

医師の働きかた改革： 日本医学会連合からの報告と提言

北海道大学 環境健康科学研究教育センター

特別招へい教授 岸 玲子

(日本医学会連合労働環境検討委員会 前委員長)

1. 概要

1. 過労死に代表される長時間労働の歴史(提言の背景): 資料
2. 日本の医師の働きかたの実態
3. 長時間労働と心身の健康(疫学的知見)
4. 医師の長時間勤務と医療事故の関係
5. 日本の医療独特の問題
6. わが国の医師不足の実態と医療供給体制
7. 女性医師の増加とキャリア形成の課題
- 8~12. 多様な課題解決のための方向性(医療安全, タスクシフト, PAなど)

2. 医師の働きかたの実態

(1) 医師の労働時間(日本)

- 労働時間が週60時間(月80時間の時間外労働に相当)を超える比率が一般労働者では14.0%であるのに対して**医師では41.8%**。(図1)
- さらに週75時間を超える比率が**医師では17.2%**と一般労働者の2.6%の6倍である。
- 医師の平均労働時間は男性では20代～40代において**週60時間を超えている**。
- つまり、日本では労働時間の**平均が、過労死の認定基準の一つとされる時間外労働80時間/月を超えていることになる**。

(2) 平均労働時間の国際比較(図2)

- **ドイツ、フランス、イギリス**などでは25～54歳での男性医師では**労働時間は週55時間以下**である。女性医師は週50時間を下回っている。
- 一方、「診療+診療外+当直」時間はこれら**欧州の20年前の値と比較しても週5～10時間程度長い**。
- アメリカでの医師の労働時間はホワイトカラーエグゼンプションの対象であるものの、日本の医師の労働時間より短く、また性別で比較すると、男性医師は週51.7時間、女性医師は週44.4時間であった。

図1 月80時間を超えて残業する人の職業別割合

朝日新聞 2017年9月10日（総務省調査、2012年から）

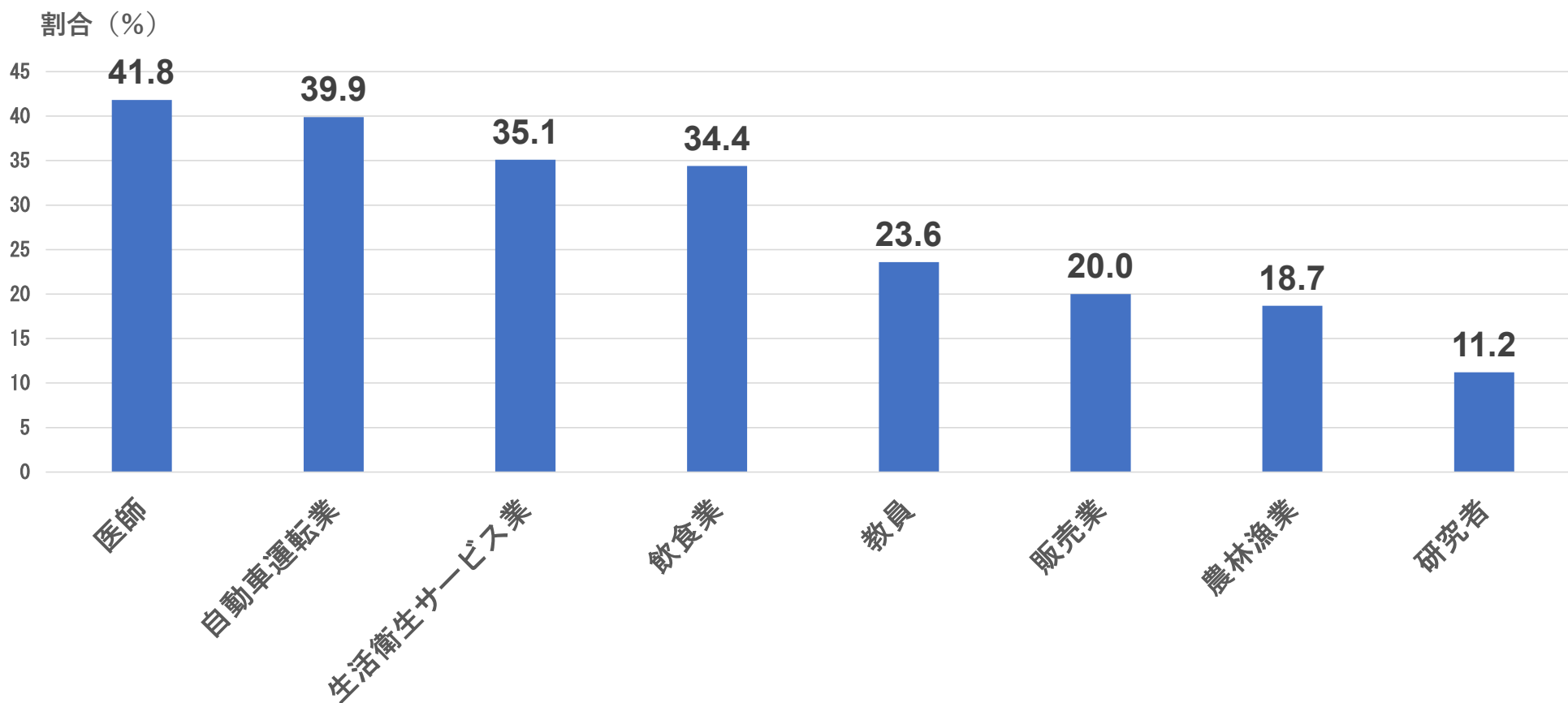
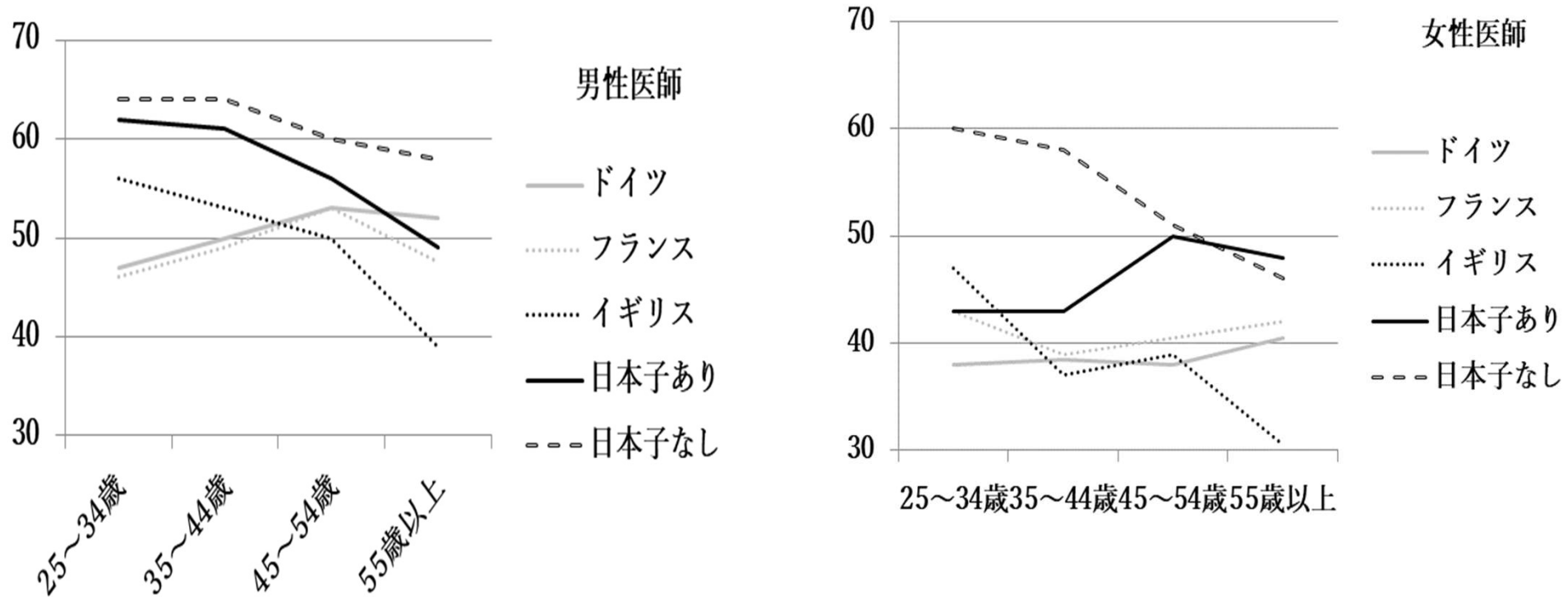


図2 勤務医の平均週労働時間の比較 (欧州と日本、男女別)



* 日本の労働時間: 診療時間 + 診療時間 + 当直時間 (オンコールを除外) で計算
 (参考) Steven Simoens, Jeremy Hurst ((2000 Eurostat Labour Force Surveyを解析) 第2回医師の働き方改革に関する検討会, 資料3

3. 長時間労働と心身の健康に係る疫学知見

- 世界的な規模のメタ分析および数十万人の統合分析から、週35～40時間の標準的な労働時間を基準としたとき、週55時間を超える労働者に循環器疾患の発症リスクが上昇することが確認されている。この関係は冠血管疾患より脳血管疾患でより明らかで、労働時間が長くなるほど有意にリスクが上昇していた。
- 抑うつ障害の発症をアウトカムとした同様のメタアナリシスでも、弱いながらも統計学的に有意なリスク上昇が確認された。
- 医師における、長時間労働と抑うつ、バーンアウト（燃え尽き）に関する横断研究は、我が国の知見を含め数多く存在する。
- 発症に寄与するメカニズムについては心房細動のほかに、短い睡眠時間が冠血管疾患リスクを予測し、長時間労働が睡眠時間とともに質も阻害することや飲酒量増加を来たしやすいたことが示されている。

4. 医師の長時間勤務と医療事故、 医療安全との関係

- 医師の労働時間と医療安全に関する研究蓄積は十分でない。
- 最近の論文では、労働時間の短縮で医療安全が向上した、あるいは関連が認められなかった報告が半々である。
- しかし不眠不休で集中力が低下した医師の診療行為を放置することは患者の医療安全の面で問題ありとの指摘が多い。たとえば米国のレジデントの勤務時間制限(2003年)の導入当初、バーンアウトの頻度を低下させる一方で、教育に関わる指標(研修時間・カンファレンス参加・満足度)の悪化が観察された。
- しかし近年は、過労防止のための勤務時間制限は患者ケアと教育に関わる時間や患者アウトカムには影響しないというランダム化比較試験が報告されている。

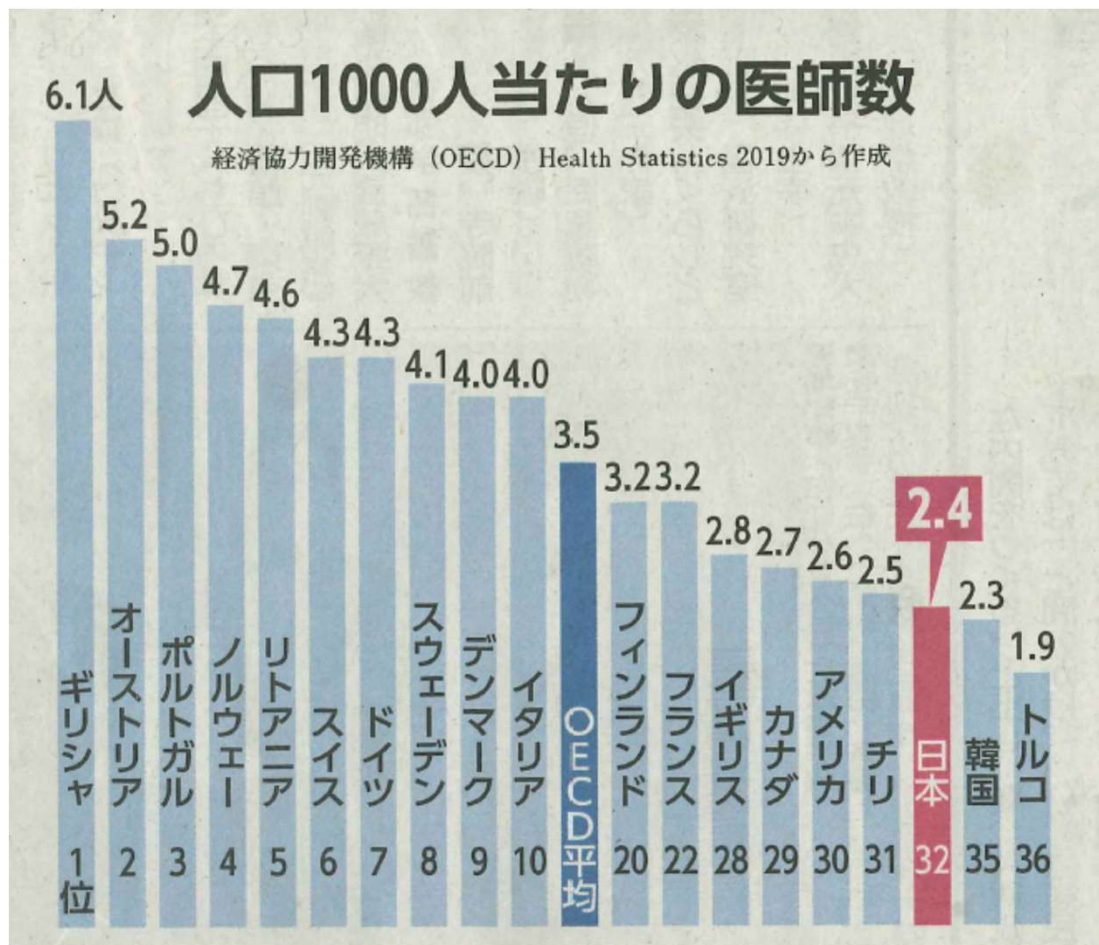
5. 医師の仕事の特殊性と日本の医療独特の問題

- 医師は自己研修や生涯学習が必須の職業である。
- 日本の医師は、医師法第19条に応召義務がある。
- 日本では多大な時間を他職種によって代行が可能な作業に費やし、これが勤務医の疲弊の原因との指摘がある。
- すなわち主治医として時間外の臨終への対応、休日・時間外の患者家族への説明、軽症患者の夜間救急外来受診への対応、紹介状を持たない患者の専門医療機関受診への対応などが挙げられている。

6. 我が国の医療提供体制と医師不足の実態 (1) OECD統計からみた日本の医師不足

- 日本では医療費削減の目的として、医師数の削減がうたわれ、1985年から医学部定員削減が始まった。しかし地域の医師不足が問題となり2008年から定員増が始まった。2016年の医師数319,480人はOECD平均と比較すると10.6万人不足している。
- 人口当たりの医師数は先進国に比べて7割しかいない。にもかかわらず、医師当たりの外来受診回数は2倍、医師当たりの病床数は2-4倍である。
- 入院中の患者一人当たりの医師数では日本0.09人、フランス0.24人、ドイツ0.22人、アメリカ0.36人である。さらにアメリカでは医師の下で診療、投薬できるPAや、NPなど、日本の特定看護師に近い職種がそれぞれ6万人、10万人存在する。日本はOECD諸国に比べて医師数は極めて少ない。

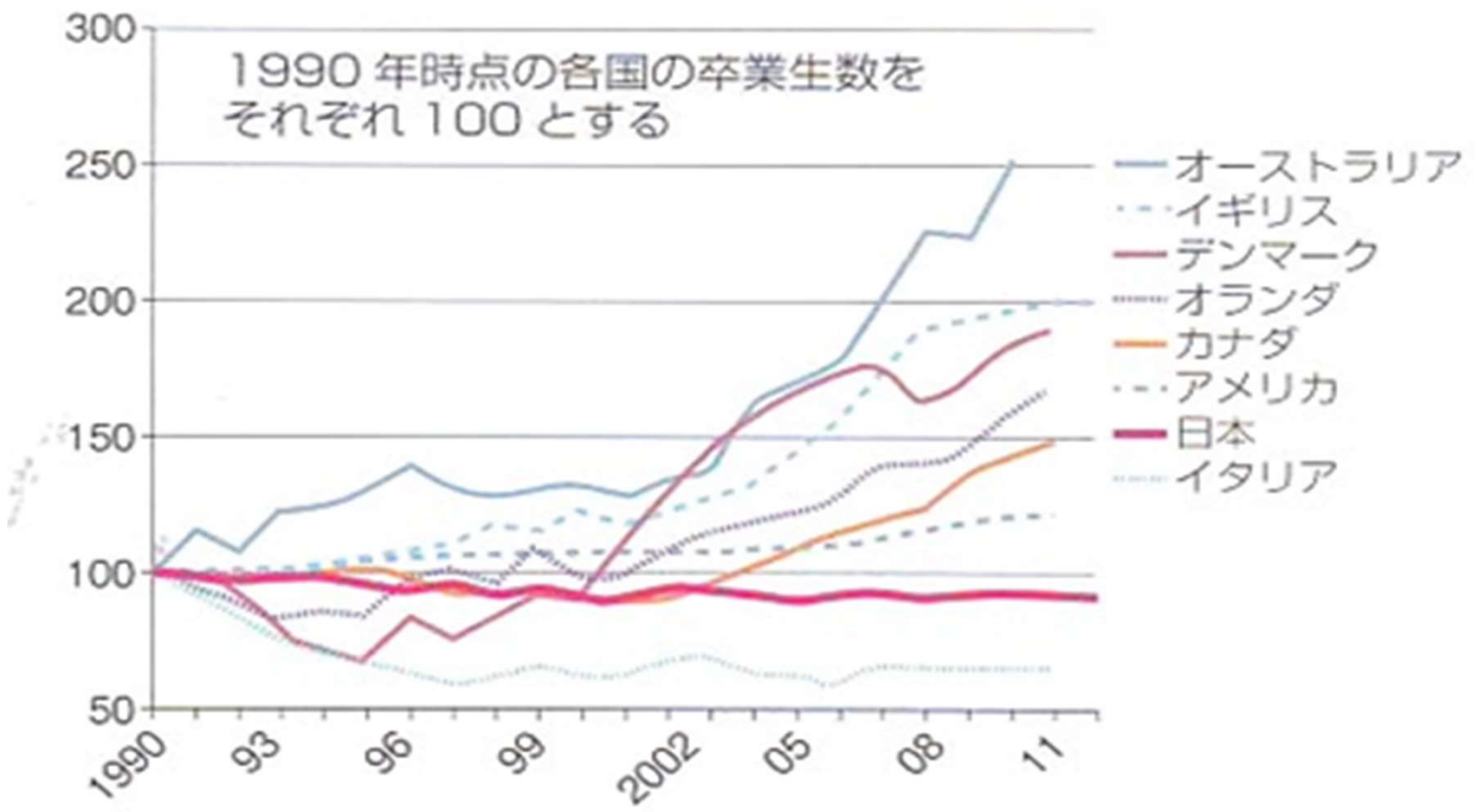
(OECD各国) 人口1000人あたりの医師数



- ・日本は人口4人あたり2.4人
- ・OECDの中で32位/35位

図3

OECD加盟国における医学部卒業生の人数の推移



出所) OECD Health Statistics 2013,
<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

図4 医師の需給推計について（案）

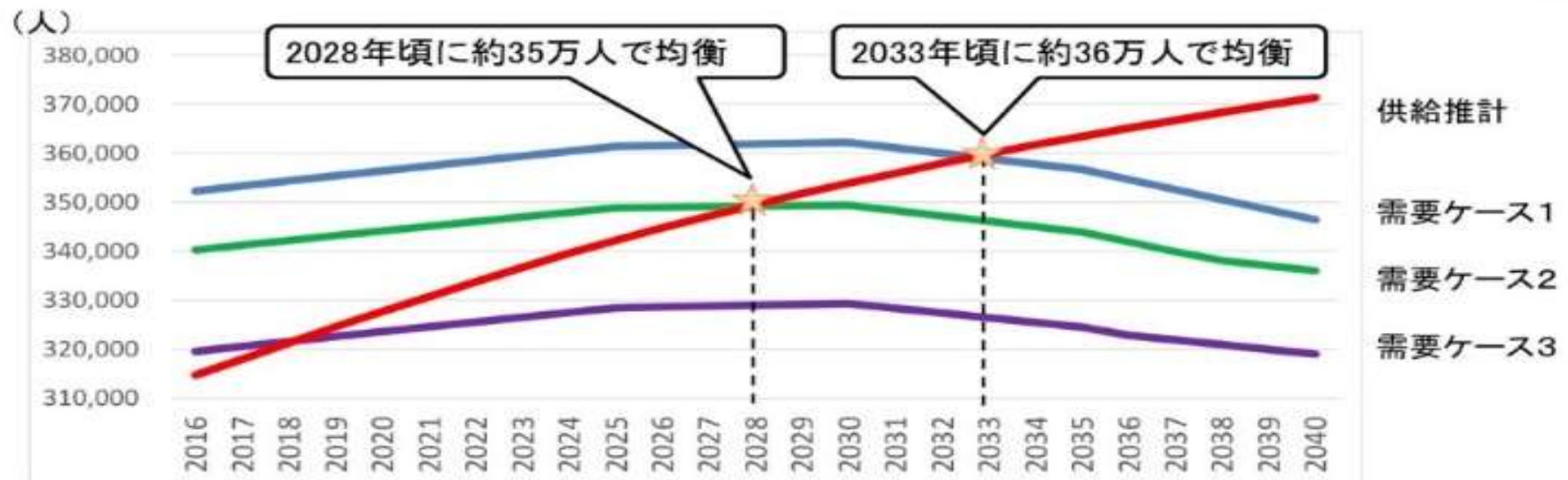
医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース2において、平成32年度(2020年度)医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年(平成40年)頃に、労働時間を週55時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース1において、2033年(平成45年)頃に均衡すると推計される。

供給推計 今後の医学部定員を平成30年度(2018年度)の9,419人として推計

需要推計 ケース1、ケース2、ケース3について推計※

※ 労働時間、業務の効率化、受療率等について幅を持って推計(別紙)

※※ 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

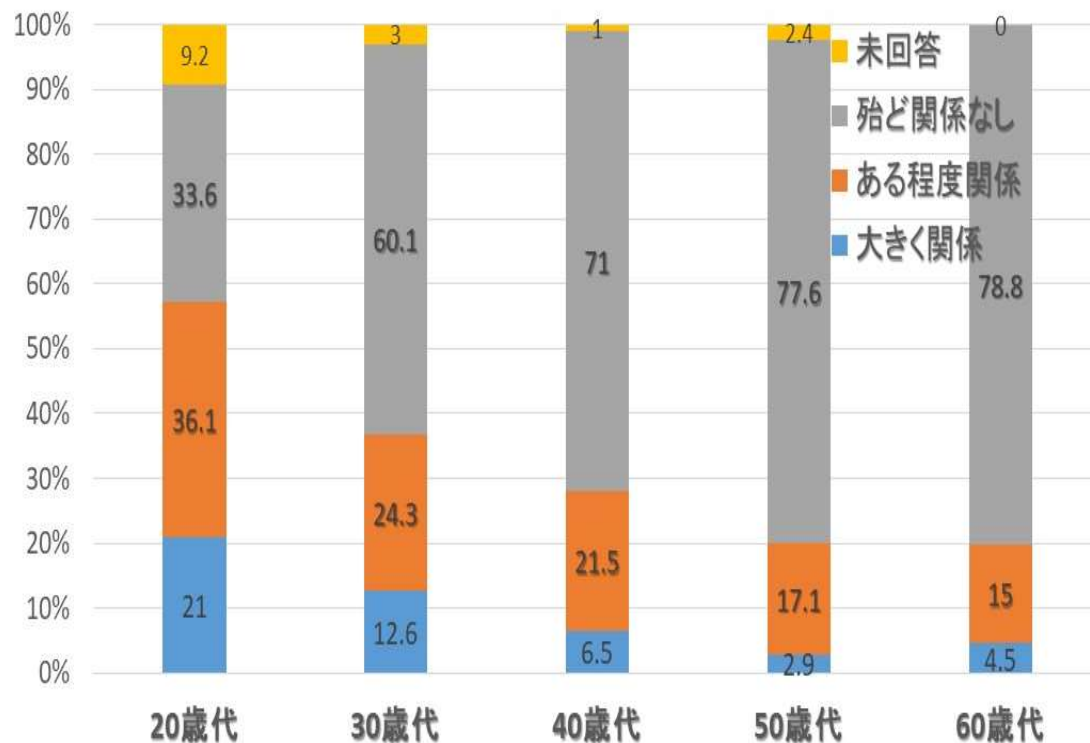


医師の需給で今後さらに検討を要する項目

- 1) 医師の需給に関する検討会資料の1週間の労働時間によれば、日本は20代から59歳までの医師が週に60時間以上勤務し、80歳以上の医師が週に30時間勤務していた。対してヨーロッパでは20代から週に60時間以内の勤務時間で、70歳以上の医師のデータは認められず高齢の医師が引退している可能性。
- 2) 今回の報告でも医師の就業率として、医師・歯科医師・薬剤師調査に「無職・不詳」と回答した以外の医師について、医籍登録後70年を超える医師（95歳超）まで算入。仕事量推計に当たって20代医師が週に約60時間としたのに70歳以上の医師全員も週に32時間働くとして試算している。高齢医師をどこまで医師数としてカウントするのが適切か？
- 3) 入院患者数および外来患者数等の業務量を加味すると日本はOECD諸国に比べて業務量あたりの医師数は少ない。
- 4) 解決が容易でない地域偏在や診療科偏在（救急や麻酔、産婦人科等々）をどう解消するのか。

図5 勤務医労働実態調査（診療科の選択への影響）

- 診療科選択にあたって労働環境が良いことが関係したか？



労働環境は若手医師の診療科選択に大きな影響を与えている

調査期間 2017年7月1日~9月30日 対象：勤務医1,800名

勤務医労働実態調査委員会 2017.11.19

6. 我が国の医療提供体制と医師不足の実態 (2) 地域偏在と診療科偏在

(2) 地域偏在と診療科偏在

- 医師数が日本一多い高知県でも、OECD平均（2015年1,000人当たり3.2）に到達しておらず、さらに一番医師不足の埼玉県では高知県の約半数のレベルで、地域偏在が深刻な問題となっている。
- 厚生労働省の検討会資料では、勤務時間が週60時間以上である割合は産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科48%、外科系約47%、小児科45%であった。
- 労働環境は若手医師の診療科選択にも大きな影響を与えており、地域偏在診療科偏在是正のためにも医師の労働環境改善は待ったなしである。

7. 女性医師の増加とキャリア形成の課題

1. OECD36か国の比較で見ると日本の女性医師の比率は最も低い。しかし近年、若年層では増加し、医師養成課程では医学生の3割が女性
2. 常勤医の比率が低く、結婚・出産・育児のために離職するケースが多い。
3. 「医師の配偶者は専業主婦がモデル」だからである。長年、我が国で固定化している「男女役割分担の見直し」が重要な課題である。
4. 特に医科大学における女性受験生への得点操作で明らかになった現状があることから、女性医師へのサポートや実力をつけるためのエンパワーメントは待ったなしである。
5. 国民の半数は女性であるのでジェンダーバランスの視点からも医療人材の量的充足の問題から見ても喫緊の改善が望まれる。
6. 現状の医師の長時間労働等、厳しい労働実態を鑑みて、男女両性の医師に対して育児期（乳幼児期のみならず実際に女性医師の離職が多い学童期を含む）の労働環境の整備、夜間休日の時間外業務担当医師への配慮や処遇の改善、時短常勤制度など種々の工夫が要請される。

8. 多様な課題解決のための方向性

1. 目標を明確にしよう

- ①医療の質と医療安全の確保
- ②医師の健康障害の予防
- ③Work Life Balanceの改善が必要なのは女性医師ばかりではない

2. 医師の働きかたを欧米並みにするのが望ましい

- ①医師の業務のみなおし タスクシフトの相手を広げる
- ②「新たな医師数抑制」の議論には精緻さが求められる
- ③医療現場における確かなデータを踏まえた改革を

3. 国民的議論が必要な今後の医療提供体制の在り方

4. 十分な財政支出を国に要望すべき

9. 仕事のsharing およびshift(PAの導入)

- 地域や診療科の深刻な医師偏在を解決するためには、医師業務の劇的削減が必要で、米国等で活躍しているフィジシャンアシスタント（Physician assistant : PA）や特定看護師の導入が必要。

(医師の直下で仕事をする専門技術者)

- さらに先進国1医師数が多いドイツでも10年前からPAが導入されている（第118回日本外科学会定期学術集会2018年4月5日Marcus Hoffmann "Physician assistants in Germany"）。日本こそ早急にPA導入を実現すべきという意見が特に外科系から出されている。

10. フィジシャン・アシスタント（PA）

1. 欧米で医師の補助者として、医師やその他のほかのヘルスケア職種とともに医療を提供する中間職種。
2. 疾病の診断、投薬など、個々の患者の治療計画や医療体制づくりに参画する
3. アメリカでは6万人存在。看護師のみならず、薬剤師やOTPT等、多様な職種から修士課程相当の教育を受け転身しているものも多い。
4. 働く場所は「最先端医療」を行う病院や、あるいは家庭医のもとで働く者も相当数いる。
5. 労働時間は9時～5時
6. 収入は幅があるが、平均で年収1000万円と、HPでも公表している。

11.長時間労働が医療安全に与える影響をもっと配慮しよう

1. 不眠不休で集中力が低下した医師の診療行為を放置することは患者の医療安全の面で問題がある。
2. 運輸業等では、交通安全の面から過労運転の責任を運転手本人だけでなく、雇い主にも求めている（道路交通法66条、66条の2）。
3. 医療機関の管理者が各医師の過労診療を放置すれば、行政が介入して規制を行う可能性もある。
4. プロフェッショナル・Autonomyを確保するためには、各医療機関の管理者は勤務する医師の労働時間の把握と過労防止策を講じることが不可欠。

12. 「高プロ」創設は、「使用者都合の法律？」 (国会傍聴の過労死遺族)



毎日新聞2018年6月29日 東京夕刊