

# 医師の働き方改革に関する特別委員会

## 報告書

令和元年 10 月

日本救急医学会

## 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	八戸市立市民病院 院長
	佐々木 淳一	慶應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
	横田 裕行	日本医科大学救急医学 大学院教授

(委員 50 音順)

## はじめに

2019年4月から、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」)が施行されました。医師に関しては業務内容の特殊性が考慮され、本法の適用に5年間の猶予が与えられています(2024年4月より適用)。厚生労働省では、医師に対する本法適用についての具体策を議論するために「医師の働き方改革に関する検討会」を設置し、本年3月にその報告書(以下、厚労省報告書)が発表されたところです。

この「医師の働き方改革に関する検討会」では、その議論の前半で労働環境の改善に関して、昨年2月に「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」を提示し、労働時間管理、36協定の点検、産業保健の活用は、救急医に限らず病院全体がすぐに実行しなければならない項目であるとしています(下記)。

+++++

### 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組

- 1) 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- 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
- 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

+++++

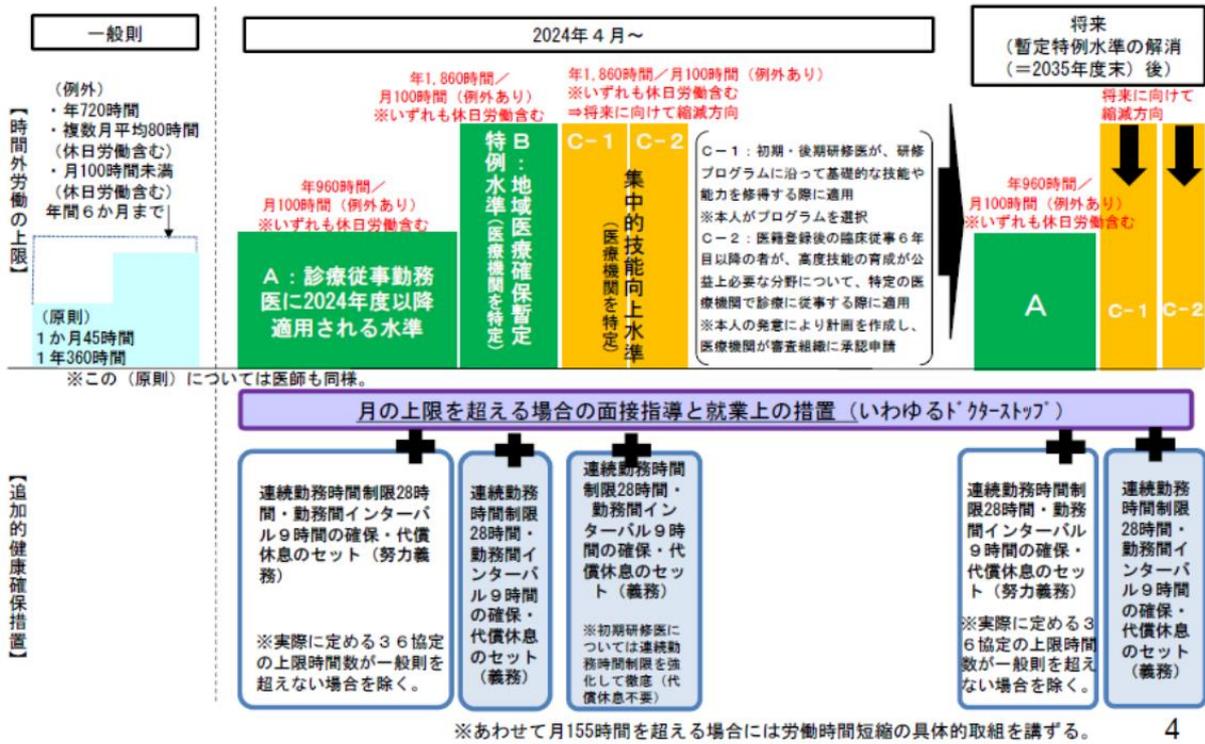
これらの緊急的な取組が進められる中で、厚労省報告書には医師の時間外労働時間の上限設定が明記されました。すなわち、時間外労働の上限は、脳・心疾患の労災認定基準を考慮した(A)水準(年960時間)と、都道府県が特定する医療機関に対する(B)水準(地域医療確保暫定特例水準、年1,860時間)です(下図①)。

また、(B)水準が適用されるためには、通常の労務管理に加えて「追加的健康確保措置」が行われることが前提となります。これは、①連続勤務時間制限28時間と、②勤務間インターバル9時間を設けること、③時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導と必要な就業上の措置(就業制限、配慮、禁止)をとることの3点です(下図②赤線枠)。

今後、全国の医療機関は上記の緊急的な取組に着手するとともに、自施設の医師の労働時間が(A)水準に収まるように施策を巡らし、(B)水準とせざるを得ない場合には「追加的健康確保措置」の準備をしなければなりません。医師の労働時間が過長であるとされる救急医療施設においても、これらの実行が必須であることは論を俟ちません。

日本救急医学会では“救急医の働き方”に積極的に関与し、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を提案することを目的として、2018年4月に「医師の働き方に関する特別委員会」(以下、本委員会)を設置しました。本委員会ではこれまで、同年11月に「中間報告」、本年1月に「追加提言」、7月に「アクションプラン」をそれぞれ発表してきましたが、この報告書では2024年4月の本法律の適用開始に向けて日本救急医学会がなすべき行動の指針を示したいと思います。

医師の時間外労働規制について①(厚労省報告書より)



医師の時間外労働規制について②(厚労省報告書より)

	(A) 水準	(B) 水準	(C) 水準
縮36時間結協定でき	月45時間以下・年360時間以下		
①通常の時間外労働(休日労働を含まない)	月100時間未満(ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり)		
	年960時間以下	年1,860時間以下	
②「臨時的な必要がある場合」(休日労働を含む)	月100時間未満(例外につき同上)		
	年960時間以下	年1,860時間以下	
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間(休日労働を含む)	月100時間未満(例外につき同上)		
適正な労務管理(労働時間管理等)	一般労働者と同様の義務(労働基準法、労働安全衛生法)		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施	現行どおり(勤務環境改善の努力義務)	義務	
追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間※1(宿日直許可なしの場合)	努力義務	義務
	勤務間インターバル9時間	(②が年720時間等を超える場合のみ)	
	面接指導(睡眠・疲労の状況の確認を含む)・必要に応じ就業上の措置(就業制限、配慮、禁止)		
	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務(月100時間以上となる前に実施※3)		

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討(36協定にも記載)。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) - 1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間(その後の勤務間インターバル9時間)又は24時間(同24時間)とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能((C) - 1水準が適用される初期研修医を除く)。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

## I. 本委員会の議論の経緯

本委員会ではまず、「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組」と「中間的な論点整理」の内容に関して議論を行いました。ここでは本委員会の前半の議論を総括し、「中間報告」と「追加提言」の意図についてまとめます。

本委員会始動当初の議論では、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、「中間報告」に向けて次の課題が整理されました。

- ① 「労働」や「自己研鑽」を日本救急医学会として独自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。

### 1. 緊急的な取組に対する議論

「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」では、医師の労働時間管理の適正化をその第一に掲げています。本委員会で整理された課題の②③がこれに相当します。そもそも組織も個人も、労務管理を職務上の義務として重要視してこなかった勤務医の世界ですから、36 協定や産業保健の内容から理解をしていく必要があります。同時に個人の労働時間や休暇取得率の把握を進めることで、産業保健の必要性も認識できるでしょう。日常の診療に追われるばかりの救急医療施設、救急医療部門が労務管理を実施しやすくするために、本学会が積極的に関与・介入していくことが必要だとの結論に至りました。

### 2. 自己研鑽に関する議論

医師の成長のためには自己研鑽を欠かすことができません。昨今は、専門医制度による研修プログラムへの参加はもちろん、専門医資格取得後も継続的に研鑽を積む必要があります。働き方改革によってこれらに費やす時間までもが労働時間として換算されてしまえば、第一線で働く救急医の総労働時間はたちまち設定される上限規制を超えてしまいます。このことは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。本委員会としては上記の課題①④を念頭に、中間報告において自己研鑽時間を十分に確保する必要性を訴えその方策を提案することとしました。

また、救急医には自己研鑽のみならず、メディカルコントロールに係る業務や災害医療に関する訓練の企画・実施、JPTEC や JATEC、MCLS などの体験型研修の指導など、様々な院外業務があります。これらは労務管理の対象とせざるを得ませんが、病院内の時間と労働時間が一致しない点は労務管理上も重要であり、救急医に特徴的であると言えます。

### 3. 社会に対する提案

救急医療体制は“社会基盤”の一つと言えます。この体制を維持することは、国民生活を支える上で日本救急医学会や個々の救急医の重要な責務です。他方、働き方改革による救急医の総労働時間制限が、増え続ける救急需要に対応することができるのが今後の課題として救急医の前に立ちはだかっています。

日本救急医学会としては、救急医の働き方を改革すると同時に地域の救急医療も守らなければなりません。課題⑤については、救急医療へのアクセスが一方向的に増加することを漫然と容認することなく、地域の住民、医師会、行政などの社会に対して適切な救急医療へのアクセスや医療連携などを訴えました。

### 4. 中間報告と追加提言

本委員会での以上の議論を踏まえ、日本救急医学会では「中間報告」で働き方改革への対策を発表しました。ここでは、救命救急センターをはじめとする救急医療施設や救急医個人が、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」を実践するための具体的方策を提示しています。

その後、「医師の働き方改革に関する検討会」において医師の時間外労働の上限をどの程度に設定するか議論が進められたことを受け、「追加提言」を発表しました。“救急はブラックである”との誤解を招くことのないよう、救急医を目指す医師が増えるための環境整備を目指すことを宣言しました。また、時間外労働の上限規制についてはその必要性は理解する一方で、現状の救急医療体制を維持できなくなることを危惧し、学会としては過剰な規制を牽制する一文を加えています。

#### ■ 日本救急医学会としての働き方改革への対策(中間報告)

+++++

##### (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。

##### (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。

##### (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、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。

(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。

(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。

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らかです。

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と一緒に守っていただきたいと思えます。

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診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。

+++++

## ■ 医師の働き方改革に関する追加提言

+++++

日本救急医学会は、

- 医療機関に勤務し地域の救急医療体制の維持と推進に貢献する医師の健康を守り、救急医を目指す医師が増えるための環境整備を目指し、一般則を遵守できる方策の実施に早急に取り組む。
- 救急医療に携わる医師の業務負担軽減策が実効性を得るまでの間は、所属する医療機関の一般医師とかけ離れない範囲で、現状の救急医療体制を維持するに足る水準の時間外労働時間の上限引き上げが必要であることを容認する。
- 時間外労働規制案は、地域や診療科の実情に合わせて規制時間内の中で医療機関が多様に準備し、一医療機関内でも診療科ごとに選択できる制度を提案する。
- 業務負担軽減策の達成には、一般則の適用猶予期間とは別に、軽減策ごとに具体的な達成目標と達成時期を設定することを提案する。

国民の協力が必要な業務負担軽減策については、政府、日本医師会、日本救急医学会が一体となって推進することを要望する。

+++++

## 5. 厚労省報告書への影響

「医師の働き方改革に関する検討会」では、その議論の終盤は医師の時間外労働規制の水準をどこに設定するかに焦点があてられました。本来行われているべきである労務管理や、中期的な議論と制度設計の必要なタスク・シフティングは医師の労働時間に“間接的に”関与しますが、時間外労働を含む総労働時間の枠組は救急医療体制維持に“直接的に”影響するものです。また同じ理由で、自己研鑽時間をどのように定義し労働時間と分離するかについても注目しなければなりません。本委員会ではこれらの議論の進捗について、リアルタイムに情報を収集しつつ、厚生労働省担当者、日本医師会理事、参議院議員などに面会しながら、「中間報告」や「追加提言」の内容を伝えていきました。

厚労省報告書では、過労死ラインとされている月 80 時間の約 2 倍に相当する(B)水準(地域医療確保暫定特例水準、年 1,860 時間)が設定されました。この水準には多くの異論も出ているところですが、救急医にとっては現状の救急医療体制が維持されるだけの上限ラインが必要であったことから、「追加提言」にある、「現状の救急医療体制を維持するに足る水準の時間外労働時間の上限引き上げが必要」の一文は(B)水準設定の“後押し”になったものと推察します。もちろん、「中間報告」において労務管理の徹底を掲げたことがその前提にあることは言うまでもありません。一方で、「追加提言」にある一医療機関内でも診療科ごとに(A)水準、(B)水準の選択を可能にするという提案が退けられたことは残念でした。

また、自己研鑽時間については、本年 7 月の「医師の宿日直許可基準・研鑽に係る労働時間に関する通達」によって労働時間との分離の見解が示されましたが、年間の時間外労働上限時間に「自己研鑽時間」を上乗せするという「中間報告」案は反映されませんでした。

## II. 厚労省報告書について(委員会での論点整理)

厚労省報告書の発表を受け、本委員会ではその内容を如何にして実践するか、日本救急医学会として行うべき具体的な行動についての議論に進みました。

厚労省報告書全般に対する委員からの意見は次の通りでした。

- 現在の時間外労働上限規制の数字は本委員会の調査時間(中間報告)からすれば妥当であろう。
- このルールによって、一般の二次救急病院は(A)水準にせざるを得ないし、大学病院はいわゆる“アルバイト勤務”による医局員の労働時間消費を避けるために二次救急病院から医師派遣を引き上げる可能性がある。
- 対外的活動もきちんと労働として扱うことになれば、将来、救急医の労働時間のすべてを(A)水準に収めることは難しいのではないか。
- やはり、(B)水準の適用を病院単位ではなく、診療科単位にする方が現実合っている。
- 診療労働と自己研鑽を区別することは現実的ではない。自己研鑽ルールは書面提出などの作業が複雑なので形骸化するかも知れない。上限規制を引き下げた上で医師の裁量をもっと増やした方が良い。
- タスクシフトは、少々の処置を任せぐらいでは無意味であり、相当量の業務を移管できなければ意味が無い。

続いて、いくつかの課題ごとに論点整理を行いつつ具体的方法についての議論を行いました。

### 労務管理

- 各救命救急センターが(A)(B)どちらの水準に入るかの調査をすべきではないか(現時点と2024年4月時点の両方)。
- 厚労省の救命救急センター評価には「シフト制」の有無で評価されているが、これを「労務管理」で評価するべきであろう。委員会(学会)として働きかけをする必要がある。
- 中間報告では「学会が学会員と救急科施設に対する労務管理に介入する」ために、シフト制の有無ではなく「労務管理評価システム」を持つことを掲げている。その一つとして、学会員自らが労務管理で  
きる能力を持つための講習会の実施が提案された。
- 上記の講習会として、産業保健に関わる内容の救急領域講習(60分)を実施する。救急科専門医資格の取得および更新時のポイントにする。また、産業医資格更新のためのポイントにもできることとする。
- 労務管理は組織マネジメントであることから、救命救急センター長などの救急科施設管理者向けの講習会も開催してはどうか。指導医セミナーや社員総会時に30-45分程度で実施する。Webなどでも受講できるようにする。
- 学会による「労務管理評価システム」として、site visitによって労務管理の良否を評価する。
- 将来、救命救急センターの充実段階評価項目にも労務管理が入ってくるのが予想され、site visitは重要になるであろう。悪い施設の矯正だけでなく、良い施設を紹介することは全体に資する。

- 学会がチェックポイントを作成し、実施は各ブロック(地方会)に委譲する。対象は救命救急センター＋指導医施設とし、5年間に1回のsite visitによる労務管理評価を受審する(5施設ごとにグループ핑して1年1カ所。5年でグループを再編)。
- これらの実施のために学会内に常設委員会の設置が必要である。

### タスクシフト

- 「中間報告」で救急救命士へのタスク・シフティングを提案したことを受け、「消防機関以外に属する救急救命士の業務の質の向上と活用等に関する協議会」が組織され、議論が始まったところである。
- 長崎大学心臓血管外科では、診療看護師(nurse practitioner: NP)1名が医師の診療補助を行っている。検査データの解析、検査オーダー等々の日常の病棟業務の多くを代行しており、当該診療科医師の負担は大きく軽減されている。病院雇用、医局所属であるために看護部による人事が及ばず、取得した資格を十分に生かしているものと推察される。
- NPの行為については「手順書」に沿って行う事で免責されている(包括的指示)。内容は相当に詳細なものであり、基本的には「行っていいこと」が軸で、それ以外についてはオンラインMCを受けるというフレームなのだろう。
- 現行の看護師の特定行為研修については、5年以上の経験を持つ者を対象とし、38項目からなる特定行為を2年間で修得している。各項目で5症例の経験が必要であることから、研修修了までの経済的・年時的負担が大きいことが問題となっている。
- 現在、特定行為研修については麻酔科、外科、在宅領域で必要な行為のみをピックアップして研修を行う「パッケージ化」が行われている。本学会でも「看護師特定行為における救急領域パッケージ作成タスクフォース会議」が議論を行っている。ここでは、「救急外来から入院早期」をターゲットとする方針である。
- 本委員会としては、例えば、救急車の受入台数<2,000、2,000-6,000、6,000-10,000、>10,000の4つの規模ごとに救急科NPが何人という具合に、「いつまでに何人の救急科NPを養成するか」という提案をしてはどうか。

### 救急医の働く環境整備

- 男女問わず様々な事情があるので、女性救急医だけに焦点を当てて考えなくてもよいだろう。ただ、女性医師バンクには「救急科」が設定されていないので、学会としてマッチングを支援できないか。
- 日本医師会の女性医師支援バンクに「救急科」の求人情報欄を追加し、各施設にその旨を伝え、情報を登録してもらおう。
- 女性医師を対象にするだけでなく、セミタイアした医師(救急医に限定しない)などのバンクを作ってERの日勤帯に入ってもらえるなどのアイデアが出された。学会がマッチング制度を作ってみてはどうか。
- 仕事への復帰支援プログラムを学会として設けることは有益である。
- 子育て休暇だけでなく、これからは介護休暇も必要になってくるだろう。これらを包括した家庭支援のしやすい環境を作ることが求められる。
- シフト制や複数主治医制を敷いている救急科施設は人気が高いだろう。そのような施設リストを提示できればいいのではないか。
- そのようなリスト作成は人的リソースの偏在を助長しないか。

- 勤務体制に拠らず、site visit によって、所謂、“white”～“black”の何段階かの施設評価を行うことで環境整備が進むのではないか。

### 医療ニーズ

- 救急医療ニーズの抑制は本当に可能なのか？ 時間と数量目標がなければできないのではないか。
- 政策的に救急車の出動件数を抑えても救急需要そのものは抑えることはできないだろう。
- 「抑制」という言葉は使わない方がよい。「適正利用」という語も一般の人にはわかりにくい。「必要時には救急受診を」としつつ、その必要時がどんな時なのかを知らしめていくのがよい。
- 厚労省の「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」が、「いのちを守り、医療を守る」国民プロジェクト宣言！を掲げている。(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000458856.pdf)
- 社会へのアピールが絶対的に不足している。学会としてもポスターや動画の作成を通じてもっと広報活動を進めるべきである。

以上の議論を、日本救急医学会として医師の働き方改革にどう臨むかを示す「アクションプラン」としてまとめることとしました。

また、若い救急医を増やすために、医学部学生や臨床研修医らに対して日本救急医学会の働き方改革に向き合う“覚悟”とその「アクションプラン」を示したポスターを作成し(次頁)、全国の 80 の大学医学部、290 の救命救急センター、552 の日本救急医学会専門医指定施設に送付しました。ポスターの伝える意図をさらに広めるために、今後、例えばポスターのコンセプトを視覚化する、「働き方改革に関する動画コンテスト」を開催することも提案したい。

参考：日本蘇生学会の「心肺蘇生法普及動画コンテスト」([http://www.j-sosei.jp/contest/cpr\\_winners.html](http://www.j-sosei.jp/contest/cpr_winners.html))

# 人を救うには、まず自分が健康でなければならぬ。

そうでないと、判断を誤る。スタッフが迷う。  
家族が心配する。自分を責める。  
もしもキミが救急医になるのなら  
まず自分のことを最優先に考えて欲しい。  
それを非難する人がいるならば、  
私たちが引き受ける。  
高齢化は進む。医師は足りない。  
だからこそ救急医が健康であること。  
これは義務だ。

## 日本救急医学会

働き方改革アクションプラン

1. 救急医学会に労務管理に係る委員会を設置
2. 労務管理に関する救急科領域講習と管理者向け講習の実施
3. 施設間相互訪問評価の実施
4. 救命救急センター充実度評価項目に労務管理の追加を要望
5. 救急科に係わる診療看護師養成を推進
6. 救急救命士制度のタスク・シフティングに関する議論を推進

[jaam.jp/actionplan](http://jaam.jp/actionplan)



### III. 日本救急医学会のアクションプランとその具体的作業案

厚労省報告書の内容を議論した結果、以下のアクションプランを掲げ、その実施を進めることとしました。

#### (1) 日本救急医学会に労務管理に係る委員会を設置

- ✓ 理事会も必要性を理解しているところであり、10月の理事会で本報告書が承認された後に当該委員会が設置される見込みである。
- ✓ アクションプランの(2)以下については、当該委員会が作業を開始しやすいようにたたき台を提示するものである。

#### (2) 労務管理に関する救急科領域講習と管理者向け講習の実施

- ✓ 救急科領域講習の中に「労務管理に関する講習」を義務付けることを提案する。実施主体は学会の専門医制度委員会等に委ねることになるが、本委員会としてはこの講習の実施を“strongly recommend”としたい。
- ✓ 講習会は、現在の共通講習に準じて60分、内容は労務管理や産業保健に関するものとし、受講は産業医資格更新のためのポイントにもできることを提案する。
- ✓ 管理者向け講習会については、できる限り早い時期に医師の働き方改革の詳細を理解してもらう必要があることから、救急部門施設管理者を対象に救急医学会総会・地方会、臨床救急医学会総会などで開催することを提案する。内容は、医師の働き方改革についての解説、働き方改革の“ホワイトケース”や長崎大学心臓血管外科のタスク・シフティングなどの好例の提示などである。

#### (3) 施設間相互訪問評価の実施

- ✓ (1)の委員会が実施主体となる。病院機能評価、医療安全と感染制御の相互訪問調査、診療の質評価委員会のなどのチェックリストを参考に、訪問評価のノウハウを学んだ後に実施する。
- ✓ 実施は各ブロック(地方会)に委託する。
- ✓ 評価者の育成が必要であるが、これまでメディカルコントロール(MC)に係る医師の養成を進めてきた手法と同様に、厚労科研\*横田分担研究班の中で評価者講習会の開催を提案する。  
\*厚労科研地域医療構想を見据えた救急医療提供体制の構築に関する研究(山本保博主任研究者)

#### (4) 救命救急センター充実度評価項目に労務管理の追加を要望

- ✓ 現行では、「シフト制の有無」が救命救急センター充実度評価項目になっているが、これを「労務管理の優劣」などに変更することを、救命救急センター充実度評価を検討している上記厚労科研坂本分担研究班に対して要望する。

#### (5) 救急科に係わる診療看護師養成を推進

- ✓ 看護師特定行為のパッケージ化研修などを利用した「救急科診療看護師(emergency nurse practitioner: eNP)」を養成し、抜本的なタスク・シフティングの推進を提案する。

#### (6) 救急救命士制度のタスク・シフティングに関する議論を推進

- ✓ 救急救命士制度を利用した病院勤務の救急救命士養成を視野に、関連団体との間で救急救命士へのタスク・シフティングを検討する協議会が発足しており、この協議会を基軸に制度設計、法令改正等の作業を進めることを提案する。

(1)～(3)は、日本救急医学会が救急医療施設に対して労務管理に積極的に介入し支援をしようとするものです。(2)(3)は実現性、実効性ともに高く、2024年4月の本法律の適用開始までに十分に準備可能であると考えます。

(4)はルールの遵守に対するインセンティブを期待するものです。現行の評価項目の「シフト制の有無」がそもそも救急医の労働環境の改善を意図して設けられているとすれば、この提案はそれをさらにバージョンアップすることになるため変更することに障壁は無いものと思料されます。

(5)(6)はタスク・シフティングの推進を意図しています。看護師や救急救命士への業務移管については、これらの職種に対するMC(日本医学会では「医療統括」と称しています)が機能していることが前提となります。その点、われわれ救急医は2000年以降から病院前救護においてMCについての知識や実務経験を積み重ねてきた実績があり、この議論を進める上でも大きなアドバンテージがあります。ただ、気管チューブの位置調整やドレーン抜去といった程度の業務移管だけでは救急医の働き方を改善することは不可能でしょう。直接的・包括的な指示下に相当の「権限委譲」を行うレベルの業務移管でなければ、期待されるような救急医の業務負担軽減にはならないと思われます。

一方で、看護師や救急救命士への権限委譲では、「医師にしかできないことを、他者を利用して行わせる」という誤解を生まないように進めることが肝要です。また、タスク・シフティングが本当に医師の働き方に好影響を与えるかどうかを検証する必要もあります。ある特定の地域を設定した上で、コントロールスタディなどを実施することも考えて良いかも知れません。

本年7月に厚労省は「タスク・シフティング推進に関するヒアリング」を実施しています。日本救急医学会としてここに提出した資料を今後の議論の参考に示します。

① 現在医師が担う業務のうち移管可能と考えられる業務

	業務内容	移管先	ボリューム	移管が可能と思われる理由
1	救急室（救急外来、初療室）を主とする院内での診療補助			
	① 病歴聴取、バイタルサイン測定 ② ①の結果より軽症と中等症・重症をトリアージ → 軽症は③以降へ → 中等症・重症は静脈路確保（輸液）を行うと同時にドクターコール ③-1 包括的血液検査オーダーと採血・採尿 ③-2 包括的放射線検査オーダー	看護師	救急外来患者一人あたり30-40分程度	現行法のもと看護師が実施可能であるが、業務移管が進んでいないため。
	④ 動脈穿刺による採血 ⑤ 橈骨動脈ラインの確保 ⑥ 脱水症状に対する輸液 ⑦ 抗痙攣剤投与			検査オーダーの是非については現行法に明記されていないが、医師の包括的指示のもとで実施が可能と思われる。

1	救急室（救急外来、初療室）を主とする院内での診療補助			
	① 病歴聴取（救急隊からの引き継ぎを含む）と診療経過の記録、バイタルサイン測定 ② 静脈路確保（輸液）の実施もしくはその介助 ③ 心肺蘇生 ④ 院内の患者移送 ⑤ 救急車の受入要請への対応 ⑥ 救急患者の緊急度評価 ⑦ 救急室での物品管理 ⑧ 病院救急車での患者の観察と処置 ⑨ 縫合を除く創傷処置（一定の面積までの擦過傷の洗浄とドレッシング）	救急救命士		①-③は現行法では院内では認められていない行為、④-⑧は現行法の非対象もしくは認められていない行為であるが、教育研修および手技の修得を必須として救急救命士に業務移管が可能であると思われる。⑨については新たな応急処置として追加提案する。

2	集中治療室における診療補助			
	① 人工呼吸器の設定、人工呼吸器からの離脱 ② 動脈穿刺による採血 ③ 橈骨動脈ラインの確保 ④ 脱水症状に対する輸液 ⑤ 抗痙攣剤投与 ⑥ 急性血液浄化療法における血液透析濾過機器の操作と管理 ⑦ ドレーン類の管理、抜去	看護師		現行法のもと特定行為として看護師が実施可能な行為があるが、有資格者が少なく業務移管が進んでいない。特定行為研修のパッケージ化により教育研修を容易にし、資格取得後は医師の指示・監督下であれば実施可能と思われる。 ②-⑤については救急室での実施も可能。

3	体表面の切創・挫創の洗浄と縫合処置			
	(備考) ・ 医師の直接指示による ・ 汚染が無いが軽度のものに限る ・ 指趾もしくは筋層に到達する創は除外 ・ 抗生剤・鎮痛剤投与は医師の直接指示もしくは包括的指示による	看護師	救急外来患者一人あたり30-40分程度	現行法では認められていない手技であるが、手技の修得により看護師に業務移管が可能であると思われる。

## ② 業務移管した際の質の確保対策について

	業務内容	質確保対策案
1	救急室（救急外来、初療室）を主とする院内での診療補助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実施に際しては救急施設もしくは集中治療施設責任者による当該看護師、救急救命士の知識・技術評価を経た承認の後、プロトコルに基づいて行う。</li> <li>・ 定期的に事後検証を実施し、適宜プロトコルの改訂を行う。</li> </ul>
2	集中治療室における診療補助	
3	体表面の切創・挫創の洗浄と縫合処置	

## ③ タスクシフト推進に関する課題について

	業務内容	課題
1	救急室（救急外来、初療室）を主とする院内での診療補助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師の①-③の行為については現行の業務の範囲内で概ねカバーできるため、実施に際しての大きな障壁は無い。</li> <li>・ 救急救命士の①-③の行為については現行法による教育研修で対応可能である。④-⑧については座学を含む比較的短時間の教育研修で実施は可能であると思われる。⑨については一定時間数の座学と病院研修が必要であるが、就業先医療機関内の実施で対応は可能である。</li> <li>・ 現行の救急救命士法第44条の規定があるために当該資格を病院内で行使することができないため、現行法の改正が必要となる可能性がある。</li> </ul>
2	集中治療室における診療補助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在実施されている特定行為研修の内容を履修することで対応可能である。教育に時間を要するため、当該項目に限定、簡略化した履修内容にすることが必要である。</li> </ul>
3	体表面の切創・挫創の洗浄と縫合処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行では実施が認められていないため、新たに教育研修を行う必要がある。</li> </ul>

#### IV. 宿日直と医師の研鑽についての議論

宿日直時間と自己研鑽時間への対応は、救急医療施設と救急医個人が労働時間管理を行うためにも重要事項となります。特に、大学病院の勤務医にとっては、地域病院における宿日直勤務(いわゆる“バイト勤務”)が総労働時間の算出に大きな影響を及ぼします。救急科専門医を目指す若手救急医にとっては自己研鑽時間の扱いも気になるところだと思います。ここでは、本年7月に発出された「医師、看護師等の宿日直許可基準」と「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方」の通達をもとに行われた議論について整理をしておきます。

まず、医師の勤務が宿日直として許可されるのは、①通常の勤務時間から完全に開放された後であって、②一般の宿日直業務以外、特殊な措置を必要としない軽度または短時間の業務に限られ、③一般の宿日直許可条件を満たす、①～③のすべてを満たし、かつ「宿直では夜間に十分な睡眠を取り得る」場合、とされました。

医師の自己研鑽については、「所定労働時間内」に使用者に指示された勤務場所(院内等)において行う場合には労働として扱われます。「所定労働時間外」であっても、上司の明示・黙示の指示に基づく研鑽時間は労働時間となります。上司の明示・黙示の指示に基づかない自己研鑽の扱いについては、自己研鑽を3つの類型(①一般診療における新たな知識、技能の修得のための学習、②学位や専門医資格取得のための研究や論文作成、③手技を向上させるための手術見学)に分け、その「具体的内容」と「労働時間該当性」によって判断されます。

委員会ではこれらの通達内容に関して以下のような意見が出されました。

- 常に救急患者を受け入れている救命救急センターや救急部門などの休日・夜間の勤務がこの宿日直許可の対象になることはあり得ない。地域の救急医療を支えている二次救急病院等での勤務も対象外となる。
- 大学病院勤務医師の“バイト勤務”の時間も「大学病院責任者が管理する当該病院の勤務医師の総労働時間に含まれる」という認識となる。
- 対外的活動の扱いについては、これまでは自己研鑽やボランティア的活動としていたが、「業務」と考えられるものについてはそのように扱うべきだろう。
- 学ぼうとする意欲を削ぐようなルールではいけない。
- 医師の労働と自己研鑽と明確に線引きすることに何処か違和感がある。
- 自己研鑽時間を明確化するための手続が煩雑であり、自己研鑽を妨げる要因にもなりかねない。かえって医師の労務が増えるのではないか。
- 自己の意志での研鑽のため手続は簡略化すべきである。包括的な研鑽許可の仕組みなどを考えてはどうか。
- 自分の労働時間モニターは短期(週ごと)に管理することが重要であり、過剰な対外的活動を抑制する必要もあることから、院内での労働時間を細かくモニターすることが必要だろう。

このように宿日直許可基準が示されたことによって、特に、アルバイト勤務が必要な大学病院勤務医の総労働時間に大きな影響が出るのが予想されます。まず、アルバイト先病院の勤務時間の多寡によって所属する自施設での労働時間が上下することになります。もし、大学病院がアルバイト勤務を制限したり、大学の給与が増えたりすれば(もともと、そのような可能性は高くはありませんが)、地域の救急医療を支える病院への医師派遣状況に変化が生じることになりかねません。

また、自己研鑽の考え方にルールが示されたことは、これから救急科専門医や救急指導医を目指す若い医師に影響を及ぼす可能性があります。労働時間管理と同時に自己研鑽を申請、管理しなければならないのは煩雑な印象を拭えません。このことによって、病院内での勉強や院内外での JPTEC や JATEC、MCLS などへの参加を控えたりするなど、ネガティブな行動が起こらないようにしなければなりません。救急医療という、まさに“医療のフロントライン”に立っている救急医の育成が妨げられることは、学会としてしっかりと監視・点検をしていかなければならないと思います。

## V. これからの課題

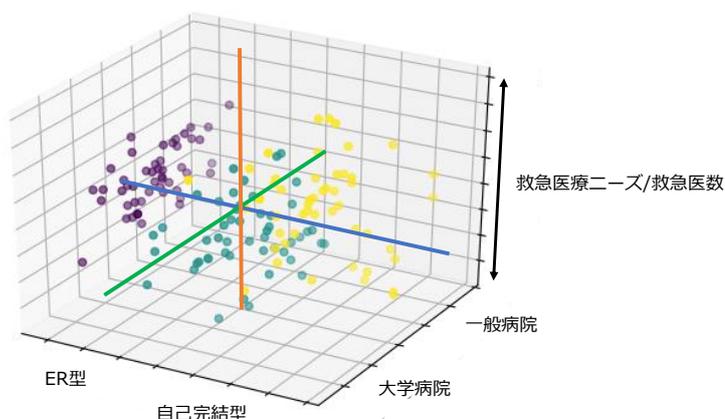
本報告書では、「救急医の働き方改革について、決められた法規定を守りつつ現状を維持する」ための実現可能性のある方策を提案しました。

まずは、それぞれの救急医療施設が、現行の診療や教育・研究、外勤などすべてを含む地域の救急医療体制を維持しつつ(A)水準を適用できるかを判断することが必要です。(B)水準を適用した場合には、2035年3月までに(A)水準の達成に向けた改革が求められます。当面は、一施設あたり十分な救急医数の確保が必要となるでしょう。多くの若い医師・医学生達が救急専門医を目指すことができるよう、日本救急医学会としては一刻も早く適正な労働環境を整えなければなりません。

働き方改革を進める上で、例えば自己研鑽時間の問題などで、好事例や問題事例が出てくることが予想されます。学会がそのような事案についての情報を収集し、学会員が共有できることが求められます。講習の開催、施設間相互訪問評価の実施などともに、今後設置される常設委員会には大きな期待がかけられます。将来的には、救急関連学会が一緒になってコンソーシアムを形成して、救急医の働き方改革を進めることを視野に入れて良いと思われます。また、「救急は社会インフラ」であるということを社会にアピールし続け、社会の理解を得ながら学会が活動を進めていくことも忘れてはなりません。

本委員会の議論の当初、「ER型診療＋シフト制施設」と「自己完結型診療施設」では労働形態が異なることから、労働時間や休暇取得方法が違ってくだろうとの意見が出されていました。中間報告で示した救急医の勤務時間調査でも施設の診療形態による差異は明らかでした。救急医の働き方だけに焦点を当てれば、「ER型診療＋シフト制施設」が理想的ですし、今後はこの診療形態に変更する施設が増えるかも知れません。しかし、救急医療施設の診療形態は、地域の救急医療ニーズや他診療科の考え方にも影響されるところが大きく、問題の解決は容易ではないでしょう。

例えば、大学病院か一般病院か、ER型か自己完結型か、救急医療ニーズ(現行の多寡や将来の増減)と救急医数のバランス、これらの変数を3次元的にカテゴリー化し(イメージ図)、自施設が何処に位置して何処に向かって改革を進めるべきか、日本救急医学会としてはこのような救急医療施設にとって参考になる資料を示すことも重要であると考えます。



## おわりに

本委員会では約1年半の期間、「救急医のための働き方改革の指針」を示すことを目標に議論を進めてきました。昨年は、「医師の働き方改革に関する検討会」での議論に並行して中間報告や追加提言を発表することによって、厚労省報告書の内容に多少なりとも日本救急医学会の考えを反映させることができたと考えます。本報告書では、これから本学会が取り組むべき具体的な行動目標を示すに至りました。2024年4月の法律適用に向け、早急に計画の実施に取り組み、医学生や臨床研修医に対して「救急医の労働環境は良好である」ことをアピールし、将来の救急医数を増やし、それがさらなる労働環境の改善につながるという“働き方改革の好循環”を生み出さなければなりません。救急科を専門としたい医師がそのモチベーションを下げない環境を作るのが本学会の役目であると考えます。

外科、産科、小児科など、過酷な労働環境と医師数の減少が問題視されている他の診療科学会も同じ状況にあるはずですが。このような状況の中、救急医療体制の維持のため今まさに、日本救急医学会の意思統一と連携協力が求められていることを強調したいと思います。