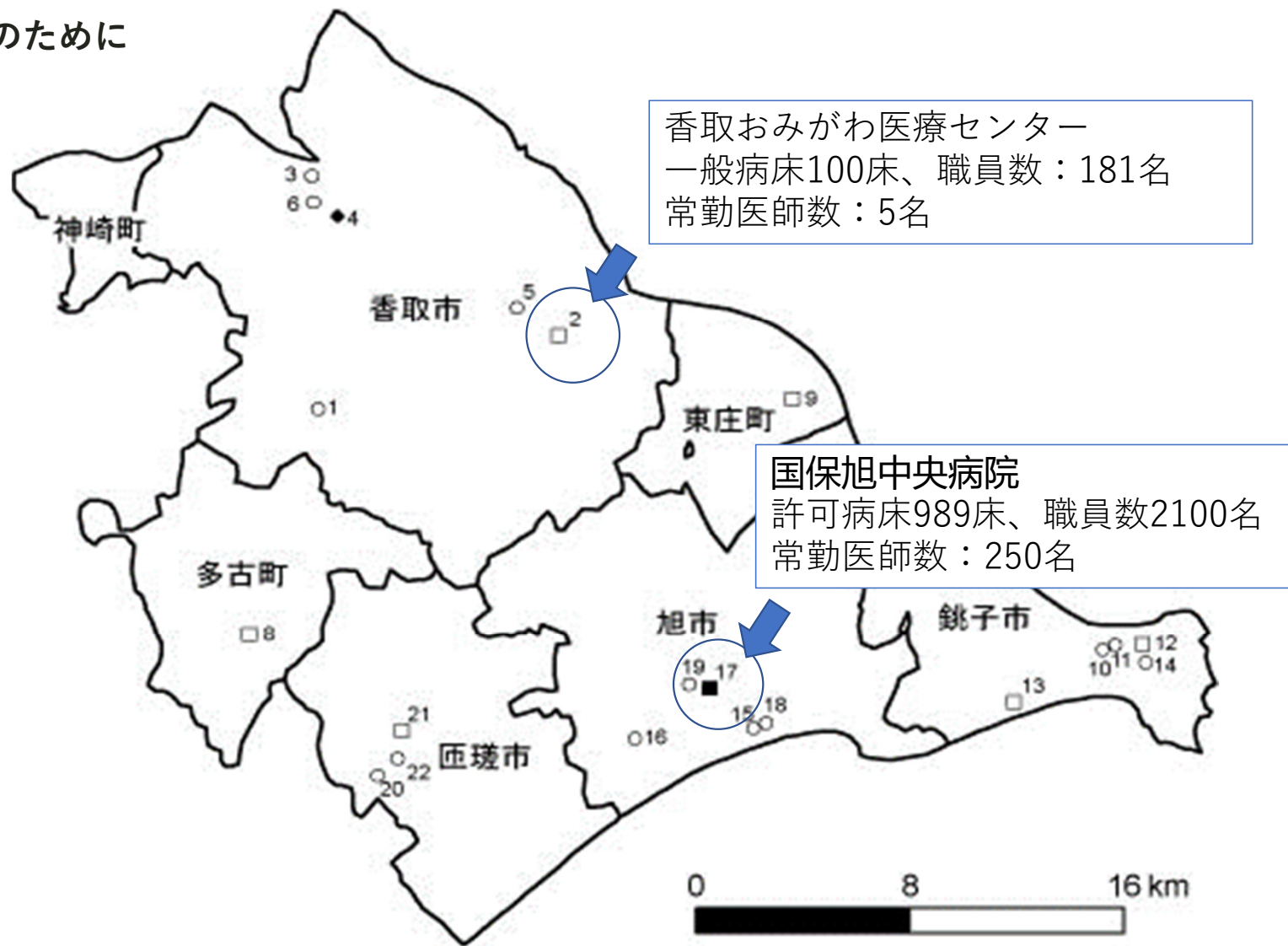


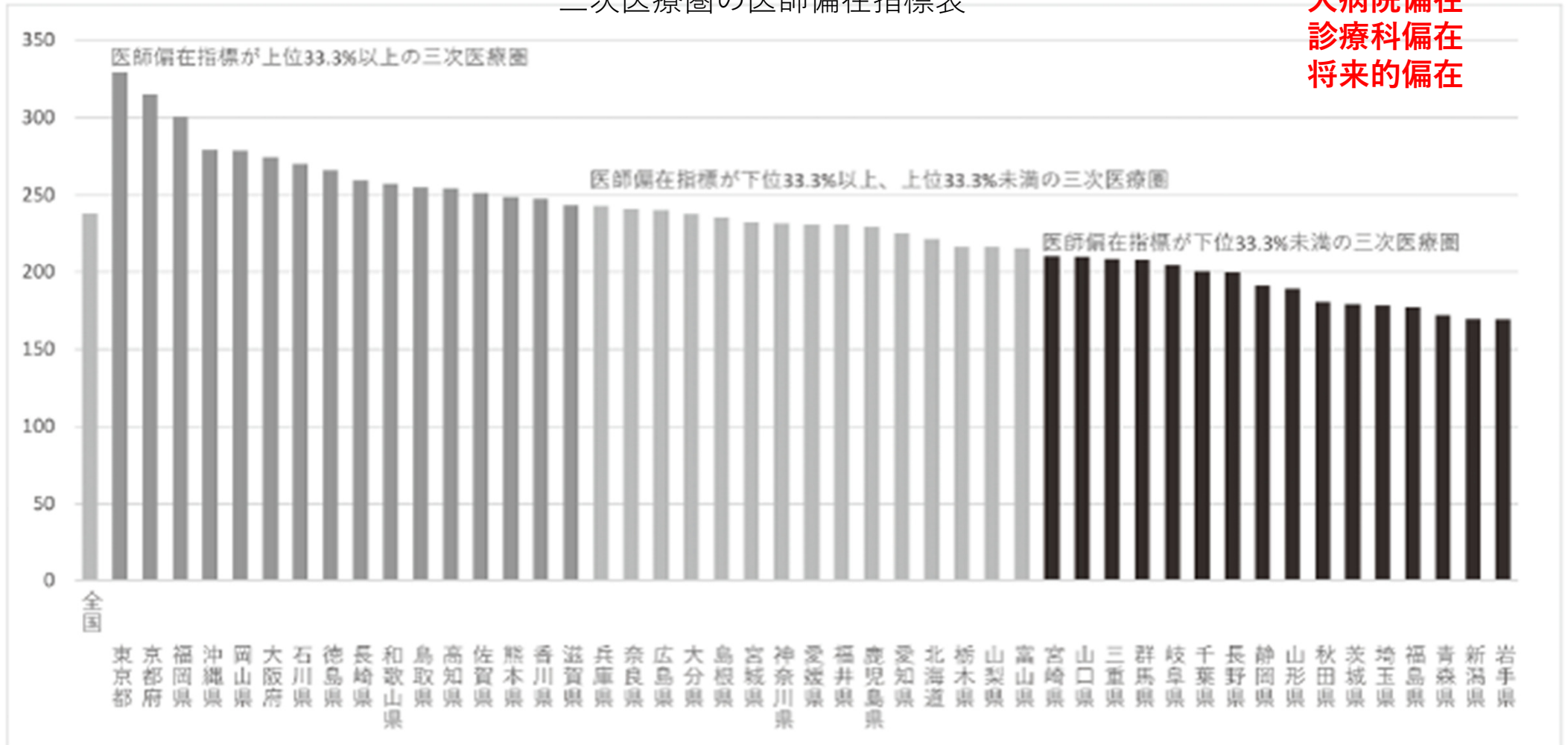
資料2) 「医師の定着と確保」のために



(参考) 医師の「不足」よりも「偏在」が問題

地域的偏在
都市部偏在
大病院偏在
診療科偏在
将来的偏在

三次医療圏の医師偏在指標表



<https://www.ajha.or.jp/news/pickup/20190401/news09.html>

図表3-3-1-2-1 県内二次保健医療圏における医師偏在指標と区分（医師全体）



二次保健医療圏	医師偏在指標	全国順位	区分
千葉	264.0	335医療圏中 第 52位	医師多数区域
東葛南部	186.4	第141位	
東葛北部	188.4	第137位	
印旛	178.8	第162位	
香取海匝	180.3	第158位	
山武長生夷隅	120.4	第324位	医師少数区域
安房	285.1	第 38位	医師多数区域
君津	162.3	第219位	
市原	197.9	第113位	

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/shingikai/iryuu/r1-kaisai/documents/1-3.pdf>

	2016年			2024年		2030年		2036年		必要費成数に係る推計			
	2016年医師数（仕事量）	必要医師数（勤務時間調整後）	2016年の必要医師数との差	必要医師数（勤務時間補正後）	2024年の必要医師数との差	必要医師数（勤務時間補正後）	2030年の必要医師数との差	必要医師数（勤務時間補正後）	2036年の必要医師数との差	維持するための年間の医師成数を	達成するための年間の必要医師成数を	達成するための年間の必要医師成数を	達成するための年間の必要医師成数を
内科	112,978	122,253	9,275	127,446	14,468	129,204	16,226	127,167	14,189	2,289	3,910	3,246	2,978
小児科	16,587	18,620	2,033	17,813	1,227	17,212	625	16,374	-213	394	538	480	457
皮膚科	8,685	8,376	-309	7,999	-686	7,695	-990	7,270	-1,414	193	115	147	159
精神科	15,691	15,437	-254	14,919	-772	14,598	-1,093	14,003	-1,688	293	208	243	257
外科	29,085	34,741	5,656	34,916	5,831	34,605	5,520	33,448	4,363	907	1,587	1,323	1,217
整形外科	22,029	23,182	1,153	24,374	2,345	24,680	2,650	24,022	1,993	499	764	656	613
産婦人科	12,632	14,811	2,179	13,624	992	12,938	305	12,165	-467	284	394	349	331
眼科	12,724	12,054	-670	12,336	-388	12,293	-432	11,830	-895	271	227	245	252
耳鼻咽喉科	9,175	8,967	-208	8,621	-554	8,345	-830	7,946	-1,229	219	156	181	191
泌尿器科	7,426	8,320	894	8,599	1,173	8,653	1,228	8,429	1,003	199	334	281	260
脳神経外科	7,713	9,021	1,309	9,789	2,077	10,170	2,457	10,235	2,523	189	423	330	292
放射線科	6,931	7,061	130	7,147	215	7,126	195	6,918	-13	154	177	168	164
麻酔科	9,496	10,076	579	10,126	630	10,036	540	9,701	204	232	305	276	265
病理診断科	1,887	2,178	291	2,189	302	2,170	283	2,097	210	48	81	68	63
臨床検査	567	632	65	639	72	638	70	619	52	21	30	27	25
救急科	3,656	4,250	594	4,302	645	4,289	633	4,164	508	93	172	141	129
形成外科	3,321	3,431	110	3,448	127	3,417	97	3,303	-18	95	109	104	102
リハビリテーション科	2,399	2,489	90	2,519	120	2,512	112	2,439	39	51	64	59	57

序論：そもそも医師を採用するということはどういうことか？

1. 病院の職員構成と医師の位置づけ：A病院

① 医師 (252) ② 看護 (905) ③ 技術 (353) ④事務他 (574) 計 (2084)

(技術職の内訳)

薬剤師	50
放射線技師	43
検査技師	67
理学療法士	56
作業療法士	24
言語聴覚士	9
視能訓練士	9
臨床心理士	8
臨床工学士	33
歯科衛生士	11
歯科技工士	3
社会福祉士	18
精神保健福祉士	9
栄養士	11
医学物理士	1
病理技術士	1

(事務他の内訳)

事務職員	261
看護補助員	149
介護福祉士	61
整備員	30
給食員	22

医
看
技
事

* 医師は病院の「医・看・技・事」という「職分制度」の最上位に位置します。また、事務以外は概ね国家資格の有資格者です。このことは病院の人事・組織の特徴のひとつです。

2. 病院事業経営と医師の位置づけ_A病院)

医業収入	319.7億円 (診療報酬)
医業外収入	36.5億円 (補助金等)
医業費用	313.6億円 (うち給与費 148.5億円 対医業収入給与費率46.5%)
医業外費用	35.7億円 (付属施設および付随事業運営費等)
許可病床数	989 床
稼動病床利用率	92.8 %
平均在院日数	13.2 日
入院患者数 年間のべ	276,117人 (1日平均 757人) 入院単価 (一般) 66,010円
外来患者数 年間のべ	647,468人 (1日平均2555人) 外来単価 (一般) 20,903円

- * 医師だけが医業収入の全てを稼ぎ出しているわけではありませんが、医師は病院の収入の原動力です。A病院の医業収入を常勤医師数で割れば…**医師一人当たりの医業収入 = $319.7 \div 252 \doteq 1.27$ 億円**となり、これは日本病院会の統計数値とほぼ一致します。

3. 医師1人1日当たり診療収入_日本病院会

https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20180301_01.pdf

表14 医師1人1日当たり診療収入

(金額単位：千円)

診療科	入 院									
	平25		26		27		28		29	
	平均診療額	DPCの傾向	平均診療額	DPCの傾向	平均診療額	DPCの傾向	平均診療額	DPCの傾向	平均診療額	DPCの傾向
(1) 総 数	255	228	281	228	288	233	280	229	278	228
(2) 内 科	285	247	281	238	292	266	298	252	293	260
(3) 呼吸器内科	232	280	250	288	294	285	203	291	238	282
(4) 循環器内科	310	361	292	366	294	372	284	390	309	402
(5) 消化器内科	212	247	188	247	228	255	190	255	211	242
(6) 神経内科	281	288	338	250	390	269	299	274	297	275
(7) 皮膚科	78	88	44	84	110	91	91	97	122	98
(8) 小児科	188	183	183	174	153	177	190	185	182	173
(9) 精神科	334	192	342	188	340	211	340	197	334	183
(10) 外科	258	281	284	282	287	288	248	237	257	278
(11) 呼吸器外科	225	294	283	307	323	300	-	303	-	321
(12) 心臓血管外科	285	448	371	485	254	488	420	507	199	500
(13) 消化器外科	252	300	370	260	385	288	271	301	259	273
(14) 泌尿器科	228	243	209	248	233	264	225	259	244	288
(15) 肛門外科	278	79	313	384	204	580	229	-	241	-
(16) 脳神経外科	382	411	337	400	388	414	355	413	374	422
(17) 整形外科	402	398	383	410	398	425	413	438	419	448
(18) 形成外科	180	185	155	154	137	154	88	157	82	153
(19) 眼科	228	216	229	232	258	254	235	229	204	224
(20) 耳鼻いんこう科	128	188	122	182	148	182	100	205	157	207
(21) 小児科	238	158	224	237	284	183	-	207	414	178
(22) 産婦人科	178	274	191	288	218	278	198	272	188	254
(23) 婦人科	208	323	238	282	310	300	282	319	374	345
(24) リハビリ科	571	588	834	418	588	378	572	479	818	487
(25) 放射線科	150	88	80	78	118	80	38	54	148	105
(26) 麻酔科	143	132	80	84	381	110	-	107	-	128
(27) 歯科	-	78	103	79	84	88	81	37	51	88

(金額単位：千円)

診療科	外 東									
	平25		26		27		28		29	
	診療件数	OPC診療院	診療件数	OPC診療院	診療件数	OPC診療院	診療件数	OPC診療院	診療件数	OPC診療院
(1) 総 数	127	88	130	102	122	101	129	107	122	108
(2) 内 科	155	148	148	155	154	188	151	189	130	175
(3) 呼吸器内科	138	127	108	134	122	140	131	172	127	178
(4) 循環器内科	115	80	112	88	120	88	109	87	102	88
(5) 消化器内科	131	118	117	128	120	138	151	158	123	143
(6) 神経内科	81	88	58	88	81	83	81	90	85	85
(7) 皮膚科	88	88	82	80	102	81	104	94	83	88
(8) 小児科	71	57	73	81	74	82	78	81	71	58
(9) 精神科	78	83	75	78	74	78	71	75	72	88
(10) 外科	85	101	84	105	81	118	84	118	77	118
(11) 呼吸器外科	58	88	88	77	171	71	53	88	33	88
(12) 心臓血管外科	41	35	44	34	38	38	50	38	41	37
(13) 消化器外科	115	83	210	78	188	84	111	98	112	83
(14) 泌尿器科	205	208	203	208	180	217	198	201	182	214
(15) 肛門外科	178	180	200	131	208	124	184	277	147	124
(16) 脳神経外科	84	73	78	73	82	71	82	88	71	88
(17) 整形外科	138	81	132	85	131	85	137	90	132	83
(18) 形成外科	38	50	48	48	58	47	50	48	54	43
(19) 眼 科	145	135	158	148	185	155	154	151	150	152
(20) 耳鼻いんこう科	104	88	107	82	104	82	111	91	113	81
(21) 小児外科	28	24	38	23	32	18	-	21	17	20
(22) 産婦人科	48	80	58	58	88	84	88	85	51	82
(23) 婦人科	88	85	85	88	78	101	93	123	58	122
(24) リハビリ科	44	58	42	55	50	63	49	58	38	58
(25) 放射線科	80	88	82	83	83	88	51	93	82	80
(26) 麻酔科	35	15	20	17	24	13	11	8	14	10
(27) 歯 科	88	80	81	82	78	87	88	71	84	71

4. 医師のキャリアパス：A病院

(大学卒業後…)

- ・ 初期臨床研修医（1年目、2年目）
- ・ 後期臨床研修医（3年目、4年目、5年目）
- ・ 認定医、専門医、指導医（6年目以降）

- * 1 医師は自治医大や防衛医大など、また一部の大学医局に属する医師を除いて初期臨床研修家庭から自由に勤務先を選択します。
- * 2 その後、2年間の初期臨床研修課程を経て、さらに後期研修課程での勤務先を選択し、その後さらに認定医、専門医、指導医となる勤務先を選択します。
- * 3 若い医師の社会性や協調性の欠如を嘆く病院経営者は少なくありませんが、大学教育にそれを求めるのは無理で、初期臨床研修課程の課題です。
- * 4 初期臨床研修医の採用選考過程において社会性や協調性の審査を行うことや初期臨床研修の過程で看護師によるアセスメントを行うことも有効です。

5. 医師の年次と職位：A病院

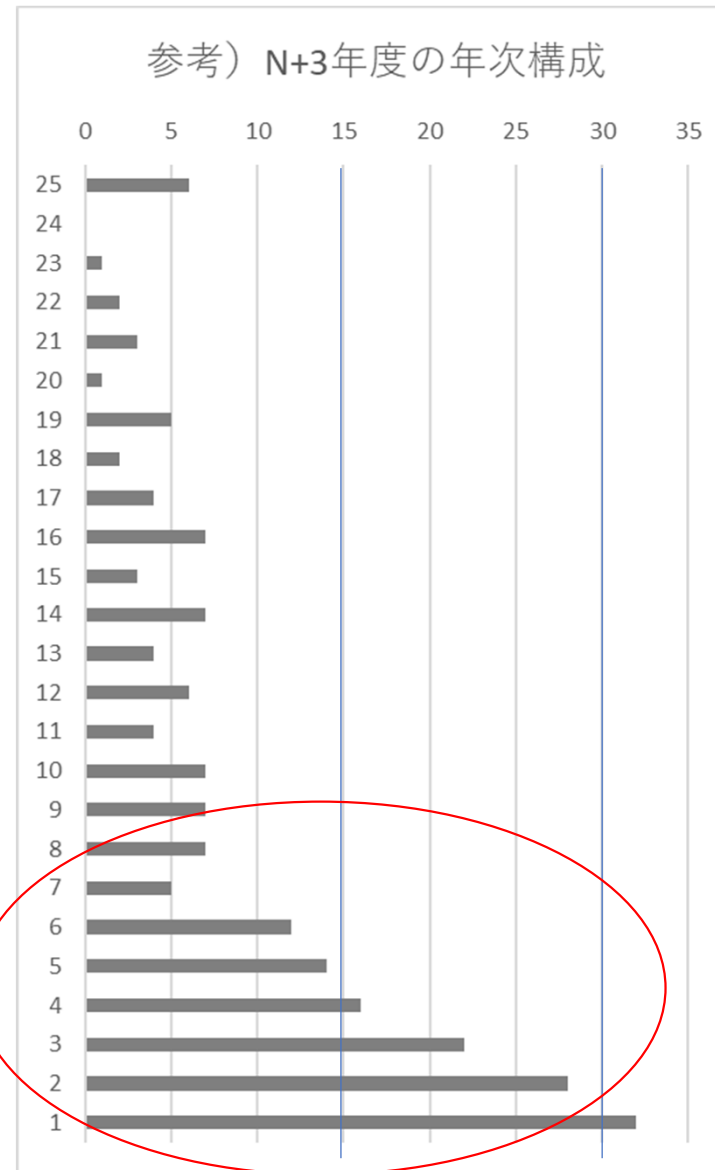
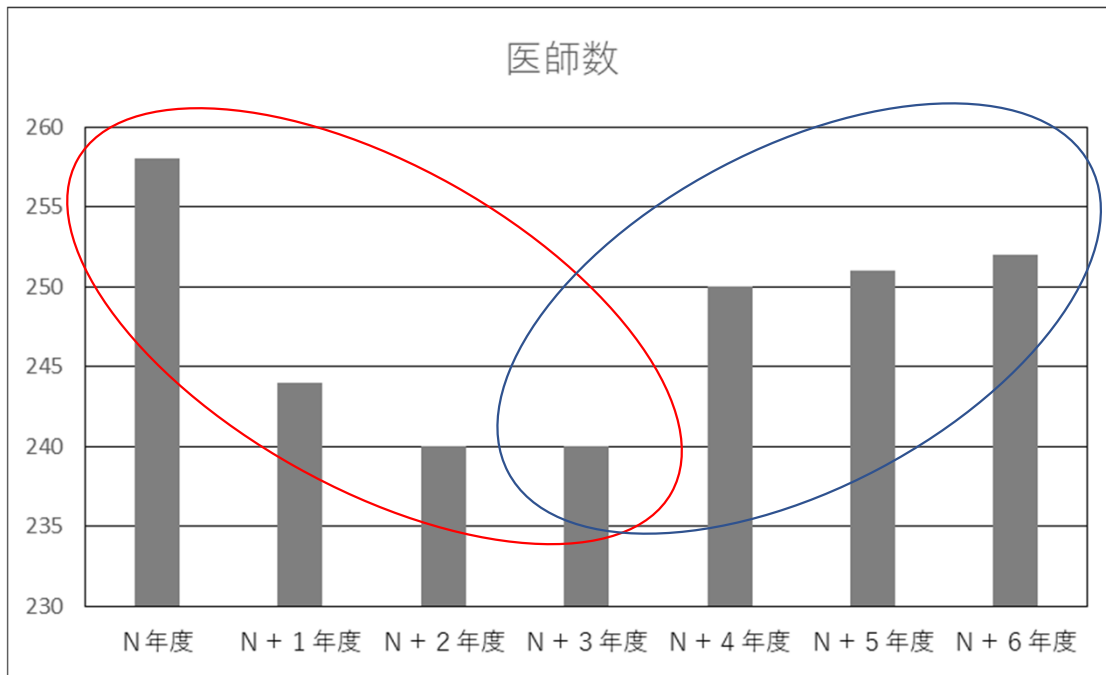
医師の職位と年次（A病院の例）

- ・ 医員 卒後6年目～
- ・ 主任医員 卒後8年目～
- ・ 医長 おおむね卒後10年目以降
- ・ 部長 おおむね卒後15年目以降
- ・ 院長補佐
- ・ 副院長
- ・ 病院長

- * 1 医師は専門的な国家資格の有資格者であり、少なくとも病院勤務医の場合は、卒業後（医師国家資格取得後）の経験年数が処遇のベースとなります。
- * 2 このため、A病院では医長への昇任までは卒業後（医師国家資格取得後）の経験年数に基づいてほぼ一律の処遇を行っています。
- * 3 ただし、部長以上については理事長ほかの推挙を受けて経営管理会議の議によって決定されます。
- * 4 ひとつの診療科に複数の部長がいる場合はいずれかを主任部長としてその診療科の統括を行います。
- * 5 とは言っても医師間には（研修医に対する指導以外には）指揮命令関係は成り立ちにくく、上意下達も困難です。

本論：A病院での医師定着・確保の取り組み

1. 常勤医師数の推移：A病院



2. 退職医師へのヒアリング：A病院

1) キャリアプランおよびライフプランの一環

例) もともと3年目で大学に戻る考えだった／家族のこともあり、もっといろいろな医療を見たいという自分の思いもあり／結婚を機に／3年目以降に何を専門的に追い求めていこうかと考えた結果／実家からの通勤が可能な地域に／5年目がそろそろ異動の時期だと自分で考えていた／もともと3年でやめるつもりであった／不満があって、ということではない／転科するため／2年間世話になって、待遇もよかった／行き先は地方の病院／／／

2) 病院での勤務や処遇

例) 当直の翌日に外来、その翌日は…ということが続けて行くのは辛い／3年目、4年目で面倒見してくれる（相談しやすい）人がいなくなった／いろいろな負荷が3年目～5年目に降りかかってくる／症例もあり、ハードも整っているが、それを活かさない忙しさがある／日常的に生じるちょっとした不安を相談できる相手が欲しい／何でもかんでも総合病院という位置づけに限界／コメディカルが優秀なのはこの病院の売りになる／人事交流のある科は活気が見える／外来患者が多いからしかたないにしても、昼休みも無く夕方まで予約が一杯／／／

3) 生活環境

例) 直接の原因は妻からの苦情／旭市という土地柄／宿舎の状態／直接の理由は「妻の実家に移動する」から／子供の教育のことも考えて／地元でもなく、ゆかりもない。都心からのアクセスも悪い。
／
以 上

3. 医師の採用ルート：A病院

- 1) 初期臨床研修医および後期臨床研修医の公募
- 2) 後期臨床研修修了者の勤務継続
- 3) OBの再入職
- 4) 自治医科大卒業者の配属
- 5) 大学医局経由の転入
- 6) 医師個人人脈
- 7) HP経由の直接応募
- 8) 登録型紹介業者経由の応募
- 9) スカウト型紹介業者の応募

診療科別の状況（A病院）

消化器内科
循環器内科
血液内科
腎臓内科
呼吸器内科
糖尿病代謝内科
神経内科
総合診療内科
アレルギー・膠原病内科
化学療法科
感染症科
小児科
外科
呼吸器外科
乳腺センター
心臓外科
脳神経外科

整形外科
リハビリテーション科
婦人科
産科
新生児科
泌尿器科
皮膚科
耳鼻咽喉科
眼科
形成外科
麻酔科ペインクリニック
神経精神科
放射線科
歯科・歯科口腔外科
緩和ケア科
救急救命科
中央検査科
臨床病理科

4. 医師採用業務を通じて感じたこと：A病院

- 1) 一般には医師の「不足」が言われますが、全国的かつ将来的に見れば、医師は必ずしも「不足」しているわけではなく、都市部や診療科に「偏在」している。
- 2) また、医師はおおむね「総合医志向」より「専門医志向」が強く、基本的には臓器別に専門分野がこまかく分岐しており、このことも医師の「偏在」の一因です。
- 3) 医師は自治医大や防衛医大など、また一部の大学医局に属する医師を除いて自由に勤務先を選べます。もちろんこのことも医師の「偏在」の根本原因です。
- 4) 病院には地域的な「診療圏（患者の通院範囲）」があります。その範囲で連携・競合する他の病院との関係で医療事業の領域や性向が決まり、必要な医師が決まります。
- 5) 医師にとって「働きたい病院」の主な要素は、①自分の専門性が高められる、②自分のワークと家族のライフのバランス、③働きがいと働きやすさです。
- 6) 医師の採用だけでなく、医師の「定着と確保」が大事です。医師にとって「働きがいのある、働きやすい」病院作りが基本です。
- 7) 医師の採用力を強化するためには、①病院トップ自らリクルーターとなる、②病院の強みを訴求する、③採用への思い切った投資が必要です。

5. 医師採用業務を通じて感じたこと（続き）：A病院

<< 経験的「医師採用八則」 >>

- 1) クイックレスポンス
- 2) トップに「自分で、本気で、採りに行く」覚悟をもってアクションしてもらう
- 3) 採用側の都合や視点より相手（候補者）の都合や視点を優先
- 4) 病院トップ、診療科トップと医師採用担当者は常時直結
- 5) 医師採用のそろばん勘定
- 6) 狭義の「採用」業務だけで人は採れない
- 7) 候補者にも紹介会社さんにも「選ばれる（優先順位の高い）」病院に
- 8) その一方で「選別の眼」を持つ



総合病院国保旭中央病院医師宿舎

<http://www.mikito.biz/archives/47267721.html>

9) 特に住環境の整備は必須要件…



総合病院国保旭中央病院看護師宿舎

http://www.abeken.co.jp/?page_id=36

ある病院の理事長・別の病院の病院長との会話を通じて感じたこと…

- 1) 大学医局頼みはもう（とっくに）だめ。
 - 2) 登録型より個別人脈を通じたスカウト型がおすすめ。（組織より個人で動いてくれる紹介会社）
 - 3) その病院や診療科の現状と課題と展望、医師への期待をリアルに語れないとダメ。
 - 4) 働く環境・住む環境をリアルに開示すべき。
 - 5) タスクシフト（タスクシェア）はシフトされる側（シェアする側）のモチベーションが重要。
 - 6) 取れる宿日直許可は必ず取りに行くこと。
 - 7) 病院トップや診療科トップが全国どこでも自分で採りにいかないとダメ。
 - 8) 人がいれば人が来るし、人がいなければ人がこない。マイナススパイラルの前に対策を。
 - 9) 医師採用のPDCAは最低1日1回廻す。（1日1回マネジメントレビュー）
- A) 医師の勤務制度をもっと柔軟にしないとダメ。

6. 医師の「給与」について：A病院

< A病院の公表値 >

基準年収_A病院公表値

5年次 年収883万円

10年次 年収1,308万円

15年次 年収1,482万円

20年次 年収1,579万円

* 上記の基準年収には超過勤務による手当は含みません。また、指導的な立場の医師を採用する場合は「現年収をベースに応相談」となります。

	1年次	2年次	3年次	4年次	5年次	6年次	7年次	8年次	9年次	10年次
役職	研修医	研修医	専修医	専修医	専修医	医員	主任医員	主任医員	主任医員	医長
本給	358,334	416,667	283,200	299,000	313,000	327,200	338,900	351,400	363,400	401,300
管理職	0	0	0	0	0	0	47,700	47,700	47,700	77,100
地域	0	0	28,320	29,900	31,300	32,720	38,660	39,910	41,110	47,840
診療	0	0	10,000	10,000	10,000	20,000	25,000	30,000	35,000	40,000
救急	0	0	10,000	10,000	10,000	20,000	25,000	30,000	35,000	40,000
辺地	0	0	160,000	185,000	213,000	216,000	216,000	216,000	216,000	216,000
月例	358,334	416,667	491,520	533,900	577,300	615,920	691,260	715,010	738,210	822,240
月例(年)	4,300,008	5,000,004	5,898,240	6,406,800	6,927,600	7,391,040	8,295,120	8,580,120	8,858,520	9,866,880
賞与	0	0	1,277,232	1,348,490	1,411,630	1,549,455	1,898,365	1,960,375	2,019,907	2,433,804
業務	0	0	373,824	394,680	413,160	431,904	510,312	526,812	542,652	631,488
年収	4,300,008	5,000,004	7,549,296	8,149,970	8,752,390	9,372,399	10,703,797	11,067,307	11,421,079	12,932,172

7. 医師の「年俸制」について：A病院

(1) 年俸制とは？

- ① 俸給額を個人ごとに年額で約定する
- ② 高度専門プロフェッショナル職種に適用されるのが一般的
- ③ 組織での役割や責任の大きさに応じて年俸額を設定する
- ④ 当期の業績や貢献の大きさに応じて年俸額を改定する
- ⑤ 通常、時間外手当や欠勤減額を行わない

参考) 医師給与体系は「年俸制」が328施設(61.0%)で最も高く、その他の給与体系はいずれも10%前後。将来的にどのような医師の給与体系をどのようにしたいかをみると、「年俸制」の割合が66.0%と圧倒的に高い(平成16年9月全日本病院協会)

(2) なぜ年俸制か？

- ① 高度専門プロフェッショナル職種に相応しい処遇をする。
- ② 役割や責任、業績や貢献の大きさに応じた処遇をする。
- ③ 経営への参画意識を高める

(3) 年俸制の対象者

下記のいずれかに該当する者

- ・ 理事長、副理事長、常勤の理事
- ・ 院長補佐以上の医師
- ・ 診療各科の長たる部長以上の医師
- ・ その他部長以上の希望者で個別に年俸契約の合意をした医師

(4) 移行措置

前年度の給料月額・固定手当・変動手当の推定実績に基づいて当年度の約定基本年俸を定め、
前年度の期末手当・勤勉手当・業務手当の推定実績に基づいて当年度の約定業績年俸を定める。

(5) 年俸改定について

現行の「病院長ヒアリング」の際に、年俸制の対象者が、当年度の各科・各人の自己評価と来年度の目標（収益目標・数値目標だけでなく、各科・各人が選定する質目標も）を文書で説明する。

当年度は実績評価のみ。病院長ヒアリングは当年度末に実施予定。

上記の内容をふまえ、理事長が、新法人の業績や、各科・各人の総合的な貢献度に応じて基本年俸および業績年俸を決定する。

基本年俸 . . . 比較的長期的な業績や貢献度を反映。

業績年俸 . . . 比較的短期的な業績や貢献度を反映。

8. 医師の「評価」について：A病院_研修医～主任医員レベル

医師	行動	①患者・利用者を全人的に理解し良好な人間関係を構築している。	遂行レベル(具体的な指示に基づいて業務遂行している。)	判断レベル(自ら判断力を発揮しながら業務遂行している。)	指導レベル(指導力を発揮しながら業務遂行している。)	上司							
		②医療チームの一員として他職種の構成員と協力している。				本人							
		③患者・利用者が抱える問題を的確に把握して対応している。				上司							
		④常に医療事故の防止や院内感染の防止のために行動している。				本人							
		⑤症例提示と討論、カンファレンスや学術集会に積極的に参加している。				上司							
		⑥保健・医療・福祉の各分野に配慮した診療計画を行っている。				本人							
		⑦医療倫理や関連法令をふまえた最適な医療を提供している。				上司							
	成果	①病院業績への貢献度 ②医療の質への貢献度 ③組織運営への貢献度	遂行レベル	判断レベル	指導レベル	本人							
						上司							
						本人							
						上司							
						本人							
						上司							
						本人							

8. 医師の「評価」について：A病院_医長レベル以上

医師	①患者・利用者との信頼関係を構築している。	診療科を指導監督している。	診療部を管理統括している。	上司					
				本人					
	②チーム医療を推進している。			上司					
				本人					
	③患者・利用者が抱える問題を総合的に解決している。			上司					
				本人					
	④医療事故・院内感染の防止に貢献している。			上司					
	本人								
	⑤スキルの向上と共有化に努めている。			上司					
				本人					
	⑥最適な診療計画を立案・実行している。			上司					
				本人					
	⑦社会的にも経済的にも最適な医療を提供している。			上司					
				本人					
	①病院業績への貢献度	科レベルの成果	部レベルの成果	上司					
				本人					
②医療の質への貢献度	上司								
				本人					
	③組織運営への貢献度			上司					
				本人					

9. 医師の「勤務」について：A病院 平成**年当時

- (1) 医師についてはICカードによる出退勤管理とは別に、宿日直勤務については1回あたり7.75時間、待機・呼出し勤務については呼出し後の診療に応じて2時間から5時間の時間外勤務が行われたものと見なして時間外勤務を計上しています。
- (2) 約250名の常勤医師のうち、月100時間以上の時間外勤務を行う者が最近10か月間の平均で約23名(9.2%)おり、医師以外の職員に比して格段に負荷の大きい状況になっています。
- (3) 時間外勤務に対する手当については、当院では、宿日直手当、待機・呼出し手当のほかに、診療各科の繁忙に応じて支給する診療業務手当を支給しており、これらの合計額は、いずれの医師についても、法定の時間外勤務手当の額を上回っています。
- (4) 労働基準監督署からは、医師の時間外勤務については、平成**年11月に初めて、「労使協定で定められた上限時間を超えて時間外勤務を行わせていること」について是正勧告を受けました。
- (5) 現在は、この勧告に基づいて、労使協定上の医師の時間外勤務時間の上限を120時間に改定し、これを超えないように院内の管理を行っています。

参考) 「研修医の働き方」：A病院 ヒアリング事例

- ① 救急当直には手当が付くし、翌日は休めるから不満は無い。
- ② 救急当直は1年生は月3回、2年生は月4-5回。
- ③ 都内大学病院などは手当の原資がないから研修医に「帰宅せよ」と言っている。
- ④ タイムカードは殆ど打刻していない。
- ⑤ 朝は通常7:30からカンファ。夜は待機が無ければ18:00~19:00に退可。
- ⑥ ただし、ふつうは9-10時ごろまで調べ物などしている。
- ⑦ 各科待機は翌始業時まで。宿舎にはあまり帰らない。
- ⑧ マイナー科は「寝待ち」できるが内科や外科は「寝待ち」ができない。
- ⑨ 各科待機の翌日が休みでないのがつらい。
- ⑩ 手当や収入への不満はあまりなく「悪くない」、1~2年は「研修だから」と理解。
- ⑪ 後期研修に進めば「手当も出る」と理解。

参考) 医師の「勤務時間」の記録：A病院

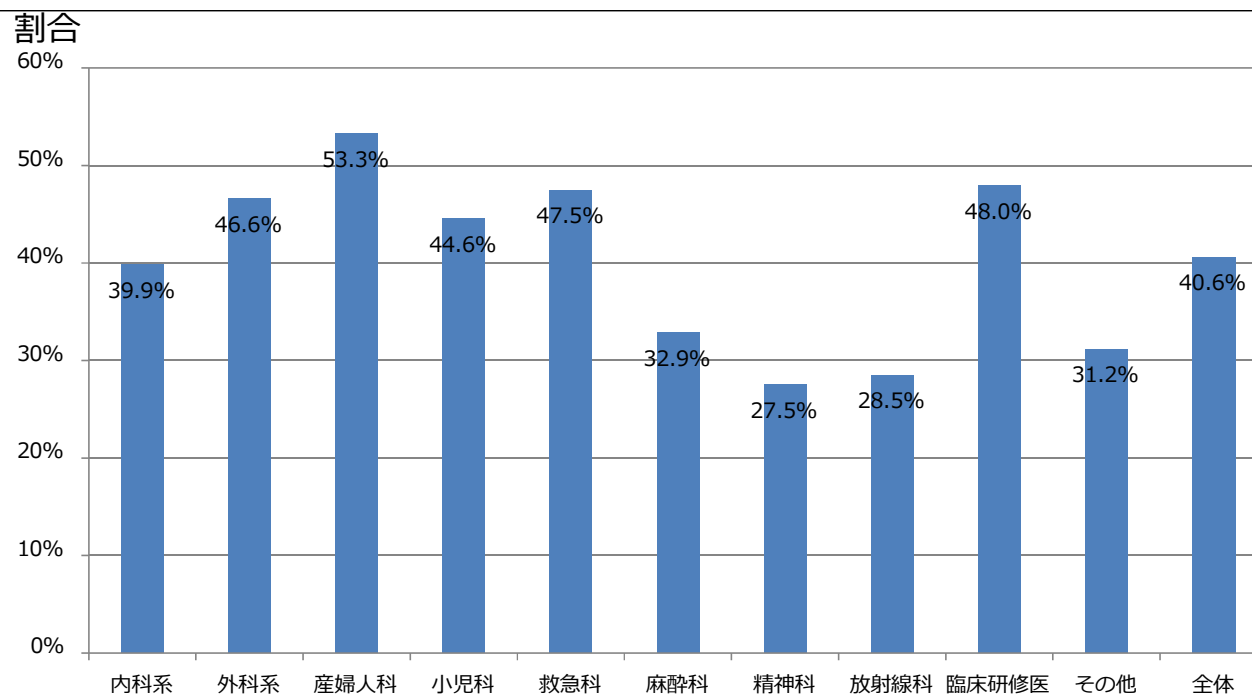
	超過時間	所属
後期研修医(5年次)	242	外科
医長	238	内科
初期研修医(2年次)	214	臨床研修
部長	212	小児総合診療科
院長補佐	204	血管外科
医長	201	小児科
後期研修医(4年次)	195	内科
医長	194	外科
部長	188	人工透析科
医長	185	小児科
主任医員	181	内科
部長	180	腎臓内科
医長	178	眼科
副院長	174	腎臓内科
初期研修医(1年次)	173	臨床研修
部長	167	化学療法科
部長	154	内科
主任医員	153	眼科
後期研修医(3年次)	151	小児科
主任医員	147	脳神経外科
部長	146	消化器画像診断科
後期研修医(3年次)	140	外科
主任医員	139	外科

副院長	138	呼吸器内科
医長	128	内科
後期研修医(5年次)	127	内科
部長	127	脳神経外科
医員	119	内科
医員	119	臨床病理科
部長	119	脳神経外科
部長	113	消化器内科
医長	106	形成外科
後期研修医(4年次)	100	麻酔科
部長	100	泌尿器科

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。

医師の負荷
にも偏りがある...



※ 病院勤務の常勤医師のみ

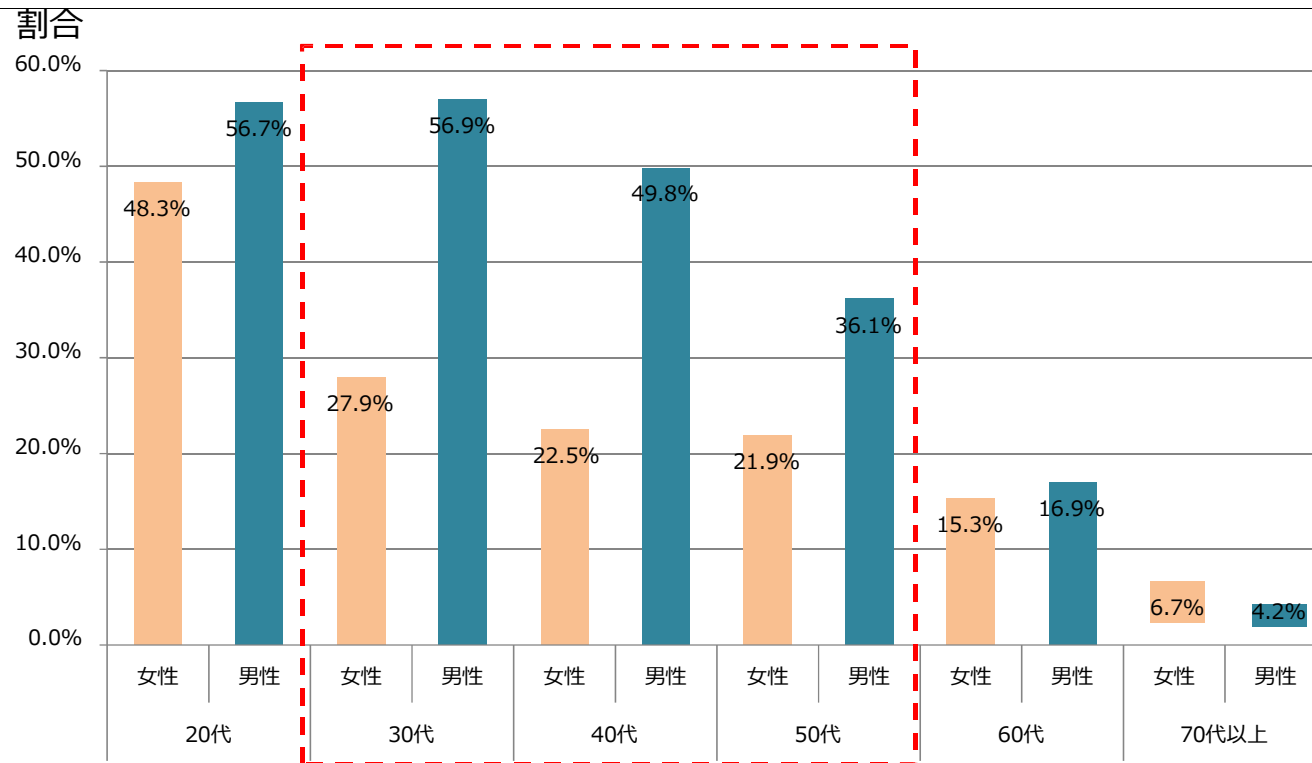
※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

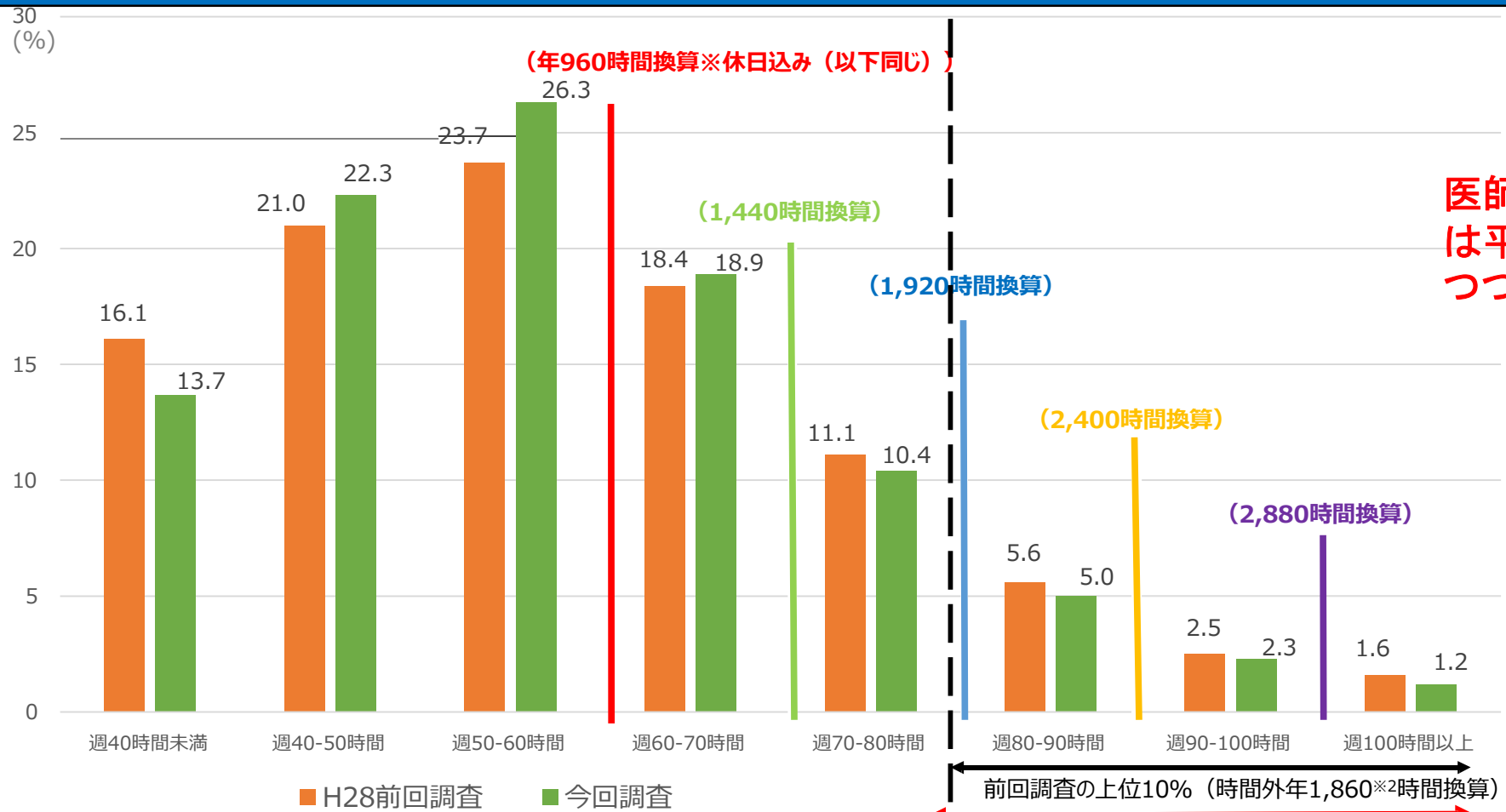
年代別、男女別の週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の割合

- いずれの年代においても男性の割合が女性よりも多い。
- 20代では、週当たり勤務時間60時間以上の割合は、男女で大きな差は見られないが、30代～50代の男女では差が大きく、60代以降では差が小さくなる。

医師の負担
にも偏りがある...



病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合（令和元年 医師の勤務実態調査）



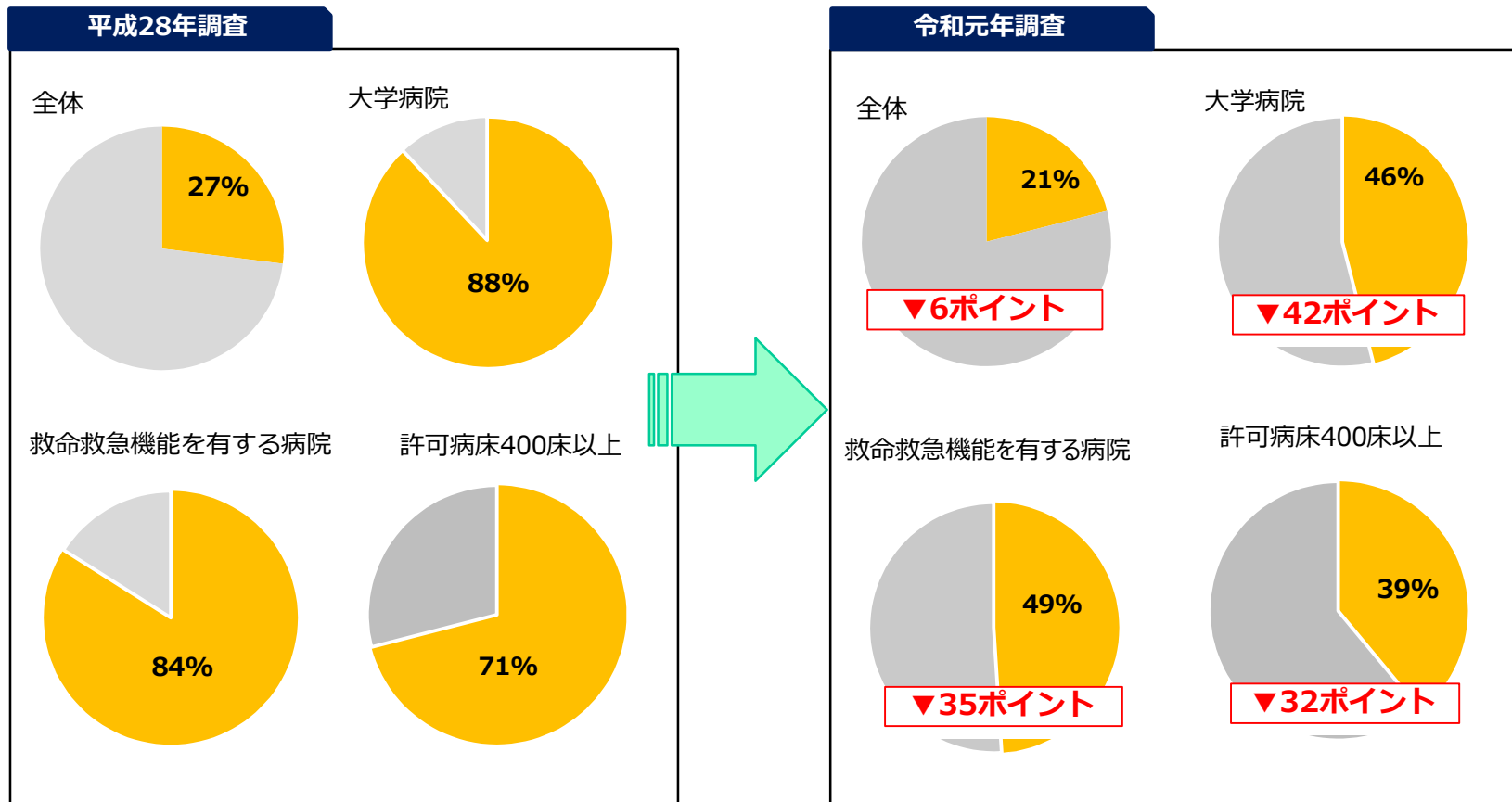
医師の負荷は平準化されつつある？

※1 H28前回調査、今回調査ともに、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

○平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。○大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



医師の負荷は平準化されつつある？

※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

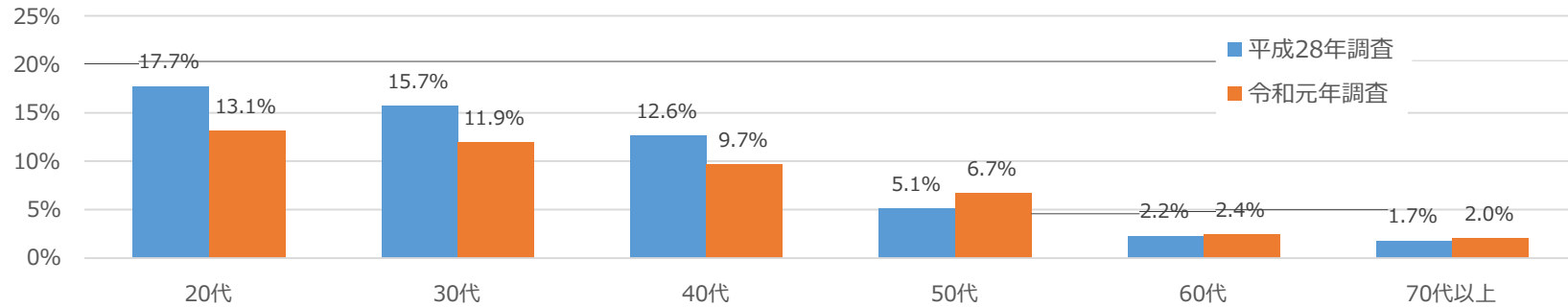
※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。38

※ ※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

週労働時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

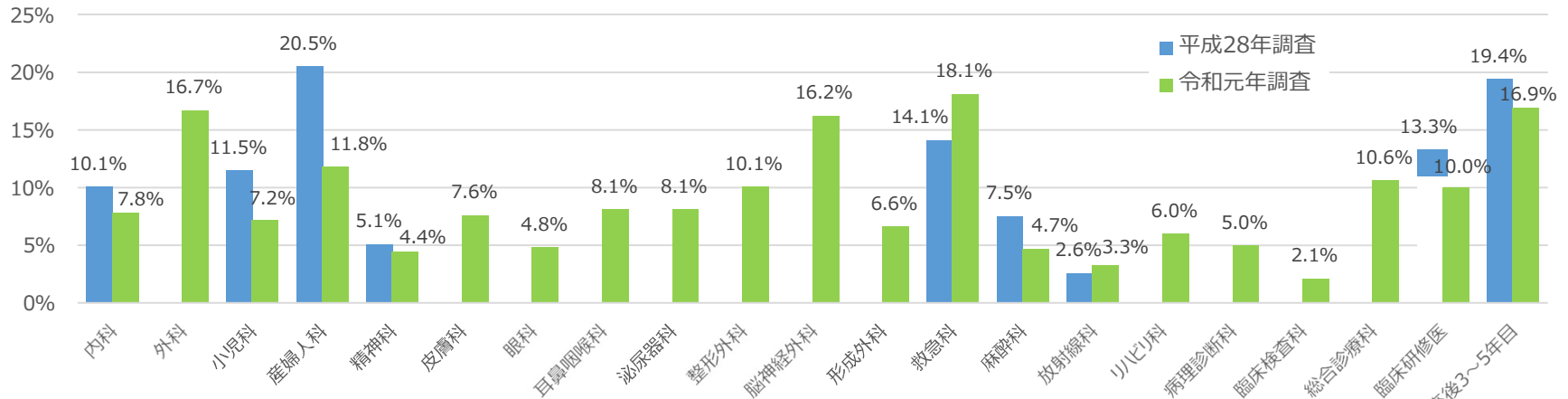
- 平成28年調査と比較し、年代別では20代～40代について、時間外労働が年1860時間換算以上の医師の割合が減少している。
- 診療科別でも、比較可能な診療科において、救急科・放射線科を除き時間外労働が年1860時間換算以上の医師の割合が減少し、産婦人科においては8.7ポイント減と、最も長時間労働医師の割合が減少している。

1. 年代別



医師の負荷
は平準化され
つつある？

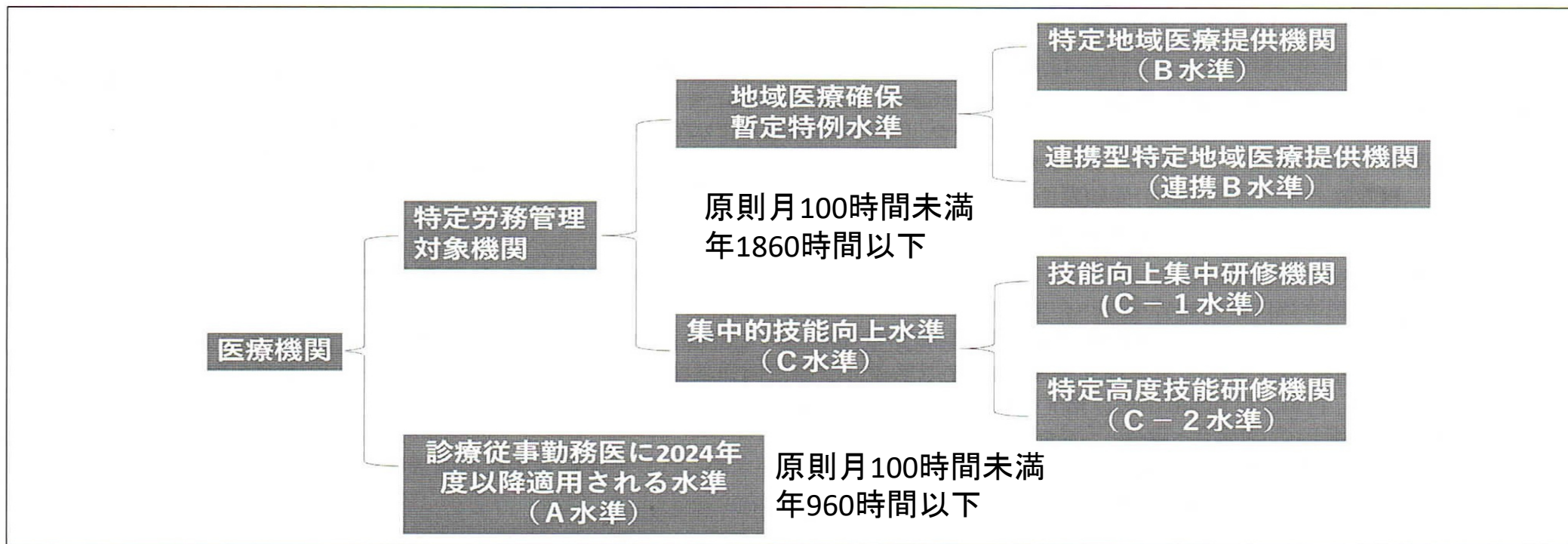
2. 診療科別



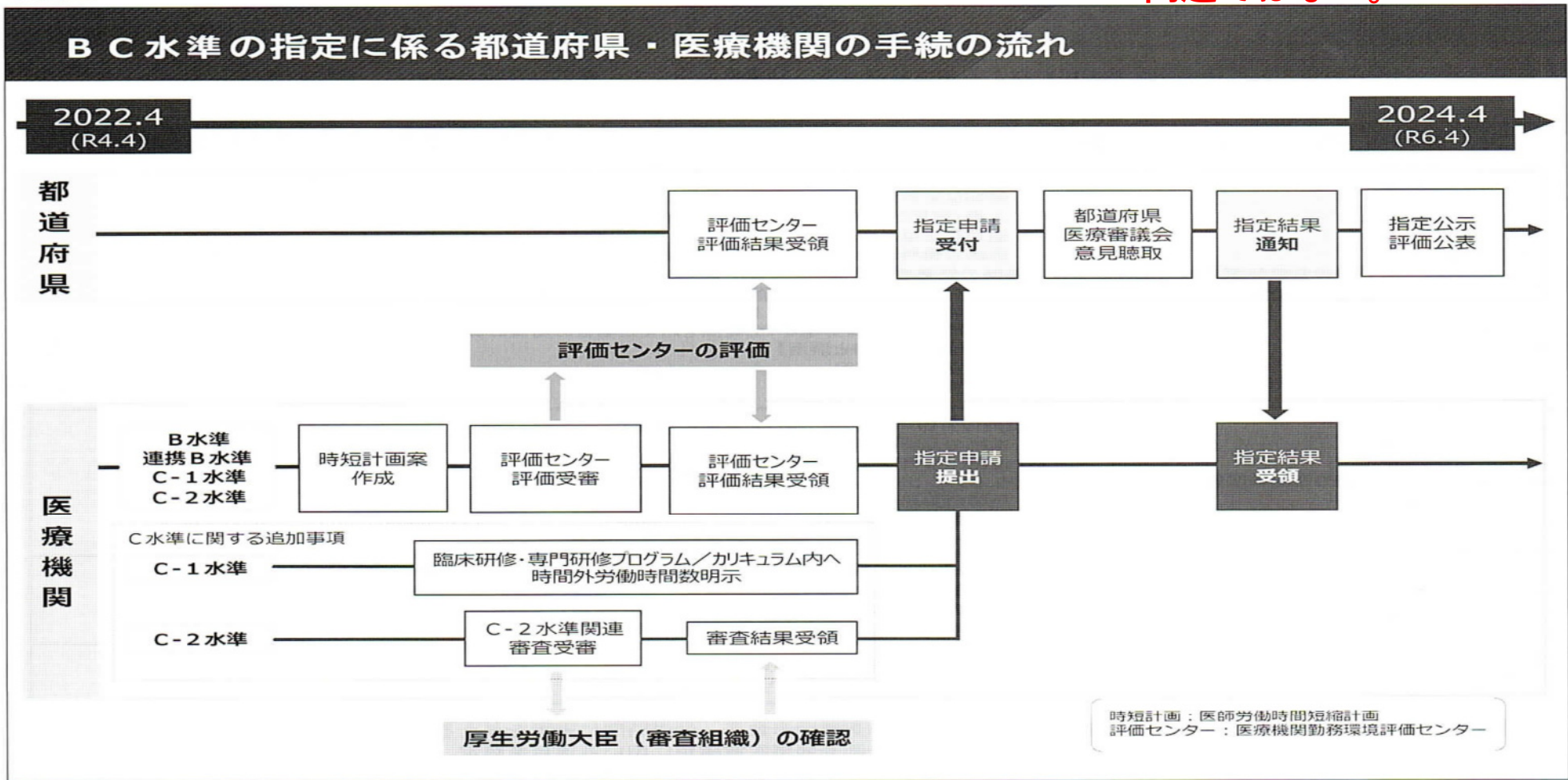
※ 診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
 ※※ 年上限ラインは時間外・休日労働年1,860時間換算である週78時間45分勤務とした。
 ※※※ 「卒後3～5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。
 ※※※※ 平成28年調査、令和元年調査とは診療科調査区分が異なっているため、一致する診療科について表記している。

医師の働き方改革は大病院だけの問題ではない。

● 図表 医療機関の分類



医師の働き方改革は大病院だけの問題ではない。



医師の働き方改革は大病院だけの問題ではない。

労働時間の状況の把握

ガイドライン（労働時間の適正把握のために使用者が講ずべき措置）から法律に
～割増賃金支払い対象者から健康管理の観点から全ての労働者に～

労働時間の状況の把握（新安衛法第66条の8の3 新安衛則第52条の7の3） **（罰則なし）**

客観的な方法により労働者の労働時間の状況を把握しなければなりません。

- タイムカードによる記録
- パソコンのログインからログアウトまでの時間の記録等
- 労働時間の状況の記録は3年間保存

※客観的な方法その他の適切な方法の具体的な内容については、「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」を参考に追って通知する予定

医師の働き方改革は大病院だけの問題ではない。

長時間労働やメンタルヘルス不調などにより、健康リスクの高い労働者を見逃さないため

長時間労働者に対する面接指導の流れ（研究開発業務、高プロ除く）



10. 医師の時間外勤務に対する基本的スタンス：A病院

- ① 法定時間外給の「不払い」は最大の労務リスクであり、絶対に回避すべき。（医師への不払いで破綻する病院はあっても過払いで破綻する病院はない。）
- ② どんなに「患者のため」とは言っても「月間100時間以上の時間外勤務」は正常でなく、政府のすすめる上限規制は合理的であるとの共通認識が必要。
- ③ 医師自身には「理不尽な時間外勤務を強いられている」という意識があまりない場合が多いが、時間外勤務の上限規制は社会的ルールとしての認識共有化が必要。
- ④ 病院経営者の発言（「時間外勤務の上限規制は医師の文化を崩壊させる」等）には要注意。特に足元で「不払い」を起こしているような病院は必ず摘発を受ける。
- ⑤ 法定の許可要件を満たさない宿日直が時間外勤務時間に算入されるという当たり前のことについても改めて認識共有化が必要。
- ⑥ 医師の時間外勤務の抑制策（A病院での取り組み事例）
 - 1) 時間外勤務の上限規制への理解と協力（トップ・医師本人・患者にも）が前提
 - 2) 医師の増員は当然だが時間がかかる（場合によっては診療制限も必要）
 - 3) 熟練度の低い医師に当直や長時間勤務が偏る傾向があり負荷の公平分散の余地はある
 - 4) 看護職や技術職や事務職による診療周辺業務へのオーバーリーチは効果的
 - 5) 救急科や麻酔科など一般診療科と関連の深い科の増員は間接的だが効果的

(参考) 病院に対する労基署による指導等の事例

- ① 宿日直許可申請（医師、看護師、薬剤師、技師）無許可
- ② 長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策について衛生委員会等において速やかに調査審議を行い、関係労働者の意見を聴取し、必要な措置を講ずるよう努めること。
- ③ 始業・終業時刻の確認及び記録について、自己申告による方法は曖昧になりがちであるから、自己申告制を採用せざるを得ない特段の事情が無い限り、原則としてタイムカード、ICカード等の客観的記録により把握されたい。やむを得ず自己申告制を採る場合は、労働時間を実態通り正しく申告することについて改めて十分な説明・指示を行うこと。また、把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか必要に応じて実態調査を行うこと。
- ④ 労使協議組織を活用し、労働時間管理上の問題点及びその改善策を検討すること。
- ⑤ 宿日直勤務については、頻繁に通常の労働が行われており、労働基準法第41条の宿日直勤務に係る許可に基づく断続的労働である宿日直勤務として取り扱うことは適切でないことから、交替制の導入等見直しを行うこと。"
- ⑥ 一部の職種について36協定の上限を上回る時間外労働を行わせていること。
- ⑦ 出勤時刻などが出勤簿に手書きされていて労働時間が適正に管理されていない。
- ⑧ 宿日直勤務について実態が許可基準（回数）に不適合。
- ⑨ 短時間労働者の労働条件通知書への記載事項（昇給の有無、退職手当の有無、賞与の有無、相談窓口）について必ず記載すること。
- ⑩ 正職員を募集する際は、その募集内容を在籍のパートタイム職員全員に周知すること。
- ⑪ ハラスメント対策についてポスターで周知すること。
- ⑫ 医師の管理監督者の範囲について検討すること。
- ⑬ タイムカードの打刻と申請書との間に乖離がある者への実態調査を行うこと。

- ⑭ 1 か月単位の変形労働時間制に関する協定届を毎年届け出ること。
- ⑮ 休日・時間外労働および変形労働制に関する協定届を事業所内の見やすいところに掲示して職員に周知すること。
- ⑯ 衛生委員会を毎月 1 回開催すること。
- ⑰ 医師について 36 協定の限度を超えて労働させている。発生原因を分析し、適切な運用を図るための具体的な対策を検討すること。
- ⑱ 手当の一部を割増賃金の算定基礎に算入していない。遡及して支払うこと。
- ⑲ 特別条項を適用する際の手続きについて文書で記録しておくこと。
- ⑳ 法定の割増率で割増賃金を支払っていない。
- ㉑ 衛生管理者および産業医の届け出をしていない。
- ㉒ 定期健康診断結果報告書を届け出していない。
- ㉓ 電離放射線健康診断結果布告所を届け出していない。"
- ㉔ 宿日直勤務について通常業務と同様に勤務することが稀でなく、回数も許可基準を上回っている。
- ㉕ 割増賃金の算定基礎に手当の一部が算入されていない。"
- ㉖ 衛生委員会について、法定の付議事項を調査・審議すること、統括管理者を選任すること、委員の半数を労働者の過半数代表者の推薦に基づいて指名すること、議事概要を職員に周知すること。
- ㉗ 雇入れ時の健康診断を法定通り行うこと。
- ㉘ 衛生管理者は週一回、産業医は月一回の職場巡視を行うこと。
- ㉙ 特殊健康診断の結果に基づき、異常の所見があると診断された労働者について、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について、医師の意見を記載すること。
- ㉚ 労働者の過半数代表者の選出方法が不適正、したがって 36 協定等は無効。
- ㉛ 研究・教授業務に携わる医師への裁量制の適用について。
- ㉜ 研修を受ける医師への割増賃金について。

1 1. いわゆる「タスクシフト（タスクシェア又はオーバーリーチ）について：A病院

- ① 看護
認定看護師、専門看護師をはじめとする認定資格や専門研修。コーディネート、患者教育、診察前のアセスメントを担うスペシャリストの育成と活用。特定行為（より高度な診療補助行為（たとえば皮膚の縫合や点滴投与）について研修を修了した看護師が手順書に沿って行う 38 の行為）
- ② 薬剤
専門薬剤師や認定薬剤師。資格があると医師の信頼感が得られ、医療の質向上に寄与できる。薬剤の副作用チェックのための検査オーダーなど。プロトコールに基づいた医師協働業務。
- ③ 診療放射線
より客観的な評価を得られるのが、学会による認定技師を取得する事。また当院では、下記の範囲で読影補助を行っています。X線撮影：胸部X線、マンモグラフィCT検査：心臓CTアンギオ、MRI検査：頭部、脊髄、心臓、乳腺の領域
- ④ リハビリテーション
より質の高いチーム医療への体制整備…たとえば、SCU（脳卒中ケアユニット）などの施設基準をとる。新たな先進医療の導入…ロボットリハビリの導入など。地域、町づくりへの貢献…予防医療、防災リハビリ等、町づくりへの参加。入院から退院までのリハマネジメント…リハビリの必要性があるかないか、医師が処方を出す前にあらかじめ評価を行う。在宅リハマネジメント。

⑤ 診療情報管理および医事

医事データの活用について。各診療科の詳細なデータ分析・フィードバックをすることで医療の質、経営の質向上に貢献。特に請求に関する専門性を高めることは病院の収入を左右する。医師業務の負担軽減については、チーム医療を中心とした診療が欠かせない。医師事務作業補助者による文書作成。さらに外来診察室での補助業務がさらにできると負担軽減につながる。

⑥ 医療連携福祉相談

退院支援業務に関わる中で、「人生の最終段階における意思決定支援」に関わること。本来は、がんや心不全の治療など、治療を継続している段階で話し合いが持てるとよい。医師から今後の治療方針についてICを行う際に同席し、その治療を行った場合の療養生活はどのような場となるのか、転院・施設の受け入れ条件や費用などを説明すること。

法令の範囲で、各専門職種専門性がを医師の専門性と重なり合うように深め・伸ばす（オーバーリーチ）こと…同時にそれが各専門職の動機付けや処遇改善や成長促進につながるように…（河北）

（参考）「医師の働き方改革」の先行事例

50、60代のベテラン医師にも夜勤をお願いするようにした。ベテラン医師は夜勤をしていなかったが、現在は午後5時～午後11時の準夜帯や、週末の宿日直を担う。同病院は土曜日の外来は救急科と一般内科を残して原則、廃止している。土曜外来の受診者は平日に比べて少ないため、平日に患者を集中させるため。さらに時間外に対応することが多い患者や家族への病状説明は所定の労働時間内に限定した。その結果、1か月当たりの平均時間外労働は95時間から35時間まで減った。

夜間に各診療科から最低1人ずつ当直医を出していた対応を見直し。一部の診療科を除き、「内科系」「外科系」と大きく分けてカバーする体制に変更。1人当たりの当直は月4～5回から2～3回に減った。単に夜間に病棟にいる医師数を減らすと医療安全に影響が出る恐れがある。このため同病院では2018年8月、集中治療室（ICU）専門医を中心とした「迅速対応チーム」を結成。急変リスクが高い患者を事前に抽出してチェックする体制を構築した。

夜間の軽症患者の救急受け入れ態勢を見直した。夜間の患者が少ない診療科は事前にシフトを組んで夜間勤務できる体制を整えるか、自宅で待機する「オンコール体制」に変更。重症患者を受け入れる高度救命救急センターとしての機能は維持。「救急の砦としての役割を果たすため、高レベルの救急医療に集中する。」同病院では医師の業務の一部を看護師に任せることも取り入れ。研修医が行っていた採血の一部を看護師が実施。一部の書類作成業務は医師事務作業補助者に担ってもらうようにした。

タブレット型端末を活用することで、夜間対応の負担を減らす工夫。自宅で待機しながら緊急時に出勤する「オンコール医」は、病院の救急医から電話を受けると、まずタブレット型端末で患者の所見や検査結果を確認する。「緊急性がない」と判断できれば電話での指示だけで済む。2015年度に救急医がタブレット型端末を利用してオンコール医に判断を求めたケースが38件、このうち病院に出向いたのは6件で、オンコール医の出勤減少につながった。

2008年度の診療報酬改定からはその配置が評価されるようになり（医師事務作業補助体制加算）、新たな職種として確立したものの、マネジメント方法は各病院に委ねられている。そんな中、2008年から医師事務作業補助者の育成を始め、今や総勢40名にまで成長している。（252床）

同院は病床数409床、医師数は常勤だけで約110人おり、その他、非常勤医が多数いる。救急搬送件数は年間約4000件、平均在院日数は約9.5日まで短縮している。救急搬送は多い一方、平均在院日数は短い急性期病院だが、常勤医の今年4月の時間外労働は、全科平均で月8.2時間にすぎない。当直は月2、3回程度だという。時間外労働が少ない一因は、400床規模ながら、診療科を「循環器」、「消化器」、「呼吸器」の3科に「選択と集中」しているからだ。2017年度の患者紹介率は88.4%、紹介患者数を上回る患者数を逆紹介している。もう一つは、40人を超す医療クラークを外来と病棟に配置するなど、運営上、さまざまな工夫をしていること。「当法人の理事長は、時間外労働をとにかく嫌っている。（医業）収入を伸ばすために、時間外にいくら働いても評価しない。時間内に診療を終えるよう、とても細かいところまで工夫、改善している」

今から30年前は若い医師が真っ先に志望する病院でした。長野県で最初に救命救急センターを設置したのも当院です。ところが2004年、大きく状況が変わりました。新臨床研修制度が始まり、その影響で長野県から若手医師が流出したのです。信州大学は当時も現在も当院の医師の主たる供給源ですが、そこに供給できる医師がいなくなったことで、当院は医師不足に陥りました。医師が減ればやれることも減り、その年から毎年赤字に。2007年には7億4000万円を越す経常損失を計上しました。

その当時、院内の雰囲気は、やはり良くなかったです。医師は最少で23人まで減りました。最多時は36人だったので、その3分の2。「3分の2」というのは、病院崩壊のギリギリのラインと言われます。うちはギリギリのところでは何とか踏みとどまった格好です。しかし、職員が少ないから仕事が多い。それが態度に出たのか、苦情が増え、罵声が飛び交うようなこともありました。職員も人間ですが、患者さんも人間。致し方なかったなあと、今は振り返ります。

経営的に言うならば、当院は2009年に地方公営企業法の一部適用から全部適用に変更し、権限を持つ病院事業管理者を立てて、その者が業務を執行する体制となりました。同年に上伊那地域医療再生計画を長野県が策定し、実行開始しました。この計画に沿って、当院の救命救急センターを約19km離れた伊那中央病院へ指定替えすることが実行されました（運営は2012年より）。これにより当院は「救急センター」となり、代わりに回復期リハビリテーション病棟の運用を開始しました。また、伊南行政組合には、2008年から総額12億円以上の財政支援をしていただきました。

こうしたマネジメント体制の変更や、外部からのテコ入れによって経営が徐々に上向いていったわけですが、その根底には職員の頑張りがありました。あのとき誰もが危機感を持っていました。このままでは病院が潰れる、何とか改革しなきゃいけないと思いながら、みんな必死になって働いてくれました。経費削減や増患・増収対策を実施するワーキンググループをさまざま立ち上げたり、意見交換が活発に行われるようになりました。次第に医師が一人また一人と増えていって、病院としてやれることが増えていき、少しずつ経営が改善されていきました。

加えて、**地域住民の力も大きかった**です。病院祭でアンケートを取ると、「地域になくてもならない病院である」という回答が8割の人から得られました。病院を何とか潰さないようにと住民運動が起こって、議会に働きかけてくださいました。また、年間500人もの子どもを取り上げていた当院の産婦人科が休診になることが決まると、地域のお母さんたちが「安心して安全な出産ができる環境を考える会」を自発的に立ち上げました。当院の代わりに助産師をフルに活用していく方法や、万一の場合のために当院をいかに巻き込んでいくかといったことを建設的に話し合っ共有するという集まりで、この会の存在に当院も非常に助けられました。駒ヶ根市では、当院が医師一人採用できると「市報」でそれを伝えてくれたりして、地域ぐるみで応援していただきました。当院が地域に欠かせない病院であるということを、地域から教えていただいたのです。

おかげさまで、ここ5年ほどは単年で経常収支3億円以上の利益が出ています。内視鏡をはじめとする検査件数の増加や透析患者の獲得が外来収益におけるプラス要因。入院収益は、2016年に地域包括ケア病棟を導入したことや地域連携の推進、救急の受け入れ増加が功を奏しています。ほかにもうちは、点数が付くものはできるだけやっいていこうという精神です。「落穂拾い作戦」と呼んでいます。赤字から何とか抜け出そうともがいていた頃に身についた処世術のようなものです。点数を細かく細かく拾っていくと提供する医療の質も上がっていくので、患者さんにとっても医師にとってもメリットになります。

目標管理という考え方も、経営危機から学びました。2009年に地方公営企業法の全部適用に変更しましたが、そのときに経営企画室を設けて、院内の統計データや経営情報を一元管理し、院内に発信するようになりました。私が院長になった翌年の2014年からバランス・スコアカード（BSC）を導入し、目標管理を行っています。毎週の経営会議や毎月の拡大経営会議の中で、病院目標や部門目標の進捗状況を確認し合います。部門長レベルの職員ならば当然持つべき経営感覚をそれで養っています。

経営が上向くと、院内の雰囲気もやっぱり変わります。職員に自信が漲ってくるし、発言が前向きになる。患者さんからの褒めの言葉も増えます。ここ数年は良い方向に回っていると感じます。新病院建設の話も出ていて、ある程度の現金は手元に持っておきたい。そのためには、このまま黒字を続けていく必要があります。

「医師の働き方改革」 = 「医師が集まる（働きやすく、働きがいのある）病院」づくりを！！