

醫學振興

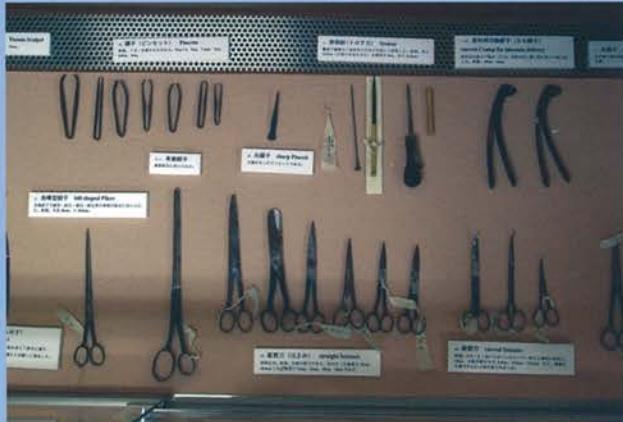
日本私立医科大学協会

第85号

Contents

卷頭言 「新専門医制度の現況」	2~5
座談会 「医学部・医科大学臨床系教員の 「働き方改革実行計画」への対応について」	6~29
論壇 「大学病院が参加する地域医療連携推進法人：尾三会」	30~35
専門医制度に関するアンケート結果報告	36~39
施設紹介 「獨協医科大学」	40
「東京慈恵会医科大学」	41
「金沢医科大学」	42
「愛知医科大学」	43
「北里大学」	44
「藤田保健衛生大学」	45
「埼玉医科大学」	46
医大協ニュース	47~52
協会及び関係団体の動き	53~57

華岡青洲流外科器具（近畿大学医学部）



華岡青洲流外科器具



医学部図書館閲覧室内「展示室」

華岡青洲は世界で最初に全身麻酔を行い、乳がん手術に成功した人で、世界の医学史上最も偉大な功績としてアメリカ、シカゴ市の国際外科学会の荣誉館（Hall of Fame）に日本人として初めて遺品が飾られた江戸時代の医師です。

近畿大学前総長・世耕政隆は華岡青洲と同じ和歌山県の出身で、医学者でもありました。かねてから故郷の偉人、華岡青洲の業績や人柄に深い畏敬の念を抱いており、念願であった医学部創設に当たり、華岡青洲流の手術器具を医学生に示すことによって医学教育に役立てようとされました。華岡流外科器具は、華岡青洲の弟子が大阪中之島に開いた合水堂へ入門し、駿州で医療を行った中村順助が使用したものです。

卷頭言

「新専門医制度の現況」

一般社団法人 日本私立医科大学協会会長

一般社団法人 日本専門医機構理事・認定更新部門委員会委員長

獨協学園理事長

寺野 彰 氏



I. はじめに

新専門医制度が、来年（2018）4月からスタートすることになった。専攻医登録申請はすでに今年10月から始まっている。昨年7月から、日本専門医機構（以下、機構）理事会（二次）が発足し、制度のスタートを1年延期して、来年4月となった経緯は、すでに吉村博邦日本専門医機構理事長（以下、吉村理事長）から本誌に報告されているので、ここでは述べない。しかし、本来、学問的であり、各医学会に属するはずの専門医制度が、現在崩壊に瀕している地域医療の観点から、行政的かつ政治的問題となり、学会独自の判断では、本制度の施行が困難となってきた。本制度の憲法とでもいべき専門医制度新整備指針及びその細則が、地域医療を考慮した極めて複雑なものとなったのは、このような経過に基づくものである。それでも、吉村理事長の驚異的な努力により、行政、医師会、4病院団体協議会などの了解を得ることができ、ようやく来年施行にこぎつけたのである。まだ様々な意見が出されているが、このあたりの経緯をご理解いただき、ともかくスタートすることに機構理事会で決定し、塩崎前厚生労働大臣の了解を取り付けたのはまさに吉村理事長の手腕と言ってよいだろう。ここで、敢えて言うならば、専門医制度は、医学という学問のためにあるのであって、地域医療のためにあるのではない。地域医療はあくまで行政の問題である。しかし、新制

度によって、地域医療が悪化することは避けなければならないことは確かであり、機構の責任でもある。結果として、地域医療の改善が得られればそれはそれで大変喜ばしいことであり、そのようになることを目指した制度作りに努力しているが、主客転倒した議論が多く、今日に至ったことは反省すべき点である。新専門医制度については、すでに吉村理事長が本誌（医学振興第83号卷頭言；平成28年11月17日発行）に詳述されているので、その目的や内容についてはここでは省略する。都合により、吉村理事長に代わって筆者が本稿を担当することになったが、開始にあたっての必要事項のみを述べるにとどめ、最後に吉村理事長の声明を付することとした。

II. 当面のスケジュール

来年4月スタートに向かってのスケジュールは、吉村理事長の声明の通りである。

今年10月に始まった申請に基づき、各基幹病院は、すでに認定されているプログラムに合致する専攻医を定数に従って選び、関連病院と連携し、制度施行に向けて準備する。各基幹学会には、属するサブスペシャルティ学会と協力して、専攻医の専門科選択と研修に資するよう合理的な判断が求められる。

III . 本協会新専門医制度検討委員会

本協会にも、新専門医制度検討委員会（跡見裕委員長）が設けられており、協会加盟校にアンケートを求めて、各校から意見を得た。改めて詳細が報告されることになっている。さらに機構に対しても、本協会の見解を示した。主な点は以下の様である。

1. 機構と基本診療領域学会などの関係について

- ① 機構は基本診療領域学会に対して、研修プログラムの運用・チェック機能、調整機能を担い、基本診療領域学会をサポートする体制を構築し、医療の質を担保すること。
- ② 機構は、基本診療領域学会を始め各学会のこれまでの実績、自主性を尊重し、硬直なプログラムを強要しないこと。
- ③ 他方、地域医療への影響、地域偏在、診療科偏在の解決のために、専門医制度は重要な役割を持つことを認識すること。但し、これらの重要な課題解決には時間的余裕が必要である事から、制度の開始やプログラム作成との関係を分離して、各領域を含めて、本質的な検討を行うこと。
- ④ 重要なことは、機構は、各基本診療領域学会、各サブスペシャルティ領域との関係を、民主的にかつ透明性を持って運営することであること。
- ⑤ なお、機構、学会、医療団体などは、医師確保など利害関係を主張して、研修医、専攻医の不安の原因とならないよう努めること。

2. 地域医療への配慮について

- ① 専門医制度の基本構造としては、これまでの検討の結果を重視し、基幹研修施設と関連病院とからなる病院群を設定すること。そして、基幹研修施設が中心となり、研修プログラムを修了できる仕組みを構築すること。
- ② 都道府県協議会の実体を明確にし、その運営方法に関して機構がリーダーシップを取ること
- ③ 機構が各基本診療領域学会に対して、医師並びに診療科偏在防止対策の現状についての意見を求め、具体的な対策案を募ること。
- ④ 専門医と非専門医との関係についても慎重な検討が必要である。なお、医師は、可能な限り、いずれかの基本診療領域の専門医資格を取るよう努力すること。

3. 研修プログラムについて

- ① 各基本診療領域学会の研修プログラムの整備指針並びに基準に関しては、「診療実績」を証明するなどの更新基準が厳しく、地方では更新が困難な状況もあることから、柔軟な対応、暫定措置を講じること。
- ② 研修プログラムに関しては、地域の特性、診療科の特性を考慮し、硬直化した画一的プログラムを強要しないこと。

4. 総合診療専門医について

- ① 総合診療専門医については、機構の果たすべき中心的課題とし、責任を持って制度設定すること。
- ② 総合診療専門医の意義を明確にし、その内容を具体化して混乱なきシステム並びに役割を明確化すること。特に、これまでの“かかりつけ医”との関係を考慮すること。
- ③ 総合診療専門医の取得後、内科専門医などを取得することの是非について、慎重な検討を行うこと。

5. 新専門医制度と医学研究について

- ① 専門医取得と大学院における研究、特に基礎的研究が両立できる環境の整備が必要であること。

6. おわりに

- ① 新専門医制度は、これまでの専門医に対する国民不信を払拭し、真に国民の健康に役立つ制度であるべきこと。
- ② 本制度の設立によって、これまでの懸案であった地域及び診療科偏在に向けての検討が可能となること。
- ③ しかし、当面、現在の研修医、学生に不安を持たせることなく、スムーズなスタートがきれるよう、プログラム作成や都道府県協議会の充実などに全力を傾けること。
- ④ これまでの各学会の活動実績を重視し、一方的なプログラムなどを強要しないこと。
- ⑤ 今日に至るまでの本機構の実績も重視すること。
- ⑥ 機構は、民主的かつ透明性を持った運営によって、国民、各医療団体、各学会の信頼を得るよう努力されたい。

IV. サブスペシャルティについて

現在専攻医が問題としている課題の一つにサブスペシャルティがある。現在、全体で29のサブスペシャルティがあるが、内科や外科のような大きな基本診療領域学会のそれはあまりにも少ないと思われる。例えば、内科学会には、13のサブスペシャルティがあるものの、その他にも学会員が1万人を越す多くの学会があり、専攻医の選択に大きな障害となっている。そのためのワーキンググループも機構には設けられたがまだ活動していない。

至急に解決すべき課題である。

V. 総合診療専門医について

これまで、19番目の基本学会である総合診療専門医については、様々な議論がなされてきたが、この度、機構理事会でも承認され、新しい専門医が誕生することになった。地域医療を担う重要な専門医としての意義は認められても、その実態が十分には明確にならず、日本医師会などの「かかりつけ医」との差異も明確ではなかった。しかし、最近の若手医師の中では、総合診療に魅力を感じる者が多く、希望者も多いため、地域医療再生の意味をも含めて機構理事会ではその新設を認めたものである。新しく「総合診療専門研修プログラム整備基準」が制定されたので、HPを参照してほしい。

平成29年9月12日

専門医を目指す医学生・臨床研修医の皆様へ
平成30年度スタート予定の新しい専門医制度の開始に当たって
一般社団法人 日本専門医機構
理事長 吉村 博邦

1. 平成30年4月からの専門研修の開始について

わが国の「新しい専門医制度」については、地域医療への懸念等が示されたことから、その開始が遅れおりました。

このたび、厚生労働省により設置された「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会（本年4月設置）」等での議論を踏まえて、本機構の専門医制度の「新整備指針」、「運用細則」、「補足説明」等の改定が終了致しました。これを受けて、本年8月4日開催の機構理事会で、来年（平成30年）4月からの新しい専門医養成の研修のスタートに向けて、本年10月1日（予定）から専攻医の一次登録を開始し、さらに、12月中旬を目途に二次登録を行う運びとなりました。

医学生ならびに臨床研修医の皆様には、諸般の事情から、制度開始に向けての表明が遅くなりましたことを、心よりお詫び申し上げます。

2. 専攻医としての登録等に関わる今後の対応について

研修を希望するみなさんの具体的な登録の手順等については、現在、最終調整中です。決定次第、機構のホームページとともに、各基本領域学会のホームページに掲載予定です。実際の登録にあたっては、必ず、希望する領域のホームページ等を参考の上、対応されるようお願い致します。

以下に、現在（平成29年8月末）までに決定している事項を記載致します。

（1）研修領域

来年度は、以下の基本19領域の研修がスタートします。

内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、形成外科、救急科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科、病理、臨床検査、総合診療。

（2）対象者

- ① 原則として、医師臨床研修（国医師臨床研修制度による）を平成30年3月末に終了予定の医師（臨床研修医）。
- ② かつ、上記（1）記載の専門研修を希望する者。

* 医師臨床研修の終了が数か月遅れる場合を含む。

【注意】その他の医師について

- ① 旧制度で基本領域の専門研修中の医師は含みません。
旧制度による専門医取得者は、更新時に基準を満たすことにより新たな制度への移行となります。
- ② 専門研修中ではない医師は対象となります（領域による違いがありますので、各領域学会にお問い合わせください）。
- ③ 現在すでに地域医療に従事している医師や、勤務場所や勤務時間に制約のかかることが予想される女性医師等については、別途学会に相談してください。また、必要に応じて機構もご相談に応じます。

（3）登録に当たっての事前の調整等について（ご注意）

- ① 新しい仕組みによる専攻医の登録は、初期臨床研修制度のマッチングとは異っています。
コンピューター上で、自動的に登録を確定するシステムではありません。プログラム統括責任者が希望者との間で決定することになります。そのため、一つのプログラムしか登録できません。
- ② 登録を確定する前に、登録画面上のプログラム一覧から希望するプログラムを選び、あらかじめ希望者と希望する研修プログラム統括責任者（基幹施設の責任者）との間で連絡をとり、「登録希望」を伝え、研修内容や条件等について十分に理解を深め、調整を済ませたうえで、登録を行うことをお勧めします。

VII. 地域医療協議会と地域医療

先述した如く、専門医制度と地域医療は密接な関連を有するようになり、その解決は、機構と各自治体に置かれる地域医療協議会との協議によるとされている。整備指針にも機構と協議会との協議が重視されているが、実際にはほとんどの協議会は活動状態に入っておらず、これは早急に厚生労働省の責任で解決すべき課題となっている。

VIII. おわりに

このように、来年 4 月の専門医制度施行に当たっては、時間も限られている中での準備であり、機構、各学会及び各病院も若干の混乱が見られているよう

である。しかし、ともかくスタートすることは決定しているので、専門医制度新整備指針に従って準備を進めてほしい。さらに機構の出している Q&A(HP 参照) がよい参考になると思う。かなり詳細な問題点と解決策が記されているので、問題点の解決に役立つ。それでも解決しない場合には、各学会や機構に遠慮なく質問していただきたい。スタート初期は、若干の混乱と不都合も生ずるであろうが、これだけ大きな制度改革であるから、ある程度止むを得ないところもある事をご理解戴きたい。医学界全体で、国民に理解される意義ある専門医制度を構築していきたいものである。

VIII. 理事長の声明

吉村理事長は、今年 9 月 12 日、専攻医申請に当たって以下のような見解を示した。登録申請開始日はこの後、10 月 10 に変更された。

(4) 登録方法

詳細が決定次第、登録マニュアルを公表します。

- ① 一次登録期間（現在のところ、下記を予定しています）

平成 29 年 10 月 1 日（予定）～平成 29 年 11 月 15 日

② 登録の窓口

研修希望者は、希望する各領域学会のホームページにアクセスし、各領域学会のホームページを窓口として、機構が作成した登録システムに入ることとなります。

システムに関する相談は、機構で対応します。

（なお、総合診療専門医は機構のホームページからの登録になります）

③ 登録前の注意

研修希望者は、実際の登録の前に、上記（3）の事前の調整を行ってください。

領域によって多少の違いがあることが予測されます。希望者は、登録にあたって、希望する領域学会等のホームページ上の注意事項を必ず参照してください。

* 総合診療専門医についても、他の専門領域と同時に登録開始となる予定です。

5) 研修プログラムの閲覧について

各基本領域で一次審査が終了した研修プログラムについては、各領域学会のホームページから一覧を参照することが可能です（総合診療領域は審査中ですので、しばらくお待ちください）。

研修プログラムについては、今後、都道府県協議会での協議を経て、機構での二次審査により最終決定されます。審査の結果により、若干の変更があります。

3. 今後のスケジュールについて

詳細が決定次第、機構ホームページおよび各領域学会のホームページ上でお知らせします。現在のところ以下のスケジュールを予定しています。

- ① 平成 29 年 10 月 1 日（予定）～11 月 15 日 一次登録
- ② 平成 29 年 11 月 16 日～11 月 30 日 採用確認・調整期間
- ③ 平成 12 月 1 日～12 月 15 日 採用期間
- * 採用期間内にメールで採否が通知されます。
- ④ 平成 29 年 12 月 16 日～平成 30 年 1 月 15 日 二次登録
- ⑤ 平成 30 年 1 月 16 日～平成 30 年 1 月 31 日 採用確認・調整期間
- ⑥ 平成 30 年 2 月 1 日～平成 30 年 2 月 15 日 採用期間
- * 採用期間内にメールで採否が通知されます。
- ⑦ 二次登録終了後も、研修先の決まらない希望者は、引き続き空席のある各領域の基幹施設と連絡をとり、研修プログラムへの登録を可能とする予定です。

4. おわりに

来年から開始される新しい専門医制度は、プログラム制の導入など、これまでにない新しい仕組みです。来年初頭を目指に、万が一、新たな専門医制度によって地域医療への影響や専門研修レベルについて改善する必要が生じた場合には、混亂をできる限り避けつつ、必要に応じて、応募状況等の調整を行うことを考えています。

以上、新たな専門医制度は、わが国の現在の高い医療レベルの確保と発展に寄与し、また、地域の患者の方々にとって最良の医療が提供される体制の構築を目指すことが目的です。機構としては、専攻医の方々に配慮した研修体制を提供する所存ですので、ご協力のほど宜しくお願い致します。

以上

参考

新しい専門医の仕組みについては、機構ホームページ「重要なお知らせ」から「専門医制度の概要と Q&A」、「専門医制度新整備指針」、「運用細則」、「補足説明」をご参照ください。

座談会

医学部・医科大学臨床系教員の 「働き方改革実行計画」への対応について

日時：平成29年9月4日（月）16時05分～17時45分

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）会議室

相澤 好治 氏

北里大学名誉教授、日本医師会「医師の働き方検討委員会」委員長

寺野 彰 氏

獨協学園理事長、日本私立医科大学協会会長

森山 寛 氏

産業医科大学理事長、協会医師の働き方改革検討ワーキンググループ委員

(司会) **明石 勝也 氏**

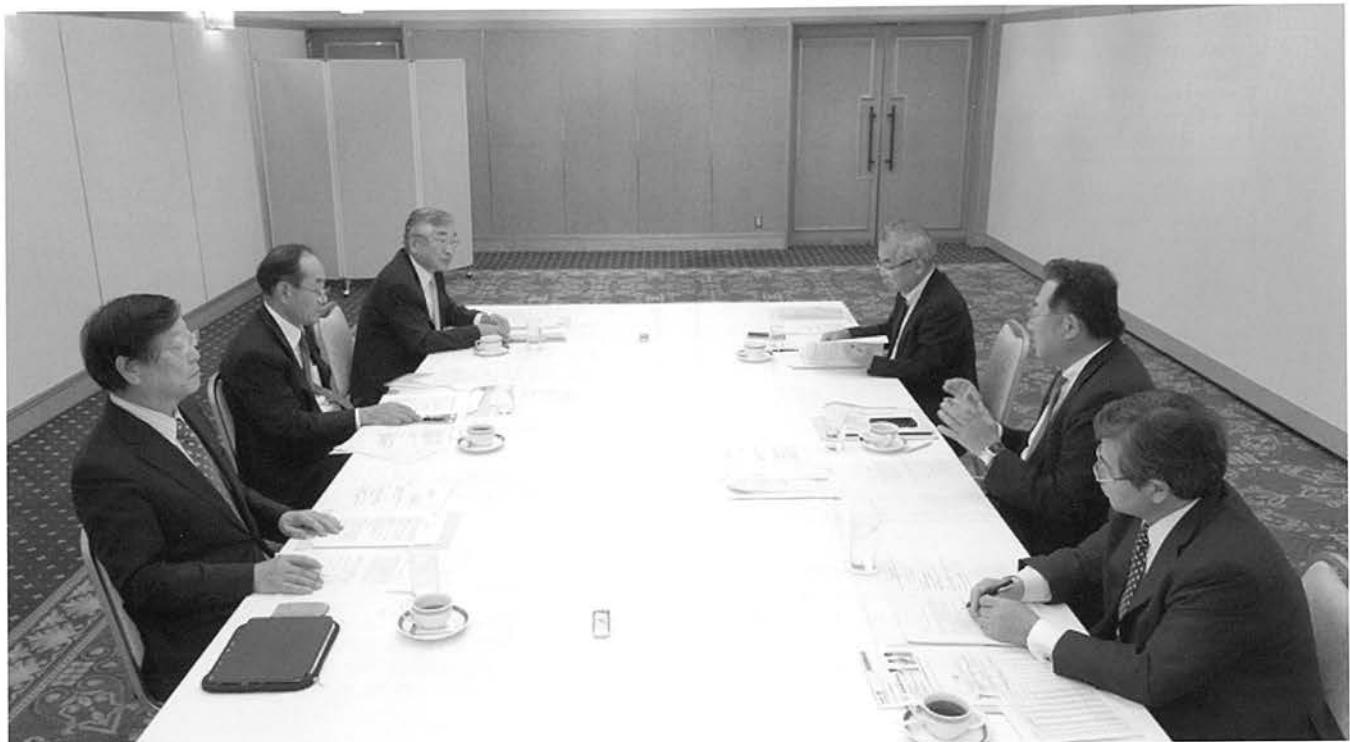
聖マリアンナ医科大学理事長、協会医師の働き方改革検討ワーキンググループ座長

(広報委員会) **小口 勝司 氏**

昭和大学理事長、協会広報委員会委員長

(広報委員会) **小栗 典明 氏**

日本私立医科大学協会事務局長



【はじめに】

小 口 今日は、「医学部・医科大学臨床系教員の「働き方改革実行計画」への対応について」の座談会にお集まりいただきましてありがとうございます。

最近、世の中では、医師の働き方にについて大きな関心が寄せられております。医師の時間外勤務が大変長いという問題がありまして、医療の質を保証をしつつ医師の健康を損なうような過重労働は防ぎましょうという趣旨のもとで、働き方改革を行おうとしているものだと思います。私達は、この改革に臨むことはやぶさかでないことはあります、医科大学並びに医学部の臨床系教員の宿命として、診療以外に教育と研究という業務を背負っております。これらをただ単に「医師の働き方」という中に括ってしまってよろしいものかどうか。教育者として、教育と診療の両方を担わなければいけない者はどうしたら良いのか。また、大学教員という資格を持つ者にとって、

研究は非常に重要なテーマでありまして、日本の文化を作っていく研究はどう扱うのか。これらを医療労働の中にどう組み込ませていくのかという課題があります。よって、大学教員の労働がどういうものなのかということも含めて、今日は討論していただきたいと思います。

では、本日の座長は明石先生にお願いいたします。

明 石 本日、座長を務めさせていただきます聖マリアンナ医大の明石でございます。

これは協会でも大きな問題でございまして、今日ご出席の寺野会長のご下命のもと協会にも「医師の働き方改革検討ワーキンググループ」というものが作られておりまして、その座長を私が務めているということで、本日の司会をさせていただきたいと思います。

まず、冒頭に会長からご発言いただけますでしょうか。

寺 野 今日は、先生方お集まりいただきまして、ありがとうございます。

働く人の視点に立った働き方改革の意義(基本的考え方)

- 日本経済再生に向けて、**最大のチャレンジは働き方改革**。働く人の視点に立って、労働制度の抜本改革を行い、企業文化や風土も含めて変えようとするもの。働く一人ひとりが、より良い将来の展望を持ち得るようにする。
- 働き方改革こそが、**労働生産性を改善するための最良の手段**。生産性向上の成果を働く人に分配することで、賃金の上昇、需要の拡大を通じた成長を図る「成長と分配の好循環」が構築される。社会問題であるとともに経済問題。
- 雇用情勢が好転している今こそ、政労使が3本の矢となって一体となって取り組んでいくことが必要。これにより、人々が人生を豊かに生きていく、中間層が厚みを増し、消費を押し上げ、より多くの方が心豊かな家庭を持てるようになる。

経済社会の現状

- 4年間のアベノミクスは、大きな成果を生み出した。
 - ✓ [名目GDP]47兆円増加、9%成長
 - ✓ [賃上げ]ペースアップが4年連続で実現しつつある
 - ✓ [有効求人倍率]25年ぶりの高水準、史上初めて47全ての都道府県で1倍超。
 - ✓ [正規雇用]26か月連続で前年を上回る勢い。
 - ✓ [相対的貧困率]足元で減少、子供の相対的貧困率は初めて減少に転じた。
- 他方、個人消費や設備投資といった民需は、持ち直しつつあるものの、足踏みがみられる。
- 経済成長の陰路の根本は、人口問題という構造的な問題に加え、イノベーションの欠如による生産性向上の低迷、革新的技術への投資不足。
- 日本経済の再生を実現するためには、投資やイノベーションの促進を通じた付加価値生産性の向上と、労働参加率の向上を図ることが必要。
- 一億総活躍の明るい未来を切り拓くことができれば、少子高齢化に伴う様々な課題も克服可能。

日本の労働制度と働き方にある課題

- | | |
|---|---|
| 正規、非正規の不合理な待遇の差 | = 正当な待遇がなされていないという気持ちを「非正規」労働者に起こさせ、頑張ろうという意欲をなくす。 |
| 世の中から「非正規」という言葉を一掃していく | 正規と非正規の理由なき格差を埋めていけば、自分の能力を評価されている納得感が醸成。納得感は労働者が働くモチベーションを誘引するインセンティブとして重要、それによって労働生産性が向上していく。 |
| 長時間労働 | = 健康の確保だけでなく、仕事と家庭生活との両立を困難にし、少子化の原因や、女性のキャリア形成を阻む原因、男性の家庭参加を阻む原因。 |
| 長時間労働を自慢するかのような風潮が蔓延・常識化している現状を変えていく | 長時間労働を是正すれば、ワーク・ライフ・バランスが改善し、女性や高齢者も仕事に就きやすくなり、労働参加率の向上に結びつく。経営者は、どのように働いてもらうかに关心を高め、単位時間（マンアワー）当たりの労働生産性向上につながる。 |
| 単線型の日本のキャリアパス | = ライフステージに合った仕事の仕方を選択しくい。 |
| 単線型の日本のキャリアパスを変えていく | 転職が不利にならない柔軟な労働市場や企業慣行を確立すれば、自分に合った働き方を選択して自らキャリアを設計可能に。付加価値の高い産業への転職・再就職を通じて国全体の生産性の向上にも寄与。 |

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

なぜこういう座談会を開いたかというのは、今、明石先生からも説明がありました。働き方が問題だという一般的な話は電通事件以来具体的になってきたわけです。前々から検討されていたのでしょうかけれども、労働者をある意味保護しなければいけないということなのだろうと思うのです。そういう形で出てきたものが、やっていくうちに医師の労働は非常に特殊だということで、これを例外的に扱おうかということになったみたいです。厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」が設置されて、その中で今後検討がされていくことになっています。

確かに医師の労働というのは、我々が昔受けた教育というか、卒後の教育というか、医局というものの労働の中で、今ではとても考えられない労働をしてきたわけです。その頃のことが、今、そのまま通じるわけではないのですけれども、そういうものも残っておりますし、医師の過重労働で自殺者がおりすることも最近報告されています。

す。というようなことで、医師の働き方を問題にされているのだと思います。

しかし、今、小口先生が言わされたように、特に大学病院の場合には教育・研究と診療の三者をやっていく中で「労働者」というものの定義自身が問題だということになりますので、その辺もいろいろとお教えをいただきたいと思っております。

特に一般病院と大学病院の特殊性が違うと思うので、この辺りも議論が必要です。他方において医師の養成という問題にも関係してくるし、地域医療というものにも関係してくるし、今、問題になっている医師の総数をどのようにコントロールするかという問題とか、医師の偏在の問題とか、全部それに関係してくるわけです。そういうことも含めて、今日は問題点を明らかにしていき、いずれ当協会としても一定の見解を政府に対して出さなければいけないと思います。今日は、その準備段階ということでご理解いただいて、フリートーキングで、特に森山先生と相澤先生を中心に、我々が

働き方改革実行計画	
平成29年3月28日 働き方改革実現会議決定	
<p>1. 働く人の視点に立った働き方改革の意義</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 経済社会の現状 (2) 今後の取組の基本的考え方 (3) 本プランの実行 (コンセンサスに基づくスピードと実行) (ロードマップに基づく長期的かつ継続的な取組) (フォローアップと施策の見直し) <p>2. 同一労働同一賃金など非正規雇用の待遇改善</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 同一労働同一賃金の実効性を確保する法制度とガイドラインの整備 (基本的考え方) <ul style="list-style-type: none"> (同一労働同一賃金のガイドライン) <ul style="list-style-type: none"> ①基本給の均等・均衡待遇の確保 ②各種手当の均等・均衡待遇の確保 ③福利厚生や教育訓練の均等・均衡待遇の確保 ④派遣労働者の取扱 (法改正の方向性) <ul style="list-style-type: none"> ①労働者が司法判断を求める際の根拠となる規定の整備 ②労働者に対する待遇に関する説明の義務化 ③行政による裁判外紛争解決手続の整備 ④派遣労働者に関する法整備 (法改正の施行に当たって) <p>3. 賃金引上げと労働生産性向上</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 企業への賃上げの働きかけや取引条件の改善 (2) 生産性向上支援など質上げしやすい環境の整備 <p>4. 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正</p> <ul style="list-style-type: none"> (基本的考え方) (法改正の方向性) (時間外労働の上限規制) <ul style="list-style-type: none"> (パワーハラスマント対策、メンタルヘルス対策) (勤務間インターバル制度) (法施行までの準備期間の確保) <p>(見直し)</p> <ul style="list-style-type: none"> (現行制度の適用除外等の取扱) (事前に予測できない災害その他事項の取扱) (取引条件改善などの業種ごとの取組の推進) (企業本社への監督指導等の強化) (意欲と能力のある労働者の自己実現の支援) <p>5. 柔軟な働き方がしやすい環境整備</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 雇用型テレワークのガイドライン刷新と導入支援 (2) 非雇用型テレワークのガイドライン刷新と働き手への支援 (3) 副業・兼業の推進に向けたガイドラインや改定版モデル就業規則の策定 <p>6. 女性・若者の人材教育など活躍しやすい環境整備</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 女性のリカレント教育など個人の学び直しへの支援などの充実 (2) 多様な女性活躍の推進 (3) 就職氷河期世代や若者の活躍に向けた支援・環境整備 <p>7. 病気の治療と仕事の両立</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 会社の意識改革と受入れ体制の整備 (2) トライアングル型支援などの推進 (3) 労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化 <p>8. 子育て・介護など仕事の両立、障害者の就労</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 子育て・介護と仕事の両立支援策の充実・活用促進 <ul style="list-style-type: none"> (男性の育児・介護等への参加促進) (2) 障害者等の希望や能力を活かした就労支援の推進 <p>9. 雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 転職者の受入れ企業支援や転職者採用の拡大のための指針策定 (2) 転職・再就職の拡大に向けた職業能力・職場情報の見える化 <p>10. 誰にでもチャンスのある教育環境の整備</p> <p>11. 高齢者の就業促進</p> <p>12. 外国人材の受け入れ</p> <p>13. 10年先の未来を見据えたロードマップ</p> <ul style="list-style-type: none"> (時間軸と指標を持った対応策の提示) (他の政府計画との連携) 	

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

いろいろ質問をするような形で明石先生に進めていただけたと思います。そういうことで、よろしくお願ひいたします。

明 石 ありがとうございます。小口先生、寺野先生からご発言がございましたが、初めに私から、この問題の経緯を簡単に説明させていただきます。

そもそもは、政府の働き方改革実現会議で、安倍総理が議長になり、日本中の労働者の働き方を変えようという提言を受けて、政府は今年の3月に「働き方改革実行計画」というのを策定しております。これは長時間労働のは正へ向けて罰則付きの時間外労働の上限規制導入などを盛り込んで、関係法案が、おそらくこの秋の臨時国会で幾つか成立していくのだと思います。その結果、2019年度から現在の労働法制がだいぶ変わるだろうと言われているわけです。

この会議の中で、幾つかの業種に関しては慎重な議論を行わないところには実行できないとされ、自動車運転業務であるとか建設業、それから一番難しいと言われている医師の働き方、この3つに関しては5年間の猶予期間が設けられたということですが、実際にはこの2年間のうちに医療に関しては医療界側から提言を上げてこいということになりました。

これを受け日本医師会では「医師の働き方検討会」、四病院団体協議会も「病院医師の働き方検討会」を立ち上げて、現在ご検討中のところだと思います。この8月には厚生労働省にも「医師の働き方改革に関する検討会」が設置されて着々と進んでいる状況下にあります。

ただ、我々医科大学の医師たちは、特に臨床系はすべて教員として採用しておりますし、診療業務にかなり時間を使っているとはいっても、その中で研究あるいは教育に病院の中を使って時間を費やしている部門もありますので、単純に通常の市中病院の勤務医の働き方とは異なるものであるということで、我々協会から、医学部・医科大学臨床系教員の働き方の提言をしていき



寺野 彰 氏

獨協学園理事長

日本私立医科大学協会会長

たいということあります。

多くの大学、医学部・医科大学以外では、裁量労働制というルールで、各教員の裁量を認めたかなり自由度の高い労働法制が認められておりますが、医学部・医科大学教員は病院の診療業務が非常に多いということで認められにくいという経緯もございますので、この辺もいろいろご議論いただければありがたいと思います。

今日お越しいただいている、先ほど申し上げました日本医師会の医師の働き方検討委員会の委員長でもいらっしゃいます北里大学名誉教授の相澤好治先生は、もともと公衆衛生がご専門でございますので、労働関係に関して大変ご造詣の深い先生でございます。それからわが協会理事の中から産業医科大学の森山寛理事長にもお越しいただきました。両先生を中心にいろいろお話を伺っていければと思っております。

まず、医師の働き方は5年間の猶予をもって、医療界の方から提言を上げてということになったのは、そもそも医師の働き方はなかなか捉えにくい、ファジーに扱われていたからだと思うのですが、森山先生、医師の働き方が一般労働者と異なって決め難

いと分けていただいた経緯はどのようなものか、お話しいただけますか。

【労働基準法における労働者と臨床系教員】

森 山 森山でございます。私も、ワーキンググループの委員の一員でございますので、皆さんとご一緒に検討させていただきたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

まず労働者とか労働時間ということを少し整理して、その前提のところをお話しさせていただければと思います。

労働基準法の労働者とは「事業に使用される者で、賃金を支払われる者をいう」ということですので、教員は、労働基準法上の労働者に該当いたします。ただし、労働者であっても、労働時間法制の適用は、業務のありようによって異なってまいります。例えば、管理監督者というような場合もありますし、明石先生がおっしゃった裁量労働制も適用されています。それ以外

にも、変形労働時間制とかいろいろな制度がございまして、まさに仕事の実態に応じた制度の活用を考えていくのではないかと思っております。

それから、そもそも労働時間に該当するかどうかについては、私ども今回議論します臨床系の教員の場合は、教育・診療・研究に従事しており、特に研究につきましては、グローバル化、研究の高度化といいますか、競争が激化しているわけとして、それぞれの大学で、先生方は非常に研究に時間を費やしている状況でございます。特に臨床系の場合は、診療と臨床研究を区別することもなかなか難しいという実態もあるわけでございます。

労働時間というのは「使用者の指揮命令下に置かれている時間」ですから、言い換えれば、労働者の時間の自由利用が保障されているのか否かが問題になります。

そういう中で教員の研究ということになりますと、研究には、実験、調査、論文等に費やす時間、もちろん学会等に行く時間

時間外労働の上限規制等について（平成29年6月5日労働政策審議会 建議）

1. 時間外労働の上限規制

(1) 上限規制の基本的枠組み

原則	特例
・月45時間	① 年720時間
・年360時間	② 休日労働を含み、2か月ないし6か月平均で80時間以内
(1年単位の変形労働時間制の場合)	③ 休日労働を含み、単月で100時間未満
・月42時間	④ 原則である月45時間（1年単位の変形労働時間制の場合 は42時間）の時間外労働を上回る回数は、年6回まで
・年320時間	

(2) 現行の適用除外等の取扱い

自動車の運転業務	<ul style="list-style-type: none"> 改正法施行5年後に年960時間以内の規制を適用。 さらに将来的に一般則の適用を目指す。 時間外労働の上限は原則として月45時間、かつ、年360時間であり、これに近づける努力が重要。
建設事業	<ul style="list-style-type: none"> 改正法施行5年後に一般則適用。 (ただし、復旧・復興の場合は、1か月100時間未満・複数月80時間以内の条件は適用しない。この点についても、将来的には一般則の適用を目指す。) 時間外労働の上限は原則として月45時間、かつ、年360時間であり、これに近づける努力が重要。
新技術・新商品等の研究開発	<p>現行の対象範囲を超えた職種に拡大することのないよう、対象を明確化し適用除外とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> 1週間当たり40時間を超えて労働させた場合のその超えた時間が1か月当たり100時間を超えた者に対し、医師による面接指導の実施を労働安全衛生法上義務づける。（義務違反に対しては罰則を科す。）
医師	<ul style="list-style-type: none"> 時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要。 具体的には、改正法施行5年後を目処に規制を適用。 医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方を目指し、2年後を目途に規制の具体的なあり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

とか、医療文献を読む時間とか、こういうのがすべて研究の中に含まれています。そうなりますと、業務として研究する時間と、自主的に研究・研鑽をしている時間の区別というのはなかなか難しい。ということは、これが労働時間です、こちらは違いますと区別をするのは難しく、しかも、それが大学の中だけではなくて、ご自宅とか、海外に行かれたり、大学外においてもいろいろ研究されていますので、全体の労働時間の正確な把握自体が難しいというのが、教員の実態ではなかろうかと思います。

それから、教育におきましても、学生が卒業した後でもいろいろな形で問い合わせが来るわけです。これに対して先生方は応えられて指導したりするのですが、そういう時間をどのように見れば良いのか。医師の労働時間といいましても、こういう教育・研究そして診療されている方の労働時間の判断はなかなか難しいものがあるというの、実態ではなかろうかと思っております。

明 石 森山先生おっしゃったとおりの実態であると思うのですが、今は未来に向けての提言型の議論をいただこうというところですが、実際には今、労働基準局が来たりすると、なかなかそれを認めていただけないということで、小口先生はご苦労されたという話を伺ったことがあります、その辺何かございますか。

【医学部・医科大学臨床系教員の勤務実態について】

小 口 労働基準監督署は、医師の労務管理面で監督指導に来ます。それがテーマであります。医療労働時間と教育・研究時間はどう切り離すのかはファジーな部分が多くて、一日の間にそれを分断することが難しいので、判断できないということになります。

それにも関わらず、「医師の働き方」というとき、医療に関する医師の労働時間が問題になります。すなわち、教育・研究時



森山 寛氏
産業医科大学理事長
協会医師の働き方改革検討ワーキンググループ委員

間も含めて少なくとも病院の中にいる間は医師の労働時間という判断をされているのです。

明 石 その辺が、我々大学病院で働く教員としての医師と、市中病院で診療に専念をしている医師の場合とでは、かなり中身に違いがあるだろうと、皆さん思っていらっしゃると思うのです。

相澤先生、今までのところ日本医師会の検討会でどのぐらいまで議論が進んでいらっしゃるのでしょうか。

相 澤 6月21日に第1回が開かれまして、8月10日に第2回が開かれまして、次回が10月27日でございますけれども、27日に凡そ答申の骨子案をつくることになっております。

前回の8月に3つのワーキンググループに分かれまして、1つは、ワーク・ライフ・バランスを実現するにはどうしたら良いかという労働基準法に関する課題です。2番目は、勤務医の労働安全衛生の充実ということで、これは労働安全衛生法にかかる課題です。3番目は、地域医療を守るためにどうしたら良いかという課題です。このようなことを中心に議論をいたしまして、

メールでやり取りをしながら進めておりますけれども、これらを骨子にしていこうということでございます。

現在は、病院を経営されている先生もおられますし、勤務医の立場に立っている方もおられますし、大学の先生もおられますので、議論が百出しておりますけれども、目標は勤務環境を改善することによって医師の定着を図って医療機関の持続可能性を高めていくということについては一致しております。

私の立場としては、労働者の健康を守る方でございまして、医師に限らず長時間労働が健康に影響を与えるということは、皆さん承知しておりますので、その上でどういうようにしていくかということで議論しております。

明 石 医師会の議論の中で、我々大学病院の医師というご発言はいかがでしょうか。

相 澤 大学の公衆衛生の医師が参加しておりますけれども、大学病院の現役の臨床医は委員になっていません。現在診療所を開

設している先生や病院医師も大学病院で臨床を経験された先生ですが、現状は十分理解していないところもあるかもしれません。教育・研究に影響を与えないで、しかも医師の健康をいかに守るかということを議論しておりますので、貴協会のご意見も頂ければ幸いです。

明 石 我々も大学病院の医師の、あるいは教員の働き方を提言するにあたっては、もちろん各教員の健康で健全な業務ができるようにということと、質の高い大学病院らしい医療の提供体制を堅持する。これは絶対に満たさねばならない条件であることは間違いないと思いますが、実際に今の勤務実態に関して、経営分析の意味もあって、幾つかタイムスタディ的なことをやってみますと、確かに助教・講師・准教授、教授と、職位が上がっていいくに従って減ってはいきますが、60%近い時間を診療に費やしている教員が多いことは確かです。問題は、診療業務と言われている時間の中に、小口先生がおっしゃったように、単純に診療だ

労働時間制度の概況

通常の 労働時間制	一般的な働き方	→ 1日8時間、週40時間(法定労働時間)
変形 労働時間制	交代制勤務の場合や、季節等によつて業務に繁閑差がある場合	一定期間を平均して、法定労働時間の範囲内であれば、1日8時間、週40時間を超えて労働させることができる。
フレックス タイム制	協定した労働時間の範囲内で、始業・終業時刻を労働者にゆだねる場合	一定期間の総労働時間を労使協定で定めれば、始業・終業時刻を労働者が自由に決めることができる。
事業場外 みなし制	事業場の外で活動する外回りの営業職等	所定労働時間または労使協定で定めた時間を労働したものとみなす。
専門業務型 裁量労働制	新商品や新技術の開発、自然科學等の研究者、コピーライター、新聞記者 など	労使協定で定めた時間を労働したものとみなす。
企画業務型 裁量労働制	事業の運営に関する事項についての企画、立案、調査及び分析の業務に従事する場合	労使委員会決議した時間を労働したものとみなす。

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

けをやっているのではなくて、その中で研究も行い、教育も行いという部分が相当含まれているのが実態だろうと思います。寺野先生、この辺はいかがでしょうか。

寺 野 質問を先にさせていただくと、要するに医師は労働者と見られたくないという意識が一般的に強い。だけど、労働基準法上の定義からいえば、確かに労働者に決まっているんです。その辺は認識を変えなければいけないのかなというのが、第一ですよね。使用者と労働者をどこで区別するのか。病院長だけなのか、教授もそうなのか、講師以下もみんな、看護師等もいるものだから使用者的な発想で物事を考えていると思います。その辺りの労働者の定義にも関係してくると思うんです。その点はどうなんでしょうか。

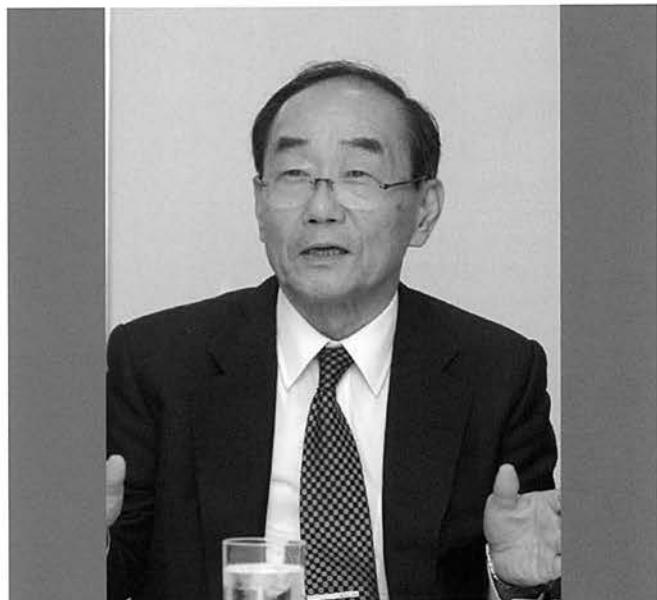
森 山 労働者であっても、先生がおっしゃったところにつきましては、管理監督者に該当する人もいるのではないか。線引きというのは実態に応じてとなっておりますので、事業主に代わって労働条件の決定など労務管理を行う人は管理監督者と言われているのですが、どこまでかという範囲については議論のあるところです。

寺 野 医師って、その辺を区別できなくて、自分は使用者的活動で物事をやってきたと思うんです。最近でも自殺とか幾つか問題が出てきていますよね。

そういうものがこの問題にかなり影響をもってくるのかなと思うのですけれども、その点はどうなんですか。

森 山 おっしゃったような最近の医師の自殺とかいろいろな問題がありますし、厚生労働省の調査を見ましても、専門的職業の中で週 60 時間を超える勤務をしているところは医師が一番多いんです。平均は 14% ぐらいですけれども、医師に限っては 41.8% が 60 時間を超えており、要するに専門的職業の中でも一番多い。実態としましても、大変に先生方が長時間労働をしているというのは感じております。

そういう中で、先ほどからお話をありますように、医師は労働者であるということで、



相澤 好治 氏

北里大学名誉教授

日本医師会「医師の働き方検討委員会」委員長

労働者の健康管理、もう 1 つは、それがひいては医療現場の医療安全にかかるところについては、やはりもう一度私どももそういう観点で労働環境を見直していく機会ではないかと思っております。

寺 野 医師の今までの認識からみると、どうも労働的な発想はなくて、特に大学病院の場合は教育・研究と診療とは切り離せないということも含めると、いわゆる一般的労働者と区別したいという意識があると思うのです。だけど、それでは今は済まないのだということを、我々が認識できるかどうかというところに来ているんですね。

森 山 はい。

寺 野 そこは割り切って考えないといけないわけですね。

森 山 今日は理事長の皆さん方もいらっしゃっていますけれど、こういう時代の流れの中で、過重労働といいますか、他の職業に比べましても医師のうつ傾向は高いのですよね。そういう実態にあるということを、私も含めてですけれども、トップの皆さん方は認識をして、そういうことを再度見直していく姿勢が必要ではないかと思っています。

明 石 相澤先生、労働安全という観点から、労働時間の把握もなかなか難しいというのが医師の勤務実態ではないかと思うのですが、この辺はこんなやり方があるとか、こんな形が推奨されるとか、どんなことを考えればよろしいのでしょうか。

相 澤 私はIT産業の産業医をしているのですが、そこでは職場に近いタイムレコーダーに出勤と退勤時、自分の磁気カードを触れて記録をしています。また、コンピュータの電源を入れる時間と切る時間で管理するところもあるようです。

病院ではオーソドックスな方法として、タイムカードがあると思うのですが、出勤簿や申告制というのは、正しく評価しにくいだろうと思います。少なくとも電子的なやり方をせざるを得ないかと思うのですが、外商をする営業部の方とかは、直接家から出先へ行ってしまいますので、評価は難しいところがあります。

明 石 現在、大学病院でタイムカードを活用しているところと、出勤簿程度で把握し

ているところとあるかと思うのですが、小口先生のところはタイムカードを導入されているんですよね。

小 口 はい。

明 石 時間把握でご苦労されていることとかございますか。

小 口 大学教員はタイムカードに打刻する習慣がありませんから、カードを忘れたとか、押すのを忘れたとか、押さないとか、いろいろな人がいました。でも、それは習慣の問題ですから、何年かすると改善されるのではないかと思いますが、急にはできませんね。

明 石 我々も労働時間の把握の努力も必要でしょうし、見える化ができるともっと良いだろうと思うのです。我々理事者たちが知らないところで助教・講師あたりで異常な長時間労働が行われていても、なかなか見えにくいところも大学病院の中ではあるのではないかと危惧されますので、その辺も検討課題の1つだろうと思います。

小 口 そうだと思います。長時間労働をす

裁量労働制の概要①

裁量労働制の趣旨

- 業務の性質上その遂行の方法を大幅に当該業務に従事する労働者の裁量にゆだねる必要があるため、当該業務の遂行の手段及び時間配分の決定等に關し使用者が具体的な指示をすることが困難な業務に就かせた場合に、一定の要件を満たせば労使協定で定めた時間労働したものとみなす制度

裁量労働制の場合の実労働時間と割増賃金の関係

例. みなし労働時間:9時間、休憩1時間の場合

➢ 1日のみなし労働時間を「9時間」とする労使委員会決議(又は労使協定の締結・届出)を行った場合、17時で退社しても(=実労働時間7時間)、20時で退社しても(=実労働時間10時間)、時間外割増賃金は同額(=1時間分)となる。



※ みなし労働時間を8時間以下とした場合は、実労働時間の長さに関わらず、法定時間外割増賃金の支払いは不要

→ 自らの裁量で仕事を効率的に進めれば、早く退社できる仕組み(生産性向上、仕事と生活の調和に資する)

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

る人ではなくて、それを管理監督する人が、きちんと管理監督できないというところが、一番の問題点だと思います。ですから、診療科長、教授、准教授等、監督する人たちにその認識がないとコントロールつけようがない。そこをどのように克服していくかということが重要だと思います。

明 石 意識改革というのが非常に大きいテーマだということでしょうね。

あと、医師の働き方ということが話題になりますと、必ず応召義務があるからという発言がハザードのように出てくるのですが、この辺の解釈は、今、変わってきているのでしょうか。

【医師の応召義務と業務分担】

相 澤 医師個人に対して患者さんが求めたときは対応しなければいけないというのは、歴史的に見ると明治時代からあったようです。その頃はほとんどが開業医の先生でありましたけれども、今は病院になって大規模になってきたものですから、個人に応召義務が求められるのは時代遅れかなと思います。応召義務は病院全体として、あるいは地域の医師会として負うべきであって、アメリカやドイツでも、医師法の中には応召義務は外れていますので、改善する余地があると思っております。

個人の応召義務が続く限り、医師の労働時間の低減を妨げ、裁量労働制が不可能となります。

明 石 私、この「応召義務」という言葉が出るたびに、病院にはたくさんの当直医がいますし、チーム診療あるいはグループ診療という言葉が、医療を提供する側では一般的になっていますが、医療を受ける患者さんの中には、主治医がどうしてこの中にいないのかとか、あるいはインフォームドコンセントをとるのにご家族が集まる時間が夜7時からだと、習慣のようなところもあるので、そういう文化も少し変えていかないと、医師の労働時間短縮というのは難しいんだろうなと思うところもありま



小口 勝司氏

昭和大学理事長
協会広報委員会委員長

す。

寺 野 働き方改革が進んでいくと、今、言われたように外国というか、ドイツでもアメリカでもこういう規定はないということで、医師法 19 条廃止という議論は出てくると思います。今は、「応召義務」だと兵隊さんみたいだから、あえて「診療義務」と書いてありますね。それを知らないという議論は当然出てくると思います。これが限る限りにおいては、今、言われたように、いくらチームとして対応するといっても、患者サイドから見たら、個人の主治医を中心にしてるので、患者さんが入院しても、状況が悪いとなると夜中でも呼んで、主治医が何で来ないという話になってくるんですね。私は、医師法 19 条は廃止すべきであるという議論を展開していくべきだと思います。

森 山 医師の時間を考える場合に、応召義務ももちろん特殊性があるんですが、そもそも医師がしなければいけない業務と、医療スタッフがして良い業務というのは、もちろん医師がしなければいけないと法律で決められているものもありますけれど、慣行として医師がしなければいけないと思っ

ているところもあるわけです。むしろ医療スタッフの方に業務を移管していくこともしていかないと、医師の長時間労働はなくならないと思います。医療スタッフへの業務移管というか、業務共同化でも良いのですが、そういうものも同時に工夫していかなければいけないのではないかと思っています。

明 石 確か厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」では、そういった資料もかなり意識的に配布されているようですから、分業といいますか、業務分担の在り方も当然見直していかなければならぬ課題だと思います。

寺 野 医師は文書作成とか事務的な作業に最近すごく時間を取られている。官僚的発想で、医師の事務量がどんどん増えている。電子カルテになって、医師はかなりの時間、パソコンの前で過ごしています。これは大学だけではなく一般病院でも、老健施設でも大変で、それがかなりの仕事になるわけです。大学だってそういうところがあるの

で、その辺はクラークをうまく利用して、その負担をなくしてやらないと、ますます文書関係の仕事の比重が増えてきていますよね。

これは医師としても避けたい点でもあるし、これだけでも3分の1ぐらい仕事量が違うと思うんです。

相 澤 1970年代にアメリカで臨床をやっていたんですけども、そのときにディクテーターフォンという、退院サマリーやコンサルテーションの結果を医師がレコーダーに吹き込み、それを専門家がタイプしていました。日本ではないのでしょうか。

明 石 今、大学病院ではほとんど電子カルテが導入されて、以前よりは少し減ったとは思いますが、それでもまだまだ文書に係わる業務が多いですね。

メディカルクラークの導入というのは、診療報酬でも少し面倒みていただいているので、もっともっと推進してきていいなとは思うんです。

裁量労働制の概要②

	対象	労働時間	手続
通常の労働時間制	—	1日8時間、週40時間 (法定労働時間)	—
専門業務型 裁量労働制 [法38条の3]	専門性が高い業務に従事する労働者 (例) ・新商品や新技術の研究開発 ・人文科学や自然科学の研究 ・情報処理システムの設計、 コピーライター、新聞記者等 <small>(厚生労働省令及び大臣告示で規定)</small>	労使協定で定めた時間を労働したものとみなす。 ※ 適用労働者の割合: ⇒ 1.4% ※ 導入企業の割合: ⇒ 2.1%	労使協定(※)において、以下の事項を定め 労基署へ届出。 ・その事業場で対象とする業務 ・みなし労働時間 ・対象労働者の健康・福祉確保措置 ・対象労働者の苦情処理措置 使用者と、過半数労働組合または過半数代表者との協定
企画業務型 裁量労働制 [法38条の4]	事業の運営に関する事項についての企画、立案、調査及び分析の業務に従事する労働者 (例) 企業の企画部門で経営環境を調査分析し、経営計画を策定する労働者	労使委員会の決議で定めた時間を労働したものとみなす。 ※ 適用労働者の割合: ⇒ 0.3% ※ 導入企業の割合: ⇒ 0.9%	事業場毎に労使委員会を設置し、以下の事項を決議(4/5以上の多数決)し、労基署へ届出。 ・その事業場で対象とする業務 ・対象労働者の範囲 ・みなし労働時間 ・対象労働者の健康・福祉確保措置 (6か月に1回労基署に定期報告) ・対象労働の苦情処理措置 ・本人同意を得ること及び不同意の労働者に対する不利益取扱いの禁止 等

注) 法定労働時間を超過するみなし労働時間を設定する場合、通常の労働時間制の場合と同様、「36協定の締結及び届出が必要」かつ「時間外割増賃金の支払いが必要」となる。

※ 適用労働者、導入企業の割合の資料出所: 厚生労働省「平成28年就労条件総合調査」

出典: 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

【裁量労働制について】

先ほどからちょっとお言葉が出ました裁量労働制ですが、森山先生がおっしゃっていた労働時間法制にかかることだと思うのですが、裁量労働制という時間法制は、国が定めた、認められている業種と認められない業種がある。システムエンジニアであるとか、弁護士さんも確かに認められていますね。医師はここに入っていない。

これは応召義務という先ほどの問題があるからかもしれません。ところが、大学教員は裁量労働制が認められる職種に入っているのです。これができた当初は、森山先生にいただいた資料ですと、医学部教員はだめだというのが、たしか緩和をされてきたのですね。

森 山 はい。裁量労働制につきましては、社会が変化していくって、自分で主体的に柔軟に労働していく勤務形態ということができたということで、裁量労働制が労働基準法に導入されました。今、先生がおっしゃったのは、専門型の裁量労働制ということで、専門型は具体的に業務を定めてやっていまして、その中に大学の教授研究の業務が入っています。

平成 15 年の改正の解釈でいきますと、医師の資格を持った教授等については、平成 15 年のときには、一定の時間帯を設定して行う診療の業務は、教授研究の業務に含まれない。要するに、一定の診療の業務がある人は教授研究にならないということで、当該業務を行う教授等は専門業務型裁量労働制の対象とはならないとされていました。

それは現実的にどうなのか、実態の仕事に合うのかどうかというような議論が、その後いろいろありました。そこで、平成 18 年の改正で、「なお、大学病院等において行われる診療の業務については、専ら診療行為を行う教授等が従事するものは、教授研究の業務に含まれないものであるが、医学研究を行う教授等がその一環として従事する診療の業務であって、チーム制（複



明石 勝也 氏

聖マリアンナ医科大学理事長

協会医師の働き方改革検討ワーキンググループ座長

数の医師が共同で診療の業務を担当するため、当該診療の業務について代替要員の確保が容易である体制をいう。)により行われるものは、教授研究の業務として取り扱って差し支えないこと。」ということで、大学病院の診療業務について特記して、こういうふうになったということをございます。

これは 10 年前の改正でございますので、これが今の実態に合っているのかどうか。この 10 年間の間に、例えばストレスチェック制度とか、いろいろな健康確保の制度もできていますので、そういうものを加味した場合にどうなのかということは、私どもの中でも検討していくのではないかと思っております。

明 石 医学部・医科大学以外の大学教員は、ほとんど裁量労働制で、これは我々雇用する側にとっても都合の良い形かもしれません、何より研究者の先生方自身にとっても、非常に自由度が高くて、自己研鑽、研究・教育といったものを、ご自分の采配で労働時間を当てはめていくことができる需要の高いやり方だろうと思うのですが、平成 18 年に改正がされたとはいえ、私立医科大学・

医学部ではなかなか認められていないという現状があります。この辺のところはいかがでしょうか。

森 山 裁量労働制というのは、主体性を持ってやるから、時間を柔軟にしていくことですけれども、労働者の健康、それから昨今は過重労働ということで、先ほどからお話をあります労働時間を探していくということは、裁量労働制をとっても、健康確保措置をしっかりと置くことと、労働時間を何らかの形で把握をしていく。そして、この人は本当に過重労働になっていないかどうかチェックをしていくことは、使用者の責務とされています。

もう1つは、裁量労働制といいますのは、労働時間をみなし、何時間働いたとみなすということを、労使で協定を結ぶ。先生方は、法定時間8時間とか、それプラス時間外があった場合には、当然時間外労働も加えて何時間働いたものとみなすという協定を結ばなければいけません。これは実態を踏まえてどうやっていくかというところが、大学内での議論になっているのが現実だと思います。

明 石 小口先生、これはご検討されたことがありますか。

小 口 ないですけれども、労働時間の問題はすごく複雑で、何が労働で、何が労働でないかというのは本当によくわかりません。例えば学会に出るのは労働時間に入っているのでしょうか。よくあるのは他の大学などに呼ばれたり、研究会に呼ばれたり、もしくは文部科学省で国家試験の委員になった場合、それは誰が管理すべき労働なのかというのがわからないので、労働と労働でないところの時間を定義しようがありません。また、調べようもありません。すごくアバウトなわけで、したがって、アバウトの中でやらなければいけないというところがあるわけです。

「海外出張」や「学会出張」は果たして労働なのかどうか、大学の労務管理監督下にあるものなのかどうか、というのも疑わしいです。自己研鑽とも考えられます。定義付けができないことがあって、先生がおっしゃることはよくわかるのですけれども、実際それを運用しようと思うと、すごく難しいことがあります。

裁量労働制の医師への適用について①

- 裁量労働制については、「業務の性質上その遂行の方法を大幅に当該業務に従事する労働者の裁量にゆだねる必要があるため、当該業務の遂行の手段及び時間配分の決定等に関し使用者が具体的な指示をすることが困難なもの」であることを法律に規定し、これにより、制度趣旨である働く人の裁量を担保することとしている。
- また、この趣旨を徹底する観点から、国会で継続審議中の労働基準法改正法案において、「始業及び終業の時刻の決定」を含め、時間配分の決定が働く人の裁量に委ねられる制度である旨を改めて明確化している。
- 医師については、法律上応召義務を負っていることや、実際上も緊急手術や外来対応の延長等の他律的な理由による時間外労働が多くなっていること等、業務の進め方や時間配分の決定が患者からの求めに大きく左右されるところであり、裁量労働制の適用にはなじまないが、教授研究の業務に従事する医師については、専門業務型裁量労働制を適用することが可能。

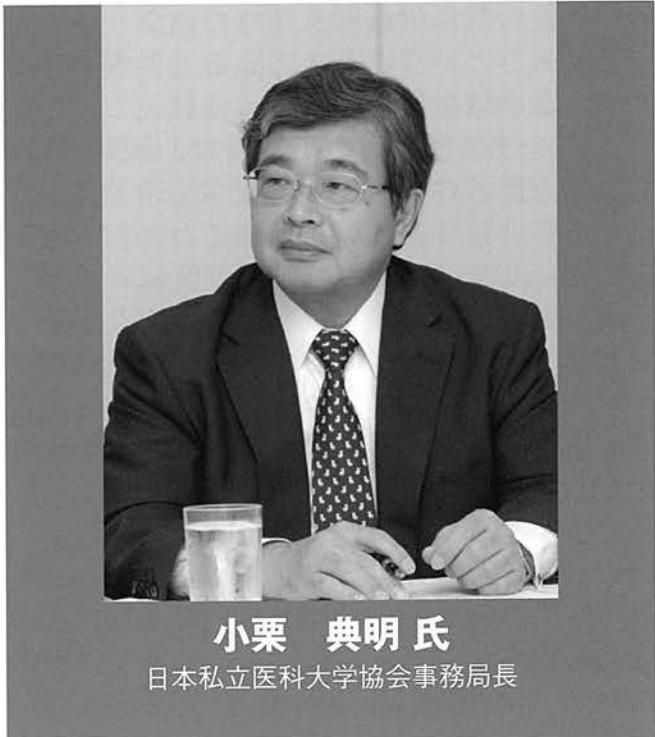
出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

森 山 冒頭に申し上げたように、特に研究する場合は、どれが労働なのか。まさに先生がおっしゃったような問題が、例えば、自分が論文を書く場合、あるいは他の人の講演を聞く場合と、またそれも違うわけでございます。そのようなものを含めて、研究については、具体的に何時間と決めていくのではなくて、裁量制ということだと思います。裁量制を適用するにあたっては、この先生の場合は何時間働いたとみなすのか。それは時間外も含めてですね。その話し合いが真摯になされるかどうかということだと思います。

明 石 現状の専門業務型の裁量労働制が、なかなかスムーズに持ていけない。その辺の課題解決こそが、我々協会が提言すべき、こういう在り方が良いとか、こういう考え方で裁量労働制ができれば良いのだといったところが、目指すところなんだなという感じがいたします。おそらく学会や研究会への出席も、市中病院の勤務医の先生方に比べると、大学の先生方は相当自由度が高い。例えば回数だとか、日数だとかいうのも、かなり自由度が高いと思います。それが大学にいることの良さだと思っている先生方も、たくさんいると思うのです。ですから、ガチガチに固めて自由度が削がれてしまうのも大学の活性が下がるのではないかと思うのですが、相澤先生、この辺のところは何か。

相 澤 いろいろ資料を見させていただいても、現状では医師全般に裁量労働制を適用することは難しいようですけれども、医学部の臨床以外の医師や教授職には、適用した方が働きやすいのかもしれません。気になるのは、研修医と、後期研修医、助教、講師、准教授、教授という階層によってだいぶ自由度が違うのだろうと思うのです。ですから一括して、裁量労働制にするということは、慎重に検討しなければいけないことではないかと思います。

明 石 研修医に関しては教員ではないわけですから、医師の働き方改革をそのまま適用してあげないと、これは致し方ないと思



小栗 典明 氏

日本私立医科大学協会事務局長

いますが、大学によって教員と研修医の間のような職位を設けている大学と、研修医以外は3年目であっても助教であるとか、助教に等しい身分であるという形で扱っているところと、大学によって多少差はあるかもしれませんと存りますが、少なくとも教員と位置づけている者に関しては、もちろん教授と助教では診療に使っている時間がだいぶ違うかもしれません、そういうものを含めて何とか労働時間を相互に話し合いをして把握をして、裁量労働の新しい形ができると思います。

寺 野 今の研修医諸君、若い医師たちの認識と、古い時代の我々の認識と全然違っておりますし、研修医のかなりの部門は、現在考えられている働き方の制度に則ったような仕事をしています。9時～5時の世界に入って、それが当然のような形になっているので、裁量労働制にしたところで、あまり関係ないのかもしれないのです。ただ、こういう形で縛りの付いた形で労働基準法に従つたものにするか、裁量労働制にするかというのは、ちょっと両極端なのです。おっしゃったようにその中間的なものとして、医師の裁量労働制というのは、特に大

学病院の裁量労働制というのはこうあるべきであるということを考える必要があります。森山先生が言われるように、この法改正等々の制度を変える趣旨は、純粹には、医師労働者の健康管理ですね。過労死などが出ない形にしたいということが、裁量労働制にしても担保される制度を我々は提案するということが重要で、それを2年間でどうやって作っていくか。それを当協会の提言という形でまとめて出さなければいけないというのが、一番の問題なわけです。それを前提にして、今、議論をしているわけです。

明 石 先ほどの相澤先生のお話ですと、厚生労働省の検討会のメンバーにも日本医師会の先生が入っていらっしゃるので、医師会から検討会へ提言を吸い上げていくという形でまとめられるのだろうと思います。そうしますと、あまり時間はないということですね。

寺 野 2年ですね。

相 澤 2年ですけれど、来年の春ぐらいに

はある程度の骨格を作つてやらなければいけない状況です。

寺 野 5年というのは、実際は2年後の結論の施行に至るまでの事務的な経過であつて、2年ですよね。

小 栗 医師は上限規制の適用猶予対象になっており、2018年度末を目途に規制の具体的な在り方等について議論を進めることになっておりますので、2019年の3月末までには意見統一を図つていかなければなりませんので、2年はないです。

明 石 我々協会の基本骨格的なものは、本年度末ぐらいまでは提言できるように、細部に関しては時間がかかるかもしれません、意見統一を図つていかなければいけないのだろうと思います。

相 澤 厚生労働省の委員の中には医師以外にも法律家の先生とか、労働組合とか、使用者側がいて、どうして医師だけが他の労働者と違うんだという意見がかなりあるようです。ですから、医療の特異性ということは十分アピールしないと、理解されない

裁量労働制の医師への適用について②

- 専門業務型裁量労働制の対象は、省令及び告示で定められた19の業務に限定されているところ、「学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する大学における教授研究の業務（主として研究に従事するものに限る。）」も対象になっている（平成10年労働省告示第150号）。
- 「学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する大学における教授研究の業務（主として研究に従事するものに限る。）」とは、具体的には以下のとおり（平成15年10月22日基発第1022004号）。

- ・当該業務は、学校教育法に規定する大学の教授、助教授又は講師の業務をいう。
- ・「教授研究」とは、学校教育法に規定する大学の教授、助教授又は講師が、学生を教授し、その研究を指導し、研究に従事することをいう。
- ・「主として研究に従事する」とは、業務の中心はあくまで研究の業務であることをいい、具体的には研究の業務のほかに講義等の授業の業務に従事する場合に、その時間が、1週の所定労働時間又は法定労働時間のうち短いものについて、そのおおむね5割に満たない程度であることをいう。
- ・大学病院等において行われる診療の業務については、専ら診療行為を行う教授等が従事するのは、教授研究の業務に含まれないものであるが、医学研究を行う教授等がその一環として従事する診療の業務であつて、チーム制（複数の医師が共同で診療の業務を担当するため、当該 診療の業務について代替要員の確保が容易である体制をいう。）により行われるものは、教授研究の業務として取り扱つて差し支えない。

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

という感触は聞きました。

明 石 この議論を進めるには、労働者と言っても私たちあまりピンと来ませんが、教員の先生方の意見の集約といったものもないと当然だめですね。協会の理事者側とか、学長とか、教授会幹部だけでこの議論を進めるのではなくて、全学的に教員とじっくりと話し合って、理想的な形にもっていくというプロセスも必要なのだろうと思います。

【医師の労働時間の制限と、医師不足、地域医療への影響】

寺 野 今の医療体制の中で医師の働く時間を制限してやると、極端に言ったら医師不足になりますます拍車を掛けることになり、医師の偏在がますますひどくなり、地域医療は完璧に崩壊してしまうというようなことは、どうお考えなんですかね。

相 澤 医師の需給に関する検討会を開くことも考えられているようです。

寺 野 検討会がここまで動いているのかどうか知りません。

相 澤 医師数を増やす必要性があるという意見になっていく可能性もあります。

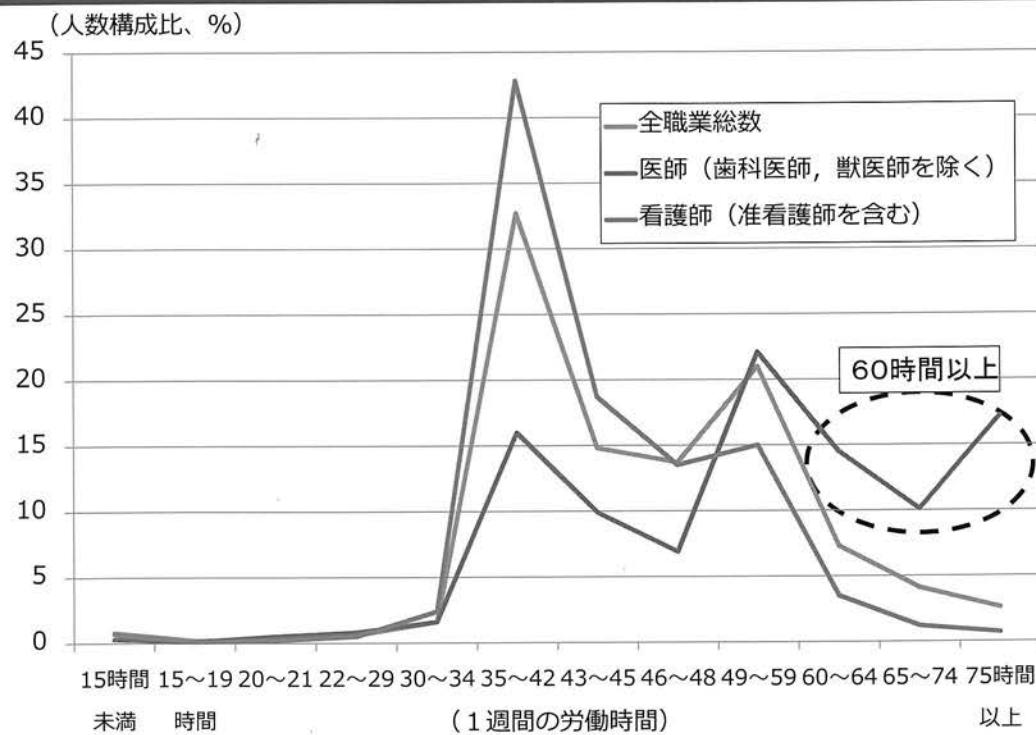
寺 野 8時間労働を徹底しろと言えば、極端に言えば3倍ぐらい医師の数を増やすなければいけない。とても通じないことになっていくわけで、医療の実際にどういう影響があるのかということを、どのようにお考えですか。

相 澤 その問題は病院経営に影響すると共に、地方の医師不足を進めることになりますので、以前、「医学振興」に書かせて頂いた文章で、学生の時に国費を受けた分に応じて、卒業後、医師不足地域で働くシステムを提言しました。(医学振興第73号論壇、平成23年11月17日発行)

寺 野 森山先生はいかがですか。

森 山 まさに会長がおっしゃったように、医師不足とか、地域間・診療科間の偏在とか、それから女性医師が増えてきていること。医学部の中では今は3分の1ぐらいは

正規職員の職種別の1週間の労働時間の分布



(出典) 総務省・平成24年就業構造基本調査
(年間就業日数200日以上、正規職員)

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

女性ですから、この女性医師が、生きがいというか、やりがいを持ちながら健康でやっていくためにはどういう制度にしていくかということも含めて考えていかないといけない。もちろん「働き方」ですから労働時間が中心になっていますけれど、医師というのは、構造的な課題を抱えているというところは、しっかり踏まえていかないと、現実に実行できない制度になるのではないかということは、今、会長がおっしゃったとおりです。

寺野 そのまま実行したら大変なことになります。

明石 卑近なことかもしれません、診療報酬も、この労働法制に合わせて人件費を考えていくと、果たして今の診療報酬で足りるのかという議論が、おそらく多くの病院経営者の方は心配されていることだろうと思いますし、その地域に欠落が出ないかということも懸念されると思います。そういう意味で、本当にさまざまな影響が及ぶということまで考えると、この検討期間

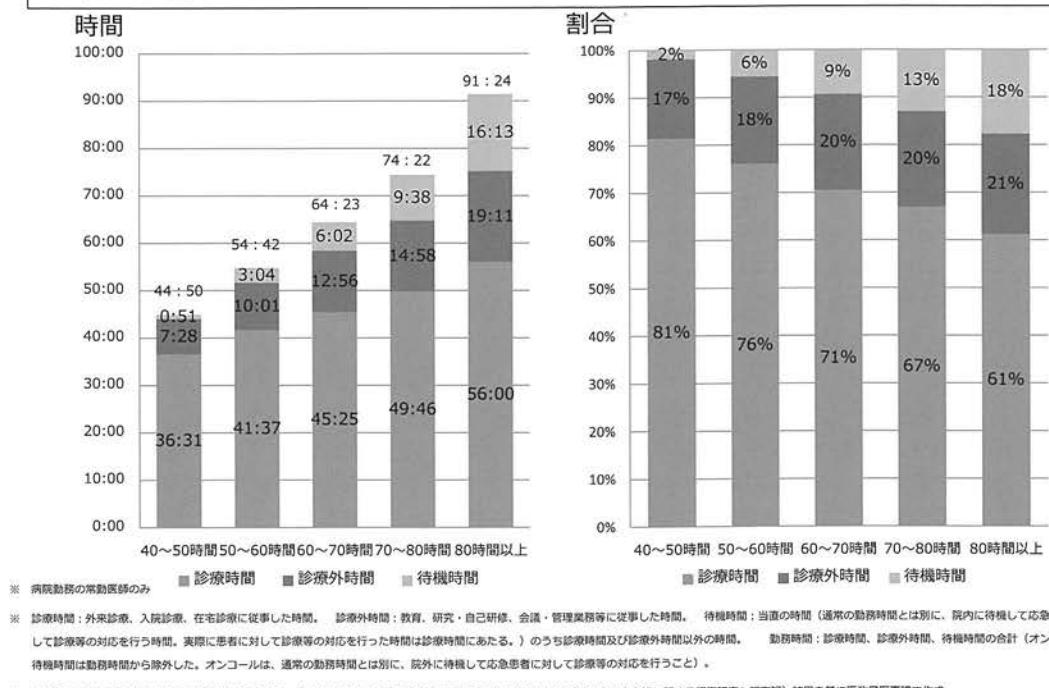
は短すぎるのではないかという意見はないのでしょうか。

相澤 今まで医師会の中でも勤労医部会とか、勤務医の健康支援に関する委員会で、「勤務医の健康を守る病院7カ条」、「医師が元気に働くための7カ条」、「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」が作られておりまして、全国でワークショップも開かれてきたのですけれど、十分関心が高まらない状況でした。検討が急ピッチなので大丈夫かなという感じはいたしますので、もう少し時間をかけて議論することは大事だと思います。

寺野 医師の時間がある程度管理しなければいけないというのは、確かだと思うんです。でも、その管理の仕方によっては、医師不足ということが確実に生じるわけです。となると、今、議論の最中にある医師数を増やす。偏在ということを考えながら、しかも女性医師のことも考えながら、総数は増やしていくかざるを得ない。我々は総数を増やすことには反対してきたんです。し

週当たり勤務時間40時間以上の病院常勤医師の勤務時間の内訳

○勤務時間が長くなると診療時間、診療外時間、待機時間のいずれも長くなるが、待機時間の占める割合が大きくなる。



出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

かし、この議論が進んでいくと、医師の数を増やさざるを得なくなる。今、原則として 1 大学 100 人から 120 人。地域枠を入れて 120 人ですけれど、私は一時的には 150 人ぐらいにしても良いと思ったことがあります。ドイツなど 1 学年 300 人ぐらいいますからね。そういうふうな形のものを考えざるを得なくなってくる。

しかし、その背景では、3 倍にしたら、医師の給料は 3 分の 1 になるということを覚悟できるかどうか。つまり、医療費そのものは決まっているわけですから。歯科医師とか弁護士とかを見てみれば、まさに現実にはそうなっているんですよ。人数をどんどん増やしたら、給料は、倍になれば 2 分の 1、3 倍になれば 3 分の 1 に、現実になっているんです。医師もそういうことになりますよという覚悟を我々は持てるのかという話になってきますね。どうなんですかね、そこら辺は。今ままの給与体系とか診療報酬で、医師の数を 2 倍、3 倍にならざるを得なくなったときに、それやった

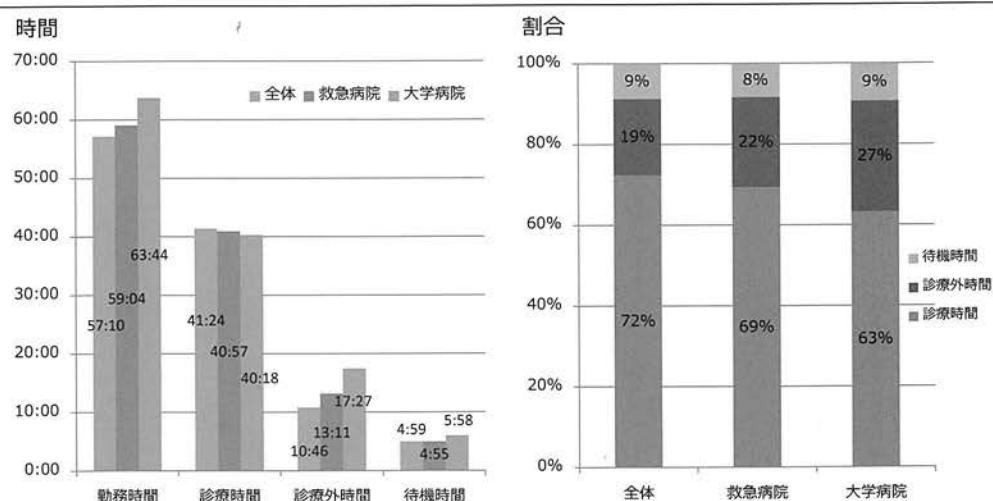
ら医療費は当然パンクするわけです。その辺のことともよく考えて、この働き方の制度を設定しないと大変なことになると思います。

森 山 日本の医学教育、研究は高度なものですし、日本の医療保険システムは世界に冠たるシステムです。これを制度疲労を起こさず、なおかつそれを担う人が健康で意欲と能力を持ち続けるということが必要なのですけれど、そこにどういう知恵を出していかかということだと思います。

寺 野 給料が下がっていけば、法律の世界もそうですけれど、医師の質がどんどん下がっていく。それで国民は良いのだろうかという問題もあるので、医師の働く時間の制限というのには、そういういろんな重要な問題が発生してくるということは覚悟の上で検討していかなければいけない。それを抜きにして狭い教育だけで議論していたのでは、本当に医療が崩壊することになると思います。それぐらい厚生労働省も考えているでしょうけれど。

病院常勤医師の医療機関種類別の週当たり勤務時間

- 週当たり勤務時間は、大学病院が約64時間と長い。
- 診療時間・待機時間は、医療機関種類別によって大きな差はないが、大学病院において診療外時間が約17時間半と特に長く、勤務時間に占める割合も約27%と高い。



* 患者診療の常勤医師のみ * 救急病院は、救急指定病院、2次救急医療施設、救命救急センター（3次） * 大学病院は、施設名に「大学」の文字が含まれる病院について集計
 * 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。 実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オーコールの待機時間は勤務時間から除外した。オーコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと。）

* 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

明 石 働き方だけでなく、医師養成の問題でもそうですが、欧米ではティーチングホスピタルという言葉が使われて、大学病院というのは大学医学部だけではなくて、その病院も医療者の養成機関であるという認識がありますが、日本では、大学医学部は確かに人を育てています。ですけれども、大学病院というのは市中病院と横並びで扱われていることが非常に多いと思います。診療報酬では特定機能病院とかで多少優遇されているところもありますが、こと労働時間であるとかさまざまなことに関して、ティーチングホスピタルというコンセプトは、意識がなかなか根付いてくれないので、これを機会に我々は、ティーチングホスピタルだという認識も世の中に持っていただけたとありがたいと思っているのです。

【女性医師の増加】

相 澤 健康問題が長時間労働によって起きるのですが、これに加えて経済の活性化と

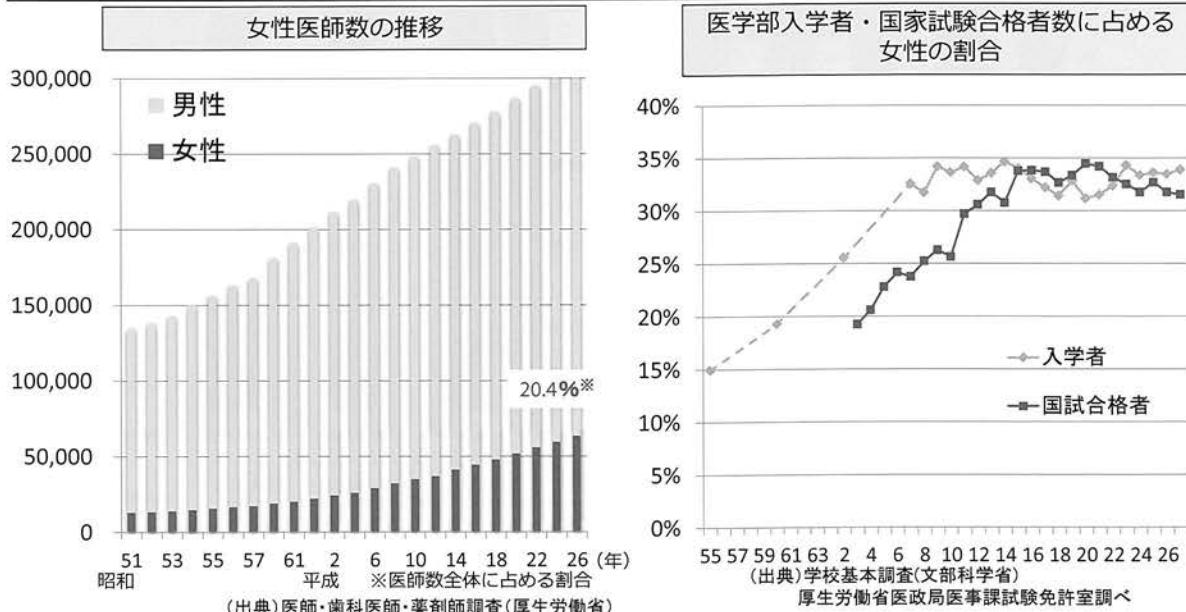
いう面から、働き方改革を進めている面もあるのではないかと思うんです。経済を停滞させる要因の1つは、少子化です。女性医師も、生涯独身の人が3分の1ぐらいいるということで、ワーク・ライフ・バランスをきちんとしないと子どもを産めないのではないかとか思います。色々な対策があると思うのですけれども、やはり労働時間を減らしていくような方向でやっていかないと、医師のなり手も少なくなってしまいますし、質も悪くなる可能性もあるのではないかと思います。

寺 野 女性医師の議論をしている資料をたくさんもらっているんです。

明 石 特に女性医師の問題は厚生労働省の委員会で配布されている資料です。確かに女性医師がどんどん増えていますから、女性医師の働きやすい環境を作るのはとても大事なテーマだと思います。協会にも女性医師キャリア支援委員会がございまして、各大学でいかに女性研究者、女性医師を育成していくかということは大きな課題には

女性医師の年次推移

- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成26年時点で20.4%を占める。
- 近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。



出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

なっています。

森 山 女性医師もそうですけれど、高齢医師も増えてきています。育児とか介護とか、いろいろなことが両立できるためには短時間労働制度とか、復職制度とか、時差出勤とか、そういうのもやっていかないといけないと思います。いろいろなアイディアを出していかないと。

寺 野 国立は特に増えると思いますよ。私立ももちろん差別しているわけではないのですけれど、過半数を占める時代が必ず来ると思います。そうなってきたときは本当に大変です。けれども、少子化だから子どもを産んでもらわなければ困る。医師も例外ではないということになると、どういうふうにしたら良いのか全然わからぬですね。

【意識変化、管理能力の必要性】

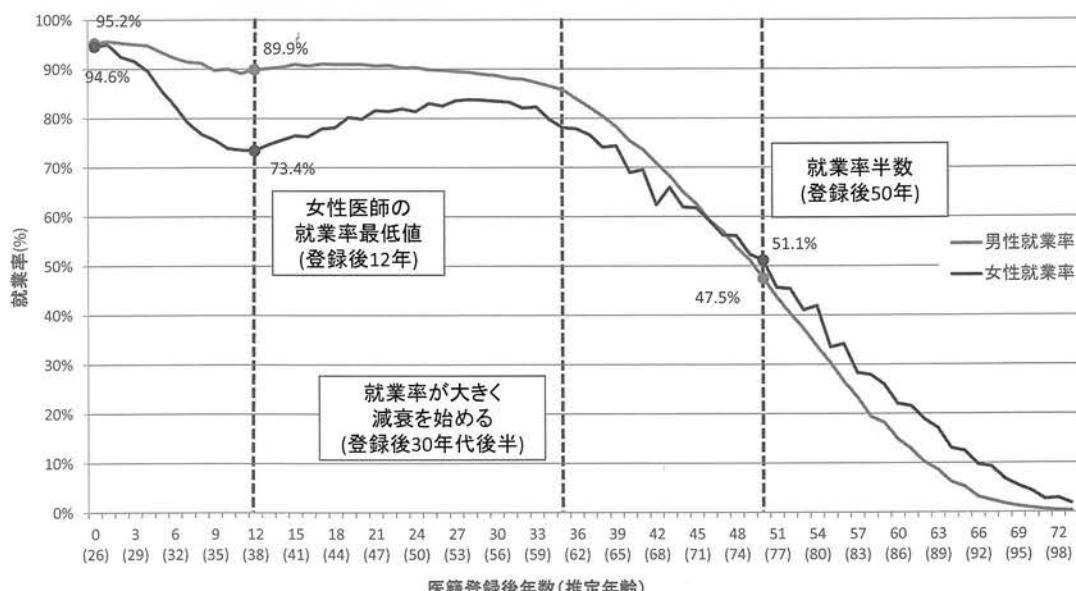
明 石 それはうちの別の委員会で検討していきますから越境してはいけないと思います

ですが、私が個人的に感じているのは、国をあげて男女共同参画社会という声があがると、わが協会にもそういう委員会が立ち上がり、各大学にもそういう組織ができあがり、やはり意識は変わります。ですから、一番大事な意識改革の先導役を国が声をあげてやってくださることは、大いに効果があると思うのです。ですから、働き方改革をやるぞという声とともに、古い徒弟制度からは脱却して、健康で健全な医師育成を我々はリードしていくのだというふうにはなってくるのだろうと思うので、そこは役割が大きいのだと思います。

森 山 意識の改革というか、そういう意味でいけば、足元の健康診断とか、漠然とやっていますと言うけれど、本当に何パーセントやっているのかとか、再検査のときなど、どの程度ちゃんとやりなさいと強制しているのかとか、ストレスチェック制度も始まっていますけれど、どのくらいの人が受けているか。おそらく働き方改革ということが出てくると、トップも含めてそういう

医籍登録後年数別の就業率

女性医師の就業率の推移は、M字カーブの曲線になる。



※2004年～2014年の医師・歯科医師・薬剤師調査（医師届出票）および厚生労働省から提供された医籍登録データを利用して作成
※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢(12月末時点)の平均値が26.8歳であることを考慮し設定
出典：医療従事者の需給に関する検討会 第4回医師需給分科会 資料より

出典：厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」

ことをもう一度見直そうという機運が出てくるのではないかと思っていますし、それは必要なのではないかと思っています。

寺 野 医師の過労死だけでなく病死も結構あります。私たちの世界から見ると、専門の領域で死ぬ医師が結構多くて、胃の専門家が胃がん、大腸の専門家が大腸がんとか。つまり健康診断をしていないんですよ。

有名な食道の専門家が食道がんで亡くなつたんですけども、彼は検査しなかつたのかと聞いたら、内視鏡を飲んだことがないと。自分は得意でどんどんやっているのに、自分が飲んだことがないというような、そういう現実があることは確かです。その意識は医師の方でも変えていかなければいけない。検診を受けている人は意外と少ないんじゃないかな。私は受けますよ。

明 石 うちでは職員健康診断はほぼ100%受診ですから。

小 口 私どもも100%です。

寺 野 裁量労働制度の中には、その具体的なことをきちんと盛り込まないとダメだと思うんです。

森 山 裁量制の健康確保措置というのを実施していく。何を実施していくかというのを具体的に示して、その中から選んでいくということでしょうけれども。

寺 野 難しいのは、たぶん精神面だと思います。精神面のうつ病の診断というのは、年をとれば認知症もそうですけれど、なかなか難しいと思いますよ。「あなた、うつ病です。だから仕事を制限しなければだめです」とは、なかなか言いにくいし、果たして言えるのかどうか。ストレスチェックというのは、どこまで役に立つかわかりませんが。

森 山 うちは産業医科大学ですから、産業医を養成して、そういう指導をしていかなければいけない。

寺 野 もちろんよくわかりますが、うつ病というのは意外と多いわけで、こういう人たちをどうやって見い出し、彼ら彼女たちを、どういうように扱っていけば良いのかということが、今からますます問題になる

と思いますけれど、どうですかね。

明 石 ストレスチェックに関して言うと、全体を見ると、ちょっとこの教室は気をつけないといけないなというような傾向が出たりします。個別はわからなくても、ここは結構厳しい医局管理になっているのかということは、わかることがありますね。

うつ病に関しては、1つは、先ほど小口先生がおっしゃったように、現場の管理監督している人たちが、どれくらい気づいてあげられるか。そこがとても大事なのかなと思います。現場のコミュニケーションとか、現場で部下の顔色を見るとか、そういうものが少し薄くなってきているのかなと。これは大学だけではないと思いますけれど、そんなことも気になります。これをシステムで解決するのは難しい問題かもしれないですね。

寺 野 医局の中でのストレスで起こることもあるし、悪質クレーマーのように患者さん関係でも起こるんですよ。これでうつになるのも結構いるんです。そこら辺の問題からして、特に女性の場合は多いんじゃないかなと思います。うつ病を何とか見つけて処置をしないと、医師不足にますます拍車が掛かりますね。

相 澤 会社になると必ず研修があるんですね。部下に対してどういうことに気を付ければ良いかということを研修するのですが、大学ではそう研修はないですね。教育についてはずいぶんやっていると思うんですけど、管理者としての教育というのではありませんね。

明 石 診療・研究・教育を労働時間の3本柱と言いますけれど、教授になるとマネジメント能力がないと教室運営がうまくいかないんですね。このマネジメント能力はどこで修練されてくるのでしょうかというと、大学の稀薄なところ、弱点かもしれないなと思うところがありますね。本当は、我々理事者が、教授になる人たち、教室の責任者たちに、マネジメントスキルについてもっと啓蒙していかないといけない。

小 口 以前は、教授の採用といったら、ど

のぐらい論文があるか等研究ベースでした。そのうちに、それだけでは不充分だというので、教育ベースとか、診療の実力のベースというのが加わりました。更に今は、管理能力が教授に必要な能力だと私は思います。管理ができないとなりません。

明 石 リーダーセミナーというのは、看護の方は非常に熱心ですね。

小 口 すごく熱心です。看護部では、リーダーに求められるのは看護能力よりも、管理能力であると考えられているようです。看護能力は優れていますが、管理能力がないと適合しないというようなステップになっているというのです。医師の方はこの割り切りができるといふようです。

おそらく働き過ぎというのは、時間外勤務を含めた労働時間だと思うんです。つまり、時間外勤務の管理の実態が問題だと思います。そもそも時間外勤務というのは、時間外勤務をしろという命令の下にやるのあって、自分で勝手にやってはいけないということが原則です。先に許可をもらわない、もしくは命令がない限りは、時間外勤務をやらないようにしましょうという取り決めをしているのですけれども、相変わらず昔と同じで、次の日になってハンコを押して時間外勤務になっている。つまり、事後承認の文化をやめない限りは、それは管理になってない、管理ができないということになります。

前にも述べましたが、管理監督者が命令を出さない限りは時間外勤務をしてはいけませんので、もし監督者は時間外勤務を命令しないのだったら、早く帰るように「帰れ」と言わなければいけません。さらに、業務の現状を把握し、整理を行い、仕事の仕方を変える必要があります。私たちの時代は、先輩が残っているのに先に帰るとは何事かという文化で育っていますから当然残っているわけです。それが未だに変わっていないということでありまして、そういう古い医師労務文化を壊していくこうとしているのですけれども、なかなか難しいです。急には変えられないというところがありま

す。でも、それは常に変えようという努力をしない限りは絶対に変わらないと思います。

寺 野 おっしゃるとおりです。外科系の診療科は、内科系とか一般と違って特殊なところがあって、技術的なものを鍛えなければいかんということとか、真夜中であろうと何であろうと、緊急の患者が来たらすぐ飛んで行ってやるというのが、仕事でもあるし、研修もあるわけです。そうすると、外科系が一番これの問題点に出てくると思うんです。それと同時に、確かに教授というか、科長の性格というのも、すごくあるんですよ。無茶苦茶言う教授も未だにいます。それは採用のときに一生懸命見ているはずなんだけど、ごまかされちゃう（笑）。

小 口 わからないですね。

寺 野 半年か 1 年たつと出てくる。その辺は、試用期間というのがあって、1 年間ぐらいで、そういうのには辞めてもらうというぐらいの強いものがないと、医局員が可愛そうなんです。今は、医局員が簡単に辞めるということを言うので、ますます医師が少なくなって、ますます過重労働になっていくという悪循環に入っているのが現状なんです。そこら辺はガバナンスだと思うのだけれど、トップとしてそういう権限は持たせていただかないと。現実は難しいですよ。実際の診療の現場から見ると。

明 石 環境も変わっていて、例えば研修医が、制度が必修になってから、ローテーションで回っている人の中には、昔は、眼科医になりたいと言っている人は、内科だとか精神科は回らなくてよかったです。それが義務化のために外科も回らなければいけない。その人に外科医の魂を教え込もうとしても、それはギブアップが出ちゃうわけです。専門医取得のために自分の本当に目指すところ以外にも少しローテーションしていくかなければいけないとか、これから専門医制度が始まると、違う病院にも行かなければいけないということが起きてくると、そういうところで誰にも相談できないとか、自分の意に反したきつい仕事をしな

ければいけないという若い人が、これから増えてくるだろうと思います。そこは教える側というか、指導する側が、かなり意識を変えていかないと、外科医と思ってやつてしまうと、もたない人がいっぱいいるんですよ。

寺 野 これは医師偏在、特に診療科偏在に直結しているのです。意外と卒業時には小児科になりたいとか、産婦人科に行きたいとか、赤ちゃんを抱っこするのが良いねということが結構いるんだけど、2年間の研修で回って現実を見ると、いやになってしまふんですよ。仕事がハードだということもあるし、今の感覚の9時～5時が全く通じない世界ですから。だから、9時～5時が通じる世界へみんな行ってしまうという形になっているのが現状なんです。そこへ働き方改革で強制的になってくれば、ますますそれに拍車が掛かる可能性もある。

ネガティブなことばかり言っているわけではないのですけれども、そこら辺も現実を見た上でやらないと、偏在がますますひどくなる可能性はある。

森 山 働き方も、研修医と研究される先生とまた違うし、診療科ごとでもだいぶ違ってくると思うんです。だから、マネジメントとおっしゃいましたけれど、トップも含めこの際「働き方改革」ということで、私は本当にマネジメント意識改革を、この際やっていかなければと思っています。

その中に時間管理みたいな話もありますけれど、パワハラとか、新たなものもだいぶ出てきていますから、そういうものをウォッチするマネジメントみたいなものも、意識改革を含めてやるべきではないかと思っています。

寺 野 良い機会かもしれませんね。

明 石 だいぶ発展的な議論になってきましたが、事務局長から何かありますか。

小 粟 先ほど座長である明石先生が言っておられたように、大学病院はティーチングホスピタルであり、大学医学部だけではなく、その大学病院も医療者の養成機関であるという認識を確立出来なければ、大学

医学部の教育職の先生方が、一般病院の勤務医と同じ労働者であるという扱いになってしまう可能性が高いと考えられます。その影響により、大学並びに大学病院の経営が成り立たなくなるという問題が出て来ます。

本協会の加盟大学においては、教育職の先生方は有給で1,600名ぐらいから450名働いておられますので、働き方改革に於ける長時間労働の是正等による更なる人件費増を支えることは困難であります。特に大学病院の使命を全うする立場から言えば、医師の数を切ることはできないものですから、そうなると非常に財政的に大変だろうということです。

それから、先ほど森山先生が言われたように、専ら診療行為を行う教授と、チーム医療を行う部分の当該医療の業務について代替要員の確保は容易であるということを前提として、この体制の中で行うチーム医療に携わる教授、准教授、講師、助教まで入れて、その方々と診療行為が、我々が言うチーム医療であって、その2つの条件に合う方々について裁量労働が適用できるのであれば、今、相澤先生が参加されている委員会の結論と合わせながら、2つに分けた並記の形でも出せる可能性があるとは思うのですけれど、もしこれが出せなかったら、大学病院も同じという言い方で当てはめてしまうと、これは大変な結果になってしまいます。寺野先生、小口先生が言われた崩壊につながるということだと考えられます。その辺が心配ではあります。

【私立医科大学協会としての提言について】

明 石 非常にシンプルな考え方をすると、我々は教員として採用しているので、これは医師の働き方改革の提言を受けた医師として採用するのだと医療職採用をすることになるので、非常に矛盾を生じてしまうんです。ですから、何とか教員としての医学部・医科大学の臨床系教員の働き方という形でまとめ上げることができれば、一番整

合性があるのではないかと思います。

寺 野 さっきも言ったように、裁量労働制的なものが良いというのであれば、独自のものを具体的に出さなければいけないですね。どういう裁量が良いのかという問題ですね。やはり医師の健康とかそういうのを中心と考えるということを、素直に考えて良いですよね。

森 山 それは絶対に入れなければいけません。

寺 野 それだけではないのかもしれないし、わからないのだけど、そういう前提の裁量制というのを具体的に考えなければいけない。これは国公立大学とか、全国医学部長病院長会議とかではどうなのですか。

森 山 国立大学は国立から国立大学法人に変わりましたよね。あのときに国立大学は裁量制を入れているんです。私立大学は裁量制をあまり入れてないんです。

寺 野 取り込むのに抵抗があったんですね。

森 山 抵抗なのか、ちょっとそこは。

明 石 実態として、国立大学付属病院の診療デューティと私立とではずいぶん差があるという感じもします。ですから、診療に割かれている時間量比率というのが、私立と国立は結構な差があります。

森 山 平成 15 年当時は、先ほど申し上げたように、主として研究というときは、診療とか講義が半分に満たないものでなければいけないんです。診療が多ければ、平成 15 年のときは裁量にならないんです。平成 18 年の改正は何かというと、診療には、教授研究に組み入れられるものがありますよということです。そこがだいぶ変わってきています。でも、先生言わされたように、診療をどう見るか、変わってきた方向をさらに延ばせるかということです。

寺 野 まあ 10 年ごとに変化しているのだから、この際、良い機会だから提言してはどうですか。

小 口 助教がそれに当たるのかどうかよくかわかりませんが、教授や准教授は良いでしょうね。

明 石 まずは私立医科大学協会で提言をとりまとめたいと思います。もちろん国立大学附属病院長会議がどういうお考えであるかとかいうのは情報を得たいと思のすけれど、だいぶ環境が違うなという印象はあります。

小 口 そこを、是非、今回強調してもらいたいと思います。「医師の働き方」では、我々の範疇を全部カバーすることはできないということです。医科大学の診療の教員が「医師の働き方」というので括られないのだということを、大きく見出しに書いていただきたいと思います。それはほとんどの医師にはあてはまらないことですから。「医師の働き方」はおそらく一般の病院等の勤務医が対象になっていると思うんですけれど、その数に比べて大学病院で勤務している医師の数は圧倒的に少ないので、声が小さくなってしまう。こういう医師もいるのだということを、相澤先生も是非、認識していただきたいと思います。

相 澤 一般病院と大学病院における診療の目的が違うので、一般病院は日本医師会で考えをまとめ、大学病院は貴協会が考えをまとめて意見を出すことは良いと思います。そこはこちらに任せた感じですね。

明 石 全国医学部・医科大学の臨床系教員は医師として、研究者として、教育者として我が国の医療の基盤を支える大切な人財です。臨床系教員が単純に「大学病院で働く医師」とみなされること自体に大きな問題があるわけです。大学病院の社会における位置づけも正しく理解して頂かなければなりません。すべての臨床系教員が元気に、活発に自らの意欲を高めやすい働きができる環境作りこそが求められているということですね。

本日ご出席の先生方の貴重なご意見も大いに参考にして、本協会から働き方改革実現会議に向けた提言作りを進めたいと思います。

それでは、この辺で座談会を閉じたいと思います。きょうは、どうもありがとうございました。(了)