

参考資料 (医師の働き方改革関連)

※第10回医師の働き方改革に関する検討会資料1より抜粋

第9回の議論のまとめ(宿日直について①)

1. 議論の前提について

いただいたご意見の概要

- この検討会で議論すべきは、元々、医師の長時間労働をどのように短縮していくかであり、その方向で議論すべき。
- 当直明けの勤務のあり方を工夫することも過重労働解消に役立つので検討すべき。
- 時間外勤務が夜間休日労働のあり方に影響されるならば、夜間休日の医療提供体制を地域で考え、その地域の医師の総労働時間を減らすことが必要。

→ 今後の検討の方向性(案)

具体的にご提案のあった当直明け勤務のあり方を含め、様々な勤務環境改善策を通じて医師の健康確保をどのように図っていくかについて、次回を中心にご議論いただく予定。

いただいたご意見の概要

- 医療法上の宿直の義務付けは夜間診療体制の確保を目的としたものだが、労働基準法上の宿日直制度はそれを考慮したものではない。夜間診療体制の確保を労働基準法の枠組みの中で担保しようとすることは適当なのか。
- 宿日直許可基準に関しては、基本的には従来どおりとすべきで、それから外れるものをどう考えていくか。

→ 今後の検討の方向性(案)

医療法上義務づけられている宿直のすべてが労働基準法上の許可を受けうる宿日直であるとは限らず、実態においては、医療法上の宿直の中に、労働基準法上の宿日直許可を受けうるものが存在する状況となっている。

今回検討しているのは、昭和24年に発出された宿日直許可基準を、その許可の考え方はそのままに、許可対象となる業務の例示を、現代の医療の実態を踏まえて具体化することである。

第9回の議論のまとめ(宿日直について②)

2. 宿日直許可基準の見直し(現代化)案について

いただいたご意見の概要

- 総労働時間を減らすために、何が業務なのかの切り分けを着実に整理する必要。
- 昭和24年の宿日直許可基準について、現在の実態を踏まえた解釈の現代化が必要。「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」の例示はわかりやすいものとなった。
- 輪番制を設定していない地域もあることから「非輪番日」は削除してほしい。
- 休日・夜間における外来患者が軽症かどうかについては、結果的に判明するものであり、「軽症と予想される」という概念が読み込めるようにすべき。
- 病棟当直の例示については、患者数が少なければ実働時間が少ないとは限らず、慎重な検討が必要。

→ 今後の検討の方向性(案)

第9回検討会で示した見直し案をベースに、いただいたご意見を踏まえて精査していく。

いただいたご意見の概要

- 宿日直許可に関して現場は混乱しているので、この検討会で議論した後、5年の猶予期間や全体のとりまとめとは別に、可及的速やかに宿日直許可基準の現代化を行ってほしい。

→ 今後の検討の方向性(案)

本日の議論も踏まえ、見直し時期について検討してまいりたい。

第9回の議論のまとめ(宿日直について③)

3. 宿日直許可基準の見直し(現代化)に当てはまらない医師について

いただいたご意見の概要

- ❑ 「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」の例示に合わせて、産科、ICU、三次救急等で宿日直許可とならないものについて、翌日の休養の確保についての議論が必要。

➡ 今後の検討の方向性(案)

宿日直許可の対象外の深夜勤務等についても様々な勤務環境改善策を通じて医師の健康確保が図れるよう、翌日の診療体制確保の観点等も考慮しつつ、次回を中心にご議論いただく予定。

4. 宿日直許可基準の見直し(現代化)案の運用について

いただいたご意見の概要

- ❑ 医療機関の中で、一部の部門等の勤務実態が許可基準に該当する場合は、労働基準監督署の判断により、その部分のみの許可もあり得る。(確認質問⇒事務局から部門ごとに判断と回答)
- ❑ 軽度の医療行為による負担をどのように評価するのか。医療のプロでない監督官が判断することは難しくかえって混乱を招くのではないかと。医療行政においてあらかじめ宿日直時の診療実態を確認・類型化し、それを活用していただくことが必要。
- ❑ 監督署ごとの考え方に違いが出ないこと、医療機関の考え方を尊重してもらうことが必要であるが、病院、診療科ごとに実態が異なる中で、同じ基準で判断できるかよく検討してほしい。

➡ 今後の検討の方向性(案)

見直し案については、ご提案も踏まえ、事務局において引き続き検討することとしたい。

第9回の議論のまとめ(宿日直について④)

5. 宿日直許可基準の見直し(現代化)を踏まえたさらなる論点について

いただいたご意見の概要

- ❑ 現行通達どおりの宿日直許可の運用では医療提供体制の維持は困難であり、5年間で勤務環境を改善することも困難と考えられる。別の方法で労働時間をとらえることが必要であり、宿日直許可を得られない場合であっても、実作業時間以外は労働時間とは別扱いとするような現実的な方法が考えられないか。
- ❑ 病棟当直の医師に救急対応をさせている病院が多い中、宿日直許可の対象となる軽度の当直医と、救急対応を行う医師をダブル配置する必要があるとなると地方病院や医師の少ない病院では人的な負担が大きい。労働基準法の考え方を当てはめるだけではなく変更していく必要がある。
- ❑ 労働時間の管理は健康確保の観点から議論すべきで、賃金とは別の問題として扱うことが必要。
- ❑ 賃金支払いの適法性を確保するために医師の基本給を下げるという対応は現実的ではないのではないか。合理的に対応できる方法を検討してほしい。
- ❑ 宿日直について、本来は時間外労働・割増賃金として取り扱うべきだったものがあり、国の予算として用意すべき。

➡ 今後の検討の方向性(案)

労働基準法は、労働者の健康で文化的な生活の確保のため、労働時間等について使用者に規制をかけており、使用者は、それを遵守できる事業運営(勤務体制整備を含む)を行う必要がある。このため、当面の夜間・休日の医療提供体制の維持を理由に、医師について一般則とは異なる時間外労働の上限時間規制を行うという今回の改正法に基づく特例に替えて労働時間規制の特例を設けることは、今回の改正法の趣旨からして困難と考えられる。

医師の応召義務との関係や、医師数の少ない地域・医療機関における診療体制の確保の必要性を考慮し、医療政策上の対応を進めつつ、当面は、医療提供体制の確保に必要な医師について、時間外労働の上限時間数を、健康確保に配慮した上で高く設定する等の対応も考えられるのではないかと。

第9回の議論のまとめ(宿日直について⑤)

6. その他

いただいたご意見の概要

- オンコール待機について、病院が組織的にオンコール体制を組んでいる場合はストレートに労働時間でないという結論にはならないため、そのことを踏まえた検討が必要。

➡ 今後の検討の方向性(案)

オンコール待機が労働時間に該当するかどうかは、オンコール待機中に労働から離れることを保障されていない状態かどうか等、使用者の指揮監督が及んでいるかにより判断することになる。

いただいたご意見の概要

- 細切れの睡眠を取っている人には健康面で負担があると考えられることから、医師の健康確保のため、睡眠の質の観点についても検討すべき。

➡ 今後の検討の方向性(案)

様々な勤務環境改善策を通じて医師の健康確保をどのように図っていくかについて、次回を中心にご議論いただく予定。

第9回の議論のまとめ(自己研鑽について①)

1. 「自己研鑽」の実態について

いただいたご意見の概要

- 就業時間内の研鑽は病院の管理下にあるものであり、論点となるのは時間外に医療機関内に残って行う研鑽である。
- 一般の労働者の自己研鑽は働いている場で行う必要があるものが多いとは思えないが、医師の場合は、患者がいる場でカルテを見ながら行うもの、病院の中にある貴重な情報から得られるものが多い。だからこそ「自己研鑽」のために病院に残っている医師が多い。
- 「自己研鑽」は医師本人のためということもあるが、医療の質向上という社会的要請に応えているという側面もあり、医師は少しでも良い医療を提供するために勉強しようというマインドの人が多い。
- 外科医は、手術件数と技量が比例する。研鑽は必須であり、医療の進歩に伴い勉強に要する時間も増えている状況。
- エンジニアや美容師など自分の腕を磨いてよりよい収入を得るという人と違い、医師は医療水準を保たないと訴追される恐れがある。前の日にいくら解剖書を読んでも役立たず、OJTが必須。一定の水準に達した正しい医療を行うために「自己研鑽」を行っている。
- 救急の勤務が終わって帰れる段階で、専門医取得に必要な手技を必要とする患者が来た場合は誰の指示がなくとも自主的に担当する。

第9回の議論のまとめ(自己研鑽について②)

2. 「自己研鑽」の論点を検討するに当たっての基本的な視点について

いただいたご意見の概要

- ❑ 研鑽のために自主的に院内に残っている医師であっても、「自分のために残っているのだからいつまで残っていてもいい」とはならず、自己管理や健康確保措置は必要。
- ❑ 「自己研鑽」の機会を奪わないことが重要。
- ❑ 時間外労働を減らすために管理者が医師に「帰りなさい」と言わざるをえなくなっている医療機関があり、その病院を選んで来ている研修医から不満が出ているという実態がある。
- ❑ 手術や処置の見学の待機を切り上げて早く帰れと言っても研修医には不評で、もっと勉強機会を与えて欲しいという声が多い。
- ❑ 労働時間とすることが研鑽を抑制するものではない。労働時間性の問題と、労働として扱う場合に上限をどうするかというのは別の議論。
- ❑ 労働者が労働だと思っていて使用者が自己研鑽だと思っている場合は問題となるため検討が必要。他方、労使ともに自己研鑽として認識が一致しているものについて、院内に在るために労働時間とされるのは避けて欲しい。※法律的には医師の労務を病院が受領した時点で労働基準法上の労働時間。
- ❑ 自己研鑽を労働でないと定義して残業代が出ないとなると勉強する立場もモチベーションが上がらない。ドイツのような個別的オプトアウトが柔軟にできるといい。自己研鑽の規制はしないほしい。
- ❑ 診療科や個人の専門性によっては一定の勤務時間が必須となる場合もあり、健康管理をすることを前提として、医師がその働き方を選べるような仕組みも必要。
- ❑ 現実として週60時間以上の医師が4割程度いる中で、自己研鑽と労働の切り分け方によっては、上限時間をどう設定するかで時間外救急を受けられない事態が生じうる。
- ❑ 現在の後期研修医は病院負担で育成しており、使用者は彼らに医療水準を保ってもらう必要があるため、彼らの研鑽は労働として扱うべき。それを減らせというのは医療水準を下げろということになるのではないか。

第9回の議論のまとめ(自己研鑽について③)

2. 「自己研鑽」の論点を検討するに当たっての基本的な視点について(前ページの続き)



今後の検討の方向性(案)

論点は『医師が時間外に行う「自己研鑽」』であるが、後述の判断基準により、「自己研鑽」の労働時間該当性を判断することとする場合、労働時間と判断された行為については時間外労働の上限規制がかかることとなる。

労働時間に該当する「自己研鑽」も存在すると見込まれることを踏まえて、医師個々人の「自己研鑽」意欲を削がず、希望に応じた働き方が可能となる方策の検討が必要ではないか。

ただし、医師は、宿日直や手術の延長、緊急の対応といった『「自己研鑽」でない本来の業務』で長時間労働になりがちであることからすれば、そこに加えて行う「自己研鑽」の時間としてどの程度の時間を考慮すべきかについて、医師の健康確保、医療安全の観点からも検討が必要ではないか。

「自己研鑽」を抑制しないことや、個人の希望を踏まえられるようにすること等も併せて、引き続きご議論いただくこととしたい。

第9回の議論のまとめ(自己研鑽について④)

3. 「自己研鑽」を労働と労働でないものに切り分けるための基準について

いただいたご意見の概要

- ❑ 業務に必要な研鑽となると労働時間性が高くなる方向性に働く。時間外に在院している時間を労働時間でないというのは相当難しいという印象を法律家として持っている。
- ❑ 業務に関連することを会社内でやっていたらすべて労働時間になるのかについては、絶えずグレーゾーンがあり、類型化して考えていかなければならない。
- ❑ 「病院内にいるから労働」と機械的に判断すべきではない。
- ❑ 「自己研鑽」が任意で行われたものかどうかの判別は難しい。
- ❑ 病院・上司から指示されたものかどうかその一点で判断するのがよいのではないか。
- ❑ 自己研鑽であるのかどうかの判断基準は、その行為がどういう目的(自分のため、医療水準の維持・発展のため、経営に寄与するため等)によって行われるのかで判断する視点も必要。
- ❑ 「自己研鑽」を切り分けることは重要だが、医師が置かれている立場(事務局注:研修医であるかどうかなど)によって切り分けが異なるデリケートな話。

- ❑ 自己研鑽に関する具体的な指針、ガイドラインが必要と考える。
- ❑ 具体的に労働時間に当たるか否かを整理すれば現場は動くと思う。

➡ 今後の検討の方向性(案)

「自己研鑽」を労働と労働でないものに切り分けるための基準について、事務局において引き続き検討し、ご議論いただくこととしたい。

第9回の議論のまとめ(自己研鑽について⑤)

4. 「自己研鑽」の労働時間該当性を判断する基準の運用面での課題について

いただいたご意見の概要

- 仮に理論上切り分けが可能としても、タイムスタディにあるように断続的に発生するものを現実的に管理するのは困難。
- 途中までは受け持ち患者の業務としてやっても、途中からそのまま学習に移るなど、切り分けが極めて難しい。他業種で、切り分けの難しいものについて、誰がどう切り分けるかの例はあるか。自己申告というわけにもいかなさう。(⇒業種にかかわらず使用者の指揮命令下で明示・黙示の指示に基づいて行っているか否かが判断基準となると回答)
- 「自己研鑽」の管理においては、自己研鑽とは何かを医師側から出していく必要があるが、性善説でよいか。



今後の検討の方向性(案)

「自己研鑽」を労働と労働でないものに切り分けるための基準についてご議論いただく際に、その現実的な運用可能性もあわせて引き続きご議論いただくこととしたい。

第9回の議論のまとめ(自己研鑽について⑥)

5. 「自己研鑽」の労働時間該当性を判断する基準の運用面での課題を踏まえての意見

いただいたご意見の概要

- 医療界の意見書にもあるように、在院中の研鑽と労働の切り分けが難しいという点について、包括的に一定の労働時間として評価する、在院時間の枠を管理するといった、自己研鑽を抑制しない仕組みを作っていただきたい。
- 各国ともに医師の特殊性に対して苦勞している中、日本には特例はない。自己研鑽の切り分け、管理は困難であり、宿日直と同じように在院時間のバルクで規制をかける、インターバル設定は考えるなどの議論が必要ではないか。

➡ 今後の検討の方向性(案)

「自己研鑽」を労働と労働でないものに切り分けるための基準づくりとその運用についての議論を深める中で、引き続きご議論いただくこととしたい。

第9回の議論のまとめ(自己研鑽について⑦)

6. その他

いただいたご意見の概要

- ❑ 年末の骨子案の段階で、規制の細部を拙速に明記しない方がよい。
- ❑ 研修医が業務に追われることなく研修をしっかりと達成でき、医師がそれに集中できるような配慮も含めた研修プログラムや勤務スケジュールのデザイン、日常診療の質の確保に必要な研鑽は勤務時間内にできるような仕組み作りが必要。
- ❑ 医師のオートノミー、イノベーションの創出の妨げとならないような体制づくりをしてほしい。オプトアウトや裁量労働制といった制度を検討し、オーダーメイド型の働き方を模索しつつ、個人の頑張りで医療の質を保持するだけでなく、社会的システムとして自己研鑽が詰めるような労働体制としてほしい。
- ❑ 自己研鑽を全く認めないというのはモチベーションが上がらないので、一括して自己研鑽手当という形で包括的に評価するのがよいのではないか。
- ❑ 諸外国の状況からすれば、医師の働き方改革を進めるためには、看護職員の中にクオリティの高い職種がいること、病床の集約化、患者アクセス確保の工夫が必要ではないか。

➡ 今後の検討の方向性(案)

「自己研鑽を積む医師の労働時間のあり方については、「自己研鑽」を労働と労働でないものに切り分けるための基準づくりとその運用についての議論を深める中で、引き続きご議論いただくこととしたい。

医師が研鑽を積みやすい環境づくりや、タスク・シフティング、医療提供体制のあり方については、今後、ご議論いただく予定。

諸外国の状況① 応召義務

未定稿

- 我が国の医師法のように、あらゆる診療・治療の求めに対して診療することを義務付けるいわゆる応召義務(※)に相当する法令は、今回の調査においては、韓国を除き確認されなかった。
- 他方、緊急時の対応に関する医療機関や地方公共団体の義務についての規定が多くの国で存在している。外国人旅行者であることを理由にこうした義務が免除される国は、今回の調査においては確認されなかった。

※ 医師法第19条 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

アメリカ	イギリス	ドイツ	イタリア	スウェーデン	スイス
●一般的には、支払能力やその他の理由にかかわらず、法的に患者を治療する義務はない。 ●ただし、「<u>緊急医療処置及び分娩に関する法律</u>」により、<u>緊急事態には、患者の国籍や支払能力の有無にかかわらず、医療機関は患者の状態を安定させる必要がある</u>。	●<u>緊急を要する対応</u>（①救命、②生命の危機に陥る急速な状態悪化の防止、③深刻な後遺症の防止）については、<u>患者の支払の意思や能力の有無に関わらず提供されなければならない</u>、提供しない場合は人権法上違法となり得るとされている。 ●緊急の治療を理由として無料になるわけではないが、<u>例外的に後払いが認められる</u>。	●医師と病院は、<u>急性期の緊急を要する状態にある患者を治療する義務を負う</u>。 ●急性期でない症例や治療について計画可能な症例には、この義務はない。	●医療機関は、<u>必要最低限の医療サービスを施す義務</u>がある。 ●外国人は、緊急診療所や日帰り手術等、<u>救急病院で必要最低限の治療を受けることができる。治療を終えた際に料金を支払う必要がある</u>。 ●また、料金を前払することで、緊急でない場合も治療を受けることができる。	●原則として必要な治療を受ける権利を有するが、何が必要な治療であるかは医師等が決定する。 ●<u>必要な治療とは、患者が母国に帰国するまで待つことのできない治療である。通常、患者は全ての費用を支払う必要がある</u>。	法律上、スイスに居住しない外国人が滞在中、<u>緊急に手当を要する場合には、滞在する州に援助義務がある</u>。
（※）なお、急性期病床に占める公立医療機関の比率は、日本が3割程度であるのに対し、欧州諸国では概ね7割程度以上。					