

医業 経情 報

REPORT

Available Information Report for
Medical Management

制度改革

新制度のポイントと
今後の展望

医師の働き方 改革

- 1 働き方改革が求められた背景
- 2 医師の働き方改革の具体的な内容
- 3 医師の働き方改革の先進事例
- 4 持続可能な医療提供体制の構築に向けて

2025
11
NOV

1 | 働き方改革が求められた背景

1 | なぜ今、「医師の働き方改革なのか」

これまで、日本の医療は、国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けられる体制を維持してきました。しかし、その裏で、医療現場、特に医師の自己犠牲的な長時間労働によって支えられてきたという側面があることは、長年にわたって指摘されてきた課題です。こうした状況を背景に、2024年4月、医師に対しても時間外労働の上限規制が適用される「医師の働き方改革」が本格的にスタートしました。この改革は、単に医師の労働時間の短縮を目的とするだけでなく、医師が心身ともに健康な状態で働き続けられる環境を整備し、医療の質と安全を確保すること、さらには、将来にわたって持続可能な医療提供体制を維持していくことを目指す、日本の医療の未来を左右する極めて重要な取り組みといえます。そこで本レポートでは、「医師の働き方改革」について、改革が必要となった「背景と課題」、2024年4月から始まった「新たな制度の核心」、そして医療現場や国民に求められる「これからの取り組みと未来への展望」について、客観的なデータや事例を交えながら多角的に掘り下げていきます。

2 | 長時間労働の実態と構造的課題

医師の働き方改革が急務となった最大の理由は、その深刻な長時間労働の実態にあります。これまで日本の医療は、いわば医師の「献身」に大きく依存してきました。しかし、その実態は個人の努力だけでは乗り越えられない、構造的な課題をはらんでいました。

厚生労働省の調査によれば、働き方改革が本格化する以前から、病院に常勤する勤務医の約4割が、一般労働者の時間外労働の上限（年720時間）を大幅に超える「年960時間超」の時間外・休日労働を行っていました。さらに驚くべきことに、約1割の医師は、過労死ラインの2倍以上にも相当する「年1,860時間超」という極めて長時間の労働に従事していたのです。特に、救急、産婦人科、外科といった診療科や、経験を積む段階にある若手の医師にその傾向が強く見られました。

◆医師の働き方に関する構造的な課題

深刻な長時間労働	病院常勤医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働。特に救急、産婦人科、外科、若手医師で顕著。
不十分な労務管理	労働基準法に基づく労使協定（36協定）が未締結であったり、客観的な労働時間管理（タイムカード等）が行われていない医療機関が存在。
業務の医師への集中	患者への病状説明、血圧測定、カルテの記録作成など、他の職種でも対応可能な業務まで医師が担っているケースが多い。

出典：厚生労働省「医師の働き方改革」より作成

このような長時間労働は、医師自身の心身の健康を蝕むだけでなく、疲労による判断力の低下が医療ミスにつながるリスクを高め、結果として患者の安全を脅かす可能性も指摘されてきました。また、不十分な労務管理や業務の集中といった問題は、医療機関の経営層にとっても、コンプライアンス違反や人材流出のリスクとなり、持続的な医業経営の障壁となり得る状態でした。

3 | 「待機時間」も労働時間

医師の労働時間を考える上で、非常に重要なのが「労働時間とは何か」という法的な定義です。労働基準法における「労働時間」とは、「労働者が使用者の指揮命令下に置かれている時間」を指します。これは、実際に手術や診察などの作業を行っている時間（実作業時間）だけでなく、指示があれば直ちに業務に従事しなければならない状態で待機している時間（待機時間）も含まれる、という点が重要です。

◆労働時間の法的整理

仮眠や待機も 「労働時間」になりうる	医師が院内で待機している時間、いわゆる「当直」中の仮眠時間なども、急患の対応や入院患者の容態急変に備えるためのものであり、完全に業務から解放されているわけではありません。したがって、これらの時間も原則として労働基準法上の「労働時間」として扱われるべき、というのが基本的な考え方です。
-----------------------	---

4 | 「宿日直」許可の基準と現実との乖離

前述の通り、待機時間も原則として労働時間となりますが、労働基準法には例外規定が存在します。それが「断続的な労働」に従事する場合の「宿日直（しゅくにっちょく）許可」制度です（労働基準法第41条）。

これは、通常の勤務とは異なり、「常態としてほとんど労働する必要のない勤務」について、労働基準監督署長の許可を得ることで、労働時間、休憩、休日の規制の適用が除外されるという特例です。具体的には、構内巡視、緊急の電話収受、非常事態への備えといった、労働密度が低い業務が対象となります。

◆医師・看護師等の「宿日直」許可の主な基準

項 目	基準の概要
勤務の態様	●常態としてほとんど労働する必要がない勤務であること。 ●宿直の場合は、夜間に十分な睡眠が確保できること。
業務内容	●一般の宿日直業務（定時巡視、電話収受等）のほかは、特殊な措置を必要としない軽度・短時間の業務に限られる。 （例）少数の要注意患者の状態変動への対応、軽症の外来患者への問診等。
手当	●宿日直勤務につく同種の労働者の1日平均賃金の3分の1以上の手当が支払われること。
階数	●原則として、宿直は週1回、日直は月1回が限度。
設備	●宿直については、相当の睡眠設備の設置が必要。

出典：厚生労働省「医師、看護師等の宿日直許可基準について」より作成

しかし、医療現場の現実とは、この「宿日直」の建前とは大きく異なっていました。特に救急病院などでは、宿日直の時間帯であっても、救急患者の対応や緊急手術、分娩などが頻繁に発生し、実質的に日中の通常業務と変わらない、あるいはそれ以上に密度の濃い労働が行われているケースが少なくありませんでした。

この問題が社会的に注目されたのが、「奈良県立病院事件」です。これは同院の産科医2人が当直勤務の時間外割増賃金などの支払いを県に求め訴訟を起こしたというのですが、本件をとおして、産婦人科医の宿日直勤務中に分娩や手術が常態化しており、「ほとんど労働する必要のない勤務」とは到底言えない実態が浮き彫りとなり、結果として、裁判所は宿日直許可の前提が崩れていると判断し、宿日直勤務時間全体が労働時間に当たると認定しました。

このように、法的な建前と医療現場の実態との間に大きな乖離があったことが、医師の隠れた長時間労働を助長し、働き方改革を不可避なものとした重要な背景の一つなのです。

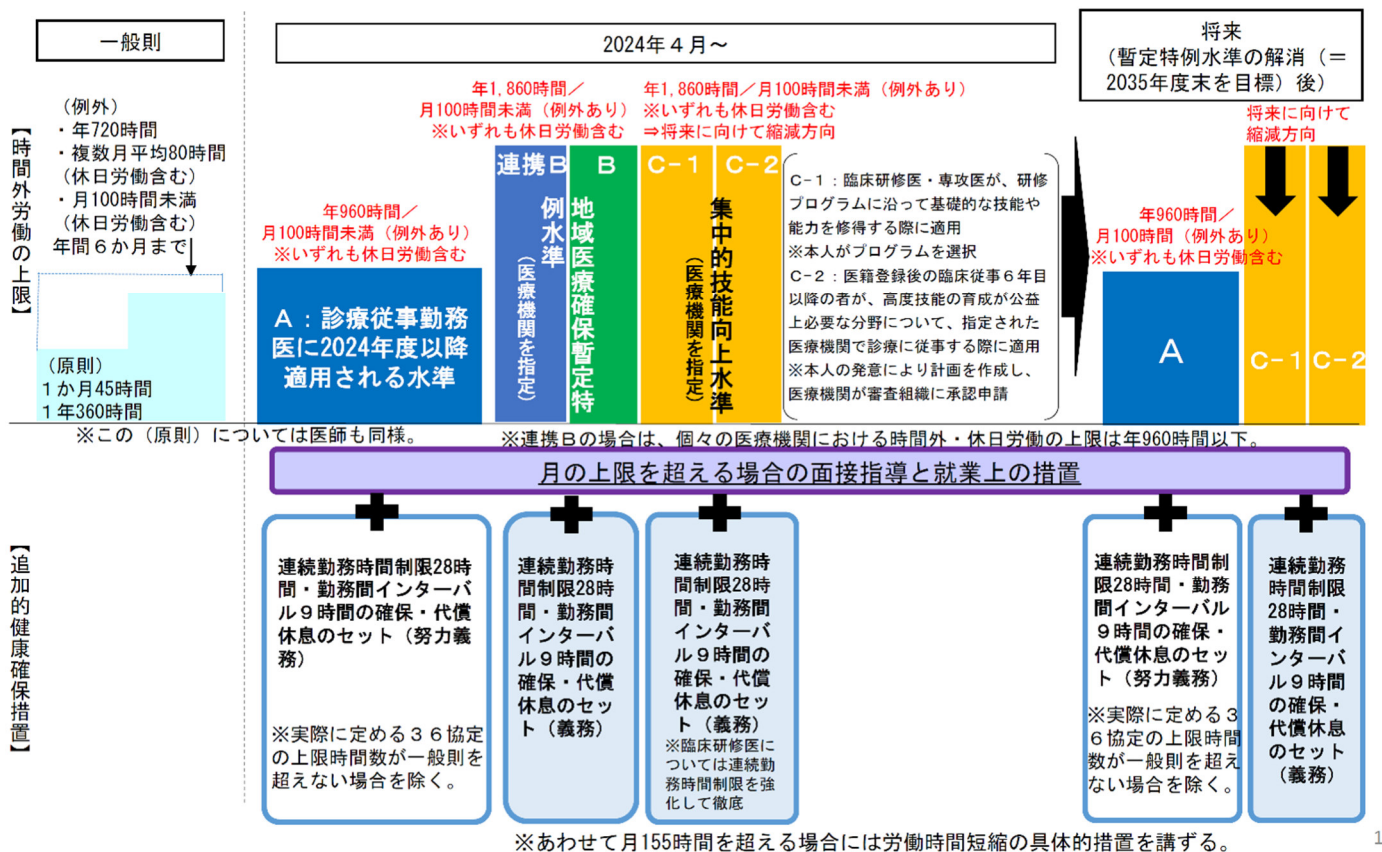
2 | 医師の働き方改革の具体的な内容

1 | 時間外労働の上限規制

2019年の労働基準法改正により、一般の労働者には時間外労働の上限（原則月45時間・年360時間、特例でも年720時間など）が設けられましたが、医師については地域医療の確保という観点から、5年間の猶予期間が設けられていました。そして2024年4月1日、いよいよ医師にも新たな上限規制が適用されることになりました。

ただし、医師の業務の特殊性を考慮し、すべての医師に一律の規制をかけるのではなく、医療機関の機能や医師の役割に応じて複数の「水準」が設定されています。これが、いわゆる「A水準」「B水準」「C水準」と呼ばれるものです。

◆医師・看護師等の「宿日直」許可の主な基準



出典：厚生労働省 医師の時間外労働規制について

各水準については、以下のような内容となっています。

◆各水準の詳細

A水準（年960時間上限）：原則となる水準
すべての勤務医に適用される原則的な水準です。時間外・休日労働の上限は年960時間（月100時間未満）となります。これは一般労働者の特例（年720時間）よりも長い設定ですが、まずはこの水準を目指して労働時間短縮を進めることが基本となります。多くのクリニックや一般病院の医師がこの水準に該当します。
B水準（年1,860時間上限）：地域医療を守るための暫定的な特例水準
救急医療やへき地医療など、地域医療を支える上で不可欠な役割を担う医療機関（三次救急病院など）に勤務する医師に適用される、暫定的な特例です。上限は年1,860時間と非常に長くなっていますが、これはあくまで「やむを得ない措置」です。この水準が適用される医療機関は、都道府県から指定を受ける必要があり、将来的な労働時間短縮に向けた計画（医師労働時間短縮計画）の策定が義務付けられています。この特例は、2035年度末までの解消が目標とされています。また、他の病院へ医師を派遣して地域の医療体制を維持する役割を担う病院（連携B水準）も、派遣される医師についてはこの1,860時間の上限が適用されます。
C水準（年1,860時間上限）：若手医師の集中的な技能向上のための特例水準
研修医や専攻医（C-1水準）、あるいは特定の高度な技能を習得中の医師（C-2水準）が、短期間に集中的な研修を受ける必要がある場合に適用される特例です。上限はB水準と同じく年1,860時間です。これも、医師としてのキャリア形成に必要な経験を積むための特例であり、適用には本人の希望や適切な研修計画があることが前提となります。

これらの水準は、医療機関が自ら申請し、第三者機関（医療機関勤務環境評価センター）の評価を経て、都道府県が指定する仕組みです。クリニックの経営層にとっては、自院がどの水準に該当するのか、あるいは連携先の病院がどの水準の指定を受けているのかを把握することが、今後の労務管理や地域連携を考える上で極めて重要になります。

2 | 医師の健康を守る「追加的健康確保措置」

時間外労働の上限を設定するだけでは、長時間労働となる医師の健康を十分に守ることはできません。そこで、今回の改革では、特にB水準・C水準といった長時間労働が避けられない医師を対象に、健康を守るための具体的な措置を医療機関の管理者に義務付けました。これが「追加的健康確保措置」です。この措置は、大きく分けて2つの柱から成り立っています。

◆追加的健康確保措置

面接指導の義務化

時間外・休日労働が月100時間を超える見込みの医師に対して、他の医師（面接指導実施医師）による面接指導を行うことが義務付けられました。これは、単なる形式的な面談ではありません。睡眠時間や疲労の蓄積度合い、心身の健康状態などを専門的に確認し、問題があれば勤務の軽減や休暇の取得といった「就業上の措置」を講じるまでがセットになっています。これにより、過労による健康障害を未然に防ぐことを目指します。

勤務間インターバルと連続勤務時間制限

B水準・C水準が適用される医師には、次の勤務までに一定の休息時間を確保することが義務付けられました。具体的には、「勤務終了後、次の勤務開始までに9時間以上のインターバル（休息時間）を設ける」こと、そして「連続勤務時間の上限を28時間に設定する」ことが基本ルールです。当直明けにそのまま通常勤務に入る、といった過酷な働き方に歯止めをかけ、医師に最低限の休息を保障するための重要な規制です。やむを得ずインターバルを確保できなかった場合は、後で代替りの休息（代償休息）を与える必要があります。

これらの健康確保措置は、A水準の医師に対しても努力義務とされています。医療機関の管理者には、これらの措置を確実に履行するための勤務シフトの工夫や、産業医など産業保健スタッフとの連携体制の構築が求められます。これは、医師を守るだけでなく、安全な医療を提供し続けるための「経営上の責務」と言えるでしょう。

3 | 制度がもたらす影響

この一連の改革により、医療現場に多くのプラスの効果が期待されています。

◆医療現場への影響

- 医師の健康維持とワークライフバランスの向上により、離職率の低下や新たな人材の確保につながる可能性があります。
- 労働時間を意識することで、業務の無駄を見直し、効率化を進めるきっかけとなります。（後述のタスク・シフトなど）
- 労務管理が徹底されることで、コンプライアンスが強化され、健全な病院経営に繋がります。

この改革は、医療提供体制を「無理」や「自己犠牲」の上に成り立つものから、持続可能な仕組みへと転換させるための大きな一歩といえます。

3 | 医師の働き方改革の先進事例

1 | タスク・シフト／シェア

医師の労働時間を短縮するためには、医師でなければできない業務に集中できる環境を作ることが不可欠です。そのための最も有効な手段の一つが、「タスク・シフト／シェア」です。

タスク・シフト／シェアとは、これまで医師が担ってきた業務の一部を、看護師や薬剤師等のコ・メディカルといった、他の医療専門職にそれぞれの専門性や能力に応じて移管（シフト）または共同で実施（シェア）することを指します。これは単なる「仕事の押し付け」ではなく、各職種が専門性を最大限に発揮し、チームとしてより質の高い医療を提供するための前向きな取り組みです。

◆タスク・シフト／シェアの具体例

項 目	基準の概要
看護師	● 静脈採血、静脈注射、点滴の確保 ● 動脈血ガス分析のための動脈穿刺 ● 特定行為研修を修了した看護師による、医師の手順書に基づく一部の医療行為
薬剤師	● 入院患者の持参薬の確認と処方提案 ● 医師の同意のもとでのプロトコルに基づく薬物治療管理（PBPM）
医療事務作業 補助者	● 診断書や紹介状などの文書作成代行 ● 電子カルテの代行入力
臨床検査技師	● 超音波（エコー）検査の実施とレポート作成

これらの取り組みにより、医師は手術や診断、治療方針の決定といった高度な判断が求められる業務に専念できるようになります。クリニックにおいても、例えば看護師が予防接種の問診の一部を担ったり、医療事務作業補助者が診断書の下書きを作成したりすることで、医師の負担を軽減し、患者と向き合う時間を増やすことが可能となります。

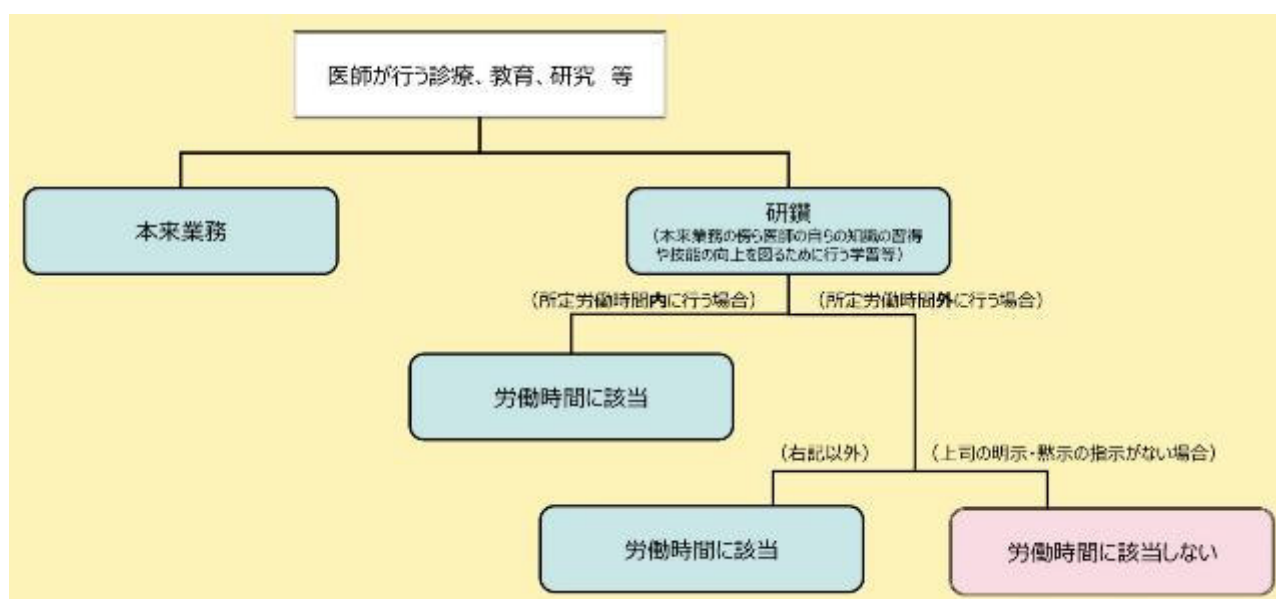
タスク・シフト／シェアを成功させるためには、経営層がリーダーシップを発揮し、各職種の業務範囲や責任の所在を明確にするための院内ルールを整備すること、そして、必要な研修の機会を提供し、職種間の円滑なコミュニケーションを促進することが重要です。これは、働き方改革を推進する上で、最も具体的かつ効果的な一手と言えるでしょう。

2 「研鑽」と労働時間の曖昧さをなくす

医師の労働時間を考える上で、長年、曖昧な領域とされてきたのが「研鑽（けんさん）」の扱いです。研鑽とは、医師が自らの知識や技能の向上のために行う学会参加、論文執筆、自主的な勉強などを指します。これらが労働時間に当たるのか、それとも自己啓発なのか、その線引きは非常に難しい問題でした。

この問題に対し、厚生労働省は2019年に通達を出し、その考え方を明確化しました。その基本的な考え方は、「上司からの明示的または黙示的な指示があるかどうか」で判断するというものです。

◆労働時間該当性のイメージ



出典：厚生労働省 医師の研鑽の適切な理解のために

厚生労働省が示すように、たとえ「研鑽」という名目であっても、以下のような場合は労働時間に該当します。

- 上司から参加を義務付けられたカンファレンスや勉強会
- 診療のために必須の知識・手技を習得するための、上司の指示による実技練習
- 上司から指示されて作成する学会発表の資料や論文

一方で、医師が完全に自らの意思で、自由に参加・不参加を決められる学会や、業務時間外に自主的に行う読書や勉強は、労働時間には該当しません。

なぜ、この線引きが重要かというと、医療機関にとっては、指示した研鑽を労働時間として正しく管理し、適切な賃金を支払うことで、労務リスクを回避することができるから

です。医師にとっては、「奉仕」や「自己責任」の名のもとに行われてきた不当な時間外労働から守られ、正当な対価を得る権利が保障されます。

医療機関は、この通達の趣旨を正しく理解し、院内での研鑽の取り扱いに関するルールを明確に定め、全職員に周知徹底することが求められます。これにより、労働時間管理の透明性を高め、医師が安心して働き、成長できる環境を整えることができます。

3 | 産業保健の役割と労務管理の徹底

医師の働き方改革を実効性のあるものにするためには、法制度を整えるだけでなく、各医療機関が主体的に労務管理を徹底し、医師の健康を守る体制を構築することが不可欠です。その中で、これまで以上に重要な役割を担うのが「病院産業医」をはじめとする産業保健の専門家です。

産業医は、労働者の健康管理や職場環境の改善について、専門的な立場から指導・助言を行う医師です。今回の改革では、特に長時間労働となる医師への面接指導の実施や、その後の就業上の措置の検討において、産業医の知見が極めて重要になります。

◆産業医が果たすべき役割

衛生委員会での 中心的役割	労働時間短縮計画や健康確保措置の具体的な内容について、衛生委員会（または安全衛生委員会）で調査審議する際の中心的役割を担います。
面接指導体制の 構築・運用	月100時間超の長時間労働医師に対する面接指導が円滑に行われるよう、体制構築を支援し、自ら面接指導を実施、あるいは実施医師への助言を行います。
職場環境の 改善提案	労働時間の実態や面接指導の結果から、特定の部署や個人に過度な負担がかかっていないかを分析し、具体的な業務改善や人員配置の見直しなどを提案します。
客観的な労働時間 把握の推進	タイムカードやICカード、PCの使用ログなど、客観的な方法で労働時間を正確に把握する体制の導入を強く推奨し、その定着を支援します。

自院の産業医（あるいは地域の産業保健センター）と定期的にコミュニケーションを取り、働き方改革の進捗や課題について相談し、専門的な助言を積極的に活用することが、健全な職場環境を築き、従業員である医師やスタッフの健康と安全を守る上で不可欠です。これは、医療の質と安全を担保するための、最も重要な投資の一つと言えるでしょう。

4 | 持続可能な医療提供体制の構築に向けて

1 | 地域医療構想の推進と機能分化・連携

2024年から始まった医師の働き方改革への対応は、日本の医療が未来に向けて持続可能な体制を維持していくためには、避けては通れない道です。しかし、個々の医療機関での労働時間短縮の努力だけでは根本的な課題は解決しません。より大きな視点での構造改革が必要不可欠です。

日本の医療は、人口あたりの病床数が多く、在院日数が長いという特徴があります。すべての病院が同じように高度な医療や救急医療を担うのではなく、地域の医療ニーズに応じて、各医療機関がその役割を明確化（機能分化）し、互いに連携することが重要です。

これこそが「地域医療構想」の目指す姿です。

◆新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

（1）基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進（将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等）
- ・新たな構想は27年度から順次開始（25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等）
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

（2）病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）
 - ・構想区域ごと（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）、広域な観点（医育及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

（3）地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

（4）都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

（5）国・都道府県・市町村の役割

- ① 国（厚生労働大臣）の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

（6）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

出典：厚生労働省 新たな地域医療構想に関するとりまとめ概要

クリニックや診療所は、日常的な病気の診療や健康管理を担う「かかりつけ医」として、地域住民の最初の相談窓口となる役割がますます重要になります。このような機能分化と連携が進むことで、医師や医療資源を効率的に活用し、地域全体で医療の質を維持・向上させることが可能となるのです。

2 | 上手な医療のかかり方

医師の働き方改革を成功させ、質の高い医療を未来に引き継いでいくためには、医療を提供する側の努力だけでは限界があります。医療を受ける私たち国民一人ひとりが、医療資源が有限であることを理解し、賢く医療サービスを利用する「上手な医療のかかり方」を実践することが、今、強く求められています。

厚生労働省も特設サイトなどを通じて普及啓発を進めていますが、具体的には以下のよう行動が挙げられます。

◆「上手な医療のかかり方」の実践例

行 動	具体的な内容	期待される効果
かかりつけ医を持つ	日頃から自身の健康状態を相談できる身近な医師（クリニック等）を決めておく。	病気の早期発見や重症化予防につながる。専門医が必要な場合に適切な紹介を受けられる。
救急外来の適正利用	休日・夜間の安易な受診は避け、まずは電話相談（#7119など）を利用する。平日の時間内に受診できないか検討する。	緊急性の高い重症患者の治療に支障が出るのを防ぎ、救急医療体制の崩壊を防ぐ。
重複受診を控える	同じ病気で複数の医療機関を受診する「はしご受診」を控える。お薬手帳を活用する。	不要な検査や投薬を減らし、医療費の無駄をなくす。
時間内受診を心がける	病状説明や相談などは、できるだけ平日の診療時間内に済ませるよう協力する。	医師の時間外労働を減らし、健康を守ることに直接的に貢献する。

近年、一部の自治体では、緊急性の低い軽症患者が救急車を利用した場合に、選定療養費として追加の費用を徴収する動きも出てきています。これは、救急医療のひっ迫を緩和するためのやむを得ない措置であり、私たち一人ひとりの行動が医療体制全体に影響を与えることの証左です。

何時でも医療が受けられるという、これまでの常識はもはや「当たり前のもの」ではありません。大切な医療を守り、継続していくために、私たち自身の意識と行動を変えていくことが強く求められているのです。

3 | これからの医療提供体制に向けて

この改革は、医師という一個人の人権を守るための労働問題であると同時に、日本の医療の質と安全、そして持続可能性を左右する国家的な課題です。上限規制の導入や健康確保措置の義務化は、そのための大きな一歩ですが、決してゴールではありません。むしろ、これをスタートラインとして、医療現場の知恵と工夫、そして国民の理解と協力を結集し、働き方改革を「働きがい改革」へと昇華させていく必要があります。

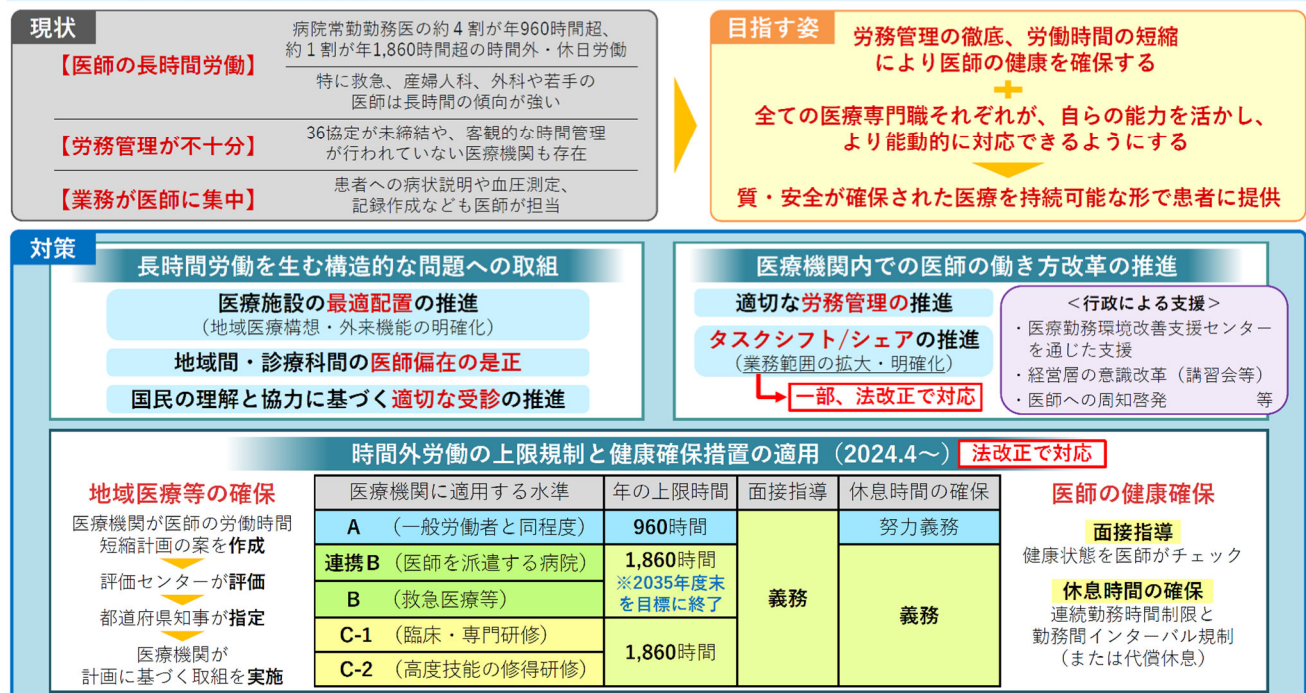
医師が健康に働き続けられる環境が、質の高い医療の基盤となります。しかし、長時間労働や過酷な勤務環境が常態化し、医療現場の持続可能性そのものが問われているのが現状です。今回の働き方改革は、単なる労働時間規制への対応に留まるものではありません。これは、医療提供体制そのものを見直し、日本の医療を新たなステージへと進化させる絶好の機会です。医師の労働環境改善は、医療の質の維持・向上と患者安全の確保に直結します。同時に、優秀な人材を惹きつけ、定着させるための「経営戦略」そのものであり、医療機関の経営基盤を強化する上でも不可欠な投資と言えます。

医療機関や、それを取り巻く全ての関係者がそれぞれの役割と責任を自覚し、建設的な対話を通じて未来志向の協力関係を築くことが不可欠なのです。

本レポートが、皆様の働き方改革を成功させるための一助となれば幸いです。

◆医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。



出典：厚生労働省 医師の働き方改革概要

■参考資料

厚生労働省：働き方改革が求められた背景

医師の働き方改革 具体的な内容

医師の働き方改革の先進事例

持続可能な医療提供体制の構築に向けて

産業衛生学雑誌：医師の働き方改革の制度の変遷と今後の展望

茨城県：救急搬送における選定療養費の徴収について