

提言

病院勤務医師の長時間過重労働の  
改善に向けて



平成23年（2011年）9月27日

日本学術会議

基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同

パブリックヘルス科学分科会

この提言は、日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同  
パブリックヘルス科学分科会委員

委員長	岸 玲子	(第二部会員) 北海道大学環境健康科学研究教育センター長・ 特任教授
副委員長	實成 文彦	(連携会員) 山陽学園大学副学長
幹事	小林 章雄	(連携会員) 愛知医科大学医学部教授
幹事	小林 廉毅	(連携会員) 東京大学大学院医学系研究科教授
	相澤 好治	(連携会員) 北里大学副学長
	大濱 宏文	(連携会員) 日本健康食品規格協会理事長
	金川 克子	(連携会員) 神戸市看護大学学長
	川上 憲人	(連携会員) 東京大学大学院医学系研究科教授
	小西美智子	(連携会員) 岐阜県立看護大学教授
	下光 輝一	(連携会員) 東京医科大学教授
	高木 廣文	(連携会員) 東邦大学医学部看護学科教授
	高野 健人	(連携会員) 東京医科歯科大学大学院教授
	徳留 信寛	(連携会員) 独立行政法人国立健康・栄養研究所理事長
	那須 民江	(連携会員) 名古屋大学大学院医学系研究科教授
	芳賀 博	(連携会員) 桜美林大学大学院老年学研究科教授
	安村 誠司	(連携会員) 福島県立医科大学医学部教授
	渡邊 達夫	(連携会員) 朝日医療専門学校岡山校校長

日本学術会議 基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同  
パブリックヘルス科学分科会  
医師の過重労働問題ワーキング部会委員

相澤 好治	(連携会員) 北里大学副学長
小林 章雄	(連携会員) 愛知医科大学医学部教授
下光 輝一	(連携会員) 東京医科大学教授
高野 健人	(連携会員) 東京医科歯科大学大学院教授

報告書の作成にあたり、以下の方々に御協力いただきました。

河原 和夫	東京医科歯科大学大学院教授
中村 桂子	東京医科歯科大学大学院准教授
和田 耕治	北里大学医学部講師

# 要 旨

## 1 作成の背景

近年、我が国の病院勤務医師の長時間過重労働は、数々の対策が取られているにもかかわらず、常態化し、ますます深刻な課題となっている。パブリックヘルスの視点から、病院勤務医師の長時間過重労働の現状、長時間過重労働が業務遂行能力および医療安全に及ぼす影響、長時間過重労働に関与する要因について検討し、検討結果をここに報告するとともに、現状の改善に向けて提言を行う。

## 2 現状及び問題点

病院勤務医師の長時間労働の現状は、実態調査に基づけば、1週間あたりの平均で61-66時間であり、労働基準法に定められた週40時間を大幅に上回っている。また、4人に1人は月に4回以上宿日直を行い、さらに、当直明けも連続して通常の勤務を行っている。多くの勤務医師の職務が、深夜勤務を含む時間外労働による拘束時間の長い勤務であり、精神的緊張を伴う業務であることを考慮するならば、その常態化は早急に改善されなければならない現状にある。それは例えば業務上疾病の認定基準「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」の認定要件に抵触するような実態である。

医師の長時間過重労働は、医師の健康への悪影響はもとより、業務遂行能力の低下や医療事故の誘因となることが多くの研究で示されており、さらに、その影響は医師の病院離れをはじめ、広く、住民への良質で安全な医療供給を危うくするものとなっている。

病院勤務医師の長時間過重労働を軽減し、十分に能力を発揮できる勤務体制を実現することは、我が国における良質で安全な医療を確保するために、社会全体が取り組むべき課題である。それはさらに、医師のリサーチ・マインドを育み、ひいては医学医療の進歩を牽引する要因として重要である。

## 3 提言等の内容

### (1) 診療報酬体系の改善

国は病院勤務医師の長時間過重労働の軽減を誘導するための診療報酬体系の導入をはかり、加算された診療報酬が、その趣旨に従い、負担軽減が必要とされる診療科の医師増員や医師個人のモチベーションを高める対応に効果的に使われるしくみを制度化するべきである。

### (2) 労働基準法、労働安全衛生法の遵守

病院は、労働基準法、労働安全衛生法を遵守し、病院勤務医師の長時間過

重労働の防止に努める。国はコンプライアンスを高めるための方策をとるべきである。

### (3) 住民の意識向上

住民においては、医療提供体制のしくみ、病院の利用、適正受診、また医師の職務に対する理解を深め、地域においては、良好な医師患者関係と地域医療を支えるための啓発運動を住民が主体的にすすめ、医療についての意識の向上をはかることが期待される。そのために必要な情報提供などの支援事業を基礎自治体は行うべきである。

### (4) 医師・医療界の取組み

医師・医療界は、医療の質と持続性を保つために、ワークライフバランスを保つことの重要性を認識し、長時間労働回避に努めるとともに、国に対して病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて、基幹となる病院に対する診療報酬体系の抜本的改善を求め、同時に住民に対しては、あるべき医療体制のしくみや病院受診のあり方について議論を深め、医師の職務への理解を深めるなど、住民の意識向上をさらに一層求めるべきである。

## 目 次

1	はじめに	1
(1)	本問題の背景	1
(2)	日本学術会議から出された過去の報告や提言と本提言の関係	2
2	現状と問題点	3
(1)	病院勤務医師の長時間過重労働の現状	3
①	病院勤務医師の労働時間	3
②	宿日直勤務と休息	3
③	業務量の増加と精神的負担感	4
(2)	長時間過重労働が業務遂行能力および医療安全に及ぼす影響	5
①	長時間過重労働が医師の業務遂行能力にもたらす影響	5
②	長時間過重労働が医療の安全性にもたらす悪影響	5
3	長時間過重労働に関与する要因の検討	6
(1)	医療をとりまく社会の変化と医療需給	6
(2)	労働関連法規のコンプライアンス	6
(3)	負担軽減に対する取組みと効果	7
(4)	住民の意識と地域参加	8
4	課題解決に向けて	9
(1)	診療報酬体系の改善と財政的支援、法整備	9
(2)	医師と他職種との役割分担	10
(3)	労働基準法、労働安全衛生法の遵守	10
(4)	住民の意識向上	10
(5)	医師・医療界の取組み	11
5	提言	12
	<参考文献>	13

## 1 はじめに

### (1) 本問題の背景

良質で安全な医療の確保は、住民の生命、健康を支える基本的な条件であり、住民の安全で安心な生活に不可欠の重要な前提である。また、地域において、住民に広く等しく開かれた病院は、地域医療の中心的役割を担うものである。

病院において、医師は、限られた時間のなかで、専門的な判断を間断なく行い、高度な技術を適切に安全に用い、患者やその家族との人間関係を円滑に保ちつつその職務を果たしている。しかし、近年、国際的な医科学の進歩に伴い、診断や治療の技術の高度化や、その適用に際しての患者あるいは家族とのコミュニケーションの重要性の増大、また、対象患者が高齢化し病気が多様化する中で、求められるニーズの専門分化や多様化、関係機関との連携など、医師の業務に求められる水準はますます高くなり、業務量も増えている。

特に近年、我が国においては、新規の医師数の大幅な増加はなされずに、医療の高度化、専門分化、入院期間の短縮による効率化、医療安全と個人情報保護への配慮の必要性の増大がおこった。その結果、病院勤務医師の一人あたりの業務量が増加し、相対的に医師不足となり、さらに地域および医療施設間の医師の偏在により、医師が必要な地域や病院での医師不足の状況が顕著となっている。つまり、医師の絶対数の不足と共に偏在の問題が指摘されてきた。加えて医師が行っている業務の中には、医師でなければ行えない業務がある一方、医師以外の者が行える業務が存在しており、効率的に質の高い医療を行うにあたっての適切な業務分担が必要であることが指摘されている。

医療従事者不足の課題のうち、とりわけ看護師不足は、医師不足と並んで長らくわが国の医療の構造的問題の一つであった。しかし、平成4年成立の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づく各種施策や、看護大学等の増設により、就業看護師数（准看護師を含む）は平成10年の約986,000人から、平成20年には約1,252,000人と3割近く増加した[1]。医師の総数の不足については、平成21年度以降医学部の定員を増加させたことにより、今後、新規の医師数の増加が見込まれ、医師数についてはある程度の改善の見通しがたてられる状況となった。しかしながら、医師の偏在と病院医師の過重労働の問題はいまだ改善の方策はたてられておらず、悪循環というべき状況も発生しており、今後、根本的な解決が必要な状況となっている。

その結果、夜間当直などを含め労働時間は長時間化し、種々のストレスと疲労が蓄積し、「過重労働」状態が常態化している。長時間過重労働は病院勤務医師の離職をまねき、また、長時間過重労働が予想される病院診療科での就労のモチベーションを下げていることが指摘されている。

医師の労働時間や負担に関する研究は、医師の長時間過重労働が良質で安全な医療の提供の妨げとなる高い蓋然性があることを示している。医師の長時間過重労働が医師の作業遂行能力の低下や、健康への悪影響をもたらし、これが医療事故の誘因となっている。

医師の長時間過重労働による医学の進歩の停滞も危惧されている。近年、日本の臨床医師が発表する学術論文の数が他国に比較して相対的に減少しており、病院勤務医師の長時間過重労働が医師の研究活動を制約していることが指摘されている。

## (2) 日本学術会議から出された過去の報告や提言と本提言の関係

日本学術会議は、これまで、『我が国の保健医療福祉計画の現状と問題点－保健医療福祉の連携をいかに構築するか－』（報告：平成 12 年 5 月）、『医師の偏在問題の根底にあるもの 提言：量から質の医療への転換による克服』（対外報告：平成 19 年 6 月）、『信頼に支えられた医療の実現－医療を崩壊させないために－』（要望：平成 20 年 6 月）により、我が国の医療のあり方について、広く、保健医療福祉計画、医師の偏在、医療費抑制政策の転換、病院医療の抜本的な改革、専門医制度認証委員会の設置などについて報告、要望を行ってきた。また、『医療の安全に関する諸問題について』（対外報告：平成 14 年 11 月）では、医療の安全確保の観点から医療関係者の労働環境の関係に言及し、さらに、課題別委員会においては、『労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を一働く人の健康で安寧な生活を確保するために－』（提言：平成 23 年 4 月）として、医師の労働も含め、広く我が国の労働課題について検討し提言を行った。

良質で安全な医療を確保するには、医師の長時間過重労働の改善に取り組むことが本質的な解決方策である。そこで、本提言は、これまで日本学術会議が対外的に発信した見解をふまえ、最近、我が国で引き起こされている病院勤務医師の長時間過重労働の背景にある問題点に焦点をあて、これまでに具体的な提言が出されていなかった病院勤務医師の長時間過重労働の改善をはかるという観点から、具体的な方策を検討し、提言を行うものである。

以下に、我が国の病院勤務医師の長時間過重労働の現状と問題点を分析して整理し、課題解決のための方策を検討し、改善に向けた提言を行う。

## 2 現状と問題点

### (1) 病院勤務医師の長時間過重労働の現状

#### ① 病院勤務医師の労働時間

一般に、医師の勤務時間と業務負担の内容は、医師の年齢、診療科、病院の所在する地域によって異なり、若い医師、病床規模が大きい病院の医師において、長時間勤務の医師の割合が高い傾向にある。

病院勤務医師の勤務時間について、全国の病院勤務医師を対象に実施された『医師需給に係る医師の勤務状況調査（平成 17 年度）（厚生労働省医政局医事課）』[2]、『勤務医に関する意識調査（平成 18 年度）（日本病院会地域医療委員会）』[3]、『病院勤務医の負担軽減の実態調査結果報告書（診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 20 年度調査））（中央社会保険医療協議会）』[4]の調査結果によれば、1 週間あたりの勤務時間は、61.3 時間から 66.4 時間と報告されており、労働基準法に定められた週 40 時間を大幅に上回っている。

これらに基づき月あたりの労働時間を推計すると、1 ヶ月に 100 時間を超える医師の時間外勤務の実態が示されている。勤務医師の職務が、多くは深夜勤務を含む時間外労働と、不規則で拘束時間の長い勤務であり、また、精神的緊張を伴う業務であることを考慮するならば、その常態化は、業務上疾病の認定基準「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」の認定要件に抵触する現状である。

研修医を対象にした勤務・研修時間の調査結果は、週平均が 77.8 時間で、3 分の 1 を超える研修医が週 80 時間以上の勤務・研修に従事していることを示した[5]。研修が教育の視点もあればとはいえ、拘束時間が極めて長い実態が明らかにされている。

病院勤務医師の労働環境は診療科により特性の差があるものと考えられる。例えば上記労働時間の調査結果には、緊急手術等の対応への待機時間は含まれていないので、実際の病院勤務医師の拘束時間はさらに長時間にわたるものと推察される。また、より厳しい労働環境にある診療科では、若手医師が減少している。

#### ② 宿日直勤務と休息

病院勤務医師の宿日直勤務の回数は、日本病院会の調査では月に 5 回以上が 17.1% [3]、日本医師会の調査では月に 6 回以上が 10.5%、4 回以上が 26.4% を占めていた[6]。

宿日直の回数は診療科によって異なる。平成 20 年度に実施された中央社会保険医療協議会の調査結果では、1 ヶ月あたりの常勤医師一人当たりの月平均当直回数が、医師全体で 2.78 回、外科 2.52 回、脳神経外科 3.03 回、救急科 5.48 回、産科・産婦人科 4.51 回、小児科 3.48 回であった[4]。



さらに、夜間当直の翌日にも通常の日中の勤務につく医師が多く、日本病院会の調査では夜間当直をする医師の 88.7%が、当直時の忙しさと無関係に翌日は普通勤務をせざるを得ないと回答している[3]。平成 20 年度の中央社会保険医療協議会の調査結果でも、81.0%が当直の翌日に仮眠がとれない状況が報告されている[4]。平成 21 年度の日本外科学会の調査では、外科医にあっては当直明けの 99%に仕事があり、中でも当直明けに手術をしていた外科医は 42%であったことが報告されており、診療科によってさらに深刻な実態が存在している[7]。

1ヶ月あたりの休日数に注目すると、日本医師会の調査では休日が月に 4 日以下の回答者が 46.3%を占めていた[6]。研修医を対象に行った調査によれば、週末の休暇が月あたり 2 日の者が 45%を占め、平均睡眠時間が 5 時間以下の研修医が 65%という結果であり[5]、研修に教育の要素が含まれているとはいえ、研修医の休息時間が著しく少ない実態が明らかになっている。またさらに、研修期間を終了してからも、若い医師ほど、また病床規模が大きい病院の勤務医ほど、休日日数が少なく休息の時間が少ないという実態である。

### ③ 業務量の増加と精神的負担感

全体として病床あたりの医師数が増えているにもかかわらず、病院勤務医師の負担感が増えている。その理由として、同意書や診断書などの書類作成に要する事務作業の時間が増えたこと、患者・家族への説明と同意にかける時間が長くなったこと、臓器別疾患別の診療体制により一人の患者に複数の医師が専門的立場から診療に携わることになったことが、あげられている[2][3]。

平成 20 年度に主に大規模病院を対象として実施された調査では、いくつかの勤務医の負担軽減対策が講じられていたにもかかわらず、34.8%の医師が、1 年前と比較して勤務条件が悪化傾向にあると感じており、勤務の負担感があいかわらず高いことが示されている[4]。

一人ひとりの医師に求められる業務の内容が多様化して労働時間が増加し、労働基準法に抵触するおそれがあるにもかかわらず、それが医師の使命感や倫理観、そして周囲の期待の名のもとに、放置されてきた。

医療過誤に対する取り扱いも医師の精神的負担を増大させている。こうした精神的負担感、医師の意欲を減じ、救急車の受け入れ不能状態の頻発や、医師が少なく診療リスクの高い地域での医師の退職などの背景となっている。医療過誤への対応は、診療科の特性に応じて病院として取り組むべきである。

## (2) 長時間過重労働が業務遂行能力および医療安全に及ぼす影響

### ① 長時間過重労働が医師の業務遂行能力にもたらす影響

医師の長時間勤務や、宿直中に頻回に呼び出しを受ける勤務が、医療の質や医師の健康にもたらす影響について、客観的な評価基準を設けて評価した研究が行われている。

例えば、長時間勤務が疲労感、睡眠の質の低下と関係すること[8]、夜間宿直中の呼び出しが集中力の低下や記憶力の低下と関係すること[9][10][11]が報告されている。

また、腹腔鏡シミュレーターを使って医師の過重労働と腹腔鏡操作手技時間と操作誤差への影響を分析した研究結果は、夜間の睡眠を中断した群で操作時間が長く、エラーの回数が増えることを示していた[12][13][14][15][16]。

医療行為ではないが、運転シミュレーターを使用した自動車運転の走行安定性テストでは、夜間の呼び出しの回数が多い場合に走行安定性が低下していた[9]。さらに、当直で夜間に呼び出された場合の運転技能がアルコール摂取時の技能と同等か、または低い結果を示していた[17]。

### ② 長時間過重労働が医療の安全性にもたらす悪影響

長時間勤務が針刺し事故の増加と関係したことが報告されている[18]。3日に1回24時間以上の連続勤務をした長時間勤務の場合と、連続勤務の上限を16時間、週当たりの勤務時間を60-63時間に制限した場合の比較の結果、長時間勤務の場合に、処方ミスと診断ミスが明らかに多かったことが報告されている[19]。また、前日に当直であった医師が執刀した手術後の患者においては、合併症が45%多かったという報告もある[20]。

日本病院会が勤務医を対象に実施した全国調査では、医療事故からヒヤリハット事例を含む医療過誤の原因として、過剰な業務に伴う慢性疲労をあげた者が71.3%であった[3]。患者が多いために一人あたりの診療時間密度が不足がちであると回答した医師は、62.8%にのぼっていた。医療過誤発生の原因として、57.8%の医師が、医療技術の高度化と医療情報の増加による医師の負担の急増をあげており、これは、医療事故防止システムが整備されていない(34.7%)、医療スタッフの連携が不十分である(34.6%)という回答を上回っていた[3]。医師の長時間過重労働の軽減は、安全な医療を提供するための喫緊の課題である。

### 3 長時間過重労働に関与する要因の検討

医師の長時間過重労働の軽減には、まず、労働関連法規が遵守されることが求められる。そのためには、医療をとりまく社会の変化に対応する医療全体のあり方について、いくつかの社会的なコンセンサスが必要である。必要不可欠な基本的サービスである医療を確保するための経済的裏付け、地域の医療機関が果たしている役割とその活動に対する評価、および評価と連動した財政的支援、また、医療の需給とサービスの効果と効率に関する基礎的なデータベースの整備、さらに、住民の、医療提供体制をはじめとする医療制度についての理解と協力が不可欠である。

#### (1) 医療をとりまく社会の変化と医療需給

医療サービスに対する住民の期待の高まりは、医療現場の現実に直接反映され、それにともない医師の業務も拡大している。

医療安全に対する意識の高まりにより、医療事故の防止対策、有害事象発生時の報告、医療安全対策委員会、患者への説明と謝罪、医療事故原因の追求などの対応が求められている。

院内感染に対する感染対策委員会などの対応、関係機関との連携、介護福祉分野との連携、IT化の推進による業務の発生など、過去に比べ現在の院内業務はその重要性とともに拡大し、会議や書類作成、カンファレンス等の時間が増えている。これらの院内業務は必要不可欠な業務であるにもかかわらず、多くは診療報酬算定外の業務とされている。診療報酬が無い業務はマンパワーの手配ができず労働負担の要因のひとつになっている。さらに診療報酬算定外の重要な院内業務の増加は、一方で、過度の経営効率の追求の中で、めざすべき医療の実現をも阻害しており、診療報酬体系のあり方の見直しが求められる。また、現行では、診療報酬は病院に入るものなので、病院がどう配分するかによって長時間過重労働をもたらす原因への対応に違いが生ずる。長時間過重労働の軽減を誘導するための診療報酬算定体系の構築と共に、本来の目的に沿った配分となるような制度的裏付けが必要である。

社会保障の充実は、政府が果たすべきところであり、住民の期待は大きい。医療資源は無限ではなく、その量質を適正に配分することにより、予防からケアまで一貫した効果的な医療供給体制の総合的で体系的な計画的発展をはかることが重要である。また、医師の養成確保、各種医療施設の機能連携、介護福祉施設との有機的連携、在宅医療のあり方、医師患者関係の相互信頼など、社会の変化に対応した医療の基本的なあり方についての法整備が望まれている。

#### (2) 労働関連法規のコンプライアンス

今日の勤務医における極端な長時間過重労働をもたらすに至った背景要因のひとつとして、医師という職業が特殊なものであるという社会の意識がある。しかしながら、医療行為といえども法律のもとにあり、医療事故の法的責任を問われ、医業も医師の労働も、法の支配を受けている。したがって、医師であるからといって、労働関連法規の適用外にあるわけではなく、医師の労働環境も、本来は、法の規律のもとにあるべきである。

労働基準監督署は平成 20 年に医療保健業の 1,386 件の事業所の監督指導を実施し、そのうち、1,142 事業所で労働基準法等の法律違反が認められ、労働時間に関する違反が 711 件と最多であった[21]。「断続的労働」として宿日直勤務を行う医療機関は平成 14 年度に約 6,600 事業所あり、労働基準監督署が自主点検の指導を開始した。自主点検の提出がないかまたは自主点検の結果宿日直勤務に問題があった医療機関（約 2,700 事業所）を対象とする、法定労働条件等の説明、指導会を経て、改善が図られない医療機関（596 事業所）に対して監督指導が実施された。何らかの労働基準法等の法違反に対する指導が 72.1%、宿日直勤務の許可基準を満たしていないことに対する改善指導が 41.8%であった[21]。

### (3) 負担軽減に対する取組みと効果

勤務医を対象とした調査結果によると、医師が必要な休日（少なくとも週 1 日）と年次有給休暇が取れるようにすること（89.1%）、必要な休憩時間・仮眠時間が取れる体制を整えること（87.3%）が、医師の健康支援に必要な大きな条件であることと認識されている[22]。さらに、子育て・介護をしながらの医師の仕事が可能となるような支援（83.9%）、病院内の明るくきれいで快適な休憩室や当直室の確保（77.8%）、バランスのとれたおいしい食事や軽食が院内で摂れる（76.6%）、といった職場の環境改善も、医師の健康支援に重要な役割があると認識されている[22]。これらは医師の健康支援に必要な条件であるとともに仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現に必要なものである。特に女性医師についての支援は重要な課題である。

病院および地域の組織的取組みとタイムスタディによる医師の勤務と疲労や仕事の達成感の調査結果の分析により、勤務医の長時間過重労働の負担軽減に効果をもたらす取組み例が指摘されている[23]。負担軽減に効果があった取組みとして、地域医師会組織と病院との連携により病院の小児科当直医の負担軽減をはかった例、勤務のオン・オフの仕組みを確立して救急科医師の負担軽減をはかった例、メディカルクラークが事務的業務を担うことにより医師の負担軽減をはかった例、地域医療のネットワークにおいて専門的な役割を積極的に果たすことにより医師の専門的業務の達成感を高めている例、ライフサイクルにあわせた勤務時間による医師の執務体制を取り入れている例が示されている。平成 12 年以降の医師国家試験合格者の 30%以上が女性で

あり多くの若手女性勤務医が病院医療を支えていることをふまえ、女性医師のライフサイクルに応じた勤務医の負担軽減策をさらに充実し、女性医師の生涯にわたる活躍を支えるべきである。

病院業務には、医師でなければ行えない業務のほかに医師以外の者が医師に代わって行うことができる業務があり、効果的、円滑に運営するためには、メディカルクラークなどをはじめ、新たな試みが一定の効果をあげている。しかしながら、現状では医師が多くの業務を行わざるを得ない現状にあり、これも医師の労働時間を長くさせる要因となっている。

診療報酬による財政支援については、現在、勤務医の負担軽減に取り組む場合に点数が加算されている。今後はさらに、負担軽減が必要とされる診療科に従事している医師個人の処遇改善等、医師個人のモチベーションを高める支援となるような仕組みが必要である。また、人事院勧告においても、診療科の現状をふまえ、合理的に必要な手当等を経済的給与に反映できるように検討すべきである。

診療報酬による財政支援の他にも、有効な取り組みを行っている病院への補助の制度も、公共性への評価に基づき検討される必要がある。また医療供給の効率化や機能性をはかる上で、医師の長時間過重労働の軽減につながる自治体病院の統合やネットワーク化事業への交付税措置等の充実もはかるべきである。

#### (4) 住民の意識と地域参加

患者や住民との間で良好な関係が築かれている場合に、勤務医の身体的負担、精神的負担が軽減される。患者や地域住民が主体的に受療行動を改善することにより、医師の労働負担が軽減され、地域医療の確保につながる。

医師の労働の量を軽減させるためには、深夜の受診や、紹介状を持たずに専門医療機関へ受診することを控えることなどが強く求められる。医療サービス提供者側への住民の無理解は、医師の診療の意欲をそぎ、負担をますます増加させている。住民の意識の向上と理解を深める意識改革が必要不可欠な課題である。

疾病予防や治療の進め方、適切な医療機関の受診のしかたについて住民が学習し、住民自身の疾病への対処スキルを高め、また、受療行動パターンを改善すること等ができるように、行政は支援事業を行い、情報提供や情報共有を行う役割を果たす必要がある。さらに、地域医療への住民の参加は、医師患者関係を良好に保ち、地域住民の病院運営への理解と協力を深めるプロセスでもあり、支援事業の一環に位置づけられるべきである。

また、医師の多くは患者からのささやかな感謝の言葉でモチベーションを高めている。こうした言葉の掛け合いは医師患者関係を良好に保つことにもなり、医師の側にも患者の側にも求められる。

## 4 課題解決に向けて

病院勤務医師の長時間過重労働の背景には、様々な要因があり、複雑な問題構造をかかえたまま今日にいたっている。病院のあり方が多様化する現在、一律的な解決策は現状にそぐわない。たとえば本稿では主として病院勤務医師全体に焦点をあて課題を述べたが、病院勤務医師として一般化するばかりではなく、専門診療科別に議論をより深める必要がある。医師の負担増一つをとっても、その要因は細かく見れば診療科によっても要因が異なるからである。たとえば科ごとに異なる診療リスクに対する診療費の妥当性や訴訟の問題、地域における適正な専門医の数、女性医師の進出に伴う出産育児の時期のバックアップ体制など、実にさまざまである。しかしそれらの個別の細かい議論をするには現状はデータが全く十分ではない。しかしながら勤務医の長時間過重労働の問題は、現状をこのままで放置できず、まず、医療に関わる政府、住民、そして実際に現場で働く医師並びに病院が、病院勤務医師の長時間過重労働の現状を解決すべき喫緊の課題として次の問題について認識し、早急に課題を解決することが求められている。

### (1) 診療報酬体系の改善と財政的支援、法整備

政府においては、すでに様々な医師の長時間過重労働の改善のための施策が行われている。しかしながら、個別のプログラムとともに、都市域や過疎地の実状や、高齢化の実態、各種施設や各種サービスの連携、在宅医療のあり方、医師患者関係の相互信頼など、社会の変化に対応した医療の基本的なあり方をふまえて、政府としてのより包括的な対策を充実することが求められる。

医療の高度化と社会の変化の中で、良質で安全な医療を供給するために、病院勤務医師の診療報酬算定外の重要な院内業務が増加している。こうした傾向は、公的な病院にあっては、過度の経営効率が求められる場合、めざすべき医療の実現をも阻害しており、実情に即した病院職員の充実に対する診療報酬評価の見直しが求められる。また、診療報酬はその積算根拠や加算の趣旨にもとづいて使われるべきであり、使い方を病院にのみゆだねる現在のしくみを改善し、負担軽減が必要とされる診療科の医師増員や医師個人のモチベーションを高める対応など長時間過重労働の軽減に使われるように、制度的な裏付けをはかるべきである。

病院勤務の看護師の不足に対しては、平成 18 年に、診療報酬上の施策として急性期病院における新たな看護基準である「7 対 1」という看護配置が導入された。この診療報酬改定により、従来に比べて手厚い看護師配置（具体的には常勤換算で 1.4 倍の看護師を配置）を行った急性期病院には入院報酬の大幅な加算が行われ効果を上げている。実情に即した医師の充実に対する

診療報酬評価と、医療機関における診療報酬の増加分の使い方の見直しによる効果を求めるべきである。

医師の長時間過重労働の軽減のための診療報酬による財政支援に加えて、有効な取組みを行っている病院への財政的支援をはかるべきである。

## (2) 医師と他職種との役割分担

今や、医師が足りないから仕方がないという議論をしている段階ではなく、医療のあり方の全過程にわたる構造的な改革が必要であり、医療資源の適正配分や受療患者数の調整、コメディカルが行う医療行為の拡大、医療機関の機能分化と連携の推進、医療供給の総合的で計画的な発展をはかる基本的な法整備が求められている。

現在、診療報酬制度に導入された「医師事務作業補助体制加算」「急性期看護補助体制加算」「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」の効果について検証が行われており、さらに薬剤師の病棟配置、薬剤管理指導業務の診療報酬点数化が行われているところである。医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について、現行の関係法令により実施可能な取組みを推進するとともに、コメディカルが行う医療行為の拡大についての検討と法整備が必要である。

地域の実態をふまえ、自治体のわくをこえた広域的な視野で、医療施設の適正配置をすすめることは、医療サービスの効果的提供を実現するだけでなく病院医師の長時間過重労働を余儀なくしている現状の改善となる。医師の長時間過重労働の軽減につながる自治体病院の統合やネットワーク化事業への支援策が求められており、特別交付税措置や合併特別債、また新たな補助金制度の確立などの財政措置もはかられるべきである。

## (3) 労働基準法、労働安全衛生法の遵守

医師の長時間過重労働は、医師の健康への悪影響はもとより、業務遂行能力の低下や医療事故の誘因となることが多くの研究で示されている。さらに、その影響は医師の病院離れ、外科系医師の不足をはじめ、広く、住民への良質で安全な医療供給を危うくするものとなっている。このような状況にあって、現行医療制度の下で患者中心の医療を行おうとする病院において、医師の長時間過重労働が軽減されにくいという悪循環が指摘されるが、まずは、病院が、勤務医に対して、労働基準法、労働安全衛生法を遵守することを、管理者の責任として徹底すべきである。さらに、労働基準局による監視、指導の強化が必要である。

## (4) 住民の意識向上

医師の労働環境を改善するためには、住民の意識改革が必要である。地域

医療への住民の参加は、医師患者関係を良好に保ち、地域住民の病院運営への理解と協力を深めるプロセスとなることが期待される。住民には、それぞれの地域において、地域医療を支える力の一端を担うという自覚をもって、疾病予防や治療の進め方、適切な医療機関の受診のしかた、望ましい医師患者関係の構築など、理解と意識の向上が求められる。住民に身近な行政は、そのための支援事業を行い、情報提供や情報共有を行う役割を果たす必要がある。

#### (5) 医師・医療界の取組み

現在、患者中心の医療に重点をおいている多くの病院において、勤務医の超過勤務を規制する仕組みを構築することが、いまの医師供給システムや研修制度では如何に困難であるかの問題をさらに掘り起こして、それらを解決させるための諸方策を提起することが求められる。加えて、医師の地域における偏在や、各診療科別の医師の偏在の問題についてはこの提言ではまだ十分取り上げることはできなかった。この点については今後、さらに日本学術会議、関連の学協会は、日本医師会など各界と議論の上、課題解決の方向性を見出していく必要がある。

一方、一般に、医師は休みをとることに罪悪感を持つ傾向がある者が多いと言われているが、プロフェッショナルとして、医療の質と持続性を保つために、休みをとり、ワークライフバランスを保つことの重要性を認識し、現状を打開するために一人ひとりの医師が行動することが求められている[24]。

医師および医療界の取組みも重要である。医師自身と病院が、長時間過重労働の予防のために、労働の量や質について様々な工夫を行うことが求められる。医師という職業が特殊なものであるという意識が、社会にも、医師と病院自身にもあるが、医療行為といえども法律のもとにあり、医療事故の法的責任を問われ、医業も医師の労働も、法の支配を受けている。したがって、医師であるからといって、労働関連法規の適用外にあるわけではなく、病院勤務医師の労働も、本来は、法の規律のもとにあるべきである。

これらの医療関連法規と労働時間を含む医療のマネジメントについては、医学教育における教育の充実も必要である。医師は、医療を担う専門家として、医療の質と持続性を保つために、自らの健康を保ち能力を発揮することの重要性を認識し、自らの健康を守るために休息や睡眠をとり、良好な生活習慣を持つことにより、主体的な健康管理が求められる。

以上をまとめて、次の4点を提言する。



## 5 提言

### (1) 診療報酬体系の改善

国は病院勤務医師の長時間過重労働の軽減を誘導するための診療報酬体系の導入をはかり、加算された診療報酬が、その趣旨に従い、負担軽減が必要とされる診療科の医師増員や医師個人のモチベーションを高める対応に効果的に使われるしくみを制度化するべきである。

### (2) 労働基準法、労働安全衛生法の遵守

病院は、労働基準法、労働安全衛生法を遵守し、病院勤務医師の長時間過重労働の防止に努める。国はコンプライアンスを高めるための方策をとるべきである。

### (3) 住民の意識向上

住民においては、医療提供体制のしくみ、病院の利用、適正受診、また医師の職務に対する理解を深め、地域においては、良好な医師患者関係と地域医療を支えるための啓発運動を住民が主体的にすすめ、医療についての意識の向上をはかることが期待される。そのために必要な情報提供などの支援事業を基礎自治体は行うべきである。

### (4) 医師・医療界の取組み

医師・医療界は、医療の質と持続性を保つために、ワークライフバランスを保つことの重要性を認識し、長時間労働回避に努めるとともに、国に対して病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて、基幹となる病院に対する診療報酬体系の抜本的改善を求め、同時に住民に対しては、あるべき医療体制のしくみや病院受診のあり方について議論を深め医師の職務への理解を深めるなど、住民の意識向上をさらに一層求めるべきである。

## <参考文献>

- [1] 厚生労働省大臣官房統計情報部、『平成 20 年度保健・衛生行政業務報告』、2010 年.
- [2] 厚生労働省医政局医事課 医師の需給に関する検討会（第 12 回）、『「医師需給に係る医師の勤務状況調査」中間報告 2』、2006 年.
- [3] 日本病院会地域医療委員会、『勤務医に関する意識調査報告書』、2007 年.
- [4] 中央社会保険医療協議会、『病院勤務医の負担軽減の実態調査結果報告書（診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 20 年度調査）） 中央社会保険医療協議会総会資料（平成 21 年 5 月 20 日）』、2009 年.
- [5] 相澤好治、『研修医の勤務・研究時間に関する研究報告書（平成 17 年度厚生労働科学特別研究事業）』、2006 年.
- [6] 日本医師会 日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会、『勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書』、2009 年.
- [7] 日本外科学会 外科医の労働環境改善のための委員会、『外科医週間タイムスタディ調査』、2010 年.
- [8] Friesen LD, Vidyarthi AR, Baron RB, et al. Factors associated with intern fatigue. *J Gen Intern Med*, 23: 1981-1986, 2008.
- [9] Robbins J, Gottlieb F. Sleep deprivation and cognitive testing in internal medicine house staff. *West J Med*, 152: 82-86, 1990.
- [10] Bartel P, Offermeier W, Smith F, et al. Attention and working memory in resident anaesthetists after night duty: group and individual effects. *Occup Environ Med*, 61: 167-170, 2004.
- [11] Gohar A, Adams A, Gertner, et al. Working memory capacity is decreased in sleep-deprived internal medicine residents. *J Clin Sleep Med*, 5: 191-197, 2009.
- [12] Taffinder NJ, McManus IC, Gul Y, et al. Effect of sleep deprivation on surgeons' dexterity on laparoscopy simulator. *Lancet*, 352: 1191, 1998.
- [13] Grantcharov TP, Bardram L, Funch-Jensen P, et al. Laparoscopic performance after one night on call in a surgical department: prospective study. *BMJ*, 323: 1222-1223, 2001.
- [14] Eastridge BJ, Hamilton EC, O'Keefe GE, et al. Effect of sleep deprivation on the performance of simulated laparoscopic surgical skill. *Am J Surg*, 186: 169-174, 2003.
- [15] Ucha IM, Tjugum J, Martinsen E, et al. The impact of sleep deprivation on product quality and procedure effectiveness in a laparoscopic physical simulator: a randomized controlled trial. *Am J Surg*, 186: 753-757, 2005.
- [16] Leff DR, Aggarwal R, Rana M, et al. Laparoscopic skills suffer on the first shift of sequential night shifts: program directors beware and residents prepare. *Ann*

Surg, 247: 530-539, 2008.

- [17] Arnedt JT, Owens J, Grouch M, et al. Neurobehavioral performance of residents after heavy night call vs after alcohol ingestion. JAMA, 294: 1025-1033, 2005.
- [18] Ayas NT, Barger LK, Cade BE, et al. Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous injuries in interns. JAMA, 296: 1055-1062, 2006.
- [19] Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med, 351: 1838-1848, 2004.
- [20] Haynes DF, Schewedler M, Dyslin DC, et al. Are postoperative complications related to resident sleep deprivation? South Med J, 88: 283-289, 1995.
- [21] 加藤博人、「医療機関における労働条件確保のための取組について」、『日本産業衛生学雑誌』、52(臨増): 266、2010年.
- [22] 日本医師会 日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会、『勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告書』、2010年.
- [23] 高野健人、「医師の勤務時間・就業時間に関する事例検討調査」、『社会保険旬報』、2423: 12-18、2010年.
- [24] 日本医師会 日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会、『勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告書』、2011年.