

医師の長時間労働の法規制に関する若手医師と医学生からの提言書

「壊れない医師・壊さない医療」を目指して

2017年12月22日

Advocacy team of Young Medical Doctors and Students

提言要旨

医師の長時間労働の法規制についての議論が進む中で、私たちは現在最も長時間労働を行っている若手医師と、これから長時間労働を行うことになるであろう医学生の率直な意見が正当に議論に反映されているのか疑問に思った。そこで、2017年11月に卒後10年以下の若手医師と医学生を対象にしたオンライン質問紙調査を行った。821名からの回答を得た。その結果をもとにして、ここに若手医師と医学生からの提言を行う。

1. 私たちは、医師が原則として国の定める労働時間の上限規制と労使協定を遵守する必要があると考えている。それは患者の医療安全と医師の安寧(Well-being)を保ち、医療の持続可能性を高めることにつながる。
2. 私たちは、日本の人口構造の変化や様々な医療提供体制の問題、業務量の多さ、長時間労働を美德とする医師の慣習や封建的な風潮によって長時間労働を余儀なくされている。私たちは、この全国的に常態化している医師の長時間労働が将来に渡って継続または増悪することに強い危機感を抱いている。若手医師や医学生を含む医師自体が長時間労働に身を投じて、助けを求めることが遅れてしまうメカニズムに配慮した対策が必要不可欠である。
3. 私たちは、多くの若手医師や医学生が労働基準法の定める労働時間の上限規制や労使協定について理解していないことを知った。卒前教育や卒後教育を通して、若手医師と医学生が労働基準法を理解し、それを遵守する必要性を学ぶ機会を設けることを提案する。そして、私たちの指導医や雇用主が率先して労働基準を遵守し、職場を挙げて持続可能な労働環境の整備に向けて取り組むことを要望する。政府には彼らが労働時間の上限規制を遵守できるように医療提供体制を構築するよう要望する。
4. 私たちは、現状のままでは国民の医療へのアクセスや医療の質を保ちながら、医師が労働基準法を遵守することができないことを認識している。下記に挙げる項目について、国民や行政、立法、医師会、コメディカル、アカデミア等が協力して、包括的かつ長期的な目標を設定し、実質的に医師が労働基準法を守れるような労働環境を段階的に実現していくよう求める。たとえ改革に時間がかかったとしても、決してこれまでのように医師にとって労働基準法があってないようなものになってはいけない。そして、私たちも無関心を装ってはいけない。

- a. 90%以上の若手医師と医学生が「医師の健康診断や休息の確保」や「医師の抑うつやバーンアウト、自殺を予防する対策」、「医師の子育て支援とキャリア支援(産休や育休、保育園、再就職支援を含む)」を必要としている。特に女性医師と医学生は子育て支援とキャリア支援を重要視している。
- b. 94%の医学生が長時間労働の上限規制に際して、「研修の質の維持とモニタリング」を必要と考えている。限られた労働時間の中でも、必要不可欠な研修が受けられるように医学教育方法に工夫を要望する。
- c. 約 80%の若手医師と医学生が「医療安全のモニタリングの実施」や「患者の各地域での救急医療へのアクセスの確保」、「医療の質、患者の健康指標、患者の満足度のモニタリングの実施」を必要だと答えた。医療と介護、その他のデータの統合と利活用を進めて、これらのモニタリングを実現する必要がある。そして、モニタリングの結果が業務改善に反映される仕組みを作ることが重要だと考えている。
- d. 80%以上の若手医師と医学生が「医師自身の働き方に対する意識の変革」が必要と答えた。若手医師や医学生の意識改革だけでは長時間労働は是正できない。指導医や雇用主が率先して意識改革を行い、職場ぐるみの取り組みが必要である。
- e. 80%以上の若手医師と医学生が「医師の労働時間の定期的なモニタリングの実施」が必要と答えた。労働時間は医師の労働環境をモニタリングするための1つの指標である。他の指標と共にモニタリング結果を公開し、職場間が競いあって労働環境の改善に取り組む材料にすることを提案する。
- f. 80%以上の若手医師と医学生が「オンコールや自己研鑽、研究活動を労働時間を含むか否かの明確化」を切実な問題であると捉えていた。法的もしくは自主的に明確なルールの策定とそれらの啓発が必要である。
- g. 80%以上の若手医師と医学生が「医師の給与の維持」が必要であると答えた。若手医師の多くは研修の機会を得るために、研修病院の訓練投資分を給与から差し引かれた給与で生活している。若手医師の健康で文化的な生活が保障されるように給与の維持は必要である。
- h. 86%の若手医師が臨床現場の実感をもって「タスクシフティング(業務を他職種に移管)やタス

クシェアリング(業務を他職種と共同化)の推奨」が必要であると答えている。コメディカル等と相談しながら進めていくべきである。また、新しい技術の親和性や安全性に配慮しながら「AIやICT、IoTを活用した仕事の効率化」も進めていく必要がある。

- i. 70%以上の若手医師と医学生が「国民(地域住民)の理解を得ること」や「医師の需給の再検討」、「医師の地域偏在への対策」、「医師の専門科偏在への対策」、「病院機能の地域内での調整(規模や範囲の集約化等)」が必要であると答えた。これらはいずれも医師の長時間労働の根源的な課題であり重要視している。特に私たちは医師の地域偏在や専門科偏在の対策のために、若手医師や医学生が研修の名目で医療資源の隙間を埋めるための労働力として使われて疲弊してしまうことを危惧している。地域毎や専門科毎の研修枠の設定等の議論には、必ず多くの若手医師や医学生の意見を取り入れるべきだと考える。
- j. 72%の若手医師と医学生は、「医師の応召義務の見直し」が必要であると答えた。医師の応召義務は医師の職業倫理とも密接に結びついており、医師の労働基準法への理解が進まない原因の1つかもしれない。若手医師や医学生も巻き込んだ十分な議論のもとで検討されるべきである。

序文

日本政府は少子高齢化に起因した人口構造から生じる問題に直面する中で、より一層の経済成長を図るために労働環境の改善を含めて労働生産性の向上を図り、それによって労働参加率を向上させるという一億総活躍社会を目指している。そのために2017年「働き方改革実行計画」¹を策定したが、医師の働き方については応召義務を考慮して別途検討が必要とした。厚生労働省は2017年に「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」²結果を報告し、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」³を纏めた。勤務実態の調査においては、性別や勤務形態によって大きく異なるものの、20歳代から30歳代の若手医師の長時間労働は他の年代と比較して明らかであった。政府の「働き方改革」の目的はあくまでも日本の経済成長に主眼をおいていることに留意しなければならないものの、労働時間の調査結果からは患者の医療安全や若手医師の安寧が脅かされていることが示唆された。

2017年8月2日より厚生労働省において「医師の働き方改革に関する検討会」が始まり、2018年1月に中間報告が纏められる予定である。検討会の報告を踏まえて医師の労働時間に何らかの上限規制が設けられることが考えられ、それを踏まえて医師の需給推計が始まる予定である⁴。また、2017年10月には医師の職業倫理である世界医師会ジュネーブ宣言が改訂され、「I will attend to my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard.」の1文が追加された⁵。医師は患者の健康を第1の関心事とすることに変わりはないものの、世界中で医師という限られた医療資源の持続可能性を考慮するように遷り変わってきている。このような一連の流れから、多くの若手医師や医学生は自身の働き方に高い関心を寄せている。

労働環境に関する若手医師や医学生の本音を聴くことは難しい。若手医師は被雇用者かつ学習者であり、医学生は学習者である。雇用主や指導者と比較すると相対的な弱者と成り得る。彼らの建前ではない率直な意見を汲み取ることは容易なことではない。これまで行われた質問紙票を用いた調査や権威による個人的なヒアリングでは十分に聴取できていない可能性がある。そこで、私たち若手医師や医学生が自主的に調査し、結果を考察し、提言を行うことが必要だと考えた。医学生はまだ医師としての実務経験がなく、これから働き始めることで考え方が変わり得る。しかし、これから医師として働こうとする彼らの抱く理想の働き方を知っておくことは、将来の日本の医師の働き方を検討する上での重要な資料となるだろう。

私たち若手医師と医学生の有志は2017年8月にAdvocacy team of Young Medical Doctors and Students (AYMDS)を立ち上げた。準備を重ねて同年11月15日から26日に卒後10年以下の若手医師と医学生を対象としたオンラインアンケート調査を行った。821名(若手医師533名、医学生288名)

から回答を得た。アンケートの概要と質問項目は添付資料 1 をご参照頂きたい。得られた回答内容を参考にして提言書の原稿を作成した。そして、アンケート調査時に氏名と連絡先を登録された 31 名の若手医師と医学生に原稿へのコメントを依頼した。それらのコメントを参考に提言内容を修正し、本稿を公開するに至った。

提言

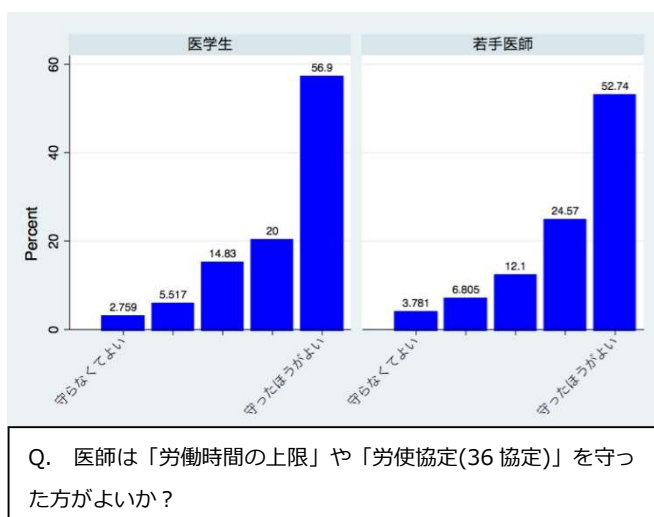
1. 私たちは、医師が原則として国の定める労働時間の上限規制と労使協定を遵守する必要があると考えている。それは患者の医療安全と医師の安寧(Well-being)を保ち、医療の持続可能性を高めることにつながる。

アンケート結果において若手医師と医学生のそれぞれ 77%が労働基準法を守るべきであると答えた。その理由として、医師の長時間労働による患者の医療安全に対する悪影響を危惧する意見と医師の安寧を保つ必要性に言及している記述が多かった。(回答者の自由記載については添付資料2を参照)

長時間労働が医師の業務遂行能力や医療安全に及ぼす影響については、これまでも世界中で多く

の研究がなされている。2011年9月に日本学術会議は「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」⁶の中で文献レビューを行い、長時間労働が医師の業務遂行能力を低下させ、医療の安全性に悪影響を及ぼすことを指摘している。また、長時間労働は医師の健康にも影響を及ぼしており、医学生や研修医は一般人口と比較して抑うつ症状や不安症状、バーンアウト、希死念慮が多いことが報告されている^{7,8}。そして、それらの症状が業務遂行能力の低下や患者のケアに悪影響を及ぼすことが報告されている⁹。症状を改善するための様々な介入方法が検討されており、その中で長時間労働の是正が抑うつ症状やバーンアウトの症状を改善することも報告されている¹⁰⁻¹⁴。長時間労働を行っている若手医師の多くは、実感をもって医療の安全性と自身の健康に危機感を抱いているのだろう。

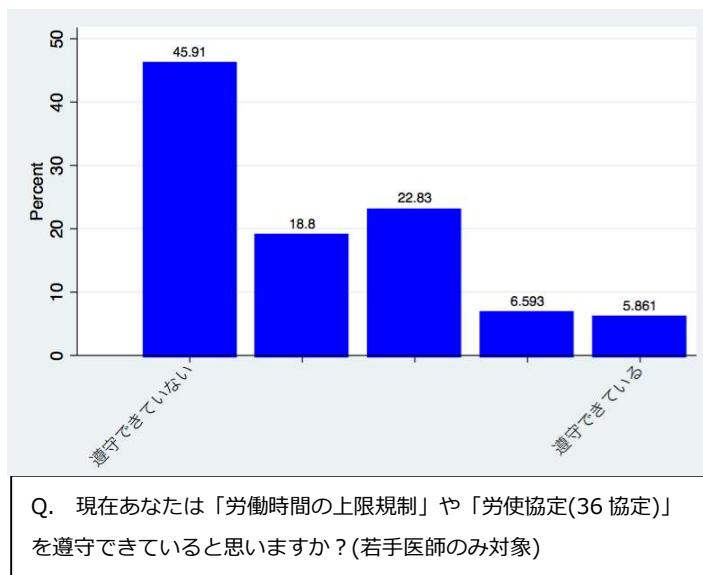
アンケート結果において、若手医師の7.3%、医学生の8.3%は労働基準法を守らなくてよいと答えた。その理由としては、労働時間の上限を守ると現状の患者の医療へのアクセスや医療の質を保てないことを危惧する意見が最も多かった。また、医師の職業上の特性を指摘する意見や個人の選好に任されるべきという意見があった。これらは医師の自己犠牲を前提として患者の健康を第1に考える姿勢である。医師の自己犠牲を許容し、医師の職業上の特性や医師個人の選好を重視する意見は、従来から根付いている医師という職業が特殊なものであるという社会の意識が残存していることに起因するかもしれない。医師の職業倫理を定める世界医師会ジュネーブ宣言は2017年10月に改訂され、「I will attend to my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard.」と



いう1文が加わった⁵。2015年に採択された「医師の安寧に関する世界医師会声明」においても、「すべての人間と同様、医師も病気になることはあり、医師としての生活以外にも考慮されるべき家族への義務やその他の大切な都合がある。」という基本概念が示された¹⁵。私たちは、医師の職業倫理や社会の医師へのイメージが遷り変わる過程に在るのかもしれない。加えて、これらの意見は医師の長時間労働を是正することに対する諦めとも捉えられる。患者の健康指標への影響を観察しながらも、労働時間の上限規制を遵守できる労働環境を整えていくことが本質的な解決になると考えられる。

2. 私たちは、日本の人口構造の変化や様々な医療提供体制の問題、業務量の多さ、長時間労働を美德とする医師の慣習や封建的な風潮によって長時間労働を余儀なくされている。私たちは、この全国的に常態化している医師の長時間労働が将来に渡って継続または増悪することに強い危機感を抱いている。若手医師や医学生を含む医師自身が長時間労働に身を投じて、助けを求めることが遅れてしまうメカニズムに配慮した対策が必要不可欠である。

アンケート調査において、多くの若手医師と医学生が労働時間の上限規制と労使協定を守った方が良いと回答する一方で、若手医師の71%は現行の労働時間の上限基準を守れていないと回答した。厚生労働省が実施した2016年12月の実態調査の結果では、20-30歳代男性常勤勤務医の平均労働時間は週75時間(診療と診療外、当直、オンコールを含む)であり、20歳代女性常勤勤務医の平均労働時間は週66時間であった²。若手医師の長時間労働は他の世代と比較して明らかであり、全国的に常態化していると考えられた^{6,16}。



アンケート結果にて労働基準を遵守できない理由として挙げたのは、主に業務量の多さと医療提供体制の問題、長時間労働を美德とする医師の慣習や封建的な風潮であった。(自由記載の詳細は添付資料2を参照)

60歳未満の常勤医師では、1日の中でカルテの記載と患者への説明と合意形成に最も時間を費やすことが分かっている²。加えて、診療情報提供書等の文書作成や患者の診察に時間をかけている。若手医師は学習者という立場でもあるため、その未熟さから各々の業務により多くの時間がかかったり、教育

の一環としてカルテの記載(入退院要約、経過記録)や診療情報提供書の記載、患者の診察や手技、教育カンファレンスやその準備、勉強により多くの時間を割く傾向があるかもしれない。また、手術に多くの時間を割く専門科では、さらに時間的制約は大きい。

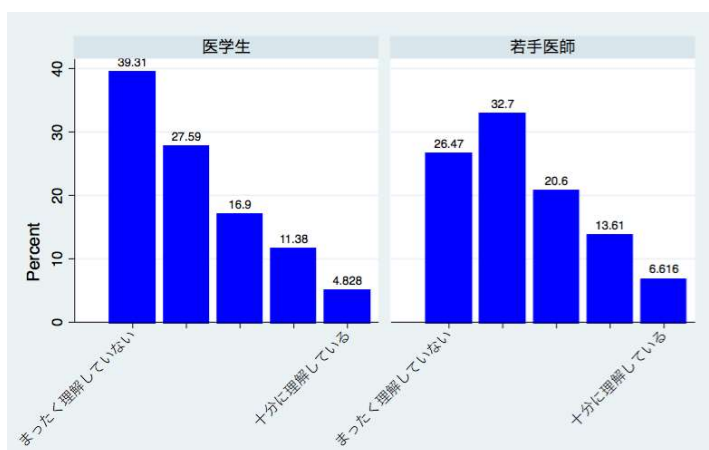
労働基準を守れない理由として、様々な医療提供体制の問題を指摘する意見も多かった。主に医師不足や医療従事者全体の不足、医師の地域偏在を実感しているようだ。医師が労働時間に無関心であったり、法規則への知識がないことを指摘する意見もあった。ただし、たとえ法規制について知っていたとしても、長時間労働を美德とする医師の慣習や封建的な風潮、世間の医師へのイメージから労働時間は守れないと答える者も多かった。医師の慣習や封建的な風潮は学習者や被雇用者でもある若手医師だからこそ感じるものかもしれない。明らかな物理的もしくは言葉の暴力やハラスメント、差別がなかったとしても、私たちは指導者や雇用主から無意識に出た言葉や態度から察して長時間労働を行わざるを得ないこともある。2015年に採択された「医師の安寧に関する世界医師会声明」¹⁵において指摘されているように、医師が長時間労働に身を投じて助けを求めるのが遅れる理由は、患者への責任感と外部からの期待に応えようとする想い、自身の不調を患者や同僚に知られることへの懸念と言われている。また、そもそも医師という職業が意欲的で責任感が強い人物が就職し、社会の中で一定の敬意をもってみられていることも関与していると指摘している。そして、医者の不養生と言われるように、患者を治療できるくらいであれば、まるで医者は病気に免疫があるように見なされて、職場の健康診断や健康増進プログラムを免除されてしまうこともある。加えて、若手医師の健康状態は指導医にとって把握しにくいことも報告されている¹⁷。このように若手医師や医学生を含む医師自体が長時間労働に身を投じて、健康状態を崩してしまうメカニズムを考慮した対策が為されなければ私たちの労働環境は変わらないだろう¹⁸。

今後も日本は高齢化率が上昇し続け、それに伴って医療サービスの需要も増加すると考えられる。アンケート結果の記載においても、患者の急変や救急対応など医療の需要によって長時間労働をせざるを得ないと答える回答もあった。現状でも医師数は隔年で約8000人ずつ増加しているが、臨床現場の実感は変わらない¹⁹。医師人口の年齢構成や性別構成、専門科構成等も変化している。私たちは、この常態化している長時間労働が将来に渡って継続または増悪することを強く危惧している。日本の医療提供体制の持続可能性を危ぶんでいる。

3. 私たちは、多くの若手医師や医学生が労働基準法の定める労働時間の上限規制や労使協定について理解していないことを知った。卒前教育や卒後教育を通して、若手医師と医学生が労働基準法を理解し、それを遵守する必要性を学ぶ機会を設けることを提案する。そして、私たちの指導医や雇用主が率先して労働基準を遵守し、職場を挙げて持続可能な労働環境の整備に向けて取り組むことを要望する。政府には彼らが労働時間の上限規制を遵守できるように医療提供体制を構築するよう要望する。

アンケート調査において、若手医師の59%、医学生の68%が、現行の労働基準法が定める労働時間の上限規制や労使協定(36協定)について理解していないと回答した。

若手医師の多くが勤務医であり、これまでの判例から勤務医は労働者である²⁰。労働者であるならば、原則として若手医師や医学生は労働基準法の定める労働時間の上限規制や労使協定について理解しなければならない。卒前教育や卒後教育において周知し、遵守す



Q. 現在の医師の「労働時間の上限規制」や「労使協定(36協定)」について理解していますか?

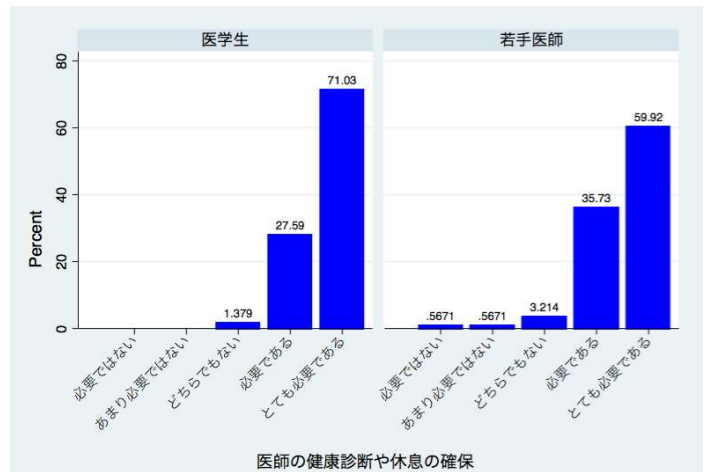
るように教育していくことが必要である。また、若手医師や医学生が学ぶのはもちろんのこと、指導医や雇用主が率先して遵守する必要がある。そうしなければ、若手医師や医学生は実質的には守ることができないし、これまでのように医師にとって労働基準法はあってないようなものになってしまうだろう。そして、政府には彼らが労働時間の上限規制を遵守できるように医療提供体制を構築するよう要望する。

4. 私たちは、現状のままでは国民の医療へのアクセスや医療の質を保ちながら、医師が労働基準法を遵守することができないことを認識している。下記に挙げる項目について、国民や行政、立法、医師会、コメディカル、アカデミア等が協力して、包括的かつ長期的な目標を設定し、実質的に医師が労働基準法を守れるような労働環境を段階的に実現していくよう求める。たとえ改革に時間がかかったとしても、決してこれまでのように医師にとって労働基準法があってないようなものになってはいけない。そして、私たちも無関心を装ってはいけない。

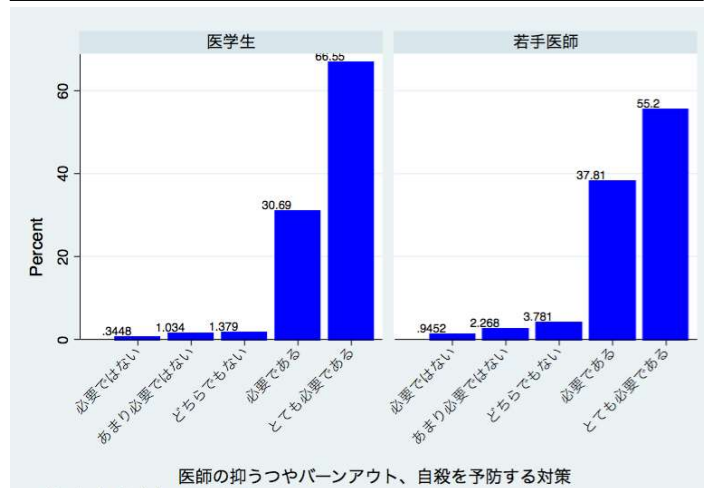
アンケート結果によると、若手医師と医学生は労働時間の上限を守れるような医師の労働環境を実現するために、事前にもしくは同時に検討しなければならない事項が多くあることを認識している。

若手医師と医学生が共に 90%以上の割合で検討が必要と答えた項目は 3 つであった。長時間労働の上限規制だけではなく、「医師の健康診断や休息の確保」や「医師の抑うつやバーンアウト、自殺を予防する対策」、「医師の子育て支援とキャリア支援(産休や育休、保育園、再就職支援を含む)」を若手医師と医学生は必要としている。

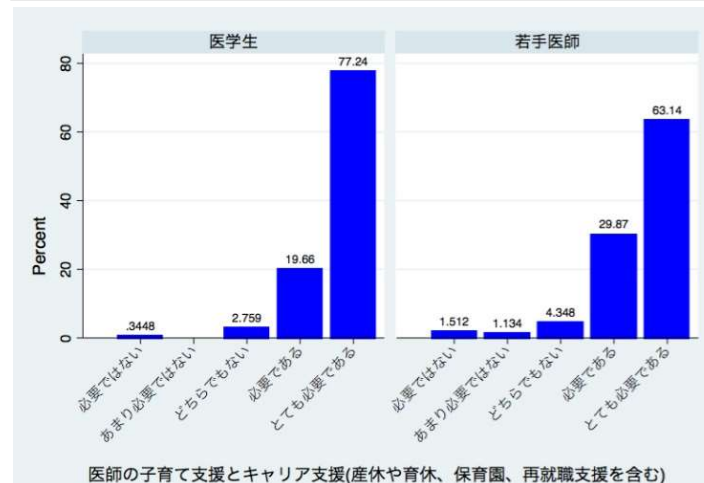
「医師の子育て支援とキャリア支援」については、医学生で「とても必要である」と答えた割合が 72%を超えており、医師の 63%よりも多かった(χ^2 検定 $p=0.001$)。医学生にとって働き始めてからの心配が強いのかもしいし、より若い世代に広がるワークライフバランスを重視する風潮が反映されているのかもしれない。そして、若手医師と医学生の両方で女性の方が男性よりも、「とても必要である」と答えた割合が高かった(χ^2 検定 $p=0.008$)。男女共に必要であるとは捉えているものの、女性の方がより重要視している傾向があった。このような未来の医療の担い手である医学生の要望や増加している女性医師の要望にも応えていくことで、医師の労働参加率が向上し、医療の持続可能性の向上につながる可能性がある。



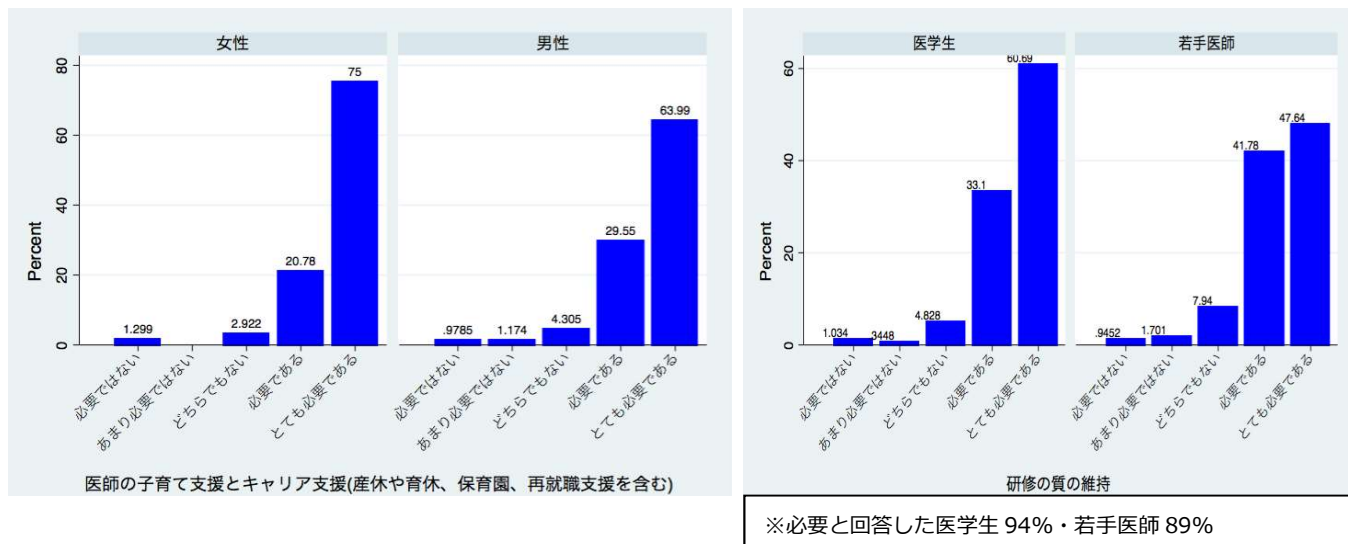
※必要と回答した医学生 99%・若手医師 96%



※必要と回答した医学生 97%・若手医師 93%

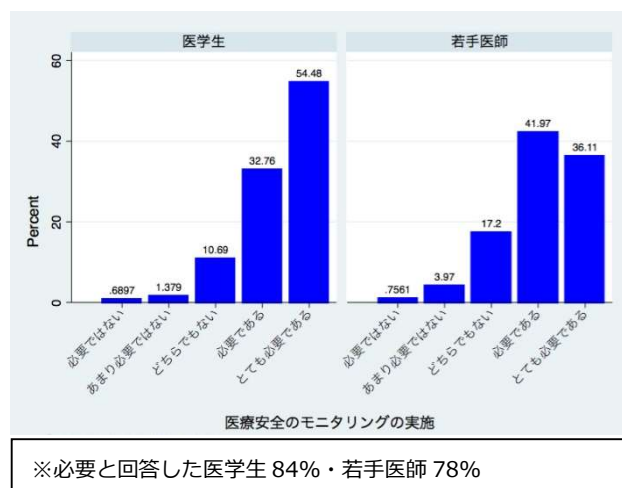


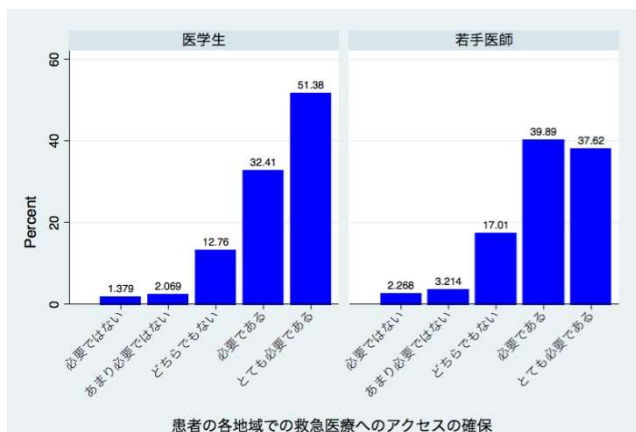
※必要と回答した医学生 97%・若手医師 93%



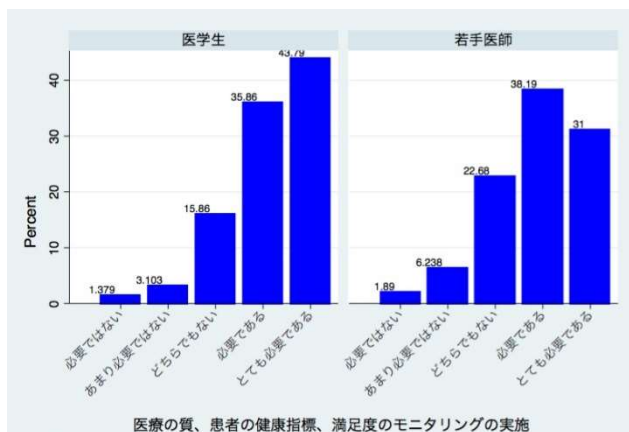
若手医師と医学生の間で必要であると答えた割合が解離している項目もあった。「研修の質の維持とモニタリング」の必要性は94%の医学生が重要視していた(χ^2 検定 $p=0.004$)。既に研修中か研修を終えている若手医師よりも、これから研修病院の選定とマッチングを控える医学生にとって、長時間労働の改善が行われたとしても、必要な研修が受けられることは大切なことである^{13,14}。限られた労働時間の中でも、必要不可欠な研修が受けられるように医学教育方法に工夫が必要である。

「医療安全のモニタリングの実施」や「患者の各地域での救急医療へのアクセスの確保」、「医療の質、患者の健康指標、患者の満足度のモニタリングの実施」については、何れも必要と答えた割合は若手医師の方が医学生よりも少なかった(χ^2 検定 $p<0.001$, $p=0.005$, $p=0.002$)。若手医師は臨床現場で診療する中で、これらの項目が既にある程度実施されていることを知っていたり、モニタリングをすることの実現可能性に疑念を抱いている可能性がある。医療と介護、その他のデータの統合と活用を進めて、これらのモニタリングを実現する必要がある。それと同時に、モニタリングの結果が業務改善に反映される仕組みを作ることが重要だと考える。



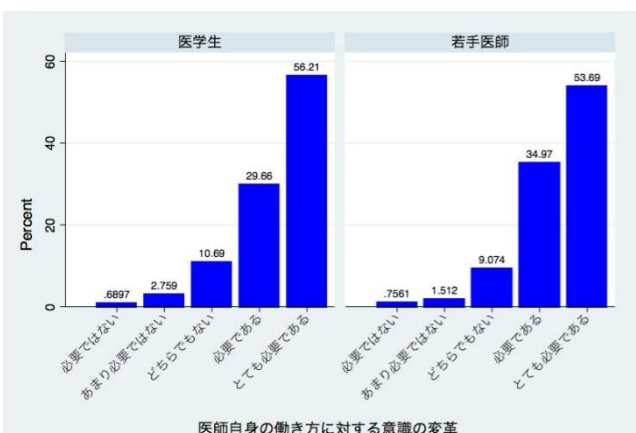


患者の各地域での救急医療へのアクセスの確保
 ※必要と回答した医学生 84%・若手医師 77%

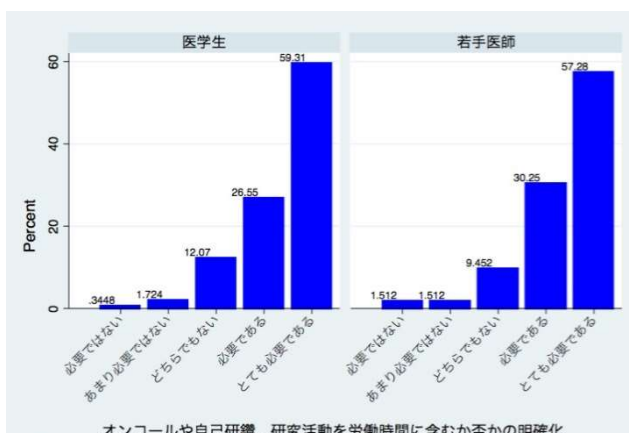


医療の質、患者の健康指標、満足度のモニタリングの実施
 ※必要と回答した医学生 80%・若手医師 69%

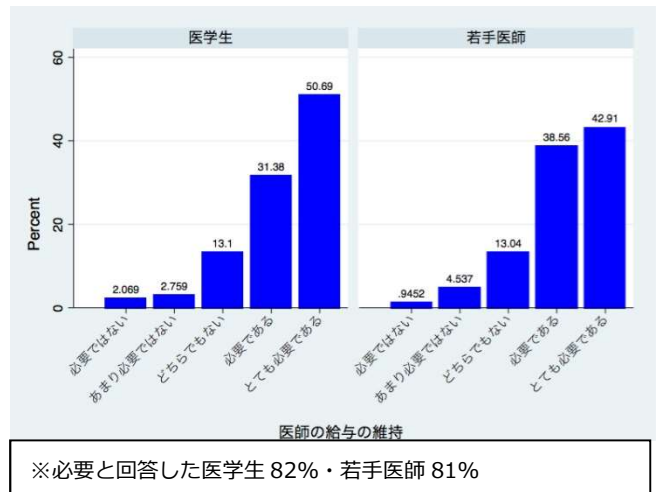
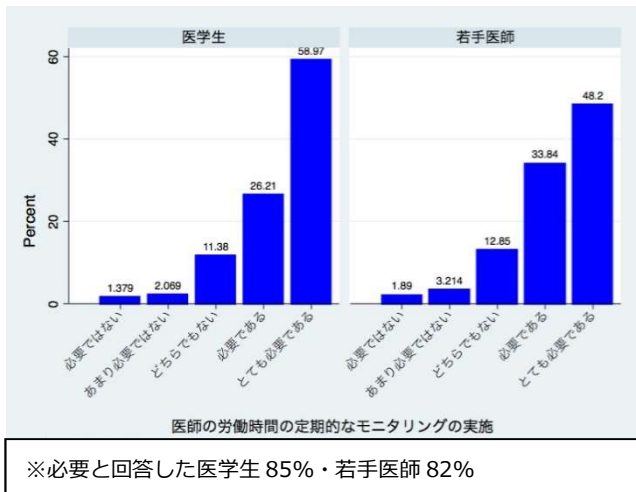
80%以上の若手医師と医学生が必要であると認識していた項目は4つあった。まず、「医師自身の働き方に対する意識の変革」である。これは若手医師や医学生の意識改革だけでは長時間労働は是正できない。指導医や雇用主が率先して意識改革を訴えて職場ぐるみの取り組みが必要である。前述の通り、彼らが取り組めるように政府は医療提供体制を構築する必要がある。そして、厚生労働省は2016年12月の調査のように「医師の労働時間の定期的なモニタリングの実施」を行って結果を公開し、労働時間を1つの指標として職場間が競いあって労働環境の改善に取り組む材料にすることを提案する。また、若手医師や医学生にとって「オンコールや自己研鑽、研究活動を労働時間に含むか否かの明確化」は切実な問題である。法的もしくは自主的に明確なルールの策定とそれらの啓発を要望する。加えて、若手医師の多くは研修の機会を得るために研修病院の訓練投資分を給与から差し引いた研修医給与で生活している。若手医師の健康で文化的な生活が保障されるように給与の維持は必要である。



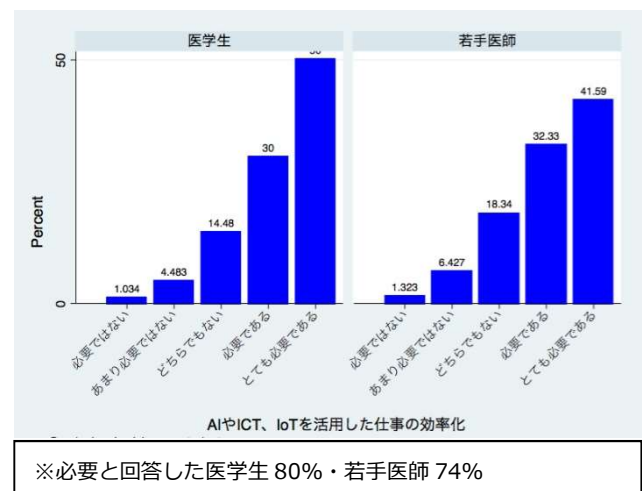
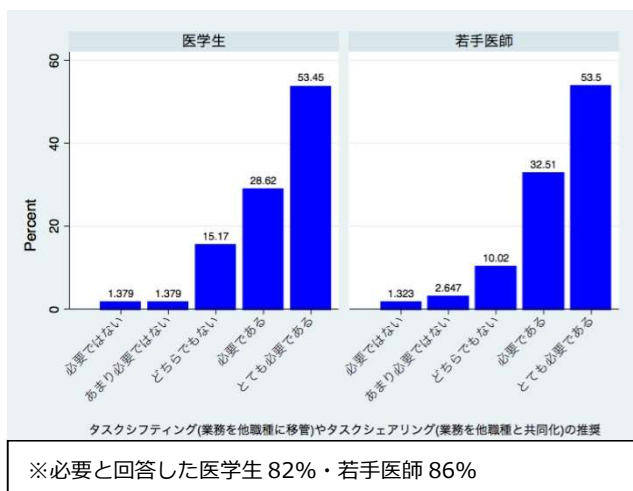
医師自身の働き方に対する意識の変革
 ※必要と回答した医学生 86%・若手医師 89%



オンコールや自己研鑽、研究活動を労働時間に含むか否かの明確化
 ※必要と回答した医学生 86%・若手医師 88%

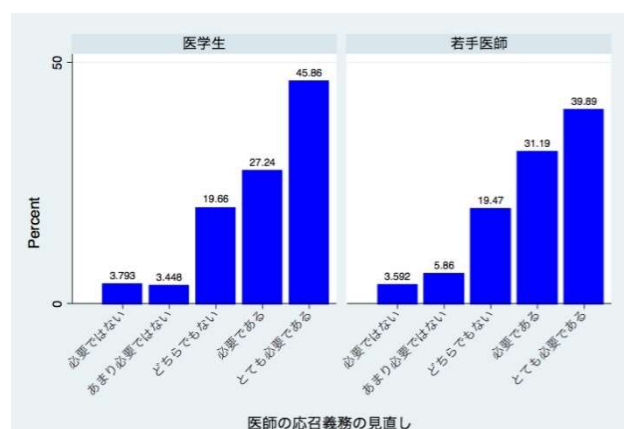
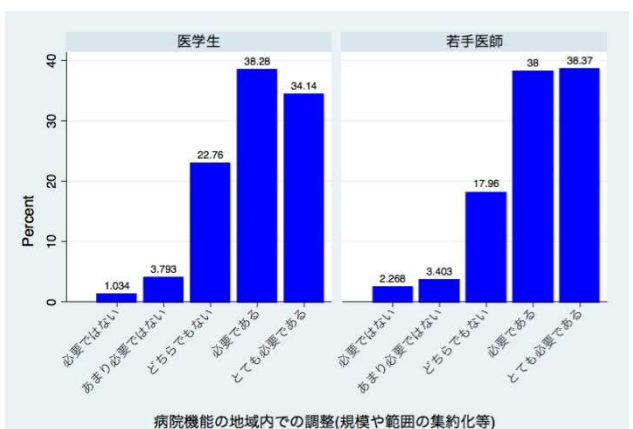
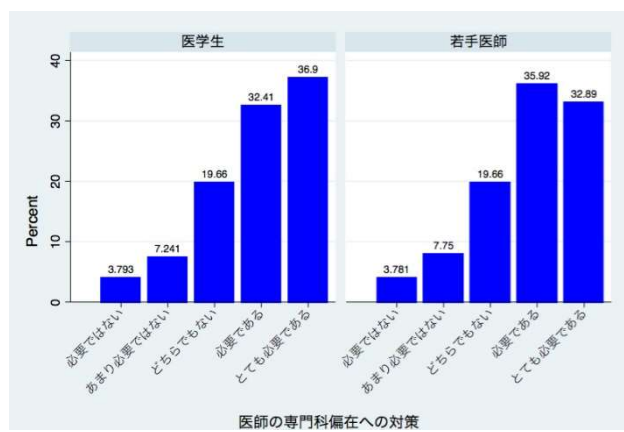
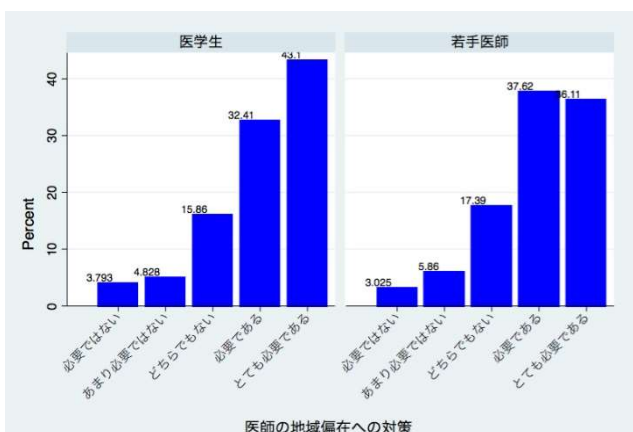
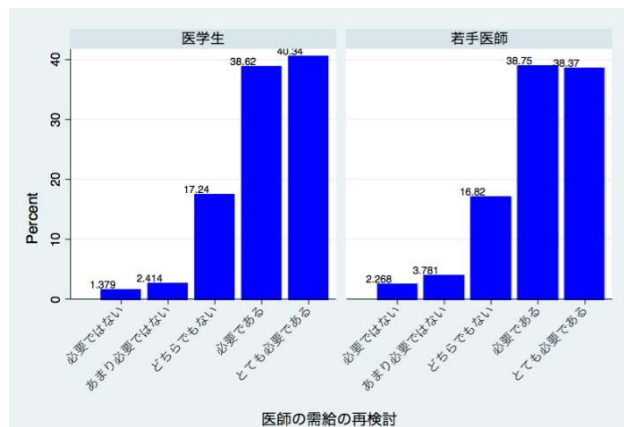
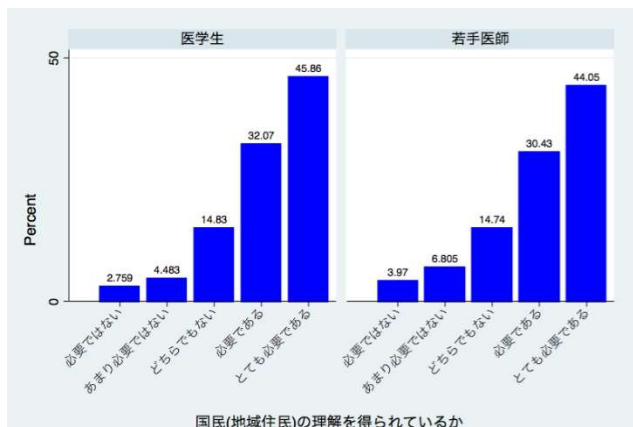


「タスクシフティング(業務を他職種に移管)やタスクシェアリング(業務を他職種と共同化)の推奨」についても、若手医師と医学生ともに必要であると答えた割合が高かった。若手医師は業務量の多さを実感していると同時に、業務の一部を他職種に移管・共同化することができると感じているかもしれない。コメディカル等と相談しながら医師の業務量の低減を進めていくべきである。「AI や ICT、IoT を活用した仕事の効率化」については、臨床現場への新しい技術の親和性や安全性に配慮しながら、慎重に導入しつつ仕事の効率化を進めていく必要があるだろう。



下記の検討事項については70%以上の若手医師と医学生がほぼ同じ割合で必要であると認識していた。これらの6つの項目は、この他の項目とも密接に結びついた根源的な課題であり、重要であるという認識はされていた。一方で、他の項目と比較すると必要と答えた割合が少なかった。いずれの項目も

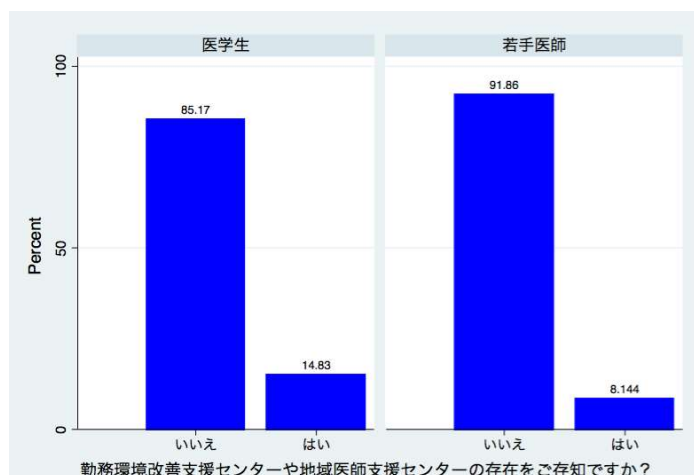
臨床現場の視点から離れたマクロで長期的な視点での課題であり、他の項目よりも実感をもって答えられなかった可能性がある。



これらの課題の中で私たちが危惧していることは、医師の地域偏在や専門科偏在の対策のために、若手医師や医学生が研修の名目で医療資源の隙間を埋めるための労働力として使われて疲弊してしまうことである。地域毎や専門科毎の研修枠の設定や保険医の配置と定数設定等が行われるときは、研修の質や労働環境、生活環境に十分に配慮しなければならない²¹。そして、これらの議論には必ず多くの若手医師や医学生の意見を取り入れるべきである。

また、「応召義務の見直し」は医師の職業倫理とも密接に結びついており、医師の労働基準法への理解が進まない原因の1つかもしれない。若手医師や医学生も巻き込んだ十分な議論のもとで検討されるべきである。

尚、若手医師は勤務環境改善支援センターと地域医師支援センターの存在を93%が知らないと答えた。支援を必要とする若手医師に支援が行き届いていない可能性がある。今後の活用に向けて認知度を高めると共に、若手医師を対象とした支援内容も検討する必要がある。



私たちは、国民や行政、立法、医師会、コメディカル、アカデミア等が協力して、上記すべての事柄に対して包括的かつ長期的な目標を設定し、時間をかけて段階的に医師が労働基準法を守れるような環境を実現していくことを強く求める。そして、私たちはこれまでのように無関心を装わず、声を上げる必要がある。「壊れない医師・壊さない医療」を目指し、私たちは上記を提言する。

謝辞

アンケート調査にご協力いただいた 821 名の若手医師と医学生の皆様と提言書原稿に対してコメントをお寄せ頂いた 31 名の皆様に心より感謝申し上げます。また、ネットワークを活かしてアンケート調査票の配布にご協力頂いた個人の皆様、日本医師会ジュニア ドクターズ ネットワーク(Japan Medical Association Junior Doctors Network: JMA-JDN)、国際医学生連盟日本(International Federation of Medical Students' Associations Japan: IFMSA-Japan)、アジア医学生連絡協議会日本支部(Asian Medical Students Association Japan: AMSA Japan)、日本国際保健医療学会学生部会(Japan Association for International Health - Student Section: jaih-s)に心より感謝を申し上げます。

Advocacy team of Young Medical Doctors and Students (AYMDS)

執筆者

阿部計大 (東京大学大学院公衆衛生学博士課程)

三島千明 (医療法人社団プラタナス 青葉アーバンクリニック)

加藤大祐 (三重大学大学院地域医療学講座博士課程)

宮脇敦士 (東京大学大学院公衆衛生学博士課程)

赤星昂己 (東京医科歯科大学医学部附属病院救命救急センター)

齋藤宏子 (帝京大学大学院公衆衛生学研究科博士後期課程)

龍田ももこ (東京大学医学部医学科)

塚田凧歩 (産業医科大学医学部医学科)

小山裕基 (旭川医科大学医学部医学科)

参考文献

1. 働き方改革実現会議. 働き方改革実行計画. 2017.
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hatarakikata/pdf/honbun_h290328.pdf (accessed 11, Dec, 2017).
2. 厚生労働省医政局. 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査. 2017.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161146.pdf> (accessed 11, Dec, 2017).
3. 厚生労働省新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会. 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書. 2017. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161081.pdf> (accessed 11, Dec, 2017).
4. 厚生労働省医療従事者の需給に関する検討会. 早期に実行可能な医師偏在対策について. 2017.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000167959.pdf> (accessed 11, Dec, 2017).
5. WorldMedicalAssociation. WMA DECLARATION OF GENEVA. 2017.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> (accessed 11, Dec, 2017).
6. 日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会. 病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて 2011. <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-6.pdf> (accessed 11, Dec, 2017).
7. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 2006; **81**(4): 354-73.
8. Thomas NK. Resident burnout. *Jama* 2004; **292**(23): 2880-9.
9. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2014; **14**: 325.
10. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *Journal of graduate medical education* 2017; **9**(3): 294-301.
11. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine* 2017; **177**(2): 195-205.
12. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)* 2016; **388**(10057): 2272-81.
13. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Archives of internal medicine* 2005; **165**(22): 2601-6.
14. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Archives of internal medicine* 2005; **165**(22): 2595-600.
15. WorldMedicalAssociation. WMA STATEMENT ON PHYSICIANS WELL-BEING. 2015.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physicians-well-being/> (accessed 11, Dec, 2017).
16. 厚生労働省医師の需給に関する検討会(第12回). 「医師需給に係る医師の勤務状況調査」中間報告2. 2006. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2c.html> (accessed 17, Dec, 2017年).
17. Winkel AF, Nguyen AT, Morgan HK, Valantsevich D, Woodland MB. Whose Problem Is It? The Priority of Physician Wellness in Residency Training. *Journal of surgical education* 2017; **74**(3): 378-83.
18. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical education* 2016; **50**(1): 132-49.
19. 厚生労働省. 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況. 2014.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/gaikyo.pdf> (accessed 11, Dec, 2017).
20. 厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会. 労働基準法上の労働時間法制について. 2017.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000178015.pdf> (accessed 11, Dec, 2017).
21. 厚生労働省医療従事者の需給に関する検討会. 医師偏在対策の検討状況について. 2017.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000184025.pdf> (accessed 11, Dec, 2017).

添付文書 1 : アンケート調査の概要と基本属性

調査の目的 :

医師の働き方改革で進む長時間労働の法規制に関する若手医師と医学生の意見を明らかにすること。

方法 :

2017年11月15日から26日にGoogle Formを用いたオンラインアンケート調査を実施した。対象は大学卒業後10年以下の若手医師と医学生だった。若手医師に向けては、日本医師会ジュニアドクターズネットワークや若手医師対象のメーリングリストを持つ都道府県医師会、基本19領域の専門科毎の学会、各地域や各領域の10の若手医師組織にアンケート配布を依頼した。また、医学生に向けては、国際医学生連盟日本(IFMSA-Japan)とアジア医学生連絡協議会日本支部(AMSA Japan)、日本国際保健医療学会学生部会(jaih-s)にアンケート配布を依頼した。また、Facebookにおいて医学生や研修医、若手医師を対象としたコミュニティでアンケートを配布した。

質問項目 :

基本属性

- あなたの性別を教えてください。
- あなたの年齢を教えてください。(5歳区分)
- あなたの大学卒業年度・卒業予定年度を教えてください。
- あなたの勤務地、もしくは大学所在地を教えてください。(都道府県名を選択)
- 現在のあなたの主な勤務形態を教えてください。(常勤、非常勤、管理者・経営者、医学生から選択)
- 現在のあなたの主な勤務場所・学習場所はどこですか?(大学病院、市中病院、診療所、大学から選択)
- (病院や診療所で働いてる方)施設規模はどのくらいですか?(500床以上、250-499、20-249、1-19、無床から選択)
- 現在何らかの研修プログラムに所属していますか?(臨床研修中、専門医研修中、フェローシッププログラムで研修中、修士・博士課程大学院生、医学生、所属していないより選択)
- 主たる診療科、もしくは希望診療科を教えてください。(基本19領域より選択)
- 何らかの専門医や認定医の資格をお持ちですか?または、今後取得したいですか?(取得済み、取得のために研修中、取得予定なしより選択)
- (若手医師の方)本年度の年収はどのくらいになりそうですか?(500万円未満、500-999、1000-1499、1500-1999、2000以上より選択)

- 配偶者はいますか？
- 同居家族は何人ですか？
- 現在子育て中ですか？その場合は、お子様の人数を選択して下さい。
- 現在介護中ですか？その場合は、介護対象を教えてください。(介護中ではない、父母、祖父母、その他から選択)

医師の長時間労働の法規制についての質問

- 現在の医師の「労働時間の上限規制」や「労使協定(36 協定)」について理解していますか？(5段階のリッカートスケール)
- 現在あなたはそれらを遵守できていると思いますか？(5段階のリッカートスケール)
【現状の労働基準に関して参考になる下記文献を提示】
厚生労働省、働き方改革実行計画を踏まえた時間外労働の上限規制等について、2017;
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173611.pdf>
- 遵守できない主な要因は何であると考えられますか？思いつく限り、挙げてください。(自由記載)
- 本来は医師も「労働時間の上限」や「労使協定(36 協定)」を守った方がよいと思いますか？(5段階のリッカートスケール)
- (上記の設問の答えを受けて)どうしてそう思いますか？(自由記載)
- 厚生労働省では、すべての職種の労働時間に上限規制を設けることが検討されています。医師の労働時間にも上限規制がなされる際に、下記の項目への事前検討や併行しての検討は必要だと思いますか？(下記 19 項目について 5 段階のリッカートスケール)
 - 医師の抑うつやバーンアウト、自殺を予防する対策
 - 医師の健康診断や休息の確保
 - 医師自身の働き方に対する意識の変革
 - 研修の質の維持
 - 医師の給与の維持
 - 医師の子育て支援とキャリア支援(産休や育休、保育園、再就職支援を含む)
 - オンコールや自己研鑽、研究活動を労働時間に含むか否かの明確化
 - 医師の労働時間の定期的なモニタリングの実施
 - 患者の各地域での救急医療へのアクセスの確保
 - 医療の質、患者の健康指標、満足度のモニタリングの実施
 - 医療安全のモニタリングの実施

- タスクシフティング(業務を他職種に移管)やタスクシェアリング(業務を他職種と共同化)の推奨
 - AI や ICT、IoT を活用した仕事の効率化
 - 国民(地域住民)の理解を得られているか
 - 医師の需給の再検討
 - 医師の地域偏在への対策
 - 医師の専門科偏在への対策
 - 病院機能の地域内での調整(規模や範囲の集約化等)
 - 医師の応召義務の見直し
- 長時間労働の上限規制にあたり、上記の項目の他に、あなたが必要であると考える対策や懸念事項を自由にご記載ください。(自由記載)
- 勤務環境改善支援センターや地域医師支援センターの存在をご存知ですか？

結果：

回答数

821 名 (若手医師 533 名、医学生 288 名)

基本属性

次ページの表に記載。

医師の長時間労働の法規制についての質問への回答結果

本文中に記載。

アンケート結果 基本属性

項目	医学生		若手医師		計
計	288		533		821
性別					
女性	126	44%	183	34%	309
男性	162	56%	350	66%	512
年齢区分(歳)					
-19	18	6.3%	0	0%	18
20-24	190	66%	10	1.9%	200
25-29	59	20%	220	41%	279
30-34	9	3.1%	238	45%	247
35-39	11	3.8%	53	9.9%	64
40-	1	0.3%	12	2.3%	13
勤務地または大学所在地					
東京	41	14%	111	21%	152
千葉	16	5.6%	37	6.9%	53
神奈川	16	5.6%	36	6.8%	52
北海道	18	6.3%	31	5.8%	49
愛知	11	3.8%	32	6.0%	43
大阪	13	4.5%	29	5.4%	42
福岡	9	3.1%	27	5.1%	36
茨城	23	8.0%	9	1.7%	32
京都	6	2.1%	24	4.5%	30
兵庫	5	1.7%	24	4.5%	29
埼玉	3	1.0%	20	3.8%	23
岡山	3	1.0%	14	2.6%	17
栃木	10	3.5%	5	0.9%	15
青森	8	2.8%	6	1.1%	14
山形	11	3.8%	3	0.6%	14
滋賀	5	1.7%	8	1.5%	13
宮城	5	1.7%	7	1.3%	12
長野	3	1.0%	9	1.7%	12
静岡	4	1.4%	8	1.5%	12
沖縄	7	2.4%	4	0.8%	11
石川	4	1.4%	5	0.9%	9
三重	3	1.0%	6	1.1%	9
愛媛	5	1.7%	4	0.8%	9
長崎	6	2.1%	3	0.6%	9
福島	1	0.3%	7	1.3%	8
新潟	1	0.3%	6	1.1%	7
山梨	4	1.4%	3	0.6%	7
奈良	3	1.0%	4	0.8%	7
山口	5	1.7%	2	0.4%	7
高知	3	1.0%	4	0.8%	7
鹿児島	2	0.7%	5	0.9%	7
富山	4	1.4%	2	0.4%	6
佐賀	1	0.3%	5	0.9%	6

大分	1	0.3%	5	0.9%	6
熊本	4	1.4%	2	0.4%	6
福井	1	0.3%	4	0.8%	5
広島	1	0.3%	4	0.8%	5
香川	3	1.0%	2	0.4%	5
秋田	4	1.4%	0	0%	4
島根	4	1.4%	0	0%	4
岩手	3	1.0%	0	0%	3
群馬	1	0.3%	2	0.4%	3
和歌山	0	0%	3	0.6%	3
徳島	0	0%	3	0.6%	3
宮崎	2	0.7%	1	0.2%	3
岐阜	0	0%	2	0.4%	2
鳥取	2	0.7%	0	0%	2
その他(海外など)	3	1.0%	5	0.9%	8
勤務形態(若手医師のみ)					
常勤			384	72%	384
非常勤			124	23%	124
その他			25	4.7%	25
勤務場所(若手医師のみ)					
市中病院			320	60%	320
大学病院			151	28%	151
診療所			43	8.1%	43
その他			19	3.6%	19
施設規模(病院や診療所で働いてる方)					
無床			38	7.1%	38
1-19床			8	1.5%	8
20-249床			43	8.1%	43
250-499床			146	27%	146
500床以上			273	51%	273
その他			25	4.7%	25
研修プログラムへの所属					
医学生	288	100%			288
臨床研修医			115	22%	115
専攻医			202	38%	202
修士・博士課程大学院生			46	8.6%	46
フェローシップ			27	5.1%	27
所属していない			143	27%	143
主な診療科・希望診療科					
内科	58	20%	163	31%	221
総合診療科	35	12%	75	14%	110
救急医療科	25	8.7%	51	10%	76
小児科	32	11%	37	6.9%	69
外科	28	10%	28	5.3%	56
産婦人科	22	7.6%	21	3.9%	43
精神科	20	6.9%	22	4.1%	42
麻酔科	6	2.1%	32	6.0%	38

整形外科	4	1.4%	23	4.3%	27
脳神経外科	7	2.4%	8	1.5%	15
形成外科	7	2.4%	7	1.3%	14
放射線科	3	1.0%	11	2.1%	14
泌尿器科	4	1.4%	6	1.1%	10
皮膚科	5	1.7%	5	0.9%	10
リハビリテーション科	5	1.7%	3	0.6%	8
病理	4	1.4%	4	0.8%	8
眼科	3	1.0%	5	0.9%	8
耳鼻咽喉科	3	1.0%	4	0.8%	7
臨床検査	0	0%	0	0%	0
その他	17	5.9%	28	5.3%	45
専門医や認定医の資格有無					
取得予定なし	112	39%	25	4.7%	137
取得のため研修中	174	60%	290	54%	464
取得済み	2	0.7%	218	41%	220
本年度の年収(若手医師のみ)					
500万円未満			109	20%	109
500-999万円			240	45%	240
1000-1499万円			151	28%	151
1500-1999万円			24	4.5%	24
2000万円			3	0.6%	3
未回答			6	1.1%	6
配偶者有無					
無し	277	96%	252	47%	529
有り	11	3.8%	280	53%	291
未回答	0	0%	1	0.2%	1
同居家族の人数					
独居	192	67%	245	46%	437
1人	16	5.6%	102	19%	118
2人	27	9.4%	94	18%	121
3人	29	10%	51	10%	80
4人	15	5.2%	31	5.8%	46
5人	4	1.4%	8	1.5%	12
6人以上	5	1.7%	2	0.4%	7
子どもの人数					
子育て中でない	283	98%	378	71%	661
1人	3	1.0%	97	18%	100
2人	2	0.7%	45	8.4%	47
3人	0	0%	11	2.1%	11
4人以上	0	0%	2	0.4%	2
介護の有無とその対象					
介護中でない	282	98%	526	99%	808
父母	1	0.3%	5	0.9%	6
祖父母	5	1.7%	2	0.4%	7

添付文書 2 : アンケート自由記載箇所の全回答

下記項目の順番に添付する。

- 若手医師が考える現在「労働時間の上限規制」や「労使協定」を遵守できない主な要因
- 医師が「労働時間の上限」や「労使協定(36 協定)」を守るべきか否かとその理由
- 長時間労働の上限規制にあたり、質問項目の他に必要であると考えられる対策や懸念事項

若手医師が考える現在「労働時間の上限規制」や「労使協定」を遵守できない主な要因

1: 遵守できていない 5: 遵守できている	卒業年度	性別	主な診療科	遵守できない主な要因は何であると考えられますか？
1	2016	女性	その他	大学病院のしがらみ
1	2014	男性	その他	過剰な医療サービスの提供
1	2012	女性	その他	外来を午前・午後行くと、皆でミーティングできるのが夜遅くにせざるを得ない。 研修のための相談は夜遅くなる 部長が忙しい方なので、相談ごとは夜遅くなる 残業をする雰囲気はなんとなくはびこっている
1	2011	男性	その他	日本の保険制度、日本人の価値観
1	2016	男性	その他	病棟での患者管理の他、手術や処置、カンファが夜にかかるまでであるため
1	2009	男性	その他	人手不足
1	2008	男性	その他	医師の不足 不必要な医療 患者の高すぎるニーズ 現在の社会保障費高騰から考えると質を落としてもおかしくないのに医療の質向上を求められる事 医療以外の雑務の多さ 病院機能評価という意味のない負担が増える仕組み
1	2012	男性	その他	被雇用者の無知
1	2012	男性	リハビリテーション科	オンコールという名の元にタダ働きさせられている。
1	2011	女性	外科	サービス残業 サマリーなどの雑用 無理な時間のIC希望 夜間当直体制が整っておらず何かあると呼び出されること 人員不足
1	2013	男性	外科	人手が足りないため。
1	2015	男性	外科	仕事量の多さ
1	2013	男性	外科	当直、当直以外の救急外来からの呼び出し。担当患者の急変時緊急対応など、自分ではコントロールできない追加業務がある。学会発表などを上司に頼まれて準備する、いわゆる自己研鑽的な業務があるため。
1	2013	女性	外科	当直が多い、手術が長い
1	2016	女性	外科	当直明けの業務、オンコール、医師でなくても書ける書類や入力できるもの等の雑用
1	2013	女性	外科	患者が多い、スタッフの不足、上司からのプレッシャー、病院の役割分担および連携不足、時間外勤務への認識不足(明らかに上限越えるため、働いてないように記載申請するのが常習化している)、一部医師のパワハラ
1	2017	男性	外科	患者の数に対して医師の数が少ない
1	2014	男性	外科	担当医制であり24時間の患者対応を迫られること。
1	2010	男性	外科	指導出来る人間がいらないから。長時間働くことが美德であるという考えが蔓延しているから。

1	2016	男性	外科	時間外労働が多い。
1	2016	男性	外科	普通に働いてたら超えます
1	2010	男性	外科	緊急患者の対応
1	2017	男性	眼科	コメディカルが不足しているため、本来コメディカルの仕事を研修医が肩代わりしている。また上級医が帰らないため、研修医も帰れない。
1	2013	男性	眼科	残業代なし、サービス残業強要、当直がいるのに休日にも診察を強要し当然手当や代休なし、スタッフと教授の放任主義と責任のなすりつけ、トカゲの尻尾切り
1	2010	男性	救急科	それが医師として働くということなので、別に気にしていません。
1	2014	男性	救急科	プライベートと仕事の曖昧さ、貢献することを美德とする文化、スタッフの少なさ
1	2010	男性	救急科	マンパワー不足
1	2013	女性	救急科	上限以上は申請しないという暗黙の了解、研修医はずっと病院にいるものだ(自分たちはそうだった)という上司の本音
1	2009	男性	救急科	人員不足、スタッフの力量不足、周りの理解、大学病院の収入の低さ
1	2008	男性	救急科	仕事がしたいから。他にしたいことがないから。
1	2013	男性	救急科	仕事が忙しい。フォローしあえるだけの医師が足りない。
1	2015	男性	救急科	仕事量が多い
1	2014	男性	救急科	勤務医不足 管理者の理解不足
1	2013	女性	救急科	勤務表が最初から長時間労働を強いる形になっている、時間外労働が前提の体制になっている
1	2013	男性	救急科	医師だけでなく医療スタッフの人数が少ない。病院（院長・理事長）の改善する意志や動向が見えない。国が診療報酬を下げているから病院も経営上改革しづらいから。
1	2014	男性	救急科	医師不足、仕事と責任の大きさ
1	2011	男性	救急科	外勤、研究・教育など臨床以外の強制、許容を超えた患者応需
1	2011	男性	救急科	外的な強制なしに、仕事のプライオリティが自身の中で高い。
1	2010	男性	救急科	夜勤をする医師数が足りない、診療以外に会議や教育などがある、ICの時間が診療中に取ることができない、血液培養やCT搬送など医師以外でもできる仕事をせざるを得ない
1	2014	男性	救急科	夜勤明けの仕事。医療以外の雑務
1	2013	男性	救急科	必要に迫られた時間働くことと遵守できない。
1	2015	男性	救急科	患者の数が多すぎる 現場の医師数が少なすぎる
1	2012	男性	救急科	救命科に属している以上、遵守は不可能だと思っています。
1	2015	女性	救急科	業務が多いこと
1	2011	男性	救急科	病院の文化
1	2010	男性	救急科	社会的要望、遵守しようとする風潮がない
1	2013	女性	救急科	科の特徴
1	2010	男性	救急科	超過勤務
1	2015	男性	救急科	長時間勤務をよしとする文化、事務仕事の多さ
1	2010	男性	形成外科	医師以外でも可能な事が医師でしか出来ないという理由をつけて仕事量が多い コメディカルの数を増やして業務を円滑に行うという姿勢がない
1	2015	女性	形成外科	急患対応、病棟業務(夜間、休日を含む)、当直、長時間手術、書類
1	2017	女性	形成外科	毎日何時でも患者のために病院にいることが不文律としてあるから。

1	2015	女性	形成外科	病院の体制
1	2014	男性	形成外科	職場の人員不足(特にコメディカル)により、医師しかできない仕事に割ける時間がとても少ない。雑用とは言わないが、それに類する仕事に追われ、とても効率が悪い。
1	2015	女性	産婦人科	仕事量が多いが人手は少ないから。
1	2014	男性	産婦人科	仕事量を自分で調整できない環境のため
1	2016	女性	産婦人科	経験が浅く何事にも時間がかかるうえに仕事量は多く勤務時間は守れない、当直
1	2008	女性	産婦人科	術前ICが患者家族の仕事の後になる。執刀医以外の人によるICはないという不文律。カンファ。義務の外勤。
1	2013	男性	耳鼻咽喉科	タイムカードがない。 残業代の申請が煩雑で十分に反映されていない。
1	2014	男性	耳鼻咽喉科	遵守されているか考える余裕はない
1	2016	男性	小児科	そもそも病院にそれを遵守する気配が皆無
1	2018	男性	小児科	・自主的に、休日に受け持ち患者の回診を行うことが暗黙のルールとなっている。 ・当直明けに休まず勤務する(いわゆる36時間勤務)
1	2017	女性	小児科	上限が低すぎる
1	2015	女性	小児科	仕事量がどう考えても就労時間内では終わらない
1	2008	男性	小児科	入院患者がいるため。
1	2010	男性	小児科	勤務時間外の残業や予習の時間、また勉強会・カンファなどの時間が多い
1	2013	男性	小児科	医師数の不足
1	2009	男性	小児科	大学病院の上司は、働く時間を短くといった意識がない。
1	2008	女性	小児科	当直明けも定時退社時刻までは院内にいないといけない医局の決まり、当直明けでも当番でふられる午後当番、無駄に長い教授回診と医局会(週1回必ず20時過ぎまで)
1	2010	女性	小児科	患者さんの病状が重いこと 他に働かない医師もいるため働く人にしわ寄せが来ること
1	2013	女性	小児科	日々に与えられる仕事量が多い。 実際に外来など業務を裁くためにはカルテ記載を後回しにする必要があるが、カルテ記載を時間外と認めない病院が多い。
1	2011	男性	小児科	日本の医療制度や、現場での考え方が上記の規制や協定に基づいているものではないためです。また、急に遵守するのも困難であると感じます。
1	2017	女性	小児科	時間外労働が100時間ぎりぎり。
1	2014	女性	小児科	時間外労働時間が多すぎる。 時間外労働時間がどれだけ長くても、記載して良い上限の時間を指定されるためかなり短く申告している。
1	2011	女性	小児科	業務過多 人員不足
1	2016	男性	小児科	研修は仕事と勉強の両面を持っており、研修医の多くが労働時間以上の自己研鑽を望んでいるから
1	2011	女性	小児科	管理者が守らせる気が無い。
1	2011	男性	整形外科	上の医者が働かなさすぎる 忙しくない病院の方が給料が良くて(バイトができるし)仕事も楽、よって忙しい病院で働く医者のモチベーションも上がらない。 特に年次が上になるにつれてその傾向は顕著。しわ寄せが来るのは年次が下の医者かボランティア精神の高いいわゆる良い人。 現状では良い人が損をして悪い人が得するシステムになっている。 また、内科と外科の差も顕著、どう考えても内科の方が楽であり訴訟等のリスクも低い。その辺りも某国に習って給与形態に差をつけるべき。ましてや内科は緊急手術などない分バイトし放題なのだから。

1	2013	男性	整形外科	労働のシステム自体が悪い。
1	2016	男性	整形外科	医師不足、超過労働を前提として成り立つ病院上のシステム
1	2014	男性	整形外科	各診療科での業務内容の格差 世代間での当直回数の格差 当直後の日勤の扱い
1	2012	女性	整形外科	慣習
1	2015	男性	整形外科	環境、風潮
1	2011	男性	整形外科	病院の雰囲気
1	2011	男性	整形外科	緊急対応、手術や時間外の説明、後進の指導、さらに診断書などの作成もであると時間内ではとても終わる仕事量ではない。
1	2016	男性	整形外科	遵守する風土が病院にない 夜間のコンビニ受診 応召義務 外来の激務で休みは取れない 休日も病院に来ることが当然という風潮
1	2016	男性	整形外科	関係なく呼ばれるから
1	2015	男性	整形外科	関連病院を維持する為に人員をさき、結果人員不足に陥り過労を強いている
1	2017	男性	整形外科	雑務が多すぎる
1	2015	男性	精神科	上級医師、医局が勤務を強要し、反論できない。無償労働、残業代なし、36から48時間連続労働が常態化しており、医療ミスも多数見られる。医局指示に従わないと、専門医や指定医になるための指導や捺印を拒否すると脅かされており、反論できない。
1	2015	男性	精神科	大学病院の時間外が全く出ない
1	2012	男性	精神科	時間外労働が日数でカウントされる
1	2016	男性	総合診療科	24時間オンコールの常態化
1	2009	男性	総合診療科	これらについて知らなかった 医師数が少ない中で診療をやりくりしなければならず、現状は困難
1	2015	男性	総合診療科	ブランドによるやりがい搾取。少子高齢化。医師不足。医療行為の医師への集中。東洋医学などエビデンスのある代替医療への無知からの仕事の分散不足。
1	2008	男性	総合診療科	人員の不足、勤務体制・システムの不備
1	2011	男性	総合診療科	人手不足、患者過剰、雇用側および政府の都合による放置、基本的人権の軽視
1	2011	男性	総合診療科	仕事量、患者急変
1	2013	男性	総合診療科	仕事量が多い、当直が多い
1	2016	男性	総合診療科	仕事量が多く、またそれを要領良くこなす能力が自分がない。
1	2015	男性	総合診療科	労働条件の上限規制などについて知識がない。
1	2008	男性	総合診療科	医師が常に対して不足。業務過多。
1	2012	男性	総合診療科	呼び出しを含む臨床業務にかかる時間、書類作成業務、業務外の院内業務
1	2013	女性	総合診療科	患者のニーズに完璧に対応しようとする、時間外云々を理由に勤務を強制終了することができない環境にある（内容を十分に引き継げる当直者がいない、また、能力的にはそれに当たる当直者がいたとしても、患者サイドだけでなく現場の風潮としてもそれを許さない状況である）
1	2009	男性	総合診療科	旧体質・旧制度が続いているのため。管理者はもちろん、スタッフや患者など関わる人たちの意識が根深く潜んでいる。
1	2014	男性	総合診療科	時間外のカンファレンス
1	2013	男性	総合診療科	業務量が多い
1	2011	女性	総合診療科	業務量の過多、労働者側の知識の欠如、管理者の意識の欠如

1	2012	男性	総合診療科	残業、救急業務、他の時短勤務者のカバー
1	2012	男性	内科	そもそも時間外労働を申告する書類を見たことがない。
1	2013	女性	内科	とてもその時間内に終わられる労働内容、労働量ではない。かつ、研修中の身なので1つ1つの仕事にまだ時間がかかっている節もある上、自分の担当患者でなくても処置の見学や介助に入るのでさらに時間がかかる。また主治医制なので安定しない患者さんがいれば延々と時間は延びる。
1	2015	男性	内科	上の人の姿勢
1	2013	男性	内科	上の先生からの制限に関する助言がない
1	2011	男性	内科	上司、組織の体質（表面化しない限り改善しようとしな）
1	2008	男性	内科	主治医制
1	2012	男性	内科	主治医制、担当医制が強いため病状の説明や急変時の対応に時間を取られます。緊急入院を取る場合には収集する情報が非常に多くなります。その状況で、診療行為とカルテの一致作業（行った手技やカテなどの記録記載、何故その検査やオーダーを出したのか）、紹介状の作成や返事、各種保険や書類の作成はとも日勤帯だけでは終わりません。
1	2013	男性	内科	主治医制度、医師不足
1	2013	男性	内科	人員不足
1	2013	男性	内科	人手不足
1	2010	男性	内科	人手不足、医師は24時間365日働くものだと信じているベテラン医師、コメディカル、患者の存在。医師の長時間労働を黙認している国の方針。
1	2014	男性	内科	人手不足、書類仕事が多い、なんだかんだ長時間労働を嫌がっていない
1	2008	男性	内科	人手不足、責任の分散ができない病棟業務
1	2013	女性	内科	仕事が多い。オンコールも当直も多い。それ以外でも呼ばれる。
1	2016	男性	内科	仕事が終わらなくて帰れない、仕事以外の発表や勉強などの時間が必要、必ずしも必要でない仕事や拘束時間が存在する
1	2015	女性	内科	仕事量が多い、病院のシステムが非効率的
1	2016	男性	内科	仕事量が多いのもさることながら、勤務時間が終わっていても帰れない雰囲気の影響がとても強いと感じます。
1	2016	男性	内科	働くことに苦痛を感じていない
1	2016	女性	内科	労働時間
1	2016	男性	内科	労働時間そのものを管理する体制がない。当直制度など明らかな違反行為が無視されている。医者のみが行える業務とそうでない事務仕事が混在している。
1	2012	男性	内科	勤務多忙 医師不足
1	2008	女性	内科	医局による労働強制 臨床医として働かない医師の仕事が立場の弱い医師に集中している 患者からの勤務時間外の病状説明要求 医療の不確実性を理解しない患者や家族からの圧力 当直と夜勤の差異を雇用主は認識しているにも関わらず意図的に無視している 完全主治医制を病院として撤廃しない事 初期研修医は守られているが後期研修医は、食べ物にされている
1	2014	女性	内科	医師 患者の理解
1	2011	女性	内科	医師という職業上、自分の都合や時間よりも、患者の利益が優先されるという考えが自分の行動基準の優先だとして高いため
1	2016	男性	内科	医師の地域的な偏在 診療科の偏り オーバーワークを前提とした人員配置

1	2012	男性	内科	医師の絶対数が少ない、状況への理解が少ないあるいはそれが普通と誤ってしまっている、主治医制、当直や土日の当番勤務
1	2014	男性	内科	医師不足、体制の設備不足、初期研修の優遇化に伴う後期研修の負担増加、看護師との勤務体系の相違
1	2009	男性	内科	医師数が不足している。 都市部中心地に複数の救急病院が集中するなど医師の適切な配置ができていない。 病院の収入が少なく労働基準法に定められた賃金が支払えないので、本来は夜勤であるのに当直扱いとしている。
1	2010	男性	内科	医療以外の業務、緊急の対応
1	2012	男性	内科	医療界の悪しき風習である若手は未熟である上、仕事で勉強しているんだから給料をもらえるようになっただけでもありがたいと思えといった考えが重要なポストについている医師のほとんどが思っているため
1	2011	男性	内科	古い医局制度
1	2012	男性	内科	名ばかり当直(救急時間外労働)とその後の連続勤務、休日のオンコール(無給)
1	2013	男性	内科	大学病院の不条理なシステム
1	2008	男性	内科	学業との両立が必要なため
1	2010	男性	内科	当直、外勤など
1	2015	男性	内科	当直・オンコールの多さと当直翌日の通常勤務。主治医制
1	2008	男性	内科	応召義務があり、仕事をする時間を限定できない。
1	2012	男性	内科	患者さんの数が多い。患者さんの要求が多い。医師でなくてもできる仕事を医師がやっている。電話で済むこともわざわざ病院に出向いてやらないといけないことになっている。医師一人一人の専門性が高く専門外の対応があまりにもできなくなっている。管理職が現場に出ない。
1	2013	男性	内科	担当患者の多さ、緊急入院の多さ
1	2011	男性	内科	救急病院の病棟担当医であり9-5時にできない
1	2015	女性	内科	日勤に加えて、当直が1-3次救急の救急外来での休めない勤務がそもそも組まれているため あと回せる人がいない
1	2015	男性	内科	日勤後の当直業務・医師の金銭感覚の欠如
1	2016	男性	内科	昔ながらの慣習 応召義務 患者側の過剰要求 シフト制導入遅延 主治医という制度、概念 上級医のオーバーワーク 無駄の多い書類記入 業務と自己研鑽の境界不明瞭さ
1	2014	男性	内科	時間外の拘束時間が長く、時間外労働100時間/月超えが常態化している。
1	2016	女性	内科	時間外手当をつけることを嫌がられる、勉強だからという理由で帰りにくい、上司が帰らない、患者から医師は24時間対応してくれるだろうと期待される(ICなどは週末にできないことが理解されない)、医師でなくてもできる業務(雑務)が多すぎる、地域の理解が進んでおらず救急外来に来院する必要のない患者の受診が多すぎる
1	2010	男性	内科	業務が多すぎるため。
1	2014	男性	内科	業務を他人に任せる概念がない。当直明けも通常勤務であり配慮がない。

1	2014	女性	内科	毎日検査や業務が時間内に終わらない 土日も無休で回診 担当患者対応は時間外でも担当医が無休で行う 患者やその家族がICなど時間外でもすることを当然と思っている 管理職も患者満足度のため患者側からの要望に応えることをよとしてしている
1	2016	女性	内科	環境、上司、古い考え方など
1	2014	男性	内科	病院全体の軍隊のような足並み揃える風潮 患者の理不尽な要求
1	2016	男性	内科	研修医は時間外手当がついていないにも関わらず超過労働が多い。また当直明けも帰れず、少なくとも定時終わりまでは仕事をしている。普通職であれば給与がでるような自己研鑽の時間も身を削ってしている。
1	2014	男性	内科	科でお互いをフォローしていない
1	2012	男性	内科	緊急呼び出しが多い、時間外にICを希望する家族が多い、時間外でも担当医の対応をするルールになっている、土日も職場に行かなくては行けない、自身の研究のために時間外に仕事をする必要がある、当直業務や土日当番がある。職場は時間外の報酬を基本的に出さないために時間外勤務を抑制するインセンティブがない。
1	2015	女性	内科	職場が長時間働くのが当たり前の雰囲気がある。
1	2008	男性	内科	職場の無理解、人手不足
1	2012	男性	内科	職場の雰囲気
1	2009	男性	内科	過去に勤務した地域基幹病院では純粹に人手不足。仮に超過勤務となっても、呼ばれば病院に行かないわけにはいかない。自分が拒否すれば他の医師にしわ寄せが行き、結局崩壊する可能性が高い。ただ、自分自身に限定すればとにかくがむしゃらに働いて早く一人前になりたかった。別に辛くはなかったし楽しかったです。50歳まで同じ働き方を続けられるかと言われたら厳しいですが。あとは無駄な書類が多すぎる。1/10に減らすか書類書いてくれる医療事務を充足させて欲しい。
1	2008	男性	内科	遵守していたら仕事にならない。
1	2014	男性	内科	長時間労働が当然だという雰囲気(看護師も含めて)
1	2016	男性	脳神経外科	どこまでを労働というかが曖昧。学会参加、発表、カンファの準備、新しい知識の勉強を労働とみなすのは違和感もある。また上司が10分でできることを若手が1時間かかる。その差は労働か？勉強か？難しい問題だと思う
1	2016	男性	脳神経外科	人手不足
1	2012	男性	脳神経外科	仕事量が多い
1	2014	女性	脳神経外科	完全なオンコール制ではない(上司に気を使い出勤の必要あり。時間での引き継ぎが困難。) 休み扱いとはいえ、オンコール待機が月の半分以上。
1	2015	男性	泌尿器科	いわゆる雑用(入退院時の必要書類の作成等、医師が行う必要がないであろう仕事)が多い。
1	2016	男性	病理	上司、職場の雰囲気
1	2019	女性	病理	業務の多さ、雑用の多さ、人手不足
1	2017	男性	病理	病院側、特にローテートする科の体制、"空気"
1	2010	男性	放射線科	周りが帰らない
1	2016	女性	放射線科	所属施設内の雰囲気や規定
1	2016	男性	放射線科	残業代は出ない、宿直として当てられている仕事がなかなか眠れず、翌日も平常勤務など
1	2014	男性	放射線科	行う医療に対し、人が不足している ほとんどの大学病院で医師の時間外手当も出ず、労働基準法が守られていないことを患者は知らず夜中に医師が来るのを当然と思っている人が多い

1	2009	女性	麻酔科	マンパワー不足
1	2009	男性	麻酔科	マンパワー不足、業務過多
1	2013	女性	麻酔科	上司・上級医師の認識不足・経験、人手不足、気合いとプライドで乗り切るとなんとなくみんな思っている雰囲気がある、病院としてのシステム全体として労働時間のカウント記録がない(タイムレコードが存在しない)
1	2011	女性	麻酔科	勤務先の理解がない、人手が足りず働かないといけない状況である
1	2008	男性	麻酔科	医師の時間外労働が当たり前になっている雰囲気。看護師は定時で帰るのに、夜中に平気で医師に電話してくる。それから、医師の数が少なすぎる。診療所とか、医院とか作りすぎて、そちらに医師がとられる。医師会も終わっている。開業医の権利ばかりを主張する。
1	2011	男性	麻酔科	同調圧力
1	2013	男性	麻酔科	形式上、書式上は「遵守できている」と病院は謳っていますが、科によっては時間外を減らして計上しているところも複数あります。基本的には医師不足が根本にあり、その状況下にもかかわらず「断らない救急」「手術枠に空きを作らない」といった経営サイドの方針が現実にはマッチしていないことは指摘せざるを得ないと考えます。
1	2012	男性	麻酔科	遵守できない勤務体系でないと現状の仕事をこなせない。職場の医療職、事務職、患者を含めて、医師は時間外労働が当然との認識があること。各種手続きの電子化や医療安全、病院機能評価、新専門医制度などで事務的な仕事量が増加し続けていること
2	2008	女性	その他	責任感や休日手術の見学をして勉強しなくてはという思いで、残業や休日出勤が多く法定の休みが取れない。
2	2014	女性	リハビリテーション科	時間内では仕事量が多く効率化を図っても回しきれない。時間外よひま
2	2010	女性	救急科	シフト制であるにも関わらず、サービス残業が当たり前前の風潮が残っている。子育て世代が時間通りの勤務になると尻拭いが増える。
2	2010	男性	救急科	タスクベースで考えると回せない。いくら工夫しても
2	2010	男性	救急科	人手不足
2	2008	男性	救急科	仕事量と義務感からの残業
2	2016	女性	救急科	医師の人数不足、長時間労働への慣れと諦め
2	2017	男性	救急科	研修という勉強させていただいているという身分、空気感
2	2015	男性	形成外科	病院のシステム
2	2012	女性	産婦人科	そもそも、その時間内で終わる仕事量ではない。つまり、限られた人数であるということ、さらに、医師でなくてもできる仕事をうまく分離できていないため、本当に医師が行うべきことが埋没し、労働時間は延長していく。
2	2012	男性	産婦人科	科の特殊性
2	2008	男性	小児科	事務仕事
2	2009	男性	小児科	働き手が足りない
2	2016	女性	小児科	守るように言う人がいない。
2	2009	女性	小児科	時間内に仕事は終わらず、休みの日も出勤する必要があるから
2	2012	男性	小児科	診療以外の事務的な仕事(レセプトなど)が多いこと、当直や拘束時間が長いこと
2	2017	男性	整形外科	医師を聖職として捉え、残業などするのが当たり前としている。 患者や市民から、身を粉にして働けという圧力がある 医師になるまでの努力と無関係に、医師は稼げるという風に見られている(だったら、勉強して医師を目指したらい、と言いたくなる)
2	2015	男性	整形外科	残業や長時間労働を当然とする空気。
2	2015	女性	精神科	初期研修の頃は自由に告発できる可能性もあるが、医局に入ってしまうと、業務内容が規制違反であっても告発することは非常に難しい。
2	2016	女性	精神科	医師集約化不足、事務作業の多さ

2	2009	男性	精神科	当直
2	2022	男性	精神科	空気(雰囲気)
2	2012	女性	総合診療科	3人で訪問診療患者対応のための24時間対応自宅待機当番をまわしていること
2	2012	女性	総合診療科	カンファレンスや回診の集合時間が時間外であり、残らざるを得ない。 通常業務のみでも病棟の仕事を時間内に終わらせるのが困難にもかかわらずそれに追加して半必修の勉強会が多いから。
2	2011	男性	総合診療科	以前勤務していた職場では通常の労働時間で既にオーバーしていた上、定時で終わる業務量ではなく、過大な時間外労働を強いられた。しかも、それに対する時間外給与などに支払いは一切なかった。
2	2010	男性	総合診療科	医師という仕事の性質 病院の経営環境の悪化 院内業務の分担
2	2009	男性	総合診療科	医師という職業の特殊性
2	2013	男性	総合診療科	地域医療現場にいるが、医療だけでなく介護保険業務などすべて医師が行う必要がある。またパソコン管理など、インフラネットの管理者も医師がしているため。
2	2012	男性	総合診療科	当直回数が少なくても、当番・裏当番での拘束が多い
2	2011	男性	総合診療科	業務量が時間内に収まるものではない。それを、若手医師では、研修中であるという理由や、習熟度が低く要領の悪いという理由で片付けられてしまう。 実際に診療している時間以外（会議、書類仕事、後進育成など）は、そもそも業務として認められていない（時間外を申請できない）、少なくともそういう雰囲気がある。 当直明けも通常勤務である。休日の日当直、待機、出張に対して代休がない。出張は勤務時間としてカウントされていない（支給されるのは交通費のみ）。
2	2014	男性	総合診療科	研修・臨床いずれも短時間だと怠慢だと思われるため。 若手医師が上級医（特に管理職）より短い労働時間だと許されない、という風土が一般に存在しているため。
2	2008	男性	総合診療科	雇用者の法令遵守コンプライアンス不良 タイムカードを使用しない勤怠管理システム 遅くまで残っている方が、まじめ・勉強熱心であると、認められがちな風土 効率を度外視して、残業している方が評価されやすい風土 早く帰る人が、評価されない制度・風土 雇用者も医学生も研修医も、そもそも法律を学ぶ場がない（法律を理解していない）
2	2009	男性	内科	与えられた仕事を全うするためには時間が足りない
2	2014	女性	内科	主治医制、仕事と自己の勉強の線引きが難しい
2	2010	男性	内科	主治医制、医師不足
2	2009	女性	内科	主治医制。夜間休日であっても急変時の対応は、当直医から自分に連絡が入る。
2	2017	男性	内科	人が少ない、チーム制でなく主治医制
2	2013	男性	内科	人手不足
2	2016	男性	内科	初期研修医の勤務時間に関して病院で管理されておらず、時間外労働の有無はほぼ把握されておりません。日本の医師の働き方の体質や応召義務との兼ね合い等原因はあると考えられますが、初期研修は決まった期間のローテーションで今後の医師人生で学ぶことのできない専門科以外の知識を実臨床で学ぶことのできる最後のチャンスでもありますのでなるべく多くの時間で多くの症例を経験したいという気持ちも遵守できない原因の1つであると考えています。私個人として反省材料であるとは考えています。
2	2010	男性	内科	地方では圧倒的に人員が不足している
2	2012	男性	内科	実際の労働時間が把握されていないため

2	2015	女性	内科	年功序列の仕事量、受け持ち患者数、雑用の多さ
2	2017	男性	内科	建前上月45時間とはなっていて、帰ることも出来るが結局上級医にしわ寄せが行くだけ
2	2012	男性	内科	当直あけでも結局自分が主治医の患者の対応をしないとイケない。
2	2014	男性	内科	当直時間が実質夜勤となっていることがあるため
2	2013	男性	内科	応酬義務、研修中
2	2015	男性	内科	書類業務の多さ
2	2017	女性	内科	研修医なので、勤務と自己研鑽の境界が曖昧であるため。
2	2008	男性	内科	院内の雰囲気
2	2012	男性	麻酔科	まわりの空気、病院の救急システム（断らない）
2	2008	女性	麻酔科	医師不足、地域格差
2	2017	女性	麻酔科	土日出勤、当直が多いため
2	2014	女性	麻酔科	当直して当たり前、残業して当たり前、オンコールが当たり前という雰囲気。
2	2014	女性	麻酔科	業務に当たる医師の数が少ないこと。 現在救急医療に携わっているが、救急患者を一定数以上受け入れると入院患者に関する日常業務が滞り、余計に人手が足りなくなる。それを考慮してシフトを組めるほどの人数がいいため、当直明けの医師が日常業務を行い、通常勤務の医師が救急対応を行うこととなり、残業が多くなる。救急医療の必要性は十分に理解しているが、それを充実させるためには多くの人員が必要であることを強く感じる。 また、医師でなくてもできる業務が多いことも挙げられるが、当院に関していえば本来であれば医療事務などができる仕事の多くを看護師がやっているためその分のしわ寄せが医師にきていていると考えている。
2	2012	女性	麻酔科	病院にいるのが好き
3	2008	男性	その他	専門性、職業形態(開業、勤務医)、地域の配分不均衡
3	2009	男性	その他	公務員は規定外の取扱のため
3	2014	男性	その他	遵守したところで何か実益があるとは思えない
3	2008	男性	外科	主治医に対する、患者、看護師、他医師の要望。
3	2016	男性	外科	職場の空気、トップの意識次第など。罰則の有無等の周知不足。
3	2010	女性	救急科	医局の古い体質
3	2011	男性	救急科	患者側因子(急変など)によって自身の労働時間が左右されるため
3	2012	女性	産婦人科	人出不足
3	2014	女性	産婦人科	当直できる医師数が少ない
3	2011	男性	小児科	医師不足 診療報酬の低下 管理者および医師自身のコンプライアンス
3	2009	女性	整形外科	医師不足。 長年の慣習。
3	2017	女性	精神科	オンコール、主治医担当医制
3	2012	女性	総合診療科	オンコール業務、翌日の日常業務はすべてこなさざるを得ない
3	2014	男性	総合診療科	書類整理などの残務が多々あるため
3	2015	女性	内科	人手不足と予算不足
3	2009	男性	内科	入院患者数を制御できない立場、研修医の指導なども含めると仕事量が増える

3	2013	男性	内科	医師が少ないから
3	2012	男性	内科	守らないといけないという意識
3	2017	男性	内科	最近の研修医は甘やかされているという信条の上級医
3	2013	男性	内科	業務量が多岐に渡っており書類仕事を含めて勤務時間内には終了しない
3	2011	男性	内科	現在は大学院で基本はバイトで収入を賄っている状態 守っていると研究はできない
3	2013	男性	麻酔科	時間内に仕事が終わらない。 診療科の特性上、他科に合わせざるを得ない。 緊急手術麻酔は断らず、全身麻酔症例は全例麻酔科が対応する。 時間外は若手が残される傾向にある。
4	2010	男性	その他	業務プロセスの整理がされておらず、作業効率が低い
4	2013	女性	リハビリテーション科	法令遵守が必要という認識がそもそも現場にはかけているため
4	2016	女性	外科	マンパワーが足りない
4	2008	男性	小児科	そもそもが長時間労働することを前提とされた人員配置。人手不足。日本の病院のほとんどで医師のシフト制が導入されていないこと。当直明けもそのまま勤務しなくては いけない病院事情。上司より早く帰宅することに対して未だに自らには罪悪感を感じたり、周囲からは悪評価につながる精神。長時間労働をしていることが素晴らしいこと のように語られる文化。
4	2011	男性	精神科	医師のバイトによる多施設での就業
4	2011	男性	精神科	総合病院であっても基本は主治医制であり、急変時は対応に馳せるのが当然とされる風潮のため
4	2013	女性	総合診療科	時間内に終わるはずのない業務内容
4	2013	女性	内科	同じ科の医師数が少ない 緊急対応が必要な疾患が多い 専門性が高くほかの科に任せられない
4	2008	男性	内科	基礎研究に従事しているため。
4	2010	男性	内科	当直という勤務体系が実質は、連続時間外労働である点。労基に入られてから、当直ができなくなって良くも悪くも時間外労働は減った。収入も減ったので非常勤勤務が増えた。
4	2011	女性	内科	患者さんの予期せぬ急変、上司への体裁、無理な勤務予定、医師不足
4	2012	女性	内科	患者側の需要に対して供給する労働力が少ない。サービス業の側面、リスク管理なども含めてやるが多すぎる。
4	2009	男性	内科	救急受診、人手不足の際に全体の仕事量を減らすことを考えない管理者
4	2011	男性	内科	検査結果や手技、急患などの時間外労働をやむなくされる職業的特徴。 一方で時間ヘルズな医者が多い。 夜勤、待機制度
4	2012	男性	放射線科	時間外勤務の規定・運用が曖昧
5	2014	男性	その他	業務量過剰、人手不足、上司の無理解、同僚の無理解
5	2010	女性	産婦人科	以前は遵守できない病院に勤めていた。大学病院に所属していた時には業務の無駄が多すぎたし、研修医や医師は数も多く病院ヒエラルキーのなかで底辺に位置していたので 医療以外の雑務も含めて何でも行っていたし、当直代は非常に安くて当直明けは書類上帰宅していることになっていたが普通に勤務していた。診療科や地域の偏在は良く言わ れるが、市中病院と大学病院での資金的な報酬の偏在についてももっと知られるようになってほしい。研究日に研究できずバイトで日銭を稼いでいるようでは衰退していくば かり。

5	2008	女性	小児科	医師の絶対数の不足、医師の偏在、科による医師数の偏在、患者の医療ニーズレベルの上昇、若手の場合の勤務と研修の線引きの曖昧さ、他業種との分業化が進んでいないなど
5	2015	男性	内科	日本の勤務体系

医師が「労働時間の上限」や「労使協定(36協定)」を守るべきか否かとその理由

1: 守らなくてよい 5: 守ったほうがよい	卒業年度(卒業 予定年度)	性別	主な診療科(志望 する診療科)	(上記の設問の答えを受けて)どうしてそう思いますか？
1	2013	女性	内科	純粋に仕事量が多いのは事実だと思うので、それを認めるべきなのでは。また緊急患者対応など、予期せぬ処置が入ることも多く、完全に時間で区切ることは難しい。また研修中の身なので自分の担当患者でなくても処置の見学や介助に入るので病院にいる時間がどんどん増えてしまうが、そのような時間は自己研鑽でもあり純粋に労働とは言えないと考えているし、逆に時間を規制されて自分の技術が向上する機会を奪われてしまうことの方が嫌だと感じる。ただ、このような考え方自体が良くないのかもしれないと思うこともある。が、今は好きなだけ仕事をさせて欲しいと思う。
1	2016	男性	内科	働きたい人が働けば良い。
1	2016	男性	総合診療科	好きでやっているから
1	2017	男性	整形外科	現実的に不可能であるから、その代わりに報酬をきちんと与えるべきである。薄給で若手をこき使う病院が多い中、全く反省せずに医師の働き方は特殊である、など御託を並べるのは笑止千万。
1	2021	女性	産婦人科	医師は患者のためになることを精一杯やる職業人。会社員ではないのだから、労働時間が決められていても、時間外でも仕事というより自分がやるべきこと・やれるべきことをするべき、と考えているし。私自身そうするつもりである！
1	2010	男性	救急科	そもそも労働は自由だと思う
1	2015	女性	救急科	患者は急変の可能性が常にあり、医師しかできない業務が多いため、上限を設定しても結局守れない。上限を設定することが、逆にサービス残業につながるため、上限は設定しないでほしい。そのかわり、十分な残業代がほしい。
1	2010	男性	救急科	若手が働かなくなれば、誰がその分を働くのですか？ 上限を設けると他に蹴寄せがいくだけです。医師の仕事を他職種で分担するなど仕事量の軽減を考えずに若手の勤務時間だけを制限するのは医療崩壊につながります。
1	2008	男性	救急科	診療に継続性がある方が治療に有利である。また、救急医は勤務中であっても緊急患者が来ていない時間帯は十分な休息をとることが出来る。
1	2008	男性	救急科	提供できる医療の質の維持が出来ない。
1	2023	男性	外科	医師は命に関わる仕事だから。
1	2013	男性	外科	応召義務との関連。あるいは、必ずしも遵守できないこと、過重労働になることが苦痛ではなく必要悪と考える。あるいは、それに耐えられないのであれば転科を考えるべき。
1	2016	男性	外科	患者急変や急患に対応するためには交代で勤務にあたって労働時間の上限を守れないから。
1	2016	男性	外科	普通に働いてたら超えます
1	2017	男性	その他	殺されたくないから。
2	2012	女性	麻酔科	患者の希望
2	2019	女性	病理	守るとできることが限られ、患者の死亡率の上昇や満足度の低下に直結すると考えられるため
2	2016	女性	皮膚科	医師という職の特殊性
2	2008	男性	内科	ワークライフバランスを訴える医師に限ってろくなのがない。
2	2023	女性	内科	医師も1人の人間であるので、労働時間に上限を設けることは必要だと思うが、患者さんに何かあったとき、労働時間制限により対応できない、となったら助けることができないから。
2	2009	男性	内科	医療の質の担保のためには定められた時間では足りないと感じるため
2	2015	男性	内科	外科等のマンパワーを要する科の人員数が増えない限り現実的には達成できない
2	2017	男性	内科	時間がないのは仕方ないので、時間外手当が付きさえすればよい
2	2017	女性	内科	時間外勤務により得られるスキルもあるたも時間外もやむを得ない。しかし時間外を正当に評価し時間外手当を支給して欲しい
2	2018	女性	内科	昔と今では情勢が異なるが、医師の働き方も現在の情勢に合わせるなら、なんらかの対策をする必要があると思うから。
2	2009	男性	総合診療科	現在の医師供給状況や診療科の偏在を考慮すると現実的ではないため

2	2010	男性	総合診療科	持続可能な医療を作るためには医師が持続可能な働き方であるべき 医師の過労や長時間労働が患者の安全を脅かす
2	2013	男性	総合診療科	若手の間は、経験をたくさん積まなければ良い医者にはなれない可能性が高いから。
2	2014	男性	総合診療科	労働時間に上限を認めた場合、医師不足の地域では地域住民が害をこうむることもつながるため、多少の犠牲は仕方ないと思われる。
2	2018	男性	精神科	個人が決めること
2	2017	女性	整形外科	そういう職業だから
2	2011	男性	整形外科	そもそも医師も社会インフラの一種と考えているため、多少の労働時間の延長は仕方ないものである。過去の諸先輩の労働環境と比較すると現時点でもかなり改善していると思われる。
2	2016	男性	整形外科	職業の性質上

病院に居てこそ、症例が拾える面もあり、
また、未熟な医師が触らせてもらえる場面は夜中の人手不足の時間帯に多く訪れる面もあり。
若手に限れば、一概に長時間労働を敵視できるものでもないと感じる。

医師は技能さえあれば、自ら働き方を選べる職業だと思うので、
若いうちがむしゃらに医学に打ち込み、技を磨き、必要とされる人材となることで、
ライフステージが変わった時(出産、介護など)の、選択肢の自由を広げられると思う。
医師としての能力さえあれば、医局に縛られずとも、自分でリクルートできる。家族に手がかかる時には、働き方もセーブすればよい。

2	2009	女性	整形外科	ただ、初期研修を、オンとオフしっかり区別する病院で受けた経験から言うと、これはかなり大切なことである。 当直の回数は月8日、他にオンコールもあったが、何も無い日にガラガラと病院にいる医師は皆無であったので、当然のように私も当直日以外は18時には帰路についた。 皆、生き生きと働いていた。 全体的な働き方は36協定をカケラも守っているとは言えないハードなものであったが、 オフを完全オフとして過ごす環境は、若いうちから整えた方がよいと考える。 現状、難しいが、 少なくともひと世代下の医師の頃には、努力する医師で、謙虚な態度が前提ではあるが、 それぞれの家庭の環境に、職場が柔軟に対応できる、という状態を実現できる時が来なければならないと考える。
---	------	----	------	---

2	2008	男性	小児科	医師が労働基準法を厳密に守って働くのでは、医療体制を維持できないと思うから。
2	2011	男性	小児科	医師数が充足していない現状では、守った場合に医療が崩壊するため。充足してくれば守るべき。
2	2011	女性	小児科	現場と合致せず、実現不可能な場面もあるため
2	2010	男性	小児科	重症疾患の患者を診ていく上で、完全なシフト制は難しい。
2	2012	男性	小児科	当直や拘束時間などを考慮すると労働時間遵守は無理
2	2017	女性	小児科	不可能
2	2022	女性	産婦人科	上限を超えても患者が求めるなら働くべきだと思うから。 労使協定をきっちり守ったら、時間外労働の件費で病院が潰れます。 労働時間をきっちり守ったら当直が回らなくなります。 守りたいけど、理想と現状がかけ離れすぎていて、現実的でないと考えます。
2	2022	男性	形成外科	能動的に働いている限り、苦痛よりメリットのほうが大きく、阻害する必要もないと考えました。
2	2022	男性	救急科	医療と労働がイコールでは繋がりたい。

2	2010	男性	救急科	患者、病院が困る
2	2020	男性	その他	高度な専門職であり頭数が少ない以上、少しなら逸脱するのはやむを得ないのでは。
2	2016	男性	その他	1日8時間という制約の中だと、どうしても9時から勤務開始、17時に勤務終了となってしまふ。患者の適切な管理や手技習得に向けてその時間では足りない。また、9時に出勤していたのでは手術の開始時刻にすら間に合わない。
3	2021	男性	皮膚科	患者が生命の危機に瀕している時、終業時間ですと帰宅することは出来ない。
3	2016	男性	脳神経外科	完全な順守は非現実的。上に答えたようにどこまでが仕事か難しいから
3	2014	女性	内科	ある程度仕方ない部分があるが、改善すべき。体力がないばかりに働かない人や家族の関係で働かない医師を減らして、みんなで働けば労働時間は減ると思う。
3	2018	女性	内科	トレーニングだから。教育にかける時間が減りそうだから。
3	2011	男性	内科	やむを得ない特殊性も加味すべきではないかと思われる。 ただ改善できる点も多い。
3	2019	男性	内科	医療の質が落ちるのなら別の問題。
3	2011	男性	内科	基本は守るべきだが、何よりの問題は残業の申請が多くなるの大病院や救急病院で22時以降のみ申請ができないこと そもそも論として正当な労働には正当な報酬を算定するのが抜けてる
3	2012	男性	内科	基本的には ●残業代がきちんと出る ●過労死しない 上記、最低限のラインが守られていれば良いかなと思っています。 あとはワガママを言うとなると学会や研究会の参加の場合には日勤帯でも病棟を離れやすい体制になると嬉しいです。
3	2017	女性	内科	急変や救急症例がある一方、仕事が極めて落ち着いている時間帯もあって予測が難しく、一般企業のように一定のルールで1年間働き続けるのは不可能。過労を防ぐことは必要だが、ほかの職種と同じルールをそのまま当てはめるには無理がある。
3	2013	男性	内科	緊急入院などに対して時間がかかってしまうのはある程度仕方がない。遵守するのが無理なのであれば、時間外の制限を設けるのではなくそれに対して相応の対価を払われるべきである。
3	2009	男性	内科	個人的には内科医に関しては3-5年目くらいは、主治医としての責任感や覚悟を養う最も大切な期間だと思います。チーム制、週末当番制は確かに責任、負担を分散させ疲労感を減らしますが、逆に主治医観のない責任感の乏しい若手が増えるリスクを孕んでいると思っています。 もちろん、精神的肉体的限界を迎える前に救済できるシステムは必須だと思いますが早く一人前になりたい、仕事に没頭したい若手が逆に働けなくなってしまうシステムはベストとは思えません。
3	2011	女性	内科	守れるような労働環境が望ましいが、今まで自分が働いてきた労働環境から考えると、現実的な運用がマンパワーや一人当たりの労働内容からは難しいと考えるため
3	2013	男性	内科	人数が少ないのだから、仕方ないと考えている部分もある。しかしいまは何とかなっていても今後の保証はなく、不安はある。
3	2014	男性	内科	長時間働けばいいわけではないとわかってはいるが、労働と学習の境界が曖昧で、自分のスキルアップのために病院に長時間いる要素も否定はできない。
3	2011	男性	総合診療科	いま自分が働いている地域の医師数と医療ニーズを考えると、医師の負担軽減を尽くしても、労働時間が超過することはやむを得ないと思う。 労働時間を守ることを優先させると、サービス残業が増えるだけに思う。
3	2011	女性	総合診療科	いわゆる僻地で病棟を守っている小病院では当直のバイトを確保できず常勤医が時間外を担当せざるを得ない現状はある。時間外労働に上限を設け医師を守るのは大事だが、そればかりでは病院を守れない現状がある。実行できる代替案がないのに無理やり理想だけを求めても難しいと考える。
3	2011	男性	総合診療科	どこまでが勤務でどこからが研修か、どこまでが必要生じた残業でどこからが自身の能力不足で生じた残業か、わかりにくい。ため。
3	2009	男性	総合診療科	医師数を十分に確保し、労働者としての権利を確保した上で患者さんの安全も守れるなら良いが、理想論だろう。医療職の利他主義は根底にあると思われ、ある程度身を削っても患者さんのために動くのが当然という考えが、医療者側にも患者側にもあると思う。
3	2020	女性	総合診療科	権利は持つべきではあるが、禁止などの規制はしなくてもよいと思う
3	2020	男性	総合診療科	守った方がよいと思うが杓子定規になっても意味がない
3	2008	男性	総合診療科	守って仕事が成り立つとは思えないため
3	2014	男性	総合診療科	状況によるため一律にはできない

3	2020	女性	総合診療科	人の命を生業とするからには、一般的な職業とは違い、臨機応変な対応が求められます。ある程度の範囲までは、労働時間の超過は仕方がないと思います。
3	2009	男性	総合診療科	勉強時間も含めて労働だと考えると、若手医師のうちはどうしても労働が長くなるし、勉強しないといけな時期はどうしても多い。医学生時代も毎日長く勉強（労働）していたと考えると、それと同等のものはあってもおかしくない。純粋な臨床勤務時間と勉強時間ははっきり切り離せない
3	2009	男性	精神科	現実人員が確保できない。
3	2012	女性	整形外科	命は予定通りにいかない
3	2011	男性	小児科	現時点の医療制度、医師がこのような考え方にすぐに馴染んでいけるものではない。 また、本当に導入されると医師数が少ない場所で医療制度が崩壊する可能性が生じる気がします。
3	2010	女性	小児科	自分の生活が成り立たないが、患者の治療も必要
3	2014	男性	耳鼻咽喉科	一般の職業とは違うのである程度は許容されべき。ただし大学病院での対価が低すぎるのはおかしい。
3	2012	女性	産婦人科	守ったとしても、自分の診療科はやむを得ない事由に含まれている場合が多く、それにより遵守して今の状況となりが変わるかわからないから。
3	2019	女性	産婦人科	守ったほうが働き手のQOLは上がるが医療の質は落ちることになるかもしれないから
3	2011	男性	救急科	自己研鑽と業務の教会が曖昧なため。自己研鑽を制限する必要はない。雑務による長時間労働は解消されるべき。
3	2012	男性	救急科	十分な資金や人的資源が得られるのであれば、話が違うと思います。
3	2015	男性	救急科	遵守した方が良いが、現実的には難しいから
3	2015	男性	救急科	適度な休みも効率化を考えると必要
3	2013	男性	外科	医師が労働者であるのなら守るべき。
3	2016	女性	外科	患者の状態によっては、上限を超えるのもやむおえないから
3	2011	女性	外科	休みは欲しいが信用できない医師に不在時の対応を任せるのも不安 事実上は日常業務+雑用が過多で勤務時間を減らすのは困難だと思う。 患者対応が疎かになるくらいなら働くのは仕方ない
3	2016	女性	外科	守れる部分と守れない部分があるため
3	2014	男性	外科	疲労が重なると正確な判断や治療が行えなくなるので
3	2014	女性	リハビリテーション科	守るに越したことはないが、緊急の呼び出しを考慮すると現実的には難しいと思う。
4	2022	男性	未定	働く人はどのような職業であっても労働時間はきちんと定めるべきと思うから。
4	2015	女性	麻酔科	お金をもらってそのぶん働けば良いという考えや仕事が趣味というDrもいらっやると思うけれど、個人としては休暇を持つことにより豊かな人生を歩むことができるようになれば良いと考えている。
4	2012	男性	麻酔科	パフォーマンスが保てない
4	2013	男性	麻酔科	医師自体が人間であり、質の担保の観点でも過剰労働は避けるべきであるため
4	2009	女性	麻酔科	仕事の性質上、時に長時間労働となるのはやむを得ないが、原則守られるべきだし守られるように改革していかなければならない
4	2013	男性	麻酔科	守れるなら守るべきではあるが、現実的ではない。 現状の勤務形態に不満はそこまでない。
4	2011	男性	麻酔科	夜勤、当直明けのパフォーマンスの低下を実感するため
4	2016	男性	放射線科	過剰な労働量は明らかに仕事の質に影響を与え、患者に不利益をもたらす
4	2010	男性	放射線科	健康が第一だから
4	2017	男性	病理	医師も労働者であるため。ただし仕事に打ち込みたい人は打ち込める環境も必要かと考える。
4	2017	女性	泌尿器科	過重労働で医療事故が起きた場合、最も不利益を被るのは患者さんであるため。
4	2020	男性	脳神経外科	もしそうでないなら他国に比べ残業まみれの日本の医療が欧米に負けているはずがないから。 米国でも80時間ルールを導入したからといって外科医の質が下がったとは一般的に言われていない。
4	2008	男性	内科	ある程度は逸脱せざるをえないと思う
4	2013	女性	内科	いつまでもこの働き方は続けられない。

4	2008	男性	内科	ほかの職種に比べて、時間を削っているから
4	2023	男性	内科	医師は患者さんを助けるのが目的であるが、これからの超高齢化社会の中で現在の若手の長時間労働に頼る医療体制のままでは、結果的に患者さんを助けることができなくなってしまうと考えるため。「患者さんのため」という言葉で片付けるにはあまりにも問題は大きい。
4	2015	女性	内科	医師も職業の1つであり、患者となりうる人と同じ人間であるから。 仕事量の多さ、現状の睡眠時間等を考慮すると、規制を強めて欲しい一方、命に関わる仕事ではあり、100%は所謂、サラリーマン、オフィスレディーとは異なることも理解して、自分で選んだ道であるため、4を着けました。
4	2010	男性	内科	医師も同じ人間
4	2012	女性	内科	医師も労働者であり、医療の質を保つためにも重要であると考えられるため。
4	2012	男性	内科	医師も労働者であり、患者と医師の安全の観点からも健康が守られるべきであるから
4	2009	男性	内科	医師も労働者なので、会社員程度には守ったほうが良い
4	2022	女性	内科	医師が完全に他の職業と同じようにワークライフバランスを追求するのは今の日本では現実的に難しいと考えるから。たた、厳しい制限を医療現場に適用することで仕事の効率が向上する可能性はあると考えられる。
4	2012	男性	内科	医療ミスにつながる可能性がある。
4	2013	女性	内科	家庭との両立が大変。若さでなんとかやれているが、これでは子育てしながらの女性医師は常勤は続けられない
4	2012	男性	内科	過労を防ぐため本来は望ましいが、実質的には手術等で抜けられないこともあり、労働時間の規定は難しいと思われる。
4	2013	男性	内科	過労死するかもしれないから
4	2014	男性	内科	業務内容が一般職種と異なるため、完全に時間制で分けられない。主治医制、など。
4	2010	男性	内科	今のペースで長期間働くことは不可能と思えるから。
4	2009	女性	内科	仕事のミスが増えたり、夫が子供と関わる時間が少ないから。
4	2013	男性	内科	自分が健康でないと患者を健康にすることはできないと思うので
4	2016	男性	内科	自分の健康より大切なものはないから。研修も大切だが、やる気のあるひとは自主的に頑張れば良い。無駄な時間は減らして効率よく研修すればよい。
4	2012	男性	内科	若い頃は良いが長続きはしないと思う。
4	2008	男性	内科	守ったほうが良いと思うがそもそも医師数そのものが足りないと思う
4	2010	女性	内科	十分な休息をしない状態ではミスが増える。家族への負担がかかる。
4	2010	男性	内科	昔は24時間、患者さんのために自分を犠牲にすることが正しいと思っていました。長時間労働で積んだ経験が役立っていることは事実ですが、それでは肉体的にも精神的にも持ちません。ある程度制度で線を引いていただきたいです。
4	2013	男性	内科	超過労働による効率低下やミスの増加、医師のバーンアウトの懸念があるため
4	2010	男性	内科	当直は過剰な時間外労働であるという当たり前の感覚を医師も持ったほうが良いと思う。
4	2014	女性	内科	疲弊して判断力低下や手技のミスを誘発するため
4	2016	男性	内科	本来は決められた労働時間で仕事をこなすというのが仕事の質が最も向上と考えていますが、医療資源の問題を考えると規定を守れる環境は都市部や有名病院等一部のロールモデル的な医療機関でしか実現しないのではないかと考えます。
4	2015	女性	内科	労働時間が長い同僚が休職したり、長いといわれている病院に就職した同級生が自殺しているから。
4	2015	男性	内科	労働者であるため
4	2012	女性	総合診療科	ある程度は休息をとらなければ医者自身も体調を崩しかねない。崩さないにしてもミスが増えるから。
4	2012	女性	総合診療科	ある程度負担が強い仕事なのは理解しているが、診療の質、自分の健康を守る程度にしてほしい
4	2008	男性	総合診療科	医師にとって健康被害がでる可能性が高い、今後継続可能な医療体制ができない
4	2021	女性	総合診療科	医師の診療の質の低下を防ぐため
4	2009	男性	総合診療科	医師もワーカホリックといえど人間である。医学生時代に自分より体力のある同級生や先輩を見てきたが、全員あのようににはなれない
4	2015	男性	総合診療科	医師も家族をもつ1人のひとであるから。自分を大事にできない人が患者さんを大事にし続けるのは難しいと思うから。
4	2014	男性	総合診療科	患者への最適な医療の提供のため
4	2014	男性	総合診療科	継続性、安全性の問題から。

4	2011	女性	総合診療科	研修、自己研鑽のための時間が十分に確保される必要がある（それを労働時間に含めるべきという意見もあるが）
4	2019	男性	総合診療科	若いうちに出来る限りスキルを身に付けたい
4	2020	男性	総合診療科	長時間労働は、もっと働きたい/学びたい、あるいはもっとお金を稼ぎたい人のオプションになるべき。自らが選べる労働環境が健全だと思う。
4	2010	男性	総合診療科	命を守るため
4	2018	男性	総合診療科	労働時間などに関して無理すること、ルールを守らないことは、結果的に医療の質を下げることになると思う。
4	2011	男性	精神科	タスクを減量し、心に余裕を持って仕事ができないと、患者さんと向き合うことができない
4	2017	女性	精神科	医師も人間なので。
4	2010	男性	精神科	集中力やパフォーマンスを保ち、質の高い医療行為を行うため
4	2018	男性	精神科	上限を設けない場合、目標の設定がしづらく、労働生産性についての議論がしにくい。さらに、労働生産性についての議論がしにくいと、それが業務の効率化についての議論のしにくさにつながり、さらなる業務の非効率化を招く遠因となりうるため。
4	2016	女性	精神科	人間らしく生きるために必要
4	2022	男性	精神科	特に睡眠の質、量をしっかり確保することで集中力低下による医療ミスが減ると考えられるから。
4	2014	男性	整形外科	医師は職種の一つであってボランティア精神に頼って成り立つものではないものとするから 忙しい医師はいつか事故を起こす。そういう頑張っている医師を守るためにも体制を整えるべき。
4	2011	男性	整形外科	働いていない医師を働かせるべき。 無能な年配の医師が多すぎる。 働かずに無能ならば給与を減らすべき
4	2008	女性	小児科	医師にもいろいろな種類の人種がいるため、さまざまな様式の働き方が必要。以前のように良心や義務感に頼ったスタイル・超過勤務は当然というスタンスでは、おそらくこれから卒業するであろう世代には通用しない。少なくとも、後期を含む研修医時代とその後の中堅時代との差別化や徐々に労働（研修）時間を減らして休暇を確保できるだけの人員やシステム作りが必要。開業医と勤務医の待遇の差を埋める努力も必要。医師会の理事のみがトップに立ち医師の労働環境を論議することでは改善は見込めないと思われる。日々の業務に追われている若手や中堅からどれだけ現状と今後の案を抽出できるかにも左右されるのでは。自分自身も8年勤務医としてほぼ休みなく働きバーンアウトして非常勤となって過ごし、似た境遇の同世代も多く見受けられるので、少しでも改善されることを願う。国民の医療に対する意識にも関係する問題であり改善には相当な時間がかかると思われるが、医師だけでなく働き方自体を見直す時期にあるのだと思う。なかなか改善されないだろうという諦めも込めて4を選択した。
4	2021	女性	小児科	医師も一人の労働者である、という認識がないために世間の要求が過剰になり、医師を体力的・精神的に追い詰めていると思うため。
4	2014	女性	小児科	医師も人間。過重勤務はミスにも繋がる。患者の意識の変革も必要。
4	2008	男性	小児科	人として
4	2023	男性	小児科	疲れると技術が低下するため
4	2019	男性	小児科	疲労を少なくすることでより質の高い医療を提供できるため
4	2019	男性	小児科	疲労を少なくすることでより質の高い医療を提供できるため
4	2013	男性	小児科	普段の診療以外の勉強やブラベートな時間が確保できない
4	2013	女性	小児科	負担が多ければ、見逃すことやミスに繋がる。すべてを守ることは不可能な仕事だが土日の負担の軽減などで守れる部分はあるはず。
4	2017	男性	小児科	法律だから、医師は重要な資源だから
4	2011	男性	耳鼻咽喉科	労働者の権利と社会が求める責任とで乖離があり、システムだけの問題ではなく社会の意識変容を要する問題であるため、実施の困難性から1ポイント譲歩したもの
4	2018	男性	産婦人科	志望科が忙しいから選択できない、というのは非常に残念なことだと思います。本人が働きたい志望科で働ける、という当たり前のことをシステムがサポートできればと考えます。ただ、どうしても緊急だったり呼び出しだったりはあるかと思うので、4としました。
4	2015	女性	形成外科	忙しいと質が落ちる。やる気も起こらなくなる。余裕がなくなる。でも、経験値を上げるためにはある程度の症例をこなす必要があり、それはつまり時間を費やすこととイコールになり、矛盾になる。それに、病棟を人任せにすると責任感が薄いなどと思われるため休日でもなかなか休めない、病院から患者のことで電話がかかってきたら夜間休日関係なく対応せざるを得ない。今のままで制度だけできて上限を決めても、おそらくそれに関係なく働かざるを得ない。

4	2010	女性	救急科	・疲労の蓄積がとれない ・ただ居残だけがえらい、頑張っているという風潮がおかしいと思うから
4	2023	女性	救急科	医師も人間であるから どんな職業の者にも幸福追求権は否定できず、ある程度の生活の質は保証されるべきだから 医師の生活の質を保つことで、貴重な人材資源を失うことや提供される医療のクオリティを高く維持するため
4	2014	女性	救急科	過労死する
4	2013	女性	救急科	今の自分の働き方では人間らしい生活ができず長続きしないと思うので、ある程度の労働時間の上限があつて欲しいと思うから
4	2013	男性	救急科	守った場合に医師業務が回らなくなるという構造的な問題があり、まずはそちらを解決する必要があるかと考えています。
4	2014	男性	救急科	守った方がいいし、そのしくみを作らないと若手医師が疲弊していくから
4	2013	女性	救急科	守った方が良いとは思いますが、実際に守ると自身の能力、提供する医療の現状維持すらままならない
4	2014	男性	救急科	職務上休めない時があるのはある程度仕方がないが、見あった対価が必要
4	2019	女性	救急科	人間である以上どんな職業だろうと労働時間の条件に大きな差があつては人間生活に支障をきたすと思うから。
4	2010	男性	救急科	体力には限界があるから、私生活の時間が削られるから
4	2010	女性	救急科	無駄な仕事が多いから、システムを考え直すいい機会
4	2016	女性	外科	医師も労働者で人間だから。
4	2016	女性	外科	一部の人への負担が大きくなってしまう
4	2013	女性	外科	過労と睡眠不足で仕事の効率落ちるから。クオリティが下がると人の生死にかかわってしまう。安全管理上もある程度の上限は必要。 また、自己研鑽の時間が欲しい。
4	2013	女性	外科	人間らしい生活ができない
4	2020	男性	リハビリテーション科	パフォーマンスが下がるから。
4	2008	女性	その他	医師も人間であり、身体や精神が壊れてしまう。
4	2014	男性	その他	勤務医も労働者であるから
4	2009	男性	その他	前提条件は「労働者」に該当する医師。その前提で、労働者のための基本的な条件は、職種によらず設定されるべき。 オンオフははっきりつけたほうがいい しかし、準夜勤、夜勤みたいにブツブツ切れると、運営が難しくなる可能性はある。人手・人件費もかかる
4	2012	女性	その他	守ったほうがもちろん良いが、医師の応召義務があることや担当患者の急変時のことを考えると完全には難しいかと思う。
5	2013	男性	麻酔科	(個人的にこの区分や論法は好きではありませんが) 聖職者であるとしても、医師も人間です。
5	2014	女性	麻酔科	1人への負担が増える。その人がつぶれてしまうと職場が余計にひっ迫した状況になる
5	2008	男性	麻酔科	医師も労働者。夜中に働いて、次の日にクオリティの高い医療を普通に提供できるわけがないを
5	2011	男性	麻酔科	医療の将来的破綻
5	2018	男性	麻酔科	医療資源(医師)を守ることが持続可能な社会に必要なだと考えるため。
5	2017	女性	麻酔科	残業が多いときは患者さんに余裕を持って接することができない
5	2012	男性	麻酔科	仕事外の時間も、オンコールや自己研鑽に多くの時間が割かれ、仕事以外の時間が取れないため。他職種と比較したら異常な状況だと思う
5	2013	女性	麻酔科	長時間労働することで確実に判断力や手技の精度が低下し患者の不利益につながる
5	2017	男性	麻酔科	当たり前だろ
5	2008	女性	麻酔科	当たり前のことなので、違反していること現状放置自体が、病院や厚生労働省にとって、法律違反になるのではないかな？
5	2014	女性	麻酔科	当直明けで勤務するとどうしてもミスが増えるため。当直明けではミスしても大きな影響のない業務を選択的に受け持つようにしているが、そういったover workを避けるほうがミスや事故が減ると思う。
5	2011	女性	麻酔科	労働者であることは医師であっても変わらないため
5	2009	男性	麻酔科	労働者として当然

5	2012	男性	放射線科	いわゆる自己研鑽や研究は業務と切り分けるべき。
5	2014	男性	放射線科	医師も人間であるため。
5	2020	男性	放射線科	医師も労働者であるから守らない理由がない
5	2021	男性	放射線科	過労は貴重な人材の死や労働意欲減退を招き、医療過誤を起こしかねないため
5	2017	男性	病理	医師は開業しない限り給料を受け取る側だから
5	2020	女性	病理	医師も労働者であるから
5	2016	男性	病理	今の働き方では無理がある。
5	2020	女性	皮膚科	医師もボランティアではなく労働であることに変わらないから。仕事とプライベートの割合を一定に保てると良いと思う。
5	2010	男性	皮膚科	割に合わない
5	2019	女性	皮膚科	他人の生命を預かるからこそ、十分な休息を取ることは権利であり義務でもあると思うので
5	2015	男性	泌尿器科	医師は寝ないで働いてなんぼ、という感覚は明らかに時代錯誤である。
5	2020	女性	泌尿器科	医師も労働者であり、人間だから
5	2016	男性	脳神経外科	医者だって人間だ
5	2020	男性	脳神経外科	医者も人間であり、ひとりの労働者だから 医者はもっと給料をもらっていいと思います
5	2012	男性	脳神経外科	精神的肉体的負担
5	2014	女性	脳神経外科	責任ある仕事として、価値を認めてほしい。(現状は、多くの病院で給料には上限が設定されており、労働すればするほど、ボランティアとなる。) 医師の偏りを軽減するには、前科での労働時間の上限設定が必要。
5	2019	男性	内科	24時間病院が機能しなくてはいけないのは納得できる、しかし、看護師などでは交代勤務を実行できている以上、医師も同様のシステムがあってもよい
5	2014	男性	内科	きちんと手当が払えるならまだしも現状の報酬水準では、労働量に見合っていない。労働以外の面でも成長できる余地がある。
5	2008	男性	内科	このままではバーンアウト必至の状態であるため
5	2012	男性	内科	バーンアウトしてしまう。研究や家庭内での役割に対応出来ない
5	2008	女性	内科	バーンアウトする医師を身近に見てきた。本人の責任だけではなくと断言できる。
5	2017	女性	内科	ひとりの人間であることは職業により不変
5	2010	男性	内科	みんながながく働き続けるためには、倒れる人を出さないことが重要だから。
5	2018	男性	内科	より質の高い医療を患者さんに提供するため。
5	2014	男性	内科	リスクマネジメントと、中長期的な医療の質の担保のため。
5	2011	男性	内科	ワークライフバランス、男女共同参画社会の実現のため
5	2008	男性	内科	ワークライフバランスのため。
5	2009	男性	内科	医師であっても労働者であることに変わりはないで。
5	2009	女性	内科	医師である自分の他にも、自分自身として、他の役割として(母・妻・子・誰かの友人など)生きる時間が必要だと思うから。
5	2016	男性	内科	医師であろうがなかろうが、人としての生活の質は担保されなければならない。 過剰な自己犠牲の上に成り立ってきた従来の医師の働き方を是とせず、個々に無理なく全体として医療の質を担保できる体制づくりは急務である。
5	2008	男性	内科	医師とて人間。労働者。父親。夫。
5	2021	男性	内科	医師の健康を守るため。 医師の不健康により医療の質が低下すると、患者にも不利益があるため。
5	2021	男性	内科	医師の酷使は最終的に国民全体の不利益につながると思うから。
5	2010	男性	内科	医師の自己犠牲に任せたこの勤務形態は正すべきだと思うから。
5	2019	男性	内科	医師の善意に依存した環境が異常だと考えるから
5	2008	男性	内科	医師の労働力が限られていることを前提に法整備がされていないと考え、まず個々の医師が自分の仕事を線引きしたうえで、国が必要な制度を整えていくべき

5	2020	男性	内科	医師は神でなく労働者であるからして根性論や精神論で働くのは廃すべき。
5	2009	男性	内科	医師は特別な職業ではなく、ただのサラリーを得る仕事であるから
5	2019	女性	内科	医師もQOLを追求する権利はあるから。
5	2013	男性	内科	医師も家庭の生活を大事にすべき
5	2016	男性	内科	医師も人間であり、労働に歯止めをかけなくて良いというのは本来おかしい。
5	2014	男性	内科	医師も労働者であり、労働力の酷使は非人道的で許容されない。
5	2015	男性	内科	医師も労働者であるから。
5	2011	男性	内科	医者も労働者であり自分のQOLが患者のケアの質につながる
5	2014	男性	内科	医療安全の観点から集中力維持のため休養も重要
5	2012	男性	内科	応召義務があるとしても医師も一人の人間であり、他の職種の方と平等にしてもらいたい。
5	2012	男性	内科	家庭に向き合う時間も必要、ドロップアウトを防ぐ
5	2012	男性	内科	過労死しそうだから
5	2011	男性	内科	患者の安全管理のため
5	2019	男性	内科	休まないと継続してよい仕事ができないから。
5	2016	男性	内科	勤務医は雇われている労働者であり、労働環境を守ることが安定した労働につながり、結果として医師不足の解消に貢献すると思われるから。
5	2014	男性	内科	勤務医は労働者であり人であるため
5	2009	男性	内科	勤務医は労働者であるから。それ以上の議論は不要であろう。
5	2012	男性	内科	勤務医は労働者であるため。無制限の時間外勤務をすることにより集中力が低下して診療クオリティは結果的に下がる。 勤務時間が長いと疲労がたまり医療の質が落ちる
5	2016	女性	内科	自己勉強の時間がない 医師の私生活にそそぐ時間がない
5	2015	男性	内科	勤務内容の質があがるから
5	2012	女性	内科	継続性を考えると守った方が良いと思う
5	2018	女性	内科	健康に悪影響と断言できるような勤務体制で働く医師を身近に見ているため、また過労による医療ミス防止につながると考えるため
5	2016	男性	内科	現に救急科などでほとんど完全二交代制を行なっている業務に差し支えなくできている病院もある。
5	2012	男性	内科	現場の疲弊
5	2017	男性	内科	公共性の強い職業とはいえ、いち労働者としての定めは守るべきと思う。守ることで労働環境を適正化し、医師自身の健康はもちろん、医療に対して高い集中力を持って業務が行えることで、患者にも貢献できると思う。
5	2017	男性	内科	仕事に人生を捧げたい人はそうすればよい。しかし、多様な働き方が認められるべきで定時で帰りたい人がいてもよい。
5	2016	女性	内科	自殺やうつ病発症率が有意に高いから、休みがないと正常な判断が下せないから
5	2020	女性	内科	守る、となってもおそらく上限を超えた労働がある日は存在するだろうから、ないよりはあった方がまし。
5	2010	女性	内科	初期研修医で1人目を出産し、皮膚科後期研修中に2人目を出産し、それを契機に退職しました。大病院の医局では、大学院に進学しなければ当直免除や時短が許されませんでした。家に帰れなくなりますので、臨床を続けたかったのですが、諦めざるを得ませんでした。もちろん気遣いは大切ですが、勤務環境が改善されれば、どのような立場の方からも理解が得られ、皆んなが働きやすくなるのでは無いでしょうか。
5	2013	男性	内科	上記の制度は仕事時間の制限により休息を確保し、疲労による労働者の健康破綻や仕事自体のミスを防ぐ狙いがあるためと理解しており、同様のことが医師にも当てはまるため。
5	2017	男性	内科	職業人として当然
5	2010	男性	内科	身体的、精神的衛生のため
5	2009	男性	内科	人生の時間は貴重だから
5	2008	男性	内科	睡眠や余暇の不足は医療の質や向上の妨げになるから

5	2018	女性	内科	睡眠時間や休暇を確保できないと作業効率が落ち患者さんにも不利益になってしまう。またしっかりと時間外手当も出すべき。結婚や子育てもしにくくなってしまふ。
5	2015	女性	内科	睡眠不足で医療行為をすることが、ミスを誘発しそうで、恐ろしい
5	2015	女性	内科	体力には限界があるから。命を預かる責任感の有無と、不眠不休で働くことができるかどうかは別問題。
5	2012	女性	内科	長時間勤務がミスにつながるから
5	2012	男性	内科	長時間残業、特に明らかに睡眠時間が制限され続ける場合、明らかにミスが増え、そのミスをカバーするためにさらに残業しなくてはならなくなるため。
5	2011	女性	内科	長時間労働により仕事のクオリティが下がるから
5	2015	女性	内科	長時間労働により集中力が落ち、ミスが増えると思うから
5	2018	男性	内科	長時間労働は人間の思考を奪うから。医師が思考できなくなれば患者が死ぬ。
5	2018	男性	内科	長時間労働を美德とする上の世代が元凶
5	2015	男性	内科	当然の権利であり守れるに越したことはない考えるから
5	2015	男性	内科	当直後の手術や患者の診察に悪影響があり、患者のためにならないから
5	2015	男性	内科	当直明けの判断力低下や自分自身の疲労・体調不良があるのは明らか。自分のためにも、患者のためにも休養は必要。
5	2014	女性	内科	妊活中だが自分が病院に行けない
5	2009	女性	内科	判断力が落ちて危険だから。
5	2012	女性	内科	疲れてくると正常な判断力が鈍り事故につながりかねない。また、働きすぎてドロップアウトしてしまう人もおり、そうすると余計に他人への負担が増えて悪循環になる。
5	2014	男性	内科	疲弊して辞めてしまう方がいる
5	2016	女性	内科	疲弊するから
5	2013	女性	内科	疲労した状態では判断力が低下するから
5	2018	女性	内科	疲労の蓄積や、メリハリのない生活は診療の質を落とすと考えるため。多くの患者や医療従事者とコミュニケーションをとり、多くの検査や治療を適切に提供するためには誰もが万全の状態勤務するべきだと思う。 また、いずれ家庭を持つ一個人として、仕事以外の時間も豊かに過ごしたいと考えるため。給与は下がってもいいので、仕事で疲れるばかりの人生にはしたくない。
5	2018	男性	内科	被用者として当然の権利であり雇用者の義務である
5	2018	女性	内科	明らかに疲弊している中で医療を行うのは危険
5	2012	男性	内科	労働時間が増えれば、診療の質が下がるため
5	2008	男性	内科	労働者だから
5	2021	女性	内科	労働者という立場はほかの職業と同じであるから
5	2017	男性	内科	労働上限がある、残業はよくないという前提の下で残業、連勤をするのはある程度仕方がないと思う。連続勤務、減私奉公を当然のこととして重圧をかけてくる上級医の意思の変容が必要なため。
5	2015	男性	総合診療科	うつやバーンアウトにより、医師数が減り、残された医師の仕事量が増え、よりうつやバーンアウトが加速するネガティブフィードバックがおき、日本の医療が確実に崩壊するから。
5	2020	女性	総合診療科	どこかで当たり前のように無理をすべきだという風習を断ち切らないと、世間から医学界はますます隔離されてしまうと感じるから。
5	2012	男性	総合診療科	バーンアウトを防ぐには制度上の制限が必要と思うから
5	2013	男性	総合診療科	プライベートの時間確保
5	2009	男性	総合診療科	ほとんどの医師は労働者であり、同じ人間だから。
5	2013	女性	総合診療科	医師だけが特例として長時間労働を強制されるのは、おかしいと思うので。
5	2018	男性	総合診療科	医師である前に人間であるから。 オーバーワークは仕事の精度を下げるから。
5	2008	男性	総合診療科	医師ならびに医療職に上限がないのは不自然

5	2016	男性	総合診療科	医師にも家庭があり、人間的な生き方ができる余裕があるべき。
5	2012	男性	総合診療科	医師の生活の質が保たれている上ではじめて患者に質の高い医療を展開できるから。
5	2019	女性	総合診療科	医師は聖職である以前に労働者であるから。
5	2021	男性	総合診療科	医師も人間。ヒポクラテスの誓いに則っているのかもしれないしその心構えは大切だが、それで医師が疲弊していいという理由にはならない。
5	2008	女性	総合診療科	医師も人間だし、かんじょうろうどでバーンアウトする確率が高いから
5	2020	女性	総合診療科	医師も人間であり、ベストな医療を提供するためには適切な労働時間が重要である。疲れが溜まったいる中では、ミスが起こる確率も高まる。
5	2018	女性	総合診療科	医師も他の労働者と変わらず扱われるべきだから。
5	2019	男性	総合診療科	医師も労働者であり、遵守した上で医療も経営も成り立つと思うから
5	2013	男性	総合診療科	医師も労働者であるため
5	2012	男性	総合診療科	応召義務とは別に、医師もハイ・パフォーマンスを維持すべき労働者なので。
5	2008	男性	総合診療科	患者のためにも医師という人間のためにもルールはあるべき。
5	2010	男性	総合診療科	患者を診る以前に医師の健康は必要条件であるし、医療安全の面からも守った方が良いと思うから。
5	2011	男性	総合診療科	基本的人権は守られるべきが第一義。 これに続いて ・状況から長時間がやむを得ないにしても対価は支払われるべき ・患者の安全 が挙がる
5	2013	女性	総合診療科	雇用される側の医師が36協定を守るというより、雇用する側が人員を確保したり、業務内容を調整したりして36協定から逸脱しないようにすべきと考えます。
5	2021	男性	総合診療科	自殺や抑うつ状態に陥る医師が多いことには、十分な休養がとれてないことが多いというのは勿論、医療過誤のリスクも上昇してしまうため。
5	2011	男性	総合診療科	実際に法定をはるかに超えた労働時間を経験したため、身の危険を感じ、今年度転職することになった。体調不良も経験して未だに引きずっているの、上限は守るべき。
5	2019	男性	総合診療科	守った方がよい、というよりも、法律で定められていることなのだから守らなければなりません。 また、月300時間の残業時間を36協定で定めている病院もあるという報道がなされていました。上限規制や36協定が意味をなしていない病院があることを忘れてはならない のだろうと思います。
5	2008	男性	総合診療科	生活の質が仕事（診療）の質につながると考えているため
5	2011	男性	総合診療科	疲れが取れないため
5	2013	男性	総合診療科	労働時間に対する考え方は医師と医師以外で差をつけるべきではないから。
5	2010	男性	総合診療科	労働者であり仕事以外の生活を持つ人間であるから。
5	2008	男性	総合診療科	労働者の権利だから 上限を設けたくないと言っている人たちは、基本的に雇用者や管理者・開設者の集団だから
5	2018	男性	精神科	40年,50年と長期で働くことを考えたときに、自分の体が資本であるため、無理をしいるべきではない
5	2012	男性	精神科	ブルーワーカーだから
5	2011	男性	精神科	医師こそきちんと残業規制し、診療に集中すべき。患者の立場に立って考えれば当然。
5	2020	男性	精神科	医師も一労働者であり、労働基準法を遵守するものであり、また職務内容が高度で神経を使うものであり十分な休息をとらないと医療ミスが高くなるわけで、労働環境の整備が必要である。
5	2015	女性	精神科	協定の存在がなければ、仕事に100%の時間を投資できる、最適化できる人が基準となってしまう、多くの人をinclusionすることができなくなってしまい結果的に効率が低下すると思うから。
5	2018	男性	精神科	勤務医は労働者である
5	2018	男性	精神科	善意で成り立つシステムは時代遅れ。現行の“男性的”長時間労働では女性医師が働かない。
5	2015	男性	精神科	長時間労働を是正しないと医療ミスが連発し、患者に不利益となる。医療者患者ともに健康を害する。
5	2009	男性	精神科	労働者だから

5	2015	男性	精神科	労働者だから
5	2011	男性	整形外科	なぜ医師だけ24時間対応しないといけないのか
5	2017	男性	整形外科	医師が命を扱う聖職だから身を粉にして働いてほしいと言う人がいるがむしろ、命に関わる仕事なのだからミスを防ぐためにも、看護師同様にシフト制を検討すべきでは？
5	2016	男性	整形外科	医師のQOLの向上、それに伴う医療の質の改善
5	2016	男性	整形外科	医師も社会人の一人だから
5	2018	男性	整形外科	医師も労働者
5	2017	男性	整形外科	勤務医であれば労働に関連する法律の対象者であるのは自明
5	2014	男性	整形外科	当直明けだろうが手術が長びこつが働き続けているから。
5	2015	男性	整形外科	理由が生じる問題ではない
5	2013	男性	整形外科	労働者であるから。
5	2018	男性	小児科	マンパワーが足りなければ、それは、病院側が対処すべきだから
5	2018	男性	小児科	医師は間違いなく労働者であるため。自身の健康と患者の健康を交換するのが医師の役割ではない。それを強いる経営は経営として間違っていると思うため。
5	2010	男性	小児科	医師も一人の人間、気持ちや正義感だけではやっていけない。人命は尊いという意見があるなら、たとえば産婦人科など昼夜関係なく当直明けも普通に勤務させるような激務なら、それなりの報酬（残業代のみならず、別の手当）を与えるべき。でないと、よほど使命感に燃える人でなければ、他の科で残業なし、年収2000万、週休2日などで生活している医師に比べて「なんて馬鹿げた生活を送っているんだ」となってしまうだろう。
5	2017	女性	小児科	医師も一人の人間であり、家族がいるから。
5	2008	男性	小児科	医師も人間であり、長時間労働により疲労が蓄積し正しい判断ができなくなる恐れがある。パイロットなど大勢の人の命を預かる職業は、休養も仕事の一部とみなされており、我々医師も、外来をすれば一日に何十人の命や健康にかかわる判断をしているのであるから、本来であれば十分な休養を取ってしかるべきと思うから。
5	2009	男性	小児科	医師も労働時間に上限があると、一般の人にも理解してもらおうことで救急受診を控えるなどの行動変容を促したい
5	2019	女性	小児科	医者も労働者だから、体調を崩したら元も子もないから。
5	2009	女性	小児科	一人当たりの負担が大きすぎる、そうしないと回らない状況がある。子持ちの女医が増えて、時間外に制限が出てきているが、それで周りの負担を増やさないようにするには人を増やすしかない。
5	2009	男性	小児科	過労死しかねないから
5	2018	女性	小児科	患者の命を預かるからこそ、ミスがないように、十分な休息が取れるシステムにして、仕事中はダラダラせず集中するようにすべきだと思います。欧米ができてるなら日本もできるはずです。長時間＝功労、は違うと思います。
5	2017	男性	小児科	逆に医師だけ特別扱いする理由が全くない。
5	2016	女性	小児科	上の先生を見ていると過労死しそうで心配だし、自分もそうなるのかと思うと辛いです。
5	2014	女性	小児科	精神的にも身体的にも限界が来るから。
5	2008	女性	小児科	精神的に病んできているため
5	2021	男性	小児科	他の職業と同じく、仕事としての医療活動だから。
5	2017	女性	小児科	長時間労働では家庭生活、結婚活動、自分の心身の健康に支障が出てしまう。その支障により元氣よく働けなくなり、患者さんにも悪影響だから。
5	2016	男性	小児科	当然のこと
5	2011	男性	小児科	法で定められており自明
5	2019	女性	耳鼻咽喉科	勤務医の大部分は実質的に労働者であると思うため。
5	2017	男性	耳鼻咽喉科	人間なので
5	2013	男性	耳鼻咽喉科	労働者だから
5	2023	男性	産婦人科	そもそも医師だけが特別に過重労働を許されるわけがなく、現状を看過できない。

5	2014	男性	産婦人科	ライフワークバランスを保ちたいため
5	2021	女性	産婦人科	医師も一人の人間であり、一つの職業として医師になっているから。聖職と考えて特別視して働いて当たり前という考えはよくない。また、現在の勤務状態では、医師をやめてしまう人が出てより現状が悪化する。
5	2020	男性	産婦人科	医師も人間であり、十分な睡眠と休養は必要だと思う。確かに医療技術の習得や自己研鑽は必要だが、それらを労働時間と認めるべき。患者さんも寝ない医師に診察・治療されたくないと思う。
5	2012	女性	産婦人科	医師も人間であるから
5	2020	女性	産婦人科	医師も人間であるから
5	2017	男性	産婦人科	医師も労働者であることに変わりはないから。
5	2015	女性	産婦人科	医療ミスにつながるから。
5	2010	女性	産婦人科	今までも過労自殺や燃え尽き・ドロップアウトは沢山あった。米国などでもドロップアウトを防ぐ方がコストにも優れているという報告は多い。過労による単純なミスを減らすためにも、医療安全を謳うなら労働規制はするべき。パイロットと同じ。
5	2014	女性	産婦人科	産婦人科医は過酷な労働環境である
5	2015	女性	産婦人科	十分な睡眠時間を確保できないとヒューマンエラーが起こると思いますし、また劣悪な労働環境では医師の自殺も増えると思うから。
5	2019	女性	産婦人科	上限を設けないと無理して働きすぎてしまい、結果的に医師本人にも患者さんにも良くない状況を招きかねないから。
5	2008	女性	産婦人科	耐えられなくて辞める人が多い。今のままの生活をこれ以上できる気がしない。また、辞めた人たちの中にも、もう少し時間の融通がきけば、常勤で働きたいと思っているの人が多い。命を削って死ぬほど働くかバイト生活になるかの2択しかないのはたがいに不幸。
5	2017	女性	産婦人科	超過労働に伴う判断力低下等が患者にも不利益があるとのおもうため
5	2011	女性	産婦人科	労働時間が長くなると判断ミスなどを生じるため
5	2015	女性	形成外科	きちんと休まないとパフォーマンスが落ちているのに気づきもできなくなるから
5	2018	女性	形成外科	医師が健康でなければ、患者さんを健康にはできないから
5	2014	男性	形成外科	医師も人間であり、家族があり、社会的な生活を営んでいる。医師個人の努力に頼るのではなく、社会として、システムとして人間的な生活が営めるようにしなければ、いつか医療は崩壊する(もう崩壊している?)
5	2015	男性	形成外科	医師も人間であり労働者だから
5	2010	男性	形成外科	医師も労働者であるため
5	2017	女性	形成外科	休めない圧力を感じるから
5	2018	男性	形成外科	疲労がたまっているとミスが増える
5	2013	男性	救急科	あえて「守らない」理由がない。
5	2016	女性	救急科	ミスが増える、ミスが人命に関わる、自身の心身の健康に悪影響がある、自分の人生は仕事だけのためにあるわけではないため
5	2011	男性	救急科	医師だけが医療職の中で例外というのは理由にならない。もし例外というのであれば、時間外におきたすべての医療ミスは免責であるべき。また時間外手当だけでなく、「当直」という実質的には夜勤の正当な対価も払われるべきである。
5	2013	男性	救急科	医師の心身の健康を守るのに当然だと思う
5	2018	男性	救急科	医師の働き方を見直すことがこれからの医療のあり方を考え直すことにつながると思うので。
5	2009	男性	救急科	医師は家庭を犠牲にし過ぎている。
5	2011	男性	救急科	医師は特別な仕事であり、社会に貢献すべきであるが、医師も人間であるから
5	2018	男性	救急科	医師は労働者である
5	2022	男性	救急科	医師も仕事以外の面で充実した生活を送りたいから
5	2016	男性	救急科	医師も人である。ミスも起こりやすくなる。
5	2010	男性	救急科	医師も人間なので+工夫すれば、必ず達成できるから
5	2015	男性	救急科	医師も人間らしく生きるべき時代となったから。
5	2013	女性	救急科	医者も人間なので
5	2009	男性	救急科	家族関係の構築、精神衛生の問題、診療の質の確保

5	2020	男性	救急科	過剰労働により仕事の効率が落ち医療事故などにつながるため
5	2019	女性	救急科	仕事のパフォーマンスが命に関わるから。
5	2018	男性	救急科	真面目で優秀で仕事熱心な人間が、年間100人前後も自死、過労死で失われる現状は異常だから。
5	2013	男性	救急科	人身御供の時代ではない。私生活が充実できてこそ仕事の質は上がる。
5	2010	男性	救急科	体、心の健康のため
5	2008	男性	救急科	提供する医療の品質を一定以上に保つため
5	2014	男性	救急科	労働者のため
5	2020	男性	眼科	医師は自分にとっては突き詰めて職業に過ぎない。自分のQOL、いわんや体調を崩してまで働くことは異常。医師の社会的責任もなんとなくは理解しているものの過労働を是とは思わない。
5	2017	男性	眼科	医師も人間であるから。
5	2018	男性	眼科	自分が患者なら、寝不足で判断力の低下した医師から治療を受けたくない。 そういう状態で下された判断に基づく診療は危険。 また、医師も労働者であるのだから労使協定や労働者の権利が当然適用されるべき。 長時間労働を好む一部の医師が他の医師にそれを強要することを防ぐためには法的拘束力が必要。
5	2013	男性	眼科	疲弊するのみで医療の質が下がる。タイムカード等用いて適切に勤務時間と時間外手当を確保すべきである。
5	2018	男性	外科	いずれ人手不足が出てくる
5	2018	女性	外科	だらだらと仕事をする習慣を制度によって是正すべき。
5	2018	男性	外科	医師も1人の人間であり、適切な労働環境や仕事以外のプライベートも大切だと思うから。
5	2016	男性	外科	医師も労働者であり、各個人の家庭及びQOLも一般企業の会社員と同じく保証されるべき。
5	2008	男性	外科	医療は専門性の高い職種であり、サービス業ではない。
5	2015	男性	外科	過労による仕事集中力の低下が著しいと考えるから
5	2015	男性	外科	健康のため
5	2010	男性	外科	人間として当然だと思う。医師だけが長時間労働を許可される理由が見つからない。医師だから長時間働いても病気になるのか？医師はそれほどスーパーマンなのか？医師だってうつ病になるし、医師だって心筋梗塞になる。長時間働いて不整脈持ちの医師を何人も知っている。
5	2018	女性	外科	長時間労働は医療ミスにつながるから。
5	2012	男性	リハビリテーション科	あまりにも労働条件が悪い
5	2019	女性	リハビリテーション科	医師も人間だから 医師に求められるサービスが増えているのにそれを安価に搾取しているからせめて労働条件の面からだけでも医師を守ってほしい
5	2013	女性	リハビリテーション科	医師も他職業に就く人と同じ人間であり、特別に頑丈であるわけではないため
5	2018	女性	その他	医師も労働者だと思うから。
5	2021	男性	その他	休みが欲しい。働くだけが人生ではない。
5	2017	男性	その他	医師は労働者であることは明白であるから。
5	2018	男性	その他	医師も労働者だから。ミスが増えるから。
5	2010	男性	その他	医師も労働者であり、特別視する理由がないから
5	2008	男性	その他	制度を永續させるため、診療の質を担保するため
5	2010	女性	その他	応招義務は勤務時間のみ有効と考えるから
5	2021	男性	その他	基礎研究、あるいは臨床研究との両立をしようと思うと、あまり予想外のコールや時間外労働はできない。将来の医療を考えれば、臨床というよりも研究に割く時間も重要だから。
5	2016	女性	その他	命に関わる仕事とはいえ、人権の格差が14日と思うため

5	2019	男性	その他	医者は別に神でもないし、奉仕者でもない。自営業の開業医の人が長々と診療するのは勝手だが、労働をして報酬を得ている勤務医は特に労働者として扱われるべきだと考える。
5	2012	女性	その他	若手の医師の多くは雇用される立場にあるから
5	2019	男性	その他	労働時間の上限を超えた状態が慢性化しているということは、本来望ましくない労働環境の改善努力がなされていないことを意味し、持続可能性がないと考えるため。
5	2014	男性	その他	長時間労働による健康影響は明らか。
5	2011	男性	その他	医者も人間だから
5	2009	男性	その他	労働環境が悪ければ悪いほど、提供できる医療の質は下がると考える。
5	2008	男性	その他	医師も人だから
5	2012	男性	その他	医師も労働者だから
5	2014	男性	その他	医師とは聖職では無く単なる職業でしかないため。

長時間労働の上限規制にあたり、質問項目の他に必要であると考える対策や懸念事項

卒業年度(卒業予定年度)	性別	主な診療科(志望する診療科)	記載
2008	男性	外科	時間外労働に対しては、時間制限なく給与を与える。時間外労働をさせない環境。
2008	男性	救急科	医師の診療の質。診療能力の著しい低い医師をどうするか。
2008	女性	小児科	古い医局体制（特に臨床研修開始以前に医師になった先生方）の社畜精神万歳の意識を変えていく必要がある、それを下の世代に強要することをやめさせない限り働き方を変えていくことは難しい
2008	男性	小児科	人手不足による地域医療の崩壊。どうやって休みを確保できるほどの人員を地方も含めて配備するのか。
2008	男性	総合診療科	「オンコールや自己研鑽、研究活動を労働時間を含むか否かの明確化」は、労働法上は不要。重要なのは、その業務が上司の指示に基づくものであるか否か。指示に基づけば（明示・非明示にかかわらず）、自己研鑽、研究活動であっても労働時間に含まれる。現行の法規内の解釈で対応可能。（明確化を重要視するよりも、法規の正確な理解と解釈の普及がより重要とかがえる） 「研修の質の維持」と「研修の時間量の維持」の混同はしないほしい。上限規制は「研修の時間量」の抑制を生じさせる。しかし男女共同参画の視点では、時間制約を持つ研修者と、持たない研修者の不平等状態をむしろ改善する。限られた時間での研修が求められることで「研修の質（単位時間当たりの研修量）」はさらに向上や効率化を求められるようになる。必要なのは、雇用・管理者側では「限られた時間での研修」効率の向上と、研修者の評価として「単位時間当たりの成長」を指標とすることだと考える。 長時間働く・病院にいることを、「美德として推奨する文化」の改善が必要と思います
2008	男性	内科	違法な長時間労働や悪質なサービス残業などがあった場合、営業停止なども含めた厳しい罰則規定が必要
2008	女性	内科	医師も労働者である。以上。
2008	男性	内科	机上の空論にならないように。
2008	男性	内科	大学院生の給与補償や大学病院の勤務医の給与の改善は必須と思います。
2008	男性	内科	当直の廃止
2008	女性	内科	日本の勤務医は基本給が著しく抑制され、給与の半分以上が時間外手当などでかさ増しされている。長時間労働をしなくても十分に給与を支払うべき。人命に関わる責任の重い仕事に対する対価として、相当な金額が支払われるべき。 診療報酬を下げてパイの奪い合いをしない。財源を確保する為に患者自己負担額を大幅に引き上げること。患者自己負担をあげる事でコンビ二受診の抑制につながり、ひいては医師の不必要な応召を減らせられるのでは。
2008	男性	麻酔科	患者のコンビ二受診をやめさせるべき。応召義務で断れないのを逆手に取られすぎ。
2008	女性	麻酔科	夜間救急の限界を、地元住民に理解させる必要がある。
2009	男性	その他	実質労働が減らず、支払われる賃金がかかるのみ、という事態は回避すべき。労働が存在するなら、対価は支払われるべきと考える。一方で、労働が「本当に医師でないといけない業務」に集中されているか、という議論になるが、最終的には各職種への移行していったらいいので、課題は「チームの最大限効率的な運用の実現」ではないか。
2009	女性	その他	時間外労働していても、労働基準法以上の時間外を申請できないようにされている。
2009	男性	救急科	医師自身の意識改革。違法状態が常態化し過ぎているし、医師自身も労働基準法を知らなさすぎる。
2009	男性	小児科	時間外受診の規制(患者側)
2009	女性	小児科	当直明けに通常業務に当たっている状態を改善すべき。
2009	男性	精神科	きんむかんインターバル制度

2009	女性	精神科	研究や教育などの時間は臨床をやっていると 給与が発生しない時間にやるしかなく 臨床やりながらそれらも頑張っている人達は疲弊するだけで 見返りが乏しく よほどの熱意がないと続かない。それらも想定した働き方が定着すると人も知識も進歩するのにとと思う。
2009	男性	総合診療科	遵守しなかった場合の、雇用者の罰則規定の厳格化。
2009	男性	総合診療科	上記の内容がすべて大事だと思う。
2009	男性	内科	開業医との収入格差をなくすことで、病院に人材を確保すること
2009	男性	内科	個人ではなく、公的な機関からの患者への意識改革が必要
2009	男性	内科	事実上必須な研修や会議を通常の勤務時間内に行うこと
2009	男性	内科	書類仕事の削減、救急車有料化
2010	男性	その他	医師しかできない業務時間を足し上げたら医師がどれぐらい余るのかについての検討
2010	女性	その他	人員不足を原因として長時間勤務や頻回の当直を強いられることの是正
2010	男性	外科	1人主治医制度をやめること。ほかの業種で一人の人間が常に呼ばれる可能性がある職業はあるのか？
2010	男性	救急科	声の大きな人の負担が減って、声の小さな人の負担が増えるような不公平な制度改革にならないことを願います。医師として働くことの意義や誇りを見直すことも働き方改革には必要だと思います。
2010	男性	救急科	長時間労働を苦とせず勤務されている医師により現在の日本の医療は成り立っている気がしています。そのような医師の働く時間が制限される分、代わりに働く医師の確保や患者の集約化、施設の規模の検討など、国を交えての検討項目は山積みかと思っています。医療に関わる人を増やし、医師の仕事の軽減も必要かと思っています。
2010	女性	産婦人科	自己研さん・研究はまだしもオンコールは労働にカウントすべき。
2010	男性	小児科	その病院の各科の実務時間・内容に応じた手当を整える。
2010	女性	小児科	長時間労働の上限規制のみを設けても、医療の質を担保できるような仕組みの確立（主治医制からチーム医療、シフト制への転換）、医師の偏在などを改善しない限りはうまく機能しないと思う。
2010	男性	総合診療科	コンビニ受診の抑制。医療費高騰への対策。
2010	男性	総合診療科	長時間労働の上限規制を行っても、時間が経つと以前のように崩しで、あって無いような規制になることを懸念しています。
2010	男性	内科	シフト制
2010	男性	内科	中核病院へ医療・人的資源を集中させる必要がある。そのためには中核病院にホスピタリストシステムを作り、DPC病棟をより質を高く効率的に回す。コミュニティホスピタルは回復期や在宅施行を強め急性期施行から脱却することで、医療資源の適正利用に努める。
2010	男性	内科	内科専門医制度が新たに始まり、さらなる研修期間が必要となったため、ハードルが上がり、内科を志す医師が減少することを懸念しています。各科で勤務の強度に合わせた給与の差別化が必要と思います。
2010	男性	放射線科	マンパワーが足りない
2011	男性	その他	規制を行ったが故に、規制に違反してないようにするために「サービス残業」が増える懸念。
2011	男性	救急科	救急車の有料化。国民皆保険制度の解体。
2011	男性	小児科	医師の増員、特に高齢者医療に対する国の支出の上限設定、医師や病院の意識改革
2011	女性	小児科	一般市民への教育

2011	男性	整形外科	働かない医者を働かせるべき 医者が足りないのでは働かない医者が多いだけである。 年次が上ならば研修医よりも仕事ができなければおかしい。よって救急対応も出来なければおかしい。出来ないならば勉強してしかるべき。勉強するのに専門、年次、年齢は全く関係ない。出来ない自覚があるならばむしろ頭を下げて若手の医者に教えてもらうか、若手の医者に給与を分け与えるべき
2011	男性	総合診療科	医師の権利の拡大
2011	男性	総合診療科	科を問わず全ての医師に初期対応はできるだけ最低限の内科的知識が必要で、質を担保できる研修制度が構築されなければならない。
2011	男性	総合診療科	働かない医師の減給
2011	男性	内科	医局の上層部の意識改革
2011	男性	内科	一般病棟も含め完全にシフト制にできたらいいが、ケアの連続性、一貫性が犠牲になるかもしれない
2011	男性	内科	根本的に医療をどうするか？をよく考える時に来ていると思う
2011	男性	内科	志望科は自由にしない姿勢は日本も必要ではないかと思う。この労働改革を進めるにあたり、所謂きつい科に人が集まるというより、よりQOL志向が高まる気がする。
2011	女性	内科	時間の上限ができることで、権利ばかりを主張する風潮はさけたい。 自分の経験からも、医師のバーンアウトやうつ病の抑制につながるのでは、と考える。
2011	男性	内科	大学院生の労働環境、処遇の改善
2011	女性	内科	法的に規制をしても、結局は周りの医師に対する体裁や評価を気にして自由にできないと思われる
2011	女性	脳神経外科	先輩医師の理解のなさ
2011	女性	麻酔科	十分な医師の充足をしてから上限規制を議論しないと、実現しなくなる。規制すればよいものではないと思う
2012	女性	その他	まずは、若手医師の勤務の実態（オンコールや、研究活動の実態、またそれらへの認識）を把握する必要があると考えています。
2012	女性	その他	専門科が専門診療以外診療をしないスタンスをするのは応召義務違反にあたらないのか。これに応召しないがゆえに、なんでも診ると謳っている医師や若手医師を疲弊に追い込んでいると思われる。
2012	男性	外科	主治医制の排除。当直後勤務の排除。
2012	男性	救急科	賃金や人的資源の確保が重要だと思います。不必要に医師を増やす、は意味がないと思います。開業医を増やしたところで意味がありません、今様々なこと、もの、が足りない場所の、改善を考えるべきです。
2012	女性	産婦人科	医療施設の集約化。開業の制限
2012	女性	総合診療科	医師の勤務の質の定量化や、病院の質の定量化を行う
2012	女性	内科	コンビニの24時間営業廃止のように、利便性のある程度制限する時期に来ていると思う
2012	女性	内科	医師側も意識を変えるべきだし、一般の人にもある程度の周知をしなければ、いつまでたっても変わらないと思う。
2012	男性	内科	解決方法は思いつきませんが、必要である対策は国民がどのような医療を望み、今の医療パワーでどのくらい達成可能かを率直に話し合う必要があります。また医師それぞれが初期研修修了医師として初期研修医レベルであって欲しいと思います。
2012	男性	内科	長時間労働を防ぐためにシフト制にすると自分の患者という意識が減り責任が明確化されず患者自体に不利益が出るのではないか？ 夜間の救急は基本的に救急であって昼間と同じような検査や対応を求めないようにしてもらう。
2012	男性	内科	雰囲気改善
2012	男性	脳神経外科	仕事量が多いため結局残業は減らない。
2012	男性	麻酔科	医療の適正化（ターミナル患者や高齢者への高度な医療）科、病院ごとのローカルルール

2013	女性	外科	医師・医療職以外でも可能な業務の、事務職等への分配
2013	男性	外科	上限を設定されても結局は実際の労働時間に変化はないだろう。書類上で働いていないことになり、一層サービス残業的な要素が増えるだけだと思う。いまの時点でも、時間外の最大時間が決められていたり、働いてないことになっている日がある。
2013	女性	外科	<p>上限規制は必要だが、現場としては現実的ではない。上限のため働けないため診療に支障が出ることは避けるべき。また、上限を越えた医師の健康管理やメンタルヘルスマネジメントも必要だとは思いますが、それに貴重な時間をかけるとなると非常にストレスとなる。</p> <p>現状は大病院志向が患者、家族にあり、慢性期でも大学病院の外科に入院している患者も多い。しっかりと役割分担を行えば、大病院の負担を減らせる。一部の病院の負担のみ増えるのは避けるべき。24時間対応して然るべきと考えている患者や家族の認識の改善も必要。コンビニ受診への対策、一部医師の軽微な症状でも24時間対応の強制により患者や家族がいつでも対応してもらえるのが当然と考えるようになってしまうことも問題。クレマーの問題含め、患者や家族に関する問題解決は必須。医師は給料が高いから働いて当然という風潮はなくすべき。はっきりいって働いている時間を鑑みると一般企業と比べても少ないと思う。一般の国民に現状を正しく理解してもらうことが必要。</p>
2013	男性	外科	<p>人材がいない地域では医療が立ち行かなくなるのではという懸念がある。</p> <p>都市部でも救急医療や院内急変対応、当直などを担っているのは若手医師であり、医師の数が増えなければ残業は減らないと考える。</p> <p>近年、女性医師が増えているが仕事と家庭の両立は困難で、当直免除、夜間呼び出しなし、時短勤務などの支援が必要と思われる。しかし、そういった支援のため若手男性医師の業務が増加している事もしばしばあると思われる。</p> <p>開業医の先生がたの声が大きくてなかなか医師数を増やすことが難しいようですが、医師数を増やす以外に状況を変える方法が思い浮かびません。</p> <p>勤務医、特に外科医の立場では現状では業務が繁忙過ぎて、自分の後輩に外科医になることを薦めることは難しいです。</p>
2013	女性	救急科	医師の科、地域での偏在、及び都道府県レベルでの病院の集約・センター化を同時に実行しないと難しい
2013	女性	救急科	過労認定やバーンアウトした医師数の実態の周知。一般の方へも、コメディカルや上級医へも。看護師のようなシフト制導入
2013	男性	救急科	仕事の質、量を給料に反映するシステム。
2013	男性	救急科	時間の上限に規制してもそれなりの罰則規定が無いと順守されない。行政が勤務時間の詳細な把握すること（タイムカードみたいな改ざん可能なものでなく）
2013	女性	救急科	単に時間だけを規制しても、表に出ない残業が増えるだけと懸念します。勤務体系を決めている各診療科の部長などは医師であり労務管理については基本的に素人だと思うので、医師ではない第三者が介入するのが良いと思います。
2013	男性	耳鼻咽喉科	現在、また将来の獲得した技能や成果に対する報酬が十分ではない
2013	女性	小児科	気軽な時間外受診が医師たちの負担を強いているという国民の理解も必要。時間外に受診することや救急車利用に必要なお金を高くするべき。
2013	女性	総合診療科	サービス残業の摘発。ICカードを使用した勤怠管理。
2013	男性	総合診療科	高齢者の医療費自己負担増
2013	女性	総合診療科	無闇に規制することで、患者の数が減るなどして利益が減り、経営が成り立たず病院閉鎖に追い込まれることを懸念しています。また、医者への労働環境を優先するあまりに患者に害が出てしまうのではということも重要な懸念事項です。
2013	女性	内科	懸念事項に関しては上の欄に書かせていただきました
2013	女性	内科	当直対応の時間をきちんと定める。当直帯の時間では、基本的な対応は当直帯でよいと思う。不要な院外コールや呼び出しが減るだけでも負担は変わる。
2014	男性	その他	医師のキャリアは臨床医だけではない。基礎研究、行政の分野では臨床以上に医師不足に直面しており、さらに待遇面でも臨床医より不利である。この問題に全く触れておらず、「医師の働き方」の議論としては不十分である。
2014	男性	その他	主治医制度を早く廃止すべき
2014	男性	外科	受診の必要性のない患者や収入や無保険の患者などが受診した場合の対応を考える必要がある
2014	男性	救急科	医師のなかで管理者側からの改革への反発が医師一般の意見として取り上げられていること

2014	男性	救急科	経験を得るために、自主的に病院に残ることを禁止されると困る。 勤務体系としては給料よりも、経験とそれをフィードバックするための時間（＝休日）が必要。
2014	男性	形成外科	現在の単一の医師による主治医制から複数医師による主治医制に変わるところも出てくるだろうが、その場合の責任の所在
2014	女性	産婦人科	40代で当直は体力の限界あり
2014	男性	耳鼻咽喉科	労力に見合う対価を。様々な偏在の解消を。
2014	女性	小児科	上限を設けても、病院によって、申告していない上限の時間が決められてしまっているため、実際にどれくらい時間外労働しているかは反映されない懸念がある。
2014	男性	総合診療科	24時間体制のかかりつけ医機能の整備
2014	男性	内科	医師を人として労働者として権利を与えること
2014	女性	内科	子育て中の医師の働き方、理解について。現状では子供を育てながら働くことが出来る病院が少なすぎる。
2014	女性	内科	時間外の緊急対応は基本的に当番がやるなど、休息ができるようにすべき
2014	女性	脳神経外科	完全な交代制度
2014	男性	放射線科	超高齢者への過剰な医療(TAVIやEVAR)をやらない
2014	女性	麻酔科	【仕事をいい加減にこなして楽をするか、しっかりやって忙しくなるか】が個々の能力や責任感に大きく依存しており、能力が高かったり責任感が強い医師が業務の多くを抱え込んでしまうことが多く、これをコントロールすることはなかなか難しいのではないかと。
2015	女性	救急科	十分な給与と経験の確保。若手医師の給与の多くは時間外だと思ふ。給与が下がれば医師のなり手は確実に減る。さらに、若手医師の経験の場は緊急、時間外症例にこそあると思うため、上限が設定されると経験も減る。 そして、休日の診療体制の見直しは必要。結局患者を担当すると、休みといえど急変に備えて病院から遠くには行けない。
2015	女性	形成外科	医療関係者だけではなく、医療を受ける側の意識改革が絶対に必要。救急車の一部有料化とか、医療費見直しとか、医療資源には限りがあるのだからそれを適切に分配できるような価格設定や制度改革なども同時に行わないと、労働時間短縮制度だけ作っても実質短縮できないと思ふ。
2015	女性	形成外科	長時間労働を規制すると地方では夜間等の救急医療は崩壊する
2015	男性	形成外科	年功序列賃金体系。インセンティブの無さが問題。忙しくても頑張ってもサボっても、忙しい科でも忙しくなくても、同じ年度なら同じ収入なのはおかしい。同一労働・同一賃金にしないと。
2015	女性	産婦人科	規制ができて、事実上は長時間労働はなくなると思ふ。 超過勤務申請には制限がいたり、タイムカードを実際の勤務時間ではなく規定を満たす時間で押ししたりすることになると思ふ。
2015	女性	小児科	医師という仕事の性質上、労働時間が長くなってしまふのは仕方がない部分もあるが、それに見合った手当てがないことがなによりもおかしい。
2015	男性	精神科	早急な労働時間、環境の改善を望みます。
2015	男性	総合診療科	この問題は構造の問題であって、医療者一人一人の頑張りでどうにかなる問題ではない。行政、医療、市民、全員が意識や構造を変えなければならない問題であって、政治的にしか解決はできない。
2015	男性	内科	サービスの受け手の意識改革 医師世代間の労力負担バランスの是正
2015	男性	内科	どちらかといえば労働時間の上限規制よりは、休息の確保、のほうが重要だと思ふ。月100時間時間外労働があっても当直明けが休みだったり、土日まったく登院する必要がない日があればやっていけるのでは。医師はどうしても自分でやりたいという部分もあるだろう。完全休養ができる時間、疲労のたまりやすい当直明けが通常勤務である、ということの問題が大きいと思ふし、こちらは現場のやりくりでもなんとか対応できるのでは？
2015	男性	内科	まず個々の診療内容を明確にデータにする
2015	男性	内科	給与の維持

2015	女性	内科	研修の為にどうしても長時間労働が必要とされる場合は条件を付しての特例を作ってバーンアウトハイリスク群としての管理をするなどすべきだと思う。
2015	男性	内科	主治医制の病院に異動になってからの時間外労働が200時間近くなり、負担が多すぎる。同期も何人かやめてしまって負担がさらに増えている。
2015	女性	内科	待機当番やオンコールに対する心理的負担を考慮してほしい
2015	男性	内科	当直後や緊急応召後の手術の保険点数の削減 当直医の当直代の増額 「残業するほうが良い」という感覚の見直し
2016	女性	外科	外科だと、強制的に制限されると手術ができなくて、腕が上がらないかも、
2016	女性	外科	外科医の減少対策
2016	男性	外科	国民のニーズに応え、さらに医師の過重労働も防ぐ画期的な病院・診療所経営のトップダウン改革。 具体的には、土日祝日の外来及び手術等の実施に伴い、各月の代休日の設定(毎水・木は休診日とする。等)を行政からのトップダウン指令で行う。 初めは批判も覚悟の船出になるだろうが、美容院・博物館等の休館日等が今では広く周知・理解されているようにいずれ理解される日が来るはずである。 上記にもあるが、病院の集約化及び診療所の紹介機関化・かかりつけ医化は急務と考える。 あとは、病院・診療所間でのカルテ等の共有強化は必要だ。カルテの企画から相互での電子ツールを用いたやり取りによって検査の重複等が減りうる。そのためには情報漏洩等のリスク管理及びシステム整備は必要不可欠であろう。
2016	男性	小児科	長時間勤務の罰則化
2016	男性	整形外科	夜間診療の高額化 生活保護の厳格化
2016	男性	総合診療科	そもそも若者が流出している地域に、医師という若者を無理やり派遣させることに限界がある。廃れゆく地域は医療もまた廃れゆくのだという厳しい事実を認めなければ始まらない。地域格差は減らすべきだが、格差の存在自体は許容されるべき。地域格差をゼロにしようと若手医師に犠牲を強いるのはやめてほしい。
2016	男性	総合診療科	救急車有料化の検討、フリーアクセスの見直し、アルコール規制の検討、タバコ規制の検討、生活保護法の見直し
2016	女性	内科	オンコールの連続時間の規定 残業への給与
2016	女性	内科	医師確保
2016	男性	内科	勤務時間規制を行う前に、綿密な実態調査と実現可能性の検討、具体的な勤務時間削減案の提示などが不可欠である。
2016	男性	内科	難しい疾患は大学病院で行い、それ以外は市中病院でやってください。何でもかんでも大学病院に送らない。そして患者の希望を全て鵜呑みにできないようにするべき。
2016	男性	内科	明らかな患者への意識の改革、主治医制の見直し。
2016	男性	脳神経外科	医師の専門、地域偏在も含めた適正配置
2017	男性	その他	第三者の監視機構、タイムカードの義務化、長時間労働の厳罰化、医師数の倍増
2017	女性	形成外科	管理職にある医師達の再教育
2017	女性	小児科	長時間労働では特に若手医師の結婚活動、結婚しても離婚など支障が出る危険性がある。労働とセットに結婚活動の支援や医師の夫婦への働き方セミナーを開いていくべきです。
2017	男性	整形外科	患者にはそれ相応の金銭負担を求めるべきである。特に軽症患者や高齢者。
2017	女性	内科	時間の拘束以上に仕事の密度や内容にそれぞれの医師で大きな差があること。市中病院・大学病院の勤務医の給料が安すぎる。 (バイトの寝当直のほうが忙しいER当直より格段に給料がいい、など。)
2017	女性	内科	時間外勤務を自己鍛錬にしないで欲しい

2017	男性	内科	人手不足の科（主に外科系や神経内科等）の給与や待遇の上昇、ワークシェアリング（化学療法や病棟管理を内科が施行するようにする） 余剰気味の科の診療報酬引き下げと、その分を人手不足の科にシェアすること（総額の減少は本末転倒として）
2017	女性	泌尿器科	急患や急変など不測の事態が多いことや、避けられない長時間手術があることなどを考えると、「8時間×5日」に固執しない方がいいと思う。 何があっても丸一日オフコールという日があるかどうか大きいと思う。そのためには、複数人の医師でみるチーム制を、患者さん側に理解してもらえるように医療者が努力することが必要。
2017	女性	麻酔科	残業代のみ削られて、実質残業時間が変わっていないということをなくしてほしい
2017	男性	麻酔科	自己研鑽や医師の責務を言い訳に労働時間を伸ばすことだけはやめてほしい。9時5時でもかなり大変です。もし、勉強会やら学会の準備やらも9時5時内に収めるべき。休日は医者に連絡しない。当たり前です。
2018	女性	その他	患者の医療費負担を増やして受診を控えさせようという動きに繋がりがかねないので、健康格差といかに両立しながら改革するか
2018	男性	外科	生活保護受給者の医療負担をゼロでなくすべき。
2018	男性	救急科	応召義務の撤廃 罰則はないとはいえ、法律で義務として規定されている以上求められた場合労働しなければならず、このような規定がある以上労働時間の上限を設けたところで形骸化と思われるから
2018	男性	救急科	国民の理解
2018	女性	形成外科	上限規制しても結局休み時間にタダ働きしてるのが現実。みたいなことになりそうな気がします。
2018	男性	小児科	・公務員医師の兼業を原則解禁することで、意欲ある人が働けるワークシェアをする働き方改革をすべき。 ・看護師の業務範囲の拡大または明確化で、医療スタッフの役割分担をする。
2018	女性	小児科	IDカードなどによる過剰勤務に対する厳密な管理および罰則。
2018	男性	小児科	応召義務の維持
2018	男性	整形外科	個人診療所の開業制限による、拠点病院への人材の確保
2018	女性	精神科	キャリアアップの制限 上限規制を表面上、文書上でだけ遵守する流れ
2018	男性	精神科	医療の目的が十分に議論されていないと感じる。一般企業であれば、企業価値評価などで指標を作成し、労働者のそこへの貢献から労働生産性の指標を割り出しうるが、医療に関してはそれが難しいと感じる。
2018	女性	総合診療科	タスクシフティングする上で認定看護師等の乱立
2018	男性	総合診療科	やはり長時間労働が当たり前という意識を1人1人無くしていくことが必要であると感じます。
2018	女性	内科	・住民に対する救急外来の役割の明確化（診断をつけるところだと思っている一般の方が多すぎるのに対し、医師は生命を見ているため、双方にギャップを生じている）。 ・医師の仕事は互換性のないものが多い（誰にでもできる仕事が少ない） ・トレーニングを制限されるのではないか ・手を抜くことを覚えてしまい、時間をかけた研修ができなさそう
2018	女性	内科	カンファレンスや製薬会社の勉強会などを日中に行うことができるか。 習慣として長時間労働を行なっている医局があるが、その伝統をどう壊していくか。
2018	男性	内科	シフト制の導入
2018	男性	内科	医師全員が加入する団体の創設
2018	男性	内科	止むを得ず超過勤務をする場合の代償としての報酬を払うこと
2019	男性	その他	目の前に困っている患者がいるのに助けられないわけにはいかない。そういう側面もあるからフレキシブルな対策が求められる

2019	女性	リハビリテーション科	院内保育があっても実質看護師用になっていて、医師や医学生が使えない現状があるのでその改善
2019	女性	救急科	医師の業務時間の改革。シフト制の導入の是非を検討する。
2019	男性	小児科	規制が厳しくなると研修時間が削られて、満足な研修ができなくなるのではないかと懸念がある。
2019	女性	小児科	業務の効率化
2019	男性	総合診療科	スキルを磨く機会が減る可能性
2019	男性	総合診療科	医師がどれだけ過重労働であるかという実態を踏まえたうえでの議論が求められていると思います。 実態と例えば、全国医師ユニオンが労働時間や休日などの具体的なデータを集める調査・解析を行っているそうです。そのデータと合わせて、提言を出すことができればより説得力のあるものになるのではないかと考えます。
2019	男性	総合診療科	社会保障費を賄うための税制改革
2019	男性	内科	地方病院の人員確保 地域枠の遵守
2020	男性	その他	各診療科における学生のイメージの改善
2020	男性	精神科	地方、僻地の医師不足について、そもそも僻地に住む住民側を基準とし、医療者側がどうするか、どう勤務してもらうかばかり議論されているが、日本の人口が減少する中、残す地域を取捨選択して医療というインフラを受けられる場所を限定し、そこに住民に来てもらうという発想も大事。多くの医療機関に医師たちを分散させて少数にされた医師を疲弊させるより、集約化して交代勤務制を敷くことが必要。 地方、僻地の医師不足について、臨床研修や専門医研修の定員による規制が既に行われており、さらに強制的な派遣も提案されているが、医師個人の居住の自由や職業選択の自由を侵害しつつある。 新専門医制度により、旧来の大学医局と関連病院が基幹施設と連携施設という形で強化されており、臨床研修以降の医師個人のキャリアやプライベート（どこに住むか、結婚、子供など）がどこの医局に入るかである程度固定されてしまう。もし違う地域に行こうとしても、他の医局の「縄張り」であったりして、働きづらいといったことになる。医師の流動のしにくさは、大学医局による医師派遣・非公式な人事支配による。 医師の雇用環境について、医師以外の一般的なサラリーマンなら正社員で長く勤めて退職金をもらうと言うのに対し、経験できる症例が違うので勉強のためという名目で医局により勤務先が転々とするし、非常勤職員という扱いも多く、雇用上の身分が不安定すぎる。
2020	男性	内科	勤務時間制限した上で需要を満たせるか、溢れる需要を前に医師自ら時間外での勤務をしてしまわないか
2020	女性	泌尿器科	患者たちの意識改革が必要だと思う。医師が許しても世間が許さない、ということは起こりえると思う
2020	女性	皮膚科	対策を行うにあたりその規制を遵守しやすい環境作り 規制によって起こる人員不足
2021	男性	その他	毎日8時間労働、週休2日
2021	男性	その他	ひとまず自分に身近な初期研修について考える。初期研修は時間内(例えば8時から16時)で終わり、当直は無しとしてほしい。特に考える能力の残っている若手の間は研究を行うべきであるが、初期研修の拘束はその時間的足枷となる。もしくは初期研修を週5日間*2年でなくて、週2日間*5年でもよいようにしてくれると、今後医療研究を行う時間の余裕すらもうまれ、いい具合だと考えている。 非常勤初期研修、後期研修といった制度がうまれれば、若手のうつなどの問題も解決するのでは、と考えている。
2021	女性	産婦人科	医師の地域偏在や専門家偏在の対策は必要ではあるが、それが医師の職業選択の自由、住む場所を選ぶ自由を妨げないようにしなければならない。
2021	男性	小児科	有給制度の実効性を担保すること
2021	男性	総合診療科	ベテランといわれる年代の医師が理解を示すかどうか。
2021	女性	内科	医学部増設よりも上記のような対策をとることの方が重要だと思います。出産、育児で辞職する女性医師を前と同じ職場で復帰させられる社会になってほしいです。

2021	男性	皮膚科	都市部と過疎地域で、診療費とその健康保険負担額に差を持たせ、医師の都市部偏在を解消する。
2021	男性	放射線科	一部の大学院医学研究科では医師免許を持つ大学院生を無給で大学の保健管理センターで働かせているという。このように本来であれば労働にあたるにも関わらず医師を無給で働かせる事例を洗い出し、正当な賃金を与えるよう見直すべきである。無償、あるいは低賃金で働かせる行為は医師の意欲減退を招き、高度な医療提供が困難になる為である。
2022	男性	形成geka	医学部定員の見直しと、家庭医の普及
2022	男性	精神科	「コンビニ医療」の対策
2022	男性	精神科	「医師たるもの、休まず働け！」という無駄に禁欲的な日本国民の意識改革
2022	女性	内科	そもそもこのアンケートの性別の選択肢が男か女かの2択のみである点。
2023	女性	救急科	労働時間規定を大きく逸脱した病院への罰則規定
2023	男性	産婦人科	医療体制が維持できるかが最大の課題点。命のセーフネットを維持しつつ、緊急を要さないワガママをどう抑え込むかであるとする。
2023	女性	内科	病院による勤務体制および労働規制の差
