

## 第1回検討会における主な意見

(医師の勤務実態について)

- 医師と一般労働者が異なる点として、応召義務、自己研鑽、高い職業意識、倫理観といった特殊性があるのではないか。
- 大学病院においては診療・教育・研究が入り交じっており切り分けることができず、基礎系の教官は裁量労働であるが診療系の場合は裁量労働になじまない。
- 大学病院の勤務医は、大学での勤務終了後にアルバイトに行ったりもしているが、この分の時間管理はできていない。
- 初期研修医の多くは、月の超過勤務制限に不満を持っている。

(勤務実態の把握・現状認識について)

- 過労死、過労自殺等の事案や裁判例の資料、ヒアリングを通して、過重な労働環境の現状認識を共有すべきではないか。
- 宿直の実態や裁判例についても検討すべきではないか。
- 医師の働き方の実態調査をする必要があるのではないか。
- 長時間労働の原因である業務量が、事務的な業務なのか、患者対応なのか、患者対応については時間外のものが多いのか時間内のものが時間外になっているのか等をきちんと見ていく必要があるのではないか。

(勤務医についての労働法制上の位置づけ)

- 医師であっても労働基準法上の労働者である。
- 本人が働きたいから働かせたといっても、管理者の安全配慮義務が満たされるわけではなく、止めなければならないというのが現在の判例の考え方である。

(勤務実態と労働法制上の位置づけの双方からどのように考えるか)

- 自己研鑽のための活動と労働とを厳密に切り分けることは極めて困難であり、他産業の働き方を単純に医師に当てはめるのは無理があるのではないか。
- 特殊性については、医師に限らず、大学の教員などの特に高度な専門職には共通の問題ではないか。
- 過労死ラインを大きく超えるような残業を前提とした医療提供体

- 制のままであってはならず、今回の時間外労働の上限規制も適用されることを前提に、業務改善等を検討していくべきではないか。
- 働き方改革の中では、通常の一般企業においても従来の正社員の働き方でいいのかということが問われており、長時間労働でない新しい働き方を実現しなければ労働時間規制には対応できない状況にあるのではないか。
  - 労働時間規制で最も重要なのは経営管理の問題であり、勤務医について経営管理の中でどのように実現していくかを議論することが必要。
  - 現行の36協定の特別条項は年6回にとどまらず常態化している状況もあり、上限時間だけがひとり歩きすると現場の混乱が起こりかねないのではないか。

(質の高い医療を提供する医師のキャリアパスの観点からどのように考えるか)

- 質の高い医療を継続的に確保するためには自己研鑽や研究活動、学会活動が重要であり、それに対して画一的な労働時間の制限を設けるべきではないのではないか。
- 医師には様々なキャリアプランがあるため、一律にこうあるべきとすべきではないのではないか。
- これ以上働きたくない人が無理に働かないで済む一方、もっと働きたい人がしっかり報酬として評価され、かつ健康を脅かされないことが必要ではないか。
- 若手や技術を高めるべき時期にある医師には、画一的な対応は難しいのではないか。
- 医師独自の裁量労働制の創設等、働きたい医師が働ける措置も検討する必要があるのではないか。
- 医師の労働の中で、オン・オフのルールづくりが必要ではないか。
- 自己研鑽できる期間・時間も労働時間の中で確保する必要があるのではないか。
- 女性医師のキャリア支援により柔軟に働くことが可能となり、離職防止につながっており、本人のキャリアだけでなく地域医療にも貢献できている。男性も含めてライフサイクルに合わせて働き方を選択できることが望ましい。
- 両立支援策については、女性だけではなく男性も利用できるようにすること、利用したいが同僚にしわ寄せがいくので利用できないということがないようにしていく必要があるのではないか。

(医療提供体制の維持という大局的な観点からどのように考えるか)

- 極端な労働時間規制は地域医療を崩壊させるおそれがあるほか、需給バランスの崩れがさらなる地域間偏在を生むおそれもあることから、慎重な対応の検討が必要。
- 産業医としての面談の中で多いのは、事務負担等をコメディカルに分散してもなお患者が来てしまうケース。基幹病院や大学病院では地域で他に診療できるところがなく、特に小児科や心臓血管外科などでは厳しい状況。地域の医療システムから見なければどうにもならないのではないか。
- 大学から何とか一人派遣してもらって運営しているような地方の病院もあるが、医師の地域偏在に対して、都道府県主体では対応しきれないため、国と都道府県で対応することが必要ではないか。
- 医師が提供する価値は量と質のかけ算であり、時間を下げつつ質をどう上げるかをあわせて議論しなければ患者や地域にとってマイナスになるのではないか。
- 現場の状況をきちんと把握し、医師の偏在、補助職の育成、病院の機能の再確認、国民教育といった観点から総合的に判断すべきではないか。
- 医師の働き方は、応召義務や国民に定着している「誰でもいつでも医療保険で医療を受けられる」体制等の積み重ねでできあがっており、変えていくには国民の理解も必要ではないか。
- 応召義務については、勤務医の場合は医師個人ではなく、組織的に対応する体制をどう作っていくか検討すべきではないか。
- 患者に質の高い医療を届けるために、個人ではなく組織としてどう連携して対応するかという考え方をしていくべきではないか。
- 地域差や医療機関の性格等も踏まえ、病院の外来をどこまでやるかについても考える必要があるのではないか。

(勤務環境改善に向けた視点 ①勤務環境改善支援センター)

- 医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センター等の既にある仕組みを活用することが重要ではないか。
- 医療機関単独で解決しえないことでもあり、特に医療勤務環境改善支援センターの周知や機能の発揮により、病院の自主的な改善がもう少し実現するのではないか。

(勤務環境改善に向けた視点 ②他職種とのタスクシェアリング)

- タスクシェアリング等の改善策を積極的に推進していくべき。
- 医師の仕事のうち何がタスクシェアリングできるのかについての目安や具体的な導入方法について検討してはどうか。

- 他職種が増える場合には、診療報酬等による財政的な裏付けをどう考えるか。
- 特定行為研修を修了した看護師の活用の効果が出ており、特定行為の実施によるタスクシェアリングについて議論してはどうか。
- 例えば米国のコメディカルの職種は日本よりもかなり多い。現在の医療の水準を維持するためには既存の職種だけでは対応しきれず、タスクシェアリングの観点からフィジシャン・アシスタントなどについて検討してはどうか。
- 医師事務作業補助者が導入されているが、実際にうまく活用できていない現状もあるため、しっかり活用していくことが重要ではないか。

(勤務環境改善に向けた視点 ③ I T等の活用)

- I TやI o Tによる効率化による勤務環境改善も検討してはどうか。
- 大病院ではシステム化がかなり進んでいるものの、そうでないところについてはシステム導入の費用をどう考えるかについても検討する必要があるのではないか。