

第4回検討会における主な意見

【プレゼンテーション】

＜日本医師会の立場から＞

- 平成20年度に勤務医の健康支援に関する検討委員会を立ち上げ、勤務医の健康に関する取組を実施してきた（勤務医1万人アンケート調査の実施、職場環境ワークショップの開催、勤務医の労務管理に関する分析・改善ツールの開発等）。
- 平成21年度の勤務医1万人アンケート調査においては、睡眠時間平均睡眠時間6時間未満が約4割、自宅待機月に8日以上が2割、2人に1人が月に4日以下の休日である等、厳しい勤務実態にあった。
- 平成27年度と同調査では、勤務環境は改善傾向にあるものの、主観的健康観（健康でない等）にはほとんど変化がなく、うつ症状や自殺リスクの高い人も未だ存在していた。また、この調査で健康支援のための措置の実施状況を調べたところ、女性医師への柔軟な勤務制度等の整備、予定手術前の当直・オンコールの免除等はほとんど実施されておらず、今後も改善が必要である。
- 全国医師会勤務医部会連絡協議会においては、
 - ・ 医師の働き方改革の議論が、地域医療を守り地域格差是正につながる仕組みの構築の上になされること、
 - ・ 勤務医が多様な働き方を選択・実現できるよう、世代間ギャップを相互に理解し就労環境を改善すること、
 - ・ 医師として自らの職務を自覚し、いきがいを感じながら働き続けられる環境整備に努めることを宣言している。
- 労働時間短縮が地域医療に及ぼす影響として、全国の医師から、
 - ・ 大学病院や中核病院からの医師派遣の制限、
 - ・ 二次救急を担う中小病院での救急の縮小や閉鎖、それに伴う基幹総合病院への患者の集中と負担増、
 - ・ 時間外診療、外来診療の縮小、
 - ・ 高度医療を提供できる医師数が限られていることによる、手術数の減少、
 - ・ 手術時間が影響を受けることによる、医療安全上の危惧、
 - ・ 研修医に対する教育が時間的に制約されるため、質の低下の懸念、等の意見が寄せられている。

- 医師の労働時間規制に関しては、自分のため、家族のため、患者のためにきちんとした対応をするために、医師が健康であることが重要であり、これを中心に考えている。

<日本医師会女性医師支援センターの立場から>

- 女性医師の勤務環境の現況に関する調査を実施したところ、
 - ・ 20～30代を中心としたかなりの長時間勤務がある（特に外科、脳神経外科、泌尿器科といった外科系で長時間勤務者が多い）、
 - ・ かなりの数にのぼる宿日直・オンコール対応がある、
 - ・ 宿直の翌日も通常勤務であることが圧倒的に多い（半日又は一日の休みが比較的とれる診療科は救急科と麻酔科）、
 - ・ 子育て環境としても「ワンオペ」の女性医師も1～2割おり、かなり厳しい状況にある、
 - ・ 子どもの緊急対応については休暇取得又は親・親族に預ける、患者の緊急対応については他の医師に対応を依頼するといった対応が多い、
 - ・ 就業継続のためには、宿日直の免除、医師の増員、時間外勤務の免除、主治医制の見直し等の勤務環境の見直し、病児保育等の保育の充実等を必要としている、といった結果がみられた。
- 女性医師の割合はますます高まっており、今後も高まることが予想される。出産・育児だけでなく、医師業務との両立、キャリア形成確保のための支援も重要である。

<全国医学部長病院長会議の立場から>

- 医師の勤務環境改善策の取組状況について緊急調査を実施したところ、
 - ・ 36協定を締結していない施設、労働基準法上の宿日直の許可申請を行わず宿日直勤務している施設が約1割、
 - ・ 衛生委員会を設置していても医師の長時間労働を議題としている施設は全体の半分にとどまる、
 - ・ 半数近くの施設で専門業務型裁量労働制の医師を雇用しており、労働時間管理が難しいことから客観的な方法で記録している施設は約1割、
 - ・ 1回当たりの最長連続労働時間を定めている施設は約1割、当直明けの勤務配慮や週当たり当直上限回数を定めている施設はそれぞれ約4割、

- ・ 入院診療は原則複数主治医制とする施設（一部診療科を含む）が約半数であり、夜間急変時の対応を原則当直医が行う施設は約半数、時間外・休日における家族説明や看取り対応を原則当直医が行う施設は約3割、
- ・ 約7割の施設で外来患者を減らす取組を実施し、約1割の施設で土曜日の一般外来を取りやめ済み、
- ・ 約8割の施設で敷地内や近隣に寮や職員住宅が整備されているが、院内の仮眠室や院内又は近隣の24時間保育所については約1割、
- ・ 医師の出席義務がある院内各種会議は平均67会議体、平均回数356回／年、平均時間約53分であり、その見直しが進んでいる、
- ・ 短時間勤務の正規医師の雇用がある施設は約半数、短時間勤務等の女性医師の雇用がある施設は約9割、
- ・ 約3割の施設で特定看護師が、約7割の施設で病棟配置の医師事務作業補助者が、約8割の施設で外来配置の医師事務作業補助者が勤務、
- ・ 看護師等による点滴の実施、静脈ラインの確保、尿道カテーテルの留置及び静脈注射の実施については、原則実施が約5割～7割弱であるが、特定行為について原則実施とする施設はほぼない（特定看護師を採用している施設においても、原則実施と一部の未実施をあわせて約3割以下）、
- ・ 医師事務作業補助者による診断書、民間保険会社からの診断書等や主治医意見書の代筆、代行入力等は大半の施設で実施、
- ・ 処方薬の説明・服薬指導は約7割弱の施設で原則その他職種が実施、集中治療科等によるICU等の重症患者の24時間管理については約半数の施設で原則実施、
- ・ タブレット等を用いた予診等の実施は一部のみ実施と今後実施予定を合わせて4割以上、診断支援ソフトウェアや遠隔画像診断システム等については導入済みと今後導入予定を合わせて約半数、
- ・ 勤務改善策の実施により医師の勤務時間の短縮に何らかの効果があつた施設が約8割、

といった結果がみられた。

○ こうした実態を踏まえ、今後に向けては、

- ・ 36 協定や宿日直の許可申請が必要な施設についての適切な対応を徹底していく、

- ・ 短時間勤務等の女性医師雇用や医師事務作業補助者の充実、一般外来患者を減らす取組、タブレット等を用いた予診や診療支援ソフトウェアの導入等を推進していく、
 - ・ 看護師へのタスク・シフティングの余地はかなりあると考えられ、特定看護師へのタスク・シフティングを進めると同時に行政の支援も必要、
 - ・ 勤務改善策によって、医師の勤務時間の短縮が可能である、
 - ・ 大学病院の医師は、診療、教育、研究の3つの活動がモザイク状に混在、紙の表裏のように存在しており切り分けが困難であるという働き方の特性に配慮が必要、
 - ・ 大学病院の医師の勤務意欲に応えられる制度を検討してほしい、
 - ・ 医師事務作業補助者の活用や他職種へのタスク・シフティング等を十分に行えるよう、国の制度的・財政的支援を期待、
- といった意見が出された。

<四病院団体協議会の立場から>

○ 医師の勤務環境改善策の取組状況について緊急調査を実施したところ、

- ・ 36協定を締結していない施設が約15%、締結しているが特別条項を締結していない施設が約3割、労働基準法上の宿日直の許可申請を行わず宿日直勤務している施設が約2割、
- ・ 客観的な方法で労働時間を管理記録している施設は約3割、
- ・ 衛生委員会を設置していても医師の長時間労働を議題としている施設は約3割、
- ・ 1回当たりの最長連続労働時間を定めている施設は約1割、当直明けの勤務配慮をしている施設は約半数、週当たり当直上限回数を定めている施設は約4割、
- ・ 入院診療は原則複数主治医制とする施設（一部診療科を含む）が約1割、夜間急変時の対応を原則当直医が行う施設は約6割、時間外・休日における家族説明や看取り対応を原則当直医が行う施設は約半数、
- ・ 約3割の施設で外来患者を減らす取組を実施し、約1割の施設で土曜日の一般外来を取りやめ済み、
- ・ 約半数の施設で敷地内や近隣に寮や職員住宅が整備されているが、院内の仮眠室については約3割、院内又は近隣の24時間保育所については約1～2割、

- ・ 医師の出席義務がある院内各種会議は平均 21 会議体、平均回数 154 回／年、平均時間約 41 分であり、その見直しが進んでいる、
- ・ 短時間勤務の正規医師の雇用がある施設は約 3 割、短時間勤務等の女性医師の雇用がある施設は約 4 割、
- ・ 約 1 割の施設で特定看護師が、約 3 割の施設で病棟配置の医師事務作業補助者が、約半数の施設で外来配置の医師事務作業補助者が勤務、
- ・ 看護師等による点滴の実施、静脈ラインの確保、尿道カテーテルの留置及び静脈注射の実施については、原則実施が約 7～8 割であり、特定行為について原則実施とする施設は概ね 1 割以下（特定看護師を採用している施設においては、原則実施と一部の未実施をあわせて約 15%～半数程度）、
- ・ 医師事務作業補助者による診断書、民間保険会社からの診断書等や主治医意見書の代筆、代行入力等は大半の施設で実施、
- ・ 処方薬の説明・服薬指導は約 5 割の施設で原則その他職種が実施、集中治療科等による I C U等の重症患者の 24 時間管理については 1 割弱の施設で原則実施、
- ・ 勤務改善策を更に実施する予定がない施設の理由は、改善効果が少ないと見込まれるが約 6 割、経営的メリットが少ないが約 3 割、

といった結果がみられた。

- こうした実態を踏まえ、今後に向けては、
 - ・ 3 6 協定が必要な医療機関についての実施の徹底、
 - ・ 宿日直については、実態と労働基準法の許可基準がかけ離れており、宿日直勤務の拘束時間すべてを労働時間とするならば、それでも医療提供体制維持が可能な労働時間の上限設定をしなければ地域医療が崩壊することから、救急対応等を行っている医療機関の宿日直の実態に合った新たな宿日直勤務の類型が必要ではないか、
 - ・ 診療科の差異を考慮した 3 6 協定の締結、1 回の勤務当たり最長連続労働時間の定め、勤務インターバルの定め、当直明けの配慮、週当たり当直上限回数の定め等、良い取組についての普及、
 - ・ 短時間勤務等による女性医師の雇用の推進、
 - ・ 軽微な医療行為について、看護師への一層のタスク・シフティング、

- ・ 特定行為業務について、特定看護師へのタスク・シフティングが進んでいるが、特定看護師が勤務している施設を拡大していくために行政の支援が必要、
 - ・ 医師事務作業補助者へのタスク・シフティングが進んでいるが、医師事務作業補助者が勤務している施設を拡大していくために診療報酬の拡充等行政の支援が必要、
 - ・ 既に土曜日、午後等の一般外来取りやめ(予定を含む)があり、今後、時間外労働の上限規制により、一般診療の縮小・地域医療提供体制の維持困難が懸念される、
 - ・ 経営上のメリットが無い、労働時間削減の改善効果が少ないとの認識が、勤務環境改善策が普及しない要因となっており、好事例を積極的に広報していく必要、
- といった意見が出された。

<全国自治体病院協議会の立場から>

- 全国の会員病院に対し、医師の働き方の実態及び労務管理等に関するアンケート調査を実施したところ、
 - ・ 初期臨床研修医の1か月当たりの時間外勤務の平均時間数は、病床規模が大きいほど長い、
 - ・ 非管理職医師の時間外勤務の最長時間数を見ると、月60時間を超えている、
 - ・ 時間外勤務60時間以上の割合は、初期臨床研修医で約15%、非管理職医師で約3割、診療科としては整形外科が最も多い、
 - ・ 200床未満の病院において管理職医師が占める割合が高い、
 - ・ 平均当直回数については初期臨床研修医で3.4回、非管理職医師で4.6回、オンコールについては非管理職医師で5.6回であり、働き盛りの医師は月10回程度時間外の拘束がある、
 - ・ 夜間に入院患者が急変した場合は、当直医が対応していることが多いが、時間外の臨終対応については当直医が最も多く、病床規模が小さくなるほどその割合が高い、
 - ・ 政府が予定している年間720時間の時間外労働規制を当てはめた場合、救急医療の縮小、廃止や在宅訪問診療の縮小、急性期から慢性期への変更、病床や外来の削減等を行わなければならない、
- といった結果がみられた。

- こうした実態を踏まえ、今後に向けては、
 - ・ 応召義務については、労働時間との関係で診療を断ることができるのか、救急科において専門外という理由で断ることができるのかといった点に関する整理が必要ではないか、
 - ・ 自己研鑽の取扱いについては、医療界において具体的を示しつつ、労働に該当するかどうかを検討する必要があるのではないか。
 - ・ 医師の働き方改革の前に、管理者要件を含めた医師の診療科偏在、地域偏在、機能分化等の他の周辺整理をすることが先決ではないか。
 - ・ 医師の働き方改革のためには、主治医制の見直しについて国民の理解を得ていくことが必要ではないか。
- といった意見が出された。

【意見交換】

(医師の勤務実態について)

- 医療機関において医師が参加しなければならない会議について、診療報酬上の要件となっているものはどのくらいあるのか調べてほしい。
- 大きな組織では、コンセンサスの形成や医療安全の方向性の徹底等のために、会議体が増えていく実情にある。
- 自己研鑽や学会の事前準備について、時間外勤務手当が実際にどのようなルールで支払われているかについても議論してほしい。

(勤務実態の把握・現状認識について)

- 地域医療に最も影響のある救急、産科、外科系の3つの領域について、もう少し詳しい実態調査、掘り下げたデータが必要ではないか。

(勤務医についての労働法制上の位置づけ)

- アンケート調査により実態が明らかになったが、勤務時間の把握や、長時間労働に関する安全配慮等については、医師でなくとも法律で定められている義務であるという点は、確認しておくべきではないか。

(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)

- 医師の働き方改革の議論は、地域医療提供体制の確保、地域格差の是正と連動すべきであるが、同時に、働き方改革にきちんと取り組み、若い人や女性医師に対してきちんとしたメッセージを出さなければ需給・偏在の問題も解決しないのではないか。
- 医師の働き方改革については診療報酬等の財政的な支援が当然ながら必要であり、診療報酬改定のこの時期に検討会又は厚生労働省がきちんと主張してほしい。
- 働き方改革により医療を規制するという方向性ではなく、医療、医師や医療者を支援するという観点で進めるべき。
- 医師の労働時間を削減することによって、財政的な課題や医療提供が厳しくなるといった課題があるということだが、特殊だから、仕方がないからという理由で現状をそのまま認めていくと、将来的に医師のなり手がなくなるのではないか。だからこそ働き方改革をしなければならないのではないか。
- 医療の高度化による仕事量の増加や、高齢化による患者数の増加の中で、どのような医療をすることが国民に対して必要なのか、患者の受診の在り方を含めて検討する必要があるのではないか。
- 国民の理解を求めるに当たっては、誰がどのように行うのかという方法論が必要であり、厚生労働省なのか、医療機関なのか、保険者なのかといった観点での方向性が必要なのではないか。
- 応召義務と時間外規制の関連性を考える際にも、具体的な例がなければ労働時間に該当するかどうかの判断がつかないという意見をよく聞くことから、具体例と判定の仕組みを提示する必要があるのではないか。

(医師の健康確保の観点からどのように考えるか)

- ほぼ100%の医療機関で産業医がいても、長時間労働の医師の面談をしている割合は低いので、こうした点も改善が必要ではないか。
- 医師の側は一生懸命やることが大事だと考えて長時間勤務になっているので、周囲の他の立場の人から過重労働になっていないか定期的に声をかけたりするサポートが必要ではないか。医療機関内で医師に対する支援をもう少ししっかり作っていくとよいのではないか。

(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、医師への関わり方が難しく、医師以外の方の改善例が多いため、医師についての取組を収集し、厚生労働省の勤務環境改善ホームページに載せる等して周知してほしい。
- 民間団体において病院の働きやすさを評価する活動も行われているので、参考としてはどうか。
- 勤務環境改善支援センターについては、労務管理アドバイザーと医業経営アドバイザーの連携不足、地域医療支援センターとの連携不足があり、しっかり連携が機能するような仕組みを検討してほしい。
- 地域性や医療機関の機能によってチーム医療のあり方も異なると考えられ、現場が実際にどのような運用ルールでどのような仕組みを作っていくかについて、若手医師も巻き込んだモデルづくり、その発信が必要ではないか。勤務環境改善支援センターについても、そのような取組を積極的に支援してほしい。

(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)

- タスク・シフティング、タスク・シェアリングの余地がまだまだあると考えられ、特定看護師の配置の推進や、フィジシャン・アシスタントの検討もしてほしい。
- 時間外労働の上限規制を設けなくとも、タスク・シフティング等によってまだ医師の勤務時間を短縮できる方法がまだ多くあるのではないか。
- タスク・シフティングによる医師の負担軽減や、患者のアウトカム改善等の影響について、実証分析をしてほしい。
- 自治体病院においても、全国医学部長病院長会議や四病院団体協議会が実施したようなアンケート調査を実施してほしい。
- タスク・シフティングやタスク・シェアリングが必要であり、それに対して行政がどのように支援していくか。
- 自治体病院においても、チーム医療を推進する所存である。
- 地域性や医療機関の機能によってチーム医療のあり方も異なると考えられ、現場が実際にどのような運用ルールでどのような仕組みを作っていくかについて、若手医師も巻き込んだモデルづくり、その発信が必要ではないか。勤務環境改善支援センターについても、そのような取組を積極的に支援してほしい。(再掲)

- 点滴の実施や静脈ラインの確保等について、医師以外の職種が行っていない医療機関においては、それぞれの看護部の考え方や医療安全への配慮等により、何らかのルールが発生しているのではないか。
- 特定看護師が広がっていても活用されていない、認知されていないといった実態の背景にある阻害要因が何か、どのように解消できるかを調べてほしい。
- 特定看護師については、研修に非常に時間がかかるという課題がある。
- 大学病院における特定行為修了者の実地行為が少ないのは、看護部長の裁定によるものが多いこと、特定行為を研修医の研修に優先させているからではないか。
- へき地などで病院長と特定看護師二人体制のような医療機関だと、絶えずフィジカルアセスメントをしているような実態もあり、地域性や医療機関の特性によって、特定看護師の実態は異なるのではないか。
- 特定行為については、医行為を行う上で医師の指導が必要であり、医師の指導がなければ教育をしていけないほか、症例による経験を積まなければ患者に対して安全な手技を提供することは難しい。
- フィジシャン・アシスタントの導入については、制度的な裏付けやガイドラインがないため、各病院の責任で実施しなければならない点がネックになっている。
- フィジシャン・アシスタントになる者が必ずしも看護教育を受けている必要はないのではないか。新しい位置づけのプロフェSSIONナルを作ればタスク・シフティングに対して非常に有効なのではないか。

(勤務環境改善に向けた視点 ④女性医師等の両立支援)

- 女性医師は、時間外の呼び出しや長時間労働がある診療科を選択しにくく、多様なキャリアパスを選択する際の大きな阻害になっている。
- 様々な制約がある人がライフサイクルに合わせて支え合う仕組みとして、個人に頼らず、チームで支えていく仕組みを考えることが必要。