

特集

Special

座談会

医師の働き方改革の 課題を検証

司会・進行 梶井眞二
黒木嘉人
川口竹男
中原智子

国診協副会長／大分県・国東市民病院長
岐阜県・国保飛騨市民病院長
神奈川県・小田原市立病院長
茨城県・県西総合病院長



平成29年3月に「働き方改革実現会議」（安倍晋三議長）で決定した働き方改革実行計画によると、①働く人の視点に立った働き方改革の意識、②同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善、③賃金引上げと労働生産性向上……等、13項目に亘る実行計画が提起されている。それを踏まえて、平成30年1月の第6回「医師の働き方改革に関する検討会」で中間的な論点整理（骨子案）が提出された。そこには、病院勤務医の20～30代の男女、および40代までの男性医師の長時間勤務の実態が示されている。

医師は昼夜を問わず患者の対応を求められる仕事であり、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働である。これらはすべて「患者のために」「日本の医療水準の向上のために」が積み重なったものであるとされている。また、わが国の医療を特徴づけるものの一つであるフリーアクセスは、「いつでも、好きなところで」という極めて広い解釈の下での受療行動につながり、医療現場の業務量の増加につながってきた面がある。

そこで今号では「医師の働き方改革の課題を検証」をテーマに実際の医療現場を検証して、問題点を提起していただくこととする。また、女性医師等の出産・育児と医師の業務の両立についても言及できればと考える。



梶井真二氏



黒木嘉人氏



川口竹男氏



中原智子氏

梶井 本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。地域医療誌56巻2号特集「医師の働き方改革の課題を検証」をテーマに、座談会を行いたいと思います。医師は昼夜を問わず患者の対応を求められる仕事であり、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働です。これらはすべて「患者のために」「日本の医療水準の向上のために」が積み重なったものであるとされています。また、わが国の医療を特徴づけるものの一つであるフリーアクセスは、「いつでも、好きなところで」という極めて広い解釈の下での受療行動につながり、医療現場の業務量の増加につながってきた面があります。

そこで実際の医療現場を検証して、問題点を提起していただくこととしたいと思います。まず、労働基準監督署（以下、労基）からどういう指導を受けたかを話していただいて、その後、「医師の働き方改革に関する検討会」で取り上げられた6つの項目、①医師の労働時間管理の適正化に向けた取組、②36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——についての現状と課題をお話いただければと思います。なお、病院の規模等が違いますので、話しづらいところもありますが、そこは考慮していただければと思います。最初に各先生方の病院の規模をお聞きしたいと思います。

川口 417床です。

中原 当院は実際の稼働は169床です。

黒木 91床です。

梶井 当院が208床ですので、いろいろな規模の病院が揃ったということですね。医師数はいかがでしょ

うか。

川口 92人ですね。

中原 今は16人です。

黒木 当院は6人です。

梶井 6人！でどうやって当直制にしているのですか。当院は今19人です。では黒木先生からお願いします。労基の臨検が入ったのは2017年ですか。

労基との交渉で、 宿日直は管理者3人で担当

黒木 そうです、2017年12月です。医師の働き方改革の検討が始まって、36協定をきちんと行っているかどうか当院も確認作業をしなくてはと、労基に逆に電話を入れたら、実は来週伺いますと言われて驚きました。1週間の猶予があったのですが、ほぼ前振りなしで監査に入られることになりました。最初に、「病棟看護師の時間外手当てがきちんと正當に払われているかを見に来ます」ということで来られました。それはなぜかということ、労基が入るといった情報が職員に流れたとき、誰かが労基にきちんと払われてないという内部告発があったらしいのです。

今は電子カルテですから、電子カルテにログインしている時間は全部労働時間ということで、時間外の自己申告とログインの時間を全部合わせて出すところから始まりました。下手するとログインしたまま帰る人もいますので、それは大変なことになったと思いました。とにかく、看護師の時間外についてはしっかり払っていくことが、まず1つありました。3か月さかのぼって、時間外の自己申告と電子カルテのログインの時間を照らし合わせて、未払い分はちゃんと払いなさいという指導があったのですが、もう一つ大きかった



のは医師の当直です。

当直は今の制度だと宿日直といますが、照らし合わせるとこれは認めるわけにはいかないと指導されました。私たちの当直手当は1人常勤医師いくらという事で計上していますが、時間外で受診される患者数を見ると宿日直の定義に当てはまらないので、これは全部時間外ですねと言われました。夕方から翌朝までを時間外で換算すると、1晩の宿日直だけで莫大な時間外労働になって、これは大変なことだと思いました。全部計算して支払ったお金が相当な額になったので、特に若い先生が喜んで宿日直していたので、それは問題だ、何とかしなくてはいけないとなりました。

結局打つ手がないのでいろいろと労基と交渉して、結局われわれの行った手段としては、管理者は時間外手当が発生しないので、管理者が一生懸命働きましようということになりました。6人の常勤の中で私と内科部長と小児科部長がいますが、3人でできるだけたくさん宿日直を行うことにしました。そのように労基対策として、医師の宿日直勤務と労働基準法の定義に当てはめました。

われわれの病院はずっと二次救急を基準にしてきました。地域の小さな病院ですので、夜中にはそんなに急患は来ません。夜9時から深夜までの患者数をカウントしましたところ、この時間帯が宿日直の定義に当てはまりますので、その実績を労基署に提出して、ここだけ認めてくださいと申し入れしましたが、その担当の監査官の方が自分では判断できない、上へ上げ

なくてはいけないということもあって、来月はやっとそれを認めてもらえるかどうか、もう1か月頑張ればいいと返事を待っている状況です。労基に申し出ても最低3か月ぐらいはかかると言われて落胆しました。

病院全体としても昨年経営改革に取り組んで、加算がとれるものをとったりしながら数千万円の収益がありました。全部時間外手当で収益が帳消しになってしまうくらいの支出になってしまったのです。これがいつまで続けられるのかと思います。多分当院だけではなく、同じようなことは全国の特に小規模のわれわれのような6人ぐらしか常勤がいない病院ではどのように宿日直を回すのかは大変なことで、経営を大きく圧迫して地域の救急医療および、医療そのものの存在が危ぶまれてしまうのではないかと危惧しています。そこで住民の方々にはできるだけ時間外には診療には来ないでほしいと言うのですが、かといって受診抑制になってしまうので、急患の方は受けざるを得ない状況にあります。

梶井 宿直は週に1回まで、日直は月に1回、それも寝当直であること。これは昭和22年に制定された労働基準法の基準です。このような基準をいまだに振りかざしているほうがどうかしている気がします。

黒木 そうですね。

梶井 今お配りしている資料が、7月9日に開かれた厚労省の第8回医師の働き方改革に関する検討会のもので、これは平成30年4月に出された日本医師会の医師の働き方検討委員会の答申を元につくりかえたものです。ここには宿日直に関しては寝当直と通常業務の中間をつくって、それで働いた時間だけ労働時間にしようという提案されているので、この方向でいくのではないかという気がします。ただ、月の時間外労働時間80時間までに収まるかという問題があって、収まらないのです。これもこれからの議論を注視していくのかなと思っています。

まずは先生方がどれだけきちんと労働時間の把握をされているのでしょうか。自己申告はだめ、客観的に把握されなければならないと労基は言っているようです。それがなくて電子カルテのログイン・ログアウトで労働時間を目安にしているのですね。黒木先生の

病院はタイムカードないしはIDを押しているのでしょうか。

黒木 いや、まだ行っていません。

梶井 中原先生の病院はどうでしょう。

中原 当院は医師だけがタイムカードがないですね。

梶井 当院も一緒ですね。

当直・日直担当医師は外部に依頼

中原 結局自己申告になるのです。一応自分の勉強のための時間は入れないで、患者さんのために費やした時間は記録してくださいと伝えて、それで管理者がもう一度確認しています。当院は医師が減って、当直・日直の先生を外からお願いしたところ、当院の医師はあまり若い医師がいないこともあって、もう当直はやりたくない、月1回でいいという感じになっています。ですから外部の先生にはすごく高いお金を払って来ていただいていますので、時間外として突出はしていません。

梶井 労働時間の把握の仕方としては、多分最も多いパターンだと思います。医師がタイムカードを押すなんて、そんなことしたくないという人は多いと思います。しかしそれを労基は認めない、法律上も自己申告は認められないと言っているようなので、そこは何らかの手段は必要だと思います。でもそうなってくると自己研鑽の時間はどうするのかという話になります。若い医師だったら医局で電子カルテを開いて患者さんの治療方針を考えると、治療指針などを参考にしています。それは自己研鑽ではないのかと私は思います。でもそれは労働になっているのですね。だから経験がない、スキルがまだ十分でない人が時間をかけて電子カルテを見ていたら、それはどんどん労働時間になるのです。てきぱき仕事をする人はすごく短くなって、逆にそういう医師は実入りが悪いという、変なことになってしまう気がします。川口先生の病院は大きいので老若男女いろいろおられると思いますが、そういう問題はないですか。

川口 一応調査は実施しました。実は当院も労基が監査に入りました。2017年4月14日でした。4月で人事



が変わったばかりなので、労基の監査はないだろうと思っていたのですが、突然事務所に来ました。最初は委託業者の労働条件を見に来ましたと言うのです。医師に関しての監査はありませんでした。当院は救急救命センターを併設していますから、放射線科や薬剤部、検査部などは当直ではないですねと言うのです。

梶井 通常業務ですね。

川口 ええ。おっしゃるとおりです。当直というのはたまに電話がかかってきて指示を出す程度で、これは当直ではないですねと言うのです。それで二交代制にしました。二交代制をつくるために15人ぐらい新たに雇いました。また、過去2年にさかのぼって支払ったので、すごい出費でした。

梶井 黒木先生の病院は3か月分さかのぼって支払ったのですね。

黒木 そうです。2年分払えたのは破格ですね。

川口 ともかく、なかなかの金額です。

黒木 ええ、すごいと思いますね。

川口 黒木先生がおっしゃるとおり頑張って収益も黒字を出しましたが、ざっと持っていかれるような金額になりました。なお、医師に関してはあと5年の猶予ということで、そこは突っ込まれなかったのですが、ともかく現状を把握しなさいということで、まず36協定の見直しをしました。36協定は月の残業時間として45時間を6か月、それから休日出勤を含めて月の残業時間として80時間を6か月認めてもらったのですが、そうすると過労死の上限である年間720時間を超えて



750時間になってしまうのです。現状で既にオーバーしてしまうので、そこまでは認めてもらう。また、全部の職種で何時に出勤して何時に帰ったのかのアンケート調査を年2回、一定期間行っていますが、やはり月の残業時間として多い人は80時間ぐらいいてしまいます。

靱井 そうでしょうね。

川口 その対策として、タイムカードにするか出勤簿にするのかですが、いずれにしても靱井先生が言われたように、自己研鑽と切り分けることができません。

靱井 そうですね。

川口 また、作業効率のいい悪いがあります。科ごとの差が大きいのです。定時に帰れる科もありますが、救命救急や高度急性期の担当医師の労働時間が一番長いのです。それをまずは調査して労働時間が長かった部門にともかく短くしなさい、どうしたら短くなるのか、まず案を出してくださいと指導されました。現在対策を練っている最中ですが、なかなかいい案が出てこなくて困っています。

靱井 タイムカードにすると医局で雑談している時間まで入ってしまいますからね。それは他の職種も同じです。早く帰れという話になってしまっ、それでいいのかなとの思いはしますね。当院は組合と36協定を結んでいるからいい思い込んでいましたが、それではだめだろうという話です。つまり医師は組合員ではない、医局は医局、個人は個人で結ばないとだめなのではないかと思いますが、中原先生の病

院はどうされていますか。

中原 当院は一切結んでいないですね。2018年10月で新しい病院に移りますので、それから新たに契約することになるのかもしれませんが、私たちも契約書なしで入っています。

靱井 私も今までそのような契約書にサインしたことはありません。

黒木 昨年、36協定をきちんと守りましょうと取り決めの書類をつくり、医師も含めて職員組合と管理者との間で協定を結びました。

靱井 それに組合員ではない医局も含まれたのですか。

黒木 そうです、医師は別とはしませんでした。

靱井 それを労基は認めたということですね。

黒木 医師だけ別にとということではなく、逆にそうしなさいということですよ。

靱井 そうすると、医師だけを特別にすることはできないということですね。

黒木 そうですね、すごく不合理だと思います。他の職員と同じように労働時間をきっちり守るというわけにはいきません。それこそ自己研鑽も線が引けないですし応召義務もあり、その辺が難しいです。全部の職員が同じ労働時間というのはおかしいとは思いますが。

靱井 川口先生の病院では医師が100人近くいらっしゃるようですが、医師と36協定を結んでいるのですか。

川口 労働安全衛生委員会がありまして、その中のメンバー構成を見ると管理者が結構多いですね。そうすると36協定を結んだことにはならないので、メンバー構成を変えて被雇用側の医師をメンバーにしました。どこの病院もそうだと思いますが、かなり管理職の比率が高いのです。管理職以外の医師たちはローテーションする先生たちなので、その先生たちと36協定を結んでいくということには問題があります。

靱井 毎年変わっていく人たちが相当いますからね。医師個人と結んだら、その人たちも来るたびに契約書を交わすのかという話にはなりません。その辺は黒木先生の病院のように、医師も含めて職員組合と管理者との間で協定を結ぶのか、医局として結ぶかということですね。そういうところはどこにも書かれていないで

すね。

黒木 ないですね。

中原 本当にどこにも書いてないですね。

靱井 36協定をきちんと結べと書いてあるだけです。

黒木 そうですね。

靱井 病院によっては100何十時間というのをつくって、ニュースになったりする病院もありますが、普通は80時間ぐらいまでです。自己研鑽についてですが、はっきり自己研鑽だと言える勉強会もありますが、それを時間外として届け出た医師がいました。

中原 ええ。

黒木 当院にもいました。でもこれはないでしょうと思います。

中原 たとえば専門医や指導医の資格を取得するときに学会に参加したりしますけれど、それでどうしても来るのが遅くなったり日曜日にかかったりした場合、それはすべて自己研鑽の中に入れるべきものなのか迷います。一方で専門医・指導医、あるいは他の認定資格の更新をすることにより、病院にとってもそれなりのメリットがあるはずですが、それを全部自己研鑽で除外していいのか、すごく悩むところです。

川口 難しいですね。

靱井 考え方はいろいろあって、たとえば学会に出かけていった分の経費は全部病院が負担するけども、それは自己研鑽だとするとかですね。費用は出すし、それも全部労働時間だというのはどうなのでしょう。そこまですれば皆うれしいでしょうけどね。

中原 若い人は結構そういう考え方が強いところもあるという話を聞いたことがあります。

医師の労働時間と 自己研鑽の区分けは不明確

黒木 明確な統一の基準はなかなか難しいですね。本当の診療とその後残って自分で何か研究をまとめようとする時間もありますから。専門医資格を取得しようとする人は、患者さんのデータを揃えて自己研鑽を行う。今日の診療はここまでで、ここから先は自分の研究ですという区分けは、どう決めたらいいのでしょうか。

川口 新しい薬もどんどん出てきますしガイドライン



も改正されます。患者さんの治療方針をたてるために調べたものを、自己研鑽として切り分けることは難しいですね。

黒木 わからないですね。本当にその辺が一番の課題です。どこまでが労働かという線が引けないのです。

靱井 ここはすごくグレーな話で、若手の教育などは指導医にとって明らかな労働と考えますが、カンファレンスなど若手医師にとっては自己研鑽ではないのか、切り分けは難しいでしょう。これはどこまでいっても決着が付きにくい気がします。したがって、病院の中で誰かが判断しないとしょうがないと思います。

黒木 電子カルテのログインの時間で線は引けないですね。それでもって労働時間と判断されても困ります。

靱井 病院によっては早く来ても、朝8時半まで電子カルテを開くなどとなりますね。

黒木 そうですね。当院では始業の30分より先には開かないようにと言っています。看護師さんは早くその日の業務を円滑に行うために情報を仕入れたいのだけれど、8時までは開くなど指導しています。

中原 そうですか。

黒木 始業30分前は認められるとしています。時間外として始業前後30分ぐらいです。

靱井 いろいろと自己防衛しないとしょうがないです。

川口 基本的に自己研鑽を計算するのは無理ではないですか。

中原 無理ですね。

黒木 どこまでが労働でここからは労働ではないなん

て、どう考えても難しいです。

靱井 私は外科医ですが、若い頃は手術を担当することを労働とは思いませんでした。すべてが修業だと思っていたので、それでお金をもらえるのですかと思っただけです。

川口 安い給料でしたが、忙し過ぎるので結構たまったりしました。

黒木 私たちの時代はこうだったなんて今言えない時代ですね。

中原 そうですね。

靱井 手術は見て覚えろという時代でした。とにかく手術に多く立ち会っていないと修練できませんでした。

川口 当院は研修医が20人います。周りの神奈川県内の大学病院ではともかく5時であなたの仕事は終わりました。これからの時間は、自分で自由に決めてくださいと宣言しないとイケないのです。それで勉強になるのかということですね。

研修医の勤務時間について、 国診協や全自病協が要望

靱井 聖路加国際病院の福井先生は「聖路加に勉強に来たのに帰れとは何事か」と文句を言われたそうです。勉強したいって思っているのに、5時になったから帰ってくれはやはりおかしいので、こういう縛りは外そうという話になりつつあるのではないのでしょうか。勉強したいという人を勉強させないというのはまずいことです。研修医に関しては5時の縛りを外してほしいというような要望を国診協や全自病協から発信するということです。

川口 ただ、労基はすごい勢いで研修医についてクレームをつけています。

靱井 全自病協の先生が労基は研修医の母親からの苦情で監査せざるを得ない場合が8割に達するということを言っていました。アメリカで研修医の勤務時間を厳しく制限したら逆にいろいろな悪影響が出たので、それをまた取っ払う方向で動いたそうです。

川口 日本で今現状の勤務時間規制は週40時間です。アメリカは80時間ですからね。80時間でそれを撤廃し

ようという話が出ているわけですから、いかにオーバーシフトしているかだと思います。

靱井 4週間平均で80時間、7日に1日休暇を取得、連続24時間以上勤務しないと、モニタリングしているようなことは書いてあります。多分こういうものを参考にしながら、勉強したい人が勉強できないようにすることにはしないということだと思います。規制を入れたことで、たとえば専門医の試験の合格率が落ちたとか、いろいろな成績が落ちたらしいですね。

川口 当院では今は5時15分終業です。その時間に帰れるように研修医が出席する会議を早めています。そうしたらまだ手術中だとか診療中だなどの理由で出席者が減りました。

靱井 でしょうね。

川口 そういうことで会議が成り立たなくなってしまうのです。

靱井 あっちを立てるとこっちが立たずの状態になります。

自己研鑽は「施設借用願い」の提出で 明確になる

黒木 自己研鑽はここからですとうまく示せるものがあるといいのですが。何か書いてありましたが、診療が終わって後に残って自分で勉強するので、この間施設を使いたいという施設借用願いを提出するという。つまり、ここからは勉強ですと自分で申告するそうです。それも1つの方法かなと思います。

靱井 それからオンコールについてですが、法律上はオンコールもお金を払え、労働時間だという法解釈があるのですが、そこはどうですか。

中原 オンコールは呼ばれた時間だけ支払いますということですかね。

靱井 それが労働時間ですね。普通の考えはそうです。

川口 うちのオンコール料を払っている科と払っていない科があって、オンコール料を払っている場合、30分以内に来られるようにしてくださいと言っていますが、それでタクシーで2万円かけて来るというスタッフもいます。ただ緊急を要する患者に関しては、オンコール料は払っています。たとえば、どうしても一人

で対処できない脳外や循環器、外科などに関しては複数名のオンコールをしますので、オンコール料も相当の金額になります。30分以内という枠をつくりますとそれは拘束になります。一応拘束料という形にしていますが、それを労働時間に入れられると大変なことになるってしまうのです。

萩井 法解釈上は使用者の命令で時間を拘束されると労働時間ですが、今回の提案では院外オンコール待機時間は労働時間とは見なさないとしています。もちろんずっと近くにて待機してほしいと言えば、オンコール料を払わないといけないと思います。

川口 オンコールの定義ってあまりはっきりしたものはありません。でもオンコールを置かないと救命救急とかは成り立たないですね。

萩井 そうでしょうね。

中原 できないでしょうね。

黒木 特にチーム医療で、今おっしゃったような心臓とか脳外では、複数で待機してないといざというときに難しいですね。

川口 複数いないと助かるものも助からないですね。たとえば心筋梗塞などで心停止が発生した場合、ひとりが心臓マッサージして誰かが心カテをするというように、複数いれば助かるというケースが結構あります。人員を確保していないのは逆に無責任なのかなとも考えられますので、どうしてもそういう形になります。

黒木 それぞれの事情で同じオンコールといっても、一律にはいきませんね。

中原 ただ医師の人生を考えたときに私も小児科で30年以上同じ病院にいて、院長になっても長年オンコールをしています。それが週に4日から5日という場合もあります。いつまでできるのか、いつまでやらなくてはいけないのかなということがあります。仕方ないことだとは思ってもどうなのかなという気持ちは強いですね。

黒木 それも大変ですね。

中原 ええ、拠点病院までは遠いこともあり、問題などは思っています。

黒木 常に拘束ですね。

中原 そうです。

川口 小児・周産期の場合、医師の派遣元である横浜市大が県内の拠点病院の一つとして認定してくれていますので、医師の人数としては確保できています。

黒木 なるほど、そこに集約しているのですね。

神奈川県は母子周産期医療センターの設置で小児・周産期を拠点化

川口 神奈川県は母子周産期医療センターを県内にいくつか設置しており、当院でも小児科、産婦人科医師はそれぞれ十数名確保でき、当直明けも帰れる形が取れています。比較的女性医師の多い小児科、産婦人科においても過重労働を回避できているので、そこは恵まれています。働き方で一番難しい部分は拘束時間の長い急性期だと思います。医師、看護師などの人員を相当数確保しなければならないし、高度医療機器も取り揃えなければなりません。それを各地域で行うことは不可能です。今後、急性期部分だけでも拠点化し役割分担しなければならないと思っています。再編ネットワーク化とは言っていますが、突然この病院は急性期、ここは慢性期と言っても周辺住民や地域の要望に頑張っただけで応えてきた病院も納得できないと思います。行政や大学病院が主導し、また住民の意識改革も行って解決していかない限りは過重労働、子育て女性医師問題、ひいては女性の医学部合格ラインの引き下げなどの問題はなくならないと思います。

萩井 地域医療構想の話にもなるし医師の偏在でもあるし、それを言い出すとまとまらなくなります。

川口 終わらなくなってしまう。

萩井 実際まとまらないのです。ただ、国保直診の場合は小規模な病院が多いので1人1科でもその科に人がいればいいのですが、いない場合もあります。たとえば時間外がそんなにない先生であっても、当直は平等に担当してもらわざるを得ない。当直してそれを全部労働時間に入れられると、勤務間インターバルをつくれという話になって、じゃあ1人1科の先生が翌日の診療を休むのかという話になります。それは無理ですね。先ほど述べたように宿日直をして働いた時間だけ労働時間と見なしてもらえれば、勤務間インターバルにあまり神経を尖らせなくてもいいのかなとはなっ



ています。小田原市立病院のような場合は、きっちり勤務間インターバルをつくらないとまずいでしょう。

川口 やはり当直や夜間の体制をつくると、どうしても次の外来だの手術だというところに必ずぶつかります。そうすると連続にならざるを得ないので、インターバルを必ずつくるのは現状では難しいと思います。

靱井 せめて午前中の外来が終わったら帰れるぐらいにすることが必要でしょうね。

川口 そうですね、そうしたいですね。

靱井 そこはしないといけないでしょう。大病院は大病院としてのきちんとした対応をしないとまずいだらうと思います。大分の県立病院も院長が一生懸命取り組んで、そういう対応をしています。研修医も丸1日当直したら翌日休みにする必要があります。

川口 しっかり休めれば確かにモチベーションも上がります。ただ、どうしても医師の数に話はいきますね。

靱井 やはり大病院で医師の数が多いところのほうが取り組みやすいのでそこがモデルになって、そのとおりしないといけないようになります。しかし、絶対無理ですね。

黒木 まあ無理ですね。

川口 当院はそんなに恵まれてはいないですよ。科ごとに割るとすごく小さい科になります。ですから、たとえば病床数の少ない単科病院のほうが、よほど楽な

やり方で実施している場合もあります。小田原市は神奈川県の中では過疎地域です。しかも神奈川県の4分の1の面積を守備範囲にしています。

中原 そうですか。

川口 神奈川県は日本で人口が2番目に多い県です。900万人を超えていますが、4分の1の地区で4%しか居住していません。ですから、神奈川県の大学病院の医師は小田原には行きたくないという人が多いのです。中原先生が外部の医師をよく集められるなと思っています。

中原 東京の先生にお願いしたりしています。

靱井 東京からどのくらいかかります。

中原 車だと東北道と北関東道で来られるので、2時間ぐらいですね。

川口 外部の医師には、相当な金額を払っているのでしょうかね。

中原 そうですね。

黒木 2時間かけてですか、大変ですね。

川口 そうじゃないと来てくれないですね。

中原 ええ。だから次の新しい病院では予算を抑えているので、来ていただけるかどうかははっきりしていません。その他には、県内で大学院生等を派遣していただける場合もあります。

靱井 わかりました、ありがとうございました。次に

タスク・シフティングに関してですが、先生方のところはどの程度進んでいますか。

中原 採血などは原則、看護師のほうに任せています。

靱井 川口先生、研修医が多いところはどうか。

川口 特定行為研修を受けさせています。

靱井 看護ですね。

川口 数名しかいないのでだんだん増やしてはいますが、なかなかそうはいかない状況です。すべてを看護師が担当してしまうと研修医は全然勉強になりません。

靱井 むしろ研修医は習練のためにはある程度年配の看護師が指導するといいいのかもしれませんが、研修医でない医師が採血や点滴をとることはないでしょう。

川口 そうですね、少ないですがなくはないです。

靱井 私たちも看護師さんに「あなたたちのほうが上手だよ」と言います。もちろん患者担送などは、過疎地域であればあるほど医師は多忙なので行わないと思います。そういう面では中小病院の方が進んでいるところがあると思います。統計的には大学病院のほうが診断書作成に関しては、書いてもらっている比率が高いですね。川口先生はいかがですか。

川口 当院の医師事務補助は20対1です。今おっしゃられた大学病院でベッド数が1,000床近くあるようなところはいくら雇っても50対1には入ってこないと思います。大学病院などには財政面での補助が必要と思います。私のところは20対1なので、多少補助にはなっています。ただ非常勤なのでどんどん入れ替わりがあって、1日来てすぐに辞めてしまうこともあります。

非常勤の雇用に関しては、病院事務が振り回されていて少し問題です。入れ替わりが激しいので、本当の意味での作業をさせられません。診断書などはかなりスキルアップしないと書けないですね。ただ唯一財政面で補助している部分は、加算がとれるところだとは思っています。その比率はベッド数や規模で補助の仕方を考えていかないといけないと思います。

中原 当院も同じような経験をしました。非常勤で雇い入れたり、私たちの思うような診断書を書いてくれるまでは、それなりに教育をするわけです。ところが新しい病院にかわるに当たって、今の病院では非常勤ですが新しい病院では常勤にしてほしいと要求が出さ

れました。それはすぐにはできないのでお給料を上げましたが、それでも足りないと言って辞める人もいて、この数か月大変な思いをしました。

川口 よくありますよ。当院も常勤にしてほしいと要求されます。

中原 そうですね。

靱井 やはり近くに他の病院があるとそちらに行きますね。

中原 行きますね。

川口 仕事を覚えると他のところに引き抜かれます。

中原 そうですね。

靱井 当院では5年も6年も勤務している人がいて、医師は診断書も紹介状の返事もほとんど書きません。下書きを手直しするだけです。しかも全員が誰でもどこでもできるように定期的に回すやり方をしています。近くに競合する病院がないので逃げていかないのでしょうか。

川口 当院では公務員法があるので常勤にすると大変な費用になりますが、非常勤のままだと他へ引き抜かれます。

靱井 厳しいですね。医事計算をする人とクラーク、それと管理事務職は別の給与を出すには黒字を出し続けられるという自信がないとできないですね。以前は医事計算をある会社に委託していました。ところが病院に対しての忠誠心がなく、派遣職員なので接遇が悪く苦情が出て病院から直接指導できませんでした。また、査定される可能性のある場合は算定しないように、その会社との委託契約を解除して、それで非常勤職員として直接雇用に変更しました。業務の移行期間で多少の問題がありましたが、結局、人件費比率は上がっても経費は下がるので、確保できる間はいいのかなと思っています。

川口 当院でも人件費比率は上がりました。今回医事業務の委託契約の更新を行っているところです。公募や指名により複数の者（受託希望者）から企画・提案能力のある者を選ぶプロポーザル方式で行いました。3年契約ですがほとんどの業者は、大体前回の契約の65%アップぐらいできています。それで3社が最初応募しましたが、それでも1社脱落が出ました。他の2

社は人件費が上がっていることが理由というのですが、そのこの業者の人件費を65%もそれぞれの人にアップしていますかと聞きたいですね。

靱井 そうですね。

川口 このごろの清掃や警備などの委託業者の料金の上がり方はすごいですね。

靱井 しかも2019年10月には消費税が上がりますからね。

川口 そうですね。われわれは消費税をもろにかぶりますからね。

タスク・シフティングは、 医師事務作業補助員をうまく使うこと

靱井 タスク・シフティングに関しては、医師事務作業補助員をいかにうまく使うかということでしょうね。

中原 そうですね。

黒木 ただ、当院のような小規模病院ではなかなかそこまで雇用できないですね。

靱井 難しいでしょうね。

黒木 医事の事務の中で、診断書係を行ってくれる人たちがある程度記入してくれて、医師は最終チェックのみ行うことが最近はできているのでありがたいです。たとえば、生命保険の診断書など簡単なものは事前に書いてもらい、あと承認してくださいと言っていますので、その辺は大いに助かってはいます。

靱井 タスク・シフティングできるなら、医師事務作業補助員として加算をとる必要はありませんので、誰か作業ができる人がいればその人が担当していただいで構わないと思います。ただ、当院のようなある程度の規模になると、その人たちを離職しないよう配慮しながらレベルアップをして、業務を移管できるような人材に育てていくかは難しいと思います。当院も本当に医師不足で、医師は医師にしかできない仕事に専念しないと病院が機能しない状況なのです。働き方改革のためにやっているわけではなくて、必要に迫られて医療崩壊に対抗するためにやってきただけです。

そして特定行為の看護師、認定看護師も今度から変わるようです。特定行為研修を受けないと、その認定

看護師を更新できないというように変わっていて、ある程度業務の委託ができる形に変えていくと思います。ただ、目に見えて医師の労働が軽くなるような効果が簡単に出るとは思いません。その効果が出るまで5年も10年もかかるという感じがしますので、今すぐには期待はできないですね。

女性医師の子育て中でも可能な キャリアアップ制度が必要

中原 話が変わりますが、女性医師たちが子育て中であっても医師としてキャリアアップを積める方策が必要です。子育ての支援はありますが、彼女たちの持っている力を十分に発揮できる体制づくりができないものかと日々思っています。現在は条件としては育児休暇もとれますし、子どもが小さければ朝遅れてきてもいいし、帰りも早く帰れるという感じではやっていました。あまり現場から離れてしまうと、医師として自信が持てなくなってしまう方も中にはいます。また、医師として力を持っているのに、それを取り戻すために1年ぐらいかかったりする場合もあります。もう少し彼女たちの力を信じてあげる方法はないのでしょうか。先生方のところではいかがですか。

靱井 当院には既婚の女性医師は来ません。10年前に自治医大の先生が夫婦で来て、当院で出産しました。産後3か月目から復帰して医師として働くときに困ったことは、子どもを預かってくれるところがないことでした。結局、無認可保育園をようやく探してそこに預かってもらいました。そのときに何としてでも将来院内保育をしないといけないと思いました。

ところがその女性医師は義務明け直前に当院に再度勤務したのですが、積極的に仕事をしていた以前とは印象が変わっていました。ご主人の医師が先に義務が明けて働いていて、ご主人は忙しくて妻である自分が子どもを見なければいけないということで、当院に来る前に診療所にいましたが、午後から帰っていたそうです。当院ではなるべく主治医にならない、夜間は呼び出しに対応しないことを認めざるをえませんでした。

女性の医師がきちんと家庭と仕事を両立しながらキャリアを積んで、生きがいを持てるような生活をしな

いといけないと思い、市議会と協議して院内保育もできる制度にしましたが、残念ながら利用してくれる女性医師が来ていません。今は、小さい子どものいる男性医師がその制度を使っているようです。

また、体調の悪い女性医師が入院したことがありました。その後、その女性医師は退院して時短でしばらく働くことになったときも以前と同じ給与にしていました。そのうちその女性医師は「他の先生方に申しわけないので給与を減額してください」と言って来ましたが、時短の働き方など川口先生の病院では、必要には迫られてないでしょうか。

川口 当院では女性医師が多いので、かなり改革を行いました。院内保育所は以前からありまして看護師が多く利用していました。その保育所の利用を全職種に広げて、午前7時から午後7時までの運営にしました。しかしそれでは夜勤に対応できないということで、今は火曜と木曜だけ24時間対応です。

靱井 24時間ですか。

川口 24時間対応にしてシフトをつけて運営しました。そして小児科医に頑張ってもらい病児保育も行っています。結局、小児科に引き取ることになりますが、そうすると時短の先生でも保育園に預けていると、熱を出すと呼ばれますね。それならばと初めから当院に連れてくるという方もいます。タイムシフトでもいいのですが、本当は2日常勤でも3日常勤でも体制をつくってあげたいのです。しかしそれには公務員法がありますので、そのような体制は組めません。

中原 そうですね。

靱井 まだまだそんなものがあるのですか。

川口 公務員法で疎外されてしまいます。

中原 そのとおりです。

川口 自由にやらせてもらえないのです。

中原 当院も今、病児保育を行っています。常勤で働いていた先生も非常勤パートで来る先生も、子どもに熱があったらすぐ連れてきて預かれるのですごく感謝されています。しかし、ある程度働けるようになると出身大学の方から呼び出されて大学病院へ戻るようになります。彼女はまだ子育てがあるから病児保育等を利用して当院で働きたいという希望がありましたが、

出身大学との絡みで難しいところがあります。今度、新病院は地方独立行政法人になりますが、女性や男性でも親の介護があり、中には奥さんの調子が悪いから時短で働きたいという医師もおられるので、常勤の時間短縮型の方の働き方を考えましたが、独立行政法人では公務員の考えに準じてしまい、市で方針を決めているので、そのような制度はできないと言われました。

靱井 独法化されるのにできないのですか。もう少し柔軟な考えがあってもいいと思います。

中原 そうです、長い間希望していたことで、もっと柔軟にできるのかなと思いました。

黒木 そこが一番期待したいところですよ。

中原 そうですね。市役所の方が主につくっているので、まったく考えないという形で言われました。

川口 そうですか、独法化ならできると思っただけは大きな間違いですね。

中原 間違いです。

川口 公務員型ではないのでしょうか。

中原 公務員型ではありません。

靱井 非公務員型でしょう。

中原 医師で常勤の時短型の働き方の制度については市に何も考えがないということです。

靱井 制度をつくるだけつくればいいと思います。

中原 ええ、そうですね。

靱井 結局、ダイバーシティーマネジメントと言いますが、これからは多種多様な考えを持っている人たちが多種多様な働き方ができるようにしてあげることが求められます。子育ても介護もありますので時短制度は必要ですね。

中原 そうです。

靱井 それができるような働き方改革をする必要はあります。それをやろうとすると、公務員法の縛りができてきますね。

中原 そうですね。

靱井 医師の常勤換算は5日から4日になったと思います。

川口 当院は常勤5日で、1日は研究日のような形で4日分で実現しています。しかし3日はできません

ね。麻酔科は3日常勤と麻酔科学会が言っていますね。当院の麻酔科は常勤は部長が1人いるだけで、オペ室は8室ありますが、部長以外全部外注ですので費用が多くかかります。

2～3日フルタイム勤務できる 制度の確立を

梶井 2～3日だけフルタイムで働きたい医師はおられると思います。たとえば配偶者と交互に働いて、空いている時間で両親の介護や子どもの育児ができる働き方を考えていただきたいですね。

中原 親の介護をする男性も結構いらっしゃいます。

川口 そうです、介護に関しては制度がありません。

中原 ないですね。

梶井 親の介護のために帰ってきたという人が、いないわけではないですからね。

中原 そうですね。

梶井 定年を過ぎて、生まれ育った地域の国保直診で力になりたいという医師がおられるはずですよ。医師の復帰支援ができる形で実現できたらいいですね。

川口 これからは高齢社会のため介護が増えると思います。その介護に対する休みを手当てしなければなりません。

中原 それもあります。さらに、がんになっても働きたいという方に対しても、常勤でも短時間勤務ということができる制度がいいと思います。

梶井 結局、3日間の勤務という人たちは常勤扱いにできずに非常勤扱いで雇うしかないことになります。

中原 そうですね。そうしますと女性の場合、ご主人がそれなりのお給料をもらっておられる方が多いので、扶養には入れません。そうすると国保の関係で保険料を払うことになりますので、負担が大きくなりますね。

川口 なるほど。私の妻も医師ですが、「妊娠したら誰が当直するの?」と言われて当たり前のように退職しました。その後、何年か休みがあったので「患者さんに点滴ができるか心配」と復帰することを不安がっていました。やはり休みの間のスキルの維持を少し実習や講習を行うような方策も考えなければいけないと

思います。

中原 大学でそういうものを考えておられるところもありますが、やはり気持ちの問題というのが大きいと思います。女性医師にとっても、その辺をフォローしてくれる協力機関が必要だと思います。

梶井 そうですね。中原先生のご主人のように理解のある配偶者が重要ですね。女性医師の場合は、結婚して家庭を持つと思うと、家庭と両立できる診療科を選びたいということになります。外科は最初から選択できなくなります。やりたい診療科でいいと私たちは思いますが、なかなかそうは思えないようです。しかし、一生やりたいと思える仕事を女性医師がきちんと選べるような仕組みができればいいと思います。このことは、国保直診だけではどうにもなりません。機会があるごとに大学側と話をしていますが、多くの医局が前向きだと思います。

中原 やはり女性医師だけが子どもを育てるのではなく夫婦で育てるのですから、父親である男性医師にも、たとえば日曜日は子どもを見ていただいて、その間奥様が病院で日直をするということも本来は可能だと思います。それが女性医師だけがすべて遠慮しながら働く形になるのは好ましくないと思います。全国的にそのような体制にもって行っていただければと思います。

梶井 体制が整っていないからなのか、医師夫婦は離婚率が高い気がします。わがままな医師同士が結婚すれば、衝突して別れることが多いのだと思いますし、子どもを持っている女性医師を全面的にサポートするべきですが、そういう人は田舎には来ません。やはり便利な都会で何でも揃っているところで子育てするというのでしょうか。

黒木 当院がある飛騨市では、村だったころにできた本当に小さな診療所に夫婦で担当している医師がいます。ところが地域の人が医師を大事にしようということで、子育てを市民のおばちゃんが担ってくれます。その夫婦はともに自治医大出身で、義務年限が明けてもその地域でそのまま診療しています。そういった地域ぐるみの住民たちが「本当にこのお医者さんは大事だから絶対手放せない、子どもの面倒を見てもやれる」

というのも、私たちの地域にはありますね。

靱井 国診協の地域包括ケア研修会の「診療所が面白い」というコーナーで、そういう先生たちが毎年のように登場しています。

黒木 小さい地域のきちんとした助け合い制度のようなことがありますね。

中原 だから中規模の国保病院でも、多分それは可能だと思います。話は変わりますが、男性医師で育休をとる方はおられますか。

靱井 10年ぐらい前に育休をとりたいという男性医師がいました。彼は小児科医で赴任して1か月目で、「子どもが生まれたから3週間ぐらい育休をとりたい」と言いました。しかし彼の奥さんは専業主婦で、他の市役所の職員として産休や育休を3～4年続けてとっているという話を聞いていましたので、育休取得を拒否しました。もちろん奥さんが医師で働いているということだったら、もう一人の小児科の先生と相談してみてもいいと思いますね。

中原 やはり医師の人生を考えると、私たちのころは、あまりPTAの会合や運動会もなかなか行けませんでした。今は入学式、卒業式、運動会に男性医師もお休みをとって行く時代になっていると思います。ですから医師でも普通の人と同じ生活の方向に向いているとは思いますが、医師が少ない地域でも、他から派遣をしてもらって乗り切るとか、いろいろな方法もあると思います。今後はそういうことも考えていかなければいけないのかなと思っています。

研修医時代は、何でも経験しておくことが重要

靱井 私は医師は患者さんのために働いて当たり前じゃないかなと思っていますが、9時5時で帰るといふ人が含まれていると、研修医の全体的な考え方はどんどん安易な方向に変わっていくと思います。このままで将来の医療は大丈夫なのかなという気はします。新しい研修医制度になってから仕方なしに回っている診療科、自分はこの診療科は行く気ないから適当にやるという態度はやはりおかしいと思います。トータルに良い医師になるためには、経験できる場所は何でも

経験しておけば損はないと思います。それを経験していないままで素通りしてしまう研修医がいるのは、何か問題があると感じています。

川口 研修の選択度が少し増えたので、そうすると自分の行きたい診療科を選択するのです。「これから一生その診療科だから、研修期間では回れない科に回ったらいいよ」とは言いますが、やはり行きたい科へ行ってしまう。

靱井 そうですね。

川口 最近は労働条件の厳しい科は嫌われる傾向にあります。ますます労働条件が悪循環になって、担い手が少ないので残された人間はどんどん厳しくなる状況です。さらに自由度が高くなったので、その科は回りませんという研修医が出てきました。確かに研修医の形態が少しずつ変わっていますね。

川口 当院の研修医は全国から来ます。それを思うと、地方の大学は大変だと思います。

靱井 大変ですよ。

川口 そうなると先ほどの派遣の話ですが、派遣も厳しくなってきましたね。地域格差を話すときに、地域にはどこでも国公立大学医学部はありますね。その大学の学生には一人当たり何百万円台という税金によって学んでいます。それならば、各国公立大学の場合に限り5年以上の義務年限をつければ、医師の偏在は一気に解決するとは思いますが。

靱井 国診協でも地域医療を守る病院協議会で同様の提案はしています。管理者要件としてへき地医療を義務化してほしいと要望しています。最終的には病院長や診療所長になるためには、へき地勤務を1年から2年義務化する方向で発言はしています。しかし発言はしますが、届かないうちに消えてしまっています。

黒木 医師の偏在化を解決しないと、結局は医師が足りない私たちの地域は本当に田舎で新しい医師は来ませんので、働き方は改革されません。

日本専門医機構へ専攻医のへき地勤務義務化を要望

靱井 一律に医師になった人間全員にそれをやろうとすると、かなり抵抗があるのでうまくいかないと思



ます。だから今、たとえば総合診療専門医制度の中でへき地勤務をプログラムの中に入れなければいけないことになっています。それは日本専門医機構に対して、「これは第一歩に過ぎません。すべての専門医制度でへき地勤務をある一定期間義務化してほしい」という働きかけをしています。

川口 それはいいアイデアですね。

靱井 個人的には研修医は3年間で1年は救急かへき地に行ってほしいと言いたいです。本当に卒後3年目ぐらいでのへき地勤務はいい経験になります。

黒木 国では地域枠の卒業生にきちんとキャリア形成を県ごとにつきなさいということが出ますね。少しそれが大きな一歩かなとは思いますが。

靱井 地域の偏在をきちんと是正する必要があります。医師の養成数に関して論理的に抑制するため、今厚労省ではいくつか計算パターンをつくって考えているようです。その中では32年から医学部に入学する学生は8年後に研修医が終わりますが、そのとき既に医師の需要がピークを超えているため、32年から抑制しないといけないという言い方をしています。しかし、その前に医師の偏在をまずきちんと是正してほしいと思います。

川口 今一生懸命医学部の定員を増やしても、結局は大都市圏だけに集まってしまい、格差や偏在はなくならないですね。

中原 医師が集まらないところは今どんどん高齢者が亡くなっている地域なので、地域の遍在は加速しているように思います。

靱井 そういう偏在を是正しないと、働き方改革もなにもないです。改革しようと思っても、医師がいなければ結局は今いる医師で働くしかありません。

黒木 そうですね。

川口 当院も神奈川県の中でも医師が来てくれませんので、他よりも保育所の条件もよくしないと横浜市や川崎市に行ってしまいます。

靱井 給与水準もかなり違うでしょうね。

川口 そうですね。

靱井 だから大都市圏とへき地とでは何割増しですよ。それだけ余分にお金をかけながらもわれわれのようなへき地では、肺炎や心不全などの診療報酬上どうしても収益性が低くなる患者さんが多いために、どうしても収支比率が悪くなってしまいますので、なかなか難しいです。先生方、最後に何か話したいことはないですか。

川口 マスコミに対して1つだけ言いたいことはあります。われわれ医師は患者さんのためにとか、医療の向上のためにという倫理観と責任感で働いています。それを某ブラック企業と同じような扱いだけは、本当にしてもらいたくないと思います。

黒木 そのとおりだと思います。時間外といっても、すべては患者さんのためにということがあって、自分たちの医師としてのモチベーションがあるわけだから、他の業種とはそこが基本的に比べられないと思います。

梶井 医師の場合はどんなに疲れていても、そこに患者さんがいて、患者さんが「先生すみません、こんなにしてもらってありがとうございます」と言った途端に、疲れはとれてしまいます。そういう思いをしたくてわれわれは医師になったのですから。

黒木 そうですね。そこが根底にあります。

患者・家族の感謝の言葉が、 医師だけが味わえる喜び

梶井 医師になって患者さんやご家族から「ありがとうございます」と言われたときのあの喜びというのが、他の職種では味わえません。われわれ医師だけが味わえる喜びで、それを味わえない医師には育ってほしくないと思います。当院に内科の医師がいますが、たまたま患者を多く受け持って相当疲れているらしいと聞いたので、「先生、大丈夫ですか？」と声をかけると「頑張ります！」との返事でした。医師だから過労死することはまず普通はないと思いますが、私たち管理者が目配りや気配りをして、その先生の健康状態や精神状態をきちんとチェックしてあげることも大事だと思います。

川口 労基はそれがわかってないのですよね。

黒木 そうです。

川口 まるで悪いことをしているかのような捉え方をします。

黒木 労働省と厚生省が厚労省になりましたが、それぞれ違う方向を向いていると思います。そして労基が入って、私たち管理者にしわ寄せがきています。若い人の姿勢も大事ですが、見返りが無い仕事を管理者側

がひたすら行っているという現状があります。

梶井 山形県小国町の阿部先生は、2日に1回ぐらい当直していると話していました。

黒木 当院では休日・深夜だけ夜中に呼ばれたときには時間1,000円支給されます。スズメの涙ですけどね。

川口 そうですね、本当に厳しいですね。

黒木 他はすべて無償です。

川口 病院の医師の半数ぐらいは管理職なので、やはり管理職の勤務内容も考えないわけにはいかないですよ。

中原 そうですね。

黒木 そこですね。

働き方改革では労基に謙抑的に 指導していただくよう要望

梶井 結局みなし管理職と労基からも言われます。おそらく院長や特殊な立場の人しか認めないと思います。その他は全員時間外を支払うようにということだと思いますね。したがって、労働基準局に対しては、謙抑的に行動していただきたいと、要望していますが、労基からは内部告発によって指導されないように注意してくださいということだと聞いています。

黒木 東海・北陸の地域の診療施設協議会であった話題も今回の働き方改革で、ちょうど金丸副会長が来ていただいて謙抑的にお願いしていると国診協の立場もお話いただきました。現在のこの話題はわれわれの中では大きいですね。

梶井 とにかく病院の中で医師の働き方改革のアクションを行っているのが重要だということだと思います。この病院は何もしようとしてないとか何か不満を持ったら、労基から指導される可能性があると思います。そういう意味からもきちんと対応をとってほしいと思っています。

いろいろなご発言やご意見などまだまだ物足りない部分があるかと思いますが、これで本日の座談会は終了します。ご出席の先生方本日は本当にありがとうございました。

全員 ありがとうございました。

(2018年8月30日収録)