

第6回 医師の働き方改革に関する検討会	資料 4-1
平成30年1月15日	

## 医師の働き方改革に関する検討会 中間的な論点整理 (骨子案)

### 1 なぜ今医師の働き方改革が必要なのか

働く人一人ひとりがより良い将来の展望を持ち得ることを目指した、働き方改革が始まっている。長時間労働は、健康の確保だけでなく、仕事と家庭生活との両立を困難にし、少子化の原因や、女性のキャリア形成を阻む原因、男性の家庭参加を阻む原因として、その是正を目指している。長時間労働は構造的な問題であり、労使が先頭に立って、働き方の根本にある長時間労働の文化を変えることが強く期待されている。

そうした中、医師は、昼夜問わず、患者の対応を求められうる仕事であり、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態にある。さらに、日進月歩の医療技術、より質の高い医療に対するニーズの高まり、患者へのきめ細かな対応が求められる傾向等により、こうした長時間労働に拍車がかかっていると考えられる。診療ガイドライン改訂や新薬の情報を常にキャッチアップしていかなければならないほか、医療安全には万全を期さねばならない。時間外の患者に対するよりの確な対応のために、当直医による対応だけでなくオンコールの医師が対応することも一般的に行われている。患者やその家族の求めに応じ、診療時間外や休日であっても病状や診療方針等の説明を行うこともある。これらはすべて、「患者のために」「日本の医療水準の向上のために」が積み重なったものであり、その理念は崇高であるが、一人ひとりの医師の日々の業務量を増加させる要因となっている。

また、制度の観点から見ると、我が国の医療を特徴づけるものの一つである「フリーアクセス」は、ともすれば「いつでも、好きなところで」という極めて広い解釈の下での受療行動につながり、医療現場の業務量の増加につながってきた面がある。

これらのほか、大病院に患者が集中しているといった地域性や、診療以外に教育や研究を行う大学病院であるといった医療機関の特性など、様々な要素が医師の長時間労働の背景に存在する。

その一方で、医師は、医師である前に、一人の人間であり、長時間労働によ

る健康への影響が懸念される。実際に、医師が過労死したり、健康を害したりするケースが起きている。また、過労死等に至らずとも、主観的に健康でないと感じている医師も一定割合存在するとみられる。過労死や健康を損ねる要因について労働の質と量の両面から評価する必要があるとしても、一人ひとりの医師の健康確保のために長時間労働を是正していかなければならない。また、提供する医療の質や安全を確保する観点からも、医師が疲弊せずに働けることは重要である。

加えて、女性医師の割合の上昇等により、医師についても多様で柔軟な働き方を実現していかなければ、医師として働き続けられる人材の確保が困難となる。また、若い世代を中心に仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）への関心が高まる中、魅力的な働き方を提示できなければ、女性に限らず、医師を目指す優秀な若者を逃すことにもなりかねない。

だからこそ医師の働き方改革には、できるだけ早く着手しなければならない。既に先駆的に取り組んできた医療機関があるだけでなく、志高き医学生や若手医師が、自らの問題としてこの改革を注視し主体的に関わろうとする動きも出てきている等、医療界全体で取り組む機運が生まれつつある。

ただし、医師の働き方は、国民の医療ニーズに応ずるものである点で、その改革には個々の労使間の対応だけでなく「社会全体としてどのように考えるか」という観点が不可欠である。医師の長時間労働について、医療を受ける側の国民はこれまで強く意識してこなかったとも考えられるが、提供側だけでなく患者側等も含めた国民的な関わりによって、我が国の医療提供体制を損なわない医師の働き方改革を進めていく必要がある。

働き方改革実行計画（平成 29 年 3 月 28 日働き方改革実現会議決定）に基づき設置された医師の働き方改革に関する検討会（座長：岩村正彦東京大学大学院教授）においては、平成 29 年 8 月の第 1 回検討会以降これまで 回の議論において概ねこのような基本認識を得、具体的な論点として、以下のとおり整理を行った。今後引き続き、平成 30 年度末を目途に最終報告をとりまとめるべく、多角的な検討を進める。

併せて、これまでの議論において明らかとなった医師の勤務実態を踏まえると、その改善のために直ちに取り組むべき事項を明らかにし、取組を進めていく必要がある。そのため、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」を別添としてとりまとめることとした。

## 2 医師の勤務実態の分析状況と今後の検討に関する論点

### ( 医師の長時間勤務とその要因 )

勤務医約 23 万人のうち、長時間勤務の実態にある医師の多くは病院勤務医であり、特に 20 代・30 代の男女、40 代までの男性医師が特に長時間となっている。また、診療科等では産婦人科、外科、救急科等、臨床研修医、医療機関種類別では大学病院において、特に勤務時間が長くなっている。

その要因としては、急変した患者等への緊急対応、手術や外来対応等の延長といった診療に関するもの、勉強会等への参加といった自己研鑽に関するもの等が挙げられる。

緊急対応、手術や外来対応等の延長をもたらしているのは、

- ・ 救急搬送を含め診療時間外に診療が必要な患者や、所定の勤務時間内に対応しきれない長時間の手術、外来の患者数の多さ、
- ・ 医師はそれらに対応しなければならないとする応召義務の存在、
- ・ タスク・シフティング（業務の移管）が十分に進んでいない現場の勤務環境、
- ・ 求めに応じ質の高い医療を提供したいという個々の医師の職業意識の高さ、

等であると考えられる。こうした患者対応に伴う事務作業が多いことも要因の一つとして指摘されているほか、患者側の都合により診療時間外での患者説明に対応せざるをえない、診療時間外の看取り時でも主治医がいることが求められる等によっても時間外勤務が発生している。

### ( 追加的分析の必要性に関する意見 )

これらの分析は、主に平成 28 年 12 月に行われた「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」のサブ解析であるが、今後具体的な枠組みを整理していくためには、既存データのほか、診療科ごとの分析にも資する追加的な調査も実施して、今後の議論の前提となる医師の勤務実態の詳細を明らかにするデータを分析していく必要があるのではないかと。

また、大学病院では、医療機関としての診療のほか高等教育機関としての教育・研究という 3 つの業務が行われているが、診療が研究の一環として行われている上に、それが臨床研修医等への教育的効果も有していることから、その切り分けが可能であるかについて、引き続き分析していく必要があるのではないかと。

( 応召義務に関する意見 )

医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 19 条に定める応召義務については、社会情勢、働き方、テクノロジーが変化してきている中で、今後の在り方をどのように考えるか、個人ではなく組織としての対応をどう整理するかといった観点から、諸外国の例も踏まえ、検討してはどうか。

( タスク・シフティング等に関する意見 )

医師が実施している業務の中には、他職種へのタスク・シフティング（業務の移管）が可能な業務も一定程度あることが明らかとなっているが、移管の状況は、個々の医療機関によって取組に差がある。

医師の長時間労働を構成する業務を洗い出し、医師以外の職種へのタスク・シフティング（業務の移管）やタスク・シェアリング（業務の共同化）を推進していくべきとの意見があった（詳細は 3 ）。

( 自己研鑽に関する意見 )

自己研鑽に関しては、

- ・ 一般診療における新たな知識の習得のための学習、
- ・ 博士の学位を取得するための研究や論文作成、
- ・ 専門医を取得するための症例研究や論文作成、
- ・ 手技を向上させるための、手術の見学、

等がある。しかし、具体的にどのようなことを行うと労働時間に該当し、逆に労働時間に該当しないものはどういうものなのかについて関係者間で共通認識がなく、個々の医師の勤務時間中、労働基準法上の労働時間に当たる時間がどれであるかの判断が困難になっている。

したがって、自己研鑽とされているものの労働時間への該当性を判断するための考え方を示す必要があるのではないか。そのためには各医療機関において医師が行う自己研鑽の実態も踏まえつつ類型化して考えていく必要があるのではないか。

この点については、医師は患者に対して質の高い医療を提供するために、使用者の指示とは関係なく自己研鑽に努める倫理観を強く持っており、労働に該当するかどうかの切り分けが困難であるとの意見や、労働ではなくあくまで「自己研鑽」であるとの意見がある一方、医師以外の高度な専門職にも共通する課題ではないかという意見もあった。

( 宿日直許可に関する意見 )

宿日直については、いわゆる寝当直もある一方で、頻繁に患者への対応が求められるものもあり、医療機関や診療科によってその実態は様々であるとの指摘がある。

現行の宿日直許可基準に照らすと、現在現場で行われている宿日直のほとんどがこれに該当しない可能性があることから、基準の見直しが必要ではないかとの意見があった。

( その他の意見 )

医療行政の中で設置及び医師の出席が要件とされている会議や、医師が作成しなければならない書類等が多いという意見もあることから、その全体像を整理した上で、効率的な対応の仕方について検討してはどうか。

### 3 勤務環境改善に関する取組の現状と今後の方向性に関する論点

( 現状 )

医療機関における医療従事者の勤務環境改善については、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に基づき、平成 26 年 10 月 1 日より医療勤務環境改善マネジメントシステムの導入として、

- ・ 各医療機関の管理者に勤務環境改善等への取組の努力義務が課されるとともに（同法第 30 条の 19）
  - ・ 厚生労働省は、医療機関の管理者が講ずべき措置の指針を策定することとされ（同法第 30 条の 20）
  - ・ 都道府県は、医療機関の勤務環境改善を促進するための支援のため、医療勤務環境改善支援センター機能を確保することとし（同法第 30 条の 21）
  - ・ 国は都道府県に対し必要な情報提供等の協力を行う（同法第 30 条の 22）
- 枠組みが整備されている。この枠組みに基づき、現在各医療機関による勤務環境改善の自主的な取組が進められるとともに、都道府県医療勤務環境改善支援センターによる相談、情報提供等が行われている。

今後医療機関における働き方改革の実効性を確保するためには、時間外労働規制の在り方を整理するだけでなく、勤務環境改善策をどのように講じていくかが重要であるとの意見が多くあった。

( 具体的な方向性に関する意見 )

具体的には以下のような意見が出されており、これらを踏まえ引き続き具体的な検討を深めていくこととする。

( 健康管理措置の充実 )

- ・ 長時間労働となっている医師に対する産業医による面接指導、衛生委員会における審議等、既存の仕組みの着実な実施が必要ではないか。
- ・ 医師の健康には勤務時間だけが影響しているのではないと考えられることから、時間によるもの以外の負荷を判断する材料として、ストレスチェックの分析が必要ではないか。

( タスク・シフティング ( 業務の移管 ) )

- ・ 医療機関や診療科ごとに提供する診療内容が異なるという特性を踏まえ、医師の行うべき業務とそうでない業務の明確化、具体的なタスク・シフティングの導入に向けた検討が必要ではないか。
- ・ 導入に当たっては、個々の医療機関の風土やマインドを変えていく必要があり、労働時間短縮の効果の発現までには時間がかかることに留意すべきではないか。
- ・ 医師が行う事務作業について、医師事務作業補助者を含めた事務職へのタスク・シフティングの推進も重要ではないか。
- ・ 看護職員による実施率が高い手技である、静脈採血、静脈注射、静脈ラインの確保、尿道カテーテルの留置等について、看護職員へのタスク・シフティングの推進が必要ではないか。
- ・ 看護職員にばかり業務が集中しないよう、多職種チームでの総合的な検討が必要ではないか。
- ・ 大学病院でタスク・シフティングが進んでいない等の実態を踏まえ、タスク・シフティングができていない要因分析と、それに応じた推進方策の検討が必要ではないか。
- ・ 特定行為研修を修了した看護師について、研修場所の拡大、指導する医師の協力促進、役割の明確化等を図りつつ、更に増加させることによるタスク・シフティングを推進する必要があるのではないか。
- ・ 病棟における投薬に係る説明や服薬指導等の、薬剤師による実施の推進
- ・ フィジシャン・アシスタント ( PA ) の導入等の新たな職種の国家資格化の検討が必要ではないか。

( タスク・シェアリング ( 業務の共同化 ) )

- ・ 複数主治医制への移行等も重要ではないか。
- ・ 24 時間対応を要するような医療機関の役割、診療科の特性や診療体制等

を踏まえ、患者の理解、安全に業務を引き継ぐ仕組みの構築と運用の徹底等を前提とした、シフト制の導入も検討するべきではないか。

- ・ 地域での診療時間外の救急の対応体制や外来の在り方まで含めて議論するべきではないか。

#### (女性医師等の両立支援)

- ・ 女性医師が出産・育児と医師の業務を両立し、キャリア形成できるようにするための支援方策として、短時間勤務等の多様で柔軟な働き方、宿日直・時間外勤務の免除等を推進するべきではないか。
- ・ 女性医師の業務に画一的にルールを運用しないこと、周囲の理解やサポート、患者の理解(夜間に駆けつけられない等について)を得ていく取組の推進をするべきではないか。
- ・ 出産・育児期の自己研鑽のためeラーニングを推進するべきではないか。
- ・ キャリアパスの可視化、意思決定できるポジションへの参画を推進するべきではないか。
- ・ 病児保育等保育サービスを充実させるべきではないか。
- ・ 男女双方にとっての、ワーク・ライフ・バランスの実現が必要不可欠ではないか。

#### (ICTの活用)

- ・ ICTを活用した勤務環境改善(テレICU(複数のICUの集中管理)や、タブレット等を用いた予診、診断支援ソフトウェア等)についても検討すべきではないか。
- ・ ICTを活用した勤務環境改善について効果を検証するべきではないか。

#### (医療勤務環境改善支援センター)

- ・ 周知不足、センター内のアドバイザー間の連携不足、地域医療支援センター等との連携不足等の課題への対応が必要ではないか。
- ・ 地域や医療機関による違いを踏まえた支援が重要ではないか。
- ・ センターによる支援事例の収集・周知等、具体的な支援の方向性を提示することが必要ではないか。

#### (その他の意見)

医療法に定める勤務環境改善等への取組の努力義務は医師を含むすべての医療従事者に関するものであるが、医師の勤務環境改善に伴い、その他の医療従事者の勤務環境にも好影響を与えるような方向性を目指すべきではないか。

また、地域の医療資源の不足等により、勤務環境改善が個々の医療機関の中での取組のみでは解決しない場合には、地域医療提供体制全体を通じた機能分化・連携等を進める検討も必要ではないか。

#### 4 経営管理の観点に関する論点

2、3のとおり、医師の働き方改革に当たって検討すべき個々の論点があるが、その検討に当たっては、医療機関の経営管理の観点にも留意する必要があるのではないか。

その際、既に医師の働き方改革に着手している医療機関もあれば、改革の必要性は認識しているがどのように取り組めばいいかわからない医療機関、改革の必要性をまだ認識していない医療機関もあることから、これらの違いに応じた異なるアプローチによる医療機関側の意識改革や具体的なマネジメント改革の進め方とともに、財政面を含めた医療機関に対する支援等の在り方が課題となるのではないか。

##### (意識改革等に関する意見)

意識改革に当たっては、特に医療機関において経営や組織運営全般に責任を持つ立場や、個々の医療現場の責任者・指導者の立場にある医師の意識改革が不可欠であるとの意見や、医療機関側において、経営上のメリットが乏しい、労働時間削減の改善効果が少ないという認識が勤務環境改善の取組が普及しない要因であり、好事例の普及が必要ではないかといった意見もあった。

##### (財政的支援等に関する意見)

財政的支援等については、特に3に掲げた様々な勤務環境改善策を今後具体的に検討し、実際に充実を図っていくに当たって必要な財源を確保する必要があるとの意見があった。

#### 5 時間外労働規制の在り方についての今後の検討に関する論点

時間外労働規制の在り方については、2～4に挙げた個々の論点の検討と並行して、どのような労働時間の短縮策を組み合わせつつどのような時間外労働の上限時間を目指すのかについて、丁寧に検討していく必要があるのではないか。

今後の検討においては、以下のような意見を踏まえながら、引き続き、実態を考慮した検討が必要ではないか。

( 検討に当たっての基本的な考え方 )

- ・ 医師についても、脳・心臓疾患の労災認定基準である1か月100時間・2～6か月の各月平均で80時間という時間外労働時間の水準を超えるような上限時間とすることは慎重であるべきではないか。
- ・ 必要な医療ニーズに対応できる医療提供体制を維持できるような上限時間とすべきではないか。
- ・ 実態を踏まえつつも、現状の働き方をそのままに法律や制度を合わせるのではなく、現状を変えていくことや長時間労働をできるだけ短くする方向に向かうことを前提に議論すべきではないか。
- ・ 時間外労働の上限時間を設定するに当たっての医師の特殊性とは何か、整理する必要性があるのではないか。
- ・ 医療機関で診療を中心とする医師については、労働時間の裁量性はないのではないか。
- ・ 医師においても非常に多様な働き方があることや将来の医師の働き方を見据えれば、時間給でない制度等の新たな労働時間制度の検討も必要ではないか。

( 医療安全の観点 )

- ・ 患者に安全かつ質の確保された医療を提供するために、医師が疲弊しないことが必要なのではないか。
- ・ 米国の研修医に対する労働時間規制は、医療安全の観点から導入されたことも参考にしてはどうか。

( 医師の健康確保の観点 )

- ・ 産業医による面接指導や衛生委員会による審議等の既存の産業保健の仕組みを的確に機能させる必要があるのではないか。
- ・ 時間外労働規制の目的は労働者の心身の健康確保であることを踏まえ、労働時間だけで整理するのではなく、勤務の満足度等も含めて検討する必要があるのではないか。
- ・ 健康確保に当たっては睡眠時間の確保が重要なのではないか。最も適正な必要睡眠時間は欧米で成人が最低7時間程度、日本の指針ではもう少し短い(6時間以上8時間未満)とされている。
- ・ 日中の睡眠と夜間の睡眠における睡眠の質の違いを踏まえると、できるだけ夜間の睡眠を確保できる勤務体制がとれることが望ましいのではないか。

( 諸外国の制度との比較の観点 )

- ・ 米国の研修医に対する制度など諸外国における医師の労働時間規制の内容も参考にしつつ検討することが必要ではないか。
- ・ 米国の研修医に対する労働時間規制による医師養成への影響の分析にも留意が必要ではないか。

( 地域医療提供体制の確保の観点 )

- ・ 医師の長時間労働の現状、医療機関の役割や診療科等ごとの多様性を踏まえて、時間外労働の上限時間を設定する必要があるのではないかと。
- ・ 現状から大きくかけ離れた画一的な上限時間を設定することは、医療提供体制の崩壊を招くおそれがあるのではないかと( 地方、都市部を問わず、救急医療、時間外診療、外来診療の縮小や、可能な手術件数の減少、医師派遣の制限とへき地医療の縮小・廃止等につながりかねない。 )。
- ・ 診療時間外対応のためにシフト制を導入しようとする診療科においては、一医療機関である程度の勤務医数が必要となるため、集約化の議論をしなければならぬのではないかと。

( 医師養成への影響の観点 )

- ・ 労働時間の制約により研修時間も制約を受けることとなると想定され、これまでよりも短い時間で同じ内容を習得できるようにするための研修方法等の工夫が必要になるのではないかと。
- ・ 労働時間の制約により必要な自己研鑽が積みなくなると、卓越した手技により高度医療を担う医師の養成や将来の医療技術の発展に対する悪影響が生ずるのではないかと。

( 国民の理解の観点 )

- ・ 国民の理解を前提として、患者説明を診療時間内に行う、完全主治医制にこだわらない等により、さらに医師の労働時間が短縮できる可能性があるのではないかと。
- ・ 国民に理解を求めていくためには、個々の医療機関だけに任せるのではなく行政や保険者の主体的な関与が必要であり、厚生労働省において具体的な進め方を検討するべきではないかと。

なお、医師の働き方改革を進めるに当たっては、その前提として医師偏在の解消に向けた取組が必要であるとの意見、医師養成には時間がかかりすぐに医師数を増やすことが難しい中で、タスク・シフティング等の重要性を考えるべきではないかとの意見があった。

## 6 関係者の役割に関する論点

これまで見てきたとおり、医師の働き方改革実現のためには、勤務医とその雇用者である医療機関を中心としつつ、以下のような多様な関係者が参画・協力し、我が国の医療提供体制を堅持しながら取組を進めていく必要があるのではないかと。

- ・ 病院団体、医師をはじめとする医療従事者の学術団体、関係学会（個々の医療機関に対する周知啓発等、医療界全体で取組を進めるためのリーダーシップを期待）
- ・ 都道府県、医療勤務環境改善支援センター（医師の勤務環境改善支援を進める役割を期待）
- ・ 都道府県、地域医療支援センター、各大学医学部（医師の偏在対策との関わりにおける役割を期待）
- ・ 市町村（より住民に身近な行政機関としての役割を期待）
- ・ 医療を利用する立場である国民、
- ・ 保険者（支払い側として限られた保険財源を適切な医療サービスに投入するとともに、被保険者に対して取組の周知を図る等の役割を期待）
- ・ 厚生労働省（これら関係者がそれぞれの役割を十分に果たせるよう、必要な環境整備を期待）

そのためには、関係者による取組促進のための枠組みが構築され、主体的な参画の下で医師の時間外労働規制の施行までに各医療機関における取組が進むようにすることが望ましいのではないかと。

### （行政の役割の在り方に関する意見）

特に都道府県については、3のとおり、医療勤務環境改善支援センターの機能強化に対する期待が大きいと、さらに、地域ニーズに応じた適切な地域医療提供体制の構築、医師偏在対策と有機的に連携を図ることにより、組織をあげて医師の働き方改革をはじめとする医療従事者の勤務環境改善に取り組んでいくことが必要ではないかと。また、医療勤務環境改善支援センターの担当者も含めて都道府県の人材育成を進めることが必要ではないかと。

厚生労働省については、この中間論点整理を踏まえ、上掲の関係者への適切な周知とともに、検討会の結論を待たずとも並行して対応することが可能な事項について、関係者の取組を促進していくことが必要ではないかと。

## 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組 (骨子案)

医師の働き方改革に関する検討会においては、医師の時間外労働規制の施行を待たずとも、勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要と考え、以下のとおり、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組をとりまとめた。このうち、1～3については、現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべきである。

これらの取組は、一人ひとりの医師の健康やワーク・ライフ・バランスの確保と、医療の質・安全の向上のためにこれまでとは異なる新しい働き方を生み出していくこと、若手医師のキャリア形成を応援できる勤務環境を整えていくための第一歩である。そのため、医療機関において経営や組織運営全般に責任を持つ立場や、個々の医療現場の責任者・指導者の立場にある医師が主体的に取り組めるよう支援していくことが重要である。

したがって、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、厚生労働省による好事例の積極的な発信、各種補助金による医療機関への財政的支援、都道府県に設置されている医療勤務環境改善支援センターによる相談支援、各病院団体等による支援がなされることが重要であり、そのような取組を強く求めるとともに、実施状況を今後の議論の参考としたい。

また、医師の負担軽減や勤務環境の改善に資する診療報酬での対応を図ることは重要である。

さらに、医師の勤務負担の軽減、労働時間の短縮に向けては、患者やその家族である国民の理解が欠かせない一方、医療を必要とする人が受診しづらい、受診を控えざるをえないといった無理を強いる事態を招かないよう、適切な周知と理解がなされることが不可欠である。国民の理解を適切に求めていく周知の具体的な枠組みについて、厚生労働省において早急に検討されるよう求める。

### 1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

労働時間短縮に向けた取組を行う上では実態を把握することが重要であることから、まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

## 2 36協定の自己点検

36協定の定めなく、また、36協定に定める時間数を超えて時間外労働をさせていないかを確認する。また、医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、業務の必要性を踏まえ、長時間労働とならないよう、必要に応じて見直しを行う。自己点検に当たっては、診療科ごとの実態の違いを考慮した複数の定めとする対応も検討する。あわせて、自己点検後の36協定を適用対象である医師に対してきちんと周知する。

## 3 既存の産業保健の仕組みの活用

労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等、既存の産業保健の仕組みが設置されていても十分に活用されていない実態を踏まえ、活用を図ることとし、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。その上で、労働時間短縮の具体的な対策として4・6に掲げる事項等について検討する。

## 4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

各医療機関においては、医師の業務負担軽減のため、他職種へのタスク・シフティング（業務の移管）を推進する。

初療時の予診

検査手順の説明や入院の説明

薬の説明や服薬の指導

静脈採血

静脈注射

静脈ラインの確保

尿道カテーテルの留置（患者の性別を問わない）

診断書等の代行入力

患者の移動

等については、平成19年通知（ ）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施することで、医師の負担を軽減する。さらに、各医療機関において労働時間が長い医師について、その業務の内容を再検討し、上記3の仕組みも活用しつつ、関係職種で可能な限り業務分担が図れるよう検討を行う。

また、特定行為研修を修了した看護師を有効に活用し、タスク・シフティン

グを進めている医療機関があるという実態を踏まえ、特定行為研修の受講を推進するとともに、生産性の向上と患者のニーズに対応するため、特定行為研修を修了した看護師が適切に役割を發揮できるよう業務分担等を具体的に検討することが望ましい。

特に大学病院においては、今回緊急に実施した調査結果において他の病院団体よりもタスク・シフティングが進んでいなかった現状を踏まえ、上記取組を一層推進する。

( ) 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について (平成 19 年 12 月 28 日医政発 1228001 厚生労働省医政局長通知)

## 5 女性医師等に対する支援

今後も女性医師が増加することを踏まえ、短時間勤務等多様で柔軟な働き方の推進など女性医師が出産・育児等のライフイベントで継続的なキャリアの形成が阻害されないよう各医療機関においてきめ細やかな対策を進める。

## 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組

1～5については、勤務医を雇用するすべての医療機関において取り組むことを基本とするが、これ以外に、各医療機関の置かれた状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組として、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等の対応を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルや完全休日の設定、複数主治医制の導入等、各医療機関・診療科の特性を踏まえた取組を積極的に検討し、導入するよう努める。

## 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とされたことによる。「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。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。
- 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。

<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るわけではなく、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、参考にしているかどうか。

(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、A IやI C T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 ③ I T等の活用)

- A IやI C T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I C U（数か所のI C Uを一括管理し、医師が現場にいるP A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。
- A I、I C T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、A IやI C T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。