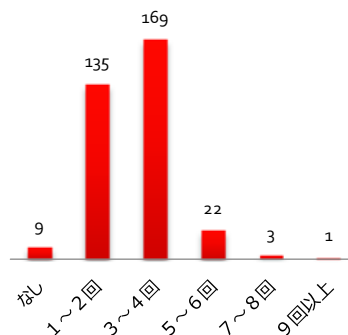
また、平成23年12月の独立行政法人労働政策研究・研修機構の調査⁷では、「なし」が35%、「1～2回」が43%、「3～4回」が14%、「5～6回」が5%、「7回以上」が2%であった。これと比較しても、「5回以上」が12%→7%に5%減少し、「4回まで」は57%→90%に33%増加していた。

いずれの調査と比較しても、勤務医の宿日直回数は明らかに減少しており、これは、前述の医師事務作業補助者の導入やチーム医療の推進によって減少させることができるものではなく、非常勤当直医の支援や交代制の導入あ

図表

▲ 医師一人当たりの宿直及び日直回数（一か月平均）

3-2. 医師1人当たりの宿直および日直回数（1ヶ月平均）



医師1人当たり宿直および日直回数合計回答数

なし	9
1～2回	135
3～4回	169
5～6回	22
7～8回	3
9回以上	1
総計	339

⁶ 『勤務医に関する意識調査集計結果』（日本病院会地域医療委員会・平成19年3月）Q.16, Q17

⁷ 『勤務医の就労実態と意識に関する調査』（独立行政法人 労働政策研究・研修機構・平成24年9月）P.167 Q.19

るいはオンコール体制への移行など、宿日直体制の見直しによってもたらされたものであろう。いずれにしても、前問の週平均勤務時間の短縮ともあわせると、医師の勤務環境は確実に改善されつつあることがわかる。

▲ 医師数の増減（2-1）と宿日直回数回答数（括弧内は宿日直回数に対する構成比）

医師数の増減	なし	1～2回	3～4回	5～6回	7～8回	9回以上
01：増加した	7 (77.8)	84 (62.2)	77 (45.6)	9 (40.9)		
02：ほとんど変化がない	1 (11.1)	31 (23.0)	43 (25.4)	7 (31.8)	1 (33.3)	1 (100)
03：減少した	1 (11.1)	20 (14.8)	44 (26.0)	5 (22.7)	2 (66.7)	
04：不明・その他			5 (3.0)	1 (4.5)		
総計	9 (100)	135 (100)	169 (100)	22 (100)	3 (100)	1 (100)

▲ 医師数の増減（2-1）と宿日直回数回答数（括弧内は医師数の増減に対する構成比）

	01：増加した	02：ほとんど変化がない	03：減少した	04：不明・その他
なし	7 (4.0)	1 (1.2)	1 (1.4)	
1～2回	84 (47.5)	31 (36.9)	20 (27.8)	
3～4回	77 (43.5)	43 (51.2)	44 (61.1)	5 (83.3)
5～6回	9 (5.1)	7 (8.3)	5 (6.9)	1 (16.7)
7～8回		1 (1.2)	2 (2.8)	
9回以上		1 (1.2)		
総計	177 (100)	84 (100)	72 (100)	6 (100)

▲ 宿日直回数別病院構成（1～2回）

	国	地方自治体	公的医療機関	医療法人等	その他	計
～						
100床未満	0	0	0	8	2	10
100床～ 200床未満	0	2	4	15	7	28
200床～ 300床未満	0	6	5	9	6	26
300床～ 400床未満	0	7	2	6	5	20
400床～ 500床未満	2	4	10	2	1	19
500床以上	2	18	6	3	3	32
総計	4	37	27	43	24	135

▲ 宿日直回数別病院構成（1～2回）

	政令市等	その他の市	郡部・町村	計
～				
100床未満	3	6	1	10
100床～ 200床未満	14	11	3	28
200床～ 300床未満	8	16	2	26
300床～ 400床未満	10	9	1	20
400床～ 500床未満	8	11		19
500床以上	19	12	1	32
総計	62	65	8	135

▲ 宿日直回数別病院構成 (3~4 回)

	国	地方自治体	公的医療機関	医療法人等	その他	計
~100床未満		2	2	11	1	16
100床~200床未満		12	4	24	6	46
200床~300床未満		10	4	13	3	30
300床~400床未満	3	8	6	9	3	29
400床~500床未満	2	3	7	5	3	20
500床以上	2	9	7	5	5	28
総計	7	44	30	67	21	169

▲ 宿日直回数別病院構成 (3~4 回)

	政令市等	その他の市	郡部・町村	計
~				
100床未満	9	5	2	16
100床~				
200床未満	18	24	4	46
200床~				
300床未満	11	18	1	30
300床~				
400床未満	8	19	2	29
400床~				
500床未満	11	7	2	20
500床以上				
	16	12		28
総計	73	85	11	169

3-3. 宿日直の業務内容についてお尋ねいたします。

① 貴院の当直体制を教えてください。

病床規模別では、病床規模が大きくなるにつれて、1人当直の病院割合は減少し（100床未満 90%→500床以上 11%）、複数当直の病院割合が増加していた（100床未満 12%→500床以上 75%）。複数当直をおいている300床未満の病院は192病院中37病院

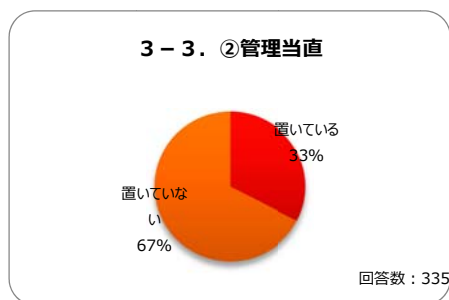
（19%）に過ぎず、300床以上の167病院中119病院（71%）に比較して、大きな開きが認められた。一方、オンコール体制をとっている病院は全体で22病院（6%）であり、病床規模別では大きな差異はなかった。

宿日直の業務内容（一部複数回答あり）	回答数
オンコール体制	22
（うちオンコール体制のみ）	（6）
1人当直	171
複数当直	156
その他	9
計	358

② 管理当直を置いていますか。

管理当直を置いている病院は226病院 67%、置いていない病院は109病院 33%であった。

管理当直	回答数
置いている	109
置いていない	226
計	335



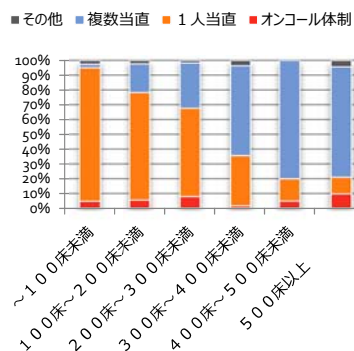
また、病床規模別では、病床規模が大きくなるにつれて、管理当直を置いている病院割合は増加し（100床未満 13%→500床以上 54%）、逆に置いていない割合病院は減少していた（100床未満 87%→500床以上 46%）。

図表

▲ 当直体制

病床数	オンコール体制	（オンコール体制のみ）	1人当直	複数当直	その他
～100床未満	2	(0)	37	1	1
100床～200床未満	5	(2)	64	17	2
200床～300床未満	5	(2)	37	19	1
300床～400床未満	1	(0)	19	34	2
400床～500床未満	2	(1)	6	32	0
500床以上	7	(1)	8	53	3
総計	22	(6)	171	156	9

3-3. 当直体制（病床数）



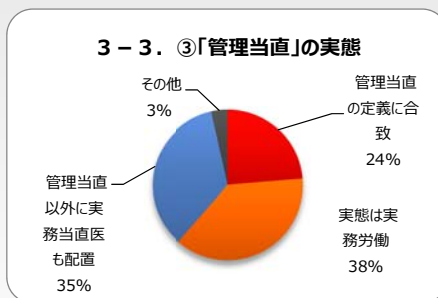
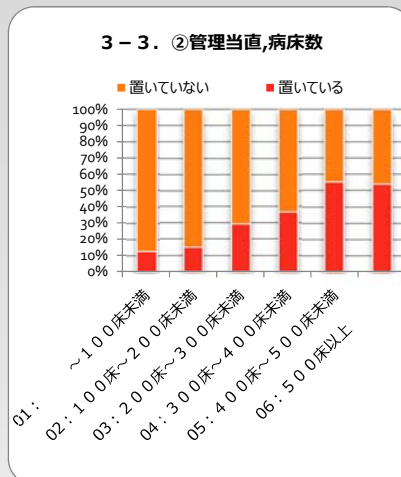
病床数	置いている	置いていない
01: ~100床未満	5	34
02: 100床~200床未満	13	72
03: 200床~300床未満	17	41
04: 300床~400床未満	19	33
05: 400床~500床未満	21	17
06: 500床以上	34	29
総計	109	226

③ ②で「管理当直を置いている」と回答された方にお聞きします。管理当直のみですか。それとも実務労働になっていますか。

管理当直の実態が「実務労働」となっている病院が最も多く 43 病院（38%）、労働基準法の宿日直概念に合致する、いわゆる“寝当直”の病院は 27 病院（24%）に過ぎなかった。なお、管理当直医に加えて実務当直医を配置していた病院は 40 病院（35%）であった。

管理当直の実態	回答数
管理当直（労働基準法施行規則第23条の宿日直の定義に合致）のみ	27
実態は実務労働	43
管理当直以外に実務当直医も配置	40
その他	4
計	114

▲ 管理当直



3-4. 宿直翌日の勤務体制についてお尋ねします。

「通常通り勤務」は194病院（全体の57%）、「午後から半日休み」が77病院22%、「一日休み」が27病院8%であった。「通常通り勤務」を病床規模別にみると、「100床未満」の病院67%、「100床～200床未満」68%、と200床未満の病院で最も多く、病床数が多くなるにつれて「通常通り勤務」は減少し、「400床以上」の病院では42%であった。所在地別では、「通常通り勤務」は郡部・町村の病院が23病院中18病院の78%と最も多く、他都市の病院とは20%以上の開きがあった。しかも、「午後から半日休み」は23病院中3病院の13%と他都市の病院とは約10%少なく、「一日休み」の病院は皆無であった。

▲ 宿直翌日の勤務体制（病床規模別）

	～100床未満	100床～ 200床未満	200床～ 300床未満	300床～ 400床未満	400床～ 500床未満	500床以上	総計
	通常通りの勤務	26	57	38	29	16	
午後から半日休み	7	13	12	15	13	17	77
一日休み	1	6	4	4	2	10	27
その他	5	8	7	7	7	11	45
計	39	84	61	55	38	66	343

▲ 宿直翌日の勤務体制（市郡部別）

	政令指定都市等	その他の市	郡部・町村	総計
通常通りの勤務	83	93	18	194
午後から半日休み	38	36	3	77
一日休み	10	17	0	27
その他	25	18	2	45
計	156	164	23	343

【考察】

平成18年7月の日本病院会調査⁸、平成23年12月の独立行政法人労働政策研究・研修機構調査⁹および平成25年2月の今回の調査を経年的に比較してみると、「通常通り勤務」は89%→86%→57%と減少している一方で、「午後から半日休み」は（該当項目なし）→10%→22%、「一日休み」（該当項目なし）→3%→8%、「午後から半日休み」と「一日休み」を合わせた数字は8%→12%→30%と明らかに増加しており、当直明けに対する配慮がなされてきたことがわかる。

⁸ 『勤務医に関する意識調査集計結果』（日本病院会地域医療委員会・平成19年3月）Q.18

⁹ 『勤務医の就労実態と意識に関する調査』（独立行政法人 労働政策研究・研修機構・平成24年9月）P.43

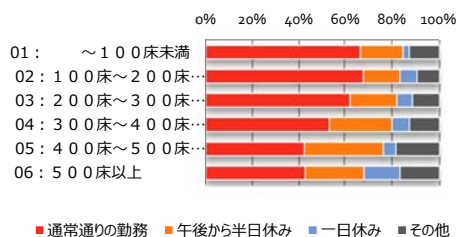
図表

▲ 宿直翌日の勤務体制

宿直翌日の勤務体制（一部複数回答あり）	回答数
通常通りの勤務	194
午後から半日休み	77
一日休み	27
その他	45
計	343

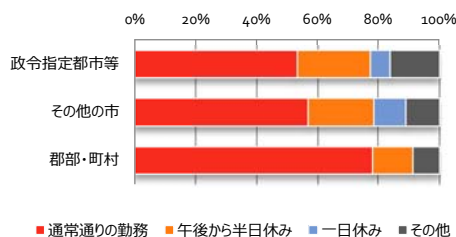
▲ 宿直翌日の勤務体制（病床規模別）

3-4. 宿直翌日の勤務体制（病床規模別、回答数343）

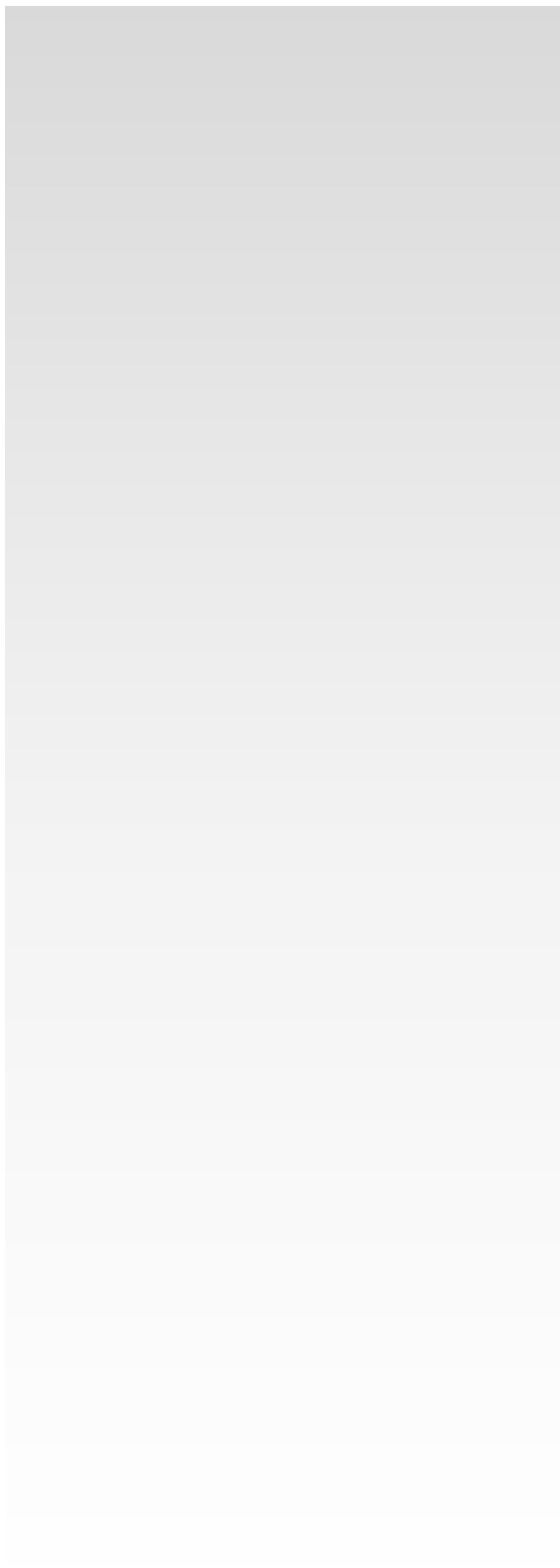


▲ 宿直翌日の勤務体制（市郡部別）

3-4. 宿直翌日の勤務体制（市・郡部の区分、回答数343）



しかし、郡部・町村の病院では、勤務医不足のために、宿直翌日も休みなく通常通りの勤務をしている病院が圧倒的に多く、都市部との格差は明らかに広がってきているものと考えられる。



3-5. 労働基準法で規定されている「宿直許可」についてお尋ねします。

① 労働基準法第41条で規定されている「適用除外」についてご存じですか。

労働時間、休憩及び休日に関する規定を適用しない「適用除外」の存在を知らない病院が、56病院（全体の17%）存在していた。知らない病院の割合は、病床規模に反比例し、100床未満の病院が最も多い36%、500床以上の病院が最も少ない6%であった。開設主体別では国・地方自治体・公的医療機関等・医療法人等の順に、所在地別では政令指定都市等・その他の市・郡部町村の順に、知らない割合が増加していた。

▲ 「適用除外」（病床規模別）

病床数	知っている	知らない
～100床未満	25	14
100床～200床未満	68	17
200床～300床未満	46	10
300床～400床未満	45	6
400床～500床未満	35	5
500床以上	58	4
総計	277	56

▲ 「適用除外」（開設主体別）

	知っている	知らない
国	12	1
地方自治体	73	12
公的医療機関等	47	10
医療法人等	105	25
その他	40	8
総計	277	56

▲ 「適用除外」（市・郡部の別）

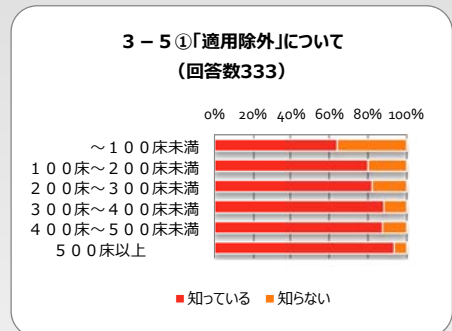
	知っている	知らない
政令指定都市等	132	18
その他の市	130	31
郡部・町村	15	7
総計	277	56

図表

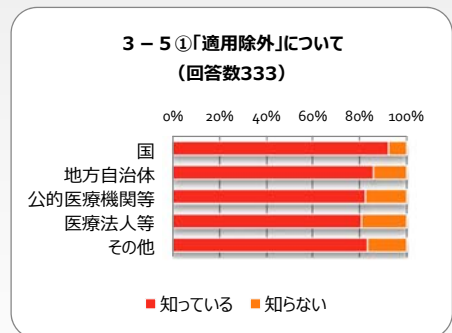
▲ 「適用除外」



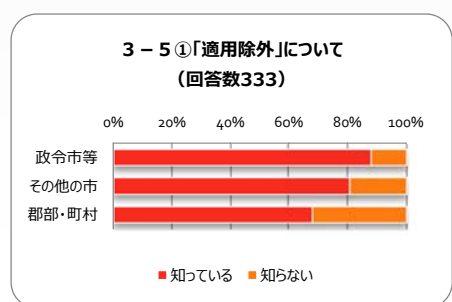
▲ 「適用除外」（病床規模別）



▲ 「適用除外」（開設主体別）



▲ 「適用除外」（市・郡部の別）



② 労働基準法施行規則第23条の内容についてご存じですか。

「使用者は、宿日直勤務での断続的な業務について、労働基準監督署長の許可を得た場合には、これに従事する労働者を、労働基準法の労働時間等、第32条の規定にかかわらず、使用することができる」という労働基準法施行規則第23条の内容を知らない病院が、56病院（全体の17%）存在していた。知らない病院の割合は前問①と同様、国・地方自治体・公的医療機関等・医療法人等の順に、政令指定都市等・その他の市・郡部町村の順に増加していた。

▲ 「宿日直許可」（開設主体別）

	知っている	知らない
国	12	1
地方自治体	74	11
公的医療機関等	46	10
医療法人等	101	29
その他	43	5
総計	276	56

▲ 「宿日直許可」（市・郡部の別）

	知っている	知らない
政令指定都市等	128	22
その他の市	130	30
郡部・町村	18	4
総計	276	56

③ 同23条に定める宿日直許可を受けていますか。

宿日直許可を「受けている」病院は全体の49%の163病院、「受けていない」病院は85病院（25%）であった。病床規模別では、「受けている」割合が最も多いのは「400床～500床未満」の病院の68%、最小は「100床未満」の23%であった。「受けていない」割合が最も多いのは、「100床未満」の病院で41%、最小は「500床以上」の16%であった。

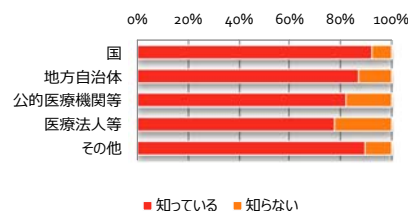
▲ 「宿日直許可」

3-5. ②労働基準法施行規則第23条



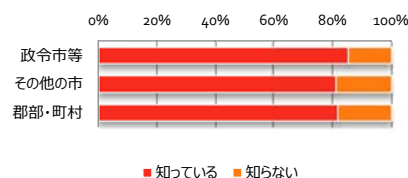
▲ 「宿日直許可」（開設主体別）

3-5 ②「宿日直許可」について (回答数332)



▲ 「宿日直許可」（市・郡部の別）

3-5 ②「宿日直許可」について (回答数332)



▲ 「宿日直許可」を受けていますか

病床数	受けている	受けていない	不明・その他
～100床未満	9	16	14
100床～200床未満	38	20	26
200床～300床未満	22	16	18
300床～400床未満	26	16	11
400床～500床未満	27	7	6
500床以上	41	10	12
総計	163	85	87

【考察】

平成 21 年 9 月の日本病院会医療制度委員会の調査¹⁰では、「宿日直許可」を受けている病院は 40 病院中 22 病院（55%）と、今回の調査結果とほぼ同じであった。一方、厚生労働省の平成 14 年度の調査では、全国約 8,800 の病院のなかで、「宿日直許可」を受けている病院は約四分の三の約 6,600 とされ、解釈上は、残り四分の一（25%）の約 2,200 病院が「宿日直許可」を受けることなく宿日直業務を行っていることになる。救命救急センターや 2 次救急病院がこの範疇に入るものと考えられ、このような医療施設は、労働基準法上は、医師の「交代制」等をとらなければ、夜間休日の診療をおこなうことができないはずである。しかし、今回の調査では、一部導入を含めて医師の交代制勤務をとっている病院（質問 3-8）は、339 病院中わずか 33 病院の 10%しかなく、現在の病院宿日直業務体制と労働基準法との乖離は明らかである。

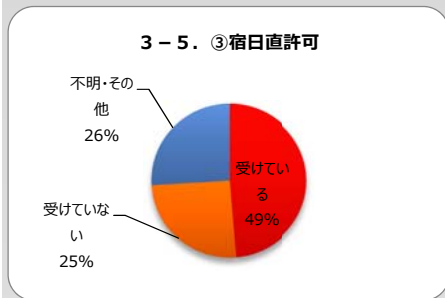
④ ③で「許可を受けている」と回答された方にお尋ねします。許可を受けた時期はいつ頃ですか。

許可を受けた時期には、1975 年～1984 年と 2000 年～2004 年の二つのピークがあり、最も古い場合は 50 年以上も前のものが複数あった。

【考察】

2000 年～2004 年のピークは、2003 年 3 月の厚生労働省労働基準局長通知「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」が発出されたことの影響を受けているものと思われる。また、1970 年以前に許可を受けた 8 病院（全体の 10%）を含め、今から 20 年以上前の 1990 年以前に許可を受けた病院が 35 病院（全体の 43%）存在しており、この間の病院医療の変貌を考慮すると、「宿日直許可」の制度そのものが時代錯誤的なものになってしまっていると

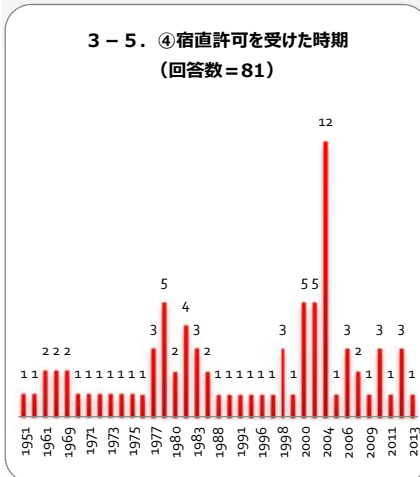
▲ 「宿日直許可」を受けていますか



▼ 3-8. 医師の交代制勤務

医師の交代制勤務	回答数
導入している	33
導入していない	300
その他	4
合計	337

▲ 「宿日直許可」を受けた時期



¹⁰ 『医師の夜間勤務の実態について』（日本病院会医療制度委員会・平成 21 年 9 月調査）4

言わざるを得ない。

- ⑤ ③で「許可を受けている」と回答された方で、かつ救急医療を実践している病院の方にお尋ねします。宿日直業務に対する賃金の支払いは以下のどれですか。

「宿日直手当のみ」の病院が 76 病院（48%）と大半を占め、「宿日直手当+時間外割増賃金の支払い」の併給方式をとっている病院が 62 病院（39%）、「時間外割増賃金の支払いのみ」はわずか 3 病院(2%)であった。

病床規模別では、100 床未満の病院はすべて「宿日直手当のみ」であり、「時間外割増賃金」は支払われていなかった。また、病床規模が大きくなるにつれて、「宿日直手当+時間外割増賃金の支払い」という併給方式が増加し、「宿日直手当のみ」の割合は減少していた。

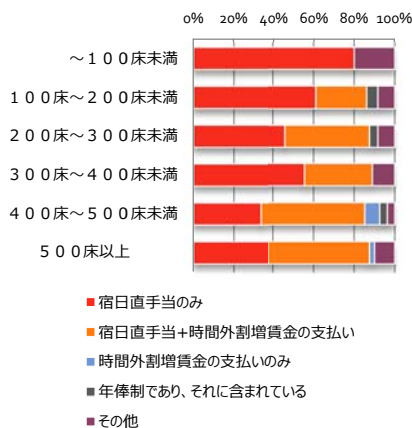
▲ 宿日直業務に対する賃金の支払い

病床数	宿日直手当のみ	宿日直手当+時間外割増賃金の支払い	時間外割増賃金の支払いのみ	年俸制であり、それに含まれている	その他
～100床未満	4	0	0	0	1
100床～200床未満	22	9	0	2	3
200床～300床未満	11	10	0	1	2
300床～400床未満	15	9	0	0	3
400床～500床未満	9	14	2	1	1
500床以上	15	20	1	0	4
総計	76	62	3	4	14

▲ 宿日直業務に対する賃金の支払い

宿日直業務に対する賃金の支払い	回答数
宿日直手当のみ	76
宿日直手当+時間外割増賃金の支払い	62
時間外割増賃金の支払いのみ	3
年俸制であり、それに含まれている	4
その他	14
データの個数/医療機関名	159

3-5 ⑤ 宿日直業務に対する賃金の支払い (病床規模別、回答数159)



【考察】

県立奈良病院の産婦人科医が「時間外・休日労働に対する割増賃金の支払い」を求めた裁判で、平成 25 年 2 月、最高裁は原告・被告双方の申告申し立ての不受理を決定し、「宿日直中の診療について、時間外労働として割増賃金を支払うべきである」とする大阪高裁判決が確定した。このなかで大阪高裁は、「宿日直勤務は、実際に診療に従事した時間だけでなく、待機時間を含めてすべてが勤務時間である」との考え方を示しており、宿日直手当に加えて、実際に診療した時間に時間外手当（割増賃金）を支給するという「併給方式」は否定された。しかし、本調査結果にあるように、宿日直時間帯すべてに対して支払っているかどうかは不明ではあるが、「時間外割増賃金の支払いのみ」の病院は極めて少なく（3 病院 2%）、一般的に「併給方式」（62 病院 39%）が「宿日直手当のみ」（76 病院 48%）が採用されている。

また、この判決のように、宿日直が時間外勤務の取り扱いになると、宿日直は労働基準法上の労働時間、つまり“通常労働”の扱いとなり、いわゆる「宿直許可」は取り消されることになる。さらには、宿日直時間をすべて勤務時間として認

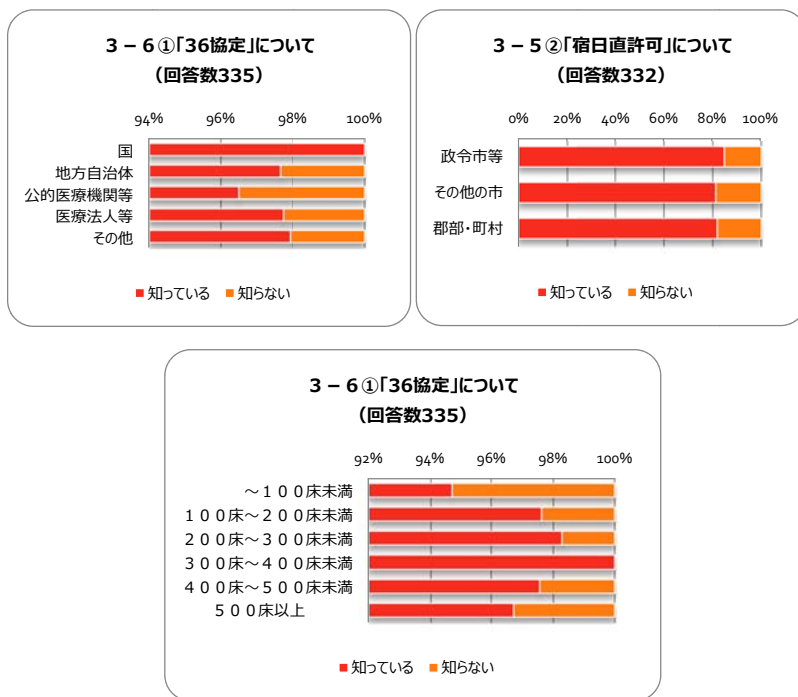
定すると、時間外労働時間はとてつもなく長い時間となり、36 協定で定めた年間時間外勤務時間を超えるのは明らかである。

したがって、夜間・休日の救急医療を実施していくためには、交代制勤務を導入するか、アルバイト医師を活用して常勤医の当直をなくすか、当直回数を減らす以外に方法はない。いずれにせよ、勤務医の増員が不可欠であり、現在の勤務医不足の状況にあって、救急医療を行っているすべての病院で交代制勤務を実施することは、質問 3 - 8 の結果からしても不可能なことである。一方、宿日直が時間外手当の対象となれば、人件費は増大し、病院経営に大きな影響を及ぼすことは明らかであり、診療報酬でカバーするのか、補助金でカバーするのか、国としてどう対処していくのかが問われることになる。

3-6. いわゆる36協定についてお尋ねします。

① 労働基準法第36条についてご存じですか。

ほとんどの病院（335病院中327病院）が知っていた。「知らない」はわずか8病院（全体の2%）であり、その開設主体別内訳は、「国」0、「地方自治体」2、「公的医療機関等」2、「医療法人等」3、「その他」1であった。「知らない」病院の所在地別の割合では、「郡部・町村」が14%と「政令指定都市等」「その他の市」の1~2%に比べて多かった。病床規模別で100床未満の病院割合が5%と、他に比べて比較的高かった。



② 36協定を締結していますか

「締結している」病院が335病院中323病院（96%）であった。「締結していない」12病院（4%）の開設主体別内訳は、「国」1、「地方自治体」3、「公的医療機関等」0、「医療法人等」5、「その他」3と、民間医療機関に多くみられた。

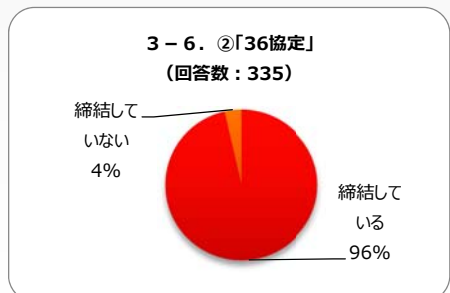
36協定	回答数
締結している	323
締結していない	12
合計	335

図表

▲ 36協定



▲ 36協定の締結



▲ 36協定の締結（開設主体別）

	締結している	締結していない
国	13	1
地方自治体	83	3
公的医療機関等	57	0
医療法人等	126	5
その他	44	3
総計	323	12

【考察】

36協定は大半の病院で締結されていた。そのほとんどに労働組合が結成されているはずの「国」・「地方自治体」において、36協定が締結されていない病院が4病院あることは驚きである。

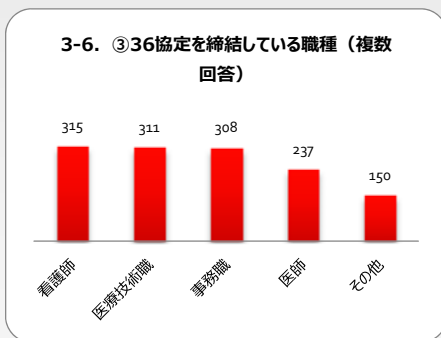
③ ②で「締結している」と回答された方にお尋ねします。同協定を締結している職種はどれですか。

医師以外の職種は、看護師 315 病院（98%）、医療技術職 311 病院（96%）、事務職 308 病院（95%）と、ほとんどの病院で締結されていた。しかし、医師については締結している病院は 237 病院（全体の 73%）であり、他職種と 20%の開きがあった。

【考察】

平成 21 年 9 月の日本病院会医療制度委員会の調査¹¹でも、医師に対して 36協定を締結している病院は 40 病院中 30 病院（75%）と、今回と同じ結果であった。また、全国医師ユニオンが平成 20 年末から 21 年にかけて実施した調査では、36協定が締結されているのは 1,549 病院中 1,091 病院（70%）であり、そのうち医師に対して締結している病院の割合は 57%であった。このように、他職種に比較して、医師に対して締結している病院の割合が低いのは、医師が労働組合に加入していない場合が多いことや勤務時間等に対して無頓着であることが一因であると考えられる。

▲ 36協定を締結している職種



36協定を締結している職種（複数回答）	回答数
医師	237
看護師	315
医療技術職	311
事務職	308
その他	150
合計	1321

¹¹ 『医師の夜間勤務の実態について』（日本病院会医療制度委員会・平成 21 年 9 月調査）2

3-7. 当直時の他科のオンコール体制についてお尋ねします。

① オンコール体制をとっていますか。

「とっている」病院は254（全体の77%）で、「とっていない」病院は78病院（23%）であった。「とっていない」病院の割合は、100床未満の病院が最も高い56%（39病院中22病院）であり、病床数が増えるにつれて減少する傾向にあった。所在地別では、「郡部・町村」の病院が最も高く、43%（21病院中9病院）であった。

▲ オンコール体制（病床規模別）

	とっている	とっていない
～100床未満	17	22
100床～200床未満	55	28
200床～300床未満	46	9
300床～400床未満	42	10
400床～500床未満	38	2
500床以上	56	7
総計	254	78

▲ オンコール体制（市郡部の別）

	とっている	とっていない
政令指定都市等	113	35
その他の市	129	34
郡部・町村	12	9
総計	254	78

② ①で「オンコール体制をとっている」と回答された方にお尋ねします。

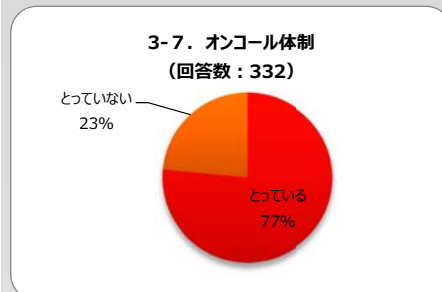
1. オンコール体制は病院の指示によるものですか。それとも自発的に行われていますか。

「病院の指示による」は201病院（全体の77%）で、「自発的に行われている」は53病院（20%）であった。

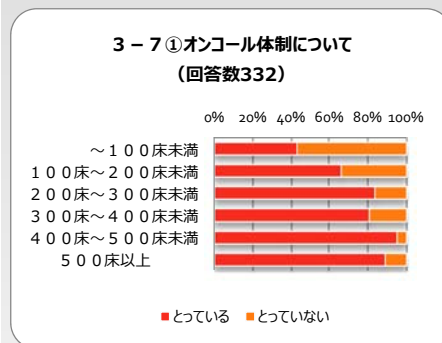
	回答数
病院の指示による	201
自発的に行われている	53
その他	6
合計	260

図表

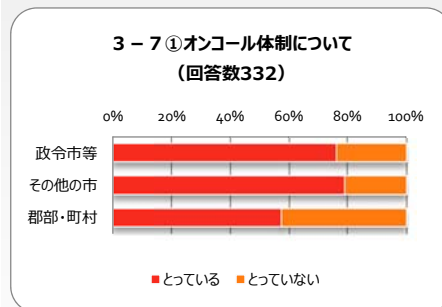
▲ オンコール体制



▲ オンコール体制（病床規模別）



▲ オンコール体制（市郡部の別）



2. 自宅待機時間を労働時間とみなしていますか。

労働時間と「みなしている」はわずか 16 病院（6%）にすぎず、ほとんど（232 病院 89%）が「みなしていない」状況であった。

3. 自宅待機時間に対して手当では支払われていますか。

「支払っていない」病院が 128 病院(49%)と、「支払っている」病院 101 病院（39%）を上回っていた。

【考察】

県立奈良病院時間外手当訴訟では、オンコール体制が「病院の指示」ではなく「自発的に行われている」ことから、待機時間は労働時間とみなされなかった。逆に言えば、オンコール体制が病院の指示で実施されている場合は、オンコール待機時間を労働時間と認め、それに対して時間外割増賃金を支払わなければならないことになる。この判例をあてはめると、設問②でオンコール体制が「病院の指示による」と答えた 201 病院はすべて、時間外手当を支払わなければならないものの、実際に「支払っている」と答えた病院は半数の 101 病院にとどまっていた。

▲ 自宅待機時間を労働時間とみなしていますか。

自宅待機時間を労働時間と	回答数
みなしている	16
みなしていない	232
その他	13
合計	261

▲ 自宅待機時間に対して手当は支払われていますか。

自宅待機時間に対する手当の支払い	回答数
支払っている	101
支払っていない	128
年俸制であり、それに含まれている	18
その他	12
合計	259

3-8. 医師の交代制勤務についてお尋ねします。

① 医師の交代制勤務を導入していますか。

勤務医の負担軽減策として交代制勤務が望まれるものの、「導入している」病院は、一部導入を含めてわずか33病院（全体の10%）に過ぎなかった。その病床規模別では、「500床以上」の病院が24%（63病院中15病院）と最も多く、最小は「100床～200床未満」の5%（85病院中4病院）であった。所在地別では、「政令指定都市等」が最も多く13%（151病院中19病院）であり、ついで「その他の市」8%（164病院中13病院）、「郡部・町村」5%（22病院中1病院）であった。開設主体別では有意な差は認められなかった。

▲ 医師の交代制勤務（病床規模別）

	導入している	導入していない	その他
～100床未満	3	34	2
100床～200床未満	4	80	1
200床～300床未満	3	53	0
300床～400床未満	5	48	0
400床～500床未満	3	38	0
500床以上	15	47	1
総計	33	300	4

▲ 医師の交代制勤務（市・郡部の別）

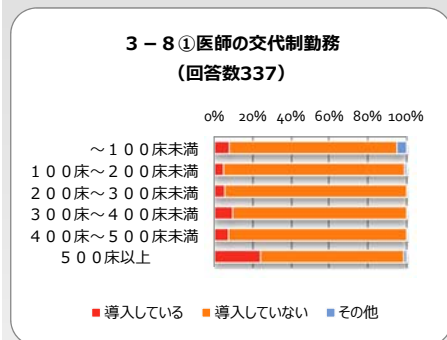
	導入している	導入していない	その他
政令指定都市等	19	129	3
その他の市	13	150	1
郡部・町村	1	21	0
総計	33	300	4

▲ 医師の交代制勤務（開設主体別）

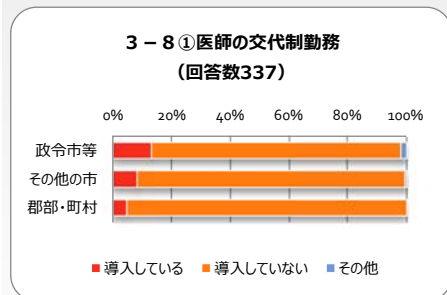
	導入している	導入していない	その他
国	2	12	0
地方自治体	6	81	0
公的医療機関等	7	49	0
医療法人等	12	117	3
その他	6	41	1
総計	33	300	4

図表

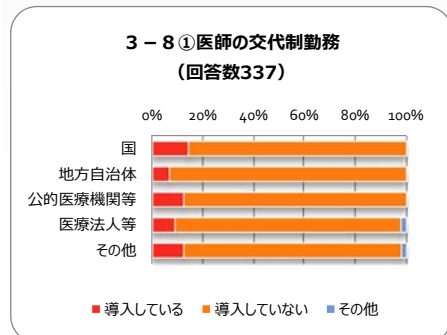
▲ 医師の交代制勤務（病床規模別）



▲ 医師の交代制勤務（市・郡部の別）



▲ 医師の交代制勤務（開設主体別）

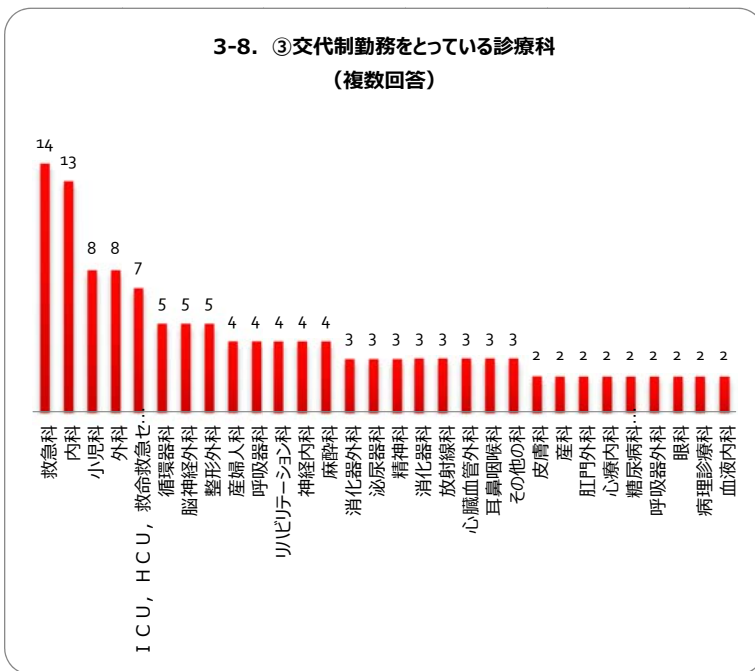


② ①で「導入している」と回答された方にお尋ねします。以下のどの形態をとっていますか。

「2交代制」が大半で、24病院（71%）であった。

③ ①で「導入している」と回答された方にお尋ねします。交代制勤務をとっている診療科はどれですか。

上位5診療科は、救急科 14 病院、内科 13 病院、小児科 8 病院、外科 8 病院、ICU 等 7 病院であった。



▲ 医師の交代制勤務の形態

医師の交代制勤務	回答数
導入している	33
導入していない	300
その他	4
合計	337

▲ 交代制勤務をとっている診療科 (複数回答)

内科	13	放射線科	3
皮膚科	2	神経内科	4
消化器外科	3	外科	8
産婦人科	4	整形外科	5
呼吸器科	4	麻酔科	4
小児科	8	糖尿病科(代謝内科)	2
泌尿器科	3	呼吸器外科	2
産科	2	眼科	2
循環器科	5	病理診療科	2
精神科	3	血液内科	2
肛門外科	2	心臓血管外科	3
リハビリテーション科	4	耳鼻咽喉科	3
消化器科	3	救急科	14
心療内科	2	ICU, HCU, 救命救急センター	7
脳神経外科	5	その他の科	3
		合計	127

3-9. 管理職医師についてお尋ねします。

① 管理職医師に対して時間外手当を支払っていますか。

「支払っている」病院が 152 病院（45%）と、「支払っていない」病院 114 病院（34%）を上回っていた。

管理職医師に対する時間外手当の支払い	回答数
支払っている（一部支払いを含む）	152
支払っていない	114
年俸制であり、それに含まれている	63
その他	10
合計	339

【考察】

労働基準法第 41 条では、「監督若しくは管理の地位にある者（管理監督者）は、労働時間、休憩及び休日に関する規定が適用されない」とされているものの、「深夜の割増賃金」は例外であり、支払わなければならない。また、「管理監督者」であるか否かは、役職に関係なく、職務内容・責任、労働時間管理の態様、処遇等の実態に照らして総合的に判断されるものであり、病院では、事実上、「管理監督者」は院長に限定される。つまり、部長や医長など診療科の責任者という管理職の肩書を得ても、労働基準法上の「管理監督者」にはあてはまらず、「時間外・休日及び深夜の割増賃金」の支給対象であることに変わりはない。

このような法的な背景を認識すると、この設問で管理職医師に対して時間外手当を払っていない病院は、37 条違反になる。

② ①で「支払っている」と回答された方にお尋ねします。支払い対象となる時間帯は以下のどれですか。

平日・休日、あるいは準夜帯・深夜帯の区別なく、一様であった。

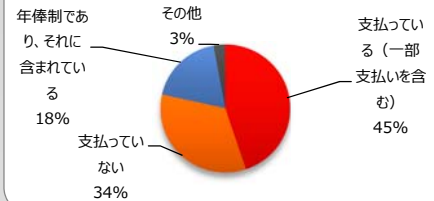
③ ①で「支払っていない」と回答された方にお尋ねします。支払っていない理由は以下のどれですか。

94 病院（61%）が「管理職であるため」としているが、上記の理由で労働基準法違反となる。また、44 病院（29%）が「年俸制であり、それに含まれている」としていたが、そのことが契約書あるいは就業規則に記載されていなければ、労働基準法違反となる可能性が高い。

図表

▲ 管理職医師に対する時間外手当の支払

3-9. ①管理職医師に対する時間外手当の支払い（回答数：339）



▲ 管理職医師に対する時間外手当の支払い対象時間（複数回答）

管理職医師に対する時間外手当の支払い対象となる時間	回答数
平日準夜帯	118
平日深夜帯	123
休日日勤帯	118
休日準夜帯	111
休日深夜帯	120
その他	24
合計	614

▲ 管理職医師に対して時間外手当を支払わない理由

3-9. ③管理職医師に対して時間外手当を支払わない理由（回答数：153）



④ 管理職医師は年俸制ですか。

133 病院（40%）が年俸制をとっていた。その内訳を開設主体別にみると、「医療法人等」が最も多く 74%、次いで「国」62%、「公的医療機関等」14%、「地方自治体」4%であった。

▲ 管理職医師は年俸制ですか（開設主体別）

	年俸制	年俸制でない
国	9	5
地方自治体	3	82
公的医療機関等	8	49
医療法人等	96	34
その他	17	28
総計	133	198

⑤ ④で「年俸制」と回答された方にお尋ねします。管理職医師の時間外労働賃金分は年俸ですべてカバーできていますか。

「カバーできている」とした病院が 78 病院（57%）、「カバーできていない」病院が 46 病院（34%）であった。

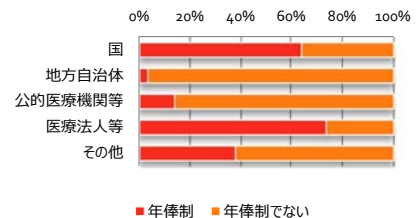
▲ 管理職医師は年俸制ですか

3-9.④管理職医師は年俸制ですか
(回答数: 331)



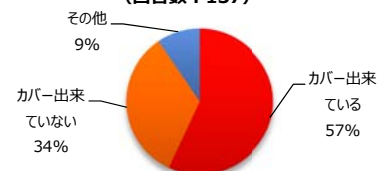
▲ 管理職医師は年俸制ですか（開設主体別）

3-9.④管理職医師の給与
(回答数331)



▲ 管理職医師の時間外労働賃金と年俸

3-9. ⑤管理職医師の時間外労働賃金分は年俸ですべてカバー出来ていますか
(回答数: 137)



3-10. 労働基準局からの是正勧告についてお尋ねします。

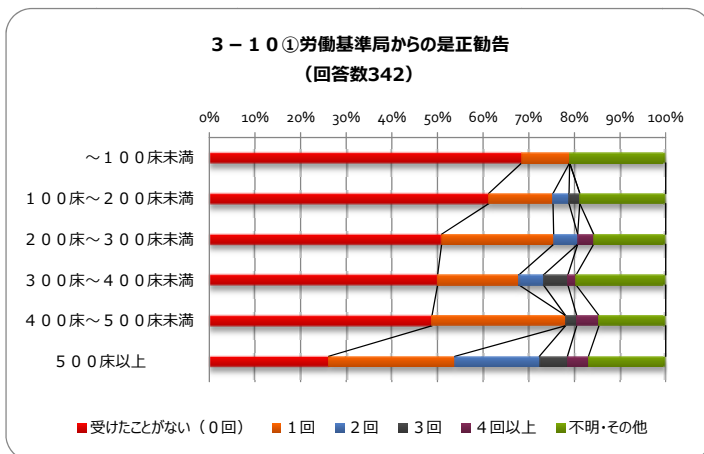
① 労働基準局からの是正勧告をこれまでに何回受けましたか。

是正勧告を1回でも受けたことがある病院は342病院中109病院の32%であり、その病床規模別内訳は、「500床以上」で最も多く57%（65病院中37病院）で、病床規模が減少するにつれて低下し、「100床未満」では最小の11%（38病院中4病院）であった。開設主体別では、「地方自治体」で最も多い48%（90病院中43病院）、次いで「国」43%（14病院中6病院）、「公的医療機関等」29%（58病院中17病院）で、「医療法人等」が最も少ない22%（130病院中29病院）であった。所在地別では相違はなかった。なお、是正勧告を受けた回数が4回以上の病院が8病院存在した。

一方、「受けたことがない」病院は342病院中175病院の50%で、その病床規模別内訳は、「100床未満」で最も多く68%（38病院中26病院）で、病床規模が増加するにつれて減少し、「500床以上」では最小の26%（65病院中17病院）であった。開設主体別では、「医療法人等」が最多の65%（130病院中85病院）次いで「国」57%（14病院中8病院）、「公的医療機関等」45%（58病院中26病院）で、「地方自治体」が最少の37%（90病院中33病院）であった。所在地別では差異はなかった。

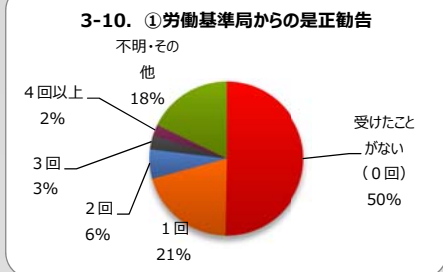
なお、「不明・その他」は、61病院（18%）にのぼっていた。

▲ 労働基準局からの是正勧告（病床規模別）



図表

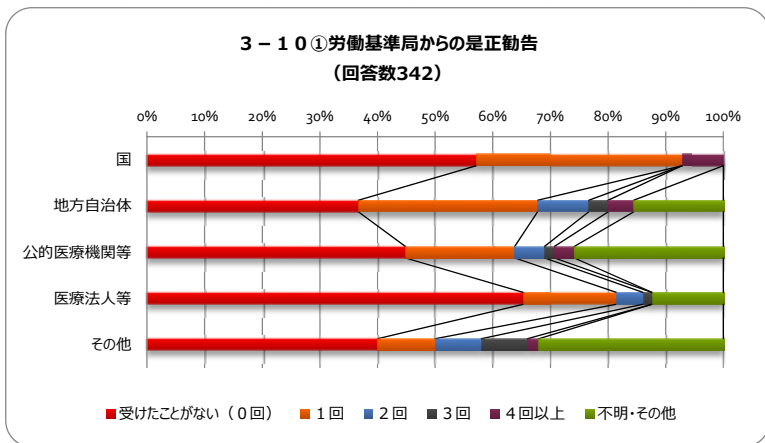
▲ 労働基準局からの是正勧告



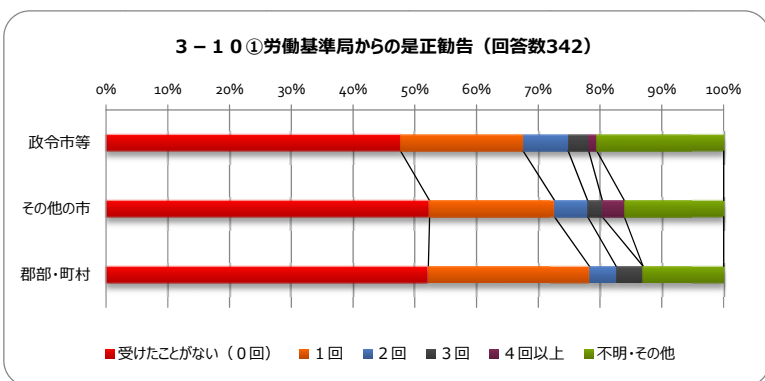
▲ 労働基準局からの是正勧告（病床規模別）

	受けたことがない(0回)	1回	2回	3回	4回以上	不明・その他
~100床未満	26	4	0	0	0	8
100床~200床未満	52	12	3	2	0	16
200床~300床未満	29	14	3	0	2	9
300床~400床未満	28	10	3	3	1	11
400床~500床未満	20	12	0	1	2	6
500床以上	17	18	12	4	3	11
総計	172	70	21	10	8	61

▲ 労働基準局からの是正勧告（開設主体別）



▲ 労働基準局からの是正勧告（市・郡部の別）



▲ 労働基準局からの是正勧告（開設主体別）

	受けたことがない (0回)	1回	2回	3回	4回以上	不明・その他
国	8	5	0	0	1	0
地方自治体	33	28	8	3	4	14
公的医療機関等	26	11	3	1	2	15
医療法人等	85	21	6	2	0	16
その他	20	5	4	4	1	16
総計	172	70	21	10	8	61

▲ 労働基準局からの是正勧告（市・郡部の別）

	受けたことがない (0回)	1回	2回	3回	4回以上	不明・その他
政令指定市等	72	30	11	5	2	31
その他の市	88	34	9	4	6	27
郡部・町村	12	6	1	1	0	3
総計	172	70	21	10	8	61

【考察】

是正勧告を受ける頻度が高いのは自治体病院であり、総定員法や地方自治法の「定数管理」の縛りによって、職員を病院の裁量で自由に増員できないことがその背景にあるものと考えられる。

② 労働基準法等の違反について、以下の事例がありましたか。

最も多かったのが「32条違反（労働時間）」59病院、次いで「37条違反（割増賃金）」53病院、「その他」32病院、「36条違反（36協定）」28病院がつづいていた。

▲ 労働基準法等の違反事例

労働基準法等の違反事例	回答数
32条違反	59
37条違反	53
その他	32
36条違反	28
34条違反	8
労働基準法施行規則23条違反	8
41条違反	6
合計	194

【考察】

平成 21 年度に労働基準監督署が行った調査では、是正勧告を行った 1,216 病院・診療所のうち、32 条違反が 781 件、37 条違反が 540 件、89 条違反（就業規則）が 390 件、15 条違反（労働条件の明示）が 295 件であった¹²。また、江原らが平成 14 年から平成 23 年に 200 床以上の自治体病院を対象に行った調査¹³では、半数以上の施設が是正勧告を受けており、32 条違反と 37 条違反がその大半を占めていた。

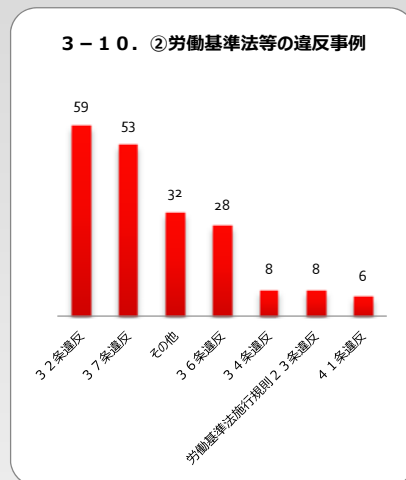
今回の調査でも、これらとほぼ同様の結果が得られ、医師に関する労働基準法違反は、32 条違反と 37 条違反が圧倒的に多く、その主な原因は、「長時間労働」と時間外・休日・深夜等の「割増賃金の不払い」であると断言できる。

3-11. 医師の労働時間の把握方法についてお尋ねします。以下のどの方法を用いていますか。（複数回答）

「出勤簿」による把握が最も多く 201 病院（32%）、ついで「時間外勤務記録」177 件(28%)、「当直日誌」163 件（26%）、「タイムカード」132 件（21%）であった。

【考察】

労働基準法違反を前提にしなければ成り立たない日本の医療の現状を考えると、まず、取り組むべきは、「医師の労働時間の把握」である。一般的に、医師の時間外労働時間は、医師に自己申告させている病院がほとんどであり、今回の調査でも同様に、「出勤簿」、「時間外勤務記録」、「当直日誌」が上位 3 位を占めていた。一方、「タイムカード」による把握は 21%あるものの、IC カードや PC システム、あるいは人事管理システムなど IT の活用はほとんどなかった。また、今回の調査では、医師の労働時間を「把握していない」病院が 4 病院存在し、平成 21 年 9 月の日本病院会医療制度委員会の調査¹⁴でも、調査 40 病院のうち 6 病院が把握していなかったとの報告がある。医師の労働時間の把握と管理は、直接的間接的に医師の労働生産性、医療の質、そして安全性に影響するものであり、労務管理のより一層の充実が望まれる。



▲ 医師の労働時間の把握方法（複数回答）

医師の労働時間の把握方法	回答数
出勤簿	201
タイムカード	132
時間外勤務記録	177
当直日誌	163
把握していない	4
その他	16
合計	693

¹² 『勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告書』（日本医師会・平成 23 年度）p. 4

¹³ 『都道府県および政令指定都市が設置する 200 床以上の病院に対する労働基準監督署の是正勧告について：全国調査』（江原朗）

¹⁴ 『医師の夜間勤務の実態について』（日本病院会医療制度委員会・平成 21 年 9 月調査）1

4. 制度の壁に関連する質問

4-1. 労働基準法第32条（法定労働時間）と医師法第19条（応招義務）の矛盾について

① 労働基準法第32条と医師法第19条は「矛盾している」と思いますか。

「思う」は意外に少なく191病院（58%）、「思わない」は101病院（30%）であった。

労働基準法第32条と医師法第19条は「矛盾している」と思いますか	回答数
思う	191
思わない	101
その他	40
合計	332

【考察】

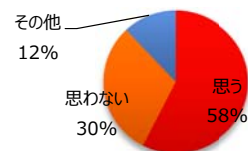
労働基準法第32条では、「一週間について40時間を超えて、労働させてはならない」と法定労働時間が定められている。一方、医師法第19条では、「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と応招義務が定められている。この条文の解釈に一定の制限をかける「正当な事由」とは、1. 医師の不在または、病気等により事実上診療が不可能な場合(昭30.8.12 厚生省医務課長回答)、2. 天候不良で、事実上往診の不可能な場合(昭24.9.10 厚生省医務局長通知)、3. 診療時間外で、休日夜間診療体制をとる地域で当番医を示して断る場合(昭49.4.16 厚生省医務局長通知)、4. 手術中など患者を収容しても適切な処置が困難な場合(昭39.10.14 厚生省総務課長通知)、5. 疾病又は負傷が自己の専門外である場合（保険医療機関及び保険医療担当規則第16条）、などであるとされている。しかし、法定労働時間との関連性については言及されておらず、「法定労働時間を超えて診療すること」は、診療を拒否できる「正当な事由」には該当しないものと考えられる。つまり、診察治療の求めがあった場合には、労働基準法違反となる法定労働時間を超えても診療しなければならず、したがって、両法は矛盾していることになる。また、これら「正当な事由」は、昭和20年代から40年代に規定されており、モンスター患者の存在や医療訴訟の頻発など、現在の医療事情からは程遠く、新たな具体的例示が望まれるところである。

図表

▲ 労働基準法第32条と医師法第19条は矛盾していると思いますか。

4-1. ①労働基準法第32条と医師法第19条は矛盾していると思いますか。

(回答数：332)



② ①で「矛盾していると思う」と回答された方にお尋ねします。矛盾を解消するにはどうすればよいと思いますか。(⇒自由回答)

③ 「自由業である医師に対しては特別に医師労働基準法を制定する」という案に賛成しますか。

「賛成・条件付き賛成」は 157 病院 (47%)、一方、「反対」は 43 病院 (13%) であり、「わからない・その他」も 131 病院 (43%) あった。

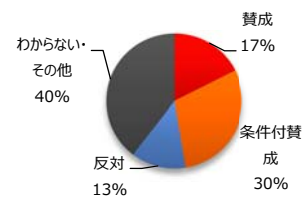
「自由業である医師に対しては特別に医師労働基準法を制定する」という案に賛成しますか。	回答数
賛成	58
条件付き賛成	99
反対	43
わからない・その他	131
合計	331

【考察】

労働基準法第 9 条では、「労働者とは、職業の種類を問わず、事業又は事務所に使用される者で、賃金を支払われる者をいう」と定めており、この定義からすると、医師も労働者であることは明白である。しかし、本来、労働基準法は昭和 20 年代初期に、炭鉱や工場の労働者の勤務環境改善を目的に成立したものであって、労働者としての医師を想定したものではなかった。さらには、医療が当時とは大きく変貌しており、医師の労働環境を現行の労働基準法でコントロールしようとするそのものに、矛盾や無理が生じているといえる。

▲ 「医師労働基準法」を制定すべきか

4-1. ③「自由業である医師に対しては特別に医師労働基準法を制定する」という案に対して



4-2. 医療法第16条についてお尋ねします。

① 医療法第16条には「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない。」とあります。

【背景】勤務医の過重労働と疲弊は、勤務医不足もさることながら、宿直業務とそれにづく宿直明け勤務、いわゆる32時間～36時間連続勤務によって生じているとされている。これを解消するためには、現在の宿直体制を見直す必要性があり、その具体的方策としての質問を設けた。

1. これについて、「100床未満の病院はオンコール体制で可にすべき」という案に賛成しますか。

「賛成・条件付き賛成」は137病院（41%）、一方、「反対」は88病院（27%）であり、「わからない・その他」も106病院（32%）あった。病床規模別では、「賛成・条件付き賛成」の割合は「100床未満」が39病院中25病院の64%と最も多かったが、反対も9病院（23%）あった。開設主体別では大きな相違はなかったが、所在地別では、「郡部・町村」での割合が50%（22病院中11病院）と最も多く、「その他の市」43%（159病院中68病院）、「政令指定都市等」37%（150病院中58病院）と、都会になるほど減少した。

▲ 100床未満の病院はオンコール体制で可にすべきか（病床規模別）

病床数	賛成	条件付き賛成	反対	わからない・その他
01: ~100床未満	9	16	9	5
02: 100床～200床未満	8	26	23	27
03: 200床～300床未満	4	17	16	19
04: 300床～400床未満	5	12	16	19
05: 400床～500床未満	4	14	12	10
06: 500床以上	6	16	12	26
総計	36	101	88	106

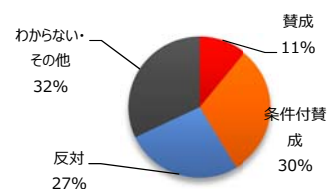
▲ 100床未満の病院はオンコール体制で可にすべきか（市・郡部の別）

	賛成	条件付き賛成	反対	わからない・その他
政令指定都市等	13	45	45	47
その他の市	21	47	37	54
郡部・町村	2	9	6	5
総計	36	101	88	106

図表

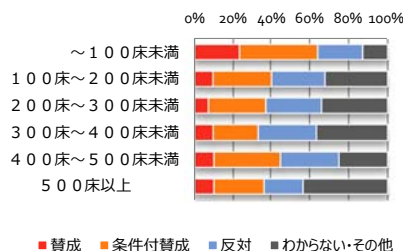
▲ 100床未満の病院はオンコール体制で可にすべきか

4-2. ①「100床未満の病院は、オンコール体制で可にすべき」という案に対して



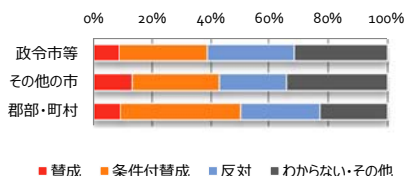
▲ 100床未満の病院はオンコール体制で可にすべきか（病床規模別）

4-2①1. 「100床未満の病院はオンコール体制で可にすべき」



▲ 100床未満の病院はオンコール体制で可にすべきか（市・郡部の別）

4-2①1. 「100床未満の病院はオンコール体制で可にすべき」



2. 「地域で連携して当直体制を作る」という案に賛成しますか。

「賛成・条件付き賛成」は 186 病院（56%）、一方、「反対」は 61 病院（12%）と少なく、「わからない・その他」も 87 病院（26%）あった。病床規模が大きくなるにつれて、「賛成・条件付き賛成」の病院割合は増加した。開設主体別では大きな相違はなかったが、所在地別では、「郡部・町村」での割合が 65%（23 病院中 15 病院）と最も多く、「その他の市」と「政令指定都市等」がともに 55%であった。

▲ 地域で連携して当直体制を作るべきか（病床規模別）

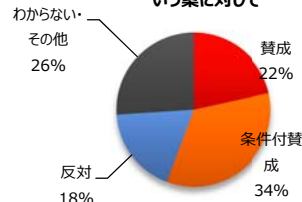
病床数	賛成	条件付き賛成	反対	わからない・その他
01: ~100床未満	6	15	9	10
02: 100床~200床未満	18	28	18	21
03: 200床~300床未満	15	17	12	12
04: 300床~400床未満	11	19	12	10
05: 400床~500床未満	7	18	3	12
06: 500床以上	15	17	7	22
総計	72	114	61	87

▲ 地域で連携して当直体制を作るべきか（市・郡部の別）

	賛成	条件付き賛成	反対	わからない・その他
政令指定都市等	33	50	29	38
その他の市	35	53	27	46
郡部・町村	4	11	5	3
総計	72	114	61	87

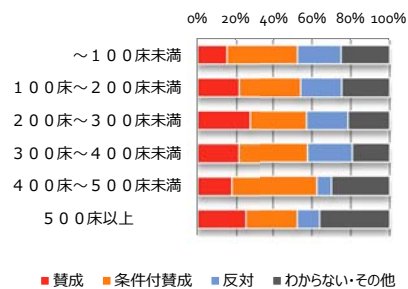
▲ 地域連携による当直体制

4-2. 「地域で連携して当直体制を作る」という案に対して



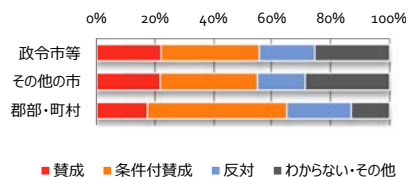
▲ 地域で連携して当直体制を作るべきか（病床規模別）

4-2①2. 「地域で連携して当直体制を作る」



▲ 地域で連携して当直体制を作るべきか（市・郡部の別）

4-2①2. 「地域で連携して当直体制を作る」



4-3. 医療法第16条および労働基準法施行規則第23条での「宿直」定義についてお尋ねします。

統一すべきと思うは182病院（56%）、「思わない」は79病院（24%）であった。属性別では、明らかな傾向は見られなかった。

医療法第16条と労働基準法施行規則第23条での「宿直」定義・「統一すべき」と思いますか	回答数
思う	182
思わない	79
その他	63
合計	324

【考察】

医療法第16条では、「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」と定め、24時間365日、入院患者の『急変への対応』を求めている。一方、労働基準法施行規則第23条では、宿直を「監視又は断続的労働」、「常態としてほとんど労働する必要のない勤務」という軽微な業務、いわゆる『寝当直』としており、具体的には、「病室の定時巡回、少数の要注意患者の定時検脈など、軽度又は短時間の業務」のみが行われている場合には、「宿日直勤務」として取り扱われてきた。つまり、両法では、「宿直」の概念に違いがみられ、それが結果的に医療現場での混乱と労働基準法違反の原因になっている。

② ご意見をお聞かせください。（⇒自由回答）

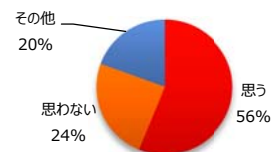
4-4. 労働基準法に定める休日及び夜間勤務についてお尋ねします。

【背景】平成14年3月の厚生労働省労働基準局長通達「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」では、「宿日直勤務において、突発的に行われる通常の労働に対して、割増賃金を支払っていないものや、宿日直回数が宿直許可時の回数を上回っているものが散見される。また、宿日直勤務において、救急医療が頻繁に行われ、断続的労働である宿日直勤務として対応することが適切でない状況にあるにもかかわらず、断続的労働である宿日直勤務として法第36条に基づく労使協定の締結・届出等を行うことなく、また、法第37条に基づく割増賃金を支払うことなく、労働させているものが少なからず認められる。よって、宿日直勤務に係る許可基準に定められた事項の履行確保を図ること又は宿日直勤務に係る許可の取り消しを行うことにより、その適正化を図ることとした」とされている。しかし、この通達通りに宿日直業務を遂行すれば、救急医療が成り立たないのは明らかであり、これを以下の設問で検討した。

図表

▲ 医療法第16条および労働基準法施行規則第23条での「宿直」定義

4-3. 医療法第16条および労働基準法施行規則第23条での「宿直」定義を「統一すべき」と思いますか



① 宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われていますか。

頻繁に「行われている」が 176 病院（53%）、「行われていない」が 122 病院（36%）であった。病床規模別では、頻繁に「行われている」が多いのは 400 床以上の病院（100 病院中 72 病院）であり、規模が小さくなるにつれて減少し、最小は 100 床未満の 26%（39 病院中 10 病院）であった。開設主体別では、頻繁に「行われている」病院割合は、「医療法人等」が最も少なく 38%（131 病院中 50 病院）と、他の開設主体平均 68%（155 病院中 105 病院）に比べて 30%の差がみられた。所在地別では、大差は見られなかった。

宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われていますか	回答数
行われている	176
行われていない	122
その他	36
合計	334

▲ 宿日直勤務中の通常の労働（病床規模別）

病床数	行われている	行われていない	その他
01： ～100床未満	10	24	5
02： 100床～200床未満	36	42	7
03： 200床～300床未満	29	21	7
04： 300床～400床未満	29	18	6
05： 400床～500床未満	28	5	5
06： 500床以上	44	12	6
総計	176	122	36

▲ 宿日直勤務中の通常の労働（開設主体別）

	行われている	行われていない	その他
国	10	3	0
地方自治体	54	20	11
公的医療機関等	41	13	3
医療法人等	50	65	16
その他	21	21	6
総計	176	122	36

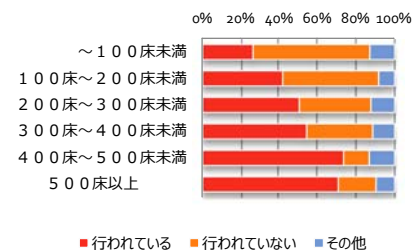
▲ 宿日直勤務中の通常の労働

4-4 ①宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われていますか



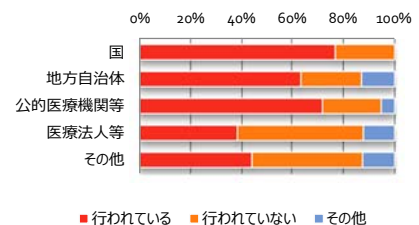
▲ 宿日直勤務中の通常の労働（病床規模別）

4-4 ①宿日直中に通常の労働が頻繁に行われているか



▲ 宿日直勤務中の通常の労働（開設主体別）

4-4 ①宿日直中に通常の労働が頻繁に行われているか



② ①で「行われている」と回答された方にお尋ねします。

1. その場合、断続的労働である宿日直勤務中として取り扱うことは「適切でない」と認識していますか。

適切でない「認識している」が 125 病院（70%）、「認識していない」が 27 病院（15%）であった。

その場合、断続的労働である宿日直勤務中として取り扱うことは「適切でない」と認識していますか	回答数
認識している	125
認識していない	27
その他	26
合計	178

2. その場合、「宿直許可」は取消され、宿直扱いとはなりません。このことをご存知ですか。

「知っていた」が 111 病院（61%）、「知らなかった」が 46 病院（25%）であった。

その場合、「宿直許可」は取消され、宿直扱いとはなりません。このことをご存知ですか。	回答数
知っていた	111
知らなかった	46
その他	25
合計	182

【考察】

大多数の病院が、夜間・休日の救急医療業務が、厚生労働省労働基準局長通達に反し、労働基準法違反であることを認識しながらも、医療需要に応えるために診療を行っていることが明らかである。

③ 突発的な労働に対し、労働基準法第 37 条に基づいた実労働時間に対する割増賃金を支払っていますか。

「支払っている」が 214 病院（66%）、「支払っていない」が 76 病院（23%）であった。「支払っていない」割合が最も多い病床規模は、「100 床未満」の病院の 44%（39 病院中 14 病院）で、規模の増加につれてその割合は減少し、「400 床以上」の病院では 14%（102 病院中 14 病院）にすぎなかった。他の属性では大差なかった。

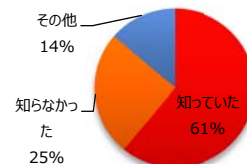
▲ 宿日直勤務中としての取り扱いについて「適切でない」と認識していますか。

4-4. ②宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われている場合、宿日直勤務として取り扱うことは「適切でない」と認識していますか。



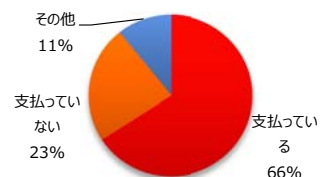
▲ 宿直扱いとはならないことをご存知ですか

4-4. ②宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われている場合、「宿直許可」は取消され、宿直扱いとはならないことをご存知ですか。



▲ 労働基準法第 37 条に基づいた実労働時間に対する割増賃金

4-4. ③突発的な通常の労働に対し、労働基準法第 37 条に基づいた実労働時間に対する割増賃金を支払っていますか。



▲ 労働基準法第 37 条に基づいた実労働時間に対する割増賃金（病床規模別）

病床数	支払っている	支払っていない	その他
01： ～100床未満	14	17	8
02： 100床～200床未満	49	23	8
03： 200床～300床未満	38	12	5
04： 300床～400床未満	36	10	3
05： 400床～500床未満	32	2	6
06： 500床以上	45	12	5
総計	214	76	35

④ 宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われている場合でも、休日夜間の救急医療を提供していくためには、以下の対応が必要となります。このことをご存知ですか。

▼ 夜間に十分な睡眠が確保できる場合：宿直許可は残し、36 協定を締結し、時間外割増賃金を支払う。

▼ 夜間に十分な睡眠が確保できない場合：宿直許可を取り消し、交代制にする。

「知っていた」が 202 病院（62%）、「知らなかった」が 89 病院（27%）であった。

⑤ その他、この問題についてご意見をお聞かせください。（⇒自由回答）

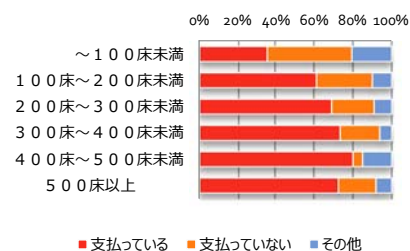
4-5. 「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と言えそうです。

① このことについて公にし、議論すべきでしょうか。

「公にし、議論すべきである」が 212 病院（64%）であり、「国」では 13 病院中 11 病院（85%）、「郡部・町村」では 22 病院中 17 病院（77%）を占めていた。一方、「公にすべきでない」が 61 病院（19%）あり、「医療法人等」がもっとも多い比率 23%（131 病院中 30 病院）となっていた。

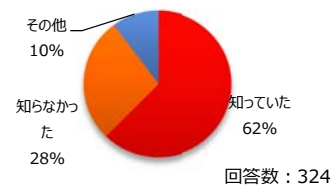
▲ 労働基準法第 37 条に基づいた実労働時間に対する割増賃金（病床規模別）

4-4 ③突発的な通常の労働への実労働時間に基づいた割増賃金



▲ 休日夜間の救急医療を提供していくための対応について

4-4. ④宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われている場合でも、休日夜間の救急医療を提供していくための対応について



▲ 日本の医療が労働基準法違反を前提に成り立っていることについて

4-5. ①「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」ことを公にし、議論すべきか (回答数：329)



▲ 日本の医療が労働基準法違反を前提に成り立っていることについて（開設主体別）

	公にし、議論すべきである	公にすべきではない	その他
国	11	0	2
地方自治体	59	9	18
公的医療機関等	40	9	7
医療法人等	77	30	21
その他	25	13	8
総計	212	61	56

▲ 日本の医療が労働基準法違反を前提に成り立っていることについて（市・郡部の別）

	公にし、議論すべきである	公にすべきではない	その他
政令指定都市等	96	30	23
その他の市	99	28	31
郡部・町村	17	3	2
総計	212	61	56

② ①で「公にすべきでない」と回答された方にお尋ねします。その理由はどれですか。

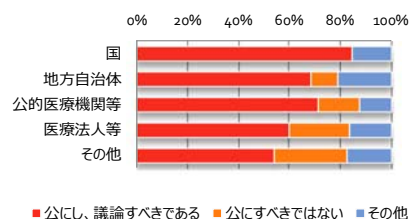
「公にすると医療が成り立たなくなる」が最も多く 53 病院（60%）、ついで「公にしても変わらない」が 13 病院（15%）、「公にすると自院に影響が及ぶ」が 10 病院（11%）であった。属性別では大差なかった。

（「その他」⇒自由回答）

【背景】「公にすると医療が成り立たなくなる」あるいは「公にすると自院に影響が及ぶ」とした病院は 72%（88 病院中 63 病院）であり、これらの病院は「公にすべきでない」と回答したものの、「労働基準法に問題があること」、また、「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っていること」を認識し、矛盾に感じながらも、医療ニーズに対応していることが推測される。

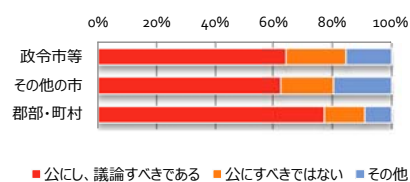
▲ 日本の医療が労働基準法違反を前提に成り立っていることについて（開設主体別）

4-5 ①日本の医療が労基法違反を前提に成り立っていることについて

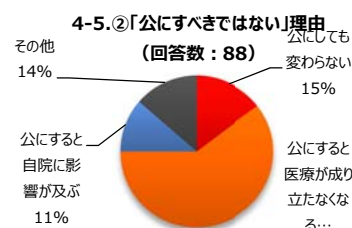


▲ 日本の医療が労働基準法違反を前提に成り立っていることについて（市・郡部の別）

4-5 ①日本の医療が労基法違反を前提に成り立っていることについて



▲ 「公にすべきでない」理由



4-5-2. 現場実態とかけ離れ、しかも、医療従事者の規制を中心とした医師法や医療法あるいは労働基準法など医療関連法令や省令が、一貫性もなく、体系化もなされず、整合性もないまま制定されていることが問題であり、これらが「制度の壁」となって地域医療再生を妨げているようです。このことについてご意見をお聞かせください。(⇒自由回答)

4-6. 民間医療機関を支援するために、公務員医師の公的兼業を解禁することについてお尋ねします。

① 公務員医師の公的兼業を解禁することに賛成ですか。

「賛成・条件付き賛成」が 227 病院 (69%)、「反対」が 39 病院 (12%) であった。「賛成・条件付き賛成」の割合が最も多かったのは、「医療法人等」の 76%で、国公立病院からの診療支援を期待している表れと考えられる。一方、「反対」が最も多かったのは当事者としての「地方自治体」の 24%であり、公務員体質がその一つの原因ではないかと推測される。

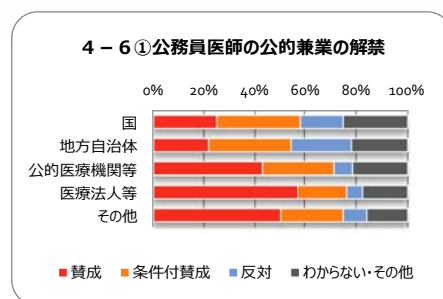
▲ 公務員医師の公的兼業解禁について (開設主体別)

	賛成	条件付き賛成	反対	わからない・その他
国	3	4	2	3
地方自治体	19	28	21	19
公的医療機関等	24	16	4	12
医療法人等	75	25	8	23
その他	22	11	4	7
総計	143	84	39	64

② ①で「条件付き賛成」と回答された方にお尋ねします。どのような条件が必要だと思いますか。(⇒自由回答)

図表

▲ 公務員医師の公的兼業の解禁について (開設主体別)



4-7. 自治体病院職員の増員と地方自治法第172条（定数管理）についてお尋ねします。

① 自治体病院の職員数を制限している地方自治法第172条を変更し、自治体病院の裁量にまかせるべきだと思いますか。

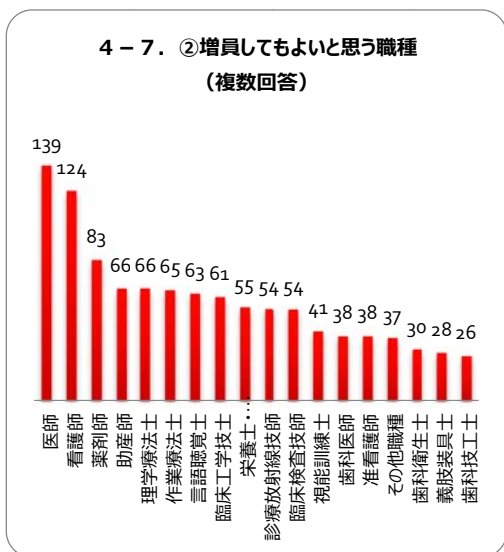
「思う」は153病院（46%）、「思わない」は68病院（21%）、「わからない・その他」が110病院（33%）であった。「思う」割合が最も多かったのは、「地方自治体」の70%で、「思わない」が最も多かったのは「医療法人等」の25%であった。

▲ 自治体病院の職員数について、裁量にまかせるべきか（開設主体別）

	思う	思わない	わからない・その他
国	7	2	3
地方自治体	62	12	14
公的医療機関等	23	12	20
医療法人等	46	33	52
その他	15	9	21
総計	153	68	110

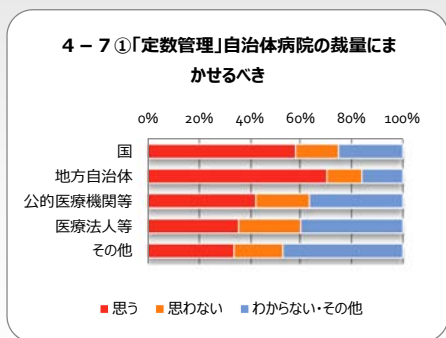
② ①で「思う」と回答された方にお尋ねします。増員してもよいと思う職種をお答えください。

増員しても良い上位3職種は、医師139病院、看護師124病院、薬剤師83病院であった。また、歯科衛生士30病院、歯科技工士26人と歯科関連の職種が挙げられたのは、口腔ケアの重要性との関連と考えられ、注目に値する。



図表

▲ 自治体病院の職員数について、裁量にまかせるべきか（開設主体別）



▲ 増員してもよいと思う職種（回答数）

医師	139	診療放射線技師	54
助産師	66	言語聴覚士	63
理学療法士	66	その他職種	37
歯科衛生士	30	准看護師	38
歯科医師	38	臨床検査技師	54
栄養士・管理栄養士	55	視能訓練士	41
作業療法士	65	薬剤師	83
歯科技工士	26	臨床工学技士	61
看護師	124	義肢装具士	28

4-8. 遠隔医療と医師法第20条（対面診療の原則）
についてお尋ねします。

① 対面診療の原則を撤廃すべきだと思いますか。

「思う」は41病院（12%）と多くはなく、「思わない」は115病院（35%）、
「どちらとも言えない」が最も多い129病院（39%）であった。「思う」割合が最も多く、「思わない」が少なかったのは、ともに「郡部・町村」の病院で、それぞれ19%であった。

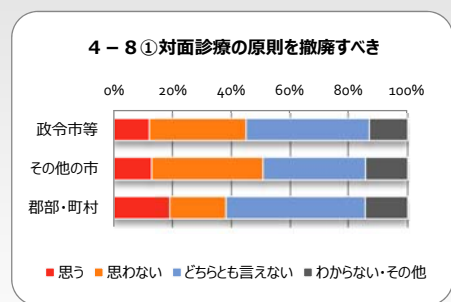
▲ 対面診療の原則を撤廃すべきか（市・郡部の区分）

	思う	思わない	どちらとも言えない	わからない・その他
政令指定都市等	17	49	62	19
その他の市	20	62	57	23
郡部・町村	4	4	10	3
総計	41	115	129	45

② ①で「思う」と回答された方にお尋ねします。その場合、どのような条件が必要だと思いますか。（⇒自由回答）

図表

▲ 対面診療の原則を撤廃すべきか（市・郡部の区分）



【自由回答】

2-6. 勤務医不足、医師の地域偏在、診療科偏在について

- ◆ 年限を定めた配置、ローテーションをコントロールする権限を有する組織・システムの構築
- ◆ 現在の状態、どんな将来を目指すのか、オープンな国民的議論が必要だと考えます。その中で医療界が専門家集団として提案を行い、一般の理解・支持を得る努力、作業が不足していると感じます。行政の国民に対する情報提供のあり方が、余りにも貧弱で見直す必要があると思います。

条件付き賛成について

- ・ ②③④⑧⑫～目指すべき将来像について、少なくとも医療界のコンセンサスが必要
- ・ ⑥～経営的観点からのみの再構築にならないこと
- ・ ⑨～大学医局の役割を明確にした上で、ポジティブな視点での見直し
- ・ ⑪～どういった医師を養成したいのかを明確にする

- ◆
 - 1) 地域の必要医療資源（医師、看護師、診療科、機器、施設・・・）に基づく配置、重点化、再編、地域内連携体制
 - 2) 同様に専門医必要数の算定→時には制限も必要
 - 3) 若手医師、看護師等の条件付き地方勤務（期間限定1～2年間程度の交代システムの確立）（指導者の居る所・勉強になる所に複数者にて派遣）
 - 4) 国の無責任な地方丸投げの改善、法的制度として整備すべき
- ◆
 - 1) 初期研修医に1年間の地域医療研修を義務づける
 - 2) 後期研修終了後に2年間の地域での勤務を義務づける
- ◆ 地方の慢性的な医師不足は、病院や自治体の内部努力・自助努力では解決しない。国が責任を持って、医学部卒業後、一定期間の地方勤務の義務付けなど行えるよう法律・制度の改正を行うことが必要と考える。
- ◆ 地域別保険点数（都会→1点=9.5円、地方→1点=1.5円、その中間地点→1点=1円）
- ◆ 採用地、専門科を適正にする策が必要（ある程度、競争を入れ自由（個人）を制限する必要）
- ◆ 学部定員は全国的に若干名の増はあるようですが焼け石に水のような状況、医学部卒の医師が全て臨床に向けられているのではなく、行政職や基礎研究の

道に進めた方が数多くいるので、学部内にそれぞれ目指すコース毎のカリキュラムを作成し、医師数の確保は臨床コースの学生数の枠組みに設定する。そうすると医学部全体の総数の増加は望め、将来の臨床医の数の把握にもなるのではないかと。

- ◆ マッチングで卒後研修医の数と受入れ人数とを同じにすること。
- ◆ へき地勤務を義務化した際、対価となる権利の付与を明確にする。
- ◆ 小児科医、産婦人科医が依然減少傾向にあります。小児科医又は産婦人科医を2年勤務してから他の科を選択できるような制度であればそれが、解消できるのではないのでしょうか。また、地方の公立病院の勤務医も依然減少傾向にあります。
- ◆ 地方の公立病院に2年（開業するのであれば4年）勤務を義務づければ、それも解消できるのではないのでしょうか。
- ◆ 公的病院に集中することは避けてもらいたい
- ◆ 医師の地域における役割や機能分担を反映しているとは思えない。医師の勤務地を、卒業した大学のある都道府県内に卒後1～5年間拘束する。または、ブロック制（道州制）にして、地域ブロックで拘束する。
- ◆ 居住地人口や就労人口に占める割合などで、
- ◆ 救急、産科、小児科等の専門医不足が当面の課題。そもそも現在の診療報酬制度では、急性期病院の経営は成り立たず、医師への待遇を改善したいができない現状がある。本来、安定した経営の土台があってこそ、医師の労働環境の改善を図れるものと考えます。
- ◆ 医師の適正配置を可能にするには、医師法・医療法の改正が必要と考えます。
- ◆ 自由開業制を制限しない限り無理です。
- ◆ 医師確保は国家施策の問題であり、国公立大学の医学部の増員、新設で対応すべきである。
- ◆ 医師になる人は、最近は都会育ちの人が多く、医大もたいてい都市部にあるので、地方勤務というのがなかなかモチベーションにつながりなく、病院や地域の努力での招致には正直限界があると思います。何らかのシステムによる計画配置は、医療は公的財産という姿勢をとるのであれば（アメリカのような全くの自由診療とはしないということであれば）避けてはとれないと思います。
- ◆
 - ・ 専門医制度の改革による自由標榜の禁止。←専門医の重みづけ。
 - ・ 女性医師支援の強化
 - ・ 後期研修医のマッチングによる適正配置（都内の大学病院に乗り過ぎる。）

- ◆ へき地医療従事者の手当を上げる。
- ◆ 適正とは何か、又、現在も知事案件の関連許可を自由とし、また、大病院の相続、デパート、大型スーパーによる適用破壊と同様、医療圏の破壊を来さないか
- ◆ 都道府県単位の保険医登録制度を活用した医師の適正配置と共に都道府県を跨っての保険診療も行えるように規制を緩和することが条件であるとする。
- ◆ 集中や分散を是正するための都道府県単位の登録数制限は有効と思われる。
- ◆ 不足している自治体には労働基準局が医師を確保し配置する。
- ◆ 数ではなく質
- ◆ 地域医療計画との整合
- ◆ 必要医師が公平に確保できる体制(制度)
- ◆ 医師は都道府県単位で働いてはいないので、現実的には不可能
- ◆ 各都道府県の医師派遣元の大学、各病院、行政が責任を持って医師の適正配置を行っていただきたい。今は全くルールがなく、各病院、各地域毎の格差が大き過ぎる。
- ◆ 条件付き賛成の条件は、その地域 の特殊性、個別性を考慮すること。
- ◆ 研修機会の保証バックアップ体制の整備
- ◆ 年齢要件または義務年数を定めて、県内勤務やへき地勤務を行う体制ができれば地域偏在はなくなるのでは。医学教育の質の低下を招かない程度の定員増、大学新設は賛成。
- ◆ 都市部への集中の制限 保険医だけでなく専門医の適正配置
- ◆ 県内各地域において県が重視する医療圏に格差がみられ、均等に配置が成されるか不安である。
- ◆ 医師の資質が評価されず、機械的に配置される危険性があり、従来の医局制度の様に、どこかでコントロールする必要がある。
- ◆ 都市部への一局集中を回避すべき
- ◆ 医学部定員増若しくは新設に関しては、研修後一時期（2年程）は、救急の現場に赴くことにする。へき地に関しては、受け入れる地元にも相応の体制を要求すること。（住民に受入体制のないところは対象外）開業医にも時間外診療を義務付けるべき
- ◆ へき地勤務に年限を設ける。
- ◆ 開業の制限を行うと、勤務医が増加するのではないかと思います。
- ◆ 医学部入学の条件として、入学生の3~5%に数年間医師不足地域での医療を義務化する制度の導入。
- ◆ 大学医局制度 : 地域医療への貢献を義務化する医局へ再構築。
大学医学部の新設: 千葉県・埼玉県には人口に配慮した移設を。
メディカルスクール設置: 医師養成機能のある施設 (ex. 亀田総合、聖路加、国際医療センター) で医師 (医大) 養成を。
- ◆ 地域医療計画においては病床数の確保と維持が謳われているが、現有の病院 (主に民間) への支援体制はほとんどないと思われる。一方、公的病院への補てんは、当然のように恒常的に行われているが、十分な支援のない民間病院は、各々の自助努力に委ねられている。現状のままでは、財政基盤の弱い民間病院が十分な医師を確保することは難しいと思われる。行政主導による医師の計画的な適正配置を望む。
- ◆ 三重県医師奨学金受給者の後期研修病院への配置について考慮されたい。
- ◆ 地域ニーズ、学会主導を考慮した専門医数の策定
- ◆ 各都道府県ごとの適正配置だけでは、都道府県内においても偏在が生じる可能性があるため、この問題まで解決できるような制度の確立が必要
- ◆ なかなか実態が分かり難い 特に東京・大阪・京都などは医師免の数は多いと思われるが (病院勤務) (開業) (研究) (研究+一部診療) 等診療に従事する等? 仕方が様々で単純に地域偏在を議論し難い。根本的なシステムの変更が必要と思われる。
・開業については勤務医何年以上、総合診療医の資格 (専門医でなくとも) 単純な継承禁、地域の開業の数は医師会でなく行政がコントロール (医師会は適性審査のみ) 等の大胆な改革が必要ではなからうか
- ◆ 医療訴訟や“モンスター・パシエント”から医師を守る方策を構築。医療機関における暴行・暴言を規制する法整備。
- ◆ 心臓血管外科医、小児科医等、特に医師不足が顕著な診療科については、医学部入学時に特別入学枠を設けてはどうかでしょう。
- ◆ 地域偏在を少しでも解消できるよう、都道府県単位の保険医登録制度を活用し、地域ごとの必要医師数を割り出し適正配置に近づける。
- ◆ 医学部新設など、医師数を抜本的に増やす対策を行うとともに、医師の過酷な労働環境を改善するための整備。医療にもっとお金をかけるべき。
- ◆ 都道府県ごとであっても、大都市圏のように他府県にまたがる地域は柔軟に考慮していただきたいと思います
- ◆
・ Drにアピールできる条件を揃え、独自で広報活動に力をいれる。(過疎化であっても地域の長所をPR)
・ 関連大学との連携をより強める。(教授への働きかけの強化)

- ・ 特に当直の負担を軽減するための他からの応援医師の確保がしやすくなる体制作り
 - ・ 専門医を取得や、多くの症例を経験できる病院は若い Dr に人気があるため、国や地方がそのような病院を増やせるような支援があればよい。
 - ・ 医師官舎など労務以外でも生活の充実を図る必要があり、国や地方の支援があれば尚良い。
 - ◆ 内科、外科等生命に係わる診療科については、最小限の数を配置するべきと考えます。
 - ◆ ①について 従来の医学部の定員を増やしても、悪しき医学部の空気を吸った医師、大都会指向の医師を増やすだけで解決にはならない。自治医大の定員を5倍にするほうが余程効果的である。⑤について 地域医療計画は挫折するために作られている。⑨について 大学医局の求心力が非常に低下し、診療に追われて研究能力が非常に低下していることは、憂慮すべきことであるが、人事力で公立・民間病院に圧力をかけられることも困ることで、前者を活性化しつつ、後者を無くす方向にできないものか⑩⑪について 入試に際しては学力だけでなく、面接・論文を採用して医師として相応しい人種を選抜する。入学時には地域医療に従事することを誓約してもらう。昔関西の某国立大学で専門課程から他学部(工学・理学部など)から選抜入学を実施したことがあった。他学部で学んだ知識を医学部で発揮してもらい、活性化する狙いだったが、現実は医学部で適当にお勉強して、自身の個人的生活を時間的、経済的に裕福にすごすことが目的の連中ばかりで、全く目的は達成されなかった。私の出身大学でも、一度大学を出て入学してきた人にはそういう傾向がみられる。⑫について 条件付養成はこの適正配置の人事権は医師が握ること、絶対に都道府県の行政担当者に握らしてはならない。
 - ◆ 医師配置については地域医療を重視する観点から確かな必要性、根拠に基づいた制度であることが前提である。
 - ◆ ○大病院の全国平均の定員数(都会の大病院に集中している)
 - 保険医になるためのへき地勤務条件の付与
 - 卒業生の県外に就職の禁止(国立大学といえども自治体の世話になっている)
 - 医学部卒業生のドラフト制(診療科の偏在の解決)
 - ◆ 県、地域への医師の配分が適切に実施されるシステムを構築する必要がある。
 - ◆
 - ・ 医師の質を担保できる体制
 - ・ 総合病院数(病床数)をある範囲内に制限(地方)
 - ・ 大都市の有病者人口割りの病床配置
 - ◆ 一定の区域(距離等)の範囲内において総合医の平均的な配置を行ったうえで、専門医の拠点を整備(まず、医療過疎をつくらない)
 - ◆ 一定期間、地方勤務を義務づける
 - ◆ 人口、人口密度、医療機関とその機能から算出される医師数ある一定地域で発生する疾病種、数から導き出される医師数で出された数×1.1位(変動しうる)の数を規程する
 - ◆ 医師の適正配置を実践することが可能なか疑問である公的機関へはある程度法制化できるとしても、民間の機関への強制力は不可能では?更に職業(就職先)の選択自由はどのようになるのか?
 - ◆ ②医師の計画配置の条件…学位、専門医制度取得③へき地勤務の義務化の条件…前期研修終了後の半年～1年のへき地勤務の義務化
 - ◆ 単純に医師の配置や増員を検討してはいけいない。地域における医療需要とその予測、および医療機関の機能と実績に応じた医師の配置と養成が必要。大学の医局人事からの脱却も必要
 - ◆ 既得権益保護でなく 長期的にみた医療の質・コスト効率維持を前提で考えてほしい。
 - ◆ 法定医師数を遵守するため、医師が1つの病院に固定化され、医師数の少ない地方では、せっかくの医師という「人材」が有効活用されていない。もう少し、柔軟性を持たせると、一人の医師が多くの病院で活躍でき、地域にとっても有用であると考えます。
 - ◆ 病院勤務医の方が、開業よりも金銭的・労働条件的にも魅力的であるようにするのが一番良いと思う。
 - ◆ 専門医制と計画配置を連動させるべき。この地域に何人の専門医が必要かを医療計画の中で示せるようになってよい。
 - ◆ 適正配置を行うための指針や基準を周到に準備し、関係諸職間の調整を図り、法整備を行うことが必要と考えます。
- 3-1-1. ②1週間平均の勤務時間が最長の医師についてお尋ねします。該当する医師はどの診療科ですか。(「その他」部分)**
- ◆ 40時間超の部分は当直医が当直するまでの待機時間
 - ◆ どの科も概ね均等です。1日所定労働時間以外の労働が発生した場合は、振替等で調整
 - ◆ どの科も極端な長時間労働はありません。
 - ◆ リウマチ科、小児科
 - ◆ 救急科
 - ◆ 救命救急センター
 - ◆ 血液・幹細胞移植科
 - ◆ 血管外科

- ◆ 月の時間外勤務が100時間を超過することがある。
- ◆ 研修医
- ◆ 研修医指導担当（救急部管理）
- ◆ 交通外傷が多い月のデータ
- ◆ 裁量労働制のため、すべての診療科で1週間38.75時間
- ◆ 歯科
- ◆ 歯科・歯科口腔外科
- ◆ 就業規則による
- ◆ 循環器内科・消化器内科・腎臓内科・リウマチ科・歯科
- ◆ 小児心臓外科
- ◆ 新生児科
- ◆ 腎臓内科
- ◆ 全科平均
- ◆ 知識や技術などを早く習得するためには時間をかけることは必然。
- ◆ 当院の診療科全部
- ◆ 透析内科
- ◆ 脳神経内科
- ◆ 泌尿器科と総合診療科の兼務
- ◆ 標榜診療科全て
- ◆ 19条を変更する。アメリカでは診療を拒否できると聞いているし、日本もそうすべきである。少なくとも正当な理由がなければ、などと曖昧な表現は避けて、どういう場合に、診療を拒むことが出来るか具体化するべきである。例えば飲酒している患者は拒むことが出来るのか。
- ◆ ①医師の計画的配置 ②勤務医年数の義務化
- ◆ ①国により医師の地域偏在をなくす②医師法19条又は労基法32条の改正
- ◆ 1日8時間、週40時間の制限を緩和するべき。
- ◆ 24時間診療できる体制（人員）、その人員を雇用する費用を整えることができれば矛盾は生じない
- ◆ 32条の改正
- ◆ 32条を改正する
- ◆ 36協定時間の緩和
- ◆ いずれかを見直す必要あり
- ◆ せめて「正当な理由」の解釈を可能な範囲で拡大するしかないのではないかと思います。
- ◆ どちらかを変える
- ◆ どちらを優先すべきか明確な定めが必要である。更に、医師法等の医療関係法と労働基準法との整合性を調整する必要がある。困難であれば、医師数など医療職が潤沢に採用できる診療報酬と、医局人事の撤廃が必要。
- ◆ どの医師でも専門●●の診療体系を崩さない事が大切である。
- ◆ フリーアクセスは維持しつつ、医療機関の役割分担を明確化のため、行政による市民への啓発・広報の強化

4-1. ②労働基準法第32条と医師法第19条の矛盾の解決方法について

- ◆ 病院の勤務医師数の増加。医療機関が複数存在する地域では、地域全体として診療体制があれば（たとえば当番制のような）、そこで診療に誘導し、自施設での診療を行わないことを正当な事由とする。
- ◆ 「正当な事由」とは「労基上の週40時間超」が当たらないとする見解があればいいと思う。
- ◆ ・労働時間制限の緩和 ・勤務医師の増員 ・診療報酬の増額（宿直、三交代制に対し）
- ◆ 1. マンパワー補充 2. 業務内容により役割分担 3. 振替休日の設定
- ◆ 19条の診察治療の求めを放置すれば生命の危険がある治療に限る
- ◆ まずは地域によって格差のある医師不足を解消する必要がある。
- ◆ わかりません
- ◆ 医師、歯科医師は32条の対象外とする。
- ◆ 医師については、一般医師・管理者等を問わず労働者という概念から除外し同法の適用外とすべき
- ◆ 医師について労基法の特例を作らないのであれば、全医療機関に十分な医師配置を可能にすること。
- ◆ 医師に関しては、弾力的に運用していただきたい。
- ◆ 医師に関しては36協定上限時間の撤廃
- ◆ 医師に関しては適用除外もしくは医師用の労基法を制定する等の法整備

- ◆ 医師の勤務実態の改善が第一であるが、それができない現状では労基法の適応をゆるめるべきである。
- ◆ 医師の数を増やす
- ◆ 医師の増員
- ◆ 医師の増員（三交代等）
- ◆ 医師の増員や時間外が診療報酬に反映される改正が必要である。
- ◆ 医師の適正配置が必要
- ◆ 医師の労働条件緩和につながる特別医師労働法を定める
- ◆ 医師は特殊な職業なので労基法の枠の特別枠の作成
- ◆ 医師を36協定の労働者から除外する。
- ◆ 医師を除く等の文言を追加する
- ◆ 医師を増やし、交代制勤務にする。
- ◆ 医師を増員し、かつ診療報酬を上げて病院経営を安定的にしつつ医師の確保ができるようにすること。それにより、労基法も遵守しつつ日常医療を提供することができる。
- ◆ 医師を増員し適正な人数を確保するところから始まる。現状では医師数不足で労基法の改正等、検討が必要と考える。
- ◆ 医師を労働基準法第32条の適用除外とする
- ◆ 医師を労働者と位置づけるのであれば医師法第19条は無理があり、はぶく必要がある
- ◆ 医師数が増えること
- ◆ 医師数の増加、支給給与、交代制等の保障的制度改革、コンビニ受診の抑制、患者教育。実態開示に基づく議論、検討。厚労省内での意見統一、対応統一（旧厚生省、旧労働省）。国の正しい法的対応。
- ◆ 医師数を増やす
- ◆ 医師数を増員し、交代勤務を徹底する。
- ◆ 医師数増加
- ◆ 医師不足のなかにおいて労基法32条の完全適用に無理がある。
- ◆ 医師不足の解消
- ◆ 医師不足の折り仕方ない。
- ◆ 医師法を含めた法律の見直し
- ◆ 医師法を優先して、労基は現状に沿って判断すべき（一省庁内で矛盾することは全く理解できない）
- ◆ 医師法第19条「正当な事由」の具体化・厳密化
- ◆ 医師法第19条の「正当な事由」に①受付時間外の場合や②医師のマンパワー不足の場合も含めて解釈・適用する。
- ◆ 医師法第19条の改正⇒「正当な事由」を具体化する
- ◆ 医師法第19条変更すべきである
- ◆ 医療が専門化されている現代において専門的になるほど対応すべき患者が多くなり業務化されている法を遵守しようとするほど労基法違反となりやすい。労基法を遵守すれば業務違反となりパッシングを受けやすい世論となっている。
- ◆ 医療基本法制定により、どちらを優先すべきか明確にすればよい。
- ◆ 一人の患者の診療に全責任を持つ「主治医」制を改め、複数医師によるチーム医療又は、交替勤務制を医療界のみならず、患者を含む国民全体で意識変革するしかない。
- ◆ 一連の診療行為が完了するか、もしくは他医師に引き継ぐまでは診療せねばならない。
- ◆ 救急の適正受診等、患者さんの理解。医師不足の解消
- ◆ 救急を返上するしかない。医師の増員（非常に困難）
- ◆ 救急医療従事者が第32条の適用除外にする
- ◆ 業種に合った法の改正
- ◆ 勤務医の数を増やし、看護師と同様交替勤務制にする。
- ◆ 現在の日本において矛盾を解消することは不可能です。矛盾を解消するにはアメリカ並の多数の医師を雇用しなければならないが、そうした場合、入院費用が多額になり、金銭関係で入院不可能な患者が出現し、健全な国民医療の継続が不可能になる。
- ◆ 現実的には法の優先順位を明確にしておくことかと思われるが、根本的解決には、特例（70時間あたり）と上限を超えた場合診療を停止できるようにすればと思う。
- ◆ 交替勤務、代休制
- ◆ 交代勤務制の導入
- ◆ 厚生労働省内で労働基準局と医政局とが組織の壁を取り払い、情報交換を互いに十分に行い、真摯に検討して、成案を示すべきである
- ◆ 厚労省の考えを聞きたい 現場で解消するには医師を増員するしかない→デキナイ！

- ◆ 指定された救急当番病院とする。
- ◆ 次の③の案を検討すること。
- ◆ 社会的な問題となっているのは勤務医の激務が問題となっているわけで、その地域全体で応召義務を果たす制度にしていくべき。開業医からの押し付け患者が勤務医を減らす原因の一つと考える。
- ◆ 週 40 時間の枠から外すしかないが、現行法律の中で実施する。
- ◆ 週 4 0 時間の枠の撤退を求めます。もう少し医師の裁量にまかせてみてはいかがと考えます。
- ◆ 宿日直ではなく勤務として配置可能な報酬とすべき
- ◆ 除外規定を設ける
- ◆ 上限を定めて制限する、ワークシェアリングする
- ◆ 診察した時間を違う日にその時間を取ってもらう
- ◆ 代休をとれるように医師数を確保する。
- ◆ 代休を取らせる。
- ◆ 第 3 2 条内に医師等の特別な理由及び資格を有する者が、有資格に対する勤務をした場合の超過勤務は認めるなどの文言が必要
- ◆ 地方病院の医師不足の解消
- ◆ 昼間と夜間の完全交代制 若い医師が病院離れをする傾向が続いています。病院勤務医のお給料がもっと高額になれば医師の補充が出来ます。国からの補助が必要です。
- ◆ 当直や交代制勤務の充実により勤務時間外の呼び出しをなくす
- ◆ 同じ土俵で考えるのがナンセンスだと思う。基準が大きく異なる
- ◆ 難しい問題。患者の権利と、医者（労働者）の権利。医師数増加、診療費UP？
- ◆ 非常に困難である
- ◆ 病院諸団体で討議し意見を集約し、参考にして頂きたい。日医は診療所中心の意見の域を出られずその意見を聞いても無意味だと思う。
- ◆ 病気に時間外はなく、労働時間を柔軟に変更できるようにする。
- ◆ 病体急変等はあるが、致し方ないのではないかと思う。
- ◆ 法の改正
- ◆ 法の見直し
- ◆ 法の整備ができるのか。更に一般国民がどこまで理解して受け入れることができるのか。
- ◆ 法を改正する
- ◆ 法を遵守すれば医療が成立しない
- ◆ 法改正
- ◆ 法改正をするか又は「正当な事由」の解釈を拡大すべき。現在は、「正当な事由」が患者に都合よく解釈されていると思われる。
- ◆ 法改定の制定
- ◆ 法定労働時間を守りつつ、応召義務に応えられるような診療体制を、地域全体の中で構築する
- ◆ 法律の改正、又は労働条件の改善
- ◆ 両法とも撤廃して再検討
- ◆ 例外規定を設けるなどの措置が必要
- ◆ 労基法の改正
- ◆ 労基法の原則は遵守しつつ、日直・当直につく医師の日宿直中の実務就労回数、1 就労日あたりの就労時間数の緩和により矛盾を解消する。
- ◆ 労基法の中に医師の除外規定を設ける。
- ◆ 労基法の適用から外す
- ◆ 労働に見合った対価を支払い、医師数の定員を増やす。現在の保険診療では赤字になるので診療報酬を増額する。
- ◆ 労働基準法に準じた見直しを行う
- ◆ 労働基準法の改正
- ◆ 労働基準法の改正（適用除外）
- ◆ 労働基準法の改正、医師の増員
- ◆ 労働基準法の見直し
- ◆ 労働基準法を改正する。
- ◆ 労働基準法第 3 2 条の例外規定を設けるとともに医師法第 1 9 条の正当な事由に医師の過労を含める。
- ◆ 労働条件より人命救助が優先される旨を明記する
- ◆ 医師を労基法でしぼるのが、そもそも間違いと思う。
- ◆ 医師は裁量労働制とし、勤務時間の自由度を高める。

- ◆ 医療の現状と医師不足を考慮し、労働基準法第32条の例外規定を検討する
- ◆ 32条の改訂
- ◆ 医師不足が原因であるが、現実的には医師を32条の例外扱とするしか解決策はないと思う

4-3. 医療法第16条および労働基準法施行規則第23条での「宿直」定義について

- ◆ 労働基準法の「宿直」は医療現場にそぐわない。現実と乖離している。
- ◆ 医療法第16条は、「病院に医師を宿直させなければならない」と書いてありますが、それは設問のように、24時間365日、緊急対応のための医師の常駐義務を定めているのでしょうか。その点がよくわかりません。
- ◆ 労働と定義すべき業務内容については、きちんと対応できる環境、体制、実態経済とすべき。国のでたらめな行政そのものの反映である。
- ◆ 統一すべきと思う部分もあるが、現状では難しいと思われる。
- ◆ 医療提供体制、特に夜間の救急医療に混乱が生じないことが最も重要であり、その点を更に悪化させる可能性のある制度改正にあたっては医師数の確保が必要があるので改革にあたっては時間をかけること。医師不足地域での特例などの考慮が絶対に必要である。
- ◆ 例外・特例を設けるにしても、原則統一すべき。
- ◆ 宿直を義務づけた医療法制定時の医療現場と現在の状況とでは大きな変化があり、救急病院等を除きその病院の特性に応じて判断すべき。急性期のように病態の変化がある場合などは必要であると判断され、医師の配置は義務ではなく必要となるだろう。この場合には、診療報酬上に医師の人件費分をカバーするような加算が必要となる。
- ◆ 医療当直の新しい規程を作る
- ◆ 医療法と労働基準法の役割がそれぞれ違います。宿直の次の日は休暇がとれるよう医師の適正配備をお願いします。
- ◆ 1.「宿直」の働き方規定は、深夜労働時間帯のみに限定すること
2.医師の場合、特例措置を規定
3.医師の「宿直」のもと、他医療職者が部分的に業務を代行できる制度の検討
- ◆ 軽微な作業の定義を明文化する必要がある
- ◆ 法的整合性をとることも重要であるが、医師不足と偏在を解消しないと根本的な解決にはならないのではないかと
- ◆ 個々の医師の資質、能力により異なると思う。医師を天職と考える人物からすれば、法は関係ない。医師個々がそれぞれでき得る最大限のことを行えば良い。

- ◆ 地域の救命救急センターにおいては、1次から3次救急まで担っている。宿直とは言えない勤務となっているが、救急医療を守るためには、このような医師の献身的、使命的な行為で成り立っているのが現状である。一方、医師とて一人間であるので労働環境については、労働基準法で守られるべきである。したがって、医師の適材適所の配置について、ある程度国策より配慮して、規模・役割に応じた医師の供給をお願いしたい。そうすれば、労働基準法に即した労働環境が形成されていく。
- ◆ すでに最高裁判例では労働基準法重視の判決が出ている現場の混乱を防ぐために早急に両法の整合性をとる必要がある
- ◆ 病院側と医師との個人契約であり、契約内容に違反がなければ問題ない考える。
- ◆ そもそも労基法は炭鉱労働者保護の視点で制定された歴史があり、医師のように免許一つで労働市場を渡り歩ける職種を想定していない。一方で研修医の過酷な勤務状況も放置してはならず、医師の実態に即した法令を制定すべきである。
- ◆ 地方では常勤医が不足がちで理想と現実のギャップがあります
- ◆ ただ、おかしいと思うけど、1年後に医療需要は現在の倍になると言われる中で、ただ統一だけでは乗り切れないとも思います。管理職に準ずる扱いとしながらも、激務が横行しないためのセーフティネット作りなどが現実的ではないでしょうか。
- ◆ 「労働基準法」を「実状」に合わせるべきだと考える。
- ◆ 厚生労働省内で統一見解を示すべき
- ◆ やはり医師数を増員し、交代勤務を徹底することで「宿直」という呼び方を「勤務」に変更していくべきと考えます。
- ◆ そのための財源が必要です。
- ◆ 工場などの宿直と生命を預かる宿直では当然、対応や働き方が異なる。医療についてはこの業務に合わせた内容とすべき。
- ◆ むしろ労基法の『宿直』と完全別物として定義したほうがよいのではないかと
- ◆ 一つの医療機関外での労働を医療職が行っており、これの整合性を論じなければ何もならない
- ◆ 宿直に対し医師が積極的に宿直希望をするには、やはり当直料金が大きいと考える。国は、法によって規制するだけでなく、資金源の補助をすべきだと考える。
- ◆ 交代勤務（夜勤）導入を目指すべきで、そのためには病院勤務医をどのくらい増やす必要があるか、増員の計画を立てて移行期間に現場に矛盾が集中しないように、行政と医師会などが協力して政策をすすめる事が大切と思う。
- ◆ 労働基準法第41条に規定する適用除外者に宿直を行う医師等を含めるべきである。
- ◆ 労働基準法の適用外にすべき。

- ◆ 医療の世界では労働基準法は非現実的。遵守していたら医療は成り立たない。
- ◆ 診療報酬と労働基準法、医師法、医療法とその他関係法規全ての整合性が必要と考える
- ◆ 医師勤務の特殊性を踏まえた法整備が必要である。
- ◆ 医師という特殊な職業と一般労働者を同じ法律内で定義するのは無理があると感じる。
- ◆ 医師に期待する仕事の業には、労基法でクリアすることは困難だと思う。労基法の一部は適用除外とし、除外される部分については、医師法や医療法でカバーすることができないものか。
- ◆ 本来、別のものとの規定が必要
- ◆ 統一することは基本である。しかし、賃金、労務上の対策が公的になされていない以上困難である。
- ◆ 医師の業務は通常の一般的な労働者と異なっているという視点に立って法整備が必要。
- ◆ 救急は人の生命を扱う職業であるため、機械的に決めることはできない。又、医師の勤務は多様であるため決めにくい。検討が必要。
- ◆ 統一した方が良いと思うが、現在の医師の数では不可能。
- ◆ 時間外分として宿直手当を支払っている。(45,円~55,円/日)
- ◆ 労働基準法そのものに矛盾があり、全ての職種にあてはまるわけではない
- ◆ 医師の宿直は必要と考えるが、数の少ない以上現状の“宿直”が必要
- ◆ 医療に関して、労基法を緩めるならば“いいと思う”とするが
- ◆ 当直業務において、軽微な作業はないと考える
- ◆ ただし、患者的視点に立って検討するべき。
- ◆ 杓子定規で労働基準法を当てはめられたら日本の医療は成り立たない。医療法を優先させるべきと考える。一方、勤務医の疲弊にも配慮すべく宿直＝勤務を認めるべきと考える。
- ◆ 診療報酬の議論も併せて行われるべき
- ◆ 医療法の基準と労働内容の基準とは別次元のものと考えています。
- ◆ 現在の医療は一部の医師による長時間労働で支えられている側面がある。医療をほかの労働と同一視すべきではなく、同一条件で律することも現実的には出来ない。
- ◆ 労働に見合った対価を支払うべきと考えます。
- ◆ 救急対応は様々な診療科のもとに成り立っている。実際の救急対応の業務は医師の通常業務とはほぼ同じであり、連続的労働と考えるのが自然であるが、交代勤務にするには人数が不足しており、慎重に考えていくべきと思われる。
- ◆ 現状では、「宿直」をする医師が不足しており、現在の医療体制を維持するには様々な条件を緩和する必要があると思われる。現行の労基法を引用現場に適用しようとしても無理がある。法令だけは、何も解決しない。救急対応を必要とされない病院（ERや二次機能を持たない病院）や救急当番日以外の日については、オンコールや各々の病院の機能にあった体制を認めてもよいのではないかと？
- ◆ 医療現場の実態に則した規定が必要。
- ◆ 医療法を優先し、これに準じて準拠して労働基準法は、柔軟に運用されたい。
- ◆ 労働基準法上で医師等の例外的な職種に限定して、第23条における特例事項を設けるべきである。
- ◆ そもそも病院医師の日宿直に、純粹に労基法上の日宿直の概念を持ち込むことは無理がある。労基法は突発事情がない限り日宿直は就寝あるいは自由時間としているが、医師宿直は、日宿直中何も起こらない事はまず考えられない。月あたり概ね1/3程度以内の回数の日宿直の実務就労1回の勤務は、3時間前後以内程度というガイドラインに沿う事は、日宿直制をひいている病院ではまず困難と考えられる。この点、両法間では矛盾があり、日直・宿直中の医師の時間外就労回数、就労時間数の緩和が強く求められる。
- ◆ 理想を言えば労基の宿直にあたる部分と緊急対応（外来含む）の医師と両方当直すべきと思われるが、人員的にも経済的にも不可能。
- ◆ 救急医療従事者の業務も「宿直」として取り扱う
- ◆ これは労基法がまちがっています。医師が当直するのは「監視や軽微な作業」のためではなく「診療」のためです。労基法はこれを全く理解していません。
- ◆ 医師の労働実態と労働法で定められている規則との差が大きすぎると思います
- ◆ 医療法と労働基準法では根本の考え方が異なる。業務を行なう対象がモノではなく命（代用は効かない）という観点から医師等に関しては労働基準法から除外するべきだと思う。但し、労働基準法外となった場合は、適時調査を行い、所謂みなし管理職としての乱用に対してはチェックが必要と考える。
- ◆ 厚生労働省内で労働基準局と医政局とが組織の壁を取り払い、情報交換を互いに十分に行い、真摯に検討して、成案を示すべきである
- ◆ 医療法が定める常駐義務と、労基法が定める宿直の定義は、その目的が違うので、整合性はとれないと思う。両法が定められた意味を踏まえて、病院の実態に合った当直体制をとるしかないと思う
- ◆ 中小病院の場合、人件費増加が確実なので、大変ではないか。
- ◆ 医療機関ごとに宿直業務の内容に差があることから、統一は難しいと考える。
- ◆ 整合性をとって院内当直と救急当直を作ればよい。それで当直の翌日はフリーにしよう。だが過疎地又は人口3万人前後の自治体の病院の病院は、勤務医が

減るばかりで、院内当直と救急当直を置く余裕がない。法的には入院患者優先だから、救急はやめよう。すると過疎地の一次から二次救急は崩壊する。どうすれば良いかわからない。

医師の良心を發揮して、救急当直をするか。

しかし大阪市のご真ん中で開業している尊敬にあたいする先輩が言った。昔は出来の悪い医師が訴えられた。はたから見ても成る程と思った。しかし今は違う。良心のある出来る医者が訴えられる。エッ何でと思う。患者にとって良からうと無理をして、或いはほんの少し無理をして治療したことが、結果が悪ければ訴えてくる。訴訟に勝っても、訴えられた経験は非常に心に傷がつく。なにしろ原告はこの悪徳医者と憎悪に燃えて、対峙してくるのだから。君子危うきに近寄らずだよ。

知り合いの障害保険会社社員はいう。治療で問題が起きた時には、兎に角、公立病院は私立病院に比べて、訴えやすいですね。それに公立病院は医師や看護師を守りませんでしよう(院長ではなく、開設する県、市町村の公務員がという意味ですが)。一番で負けたら、まず申告しませんね。私立病院みたいに最終まで行きませんよね。それに有力な議員でも知り合いにいれば、兎に金棒みたいなものですよ。

同窓会で(昭和5年卒です)、友人が言う。医療が変わった。俺たちが卒業した頃は、小さな病院の救急と大学病院の救急にそんな大きな差があるわけでは無かった。差はむしろ、医師の経験年数によることが大きかった。しかし今は違う。高度救命センターやERと小病院(要するに1前後)の救急では明らかに、差があるのだ。小病院で助からない患者が、ERに運ばれていけば助かる。従って患者側も小病院とERで同じ治療をして、結果が悪かった場合、ERでは諦めるが、小病院では何か手落ちがあったのではないかと勘ぐってくる。

更に厄介なのが最近の脳梗塞のt-P A治療だ。うっかり患者を取ってt-P Aの適応で、三次病院に搬送しても、時間内に間に合わなかったら、訴えられないかとヒヤヒヤする。例の加古川市民病院の心筋梗塞搬送事件もあるしなあ。明らかに脳梗塞と推測される患者なら、はじめからt-P Aのできる病院に行くと云えるが、単なるフラツキやめまいで来られた時はついみってしまうからなあ。と溜息をつく。結局日本国民は全国どこでも同じ医療を受けられる権利を有するなんて、絵に描いた餅だ。都市部と過疎地のみならず、小都市とも明らかに差がある。そしてこの差は医師・看護師不足により、年々開くばかりだ。

こういう地域では首長・行政・医療関係者と、地域住民とで話し合い住民にこう納得して貰おう。""この地域では圧倒的に医師と看護師が足りません。従って皆さんが見ておられるテレビドラマの様な高度な救急医療は出来ないのです。それでも皆さんが救急医療を望まれるのであれば、次の二条件を了承していただなくてはなりません。①地域の医療機関で完結する場合は、結果を問わないで、受け入れて下さい。②他地域の高度医療機関に搬送する時にも、時間がかかりすぎたため結果が悪くなったと問わないで下さい。

その上に救急業務に対する賃金を払おう。

- ◆ 医師という使命と責任が非常に重いので、他の職種とは分けるべきと考える。
- ◆ 条件付きでの医師労働基準法の制定

- ◆ 医師の仕事は労働基準法にあてはめるのはおかしい。
- ◆ 急性期病院は常態として夜間の医師配置は不可欠だが、それに見合った報酬制度でないことが問題。
- ◆ 奈良県立奈良病院の産婦人科医による、時間外・休日労働に対する割増賃金の支払を求めた裁判で、2/12、最高裁が奈良県および産婦人科医双方の上告受理申し立ての不受理を決定したことで、宿日直勤務について、「実際に診療に従事した時間だけではなく、待機時間を含めて全て勤務時間」との考え方の大阪高裁判決が確定しました。よって、今後はこの判決ベースに勤務体系等を考えていかざるを得ないのではないかと思います。
- ◆ 厳格にすると様々の不適當例が生じます。ファジーのままですらいい
- ◆ 元々、医療業務に今の労基はそぐわない
- ◆ 整合性をとった医師労働基準法を制定する。
- ◆ 厚生労働省自体が自己矛盾を起こしている。医師を労働者として取り扱うのであれば、交替勤務を基本とした診療報酬制度とそれをまかなう医師数の増加を政策的に遂行する必要がある。
- ◆ 医療法と労基法の整合性を図るべきだと考えますが、そのための環境整備(法制面及び員数確保)は欠かせません。それが前提条件だと考えます。
- ◆ 高次法令である医療基本法制定時に整理すべきである。
- ◆ 医師の報酬については年俸制度にして労働基準法の適用を除外すべきである。
- ◆ 勤務医としては、統一は意味あるが、開業医、経営者等にとっては労働基準法は適用無しなので。
- ◆ 旧厚生省と労務省間で協議しているのか？(厚労省安衛課長に聞いても明確な回答なし)
- ◆ 全ての職種について、画一的に規定するのは、現実的ではないため労基法において区分けをして規定すべきである。
- ◆ 軽微な作業、とはどのあたりまでのことでしょうか？細かい基準を作製すると、そのことに縛られてしまいそうな気がします。個々の病院で、策定して、雇用関係を結ぶ際に、提示することを義務付ける方が、現場に即した形で勤務できるのではないのでしょうか。
- ◆ 医療に対する気持ちの問題だと思う。勤務先の勤務形態により異なるから一概に判断はできないため、画一化が良いとは言えない。
- ◆ どちらの法を遵守すべきか、現場は困るので医療法と労働基準法で統一した見解を出してほしい。
- ◆ 少なくとも現状では、急性期の病院の宿直は夜勤です。医療法と労基法の整合性がとれることが望ましいと考えるが、労基法に焦点を合わせた場合、現在の医療制度(診療報酬制度)では病院経営が困難となり、日本の医療が崩壊してしまう恐れがある。両法の整合性をとるにはかなりの障害があるのでは、と考える。

- ◆ 一定以上の勤務を要する宿直業務は夜間勤務と認定し、代休が特別報酬で対応。
- ◆ 日本の法制度の中で、一方を遵守することが他方の法律違反とならないような法整備は必要と考えます。
- ◆ 医療法 16 条に統一すべきであるが、根本は医師不足が原因である。

4-4. ⑤労働基準法に定める休日及び夜間勤務について（その他自由意見部分）

- ◆ 必要な医師数を確保できることと、そのための財源がなければ解決しない。地域での救急医療体制の整備（一次・二次・三次の役割分担の徹底）が現在よりも進めば、若干の改善は期待できるかもしれない。
- ◆ 不可能な勤務条件の改善を個々の病院に押し付けるのではなく、国、厚労省がきちんと対応すべき問題である。
- ◆ 交代制勤務ができるよう医師数を充足させることが必要と考える。
- ◆ 4-1-③割増賃金の支払い有無について、医師については平日・休日に関わらず定められた手当を支給しております。※緊急出動手当（深夜時間帯あり）
- ◆ 医師の報酬は年俸制にしており、当直時は当直手当を別途支給し対応しており、その日その日の勤務実態による判断はしていない、「十分な睡眠」という曖昧な表現についても様々な解釈が考えられる。
- ◆ 医師の場合はマンパワー不足なので、それを解消し、医療当直（医師の場合）後の休める体制をつくること。
- ◆ 「宿直」の適用を深夜時間帯に限定する
- ◆ 4-3 で述べた意見と同じ
- ◆ この方向(交代勤務制) に努力していくべきと考えます。
- ◆ 今後、体制整備が必要と認識しています。人員、財源などで苦慮しております。実際に合った制度を検討し、医師の負担を軽減すべきと考えます。人員、財源といった問題はありますが、病院だけでは解決困難です。
- ◆ 人員の不足。もし、充足したとしても診療報酬上の手当が充分でない。
- ◆ 毎日、そこまで細分化されると、その実績を一人一人毎日取りまとめることは非常に事務作業を行うものにとって大変な努力となる。
- ◆ 1 床以下でも 2 人当直にすれば、睡眠は多くの場合、確保できる。しかし、1 床以下の病院ではそこまでの医師数を確保できない。確保できる条件設定をするための国の対策が必要である。
- ◆ 長年放置してきた責任は、旧厚生省、医師会等どこにあるのでしょうか。現場の管理者にその責任を押し付けのたなく、反省すべき人がいるのではないのでしょうか

- ◆ 労働基準法に照らして、救急体制を論じる事は、ナンセンスと思います。基準どおりに行っていると、救急体制は崩壊いたします。
- ◆ 現在の医師不足の現状を鑑みて、上記の夜間に十分な睡眠が確保できない場合についても宿直許可を認めるべきである。
- ◆ 交代制にした場合、どこかの勤務ができなくなるが、その部分の患者は誰が診療するのか。別の医師を雇うのか。誰が見つけるのか。
- ◆ わかっているが、これを守ると今の倍の医師が必要となる
国がきちんと決めるべきことだろうと考えている
- ◆ 医師不足の中で、地域医療を存続していくには、分かっているもやらざるを得ない状況であることも事実です。
- ◆ 現状に即した法律ではない
- ◆ 法律と実態の乖離が甚だしい
- ◆ 労基法の宿日直業務に該当しない業務を切り分けて時間管理するのは難しい。切り分けられないと宿日直手当と時間外割増賃金との二重払いになることになる。
- ◆ 病院の人員費を大きく圧迫することであり、病院経営の「体力」を失う病院が増加する。
- ◆ 交代勤務に対応するためには人材を確保することが困難であること。また、人員費の増大に伴う病院経営の悪化が考えられる。
- ◆ すべての病院に厳格に適用すれば、現在の医療体制は崩壊してしまう。結果的に、民間病院がなくなり、公的病院と開業医ばかりになってしまう。
- ◆ 夜間、祝祭日の勤務は、宿日直勤務者が負うが、医師不足の中、交替制勤務を実施できる人員がそろわない現在は、医師の使命感に支えられて救急医療を提供している状況。
- ◆ 睡眠が確保出来る日、確保出来ない日予想がつかないので不可能と思います。可能な病院のみ、出来るとすれば救急の窓口は狭くなり社会問題にもなりかねない。
- ◆ 現在の医師数で 2 交替制は成り立たないと思います。制度として 2 交替を導入した場合各病院で診療科の閉鎖が進み拠点病院への医師の集中配備となっていく、ひいては中小病院の閉鎖が予測されます。
- ◆ 行政からの救急医療の要請にこたえるために努力すればするほど現場の疲労は深くなっていく。
- ◆ 医師は年俸制であり宿日直の手当でも通常の時間外手当を大きく上回る金額を支給しており医療法と労働基準法の融合はありえない
交代制を導入しようにも医師不足は顕著であり、現在の人員で実施した場合通常診療も成り立たなくなり過重労働となる。明文化はとても厳しいのでは。

- ◆ 4 - 3を参照して下さい
- ◆ 地方病院は医師人数が少ない上、休日夜間救急も頻回に対応しなくてはならず、3 6協定が非常に難しくなっている。
- ◆ 奈良県立病院の産婦人科医による時間外・休日労働に対する割増賃金の支払を求めた裁判の判決が確定したことで、「実際に診療に従事した時間だけではなく、待機時間を含めて全て勤務時間と考えなくてはならない」問題にも対応しなければならなくなった。
- ◆ 宿直で十分な睡眠が確保できないが、交代制にすることも医師不足で不可能
- ◆ 救急医療に携わる病院に関しては、宿直体制を交替勤務体制に変更する必要があり、そのための医師、医療従事者を確保するための財政的裏付けや人的資源が必要。現状のように医師や薬剤師、看護師が不足している状況では困難。
- ◆ 十分な睡眠が確保できていなくても交代制は必要だと思うが数不足で交代させることができない。(医師については労働基準法の適用が困難な実態がある)
- ◆ 地域基幹病院として法令の遵守を求められれば救急医療提供体制の制限が必要となる。(医師不足)年に数例 救命できない住民がでています。
- ◆ 知っていたとしても、知らないふりをするしかない。医師や医療技術職の交代勤務制は人員の関係上極めて困難。一方の時間外割増賃金を全て支払うと億単位で人件費が増加し経営そのものを揺るがすことになり、医療の持続性に影響する。
- ◆ 毎日が忙しいわけではなく、その日によって忙しさが異なります。急患が1件もない日もありますし、救急外来と入院患者の対応でほとんど眠れない日もあります。こういった場合にはどのように対処すべきなのでしょうか？
- ◆ 議論の前提には病院の持続的医療提供体制が担保されることが必要
- ◆ 議論は必要
- ◆ 現在の医療法は大部分、戦後(昭和24年)に制定された法律であり、現実とかけ離れている。先進国の中で医療人の確保が遅れている数が不足している。省庁間の整合性が取れていない。労働基準法を他業種と医療業種を合わせることは無理があるのでは。
- ◆ 公にして議論すべきと考えるが、そのことが医師不足に拍車をかけることになるのではないか。現状では交代制は不可能な状況にある。
- ◆ 公にしないと問題の本質が理解されない。
- ◆ 公にすると医療が成り立たなくことは事実だが、法的な妥協点は検討すべき
- ◆ 公にすると日本の大部分の病院(国公立も含め)が成り立たない
- ◆ 公に議論することで、極端な安全神話やそれを目指さないといけような風潮が少しでも緩和されればと思います。(やるべきことをやらなというこてではなく、それなりに対応していても不確実性はあるのだとお互いが認識するという意味で)
- ◆ 抜本的な代替案や制度改革がなければ、意味がない。
- ◆ 報道機関の報道次第で、規則のみが重視され人道的な部分が軽視される可能性を感じる。
- ◆ 労基署も現状を把握していると思われる。労基法改正がはっきりと視野にないと、公にすることでかえって軋轢が生じる。また、医師として基本的には労基法に準拠した労働時間を望むはずである。
- ◆ 労基法違反を根拠に各地において病院や自治体を相手とする労働訴訟が頻発することが予想される。それだけでなく、弁護士業界では高利債権訴訟の次のターゲットは労働訴訟と言われており、医師等の高額な賃金未払い請求等の訴訟は弁護士の草刈り場と化して、医療制度が根底から揺らぐだろう。

4-5.②「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」ことを「公にすべきではない」理由(その他自由回答部分)

- ◆ 公にし、議論すべきである。に〇をつけたが、ハッキリいって日本の病院は勤務医の自己犠牲によって成り立っているにも拘わらず、余りにも自分たちの当然の権利を主張していないので、公にするにしても、例えば「NHKスペシャル・シリーズ 日本新生」とか、TVタックルなどで取り上げられるよう日本病院会から働きかけるとかしてほしいものだ。
- ◆ 医師も自己研鑽から、多くの症例を経験し、日進月歩で向上していくの医療技術を維持していくには週40時間労働ではこなしていかない。
- ◆ 医療法第16条を主にするならば、労働基準法の存在を要としない。
- ◆ 開業医の多くが夜間診療を行わない中、勤務医についてのみ議論するのはおかしい。問題の根源は勤務医不足によるのである。医師の偏在をなくすことが喫緊の課題である。
- ◆ 議論するフィールドが違う
- ◆ 労働環境の実態は各医療機関によって様々であり、各機関毎の実態に即した変更が望ましい。公に議論し全医療機関が遵守できないような一律的なルールが策定される結果になるのであれば却ってそれに縛られることになる。(医師採用時、クリアしていることが労働の最低条件とされるなど)

4-5-2. 現場実態とかけ離れ、しかも、医療従事者の規制を中心とした医師法や医療法あるいは労働基準法など医療関連法令や省令が、一貫性もなく、体系化もなされず、整合性もないまま制定されていることが問題であり、これらが「制度の壁」となって地域医療再生を妨げているようです。このことについてご意見をお聞かせください。

- ◆ 関連諸法を現実に沿って整合性を持たせる。同時に資金的バックアップをする。
- ◆ 整理しなければならぬと考えるが、そのためには、医療界だけでなく、地域の住民を巻き込んだ議論が必要である。
- ◆ 既往の通り厚労省内ですら意見、対応策が統一されず国としての無責任さが反映されている。国民に開示のうえ、議論を深め、きちんと法的整合性、改善対応策を図るべきであり、病院個々に対応を迫る問題ではない。
- ◆ 現状では多くの病院は医師の自己犠牲の上に成り立っているのか、限界にきている。医師法、医療法、労働基準法等を一体性、体系化することは必要と思われるが、整合性を図るほどに矛盾も出てくる。これらの問題を根本的に解決するには、国が責任を持って一定期間の過疎地勤務を義務付けるなどの法律や制度の改正が必要不可欠である。
- ◆ 現状に即した改善が必要であり、医師に無意味な労働を要求すべきではないし、もし過重であれば、十分な対価（金額・休暇など）を与えるべきである。
- ◆ 現在の法体系を整理して一貫性を持たせるべき
- ◆ 医療現場でも、医師を除く他のスタッフは労基法をベースに関連法の整合性の調整が必要と思うが、医師は特別法として労基法と区分して別途労務に関する法律が必要、その場合医師法・医療法等関連法の整合性が必要である。
- ◆ 整合性を進めるべきである。
- ◆ 規制法令の目的と制定された時期が異なるため、種々の事象に於いて整合性がとれなくなっているのは、医療だけではなく、各々の件で、現実にも即した解釈で適応するか法令を変えるしかないと思う。
- ◆ 1. 今後の女性医師増加を考えると、医療現場の労働環境整備は急務 2. 人的資源の限度を考えると、医師業務の中で可能な部分は役割分担や業務代行により負担の軽減 3. 医療行為の中で医師の指示のもとで行う医療行為や事務的作業の検証、見直し
- ◆ 地域の実態はそれぞれでまったく違う(例えば救急を担っている病院をとっても経営体系が違うなど)したがって病院間連携といってもなかなか上手くいかないことがある地方では、医師数の確保が無いままに規制され少ない為勤務医は大変です。
- ◆ 政治（法律）は全く期待できないし、期待していません。
- ◆ 逆説的に言えば、法令順守の観点から医療従事者の偏在をなくすべく規制を設けるべきである。例えば開業の制限等。地域医療再生には勤務医の増加が必

須である。大学の定員を増やしても勤務医の増加に直結しない。医学部への入学希望する者へ医療再生への力となるかの資質を問うべきである。

- ◆ 4-3 で述べた意見と同じ（；地域の救命救急センターにおいては、1次から3次救急まで担っている。宿直とは言えない勤務となっているが、救急医療を守るためには、このような医師の献身的、使命的な行為で成り立っているのが現状である。一方、医師として一人間であるので労働環境については、労働基準法で守られるべきである。したがって、医師の適材適所の配置について、ある程度国策より配慮して、規模・役割に応じた医師の供給をお願いしたい。そうすれば、労働基準法に即した労働環境が形成されていく。）
- ◆ 「制度の壁」は問題ではあるが、この曖昧さがなければ現在の地域医療は成り立たない。法律が体系化される時には患者目線での対応が重要になる。
- ◆ これらの現状をまずは、医療従事者以外に知らせるべき。夜間、休日において理不尽な要求（いわゆるモンスターパシエント）も減少する期待が持てる。同時に法令等を議論する場を設ける。
- ◆ 早急に各法の整合性検討を行うべき
- ◆ 「制度の壁」という意味で一番問題視したいことは、医師免許の更新制度が日本にないことである。臨床の現場で医師としての最低レベルの診療もできない医師が増加傾向にあると危惧する。まずは、医療の質の向上を図り、医療事故を起こさせないことが肝要と考える。地域医療再生という意味では、都道府県によって医療レベルの格差を生じない抜本的な改革が必要である。未来の日本の医療、福祉が万人に平等であるシステムの構築を願いたい。
- ◆ 当然、整合性をとるべきであるが現在の医師数の診療報酬体系では納得できる体制の構築は困難である。
- ◆ 「制度の壁」は当然残り続くと思う。勤務医不足が今後一層強くなると思うから。（医療技術の進歩、患者の変化が表面化している）
- ◆ 其々の法令の適用範囲を明確にすること
- ◆ 医師法や医療法は勤務医の意見があまり反映されず、医師会（開業医）優先で、戦後関連法令が制定されてきた。病院勤務医の意見を取り入れていかないと地域医療再生を妨げるでしょう。
- ◆ ぜひ改革をお願いします
- ◆ 地域医療再生は法律の整合性とかの問題ではないと思われる。
- ◆ 新法制定を要する
- ◆ 医療法や医師法の中で、医療独自の労働法を作るべきである。
- ◆ 全ての法令が一貫性・体系化され策定されることが望ましいが、地域によって事情が大きく異なるため、各地域の実情を踏まえたうえで状況・時代の環境変化にも柔軟に対応できるルールが策定されることを望む。
- ◆ 医師の犠牲の上に成り立っていることを公にすべきである

- ◆ 反発はあっても、痛み分けしながらでもルールはきちんと作らなければ、必要以上の萎縮や、一部の医療者にしわ寄せがいくようになるのだと思います。
- ◆ 救急医療も行わなければならない、しかし宿直は認められないということでは、いずれかを諦めざるを得ないという状況である。
- ◆ 正常化を望みます。但し、即時の正常化は不可能ですので、前提条件整備が必須と考えます。
- ◆ 地域によっては医師不足から、とくに本項にある整合性のなさが感じられるところである。制度の壁というより、縦割り行政の弊害である。これが地域医療再生を直接妨げているかは議論すべきである。地域でも、いわゆるマグネットホスピタルといわれるブランド病院は、これを解消している。
- ◆ 世界中で一介の労働者というに値しない
- ◆ 医療現場に合った法制度の整備
- ◆ 医療費を削減するより充分に確保することが必要である。国の財政で削減出来ることはもっとあるだろう。厳しい労働基準を作るのであれば、もっと医療従事者を保護すべきである。
- ◆ 時間はかかるであろうが、充分に調査し、一体的な制度を確立していただきたい。
- ◆ 労働基準法の規定を実際の医療体制に即して拡大解釈し、弾力的に適用するべきであり、特別法を制定することは要しない。
- ◆ 労働基準局は医師不足の病院に医師を派遣できるようになってから介入すれば良い。或いは雇用に要する費用を1割負担すようにしてから介入するようになれば良い。
- ◆ 病気に対する個々の責任義務や権利を明確にし、国民皆保険制度での医療提供体制を軸に医師法、医療法、その他医療関係法規を見直し、その上で整合性のとれる労働基準法などを整備すべきである
- ◆ 医師の人材確保の手段と合わせた設備が必要。
- ◆ 医師は、他職種とは違い高額な収入を得ている。そこに一般労働者と同じ労働基準法で守られるのは考える必要がある。医師は個人事業者と同じに考えても良いと思うが、その反面過重労働での医師不足を考えるとある程度、守られなければならないのか。
- ◆ その通りと感じている。
- ◆ 解決して欲しい。国の「あんしん2012」は、このような問題や課題が考慮されていないと思う。
- ◆ その通りと思う
- ◆ 「制度の壁」を超える、解消する以前に、医師という特殊な職種に対しての「医師の壁」を超える、解消するための透明化、社会通念の平均化に取り組んでいくべきと考えます。それが可能となれば、地域医療再生というのが制度化だけでなく実社会でも実現し認知されていくと思っています。
- ◆ 労働基準法が守れば一番いいが、人員及び人件費の問題があり解決できない。診療報酬の引き上げ又は医師の給与引き下げが必要となる。
- ◆ 公に議論すべきコンセンサスが得られない現状で労基署監査は以ての外
- ◆ 問題にされていることはその通りと思います。法的にも整合性がとれるように検討して、法改正をすべきと思います。
- ◆ 適正な答が見つけれないと思うが、現実を踏まえて大いに議論を公でしないことには一歩も先に進まない。
- ◆ このとおりと考える
- ◆ 医師の絶対数が不足している状態が続く限り解決しないと思われる。施設基準における看護基準についても労基とは整合性のないのが現状。早く整合性のある法律施行をお願いしたい。
- ◆ その通りだと思います。現場の医療従事者が燃え尽きないよう議論をしていただきたい。
- ◆ その通りである。
- ◆ ◎そのとおり◎高度化する医療、高齢化する社会に対応して法整備されることを期待する◎地域医療を守るために労働基準監督署も協力しないといけない
- ◆ 元々医師自体が、こういった法規制の知識に極めて乏しいことが問題でもある。教育（医学部）の中に、取り込む検討も必要である。
- ◆ 医師も労働者であるが聖職者としての認識も必要と考える。厚生労働省管轄の法令に矛盾があるのが問題で省内での実態に即した統一見解を望む。
- ◆ 全てに整合性を持たせるのは不可能であり、現場実態を把握した上で、整合性について議論し、やれる部分から変えていくべきである。
- ◆ 地域医療を支えていこうとする崇高な精神が、法律諸法の整合性の乱れに阻害されている現状は打開していかなければならないと思っている。
- ◆ 地域医療の衰退は、制度の問題ではないと思われる。医師・住民相方が信頼し得ない様な状況になっていることなど、他の要因を解決していく事を考えるべき医師が安心して救急を行える環境が必要
- ◆ 医師に対して通常の労働基準法適用は難しいと考えるが、より良い医療の提供を考えると、適切な労働環境の整備は喫緊の課題である。交替制勤務導入のためには医師の人員増が必要である。
- ◆ 縦割り行政の負の産物であり、整合性を保つ為の協議する場を設置すべき。
- ◆ どの法律を基準に考えればいいのか不明。多くの医療機関は医療法の遵守を優先させていると思うが、一方で労働基準監督署の立ち入りに戦々恐々としている。これでは先に進まないのは当然。
- ◆ 制度を統一してください。

- ◆ 労働基準法上の問題もあるが、それよりも現在の医療現場の実態に目を向け、各病院は、何が原因で十分な医療を提供することが困難になっているのかを知って頂きたい。実態にあった法改正や見直しをしなければ、益々医療崩壊が進んでしまうのではないかと？
- ◆ おっしゃる通りと思います。
- ◆ 法の範囲で可能な医療の限界を、広く一般に提示する
- ◆ 交替制勤務は必要と思うが、地方病院では、医師確保に苦慮しており、実現は厳しい状況にある。救急医療の提供に交替制勤務が必要なら、それに見合う財政支援がないと経営が成り立たない。
- ◆ 医療職全般を一括する省庁で総論を作成。各業種についての資格確保の基準、それに応じた給与の基本額などを立案。その内容が他省庁の基準との整合性を見る。給与に関しては自由契約の余地を作る。
- ◆ 管轄省庁、政治、医療界の怠慢であった。
- ◆ 現状を理解しない“縦わり行政”に終始する無能無知の官僚や政治家や評論家に口を出さず、専門家（現状を認知するもの、あるいは実際に従事するもの）の意見で核になる新法を構築すべきです。
- ◆ 医療の社会的責任の重大さに十分配慮した政策や法体系の整備が必要
- ◆ 医療関連法令の統合が望ましいと考えます。労働基準法は別としても、医師法・医療法・薬事法・療養担当規則などは一元化すべきです。各法令間での矛盾もあります、同内容のものがそれぞれに記載されている等非常に複雑なものになっています。また医学部で法令について教育がなされていない事も問題です。
- ◆ 制度ばかりが優先されており、実態を理解して頂ける様にしていきたい。
- ◆ 所謂、縦割り行政の悪習が悪法となり現在まで残っている。医療には別途、医療に適した労働法規をあってはめるべきだと思う。
- ◆ 医療側には、医療連携、医療介護連携が求められ、地域包括ケアが大きなテーマになっている。厚労省でも省内の連携を深め、業務を円滑化して日本の国民皆保険制度を持続・充実させる政策を提示してもらいたい
- ◆ そうは思はない。それよりやはり医師は特別であるという医療界の思い上がりの方が問題である。もっと医師の定数を増やし、切磋琢磨をさせ、医師免許も更新制にし、市場原理を導入していかなければと思う。そうすることで医師の質も向上し、給与も下がり、需要と供給のバランスも良くなると考える。
- ◆ 医師をはじめとする、医療従事者の業務は患者さんを対象としているので、一括りに論じるには無理があると思います。行政はもう少し、現実にして整合性のある方法をとる方が良いと思う。
- ◆ 一般的に労働者保護の点から労働関係法令は発展してきたと思うが、「労働者＝医師」という図式が成り立つほど。研修医やレジデントほど、医師の立場は弱くないと思う。一般労働者と医師の区分け、線引きをしてほしい。
- ◆ 現在の医療制度では、労働基準法との整合を図ることは非常に困難と思われる。
- ◆ 統一性のない制度により、病院の勤務医をはじめとする医療従事者の実務上の負荷・病院自体の運営上の負荷が増加しているように感じます。
- ◆ 医師会等の団体規制、圧力が問題と思う。
- ◆ ①日本の全勤務医が順法精神に則り、一人当直の時は外来を診ないことにする。そして、国民に問いかけて議論・対策を立てる。②医師は開業する場合、その開業前に何年(2～4年間)かは僻地・救急医療に従事することを義務づける。医師にとっても総合医、救急処置の技術の向上として開業する際非常に役立つ。③各診療科の適正必要医師数を算定し、研修終了後に配置する。自由に診療科を選べないということであるが、医師になるのに国は多大の税金をつぎ込んでいるのだから、工学部や農学部のように自由に選択できるものではないだろう。
- ◆ 医師は使命と責任が重いので、他の職種とは分けて考えるべきである。
- ◆ 実態に属した法改定の制定
- ◆ 全くそのとおりだと思う。国の政策に期待が持てない中、医療団体が共通の課題として認識し、国民とともに現状を改革していく先頭に立つべき。
- ◆ 地域医療再生を妨げているのは制度の壁ではなく、都会に集中する医師のあり方です。大学教授陣も地域医療のことをまったくわかっておらず、もう少し大学で地域医療の勉強をする必要があると思われます。
- ◆ 現状はアクセルとブレーキを同時に踏んでいる状態で明らかに異常。勤務医は労働者であり、その権利を他の職より軽んじることがあってはならず：現状を改めるためには、実態に即した配置基準と報酬を議論、構築すべき。
- ◆ 現実を踏まえて議論しないと、中小病院は成り立たなくなる。
- ◆ 地域医療再生を妨げているのが、上記の関連法令や省令だけというわけではなく、どちらかといえば卒業臨床研修制度による医師の偏在、7対1看護による看護師不足など、国等の政策に端を発したものに加え、上記法律等が実情にマッチしていないこともこれに拍車をかけているのではないのでしょうか。
- ◆ 厳格にすれば、さらに地域医療崩壊に拍車がかかります
- ◆ 一貫性が必要で、ここの部分を公にして議論すべきです。ただし、T T P問題（締結すればこれどころではない）を先に議論して医療分野は例外規定ではまず。
- ◆ 医師の就労環境を改善することが第一であるが、法律改正や税金投入をしてでも地域医療を守り必要がある。
- ◆ 労働基準法にしばられては病院の機能を全うできない
- ◆ 医療従事者の良心や自己犠牲的精神を前提としたかのような医療政策で有り、つじつまが合っていない。状況悪化のスパイラルをどこかで断ち切る必要がある。同じ厚生労働省でありながら、医療側と労働側でそれぞれ医療現場を困らせている。強烈な自己反省が必要である。
- ◆ 繁文縟礼の状況にある事の自覚。医療基本法制定時にその解消につき書いておくこと

- ◆ 前述・4 - 3に合（；高次法令である医療基本法制定時に整理すべきである。）
- ◆ 貴見の通り国は大都市の基幹病院を標準好事例として示し、基準の均一化を進めている。法令違反と知りつつ業務を続けている地方の病院の声 意見を訴えられるような国との協議の場を作って欲しい。
- ◆ 全くその通りです。関係法令や省令を実態に合ったかたちで整合性を担保していたかないと、行政と医療機関のいたちごっこが続き、誰も幸せにならない。
- ◆ 医師不足、患者の権利主張増加の現状に合うように法体系を見直す作業が必要である。
- ◆ 全くその通りであり、諸外国の医療をみると、日本の医療がいかに恵まれているか、そしてそれは、医師や看護師、医療スタッフの自己犠牲の上に成り立っていることを、一般の国民は知らなすぎだと思います。法令なども、特別扱いしてはいけないケースもありますが、一般の犯罪者扱いすることはしてはいけないケースにも、どんどん介入してきている気がしています。別の尺度で見直す必要があると思います。
- ◆ まさにその通りである。
- ◆ 多くの法令が、現状にそぐわない状況にある。状況把握と問題点のピックアップを行い、現状認識に基づいた法令整備が必要法令の一貫性のなさが、地域医療再生の障害の主要因となっている
- ◆ 医師は裁量労働制を選択できるようにする。
- ◆ 医師及び弁護士等の労働基準法を別枠で作る必要がある
- ◆ 医療基本法を制定し整合性をはかる。

4-6. ②民間医療機関を支援するために、公務員医師の公的兼業を解禁することに賛成しますか。（「条件付賛成」の「条件」）

- ◆ 週1回の出張日を認める。これにしても行政に認めさせるにはうっとうしい手続きをしなければならぬので、勤務医は週4日制で1日は研修日とし、アルバイトをしようが研修に使おうが、個人の自由で制約を受けない。
- ◆ 「公務員」医師はそもそも公務員法に規定された「公正な競争試験」を経ていない。医局支配が拡大するだけである。
- ◆
 - ・ 公的病院の勤務に支障がないこと
 - ・ 住民の理解
- ◆ 医師の充足が十分でない現状において地域医療の観点から弾力的に運用すべきである。
- ◆ 医師不足が解消されるのであれば賛成。
- ◆ 一定の制限（時間・収入等）は設けるべき

- ◆ 一定期間内での、日数や時間
- ◆ 院長認可
- ◆ 完全なる二重払いを避ける（ある程度の手当は必要）
- ◆ 基盤となる給料に格差があるので賃金格差がさらに拡大することが考えられる。
- ◆ 業務内容、時間、報償費の規定
- ◆ 業務内容を規定すること。特殊技能と認定される技術を有する医師の特定とその活用についての正当な理由の規程
- ◆ 勤務する医療機関にとって有益となる業務
- ◆ 兼業を認める場合も認めない場合も、医師の勤務する公的病院側が主体的に決定する。
- ◆ 兼業時の常勤換算数を定める
- ◆ 兼業先医療機関での勤務時間により比重が置けるような配慮が必要
- ◆ 兼業届による認承制度
- ◆ 限られた医療資源を有効に活用するにはやむを得ない部分もある。
病院間の契約を前提とするなど、しっかりと労務管理をする必要がある。
- ◆ 公の勤務時間外であれば、法に抵触しないのであれば公的な要素（地域が医療過疎等）が強いところへの支援に限る
- ◆ 公的医療機関に民間医師を受入れる場合にも同様の条件で行う
- ◆ 公的医療機関は、地域の中核病院であることが多いので、兼業することで、本業がおろそかにならなければOK
- ◆ 公的医療機関も医師は不足しているが、公的医療機関はどうでも良いのか？
- ◆ 公的業務の内容を明確にする必要がある
- ◆ 公務（勤務医療機関）に支障のないこと。週又は月当たり上限時間を設けること。費用は所属の機関に支払うこと。
- ◆ 公務員としての職務倫理の確保
- ◆ 公務員医師が他施設で働き報酬を得た場合、勤務時間であれば給与の減額を行う事。一定の労働時間に抑えるべきものであること。
- ◆ 公務員医師の意識改革や民間病院とのギャップを認識して欲しい。
- ◆ 公務員医師の給料が低いことが兼業要因の一つなので、給料を上げて兼業しなくてもすむようにすること。
- ◆ 支援業務の時間、報酬、曜日等の調整

- ◆ 支給される給与等（福利厚生も含む）の総和が、民間を大きく上回る可能性がある。
- ◆ 時間に上限を設ける。
- ◆ 自院の診療に支障をきたさない範囲で、地域医療への貢献・高度な医療技術の提供・地域の医師不足解消を目的とする等の条件
- ◆ 自由な選択によるアルバイト以外であればOK
- ◆ 自労働に対する対価
- ◆ 正規の勤務時間外、休日であれば条件付で賛成
- ◆ 地域の医療を守るためという条件
- ◆ 地域医療にとって不可欠な場合のみ、院長の判断で許可する。
- ◆ 地域医療の維持に不可欠と判断される場合のみ。
- ◆ 地域医療の活性化目的
- ◆ 賃金
- ◆ 特殊外来や専門外来、特定の技術指導等、専門性の高い業務に限る
- ◆ 届出、限度許可を
- ◆ 内容を明確にする。
- ◆ 日数を決める
- ◆ 必要不可欠な診療上の技術的援助などは、認めるべきである。また、専門職として知識が必要とされる事にも認めるべき。
- ◆ 法改正や制度改定により兼業を認め、民間病院への派遣や出向も義務化すべきである。
- ◆ 本業である公務員医師の仕事に差し支えない程度に兼業ができるように制限を設けるべき
- ◆ 本業に支障を来さなければ、開設者の許可のもとに実施可
- ◆ 本業の勤務時間外を原則とする
- ◆ 本来の業務に差支えない程度であり、且つ収入が医師としての業務を遂行するために必要な賃金に達するような条件が必要と考える。
- ◆ 本来の業務に支障がないこと、兼業の報酬額が本給より高額にならないようにする。
- ◆ 本来の業務に支障をきたさないこと。
- ◆ 本来業務に支障のないこと

- ◆ 民間医療機関であっても診療行為は公的業務であるとみなす。報酬については機関同士の取扱いとし、出張手当の形で支給する。
- ◆ 民間病院の医療業務の補完（日・当直業務）（救急業務）。自治体病院は土曜診療、日・当直業務、救急業務を今以上に行うことが条件。
- ◆ 余力の有無で決まることである。
- ◆ 名分が整うものについては可。地域内の医療資源の不足を補う業務であること。
- ◆ 地域医療の状況を分析し、行政、関係医療機関が十分に検討を重ね、コンセンサスを得る必要があると考えます。

4-8. ②遠隔医療と医師法第20条（対面診療の原則）について（「対面診療の原則を撤廃すべきと思う」回答の「条件」）

- ◆ 全面的な撤廃ではなく、対面診療の原則に適用しない良いのが、どのようなケースなのかを設定する。責任の所在を明確にする。
- ◆ 必要十分な診療内容が施行できること
- ◆ 国として病院から在宅へと患者の誘導が行われている中、かつての往診が機能的に行われていくためには、ITを利用した患者情報の共有や遠隔地からの医療指示等が必要となる、実際には北海道旭川医大では医療過疎地域を広くカバーしていることから既に実験的に実施されている。
- ◆ ICTによる対面診療の場合はOKとする。
- ◆ 医療の姿が変わってきているので撤廃した上で、実態にあった形の規制を再検討する。
- ◆ ICTの十分な活用法を提案し、使用する。
- ◆ 皮膚科の診療のように視診（拡大等画像処理を含む）のみ又は検査結果、X線、MR等の画像から診断できる場合は例外的に可としてはどうか
- ◆ 初診は対面・再診は患者情報の受診経路をカルテに記載
- ◆ 診療情報を獲得できる完全なインフラの整備
- ◆ 患者の安全、医療の質が損なわれることのないよう、処方内容に変更のない処方箋の発行など一部のケース（慢性疾患等）に限って規制を緩和するべきである。
- ◆ 医師であることを確認出来る手段
- ◆ IT技術が進んだ現状のなかで前向きに検討すべきである。
- ◆ 診療内容の質の担保
- ◆ 山間の僻地、離島等での診療は例外事項として良いのではないか。
- ◆ 遠隔診断が行われるにふさわしい機器の整備

- ◆ 遠隔医療が安全でスムーズに行われるようなインフラ整備、法整備を推進すべき。
- ◆ 原則は、対面診療であるが、症状の安定しているものの再診は、電話での問診、看護師等の問診でも可とすべき。
- ◆ ○○回に1回等の診察は義務付ける必要があるが、変化（病態）の確認は必要。
- ◆ 看護師、救急救命士等が患者の看護にあっていること
- ◆ 画像診断、病理組織診断は少ない専門医の中では、遠隔医療を推進すべき。
- ◆ 記録を確実に残す工夫しかないのでは！
- ◆ 遠隔医療を登録制とする（無免許診療防止）個人情報保護に対する対策
- ◆ 今後の在宅診療においては必要
- ◆ 最終責任の所在
- ◆ 再診に限る
- ◆ 高齢者等で来院できない患者に対しても、定期的な投薬が必要な場合があるため。
- ◆ 今のところメリット・デメリットがイメージ出来ないので、答えられません。
- ◆ 正当な本人確認と一定時期内の再受診
- ◆ 対面診療が困難だからこそ、遠隔医療が必要であるため。
- ◆ かかりつけで、状態変化のない患者さんで、特に医師との対面をもとめていない方。
- ◆ 遠隔地とのテレビ等による相談・診療の為には撤廃すべきと思う、ただ安易な診療報酬はつけるべきではない。
- ◆ 同時性の担保された画像つきのICTによる遠隔面接。患者側に看護師などの医療者が同席すること。
- ◆ 遠隔テレビを利用し、お互いが見えるようにする。

(以上 原文ママ)

まとめ

日本病院会会員病院を対象に、地域医療再生を妨げる「制度の壁」についてのアンケート調査を実施した。

医師確保に関する質問では、病院勤務医は5年前に比べ、都市部・郡部の区別なく、約半数の病院で増加していたにもかかわらず、全体の四分の三の病院は依然として不足感を抱いていた。ただ、8年前の調査結果と比較すると、「不足している」と答えた病院の割合は減少しており、「数」の問題としては、一部の病院では勤務医不足は改善傾向にあることが示唆された。しかし、5年前よりさらに減少した病院も約2割存在しており、都会と地方、病院と病院の格差が拡大しているように思われる。

医師の確保方法としては、その医師派遣機能が弱体化したといわれながらも、「大学医局からの派遣」によるものが圧倒的に多く、従来通りの大学詣が行われていることがうかがわれる。注目すべきは、半数近くの病院が勤務医確保の手段として人材派遣会社を活用していることであり、平成23年10月の日本病院会中小病院・医業経営・税制委員会調査報告にもあるように、人材派遣会社への依存は費用面のみならず、良質な医療提供の観点からも看過できない問題であると言える。

勤務医不足の解消策としては、既に実施されている「医学部定員の増員」が高い支持を受けていたが、「メディカルスクールの設置」や「医学部の新設」に対する賛同は高くはなかった。一方、「医師の計画配置」や「へき地勤務の義務化」、あるいは、「保険医登録制を活用した適正配置」など、規制的手法による勤務医不足解消案は高い賛同率を得ており、これまでなされてきたさまざまな医師確保対策が限界に近づいているという意識の表れかもしれない。また、「地域医療計画の再構築」や「自治体病院の統合再編」が7割以上の高い支持を得ているのは、勤務医不足を単に「数の問題」と捉えるのではなく、「医療提供体制の問題」と認識していることを示唆するものである。さらには、本アンケート調査の本旨である「医療関連法令の改正と体系化」に7割を超える病院が賛意を表していることは、医療従事者の規制を中心とした、しかも矛盾の多い医療関連法令に多くの病院が苦しんでいることの証明でもあろう。

労働時間・労働賃金に関する質問では、医師の週平均勤務時間と月平均宿日直回数は、先行する複数の調査と比較して、明らかに減少しており、病院が勤務医の労働環境改善に努めていることがうかがわれる。宿日直翌日の勤務体制も同様に、改善傾向にあるものの、依然として半数を超える病院が「通常通り勤務」となっており、「半日あるいは一日休み」の病院は、増加したとはいえ、約3割に過ぎなかった。

労働基準法における法規定の「適用除外」の存在を知らない病院や、「宿日直許可」の有無を把握できていない病院が約2割、36協定を知らない、あるいは36協定を締結していない病院も数%存在しており、より一層の労務管理の充実が望まれる。とくに、県立奈良病院時間外手当訴訟の結果を踏まえると、「宿日直許可」と「オンコール体制」に関する認識と対応によっては、病院経営の根幹を揺らがしかねず、しっかりとした方針を定めることが必要であろう。また、管理職医師に対して時間外割増賃金を支払っていない病院も三分の一存在し、いわゆる“名ばかり管理職”の様相を呈しているケースも想像される。

労働基準局からの是正勧告を受けたことのある病院は32%を占めており、その大半が法定労働時間に関する「第32条違反」と割増賃金に関する「第37条違反」で、医師の「長時間労働」と「時間外手当の不払い」が原因であることは明白である。これらを是正するために、まずなすべきことは「労働時間の把握」であるが、医師に自己申告させている病院がほとんどであり、「タイムカード」による把握は約20%あるものの、ICカードや人事管理システムなど、ITはほとんど活用されていなかった。

「制度の壁」に関連する質問では、労働基準法第32条（法定労働時間）と医師法第19条（応招義務）の矛盾については、意外にも、「矛盾しているとは思わない」と回答した病院が3割を占め、「矛盾していると思う」とした病院は約6割にとどまった。その理由の一つとして、診療を拒否することができる「正当な事由」の解釈の違いによるものが推定される。この矛盾を解決するため

には、医師法での「正当な事由」の具体化や「安全な医療を提供できるよう医師自身の健康管理に留意すべきである」という努力義務規定の設定、さらには医師に特定した労働基準法の制定が望まれるところである。

勤務医の過重労働と疲弊は、勤務医不足もさることながら、宿直業務とそれにつづく宿直明けの連続勤務によって生じている。これを解消するためには、現在の宿直体制を見直す必要があり、その具体的方策としての質問「100床未満の病院はオンコール体制で可にすべし」と「地域で連携して当直体制を作る」に対しては、5割前後の病院が賛同していたように、医療従事者の労働条件の改善や労働環境の向上を図るためには、現在の一般的な労働法制とは別に、医療に特化した個別法の制定を検討すべきであろう。

さらには、医療法と労働基準法での「宿直」概念の違いが、医療現場での混乱と患者との信頼関係の阻害を生じさせていることは明らかで、半数以上の病院が両法を統一すべきであると考えていた。一方、労働基準法で「宿日直許可」を受けた場合は、救急医療等の通常労働を行ってはならないとされているが、半数以上の病院がそれを遵守しておらず、しかも、うち7割の病院がそのような業務形態が適切ではないことを認識していた。「宿日直」にかかわるこのような問題は、まさに、医療における労務管理がいかに時代遅れの的なものであるかを示している。

いずれにしても、「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」のは明らかであり、約6割の病院は、このことを「公にして議論すべきである」としたが、約2割の病院は「公にすべきでない」と考え、その理由として「公にすると医療が成り立たなくなる」をあげていた。つまり、日本のほとんどの病院が、「労働基準法に問題があること」、また、「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っていること」を認識し、それを矛盾に感じながらも、日々の医療ニーズに対応していることが推測される。

自治体病院に対して課せられている「地方自治法」や「地方公務員法」、あるいは「総定員法」などによって、民間医療機関の支援が困難なことや、職員数を自由に増員できないことが問題であることへの理解は、おおむね得られていた。

本アンケート調査から、地域医療の再生に向けて、国や地方自治体、あるいは各医療機関や団体で多種多様な取り組みがなされた結果、勤務医不足と労働環境の改善の兆しはわずかに見えるものの、依然として、医療は、労働基準法違反を前提とした過重労働とそれを追認せざるを得ない病院運営の上に成り立っており、さまざまな「制度の壁」がその再生を妨げていることが明らかとなった。「制度の壁」の背景には、医療関連法令や行政通達の多くが、もはや医療の実情にそぐわず、整合性や統一性も取れなくなっている現実が存在しており、医療施策全体を貫通し「日本の医療のあり方そのもの」を明示する「医療の憲法」としての「医療基本法」の制定が強く望まれるところである。

最後に、本調査にご協力・ご回答いただいた会員病院各位、ならびに、本調査の作成・集計・分析を行っていただいた日本病院会企画課職員各位に心より感謝申し上げます。

【付記】

なお、本年6月27日28日の両日、岡部正明学会長のもと新潟市で開催された第63回日本病院学会でも、『オピニオン“地域医療再生を妨げる「制度の壁」”』が実施され、本アンケート調査の概要発表と苦闘している地方病院の院長報告が行われたので、その要旨を記しておく。

まず、島根県の公立邑智病院石原晋院長は、地域医療再生の要諦は、「カネ」と「ヒト」である。「カネ」については、GDPのいかほどを財源にあて（国民負担率の落としどころ）、またその財源をいかに確保するかが肝要である。「ヒト」については、とくに、勤務医の不足と地域偏在の解消は、もはや、病院レベル、県レベルでは限界であり、国のガバナンスによらなければ解決できない。まずは、社会のニーズに従い、行政の計画に基づいて、ある程度の強制力を持った医師の「適正配置」を行うべきであるとした。これらの課題は、国民と医療従事者の痛み分けなしには解決できるものではなく、国は権限と責任のもと継続的に実行する義務を負っている。そのためにもまずなすべきことは、医療のあるべき姿を謳う「医療基本法」制定から始めるべきであると強調した。

次に、北海道町立中標津病院長淵英介院長の報告では、医師の過重労働軽減のために、宿直翌日の午後を半日休みとし、さらに土日・祭日の宿日直を、ほぼすべて外部からの出張医に依頼することにより、常勤医の宿日直回数を月平均1.5日までに減少させた。また、外来検査や手術も大学派遣の出張医に任せることにより、常勤医の週平均労働時間を50時間未満に短縮することができた。しかし、出張医に支払う報酬は年数億円にものぼり、経営悪化を招いているとのことであった。

さらに、長野県厚生連富士見高原病院井上憲昭院長は、大学医局による医師の引き揚げ、退院患者年間3,000人以上をクリアできないための臨床研修病院資格の喪失、指導医不在による専門医受験資格病院の失効、外国人看護師養成に係る問題、組織定款による県外での医療活動の禁止、特養や養護老人ホームの運営禁止など、さまざまな「制度の壁」によって、業務に支障を生じていると報告した。

最後に、大分県社会医療法人財団天心堂へつぎ病院松本文六理事長からの報告では、医療崩壊の根源は、社会保障分野に市場経済原理を導入したことにある。医療分野では、平均在院日数の短縮、紹介率とセットでの救急医療の厚遇、そして7:1看護基準の導入など、診療報酬によってその具現化が図られた。その結果、勤務医や看護師が疲弊し、新医師臨床研修制度開始とも相まって、医療崩壊が深刻化してしまった。医師と医療機関の「適正配置」という規制をかけない限り、医療崩壊に歯止めはかからない。医師の「適正配置」は「憲法第22条第1項」（職業選択の自由；何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する）が盾となり、その議論が停滞してしまった経緯があるものの、医師と教師、病院と学校は社会的共通資本であり、公共の福祉を社会に供するものであるからして、「適正配置」を行うべきである。それには、医療の理念を定めた「医療基本法」が必要であるとした。

また、フロアをまじえて活発な議論が行われ、「制度の壁」と「医療基本法」の重要性を指摘する声が相次いだ。70を超える医療関連法令のなかには、現在の医療の実態にそぐわない旧態依然としたものや、各法令間で整合性や一貫性がないものが多く、これらが「制度の壁」となって、医療現場の混乱や患者との信頼関係の阻害、そして結果的には地域医療再生の妨げとなっている。「制度の壁」の原因は、医療や医療に関する施策全体を通じた基本的な理念や根本原理が定められていないことにあり、医療の憲法としての「医療基本法」が必要であるとのことで、意見は一致した。「個別法」である医療関連法令を束ねる「親法」として「医療基本法」を位置づけることにより、さまざまな矛盾や不備を抱えている現在の医療関連法令や行政通達を体系的に整理し直すことが可能となるのであり、まずは、「医療基本法」を早急に策定すべきであるとの意見があった。しかし、その策定にはかなりの時間を要することも事実であり、まずは、地域医療再生を妨げている「制度の壁」の問題点を一つひとつ具体的に指摘し、その解決策を検討しながら、医療政策や立法政策に反映させていくことが重要であるとの結論に至った。

資料

依頼文

日病会第197号
平成25年 1月28日

理事長 様
病院長 様
事務長 様

一般社団法人 日本病院会
会長 岸 常 雄
地域医療委員会
委員長 塩 谷 泰 一
(公 印 省 略)

地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート
ご協力をお願い

拝啓 時下益々ご清祥のことと拝察申し上げます。
平素は本会諸事にご理解、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、日本病院会の地域医療委員会では、現場実態とかけ離れ、しかも医療従事者の規制を中心とした諸法令が「制度の壁」となり、却って地域医療の再生を妨げているのではないかという問題意識を持っており、そのため本年の日本病院会において「オピニオン」を開設し、議論した予定でおります。つきましては会員病院の生の声をお伺いした上で、普通されらな地域医療の現場の実態を広く社会にアピールし、共感を得て、最終的には地域医療再生の第一歩といたと考えております。

以上の趣旨から、病院経営上センシティブな問いも設けておりますが、ご回答いただいた病院名等、個別の病院を特定できるような情報は公表いたしません。
ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、なにとぞご協力の程よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 提出期限 : 平成25年 2月18日(月)
2. 回答方法 : 調査用ホームページ (<https://www.hospital.or.jp/eng/>) より回答用紙(エクセルファイル)をダウンロードし、入力をお願いいたします。
(手書きによるご回答の場合は、添付の回答用紙にご記入後、ファックス又は郵送にてご提出ください。回答に際しては、添付の『法令等資料集』も併せて参照ください。)
3. 返信先 : ENQ@hospital.or.jp (イー・エヌ・キュー@)
・ できましたらメールでのご提出をお願いいたします。
・ ファックスによる提出先は、03-3238-6788 となっております。
4. 問合せ : 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 日本病院会
企画部 橋本 mail_g.hashimoto@hospital.or.jp tel:03-5228-7749
・ 調査用ホームページ (<https://www.hospital.or.jp/eng/>) にて、ご質問についての回答集を掲載する予定です。

【委員会名】 日本病院会 地域医療委員会
【委員長】 塩谷 泰一
【標 題】 奈良県立奈良病院「時間外手当」訴訟について

日本病院会地域医療委員会では、『地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート』へのご協力をお願いしておりますが、先般、病院運営に関連する重要な判決があらわれました。

新聞報道によりすると、最高裁は 2月12日、奈良県立奈良病院の産婦人科医が、「時間外・休日労働」に対する「増賃金」の支払いを求めた裁判で、奈良県および原告双方の上告を受理したの不受理を決定したとのことです。この結果、「宿日直」扱いされたいた宿日直中の診療について、時間外労働として増賃金(時間外手当)を支払うべきであるとすると大阪高裁判決が確定しました。

このなかで大阪高裁は、「宿日直勤務は、実際に診療に従事した時間だけではなく、待機時間を含めてすべてが勤務時間である」との考え方を示しています。つまり、宿日直手当に加えて、実際に診療した時間に時間外手当(増賃金)を支給するという併給方式は認められないことになりました。

この判決のように、宿日直が時間外勤務の取り扱いになると、宿日直は労働基準法上の労働時間、つまり通常労働の扱いとなり、いわゆる「宿日直許可」は取り消されることとなります。また、宿日直時間をすべて勤務時間として認定すると、時間外労働時間とはとてなく長い時間となる考えられます。

したがって、夜間・休日の救急医療の要請には、交代制勤務の導入や、アルバイト医師を活用して当直をなくすか当直回数を減らすことが必要だと考えられます。

このように、今回の判決は、単に時間外手当というお金の問題だけではなく、勤務医の苛酷な労働環境、網渡り的な救急医療、厳しい病院経営とも運動していることから、地域医療委員会としては注目しているところです。

図らずも、現在お願いしております、『地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査』では、宿日直勤務、時間外労働、増賃金、36 協定、交代制勤務など今回の判決と関連した質問項目を掲げております。

「制度の壁」を突破し、地域医療の再生を図るためにも、多数のご回答をいただきたく存じます。お忙しいことは存じますが、是非、ご協力いただきたく、お願い申し上げます。

・『地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート』は、

<https://www.hospital.or.jp/eng/index.html>よりご回答になれます

(2月28日まで)。

このメールは既にご回答済みの会員病院様にも送信しておりますのでご了承ください。

一般社団法人 日本病院会

調査票

001

回答方法 設問について該当するもの1つにチェックをしてください。例 はい いいえ
複数回答可の設問につきましては該当するものすべてにチェックをしてください。
※機械で処理いたしますので、余白への書き込みはご遠慮ください。

1. 病院属性に関する質問（平成25年1月31日現在）

- **医療機関名** _____
- **会員番号** _____ ※左詰でご記入ください。
- **1-1. 開設主体**
 国 地方自治体（都道府県、市町村） 公的医療機関等
 医療法人、社会医療法人等 その他

参考
 国：国立高度医療研究センター、国立大学法人、国立病院機構、労働者健康福祉機構、その他
 地方自治体：都道府県、市町村、地方独立行政法人
 公的医療機関等：厚生連、済生会、日赤、北海道社会事業協会、社会保険（共済及び連合、健康保険組合及び連合会、厚生年金事業振興団、国民健康保険組合、船員保険会、全国社会保険協会連合会）
 医療法人等：医療法人、社会医療法人、特定医療法人、特別医療法人
 その他：医療生協、会社、学校法人、個人、公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、その他法人

- **1-2. 所在地** _____ ※都道府県番号をお答えください。例：北海道⇒01

01 北海道	08 茨城県	15 新潟県	22 静岡県	29 奈良県	36 徳島県	43 熊本県
02 青森県	09 栃木県	16 富山県	23 愛知県	30 和歌山県	37 香川県	44 大分県
03 岩手県	10 群馬県	17 石川県	24 三重県	31 鳥取県	38 愛媛県	45 宮崎県
04 富山県	11 埼玉県	18 福井県	25 滋賀県	32 鳥取県	39 高知県	46 鹿児島県
05 秋田県	12 千葉県	19 山梨県	26 京都府	33 岡山県	40 福岡県	47 沖縄県
06 山形県	13 東京都	20 長野県	27 大阪府	34 広島県	41 佐賀県	
07 福島県	14 神奈川県	21 岐阜県	28 兵庫県	35 山口県	42 長崎県	
- **1-2-2. 市または新設部の区分**
 政令指定都市・中核市・特別市・特別区 県庁所在地
 その他の市
 郡部・町村
- **1-3. 病床数**
 ~100床未満 100床~200床未満 200床~300床未満
 300床~400床未満 400床~500床未満 500床以上
- **1-4. 常勤医のいる業務診療科はありますか。** 科

002

- **1-4-2. 常勤医のいない業務診療科はありますか。** 科
- **1-5. 常勤医師数、非常勤医師数は何人ですか。（換算数ではなく、実人数をお書きください）**
 常勤医師数 人
 非常勤医師数 人

2. 医師確保に関する質問

- **2-1. 平成20年4月と比較した場合、貴病院の医師数は増加しましたか。**
 増加した ほとんど変化がない 減少した 不明、その他
- **2-2. 勤務医の不足についてお尋ねします。**
 ①法定医師数をクリアしていますか。
 クリアしている クリアしていない
 ②貴院が現在の医療機能を維持するために必要な勤務医は充足していますか。
 充足している 不足している 不明、その他
 ③②で「不足している」と回答された方にお聞きます。
 不足している診療科を教えてください。（複数回答）

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産科
<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 肛門外科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 放射線科
<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 麻酔科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科（代尿内科）	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 病理診療科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 救急科
<input type="checkbox"/> その他 _____			
- **2-3. 勤務医をどのように確保していますか。（複数回答）**
 大学医局からの派遣 民間病院からの派遣 地方自治体（都道府県、市町村）からの派遣
 国公立病院からの派遣 公募 人脈や個別紹介など個人的関係
 医師会 人材紹介会社
 その他 _____

003

● 2-3-2. 勤務医は同一の都道府県内で確保できていますか。

都道府県内ですべて確保できている 都道府県内ではあまり確保できていない

都道府県内でおおむね確保できている 都道府県内ではまったく確保できていない

わからない、その他

● 2-4. 勤務医確保は困難だと感じますか。

困難だと感じる 困難だと感じない わからない、その他

● 2-4-2. 2-4で「困難だと感じる」と回答された方にお尋ねします。それはどの理由によるものですか。(複数回答該当する順に番号を振ってください)

例：「派遣元の事情」が最も該当する場合 1 派遣元の事情

<input type="checkbox"/> 派遣元の事情	<input type="checkbox"/> 勤務環境条件	<input type="checkbox"/> 金銭的条件
<input type="checkbox"/> 地理的条件	<input type="checkbox"/> 医療機能的条件	<input type="checkbox"/> 医師の質の問題

その他： (自由記載)

● 2-5. 勤務医確保を諦めましたか。

諦めた 諦めない その他

● 2-5-2. 2-5で「諦めた」と回答された方にお尋ねします。それはどの理由によるものですか。該当する順に番号を振ってください。

例：「派遣元の事情」が最も該当する場合 1 派遣元の事情

<input type="checkbox"/> 派遣元の事情	<input type="checkbox"/> 勤務環境条件	<input type="checkbox"/> 金銭的条件
<input type="checkbox"/> 地理的条件	<input type="checkbox"/> 医療機能的条件	<input type="checkbox"/> 医師の質の問題

その他： (自由記載)

004

● 2-6. 勤務医不足、医師の地域偏在、診療料偏在等についてお尋ねします。次の案に賛成ですか。

① 医学部定員の増員

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

② 医師の計画配置

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

③ へき地勤務の義務化

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

④ 開業の制限

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

⑤ 地域医療計画の再構築

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

⑥ 自治体病院の統合再編

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

⑦ 医療関連法令の改正と体系化

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

⑧ 自由診療制の禁止

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

⑨ 大学医局制度の見直し

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

⑩ 大学医学部の新設

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

⑪ メディカルスクールの設置

賛成 条件付賛成 反対 わからない、その他

005

②都道府県単位の保険医登録制度を活用した医師の適正配置

賛成 条件付賛成 反対 わからない/その他

その他、どのような解決策があると思われるか。
 「条件付き賛成」の条件等についてもご記入ください。(自由回答)

3. 労働時間・労働賃金に関する質問

● 3-1-1. 1週間平均の勤務時間が最長の医師についてお尋ねします。

①該当する医師の1週間平均勤務時間を教えてください。(宿日直勤務時間を除きます)

[] 時間

②該当する医師はどの診療科ですか。

<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病科(代謝内科) <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 病理診療科 <input type="checkbox"/> 救急科
---	--

006

● 3-1-2. 1週間平均の医師1人当たりの勤務時間についてお尋ねします。(宿日直勤務時間を除きます。)

32時間未満 32時間~40時間未満 40時間~50時間未満
 50時間~60時間未満 60時間~70時間未満 70時間~80時間未満
 80時間以上

● 3-2. 1ヶ月平均の医師1人当たりの宿直回数および日直回数は合計何回ですか。

なし 1~2回 3~4回 5~6回 7~8回 9回以上

● 3-3. 宿日直の業務内容についてお尋ねします。

①貴院の当直体制を教えてください。

オンコール体制 一人当直 複数当直 その他

②管理当直を働いていますか。

働いている 働いていない

③②で「管理当直を働いている」と回答された方にお聞きます。
 管理当直のみですか、それとも実務労働になっていますか。

管理当直(労働基準法施行規則第23条の宿日直の定義に合致のみ) ※『法令等資料集』7頁
 実態は実務労働
 管理当直以外に実務当直も配置
 その他

● 3-4. 宿直翌日の勤務体制についてお尋ねします。

通常通りの勤務
 午後から半日休み
 一日休み
 その他

● 3-5. 労働基準法で規定されている「宿直許可」についてお尋ねします。

①労働基準法第41条で規定されている「適用除外」についてご存じですか。

知っている 知らない ※『法令等資料集』6頁

②労働基準法施行規則第23条の内容についてご存じですか。

知っている 知らない ※『法令等資料集』7頁

③同23条に定める宿日直許可を受けていますか。

受けている 受けていない 不明/その他

007

④③で「許可を受けている」と回答された方にお尋ねします。許可を受けた時期はいつ頃ですか。
(西暦でお答えください)

わからない

⑤③で「許可を受けている」と回答された方で、かつ救急医療を実施している病院の方にお尋ねします。
宿日直業務に対する賞金の支払いは以下のどれですか。

宿日直手当のみ 宿日直手当・時間外割増賞金の支払い その他

時間外割増賞金の支払いのみ 年俸制であり、それに含まれている その他

● 3-6. いわゆる36協定についてお尋ねします。 ※『法令等資料集』5頁

①労働基準法第36条(以下「36協定」と呼びます)についてご存じですか。

知っている 知らない 締結していない

②36協定を締結していますか。

締結している 締結していない

③②で「36協定を締結している」と回答された方にお尋ねします。
同協定を締結している職種はどれですか。(複数回答)

医師 看護師 医療技術職 事務職 その他

● 3-7. 当直時の他科のオンコール体制についてお尋ねします。

①オンコール体制をとっていますか。

とっている とっていない

②①で「オンコール体制をとっている」と回答された方にお尋ねします。

1. オンコール体制は病院の指示によるものですか。それとも自発的に行われていますか。

病院の指示による 自発的に行われている その他

2. 自宅待機時間を労働時間とみなしていますか。

みなしている みなしていない その他

3. 自宅待機時間に対する手当は支払われていますか。

支払っている 支払っていない 年俸制であり、それに含まれている その他

● 3-8. 医師の交代制勤務についてお尋ねします。

①医師の交代制勤務を導入していますか。(一部導入を含む)

導入している 導入していない その他

②①で「導入している」と回答された方にお尋ねします。以下のどの形態を採っていますか。

2交代制 3交代制 その他

008

③①で「導入している」と回答された方にお尋ねします。交代制勤務をとっている診療科はどれですか。(複数回答)

全科 (「全科」にチェックした方は以下のチェックは不要です。)

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産科
<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 肛門外科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 放射線科
<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 麻酔科
<input type="checkbox"/> 糖尿病科(代謝内科)	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 病理診療科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 救急科
<input type="checkbox"/> LOUHOU救命救急センター	<input type="checkbox"/> その他の科		

● 3-9. 管理職医師についてお尋ねします。

①管理職医師に対して時間外手当を支払っていますか。

支払っている(一部支払いを含む) 支払っていない

年俸制であり、それに含まれている その他

②①で「支払っている」と回答された方にお尋ねします。
支払いの対象となる時間帯は以下のどれですか。(複数回答)

平日準夜帯 平日深夜帯

休日勤務帯 休日準夜帯 休日深夜帯

その他 時 ~ 時まで

③①で「払っていない」と回答された方にお尋ねします。
払っていない理由は以下のどれですか。(複数回答)

管理職であるため 年俸制であり、それに含まれている

その他

④管理職医師は年俸制ですか。

年俸制 年俸制でない

⑤④で「年俸制」と回答された方にお尋ねします。
管理職医師の時間外労働賞金は年俸で全てカバー出来ていますか。

カバー出来ている カバー出来ない

その他

009

● 3-10. 労働基準局からの更正勧告についてお尋ねします。

①労働基準局からの更正勧告をこれまで何回受けましたか。

受けたことがない(0回) 1回 2回 3回 4回以上

不明・その他

②労働基準法等の違反について、以下の事例がありましたか。(複数回答)

32条違反 ※『法令等資料集』2頁 37条違反 ※『法令等資料集』6頁

34条違反 ※『法令等資料集』4頁 41条違反 ※『法令等資料集』6頁

36条違反 ※『法令等資料集』5頁 労働基準法施行規則23条違反 ※『法令等資料集』7頁

その他

● 3-11. 医師の労働時間の把握方法についてお尋ねします。以下のどの方法を用いていますか。(複数回答)

出勤簿 タイムカード 時間外勤務記録

当直日誌 その他

把握していない

4. 「制度の壁」に関連する質問

● 4-1. 労働基準法第32条(法定労働時間)と医師法第19条(応招義務)の矛盾について ※『法令等資料集』12頁、7頁

労働基準法第32条によると、週40時間を超えて労働させてはならないことになっています。その一方、医師法第19条には「正当な事由がなければ、診療を拒んではならない」とあります。このことについて、お尋ねします。

①労働基準法第32条と医師法第19条は「矛盾している」と思いますが、

思う 思わない その他

②①で「矛盾していると思う」と回答された方にお尋ねします。

矛盾を解消するにはどうすればよいと思いますか。(自由回答)

③自由業である医師に対しては特別に医師労働基準法を制定するという案に賛成しますか。

賛成 条件付賛成 反対 わからない・その他

010

● 4-2. 医師法第16条についてお尋ねします。

※『法令等資料集』7頁

①医師法第16条には「医療を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」とあります。これについて、「100床未満の病院は、オンコール体制で可いすべき」という案に賛成しますか。

賛成 条件付賛成 反対 わからない・その他

2. 「地域で連携して当直体制を作る」という案に賛成しますか。

賛成 条件付賛成 反対 わからない・その他

● 4-3. 医師法第16条および労働基準法施行規則第23条での「宿直」定義についてお尋ねします。

※『法令等資料集』7頁

医師法第16条では、上述のように、24時間365日、緊急対応のための医師の常駐義務を定めています。一方、労働基準法第41条および労働基準法施行規則第23条では、「働き方」は求めていません。その一方、労働基準法第41条および労働基準法施行規則第23条では、「勤務や断続的労働など軽微な作業を基本とする「働き方」を規定し、それを超えた場合は「宿直」と見なされないこととなります。つまり、医師法で想定している「宿直」は、労働基準法で規定している「断続的労働」を超えるものであり、両者の整合性がとれていません。このように医師法と労働基準法とで「宿直」定義に違いがあることについて、「統一すべきである」と思いますが、

思う 思わない その他

ご意見をお聞かせください。(自由回答)

● 4-4. 労働基準法に定める休日及び夜間勤務についてお尋ねします。

①宿直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われていますか。

行われている 行われていない その他

②①で「頻繁に行われている」と回答された方にお尋ねします。

1. その場合、断続的労働である宿直勤務として取り扱われることは「適切でない」と認識していますか。

認識している 認識していない その他

2. その場合、「宿直許可」は取り消され、宿直扱いとはなりません。このことをご存じですか。

知っていた 知らなかった その他

011

③突発的な通常の労働に対し、労働基準法第37条に基づいた実労働時間に対する割増賃金を支払っていますか。

※『法令等資料集』6頁

支払っている 支払っていない その他

④宿日直勤務勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われている場合でも、休日夜間の救急医療を提供していくためには、以下の対応が必要となります(基発第0319007号、第0319007号の2、平成14年9月19日 厚生労働省労働基準局長)。このことをご存じですか。

・夜間に十分な睡眠が確保できる場合 ・宿直許可は残し、36協定を締結し、時間外割増し賃金を支払う。
 ・夜間に十分な睡眠が確保できない場合 ・宿直許可を取り消し、交代制にする。

※『法令等資料集』10頁

知っていた 知らなかった その他

⑤その他、この問題についてご意見をお聞かせください。(自由回答)

● 4-5. 「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と言えそうです。

①このことについて公にし、議論すべきでしょうか。

公にし、議論すべきである 公にすべきではない その他

②①で「公にすべきではない」と回答された方にお尋ねします。その理由はどれですか。(複数回答)

公にしても変わらない 公にすると医療が成り立たなくなる
 公にすると自院に影響が及ぶ
 その他(自由回答)

012

● 4-5-2. 現場業務とかけ離れ、しかも、医療従事者の規制を中心とした医師法や医療法あるいは労働基準法など医療関連法令や省令が、一貫性もなく、体系性もなされず、整合性もないまま制定されていることが問題であり、これらが「制度の壁」となって地域医療再生を妨げているようです。

このことについてご意見をお聞かせください。(自由回答)

● 4-6. 民間医療機関を支援するために、公務員医師の公的業務を解禁することについてお尋ねします。

①公務員医師の公的業務を解禁することに賛成しますか。

賛成 条件付賛成 反対 わからない・その他

②①で「条件付賛成」と回答された方にお尋ねします。どのような条件が必要だと思いますか。(自由回答)

● 4-7. 自治体病院職員の増員と地方自治法第172条(定数管理)についてお尋ねします。

※『法令等資料集』9頁

①自治体病院の職員数を制限している地方自治法第172条を変更し、自治体病院の職員にまかせるべきだと思いますか。

思う 思わない わからない・その他

②①で「思う」と回答された方にお尋ねします。増員しても良いと思う職種をお答えください。(複数回答)

<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士
<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 普科技士
<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> その他職種
<input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 視能訓練士	
<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 臨床工学士	<input type="checkbox"/> 義肢装具士	

013

● 4-8. 遠隔医療と医師法第20条(対面診療の原則)についてお尋ねします。

※『法令等資料集』7頁

①対面診療の原則を撤廃すべきだと思いますか。

- 思う 思わない どちらともいえない わからない その他

②①で「思う」と回答された方にお尋ねします。その場合、どのような条件が必要だと思いますか。(自由回答)

ご協力ありがとうございました。

地域医療委員会委員名簿

<平成 24 年度>

担当副会長	今泉 暢登志	福岡赤十字病院 名誉院長
委員長	塩谷 泰一	高松市 病院事業管理者
副委員長	山田 實紘	木沢記念病院 理事長
委員	井上 憲昭	富士見高原病院 統括院長
	木村 純	市立函館病院 院長
	淵上 忠彦	松山赤十字病院 院長
	松本 文六	天心堂へつぎ病院 理事長

<平成 25 年度>

担当副会長	今泉 暢登志	福岡赤十字病院 名誉院長
委員長	塩谷 泰一	高松市 病院事業管理者
副委員長	松本 文六	天心堂へつぎ病院 理事長
委員	石原 晋	公立邑智病院 院長
	井上 憲昭	富士見高原病院 統括院長
	遠藤 秀彦	岩手県立釜石病院 院長
	株本 徹	小清水赤十字病院 院長
	木村 純	市立函館病院 院長