

第3回検討会における主な意見

【プレゼンテーション】

＜救急・後期研修医の立場から＞

- 救命救急センターの勤務時間については、概ね1日15～17時間程度の勤務時間であるが、施設や地域によって勤務内容が異なる。
- 救急科に共通する特徴として、救急搬送のタイミングや重症度が予想できないことから、突然手をとられるほか、急変や救急搬送、緊急手術の場合に病棟業務が後回しとなり、結果的に長時間勤務となることが挙げられる。
- 書類作成や転院調整等にかかる時間が非常に長く、慢性的に人手不足であることも、長時間勤務の一因である。
- 市中病院の方が大学病院よりも自由度が高く、担当患者をある程度任せられる一方、勤務時間も長くなる傾向にある。
- 初期研修医については、最近では研修プログラム等の監視システムがしっかりしてきており、勤務時間はある程度守られている実態にある。
- 後期研修医については、病棟の重大な判断や専門性の高い処置・手術以外は基本的にすべて任されるため、必然的に勤務時間が長くなっていると考えられる。ただし、診療科によってその実態は大きく異なる。
- 勤務時間が長い診療科から不平不満が多く聞かれるわけではなく、例えば救急科を選択する医師はある程度の長時間勤務を覚悟して救命医という働き方に充足感、責任感、やりがいを感じている。診療科を選択する集団の思考に優位な差異がある。
- 労災認定等の状況を見ても、必ずしも、長時間の勤務になっている診療科が多いというわけではないのではないか。
- 救急科に入院する場合、入院時（入院診療計画書の記入や各種同意書の取得等）、転院検討時（転院先の検索、調整、家族への連絡等）、退院後（退院サマリー等の作成）、と、多くの業務が発生するが、これらすべて、場合によっては他の職種にお願いできる内容である。

- 看護を含む他の医療職を活用して、安定した患者の継続外来や救命救急センターの軽症患者の診療等のタスクシフトが勤務環境改善に有効であると考えられる。
- 救急科の診療時間が長くなる要因としては、診療科としてカバーする範囲が広いため根本的なスタッフ不足と患者数過多に陥っていること、予想外の救急搬送や時間外の家族への説明等により勤務時間が延長されること、連続勤務による作業効率の低下、勤務時間が長いことを問題と考えない文化などが挙げられる。
- 時間外労働の上限規制はあった方がよいが、どの医療機関も勤務時間制限をしっかりと守って、かつ医療の質を担保できるだけの資金や医師数が確保できておらず、無理に規制しても有名無実化する。有名無実とならないためには、現状としては医療の質を下げざるを得ない。
- そのほかにも診療ごとの差、地域や施設間、年代による差もあることから、一律に時間制限を設けることは困難。
- 自己研鑽は常に必要であるが、区分や勤務時間としての扱いは難しい。本やセミナーだけでなく、実際の診療行為での経験から研鑽されることも多い。
- 重症患者を担当して泊まり込みで診療する場合も、患者の診療（短時間での評価）を繰り返す合間に、勉強、調べ物、仮眠等を行っている。これを時間外労働としてよいのか、間のいわゆる仮眠とか勉強の時間は除くべきなのか、グレーゾーンで難しい。

<大学病院勤務医の立場から>

- 初期臨床研修医1年目は、基本的に病棟管理センターで、当直見習いを含め、かなり長時間勤務であった。2年目は少しずつ診療が行えるようになってきた。
- 大学院へ進学してからは、基礎研究をしつつ大学病院の外来の手伝いをしてきた。
- 10年目を過ぎて大学病院勤務となると、臨床と研究と大学病院の経営等に携わるようになり、大学院生の教育もしている。学生指導に関する委員会、病院の経営改善のための委員会等、業務が増えてきている。
- 大学病院勤務医の職務としては、①臨床、②研究、③教育、④経営の4つの柱がある。
- 自己研鑽について労働時間に該当するかどうかの線引きは難しい。

- 簡単な書類の記載といった単純労働作業については、タスクシェアリングできるのではないか。
- 長時間勤務となる要因は、医師の担当業務の多様性（外来、病棟、手術、研究、教育、経営）のほか、「病気」を相手にする仕事であり、いつどのような病気が来るか非常に不確実である中、いろいろなものに対応できる体制を整えると、効率性が失われてしまうことは起こり得る。
- 総仕事量が増えていることも長時間勤務の要因ではないか。その中で減らすとすれば、単純労働に当たるものを減らしていきたい。
- 時間外労働の上限規制については慎重に検討してほしい。医師については、労働と自己研鑽がモザイク状に存在していて割り切れない。単純労働部分は是正するとしても、自己研鑽に当たる時間を規制することは将来の医療の発展の停滞を招くのではないか。
- 労働時間、特に自己研鑽の時間を規制するのではなく、健康が確保される労働時間になるよう適正化するか、またはその対価を尊重してもらいたい。
- 自己研鑽による検査や手術の手技向上、疾患や病態の理解や、イノベーションにつながる研究などの活動なくしては、日本の医療技術の発展もない。患者、医師のキャリア向上、医療の未来という観点から非常に重要である。
- 教育活動があることによって今の医療の質が保たれ、継続性が担保されるため、教育も重要である。

<女性医師、その勤務支援を行う立場から>

- 内科の臨床業務中心の勤務体系では、15時間程度の勤務時間で、その中にある程度の自己研鑽の時間が含まれていた。
- 大学の臨床系教員の勤務体系でも、15時間程度の勤務時間であるが、臨床業務以外の研究・教育、管理・事務等の業務が多くなっていた。
- 子育て中は、物理的に在院時間が限られるので、勤務時間は短くなり週50時間程度となるが、在院中にできない研究や残務整理は自宅で行っている。
- 岡山医療圏の女性医師アンケートでは、離職経験が4割、子どもがいる6割のうち育児休業が取得できたのは2割強である。いったん離職をしても50%が1年未満で復職するが、3年以上離職している人も1割程度いる。

- 同アンケートで、子育て世代である30～34歳においては、復職時の不安を9割近くが感じており、子どもの病気や両立ができるのか等のほか、当直・オンコールにも不安の要因がみられる。
- 女性医師の復職においては多様な働き方が必要であり、岡山大学病院では定員外の増員としての女性支援枠を設けたり、3年間は当直・オンコールや1日の勤務時間を調整できるキャリア支援枠を設けるなどしている。女性医師がいるほとんどの科で120名以上が利用しており、離職せずに勤務できるようになっている。
- キャリア支援枠を利用した後、半数強が常勤復帰するほか、地域の医療機関に復帰する人が半数程度おり、一時期柔軟に働くことで十分に現場の戦力になり、地域医療にも貢献できることがわかる。
- 周囲の理解という点では、事前に考えていたよりも職場の理解は得られるが、夜間に駆けつけるようなことができない等の点で社会、患者の理解が必要。
- 同じ臨床技能の医師が複数いればワークシェアやシフト制は可能であるが、患者や社会の理解や、シフト制で安全に業務を引き継ぐための情報共有について医師側の教育、システム構築等も必要。
- 長時間勤務の要因は、患者が仕事を規定する不確実性があることのほか、高度に専門分化していることや現場にいる人数の制約によって、仕事が代替できないことにある。
- 週当たり勤務時間が90～100時間を越えているような勤務についてはある程度の規制が必要であるが、一律に時間外労働の上限規制を導入すると、現場で適切な医療の提供が困難となったり、大きな影響を及ぼす可能性もある。
- 女性医師の就業継続のためには、柔軟な働き方を選択できること、画一的なルールの適用がないことのほか、周囲の理解やサポートといったソフト面が重要。
- 女性医師の自己研鑽については、時間の捻出や夜間の対応が困難であるため、eラーニング等の活用が有効。専門医更新においてもそういった工夫があるとよい。
- 女性医師のキャリアパスの可視化、意思決定できるポジションへの参画も必要。
- 当直やオンコールを復帰時の障害と考える女性医師は多く、女性が参画しやすい夜間・休日勤務の在り方を模索する必要。
- シフト制の導入については、すべての病院に一律のルールを導入することは困難であり、医師数、病院機能などを考慮する必要。

- 産科や救急等の夜間・休日勤務については、当直の定義が当たらないが夜勤ですべて解決することも困難であり、新たなルールが必要ではないか。

<外科医の立場から>

- 市立病院における外科の研修医時代は、一般的な一日は6時から21～22時頃までの勤務であり、月8回程度の当直。日中は午前・午後1例ずつ手術があり、20時ごろから術後の回診をしたりカルテ、診断書を書く等、非常に忙しかったがやりがいもあった。
- 地方病院における心臓血管外科の研修医時代は、ベテランの執刀医と研修医の二人体制でもあり、術後の患者を診ることも含めすべてを自分でやらなければならなかった。当直は義務としては10回前後だったが、実際には月に20回程度やっていた。特に術後の集中治療室は、非常に負担であった。手術や病棟業務の合間をぬって手術の勉強やビデオを見るといった自己研鑽をしていた。
- 集中治療室は、心臓外科医とは異なる仕事であり、知識や経験のトレーニングも異なる。勤務時間や自己研鑽の時間も単純に2倍になると思う。
- 心臓専門病院では、看護師も非常に慣れていたため、手術後はつきっきりにならなくとも済み、8～19時ぐらいの勤務で、月6～8回の当直をしていた。
- 心臓外科では一般的によくあることであるが、手術の前後で指導医の手順をメモし、針の持ち方、動かし方などすべてを頭の中で再現するトレーニングを繰り返し、コピーできるようになれば手術のチャンスは増えない。
- 心臓血管外科医の勤務時間には、将来手術をするためのトレーニングにつながるもの（手術への参加、診察、術後の内服治療等、自己研鑽等）と、そうでないもの（単純な指示の入力、ガーゼ交換等の簡単な手技等）がある。前者は減らすべきでないが、後者は減らせるとよい。患者に対する説明は、信頼関係のために削る必要はない。
- 人の命がかかっているため勤務時間が長くなるのはやむをえない部分もある。長時間勤務である医師の方が周囲から信頼される傾向にある。

- 医師数が多ければ交代制も可能であるが、心臓外科では医師数が2～4人という病院がほとんどであり、当直は週2回以上、オンコールは2日に1回以上という病院も多いため、時間外労働の上限規制はしにくいのではないか。
- 未熟な技術は一瞬で患者の命を奪うということが、自己研鑽の必要性である。
- 集中治療医と心臓血管外科医を分ける、ガーゼ交換等の簡単な処方、単純作業を他に任せること、3人程度のチームで診ることが必要。また、小規模病院では医師の負担を分散できないため、小さなチームを減らす、合併していくということが有効ではないか。

【意見交換】

(医師の勤務実態について)

- 医師の労働の特徴は、①労働の非連続性（いつ呼ばれるかわからない、すきま時間で何かをしなければならない、容態によって自分の労働時間をコントロールできない等）、②労働内容の多様性（臨床、教育、研究、事務的な作業、自己研鑽）、③労働人材の偏在（年代、性別、診療科、地域の偏在）の3つにまとめられるのではないか。
- 外科医の立場からすると、自己研鑽や待機時間などがあり、時間外労働の上限を数字で決めるのは困難ではないか。今後、それらについての難しい議論が必要になる。
- 医師の行うべき業務・そうでない業務を明確にしていくべき。
- 自己研鑽の時間について、労働時間に含まれるものと含まれないものを明確に区切ることは困難。
- 大学病院では、診療中も学生や初期研修医がそばについて、教えながらやっていて、完全に一人で診療しているのは夜中の当直帯に限られるのではないか。診療・教育・研究は表裏一体でぴったり貼り付いている状態で、分けるのはほとんど困難である。
- 自己研鑽を労働時間の中に入れて労働時間が増えてしまうとよくないので、自己研鑽は自己研鑽として別の考え方をしていくのではないか。
- 医師しかできない仕事や自己研鑽の時間についての上限規制は、現実的にも医師の心情的にもなじまないのではないか。

- 労務管理については、コメディカルや初期研修医については徹底されているものの、後期研修医以降の医師については実質的に担当者がいない状況にある。
- 大学病院においては、出入りをIDカードでしっかりチェックするところもかなり増えてきており、大学病院としても意識が変わってきていることは事実。問題は、どこからどこまでが労働かという点が把握しにくいいため、始めと終わりチェックするというやり方になっている。
- 医療機関が設置しなければならない会議体が多いため、整理されれば仕事を減らす大きな要因になる。
- 医師の働き方改革は、医療提供者側の取組だけではなく、現場が変わっていくためには国民、患者、社会の側の理解が不可欠。
- 患者からは責任、安全を求められ、マスコミも患者側に立つということがあるので、社会の理解を得ていくことが必要。
- 現在、医師の指導者の立場にある年代の者は、若い頃に長時間勤務を経験してきており、その意識改革が重要。
- 労働時間の問題は、結局、仕事の絶対量をどのように減らすか、又は仕事の仕方を変えるか、人を増やすかといういずれかの組み合わせでやっていくしかなく、医師についてもどのように現実的な選択肢を組み合わせていくのかという議論なのではないか。
- 教員の働き方も共通しており、長時間労働をしている先生の方が熱心に思われてしまうところを、どのように社会に理解してもらおうかという取組が大変重要。

(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)

- 主治医制の中で一律に勤務時間の上限を決めると、現在の医療提供体制の持続は非常に困難であるし、現場が混乱する。
- 地域全体で土日・夜間の救急のサポート体制や、そこに多様な働き方ができるような医師の参画も含めた仕組みづくりが必要ではないか。
- 医師に関して時間外の上限規制を行うと、医療の質の低下や医療供給がパンクするといった点や、どこに予算や資源を配分すればそうならないで済むか等は、医療に詳しくない立場ではにわかにはわかりづらい。

- 心臓血管外科に限らず、3～4人で高度な医療をやることの危険性を社会がもっと認識しなければならないし、2桁の医師が必要ということであれば、医療機関の集約化が避けられないのではないか。特に、外科系で医療が高度化している部分については集約化しなければ最終的に患者が被害を受けることになるのではないか。
- 心臓血管外科をやっている医療機関が多いのは間違いなく、その構成している医師が二人などだと、365日オンコールという状態になって患者も危険であるし、研修医も過労死する懸念があり、避けるべき状況である。
- 米国の集中治療医は、内科、外科、麻酔科の経験後に資格取得できる制度であった。
- 米国ではテレICU（複数のICUを一人の医師が管理し、現場ではフィジシャンアシスタントを置いて実際の対応をさせる）が可能となっており、医療政策としても重点的に進めれば外科医を手術に集中させられるのではないか。
- 集中治療室については、医療機関によって差があり、手術後は麻酔科医がすべて診ているという医療機関もある。病院の中で働き方改革をしっかりと考える土壌が必要。

（医師の健康確保の観点からどのように考えるか）

- 長時間勤務を苦にせずやりがいにしている医師も多くいるが、健康への影響を自分で判断できない場合もある。医師については自己管理に任されてきた歴史があるのだろうが、産業保健の仕組みや労務管理によって、医療機関が医師の健康と、適切な医療提供できる体制にあることを確認するような仕組みを作っていくことが大前提ではないか。
- 9割以上の医療機関で産業医が専任されているが、長時間勤務の対応は25%しか実施していないなど、労働衛生の基本的な取組が不足している。
- 勤務時間が長ければ長いほど労災に遭う可能性が高いわけではなく、手術前の勤務軽減や休憩、仮眠の確保等の配慮、長時間勤務でも疲れのないようなモチベーション等も影響しているのではないか。
- 医師のストレスチェックのデータを解析すると、単純に当直回数や総勤務時間、超過勤務時間等とは相関がなく、単純に時間だけが問題ということではないのではないか。

- がん患者の両立支援のために産業医が働き方の調整をしているような全国的仕組みが必要なのではないか。

(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・シフティング)

- 医師の勤務時間の上限規制をすると、医療の供給量が減ることは避けられないため、そういう規制をするよりはタスクシフトのシステムを拡充する方向に進むべきではないか。
- 事務的な仕事を中心とするタスクシフティング、タスクシェアリングは本当に必要である。
- 事務的な仕事については事務職にシフトすることが考えられ、そのための国の補助等があると実際に進んでいくのではないか。
- 看護師や医療クラークを増やすとしても、今の診療報酬の中でそれをやる財源を捻出するのは厳しい。厚生労働省において、医療介護総合確保基金の活用も検討してほしい。
- 新しい職種や教育が必要なのであれば、予算措置が必要ではないか。米国でNPを導入した際は国が100億ドルを出している。NPは病状説明や日中に行う処置等の指示出しをしている。
- 専門医とGPを卒業後の早い時点から切り分けてキャリアアップする諸外国と異なり、日本の医師は一般病院においても、臨床、教育、研修という複数の役割を担っていく点の特徴である。

(勤務環境改善に向けた視点 ④女性医師の両立支援)

- 出産・子育て世代の女性医師の支援をしっかりと進めていくべき。
- 女性医師の就業継続のためには、配偶者との家事・育児の分担も必要ではないか。
- 育児休業が取得できない理由としては、復帰後に当直・オンコールすべての対応が必要なフルタイム勤務というポジションしかなければ、復帰の見込みが立たないためである。
- 育児休業が取得できないもう一つの理由として、代替りの医師がいないことが大きい。