

医師の働き方改革

平成の置き土産 後編

シティユーワ法律事務所 弁護士 浅原弘明
東京八丁堀法律事務所 弁護士 白石紘一

「一億総活躍社会実現に向けた最大のチャレンジ」である働き方改革は、産業界を巻き込んで過去に類を見ないインパクトをもたらしている。特にその根幹である時間外労働の上限規制は、極めて限定的に業界単位での適用猶予や除外を認めた。

後編では前編（9月1日号）に続いて、医師の時間外労働への対応、法解釈、医療機関に求められる実際の対応などについて言及したい。

II 医師の働き方改革

5. 追加的健康確保措置

- (1) 厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」（以下、本検討会）の報告書（以下、本報告書）は、一般則で要求される健康確保措置に加えて、追加的健康確保措置①（連続勤務 時間制限28時間・勤務間インターバル9時間）および②（面接指導、必要に応じた就業場の措置）を規定したうえで、A水準については①を努力義務、②を法的義務として要求する一方、B水準およびC水準においては①、②の双方を法的義務とした（各水準の概要については図表5を参照）。
- (2) 追加的健康確保措置①は、1日6時間の睡眠時間を確保する必要から、(i) 連続勤務時間制限および (ii) 勤務間インターバルの確保を規定し、これらの措置がやむを得ず取れない場合には、(iii) 代償休息を与えることを定めるものである。
- (i) の連続勤務時間制限は、具体的には、当直明けの勤務時間を、前日の勤務

開始から28時間までに制限する措置である（例えば、土曜日に午前8時30分から勤務を開始し、宿日直許可のない日当直を担当した場合は、翌日の日曜日は午後0時30分までしか勤務させることができない）。ただし、宿日直許可を受けている場合には、この制限は適用されない。

また、C-1水準（研修医）のうち、初期研修医については、1日ごとに確実に疲労回復させる観点から、連続勤務時間は15時間に制限されている。

(ii) の勤務間インターバルは、勤務の終了時刻から次の勤務の開始時刻までに一定の間隔（インターバル）を設けなければならないというものであり、具体的には、通常の日勤の勤務終了後、次の勤務の開始時刻までの間に9時間のインターバル、宿日直許可のない当直明けには2日分に相当する18時間のインターバルの確保をそれぞれ要求する措置である。

なお、インターバルとの関係でも後述の宿日直許可は例外的な扱いとなっており、宿日直許可を受けた当直勤務後のイ

図表5 医師の働き方改革に関する各基準の概要

	基本概念	時間外労働の上限(年間)	適用年限
A水準	勤務医に関する基本的な基準	960時間	—
B水準	地域医療水準確保の観点からの例外的、 時限的水準	1,860時間	2035年度末を「目標に」 終了する予定
C水準	医師の自己研鑽の観点からの例外的水準	1,860時間	—

図表6 医師による面談指導が要求される場合

A水準	時間外が月80時間を超えた段階で睡眠および疲労の状況確認。疲労の蓄積が確認されたら100時間になる前に面談指導（疲労の蓄積が確認されなかった者は100時間を超えた後でもOK）。
B水準および C水準	睡眠および疲労の状況の確認と面接指導を100時間前に実施する。 例えば、前月が80時間以上であれば（当月に100時間以上になることを念頭に）あらかじめ面談指導のスケジュールを組んでおく等の対応が望ましい。

インターバルは9時間で足りることとされている。

- (3) 追加的健康確保措置②は、(i) 医師の面談指導による健康状態のチェック、および(ii) 面談した医師が必要と認めた場合に就業上の措置を講じることを義務づけるものである。

面談指導は、月の時間外労働が100時間を超える前でも、疲労の蓄積が確認されたものには行うべきとされている。各水準ごとの具体的な要求は、図表6のとおりである。

また、(ii) 就業上の措置は、面談した医師からの意見を受けて医療機関の管理者が最優先で講じることとされており、これによって一時的に診療体制の縮小が生じる場合も想定されている。

具体的な措置の内容は、当直、連続勤務の禁止・制限、就業内容場所の変更、一定日数の休暇休業の強制（就労の禁止）等が列举されている。

C. 検討会報告書で言及された法解釈上の論点

1. 労働者性

従来から勤務医の労働者性を否定することは難しいと考えられていたが、本報告書および本検討会における議論によって、医師の特殊性等をもってしても、勤務医の労働者性を否定することは困難であることが一層明確化された。

2. 応召義務

当初は医師について労働時間上限規制の例外を認める代表的な根拠として挙げられていたが、本報告書によって、労働関係法令を順守しない理由とはならないことが明確化された。

3. 当直、宿日直

断続的な労働として労働基準監督署長が宿日直を許可した場合には、労働時間に関する規制が適用されない（労働基準法第41条第3号）。かかる宿日直の許可実務は、こ

図表7 宿日直の基準に関連する業務の具体例

特殊の措置を必要としない軽度のまたは短時間の業務		通常の勤務時間と同態様の業務*
医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと	（参考：旧基準における例示）病室の定時巡回、異常患者の医師への報告あるいは少数の要注意患者の定時検脈、検温等	医師が突発的な事故による応急患者の診療または入院、患者の死亡、出産等に対応すること、または看護師等が医師にあらかじめ指示された処置を行うこと等
医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと		
看護職員が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと		
看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと		

※「通常の勤務時間と同態様の業務」を行うことが常態である場合には、宿日直許可を与えることができない。なお、「通常の勤務時間と同態様の業務」が宿日直中に偶発的に生じたとしても、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は、夜間に十分な睡眠がとり得るものである限り、宿日直の許可は取り消されない（この場合も、当該偶発的な業務に要した時間には時間外労働に関するルールが適用される点には注意が必要である）

れまで昭和24年に発出された基準（昭和24年3月22日付基発第352号「医師、看護婦等の宿直勤務について」）に基づいて運用されていたが、本報告書において現代の実情に合った改正の必要性が指摘されたことに基づき、2019年7月1日付で新たな通達が発出された（令和元年7月1日付基発0701第8号「医師、看護師等の宿日直許可基準について」）。

特に、宿日直中に行うことが許される「特殊の措置を必要としない軽度のまたは短時間の業務」について列挙される具体例が詳細になった点は注目に値する（図表7）。

4. 自己研鑽

医師の知識の習得や技能の向上のための研鑽は、医療の質の維持・向上のためには不可欠のものである一方、医療機関の業務

との関連性が強い場合など、一定の研鑽は労働時間に該当する可能性があるため、本報告書においても研鑽の労働時間の取り扱いについての考え方と「労働に該当しない研鑽」を適切に取り扱うための手続きを示すことが要望された。

これを受けて、2019年7月1日付で新たな通達（令和元年7月1日付基発0701第9号「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」）が発出され、これらの事項について一定の指針が示された。

労働時間に該当しない研鑽についてはいくつかの類型が示されているが、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行うことが共通して要求されている。

Ⅲ 医療機関から見た今後の対応

A. 2024年4月1日に向けて

1. 客観的な状況

1) 時間外労働の上限

2024年4月1日から、勤務医に対する時間外労働上限規制が施行される。医療機関がまず意識しなければならないのは、同日までに年1,860時間以上の時間外労働を根絶することが刑事罰付きで要求されるという点である。

本検討会での議論の前提とされた調査によれば、全体の10%を超す病院勤務医が年間1,860時間以上の時間外労働をしている現状にあり、この点だけでも相当程度の困難が予想される。

また、2024年4月1日以降も年間960時間を超える時間外労働が必要な場合には、同年3月31日までの間にB水準またはC水準の適用が認められる医療機関としての特定を受けなければならない。こうした特定のための手続きは、中心となる組織体である「評価機能」(B水準)や「審査組織」(C水準)の内実をはじめ、相当部分がこれからの議論に委ねられている。

2) 労働関係法執行の活性化の可能性

これらに加えて、本報告書および本検討会における議論によって、医療機関に対して、労働基準監督署や労働裁判等、労働関係法の執行が活性化する可能性が否定できない。

勤務医が労働者として労働基準法上保護される点が明確になったことや、本報告書によって宿日直や自己研鑽に関する論点等、

勤務医の労働問題を考えるうえで課題とされていた解釈問題が一定程度明確にされたことに加えて、働き方改革自体や本検討会における議論が世間の耳目を集めたことにより、勤務医の働き方に問題があることが広く知られるようになった。

これらを踏まえると、これまで以上に労働基準監督署による監視、指導が厳しくなる可能性があるのみならず、個別の勤務医による労働紛争が増加することも十分に考えられる。

2. 医療機関の取るべき措置

1) 労務管理の徹底と労働時間短縮の施策検討

大前提として、労務管理を徹底し、各勤務医の労働時間を正確に把握したうえで現行の労働法制上のルールに違反している状態を是正しなければならないのは論をまたない。

こうして把握した現状の労働時間を前提に、時間外労働が1,860時間を超える勤務医が存在する場合には、2024年3月31日までに例外なくこれを根絶しなければならない。

これに加えて医療機関は、2024年3月31日までに原則的な水準であるA水準(年間時間外労働960時間以下)を達成することを念頭に、全般的な労働時間短縮への取り組みを検討する必要がある。2024年4月1日以降もB水準、C水準の特例が存続はするものの、これらの水準の適用対象となるためには、地域医療水準の維持や医師の研鑽の観点から、A水準を超える労働時間が真にやむを得ないことを具体的、積極的に説明しなければならない。

2024年3月31日までにA水準を達成することに向けた真剣な検討を行って初めて、それが困難である合理的な理由を迫真的に説明することが可能になると思われる。

また、B水準においては、実績ベースでの労働時間の短縮または（追加的な措置を含む）労働時間短縮に向けた対応の進捗がその適用の条件として要求されている。

労働時間短縮に向けたメニューとして、本報告書においては、(1)医療機関内マネジメント改革（タスクシフト、タスクシェア、ICT活用）、(2)地域医療体制における機能分化・連携、プライマリケアの充実・集約化・重点化の推進、医師偏在対策の推進、(3)国民の理解（上手な医療のかかり方の周知）が挙げられている。

いずれも特に目新しいものではないが、個別の医療機関としては、短期的にはタスクシフト、タスクシェア、ICT活用を中心に、これまで以上に強力な取り組みが求められる。

2) B水準、C水準適用のための取り組み

地域医療水準の維持や医師の研鑽の観点から、2024年4月1日からA水準を順守することが困難と考えられる医療機関においては、同年3月31日までの間にB水準、C水準の適用対象としての認定を受けるべく、上述した手続きを実行する必要がある。

もっとも、これらの手続きの具体的な内容についてはこれからの議論に委ねられている部分もあるため、医療機関は今後の状況を注視する必要がある。

3) 残された課題への注視、提言

本報告書によって、勤務医の労働時間短

縮に向けた大きな枠組みやスケジュールは設定されたものの、実際に各医療機関がタスクシフティング、ICTの利活用等を通じて急激に労働時間短縮を行ううえで予想される具体的な課題には、依然不明確な点も多い（例えば、看護師が行える職務範囲の拡大・明確化や、患者に関する個人情報の取り扱いといった規制上の課題、経営改善に向けた人的・金銭的なリソースの不足等の経営資源上の課題）。また、勤務医の研究活動に関する規律や副業・兼業に関する規律は、本報告書においては明確に先送りされており、大学病院や大学病院勤務医のアルバイトに依存している医療機関においては、ルールの大枠自体が流動的な部分がある。

こうした残された課題については、議論の動向を注視するとともに、場合によっては、現場の実情を最もよく知る立場として声を上げ、ルールの形成に適切に反映させることが必要である。

B. 2036年4月に向けて

1. 客観的な状況

B水準は地域医療の水準を守るために設定された例外的、時限的な水準であり、2035年度末に終了することが「目標」とされている（なお、本検討会では、2035年度末に終了することを省令に明記すべきとの意見もあった）。

また、2024年3月31日までにB水準の適用が必要な医療機関が特定されるとともに、その理由や労働時間短縮計画が明らかになるため、2024年4月から2036年3月にかけては、地域医療計画や医師の不足・偏在対

策等、個々の医療機関にとどまらない変革が加速することが予想される。

2. 医療機関の取るべき措置

2024年3月31日時点でB水準の適用が認められた医療機関においても、この期間にA水準まで勤務医の労働時間を削減することが求められる。この困難なゴールを達成するためには、タスクシフティングやICTの利活用といった医療機関単位での施策を一層推し進めるとともに、他の医療機関との提携、役割分担、統廃合等、地域での医療提供体制という観点からの施策を着実に進めていくことが必要不可欠になる。

IV 結語

1,860時間というショッキングな数字を中心として、本報告書に対しては批判も強いところであるが、わが国の医療提供体制を支える医師の長時間労働という、認識されながらも対策が進まなかった問題に対して法的に強いくさびを打ち込んだことは確かである。

医師の働き方は、個々の医療機関を超えて、地域の人々の健康と裏表であったことから、正面からスポットライトを浴びせ難い問題であった部分は否定できない。

しかし、昨今の日本の人口構造等を背景とした働き方改革は、組織に対して働く個人としての医師の側面を浮き彫りにし、その保護を正面から迫った本検討会は、そうした強い意図と医療を提供する側の実情がぶつかり合った場であり、その結果として最大限コンセンサスが得られた文章が本報告書である。

それ自体に課題や余白が残されたことはもちろんであるが、本報告書は、医療提供体制の改革に一定程度の筋道を付け、締め切りを設けた。安定的に良質の医療を安価で広く国民に提供するという究極のゴール(課題)からすれば、個々の医師の働き方の問題は一側面でしかない以上、それに向けた現実的、全体的な解決策は、各医療機関をはじめとした各ステークホルダーに委ねられた。さいは投げられたのである。