



POLICY MAKERS

医師のオンコール待機の取り扱いの明確化

Author: 植野 剛

LAB



Policy makers lab Managing partner

植野 剛 Ueno Go

PROFILE

2008年、京都大学医学部医学科卒。医師免許取得後、心臓血管外科医師として、医療を幅広く真摯に学び、診療、学術・研究、教育に没頭。同時に、病院情報システム・重症管理システムの導入・管理、診療科データベース構築、クリニカルパス作成・運用、逆紹介の積極的推進による外来業務効率化・患者満足度向上、病診連携・病病連携の強化等による、臨床業務の効率化、病院の収益率向上にも寄与。そのような中、臨床現場における数々の非効率性や制度上の問題等への課題感が増大。それら課題に対処すべく、①医療機器・ヘルステック企業でDXを含むソリューションによる直接的な効率改善、②Policy makers labで政策立案・発信による制度面からの改善、という両輪を回し、日本の医療の更なる発展・持続可能性向上に取り組んでいる。

要旨

1. 背景課題

他職種に遅れること5年、2024年4月より、医師に対する時間外労働の上限規制の適用が開始されようとしている。しかし、医師の労働の過酷さは、時間外労働のみならず、当直やオンコール待機といった、他の特殊な勤務体系によるところも大きい。特に、オンコール待機については、未だその実態についての詳細な調査は行われておらず、法的な整理もなされていない為、給与支給の対象とならず、何より拘束の回数・頻度・時間数についての上限規制も存在しない。これに起因する時間的・距離的・精神的拘束は過大で、医師の「燃え尽き症候群」や「立ち去り型サボタージュ」に繋がるが、これは、日本の医療提供体制の根幹を揺るがし、良質かつ適切な医療のサステナビリティ（持続可能性）を大きく損ない得る。これにより最終的に不利益を被るのは医療の受け手たる国民である。

2. あるべき姿

前述の通り、多大な時間的・距離的・精神的拘束となり得るオンコール待機にも、労働としての一定の定義付けが行われ、適正な賃金が支給され、回数・頻度・時間数等についての上限規制が適用されることにより、良質かつ適切な医療が効率的かつ持続的に提供可能な体制を確保すべきである。

3. 対応の方向性

上記の達成に向け、まずはオンコール待機の実態を把握すべく調査（情報収集）を行い、次に収集された実態につき公表・周知（情報提供）を行い、これらの情報をもとに、人材育成、病院助成金交付要件や法律・規制への反映（政策実現）を目指す。並行して、規制等を行うのみでは提供可能な医療の総量が不足しかねない為、オンコール待機の代替手段となり得る医療提供体制についての実証実験等も行い、医療の質・量の維持を担保する。

Keywords

医師の働き方改革、オンコール待機、on call 待機、宅直、宿日直、燃え尽き症候群（バーンアウト）、立ち去り方サボタージュ、良質かつ適切な医療、サステナビリティ（持続可能性）

目次

1	背景課題	45
<hr/>		
1.1.	日本の医療の現状	45
1.1.1.	OECD 諸国との比較の中で	45
1.1.2.	病院勤務医の労働時間	49
1.1.3.	医師と他職種との比較	50
1.1.4.	医師の労働時間の諸外国との比較	51
1.1.5.	過酷な勤務による悪影響	52
1.2.	医師の働き方改革	53
1.2.1.	医師に対する時間外労働の上限規制	53
1.2.2.	医師のオンコール待機とは	53
1.2.3.	オンコール待機を含めた医師の勤務体系の一例	53
1.2.4.	医師のオンコール待機に関する判例	54
1.2.5.	「旧県立奈良病院事件」の判例を一般化して解釈することの危険性	55
1.2.6.	これまでの厚生労働省の検討会におけるオンコール待機の扱われ方	55
1.2.7.	なぜオンコール待機に関する議論が継続されないのか	56
1.3.	オンコール待機を現状のまま放置することの危険性	56
<hr/>		
2	あるべき姿	57
<hr/>		
2.1.	オンコール待機の労働としての定義付け	57
2.2.	オンコール待機に対する手当・給与	57
2.3.	オンコール待機に対する規制	57
2.4.	更なる良質・適切・効率的・持続可能な日本の医療へ	57
<hr/>		
3	対応の方向性	58
<hr/>		
3.1.	情報収集	58
3.2.	情報提供	58
3.3.	政策実現	59
3.4.	実証実験	59
3.4.1.	バーチャル集約化	59
3.4.2.	オンコール業務の分散化・遠隔化	60
<hr/>		
4	結語	61
<hr/>		
	参考文献	62

医師のオンコール待機の取り扱いの明確化

1. 背景課題

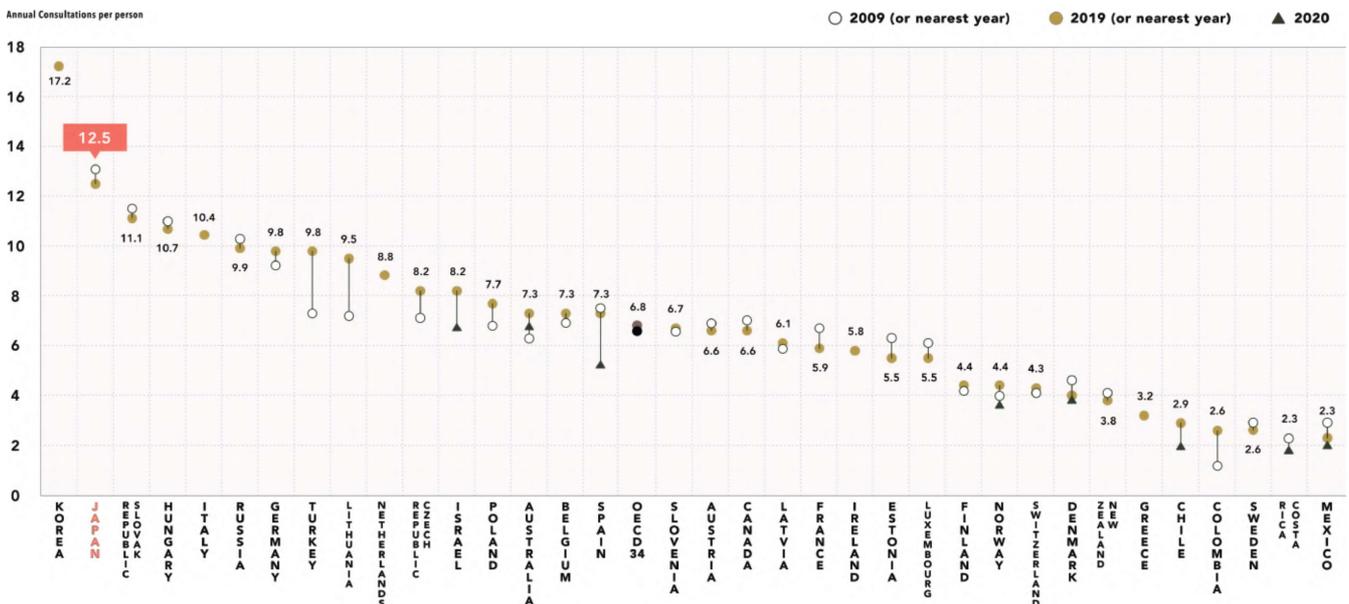
1.1. 日本の医療の現状

1.1.1. OECD 諸国との比較の中で

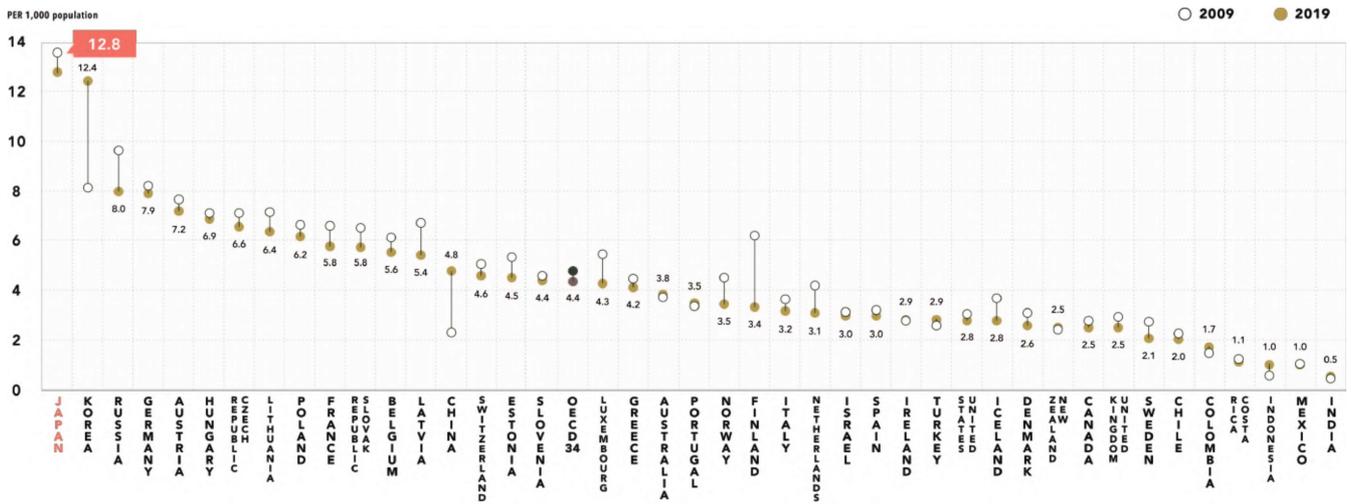
経済協力開発機構（OECD）の報告書、「Health at a Glance 2021」によれば、日本は国民1人当たりの年間医療機関受診回数も多く（12.5回、大韓民国に次いで第2位）、対人口比病床数も最も多く（人口1,000人あたり12.8床）、入院期間（平均在院日数）も長い（16.0日、大韓民国に次いで第2位）（図1）¹。

図1 医療機関受診回数・病床数・平均入院日数

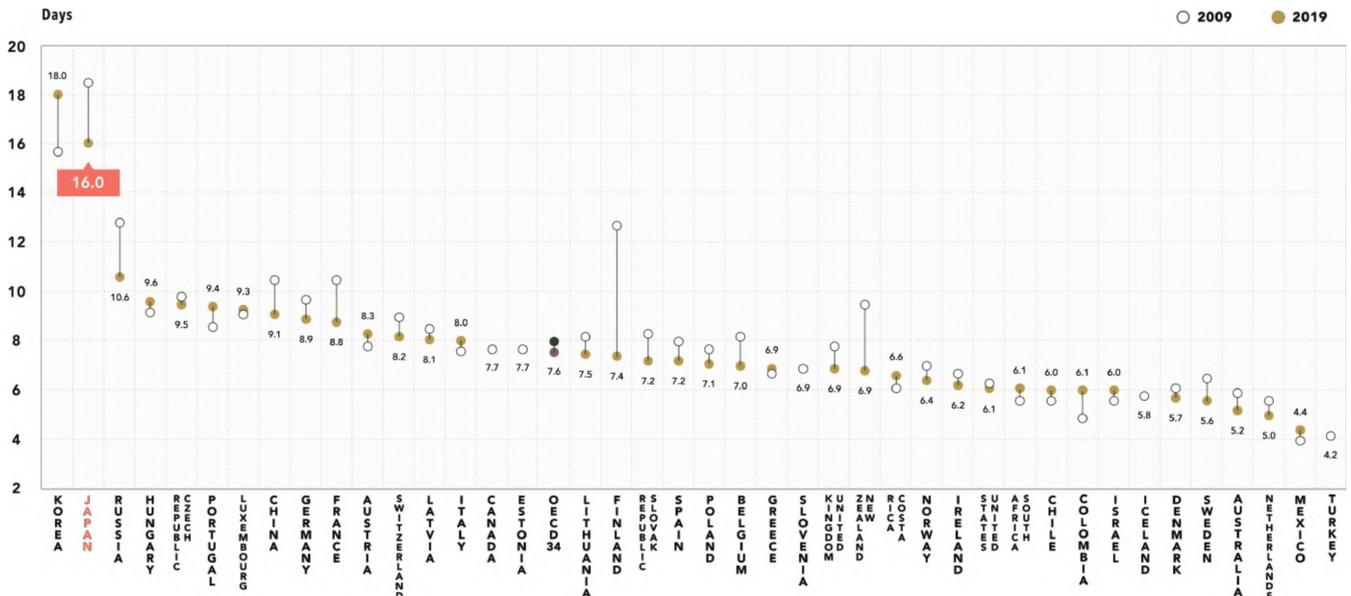
A. OECD 諸国との比較で見た日本の国民一人当たりの医療機関受診回数



B. OECD 諸国との比較で見た日本の人口1,000人あたりの病床数



C. OECD 諸国との比較で見た日本の平均入院日数

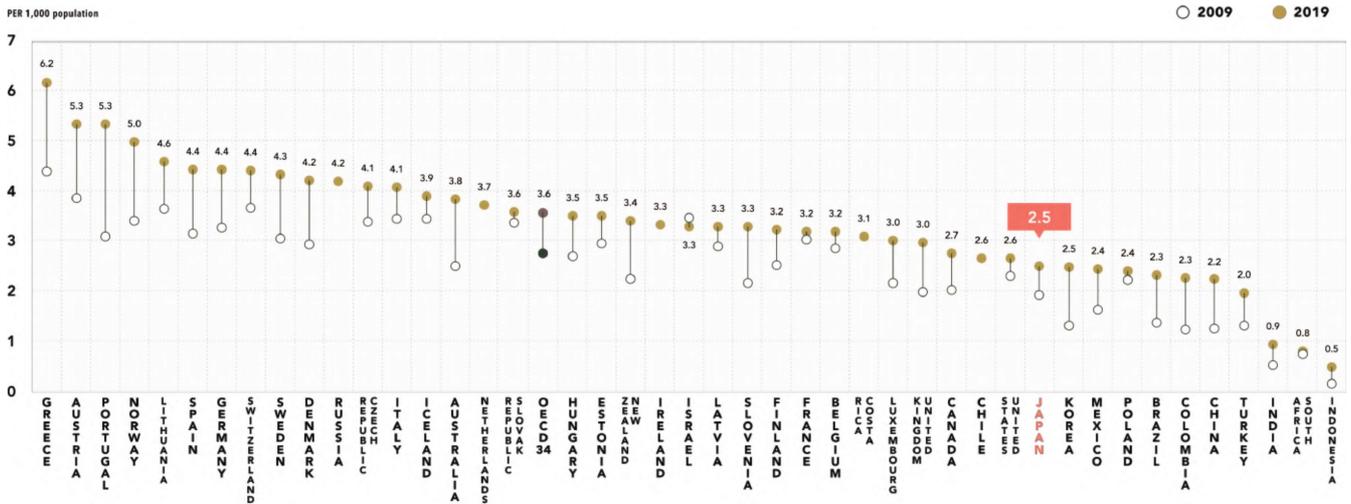


出典 参考文献1) を元に筆者加筆

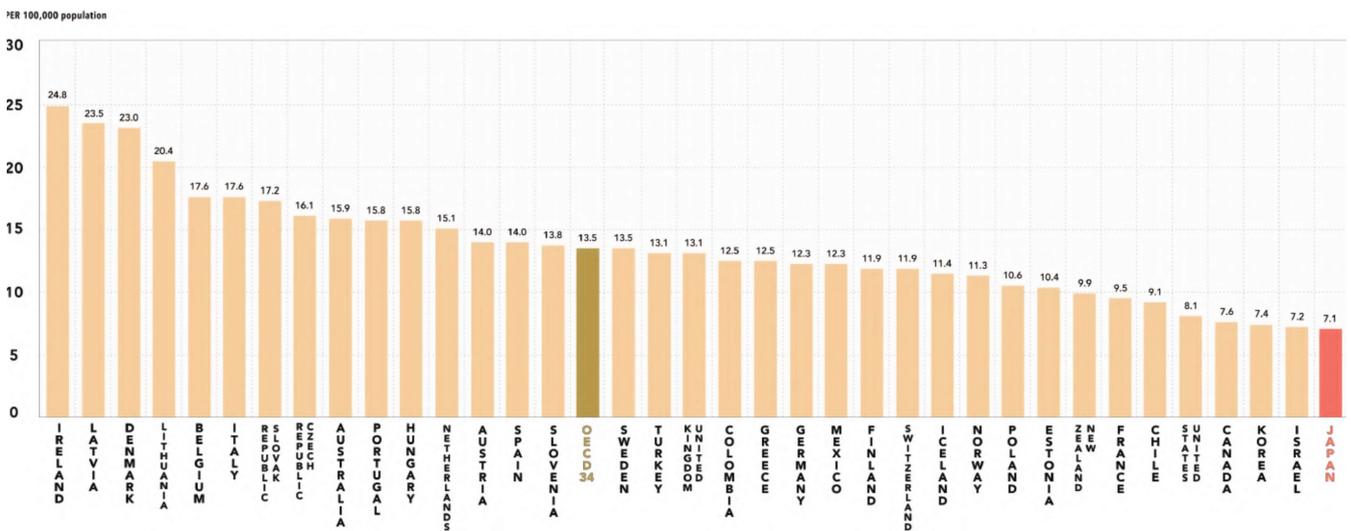
一方で、対人口比医師数は少なく（人口1,000人あたり2.5人）、対人口比医学部卒業生も最も少ない（人口100,000人あたり7.1人）（図2）。

図2 対人口比医師数・対人口比医学部卒業生

A. OECD 諸国との比較で見た日本の人口1,000人あたりの医師数



B. OECD 諸国との比較で見た日本の人口100,000人あたりの医学部卒業生数



出典 参考文献1) を元に筆者加筆

これらのデータだけから単純に判断すれば、日本は、OECD 諸国内でほぼ最大の医療需要を、少ない医師数で支えている国、ということになり、医師1人あたりの労働量を過大とすることにより支えざるを得ない、という構図が垣間見えてくる（図3）。

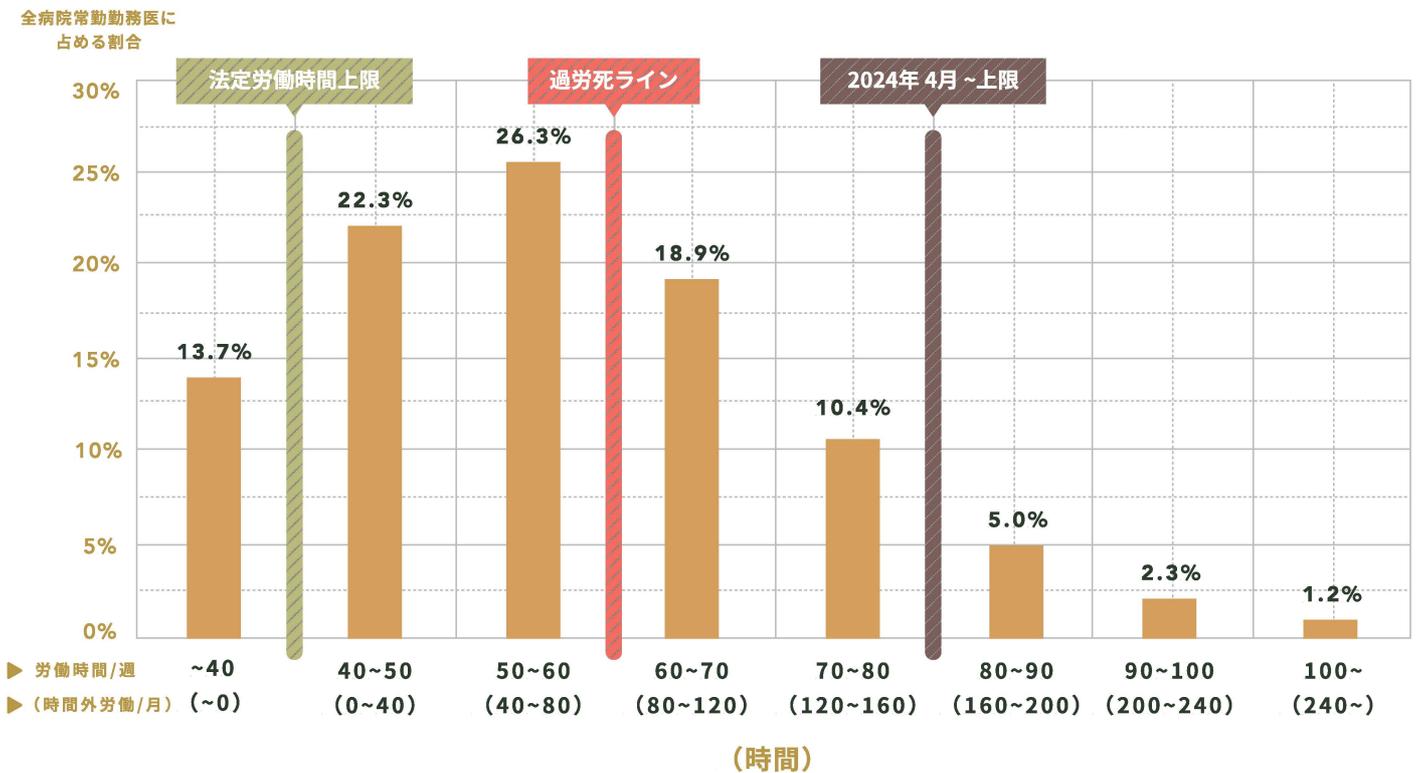
図3 OECD 諸国と比較した日本の医療の構図。



1.1.2. 病院勤務医の労働時間

実際、日本の病院常勤勤務医の週労働時間は過大であり、令和元年度の厚生労働科学研究事業において行われた「医師の勤務実態調査」でも、いわゆる「過労死ライン」と言われる月80時間以上の時間外労働を行っている医師が37.8%、「過労死ライン」の2倍である月160時間以上の時間外労働を行っている医師が8.5%、「過労死ライン」の3倍である月240時間以上の時間外労働を行っている医師も1.2%存在した（図4）²。また、日本の病院勤務医の労働時間の平均自体が、「過労死ライン」を超えている。

図4 日本の病院常勤勤務医の勤務実態調査の結果



出典 参考文献2) を元に筆者加筆

しかも、この調査結果には以下の通り、労働時間の過小評価に繋がり得る複数の limitation がある。

まず、この調査では、調査期間の1週間（2019年9月2日(月)～8日(日)）について労働時間を記載させているが、そもそも7日間完遂せず、記載途中で終了したものが多く、4日以上記載された調査票が分析対象とされている。従って、1週間の労働時間としては過小評価されていることとなり、残り3日（以下）分の記載が完遂されれば、更に労働時間は増加し、図4のグラフは全体的に右方へシフトすることとなる。

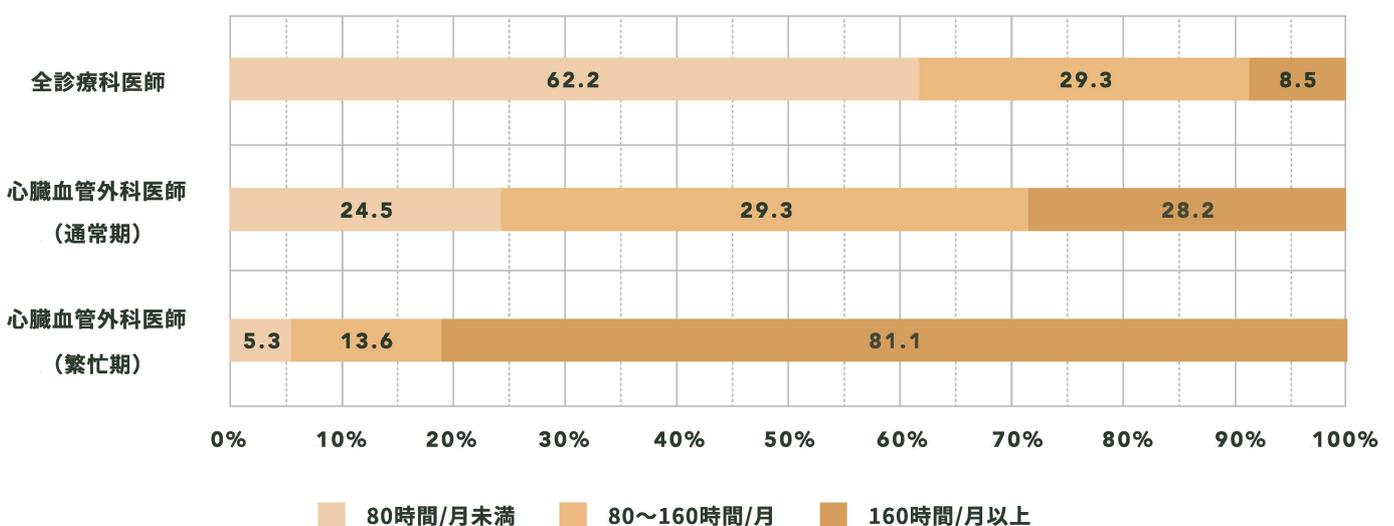
次に、この調査では、「宿日直許可を得ている医療機関に勤務する医師の宿直・日直勤務中の待機時間を労働時間から除外」しているが、実態として、「宿日直許可を得ている医療機関」における宿直・日直でも、ほとんどが「宿日直許可」の申請要件を満たしていない可能性があり³、やはり本来労働時間として取り扱うべき時間が除外され、過小評価に繋がっていると考えられる。

また、今回の主題であるオンコール待機も、（現時点ではやむを得ないとはいえ）労働時間として算入はされていない。

最後に、真に過酷な労働条件の中で勤務している医師の場合、このような回答に一定の手間と時間を要する調査に回答する時間的・精神的余裕すら無く、その「最過酷層」のデータが取得されにくい、という「選択バイアス」が存在していることも忘れてはならない。

一例として、我が国の臨床医の中で最も過酷な労働状況に置かれている診療科のうちの一つである心臓血管外科医師に限定した調査では、いわゆる「過労死ライン」以上の労働を行っている医師が75.5%、「過労死ライン」の2倍以上の労働を行っている医師が28.2%、さらに最繁忙期では「過労死ライン」以上が94.7%、「過労死ライン」の2倍以上も実に81.1%存在しており⁴、「医師全体」のデータである「医師の勤務実態調査」との乖離は非常に大きい（図5）。

図5 全診療科医師の平均と最も過酷な労働状況に置かれている診療科のうちの一つである心臓血管外科医師との時間外労働の乖離

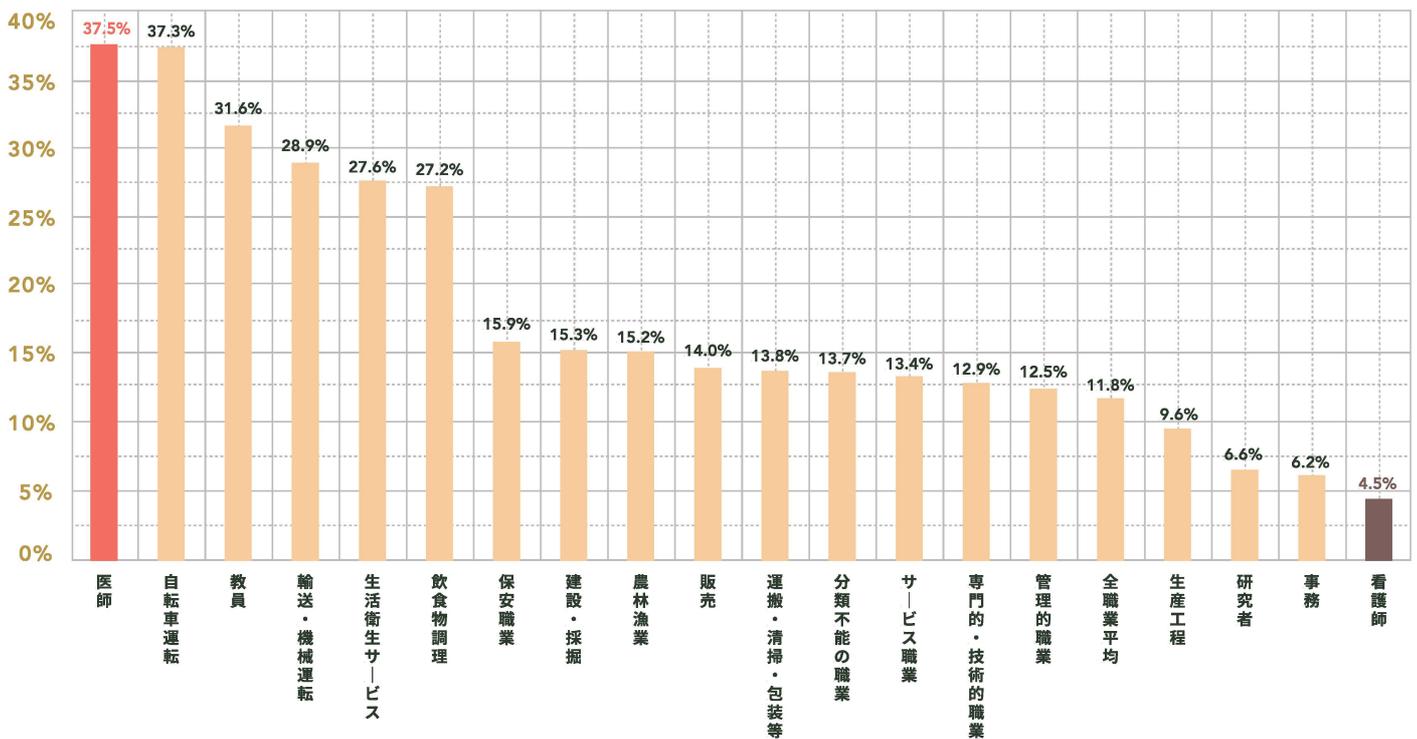


出典 参考文献2)、4) を元に筆者作成

1.1.3. 医師と他職種との比較

医師は、他職種と比較しても、最も労働時間が長い（労働時間が週60時間を超える雇用者の割合が最も多い（37.5%、全職種平均の3倍以上））ことも分かっており（図6）⁵、このことは厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会の報告書でも強調されている⁶。

図6 医師と他職種との労働時間が週60時間を超える雇用者の割合の比較



出典 参考文献5) より筆者加筆

ここで興味深いのは、同じ医療従事者である看護師は、医師とは対照的に、全職種中、労働時間が週60時間を超える雇用者の割合が最も少ない（4.5%）ことである。これは、看護師は医師と異なり、シフト制の勤務や上長による労務管理が徹底されていることが多いことによるものと考えられる。

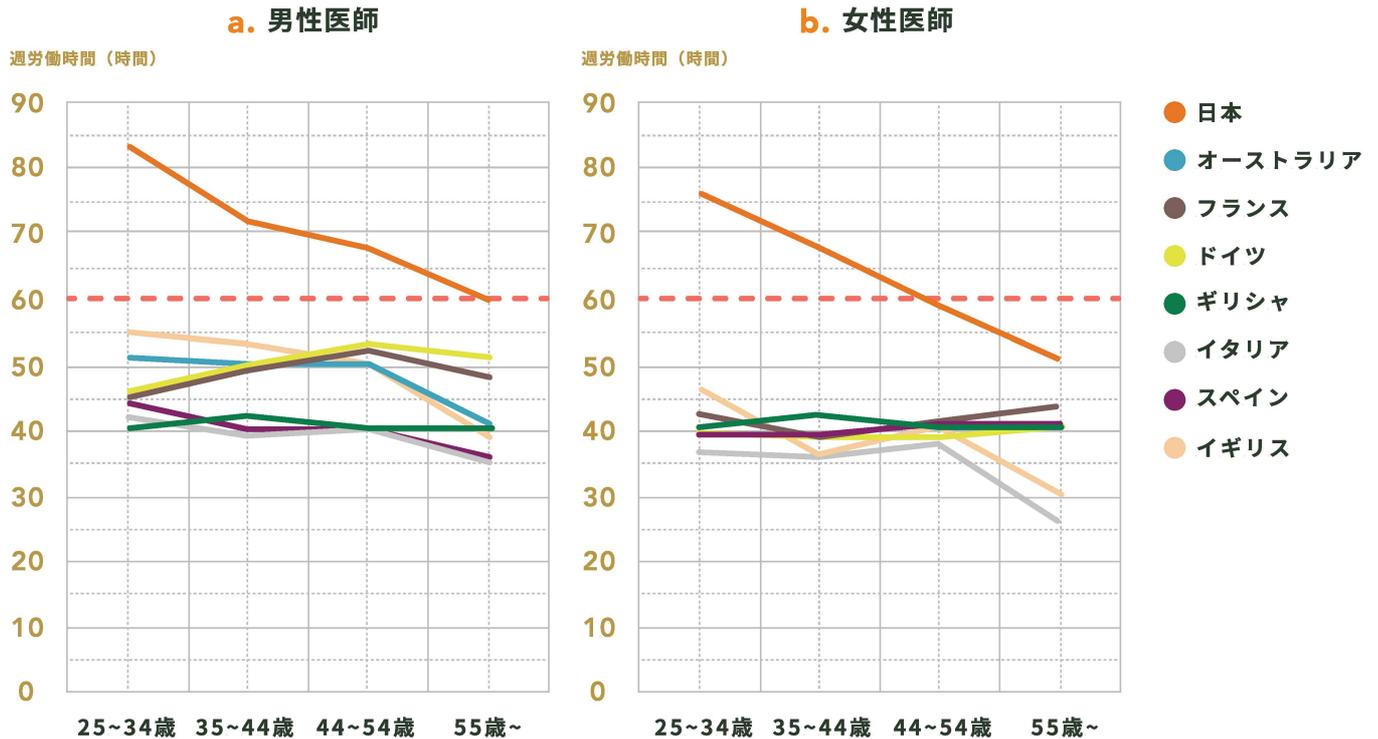
しかし、逆に言えば、医師と看護師とでは当然行っている業務の違いやそもそもの人数の違いがあるとはいえ、同じ業種内でも、働き方や労務管理の徹底によりここまでまさに両極端とも言える差が表れることは、認識しておくべきであろう。

1.1.4. 医師の労働時間の諸外国との比較

さて、次に、日本と諸外国との医師の働き方の違いに目を向けてみたい（図7）。

図7

性別・年代毎の医師の週労働時間の国際比較。赤の破線が「過労死ライン」。



出典 参考文献7) より

諸外国においては、どの年齢層においても、週労働時間の平均は「過労死ライン」を下回っているが、我が国においては、特に男性医師で、全ての年齢層で「過労死ライン」を超過しており、女性医師においても、25～44歳では「過労死ライン」を超過している。

このグラフ上には記載がないが、全米の全年齢層の医師の労働時間も、平均51時間と、欧州諸国とほぼ同等である⁸。

このことから、他国の医師と比較しても、いかに日本の医師の労働時間が長いかが理解できる。

1.1.5. 過酷な勤務による悪影響

これまで見てきたように、日本の医師、特に病院勤務医の労働環境は国内他職種や他国医師と比較しても過酷であり、厚生労働省の「3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える」、「6.5%が抑うつ中等度以上」、「半数近くが睡眠時間が足りていない」、「76.9%がヒヤリ・ハットを体験している」といった事例が紹介されている⁶。このことから、医師の精神的・身体的健康のみならず、医療安全・医療の質の観点でも問題が生じていることが分かり、この問題の放置は即ち医療の受け手たる国民への不利益に繋がる。

1.2. 医師の働き方改革

1.2.1. 医師に対する時間外労働の上限規制

2019年4月1日、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（通称：働き方関連法）」が施行され、罰則付きの時間外労働の上限規制が設けられた。しかし、医師については、その業務の特殊性や現状の労働条件の過酷さから、即時の適用は不可能と判断され、5年間の猶予期間が設定されると共に、医師の勤務実態に即した実現可能な特例的上限設定が議論・制定された。

その猶予期間の5年も経過し、2024年4月より、いよいよ医師にも時間外労働の上限規制の適用が開始されようとしているが、この上限は、地域医療の体制確保もしくは集中的技能向上のためであれば年1,860時間（単純換算すると月155時間）の時間外労働まで許容するというものであり⁹、驚くべきことに、これは「過労死ライン」のほぼ2倍に相当する。

しかし、その上限ですら、現状、医師の8.5%（心臓血管外科医師に至っては通常期でも28.2%、繁忙期では81.1%）以上が上回っていることは前述の通りであり、その達成に向けた議論が継続されているものの、現場では実現可能性に対する懸念も大きい¹⁰。

1.2.2. 医師のオンコール待機とは

さて、ここまでは主に「時間外労働」について述べてきたが、この「医師の働き方改革」の議論から完全に欠落しているのが、医師の「オンコール待機」の問題である。

オンコール待機とは、「救急患者や緊急手術、入院患者の急変時等に、勤務時間外に院外にいても電話等により連絡を受け、可及的速やかに病院に駆け付け、診療業務を開始できるよう待機すること」を指し、言わば「自宅における宿日直」にも該当することから、「宅直」とも呼称される。

その拘束は、時間的（夜間・休日も常に電話で呼び出される可能性がある）、距離的（例えば電話を受けてから10～30分以内には病院に到着できる範囲内に常にいる必要がある）、精神的（常に電話に注意を払っており、また、飲酒も控える必要がある等、完全なオフが無い）なものである。

現状、地域や病院の医療体制がこの医師のオンコール待機によって維持されているにもかかわらず、多くの場合、その待機状態そのものについては上司や病院からの明確な指示は無いものとして扱うことで、勤務・労働として扱われず、手当を含む給与の支給も無く、拘束の回数・頻度・時間数についての制限や上限規制も存在しない。

1.2.3. オンコール待機を含めた医師の勤務体系の一例

連日のオンコール待機を行っている医師の1週間の働き方の一例を示す（図8）。

図8 連日のオンコール待機を行っている医師の1週間の働き方の一例

	月	火	水	木	金	土	日
0	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！	【当直】 術後患者 ICU 管理 入院・救急患者対応 緊急手術 臨床研究 合間に仮眠	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！	【日当直】 術後患者 ICU 管理 入院・救急患者対応 緊急手術 臨床研究 合間に仮眠
2							
4							
6	朝食・身支度・出勤	朝食・身支度・出勤		朝食・身支度・出勤	朝食・身支度・出勤		
8						朝食・身支度・出勤	
10	【通常勤務】	【通常勤務】	【通常勤務】	【通常勤務】	【通常勤務】		
12							
14	回診 Conference 手術 外来	回診 Conference 手術 外来	回診 Conference 手術 外来	回診 Conference 手術 外来	回診 Conference 手術 外来	【日当直】 術後患者 ICU 管理 入院・救急患者対応 緊急手術 書類・資料作成 臨床研究	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！
16							
18							
20	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！	【当直】 術後患者 ICU 管理 入院・救急患者対応 緊急手術 臨床研究 合間に仮眠	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！	On Call 救急患者・緊急手術が来たら電話から遅くとも30分以内に出勤！		
22							
24							

(時)

この図からは、休日である土曜・日曜にも日当直（もしくは出勤）していることに加え、帰宅後もオンコール待機の状態である為、当然その時間的・距離的拘束から、外出に関してもかなりの制約（例えば時間距離で勤務先医療機関から30分以内の範囲を逸脱できない）を受け続けており、「完全なオフ」の時間が全く無いことが理解できる。

1.2.4. 医師のオンコール待機に関する判例

さて、オンコール待機の問題について、一つ判例を取り上げてみたい。旧奈良県立奈良病院（以下奈良病院）事件（大阪高等裁判所平成22年11月16日判決）である¹¹。本件は、奈良病院の産婦人科医師の宿直・宅直（オンコール待機）勤務時間に対して残業代等が支払われるのかどうか争われた裁判例であるが、本稿では特にこのうち宅直勤務部分につき取り上げる。

大阪高等裁判所は、本判決において、本件宅直制度は「宿日直担当医以外の全ての産婦人科の医師全員が連日にわたって応援要請を受ける可能性があるという過大な負担を避けるため、奈良病院の産婦人科医（5人）が、そのプロフェッションの意識に基づいて、当該緊急の措置要請（応援要請）を拒否することなく受けることを前提として、その受ける医師を予め定めたものであり、同制度は奈良病院の産婦人科医らの自主的な取組みと認めざるを得ない」、また、「宅直当番日に自宅を離れないようにすることや飲酒を控えるなどの負担が求められるとしても、宅直当番以外の日には負担から一応解放されるので、半年・1年単位で見れば、宅直制度がなく連日呼出しを受ける場合に比べれば、過大な負担ではない」、従って、「これらの事情からすれば、宅直勤務について、病院側からの黙示の業務命令があったとは認められない」と結論付けている¹²。

1.2.5. 「旧県立奈良病院事件」の判例を一般化して解釈することの危険性

しかし、上記判例が、医師のオンコール待機全てに対して一般化した解釈の根拠として用いられることが無いよう注意が必要である。それは、オンコール待機が、必ずしも奈良病院事件のように複数の医師による当番・交代制とはなっておらず、地域・医療機関・診療科・医師によっては連日の待機となっていることによる。このような体系のオンコール待機の場合、「宅直当番以外の日」が存在せず、「負担から一応解放される」こともない。

このように、当判決は、我が国で行われている全てのオンコール待機につき、一律の判断を与えたものではないことに留意すべきであり、逆に、この「個々の状況による差」や「扱いの曖昧さ」こそが、オンコール待機の問題点であると考えられる。

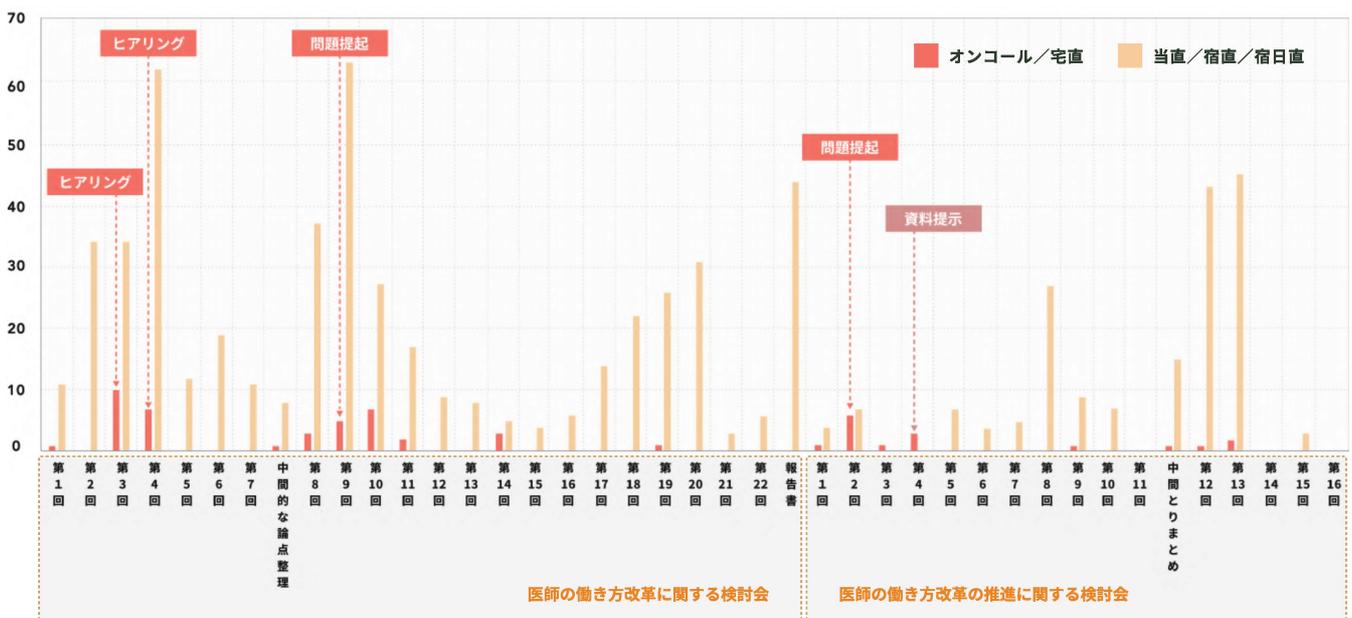
1.2.6. これまでの厚生労働省の検討会におけるオンコール待機の扱われ方

このように、医師の働き方の過酷さの一端を担っているオンコール待機であるが、これまでの医師の働き方改革に関する議論の中ではどのように扱われてきたのであろうか。

筆者は、厚生労働省の、医師の働き方改革に関する検討会の全回（第1回～第22回）の議事録、中間的な論点整理、最終報告書¹³、並びに医師の働き方改革の推進に関する検討会のこれまでの全回（第1回～第16回）の議事録、中間とりまとめ¹⁴につき、「オンコール待機」「宅直」についての言及がそれぞれ何回行われているかを調査した。また、比較対象として、「当直」「宿直」「宿日直」についての言及回数についても調査した。それらの結果を図示したものが図9である。

図9 医師の働き方改革（の推進）に関する検討会議事録における「オンコール／宅直」及び「当直／宿直／宿日直」の言及回数の比較

言及回数（回）



出所 参考文献13)、14)より筆者計数、作成

調査の結果、現場の勤務医へのヒアリングの際や、時折構成員からの問題提起があった際には「オンコール待機」「宅直」についての言及があるが、その後、「オンコール待機」「宅直」に関する議論は持続せず、毎回いつの間にか収束してしまっていたことが明らかになった。

1.2.7. なぜオンコール待機に関する議論が継続されないのか

このように、オンコール待機について、現場の勤務医や一部の構成員から問題提起が行われても、その議論が継続されないのは何故だろうか。

筆者は、(1) 厚生労働省の検討会の構成員に、管理者側ではなく労働者側の医師が極端に少ないこと、(2) 医師以外の構成員にはその体系・実態の理解・実感が難しいこと、また、(3) そもそも、議論の出発点となるべきオンコール待機の現状・実態に関するデータが無いこと、等がその原因と考えている。

1.3. オンコール待機を現状のまま放置することの危険性

さて、ではこのオンコール待機を現状のまま放置することはどのような危険を孕んでいるのであろうか。オンコール待機に起因する時間的・距離的・精神的拘束は過大で、医師の「燃え尽き症候群」や「立ち去り型サボタージュ」の一因となるが、これがさらに現場に残された医師の過重労働を悪化させ、ひいては日本の医療提供体制の根幹を揺るがし、良質かつ適切な医療のサステナビリティ（持続可能性）を大きく損ない得る。これにより最終的に不利益を被るのは医療の受け手たる国民である。

また、前述のように、時間外勤務に対しては上限規制が始まろうとしているものの、それによって担い手を失った業務の全量を賄うだけの医師数増加やタスクシフトが即座に達成されるわけでもなく、結局そのような宙に浮いた業務は、「サービス残業」や、もしくは労働としての定義付けが無く、従って給与の支払い義務や回数・頻度・時間数等への上限規制の無いオンコール待機等でカバーされる事態に陥ることを危惧している。

2. あるべき姿

2.1. オンコール待機の労働としての定義付け

これまで見てきたように、オンコール待機は、労働にあたるのか否かの定義付けも明確でなく、実態も不明である。まずはオンコール勤務についての調査を行い、実態を把握した上で、その取扱いに関する議論を経て、適切な定義付けが行われるべきである。

2.2. オンコール待機に対する手当・給与

前述の定義付けがなされれば、当然、その扱いや金額の議論は別個に必要なとはいえ、医療機関側にはオンコール待機に対する何らかの給与支給義務が生じる。しかし、今回の提言の主目的は、医師がオンコール待機に対する賃金を得られるようにすることではない。オンコール待機に対しても給与支払い義務が生じることによって、医療機関側にも、オンコール待機の体制の整備や管理、効率化を行うインセンティブが発生し、意識改革が浸透することこそが重要であると考えている。

2.3. オンコール待機に対する規制

また、オンコール待機の労働としての定義付けがなされれば、当然その回数・頻度・時間数に対する上限規制も設けられるべきである。

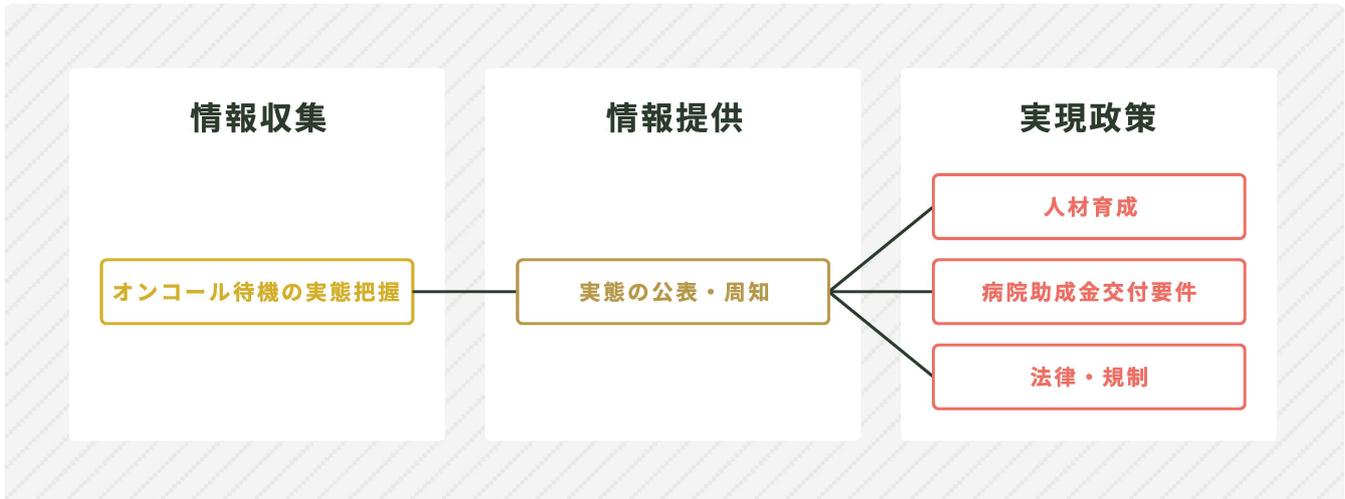
2.4. 更なる良質・適切・効率的・持続可能な日本の医療へ

これら、医療機関側の自主的な取り組みと、法的規制との双方が実効性をもって機能することにより、医師の身体的・精神的健康を含めた生活の質が向上し、更なる良質かつ適切な医療が効率的かつ持続的に提供可能な体制を確保すべきである。

3. 対応の方向性

さて、それでは、前述の「あるべき姿」の達成に向けた対応の方向性につき一案を提言する（図10）。

図10 オンコール待機の「あるべき姿」の達成に向けた対応の方向性の一案



3.1. 情報収集

これまでのところオンコール待機にフォーカスを絞った実態調査は行われた実績がなく、議論の開始点となるデータそのものが存在しない。そこでまずは実態調査を行い、我が国における医師のオンコール待機の現状を、可能であれば地域・診療科・医療機関ごとの差まで分析可能な形で収集する。

3.2. 情報提供

次に、調査で得られたデータの分析を行い、厚生労働省の検討会においても提示し、議論の出発点として活用する。また、検討会の中のみならず、広く結果を周知することにより、関係するステークホルダー全てを巻き込んだ活発な議論を惹起する。周知の対象にはもちろん、現場で半ば諦めのような感情を抱きながら過重労働を続けている勤務医も含まれるべきである。

「現在の医師の働き方はやはりどこかおかしいと実感してはいるが、声を挙げるほどの時間的・精神的余裕は到底なく、その議論もどこか遠い所で行われている印象で、自分自身は現場で我慢して体力・気力の続く限り頑張るしかない」というこれまでの医師の精神構造から、「医師個々の問題ではなく、我が国において良質かつ適切な医療を効率的かつ持続的に提供可能な体制を確保する為に、あるべき姿に向かって少しずつでも歩み続ける必要がある」という理解へのパラダイムシフト・意識改革は、勤務医の側にも必要であると考えらる。

3.3. 政策実現

これら、情報収集・提供のフェーズ、及びそれにより惹起される議論を経て、オンコール待機の実態や問題点を理解し、医療機関内での意識改革や実効的な改善に向けたアクションを実行可能な人材を育成すること、医療機関を対象とした各種補助金・助成金の交付要件等にオンコール待機への適切な対応を盛り込むこと、また最終的にはオンコール待機の扱いを明確化する法律・規制へと繋げていくこと、が肝要である。

3.4. 実証実験

但し、いたずらにオンコール待機の扱いを明確化し、上限規制を設けるばかりでは、現在提供されている医師の労働の総量が減少し、「良質かつ適切な医療」の提供に支障が生じるおそれがある。

そこで、オンコール待機態勢の適正化が、提供可能な医療の質・量の悪化に繋がらないよう、以下にいくつかの対応案を挙げる。その実現可能性を探る為の実証実験についても検討が必要と考える。

3.4.1. バーチャル集約化

日本の医療は、「規模の経済性」が活かされていない。即ち、「複数の病院に人的・物的な医療資源が分散されている」¹⁵。コロナ禍を契機に再び問題が表面化した、救急患者の「たらい回し」の問題も、規模の経済性の欠如によるところが大きい。

この規模の経済性の欠如の問題の解決に向け、「地域医療構想」の立案や病院の再編・統合の議論を進めるべく、「経済財政運営と改革の基本方針2018」においても言及がなされたが、病院には公立、公的、民間など様々な開設者があること、病院は地域住民にとって一種の既得権益であり、取り潰すことが難しいこと、地域医療構想の実現にあたり、都道府県に多くの役割を期待しすぎていること、等により、ほとんど進まなかった。¹⁵

しかし、再編・統合の完全な代替とはならないものの、施設そのものの物理的な再編・統合を伴わずに既存の複数の病院で業務協力体制を構築する、「バーチャル集約化」であれば、実現可能性は高まる（図11）。

図11 バーチャル集約化のイメージ



一例として、「一般社団法人 ハートアライアンス（以下、ハートアライアンス）」の取り組みなどは、まさにこの「バーチャル集約化」に近い側面を備えている。その取り組みは、当初2病院から始まり、心臓血管外科医の労働時間が長かった病院 A の緊急手術オンコールに病院 B の外科医が加わることで、緊急手術の多い病院 A でどうしても緊急手術を行えない場合、患者さんを病院 B に迅速に搬送すること、待機手術においても、どちらか一方の病院で外科医不足の際に、他方から支援を出すこと、等の体制を構築した。その後、更に病院 C もその体制に加わり、更には緊急心臓手術が行うことができない病院の心臓血管外科医も3病院での緊急手術オンコールに加わり、3病院+αでの連携体制を築いている。しかも、最初は心臓血管外科医だけの連携であったのが、循環器内科医、麻酔科医、手術室看護師、臨床工学技士、理学療法士など幅広い職種においても連携の輪ができてきたという¹⁶。

このような取り組みは、まさに「規模の経済性」を活かすものといえ、他の病院群や地域においても活用可能と考えている。

3.4.2. オンコール業務の分散化・遠隔化

前述したハートアライアンスの取り組みは、緊急手術など実際に病院に駆け付けなくてはならないタイプのオンコール待機に対する取り組みであったが、実際の登院が必要無く、電話対応や遠隔での読影・診察・指示・処方等で完結可能な業務や、そもそも医師の実際の登院を要するかどうかの判断（トリアージ）を行う業務等のオンコール待機であれば、IT を活用しながら遠隔地の医師であっても行うことができる。

例えば、産休・育休中の医師、大学院生医師、急性期医療の経験があるものの現在は回復期・慢性期医療に従事している医師、自身の医院ではオンコール待機を行っていない開業医師、フリーランス医師、現在臨床に従事していない医師等をそれぞれの希望や可能な頻度に応じて活用し、彼らの収入源としつつも、超急性期・急性期病院や医療過疎地等で連日のオンコール待機を行っている医師の負担を「タスクシェア・タスクシフト」の一つの形として軽減することは可能である。

実証実験としては、場合によっては段階的に、近隣の医師、国内遠隔地の医師から開始し、最終的には例えば国外に留学中の医師を活用することも可能と考える。その場合には、日本と留学先との時差を利用し、夜間業務の負担を軽減することも可能である（図12）。

図11 日本と留学先との時差を利用した国外留学医師によるオンコール待機のイメージ



4. 結語

現在、日本の医療の提供体制は、医師の「やりがい」や「勤勉さ」、「義務感」、「使命感」などに依存した過酷な勤務や無償労働によって辛うじて維持されているが、医師にも働き方改革の波は押し寄せている。もちろん、医師の働き方改革を進め、医師が身体的・精神的に健康な状態で医療に従事できることは、最終的には医療の受け手である患者・国民のために繋がる。その意味では、現在働き方改革の議論から取り残されているオンコール待機についても、情報収集、情報提供を通じて議論の俎上に載せ、良質かつ適切な医療が効率的かつ持続的に提供可能な体制をより強固なものとするべきである。

但し、いたずらに規制を行うのみでは提供可能な医療の量・質が低下するおそれがある為、院内を超えた枠組みでのタスクシェア・タスクシフトを適切に行うことで、結果として量・質の維持、もしくは更なる向上を目指すような実証実験を行い、医療の持続可能性をより向上させていく取り組みも同時に必要であると考えられる。

参考文献

- 1) OECD [Internet]. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: [updated Nov 9, 2021; cited Dec 11, 2021]. Available from: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- 2) 谷川武. 令和元年 医師の勤務実態調査<概要>. 2000年7月31日付け報道発表資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000652880.pdf> (2021年12月11日参照)
- 3) 厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会. 医師の働き方改革に関する検討会 中間的な論点整理. 2018年 2月 27日. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000195362.pdf> (2021年12月11日参照)
- 4) 柴崎郁子ほか. 心臓血管外科医の働き方改革 ; 処遇改善のためのアンケートの結果報告. 日心外会誌. 2020; 49: 1-11.
- 5) 総務省統計局. 平成29年就業構造基本調査の結果. 2018年7月13日. <https://www.stat.go.jp/data/shugyou/2017/index2.html> (2021年12月11日参照)
- 6) 厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会. 医師の働き方改革に関する検討会報告書. 2019年3月28日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf> (2021年12月11日参照)
- 7) 湯地晃一郎. 勤務医の過重労働はいかに解消されるべきか—医療現場の実情と対策について. 新医療. 2015; 42: 22-25.
- 8) Staiger DO et al. Trends in the work hours of physicians in the United States. JAMA. 2010; 303: 747-753.
- 9) 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号）. 2021年5月28日公布.
- 10) 日本医師会 医師の特殊性を踏まえた働き方検討委員会. 医師の特殊性を踏まえた 働き方検討委員会 答申「地域住民が安心して暮らせる医療提供体制を維持し、医学の進歩に資する働き方の検討」. 2020年 6月 17日. https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200617_2.pdf (2022年3月12日参照)
- 11) 医師の宿直・宅直に関する奈良病院事件判決（大阪高等裁判所平成22年11月16日判決）
- 12) 志賀貴. 医師の宿日直・宅直に関する奈良病院事件判決. <http://www.mibarai.jp/gyoushubetu/narabyouinjiken.html> (2021年12月11日参照)
- 13) 厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_469190.html (2021年12月11日参照)
- 14) 厚生労働省 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 (2021年12月11日参照)
- 15) 康永秀生. 経済学を知らずに医療ができるか!?. 金芳堂, 京都, 2020, pp. 100-106.
- 16) 一般社団法人 ハートアライアンス. <https://heart-alliance.jp/> (2021年12月11日参照)



Policy makers lab

Planting seeds for the better future

POLICY

MAKERS



LAB