

## 経営・勤務環境改善

### 医療従事者確保・定着のための経営・勤務環境改善研修会（第1回）

令和5年8月29日(火)、京都府医療勤務環境改善支援センターの主催による研修会が開催された。

今回は講師として社会医療法人ペガサス理事長の馬場武彦先生をお招きし、「医師の働き方改革—令和6年4月に向けて今すぐやるべきこと—」と題してご講演いただいた。

当日は会場参加・オンライン参加のハイブリッド形式で開催され、京都府内の病院から合わせて55名の聴講参加があった。

馬場先生は、厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」の構成員としてご活躍であり、医療の現場について熟知した立場から本課題への対応に関する要点をお示しいただいた。ご講演の要旨については、以下の通りである。

・医師の働き方改革を進める上で、労働管理の観点で言えばタイムカードでの勤務時間管理や36協定締結などは「いろいろの『い』」であるが、以前は対応が不十分な病院が数多くあったところ、この5年間で随分変わってきたので、議論を重ねてきた意義は一定あったものと考えます。

・2024年度に向けての喫緊の課題となるのは、ご承知の通り「宿日直許可の取得」および「自己研鑽の整理」である。そのベースには、何を労働時間としてカウントするのか、また労働のボリュームそのものの削減をどのように行うのか、といったことについての各病院での検討も要する。

#### 【宿日直許可について】

・病院常勤勤務医の勤務時間について、平成29年の検討会にて「男性は約4割、女性の約3割が週60時間以上（週の時間外労働20時間以上＝月の時間外労働80時間以上）である」との報告が出され、当時はマスコミなどの報道もあって問題視されていた。しかし、この勤務時間は「診療時間＋診療外時間＋当直の待機時間」の合算であるため、当直がどのような勤務実態であるかによって変わるものであ



馬場武彦氏

り、その点が徐々に整理されてきた流れがある。

・病院における夜間当直については、①ほぼ診療がないケース（例：慢性期病院の一部）、②一定の頻度で診療が発生するケース（例：二次救急病院）、③日中と同程度の業務が生じるケース（例：三次救急病院）の大きく3パターンに分けられる。働き方改革の議論において、厚生労働省医政局の担当者との間では「③のパターンは難しいが、世間で大半を占める②のパターンの病院が宿日直許可を取れるような基準にすべきでは」との協議を進めていた。最終的に、検討会を経て発出された令和元年7月の通知には、表現の解釈の幅を持たせつつ「救急病院が宿日直許可を取れるような制度解釈」が記載されており、ソフトランディングを目指した内容が示されていると解釈していただきたい。

・この間、厚生労働省本省に「宿日直許可申請に関する相談窓口」ができたことは画期的であり、担当者が非常に親切にフォローしてくれる。今のうちでできるだけ有利な条件での宿日直許可を取っておくべきであると考えます。あくまでも個人的見解とはなるが、労基担当者の匙加減にもよるものの「22時から取れる宿日直許可であれば、17時からでも取れるのではないかと認識している。「宿日直許可は多くの病院にて取得できるもの」との姿勢で申請に臨むことが肝要である。

・連続勤務時間制限や勤務間インターバルが義務化されているB・連携B・C-1・C-2水準では、実際のところシフトを組むのがなかなか難しいのではないかとと思われる。必要な施設は申請をして第三者評価や個別審査を受けていただく流れとなるが、できることならばA水準を目指す方がよいだろう。

・オンコールが勤務時間か否かとの課題について、現時点での正解はないものの「労働時間ではない」との考えが大勢を占めている。しかし、待機業務の内容によっては今後個別判断で「労働である」とみなされる可能性もある。

・兼業については、労働基準法の本則として「本業の時間に含まれる」との認識が出発点となっており、検討会でも議論の俎上にも載せられていない。したがって、大学からの医師の派遣を受ける側となる私たち民間病院の立場としては、可能な限り宿日直許可を取得することが必要になると考える。

#### 【自己研鑽について】

・自己研鑽については、通知によって何が該当するか・しないかについてかなりはっきりと明示された。

要は「(暗黙も含めて) 指示があるかどうか」によって労働時間としてカウントするか否かが決まるので、各科の診療部長などにも共通認識を持っていただくことが必要である。

・自己研鑽と業務の線引きについては、全てを杓子定規に処理するのではなく上司・部下の間で話し合っ、「ここまでは自己研鑽、ここまでは業務」といったような形で切り分けていくような「ゆずり合い」の精神も求められると感じている。

#### 【労働時間の削減策について】

・労働時間そのものの削減を図るうえで、チーム医療推進の視点を含む「他職種へのタスクシフト」は、積極的かつ中長期的に取り組むべき課題である。中でも即効性があるのは事務仕事のタスクシフトであると考えている。医師事務作業補助者だけでなく、医事課職員・MSW・入退院管理看護師などができることも多くあるので、病院の実情に合わせて検討していただいてはどうか。

・看護師に対するタスクシフトとして「特定行為研修」があるが、まだ厚労省の思惑通りには増員できていない実情がある。この制度のネックとして、座学はe-learningなどを使えば看護師が病院を離れずとも研修できるが、実技研修で他院へ出向くとなると「現場から多くの職員が抜けることは厳しい」との理由で、一度に複数の看護師を養成しづらいという点が挙げられる。こうした課題を解消するために、自院で特定行為研修が実施できる環境を整備することも検討されてはどうか。また、自身の病院で宿直許可を取得できた要因のひとつとして、「医師による包括的指示」を多く定めてあったことが大きかったと感じている。特定行為看護師だけでなく一般の看護師にも活用できるので、各病院でルール化していくことをお勧めする。

・働き手が減っていく中、DX・ロボットなどの活用も一つの手であるが、人財確保の観点ではむしろ「魅力的な職場づくり」「多様性の受け入れ」が重要であると感じている。当院では看護補助者のうち外国人・障がい者が半数を占めており、その方の能力の中で「できること」を仕事としてやっていただく形で対応している。

・勤務医の先生方の中でも「働き方」に対する感覚が以前より随分変わってきており、来年度以降も2036年に向けて引き続き医師の労働量の削減は進めていくべきである。研修医・専攻医のカリキュラムにおいても、研修施設の宿直許可取得有無、超

過勤務時間などを情報として記載する必要があることから、若手医師の確保を図る上でも継続的な対応が求められる。



上記の他、馬場先生の私見として、地域の医療提供体制を確保するために医師を派遣する医療機関に適用される「連携B水準」に関しては、その性質上2036年3月以降も上限時間を年間1,200時間程度にして残す必要性について引き続き検討されてもよいのではないかと、との考えもお示しいただいた。ご講演の中では厚生労働省の通知における「本音」の部分もお聞きすることができ、医師を含めた医療従事者の働き方について今後も継続的に改善を図っていく必要があることを再認識できた有意義な研修会であった。

(京都田辺中央病院・末廣健児＝事務長会常任委員会委員)