

# 基礎研 レポート

## 施行まで半年、医師の働き方改革は定着するのか

曖昧さが残る宿日直や自己研鑽、地域医療の確保でトレードオフが発生？今後の行方を展望する

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに～施行まで半年、医師の働き方改革は定着するのか～

医師の超過勤務削減を目指す「医師の働き方改革」が2024年4月に本格施行されるまで、残り半年となった。この改革では、医師の超過勤務を原則として年960時間（地域医療の確保や医師のスキル向上に必要な医療機関で働く医師は年1,860時間）に抑制することが求められており、現場の医療機関は医師の勤務時間削減にとどまらず、医師の健康確保措置や勤務環境の改善、診療体制の見直しなどが求められている。

しかし、宿泊を要する業務である「宿日直」の許可など、現場の準備状況に不安を感じさせる結果も示されている。さらに、医師が自らの技能向上などを図る「自己研鑽」などでは曖昧さが残されており、現場の医療機関にはルール作りと法の趣旨に沿った運用が求められる。

一方、本格施行に伴う「副反応」として、大学病院から地域の医療機関に派遣されている若手医師の引き揚げなどが懸念されるなど、地域医療の確保でトレードオフが起きる可能性があり、現場の制度運営を担う都道府県には「地域の実情」に沿った対応が期待される。

本稿では、医師の働き方改革の概要を取り上げるとともに、現場の準備状況、これから起こり得る「副反応」、現場の医療機関や都道府県に求められる対応など、医師の働き方改革の定着に向けた論点や課題を考察する。

### 2—医師の働き方改革とは何か

#### 1 | 半年後に本格施行が迫った制度の概要

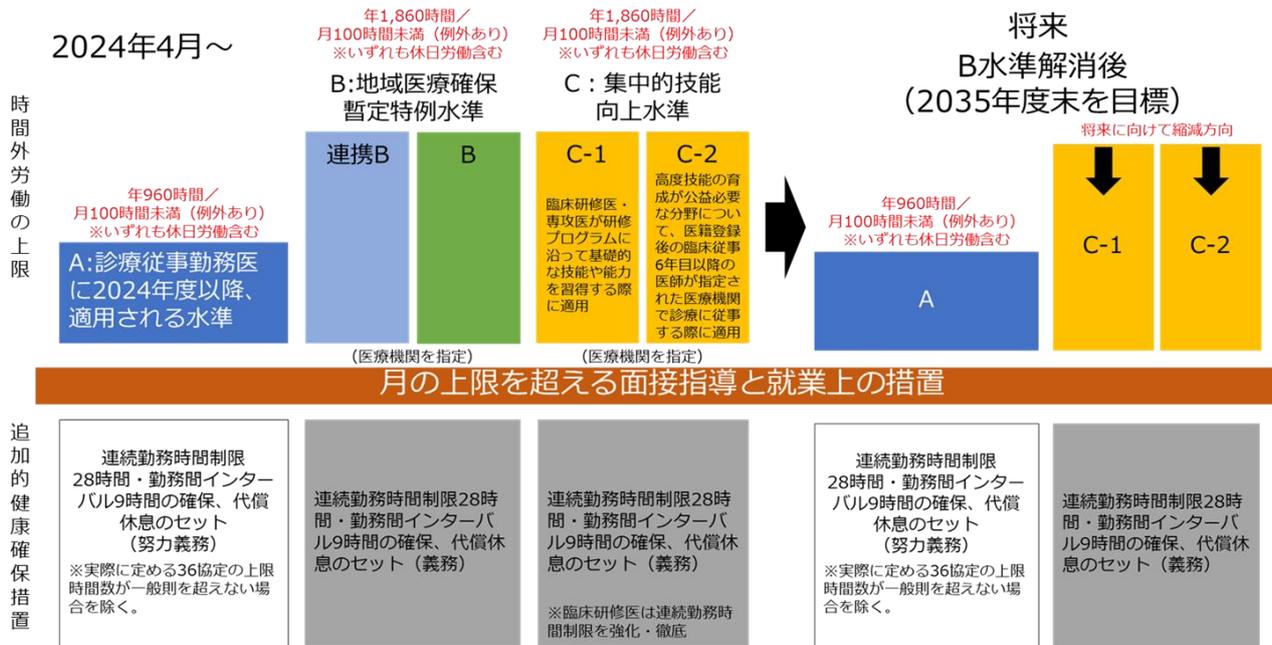
まず、医師の働き方改革の概要を考察する<sup>1</sup>。政府は2019年度、働き方改革関連法に基づき、多くの職種について残業の上限規制を導入したものの、医師については、医師法で診療を原則として拒めない「応召義務」を定められている特殊性などの理由で、適用が5年猶予された。

<sup>1</sup> 法律が成立した直後に一度、論点などを整理したことがある。詳細については、2021年6月21日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。

その間、厚生労働省で検討が進み、2021年通常国会で成立した改正医療法では図表1のような内容が盛り込まれた。ここでのポイントとしては、医療機関が「A水準」「B水準」「C水準」の3つに大別された点である。このうち、A水準は原則として医師の超過勤務を年960時間以下に抑えることが求められる。

2つ目のB水準は「地域医療確保暫定特例水準」と呼ばれ、地域医療提供体制を確保する観点に立ち、止むを得ずに年960時間を超える医療機関であり、こちらは2035年度末まで年間1,860時間まで上限が緩和される。

図表1：医師の働き方改革のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：連携Bの場合、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

注2：C-2は医師の発意で計画を作成し、医療機関が審査組織に承認を要請。

さらに、B水準では「連携B水準」という分類も作られた。これは主な勤務先での超過勤務時間が年960時間に収まるものの、副業・兼業先の労働時間を通算すると年960時間を超える医師が所属する医療機関が対象となる。こちらも同じように2035年度末までの措置であり、最終的には超過勤務時間の抑制が求められる。

このほか、多くの症例を集中的に経験する必要がある研修医などについては、「集中的技能向上水準」(C水準)として年1,860時間までの超過勤務が認められることになった。具体的には、臨床研修医・専攻医が研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を習得する際に適用する「C-1水準」、医師登録後の臨床従事6年目以降の医師の高度技能育成に必要な場合に適用する「C-2水準」に分かれている。

つまり、残業時間の上限として、A水準の年960時間を理想形としつつも、地域の医療確保に向けて超過勤務が必要と判断されるB水準、連携B水準の医療機関と、研修や技能向上などの観点で超過勤務が必要と考えられるC水準の医療機関については、約2倍に相当する年1,860時間の超過勤務が特例的に認められたことになる。

## 2 | 医療機関に求められている対応とは…

次に、医療機関が求められている手続きを簡単に整理する。この点については、厚生労働省が今年

4月に発行した「医師の働き方改革 2024年4月までの手続きガイド」（以下、「手続きガイド」）が要領を得た分かりやすい内容となっており、「手続きガイド」の文言とか、これを参考に作成した図表2を基に、簡単に流れを説明する。

図表2：医師の働き方改革のフローチャート



出典：厚生労働省「手続きガイド」を基に作成

まず、本格施行に向けた準備として、それぞれの医療機関は医師の労働時間を把握する必要がある。さらに、次の段階として、副業・兼業先の宿日直許可を把握することが求められている。この重要性を少し分かりやすく整理すると、仮に10人の医師を採用している医療機関が全員の勤務時間を把握し、超過勤務を年960時間に抑制したとしても、もし1人の医師がアルバイトなどで960時間を超えてい

る場合、その病院はA水準だけではなく、連携B水準に該当するため、都道府県から連携B水準の指定を受ける必要がある。そこで、それぞれの医療機関は宿日直許可の状況を含めて、副業・兼業先の状況を確認する必要があるが、この点に関して現場の取り組みが遅れているという調査結果が示されており、少し後に述べる。

さらに、必要に応じて宿日直許可の申請を検討する必要がある。宿日直についても、今後の論点になる可能性があるため、この後に詳しく述べるとして、上記の対応を踏まえて、雇用関係にある医師について、それぞれ960時間を超えているかどうかを判断する。その上で、超えない場合はA水準の医療機関、960時間を超える場合はB水準、連携B水準、C水準の医療機関になる流れである。

### 3 | B水準、連携B水準、C水準に必要な対応は…

次に、図表2の通り、年960時間に超過勤務時間を抑えられないB水準、連携B水準、C水準の医療機関については、時間短縮計画の作成が義務付けられる。

その際、必要に応じて都道府県の「医療勤務環境改善支援センター」に相談できるほか、日本医師会（以下、日医）が受託している「医療機関勤務環境評価センター」で評価申請を行い、お墨付きを得た上で都道府県に申請するという流れになる。最終的には「36協定」（1日8時間、1週間40時間の法定労働時間を超えて残業を命じる場合に必要な労働基準法第36条に基づく協定）の締結も必要になる。

このほか、B水準、連携B水準、C水準の医療機関に対する義務として、超過勤務時間が月100時間以上となった医師に対する面接指導の実施とか、特例水準医療機関の医師のうち超過勤務時間が年960時間を超えそうな医師に関する休息もしくは代償休息の確保<sup>2</sup>など、健康確保措置の実施も求められる。

### 4 | 宿日直がポイントに？

当面の手続きとして、宿日直許可の取得が焦点になりそうだ。この問題は2019年7月に示された通知に端を発している。宿日直は労働基準法に基づき、「密度がまばら」な断続的な労働であれば、労働時間の規制が適用外になる仕組みになっており、そのためには労働基準監督署長の「許可」が必要とされている。

言い換えると、「労働密度がまばら」ではないと判断されるケースでは、超過勤務に認定されることになり、「宿直業務は週1回、日直業務は月1回」といった労務管理に加えて、超過勤務手当の支給などが必要になる。

そこで通知では、▽通常の勤務時間の拘束から完全に解放されている、▽宿日直中に従事する業務は特殊の措置を必要としない軽度または短時間の業務に限定されている——といった要件を満たす宿日直については、労働時間にカウントしない考えが提示されている。

先に触れた「手続きガイド」でも宿日直の許可判断についても、「通常業務とは異なる、軽度または

<sup>2</sup> 具体的には、勤務シフトを作成する際、「始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間を確保」などの「勤務間インターバル」の確保が義務付けられる。さらに、この間に止むを得ないケースで労働（緊急対応）が入った場合、代償休息の取得が義務化される。

短時間の業務である」「救急患者の診療など、通常業務と同等の業務が発生することはあっても、その頻度がまれ」「宿直の場合、相当の睡眠設備があり、夜間に十分な睡眠を取り得る」「通常業務の延長ではなく、通常の勤務時間の拘束から完全に開放された後の業務」といった基準を列挙しつつ、最終的には「総合的に判断する」との考え方が盛り込まれている。

つまり、上記の要件をクリアすれば、医師が宿日直に当たっていたとしても、残業時間の上限規制から外れることになる。しかし、その線引きは明確に決まっているわけではなく、現場の医療機関は「宿日直許可を取得するかどうか」「許可を取る場合に何が必要か、労働基準監督署とどう調整すればいいか」といった点に頭を悩ませているようだ。

宿日直許可に関する医療機関の関心の高さを読み取れる出来事として、日医など診療団体が2022年3月、後藤茂之厚生労働相（当時、以下、肩書は全て当時）に提出した提言を指摘できる。この時の提言では、「月に5日以内であれば許可する」「宿日直中に救急などの業務が発生する場合でも、業務時間が平日の業務時間と比べて一定程度の割合に収まる場合には許可する」といった形で、宿日直許可の弾力的な運用を求めた。さらに、超過勤務の上限を超過した場合、使用者である医療機関は6カ月以下の懲役または30万円以下の罰金を受けることになるため、これらの「罰則」の猶予も訴えた。それだけ医療機関の経営や現場の運用にとって、宿日直許可が悩ましい問題になっていると言える。

このほか、宿日直許可を巡って「ジレンマ」が生じるという意見も出ている。日本産婦人科医会が2023年2月に公表した資料<sup>3</sup>によると、「常勤先に限れば、超過勤務時間は938時間であり、A水準の上限を下回っているが、外勤先を合わせた時間外労働時間は年1,837時間に上る」とした上で、外勤先が宿日直許可を取得すれば年1,320時間、常勤先も宿日直許可を取得すれば年316時間まで減るとの見通しが示された。その半面、十分に睡眠が取れていることが宿日直許可の条件になっているにもかかわらず、実際の睡眠時間は概ね4~5時間に過ぎず、実態を伴っていない危険性が指摘された。

こうした点を踏まえつつ、資料が公表された際の記者懇談会では、「宿日直許可取得のため、医師の当直環境の整備が進むとすれば、見た目だけでない働き方改革につながる可能性はある。しかし、勤務実態の監視がなされなければ、実労働時間が勤務時間として算出されなくなり、さらに過酷になる」との懸念が示されたという。

つまり、宿日直許可を取得すれば、医師の超過勤務を見掛け上、減らせるかもしれないが、実態に沿っていなければ、宿日直許可が一種の「隠れ蓑」になり、医師の働き方改革に逆行するリスクがあるというわけだ。

## 5 | 自己研鑽、オンコールの取り扱い是不明確

「隠れ蓑」になる危険性という点では、自己研鑽やオンコールも同じような側面を有している。いずれも「手続きガイド」では、位置付けが曖昧になっているためだ。

まず、自己研鑽に関しては、医師という仕事の専門性と特殊性が表れているように見える、そもそも医師は高度な専門職であり、技能水準の向上が常に求められており、労働時間と自己研鑽の境目は曖昧である。

<sup>3</sup> 2023年2月9日『m3.com』を参照。2023年2月8日の日本産婦人科医会記者懇談会資料を参照。ジレンマの部分については、勤務医委員会委員で日本医科大学付属病院女性診療科・産科助教の杉田洋佑氏の発言。

例えば、「学会の準備に向けて、自宅のパソコンで資料を作る」「少し気になったので、学会の臨床ガイドラインを自宅のパソコンから軽くチェックする」「業務が終わった後、臨床関係のオンラインセミナーのアーカイブを聞く」といった行動は業務に絡んでいるとはいえ、「労働」に当たるかどうか微妙な部分が残る。このため、臨床家や研究者、教育者として医師自らの技術や知識を磨く活動と、実際の勤務時間の線引きは必ずしも明確とは言えない。

そこで、「手続きガイド」は線引きの目安として、労働時間を「使用者の指揮命令下に置かれている時間」と定義。その上で、自己研鑽を労働時間を含むかどうかの判断については、使用者の指揮命令に服しているか否かで判断されると定めた。つまり、同じ臨床ガイドラインの勉強でも上長の命令を伴う場合には労働時間、それ以外は自己研鑽という整理になる。

しかし、医療現場は複雑かつ多様であり、実際の線引きに曖昧さが残らざるを得ず、「手続きガイド」は医療機関に対し、区分けの考え方を明確にするように求めている。言い換えると、この部分は超過勤務時間の規制を骨抜きにする要素を持っていると言える。

実際、神戸市の甲南医療センター（神戸市）の若手専攻医が自殺した痛ましい一件では、労働基準監督署が「長時間労働で精神障害を発症した」と認定。これに対し、医療機関側は「知識や技能を習得するための自己研鑽の時間も含まれており、全てが労働時間ではない」と主張し、自己研鑽の取り扱いが一つの論点になっている<sup>4</sup>。

同じように「オンコール」も曖昧な位置付けとなっている。オンコールとは、勤務時間外でも患者の急変時に呼び出されても対応できるように待機すること。これについて、「手続きガイド」では、「オンコール中の待機時間（診療等の対応が発生していない時間）が労働時間に該当するかどうかは、実態として、待機時間中に『労働から離れることが保障されているかどうか』を踏まえて個別に判断されます」との考えが示されている。

この点も曖昧さを残している点で、医療機関サイドの裁量が働きやすいと言える。言い換えると、宿日直と同様、自己研鑽やオンコールも運用次第では労働強化に繋がり、医師の働き方改革と逆行するような結果をもたらす危険性がある。

### 3—現場の状況

#### 1 | 厚生労働省の調査

では、本格施行まで半年を切る中で、どんな準備状況なのだろうか、最初に参考になるのが2021年3月に公表された厚生労働省の委託調査である<sup>5</sup>。この調査では、回答に応じた医師531人に対し、A～Cのどの水準に該当するか尋ねる質問が設定されており、A水準は40.1%、連携B水準は27.3%、B水準またはC水準は9.4%、B水準・C水準を超過した医師が23.2%となっていた（大学病院・兼業先ともに待機時間を含む数字）。

要するに、法律が2021年5月に成立する直前の段階では、A水準で働いている医師は半分に満たず、B

<sup>4</sup> 2023年8月31日・18日『朝日新聞デジタル』配信記事、2023年8月30日・9月2日・同3日『m3.com』配信記事などを参照。

<sup>5</sup> 2021年3月公表の「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた医師の働き方改革が大学病院勤務医師の働き方に与える影響の検証とその対策に資する研究」（厚生労働行政推進調査事業費補助金）を参照。

水準や連携 B 水準、C 水準に該当する医師が勤務する医療機関では、勤務時間の制限とか、シフトの変更などの対応が必要になる可能性があった。

その後、社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療部会に提出された厚生労働省の調査<sup>6</sup>を見ると、一定程度の対応が進んでいる様子を見て取れる。具体的には、2022年7～8月に実施された調査（対象は81の大学病院）では、自院および兼業・副業先における超過勤務時間が1,860時間を超える医師は1,095人、56病院だった。さらに、2022年8～9月調査では、労働時間短縮の取り組みを実施しても、副業・兼業先も含めた超過勤務時間数が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数は69人、8病院だった。

一方、都道府県に対する調査によると、兼業先・副業先を含めて年1,860時間を超えて超過勤務に従事している医師は2022年7～8月調査では993人であり、2022年8～9月調査では時間短縮の取り組みを実施しても年1,860時間相当超になる医師は237人とどまるという結果が示された。

その後も同様の調査<sup>7</sup>が実施されており、2023年5～6月時点の数字として、年1,860時間を超える医師の数は993人から472人に減少したという。さらに、時間短縮の取り組みを実施しても年1,860時間相当超になる医師も237人から49人に減った。つまり、厚生労働省の調査では、短期間で一定程度、超過勤務の抑制が進んでいる様子を見て取れる。

このほか、国立大学病院長会議が2022年12月に公表した調査結果<sup>8</sup>でも、同様の結果が示された。それによると、2022年8月の時点で年1,860時間を超える医師は2.2%の484人に上っていたが、2022年11月の調査では2024年4月までに上限を超える医師は4人に減る見通しという。

一方、医師の宿日直許可件数についても、2020年は144件だったが、2021年は233件、2022年は1,369件と急増しているという<sup>9</sup>。これらの調査結果を総合すると、宿日許可の曖昧さなどの課題は残るにしても、医師の働き方改革に関する準備は一定程度、進んでいると言ってもいいだろう。

## 2 | 不安を感じさせる？2つの調査結果

しかし、今年に入って不安を感じさせる調査結果も示された。まず、2023年2月に公表された全国医学部長病院長会議の調査<sup>10</sup>では、81大学病院のうち、76病院が滞在時間（大学に出勤している時間）を把握できていると回答した半面、兼業・副業先の勤務時間を把握しているのは51病院に過ぎなかった。

さらに、2023年7月に公表された全国自治体病院協議会の調査<sup>11</sup>でも、「自院の医師を派遣している病院等での当該医師の労働時間」について、把握していないと答えた数は回答数の22.3%に当たる43医療機関に上った。

<sup>6</sup> 2022年11月28日、医療部会に示された資料を参照。

<sup>7</sup> 2023年9月18日『週刊社会保障』No.3235を参照。医師の働き方改革に関する自民党のプロジェクトチームで説明された数字。

<sup>8</sup> 2022年12月7日、国立大学病院長会議記者会見資料を参照。

<sup>9</sup> 宿日直許可の取得件数については、2023年9月17日『朝日新聞デジタル』を参照。なお、同じ数字は2023年2月の「都道府県医療勤務環境改善担当課長会議」で説明された模様だが、厚生労働省ウェブサイトから検索できなかったため、新聞報道を用いた。

<sup>10</sup> 2023年2月公表の全国医学部長病院長会議「大学病院における医師の働き方に関する調査研究報告書」（文部科学省大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業）を参照。

<sup>11</sup> 全国自治体病院協議会が2023年7月に公表した「医師の働き方改革の取組状況に関する調査」を参照。

つまり、2つの調査を総合すると、自院以外での勤務時間の把握が必ずしも進んでいない可能性に気付く。特に、後者の全国自治体病院協議会の調査については、回答率の低さが目を引く。元々、同協議会には858医療機関が加入しており、加盟する全ての医療機関に対して調査が実施されたものの、回答率は全体で28.6%、兼業・副業先の勤務時間把握に関する回答率は22.5%にとどまった。質問に答えなかった医療機関がどのような対応を取っているのか分からないが、調査結果が必ずしも現場の実態を反映していない可能性に留意する必要もありそうだ。

2つの調査を見ると、共通する傾向として、宿日直許可の取得でも遅れが見られる。このうち、全国医学部長病院長会議の調査では、「希望する箇所の許可を得られている」と答えたのは66.7%の54病院であり、残りの27病院は許可を得ていないという回答だった。さらに、全国自治体病院協議会の調査でも、宿日直を実施している全ての診療科で許可を取っているのは41.0%の100医療機関だったのに対し、10.2%の25医療機関は一部の診療科にとどまっており、「全く取っていない」と答えたのは23.0%の56医療機関に及んだ。さらに、この調査の回答率の低さ（宿日直の質問では28.4%）も鑑みると、宿日直に関する対応が万全かどうか、もう少し状況を詳しく見極める必要があるようだ。

### 3 | 対応の遅れの原因は？

以上の結果を踏まえると、超過勤務時間の短縮は図られているものの、宿日直許可の取得などで対応の遅れも目立つ。こうした対応の遅れに関しては、いくつかの理由が考えられそうだ。第1に、新型コロナウイルスの影響である。ここで簡単に経緯を振り返ると、5年の猶予期間が設定されたのを受け、厚生労働省は「医師の働き方改革に関する検討会」を2017年8月から2019年3月まで開催し、日医や有識者などととともに議論を積み重ねた。さらに制度設計の詳細を詰めるため、2019年7月からは「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で議論を継続し、2020年12月には「中間とりまとめ」が公表された。

図表3：医師の働き方改革に関する主な経緯

年月	医師の働き方改革に関する主な出来事	その他の関連する主な出来事
2017年8月	➢ 厚生労働省が「医師の働き方改革に関する検討会」を設置。2019年3月まで継続	
2018年6月		➢ 働き方改革関連法が成立
2019年4月		➢ 働き方改革関連法が施行
2019年7月	➢ 厚生労働省が「医師の働き方改革推進に関する検討会」を設置	
2019年12月	➢ 2020年度診療報酬改定が決着。医師の働き方改革で特例的な上乘せ対応	
2020年2月		➢ 国内で初の新型コロナウイルスの感染者確認
2020年4月	➢ 医師の働き方改革に取り組む医療機関を財政支援する「地域医療体制確保加算」が創設 ➢ 都道府県に設置されている国の補助金「地域医療介護総合確保基金」で、医師の働き方改革に対応する区分も創設	
2020年12月	➢ 医師の働き方改革推進に関する検討会が中間とりまとめ公表	
2021年5月	➢ 改正医療法が成立。2024年4月施行などが確定	
2022年4月	➢ 厚生労働省が「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」「医療機関の医師の労働時間短縮の取組に関するガイドライン」を公表 ➢ 医療機関の取組みを評価する「医療機関勤務環境評価センター」に、日本医師会が指定	
2024年4月	➢ 医師の働き方改革が本格施行	

出典：厚生労働省資料などを基に作成

しかし、医師の働き方経緯を整理した図表3の通り、2020年前半から国内で新型コロナの感染が拡大したため、厚生労働省、都道府県、現場の医療機関が対応に忙殺された面は否めない。

第2に、「医師＝労働者」の認識が徹底されていない可能性も想定される。医療現場では従来、労務管理が十分だったとは言えず、取り組みが遅れている医療機関は少なくないと思われる。このため、今後の対応策として、それぞれの医療機関で、経営陣や現場の医師、他の専門職が合意形成を図りつつ、労働時間の短縮にとどまらず、職場の環境改善に向けて創意工夫を積み重ねていく必要がある。次に、その対応策を検討する。

## 4—求められる現場の対応

### 1 | 医師の健康確保、長時間勤務の解消

現場の医療機関で求められる最初の対応として、医師の健康確保や長時間勤務の解消が求められるのは間違いない。そもそもの前提として、超過勤務の原則的な上限とされている年960時間は月ベースに換算すると80時間になり、厚生労働省が公表している過労死ガイドラインの水準と同じである。これだけでも如何に医療現場が医師の過剰労働で支えられているか読み取れるし、増してや、B水準、連携B水準、C水準に至っては、超過勤務時間の上限が年1,860時間という異様に高い水準に設定されている。

こうした過剰労働は医師の健康を害すだけでなく、医療過誤のリスクを高める危険性がある<sup>12</sup>。このため、勤務時間の抑制を図るとともに、医師の健康確保に留意する必要がある。さらに、そのための前提として、兼業・副業先を含めた勤務時間の把握が急がれる。

### 2 | 勤務時間削減に終わらせない対応が必要

しかし、医師に限らず、働き方改革は本来、医療機関で働く人のワーク・ライフ・バランスの確保とか、働き甲斐を確保することであり、単に残業時間の規制をクリアすればいいわけではない。増してや、他の産業と比べると、年960時間や年1,860時間という水準自体が異様な高さであり、「上限をクリアすればOK」「上限まで働ける、または働かせられる」と考えるのではなく、勤務環境の改善まで考慮する必要がある。特に、グレーゾーンとなっている自己研鑽や宿日直、オンコールの取り扱いの「悪用」など、超過勤務時間の帳尻合わせに終わらせると、改革の意味合いが失われるリスクがある。

このため、医師の働き方を全体的に見直す努力も求められる。例えば、診断書の作成や電子カルテへの入力などを担う「医師事務作業補助者」への権限移譲とか、薬剤師や看護師に対する業務移管などが想定されており、これらは一般的に「タスクシフト」「タスクシフティング」と呼ばれている。さらに、ICT（情報通信技術）の活用やDX（デジタルトランスフォーメーション）の推進などを通じて、現場の生産性を上げていくことも必要になる。

実際、厚生労働省が2023年3月に示した『勤務環境改善に向けた好事例集』では、労務管理だけでなく、▽他の医療機関との連携（病病連携、病診連携）や多職種連携の強化、▽子育て・介護などの環境整備、

<sup>12</sup> ここでは詳しく触れないが、医師の働き方改革の制度化に向けた検討過程では、「医療事故やヒヤリ・ハットを経験した割合は勤務時間が長くなるほど上昇する」「睡眠不足は、作業能力を低下させたり、反応の誤りを増加させたりする」といった調査結果が示された。2018年11月19日開催の「医師の働き方改革に関する検討会」資料を参照。

▽治療や検査の標準的な経過を示す「クリニカルパス」の作成、▽複数の分野を横断的に診察できる「病院総合医」の配置、▽医師のキャリアアップ支援、▽ICTやAI（人工知能）の活用、▽メンタルヘルスを含めた職員の健康管理強化、▽医療事故やトラブルが発生した際に患者と医療機関双方の意見を傾聴しつつ関係性を作り直す仲介役である「医療メディエーター」の配置——など、勤務環境の改善を図る方策が事例とともに広範で紹介されている<sup>13</sup>。その際には、出産・育児後の復職支援も含めて、女性が働きやすい職場づくりという視点も求められる。好事例集で挙げられている施策の項目については、末尾に【参考資料】として掲載したので、参照されたい。

さらに、タスクシフトあるいはタスクシフティングについても、現行制度で可能な権限移譲を明確にする通知が2021年9月に示されており、▽医師が事前に示す手順書に沿って、高度かつ専門的な研修（特定行為研修）を受けた看護師による人工呼吸管理、▽医師の指示の下による看護師による注射、採血、静脈路の確保、▽周術期における薬剤師による薬学的管理——などが列挙されている。

しかし、こうしたタスクシフトあるいはタスクシフティングにしても、「医師の勤務時間を減らすため、他の専門職に仕事を移す」と単純に考えるのではなく、医療機関全体の業務見直しを意識する必要がある。この点については、タスクシフトを検討しようとした医師が「コメディカル自身も仕事の多さに悩んでいる」「医師の働き方改革をするためにはまずは看護師の働き方改革、看護師の働き方改革をするためには病院事務職の働き方改革をすることが大切」<sup>14</sup>と指摘している点とも符合する。

その証左として、既述した「手続きガイド」では、医療機関全体の働き方に関して、各職種・世代を交えた会議体を院内に設置することで、労働状況の共有や今後の取り組みを議論することが推奨されており、医療機関全体の取り組みが問われる。さらに踏み込んだ対応として、地域全体を俯瞰しつつ、他の医療機関との連携とか、人員・資源を集中させる選択肢も含めて、自院の立ち位置を明らかにする努力も求められる。

しかし、医師の働き方改革には患者、自治体、大学病院など様々な利害が絡むほか、本格実施に伴う「副反応」も懸念されている。誤解を恐れずに言うと、ここまでは「教科書的な説明」であり、現場レベルで医師の働き方改革を定着させる上で、その実行は「言うは易く行うは難し」の面がある。特に医師の働き方改革は罰則を伴う強制力を有しているだけでなく、労働時間の投入に制限が入る点で、医療現場に及ぼすインパクトは大きい。

以下、懸念されている「副反応」として、(1) 医師の引き揚げが起きる危険性、(2) コストアップになる可能性、(3) 患者にとってアクセスや質が悪化する可能性——という3つを論じる。

## 5——診療体制の変更など「副反応」の可能性？

### 1 | 医師の引き揚げが起きる危険性

まず、懸念されているのが医師の引き揚げである。具体的には、超過勤務が制限されると、大学病院の運営が回らなくなり、大学病院が地域の医療機関に派遣している若手医師を引き揚げる可能性がある。実際、医療部会に提出された厚生労働省の資料のうち、都道府県に対する調査によると、「医師の引き揚げに

<sup>13</sup> このほか、現場における様々な事例や工夫が専門誌で紹介されている、本稿の執筆に際しては、『日経メディカル』『m3.com』の配信記事に加えて、『病院』（2023年4月号）82巻4号、『臨床整形外科』（2023年1月号）Vol.58 No.1などを参照。

<sup>14</sup> 佐藤文彦（2020）『地方の病院は「医師の働き方改革」で勝ち抜ける』中央経済社 p130 から引用。

よる診療機能に支障が出かねない医療機関」は2022年8～9月調査で、43機関だった。その直前の2022年7～8月調査では303医療機関だったため、短時間で大幅に減ったと言える<sup>15</sup>が、この問題は医師不足に悩む地域にとっては死活問題であり、関係者は神経を尖らせている。

例えば、日医など診療団体が2022年3月、宿日直の柔軟な運用を求めた際、日医の中川俊男会長は「医師の特殊性を考慮した基準になっていない」「医師の宿日直に許可が出ないのが現状」と述べ、この状態で罰則付きの時間外労働の上限規制が適用されると、大学病院からの医師の引き揚げによる地域医療の崩壊などが起きると危機感をあらわにした<sup>16</sup>。

特に活発な動きを見せているのが「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」である。これは岩手県や新潟県など、医師不足に悩んでいる12道県の知事<sup>17</sup>で構成しており、2020年1月に発足した後、制度改正などを厚生労働省に繰り返し提案している。

最新の2023年7月の提案では「医師不足地域において医師の確保が図られないまま推進された場合、医療機関においては診療体制の縮小を余儀なくされ、救急医療や周産期医療の提供が困難になるなど、地域医療提供体制に多大な影響が生じることが懸念される」と指摘し、大学病院による医師派遣に対する財政支援の拡充などを訴えた。

## 2 | コストアップになる可能性も

次に、コストを増やす可能性である。分かりやすい例で言うと、超過勤務に制限が掛かることで、その分だけ医師や職員を確保する必要に迫られるかもしれないし、既述した宿日直許可を取得できなかったり、実態が基準と大幅に食い違ったりすると、時間外手当の支給が必要になる。

この関係では、国立大学病院長会議が2022年12月の記者会見で、医師事務作業補助者の人件費などで毎年、約100億円のコストアップが発生していると指摘。その上で、「(筆者注：労働時間短縮で) 今後も人件費の増加が見込まれる」として、診療報酬の増額などの対応を促した<sup>18</sup>。

一方、地域に目を向けると、労働基準監督署の調査や医師・組合からの見直し要請を通じて、超過勤務手当の未払いなどが明るみになり、医療機関が対応を強いられたケースが多く散見される。

ここで、地方紙などメディアで報じられた直近2～3年の動向を紹介すると、労働基準監督署の指摘を受け、兵庫県の三田市民病院が看護師などに超過勤務手当を支払っていなかったことが分かり、計8,548万円の追加負担が発生した<sup>19</sup>。同県内では、地元紙の情報公開請求を通じて、4つの県立病院が2018年度以降、労使協定を超える時間外労働を医師に働かせたとして、労働基準監督署からは是正勧告を受けていたことも分かり、一部の病院では割増賃金の未払いも認定されたという<sup>20</sup>。

さらに、北海道大学病院では、組合サイドの指摘を受けて非常勤医師と研修医に対する手当が計2億円程度、不払いだったことが判明し、追加的に支給された<sup>21</sup>。日本医科大付属病院では同大に在籍する院生の

<sup>15</sup> その後、2023年5～6月時点の数字では、23機関に減った。2023年9月18日『週刊社会保障』No. 3235を参照。医師の働き方改革に関する自民党のプロジェクトチームで説明された数字。

<sup>16</sup> 2022年3月18日『m3.com』配信記事を参照。

<sup>17</sup> 構成メンバーは青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、新潟、長野、静岡、宮崎の各県知事。

<sup>18</sup> 2022年12月21日『社会保険旬報』No. 2877を参照。竹原徹郎副会長（大阪大学医学部附属病院長）の発言を引用。

<sup>19</sup> 2022年11月30日『神戸新聞』を参照。

<sup>20</sup> 2023年9月25日『神戸新聞』を参照。

<sup>21</sup> 2022年6月16日『北海道新聞』を参照。

医師に診療行為に従事させているのに、賃金を適切に支払っていなかったとして、労働基準監督署から是正勧告を受けた<sup>22</sup>。

岐阜市民病院でも在籍する複数の医師から「超過勤務手当が法令通りに支給されていない」という申出があったことで、医師 234 人（うち退職者 90 人）分の超過勤務手当が適正に支払われていなかったことが判明、最終的に約 3 億 5,000 万円の追加負担が発生した<sup>23</sup>。徳島県の実陽町立海南病院でも、労働基準監督署の是正勧告を受けた後、医師に対する未払い賃金約 600 万円が支払われた<sup>24</sup>。

今後、医師の働き方改革が本格施行されれば、労働時間に関する指摘は少なくなるかもしれないが、既述した宿日直や自己研鑽に関して、「実態は通常業務に近い」などの指摘が示され、超過勤務の支払いなど医療機関がコストアップを強いられる可能性は十分に想定される。

### 3 | 患者にとってのアクセスや質が悪化する可能性

このほか、医療機関における診療体制の見直しに繋がる可能性もある。その先例としては、聖路加国際病院が 2016 年 6 月、労働基準監督署の立入調査を受け、医師の超過勤務の短縮を要請されたことで、診療体制や担当医の変更などに取り組んだという<sup>25</sup>。同様に、労働基準監督署の指摘を機に、医師の働き方を変えた結果、一部で外来を見直した事例が専門誌でも紹介されている<sup>26</sup>。

さらに、医師の働き方改革の結果、医療の質が悪くなる危険性も指摘されている。その一例として、心疾患の患者にカテーテル治療で救命に当たる医師などで構成する「日本心血管インターベンション治療学会」は 2023 年 7 月、「医師不足の地域で勤務時間を制限すれば、患者の死亡率が上がる恐れがある」とする見解を公表した<sup>27</sup>。それによると、一般的に急性心筋梗塞が起きた後、どれだけ迅速に治療をスタートできるかが救命率に直結するが、医師の働き方改革で通常業務が縮小したり、カテーテル治療に 24 時間対応できる施設が減ったりすることを通じて、救命率が下がってしまうと主張した。

元々、診療科単位で見た医師の超過勤務とか、地域の偏在は大きいので、産科や周産期など医師数が少ない診療科では、医師の働き方改革に伴って医療機関の統廃合が進んだ場合、患者にとってのアクセスが悪くなる可能性がある。

## 6——医師の働き方改革を巡るトレードオフ

以上の記述を通じて、医師の働き方改革を巡るトレードオフが明らかになったのではないだろうか。つまり、過酷な勤務環境で働く医師の勤務時間削減や健康確保を最優先にしつつも、地域医療の水準や医療の質も確保する必要があるという二律背反である。

もう少し主体別の利害を具体的に書くと、医師の立場から見れば、長時間勤務の解消を通じて、健康確保やワーク・ライフ・バランスの維持が最優先される必要がある。これが医師の働き方改革の主眼であることは論を待たない。繰り返しになるが、他の産業と比べると、超過勤務の上限とされている年 960 時間

<sup>22</sup> 2021 年 1 月 26 日『毎日新聞』を参照。

<sup>23</sup> 2022 年 2 月 23 日『読売新聞』を参照。

<sup>24</sup> 2020 年 9 月 9 日『徳島新聞』を参照。

<sup>25</sup> 2019 年 5 月 9 日、2018 年 3 月 1 日の『日経メディカル』配信記事における福井次矢院長に対するインタビューを参照。

<sup>26</sup> 島弘志 (2019) 「医師の働き方改革における病院内の合意形成」『病院』78 巻 9 号を参照。

<sup>27</sup> 2023 年 8 月 14 日『朝日新聞デジタル』配信記事、同年 8 月 15 日『m3.com』配信記事を参照。

や年1,860時間という水準自体が異様である。

一方、医療機関の経営者から見ると、超過勤務の支払いなどでコストアップとか、診療体制の見直しを強いられる要素となる。さらに、患者から見ると、医師の超過勤務抑制を通じて、医療過誤のリスクが減るのはプラスに働く可能性があるが、診療体制の見直しなどを通じてアクセスが悪化した場合、必要な医療を受けられなくなるデメリットが生じるかもしれない。特に医師不足で悩む地域に住む患者・住民から見れば死活問題であり、首長や議員は当然、医師確保を声高に主張することになる。

こうした異なる利害の調整や合意形成は至難の業であり、全体の制度設計を担う国、現場で制度運営に当たる都道府県の役割が重要になる。以下、これらの点を考察する。

## 7—求められる国、都道府県の対応

### 1 | 国による政策対応

医師の働き方改革に関する国の施策を見ると、一定程度の手当は講じられている<sup>28</sup>。主な改正では、2020年度診療報酬改定で「地域医療体制確保加算」（当時は520点、1点は10円）という仕組みが創設された。この加算は過酷な勤務環境となっている地域の救急医療体制を支えるため、適切な労務管理などを実施できる医療機関を評価するのが目的であり、2022年度診療報酬改定では点数が620点に引き上げられたほか、医師の働き方改革で義務付けられている「医師労働時間短縮計画」の作成も要件に加えられた。

さらに、2022年度診療報酬改定では、医師事務作業補助者を配置した医療機関に対する「医師事務作業補助体制加算」について、配置数に応じて細かく決まっている加算額の引き上げなどの制度改正も講じられた。

このほか、医療提供体制改革に使える補助金である「地域医療介護総合確保基金」も、医師の働き方改革の名目で、2020年度改正で増額されている。同基金は元々、病床機能再編や在宅医療の充実を支援する制度として都道府県単位に設置されている補助金であり、引き上げられた消費税財源の一部が活用されている。医師の働き方改革に関しては、2020年度制度改正で「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」が対象に加えられた。つまり、診療報酬と財政の両面で一定程度の支援は講じられており、今後も診療報酬改定や制度改正を通じてテコ入れを図る必要がある。

今後の対応としては、医師の負担軽減を図る観点に立ち、一層のタスクシフト／タスクシフティングが進むような制度改正が求められる。例えば、日本では医師が薬の処方を独占しているが、海外では薬剤師も一部で担っているケースが見られる<sup>29</sup>し、政府の規制改革推進会議では在宅医療における看護師への権限移譲も模索された<sup>30</sup>。こうした議論に際しては、往々にして日医など関係団体との合意形成が難航するが、今後の少子高齢化の進展や医師の負担軽減を意識すると、一層の制度改正を模索する必要がある。

<sup>28</sup> 過去の制度改正については、2020年4月24日拙稿「[2020年度診療報酬改定を読み解く](#)」、2022年5月27日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」を参照。

<sup>29</sup> 例えば、イギリスでは一定程度の要件を満たせば、看護師や薬剤師など医師以外でも処方できる。亀井美和子・荒川直子（2023）「英国の薬局・薬剤師」『健保連海外医療保障』No. 131を参照。

<sup>30</sup> 規制改革推進会議では2023年6月の答申に向けて、医師の一部業務を担う看護師を「ナース・プラクティショナー」（NP）として国家資格化する是非が論点に浮上した。しかし、日医など関係団体との調整が難航し、実行には移されなかった。2023年6月1日『ミクス Online』配信記事、同年2月14日『m.com』配信記事を参照。

さらに、病床機能報告制度などを通じて、医療機関の勤務時間とか、超過勤務時間の短縮や勤務環境改善に向けた医療機関の取り組みを地域単位で可視化するような制度設計も必要になると思われる。これらの情報共有は医療機関の経営者や働く人にとって有益だろうし、制度を現場で運営する後述する都道府県を中心とした議論とか、受診する医療機関を選ぶ患者の意思決定にも役立つのではないだろうか。

## 2 | 問われる都道府県の主体的な対応

現場における制度運用に際しては、実務を担う都道府県の主体的な対応も求められる。今回の制度改正では、都道府県がB水準や連携B水準、C水準の医療機関を指定するほか、勤務環境の改善に関する相談や助言についても、都道府県が設置する「医療勤務環境改善支援センター」で対応することになっており、都道府県の主体的な対応が求められる。

さらに、都道府県は現場レベルで他の医療提供体制改革との整合性も取る必要がある。例えば、高齢化に対応した医療提供体制への見直しを目指す「地域医療構想」<sup>31</sup>の結果、病床数が削減されたり、医療機関が統合されたりすると、結果的に医師の働き方改革が進む基盤になる可能性がある。

逆に医師の働き方改革を通じて、医師の超過勤務で病床数や機能を維持できていた病院、特に急性期病床を継続できなくなる事態も想定される。この状況で医師を確保できない医療機関は再編・統合、あるいは病床の転換、診療科の見直しなどを求められる可能性があり、結果的に地域医療構想に弾みが付くことも想定される。

このほか、都道府県が医師の教育課程に関わることで、医師偏在を是正しようとする施策が2020年度からスタートしている<sup>32</sup>ため、医師の働き方改革を通じて医師不足が顕著になった地域に対し、都道府県が地元の大学医学部と連携を強化しつつ、偏在是正を強化する選択肢も考えられる。

こうした関連性は政策当局者の間でも強く意識されており、コロナ禍に入る前の2019年5月に開かれた政府の経済財政諮問会議では、人口的にボリュームが大きい「団塊ジュニア」が65歳以上になる2040年を意識し、当時の根本匠厚生労働相が「(筆者注：地域医療構想と)医療従事者の働き方改革や医師偏在対策といった医療人材に関する施策と三位一体で推進をいたします」と述べ、地域医療構想、医師偏在是正、医師の働き方改革の3つを「三位一体」と位置付ける考えが示された<sup>33</sup>。

<sup>31</sup> 地域医療構想は2017年3月までに各都道府県が策定した。人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上になる2025年の医療需要を病床数で推計。その際には医療機関の機能について、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分し、それぞれの病床区分について、人口20~30万人単位で設定される2次医療圏(構想区域)ごとに病床数を将来推計した。さらに、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになった現状と対比させることで、需給ギャップを明らかにし、医療機関の経営者などを交えた「地域医療構想調整会議」での議論を通じた合意形成と自主的な対応が想定されている。地域医療構想の概要や論点、経緯については2017年11~12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く\(1\)](#)」(全4回、リンク先は第1回)、2019年5~6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」(全2回、リンク先は第1回)、2019年10月31日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。併せて、三原岳(2020)『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

<sup>32</sup> 医師偏在是正に関しては、2020年度から「医師確保計画」「外来医療計画」がスタートした。特に前者では、国の数式に沿った「医師偏在指標」に基づき、医師多数区域と医師少数区域を設定。都道府県が「地域枠」(奨学金の返済免除を条件に、地域での勤務を一定期間、義務付ける制度)を活用しつつ、医師少数区域への若手医師の誘導が重視されている。2020年2月17日拙稿「[医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か](#)」(全2回、リンク先は第1回)を参照。

<sup>33</sup> 2019年5月31日、経済財政諮問会議議事録、根本匠厚生労働相提出資料を参照。

しかも、三位一体改革が言われ始めた 2019 年当時と比べると、医療制度改革における都道府県の役割と責任は一層、大きくなっている。ここでは詳細な説明を省くが、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在是正の「三位一体」に加えて、▽紹介患者を重点的に受け入れる「紹介受診重点医療機関」を地域で絞り込むための「外来医療機能報告制度」の創設<sup>34</sup>、▽新興感染症対策の強化に向け、都道府県と医療機関の事前協定制度的な内容とする感染症法改正<sup>35</sup>、▽身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」に関する制度整備<sup>36</sup>——などであり、いずれも本稿のメインテーマである医師の働き方改革と無縁とは言えない。

その一例として、かかりつけ医の機能強化とか、紹介受診重点医療機関の明確化を通じて、外来医療に関する役割分担が明確になれば、医師の負担軽減に繋がる可能性がある。具体的には、医師の働き方改革を通じて、例えば A という医療機関が外来機能を縮小して紹介受診重点医療機関として手挙げした場合、身近な病気やケガについては、開業医や中小医療機関での対応を強化することで、切れ目のない提供体制の構築に腐心する努力が地域レベルで求められる。

さらに、医師の超過勤務制限の結果、医療機関単体では外来機能を維持できなくなった場合、「月曜日から水曜日は A 医療機関で対応」「木曜日と金曜日は隣の B 医療機関で引き受ける」といった形で、外来の輪番制を取り入れることで、患者にとってのアクセス確保を図る必要性も出て来る。

このため、都道府県が地域の医師会や医療機関の経営者、大学医学部など関係者と連携しつつ、医療機関の連携に向けた協議を促したり、役割分担に向けた機運を高めたりするなど、「地域の実情」に沿った提供体制改革が求められる。その際には、医師の働き方改革だけでなく、様々な提供体制改革や国の制度改正の影響を考慮する俯瞰的な視野も求められる。

### 3 | 働き方改革の影響は中長期的に大きい？

付言すると、同時並行で進む提供体制改革のうち、中長期的には医師の働き方改革が及ぼすインパクトが最も大きくなると考えている。そもそもの構造として、日本の医療提供体制は民間中心であり、国や都道府県は民間医療機関に対して強制力を有しておらず、高齢化に対応した提供体制の構築を進めようとしても、国や都道府県が病床の転換や削減などを命令できない構造である。

このため、都道府県が 6 年サイクルで改定する「医療計画」<sup>37</sup>や、医療計画の一部として位置付けられている地域医療構想や新興感染症対策、医師偏在是正などでは、基本的に民間医療機関の自主的な対応に力

<sup>34</sup> 外来医療に関する役割分担を明確にするため、(1) それぞれの医療機関が担っている外来機能を報告する「外来機能報告制度」による可視化、(2) 都道府県を中心とする協議を経て、紹介受診重点医療機関を選定——という流れが期待されている。詳細については、2021 年 7 月 6 日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。

<sup>35</sup> 新興感染症対策に関して、都道府県と医療機関が事前に協定を締結することに力点が置かれている。改正感染症法の内容に関しては、2022 年 12 月 27 日拙稿「[コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか](#)」を参照。

<sup>36</sup> 在宅医療や夜間・外来対応など、かかりつけ医機能を強化するため、かかりつけ医機能の現状を可視化する「かかりつけ医機能報告制度」を創設し、不足分を充足するための方策を地域で協議することが想定されており、その中心として都道府県の役割が期待されている。詳細については、2023 年 8 月 26 日拙稿「[かかりつけ医強化に向けた新たな制度は有効に機能するか](#)」、同年 2 月 13 日拙稿「[かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか](#)」（上下 2 回、リンク先は第 1 回）をそれぞれ参照。

<sup>37</sup> 1985 年の医療法改正で導入された制度。現在の仕組みでは、都道府県が 6 年サイクルで改定しており、現在の仕組みでは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急・小児医療、在宅医療について、「地域の実情」に沿った提供体制を構築することが想定されている。2024 年度改定の計画では、新型コロナ禍を受けて、新興感染症対策も医療計画の対象事業に追加される。

点が置かれている。言い換えると、国や都道府県が医療提供制の見直しに際して、民間医療機関に対して権限を行使することは基本的に想定されていない<sup>38</sup>。

こうした構造の下、国の制度改正は過去、診療報酬による誘導に頼らざるを得ない面があった。特に、医療費適正化の必要性が意識され始めた1980年代以降、診療報酬は国にとって最も重要な政策誘導の手段となっており、2年に一度の診療報酬改定では、国が点数や加算要件などを細かく変更し、これに医療機関が一喜一憂する構造が続いている。しかも、診療報酬の主な根拠は省令や通知であり、国会審議を伴う法改正を必要としない点で、行政の裁量で操作しやすく、厚生労働省にとって最も効果的な政策誘導のツールになっている。

一方、医師の働き方改革は違反した際の罰則に加えて、労働基準監督署の指摘や査察を通じて、診療体制を変えられる強制力を有しており、国から見ると、医療機関に対してダイレクトに権限を行使できる面がある。さらに、生産年齢人口が減少する中、労働時間の投入に制約条件が入る点で、医療機関の経営が受けるインパクトは大きい。

以上のように考えると、筆者は中長期的な視点に立つと、医師の働き方改革を通じて、好むと好まないにかかわらず、診療体制の見直し（医師の引き揚げや機能縮小、医療機関の廃業も含む）などを通じて、何らかの形で医療提供体制の変容を強いられる地域が出て来ると考えている。

見方を変えると、医師の働き方改革の施行を通じて、厚生労働省は民間医療機関に対し、診療報酬と並ぶ強力な誘導手段を持ったとも考えられる。実際、厚生労働省幹部が医師の働き方改革について、「将来の医療需要を見据えた適切な医療提供体制とマンパワーの配置に向かって、体制を転換するための非常に強いドライビングフォースになる」と述べる一幕もあった<sup>39</sup>。

このため、今後は診療体制の見直しや医療機関の再編、医師不足の深刻化などの医師の働き方改革による「副反応」が大きくなるかどうか、地域の実情を細かく見ていく必要がある、特に、現場で制度運営に当たる都道府県としては、地域医療構想や医師偏在是正、外来機能分化など、他の提供体制改革との整合性を図りつつ、医師の働き方改革に伴う「副反応」のマイナス面を小さくする努力が求められる。

## 8—おわりに

より良い勤務環境を作らないと、医師に選ばれる病院になれず、それがひいては地域の医療提供体制にも大きく関わってくる——。医師の働き方改革を巡る専門誌の座談会で、厚生労働省の担当者はこのように述べている<sup>40</sup>。これには筆者も賛成であり、良質な勤務環境を持つ「ホワイト」な職場づくりが今後、患者や若手の医師、専門職に選ばれる条件になる可能性がある。

実際、本稿で何度か触れた通り、医師の働き方改革は単に残業時間の短縮にとどまらない広がりをもっており、職場の勤務環境整備まで意識する必要がある。例えば、曖昧さが残されている宿日直許可や自己研鑽に関しても、単に勤務時間の帳尻合わせに使うのではなく、現場の医療機関では法律の趣旨に沿った

<sup>38</sup> 例外的な存在として、病床過剰地域における病床数の上限規制が医療計画で導入されている。さらに、地域医療構想や新型コロナウイルス対策として、都道府県の権限が一部で強化された。しかし、いずれも制度化に際しての国会審議では、厚生労働省幹部から「実際に使うということを想定しているわけではない」「あくまでも協力を中心に」という方針が示されていた。詳細については、2022年7月22日拙稿「[医療提供体制に対する『国の関与』が困難な2つの要因を考える](#)」を参照。

<sup>39</sup> 2019年6月5日『m3.com』配信記事における迫井正深官房審議官のインタビューを参照。

<sup>40</sup> 2023年8月24日『m3.com』配信記事の座談会における細貝浩之・厚生労働省労働基準局労働条件政策課労働条件確保改善対策室長補佐の発言。

運用が求められる。実際、民間企業では近年、従業員の健康増進を図る「健康経営」と働き方改革のリンクが強まっており、こうした動きは医療界にとっても決して他人事とは言えないはずである<sup>41</sup>。

一方、実行に際しては、様々な利害も絡む分、こうした「教科書的な説明」を超えた難しさを有しているのも事実である。特に、地域医療の水准确保とのトレードオフは悩ましい問題であり、患者にとって急激なアクセス悪化に繋がらないようにするためのバランスも求められる。その際には制度設計に当たる国による支援策と、現場で制度の運用に当たる都道府県の主体性も求められる。

---

<sup>41</sup> 健康経営は2008年度からスタートした「特定健康診査・保健指導」（いわゆるメタボ健診）との関係が強く意識され、「健康づくり＝生活習慣病対策」と見なされていた。ただ、2019年度に働き方改革関連法が施行されたほか、企業の価値を評価する「非財務情報」の一つとして、人材を「資本」と見なして能力を最大限引き出す「人的資本形成」の側面が重視されるようになっている。詳細については、2022年11月14日拙稿「[社会保障から見たESGの論点と企業の役割（5）](#)」を参照。健康経営はNPO法人健康経営研究会の登録商標。

参考資料：勤務環境改善に向けた好事例集に列挙されている施策

大項目		中項目
1	労務管理の方法	(1) 客観的な労働時間管理システムの導入
		(2) 時間外の申請手続きの明確化
		(3) 自己研鑽の労働時間該当性の整理
		(4) 労働基準監督署の宿日直許可の取得（要件合致の場合）
		(5) 変形労働時間制（フレックスタイム制など）の導入
		(6) 特別休暇制度の導入
		(7) 夜勤専従職員の導入
		(8) 交替制勤務の導入
2	タスク・シフト/シェア	(1) 医師事務作業補助者の配置
		(2) 看護補助者の配置
		(3) 特定行為研修修了看護師の配置
		(4) 病棟・外来薬剤師の配置
		(5) その他、他職種へのタスク・シフト/シェア
3	医師間の業務整理及びタスク・シフト/シェア	(1) 宿日直体制の見直し
		(2) チーム制の導入/奨励
		(3) 周術期管理
4	地域連携・多職種連携	(1) 病病連携・病診連携
		(2) 多職種連携
5	病棟マネジメント・業務マネジメント	(1) カンファレンスの勤務時間内実施や所要時間の短縮
		(2) 当直帯の申し送り時間帯の設定
		(3) 病状説明の勤務時間内実施と患者・家族への周知徹底
		(4) クリニカルパスの作成などによる業務の標準化
		(5) 臨床研修医、専攻医の学習環境の向上（診療経験の見える化による効果的な業務配分など）
		(6) 病院総合医の配置
		(7) 組織体制の見直し
		(8) 業務体制・業務内容の見直し
6	意識醸成	(1) 有給休暇の取得の奨励
		(2) 定時退勤日・早期退勤日の設定
		(3) 完全休日の設定
		(4) 院長・改善チームなどによる定期的な情報発信
		(5) 管理職の働き方に関する意識、教育、能力向上
		(6) 職員への働き方に関する職員研修等の実施
7	子育て・家族介護などの環境の整備	(1) 院内保育・病児保育（24時間対応、送迎対応、当日予約など）
		(2) ベビーシッターの利用補助
		(3) 復職時研修の実施
		(4) 多様なキャリアパスの提示・学位取得支援
		(5) 業務分担の工夫（短時間勤務でも担当患者を持つなど）
		(6) 子育て・介護の相談窓口設置・情報提供
		(7) 短時間勤務正職員制度の導入
		(8) 育児休暇・介護休暇取得時の代替要員確保の体制整備
		(9) 男性医師の育児・介護の休業取得・時短勤務の促進
8	キャリア支援・スキルアップ支援	(1) 研修などに関する情報提供・費用補助など
		(2) キャリアラダーなどの導入
		(3) 特定行為研修修了看護師の育成
		(4) 近隣での開業支援
9	ICT活用	(1) 情報共有ツールの導入
		(2) AI問診、音声入力などの補助機器の導入
		(3) デジタル化やIoT・ロボットの活用による業務効率化
10	働き方改革の推進体制の整備	(1) 医療マネジメント職（事務職）の活用
		(2) 多職種を巻き込んだチーム形成
11	コンプライアンス体制の整備	(1) ハラスメントなどの対応体制の整備
		(2) ハラスメントなどの研修の実施
12	職員の健康維持、管理、増進体制の整備	(1) 職員の健康管理（メンタルヘルス関連）のための体制整備
		(2) 職員の健康管理（メンタルヘルス以外）のための体制整備
13	患者・患者家族対応に関する体制の整備	(1) 患者・患者家族への周知・理解促進
		(2) 患者相談窓口・医療メディエーターの配置
14	職員採用	(1) 新規職員の採用・シニア人材の活用
		(2) 採用のためのPR活動の実施

出典：厚生労働省「勤務環境改善に向けた好事例集」（2023年4月版）を基に作成