

## 医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめ

令和2年12月22日

医師の働き方改革の推進に関する検討会

<b>第1</b>	<b>医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項</b> . . . . .	<b>3</b>
	<b>1 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の指定に係る枠組み</b> . . . . .	<b>3</b>
	(1) 地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準） . . . . .	3
	(2) 集中的技能向上水準（C水準） . . . . .	7
	(3) 対象医療機関の指定の期間・取消 . . . . .	12
	<b>2 追加的健康確保措置の義務化及び履行確保に係る枠組み</b> . . . . .	<b>13</b>
	(1) 具体的内容 . . . . .	13
	(2) 履行確保の枠組み . . . . .	16
	(3) 改善に向けた取組 . . . . .	17
	(4) 災害時等における取扱い . . . . .	17
	<b>3 医師労働時間短縮計画に係る枠組み</b> . . . . .	<b>17</b>
	<b>4 複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い</b> . . . . .	<b>18</b>
	(1) 副業・兼業先の労働時間の把握 . . . . .	19
	(2) 複数医療機関に勤務する医師に係る時間外・休日労働の上限 . . . . .	19
	(3) 複数医療機関に勤務する医師に係る追加的健康確保措置の取扱い . . . . .	19
	(4) 複数医療機関に勤務する医師の労働時間の管理方法 . . . . .	21
	(5) 複数医療機関に勤務する医師に係る労働時間短縮の取組 . . . . .	22
	(6) 地域医療提供体制への影響 . . . . .	22
	<b>5 評価機能に係る枠組み</b> . . . . .	<b>23</b>
	(1) 業務 . . . . .	23
	(2) 評価方法 . . . . .	23
	(3) 評価対象医療機関・評価の頻度 . . . . .	24
	(4) 評価の実施体制 . . . . .	24
	(5) 評価結果の取扱い . . . . .	25
	(6) 評価機能の組織体制 . . . . .	26
	(7) 財政基盤 . . . . .	26
	(8) 医療勤務環境改善支援センターとの連携 . . . . .	26
	<b>6 医師の労働時間短縮等に関する大臣指針</b> . . . . .	<b>27</b>
	(1) 大臣指針の策定 . . . . .	27
	(2) 医師の時間外労働短縮目標ライン . . . . .	27
	(3) 各関係者が取り組むべき推奨事項等 . . . . .	28
<b>第2</b>	<b>医師の時間外労働の実態把握</b> . . . . .	<b>31</b>
<b>第3</b>	<b>今後の検討事項</b> . . . . .	<b>32</b>
<b>第4</b>	<b>おわりに</b> . . . . .	<b>33</b>

(別紙1) 検討会構成員名簿

(別紙2) 医師の働き方改革の推進に関する検討会 開催経過

(別添1) 長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル

(別添2) 医師労働時間短縮計画策定ガイドライン(案)

(別添3) 医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン(評価項目と評価基準)

(参考資料)

## 医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめ

医師の働き方改革の推進に関する検討会（以下「推進検討会」という。）においては、令和元年7月5日に第1回を開催し、これまで11回にわたり議論を重ねてきた。推進検討会では、医師の働き方改革に関する検討会（以下「前回検討会」という。）が平成31年3月28日にとりまとめた報告書（以下「前回報告書」という。）において、引き続き検討することとされた、医師の労働時間の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項を中心に議論を行った。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、議論を中断せざるを得なかった時期もあったものの、感染症対応の最前線を含め、過酷な環境で働く医師たちの働き方改革の必要性を改めて認識し、そうした現場においても着実に労働時間短縮の取組を進めていただけるよう、円滑な制度運用にも配慮した議論を重ねてきた。具体的には、地域医療確保暫定特例水準と集中的技能向上水準の対象医療機関の指定の枠組み、追加的健康確保措置の義務化及び履行確保に係る枠組み、医師労働時間短縮計画及び評価機能に係る枠組み等について検討を行い、医事法制において措置する事項等について一定の結論を得たため、中間とりまとめとして、ここにとりまとめる。

### 第1 医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項

#### 1 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の指定に係る枠組み

##### (1) 地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）

- 地域医療確保暫定特例水準は、地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ず、医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働の上限水準（以下「A水準」という。）を超えざるを得ない場合の水準であるため、その観点から必須とされる機能を有する医療機関に対して指定を行うものである。
- 前回報告書において、地域医療確保暫定特例水準の対象として具体的に想定されたのは、医療機関が必須とされる機能を果たすために、当該医療機関内の業務によりA水準を超えざるを得ない場合（当該医療機関における時間外・休日労働が年960時間を超えざるを得ない場合）であり、この場合に適用される水準として時間外・休日労働の上限を年1,860時間とする水準（以下「B水準」という。）を設け、医療機関を指定して適用することとされた。
- 一方、後述する「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」及び「令和元年医師の勤務実態調査」の結果から、大学病院等の常勤勤務医の一定数は、主たる勤務先における時間外・休日労働は年960時間以内であるが、副業・兼業先での労働時間を通算すると、時間外・休日労働が年960時間を超過している実態が示された。前回報告書に基づけば、これらの医師は、主たる勤務先において

A水準が適用され、副業・兼業先での労働時間を通算した時間外・休日労働が年960時間に達した際は、それ以降、いずれの医療機関においても時間外・休日労働を行えないこととなるが、副業・兼業についても、地域全体での医療提供体制の確保の観点から必須とされるものがあることから、地域医療確保暫定特例水準の中に、副業・兼業先での労働時間と通算して時間外・休日労働の上限を年1,860時間とする水準（以下「連携B水準」という。）を設け、医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関を指定して適用することとする<sup>1</sup>。

- また、地域医療確保暫定特例水準は、医療機関のマネジメント改革や地域医療提供体制における機能分化・連携、地域での医師確保、国民の上手な医療のかかり方に関する周知などの対応を最大限実行した上でもなお、必要な地域医療提供体制の確保の観点から設けられるものであることから、医療機関において、労働関係法令の遵守及び医師の労働時間短縮に向けた対応が適切にとられていることの確認が重要である。
- また、医療資源が限られている地域がある中で、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関の指定・取消に当たっては、地域医療提供体制への影響も鑑みながら、医療計画等の地域医療の提供体制の構築方針と整合的であることが求められる。
- こうした医療機関内及び地域医療提供体制の双方の状況を踏まえ、適切に都道府県が指定を行える枠組みとなっているか、という視点から、地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）の対象医療機関の指定要件を以下のとおり整理した。

#### 【B水準の対象医療機関の指定要件】

以下の要件全てに該当すること。

- ① 医療機能が以下の類型のいずれかに該当すること  
対象となる医療機能は、以下のとおりとする。
  - ◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、
    - i 三次救急医療機関
    - ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
    - iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

---

<sup>1</sup> すなわち、地域医療確保暫定特例水準はB水準と連携B水準の総称である。

iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療提供体制の確保のために必要と認める医療機関

(例) 精神科救急に対応する医療機関(特に患者が集中するもの)、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関

(例) 高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

② 36 協定において年 960 時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをすることがやむを得ない業務が存在すること

④の医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び③の都道府県医療審議会の意見を踏まえ、36 協定において年 960 時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをすることがやむを得ない業務があると考えられること。

※ なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむを得ず長時間労働となるのかについては、36 協定締結時に特定する。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するものではなく、医療機関は、当該医療機関がB水準の対象医療機関として指定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関におけるB水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

③ 都道府県医療審議会の意見聴取(地域の医療提供体制の構築方針との整合性)

B水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針(医療計画等)と整合的であること及び地域の医療提供体制全体としても医師の長時間労働を前提とせざるを得ないことについて、都道府県は、都道府県医療審議会の意見を聴く。その際、医療機関の機能分化・連携等を進めることによる将来の地域医療提供体制の目指すべき姿も踏まえることが必要であり、地域医療構想調整会議における、医療計画のうち地域医療構想の達成の推進のための協議状況を勘案し、地域医療構想との整合性を確認することが適当である。また、地域の医療提供体制は、地域の医師の確保と一体不可分であるため、地域医療対策協議会における議論との整合性を確認することが適当である。このため、実質的な議論は、都道府県医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定している。

④ 医師労働時間短縮計画の策定

B水準は、医療機関内のマネジメント改革を進めてもなお、地域に必要な医療提供体制の確保のためにA水準を超えざるを得ない場合に適用される水準であることから、追加的健康確保措置の実施体制を整備しつつ、計画的に労働時間短縮に取り組む必要がある。このため、各医療機関は、医師を含む各職種が参加して医師労働時間短縮計画を策定し、都道府県に提出する。その上で、PDCA サイクルに基づき、当該計画を少なくとも年1回点検し、必要な改善を行うことを含め、労働時間短縮

に取り組む。

⑤ 評価機能による評価の受審

医療機関における追加的健康確保措置や労務管理の実施状況、労働時間の実績や労働時間短縮に向けた取組状況等について、過去3年の間に評価機能による評価をあらかじめ受けていることを都道府県において確認する。都道府県は、その評価結果を踏まえ、B水準の対象医療機関の指定を行う。

⑥ 労働関係法令の重大・悪質な違反がないこと

医療機関は事業者として労働関係法令の遵守が求められる。特に、B水準の対象医療機関は、例外的に医師の長時間労働が許容されることから、より適切な労働時間管理等が求められる。このため、労働時間に関する労働基準法（昭和22年法律第49号）及び賃金の支払いに関する最低賃金法（昭和34年法律第137号）の各規定<sup>2</sup>に違反したことにより、過去1年以内に送検され、公表されたことがある場合には、長時間労働が例外的に許容される医師を雇用する雇用主として不適格であるとし、B水準の対象医療機関としての指定を認めないこととする。

**【連携B水準の対象医療機関の指定要件】**

以下の要件全てに該当すること。

① 医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関であること

（例）大学病院、地域医療支援病院等

② 36協定においては年960時間以内の時間外・休日労働に関する上限時間の定めをしているが、副業・兼業先での労働時間を通算すると、時間外・休日労働が年960時間を超えることがやむを得ない医師が勤務していること

④の医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び③の都道府県医療審議会の意見を踏まえ、副業・兼業により時間外・休日労働が年960時間を超えることがやむを得ない医師が勤務すると考えられること。

※ なお、当該医療機関内でどの医師が副業・兼業によりやむを得ず長時間労働となるのかについては、予定される副業・兼業の内容を踏まえ、特定する。医療機関は該当する医師に対して追加的健康確保措置を適切に実施するためにも、当該医師が明確となるように管理する必要がある。

③ 都道府県医療審議会の意見聴取（地域の医療提供体制の構築方針との整合性）（（B水準と同じ）

---

<sup>2</sup> 労働基準法第24条（賃金の支払い）、第32条（労働時間）、第35条（休日労働）、第36条（上限時間）、第37条（割増賃金）及び第141条（上限時間）並びに最低賃金法第4条（最低賃金）

- ④ 医師労働時間短縮計画の策定（B水準と同じ）
- ⑤ 評価機能による評価の受審（B水準と同じ）
- ⑥ 労働関係法令の重大・悪質な違反がないこと（B水準と同じ）

## （２）集中的技能向上水準（C水準）

- 集中的技能向上水準（以下「C水準」という。）は、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師のための水準であり、C-1水準<sup>3</sup>とC-2水準<sup>4</sup>に分類される。C水準についても、労働関係法令の遵守及び医師の労働時間短縮に向けた対応が適切に実施されていることの確認が重要である。
- また、C-2水準の対象となる技能・医師を審査する新たな審査組織については、我が国の医療技術の水準向上の観点から医療の技術革新に応じて審査を行えるものである必要がある。
- こうした視点から、C水準の対象医療機関の指定要件について、以下のとおり整理した。

### 【C-1水準の対象医療機関の指定要件】

以下の要件全てに該当すること。

- ① 都道府県知事により指定された臨床研修プログラム又は日本専門医機構により認定された専門研修プログラム／カリキュラムの研修機関であること
- ② 36協定において年960時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをする必要があること  
「適正な労務管理」<sup>(※1)</sup>と「研修の効率化」<sup>(※2)</sup>が行われた上で、④の医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び指定申請の際に明示されたプログラム・カリキュラムの想定労働時間（プログラム全体及び各医療機関における時間）を踏まえ、36協定において年960時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めが必要と考えられること。

（※1）「適正な労務管理」（労働時間管理をはじめとした労働関係法令に規定された事項及び医療法（昭和23年法律第205号）に規定することとしている追加的健康確保措置の実施）は、④の医師労働時間短縮計画の記載内容及び⑤の評価機

<sup>3</sup> 臨床研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム／カリキュラムに参加する専攻医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師（又は専門医）としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合

<sup>4</sup> 医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合

能による評価結果により、都道府県知事が確認する。

(※2)「研修の効率化」(単に労働時間を短くすることではなく、十分な診療経験を得る機会を維持しつつ、カンファレンスや自己研鑽などを効果的に組み合わせるに当たり、マネジメントを十分に意識し、労働時間に対して最大の研修効果を上げること)は、地域医療対策協議会等の意見を聴いた上で、④の医師労働時間短縮計画の記載内容により、都道府県知事が確認する。

③ 都道府県医療審議会の意見聴取(地域の医療提供体制への影響の確認)

C-1水準を適用することにより、地域における臨床研修医や専攻医等の確保に影響を与える可能性があることから、地域の医療提供体制への影響を確認することが適当であり、都道府県は、都道府県医療審議会の意見を聴く。なお、地域医療対策協議会においても協議することとする。

④ 医師労働時間短縮計画の策定(B・連携B水準と同じ)

⑤ 評価機能による評価の受審(B・連携B水準と同じ)

⑥ 労働関係法令の重大・悪質な違反がないこと(B・連携B水準と同じ)

○ プログラム／カリキュラム内の各医療機関は、当該医療機関における研修期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働が年960時間を超える場合にはC-1水準の対象医療機関としての指定を必要とし、年960時間を超えない場合にはC-1水準の対象医療機関としての指定は不要とする。

専門研修プログラム内の医療機関に関して、今後、カリキュラム制で研修を受ける専攻医の受入れが想定される場合については、プログラムと併せて、カリキュラムとしての指定の申請を予め行うことができることとする。

なお、基幹型臨床研修病院・基幹施設は、協力型臨床研修病院・連携施設(他都道府県に所在する場合を含む。)が行うC-1水準の対象医療機関の指定の申請に係る事務について、申請書類を取りまとめて都道府県に提出する等、代行することができることとする。

同一プログラム／カリキュラム内に複数医療機関が含まれ、同一医療機関が複数のプログラム／カリキュラムの研修機関となっていることもあり、都市部を中心に、多数の医療機関から、一つの医療機関につき複数のプログラム／カリキュラムに係る指定の申請が行われることが想定されることから、都道府県における手続きが煩雑とならないよう、具体的な申請の方法について、今後検討する。

○ なお、④の医師労働時間短縮計画の策定については、C-1水準の対象医療機関の指定が必要な医療機関ごとに策定することとした上で、毎年の当該計画の都道府県への提出については、事務手続き上、基幹型臨床研修病院・基幹施設が協力型臨床研修病院・連携施設の計画も取りまとめて提出することを可能とする。

⑤の評価機能による評価の受審についても、C-1水準の対象医療機関の指定が必要な医療機関ごとに受審することとした上で、基幹型臨床研修病院・基幹施設が訪問評価を受けている場合には、研修期間が1年未満の協力型臨床研修病院・連



携施設については書面評価とすることを可能とする。

- また、臨床研修や専門研修の研修機関である医療機関については、C-1水準の対象医療機関の指定を受けた後も、以下の取組により、適正な労務管理等を担保する。

#### <臨床研修>

- ・ 毎年の研修医募集において、研修プログラム内の他の医療機関での労働時間も含め、募集前年度実績と想定時間外・休日労働時間数、当直・日直のおおよその回数と宿日直許可の有無を記載し、大幅な乖離や重大・悪質な労働関係法令の違反が認められる場合には、臨床研修指定病院の指定に係る制度において改善を求める（臨床研修病院の指定取消等による対応を含む。）。
- ・ 毎年4月に都道府県に対して行われる年次報告等<sup>5</sup>において都道府県が労働時間の実態を確認し、明らかに想定時間外・休日労働時間数を上回る場合や評価機能により労働時間短縮の取組が不十分とされている場合は、都道府県が実地調査を実施する。

#### <専門研修>

- ・ 毎年の専攻医募集において、研修プログラム内の他の医療機関での労働時間も含め、募集前年度実績と想定時間外・休日労働時間数、当直・日直のおおよその回数と宿日直許可の有無を記載し、大幅な乖離や重大・悪質な労働関係法令の違反が認められる場合には、専門研修プログラム／カリキュラムの認定に係る制度において改善を求める。

- さらに、C-1水準の対象となる研修プログラム・カリキュラムの内容・質については、評価機能ではなく、臨床研修に関しては、都道府県や第三者組織による訪問調査により、また専門研修においては、日本専門医機構や各学会が、これまでの評価に加えて、時間外・休日労働の短縮状況などの勤務環境の評価を含めて行うことになると思われる。

### 【C-2水準の対象医療機関の指定要件】

以下の要件全てに該当すること。

- ① 対象分野における医師の育成が可能であること

C-2水準の対象として厚生労働大臣が公示（※）する「我が国の医療技術の水準向上に向け、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益

---

<sup>5</sup> 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第12条に基づき、基幹型臨床研修病院の開設者は、毎年4月30日までに、当該病院に関する事項を記載した報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない、とされている。

上必要である分野」<sup>6</sup>において、C-2水準の対象として審査組織が特定する技能（以下「特定高度技能」という。）を有する医師を育成するのに十分な教育研修環境を有していることを審査組織において確認する。

※分野の公示は、

- ・ 高度な技能を有する医師が必要で、
- ・ 当該技能の習得及びその維持には相当程度の時間、関連業務への従事が必要な分野

という基本的な考え方に基づいて行う。例えば、高度で長時間の手術等途中で医師が交代するのが困難であることや、診療上、連続的に診療を同一医師が続けることが求められる分野が考えられる。

- ② 36 協定において年 960 時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをする必要があること

④の医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び審査組織の意見を踏まえ、36 協定において年 960 時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めが必要と考えられること。

- ③ 都道府県医療審議会の意見聴取（地域の医療提供体制への影響の確認）

C-2水準を適用することにより、地域における高度な技能が必要とされる医療の提供体制に影響を与える可能性があることから、地域の医療提供体制への影響及び構築方針との整合性を確認することが適当であり、都道府県は、都道府県医療審議会の意見を聴く。

- ④ 医師労働時間短縮計画の策定（B・連携B・C-1水準と同じ）

- ⑤ 評価機能による評価の受審（B・連携B・C-1水準と同じ）

- ⑥ 労働関係法令の重大・悪質な違反がないこと（B・連携B・C-1水準と同じ）

審査組織はC-2水準の対象分野について議論するほか、特定高度技能を特定するとともに、医療機関の教育研修環境及び医師個人が作成する「特定高度技能研修計画」の内容を個別に審査する。なお、審査組織は特定高度技能の特定とあわせて、当該技能の習得に必要とされる設備、症例数、指導医等、当該技能に関する医療機関の教育研修環境及び特定高度技能研修計画の審査における基準となるものを示す。具体的なC-2水準適用までの流れとしては、以下の2パターンが想定される。

イ) 医療機関の教育研修環境の審査を踏まえて医療機関を指定後、特定高度技能研修計画を審査し、C-2水準適用医師を特定

高度な技能が必要とされる医療の提供を行う医療機関であって、高度な技能を

---

<sup>6</sup> 前回報告書においては、高度に専門的な医療を三次医療圏単位又はより広域で提供することにより、我が国の医療水準の維持発展を図る必要がある分野であって、そのための技能を一定の期間、集中的に修練する必要がある分野が想定されている。

有する医師を育成するのに十分な教育研修環境を有していることが予め想定される特定機能病院、臨床研究中核病院、C-2水準の対象分野の研修機関<sup>7</sup>については、医療機関の教育研修環境（上記①の要件）を審査組織において審査を行い、適格と認められた場合、当該医療機関が上記②～⑥の要件を満たしていれば、医療機関の申請に基づき、都道府県はC-2水準の対象医療機関としての指定を可能とする。

その後、医師個人が作成し、医療機関を通じて審査組織に提出される「特定高度技能研修計画」が審査組織において審査され、適格と認められてはじめて、当該医師の同計画記載の技能の習得に係る業務についてC-2水準の36協定が適用される。

ロ) 医療機関の教育研修環境と特定高度技能研修計画を同時に審査し、医療機関を指定・C-2水準適用医師を特定

上記以外の医療機関においても、C-2水準の対象分野における医師の育成が行われることが想定される。上記以外の医療機関については、医療機関の教育研修環境（上記①の要件）と医師個人の「特定高度技能研修計画」を同時に審査組織において審査を行い、それぞれ適格と認められた場合、当該医療機関が上記②～⑥の要件を満たしていれば、都道府県はC-2水準の対象医療機関として指定し、当該医師の同計画記載の技能の習得に係る業務についてC-2水準の36協定が適用される。

**(特定高度技能研修計画)**

- ・ 特定高度技能研修計画については、当該医師のC-2水準の対象分野における特定高度技能の習得が可能なものとなっているか否かを審査組織が判断するため、審査組織が示す習得に必要なとされる症例数、指導医等を参考にしながら、計画期間、経験を行う分野、習得予定の技能、経験予定症例数、手術数、指導者・医療機関の状況、研修、学会、論文発表等学術活動の予定等を記載する。
- ・ 高度特定技能育成計画の有効期間については、当該計画に一定の区切りを設定し、定期的に計画を見直すことで適切な育成を担保する観点から3年以内で医師本人が定める期間とする。
- ・ 医療機関内においては、医師からの相談を受け付ける体制を構築し、特定高度技能研修計画の作成を支援するとともに、特定高度技能研修計画と実態が乖離するような場合に対応できるようにすることが求められる。また、計画期間中であっても医師本人が直接、審査組織に相談できる体制を構築し、審査組織に対して教育研修環境の改善を求めることや、計画の取下げを申し出ることを可能とする。医療機関

---

<sup>7</sup> 特定機能病院については、高度な医療の提供、高度医療に関する研修等の能力を備えた病院として、臨床研究中核病院については、質の高い臨床研究を推進し、次世代のより良質な医療の提供を可能とする病院として、また、C-2水準の対象分野の研修機関については、対象分野の教育に必要な水準を満たしている医療機関として、それぞれ高度な技能を有する医師を育成することについて一定の担保がなされていると考えられる。

が特定高度技能研修計画の作成や運用等に関して審査組織に相談することもできることとする。

#### (審査組織)

- ・ 審査組織については、特定高度技能の特定並びに医療機関の教育研修環境及び特定高度技能研修期計画の個別審査の業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要がある。具体的な組織の運営方法については、厚生労働大臣からの委託等の形とし、各領域の関連学会から審査等への参加や技術的助言を得る。
- ・ 審査組織においては、初回の審査及び3年以内に行われる更新の際に、指導医の状況、教育研修環境などの客観的実績を確認する。
- ・ 2024年4月に向けては、医療機関の研修環境及び特定高度技能研修計画の個別審査に先立ち、特定高度技能の特定を行う必要がある。2021年度中には当該技能の特定を開始し、その後、2022年度中には医療機関の研修環境及び特定高度技能研修計画の個別審査を開始する。2024年度以降は、初回審査に加え、医療機関は3年に1回、特定高度技能研修計画は計画期間（3年以内）に応じて、更新に係る審査を実施する。
- ・ 審査組織の財政的な自律性の観点から、審査を受審する際に手数料を医療機関より徴収することを原則とし、その金額については、審査組織の業務の性質や審査に当たって実際に想定されるコストや他の機関の例も踏まえつつ、必要な申請が適切に行われるよう医療機関に過大な負担とならないよう、今後検討する。

### (3) 対象医療機関の指定の期間・取消

#### (指定期間)

- B・連携B水準は、地域の医療提供体制の構築方針（医療計画等）と整合的であることが求められることから、対象医療機関の指定の有効期間としては、医療計画の中間見直しの間隔（3年間）を踏まえ、3年とする。
- また、C水準は、医療機関単位ではB・連携B水準と重複することが想定され、また、指定期間を設けることにより、指定要件の適合性を定期的かつ包括的に点検することが可能になることから、B・連携B水準と同じく、対象医療機関の有効期間を3年間とする。

※ なお、医師個人については、医療機関がB・連携B・C水準の対象医療機関として指定される事由に係る業務に従事する期間のみ当該水準が適用される。C-1水準では、臨床研修プログラム又は専門研修プログラム／カリキュラムの研修期間、C-2水準では特定高度技能研修計画の有効期間において当該水準が適用される。

#### (指定取消)

- 指定の有効期間内であっても、医療機関がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件を満たさなくなった場合、都道府県知事による指定の取消がなされることとなるが、取消後は、これらの水準を前提とした時間外・休日労働を行うことができなくなるため、これまでと同様の医療提供の継続が困難となる。
- このため、B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件を満たさなくなる恐れがある場合や満たさなくなった場合には、地域の医療提供体制及び当該医療機関内の医師への影響を考慮し、直ちに取消がなされるのではなく、まずは都道府県による支援・改善命令等により、改善に向けた取組を行うこととする。
- 支援・改善命令等を経てもなお改善がなされない場合は取り消すこととなるが、指定の取消に当たっては、地域の医療提供体制の構築方針との整合性等の確保の観点から、指定時と同様に、都道府県医療審議会の意見聴取を行うこととする。

## 2 追加的健康確保措置の義務化及び履行確保に係る枠組み

- 追加的健康確保措置（一般労働者について労働基準法第36条第4項の限度時間を超えて労働させる場合に求められている健康福祉確保措置<sup>8</sup>に加えた措置）は、やむを得ず、一般の労働者に適用される時間外労働の上限時間を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康、医療の質を確保するために行われるものである。
- 地域の医療提供体制を担う医師が過労により健康を害することのないよう、医師の健康・医療の質の確保の観点から、医事法制・医療政策において措置することとするが、確実な履行確保が求められることから、その検討に当たっては、以下のような視点から、追加的健康確保措置の履行確保の枠組みを整理した。
  - ・ 各措置の対象者を適切に特定できるか
  - ・ 確実に各措置が実施できるような責任体制になっているか
  - ・ 措置の実施状況に対するチェック機能が確実に働く仕組みとなっているか
  - ・ 履行が不十分な場合に、改善が図られるような仕組みとなっているか
  - ・ 各医療機関及び都道府県が実務を遂行することができるのか
  - ・ 医療行政と労働基準行政との間で情報共有が適切に行われるような仕組みになっているか

### （1）具体的内容

- 追加的健康確保措置については、医療機関の管理者が主体となって以下の措置を実施する。

<sup>8</sup> 労働基準法施行規則（昭和22年厚生省令第23号）第17条第1項第5号の「限度時間を超えて労働させる労働者に対する健康及び福祉を確保するための措置」をいう。

## ア 連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息

- 連続勤務時間制限は、労働基準法上の宿日直許可<sup>9</sup>を受けている場合を除き、28時間までとする。勤務間インターバルについては、当直及び当直明けの日を除き、24時間の中で、通常の日勤後の次の勤務までに9時間のインターバルを確保することとする。当直明けの日（宿日直許可がない場合）については、連続勤務時間制限を28時間とした上で、勤務間インターバルは18時間とする。当直明けの日（宿日直許可がある場合）については、通常の日勤と同様、9時間のインターバルを確保することとする。

C-1水準が適用される臨床研修医については、連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを徹底することとし、連続勤務時間制限15時間、勤務間インターバル9時間を必ず確保することとする。また、24時間の連続勤務が必要な場合は勤務間インターバルも24時間確保することとする。

- 連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを実施できなかった場合の代償休息の付与方法については、対象となった時間数について、所定労働時間中における時間休の取得又は勤務間インターバルの延長のいずれかによることとするが、疲労回復に効果的な休息の付与の観点から以下のような点に留意する。

- ・ 勤務間インターバルの延長は、睡眠の量と質の向上につながる
- ・ 代償休息を生じさせる勤務の発生後、できる限り早く付与する
- ・ オンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮により、仕事から切り離された状況を設定する

また、代償休息は予定されていた休日以外で付与することが望ましく、特に面接指導の結果によって個別に必要性が認められる場合には、予定されていた休日以外に付与する。

- 連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息については、B・連携B・C水準の対象医療機関においてB・連携B・C水準の対象とされた業務の従事者が対象となり、A水準適用医師については努力義務とする。

## イ 面接指導・就業上の措置

- 面接指導を行う医師（以下「面接指導実施医師」という。）は、産業医を含め、長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受講して面接指導に従事する。ただし、医療機関の管理者自ら面接指導実施医師にはならないようにする。

- 面接指導・就業上の措置については、原則としてA・B・連携B・Cいずれ

---

<sup>9</sup> 「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号労働基準局長通知）及び「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」（令和元年7月1日基監発0701第1号労働基準局監督課長通達）を参照。

の水準の適用医師にも、当月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に睡眠及び疲労の状況の確認並びに面接指導を行う。なお、A水準適用医師で疲労の蓄積が確認されなかった者については100時間以上となった後での面接指導でも差し支えない。

面接指導の実施に当たって、まず、医療機関の管理者は当該月に100時間以上の時間外・休日労働が見込まれる医師を抽出し、時間外・休日労働が月100時間以上となる前に、睡眠及び疲労の状況等、以下の事項について確認を行い、面接指導の実施日程を決めるとともに、面接指導に必要な情報を面接指導実施医師に提供する。

- ① 前月の休日・時間外・休日労働時間数（副業・兼業先の労働時間も自己申告等により通算する。）
- ② 直近2週間の1日平均睡眠時間（可能であればアクチグラフ等の客観的指標を用いる）
- ③ 「労働者の疲労蓄積度の自己診断チェックリスト」（以下「疲労蓄積度チェック」という。）
- ④ 面接指導の希望

面接指導実施医師は、面接指導において①勤務の状況、②睡眠負債の状況、③疲労の蓄積の状況、④心身の状況等について確認する。また、医師についてはバーンアウト（燃え尽き）のリスクが高いことを踏まえ、ワークエンゲイジメント（熱意・没頭・活力）とバーンアウト（燃え尽き）の相違も念頭に置きつつ、評価を行う。必要に応じて面接指導対象医師に睡眠や休息等に関する助言や保健指導を行う。面接指導に基づき、面接指導対象医師への指導区分及び就業区分の判定し、報告書及び意見書を作成の上、管理者に報告する。報告書・意見書の作成に当たっては、必要に応じて、産業医、院内の専門科または専門医療機関と連携することが望ましい。

医療機関の管理者は、面接指導実施医師からの報告及び意見を踏まえ、必要に応じて、就業上の措置を講ずる。

- 睡眠及び疲労の状況の確認並びに面接指導の実施時期については、時間外・休日労働が月100時間以上となる頻度に応じて以下のように整理した。

月100時間以上となる頻度が低い：A水準

当該月の時間外・休日労働が80時間を超えた後に睡眠及び疲労の状況の確認を行い、一定の疲労の蓄積が予想される場合<sup>注</sup>は当該月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に面接指導を実施する。

注 一定の疲労蓄積が予想される場合とは下記のいずれかに該当した場合である。

- ① 前月の時間外・休日労働時間数：100時間以上
- ② 直近2週間の1日平均睡眠時間：6時間未満
- ③ 疲労蓄積度チェック：自覚症状がIV又は負担度の点数が4以上
- ④ 面接指導の希望：有

月 100 時間以上となる頻度が中程度：A・B・連携B・C水準

ある程度の疲労蓄積が想定されるタイミング（当該月の時間外・休日労働が 80 時間前後となる時期が望ましい）に睡眠及び疲労の状況の確認並びに面接指導を実施する。ただし、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に到達する前に実施する。

月 100 時間以上となる頻度が高い：B・連携B・C水準

毎月あらかじめ決めておいた時期に睡眠及び疲労の状況の確認並びに面接指導行うことも可能とする。ただし、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に前に実施する。

○ 面接指導実施医師は、産業医も含め、長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受講して従事することとなるが、当該講習については以下の事項を含むこととする。

- ① 総論・法制論（労働安全衛生法、医療法、労働基準法）
- ② 健康管理（特に過重労働・睡眠負債による健康影響について）
- ③ メンタルヘルス対策
- ④ 追加的健康確保措置（疲労回復に効果的な休息の付与方法、睡眠及び疲労の状況について確認する事項を含めた効果的な面接指導の実施方法）

○ 疲労回復に効果的な休息の付与方法、睡眠及び疲労の状況について確認する事項を含めた効果的な面接指導の実施方法等の詳細については、別添 1「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」を参照されたい。

#### ウ 月 155 時間超となった場合の措置

○ 当月の時間外・休日労働が 155 時間を超えた場合の就業上の措置については、A・B・連携B・Cいずれの水準の適用医師にも、当該時間が 155 時間を超えた場合に労働時間短縮のための具体的措置を行う。

#### (2) 履行確保の枠組み

○ 医事法制・医療政策における義務等であることから、都道府県が追加的健康確保措置の実施を確認することとなるが、その際、医療法第 25 条第 1 項に規定する立入検査の中で確認することとする。立入検査は、全医療機関に対して原則毎年 1 回実施されており、最低年 1 回、各医療機関において時間外労働時間に応じた面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル等の追加的健康確保措置が適切に実施されているかを確認し、必要に応じて指導、改善命令を行うこととする。

○ 追加的健康確保措置の実施に関しては、年に 1 回の医師労働時間短縮計画の策定時に医師を含む各職種が参加する合議体で確認されるとともに、3 年に 1 回の評価機能の評価受審時にも確認されることとなる。加えて、衛生委員会や



院内の働き方改革検討委員会等の場で定期的に確認を行うことが望ましい。

### (3) 改善に向けた取組

- 追加的健康確保措置が未実施であった場合には、改善に向けた取組が重要となる。具体的には、まず医療法第 25 条第 1 項の立入検査を通じて指導を行うことと併せて、都道府県（医療勤務環境改善支援センターを含む。）において追加的健康確保措置の実施に必要な支援を行うほか、必要に応じて地域医療対策協議会等を活用した医師の確保や地域の医療提供体制の機能分化・連携等の必要な措置を行うことが考えられる。
- それでもなお、追加的健康確保措置が実施されない場合は、都道府県が改善命令の措置を行うことが考えられ、最終的に改善命令に従わない場合には、B・連携B・C水準の対象医療機関の指定の取消や罰則の適用を行うといった、あくまでも改善を主眼に置いた段階的な履行確保の枠組みとする。
- また、都道府県が医療法第 25 条第 1 項の立入検査の中で労働関係法令違反につながるおそれのある状況を発見する場合も考えられる。その場合、まず、医療勤務環境改善支援センターと連携して支援を行い、それでも改善が見込まれない場合には、都道府県労働局へ情報提供を行う。
- また、B・連携B・C水準の対象医療機関に対しては、追加的健康確保措置の実施状況を関係者と共有する機会を設け、追加的健康確保措置に対する意識の醸成や実施に当たっての課題等の情報交換を促すことが考えられる。

### (4) 災害時等における取扱い

- 災害時等においては、医師が診療等の業務に従事する緊急性・必要性が高い場合が想定されるため、労働基準法第 33 条第 1 項と同様の規定を設け、災害時等における追加的健康確保措置の取扱いを規定することとする。
- この場合において、面接指導の対象となる月 100 時間以上の時間外・休日労働が見込まれる者（月 100 時間以上の時間外・休日労働の 36 協定を締結した業務の従事者）については、恒常的な長時間労働となっていることが想定され、短期間のみ長時間労働となっている者よりも健康リスクが高いと考えられることから、必要に応じた就業上の措置につなげるためにも、面接指導については災害時等であっても実施を求めることとする。その際の具体的な実施方法・内容については、医師の健康確保と災害等への対応の必要性の両面に配慮しつつ、通常時の面接指導よりも簡便なものとする。

## 3 医師労働時間短縮計画に係る枠組み

- 医師労働時間短縮計画は、医師の労働時間短縮のための取組項目を記載するほ

か、前年度の医師の時間外労働実績（時間数）を記載し、改善状況を各医療機関において毎年検証していくこととし、実際の労働時間短縮を実現していくために活用するものであり、さらに、評価機能が行う長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価の基礎となるものである。

- このような観点から、同計画の記載事項として、労働時間の適切な把握及び労働時間短縮の取組を促すものとなっているか、という視点での検討が重要となる。
- 一方、各医療機関によって、これまでの取組状況や今後の取組の実現可能性等が異なると考えられるため、以下のような視点から、医師労働時間短縮計画の記載事項等について整理した。
  - ・ 全医療機関に共通して記載を求める事項として何が適切か
  - ・ 医療機関独自の取組等、多様性を踏まえたものとなっているか
  - ・ 同計画の策定に当たっては、「医療勤務環境改善マネジメントシステム」として、各職種（特に医師）が参加して検討を行う等の手順が想定されているが、同計画について、PDCAサイクルが組み込まれているか
- 記載事項、策定義務対象医療機関、策定の流れ等については、別添2「医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）」を参照されたい。なお、2023年度中にB・連携B・C指定を受けるため、医療機関は、2022年度中に受審する評価機能による評価の基礎となる労働時間短縮計画に基づくPDCAサイクルによる労働時間短縮の取組を2021年度中に開始する必要がある。
- また、2024年4月の上限規制の適用開始までに着実に医師の労働時間を短縮し、2035年度末までにB・連携B水準を廃止するという目標を達成するためにも、医師労働時間短縮目標ラインを設定する。当該目標ラインを目安に、各医療機関は医師の労働時間の短縮に向けた取組や医師労働時間短縮計画を少なくとも年1回点検し、必要な改善を行う。

#### 4 複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い

- 労働基準法第38条第1項において、労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については通算することとされているところ、労働基準法の時間外労働の上限規制が適用される労働者については、副業・兼業先の労働時間も含めて、時間外・休日労働が上限を下回っている必要がある。そのため、副業・兼業を行う労働者の使用者は、当該労働者の「自院での労働時間」について自院での36協定により定めた時間を超えないようにする義務があるほか、「自院での労働時間」と労働者の自己申告等により把握した「副業・兼業先での労働時間」も通算した上で、時間外・休日労働の上限を超えないようにする義務がある。

- 使用者は、労働基準法上の各種の義務を履行するため、「副業・兼業先での労働時間」も含め、労働時間を適切に把握し、管理する必要がある。

### (1) 副業・兼業先の労働時間の把握

- 地域医療支援を行うために医師を他の医療機関へ派遣している場合や、副業・兼業が許可制・届出制の場合など、医療機関において雇用する医師が副業・兼業を行っていることを把握している場合は、医師の自己申告等により、労働時間数の見込みや実績について「主たる勤務先の医療機関」が把握する。許可制・届出制でない場合でも、本人からの自己申告を促し、申告に基づき把握した、副業・兼業先の労働時間を通算して管理する。

- いずれの場合も、医師の健康・医療の質を確保することを確実にするためには医師の自己申告が適切になされることが適当であることから、医師労働時間短縮計画策定に係るPDCAサイクルの一環として、当該医療機関に勤務する医師全員を対象として労働時間短縮に向けたガイダンスを行うこととし、その中で申告を呼びかける。

### (2) 複数医療機関に勤務する医師に係る時間外・休日労働の上限

- いずれの医療機関においてもA水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年960時間となる。

- いずれかの医療機関においてB・連携B・C水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年1,860時間となる。ただし、当該医師の各医療機関における時間外・休日労働の上限は、各医療機関が36協定において定める時間であり、A水準又は連携B水準が適用される医師を雇用する医療機関が当該医師に関して36協定において定めることのできる時間外・休日労働の上限は年960時間以下となる。

### (3) 複数医療機関に勤務する医師に係る追加的健康確保措置の取扱い

- 追加的健康確保措置については、医師の健康・医療の質の確保の観点から新たに医療法に規定することとしているが、時間外労働の上限規制と同様、複数医療機関に勤務する場合もその履行が担保されるような取扱いとする必要がある。そのため、各医療機関の管理者は、複数医療機関に勤務する医師に対しては、当該医師の自己申告等により把握した副業・兼業先での労働時間も通算した上で、追加的健康確保措置を実施する。

- 副業・兼業先との間の往復の移動時間は、各職場に向かう通勤時間であり、通常、労働時間に該当しないが、遠距離の自動車の運転等で休息がとれないことも想定されることから、別に休息の時間が確保できるよう、十分な勤務間イ

ンターバルを確保するなどの配慮が必要である。

- 複数医療機関に勤務する医師に係る追加的健康確保措置を実施する際の労働時間の把握・通算については、医師の健康及び医療の質の確保、地域医療提供体制への影響、医師及び医療機関の負担といった各要素を考慮した上で、それぞれ以下のような取扱いとする。

#### ア 連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息

- 連続勤務時間制限、勤務間インターバルは、医師の自己申告等により把握した副業・兼業先の労働も含めて、事前にこれらを遵守できるシフトを組むことにより対応する。連続勤務時間制限・勤務間インターバルを遵守できない場合（例えば、一つの医療機関における勤務間インターバル中に、他の医療機関における突発的な診療に従事した場合）には、医師の健康を確保するため、代償休息を義務付けることとする。
- どちらの医療機関で代償休息を取得させるかについては、常勤・非常勤といった雇用形態も踏まえ、原則各医療機関間で調整する。
- 副業・兼業先も含めた、連続勤務時間制限・勤務間インターバルの遵守状況については、医師本人が管理を行った上で、医療機関に対して報告することとする。医療機関は、医師からの報告をもとに、未消化の代償休息がある場合には、翌月末までに付与できるようシフトを組み直す等の対応を行う。報告の頻度は、医療機関内で決定することとするが、代償休息は翌月末までに付与しなければならないため、最低月に一度の報告とする。ただし、できるだけ早く代償休息を付与できるよう、報告についても、できるだけ早く行うことが望ましい。
- こうした医師の自己申告をベースとした労働時間管理を可能とするため、医療機関は医師に対して、これらの取扱いに関して院内で周知を行う。

#### イ 面接指導・就業上の措置

- 医師本人による報告等により一つの医療機関における面接指導結果が副業・兼業先にも共有され、当該面接指導結果に基づいた就業上の措置をそれぞれの医療機関が実施する場合（連携して実施する場合を含む。）には、面接指導を一つの医療機関において実施してもよいものとする。
- 2（1）イの通り、労働時間を随時把握・通算して面接指導の実施時期を決定する医療機関及び医師の負担を考慮し、月の時間外・休日労働が100時間以上となる頻度の高いB・連携B・C水準適用医師については、毎月あらかじめ決めておいた時期に面接指導を行う取扱いを可能とする。ただし、100時間以上となることが恒常的でない場合には、ある程度の疲労蓄積が想定されるタイミング（当該月の時間外・休日労働が80時間前後となる時期が望ましい）に

面接指導を実施する必要があるため、100 時間以上となる見込みが立った場合は早急に医師から医療機関へその旨を報告してもらう必要がある。

- こうした医師の自己申告をベースとした労働時間管理を可能とするため、医療機関は医師に対して、これらの取扱いに関して医療機関内で周知を行う。
- 面接指導を実施する医療機関は、医師と医療機関との相談の上決定するが、確実な実施を図るため、複数医療機関に勤務する医師に関する追加的健康確保措置の実施に係る考え方を整理する。  
(※) 勤務先医療機関の適用水準（B・連携B・C水準）や常勤・非常勤といった雇用形態に応じて決定すること等

#### ウ 月 155 時間超となった場合の措置

- 複数医療機関に勤務する医師について、月に一度、医師本人から副業・兼業先の労働時間を自己申告してもらい、通算した時間外・休日労働が月 155 時間を超えた場合には、面接指導を実施する医療機関が翌月に労働時間の短縮策を講ずる。
- こうした自己申告をベースとした労働時間管理を可能とするため、医療機関は医師に対して、これらの取扱いに関して院内で周知を行う。

#### (4) 複数医療機関に勤務する医師の労働時間の管理方法

- 上記の副業・兼業先の労働時間の把握や複数医療機関に勤務する医師に係る追加的健康確保措置の取扱いを踏まえ、複数医療機関に勤務する医師の労働時間の管理方法の例を以下に示す。

副業・兼業には、主たる勤務先からの派遣によるものと医師個人の希望に基づくものがある。

- ① 主たる勤務先（主に大学病院を想定）は派遣先における勤務を含めて、時間外・休日労働の上限、連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるようなシフトを組むとともに、主たる勤務先・派遣先・個人の希望に基づく副業・兼業先でのそれぞれの労働時間の上限（通算して時間外・休日労働の上限規制の範囲内）を医師との話し合い等により設定しておく。
- ② 医師個人の希望に基づく副業・兼業については、上記のシフト・上限を前提に連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるように副業・兼業先の勤務予定を入れ、自己申告する。

※ ①・②のシフト・予定は、主たる勤務先及び副業・兼業先で突発的な業務が発生しても、あらかじめ上限規制の範囲内で設定した労働時間の上限を遵守できるよう、ゆとりをもって設定する。

- ③ 副業・兼業先で突発的な業務の発生等により予定していた時間より長く勤務してしまった場合には、適切な面接指導の実施、代償休息の付与等の観点から、随時、自己申告する。
- ④ ただし、あらかじめ設定した上限の範囲内で労働している場合であって、
- ・(B・連携B・C水準適用で毎月面接指導が組み込まれている医師については)代償休息が発生しない場合
  - ・それ以外の医師については、代償休息が発生しない、かつ、月の時間外・休日労働が100時間以上になるおそれがない場合
- には、翌月に1か月分まとめた自己申告でもよい。

#### (5) 複数医療機関に勤務する医師に係る労働時間短縮の取組

B・連携B・C水準の対象医療機関は自院における労働時間短縮に可能な限り取り組むとともに、副業・兼業先における当該医師の勤務態様を一定程度管理可能な場合(関連病院等を想定)には、シフト調整等による副業・兼業先を含めた全体での労働時間の短縮を図り、また、それ以外の場合にも、副業・兼業先に対して労働時間短縮の協力を要請する。具体的には、副業・兼業先における、宿日直許可基準に該当する場合の当該許可の取得、円滑な引継ぎ等によりできる限り予定していた時間内での勤務となるような配慮、派遣する医師が長時間労働となっている場合の医師の変更の受入れ等の協力を要請することが考えられる。

また、自院における時間外・休日労働が年960時間を超えるB水準の対象医療機関については、地域医療の確保の観点から、まずは自院における時間外・休日労働が960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組み、連携B水準への移行を経て、A水準を目指すことも考えられる。

#### (6) 地域医療提供体制への影響

- 検討会において、2024年4月の時間外労働の上限規制の適用に向けて、医師の派遣縮小等による地域医療提供体制への影響に関して、各地域で確認を行うような枠組みを設けておく必要があるのではないかとの意見があった。このため、都道府県がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定に当たって、都道府県に設置された都道府県医療審議会の意見を聴取することとしていることを踏まえ、上限規制の適用による地域医療提供体制への影響についても、都道府県医療審議会で審議することとする。なお、実質的な議論は、都道府県医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等において行うことが想定される。
- なお、県境を越えた医師派遣によって他都道府県に所在する複数医療機関に勤務する医師がいることも踏まえ、地域医療提供体制の影響については、都道府県単位にとどまらず、より広域で協議を行うことも必要である。

- 医師を派遣している医療機関は、地域医療提供体制への影響に配慮しながら医師の労働時間の短縮に取り組むべきであり、特に、連携B水準の対象医療機関がA水準の対象医療機関に移行を目指す場合においては、医師の派遣を受けている医療機関が地域において果たしている役割等に十分に留意すべきである。
- また、各地域において、派遣先の医療機関が、医師派遣の縮小等により診療体制の維持が困難となるような場合に、地域医療支援センターや医療勤務環境改善支援センター等に報告・相談し、各センター等が対策を講じる仕組みを設けることも考えられる。

## 5 評価機能に係る枠組み

- 評価機能については、都道府県から独立した第三者機関が想定されていたが、具体的な機関の制度設計に当たっては、評価機能の業務内容及び業務量を検討することが必要となる。
- また、評価者の要件について、評価項目を適正に評価するために、医療及び労務管理に関する知見が求められると想定されるが、その専門性をどうやって担保するかについても重要な論点となる。
- さらに、評価を受ける間隔や訪問調査の実施については、医療機関及び評価機能の負担も勘案する必要がある。こうしたことを踏まえ、都道府県の医療勤務環境改善支援センターとの役割分担・連携及び医療勤務環境改善支援センター自体の活動の在り方についても検討を行った上で、以下のとおり整理した。

### (1) 業務

各医療機関の労働時間短縮の実績と取組を分析・評価することが業務となる。また、評価者になろうとする者に対する評価業務の趣旨や評価の視点に関する講習を実施する。

### (2) 評価方法

各医療機関は、医師労働時間短縮計画に基づき労働時間短縮に取り組むことから、医師労働時間短縮計画の記載事項をもとに、評価の視点に基づき、労務管理体制、医師の労働時間短縮に向けた取組、労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組の実施後の評価について分析・評価を行う。評価に当たっては、より精緻な分析・評価のため、評価機能の体制と業務量を勘案しつつ、書面での評価のみではなく、医療機関への訪問評価も行うこととする。

評価の各項目については、定量的な段階評価とともに、定性的な所見（○○○の状況の中で、○○に関するタスク・シフト／シェアが進んでいないと考えられ

る、等)を評価結果として付す。

#### ◆ 評価の視点

ストラクチャー(労務管理体制)、プロセス(医師の労働時間短縮に向けた取組)、アウトカム(労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組の実施後の評価)に分けて、医師労働時間短縮計画の項目を中心に評価を行う。具体的な評価項目及び評価基準については、別添3「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン(評価項目と評価基準)」を参照されたい。

また、労働時間の実績は、医療機関の医療提供体制やその医療需要と相互に影響し合うことから、参考データとして、医師数、病床数、看護師数といった医療機関の医療提供体制を示すデータのほか、手術件数、患者数、救急車受け入れ台数といった医療のアウトプットをデータとして、評価結果に付す。評価結果については公表するとともに、医療機関へフィードバックを行う。

さらに、地域医療提供体制との関係について分析するに当たり、評価結果をまとめる際に必要に応じて地域医療構想アドバイザー等の意見を聞くことにより、その専門性を補完する。

### (3) 評価対象医療機関・評価の頻度

○ B・連携B・C水準の対象医療機関(2024年4月より前の時点においてはB・連携B・C水準の対象医療機関としての指定申請を予定している医療機関)について、評価の対象とする。評価機能による評価のサイクルについては、医師労働時間短縮計画のPDCAサイクルを1年単位とする一方で、B・連携B・C水準の対象医療機関としての都道府県による指定の有効期間を3年としており、指定の際に評価結果を踏まえる必要があることから、3年に1回評価を受けることとする。

○ ただし、2024年4月前に一斉に評価機能による初回の評価の受審及びB・連携B・C水準の対象医療機関の指定の申請が行われることを考えると、初回の評価を行う期間は実質2022年度の1年間のみと想定されることから、初回の評価については原則書面で評価を行い、評価結果の明らかに悪い医療機関については、2023年度に訪問評価を行う。

### (4) 評価の実施体制

○ 医療機関への訪問評価の際により正確な実態把握を行うために、勤務医に対する聞き取りを行うこととする。そのためには、医療及び労務管理に関する専門的な知見が必要となるため、評価者は社会保険労務士と医療職の2名体制で評価を行うことが望ましい。また、評価者は評価業務の趣旨や評価の視点を適切に把握している必要があることから、養成講習の受講を評価者としての要件として設定する。書面評価及び訪問評価において、こうした体制で評価を行うことにより、一貫して評価の質を担保する。



## (5) 評価結果の取扱い

### ◆ 都道府県への通知

都道府県に評価結果が通知されることにより、都道府県は、医療機関への支援内容及び地域医療提供体制の検討に活用するとともに、都道府県がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定の際の判断材料とすることが可能となる。評価機能による評価結果により、

- ① 医療機関内の労働時間短縮の取組が進んでいない医療機関のほか、
  - ② 医療機関内の労働時間短縮の取組は進んでいるが、実績として、労働時間の短縮が進んでいない医療機関
- を都道府県が把握することができる。

①の医療機関については、まず、都道府県医療勤務環境改善支援センター等により、勤務環境改善・院内マネジメント改革に対して支援を行い、勤務環境改善マネジメントシステムのPDCAサイクルの中で、さらなる労働時間短縮の取組に対する支援を行う。②の医療機関については、医師確保に対する支援や地域の医療提供体制の見直し等を図っていく必要がある。

### ◆ 公表

評価結果は、評価機能が医療機関に通知することにより、医療機関内のPDCAサイクルによる労働時間短縮の取組の見直しにつなげることが期待される。

また、評価結果を公表することにより、医療のかかり方を見直すきっかけとなることが期待されるほか、都道府県がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定を行う際に、評価結果を適切に踏まえることを担保する観点から、都道府県が評価結果を公表することとする。ただし、随時の評価結果の公表に係る評価機能及び都道府県の負担等を考慮し、都道府県は、最終的なB・連携B・C水準医療機関指定の指定結果とあわせて、評価機能による評価結果を公表することが考えられる。

なお、評価結果の具体的な公表内容については、患者や医師、医師の派遣を行う病院等に与える影響を考慮して検討すべき、といった意見があったことも踏まえ、引き続き検討する。

また、都道府県は、評価機能による評価結果を踏まえ、B・連携B・C水準の対象医療機関の指定を行うが、その指定に当たって、評価機能による長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、医師労働時間短縮計画等の見直しにより追加的な対応が取られている必要がある。

こうした進捗や対応等が十分であると評価機能によって評価されるよう、都道府県は、医療機関に対して改善を求めていくとともに、その上で、地域の医療提供体制の確保等の観点からB・連携B・C水準の対象医療機関の指定について、検討していく必要がある。

## (6) 評価機能の組織体制

評価業務の中立性・客観性を担保するために、評価機能の組織体制としては以下のようなものが考えられる。

- ・事務局は、講習業務等を担い、評価者を派遣し行う訪問評価の事務を担う。
- ・法人内のガバナンスを確保・維持し、評価業務の中立性を担保するため、厚生労働大臣が任命する委員から構成される諮問委員会を設置する。
- ・地域医療提供体制との関係を分析するため、評価に当たっては、必要に応じて地域医療構想アドバイザー等の意見聴取を行う。
- ・評価者として登録された者は、事務局の調整に従い、評価業務を行う。
- ・利益相反の観点から、利害関係がある医療機関の評価には携わらないこととする。

また、具体的な指定先を検討するに際しては、組織体制の他に、以下のような視点が必要である。

- ・医療機関の労働時間短縮の取組を評価するに際して、医療の現場に精通していることが望ましいこと
- ・医療機関の労働時間短縮の取組を客観的に評価する体制が整備されていることに加えて、当該取組と地域医療提供体制との関係を分析する体制が整っていること
- ・評価対象となる医療機関が全国に存在することに鑑み、評価機能を担う組織も全国をカバーできる体制を有していること

## (7) 財政基盤

評価機能の財政的な自律性の観点から、評価を受審する際に手数料を医療機関より徴収することを原則とし、その金額については、評価機能の業務の性質や評価に当たって実際に想定されるコストや他の機関の例も踏まえつつ、必要な申請が適切に行われるよう医療機関に過大な負担とならないよう、今後検討する。

## (8) 医療勤務環境改善支援センターとの連携

- 都道府県医療勤務環境改善支援センターは、勤務環境改善マネジメントシステムの導入支援を行っている観点から、医師労働時間短縮計画に沿ったPDCAサイクルの導入支援及び労働時間短縮に向けた相談支援を担う。このため、医師労働時間短縮計画の目標、具体的には、どのような取組が労働時間短縮に効果的か、また、労働時間の短縮目標の妥当性についても、勤務環境改善支援センターが支援の一環として医療機関に対して助言を行う。
- 一方、評価機能は、中立的な立場から、医療機関が設定した目標を達成したという事実の評価だけではなく、労働時間短縮の取組の実績について客観的に評価することが必要となる。
- 医療勤務環境改善支援センターは、医療機関への支援に当たっては、評価機

能による客観的な評価を踏まえる必要があることから、評価機能と連携し、評価機能による評価後においても、引き続き医療機関への支援を行うこととする。

## 6 医師の労働時間短縮等に関する大臣指針

### (1) 大臣指針の策定

- 「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」を策定し、次の①～③に関する内容等を盛り込むこととする。

#### ① 基本的な考え方

我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要である。医師の健康を確保することは、医師本人にとってはもとより、今後も良質かつ適切な医療を提供する体制を維持していく上での喫緊の課題である。同時に、医師の働き方改革は、医師の偏在対策を含む地域医療提供体制の改革と一体的に進めなければ、長時間労働の本質的な解消を図ることはできない。このため、行政、医療機関、医療従事者、医療の受け手等の全ての関係者が一丸となって、改革を進めるために不断の取組を重ねていく必要がある。

#### ② 医師の時間外労働短縮目標ライン

2035年度末を目標に地域医療確保暫定特例水準を解消することとしているが、前回報告書において、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関の実態をなるべくA水準の対象医療機関に近づけていきやすくなるよう、「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定することとされている。各医療機関は、短縮目標ラインを目安にしつつ、地域医療への影響も踏まえながら労働時間短縮に取り組むこととする。

#### ③ 各関係者が取り組むべき推奨事項等

医師の労働時間の短縮のためには、個々の医療機関における取組だけでなく、地域の医療提供体制の観点からの都道府県における取組や、国も含めた関係機関における取組・支援のほか、国民の医療のかかり方など、様々な立場からの取組が不可欠である。一方、各取組については地域の実情等に応じて進める必要があり、一律の義務付けに馴染まない側面がある。このため、各関係者における取組を促進するために、長時間労働の医師の労働時間を短縮し、健康を確保するために、各関係者が取り組むべき推奨事項等についての指針を示す。

### (2) 医師の時間外労働短縮目標ライン

- 医師の時間外労働短縮目標ライン（以下「短縮目標ライン」という。）は、2035年度末を目途に地域医療確保暫定特例水準を解消するために、「全ての地域医療確保暫定特例水準適用医師が到達することを目指すべき時間外労働（休日労働を含む）の上限時間の目標値」として設定する。

- その際、各医療機関が着実に労働時間を短縮することができるよう、短縮目標ラインは、2035年度末の目標値である年960時間に向け、3年ごとの段階的な目標値を設定することとする。また、短縮目標ラインは、2024年4月時点での時間外・休日労働時間数に応じて設定することとする。具体的には、2024年4月時点での時間外・休日労働時間数を年X時間として、以下のように設定する。

2027年： $X - (X - 960) / 4$

2030年： $X - 2(X - 960) / 4$

2033年： $X - 3(X - 960) / 4$

2036年：960

※各医療機関の状況に応じ、可能であれば、2035年度末よりも早い段階で年960時間の目標を達成できるよう取り組むことが望ましい。

※各医療機関の状況に応じ、年960時間に到達した医療機関については、さらなる勤務環境改善に取り組むことが望ましい。

- また、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関が、医師労働時間短縮計画において設定することとされている時間外・休日労働時間数の目標は、この短縮目標ラインを目安に、各医療機関において設定し、医師労働時間短縮計画に基づく労働時間の短縮を行うこととする。

※地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関は、2024年度以降、3年に一度、労働時間短縮の取組の状況等について評価機能による評価を受けることとなる。

- さらに、地域医療確保暫定特例水準については、前回報告書において、「段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施」することとされており、短縮目標ラインについても、上記の設定期間にあわせて見直しを検討することとする。（なお、地域医療確保暫定特例水準の上限時間数の引き下げは、短縮目標ラインと連動して自動的に引き下げるものではなく、別途検討を行う。連携B水準については、地域医療提供体制の確保の観点から、特に丁寧に実態を踏まえて検討を行う。また、地域医療提供体制を確保しつつ、医師の労働時間短縮を着実に進めるために、引き続き、必要な支援を行うこととする。）

### (3) 各関係者が取り組むべき推奨事項等

- 医師の労働時間の短縮のためには、様々な立場からの取組が不可欠であることから、「行政（国・都道府県）」、「地域の医療関係者」、「医療機関（使用者）」、「医師」、「国民（医療の受け手）」ごとに推奨事項等を定めることとする。

## I 行政（国・都道府県）に求められる事項（行政の役割）

- ◆ 【国】 地域医療提供体制改革と一体となった医師の働き方改革の推進に関する事項
  - ・ 国及び都道府県は、医師の働き方改革を、地域医療提供体制における機能分化・連携、医師偏在対策と一体的に推進し、地域医療確保暫定特例水準終了年限の目標である 2035 年度末に向けて、どの地域にあっても、切れ目のない医療を安心して受けられる体制の構築に取り組むこと。
  - ・ 国は、医師偏在対策を含む地域医療提供体制改革の進捗状況や、時間外労働の上限時間規制の適用による地域医療への影響を踏まえて、医師の働き方改革の取組状況を検証すること。
  
- ◆ 【都道府県】 国民の適切な医療のかかり方につながるような評価結果の公表
  - ・ 都道府県は、各医療機関の労働時間短縮に向けた取組状況等について評価機能が行った評価結果を公表するに当たっては、国民（医療の受け手）の適切な医療のかかり方につながるよう、評価者の所見とともに、医療機関での医療提供体制及び医療機関の医療アウトプットについても公表し、より多面的な視点での情報公開を行うこと。
  
- ◆ 【国・都道府県】 各都道府県における B・連携 B・C 水準の運用に関する事項
  - ・ 国は、各都道府県における B・連携 B・C 水準の運用状況（B・連携 B・C 水準の対象医療機関の指定や評価の状況）について情報収集を行い、必要に応じて、地方自治法第 245 条の 4 の規定により、都道府県に対し技術的助言等を行うとともに、各都道府県における着実な医師の働き方改革の推進に資するよう、必要な情報の横展開等を行うこと。
  - ・ 都道府県は、B・連携 B・C 水準の適切な運用を通じて、各都道府県における着実な医師の働き方改革の推進に取り組むこと。

## II 地域の医療関係者に対する推奨事項

地域の医療関係者は、次の事項に取り組むことが推奨される。

- ◆ 地域全体での医師の働き方改革の推進に関する事項
  - ・ 地域の医療関係者は、個々の医療機関においては解消できない、地域における構造的な医師の長時間労働の要因に対し、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議、地域の外来医療に関する協議の場における協議等を通じて、地域の医療機関の役割分担や休日・夜間救急の輪番制の構築等、地域医療提供体制における機能分化・連携を推進し、地域全体での医師の働き方改革に取り組むこと。

## III 医療機関（使用者）に対する推奨事項

医療機関（使用者）は、次の事項に取り組むことが推奨される。

- ◆ 適切な労務管理の実施等に関する事項

- ・ 医療機関は、雇用する医師の適切な労務管理を実施することが求められるとともに、自院における医師の働き方改革の取組内容について院内に周知を図る等、医療機関を挙げて改革に取り組む環境を整備すること。
- ◆ タスク・シフト/シェアの具体的な業務内容に関する事項
  - ・ 各医療機関の実情に合わせ、各職種の職能を活かして良質かつ適切な医療を効率的に提供するためにタスク・シフト/シェアを行う業務内容と、当該業務を推進するために実施する研修や説明会の開催等の方策を講ずること。
- ◆ 医師の健康確保に関する事項
  - ・ 医師の副業・兼業先の労働時間を把握する仕組みを設け、これに基づいて連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを遵守できるような勤務計画を作成すること。
  - ・ 副業・兼業先との間の往復の移動時間は、各職場に向かう通勤時間であり、通常、労働時間に該当しないが、遠距離の自動車の運転等で休息がとれないことも想定されることから、別に休息の時間を確保するため、十分な勤務間インターバルが確保できるような勤務計画を作成すること。
  - ・ 災害時等に、追加的健康確保措置を直ちに履行することが困難となった場合には、履行が可能となり次第速やかに、十分な休息を付与すること。
- ◆ 各診療科において取り組むべき事項
  - ・ 各診療科の長等は、各診療科の医師の労働時間が所定時間内に収まるよう、管理責任を自覚し、必要に応じ、業務内容を見直すこと。
  - ・ 特にタスク・シフト/シェアの観点から業務を見直し、他の医療専門職種等と協議の場を持ち、効率的な業務遂行に向けた取組を計画し、実行すること。
- ◆ 医師労働時間短縮計画のPDCAサイクルにおける具体的な取組に関する事項
  - ・ 医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで、労働時間の状況、労働時間短縮に向けた計画の策定、取組状況の自己評価を行うこと。
  - ・ 特定高度技能研修計画に関する医療機関内における相談体制の構築（C水準関係）
  - ・ 特定高度技能研修計画と実態が乖離するような場合に対応できるよう、医療機関内において、医師からの相談に対応できる体制を構築すること。

#### IV 医師に対する推奨事項

医師は、次の事項に取り組むことが推奨される。

- ◆ 医師自身の働き方改革
  - ・ 医師は、長時間労働による疲労蓄積や睡眠負債が提供する医療の質や安全の低下につながることを踏まえ、自らの健康を確保することが、自身にとっても、また医療機関全体としてより良質かつ適切な医療を提供する上でも重要で

あることを自覚し、その認識の下に自らの業務内容や業務体制の見直し等を行い、働き方の改革に自主的に取り組むこと。

- ・ 副業・兼業を行うに当たっては、自己の労働時間や健康状態の把握・管理に努め、副業・兼業先の労働時間を主たる勤務先に適切に自己申告すること。

## V 国民（医療の受け手）に対する推奨事項

国民（医療の受け手）は、次の事項に取り組むことが推奨される。

### ◆ 医療のかかり方に関する事項

- ・ 医師の働き方改革を進め、医師の健康を確保することは、医師によって提供される医療の質や安全を確保することにつながり、国民（医療の受け手）にとっても重要な問題である。
- ・ 医師の働き方改革は、医療提供者だけで完結するものではなく、国民の医療のかかり方に関する理解が不可欠であり、国民は、自らのかかり方を見直すこと。
- ・ 具体的には、かかりつけの医療機関を持つ、#8000 や#7119 等の電話相談を利用し、夜間・休日の不急の受診を控える、救急車の適切な利用を心がける等の取組を行うこと。

## 第2 医師の時間外労働の実態把握

- 「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）の結果によると、時間外・休日労働の上位1割に該当する医師は年1,904時間以上であったことから、これを踏まえ、まずは上位1割に該当する医師の労働時間を確実に短縮するという考え方から、地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準における時間外労働の上限を1,860時間として前回報告書で整理された。「第1 医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項」において述べた各事項も、これを前提に、推進検討会において議論を行ってきたものである。
- 今般、新たに「令和元年 医師の勤務実態調査」を実施したところ、上位1割に該当する医師は年1,824時間以上の時間外労働を行っているという結果であった。これは、これまでの議論の前提を覆すものではなく、地域医療確保暫定特例水準における時間外労働の上限は引き続き1,860時間とするが、2024年4月以降、実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討を行いつつ、必要な引下げを実施する。集中的技能向上水準については、研修及び医療の質を低下させずに効率的な研修を実現していくことによって技能向上に要する時間の短縮が図られる可能性もあり、将来的な縮減を志向しつつ、医師労働時間短縮計画において把握される実績等も踏まえ、研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証していく必要がある。

- また、2024年4月から適用される時間外労働の上限規制や連続勤務時間制限・勤務間インターバルなどの追加的健康確保措置の地域医療提供体制への影響について強い懸念が示されたことから、「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」を実施した。2024年4月に医師に対して時間外労働の上限規制（年1,860時間・年960時間）が適用された際に、①大学医局から関連病院への医師派遣等に影響があるか、②副業・兼業に該当する関連病院における勤務に影響があるか、について、医師少数県に位置する2大学6診療科において時間外労働の上限規制への該当性のシミュレーションを行い、医師の働き方改革の地域医療提供体制への影響について考察した。その結果から、大学病院での労働時間が時間外・休日労働が年960時間以内であっても、副業・兼業先の労働時間を通算すると年960時間を超える医師が多いことが示された。
- 一方、調査対象となった各大学医局教授や医局長、大学病院事務部門（総務・人事担当部門）管理者等に対してヒアリングを行ったところ、時間外労働時間の上限規制を遵守するため、関連病院等への医師派遣の縮小を第一選択とする医局はなく、特に働き方改革の影響を強く受けると予想された診療科においても、宿日直許可の適切な取得、地域の医療機関への派遣のニーズに対して診療科を超えた全病院的な対応を取ること等の取組により、2024年4月の上限規制の適用に対応が可能であると想定されたが、他の医療機関も含め、今後も同様の調査を実施していく。

### **第3 今後の検討事項**

- B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件等の指定の枠組みに関しては整理されたが、B水準の対象となる医療機能のうち、「公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関」の対象範囲について、検討が必要である。

また、C-2水準の適用のために医師が医療機関を通じて審査組織に提出する特定高度技能研修計画の様式について、医師の負担も考慮しつつ作成していくとともに、厚生労働省が公示する分野や審査組織における審査方法、審査基準等の具体的な内容について検討が必要である。
- 追加的健康確保措置に関しては、
  - ・追加的健康確保措置の実施状況の関係者と共有する仕組み
  - ・医師から都道府県へ申告があった場合の取扱いの明示について引き続き検討していく必要がある。
- 医師の勤務実態調査は、上限規制適用開始前に実施する方向で、調査の時期や効果的な手法について引き続き検討する。上限規制適用開始後の2024年度以降は、地域医療確保暫定特例水準の終了年限の目標である2035年度末に向けて医師の労働時間の短縮を進めていく必要があることから、今後の医師の働き方改革や他の施策のスケジュールを踏まえつつ、調査の時期や具体的な手法等について検討する。



- また、時間外労働の上限規制の適用により、地域医療提供体制への影響が予想される。時間外労働の上限規制が地域の医療提供体制の機能分化・連携を促進する面も考えられるが、地域に必要な医療機能を確保する観点からは、慎重に状況を見極めつつ、都道府県が必要な支援を行っていく必要がある。特に、これまで行っていた医師派遣の制限、また、医療機関が労働時間短縮のために医師を確保することによる医師偏在への影響も鑑みながら、地域の必要な医療の確保に向けた方策を引き続き検討していく必要がある。
- 特に労働時間が長い大学病院は、地域医療確保の観点で重要な役割を担っているとともに、医学および医療の発展のための研究や医学生と若手医師に対する教育等、診療以外においても重要な役割を担っている。大学病院では、診療、研究、教育を同じ医師が担うことが多く、労働時間の短縮が診療のみならず、研究や教育にも大きな影響を与える可能性があることから、特に大学病院における働き方改革の特有の課題については、今後、文部科学省と厚生労働省が連携して検討の場を設ける必要がある。
- 医師労働時間短縮計画については、年の時間外・休日労働が960時間を超える医療機関については、B・連携B・C水準の対象医療機関指定を受けるために2021年度に策定する必要があるとあり、医療機関における同計画の円滑な策定及び労働時間短縮の取組を推進していく必要がある。
- 医師の働き方改革を進めるためには、行政をはじめとする様々な立場からの取組が不可欠であり、各関係者の意識改革や行動変容を促していく必要がある。そのためには、まず、医師の働き方改革に関する検討の状況や今後の見通し等について情報発信を行い、周知することが重要である。特に、当事者である医師に対しては、多忙であるがゆえに情報が届きにくい傾向があり、効果的な情報発信・周知の方策について検討が必要である。

#### 第4 おわりに

- 令和元年7月に発足した本検討会では、これまで11回にわたる議論を重ね、前回報告書の内容を踏まえつつ、医師の労働時間短縮・健康確保と地域の医療提供体制の両立の観点から、医師の労働時間の上限規制に関して医事法制・医療政策において措置を要する事項をはじめ、医師の働き方改革の推進のための具体的な制度の枠組みについて検討を行ってきた。
- 特に、推進検討会で引き続き検討することとされた事項である地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の指定の具体的な枠組みや、追加的健康確保措置の義務化及び履行確保、医師労働時間短縮計画及び評価機能に係る枠組み等について議論を行う中で、複数医療機関に勤務する医師に係る取扱いが論点

となった。副業・兼業を行う医師によって地域の医療が支えられている現状があると同時に、こうした医師の健康確保が不可欠であることから、新たに「連携B水準」という枠組みを設けることとした。また、連携B水準に限らず、副業・兼業先での労働時間も通算した上で、時間外・休日労働の上限を超えないようにしつつ、効果的・効率的な追加的健康確保措置の取扱いを議論した。

- 新たに実施した「令和元年 医師の勤務実態調査」及び「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」の結果からは上述の「連携B水準」の必要性が浮き彫りになるとともに、「令和元年 医師の勤務実態調査」からは、前回調査時から減少はしたものの、引き続き、約4割の医師がA水準超の時間外・休日労働を行っていることが確認された。2024年4月から適用される上限規制に対応するためには適切な実態把握とその分析に基づく労働時間短縮に向けた取組の徹底が重要である。また2024年度以降も、地域医療確保暫定特例水準の解消に向けて、医師の働き方改革を確実に進めていくことが重要である。
- こうした認識の下、個々の医療機関においては、医師労働時間短縮計画に基づき、評価機能による評価結果も踏まえつつ、PDCAサイクルの中で、タスク・シフティングやマネジメント改革等による労働時間短縮の不断の取組や、医師の健康確保のための取組を着実に進めることが不可欠である。
- ただし、医師の働き方改革は、労働時間の上限規制のみで完結するものではない。地域医療構想と医師偏在対策の推進、医療を受ける国民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進の他、「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」で定められることを、行政、地域の医療関係者、医療機関、医師、国民がそれぞれの立場で、異なる各関係者の役割分担に基づき、1人1人の医師の過重な負担を軽減し、医師の働き方改革を推進していくことが何よりも重要である。
- 特に、医師自身が、自らの働き方が改善していくことへの希望と、改善していこうという意識を持つことができる環境を作らなければ、現場の改革は進まない。とりわけ、強い使命感の下に医の道を志し、地域の医療を支えている医師たちが、望まない形でその道を閉ざされることのないよう、1人1人の医師に、本検討会の議論の成果を伝えていかなければならない。
- そして、地域医療構想の推進や医師の偏在対策等の医療提供体制改革が医師の労働時間に与える影響、逆に医師の働き方改革が医療提供体制に与える影響の双方を慎重に注視しつつ、取組を進めて行くことが必要である。
- 連携B水準も含め、地域医療確保暫定特例水準は2035年度末の解消を目指していくが、地域医療構想の推進や医師の偏在対策等の医療提供体制改革を、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等における協議等を通じて進めることにより、各地域で医師の長時間労働の必要性が解消され、地域医療確保暫定特例水準の解消

につながることを期待される。それと同時に、各医療機関において、まずは自院での年 960 時間以内の時間外・休日労働を達成できるよう取り組んでいただくとともに、副業・兼業先も含めた年 960 時間以内の達成に向け、可能な限り副業・兼業先にも働きかけていただくこととなる。

- 本報告書の内容の制度化に向けた検討においては、医師の健康確保は重要であることを共通認識としつつ、医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくという強い決意の下、医師が健康で充実して働き続けることのできる社会を目指して、医師の長時間労働を変えていかなければならない。
- 新型コロナウイルス感染症が流行している中、日夜奮闘している医師がいる。医師の働き方改革は重要性を増している。感染症のまん延時でも、医師の健康確保と地域医療提供体制の確保の両立が果たせる社会の実現を目指して、医師の働き方改革を引き続き推進していくべきである。
- なお、これは、本検討会としての中間とりまとめであり、これに基づき、法制化に向けて準備を進めていくことが期待されるが、今後、更に具体的な制度設計に関する議論や、医師の働き方改革が地域医療提供体制に与えている影響も踏まえながら、医師の働き方改革を推進するための議論を行う場として、本検討会は今後も議論を継続していく。

医師の働き方改革の推進に関する検討会 構成員名簿

家保	英隆	高知県健康政策部副部長
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
遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
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	岡山大学病院ダイバーシティ推進センター教授
城守	国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
島崎	謙治	国際医療福祉大学大学院教授
島田	陽一	早稲田大学法学部教授
鈴木	幸雄	横浜市立大学附属病院産婦人科助教
堤	明純	北里大学医学部教授
仁平	章	日本労働組合総連合会総合政策推進局長 (※令和2年3月に、村上 陽子 日本労働組合総連合会総合労働局長と交代)
馬場	武彦	社会医療法人ペガサス理事長
水島	郁子	大阪大学大学院高等司法研究科教授
森	正樹	日本医学会副会長(九州大学大学院消化器・総合外科教授)
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	千葉大学副学長・千葉大学大学院医学研究院眼科学教授

※令和2年12月22日時点

## 医師の働き方改革の推進に関する検討会 開催経過

日時等	主な議事
第1回 (令和元年7月5日)	1. 検討を要する論点(案)について 2. 医師の勤務実態の把握について
第2回 (令和元年9月2日)	1. 追加的健康確保措置の履行確保について 2. 医師労働時間短縮計画及び評価機能について
第3回 (令和元年10月2日)	1. 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組みについて
第4回 (令和元年11月6日)	1. 評価機能について
第5回 (令和元年12月2日)	1. 評価機能について 2. その他
第6回 (令和元年12月26日)	1. これまでの議論のまとめについて 2. その他
第7回 (令和2年3月11日)	1. 医師の働き方改革について
第8回 (令和2年8月28日)	1. 医師労働時間短縮計画策定ガイドライン(案)について 2. 医師の勤務実態調査及び医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査について
第9回 (令和2年9月30日)	1. 副業・兼業を行う医師に関する地域医療確保暫定特例水準の適用について 2. 長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル 3. 医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について
第10回 (令和2年11月18日)	1. 中間とりまとめに向けて更なる検討が必要な事項について 2. これまでの議論のまとめについて
第11回 (令和2年12月14日)	1. 中間とりまとめ(案)について