

# 今月の視点

## 働き方改革

### — 勤務医師の時間外労働規制と適正医師数 —

常任理事 加藤 智栄

政府は「働き方改革実現会議」で時間外労働の上限を設ける検討をし、2017年3月末までに「働き方改革実行計画」をまとめる予定で、時間外労働を原則月45時間、特例として労使が合意した場合、年間720時間(月平均60時間)を上限とし、例外的に繁忙期の上限を別途定め、2019年度から実施を目指す方針とした、と2017年3月に報じられた。

「医師は、応召義務があるので、2年間の猶予期間に方針を決め、7年後から実施。違反には罰則を伴う。」とされている。すでに、ほぼ1年経過したので、改革案の決定に残された時間は1年少々となった。厚労省の医師の働き方改革に関する検討会や、大学病院医師の働き方改革ワーキンググループなどの議論が活発化してきている。

日医では、「医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート」を2017年11月に実施した。山口県医師会では、大学病院を含めた15の臨床研修病院のうち9施設から、また、勤務医部会のメーリングリストから6名(主に施設又は科の医局長)の回答があったので、この結果をまとめて日医に報告した。最大限に意見を反映させるために、下記のような報告となった。ご回答いただいた皆さんに感謝いたします。

今回は、その報告の一部をお伝えするとともに、今後どのようにするのがよいかについて考えてみたい。

#### 1. 勤務医の健康確保策・勤務環境改善策について

(1)「長時間労働や連続勤務が続いた場合に、勤務医の健康確保のために具体的に何が必要であるとお考えですか。」の問いに対する意見は下記の通りであった。

- 一定時間の休養、連続勤務の法的禁止、ただし、診療に支障のない措置を併せてとることが前提となる。
- 増員、応召義務の見直し、患者受入制限。
- 主治医制ではなく複数担当制による患者対応、患者数に比例した医師の適正な採用、診療科長による業務配分と過重労働回避への管理、長時間労働を行っている医師並びに診療科への指導。特に、他の医師との連携や協働を勧める。一人ひとりの医師のことを考えれば、深夜帯にかかるオペ後、宿日直後等、一定の条件下における午後退社等の休養措置の制度化(しかしながら、医師数が増えない中での制度化は、他の医師の負担増に繋がる結果になりかねない)。
- 問題点の顕在化を図り、労働環境の整備を指導・実行する担当部門を設定し、対応する必要がある。強制的に休みをとらせるシステム。
- 休暇を取得しやすい環境づくり。
- 長時間労働や連続勤務とならないような体制作りの検討(人員の再配置や人員増の検討など)。

(2)「勤務医が自身の健康管理を行ううえで、重要なことまたは障害となっていることは何であるとお考えですか。」に対する意見は下記の如くで

あった。

- マンパワー不足、常勤医の減少と高齢化による業務の負担増加、応召義務、当直・休日の急患対応窓口が一本化されてないため、一定時間おきの電話での問い合わせ件数も非常に多く、当直帯の負担が大きくなっている。地域における病院負担に大きな偏りがあることから、肉体的のみでなく、不公平感など精神的な苦痛も大きな問題として膨らんできている。
- 当直という名の夜勤。休みをとることに対する医師自身の無理解。
- 勤務時間内に仕事が片付かない。休息が少ない。
- 当直業務や緊急の呼出し。診療科による業務量の偏り。
- 患者が多い、手術が多い、救急が多いので休みがとりにくい。
- 長時間労働：特に連日の長期時間外労働の多くは、他の医師あるいは他の職種との連携、協働がうまくいっていないことが多い。
- 重要なこと：ご自身の認識、病院組織としての配慮、他職種からの業務サポート（医師事務作業補助など）、医師の診療スキル（短時間で終える）、自分で時間を作り自己管理する。
- 診療のほか、研究や教育に係る業務もあり、業務量の多さが長時間労働の一因となっており、健康管理を行う上で障害となっている。
- 規則正しい生活

**(3)「医師にとって必要と考える勤務環境改善策についてご意見をお聞かせください。」に対する回答を下記に列挙する。**

- 患者に迷惑をかけないだけの医師のマンパワーの確保と充足が勤務環境の改善には先ず必要であると考え。そのためには、医療制度の抜本的改善も必要である。当然、医療機関の人件費は増加することになる。
- 応召義務の見直し、患者受入制限、時間外受診者数の抑制。
- 遠隔にありながら電話連絡での指示や判断により、直接呼出しの回数を減少させ、休日・休息を確保してあげる。
- 他職種の人とのタスクシェアリング、タスクシ

フティングの推進。

- 複数主治医又は交替できる医師がいること。
- 宿日直後の業務負担軽減の制度化。
- 一次救急においては、対応とトリアージできる窓口を各地域（当地域）の休日・夜間診療所に一本化できるよう医師会と行政で整備を完成させる必要がある。
- 宿直ではなく夜勤であることをはっきりさせる。
- 人員の再配置や人員増の検討のほか、医師でなくとも対応可能な業務等について整理し、医療関係職（看護師、薬剤師等）との役割分担を進めていく。
- 医師の業務軽減のための非常勤職員の雇用。
- 医師事務作業補助者の適正配置、増員を検討。
- 勤務時間外における診療について、地域の他施設との受持日分担等が必要。医師の配置について行政的施策。

**2.「宿日直の取り扱いがどうしたら適正になるか」に対する回答は下記の通りであった。**

- 解釈が如何様にでもならないように規則を決めて、厳格に適用する。
- 病棟管理のみ行い、外来患者を診察する業務は行わない宿直であることを管理者が明示し、勤務者が確認している場合には労働時間の適用外と思われる。しかし、管理者、勤務者とも外来患者の受け入れの可能性を認識した宿直は、受診患者の数にかかわらず勤務時間はすべて労働時間として算定されるべきである。
- 宿直、日直に対する手当とともに実働時間に対する時間外手当を支給する。
- 入院及び外来患者への対応など実働部分は労働時間と考え、勤務実態を記入し、労働時間として時間外手当を支給する。
- 待機している場合は、すべて時間外勤務として扱う。
- オンコール待機や呼出し対応等への切り替えを行う。
- 救急対応のため受入患者数が予測しにくいのが、二次輪番日やサポート日、又はそれらの日の忙しい時間帯に宿日直従事者を増やす。

- 救急搬送件数、夜間休日診療件数等に応じた医師の配置。宿日直ではなく交替制勤務とするための医師確保。
- 医師が少人数の診療科の医師への配慮として、当直・日直の免除ないし通常月 2 回の回数を月 1 回への削減の設定での対応。年齢への配慮として、60 歳以上当直・日直免除、55 歳以上当直免除。
- 宿直当日と翌日の日勤を禁止する。時間外受診における患者負担を大きくし、受診者を抑制する。
- 宿日直中に入院患者や急患への対応が多く、適用除外の規定を逸脱しているような状態の場合には、交替制勤務の検討も必要になる。
- 地域の病院と連携を図り、当番日以外は救急患者が受診することがないようにし、本来の宿直、日直の業務内容にする。

### 3. 「院外オンコール待機のあり方について」の意見は次の通りであった。

- 院外オンコール待機のあり方というより、ストレスのあるオンコール待機自体をなくせる勤務体制の確立が望まれる。(医師不足の状況では難しいであろうが、国を挙げて取り組むべき。)
- 必要最低限の負担になるよう、できることは当直医で対応する。
- 複数医師がいる診療科はチーム制を導入することにより、一人の医師が拘束されることは回避できる。
- 他職種のサポートが必須で、予め主治医から患者が急変した時にどのような処置をするべきかの指示を出して、指示内容は電子カルテに記録していつでも誰でも確認できるようにする。
- 救急外来では軽症などの場合は翌日外来ないし二次輪番病院へ相談するように紹介する。なお、二次輪番日に当たる病院では、医師が少人数の診療科は二次輪番日のみオンコール待機にする。
- オンコール待機は時間外労働として扱うのが妥当、院外のオンコール待機も医師に行動制限・精神的負担を強いていることから、一定の係数を乗算して労働時間として算定すべきである。
- 院外オンコールにより待機者を呼び出した場合、呼び出した時間から労働時間としているが、頻繁に電話がなることだけをもってすべての時間を労働時間として算入することになれば人件費が増となり、病院経営に与える影響は大きなものがあるため、現時点では現状のままとせざるを得ないと考える。
- 待機手当等を支給すべきと考える。
- 当院では、一部の診療科においてオンコール体制を実施し、待機手当を支給している。また、オンコール対応をした場合は時間外勤務手当も支給している。
- 院外オンコール待機を労働時間とした場合、病院は立ち行かなくなる。

### 4. 「前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間に一定時間の休息の確保を努力義務とする勤務間インターバル制度が検討されています。この制度を勤務医の働き方にうまく活用できる方法など、ご意見をお聞かせください。」に対しては、下記の回答が寄せられた。

- 法律等で示されればそれに従うが、巧く活用する術は思いつかない。
- 当院では小児科（常勤 5 名）がインターバル制度を行っている。宿直の翌日が休日でない場合は、半日（午前もしくは午後）は休みとしている。活用するためには人員が多いことが必須である。複数主治医性が必要である。また、産婦人科（常勤 7 名）は外来のない日に曜日を決めて午後半日の休みを取れるようにしている。人員が多いことが必須である。
- ①増員、②応召義務の見直し、③患者受入制限が必要。
- 外来・手術・病棟→当直→（翌日）外来・手術の流れで外来、手術部分の変更ができないため、長時間での連続した勤務になっている
- 当該制度を理由に当直・手術の予定を考えて組むように手配できれば、外来・手術・病棟→当直→（翌日）休息の流れになると思う。
- 外来・手術・病棟（8 時間）→寝当直（16 時間）計 24 時間以上拘束する場合は最低 8 時間以上原則 24 時間のインターバル休息を与えること

を義務化すると改善されると思う。

- 制度としては必要と考えるが、始業時間を自由にえられるのは、大規模病院の一部の医師に限られる。医師－医師間のワークシェアリング、例えば主治医制度を緩やかなものとしてグループ制にするなどで、この制度は実現可能になると考える。
- 複数の医師を配置し交替できるようにする
- 医師数に余裕がなければ、努力義務として課されても対応できない。
- 法的に強制しないと実行されない。
- 一定時間の休息時間を確保できない要因として、業務量の多さにより時間外勤務が深夜に及ぶ場合が考えられる。この制度を取り入れるには、医師の負担を軽減するために①医師でなくても対応可能な業務等について整理し、医療関係職（看護師、薬剤師等）との役割分担を進めていく、②医師の業務軽減のための非常勤職員の雇用、③医師事務作業補助者の適正配置、増員などが考えられ、時間外勤務を削減する必要がある。

アンケート結果は、法的な規制は必要だが、ここに出された多くの意見には医師の増員が必要で、増員ができなければ診療制限を行うしかない、タスクシフト、タスクシェアも必要との結論になる、と考える。

煎じ詰めれば、医師不足のために十分な改革は難しい、となってしまうが、医師数全体の増員、適正な医師数に関して考えてみることにする。医師の増員には時間がかかることの問題に加え、2008年以降、日本は人口減少社会になってきており、医療を受ける人のピークは2040年ごろになると予測されている。もし、過去に、官僚主導の医療費亡国論による医学部定員削減政策（1984年まで医学部の定員は8,280人であったが、1985年から徐々に減らし、2007年は7,625人であった）がなければ、また、2004年に始まった新初期臨床研修制度によって、地方から都会への医師の流出がなければ、今の状況は随分よかったであろう、と悔やまれる。今年から始まる新専門医制度も、地方に医師が集まる可能性が低

いことが1次募集の結果からは窺える。現状が制度改革によって良くなると考えて実行した結果である。医学部定員削減政策の結果、2014年から2016年にかけて日本全体の医師数は7,914人増えているのに対し、45歳未満の医師数は1,081人しか増えていない。不思議に思えるが、先述の医学部入学定員削減の影響が今になって表れていると考えられる。山口県では2014年から2016年にかけての総数は65人の減少であり、45歳未満に関しては1998年と2016年とを比較すると、441人も減少している。その後、2008年以降は入学定員増に転じているが、医師の職業寿命を25～75歳までとしても50年間あるので、どこかの段階で医学部の定員を制限していく必要が出てくる。医師の需給推計では、2016年の医学部定員9,262人のまま推移とした場合、2024年に約30万人で均衡とされている（厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」の医師需給分科会（座長：長崎大学学長の片峰茂氏）の第4回会議 2016/3/31）。また、2010年現在の推計で、その当時の入学定員8,846人で推移すると2032年には、人口10万人あたりの医師数は301人となっており、人口千人あたりの医師数が3.7を超えるイタリアやスペインでは医師過剰で、医学部卒業後5年以内に常勤のポストを得られる医師は15%と報告されている（[www.ajmc.jp/pdf/1-2kaiken.pdf](http://www.ajmc.jp/pdf/1-2kaiken.pdf)）。2016年の医学部定員は9,262人、2017年は9,420人となっているので、2024年よりも前に定員削減をしていかないと、2040年以降には医師過剰時代が来ると考えられる。今の現実には、医師不足で地域の救急医療を維持するのがやっとの状態であるが、法の施行は6年先になるので、全体数としての医師増員以外の工夫をする必要がある。

実現できれば最も効果があると個人的に考えていることは、医師が地方で働くことに診療報酬上のインセンティブをつけ、救急や外科、産婦人科など、時間外労働が多い科の医師にも診療報酬上のインセンティブをつけることだ。地域による医師並びに科における偏在解消にはさまざまな意見があるが、多くは魅力的に思えない。従って、効果も少ないように感じる。その一方で、私と同

じように考える人が増えないことには、財務省やマスコミを説得することはなかなか難しいとも思う。

アンケートの回答の中にもあるが、次の方法はタスクシフト、タスクシェアということになる。現実には少しずつ導入されているが、今のところ、効果は限定的だ、と考える。複数主治医制は可能などところから上手に導入すべきである。特定看護師が導入されている施設も少ないので、育成に財政支援をし、診療報酬上のインセンティブをつけるなどして全国の急性期病院に配置することが望まれる。医師事務作業補助者の導入は、勤務医の過重労働軽減に役立っているが、主に通常勤務時間内のサポートであり、時間外労働の大幅な軽減には限界がある。

時間外労働と救急医療の関係は大きいので、軽症者の時間外救急受診の制限は進めていく必要がある。救急車の有料化が最も効果が大きいと考えられるが、重症者の受診抑制になっていけないので、「#7119」の活用が有効と考えられる。#7119 は 2017 年 4 月 1 日現在、東京都、奈良県、大阪府、福岡県の 4 都府県と札幌市、横浜市、田辺市（和歌山県）の 3 市で実施されており、救急車搬送のうち軽症者の割合の減少効果や、症状から即受診と判断され、救命につながった例も報告されている（『消防の動き』2017 年 4 月号、20～23 ページ）。

平成 28 年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」によると、週当たりの勤務時間が 60 時間以上の常勤医師は 39%、と報告された。週 60 時間ということとは時間外が 20 時間なので、月当たりに換

算すると 80 時間以上になる。また、2013 年 4 月に日本外科学会は、「外科医の 1 か月当たりの時間外労働は 154 時間」と公表した。長時間労働による医療の安全性低下は明らかであり、医師の過労死の問題は当然解決されなければならないが、働き方改革で示された時間とのギャップは大きい。

医師の働き方改革を実現するためには、十分な財政支援がなくても、患者の命をなんとかしたい、健康になってもらいたいという医師の善意と献身によって、今の医療体制が成り立っていることを医療の主役である国民に広く知ってもらうことがまず必要である。地域に医師を増やすにしろ、特定看護師を増やすにしても、財政的な支援がなければ不可能である。待機手当をシステム的に出せるようにしなければ、病院の経営も成り立たない。救急車を有料にするにしても、診療制限をするにしても国民の理解・支援が必要になる。

まとめとして、山口県内の病院のアンケートからは、医師の勤務環境を改善するためには、働き方改革は必要で、医師増員又は診療制限をするしかない、タスクシフト、タスクシェアも必要というのが大まかな結論であった。医師の増加傾向は続くとともに人口減少も続くので、国民の理解のもと、地方で働くことや、救急や外科、産婦人科などの時間外労働が多い科の医師に診療報酬上のインセンティブをつけること、複数主治医制の導入、特定看護師の普及、医師事務作業補助者の普及、救急車の有料化や #7119 の導入などが働き方改革には必要と考えられた。

# かなえない 未来がある。





応援してください。  
やまぎんも、私も。

石川 佳純



山口銀行

YAMAGUCHI BANK