

2023年8月31日

厚生労働大臣 加藤勝信 殿

日本医療労働組合連合会
中央執行委員長 佐々木悦子

全国医師ユニオン
代 表 植山直人
(公印省略)

医師の働き方改革に逆行する動きを止め改革の着実な実行を求める 要請書

貴職におかれては、日々、国民のいのちと健康をまもるために尽力されていることに敬意を表するものである。

医師の働き方改革に関しては5年の猶予が与えられていたが、来年4月より一般病院における時間外労働の上限が年960時間、「地域医療暫定特例水準」(B水準)と「集中的技能向上水準」(C水準)の時間外労働の上限が年1,860時間となることを認める政令が実施される。

しかし、医師の働き方改革は多くの医療機関で進んでいない。不適切な宿日直許可が乱発されたり、診療以外の労働を労働時間と認めないと公言する医療機関が存在する。最近ではビーコンを使ったアプリで医師が病院内に存在する場所で勤怠管理を行う方法が使われ始めているが、医師が医局にいる時間を労働時間と見なさないなどの労基法を無視した悪質な労務管理に利用されている。医師の労働時間は場所には関係なく、管理者の監督下で命じられた業務を行う全ての時間である。いずれも労働時間をごまかし短く見せる対応であり、医師の働き方改革に逆行する動きである。この原因は地域医療を守ることを理由に医療機関に対しての労基署の適切な指導がなく、悪質な医療機関に対しても罰則の適用が行われていないこと、また労働条件の改善に必要な診療報酬が手当されていないことなどが大きな要因と言える。診療報酬は技術・サービスの価格とモノの価格評価から構成されており、人件費は考慮されていない。現状では医師の働き方改革に熱心に取り組む病院が経営的にひっ迫し、悪質な病院が経営的に有利となるために医師の働き方改革を避けようとするモラルハザードが起きていると言える。

1. 医師の働き方改革が進んでいない実態

(1) 厚労省の調査による実態

この間の厚労省の医師の働き方改革に関する検討会報告書(平成31年3月28日)の資料では、約4割の医師が月の時間外労働が80時間を超える過労死ラインを超え、約1割の医師が過労死ラインの2倍を超え、1.6%の医師は過労死ラインの3倍の時間外労働を行っていることが明らかになっている。厚労

省は時間外労働の上限について、月 45 時間、年 360 時間を原則としており、EU においては医師も含めて週の労働時間の上限は 48 時間であり、これを日本に当てはめると年間の時間外労働の上限は 400 時間程度である。平成 28 年調査によれば 1860 時間を超えて働く医師は許可病床 400 床以上の病院の 71%、大学病院に至っては 88%に存在するとなっている（厚労省 令和 3 年度 第 1 回医療政策研修会及び地域医療構想アドバイザー会議 医師の働き方改革について 資料）。一方この会議資料では、令和元年の調査においては、1860 時間を超えて働く医師は許可病床 400 床以上の病院の 39%、大学病院では 46%に減少しているとされている。しかし、平成 28 年調査では勤務時間は「診療時間」と「診療外時間」「待機時間」の合計となっているが、令和元年調査では「診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることが分かっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外」したとされており、労働時間の把握方法が大きく異なっている。つまり労働時間が減少した原因は労働時間を短くとらえる調査方法への変更にあると考えられ、両者の比較は医師労働の改善を意味しない。いずれにしても多くの医療機関に過労死ラインの 2 倍を超える医師がいることは明らかである。

（2）勤務医労働実態調査 2022 による実態

私たちはこの間、勤務医の労働の実態を知るために勤務医労働実態調査 2022 を実施した (1)。その調査結果の特徴を一言でいうとすれば、医師の働き方改革は進んでおらず医師の過重労働が続いており、多くの医師の健康が脅かされている。

① 各病院で医師の働き方改革の取り組みが軽視されている実態

「あなたの主な勤務先に『医師の働き方』の改善をすすめる委員会や活動はありますか」の問いに、「委員会や活動があり、効果が出ている」との回答は 14.8%にすぎなかった。

② 休日の取得について

休日に関しては 1 カ月の休み 0 日が 5.1%と極めて深刻な事態が続いているが、特に専攻医では 7.7%、大学院生にいたっては 9.0%となっている。労基法では原則として 4 週に 4 休を与えることされており、現在も悪質な労基法違反が放置されている。

③ 医師の健康について

医師の働き方改革においては医師の健康確保に重点がおかれているが、自身が「健康である」と答えた医師は 47.1%にすぎなかった。「健康に不安がある」が 42.5%、「大変不安である」が 5.0%、「健康とはいえない」が 5.4%であった。2017 年の前回調査では「健康である」との回答は 58.2%であったが 10%以上も減少している。これには新型コロナウイルスの感染症拡大の影響があるとも推測されるが、それにしても看過できない深刻な結果と言える。

④ 医師の自殺企図について

最も衝撃的であったのは、今回初めて行った死や自殺に関する調査結果であった。「あなたは死や自殺について、日頃、考えることがありますか」の問いに「死や自殺について、1 週間に数回、数分間にわたって考えることがある」が 4.5%、「死や自殺について、1 日に何回か細部にわたって考える、または、実際に死のうとしたりしたことがあった」が 2.4%と、週や 1 日に数回死や自殺について考える医師は 6.9%に上っている。しかも世代別では若い医師ほど死や自殺を考える傾向が強く、20 歳代の医師に至っては 14.0%が日常的に死や自殺について考えているという深刻な事態が明らかになった。

⑤ 医療安全の問題

長時間労働の弊害として患者や国民に直結する問題は医療安全の低下であるが、「医師の長時間労働は医療過誤の原因に関係していると思いますか」の問いに、大いに関係しているが 37.4%、ある程度関係しているが 45.9%と 8 割以上の医師が長時間労働は医療過誤の原因に関係していると回答している。この問題は医師に精神的な負担を強いるのみならず国民にとっても極めて重要な問題であるが、国はこの問題を放置している。なお、トラック運転手などは安全性の観点から連続の拘束時間は 13 時間（例外でも 16 時間）に制限されている。

2. 医師の働き方改革が抱えるいくつかの課題

(1) 宿日直許可と勤務間インターバルの問題

医師の長時間労働の最も大きな要因は夜間の時間外労働（いわゆる当直）である。しかし、入院中の重症患者や救急対応を行っているにも関わらず、宿日直許可を取っていることを理由に、当直時間を労働時間に入れていない病院が少なくない。宿日直許可に関しては厚労省の「医師、看護師等の宿日直許可基準について」⁽²⁾ の通達に基づき厳格に審査する必要がある。しかし、実態とかけ離れた宿日直許可の乱発が横行し勤務医の不安や不満を増大させている。その原因は地域医療を守るために医師の犠牲はやむを得ないとする風土や労働行政に対する何らかの圧力があると考えられる。病院管理者などの現状維持を求める声に忖度したかどうかは不明であるが、厚労省が示した「医療機関の皆様へ（宿日直許可制度の御紹介）医療機関における宿日直許可 ～申請の前に～」⁽³⁾ に示された事例は、宿日直許可の乱発を誘導している。ここで示されている 20 の許可事例は、深夜の医師労働時間を短く評価する誤った記載ばかりで不適切な宿日直許可を誘導する有害なとも言わざるを得ない。⁽⁴⁾ いわゆる当直と呼ばれる夜間休日の医師の業務は救急対応や入院患者の急変等に対する医療行為であり、これらは日常的な医師の業務である。しかし宿日直許可事例では「許可を取得した業務」に関しては全てが「非常事態」または「緊急事態」に備えての待機などとなっており、全くの虚偽である。毎日、何度も起こることは「非常事態」や「緊急事態」ではなく、救急病院で救急患者の診療を行うことはまさに通常業務である。特に問題である点は宿日直許可が認められた場合、この時間を勤務間インターバルの時間とすることが認められている点である。病院内に拘束され救急対応や病院内の患者の急変に対応することが前提となっている医師の宿日直許可時間を休息のための勤務間インターバルとすることは長時間労働がないように見せかける悪質なごまかしであり、医師の健康確保を放棄するもので決して許されるものではない。

(2) B 水準の医療機関申請の問題

今回の法律では例外を認める B 水準の医療機関に対しては「健康確保措置」が義務付けられているが、今年の 7 月 10 日の時点で B 水準となることを申告している医療機関は 322 に過ぎない。⁽⁵⁾ 先に述べたように令和元年の調査においては、1860 時間を超えて働く医師は許可病床 400 床以上の病院の 39%も存在することから、960 時間を超える例外を認める B 水準の申請が必要な病院は相当数になると考えられるため、適切な申請が行われていない可能性が高い。その原因は実態とかけ離れた宿日直許可の乱発が大きいと考えられる。B 水準となる医療機関があることは望ましくないが、実態として年 960 時間を超える時間外労働を行っているのであれば、「健康確保措置」が義務付された医療機関として、適切な労働時間把握と健康管理が行われることが必要不可欠である。労働時間をごまかして短く見せることで A 水準となる医療機関はなくななければならない。28 時間以内の連続勤務や勤務間インターバル、代償休息の付与は健康確保として医学的根拠がなく十分とは言えないが、それでも一日も早く確実に実施され

ることが望まれる。

(3) タスクシフトについて

医師の業務軽減に関してはタスクシフトが大きな課題となっている。日本の医師は欧米の医師と比較して多くの業務を担っており、このことが医師の過重労働の一因となっている。(6) このために医師が医師としての本来業務に専念できる環境づくりが求められている。厚労省はこの間、タスクシフトを進めようとしているが、医療の安全性・質が担保されることが大前提である。特に「診療の補助」に関わるタスクシフトでは、医療の質・安全性等に関わる検証を行うべきであり、また、患者・国民への説明もなく、十分な議論なしに進めるべきではない。また、移管された側の労働時間を増加させないための体制の強化も必要である。そもそも看護師は過重労働を担っており、健康に不安を抱える者が多く、過労死も出ている。このため、看護師免許を持っていても看護職を離れている者も少なくなく、看護師不足は深刻であり、このこと自体が医師労働にも悪い影響を与えている。タスクシフトを進めるにあたって、実際に当該業務・行為を技師等に行わせるか否かは、各医療機関で判断することになることから、医療経営者に対して、①事前に労働組合と協議し合意を図ること、②当該業務・行為を強要しないこと、拒否したことによる不利益扱いをしないことが担保される必要である。

当然、看護師の増員は必要であるが、医行為などの業務委譲は専門職を養成し配置することが望まれる。前出の勤務医労働実態調査 2022 において勤務医が最も望んでいることは医療クラークの増員であるが、これはいまだに不十分である。一方、米国などでは ME（臨床工学技士）が一定の権限を持ち手術室などで医師と協力して大きな力を発揮している。高度な医療機器や AI を使いこなせる知識と技術を持つ ME の育成と権限の拡大などは今後の課題であり早急に議論を行う必要がある。

(4) 女性医師の問題

2023 年 6 月 20 日の世界経済フォーラムの発表によると、男女平等の達成度合いのランキングで、日本は世界 146 カ国中 125 位と過去最低となっており、性差別を受けやすい女性医師には特別な配慮が求められている。初期研修や後期研修（専攻医）の時期と、出産や子育ての時期が重なる中で、育休が取れないなどの深刻な状況に置かれている女性医師は少なくない。厚労省における医師の働き方改革の議論では、女性医師に対する支援に関しての議論はなかったが、国会における議論では付帯決議(7)として「医師が育児休業を取得しやすくなるような方策の検討を含め、出産・育児期の女性医師を始めとする子育て世代の医療従事者が、仕事と出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備するとともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること」と明記されている。これを実現するための具体的な問題点の把握と解決策を提案する検討会を作り、速やかに問題を解決することが必要である。

(5) 無給医問題

文科省が令和 2 年 2 月 7 日に発表した「大学病院で診療に従事する教員等以外の医師・歯科医師に対する処遇に関する調査結果」の最終版では、いわゆる無給医にあたる③「今後、給与を支給するとしたもの」は 2015 名、④「遡及も含め給与を支給するとした者」は 804 名であった。加えて、上記調査結果では「合理的な理由があるため、労務管理の専門家への相談も踏まえ、給与を支給していない者」が 4249 人存在するという事になっている。一方で、文科省の調査で無給医がいないとされている大学でも「私は無給医である」といった声や、無給医がいるとされている大学でも「こんなに少ないはずはない」などの声が聞かれた。このため 2020 年 2 月に全国医師ユニオンが文科省にさらなる詳細な調査を要請したが、この時に文科省の担当者は、この問題の解決を図るために将来的に改善の状況を把握する調査を行うと

明言していた。しかし3年が経過した2023年5月に再調査を求める要請を行ったところ、厚労省が働き方改革を進めているので、文科省としては調査を行わないと回答している。無給医問題の本質は、病院管理者の管理監督下に置かれた労働を自己研鑽として労働時間と認めない点と、大学院生等の立場の弱い医師の報酬を最低賃金に近い賃金で働かせる均等待遇違反にあると考えられる。無給医問題の解決のためには労基署等は厚労省が示している「医師の研鑽と労働時間に関する考え方について」(8)に沿って適切な指導を行う必要がある。厚労省は文科省と協力して今日の実態を調査し、解決を図るべきである。

(6) 地域枠問題

地域枠制度に関しては、人権を侵害するような契約や契約後の一方的な契約内容の変更などがあり、医学生や地域枠の医師から改善を求める声が上がっている。違法または違法が疑われるような制度や地域枠の学生や医師が不利益を受けるような制度に関しては直ちに改める必要がある。具体的には以下の点が挙げられる。

- i) 違約金を取る制度をなくすこと。
- ii) 拘束期間を5年間以内に短縮すること。(有期雇用契約は5年以下とされている)
- iii) 奨学金の利息を日本学生支援機構と同様の0.16%に程度に引き下げること、また離脱時の奨学金の返済期間も日本学生支援機構の奨学金返済期間と同様の20年程度とすること。
- iv) 離脱の理由として認められる範囲を広げ、柔軟に対応すること。(現在は、死亡などに限定されているケースがみられる)
- v) 地域枠であることを継続することを前提に都道府県間の地域枠医師の移動を認めること。
- vi) 受験生に対して地域枠制度の具体的かつ丁寧に分かりやすい説明を徹底すること。また、地域枠説明会に親や代理人の参加を認めること。また、誓約書に関してはすべての不利益と考えられる事態について明記し、記載されていない不利益が生じた場合には各都道府県が責任を持って離脱者に不利益が生じないよう対応すること。
- vii) 地域医療に求められる知識や技能を身に着けるカリキュラムを策定し実施すること。
- viii) 地域枠の医師を受け入れる病院に対しては労基法を遵守し適切な労働条件を守ることを求め、これを守らない病院は受け入れ病院としないこと。
- ix) 国は地域枠の実態に関する調査を各都道府県に対して速やかに行い公表すること。また人権侵害が起らないよう文科省と協力してガイドラインを作成し各都道府県を指導すること。

(7) 医師・医学生に対する労働法の授業や研修について

この間、厚労省は医学生に対する労働法制の授業資料「明日の医師たちへ(医学生を対象とした医師の働き方を考えるモデル講義(案))」(9)を作成し、昨年3つの大学でモデル授業を実施し、さらに多くの大学での授業の実施を目指している。また、医師国家試験の出題範囲に医師の働き方改革を含めることを決めている。この点は、医師に労働法に対する正しい知識を広げ、医療界の古い慣習を変えていく上で大きく役立つ政策であり大いに評価できるものである。一方、今もなお多くの勤務医は管理者も含めて労働法制や医師の働き方改革に関して十分な知識を持たないと言わざるを得ない。このことが医師の働き方改革を遅らせている要因の一つと言える。このような実情から各医療機関における新入職医師、中堅医師、幹部医師に対する労働法制の研修・教育を義務化するなど、労働法制の知識の普及が確実に進められる方策を実施することが求められている。

(8) 病院の評価について

公益財団法人日本医療機能評価機構は、「国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的とし、中立的・科学的な第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行う公益財団法人」として病院の評価を行い公表している。厚労省は所轄官庁として、病院評価に労基法順守や医師の働き方改革に対する取り組みに関する評価を加えることを指導すべきである。具体的には厚労省の「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン」(10)に基づく取り組みが行われているかどうかを評価することが適切と考えられる。とりわけこの中で必須項目とされている項目が適切に行われていることが病院の労務管理に対する評価の基本とすべきである。また、A 水準病院に関しては勤務間インターバルや代償休息が努力義務になっているが、健康確保に関する努力義務に誠実に取り組んでいることも評価すべきである。

3. 国に求められる抜本的な政策転換

① 医師の増員による絶対的医師不足の解消

長期的に医師の働き方改革を進めるには絶対的な医師不足の解消が不可欠である。日本の人口当たりの医師数は OECD 諸国で最低レベルであり、人口当たりの医師養成数は最低である (11)。2006 年ごろに医療崩壊という言葉が使われるようになり厚労省も医師不足を認め、2008 年よりわずかな医師増員を行ったが、医師不足は解消されるどころかさらに深刻になっている。これは、医療産業や健康産業が発展し国民のニーズが増加しているためである。そのため、世界各国はさらに医師養成数を増やしているが、日本はこの 15 年間医師養成の増員を行っておらず、日本の医師数の少なさは一際際立っている。絶対的な医師不足を医師の偏在に過ぎないと主張する者がいるが、東京をはじめとする都市部でも医師不足は深刻であり、医師の過重労働がなければ現状の医療を維持できない現状が医師のみに例外である長時間労働を強いる法律を押し付けている。この現実には正面から向き合うことが必要である。一部の開業医の声を代表する日本医師会などは一貫して医師数を減らすことを求めており (12)、このことが厚労省の政策に大きな誤りを引き起こしていると考えられる。医師数抑制を主張する人たちは、将来日本の人口が減少し 2060 年には日本の人口が 8000 万人台に減少する可能性があることを根拠として医師数を減らすことを主張しているが、これは何も少子化対策を行わない場合であり、国はあらゆる政策を通じて 50 年後においても 1 億人程度の人口を維持することを目指すとしている。必要医師数の推計において国の政策に逆行する人口減少推計を根拠に医師数抑制を行うことは、受診抑制を進めることになり国民皆保険制度を壊すことになりかねない。何よりも少子化対策を進めるために安心して子供を産み育てられる医療体制を構築する必要がある、そのためには産婦人科医師と小児科医師の増員は喫緊の課題であるが、国の責任ある政策はなく学会まかせになっているのが現状である。国民の受診権を守り、医師の人権を守り、労働面からの医療安全を図るために、また、医療面において少子化対策に貢献できる必要な医師数を明らかにして速やかに増員を行わなければならない。世界最高の高齢化などを考えると世界トップクラスの医師数が必要となるが、最低でも OECD 諸国平均程度には医師数を増員する必要があると考えられる。

② 労働法の適切な運用と労働基準監督署の指導の強化

現状では 労基法が守られていない医療機関は少なくなく、働き方改革に熱心で成果を上げている医療機関は少数派といえる。原則として、全ての医療機関に対しては労基署による適切な指導が必要であり、特に悪質な医療機関に対しては司法警察権の行使が必要である。日本医師会や病院団体・大学医学部などの使用者側の発言力が強い医療界は地域医療を守ることなどを理由に医師の長時間労働の例外を作る

ことや労働法による罰則を弱めることを厚労省に求めてきた。しかし、結果的に医療界のこれらの要望が医師の働き方改革にブレーキをかけている。医師の働き方改革に取り組まず労基法を無視しても何のペナルティーもないことが、働き方改革に後ろ向きの医療機関を生んでいると言わざるを得ない。医療界において労働法順守の風土を根付かせるためにも、法に基づいた適切な指導や対応が強く求められている。

③ 医師の働き方改革にリンクした診療報酬の設定

医師の働き方改革を確実に進めるために、働き方改革に積極的に取り組む医療機関に診療報酬などによる財政的な支援を行う必要がある。その理由は、働き方改革の議論が始まるまでは医療界では医師は聖職と考えられ、多くの医療機関で医師は労働者ではないとする扱いがなされてきた。そのため残業代の不払いや研修を労働と見なさない無給医制度が横行し、これを前提とした診療報酬体系が作られてきた。従って、現在の診療報酬は医師に対する適切な人件費が担保されていない。このため、働き方改革を進める医療機関が赤字となり、これに取り組まない医療機関は経営的に有利となる傾向があるためモラルハザードが起きている。経営に苦しむ医療機関が確実に医師の働き方改革を進められるように適切な人件費を診療報酬に含める必要がある。ただし、単なる診療報酬の増額は医療機器の購入や病院の建て替え費用などに流用することが可能であるため、医師の労働条件改善のアウトカムにリンクした診療報酬の増額が必要である。一方で医師の働き方改革は医療安全にもかかわっており、この点では患者や国民の利益となるものであり、そのことを国民に知らせ理解を得る必要がある。

については、下記のとおり勤務環境改善に関して要請する。

具体的な要請項目

(1) 2024年4月を前に働き方改革を進めるための対策

- ①労基法遵守の徹底。とりわけ4週4休以上の休日の取得および残業代の完全支給を徹底させること。
- ②労働時間を正確に把握するよう指導すること。自己研鑽と労働時間との関係に関しては厚労省の「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」(6)に基づいて適切に行うよう指導すること。なお、ビーコンを使用し医師の所在する場所により労務管理を行うことを禁止すること。
- ③実態に基づいた宿日直許可認定の徹底すること。そのために重症患者や救急患者の診療を緊急事態や非常事態としないこと。また、「医療機関の皆様へ（宿日直許可制度の御紹介）医療機関における宿日直許可～申請の前に～」は内容に大きな誤りがあることを説明し、ホームページから削除すること。宿日直許可を受けた医療機関の医師から実態と異なるとの申告がなされた場合は、速やかに調査し、不適切な場合は許可を取り消すこと。
- ④宿日直時間を勤務間インターバル時間と認めないこと。また、勤務間インターバルをEUと同様の11時間に延長すること。
- ⑤救急医療機関や高度医療機関においては交代制勤務の推進をはかる政策を策定し実施すること。
- ⑥安全に関する科学的な根拠にもとづき連続労働の上限設定を検討すること。
- ⑦タスクシフトに関しては、専門職を養成・配置し実効性のあるものとする。具体的には医療クラークの増員及び臨床工学士（ME）・臨床検査技師・放射線技師の増員と業務拡大の検討を進めること。
- ⑧健康確保措置を徹底させること。A水準病院では努力義務となっているが、これに対しても明確に目標をもって進めるよう指導すること。
- ⑨医師の働き方改革に関する法律の付帯決議にある女性医師への支援を具体的に実施するための検討会の設置と支援の徹底を行うこと。
- ⑩無給医問題に関して文科省と協力した調査の実施と均等待遇の徹底を行うこと。
- ⑪地域枠制度における医師・医学生への不利益を与える契約の破棄を指導し人権擁護を徹底すること。また地域医療に貢献できる適切な研修が受けられることを保証するよう指導すること。
- ⑫メンタルヘルス対策と自殺防止の取り組みを行うこと。具体的には警察庁に年間の医師の自殺数の公表を求めるとともに医師独自の自殺防止対策の策定を行うこと。
- ⑬医療機関への労基署の指導の徹底を進めるとともに、悪質な医療機関に対しては毅然として司法警察権を行使すること。
- ⑭病院評価機構に対して働き方改革に適切に取り組んでいることに対する評価を行うことを指導すること。
- ⑮医学生・研修医・中堅医師・管理職医師に対する労働法制教育・研修の促進と義務化の検討を行うこと。
- ⑯病院が働き方改革を積極的に進めることができるように医師の働き方改革にリンクした診療報酬の改定を行うこと。

(2) 中長期的な政策

- ①医師の増員を速やかに行うこと。必要医師数に関しては人口減少を前提とせず、少子化対策の異次元の強化を前提として、OECD平均を目指すこと。
- ②看護師不足の解消と看護労働の改善のために看護師を大幅に増員すること。
- ③医療機関が医療労働者に適切な人件費を払えるように人件費を重視した診療報酬の改定を行うこと。

補足資料

(1) 勤務医労働実態調査 2022

<http://union.or.jp/wordpress/wp/wp-content/uploads/2022/10/%E5%8B%A4%E5%8B%99%E5%8C%BB%E5%8A%B4%E5%83%8D%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB2022%E6%A6%82%E8%A6%81-%E3%80%80%E6%9C%80%E7%B5%82%E7%89%88%E3%80%802022.10.21.pdf>

(2) 「医師、看護師等の宿日直許可基準について」

令和元年7月1日 基発0701第8号

(3) 「医療機関の皆様へ（宿日直許可制度の御紹介） 医療機関における宿日直許可 ～申請の前に～」

https://iryoku-kinmukankyou.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20210720_02.pdf

(4) 別紙資料 「医師の宿日直許可に関する考察」

(5) 医療機関勤務環境評価センターのホームページ。

「評価センター受審申込 受付状況 令和5年7月10日現在」

(6) 米国における医師と医療補助職の分業の例

図表6 スタンフォード大学移植外科部門における分業体制

	外科医	研修医/医師補助職	その他
術前	術前サマリの確認 手術方針の決定	術前検査のオーダー 術前サマリの作成 手術説明、同意書作成・署名	
術中	執刀 手術サマリ作成	執刀までの準備 第一助手・第二助手	器械出し (Surgical Technician) 外回り業務 (看護師)
術後	患者・家族への説明 報告の確認 回診 病状経過報告 退院サマリの確認	術後集中治療室管理 病棟での管理、オーダー 外科医以外への相談 カルテ記入 退院サマリの作成	

(備考) 遠藤ら (2009)、p.726 より筆者作成

(7) 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」 令和三年五月二十日 参議院厚生労働委員会

「十五、医療機関における育児休業制度の規定状況、利用状況等について調査を実施し、臨床研修以降の研さん期間中の医師が育児休業を取得しやすくなるような方策の検討を含め、出産・育児期の女性医師を始めとする子育て世代の医療従事者が、仕事と出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備するとともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること。」

<https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/gian/204/pdf/k0802040172040.pdf>

(8) 「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」

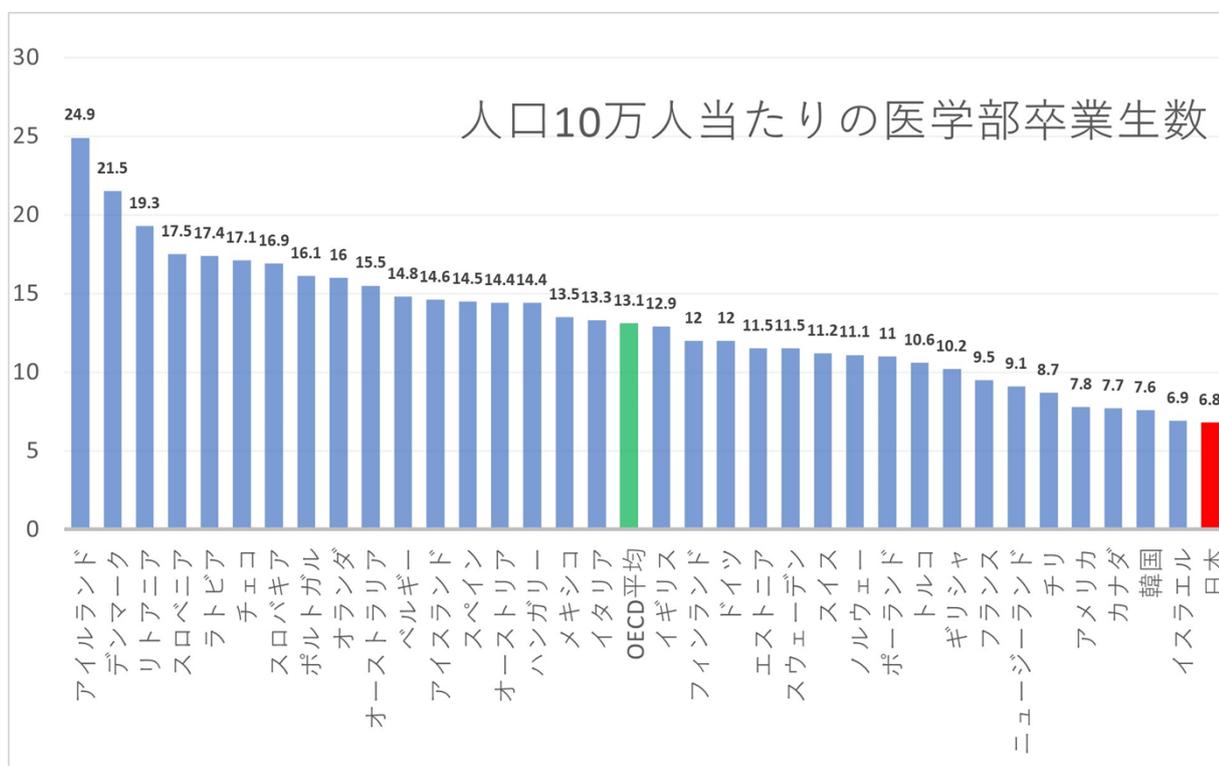
https://jsite.mhlw.go.jp/ibaraki-roudoukyoku/content/contents/4.kantoku_ishinokennsann.pdf

(9) 令和4年度改訂版

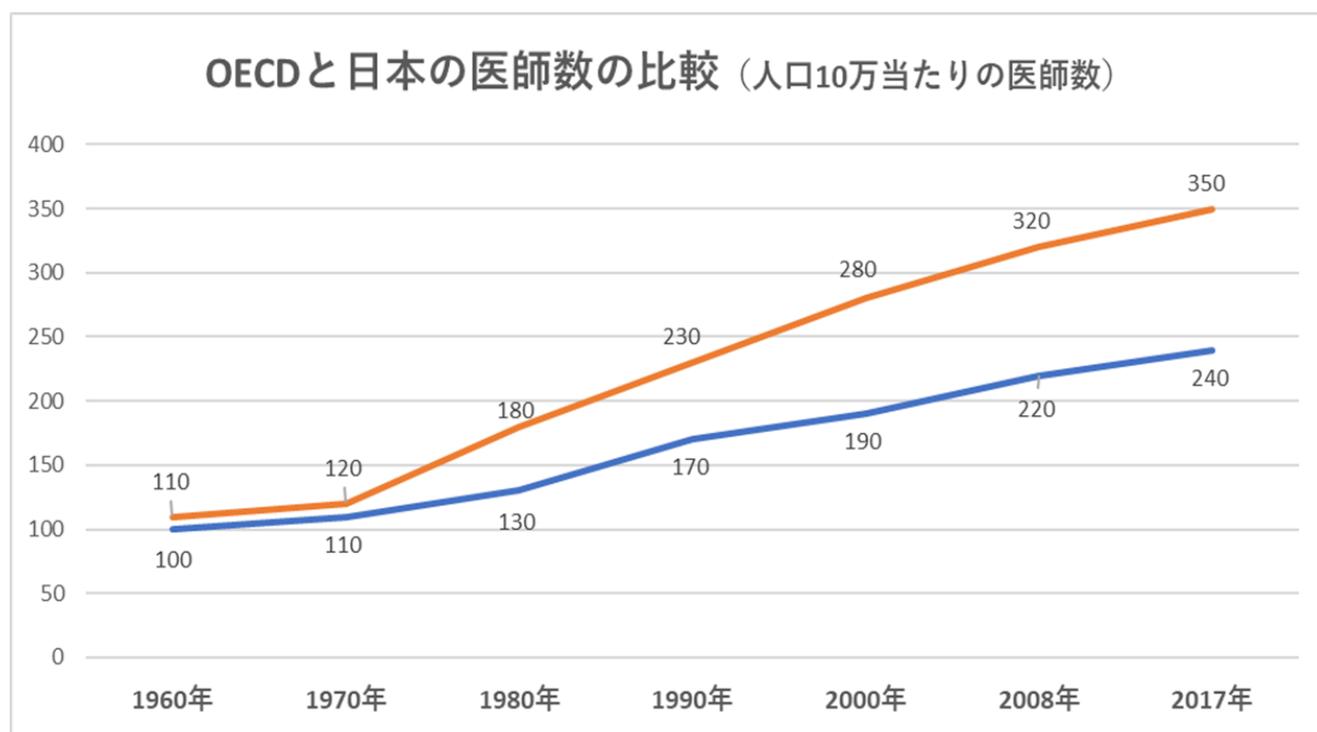
「明日の医師たちへ（医学生を対象とした医師の働き方を考えるモデル講義（案）及び講義実例）
厚生労働省

(10) 「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン（評価項目と評価基準）」
第1版 令和4年4月 厚生労働省

(11) OECD 諸国の医師養成数と人口当たりの医師数の変化の OECD との比較



出典：図表でみる世界の保健医療 OECD インディケータ（2019年版）



(OECD データおよび厚労省データより作成) 本田宏氏提供

(12) 「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言 -求められているのは医学部新設ではない-

2015年12月2日 日本医師会・全国医学部長病院長会議 医師偏在解消策検討合同委員会

「2.3.1. 医学部入学定員の削減

【提言】

医学部入学定員は、2008年度以降の増員によって相当数が確保されている。またここまでの提言が順次実現されていけば、医師の偏在が解消することも期待される。現在の暫定的な医学部定員増については、2019年度（一部は2017年度）に見直しを行うことになっているが、情勢の変化を踏まえて、早急に定員削減を行うことを提言する。医学部定員増分の解消に際して、地域枠を維持する場合は一般枠を削減する。」