

# 医師の需給に関する検討会

( 第 4 回 )

日時：平成17年4月25日(月)

15:00～17:00

場所：厚生労働省省議室(9階)

## 議 事 次 第

1 開会

2 議事

- ・ 医師の宿日直勤務と労働基準法説明
- ・ 中間報告書骨子案説明
- ・ その他

3 閉会

# 医師の需給に関する検討会

( 第 4 回 )

## 資 料 目 次

資 料 1 医師の宿日直勤務と労働基準法

資 料 2 中間報告書 骨子案  
(これまでの各委員の意見から)

参考資料 1 山本委員提出資料

# 医師の宿日直勤務と労働基準法

平成 1 7 年 4 月

厚生労働省労働基準局監督課

## 宿日直勤務の許可（労働基準法第41条）

### 1 概要

宿日直勤務者については、労働基準監督署長の許可を得た場合には、労働基準法上の労働時間、休憩、休日に関する規定は適用が除外される。

主な適用除外規定

- ① 労働時間（労働基準法第32条）  
1週40時間、1日8時間  
（時間外・休日労働を行う場合であっても36協定の締結・届出は不要）
- ② 休憩（労働基準法第34条）  
労働時間6時間超→少なくとも45分  
8時間超→少なくとも1時間
- ③ 休日（労働基準法第35条）  
1週1日又は4週4日
- ④ 時間外・休日労働の割増賃金（労働基準法第37条）  
法定時間外労働 25%以上  
法定休日労働 35%以上

### 2 一般的許可基準

- ① 勤務の態様
  - ・ 常態としてほとんど労働する必要のない勤務
  - ・ 原則として、通常の労働の継続は許可しない
- ② 宿日直手当
  - ・ 1日又は1回につき、宿日直勤務を行う者に支払われる賃金の1日平均額の1/3以上
- ③ 宿日直の回数
  - ・ 宿直については週1回、日直については月1回を限度
- ④ その他
  - ・ 宿直については、相当の睡眠設備の設置

### 3 医師、看護師等の宿直の許可基準（一般的基準の取扱い細目）

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
- ② 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外に、病院の定時巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温等、特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務に限ること。  
（応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等があり、昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものは許可しない。）
- ③ 夜間に十分睡眠がとりうること。
- ④ 許可を得て宿直を行う場合に、②のカッコ内のような労働が稀にあっても許可を取り消さないが、その時間については労働基準法第33条、第36条による時間外労働の手続を行い、同法第37条の割増賃金を支払うこと。

これまでの経過

方法	関係通達	時期	対象	経過		
許可機関の確認		(13年度第3四半期)	過去に宿日直許可を受けた医療機関8,400機関を確認	許可件数:8,400機関		
				閉鎖等	対象 自主点検の	○閉鎖等以外
自主点検	○平成14年3月19日付け基発第0319007号「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」	14年度第1四半期	「閉鎖等」以外の6,600機関へ自主点検を実施要請	自主点検対象：6,600機関（提出：6,000機関）		
				結果 自主点検の	○宿日直勤務を既に行っていない ○許可基準を満たしている	○許可基準を満たしていない
説明指導会	○平成14年11月28日付け基発第1128001号「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化の当面の対応について」	14年度第4四半期～平成15年度第1四半期	ア「許可基準を満たしていない」機関の内①乃至⑤に該当イ「自主点検未提出」の2,700機関へ出席要請	説明指導会対象：2,700機関（出席：2,000機関）		
				対象 説明指導会の	①1か月の医療行為のある日が8日から10日で最大3時間超 ②1か月の医療行為のある日が11日～15日で最大2時間超 ③1か月の医療行為のある日が16日以上で最大1時間超 ④宿日直回数の基準超 ⑤宿日直勤務中の通常の労働に対する割増賃金の未払	○自主点検未提出
改善報告書	○同上	説明指導会時（欠席医療機関には郵送等）	○上記のうち、説明指導会時等に改善確認された機関以外の2,000機関へ提出要請	改善報告書対象：2,000機関（提出：1,400機関）		
				対象 改善報告書の	○説明指導会等の際に改善確認	①～⑤に該当
監督指導	○平成15年12月26日付け基発第1226002号「医療機関の休日及び夜間勤務の適正化に係る当面の監督指導の進め方について」	15年度第4四半期～16年度第1四半期	ア 改善報告書提出機関のうち附款の範囲を著しく超え、改善が不能等イ「改善報告書未提出」	監督指導の対象		
				○附款の範囲を著しく超えているものであって、改善が不能・困難、未記入	○改善報告書未提出	約600機関に監督実施

医療機関の宿日直勤務に関する監督結果

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
監督実施件数		何らかの法違反	三二条違反(宿日直時)	三七条違反(宿日直時)	(許可のある医師の宿日直時) 三七条違反	許可のある医師の宿日直	専用指導文書交付	宿日直勤務が通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものとなっていないこと	夜間・休日に従事する業務について、昼間と同様様の労働に従事することが稀でないこと	宿直の回数が週一回の原則を超えていること	日直の回数が月一回の原則を超えていること
計	596	430	17	101	50	348	249	53	195	105	81
(対監督実施件数)	100.0	72.1	2.9	16.9	8.4	58.4	41.8	8.9	32.9	17.6	13.6
(対許可のある医師の宿日直有)					14.4	100.0	71.6	15.2	56.0	30.1	23.3
(対専用指導文書交付医療機関)							100.0	21.3	78.3	42.2	32.5

①: 実施時期は、平成15年度第4四半期～平成16年度第1四半期。実施地域は、全国。

②: 596機関のうち、何らかの労働基準法等関係法令違反が認められたもの。

③: 労働基準法第32条〔法定労働時間〕違反件数(態様:36協定の未締結、通常勤務時の法定時間外労働が限度時間超、宿日直勤務時の「通常の労働」等の法定時間外労働が限度時間超)のうち、宿日直勤務時の「通常の労働」等による法定時間外労働が限度時間超などにより法違反となっているもの。

④: 労働基準法第37条〔割増賃金〕違反(態様:通常勤務時の法定時間外労働等に対する法定割増賃金の未払(全部又は一部、以下同じ。)、宿日直勤務時の「通常の労働」等による法定時間外労働等に対する法定割増賃金の未払)のうち、宿日直勤務時の「通常の労働」による法定時間外労働等に対する法定割増賃金の未払が法違反となっているもの。

⑤: ④のうち、許可のある医師の宿日直勤務時に関するもので、その「通常の労働」による法定時間外労働等に対する法定割増賃金の未払が法違反となっているもの。

⑦: 許可のある医師の宿日直勤務を行っている医療機関に対する専用指導文書の交付件数

⑧～⑪: ⑦の専用指導文書の交付理由(交付理由が複数にわたる医療機関あり。)

## 医師の需給に関する検討会

### 中間報告書 骨子案（これまでの各委員の意見から）

#### 1. はじめに

- 本検討会は、平成17年度中に報告書を取りまとめることになっている。
- 一方で、平成18年度での医療制度改革を目指して、医療制度全般について、社会保障審議会医療部会での議論が進められている。
- 本検討会も、18年度での改正に盛り込める事項については、可能な限り最終報告を待たずに中間報告として取りまとめることが適当。
- さらに残された事項については、最終報告書まで引き続き議論。

#### 2. 現状の認識

- 患者から見ると、医師は常に忙しく十分な時間が取れないことも多く、医師は不足しているのではないかと感じる。また、医師から見ると、現場の繁忙感は非常に強い。医師は過剰になるという平成10年の認識は正しいのか疑問である。更に、患者と医師との関係が変容したことにより、インフォームド・コンセントを含む患者一人当たりの診療時間が非常に多くなってきている。そのため診療に時間を要するようになり、医師不足につながっているのではないかと。
- 診療科によっては医師不足が甚だしく、診療に支障をきたしている診療科もある。特に産婦人科・小児科などでは、新規参入医師が少ないことが医師不足に拍車をかけている。診療科別格差が大きい、更には夜間等、時間帯による医師の不足、という状況もある。
- 地域医療を守っている多くの医師が引退年齢にあることもあり、地域によって医師が不在の地域もある。都道府県別の人口当たりの医学部定員が偏在しており、地域別格差に拍車をかけている。医師の気質が変わり、過疎地域に行きたがらなくなっている。地方では大学病院でも医師が不足しており、関連病院に医師を派遣する余力がないのではないかと。
- 医師が不足している診療科、地域、時間帯においては、医師の質の面でも不足しているのではないかと。
- 労働基準法に伴う影響も無視できないのではないかと。
- 女性医師が増加しており、このことが需給に影響しているのではないかと。

### 3. 検討すべき課題とその解決方法について

#### (1) 地域偏在の解消等について

- 医師不足地域への医師誘導策について、外国の事例が参考になるのではないか。
- 医療施設集約や医療提供体制の効率化を図るべきではないか。
- 医師の分布に関して規制等の関与が必要ではないか。
- これらの問題に関しては、医療計画制度の活用により、ある程度解決されるのではないか。

#### (2) 診療科偏在の解消等について

- 分野別医師数について、学会がその役割を果たすべきではないか。
- 適正な専門医数を念頭に置きながら議論する必要があるのではないか。
- 専門医の数だけを議論するだけでなく、地域別に均衡に配置することも併せて考えるべきではないか。
- これらの問題に関しては、診療報酬や、政策的な手当を施すことにより、ある程度解決することができるのではないか。

#### (3) 良質な医師の養成・確保について

- 繰り返し事故を起こす医師等問題のある医師を排除するために、医師の評価を行うことが重要ではないか。
- 日本では免許があれば制約がないが、諸外国では、専門的医療行為には資格や経験が必須要件となっており、外国の事例として参考とすべきではないか。
- 政府が問題となる医師の再教育などに積極的に取り組むことにより、解決されるのではないか。

#### (4) 医師の勤務体制について

- 高度な医療機関等においては、医師の交代勤務が行われないと、患者の安全が確保されないのではないか。
- 一方で、例えば重症の患者の診療にあたる場合、医師が交代勤務を行うと、治療の一貫性が損なわれることがあるのではないか。また、チーム医療が進まなければ、患者から主治医が交代して診療にあたることは受け入れられないのではないか。

#### (5) 医師と他職種との役割分担について



- 医師とその他の職種との役割分担を考えなおす必要があるのではないか。

#### (6)幅広い診療能力を持つ医師の養成について

- 欧米は家庭医の養成や資格が制度化されている。日本でも検討すべきではないか。
- へき地や離島などでは、診療所において一人で診療を行わなければならない、ジェネラリストでないと対応できない。国としてジェネラリストを整備していくべきではないか。
- 平成16年度から開始された新しい臨床研修制度により、ある程度の解決が期待できるのではないか。

#### (7)女性医師の活用について

- 女性医師の勤務実態等を踏まえ、より能力を発揮できる方策を検討する必要があるのではないか。

#### (8)その他

- 医師過剰が本当に弊害を伴うのか。つまり医師が過剰になると
  - 不必要な需要を生む可能性
  - 医師の失業の問題
  - 数が増えることによる質の低下が起こるのか。医師過剰国の事例を検討すべきではないか。
- 夜間等、時間帯による医師の不足の実態を把握する必要があるのではないか。
- 国際的な数字の比較に当たっては、それぞれの国の医療制度、医療を取り巻く背景、勤務実態を斟酌したうえで解釈する必要があるのではないか。
- いくつかのタイプの医療機関別に、医療内容、医療現場でのそれぞれの対応等の客観的データを基に検討する必要があるのではないか。また、医師の働き方の個人差も大きいので、勤務医や女性医師の勤務実態を踏まえた医師需給推計が必要なのではないか。
- 医療法の人員配置標準が医療の実態に合っていない部分があることが、医師の需給についての考え方を混乱させているのではないか。
- 卒後3年目以降の研修のあり方が医師需給を考える上で重要ではないか。
- 医師の需給は、数だけの問題ではなく、医師の質の問題、地域・診療科偏

在の問題、他職種との関係の在り方の問題等、総合的に考える必要があるのではないか。

## 山本委員提出資料

## 医師の需給問題について、四病院団体協議会の意見

四病院団体協議会委員

日本病院会 山本修三

現在、地域の住民、患者に対する医療の提供に関して、その重要な役割を果たすべき病院の医師獲得はきわめて困難な状況にあり、医師不足による病院の機能不全、地域医療の維持の困難さは、過去に例を見ない程深刻といえる。この問題の解決は、地域の住民、患者のニーズに応える地域医療の維持という立場から緊急な課題である。

すでに3回の本検討会が行われ、その問題点、議論の方向などは整理されつつあり、これらをふまえ以下に、四病院団体の意見を述べ、検討に加えていただければ幸甚である。

### 1 不足の現状について

現在、日本の全ての病院で医師が不足していると感じ、特に中小病院ではきわめて不足している。しかし、地域における医師不足、専門医療分野における医師不足、病院における医師不足の実態、要因、内容は、地域の事情、病院の規模・設立母体等で異なるなど、複雑であり一様ではない。

### 2 不足の要因について

1) 医師の偏在 (1) 地域偏在

(2) 専門分野偏在

2) 病院勤務医から開業医への移行増加

3) 臨床研修必修化に伴う現象

4) 女性医師の労働環境

5) その他の要因

医師不足の要因として、上記等が指摘されている。また、医師の需給に関し、このような問題が生じてきた背景として、医療法に定められた医師数に関する問題、労働基準法に関する問題、そして医療提供体制と診療報酬制度のひずみに関わる問題などがある。これらについてはすでにこれまでの議論の中で提起されているので、今後の議論の中で述べる。

### 3 問題の解決に向けての取り組み

医師需給問題の解決への取り組みは、地域の状況と医療ニーズを踏まえた地

域医療の構築が基本となる。しかし、医師不足の実態と問題の本質、およびその緊急性からみて短期的、中・長期的な取り組みが必要である。

## 1) 医師の偏在

### (1) 地域偏在

地域医療の量と質の確保について、個々の医療機関の医師不足とその地域において患者の求める医療ニーズを満たすことができないという問題は、区別して解決する問題ではなく、医療機関の機能分化と連携および可能な機能の集中化という視点も含めて解決策を検討すべきである。

#### (a) 短期的な対応

国として、国公立・公的病院として、私的病院として、また、診療所として今できることは何かなど、これまでの議論を踏まえ、早急かつ具体的な対応が必要である。

#### (b) 中・長期的な対応

不足の要因を踏まえて、地域特性と地域ニーズにあった医療体制の構築が必要となる。基本的には都道府県を単位として、医療圏とその機能、提供体制を踏まえた機能別病床数のあり方と必要な医師の確保対策など、既存の地域医療推進会議等を活用し、安心できる地域医療の確保を目指す。地域で不足している医療、あるいは対応できない高度先進医療等については、その特殊性を踏まえた連携システムを構築する。

### (2) 専門分野偏在

もつとも困難な問題であり、本検討会がこの問題にどこまで関与できるのか。麻酔専門医、救急専門医、小児科専門医、産婦人科専門医等の不足についてはよく言われているが、その他にも総合診療医、臨床病理医、放射線診断医等各専門医の不足も見られる。いずれも不足の要素、解決の方法が異なるので個別の検討が必要となる。

基本的には、機能の集中化とIT化(画像診断医、臨床病理医など)、3年目以後の医師の卒後教育のあり方(総合診療の充実研修、小児科研修、救急研修の充実など)、新しい支援システム等の導入、また医師が地域医療を支援できる流動的な勤務体制の確保など検討が必要であろう。

## 2) 開業医への移行抑制対策

病院勤務における労働環境、医療制度・診療報酬制度、経済・社会的環境の変化等により、病院で働く医師はむしろ悲惨とも言える状況に追い詰められている。その結果、若い医師の開業医志向が高まり、病院の医師が減少する中で、開業医数の増加傾向が著明である。

この傾向が一層すすむと、地域医療を含めてわが国の医療提供体制そのもの

が根底から崩れる懸念がある。病院で働くことに意義と満足が得られるような環境作りと新規に開業する場合の資格要件、地域格差の改善、病院と診療所の外来の機能分別等早急な対策が必要である。

### 3) 臨床研修必修化に伴う現象の改善

大学病院のあり方と機能についての議論が必要である。特に、将来の日本の医学、医療を担ってゆく人材、指導者の育成、高度先進医療の開発と標準化、研究者と臨床医の機能分化など、大学病院本来の機能の充実が重要である。大学病院からの人材派遣については、各医局対応ではなく、大学全体として対応し、その透明性を確保することが望ましい。

### 4) 女性医師の労働環境と地位向上問題

女性医師が年々増加の傾向にあるが、大学病院、一般病院を含め女性医師が働く環境、女性医師の評価と地位向上について、わが国は全般的にきわめて鈍い。具体的な数字はつかんでいないが、医学部および付属病院における女性スタッフ(教授、助教授、講師、研究者等)はきわめて少ないといえるのではないか。女性医師の働きやすい環境作りはこの問題の解決に重要な要素となる。

### 5) その他の要因

医療法、診療報酬制度の人数基準(入院・外来)適応の時限的凍結と見直し  
病院と診療所の外来機能分化と連携による医療提供の流れを確保する。  
無医村、僻地医療等、医師・医療過疎地の問題は、別な視点での対応が必要。