

経 営 論 集
6 6 卷 第 1 号
2 0 1 9 年 3 月

医療従事者の働き方を考える

— 医師を中心に —

福島 通子

はじめに

政府は、経済再生に向けての動きの中で、生産性向上のための働き方改革が重要であるとし、平成 29 年 3 月 28 日の働き方改革実現会議において、「働き方改革実行計画」を決定し、労働者の視点に立った労働制度の抜本的な改革を目指して平成 31 年 6 月に「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」を成立させた。

「労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革を総合的に推進するため、長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらない公正な処遇のための措置を講ずる」ⁱ ための一つの措置として、労働基準法や労働安全衛生法の改正を伴う、長時間労働の是正を目的とした労働時間に関する制度の見直しを行い、平成 31 年 4 月 1 日の施行を予定している。

具体的な内容の一つとして時間外労働の上限規制が挙げられる。そもそも時間外労働または休日労働は違法ⁱⁱであるが、労働基準法第 36 条ⁱⁱⁱの規定により、労使協定^{iv}の届出を要件として、時間外労働または休日労働を認めている。現在は「時間外労働の限度に関する基準（平成 10 年労働省告示 154 号）において、36 協定における労働時間の延長の限度があり、その内容がこの基準に適合したものであることを求めている。

延長時間の限度は変形の期間に応じて決められている^vが、ほとんどの事業所が 1 か月 45 時間、1 年間で 360 時間という原則時間を前提にしているものの、これを超えて働かなければならない特別な事情がある場合には、さらに「特別条項」を締結することによって、いわば際限なく時間外労働または休日労働が可能になる状態にある。これに制限を加えるという改正である。具体的には、特別な事情がある場合であっても、年間 720 時間、単月 100 時間未満（休日労働時間を含む）、複数月平均 80 時間以内（休日労働を含む）を限度として設定している。

ただし、医師については、医師法第19条^{vi}に基づく「応召義務」等の特殊性を鑑みた配慮が求められることから猶予期間を設けたうえで規制を適用するとして、現時点では適用除外されているが、5年後を目途に規制を適用することとした。さらに、「医師の働き方改革に関する検討会」^{vii}が設置され、2年後を目途に規制の具体的な在り方や、労働時間の短縮策について検討し、結論を得る見込みとなっている。

筆者も当該検討会の構成員として、検討会での議論の場に立会い、様々な意見を耳にするが、立場によって発言の内容は異なるとしても、最終的に目指すのは人として当たり前の生活ができるだけのゆとりと、日本の医療を支えていくのだというモチベーションの維持とのバランスだと考える。

しかし、現実はどうかといえば、高齢化社会にあって患者数はますます増加する一方で、医療従事者の絶対数の不足に加えて、地域及び診療科の偏在、不明確な機能分化などのマイナス要素が目立ち、厳しい労働環境下では労働基準法を遵守したくてもできない状況が見受けられる。確かに、このままの状態では他業種と同様に現時点で医師への強制適用をしたならば、労働時間規制だけが独り歩きし、地域医療の崩壊にもつながりかねない。かといって、明らかに労働者である医師の現状の働き方を放置することも医療崩壊につながりかねない。医師の特殊性を踏まえたうえで、単に労働時間にだけ着目するのではなく、医療提供体制に支障が出ない方法で、医師の勤務負担軽減を模索しなければならないのだ。

もちろん、労働法から見れば違法状態である労働環境はすぐにも改善が必要であるし、それを今まで放置してきたことの方が問題である。いわゆる「ブラック企業」といわれるような事業所の労働条件の適正化は速やかにおこなわれるべきことであり、放置することはできない。

しかし、改善策を講じるにも国レベルの支援や国民全体を巻き込んだ改革が必要とされる業界もあるということへの理解が求められる。なぜならば医療業界は、すぐにでも改善が必要でありながら、それを可能としない様々な事由が存在するからだ。個々の医療機関では、かねてよりできるだけ対策は取ろうと努力を重ねてきたが、単独では対応できない、あまりにも大きな障害が立ちはだかり、遅々として進まない状況があることは広く知られているわけではない。よって、この機会に、国、地域、国民のすべてを巻き込んで、現状を検証し、対策を検討する必要があると考える。

そのような中で、女性医師は結婚、出産等のライフイベントにより職場から離れる例が多いため、受験段階で男性受験者と差別し、一律減点する大学病院の存在が明らかになった。まだまだ「子育ては女性の仕事」と考える男性社会の中で、今こそ、女性医師がライフイベントに振り回されることなく、存分にその能力を発揮し、キャリアを継続できる社会を構築するための働き方改革が必要な時期でもある。女性医師が一時職場を離れざるを得ないのであれば、そ

それを前提とした医師数を確保すべきであり、ゆとりをもって復職できる医療機関の勤務環境を整えない限りは、こうした古い考えの持ち主は存在し続けるだろう。

今日では、一人の患者の療養に様々な職種が関わる「チーム医療」が当たり前になってきたが、やはり中心となるのは医師であり、医師の指示なくしては他の職種は何もすることができない。その意味で、医師が医師だからこそできる業務に専念できる環境を作ることが最重要課題である。医師数が決して十分とはいえない現状において、どうしたら満足な医療を提供できるのか。医療機関や国の政策だけに頼るのではなく、我々国民も交えた大改革が必要だと再度述べておく。

本稿では、医師をはじめとする医療従事者を取り巻く様々な問題を多方面から切り出し、医療従事者の働き方はどうあるべきなのか、何が課題となって、あるべき働き方が実行できていないのかを検討してみたい。検討するにあたり、医師の「応召義務」をどうとらえるかという問題も避けて通れない。様々な意見を参考に、応召義務と労働とのバランス、融合について考えつつ、医療従事者の働き方について考えてみたい。

1. 是正勧告調査等から知る医療機関の労働環境

筆者は、平成 22 年に、埼玉県内の労働者数 50 名以上の民間病院に対して、労働基監督署が監督指導した内容がわかる是正勧告書^{viii} 及び指導票^{ix} 並びに是正報告書^x の写しを入手し分析している。また、平成 23 年には、社会保険労務士総合研究機構の医療現場の労務管理に関する研究プロジェクトチーム報告において、47 都道府県に対し労働基準監督署が県立病院に対して交付した是正勧告書の開示請求を求め、その内容を分析して報告^{xi} している。さらに平成 30 年に、追跡調査（平成 26 年 4 月から平成 29 年 5 月にかけて都道府県立病院が受けた是正勧告調査）を行い、筆者が所属するメディカルケア・ワークデザイン研究会^{xii} において、その内容を分析している。

是正勧告は労働時間に関する指摘（労働基準法第 32 条^{xiii} 違反）が一番多い。原則として、1 日 8 時間、1 週 40 時間の法定労働時間を超える時間外労働は違法である。法定労働時間を超えて働かせる場合は、労使協定（36 協定）の締結と届出が必要であるため、協定がない場合は即時是正となる。このように届出がないことに対する指摘であれば、緊急の話し合いをして、労使で協定を締結し届けることにより「即時」是正が可能である。

但し、是正勧告に対する是正報告書は速やかに届け出ることができたとしても、問題はその中身だということだ。原則時間を超える時間外労働が必要な場合は、特別条項を締結し、原則時間をどのくらい超えることができるのかを労使で決めることになる。

特別条項とは、臨時的に限度時間を超えて時間外労働を行わなければならない特別の事情がある場合に、限度時間を超える時間を延長時間として定めることができるもので、延長する場合に労使がとる手続き、全体として1年の半分を超えない範囲での限度時間を超えることができる回数なども決定して記載する。ところが、6回を上限とするべき限度時間越えの時間外労働が、通年で行われていることも少なくない。

長時間労働を避けたい労働者側と、人員不足を一人の長時間労働で賄わなければならない使用者側との合意は容易ではない。明日から突然に時間外労働が減るはずもないため、まずは協定の上限時間を実態に合わせる方法で回答しなければならない状況もあるだろう。結果的に労使で本気で話し合う時間さえ捻出できない状況で、つじつま合わせの届出に終わる例も少なくない。一方で、是正勧告を受けて初めて、時間外労働の削減に本腰を入れるというケースもある。その意味では労働基準監督署の監督の効果は高いということもできるが、前述のように見せかけの是正では意味がないのだ。筆者は、根本解決を目的とするならば、労働基準監督署に長期間の指導と解決のヒントを示す等の役割も担ってほしいと思っている。

また、36協定の締結・届出はあっても、その協定の範囲を超えて働かせていることに対する指摘も多い。風評ではあるが、原則時間を超えて特別条項で時間を設定した36協定は労働基準監督署の調査対象となりやすいと思われるため、月80時間を超える時間外労働時間の設定を避ける傾向もあるようだ。よって、少なめに届出をしておいて、監督で発覚した場合に再提出しようという考え方もあり、実態と届出がかい離している場合がある。

結果的に現状では、労使が協定すれば何時間でもかまわないということになるのだが、もう一点、届出書記載の歯止めになっているのは「過労死ライン」ということだろう。長時間労働以外の過重負荷ももちろんあるが、業務起因性の判断の基準としては、発症前の長期間にわたって長時間労働が著しい疲労の蓄積をもたらしたということを図る物差しとして労働時間を用いている。発症前1～6か月平均で月45時間を超えて長時間労働になればなるほど、関連性が深まるとしている^{xiv}。また、発症前1か月間に100時間又は2～6か月平均で月80時間を超える時間外労働があった場合は発症との関連性が強いとしている。また、医療機関等の不規則な勤務、拘束時間の長い勤務、交代制勤務、深夜勤務、精神的緊張を伴う勤務なども労働時間以外の負荷要因とされており、まさに過労死に至る業務による明らかな過重負荷の真ただ中で日々の業務を行っているのが医療従事者なのだ。

こうした状況にある中、是正報告書も即時解決は難しいことを物語っている。

「特別条項で定める月120時間を超えて時間外労働をさせている」という指摘があった医療機関においては、是正報告としては、特別条項の上限時間の引き上げ若しくは時間外労働時間の削減が考えられるが、これ以上の労働時間の引き上げは好ましくなく、人員不足の折から即座

の時間削減も出来ず、速やかな是正は難しいため、「短期的には厳しい状況にある」と回答している。

しかし、医療従事者は生身の人間である。こうした状況が続けば健康障害は防止できず、あるいはその前にバーンアウトしてしまう可能性もある。文書上の報告だけでなく一刻も早く具体的な改善策を策定し実行しなければならない。こうしたケースの場合は、行政側も指摘だけではなく具体的な支援をしていかなければならないと考える。

労働基準法第37条^{xv}違反も多い。これは、割増賃金支払いに関する違反である。タイムカードやパソコンのログイン・ログアウトの記録などと、自己申告等による時間外労働の時間との乖離が見られ、実労働時間を再算定した場合の賃金未払いを指摘される例が多くみられた。

自己申告制の場合、時間外労働を申告しにくい状況であったり、申告できる時間に制限を設けたりする例もあり、労働者側の不満要因にもなっている例が多い。そのため、未払賃金の請求に関しては、労働者自ら労働基準監督署に申告したことにより監督に入る場合が多い。労働環境が厳しい中、せめて長時間労働を金銭で補償する気持ちは使用者側に持ってほしいと考える。

また、労働基準法第41条^{xvi}及び施行規則第23条^{xvii}違反も見受けられた。いわゆる「宿日直」として従事していた時間が通常勤務であったという指摘である。許可を受け監視断続的業務に従事する者で使用者が行政官庁の許可を受けた場合には、労働時間、休憩及び休日に関する規定の適用が除外される。適用が除外される「宿日直」とは、間欠的に定期巡回などの作業をすることが前提で、実労働はほとんどなく、非常事態に備えての待機等を目的とした身体又は精神的に緊張の少ないものを指し、十分睡眠がとれること等が許可基準となっている。宿直は週に1回、日直は月に1回を限度とすることになっており、宿日直中に実労働があった場合には労働時間として算定しなければならない。

そもそも宿日直には当たらないという指摘がほとんどであるが、その場合、割増賃金の遡求支払いを求める勧告となるとともに、時間外労働時間が膨大となり36協定違反にも該当する。また、宿日直回数が限度を超えているという指摘も多い。

仮に宿日直とされる時間内の実労働に対して2年間の遡求支払いを求められた場合、時間外労働の事実を把握するための調査に時間と手間を要することはもちろんのこと、何よりも多額の支払額となることから医療機関の負担はかなり大きい。

特に平成29年から30年にかけての大規模病院への是正勧告に関する報道は引きも切らず、医師の実労働に対する賃金支払いに関しては、総額の多寡のみが目立ち、根本原因に目を向けることを失念させてしまう。本来は、なぜそのような状況が生み出されたのか。そうせざるを得ない状況をどう改善していけばいいのか、その点に目を向けるきっかけにすべきなのだ。

なお、是正勧告は労働時間管理の重要性を知ることのきっかけになるだろう。日常的に適正な労働時間管理をすることにより医療従事者の健康管理に寄与し、無駄が見えてくることも期待できるため、使用者も労働する側も常日頃から労働時間管理の意識を持つことが改善策の一つとなると確信する。

特に勤務医の労働基準法に違反する過酷な労働が慢性的に広がっている厳しい状況下でも、医療機関は指摘された事項に対し、真摯に取り組んでおり、限られた時間内での報告には苦勞した痕跡がみられる。是正報告においてどのようなことがなされたか、参考までに先述のメディカルケア・ワークデザイン研究会で取りまとめたものを公開する。

○主な報告内容

条項	是正報告内容（一部抜粋）
第 15 条 (労働条件の明示)	・労働契約更新の有無，更新する場合の基準に関する事項及び退職に関する事項を明示
第 24 条 (賃金の支払)	・協定締結のため労使間の協議を開始
第 32 条 (労働時間)	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師不足の現状に要因があることから，人材確保に取り組む ・勤務体制の見直しについて検討 ・長時間勤務が常態化している医師に対し，時間外勤務の縮減を指示 ・医師の業務負担軽減のため医師事務作業補助者，医療秘書を増員 ・診療科内での可能な範囲でのサポート等により，時間外労働の抑制に努める <p>【看護職】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人員を増員 ・業務量調査を実施 ・各部署での事務分担の工夫を講じる ・計画的な休暇取得や業務改善について師長に指示 ・勤務体制の見直し，時間差勤務の活用，応援体制の強化 ・時間外の多い職員は別の部署院内異動を行うなど配慮 <p>【事務】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事務の簡素化・効率化等の業務見直し ・非常勤嘱託職員を増員

条項	是正報告内容（一部抜粋）
<p>第 32 条 (労働時間)</p>	<p>【病院の取組】 (会議・管理者の確認) ・企画経営会議において時間外労働を 36 協定の限度内とすることを確認 (職員への注意喚起) ・医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）による労務管理研修 ・長時間労働者の一覧を作成してセクション長へ通知，セクション長には産業医との面談調整と長時間労働縮減の配慮をするよう指導する ・超勤ゼロ週間を設定。病院全体で超勤をしない，させない職場づくりを取り組む ・年次有給休暇の取得しやすい環境づくりや取得に向けた意識啓発を行い，計画的な取得推進に努める (業務の見直し) ・業務全般の見直し，効率化を図り，時間外労働の削減に努める (県に対する職員増員要求) ・職員の増員要求を継続して労働環境の改善に努める ・人事管轄部署に対し必要人員に係る定数要求実施 (安全衛生委員会) ・安全衛生委員会等の活用により，特定の職員に負担がかからないよう，救急対応時の役割分担の見直しや業務処理方法の改善を図ることで，時間外勤務の縮減に努める。 ・衛生委員会における審議の実施，長時間労働者の認識と対応を確認 (労使間での話し合い) ・時間外勤務縮減に向けた具体的方策について引き続き労使で協議を進める ・特別条項適用にあたり，労使間で協議 (労働基準監督署に対する地域の実情の説明と理解の依頼) ・中核病院として，へき地診療所や県内外の県立病院に医師を派遣していることから，超勤が多い。 ・ドクターヘリの基地病院や小児救急の受け入れ基地として業務量が増加している。</p>
<p>第 34 条 (休憩時間)</p>	<p>・原則として1時間の休憩を与えるが，まとめて取得できない場合は分割して合計1時間の休憩を取得するように指示</p>
<p>第 35 条 (休日)</p>	<p>・個別面談を実施，休日労働の発生の原因の確認や業務の効率化を検討</p>

条項	是正報告内容（一部抜粋）
第 36 条 (時間外及び休日の労働)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の統合再編，医師事務作業補助者の活用により改善をはかっており，労使協議のもと限度基準内とするように努力する
第 37 条 (時間外，休日及び深夜の割増賃金)	<ul style="list-style-type: none"> ・廻り，該当者に追加支給を行った ・労使協議を行い手当の額を改定し，これまでの不足分についても支給することとした ・割増賃金の支払には予算確保の必要があり関係機関との調整を要するため，県の予算審議が開かれるまで回答を保留する ・県からの病院長宛の通知に基づいており当院のみの判断では直ちに運用を変更できないため検討中
第 89 条 (就業規則の作成及び届出の義務)	<ul style="list-style-type: none"> ・就業規則届，協定書を提出した ・就業規則変更届，労働者代表による意見書を提出
第 106 条	<ul style="list-style-type: none"> ・事務局内に備えつけ，いつでも職員が閲覧できるようにする ・図書館内，院内 Web にて周知，共有フォルダ内に就業規則等フォルダを作成
第 108 条	<ul style="list-style-type: none"> ・労働時間を記入するようシステム改修した ・賃金台帳に勤務日数，勤務時間数管理簿を添付するようにした

改善指導	改善報告内容（一部抜粋）
労働時間の適切な把握	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡会議において周知徹底する ・管理職員が始業・終業時間を現認確認し，院内ネットワークに記録 ・タイムカード，IC カード等による記録方法を予定 ・全労働者に記録と自己申告内容の再確認を行うよう説明
過重労働による健康障害防止について専用指導文書により指導	<ul style="list-style-type: none"> ・事務の効率化，救急対応時の役割の見直し，業務増加時の応援体制の構築 ・大学に対し医師派遣についてお願いをする ・1ヶ月の時間外・休日労働が80時間を超えた場合は，申出により産業医との面接指導を実施する旨を周知 ・衛生委員会の個別指導の徹底 ・社会保険労務士による労務管理研修の実施 ・県の規程と労働基準法等に齟齬がないか検討

改善指導	改善報告内容（一部抜粋）
36協定の不適切な運用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 延長時間を超える勤務の原因分析と業務効率化 ・ 責任者の配置，超過勤務の上限目標の設定と徹底，個別職員への対応 ・ 36協定の見直しは他県立病院全てに共通した協定書とすべく見直し ・ 上限時間の設定を変更する方向で組合に提案
医師，看護師等の宿直基準に基づいた適正な管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間救急体制について増員のため県の医療局本庁と協議を進める ・ 割増賃金の適切な支払いを行う ・ 許可基準の要件を満たすように努める
長時間労働の抑制について専用指導文書により指導	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長時間労働者の一覧を作成して，セクション長へ通知。セクション長は面談調整と長時間労働縮減の配慮をするよう指導する
有給休暇の取得しやすい職場環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年次有給休暇の取得しやすい環境づくりや意識啓発を行い，計画的な取得推進に努める

2. 看護師からの相談内容から知る医療機関の労働環境

医師についてだけではない。看護師に関して最も多く寄せられる夜勤・交代制勤務に関する多種多様な相談は医療機関の労働環境を如実に表している。具体的な相談内容としては、「夜勤が辛い」「休憩・仮眠が取れない」「公休さえ取れない，有給休暇はさらに取れない」「人員不足でシフトが組めない」「勤務環境が悪い」「気が合わない人との夜勤は気が重い」「育児中なのに夜勤を強制される」などである。

日本看護協会「2010年病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査」^{xviii}において、夜勤・交代制の勤務形態としては、二交代制（変則含む）が45.5%と最も多く、三交代制（変則含む）が39.4%と次いでいることが報告された。夜勤時の仮眠と休憩時間に関する調査結果では、規定時間では、120分から180分が最も多く41.3%であるにもかかわらず、実際に取れたのは、39.4%となっている。規定上は仮眠や休憩時間が十分に取れるとされていても、実態としては規定通りにはいかない側面がある。

また、夜勤を含めた交代制勤務においては、サーカディアンリズムに反した不規則な生活を余儀なくされる場合があり、2交代でも3交代でも、通常は人間が身体を休める時間帯に労働しなければならないため生活のリズムを整えるのが難しいという訴えが多く、睡眠障害が出たり、ホルモンバランスが崩れたりなどの体調不良を訴える看護師が後を絶たない。

夜勤時は、日勤に比べて人員の配置が薄く、少人数で夜勤時の対応をしなければならないため、急変対応や緊急入院対応等に対する緊張感が高いこともストレスになるという。仮眠はもとより休憩すら取れないという相談もあり、精神的にも体力的にも厳しいと離職を余儀なくされる結果を招いてしまった例もある。不規則な生活を回避するために、病棟ではなく外来や無床診療所への転職を希望する例もあるが、退職や配置転換だけでは根本的な課題の解決にはならない。職場全体の問題として、夜勤・交代制勤務を乗り越える対策を考える必要がある。

医療機関であれば、例えば仮眠時間や手待ち時間があるが、それは実際に患者直接に接している時間ではないため、労働時間ではないととらえがちである。しかし、こうした時間も労働時間ではないとは断定できない。呼ばれたら活動することを前提として待っている時間だからである。休むことを確約された休憩時間とは異なる。見かけ上は体を休めている、何もしていない、手を動かしていないといった時間もあるが、多くは常にある程度の緊張感を伴って待っている時間であり、すべての時間が労働時間とは判断されないとしても、心身への負担が大きな長時間拘束であることは明白である。医療の現場というのはこういうグレーゾーンの労働が多い現場でもある。

さらには、子どもの親として、配偶者として、地域の住民として、様々な立場で社会生活上の役割が十分果たせない状況も生まれている。医療従事者として、その専門知識を活かし、高いモチベーションを持ち続けながら、一方で一個人として社会生活においても充実した時間を過ごせるように、まさに個々の労働者が考えるワークとライフのバランスが取れた日常を送ることが望まれる。

3. クリティカルパスを利用した医療労働の「標準化」と「効率化」

現状を嘆いてばかりではことが進まない。労働集約的な産業であるといわれる医療労働については、これまで標準化や効率化という Word が好ましくないとする風潮があったように思う。しかし、人手が不足する分を何かで補う必要があり、例えば IT による業務の効率化は、今日ではだいぶ受け入れられるようになってきた。もう一つの Word である「標準化」については人の手によるものであるから、医療機関の工夫によっては様々な業務のスリム化に寄与するものとする。ただし、作業の効率化は、単なるコスト削減を目的にするものではなく、物的及び人的資源の最適利用を目的としてなされるべきであることを忘れてはならない。最終的には医療サービスの質的向上を図ることを目的にして、医療労働の標準化が求められるべきである。

医療労働の標準化には2つの機能がある。1つは医療サービスの質を保証する機能であり、2つは医療労働の効率性を高める機能である。しかし、医療労働の「標準化」が市場原理の中

で機能する側面だけが過度に重視され、「効率性の向上」に偏重したならば、そのことはむしろ医療サービスの質の低下をもたらすという結果を導くことになりかねないことには、十分な注意が求められる。

「標準化」された医療労働の工程作業表は、クリティカルパスまたはクリニカルパスの名称で呼ばれている。クリティカルパスは、元来アメリカにおける効率的な建築工法の手法として開発されたものであり、製造業における工程管理に発するものを臨床医学の世界に応用した作業管理の技法とすることができる。

具体的には、診断群（1つの疾病）ごとに設定され、医療上の処置や看護を中心とする一連の作業工程、または患者の入院から退院までの一連の工程を示すものである。

例えば、入院患者に対して、術前の検査から始まり外科手術を経て、リハビリに至る医療工程を説得的に示すことができる。また、その過程で診療に参加する医療従事者たちが実施する詳細な医療工程（診断、検査、手術、リハビリなど）の工程作業を具体的に示すためのものでもあり、いわば医療労働過程の可視化の要請にこたえるものである。

クリティカルパスは、一連の医療工程の全体の流れに即して、異なる多様な職種に従事する医療関係者が、それぞれの医療工程において、誰が何をすべきであるかを示すものであると同時に、関係者全員の役割の再確認を可能とするものでもある。その結果として、異なる職種の医療従事者が医療工程に関する情報を共有化することが可能となる。また、情報の共有化を通じて医療過誤を減らし、医療工程全体の作業時間の進行を縮減することを可能とする。その意味でも、医療従事者の働き方改革の柱でもある「ワークシフト」もしくは「ワークシェアリング」に活用できるアイテムだと考える。さらに、これら一連の医療労働の合理化を通じて、医療コストの削減を図ることも可能にするクリティカルパスの役割は極めて大きなものであるといえる。活用できる人的資源に限りがあるならば、限られた数の医療従事者だけで、効率の良い医療サービスを提供する方法を考案する必要がある。従来の発想にとらわれずに新しい感覚をもって、医療労働と医療労働における業務工程を見直すことも必要ではないだろうか。

4. 医師の過酷な勤務状況が招く女性差別の現状

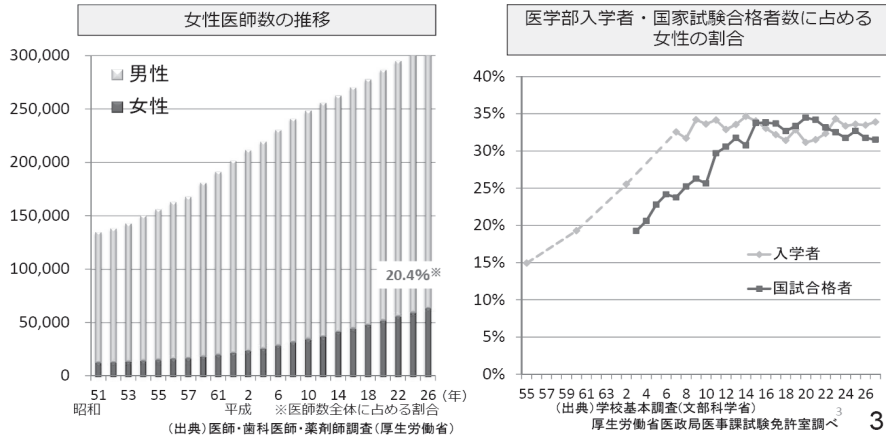
今般、女性の医学部受験をめぐる入試得点操作などが問題化している。得点を不正操作したこと自体に目が向けられているが、その根底にあるのが医師の過酷な勤務状況であることにこそ、注目しなければならないと思う。女性医師は、妊娠・出産・育児のために長時間働けないから男性と比べてアクティビティが下がるという理由で、入試の時点において差別化がなされたというのだ。医師の必要人数を算出する際には、女性医師を1.0人ではなく0.8人として計算

しているという話も聞くほど、一人前の戦力として考えていない、凝り固まった旧態依然とした意識を改革することから始めなければならないのかもしれない。

折しも、厚生労働省が医師の勤務環境改善に問題意識を持ち、具体的な対策に乗り出したこのタイミングで、男女の差別がないことを前提とした総論としての医師の働き方改革を打ち出しても、各々の医療機関及び地域における実情を鑑みて、きめ細やかな対応をしていかないと、机上の空論となる危惧がある。

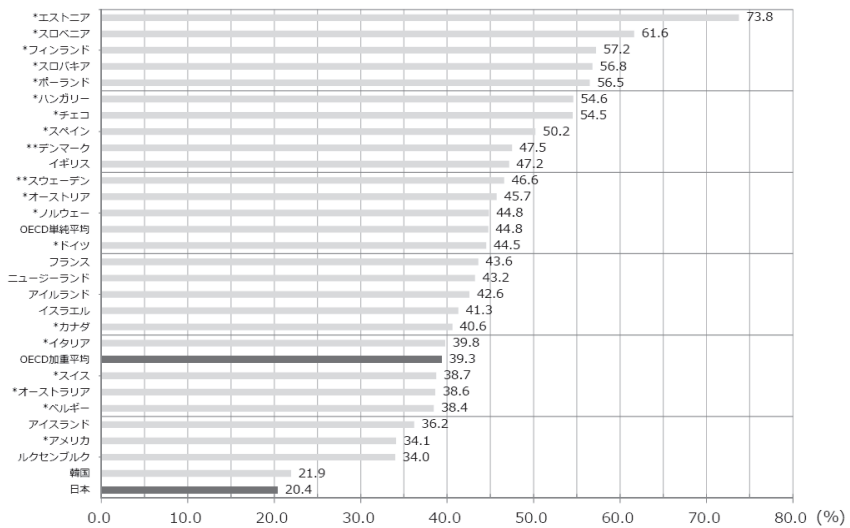
厚生労働省「女性医師キャリア支援モデル普及推進事業の成果と今後の取組について」資料3^{six}によれば、図表1の通り、全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあるとしながらも、平成26年時点で20.4%に過ぎない。また、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっているが、人口における割合、社会における女性活躍推進の動きなどを考慮すると、女性の割合が変わらない現状は不自然としか言いようがない。入試得点操作の結果として半数に満たないのだとすれば、なぜその割合を抑えなければならなかったのかについて検証する必要がある。また、図表2の通り、先進国の中でも、日本における女性医師の割合はOECD加盟国で最低である。女性医師が増えなかったのではなく、明らかに「増やさなかった」のである。いまだに、女性は結婚したら家庭に入り子育てをするものという意識が根強く、前提から女性の活躍の場が失われている現状は、医療界に限ったことではないが、医療界は特に、働き方改革を怠ってきたために、過酷な労働環境に耐えうる男性医師に頼らざるを得なかったのだ。外来患者を診て、当直という名の夜勤業務に入り、寝る間もなく救急患者を診て、当直明けにはまた通常勤務に入り外来患者を診るといった過酷な勤務ができる医師を求めてきたからに他ならない。何度も改革のチャンスがありながら、人手不足を理由に先延ばししてきてしまった。若手医師の意識改革が始まった今こそ、千載一遇のチャンスととらえ、医師であっても人間らしく働き、女性医師であっても活躍の場を見いだせる医療界にすべく、医師やその他の医療従事者のみならず、全ての国民を巻き込んで、知恵を出し合い、改革をすべきだと思料する。図表3の通り、女性医師が仕事を中断（休職）または離職した理由の上位は、出産・子育てである。つまり、出産・子育てを女性医師一人でなく、配偶者や社会全体で支えることができるならば辞めないということなのだ。子育ては母親だけのものではない。父親もしっかりと役割を担い、社会的な資産でもある女性を支えるべきであるし、それが自然の摂理でもあると考える。

【図表 1】



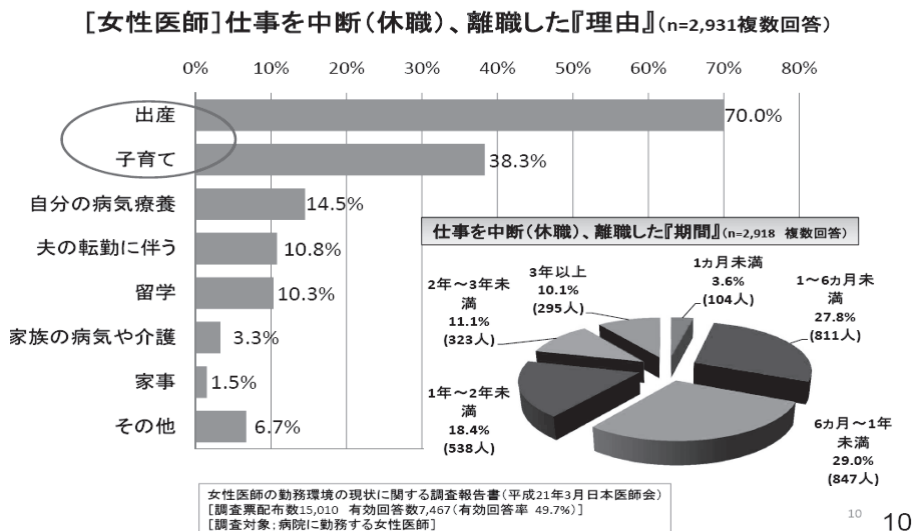
【図表 2】

OECD加盟国の女性医師の割合 OECD Health Statistics 2015



注1 「OECD単純平均」とは、各国の女性医師の割合を国間で平均をとったもの。
 注2 「OECD加盟平均」とは、OECD加盟国全体における女性医師数を総医師数で割ったもの。
 注3 *の国は2013年のデータ、**の国は2012年のデータ、それ以外は2014年のデータ。
 注4 オーストラリア、フィンランド、アイルランドは推計値。

【図表 3】



5. 応召義務

医師法第19条1項において、「診療に従事する医師は、診療治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」としている。同上2項においては、「診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会った医師は、診断書若しくは検案書又は出産証明書若しくは死産証明書の交付の求めがあった場合には、正当の事由が無ければ、これを拒んではならない。」としている。

もともとなったのは、旧刑法(明治13年)第427条9号の「医師隠婆(現在の助産師)故ナクシテ急病人ノ招キニ応セサル者」は、「一日以上三日以下の拘留ニ処シ又ハ二十銭以上一円二十五以下ノ科料に処ス」という条文であり、大正8年に医師の部分だけが旧医師法施行規則第9条2項に移され、昭和17年に国民医療法第9条1項となり、昭和23年制定の現行法に、罰則を削除して引き継がれたものである。罰則を削除した背景には、医師の応召義務は法律以前のものであるから罰則を伴わない倫理規定であるという考え方をとったものであると言われている^{xx}が、これが今日では、医療現場の医師の働き方に大きな影響を与えることになってしまった。罰則はないとしながらも、医師法第7条の医師としての品位を損する行為での医師免許取り消しまたは停止の処分を受ける可能性もあり、保護責任者遺棄罪(刑法第218条)に該当する場合もある。

当初は、医療の主体が個人開業医であった明治初期の医師を想定して、開業医に求めたもの

である。今日のように規模の大きな医療機関が増える中、勤務地と住居を異にする勤務医や住居と離れた場所で開業する医師が、医師の身分法である医師法の本条の対象となるものであるのか、医師個人の問題として論じていいものか否か疑問が残る。また、発令されてからかなりの時間が経過している今の医療現場においてこのままの義務を医師に求めてよいのか、検討する時期が来ていると思われる。

ところで「正当な事由」とは、どういった事由を指すのか。医師側の事情としては、医師の不在、病気、酩酊の程度、専門外、時間外などとされ、患者側の事情としては、病状が軽く、緊急性がない場合などが該当する。地域その他の事情としては、近くに専門医、専門病院がある場合などが挙げられる。

応召義務に関する厚生労働省の通知や回答から、「正当な事由」の見解を確認してみる。

(1) 昭和 24 年 9 月 10 日医発 752 号厚生省医務局長通知

- ① 医業報酬が不払いであってもこれを理由に診療を拒むことはできない。
- ② 診療時間を制限している場合であってもこれを理由に急施を要する患者の診療を拒むことはできない。
- ③ 天候不良なども、事実上往診の不可能な場合を除いて「正当な事由」には該当しない。
- ④ 医師が自己の標榜する診療科以外の診療に属する疾患について診療を求められる場合も、患者がこれを了承する場合は一応の理由と認めうるが、了承しないで依然診療を求めるときは、応急の措置その他出来る範囲のことをしなければならない。

(2) 昭和 30 年 8 月 12 日医収第 755 号厚生省医務局医務課長回答

- ① 医師法第 19 条にいう「正当な事由」のある場合とは、医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られるのであって、患者の再三の求めにもかかわらず、単に軽度の疲労の程度をもってこれを拒絶することは、第 19 条の義務違反を構成する。
- ② 医師が第 19 条の義務違反を行った場合には罰則の適用はないが、医師法第 7 条にいう「医師としての品格を損するような行為があったとき」にあたるから、義務違反を反復するが如き場合において同条の規定により医師免許の取消又は停止を命ずる場合もありうる。

(3) 昭和 30 年 10 月 26 日医収 1377 号厚生省医務局長回答

休診日であっても、急患に対応する応召義務を解除されるものではない。

(4) 昭和 49 年 4 月 16 日医発第 412 号厚生省医務局長回答

休日診療所、休日夜間当番医制等の方法により地域における急患診療が確保され、か

つ地域における地域住民に十分周知徹底されているような休日夜間診療体制が敷かれている場合において、医師が来院した患者に対し休日夜間診療所、休日夜間当番医等で診察を受けるよう指示することは、医師法第19条1項の規定に反していないものと解される。ただし、症状が重篤である等直ちに必要な応急の措置を施さねば患者の生命、身体に重大な影響が及ぶおそれがある場合においては、医師は診療に応ずる義務がある。

こうしてみると、患者からの求めがあればよほどのことが無い限り対応しなければならず、患者ファーストのルールであるように思われる。複数の医師が待機している状況で、仮眠時間も確保され、実働後の休息時間も取れる状況であればまだしも、実際は、長時間労働を余儀なくされる医師による通常業務からの連続勤務による患者対応であるとすれば、応召義務そのものを見直す必要があるのではないだろうか。つまり、患者を救うためなら、自らの健康や家族との時間も犠牲にしなければならないというルールであってはならないということだ。

応召義務をめぐる裁判の中では、患者と病院間の信頼関係が失われていることを理由に診療拒否の正当な事由とした判示^{xxi}もある。本裁判例は、患者の不妊治療継続中に過失を理由とした訴訟を提起されたために、病院側が「転医および治療延期のお願い」という文書を患者に送付したことが応召義務違反に当たるか否かという事案であり、医師との信頼関係を損なう行為（訴訟）があったことが正当な事由があるという判断を導いたものと考えられる。もし、治療の緊急性があったり転院可能な病院がないということであれば結果は違っていたと思われる。

また、ADHD・神経症^{xxii}と診断された患者が、院内での言動を理由に診療を拒絶され精神的損害を被ったとして慰謝料の請求をした事例でも、診療拒絶に正当な事由があるとして請求を棄却^{xxiii}している。やはり、この判決も医師と患者の信頼関係が患者の言動により損なわれたことを判断の要素にしているようだ。

応召義務違反と認められた例^{xxiv}もある。気管支ぜんそくの小児が満床を理由に診療拒否をされ、遠方に搬送され死亡した事例であり、満床が拒否の正当な理由にならないとされた。満床だとしても応急処置をして、ベッドが空くのを待つなどの対応が可能だったのではないかという見解である。緊急性があり、代替の病院が遠方だったこと等、診療を拒絶した場合の影響の大きさを考慮しての判断だと思われる。

このように、個々の案件に対して個別の判断がなされる応召義務であるが、好き好んで診療拒否をする医師などいないということを忘れてはいないだろうか。医師である以上、崇高な理念を持ち、救える命は救いたいと考えているのだ。それを100%実行できないことを歯がゆく思わない医師などいないということを忘れないでほしい。そういった意思を有しているにもかかわらず応じられないのはなぜなのか、不可能にするような状況がなぜ存在するのか。それを考えない限り、法律でいかに縛ろうとも根本解決にはならない。

医師不足、地域偏在、診療科偏在、女性医師の問題、医師同士の連携、医師と他職種との連携、補助職の活用、患者の意識改革、その他すべての原因をあらゆる方向から見直し、医師の働き方を改革しない限りは、真の意味での応召義務違反の解消には結びつかないと考える。

6. 国民の理解

応召義務を検討するにあたり、患者側の視点も重要である。医師の長時間労働の第一の要因となっているのは、緊急対応や手術・外来対応等の延長であるのはやむを得ないところであるが、それ以外にも、患者側の都合により診療時間外に患者説明をしなければならない状況や、診療時間以外の看取りでも主治医の同席を求めることが指摘されている。ようやく診療時間外に緊急でない病状説明を回避する動きが出てきており、説明文とともに、診療時間内の病状説明につき平日の診療時間内に複数主治医制を基本としたチームでの対応に理解を求める文書が院内に掲示されている医療機関も増えてきた。医師にとっては、不特定多数の患者が対象であるためかなりの時間を要するが、患者の家族にとっては、例えば数時間の有給休暇の取得等で対応することができる場合もある。そうすることで医師の時間外労働が削減できるのであれば、ぜひ協力を願いたいところだ。

また、一定の医療行為（特定行為）^{xxxv}を行うことができる「特定看護師」^{xxxvi}などの活用により、医師の負担軽減を図る医療機関もある。特定行為を看護師が担当することで、医師の業務をワークシフトもしくはワークシェアリングできるとすれば、労働時間の短縮に関してかなり効果が上がるのではないと思われる。

ただし、医療安全の観点、看護師の資質及び技術力の問題等に加え、患者の理解が得られることが前提となるため、どの医療機関でもすぐに着手できることではない。可能な限り、医師の指示や指導の下に医師を補助する取り組みを開始することは、医師の心身への負担軽減に寄与するものと推測できるが、同時にその負担を引き受ける看護師の負担軽減も図らなければならない。看護補助職の活用や、他の職種へのシフトを念頭に、医療従事者全体でどのように業務分担できるかを検討し、地域医療を守るためには業務分担への患者の理解も必要であることを発信していく必要があるだろう。

これまで、国民皆保険の下、フリーアクセスが当たり前になり、徐々に患者側の要求が大きくなってきており、医師をはじめとする医療従事者に患者のニーズに合わせた働き方を求めるようになってしまったように感じる。その結果、緊急を要する症状以外でもタクシー代わりに要請するなどの救急車の誤った利用の仕方等も散見されるようになった。その結果、ますます医療従事者は繁忙になり、本当に必要とする救急患者が後回しになる事態まで引き起こしてい

る。国民一人ひとりが、医師をはじめとする医療従事者の勤務実態がどうなっているのかを知り、自身の医療機関へのかかり方は医師やその他の医療従事者に余分な負担を掛けてはいないかを自問自答する必要もあるように思う。

まとめにかえて

筆者は何度かにわたり病院の実態調査をする機会を得て、さらに医療従事者からのヒヤリング調査も行ってきたが、10年近い歳月が経過しているにもかかわらず過酷な労働が慢性的に広がっている状況はほとんど変わっていない。臨検にも立会い法令遵守の必要性を知りながら、何ともしがたい現状に歯痒い思いをしたことも否定できない。過酷な労働条件の改善に対する方策を、労務管理を担当すべき社会保険労務士として、医療機関と行政などを交えて考えていかなければならないことは常に心しているところである。

本来は、医師一人あたりの適切な業務量を設定して定員が定まられるはずであるが、何と言っても絶対数が足りないのであるから、業務そのものを作業工学的な見地から見直していくと同時に、医療秘書、看護助手などの補助職の登用を促進させ、せめて書類作成に係る労働負担を軽減すべきである。

医師の働き方改革においては、ある程度の時間外労働を前提にして、医師は不足していないとしているが、もし、時間外労働をせず、定時で終了して帰宅することを前提として医師数を算定した場合にどれだけの不足となるのか、見当がつかないほど、一人で何役もこなしている医師の現状を本当にわかっているのか、試算をしてみしてほしい。すべての医師が負担を感じない働き方をした場合には現状の2倍以上の医師数を必要とするのではないだろうか。なぜなら、法定の2倍以上の時間を労働している医師がそこかしこに存在するからである。とはいえ、国の方針としても医師の増員はしない方向のようだ。医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第3次中間とりまとめ^{xxvii}によれば、「医師は着実に増加し、今後も増加することが見込まれる」とし、平成32年度以降の医師養成数の方針では、「一定の仮説として月80時間相当に時間外・休日労働を制限したとしても、労働時間の短縮に向けた取組等が一定程度進んだケース2の場合は、平成32年度（2020年度）の医学部入学者が臨床研修を修了する平成40年度（2028年度）頃に、週55時間に労働時間を制限する等、最も医師の需要が大きくなると仮定したケース1においても、平成45年度（2033年度）頃に、全国レベルの医師需給が均衡すると推計された。」とまとめ、医師数が問題なのではなく、あくまで偏在が問題なのだとしているが、それが事実なのかどうか、医療現場を見る限りにおいては信じがたい結論である。

一人の医師として活躍するまでには10年以上の歳月がかかる。そのため、地道に医師の増員

や偏在解消を求める活動をしつつ、即効性のある対策も検討しておかなければならないと考える。

今からできることとして、従来一か所に集約されていた事務部門を各病棟に配置する、あるいはメディカルクラークが医師の事務作業を担当する等、医療専門職の事務処理のサポートが効果的だとする結果は、いたるところで報告されている。今日、医師と患者との関係は診断や検査結果から得られた情報を媒介とするものとなっている。各部門及び各医療従事者間の情報共有が不可欠であり、一人の人間としての患者の疾病や生活を知る者の経営参画が欠かせない状況でもある。ある病院では医療現場をよく知る看護師を副院長職に配置する工夫もされた。これにより、現場の意見を集約して情報共有して、更に情報のフィードバックを行い、医療従事者全体の合意形成を図ることが容易になった例がある。

医療機関は様々な専門職の集合体であるが、各々がその資格ごとに細分化された役割だけを果たせばよいというものではない。専門性を発揮しつつもチームとして結集し、専門職相互間のつながりを強化していく必要がある。十分な人員を確保できない状況においては特に職場の協働のあり方が医療機関全体としての質の向上につながっていく。限られた人的資源であるならば、人的資源の最適利用を目的として、従来の発想にとらわれずに医療労働における業務工程を見直すことが必要ではないか。関係職種が参画し、情報の共有化を図り、過去の事例と付き合わせるにより無駄な診療を排除するなどの改定作業を経て、工程全体の作業時間の進行を縮減することを可能とすることができるのではないだろうか。

医療従事者の自己犠牲の上に成り立つ医療は長続きしない。今こそ、質の高い医療提供体制を維持し、国民の生命を守り、医師自身の健康確保を両立させる術を求めて、医療従事者の労働環境の改善のための議論を深めるべき千載一遇の機会ととらえ、国民全員が自身のこととして参加すべきときであると思料する。

(注)

- i 厚生労働省資料「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（平成30年法律第71号）の概要より
平成30年8月10日検索 <https://www.mhlw.go.jp/content/000332869.pdf>
- ii 労働基準法第32条
使用者は、労働者に、休憩時間を除き一週間について四十時間を超えて、労働させてはならない。
2 使用者は、一週間の各日については、労働者に、休憩時間を除き一日について八時間を超えて、労働させてはならない。
- iii 労働基準法第36条
使用者は、当該事業場に、労働者の過半数で組織する労働組合がある場合においてはその労働組合、労

働者の過半数で組織する労働組合がない場合においては労働者の過半数を代表する者との書面による協定をし、これを行政官庁に届け出た場合においては、第三十二条から第三十二条の五まで若しくは第四十条の労働時間（以下この条において「労働時間」という。）又は前条の休日（以下この項において「休日」という。）に関する規定にかかわらず、その協定で定めるところによつて労働時間を延長し、又は休日に労働させることができる。ただし、坑内労働その他厚生労働省令で定める健康上特に有害な業務の労働時間の延長は、一日について二時間を超えてはならない。

2 厚生労働大臣は、労働時間の延長を適正なものとするため、前項の協定で定める労働時間の延長の限度、当該労働時間の延長に係る割増賃金の率その他の必要な事項について、労働者の福祉、時間外労働の動向その他の事情を考慮して基準を定めることができる。

3 第一項の協定をする使用者及び労働組合又は労働者の過半数を代表する者は、当該協定で労働時間の延長を定めるに当たり、当該協定の内容が前項の基準に適合したものとなるようにしなければならない。

4 行政官庁は、第二項の基準に関し、第一項の協定をする使用者及び労働組合又は労働者の過半数を代表する者に対し、必要な助言及び指導を行うことができる。

iv 労働基準法第36条を根拠とすることから、一般的には「36（サブロク）協定」と言われている

v 厚生労働省リーフレット「時間外労働の限度に関する基準」より抜粋

● 延長時間の限度

(1) 一般の労働者の場合

36協定で定める延長時間は、最も長い場合でも次の表の限度時間を超えないものとしなければなりません。

期 間	限度時間
1 週 間	<input type="checkbox"/> 15 時間
2 週 間	<input type="checkbox"/> 27 時間
4 週 間	<input type="checkbox"/> 43 時間
1 か 月	<input type="checkbox"/> 45 時間
2 か 月	<input type="checkbox"/> 81 時間
3 か 月	<input type="checkbox"/> 120 時間
1 年 間	<input type="checkbox"/> 360 時間

※一定期間が左の表に該当しない場合の限度時間は、計算式で求める時間となります。（具体的な計算式は、労働基準監督署にお問い合わせください。）

※限度時間は法定の労働時間を超えて延長することができる時間数を示すものです。また法定の休日の労働を含むものではありません。

(2) 対象期間が3か月を超える1年単位の変形労働時間制の対象者の場合

対象期間が3か月を超える1年単位の変形労働時間制により労働する者についての延長時間は、上記(1)とは異なり、最も長い場合でも次の表の限度時間を超えないものとしなければなりません。

期 間	限度時間
1 週 間	<input type="checkbox"/> 14 時間
2 週 間	<input type="checkbox"/> 25 時間
4 週 間	<input type="checkbox"/> 40 時間
1 か 月	<input type="checkbox"/> 42 時間
2 か 月	<input type="checkbox"/> 75 時間
3 か 月	<input type="checkbox"/> 110 時間
1 年 間	<input type="checkbox"/> 320 時間

※一定期間が左の表に該当しない場合の限度時間は、計算式で求める時間となります。（具体的な計算式は、労働基準監督署にお問い合わせください。）

※限度時間は法定の労働時間を超えて延長することができる時間数を示すものです。また法定の休日の労働を含むものではありません。

vi 医師法第19条 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

2 診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会つた医師は、診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証書の交付の求があつた場合には、正当の事由がなければ、これを拒んではならない

vii 2017年8月2日第1回検討会から、2018年7月9日の第8回まで回を重ねている。初回の自由討議に始まり、2018年6月には諸団体や立場の異なる個人からの意見を取りまとめた「中間的な論点整理」と「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組み」を公表した。

viii 労働基準監督署による調査の結果、違反が確認された場合に、その違反事項に対して「是正」を「勧告」する。

ix 罰則のある法令違反ではないが、改善事項すべきことがある場合に交付される。

x 是正勧告を受けたことに対して、是正をしたことを所轄労働基準監督署長に書面にて報告する文書

xi 2012年全国社会保険労務士会連合会社会保険労務士総合研究機構研究プロジェクト報告「医療現場の労務管理に関する研究」－勤務医等の過重労働を中心に－

xii 社会保険労務士8名の有志で結成された自主的研究会。特に医療労働をテーマにして調査研究を行っている。

- xiii 労働基準法第 32 条
 使用者は、労働者に、休憩時間を除き一週間について四十時間を超えて、労働させてはならない。
 2 使用者は、一週間の各日については、労働者に、休憩時間を除き一日について八時間を超えて、労働させてはならない。
- xiv 厚生労働省「脳・心疾患の労災認定」参照
- xv 労働基準法第 37 条
 使用者が、第 33 条又は前条第 1 項の規定により労働時間を延長し、又は休日に労働させた場合においては、その時間又はその日の労働については、通常の労働時間または労働日の賃金の計算額の二割五分以上五割以下の範囲内でそれぞれ政令で定める率以上の率で計算した割増賃金を支払わなければならない。
- xvi 労働基準法第 41 条
 この章、第六章及び第六章の二で定める労働時間、休憩及び休日に関する規定は、次の各号の一に該当する労働者については適用しない。
 一 別表第一第六号（林業を除く。）又は第七号に掲げる事業に従事する者
 二 事業の種類にかかわらず監督若しくは管理の地位にある者又は機密の事務を取り扱う者
 三 監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたもの
- xvii 労働基準法施行規則第 23 条
 使用者は、宿直又は日直の勤務で断続的な業務について、様式第十号によつて、所轄労働基準監督署長の許可を受けた場合は、これに従事する労働者を、法第 32 条の規定にかかわらず、使用することができる。
- xviii 2018 年 8 月 16 日検索
https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/jikan/pdf/02_05_09.pdf#search=%27%EF%BC%92%EF%BC%90%EF%BC%91%EF%BC%90%E5%B9%B4%E7%97%85%E9%99%A2%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E8%81%B7%E3%81%AE%E5%A4%9C%E5%8B%A4%27
- xix 2018 年 8 月 15 日検索
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000197435.pdf>
- xx 高橋勝好「医師に必要な法律」南山堂 参考
- xxi 弘前簡易裁判所平成 23 年 12 月 16 日判決
- xxii 発達障害の一つ（注意欠如，多動症）
- xxiii 東京地方裁判所平成 27 年 9 月 28 日判決
- xxiv 千葉地方裁判所昭和 61 年 7 月 25 日判決
- xxv 特定行為一覧表

特定行為	特定行為の概要
経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸音、一回換気量、胸郭の上がり等）及び検査結果（経皮的動脈血酸素飽和度（SpO ₂ ）、レントゲン所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの深さの調整を行う。

侵襲的陽圧換気の設定の変更	医師の指示の下、手順書により、身体所見（人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベル等）及び検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO ₂ ）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する。
非侵襲的陽圧換気の設定の変更	医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、気道の分泌物の量、努力呼吸の有無、意識レベル等）及び検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO ₂ ）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）の設定条件を変更する。
人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見（睡眠や覚醒のリズム、呼吸状態、人工呼吸器との同調等）及び検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO ₂ ）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、鎮静薬の投与量の調整を行う。
人工呼吸器からの離脱	医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、一回換気量、努力呼吸の有無、意識レベル等）、検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO ₂ ）等）及び血行動態等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、人工呼吸器からの離脱（ウィーニング）を行う。
気管カニューレの交換	医師の指示の下、手順書により、気管カニューレの状態（カニューレ内の分泌物の貯留、内腔の狭窄の有無等）、身体所見（呼吸状態等）及び検査結果（経皮的動脈血酸素飽和度（SpO ₂ ）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、留置されている気管カニューレの交換を行う。
一時的ペースメーカーの操作及び管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見（血圧、自脈とペースティングとの調和、動悸の有無、めまい、呼吸困難感等）及び検査結果（心電図モニター所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、ペースメーカーの操作及び管理を行う。
一時的ペースメーカーリードの抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見（血圧、自脈とペースティングとの調和、動悸の有無、めまい、呼吸困難感等）及び検査結果（心電図モニター所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経静脈的に挿入され右心室内に留置されているリードを抜去する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。
経皮的心肺補助装置の操作及び管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見（挿入部の状態、末梢冷感の有無、尿量等）、血行動態（収縮期圧、肺動脈楔入圧（PCWP）、心係数（CI）、混合静脈血酸素飽和度（SvO ₂ ）、中心静脈圧（CVP）等）及び検査結果（活性化凝固時間（ACT）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的な心肺補助装置（PCPS）の操作及び管理を行う。

<p>大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（胸部症状、呼吸困難の有無、尿量等）及び血行動態（血圧、肺動脈 楔 入圧（PCWP）、混合静脈酸素飽和度（SvO₂）、心係数（CI）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、大動脈内バルーンパンピング（IABP）離脱のための補助の頻度の調整を行う。</p>
<p>心嚢^{のう}ドレーンの抜去</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（排液の性状や量、挿入部の状態、心タンポナーデ症状の有無等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、手術後の出血等の確認や液体等の貯留を予防するために挿入されている状況又は患者の病態が長期にわたって管理され安定している状況において、心嚢^{のう}部へ挿入・留置されているドレーンを抜去する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。</p>
<p>低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、エアリークの有無、排液の性状や量等）及び検査結果（レントゲン所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、吸引圧の設定及びその変更を行う。</p>
<p>胸腔ドレーンの抜去</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、エアリークの有無、排液の性状や量、挿入部の状態等）及び検査結果（レントゲン所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、手術後の出血等の確認や液体等の貯留を予防するために挿入されている状況又は患者の病態が長期にわたって管理され安定している状況において、胸腔内に挿入・留置されているドレーンを、患者の呼吸を誘導しながら抜去する。抜去部は、縫合又は結紮閉鎖する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。</p>
<p>腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針^{せん}の抜針を含む。）</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（排液の性状や量、腹痛の程度、挿入部の状態等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入・留置されているドレーン又は穿刺針^{せん}を抜去する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。</p>
<p>胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（ろう孔の破たんの有無、接着部や周囲の皮膚の状態、発熱の有無等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換を行う。</p>
<p>膀胱ろうカテーテルの交換</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（ろう孔の破たんの有無、接着部や周囲の皮膚の状態、発熱の有無等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、膀胱ろうカテーテルの交換を行う。</p>
<p>中心静脈カテーテルの抜去</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（発熱の有無、食事摂取量等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、中心静脈に挿入されているカテーテルを引き抜き、止血するとともに、全長が抜去されたことを確認する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。</p>

末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	医師の指示の下、手順書により、身体所見（末梢血管の状態に基づく末梢静脈点滴実施の困難さ、食事摂取量等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、超音波検査において穿刺静脈を選択し、経皮的に肘静脈又は上腕静脈を穿刺し、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル（PICC）を挿入する。
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	医師の指示の下、手順書により、身体所見（血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、膿や滲出液の有無、褥瘡部周囲の皮膚の発赤の程度、感染徴候の有無等）、検査結果及び使用中の薬剤等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、鎮痛が担保された状況において、血流のない遊離した壊死組織を滅菌ハサミ（剪刀）、滅菌鑷子等で取り除き、創洗浄、注射針を用いた穿刺による排膿等を行う。出血があった場合は圧迫止血や双極性凝固器による止血処置を行う。
創傷に対する陰圧閉鎖療法	医師の指示の下、手順書により、身体所見（創部の深さ、創部の分泌物、壊死組織の有無、発赤、腫脹、疼痛等）、血液検査結果及び使用中の薬剤等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、創面全体を被覆剤で密封し、ドレナージ管を接続し吸引装置の陰圧の設定、モード（連続、間欠吸引）選択を行う。
創部ドレーンの抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見（排液の性状や量、挿入部の状態、発熱の有無等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、創部に挿入・留置されているドレーンを抜去する。抜去部は開放、ガーゼドレナージ又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。
直接動脈穿刺法による採血	医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、努力呼吸の有無等）及び検査結果（経皮的動脈血酸素飽和度（SpO ₂ ）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。
橈骨動脈ラインの確保	医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、努力呼吸の有無、チアノーゼ等）及び検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO ₂ ）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈から穿刺し、内套針に動脈血の逆流を確認後に針を進め、最終的に外套のカニユーレのみを動脈内に押し進め留置する。
急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見（血圧、体重の変化、心電図モニター所見等）、検査結果（動脈血液ガス分析、血中尿素窒素（BUN）、カリウム値等）及び循環動態等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過装置の操作及び管理を行う。
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見（食事摂取量、栄養状態等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整を行う。

<p>脱水症状に対する輸液による補正</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（食事摂取量、皮膚の乾燥の程度、排尿回数、発熱の有無、口渇や倦怠感の程度等）及び検査結果（電解質等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、輸液による補正を行う。</p>
<p>感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（尿混濁の有無、発熱の程度等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、感染徴候時の薬剤を投与する。</p>
<p>インスリンの投与量の調整</p>	<p>医師の指示の下、手順書（スライディングスケールは除く）により、身体所見（口渇、冷汗の程度、食事摂取量等）及び検査結果（血糖値等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、インスリンの投与量の調整を行う。</p>
<p>硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（疼痛の程度、嘔気や呼吸困難感の有無、血圧等）、術後経過（安静度の拡大等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、硬膜外カテーテルからの鎮痛剤の投与及び投与量の調整を行う（患者自己調節鎮痛法（PCA）を除く）。</p>
<p>持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（動悸の有無、尿量、血圧等）、血行動態及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中のカテコラミン（注射薬）の投与量の調整を行う。</p>
<p>持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（口渇や倦怠感の程度、不整脈の有無、尿量等）及び検査結果（電解質、酸塩基平衡等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロール（注射薬）の投与量の調整を行う。</p>
<p>持続点滴中の降圧剤の投与量の調整</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（意識レベル、尿量の変化、血圧等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の降圧剤（注射薬）の投与量の調整を行う。</p>
<p>持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（食事摂取量、栄養状態、尿量、水分摂取量、不感蒸泄等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の糖質輸液、電解質輸液の投与量の調整を行う。</p>
<p>持続点滴中の利尿剤の投与量の調整</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（口渇、血圧、尿量、水分摂取量、不感蒸泄等）及び検査結果（電解質等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の利尿剤（注射薬）の投与量の調整を行う。</p>
<p>抗けいれん剤の臨時的投与</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（発熱の程度、頭痛や嘔吐の有無、発作の様子等）及び既往の有無等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗けいれん剤を投与する。</p>
<p>抗精神病薬の臨時的投与</p>	<p>医師の指示の下、手順書により、身体所見（興奮状態の程度や継続時間、せん妄の有無等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗精神病薬を投与する。</p>

抗不安薬の臨時の投与	医師の指示の下、手順書により、身体所見（不安の程度や継続時間等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗不安薬を投与する。
抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見（ ^{せん} 穿刺部位の皮膚の発赤や腫脹の程度、 ^{とう} 疼痛の有無等）及び漏出した薬剤の量等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、副腎皮質ステロイド薬（注射薬）の局所注射及び投与量の調整を行う。

xxvi 法律上の資格ではないが、「特定行為に係る看護師の研修」を終了した看護師を略して特定看護師と呼称している。

xxvii 平成 30 年 5 月 31 日公開