

平成30年5月17日



医師偏在対策と働き方改革 ～医療行政の今～

厚生労働省 医政局長

Director-General, Health Policy Bureau

武田俊彦



医師偏在対策と働き方改革～医療行政の今～

医師偏在対策

医療法及び医師法の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
都道府県の意見を聴いた上で国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

平成31年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は平成32年4月1日から施行。）

医療法及び医師法の一部を改正する法律案のポイント

現状と課題

- 平成20年以降の医学部臨時定員増による**地域枠での入学者**が、平成28年以降診療に従事。
- 地域の医師偏在是正のため、**地域枠医師等**が、
 - ・**医師不足地域等での医療提供**を積極的に選択できる環境整備とともに、
 - ・医師の希望等を踏まえた**キャリア形成支援**が必要。

- 一部都道府県**の医師確保対策の**体制が不十分**。
 - ・地域医療対策協議会未開催
 - ・医師派遣時、都道府県・大学間の連携が不十分
- 都道府県**が**医師確保対策を主体的に実施**できる体制を構築する必要。

- 医学部段階・臨床研修段階**を通じ、医師は自らが研鑽した**地域に定着**する傾向。
- 新専門医制度**が平成30年4月から開始。新制度開始後も、医師のキャリアや**地域医療への配慮**が**継続される仕組み**が必要。

- 外来医療について、
 - ・無床診療所の開設状況が都市部に偏在
 - ・医療機関間の連携の取組が地域状況に依存
- 外来機能情報の可視化・地域での機能分化・連携方針**を協議する枠組みが必要。

- 地域医療構想の推進を促す仕組み**が必要。

法案の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設

- **医師少数区域等での勤務経験**を**厚生労働大臣**が評価する**認定制度**を創設
- **認定医師**のみを**地域医療支援病院等**の一定の医療機関の**管理者**とする

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制整備

- **都道府県事務**に、**キャリア形成プログラム策定**、**医師少数区域への医師派遣**等を追加
- 「**医師確保計画**」の**策定**や、**大学・医師会・主要医療機関**等を構成員とする**地域医療対策協議会**での**具体的医師確保対策の協議**を追加

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実

- 医学部**…都道府県知事から大学に対する**地域枠・地元出身者枠の創設・増加の要請**
- 臨床研修**…厚生労働大臣から**都道府県知事**に**臨床研修病院の指定・定員設定権限**を移譲
- 専門研修**…**日本専門医機構等**に対する、専門研修実施に必要な措置実施に関する**厚生労働大臣の要請規定**、**意見聴取規定**等を追加

4. 地域での外来医療機能の偏在・不足等への対応

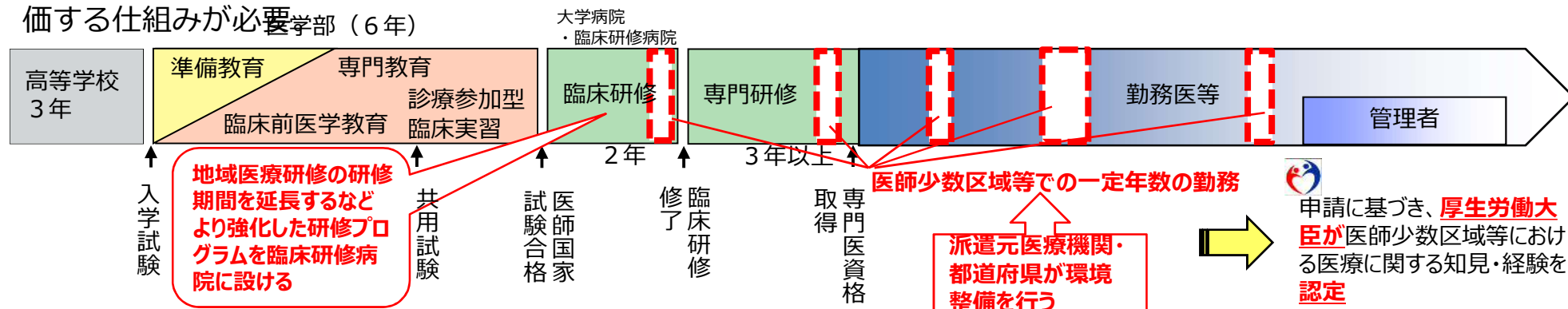
- 地域ごとに**外来医療提供体制の情報**を**可視化**し、**不足・偏在等への対応**を**協議する場の設置**、協議結果の**公表**を追加

5. 地域医療構想の達成を図るための都道府県知事権限追加

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設について

基本的な考え方

- 医師の少ない地域での勤務を促すため、都道府県、大学医局、地域の医療機関等の関係者の連携により、医師の少ない地域で医師が疲弊しない持続可能な環境を整備するとともに、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を評価する仕組みが必要



※ 医療機関に対するインセンティブも別途検討

法案の内容（いずれも医療法改正）

<認定医師>

- ① 「医師少数区域」等*における医療の提供に関する一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が認定できることとする。（平成32年4月1日施行）

<一定の病院の管理者としての評価>

- ② 「医師少数区域」等における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、①の認定を受けた医師等に管理させなければならないこととする。（平成32年4月1日施行*）

※ 施行日以降に選任する管理者にのみ適用。

* 「医師少数区域」については、「2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について」の法案の内容の①にあるとおり、国が定める「医師偏在指標」に基づき、都道府県が「医師少数区域」又は「医師多数区域」を定めることができる。また、医師少数区域の医療機関における勤務と同等の経験が得られたと認められる者の範囲等を今後検討。

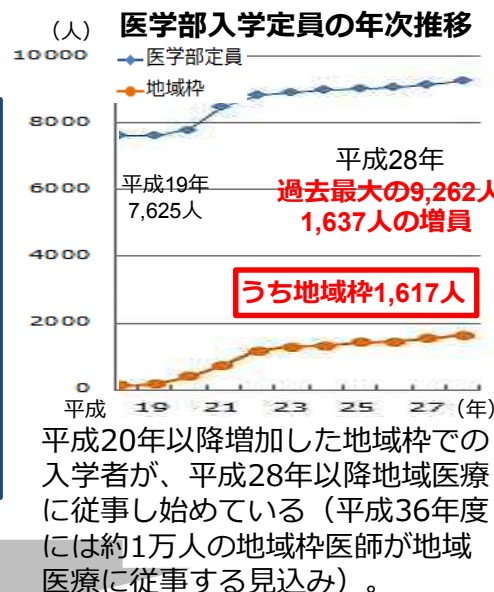
<医療機関の複数管理要件の明確化>

- ③ 病院等の管理者が「医師少数区域」等に開設する他の診療所等を管理しようとする場合に、都道府県知事が許可を行う要件を明確化する。（公布日施行）

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について

基本的な考え方

- 都道府県が、地域の医療ニーズを踏まえて、地域医療構想等の地域の医療政策と統合的に、医師確保対策を主体的に実施することができるような仕組みとしていく必要。
- 特に、今後臨床研修を終える地域枠の医師が増加し、医師派遣等において都道府県の役割が増加することも踏まえ、都道府県が大学等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築する必要。



地域医療対策協議会

都道府県・大学・医師会・主要医療機関等が合意の上、医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を協議



法案の内容（いずれも医療法改正）

<医師確保計画の策定>

- ① 医療計画において、二次医療圏ごとに、新たに国が定める「医師偏在指標」を踏まえた医師の確保数の目標・対策を含む「医師確保計画」を策定する。（平成31年4月1日施行）
※ 都道府県は、「医師偏在指標」を踏まえて「医師少数区域」又は「医師多数区域」を設定。

<地域医療対策協議会の機能強化>

- ② 地域医療対策協議会は、「医師確保計画」の実施に必要な事項について協議を行うこととする。（公布日施行）

<地域医療支援事務等の見直し>

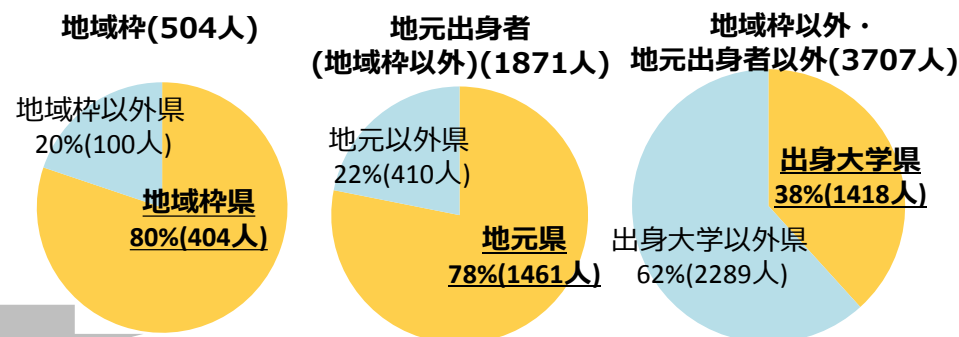
- ③ 都道府県は、大学、医師会、主要医療機関等を構成員とする地域医療対策協議会の協議を踏まえ、地域医療支援事務を行うこととする。また、地域医療支援事務の内容に、キャリア形成プログラムの策定や、「医師少数区域」への医師の派遣等の事務を追加する。（公布日施行）
- ④ 都道府県の地域医療支援事務と医療勤務環境改善支援事務の実施に当たり、相互に連携を図らなければならない旨を定める。（公布日施行）

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実について

基本的な考え方

- 医学部、臨床研修、専門研修を通じ、医師は自らが研さんを積んだ土地に定着するとのデータも踏まえ、**医師養成過程を通じた医師偏在対策を講じる**必要がある。

臨床研修修了後の勤務地



法案の内容 (①については医療法、②～④については医師法改正)

<医学部関係の見直し>

- ① **都道府県知事から大学に対して、地对協の協議を経たうえで、地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加を要請**できることとする。(平成31年4月1日施行)

<臨床研修関係の見直し>

- ② 法律及び臨床研修の実施に関する厚生労働省令に定める基準に基づいて、**都道府県知事が臨床研修病院を指定**することとする。(平成32年4月1日施行)
- ③ **都道府県知事は、**厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、**都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定める**こととする。(平成32年4月1日施行)

<専門研修関係の見直し>

- ④ **厚生労働大臣は、**医師の研修機会確保のために特に必要があると認めるときは、研修を実施する日本専門医機構等に対し、当該**研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請**できることとする。また、**日本専門医機構等は、医師の研修に関する計画が医療提供体制に重大な影響を与える場合には、あらかじめ都道府県知事の意見を聴いた厚生労働大臣及び都道府県知事の意見を聴かなければならない**こととする。(公布日施行)

<地域医療対策協議会との関係>

- ⑤ ②～④において都道府県知事が行う事項については、地对協の意見を聴くこととする。(各施行日に準ずる)

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応について

基本的な考え方

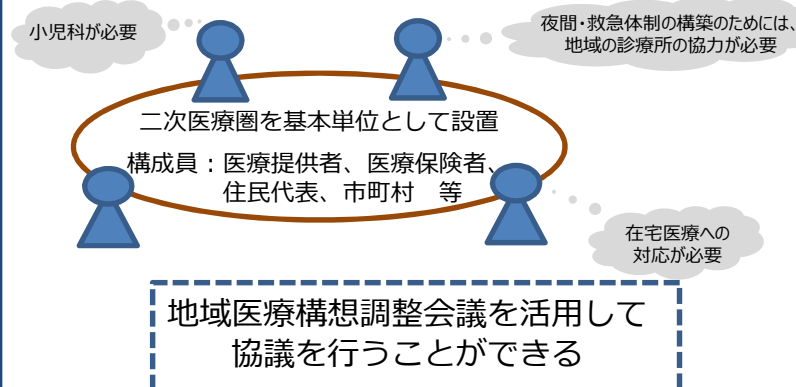
○ 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、夜間救急連携等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえると、

(1) **外来医療機能に関する情報を可視化し、**

(2) その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、

(3) **地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行うことが必要。**

外来医療に関する協議の場を設置



法案の内容（いずれも医療法改正）

<外来医療提供体制の確保>

- ① 医療計画に、**新たに外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を記載**することとする。（平成31年4月1日施行）

<外来医療提供体制の協議の場>

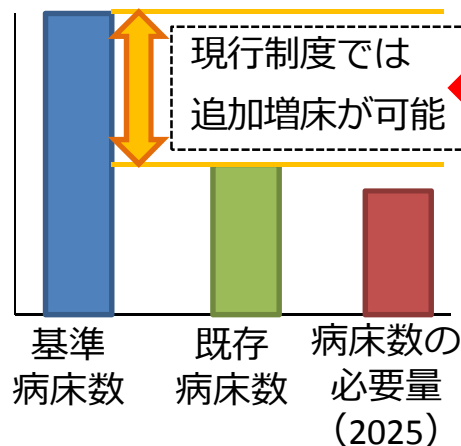
- ② 都道府県知事は、二次医療圏ごとに**外来医療の提供体制に関する事項**（地域の外来医療機能の状況や、救急医療体制構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の方針）**について協議する場を設け**、協議を行い、その結果を取りまとめて公表するものとする。（平成31年4月1日施行）

5. 地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加について

現状

- 現在、都道府県知事に付与されている地域医療構想達成のための権限のみでは、人口の減少が進むこと等により、**将来の病床数の必要量が既存病床数を下回る場合に、申請の中止や申請病床数の削減を勧告などを行うことができない**状況にある。

追加的な整備が可能なケース



今後の対応

新規開設、増床等の申請

都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる

基本的な考え方

- 地域医療構想が全国で確実に達成されるよう、都道府県知事等の権限を追加し、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があった場合に、必要な手続を経た上で、都道府県知事が所要の対応を図る等の対応を図ることが適当。

法案の内容（医療法・健康保険法改正）

地域医療構想の達成を図るため、構想区域において**既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる**こととし、勧告を受けた民間医療機関の病床については、厚生労働大臣が、保険医療機関の指定をしないことができる旨規定する。（公布日施行）

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要①

平成29年12月21日取りまとめ

今回講ずべき医師偏在対策の基本的考え方

今回取りまとめるべき医師偏在対策は、次の(1)から(4)までのような基本的な考え方に基づくものとする必要がある。

- (1) 医師偏在対策に有効な客観的データの整備
- (2) 都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の整備
- (3) 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実
- (4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

具体的な医師偏在対策

基本的考え方に基づき、様々な立場の関係者から一定の合意が得られる範囲で取りまとめたもの。

(1) 都道府県における医師確保対策の実施対策の強化

①「医師確保計画」の策定

- 「医師確保計画」において、i)都道府県内における医師の確保方針、ii)医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、iii)目標の達成に向けた施策内容までの一連の方策を記載することを明確に法律上に位置づけるべき。(3年ごとに見直し)
- 医師偏在の度合いを示す指標**を設定すべき。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、「**医師少数区域(仮称)**」及び「**医師多数区域(仮称)**」を設定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとすべき。

②地域医療対策協議会の実効性確保

- 地域医療対策協議会については、その**役割を明確化し、実効性を高める**ため、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たって、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付けるべき。
- 構成員についても見直しを行い、改組を促すべき。

③効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し

- 地域医療支援事務の**実効性を強化するための見直し**を行うべき。(大学医学部・大学病院との連携の下での実施、キャリア形成プログラムの策定徹底等)
- 医師情報データベースを早急に構築すべき。
- 医療勤務環境改善支援センターは、**地域医療支援センターと連携**することを法律上明記すべき。

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

①医学部

- 医師が少ない都道府県の知事が、管内の大学に対し、入学枠に**地元出身者枠の設定・増員を要請**することができる制度を法律上設けるべき。
- 医師が少ない都道府県において、**医師が多い都道府県の大学医学部にも、地域枠を設定**することができるようにすべき。

②臨床研修

- 臨床研修病院の指定及び募集定員の設定**は、都道府県が、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で行うことができるようにすべき。
- 地域枠等の医師に対する臨床研修の選考については、一般のマッチングとは分けて実施することとすべき。
- 臨床研修医の募集定員上限は段階的に圧縮し、都道府県ごとの募集定員上限の算定方式については、改善を図るべき。

③専門研修

- 新専門医制度については、日本専門医機構等が国や地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されるよう、**国や都道府県から日本専門医機構等に対する要請**等の事項を法定すべき。
- 人口動態や疾病構造の変化を考慮した**診療科ごとに将来必要な医師数の見直し**を、国が情報提供すべき。

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要②

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- ・ **外来医療機能の偏在・不足等の情報**を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、**可視化**すべき。
- ・ 可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うこととすべき。
- ・ 充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する**外来医療機関間での機能分化・連携の方針等についても、併せて協議**を行い、地域ごとに方針決定できるようにすべき。(協議には、地域医療構想調整会議も活用)

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

① 医師個人に対する環境整備・インセンティブ

- ・ 医師が医師の少ない地域で勤務を行うに当たり、**不安を解消するための環境整備**を行うべき。(代診医派遣に対する支援、医師間の遠隔相談・診療等に対する支援、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保、医療機関等の兼任管理等)
- ・ 環境整備と併せて、医師少数区域等に所在する医療機関に一定期間以上勤務した医師を、**厚生労働大臣が認定する制度を創設**すべき。(必要な勤務期間、名称、普及方法等は別途検討)
- ・ 認定対象は、あらゆる世代のすべての医師とすべき。
- ・ 認定医師であることを広告可能事項に追加すべき。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進(続)

② 医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ等

- ・ 医師派遣要請に応じて医師を送り出す**医療機関等について、経済的インセンティブ**が得られる仕組みを構築すべき。
- ・ 地域医療支援病院については、その役割、機能、評価の在り方等を含めて、別途検討すべき。
- ・ 地域医療支援センターにおいて、マッチング機能を担うこととすべき。
- ・ 認定制度の創設を踏まえ、都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても、厚生労働省において検討を進めるべき。

③ 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- ・ 認定医師であることを**一定の医療機関の管理者に求められる基準**の一つとすべき
- ・ 対象となる医療機関については、**まずは地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院**とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべき。
- ・ 管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべき。
- ・ 管理者として必要なマネジメント能力、その研修の実施等について、別途検討を進めるべき。

将来に向けた課題

(1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性(更なる議論が必要なもの)

- ・ 今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべき。
- ・ 検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、下記①から③を含めて、更なる医師偏在対策について、早急に検討されるべき。

① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定

② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

③ 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

(2) 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性

- ・ 厚生労働省において、都道府県の人材育成が進むような適切な対応を検討すべき。

医師偏在対策と働き方改革～医療行政の今～

医師需給・医師養成

仕事量の推計について(案)

医療従事者の需給に関する検討会
第19回 医師需給分科会(H30.4.12)資料1

- 仕事量については、勤務時間を考慮して、平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした。(すべての医師について以下の仕事率を用いることとしたい。)

	年代	週当たり勤務時間	全体の平均との比
男性	20代	64:03	1.24
	30代	62:40	1.21
	40代	58:43	1.14
	50代	52:59	1.02
	60代	44:33	0.86
	70代以上	32:58	0.64
女性	20代	59:23	1.15
	30代	49:04	0.95
	40代	43:14	0.84
	50代	45:05	0.87
	60代	39:43	0.77
	70代以上	32:16	0.62

※ 医師全体の週当たり平均勤務時間は51:42

※ 「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

※ 勤務時間：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(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。)の合計(オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、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)。

臨床に従事する医師の需要推計において勘案する事項

○ 次の項目について幅を持って推計を行った。

	考え方	ケース1	ケース2	ケース3
①労働時間上限制限の見込み方	「医師の働き方改革に関する検討会」の「中間的な論点整理」における意見等における具体的な労働時間上限制限の時間数等が、仮に規制として適用された仮定を行う	週55時間制限	週60時間制限	週80時間制限
②労働時間の適正化の見込み方	AI・ICT、IoT等を活用した効率化、医師から他の職種へのタスク・シフティング等について複数のケースについて仮定を行う	2016年～2040年で7%の業務削減を見込む※	ケース1の達成を2.5年程度(10%)前倒し	ケース1の達成を5年程度(20%)前倒し
③精神病床の入院需要の年次推移	「患者調査」や「社会医療診療行為別調査」に基づき、近年の受療動向の推移(変化率)を踏まえて推計	近年の入院受療率の推移(変化率)の幅を、0.9～1.1倍にして延伸(ケース2は、1.0倍)		
④外来需要の年次推移	「患者調査」や「社会医療診療行為別調査」に基づき、近年の受療動向の推移(変化率)を踏まえて推計	近年の外来受療率の推移((変化率)の幅を0.9～1.1倍にして延伸(ケース2は、1.0倍)		

※ 「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)結果等を踏まえ、医師の業務の7%が、タスク・シフティング等によって削減されるものと仮定

医師の需給推計について(案)

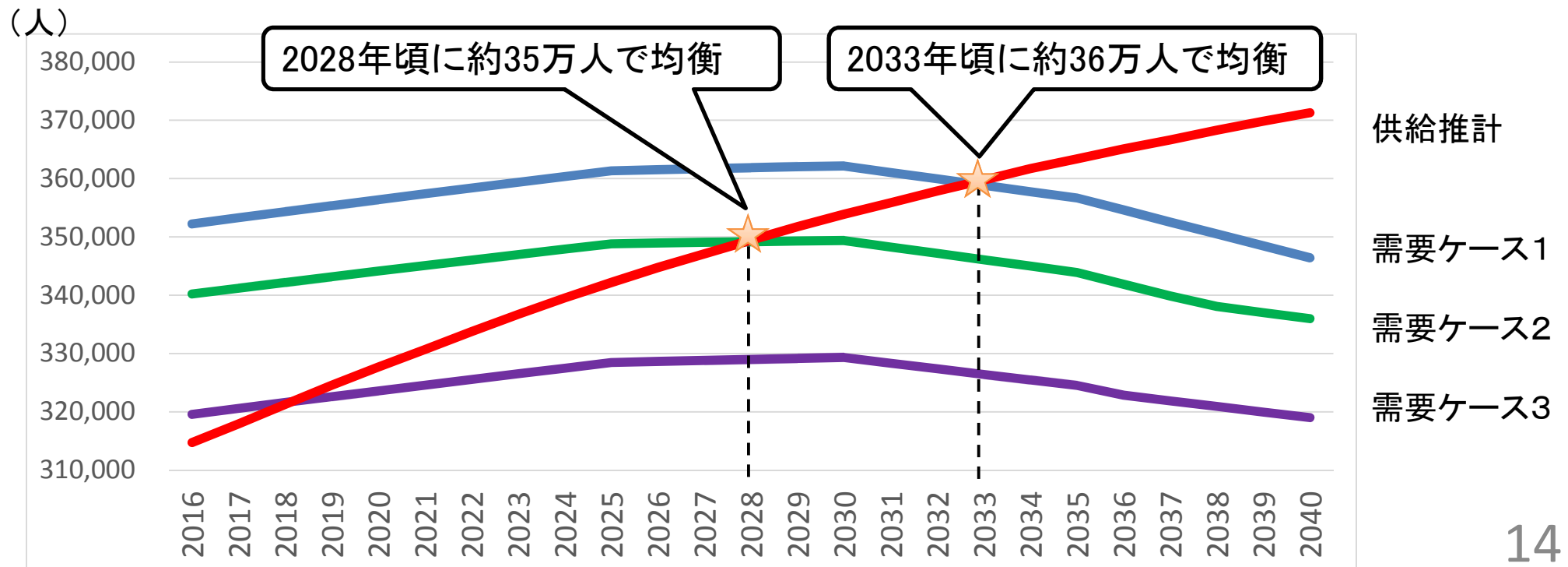
医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース2において、平成32年度(2020年度)医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年(平成40年)頃に、労働時間を週55時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース1において、2033年(平成45年)頃に均衡すると推計される。

供給推計 今後の医学部定員を平成30年度(2018年度)の9,419人として推計

需要推計 ケース1、ケース2、ケース3について推計※

※ 労働時間、業務の効率化、受療率等について幅を持って推計(別紙)

※※ 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした



医師偏在対策と働き方改革～医療行政の今～

医師の働き方改革

(1) なぜ今医師の働き方改革なのか

1 なぜ今医師の働き方改革が必要なのか

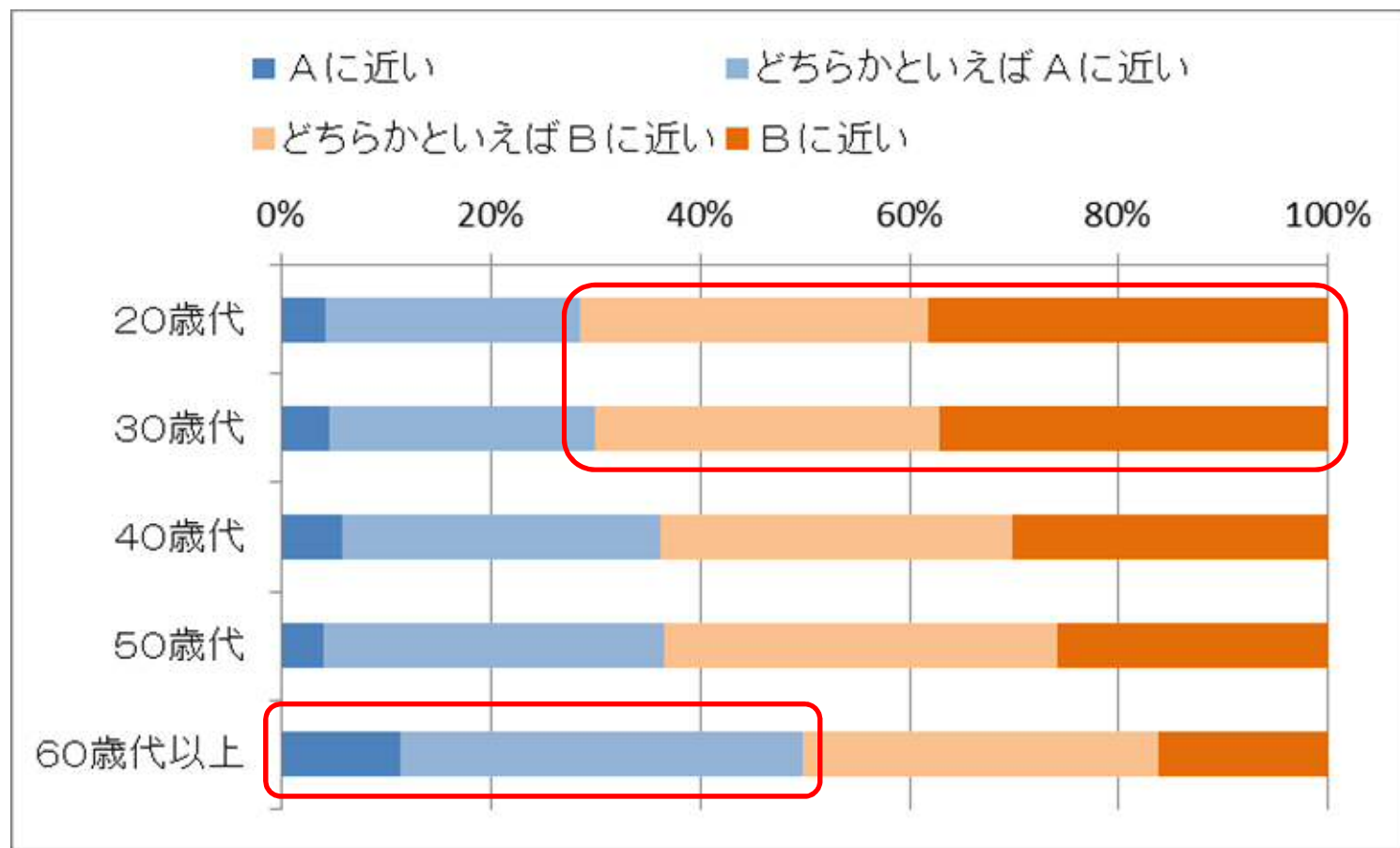
- 働く人一人ひとりがより良い将来の展望を持ち得ることを目指した、働き方改革が始まっている。長時間労働は、健康の確保だけでなく、仕事と家庭生活との両立を困難にし、少子化の原因や、女性のキャリア形成を阻む原因、男性の家庭参加を阻む原因として、その是正を目指している。長時間労働は構造的な問題であり、労使が先頭に立って、働き方の根本にある長時間労働の文化を変えることが強く期待されている。
- そうした中、医師は、昼夜問わず、患者の対応を求められうる仕事であり、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態にある。さらに、日進月歩の医療技術、より質の高い医療に対するニーズの高まり、患者へのきめ細かな対応が求められる傾向等により、こうした長時間労働に拍車がかかっていると考えられる。診療ガイドライン改訂や新薬の情報を常にキャッチアップしていかなければならないほか、医療安全には万全を期さねばならない。時間外の患者に対するよりの確な対応のために、当直医による対応だけでなくオンコールの医師が対応することも一般的に行われている。患者やその家族の求めに応じ、診療時間外や休日であっても病状や診療方針等の説明を行うこともある。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り、一人ひとりの医師の崇高な理念により我が国の医療が支えられてきたと言っても過言ではないだろう。
- また、制度の観点から見ると、我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、ともすれば「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。こうした状況を見ると、医療提供者のみの努力により、業務を効率化し、労働時間を短縮していくという単純な図式でこれからの医療を形づくることはできない。
- これらのほか、大病院に患者が集中しているといった地域性や、診療以外に教育や研究を行う大学病院であるといった医療機関の特性など、様々な要素が医師の長時間労働の背景に存在する。
- その一方で、医師は、医師である前に、一人の人間であり、長時間労働による健康への影響が懸念される。実際に、医師が過労死したり、健康を害したりするケースが起きている。また、過労死等に至らずとも、主観的に健康でないと感じている医師も一定割合存在するとみられる。過労死や健康を損ねる要因について労働の質と量の両面から評価する必要があるとしても、一人ひとりの医師の健康確保のために長時間労働を是正していかなければならない。また、提供する医療の質や安全を確保する観点からも、医師が疲弊せずに働けることは重要である。我が国の保健医療が、医療従事者の負担と倫理観に過度に依存したシステムであってはならない。

- 加えて、いまだ多様で柔軟な働き方の実現が不十分だと考えられる中で、女性医師の割合が上昇していることなどを踏まえれば、医師についても多様で柔軟な働き方を実現していかなければ、性別を問わず、医師として働き続けられる人材の確保が困難となる。また、若い世代を中心に仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）への関心が高まる中、魅力的な働き方を提示できなければ、医師を目指す優秀な若者を逃すことにもなりかねない。
- 医療現場においては、モチベーションを損なう待遇や雇用条件、不十分なマネジメント、限られたリソースの下、患者への十分な価値を生み出すことができないという課題に直面している現場が存在している。そのために、医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、それらに対応しようとする負荷が、かえって医療従事者の負担を増加させるおそれもある。
- だからこそ医師の働き方改革には、できるだけ早く着手しなければならない。既に先駆的に取り組んできた医療機関があるだけでなく、医学生や若手医師が、自らの問題としてこの改革を注視し主体的に関わろうとする動きも出てきている等、医療界全体で取り組む機運が生まれつつある。
- ただし、医師の働き方は、国民の医療ニーズに応ずるものである点で、その改革には個々の労使間の対応だけでなく「社会全体としてどのように考えるか」という観点が不可欠である。医師の長時間労働について、医療を受ける側の国民はこれまで強く意識してこなかったとも考えられるが、提供側だけでなく患者側等も含めた国民的な関わりによって、我が国の医療提供体制を損なわない医師の働き方改革を進めていく必要がある。
- そのためには、「働き方の変革」、「需給・偏在対策」、「医療・介護の連携の深化」、そして、「住民・患者の健康や医療に関する意識の向上」を一体的に検討する必要がある。
- 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）に基づき設置された医師の働き方改革に関する検討会（座長：岩村正彦東京大学大学院教授）においては、平成29年8月の第1回検討会以降これまで7回の議論において概ねこのような基本認識を得、具体的な論点について、これまでの議論で各構成員から出された主な意見を列挙する形で、以下のとおり整理を行った。今後引き続き、平成30年度末を目途に最終報告をとりまとめるべく、多角的な検討を進める。
- 併せて、これまでの議論において明らかとなった医師の勤務実態を踏まえると、その改善のために直ちに取り組むべき事項を明らかにし、取組を進めていく必要がある。そのため、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」**18**を別添としてとりまとめることとした。

勤務環境改善に関する認識（医師・年齢別）

A：医師には、特別の使命があるのだから厳しい勤務環境にあるのはやむを得ない

B：医師不足という現状においても、勤務環境は工夫次第で改善しうるし、改善すべき

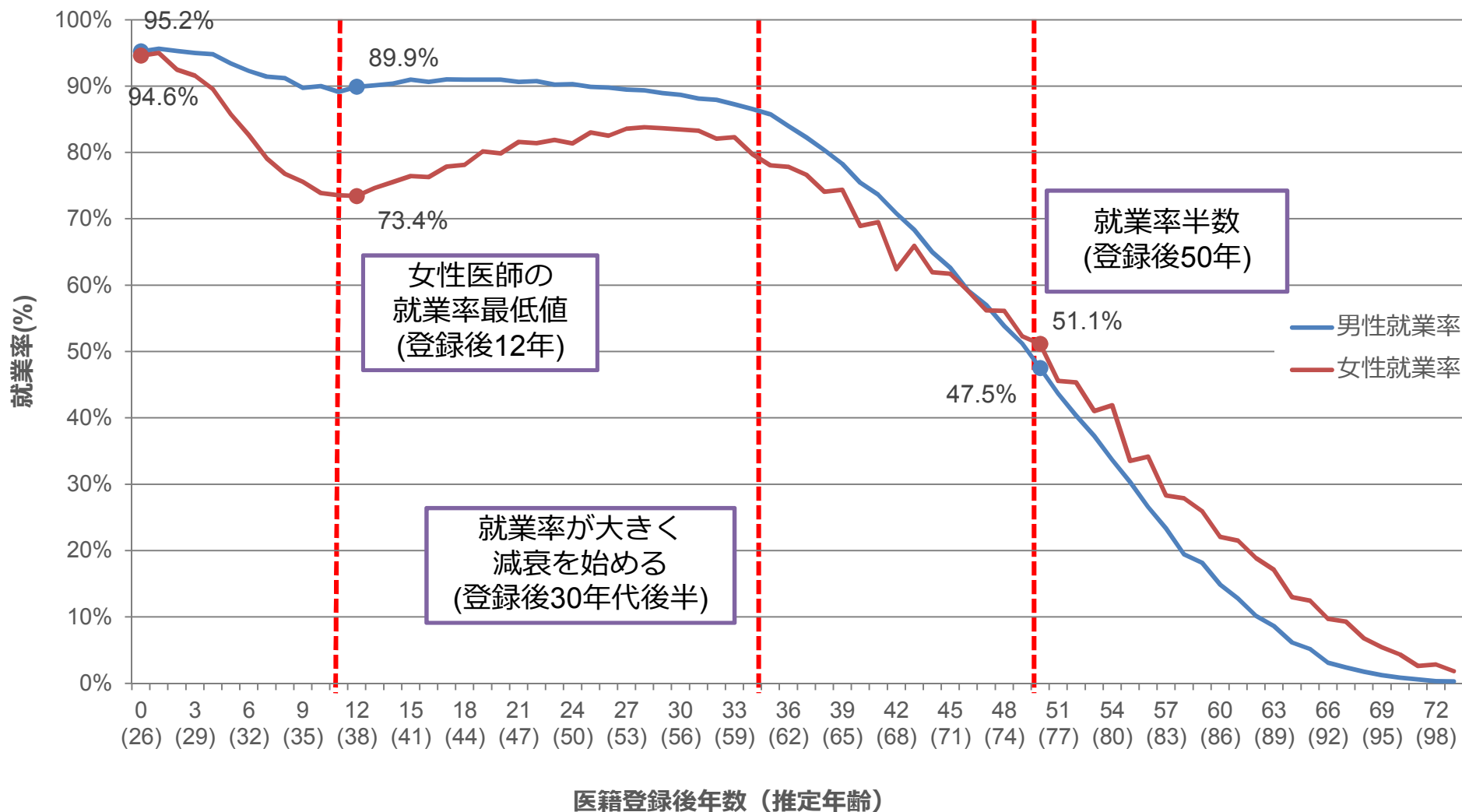


出典：「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（平成24年9月、（独）労働政策研究・研修機構）

平成23年12月に全国の20床以上の病院に勤めている24歳以上の医師を対象（医院・クリニックの院長は除外）にインターネットを用いてアンケート調査を実施した。有効回収数3,467。

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

第2回「勤務医1万人アンケート調査」(H27年度)

H27年度に第2回の調査 - 主な調査項目に関する前回調査との比較

	前回H21年 (n=3,879)	今回H27年 (n=3,166)	差
■ 勤務状況			
8) 最近1ヶ月間で休日なし	8.7%	5.9%	-2.8%
9) 自宅待機・オンコールが月8日以上	20.1%	17.9%	-2.2%
10) 平均睡眠時間5時間未満(当直日以外)	8.6%	9.1%	+0.5%
11) 当直回数が月4回以上	26.4%	22.5%	-3.9%
11a) 当直日の平均睡眠時間4時間以下	49.8%	39.3%	-10.5%
12) 半年以内に不当なクレームを経験	45.9%	37.0%	-8.9%
■ 健康状況			
13) 主観的健康観(健康でない・不健康)	21.5%	20.1%	-1.4%
14) 他の医師への健康相談あり	45.9%	55.1%	+9.2%
29) 自殺や死を毎週/毎日具体的に考える	5.7%	3.6%	-2.1%
18-33) 抑うつ症状尺度QIDS 中等度以上	8.7%	6.5%	-2.2%
18-33) 抑うつ症状尺度QIDS 重度以上	1.9%	1.1%	-0.8%

勤務環境は改善傾向。他の医師に健康問題を相談する者が増加。
主観的健康観には変化はほとんど見られず、うつ症状、自殺リスク高い者も未だあり

(参考) 医師に関する過労死等の労災補償状況

①脳・心臓疾患

区分 \ 年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
請求件数	5	2	6	5	6
決定件数	5	2	5	4	4
うち支給決定件数	4 (1)	2 (2)	2 (1)	1 (0)	3 (3)

②精神障害

区分 \ 年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
請求件数	5	4	2	5	10
決定件数	5	3	4	4	2
うち支給決定件数	2 (1)	2 (0)	2 (0)	2 (1)	1 (1)

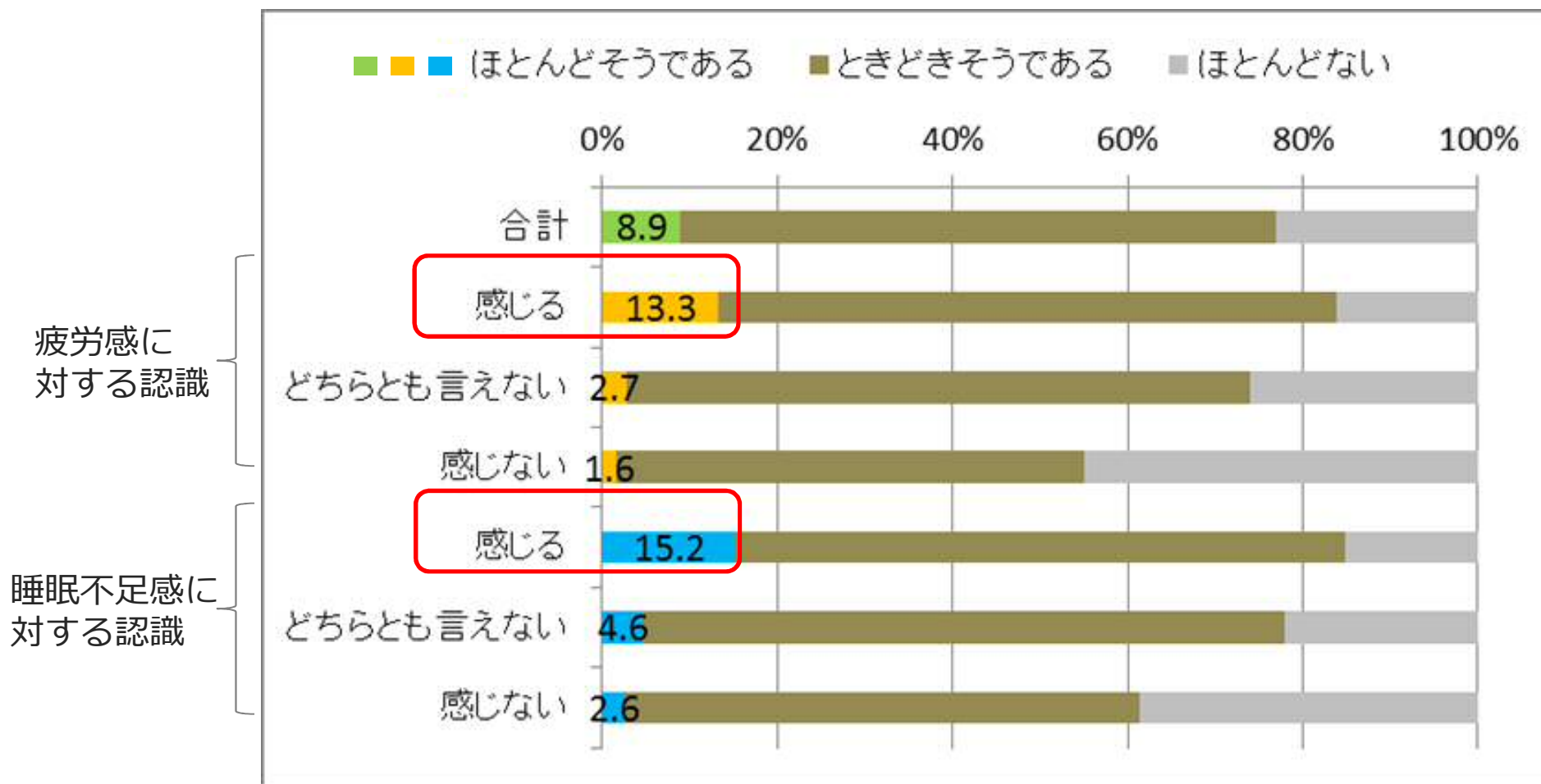
※ () 内は脳・心臓疾患では死亡、精神障害では自殺(未遂を含む)で内数。

※ 決定件数は、当該年度内に業務上又は業務外の決定を行った件数で、当該年度以前に請求があったものを含む。

※ 支給決定件数は、決定件数のうち「業務上」と認定した件数である。

疲労感や睡眠不足感とヒヤリ・ハット体験

医療事故につながりかねないような「ひやり」あるいは「はっと」した体験がある



出典：「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（平成24年9月、（独）労働政策研究・研修機構）

平成23年12月に全国の20床以上の病院に勤めている24歳以上の医師を対象（医院・クリニックの院長は除外）にインターネットを用いてアンケート調査を実施した。有効回収数3,467。

（現行の適用除外等の取扱）

現行制度で適用除外となっているものの取り扱いについては、働く人の視点に立って働き方改革を進める方向性を共有したうえで、実態を踏まえて対応の在り方を検討する必要がある。

自動車の運転業務については、現行制度では限度基準告示の適用除外とされている。その特殊性を踏まえ、拘束時間の上限を定めた「自動車運転者の労働時間等の改善のための基準」で自動車運送事業者への監督を行っているが、限度基準告示の適用対象となっている他業種と比べて長時間労働が認められている。これに対し、今回は、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、年960時間（＝月平均80時間）以内の規制を適用することとし、かつ、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることとする。5年後の施行に向けて、荷主を含めた関係者で構成する協議会で労働時間の短縮策を検討するなど、長時間労働を是正するための環境整備を強力に推進する。

建設事業については、限度基準告示の適用除外とされている。これに対し、今回は、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、罰則付き上限規制の一般則を適用する（ただし、復旧・復興の場合については、単月で100時間未満、2か月ないし6か月の平均で80時間以内の条件は適用しない）。併せて、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることとする。5年後の施行に向けて、発注者の理解と協力も得ながら、労働時間の段階的な短縮に向けた取組を強力に推進する。

医師については、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である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、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の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

新技術、新商品等の研究開発の業務については、現行制度では適用除外とされている。これについては、専門的、科学的な知識、技術を有する者が従事する新技術、新商品等の研究開発の業務の特殊性が存在する。このため、医師による面接指導、代替休暇の付与など実効性のある健康確保措置を課すことを前提に、現行制度で対象となっている範囲を超えた職種に拡大することのないよう、その対象を明確化した上で適用除外とする。

「医師の働き方改革に関する検討会」について

- ◆ 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)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめ法律で導入する方向性が示されている。
- ◆ この中で、医師については、医師法(昭和23年法律第201号)に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

構成員

(計24名) (※五十音順)

赤星 昂己	東京医科歯科大学医学部附属病院 救命救急センター救急医
荒木 尚志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
市川 朝洋	公益社団法人日本医師会常任理事
猪俣 武範	順天堂大学附属病院医師
今村 聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
◎岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
戎 初代	東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATセンター長
工藤 豊	保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
黒澤 一	東北大学環境・安全推進センター教授
渋谷 健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
島田 陽一	早稲田大学法学学術院教授
鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
遠野 千尋	岩手県立久慈病院副院長
豊田 郁子	特定非営利法人架け橋理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
斐 英洙	ハイズ株式会社代表取締役社長
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
福島 通子	塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
三島 千明	青葉アーバンクリニック総合診療医
村上 陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学医学部附属病院院長

◎:座長

本検討会の検討事項

- (1) 新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方
- (2) 医師の勤務環境改善策
- (3) その他

検討のスケジュール

- ◆第1回(平成29年8月2日) 医師の働き方改革について
- ◆第2回(平成29年9月21日) 労働時間法制等について
- ◆第3回(平成29年10月23日) 医師の勤務実態について
- ◆第4回(平成29年11月10日) 勤務環境改善策について
- ◆第5回(平成29年12月22日) 勤務医の健康確保等について
- ◆第6回(平成30年1月15日) 中間論点整理・緊急対策
(骨子案)について
- ◆第7回(平成30年2月16日) 中間論点整理・緊急対策
について

「医師の働き方改革に関する検討会」 中間論点整理等について

- ◆ 医師の働き方改革に関する検討会において「中間論点整理」「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」をとりまとめた。
(平成30年2月27日)
- ◆ 「中間論点整理」は、これまでの議論における意見を取りまとめるもの(最終報告は平成30年度末を予定)。
- ◆ 「緊急的な取組」は、医師の勤務実態の改善のため、個々の医療機関がすぐに取り組むべき事項等を示すもの。

中間論点整理の概要

なぜ今医師の働き方改革が必要なのか

- 医師は、昼夜を問わず患者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て長時間労働の実態にある。
- さらに、日進月歩の医療技術、質の高い医療に対するニーズの高まり、患者へのきめ細かな対応等により拍車がかかっている。
- 医師の健康確保、医療の質や安全の確保の観点から、長時間労働を是正していく必要。
- 患者側等も含めた国民的関わりによって我が国の医療提供体制を損なわない改革を進める必要。

医師の勤務実態の分析状況と今後の検討に関する論点

(勤務実態の分析状況)

- 特に長時間勤務となっているのは、病院勤務医、若手医師、産婦人科・外科・救急科、臨床研修医。
- 長時間勤務の要因は、緊急対応や手術・外来対応の延長、自己研鑽のほか、時間外での患者説明等。
- その背景には、患者数の多さ、応召義務の存在、医師以外の職種への業務の移管が進んでいない現場の勤務環境等がある。

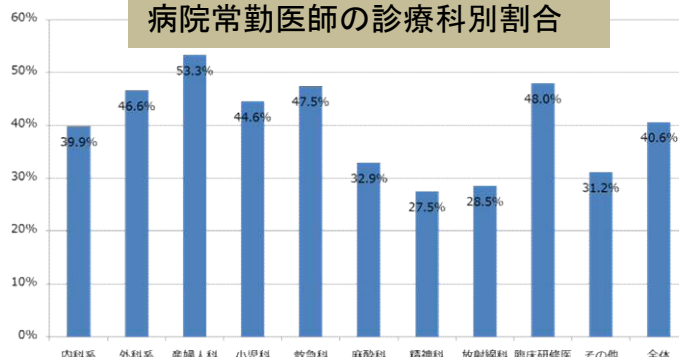
(今後の検討に関する論点に係る意見)

- 追加調査の実施も含め、引き続き勤務実態を明らかにするデータ分析が必要ではないか。
- 社会情勢等の変化の中、今後の応召義務をどう考えるか。
- 自己研鑽について労働時間への該当性の考え方が必要ではないか。
- 現行の宿日直許可基準の見直しが必要ではないか。等

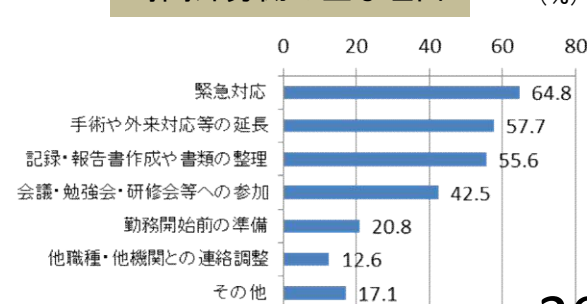
病院常勤勤務医の週当たり勤務時間

週当たり勤務時間	男性医師	女性医師
20代	64時間59分	59時間12分
30代	63時間51分	52時間13分
40代	61時間06分	49時間20分
50代	55時間28分	50時間05分
60代以上	45時間17分	42時間49分
全年代平均	57時間59分	51時間32分

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合



時間外労働の主な理由



勤務環境改善に関する取組の現状と今後の方向性に関する論点

※ 働き方改革の実効性を確保するためには勤務環境改善策が重要との意見が多く、具体的な検討を深めていく。

(現状)

- 医療法に基づき、各医療機関の管理者に勤務環境改善等への取組の努力義務や、都道府県による医療勤務環境改善支援センター等の枠組みが整備されている。

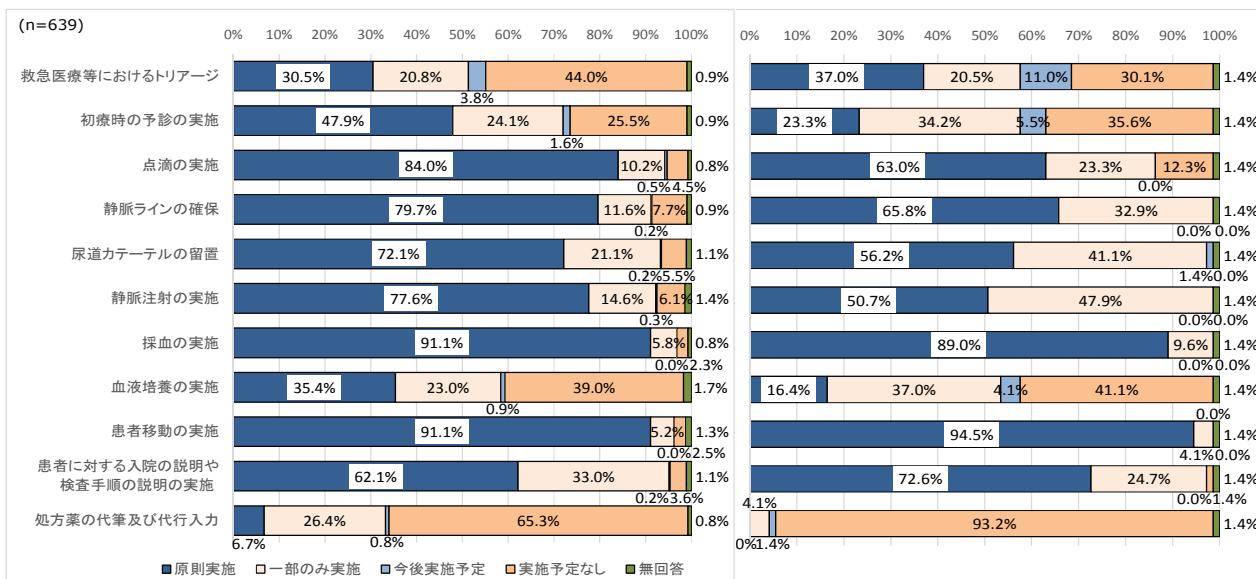
看護師等が行っている業務

(今後の方向性に関する論点に係る意見)

- 産業医による面接指導等、既存の健康管理措置の着実な実施
- 医師の行うべき業務とそうでない業務の明確化、業務の移管に向けた具体的な検討
- 医師事務作業補助者等の活用
- 看護職員による実施率が高い点滴の実施、静脈ラインの確保等について移管の推進
- 複数主治医制への移行等、業務の共同化
- 女性医師等の両立支援(多様で柔軟な働き方の推進、保育サービスの充実等)
- ICTを活用した勤務環境改善
- 都道府県医療勤務環境改善支援センターによる支援の推進 等

(四病院団体協議会による調査)

(全国医学部長病院長会議による調査)



(その他の意見)

- 医師以外の医療従事者の勤務環境への留意、個々の医療機関の取組だけでなく地域の医療提供体制全体で検討する必要性

時間外労働規制の在り方についての今後の検討に関する論点

- 上限時間については、脳・心臓疾患の労災認定基準(※)を超えない水準とすべき、必要な医療ニーズに対応できる医療提供体制を維持できる水準とすべき、米国の研修医等諸外国を参考とすべき等の意見があった。
※ 時間外労働1か月100時間・2~6か月平均80時間
- 医師の特殊性にかかる整理、医師に対する新たな労働時間制度の検討、国民の理解を得るための周知の推進等の必要性の指摘があった。

経営管理の観点に関する論点

- 意識改革や財政面を含めた支援の在り方が課題となるのではないかと意見があった。
- 関係者の役割に関する論点
- 多様な関係者の参画・協力の必要性

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。

医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。

勤務医を雇用する医療機関における取組項目
 ※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。
- ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

2 36協定等の自己点検

- 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
- 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

3 産業保健の仕組みの活用

- 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

- 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
- 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）

5 女性医師等の支援

- 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

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

- 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

行政の支援等

- 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

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案の概要

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ず公正な待遇の確保等のための措置を講ずる。

I 働き方改革の総合的かつ継続的な推進

働き方改革に係る基本的考え方を明らかにするとともに、国は、改革を総合的かつ継続的に推進するための「基本方針」(閣議決定)を定めることとする。(雇用対策法)

II 長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現等

1 労働時間に関する制度の見直し(労働基準法、労働安全衛生法)

- ・時間外労働の上限について、月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合でも年720時間、単月100時間未満(休日労働含む)、複数月平均80時間(休日労働含む)を限度に設定。
(※)自動車運転業務、建設事業、医師等について、猶予期間を設けた上で規制を適用等の例外あり。研究開発業務について、医師の面接指導を設けた上で、適用除外。
- ・月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率(50%以上)について、中小企業への猶予措置を廃止する。また、使用者は、10日以上有給休暇が付与される労働者に対し、5日について、毎年、時季を指定して与えなければならないこととする。
- ・高度プロフェッショナル制度の創設等を行う。(高度プロフェッショナル制度における健康確保措置を強化)
- ・労働者の健康確保措置の実効性を確保する観点から、労働時間の状況を省令で定める方法により把握しなければならないこととする。(労働安全衛生法の改正)

2 勤務間インターバル制度の普及促進等(労働時間等設定改善法)

- ・事業主は、前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間に一定時間の休息の確保に努めなければならないこととする。

3 産業医・産業保健機能の強化(労働安全衛生法等)

- ・事業者から、産業医に対しその業務を適切に行うために必要な情報を提供することとするなど、産業医・産業保健機能の強化を図る。

III 雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保

1 不合理な待遇差を解消するための規定の整備(パートタイム労働法、労働契約法、労働者派遣法)

短時間・有期雇用労働者に関する正規雇用労働者との不合理な待遇の禁止に関し、個々の待遇ごとに、当該待遇の性質・目的に照らして適切と認められる事情を考慮して判断されるべき旨を明確化。併せて有期雇用労働者の均等待遇規定を整備。派遣労働者について、①派遣先の労働者との均等・均衡待遇、②一定の要件※を満たす労使協定による待遇のいずれかを確保することを義務化。また、これらの事項に関するガイドラインの根拠規定を整備。(※)同種業務の一般の労働者の平均的な賃金と同等以上の賃金であること等

2 労働者に対する待遇に関する説明義務の強化(パートタイム労働法、労働契約法、労働者派遣法)

短時間労働者・有期雇用労働者・派遣労働者について、正規雇用労働者との待遇差の内容・理由等に関する説明を義務化。

3 行政による履行確保措置及び裁判外紛争解決手続(行政ADR)の整備

1の義務や2の説明義務について、行政による履行確保措置及び行政ADRを整備。

施行期日 I:公布日

II:平成31年4月1日(中小企業における時間外労働の上限規制に係る改正規定の適用は平成32年4月1日、1の中小企業における割増賃金率の見直しは平成35年4月1日)

III:平成32年4月1日(中小企業におけるパートタイム労働法・労働契約法の改正規定の適用は平成33年4月1日)

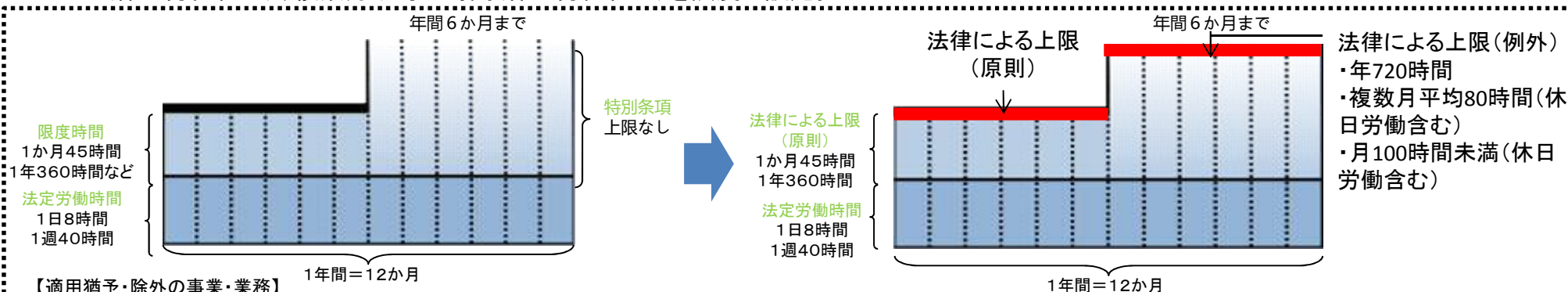
Ⅱ 長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現等

1 労働時間に関する制度の見直し（労働基準法、労働安全衛生法）

(1) 長時間労働の是正

① 時間外労働の上限規制の導入

- ・時間外労働の上限について、月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合でも年720時間、単月100時間未満（休日労働含む）、複数月平均80時間（休日労働含む）を限度に設定。



【適用猶予・除外の事業・業務】 1年間＝12か月

自動車運転の業務	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。上限時間は、年960時間とし、将来的な一般則の適用について引き続き検討する旨を附則に規定。
建設事業	改正法施行5年後に、一般則を適用。（ただし、災害時における復旧・復興の事業については、1か月100時間未満・複数月平均80時間以内の要件は適用しない。この点についても、将来的な一般則の適用について引き続き検討する旨を附則に規定。）
医師	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。具体的な上限時間等は省令で定めることとし、医療界の参加による検討の場において、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。
鹿児島県及び沖縄県における砂糖製造業	改正法施行5年間は、1か月100時間未満・複数月80時間以内の要件は適用しない。（改正法施行5年後に、一般則を適用）
新技術・新商品等の研究開発業務	医師の面接指導（※）、代替休暇の付与等の健康確保措置を設けた上で、時間外労働の上限規制は適用しない。 ※時間外労働が一定時間を超える場合には、事業主は、その者に必ず医師による面接指導を受けさせなければならないこととする。（労働安全衛生法の改正）

※行政官庁は、当分の間、中小事業主に対し新労基法第36条第9項の助言及び指導を行うに当たっては、中小企業における労働時間の動向、人材の確保の状況、取引の実態等を踏まえて行うよう配慮するものとする。（経過措置）

<参照条文：改正後の労働基準法第36条>

7 厚生労働大臣は、労働時間の延長及び休日の労働を適正なものとするため、第一項の協定で定める労働時間の延長及び休日の労働について留意すべき事項、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、労働者の健康、福祉、時間外労働の動向その他の事情を考慮して指針を定めることができる。

9 行政官庁は、第七項の指針に関し、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。

② 中小企業における月60時間超の時間外労働に対する割増賃金の見直し 平成27年法案と同内容

- ・月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率（50%以上）について、中小企業への猶予措置を廃止する。（平成35年4月1日施行）

③ 一定日数の年次有給休暇の確実な取得 平成27年法案と同内容

- ・使用者は、10日以上有給休暇が付与される労働者に対し、5日について、毎年、時季を指定して与えなければならないこととする（労働者の時季指定や計画的付与により取得された年次有給休暇の日数分については指定の必要はない）。

④ 労働時間の状況の把握の実効性確保

- ・労働時間の状況を省令で定める方法(※)により把握しなければならないこととする。(労働安全衛生法の改正)
※省令で使用者の現認や客観的な方法による把握を原則とすることを定める

(2) 多様で柔軟な働き方の実現

① フレックスタイム制の見直し

平成27年法案と同内容

- ・フレックスタイム制の「清算期間」の上限を1か月から3か月に延長する。

② 特定高度専門業務・成果型労働制（高度プロフェッショナル制度）の創設

- ・職務の範囲が明確で一定の年収(少なくとも1,000万円以上)を有する労働者が、高度の専門的知識を必要とする等の業務に従事する場合に、年間104日の休日を確実に取得させること等の健康確保措置を講じること、本人の同意や委員会の決議等を要件として、労働時間、休日、深夜の割増賃金等の規定を適用除外とする。

平成27年法案
からの修正点

・健康確保措置として、年間104日の休日確保措置を義務化。加えて、①インターバル措置、②1月又は3月の在社時間等の上限措置、③2週間連続の休日確保措置、④臨時の健康診断のいずれかの措置の実施を義務化(選択的措置)。

- ・また、制度の対象者について、在社時間等が一定時間を超える場合には、事業主は、その者に必ず医師による面接指導を受けさせなければならないこととする。(※労働安全衛生法の改正)

2 勤務間インターバル制度の普及促進等（労働時間等設定改善法）

○ 勤務間インターバル制度の普及促進

事業主は、前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間に一定時間の休息の確保に努めなければならないこととする。

○ 企業単位での労働時間等の設定改善に係る労使の取組促進

平成27年法案と同内容

企業単位での労働時間等の設定改善に係る労使の取組を促進するため、企業全体を通じて一の労働時間等設定改善企業委員会の決議をもって、年次有給休暇の計画的付与等に係る労使協定に代えることができることとする。

3 産業医・産業保健機能の強化（労働安全衛生法等）

- 事業者は、衛生委員会に対し、産業医が行った労働者の健康管理等に関する勧告の内容等を報告しなければならないこととする。(産業医の選任義務のある労働者数50人以上の事業場) 等
- 事業者は、産業医に対し産業保健業務を適切に行うために必要な情報を提供しなければならないこととする。(産業医の選任義務のある労働者数50人以上の事業場) 等

よくあるご質問：高度プロフェッショナル制度と勤務医

Q 勤務医は、高度プロフェッショナル制度の対象にならないのか。

A

- 今国会に提出予定の働き方改革関連法案に盛り込まれる高度プロフェッショナル制度は、
 - ・ 高度の専門的知識等を必要とし、
 - ・ その性質上従事した時間と従事して得た成果との関連性が通常高くないと認められる業務、を対象としている。

- 医師については、高度の専門的知識を必要とするものではあるが、
 - ・ 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は患者の状況等外的な要因に大きく左右されることから、時間と成果の関連性が高くないとはいえず、高度プロフェッショナル制度の対象とはならないと考えられる。

(2) 医師の勤務実態

医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく医師の分類（イメージ）

- 医師・歯科医師・薬剤師調査（医師法第6条第3項の規定に基づく届出による調査）に基づく医師の分類とその割合は以下のとおりになる。
- なお、青色部分は、一般的に労働者に該当し得ると考えられるものである。

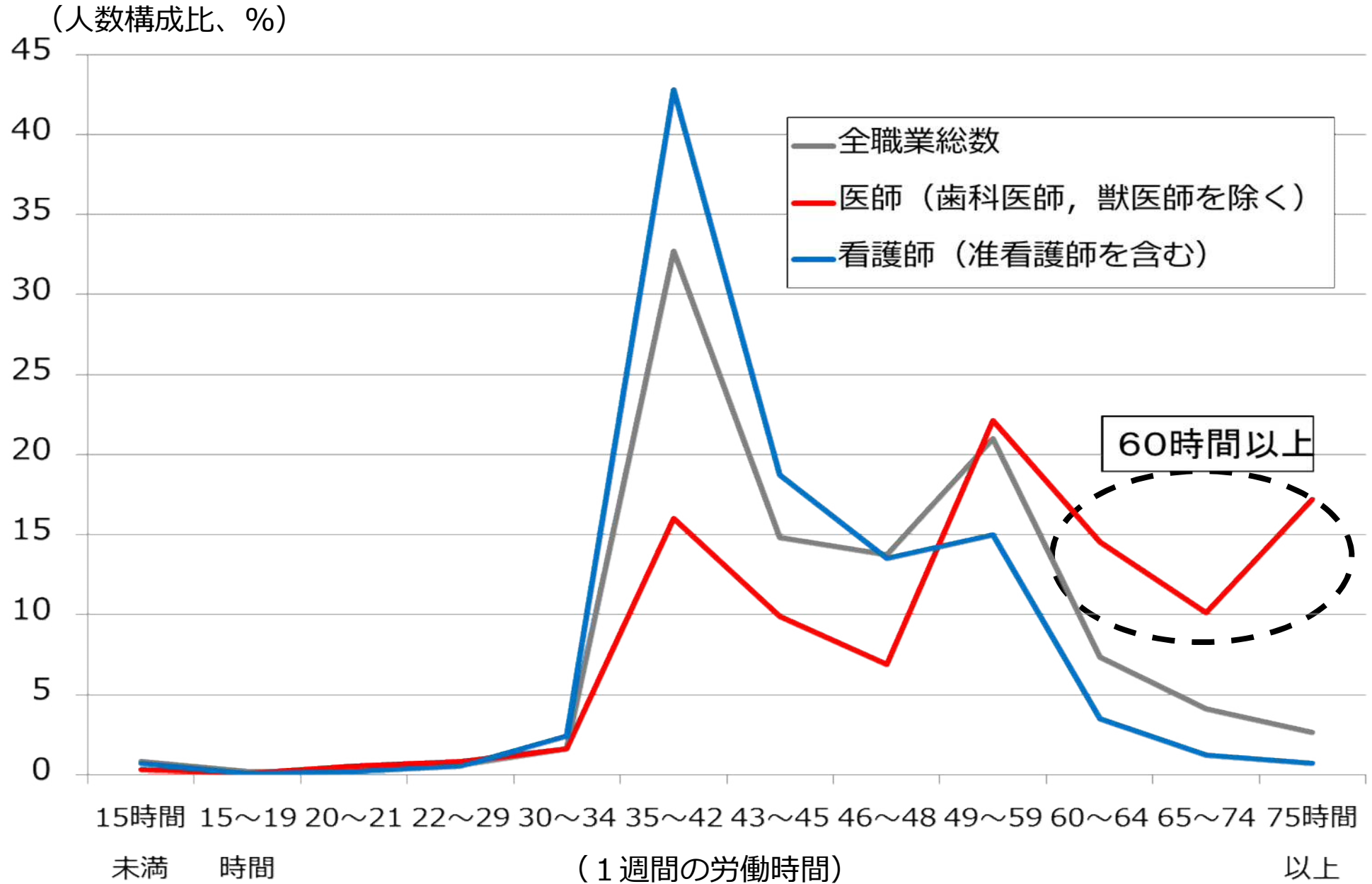
診療所	病院（大学病院等除く）	大学病院等	老健施設	その他
開設者又は法人の代表 71,888人 (22.5%)	開設者又は法人の代表 5,149人 (1.6%)	臨床系の 教官又は教員 28,318人 (8.9%)	開設者又は 法人の代表 373人 (0.1%)	左記以外 の者 7,727人 (2.4%)
勤務者 30,569人 (9.6%)	勤務者 141,966人 (44.4%)	臨床系の その他勤務者等 26,869人 (8.4%)	勤務者 2,973人 (0.9%)	
		臨床系以外の 勤務者等 3,631人 (1.1%)		
青色部分の 合計 242,053人				

注1) ただし、必ずしも全員が労働者に該当するわけではない。

注2) 労働者に該当しても、労働基準法第41条第2号に定める管理監督者に該当する場合は、労働基準法第4章等で定める労働時間等に関する規定の適用除外となる。

※ 平成28年12月31日時点（医師総数は319,480人）

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)

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」の概要

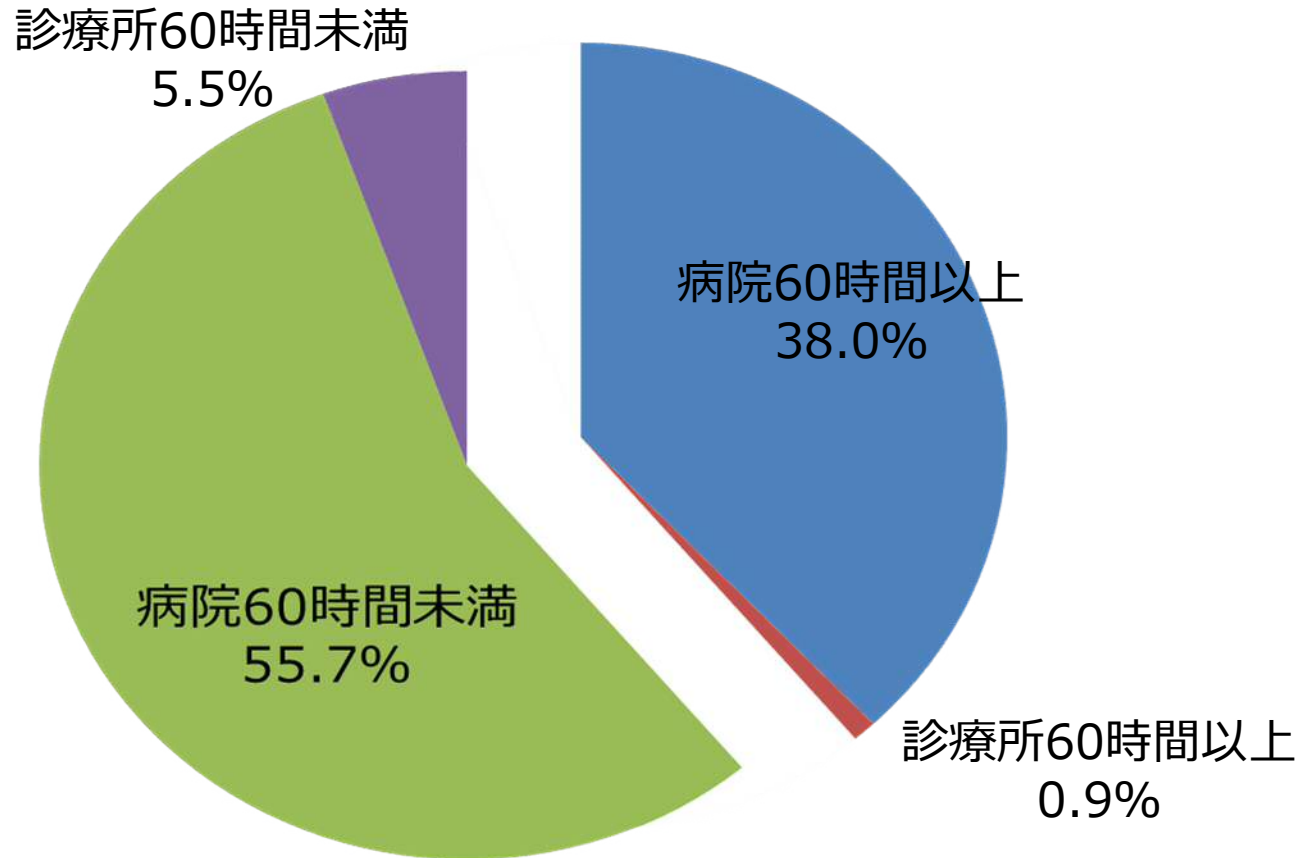
現在の医師の勤務実態や、働き方の意向・キャリア意識を正しく把握することを目的に、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」を実施。

調査対象

- ◆ 全国の医療施設に勤務する医師（病床規模等により層化無作為抽出した医療施設に勤務する医師）を対象（また、医療施設に対しても調査を実施）
- ◆ 調査実施日：平成28年12月8日（木）～14日（水）
- ◆ 調査対象数：全国の医師約10万人
- ◆ 回収数：15,677件
 - ✓男性医師11,570（74.6%）、女性医師3,511（22.7%）
 - ✓常勤医師10,738（69.4%）、非常勤医師1,949（12.6%）
 - ✓病院・診療所の開設者2,501（16.2%）

病院と診療所の常勤医師の週当たり勤務時間別の割合

○週当たり勤務時間が60時間以上の常勤医師は39%であり、そのほとんどが病院の常勤医師である。

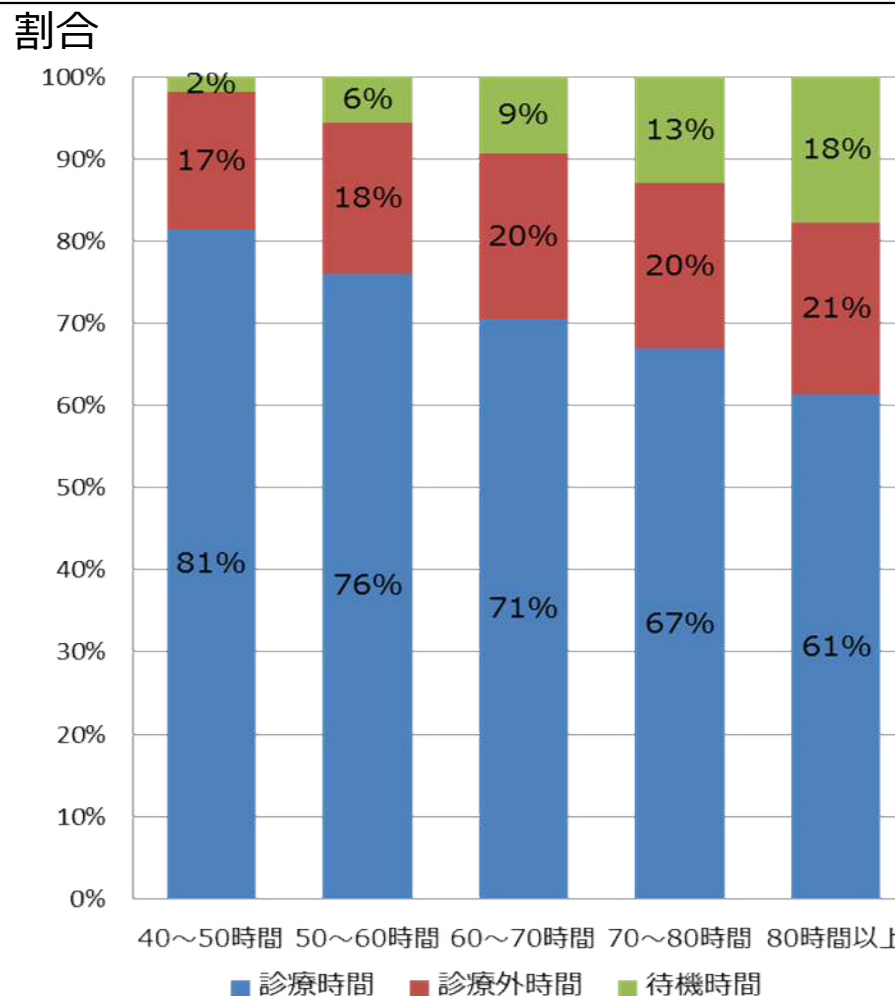
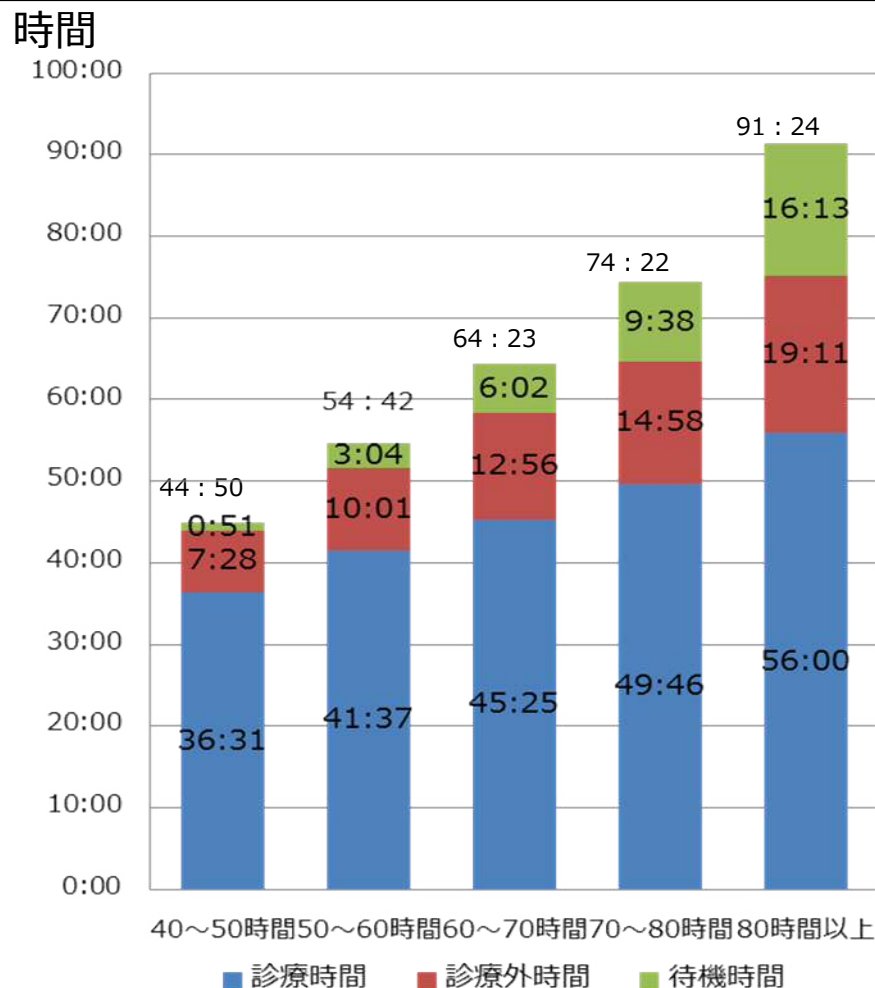


※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「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

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。



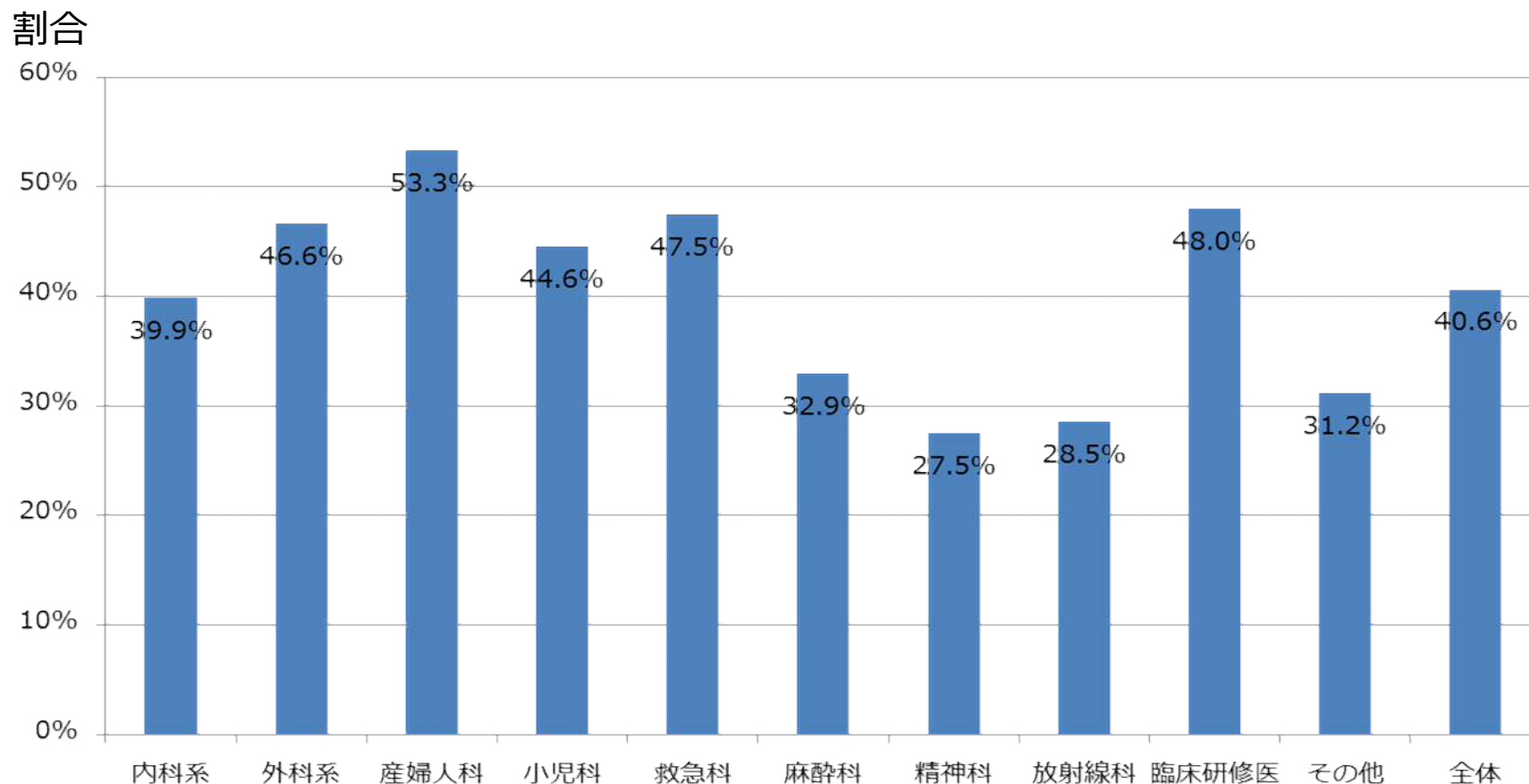
※ 病院勤務の常勤医師のみ

※ 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（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、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

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



※ 病院勤務の常勤医師のみ

※ 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（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、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

(3) 勤務医と労働法

労働者性について①

法律上の定義

○労働基準法（昭和22年法律第49号）

第9条 この法律で「労働者」とは、職業の種類を問わず、事業又は事務所（以下「事業」という。）に使用される者で、賃金を支払われる者をいう。

実務での判断基準

○ 労働基準法第9条の労働者性については、基本的には、事業に使用され、その対償として賃金が支払われ者であるか否かによって判断される。（昭和60年労働基準法研究会報告「労働基準法の「労働者」の判断基準について」）

(1)使用従属性に関する判断基準

①指揮監督下の労働

イ 仕事の依頼、業務従事の指示等に対する諾否の自由の有無

➢使用者からの仕事の依頼、業務指示に対して拒否をすることができれば、他人に従属して労務を提供しているとはいえず、対等な当事者関係となり、指揮監督関係を否定する重要な要素となる。

ロ 業務遂行上の指揮監督の有無

➢業務内容、遂行方法について、使用者からの具体的な指示を受けていることは、指揮監督関係の基本的かつ重要な要素であるが、通常注文者が行う程度の指示に留まる場合には、指揮監督を受けているとまではいえない。

ハ 拘束性の有無

➢勤務場所及び勤務時間が指定されて管理されていることは、指揮監督関係の基本的な要素であるが、業務の性質、安全確保の必要上、必然的に勤務場所及び勤務時間が指定される場合もあることに留意する必要がある。

ニ 代替性の有無

➢他者が代わって労務提供を行う、補助者を使うなどが認められている場合（＝労務提供の代替性がある場合）は、指揮監督関係を否定する要素となる。

実務での判断基準

(1) 使用従属性に関する判断基準

② 報酬の労務対償性

- 報酬の性格が使用者の指揮監督の下に一定時間労務を提供していることに対する対価(=賃金)と判断される場合(報酬が時間給を基礎として計算される、欠勤した場合には控除があり、残業した場合には手当が支払われる等)には、使用従属性を補強する。

(2) 労働者性の判断を補強する要素

① 事業者性の有無

イ 機械、器具の負担関係

- 備車運転手などで、自己の所有する著しく高価な機械、器具を用いて業務を行う場合は、自らの計算と危険負担で事業経営を行う事業者としての性格を強め、労働者性を弱める。

ロ 報酬の額

- 報酬額が同じ企業において同様の業務に従事する正規従業員に比べて著しく高額である場合には、事業者に対する代金支払とされ、労働者性を弱める。

② 専属性の程度

- 特定の企業への専属性の有無は使用従属性の有無を左右するものではないが、判断の補強的要素のひとつとなる。

③ その他

- 以下のような要素は使用者がその者を労働者と認識していると推認されることから、労働者性を肯定する判断の補強事由とする裁判例がある。
 - ・採用、委託の選考過程が正規従業員とほとんど同様であること
 - ・報酬について源泉徴収を行っていること
 - ・服務規律を適用していること
 - ・退職金制度、福利厚生を適用していること 等

よくあるご質問：医師の労働者性

Q

医師は自らの診察により患者の検査や手術の指示をし、指揮命令は受けていないが、それでも「労働者」となるのか。

A

- 医師は、例えば、
 - ・ ジュネーブ宣言（世界医師会）において「人類への奉仕に自分の人生を捧げる」「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」等とされているほか、
 - ・ 医師法第1条においては「医療及び保健指導を掌る」とされるなど、高い見識と倫理観を持つ専門職として自律的に職責を果たすことがその使命である。
- 一方、このこととは別の観点から、労働基準法第9条に定める労働者に該当するかについては、事業に使用され、その対償として賃金が支払われる者であるか否かによって判断される。
- 医療機関の勤務医は通常、その医療機関の機能に応じて設定されている外来診療時間や当直の有無といった体制に応じて勤務しており、一般的には労働基準法上の労働者であると考えられる。

労働時間規制に係る労働基準法の主な規定

法定労働時間（労働基準法第32条、第40条）

【原則】

- 使用者は、1週間に、**40時間**を超えて労働させてはならない。
 - 使用者は、1日に、**8時間**を超えて労働させてはならない。
- ※ 使用者とは、事業主又は事業の経営担当者その他その事業の労働者に関する事項について、事業主のために行為をするすべての者をいう。（労働基準法第10条）

時間外及び休日労働（労働基準法第36条）

- 使用者は、過半数組合又は過半数代表者と労使協定を締結し、労働基準監督署に届け出た場合は、協定で定めるところにより、時間外又は休日に労働させることができる。

時間外、休日及び深夜労働の割増賃金（労働基準法第37条）

- 使用者は、時間外又は深夜（午後10時から午前5時まで）に労働させた場合は、通常の賃金の2割5分以上の割増賃金（※）を支払わなければならない（※※）。
 - ※ 1ヶ月60時間を超える時間外労働については、通常の賃金の5割以上。ただし、中小企業は当分の間適用猶予。
 - ※※ 「時間外かつ深夜」の場合：5割以上の割増賃金を支払わなければならない。

労働時間規制の例外（労働基準法第41条）

- 次の各号のいずれかに該当する労働者については、労働時間や割増賃金、休日等に関する規定を適用しない。
 - 一 農業、水産業、畜産業等に従事する者
 - 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

労働時間の判断基準

労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン (平成29年1月20日策定)

- 労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。そのため、次のアからウのような時間は、労働時間として扱わなければならない。
 - ア 使用者の指示により、就業を命じられた業務に必要な準備行為(着用を義務付けられた所定の服装への着替え等)や業務終了後の業務に関連した後始末(清掃等)を事業場内において行った時間
 - イ 使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間(いわゆる「手待時間」)
 - ウ 参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間
- ただし、これら以外の時間についても、使用者の指揮命令下に置かれていると評価される時間については労働時間として取り扱うこと。
- なお、労働時間に該当するか否かは、労働契約、就業規則、労働協約等の定めのかんによらず、労働者の行為が使用者の指揮命令下に置かれたものと評価することができるか否かにより客観的に定まるものである。また、客観的に見て使用者の指揮命令下に置かれていると評価されるかどうかは、労働者の行為が使用者から義務づけられ、又はこれを余儀なくされていた等の状況の有無等から、個別具体的に判断されるものである。

自己研鑽の時間について

- 自己研鑽の時間について、使用者の指示や就業規則上の制裁等の不利益取扱いによる強制がなく、あくまで研修医が自主的に取り組むものであるなど、使用者の指揮命令下に置かれていると評価されない時間であれば、労働時間には該当しないと考えられる。

【参考】（昭和63年3月14日基発第150号）

労働者が使用者の実施する教育に参加することについて、就業規則上の制裁等の不利益取扱いによる出席の強制がなく自由参加のものであれば、時間外労働にならない。

【医療法人康心会事件】（東京高裁 平成27年10月7日）

- ・ 割増賃金の支払について争った事案で、医療法人側は医師が行っていた時間外労働について、業務上の命令は全くなく、単孔式の研究という私的な活動のために病院内に滞在していたに過ぎない旨主張した。
- ・ 本件では、時間外労働の多くを単孔式の研究に費やしたとは認められず、当該研究は病院における治療技術の向上など当該病院の利益になり、業務に関連するものと言うことができるため、上記の医療法人側の主張は採用することはできないとされた。

【NTT西日本事件】（大阪地裁 平成22年4月23日）

- ・ 時間外手当等の請求に当たり、従業員が行ったWEB学習の時間が労働時間か否かが争点となった事案で、当該WEB学習は、その教材が会社の業務と密接に関連し、従業員にもその知識修得の必要性があり、上司がチャレンジシートにおいて明示的にWEB学習によるスキルアップを求めていること等からすると、当該WEB学習は労働時間と認められるとした。

【トムの庭事件】（東京地裁 平成21年4月16日）

- ・ 美容師と美容院の会社が、解雇の有効性や時間外労働に係る未払賃金について争った事案で、会社側が営業時間開始の1時間30分前から店舗を開放して、スタッフが自主的に練習する場を提供していたところ、営業開始時刻前に出勤して自主練習をしていた時間が時間外労働に当たるかどうか争点の一つとなった。
- ・ 本件では、営業時間開始前に出勤していたとしても、営業開始時刻までの時間はスタッフの自主的な練習時間とされていたのであるから、会社側の指揮監督下にある労務提供時間と認定することはできないとされた。

(参考) 医の倫理について①

○ 古代ギリシャの時代から現代にいたるまで、医師の倫理に関する宣言等は繰り返しまとめられ、医師が診療を行う上で、重要なものとされている。

○ヒポクラテスの誓い(小川鼎三訳)(抜粋)

- ・私は能力と判断の限り患者に利益すると思ふ養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。
- ・純粹と神聖をもってわが生涯を貫き、わが術を行う。
- ・この誓いを守りつづける限り、私は、いつも医術の実施を楽しみつつ生きてすべての人から尊敬されるであろう。もしこの誓いを破るならばその反対の運命をたまわりたい。

○扶氏医戒之略(緒方洪庵)(抜粋)

- 一、医の世に生活するは人の為のみ、おのれがためにあらずということを其業の本旨とす。安逸を思はず、名利を顧みず、唯おのれをすてて人を救はんことを希ふべし。人の生命を保全し、人の疾病を復治し、人の患苦を寛解するの外他事あるものにあらず。
- 一、學術を研精するの外、尚言行に意を用いて病者に信任せられんことを求むべし。然りといへども、時様の服飾を用ひ、詭誕の奇説を唱へて、聞達を求むるは大に恥るところなり。

○ジュネーブ宣言(第2回世界医師会総会)(日本医師会訳)(抜粋)

- ・私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることがを厳粛に誓う。
- ・良心と尊厳をもって私の専門職を実践する。
- ・私の患者の健康を私の第一の関心事とする。
- ・人命を最大限に尊重し続ける。

(参考) 医の倫理について②

○医師憲章(新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム)(米国・欧州内科4学会共同作成)(抜粋)

(プロフェッショナルとしての10の責務(抜粋))

- ・プロフェッショナルとしての能力に関する責務
- ・医療の質を向上させる責務
- ・医療へのアクセスを向上させる責務
- ・科学的な知識に関する責務
- ・プロフェッショナルの責任を果たす責務

○医師の職業倫理指針(日本医師会)(抜粋)

(医の倫理綱領(抜粋))

- ・医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。

(医師の基本的責務(抜粋))

(1) 医学知識・技術の習得と生涯学習

専門職としての能力、すなわち確かな医学知識と技術は、医師にとって当然備えるべき条件である。そのためにも、医師は医療を行う限り、生涯にわたり日進月歩の現代医学に基づく医学知識を学び、その技術を習得する義務があり、さらに診療に当たっては、確かな根拠に基づいた医療を行う責任がある。学習は、活字をはじめとするさまざまなメディアを通じて行い、また学会や医師会の講演会や研修会への参加など、さまざまな機会をとらえて行われるべきである。そして広い視野で情報収集を行ったうえで、その学習の成果を日々の医療の実践において発揮すべきである

(参考)

○医師法(昭和23年法律第201号)

第1条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

○医療法(昭和23年法律第205号)

第1条の4 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

2～5 (略)

宿直について

<原則>

- 使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間は、手待時間として労働時間とみなされる。

<特例(労働基準法第41条第3号)>

- 労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働に従事するものについて、労働基準法上、労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外している。許可基準については以下のとおり。

※ 緊急の対応を行った場合は、原則通り労働時間とされる。

【一般的許可基準】(昭和22年9月13日発基第17号)

(1) 勤務の態様

- ・常態としてほとんど労働する必要のない勤務
- ・原則として、通常の労働の継続は許可しない

(2) 宿日直手当

- ・1日又は1回につき、宿日直勤務を行う者に支払われる賃金の1日平均額の1/3以上

(3) 宿日直の回数

- ・宿直については週1回、日直については月1回を限度

(4) その他

- ・宿直については、相当の睡眠設備の設置

医師の宿直について

- 医療法(昭和23年法律第205号)第16条の規定により、「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」とされている。
- 宿直は、一般的に外来診療を行っていない時間帯に、医師等が入院患者の病状の急変に対処するため医療機関内に拘束され待機している状態をいい、このような待機時間も一般的には労働基準法上の労働時間となる。
- 労働基準法第41条第3号の規定に基づき、断続的業務として労働基準監督署長の許可を受けたものについては、労働基準法上の労働時間規制が適用されない。ただし、医師の当直について当該許可を受ける場合には、宿直勤務の一般的許可基準に加え、「医師、看護師等の宿直許可基準」を満たす必要がある。

【医師、看護師等の宿直許可基準】(昭和24年3月22日基発第352号)

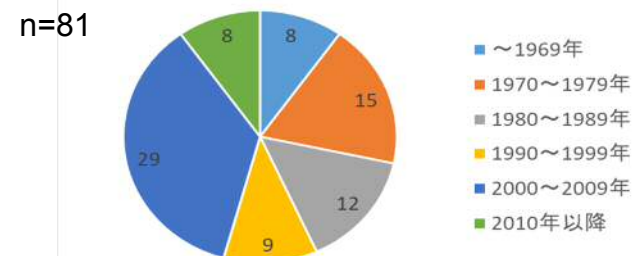
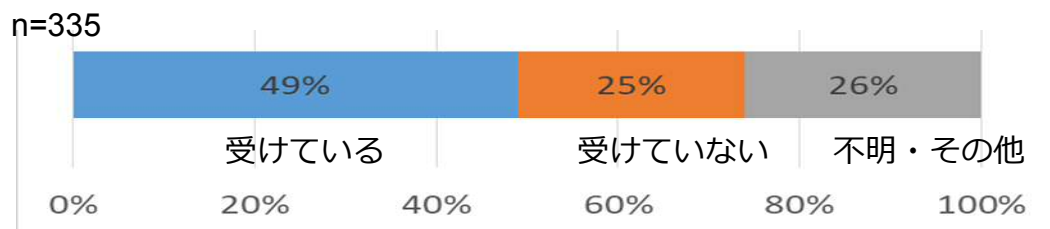
- (1) 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
- (2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外に、病院の定時巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温等、特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務に限ること。
(応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等があり、昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものは許可しない。)
- (3) 夜間に十分睡眠がとりうること。
- (4) 許可を得て宿直を行う場合に、(2)のカッコ内のような労働が稀にあっても、一般的にみて睡眠が充分にとりうるものである限り許可を取り消さないが、その時間については労働基準法第33条、第36条による時間外労働の手続きを行い、同法第37条の割増賃金を支払うこと。

医師の当直(宿日直)の実態(医療機関)

- 全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会ともに、H29.10～11月にかけて、「医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査」を実施。

調査	内容		
全国医学部長病院長会議による調査 ※加盟する80施設を対象。回収73施設（回収率91.3%）		件数	割合
	労基法の宿日直勤務に当たるものとして対応している	58件	79.5%
	労基法の宿日直の許可申請を行わず、交代制で対応している	4件	5.5%
	労基法の宿日直の許可申請を行わず、交代制ではなく時間外・休日労働として対応している	3件	4.1%
	労基法の宿日直の許可申請を行わず、宿日直勤務として対応している	6件	8.2%
	時間外・休日対応を行っていない	0件	0.0%
	時間外・休日対応をやめた	0件	0.0%
	無回答	2件	2.7%
合 計		73件	100.0%
四病院団体協議会による調査 ※加盟する5,118施設を対象。回収639施設（回収率12.5%）		件数	割合
	労基法の宿日直勤務に当たるものとして対応している	342件	53.5%
	労基法の宿日直の許可申請を行わず、交代制で対応している	59件	9.2%
	労基法の宿日直の許可申請を行わず、交代制ではなく時間外・休日労働として対応している	41件	6.4%
	労基法の宿日直の許可申請を行わず、宿日直勤務として対応している	123件	19.2%
	時間外・休日対応を行っていない	22件	3.4%
	時間外・休日対応をやめた	0件	0.0%
	無回答	52件	8.1%
合 計		639件	100.0%

- 日本病院会によるアンケート調査（H25.1～2月）における、医療機関の宿日直許可の有無・・許可取得時期



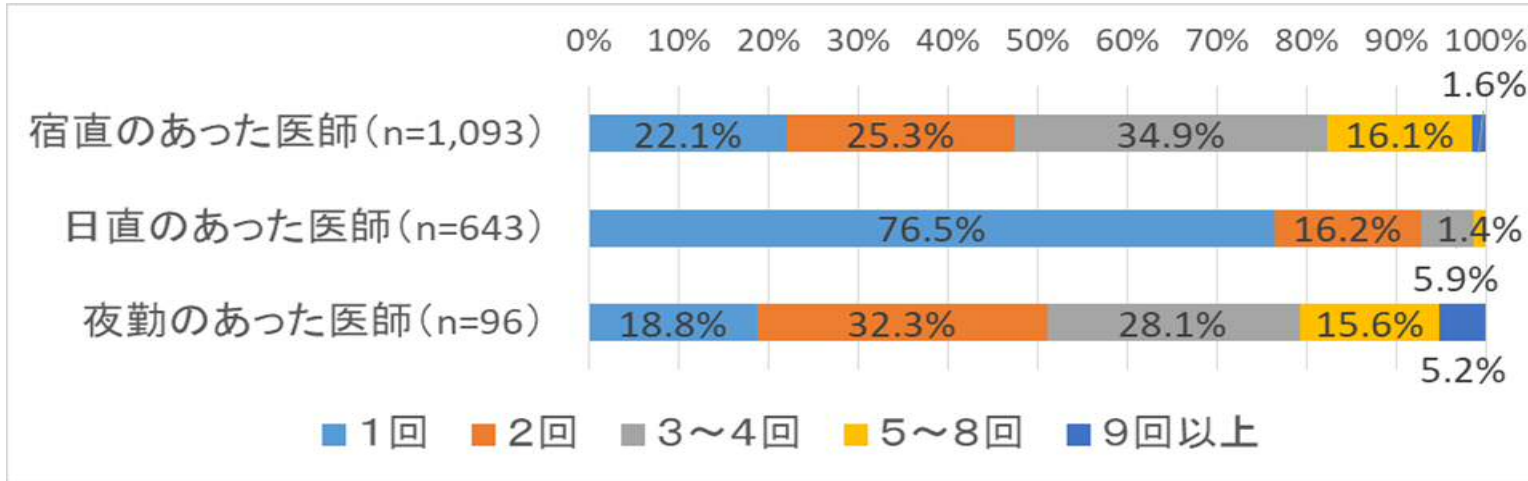
「地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書（平成25年8月）一般社団法人日本病院会

医師の当直(宿日直)の実態(勤務医)

(出典) 厚生労働省委託「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組みに対する支援の充実を図るための調査・研究 事業報告書」(平成29年3月)

□ 宿直・日直・夜勤の実施状況

※平成28年6月に宿直・日直・夜勤を行った医師に回数を尋ねたもの。

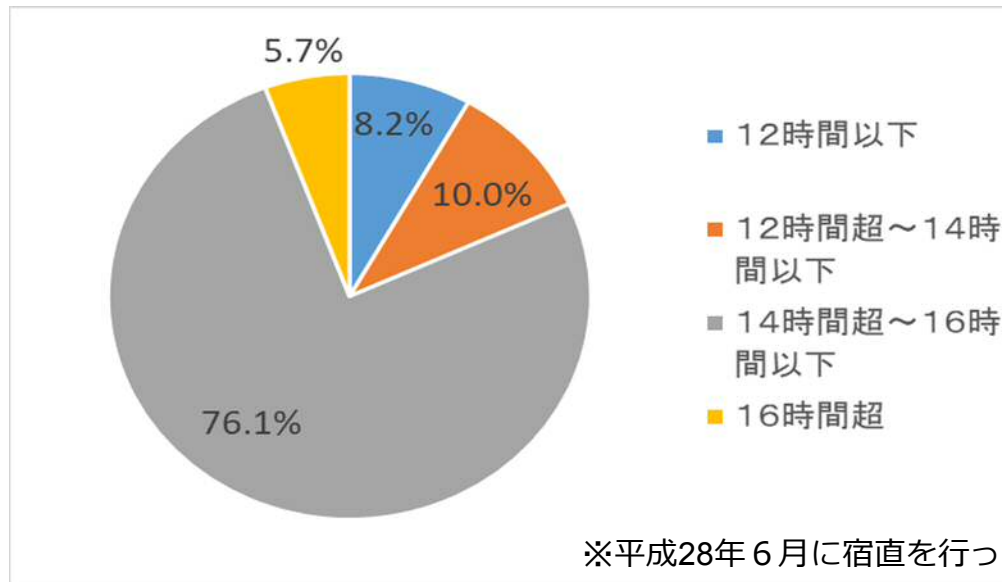


宿直：平均3.0回
最小1回 最大28回

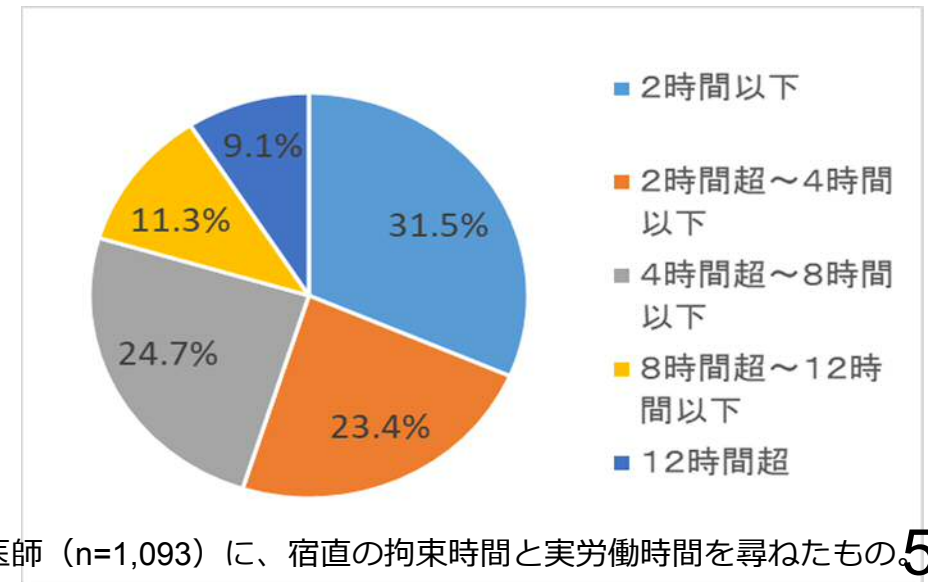
日直：平均1.4回
最小1回 最大8回

夜勤：平均3.4回
最小1回 最大8回

□ 宿直1回あたりの拘束時間数



□ 宿直1回あたりの実労働時間数



※平成28年6月に宿直を行った医師 (n=1,093) に、宿直の拘束時間と実労働時間を尋ねたもの。52

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、季節等によっ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、自然科学等の研究者、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。

裁量労働制の概要

	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〕	<p>専門性が高い業務に従事する労働者</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p style="text-align: center;"><small>(厚生労働省令及び大臣告示で規定)</small></p>	<p><u>労使協定で定めた時間を労働したものとみなす。</u></p> <p>※ 適用労働者の割合： ⇒ 1.4%</p> <p>※ 導入企業の割合： ⇒ 2.1%</p>	<p>労使協定(※)において、以下の事項を定め、<u>労基署へ届出。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>※ 使用者と、過半数労働組合または過半数代表者との協定</p>
企画業務型裁量労働制 〔法38条の4〕	<p><u>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</u></p> <p>(例)</p> <p>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</p>	<p><u>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。</u></p> <p>※ 適用労働者の割合： ⇒ 0.3%</p> <p>※ 導入企業の割合： ⇒ 0.9%</p>	<p>事業場毎に<u>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。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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」

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、「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案要綱」においても、「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。

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。

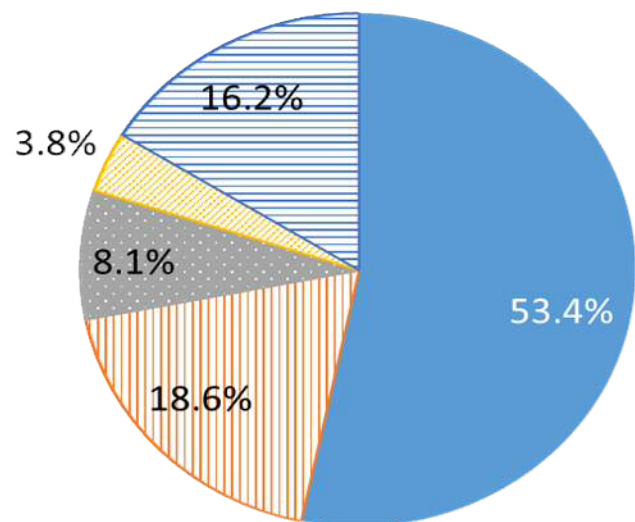
(4) 医療機関における労務管理・勤務環境改善の取組の実態

医療機関における医師の労働時間管理方法について

- 医師自身が認識している労働時間の管理方法は、「出勤簿・管理簿」によるものが最も多い。「管理していない」も約16%存在。
- 第4回医師の働き方改革に関する検討会(H29.11.10)において報告された「医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査」(全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会)によると、「出勤簿または管理簿(自己申告のみ)」が約2割程度存在。

医師の認識についてのアンケート

- 出勤簿・管理簿
- タイムレコーダー・タイムカード
- ICカード
- その他
- 労働時間を管理していない



出典:「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組みに対する支援の充実を図るための調査・研究」(平成28年度厚生労働省委託)におけるアンケート調査の医師票によるもの。平成28年8~9月に実施し、1,411票回答を得た。

医療機関の自己点検

全国医学部長病院長会議 n=73

	件数	割合
使用者の現認	1件	1.4%
タイムカードやICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録	8件	11.0%
出勤簿または管理簿(自己申告と上司チェック)	44件	60.3%
出勤簿または管理簿(自己申告のみ)	15件	20.5%
その他	5件	6.8%
無回答	0件	0.0%
合計	73件	100.0%

四病院団体協議会 n=639

	件数	割合
使用者の現認	29件	4.5%
タイムカードやICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録	219件	34.3%
出勤簿または管理簿(自己申告と上司チェック)	247件	38.7%
出勤簿または管理簿(自己申告のみ)	134件	21.0%
その他	8件	1.3%
無回答	2件	0.3%
合計	639件	100.0%

出典:第4回医師の働き方改革に関する検討会(H29.11.10)における山本構成員・馬場構成員のプレゼンテーション資料より抜粋。全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会ともに、H29.10~11月にかけて、「医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査」を実施したもの。

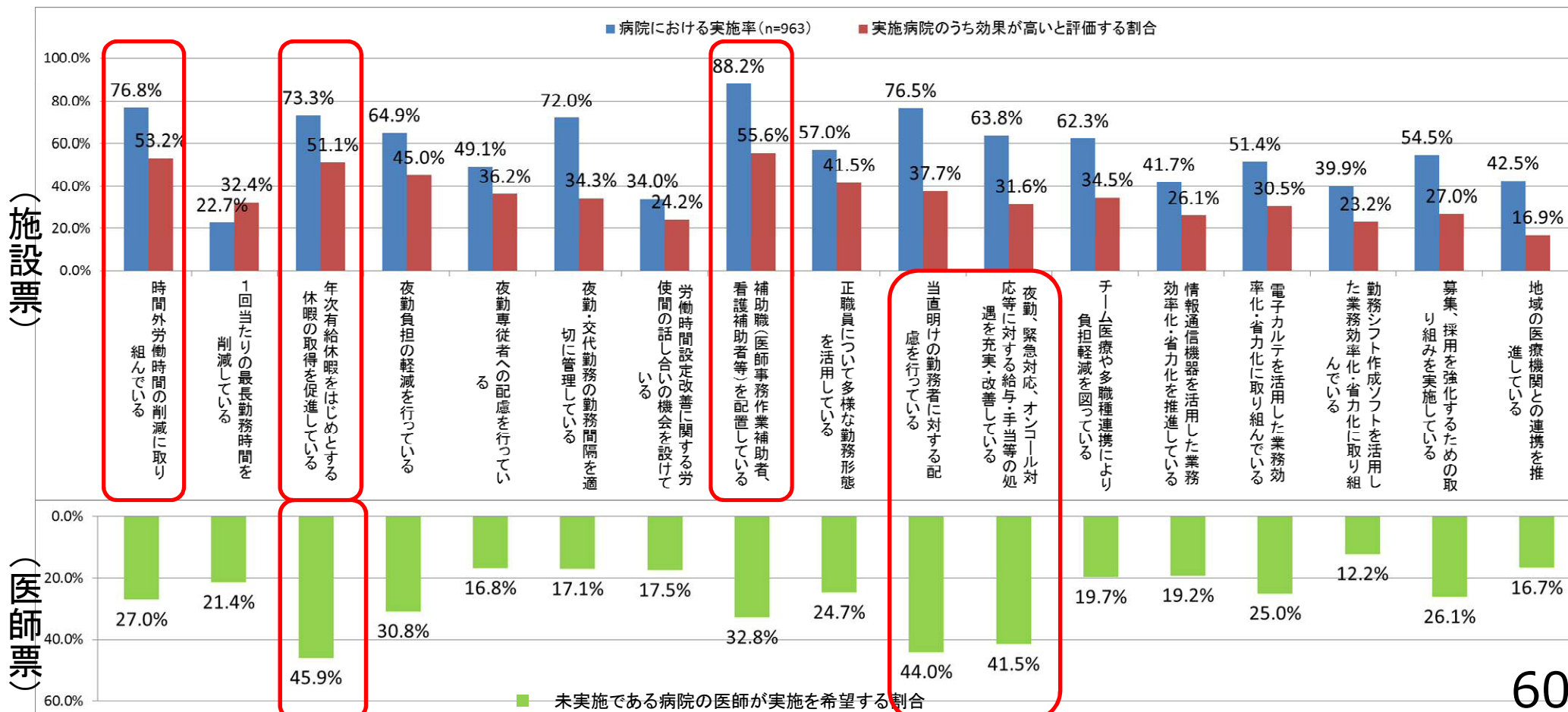
医療機関における医師についての36協定の締結状況について

- 全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会ともに、H29.10～11月にかけて、「医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査」を実施（第4回医師の働き方改革に関する検討会（H29.11.10）における山本構成員・馬場構成員のプレゼンテーション資料より抜粋）。

	全国医学部長病院長会議による調査	四病院団体協議会による調査																																				
調査概要	(一社)全国医学部長病院長会議に加盟する80施設を対象。回収73施設(回収率 91.3%)	四病院団体協議会に加盟する5,118施設を対象。回収639施設(回収率 12.5%)																																				
調査結果	36協定締結状況 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>件数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>締結している（特別条項あり）</td> <td>60件</td> <td>82.2%</td> </tr> <tr> <td>締結している（特別条項なし）</td> <td>2件</td> <td>2.7%</td> </tr> <tr> <td>締結していない</td> <td>10件</td> <td>13.7%</td> </tr> <tr> <td>無回答</td> <td>1件</td> <td>1.4%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>73件</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>		件数	割合	締結している（特別条項あり）	60件	82.2%	締結している（特別条項なし）	2件	2.7%	締結していない	10件	13.7%	無回答	1件	1.4%	合計	73件	100.0%	36協定締結状況 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>件数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>締結している（特別条項あり）</td> <td>323件</td> <td>50.5%</td> </tr> <tr> <td>締結している（特別条項なし）</td> <td>217件</td> <td>34.0%</td> </tr> <tr> <td>締結していない</td> <td>95件</td> <td>14.9%</td> </tr> <tr> <td>無回答</td> <td>4件</td> <td>0.6%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>639件</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>		件数	割合	締結している（特別条項あり）	323件	50.5%	締結している（特別条項なし）	217件	34.0%	締結していない	95件	14.9%	無回答	4件	0.6%	合計	639件	100.0%
		件数	割合																																			
	締結している（特別条項あり）	60件	82.2%																																			
	締結している（特別条項なし）	2件	2.7%																																			
締結していない	10件	13.7%																																				
無回答	1件	1.4%																																				
合計	73件	100.0%																																				
	件数	割合																																				
締結している（特別条項あり）	323件	50.5%																																				
締結している（特別条項なし）	217件	34.0%																																				
締結していない	95件	14.9%																																				
無回答	4件	0.6%																																				
合計	639件	100.0%																																				
	特別条項ありの場合、上限時間 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平均値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日当たりで定めている場合の時間数</td> <td>8.5時間</td> </tr> <tr> <td>週当たりで定めている場合の時間数</td> <td>45.0時間</td> </tr> <tr> <td>月当たりで定めている場合の時間数</td> <td>77.9時間</td> </tr> <tr> <td>年当たりで定めている場合の時間数</td> <td>638.6時間</td> </tr> </tbody> </table>		平均値	日当たりで定めている場合の時間数	8.5時間	週当たりで定めている場合の時間数	45.0時間	月当たりで定めている場合の時間数	77.9時間	年当たりで定めている場合の時間数	638.6時間	特別条項ありの場合、上限時間 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平均値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日当たりで定めている場合の時間数</td> <td>7.9時間</td> </tr> <tr> <td>週当たりで定めている場合の時間数</td> <td>30.9時間</td> </tr> <tr> <td>月当たりで定めている場合の時間数</td> <td>73.7時間</td> </tr> <tr> <td>年当たりで定めている場合の時間数</td> <td>584.5時間</td> </tr> </tbody> </table>		平均値	日当たりで定めている場合の時間数	7.9時間	週当たりで定めている場合の時間数	30.9時間	月当たりで定めている場合の時間数	73.7時間	年当たりで定めている場合の時間数	584.5時間																
	平均値																																					
日当たりで定めている場合の時間数	8.5時間																																					
週当たりで定めている場合の時間数	45.0時間																																					
月当たりで定めている場合の時間数	77.9時間																																					
年当たりで定めている場合の時間数	638.6時間																																					
	平均値																																					
日当たりで定めている場合の時間数	7.9時間																																					
週当たりで定めている場合の時間数	30.9時間																																					
月当たりで定めている場合の時間数	73.7時間																																					
年当たりで定めている場合の時間数	584.5時間																																					

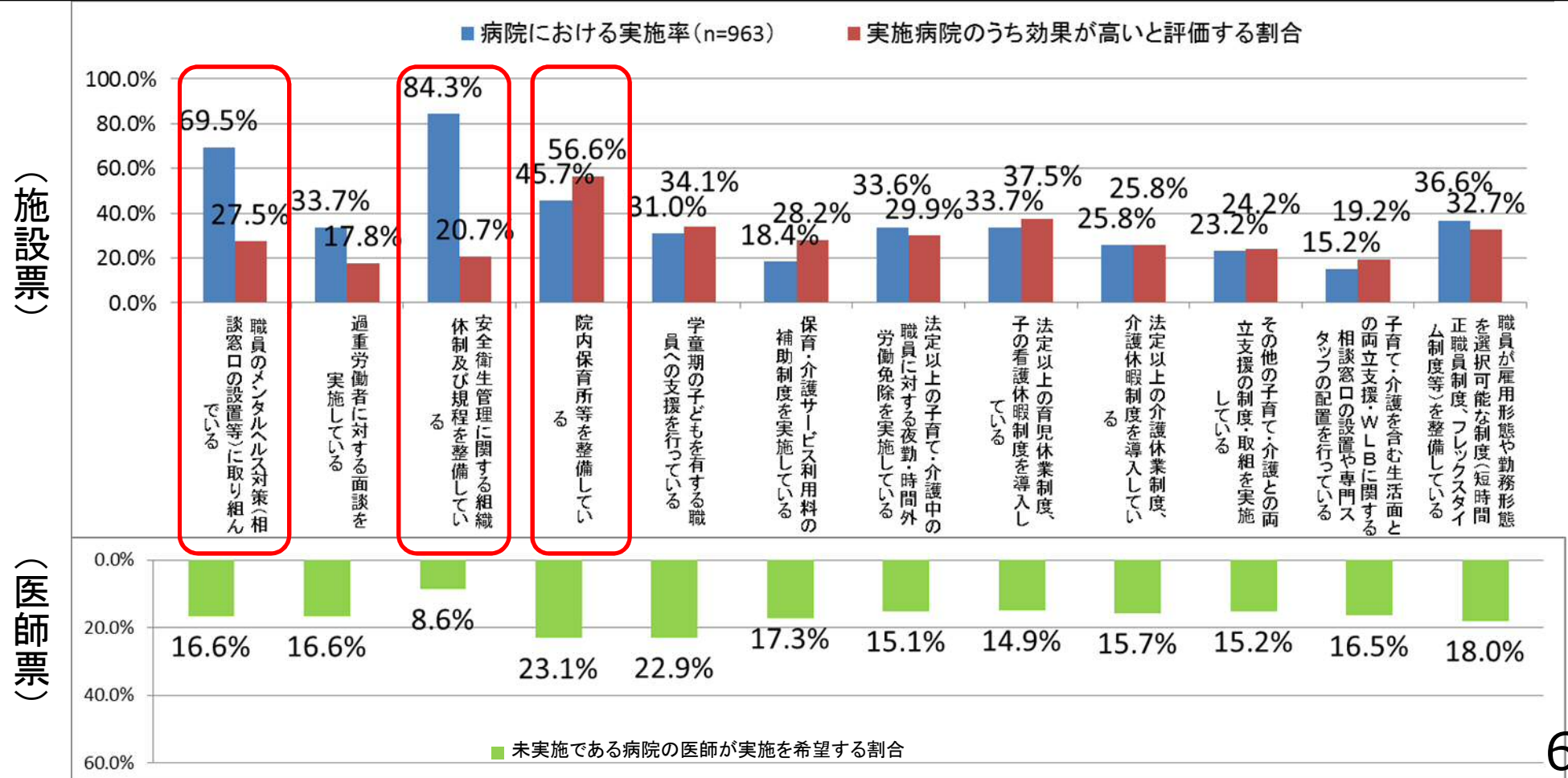
勤務環境改善の取組状況（病院の取組とその評価①）

- 労働時間管理、勤務負担軽減の取組のうち、病院における実施率が高く、かつ効果も高いと病院側が認識している取組は、医師事務作業補助者等の補助職の配置、休暇の取得促進、時間外労働の削減等の取組である。
- 一方、医師が、勤務する病院では未実施であるが実施してほしいと考える取組としては、休暇の取得促進や当直明けの勤務者に対する配慮、夜勤・緊急対応等の処遇の充実・改善等が挙げられる。



勤務環境改善の取組状況（病院の取組とその評価②）

- 職員の健康支援の取組については、規模によっては法定の義務もあるため、実施率が高くなっている。
- 両立支援の取組のうちでは、院内保育所の整備について、病院における実施はそれほど高くないものの、効果が高いと病院側が認識している。
- 医師が、勤務する病院では未実施であるが実施してほしいと考える取組は、労働時間管理、勤務負担軽減に関するものの方が上位に現れている。



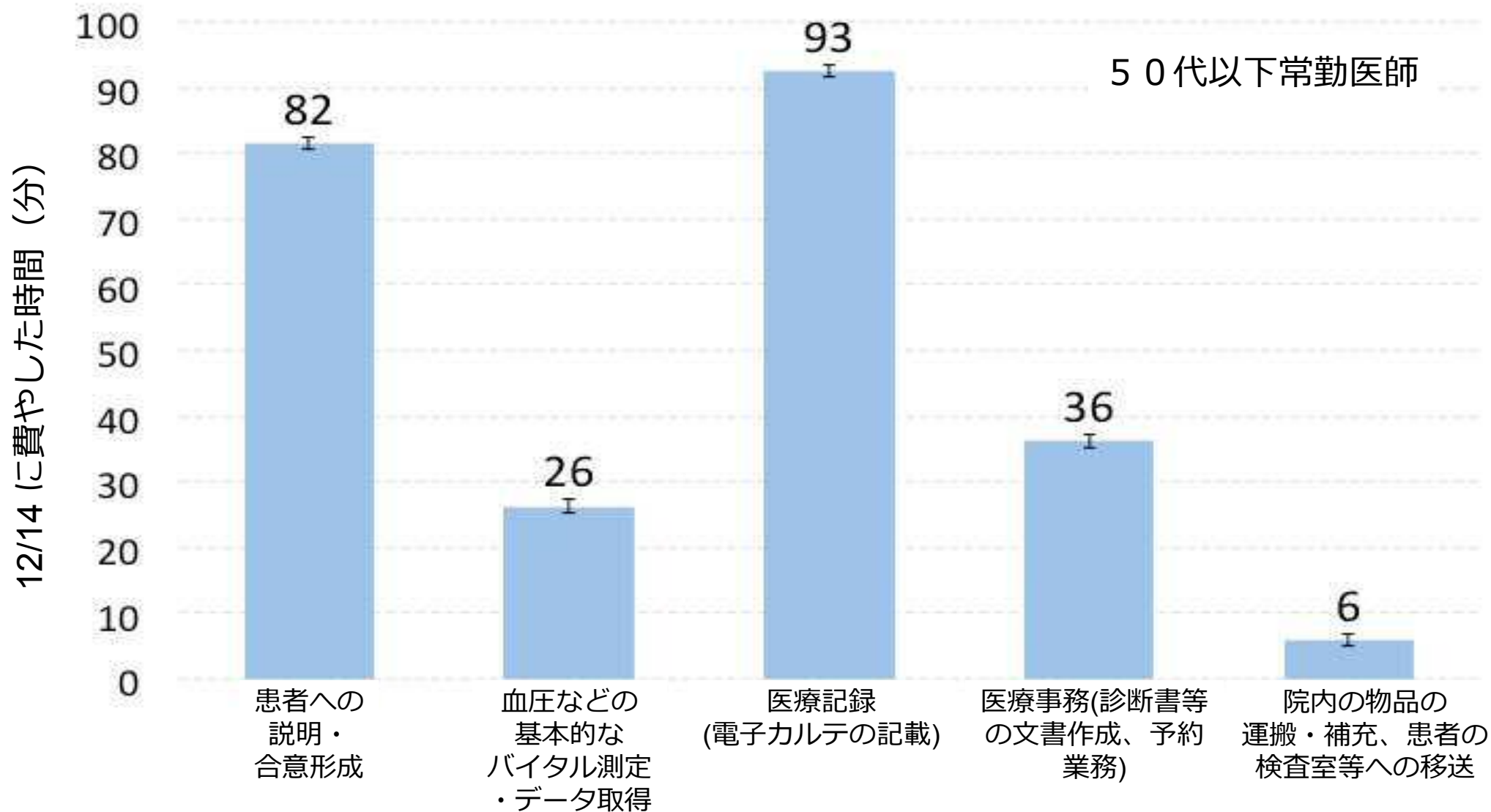
勤務環境改善の取組事例① 医師事務作業補助者の導入

名称・所在	病院概要	医師事務作業補助者に係る取組	成果
足利赤十字病院 (栃木県足利市)	<ul style="list-style-type: none"> 555床(一般500、精神40、結核15) 救命救急センター、地域医療支援病院等 全28科 7:1入院基本料 	<ul style="list-style-type: none"> 配置数は25:1(21名) 診断書等の作成補助に従事。 キャリアパスの整備(診療情報管理士取得費用の補助、取得者の特別昇給) 医師事務作業補助者の業務効率化(診断書作成支援システムの導入) 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の負担軽減、診療への専念
(独)国立病院機構福山医療センター (広島県福山市)	<ul style="list-style-type: none"> 374床(一般) 輪番制病院群第2次救急医療病院、臨床研修病院、地域医療支援病院等 全34科 7:1入院基本料 	<ul style="list-style-type: none"> 配置数は15:1(38名) 電子カルテ、処方せん、退院サマリー、診断書等の作成補助に従事。 人事管理の工夫(医師事務作業補助者の配置方法を、関連する診療科毎のサブグループを形成し、グループ内での異動を原則とすることで経験を活かす) 	<ul style="list-style-type: none"> 1日当たり呼吸器内科45分、循環器内科50分、肝臓内科80分の外来診察時間の短縮 整形外科における医師の勤務時間を1日約2時間短縮 退院サマリーの2週間以内の作成率99%達成
潤和リハビリテーション振興財団潤和会記念病院 (宮崎県宮崎市)	<ul style="list-style-type: none"> 446床(一般291、療養155) 臨床研修病院 全24科 7:1入院基本料 	<ul style="list-style-type: none"> 配置数は40:1(9名) ワークシェア、WLBの確保(医師事務作業補助者の導入に当たり、補助者の休暇や欠員に対応できるよう、「チームクラーク制」を導入) 	<ul style="list-style-type: none"> 患者一人当たりの診療時間、文書作成時間の短縮と、それに伴う患者満足度の向上 医師の超過勤務時間の削減

勤務環境改善の取組事例② 連続勤務時間の短縮となる取組

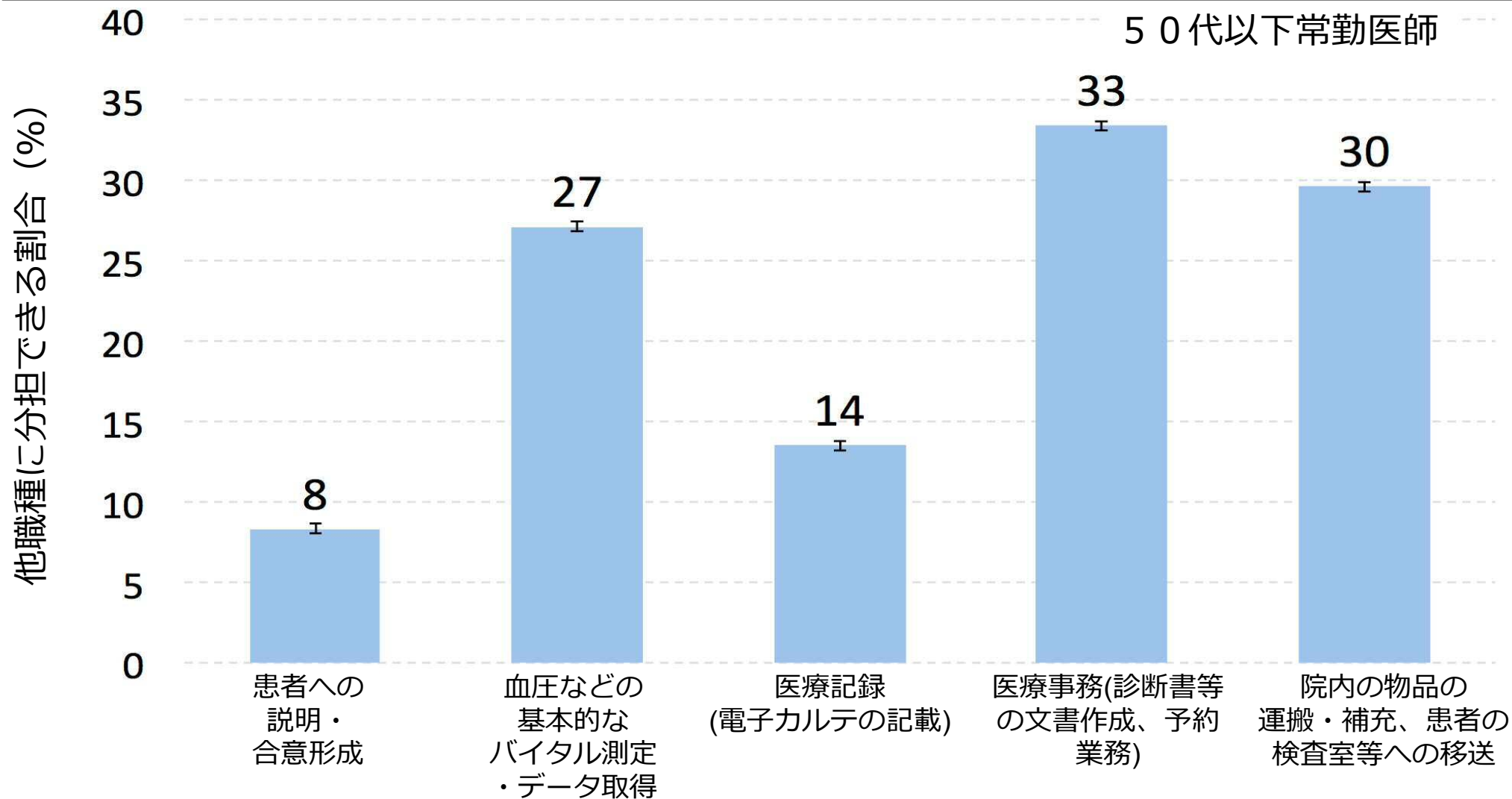
	名称・所在	病院概要	連続勤務時間の短縮となる取組	成果
産婦人科	日本赤十字社医療センター (東京都渋谷区)	<ul style="list-style-type: none"> 708床(一般) 東京都救命救急センター、母体救命対応総合周産期母子医療センター 等 全41科 7:1入院基本料 	<ul style="list-style-type: none"> 変則二交替勤務制導入により、連続勤務時間を13時間に抑制(導入前は32時間)。 日中の人員減には、外来妊婦健診について、助産師との業務分担や病診連携で対応。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の精神的・身体的負担軽減 長時間勤務の疲労に由来するミス・事故の防止 ハイリスク分娩への集中が可能に
救急科	相澤病院 (長野県松本市)	<ul style="list-style-type: none"> 460床 救命救急センター、地域医療支援病院等 全37科 7:1入院基本料 	<ul style="list-style-type: none"> 救急医を二交替勤務制とし夜勤(14.5時間)を週2回と日勤(7.5時間)を週1回とする。夜勤明けから次の勤務まで24時間以上空けるため4日相当は「休み」。 救急医は17人ほどであり、夜間は3人程度の救急医がいる状況なので、時間外の救急患者が来た際には救急医が対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療科の当直医の対応頻度低下による、当直の負担軽減
小児科	医療法人藤本育成会大分こども病院 (大分県大分市)	<ul style="list-style-type: none"> 40床(一般) 大分保健医療圏二次救急病院 全5科 10:1入院基本料 	<ul style="list-style-type: none"> 当直翌日を休日とする。当直免除もあり(45歳以上希望者)。 短時間勤務を導入。これに伴う夜勤・休日出勤等の分担の偏りについては賞与で評価。 	<ul style="list-style-type: none"> 年次有給休暇取得率の向上 短期離職者の減少 育児休業終了後全員職場への復職

他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担 (12月14日の1日に費やした時間(分))



他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担 (他職種に分担できる割合 (%))

○ 1日で5つの業務に費やした平均約240分のうち、20%弱(約47分)が他業種に分担可能。



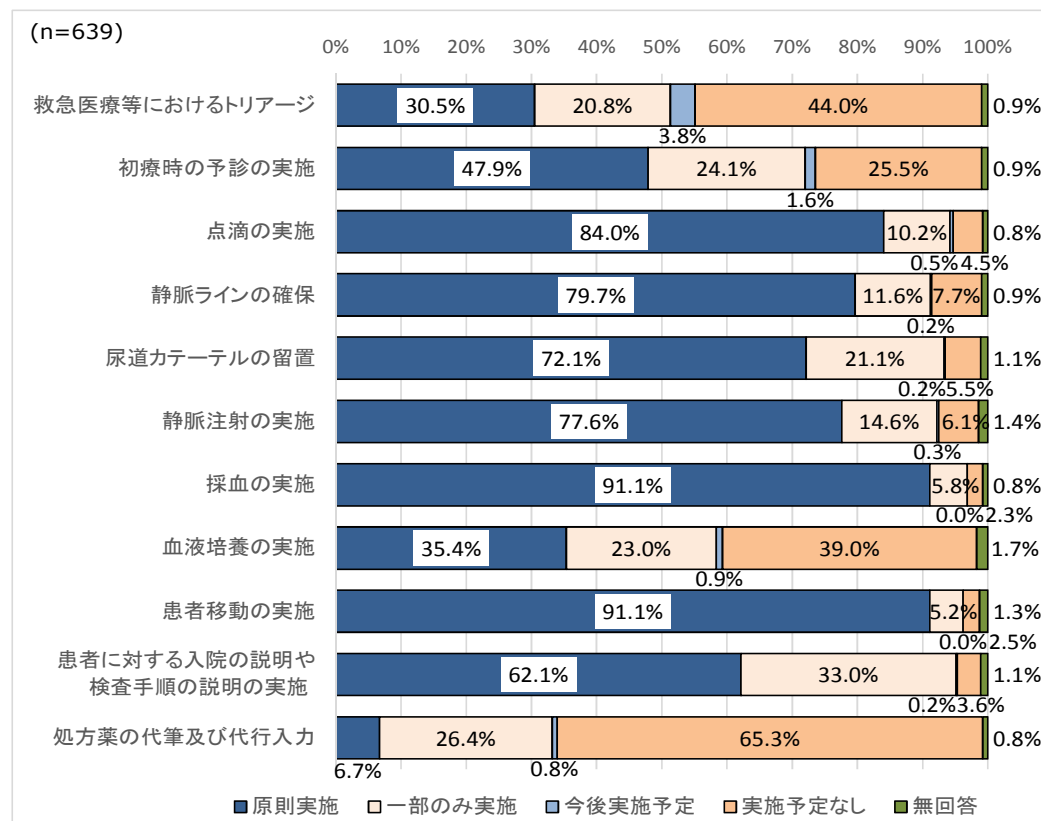
医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査 (平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

第4回医師の働き方改革に関する検討会（H29.11.10）馬場構成員プレゼン資料
 （四病院団体協議会による医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査）

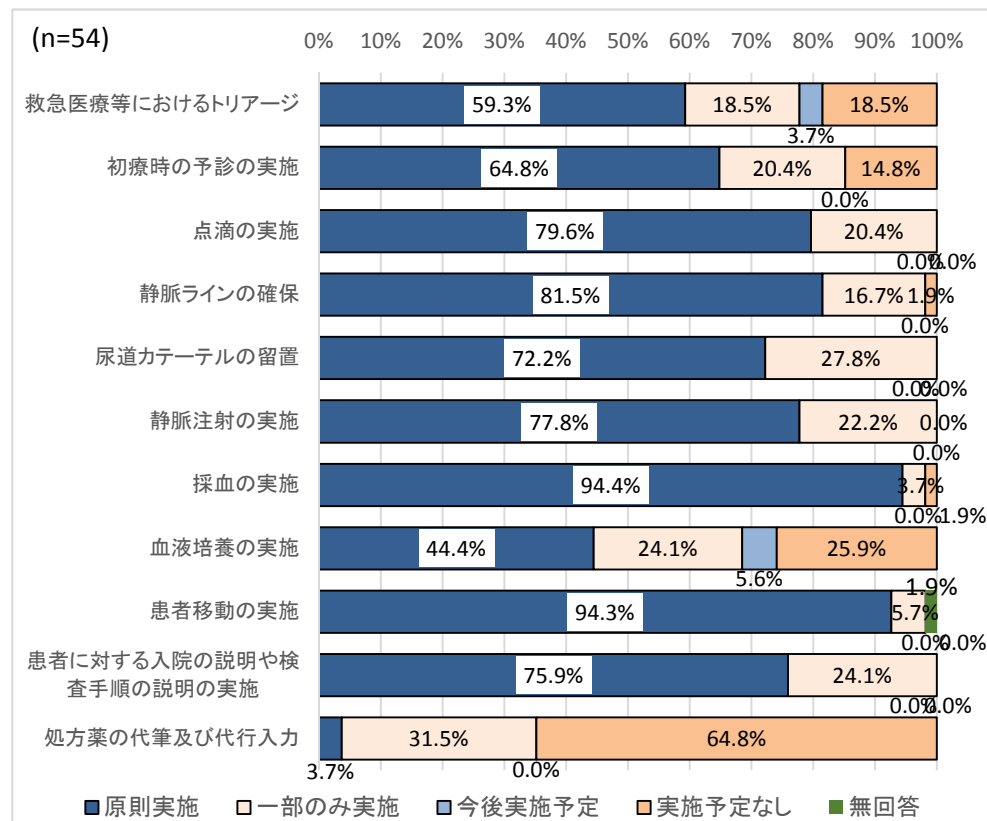
Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【看護師等が行っている業務①】

- 点滴の実施、静脈ラインの確保、尿道カテーテルの留置及び静脈注射の実施は、原則実施の割合が72.1～84.0%。一部のみ実施も合わせた割合は90%以上。
- 特定看護師が勤務している施設では、更にタスク・シフティングが進んでいる場合が多い。

看護師等が行っている業務



特定看護師の勤務している病院に限定看護師等が行っている業務

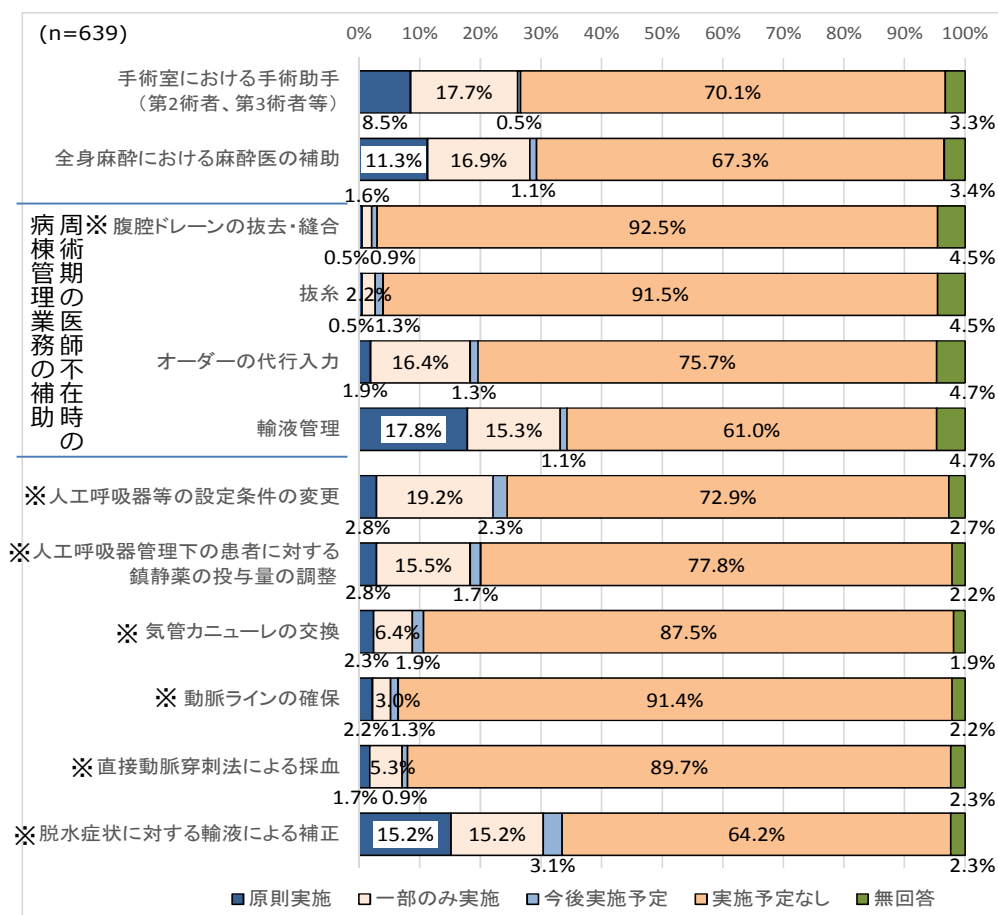


第4回医師の働き方改革に関する検討会（H29.11.10）馬場構成員プレゼン資料
 （四病院団体協議会による医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査）

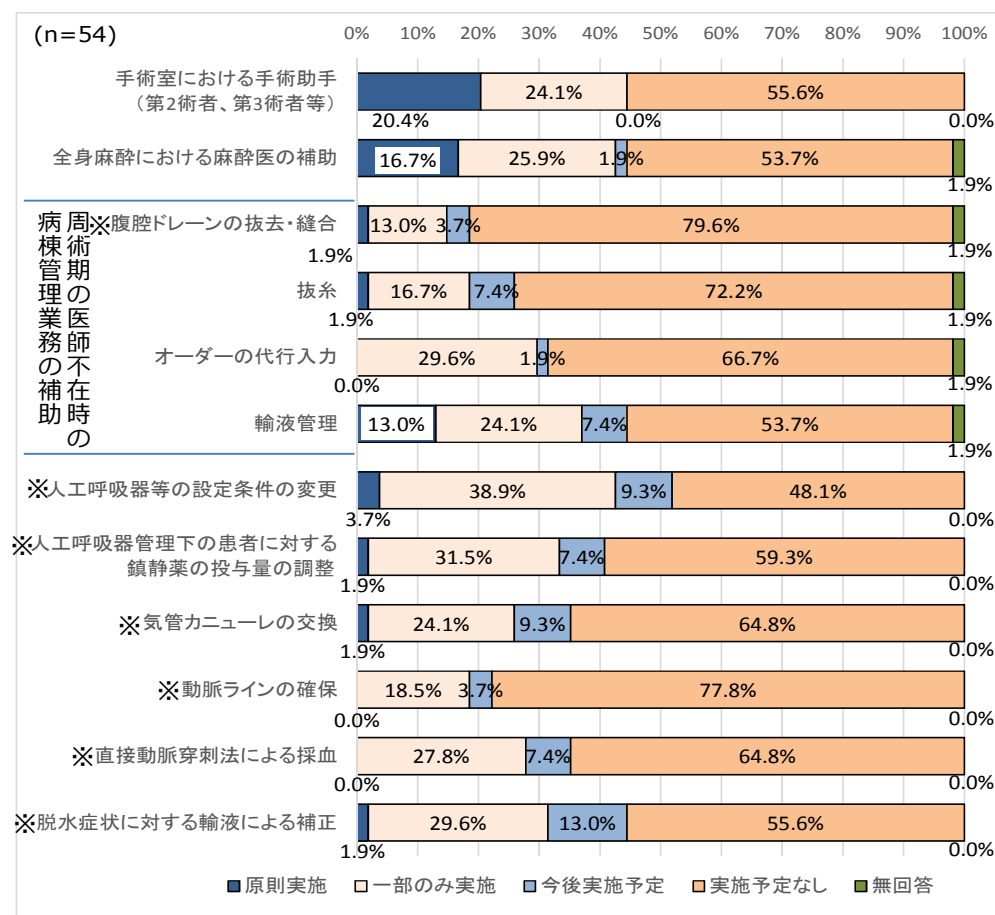
Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【看護師等が行っている業務②】

- 特定行為については、原則実施は概ね10%以下。
- 特定看護師を採用している施設においては、特定行為の原則実施、一部のみ実施の合計の実施率は15～50%程度。

看護師等が行っている業務



特定看護師の勤務している病院に限定看護師等が行っている業務



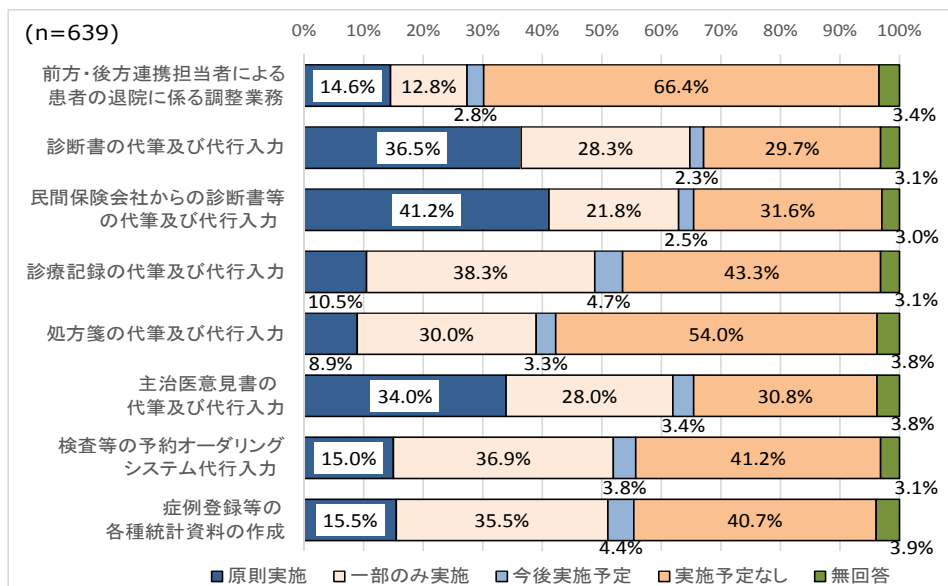
※特定行為

第4回医師の働き方改革に関する検討会（H29.11.10）馬場構成員プレゼン資料
 （四病院団体協議会による医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査）

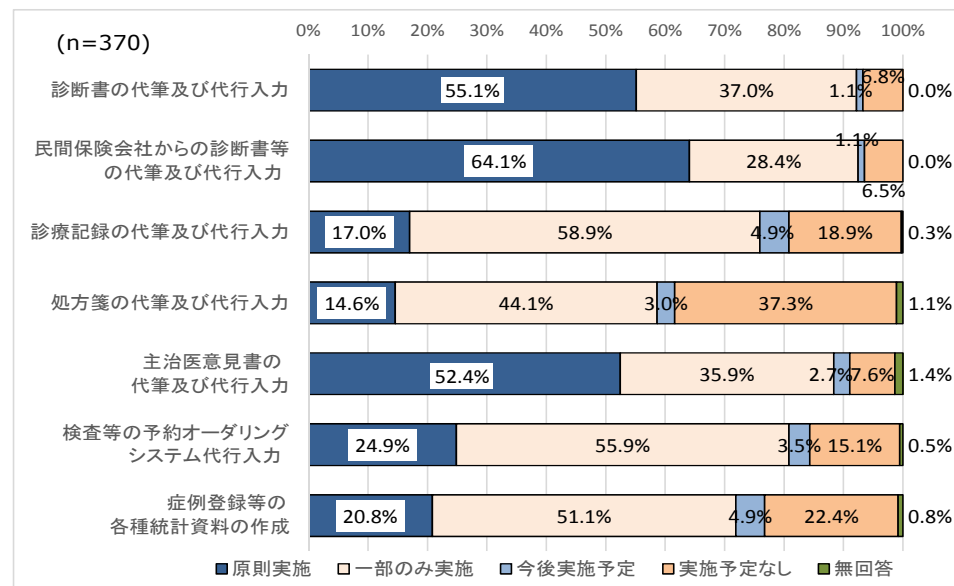
Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【医師事務作業補助者等が行っている業務】

- 医師事務作業補助者を配置している施設では、診断書、民間保険会社からの診断書等及び主治医意見書の代筆及び代行入力等の業務は大半の施設で実施されている。

医師事務作業補助者が行っている業務



医師事務作業補助者が勤務している病院に限定
 医師事務作業補助者が行っている業務

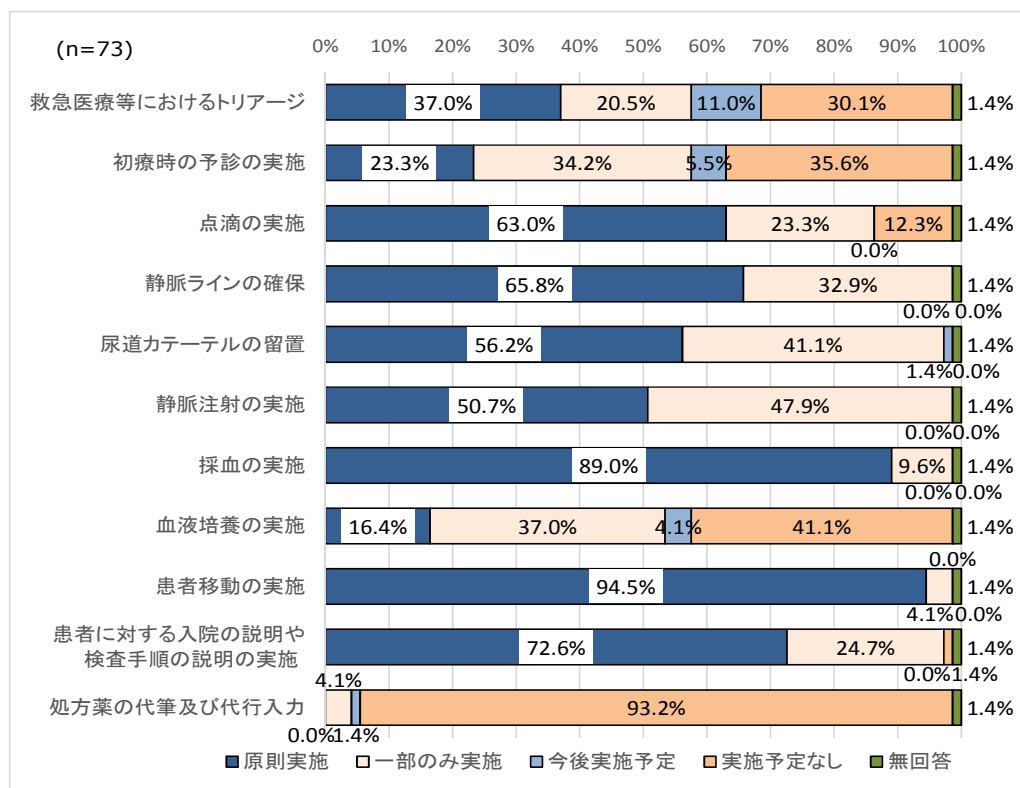


第4回医師の働き方改革に関する検討会（H29.11.10）山本構成員プレゼン資料
 （全国医学部長病院長会議による医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査）

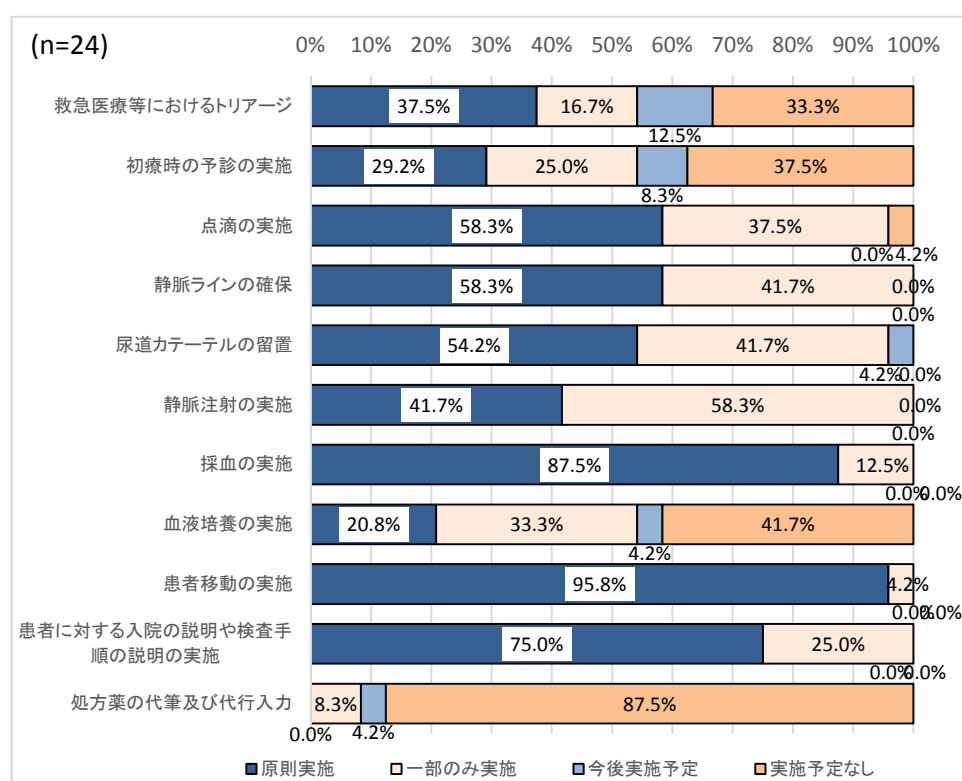
Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【看護師等が行っている業務①】

○ 点滴の実施、静脈ラインの確保、尿道カテーテルの留置及び静脈注射の実施は、原則実施の割合が50.7～65.8%。一部のみ実施も合わせた割合は85%以上。

看護師等が行っている業務



特定看護師の勤務している病院に限定看護師等が行っている業務

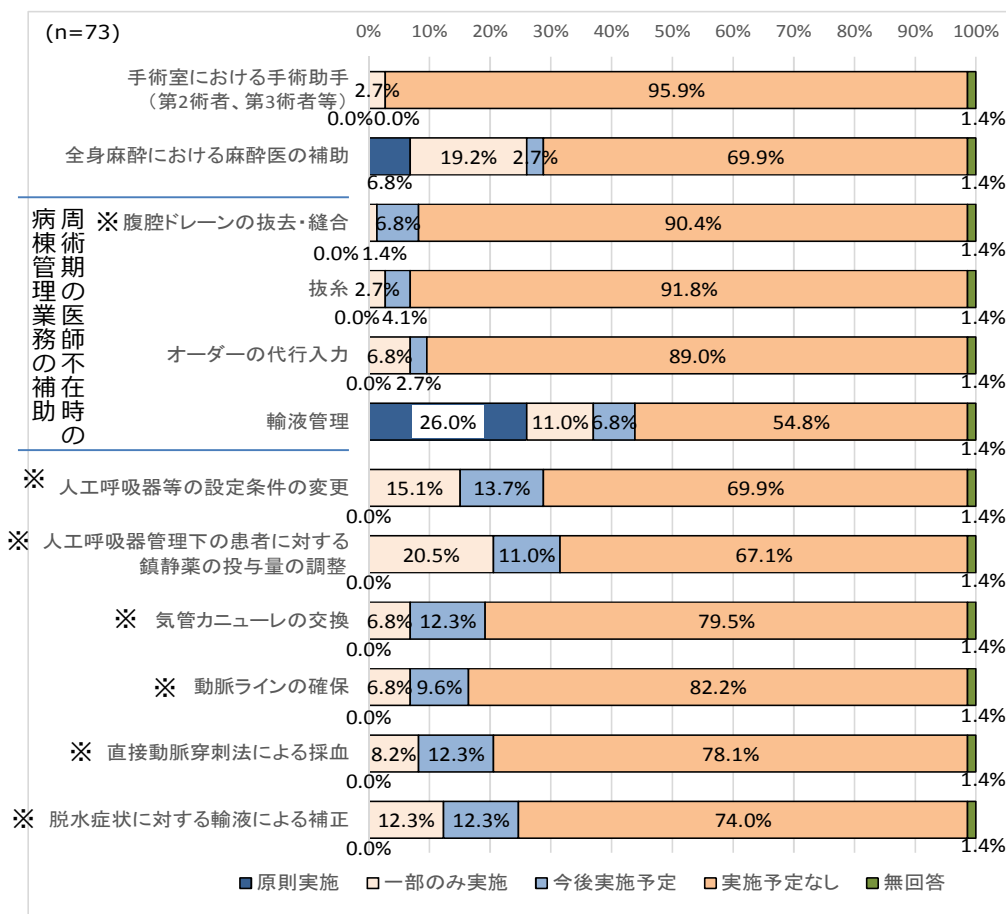


第4回医師の働き方改革に関する検討会（H29.11.10）山本構成員プレゼン資料
 （全国医学部長病院長会議による医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査）

Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【看護師等が行っている業務②】

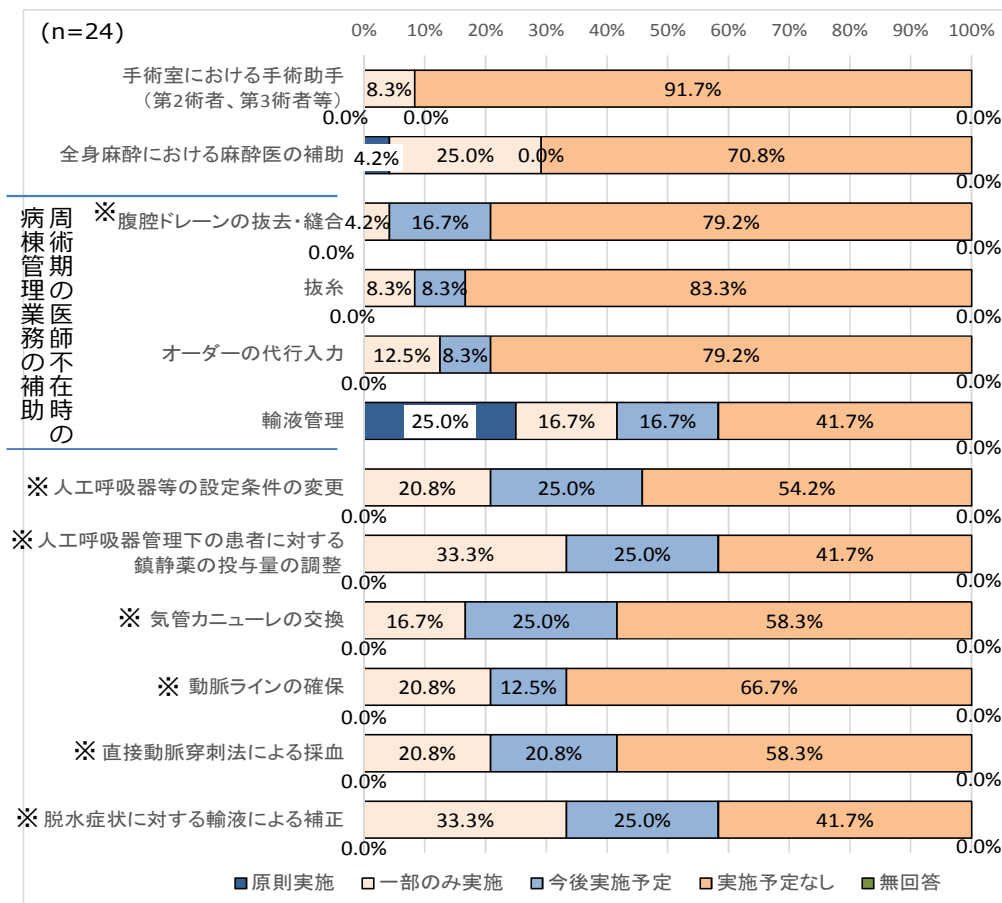
- 特定行為について、原則実施を行っている施設はほぼない。
- 特定看護師を採用している施設においては、特定行為等の原則実施、一部のみ実施の合計の実施率は概ね30%以下。

看護師等が行っている業務



※特定行為

特定看護師の勤務している病院に限定
看護師等が行っている業務

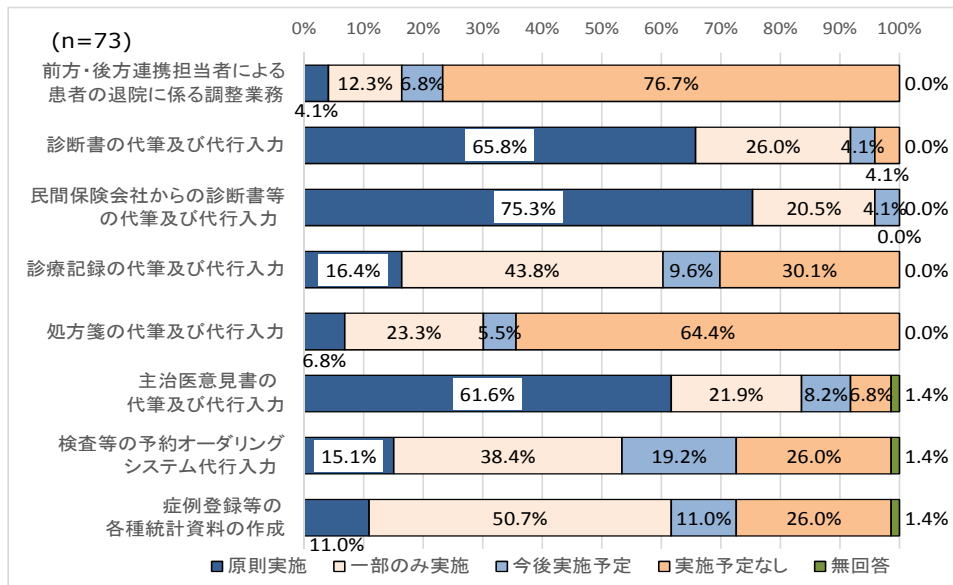


第4回医師の働き方改革に関する検討会（H29.11.10）山本構成員プレゼン資料
 （全国医学部長病院長会議による医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査）

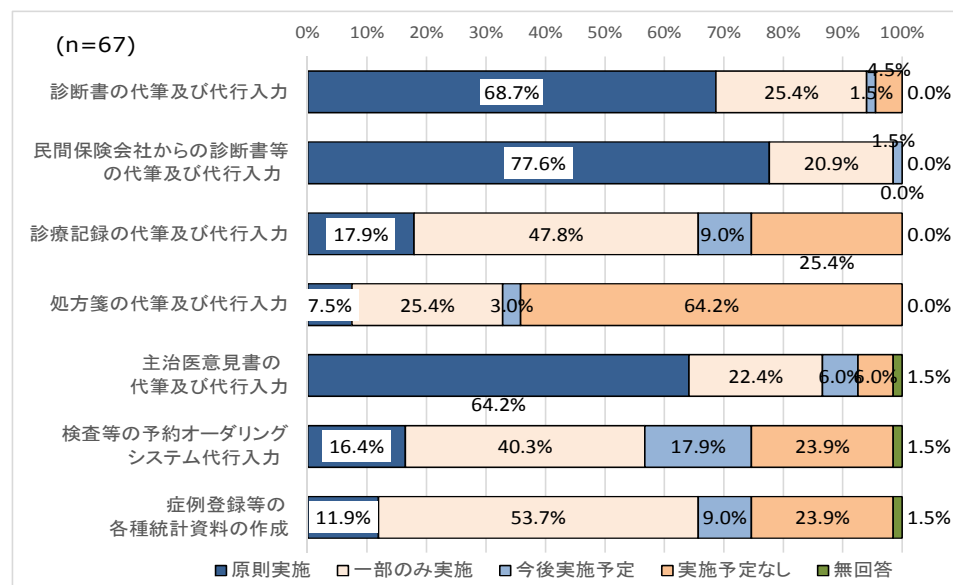
Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【医師事務作業補助者等が行っている業務】

- 73施設中67施設で、医師事務作業補助者を配置している。
- 診断書、民間保険会社からの診断書等及び主治医意見書の代筆及び代行入力等の業務は大半の施設で実施されている。

医師事務作業補助者が行っている業務



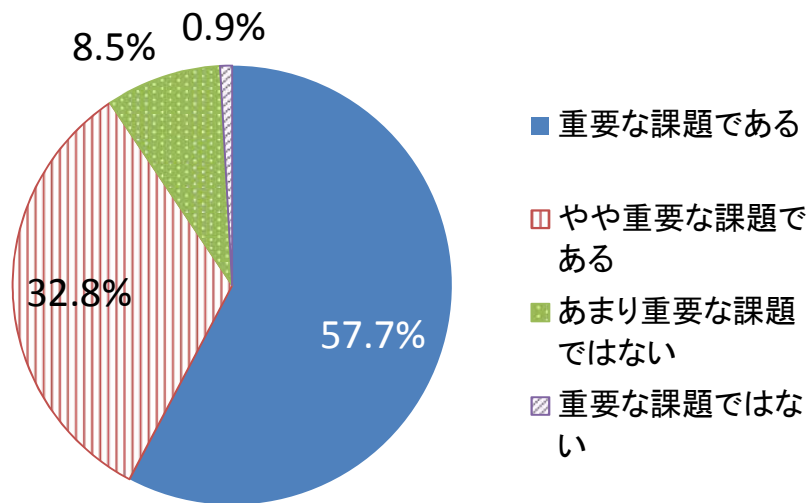
医師事務作業補助者が勤務している病院の
 医師事務作業補助者が行っている業務



医療機関における取組状況（病院の認識・取組）

- 病院においては、医療従事者の勤務環境改善について「重要な課題」とする割合が約6割あり、「やや重要な課題」まで含めると9割を超える。
- 約6割の病院で職種を問わず勤務環境改善に向けた取組が行われており、その割合は大規模な病院になるほど高い。

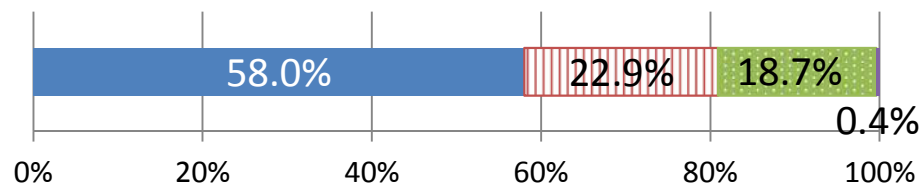
医療従事者の勤務環境改善に関する現状認識



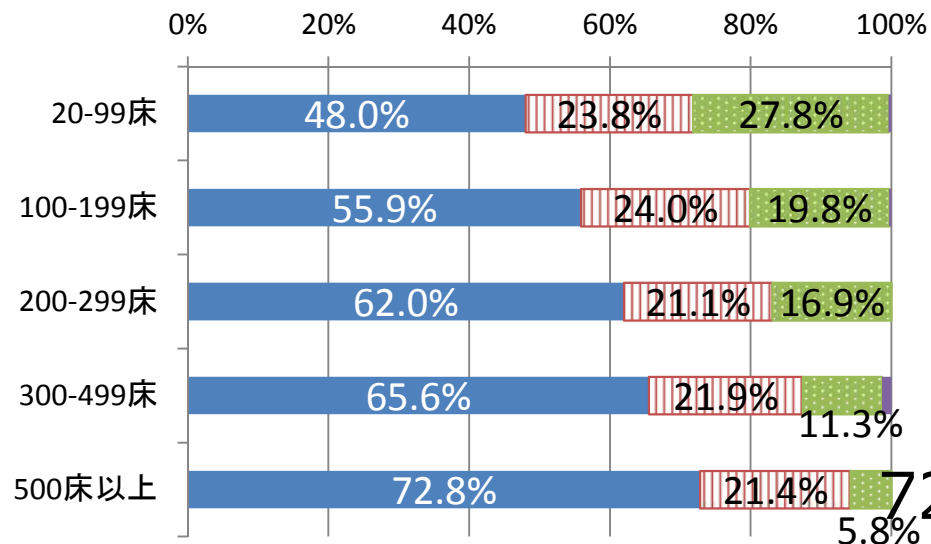
医療従事者の勤務環境改善に関する取組状況

- 職種を問わず取り組んでいる
- ▨ 一部職種で取り組んでいる
- あまり取り組んでいない
- 全く取り組んでいない

（全体）



（病床規模ごと）



出典：「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組みに対する支援の充実を図るための調査・研究」（平成28年度厚生労働省委託）

参考：看護職の夜間勤務に関連するこれまでの動き

(出典)(公社)日本看護協会HP
「看護職の夜間勤務に関連する
社会と行政の動き」から抜粋

年次	社会と行政の動き 「★」は診療報酬算定要件
S22・24年	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働基準法制定(S22)、宿日直許可基準、医・看護師などの宿直の取り扱い細目を通知(S24)
S25年	<ul style="list-style-type: none"> □ ★診療報酬「入院料」に「完全看護加算」を創設(承認基準:なるべく3交代制であること)
S33年	<ul style="list-style-type: none"> □ ★診療報酬「完全看護」加算を「基準看護」に改変 承認基準:原則として3交代制 ※1日24時間を1回8時間勤務を前提に3交代でカバーする
S38年	<ul style="list-style-type: none"> □ 全日本国立医療労働組合「国立病院および国立療養所に勤務する看護婦・准看護婦、助産婦の夜間勤務規則等に関する行政措置要求書」を提出。下記の4点を要求 第1) 夜勤日数(準夜勤、深夜勤の日数)を月6日以内とすること 第2) 1看護単位の定床を40床以下とし、これに2名以上の夜勤従事者を配置すること 第3) 産後1年間夜勤を禁止すること 第4) 休憩、休息時間を職員個々に明示すること
S40年	<ul style="list-style-type: none"> □ 人事院「行政措置要求に対する判定」(2-8(ニツパチ)判定) 上記昭和38年の第1の要求の夜勤日数については、「年間の総日数から勤務をしない日と年次有給休暇を控除した日数を12で除した日数を月間の平均勤務日数とし、その1/3に当たる約8日を月間の平均夜勤日数とする」目標が示された。また、第2の要求の夜勤人数については、1人夜勤の廃止に計画的に努力すべきと判定された。
S49年	<ul style="list-style-type: none"> □ 厚生省「第一次看護婦需給計画(1974～1978年)」を策定 □ ★診療報酬「看護料」に基準看護「特2類」(患者対看護要員2.5対1)、「特1類」(同3対1)の新設 ※「特2類」新設は、いわゆる「2-8(ニツパチ)」夜勤体制実現のために2.5対1の看護要員配置が必要との理由による。
S50年	<ul style="list-style-type: none"> □ ナースバンクの全国設置による未就業看護職員の就業促進のための無料職業紹介事業開始
S53年	<ul style="list-style-type: none"> □ 厚生省「看護体制検討会」設置 □ ★診療報酬「入院時医学管理料」に「特定集中治療室管理加算」の新設 ※看護婦が常時患者2人に1人勤務と規定。
S54年	<ul style="list-style-type: none"> □ 厚生省「看護体制検討会」が「第二次看護婦需給計画(1979～1985年)」を策定・同時に「看護体制の改善に関する報告書」を取りまとめ。夜勤体制については「チーム編成、看護体制の改善、夜勤専従者の導入、夜間管理体制について配慮する必要がある」と指摘

年次	社会と行政の動き「★」は診療報酬算定要件
S56年	<p>❑ 「労働基準法施行規則の一部を改正する省令」(法定労働時間の特例の廃止, 2月26日施行, 基発第114号) 法定労働時間の特例が廃止され、1日8時間に1本化された。看護職は、「病者又は虚弱者の治療、看護その他保健衛生の事業」としてこれまで特例として1日9時間の労働が認められていた。</p>
S60年	<p>❑ 労働基準法研究会報告「深夜交替制労働に関する問題点と対策の方向について(骨子)」・「深夜交替制専門家会議報告(抄)」<上記より、深夜交代制労働に関し考慮すべき事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生理的機能の乱れを回復し緩和するため、余裕のある勤務表を組む。また、生体リズムの調整や生活の調整を容易にするよう勤務表を事前に明示(1ヶ月の勤務表を2週間くらい前には明示) ・ 深夜勤務の回数を最小限に留めること ・ 睡眠は疲労回復の最大の源であるため、準夜勤、深夜勤時の時間外労働は、できるだけ抑制することが望ましい。 ・ 深夜直の後は少なくとも1回の夜間睡眠を含め24時間の休息時間を経て次の直に入ること ・ 深夜勤務の連続日数は短く、家庭や社会生活との調和を考慮して設定すること、生体リズムの周期をふまえ交替順序は正順(朝直→夕直→夜直)が望ましい、との報告がなされる。など
H元年	<p>❑ 「看護職員需給見通し」(1989～1994年)策定</p>
H3年	<p>❑ 厚生省保健医療・福祉マンパワー対策本部は「中間報告」を取りまとめ、いわゆる「潜在看護職員数」を約43万人と推計</p> <p>❑ 厚生省「看護職員需給見通しの見直し」(1991～2000年)公表</p> <p>❑ 厚生省健康政策局長の私的懇談会「看護業務検討会」発足。夜勤体制の改善が検討項目にあがり、モデル事業を開始</p>
H4年	<p>❑ 「看護師等の人材確保の推進に関する法律」(「人確法」)成立。付帯決議として「週40時間労働(完全週休2日制)、複数を主として月8回以内夜勤体制」の実現に向けた努力を盛る。</p> <p>❑ ★診療報酬の基準看護承認要件に「勤務形態はなるべく三交代制であることが望ましいが、保険医療機関の実情に応じて二交代制の勤務形態があってもさしつかえない」(通知)とされた。</p> <p>❑ 「夜間看護加算」の新設: 患者1人当たり1日25点<複数夜勤体制・夜勤回数、週の労働時間を要件に>3交代制で「2人体制・月8回以内」または「3人体制・月9回以内」、2交代制で16時間夜勤で「月4回以内」、同12時間夜勤で「月6回以内」</p>
H12年	<p>❑ 厚生省「看護職員需給見通し」(2001～2005年)を策定</p> <p>❑ ★診療報酬に「入院基本料」の新設(「看護料」、「入院時医学管理料」、「入院環境料」を1本化)看護要員配置基準要件は「新看護」を継承</p>
H17・22年	<p>❑ 厚生労働省「第6次看護職員需給見通し」(2006～2010年)、「第7次看護職員需給見通し」(2011～2015年)公表</p>

(5) 医療機関の取組に対する支援等

平成30年度予算における医師の働き方改革関連の対応(主なもの)

1. 地域医療介護総合確保基金による医療機関に対する運営費・整備費の補助

※地域医療介護総合確保基金を活用して都道府県において事業化すれば、以下のような支援を行うことが可能。

勤務環境改善の取組への支援

- 医療クレーク・看護補助者の配置や業務省力化に資するICTシステムの導入等の取組を支援。

病院内保育所の整備・運営への支援

- 医療従事者の確保のために保育施設を整備・運営する事業について助成。

産科・救急・小児等の医師確保支援

- 産科医、救急医、新生児医療担当医等の確保を図るため、処遇改善に取り組む医療機関を支援。

休日・夜間の小児救急医療体制の整備

- 小児科を標榜する病院が輪番制又は共同利用型により、休日・夜間の小児救急医療体制を整備するために必要な経費を支援。

救急・小児周産期の負担軽減への支援

- 高次医療機関において不安定な状態を脱した患者を搬送元等の医療機関へ救急自動車等で搬送する際の経費を支援。

有床診療所における医師等確保支援

- 有床診療所において休日・夜間に勤務する医師・看護師等の配置を支援。

4. 医療機関も活用できる主な労働関係助成金(例)

時間外労働等改善助成金

- 時間外労働の上限規制等に円滑に対応するため、時間外労働上限設定や勤務間インターバル等のコースごとに、取組の実施に要した経費の一部を成果目標の達成状況に応じて支給。【35.0億円】(※)

産業保健関係助成金

- 労働者数50人未満の事業場がストレスチェックを実施した場合の経費の一部等を助成。【(独)労働者健康安全機構が実施する産業保健活動総合支援事業44.7億円の内数】

2. 診療報酬による対応

👉 次ページ

3. 医療機関に対する人的支援等

医療勤務環境改善支援センターの運営

- 医療勤務環境改善支援センターの運営【地域医療介護総合確保基金】
- 医療労務管理アドバイザーによる訪問・相談支援等【5.9億円】

医療勤務環境改善支援の効率的な実施

- (新規)医師についての労務管理上の問題等を把握し、支援センターの効果的な助言につなげる調査を実施【0.6億円】

医療勤務環境改善支援の質の向上

- 有識者による支援センター・アドバイザーへの指導・助言、研修教材開発【0.1億円】

女性医師支援センターの運営等

- 就職を希望する女性医師に対する医療機関等の紹介等を行う女性医師支援センターの運営【1.4億円】等

地域医療支援センターの運営

- 医師不足病院への医師の配置等を行うための地域医療支援センターの運営【地域医療介護総合確保基金】

医師不足地域の若手医師等キャリア形成支援

- 医師不足地域へ派遣される若手医師等のキャリア形成や勤務負担軽減を図るための方策のモデル実施・効果検証【7.6億円】

産業保健総合支援センターによる支援

- 事業者、産業医等産業保健スタッフに対する研修の実施、小規模事業場に対する産業保健サービスの提供等【44.7億円】

(※)中小企業（サービス業においては常時使用する労働者100人未満又は資本金5,000万円未満）に該当する医療機関が活用可能。

チーム医療等の推進等の勤務環境の改善

評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算の評価の引き上げ
- 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価の引き上げ及び対象病棟の拡大



常勤要件・専従要件の緩和

- 医師、リハビリ専門職等について、一定の領域に関して常勤配置に関する要件を緩和
- 医療従事者の専従要件※について、チームで担当する患者数が一定程度以下の場合には専任※で可能とするなど、より弾力的な運用が可能となるよう見直し

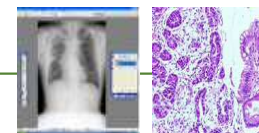
※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼務が可能

医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 総合入院体制加算の要件である病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大
- 医師事務作業補助体制加算等について、病院勤務医等の負担軽減策として効果がある複数の取組を計画に盛り込むことを要件化

活用

- 画像診断、病理診断について、一定の条件の下で、ICTを活用した自宅等での読影を可能に
- 対面でのカンファレンスを求めている評価について、一定の条件の下で、ICTを用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう要件の見直し



医師事務作業補助体制加算の見直し

- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、医療機関の取組がさらに進むよう、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことを医師事務作業補助体制加算等の要件とする。

※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用



あわせて、合理化の観点から、以下の見直し。

- ✓ 病院勤務医及び看護職員の負担軽減に係る要件を集約・整理する観点から、精神科リエゾンチーム加算等について、当該要件を削除。
- ✓ 病院に勤務する医療従事者、勤務医及び看護職員の負担軽減に係る手続きを合理化する観点から、毎年7月に提出している内容と変化がない場合は、加算等の届出変更時の様式の添付は不要とする。

- 医師事務作業補助体制加算1及び2の評価を引き上げる。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	870点/810点
20対1	658点/610点
25対1	530点/490点
30対1	445点/410点
40対1	355点/330点
50対1	275点/255点
75対1	195点/180点
100対1	148点/138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	<u>920点/860点</u>
20対1	<u>708点/660点</u>
25対1	<u>580点/540点</u>
30対1	<u>495点/460点</u>
40対1	<u>405点/380点</u>
50対1	<u>325点/305点</u>
75対1	<u>245点/230点</u>
100対1	<u>198点/188点</u>

医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

➤ 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

① 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

② リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

※ ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る。

③ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。

看護師	糖尿病合併症管理料
歯科衛生士	歯科治療時医療管理料
歯科技工士	有床義歯修理歯科技工加算1及び2
管理栄養士	在宅患者訪問褥瘡管理指導料※



※ 診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。

専従要件の緩和

- より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件※について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直す。

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼務が可能

- ① チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料)
- ② チームで担当する患者数が一定程度以下の場合、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算)



(例) 現行(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチーム(医師2名、看護師1名、薬剤師1名)について、少なくとも医師のいずれか1人及び看護師が専従であること。

400点



(例) 改定後(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチームのうちいずれか1人は専従であること。
ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

390点

- ③ 職員の専従が要件となっている精神科専門療法(精神科作業療法、精神科ショート・ケア等)について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることとする。
- ④ 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供※や外来リハビリテーション等を実施している保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和し、入院中の患者に対する退院前の訪問指導や退院後3ヶ月以内の患者に対する外来リハビリテーション等を実施しても差し支えないこととする。

※ リハビリテーション実績指数が37以上

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための**責任者を配置**。

イ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議*を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。

※ 当該保険医療機関における安全衛生委員会等既存の委員会を活用して差し支えない。

ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む。

- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み(許可病床の数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
- ② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)
- ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

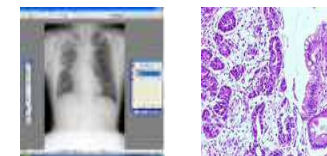
オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する**取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開**。

勤務場所等に関する要件の緩和

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

- 画像診断管理加算、病理診断料及び病理診断管理加算について、加算を算定する保険医療機関において当該加算に求められる医師数が勤務している場合、週3日以上かつ24時間以上勤務する医師が、ICTを活用して自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影した場合も、院内での読影に準じて算定できることとする。

※ 現行では、画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日に撮影した画像を送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合、院内での読影に準じて扱うこととされていた。



救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和

- 救命救急入院料等においては、医師が常時治療室内に勤務していることが要件となっているが、治療室に入退室する患者に対して継続的な診療が行えるよう、一定の条件の下では、継続的な診療を行うために医師が一時的に治療室から離れても差し支えないこととする。

(例) 現行(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。



(例) 改定後(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。ただし、患者の治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に離れても差し支えない。



情報通信技術(ICT)を活用した関係機関連携の推進

- 関係機関間・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、対面でのカンファレンス等を求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術(ICT)を用いたカンファレンス等を組み合わせて開催できるよう、要件を見直す。

対面を求めるカンファレンスにおける情報通信機器(ICT)の活用



[対象となる診療報酬]

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1／退院時共同指導加算(訪問看護療養費)
- ・ 退院時共同指導料2の注3
- ・ ハイリスク妊産婦連携指導料1、2
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護療養費)
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・ 精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算(訪問看護療養費)

[ICTを用いた場合の留意事項]

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ※対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。

- ① 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- ② 保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 [施設基準]	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームの各構成員は、4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること ----- 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームの各構成員は、4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 [施設基準]	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 ----- 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1 [算定要件]	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】在宅療養担当医療機関の担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3 [算定要件]	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療資源の少ない地域の場合の考え方（退院時共同指導料の場合）

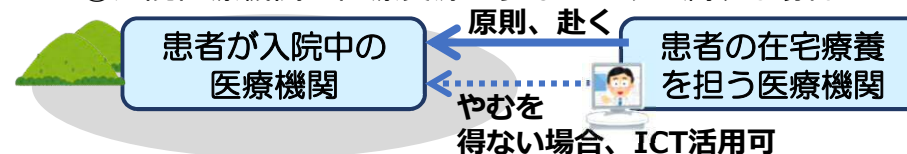
① いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



② 在宅療養担当医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



③ 入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 [算定要件]	患者への治療方針などに係るカンファレンス(概ね2か月に1回程度の頻度)に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
在宅患者緊急時等カンファレンス料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき ② 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき
	【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき ② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき ③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき ② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っているとき
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき ② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること
	【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
精神科在宅患者支援管理料2のロ [算定要件]	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療従事者の勤務環境改善の枠組み

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、

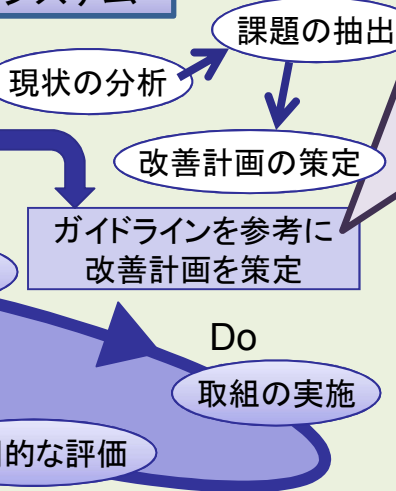
- 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
 - 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。
- ➡ 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進。

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議



- 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）
- 勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



都道府県 医療勤務環境改善支援センター

（平成29年3月現在 全都道府県においてセンター設置済み）

- 医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）と 医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が連携して医療機関を支援

- センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

医療勤務環境改善支援センターの状況

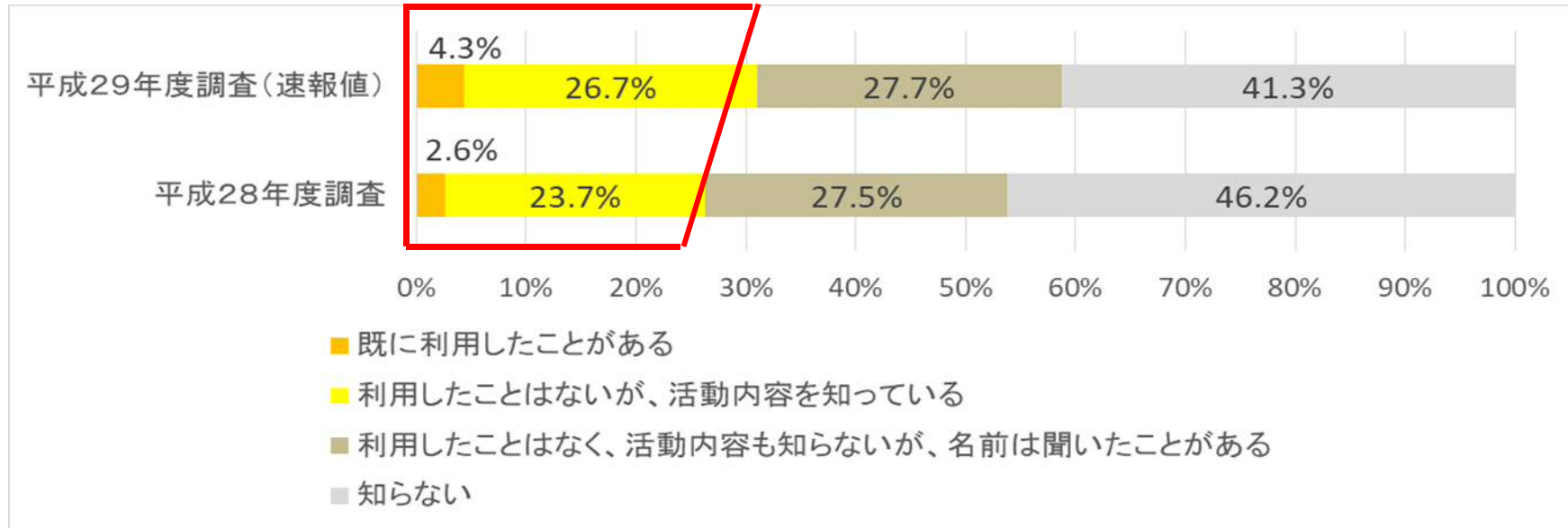
平成28年度の都道府県の事業実施体制

都道府県名	設置年月日	設置形態	医療労務 管理アド バイザー	うち常駐	医療経営 アドバイ ザー	うち常駐	センター 予算額 (万円)	都道府県名	設置年月日	設置形態	医療労務 管理アド バイザー	うち常駐	医療経営 アドバイ ザー	うち常駐	センター 予算額 (万円)
北海道	H27.2.10	委託	16	1	16	1	1,969	三重県	H26.8.28	委託	5	1	1	0	1,087
青森県	H27.4.1	直営(一部委託含む)	1	1	1	1	846	滋賀県	H26.10.1	委託	46	0	スポット	0	824
岩手県	H27.3.25	直営(一部委託含む)	12	1	スポット	1	1,223	京都府	H27.1.1	委託	2	1	1	0	1,398
宮城県	H28.11.1	委託	13	1	4	0	1,946	大阪府	H27.1.14	委託	1	1	8	0	3,334
秋田県	H27.4.1	直営(一部委託含む)	1	0	1	0	571	兵庫県	H27.4.1	直営(一部委託含む)	1	0	1	0	1,446
山形県	H27.4.1	直営(一部委託含む)	5	0	1	0	567	奈良県	H26.10.1	委託	10	1	17	0	816
福島県	H27.4.1	委託	5	0	1	0	1,173	和歌山県	H26.11.25	委託	6	1	5	0	835
茨城県	H27.7.21	委託	5	0	1	0	1,324	鳥取県	H27.4.1	委託	15	1	1	0	1,246
栃木県	H27.4.1	委託	9	0	8	0	1,000	島根県	H27.4.22	直営(一部委託含む)	14	1	3	1	894
群馬県	H27.2.27	直営(一部委託含む)	1	1	1	0	652	岡山県	H27.2.27	委託	7	1	スポット	0	868
埼玉県	H27.2.13	直営(一部委託含む)	1	0	スポット	0	602	広島県	H27.10.26	直営(一部委託含む)	29	1	1	0	596
千葉県	H27.5.1	直営(一部委託含む)	14	1	1	1	566	山口県	H27.9.1	直営(一部委託含む)	1	0	1	0	745
東京都	H26.10.1	直営(一部委託含む)	40	1	30	1	1,716	徳島県	H27.3.26	直営(一部委託含む)	11	1	1	1	1,539
神奈川県	H27.1.5	直営(一部委託含む)	11	1	4	0	615	香川県	H27.4.1	直営(一部委託含む)	30	1	スポット	0	543
新潟県	H27.1.5	委託	8	1	7	0	846	愛媛県	H28.9.1	委託	7	1	2	1	913
富山県	H27.2.6	直営(一部委託含む)	7	1	1	0	686	高知県	H27.10.1	委託	4	0	3	0	925
石川県	H27.4.1	直営(一部委託含む)	1	1	1	1	612	福岡県	H26.4.7	直営(一部委託含む)	5	1	4	0	982
福井県	H27.2.2	委託	1	1	1	0	757	佐賀県	H27.10.1	委託	スポット	0	1	0	933
山梨県	H28.12.26	直営(一部委託含む)	22	1	1	0	561	長崎県	H27.8.1	直営(一部委託含む)	9	1	2	0	1,291
長野県	H28.2.17	直営(一部委託含む)	4	1	1	0	626	熊本県	H27.2.19	委託	5	1	4	1	1,705
岐阜県	H26.7.1	直営(一部委託含む)	5	0	8	0	908	大分県	H27.11.2	直営(一部委託含む)	3	1	27	0	1,081
静岡県	H26.10.21	直営(一部委託含む)	8	1	5	0	933	宮崎県	H27.3.12	委託	10	0	6	0	859
愛知県	H28.2.16	委託	4	0	7	2	1,347	鹿児島県	H29.3.1	委託	7	1	10	1	588
								沖縄県	H27.3.2	委託	14	1	スポット	0	840

(資料出所) 厚生労働省医政局医療経営支援課調べ、「スポット」とは特定の者に固定されていない配置形態を指す。

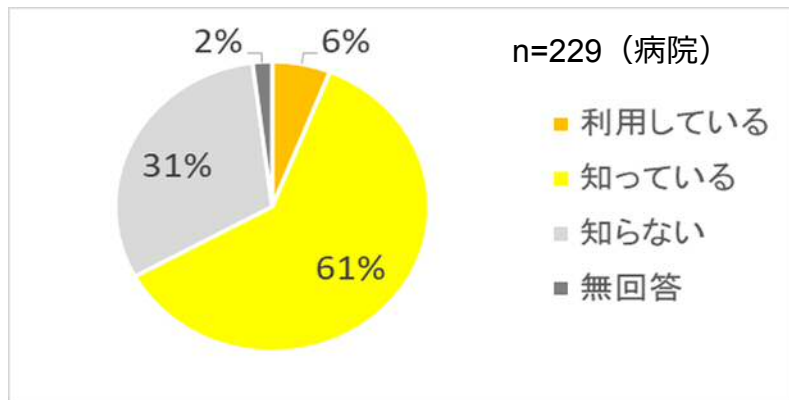
医療勤務環境改善支援センターの利用・認知状況

1. 厚生労働省の委託事業による医療機関アンケート調査結果

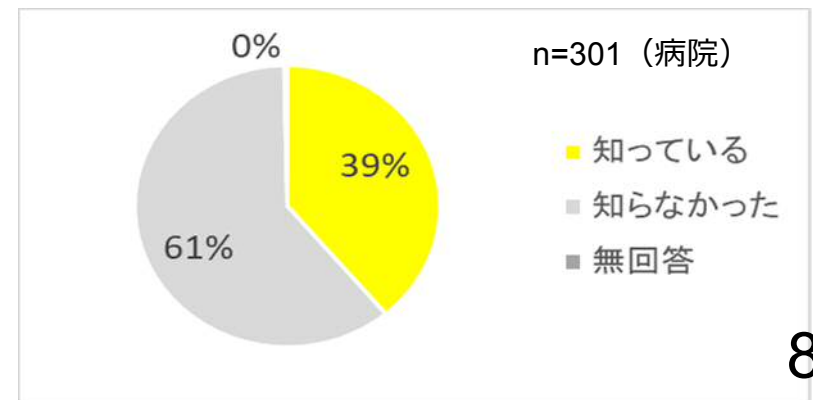


2. 各都道府県の医療勤務改善支援センターによる医療機関アンケート調査結果の例

福岡県勤改センターによる調査 (H28.8)



東京都勤改センターによる調査 (H29.1)



いきいき働く医療機関サポートWeb（通称「いきサポ」）

<https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/>

いきいき働く医療機関サポートWeb (いきサポ)

お知らせ

- 2016.03.16 都道府県医療勤務環境改善支援センターへのリンクを追加しました。
- 2016.03.14 いきサポの紹介リーフレットを更新しました。
- 2016.03.09 『医療従事者の勤務環境改善関係 参考資料』を更新しました。
- 2016.01.13 医療勤務環境改善マネジメントシステムのリーフレットを更新しました。
- 2015.12.16 『取組事例・提案の紹介』に、取組事例を9件追加しました。

このサイトは、医療機関の勤務環境の改善に役立つ各種情報や医療機関の取組事例を紹介しています。ぜひ、皆さまの取組事例やご提案もお寄せいただき、医療機関の勤務環境の改善の取組を進めるためのデータベースとしてご利用ください。

検索ワードランキング

月間	累計
1位 育児	
2位 育児休暇	
3位 医療	
4位 勤務	
5位 ワークライフバランス	

【参考にされた】取組事例・提案

月間	累計
短期帰国を促進するために（相談窓口と新人面接）	
休休でつづる当院のこの1週間	
希留降任制度	
配偶者出産休暇制度	
短時間正社員制度	





※「検索ワードランキング」は、「取組事例・提案紹介」の検索フォームにて、検索されたワードです。
※「参考にされた」取組事例・提案は、このウェブサイトをご利用になった皆さまにより「参考にされた」ボタンが押された回数が多い順に取組事例・提案を表示したものです。

【主なコンテンツ・機能】

- 国・都道府県や関係団体が行っている施策や事業などを紹介
(関係法令・通知、医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針・手引き、都道府県の各種助成金・相談事業など)
- 医療機関が勤務環境改善に取り組んだ具体的な事例を紹介
(キーワードで取組事例を検索可能)
- 医療機関の取組事例や勤務環境改善のアイデアを投稿することが可能
- 掲載事例に対してコメントを掲載でき、意見交換の場として利用することが可能

地域医療を守るための民間の取組（医師の働き方に着目したもの）

○ 地域医療を守るための民間の取組は多くあるが、そのうち、医師の働き方に着目した活動としては以下のようなのが挙げられる。

	「県立柏原病院の小児科を守る会」の活動	「西脇小児医療を守る会」の活動	「一般社団法人 知ろう小児医療守ろう子ども達の会」の活動
概要	<ul style="list-style-type: none"> 丹生 裕子代表 2007年～ 	<ul style="list-style-type: none"> 富永 なおみ代表 2008年～ 	<ul style="list-style-type: none"> 阿真 京子代表 2007年～（法人化は2012年）
活動のきっかけ、経過	<ul style="list-style-type: none"> 兵庫県丹波市における、県立柏原（かいばら）病院の小児科において、2名の医師のうち1名が勤務負担のために退職するとの報道をきっかけに、子育て中の母親が活動開始。 自分たちでできることをするという考えから、スローガンを作成。 <ol style="list-style-type: none"> コンビニ受診を控えよう かかりつけ医を持とう お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <ul style="list-style-type: none"> 活動開始後、この小児科の時間外受診者数が半減。 子どもの体調異変時の受診の目安を示したフローチャートを作成する等様々な活動を展開。 	<ul style="list-style-type: none"> 子育て支援活動の中で、市立西脇病院の小児科医が一人になり、入院診療ができなくなっていることを知った母親が、現状を一人でも多くの人に知ってもらい、医師の負担を少しでも減らそうと活動を開始。 子育て中の保護者に、小児医療の現状や医師不足の原因、子どもの病気への対処法や予備知識を伝える「スタディママ勉強会」を開催。 <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> 西脇市多可郡医師会が主導する地域医療再生の動きともつながり、地域を挙げた活動となっている。 こうした活動により、深夜の軽症での病院受診が減少。 	<ul style="list-style-type: none"> 小児の救急外来の混雑、多忙な医療従事者の様子を目の当たりにしたことをきっかけに、小児の休日・夜間外来の9割以上が入院の必要のない軽症であることを知る。 保護者が子どもの病気について知り、医療のかかり方を学ぶ機会を作るため、様々な角度から活動。講座や研修の開催のほか、講座を開催するためのノウハウの提供も実施。 <div style="text-align: center;">  </div>

(6) 9か月の議論を振り返って

働き方改革の議論における「医師の特殊性」(よく指摘されるもの)

1. 医療の特性・社会的要請に関するもの

- 人の生命を扱う公共サービスである
- ニーズの不確実性がある(傷病はいつ発生するか予見できない)
- ある程度の医療アクセスを確保する必要(撤退・縮小、集約化に限界がある)

2. 医師の供給面に関するもの

- 医師養成には長期間(医学部～初期研修医～後期研修医で約10年)を要する
 - 需給調整に時間がかかる
- 業務独占である

3. 医師の職業倫理に関するもの

- 患者を最優先に考えること
- 手技の向上のための努力、自己研鑽
- 応召義務

4. 使用者との関係に関するもの

- 診療方針は、医学的判断によって担当医師・チームが立てるもの
 - 使用者(病院長等)であるからといって、基本的には具体的な指示をしない
- しかし、診療時間は医療機関として決めている

労働基準法における労働時間規制の例外・特例・弾力化等

労
基
法
制
定
時
か
ら
存
在
す
る
本
来
的
に
必
要
な
枠
組
み

類型		制度趣旨
実労働時間規制の例外 (第33条)		災害等臨時の必要がある場合の対応(36協定なく労働時間を延長することを免責)
労働時間・休憩の特例(第40条)		公衆の不便を避けるために必要である等、業種・業態による特殊の必要への対応(零細事業所は週44時間制など)
適用除外(第41条)	農業・水産業	天候等の自然条件に左右されるため、法定労働時間及び週休制になじまない
	管理監督者	事業経営の管理者的立場にある者等であり、労働時間規制を超えて活動しなければならない企業経営上の必要への対応
	監視又は断続的労働	労働密度がまばらで労働時間規制をせずとも保護に欠けない

社
会
経
済
の
変
化
に
伴
う
必
要
性
に
よ
り
導
入
さ
れ
て
き
た
枠
組
み

変形労働時間制(第32条の2等)	時期による業務の繁閑への対応(S62改正で大幅に拡充)
事業場外みなし労働時間制 (第38条の2)	事業場外での業務は使用者の 具体的指揮監督が及ばず、労働時間の算定が困難 であることへの対応(S62改正で導入)
専門業務型裁量労働制 (第38条の3)	業務の性質上、業務遂行の手段や方法、時間配分等を 大幅に労働者の裁量に委ねる必要 があることへの対応(S62改正で導入)
企画業務型裁量労働制 (第38条の4)	事業活動の中核にある労働者が 創造的な能力を十分に発揮する環境づくりの必要 への対応(H10改正で導入)
高度プロフェッショナル制度(案) (第41条の2)	企業における 創造的な仕事の重要性の高まり への対応(高度の専門的知識等を必要とし、従事した時間と従事して得た成果との関連性が通常高くないと認められる業務が対象)【国会審議中】

他の高度専門職に対する労働時間規制

	大学教授	民間組織の 研究員	弁護士	新聞記者	本社の企 画職(ホワ イトカラー)	管理職	ディーラー・ アナリスト
資格法の有無	(なし)	(なし)	弁護士法	(なし)	(なし)	(なし)	(なし)
労働基準法の労働時間規制上の扱い	<p>専門業務型裁量労働制(労基法第38条の3)を労使で選択可能</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 20%;"> <p>「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。)」 【H15改正で導入】</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 20%;"> <p>「新商品若しくは新技術の研究開発又は人文科学若しくは自然科学に関する研究の業務」 【創設時から】</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 20%;"> <p>「弁護士の業務」 【H9改正で導入】</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 20%;"> <p>「新聞若しくは出版の事業における記事の取材若しくは編集の業務(後略)」 【創設時から】</p> </div> </div>				企画業務型裁量労働制(労基法第38条の4)を労使で選択可能	「管理監督者」の定義に該当すれば適用除外(労基法第41条第2号)	【国会審議中】高度プロフェッショナル制度を労使で選択可能(働き方改革関連法案による改正後の労基法第41条の2)
労働時間の考え方	<p>みなし時間制となり、実際の労働時間にかかわらず、<u>事前に労使で合意した時間にみなす。</u> (※1日8時間以上にみなす場合は、36協定の締結や割増賃金の支払いが必要)</p>				労働時間規制の適用除外(深夜割増賃金と年次有給休暇の規定は適用)	労働時間規制の適用除外・他の規制がかかる(在社時間把握等)	

医師の労働時間規制に関する諸外国の状況から示唆されること

※一部、調査が継続しているため、未定稿

実労働時間の上限規制のある欧州においては、「調整期間(※)」が設けられており、一定の弾力的な規制となっている

※労働時間を平均することが認められている対象期間

- イギリス: 週労働時間48時間(調整期間17週≒4か月)
- フランス: 週労働時間48時間(調整期間13週≒3か月)
- ドイツ: 1日の労働時間は8時間を超えてはならないが、治療、看護等の業務について業務の特性から8時間を超える場合は、12か月平均で週48時間以内であることが必要

医師数に占める勤務医の割合(※日本は約8割)が小さい国では、労働時間規制によって医療提供体制に与える影響は結果的に小さいと考えられる

- 米国: 診療に従事する医師約81万人のうち病院勤務医(レジデント・インターン含む)が約2割(2013年)
- ドイツ: 職についている医師約36万人のうち勤務医が約6割(2013年)
- フランス: 勤務医と開業医の合計約22万人のうち勤務医が約4割(2016年)

労働時間法制について、医師の特例が設けられていたり、一般的な特例を医師について活用している実態がみられる

- 米国: 勤務医は専門職エグゼンプトにより労働時間規制の適用がない。
- ドイツ: 労働時間法の適用除外の1つとして「管理的職員」と並んで「医長」が規定されている。また、2012年の調査研究によると、個別的オプトアウトが最も多く導入されているのは医師で、その約9割がオプトアウトに同意しているとされる。

研修医等若手医師については、他の勤務医とは異なる扱いとされている(いた)例もみられる

- 米国: 勤務医は専門職エグゼンプトにより労働時間規制の適用がないが、そのうちレジデントについては臨床研修プログラムにおいて週労働時間80時間等の規制を実施し、民間機関であるACGMEが確認している。
- イギリス: junior doctor(卒後15年目までの若手医師)については労働時間規則の施行当時(1998年)は全面的適用除外であったが、その後、2004年より段階的に週労働時間48時間規制に向けて適用(2009年から完全適用)。

米国におけるレジデントの勤務時間制限の歴史

- 1984年、18歳のリビー・ジオンが、ニューヨーク病院の救急外来に搬送され死亡。レジデントの過労や睡眠不足がリビー事件の引き金になったのではないかとの指摘があった。
- 1986年、ニューヨーク州高位裁判所大陪審が、インターンやレジデントの長時間労働が医療の質を低下させているとの指摘、インターンやレジデントが連続して働くことを規制する法案の提案を行った。
- 1987年、判決を受け、NY州はベル委員会を設置。レジデントの労働時間はアルバイトを含めて週平均80時間以内に抑えるべきとの提言。
- 1989年、ニューヨーク州ではレジデントの労働時間を週平均80時間以内とし、連続24時間以上の労働を禁止するNY州衛生法典 (New York State Health Code) が成立。
- 2003年、ACGMEによる労働時間制限基準の策定
- 2011年、ACGMEによる労働時間制限基準の改訂

2011 ACGME Duty hour standardsについて

週当たり最長労働時間	・平均週80時間(週88時間まで延長可)(四週間平均)※1
最長シフト時間(連続勤務時間)	・24時間以内が原則、引き継ぎ等により4時間まで延長可能※2
宿直勤務頻度	・3日に1回(四週間平均)※3
シフト間の最低休息時間(インターバル)	・8時間※4
院内夜間勤務の頻度	・連続6晩まで
強制的な非番の日	・週当たり1日(四週間平均)

※1 レジデントにおいて、平均週80時間以上勤務した場合、人的事故・傷害、スタッフとの衝突が増加する傾向があるとの報告あり(Baldwin, 2003)

※2 1年目レジデントは16時間以内。2年目以上のレジデントは24時間以内が原則だが、引き継ぎ等により4時間まで延長可能。

※3 レジデントは、宿直の影響が一晩経過しても残るとの報告 (Arendt, 2010)、1日おきに宿直をしたレジデントは、宿直の頻度がそれ以下のレジデントと比較し、疲労とストレスが多かったとの報告あり (Rose, 2008)

※4 レジデント最終年次は8時間以下も可能であるが、管理者による適切なモニタリングを行う必要あり。若年層の平均睡眠時間が8.2時間 (American Time Use Survey, Basner, 2007)、National Health Interviewの回答者の大半の睡眠時間が7-8時間(Luckhaupt, 2010)との報告あり。

参考：EUの労働時間指令の経過（個別的オプトアウトを中心に）

年代	経過	年代	経過
1980年代	<ul style="list-style-type: none"> □ 1990年の労働時間指令案の提案前は、労働時間は生活・労働条件に関する問題とされていた。 □ 1983年、欧州委員会から「労働時間の短縮と再編に関する理事会勧告案」が出され、労働時間短縮・恒常的時間外労働の規制強化を提言しつつ、<u>労働時間の問題は労使間で決定すべきことであり法的な義務づけは適当でないとして、法的拘束力のない「勧告」の形式が取られた。</u> □ しかし、英国は、当該勧告案ですら「<u>欧州共同体として政策を講ずるべき領域ではない</u>」として反対し、勧告は成立せず（※保守党政権による強い反対）。 	2000年～	<ul style="list-style-type: none"> □ 欧州司法裁判所において、<u>就労場所における待機時間は労働時間とみなすべきとの判決</u>（SIMAP事件判決及びJaeger事件判決）。
1990年～	<ul style="list-style-type: none"> □ 欧州委員会から労働時間指令案を提案。<u>労働者の健康と安全の観点から特に交代制勤務と夜間労働及び日ごと・週ごとの休息期間の規制が重要であるとして必要最小限の条件を定めるとの考え方。</u> □ この前段として1985年の単一欧州議定書において安全衛生分野に係る指令は多数決による採択を認めることとされている（※従来は全会一致原則）。 □ 提案当初は週48時間規制は含まれていない。 	2003年～	<ul style="list-style-type: none"> □ 個別的オプトアウト（当初2003年までの時限措置）の取扱等について2003年から検討し、2004年改正案を提示。 □ 2004年改正案は、①個別的オプトアウトは維持しつつ、<u>個人同意に加えて労使協定を加えること、②待機時間を活動的部分と非活動的部分に区別し、後者は労働時間に参入しないことができること、等</u>の内容。 □ これに対し、欧州議会は反発し、<u>個別的オプトアウトの廃止を求めた等により議論が膠着。</u>
1993年	<ul style="list-style-type: none"> □ 指令案は<u>週48時間規制の導入や英国を念頭に置いた個別的オプトアウトを2003年までの措置として盛り込む</u>といった修正作業を経て、1993年に成立。 □ 安全衛生分野の指令としての提案には英国政府や欧州レベルの経営者団体から批判が繰り返され、英国政府は指令案採択時に棄権、その後、<u>手続違反を理由に欧州司法裁判所に指令の無効を提訴</u>（1996年に棄却）。 	2008年～	<ul style="list-style-type: none"> □ 2008年、各国政府が改正案に合意。内容は、①<u>個別的オプトアウトは継続しつつ、上限を「3か月平均で週60時間」とする等の規制を強化する、②非活動的待機時を労働時間とするか否かは各国法制に委ねる、等。</u> □ 欧州議会の審議では<u>個別的オプトアウトが削除される等の案が可決され、欧州委員会理事会と欧州議会による調停委員会の合意プロセスに委ねられたが、合意は成立せず、2009年4月に指令案は廃案となる。</u>
		2010年～	<ul style="list-style-type: none"> □ <u>新たな改正案の提案等がなされるも、合意には至っていない。</u>

(7) まとめにかえて

検討会の議論から考えること（私見）

1 労働法の観点から、医師の働き方をどのように規律すれば真の「働き方改革」になるのか？

- 1) 密度が異なる様々な仕事 ……外来、手術、自己研鑽、宿日直、等
- 2) 場所の制約 ……外来、手術、宿日直は言うまでもないが、在院していなければカルテを用いて症例報告を作ることもできない（⇔デスクワーク系の高度専門職との違い）。
- 3) 自己研鑽は、例えば医療法第1条の4で求めている「良質かつ適切な医療を行う」ことを長期的に確保していくための大前提である。
…自己研鑽を抑制するような規律の仕方ではあってはならないのではないか。
- 4) 宿日直許可基準は、労働基準法の労働時間の規制を外しても支障がない程度の労働にしか当てはめられない。 ……医療現場はわずか。

検討会の議論から考えること（私見）

2 医師が健康に働き続けられる勤務環境とはどのようなものか？

- 1) 「単に時間を短くすればいい」わけではないのではないか。一人ひとりの医師がやりがいを持ちながら、無理をせずに経験、研鑽を積むことができることが重要なのではないか。
- 2) 他方、勤務間インターバル（終業から始業までの間隔）の設定、連続労働時間や当直回数の制限、完全休日の設定などにより、働きづめにならないことが不可欠ではないか。
- 3) 並行して、既存の産業保健の仕組みも活用した、メンタルヘルスを含む健康管理が必要ではないか。

3 その他必要と考えられる視点

- 1) 医療機関の経営の観点（医療機関の機能のあり方、医師の人件費等）
- 2) 行政の関与の在り方（労働基準監督署、医療勤務環境改善支援センター等）
- 3) 地域医療の確保