

座談会 (2025 年 5 月開催)

医師の働き方改革 －光と影と－

【座 長】 浦田 士 郎¹⁾**【出席者】** 長谷川真司²⁾後藤 真 紀⁶⁾成瀬 友 彦³⁾尾崎 祐 太⁷⁾春 原 晶 代⁴⁾森本智恵子⁸⁾湯澤由紀夫⁵⁾

(発言順)

座長 愛知県医師会理事(愛知県病院協会推薦)を勤めております。

令和6年4月から、医師に対する時間外労働の罰則付上限規制が適用されたことに伴い、地域医療体制確保の観点から、やむを得ず医師を長時間従事させる必要がある病院又は診療所については「特定労務管理対象機関」として都道府県知事の指定を受けることが必要になりました。そこで本日は、愛知県内の病院と大学の管理者、中堅若手医師、そして愛知県医療勤務環境改善支援センターアドバイザーの皆様、適用開始から一年が経過した現時点で見えてきた課題や今後の展望について様々な観点からご意見を頂きたいと思っております。『現代医学』は勤務医以外の先生方も多数ご覧になっておられることを踏まえた議論を心がけたいと存じます。

長谷川 社会医療法人名古屋記念財団名古屋記念



浦田 士 郎 氏

病院院長の長谷川です。愛知県医師会では、勤務医部会副部長を勤めております。

成瀬 春日井市民病院長の成瀬です。令和元年に院長に就任して、すぐにコロナ感染が広がり、コロナが収束した頃に働き方改革がスタートするという、大変なタイミングで院長を引き継ぎました。年間約1万台の救急車を受けている当院で最も困っていることは、研修医が昨年より1名減らされて、9名となったこと。そのため研修医の時間外労働がなかなか月80時間に収まらず、なんとかこの問題を解決できればと思っております。

春原 現在、愛知女性医師の会の会長を勤めております。令和2年から令和6年3月までの社会福祉法人聖霊会聖霊病院の院長在任中に最も注力したのはコロナ対策ですが、働き方改革に向けた就業規則の改定などにも取り組みました。聖霊病院は二次救急病院で、研修医は1学年2名、病床数も198と小さく、比較的働きやすい病院ではない

¹⁾ Shiro Urata：公益社団法人愛知県医師会 理事

²⁾ Shinji Hasegawa：社会医療法人名古屋記念財団 名古屋記念病院 院長

³⁾ Tomohiko Naruse：春日井市民病院 院長

⁴⁾ Akiyo Sunohara：社会福祉法人聖霊会 聖霊病院 前院長

⁵⁾ Yukio Yuzawa：藤田医科大学 副理事長

⁶⁾ Maki Goto：岡崎市民病院 産婦人科統括部長

⁷⁾ Yuta Ozaki：JA 愛知厚生連 安城更生病院循環器内科 循環器先進医療部長

⁸⁾ Chieko Morimoto：愛知県医療勤務環境改善支援センター 医療労務管理アドバイザー

かと思っております。就業規則の改定などこれまでに取り組んできたことを紹介できたらと思います。

湯澤 藤田医科大学の副理事長に令和 7 年 4 月に就任しました。私は 5 年前、全国医学部長病院長会議の会長在任中に、その 2 年後の開始が予定されていた医師の働き方改革の一環として、「大学病院の勤務医の働き方改革」について取り組んだ経験があります。当時の日本医師会の働き方改革担当理事は現会長の松本吉郎氏でした。松本先生とは常に連絡を取り合いながら、進め方を検討しておりましたので、日本医師会と連携して取り組んできた医師の働き方改革がどこまで進んでいるのか注目しているところです。

後藤 岡崎市民病院産婦人科に着任しまして 4 年目になります。それまでは名古屋大学の産婦人科医局で、十数年前から女性医師の働き方の支援サポート、育児や介護と働き方の両立についてのルールづくりを担当しておりました。愛知県医師会の産婦人科医会理事も務めております。産婦人科の場合は、開業医、特に産科取り扱い施設の医師が、働き方改革が始まることで宿直許可が取れるのか取れないのか、非常勤医師をどのように副用していくのかなど、他の診療科より高い関心を持って取り組んでいる医師が多かったように思います。

働き方改革が実際に始まってから、現在までに見えてくるものはジレンマであって、「ルールは変わっても実際は何も変わっていない」といった意見が若手の先生から今多く出ています。当院でも研修医や中堅～専攻医クラス、卒後 5 年目から 10 年目ぐらいまでの医師の勤務超過をどう管理していくか、タスクシフトの導入、さらに高齢者救急と救急外来の過密化を地域の医師と連携していかに減らしていけるのかについても取り組んでいます。

尾崎 安城更生病院循環器内科に勤務しております。卒後 14 年目で、大学院の 4 年間以外は当院で勤務しています。今日は若手医師として、現場の肌感覚をお話しできればと思います。

森本 愛知県医療勤務環境改善支援センターで、

社会保険労務士として、医療勤務管理アドバイザー及び医業経営アドバイザー、厚生労働省スーパーバイザーの役職を頂き、愛知・静岡・三重・岐阜・滋賀の各県の医療勤務環境改善支援センターを担当しております。仕事柄、様々な病院の話を聞かせて頂く機会は多く、「現状は何も変わっていない」との声を耳にしたり、医師の実労働時間数と勤怠システムとの乖離があることなど常々感じております。

1. 医師の働き方改革 - これまでの経緯

座長 議論を始める前に、医師の働き方改革についてこれまでの経緯を振り返っておきます。日本外国特派員協会で専攻医の「Karoshi Deaths」が注目されましたが、日本の医師の働きぶりについては、外国の記者からは大変驚異の目で見られていて、フランスのようにストライキに訴えて医師の過重労働を社会に広く訴えたらどうかという意見もあれば、韓国からは同じ状況だと同情の声が上がります。

図 1 は勤務医の週の労働時間区分の割合です。平成 28 年、令和元年、令和 4 年と 3 回の調査結果からは過重労働は減少傾向にあります。目立つのは臨床研修医で、1860 時間を超えた医師が極端に減ってきています。新制度に向けた各医療機関の対応の効果が窺えます。

◆三位一体の改革

2019 年に国は「地域医療構想」、「医師偏在対策」、「医師の働き方改革」を三位一体的に進めるとの大号令を発しています(**図 2**)。

日本の医療の現状について、島崎謙治先生(国

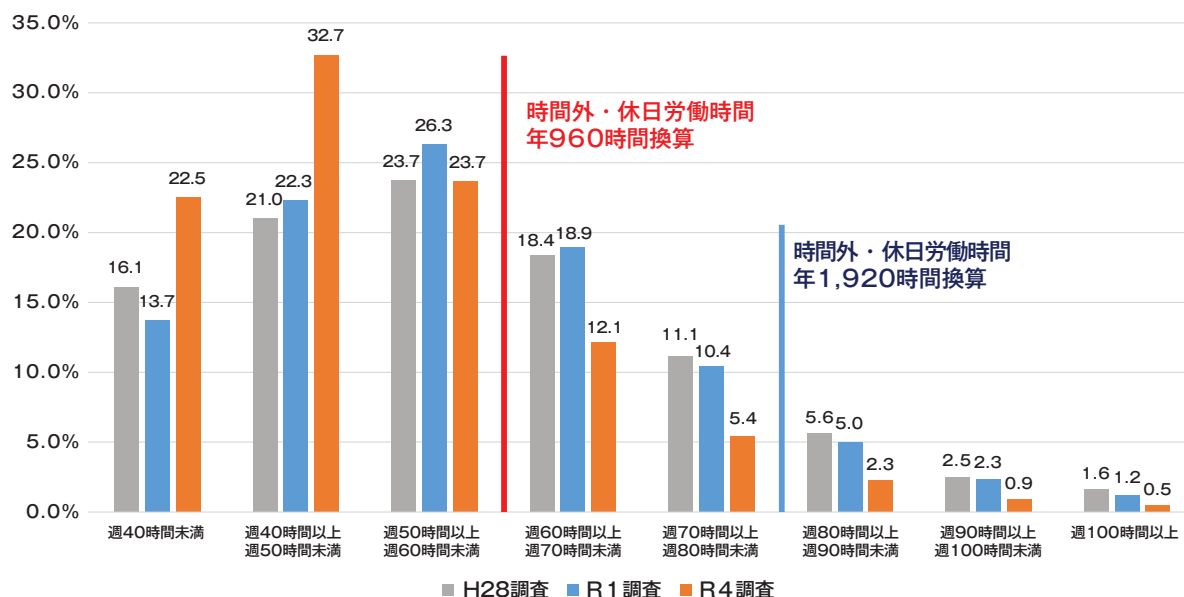


長谷川真司氏

週労働時間区分と割合＜病院・常勤勤務医＞

OH28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間を週労働時間区分と割合で集計した。

□時間外・休日労働時間が年1,920時間換算を超える医師の割合は9.7%（H28調査）、8.5%（R1調査）、3.6%（R4調査）と減少していた。



※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
 ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
 ※ 宿日直の待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。R
 ※ 1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
 ※ 1調査ではさらに診療科別、性・年齢・勤務医療機関の構成が、「H30三師統計」の構成と同様になるように調整を行っている。
 ※ 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している。
 ※ R4調査で時間外・休日労働時間年1,920時間換算を超える医師の割合について、各労働時間区分の四捨五入後の数字を合計すると3.7%であるが、全体の数から集計し、四捨五入すると3.6%となる。

図1 病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間

（厚生労働省 第18回医師の働き方改革の推進に関する検討会 令和5年10月12日 資料2）

際医療福祉大学大学院教授)が「我が国は国民の膨大な医療ニーズという水を医師の長時間労働という巨大なスポンジで吸収してきた」と表現されています。医師の時間外労働時間の規制が適用されれば、そのスポンジが当然収縮し、医療ニーズが市中に溢れ出る。ならば国民が我慢するのか、医師数を増やすのか、そのどちらも現実的でないとするれば、医療供給制度の効率化で吸収するしかありません。三位一体改革と表現されている所以です。

この三位一体改革に理想的なシナリオと最悪のシナリオがあるとすれば、医師の偏在が是正され、医療機関の再編統合も実現された上で労働時間を制限するなら理想的ですが、現状では全く逆の最悪のシナリオで進んでいるように思えます。この

三位一体改革は、それぞれが足を引っ張っている」と指摘されています。

◆医師の働き方改革の検討経緯

医師の働き方改革の検討経緯をまとめました（図3）。3つの会議体と、関連法の改正を挟んで



成瀬 友彦 氏



図2 2040年の医療提供体制構築に向けた「三位一体」改革の推進
(経済財政諮問会議 第32回社会保障WG 令和元年5月23日 資料より改変)

2016年から議論が進み、2024年の医師の時間外労働時間上限規制(罰則つき)の適用に至りました。

端緒となった「働き方改革実現会議」が、2017年3月に13項目の実行計画を打ち出した中に罰則付き時間外労働時間上限規制導入が謳われています。日本経済団体連合会と日本労働組合総連合会の両会長が、罰則付き時間外労働の上限規制導入という、労働基準法70年の歴史で特筆すべき大改革に合意し、全産業界に適用されました。ただ医師に関しては「応召義務の特殊性を踏まえた対応が必要」という理由により5年間猶予され、他の4業態とともに2024年の4月から適用になりました。ちなみに労働基準監督官は司法警察官であり、違法な状態を覚知した場合には臨検し尋問し、まずは是正勧告がなされますが、逮捕・起訴する権限まで有しています。労働者に違法な時間外労働をさせた場合には6ヶ月以下の懲役または30万円以下の罰金刑が病院管理者や理事長に適用されます。三位一体改革の中で最も法規制の色合いが強いのが労働時間の問題で、他の2つはそれほど強制力が無いか、あっても希薄であり、働き方改革がかなり先行し、他の2つは否応なしに引きずられて進んでいくであろうと思います。

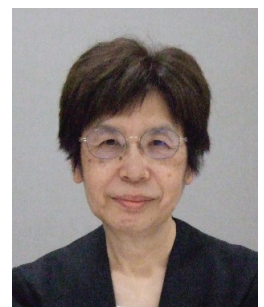
働き方改革実現会議を受けて働き方改革関連法

が成立しています。医療界、特に医師は、建築業・運輸業などとともに適用除外となり5年間の猶予があったのですが、これは応召義務ではなく地域医療への悪影響を考慮されるべきだったと思います。

◆時間外労働時間上限に関する激論

医師の働き方改革に関する検討会で、特定労務管理対象機関A・B・C水準や、B水準の上限時間についての議論がされました。特に、2019年2月20日の第19回検討会の議事録に大変重要な内容を含む議論が示されています。

「平成28年医師の勤務実態調査結果」によりみると、病院勤務医の上位10%に相当する時間外労働時間が1904時間です。これを雇用管理の便



春原 晶代氏



図3 医師の時間外労働時間上限規制(罰則つき)の適用までの経緯

宜上 12 ヶ月で割り切れるちょうど良い近似値として 1860 時間を設定したというのが厚生労働省側の説明だったのですが、これに対して、渋谷健司副座長が猛烈に反論されます。「上位 10%, 1860 時間を上限とする妥当性や根拠はあるのか。」と発言されたのですが、これに対して病院側を代表して、社会医療法人ベガサスの理事長である馬場武彦先生が「大阪の救急救命センターを含めた救急医療の 4 割ぐらいが大学からの派遣医師で賄われている」というデータを出され、労働時間の上限をあまり厳しくしすぎると、大阪の救急医療体制が維持できず、また大学からの派遣医にとっては収入減になる。なんとか 1900 時間から 2000 時間ぐらいで収めていただきたいという主張をされました。

しかし、これに対して渋谷副座長は、医療機関の使命・特殊性を、医師の過重労働と同じ土俵で議論すること自体が間違っている。もし特定の病院、特定の医師に過重労働が発生しているなら、

それは病院経営の責任ではなく医療計画の問題であり、これまでの行政の医療機関配置のあり方が原因なのではないか、と指摘されました。これに対して当時の厚生労働省迫井正深審議官(現医務技官)は「地域医療を守ることと医師の健康を守ることとはトレードオフの関係ではないが、政策制度として一つの形にすることが求められておりやむを得ない」「もし 5 年経ってもどうしても守らなくてはいけない医療があるなら、プロテクトをかけさせていただく」という、例外規定のニュア



湯澤 由紀夫氏

医師の時間外労働規制 医療機関水準

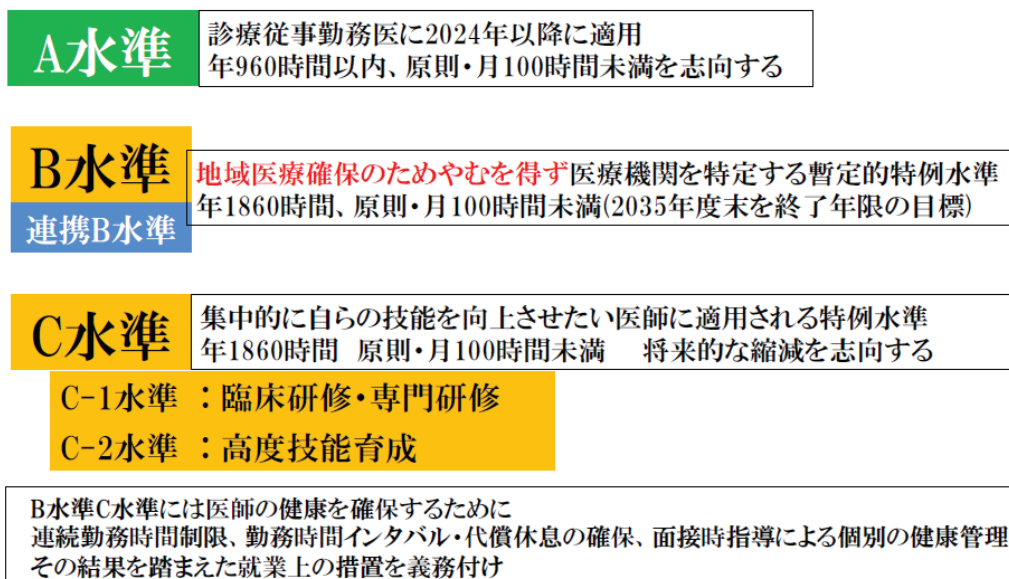


図4 医師の時間外労働規制 医療機関水準

ンスを感じる発言が議事録に載っています。こうした経過があって特定労務管理対象機関のA水準、B水準、連携B水準、C水準として時間外労働時間上限が決まりました(図4)。

急性期病院を中心として取得されている病院が多いB水準は、あくまでも地域医療確保のために暫定的に認められた水準であり、2035年度末を目標に解消していくとされています。当初、この2035年度末は期限だと考えられていましたが、その後の議論では、目標にするという表現に和らいでいます。またそれぞれの基準ごとに勤務間インターバルを確保したり、代償休息をとることも条件についております。この条件につきましては、各病院とも大変苦勞をされていると思います(図5)。

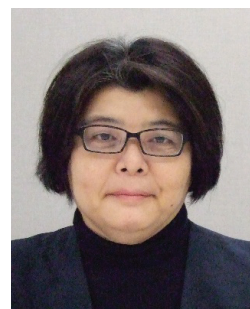
◆医療勤務評価センター

評価機能としての医療勤務環境評価センターが設置され、日本医師会が受託しています。B・C水準を対象とする当初の想定病院数は、地域医療確保体制加算を算定している病院と臨床研修指定

病院の両方またはいずれかに該当する病院で、全国で1217病院程度が想定され、サーベイヤーが養成されました。しかし実際の申請病院数は令和7年1月6日現在で500病院です。ということは、残り500以上の病院はかなり頑張ってA水準に入ったということです。愛知県では、B・C水準の病院の想定数が約60病院でしたが、実際の申請病院が29病院でした。

◆医師労働時間短縮計画

B水準、C水準の病院が取り組むべきことは、医師の勤務実態の把握に尽きます。勤務実態の把



後藤 真紀氏

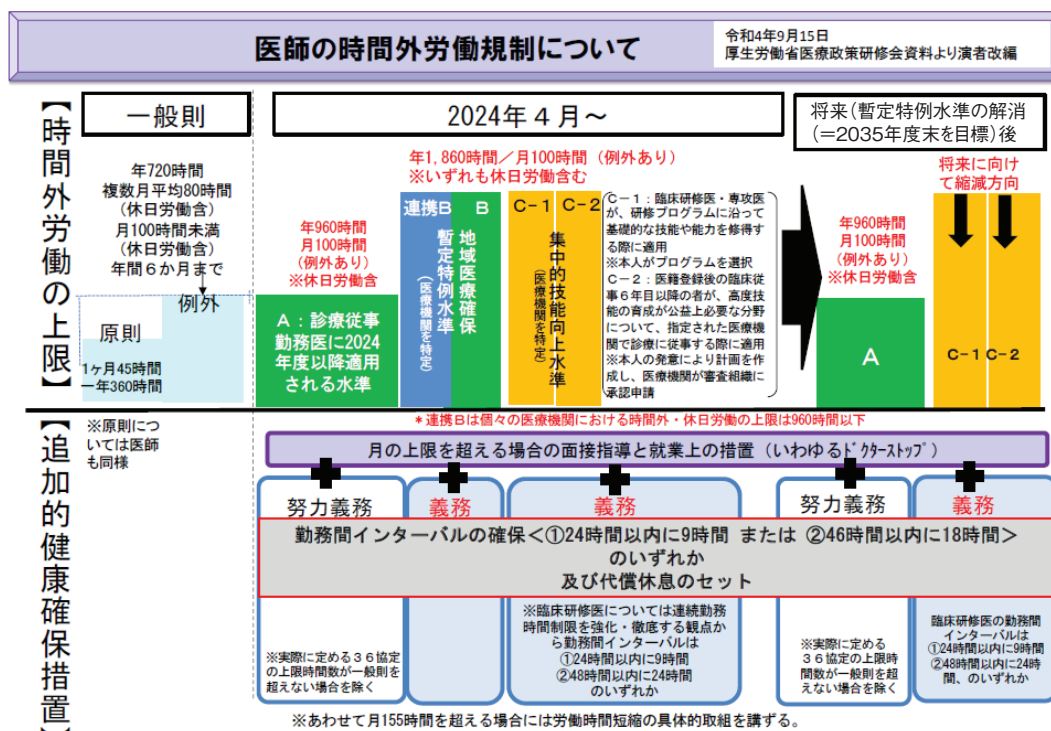


図5 医師の時間外労働規制について(厚生労働省医療政策研修会 令和4年9月15日資料より改変)

握には、それが労働時間なのか、研修・研鑽にあたる時間なのかを細かく把握をする必要があります。

厚生労働省が出した医師の労働時間短縮作成ガイドラインに従って各病院は医師の労働時間短縮計画を作ります。この評価内容一覧が図6です。病院機能評価と同様に、ストラクチャー・プロセス・アウトカムに分かれ、全体で88項目になります。そのうち28項目が必須項目で一項目でも不十分だと認定されません。ただ、初回の書面審査は、このうち12項目が除外されており、新規申請での評価項目は76項目でした。そして今年の秋以降に始まる次の更新審査からは88項目になります。特に厳しくなると思われるのが副業・兼業先の労働時間を含む管理です。副業・兼業先の労働時間を通算して、時間外労働時間の管理と勤務間インターバルの確保が必須項目であり、多分、現状ではできていないと危惧されます。

◆働き方改革の基本理念

日本医師会は医師の働き方改革の基本理念として、地域医療の継続性と医師の健康への配慮を、天秤のはかりにかけてバランスが取れるように両立するべきだということを謳っています(図7)。地域医療の継続性のみならず、医療の質と安全・研修や教育の質、大学にあっては研究力も担保されなければなりません。天秤は右に振れ左に振れ、かなり激しい動きをしながら、しかし次第にしかも否応なしに収束していくのではないかと考えて



尾崎 祐太氏

評価の視点

医師労働時間短縮計画の項目を元に、以下のような視点で、各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見（○○○の状況の中で、○○に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等）を評価結果として付す。

	評価内容	評価の視点（案）
ストラクチャー	労務管理体制 ・ 法律的な視点	【労務管理の適正化に向けた取組】 ・ 適切な労務管理体制の構築 ・ 人事・労務管理の仕組みと各種規定の整備・届出・周知 【36協定等の自己点検や労使交渉等の状況】 ・ 36協定の自己点検 ・ 労使交渉の状況 【産業保険の仕組みと活用】 ・ 面接指導実施医師等の支援体制の確立 ・ 衛生委員会の状況 ・ 健康診断の実施状況
プロセス	医師の労働時間短縮に向けた取組 ・ 自院の現状分析による優先順位付 ・ 数値表現が良い	【医師の労務管理における適切な把握と管理体制】 ・ 医師の適切な労働時間の計画的な把握と勤務計画の作成（兼業・副業先の労働時間を含めた勤務計画の作成、連続勤務時間制限・勤務間インターバルを意識した勤務計画の作成等） ・ 医師の適切な労働時間の管理（副業・兼業先の労働時間を把握する仕組み等） ・ 医師の適切な面接指導・就業上の措置の実施 【医師の労働時間短縮に向けた取組の推進】 ・ 医療機関の労働時間短縮に向けた検討と改④活動の実施（管理職マネジメント研修の実施等） ・ 診療体制の見直しと改④への取組の実施（複数主治医制やチーム制の導入・実施等） ・ タスクシフト／シェアの実施（特定行為研修修了看護師の活用等） ・ 医師の働き方に関する改④への取組の実施（院内保育や他の保育支援等の整備状況等） ・ 患者・地域への周知・理解促進への取組の実施
アウトカム	労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組実施後の評価	【労務管理体制の構築と労働時間短縮に向けた取組実施後の結果の把握】 ・ 医療機関全体の状況（時間外労働時間数の把握、追加的健康確保措置の実施状況等） ・ 医師の状況（職員満足度調査・意見収集の実施） ・ 患者の状況（患者満足度調査・意見収集の実施）
参考	・ 医療機関の医療提供体制 ・ 医療機関の医療アウトプット	【医療機関の医療提供体制】（※ 1） 【医療機関の医療アウトプット】（※ 2）

（※ 1）診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。
 （※ 2）手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

図 6 医師労働時間短縮計画に付される評価内容と評価の視点

（厚生労働省 第 17 回医師の働き方改革の推進に関する検討会 令和 4 年 3 月 23 日資料より改変）

おります。

2. 医師の働き方改革の周知状況について

座長 議論に入る前に、各勤務医への周知状況について、ご意見をお聞かせ下さい。

成瀬 制度開始の 1 年前の令和 5 年 4 月から周知し対応を始めましたので、100 時間を超えると面接があるとか、勤務間インターバルをどのくらいとるかということは、ほぼ全員が理解していると思います。

湯澤 大学は兼業を認めているため、兼業のカウント、研究時間をどこまで自己研鑽とするかなど勤務管理の難しさがあります。各診療科の教授からかなりの情報を伝え周知しています。また各医師には B、連携 B、C1、C2 水準を選択させる必

要がありますし、医局の状況によっても適用水準が異なります。若手医師にとっては自分の生活に関わることで、情報はきちんと伝わっていると思います。

後藤 令和 6 年から 100 時間を超えると面談が入ってくるようになっていきますので、ほとんどの



森本 智恵子 氏

医師の働き方改革の基本理念

「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。

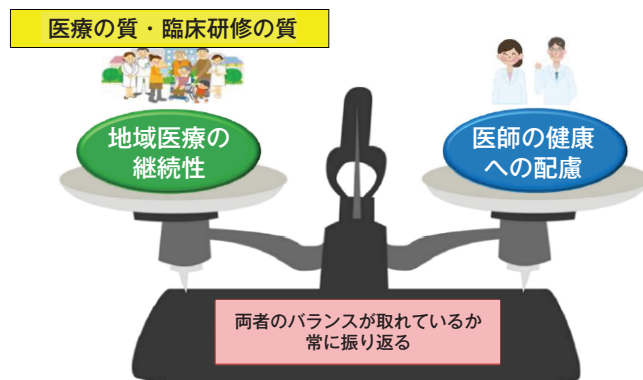


図7 医師の働き方改革の基本理念

(日本医師会 医師の働き方検討委員会 答申 平成 30 年 4 月資料より改変)

先生が認知できています。ただ各人がそれをどう捉えているのかは疑問です。実際のところは、90時間を超えている医師への対応内容は診療科次第であり、特に各診療科の管理職の意向や意識によって格差が大きいのではないかと感じています。

尾崎 職員周知が上手くいっており、制度の細かな仕組みまでは理解していない医師が多いと思いますが、労働時間に関しては全員が理解しています。制度開始の1年くらい前に電子的な勤務管理簿が導入され、自分の時間外勤務の時間が可視化されました。一定の時間を超えると画面の色が変わっていく仕組みになっているため、制度を知らなくても自分で労働時間に配慮しなければいけないことが自然と分かるようになっていきます。

3. 制度開始による医師の働き方の変化について

座長 実際にこの制度が始まって、医師の労働実態に具体的な変化や影響が出ているのかどうか、ご紹介いただきたいと思います。

成瀬 月当たりの時間外労働時間の平均は、制度が始まった令和4年度に比べて、令和6年は25

科中17科で減少しています。その要因は医師数が増えたからです。令和4年は163名でしたが、今は180名程になっています。顕著なのは循環器科です。5名の時には全員120時間くらいでしたが、大学の協力により9名になったことで、100時間越えは1名になりました。泌尿器も1名でしたが、今は5名になったことで140時間が60時間に減っています。やはり人がいないと解決できないと思います。仕事をするなどと言っても、瀕死の患者がいたら帰れませんから。代わってあげる人ができてから良くなりましたので、やはり人だという気はします。

長谷川 当院も実際に始まった昨年4月と比べて減少しています。当初は前年度と比較した月の時間外給与支出が多くてびっくりしましたが、徐々に落ちついてきました。早く帰る習慣が付き始めています。また意識も変わり始めていますし、無駄を省けているところは確かですが、一部にどうにもできない科もあります。患者さんはいるし、医局によっては医師を増やしてもらいたくても増やしてもらえない、むしろ減らされる科もありますので、現実的には難しい部分が多いと思います。

ただ、医師事務作業補助者を付けたり、救急救命士に救急の業務を担っていただくなど、時間外を減らす方向でいろいろなことに取り組んでおります。

春原 当院は、もともと時間外労働の時間が多いわけではなかったのですが、宿日直許可をしっかりと、また勤務時間は、宿直の日は 22 時までを勤務とし、翌日の午前中働くことで 2 日分とする、つまり当直明けの日は半日勤務で、前日の夜 10 時から朝の 8 時半までが宿直時間というやり方をしていることで上手くいくようになったと思います。

ただし、医師 1 名の科は宿直があると毎日外来診療ができないので、うまく曜日を合わせるなど調整が必要です。また、大学から宿直で来ていただいている医師に対しても、当院の勤務時間をしっかりお伝えしています。

湯澤 先般、全国医学部長病院長会議の相良会長が全国 82 の大学病院本院の勤務実態に関するアンケートの結果について記者会見を行っています。近年の大学病院の経営状況の厳しさを反映して前回の調査から超過勤務も含め、診療に費やす時間が増えている実態があります。A 水準の医師の勤務時間は短縮傾向にあるものの、980 時間越えの医師の勤務時間は、むしろ増えています。大学病院の勤務医師の働き方改革を始めた時の一番の目標は、副業やアルバイトも含めて 1860 時間を超えている若手の医師が 2 割もいて、アルバイトを含めなくても 1 割に上る状況に対して、これらの若手医師を守ること、これが働き方改革のスタートだったわけです。それをできるだけ減らすということでしたが、今回の結果を見ると 960 時間超えの医師の勤務時間はむしろ増えています。一番のターゲットにする 1860 時間超えの層の勤務状況が全く変わっていません。非常に由々しき問題なので、いろいろな努力をしています。

後藤 病院全体で見ると時間外は減少していますが、個別で見ると診療科や経験年次でばらつきが多いと認識しています。診療科によってはどうしても朝 7 時半からカンファレンスをやりたいというところもありますので、その時は勤務時間を午

前 7 時半から午後 4 時半にするなど、柔軟に対応することで見た目の時間外は減っています。ただ三次救急まで行う地域医療も担っていますので、病院診療時間中に医師が少なくなってしまう空白時間帯が生じる状況に対し、どのように折り合いをつけるのかというジレンマがあります。

座長 診療科によって随分違うように感じます。地域の基幹病院の話を見ると、心臓外科、新生児科、産婦人科などの特定の診療科で影響が大きいようです。

湯澤 勤務時間の上限が 1860 時間に決まった有識者会議で決め手になったのは、もしそれを実施したら全国の産科病院のほとんどが産科を引き受けなくなる。このような少子化の時代にお産難民を爆発的に増やしても良いのかという意見が出て、多くの反対されていた委員の方々が仕方ないという意見に変わったようで、産科の業務がほとんどできなくなるというのが決め手だったと聞いています。

後藤 産科に関しては、病院・クリニックが宿日直許可を取ったことで、一旦は沈静化していますが、本質は変わっていません。

湯澤 今回の働き方改革で産科の業務が支障なくできるという結果を出してくれると良いと思います。

後藤 そこが非常に難しく、本当に宿日直なのかと言われると、かなりグレーなところであって特殊であると思っています。同じ病院の中でも産科だけが宿日直で、他は時間外にしまうと、行っていることは同じなのに給与体系などが変わってくるので差が出てしまう。その意味で、産科は別ではないかと思っています。

長谷川 負荷が大きい科があることは確かです。我々のような中規模病院では各科が少人数であり、例えばもともと 2 名でやっていたところに 1 名が産休・育休に入ったら、手術したあとの土日を放っておくわけにはいかず、もう一人の医師に甚大な負荷がかかってしまう。何より人が充足されていないところが一番危ない。中規模病院であれば、内科でもいくつかに分かれているので、3、4 名でやっていたら悲惨なことになり、土日も半数は出

勤しなくてはならないことになります。

土曜日の診療に関しては難しいところがあります。開業医のほとんどが土曜日も診療していますし、何かあったら患者をお願いしたいという要望がある以上、当院では土曜日の午前中は診療を続けております。一方、大病院でも毎週土曜日の診療を隔週にするなど、徐々に減らしている状況があるため、ほかの病院では減らしているのに何故当院は診療しなければいけないのかという意見もあります。

春原 当院でも土曜日は隔週で診療していますが、「出勤したくない」という若い医師もいます。研修医時代は、当番でなければ土・日曜日は休みであったのが、研修医を経て主治医になると、チーム主治医制でも取らないと休めないというわけです。専攻医になりたての内科の医師が「ずっと休んでいない」と言っていたので真意を尋ねてみたところ、土・日曜日が「待機」になっているのが理由でした。昔であれば待機の時の1~2時間の勤務は当たり前であったわけですが、今の若い先生たちにしてみれば「それはおかしい」ことで、拘束されていることに強い拒否感を感じている先生が多いように思われます。人数が多ければ完全フリーが生まれますので、完全フリーを如何に多く作れるかということが望まれていると感じています。

4. 労働と自己研鑽の区別

◆病院管理者の立場から

座長 各病院では「労働」と「自己研鑽」の区別をどのように設定して勤務医に伝えているのか、勤務医側はこれをどのように受け止めているのかについてご紹介いただけますか。

成瀬 その区別はなかなか難しい問題です。基本的にほとんどが労働になっており、自主的に参加する研修会や学会の仕事以外は時間外勤務となっています。

これについて当院でデータを取ってみたところ、ICカードによる出勤と退勤時間の記録と、規定の勤務時間プラス申請された時間外勤務を合計した結果の時間差を自己研鑽と考えますと、令和4年と5年ではほとんど変わっていません。心配さ

れた“時間外勤務は行ってはいけないから自己研鑽に回して仕事をしている”という状況は、当院ではないと思います。

長谷川 数年前から担当委員長と職員課が中心になって働き方改革推進委員会を組織しています。当院でも出退勤のチェックについてはカードリーダーで行い、業務時間の終了から帰宅するまでの間の時間は、自己研鑽と業務の時間を勤怠管理システムに各自で入力し、それを各科の部長が承認する形を取っています。自分たちとしては、部長にかなりの権限を持たせるという体制としているつもりですが、この業務が負担とを感じる方もいます。時間外と自己研鑽の基準が曖昧なのは確かですが、以前勤めていた病院と比較して基準が違くと指摘されることもあり、それはこちらとしては大変つらいものです。

春原 タイムカードで記録し、時間外勤務は個々に申請することになっています。就業規則では、労働時間に該当しないものは自己研鑽であることが明示されています。診療科の部長が承認し、院内に長くいるのに時間外勤務の申請が無い場合、全てが自己研鑽なのかについて事務方が最終的にチェックしています。ただ就業規則に明示される表現の解釈にはグレーな部分があり、学会発表など専門医の資格を取るためのものであっても、上司から促されて取り組んでいる場合は、勤務時間とするのかどうか微妙な状況があると思います。

湯澤 勤務管理は、カードの打刻によって入った時間と出た時間により在勤状況を把握しています。それには勤務時間と自己研鑽の時間が含まれます。ビーコン(Bluetoothの技術を利用した小型の端末で、病院内で位置情報を取得したり、勤務時間を自動記録したりする際に使用される)は使っていません。自己研鑽については、医療は日々進歩するため、患者さんに対して責任を持つためにも生涯教育が必要であること、また生涯教育で新しい医療を学ぶことが自己研鑽であり、医療職にある限りは自己研鑽が常に必要であることを新入生や新入職員に対して説明しています。

ただし、大学病院の業務は「診療」をしながら「教育」や「研究」も行うという、3つの業務がモザイ

ク状に絡み合う特殊なものと言えます。「診療」「教育」「研究」に対してそれぞれどれくらいの時間を割く割合を事前に決めて年度計画を作成させており、それ以外は自己研鑽になると説明していますが、どれだけ理解していただいているか、診療科によって差があると感じています。

◆中堅医師・若手医師の立場から

座長 時間外労働時間の規制によって、若手中堅医師のモチベーションが下がっているという声を聞きますが、どうでしょうか。

後藤 経験年数によっては時間外が付いてもよいからもっと頑張りたいという医師がいる場合、そこをどう自己研鑽と区別して判定していくのか。自己研鑽と労働の区分についてもかなり個人差が大きいと感じます。基本的には自己申告になるため、同じ世代の同じ診療科の先生でもバラつきがあるところをどう是正していけば良いかと、対策を考えています。

尾崎 各医師のモチベーションを押し量ることは難しいですが、初期研修医や後期研修医の先生の成長の機会は改革前と比べると減っているのかもしれない。その機会の減少を若手の先生の中には物足りなく感じる人もいますし、ベテランの先生の中には努力不足と評価する人もいるかもしれません。これらが総じてモチベーションの低下という表現に落とし込まれるのかもしれませんが。しかし一方で、今までの長時間労働に依存した成長の仕方が本当に最適なものであったのかは、今まさに検証の中だと思います。働き方改革が始まることで、まさに若手、ベテランともに、新しい成長の方法を模索している最中だと思いますし、もしかしたらより高いモチベーションを持つきっかけとなるかもしれません。

後藤 手術や外来時間はともかく、医局に戻って学会準備や、カルテや診断書を書くことをどう評価するのは難しいと思います。当院では、基本的にビーコンによる院内滞在場所の管理と自己研鑽の基準が設けられている上で、さらに自己申告するのですが、医局にいた場合は原則、自己研鑽として自分で修正する形にしています。医局にい

る時間の扱いが難しいことから、医局にある電子カルテの設置場所を変えてもらい、医局にいる時間は原則自己研鑽の時間とするしかないとも思っています。

同じ職位の医師でも、自己研鑽時間が月 18 時間～20 時間を切る人から 50 時間～60 時間となる人までバラツキが出ています。実際の業務に対するカルテ記載や診断書の作成、専門医を取得するための学会準備などと、電子カルテを見ている時間にはグレーなところがあるために、区分についての認識には個人差がかなり大きいと感じています。

尾崎 専門医を目指した修練段階にある若手医師にとって、労働と自己研鑽を区別することは難しいことです。現状の制度では自ら申請をするため、各個人の医師が判断をしています。多くの職種では何時から何時までフルで働き、何時から何時は休憩と明確に規定されています。医師の場合は自身の裁量で仕事を進めることもあり、その時間割が曖昧だと感じています。もちろん息つく間もない多忙な日は多く、そういった記憶は残りやすいのですが、当然毎日そうとは限りません。例えばカテーテル検査や治療など処置をしている時間、直接患者さんを診察している時間以外も本当の労働時間なのかというと、もちろん定義上は労働時間かもしれませんが、やっぱりグレーだと思います。私の場合ではありますが、まずは医師にはそのようにグレーな時間があるはずと認識した上で、その時間を差し引いた自己研鑽の時間は何時間かと自分で考えるようになってきています。

座長 そもそも労働と自己研鑽を区別することに無理がないか。ある一定の年代までの医師は、「学習者」と言うこともできます。例えば、ロボット手術の場合では、事前にシミュレーションやトレーニングを十分に行い、ある程度の修練を積んだうえで許可が下りてから実際のオペに入るわけです。その時間が制限されることによって何かトラブルが起きないか危惧されます。

後藤 それに関しては、レベルが下がることをすごく心配しています。そのため私たちの診療科では、専攻医は時間内で自己研鑽する時間をあえて

取り, しっかりと取り組むようにしています。ただ, それが勤務時間であるのかどうかは難しいところもありグレーなところも多いことから, 現在は就業時間を過ぎた後の時間が自己研鑽なのか, 勤務なのかというところだけを見るようにしています。

成瀬 公立病院の院長会議でもこの話題が上りました。ビーコンで管理している病院, 管理していない病院に分かれますが, 医局はすべて自己研鑽の場であり, 医局で外来の勉強や予習する医師は病棟や外来で行うように指導している病院もありました。

長谷川 その話にはビックリします。医局でサマリーを書くことや診断書, 紹介状の返事などは, 業務と考えます。病棟でもどこでやっても良いことですが, 医局は休憩するためだけにあるのではなく, 準備や仕事をしても良いところだと思います。

むしろ当院では, 自宅での業務が問題になっています。お子さんがいる方は, 特に自宅で勉強や調べ物をしたり, オンラインの講習を受けたりするケースなどが課題です。自宅ですから, 全く把握できません。

春原 どこで書いてもサマリーを書くこと自体は勤務の一環であって, それは仕事と考えればよいと思います。ただビーコンでは, 病院の外ではどこにいるのか判りません。

成瀬 ビーコンの導入は難しい問題です。多く設置すればするほどコストが膨らみますし, 少ないと正確性に欠けます。

湯澤 待機時間も労働になるということですが, 私どもの大学では暫定的に「みなし残業」を導入しており, 残業の有無に関わらず月 20 数時間分の残業代を支払っています。この範囲内で時間外労働がおさまるようお願いしています。ただし, 外科系・麻酔科などの医師は, これを越えた時間外労働については, 働いた時間に対してすべて給与を支給しています。外科については時間外労働が多いため, 月 20 時間を超えたところから申請することとし, 上限なしとしています。時間外労働が発生した時に, それが自己研鑽なのか労働な

のかを区別しだすと人事がパンクしてしまいますので, バッファを設けているということです。

長谷川 みなし残業制度は当院でも実施していますが, 不公平な状況もあり, 繊細な問題となっています。これはなかなか難しい問題で, 昼間に新聞を読んでいて夕方からサマリーを書くような医師は論外ですが, 区別し始めるときりがありません。

5. 地域医療の継続性について

座長 医師の働き方改革により, 地域医療の継続性が保たれているか, 大学の医師派遣機能や研究力は悪影響を受けていないか, 医療の質や安全がきちんと担保されているか, お尋ねしたいと思います。

まず地域医療に関して, 例えば救急車の不応需件数の増加や予定手術待機リストの増加などがあったのかどうか。まずはこの 1 年間に, 地域医療の継続性に大きな影響があったのかについてお聞きします。

成瀬 地域医療に関してですが, 春日井市内の病院から常勤医師が大学に帰局し, 代わりの医師が大学から派遣されないこともあると聞いています。当院では外勤ができるようにしたものですから, 当院の医師が代務出張して穴を埋めているケースもあり感謝されています。また代務先から重症患者を当院に搬送してくることもあり, 地域病院との連携が強くなったことは, 意外なメリットとなっています。

長谷川 例えば学会に人数が少ない科で出席するときは, 代わりの医師を大学から派遣してもらうのは困難で, その間は救急を止めざるを得ないことがあります。その点では影響が出ていると思います。当院の昨年度の救急車受入は 7,000 台に上りますが, 救急を止めた場合は大学病院や他の医療機関に負担を掛けることになります。名古屋地区ではそれで済みますが, 地方の中小病院ではそれでは済まないと思います。

湯澤 地域医療に関して, 大学からの医師派遣には殆んど影響はありません。医師の引き上げも今のところはなかったと言えます。高齢者救急も含

め、地域での救急医療については今まで以上に地域の連携病院との連携が大事になっていると思います。今のところ、大きな障害なく回っています。他職種の働き方として、看護師の大学病院の離職率は、全国平均 1 割程度ですので、これらの方々の再就職について、地域の連携病院とのマッチングを行っています。

後藤 産婦人科全体では、宿直許可が取れているクリニックが殆どであるため、救急車の不応需はなく、これまでと変わりはないと思います。

病院全体では、昨年度の救急車不応需率が少し増えていますので、その原因を確認しているところです。一つは、医療職を含めた働き方改革が浸透してきたことで、高齢者の入院までの時間がかり救急外来に滞留し、救急外来のベッドが空かずに不応需が増えるということがありました。その原因としては、高齢者救急の方や施設からの搬送などに対して ACP (アドバンス・ケア・プランニング：人生会議) がしっかり取れていなかったりすると、その確認のために非常に時間を取られてしまい、ベッドコントロールが上手く行かないという状況が生じています。これは当院の医師の働き方というよりも地域全体の問題ではないかと思っています。

座長 救急救命センターの現場の医師は当番制であり、受け入れ能力は病床の余裕が左右するのでしょうか。しかし救急で勤務した医師が翌日に代償休息を取ることで、通常の勤務、手術や検査に支障が出ることはないでしょうか。

長谷川 その影響はそれほどないと思います。それよりは、愛知県、特に名古屋市では救急搬送件数が大きく増えていますので、そのことで応需しきれないことが増えています。以前より、当直明けの医師の翌日は半日もしくは全日の代休を出していますが、なかなか帰ることができていませんでした。しかし今は、医師にも働き方改革の主旨を説明して、帰る努力をしてもらっています。

後藤 高齢者救急に対応した内科系の医師が、翌日の日勤帯までインフォームドコンセントや書類の手続きが延びて時間外労働が増えているケースが当院では見られます。そこは地域の先生方と上

手く連携するのが望ましいのですが、そこには送り手の施設や医師によって差があるように感じます。地域で上手く連携できれば、もう少しトータルの残業を減らせるのではないかと思います。

長谷川 産婦人科のように、不規則で予想できない状況があるのは大変だと思います。また救急に限らず、昨年夏の夏場のように感染が流行したり、猛暑で持病が悪化する患者が増えたりすることになると、労働時間の制限は困難です。時間外・休日労働時間の上限が原則として月 80 時間未満に制限することを厳格に適用すると、12 月などの患者の多い年末などはやりくりができず、ある病院では、他の医師が上限に近くなったからという理由で、時短で働いているにも関わらず年末の診療を全て任されたといった話を聞いています。

尾崎 働き方改革が始まってからも普段通りに診療ができていると感じています。例えば、循環器内科のカテーテルの件数は働き方改革後も増えています。これは診療科として取り組んだ事前準備が成果をあげているのかもしれませんが。臨床工学技士にカテーテル診療の助手に入ってもらうようにしたこと、病棟患者の対応もチーム制を組むようにしたこと、医師の実質的な労働時間が減りました。結果として各自がカテーテルなどの処置に主体的に時間を割くことができるようになっていいるのかもしれませんが。このように事前の準備によって適応できる部分もあると思います。

6. チーム主治医制について

座長 チーム主治医制は、機能しているのでしょうか。患者さんへの説明や休日・夜間の対応で主治医がわざわざ呼ばれずに済むなど、好影響はあるのですか。

尾崎 主治医制が当然の中で育った私も、当初は「そんな仕組みでうまくいくだろうか？」と懐疑的でした。しかしいざ必要に迫られて始めてみると、特に問題なく診療は進んでいきますし、逆に今までは何だったのかと思えるほどです。必要時はもちろん呼ばれますし呼んで欲しいですが、以前と比べると明らかに呼ばれる回数は減りました。

また、チーム制は主治医制と異なり複数の目が

入ることによって、主治医の見落としや思い込みを防ぎ、診療科としての医療が均質化され、全体の医療レベルの向上にもつながっていると感じます。

座長 一人の医師が全ての責任を背負うというこれまでの感覚からは楽になったと理解してもよろしいですか。

後藤 産婦人科もかなり変わりました。ここ数年間で診療科による差はまだあると思いますが、外来を担当する医師と執刀医が代わるということなど、患者さんに理解してもらうことでインターバルは取りやすくなったと思います。

春原 チーム制を実施するには何名くらい必要なのですか。聖霊病院のように、1つの科に2名～3名と少人数の病院でもチームを組織できるのでしょうか。

成瀬 チーム制は5名以上いないと難しいと思います。4名の科は結構大変で、1名増えただけで随分変わります。海外での病院勤務経験をした医師の講演では、その病院には循環器内科医が30名以上いるということで、熱が出たら「帰っていいよ」とみんなが言ってくれるそうです。沢山の医師がいればそのような対応が出来るわけです。

尾崎 たしかに少人数の場合には、別の科を巻き込むなど、何か違う対応が必要になると思います。

春原 結局のところ、医師数が増えないと難しいと思うしかありません。

座長 これには地域医療構想による病院の集約化の問題や、医師の地域偏在と裏腹な問題でもあります。

長谷川 これはやむを得ないことで、今のシステムでは中小病院が生き残るのは困難であるからこそ、国が目指しているのであって、抗えないと思います。

春原 チーム医療やチーム主治医制を導入できる病院はよいのですが、少人数の病院では難しい。待機はやらなくてははいけないし、時間外勤務自体はそれほど多くはないけれど、フリーの時間がなかなかないというところが出てしまう。また診療科によって違うこともあり、本当に難しいと思います。

座長 ヨーロッパから帰国された外科系医師からは、手術が終われば、術後管理は当直医が診てくれるので、夕方には自宅に帰って家族と過ごしていると聞きます。現在の我が国で、患者さんや地域住民は、チーム主治医制についてきちんと理解してくれているのでしょうか。

尾崎 たしかに昔から当院を通院している患者さんの中には、主治医制でないことに違和感や不満を感じる方もいらっしゃるかもしれません。私は、チーム制を始めてから入院のIC（インフォームド・コンセント）時にチーム制について説明するようにしています。土日や時間外は別のドクターが対応することを一言付け加えることによって心証も随分変わるのではと考えています。

座長 厚生労働省は、上手な医療のかかり方プロジェクトとして、デーモン小暮さんなどのイメージキャラクターを使って国民にアピールしています。国民への周知に関しては、医療機関自身が担うのは無理で、国が率先して強力にやってくれないといけないと思います。

長谷川 大学病院では「インフォームド・コンセントは時間内をお願いします」と貼ることが許容されますが、普通の病院ではそれは無理だと思います。休日や時間外に説明を求められると気まずいことが多いです。外来診療の大幅な制限をすることは必要かもしれません。

一方で、外来を担当して自分の患者を持ちたいと考える若い医師が意外にも多いこともあり、なかなか難しいところがあります。

7. 医療の質と安全、教育研修、病院経営への影響

座長 医療の質や安全、教育研修、さらには病院経営への影響に関しては、どうでしょうか。

成瀬 尾崎先生の発言にあったように、以前よりも部長や医長の目が入ることによって若手が一人で診ることが少なくなったのは、医療の質や安全上、かなりのメリットだと思います。一方で、自分の患者の状態が悪くても関わらない医師が出てきていますので、将来困った時に適切に対応できるのかと心配します。

湯澤 表立った議論になりにくい問題として、初期研修医に関する指導の問題があります。大学病院の勤務医に対しては教授から指導されますが、初期研修医を管轄するのは病院長であるため、もし 9 時 5 時で帰るような初期研修医がいたとすると、自己研鑽で自分たちの医療技術を上げなさいと直接指導できる立場の医師がいないのは問題です。初期研修医は診療科に紐づいておらず、2 年間は病院長が指導するしかありません。働き方改革とはいえ、研修医に対して自己研鑽でもっと医療技術を上げなさいと言える指導者がいないというのが実は一番の問題ではないかと思います。

長谷川 もしもそれを我々が強く言いすぎると、弁護士や労働基準監督署に駆け込まれることも懸念されます。ただ状況はおっしゃる通りなので気持ちはわかります。

座長 医師数も少なく、医療機関の機能分化や集約化が十分に進展しないうちに、医師の労働時間の問題だけが先行し、しかも罰則付きの規制として強力に進められているわけですから、軋轢が生じるのは無理からぬことでしょう。「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両者の均衡は、医師の健康の方に大きく傾き、医療の質や安全性、地域医療の継続性、大学の研究力は煽りを受けたまま進んでいくと思われます。両者はやがて均衡することになるのでしょうか。病院経営への影響も懸念されます。

湯澤 救命救急士や NP などを入れてタスクシフトを推進すると、新たな雇用が生まれ人件費も増えます。昨年の診療報酬改定で看護師給与を上げることで、固定費が増えている。病院の努力にもかかわらず、病院経営は大変厳しい状況になっており、働き方改革に着手した時よりも今の方が診療に関する病院負担が増えています。当初大学病院では効率的に仕事をしてもらい、その時間を研究教育に使って研究力を上げたいと考えていたところが、研究時間が全く増えていないどころか逆に減っているので、医療の質は上がりず研究力も落ちている、なおかつ一番労働時間短縮のターゲットにしているところは置き去りになっているというのが現状です。当院の現状を見ても、B 水

準の 1200 時間くらいの超過勤務の医師が仕事量を下げていて、一番超過勤務が多い方が全然下がっていないのが現状と言えます。

長谷川 効率的に仕事をするための DX の導入などには莫大な費用を掛けていますが、一方ではその余裕がないところもたくさんあるのです。そもそも働き方改革用に導入した勤怠管理システムには数百万円も掛かっており、月の支払いも十数万円にも及ぶわけですから、もう経済的には成り立ちません。

医師の偏在については、医師が都市部に多く地方に少ないという理由から、国は都市部の定員を減らして地方に誘導する政策に取り組んでいます。しかし、都市部に医師が余っているとはとても思えないし、どの病院も足りない状況です。個人的には、今の状況が続けば都市も地方も共倒れになるのではないかと懸念しています。つまり、シーリングや研修医数の規制による地方への医師の誘導は、受入先の地方も追い付いていないし、出側の都市部では医師がさらに不足して厳しい状況に追い込まれることになるからです。経済面でも税金の支援がある公立病院はまだいいかもしれませんが、支援のない民間病院は存続できなくなる可能性が高いです。

座長 医師の偏在には、「地域偏在」、「診療科偏在」、開業医と勤務医という「勤務形態の偏在」、さらに「総合医と専門医の偏在」があり、合わせて 4 大偏在と言われています。

春原 患者さんは専門医志向にあり、24 時間専門医に診てもらいたいぐらいの勢いで来られる患者さんは確かにいます。私どもの病院では、夜間の救急に来られる患者さんには、当直医がほとんど全てを診たうえで、専門医に連絡が必要な場合には連絡をすると伝え、「え？」っていう顔をされます。そういう部分は患者さんの意識が変わっていかないといけないと思います。また、施設にいる高齢者に対して、どこまで、どのような医療が必要であるのかを考えることも大切です。これらの課題は医師数のバランスに影響するものであり、このまま上手く行けば良いが、難しい部分も多いと思います。

長谷川 もともと医師が不足し、それでオーバーワークになっていたところに働き方改革が持ち込まれたわけですから、困難が起こらないわけはありません。持ちこたえることのできない病院も出てくると思います。

座長 国は、それを見越しているのではないのでしょうか。労働基準法による罰則規定付の施行によって、否応なしに医療機関の再編・統合が進み、医師の偏在についても、我々が望む形ではないにしろ折り合いがついて、何年か先に最後はまとまるのではないだろうか。その間、現場の医療は大学を含めて大きな混乱を伴いながらも進んでいくのではないかと案じます。

8. 医師会との連携

座長 医師会との連携についてはいかがでしょうか。

後藤 岡崎市医師会と高齢者医療施設や在宅医療の医師を交えて ACP をどのようにプランニングしてどう共有していくかというテーマでシンポジウムを開催する予定です。成瀬先生から先程ご紹介があったように、岡崎市民病院の救急車数も非常に多い現状を踏まえ、軽症の救急の受入をできるだけ少なくするための方策について議論した経験があります。

成瀬 春日井市では、春日井市民病院の隣に春日井市医師会の休日・平日夜間診療所(総合保健医療センター)があり、市民病院と連携しているというのは好事例だと思います。ただ、この休日・平日夜間診療所の診療を開業医の先生だけで担当できない日もあり、代わりの医師探しに苦慮することもあったようです。そのため、当院医師が勤務できるように制度を変更しました。この変更により、現在は春日井市民病院の医師が一部勤務を担当し開業医の先生と一緒に一次救急の診療に当たっています。

長谷川 市民にとってそれは良いことですが、病院から見ると働き方改革に逆行することになりませんか。

成瀬 代務について厚生労働省主催のウェブ会議で尋ねたところ、「公立病院でも代務をやっている

病院がありますよ」と指摘され、実際に行っている公立病院を紹介してもらい参考にしました。ただし1ヶ月当たり当院での時間外勤務と代務勤務時間が合計80時間を超えた医師は許可していません。したがって80時間の勤務時間制限があるので医師たちは、できるだけ時間内に仕事を終わらせて代務に行くため、業務の効率化が図られることにもつながっています。

長谷川 逆に代務に来てもらう立場からすると、勤務先から十分な報酬を得られないために、「外に行って稼ぐ」や「外に行った方が得だ」という感覚で単価の高いアルバイトをしているというシステム自体がおかしいのであって問題だと思います。

成瀬 どの医師もサラリーが減ることを望んでいませんが、人件費の総額は決まっているので、医師が増えるほど一人当たりの給与は減ることになります。そもそも医療に回っているお金が絶対的に少ないという問題も関係しています。

9. 特定勤務管理医療機関の更新審査に向けて

座長 今年(令和7年)の秋以降、B水準、C水準の指定の医療機関は、更新審査が始まります。この更新審査に向けた対応についてのお考えがあれば、ご紹介いただきたいと思います。

成瀬 当院は一部の医師がB水準、C水準の医療機関ですが、研修医の時間外勤務が80時間に収まっていない状況です。この解決はなかなか難しく、当直だけでも70時間くらいあるため、救急を止めない限り対応できない状況に、どうしたものかと思っています。研修医枠数を増やしてもらわないと、どうしようもありません。

長谷川 当院はもともと宿日直許可を取得しておりA水準のままことなきを得ています。研修医に対してはとにかく帰るように促しており、それによって興味がある手術などを勉強する機会を奪っているということは重々承知をしています。自己研鑽については、勉強したことでもいろいろなことが出来たり、知識を得てうれしいと思えば、自ら黙ってやってくれます。勉強したい人の機会を奪うことは良いことではありません。頑張りた

い人は頑張れば良いし、様々な事情がある人はきちんと守ってあげれば良いというのが個人的な意見です。

春原 今日は他の病院の状況を聞かせていただいて、勉強になりました。タスクシフトについては十分な議論ができませんでしたが、当院でも書類を書いてもらえるようになって、ものすごく楽になったと思っています。

湯澤 大学病院として A 水準から C1, C2 水準まで全てを申請していますが、C2 水準については、その必要性の観点から申請の見直しを考えているところです。

本学で最も大事な問題は「研究」です。といいますのも、令和 4 年度から研究に特化する医師を養成する「基礎研究医プログラム」(厚生労働省)が始まり、本学では 2 名の定員枠が設定されました。博士号と専門医を同時に取得できる仕組みを持つこのプログラムで研修する 2 名の若手医師の成長をサポートしながら、それが大学の研究力の向上に将来繋がっていくことを期待しているところです。

また、大学病院に勤務する医師の専門医取得条件の緩和を日本専門医機構に働きかけることにより、大学に戻る医師が増えれば、地域医療への医師の派遣機会も増加するのではないかと考えています。地域医療に貢献するためにも、大学病院の医師を増やす必要があります。学位と専門医資格を取得させることが大学の義務だと思います。

厚生労働省と文部科学省は、令和 7 年 6 月頃に、特定機能病院のカテゴリーの中に「大学病院」を設けるとのこと。この条件は「卒前教育から卒後教育」、「地域医療への医師派遣能力」、「様々な診療科にわたる高難度医療の提供」としています。こうした新たな動きを踏まえながら、良い医師を育て、地域医療にも貢献していきたいと考えているところです。

後藤 病院としては、若手医師にもメリットがあるシステムにしていけないといけないと思っています。そのため、病院全体として A 水準を取得し維持できるようにしていくことを目標にする必要があります。また、患者さんの啓発に関しては、

厚生労働省や医師会のご支援をいただきたいと思います。

院内では診療科ごとにローカルルールが多すぎると感じています。もともと診療をやり易くするためにそれぞれの科が編み出したものですので、それらを精査して良いところは取り入れてみんなで共有していけばもう少し働きやすいシステムができるのではないかと思います。産婦人科は、そもそも当直回数が多岐診療科でもありますので、当直を時間外と扱って A 水準が適用されることが理想形だと思っています。医師の確保については、大学病院から多くの非常勤医師の応援を頂いて対応していますが、なかにはもっと働きたいと、4 連直、5 連直している医師もいらっしゃいます。収入面から辞めたくはないのですが、医療安全面から見ても望ましいことではありません。ほかの診療科との調整が必要になっているというのが産婦人科特有の問題だと感じています。

尾崎 当院は病院や各診療科で事前準備がうまくできたほうなのではないかと思います。働き方改革はまさにパンドラの箱であり、一度開けたら元に戻ることはできないと感じます。若手医師は働き方改革が当たり前である働き方改革ネイティブ医師です。私たちとしては、このシステムを前提としてこれからも適切な診療が継続できるように考えていく必要があるのだと思います。

働き方改革の導入前は、多くの人が「絶対にこれはできるわけない」と頭ごなしに否定していたのではないのでしょうか。私も一緒に拒否感を持っていました。しかし始めてやってみるとできることも意外と多い。頭ごなしに否定せず、何かできる方法を探っていく方向性が良いと感じています。

座長 愛知県医療勤務環境改善支援センター医療労務管理アドバイザーの森本先生に、各病院の更新審査に向けてアドバイスをいただけますか。

森本 令和 6 年 4 月 1 日から医師の働き方改革で特例水準を取得した医療機関の更新審査の申込は今年の 8 月、9 月が予約受付期間で、10 月から順次審査が始まります。審査の予約枠は令和 7 年 10 月から令和 8 年 3 月までが 1 月あたり 40 枠、

令和8年4月から9月までが1月あたり50枠です。令和8年4月の枠から埋まっていくと想定されます。愛知県は公立病院が多く、受審料33万円の予算枠を取っていない病院も多いという問題もあります。

更新に関しては、受審予約月と、更新書類をどこまで作り上げるかが大事になってきます。提出書類に不備があると審査期間が延び、予定通り更新できない可能性もあります。

今回の更新審査では、労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組の実施後の評価(アウトカム)を要求されます。策定したルールがきちんと運用できているだけではなく、PDCA サイクルを回すことが求められており、各職種が参加する合議体で病院運営の方針を決め、計画を立てた上で、しっかり自己評価ができていて、はじめてクリアしたことになります。

更新審査では、数名分の勤怠データ提出を求められ、「自己研鑽」と「労働」がきちんと区別されているか審査されますので注意が必要です。

現在は特例水準の医療機関だけが対象ですが、やがて A 水準の医療機関についても特例水準に準じた労務管理が求められる可能性はあります。

勤怠管理システムについては導入が進んでいますが、ビーコンが絶対的なものではなく、所在の目安になるだけです。手術をしていた、サマリーを書いていた等々を自分で記録する必要があります。自己研鑽と業務とを区別するのが難しく、それを細かく記録するのが面倒だという理由から申告していない医師も多いのではないかと感じます。先月は80時間を超えていたのに、今月は4時間

ということはよくあることですが、こうした「申請しない」という表に出ていない問題も多いのではないかと思います。

先程、自己研鑽と労働の区別が難しいという議論がありましたが、多忙な医師にとっては、勤怠管理だけでも迷うことを少なくするよう、勤怠管理の仕組みをスリム化していただくことが大切だと思います。

最後に、気になっていることとして医師の書類作成作業の多さがあります。医師でなくてもできることまで自分でやった方が早いからとやってみえる医師もいます。特殊な紹介状などはともかく、フォーマットに書き込んで最後に医師が確認するといった仕組みを構築することで時間短縮が図られると思います。これについては、昨年藤田医科大学が開発したシステムが話題となっています。生成 AI を活用してサマリーの作成時間を大幅に短縮できるシステムであり、業務の自動化によって医師の負担軽減を図る先進的な事例といえます。このように、DX 化を進めて行くことが必要であると思います。

座長 予定した時間内では到底語り尽くせないほど多岐に渡りご議論をいただきました。光と影を纏いながらこれからも続いていくであろう医師の働き方改革に対する取組が、各医療機関の方々のご尽力によって、良い方向に進むことを心から念じます。そのためにも愛知県医師会は、県内の医療機関の取組をしっかりサポートして行くべきことを改めて感じました。本日は熱心にご議論頂き有難うございました。

