

## 平成29年度福岡県医師会勤務医部会・

### 男女共同参画部会合同研修会

テーマ 「医師の働き方改革」



【とき】 平成30年2月10日(土)16時

【ところ】 ホテル日航福岡



#### 『医師の働き方改革について』

日本医師会常任理事 松本 吉郎

医師の働き方改革について、日本医師会は、勤務医師の健康確保策をしっかりととりながら、かつ地域医療を壊さないことが必須事項であると考えており、どちらが欠けてもいいことだと捉えております。医師は、その特殊性を鑑みて、応召義務の問題、宿当直の問題、自己研さんの問題、医師の偏在、学生の教育まで、診療報酬の問題も絡めて考えなければいけません。現場の声を無視した、現場の現状を考慮しないような医師の時間外上限規制や単なる労働者扱いの規制には反対の立場です。

現行法制上、我々医師は普通の労働者と同じという扱いで、現行法にのっとって、労働基準監督署が入ってくることがあります。現在、国で議論をして、5・6年後にきちんとしようという話になっていますので、現時点で労働基準監督署が入ってくるのはおかしいということは、日本医師会として常々発言しております。時間外労働の上限規制導入について36年4月1日以降の取り扱いは国で検討して決められますが、医師に関しては省令で定めることになっているのが一つのポイントになると思っています。

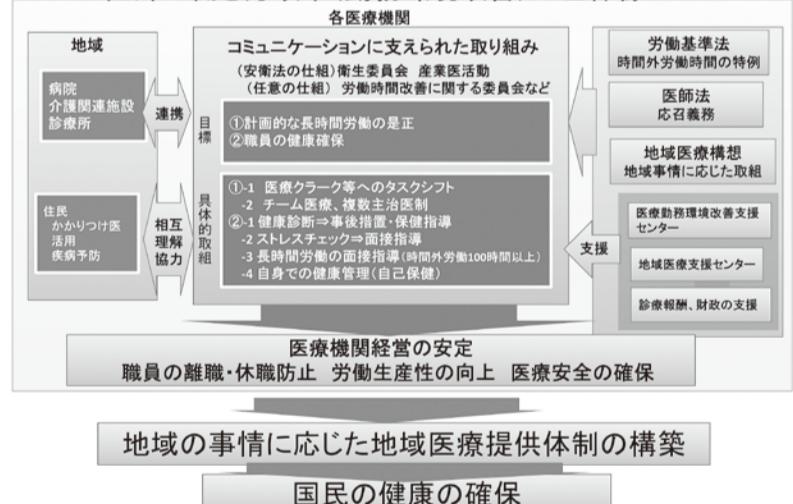
国の医師の働き方改革に関する検討会では、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の素案が出されており、現在の勤務環境改善を、少しでも、できるところからやっていこうという提言になっております。医師は昼夜を問わず患者対応を求められる仕事であり、他職と比較しても抜きん出て長時間労働の実態にある。さらに、日進月歩の医療技術、質の高い医療に対するニーズの高まり、患者へのきめ細かな対応等により拍車がかかっている。医師の健康確保、医療の質や安全の確保の観点から、長時間労働を是正していく必要がある。患者側も含めた国民的のかかわりによって、我が国の医療提供体制を損なわない改革を進める必要があるということで、比較的常識的な捉え方をしています。今後、自己研鑽、当直の勤務時間やオンコールの時間をどうするかということも大きなポイントになると思っています。

日本医師会は、医師の勤務環境改善をしっかりと行うというこ

とはもう手を挙げて賛成です。ただ、患者や地域の住民を見捨てるような政策には反対です。また、経営的な問題により働き方改革が進まない事態や医療機関の経営破たんによる医療崩壊が起らないように、特に診療報酬上の手当も必要ではないかと主張しております。勤務環境改善に関する取り組みで、タスクシフトの問題は避けることができない問題だと思っています。特にリスクを伴わないようなところでのタスクシフトは非常に重要だと思います。一方で、人員の確保が必要になり、そのためにも診療報酬のことは考えていかなければならないと思っています。

都道府県の医療勤務環境改善支援センターや地域医療支援センター、ナースセンターが有機的に結びついて、一体的に管理していくことも必要と思っています。

#### 医師の働き方改革(勤務環境改善)の全体像



女性医師に対する支援も大きな課題で、離職防止、復職支援、特に女性医師の場合、結婚、出産による専門医の取得時期の問題もあり、日本医師会も女性医師バンクなどを使って、最大限の支援をしていきたいと思っています。

日本医師会は、労務管理チェックリストで自己チェックを行い、勤務医の労務管理に関する分析・改善ツールを作成しております。また、勤務医の健康支援のための15のアクションを示しており、病院全体で小さなところから少しづつでも手をつけていくということは大事なことであろうと思います。

## (2) 勤務医のつどい

医師においては、専門業務型裁量労働制を取り入れられるところは取り入れていただき、この拡張を検討していく、見直しを検討していくことが必要と思っております。「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立ということを日本医師会としてはしっかりと訴えていきます。

今できることとして、長時間労働の勤務医が産業医に相談できる仕組みをつくる、会議のあり方を見直す、患者家族への手術説明などをできる限り平日にシフトする、医療クラーク等のさらなる活用、タスクシフト、特に医療安全にそれほど問題がないようなところでのタスクシフト、仕事の効率の見直し、外来診療体制の見直し、こういったことも必要なのではないかと思います。地



### 『アメリカの若手医師の働き方』

九州大学大学院医学研究院循環器外科学教授 塩瀬 明

私は、日本で成人と小児の心臓病を勉強して、2008年から約8年間アメリカに行き、研究と臨床をしていました。

心臓外科は、心臓をとめて行うという非常に特殊な外科で、短時間で正確な手術を行わなければいけません。医師10年目でも、一人で手術ができる人はほとんどいないのが現実です。海外ではさらにハードルが高く、5年間のレジデントのトレーニングが終わった後、選ばれし成績優秀者が胸部外科専門のトレーニング、さらにフェロープログラムに入り、2、3年勉強し、そこで残った人たちが心臓外科のスタッフになれるのです。この時点でもう7、8年たっていて、「スタッフ」のポジションにつける人は非常に少ないです。

私は2008年から、アメリカのあるクリニックで研究留学をはじめ、論文も2年間で20本ぐらい書きましたが、その頃に臨床をしようと決めました。受け入れてくれた大学で臨床を頑張って講師まで上がることができ、アメリカのレジデントやフェローをトレーニングしていました。

そして、心臓移植だけでなく、肺移植も数百例行いました。ドナーの手術が7、8時間。そこから差をつけるために、レシピエントの手術、移植の手術も入れて、1回の移植手術で平均14、5時間を大体週4回、それに加えて病棟の管理や当直もやるという環境でした。忙しかったですが、大変充実していました。

アメリカのレジデントは大きな借金をして医学部を卒業しています。そしてとても給料が安く、縛られているので残業もつけられません。そのため彼らの目標は、レジデント、フェローを終えて、早くスタッフになることで、それから借金を返していきます。その後、アテンディングサーチャンになるために、一人で手術ができ、一人で患者を集めることができ、病院収益に貢献できる力を養つ



### 『産業保健の視点から見た働き方改革』

産業保健コンサルティング事務所アルク所長  
産業生態科学研究所産業保健経営学非常勤講師 梶木 繁之

産業医の分類として、比較的大規模な企業で働いている場合は専属産業医で、専属産業医を置く必要がない1,000人未満もしくは500人未満の企業の場合はほとんどが嘱託産業医です。

域医師会としては、休日・夜間診療所は、開業医の先生方も行っていただき、なるべく病院の先生方の負担を減らすような仕組みも大事だと思います。

労働基準監督官は結構大きな権限を持っており、逮捕、送検する権限を有しております。なかなか厳しいところもありますが、現場を理解していただくという努力をしていますので、もしも何か困ったことがございましたら、ご相談をいただければ幸いと思っております。医師の働き方に関するさまざまな立場、視点がありますが、医師のあるいは勤務医の健康確保を担保して、特例を設定する仕組みを構築すべきだとも思っております。財政的な支援も必要だということを引き続き主張してまいります。

ています。

実際、レジデントが手術経験を増やすために、急患が来ると手術を見学したいといって入ってきます。ただ、日本と違うのが、彼らは意外とドライで、自分の見たいところが終わったら、すっと消えています。これは次の日の仕事に備えてのことです。

また、日本の当直に近いナイトフロートというのがあり、殆んど寝られず、トイレにも行けないぐらいです。ハリーコールが三つ同時に鳴り、それを一人で応えます。当直の後の日に働くか働かないかというレベルではなく、疲れ果てて、どうやっても体力的に無理な状況です。

また、自分たちがした仕事がどれぐらい評価されているかが点数化されるRVUというものがあります。これを12カ月間やって昨年よりもよければ給料が上がり、下がっていれば、1年契約で終了というような社会です。レジデント、フェローはある程度守られていますが、スタッフは正に裁量労働制であると思います。

アメリカの特徴で、これはいいなと思ったのは、常に医師、病院がアクティブなところです。永久雇用がなく、大体1年雇用。大リーガーのような感じで病院がいてほしい人は、複数年契約します。働かないと次の契約がないので、常にアクティブになります。アクティブになると労働生産性が上がっていくと思います。

それから、上司を評価するシステムもあります。下から評価されるから、下をしっかりトレーニングしようと思うのです。日本ではどれぐらい手術をやっても件数でしか判断されないということがあります、例えば1件が1時間で終わる場合もあれば、8時間、9時間かかるのもあって、そこもきちんと点数化して評価され、毎月スタッフに送られます。あとは仕事の分担です。当直の時はとても忙しいですが、他人のことはあまり手伝いません。「これは私の仕事じゃない。私は明日があるから。でも、自分がやるときには、自分一人で頑張る」というふうに割り切っています。私がアメリカに来て一番良かったと思ったのは、やはり外国人のハングリー精神を間近に見れたことです。

医師会の先生方のおよそ99%は嘱託産業医だと思います。

日本医師会の認定産業医の資格をたくさんの先生方がお持ちだと思いますが、これは登録のみで、亡くなられたりした場合の末梢がないためどんどん数が増えていき、現在は9万人くらいいるそうです。

私がある企業で専属産業医をしていたときは、社員にサービスや健康管理を提供するような組織で、グループ企業等も含めて大体1,000名強の社員のケアをしていました。名古屋から鹿児

島までの二つの大きな工場と、六つの営業の支店、全部で八つを一人で見ていましたので、各地をいろいろ回っていました。

そのため勤務環境は専属産業医ですが、日によって行く場所が変わるため移動時間が多かったです。また、残業が無いわけではなく、健康診断の時期は1日10時間なので、朝8時に行って、夜の7時、8時ぐらいまでは残っていました。働きやすい環境ではあったかなと思います。

産業医は当然、面談が多いですが、メール対応や報告書・紹介状作成など管理的な業務がたくさんあります。ほかに、求められる能力として、例えばニーズを分析する、倫理的な立場で仕事をする、法律を理解しておくというようなことが挙げられます。

また、特に専門的にやっていこうとすると、会社の中のリスク管理にもアドバイスをする技術や人も育成して組織の活性化まで

目指していくかなければなりません。例えば、睡眠不足は事故の発生率が高くなり、サービスの質も下げる所以、絶対に避けましょうなどというお話しはよくします。

現在、医師の過重労働が問題になっていますが、睡眠がちゃんととれていれば鬱にはなりにくいというデータが出ています。労働時間だけを管理するというより、その合間に仮眠も含めて良質な睡眠がとれているかどうかとも考える必要があると思います。

産業医は臨床医と同じように一定のキャリアパスがあり、専門性が高まるとかなり選択肢が増えるので、年齢とともに技術も上がって、一人で何でもできるようになれば当然、給料も上がり、働く時間も短くなります。臨床医とは異なる専門性や能力が求められますが、働きやすい職場環境ではあるので、よかつたらぜひ産業医を働き方の選択肢の一つにしていただければなと思います。



## 『医師の時間外労働についてどう考える』

福岡市民病院院長 竹中 賢治

私は、働き方改革を論ずるのに大きく二つあると考えます。一つはタスクシフト、女性医師の再雇用、複数主治医制などの工夫をして医療環境を整えること。もう一方は当直の問題です。

労基法第41条の3で、監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたものについては、労働時間、休憩及び休日に関する規定は適用しないとあり、これはいわゆる宿日直勤務で、巡回、文書・電話番などのほとんど労働する必要のない勤務であることとされ、もし救急等、突発的に行われた場合は割り増し賃金を払う決まりがあります。したがって、宿直勤務中に通常の労働が頻繁に行われる場合は、交代制を導入するなど業務執行体制を見直す必要があると規定されています。

当院の36協定について、月80時間超の職員もしくは平均で60時間超の職員を報告させ、診療統括部長や所属部長から指導を行い、100時間超、もしくは6カ月平均で80時間超の職員がいれば産業医の個人面接等を実施しています。実際の時間外勤務の時間数は、大体60時間以内におさまっています。しかし、やはり何人か超えてしまう医師もいて、優秀な先生だから患者さんが集まる、だから仕事が多くなって帰れないという状況が続いているので、彼らをどのようにするかという一つの大きな問題があると思います。

また、救急対応当直は、休日日直医師の勤務形態の見直しを行い、昼間帯を勤務として代休制度を活用したり、救急手当は、宿日直手当と実際に救急に従事した時間の長さに応じての金額、これに実働分の時間外手当をつけて支払うという3段階体制をとっています。

そもそも医師は労働者の定義「使用される者で、賃金を支払わ

れる者」の枠内に入る労働者なのか。医師には、基本的に緊急措置の要請に応じ、患者に対して適切な処置を行うことが期待され、この医師に対する社会の期待は医師のプロフェッショナル地位に由来しているもの。個々の依頼者の要求に応じて奉仕活動を行い、社会全体の利益のために尽くす職業である、我々医師のプロフェッショナルという立場はきちんと押さえるべきだと思います。また、裁量労働制はみなし時間によって行うことを認める制度（労基法第38条）ですが、医師の業務はこの適用にならないかという問題をぜひ議論するべきです。一人前の医師として活躍できるまでに非常に長い研さんが必要で、高度の専門性を必要とする職種であるため、労働時間の長さではなく労働の質や成果によって評価を行うほうが適正な側面もあります。

自己研さんはあくまで自主的に取り組むものであって労働時間には該当せず、任意で勤務時間外に行った行動（災害、急患等除く）や、出張中の移動時間、自宅での待機時間は支給対象ではないが、学会等の参加に関しては、その行為が医療機関の経営にとって有利になるのであれば、労働時間として認めるべきであるという見解はあるようです。

しかし、自己研さんの時間か命令による労働時間かは、直線的にふるい分けできるものではなく、単一の医療機関で判断して検討するのは難しいため、この働き方改革の議論の中で、自己研さんとのふるい分けをガイドラインで示せないかということを要望したいと思っています。

医師を一人の労働者として単純に捉えられた場合、高潔に維持してきた地域医療は保ち得ず、同時に医師のプロフェッショナル地位も喪失し、社会に対する負の影響は大きいことから一般的な労働者と同様に扱うことは難しい面が多いと感じます。診療科偏在、地域偏在、病院機能の違い等を考慮せずに適用すれば地域医療に破綻を来すことは必然ですので、やはり医師の人員、需給バランス等の議論を同時進行させていく必要があると考えます。

性、約6割が男性です。医師の働き方改革が進む中、希望ある小児医療の未来を構築するためには、女性医師の活用と小児医療施設の更なる集約が必要と言えます。小倉医療センターには、現在18名の小児科医が在籍し、内9名は女性医師です。

今後、女性医師が働き続けられる職場にするためには、女性医師を有効活用できる環境を整えることが不可欠だと思います。1)



## 『小児救急医療の未来を考える』 ～働き方改革における女性医師の活躍～

小倉医療センター副院長 山下 博徳

現在、主たる診療科が小児科である医師の割合は、約4割が女

## (4) 勤務医のつどい

院内保育所・病児保育の整備、2) フレキシブルな勤務体制、3) 産休、育休を遠慮なく取得できる体制、4) 女性専用の当直室、シャワー室、ロッカールーム、パウダールームなどのアメニティーの整備、5) キャリアアップ支援。小倉医療センターの現状は、院内保育所はありますが、24時間保育は木曜のみで、病児保育はございません。アメニティーに関しましては、管理棟が昭和35年築ということもあり、そのようなものは全くございませんでしたが、今年9月に完成予定の新しい管理棟はパウダールームも整備しております。

キャリアアップ支援は、これから目に見える形を目指しております。大阪府医師会では、「大阪府医師会女性医師支援プロジェクト -Gender Equality-」といったキャリアアップ支援を策定されています。女性医師が今後、医学の教育・研究・診療において、男性医師と対等なキャリアアップができるように、育成策や支援

策を提言し、その推進に当たる。大学や病院では、女性医師のキャリア形成と昇進に関して、男性医師と同じ機会・評価・待遇を受けることを実行するように努めるということです。

また、医師の集約に関しては、日本小児科学会は中核病院小児科・地域小児科センター登録事業を開始しております。実際、中核病院というのは大体大学病院かこども病院、地域小児科センターというのは24時間で小児2次医療を提供できる病院と定められています。厚労省では、日本小児科学会が示す「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」を参考に、小児救急医療のみならず一般の医療も視野に入れながら、小児医療体制を構築していくという医療計画を出しています。今度の働き方改革を逆に利用して、集約を進めていくことが重要であると思っております。

## ご案内

### 医師資格証について

日本医師会電子認証センターが発行する医師資格証は、医師の資格証明・なりすまし医師等への対策、地域医療連携での利用等を目的として、医師資格を証明する電子的な証明書を格納したICカードです。是非ご取得ください。有効期間：発行日から5年間

### 利用用途

#### ①電子署名として

コンピューターで紹介状、診断書、主治医意見書など、医師の署名・捺印が必要な文書を作成する場合に電子的な印鑑の機能として利用できます。電子署名することで、紙に印刷して、署名・捺印する必要がなくなります。

#### ②認証として

地域医療連携では、ネットワークを通じて本人の確認が必要な場合があります。特に、カルテや連携パス等の医療情報を閲覧する場合は、医師であることの確認が必要となります。

#### ③資格証として

「医師資格証」と券面に印字しており、顔写真も添付されています。提示することで医療機関の異動時等に医師であることを証明できます。

#### ④単位管理として

日本医師会生涯教育講座、認定医、かかりつけ医など研修会時の単位管理ができます。

#### ⑤医師資格証ポータルサイトの利用

スマートフォン用アプリ「医師資格証表示」に表示できる情報の変更、医師資格証に関するお知らせの連絡先変更、日本医師会生涯教育講座専門医共通講習の受講履歴の確認・受講証明書の出力ができます。

#### ⑥JAL DOCTOR 登録制度

JAL グループ便機内で医療援助が必要になったとき、客室乗務員より登録された医師へ援助を依頼する制度です。登録には医師資格証が必要になります。

### 申請書類

#### ①発行申請書

本会及び日医電子認証センターホームページよりダウンロードいただき、所属の医師会にお問い合わせください。

#### ②医師免許証原本または、医師免許証コピーに実印を押印し印鑑登録証明書を添付

受付の際に透かしと裏面の有無を確認させていただき、確認後コピー(A4縮小)を取得いたします。

※裏面がある場合、裏面にも実印を押印し、表面コピーと裏面コピーを提出して下さい。

#### ③身分証

確認後コピー(A4縮小)を取得いたします。

#### ④住民票の写し

発行から3ヶ月以内のもの

※いずれかの書類に旧姓が記載されている方は、旧姓がわかる書類もあわせて提出してください。

(例)●戸籍謄(抄)本 ●全部(個人)事項証明書

### 年会費

#### <日本医師会会員>

初回発行手数料・年間利用料は 無料

5年後の更新時には発行手数料 5,000円

#### <日本医師会非会員>

年間利用料 6,000円

発行手数料 5,000円(初回発行から発生)

### 申請の手続き

#### ①<都市区医師会・県医師会を通じて申請する場合>

(1)申請者本人が「申請書類」一式を(所属都市区医師会または県医師会へ)持参 ※要事前連絡

(2)申請者本人と事務局担当者による対面審査(申請書類等の確認)

(3)県医師会において本審査

(4)県医師会から日本医師会電子認証センターへ申請書類を郵送

(5)電子認証センターから申請者本人へ医師資格証郵送(本人限定受取郵便)

#### ②<日本医師会電子認証センターへ直接郵送して申請する場合>

(1)「申請書類」一式(申請書類②と③はコピーしたもの)を日本医師会電子認証センターへ郵送

(2)申請時に希望した受取場所へ医師資格証発行

(3)医師資格証発行完了通知書(ハガキ)が申請者へ到着

(4)申請時に希望した受取場所にて事務局担当者より対面受取

#### ③<指定の講演会・研修会受付で申請する場合>

※申請方法は申請の手続き①と同じです。

対象の講演会・研修会は福岡県医師会ホームページをご覧ください。

#### ●申請書類郵送先

日本医師会電子認証センター

〒133-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17階



#### お問い合わせ先

福岡県医師会LRA

TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858

e-mail fpma-somu@fukuoka.med.or.jp