

## 第5回検討会における主な意見

### 【プレゼンテーション】

#### <中原のり子氏>

- 小児科勤務医であった自分の夫の遺書である「少子化と経営効率のはざま」の中では、医療費抑制政策、経営効率が悪い小児科の閉鎖、診療報酬制度の問題点、小児科の構造的採算等に触れられている。
- 当初、労災の支給決定申請に対しては不支給決定がなされたが、これは当直が労働でないことによる。「宿直」という労働法規の言葉が、現場の実態と異なっているのではないかと。EUの判例では待機時間は労働時間とされている。
- 過労死に遭う人は20～40代が多く、研修医、小児科、外科などの勤務負担が大きいのではないかと。
- 過労死は人災であり、システムエラーである。人が死ぬ前に社会がきちんとシステムを作るべきである。
- 医師であった親が過労死しても、その子が医師を目指すということがあり、誇りをもって働ける場所を提供してほしい。
- 「医師になるんじゃなかった」と社会に絶望して医師が過労死している現実を伝えたい。
- 海外には様々な医療職種があり、日本でも実効性のある職種の導入、増員について既に指摘されている。限られた人材の中でどうするかについて、既存の研究も活用して検討してほしい。
- 医療者の心身を蝕んでいるのは、医師不足と、長時間過重労働の当直がなされ、交替勤務制がないことの2点である。
- 医師は、その勤務実態についての発信が不十分で、きちんとやっていることをアピールしてほしい。
- なぜ医療者の過労死が止まらないのかについて、過労死白書における調査研究で分析してもらうことになっている。
- すべての医師が労働者だという原点に立ち戻り、産業保健の枠組み等を活用し、しっかりと労働者の命と健康を守ってほしい。
- 労働災害が増えているかどうかはわからないが、過労死の要因は、概ね、長時間過重労働に尽きるのではないかと。

<高橋正也氏>

- 働く人全般にとって、しっかりと眠ることが重要であるのは明らかで、それによって健康に、安全に、さらに倫理観を持って働けることとなり、生きがいや人生の質の向上につながる。
- 働くに伴った疲労の原因として大きいものは、①睡眠が物理的に取れない、取れても非常に短い、②起きている又は働いている時間が非常に長い、③普通は眠る時間帯である深夜から明け方にかけて働く、④精神的・肉体的な負荷が非常に大きい、という4つ。
- 概ね 16 時間起きたままでいると、飲酒と同程度に頭の機能は低下し、さらに徹夜などをすると飲酒運転レベルとなる。飲酒運転には厳しい処罰があるが、長すぎる覚醒時間に関してはまだ社会的な認識が少ないのではないか。
- 小さな睡眠不足が慢性的にたまることによって頭の働きは悪くなり、「睡眠負債」という現象が起きている。
- 睡眠負債について、身体の中で回復が行われないこともあり、結局、毎日一定量の睡眠をとっていかなければ大変な事態になる。
- ヨーロッパでは睡眠と健康の関係が非常に注目されており、よく眠れない、朝早く目覚めるといった睡眠の問題が強い群は、7～8年後に健康上の理由による早期退職に至る確率が高いといった研究もある。
- 疲労の蓄積により、健康や安全の問題だけでなく、倫理観が薄くなっていくことも諸外国では非常に注目されている。
- 欧米では最低でも7時間程度の睡眠が必要とされており、日本ではもう少し緩いような状況。また、この7時間の睡眠については、原則として連続して取った方がよい。
- 勤務のインターバルという観点からは、睡眠時間だけでなくそれ以外の時間も非常に重要である。
- 体内時計により、昼間は働き夜に休むこととなっているため、医師を始めとしてどうしても夜に働かなければならない職種であっても、夜の睡眠ができるだけ確保できるような勤務制が重要になる。

<阿部計大氏>

- 本検討会の議論に若手の率直な意見が反映されているか、長時間労働を行っている年代である若手医師の一般的な集団の意見が議論に反映されているか、という2つの観点から若手医師・医学生のアナケートを実施した。
- 若手医師・医学生の8割弱が、医師も労働者であることや、患者の医療安全のためであること等により、医師についても労働基準

を守った方がよいと回答している。

- 若手医師・医学生の約7割から、現在労働基準が順守されていないとの回答があり、その理由としては業務量の多さ、主治医制や医局の問題を含む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、といった指摘が多かった。
- 若手医師や医学生は組織内で比較的立場が弱く、上級医から無意識に出た言葉や態度から長時間労働を行わざるをえない状況になっているため、こうしたメカニズムを考慮した対策が必要。
- 約6割の若手医師、7割弱の医学生が、現行の労働基準を理解していないため、卒前後の医学教育において、労働基準を理解し、順守する必要性を学ぶ機会を設けてほしい。
- 勤務医だけで長時間労働を改善していくことはできず、指導医や雇用主に職場を挙げて取り組んでもらいたい。政府には、労働基準を順守できるような医療提供体制の構築をしてほしい。
- 医師の健康診断や休息の確保、抑うつ・バーンアウト・自殺を予防する対策、子育て支援とキャリア支援、研修の質の確保の4つについては、若手医師と医学生の9割以上が必要であるとしている。
- 国民、行政、立法府、医師会、コメディカル、アカデミア等が協力し、包括的・長期的な目標を設定し、労働基準法を守れるような労働環境を段階的にでも実現してほしい。
- 働き方を考える際、院長や上級医のいる場では、理想についての本質的な議論ができないと感じている。
- 若手医師・医学生からは、勤務環境改善策については、業務量が多く非効率であることからなるべくタスク・シフティングを図ってほしい、チーム制を導入してほしいという意見がある。
- 一日の労働時間が規制される中で、いわゆるベッドサイドティーチングやカンファレンス等に使う時間も短くなるため、その分を効率化しなければ医学教育・研修項目をきちんとすべて習得できないのではないか。

#### 【意見交換】

(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)

- 医師だけが人間として特別強くできていくわけではなく、24時間の中で働く時間と休養の時間をとらなければ心も身体も壊してしまいかねない。
- 同じ医師として、過労死が起こらないようにしなければならない。
- 労働時間管理や産業保健等、今ある仕組みの中でやるべきことを

- きちんとやる意識を勤務医、医療関係者が持っていくことも重要。
- 国民に対して安心して安全な医療を提供するために、自身の健康や勤務環境を保つ仕組みと、いかに研修の質を確保していくかが重要であり、マネジメントする仕組みが早急に必要。
  - 働き方の改善を見える化し、そのモニタリングの結果を国民にも見せ、改善させるような仕組みが必須ではないか。
  - 医療機関の経営者は、働き方改革に取り組んでいる経営者とそうでない経営者に大別でき、後者には、意識がない経営者と、意識はあるがどうしたらよいかわからない経営者とがある。したがって、全方位的なアプローチではなくセグメンテーションをして、意識が高い人にはさらに頑張ってもらえる形、意識が低い人にはそれなりのアプローチをとってはどうか。意識はあるがノウハウがない医療機関に対して早い段階でフィージビリティが出るような支援ができれば最も効果的である。
  - 医療安全と医師の働き方の両方を支える仕組みが必要。
  - 脳・心臓疾患の労災認定基準は1か月100時間の時間外労働、2～6か月の平均で80時間の時間外労働であり、医師だけがこれを特別扱いするというにはならないという前提で議論を進めてほしい。
  - 教員の働き方改革に関しては中教審に特別部会が設置され、今年の8月末に緊急提言を行っている。この検討会においても、現状で起きている問題等をわかりやすく象徴的に伝えることが必要ではないか。年明け早い時期に何らかのメッセージを出すことを検討してほしい。

(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)

- 医師の働き方、需給・偏在、医師の養成等については、表裏一体の関係にあり、過労死がシステムエラーだという考え方に賛同する。
- 働き方改革は単に時間制限だけではなく、今ある限られた資源の中でどのように生産性を挙げて、患者に対して安心・安全で価値のあるものを提供するかということである。
- 患者が来ると断れないというような状況は、突き詰めると医師の応召義務があるために生じているが、応召義務が定められた時代と現代は大きく異なるため、応召義務についてもう一度きちんと検討すべき。
- チーム医療の構築には全体的に十分な人員が必要である。
- 研修については、先輩医師の見よう見まねで雑用から全部やるといった伝統的な方法だけではなく、コンピテンシーに基づいた研

修の質の維持、医学教育の工夫を推進していくことが重要。

- 安心して安全でアクセスのよい医療を受けるために、医療機関の勤務環境や医療職種の拡大が必要であることについて、国民にも認識を持ってもらうことが必要。
- 国民の理解が重要であることはいいが、どのように理解してもらうかについて厚生労働省に具体的な考えがあるのか。保険者も含め、すべての関係者が同じ方向を向いて国民に訴えていかなければ理解は進まないのではないか。
- 各病院の勤務医そのものが足りず、シフト制を組むこともできないが、これは小規模病院が多すぎるからではないか。地域医療構想とも絡めて医療機関の集約化を議論していかなければ解決できないのではないか。
- 自分が頑張らないと医療全体が崩壊するといった状況の医師は現在でも多いのではないか。また、そうした地域では看護師の確保にも苦労しているのではないか。画一的な議論が難しい面もあるのではないか。

(諸外国との比較の観点からどのように考えるか)

- 医療の質を保ちながら医師の労働環境を改善していく観点から、米国のACGME（米国卒後医学教育認定評議会）によるレジデント・フェローシップに対する専門教育基準の中の勤務時間制限が参考となるのではないか。この勤務時間制限においては、週当たり最長労働時間は4週平均で80時間、連続勤務は24時間まで、シフト間の休憩は8時間といった内容が定められており、データや論文に基づいてこれらの時間数が設定されている。
- 米国では、週80時間に労働時間を規制しても研修の習得具合はあまり変わっていないという結果も多く出ており、参考にはどうか。

(勤務環境改善に向けた視点 ②他職種へのタスク・シフティング)

- 救急医療等におけるトリアージ、初診時の予診の実施等については、救急医学会の指導もあり、救急看護認定看護師を中心とした救急部の看護師による実施が随分前から進んでいる。
- 人工呼吸器の設定条件の変更や人工呼吸器管理中の患者に関する鎮静薬の投与調節等については、集中治療科の医師の指導により、集中ケア認定看護師を中心とした集中治療部の看護師が通常の教育の過程の中で行っている病院がある。
- タスク・シフティングについては、医師の側でこういった人材が実際に現場にほしいのかがポイントではないか。特定行為の医行

為に関して、どのような学習をした人にその医行為の一部を任せたいと思うのか、医行為の一部を行うために医学教育のどの部分を学習していれば安心して任せられるのかを明らかにしていった方がいいのではないか。

- 米国では臨床薬剤師がおり、薬歴管理、服薬管理、効果予測等を行うことにより医師・看護師の負担軽減につながっていることから、日本においても薬剤師の業務拡大、処遇の向上が図られるとよいのではないか。
- 医師が本来行う必要のないような事務作業についてはしっかりと医師以外が行う環境整備をすることが重要。
- 特定行為研修修了看護師や認定看護師、専門看護師については、そもそも日本の医師全体の業務を軽減するだけのタスク・シフティングが可能な人数が養成されているのか。
- 病院によって、特定行為件数修了看護師が活用されていないといったデータもあり、きちんと活用する仕組みをどう作るのかが重要。
- 看護師の特定行為が進まない理由としては、病院の看護師、看護部長、医師等への周知・理解の不足、医師との信頼関係の構築上の課題、これまでよりもリスクの高い業務を行うことに対する処遇の問題、事故が起こった時の対応の仕組みがないところが多い等があるのではないか。
- タスク・シフティング、タスク・シェアリングについては病院団体としても積極的に推進していきたいが、実際に効果が現れるまでにはすごく時間がかかることは理解しておいてほしい。風土やマインドを変えるには時間がかかり、とりまとめ後の5年という時間内に効果が現れるまでできるかどうかについては疑問がある。
- タスク・シフティング、タスク・シェアリングを進めるにはお金がかかるため、その支援も必要。さらに、同じ行為でもトラブルになった場合に医師が行った場合と看護師が行った場合で患者の受け取り方が異なる可能性があるが、理解をしてもらう必要がある。
- タスク・シフティングにより看護師にばかり仕事が集中しても困るため、多職種チームで仕事の在り方を総合的に考えるとといった視点も必要ではないか。
- 特定行為研修修了看護師等の活用については、養成数が圧倒的に少なく、一医療機関の中で数名しかいないようでは業務内容は変わらないのではないか。
- タスク・シフティングに関して、事務局が現在実施しているタイ

ムスタディの結果や、諸外国を含めたこれまでの阻害要因の研究結果と対策案の整理、コストパフォーマンスの研究結果の整理をお願いしたい。

- 経営改善や環境改善などの当たり前のことをまずはきちんとやった上で、AIやICTによるプロセスの効率化をやっていくという方向性が重要ではないか。特に、薬剤師や歯科医、かかりつけ制度など、権限移譲や規制緩和の議論により、相乗効果が生まれるのではないか。

(勤務環境改善に向けた視点 ③IT等の活用)

- AIやICTについては、医師を補助する形で業務が改善できると考えられるが、国による支援のあり方の検討と、本当にアウトカムに影響するかについての検証が必要ではないか。
- 米国ではテレICU（数か所のICUを一括管理し、医師が現場にいるPAに指示を出す）が普及しており、これを日本でも導入すれば、かなり重篤な症例に対する管理が効率化されるのではないか。
- AI、ICTにより、プロセスが改善される部分と逆に時間がかかる部分があり、プラスマイナスの効果の検証をきちんと行う必要がある。
- 経営改善や環境改善などの当たり前のことをまずはきちんとやった上で、AIやICTによるプロセスの効率化をやっていくという方向性が重要ではないか。特に、薬剤師や歯科医、かかりつけ制度など、権限移譲や規制緩和の議論により、相乗効果が生まれるのではないか。(再掲)

(勤務環境改善に向けた視点 ④女性医師の両立支援)

- 女性だけが子育てをするのではなく、男性でも女性でも誰でもやれる人が子育てをしてキャリアも維持できるという環境を作っていくことが将来的には重要なのではないか。