

資料 医師に関する宿日直許可と勤務間インターバルの問題点

2023.8.31

全国医師ユニオン 植山直人

1、はじめに

医師の働き方改革が2024年4月より本格的に実施されるが、医師の働き方改革は多くの医療機関で進んでおらず、長時間労働によりワーク・ライフ・バランスはおろか、多くの医師が健康を奪われ、少なくとも医師が日常的に死や自殺を考えている。医師の長時間労働の最も大きな要因は夜間の時間外労働（いわゆる当直）である。しかし、時間外に入院中の重症患者や救急患者への診療を行っているにも関わらず、宿日直許可を取っていることを理由に、夜間の時間外労働時間を労働時間に入れていない病院が少なくない。宿日直許可に関しては少なくとも厚労省の「医師、看護師等の宿日直許可基準について」(1)の通達に基づき厳格に審査する必要があるが、実態とかけ離れた宿日直許可の乱発が横行し勤務医の不安や不満を増大させている。

その一因は厚労省や労基署の指導にあると言わざるを得ない。ここでは厚労省が示している「医療機関の皆様へ（宿日直許可制度の御紹介）医療機関における宿日直許可 ～申請の前に～」(2)に記載されている許可事例の内容を検討し、いかに実態を無視した指導が行われているかを明らかにする。ここに示された事例は、不適切な宿日直許可の乱発を誘導しているため、すみやかに誤りがあることを認め、不適切な宿日直許可がないか総点検を行い、不適切な許可はすぐに取り消すべきである。

2、宿日直許可とは

医師に関する宿日直許可は、労基法第41条の「労働時間等に関する規定の適用除外」に基づくものである。厚労省が示す「労働基準法の宿日直許可のポイント」には以下のように記載されている。

「定時的巡視、緊急の文書又は電話の收受、非常事態に備えての待機等を目的とする働き方が対象となります。なお、始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の收受又は盗難・火災防止を行うなど、通常の労働の継続は、原則として許可の対象となりません。」

なお、医師・看護師に関する宿日直許可については別途、「医師、看護師等の宿日直許可基準について」（令和元年7月1日 基発0701第8号）によって定められている。

そこには医師に関するものとして下記のことが明記されている。

「1 医師等の宿日直勤務については、次に掲げる条件の全てを満たし、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場合には、規則第23条の許可(以下「宿日直の許可」という。)を与えるよう取り扱うこと。

(1) 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。すなわち、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務態様が継続している間は、通常の勤務時間の拘束から解放されたとはいえないことから、その間の勤務については、宿日直の許可の対象とはならないものであること。

(2) 宿日直中に従事する業務は、一般の宿日直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。例えば、次に掲げる業務等をいい、下記2に掲げるような通常の勤務時間と同

態様の業務は含まれないこと。

・ 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

・ 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

一方で以下の記載もみられる。

「2 上記1によって宿日直の許可が与えられた場合において、宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事すること(医師が突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等に対応すること、又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)が稀にあったときについては、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、宿日直の許可を取り消す必要はないこと。」

ここでは、以下の点を確認しておく。

・ 通常の宿日直許可は「定時的巡視、緊急の文書又は電話の収受、非常事態に備えての待機等」であるとされている。

・ 医師の場合は、以下のように一定の条件下で一定の業務が認められている。

「夜間に十分な睡眠がとり得るものである場合」であること。

「通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。」

「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。」

「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」

「外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間」に「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」

このように、医師、看護師等の宿日直許可基準に関しては、通常の宿日直許可に加えて医療に関する一定の通常の業務を行ってよいとされており、医療従事者のみに不当な労働を担わせる温床となっている。

3、最高裁判決に反する「医師、看護師等の宿日直許可基準」とその拡大解釈の問題

「大星ビル管理事件」とはビル管理会社の従業員が従事する泊り勤務の間に設定されている連続7時間ないし9時間の仮眠時間が労働基準法上の労働時間に当たるとされた事例である。

最高裁は「上告人らの職務は、もともと仮眠時間中も、必要に応じて、突発作業、継続作業、予定作業に従事することが想定され、警報を聞き漏らすことは許されず、警報があったときには何らかの対応をしなければならないものであるから、何事もなければ眠っていることができる時間帯といっても、労働からの解放が保障された休憩時間であるということは到底できず、本件仮眠時間は実作業のない時間も含め、全体として被上告人の指揮命令下にある労働時間というべきである。」と判断を下している。

救急病院においては、通常24時間救急患者を受け入れることを表明しており、特別の理由がない限り救急患者を断ることはできない。しかも、救急病院は重度の患者を受け入れることを前提としている。また、入院中の患者の急変が軽症であるはずはないが、重症であることを理由に診療を拒否することはで

きない。救急患者の来院時や入院患者の急変時にはたとえ睡眠中であっても速やかに対応しなければならない。

このことから、先に示した最高裁の判決を医師の宿直に当てはめると以下のように書き換えることができる。下線の部分は医師業務に書き換えた部分であり、他の部分は最高裁の判決文そのままである。

「もともと仮眠時間中も、必要に応じて、患者の診断・治療を行うことが想定され、これを拒むことは許されず、入院患者の急変や救急患者の受診があったときには患者の命を守るために全力で対応をしなければならないものであるから、何事もなければ眠っていることができる時間帯といっても、労働からの解放が保障された休憩時間であるということは到底できず、医師の宿直中の仮眠時間は実作業のない時間も含め、全体として被上告人の指揮命令下にある労働時間であると言える。」

このことから、医師の宿直における仮眠時間や休憩時間は明らかに労働時間であると言える。宿日直許可が認められれば、労働時間と見なさなくてもよいとされているが、救急病院等で働く医師に宿日直許可を認めることは最高裁判決に反していると言える。

さらに問題であることは、労基署をはじめ多くの病院が宿日直中の診療が可能とすることを拡大解釈していることである。「医師、看護師等の宿日直許可基準について」自体に問題があるが、それでも「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること」や「少数の軽症の外来患者」や、「外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間」、「稀にあったとき」などの制限が記載されているがこれが無視されているケースが少なくない。

救急病院等の急性期病院が宿日直許可を取っている現状は、意図的な虚偽の申請がなされ、これを労基署が安易に認めているとしか考えられない。

4、救急医療の現状

厚労省の資料によれば H30 年の三次救急医療機関としての救命救急センターは 289、二次医療機関（輪番も含む）は 2,874 となっている。救急車による搬送は 621 万 6,909 人で、1 日当たり 17033 が搬送されている。これを単純に大半の救急搬送が行われる二次・三次救急の数で割ると 1 病院当たり 1 日 6 台の救急搬送があることになる。このことから、24 時間体制の救急を担う医療機関では、昼夜を問わず重症患者の診療が行われている。

また、多くの国民は病院で亡くなっている。2009 年の資料では年間 114 万人がなくなり、その内の約 90 万人が病院で亡くなっている。365 日で割ると毎日 2466 人が病院で亡くなっていることになるが、これらの人たちは二次・三次救急病院が対応していることが少なくない。

5、厚労省が示す宿日直許可例の問題点の具体的な検討

厚労省が示している「医療機関の皆様へ（宿日直許可制度の御紹介）医療機関における宿日直許可 ～申請の前に～」には 20 の許可事例が記載されているが、その申請内容をみていくことにする。

なお、20 例のうち 1 例は、「宿直医師の対象医師数」の欄に「臨床検査技師 8 名」と記載されており検査技師の業務内容が書かれている。つまり全くの記載ミスであるが、これを労基署が受理し厚労省が許可事例として堂々と公表していることは、内容についてまともなチェックすら行われておらず全くズサンな対応が見て取れる。

① 許可内容

医療機関における「宿日直 許可事例」の内訳は「病棟当直等」が3つ、「ICU、救急」が3つ（ただし、先に述べたように4つの記載があるが、そのうちの1つは検査技師に対する申請が誤って記載されているため実質3つである）、「救急病院」が5つ、「精神科」が3つ、「産科」が3つとなっている。また、宿日直の回数の例外として「許可回数特例」が2つ記載されている。

まずは一番の問題は、「許可を取得した業務」であるが、医師に関する19の事例のうち18が「非常事態」、1つが「緊急事態」に備えての待機とされていることである。一部の病院ではこれに加えて「定期回診」や「診察」「検食」が加えられている。

病院は入院患者がおり、通常、夜間や休日でも数人から数百人の病棟看護師やスタッフが勤務しているため、盗難や火災などの非常事態に医師が対応する必要はない。従って宿日直であるかどうかは別にして医師に求められる夜間や休日の時間外業務は診療である。当然、入院を必要とする患者の病状は不安定なものが多く、患者の急変への対応は日常的な業務である。また、救急病院で救急車を受け入れ救急患者の診療を行うことはまさに救急担当医の通常業務である。産婦人科医が夜間に分娩対応することも通常業務である。毎日、何度も起こることは「非常事態」や「緊急事態」ではない。

宿日直許可の前提となる「許可を取得した業務」そのものが全くの虚偽と言えるが、これがすべての許可事例に記載されていること、また、労基署がこれを理由として宿日直許可を認めていることは極めて悪質と言わざるを得ない。

② 記載の信ぴょう性

許可事例の(8)は三次救急病院であるが、労基署の調査概要には「①救急外来患者のうち軽症者に対する診察等 ②入院患者の容態の変動への対応を行う」と記載されている。しかし、三次救急とは二次救急等で対応することが困難な重症患者を治療することを目的とした最後の砦と言われる施設である。結果的に送られてきた患者が軽症であることはあり得るが、これも検査等を行いその結果により明らかになるものであり、軽症者に対する診療を前提とした宿日直医師を置くことなど考えられない。また、三次救急病院での入院患者の容態の変化であれば高度な治療の対応が必要となるため、「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること」には該当せず、「入院患者の容態の変化」は「稀」ではないため宿日直許可の対象外であることは明らかである。

この申請書の記載された内容は全く信ぴょう性がないと言わざるを得ない。

③ 業務の内容と対応時間について

ここでは救急対応に関して述べることにする。救急対応に要する時間は各許可事例によって大きく異なっていることも問題であるが、いずれにおいても医師の業務を細切れにして短く見積もっている。

例えば、許可事例の(10)は200床の救急病院であるが「労基署の調査概要」には、「入院患者の急変時の対応」として「緊急手術が必要な場合な場合は他病院への搬送」として「5～10分程度」と記されている。また、救急患者の対応として「診察病状説明」において1件当たり「10～20分程度」、また「気管挿管、死亡確認・死亡診断書作成」について「これらの各業務1件当たり10～15分程度」と記載されている。これらは、医師の業務を細切れにして労働時間を算出しているが、医師は生身の人間の命を守るために労働を行っているため機械の修理とは全く異なる。救急患者の診療であれば、診察開始から帰宅まで全責任を担当した医師が背負うことになる。しかも、帰宅させた患者が後に容体が悪化し再受診することあるため、慎重な判断と本人・家族への説明が求められる。深夜に救急搬送される患者は入院治療を必要とする場合が多い。この場合は救急患者の容体の把握から診断および入院中の治療の指示を出さな

なければならない。また、患者の容態は不安定であり状態の変化に応じて指示の変更を出す必要もある。担当した医師は朝になり他の医師へ申し送りをするまでは患者に対して全ての責任を負うことになり、精神的な負担は大きい。つまり、個別の手技や診療時間の合計は、患者を物として扱い、結果に対して医師が一切の責任を持たない場合にはじめて成り立つものである。夜間や休日に救急患者を担当した医師は、専門の医師や入院中の担当医となる医師に申し送りをして引き渡すまで、全責任を持ち最善を尽くすことを教育されており、これを実践している。また、本人家族もそれが当然であると思っている。この現実が全く考慮されておらず、医師の実際の労働が正しく反映されていない。

また、深夜に救急搬送された患者に入院の必要がなく帰宅させる場合も、簡単ではないケースが少なくない。患者や家族は強い不安を持っており、入院の必要がないと説明しても納得が得られなくトラブルとなることも珍しくなく、医師にとって帰宅可能の判断や説明は精神的な負担が大きい。

その他にも、「気管挿管」10～15分程度とされているが、気管挿管は患者の呼吸状態が悪化した場合や悪化が予想される場合に行うもので、この手技自体が単独で行われることはない。夜間や休日に気管挿管を行うということは予定されたものではなく、多くはすでに酸素投与が行われているにも関わらず、病状が悪化した場合や悪化が予想される場合である。従ってこれを実施する医師は、病状の把握が前提でありそのための検査等や診察を行ったうえで、気管挿管の必要性の判断を行うことになる。また、気管挿管は目的ではなく、治療の手段であるため、気管挿管後の治療方針を立て実行する必要がある。急に気管挿管が必要となるケースでは人工呼吸器の装着が必要となることが多いが、この場合はさらに多くの仕事を行う必要があり、場合によっては家族への説明も必要となる。仮に人工呼吸器の必要がない場合も、病状の変化によってはどのタイミングで人工呼吸器の装着を行うかを常に考えて経過を見ることになる。

また、「緊急手術が必要な場合は他病院への搬送」として「5～10分程度」とされているが、これも全くさんなものである。入院患者に「緊急手術が必要」となるということは予想されていない深刻な事態が起きたことになるため、この病状の悪化がいつからどのような経過で起きてどのような緊急手術が必要であるかの判断が行われることになる。この病状の把握や治療方針の検討抜きに緊急手術の判断は行えない。また、「他病院への搬送」となっているが、緊急手術を引き受けてくれる病院を探し、その担当医師に病状と緊急手術の必要性を説明する必要がある。さらに、家族にも緊急手術の必要性を説明して受け入れてくれる病院への転院の了解を得る必要も出てくる。このような複雑で緊張を要する対応がまるで物を輸送するようにたった5～10分程度とされている。

6、医師労働の過重性について

過重労働に関する労災認定に関しては令和3年に新しい基準が示された。これまでは「発症前1カ月におおむね100時間または発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1カ月当たり80時間を超える時間外労働が認められる場合について業務と発症との関係が強いと評価できる」とされていたが、改正後は上記の時間に至らなかった場合も、これに近い時間外労働を行った場には、「労働時間以外の負荷要因」の状況も十分に考慮するとされている。負荷要因としては勤務時間の不規則性として①拘束時間が長い勤務、②休日のない連続勤務、③勤務間インターバルの短い勤務（勤務間インターバルがおおむね11時間未満の勤務の有無。医師の勤務間インターバルは9時間であり、負荷要因となる）、④不規則な勤務・交代制勤務・深夜勤務が挙げられている。

また、心理的な負荷を伴う業務としては、「常に自分あるいは他人の生命、財産が脅かされる危険を有

する業務]、「人命や人の一生を左右しかねない重大な判断や処置が求められる業務」とされている。

このように医師の長時間労働や深夜勤務および9時間の勤務間インターバルは労災認定の負荷要因である。これに加えて、医師の救急対応等の業務自体が患者の命に係わる仕事であり心理的な負荷が極めて大きいと言える。

以上のことから、夜間の救急対応は極めて負荷が大きな業務と言える。

7、勤務間インターバルの問題

特に問題である点は宿日直許可が認められた場合、この時間を勤務間インターバルの時間とすることが認められている点である。すでに述べたように、救急対応等の業務を義務付けられた医師の夜間労働を宿日直許可として認めること自体が、最高裁の判決に反するものである。病院内に拘束され入院患者の急変や救急への対応が義務付けられている医師の夜間労働は極めて負荷が大きな労働である。これを宿日直許可を理由に勤務間インターバルとして認めることは異常と言える。これまでの労災認定で積み上げられてきた知見や健康確保の取り組みなどの労働者保護の政策に完全に背を向けるものである。このことは夜間業務に従事する医師の長時間労働がないように見せかける悪質なごまかしであり、医師の健康確保を放棄するもので決して許されるべきものではない。

医師の宿日直許可基準を見直し、最高裁の判決と矛盾がないように改めること、またその上で宿日直許可の総点検を行い実態と異なる宿日直許可を取り消すことが強く求められている。