

医師の働き方検討委員会 答申

医師の勤務環境改善のための具体的方策

— 地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に —

平成 30 年 4 月

日本医師会 医師の働き方検討委員会

平成 30 年 4 月

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

医師の働き方検討委員会

委員長 相澤 好治

医師の働き方検討委員会答申

本委員会は、平成 29 年 6 月に、貴職より、「医師の勤務環境改善のための具体的方策―地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に―」について諮問を受け、平成 30 年 2 月までに 6 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、審議結果を取りまとめたので、ここに報告いたします。

医師の働き方検討委員会

委員長	相澤 好治	北里大学名誉教授
副委員長	泉 良平	富山県医師会副会長 富山市民病院 富山市病院事業管理者
委員	植山 直人	医療生協さいたま行田協立診療所所長 全国医師ユニオン代表
	小川 彰	岩手医科大学理事長 岩手県医師会副会長
	木戸 道子	日本赤十字社医療センター 第一産婦人科部長
	城内 博	日本大学理工学部まちづくり工学科 特任教授
	中嶋 義文	三井記念病院精神科部長
	藤井 美穂	北海道医師会常任理事 時計台記念病院女性総合診療センター長
	星 北斗	星総合病院理事長 福島県医師会副会長
	村上 剛久	社会保険労務士法人迫田・村上リーゼン バーグ代表社員
	望月 泉	岩手県医師会常任理事 岩手県立中央病院病院長
	山口 直人	済生会保健・医療・福祉総合研究所 研究部門長
	吉川 徹	労働者健康安全機構労働安全衛生総合 研究所 過労死等調査研究センター統括研究員

(委員：50 音順)

＜用語について＞

様々な意味で使われることが多く、文脈のなかでどの意味なのか確認する必要がある。

1. 労働時間の換算

労働時間は「総労働時間」の場合は「週当たり」、「時間外労働時間」の場合は、「月当たり」または「年間」で使用されることが多い。

$$\{\text{週の総労働時間} - \text{週の法定労働時間 (40時間)}\} \times 4 \text{ 週間} = \text{月の時間外労働時間}$$
$$\text{月の時間外労働時間} \times 12 \text{ か月} = \text{年間の時間外労働時間}$$

【労働時間の換算】

週の 総労働時間	月の 時間外労働時間	年間の 時間外労働時間
50時間	40時間	480時間
60時間	80時間	960時間
70時間	120時間	1,440時間

2. 宿日直、宿直、日直

宿日直勤務とは、一般には使用者の命令によって一定の場所に拘束され、緊急電話の受理、外来者の対応、盗難の予防等の特殊業務に従事するもので、夜間にわたり宿泊を要するものを宿直といい、勤務内容は宿直と同一であるが、その時間帯が主として昼間であるものを日直という。労働基準法第41条に基づいて許可を受けると労働時間の適用除外となる。

宿日直、宿直の場合、上記のような特殊業務を指す場合と、「夜勤」を含めて使用される場合もある

＜労働基準法＞

第四十一条 この章、第六章及び第六章の二で定める労働時間、休憩及び休日に関する規定は、次の各号の一に該当する労働者については適用しない。

- 一 別表第一第六号（林業を除く。）又は第七号に掲げる事業に従事する者
- 二 事業の種類にかかわらず監督若しくは管理の地位にある者又は機密の事務を取り扱う者
- 三 監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたもの

3. 夜勤

宿直において軽微な業務ではなく通常と同様の業務を行うこと

4. 当直

宿日直及び時間外労働を含めた総称。夜勤を含めて用いられている施設もある。

忙しくても、寝当直であっても、夜、病院に泊まって必要時に診療行為を行う業務の意味で使われている施設も多い。

5. 研修医

医師国家試験合格後、医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修を受けている医師

(医政発第 0612004 号 平成 15 年 6 月 12 日 医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について)

＜医師法＞

第一六条の二 診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

なお、本文中で海外の研修医については、特に断りがなければ、米国では、各州が実施している医師国家試験（USMLE 等）に合格し、インターンシップを終えた後、各科それぞれ 3～6 年の研修として構成される「Residency（レジデンシー）」プログラムに参加している医師をさす。

米国以外では、特に断りがなければ、医師国家試験に合格した直後に研修を受けている医師全般を指す。

6. 専攻医、専門医

専攻医：医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修を修了し、各領域の専門研修中の医師。臨床研修を終えた直後の専攻医を指すことが多いが、専門医を取得後に別の専門医取得を目指している専攻医の場合もある。

専門医：上記専門研修を修了した医師

7. 使用者、事業者、管理監督者

使用者：特に断りのない限り、労働基準法上の使用者とする。

(労働基準法)

第十条 この法律で使用者とは、事業主又は事業の経営担当者その他その事業の労働者に関する事項について、事業主のために行為をするすべての者をいう。

事業者：特に断りのない限り、労働安全衛生法上の事業者とする。法人や事業経営主を指す。

(労働安全衛生法)

第二条

三 事業者 事業を行う者で、労働者を使用するものをいう。

管理監督者：労働基準法においては、労働時間規定が適用除外となる者という意味で用される（詳しくは本文 P5 を参照）。

労働基準法の範疇ではなく、役職者や業務管理を行う者全般を指す意味で使われることもある。

8. 「応招義務」の表記

医療六法（中央法規）、医師の職業倫理指針（日本医師会）において、「応召義務」でなく「応招義務」と表記されている。本答申では「応招義務」と表記する。

目次

はじめに	1
1. 医師の働き方改革をめぐる社会的背景	1
(1) 医師の働き方改革の必要性	1
(2) 改革に関する行政の動き	1
2. 医師の特殊性	3
3. 日本医師会のこれまでの取り組みと今回の検討の目的	4
I 勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現	5
1. 現在の労働基準法	5
(1) 労働時間の定義	5
【労働時間の適用除外となる「管理監督者」とは】	5
(2) 勤務医の労働時間の特性	5
①宿日直勤務	5
②オンコール	6
③自己研鑽	6
(3) 現行の労働基準法の労働時間規制	6
①法定労働時間	6
②時間外労働	6
③宿日直	7
a. 宿日直勤務の趣旨	7
b. 宿日直勤務の許可基準として定められている事項の概要	7
④専門業務型裁量労働制	8
2. 医療勤務環境改善支援センターの充実強化	9
(1) 支援センターの運営の問題点	9
①個別の医療機関へのアプローチが困難	9
②事業予算が少なく運用柔軟性が欠如	9
③アドバイザー間の連携が少なく役割分担が不明確	10
④支援業務の範囲が不明確	10
⑤支援対象医療機関の偏り	10
(2) 医療機関側における支援センター活用の問題点	10
①支援センターが取締機関であるとの誤解	10
②努力義務に留まっている支援センター活用	10
③勤務環境改善より診療優先	10
(3) 「医師」の勤務環境改善に関する支援事例	11
(4) 今後の支援センター活性化の方策	11

(5) 関連する「センター」連携を法律で規定化	13
3. 医師の健康管理の国内外の状況と基本的考え方	13
(1) 医師の健康確保の視点と諸外国の状況	13
(2) 米国の動向	14
(3) 欧州の動向	15
(4) 医療の質確保の視点	16
(5) 健康管理の視点	16
4. 今行ふべき労務管理～法令を指標とする考え方～	18

Ⅱ 勤務医の労働安全衛生の充実	20
1. 労働安全衛生法の遵守	20
(1) 医療保健業における定期監督等の状況	20
(2) 法令における事業者の責務	21
(3) 労働時間等設定改善委員会の活用へ	21
2. 医療機関における産業保健活動の推進	22
(1) 医療機関における産業保健活動の課題	22
(2) 包括的管理の推進	23
①産業医	23
②病院長（事業者）	23
③管理監督者（施設長・診療科長等）	23
④医療従事者自身	24
⑤患者や地域医療体制	24
(3) 日本医師会作成ツールの活用推進	24
(4) 外部資源の活用	27
3. 将来に向けての提言	27
(1) 医師の労働時間管理に関する基本的な考え方	27
①労働時間管理を行うべき者の責務	27
②労働時間管理の責務を有する者の特定	28
③労働時間を把握するために講ずべき措置	28
(2) 医師の過重労働防止の労働時間管理の在り方	28
①施設長の果たすべき役割	28
②診療科長の果たすべき役割	28
③衛生委員会の果たすべき役割	29
④産業医の果たすべき役割	29
(3) 医師の健康と地域医療の両方を守る制度の考察	29
①方向性（時間外労働の上限規制等）	29
②「医師の特別条項」について	30

③医師の特別条項の「特例」について	30
a. 「特例」を決める基本的視点	30
b. 「特例」を締結する具体的条件	31
c. 「特例」を決める仕組み	32
d. 「特例」の上限時間	33
e. 定期的な「特例」の見直し	33
f. 研修医に関する「特例」の取り扱い	33
④医師の特殊性を踏まえた自己研鑽・宿日直の在り方	33
a. 自己研鑽	33
i) 自己研鑽と医師の仕事は一体不可分	33
ii) 院内にいる時間管理が不可欠	34
b. 宿日直	34
⑤裁量労働制の幅広い検討・研究	34
⑥労働法関連の法令全般の見直し	35
4. 今行うべき労働安全衛生管理～真摯に取り組む	37

Ⅲ. 地域医療を守る	38
1. 労働時間制限の地域医療への影響	38
2. 地域医療を守る視点と対策	39
(1) 日本医師会の立場	39
(2) 医師への労働時間規制適用、罰則の問題点	39
(3) 対策の基本的な方向性	40
①基本的な働き方	40
②宿日直問題に関する対応	40
③医師の特別条項の「特例」について	40
④僻地医療への対応	41
3. 応招義務の問題点と対応	41
(1) 行政の義務	41
(2) 医療機関の義務	41
(3) 医師個人の義務	41
4. 医師の効率的活用	42
(1) 医師の偏在解消と業務の見直し	42
①医師の地域偏在と診療科の偏在解消	42
②診療環境改善の効果の定期的な把握と対策	42
(2) 当面の診療環境改善に必要な対策	43
①医師確保等に関する組織の連携強化や再編	43
②女性医師の離職防止・復職支援	43

a. 女性医師支援の必要性	43
i) 女性医師の増加	43
ii) 女性医師支援の男性医師へのプラス効果	44
b. 日本医師会における女性医師支援の取り組み	44
i) 女性医師支援センター・女性医師バンク	44
ii) 女性医師の勤務環境に関する調査	45
c. 女性医師支援施策への提言	46
i) 保育・介護支援の充実（公的保育施設の有効活用等）	46
ii) 柔軟な働き方（時短常勤制度等）と再研修プログラム	46
iii) 個別事情に応じたキャリア形成支援	47
iv) 勤務緩和を支える医師の処遇改善	47
v) パートナー・家族との話し合い	47
vi) 「女性が働きやすい医療機関」認証制度（好取り組み事例）	48
③医師活用に関するその他の具体的な対策	48
a. 非常勤医師の活用、及び常勤化の促進	48
b. 出身地方の再就職促進	48
c. 退職年齢延長の検討及び退職前後のベテラン医師活用	48
d. 病院と開業医との連携の強化	48
④医療機関の役割分担の明確化	48
a. 大学等の高度医療機関	48
b. 中小病院	49
c. 診療所	49
d. 救急体制	49
⑤タスク・シフティング	50
5. 大学病院を取り巻く状況と将来の在り方	50
6. 地域住民の理解と協力	50

IV 医師会の役割	52
1. 医師会の組織と存在意義	52
2. 働き方改革における日本医師会のあるべき立場	52
(1) 医師の健康とワークライフバランスを守る活動	52
(2) 地域医療を守ることとの両立～段階的な働き方の改善～	52
(3) 過労死のない日本をつくる	53
3. 各医師会に求められる課題と具体的な対応	53
(1) 都道府県医師会の働き方改革への関わり	53
(2) 都道府県医師会の勤務医部会等の強化	53
(3) 郡市区医師会に求められるもの	54

（４） 執行部への勤務医の登用の促進	54
（５） 大学医師会の強化	54
（６） 日本医師会が果たすべき役割	54

まとめ	55
-----------	----

参考資料

はじめに

1. 医師の働き方改革をめぐる社会的背景

(1) 医師の働き方改革の必要性

近年、サービス業をはじめとする様々な業種において長時間労働が問題となっているが、各地の医療機関、大学病院等における労務管理上の問題や、医師の厳しい勤務実態についても新聞等で相次いで報じられている。平成24年の総務省就業構造基本調査によると、職業別週労働時間60時間以上の雇用者割合は総数11.6%のところ、医師は38.1%と最も高い。

かけがえのない生命を預かるという重い責任を有し、医療安全、患者や家族との適切なコミュニケーション、他職種との協働、近隣医療機関との地域連携等に配慮しつつ診療に携わる医師の仕事は強い精神的緊張を伴う。医療はますます専門化、高度化してきており、要求される技術水準も高くなってきている。深夜休日を含む長時間勤務は心身の健康へ深刻な影響を及ぼし、離職や休職、さらなる医師偏在という悪循環を招く。また、医学部定員が大幅に増加してきている一方、医学部志望者は既に減少傾向に転じている。

今後、少子化により18歳人口のさらなる減少が見込まれており、医師の勤務環境が厳しいというイメージがつきまえば優秀な人材確保は厳しくなっていく。医師の健康と地域医療を守り、今後も安全で質の高い医療を提供し続けていくためには、過重労働により医師が疲弊してしまう現状をこのまま放置し改善を先延ばしにすることはもはや許されず、是正は急務である。

平成23年9月に日本学術会議より「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」という提言が出された（参考資料1・P1）。そこでは、医師の長時間労働は業務遂行能力の低下や医療事故の誘因となることが多くの研究で示されているとし、医師の離職や診療科偏在を招き、良質で安全な医療提供体制を危うくしていると述べている。更に、我が国の臨床医師による学術論文数が国際的にみて相対的に減少しており、研究活動が停滞していることを指摘している。

このように、医師の働き方の改善は、医師の生命や生活を守り、健康で能力を発揮し医療に貢献できるために不可欠であることにとどまらず、広く国民医療や将来の医学の進歩にまで関わる重大な問題であると認識し、社会全体で真剣に取り組まなければならない。

(2) 改革に関する行政の動き

平成26年の改正医療法により医療機関の管理者が医療従事者の勤務環境改善に取り組むことが努力義務とされた。また、「地域医療介護総合確保基金」による事業のひとつと

して「医療従事者の確保に関する事業」が盛り込まれている。これにより、医師確保対策等に取り組む「地域医療支援センター」や医療機関のニーズに応じて勤務環境改善の自主的な取り組みを支援する「医療勤務環境改善支援センター」の設置、及び女性医師の復職や就業支援が進んできている。今後これらの事業が軌道に乗り、必要なところに重点的に改善の取り組みが進んでいくことが望まれる。

一方、地方の医師不足等を背景として平成 20 年度に地域枠による医学部入学定員の増員が始まり、平成 28 年度及び翌年には新たに医学部が 2 か所に新設され、医学部定員は過去最多を更新し続けている。しかし、医師数は増加しても、地域や診療科による偏在の解消には至っていない。これには社会における人口動態や疾病構造の変化、ワークライフバランスに対する世代間の意識の違い、出産育児等ライフイベントで働き方に制約されがちな女性医師の増加等の様々な要因があると考えられている。必要とされるところで医師がもてる能力を発揮できるためには、仕事と家庭との調和を図る工夫が欠かせない。

平成 29 年 3 月に、政府は我が国の労働生産性を改善することを目指し「働き方改革実行計画」が策定された。計画には長時間労働を是正することでワークライフバランスを改善し、労働参加率を向上させようと、罰則付き時間外労働上限規制の導入が盛り込まれている。ただ、急激な変化による弊害を避けるため、十分な法施行までの準備時間を確保すべきとしており、特にいくつかの業種においては一般則の適用を直ちには行わないと明示されている。

そのうち、医師においては、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応招義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であるとされている。具体的には、改正法の施行期日の 5 年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2 年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることとされた。

これを受けて、厚生労働省において「医師の働き方改革に関する検討会」が設置され、平成 29 年 8 月に第 1 回の会議が開催された。様々な立場の構成員により検討が行われており、平成 30 年 3 月には中間的な論点整理がなされ、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み」として、①医師の労働時間管理の適正化に向けた取り組み② 36 協定等の自己点検③既存の産業保健の仕組みの活用④タスク・シフティング（業務の移管）の推進⑤女性医師等に対する支援⑥医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取り組み、の 6 項目が示された。

平成 30 年度診療報酬改定の基本方針においても、「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進」は改定の基本的視点のひとつに挙げられている。上述の日本学術会議による提言の中でも、診療報酬体系の改善の必要性について言及されているが、医師の働き方改革の実行にはしかるべき経済的裏付けが不可欠である。経営が厳しい状況において性急な改革を行うことにより、医療機関の存続そのものが危うくなり、ひいては地域の医療供給に悪影響を及ぼすことは避けなければならない。

2. 医師の特殊性

医師の業務は国民の生命と健康に直結しており、対応によっては取り返しのつかない結果につながりうる。救急診療や分娩取り扱い等の医療需要は時間や地域を問わず発生するものであり、それに対して適切な供給が確保されなければ住民は安心して生活することはできない。我が国では国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。一方、OECD Health Statistics (2015) によると人口 1,000 人当たり臨床医数は日本においては OECD 加盟国での平均を下回っており、診療を行う現場の医師の献身的努力に支えられてきたといえる。現に、宿直明けも通常の勤務を行っている、休日がほとんどないという医師が少なくない等、過酷な勤務実態が各種の調査結果で明らかになっているⁱ。

医師には目の前の病む人、困っている人を助けるという直接の診療行為のみならず、日々進歩していく診断・治療についての最新の知識や技術を習得し、生涯にわたって学び続けること、すなわち絶え間ない自己研鑽が要求される。更に、診療業務以外にも、専門医等の資格取得のための勉強、症例検討会等での発表やその準備、学会への参加、医学研究や論文執筆、文献検索、医学生や研修医・専攻医及びコメディカル等の教育、院内外の会議や管理業務等幅広い業務に携わっている。医師が働く場は診療業務が主である一般病院や診療所だけではなく、研究や教育を任務とする大学で勤務している医師も少なくない。全てに一律の規制を適用することは現実的ではなく、業務の特性に応じた多様な働き方を尊重できる方法を模索する必要がある。

更に、医師においては、人間の生命と健康を預かる業務として高い倫理性を持つことが求められている。そのため、自分の生活を犠牲にしてでも仕事を優先すべきという考え方が、医師本人のみならず患者やその家族を含めた社会からも期待されがちである。例えば、主治医であれば勤務外でも呼び出されて診療を行う、休日であっても登院して担当患者を回診する、患者家族の都合に合わせて時間外であっても病状説明に対応する、等は医師ならば当然のことと考えられる風潮がある。

しかし、医師も等しく家庭生活を営む人間であり、心身の健康を保てる状態でこそ安全な医療を提供できるという認識が共有されるべきである。また、医療は進歩してきているものの、まだ不確実なことが多く、懸命に診療を行っても期待した結果が得られないことは少なくない。医療には限界があるということについて医療を受ける国民は理解を深める必要がある。医療資源は有限であり、社会で共有すべき財産であることから、適正な受診等利用のルールについて自治体、保険組合等が主体となり更に啓発を進めるべきである。このように医療提供体制を今後も持続可能なものとするためには国民の理解と協力が不可欠である。

i 平成 27 年度厚生労働省委託事業「医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取り組みに対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書」2016 年 3 月

3. 日本医師会のこれまでの取り組みと今回の検討の目的

日本医師会では、これまで勤務医委員会を中心として、勤務医に関連した様々な調査や提言を進めてきた。更に、平成 20 年に新たに「勤務医の健康支援プロジェクト委員会」を立ち上げ、「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」による実態の把握とそれに基づいた健康支援策の提言等を行った。その後の活動は「勤務医の健康支援に関する検討委員会」に引き継がれ、「医師が元気に働くための 7 か条」「勤務医の健康を守る病院 7 か条」「勤務医の健康支援のための分析・改善ツール」の作成がなされた。また、主に医療機関の産業医を対象とした「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を全国各地で開催し、医療機関における産業保健活動を推進している。上記の「勤務医の健康支援に関する検討委員会」の成果を受けて、平成 28 年度からは産業保健委員会において医療機関での産業保健活動の推進について検討を進めている。

このたび、日本医師会「医師の働き方検討委員会」は、平成 29 年 6 月に「医師の勤務環境改善のための具体的方策―地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に―」という会長諮問を受けて、厚生労働省における「医師の働き方改革に関する検討会」の設置に先駆けて、第 1 回委員会を開催し、以降計 6 回にわたる委員会での検討に基づき、答申をまとめた。以下、「勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現」、「勤務医の労働安全衛生の充実」、「地域医療を守る」の 3 点において論ずるとともに、日本医師会と各地区・地域の医師会の役割についても述べる。

I 勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現

勤務医のワークライフバランス改善のためには、労務管理についての現行法令や医療機関支援の仕組みを再認識し、できることから取り組むことが求められる。

ここでは、現在の労働基準法の確認と労務管理を進める上で重要な役割を担っている「医療勤務環境改善支援センター」の在り方について考察する。合わせて、Ⅱ．以降で将来の在り方を考察する上で、海外における労働法制について整理する。

1. 現在の労働基準法

(1) 労働時間の定義

労働基準法が規制する「労働時間」は、休憩時間を除いた時間であり、現に労働させる時間（実労働時間）である。最高裁の判例においても「労働基準法第32条の労働時間とは、労働者が使用者の指揮命令下に置かれている時間を言い、労働時間に該当するか否かは労働者の行為が使用者の指揮命令下に置かれたものと評価することができるか否かにより客観的に定めるものであって、労働契約、就業規則、労働協約等の定めのかんにより決定されるべきものではないと解するのが相当である（最一小判平12.3.9 三菱重工業長崎造船所事件）」としている。なお、使用者の指揮監督下にあるか否かは、明示的なものであることは必要ではなく、黙示の場合も含むものとされている。

また、実労働時間には、現実に作業に従事している時間のみならず、いわゆる「手待ち時間」も含まれる。このことは、労働基準法が手待ち時間の特に多い労働者を「断続的労働」として特別扱いしていること（労働基準法第41条第3号）からも明らかである。

【労働時間の適用除外となる「管理監督者」とは】

「管理監督者」は労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にあるものをいい、労働時間、休憩、休日の制限を受けない。「管理監督者」に当てはまるかどうかは、役職名ではなく、その職務内容、責任と権限、勤務態様等の実態によって判断される。

医療機関内で管理職とされていても、労働基準法上の「管理監督者」に該当しない場合は、労働時間、休憩、休日の規制を受け、時間外割増賃金や休日割増賃金の支払いが必要となる。

(2) 勤務医の労働時間の特性

①宿日直勤務

宿日直勤務とは、一般には使用者の命令によって一定の場所に拘束され、緊急電話の受理、外来者の対応、盗難の予防等の特殊業務に従事するもので、夜間にわたり宿泊を

要するものを宿直といい、勤務内容は宿直と同一であるが、その時間帯が主として昼間であるものを日直という。後述するが、これらの宿日直勤務についてはほとんど労働する必要がないことから、所轄労働基準監督署長の許可を受けた場合は、労働基準法の労働時間、休憩及び休日に関する規制の適用除外となり、法定労働時間を超えて、また法定休日に労働させることが可能となり、時間外・休日に関する割増賃金の支払いは不要となる。

しかし、宿日直勤務であっても救急指定病院の宿日直では医師が、救急患者や容態急変の患者への対応に追われる等、通常の労働を行っている実態も見受けられる。

②オンコール

多くの勤務医がオンコール待機という対応をとっている実態がある。その待機時間について、労働基準法上「労働時間」と扱うか否かは判断が難しいところであるが、奈良県立病院事件での最高裁判決（最三小判平成 25. 2. 12）では労働時間性は否定されている。一般的な勤務医のオンコール待機のように、「自宅にて自由時間が保障されている」前提で「電話等で呼び出しがあれば業務に従事することが求められるケース」の場合、通常はこうした「待機時間」を労働時間と扱うのは難しい見解が多いようである。

もっとも、呼び出しがあった場合において、実際に病院で業務に従事した時間が労働時間になることは言うまでもない。しかしながら、「労働時間」となるか否かを問わず、オンコール待機について、多くの勤務医が負担感を持っていることは解決すべき課題であり、その負担軽減に向けた改善策を講じることが望ましい。

③自己研鑽

医師は、提供する医療の質の向上やスキルアップのため、研究・執筆、セミナー・講習に参加して最新の知見の習得を図る等、広く自己研鑽を行っている。これらの活動が使用者の明示的な業務命令で行われている場合には、労働時間であることが明白であるが、明示の業務命令に基づかない場合でも、医師の職務内容そのものに関するもの、または密接に関連のあるものは労働時間になるケースも考えられる。

しかし、学会、研修会及び講演会への参加は業務命令に基づかない自主的なものもあるため、労働時間ではないと考える向きもあり、考え方にはバラつきも多い（参考資料 2・P9-11）。

（3）現行の労働基準法の労働時間規制

①法定労働時間

「使用者は、休憩時間を除き 1 週間について 40 時間、1 週間の各日については、1 日に 8 時間を超えて労働させてはならない（同法第 32 条）。」ことを原則としている。

②時間外労働

法定労働時間を超える時間外労働は原則として認められるものではないが、法第 36 条により時間外・休日労働協定（いわゆる「36 協定」）を締結し、労働基準監督署長に届け出ることを要件として、時間外労働及び法定休日における休日労働を認めている。

もっとも、長時間労働防止の観点から「時間外労働の限度に関する基準（平成 10 年労働省告示第 154 号）（以下、「基準」という。）」が定められ、労使は 36 協定の内容がこの基準に適合したものとなるようにしなければならないとされている（同法第 36 条第 3 項）。

期間	1 週間	2 週間	4 週間	1 か月	2 か月	3 か月	1 年間
限度時間	15 時間	27 時間	43 時間	45 時間	81 時間	120 時間	360 時間

更に、臨時的に限度時間を超えて時間外労働を行わせなければならない特別の事情が予想される場合には、「特別条項付き 36 協定」を締結すれば、限度時間を超える時間を延長時間とすることができる。

もっとも、この基準は労使協定に対して強行的な基準を設定する趣旨ではなく、協定当事者に対して協定内容を「基準」に適合したものにするよう要請し（同第 3 項）、行政官庁の助言・指導権限を定める（同第 4 項）規定となっている。

従って、恒常的に限度時間を超える時間外労働が生じることが見込まれる場合には、36 協定の「時間外労働をさせる必要のある具体的事由」について「一時的な担当患者の増加」「重症度・緊急度が高い患者への即時的な対応が必要な場合」「疾病の特殊性から診療に当たるものが限定される場合」等として「基準」を超える延長時間を定めた 36 協定を締結し、所轄労働基準監督署長に届け出ることできる。

しかし、「労働基準監督署長は、限度基準に適合しない時間外労働協定の届出がされた場合にその是正を求める等、限度基準に関し、労使当事者に対し、必要な助言及び指導を行うことができるものであること（平 11. 1. 29 基発 45 号）」としている。

③宿日直

a. 宿日直勤務の趣旨

宿日直勤務とは、仕事の終了から翌日の仕事の開始までの時間や休日について、原則として通常の労働は行わず、労働者を事業場で待機させ、電話の対応、火災等の予防のための巡視、非常事態発生時の連絡等にあたらせるものである。この宿日直勤務に従事している間は常態としてほとんど労働する必要があることから、所轄労働基準監督署長の許可を受ければ、いわゆる 36 協定の締結・届出を行ったり、時間外労働・休日労働の割増賃金を支払う必要はない。

b. 宿日直勤務の許可基準として定められている事項の概要

上記 a. のような宿日直勤務の趣旨に沿って、労働基準法上宿日直勤務の許可を行うにあたって、許可基準を定めているが、医療機関に係る許可基準として定められている事項の概要は次のとおりである（参考資料 17・P59）。

○勤務の態様

常態としてほとんど労働する必要がある勤務のみを認めるものであり、病室の定時巡回、少数の要注意患者の検脈、検温等の特殊な措置を要しない程度の、または短時間の業務を行うことを目的とするものに限ること。従って、原則として、通常

の労働の継続は認められないが、救急医療等を行うことが稀にあっても、一般的に見て睡眠が十分とりうるものであれば差し支えないこと。

○睡眠時間の確保等

宿直勤務については、相当の睡眠設備を設置しなければならないこと。また、夜間に十分な睡眠時間が確保されなければならないこと。

○宿日直の回数

宿直勤務は、週 1 回、日直勤務は月 1 回を限度とすること

○宿日直勤務手当

宿日直勤務手当は、職種ごとに、宿日直勤務に就く労働者の賃金の 1 人 1 日平均額の 3 分の 1 を下らないこと。

④専門業務型裁量労働制

専門業務型裁量労働制とは、「業務の性質上、業務遂行の手段や方法、時間配分等を大幅に労働者の裁量にゆだねる必要がある業務」として、法令等により定められた 19 業務の中から、対象となる業務を労使協定で定め、労働者を実際にその業務につかせた場合、労使協定であらかじめ定められた時間を労働したものとみなす制度である。

(参考資料 18 ①②・P60-61)。

導入にあたって締結する労使協定には、「対象業務の遂行の手段及び時間配分の決定等に関し、当該対象業務に従事する労働者に対し使用者が具体的な指示をしないこと。」とする旨を定めることとしている。

診療の業務については、「19 業務」には含まれないため、現行法では専門業務型裁量労働制を適用することはできない。

ただし、「学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）に規定する大学における教授研究の業務（主として研究に従事するものに限る。）」は対象となるため、大学病院の「教授等」は専門業務型裁量労働制が適用可能である。

現在の具体的な適用要件は次のとおりである。

- ・「教授研究」とは、学校教育法に規定する大学の教授、准教授又は講師が、学生を教授し、その研究を指導し、研究に従事することをいうものであること。
- ・患者との関係のために、一定の時間帯を設定して行う診療の業務は含まれないものであること。
- ・「主として研究に従事する」とは、業務の中心はあくまで研究の業務であることというものであり、具体的には、講義等の授業や、入試事務等の教育関連業務の時間が、多くとも、1 週の所定労働時間又は法定労働時間のうち短いものについて、そのおおむね 5 割に満たない程度であることをいうものであること。
- ・なお、患者との関係のために、一定の時間帯を設定して行う診療の業務は教授研究の業務に含まれないことから、当該業務を行う大学の教授、助教授又は講師は専門業務型裁量労働制の対象とならないものであること。

2. 医療勤務環境改善支援センターの充実強化

平成 26 年に医療法が改正され、医療従事者の勤務環境改善に関する医療機関管理者の努力義務条項が新設された。それを受けて、継続的に医療従事者の勤務環境改善を図るための「医療勤務環境改善支援センター（以下「支援センター」という）の設置が進み、平成 28 年度には既に全都道府県において設置が完了した。

支援センターの役割は医師を含む医療従事者の勤務環境改善に医療機関が自主的に取り組むことを支援、推進することである。その運営には地域医療介護確保基金と労働局予算が充てられており、勤務環境改善のための労務と経営に関するアドバイザーが各医療機関からの相談に対応している。今後、医師の勤務環境改善を推進していく上で、支援センターの充実強化とともに、医療機関側における支援センターの有効活用が求められる。

支援センターの活動状況に関しては、主に図表 I ①に示す 4 つの全国調査が行われている。本項では、これらの調査結果を参考に、支援センターの運営及び医療機関側における支援センター活用の現状を分析した上で、医療勤務環境改善のさらなる推進に向けて支援センター活性化の方策について提案する。

図表 I ①. 支援センター活動状況に関連する全国調査

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 医療勤務環境改善支援センター業務に関するアンケート調査
(平成 27 年 10 月：日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」)2. 医療勤務環境改善支援センターの活動状況に関するアンケート調査
(平成 27 年 11 月：厚生労働省労働基準局委託研究事業「医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取り組みに対する支援の充実を図るための調査・研究事業」)3. 医療勤務環境改善支援センターの活動状況調査
(平成 29 年 9 月：全国社会保険労務士会連合会)4. 医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート調査（参考資料 2・P4-6）
(平成 29 年 10 月：日本医師会) |
|---|

(1) 支援センターの運営の問題点

①個別の医療機関へのアプローチが困難

支援センター側から個別の医療機関に積極的に働きかけることは難しく、実際の相談件数はまだあまり多くない。また、医療機関側の担当者が多忙で面談の時間がとりにくい、支援センターから遠距離の医療機関の場合には直接の訪問は難しく、電話相談が主体とならざるを得ない等、医療機関へのアプローチがしにくいという意見が上記の調査結果にあった。

②事業予算が少なく運用柔軟性が欠如

支援センターの事業予算は限られており、アドバイザーの出張相談会、アドバイザーの専門性を高めるための研修参加等、相談センター以外での活動に使用できる事業費が不足しているところもある。

また、事業費の支払い方法が年1回、後払い形式であったり、医師会等の委託先において費用が持ち出しになったりと運用のさらなる改善が必要と考えられるところもあった。

他にも、取り組みの成果を挙げるため数年がかりの継続的な支援が必要にも関わらず、予算の都合で単年度契約となるため長期的計画が立てにくい、という意見もあり、改善が望まれる。

③アドバイザー間の連携が少なく役割分担が不明確

支援センターでは社会保険労務士と医業経営コンサルタントとが業務に携わっているが、お互いが連携、交流する機会が乏しいという意見が調査結果にみられた。両アドバイザーは相談内容の専門性により労務と経営のそれぞれの役割に応じて連携して対応すべきであるが、実際には役割分担が明確でなく、効果的な支援につながりにくいという指摘もあった。

④支援業務の範囲が不明確

支援方法についての情報が少なく、実際に医療機関からの相談に対応する際に、どのような支援をどこまで実施すべきなのか、業務の範囲が不明確な場合があるという意見があった。例えば、支援センターとしての委託業務の範囲を超える依頼内容があった場合、どう対応すべきか等について取り扱いはっきりしていない。

⑤支援対象医療機関の偏り

支援している医療機関にばらつきがあるかについての調査結果をみると、ないという都道府県も少なからずあるものの、大規模病院、公的病院あるいは逆に中小規模病院が多い等、偏りがあるとしているところもある。運営協議会が有効に機能していないという指摘もあり、必要度の高い医療機関に支援が行き届くようにすることが必要である。

(2) 医療機関側における支援センター活用の問題点

①支援センターが取締機関であるとの誤解

支援センターの役割は勤務環境改善の自主的な取り組みをサポートすることで、法令違反等の取り締まりを行う機関では全くないという点が正しく理解されていない場合がある。支援センターの設置場所から、背景に県の担当課や労働局の存在があると誤解され、相談を通じて病院に関する情報が漏洩するのでは等の警戒心をもたれる場合もある。

②努力義務に留まっている支援センター活用

医療機関が支援センターを活用し自主的に勤務環境改善に取り組むために、まずは経営者がその必要性を認識する必要がある。しかし、経営トップが勤務環境改善への問題意識を持っていても、支援センターの活用に至る積極的なアクションを起こしにくい。

一因として、勤務環境改善が努力義務にとどまっていることがあろう。目に見えるインセンティブがなければ、具体的なトラブルや外部からの指摘を受けるまで、支援センターへの自発的な相談になかなか至らないことが多い。

③勤務環境改善より診療優先

医療機関においては直接的な診療業務が最優先であり、時間と手間のかかる「勤務環

境改善」の優先順位はどうしても低くなりがちである。このため、支援センターからの訪問や相談日程の予約が取りにくく、具体的に活動できる時間も限られる。

また、医療安全や感染対策等の様々な院内委員会が既に多数あるところに、更に新たな委員会を立ち上げて勤務環境改善マネジメントシステムの推進担当者を選任し、活動を進めていくのは容易ではない。

（３）「医師」の勤務環境改善に関する支援事例

医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート調査によると、医師の勤務環境改善に役立った支援事例があると回答した都道府県数は17（36.2％）にとどまっている。その17都道府県のうち、支援事例数の回答のあったのは11都道府県で、うち9都道府県において事例数は3件以下であった（参考資料2・P5）。活用が進まない理由として、「看護職等、医師以外の職種への支援のほうが行いやすい」「医師は労働者という意識が高くないため管理者である医師が必要を感じていない」「そもそも支援が必要なほど困っていない」「マネジメントシステムの導入が目的で現場のニーズとはマッチしていない」「医師の勤務条件には立ち入りにくい」等の回答があった。

一方、「医師」の勤務環境改善につながった具体例として回答があったものとしては以下がある。

支援センターが「医師」の勤務環境改善につながった具体例

- ①医師事務作業補助者の導入支援、スキルアップのための高度化研修
- ②労務管理助言（産休、介護休業、時間外取り扱い、就業規則運用等）
- ③院内医師間における業務分担の見直し
- ④医師の時間管理についての意識付け・啓発

（４）今後の支援センター活性化の方策

上記における現状を踏まえて、今後更に医師の勤務環境改善に支援センターが活用されるために有効と考えられる対策について、医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート調査（平成29年10月）によると以下の回答を得ている。有効と考えられる対策の上位に挙げられているものとしての下記3つがある（参考資料2・P6）。

勤務環境改善に有効と考えられる策

- ①勤務環境の取り組みを評価する診療報酬上の加算
- ②取り組みの具体的方法や好事例の提示等、情報提供の充実
- ③医療機関管理者である医師への啓発

この他には、「支援センターが柔軟に対応できるための予算と人員の充実」「医療機関の取り組みを評価するため認証制度を設ける」「医療機関調査・訪問等支援センターの機能の強化」「医療機関内での取り組みを担当する人員の確保・予算補助」「支援を担当するスタッフの研修・スキル向上」との回答があった。

また、自由意見として「勤務環境改善の必要性は感じているが具体的な進め方について

啓発すべき」「労務管理者向けセミナー等研修会が支援のきっかけになった」「日本医師会が積極的にセンター事業の展開に関わってほしい」「医療機関参加型の組織作りが必要」「勤務負担軽減についての実践的講習会の開催」「医師会や病院協会との話し合い」「支援センターによる支援だけでなく、国レベルでの医療機関利用に関する住民の啓発・教育にも取り組むべき」等があった。

上記の調査を含む支援センターの活動状況に関する調査結果を踏まえて、今後の支援センター活性化の方策として考えられるものを検討した。その結果を支援センターにおける取り組み、医療機関における取り組み、国・行政に求められる施策に大別し図表Ⅰ②に示す。

図表Ⅰ②. 支援センター活性化の方策

支援センターにおける取り組み：

- ①支援センターの役割等についての広報推進
- ②業務を通じて得られた情報の適切な管理
- ③医療機関における実態と支援ニーズの把握
- ④個別の医療機関への積極的な働きかけ・コミュニケーションの強化
- ⑤アドバイザーの支援力の向上、業務上の知見等の蓄積とその活用
- ⑥医療労務管理と医業経営との連携：全体会議開催、個別の事例についての協議
- ⑦運営協議会の効果的な運営：関係団体との連携
- ⑧地域医療支援センター・女性医師支援センター・ナースセンター等との連携
- ⑨日本医師会・日本看護協会等の関係団体における取り組み等の活用

医療機関における取り組み：

自施設における現状分析、課題抽出を行った上で、必要に応じて積極的に支援センターに相談し支援を活用する。そのために医療機関側に求められる体制作りとして以下のものが挙げられる。

- ①経営トップが勤務環境改善について問題意識をもち優先課題として対応する
- ②現状分析シート、労務管理チェックリスト等の手引書・ツールの活用による課題抽出
- ③勤務環境改善に取り組む体制整備・中核的人材の育成
- ④医療機関における産業保健の向上を目指した産業医及び精神科医との連携

国・行政に求められる施策：

- ①医療機関や支援センターに対する勤務環境改善方法の啓発：取り組みの具体的方法や好事例の提示等情報提供、「いきサポ」の掲載事例の充実、「医療勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き」の改良等
- ②支援センター業務運用マニュアル、様式集の作成
- ③医療機関調査・訪問等支援センター業務拡充による機能強化
- ④支援センターの活動指標の設定等による活動状況の評価
- ⑤アドバイザーの支援力向上のための施策推進：研修会開催等
- ⑥医療機関の取り組み促進施策：報酬上の加算・認証制度等による工夫
- ⑦都道府県間及び国との情報共有推進：担当者会議の開催等
- ⑧支援センターが柔軟に対応できるための予算・人員の充実
- ⑨医療勤務環境改善に関する国民の理解促進：医療機関利用に関する啓発等

（５）関連する「センター」連携を法律で規定化

医療勤務環境改善支援センター・地域医療支援センター・女性医師支援センター・ナースセンター等との連携については、平成 29 年 12 月 21 日開催の「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第 2 次中間取りまとめ」において、以下のように記載されている。

「医療勤務環境改善支援センターは、医師少数区域等の医療機関に派遣される医師の労働環境への不安等を解消するため、派遣先の医療機関の勤務環境の改善の重要性に特に留意して運営するものとし、地域医療支援センターと連携することを法律上明記すべきである。」

こうした様々なセンター機能の強化と連携が医療法によって担保されれば、医師の勤務環境改善に大きく寄与すると思われる。

３．医師の健康管理の国内外の状況と基本的考え方

（１）医師の健康確保の視点と諸外国の状況

国民の健康を守り、医療を安全かつ安定的に提供し続けていくためには、医療従事者自身が健康で生き活きと仕事ができる環境にあることが欠かせない。

医師の健康は我が国の医学の歴史の中でもたびたび語られてきたが、最近では平成 20 年度に設置された日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」の報告をはじめとして、医師の過重労働による脳・心臓疾患や精神障害の発症予防に注目が集まっている。これまで、医師の健康確保と過重労働の関係は繰り返し指摘され⁽¹⁾、日本医師会「勤務医の健康支援に関する委員会」報告書では勤務医の健康確保が日本の医療を支える根幹であると指摘し、取り組みが進展している⁽²⁾。

一方、諸外国の取り組みから学ぶことも多い⁽³⁾。米国、英国、カナダでは医師の健康に関して様々な形で積極的な支援が行われている。諸外国での医師の健康の問題は 1960 年代に薬物依存から課題として認識されたが、その後は医師の精神障害・自殺や問題行動等がクローズアップされ、医師の身体疾患・健康増進手法、1990 年代に疲労と医療の質、最近ではキャリアカウンセリングやコーチングにまで対象が広がっている。米国やカナダでは医師の倫理要綱に医師自身の健康確保は患者にとっても重要であると明記されている。

医師の健康と労働時間には密接な関係がある。我が国では、働き方改革実行計画を機に勤務医の時間外労働の上限規制の議論が広がっているが、米国では勤務医の労働時間管理の議論は医療の質確保の課題として始まった⁽⁴⁾。勤務医の労働時間の制限の在り方は、米国、欧州ともに 1990 年代より議論が活発となり、2000 年代はじめに研修医を対象に労働時間規制のガイドラインが提示された⁽⁵⁾。この研修医の労働時間規制については、現在でも国際的に大きな議論が続いている⁽⁶⁻¹¹⁾。例えば、勤務医（研修医）労働時間規制は医師

の生活の質の向上には役立ったが、診療の質と医師の教育には良好な結果が得られていない等である⁽⁸⁻¹¹⁾。

しかし、これら諸外国の労働時間規制の経験から学ぶことは多い。医療の質を保つための時間管理として、時間外労働の規制の在り方、連続勤務時間、勤務間インターバル、休日付与の考え方等から、我が国で労働時間規制を議論する際に有用な情報が得られる。特に、社会保障制度や医療制度が日本に比較的近い欧州では、医師は各国の一般的な労働時間規制の適用除外（オプトアウト）の対象となっていること等である（参考資料 3 ①②・P16-26）。

また、医師の健康管理に関する議論では、医師の健康確保は個人の問題ではなく組織的な対応が重要との認識が国際的にも広がっている⁽¹²⁾。医師の過重労働は、明らかな健康障害（精神障害、脳・心臓疾患等）以外にも、負の結果をもたらす⁽⁵⁾。これは医師個人だけで対処できない勤務環境の問題があるからとされる。負の結果には、医師の交通外傷、医療の質低下、医師の早期離職等の他要因のアウトカムが存在する^(5、12)。

我が国で医師の労働時間規制を議論する場合、医師の過重労働防止による生活の質・健康確保と、時間制限により予想される副作用について、国民と医療提供側との合意の必要等について慎重な議論が必要である。

（２）米国の動向

米国では、Libby Zion 事件ⁱⁱを機に、インターンやレジデントの長時間労働と疲労の問題に注目が集まった⁽¹³⁾。1989 年、ニューヨーク州ではレジデントの労働時間を週平均 80 時間以内とし、連続 24 時間以上の労働を禁止する NY 州衛生法典（New York State Health Code）が成立した。これらを背景に、

- ①週 80 時間を超えない勤務
- ②連続 24 時間を超えない勤務
- ③勤務やオンコールの後には 8 ないし 16 時間の非番を設ける
- ④週に最低 24 時間の休日
- ⑤指導医の役割・監督、

等が強化された。

2003 年、ACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education、米国卒後医学教育認定評議会）による労働時間制限基準が策定され、最新の医学的知見に基づき、研修医の急性及び慢性の断眠を防ぎ、疲労による過誤を最小限に抑えるには、単に総労働時間を減らすのではなく、研修期間中の研修医の睡眠時間を増やすことに重点を置くべきであるとした。そして、

- ①シフトとシフトとの間のオフ時間を明確にすることにより毎日の睡眠時間を増やす

ii Libby Zion 事件：1984 年 3 月 5 日、18 歳の Libby Zion が研修医の処方ミスで死亡。これに対し遺族は医事訴訟を提起。陪審員は研修医を指導医の厳密な監督下で指導すること、研修医の勤務時間を制限することを勧告

②睡眠不足の蓄積を最小限に抑えるために、「寝だめ」や体力回復を目的とした定期的な休日を増やす

③研修医の有給医療行為（アルバイト）を制限する

④過労のため運転して帰宅できない研修医に安全な交通手段を提供する

等の考え方にに基づき、労働時間管理の基準が公開された。なお、IOM（米国医学研究所）レポートの労働時間の基準は、日本の労働基準法では、36 協定の特別条項を結び、時間外労働を月 160 時間（いわゆる過労死ライン月 80 時間残業を大きく超える）とすると適用となる。

その後、2008 年、2011 年に見直しとなったが、この労働時間規制はその後、副作用があったことが報告されている^(10,11)。Ahmed N らによる 135 の論文での systematic review では、レジデントにおける勤務時間制限については臨床転帰、専門医試験成績等、研修効果において negative impacts が多いと報告している⁽¹⁰⁾。研修においては一律ではなく、レジデントの研修ニーズに合わせた柔軟な対応が必要ではないかと提案した。Bolster L らの別の systematic review によると、Night floatⁱⁱⁱ による時間外労働削減対策によって、患者の診療、レジデントの幸福感等において最も negative な効果がみられている⁽¹¹⁾。

勤務医（研修医）労働時間規制は医師の生活の質の向上には役立ったが、診療の質と医師の教育には良好な結果が得られていない等の知見は、今後、我が国で医師の労働時間の上限規制を導入する際の重要な知見となると思われる。そこには、どのように工夫すると、診療の質の低下を最小限にできるかという多くの知見があり、参考にすべきである。

（３）欧州の動向

欧州においても、欧州労働時間指令（the European Working Time Directive: EWTD）と医師の健康影響に関して関心が高まっており、調査が行われている^(8, 9)。

欧州の労働時間規制では、医師が通常の労働基準法を適用除外となるオプトアウト制度が導入されている。その適用条件として、「急を要する医療等の業務の場合、上限時間を超える労働が可能」「公共の利益について緊迫した必要がある場合、上限時間を超える労働が可能」等の定めがある。

健康管理に関する知見も豊富である^(8, 9)。最近の医師の健康と長時間労働に関する研究では⁽⁸⁾、針刺し切創と交通事故のリスクを高めることが明らかであったが、気分障害及び一般的な健康影響には十分な根拠が確認されていない。

また、英国では欧州の労働時間指令に関する医師の見解について質問調査が行われている⁽⁹⁾。2002 年卒業の医師に対して卒後（2013 年から 2014 年）の調査を実施したところ、時間規制によりワークライフバランスに良い影響を与えたとしているが、外科をはじめ救

iii ナイトフロートとは直訳では「夜間遊軍」。ACGME のガイドラインによる週 80 時間ルールを満たすため、当直による勤務時間を減らすことを目的に米国で広がった研修医の勤務システム。昼の勤務はなく、夜勤帯だけ病棟患者を診療しかつ新規入院を担当する勤務。20 時から朝 8 時までの勤務が多く、2 週間の連続勤務、プログラムによっては連続 4 週間の場合もある。

急医療の専門家、精神科は良い評価をしていない。また、多くの医師が診療や教育にはネガティブな影響があると回答している。特に、患者ケアの質の変化に関しては、どちらでもない 45%、悪影響 40%であった。ほとんどの回答者（71%）は、患者ケアの継続性に関する EWTD の悪影響を報告し、71%は、この指令が医師の訓練の機会にマイナスの影響を与えたと感じていた。半数（52%）が患者ケアを管理する効率に悪影響を及ぼしたと報告している。

（４）医療の質確保の視点

医師の健康確保と医療の質は密接に関連する^(7, 14)。我が国でも多くの報告がある⁽¹⁵⁻¹⁸⁾。聖路加国際病院の研修医 49 名を対象に、48 日間にわたって連日行った研修・労働状況と、通常は見過ごされがちな小さな医療安全上の問題（今回の対象は採血・ライン確保等のベッドサイド処置のミス）との関係を検討した結果、内省的で精神面の QOL や医師業務満足度が高く、仮眠をより多く確保している研修医においては処置ミスを起こす頻度が少ない傾向にあり、一方で当直回数が多い研修医は処置ミスをより多く経験する傾向にあった⁽¹⁵⁾。外科学会が実施した合計 534 名の外科医の調査では、勤務が多忙で体力的限界を感じた医師は 68%に達し、約 40%の医師がこのように時に医療事故を起しそうになったと答えている⁽¹⁷⁾。産婦人科診療における交代制勤務導入により医療の質改善と勤務医の健康支援に有用であった取り組み等が報告されている⁽¹⁶⁾。また、患者のコンビニ受診の対策を行っていない病院では、医師がバーンアウトを起こしやすい⁽¹⁸⁾。

労働時間管理の必要性において、我が国では勤務医の健康を中心に議論が進展しているが、海外では医療の質確保に起点していることも念頭において、健康管理の在り方を検討する必要がある。

（５）健康管理の視点

医師の健康管理では「包括的管理」が重要である（本文 P23）。日本の医療機関における産業保健活動の推進が期待されるが、基本的な労働衛生管理事項の遵守だけでは、医師の健康管理の支援は十分とはいえない。医師の過重労働に対する面接指導を労働安全衛生法に基づいて実施しても、医師の過重労働による健康障害防止には限界があり、状況にあわせた医師の健康管理体制の高みを目指す取り組みが必要である。医師のキャリア支援や診療科、勤務地、医療需要や人員状況、医師特有の勤務環境を考慮した、医師の健康管理の取り組みである。

その取り組みを進めるに当たっては、少なくとも下記の 2 つの視点が必要である。医師の健康管理を行う際の視点は、米国のメイヨークリニック等に関する文献でもその考え方が示されている⁽¹²⁾（参考資料 4・P27）。

1 つ目は労働時間規制だけでなく「医師の心身に影響をあたえる多要因を考慮する」ことである。具体的には、仕事の要求度・負担度、業務効率性、仕事の意味、ワーク・エン

ゲイジメント^{iv}、職場コミュニティ文化、医師への社会的支援、医師の労働生活支援等である。特に、医師のワーク・エンゲイジメントについては今後より重視されるべきである。

2つ目の視点は、医師の健康確保のための「介入すべき対象が多軸である」ことである。具体的には、医師個人、診療チーム（診療科別アプローチ）、医師が雇用されている医療機関、行政・地域、患者を含む医療サービスの受益者等である。労働時間規制や健康管理は、医師を雇用する医療施設側の取り組みに注目が集まるが、医師個人が取り組むべき課題もある。すなわち、医師個人が自身の健康について学び、適切に管理するという考え方である（**参考資料 8 ②・P45**）。その機会は医学教育において今後取り上げられるべきである。また、医師会等が勤務医とその家族向けに健康相談窓口を設置し、勤務医対象の健康支援サービスを提供することも有用であろう。また、診療チーム内での相互支援の取り組みは、一次、二次、三次予防それぞれの視点で、健康状態が悪化している医師を早期に発見し、互いに支えあう診療チーム作りを促進し、過重労働による健康障害防止だけでなく、医師自身のキャリア形成の促進にも効果的である。

医師の健康支援における労働時間管理においても、多面的に対策を考える必要がある。特に、労働時間の上限規制を超えざるを得ない場合、休息欲求や睡眠欲求の兆候が現れていないか等、適切に評価・対応する必要がある。医師の勤務時間の管理を確実に行いつつ、医師自身による疲労状態の自己評価と病院産業医等によるアセスメントによる就業制限を行う体制がきちんと機能していることを条件とし特例として認める、等の考え方を取り入れることも検討してはどうか（**本文 P30-32**）。

また、休息欲求、睡眠障害の防止においては、医師の交代勤務の在り方やシフトの例、勤務間インターバルの規制等の新しい労働時間管理の手法は重要である。勤務間インターバルの設定を 11 時間にするか否かの議論も、具体的な勤務スケジュールを設定する際に必要となる（**本文 P30-32**）。

^{iv} 「ワーク・エンゲイジメント」とは、Schaufeli らによって提唱された労働者の心の健康度を示す概念のひとつで、仕事に対して「熱意」（仕事に誇り（やりがい）を感じている）、「没頭」（仕事に熱心に取り組む）、「活力」（仕事から活力を得て生き生きしている）の三つが揃って充実している心理状態を指す。

4. 今行うべき労務管理～法令を指標とする考え方～

I. では、今後の医師の働き方を考えるために現行の労働基準法や海外事例を紹介したが、将来のことを考えると同時に、まずできることから取り組むべきである。医療機関経営者は、これまでに述べたように、現行の労働基準法をはじめとする労働法制を再確認し、医療勤務環境改善支援センターを十二分に活用して勤務環境改善に取り組むという決意が必要である。衛生委員会等の既存の組織を活用し、無駄な業務がないか、医療クランク等へのタスクシフトができないかといった業務の見直しによる医師の長時間労働の是正に取り組むことが求められる。

法令遵守が現実的に難しい側面があったとしても、法令を勤務環境改善のための「指標」としてとらえ、改善の糸口とする姿勢が必要である。

また、労働基準監督署が臨検に来たときに適切に対応できるよう、現行の労働基準法と労働安全衛生法等で定められている書類等についても見直しを行っておく必要がある。

(参考資料 5 ①②・P28)。

更に、既存の勤務医の健康支援ツールの積極的活用は、労働安全衛生管理、労働時間管理体制の見直しとともに日本の勤務医の実情にあった健康管理に大いに役立つと思われる(図表Ⅱ④・本文 P25、参考資料 8 ①②③④・P44-47)。

【P13-18 の参考文献】

- (1). 江原朗. 会員投稿 調査報告 報道にみる勤務医の過労死労災請求：高い小児科医の請求率. 日本医師会雑誌. 2006;135 (2) :349-51.
- (2). 日本医師会. 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会, 保坂 隆, 後藤隆久, 中嶋義文, 平井愛山, 松島英介, 吉川 徹, 和田耕治. 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書; 2009.
- (3). 和田耕治. 総合病院での医師の働き方を支援する 諸外国における医師の健康支援と日本の総合病院での展開. 総合病院精神医学. 2010;22 (1) :7-13.
- (4). Martin S. More hours, more tired, more to do: results from the CMA's 2002 Physician Resource Questionnaire. Can Med Assoc; 2002.
- (5). Ulmer C, Wolman D, Johns M. Committee on Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety, Institute of Medicine. Resident Duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision, and Safety. Washington, DC: National Academies Press; 2008.
- (6). Blum AB, Raiszadeh F, Shea S, Mermin D, Lurie P, Landrigan CP, et al. US public opinion regarding proposed limits on resident physician work hours. BMC medicine. 2010;8 (1) :33.
- (7). Chmelik E. Trends in US physician work hours. JAMA. 2010;303 (22) :2250-1.
- (8). Rodriguez-Jareno MC, Demou E, Vargas-Prada S, Sanati KA, Skerjanc A, Reis PG, et al. European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence. BMJ Open. 2014;4 (7) :e004916.
- (9). Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ. The impact of the European Working Time Directive 10 years on: views of the UK medical graduates of 2002 surveyed in 2013-2014. JRSM Open. 2016;7 (3) :2054270416632703.
- (10). Ahmed N, Devitt KS, Keshet I, Spicer J, Imrie K, Feldman L, et al. A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery: impact on resident wellness, training, and patient outcomes. Annals of surgery. 2014;259 (6) :1041.
- (11). Bolster L, Rourke L. The effect of restricting residents' duty hours on patient safety, resident well-being, and resident education: an updated systematic review. Journal of graduate medical education. 2015;7 (3) :349-63.
- (12). Shanafelt TD, Noseworthy JH, editors. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. Mayo Clinic Proceedings; 2017: Elsevier.
- (13). Wallack MK, Chao L. Resident work hours: the evolution of a revolution. Archives of surgery. 2001;136 (12) :1426-32.
- (14). Anim M, Markert RJ, Wood VC, Schuster BL. Physician practice patterns resemble ACGME duty hours. The American journal of medicine. 2009;122 (6) :587-93.
- (15). 堀之内秀仁. 5. 研修医の立場から II 新臨床研修医制度の影響. 日本内科学会雑誌. 2007;96 (12) :2715-21.
- (16). 木戸道子. 産婦人科における交代勤務制. 臨床婦人科産科. 2015;69 (7) :676-80.
- (17). 佐藤裕俊, 小柳泰久. 外科医の勤務状況の現状と分析 医療事故防止対策に関連して. 日本臨床外科学会雑誌. 2002;63 (3) :533-41.
- (18). 松本悠貴, 星子美智子, 森松嘉孝, 森美穂子, 久篠奈苗, 石竹達也. バーンアウトおよびワーク・エンゲイジメントの観点から分析したコンビニ受診と医師の疲労との関連性. 日本公衆衛生雑誌. 2015;62 (9) :556-65.

Ⅱ 勤務医の労働安全衛生の充実

勤務医を含めた医療従事者の安全衛生は、医療従事者自身にとっても、医療提供という社会的使命からも重要な問題であるが十分に組み込まれているとは言えない。

労働基準法は安全衛生に関しても規定していたが、1972年に労働安全衛生法が制定され安全衛生に関する規定を抜本的に充実するに至った。労働時間管理等を規定する労働基準法と安全衛生を規定する労働安全衛生法の2つの法律が相まって、労働者の安全と健康を守っていることを確認しておきたい。

ここでは、労働安全衛生法の基礎を確認するとともに、統計・調査を交え、医療機関における産業保健活動の在り方等、労働安全衛生の現状・課題とその将来について述べる。

労働安全衛生法 第1条（目的）

この法律は、労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）と相まって、労働災害の防止のための危害防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を講ずる等その防止に関する総合的計画的な対策を推進することにより職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とする。

1. 労働安全衛生法の遵守

（1）医療保健業における定期監督等の状況

平成27年労働基準監督年報によれば、平成26年7月1日現在の医療保健業の適用事業場数は203,565か所、労働者数は3,610,227人である^v。

このうち、1,772事業場の定期監督により、1,396事業場での法令違反が指摘されている（78.8%、全業種平均は69.1%）。違反件数は労働基準法に関わるものでは労働時間（27.2%）、割増賃金（21.6%）、労働条件の明示（16.7%）、就業規則（13.3%）の順に多い。労働安全衛生法に関わるものでは健康診断（25.6%）、安全衛生委員会等（10.6%）、衛生管理者（8.5%）の順である（定期監督の説明は参考資料5②・P28）。

特に健康診断に関する法令違反の割合が全業種に比べて11.5ポイントも高いことは、医療界全体として反省すべき重要な課題である（参考資料5③・P29）。

申告監督（労働者の申出によって行われる監督）の処理件数は950件で、その内容は賃金不払い（65.1%）、解雇（16.4%）となっている。

安全衛生に関わる多くの専門家を有する医療保健業において、法令違反が多く指摘されていることは重く受け止める必要がある。事業場内の安全衛生の確保において重要なのは、法の遵守（最低限の義務）及び病院長（事業者）による労働安全衛生方針の表明（自主的

^v 労働基準監督年報の労働者数は、医師に限らず全ての医療従事者が含まれている。

な取り組みの推進）であり、その認識を新たにすることが必要である。

（２）法令における事業者の責務

労働基準法（昭和 22 年）及び労働安全衛生法（昭和 47 年）は、労働条件及び労働者の安全と健康を確保するための最低基準を定めており、これらは医療機関等においても遵守されるべきものである（労働安全衛生法の概要は参考資料 6・P30-37 に示した）。

近年、使用者及び労働者間の労働契約に関して労働契約法（平成 19 年）が制定されたが、その第 5 条で「労働者の安全への配慮」が規定された。これは事業者の労働者に対する安全、健康確保に対する責任がより明確になったことを意味している。

（３）労働時間等設定改善委員会の活用へ

当委員会の重要な検討課題の一つである労働時間（労働時間、休憩、休日及び年次休暇等）については、労働基準法（第 32 条から第 41 条）で規定されており、労働安全衛生法では規定されていない。また、時間外・休日労働は労働安全衛生規則に基いて算定され、これらに基づいた面接指導、事後措置等が労働安全衛生法において規定されている。すなわち労働安全衛生法では長時間労働の結果として現れる健康影響に対する事後措置のみが規定されている。

こうしたなか、労働者の健康と生活に配慮した労働時間等の設定に向けて「労働時間等設定改善法」が平成 18 年から施行されている。この中で、労働安全衛生法で規定している衛生委員会を労働時間等設定改善委員会として活用することができるとしている（図表Ⅱ①）。

これは労働者の健康に関する調査審議を行う衛生委員会において労働時間設定も検討可能であることを意味し、衛生委員会が労働時間による健康障害対策に大きな役割を担う可能性を示している。長時間労働が問題となっている現状を踏まえた多角的な取り組みを促すための施策であり、大いに活用すべきである。

また、労働災害、特に長時間労働による健康障害の現れ方は個人差が大きく、一律の規制による措置だけでは解決（負担軽減、支援、疾病の早期発見等）が困難な場合もある。個人差を勘案した職場ごとのセイフティネット（特に形式にとらわれない相談窓口、情報収集システム）の構築が望まれる。

図表Ⅱ① 労働時間等設定改善法と労働時間等設定改善委員会

労働時間等の設定の改善

- ・労働時間、始業・終業の時刻、休日数、年次有給休暇の日数や時季等の労働時間等に関する事項の設定を労働者の健康と生活に配慮するとともに、多様な働き方に対応したものへ改善すること
- ・事業主は、労働時間等の設定の改善を図るため、必要な措置を講ずるよう努めなければならない
- ・国は、事業主等に対し援助等を行うとともに、必要な施策を総合的かつ効果的に推進するよう努めなければならない

労働時間等設定改善指針の策定

事業主等が労働時間等の設定を改善するという努力義務に適切に対処できるよう、具体的取組を進める上で参考となる事項を掲げるもの

労働時間等設定改善委員会

- ・労使間の話し合いの機会を整備するため労働時間等設定改善委員会を設置
- ・一定の要件を充たす委員会には、労使協定代替効果、届出免除といった労働基準法の適用の特例

労働時間等設定改善実施計画

2以上の事業主が共同して作成し、大臣承認を受けた場合、計画内容の独禁法違反の有無を関係大臣が公正取引委員会と調整
(厚労省 HP 平成 18 年 4 月現在)

2. 医療機関における産業保健活動の推進

(1) 医療機関における産業保健活動の課題

日本医師会「産業保健委員会」では、平成 29 年 3 月に「医療機関における産業保健活動に関するアンケート調査」を実施した。その調査結果に基づき医療機関における産業保健活動の課題を掲げる（図表Ⅱ②。参考資料 7・P38-43）

図表Ⅱ② 医療機関における産業保健活動の課題

1. 施設の実情にあった産業医を選任すること
2. 健康診断の判定、衛生委員会への出席だけでなく、医療機関の産業医としての幅広い産業保健活動への積極的な関与が期待されること
3. 長時間労働者への産業医の積極的関与が期待されること
4. ストレスチェック制度の医師による面接は多様な実施体制があり、施設の実情に合わせた体制の見直しと、良い制度への推進が重要であること
5. 長期休業者への対応、復職支援を、今以上に充実すること
6. 外部資源を積極的に活用すべきこと
7. 医療機関の産業保健活動の良好事例から学ぶこと
8. 行政や国へ期待すること

(2) 包括的管理の推進

調査結果の取り組み事例の分析から、個別の対策だけではなく、安全衛生委員会等既存の仕組みを活用しながら、医療機関の労働者がおかれている、多様な健康障害リスクに対して、包括的に取り組む産業保健活動が期待されている。特に、以下の5つの関係者、①産業医、②病院長（事業者）、③管理監督者（施設長・診療科長等）、④医療従事者自身、⑤患者や地域医療体制、の役割の見直しが重要である（図表Ⅱ③）。

図表Ⅱ③ 医療機関における産業保健活動推進に関わる5つの関係者

- | |
|--|
| ①産業医
②病院長（事業者）
③管理監督者
（施設長・診療科長等）
④医療従事者自身
⑤患者や地域医療体制 |
|--|

①産業医

医療機関における産業医の役割は重要であるにも関わらず、現時点では十分に機能しているとはいえない。ほとんどの医療機関においては専従ではなく、他の業務と併任している。産業医の職務の中で、職場巡視等を優先的に実行していくことが望まれる。また、産業医は、産業医を支える産業保健チーム作りを推進し、安全衛生委員会を中心とした産業保健活動を推進するために必要な時間と報酬が確保されるよう病院長（事業者）に働きかけるべきである。

②病院長（事業者）

病院長（事業者）自身が、医師をはじめとする医療従事者の健康を守ることを宣言し、主体的に包括的管理を推進していく姿勢をみせることが望まれる。産業医、産業保健の担当者への適切な役割と報酬の確保に積極的に取り組むべきである。特に安全衛生委員会を中心とした産業保健活動の推進が重要である。

また、不当なクレーム等から医師をはじめとする医療従事者を守る組織的取り組みを確実に行う必要がある。

自前での管理・改善が困難な場合、(4)に述べるような外部機関の活用を積極的に行うべきである。

③管理監督者（施設長・診療科長等）

医療従事者の健康管理において管理監督者（施設長・診療科長等）の役割も重要である。日頃の長時間労働者に対する面談や、ストレスチェック制度における高ストレス者面談は心身の疲弊の程度の自己報告と申し出によって施行されるため、疲弊や高ストレス状態の否認等がよく見られる。業務の現場での働きぶりに接する上司が心身の疲弊の評価と産業医面談勧奨、業務の管理等に役割を果たすことが必要である。

また、施設長・診療科長等が、労務管理に関する基礎知識を身につけることは、医療

従事者、施設長・診療科長等双方にとって有用である。

④医療従事者自身

「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書(平成28年6月)」(日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」)によると、平成21年度に比して平成27年度では他の医師への健康相談をする医師の数は45.9%から55.1%へと増加したが、未だに医師自身の健康管理の意識は不十分である。

自らの長時間労働、疲弊に関する自己保健義務の意識と技能が不足している。打刻等正確な勤務時間記録をはじめ医師自身の勤務時間管理(タイムマネジメント)、自己保健義務の意識と技能を涵養する必要がある(参考資料8②・P45)。

⑤患者や地域医療体制

医療機関は国民の健康と安心な暮らしを支える地域にとって不可欠なものである。地域社会、患者やその家族、関連団体等には、医療従事者が安全で健康に働くことができこそ、医療機関が成り立っていることを改めて認識してもらう必要がある。そのためには、より良い医師―患者関係、医療機関と地域連携ができるよう、医療機関を取り巻く関係者と継続的な情報交換を行っていく必要がある。

(3) 日本医師会作成ツールの活用推進

組織としての医療機関において産業保健活動推進のための具体的方策として、日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」では「医師が元気に働くための7か条」「勤務医の健康を守る病院7か条」を作成、医師の職場環境改善ワークショップ研修会を開催、「勤務医の健康支援のための15のアクション」の提言と「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」を提供してきた。これらのツールの活用を推進することが望ましい。医師の職場環境改善ワークショップ研修会については、認定産業医の研修カリキュラムとして、積極的にその活用が期待される(参考資料8①②③④・P44-47)。

「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」(図表Ⅱ④)は院長、副院長、医局長等の管理職、事務長、人事労務担当者を対象としたチェックリストである。関係法令を健康的な勤務医の就労環境を実現するための「指標」と位置づけ、その視点ないし評価軸による医療機関の現状分析及び把握の方法を紹介して職場環境や労務環境の改善活動を支援することを主旨としている。

図表Ⅱ④ 「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」

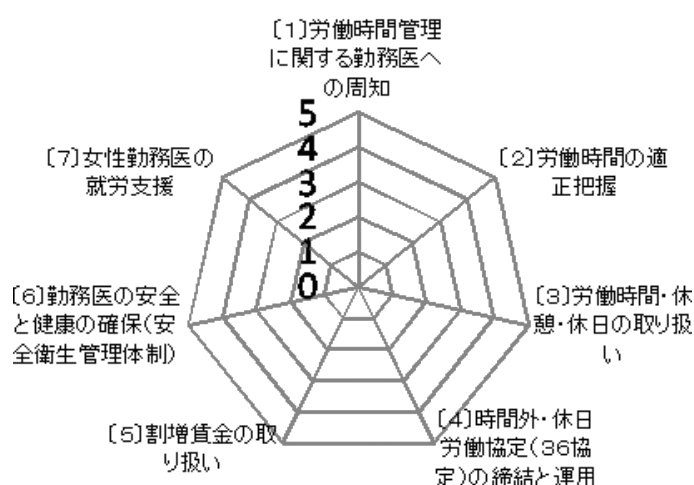
改善項目の選定（難易度）				
A：届出書の作成・届け出などおおむね事務処理を適正化することで改善できるもの				
B：改善にあたり労務管理制度・勤務体制の改定を伴う場合があるもの				
C：改善にあたり労務管理制度・勤務体制の「大幅な」改定を伴う場合があるもの				

[1] 労働時間管理に関する勤務医への周知		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	就業規則を作成し、勤務医に周知しています。					A
2	労働条件が、勤務医に対して明示されています。					A
3	労働契約書・労働条件通知書を勤務医に対して交付しています。					A
4	時間外・休日労働協定（36 協定）などの労使協定は勤務医に周知しています。					A
5	勤務表を作成し、勤務医に周知しています。					B
合 計						
[2] 労働時間の適正把握		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	出勤・欠勤だけではなく、タイムカード・自己申告により労働時間数の把握を行っています。					B
2	参加が義務づけられているカンファレンス・症例検討会に要した時間を労働時間として取り扱っています。					C
3	残業命令に基づかない自発的残業であっても、業務上の必要性がありやむを得ず残業している場合には、労働時間として取り扱っています。					C
4	仮眠時間中に救急医療を頻繁に行うことが通常である場合、その仮眠時間は休憩時間ではなく労働時間として取り扱っています。					C
5	院外勤務（外勤）での勤務時間を労働時間として把握し、通算して管理しています。					B
合 計						
[3] 労働時間・休憩・休日の取り扱い		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	（変形労働時間制を採用していない場合）1 週間の所定労働時間は 40 時間以内、1 日の所定労働時間は 8 時間以内となっています。					B
2	変形労働時間制を実施している場合、対象となる勤務医・変形期間・週平均所定労働時間・起算日・始業終業時刻等を適正に定めています。					B
3	週 1 日、または 4 週間で 4 日以上の日を休ませています。					B
4	労働基準監督署長の許可を受けて実施している宿日直において、救急医療等の通常業務を日常的に行わせていません。					C
5	労働時間・休憩・休日の規制の適用除外となる管理監督者の対象者は、「部長」などの役職名ではなく、その職務内容、責任と権限、勤務態様等の実態によって判断しています。					C
合 計						

[4] 時間外・休日労働協定（36 協定）の締結と運用		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	職員の過半数を代表する者等と 36 協定を締結し、所轄労働基準監督署長に届け出ています。					A
2	36 協定に定めている「延長することができる時間」は、「1 ヶ月 45 時間」などの限度時間内としています。					A
3	36 協定に定める「延長することができる時間」を超えて労働させることはありません。					B
4	特別条項付きの 36 協定を締結している場合、その「特別の事情」は臨時的なものになっています。					A
5	特別条項付きの 36 協定を締結している場合、その延長時間はできるだけ短く定めるように努力しています。					A
合 計						
[5] 割増賃金の取り扱い		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	残業時間や割増賃金のカットなど、サービス残業等による割増賃金の不払いはありません。					C
2	時間外労働等に対して定額の割増賃金を支給している場合、その金額は基本給と明確に区分しており、基本給に含めていることはありません。					B
3	定額の割増賃金を支給している場合、突発的に時間外労働が増加し、定額の割増賃金額を実際の割増賃金額が上回ってしまったときは、その差額を支給しています。					C
4	労働基準監督署長の許可を受けて実施している宿日直において、救急医療等の通常の労働を突発的に行った場合には、その時間に対して割増賃金を支払っています。					C
5	割増賃金の算定基礎となる賃金から除外している諸手当は、住宅手当など適正なものとなっています。					A
合 計						
[6] 勤務医の安全と健康の確保（安全衛生管理体制）		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	産業医・衛生管理者（常時使用する職員が 10 人以上 50 人未満の場合は衛生推進者）を選任しています。					A
2	衛生委員会を設置し、毎月 1 回以上開催しています（常時使用する職員が 10 人以上 50 人未満の場合は安全または衛生に関する事項について関係労働者の意見を聴く機会を設けています）。					B
3	常勤の勤務医について、1 年（深夜業を含む者については、6 ヶ月）以内ごとに 1 回、定期的に健康診断を行っています。					B
4	時間外・休日労働時間が 1 ヶ月当たり 100 時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる勤務医が申し出た場合は、医師による面接指導を行っています。					B
5	「心の健康づくり計画」の策定など、組織的・計画的に施設のメンタルヘルス対策の取り組みを行っています。					B
合 計						
[7] 女性勤務医の就労支援		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	妊娠中および産後 1 年を経過しない女性勤務医から請求があった場合には、当直・日直勤務を免除しています。					C

2	産前6週間のうち女性勤務医から請求があった期間、および本人の就労希望の有無にかかわらず産後8週間は、休業させています。					B
3	勤務医から申出があった場合には、子が1歳に達するまで育児休業をとることを認めています。					C
4	3歳未満の子を養育する勤務医について、希望があれば利用できる短時間勤務制度を設けています。					C
5	妊娠、出産、産前産後休業の取得、深夜業免除などの申し出をしたり、受けたことを理由として、退職を勧めたり、不利益な配置の変更を行うなど不利益な取り扱いをしていません。					B
合 計						

勤務医の労務管理 チェックリスト分析チャート



【分析チャートの作成・分析】

①作成方法

各分野において「はい・該当しない」と回答した数（0～5）を分析チャートにプロットし作成します。

②分 析

全体的には、チャートが広い方が良好な労務管理が行われているといえます。

チャートの形状により施設における労務管理状況のバランスを視覚的に把握することができます。

（４）外部資源の活用

病院長（事業者）が自前での管理・改善を試みて壁にぶつかった場合、産業保健総合支援センター、都道府県医療勤務環境改善支援センター、厚労省のホームページ「いきいき働く医療機関サポート（いきサポ）」等の外部資源を積極的に活用すべきである。未だにこれらの外部資源の周知率、活用経験は低い。それぞれのセンターは地域の実情に応じた活動とより一層の周知徹底を行う必要がある。そのためにはそれぞれのセンターの機能強化と整理が必要であろう。

3. 将来に向けての提言

（１）医師の労働時間管理に関する基本的な考え方

①労働時間管理を行うべき者の責務

一般に、使用者は、労働時間を適正に把握する等、労働時間を適切に管理する責務を有する（厚労省「労働時間適正把握ガイドライン」）。勤務医の複雑で多岐にわたる医師の活動の中で、医療機関の使用者（病院長、施設長、診療科長等）が労働時間として適

正に把握する責務を明確にする必要がある。

今後、医師が毎日実施している業務内容を具体的に例示し、その中で労働時間とみるべき業務を分けるべきである（本文 P33）。業務の分類方法の決定、それを踏まえた労働時間かどうかの判断、労働時間の管理、院内滞在時間の管理などの責務を病院長、施設長、診療科長で明確に分担することが求められる。

②労働時間管理の責務を有する者の特定

労働時間管理の責務を有する者が特定されないと、労働時間管理の責任の所在が曖昧となって、結果的に医師の過重労働が見過ごされることになりかねない。適切な労働時間管理を実施していくためには、労働時間管理の責務を有する使用者を特定する必要がある。

医療機関において、診療科長（あるいは、それに準じる業務単位の長）は、医師の業務の中で最も長時間を要する診療を監督する立場にあり、医師の診療業務を現場の最も身近な場所で把握できる立場にあるから、労働時間管理の責務を有する者としてふさわしいとも考えられるが、医療機関の具体的な特性を十分に吟味した上で適任な者を特定することが、今後の大きな課題である。

また、医療機関の施設長は、施設全体の労働時間管理について全体的な責務を有しており、診療科長等が適切に労働時間管理をできるように指示を与える責務を有する。

他方、勤務医は、診療科長等、診療科長、施設長が適切に労働時間を把握できるように協力すべきである。

③労働時間を把握するために講ずべき措置

各医療機関の特性を考慮しつつ、最適な労働時間把握の方法について議論を重ねる必要がある。その際には、施設長、診療科長が中心となって、勤務するすべての医師に対して、労働時間を把握することの重要性を説明し、医師全体が各医療機関のルールに則って適正に対応する体制を整備すべきである。

（２）医師の過重労働防止の労働時間管理の在り方

①施設長の果たすべき役割

医療機関の施設長は、医師の適切な労働時間管理が医師の健康の保持に極めて重要であり、更には、医療機関における医療サービスの質の向上にとっても重要であることを施設内の全職員に周知すべきである。

更に、施設長は、医療機関内の労働安全衛生上で必要な措置として、産業医を選任し、衛生委員会を定期開催する等の措置を講じる必要がある。

②診療科長の果たすべき役割

診療科長等、労働時間管理の責務を有する者は、病院長の指示のもと、所属する全医師の労働時間管理を適切に実施しなくてはならない。労働時間管理の第一歩は、労働時間の確実な把握であり、施設長との連携の下で、全医師の労働時間を適切に把握する方法を確立する必要がある。労働時間が許容範囲を超える医師については、診療科全体、

場合によっては医療機関全体が一体となって、業務内容の評価と見直し、改善を図っていくことが必要となる。

③衛生委員会の果たすべき役割

衛生委員会では、診療科ごとの労働時間の実態把握を行って、問題ある診療科が改善策をとれるように調査審議を行うとともに、個別の診療科を超えた問題の把握にも努め、対策を講じるべきである。

④産業医の果たすべき役割

産業医は、産業医学の専門家として、病院長、診療科長等に適切な助言を行って、医療機関内の労働時間管理が適切なものとなるように活動すべきである。そのためには、産業医は衛生委員会に参加して、情報収集に努め適切な助言を行うほか、施設長に対しても必要な助言を行うべきである。

(3) 医師の健康と地域医療の両方を守る制度の考察

ここでは、以上述べたような健康管理を確実にを行うことを大前提とした、医師の特殊性を踏まえた労働基準法・労働安全衛生法の在り方を考察する。

①方向性（時間外労働の上限規制等）

医師の新しい働き方は平成 36 年 4 月から施行される予定である（参考資料 10 ①②・P50）。しかし、時間外労働時間の上限規制を導入した場合、地域医療に及ぼす影響は大きい。また、各地域で医療提供体制が異なることから、その影響は一様ではない（詳しくは「Ⅲ 地域医療を守る」で述べる）。

しかし、既に一般業種における時間外労働時間の上限規制についての方向性は定まっているなかで、医師についても健康を守るために長時間労働の是正をすべきなのは言うまでもない。実際、全国医師ユニオンが実施した調査によると、医師の労働時間規制について賛成という意見が 50%を超えている。更に、これは、世代やポストに関わらず概ね同様の傾向を示している（参考資料 9・P48-49）。

また、都道府県医師会長を対象に行ったアンケート調査では、医師の時間外労働時間の上限規制については、「目標・目安として一律の上限規制の設定が必要。ただし、変更の余地も残す」という意見が 71.7%、「目標・目安として一律の上限規制の設定が必要（変更の余地を残さない）」が 17.4%、「上限時間を設定すべきでない」が 10.9%という結果であった（参考資料 2・P13）。

他にも様々な調査や提言がなされており、それぞれに重要であるが、そうした調査・提言をもとに医師の働き方について合意がなされるまでには至っていない。

厚労省の「医師の働き方に関する検討会」の中間的な論点整理において、医師をはじめとする医療従事者の学術団体、病院団体、関係学会のリーダーシップを期待する」とされていることも踏まえ、本委員会では以下のことを提言したい（図表Ⅱ⑤、図表Ⅱ⑧・本文 P36）。

図表Ⅱ⑤ 医師の働き方の方向性

1. 「医師の特別条項」の設定

- (1) 医師の時間外労働時間上限（医師の特別条項）について、本答申もひとつの参考とし、医療界が意見集約して時間設定することが妥当である。
- (2) 「医師の特別条項」設定にあたっては、産業保健活動の包括的な取り組みなどのしつかりとした健康管理を行うことが必要ではないか。
- (3) 医師の実態に合わせた自己研鑽・宿日直の見直しを行う場合、その影響を視野に入れた時間設定を検討すべきではないか。
- (4) 時間を検討するにあたっては、例外業種における上限時間（自動車運転業、建設業。参考資料 10 ①・P50）、医師の労働時間の分布（参考資料 11 ①②・P51）、脳・心臓疾患の労災認定基準（いわゆる過労死ライン。2-6 か月平均で 80 時間。参考資料 12 ①・P52）等を参考としてはどうか。

2. 「医師の特別条項の『特例』」の設定

- (1) 労働安全衛生法の取り組みだけでなく、各地域等の事情、各医師の個別性を勘案した追加的な医師の健康確保を条件として、「医師の特別条項の『特例』」を設定する仕組みを構築してはどうか。
- (2) その際、精神障害の労災認定基準（参考資料 12 ②・P53）、海外の働き方の事例（I の 3. 及び参考資料 3 ①②・P16-26）等を手掛かりとしてはどうか。
- (3) 研修医については別途規定を設けるのかどうか検討してはどうか。

3. 医師の特殊性を踏まえた労働時間制度の検討

- (1) 健康管理を担保した医師の自己研鑽、宿日直の在り方を検討してはどうか。
- (2) 勤務医と管理者間の確実な協定と健康管理が行われることを前提とした上で、専門業務型裁量労働制の運用・対象範囲の見直しの余地がないか、検討・研究してはどうか。

②「医師の特別条項」について

医師の特別条項について、月の時間外労働時間や年間の時間外労働時間を医療界が意見集約して設定していくことが妥当と考える。

その際、Ⅱ. 2 (2) で提言した「包括的管理」（組織的な産業保健活動）を行うことが非常に重要である（本文 P23-24）。

また、医師独自の自己研鑽や宿日直の仕組みを検討する場合、労働時間と院内の滞在時間の間に差が生じる。医師のオートノミー（自律性）を残しつつも、両者の差が医師の健康に影響を及ぼす可能性を念頭に置いた「医師の特別条項」の時間設定が必要と思われる。

③医師の特別条項の「特例」について

a. 「特例」を決める基本的視点

医師の特別条項の「特例」は、まず医師の健康を確保し、キャリア形成、医療の安全と進歩に資するものでなくてはならない。また、事情は各種多様であるとは言え、一定の規範に則り「特例」を決めることが必要である。ここでは「特例」を決める上

での基本的視点を例示したい（図表Ⅱ⑥）。

図表Ⅱ⑥ 医師の特別条項の「特例」を決める基本的視点

1. 国民（医師を含む）が健康で安全に安心して暮らせる労働時間
2. 日本医師会「医の倫理要領」に基づく
3. 現実の医療ニーズに対応し、医療の質や安全性を低下させない
4. 施設事情や地域事情、医師の教育課程・生涯キャリア形成等を考慮
5. 急激で無理が生じる規制ではなく、現状を少しでも改善する制度改正
6. 時間外労働の上限規制は必要
7. 医師の労働時間の取り扱いについて共通認識の下で検討される

b. 「特例」を締結する具体的条件

基本的視点を踏まえ、実際に管理者と医師が「特例」を締結するための、下記のような条件も必要と思われる（図表Ⅱ⑦）

図表Ⅱ⑦ 医師の特別条項の「特例」適用のための条件

1. 時間外労働の上限規制を含む医師の健康確保措置の実施
2. 「特例」に関する労使間の合意
3. 特段の事情の存在
 - ①地域の医療提供体制
 - ②医療の質確保の必要性
4. 医師の医療労働環境の改善に取り組んでいる

【図表Ⅱ⑦の補足】

〈1〉医師の健康確保措置の実施

「特例」の適用を受ける場合には、特段の健康確保措置（推奨を含む）を必要とする。具体的には、事後措置中心でなく、包括的予防管理とする。医師の健康障害の要因となる睡眠欲求と休息欲求への対処について、睡眠衛生学等に基づく科学的根拠のある適切な確保対策の実施が必要である。

〈例〉

- ・労働時間の把握と管理
- ・時間外労働を行う医師への睡眠衛生学に基づく教育の義務付け（日本医師会の関与）
- ・勤務間インターバル（勤務と勤務の間 11 時間空ける）
- ・宿日直、オンコール（自宅待機）に関する取り決めを労使で確認
- ・夜勤明けの医師に対する安全な交通手段の確保
- ・適切な睡眠環境の提供（当直室確保と確実な環境整備）
- ・健康不安の訴えのある医師への相談窓口提供（個別的な状況への配慮）

〈2〉「特例」についての労使間合意の方法

医師独自の特例であるため、まず医師の代表を決めることが必要。その上で労使合意が同調圧力を生まないような工夫が必要である。

個別事情に配慮するために、医師の代表との労使合意に加え、個別合意があることが望ましい。

〈3〉 特段の事情

①地域の医療提供体制

〈例〉

- 当該施設が含まれる地域医療圏の医師数が相対的に極めて少ない
(何らかの基準作りが必要)
- 慢性的な医師不足の地域事情、等

②医療の質確保の必要性

〈例〉

- 診療部門
 - ・一時的な担当患者数の増加
 - ・重症度・緊急度が高い患者の即時的な対応が必要な場合
 - ・疾病の特殊性から、診療に当たる者が限定される場合
 - ・突発的に担当診療科の欠員が生じた場合
 - ・医師の教育・研修等のために診療継続が必要な場合
- 診療補助部門
 - ・一時的な患者数増加等に伴う依頼件数の増加
 - ・緊急度の高い患者対応が必要な場合
 - ・突発的に担当科の欠員が生じた場合

〈4〉 医療労働環境の改善に取り組んでいる

〈例〉

- 長時間労働を放置しない就労環境改善への継続取り組み
 - ・対象医療施設における医師の労働時間の定義と周知、医師への通知、労働基準法に関する基本事項（労働基準法第 89, 15, 32, 38 条等）の実施
 - ・医師の過重労働の削減に関する継続的な取り組み実績
 - －労働時間削減のための取り組み
 - －メディカルクラークの活用
 - －医師でなくてもできる業務のタスクシフティング
 - －複数主治医制
 - －医師同士のタスクシェアリング
 - －女性医師支援への取り組み、等
- 地域の特段の事情に対して改善に取り組んでいる
 - ・自治体の首長及び議会から医療機関の存続や救急医療の存続等の要請があり、かつ行政が住民に理解を得る活動を行っている
 - ・当該施設が医療勤務環境支援センターの助言や、地域医療支援センターに医師の支援を要請していること
 - ・当該施設が医師の時間管理に適切な対応を行い勤務環境の改善に取り組んでいる。

c. 「特例」を決める仕組み

上記の具体的条件に基づき、「特例」が適正に運用されているか監視する仕組みも必要と思われる。都道府県の医療勤務環境改善支援センター、都道府県の医療審議会等が連携した仕組みの構築が求められる。

d. 「特例」の上限時間

医師の健康確保を担保することを必要条件とし、精神障害の労災認定基準（参考資料 12 ②・P53）や海外の医師の働き方等（I の 3. 及び参考資料 3 ①②・P16-26）も参考として、今後、「特例」の上限時間を検討していく必要がある。

e. 定期的な「特例」の見直し

「特例」を恒久的とすることは妥当ではない。5 年等一定期間を経たら「特例」の在り方を見直すルールとし、「特例」適用を減らす努力が求められる。

f. 研修医に関する「特例」の取り扱い

医療の質を維持し、かつ進歩させていくためには、研修内容の向上・均質化は重要である。特に、研修医に対する教育は臨床研修医省令で規定されているため全国共通の課題である。研修医が健康を害することが決してないことを大前提とし、研修医の「特例」について、他の医師とは別の仕組み・基準を検討してはどうか。

④医師の特殊性を踏まえた自己研鑽・宿日直の在り方

医師の自己研鑽と宿日直は他の業種とは大きな違いがある。健康への影響を視野に入れた医師における自己研鑽と宿日直の在り方を考察する。

a. 自己研鑽

i) 自己研鑽と医師の仕事は一体不可分

医学の進歩はまさに日進月歩である。例えば患者に対する標準的な治療を行うために、専門学会、研究班等において策定される「ガイドライン」があるが（参考資料 13 ①・P54）、疾患によっては毎年、場合によっては 1 年の間に複数回改定されることすらある（日本肝臓学会「C 型肝炎治療ガイドライン改定履歴」。参考資料 13 ②・P54）。

このような医学知識・技術の習得と生涯学習は医師の職業倫理の根幹をなすものである（日本医師会；医の倫理綱領）。医師は医療を行う限り確かな根拠に基づいた医療を行う責任があり、生涯にわたり日進月歩の医学知識を学ばなければ患者の命に関わる可能性のある特別な職業である。

制度上、労働時間かどうかは使用者の指揮命令下にその自己研鑽が行われたかどうかで判断される。しかし、職業の根本的な倫理の中に生涯にわたった学習が組み込まれているため、医師の労働時間にそのような整理を行うことは本来そぐわない。また、医師においては、「知識」や「技術」の自己研鑽は病院でしか行えない事情がある。医師から自主的な学習や研鑽を行う機会を奪うことになってはならない

このように、現在のような一般的なルールの下で医師の自己研鑽に関する労働時間の考え方を整理することは困難である。自己研鑽と仕事の明確な切り分けは難しいが、医師の自己研鑽の内容を整理し、どのような考え方が可能か医療界の総意の下、ガイドラインを作る必要がある。その上で、そのガイドラインに基づき各医療機関において、管理者と各医師が合意して業務と自己研鑽を峻別するような、適切なルール作りを行う必要がある（病院の取り組み事例。参考資料 14・P55）。

ii) 院内にいる時間管理が不可欠

たとえ自己研鑽であっても病院内に長時間残っていれば健康面に影響を及ぼしかねない。自己研鑽という名目で医師が過度に病院内に残っていることがないか、院内にいる時間を管理者が管理する仕組みを導入することが必要となる。医師自身による健康管理も一層求められるため、そういった教育も必要となる。衛生委員会による関与も当然求められる。ガイドライン策定にあたっては、十分な議論が必要である。

b. 宿日直

昭和 22 年通知で宿日直の一般的許可基準が示された（昭和 22 年 9 月 13 日発基第 17 号）。発出されてから現在に至る約 70 年の間に人口 10 万当たりの医師数は 2.4 倍となっている（参考資料 15・P56）。

しかし、その当時と現在を比べると、救急搬送人員は 25 倍となっている。死亡原因においては、高齢化の進展に伴い悪性新生物（がん）等の占める割合が高まっていることもあり、死亡場所のうち病院が占める割合は 9.1%から 74.6%と 8 倍以上に増加している（参考資料 16 ①②③・P57-58）。

宿日直における一般的業務は、「常態として身体または精神的緊張の少ない労働」「実作業が間欠的に行われて手待ち時間の多い労働」を想定している。しかし、医師の宿日直の場合、患者の生命を預かっているため一定の精神的緊張がある。また、入院患者や救急搬送された患者の状態に影響されるが、ひとたび対応が発生すると時間を長く要することとなる。

平成 14 年に「医療機関における休日・夜間勤務の適正化について（要請）」が発出され、医療機関における宿日直勤務の具体的規定が示された（参考資料 17・P59）。しかし、この通知はあくまで昭和 22 年通知を基とした内容であり、約 70 年間の医療環境の変化、特に急性期医療における実態に対応することは難しくなっている。

このような医療環境の変化と医師の宿日直の特徴を鑑み、宿日直特有の健康課題をしっかりと踏まえつつ、地域医療の提供体制を崩壊させないように、実態に即した宿日直基準を新たに検討すべきである。

⑤裁量労働制の幅広い検討・研究

現在、大学病院には教育・研究機関として、専門業務型裁量労働制が認められているが、教授・准教授・講師までが対象である（参考資料 18 ①②・P60-61）。

大学病院の助教等でも適用可能とすれば、大学病院の研究業務充実が期待できる。一方、助教等の実際の講義・診療時間がみなし労働時間を超え、健康に影響が出る懸念もある。こういった点を踏まえつつ、大学病院における専門業務型裁量労働制の運用見直しを検討してはどうか。

また、現行の専門業務型裁量労働制は大学病院のみが対象であり、一般病院はすべて対象とされていない。しかし、厚労省「臨床研究・治験活性化に関する検討会」等において、臨床研究の推進が目標に挙げられており、多施設共同臨床研究の実施が推奨され

ており、一部の一般病院も診療のみならず臨床研究への参加が求められている。

健康確保措置を十分にとることを必要条件とした上で、一部の一般病院における専門業務型裁量労働制の導入可能性があるか研究する必要があると思われる。

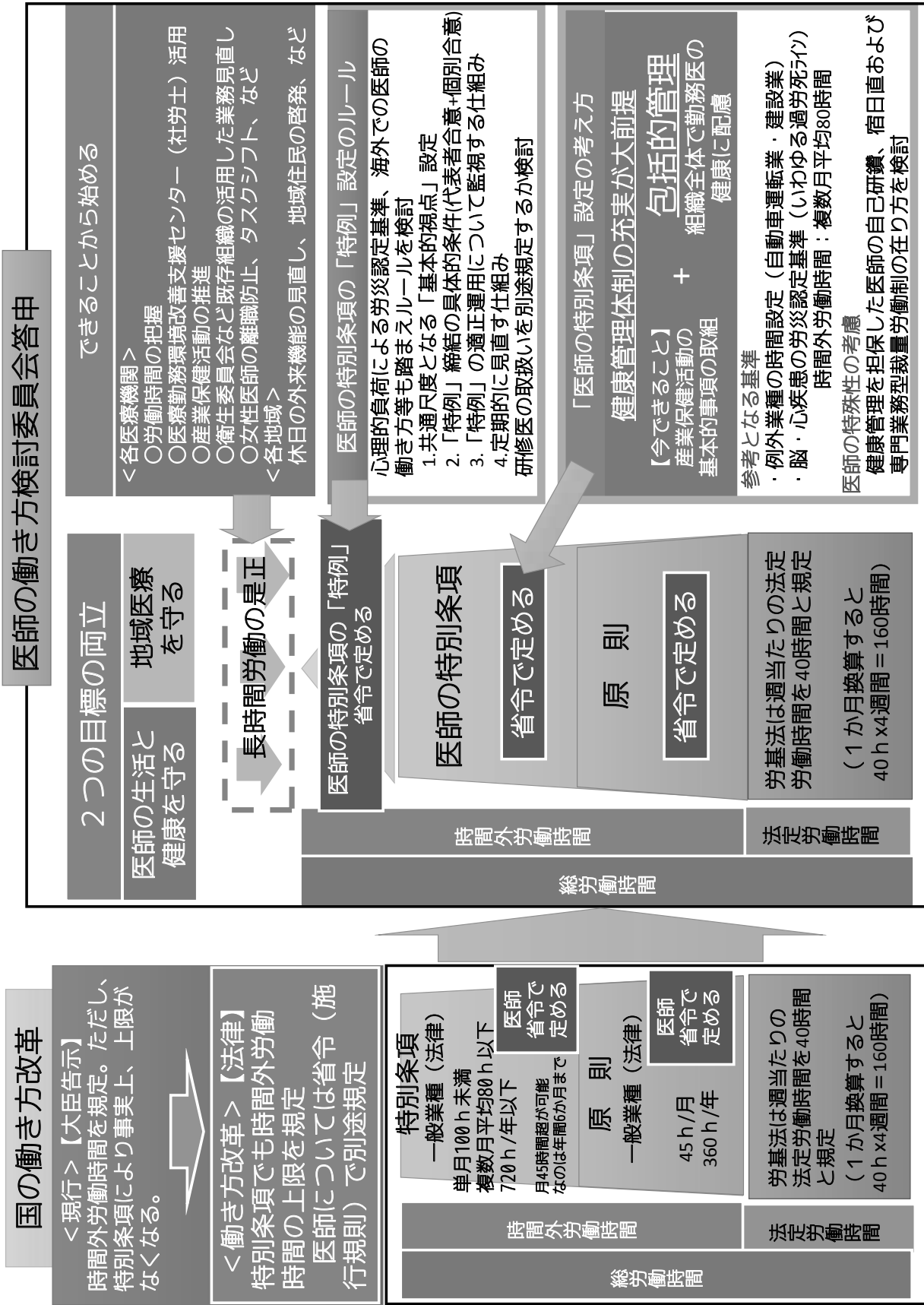
裁量労働制導入にあたっては実効性のある労使の協定が求められる。他業種における裁量労働制全般として、労使の協定が形式的なものになったり、従業員自身が裁量労働制対象者であると認識していないといった問題が見受けられる。裁量労働制を導入する場合には、労使のコミュニケーションをベースとして、勤務医一人ひとりが理解をした上で導入することが必要条件ではないか。

⑥労働法関連の法令全般の見直し

労働基準法をはじめとした労働法令は、通達類も含め、制定されてから時間が経過し、現代の実態にそぐわないもの、医師の働き方の実態と乖離しているものが他にもある可能性がある。今後、全体として見直しが必要であろう（参考資料 19・P62-63）。

図表Ⅱ⑧ 医師の働き方の方向性

本答申をもとに医療界が意見集約をすることが妥当



4. 今行うべき労働安全衛生管理～真摯に取り組む

医師の働き方においては、地域医療と医師の健康の両方を守ることが求められている。単に長時間労働の是正だけでは地域医療が立ち行かなくなるという現実がある（Ⅲ．で述べる）。医師の新しい働き方においても一定の長時間労働が発生するため、他の業種より一層きめ細かな健康管理が必要となる。

Ⅱでは、将来の在り方も考察してきたが、他の業種と比較しても良好な状態と言い難い現行法での労働安全衛生管理をしっかりと行うことが基本である。今、基本的事項にしっかりと取り組むことができない限り、将来必要となる、今よりもきめ細かな健康管理を行うことは決してできない。

病院長（事業者）は、このことを強く肝に銘じて、外部資源を活用し、労務管理同様、まず現在の労働安全衛生法をしっかりと確認し、医師の健康管理に真摯に取り組んでいくという決意が不可欠である。

地域医療を守るためには、医療機関が安定的に運営されていることが不可欠であり、その基盤は医療機関で働く全ての医療従事者の健康である。本答申は医師の健康管理に視点を置いたものであるが、日本医師会「産業保健委員会」では「医療機関における産業保健活動推進のための具体的方策－医療の質と安全の向上を目指して－」という会長諮問に対する答申を平成 30 年 3 月にまとめている。こちらも参考とされたい。

Ⅲ．地域医療を守る

医師の働き方で大切なことは、医師の健康と地域医療の両方を守ることであり、Ⅱでは、医師の健康面を中心に考察したが、ここでは、まず、労働時間制限が地域医療に及ぼす影響を確認する。合わせて、労働基準法や医師法の応招義務、国民の理解等、多面的な観点で医師の働き方と地域医療について考察する。

１．労働時間制限の地域医療への影響

日本医師会「勤務医委員会」は労働時間を制限することによる医療への影響を調査したが、以下に示すように、地域医療にマイナスの影響が出ることを危惧する意見が多数見られた（図表Ⅲ①。参考資料 20・P64-74）。

図表Ⅲ① 労働時間を制限することによる医療への影響

（１）救急医療からの撤退

医療機関によっては、医師不足から交代制勤務等の抜本的な勤務環境改善が困難であり、時間規制を強行すれば、救急告示病院を取り下げる医療機関が多数現れ、それらの地域では医療崩壊が起きる可能性がある。

（２）外来診療の縮小

勤務医の多くは当直を担当しているので、労働時間制限をした場合、通常の外來診療等を制限しなければならなくなる。

（３）産科・小児科の撤退

小児科センター病院や周産期センターでは人員不足が深刻になる。また、地域によっては、産科・小児科は維持できなくなる。このことは地域で子どもを産み育てることを困難にし、少子化に拍車をかけることになりかねない。

（４）医療機関の経営破綻

医師の増員や、残業代を法令に基づいて払うと人件費が大きくなり経営破綻してしまう医療機関が少なくない。また、救急科からの撤退や外来診療の縮小は医療機関の収入を大幅に減らすため、現在の診療報酬のままであれば、経営面から医療崩壊が起きる可能性がある。

（５）医療の質の低下

一般病院でも外来の縮小や手術件数を減らす必要が出てくる。高度医療機関においては、治療の優先順位から人手や時間がかかる高度医療を行うことが困難になる。また、研修時間の短縮等も起こるため、医療の質が低下する可能性がある。

（６）アクセスや利便性の低下

一定の外来の縮小や医療機関の集約化等が避けられないため、医療機関へのアクセスや利便性の低下は避けられない。

2. 地域医療を守る視点と対策

(1) 日本医師会の立場

医師に対する労働基準法の遵守に関しては、簡単に解決できる問題ではない。日本においては、地域医療において勤務医が労働基準法で管理する対象とみなされずに医療体制が構築されてきた経緯がある。平成 17 年の研修医の過労死に関する最高裁判決によって研修医も含めて医師は労働者であるとみなされることとなった。この時点で、医療界の意識改革が求められたが、医療界も国民も医師を聖職者と考え診療に必要なだけの労働を医師個人に求め、医師もこれに応えてきた。そのため医師を労働者として管理する風土が極めて弱く今日に至っている。

今回の働き方改革を契機に、これらの問題を解決し医師の健康を守りワークライフバランスを確保することと医療安全を守るための方策を進める必要があるが、地域医療の大幅な後退や医療崩壊が起きないように様々な方策と医師の労務管理に関する柔軟な対応が求められる。

憲法 25 条は「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めている。これを守るにはライフラインに準ずる社会資本である医療は不可欠である。医師の労働時間規制が機械的に行われた場合、患者や地域住民が健康を害することになりかねない。

日本医師会は、医師の勤務環境改善には全面的に賛成であるが、患者や地域住民が健康を害する政策には反対である。また、経営的な問題により働き方改革が進まない事態や医療機関の経営破綻による医療崩壊が起こることがないように、診療報酬の適正化が必要である。

(2) 医師への労働時間規制適用、罰則の問題点

医師の健康を守るために労働時間に一定の上限が必要であることは理解できるが、その時間規制の実施に関しては慎重に行う必要がある。今回の働き方改革では、罰則付きの労働時間規制が行われることになるが、例えば自治体から 24 時間体制の救急医療を要請されている医療機関においては、救急医療を断らないために労働時間規制を超える時間外労働を行わざるを得ない医師がでてくることが想定される。救急患者への対応は、医師であればだれでも良いというわけではない。脳外科、一般外科、循環器内科、産婦人科等の各専門の医師が疾患によって別々に対応しなければならない。特定の診療科の医師が少ない地域等では、上限規制の時間を超えなければ、助かる患者が助からないということになりかねない。

このような実態を考慮することなく該当医療機関に罰則を適用することは、公的な要請に応えようとする者へ罰則を与えることになり、公共の利益に反することになる。公的な要請に応える場合は、該当する医師の同意と健康を守る手立てを講じることを条件とする等、罰則の導入自体ないしは適用について慎重に取り扱うべきである。

(3) 対策の基本的な方向性

①基本的な働き方

病院に勤務する医師は労働者であり使用者は労働基準法を遵守する必要があるが、地域医療の崩壊は絶対に避けなければならない。このため当面は地域医療を守ることを前提に、医師の健康管理を最優先にしながら医師の勤務環境改善を進める必要がある。

基本的には、客観的時間管理と適切な 36 協定の締結、4 週 4 休等、法令遵守が求められるが、日本医師会が作成した「勤務医の健康支援のための分析・改善ツール」や「勤務環境改善の 15 のアクション」の活用が有用である。健康管理の面からは、過労死ラインを超えない労働時間とすることが望ましいが、地域医療を崩壊させないための現実に沿った労働時間を検討する必要がある。現実と乖離したあまりに厳しい基準の機械的な導入は患者・住民への不利益が大きく、住民の反発等から医療機関や医師に対する非難が起き、働き方改革の推進にも悪い影響を与えかねない。自治体と協力しながら、現場の医師の適切な健康管理の下である程度柔軟な対応が可能となる余地を残しておく必要があると考えられる。

また、医療安全を確保するためには、医療安全のチェック項目に医師の労働時間の管理が含まれることが必要であり、病院の機能評価に関しても、これらの点が評価項目に含まれる必要がある。

②宿日直問題に関する対応

宿直の問題では、交代制勤務の導入が可能な医療機関では交代制勤務を進めるべきであるが、医師が少ない医療機関、とりわけ中小病院では実際問題としてシフトを組むことが困難である。このような場合は、交代制勤務ではない連続労働を認めるべきである。ただし 24 時間を超える勤務は医療リスクや医師の健康面から避けるべきであり、基本的に宿直明けは休みとし、宿直明けの手術や外来は可能な限り行わないことが望ましい。

そのためには、医療機関の壁を超え、地域の医師全体で 24 時間体制の医療を守る取り組みが必要となる。準夜帯等を開業医等も含めた他の医師が担い、宿日直を担う医師の労働時間が上限規制内に収まるように努力する必要がある。

③医師の特別条項の「特例」について

先に述べたようにライフラインに準ずる地域医療を守るとは極めて重要である。医師の労働時間規制に関しては 5 年の猶予があるが、地域医療の問題は簡単に解決するものではない。医師の勤務環境改善を明確に掲げ、今からやれることを積極的に進めるとしても、地域によっては人口減少や高齢化の進行、自治体機能の低下、災害からの復興等様々な問題があり、医療政策のみでは解決できない側面がある。当然、長期的には医師の労働においても一般労働者と同様の労働条件を目指すべきであるが、一部の地域においては例外を設けることを検討する必要がある。

このような医師の特別条項の「特例」に関しては、既に「Ⅱ.3」で述べているが、安易に行うべきではないことは当然であり、また医師の人権や健康が担保されることが

必要であり、多くの勤務医をはじめ国民にも支持される必要がある。

④僻地医療への対応

僻地医療への対応は個人の医師の責任に帰すべきものではない。従って、医師の個人的な頑張りに頼ることなく、地域医療支援センター等が行政や大学等の中核医療機関や医師会と協力して計画的に対応する必要がある。派遣される医師に関しては、休日や研修等の保障を組織的に行う必要がある。また、短期間の医師のローテーションによってしか医師体制を維持することができないケースもあると考えられる。これに関しても住民の理解が必要である。

3. 応招義務の問題点と対応

今回の労働基準法改正に関する医師への適用の5年間猶予に関しては、応招義務が大きな理由とされているが、医師や患者によって全く異なる理解をしている面があるため、応招義務に関する法的な解釈を明確にする必要がある。また、医師の働き方の多様性や医療の高度化、更にチーム医療が一般的になってくる中で、当初想定されていた法律の目的が現実に適応していなくなっている。昭和24年及び30年に厚生省が見解を述べているが、例として「医業報酬が不払い」の患者や「緊急の治療を要する患者」を挙げている。また診療を断る「正当な理由」として「単に軽度の疲労の程度をもってこれを拒絶することは」できないとされている。厚労省の解釈の問題は「何が正当な事由であるかは、それぞれの具体的な場合において社会通念上健全と認められる道徳的な判断によるべきである」とされている部分である。

現状では、医師においても患者においても多様な価値観や様々なとらえ方があり、「社会通念」や「道徳的な判断」に大きな食い違いがあるために、しばしば医療現場に混乱がもたらされている。今日の医療現場の実情を反映した応招義務の解釈を行うべきである。

応招義務の目的は、患者の医療を受ける権利を保障することである。今日これを実現するには、1人の医師個人の力では不可能であるため、行政・医療機関・医師個人のそれぞれの役割を明確にする必要がある。一例として、以下のような役割分担が考えられる。

（１）行政の義務

行政は地域における医療計画を作成し、医療体制を確立すると同時に、急患・救急も含む診療体制を住民に知らせる義務がある。

（２）医療機関の義務

救急告示医療機関は年間を通じて24時間体制を維持し、救急患者の診療に当たる義務がある。

（３）医師個人の義務

①一般外来や救急外来を担当する医師は、病院から命ぜられた勤務時間においては、患

者を診療する義務がある。

- ②その診療においては、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他いかなる要因があっても、最善を尽くす義務がある。

いずれにしても、応招義務に関しては今後しっかりとした議論を行い、現代にあった解釈または法改正を行う必要がある。

4. 医師の効率的活用

(1) 医師の偏在解消と業務の見直し

偏在の解消に関する日本医師会の立場は以下である。

「職業選択の自由の下、医師が自由に診療科や診療場所を選べることは尊重されるべきであるが、公的医療保険制度においては、医師は職責の重さを認識した上で、自主的・自律的に何らかの適切な仕組みをつくり、医師の偏在の解消を実現していくことが必要である」

また「医師の地域偏在解消にあたっては、地域の医療事情に応じた対応が求められる。医師の団体が、大学等の関係機関との協働や行政との連携、更には国民や若い世代の医師等も含めた討議を通じて、全国的な視野に立ちつつ、都道府県を単位とする仕組みの構築を推進していくことが重要である」(医師の団体の在り方検討委員会報告 平成29年3月より)。

この視点をもとに具体的な仕組み作りを、早急に開始する必要がある。

①医師の地域偏在と診療科の偏在解消

医師の偏在と言った場合は、都道府県を単位とした日本全体の医師の偏在と各都道府県内の地域的な偏在を分けて考える必要がある。前者に関しては、国の対策が必要であり、後者に関しては各都道府県内で解決すべき問題であると考えられる。診療科の偏在に関しても、各都道府県での標準的な医療を行うための診療科別の偏在対策を行う必要がある。

特に診療科の偏在対策は卒業時では間に合わず、卒前教育の中で医学生に地域の実情や各診療科のやりがいを語りインセンティブを高めることが求められる。しかし、現状では診療科の偏在の実態や原因も明らかになっていない。偏在の実態がわからなければ、めざす目標が見えず、各診療科の協力を得ることもできない。また、診療科の偏在の原因を明らかにして対策を立てる必要がある。

いずれにしろ、地域と診療科の偏在の実情を把握し、これを解消する実現性のある政策を実施する必要がある。

②診療環境改善の効果の定期的な把握と対策

医師が足りないために診療環境の改善は困難であるとの声が多く、多くの医療機関から上がっている。一方、医師が効率的に仕事ができる環境作りを積極的に進めている医療機関は必ずしも多いとは言えない。先に述べた医師の地域偏在と診療科の偏在解消を進めると同時に、各医療機関は医師の業務を大幅に見直しタスクシフトやタスクシェアを積

極的に進めることが重要である。当然、医療勤務環境改善支援センターを積極的に活用することも不可欠である。

その上で、医師の労働実態の改善に関する効果を定期的に調査し、各医療機関及び都道府県、国レベルでの到達点を明らかにしながら、更に改善策を検討し実行していくシステム作りが必要である。

(2) 当面の診療環境改善に必要な対策

①医師確保等に関する組織の連携強化や再編

現在、医師確保に直接的に関係する会議や組織としては、「都道府県医療審議会」「地域医療対策協議会」「地域医療支援センター」「へき地医療支援機構」「新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会」があり、関係する会議や組織としては「地域医療構想調整会議」と「医療勤務環境改善支援センター」がある（参考資料 21・P75）。

これだけ多くの会議や組織があれば、その権限や役割分担もわかりにくいことに加えて、都道府県内の医師配置に関する意見の統一を行うことも簡単ではなく、その具体的な実施や評価も困難であると考えられる。当面は、連携強化により各会議や各組織の実効性を高める必要があるが、長期的にはこれらの会議や組織を再編成し簡素化する必要があると考えられる。医療機関や医師にはもちろん、住民にも医師配置の決定がわかりやすく示されなければ、地域の行政や住民の理解を得ることは困難である。

「医療勤務環境改善支援センター」の充実強化に関しては既に I . 3. で詳しく述べたが、医師の健康確保に関する役割を加えることも検討されるべきであると考えられる。これまで、医師の健康確保の必要性に関して述べてきたが、中小病院等では適切に医師の健康確保を担える人材がいないケースが少なくなく、過疎地域においてはなおさらである。またメンタル不調等の医師に関しては精神科医師の関わりが不可欠であるが、大病院も含めてその体制が取れる医療機関は限られている。

従って、都道府県単位で医師の健康管理に責任を持つ何らかの組織を設置することが必要になると考えられる。具体的には、産業医資格を持った内科医や精神科医師がチームを作り、長時間労働の医師やメンタル不調の医師への面談等を行うシステムを作り対応することが考えられる。都道府県内全域で直接面接を行うことは簡単ではないため、テレビ電話等も活用しながら面談を行い、本人や管理者へ必要なアドバイスを行うことも検討すべきである。

②女性医師の離職防止・復職支援

a. 女性医師支援の必要性

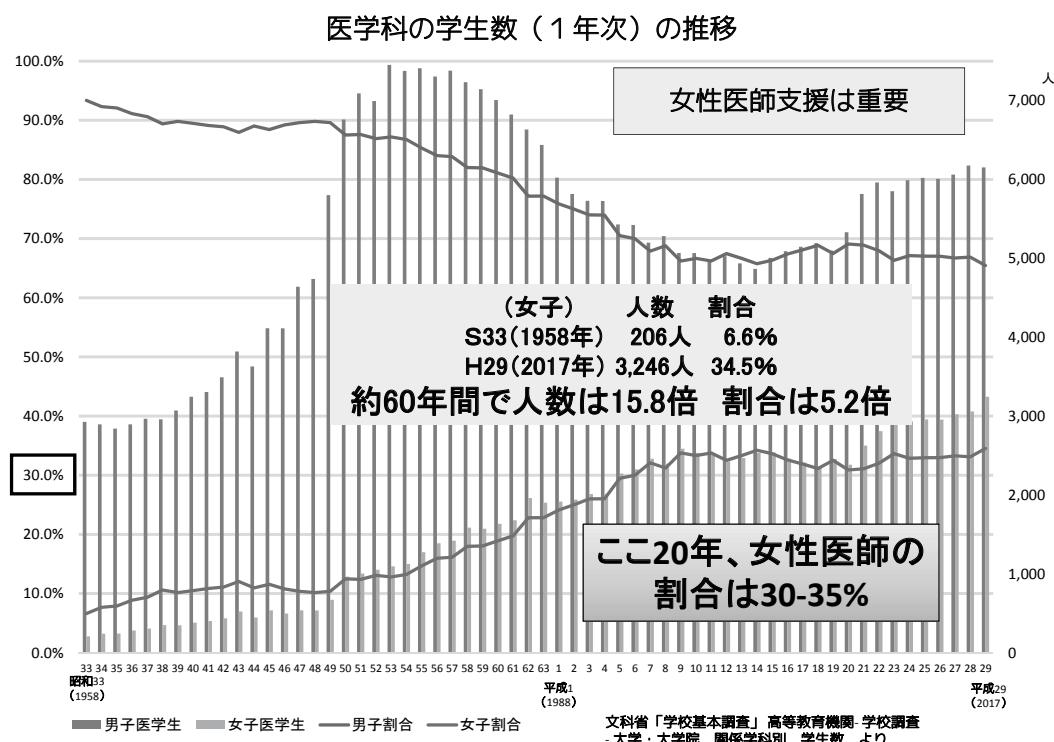
i) 女性医師の増加

かつては 10%未満であった女性医師の割合は、若い世代においては 30%を超えている。

女性が医学部入学者の半数を超えている大学もあり、今後更に増加していくことが予想されている。女性の活躍が政策の重要課題に挙げられている現在、医師にお

いても女性がもてる能力を発揮し医療・医学に貢献することが期待される。ただ、女性においては、妊娠出産と研修や専門医取得等の時期が重なることも多く、離職を防止しキャリアを継続するためには適切な支援が必要である。

図表Ⅲ② 医学科の学生数（１年次）の推移



ii) 女性医師支援の男性医師へのプラス効果

日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」では、「勤務医の健康支援のための15のアクション」において、短時間雇用等の人事制度の導入等とともに、「女性医師が働き続けるための柔軟な勤務制度、復帰のための研修の整備」を挙げている（参考資料8④・P47）。

平成27年に日本医師会が勤務医1万人を対象に行った「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」の結果を解析し、上記の女性医師就労支援アクションの効果検証を行ったところ、女性医師就労支援策の実施により、男性医師におけるうつ症状、自殺、労働能力障害、早期離職志向の4つのリスク全てのアウトカム指標が有意に低減していることが判明している^{vi}。

b. 日本医師会における女性医師支援の取り組み

i) 女性医師支援センター・女性医師バンク

日本医師会では平成18年11月より、厚生労働省の委託を受けて女性医師支援センター事業（旧「医師再就業支援事業」）を開始し、平成19年1月には「日本医師会女性医師バンク」を開設した。これは女性医師のライフステージに応じた就労を支援し、医師の確保を図ることを目的としている。事業内容として、女性医師に対して就業希望条件にあった医療機関を紹介し、就業までの間の支援を行っている。

^{vi} 「勤務医の健康支援に関する検討委員会」報告書．日本医師会．平成28年6月

更に、再就業後も、継続して勤務できるよう支援し、女性医師にとってより働きやすい環境の整備を目指している。

ii) 女性医師の勤務環境に関する調査

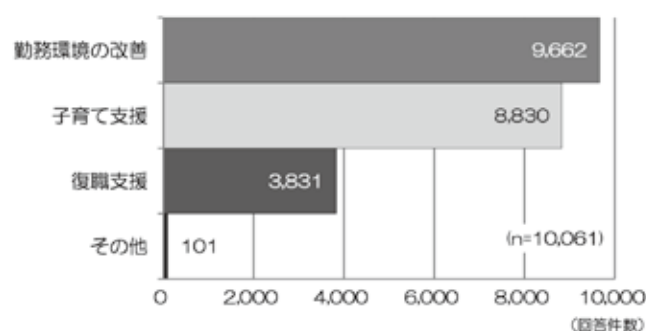
上記の医師再就業支援事業においては、医師の勤務環境の実態や女性医師の活躍の場の整備状況を把握した上で、実効ある支援策を提案していくために全国調査を実施し、日本医師会男女共同参画委員会と共同で平成 21 年 3 月に「女性医師の勤務環境に関する調査報告書」をまとめた。その後 8 年を経て、病院勤務女性医師の現況を詳細かつ正確に把握する調査を実施し、1 万人を超える女性医師から回答を得た。

それによると、女性勤務医における週 60 時間以上勤務者の割合は 25% に上っており、男性勤務医とほぼ同様であった。一方、時短常勤の割合はわずか 3.2% にとどまっている。時短や非常勤として働くことを選択した場合に、その理由としては育児や介護等、家庭の事情が多かった。

また、同居の夫がいるほうが常勤の割合が低く、宿直回数が少ない傾向がある。育児休業を取得しなかった場合、その理由として、「代わりの医師がいない」「職場で取得しづらい雰囲気がある」が挙げられているが、「制度がなかった」との回答も少なくなく、制度の周知・理解が進んでいないことも推測された。

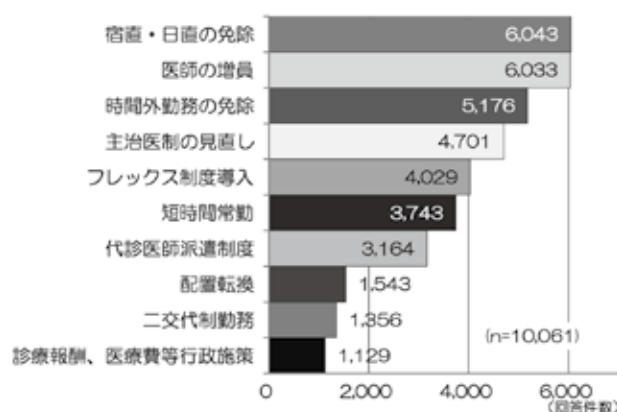
仕事を続ける上で必要と思う制度や仕組み・支援対策等についての質問への回答を集計した結果を図表Ⅲ③に示したが、勤務環境の改善、子育て支援へのニーズが高い。そのうち勤務環境の改善に関して必要と思う支援について図表Ⅲ④に示したが、宿直・日直の免除、医師の増員、時間外勤務の免除が上位にあがっている。また、家庭・育児に関する悩みとして「家事・育児・介護と仕事の両立」「配偶者の非協力・無理解」「配偶者の家族の無理解」、医師としての悩みとして、「キャリア形成・スキルアップ」「プライベートな時間がない」等が挙げられている。

図表Ⅲ③
仕事を続ける上で必要と思う支援
(複数回答)



女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会報告書。
厚生労働省：平成 27 年 1 月

図表Ⅲ④
勤務環境の改善に関して必要と思う支援
(複数回答)



女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書。
日本医師会女性医師支援センター・日本医師会男女共同参画委員会：平成 29 年 8 月

c. 女性医師支援施策への提言

妊娠・出産・育児、更に介護等家庭生活と医師業務との両立において、離職を防止しペースダウンしてでも就業を継続できるよう、保育所設置、勤務緩和等の支援策がこれまで進められてきた。「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」報告書によるとライフイベントを抱える医師への包括的支援の施策が提案されている（参考資料 22・P76）。

i) 保育・介護支援の充実（公的保育施設の有効活用等）

出産育児における問題点のひとつに、仕事中に子どもをどのように保育するかが挙げられる。特に、待機児童が多い都市部等では、医師の場合は収入状況から入所順位が下がり入所が困難となりやすい現状がある。預け先がないために復職の意思があっても復帰できない女性医師もいる。

日本産婦人科医会の調査によると、院内保育所の設置は増加傾向にあるが、病児保育や夜間休日保育まで対応しているところは少なく、医師の勤務実態に必ずしも対応できていない^{vii}。時間外や宿日直等、必要な場合に安全な保育が確保できなければ時間に制約のある働き方を余儀なくされやすい。保育施設の設置や運営には多額の費用がかかり、特に病児や時間外保育まで対応するためには、時期により利用者数が増えることから運用が難しい。また、せっかく保育施設があっても自宅から遠い、保育環境が整っていないため利用が進まない、等のケースもある。従ってそれぞれの医療機関において十分な保育施設を整備していくことは現実的ではない。

現在、公的保育施設は夜間休日において閉所となっていることがほとんどであるが、それらの施設を有効活用し、夜間休日に保育を必要とする人に安全な保育が提供できるように行政が財政援助を含め積極的に取り組むことが不可欠である。

今後、高齢化の進行により介護と仕事との両立も更に必要になっていくことが予想される。もちろん育児と同様、女性に限った問題ではなく、介護の場合には若手のみならず中堅や管理職の医師に切実に関わってくる。介護においても対応する人材や施設の不足が見込まれており、医師においても家族の介護のために離職を余儀なくされることが増えてくる可能性がある。介護においても勤務実態に応じたデイケア等、介護サービスの充実が急務である。

ii) 柔軟な働き方（時短常勤制度等）と再研修プログラム

一律、硬直的な勤務時間に縛られることなく、ライフステージに応じて家庭生活と調和しやすい多様な働き方が選べることも離職を防止するために有効である。しかし、雇用が不安定になることはキャリア継続のためには望ましくなく、例えば、週 32 時間、週 20 時間等の勤務時間で時短常勤制度等が提案される。日中の診療を時短勤務者が担当すれば当直明けの医師が早く帰れる等、組織全体の働きやすさ向上も期待できる。ただ、時短勤務者の仕事への取り組み方は制度の定着や拡充を進める上で大変重要である。すなわち、いわゆる「ぶら下がり」といわれるような無責任な

vii 産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告．日本産婦人科医会．平成 29 年 12 月

働き方ではなく、短時間であっても時間に見合った成果をあげることが大切である。

離職を防止するために柔軟に対応できるようキャリアパスの選択肢を増やす一方、いったん離職した場合の復職において日本医師会女性医師バンクの活用を更に推進したい。また、復帰の際に無理なく安心してキャリアを再び築いていけるよう、必要に応じて再研修プログラムが受けられる仕組みが必要である。

iii) 個別事情に応じたキャリア形成支援

女性医師支援においては、勤務緩和を推進するのみでは十分とはいえない。女性医師がもてる能力を発揮し、医師としてのキャリアを形成するための方策も欠かせない。勤務緩和を受けている人に、責任の少ない業務だけを与えて早く帰宅できるように配慮することは、離職防止のために一定期間は確かに有効であるが、そこに長くとどまっているのみでは医師としての技量やモチベーションの向上につながらない。個々の状況に応じて、キャリア形成・スキルアップへの働きかけが大切である。

iv) 勤務緩和を支える医師の処遇改善

実際の医療現場では勤務緩和をカバーする側の負担感や不公平感も問題となっている。女性医師に限らず、様々な事情で「時間外には働けない・働きたくない」医師が増えてきている。それも時間外診療の多い診療科や地域で医療従事者の確保が困難となり、「医師偏在」につながる一因であろう。特に、夜間休日の時間外業務は心身の負担が大きいことを考慮し、担当してくれる医師に対して、貢献に見合う報酬や待遇等きちんと評価する仕組み作りが不公平感の是正につながる。

v) パートナー・家族との話し合い

女性医師が自分自身の仕事に対し意欲と責任感を持って取り組む意識を醸成することも大切である。仕事をセーブすることだけを考えず、医師としての仕事に専念できる時間を増やすために、工夫できることがあれば試してみるべきである。パートナーや家族と話し合い、上手に家庭内の仕事をワークシェアするとともに、ベビーシッターや家事のアウトソーシングの活用も状況によっては選択肢として考慮される。意欲をもち前向きに取り組むことを後押しするための経済的インセンティブ等の施策も期待される。

育児や介護はいわゆる無償労働と言われている。日本の子持ちの有配偶男性の家事・家族ケア全体の分担率は18.3%であり、世界で最も低い。女性医師の活躍を保障するには、家庭内での夫の理解と協力が不可欠であり、無償有償を問わず労働に対する本来の意味での男女共同参画の推進が必要である。

多忙で余裕のない医療現場では、長時間働けなければ一人前ではないとされ、責任ある業務から外されることもある。仕事も家庭も中途半端であると悩む女性医師は少なくない。長時間勤務を前提とする働き方は女性医師の活躍の大きな障壁となっており、その是正はより働きやすい環境につながる。

一時的に多少ペースダウンしたとしても、女性医師が医師として長く活躍し社会に貢献できる仕組みを作らなければならない。女性医師がライフイベントで離職することなく、むしろその経験を診療に活かしつつ、長期的視点に立ってキャリアを

築けるよう、効果的な施策が必要である。

vi) 「女性が働きやすい医療機関」認証制度（好取り組み事例）

三重県では、三重県医師会が委託され運営する三重県医療勤務環境改善支援センターと連携し、平成 26 年度に「女性が働きやすい医療機関」認証制度を創設して、妊娠・子育て時の当直免除、短時間勤務や保育所の完備・充実等の制度整備等を要件として現在 10 医療機関がその認証を受けている（参考資料 23・P77）。

女性医師も含めたこうした女性支援の認証制度は、女性医師にとって働きやすい医療機関を増やしていくことに役立つものである。

③医師活用に関するその他の具体的な対策

a. 非常勤医師の活用、及び常勤化の促進

医師によっては当直勤務や長時間労働等を理由に常勤医を続けることを諦めざるを得なかった者も少なくないと考えられる。また、診療科の選択に関しても、労働条件を考慮する医師も少なくない。これを変えるには、少しでも多くの医師を病院に集め常勤雇用とし、医師体制を強化する必要がある。そのためには、病院は常勤医の多様な働き方を模索すべきである。

b. 出身地方の再就職促進

都市部で子育てが終わった医師の出身地への帰省就職活動のサポートも重要であると考えられる。過疎地対策として地域枠の若手医師の配置等が検討されているが、若手医師の育成にとっては指導医の存在が重要であり、指導経験のあるベテラン医師の存在は不可欠である。

c. 退職年齢延長の検討及び退職前後のベテラン医師活用

退職後の医師はパート医として働くことが多いと思われるが、単なるパート医ではこれまでの豊富な経験や管理能力が発揮できず、やりがいも多くはないと考えられる。健康管理を前提とした労働時間の短縮等を考慮した上で、ベテラン医師にやりがいを持って力を発揮してもらうために、退職年齢の延長に関しても検討すべきである。また、退職した医師に関しても、例えば、宿直明けの外来対応を担っていただく等、何らかの形で協力してもらえる仕組み構築も必要であろう。

d. 病院と開業医との連携の強化

既に一部の地域においては、開業医が病院で準夜帯等の急患対応を行うこと等により、勤務医の負担軽減へ貢献している例がみられる。また医師会等で一次救急の当番を行い急患対応に貢献している例もみられる。医療機関の壁を超えた地域で働く医師全体で地域医療を支える発想が重要であると考えられる。

④医療機関の役割分担の明確化

a. 大学等の高度医療機関

大学病院の役割は、臨床及び教育と研究である。臨床においては高度医療を担う施設である。大学病院の本来の機能である高度医療や研究・教育に集中して取り組める環境を作る必要がある。これは大学以外の高度医療を担う医療機関に関しても同様で

⑤タスク・シフティング

医療クラークの採用等、リスクを伴わないタスクシフトに関しては、更に積極的に進められるべきである。問題はリスクを伴う手技等を他職種にどの程度分担させるかであり、安全性と責任の問題に関しては、十分に医療関係者の合意を形成する必要がある。一方、今でも看護師が採血や静脈注射を行っていない大学病院もあり、タスクシフト以前の意識改革が求められている。

また、実際にリスクの伴う医療行為を受ける患者の理解が前提となるために、患者に対しても十分な説明を行い理解を得る必要がある。このため、リスクを伴う手技等に関しては医療従事者と患者の理解を得ることを前提に専門委員会で具体的な項目を定めることはもちろん、市民を含めた倫理委員会等で議論を進める必要があると考えられる。

5. 大学病院を取り巻く状況と将来の在り方

国立大学が法人化された平成 15 年以降、運営費交付金は毎年 1% ずつ減額されている。国立大学附属病院運営費交付金も減額されている。医学部を持つ私立大学でも、経常費補助金は昭和 55 年と平成 27 年を比較すると補助割合（補助金額 / 経常的経費）で 1/3 まで減少している。更に、高等教育機関への財政支出（対 GDP 比）は OECD 加盟国中最下位であり 0.5%（加盟国平均 1.1%）に過ぎない。このような環境の下では、病院収入の一部を「教育」と「研究」に充てざるを得ない。「大学附属病院の使命である高度医療や研究・教育に集中して取り組める環境を作る」には高等教育機関への財政支出を健全化すべきである。

医学・医療の進歩発展は極めて速い。国民に良質な医療を提供するには、医師のたゆまぬ自己研鑽と生涯学習が必須である。医師の過重労働を正常化するには、単に「働き方」を議論するのみならず、卒前医学教育、国家試験の在り方、卒直後の医学教育（臨床研修制度、専門医制度）そしてその後に続く医学生涯教育までシームレスな医学教育改革が必要である。医学教育の改革は有能な医師を早期に世に送り出すことにつながり医師の過重労働改善にもつながるものである。省庁の縦割り行政を排し、国民の健康に配慮したシームレスな「医学生涯教育」の確立を目指すべきである。

6. 地域住民の理解と協力

既に述べたように、医師の働き方改革を進めると同時に地域医療を守るには、行政や市民の理解と協力が不可欠である。これまでも救急車の利用の在り方やコンビニ受診等が問題となっているが、夜間や休日等の時間外に家族等への病状説明を求められても拒めない現状があり、これらも医師の時間外労働を増やし、休日を減らす一因となっている。

一方既に、地域医療を守るための取り組みを進めている自治体もみられる。福島県いわき市においては「いわき市地域医療を守り育てる基本条例」が制定されている（図表Ⅲ⑦、参考資料 24・P78）。いわき市のホームページでは「将来にわたり、安心して医療を受

け続けられるためには、本市の地域医療が抱える課題を正しく認識し、医師や看護師等の人的資源、病院や医療機器等の物質的資源等、限りある医療資源を大切に活用していくことが重要となります」と述べられている。

また「本条例は、地域医療についての基本理念や、市、市民、医療機関等の役割を定め、市民の皆さんも含めた市全体での地域医療を守り育てる取り組みを進めるために制定しました」と述べられ、医療機関の役割と行政の役割、市民の役割がわかりやすく示されている。このような活動が全国に広がることが求められている。

住民の理解と協力を得ることは非常に重要な課題であるにもかかわらず、これまで積極的に取り組まれてきたとは言い難い。地域医療を守るためには、国をはじめ各自治体、保険者が患者の理解と協力を得るための啓発活動に積極的に取り組み、各医療機関も様々な工夫を行う必要がある。

図表Ⅲ⑦ いわき市地域医療を守り育てる基本条例（パンフレット抜粋）



IV 医師会の役割

1. 医師会の組織と存在意義

医師会の組織は三層に分かれている。

日本医師会は、約 17 万人の医師を組織する唯一の職能団体であり、同時に、内科学会や外科学会等、主要な学会を内部に持つ学術団体である。日本の医師を代表する団体として世界医師会の主要な構成メンバーの一つである。

また都道府県医師会と郡市区等医師会は地域医療や各種検診、学校保健等で重要な役割を果たしており、更に近年では、東日本大震災に対する JMAT の派遣等、新たな価値を創造し続けており、地方行政との密接な関係の下で活動している。

医師会は日本医師会、47 の都道府県医師会、900 弱の郡市区等医師会がそれぞれ独立した組織として存在し、地域の行政機関には医療の専門家が少ないこともあり、予防接種から休日・急患の医療、在宅医療等の医療政策を担う医師会が地域医療を実現していると言える。

医師の働き方の改革では、「医療勤務環境改善支援センター」や「女性医師支援センター」そして「地域医療支援センター」が直接あるいは間接的にそれぞれ役割を担うものとされているものの、これらのセンターは直接地域の医師個人とのつながりを持っておらず、また、地域の医療に関して具体的な現状を把握しているわけでもない。医師の働き方改革と地域医療を守る活動を両立させるためには、それぞれの地域の医療の実情を熟知し、同時に地域の医師一人一人とのパイプを持つ都道府県医師会や郡市区医師会の協力が不可欠である。

2. 働き方改革における日本医師会のあるべき立場

(1) 医師の健康とワークライフバランスを守る活動

日本医師会は医師の健康を守る取り組みを積極的に進めてきたが、この問題でリーダーシップを発揮し、実績を上げるには至っていない。性別にかかわらず、医師が結婚し子どもを産み育てられる環境や医師としてのキャリア形成が適切に行える環境づくりのために実効性のある取り組みを進めるものである。また、その実現のために全ての勤務医に医師会活動へ参加し共に問題解決を進めることを呼びかけるべきである。

(2) 地域医療を守ることとの両立～段階的な働き方の改善～

既に述べたように、医師不足の中で医師の勤務環境を急激に改善させると、多くの地域で医療崩壊が起きかねない。医療崩壊が起きれば、多くの住民から現場の医師が非難され

ることになりかねない。そのような事態になれば、医師の働き方改革自体が国民に否定され、大きく後退する可能性がある。このような事態を防ぐために、地域医療を守りながら一步一步確実に医師の働き方改革を進める必要がある。

まずは、過労死が起きない環境づくりが最優先であり、次に健康を守る取り組みの推進、更にワークライフバランスの充実を進めるべきである。これらの取り組み方は、地域や医療機関によって異なると考えられるが、基本は地域医療を守りながら真剣に働き方改革に取り組み、やれることを速やかに実行することが重要である。

また、地域医師会が、勤務医の健康を守る課題と地域医療を守る課題を積極的に掲げて、勤務医の活動を活発化させることは、これらの問題解決に大きく貢献するものとなる。

（３）過労死のない日本をつくる

過労死は日本の深刻な社会問題であり、世界からも注目されている。また、医師の過労死が続いており、日本を代表する医師の職能団体としてこれを看過することはできない。

日本医師会は、医師のみならず全ての職業において過労死をなくすことを日本医師会の課題の一つとすべきであろう。産業医の養成教育や講習に過労死の予防等も含める等、過労死防止を推進する環境を整えるために力を発揮するべきではないか。

３．各医師会に求められる課題と具体的な対応

各医師会が担う役割と具体的な活動としては以下のものが考えられる。

（１）都道府県医師会の働き方改革への関わり

都道府県医師会は、都道府県単位で設置されている地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センターの機能発揮や日本医師会が運営する女性医師支援センターの活動を都道府県単位で活性化する役割を担う。また、それぞれ個別に活動するこれらのセンターを都道府県単位で統合するという機能が求められている。これらの役割や機能の発揮のため、都道府県等の関係機関と連携の下で地域の実情に応じて主体的に活動することが求められている。

（２）都道府県医師会の勤務医部会等の強化

医師の働き方の改革はある意味で勤務医の問題であることから、勤務医自らが医師会において積極的にこの問題の解決に取り組む必要がある。そのためには各都道府県医師会における勤務医部会等の活動を強化し、勤務環境改善だけでなく勤務医の医師会活動全般への参画を推進する役割を果たす組織としていく必要がある。

当然、「地域医療支援センター」や「医療勤務環境改善支援センター」「女性医師支援センター」活動との連携を密にして問題を共有しこれに取り組む必要がある。また、地域医師会への情報発信や相談機能を持つことも重要である。

（３）郡市区医師会に求められるもの

郡市区医師会においても勤務医に関する委員会等を設け、多くの勤務医が活躍できる受け皿を作る必要がある。地域の医師と顔の見える関係を持っているのは郡市区医師会において他にはない。医師の働き方改革と地域医療を守る活動を両立させるためには、これまで医師会活動に参加していなかった医師の参加を促し勤務医の医師会活動を活性化させる必要がある。

（４）執行部への勤務医の登用の促進

現在、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会ともに執行部に入っている勤務医は少数にとどまっているが、医師の働き方改革と地域医療を守る課題を進めるには勤務医が執行部に入り、この課題をはじめとして全ての医師が一丸となって医師会活動全般を担う必要がある。

（５）大学医師会の強化

本答申をもとに大学医師会の強化を進める必要がある。大学の組織構成は診療科ごとの縦社会となっている。一方、医師会は学術団体であると同時にインフォーマルな医師の職能団体でもある。この点では診療科の壁や病院での肩書に関係なく医師の抱える様々な問題に取り組むことが可能な組織である。また、大学医師会の活動の活性化は医学生にも大きな影響を与えることに留意する必要がある。

（６）日本医師会が果たすべき役割

医師の働き方改革は、医療そのものの改革である。その意味で日本医師会は大きな役割を果たなければならない。これまで日本医師会は全ての医師が自らの使命と社会からの期待に応えつつ安心して医療に取り組めるよう、様々な制度を創設し運営してきた経緯がある。医師賠償責任保険や医師年金はその大きな柱であり、これらは社会や医師、医療の変化に対応して創設され、運営されてきている。

働き方改革は、現在の医師や医療にとっての最重要課題の一つであることに疑う余地はないが、その解決のための仕組みや取り組みは断片化し責任の所在を不明確にしていると云わざるを得ない。例えば、現在運営されている３つのセンター（医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センター、ナースセンター）は、設置者や運営者が地域ごとに異なっているだけでなく連携が取られていないことは既述したが、これらのセンターのように与えられた活動の統合だけでなく、医師自らが自らの問題としてその解決策を発案し選択し活動していくという連続的な展開が求められている。その際、日本医師会が主導的主体的な役割を担うべきである。

まとめ

医師の働き方改革は、すなわち、地域医療と勤務医の健康の2つを守ることである。その解決策に妙案はないなかで、本委員会に課された諮問事項は

医師の勤務環境改善のための具体的方策

—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—

である。地域医療を守るにあたって、勤務医の健康支援を中心に据えることが命題である。

勤務医の健康支援のためには今できること、やるべきことが多くある。まず、医療機関経営者は、現行の労働基準法や労働安全衛生法を再確認し、勤務環境改善に取り組む決意を持つことが必要ではないか。

確かに現行の労働安全衛生関連の法令は医師の働き方の実態に合わないところはある。法令を遵守することが困難であるとしても、現行法令がある以上、それを勤務医の勤務環境を改善するための指標・手がかりと捉え、その趣旨に沿った取り組みをしていくという真摯な姿勢と努力を怠ってはならない。

一方、両立させなくてはならない、もう一つの大命題、「地域医療を守る」ためには、医療の質と量の2条件を満たさなければならない。

医療の質を持続的に担保するためのインフラとして医師の自己研鑽、キャリア形成は欠かせない。しかし、診療業務や自己研鑽により医師に心身の過度な負担がかかると医師の提供する医療の安全自体が脅かされる。医療安全の面からの医療の質低下が起こらないように対処すべきである。

医療の提供量については、当然ながら医師の労働時間に依るところが大きい。しかし、医師以外でできる業務の移管（タスクシフト）により、医療提供量を減らさずに医師の労働時間を短くしていくことはできる。また、医師会をはじめとした医療関連団体は、予防事業の推進による医療提供量の適正化や地域の医療機関の機能分担の適正化を進め、地域住民の理解を得ながら、また、行政と連携を深めながら、限りある医療資源の最適化を考える必要がある。

しかしながら、労働時間の取り扱いに大きな影響がある自己研鑽、宿日直の現状と将来の在り方を考えたとき、医師の時間外労働時間については、他の業種より長い状態に置かれることは避けられない。脳・心疾患の労災認定基準（いわゆる過労死ライン）を超過することは当然回避すべきではあるが、その範囲に収まらない場合がどうしても起こりうる。医療を提供する側から見れば、地域医療への影響、医療の質に対する懸念がどうしても強くなってしまうことも理解できる。

であるからこそ、医師の働き方を論じる際、「特例」の議論ばかりが優先していないか、

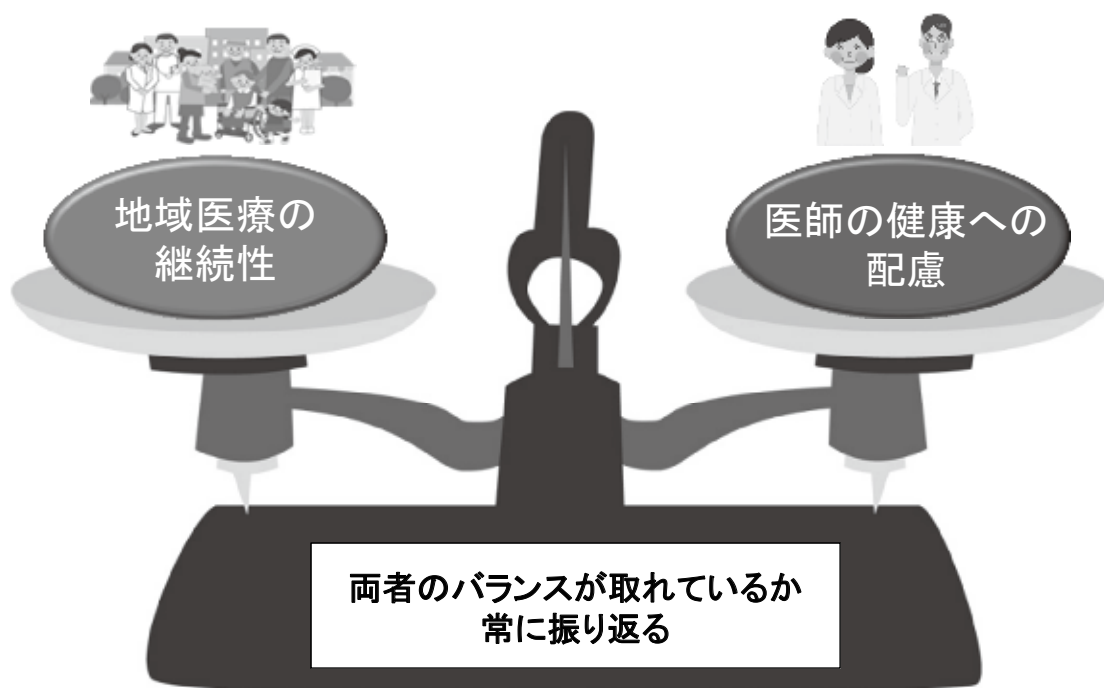
医師の健康への配慮が確実に講じられているか、と常に振り返りながら検討する必要がある。

医師が奉仕の精神で患者のために尽くす一方、医師本人が健康を害している事例、命を失っている事例は決して少なくない。医師の働き方は、まず医師の健康を確実に担保し、合わせて、地域医療体制を持続的・安定的に維持していくことで国民に安心・安全な医療を提供する、という両者のバランスを常に念頭に置いて考えることを決して忘れてはならない。

段階的に働き方の改善を図っていきつつも、医師に一定の長時間労働が必要となることを想定し、本答申では、労働安全衛生法令に加えた追加的な健康確保措置の必要性を提言している。しかし、現在の法令に則った取り組みが行えない限り、追加的な健康確保策を行うことはできない。新たな医師の働き方の必要条件は、今よりきめ細かな健康確保策を確実に行うことであることを肝に銘じる必要がある。

「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。



少子高齢化による生産年齢人口の減少により、必要な社会保障財源の確保が困難となる中で、医療ニーズの高度化や増大が進んでいる。医師の働き方改革を、こうした医療を取り巻く変化に対処するためのひとつの契機として前向きにとらえたい。

医師の働き方改革は、国民のセーフティネットである医療制度、ひいては日本の将来を決定する重要な課題であるが、医師の特殊性を鑑みると、一定の時間をかけ、慎重に検討をしていくことが必要である。

また、働き方改革を円滑に進める上では、近年、新卒医師の3割以上を占める女性医師

への支援、タスクシフト等様々な手立てを講じる必要があり、国による財政的な支援が求められる。

本答申は医師の働き方に関し、現時点でのおおよその方向性について提言をまとめたものであるが、今後は具体的な議論が求められる。

本答申が、プロフェッショナルオートノミーとして医療界が医師の働き方の議論を進めるたたき台となり、また、国全体として医療の在り方を考える一助となれば幸いである。