

医師の働き方改革に関する特別委員会

中間報告

平成 30 年 11 月

日本救急医学会 医師の働き方改革に関する特別委員会

日本救急医学会 医師の働き方改革に関する特別委員会

委員長	松本 尚	日本医科大学救急医学 教授
委員(担当理事)	小倉 真治	岐阜大学医学部救急・災害医学 教授
委員	赤星 昂己	東京女子医科大学東医療センター救急医療科 医師
	阿真 京子	(社)知ろう小児医療守ろう子ども達の会 代表
	木田 佳子	広島大学大学院救急集中治療医学 助教
	木ノ元 直樹	木ノ元総合法律事務所 所長
	今 明秀	八戸市民病院 院長
	佐々木 淳一	慶応義塾大学医学部救急医学 教授
	田中 敏春	新潟市民病院 副救命救急センター長
	中村 幸司	日本放送協会 解説委員
	長谷 敦子	長崎大学病院医療教育開発センター 教授
	林 宗博	日本赤十字社医療センター 救命救急センター長

(委員 50 音順)

はじめに

平成 30 年 6 月 29 日に、働き方改革関連法(正式名称:「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」)が成立しました。その要旨は 3 つの柱から成っています。特に医師に関しては第 2 の柱に含まれるいくつかの項目が喫緊の問題となります(下記)。

+++++

- ◆ 第 1 の柱 働き方改革の総合的かつ継続的な推進
- ◆ 第 2 の柱 長時間労働の是正と多様で柔軟な働き方の実現等
- ◆ 第 3 の柱 雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保

(第 2 の柱の細目)

1. 時間外労働の上限規制の導入
2. 長時間労働抑制策・年次有給休暇取得の一部義務化
3. フレックスタイム制の見直し
4. 企画型裁量労働制の対象業務の追加
5. 高度プロフェッショナル制度の創設
6. 勤務間インターバル制度の普及促進(労働時間等設定改善法改正)
7. 産業医・産業保健機能の強化(労働安全衛生法・じん肺法改正)

+++++

特に、「時間外労働の上限規制」については、労使間で「特別条項」を締結すれば年間 6 ヶ月までの範囲内で時間外労働の限度時間を超えることができると定められてきましたが(36 協定の特別条項)、これに上限時間が設定されていなかったことから導入されたものです。その内容は次の通りです。

+++++

- ① 36 協定における時間外労働の上限が、原則として月 45 時間かつ年 360 時間に法定化された。
- ② 特別条項がある場合においても、時間外労働時間の限度を年 720 時間(月当たり 60 時間)に設定された。
- ③ かつ、年 720 時間以内において一時的に事務量が増加する場合でも、次の上限が設定された。
 - 休日労働を含み、2～6 ヶ月平均で 80 時間以内
 - 休日労働を含み、単月で 100 時間未満
 - 原則である月 45 時間の時間外労働を上回る回数は年 6 回まで

※ 違反企業や労務担当者には 6 ヶ月以下の懲役または 30 万円以下の罰金が科せられる。

+++++

これまで医師については、その職責上の特殊性から、あるいは医師法第 19 条における「応召義務」の観点から、特に勤務医については労働基準法の対象となることが認識されていませんでした。しかし、今回の法改正に伴い、厚生労働省（以下、厚労省）働き方改革担当参与から「いずれの職種も、最終的には 36 協定の適用除外にはならない」旨の見解が出され、この法改正を無視することができなくなりました。

本法律の医師への適用に 5 年間の猶予が与えられたことを受け、昨年より厚労省内で医師の働き方改革についての議論がすすめられています。本年 2 月には中間的な論点整理が公開され、本年度末には一定の見解がまとめられるとされています。また、日本医師会「医師の働き方検討委員会」においても本年 4 月に答申が、7 月にはそれに基づく意見書が公開されています（後述）。

さて、救急医療の視点からこの法律をみた場合、現場に新たな「時間外労働の上限時間」がそのまま適応されれば救急医療体制の維持が極めて困難な状況に陥ることが予測されます。そこで、本学会としてこの問題を議論し、救急医の健康を守りつつ地域の救急医療体制を維持するための具体的方策の提案を行うことを目的として、日本救急医学会に特別委員会が設置されました。

本特別委員会は、4 月 23 日、7 月 11 日、9 月 10 日、11 月 5 日の委員会会議とその間のメールによる意見交換を通じて議論を進め、現段階での中間報告として、議論の経緯と提案をまとめましたので報告します。

I. 救急医の労働の現況について(委員会での論点整理)

厚労省の医師の働き方改革に関する検討会における「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み」と「中間的な論点整理」の内容に関して議論を行いました。

まず、救急医の労働の現況については以下の意見がありました。

- 厚生労働省によると、医師の時間外労働の理由のトップは緊急対応であり、勤務医全体の41%で労働時間が週60時間以上、割合は職種別で最も高い。診療科別にみると産婦人科(53%)や救急科(48%)で長時間勤務が多く、日本救急医学会がこの問題に率先して取り組む意義は大きい。
- 医師法は「正当な理由がなければ医師は診療を拒んではならない」とする応召義務を規定しており、このことは医師の労働時間制限とは相反するとされている。また、専門性が高い医師の場合は労働時間の短縮は容易ではない。
- 「救急医の働き方」とした場合、救急専従医が1名の施設と3名の施設では他科の応援体制が異なるため働き方も違っているはずであり、画一的な残業時間の上限は現実的ではない。
- 労働時間を制限されることで現場が回らなくなることに不合理を感じる。その結果、救急患者の断り例が増加するかも知れない。それらの患者は救命救急センター以外の医療機関に搬送されることになり、提供される医療レベルが下がる可能性も指摘される。極端な例では、残業時間の上限を超えると診療中でも医師が途中で交代することになり、医療安全上も課題となるのではないか。

一般論としても、医師の労働時間について考えようとする場合、労働時間や自己研鑽の時間をどのように定義するののかという意見が多く出されました。

- 労働としての診療時間と自己研鑽のための時間の区分は難しく、それらの定義の仕方によって労働時間は大きく変化するだろう。
- 「緊急的な取り組み」に記載される医師の在院時間については、その中身、すなわち診療、病院業務、学会活動、研究などの多彩な内容の何を労務とするかの定義が労働時間に影響を与える。また、病院機能や救急診療体制はそれぞれに異なることから一律の労務ルールを適用することは困難であり、各々複数の労働時間短縮案を提示することが理想ではないか。
- 勤務外時間(週休時)に他院で応援当直や外勤をしている場合や兼業している場合もあり、個人の労働時間管理と所属する医療機関における労働時間管理は異なっている。
- 病院は「診療の場」であるとともに、情報交換や自己研鑽を行う「コミュニティー」、「学校」としての空間でもある。「病院に居る時間はすべて労働時間」とすることは現実と乖離している。労働は「must」でいる時間であって、自己研鑽は「must」ではない。
- 同じ在院時間でも、救急患者の来ないぼんやりしている時間(待機時間)と手術している時間ではその扱いや対価は異なるはずである。

これらの課題を解決することは、救急医の労働時間を管理する上でも重要なこととなります。それを踏まえ、救急医の働き方を考える方向性が議論されました。

- 四病院協会は医師の勤務時間の制限は医療崩壊を招くおそれがあり、拙速な働き方のみの規制は行うべきではないとし、独自の医師労働法制の制定の要望書を厚労相に提出している。ただし、前者の意見は理解できる一方で、後者については労働基準法とは別の労働法制ができるとは考えにくく、現状の改正法の範疇で対策を立てざるを得ないであろう。
- 患者の視点からすれば、医師の労務管理(労働時間制限)によって医療安全の質が落ちることは困るが、一方で患者側も多少の不便は受け入れる必要がある。
- 働き方改革は、そもそも「労働を制限する」ことではなく、「働き方の diversity を認める」ことであつたはず。もっと働きたい人が働けるような制度設計が求められる。
- 救急医が実際にどのくらい働いているのか、実は明確でないのではないか。診療も研究活動もひとくくりになっている。議論の内容を数字に表していくことが必要である。
- 「働きたい救急医」にとってそれを制限するルールは妥当なのかという疑問もある。例えば、産業保健の導入や救急医が労働時間を自己管理する代わりに労働時間の延長を容認することは可能であるか議論してもよいのではないか。
- 救急医療は社会のインフラであり、その医療の質を落とさないような働き方改革を議論しなければならない。単に国がまとめる働き方改革の一般論を医療現場に落とし込むのではなく、現場の状況や意見を尊重しつつ、救急医としての適正な働き方を示したい。

II. 救急医の労働時間実態調査について

救急医の労働時間はどのくらいなのか、診療以外の労働にどの程度の時間を割いているのか、まず基本的な現状を把握することを目的に、第一線で働いている救急医の労働時間に関する勤務実態についての調査を行いました。

【目的】

第一線で働いている救急医の労働時間に関する勤務実態についての基礎的調査を行うこと。

【対象と方法】

本委員会委員の所属する病院は、大学病院 4 施設、一般病院 2 施設である。これらの施設で勤務する救急専門医プログラムに参加している専攻医(A 群) 16 名(男/女:14/2、大学病院 10 名、一般病院 6 名)、日本救急医学会指導医を目指すクラスの救急医(B 群) 17 名(男/女:13/4、大学病院 12 名、一般病院 5 名)の計 33 名を対象とした。

救急医の労働時間調査に際しては、例えば、診療時間と自己研鑽のための時間の区分は難しく、それらの定義の仕方によって労働時間は大きく変化することから、各々の労働時間について次のような細目を定義し、記録を行った。

- ① 「在院時間(院内労働時間)」が分かるように、病院での勤務開始時刻と退勤時刻を記録
- ② その中で、在院中の労働内容が分かるように以下の細目を逐次記録

(院内労働時間)

- 診療** (病状説明などを含め、患者に接しているすべての時間+義務日当直)
- 会議** (院内の会議に出席している時間、それらの準備等に関わっている時間)
- 教育** (研修医・医学生への講義・指導、教材作成等に割いている時間)
- 研究** (学会活動や実験、論文作成等の研究に割いている時間)
- 待機** (上記のいずれにも相当しないが院内にいる時間)

- ③ 上記以外の「院外の労働時間」について下記の細目を記録

(院外労働時間)

- 外勤** (いわゆるバイト)
- 外活** (公務としての会議・研修会への出席・指導等)
- 教研** (自宅を含む院外で教育・研究のために費やす時間)

労働時間の記録には、インプレスサプライ株式会社の作成した臨床研修医向けの超過勤務管理アプリケーションを、今回の調査のために改変して使用した。群間比較には Mann-Whitney's U test を用い、有意水準 5%で検定した。

【結果】(別添資料参照)

- 院内・院外の労働時間を合わせた一人あたりの平均の総労働時間は 333.1 時間/月であった(院内労働時間は 277.5 時間/月、院外は 55.6 時間/月)。
- A 群の方が B 群に比して総労働時間がやや多かったが(353.1 時間/月 vs. 314.3 時間/月, $p=0.235$)、男女間(335.7 時間/月 vs. 321.4 時間/月, $p=0.641$)とともに差はみられなかった。

- A 群では B 群と比較して有意差は無いものの研究時間が少なく(5.8 時間/月 vs. 12.1 時間/月, $p=0.085$)、待機時間が多かった(14.2 時間/月 vs. 3.3 時間/月, $p=0.881$)。
- 大学病院では院外労働時間が一般病院に比して多いことが顕著であった(69.2 時間/月 vs. 28.5 時間/月, $p=0.001$)。
- ER 型診療+シフト制を敷いている A 病院や C 病院、E 病院では院内労働時間(特に、診療時間)が低く抑えられていた(192.3 時間/月)。一方で、自施設で初療、外科治療、IVR、集中治療などを一括して行っている完結型診療施設(B,D 病院)では、診療時間が有意に多かった(328.9 時間/月, $p<0.001$)。

【考察】

今回の調査対象者の院内での平均労働時間は、例えば、法定労働時間 160 時間/月(40 時間/週×4 週)に時間外労働時間の上限である 100 時間/月を加えた 260 時間/月を上回っていたが、単月の院内労働時間に限れば、労働時間管理によって制御できないほどの時間超過ではなかった。ただし、この状況が毎月続くとすれば、当然許容範囲を超えることになる。当然、労働時間調査を行っているというバイアスがあった可能性も否定できない。

男女による差は明らかではなかった。一方で、専攻医と指導医を目指す救急医との間には、前者では院内に残って待機している時間が、後者では研究に費やす時間が、それぞれ多い印象であった。このことは両群のキャリア形成の目的に合った傾向であると言える。大学病院勤務では総労働時間の 17~23%を外勤時間が占めていた。このことは大学病院給与の寡少性や地域医療の一部を大学病院勤務医が支えている現状をよく反映している。ER 型診療+シフト制の施設と完結型診療施設の間には時間外労働時間に明らかな差がみられ、業務形態によって働き方のバリエーションを考える必要があるかも知れない。

今回の調査では、救急医が自ら労働時間を管理することの feasibility も探索したが、適切な管理ソフトを使用することで達成可能であると思料された。

この調査結果を受けて以下の意見が出されました。大別すると、院外の労働時間(外勤や研修コース指導など)や自己研鑽の扱い(①)と休暇取得の問題(②)、これらに伴う労働時間管理の方法論(③)に集約されます。

- 院外労働時間に含まれる種々の研修コースなどの指導は、コースの継続性を考えればボランティアではなく、「労務」として扱うべきである。学会がそのように認める必要があるのではないか。
- 働き方改革の重要性が叫ばれるほど、サービス残業、架空の休暇申請といったものが、これまで以上に横行することも懸念される。時間外労働時間や連続休暇日数を指標にしたとき、その信頼性をどう担保するのか。
- 今回の調査では自己研鑽の時間を設定していない。この時間をどう定義するかがまだ曖昧なままである。
- 例えば、勤務時間外で専門医資格取得に必要な患者が来た時に自己研鑽のために患者を診たとしても、病院に診療報酬が入った時点でそれは労働になってしまう。
- 「労働時間の管理」以外に客観的指標となる労務管理のインディケータは無いのか？
- ゼネコンなどの他業種では、働く時間だけでなく「休暇取得率」も指標として用いられている。
- 休暇の取得率が悪いのは、日本に vacation を取るという文化が無いことも一因だろう。
- ある病院では「丸一日、病院にこない日」を設けている。二日(?)連続して休ませるルールを作ってはどうか。
- 労働時間管理データをフィードバックすることが重要であり、管理者の責務を明確にする必要がある。
- 医師一人一人が労働時間管理を行うのであれば、「業務内容の手引書」を作るのがよいだろう。

ER 型診療＋シフト制は院内の労働時間を抑制するには理想的な診療形態です。しかしながら、各々の地域が求める、あるいは個々の施設が目指す救急医療体制は一律ではありませんから、すべての救命救急センターや救急部門に ER 型診療を課すことは現実的ではないでしょう。また、シフト制の導入については相当数の救急医の確保が必要であり、日本救急医学会としての対策が求められるとは言え、この問題は短期的に解決できるものではありません。

現状では、地域や病院の診療形態に大きな影響を及ぼすことなく救急医の過重な労働時間を抑制するためには、「働いた時間」だけでなく、「休んだ時間」も指標に組み込みつつ、救急医の労働内容の把握と労働時間の管理を推し進めることが肝要であると思われます。

III. 日本医師会の提言と意見書について（裁量労働制と自己研鑽についての議論を中心に）

日本医師会の医師の働き方検討委員会答申「医師の勤務環境改善のための具体的方策 ―地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に―」（平成 30 年 4 月）では、医師の働き方改革に際して、「医師の生活と健康を守る」、「地域医療を守る」の 2 つの目標の両立を掲げています。

日本医師会は、労働時間制限による地域医療への影響について、医師不足のために交代性勤務等の抜本的な勤務環境改善が困難な中で時間規制を強行すれば多数の医療機関が救急医療から撤退することになるであろうと危惧しています。さらに、地域医療を守る視点から医師への労働時間規制適用については、「公的な要請に応える場合は、該当する医師の同意と健康を守る手立てを講じることを条件とする等、罰則の導入自体ないしは適用について慎重に取り扱うべき」と主張しています。救急医学会としても、医師の働き方改革の中で地域医療への影響は絶対に避けなければならない課題であると認識し、救急医の健康と地域の救急医療の両者を守るための対策を立てる必要があります。

この答申では長時間労働是正のために、各医療機関に対しては「労働時間の把握」、「産業保健活動の推進」、「衛生委員会など既存組織の業務見直し」、「女性医師の離職防止」、「タスクシフト」などを、各地域に対しては「休日の外来機能の見直し」、「地域住民への啓発」を提案しています。

また、省令において健康管理体制の充実を前提とした時間外労働時間についての「医師の特別条項」やその『特例』の設定を求めています。ただし、医師の特別条項の『特例』適用のための条件として、「特段の事情の存在」（地域の医療提供体制の事情や医療の質確保の必要性）を掲げており、これに依れば、この『特例』が救急医全般に対して日常的に適用されるというものではないと思われます。さらに、大学の講師以上に限定されている「専門業務型裁量労働制」の運用と対象範囲の見直しの必要性も提言しています（下記）。

これらに加えて、本答申では「自己研鑽と医師の仕事は一体不可分」として、管理者と各医師が合意して業務と自己研鑽を峻別するような、適切なルール作りを行う必要があるとしています。

■ 「医師の特別条項」とその『特例』の設定について

（36 協定における）「医師の特別条項」設定にあたっては、産業保健活動の包括的な取り組み（下記）などのしっかりした健康管理を行うことが必要ではないか。

（『特例』の設定については）労働安全衛生法の取り組みだけでなく、各地域等の事情、各医師の個性を勘案した追加的な医師の健康確保（下記）を条件としてその仕組みを構築してはどうか。

産業保健活動の包括的管理

- 産業医は、安全衛生委員会を中心とした産業保健活動を推進する。
- 病院長（事業者）自身が、医師をはじめとする医療従事者の健康を守ることを宣言し、主体的に包括的管理を推進する。
- 管理監督者（施設長・診療科長等）は、労務管理に関する基礎知識を身につけ、（働く医師の）心身の疲弊の評価と産業医面談勧奨、業務の管理に役割を果たす。
- 医師自身が、勤務時間管理（タイムマネジメント）、自己保健義務の意識と技能を涵養する。
- 地域社会、患者やその家族、関連団体等に、医療従事者が安全で健康に働くことができこそ医療機関が成り立っていることを改めて認識してもらうための継続的な情報交換を行う。

医師の健康確保措置の実施例

- 労働時間の把握と管理
- 時間外労働を行う医師への睡眠衛生学に基づく教育の義務付け(日本医師会の関与)
- 勤務間インターバル(勤務と勤務の間を 11 時間空ける)
- 宿日直、オンコール(自宅待機)に関する取り決めに労使で確認
- 夜勤明けの医師に対する安全な交通手段の確保
- 適切な睡眠環境の提供(当直室確保と確実な環境整備)
- 健康不安の訴えのある医師への相談窓口提供(個別的な状況への配慮)

「日本医師会 医師の働き方検討委員会答申」より抜粋

■ 特段の事情について

① 地域の医療提供体制

- <例> ○当該施設が含まれる地域医療圏の医師数が相対的に極めて少ない
○慢性的な医師不足の地域事情、等

② 医療の質確保の必要性

<例> ○診療部門

- ・ 一時的な担当患者数の増加
- ・ 重症度・緊急度が高い患者の即時的な対応が必要な場合
- ・ 疾病の特殊性から、診療に当たる者が限定される場合
- ・ 突発的に担当診療科の欠員が生じた場合
- ・ 医師の教育・研修等のために診療継続が必要な場合

○診療補助部門

- ・ 一時的な患者数増加等に伴う依頼件数の増加
- ・ 緊急度の高い患者対応が必要な場合
- ・ 突発的に担当科の欠員が生じた場合

「日本医師会 医師の働き方検討委員会答申」より抜粋

■ 裁量労働制とは？

- 裁量労働制は時間管理も個人の裁量に任せることなので、勤務時間帯は決められず、出退勤も自由となる。
- 労働時間の概念はあるが、予め『みなし時間』(6 時間働いても、10 時間働いても設定した 8 時間と処理する)が設定されているので、実際に働く時間と大きな乖離が生じるおそれがある。
- すなわち、「残業は個人の裁量だ」というように、雇用者側に都合のいい解釈がされる。
- 業務の性質上、労働者の裁量に委ねる業種のみ裁量労働制を導入できる(専門業務型裁量労働制)。

「労働問題弁護士ナビ」より抜粋

■ 裁量労働制について

現在、大学病院には教育・研究機関として、専門業務型裁量労働制が認められているが、教授・准教授・講師までが対象である。大学病院の助教等でも適用可能とすれば、大学病院の研究業務充実が期待できる。(中略) 大学病院における専門業務型裁量労働制の運用見直しを検討してはどうか。

また、現行の専門業務型裁量労働制は大学病院のみが対象であり、一般病院はすべて対象とされていない。(中略)健康確保措置を十分にとることを必要条件とした上で、一部の一般病院における専門業務型裁量労働制の導入可能性があるか研究する必要があると思われる。

「日本医師会 医師の働き方検討委員会答申」より抜粋(一部改変)

◆ 専門業務型裁量労働制についての議論

本委員会でも、「(労働時間管理を含めた)労務管理」と「裁量労働制」の二つがこの問題に対する key word と考えて議論を進め、救急科専門医を専門業務型裁量労働制の対象とする提案を検討しました。

- 救急医に対して労働時間の上限を設置することは難しい。一方で、「労働時間管理」と「休暇確保」は義務として考えなければならないだろう。
- 自分たちで労働時間を管理し休暇もきちんと取得するので、一時的な上限を超えた労働時間を許容する、「(救急医への特例を認めてもらう)労働管理義務と労働上限時間許容のトレードオフ」として、裁量労働制が成立しないか。

しかしながら、法律的な裁量と医師が思っている裁量の意味には齟齬があり、医師の場合にどういふところに裁量労働とできる専門性があるかの説明が難しいことが分かってきました。

- 仮に、裁量労働制の対象となった場合、悪い経営者であれば「仕事できていないから倍働け」と言うこともできる。そんな風に裁量労働制を曲解されれば、「救急科はいくらでも働かされる」というイメージをつけられかねない。
- 救急医が他の医師と比べてなぜ特別なのか説明できない。救急専門医がなぜ時間を自分で決められるのかを説明することが極めて難しい。
- 日本医師会は医師の特例として、一般の労働者よりも時間を延ばしてもらおうという特例を設けようとしているが、どうして医師だけ特別なのかという根拠が示せなかった。
- 医師全般では、これを裁量労働制の対象とすることで“落としどころ”にしたいというのが本音だと思われるが、医師は勤務時間決まっているので裁量はないだろうとなってしまう。特に、病院の場合は勤務時間に患者がいればその時間に治療しないといけないので、そこに裁量を入れ込む自由はない。
- 例えば、勤務時間外で専門医資格取得に必要な患者が来た時に自己研鑽のために患者を診たとしても、病院に診療報酬が入った時点でそれは労働になってしまう。

◆ 自己研鑽についての議論

医師の自己研鑽については、日本医師会の「医師の働き方改革に関する意見書」(平成 30 年 7 月)の中で、細かすぎる労働時間管理による自己研鑽の阻害が危惧されています。ここでは在院時間を管理者と医師本人が管理する仕組みの必要性を示し、「明らかな労働」と「純粋な自己研鑽」を明確化するとともに、両者間のグレーゾーンについては研鑽を妨げず、健康にも配慮した制度を期待しています(下記)。

「明らかな労働」

- カルテ・診断書作成
- 委員会・会議
- カンファレンス
- 研修医教育
- 地域連携業務 等

「純粋な自己研鑽」

- 自主的勉強会
- 学会参加(発表無) 等

「日本医師会 医師の働き方改革に関する意見書」より

学会がこのグレーゾーンを先行的に定義すれば、それをルールにすることも期待できます。自己研鑽をどのように捉えるかについて、活発な意見が交わされました。

- 「休暇を自己研鑽という言葉に置き換えているのではないか？」という批判が出ないようにしなければならない。
- 他職種にも自己研鑽は必要なはずであり、「何故、医師に自己研鑽が必要なのか？」という理由を明確に説明できなければならない。
- 医療法第一条の四には、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない」と記載されていることから、医師には、賃金を得るかどうかに関わらず自己の研鑽が求められていると言える。
- 「何故、通常の診療時間だけでは足りないのか？」という批判に対してどう抗論するか？
- 文献の検索と読み込み、種々のトレーニングなど、患者から離れた場所での知識の取得や技術の修得も良質かつ適切な医療を行うために必要なことであると認識できる。
- 学会としては、救急科専門医や日本救急医学会指導医の資格を取得するための修練として自己研鑽が必要である、ということを説明すべきである。
- 「(医師は)可能な限りの最新情報を収集する義務がある」という主旨の最高裁判例がある。このことも医師が診療から離れた時間を使い、業として自己の研鑽を行うことの正当性を示している。

※ 最高裁第二小法廷平成 14 年 11 月 8 日判決(判時 1809 号 30 頁)

医師は、向精神薬を治療に用いる場合において、その使用する向精神薬の副作用については、常にこれを念頭において治療に当たるべきであり、向精神薬の副作用についての医療上の知見については、その最新の添付文書を確認し、必要に応じて文献を参照するなど、当該医師の置かれた状況の下で可能な限りの最新情報を収集する義務があるというべきである。

- 電子カルテを使用した症例の勉強、シミュレーターを使ったトレーニングは病院内でしか成し得ない。この点は強調すべきである。

- 「医療行為」とは、医師が病気に罹患した患者に対して、疾病の治療、健康回復を目的として、治療行為を施すことであり、(ア) 疾病治療・軽減、(イ) 疾病予防、(ウ) 奇形矯正、(エ) 助産・医術的墮胎、(オ) 治療目的のための患者に対する試験、(カ) 医療上の進歩のための実験の、およそ 6 種類と定義されている(松倉豊治「医師から見た法律」, 大阪府医師会編『医療と法律』, 法律文化社, 1971)。このことから、(ア)～(カ)に直接関わる行為と上記の「明らかな労働」の両方に該当しないものは自己研鑽であると考えて良いのではないか。
- 医療機関が収入を得ることになる行為はすべて労働であると認識されており、これは動かせない。収入を得るための医療行為を行っている医師と自己研鑽で参加している医師は区別できるのではないか。

これらの議論を踏まえ、いくつかの法的記述に基づき医師には自己研鑽が必要であること、それは病院内でしかできないことが多く存在することを根拠に、自己研鑽時間を「医療行為と明らかな労働(上記)に関わっていない時間」と定義し(※)、救急医個人および救急医学会による労務管理の実施を条件に、在院時間と労務時間の分離を主張することとしました。

◆ 「タスクシフティング」と「集約化」について

- 日本救急医学会としてタスクシフティングを推進する提案ができるとすれば、救急救命士制度の活用だろう。
- 初療室での医師業務の補助ができれば、医師の業務負担軽減に繋がることが期待できる。
- 救急救命士法における「場の規定」の拡大(もしくは撤廃)や省令で定めるところの特定行為の拡大によって可能になるだろう。
- 看護師(看護協会)の理解、職務上の立場、給与体系などが課題になると思われる。
- 当院では看護助手としての採用を行っている。給与は放射線技師や臨床工学士と同等に規定するのが妥当か。
- 集約化については、救命救急センターの集約化となると異論が噴出するだろう。
- 救命救急センターの多い地域ではある診療領域に特化した患者集約は可能だが、地方では既に集約化されているところもある。一律の議論にはならないだろう。
- 地域医師会医師が救急医療施設で夜間救急に対応するなど、人的な医療リソースの集約、という観点で集約化について記載するのが現実的と思われる。

以上から、救急救命士制度の活用によるタスクシフティングと、地域医師会医師を巻き込んだ人的集約を提案する方針としました。

IV. 日本救急医学会としての働き方改革に向けた提案

医師の働き方改革に関しては、厚労省の有識者検討会が本年度末を目途に最終報告をとりまとめる予定です。厚労省の鈴木医務技監は「医師一人一人の業務内容を把握し、(業務か業務外かなどの)白黒を分けて時間を判断する」、「病院はグレーゾーンが多いという前提で、医師の時間外労働時間の上限自体を他職種より増やす」の2点が想定される結論になる、と推測しています(平成30年7月2日 m3.com 医療維新より)。

本委員会でも、上記1点目の実態調査を行うとともに、2点目については、救急医の健康を守りつつ現状の救急医療体制を維持するための方策を求めて議論してきました。これまでの検討では、適切な労務管理の実施と在院時間内における自己研鑽時間の捉え方に焦点が当てられ、次の課題が提起されました。

- ① 「労働」や「自己研鑽」を救急医学会なりに定義することが必要である。
- ② 休暇取得率の把握や連続休日の義務化など、「休む時間」の指標も必要である。
- ③ 簡便で確実な労務管理方法が必要である。
- ④ 労働時間管理に際しては、医師の養成や自己研鑽を阻害しないことが必要である。
- ⑤ 救急医の働き方改革に伴う救急医療の変化に対する社会の理解が必要である。

本委員会の実施した救急医の労働時間実態調査においては上記①について例示し、また③についても実行可能性があることが示されました。今回の労働時間実態調査結果が示すように、1ヶ月の総労働時間(ここでは自己研鑽時間と思われる時間を含む)が毎月続くことがあれば、現場の第一線で働く救急医の時間外労働時間はたちまち上限規制を超えてしまうでしょう。自己研鑽の時間を含めて法を適用されることになれば、地域の救急診療体制へ多大な影響をもたらし、やがては救急医療の質の低下につながることは疑いの余地がありません。

「地域医療を守るための診療や対外的活動、研鑽に対して、単純に労働基準法を守っていないと言われる不条理から救急医を守る。」

このことこそが日本救急医学会としての役目であると思います。それを踏まえて、過度な長時間勤務を防止するための何らかの“網”をかける「労務管理」ルールの設定と、それを条件とした救急医療体制を維持するための新たなルールとの“トレードオフ”が提案できればいいと考えました。

日本救急医学会としては、「現在の法規定の中で、それを守りつつ現状を維持する」ための実現可能性のある方策を提案したいと思います。

働き方改革に伴う一連のルール設定は、これまでの救急医の労働状況を一変させる可能性があり、受入には抵抗があるかも知れません。ルールによる新たな作業負荷も生じることも予測されます。しかしながら、医師(救急医)の働き方をどうするかをわれわれ自身で決める好機と捉え、これを建設的に考えていただきたいと思えます。

+++++

日本救急医学会としての働き方改革への対策

(1) 救急医個人と施設管理者は労務管理義務を負う。

- a) 救急医一人一人は、自らの日常の労働時間管理を実施し、自己フィードバックを行う。
- b) 病院長および救急科施設管理者は、救急医に対する産業保健業務を実施する。

救急医の所属する医療機関において、例えば日本医師会の答申に記されている「産業保健活動の包括的管理」や「医師の健康確保措置」等を確実に実施し、救急医一人一人が自らの労務管理を行うことと、病院長および救命救急センター長や救急科部長などの救急科施設管理者もスタッフの労務管理を統括することを義務付けます。

労働時間管理には労働時間記録と休暇取得記録を設けます。前者によって院内外での労働時間を労働内容の細目（労働時間実態調査参照）を参考に記録します。後者は、有給休暇/夏期休暇の取得や（例）定期的な連続2日の休日取得などを義務付け、それらを記録します。

これらの記録・管理は専用のアプリケーションソフトを用いて行い、月ごとの残りの時間外労働時間や、総労働時間に対する休暇取得率などが経時的に可視化できるようにします。

病院長および救急科施設管理者は、労働時間管理記録を通して救急医への定期的なフィードバックを実施するとともに、日本医師会がまとめた「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」などを用いて救急医の労務管理を実施します。

(2) 日本救急医学会は学会員と救急科施設に対する労務管理に介入する。

- a) 専門医/指導医資格取得・更新のための条件に産業保健に関する講習の受講を義務付ける。また、同資格指定施設条件に(1)の実施を義務付ける。
- b) 救急科施設に対する労務管理評価システム（例：毎年の報告義務、学会による site visit、救命救急センター認可に対する推薦・勧告、学会員による申立て制度など）を創設する。

救急科専門医プログラムの中に「専門医になるために、救急医を続けていくために、どんな働き方をすべきか、自らが労務管理できる能力を涵養させる」という内容を組み込みます。指導医資格には、それらを管理できる能力が備わっているかを問います（産業医有資格者は受講を免除する）。

学会として「産業医」を置き、学会員に対する労務管理状況の把握、ストレスチェック等を実施します。また、この産業医には学会員がいつでもアクセスでき、相談や申立てができるようにします。

これらは、個々の救急医が所属する医療機関が行う労働安全衛生とは別に実施することによって“double safety net”となることを期待します。

(3) 在院中の自己研鑽時間の設定を提案する。

- a) 自己研鑽時間を定義し(P13※)、在院時間と労務時間を分離する。
- b) 現行法令の年間の時間外労働上限時間に「自己研鑽時間」を上乗せする。長時間の在院を防止するために「自己研鑽時間の上乗せは単月で△△時間まで」、「休暇期間を自己研鑽の上乗せ分に入れることはできない」などの条件を設定する。

在院時間がすべて労働時間ではありません。病院は「診療の場」であるとともに、学習や情報交換を行う「学びの場」としての空間でもあります。文献の検索と読み込み、種々のトレーニングなど、患者から離れた場所での知識の取得や技術の修得が必要です。また、電子カルテを使用した症例の勉強、シミュレーターを使ったトレーニングは病院内でしか成し得ません。救急科専門医や日本救急医学会指導医の資格を取得するためには、通常の診療だけではなく、これらの off-the-job training が絶対的必要事項です。このように医師には、賃金を得るかどうかに関わらず自己の研鑽が求められているのです。医療法に定められる「良質かつ適切な医療を行う」ためには、この自己研鑽の時間を確保しなければなりません。

救急医における「明らかな労働」と「純粋な自己研鑽」の間のグレーゾーンを明確に定義し、院内での自己研鑽に充ててよい時間を別建てで決めることを提案します。これは労働時間に自己研鑽時間としての+αを設定するものであり、これによって、救急医の養成や自己研鑽を妨げない制度の具体化ができると考えます。

(4) タスクシフティングを進める。

- a) 初療室での医師業務の補助を中心として、救急救命士資格者の雇用推進を提案する。
- b) 上記を達成するための、救急救命士法第四十四条(特定行為等の制限)に関する法的処置を要望する。

救急救命士による初療室での医師業務の補助ができれば、救急医の業務負担軽減に繋がることが期待できます。ただし現行制度においては、いわゆる「場の規定」は病院内での医師の診療補助を想定していませんし、許可されている特定行為の内容も不十分であるため、十分なタスクシフティングは達成できません。

タスクシフティングの対象となる具体的な業務内容には、静脈路確保や輸液製剤の接続・交換、気管挿管と単純な呼吸管理、ドクターカー/ラピッドカーなど救急現場出動のための車両の運転と現場での診療補助、地域メディカルコントロール業務の補助、などが挙げられます。

これらの改訂をするために早急に議論を開始することが望まれます。この際、看護師(看護協会)の理解、病院内における職務上の立場や給与体系なども課題になると思われます。

(5) 救急医の働き方改革を実現するために社会への要望をする。

日本救急医学会としては、次代を担う医師、看護師やその他のメディカルスタッフが安心して救急医療を担えるように、より効率的で質の高い救急医療体制の構築、診療環境の整備、教育の充実に向けて努力しなければなりません。そのためには、日本救急医学会や救急医だけの努力では到底実現しないことは明らかであり、①地域住民、②地域医療機関、③行政がそれぞれの立場で努力をしつつ、同時に連携して対応する必要があります。

以上の認識から社会に向けて以下の要望をします。

① 地域住民への要望

この機に国民に対して救急医の働き方改革をアピールし、広く国民に理解を得るために、以下の要望をします。

救急医療は社会的なインフラです。地域社会全体で皆が守るべき貴重な資源です。救急医療の維持・向上のためには、限りある救急医療資源を皆で有効に利用することが大切です。一方で、現在の救急医療は救急医の過剰な労働によって支えられているにもかかわらず、これまで救急医の労働時間についてはほとんど考慮されてきませんでした。救急医の働く環境が現状のまま、働き方改革による労働時間制限が適用されれば、このインフラが維持できなくなることは明かです。

日本救急医学会は、救急医の健康を守るために、法を遵守し適切な労務管理のルールを設定します。このルールが適用された場合、これまで通りに救急診療の質を保つためには、不要不急の救急診療、病状説明の時間帯や種々の書類作成のための時間などが制限されることが予測されます。従来のようにいつでも病院内で救急医にアクセスできる利便性の良い救急医療体制を継続することが難しくなることを、国民の皆さんには十分に理解してもらわなければなりません。

休日・夜間の救急外来では、検査が十分にはできない、薬が数日分しか処方できない、日中に再度受診する必要がある、などの制限が生じ得ます。必要な時は迷わず受診していただきたく思いますが、同時に、救急医療のかかり方、救急車の利用の仕方を知り、限られた救急医療資源を一緒に守っていただきたいと思います。

② 地域医療機関、地域医師会への要望

1) 救急医療を担当しない地域医療機関

救急医療資源は物的に有限であり、現状では多くの地域で特に医師や看護師など人的資源が不足しています。不足する人的救急医療資源を支援する体制整備のために、地域医師会の主導で、救急医療に直接関わらない一般的なクリニックの医師も救急科施設で診療するなどの、人的リソースを集約化する体制を構築する必要があります。

2) 救急医療を担当する地域医療機関

救急医療を担当している医療機関は、地域の救急医療体制教育や実習の拠点でもあります。特に、三次救急医療機関は教育・研修が大きな役割の一つと認識され、実際、厚労省が評価する救命救急センター充実度評価の重要な項目としても位置付けられています。救命救急センターが地域救急医療機関、地域医師会と教育・実習という観点で密接に連携し、地域の救急医療の教育、体制の維持・向上の拠点として機能するようなルール作りが必要です。

③ 行政への要望

上記①および②を実現するために、必要な支援や措置を積極的に行うことを要望します。例えば、どのような病態が不要不急であるか、救急医療機関への受信が必要であるかの判断は一般市民にとっては困難なことです。#7119のような救急相談センターを全国各地で利用できるような体制整備、タスクシフティングのための救急救命士制度の適用拡大などを早急に進めてください。

これらの内容を多様な情報媒体(新聞、テレビ、ラジオ、インターネット等)を通してキャンペーンを行う企画をしたいと思います。

+++++

V. 今後の委員会議論の方針

本年度の日本救急医学会総会・学術集会において学会員から広く意見を求め、平成 30 年度末までに公表される予定の厚労省見解を踏まえた本委員会提言の修正と、実際の運用のための具体策の検討を行う予定です。

検討すべき項目として以下の課題が残っています。

- 女性救急医の支援策は、救急医の働き方改革を側面から支えるものと考えられます。短期的に実行可能な方策と中長期的に取り組むべき方策を明示しておく必要があります。
- ER 型診療＋シフト制施設と完結型診療施設では労働形態が異なることから、労働時間や休暇取得の方法が違ってきます。労働時間の管理を行う上で、別々にルールが必要であるのか一律のルールでよいのか、議論が必要であると思われます。
- 上記の提案を実行するため、救急医学会としてのロードマップを作成する。

これらの課題に対する“答え”を含めて、次年度前半で最終報告をまとめたいと考えています。