

【 提 言 】

医療安全を脅かす

医療機関における医師の過重労働を改善するために

財団法人生存科学研究所 医療政策研究会

研究主任 中島 勲（医師・東京大学医学部附属病院）

竹下啓（医師・北里研究所病院・内科）

西田博（医師・東京女子医科大学・心臓血管外科）

加部一彦（医師・愛育病院新生児科部長）

長谷川幸子（日本医科大学附属病院看護部副部長）

秋元秀俊（医学ジャーナリスト協会幹事）

神谷恵子（弁護士・神谷法律事務所）

ほか

顧問：矢作直樹（医師・東京大学医学部教授）

【提 言】

私たちは、事故の原因究明と再発防止をめぐって提言を続けてきました (<http://www.dental-review.com/seizon/index.html>)。このたび、私たちは、日勤から当直、あるいは当直から日勤という連続勤務が常態化している医療現場の現状を憂慮し、当直に依存する救急対応が重大な労働基準法にかかわる違法状態であることを指摘します。その上で、医療の質とりわけ医療安全のために、ただちに違法状態を解消することを提言します。

「当直」という言葉は、時に応じて都合良く解釈されながら、救急医療を支えてきました。この違法状態について、厚生労働省は、十分に認識し、労働基準局長通知（基発第 0319007 号、2002 年 3 月 19 日）、監督課長通知（2002 年 11 月 28 日）によって注意を喚起していますが、実態は何等改善されていません。

当直勤務と翌日の日勤と続けば、医師の診療能力が低下していくことは明らかです。そのような勤務を余儀なくされる医師にとって、当直制度による弊害が大きいことは言うまでもありません。さらに、連続勤務による医療の質の低下の深刻な影響を受けているのは、患者であることを忘れてはなりません。そのために私たちは救急医療体制の再構築について提言します。

医師の過重労働を放置することは、たんに不当な労務管理となるにとどまらず、医療安全を軽視した病院運営を意味します。私たちは、以下の調査により、この労働基準法上の違法状態が、①自治体病院をはじめとする全国に共通して認められている事実、②医療安全を脅かしている可能性を明らかにしました。

調査(1)自治体病院（1道8県143病院）の勤務医師の36協定および宿直届出実態調査

調査(2)『当直』に関する実態調査：(社)全国社会保険協会連合会社会保険病院の協力による

調査(3)医師は「当直明け」後の連続勤務と医療安全についてどう感じているのか…医師の意識調査

そこで、当直医による救急対応と夜勤につづく翌日の連続勤務を解消するための実現可能な施策として、地域における二次救急病院の役割分担制度を全国規模で大胆に進めること、そしてそこにおけるトリアージ看護師の配置、および権限と責任の委譲を伴う多職種協業を進めることを提言します。

同時に医療の質および安全を第一義においた医療現場に相応しい労働法体系の再構築を進めることを提言します。

なお、本提言は、法改正により行うことが最も望ましいことですが、そうでなくても厚生労働省および総務省消防庁並びに都道府県の運用レベルで対応可能なものであることを申し添えます。

この提言は、厚生労働大臣とともに調査した都道府県知事、当該医療機関の設置主体である市町村長および国会議員に提出します。

1) 医療現場における「当直」の法的曖昧さ

医療事故の原因究明と再発防止をめぐる提言を続けてきた私たちは、医師の過重労働が医療の質の低下をもたらし、とりわけ医療安全を脅かしている点を憂慮しています。現場の多くの医師が、医師不足と過重労働をもっとも深刻に実感しているのは、当直と当直明けに続く診療です。

医療の世界においては、夜間や休日などの時間外に診療業務に当番制でつくことを、「当直」と呼ぶことが慣習になっています。各医療現場における「当直」が、法的に時間外勤務なのか宿直なのか不明瞭なまま運用されてきました。医療法で医療機関に義務づけられている医師の宿直は（第16条「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」）、「病室の定時巡回、少数の要注意患者の定時検脈など、軽度又は短時間の業務のみ」と定義され⁽¹⁾、「通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後の」「夜間に十分睡眠が」とれるもの⁽²⁾でなければならないとされています。つまり、「宿直」は、夜間や休日の救急外来における診療業務を想定したものではありません。労働法規上は、「ほとんど労働する必要のない勤務」⁽³⁾である「宿直」が、「当直」と呼び変えられることで時間外勤務との違いが誤魔化されているのです。厚生労働省は、これまで繰り返し休日及び夜間勤務の適正化を求めてきました^(1, 2)が、実態は一向に改善していません。

通常勤務に加えて時間外の診療までカバーするには、本来、交代制の勤務をとることが望ましいのですが、多くの救急病院では、交代勤務が可能な程に医師が在籍していないため、大多数の救急病院で「当直」制度によって夜間や休日の診療、とりわけ救急医療が行われています。

交代制勤務をとる場合、夜間や休日のシフトにあたる場合には、割り増し賃金を支払う必要があります。夜間や休日の診療を、交代制勤務ではなく、時間外勤務で行う場合には、労働基準法第36条にもとづく協定を結んで、適切な条件下で残業として扱われなければなりません。しかし、実際には、「宿直」として配置されている医師、すなわち、本来、働いていないはずの人員で、休日や夜間の救急医療が担われているのです。

(1) 労働基準局長通知「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」基発第0319007号、

(2002. 3. 19)

(2) 労働基準局監督課長通知（2002. 11. 28）

(3) 労働基準法41条3項

2) 医師当直の労働基準法違反の実態

現在の救急医療は、多くの病院で労働基準法に抵触する当直医の体制で維持されているのですが、さらに驚くべきことに自治体病院に関する私たちの調査【調査1】で、当直勤務に関して法が求める断続的宿日直の申請が、ほとんどの施設で確認できないことが明らかになりました。医療法第16条は「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」と規定し、病棟の定時巡回や異常事態の報告などを求めています。この宿直体制のためには「断続的な宿直または日直勤務許可」を労働基準監督署に申請し、許可を受ける必要があります。ところが、この届け出には更新の義務がなく、労働基準監督署においても申請・許可書の保存が不確実で、私たちが調査した国都道府県立を除く公立病院（以下、自治体病院）の80%において医師当直の許可申請が確認できません。（調査した1道7県149病院中119病院において断続的宿日直の申請が確認できない）。交代勤務をとっていないとすれば、救急対応のためには、どんなに救急搬送が少ないとしても夜間残業体制が必要ですが、調査した自治体病院の26.2%が、労働基準法が求める時間外労働の協約（36協定）を結んでいません（149病院中39病院）。

調査した149医療機関のうち133病院は救急告示または二次または三次救急病院ですが、救急告示病院でありながら36協定の許可申請のない病院が29%（127病院のうち37病院）、二次または救命救急センターでありながら36協定の許可申請のない病院が30%（101病院のうち31病院）あることが明らかになりました。

これらの救急病院では、実際には当直医が夜間の救急対応を行っていると考えられますが、宿日直の申請の確認できない病院が救急告示病院のうち80.8%、二次救急病院（および救命救急センター）のうち93.8%にのびります。

このように自治体病院の夜間救急対応は、二重三重の法律違反の上に成り立っていることが明らかです。

200床以上の自治体病院144施設について調査した江原の研究⁴⁾によれば、2002年3月～2011年3月の9年間に、週40時間の法定労働時間を超えて時間外・休日勤務をさせていたこと（労働基準法第32条違反）による是正勧告が88件、時間外及び休日の労働（第36条）にかかる是正勧告2件、時間外、休日及び深夜の割増賃金（第37条）にかかる52件の是正勧告がなされています。また、救急告示を受けている自治体病院の60.0%が何らかの是正勧告を受けていると報告されています。

(4) 江原朗：都道府県および政令指定都市が設置する200床以上の病院に対する労働基準監督署の是正勧告について・全国調査。日医雑誌，2011，140(7)，1502-1506。

3) 未払い賃金総額は1病院あたり1.8億円

このように自治体病院の夜間救急応需体制は、違法な勤務体制で維持されているのが現状であり、その場合、病院設置者である自治体は過去2年間にわたる時間外労働に対する時間外労働手当等（以下、「時間外労働、休日労働、深夜労働に対して支払われる

割増賃金」をいう。)と付加金(労基法 64 条。未払いの時間外労働手当等の 2 倍を上限とする。)の支払い義務を負います。具体的には、①法的には宿直医である「当直」医が救急対応をしている場合、当直医は当直手当ではなく、時間外労働手当等の支払いを求めることができます。②労働者(医師)代表と 36 条協定を結んでいない場合、当直を含めて時間外勤務のすべてが残業支払いの扱いになります。③断続的宿日直の許可申請がなされていない場合も、現在の当直を「残業」とみなすことについて争う余地はないでしょう。

その金額は、仮に宿日直 2 名体制とすると、過去 2 年間の 1 病院の平均的未払い残業費は、約 1 億 8 千万円と推定され、付加金を加えると上限は約 3 億 6 千万円となり、市町村立(702)、地方独立行政法人(54)の病院の 98%が労基法違反であるとする、その未払い賃金総額は 1,360 億円の巨額になるでしょう。

・過去 2 年間の所定労働日数 490 日(休日 240 日)の 2 人宿日直体制の未払い時間外労働賃金
 1 日あたり 2 名の医師による宿日直体制で、平日勤務を午前 8 時から午後 5 時とし、日直を午前 8 時から午後 5 時、宿直を午後 5 時から翌朝午前 8 時とした場合

普通残業：平日午後 5 時から午後 10 時まで 5 時間×980 日(490 日×2 人)=4,900 時間
 深夜残業：平日の午後 10 時から午前 5 時までの 7 時間×980 日(490 日×2 人)=6,860 時間
 休日残業：午前 5 時から午後 10 時までの 17 時間×480 日(240 日×2 人)=8,160 時間
 休日深夜残業：休日の午後 10 時から午前 5 時までの 7 時間×480 日(240 日×2 人)=8,160 時間

給与月額に特殊勤務手当など諸手当を含む総額を 1 ヶ月の平均労働時間 162 時間で除した 1 時間あたりの賃金を 4,500 円とした場合。

$4,500 \text{ 円} \times (\text{普通残業 } 1.25 \times 4,900 + \text{深夜残業 } 1.5 \times 6,860 + \text{休日残業 } 1.35 \times 8,160 + \text{休日深夜残業 } 1.6 \times 8,160) = 182,191,500 \text{ 円}$

(医師 1 人当たり 1 ヶ月 60 時間以内、週休 2 日で、法定休日に残業がある場合)

・付加金 $((182,191,500 \text{ 円} - \text{当直手当などの既払総額(2 年分)}) \times 2) \times 2 \text{ 人}$

各々の病院の事例について、法的手段に訴えられた場合には、最高裁判例が示すところにより巨額の未払い時間外労働手当等の支払いに至ることを理解しなければなりません。

4) 医師の過重労働がもたらす医療の質の低下

医師の過重労働なしに人命が守られない状況であるならば、自治体病院のこの法律違反は、未払い時間外労働手当等の支払いをもって対処する以外に方法がないかもしれません。しかし、実態は大きく異なります。

救急搬送に対応する医療機関として都道府県知事により告示される救急病院は病院総数の半数近くにのぼり(4,166 施設)、入院患者を受け入れる二次救急医療施設は 3,677 施設に達します。少なくとも都市部において救急病院は過剰と言っても言いすぎではないでしょう。

厚生労働省の調査によれば、施設ごとの救急車受け入れ台数の中央値は1日1台未満で、実は大多数の救急病院が1晩に救急車が1台来るか来ないかという程度で、その過剰な救急病院が当直で救急対応を維持し、本来の救急応需体制をもっていないというのが実態です。調査2（全社連病院調査）においても41病院のうち22病院が救急搬送1日1回以下で、そのほとんどが1人の夜間当直（宿直）によって担われています。アクセスだけを重視する医療政策が漫然と続けられたために、実態を伴わない非効率な救急病院が出来上がっているのです。このような夜間救急対応の質の低下が、医療機関のリソースに余裕のある都市部においては、いわゆる「救急たらい回し」報道につながる非効率な搬送を招いています。前項で指摘した違法な状況の是正も、1晩に救急者が1台来るか来ないような救急病院を維持しようとすることによって発生している面もあり、このような場合には、宿直あるいは提言1の入院機能重視型救急病院とすればよいと考えます。

調査2では、当直翌朝からの連続通常勤務を実施している病院が7割を越えました。このように日勤の後の休憩なしの当直勤務が広く行われていますが、日勤の後翌日夜まで30時間を超える連続勤務は、著しい医療の質の低下をもたらしています。患者への言葉掛けが減り、コメディカルスタッフへの指示・監督が行き届かず、判断力・集中力が維持でない状況です。多くの医師が、医療事故の危険性を実感しています（調査3参照）。実際に医療事故として認識されるか否かに関わらず、医療の質を低下させ、医療安全を脅かしています。

【提言各論 1】

二次救急医療体制の再構築の提案—医療の質と安全のために

1) 二次救急医療機関の機能分化

- ・従来の二次救急医療機関を施設基準によって2段階に分類し、救急外来における時間外診療体制を現状よりも充実させた外来中心型と、現状と同程度の診療体制ではあるものの外来中心型からの転入院受入れ体制が充実した入院機能重視型の2種に分けて、機能分化による効率化を図る。
- ・地域救急ネットワークによる外来診療科の集中と役割分担を図る。
救急病院を外来中心型と入院機能重視型に分けることにより、外来中心型と入院機能重視型の医療機関は従来の競合的な関係から連携の関係に変わることが可能である。行政は地域医療機関連携を促進し、地域救急ネットワークの構築によって役割分担を進める。

2) 外来中心型二次救急診療の医療水準

- ・外来中心型二次救急医療機関で医師に必要とされる救急診療の医療水準を明確にする。すなわち、頻度の高い傷病の初期診療と、専門医への適切なコンサルテーション（転送）ができる（初期研修終了程度）レベルとする。

3) 二次救急医療機関の機能分化のための看護師の役割分担に関する提案

- ・外来中心型二次救急医療機関では、時間外診療体制を重視した受付に、トリアージの教育を受けた看護師を常に外来を見渡せる場所に配置する。状態悪化の可能性のある患者のトリアージを看護師が行い、外来での容態の急変に対処する体制をとる。
- ・入院機能重視型二次救急病院の入院受付には、ベッドコントロール権を持ったトリアージの教育を受けた看護師を配置することとする。

4) 医師不足の解決策—スキルミックス（多職種協同）、チーム医療の推進

- ・救急医療の現場における過重労働を軽減するには、外来中心型→入院中心型転送の次の段階として、同一院内での非医師診療師→医師への受け渡し（役割分担・スキルミックスによるチーム医療の推進）が欠くことのできない重要なテーマである。つまり、病院の機能分担とそれに見合った医師のマンパワーの集約化には、スキルミックスによるチーム医療の推進が不可欠である。

【解説】

1 現状の救急医療体制とその問題点

我が国の救急医療は、救急車を受け入れる救急告示医療施設と、初期・二次・三次のうち二次救急医療施設が大部分を担っている。

それらの要件は、救急告示「救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること」、二次救急「病院の診療体制は通常の当直体制のほかに重傷救急患者の受入れに対応できる医師など医療従事者を確保すること」である。つまり救急医療を提供する医療施設は、重傷救急患者の受入れができる医師を当直以外に常時配置する必要があることになる。医師を常時1名配置するためには、1週間が168時間であり、1名は週に40時間しか勤務できないことから、最低限5名の医師が必要になる。仮に現在の医師数が日勤帯を基準に決まっているなら、日勤帯以外に常時医師を配置するためには、1病院当たり4名の追加人員が必要ということになる。【提言2】に述べるように、当直医は、常時診療に従事することは予定されていないからである。

平成20年に厚生労働省が発表した「医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」によれば、救急告示有りは4,350施設（病院3,932、診療所418）、二次救急の要件である「入院を要する救急医療体制」は3,053施設であった。仮に二次救急施設が全て救急告示医療施設と重複していると仮定しても、4,350施設の大部分に対して、重傷救急患者の受入れができる医師を4名ずつ追加で配置する必要が生じることになる。交代勤務制を採用している病院はほとんどないと考えられることから、法を順守して救急医療を提供するためには、およそ $4,350 \times 4 = 17,400$ 名の「重傷救急患者の受入れができる医師」が新たに必要ということになる。これ以外に、病院には宿直医を置かねばならないことも忘れてはならない。

二次救急医療機関で救急診療に当たる医師の要件としては、昭和62年1月14日厚生省通知により、「救急蘇生法、呼吸循環管理、意識障害の鑑別、救急手術要否の判断、緊急検査データの評価、救急医療品の使用等についての相当の知識及び経験を有すること」が求められている。実際に、交通事故被害者が心タンポナーデで死亡した事件に対する平成15年10月24日の大阪高裁判決で、「担当医の具体的な専門科目によって注意義務の内容、程度が異なると解するのは相当ではなく」、「2次救急医療機関の医師として、救急医療に求められる医療水準の注意義務を負うと解すべき」とされている。これを厳密に実施するとなると、救急を専門とする医師以外は二次救急医療機関で救急対応してはならないことになってしまう。

上記の救急医療に求められる医療水準を確実に実行できる医師数は正確には把握できない。救急医療に求められる医療水準を維持している医師としては、日本救急医学会が認定する「救急科専門医」が最も近いが、同専門医が平成22年8月時点で3,043名（日本救急医学会HP）であることから、医師数はこの数字に近い可能性が高い。そこで仮に救急科専門医の全員が、救急専従医として二次救急医療機関に勤務するとしても（実際には三次救急医療機関に勤務している場合や、救急専従ではない場合が多い）、

3043÷4≒761 施設しか二次救急医療機関は設置できないことになる。これは現在の救急告示病院数の 5 分の 1 に及ばないので、救急科専門医だけで救急医療を担うことはまったく不可能と言ってよい。

ただし、現在の救急告示医療機関数が本当に必要かどうかについては議論がある。平成 20 年に厚生労働省が発表した「第二次救急医療機関の状況について」によれば、全国平均での年間救急搬送患者数の中央値は 365 名を大きく下回っている。つまり半数以上の二次救急医療機関では救急患者を 1 日に 1 名未満しか受け入れていないことになる。今回の提言を作成するに当たり行った、全 51 施設を擁する公的病院グループに対するアンケート調査（調査 2）では、回答があった 38 施設のうち、過半数の 22 か所で 1 日 1 件以下、このうち 12 か所で 2 日に 1 件以下と同様な結果であった。だからと言って半数以上の医療機関を二次救急の枠組みから外せば、時間外に発生した救急患者の受入れに積極的な医療機関への入院患者が増加してまたたく間に満床になってしまい、救急医療体制は破たんする危険性がある。

以上の問題点を箇条書きにすると以下のような。

- ①現在の制度では、二次救急医療機関で救急医療を行うことのできる医師は完全に不足している。
- ②二次救急医療機関の数は、救急車の受入れのみに注目すれば現在の半数以下に減らせる可能性があるが、入院患者の受入れ先を別途配置する必要がある。

2 問題点に対する対策

上記の①については、平成 16 年度から必修化された医師の初期臨床研修の基本理念「将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷または疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」を考慮し、初期臨床研修を修了した医師であれば、誰もが救急医療に参画できるような制度になることが望ましい。初期臨床研修の救急医療に関する到達目標として、「頻度の高い救急疾患の初期治療ができる」「専門医への適切なコンサルテーションができる」が掲げられていることから、専門診療（重傷救急医療を含む）が必要と判断された場合には、専門医のいる医療機関へ転送することを基本とすべきである。

なお、現行の初期臨床研修を終えて間もない医師が救急診療を行ったのでは、救急医療の医療水準が低下するのではないかと、懸念をもつ向きも多いだろう。しかし現実には、特定診療科の専門医は、総合的な診療経験が全くない場合が多く、あるとしても専門医としてのトレーニングを受ける以前に経験したのみであって、専門領域以外の診療能力は現行の初期臨床研修を修了したばかりの医師にさえ劣っている可能性がある。専門医はあくまでも専門領域に特化しているために専門医なのであり、総合的な診療を受けた患者に対して、専門的な診療が必要とみなされたときに初めて真価を発揮できることになる。

上記②については、現状の救急医療体制には、時間外外来診療のみでなく、時間外に入院した救急患者の転入院先が含まれていることに注目すべきである。既に記したように、救急車の受入れを積極的に行っている病院以外を二次救急医療体制から外し、救急外来での時間外診療を提供する病院を集約化することで、医師不足の解消と共に救急医療提供体制は充実するようにも見える。しかし、時間外には救急医療に精通した医師を配置できなくても、時間内の診療体制は充足されている医療機関は多い。そこで従来の二次救急医療機関を2つに分けて、時間外の診療体制の充実を図る外来中心型二次救急医療機関と、時間外に緊急入院となった患者の転入院を積極的に受け入れる入院機能重視型二次救急医療機関という新たな制度にすることで、時間外診療体制と入院先の両者を現状の二次救急の枠組みを活かして用意できる可能性がある。

なお、二次救急医療を提供する医師の要件を上記のように「初期臨床研修修了程度」とすることにより、従来救急医療を担ってきた「救急以外の領域の専門医」が、時間外に患者を受け入れる頻度の低い医療機関で診療を行うという非効率をなくすることが可能になる。これにより、人数的に限られた専門医を、専門的な能力が生かせる医療機関である入院機能重視型二次救急医療機関と三次救急医療機関に重点配置することが可能になるはずであり、医師不足解決の一助にもなる可能性が高い。

ただし、上記の対策は、昭和62年1月14日厚生省通知により示された二次救急医療機関で救急診療に当たる医師の要件を見直し、初期研修の理念を活かして、現実に行われている救急医療の実態に医療制度を近づけることを目指したものである。つまり、総合的な診療が得意とは限らない各診療科の専門医から、基本的に総合診療を中心とした初期臨床研修修了者に二次救急の初期診療の主体を移行し、専門医が専門を活かして診療が行える体制を作ることを目標としている。これはあくまでも、医師数がある程度充足された地域内の、診療科偏在の解決を目指すものと言える。この前提が成り立たない地域における対策は後述する。

3 看護師の役割分担

今回（平成24年度）の診療報酬改定で新たに評価されたところであるが、外来中心型二次救急医療機関においては、高齢者の受診の増加が考えられ、患者は医師の診察まで、ある程度の待機が避けられなくなるであろう。待機中の患者の「不安」は患者の反応を過敏にさせる。また医師の診察までの間に患者の容態の変化が起こる可能性があるため、救急外来において、患者を常に観察できる場所に看護師を配置させ、患者のトリアージを行なう。外来のトリアージ体制を構築するためには、看護師にトリアージの教育を受けさせ、トリアージの標準化を図るため、トリアージ判断基準を含んだ手順を作成し実施していく。

時間外診療体制を重視した二次救急医療機関では、救急外来での医師、看護師、放射線、薬剤師等の人員の充実と二次救急外来の初療室における治療と看護内容の適切性、迅速性等が求められる。しかし救急外来入室時の患者状態と治療、看護がどのような内容であったのかを示すものは、今現在は外来記録しかない。そのため外来記録の記録項

目と記録方法の標準モデルを示すことによりにより、患者・家族の安全を担保し、医療の質を検証することができるようにするべきであろう。外来記録内容の標準化は、記録する医療者の負担と記録を教育する医療者の負担の軽減につながる。

二次救急医療機関から他の医療機関に転送する場合、①時間外診療体制が充実した病院から入院中心型病院へ転送した場合、②二次救急病院で入院したが、患者の容態の変化にともない三次救急医療が必要になった場合、③専門施設での治療が必要であると判断された場合、④入院機能重視型二次救急病院における患者の容態の変化した場合等が想定される。患者を転送する場合、医師は必ず患者の紹介状を作成しなければならない。また三次救急病院ではホットラインで情報のやり取りはあるが、送られた紹介状に記述されてくる内容はさまざまであることを考えると、二次救急病院から他病院へ転送させる際、治療をより効率的、効果的にするためには、紹介状の記述内容の標準化を進めるべきである。前記した複写の外来記録を含む内容を定め、治療、看護の内容をよく理解をし、教育を受けた看護師が医師の最終的な確認と署名を行なうことを要件に記述し、転送の病院との連絡調整を行なう。

今回（平成 24 年度）の診療報酬改定において救急外来における看護師の院内トリアージが評価されることになったが、入院が必要になった場合の入院トリアージの仕組みを整備することが求められる。いわば救急外来の出口であり、我々の提案における入院機能重視型二次救急病院の入り口のトリアージであるは、入院機能重視型二次救急病院は、時間外診療は行なわないが、三次救急病院からのバックアップ病院としての患者の受け入れや、時間外診療体制が充実した外来中心型二次救急病院から、入院を必要とする患者の受け入れ病院として機能する。

入院機能重視型二次救急病院の入院受付には、電話または F A X で他院からの入院希望患者の受付業務を行ないながら、電話等での患者の容態確認と治療を行なう科の決定のための調整や入院予定病棟との連絡と入院受け入れ日時の決定などのベッドコントロール権限を持ったトリアージ看護師を配置すべきであり、これについても診療報酬などにおいて評価することが望ましい。

4 医師不足のひとつの解決策

スキルミックス（多職種協働）チーム医療の推進

現時点で、診療科によらず医師総数が完全に不足している地域では、ここに述べた救急病院の機能分化は十分に機能しない。医師の地域偏在を解決するさらなる抜本的な対策が必要であることには注意が必要である。

しかし、“医師の絶対数の不足”には疑問の余地はないが、ただ闇雲に医師数を増やすことが対策になるわけではない。

- ・“診療科と地域の偏在”に対し強制配置など必要数に見合った適正配置に関して何らかの対応を講じること

- ・病院の機能分担に加え、病院、診療所、施設、在宅というシームレスな医療提供体制

を構築することと、医療の多様なニーズに見合った医師の養成

これらは医師の中での“垂直方向”の議論によって不足を解消しようとするものである。

一方、ここでは、“**水平方向**”の議論の重要性を強調したい。つまり、拡大細分化する業務の一から十まですべてを医師が行わなければならない業務なのか、点検、検証し、その中で医師でなくても他の医療職に担ってもらうことが可能な業務に関しては、その役割分担に必要な教育と修練、評価、認証を経て、医師以外(非医師診療師)でも担当可能とするスキルミクス、チーム医療の推進が不可欠と考えるのである。この場合、役割拡大された医療職が独立して勝手にその行為を行うのではなく、相互確認、連携のもと＝つまりチーム医療として取り組むことが必須であることは言うまでもない。このような“水平方向”のシステム整備により、“医師は医師でなければなしえない業務”に専念できるようになり過重労働から解放され、選択と集中、効率化、生産性・安全性向上への道が形成されるのである。

このことは医師にとどまらず、看護師の業務の一部(吸痰や胃ろうの接続、食事の配膳容態の安定している患者のベッドメイキング、移送、手術室の清掃や手術機械の洗浄、ピッキングなど)を介護士や看護助手へ必要な教育と修練、評価、認証を経て移譲するのと共通の視点である。

医師法も保健師助産師看護師法も昭和 23 年の制定以来 63 年を経た現在も、その枠組みはほとんど変わることなく、急速に拡大変容しつつある医療の現場のニーズにまったく対応しきれていない。

米国その他の諸外国では、日本とは対照的に現場のニーズに見合った形で非医師診療師を中心とした中間職種のアイデンティティがうまく確立されて現場の変化に柔軟に対応している。わが国のこの硬直性を許しているのは、教育も含め既得権擁護の狭隘な視点に各医療職種が捉われているためである。

救急医療の現場における過重労働を軽減するには前節で述べた外来中心型→入院中心型転送の次の段階として、同一院内での非医師診療師→医師への受け渡し(役割分担・スキルミクスによるチーム医療の推進)が欠くことのできない重要なテーマである。つまり、病院の機能分担とそれに見合った医師のマンパワーの集約化には、スキルミクスによるチーム医療の推進が不可欠である。

【調査 1】 自治体病院（1 道 8 県 143 病院）の勤務医師の 36 協定および宿直届出に関する調査

【背景と目的】

我が国の大部分の医療機関において、休日や夜間の時間外診療は当直制度によって維持されている。医療界でいうところの当直制度は、労働基準法における宿日直として扱われていることが多い。労働基準法は、長時間労働を禁じているが、労働基準局へ届出（以下、宿日直の届出）を行い、認可（以下、宿日直の許可）を受ければ、労働基準法上の労働時間、休憩、休日に関する規定の適用が除外される（労働基準法第 41 条 3 項）制度である。

他方、医療機関を規定する医療法は、病院に医師が宿直することを義務付けている（第 16 条：医療を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない）。しかし、多くの場合、一定時間ごとに交代で勤務につく交代勤務が可能な程に医師が在籍していないため、ほぼすべての病院で交代勤務ではなく、通常業務から引き続き当直の業務を行っている。なお、労働基準法で言う監視・継続的労働の要件とは、「常態としてほとんど労働する必要のない勤務で、原則として通常の労働の継続ではないこと」であり、医師・看護師については特に具体的に労働基準局監督課長（基監発第 1128001 号、平成 14 年 11 月 28 日）から基準が示されている。すなわち、当直勤務を宿日直とみなせば法的には労働とはされない。このため、当直の翌日に通常診療が行われることは、医療機関では当然のこととされている。ところが実際には、多くの病院で当直医は、時間外診療を担当している。当直勤務時間の労働実態は、医療機関によって異なるが、24 時間患者を受け入れる救急病院では、十分な睡眠時間を取れない場合が多く、この結果、当直の日には、「日勤 8 時間の後に 16 時間の当直勤務、その後に 8 時間の日勤＋残業」という 32 時間を超える労働が、多くの病院勤務医の勤務形態となっている。

このような長時間の連続勤務を行えば、本来は有能な医師であっても、初日の日勤以外の時間帯、つまり当直勤務と翌日の日勤、さらに続く残業と、診療能力が低下していくことは容易に想像できよう。すなわち注意力の低下、病む人を思いやる気持ちの余裕、チーム医療において率先して困難な役割を担う意欲などが乏しくなる。このような連続勤務による医療の質の低下の影響を最も受けるのは、患者であることを忘れてはならない。

当直制度を用いた医師の長時間連続勤務によって、救急病院の時間外診療が維持されている実態は大きな問題である。しかし医師に当直勤務をさせていながら、労働基準局で監視・継続的労働の認可の確認ができない医療機関や、時間外労働をさせる場合に必須とされる 36 協定を締結していない医療機関が実は数多く存在している。36 協定を締結していない場合、週 40 時間を超える労働が認められないため、仮に当直を置いていたとしても、救急患者を診察したり、病棟の患者の急変に対応したりすることさえもできなくなるはずである。

労働基準法を遵守することは、医師の労働環境を守る最低限の条件である。もし労働基準法を遵守すれば現在のわが国の医療が成立しないのであれば、それは医療制度や労働法制に重大な瑕疵があることを意味する。そこで今回私たちは、労働基準法が遵守されているかの外形的な基準として、36 協定の有無と宿日直の許可の有無を調査することとした。

【対象と方法】

北海道の一部（28 病院）、秋田県（9 病院）、埼玉県（11 病院）、愛知県（28 病院）、石川県（16 病院）、兵庫県（26 病院）、広島県（14 病院）、徳島県（2 病院）、熊本県（14 病院）の市町村立のすべての病院を対象に、当該病院を管轄とする労働基準監督署へ情報公開請求を行った。調査項目は、平成 21 年度または 22 年度いずれか直近の勤務医師のいわゆる 3 6 協定の有無、3 6 協定が存在する場合には、所定労働時間および延長することができる労働時間、特別条項、および過去 1 0 年間の断続的宿日直許可申請である（一部は申請書の写しではなく申請の有無のみの回答を得た）。

【結果】

	都道府県	調査対象病院	3 6 協定なし	宿日直許可なし	両者有り	不明
北海道	北海道 (一部)	28	9 (不明 3)	27	1	3
東北地方	秋田県	10	5 (不明 1)	4 (不明 1)	2	1
関東地方	埼玉県	11	6	10	1	0
中部地方	愛知県	28	9 (不明 3)	22	2	3
北信越	石川県	16	6	10	4	0
関西地方	兵庫県	26	0 (不明 14)	22	3	14
中国地方	広島県	14	4	10	2	0
四国地方	徳島県	2	0	0	2	0
九州地方	熊本県	14	2	14	1	0
	計	149	39 (26.2%)	119 (79.8%)	18 (12.0%)	

表に示すように、3 6 協定の確認できない病院が 3 割近くあり、宿日直許可申請を確認できない病院が 8 割近くあった。逆に救急病院として当直制度を用いる場合に必須の 3 6 協定と宿日直許可の両者があることが確認できたのは、わずか 12%に過ぎなかった。

3 6 協定の内容について、延長することができる 1 日あたりの時間が確認できた施設が 51 あり、4 時間までのもの 14 施設、4 時間を超え 8 時間以下のもの 32 施設、8 時間を超えるもの 5 施設（15 時間が 4 施設、12 時間が 1 施設）であった。1 ヶ月での時間外勤務時間が確認できた施設は 69 あり、1 ヶ月あたり（3 ヶ月で 120 時間というものは 40 時間とみなして計数）60 時間以下のもの 67 施設、80 時間のもの 1 施設、120 時間のもの 1 施設であった。

特別条項は、22 施設で確認できた。そのうち 5 施設で、1 ヶ月あたり 100 時間以上の時間外勤務が可能な内容であった。具体的には、2 ヶ月で 160 時間、1 ヶ月で 100 時間、1 ヶ月で 120 時間、3 ヶ月で 240 時間などである。

【考察】

36協定のない病院では宿日直許可の有無によらず、時間外勤務が不可能であるため、時間外に発生する全ての業務が交代勤務で行われなくてはならない。今回調査を行った病院の大部分が二次救急または救急告示病院であることを考慮すれば、病棟の管理のために1名以上、救急患者の診療のために1名以上の交代勤務の医師を置かなくてはならないことになる。しかし病院のホームページ（求人条件）などで確認した範囲内では、当直による時間外診療を実施していると思われる病院が多かった。

また宿日直許可がないことについて、平成22年12月14日に答申された「特定病院が北見労働基準監督署長に届出した断続的な宿直又は日直勤務許可申請書等の不開示決定（不存在）に関する件」の答申書によれば、病院が労働基準監督署長に提出した許可申請書は、保存期間が過ぎれば廃棄されており、その許可書は病院に交付する際に写しをとられていないとのことであり、情報公開請求で確認できなかったことが許可のないことに直結するわけではない。しかし調査対象病院のうち79%において宿日直許可申請が確認できなかったことが、すべて同様の事情によるとも考えにくい。そもそも、一度、宿日直勤務の許可を得たら、その後何年にもわたって許可を得なくてよいのであれば、この「断続的な宿直又は日直勤務許可」というものが労働者保護の役割を果たしているかどうか、その意義が疑わしくなってくる。

本来、宿日直の許可を得ていない病院においては、時間外診療が全て残業または交代勤務で実施されなくてはならないが、そのような病院が多数あるとは考えにくい。許可を得ないで宿日直が置かれている病院においては、当初から断続的宿日直の許可要件が満たされていない可能性が高く、労働基準法違反である可能性が高い。

なお、36協定が締結されている87施設のうち22カ所において、特別条項により所定労働時間を超えた時間延長を定めることができるようになっていた。特別条項付き協定とは、限度時間を超えて労働時間を延長しなければならない「特別の事情」が生じたときに、一定の手続きを経て、限度時間を超える一定の時間まで労働時間を延長することができる旨を定めた協定である。今回の調査結果では、この制度を用いて「1週間40時間を年26回まで延長可」、「1ヶ月100時間を年10回まで、年間960時間まで延長可」、「1ヶ月120時間を年間6回まで、年間990時間まで延長可」等といった、極めて長時間の延長を認めた特別条項が労働基準監督署に届け出られている例がみられた。本来、労働基準監督署長は、限度基準に適合しない時間外労働協定の届出がされた場合にその是正を求めるなど、労使当事者に対し、必要な助言及び指導を行うことができるとされている。このことから、上記のような長時間の延長が、労働基準監督署の助言及び指導の結果認められていることになる。なお、極めて長時間の延長を可能とした特別条項は、労働基準監督署の監査を受けた施設に集中して見られている。通常なら監査によって短くなるはずの例外的時間外労働が、逆に長くなっているとすれば、労働基準監督署長が果たしてどのような指導を行っているのか、労働基準監督署の指導内容に疑問が残る。

さらに、労働基準監督署を所管する厚生労働省が定めている「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」（平成13年12月12日付基発1063号）によれば、「発症前1ヵ月間におおむね100時間又は発症前2ヵ月間ないし6ヵ月間にわたって、1ヵ月あたりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は業務と発症との関連性が強いと評価」している。仮に特別条

項が付されていたとしても、この基準を超えるような時間外診療は、医師の健康を損ねるのみならず、既に記したように医療の質の低下を来し、医療を受ける患者にその被害が及ぶ可能性がある。これが労働基準監督署長による指導を受けた結果だとすれば、医師については労災基準を超える時間外労働が認められていることになる。実際、極めて長時間の労働を認めた特別条項を定めた5施設のすべてが、江原によると（私信）、労働基準監督署から是正勧告を受けたことがある施設であり、是正勧告を受けてあたかも現状を追認するかのような特別協定が結ばれた可能性が高い。

なお、特別条項の有無にかかわらず、今回調査を行ったうち4施設では、1日当たり15時間までの延長が可能とされており、休憩時間を入れれば24時間連続勤務が公然と認められていることになる。

【まとめ】

医療機関において労働基準法が遵守されているかを明らかにするには、本来は個々の施設における医師の勤務実態を調査する必要がある。今回、労働基準法の外形的な遵守状況について調査しただけであるが、以下のことが明らかになった。

- ① そもそも宿直の扱いで当直業務を行うことは問題であるが、宿日直の認可や「当直」体制に必須と思われる36協定ですら締結していない施設が多い。
- ② 36協定の中には、労働災害の認定基準に匹敵するような労働時間を許容するものがあり、医師の過剰労働を防止するものとしては十分に機能していない。

調査(2)

(社) 全国社会保険協会連合会社会保険病院の協力による『当直』に関する実態調査

【背景と目的】

私たちは、市町村立病院を対象に、「当直」業務が労働基準法上どのように取り扱われているのかを調査した。しかし、それだけでは、病院に勤務する医師が夜間実際にどのような勤務体制におかれているのか、また、現場でどのような問題が生じているのかを把握することは困難である。そこで、医師の当直業務と労働時間管理の実態を調査するため、全国に多様な規模の病院をもつ全国社会保険協会連合会に協力を求め、傘下の社会保険病院 41 施設の協力を得た。

【対象と方法】

対象としたのはある病院グループが運営している 51 病院である。このなかには、病床 500 床以上の大規模急性期病院から 100 床程度の小規模病院まで含まれ、日本の医療機関の縮図ともいえる。平成 23 年 8 月 1 日に調査用紙（巻末参考資料）と返信用封筒を各病院事務部門の責任者あてに送付した。

【結果と考察】

平成 23 年 8 月 31 日までに、41 病院（回答率 80.4%）から回答が得られた。回答のあった病院の一般病床数は 262 ± 130 床（平均値 \pm 標準偏差）であった。

1) 夜間診療の担当医師数は何人ですか？

夜間診療の担当医師数は 1.9 ± 1.8 人であった。300 床以上の 8 病院中 6 病院が 2 名以上配置しているのに対し、200 床未満の 14 病院中 12 病院が 1 名の配置であり、ほぼ病院規模に比例した結果であった。

2) 医師ひとりあたりの 1 ヶ月の平均当直回数は何回ですか？

医師ひとりあたりの 1 ヶ月の平均当直回数は 2.3 ± 1.1 回であった。300 床以上の病院の中では 1.8 ± 0.6 回であったのに対し、200 床未満の病院では 2.9 ± 1.4 回であった。政令指定都市の病院の当直回数が 1.8 ± 0.2 回であるのに対して、それ以外の地域にある病院の当直回数は 2.4 ± 1.2 回であった。すなわち、同じ病院グループにおいても、大規模病院の方が小規模の病院と比較して、大都市部の病院の方がそれ以外の病院に比較して、医師ひとりあたりの当直回数が少ない傾向を示した。各病院における常勤医師数を調査していないため単純な比較はできないが、小規模病院と非都市部における医師不足を反映している可能性がある。

3) 夜間の当直時間は何時から何時までですか？

夜間の当直時間は、全病院において、通常の日勤帯を除く午後 5 時頃から午前 8 時 30 分頃までの時間帯であった。

4) 深夜帯（午後 10 時から午前 6 時）の救急搬送は 1 日平均何回くらいですか？

夜間における 1 日あたりの平均救急搬送件数の中央値は 1 件であった。21 病院が平均 1 件以上と回答し、0.2 件（すなわち 5 回当直して 1 件搬送される程度）以下と回答した病院は 6 病院にすぎなかった。救急車で搬送された患者以外に、直接来院した患者数を調査していないため、実際に当直医が夜間診療している患者数は不明であるが、少なくとも過半数の病院においては、当直医が夜間の救急搬送患者を常態的に診療していることが示唆された。

5) 当直医の勤務形態は以下のどれに該当しますか？（複数回答可）

当直医の勤務形態について尋ねたところ、宿直 90.2%、病棟・救急を区別 2.4%、夜勤として時間外手当支給 4.9%、非常勤医師 22.0%であった（複数回答）。宿直とは、本来、「常態として殆ど労働する必要のない勤務態様」のはずであるが、夜間の当直医の勤務体制が「宿直」とであると回答した 37 病院のうち 20 病院において、夜間の救急搬送件数が 1 日あたり 1 件以上であった。これらの病院では「宿直」として当直をしている医師が救急対応を常態的に行っていることを示唆しており、労働基準法で定められ、医療法で想定されている「宿直」と著しく乖離していることが推測された。

6) 休日や夜間に入院患者の予測しない容体の急変には、通常、誰が対応しますか？
（複数回答可）

入院患者の予測しない容体急変に誰が対応するのかの質問に対しては、当直医 73.2%、主治医に連絡し指示を仰ぐ 4.9%、主治医に連絡し場合によっては主治医が来院 90.2%、その他 2.4%であった。予測しない急変への応急処置は、医療法でいう宿直医の業務範囲にあると思われる。一方、ほとんど（90.2%）の病院で、休日や夜間の容体急変時に主治医へ連絡がなされ場合によっては出勤を要請しているとの回答であった。容体急変時に主治医が呼び出されるのは、入院患者の主治医が実質的にオンコール体制におかれているともいえるが、想定外の容体悪化に対する危機管理上、やむをえない対応であろうと考えられる。

7) 休日や夜間に終末期の患者が亡くなった場合、誰が対応しますか？（複数回答可）

終末期患者の死亡時の対応は、予測しない容体急変と同じなのだろうか、あるいは微妙な違いがあるのだろうか。当直医 61.0%、主治医に連絡し指示を仰ぐ 2.4%、主治医に連絡し場合によって登院 75.6%という結果であった。終末期の患者の死亡は、急変で

はなく当然予想されることであるが、前問に対する回答と比較して少し主治医への依存度は低くなるものの、近似した回答であった。当直医が対応すると回答した 25 病院のうち 22 病院では当直医の勤務形態は「宿直」と回答している。これらの病院では、予測される時間外病棟業務を、常態としては仕事をしないはずの当直医が担っていることとなる。さらに、当然に予測される終末期患者の死亡に際して多くの病院で主治医へ連絡し登院を要請することがあるということからは、入院患者の主治医が通常勤務時間外も実質的にオンコール体制におかれていることが推測される。オンコール体制が長期にわたって続くことも稀ではないだろう。

8) 夜間担当の当直翌朝からの勤務体制はどうなっていますか？

当直翌朝からの勤務体制は、連続勤務 73.2%、短時間の連続勤務 24.4% で、勤務なし 2.4%であった。大半の病院において、通常勤務→当直→通常勤務という連続した労働が行われていることが示された。このような病院においては、かりに、通常勤務を午前 9 時から午後 5 時、午後 5 時から翌日の午前 9 時を当直と仮定すると、連続 32 時間勤務が常態化していることとなる。この調査で短時間の連続勤務と回答した病院は 10 病院あったが、うち 6 病院は 300 床以上の比較的規模の大きな病院だった。

9) 当直翌朝から通常勤務が続く施設にお尋ねします。

そのような当直体制について、医師からの改善の求めや不満を耳にすることはありますか？（複数回答可）

では、医師からの連続勤務に関する改善の要望が、回答者である病院事務部門の責任者に届いているのだろうか。この調査の次に紹介する調査 3 では、97%の回答者（医師）がインシデント・アクシデントの経験があるか、または懸念をもっていると回答していることから、長時間労働が医療安全を脅かしていることは明らかであるが、その医師の認識は、病院事務部門にどの程度伝わっているだろうか。残念ながら、病院事務部門からの回答は、「医師からの改善の求め」が、とくになし 46.3%、体調不良の訴え 36.6%、医療安全への悪影響の指摘 19.5%、その他 2.4%であった。半数程度の病院において、病院事務部門になんらかの改善の要望がなされているようだが、危機感は共有されているとはいえない。本来、病院事務部門は、医師の労働環境や医療安全を管理する立場にあるが、そのような姿勢は必ずしも多くの病院にはない。当直からの連続通常勤務をしている 30 病院のうち 14 病院が、改善の要望は「とくになし」と回答している。むしろ、事務部門が医師からの改善の要望を把握している病院の方が今後の改善が期待できると考えられる。

10) 当直業務以外に医師の過重労働の大きな要因になっていると考えられるものがあるれば、記載してください。

当直業務以外の医師の過重労働の要因について自由記述で回答を求めたところ、15 病

院から回答があった。そのうち、診断書や紹介状などの書類作成を挙げたのが7病院、医師不足を指摘したのは7病院であった。また、患者への説明業務や診療の高度化など、業務内容に触れたのが2病院あった。医師不足が過重労働の要因であると回答した7病院のうち、「診療科によっては医師不足」とした1病院を除く6病院は政令指定都市ではない地域の病院であり、5病院は200床以下の小規模な病院であった。

11) あなたの病院で医師の労働時間は、どのような方法で管理していますか？

医師の労働時間管理については、自己申告22病院、出勤簿19病院、タイムカード5病院で、なしが2病院であった。重複回答を可とする設問ではなかったが、7人の回答者が自己申告と出勤簿の両方にチェックを入れていた。これは設問が不用意であったと言えよう。自己申告と出勤簿は、基本的に同じものかもしれない。あるいは出勤簿の中には、一定期間分をまとめて印鑑を捺すようなものや、誰かが代わりに印をつけるようなほとんど意味のないものが含まれている可能性がある。8割の病院において医師の労働時間が実質的には自己申告に基づいて管理されていることが推察される。

12) あなたの病院で、個々の医師の労働時間を実質的に統括している管理者は、誰ですか？

11) の事実から、医師の労働時間の管理者を尋ねることにはほとんど意味がないかもしれないが、一応集計するならば、診療科の長 41.5%、事務局 34.1%、病院長 9.8%、そして正直に「とくになし」と回答した病院が5病院 (12.2%) あった。

厚生労働省の「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基準」によれば、使用者が始業・終業時刻を確認し、記録する方法としては、原則として、「使用者が、自ら現認することにより確認し、記録すること」か「タイムカード、ICカード等の客観的な記録を基礎として確認し、記録すること」が求められており、自己申告により管理せざるをえない場合においては、「労働時間が適正に把握されているか否かについて定期的に実態調査を行うことが望ましいもの」とされている。今回の調査では、定期的な実態調査を行っているか否かを問うていないので、労働時間が適正に把握されているか不明であるが、この点についてもさらなる検討が必要と思われる。

13) あなたの病院で、当直翌朝からの連続勤務をなくそうとした場合、どのような工夫が可能だと思われますか？ (複数回答可)

当直後の連続勤務を解消する工夫を問うたところ、アルバイト医師の雇用 35%、手術数の調整 12%、外来診療枠の制限 15%、入院患者の制限 6% であった。アルバイト医師の雇用は人件費の増加につながり、手術や診療する患者の制限は病院にとって減収となることは容易に想像されるが、実際に、経営的観点から連続勤務解消は不可能とした病院が43%であった。このことから、病院の考える「当直後の連続勤務を解消する工夫」を

行うためには、保険点数の加算を設けるなどのなんらかの経済的支援が必要であると考えられる。

14) 医師の過重労働対策として、あなたの病院の救急告示または二次救急を返上することは考えられますか？（複数回答可）

夜間の医師の労働負担を軽減するために、救急告示または二次救急の返上することについて質問したところ、返上したい 4.9%、地域事情から不可能 90.2%、経営的観点から不可能 29.3%、地域医師会との関係から不可能 29.3%という結果であった。すなわち、経営的な理由から救急告示病院ないし二次救急の指定を受けている病院はわずかで、多くは地域の医療環境や医師会との関係などに配慮した、いわば使命感により夜間の救急医療を行っている姿勢がうかがわれた。

15) 医師の過重労働を解消し、地域の救急医療体制を維持する方策について考えられることがあれば記載してください。

医師の過重労働を解消し地域の救急医療体制を維持する方策について、自由記述で回答を求めたところ 9 病院から回答があった。医療制度面では、勤務医の増員を求めるもの 4 件、救急への診療報酬の増額を求めるもの 2 件、市民に救急医療についての啓発をはかるとするもの 1 件であった。自病院で可能なものとして、輪番制や開業医との役割分担など地域内での連携システムの構築を提案するものが 5 件、事務補助者の配置やクレーム対策などの医師の業務軽減を求めるもの 2 件であった。地域の開業医との連携は、主に時間外を開放型にする試みで、全社連病院グループでは、この調査での記載事例以外にも、開放型の試みが行われている。また、夜間も主治医が対応にあたる「主治医制」から、交代勤務による「チーム医制」への転換をはかるべきであるという意見もあった。

【まとめ】

多くの病院において、日勤・夜間勤務・日勤の連続勤務が行われており、通常時間外の勤務である当直に対して、「宿直」という実態と乖離した誤った認識がされていた。しかしながら、医師から改善を求められていると回答した事務部門の担当者は半数程度に過ぎなかった。

過半数の病院において、入院患者の主治医が夜間や休日にもオンコール体制におかれている実態が明らかになった。また、医師の労働時間の管理が適切に行われていない可能性が示唆された。

当直後の連続勤務の解消のためには、たとえば二次救急の要件に労務管理上の配慮を求めることも考えられるが、当直明けの医師の勤務を制限するには、病院の支出の増加ないし収入の低下が伴うと思われ、経済的な支援が必要だろう。また、ひとつの病院内で医師の勤務シフトを検討すると同時に、地域における実効的な連携体制を構築することも有効かもしれない。

調査(3)

医師の意識調査

医師は「当直明け」後の連続勤務と医療安全についてどう感じているのか

【はじめに】

医師の勤務時間と医療安全には負の相関が示唆されているが、わが国においては、医師がいわゆる「当直」を終えた後、そのまま連続して通常勤務を行うこと（以下、当直明け勤務）が常態化している（1）。そこで、最近わが国でも急速に普及してきたソーシャルメディアを用いて、当直明け勤務の経験を有する医師が、当直明け勤務の疲労によるインシデントやアクシデントへの懸念を抱いているか、実際に当直明け勤務の疲労によると思われるインシデントやアクシデントを経験しているかを調査した。なお、ソーシャルメディアを用いた調査は、母集団の人数の把握が困難であることなどインターネット調査に共通する限界があることに留意する必要がある（2）。

【対象と方法】

ソーシャルメディアとは、「ネットなどを通じて様々な人や組織が情報を共有、交換し合える新しいツール」であり、不特定多数に情報を発信するホームページやブログなどに比較すると、情報をやり取りする相手を効率的に探したり制限したりできるところに特徴がある（3）。今回の調査では、Facebook（以下、FB）を使用した。FBは、原則として実名で利用するソーシャルメディアであり、国内で370万人が使用しているとされる（3）。筆者は、2011年7月18日、FB上の掲示板である「ウォール」に、FBのアプリケーション「クエスチョン」を用いて、表1に示すアンケートを投稿した。

【表1】

（質問）

医師の方で、当直をした翌日（当直明け）にそのまま通常勤務をしている、あるいは、していた方にお尋ねします。当直明けの通常勤務で、当直の疲労が原因と思われるインシデントやアクシデントを経験されたことがありますか。

（選択肢）

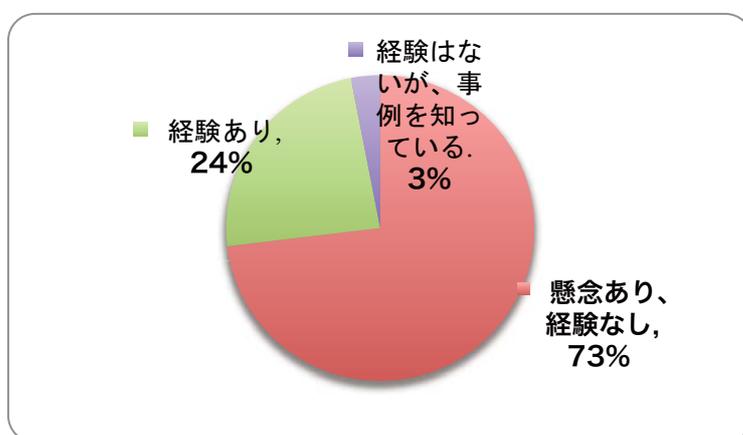
- ・ インシデント・アクシデントの経験はないし、懸念を持ったことがない
- ・ インシデント・アクシデントの経験はないが、懸念はしている
- ・ 実際にインシデント・アクシデントの経験をしたことがある
- ・ 自分は経験していないが、そのような事例を知っている

FBでは、お互いのウォールの閲覧やウォールへの投稿などの権利を承認しあった利用者のことを「友達」という。筆者が「クエスチョン」でアンケートを投稿すると、筆

者と FB 上で「友達」の関係にある利用者のウォールにアンケートが表示される。また、ある利用者がアンケートに回答すると、その利用者の「友達」にもアンケートが表示される仕組みとなっている。アンケートが表示された利用者は、アンケートに答えないことも、自分のウォールから削除することもできる。アンケートへ回答できる利用者を、筆者との関係性（友達や友達の友達など）によって制限することもできるが、この調査では、どの FB 利用者でも回答できる設定とした。

今回の調査では、2011 年 7 月 18 日に投稿してから 2011 年 8 月 28 日までに得られた回答を集計した。なお、FB などで公表されている情報で、医師と確認できない利用者の回答は、除外することとした。

【結果】



調査期間内に、214 名から回答があった。そのうち、FB 上で公表しているプロフィールなどから医師でないと思われる回答者が 17 名あり、有効回答は 197 (92%) であった。197 名のうち「インシデント・アクシデントの経験はないし、懸念を持ったことがない」（懸念なし）と回答したのは、0 名 (0%) であった。「インシデント・アクシデントの経験はないが、懸念はしている」（経験なし、懸念あり）と回答したのは、144 名 (73%) であった。「実際にインシデント・アクシデントの経験をしたことがある」（経験あり）と回答したのは、47 名 (24%) であった。「自分は経験していないが、そのような事例を知っている」（経験はないが、事例を知っている）と回答したのは、6 名 (3%) であった。

【考察】

今回の調査に回答した医師のうち 27%が、当直明け勤務で、当直時の疲労によると思われるインシデントやアクシデントを自ら経験した、あるいは、そのような事例を知っていると回答したことは特筆に値する。今回の調査では、具体的にどの程度の重大なインシデントやアクシデントであったのかは不明であるが、当直明け勤務が医療安全を脅かす要因であることが推測される。また、四分の三近い医師が、これまでに経験したことはないものの、インシデントやアクシデントが発生する懸念を有していることが判

明した。以上のデータから、当直明け勤務を制限することによって、医療の安全が向上する可能性が示唆される。

当直明け勤務において、インシデント・アクシデントの経験も懸念もないとした回答者はいなかった。この事実は、当直明け勤務がいかに現場の医師にとって医療安全上の不安材料となっているかを示すものと考えるが、当直明け勤務に不安を抱いていない医師がアンケートに回答していない可能性もあるため、慎重に解釈する必要がある。

今回筆者は、FBを用いたインターネット調査を行った。対面や郵送による従来型の調査と比較して、インターネット上の調査では、短期間に調査の実施やデータの集計ができかつ調査費用も低廉であるが、回答者にさまざまな偏りが生じる可能性が指摘されている(3)。さらに、FB上では誰がどのような回答をしたかが実名で明らかにされることから、同一人物が複数回答したり、調査対象外の属性の回答者の回答が含まれたりすることは避けられる利点がある一方で、インシデントやアクシデントを経験したと回答をするのに躊躇を覚えた利用者もあったかもしれない。また、筆者の「友達」から繋がった集団に対して調査をしていることから、今回の調査への回答者が医師全体の意向や経験を的確に反映している保証はない。

調査(2)においては、回答のあった41病院のなかで当直明け勤務に関連した有害事象の経験があった施設はなかったが、医療安全を理由に医師から当直明け勤務を改善するよう求められているとした施設が8施設(19%)あった。病院事務部門が医師の懸念のすべてを把握しているとは限らないため、実際に当直明け勤務が医療安全上問題であると考えている医師はもっと多いと推測され、今回FBで行った調査の結果が実態を反映した一定の信頼性のあるデータであることを示唆している。

【まとめ】

Facebookを利用したインターネット上のアンケート調査によって、医師の多くが当直明け勤務で疲労によるインシデントやアクシデントの発生を懸念していたり、実際にインシデントやアクシデントの経験をしていたりすることが判明した。当直明け勤務の制限を行うことによって、医療安全の向上が期待できるかもしれない。

【参考文献】

- (1) Ehara A. *Pediatr Int* 2008;50:175-178
- (2) 康永秀生、井出博生、今村知明、大江和彦 *日公衛誌* 2006;53:40-50
- (3) *日経メディカル* 2011年7月号:58-74
- (4) Eysenbach G, Wyatt J. *J Med Internet Res* 2002;4:e13

【提言 2】

医師の適正な労働時間の管理と病院管理者の管理責任に関する提言

- 1 医師においても 1 日 8 時間勤務の 3 交代制か、日勤 8 時間と夜勤 16 時間の 2 交代制の勤務とする。
- 2 現状の労働基準法の労働時間の規定、特に 3 6 協定や特別条項では、過酷な連続勤務や過労死の認定基準を超える長時間勤務が合法的となりうる。そこで医療の質・医療の安全の確保を目的とした拘束時間と休息期間を表裏一体とした勤務時間体系を法令の改訂によりを整備する。

【解説】

- 1 まず、大前提として、医師は労基法上の「労働者」に該当する（9 条）ことから、労基法上の労働時間とは、「労働者が使用者の指揮命令下に置かれていると客観的に評価できる時間」（最一小判平成 12 年 3 月 9 日民集 54 卷 3 号 801 頁）である。

労基法上は、労働時間は、週 40 時間一日 8 時間が原則である（32 条）。また、医療法上は、病院は医師の「宿直」を求めているに過ぎない。しかしながら、救急診療に関連する施設基準においては、医師の時間外労働ないし交代制勤務を前提としたものが存在する。

①救急告示医療機関

救急医療について、相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急病院等を定める省令、昭和 39 年 2 月 20 日厚生省令第 8 号、第 1 条）

②救命救急センター

専任の医師が、午前 0 時より午後 12 時までの間常に救命救急センター内に勤務していること（診療報酬点数表）

③総合周産期母子医療センター

MFICU：24 時間体制で産科を担当する複数（病床数が 6 床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては 1 名）の医師が勤務していること

NICU：24 時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務していること

（「周産期医療対策事業等の実施について」（平成 21 年 3 月 30 日付け医政発第 0330011 号）の周産期医療対策事業等実施要綱の第 1 の 4 に基づく周産期医療体制整備指針）

④地域周産期母子医療センター

新生児病室：24 時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること

（「周産期医療対策事業等の実施について」（平成 21 年 3 月 30 日付け医政発第 0330011 号）の周産期医療対策事業等実施要綱の第 1 の 4 に基づく周産期医療体制整備指針）

これらは、救急指定病院や救命救急センターでは医師が常時勤務していること、総合周産期母子医療センターでは複数の産科医と新生児科の医師、地域周産期母子医療センターでは小児科医が勤務していることが要件とされている。

今回の調査 2 でも明らかなように、多くの病院では、平日時間内は通常勤務、夜間や休日には「当直」により運営され、「当直」の翌日も通常勤務に就いているのが実態である。診療報酬上の加算を得るために労働基準法に違反した勤務となり、本来高度な診療が求められる救急医療において、医師の過重労働によって医療の質が損なわれている可能性がある。

「調査 3」が示しているように夜間勤務明けの連続勤務は、そのインシデント・アクシデントが生じるリスクが高くなることが懸念されており、医療の質の維持、医療の安全から考えたときに、以前から看護師については定着している交代制勤務を医師にも普及させることが望まれる。

病院数が多く、医師が多くの病院に分散している日本の現状からすると、現在の診療体制では、医師の交代制勤務を採用することが困難であるかもしれない。そこで、提言 1 にあるように救急医療機関の機能分化を図ることで、夜間や休日の医療資源の整理と統合を図ることが求められる。

なお、交代制勤務を普及するための方策としては、交代制勤務を採用しない病院に対して、病院でなく診療所でも代替可能である外来診療の診療報酬を減額とする、外来診療を制限する、交代制勤務を採用することによって診療報酬の加算を拡大拡充してゆくことが望まれる。

- 2 週 40 時間 1 日 8 時間を超えて業務をする時には、特別に 3 6 協定を使用側と医師の代表者が締結する必要がある。この 3 6 協定によるときに、どの程度まで上記原則を解除できるかは、法律上は定めがなく、労基法 36 条 2 項で労働大臣が定める基準とされている。具体的に 3 6 協定での延長を最大限り利用して 1 週間の労働時間を考えてみると、5 日間で 1 週 55 時間の労働をすることが認められる。そのため、連続勤務で考えると、休憩を最少とした場合には、23 時間（8 時間の通常勤務+45 分の休憩+15 時間の時間外労働）の労働をさせ、1 時間休ませ、その後 8 時間の連続 32 時間 45 分勤務（但し、1 時間 45 分は休憩時間）までもが合法的となる。1 ヶ月でみると、これを月 3 回繰り返すことが許される。さらに、この連続勤務のあとにどれだけの勤務外の時間を与えるかについての規定はない。

現状の労働基準法の就労一般に対する概括的な基準の下では、医師の連続勤務、過剰労働に対して適切な対処がなされておらず、医療の質の低下や医療安全を脅かす枠組みになっている。

医療現場では、医療の質・医療の安全が当然要求されることからすれば、それを支える医師のために勤務時間とともに休息时间（労働解放時間）を一体として規定する必要がある。この点については、平成元年 2 月 9 日労働省告示第 7 号「自動車運転者

の労働時間等の改善のための基準」において拘束時間と休憩時間を表裏一体のものとして、拘束時間は13時間以内を基本とし（延長する場合でも16時間が限度）、休憩時間を継続8時間以上になるようにしている。具体的には、最長でも、1日（24時間）＝拘束時間（16時間以内）＋休憩期間（8時間以上）になるようにしている。医師の場合、かりに通常勤務からの夜間勤務（午前8時から翌8時までの24時間）を容認したとしても、原則としてその後の24時間は勤務をさせないなどの基準が必要であろう。

運転手の勤務体制と医師の勤務体制では違いはあるが、運転ミス、医療ミスが重大な生命、身体障害をもたらす点では同様であるから、医師に対しても早急に勤務と勤務との間に、十分な休憩をとることを義務化し、医療の質・医療の安全を確保できる規定を法令で制定すべきである。

1ヶ月あたりの労働時間については、36協定が締結されていても、例外的に特別条項としてそれ以上の延長が認められる。平成10年労働省告示154号3条但書4条2項では特別の事情として、予算、決算業務、納期のひっ迫、大規模なクレーム、機械トラブルの対応など臨時のものでなければならぬとしている。調査1で明らかになったように36協定を締結しているところでは、さらに特別条項を付しているところが多い。そこでは、特別条項によって、過労死認定の基準（発症前1ヶ月あたり概ね100時間または2ヶ月間ないし6ヶ月間にわたって1ヶ月あたり概ね80時間）と比べて、相違がないような届け出がなされている。これは、医師の健康だけでなく、医療安全の面からも問題である。労働基準監督署は、例外的に認められる限度を踏まえた特別条項でない場合には、届出の際に、「助言・指導」（労基法36条4項）として行政指導をするなど適切な対処が求められる。

期間	限度時間
1週間	15時間
2週間	27時間
4週間	43時間
1か月	45時間
2ヵ月	81時間
3か月	120時間
1年間	360時間

（参考文献）

「労働法（第2版）」（有斐閣）水町勇一郎著

「トラック運転者の労働時間等の改善基準のポイント」厚生労働省労働基準局

「勤務医に関する労働法上の諸問題」（日本労働研究雑誌（No.594/January 2010, 42-52頁））水島郁子著

付・提案を実現するための行政手法

都道府県による救急医療体制における勤務条件の改善に関する提案

【医療計画】

- ・ 平成25年度からの次期計画において、救急医療機関における標準的な人員配置を明示する。この場合、近隣医療機関との役割分担を踏まえた場合の考え方や、労働基準法上の届け出、協定や宿直についても解説を加える。
- ・ 平成23年度中に、同計画の指針が国により取りまとめられ、都道府県に示される予定であることから、例えば、まずは同指針の中で概要を示し、その後具体的な内容を示す通知等を発出することも、時間的制約から有用である。

【医療監視】

- ・ 医療法に基づく医療監視において、当該医療機関については、医療安全の観点から適切な労働状況となっているかについても確認を行う。この場合、指導の効力を担保するため、標準的な健康管理の水準を明示する。
- ・ 上記「医療計画」同様、平成25年1月以降の通知でも対応可能と考えられる。

【診療報酬】

- ・ 健康保険法等に基づく診療報酬において、少なくとも平成26年の改定では、効率的な救急医療体制を誘導するような設定を行う。
- ・ ただし、算定要件については慎重に検討すべきであり、算定できる医療機関は国又は都道府県が限定的に指定することとする。
- ・ 当然に、上記指定に当たっては医療、救急等の関係機関と十分に協議を行い、実効性を確保する必要がある。

【その他】

- ・ 都道府県において、住民の適正な受診を促進するため、救急医療体制に関する周知、特定療養費の設定の推奨、#8000等によるトリアージ機能の充実に取り組む。
- ・ 住民に医療機能の後退という印象を与えることは避けなければならない。

【解説】

現在、救急医療に関する我が国の関連法としては、主なものでは医療法、医師法、健康保険法、労働基準法が挙げられる。ポイントとしては、

医療法では、個々の医療機関の人員配置や施設設備に関する基準を定めるとともに、保健所による医療監視を定めている。さらに、医療計画を都道府県が策定するよう定めしており、同計画による事実上の病床規制を行うとともに、今次計画では「4疾病5事業」

について記載することとしており、この中で救急医療が位置づけられている。

医師法では、診療の求めがあった場合は正当な理由がない場合は拒めないいわゆる応召義務が定められている。

健康保険法では、診療行為に対する価格を定めており、この中で、算定要件といわれる人員配置等に関する条件を定めている。

労働基準法では、医師も含めた概念である労働者について、労働条件やその手続きについて定められている。

上記のとおり、救急医療を検討する際には、

- 1 計画経済的側面：医療計画による病床規制、診療報酬による公定価格
- 2 自由経済的側面：19床であれば開業、医療機器の配置

の2つの側面について、法的拘束力や罰則の付与、誘導策と関連付けて考える必要がある。

このとき、最も考慮すべき点は、医療安全の観点から考察することであり、順番としては「1」を行ったうえで、「2」を行うことである。つまり、救急医療における勤務条件の要件を厳格化した上で、その対価である診療報酬を充実させることである。具体例としては、がん診療連携拠点病院で、本件については先に平成18年のがん対策基本法に基づく指定を行い、ある程度、補助金により誘導を行ってから、同22年の診療報酬改定で、その補償を行っている。

逆のプロセス、つまり先に診療報酬による誘導を行うと、医療資源の効率的な配置がなされず、しかも既得権的になってしまう可能性が高い。このような場合に、その再編は困難を伴うが、今はまさにその状況にある。

わが国では医師不足が指摘されているが、多分に地域偏在や診療科偏在と混同して使用されていることが多く、現在の医療行政の多くは上記のプロセスにより解消に向けて誘導することが即効性も含めて有効と考えている。

国においては現在、各都道府県での自律的な上記の偏在解消を求めており、本年度はモデル的に15県を指定しているが、たとえばこの中のいくつかの県において、救急医療体制の見直しとセットで実施することとしてはどうだろうか。

タイミングとしては、全国的に救急搬送に関するガイドラインが策定・改定されつつある状況であり、データは揃っていると考えられるため、平成25年度からの医療計画の策定に、何とか間に合う。逆に言えば、本提案を速やかに実行に移さなければ、救急医療体制における勤務状況の改善については、タイミングを失ってしまう可能性がある。

もう一点大切なことは、これまでは医療側、いわば供給サイドからの提案を行ってきたが、こんにちの医療の特性は患者・住民側、つまり需要サイドからのアプローチが必須であることで、既述のがん対策においてもその視点で推進されてきた。

ただここで留意すべきことは、医療は供給の代替がきくことを前提とした競争原理が使えないため、他の多くの業種で適用される顧客ニードオリエンティドな議論は制限されることであり、この点を混同してしまうと結果的に医療の非効率を生じせしめ、結果

として患者・住民が不利益をこうむることとなる。

さて、上記の前提にたったとき、需要サイドで必要な施策は、医療資源を保護するために、住民はまず地域の医療事情をよく理解できるようにすることである。ただし、多くの住民は、自分や家族が病気にならないときは医療受診を意識しないため、肝要なのはいつでも医療資源に係る情報が入手可能な状況にしておくことである。

また、世帯構成人員の減少により、救急医療を受診すべきか否かの判断に迷うことが多くなっている状況にかんがみ、#8000(子どもの救急に関する電話相談システム)など、トリアージ機能についても充実させる必要がある。ただこれは訴訟に発展するリスクも多いため、その運用方法についてはさらなる検討が必要である。

さらに、経済的な誘導でいえば、既に制度化されている特定療養費により、医療機関側が自衛的に行うことも可能である。ただし、これは自治体立病院を中心に抵抗が強いため、都道府県が誘導することが効果的と考えられる。

【調査1=結果】

地域	病院名	36協定の有無	断続的宿日直の有無	所定労働時間	36協定の内容					備考	病床数	医師数 (○)内は36協定がある と定数の総数 (人数)	二次救急等 (○)22次救急 ●：救急告示病 院 ☆：2次救急
					延長するこがでる時間		1日を越える一定の期間		1年(4月1日)				
					医師	看護師	1日	看護師					
北海道	市立札幌病院	○	×	日勤7時間45分 夜勤15時間30分 深夜7時間45分 7時間45分	8時間	8時間	45時間	360時間	(特別条項)労基法36条2項、平成10年労働省告示第154号3条(自費、4条2項)等)	本院818 精養軒162	175(27)	☆	
	市立函館東山病院	○	×	7時間45分	4時間	4時間	15時間	360時間		734 一般598 感染症6 結核30 精神100	113(80)	○ ☆(救急救命センター)	
	市立函館病院	○	×	7時間45分	4時間	4時間	15時間	360時間		59 一般37 感染症22 結核15	3(1)	○ ●	
	市立函館南字部病院	○ 特別条項あり	×	7時間45分	4時間	4時間	15時間	360時間	<特別条項> 1週間40時間まで 延長可(年2回)	228 一般208 結核15 感染症2	25(0)	○ ●	
	市立小樽病院	○ 特別条項あり	×	7時間45分 週38時間45分	3時間	3時間	120時間(3ヵ月)	360時間	<特別条項> (3ヵ月)24時間まで 延長可(年1まで)	222 一般120 精神科100 感染症2	17(0)	●	
	小樽市立監・循環器・こころの医療センター	○ 特別条項あり	×	7時間45分 週38時間45分	3時間	3時間	120時間(3ヵ月)	360時間	<特別条項> (27月)160時間、 年間480時間まで 延長可(年2回)	464 一般365 精神115 感染症4	40(0)	○(小児救急)	
	岩見沢市立総合病院	○	×	7時間45分	3時間	3時間	29時間	348時間		85 医師51 介護24	3	○ ●	
	岩見沢市立栗沢病院	×	×										
	市立旭川病院	○ 特別条項あり	×	週38時間45分	8時間	8時間	45時間	360時間		563	84	○ ●	
	市立赤平総合病院	○	×	7時間45分	3時間	3時間	12時間	300時間		150 一般90 感染症10	14	○(小児救急)	
	歌志内市立総合病院	○	×	7時間45分 週38時間45分	2時間	2時間	15時間	150時間		60	4		
	深川市立病院	○	×	7時間45分	4時間15分	4時間15分	45時間 (1週間) 27時間(2週間) 43時間(4週間) 81時間(2ヵ月) 120時間(3ヵ月)	360時間		270	20	○ ●	
	砂川市立病院	○ 特別条項あり	×	7時間45分	5時間	5時間	45時間	360時間	<特別条項> (17ヵ月)60時間まで 延長可(年6回)	521		○(小児救急) ●	
	市立室蘭総合病院	○	×	7時間45分	4時間	4時間	40時間	360時間		609	63	○(小児救急) ●	
市立千歳市民病院	○ 特別条項あり	×	7時間45分 週38時間45分	4時間	4時間	45時間	324時間	<特別条項> 各月25時間まで 延長可	190	34	○ ●		

注：断続的宿日直の届け出については、該当文書の不存在のための不開示についても「なし」と表記している。

地域	病院名	36協定の有無	断続的宿日直の届可申請の有無	36協定の内容						備考	病床数	医師数 (1)内は36協定のある医師の総数	二次救急等 (○)2次救急 ●救急告示病院 ☆3次救急
				所定労働時間	延長することができる時間			1年(4月1日)	1年(4月1日)				
					医師	1日	看護師						
北海道(様式)	苫小牧市立病院	○ (特別条項あり)	○	7時間45分	5時間	5時間	1ヶ月(毎月1日)	1年(4月1日)	<特別条項> 1日7時間 1ヶ月20時間	382		○/小児救急 療養施設	
	市立稚内病院	○	×	7時間45分 週38時間45分	5時間 中央材料室2時間	5時間	45時間の範囲 外薬20時間 病棟25時間 中央材料室	360時間の範囲 外薬120時間 病棟150時間 中央材料室		382	35	○/小児救急	
	江別市立病院	×	×							337	36	○	
	市立美瑛病院	×	×							98	10	○/小児救急	
	市立三笠総合病院	×	×							199	3	○	
	市立芦別病院	×	×							189		●	
	滝川市立病院	×	×							350	36	○/小児救急	
	市立釧路国民健康保険阿寒病院	×	×							35	3		
	市立釧路総合病院	×	×							647	88	○ *(救急救命センター)	
	市立旭室病院	×	×							199	20	○	
	市立士別市立病院		×										
	名寄市立総合病院		×										
釧路市立病院		×											
秋田	男鹿みなと市民病院	○	○	7時間45分	5時間	5時間	45時間	360時間		180	167	○	
	市立秋田総合病院	○	×	医師 AM8時30分からPM午後5時 看護師 (日勤)AM8時30分からPM5時 (夜勤)PM4時30分からAM1時 (深夜)AM0時30分からAM9時 (産後送新)PM2時30分からSPM11時	8時間	8時間	45時間 (2週間12時間)	360時間					
	北秋田市立病院(阿仁病院?)	○	×	7時間30分	5時間	5時間	45時間	360時間		438	71	○	

注：断続的宿日直の届け出については、該当文書の不存在のための不開示についても「なし」と表記している。

地域	病院名	36協定の有 無	断続的宿 日直の許 可申請の 有無	36協定の内容					備考 (特別条項等)※36 条2項 平成10年労働 省告示第154号(各庄 舎、4条2項)等)	病床数	医師数 (①内136 指定がある との総括 人数)	二次救急等 (○:2次救急 ●:救急告示病 院 ☆:3次救急)		
				所定労働時間	延長することができる時間		1年(4月1日)	1ヶ月(毎月1日)					1日を超え る一定の期間	
					医師	看護師								1日
秋田(健全)	市立横手病院	○	○	8時間				25時間	250時間		294	32	○	
	大館市立総合病院	×	×								483		○	
	公立米内共総合病院	×	×								292	12	○	
	羽後町立羽後病院	×	○								188	12	●	
	市立大森病院	×	○								190	12	●	
	市立大曲病院										120	4	○	
	市立角館総合病院	×	○								318	29	○	
	さいたま市立病院	○	×					45時間	360時間		特別条項 17月35時間6回	587	19	○
	志木市立市民病院	○	×					45時間	300時間			100	19	○
	草加市立病院	○	×					45時間	360時間			386	79	○
埼玉	川口市立医療センター	○	×					45時間	360時間		539	131	○	
	秩父市立病院	○	○					3時間	360時間		185	18	○	
	蕨市立病院	×	×								130		○	
	所沢市民医療センター	×	×								49	8	○	
	真似山市民立病院	×	×								114		○	
	春日部市立病院	×	×								350	69	○	
	越谷市立病院	×	×								481	94	○	
	国保町立小尾野中央病院	×	×								95		○	
	小牧市民病院	○	×								544	149	○	
	春日井市民病院	×	×								596	122	○	
愛知	名古屋市中西部医療センター城北 病院	×	×								251		○	
	名古屋市立東部医療センター守山 市民病院	×	×								185		○	
	名古屋市立東部医療センター東市 民病院	○	×								498		○	
	名古屋府総合リハビリテーション センター附属病院										80		○	
	名古屋市東区立院										204	31	○	
	名古屋市立緑市民病院	×	×								300		○	
	名古屋市立緑市民病院												○	

注：断続的宿日直の届け出については、該当文書の不存在的ための不開示についても「なし」と表記している。

地域	病院名	36協定の有 無	新築・増 築の計 有無	所定労働時間	36協定の内容			備考 (特別委員(労基法36 条の項、平成10年労働 省告示第154号3条但 書、4条2項)等)	病床数	医師数 (○)内は36 協定がある ときの繰上 り人数 ☆:3次救急)	二次救急等 (○)2次救急 ●:救急告示病 院 ☆:3次救急)
					延長することが出来る時間						
					1日 看護師	1か月(毎月1日)	1年(4月1日)				
愛知(緑色)	新城市民病院	○	×					271	25	○	
	豊川市民病院	○	×					453	85	○	
	豊橋市民病院	○	×					910	167	☆(救急救命セ ンター)	
	滝島市民病院	×	×					382		○	
	東栄町国民健康保険東栄病院	×	×					69		○	
	岡崎市市民病院	○	×					690	143	☆(救急救命セ ンター)	
	一宮市民病院	○	×					580	174	○	
	稲沢市民病院	○	×					392		○	
	一宮市立木曽川市民病院	×	○(旧立木 曽川病院)					138		○	
	東海市民病院	○	○					199	26	○	
	東海市民病院分院							154	13	○	
	知多市民病院	○	×					300	40	○	
	常滑市民病院	○	×					300		○	
	半田市立半田病院	○	×					499		☆(救急救命セ ンター)	
豊南市民病院	×	×					320		○		
みよし市民病院	○	×					122	19	○		
公立胸生病院	○	×					716	159	○		
あま市民病院	○	○(旧公立尾 隴病院)					199	13	●		
津島市民病院	○	×					440		○		
西尾市民病院		×					400		○		
石川	金沢市立病院	○(特別委員あ り)	○	7時間45分 週38時間45分				311	35	○	
	公立つるぎ病院	○	○(公立鶴来 総合病院)	4週間を平均して1週 間40時間	5時間	45時間	360時間	152	14	○	
	国民健康保険直営河北中央病 院	×	×					80	85	○	

☆特別委員より推薦あり
1か月100時間、
年間960時間まで
延長可(年10回まで)

地域	病院名	36協定の有無	所轄自治体 の 可申渡しの 有無	所定労働時間	36協定の内容			備考	病床数	医師数 (○)内は36 協定がある ときの締結 人数)	二次救急等 (○)内は36 ●:救急告示病 院 ☆:3次救急)
					延長するこがでる時間 1日を越える一定の期間	1日を越える一定の期間 1ヵ月(毎月1日)	1日を越える一定の期間 1年(4月1日)				
石川(緑字)	公立秋田石川中央病院	○	○	4週間を平均して1週間につき40時間	3時間		20時間	240時間		51	○ ●
	公立六水総合病院	×	○							16	○ ●
	公立宇津総合病院	○	×	8時間	6時間	6時間	42時間	320時間		120	○ ●
	市立輪島病院	×	×							199	○ ●
	珠洲市総合病院	×	×							199	○ ●
	公立羽咋病院	○	×	7時間45分		2時間	23時間	280時間		190	○ ●
	国民健康保険志達病院	×	○							100	○ ●
	町立鹿米病院	○	×	7時間45分	5時間		45時間	360時間		98	○ ●
	公立鹿登総合病院	○ (特別条項あり)	×	7時間45分 週38時間45分	6時間以内	6時間以内	45時間	360時間	<特別条項> 1ヵ月80時間まで延長可(年6回まで)	434	53 ☆(救急救命センター)
	加賀市民病院	○ (特別条項あり)	×	7時間45分 週38時間45分		3時間	30時間	960時間	<特別条項> 1日8時間 1ヵ月90時間(6回)、 3ヵ月140時間(2回)、 年間540時間まで延長可	226	27 ○ ●
	山中温泉医療センター	○	×	週40時間以内	5時間	5時間	45時間	360時間		199	○ ●
	国民健康保険小浜市民病院	○	○	7時間45分	5時間	5時間	45時間	360時間		364	○ ●
	国民健康保険能美市立病院	×	×							139	○ ●
	長濱 (2次救急は13協定に 対応)	神戶市立医療センター中央市民病院	○ (特別条項あり)	×	7時間45分 を越えない範囲で定め る時間	15時間	15時間	45時間	360時間	<特別条項> 1ヵ月80時間、 年間640時間まで 延長可(年6回まで)	912
神戶市立医療センター西市民病院		○ (特別条項あり)	×	7時間45分 を越えない範囲で定め る時間	15時間	15時間	45時間	360時間	<特別条項> 1ヵ月80時間、 年間640時間まで 延長可(年6回まで)	359	○ ●
尖葉総合病院		○	○ (公立中央 柔道病院)	7時間45分	7時間	7時間	120時間	360時間		205	○ ●
御幸病院			×							178	113(80) ○ ●
市立丹波病院		○ (特別条項あり)	×	7時間45分	5時間	5時間	30時間	280時間	<特別条項> 1ヵ月30時間、 年間280時間まで 延長可(年6回まで)	414	89 ○ ●
市立川西病院		○	○	7時間45分	3時間	3時間	30時間	240時間		283	31 ○ ●

注：断続的宿日直の届け出については、該当文書の不存在のための不開示についても「なし」と表記している。

地域	病院名	36協定の有 無	断続的宿 日直の所 有者	所定労働時間	36協定の内容				備考	病床数	医師数 (①内は36 協定がある との総結 人数)	二次救急等 (○)2次救急 ●:救急指示病 院 ☆:3次救急
					延長することのできる期間							
					1日	1か月(毎月1日)	1年(4月1日)	1か月(毎月1日)				
兵庫(続き) (2次救急13協定に 対応(13協定))	三田市民病院	○	×	7時間45分	4時間	2時間(外米) 3時間(看護)	45時間(医師) 103時間(外米看護師) 20時間(救急看護師)	360時間(医師) 100時間(外米看護師) 200時間(救急看護師)	<特別事項> 11月30時間まで 延長可(年4回まで)	300	59	●
	西宮市立中央病院		×	7時間45分						297	51	●
	市立芦屋病院	○	×	7時間45分 7時間(白動・深夜・深 夜勤務) 14時間10分(深夜夜 勤務)	4時間45分	4時間45分	30時間	360時間		199	30	●
	宝塚市立病院		×	7時間45分	6時間	6時間	45時間	360時間		446	87	●
	明石市立市民病院	○	×	7時間45分	6時間	6時間	45時間	360時間		398	71	●
	加古川市民病院		×							382	71	●
	三木市民病院		×							323	43	●
	高砂市民病院	○	×	7時間45分	6時間	6時間	30時間	360時間	<特別事項> 11月50時間まで 延長可(年6回まで)	290	38	●
	小野市民病院		×							220		●
	西脇病院		○	×	7時間45分	6時間	6時間	30時間	240時間	<特別事項> 手術等の特別な業務 は、日15時間 11月120時間(医 師)、 11月60時間(その 他)まで延長可(年6回ま で)	320	
広島	加西病院		×	7時間45分						286	53	●
	加東市民病院	○	×	7時間45分	6時間	6時間	40時間	360時間		167	16	●
	豊岡病院		×							500	101	● ☆(救急救命セ ンター)
	豊岡病院出石医療センター		×						55	5	●	
	豊岡病院日高医療センター		×						150		●	
	八尾病院		×						420	39	●	
	朝来梁瀬医療センター		×						50	3	●	
	朝来和田山医療センター		×						131	8	●	
	相生市民病院	○	○	7時間45分	3時間		45時間	360時間		61	4	●
	赤穂市民病院		○							420	64	●
広島市民病院	○	×	7時間45分 7時間45分	6時間以内	6時間以内	45時間	360時間	<特別事項> 11月80時間	743	215	○	
舟入病院	○	○	7時間45分	5時間	5時間	40時間	360時間		190		○	
リハビリテーション病院		×							100	8	○	
安芸市民病院		×							140	12	○	
下瀬川病院		○	×	7時間45分	5時間	5時間	30時間	360時間		49	●	
福山市民病院		○	×	7時間45分	8時間		80時間	960時間		400	○	

注：断続的宿日直の届け出については、該当文書の不存在のための不開示についても「なし」と表記している。

地域	病院名	36協定の有 無	断続的宿 日直の許 可期間の 有無	予定労働時間	36協定の内容				備考	病床数	医師数 (○)内は36 協定がある と名の締結 人数)	二次救急等 (○:22次救急 ●:救急告示病 院 ☆:3次救急)
					1日 延床	1週間 延床	延長することが出来る時間 1日を越える一定の期間 (1カ月(毎月1日)～ 1年(4月1日))	1カ月(毎月1日) 1年(4月1日)				
広島(続き)	府中北市民病院	×	×						60		●	
	湯久江病院	○	×	8時間		2時間	24時間	150時間	精神病床 308	7	●	
	三原市立(小)市民病院	○	×	7時間45分		3時間	30時間	250時間	45		●	
	尾道市立市民病院	×	○						330	44	●	
	公立みづき総合病院	○	○	8時間	5時間	5時間	45時間	360時間	240		●	
	公立三次中央病院	○	×	7時間45分	3時間	3時間	45時間	360時間	330		●	
	西城市民病院	○	×	8時間	6時間	6時間	45時間	360時間	54	6	●	
	安佐市民病院	○	×	7時間45分 週8時間45分	6時間以内	6時間以内	45時間	360時間	327		●	
	徳島市民病院	○	○	7時間45分	7時間	4時間	45時間	360時間	339	59	●	
	市立三野病院	○	○	7時間45分 週8時間45分	3時間	3時間	45時間	360時間	75		●	
徳島	徳島市立健康保険徳木病院	○	×	8時間	15時間	15時間	45時間	360時間	141		●	
	熊本市立病院	○	×	8時間	15時間	15時間	45時間	360時間	562	113	●	
	宇城市民病院	×	×	7時間45分			45時間	360時間	45		●	
	八代市立病院	○	×	7時間45分	8時間	8時間	45時間	360時間	96	6	●	
	水俣市立総合医療センター	○	×	7時間45分	6時間	6時間	45時間	360時間	417	47	●	
	玉名中央病院	○	○						302		●	
	荒尾市民病院	○	×	7時間45分	6時間45分	120時間 (3カ月(毎月1日))	360時間	274	274	36	●	
	牛梁市民病院	○	×	8時間 週40時間	5時間	5時間	40時間	240時間	150	10	●	
	国民健康保険天草市立河浦病 院	○	×	7時間45分 週38時間45分	3時間	3時間	45時間	360時間	99	5	●	
	国民健康保険天草市立新和病 院	○	×	8時間 週40時間	3時間	3時間	45時間	360時間	403(1)		●	
徳本病院	○	×	7時間45分 週38時間45分	5時間	5時間	45時間	360時間	70	3	●		
上天草総合病院	○	×	4週155時間	12時間	6時間	120時間 3カ月	360時間	201	17	●		
山鹿市立病院	○	×	7時間45分	5時間	5時間	45時間	360時間	124	7	●		
阿蘇中央病院	○	×									●	

注：断続的宿日直の届け出については、該当文書の不存在的ための不開示についても「なし」と表記している。

3. 過重労働の解決・緩和策

1) あなたの病院で、当直翌朝からの連続勤務をなくそうとした場合、どのような工夫が可能だと思いますか？（複数回答可）

- アルバイト医師を多く雇う
- 予定手術の数を調整する
- 外来診療枠を減らす
- 入院患者数を制限する
- 経営的観点から困難
- その他

2) 医師の過重労働対策として、あなたの病院の救急告示または二次救急を返上することは考えられますか？（複数回答可）

- 可能なら返上したい
- 地域の事情から不可能
- 経営上不可能
- 地域医師会とのつきあいで、できない
- その他

3) 医師の過重労働を解消し、地域の救急医療体制を維持する方策について考えられることがあれば記載してください。

「当直」に関する実態調査

財団法人 生存科学研究所 医療政策研究会*

医師不足とそれに伴う医師の過重労働が指摘されていますが、とりわけ当直業務は労働過重感を募らせる大きな要因になっていると考えられます。従来から、病院勤務医師については、労働者としての位置づけが曖昧で、労働条件についても職場ごとの慣習や医師の裁量に委ねられてきたところがあります。しかし、現場の医師は労働過重感を募らせており、日常的な労働過重は医療安全上も好ましいことではありません。また他方、当直問題は判例にもみられるように、夜間の宿直等に正当な賃金が支払われていないとして病院に支払いを求め動きも出てきております。このように医師の過重労働とりわけ医師の善意を支えられてきた当直業務には多くの問題が含まれており、それが顕在化してきております。

そこで改めて過重労働の実態を把握し、現実的な解決策を探るため、当直勤務についての実態調査を行うことに致しました。趣旨ご賢察の上、ご協力ください。

病院名	
ご連絡先	
E-mail（医師宛のみ）	

*財団法人 生存科学研究所（大塚正徳理事長）は、故東京大副によってつくられた独立の研究財団です。医療政策研究会は、医師、看護士、介護士、ジャーナリストからなる研究会として2007年4月に発足しました。医療事故の真相究明のあり方をテーマに研究活動をつづけ、2008年4月および10月末の「ナリクンコメント（診療行為に問題した死亡の死因究明等のあり方に関する提言）」について、11月に政策提言『診療間連署の原因究明から始める医療安全』を発表しています。さらに2009年3月30日には『院内事故調査体制に関する調査報告書』をまとめ、同年7月15日に「大綱案に対する意見」、その後『診療間連署の死因究明第三者機関・第3次提議に対する意見』、9月には『院内事故調査の手引き』（医歯薬出版）を出版するとともに、2009年末には院内事故調査委員会をテーマにした医療関係者と弁護士からなる顧問およびシンポジウム、2010年医療の質・安全学会での研究会発表などを行っています。資料をご希望の方は、財団法人 生存科学研究所（03-5833-5518）までご連絡ください。

1. 医師の当直体制について

- 1) 夜間の診療を担当する当直医は、病院全体で平日何人ですか？
① 人
- 2) 当直を担当する医師は、何日（平均月間）当直をしていますか？
①×31日/当直する医師数＝ 日/1人月間
- 3) 夜間当直は何時から何時までですか
午後 時 ～ 午前 時
- 4) 深夜帯（午後10時から午前6時）の救急搬送は1日平均何回くらいですか？
月の平均的救急搬送回数/31日＝約 回/1日
- 5) 当直医の勤務形態は以下のどれに該当しますか？（複数回答可）
 - 宿直*
 - 病棟担当と救急外来担当を分けている
 - 夜勤として勤務（時間外の勤務手当を支給）
 - 非常勤医師を雇用*宿直とは、一般的には緊急としてほとんど労働する必要のない勤務で、通常の労働の継続でないものであるが、医師報酬についてはその実状を考慮し、病院の定数超過、異常事態の発生、多数の緊急患者の同時来院、転院など緊急事態・非常事態は許可される。緊急患者の診療または入院、患者の死、出生前診断と産後の労働が可能な場合は許可されないが、他にそのような業務がある場合は「36協定」の手続きにより報酬金を（37協）を支払う。（平成14年11月労働基準監督署長通知）
- 6) 休日や夜間に入院患者の予測しない容体の急変には、通常、誰が対応しますか？（複数回答可）
 - 原則として当直医が対応する
 - 主治医に連絡して指示を仰ぐが、主治医が登院することはない
 - 主治医に連絡して指示を仰ぎ、場合によっては主治医の登院を求める
 - その他
- 7) 休日や夜間に終末期の患者が亡くなった場合、誰が対応しますか？
 - 原則として当直医が対応する
 - 主治医に連絡して指示を仰ぐが主治医が登院することはない
 - 主治医に連絡して指示を仰ぎ、場合によっては主治医が登院する
 - その他
- 8) 夜間担当の当直翌朝からの勤務体制はどうなっていますか？
 - 当直から連続した通常勤務
 - 当直から連続するか通常より短時間の勤務
 - 勤務はない

- 9) 当直翌朝から通常勤務が続く施設にお尋ねします。
そのような当直体制について、医師からの改善の求めや不満を耳にすることはありますか？（複数回答可）

- とくにない
- 体調の不安・不良などを訴えた例はある
- 医療安全にも悪影響を与えている可能性を指摘されたことがある
- 当直からの連続する勤務中に有害事象が生じたことがある
- その他

- 10) 当直業務以外に医師の過重労働の大きな要因になっていると考えられるものがあれば、記載してください。

2. 労務管理について

- 1) あなたの病院は、医師について時間外労働にかかわる36協定がありますか？
 - 医師は労働組合に属し36協定を締結し、届出ている
 - 医師グループの代表者と協定を締結し、届出ている
 - 上記二つに該当しないが、医師個人名を使用して協定を締結し届け出ている
 - 結んでいないし、届け出していない
- 2) 36協定届出に際して特別条項の許可を受けていれば、その内容をご記載ください。
- 3) あなたの病院が「宿直*」に相当する場合、「断続的な宿直または日直勤務の許可」を労働基準監督署に申請し、許可を受けていますか？
 - 受けている 受けていない わからない
- 3) あなたの病院で医師の労働時間は、どのような方法で管理していますか？
 - 医師の自己申告
 - 出勤簿への記入
 - タイムカード
 - とくにない
- 4) あなたの病院で、個々の医師の労働時間を実質的に就労している管理者は、誰ですか？
 - 診療科の長 事務局 病院長
 - とくにいない その他