

医師の特殊性を踏まえた 働き方検討委員会 答申

「地域住民が安心して暮らせる医療提供体制を維持し、
医学の進歩に資する働き方の検討」

令和2年6月

日本医師会

医師の特殊性を踏まえた働き方検討委員会

令和2年6月

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

医師の特殊性を踏まえた働き方検討委員会

委員長 岡崎 淳一

医師の特殊性を踏まえた働き方検討委員会答申

本委員会は、令和2年2月に、貴職より、「地域住民が安心して暮らせる医療提供体制を維持し、医学の進歩に資する働き方の検討」について諮問を受け、同年5月までに3回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、審議結果を取りまとめましたので、ここに報告いたします。

医師の特殊性を踏まえた働き方検討委員会

委員長	岡崎 淳一	元厚生労働審議官
委員	小川 彰	岩手医科大学理事長 岩手県医師会副会長
	小畑 史子	第10期労働政策審議会 公益代表委員 京都大学大学院人間・環境学研究科教授
	木村 亨	元労働保険審査会委員 元東京海上日動火災保険株式会社専務執行役員
	後藤 理英子	熊本大学病院地域医療支援センター特任助教
	蓮沼 直子	広島大学医学部附属医学教育センター長 広島大学大学院医系科学研究科教授
	平井 伸治	鳥取県知事

(委員：50音順。役職名は令和2年6月現在)

なお、答申作成にあたっては、武田俊彦様（前厚生労働省医政局長）、望月泉様（全国自治体病院協議会副会長）、渡辺憲様（鳥取県医師会長）に調査、資料作成などのご協力をいただきました。

目次

I	はじめに	1
II	医師という職業とは	2
III	改革の必要性、国民の理解	3
IV	医師の働き方の制度の在り方	4
1	時間外労働時間の上限・健康確保措置について	4
2	地域医療の事例	5
(1)	地域における中核病院の現状	5
(2)	新たな労働時間上限に対応した場合のシミュレーション	6
(3)	今後の対応	7
3	大学附属病院の在り方	7
(1)	常勤医師の配置と教育・研究	7
(2)	教育病院としての位置付け	8
(3)	医師の副業・兼業に関わる問題	8
①	労働時間管理について	9
②	健康確保措置について	9
(4)	研究・研鑽の重要性	9
4	様々な労働時間制の検証	10
(1)	フレックスタイム制	10
(2)	変形労働時間制	11
(3)	専門業務型裁量労働制	11
(4)	労働時間制度のまとめ	12
V	2024年度における新制度施行について	13
VI	個別に検討すべき論点	15
1	宿日直適用除外の工夫	15
2	育児休業	15
3	公立病院の副業・兼業問題	15
VII	むすび	16
	参考資料	17
	参考資料 1-① 医師の時間外労働規制について	①
	参考資料 1-② 2024年4月までの見通し(実施主体について)	②
	参考資料 2 タイムスタディ分析	③
	参考資料 3 労働時間制度の比較	④

I はじめに

日本医師会医師の特殊性を踏まえた働き方検討委員会(以下、「本委員会」と略す)は、横倉会長より、「地域住民が安心して暮らせる医療提供体制を維持し、医学の進歩に資する働き方の検討」について諮問を受けた。

日本医師会では、すでに2020年3月に「医師の働き方検討委員会」が、「医師の健康確保と地域医療体制を両立する働き方の検討ー医師独自の健康管理・勤務環境改善策を中心にー」という会長諮問に対して答申し、医師の副業・兼業の取り扱い、医学の進歩の面で研究・教育・臨床の3つを担う大学附属病院の医師の働き方にも言及している。しかし国の「医師の働き方改革の推進に関する検討会¹」での具体的議論が進むにつれ、副業・兼業の問題と大学附属病院の在り方などの議論がもう少し必要との向きが強まった。

折しも本委員会での検討の間に、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が全世界で拡散し、国内においても流行が拡大し明確な終息が見えない中で、医療関係者の不眠不休の働きと国民の感染予防への意識の高まりにより、5月25日に緊急事態宣言が解除された。このように医療従事者は、国民の健康と生命を預かっており、将来の日本の帰趨を左右する極めて重要な役割を担っている。本委員会ではこうした医学・医療をつかさどる医師のどのような働き方が国民からの期待に応えることができるのかについて議論してきた。

本答申は、第一に、医師という職業の原点を見つめ直し、そのうえで医師の健康を守ることを大前提とし、これまでの議論を踏まえつつ、地域住民が安心して暮らせるような医療提供体制を維持し、また、医学の進歩に資するような医師の働き方を改めて提言するものである。

¹ 「医師の働き方改革に関する検討会」報告書において引き続き検討することとされた事項について、有識者の参集を得て具体的検討を行う。(医師の働き方改革の推進に関する検討会 開催要綱)
出所: 第1回 医師の働き方改革の推進に関する検討会(2019年7月5日)

II 医師という職業とは

国の働き方改革を遵守することは、働く者の健康確保のために大切なことである。しかし、地域医療を守る、医学の研究開発を推進するという公益的使命を持つ医師の特殊性を十分に踏まえているのか、医師の健康は大切だが医療を受ける地域住民側の安心感のある検討がなされているのか、という懸念もある。

医師の職業倫理について書かれたものはいくつもある。「ヒポクラテスの誓い」では、「養生治療を施すに当たっては、能力と判断の及ぶ限り患者の利益になることを考える」と謳われている。この「誓い」は、2000年以上前の医療状況下で書かれたものであるため、一部の内容は現代に適さないものもあるが、多くは現在でも医療倫理の根幹を成している。

世界医師会「WMA ジュネーブ宣言」では、医師の誓いとして、「医師の一人として、私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う。私の患者の健康と安寧を私の第一の関心事とする」とされ、また、「日本医師会綱領」には、「日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します」と謳われている。

ある心臓外科医はその著書²の中で、「医師は基本的に24時間医師でありつづける。電車や飛行機の中、家庭で休息ないし睡眠をとっている時も医師である」としている。指導的な立場にいる医師にはこうした考え方に賛同する向きも少なくない。

一方、日々の研鑽やワークライフバランス・ダイバーシティを重視し、将来、自身がどのような医師になりたいのかに重きをおいている医師もいる。国の「働き方改革」は、働く人が、個々の事情に応じた多様で柔軟な働き方を、自分で「選択」できるようにするための改革としており、働く人一人ひとりがより良い将来の展望を持てるようにすることを目指すこと³は尊重されなければならない。

こうした個人間の考え方の乖離を埋めるためには、「不易流行」の覚悟を持った取り組みが必要であろう⁴。

「不易」とは「永遠に変わらないもの、変えてはいけないもの」で、様々な職業倫理で示された奉仕の精神である。「流行」とは「時代とともに変化していくもの、変えていかなくてはならないもの」で、医療技術、情報処理技術、医療提供体制、ライフスタイルなどがそれにあたる。

医療の本質である「不易」から外れないように厳重に注意を払いつつ、新しい医療の仕組みである「流行」を取り入れる勇気も今後必要になるであろう⁵。

「流行」を適切に受容しないことにより、医療の「不易」が毀損することがあってはならないし、「不易」をおろそかにし、「流行」に目を向けすぎてもいけない。医療界、医師一人ひとりがこの2つのバランスを崩すことがないよう行動することで、両者の乖離を縮小することが可能となろう。

² 小柳仁『生と死の現場から問う 君たちはどう生きるのか』(2019年7月15日 新潮社)

³ 「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」について パンフレット『働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて～(2019年4月掲載)』

出所: 厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000335765.pdf>)

⁴ 参考 日本医師会第四次医師会将来ビジョン委員会答申(2020年5月)

⁵ 日本医師会第四次医師会将来ビジョン委員会答申(2020年5月)、p36

Ⅲ 改革の必要性、国民の理解

日本の医療制度は医療従事者、とりわけ医師の高度の倫理観・応招義務等の特殊性を踏まえた献身的な長時間労働によって支えられてきた一面があるが、新型コロナウイルス感染症対応で、長時間労働の問題がさらに顕在化した。かかる現状や今後起こるであろう大規模災害などの不測の事態を念頭に置いた上で、医師の心身の健康を確保するとともに、救急医療や地域医療の提供体制やその質を維持するために、行政や地域医師会と連携を図りながら、医師の働き方改革を迅速に進める必要がある。

医師の働き方改革は、地域性・医療機関の役割・診療科目・医師数・性別・年齢・経験などによりその推進の在り方が異なるが、時間外労働の上限規制をクリアするには、個々の医療現場において、労務管理の適正化・診療体制や勤務体制の見直し・業務効率化・コメディカルへのタスクシフトやシェアリングなどの業務改革を継続して進めることが重要であり、状況により AI(人工知能)などの IT(情報技術)を活用し医療技術のデジタル化を進めていくことで医療現場を支える新たな仕組みを構築することも求められる。

医療機関は、診療部門(医局)、看護部門、医療技術部門(薬剤課、検査科等)、事務部門といった職種を中心としたラインと、地域医療連携、医療安全、医療情報管理、経営企画といった部門横断のラインが複合している特殊性の高い組織である。

医療機関の経営トップ層は、この改革は、この複合組織における人事・労務・財務などの様々なリスクを伴う高度な経営問題であるとの認識に立つ必要がある。そのうえで、実効性のある対策を決断し、組織横断的に PDCA サイクルを適切に回すことが求められる。そのためには、まずトップ自身の意識改革が不可欠である。

さらに、医療マネジメントを実践するには、医療分野の見識に加え、企業経営のセンスを兼ね備えた「医療経営のプロ」の目線が必要となる。こうしたトップをサポートする高度な知識を持つ医療人材の養成も検討が必要と思われる。

また、こうした医師の働き方改革を進める上で重要な視点として、国民にそれぞれの地域において長時間労働が常態化している勤務医の労働実態を認識してもらい、この状況が改善されない場合は医療崩壊が生じかねないこと、併せて、かかる改革を推進することで地域医療提供体制に一定の変化が生じる可能性があることを知ってもらう必要がある。

その上で、新型コロナウイルス感染症の危機感も共有し、安定し質の高い地域医療を提供するためにも、かかりつけ医の機能強化・病院の外来機能の検討などの医療サービスへのアクセスの見直しや「新しい生活様式」の一環としての上質な医療のかかり方の啓発を進めていくことも重要となる。

IV 医師の働き方の制度の在り方

1 時間外労働時間の上限・健康確保措置について

医師の時間外労働の上限規制は、5年間の猶予期間において、2024年からスタートすることとなっている。スタート時の上限については、厚生労働省の医師の働き方に関する検討会において、日本医師会も参加して検討が行われ、年の時間外労働の上限時間数をA水準 960時間、B水準 1860時間とすることとなっている⁶。医師の健康やワークライフバランスを考えれば、業務改革の推進と働き方の見直しによって、これに対応できるよう最大限の取り組みを行うことが必要である。

本委員会で、大学附属病院で働く医師の協力を得て個人ごとのタイムスタディを実施⁷したところ、医師の働き方についていくつかの課題が浮かんできた。

① 各医師が主治医制の下で、休日や他の病院の勤務後にも病院に顔を出しているケースが多い。

これまで複数主治医制は一部の病院で導入されてきたが、個々の医師が一人の患者にすべて対応することには限界があり、広く複数主治医制を導入すべきである。複数主治医制を取りたくても取れない病院は一定程度あるとしても、その是非を議論するのではなく、導入が難しい場合の解決策を議論するべきである。その際、国民の医療のかかり方についても変革が必要である。

② 昼の休憩時間が確保されていない状況がみられる。

昼食を取り、リフレッシュすることは、疲労を蓄積しないために重要であり、外来予約の設定などを見直すとともに、13時には働き始めるという固定観念を排除し、午前中の仕事が伸びた場合には休憩時間を後ろ倒しにすることを徹底すべきである。

③ 通常の始業・終業時間内は、副業・兼業先病院での勤務を除き、勤務している場合がほとんどである。

医師は患者の状況によっては、勤務時間外に対応せざるを得ない場合も多く、また、自己研鑽なども必要であるので、始業・終業時間に縛られない働き方を普及させることも考えられる。

医師の健康を確保することは、適切な医療を提供するためにも重要である。労働安全衛生法の改正によって、健康確保のためにすべての労働者の労働時間の状況の把握が義務付けられた。また、医師にとっても、自分の労働時間を意識することはメリハリをつけた効率的な働き方を実現するために重要である。医師の労働時間のオン・オフを簡単に記録できるアプリの開発が必要である。

労働時間制度やその運用を見直すためには、理事長・院長の強力なリーダーシップの下で、各診療科の責任者、産業医、事務長が一体として取り組む必要がある。宿日直の在り方などは、

⁶ 参考資料 1-①「医師の時間外労働規制について」を参照

出所：厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会 報告書(2019年3月29日)概要、p4

⁷ 大学附属病院の講師、助教、医員 22名に対して、自己申告で、大学附属病院と大学附属病院以外の活動を30分単位で1週間詳細に記録してもらった。参考資料 2「タイムスタディ分析」にその一例を示した。

各診療科に任せるのではなく、病院全体で体制を構築しなければならない。また、診療科の責任者などで労働時間管理の意識が薄いこともあるので、研修等も必要である。

なお、最近の新型コロナウイルス感染症のような非常時において、上限規制が足かせになるのではないかと懸念がみられる。労働基準法第 33 条は、非常時においては、上限規制の枠外で時間外・休日労働することを容認している⁸。新型コロナウイルス感染症に対応している病院は、これに該当する。労働基準法第 33 条は安易に利用すべきではないが、それぞれの地域、病院で通常想定される以上の患者の集中が生じた場合には、患者の生命・健康を守るため、適切に利用すべきである。

しかし、こうした緊急事態の際であっても、医療機関経営者は、医師をはじめとする医療スタッフの健康に留意すべきであることは言うまでもない。また、医師一人ひとりが、自身の健康状態をモニタリングでき、必要な行動が取れるようなツールの開発や、自己保健行動へのインセンティブに関する研究を進め、組織的に取り組んでいくべきである⁹。

ツールとして、客観的指標による負担が少なく継続できるベースラインの体調のモニタリング¹⁰、確立された方法による簡便に実行可能なスクリーニングが必要である。

2 地域医療の事例

(1) 地域における中核病院の現状

医師の働き方は、医療の公的な性格により強く影響を受ける。特に過酷な勤務環境に置かれがちなのが、代替できない公的な医療を一手に引き受けている地方の中核病院である。これらの病院は、多くの場合二次医療圏において唯一の急性期病院であり、24 時間体制で急性期患者の受入れを求められる一方で、高齢化・過疎化の進んだ地域にあり、人口に比して多い医療ニーズを少数の医師が最後の砦として支える、という厳しい環境にある。今回、全国で医師の少ない地域の 2 事例について検討を行った。

【A 病院】

県内でも人口が最も少ない二次医療圏の唯一の公的病院で、人口当たりの医師数も最も少ない。

病床数約 300 床に対して常勤医師は約 50 名体制だが、特に、脳卒中や心筋梗塞等、生命に関わる救急搬送に対応しているため、関係する医師の勤務時間が長くなっており、勤務時間の制限を課すと救急医療体制の崩壊に繋がりがねない現状にある。また産科・小児科医療においても、この医療圏でわずか2箇所の中の 1 つの分娩取扱い施設でありかつ医療圏で唯一小児の入院対応医療機関である。

⁸ 労働基準法第 33 条 災害その他避けることのできない事由によつて、臨時の必要がある場合においては、使用者は、行政官庁の許可を受けて、その必要の限度において第 32 条から前条まで若しくは第 40 条の労働時間を延長し、又は第 35 条の休日に労働させることができる。ただし、事態急迫のために行政官庁の許可を受ける暇がない場合においては、事後に遅滞なく届け出なければならない。

⁹ 参考 日本医師会医師の働き方検討委員会答申(2020年2月)、p27

¹⁰ 現在、睡眠状態のモニタリング目的でウェアラブル機器(アクチグラフ)や据え置き型睡眠計が市販ないしサービス提供されている。

出所: 日本医師会医師の働き方検討委員会答申(2020年2月)、p31

勤務時間制限やインターバル規制などが導入された場合、医療機能の維持が難しくなる現状にある。さらに、医師が少ない地域なので、大学附属病院からの派遣医師によって医師数を補っている現状があり、労働時間規制により大学附属病院からの派遣が制限されれば診療に大きな制限がかかることが懸念されている。

【B 病院】

県内で最も広い二次医療圏で、全国有数の医師の少ない地域にある地域中核病院である。急性期病院はここ 1 箇所と言って良く、最も近い県庁所在地の県立病院あるいは大学附属病院まで約 100km、2 時間近くかかる位置にある。周辺の医療圏は全て医師が少ない地域で相互に支援する余裕はなく、南北に患者搬送することは難しい。

病床数約 280 床に対して常勤医師は約 30 名体制であり、夜間当直 2 名体制、年間救急車受入件数約 3000 台を実現している。

なお、新型コロナウイルス感染症の広がりに対応して感染症病床の確保が必要になっているが、A 病院も B 病院も 4 床の感染症病床を有している。新型コロナウイルス感染者を受け入れる際には、病院全体の感染防護措置をとったり、重症者には多くの医療スタッフが張り付いて治療する必要があるため院内で応援態勢をとるなど、病院には大きな負担がかかる。通常診療でギリギリの体制で運営している場合には、ひとたび感染者を受け入れた場合、労働時間規制内での対応は、ほぼ不可能になると予想される。

(2) 新たな労働時間上限に対応した場合のシミュレーション

実際に現在の人数で新しい勤務時間上限を遵守することが可能か、その場合にどのようなことが起きるか、政府から病院の宿日直許可について新しく通知が出され宿日直許可は診療科により、また時間を限定して受けられることとなったことを受け、少ない医師で対応している現状をそのまま前提として、労働時間規制を守ることを最優先にした場合のシミュレーションを行った。これによれば、A 水準は不可能ではないが極めて問題が多いという結論であった。

【B 病院】

今回、現在の 2 名当直のうち 1 名を管理当直として宿日直許可をとり、1 名は救急担当として時間外勤務に従事するという前提(ただし 21 時 15 分から翌朝 8 時 30 分までの扱い)にしたところ、この 2 名が翌日午前中のみ診療とすれば法令にはギリギリ対応可能であった。前提としては、最低 10 名体制で宿日直許可ありの管理当直を担当し、最低 6 名体制で宿日直許可なしの当直に対応することとした場合、この病院の現在の当直 17 名体制で実施可能というものである。

但し、これで対応可能ということだけでなく、現実には現場に下記のような多くの問題が考えられる。

- ①救急対応しない医師と救急対応する医師とに分かれた 2 チーム編成になり当直医師間で働き方に格差が生じる
- ②救急対応を原則 1 名でやらなければならない
- ③これまでは 2 名が 3 時間ごとに交代するという当直医師に負担の少ない現実的な方法を採用してきたが救急当直担当医師の負担は重くなる

- ④医師が何らかの理由で1名1日欠けてもローテーションが組めなくなる
- ⑤救急当直担当医師は月6回当直になるため平日の超過勤務ができなくなる
- ⑥オンコール体制の強化という別の負担が他の医師に発生する

しかし、当直2名が今までのように3時間交代で仮眠をとる形では、すべて労働時間とカウントされるため、平日の外来診療や一部の手術が実施できなくなり、地域拠点病院として取り得る選択とは言い難い。

地域医療を守り、地域住民の期待に応えるためには、新たな労働時間規制が守ればよい、と法令遵守のみを至上命題とすることはできない。医療政策の目的は、質の高い医療を全国どこでも確保することであり、質の高い地域医療を、医師の健康確保や、医師の自己研鑽とキャリア形成との同時実現を目指していかなければならない。

今回、B病院の事例から見えてくるものは、今は医師の自己犠牲の上に成り立っている状況であり、医療政策の基本に立ち返れば、地域医療構想の実現、医師偏在・需給バランスへの対応が重要である。

(3) 今後の対応

当面取るべき対策としては、このような地域中核病院が必要な医師数を確保できるよう、施行までの間に、国、地方をはじめ、関係者で全力で支援していくことであり、特に、国の支援は必要不可欠である。また、医師不足の病院を支える派遣元病院への財政支援も必要である。各地域の医師会においても、都道府県の施策に積極的に協力していくことが望まれる。

なお、このB病院の宿日直のシミュレーションはA水準(年間960時間上限)を念頭においたものであるが、医療現場に過度な負担を強いてまで全ての医療機関が960時間を遵守させるのは現実的ではない。しかし、一部の病院のみが勤務時間の長い病院というイメージが先行すると、医師偏在は悪化する。

新たな制度の導入に当たり、公的な役割が高い医療機関でA水準の適用が難しい場合には、B水準(年間1860時間上限)適用対象医療機関となった上で個々の医療機関ごとに必要な上限時間を36協定で締結し、その中で機能に応じた医師数を段階的に確保して勤務時間圧縮を着実に進めていくことが重要だと思われる。

3 大学附属病院の在り方

大学附属病院に勤務する医師の仕事は基本的に教育・研究・診療、さらに地域医療支援を加えた4本の柱から成り立っている。一般病院と大きく異なった大学附属病院の課題とそれに対する提言をまとめた。

(1) 常勤医師の配置と教育・研究

厚生労働省医政局通知では、病院における常勤医師の定義を「原則として病院で定めた医師の勤務時間のすべてを勤務する者をいう」としている¹¹。「病院で定めた勤務時間」は労働基準法における1週間の法定労働時間である40時間とすることが多い(規定上の最低基準は週

¹¹ 「医療法第二十一条の規定に基づく人員の算出に当たっての取扱い等について」
(平成10年6月26日付 厚生省健康政策局・医薬安全局長連名通知: 健政777・医薬発574)

32時間)。すなわち、法定労働時間中の活動内容が様々である大学附属病院は一般病院と状況が大きく異なるため、様々な問題が起こる。

第1に、教育・研究の時間の取扱いである。大学附属病院における診療は一般の病院勤務医とは大きく異なり、所属する大学附属病院における診療に加え、診療を通じた学生教育、さらに、地域医療支援が重要な業務となっている。医学部教育では臨床実習が極めて重要であり、特に近年は診療参加型臨床実習とすることが求められている。従って、大学附属病院における診療は純粋な診療行為のみならず、診療参加型臨床実習の一環として行われている。この点、大学附属病院の診療は教育と切り離して考えることは不可能である。研究についても臨床と不可分であるが、「教育・研究に費やした時間は病院の勤務時間に含まれない。」との見解を取る地方厚生局もある。

第2に、地域医療支援との関わりである。大学附属病院の立地や診療科により多少の違いはあるものの、基本的に大学附属病院勤務医のサポートがなければ地域医療の維持は難しく、宿日直だけでなく、日中の時間に診療支援をすることも多い。その場合、大学附属病院の常勤医師としての勤務時間が短くなる。

第3に、私立大学附属病院の経常費補助金算定基準における「1週間の教育(授業)時間数6時間以上」との規定との関わりである。教育の水準確保と補助金支援を受けるためには、この時間基準を満たす必要がある。

以上を総合すると、大学附属病院の常勤医師の基準をクリアするには、教育・研究と地域医療支援の時間を少なくする必要がある。その場合、地域医療維持が極めて難しくなると予想される。また、地域医療を重視すれば、常勤医師の基準を満たさなくなり、私立大学附属病院の場合、補助金を受けられなくなる。さらに、教育・研究という医学の進歩に資する活動が縮小する。

教育・研究、補助金の問題に重きを置くと、常勤医師の数の問題が生じ、大学附属病院での診療に影響が及ぶことになる。

この様に、大学附属病院に勤務する医師(教員)の働き方関連法令は、労働基準法、医療法、その他の各種基準が複雑に絡み合っており、大学附属病院に勤務する医師の働き方との整合性が取りにくい状況にある。

(2)教育病院としての位置付け

この問題の原因のひとつとして、医療法で定める病院の類型に大学附属病院(教育病院)が規定されていないことが挙げられる。大学附属病院の位置付けを規定する際には、教育病院としての常勤医師の規定も実態に合わせて見直す必要がある。診療以外に、教育・研究に時間が割かれている「教育病院」の現状を勘案し、診療報酬以外の財政的支援がなければ世界の医学の進歩から取り残されることが危惧される。

労働時間制については、現状はまず、後述するフレックスタイム制をはじめとする現行の制度の適用の努力をすることも重要である。そうした取り組み状況も検証しつつ、大学附属病院独自の労働時間制の在り方を今後議論することが必要である。

(3)医師の副業・兼業に関わる問題

厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」では、医師の時間外労働規制の原案がほぼ確定した。いわゆるB、C1、C2水準に区分される病院では、時間外労働の上限が年1860時間とされた一方で、連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間の確保が義務

化されている。大学附属病院の管理者が数百名の附属病院医師(教員)の副業・兼業先を含め全ての勤務時間を毎日把握することは不可能と言わざるを得ない。

①労働時間管理について

この問題を解決するには、大学附属病院で必要となる時間外労働の枠に加えて、地域医療支援に必要な時間外労働の枠を確保する必要がある。

1860 時間の上限については、医師の健康確保のためにも例外を設けることは適当でないが、大学附属病院の診療科によっては 960 時間が適用される場合があり、960 時間では地域医療の支援は不可能となる。大学附属病院の地域医療支援機能を維持するために、960 時間が上限の場合には、副業・兼業のために別枠として 1 週あたり 8 時間、年間 420 時間まで認める制度を導入する必要がある。

大学附属病院の医師が副業・兼業する場合には、大学附属病院は個々の医師に 1 月当たりの副業・兼業可能時間を示すこととし、特段の事情がない限り、副業・兼業時間はその範囲内であることを前提とした労働時間管理を認めるべきである。大学附属病院に副業・兼業先の日々の労働時間を把握することを求めると、過大な負担となり、医師の副業・兼業に委縮効果が生じる懸念がある。

②健康確保措置について

B水準における連続勤務時間規制、勤務間インターバル規制の義務化はあくまで大学附属病院内での勤務に限定する必要がある。

大学附属病院と副業・兼業先病院間で勤務間インターバルを厳密に守るとすれば、翌日の大学附属病院あるいは副業・兼業先病院の勤務開始可能時間に影響し、地域医療支援が不可能となる。よって、副業・兼業先の労働時間を通算した場合の取扱いは努力義務とするべきである。

なお、大学附属病院以外で地域医療支援を行っている病院¹²についても、上記の取扱いに準じることとすべきであろう。

(4)研究・研鑽の重要性

医学・医療の発展とその国際競争力を維持するためには、研究が極めて重要である。

医学・医療の進歩は極めて速く、数年で今の常識が非常識に変わることも多々ある。医師は質の高い医療を提供するために、常に自己研鑽に努め、最新の医療知識と技術を更新する必要がある。

高度医療を国民に提供し、医療の現場で教育を行いつつ、高度な研究の時間を確保するためには、大学附属病院で働く医師(教員)の負担軽減が必須である。事務的業務等のタスクシフティングを強力に推進すべきであり、働き方改革を推進している国の責任としてタスクシフティングに必要な人員の人件費の補てんが必須である。また、大学附属病院も従来通りの一人主治医制などの診療体制を改め、複数主治医制の導入などタスクシェアリングを推進すべきである。

¹² 日本病院会が 2019(令和元)年 10 月に行った調査によると、医師確保の方法(上位 3 つを選択)として、回答病院 413 病院のうち 90.3%の病院が「大学附属病院医局からの派遣」を挙げており、次いで「人脈等」48.7%、「人材派遣会社」37.8%、「公募」が 30.8% であった。他には、「民間病院からの派遣」9.9%、「国公立病院からの派遣」9.0%、「地方自治体からの派遣」8.2%、「大学附属病院寄付講座からの派遣」6.5%、「医師会」1.0%、であったとしている。

大学附属病院に働く医師(教員)の負担軽減の方策としてICT活用がある。遠隔地の地域医療支援では、移動に要する時間が問題となる。極めて多忙な大学附属病院勤務医(教員)の大学附属病院における診療に加え研究、教育の時間を確保しつつ、さらに地域医療支援を円滑に実施するためには、情報通信機器を利用した遠隔診療を活用する必要がある。「近年、厚生労働省からオンライン診療に関する指針¹³も公表され、オンライン診療の自由度が拡大したものの、対面診療が基本とされ、地域医療支援に適応するには、更なる規制の緩和が必要であり、遠隔医療における保険診療の規制の自由度を高めることを求める」という意見もあった。

今後「with コロナ」「after コロナ」を見据え、地域医療におけるICTの活用がさらに重要になっていくと思われる。大学附属病院との関わりも含め、オンライン診療を含む遠隔医療に係る、多くの様々な課題を整理し、地域住民と地域医療機関が安心することのできる仕組みを建設的に議論していくことが期待される。

4 様々な労働時間制の検証

現在、病院の労働時間制度は、ほとんどが1日8時間、1週40時間の通常の労働時間制度を基本とし、夜間・休日は時間外・休日・深夜労働で対応している。労働基準法は、フレックスタイム制、変形労働時間制、裁量労働制などの柔軟な働き方を可能とする制度¹⁴を設けており、それぞれの病院の状況に応じて、医師の働き方に適合した労働時間制度を検討することが望まれる。

(1)フレックスタイム制

フレックスタイム制は、1～3か月の清算期間における所定労働時間を定め、必ず勤務を要するコアタイムと労働者が自由に勤務することができるフレキシブルタイムを設ける制度である。フレックスタイム制では、労働時間を把握して、それに応じて時間外・休日割増賃金を支払う必要がある。

病院においては、外来診療時間やカンファレンスの時間をコアタイムとし、それ以外の時間は各医師が患者の状況と自分の生活等を勘案して自由に働くことができるようにすることが考えられる。

フレックスタイム制を導入した場合、通常の就業時間内であっても、医師の裁量で休憩したり、用事を済ませたり、自主的に手術の見学や将来のために文献を読んだりすることが可能になる。また、医師の判断で、午前中だけ勤務したり、午後から出勤したりすることも可能となる。なお、その分の労働時間については、夜間や休日に、自分の都合と患者の容態や都合を勘案して働くことになる。

フレックスタイム制を導入した場合、通常の就業時間内に在院しているが働かない時間帯は、オフであることを示すワッペンを着用するなど、労働時間との区別を明確にすることにより、医師にとって働き方の自由度がより高まると考えられる。

大学附属病院のように研究、教育、診療、自己研鑽などが混在している場合のほか、一般病院でも外来診療時間や当直時間以外はある程度勤務について医師に任せている場合に利用できる考える。

¹³ オンライン診療の適切な実施に関する指針(平成30年3月)(令和元年7月一部改訂)
<https://www.mhlw.go.jp/content/000534254.pdf>

¹⁴ 参考資料3「労働時間制度の比較」を参照

タイムスタディにおいても、子供の世話などで中抜けしている例や通常の就業時間中に自己研鑽をしている例などがみられた。

(2)変形労働時間制

変形労働時間制は、1 か月、1 年等の変形期間において、週平均 40 時間以内となるように、あらかじめ各労働者の労働時間を設定する労働時間制度である。変形労働時間制で指定された労働時間については、1 日 8 時間、1 週 40 時間を超えていても時間外労働にはならない。日や週によって業務に必要な労働時間が異なる場合などに利用されている。

変形労働時間制は、例えば手術日が決まっていて、手術日は必ず労働時間が長くなる場合に、週 2 日の手術日の労働時間は 10 時間とし、別の日に半日勤務日を設けるといような利用ができる。

また、準夜間帯の救急患者対応のため当直医を置く場合に、時間外労働で対応するのではなく、13 時から 24 時までの 10 時間勤務(休憩時間 1 時間)のシフトを設け、2 時間分は別の日の労働時間を短くすることが考えられる。

なお、このような考え方を応用すれば、労働基準法の変形労働時間制ではないが、1 日 8 時間の範囲内で、勤務時間帯をずらすことによって準夜間帯の当直体制を整えることも可能である。

タイムスタディにおいても、国立大学附属病院は、副業・兼業を認めているが、副業・兼業により大学附属病院で勤務しなかった時間相当分は、他の日や時間帯に働くこととしていた。このような場合に、働く時間帯を医師に任せるのではなく、当直体制の中に組み入れることも考えられる。

(3)専門業務型裁量労働制

専門業務型裁量労働制は、労働基準法施行規則で定められた一定の専門業務従事者で業務の遂行方法や始業・終業時間等労働時間について本人の裁量にゆだねる場合に、労働時間の算定を労使協定で定めた時間とみなす制度である。

一般の病院の医師は外来診療時間等が定められており、医師に労働時間に関する裁量がないことから対象とされていない。

大学附属病院の医師に関しては、厚生労働大臣告示で定められている教授研究の業務(主として研究に従事するもの)に該当する場合には、裁量労働制の適用の可能性がある。教授研究は、対象は教授、准教授、講師で、助教は含まれない。教授等で、医学研究をメインとしていて、研究に従事する時間が所定労働時間の半分以上である者が対象である。臨床研究のための診療は複数主治医制で容易に代替できる場合に限って教授研究の業務に含まれるとされている。

助教は、専ら研究の業務に従事すると判断できる場合にのみ裁量労働の対象になりうると考えられる。その際、研究以外の業務に従事する時間は所定労働時間の 1 割以下とされているため、大学附属病院の助教の勤務実態を考えると、該当する可能性はほぼないものと思われる。

ちなみに、タイムスタディにおいて把握した限りでは、講師のなかでこれに該当すると思われる者はごく少数であった。

なお、裁量労働制を導入する場合には、留意点が多いので注意しなければならない。

- 裁量労働制は、労働時間の実態を踏まえて、労使協定でみなす労働時間を定めることとされており、残業が多いにもかかわらず 1 日 8 時間とみなすことはできない。

- 法定休日労働の場合は実労働時間が休日労働時間数としてカウントされる。一方、法定休日以外は、所定休日を含め、1 日単位で適用するので、所定休日に少しでも働けばみなし時間働いたことになる。
- 副業・兼業先の労働時間には適用されない。
- 教授が准教授、講師に働く時間に関する指示をしている場合は、裁量性が否定される。
- 猶予措置や 1860 時間等の特例は医療に従事している医師が対象であり、教授研究や研究に従事している場合は猶予措置の適用はなく、また、一般の月 45 時間、年 360 時間等の上限が適用される。

研究がメインで、労働時間に関する裁量性が高い医師について、専門業務型裁量労働制の適用を検討することは考えられるが、大学附属病院の現状を考えれば、適用範囲はかなり限定されると思われる。

(4)労働時間制度のまとめ

労働時間制度を検討する場合には、今のままの働き方を変えずに労働基準法とのつじつまを合わせるのではなく、医師の専門性に応じたメリハリがあり、柔軟性に富んだ働き方を模索し、それに見合った制度を構築すべきである。

一般的な労働時間制の場合、法定労働時間 8 時間として始業・終業時間が原則一律に定められている。一方、変形労働時間制やフレックスタイム制の場合、始業・終業時間および始業と終業の間の長さを変えることが可能である。変形労働時間制の場合、始業・終業のパターンがあらかじめ決められている。フレックスタイム制の場合、働く人にとって、始業・終業の時間を自由に決める余地が大きい制度であり、特に柔軟性が高いといえる。

国立大学附属病院等では、毎日 9 時から 18 時までの定時に働くオフィスワークや公務員の働き方を基本として医師の労働時間制度を考えているように思われるが、そのような固定観念にとらわれるべきではない。一方、医師の側にも、医師は患者のために長時間働くのが当たり前、自分の労働時間を気にしないという状況が見受けられ、病院内においてもそれを当然とする職場風土が形成されているように思われる。労働時間制度の検討に当たっては、医師の働き方に関する意識の変革も必要である。

本委員会では自己申告形式で 1 週間のタイムスタディ調査を行った。意識改革につながる手段のひとつとして、一人ひとりが自らの働き方を知って見直すために自分でタイムスタディを行うことも意味があると思われる。

なお、医師版の高度プロフェッショナル制度を検討すべきとの意見もあるが、これまでの高度プロフェッショナル制度をめぐる議論の状況、医師と患者とのかかわり、看護師等の医療スタッフとの関係などを考慮すると、直ちに制度化を進めるのではなく、当面は、現在ある制度を活用しつつ、医師の働き方の見直しを進めることを優先すべきと考える。

V 2024 年度における新制度施行について

2024 年度からの医師における罰則付きの時間外労働時間の上限規制の導入、勤務間インターバル、連続勤務時間規制といった医師独自の健康確保措置の導入¹⁵を見据え、各地域、各医療機関で様々な取組が進んでいると思われる。

新制度への移行にあたっては、地域医療に多くの悪影響を相当程度与える可能性が指摘されており、定期的に地域医療への影響を調査するべきと日本医師会は主張してきた。これを受けて、厚生労働省では、2020 年に入り「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」を実施している。

医師の働き方については 2019 年 3 月に取りまとめられた報告書のなかで 2024 年 4 月から施行される勤務医の時間外労働時間の上限規制や健康確保措置の方向性が打ち出されている。2019 年 7 月以降は、後継の検討会において医事法制、医療政策における措置についてより詳しく議論が進められている。具体的には、B水準およびC水準の対象医療機関の指定にあたってのサーベイ項目、B水準、C水準の指定のワークフロー、指定後の医療法に基づく立入検査の在り方、面接指導などの健康確保措置の在り方、B水準、C水準の評価を行う組織の在り方などが議論されている。上記検討会での取りまとめの後、社会保障審議会医療部会での審議により医療法の改正、その後、労働政策審議会労働条件分科会でも審議しなければならないというプロセスがある。

こうしたなか、2019 年 12 月、中国武漢で新型コロナウイルス感染症が発生した。我が国においても、2020 年 3 月からの新型コロナウイルス感染症の感染が拡大し、同年 4 月 7 日に緊急事態宣言が発出された。感染症指定医療機関、協力医療機関における、医師をはじめとする医療従事者は、常に感染の危険に曝されながら、医療人としての使命感で感染者の治療に立ち向かった。2020 年 5 月 25 日に、全ての都道府県の緊急事態宣言は解除されたが、今後は第 2 波、第 3 波に備えての医療体制の構築が喫緊の課題である。

このような医療を取り巻く環境の中、医師の働き方の新制度施行への準備も含め、地域医療構想をはじめとする医療政策に関する様々な事項への取組を進めることは難しく、2024 年度から医師の働き方の新制度が施行できるのか懸念する向きもある。本来ならば 2020 年 6 月には検討会での審議内容が取りまとめられるはずであったが、3 月以降、審議は止まっており、その影響で医療法の審議ができない状況にある¹⁶。

また、多くの医療機関が新型コロナウイルス感染症対応のために一般病床の活用を余儀なくされ、医療提供体制自体に変化が生じている。さらに、医療機関にも多大な経営上の影響が生じており、医療提供の質量ともに低下する恐れがあるとの懸念もある。

現状言えるのは、新型コロナウイルス感染症の終息に全力を尽くしている医師をはじめとする医療従事者の健康確保をしっかりと行うことである。そして、時機をみて、地域医療に何が起きているか、各医療圏ごと、各医療機関ごとにきめ細かく繰り返し調査することである。そしてそのエビデ

¹⁵ 医師の働き方改革に関する検討会報告書「3. 医師の働き方に関する制度上の論点」に、2024 年度から適用される具体的項目が示されている。(2019 年 3 月 28 日 医師の働き方改革に関する検討会)

¹⁶ 参考資料 1-②「2024 年までの見通し(実施主体について)」を参照
出所:第 5 回医師の働き方改革の推進に関する検討会(令和元年 12 月 5 日)資料 2、p12

ンスに基づき、医師の働き方改革の全体の進め方、各医療圏での対応の在り方などを議論する必要がある。

医師の働き方改革に関する検討会で決められた内容については進めなければならない。しかし、現状を鑑みると、本委員会として、

① 2024年度からの施行を猶予する、ないしは、

② 2024年度から実施するがその時点で対応が間に合わない部分について現実に即した判断にて実施(例、A水準B水準の判断を、二次医療圏の合意形成を図りつつ、各医療機関が自己判断する)

ということを提言する。

VI 個別に検討すべき論点

1 宿日直適用除外の工夫

夜間、休日の宿日直について、2019年7月に労働基準局が新たな許可基準を公表した。

許可基準では、一つの病院でも、診療科ごと、時間帯ごと、業務内容ごとの許可を認めている。例えば、準夜間帯は救急患者が多いが、0時を過ぎるとほとんど業務がない場合は、0時以降に限って許可を取る方法がある。また、宿日直が二人体制の場合、一人をバックアップ要員として一人だけ許可を取る方法、時間帯を分けて交替する方法なども考えられる。

勤務の状況が同じであるまま、宿日直許可を得る場合には、病院のコスト削減手法に利用するのではなく、割増賃金が宿日直手当になって手当が削減された分は医師の処遇改善に充てるべきである。働き方改革が処遇低下につながるようなことになっては、全体の改革が円滑に進まない恐れがある。

2 育児休業

現在、育児休業制度は、育児休業期間中は働いてはならないということが基本とされている。地方公務員の育児休業等に関する法律第4条に「育児休業をしている職員は、(中略)職務に従事しない」との規定があるため、県立病院等の医師は育児休業期間中は一切勤務できない扱いとなっている。また、民間病院については、育児休業取得後に、一時的・臨時的就労をすることは認められているが、予め診療日を決めて働くことはできないとされている。

医師不足である地域においては、育児休業中の医師が週1~2回外来診療を受け持つことができれば、医師のシフトがかなり緩和できる。また、育児休業中の医師にとっても技量の維持のためメリットがある。さらに、育児休業給付は、月80時間までは働いても、それ以外の日には給付される制度になっている。

女性医師が増えていく中で、育児休業制度のこのような制約は、早急に撤廃すべきである。

3 公立病院の副業・兼業問題

地方公務員法では、地方公務員は許可を得なければ報酬を得て副業・兼業することはできないとしている¹⁷。この法律の地域での運用基準によって地域の公立病院の医師の副業・兼業が制約され、医療提供体制が円滑に構築できないケースもあると思われる。

公立病院の業務に支障がない範囲において、公立病院の医師が他の医療機関で働くことを柔軟に認められるようにすべきである。

¹⁷ 地方公務員法第38条第1項 職員は、任命権者の許可を受けなければ、商業、工業又は金融業その他営利を目的とする私企業(以下この項及び次条第1項において「営利企業」という。)を営むことを目的とする会社その他の団体の役員その他人事委員会規則(人事委員会を置かない地方公共団体においては、地方公共団体の規則)で定める地位を兼ね、若しくは自ら営利企業を営み、又は報酬を得ていかなる事業若しくは事務にも従事してはならない。ただし、非常勤職員(短時間勤務の職を占める職員及び第22条の2第1項第2号に掲げる職員を除く。)については、この限りでない。

Ⅶ むすび

本委員会においては、

- 医師という職業とは
- 改革の必要性、国民の理解
- 医師の働き方の制度の在り方
- 2024 年度における新制度の施行について
- 個別に検討すべき論点

などについて議論を行い、上記のようなとりまとめを行ったところである。

前に述べたように、「医学の祖」と称されるヒポクラテスは、紀元前 5 世紀にギリシャに生まれ、科学に基づく医学の基礎を作るとともに、医師の職業倫理についての宣誓文も書き残している。この「ヒポクラテスの誓い」は現代に至るまで語り継がれ、今も医療倫理の根幹をなしている。これを現代的な言葉で表したものが世界医師会のジェネーブ宣言(1948 年)であり、そこでは、患者の生命と健康を最優先し、生涯を人類への奉仕に捧げることなどが宣言されている。

我が国の働き方改革においては、この医の倫理の一つの表れである応招義務が法律上定められていることを踏まえ、罰則付きの労働時間の上限規制を導入するにあたり、他の職業とは切り離して検討が加えられた。その結果、特別な上限設定が行われるとともに、長時間勤務を認容する際の医師の健康確保のための措置についても規定されることとなった。また、臨床研修を行う医療機関については、特別の上限が認められ、それを研修医や専攻医が選択できることとされた。さらに、地域医療への影響に鑑み、経過措置を置くこととなった。

しかし、医師の働き方は、複数医療機関で勤務したり、研究や教育という使命に充てられる時間もあり、複雑でかつ社会への影響は無視できないものがある。また、医療の現場においては、地域医療が守られることも同様に欠くべからざる視点である。本委員会においては、医療の現場の実態や声を踏まえて、どのように医療を守り、医師のあるべき働き方を実現していけるかという観点から検討を行った。その際に、エビデンスとしてタイムスタディやシミュレーションもを行い、議論の素材としたところである。これにより、様々な課題があることが浮き彫りになったところであり、その課題のすべてに答えることは現時点では出来ないが、課題の解決に向けた方向性についても提言を行った。しかし、引き続き、実態をフォローしていくことが重要であるという認識で一致したところである。

医師というプロフェッションの集団である医師会としては、その特殊性を踏まえ、その特殊性からもたらされる責務も自覚し、その職業の社会的責務と自己規制の原則に基づき、引き続き、地域の実態を把握し、働き方と医療の確保が同時に図られるよう継続的に議論することが望まれる。その議論に際しては国民の理解を得ることも求められる。

また、全国どこでも必要な医療が提供されるよう、医師の偏在の是正と地域の医師確保、公的責務を果たす医療現場への総合的な人的・財政的支援の拡充、その他必要な措置について適切に行政に働きかけていくことが必要である。

参考資料

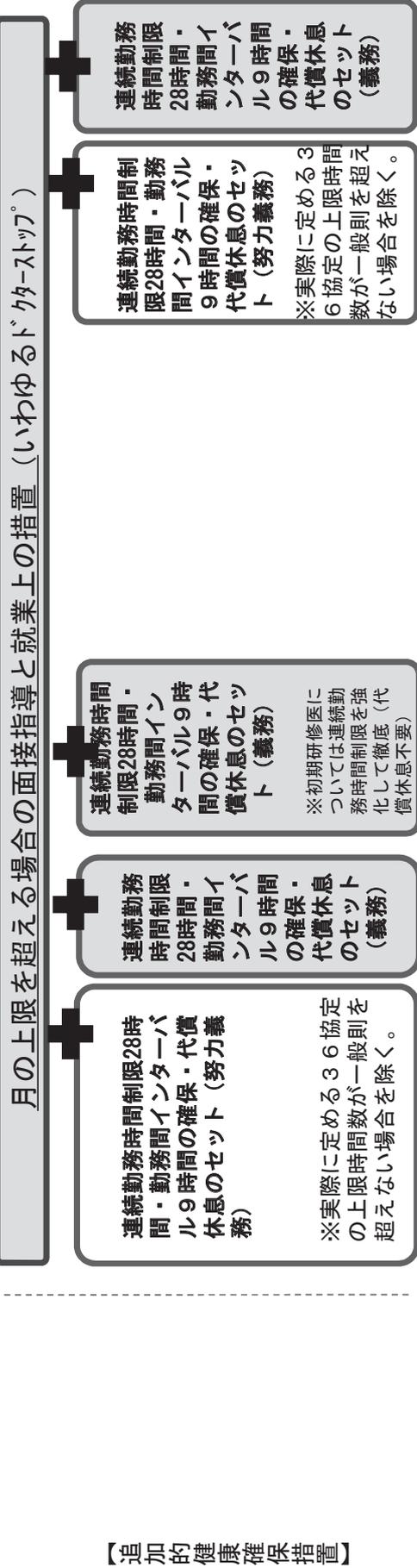
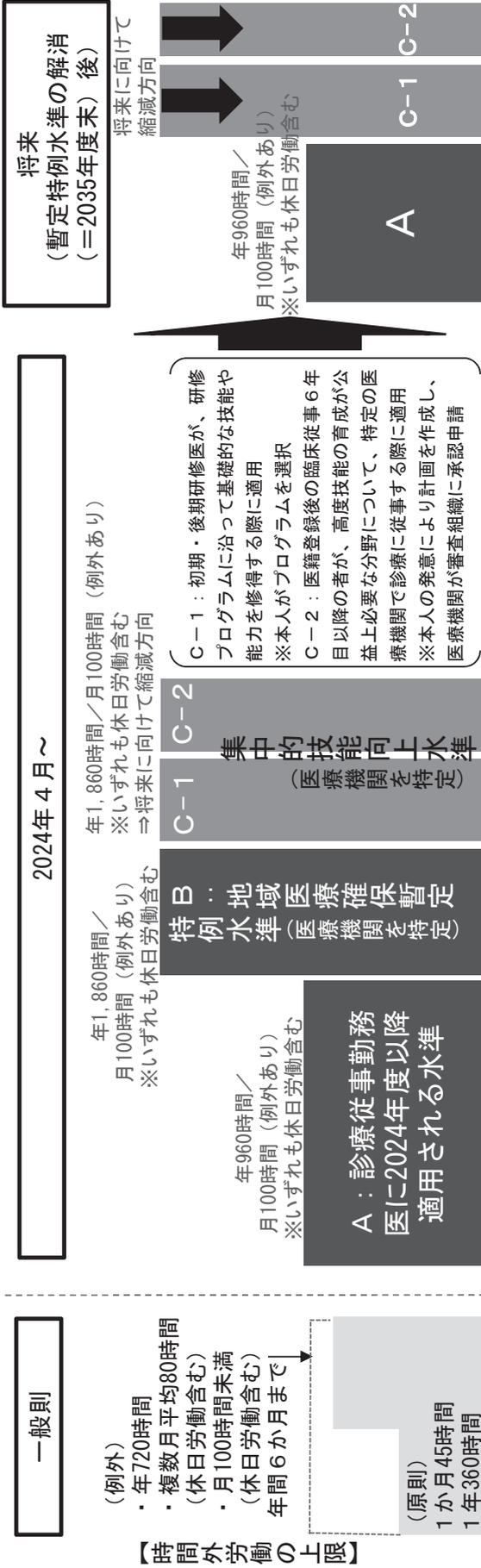
参考資料 1－① 医師の時間外労働規制について

参考資料 1－② 2024 年4月までの見通し(実施主体について)

参考資料 2 タイムスタディ分析

参考資料 3 労働時間制度の比較

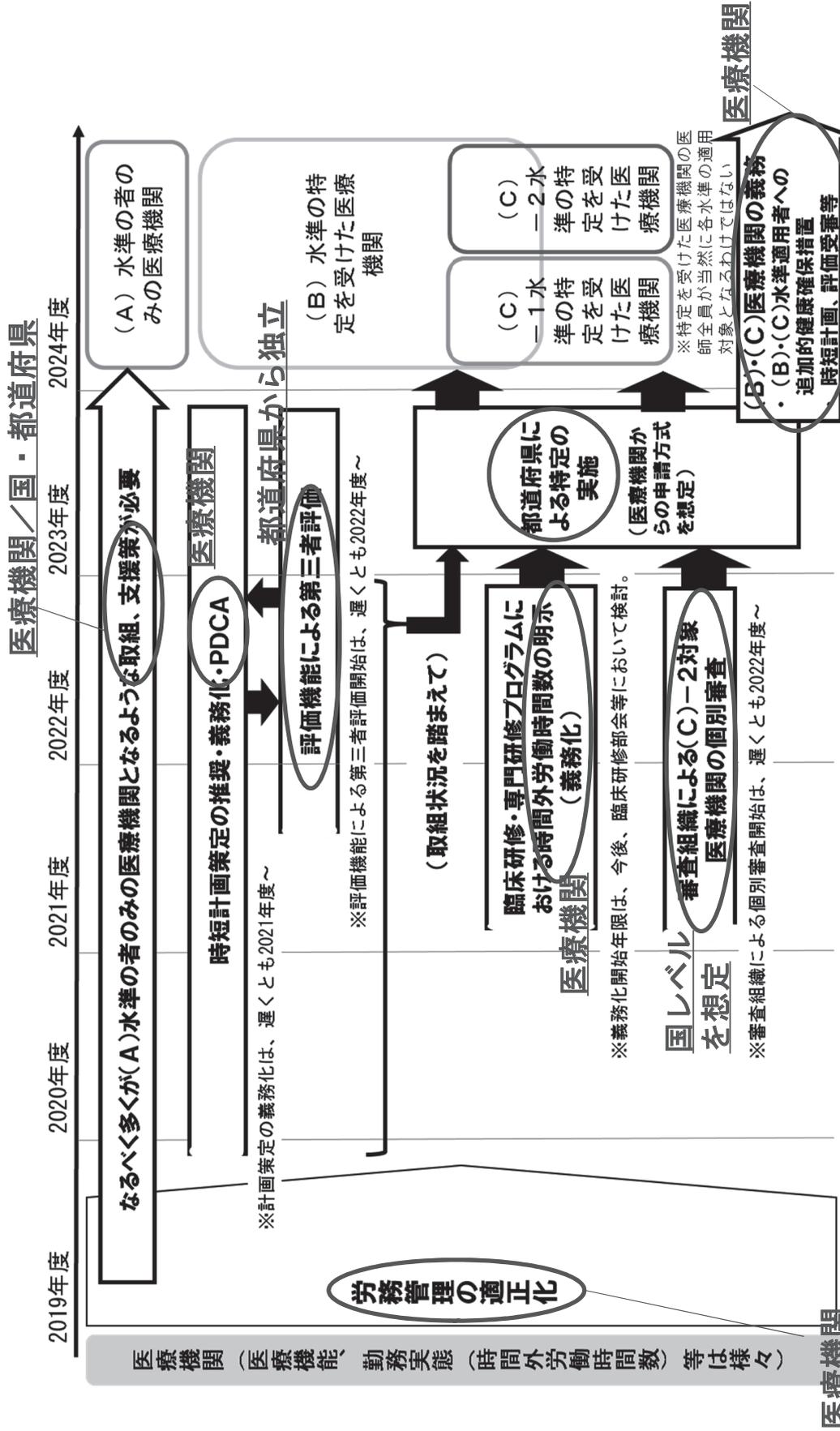
医師の時間外労働規制について①



※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

第1回推進検討会(7/5)資料を一部改変

2024年4月までの見通し(実施主体について)

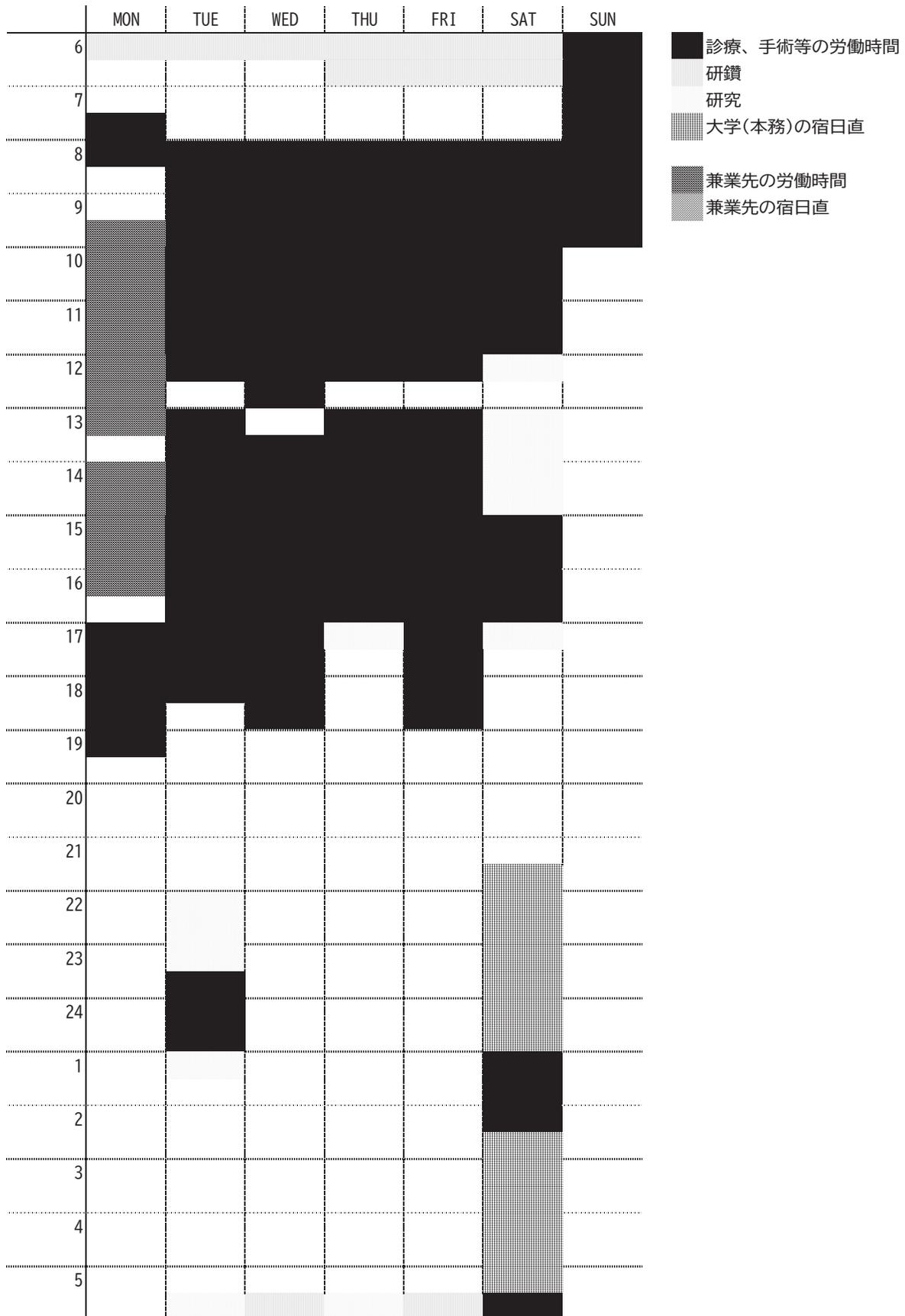


医療機関 相談支援：都道府県 (医療勤務環境改善支援センター)

履行確保：都道府県

参考資料2 タイムスタディ分析

女性	30歳代後半	小児科	助教	(単位：時間)			
労働	55	研鑽	5.5	研究	6.5	計	80.0
兼業	6.5	宿直	6.5	兼業宿直	0		



参考資料 3 労働時間制度の比較

	通常の労働時間制	変形労働時間制	フレックスタイム制	専門業務型裁量労働制	【参考】高度プロフェSSIONナル制
1日・1週の所定労働時間の長さ	1日8時間、1週40時間以内	1週平均40時間以内であれば、8時間を超える日、40時間を超える週が可能	制約なし (清算期間平均で週40時間以内)	1日8時間、1週40時間以内	1日・1週の所定労働時間の長さ
始業・終業時間（労働時間としての拘束）	事業者が指定	事業者が指定	コアタイムのみ事業者が指定。それ以外は労働者が自由に設定。	始業・終業時間の拘束はない	始業・終業時間（労働時間としての拘束）
活動の自由度	始業・終業時間内は原則すべて労働	始業・終業時間内は原則すべて労働	コアタイム ^{※1} 内は原則労働だが、それ以外はフレキシブルタイム ^{※2} の範囲内で労働者が自由に設定。(注)	自由	自由
対象医師の制約	診療に従事する医師	診療に従事する医師	診療に従事する医師	大学病院のみが対象 研究がメイン(労働時間の半分以上)であることが要件	医師は対象外 年収1075万以上(金融商品開発、ダイバーリング業務など)
2024年度以降の医師の労基法上の時間外労働時間上限	原則960時間 特例1,860時間	原則960時間 特例1,860時間	原則960時間 特例1,860時間	原則360時間、特別条項720時間 * 休日労働は含まない	なし
時間外割増賃金 深夜割増賃金 休日割増賃金	支給される	支給される	支給される	支給される	支給されない
法定休日	あり	あり	あり	あり	なし(年104日以上の休日を必ず確保)
2024年度以降の医師の健康確保措置	労働安全衛生法 +医療法上の措置(勤務間インターバル等)	労働安全衛生法 +医療法上の措置(勤務間インターバル等)	労働安全衛生法 +医療法上の措置(勤務間インターバル等)	労働安全衛生法+健康福祉確保措置(労使協定で定める)	労働安全衛生法 +特別な健康確保措置(2週間の連続休暇、勤務間インターバル等から選択、健康管理時間)

(注) ※1 コアタイム：労働者が1日のうちで必ず働かなければならない時間帯です。必ず設けなければならないものではありませんが、これを設ける場合には、その時間帯の開始・終了の時刻を協定で定める必要があります。

※2 フレキシブルタイム：労働者が自らの選択によって労働時間を決定することができる時間帯のことで、フレキシブルタイム中に勤務の中抜けをすることも可能です。

【参考】フレックスタイム制のわかりやすい解説&導入の手引き <https://www.mhlw.go.jp/content/000476042.pdf>