

東京都社労士会「医療労務コンサルタント研修」のグループ討議課題より…

右は東京都社労士会主催の「医療労務コンサルタント研修」でのグループ討議の課題です。私も参加して司会を買って出てしまいましたが、わずか30分の貴重な時間を、例えば…

- ・レジデントって何？
 - ・医局って何？
 - ・後期研修医が退職したら行先は？
- 等々の「前提事項」の説明に割いてしまい、後悔しました…。というのが今回の「人事コンサルタント向けセミナー」の開催趣旨です。
- hrms-jp 河北

都内医療法人A病院、病床数300床、診療科目10科、従業員数550名

産婦人科医であるB医師は、大学の医局人事により2年ほど前からA病院の産婦人科に勤務している。産婦人科医は不足傾向にある中、A病院もその一つで、レジデント（後期研修医）2名を含めても4名体制である。

病院からは、労働時間を強く意識するようにとの通知があり、時間外労働を減らそうと意識するようにはなったが、現状は出産数を増やすための指示も多く、時間外労働の削減とは大きく乖離していると感じているため、ある程度の時間数以上は申告をしない風習が身についてしまっている。

どうしても労働時間が長くなるため、時間外労働が発生してしまうと、次の勤務までの間隔が短くなり疲労感が増してしまうことが多い。できるだけ早く帰りたいとは思っているが、改善できない職場風土も原因と感じている。

また、人材不足もあり勤務シフトの作成が困難になる。夜間帯は、宿直体制をとっているが、子育て中などの理由で、宿直ができる医師も限られている。病院は宿直日許可をとっているようだが、宿直は月に7回から8回。病棟に入院している患者が夜間帯に産したり、容態の急変、外来の対応に呼ばれるなど、実労働が発生する宿直勤務は月6回以上ある。

外来、病棟の患者対応だけでなく、経験が浅いレジデントへの教育にも時間がかかる。現在の人数でこなすには限界もあり、ここ最近ではストレスも多く体調の異変も感じている。

時間外労働の多くは、出産や患者・家族への対応が主ではあるが、記録を取る時間も取れないことも大きな課題である。以前の病院では、医療クレーク（医師事務作業補助者）がいたため、記録について負担は少なかったが、今は膨大な資料を整理する時間が取れないことも時間外労働が増加する原因であると感じている。

こういった状況の中、2名のレジデントが退職の意向を示してきた。理由は、当直の多さと休日の対応の多さを主張している。

産婦人科医が減少傾向にある中、常勤医師の疲労も増しており、このままでは診療科の閉鎖に追い込まれてしまう状態である。

課題1：A病院の時間管理の問題点を挙げ、どのように改善すればよいでしょうか。

課題2：医師の労働時間について、今後どのような議論が必要と思われますか。

課題3：その他、医師の業務負担を軽減するための対策を検討してください。

Sent: Tuesday, February 15, 2022 4:47 PM

To: 河北 隆 <hrms@grace.ocn.ne.jp>

Subject: 当直についてご相談

いつもセミナーのご案内ありがとうございます。

26日のセミナーは佐藤先生のご講演ですので、久しぶりに参加したいと考えております。

ところで日当直の勤務体系についてご相談したくてメールさせていただきました。

当院は変則勤務方式ではないため、日当直（日直は土日の9時から17時。当直は平日土日17時から8時15分まで）はすべて時間外勤務扱いで処理しております。連続勤務の観点から当直の翌日は午前ないしは昼前に帰宅するよう病院からは推奨されております。

ところが、翌日の日勤帯も形の上では勤務時間で計上されているため。午前中に帰宅したとしても翌日日勤帯分の給料は支払われております。

添付のエクセルファイルでお示したように、当直にあたる17時から翌朝8時までの15時間分が時間外勤務となり、それ以降はすぐに帰っても17時まで仕事しても給料は変わりません。万が一当直の翌日も17時を超えて勤務した場合は、その分のみ時間外申請できる仕組みです（もちろん、連続勤務の観点からは望ましくありませんが、はずせない手術などでどうしてもそうなってしまうこともあります）。

当直翌日に帰宅してもその分の給料が支払われており、なにより本来週40時間を超える分の時間外なのに、例えば32時間を超えて時間外になってしまうのは、結果的に時間外労働が増える結果となってしまうのが悩ましいところです。

そこで変形労働制を採用して、当直の時間を正規勤務にしてしまっただろうかという案がございます。例えば水曜日から木曜日にかけての当直の場合、水曜日の正規勤務時間を16時から24時までにして、木曜日の正規勤務時間を0時から8時にしまおう、という考えです。こうすれば、水曜日と木曜日は日中が時間外勤務となります。たいていのケースでは水曜日は通常勤務しているので、8時から16時までを時間外勤務申請として、翌日の木曜日は8時か9時以降を時間外とします。早く帰ればその分時間外申請も少なくなります。病院としては当直翌日は早期帰宅を推奨しているので、その方が自然とも考えられます。

このような勤務体系を採用するのは理論上可能だと思いますが、法的に許容されるのか当院のスタッフ（事務）ではわからないのが実情です。そこで社会保険労務士である河北さまにご意見をうかがいたくメールさせていただきました。

おそらく2024年に向けて、同じようなことを考えている病院もあるのではないかと推察してます。ここは専門家の意見をお聞きしたいということになりました。

場合によっては、（ZOOMなどを使用して）面談しながらのご相談も考えております。もちろん相談料などもお支払いすべきことかと思しますので、当院事務局長にもCCさせていただきました。

ご多忙のところ恐縮ですが、お時間のあるときにご回答くだされば幸いです。

** 労災病院 整形外科部長
医師の働き方改革委員会委員長

当直業務に係る変形労働の検討について(案)

【現行】 平日休日にかかわらず、すべての日当直を時間外勤務として運用している。

◆ 現在の当直業務の流れ

8:15		17:00		0:00		8:15		17:00	
業務外	日勤	当直業務		[A]日勤	業務外				
勤務時間:8時間(休憩45分)		時間外業務:15時間(休憩15分)		勤務時間:8時間					

【問題点】

○ 「[A]日勤」部分については、「午後は業務免除が可能」というルールで運用されているが、診療科によっては午前赤から帰宅するなど運用はマチマチ。
 ⇒ 当直業務は超過勤務手当を支給し、[A]日勤は帰宅しても(業務してなくても)給与支給対象とされていることについて問題として認識。

【変形労働制(案)】

◆ 当直業務に以下の変形労働制を導入して、現状の課題を整理・改善してはどうか。

※ ただし、月曜日夕刻の当直から木曜日夕刻の当直に限定する。(週4回を対象とする。)

水曜日			木曜日						
8:15		16:00		0:00		9:00		17:00	
業務外	業務外	業務(勤務)		※業務外	業務外				
		業務時間:16時間(休憩1時間)		※業務を行った場合には超過勤務扱い					

◆ 休日の変形労働制は困難(土曜・日曜、国民の祝日)

土曜日			日曜日						
8:15		17:00		0:00		9:00		17:00	
業務外	業務外	業務(勤務)		業務外	業務外				
		業務時間:15時間(休憩1時間)							

★ 休日に変形労働制を適用すると、この勤務時間16時間を通常の勤務日(平日)に割り振ることが必要となるが、調整日によっては1週間40時間勤務の原則が維持できない危険性があること、また上記の休日が月末日に当たっている場合など月をまたぐため調整が困難となるため、休日は従来通り超過勤務扱いとしてどうか。

★ 金曜日夕刻の当直と日曜日夕刻の当直はどうするか・・・

金曜は翌日日勤帯の業務がないので無意味。

日曜に適用すると24時までが時間外で、24時から(月曜0時から)が正規勤務となり不自然?

2024年4月～ 医師にも時間外労働の上限規制が適用されます

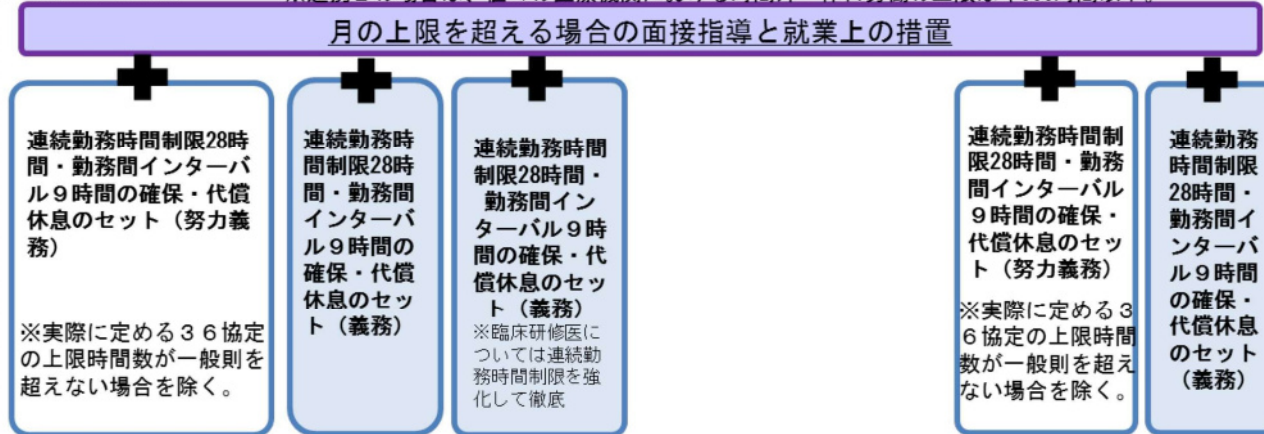
2024年4月以降は、年960時間超の時間外・休日労働が可能となるのは、都道府県知事の指定を受けた医療機関で指定に係る業務に従事する医師（連携B・B・C水準の適用医師）のみ



医師の働き方改革の推進に関する検討会

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05488.html

【追加的健康確保措置】



※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

7つのステップのポイント

医療分野の「雇用の質」向上のための勤務環境改善マネジメントシステムの手引き（改訂版）より

■ステップ1：方針表明

- ポイント1：組織的な取組であることの周知
- ポイント2：具体的な問題解決につながるという「期待感」の醸成
- ポイント3：さまざまな手段を用いて、繰り返し伝える

■ステップ2：体制整備

- ポイント4：自機関の状況にあった体制づくり
- ポイント5：さまざまな職種や属性による多様なチーム・メンバー構成が効果的
- ポイント6：医療機関内でのチームの位置づけを明確にし、医療スタッフに周知を

■ステップ3：現状分析

- ポイント7：既存の定量データを活用し、客観的な分析で冷静に現状を見つめる
- ポイント8：不足する情報は、定性的な調査で把握
- ポイント9：課題抽出と原因分析は、「森」を見てから、「木」を見ていく

■ステップ4：目標設定

- ポイント10：目標設定は“SMART”に

Specific：テーマは具体的か？
Measurable：測定可能か？
Attainable：達成可能なレベルか？
Result-based：成果に基づいているか？
Time-oriented：期限が明確か？

■ステップ5：計画の策定

- ポイント11：現実的で継続性の高い計画を
- ポイント12：チーム・メンバー以外の医療スタッフにも積極的に意見を求めましょう

■ステップ6：取組の実施

- ポイント13：取組内容の説明会を行い、ひろく医療スタッフを巻き込みましょう
- ポイント14：定期的に進捗状況を確認し、医療スタッフへのPRもこまめに
- ポイント15：取組内容やスケジュールの追加・修正は柔軟に

■ステップ7：評価・改善

- ポイント16：「雇用の質」や「医療の質」の改善につながっていますか
- ポイント17：しっかりと一連の活動を振り返り、次期計画を検討しましょう

- ・有効な対策の立案には、現状を正しく認識することが不可欠です。
- ・とても悲惨な結果が出たとしても、現実には現実としてしっかりと受け止めましょう。
- ・悪いところばかりを改善しようとするのではなく、組織には必ず、良いところ、「強み」があります。他の組織と比べるのではなく、自機関の良いところ、「強み」をもっと成長させ、発展させるためのデータとして活用しましょう。

概況

※本アンケート調査は作業部会の議論の参考とする目的で対象病院を限定して実施したものであり、全国の勤務医の状況を網羅的に反映したものではない点に留意が必要。

【自身の働き方について】

- 今後長く勤務医として働きたいかという問に対して、**回答者の約8割が「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した。**一方、「そう思わない」「どちらかといえばそう思わない」と回答した医師の理由については、「**勤務医としての待遇に不満**」とする回答が最も多く、「**体力面での不安**」が続いた。
- 1日の活動時間の**7割以上を仕事に割いていると回答した医師が約8割**を占め、**9割以上と回答した医師も約2割**存在した。労働時間の主観的な受け止めについては、回答者の約7割が「長い」「とても長い」と回答し、回答者の約7割が今後労働時間を「少し減らしたい」「もっと減らしたい」と回答した。一方、今後労働時間を「少し増やしたい」または「もっと増やしたい」と回答した医師も一定数存在した。

【医師の働き方改革の制度認知について】

- 制度内容に関する認知度では、**2024年度から制度が開始すること、労働時間の上限の意味、自己研鑽の考え方**については、回答者の半数以上が「よく知っている」「ある程度知っている」と回答する一方で、**各上限水準の内容や宿日直許可基準の内容**については、「全く知らない」という回答が約半数を占めた。
- いずれの項目についても、**医療機関によって制度内容に関する認知度にばらつき**がみられた。
- いずれの項目についても、**若年層の認知度が低く、年代が上がるにつれて認知度が向上**した。

【効果的な周知方策について】

- 回答者の半数以上が、医師の働き方改革について、「**所属組織(病院・診療科・医局等)**」及び「**周囲(上司や同僚)**」から発信される情報を入手していると回答した。
- 医師の働き方改革に関する情報がどこから発信されると最も目に留まるかについて、「**所属組織(病院・診療科・医局等)**」による発信とする回答が突出して多く、回答者の約半数を占めた。
- 回答者の約6割が、医師の働き方改革について、「**インターネット記事**」や「**院内関係者からの口頭説明**」という形で情報を入手していると回答した。
- 医師の働き方改革に関する情報がどのような形で発信されると最も目に留まるかについて、「**院内関係者等からの口頭説明**」とする回答が最も多く、約4割を占め、「**インターネット記事**」が約3割で続いた。
- 回答者自身の働き方改革を進めるために優先的に知りたい情報(複数回答)については、「**各種上限水準の詳細**」や、「**自己研鑽の範囲・基準**」を選択する回答者がそれぞれ約半数を占めた。

時間外労働上限規制の枠組み全体の整理

一般則

診療従事勤務医
に2024年度以降
適用される水準
連続勤務時間制限+勤務間
インターバル等（努力義務）

地域医療確保
暫定特例水準
連続勤務時間制限+
勤務間インターバル等（義務）

集中的
技能向上水準
連続勤務時間制限+
勤務間インターバル等（義務）

<https://www.pref.yamagata.jp/documents/18283/r2-1shiryo2.pdf>

36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下			
	②「臨時的な必要がある場合」の上限	月100時間未満	月100時間未満 （ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり）		
	・月の時間外労働時間数（休日労働を含む）	※①の月45時間を超えることができる月数は年間6か月以内			
	・年の時間外労働時間数（休日労働を含む）		年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
	・年の時間外労働時間数（休日労働を含まない）	年720時間以下			
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）	月100時間未満 複数月平均80時間以下	月100時間未満 （ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり） 年960時間以下	月100時間未満 （ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり） 年1,860時間以下	月100時間未満 （ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり） 年1,860時間以下	

左記の時間数は、その時間までの労働を強制するものではなく、労使間で合意し、36協定を結べば働くことが可能となる時間であることに留意

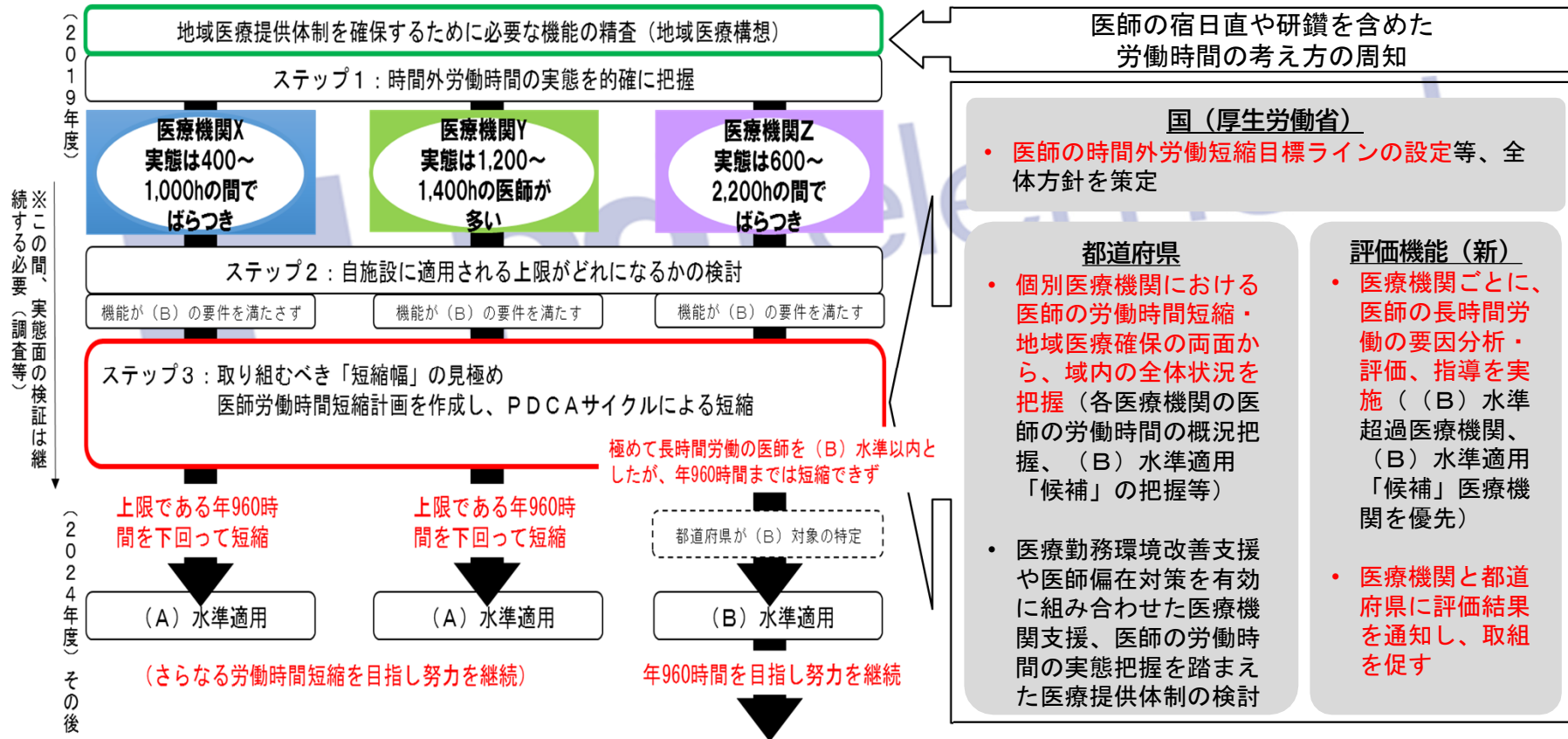
- 時間外労働及び休日労働は必要最小限にとどめるべきであることに、労使は十分留意。
- 36協定の労使協議の場を活用して、労働時間短縮策の話し合いを労使間で行う。
- ✓ 36協定上は、日・月・年単位での上限を定める必要あり
- ✓ 対象労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類等も、36協定上に規定する必要あり
- ✓ 「臨時的な必要がある場合」について規定する場合には、健康福祉を確保する措置を36協定に規定し、実施する必要あり
- ✓ 「地域医療確保暫定特例水準の適用」や、「月100時間以上の時間外労働」について規定する場合には、追加的健康確保措置について36協定に規定し、実施する必要あり

地域医療確保暫定特例水準の適用フロー

□ 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの5年間に於いて、各医療機関の労働時間短縮の動きを念頭に、国・都道府県等が必要な支援等を行った上で、やむを得ないものについて地域医療確保暫定特例水準の適用となる。

<各医療機関の状況に応じた5年間の動き（例）>

<医療機関をバックアップする仕組み>



追加的健康確保措置とB・C水準指定要件（詳細）

参考資料 5

1 令和6年4月から適用される時間外労働の上限と追加的健康確保措置

- 令和6年4月において、全ての診療従事医師がA水準の適用となることを目指し、労働時間の短縮に取り組む必要があるものの、地域での医療提供体制を確保するための経過措置としてB水準（暫定的な特例水準）、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの水準としてC水準が設けられている。
- 医療機関がB及びC水準を適用するには、都道府県に指定申請を行い、指定を受ける必要がある。

区分	上限時間	追加的健康確保措置	
(A水準) 診療従事勤務医に令和6年度以降適用される水準	時間外・休日労働合計 年960時間 (原則)月100時間未満	(ア)義務 (イ)努力義務 (ウ)努力義務 (エ)努力義務 (オ)義務	(ア)当月の時間外労働時間数が100時間に到達する前に疲労度確認・面接指導を行う。医療機関の管理者は、面接指導の結果を踏まえ、必要な就業上の措置を講じる。
(B水準) 地域医療確保暫定特例水準 ※令和17年度末で終了	時間外・休日労働合計 年1,860時間 (原則)月100時間未満	(ア)義務 (イ)義務 (ウ)義務 (エ)義務 (オ)義務	(イ)連続勤務時間制限28時間（宿日直許可を受けている場合を除く） (ウ)勤務間インターバル9時間（当直及び当直明けの日を除く） ※当直明けの日（宿日直許可がない場合）は、18時間 ※当直明けの日（宿日直許可がある場合）は、通常の日勤を可能とし、その後の次の勤務までに9時間のインターバル ※（C-1）水準が適用される臨床研修医は、連続勤務時間制限・勤務間インターバルを徹底
(C水準) 集中的技能向上水準 (C-1) 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用 (C-2) 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用	時間外・休日労働合計 年1,860時間 (原則)月100時間未満	(ア)義務 (イ)義務 (ウ)義務 (エ)義務 (オ)義務	(エ)やむを得ず連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保が実施できなかった場合の代償休息の取得 (オ)月の時間外・休日労働時間数が155時間を超えた場合、労働時間短縮のための具体的取組を行う。

2 B・C水準の指定要件

- 指定申請の主体は、各医療機関の開設者であり、申請先は都道府県。指定の有効期間は3年。
- A水準を超える時間外労働を行っている医師がいる医療機関については、「医師労働時間短縮計画」を策定し、医師の時間外労働短縮に向けた取組みを実施。（医師労働時間短縮計画：遅くとも令和3年度中に策定義務化予定）
- 令和6年度からのB・C水準の指定を申請する医療機関は、医師労働時間短縮計画について、令和4年度から始まる予定である評価機能による評価を受審する必要がある。

区分	指定要件	備考
<p>(B水準) 地域医療確保暫定特例水準</p>	<p>①地域医療の観点から必須とされる機能を果たすこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」及び「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている『5疾病・5事業』双方の観点から ・三次救急医療機関 ・二次救急医療機関かつ「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」かつ「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置づけられた医療機関」 ・在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関 ・公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関 ○特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが特に困難な医療を提供する医療機関 ○医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関（※この類型でB水準が適用される場合、個々の医療機関における時間外労働時間の上限は年960時間） <p>②年間960時間超えの36協定を締結する必要性 ③地域の医療提供体制との整合性 ④医師労働時間短縮計画の策定 ⑤評価機能による評価受審 ⑥追加的健康確保措置の実施体制の整備 ⑦労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと</p>	<p>・当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるのかについては、36協定締結時に特定する。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。</p> <p>・指定にあたっては、都道府県医療審議会での意見聴取が必要。</p>
<p>(C-1) 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用</p>	<p>①都道府県知事の指定する臨床研修プログラム又は一般社団法人日本専門医機構が認定する専門研修プログラム／カリキュラムであること</p> <p>②年間960時間超えの36協定を締結する必要性 ③医師労働時間短縮計画の策定 ④評価機能による評価受審 ⑤追加的健康確保措置の実施体制の整備 ⑥労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと</p>	<p>・指定にあたっては、地域医療対策協議会での意見聴取が必要。</p>
<p>(C-2) 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用</p>	<p>①厚生労働大臣の公示する分野において医師の育成が可能</p> <p>②年間960時間超えの36協定を締結する必要性 ③医師労働時間短縮計画の策定 ④評価機能による評価受審 ⑤追加的健康確保措置の実施体制の整備 ⑥労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと</p>	<p>・教育研修環境と高度特定技能育成計画の内容が、厚生労働大臣が公示する「高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野」において医師を育成するのに適切であることの審査組織による確認が必要。</p>

- 医師に対する時間外労働の上限規制が令和6年4月から適用されるにあたり、地域医療確保又は集中的技術向上の観点から、年960時間を超える時間外労働をさせる必要がある医療機関は、「地域医療確保暫定特例水準（B水準）」または、「集中的技術向上水準（C水準）」の適用について、都道府県の指定を受ける必要がある。
- B水準及びC水準の指定を受けるためには、遅くとも令和3年度中に「医師労働時間短縮計画」を策定し、令和4年度中に第三者機関による評価を受けたうえで、都道府県に申請することとなる。
- 医師労働時間短縮計画の策定期が目前であることから、計画策定が必要であると考えられる医療機関を把握し、適切な労務管理及び計画策定を支援する必要がある。
- 県としては、医療法第30条の21により、医療従事者の勤務環境の改善に関する支援等を関係機関と連携して行っていく予定。

（医療法 第30条の21）

都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。

- 一 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。
- 二 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する調査及び啓発活動を行うこと。
- 三 前二号に掲げるもののほか、医療従事者の勤務環境の改善のために必要な支援を行うこと。



- 県内病院における医師の時間外労働の実態を把握するため、令和2年9月、実態調査を実施。

<調査対象> 県内全67病院

<調査内容>

- ・ 自病院内の時間外労働実績（H30年度～R2年度（4～8月）分）
- ・ 36協定の締結状況
- ・ 医師の働き方改革の推進に向けた取組み状況、課題

<回答状況> 回答数67病院（回答率100%）

<回答概要>

- ・ 年間の時間外労働時間（労働基準法第36条に基づくもの）が960時間を超えた医師がいる病院数は、平成30年度6病院（32人）、令和元年度9病院（30人）。
- ・ 災害その他避けることのできない事由によって必要がある場合（労働基準法第33条）の医師の時間外労働実績がある病院数は、平成30年度、令和元年度ともに12病院。
- ・ 医師について、36協定を締結している医療機関は44病院。960時間を超える上限時間を設定しているのは7病院。

<今後の対応>
 本調査において、労務管理等の課題があると思われる病院に対しては、個別に内容を通知のうえ、自己点検を促し、取扱いの考え方や今後の対応方針の回答を求め、県内全ての病院が法改正に対応できるようフォローを行っていく予定。

• 開設者の分類（病院）

大分類	小分類
国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、その他（国の機関）
公的医療機関	都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、厚生連、国民健康保険団体連合会、その他
社会保険関係団体	独立行政法人地域医療機能推進機構（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険協会に運営委託→直接運営）、健康保険組合・連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人
個人	個人
その他	公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他

種類別にみた施設数及び病床数

	施設数			病床数	
	令和2年3月	令和2年2月		令和2年3月	令和2年2月
総数	179 267	179 212	総数	1 611 643	1 614 533
病院	8 273	8 282	病院	1 522 377	1 525 088
精神科病院	1 055	1 054	精神病床	325 634	325 985
一般病院	7 218	7 228	感染症病床	1 886	1 884
療養病床を有する病院（再掲）	3 632	3 642	結核病床	4 237	4 248
地域医療支援病院（再掲）	620	619	療養病床	302 617	304 531
			一般病床	888 003	888 440
一般診療所	102 662	102 611	一般診療所	89 210	89 389
有床	6 524	6 531			
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	747	754	療養病床（再掲）	7 535	7 609
無床	96 138	96 080			
歯科診療所	68 332	68 319	歯科診療所	56	56

開設者別にみた施設数及び病床数

令和2年3月末現在

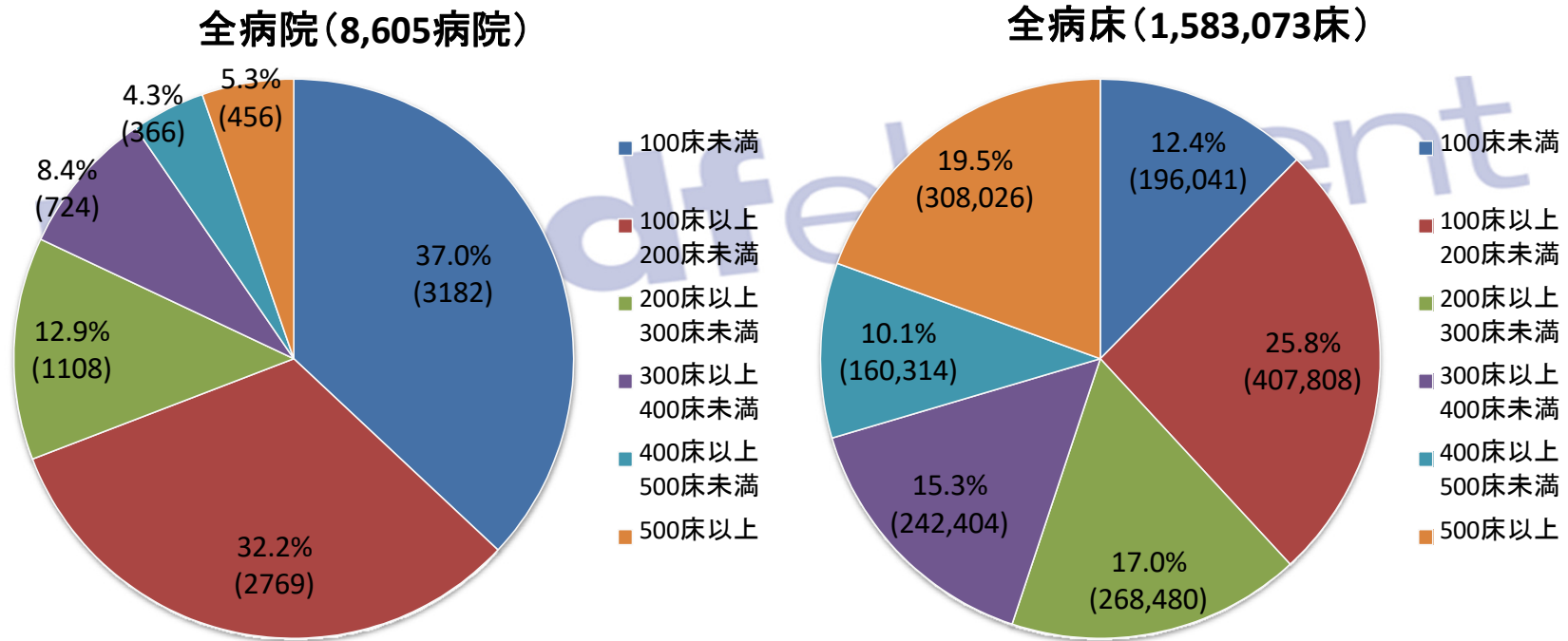
	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 273	1 522 377	102 662	89 210	68 332
国 厚生労働省	14	4 405	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 234	-	-	-
国立大学法人	47	32 669	148	19	1
独立行政法人労働者健康安全機構	32	12 262	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 135	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 704	3	-	-
その他	23	3 597	364	2 159	3
都道府県	198	52 128	253	176	7
市町村	612	124 553	2 894	2 149	253
地方独立行政法人	108	42 195	34	17	-
日赤	91	35 208	205	19	-
済生会	84	22 762	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 715	-	-	-
厚生連	101	32 101	67	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	292	-	2
共済組合及びその連合会	41	13 269	140	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	199	49 066	486	261	102
医療法人	5 702	850 674	43 969	68 220	14 999
私立学校法人	113	55 359	188	38	17
社会福祉法人	197	33 500	10 048	352	38
医療生協	82	13 715	300	245	50
会社	31	8 388	1 661	10	11
その他の法人	211	44 055	759	284	120
個人	164	15 429	40 761	15 236	52 723

病床規模別病院数の割合

第3回病床機能情報の報告・提供
の具体的なあり方に関する検討会
平成25年1月11日

資料
5

- 全病院8,605病院のうち、100床未満の病院は約4割を占め、100床以上200床未満の病院は約3割を占める。
- 全病床1,583,073床のうち、100床未満の病院の病床は約1割を占め、100床以上200床未満の病院の病床は約3割を占める。



<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rad0-att/2r9852000002skuh.pdf>

「平成23年医療施設調査」を基に医政局で作成

前提：そもそも医師が人事管理の対象であるということはどういうことか？

20220216 hrms-jp 河北

1. 前提事項) 病院の職員構成と医師の位置づけ (A病院の常勤職員構成)

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。

医療施設の類型

1. 病院、診療所

医療法においては、医業を行うための場所を病院と診療所とに限定し、病院と診療所との区分については、病院は20床以上の病床を有するものとし、診療所は病床を有さないもの又は19床以下の病床を有するものとしている。

病院については傷病者に対し真に科学的かつ適正な診療を与えることが出来るものであることとし、構造設備等についても相当程度、充実したものであることを要求している。

また、診療所については19床以下の病床を有する診療所について構造設備等に関し病院に比べて厳重な規制をしていない。

2. 病院の類型

医療法においては、病院のうち一定の機能を有する病院（特定機能病院、地域医療支援病院）について、一般の病院とは異なる要件（人員配置基準、構造設備基準、管理者の責務等）を定め、要件を満たした病院については名称独占を認めている。

また、対象とする患者（精神病患者、結核患者）の相違に着目して、一部の病床については、人員配置基準、構造設備基準の面で、取扱いを別に行っている。

規模別類型	病院（20床以上）、診療所（0～19床）、有床診療所（1～19床）、無床診療所（0床）
機能別類型	一般病院 特定機能病院（高度の医療の提供等） 地域医療支援病院（地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医の支援等） 精神病院（精神病床のみを有する病院）（対象：精神病疾患） 結核病院（結核病床のみを有する病院）（対象：結核患者）

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/10-2/kousei-data/PDF/22010206.pdf>

2. 前提事項) 病院事業経営と医師の位置づけ (A病院の主要な経営数値)

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
稼働病床利用率	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。

(参考) 病院運営実態分析調査

一般社団法人 全国公私病院連盟
 一般社団法人 日本病院会

医師1人1日当たり診療収入 -

https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20_180301_01.pdf

表14 医師1人1日当たり診療収入

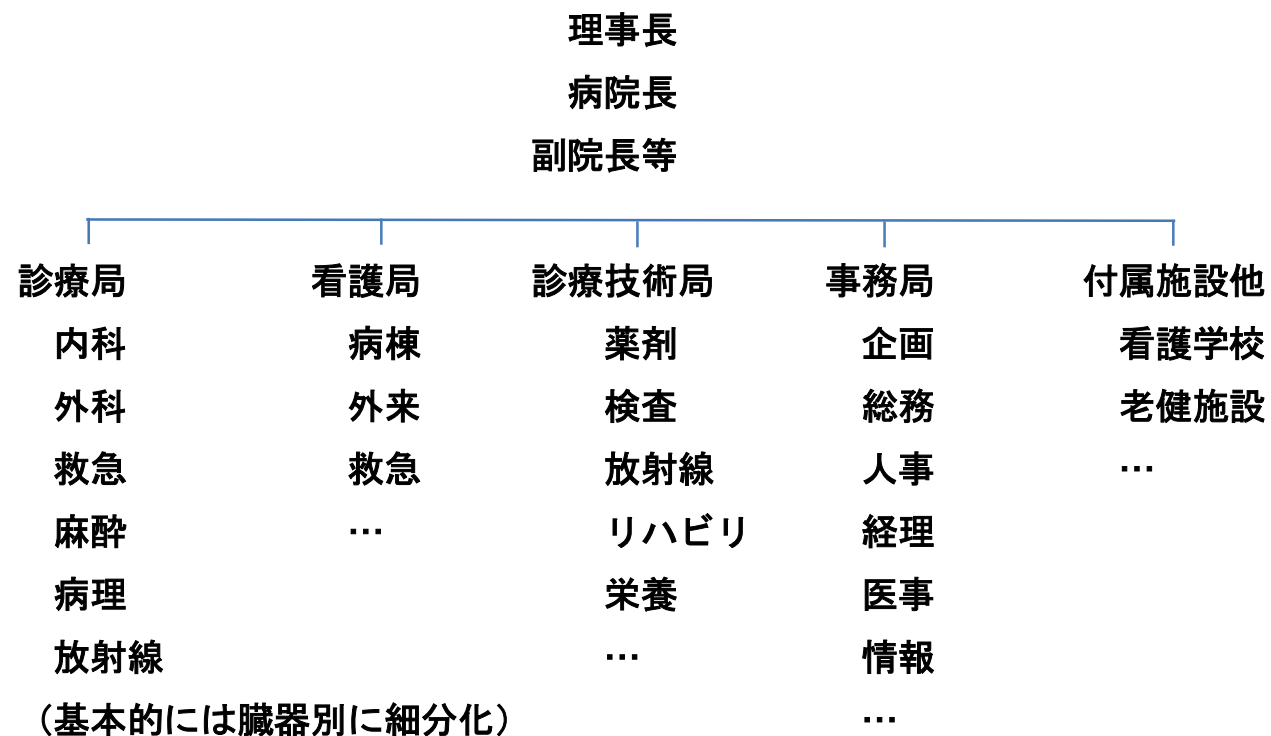
(金額単位：千円)

診療科	入 院									
	平25		26		27		28		29	
	診療件数	診療収入	診療件数	診療収入	診療件数	診療収入	診療件数	診療収入	診療件数	診療収入
(1) 総 数	255	228	261	228	266	233	230	229	278	276
(2) 内 科	205	247	231	230	202	266	293	252	293	280
(3) 呼吸器内科	232	280	250	288	204	285	203	291	288	282
(4) 循環器内科	310	361	292	366	204	372	234	390	309	402
(5) 消化器内科	212	247	188	247	226	255	190	255	211	242
(6) 神経内科	221	268	338	250	380	260	299	274	297	275
(7) 皮膚科	78	88	44	64	110	91	91	97	122	88
(8) 小児科	192	163	183	174	153	177	190	185	132	173
(9) 精神科	334	182	342	188	340	211	340	197	334	183
(10) 外科	258	281	284	282	287	288	248	237	257	276
(11) 呼吸器外科	225	284	283	307	323	300	-	303	-	321
(12) 心臓血管外科	205	448	371	485	254	488	420	507	199	500
(13) 消化器外科	252	300	370	260	385	286	271	301	259	273
(14) 泌尿器科	226	243	209	246	233	264	225	259	244	286
(15) 肛門科	278	79	318	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	306	383	410	388	425	418	438	419	448
(18) 形成外科	180	165	155	154	137	154	88	157	82	153
(19) 眼科	228	218	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	268	218	278	193	272	188	254
(23) 婦人科	208	323	288	282	310	300	282	319	374	345
(24) リハビリ科	571	588	884	418	588	378	572	479	818	487
(25) 放射線科	150	88	88	78	118	88	38	54	148	105
(26) 麻酔科	143	132	88	84	381	110	-	107	-	128
(27) 歯科	-	78	103	78	84	88	81	37	51	88

(金額単位：千円)

診療科	外 科									
	平25		26		27		28		29	
	診療件数	診療収入	診療件数	診療収入	診療件数	診療収入	診療件数	診療収入	診療件数	診療収入
(1) 総 数	127	88	130	102	122	101	129	107	122	108
(2) 内 科	155	148	148	155	154	168	151	189	130	175
(3) 呼吸器内科	136	127	108	134	122	140	131	172	127	178
(4) 循環器内科	115	88	112	88	120	88	109	37	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	65	85
(7) 皮膚科	88	88	82	88	102	81	104	84	83	88
(8) 小児科	71	57	73	61	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	68	88	88	77	171	71	58	33	88
(12) 心臓血管外科	41	35	44	34	38	38	50	33	41	37
(13) 消化器外科	115	83	210	78	188	84	111	93	112	83
(14) 泌尿器科	205	208	203	208	188	217	198	201	182	214
(15) 肛門科	178	160	200	131	208	124	134	277	147	124
(16) 脳神経外科	84	73	78	73	82	71	32	83	71	88
(17) 整形外科	138	81	132	85	131	85	137	80	132	83
(18) 形成外科	38	50	48	48	58	47	50	48	54	43
(19) 眼科	145	126	153	148	185	155	154	151	150	152
(20) 耳鼻いんこう科	104	88	107	82	104	82	111	81	113	81
(21) 小児科	28	24	26	23	22	18	-	21	17	20
(22) 産婦人科	48	60	58	68	66	64	88	85	51	62
(23) 婦人科	88	85	85	88	78	101	98	123	58	122
(24) リハビリ科	44	58	42	55	58	83	49	58	38	58
(25) 放射線科	88	88	82	83	83	86	51	93	62	88
(26) 麻酔科	35	15	20	17	24	13	11	8	14	10
(27) 歯科	68	60	61	62	78	67	33	71	84	71

3. 前提事項) 病院の組織構造と医師の位置づけ (事例)



- * 病院の経営トップはごく少数の例外を除いて「医師」です。このことも病院の人事管理の特徴のひとつです。人事労務管理に対する意識や理解は医師によって異なりますが、例えば労基法制の根本原則に対する理解は高いとは言えません。
(例「時間外勤務の上限規制は医師の文化の崩壊を招く」(全自病会長発言より))

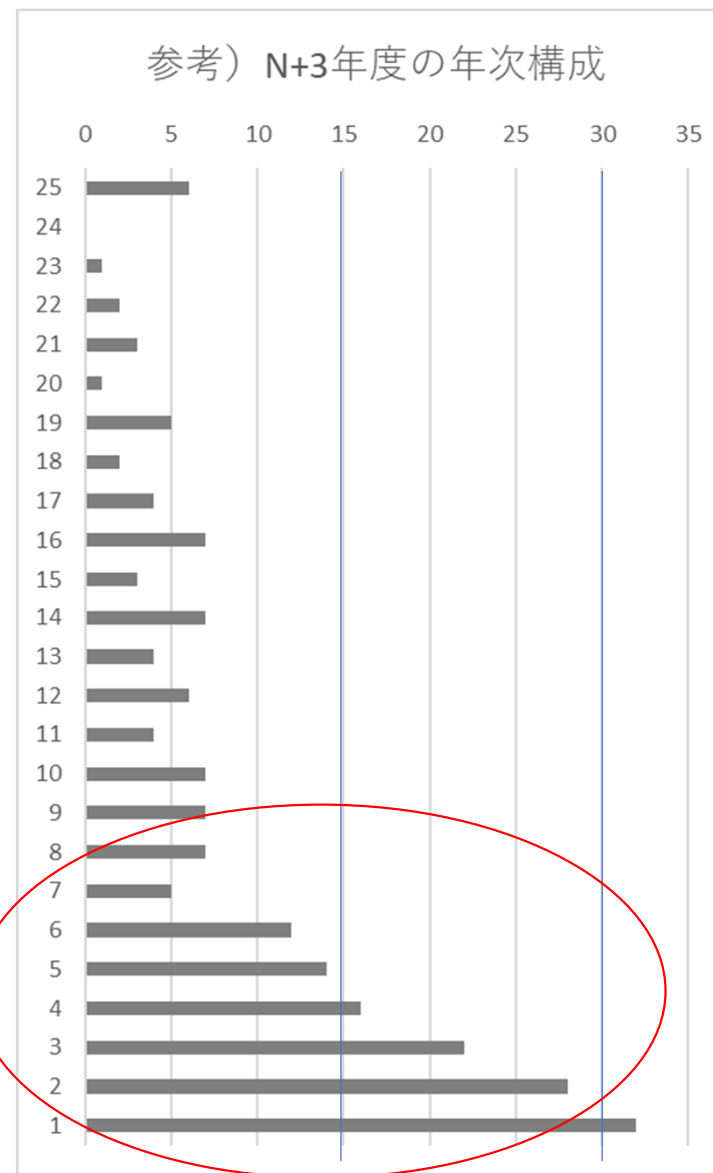
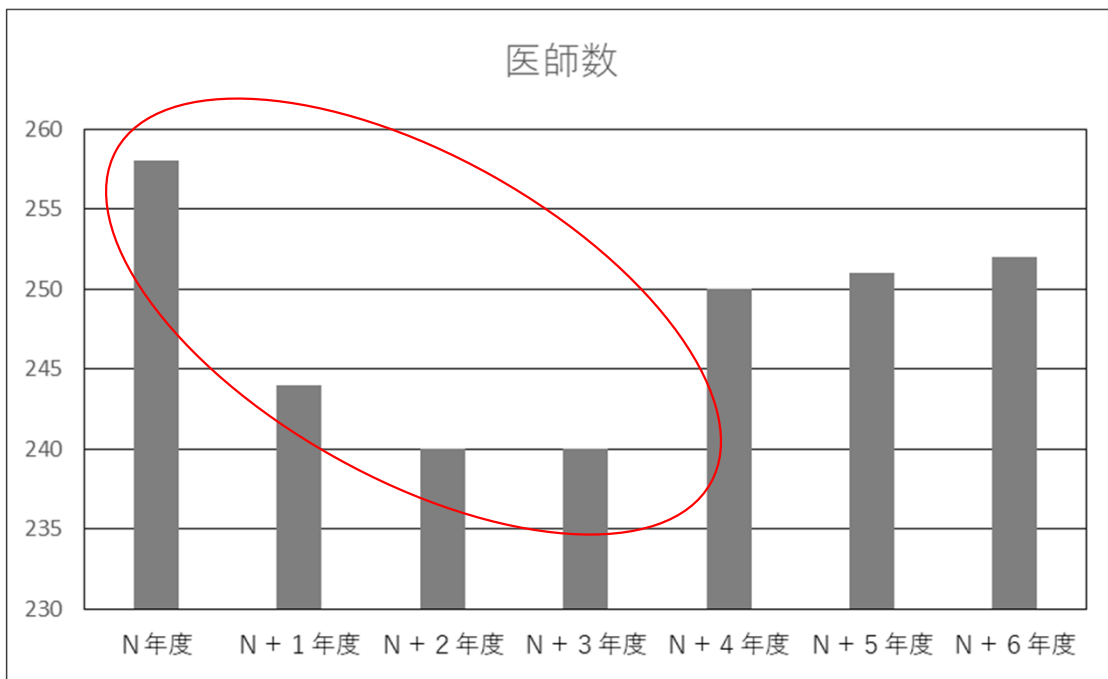
4. 前提事項) 医師の採用について

< 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等の公募
- ② 自治医科大卒業者の配属
- ③ 大学医局人事による異動
- ④ 病院トップおよび医師個人人脈、OB人脈による採用
- ⑤ 紹介業者（登録型・スカウト型）による採用、その他自由応募

- * 1 病院長の悩みのひとつは「医師の不足」ですが、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、都市部に「偏在」しているのです。
- * 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分岐しており、このことも「医師の偏在」の一因です。
- * 3 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事業の領域や性向が決まり、必要な医師が決まります。
- * 4 医師は自治医大やの防衛医大など、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。
- * 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。

(参考) A病院の常勤医師数の推移

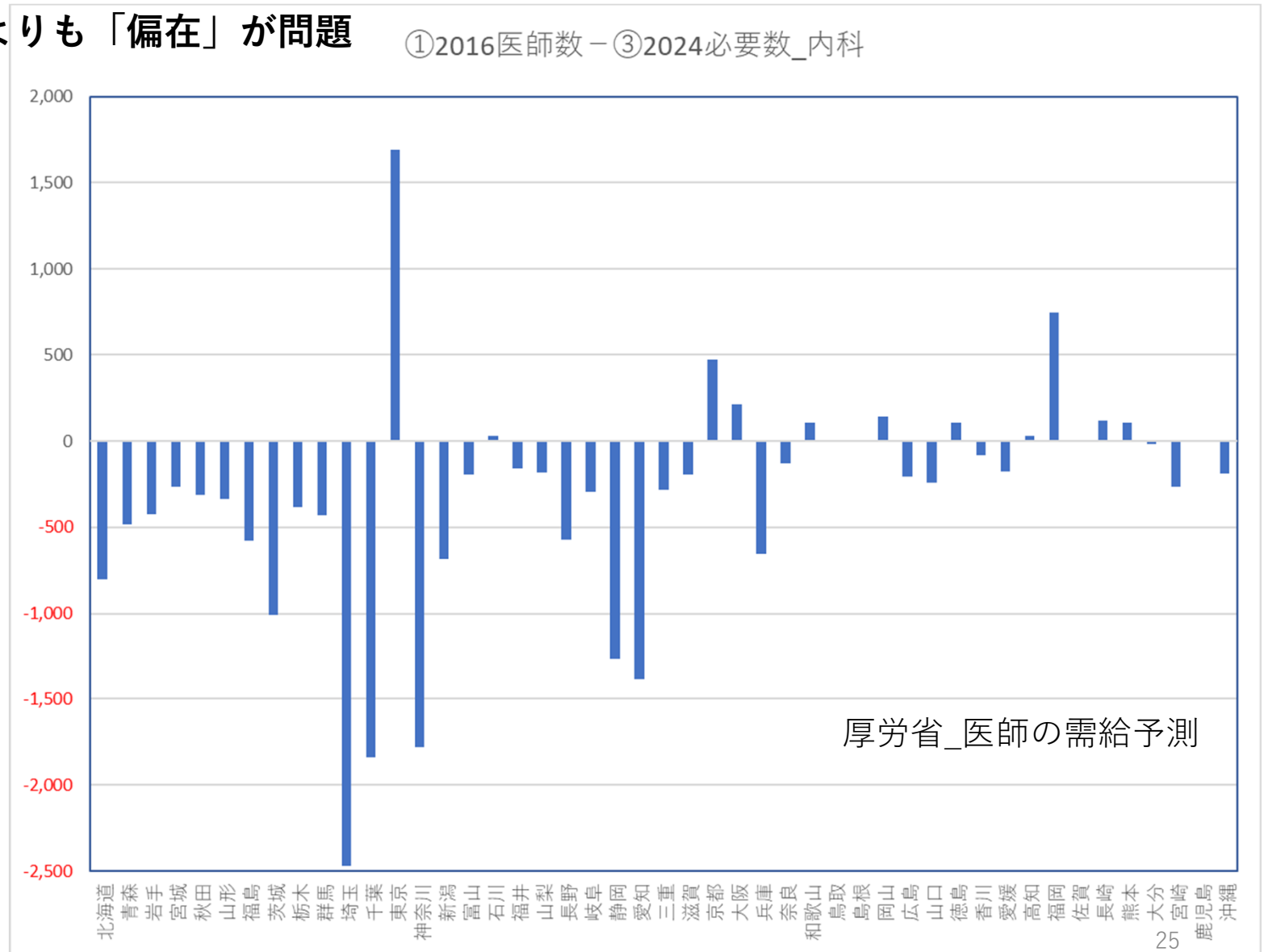


(参考) 医師の「不足」よりも「偏在」が問題

①2016医師数 - ③2024必要数_内科

地域的偏在
都市部偏在
診療科偏在
将来的偏在

採用市場は全国区！！



(参考) A病院における「医師の定着と確保」対策

< 「減」の要因 >

- ① 「理不尽な忙しさ」による消耗感 (例: コンビニ診療、負荷のアンバランス)
- ② 身近に指導してくれる先輩医師が居ない (例: 指導を仰ぎにくく、相談もしにくい)
- ③ キャリプランとライフプランのターニングポイント

< 「増」の要因 >

- ① 「理不尽な忙しさ」の軽減、負荷と手当のバランス
- ② 専門性を高める機会 (例: 豊富な症例、先進的な医療機器、研修・研究支援)
- ③ 指導的立場の医師の採用 (例: サーチ&スカウト型で指導的医師を採用)
- ④ 住環境の改善 (例: 医師専用マンションの新築など)
- ⑤ その他勤務条件の改善 (例: 病児病後保育、子育て医師の柔軟勤務等)
- ⑥ 医師採用活動そのものの強化・改善 (経験的「医師採用八則」)

1_クイックレスポンス

2_トップ自ら「本気で採りに行く」覚悟と行動

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

退職医師へのヒアリングまとめ 河北・記

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



総合病院国保旭中央病院医師宿舎

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



総合病院国保旭中央病院看護師宿舎

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

5. 前提事項) 医師のキャリアパス

(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。

臨床研修指定病院

出典: フリー百科事典『ウィキペディア (Wikipedia)』

[ナビゲーションに移動](#)[検索に移動](#)

臨床研修指定病院（りんしょうけんしゅうしていびょういん）とは、医学部を卒業し、医師免許を取得した医師（研修医）が卒後2年間、基本的な手技、知識（初期研修）を身につけるため籍を置く、つまり経験を積む、腕を磨く場を提供する病院である。

「指定」とあるように厚生労働省の審査を受け、指定を受けた病院のみ研修医と雇用契約を結び（研修医であると同時に勤務医でもある）受け入れることができる。

大多数が出身大学の附属病院で研修を受けていたが2004年（平成16年）4月以降 臨床研修指定病院の指定要件が緩和されたため、急性期医療において機能を果たしている多くの民間病院が臨床研修指定病院としての役割を担っている。

後期研修とは、各学会が定めた専門医の取得を目的とする、医師の研修期間です。

2013年4月に厚生労働省から「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告書が公表され、2014年には新たな第三者機関として「一般社団法人日本専門医機構」が設立されました。この日本専門医機構が専門医について新たに定めた制度は「新専門医制度」と呼称されています。

なお、現在の「後期研修」は、新専門医制度における「専門医取得にかかる研修」にあたります。

後期研修期間とは

一般的に後期研修期間とは、卒後3～6年目、初期研修後に専門医を取得するまでの期間をさします。初期研修で幅広く学んだあと、後期研修期間ではそれぞれのキャリアを磨きます。

後期研修期間ではどのようなキャリアを選択できるの？

後期研修期間では、おもに以下のキャリアを形成することができます。

大学医局に籍を置きながら、大学病院や関連病院で後期研修（専門研修）を行う
博士号取得を目指し、大学院に通いながら研修を行う
大学医局には属さずに、市中病院等で後期研修を行う
臨床以外に進む（基礎研究、公衆衛生、医系技官など）

<https://mn-career.jp/contents/3>

6. 前提事項) 医師の年次と職位

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。

医学部卒業 ⇒ 初期臨床研修 ⇒ 後期臨床研修 ⇒ 専門医等
⇒ 研究

⇒ 開業

7. 前提事項) 医師の給与について

< 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

<参考：医師の年俸制について（A病院の説明資料より）>

（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。

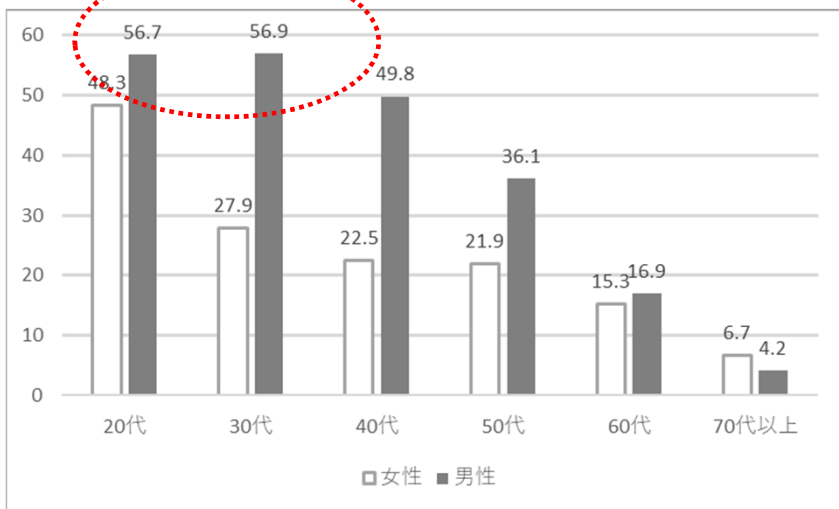
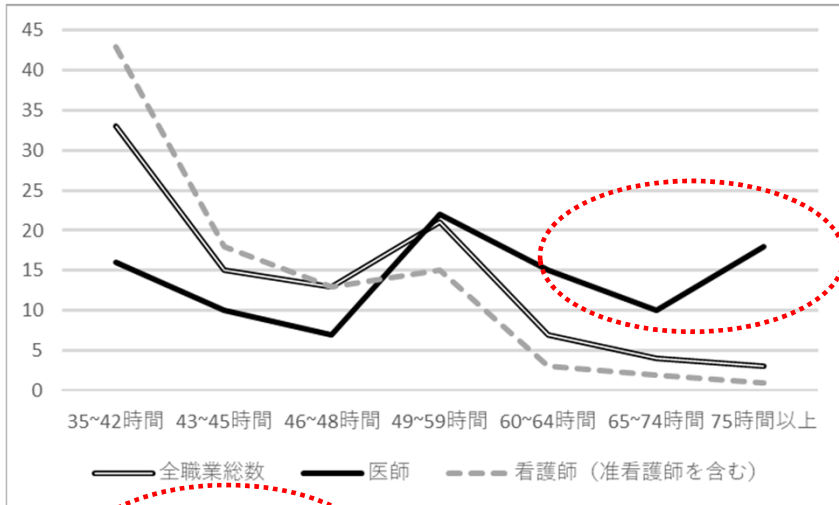
(参考) 年俸制に関する最高裁判決の要旨_20170707

- ① 割増賃金をあらかじめ基本給等を含める方法で支払う場合においては、労働契約における基本給等の定めにつき、通常の労働時間の賃金に当たる部分と割増賃金に当たる部分とを判別することができる必要がある。
- ② 上告人と被上告人との間においては、本件時間外規程に基づき支払われるもの以外の時間外労働等に対する割増賃金を年俸に含める旨の本件合意がされていたものの、このうち時間外労働等に対する割増賃金に当たる部分は明らかにされていなかったというのである。
- ③ 本件合意によっては、上告人に支払われた賃金のうち時間外労働等に対する割増賃金として支払われた金額を確定することすらできず、上告人に支払われた年俸について、通常の労働時間の賃金に当たる部分と割増賃金に当たる部分とを判別することはできない。
- ④ したがって、被上告人の上告人に対する年俸の支払により、上告人の時間外労働及び深夜労働に対する割増賃金が支払われたということとはできない。これと異なる原審の判断には、判決に影響を及ぼすことが明らかな法令の違反がある

7. 医師の勤務（時間外勤務）について（平成**年3月、A病院報告書より）

- (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。

「病院の働き方改革」 = 「医師の働き過ぎ改革」



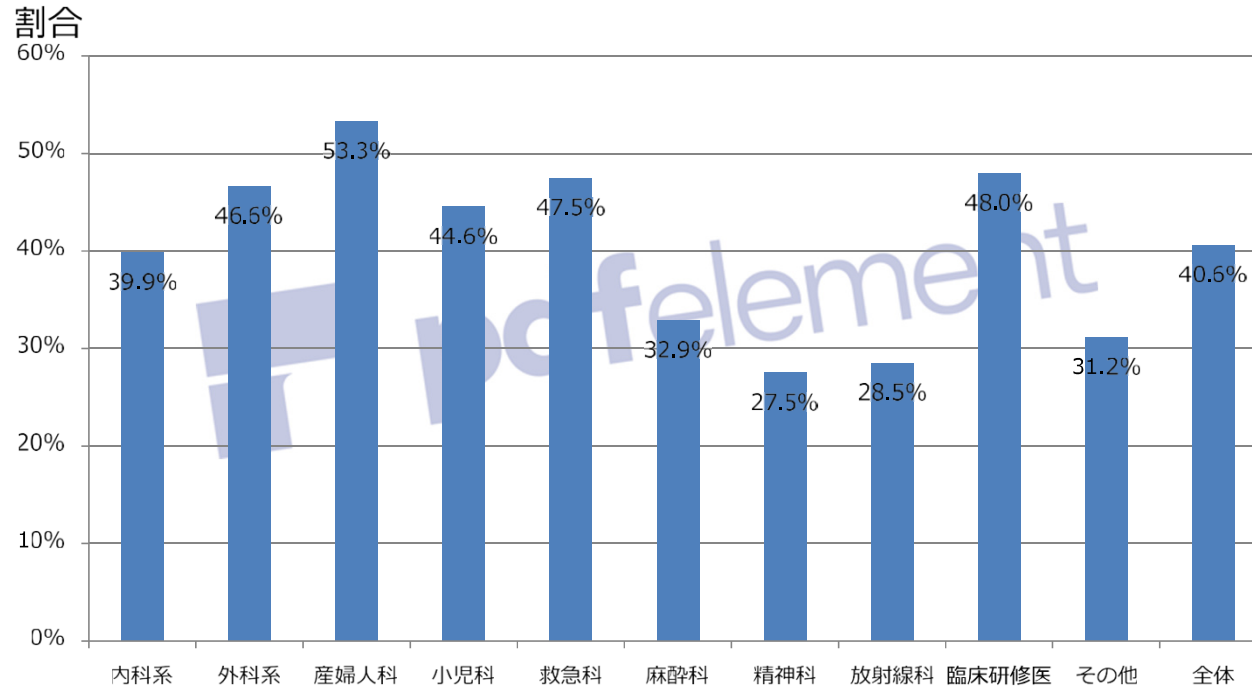
	超過時間	所属
後期研修医(5年次)	242	外科
医長	238	内科
初期研修医(2年次)	214	臨床研修
部長	212	小児総合診療科
院長補佐	204	血管外科
医長	201	小児科
後期研修医(4年次)	195	内科
医長	194	外科
部長	188	人工透析科
医長	185	小児科
主任医員	181	内科
部長	180	腎臓内科
医長	178	眼科
副院長	174	腎臓内科
初期研修医(1年次)	173	臨床研修
部長	167	化学療法科
部長	154	内科
主任医員	153	眼科
後期研修医(3年次)	151	小児科
主任医員	147	脳神経外科
部長	146	消化器画像診断科
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

そもそも始業時刻と終業時刻を客観的に記録出来ていますか？

(参考)

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。



※ 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

(参考) 「研修医の働き方」 A病院でのヒアリング事例

- 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。

< 医師の時間外勤務に対する基本的スタンス：案 >

- 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：
第8回検討会資料4
を一部改変

当直時間帯における診療の時間の分布(自計式・30分単位)

○ 当直時間帯には、日中と同程度に診療が発生している場合から断続的に診療が発生している場合、
ほぼ診療がない場合(いわゆる寝当直)まである。

病院種類	診療科	1日目												2日目												診療時間					
		17:00-17:30	17:30-18:00	18:00-18:30	18:30-19:00	19:00-19:30	19:30-20:00	20:00-20:30	20:30-21:00	21:00-21:30	21:30-22:00	22:00-22:30	22:30-23:00	23:00-23:30	23:30-00:00	0:00-0:30	0:30-1:00	1:00-1:30	1:30-2:00	2:00-2:30	2:30-3:00	3:00-3:30	3:30-4:00	4:00-4:30	4:30-5:00		5:00-5:30	5:30-6:00	6:00-6:30	6:30-7:00	7:00-7:30
大学病院以外	内科																														12時間30分
大学病院	循環器内科																														11時間
大学病院	皮膚科																														11時間
大学病院以外	外科																														10時間
大学病院以外	麻酔科(ICU)																														11時間
大学病院	食道胃腸外科																														9時間30分
大学病院以外	内科																														9時間30分
大学病院	循環器内科																														9時間30分
大学病院	産婦人科																														9時間
大学病院以外	循環器内科																														8時間30分
大学病院	眼科																														8時間
大学病院	整形外科																														8時間
大学病院以外	外科																														8時間
大学病院以外	産婦人科																														7時間30分
大学病院	救急科																														7時間30分
大学病院以外	内科																														7時間
大学病院	産婦人科																														7時間
大学病院	産婦人科																														7時間
大学病院	整形外科																														7時間
大学病院	整形外科																														7時間
大学病院以外	心臓血管外科																														6時間30分
大学病院以外	循環器内科																														6時間30分
大学病院	循環器内科																														6時間
大学病院	小児科																														6時間
大学病院	整形外科																														6時間
大学病院	産婦人科																														5時間30分
大学病院	肝臓																														5時間
大学病院以外	整形外科																														5時間
大学病院	食道胃腸外科																														4時間30分
大学病院	消化器内科																														4時間30分
大学病院	眼科																														4時間30分
大学病院	眼科																														4時間30分
大学病院	消化器血液内科																														4時間30分
大学病院	泌尿器科																														4時間30分
大学病院以外	救急科																														4時間
大学病院以外	小児科																														3時間30分
大学病院以外	産婦人科																														3時間30分
大学病院以外	消化器科																														3時間30分
大学病院	消化器血液内科																														3時間30分
大学病院	小児科																														3時間
大学病院以外	小児科																														3時間
大学病院以外	救急科																														2時間30分
大学病院	泌尿器科																														2時間30分
大学病院以外	外科																														2時間
大学病院以外	産婦人科																														2時間
大学病院	眼科																														2時間
大学病院	整形外科																														2時間
大学病院以外	整形外科																														2時間
大学病院以外	小児科																														2時間
大学病院以外	小児科																														2時間
大学病院以外	小児科																														2時間
大学病院	消化器血液内科																														2時間
大学病院	整形外科																														2時間
大学病院	産婦人科																														2時間
大学病院	精神科																														1時間30分
大学病院	消化器血液腫瘍内科																														1時間30分

○ 日中と同程度に診療が発生している場合

○ 一定の頻度で診療が発生している場合

医師の宿日直許可は必須の課題...

○ ほぼ診療時間がない場合(いわゆる寝当直)

※本表は「労働厚生労働省(以下「省」)が推進する「業務費・病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者:国立保健医療科学院種田憲一郎)研究班において作成されたものである。

(参考) 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病院でのヒアリング結果

- 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^①の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^②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) 病院に対する労基署による指導等の事例<抄> ※

- 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。

(参考) 「医師の旗空き方改革」の事例

問題解決のカギは現場にある…

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カ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、「地域になくては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年からバランスト・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。