

第2回検討会における主な意見

(医師の勤務実態について)

- 実際に労働時間規制を行った場合の影響を議論するために、10万人調査により、例えば地方の救急医療や産科医療がどの程度医師の時間外勤務に依存しているかを示してほしい。
- 10万人調査において大学病院の診療外時間が長くなっているのは、教育、研究に関するもので大学病院が絶対にやらなければならない部分である。
- 10万人調査により、拘束時間についても示してほしい。
- 10万人調査の勤務時間については、細かい分析が難しいのかもしれないが、自分の勤務経験のある県立病院の研修医・外科医の実態としてはそれ以上働いており、違和感がある。

- 宿直業務の扱いについては、救急を標榜しているかどうかにより分けて考える必要があるのではないか。
- 診療報酬上評価されるようなものについて、自己研鑽と言えるのか。
- 論文執筆や学会発表等の自己研鑽については、他の分野でも当然あるものであり、医師の特殊性によってどこまで説明できるのかを考えるべきではないか。
- 医療安全や質の保証のために必要とされる会議や書類が増えており、非常に負担になっている。民間医療保険の診断書も多い。厚労省全体としてできることを考えてほしい。
- 高度な医療になるほど他の職種との協働が必要となり、医師だけでなく全体としての働き方、労働時間の観点からも検討していく必要があるのではないか。

(勤務実態の把握・現状認識について)

- 10万人調査だけでなく、今後より精緻な議論ができるような調査を早急に実施してもらいたい。
- 10万人調査は、勤務時間を測るだけでなくどこでどのように働いているかやその希望等様々な内容にわたって調査しており、その回答者が三師調査の分布とも共通していることから、現状で得られる最良のエビデンスと言えるのではないか。
- タイムスタディ調査を実施する際には、時間の長さだけでなく、

単位時間当たりの仕事の満足度やストレスを測ってほしい。

- 労働安全衛生法による簡易ストレスチェックも踏まえ、他職業と比較した単位時間当たりのストレスや、診療科ごとのストレスレベルの違い、仕事への満足度等も見て、質と量の両方から議論していくべき。
- 医療施設に対する労働基準監督署の監督指導のデータを出してほしい。勤務実態や時間管理がわかると思うので。
- 日本産婦人科学会が出している産婦人科勤務医の実態のデータについても示してほしい。
- 医師の勤務実態は、大学病院、救急病院、地域性（医師不足地域かどうか等）、疾患性等によって異なり、サブグループ解析が重要。
- 医師の厳しい勤務実態を把握するため、過労死・過労自殺事案の関係者のヒアリングを行ってほしい。
- 実際に医療機関においてどのような労働時間管理が行われているか、客観的な把握がなされているか等について、実態を示すデータを出してほしい。
- 医師の勤務実態については既に様々なアンケート調査が出ているので、参考にしてはどうか。

（勤務医についての労働法制上の位置づけ）

- 高度プロフェッショナル制やホワイトカラーエグゼンプションのような、時間給ではない制度についても議論する必要があるのではないか。
- 医師全体に裁量労働制を当てはめることが難しくとも、臨床の現場でかなりの専門性と時間の裁量を発揮できる立場の医師もいるので、例外的に認める制度もありうるのではないか。
- 高度プロフェッショナル制度等に医師が当てはまらないとしても、新たな制度を作る議論の余地は残すべきではないか。
- 医師の労働者性については、勤務医自身はきちんと認識していないのではないか。勤務医は地域住民のために職務遂行している意識ではないか。
- 判例の裁判においては、病院側も労働者性については争っておらず、勤務医は勤務時間の中で診療行為を行っている等の実態からすると労働基準法上の労働者であると考えられる。

（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）

- 働き方改革を進めていく前提に立つとしても、医師の専門性、国

民に対する医療体制の確保という点で現実的に対応できない部分はどこに現れるかについて、具体的な事実を明らかにし、法制度の枠組みの中で考えるべき問題なのか、法制度に少し検討を加えないといけないのか、課題を整理していく必要があるのではないか。

- 医師の特殊性を考えつつも、この検討会では働き方改革を進める観点で議論すべきではないか。現状に法律・制度を合わせるということではなく、現状を変えていくことが必要なのではないか。
- 何が労働時間で何が労働時間でないかの区分をしていくことが重要であり、基準づくりからスタートし、労働時間となるものを減少させていく必要があるのではないか。
- 働き方改革は経営者の意識改革が不可欠であるということを論点の一つとして入れてほしい。
- これまで医師の自己犠牲で頑張ってきたところ、残業時間等に対して対価を支払うとなると、原資が必要となる。実際に働き方改革に医療機関が取り組めるよう、診療報酬を含めてどのように対応するかという論点を入れてほしい。
- 70 時間以上などの勤務を希望する現場の勤務医はほとんどいないと思われ、病院側の経営上の理由もあってそのような実態になっているのではないか。

(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)

- 女性医師の活躍促進の議論をすること自体は賛成であるが、女性が過労死ラインを超える労働をしている割合が増えることによって男性の負担軽減になる議論は違うのではないか。
- 20～30歳代は、医師としてスキル・能力を向上させる OJT の最も重要な時期であり、この時期に育児等で勤務時間を短くせざるをえない女性は手術スキルや研究の遅れ、昇進の遅れにつながっている。勤務時間が短ければいいというものではない。
- 子育て期も十分に仕事ができる保育等の環境整備と、長時間勤務をしなくとも手術スキルの向上や研究が可能となるような効率的なやり方にも注目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)

- 働き方改革をめぐっては、特に地方病院を中心に救急医療や産科医療が崩壊するのではないかという現場の強い懸念がある。
- 病院団体にとっての喫緊の課題は、救急と産科の時間外の問題であり、論点にはこれを明記してほしい。

- 論点の「病院の機能、医師の偏在、へき地医療等、適切な地域医療提供体制の確保との関係」が非常に重要だということを理解してほしいし、これはへき地や過疎地のみの問題であるかのような誤解を招くが、都市部の救急においても医療崩壊につながりかねない。
- 地域医療提供体制の確保のためには、重症の患者が在宅復帰するケースも多く、診療所医師のフォローのために医師間の連携が柔軟にできる制度を検討してほしい。
- 労働時間に制限を設けると、医師数を増やすか、一人当たりの診療の質を向上させるかをしなければ、現在の医療提供体制で対応している医療ニーズを満たすことはできないのではないか。診療科別の必要人数について、この検討会又は他の検討会で検討すべき。進め方の議論も必要。
- 労働時間短縮は重要なことであるが、ビジョン検討会においては、あくまでも改革の結果として時短があるべきで、自己犠牲のシステムからの脱却、疲弊しない持続可能なシステムのためにどうすればいいかを議論してきた。
- ビジョン検討会においても、働き方改革は医師の需給、医療と介護の連携の深化、需要側の意識等様々なものに関わる課題として議論しており、今回提示された論点を歓迎したい。
- 需給分科会等、他の検討会での議論の動向や論点を議論に反映できるように、論点の共有をしてほしい。
- 応召義務は昭和23年にできたものであるが、社会情勢、働き方、テクノロジーが変わっている中で、時代に合った適用の仕方についても論点に挙げてほしい。
- 応召義務について、諸外国と日本の比較を示してほしい。
- 国民の理解については非常に重要な論点であり、国民に対して、医療の利用の仕方をどう考えるかというメッセージをしっかりと出せるようにしてほしい。
- 時間外での患者説明をどう考えるか、看取りは必ず担当医でなければならないか、お産は総合周産期センターだけでなく地域の診療所と機能分担できるのではないかなど、医療に対するかかり方の議論も必要ではないか。

(医師の健康確保の観点からどのように考えるか)

- 医師の健康確保措置について日本医師会が実施してきた調査等

について、今後、検討会の場で紹介したい。

- 子育て中の女性医師は勤務以外で疲弊している部分があり、医師の健康確保が非常に重要であるが、既にある産業保健の仕組み（産業医の介入や安全衛生委員会の設置等）が医療機関では十分に機能していないのではないかと。きちんと機能するよう議論すべきではないか。
- 医療機関における衛生委員会の開催状況についても実態を示してほしい。

（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）

- 勤務環境改善支援センターについては、その中の社労士と経営コンサルタントがしっかり連携し、地域医療支援センター、ナースセンター等との有機的に活動していくことが必要であり、そういうメッセージが伝わる論点にしてほしい。
- 勤務環境改善支援センターについては、自主的なやり方に任せるだけではなく、ある程度の方向性を示すとよいのではないかと。

（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）

- 大学病院の診療時間については、高度な医療を提供しつつ、タスク・シフティング等によりいかに効率化できるかを検討すべき。
- タスク・シェアリングによって改善できる点も病院の性質によって異なるのではないかと。
- 救急科の若手医師では、文書作成等に割かれている時間がかなり長く、なぜタスク・シェアリングができないのかについて、医師の専門的な判断を要するからなのか、人が雇えないからなのか等、踏み込んで議論すべきではないかと。
- タスク・シフティング、タスク・シェアリングについては、医師の業務を具体的に示して、他の職種がどう関われるかについて議論しなければ、現場では実践できないのではないかと。
- 看護管理者が医師の負担を見て、看護師から積極的にタスク・シェアリングが働きかけられるとよい。