

# 平成 30 年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

と き 平成 30 年 5 月 16 日 (水) 13:30 ~ 16:00

ところ 日本医師会 3 階小講堂

[ 報告 : 常任理事 加藤 智栄 ]

## 会長挨拶

**日本医師会長 横倉義武** 昨年度の「全国医師会勤務医部会連絡協議会」には、各都道府県医師会から多数ご出席いただき感謝する。また、協議会を担当していただいた北海道医師会の方々には、この場を借りて厚くお礼申し上げます。本年度は、長崎県医師会が担当し開催されるが、よろしくお願ひする。

本日の議題は「医師の働き方改革」と「新たな専門医の仕組み」が提出されている。どちらも勤務医にとって重要な問題であるので、存分に議論していただきたい。また、本日の議論を県医師会のみならず勤務医部会の先生方に届けていただき、一層の情報共有化をお願いしたい。

医師の働き方改革については、地域医療の継続性と勤務する医師の健康への配慮とをいかに両立させるかが要点となっている。日医では、会内に「医師の働き方検討委員会」を設置し、先月には報告書が出された。この報告書を基に、医療界が主体的に医師の働き方を検討し、その意見を集約して社会に出すために、「医師の働き方検討会議」を立ち上げ、医療関係団体、並びに若手の勤務医の先生方に集まっていただき、さらなる検討を行っている。昨日、参議院の厚生労働委員会で、医師の働き方改革についての意見陳述を求められた。医師会からは今村副会長と勤務医委員会の委員である植山先生が意見を述べている。自民党の中にも、「医師の働き方改革に関する PT」ができ、座長は羽生田参議院議員が務めている。

もう一つの議題である、新たな専門医の仕組みについては、昨年 4 月からスタートする予定であったが、地域医療の混乱が強く懸念されるということで、1 年延期していただき、その間、専

門医機構においてさまざまな問題を解決して、今年の 4 月からスタートした。現場の先生方からは、まだまだ大きな不満・不安等のいろいろなご意見が出ている。専門医の仕組みは若い先生にとっては一つの目標でもあるので、2 年の延期は難しいと判断してスタートした。不完全なところはその都度改善していく。この新たな専門医の仕組みは、専門医の質の向上と国民に分かりやすい専門医のあり方が大きなテーマである。その中で、総合診療専門医の位置付けに関する問題もあった。総合診療医とかかりつけ医の区分に関する議論もあったが、総合診療専門医は学問的な位置付けで、診療提供体制のあり方としては、かかりつけ医を中心にしていくことが重要である。専門医機構の運営については、公正性、公平性、透明性が求められていることを専門医機構に申し入れている。

本日の議題にはないが、日医では、超高齢社会を迎えたわが国において、患者の終末期にどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題になっているという認識から、「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える」というパンフレットを作成した。ぜひ一読していただくとともに、ACP の考え方の周知・啓発について協力いただきたい。

## 全国医師会勤務医部会連絡協議会について

### (1) 平成 29 年度報告

(北海道医師会 藤井常任理事)

昨年 10 月 21 日 (土)、メインテーマ「地域社会をつなぐ明日の医療を考えるととき一次世代を担う勤務医の未来創造のために」にお集まりいただき感謝する。北海道医師会では「勤務医部会若手医師専門委員会」を設置しており、若手の先生

方にシンポジウムの一つを企画していただいた。翌 22 日には、日本医師会勤務医委員会のたつての希望もあり、全国で初めて「勤務医交流会」を開催した。こちらも若手の先生方の企画によりグループワークと報告が行われるなど、成功裡に終えることができた。

## (2) 平成 30 年度担当医師会挨拶

(長崎県医師会 木下常任理事)

平成 30 年 11 月 3 日(土)、メインテーマ「明日の勤務医の働き方を考える～西洋医学発祥の地長崎からの提言～」と題して開催する。当日は、日本医師会長と長崎大学病院長からご講演をいただき、長崎大学メディカル・ワークライフバランスセンター長にランチョンセミナーをお願いしている。また、午後からは、「医師は労働者か?～応召義務と時間外労働の狭間で～」と「医療現場からの叫び」の 2 題のシンポジウムを予定している。翌 11 月 4 日(日)は、平成 29 年度に北海道医師会が初めて開催された「勤務医交流会」を参考にさせていただき、本県においても開催する予定である。

## 協議

### (1) 医師の働き方改革

#### 1) 国と日本医師会の取り組み

日本医師会常任理事 市川 朝洋

国の「働き方改革実行計画」は昨年 3 月に閣議決定された。9 つの検討テーマが掲げられており、「長時間労働の是正」がメインテーマになっている。

ポイントは 2 つあり、現行の厚生労働大臣告示を法律に格上げし、強制力を持たせること。もう 1 つは、これまで特別条項付きの 36 協定を結べば上限なく時間外労働が可能であったが、改革後は時間外労働の上限時間を法定化することである。

医師の場合、改正法施行 5 年後に時間外労働の上限規制が適用される。具体的な上限時間等は省令で定めるとされており、医療界の参加による検討の場において、規制の具体的なあり方、労働時間の短縮策等について検討し、来年の 3 月までに結論を得ることになっている。議論の中心は、

①「臨時的に“36 協定で定める時間外労働時間数の上限”を超えて労働させる場合の 36 協定で定める時間外労働時間数等の上限”(一般の労働者は休日労働を含め月 100 時間未満、年 720 時間以下、月 45 時間を超えることができるのは 6 か月以内)、と②「36 協定に基づいて時間外労働をさせる場合、超えてはいけない上限”(一般労働者の場合は、休日労働を含め直近 2～6 か月平均 80 時間以下)となる。

医師に関しては、これら 2 つも今後、省令で定めることになっているが、“36 協定で定める時間外労働時間数の上限”(一般の労働者では月 45 時間、年 360 時間)も、今後省令で定める、となっている。

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」は、特例のあり方を議論することを目的に設置された。1 月 15 日に第 6 回を開催し中間整理・緊急対策の素案が提出され、その後 2 月に「中間的な論点整理」「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」が取りまとめられたが、引き続き議論を続け、来年 3 月までには最終的な結論を得ることになっている。検討会の委員は、医療関係団体から 6 名、現場医師 2 名、現場若手医師 3 名、看護師 2 名、有識者等 7 名、患者代表 1 名、労働関係 3 名の計 24 名で構成されている。人数が多く、意見をまとめきれない現状がある。なお、日医では、本年 4 月に「医師の働き方検討会議」を設置し、医療界の意見をまとめることにしている。

現行法の枠内でできる「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」として、①医師の労働時間管理の適正化に向けた取組(医師の在院時間の客観的な把握)、② 36 協定等の自己点検、③既存の産業保健の仕組みの活用、④タスク・シフティング(業務の移管)の推進(診断書などの代行入力、点滴業務での医師の負担軽減)、⑤女性医師等に対する支援、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、の 6 つが掲げられている。

病院勤務医は 20 代から 60 代のすべての年代で週あたりの勤務時間が 40 時間を超え、男性では 57 時間 59 分、女性では 51 時間 32 分であった。診療科別で週当たり 60 時間以上の割合は、

産婦人科は約53%、救急科は約48%、外科は約47%であった（平成28年度厚生労働科学特別研究）。

診療科別医師数の変化では平成6年から26年までみると、産婦人科、外科は減っているが、麻酔科は1.84倍、放射線科と精神科は1.60倍、小児科は1.26倍、内科は1.24倍に増えている。労働環境と医師の希望とが反映していると考えられる。

時間外労働の主な理由は、緊急対応64.8%、手術や外来対応などの延長57.7%、記録・報告書作成や書類の整理55.6%となっている（平成27年6月調査）。記録・報告書作成や書類の整理は医師以外でもでき、クラーク等の活用によって1時間ぐらい減らせる可能性がある。

看護師が行っている業務については、民間と大病院では大きな差があり、大学で遅れている。

## 2) 医師の働き方検討委員会答申

日本医師会常任理事 松本 吉郎

会長諮問「医師の勤務環境改善のための具体的な方策—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保を中心に—」は3月までの答申となっており、さらに検討を続けている。

医師の健康と地域医療の両方を守ることが基本的な考え方である。医師の新しい働き方は、平成36年4月から施行される予定で、仮に機械的に時間外労働時間の上限規制を導入した場合、地域医療に及ぼす影響は大きいことは明らかである。また、各地域で医療提供体制が異なることから、その影響は一様ではない。しかし、医師の健康を守るために長時間労働の是正は言うまでもない。全国医師ユニオンが実施したアンケート調査でも、医師の労働時間規制について賛成との意見が50%を超え、都道府県医師会長を対象としたアンケート調査でも、目標・目安としての上限規制の設定は必要である、という意見が出ている。一方、上限時間を設定すべきではないという意見も10.9%あった。

厚生労働省の「働き方に関する検討会」の中間的な論点整理においても、「医師をはじめとする医療従事者の学術団体、病院団体、関係学会のリーダーシップを期待する」とされていることを踏ま

え、次のとおり中間答申した。

### 「医師の特別条項」の設定

①医師の時間外労働時間上限（医師の特別条項）については省令で定めることになっているので、特別条項の目安を考えるべき。

②医療界が意見を集約して時間を設定することが妥当である。医師の「特別条項」設定に当たっては、産業保健活動（産業保健活動に関わる関係者：産業医、病院長、管理監督者、医療従事者自身、患者や地域医療体制）の包括的な取組みなど、しっかりした健康管理を行うことが必要ではないか。

③医師の実態に合わせた自己研鑽や宿日直を行う場合、その影響を視野に入れた時間設定を検討すべきではないか。

④時間を検討するに当たっては、例外業種における上限時間、医師の労働時間の分布、心臓疾患の労災認定基準等を参考にしようか。

### 医師の特別条項の「特例」の設定

①当面は「特別条項」を設定するにしても、それを超えた時間を働く仕組みを作らないと地域医療を守ることはできない。労働安全衛生法の取組みだけでなく、各地域の事情、各医師の個別性を勘案した追加的な医師の健康確保を条件として、医師の特別条項の特例を設定する仕組みを構築しようか。

②その際、精神障害の労災認定基準などを手掛かりとしてしようか。

③研修医については、別途規定を設けることを検討しようか。

### 医師の特殊性を踏まえた労働時間制度の検討

①健康管理を担保した医師の自己研鑽・宿日直のあり方を検討しようか。

②勤務医と管理者間の確実な協定と健康管理が行われることを前提とした上で、専門業務型裁量労働制の運用・対象範囲の見直しの余地がないか、検討・研究しようか。

医師の特別条項は、医師のオートノミーを残しつつ、医師の健康に影響を及ぼす可能性を念頭に置いた時間設定が必要と思われる。また、特別条項を超えた特例についても、医師の健康を確保したうえでキャリア形成、医療の安全と進歩に資す

るものでなければならない。一定の規範に則り、特例を決めることが必要である。

特例適用の条件として、時間外労働の上限規制を含む医師の健康確保措置の実施、特例に関する労使間の合意、特段の事情の存在（地域の医療提供体制、医療の質確保の必要性）、医師の医療労働環境の改善に取り組んでいる、などが必要になる。

医師の健康確保措置の実施については、労働時間の把握と管理、勤務間インターバル、宿日直、オンコールに関する取り決め、夜勤明け医師に対する措置、適切な睡眠環境の提供などがある。特例については、しっかりとした労使間合意が必要である、とまとめている。

宿日直も、昭和 22 年の通知が出た時と比べ、救急搬送人員が 25 倍になっていることから、約 70 年間の医療環境の変化、特に急性期医療における実態に対応することが難しくなっている。宿日直特有の健康課題をしっかりと踏まえつつ、地域医療の提供体制を崩壊させないように、実態に即した宿日直基準を新たに検討すべきである。

裁量労働制は、現行では大学病院の教授、准教授、講師までが対象である。さらに広げようとの話もあるので、議論が必要である。

労働法令も現代の実態に合わないものがあるので、全体として見直しが必要であろうと考えている。

## 都道府県からの意見・要望

### ○医師の働き方改革について

(群馬県、神奈川県、鳥取県、山口県)

#### Q 裁量労働制の見直しについて

A 研究を主体に行っている医師に関しては高度プロフェッショナルとして裁量労働制は成り立つかもしれないが、医師になって 4～5 年目のドクターに成り立つかという疑問がある。現行法制度の中で医師の特例をまず作って、その特例がうまくいかなかった時に改めて考えていきたい。

#### Q 宿日直について

A 昭和 22 年に宿日直の一般的許可基準が示されてから 70 年が経過した。この間、医療環境の変化、特に急性期医療に対応することが難しくなっている。答申では、宿日直特有の健康課題を

しっかりと踏まえつつ、地域医療の提供体制を崩壊させないように、実態に即した宿日直基準を新たに検討する必要性について言及している。

#### Q 自己研鑽について

A 答申では、医師の自己研鑽と仕事は一体不可分であることから、医師の自己研鑽の内容を整理し、どのような考え方が可能か医療界の総意のもとでガイドラインを作成し、それに基づき各医療機関においてルールを定めて運用することを提案している。

#### Q 医師の偏在対策について

A 本国会で「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が審議されている。日医では、医師偏在の解消に向け、全国一律ではなく地域の事情に応じて柔軟に対応できるよう意見を申し述べている。なお、診療報酬について都市部より過疎地を優遇してはどうかとの提案をいただいたが、同じ医療を受けても患者の負担額が異なることになるので、診療報酬の医師への直接的な補助を考えていく必要がある。

#### Q タスク・シフティングについて

A 厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」が取りまとめた「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」では、原則、医師以外の職種が実施するよう求めている内容は「初療時の予診」「検査手順の説明や入院の説明」「薬の説明」（薬剤師）、「服薬の指導」（薬剤師）、「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」（看護師）、「診断書などの代行入力」（医師事務作業補助者）、患者の移動など 9 項目であり、点滴や導尿については、医師以外が自己判断で行うことは医療安全上、想定していない。医師は、本来の業務に専念できるよう、他の職種が実施可能なものは他の職種に任せるなど、チーム医療を推進することは重要である。

#### Q オンコールについて

A 最高裁の判例にあるように、病院の指示に基づかない対応は、労働とは見なされない。病院の指示に基づいた呼び出しに応じて診療した場合は業務として認められるとの通知がある。この点は基準が必ずしも明確でないので、今後の検討課題である。待機手当は、医療機関が個別に対応するものである。

**Q 医師の地域偏在、診療科の偏在対策として診療報酬上のインセンティブ等について**

A 平成 30 年度診療報酬改定では、医療資源の乏しい地域における加算等の要件の一部（病床数の要件）が緩和された。小児科、産婦人科、その他専門性の高い特定領域などで、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算の配置が可能となった。一部診療科への診療報酬上の措置が行われているが、インセンティブや財政的な措置が必要と考える。

**全国医師ユニオン 植山直人 代表** 医師の絶対数が不足している。ヨーロッパでは医師が週平均 50 時間働いていないが、日本の医師の労働時間は長く、60 時間を超えている人がたくさんいる。労働時間を少なくすると、当然、受診抑制が起こる。今回の法案では、都会の医師を地方に戻すという意味合いもあるが、厚労省のデータでも、全国医師ユニオンが 2012 年に行った調査でも、都会の医師の方が地方よりも労働時間が長い。また、大学病院が一番労働条件が悪い。大学では、研究、教育、診療を三位一体で行っており、補助金も減らされているので厳しい状況にある。偏在是正には、地域で何科の医師がどのくらい必要であるかのデータが必要である。

**羽生田 俊 参議院議員** 医師の働き方改革は、労働基準法の改正ということで議論が始まったが、医師の場合は特殊性があるので、労働基準法の改正をそのまま当てはめるのはおかしいということで、別の形で議論する場を作ってもらった。それが「医師の働き方改革に関する PT」で、私が座長を務めている。労働基準法の改正は来年 3 月に行われるだろうが、医師に関してどこを外し、どこを守るかを決めなければならない。医師の時間外労働の発生原因をすべて挙げて、一つひとつ、どのような対応ができるかを調べている。医師でなければできない仕事、タスクシフトで他職種の方に依頼できる仕事、病院や地域のシステムの中でできる仕事に分けて対応を検討している。

医療クランクの導入は、医師の時間外労働を減らせる効果があることが証明されている。保険上のハードルはまだ高く、すべての医療機関で導入

されていないので、ハードルを下げて、すべての医療機関に配置できるように努めたい。

**(2) 新たな専門医の仕組み**

**日本医師会副会長 松原 謙二**

2 年前に専門医機構に行って、さまざまな改革を行ってきた。このまま新専門医制度を始めると、さらに大都会に医師が集まって大変なことになると言われていたが、大都会に医師が集まる最大の要因は新医師臨床研修制度のマッチングにあると思う。マッチングシステムは自由度はあるが、その結果として大都会に集まる。

そこで、一旦停止していた新専門医制度では、マッチングシステムではなく登録システムにした。専攻医は希望する領域を一つだけ選び、各領域学会に登録していただき、集中が起きれば調整することとした。

当初、全員が専門医になることが原則で、ダブルボードを認めないということであった。しかしながら、ダブルボードの先生はかなりいる。専門医は、学術的にどこまで勉強したかを示すものであって、本来は管理に使うべきものではない。また、専門医に、どこに行かなければならないということを国家が強制すべきではないと考え、ダブルボードを認めることとした。

また、大都会への一極集中を防ぐために、5 つの都府県にシーリングをかけるようにした。

さらに、財務状況も各学会にお願いして改善された。総合診療医に関してもプライマリ・ケア、内科、小児科及び救急で十分に話し合いをし調整した。

専攻医の登録結果を見ると、内科は少なくなっているように思えたが、これは内科学会の指定した病院で実際に内科の診療をしている専攻医の数であり、実際にはもっと多い。

東京に集まりすぎているという批判がある。東京に 1,825 名集まっているが、北海道から 15 名、沖縄から 15 名、埼玉から 101 名、千葉から 132 名、神奈川から 165 名、静岡から 51 名移動している。東京にいた研修医が東京に残っているのは 1,115 名で、関東一円の研修医が東京に席を置いていることがわかる。このように、関東甲信と静岡から東京に席を移している先生がか

なりいる。同じように、秋田県は 59 名が専攻医になっているが、青森県に 6 名、宮城県に 8 名移動している。広島県から広島県は 128 名、岡山県へ 21 名移動している。広島県の東部は岡山の医療圏なので、福山に行っている。山口県から山口県が 40 名で、福岡県に 16 名移動している。香川県は 37 名が残っていて、一番多く席を移したのは 9 名の岡山県である。宮崎県は 44 名の研修医がおり、32 名残っているが、大きな移動は福岡県で 4 名移動している。関東地方では東京に席を移した人が多い。各都道府県においては、各都道府県と親和性のある県にプログラムの本籍を移しただけである。今回の専門医制度で、偏りが大きくなったわけではない。秋田や宮崎などは少ないが、これは元々、研修医が少ないのであり、120 名医学部を出ているのに、その半分しか残っていない。新医師臨床研修制度でのマッチングで、かなり大きいズレが生じていることがわかる。

今回、地域枠の研修医は約 400 名であったが、3 年後には 1,600 名になり、8,000 名に対して 20% 増えることになる。20% の中には、県に残らないといけない先生がいる。また、自治医科大学の先生は、県が行けと命じれば、県の指定する病院に行かなければならないが、そうすると自分が目指す専門科の指定している病院以外に行かなければならない先生が出て、専門医が取れないという事態が生じてくる。この点に対処するために、ダブルボードの量的なものの中に総合診療医が取れる枠組みと、総合診療専門医を取れば本人の希望で救急医や小児科にも行けるし、内科専門医も取れるカリキュラム制を取り入れて、他のボードも取れるように変えた。当初、内科 6 か月、小児科 3 か月、救急 3 か月や在宅の研修をすれば専門医が取れるということであったが、1 年間はオスラーシステムを使って内科で 1 年間は研修をすることになり、内科専門医の 1 年間の研修として認められることになった。総合診療医になっても、消化器内科や循環器内科などに進めないとの話もあったので、勉強すれば、それらの専門医になる道も開いた。さらに、僻地や離島での 6 か月間の研修を義務付けた。

三次募集に関しては、大都会への応募はなしとした。

### 都道府県からの意見・要望

#### ○新たな専門医の仕組みについて（愛知県）

Q 開業医を目指す若い医師は、どの専門医を目指すべきか

A 日本では、専門医を取った後に開業して、かかりつけ医になる。つまり、自分の専門医領域をきちんと診ながら、同時に地域包括ケアの中に入り、地域の患者さんも責任を持って全人格的に診ることとなっている。日医としては、これまでの専門性を持ちながらかかりつけ医として地域で全人格的な医療を行うことを、かかりつけ医の推進とともにやっていきたい。

Q 病院団体の「病院総合医」と「総合診療専門医制度」とのすみ分けについて

A 日本病院会と全日本病院協会が、「病院総合医」を作っているが専門医ではない。病院から求められている総合医を育成し認定するもので、専門医機構とは関係ない。

Q 定員枠が残っているながら、三次募集ができなかった理由について

A 一次募集、二次募集を受けず、とにかく空いた大都市に行きたいという人がかなりいるので、理事会で協議の上、決定した。

Q ダブルボードについて

A すべての学会においてダブルボードは可能である。外科をとりながら総合診療をとる人はいると思う。それは地域において望ましいことである。第一番手のものが、きちんとプログラムをとってもらおう。二つ目、三つ目は各学会にお願いしているが、ある一定の研修をし試験に合格したら、カリキュラム制で専門医を取れるということを基準の中に書いている。かなり楽に取れると思う。