

長時間労働医師への健康確保措置に 関するマニュアル(改訂版)

令和4年度

厚生労働省厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

「長時間労働医師への健康確保措置に関するマニュアルの改訂のための研究」研究班

目次

| | |
|---|----|
| 1. 医師の働き方改革関連制度 | 1 |
| (1) 労働基準法の概要 | 1 |
| 1) 労働時間の定義 | 1 |
| 2) 労働時間の把握 | 2 |
| 3) 医師の労働時間に関する論点の取扱い | 2 |
| 4) 労働時間の上限 | 4 |
| 5) 有給休暇 | 7 |
| (2) 労働安全衛生法の概要 | 8 |
| 1) 安全衛生管理体制 | 8 |
| 2) 衛生委員会 | 9 |
| 3) 労働安全衛生法で選任義務がある管理者等の職務 | 9 |
| 4) 産業医の選任 | 10 |
| 5) 労働衛生管理の基本 | 10 |
| 6) 自己保健義務と安全配慮義務 | 11 |
| 7) 長時間労働者等に対する面接指導制度 | 12 |
| (3) 労災認定基準について | 13 |
| 1) 脳・心臓疾患の労災認定基準 | 13 |
| 2) 精神障害の労災認定基準 | 14 |
| 3) 複数事業労働者の労災認定 | 15 |
| (4) 医師の時間外・休日労働の上限規制について | 16 |
| 1) 医療法等の一部を改正する法律について | 16 |
| 2) 医療法に基づく追加的健康確保措置（勤務間インターバル・代償休息・面接指導と就業上の措置） | 19 |
| 2. 医師の健康管理 | 27 |
| (1) 医師の長時間労働の現状 | 27 |
| (2) 長時間労働が心身の健康に与える影響～医療安全・睡眠の観点から～ | 28 |
| 1) 医療安全の観点から | 28 |
| 2) 睡眠の観点から | 30 |
| 3) PVT 及びアクチグラフの応用 | 44 |
| (3) 長時間労働が健康に与える影響～メンタルヘルスの観点から～ | 52 |
| 1) ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトの評価方法 | 52 |
| 3. 長時間労働医師への面接指導実施の概要 | 66 |
| (1) 長時間労働医師への面接指導の目的 | 66 |
| (2) 面接指導に関わる者の役割 | 66 |
| 1) 管理者（病院長/施設長等）/人事・労務部門 | 67 |
| 2) 面接指導実施医師 | 69 |

| | | |
|-----|----------------------------------|-----|
| 3) | 面接指導対象医師 | 69 |
| 4) | 産業医/健康管理部門 | 70 |
| 5) | 施設外の関係者（外部の面接指導実施医師、紹介先・通院先の医師）等 | 70 |
| 4. | 長時間労働医師への面接指導実施体制 | 71 |
| (1) | 医療機関における面接指導実施体制の構築 | 71 |
| 1) | 面接指導実施医師の確保 | 71 |
| 2) | 面接指導実施医師と面接指導対象医師のマッチングの注意点 | 72 |
| 3) | 副業・兼業を行う医師の面接指導実施医療機関の設定方法 | 73 |
| 4) | 副業・兼業を行う医師の面接指導実施医療機関の考え方 | 73 |
| 5) | 管理体制 | 74 |
| (2) | 長時間労働医師の事前確認と面接指導の実施時期 | 76 |
| 1) | 長時間労働医師の事前確認 | 76 |
| 2) | 長時間労働医師の面接指導の実施時期 | 76 |
| 5. | 面接指導の全体像 | 79 |
| 6. | 面接指導実施までの過程 | 80 |
| (1) | 管理者は医師の労働時間を把握する | 80 |
| (2) | 管理者は面接指導対象医師を選定する | 80 |
| (3) | 管理者は面接指導対象医師の事前情報を把握する | 80 |
| (4) | 事業者が面接指導実施医師へ実施依頼と情報共有を行う | 81 |
| 7. | 面接指導実施時の留意点等 | 81 |
| (1) | 面接指導の実施環境 | 81 |
| (2) | 面接指導に要する時間（10～40分程度） | 84 |
| (3) | 面接指導の概要 | 84 |
| (4) | 面接指導中のポイント | 84 |
| 1) | 長時間労働医師への確認事項と評価のポイント | 84 |
| 2) | 面接指導での聴取や助言・保健指導の内容を検討する際のポイント | 93 |
| 3) | 特に高リスクの医師 | 94 |
| (5) | 面接指導対象医師への具体的な助言・保健指導 | 95 |
| 1) | 面接指導対象医師への助言・保健指導項目 | 97 |
| 2) | 医師個人への心身の状況への助言の例 | 99 |
| 3) | 医師の環境調整に関する助言の際の留意点 | 100 |
| (6) | 意見書の作成 | 101 |
| 1) | 「長時間労働医師面接指導結果及び意見書」（意見書）の取扱い | 102 |
| 2) | その他意見書の記載の留意点 | 102 |
| (7) | 組織へのアプローチ（管理者、職場、上司への助言） | 115 |
| (8) | 意見書作成後の流れ | 116 |
| 8. | 面接指導実施後の対応 | 119 |
| (1) | 面接指導実施医師からの意見聴取 | 119 |

| | |
|--|-----|
| (2) 管理者による就業上の措置等..... | 119 |
| 1) 就業上の措置等の必要性..... | 119 |
| 2) 就業上の措置等の例..... | 120 |
| 3) 就業上の措置の実施の際の留意事項..... | 121 |
| (3) 面接記録及び意見書の管理・保存..... | 124 |
| 1) 面接記録の取扱い..... | 124 |
| (4) 就業上の措置に関する情報提供..... | 124 |
| (5) 勤務環境改善..... | 125 |
| 1) 医師労働時間短縮計画の策定..... | 125 |
| 2) 医師労働時間短縮計画の項目例（勤務環境改善マネジメントシステム）..... | 126 |
| 3) 医療機関における産業保健機能の強化..... | 126 |
| 4) 医療機関における労務管理体制の強化..... | 126 |
| 5) 勤務環境改善の良好事例..... | 128 |
| 9. 質問票集等..... | 131 |
| (1) 本文中で使用される質問票集..... | 131 |
| 日本語版 BAT (BAT-J) 23 項目版..... | 132 |
| 睡眠負債の状況进行评估する質問紙..... | 133 |
| 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023 年度改正版）..... | 134 |
| うつ病の簡便な構造化面接法..... | 136 |
| 長時間労働面接振り返りシート..... | 137 |
| (2) その他付録質問票集..... | 138 |
| 日本語版 ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度 (UWES)..... | 139 |
| 日本語版 アテネ不眠尺度..... | 140 |
| 日本語版 リカバリー経験尺度..... | 142 |
| (3) 編集後記..... | 143 |

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の改訂のための研究

研究班名簿

五十音順 敬称略

亀田 義人（順天堂大学 大学院医学研究科 公衆衛生学講座 准教授）

城守 国斗（日本医師会 常任理事）

黒澤 一（東北大学環境・安全推進センター 教授）

榊原 圭子（東洋大学 社会学部 准教授）

島津 明人（慶応義塾大学 総合政策学部 教授）

* 谷川 武（順天堂大学 大学院医学研究科 公衆衛生学講座 主任教授）

陳 和夫（日本大学 医学部 睡眠医学・呼吸管理学講座 教授）

堤 明純（北里大学 医学部 公衆衛生講座 教授）

堀江 正知（産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健管理学 教授）

和田 裕雄（順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座 教授）

研究協力者

植田 結人（順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座 助教）

佐藤 准子（順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座 助教）

友岡 清秀（順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座 助教）

外山 浩之（ヘルシンキ大学 教育科学部 研究員）

永野 千景（産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健管理学研究室）

吉川 徹（労働安全衛生総合研究所 過労死等調査研究センター長代理）

* 研究代表

1. 医師の働き方改革関連制度

(1) 労働基準法の概要

- 労働条件の最低基準を定める日本の法律で、日本国憲法第 27 条第 2 項に基づいて 1947 年に制定
- 労働者が持つ生存権の保障を目的として、労働条件としての最低基準を定めている

1) 労働時間の定義

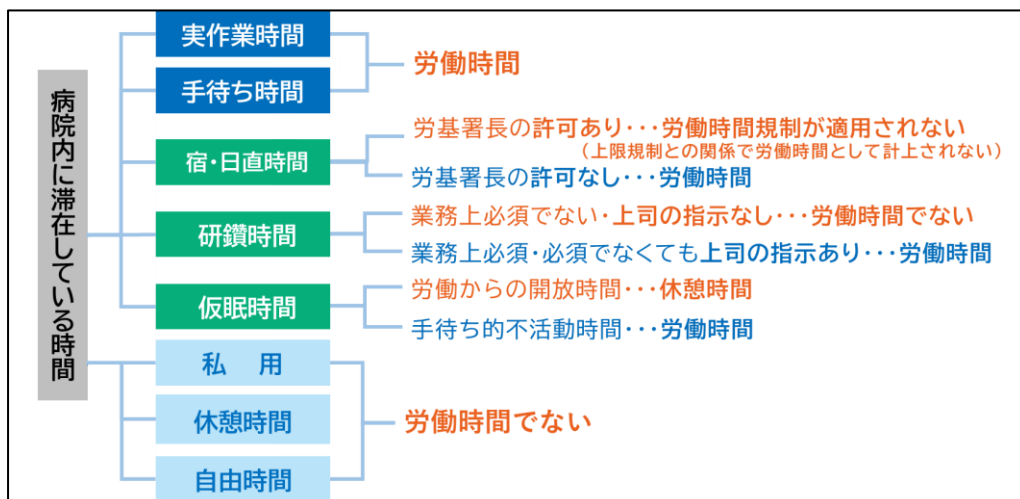
- 「労働時間」は、「**労働者が使用者の指揮命令下に置かれている時間**」
- 労働時間に該当するか否かは、労働契約、就業規則等の定めのかんによらず、客観的に定まる
- 具体的には、労働者の行為が使用者から義務づけられ、又はこれを余儀なくされていた状況の有無等から個別具体的に判断する
- 「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」上の「労働時間」の例

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や業務終了後の業務に関連した後始末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している時間

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を行っていた時間

図 1-1 労働時間とは



- 医師の所定労働時間内に行う研鑽は、労働時間に含める
(後述する「3) 医師の労働時間に関する論点の取り扱い②研鑽」を参照)

2) 労働時間の把握

- 「労働時間」の該当性は、個別具体的に判断
- 労働時間の把握方法

(「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」より)

- ① 労働時間管理を行う者による現認
 - ② タイムカード、ICカード等の客観的記録
 - ③ 自己申告(やむを得ない場合)
- **自己申告等をもとに副業・兼業先の労働時間を通算して取扱う**

3) 医師の労働時間に関する論点の取扱い

① 宿日直

- 労働基準監督署が宿日直を許可すれば、宿日直に従事した時間は、上限規制の対象となる労働時間として計上する必要はない
- 宿日直の許可は、医療機関内の一部の診療科、職種、時間帯、業務の種類を限定して取得することも可能

図 1-2 宿日直の取扱いについて(面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用)

※「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日付け 基発0701第8号)
※「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日付け 基監発0701第1号)

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。

【例えば…】

8:30 17:30 翌8:30

日勤帯 (所定内労働時間) 当直帯 (15時間程度)

《様々な実態》

- ほとんど実働がない、いわゆる「寝当直」
- 救命救急センター等、ほぼ一晩中実働である
- その中間

(原則の考え方) 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いる場合は、手待ち時間として労働時間にあたる。

(特例) 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
⇒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。(※ただし、臨時的に通常の業務等許可の対象業務以外の業務に従事した時間があれば、その時間は労働時間規制が適用される。)

許可に当たっては、①一般的許可基準(昭和22年発出)と、②医師、看護師に係る許可基準(令和元年7月発出)により判断。②において、許可対象となる「特殊の措置を必要としない程度の又は短時間の業務」を例示した。

(医師の働き方改革に関する検討会での議論を踏まえた例示)

- 「医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察などや、看護師等に対する指示、確認を行うこと」
- 「医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間(例えば非輪番日であるなど)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診などによる診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」

※宿日直中に、通常の勤務時間と同様の業務に従事することが稀にあったときについては、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は夜間に十分な睡眠が取り得るものである限り、宿日直の許可は取り消さない。

※当該通常の勤務時間と同様の業務に従事する時間について労働基準法第33条又は第36条の第1項による時間外労働の手続きがとられ、法第37条の割増賃金が支払われるよう取り扱うこと。

出典：医師の働き方改革に関する検討会報告書

1-3 宿日直の取扱いに関する例示(面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用)

②研鑽

「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」(令和元年7月1日付け 基発0701 第9号)

- 所定労働時間内に行う研鑽は、労働時間になる
- 所定労働時間外に行う研鑽は、上司の明示・黙示の指示によらず行われる限り、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しない
- 上司の明示・黙示の指示により行われる所定労働時間外の研鑽は、労働時間に該当する
- 労働時間該当性の判断が、当該研鑽の実態に応じて適切に行われるよう、研鑽の基準は、医療機関ごとに取り扱いを明確化して書面等で示すことが求められている

図 1-4 医師の研鑽の取扱いについて (面接指導実施医師養成講習会 第 1 章 総論・法制論より引用)

※「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」(令和元年7月1日付け 基発0701第9号)
 ※「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たの留意事項について」
 (令和元年7月1日付け 基監発0701第1号)

研鑽が労働時間に該当するかどうかについては「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断することとなる。現場における医師の研鑽の労働時間管理の取扱いについて、その考え方と、適切に取り扱うための手続を通達で示している。

【例えば…】

| | |
|------------------|-------------------|
| 8:30 | 17:30 |
| 日勤帯 (所定内労働時間) | 時間外に残って研鑽を行っている時間 |

《様々な実態》

- ・ 診療ガイドライン等の勉強
- ・ 勉強会の準備、論文執筆
- ・ 上司等の診療や手術の見学・手伝い

□ 医師の研鑽については、医学は高度に専門的であることに加え、日進月歩の技術革新がなされており、そのような中、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。
 ※所定労働時間内において勤務場所で研鑽を行う場合は、当然に労働時間となる。

□ 労働に該当する範囲を医師本人、上司、使用者が明確に認識し得るよう、基本となる考え方を示すとともに、労働に該当するかどうかの判断を明確化するための手続等を示す。

表 1-1 医師の研鑽の取扱いについて (面接指導実施医師養成講習会 第 1 章 総論・法制論より引用)

| 研鑽の類型 | 考え方・手続 |
|---------------------------------------|---|
| 診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務上必須ではない行為を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に該当しないと考えられる。 ・ ただし、診療の準備又は診療に伴う後処理として不可欠なものは、労働時間に該当する。 |
| 学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新にかかわる講習会受講等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 左記の研鑽が推奨されている等の事情があっても、業務上必須ではない行為を自由な意思に基づき、所定労働時間外に自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。 ・ ただし、研鑽の不実施について就業規則上の制裁等の不利益が課されているため、その実施を余儀なくされている場合や、研鑽が業務上必要必須である場合、業務上必須でなくとも上司が明示・黙示の指示をしている場合は、労働時間に該当する。 |
| 当直シフト外で時間外に待機し、手術・措置等の見学を行うこと | <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務上必須でない見学を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う場合、当該見学やそのための待機時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。 ・ ただし、見学中に診療を行った場合については、当該診療を行った時間は、労働時間に該当すると考えられ、また、見学中に診療を行うことが習慣化、常態化している場合については、見学の時間全てが労働時間に該当する。 |

必要な手続き等

- 研鑽を行うことについての医師の申出と上司による確認(その記録)
- 通常勤務と明確に切り分ける(突発的な場合を除き診療等を指示しない、服装等外形的に、見分けられる措置)
- 医療機関ごとに取扱いを明確化して書面等に示し、院内職員に周知する

出典:医師の働き方改革に関する検討会報告書

4) 労働時間の上限

①我が国における一般則

- 時間外の上限が月 45 時間、年 360 時間が原則
- 臨時的・特別な事情がある場合 1 か月 100 時間未満、年間 720 時間以内
- 労働者が時間外・休日労働を行うことができる時間の上限は、複数月平均で 80 時間以内、単月 100 時間未満
- 「管理監督者」は、労働時間、休憩、休日の制限を受けない

- 「管理監督者」に当てはまるかどうかは、役職名ではなく、その職務内容、責任と権限、勤務態様等の実態によって判断される

②労働時間制度の比較

- 診療に従事する医師の労働時間制は、通常の労働時間制や変形労働時間制を採用している場合が多い
- 大学病院や研究所等で主として研究を行う医師は、専門業務型裁量労働制を採ることも可能である
- 専門業務型裁量労働制が適用される医師は、当該大学病院や研究所等では、2024年4月以降の医師の特例的な時間外・休日労働の上限規制は適用されない

表 1-2 労働時間制度の比較（面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用）

| | 通常の労働時間制 | 変形労働時間制 | フレックスタイム制 | 専門業務型裁量労働制 | 【参考】高度プロフェッショナル制度 |
|------------------------------------|---|--|---|--|---|
| 1日・1週の 所定労働時間の長さ | 1日 8時間 1週 40時間以内 | 1週平均40時間以内であれば、 8時間を超える日、 40時間を超える週が可能 | 制約なし (清算期間平均で週40時間以内) | 1日8時間、1週40時間以内 | 1日・1週の 所定労働時間の 長さ |
| 始業・終業時間 (労働時間としての拘束) | 事業者が指定 | 事業者が指定 | コアタイムのみ事業者が指定。 それ以外は労働者が自由に設定。 | 始業・終業時間の 拘束はない | 始業・終業時間 (労働時間としての拘束) |
| 活動の自由度 | 始業～終業時間内は 原則すべて労働 | 始業～終業時間内は 原則すべて労働 | コアタイム内は原則労働だが、 それ以外はフレキシブルタイムの範 囲内で労働者が自由に設定。 | 自由 | 活動の自由度 |
| 対象医師の制約 | 診療に従事する医師 | 診療に従事する医師 | 診療に従事する医師 | 大学病院や研究所等が対象 研究がメイン であることが要件 | 対象者の制約 医師は対象外 年収1075万以上 (金融商品開発、ティールーティング業務など) |
| 2024年度以降の医師の 労基法上の時間外労働 時間上限 | 原則 960時間 特例 1,860時間 | 原則 960時間 特例 1,860時間 | 原則 960時間 特例 1,860時間 | 原則 360時間 特別条項 720時間 * 休日労働は含まない | 労基法上の 時間外労働時間 上限 |
| 時間外割増賃金 深夜割増賃金 休日割増賃金 | 支給される | 支給される | 支給される | 支給される | 時間外割増賃金 深夜割増賃金 休日割増賃金 |
| 法定休日 | あり | あり | あり | あり | なし(年104日以上の休日を 必ず確保) |
| 2024年度以降の 医師の健康確保措置 | 労働安全衛生法 + 医療法上の措置 (勤務間インターバル等) | 労働安全衛生法 + 医療法上の措置 (勤務間インターバル等) | 労働安全衛生法 + 医療法上の措置 (勤務間インターバル等) | 労働安全衛生法 + 健康福祉確保措置 (労使協定で定める) | 健康確保措置 労働安全衛生法 + 特別な健康確保措置 (2週間の連続休暇、勤務間インターバ ル等から選択、健康管理時間) |

作成：日本医師会

5) 有給休暇

- 年 10 日以上の年次有給休暇が付与される労働者に対して、年次有給休暇の日数のうち年 5 日については、使用者が時季を指定して取得させることが義務付けられている
- **管理監督者も含め有給休暇の取得義務がある**

(2) 労働安全衛生法の概要

- 元来、安全衛生に関しては労働基準法で規定されていた
- 1960年代からの高度経済成長を背景に労働災害が多様化し、労働災害の防止のため安全衛生の規定を抜本的に充実させるために新たに制定された

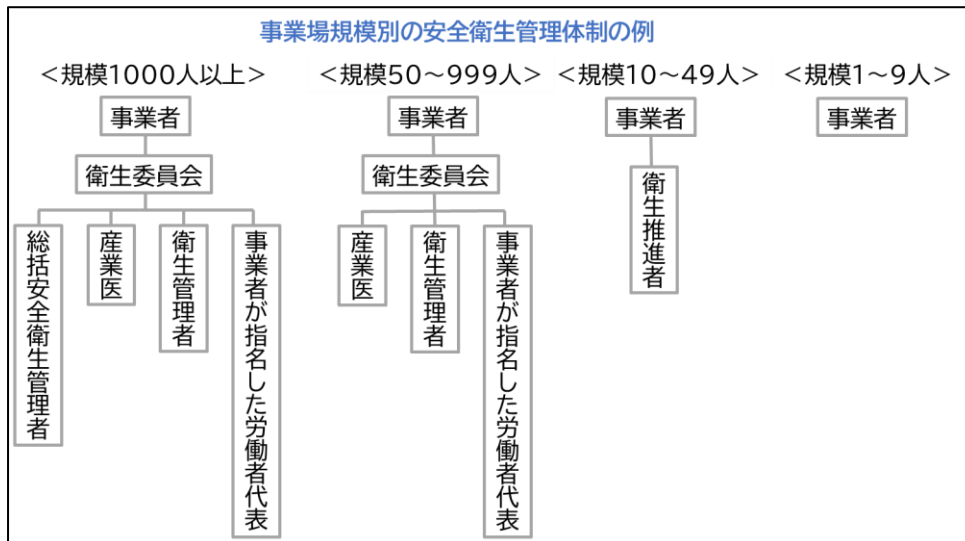
表 1-3 労働安全衛生法の概要（面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用）

| | |
|---------------------------|---|
| 目的 (第一条) (抄) | 労働基準法と相まって、労働災害の防止のための危害防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を講ずる等その防止に関する総合的計画的な対策を推進することにより <u>職場における労働者の安全と健康を確保</u> するとともに、 <u>快適な職場環境の形成を促進</u> する |
| 事業者の責務 (第三条第一項) (抄) | 事業者は、単にこの法律で定める労働災害の防止のための <u>最低基準を守るだけでなく</u> 、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における <u>労働者の安全と健康を確保</u> するようにしなければならない。 |
| 適用対象となる者 | 民間で働く労働者 一部の地方公務員、一部の国家公務員 |

1) 安全衛生管理体制

- 安全衛生の取組を推進するため、安全衛生管理体制を構築し、決められた枠組みで活動を行う
- 事業場を一つの単位として、業種、規模等に応じて衛生委員会の設置、総括安全衛生管理者、安全管理者、衛生管理者、衛生推進者、そして産業医の選任を義務づけている

図 1-5 安全管理体制について（面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用）



2) 衛生委員会

- 労働安全衛生法第 18 条により、常時使用する労働者数が 50 人以上の事業場では、衛生委員会を設置しなければならない
- 労働者の健康障害の防止や健康の保持増進に関わる事項について、総括安全衛生管理者等が議長となり、衛生管理者、産業医、労働者等で審議する

<衛生委員会での調査審議事項>

- ① 労働者の健康障害を防止するための基本となる対策
- ② 労働者の健康の保持増進を図るための基本となる対策
- ③ 労働災害の原因及び再発防止対策（衛生関係）

<衛生委員会の構成>

- ① 総括安全衛生管理者又はこれに準ずる者（議長）
- ② 衛生管理者で事業者が指名した者
- ③ 産業医で事業者が指名した者
- ④ 衛生に関し経験を有する労働者で事業者が指名した者

※①以外の委員の半数は労働組合等の推薦による者

※作業環境測定士を委員として指名することも可能

3) 労働安全衛生法で選任義務がある管理者等の職務

労働安全衛生法で選任義務がある事業場の安全衛生管理を担う総括安全衛生管理者、衛生管理者、産業医の職務について、表 1-4 で示す。

表 1-4 労働安全衛生法の概要（面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用）

| | |
|-------------------------------|---|
| <p>総括安全衛生管理者</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・安全管理者、衛生管理者などに指揮を行う ・以下の業務を統括管理する <ul style="list-style-type: none"> ・労働者の危険又は健康障害を防止するための措置に関する事 ・労働者の安全又は衛生のための教育の実施に関する事 ・健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関する事 ・労働災害の原因の調査及び再発防止対策に関する事 ・その他労働災害を防止するため必要な業務 |
| <p>衛生管理者 (衛生推進者も概ね同様)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・上記「総括安全衛生管理者」が統括管理する業務のうち、衛生に係る技術的事項の管理 ・少なくとも毎週1回作業場等を巡視(衛生管理者のみ) |
| <p>産業医</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・健康診断、面接指導等の実施及びその結果に基づく労働者の健康を保持するための措置 ・作業環境の維持管理 ・作業の管理 ・労働者の健康管理 ・健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置 ・労働衛生教育に関する事 ・労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止措置に関する事 ・少なくとも毎月一回、作業場等を巡視 ・衛生委員会又は安全衛生委員会への出席 ・事業者に対する労働者の健康管理等についての必要な勧告 |

- 総括安全衛生管理者には、その事業場の事業実施責任を担う者を選任する
- 衛生管理者及び衛生推進者は、安全衛生活動を実際に取り仕切る者のことを指す
- 産業医は、総括安全衛生管理者、衛生管理者等と連携して、職務を行う
- 産業医は、職場巡視、衛生委員会への出席、事業場への必要な勧告等の職務がある

4) 産業医の選任

- 常時 50 人以上の労働者を使用する事業場は、産業医を選任する義務がある
- 常時 1,000 人以上の労働者を使用する事業場、有害業務に常時 500 人以上の労働者を従事させる事業場は 1 人の専属の産業医を 1 名選任する義務がある
- 常時 3,000 人以上の労働者を使用する事業場は、専属の産業医を 2 名以上選任する義務がある
- 事業場における事業統括管理者や法人の代表者を産業医に選任することはできない

5) 労働衛生管理の基本

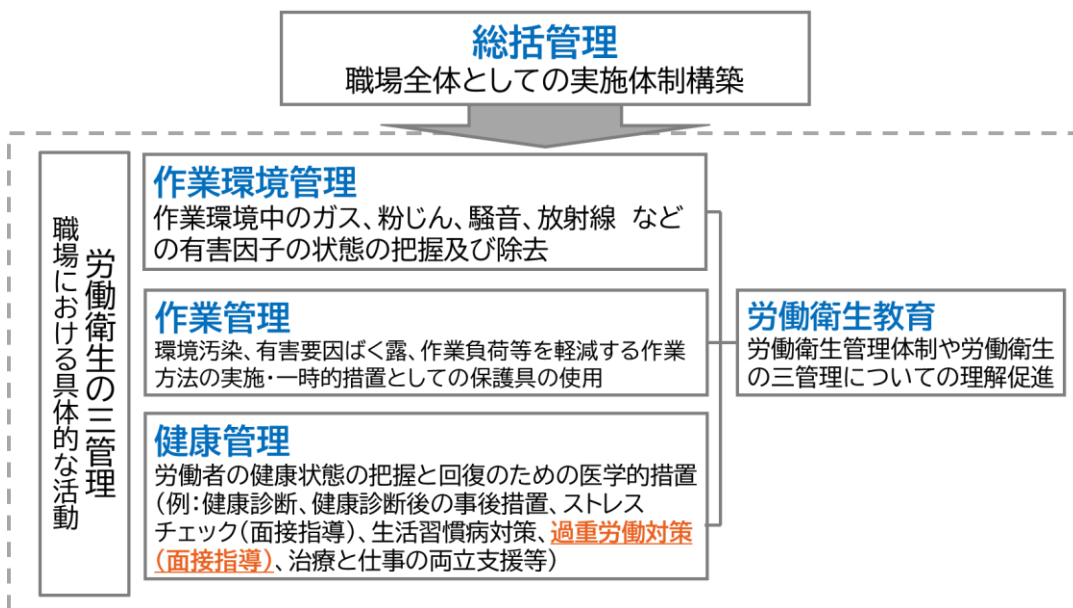
労働衛生管理は、前述のような安全衛生管理体制のもとで、図 1-6 に示すような枠組みで実際の管理・活動を行う

- 労働衛生の三管理として「作業環境管理」「作業管理」「健康管理」がある
- 「作業環境管理」は、作業環境測定等により作業環境中のガス、粉じん、騒音、放射線等の有害要因を把握、それらを取り除いて良好な作業環境を確保するもので、職場における労働者の健康障害を防止するための根本的な対策の一つである
- 「作業管理」は、作業方法の適正化により職業病の発生を予防するもので、作業時間、作業手順、作業方法、作業姿勢等に関する管理である。具体的には、環境

汚染、有害要因ばく露、作業負荷等を軽減する作業方法の実施、一時的措置としての保護具の使用等が該当する

- 「健康管理」は、労働者の健康状態の把握と回復のため、健康診断や健康診断後の事後措置、ストレスチェック、生活習慣病対策、過重労働対策（面接指導）、治療と仕事の両立支援等の医学的措置を行うものである
- 労働衛生の三管理に「労働衛生教育」「統括管理」を加えたものが、労働衛生の五管理と呼ばれている
- 「労働衛生教育」は、労働者や労働衛生に従事する者に対し、労働衛生の三管理に関わる教育を行い、労働者が労働衛生管理体制や労働衛生の三管理について理解を深めることにより様々な問題の発生予防・改善を目的とする
- 「総括管理」は、総括安全衛生管理者が中心となり、これらの活動の目標・計画の策定、実施状況の把握と見直しを行い、職場全体として実施体制を構築することである

図 1-6 労働衛生管理について（面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用）



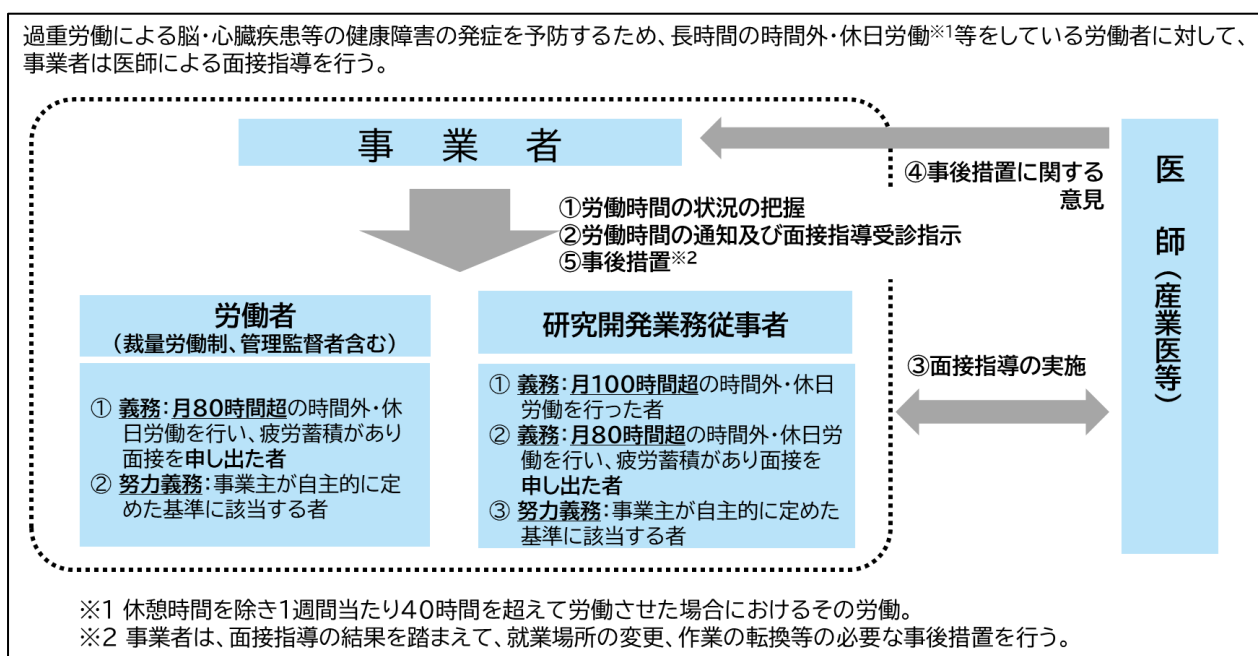
6) 自己保健義務と安全配慮義務

- 労働安全衛生法は労働者に対しても「事業者が講ずる措置に応じて必要な事項を守らなければならない」として遵守義務を課している
- 労働者には、同法第 66 条第 5 項の規定に基づき、健康診断を受診する義務が課せられている
- 一方、労働者自身が負う義務に対して、企業にも労働者の安全と健康を守る「安全配慮義務」がある

7) 長時間労働者等に対する面接指導制度

- 事業者は、月 80 時間以上の時間外・休日労働を行い、疲労蓄積があり「面接を申し出た」労働者に対して、医師が面接指導を実施する義務がある
- 長時間労働者等に対する面接指導を実施する医師は、事業所の産業医や、産業医の要件を備えた医師であることが望ましい
- 面接指導を行った医師は、事後措置に関する意見を事業者に提出し、事業者は必要な措置を行う
- 医療機関の労働者は、この労働安全衛生法の規定に従って面接指導を受けることになっているが、2024 年 4 月以降は、医療機関の診療に従事する医師については、医療法・労働基準法の規定に基づく面接指導を受ける

図 1-7 長時間労働者等に対する面接指導制度



参考：医師による長時間労働面接指導実施マニュアル（厚生労働省）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000843223.pdf>

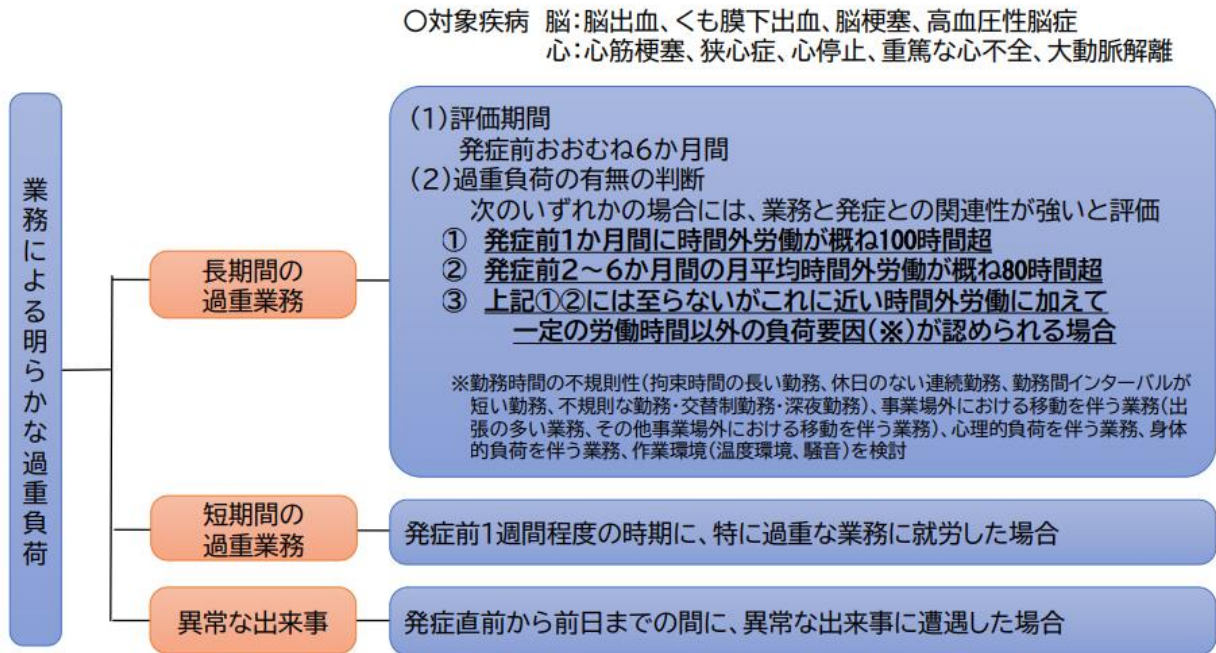
(3) 労災認定基準について

業務に起因する災害、通勤途上のケガや病気に対する保険給付は、労働者災害補償保険法（労災保険法）によって規定されている。労災保険の認定基準等について、脳・心臓疾患、精神障害、複数事業労働者の労災認定の3つに分けて説明する。

1) 脳・心臓疾患の労災認定基準

- 脳・心臓疾患の労災認定基準は令和3年9月14日付けで改正
- 対象疾病は、脳疾患（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症）と心臓疾患（心筋梗塞、狭心症、心停止、重篤な心不全、大動脈解離）
- 脳・心臓疾患の対象疾病を発症した際、治療やそれに伴う休業等が、労災認定基準に照らして業務による明らかな過重負荷に起因すると認められた場合に、保険給付される
- 評価期間は発症前概ね6か月間である
- 発症前1か月間に時間外労働が概ね100時間以上、又は発症前2か月から6か月間の平均で月80時間を超える時間外労働は、発症との関連性が強いと評価される
- これらには至らないものの、これに近い時間外労働に加えて一定の労働時間以外の負荷要因が認められる場合も関連性が強いと評価される
- 「一定の労働時間以外の負荷要因」
 - ◇ 勤務時間の不規則性（拘束時間の長い勤務、休日のない連続勤務、勤務間インターバルが短い勤務、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務）
 - ◇ 事業場外における移動を伴う業務（出張の多い業務、その他事業場外における移動を伴う業務）
 - ◇ 心理的負荷を伴う業務
 - ◇ 身体的負荷を伴う業務
 - ◇ 作業環境（温度環境、騒音）等
 - ◇ 発症前1週間程度の時期に特に過重な業務に就労した場合（短期間の過重業務）
 - ◇ 発症直前から前日までの間に異常な出来事に遭遇した場合
- 複数の会社等に雇用されている労働者について、1つの勤務先の負荷を評価しても労災認定できない場合は、全ての勤務先の負荷を総合的に評価して労災認定できるかを判断する
- 業務による負荷は、労働時間については通算し、労働時間以外の負荷要因については負荷を総合的に評価し判断する

図 1-8 脳・心臓疾患の労災認定基準(面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用)

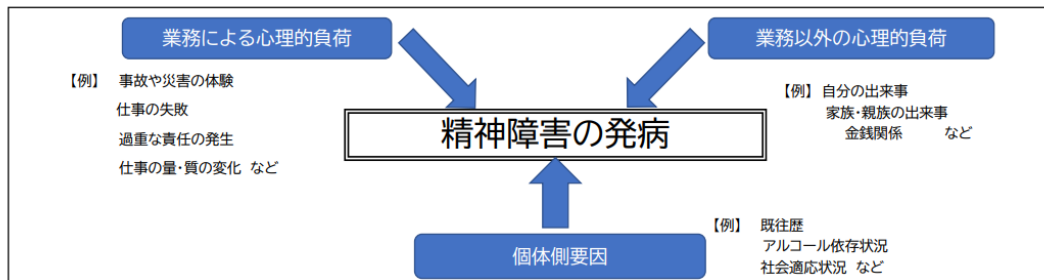


2) 精神障害の労災認定基準

- 精神障害の労災認定基準は令和2年8月21日付けで改正
- 以下3つの認定要件を全て満たすこととされている
 - ◇ 認定基準の対象となる精神障害を発病している
 - ◇ 認定基準の対象となる精神障害の発病前概ね6か月の間に、業務による強い心理的負荷が認められる
 - ◇ 業務以外の心理的負荷や個体側要因により発病したとは認められない
- 2つ目の要件の「業務による強い心理的負荷」は認定基準の別表に定める「心理的負荷評価表」を用いて評価される
 - ◇ 自らの死を予感させる程度の事故を体験した場合
 - ◇ 上司等による人格や人間性を否定するような、業務上明らかに必要性がない精神的攻撃が執拗に行われた場合
 - ◇ 長時間労働がある場合（発病直前の2か月間連続して1月当たり概ね120時間以上の時間外労働又は発病直前の3か月連続して1月当たり概ね100時間以上の時間外労働等）等
- 精神障害の発病について考える上では、事故や災害の体験、仕事の失敗等の「業務による心理的負担」、自分や家族・親族の出来事等の「業務以外の心理的負担」、既往歴やアルコール依存状況等の「個体側要因」の三要素を考慮する必要がある(図1-9)
- 複数の会社等に雇用されている労働者について、1つの勤務先での心理的負荷を評価しても労災認定できない場合は、全ての勤務先の業務による心理的負荷を総合的に評価して労災認定できるかどうかを判断することとされている

図 1-9 精神障害の労災認定基準（面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用）

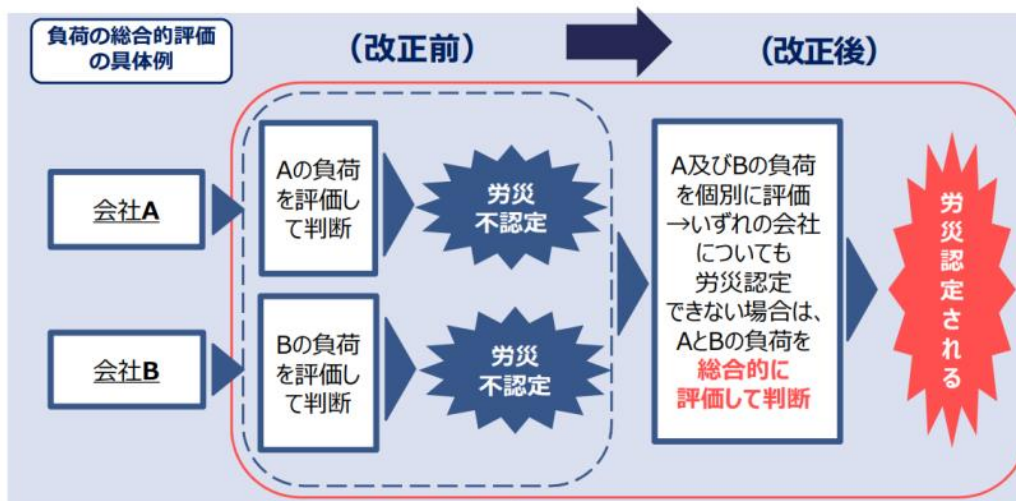
○精神障害の発病についての考え方



3) 複数事業労働者の労災認定

- 令和2年9月に施行された労働者災害補償保険法の以前は、企業ごとに業務負荷を評価して労災認定をしていた
- 施行後は、複数事業労働者が1つの事業場のみの業務上の負荷（労働時間やストレス等）を評価して業務災害に当たらない場合、複数の事業場等の業務上の負荷を総合的に評価して労災認定できるかを判断する
- 一つの事業場のみの業務上の負荷を評価するだけで労災認定の判断ができる場合は、これまでどおり「業務災害」として、業務災害に係る各種保険給付が支給される
- この場合であっても、全ての就業先の事業場の賃金額を合算した額を基礎に保険給付される

図 1-10 複数事業労働者の労災認定



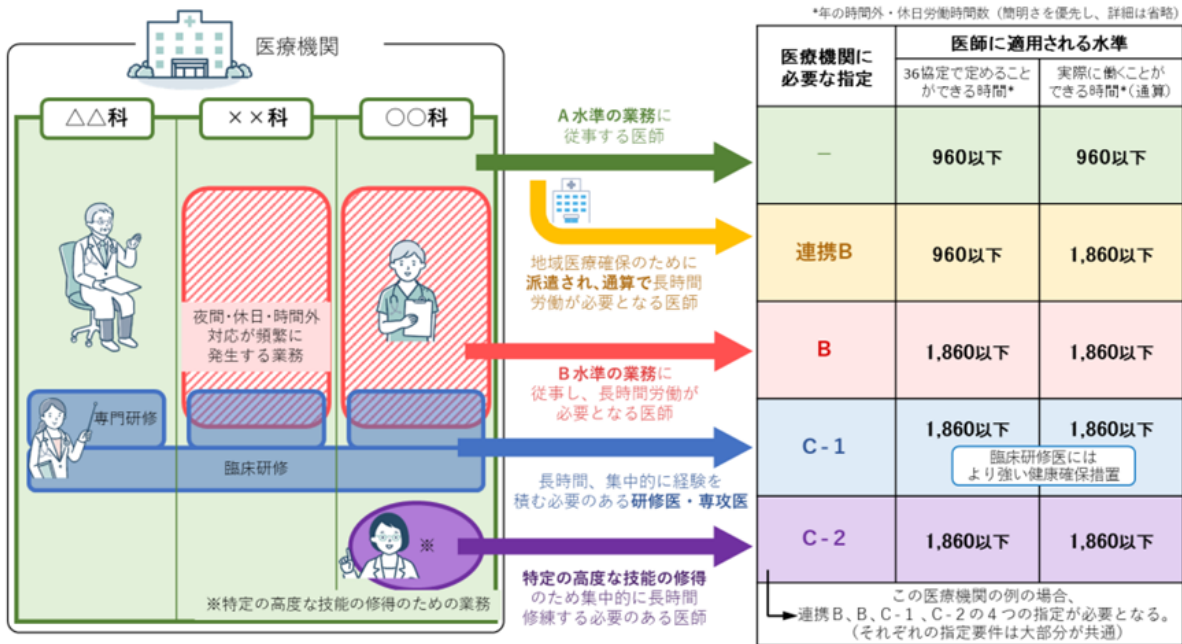
（出典「複数事業労働者への労災保険給付わかりやすい解説（2020年9月施行）」（厚生労働省））

(4) 医師の時間外・休日労働の上限規制について

1) 医療法等の一部を改正する法律について

- 2021年5月に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律が成立
- 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から以下に挙げる点が盛り込まれた
 - ◇ 医師の働き方改革に関する関連制度
 - ◇ 医療関係職種の業務範囲の見直し
 - ◇ 医師養成課程の見直し
 - ◇ 新興感染症等の感染拡大に備えた医療計画への位置付け
 - ◇ 地域医療構想実現に向けた医療機関の取組支援
 - ◇ 外来医療の機能の明確化・連携等
- このうち、医師の働き方改革に関する関連制度については、2024年4月に向け段階的に施行
- 2024年4月以降の医師における時間外・休日労働時間の上限規制（図1-11）について
 - ◇ A水準（原則）：診療に従事する医師の時間外・休日労働時間の上限は、他の医療機関での労働時間も通算し、年960時間
 - ◇ 連携B水準：主たる医療機関では年960時間以内であるが、地域医療確保の観点から他の医療機関へ派遣され、主たる医療機関での勤務と他の医療機関での勤務を合計した時間が年960時間を超え1,860時間以内となる必要がある場合
 - ◇ B水準：主たる医療機関において、救急医療等の業務に従事し、時間外・休日労働が年960時間を超え1,860時間以内となる必要がある場合
 - ◇ C-1水準：臨床研修医、専攻医を指し、時間外・休日労働は年1,860時間が上限
 - ◇ C-2水準：特定の高度な技能の修得のために長時間の修練が必要な医師を指し、時間外・休日労働は年1,860時間が上限
- 連携B水準、B水準、C-1水準、C-2水準の適用が必要な医師が勤務する医療機関は、都道府県の指定を受ける必要がある
- 指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、指定される事由となった業務やプログラム等に従事する医師のみ適用
- 所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要がある

図 1-11 各水準の規定と適用をうける医師について

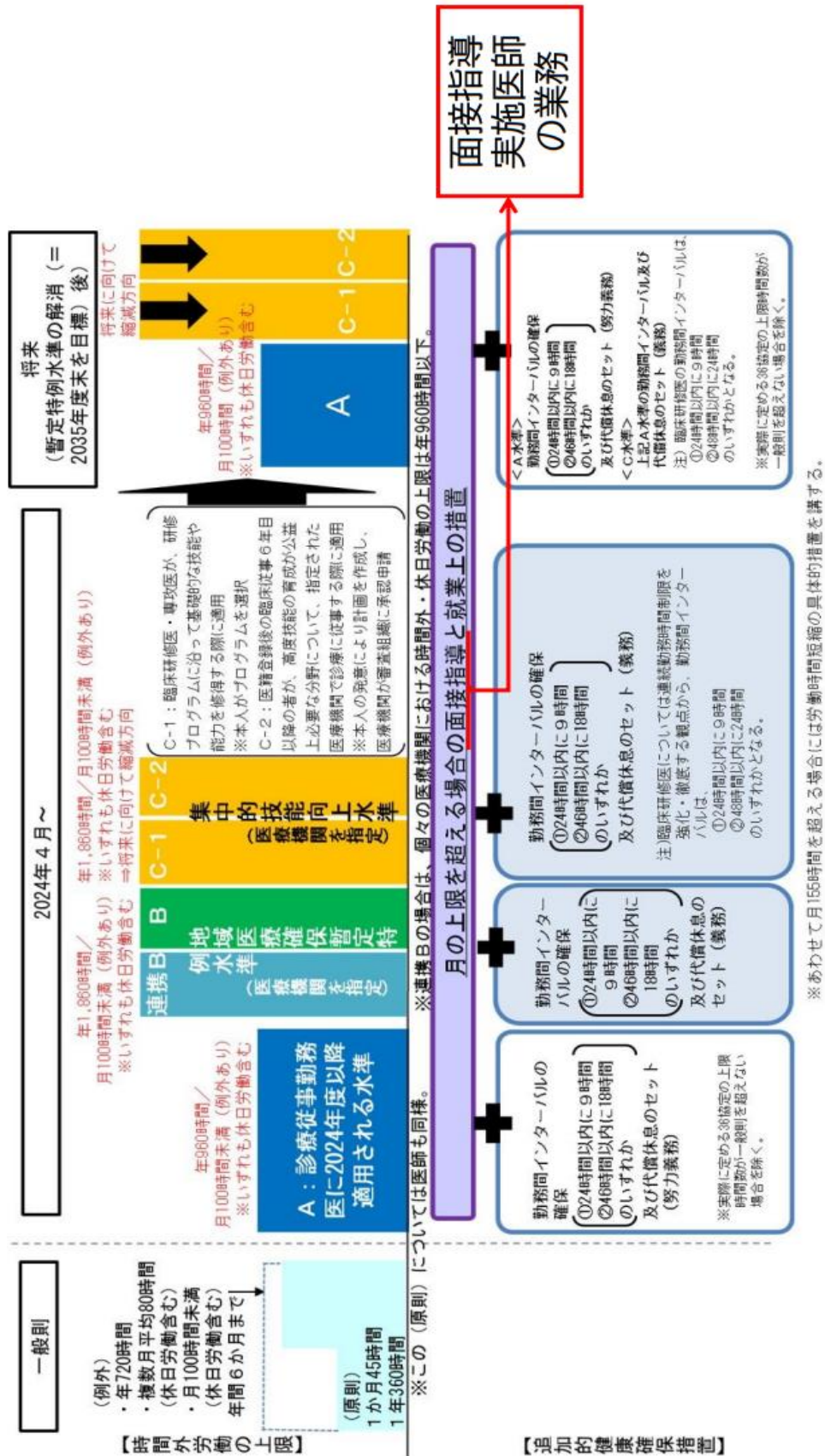


（面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用）

- 連携B水準、B水準の時間外・休日労働の上限年1,860時間は、地域医療確保暫定特例水準とされており、2035年度末を目標に解消される方向である
- 図1-12で示すように、C-1水準、C-2水準の時間外・休日労働の上限は、年1,860時間から縮減していく方向である
- 2024年4月に向け段階的に施行される医師の働き方改革に関する関連制度では、面接指導、勤務間インターバル等の健康確保措置の実施等が規定されている
- 勤務間インターバルの確保及び代償休息のルールについては、A水準の医療機関では努力義務であり、連携B水準、B水準、C-1水準、C-2水準の医療機関では管理者の義務と規定されている
- どの水準でも時間外・休日労働が月100時間以上となることを見込まれる場合、当該医師は面接指導実施医師による面接指導を受けなければならない

図 1-12 医師の時間外・休日労働の上限規制

(面接指導実施医師養成講習会 第1章 総論・法制論より引用)



2) 医療法に基づく追加的健康確保措置（勤務間インターバル・代償休息・面接指導と就業上の措置）

- 追加的健康確保措置は、一般の労働者の時間外労働の上限時間を超えて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行なわれる
- 追加的健康確保措置には、①勤務間インターバル、②代償休息、③面接指導と就業上の措置がある

① 勤務間インターバル

- 勤務日において最低限必要な睡眠（1日6時間程度）を確保し、1日、2日単位で確実に疲労を回復していくべきとの考えに基づき、勤務間インターバルが求められている
- 宿直及び宿直明けの日を除き、予定された始業から24時間以内に、次の勤務までに9時間の勤務間インターバルを確保する予定を組む
- 宿直の許可のない宿直明けの日については、予定された始業から46時間以内に18時間の勤務間インターバルを確保する予定を組む
- 宿直直許可がある宿直明けの日については、通常の勤務時間と同様に9時間のインターバルを確保する
- B水準、連携B水準、C水準の対象医療機関でそれぞれの水準に従事する医師への勤務間インターバルの付与は義務であり、A水準では努力義務である

② 代償休息

- 代償休息は、予定された勤務間インターバル中に長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって勤務間インターバルが確保できなかった場合に、代わりに休息を付与することを指す
- 代償休息は、所定労働時間中の時間休取得又は勤務間インターバルの延長で付与される
- 勤務間インターバルの逸脱時間分は、翌月末までに、予定された休日以外に取得することが望ましい
- 医療機関は、代償休息を生じさせるやむを得ない事情により発生した勤務後、できるだけ早く付与する仕組みをあらかじめ取り決めておくことよい
- 代償休息付与の際は、オンコールがない状況やシフト制の厳格運用等により、仕事からの解放と睡眠を確保することが求められる
- C-1水準が適用されている臨床研修医については、臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた24時間の連続勤務が必要な場合に限り、始業から48時間以内に勤務間インターバルを24時間確保する必要がある
- 臨床研修医については、代償休息の必要がないように、勤務間インターバルの確

保を徹底することが原則であるが、下記3つを要件として、代償休息の付与が認められる

- ◇ 「オンコール」又は「宿日直許可のある宿日直」の従事が必要な場合
 - ◇ 臨床研修医の募集時に、代償休息を付与する形式での研修を実施する旨を明示する
 - ◇ 代償休息の付与期限は、「当該診療科の研修期間の末日」又は「翌月末」までのいずれか早い日までの間に付与する。「翌月末」より前に「当該診療科の研修期間の末日」を迎える場合は、「当該診療科の研修期間の末日」までに代償休息を付与することが困難な場合に限り、「翌月末」までに付与するものとする
- 複数医療機関に勤務する医師に係る勤務間インターバルについては、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勤務計画（勤務シフト）を組むことにより対応する
 - 勤務間インターバルを遵守できない場合には、医師の健康を確保するため、代償休息が義務づけられる
 - 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、雇用形態を踏まえ、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
 - 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勤務計画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されているが、代償休息は翌月末までに付与される必要があるため、最低月に一度の報告が必要である
 - できるだけ早く代償休息を付与できるよう、報告はできるだけ早く行われることが望ましい
 - 医師の報告等をベースとした労働時間管理を可能にするため、医療機関は医師に対してこれらの取り扱いに関して院内で周知を行う

③面接指導と就業上の措置

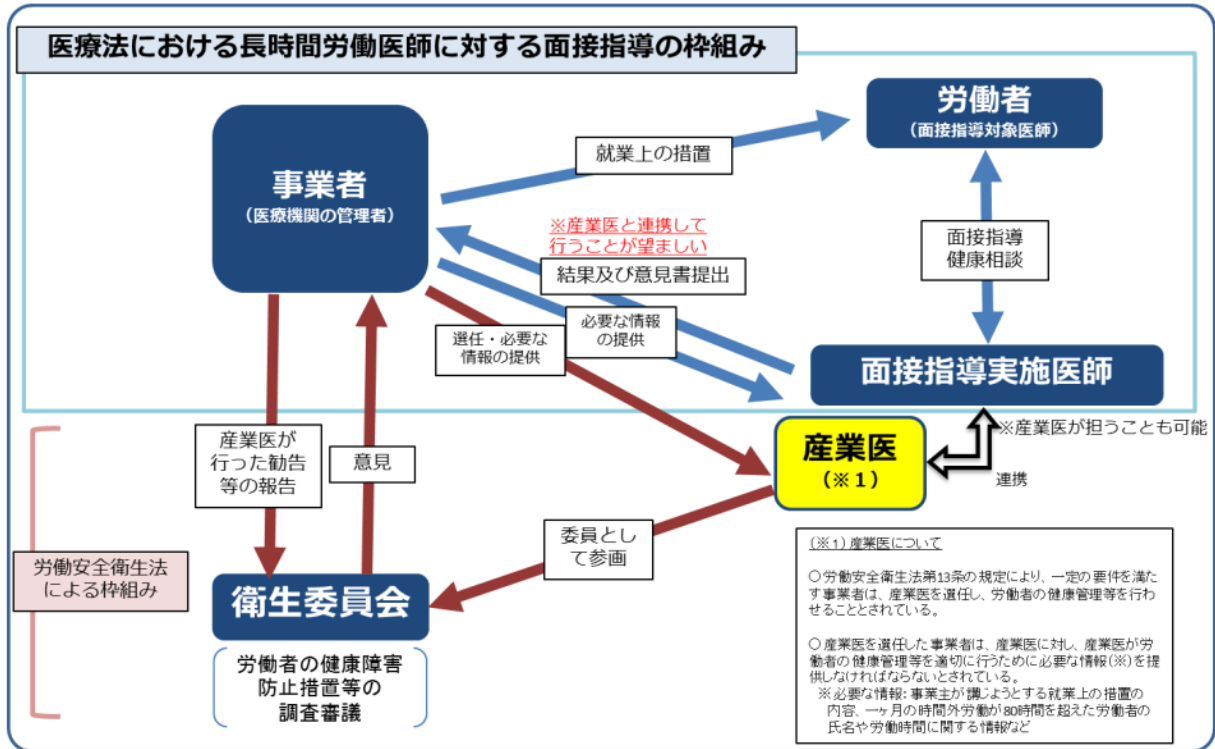
- 面接指導は、長時間労働となる医師の健康状態を確認し、必要に応じて就業上の措置を講ずることを目的として行う
- 面接指導により個人毎の健康状態をチェックし、面接指導実施医師の意見を聴いた上で、必要に応じて管理者は就業上の措置を講ずる
- 面接指導に先立って、睡眠及び疲労の状況の確認を面接の対象医師へ行う
- 面接指導は、時間外・休日労働について、月100時間未満という上限規制を例外的に緩和するための要件である

- 管理者は、時間外・休日労働が月 100 時間以上となること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を確認し、面接指導を行うこと等を義務づけられている

面接指導の実施時期

- A 水準適用医師においては、当月の時間外・休日労働の実績が 80 時間超となった場合に、睡眠及び疲労の状況の確認を行う
- 疲労の蓄積が予想された者について、当月の時間外・休日労働の実績が 100 時間以上となる前に、面接指導を実施する
- 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
 - 前月の時間外・休日労働時間：100 時間以上
 - 直近 2 週間の 1 日平均睡眠時間：6 時間未満
 - 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023 年改正版）：自覚症状が IV 又は疲労蓄積度の点数が 4 以上
 - 面接指導の希望：有
- ただし、A 水準適用医師においては、疲労蓄積が予想されなかった者については、当月の時間外・休日労働の実績が 100 時間以上となった後に、速やかに面接指導をすることで差し支えない
- 連携 B 水準、B 水準、C 水準が適用される医師については、月の時間外・休日労働が 100 時間以上となることも少なくないと考えられるため、当月の時間外・休日労働の実績が 100 時間に達する前に、睡眠及び疲労の状況の確認と面接指導を実施する必要がある
- 前月において時間外・休日労働が 80 時間超となった場合には、当月に 100 時間以上となることも念頭に置き、面接指導のスケジュールを組んでおく等の対応が推奨される
- 図 1-13 に、面接指導の実施体制について示した。事業者・管理者は面接指導実施体制を構築、面接指導の対象となる医師（以下、面接指導対象医師という）を抽出し、面接指導実施医師へ面接に必要な情報を提供する
- 面接指導実施医師の意見を踏まえ、医療機関の事業者・管理者は必要に応じて就業上の措置を講じる
- 面接指導実施医師は、医療機関より必要な情報の提供を受け、面接指導を行う
- 面接指導実施医師は、管理者・事業者に対し面接指導結果を報告し意見を述べることになるが、必要に応じて、事業者により選任される産業医と連携することが望ましい
- 産業医は、必要な情報の提供を受け、面接指導実施医師と連携し、労働者の健康障害防止措置等の調査審議を行う衛生委員会に参画する

図 1-13 長時間労働医師に対する面接指導の枠組み



(面接指導実施医師養成講習会 第3章 追加的健康確保措置1より引用)

医療機関の管理者

- 面接指導の実施の際に、当月に100時間以上の時間外・休日労働が見込まれる医師を抽出する
- 時間外・休日労働時間が月100時間以上となる前に、睡眠及び疲労の状況等（前月の時間外・休日労働時間数、直近2週間の3日平均睡眠時間、疲労蓄積の確認結果、面接指導の希望）の確認を行う
- 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
- 面接指導実施医師の意見を踏まえ、医師の健康確保のために必要な対応を最優先で講じる
- それに伴う一時的な診療体制の縮小が生じる場合は、医師確保対策や地域医療提供体制における機能分化・連携等による対応、地域住民に理解を求めることが考えられる

面接指導実施医師

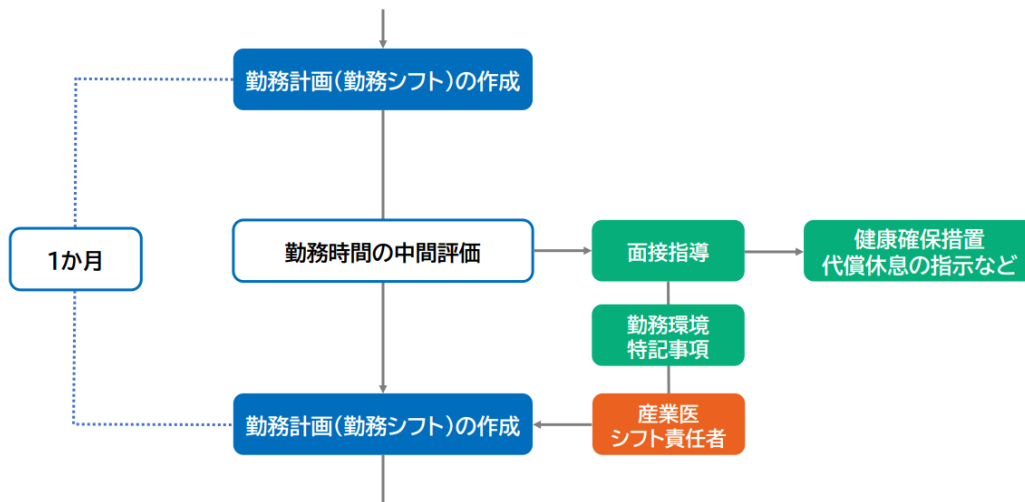
- 面接指導において勤務の状況、睡眠負債の状況、疲労の蓄積の状況、心身の状況等について確認する

- 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就業上の措置の必要性を判断し、意見書を作成する
- 面接指導に基づき、医療機関の管理者に意見書を作成する
- 面接指導対象医師に対して何らかの就業上の措置を講ずる必要の判断に迷う場合は、意見として「就業上の措置の必要性の判断については、産業医との連携が必要」である旨を述べてもよい

③ 面接指導の実践的活用

- 長時間労働医師への面接指導の結果を活用する目的は、以下の2点である
 - ◇ 面接指導対象医師の健康状態を把握し、必要であれば、就業上の措置等を講じて、健康の維持及び回復を図ること
 - ◇ 病院全体、所属する診療科、面接指導対象医師個人にとって、より良い勤務環境を将来にわたって維持できるように、勤務環境が抱える課題を明らかにし、有効な対策を講じること
- 図 1-14 に、面接指導の結果を踏まえた、勤務計画の作成の流れを示す
 - ◇ 前月までに当月の勤務計画を作成する
 - ◇ 勤務計画月の途中で、勤務時間の中間評価を行う
 - ◇ 中間評価の時点で、時間外・休日労働時間が月 100 時間を超えることが想定される場合には、当該医師は面接指導の対象となる
 - ◇ 計画的に面接指導を実施する
 - ◇ 面接指導において、勤務環境に問題があることが明らかとなった場合には、面接指導実施医師が特記事項として意見を記載し、産業医やシフト管理の責任者に伝え、さらに翌月の勤務計画の作成に反映させる
- このような継続的な改善なしには、医師の長時間勤務が改善されずに、毎月のように面接指導を機械的に実施するような状況を招く恐れがある

図 1-14 勤務計画作成からの流れ



(面接指導実施医師養成講習会 第3章 追加的健康確保措置2より引用)

勤務計画を組む際の基本ルール

- 始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間を確保することが重要である
- 宿日直許可のない宿日直に従事させる場合には、始業から46時間以内に、18時間の連続した休息時間の確保が求められる
- 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事させる場合は、9時間の連続した休息時間が確保できたものとみなすことができる
- 原則として、代償休息を付与することを前提とした勤務計画を組むことは認められない

代償休息の基本ルール

- 予定された9時間又は8時間の連続した休息時間中に、やむを得ない理由により労働に従事した時間が発生した場合には、当該労働時間に相当する時間の代償休息を翌月末までに付与する必要がある
- 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事した場合に、当該の連続した9時間の間に、通常の勤務時間と同態様の労働が発生し、十分な睡眠が確保できなかった場合には、管理者は、当該労働時間に相当する時間の休息を事後的に付与する配慮義務を負う

面接指導実施医師が勤務間インターバルの評価を行う際

- 日勤後の勤務間インターバルが9時間未満となった日がないかを確認する
- 当直勤務後の勤務間インターバルが18時間未満となった日がないかを確認する
- 面接指導実施医師が詳細な勤務情報を確認できる場合は、その情報から勤務間

インターバルを確認する

- 詳細な勤務情報を確認できない場合は、面接指導対象医師の記憶に頼らざるを得ないが、面接指導対象医師から聞き取り、勤務間インターバルの基準を満たさなかった日がおよそ何日あったかを確認することが重要である

面接指導実施医師が勤務環境に関する評価を行う際

- 勤務計画を確認する
- 面接指導の対象となった当該月における勤務計画とのズレを確認する
- それに伴う勤務間インターバルへの影響を確認する
- ズレが生じた理由についての聞き取りを行う
- 勤務環境において、産業医、シフト責任者への伝達が有用と考えられる場合には面接指導意見書に特記事項として記載する
- 面接指導意見書への記載事項
 - ◇ 睡眠不足等による健康影響の有無
 - ◇ 就業上の措置等の必要性
 - ◇ 代償休息に関する指導
 - ◇ 勤務環境に関する特記事項（産業医、シフト責任者に伝えたい事項や、勤務間インターバルが十分に確保できなかった理由等）を記載する

代償休息や勤務間インターバルの論拠

- 睡眠時間を3時間、5時間、7時間、9時間で7日間過ごした場合、睡眠時間が短いほど覚醒度の悪化を認め、日毎に悪化し続ける（Belenky G, et al, J Sleep Res, 2003）。つまり、睡眠不足は蓄積すると考えられる（睡眠負債）
- さらに、7日間の睡眠制限後、十分な睡眠を3日間確保しても、覚醒度は睡眠制限前と同等レベルには回復しないことが示されている。したがって、睡眠負債に陥る前に、代償休息はできる限り早く付与することが望ましい
- 仕事から離れた活動をすることで回復効果が高いことが示されている（Sonnetag, 2003）
- EUにおける大規模調査において、勤務時間外での上司との連絡、仕事の頻度が増えると、健康問題のリスクが上昇することが示されている（Arlinghaus and Nachreiner. Chronobiol Int. 2014）
- 以上より、勤務間インターバルは、仕事から切り離される状況の設定が望ましく、具体的にはオンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮が挙げられる

<参考文献>

1. Belenky G, et al, Patterns of performance degradation and restoration during

sleep restriction and subsequent recovery: a sleep dose-response study. *J Sleep Res*, 2003; 12: 1-12.

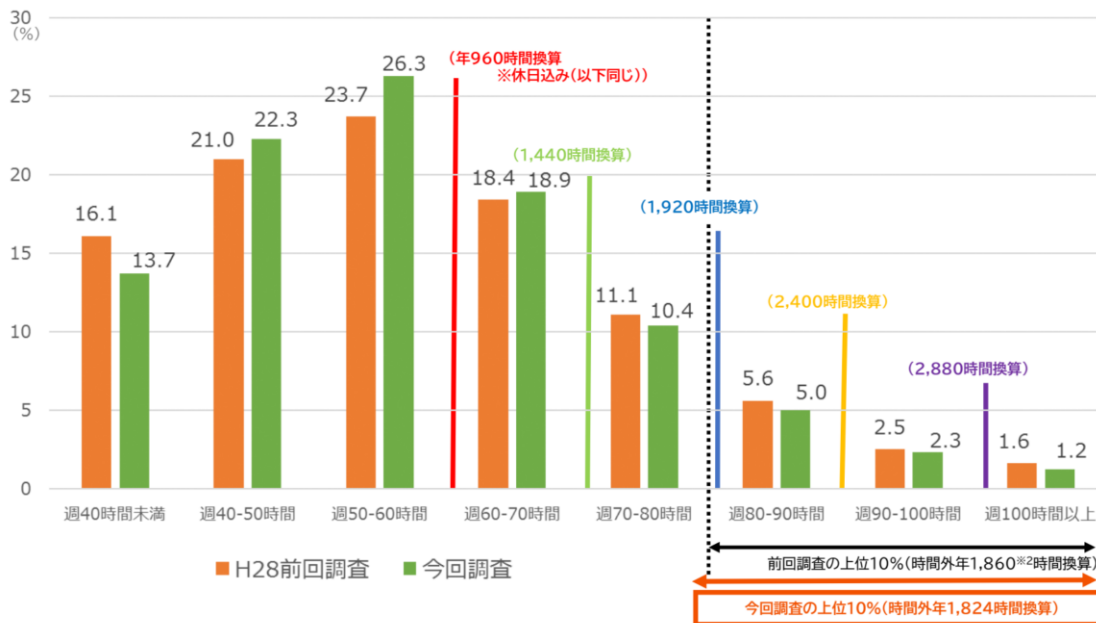
2. Sonnentag S. Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between non-work and work. *J Appl Psychol* 2003; 88: 518-528.
3. Arlinghaus A, Nachreiner F. Health effects of supplemental work from home in the European Union. *Chronobiol Int*. 2014; 31:1100-1107.

2. 医師の健康管理

(1) 医師の長時間労働の現状

- 「令和元年医師の勤務実態調査」によると、医師の勤務時間（「指示なし」時間を除く）の分布は図 2-1 の通り、時間外労働が年 1,860 時間以上の医師が約 1 割であった
- 特に、20 代、30 代の若い医師を中心に、他職種と比較しても突出した長時間労働の状態にあった
- 令和元年度に実施された勤務実態調査においても、医師の労働時間については引き続き長時間労働の実態が認められた
- 以上より、時間外・休日労働時間が年 1,860 時間に達する長時間労働に従事する医師も 1 割程度存在すると考えられ、そのような医師の健康を確保することが、重要な課題である

図 2-1 病院勤務医の年間時間外勤務時間の区別割合



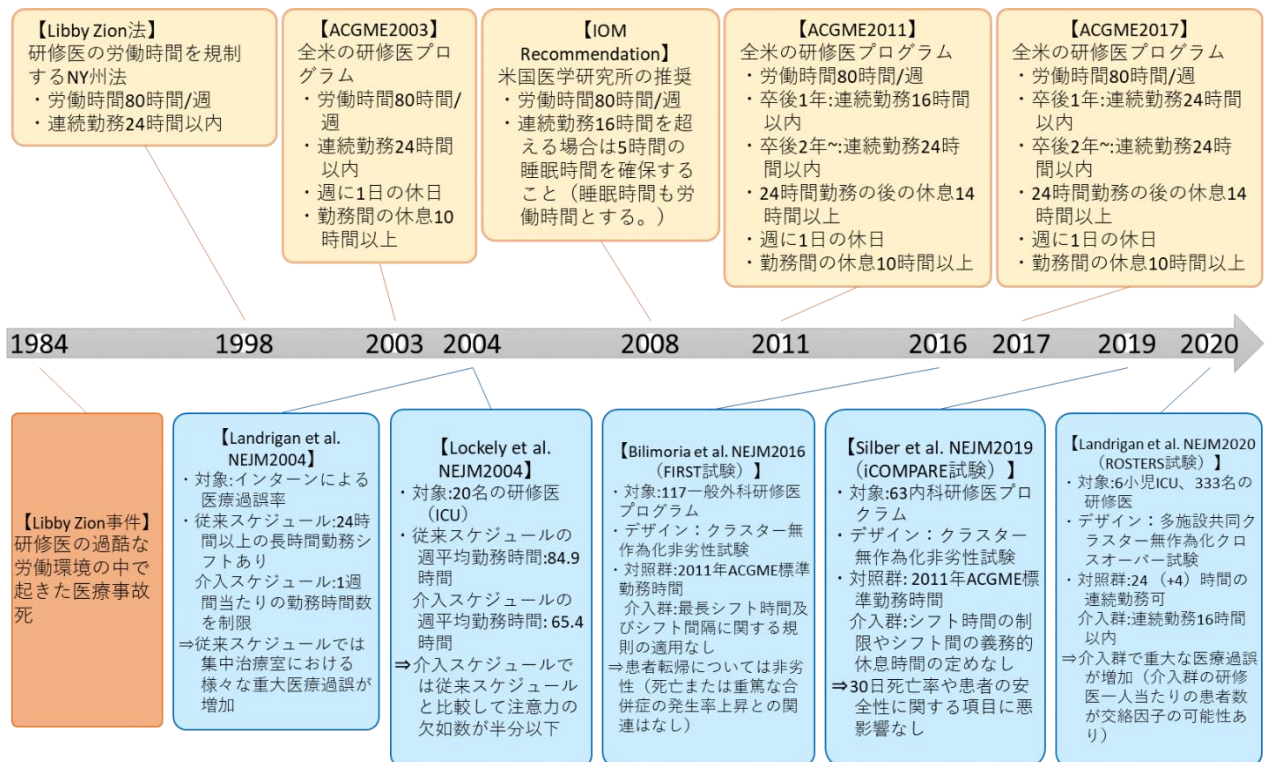
- ※1 H28前回調査、今回調査ともに、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している
 ※2 前回調査ではグラフにおける分布の上位10%は年1,904時間であったが、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値として1,860時間としている
 ※3 今回調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っていることに留意が必要
 ※4 週労働時間の区別割合は、小数点第2位で四捨五入している

(2) 長時間労働が心身の健康に与える影響～医療安全・睡眠の観点から～

1) 医療安全の観点から

- Libby Zion 事件 (1984 年) を契機に、医師の長時間労働による疲労の蓄積は、医師本人の健康のみならず、医療安全へ影響を及ぼすことが指摘されるようになった
- 米国の医師の働き方改革は、医療安全もアウトカムに含めたエビデンスに基づいて実施され、評価も行われている (図 2-2)

図 2-2 米国における研修医の労働時間規制の変遷



- 米国 National Academy of Medicine は 2008 年から 16 時間以上の連続勤務を禁止する勧告を出し、これを受けて Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) は 2011 年から卒後一年目のレジデントに対し、16 時間以上の連続勤務を禁止した

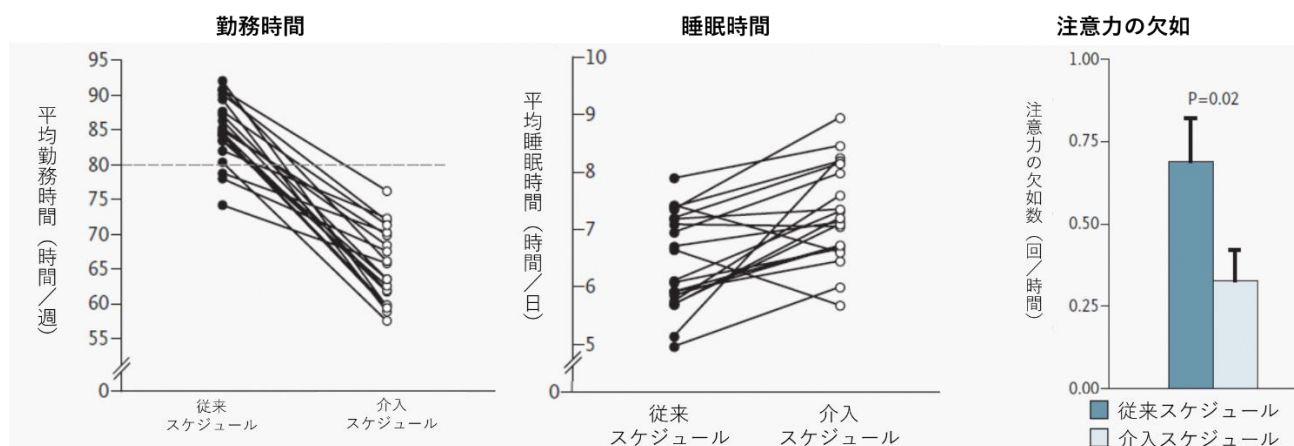
根拠となった研究

☆ Lockley らの研究 (Lockley et al., 2004)

- ・ 卒後 1 年目の研修医 20 名を対象
- ・ 24 時間以上の連続勤務を認めた従来のプログラムと連続時間を 16 時間以内に制限した介入プログラムでの勤務時間、睡眠時間、夜間の注意力欠如について評価したクロスオーバー試験
- ⇒結果、介入プログラムで勤務時間の減少、睡眠時間の延長、夜間の注意力欠如の減少が認められた

- ◇ Landrigan らの研究 (Landrigan et al., 2004)
 - ・ 3日に1回の当直を含む連続勤務時間の制限のない従来スケジュールと連続勤務を16時間以内、1週間あたりの勤務時間を63時間までに制限した介入スケジュールでの研修医の医療過誤を比較したランダム化試験
 - ⇒従来スケジュールでは、医療過誤が36%多いことが示された

図 2-3 勤務時間の短縮と注意力



Lockely SW et al, N Engl J Med, 2004 を改変

- ◇ Ouyang らによる研究 (Ouyang et al., 2016)
 - 1週間あたりの勤務時間が80時間以上の研修医と80時間未満の研修医の入院患者への治療アウトカムを比較したコホート研究
 - ⇒80時間未満の研修医の方が複合（死亡率、ICUへの転床率、30日以内の再入院率）アウトカムや入院日数、ICUへの転床率が有意に良好であること等が示された
- ◇ Bilimoria らによる研究 (Bilimoria et al., 2016)
 - 1週間当たりの勤務時間の上限が80時間という規制の下では
 - ・ 連続勤務時間や勤務間インターバルに制限のないフレキシブルなプログラムであっても、外科レジデントの教育の質、ウェルビーイングに有意差は無い。疲労が自身や患者の安全に及ぼす影響も変化がない
 - ・ フレキシブルなプログラムでは、手術中に手術室を退出するに至ったり、あるいは、患者を引き継いだりする事例が減少する
- ◇ Silber らによる研究 (Silber et al., 2019)
 - ・ フレキシブルなプログラムでも患者の予後に影響を及ぼさない
- ◇ Landrigan らによる研究 (Landrigan et al., 2020)
 - 24時間以上の連続勤務時間を許容したプログラムと16時間以内に制限したプログラムを比較
 - ⇒全体の解析では長時間労働が制限されたにもかかわらず医療過誤が多いことが示された

- ・ 原因として連続勤務時間を 16 時間以内に制限したプログラムにおける担当患者数が多いこと、仕事の負荷の増大等が挙げられている
 - ・ 一部の施設においては、16 時間以内に制限したプログラムにおいて医療過誤が減少しており、施設毎の結果は一致していないことも併せて報告された
- 以上のように長時間労働と医療過誤の関連については、ACGME が 2017 年に研修医のプログラムを改訂した後もいまだ議論されている状況である
 - 米国では PVT (Psychomotor Vigilance Test: 詳細は後述) を活用し、長時間労働医師の慢性睡眠不足の程度を客観的指標により評価する試みが既に報告されている (Basner et al., 2017; 2019)
 - 詳細は、別項に譲るが、慢性睡眠不足の程度の客観的指標の導入については、我が国の医師の働き方改革においても積極的な活用が期待される

2) 睡眠の観点から

①長時間労働及びシフトワーク（交代勤務）と健康

長時間労働と健康

- 労働時間が延長すると睡眠時間が短くなることが指摘されている
- 1 日 24 時間から、法定労働時間（1 日 8 時間）、通勤時間（1 時間）、昼休み（1 時間）及び食事・入浴・運動・その他休憩等の時間（4 時間）を引くと、時間外・休日労働時間と睡眠時間は合わせて 10 時間となる
- 残業を 1 日 2 時間（月 40 時間）行うと 8 時間睡眠となり、1 日 4 時間（月 80 時間）行うと 6 時間睡眠となる（中田ら、2019）（図 2-4）
- メタアナリシスにより長時間労働と睡眠時間が短いこととの関連が示された (Wong, 2019)
- 長時間労働が健康に与える影響に関しては、様々なメタアナリシスにより示された
 - ◇ 長時間労働と脳卒中について (Descatha et al., 2020; Kivimäki et al., 2015)
標準労働時間（週 35～40 時間）の労働者に対して、長時間労働（週 55 時間以上）の労働者の脳卒中発症リスクが高い
 - ◇ 長時間労働と虚血性心疾患について (Li et al., 2021)
標準労働時間の労働者に対して、長時間労働の労働者の虚血性心疾患の発症リスクと死亡リスクが高い
- その他にも長時間労働が健康に与える影響に関するメタアナリシスを表 2-1 にまとめた

表 2-1 長時間労働が健康へ与える影響（メタアナリシス）

| 疾患等 | 著者 | 雑誌名 | 発行年 |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|------|
| 脳卒中 | Descatha A et al, | Environ Int. | 2020 |
| | Kivimäki M et al, | Lancet. | 2015 |
| 虚血性心疾患 | Li J et al, | Environ Int. | 2020 |
| 心房細動 | Kivimäki M et al, | Eur Heart J. | 2017 |
| 糖尿病（社会的地位の低いグループのみ） | Kivimäki M et al, | Lancet Diabetes Endocrinol. | 2015 |
| アルコール消費 | Pachito DV et al, | Environ Int. | 2021 |
| | Virtanen M et al, | BMJ. | 2015 |
| 体重増加 | Zhu Y et al, | Obes Rev. | 2020 |

シフトワークと健康

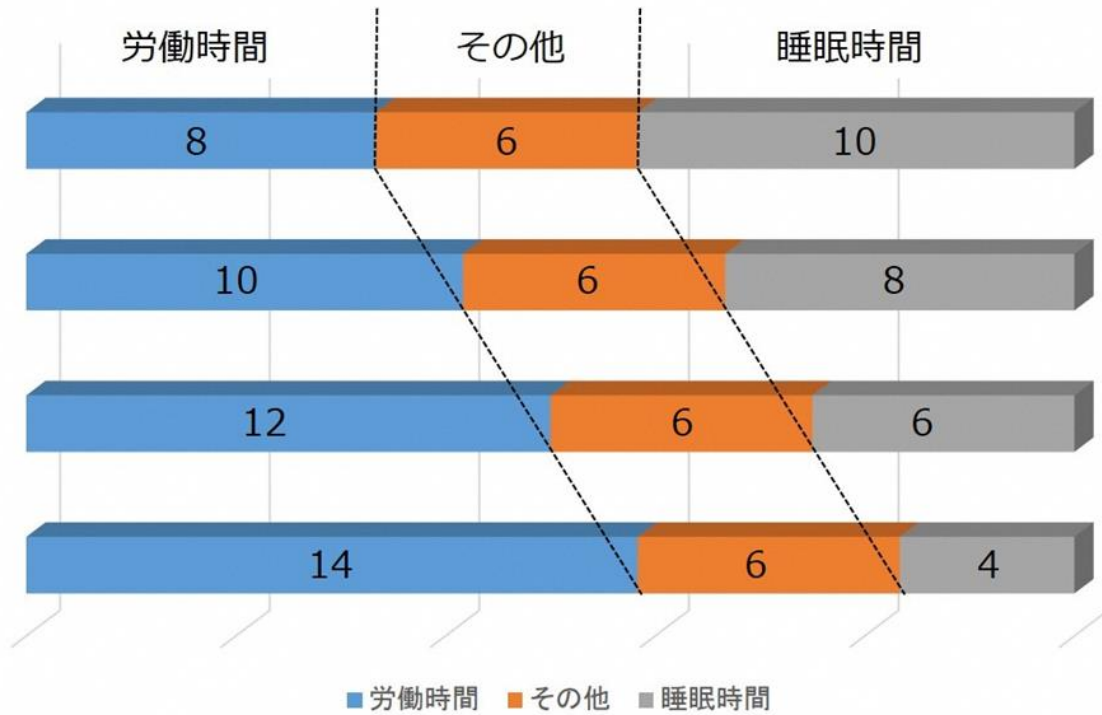
- シフトワークが健康に悪影響を及ぼすことがメタアナリシス等により示されている（高橋, 2019）
 - ◇ シフトワークと糖尿病（Li et al., 2019）
非交替勤務者に対して交替勤務者の糖尿病の発症リスクは 14%増加する
 - ◇ シフトワークと心血管疾患（Wang et al., 2018）
交替勤務 5 年間で心血管疾患罹患リスクが 6% 増加し、心血管疾患死亡リスクが 4% 増加する
 - ◇ シフトワークとメタボリックシンドローム（Sooriyaarachchi et al., 2022）
非交替勤務者に対して、交替勤務者は、メタボリックシンドロームを発症する可能性が 2 倍以上高い

- その他にもシフトワークが健康に与える影響についてメタアナリシスを表 2-2 にまとめた

表 2-2 シフトワーク（交代勤務）が健康へ与える影響（メタアナリシス）

| 疾患等 | 著者 | 雑誌名 | 発行年 |
|--------------------|--------------------------|----------------------------------|------|
| 糖尿病 | Li W et al, | Eur J Epidemiol. | 2019 |
| 心血管疾患 | Wang D et al, | Eur J Prev Cardiol. | 2018 |
| 脂質異常症 | Dutheil F et al, | Atherosclerosis. | 2020 |
| 胃食道逆流症 | Chen HT et al, | Front Public Health. | 2022 |
| メンタルヘルス | Torquati L et al, | Am J Public Health. | 2019 |
| メタボリックシンドローム | Sooriyaarachchi P et al, | Obes Rev. | 2022 |
| 腰痛 | Chen HM et al, | Int J Environ Res Public Health. | 2023 |
| 認知症（夜勤） | Wang ZZ et al, | Front Neurol. | 2022 |
| 糖尿病・過体重/肥満・高血圧（夜勤） | Boini S et al, | Front Public Health. | 2022 |

図 2-4 労働時間と睡眠時間の関係



②睡眠と健康・事故

- 睡眠の質的、あるいは量的低下は、心身の健康状態に影響を及ぼす
- 詳細は「健康づくりのための睡眠指針 2014」（厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針 2014」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>）参照
- 最近のメタアナリシスから、短時間睡眠が健康に与える様々な影響が示されている
 - ◇ 睡眠と糖尿病 (Lu et al., 2021)
7～8時間睡眠に対して7時間未満睡眠の場合、糖尿病のリスクが高まる
 - ◇ 睡眠と慢性腎臓病 (Park et al., 2020)
6～8時間睡眠に対して、6時間未満睡眠の場合、慢性腎臓病のリスクが高い
 - ◇ 睡眠と脳卒中 (Wang et al., 2020; Ge et al., 2015)
6時間未満睡眠は、脳卒中の発生率と死亡率のリスクの増加と有意に関連している
 - ◇ 睡眠と心筋梗塞 (Daghlas et al., 2019)
6～9時間睡眠に対して、6時間未満睡眠の場合、心筋梗塞のリスクが

20%高い

- その他、短時間睡眠が健康に与える影響についてメタアナリシスを表 2-3 にまとめた

表 2-3 短時間睡眠が健康へ与える影響（メタアナリシス）

| 疾患等 | 著者 | 雑誌名 | 発行年 |
|--------------|---------------------|-----------------------|------|
| 糖尿病 | Lu H et al, | J Diabetes Res. | 2021 |
| 慢性腎臓病 | Park S et al, | J Am Soc Nephrol. | 2020 |
| 脳卒中 | Wang H et al, | Sleep Med. | 2022 |
| | Ge B and Guo X | Int J Stroke. | 2015 |
| 心血管疾患 | Wang S et al, | Front Cardiovasc Med. | 2022 |
| 冠状動脈性心臓病 | Wang D et al, | Int J Cardiol. | 2016 |
| 心筋梗塞 | Daghlal I et al, | J Am Coll Cardiol. | 2019 |
| 高血圧 | Wang L et al, | J Hum Hypertens. | 2020 |
| メタボリックシンドローム | Xie J et al, | Sleep Med Rev. | 2021 |
| | Che T et al, | Front Endocrinol. | 2021 |
| 肥満 | Guimaraes KC et al, | Nutr Rev. | 2022 |
| うつ病 | Zhai L et al, | Depress Anxiety. | 2015 |
| 攻撃性 | Van Veen MM et al, | Sleep Med Rev. | 2022 |

- 適切な睡眠障害のマネジメントにより、上記の生活習慣病の発症を予防し、重症化を防止することが可能であると考えられる

睡眠不足から生活習慣病が発症するメカニズム

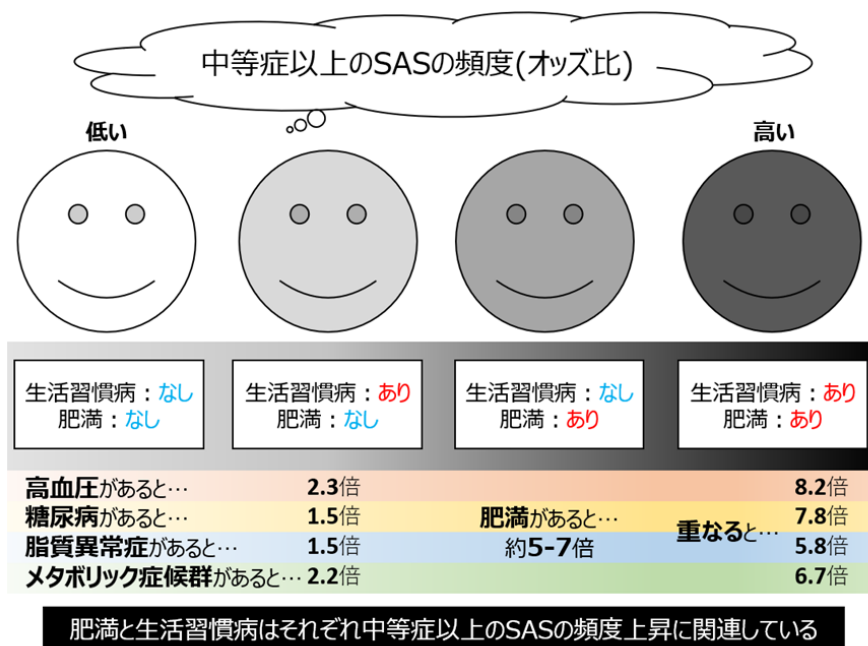
- ◇ 睡眠時間短縮や時相のずれ等により、食事や運動等の生活習慣が乱れる (Atkinson et al., 2008; Chaput et al., 2014)
- ◇ 食欲やエネルギーバランスを制御するレプチン及びグレリン等のホルモンに影響を及ぼす (Taheri et al., 2004)
- ◇ 視床下部-下垂体-副腎系ホルモンにも影響を及ぼす (Vgontzas et al., 2002)

④ 睡眠時無呼吸症候群と健康・事故

- 睡眠時無呼吸症候群については「睡眠時無呼吸症候群の診療ガイドライン 2020」（日本呼吸器学会）で疫学的事項、診断・治療について詳述されている
 - ◇ 日本人の 50 歳の男性で 10-20%、同女性で 5-10%程度が無呼吸低呼吸指数 apnea hypopnea index (AHI) が 15/時以上の睡眠呼吸障害を示す

- ◇ 年齢とともに増加、男性で多い
- ◇ 世界で軽症の睡眠時無呼吸症候群患者が9億人以上おり、中等症が4億人以上存在するとされている (Benjafield AV et al., 2019)
- 英国 National Institute for Health and Care Excellence (NICE)のガイドライン (Rajesh et al., 2021) によると肥満、難治性高血圧、糖尿病、心房細動、慢性心不全、喘息等と関連し、本邦のガイドラインが指摘する、高血圧、糖尿病、内臓脂肪型肥満と合致する (Akashiba et al., 2022)
- 睡眠時無呼吸症候群は、生活習慣病の併存症が多く、実際、本邦の最近の報告でも、肥満かつ高血圧又は糖尿病等の生活習慣病を有する者では、中等度以上の睡眠時無呼吸症候群の有病率が、40-50%に達することが明らかにされた。肥満に生活習慣病を合併すると中等症以上の睡眠時無呼吸症候群のオッズ比が上昇する。(Matsumoto et al., 2020) (図 2-5)
- 非肥満者においても、睡眠時無呼吸症候群の重症度と関連してメタボリックシンドロームのリスクの構成要素が複数ある者の割合が増加するという報告もある (Muraki et al., 2010)

図 2-5 中等度以上の SAS の頻度 (オッズ比)



(Matsumoto T, et al *Eur Respir J* 2020の資料より作成)

- 睡眠時無呼吸症候群のスクリーニング
 - ◇ NICE のガイドライン (Rajesh et al., 2021)、米国の US Preventive Services Task Force Recommendation Statement [102] では、スクリーニング手法として、ESS、STOP-Bang、Berline Questionnaire 等の質問票を挙げているが、本邦のガイドラインでは、診断精度が低いことが指摘されている (Akashiba et al., 2022)

- ◇ 一般に、日中の強い眠気、疲労感、あるいは、大きないびき、いびきの頻度等を参考とするが、例えば、睡眠時無呼吸症候群が、必ずしも、日中の強い眠気を呈さないことに注意が必要である（谷川武ら，2010）
- ◇ 女性では睡眠時無呼吸症候群があっても、いびきの訴えがない症例も多いことが示されている（de Silva S et al., 2012）
- 治療等介入効果
 - ◇ 多くの介入研究では、（閉塞性）睡眠時無呼吸症候群に対し、適切な治療介入により、症状の改善、高血圧・脳卒中の危険性の低下等が、示されている（Davies et al., 1994; Akashiba et al., 1995; Faccenda et al., 2001; Marin et al., 2005）
 - ◇ 肥満者の場合は、減量により睡眠時無呼吸症候群が改善することが示されている（Tuomilehto et al., 2014; Smith et al., 1985; Schwartz et al., 1991）
 - ◇ 喫煙（Wetter et al., 1994）や飲酒（Tanigawa et al., 2004）と睡眠時無呼吸症候群との関連が示されており、禁煙や節酒が睡眠時無呼吸症候群の改善に有効であることが示唆される
- 睡眠時無呼吸症候群の有病率は比較的高く、交通事故をはじめとする産業災害のリスクの増加やパフォーマンスの低下の原因となることから、適切なスクリーニング及び診断・治療が必要である（Kales and Czeisler et al., 2016）
- USPSTF のステートメントでも、繰り返し交通事故予防としての睡眠時無呼吸症候群のスクリーニングの必要性が指摘されている（Nicholson et al., 2022）
- 最新の Consensus Statement でも、CPAP 療法により、実際の交通事故ならびにニアミスが減少し、ドライビングシミュレーターの成績が向上すると結論付けられている（Chang et al., 2022）
- 睡眠時無呼吸症候群が医療過誤や医療事故に及ぼす影響については、他の職種での研究から類推できる
 - ◇ 米国の警察官を対象とした研究（Rajaratnam et al., 2011）
睡眠時無呼吸症候群を有する警察官は、睡眠時無呼吸症候群を有さない警察官と比較して、運転中の居眠り、疲労に基づくミス、被疑者に高圧的に接する等の不適切な行動、アブセンティーズム、会議中の居眠りが有意に増加する
 - ◇ 産業災害（Garbarino et al., 2016）
産業災害は、睡眠時無呼吸症候群がある場合はない場合と比べて 2.2 倍に増加する
 - ◇ 米国のトラック運転者を対象とした衝突事故（Burks et al., 2016）

睡眠時無呼吸症候群を有する運転者は、対照群（睡眠時無呼吸症候群を有さない）運転者と比較して、衝突事故を起こすリスクが約5倍に上昇する。睡眠時無呼吸症候群を有する運転者に対し、適切な診断や治療を実施すると、対照群の運転者と同レベルまで事故率が改善する

- 以上をまとめると、睡眠時無呼吸症候群は、健康障害及びパフォーマンス低下の原因となることから、医師の健康確保の観点とともに医療安全の面からも重要な病態である
- 一方、睡眠時無呼吸症候群はスクリーニング及び診断・治療が可能で、適切な治療により、様々なリスクは健常者レベルに下がると考えられる
- いびきがある等の場合は、閉塞性睡眠時無呼吸症候群も鑑別に挙げた対応が望まれる

<参考文献>

1. Sealy WC. Halsted is dead: Time for change in graduate surgical education. *Current Surgery* 1999; 56: 34–39.
2. Wallack MK, Chao L. Resident work hours: the evolution of a revolution. *Arch Surg.* 2001; 136: 1426–1431
3. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, Lilly CM, Stone PH, Lockley SW, Bates DW, Czeisler CA. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med.* 2004; 351: 1838–1848.
4. Ouyang D, Chen JH, Krishnan G, Hom J, Chi J. Patient outcomes when house staff exceed 80 hours per week. *Am J Med* 2016; 129: 993–999.
5. Bilimoria KY, Chung JW, Hedges LV, Dahlke AR, Love R, Cohen ME, Hoyt DB, Yang AD, Tarpley JL, Mellinger JD, Mahvi DM, Kelz RR, Ko CY, Odell DD, Stulberg JJ, Lewis FR. National Cluster–Randomized Trial of Duty–Hour Flexibility in Surgical Training. *N Engl J Med.* 2016; 374:713–727.
6. Silber JH, Bellini LM, Shea JA, Desai SV, Dinges DF, Basner M, Even–Shoshan O, Hill AS, Hochman LL, Katz JT, Ross RN, Shade DM, Small DS, Sternberg AL, Tonascia J, Volpp KG, Asch DA; iCOMPARE Research Group. Patient Safety Outcomes under Flexible and Standard Resident Duty–Hour Rules. *N Engl J Med.* 2019; 380: 905–914.
7. Landrigan CP, Rahman SA, Sullivan JP, Vittinghoff E, Barger LK, Sanderson AL, Wright KP Jr, O'Brien CS, Qadri S, St Hilaire MA, Halbower AC, Segar JL, McGuire JK, Vitiello MV, de la Iglesia HO, Poynter SE, Yu PL, Zee PC, Lockley SW, Stone KL, Czeisler CA; ROSTERS Study Group. Effect on Patient Safety of a Resident Physician Schedule without 24–Hour Shifts. *N Engl J Med.* 2020; 382: 2514–2523.
8. Basner M, Asch DA, Shea JA, Bellini LM, Carlin M, Ecker AJ, Malone SK, Desai SV, Sternberg AL, Tonascia J, Shade DM, Katz JT, Bates DW, Even–Shoshan O, Silber JH, Small DS, Volpp KG, Mott CG, Coats S, Mollicone DJ, Dinges DF; iCOMPARE Research Group. Sleep and Alertness in a Duty–Hour Flexibility Trial in Internal Medicine. *N Engl J Med.* 2019; 380: 915–923.
9. Basner M, Dinges DF, Shea JA, Small DS, Zhu J, Norton L, Ecker AJ, Novak C, Bellini LM, Volpp KG. Sleep and Alertness in Medical Interns and Residents: An Observational Study on the Role of Extended Shifts. *Sleep.* 2017; 40: zsx027. doi: 10.1093/sleep/zsx027.
10. 中田 光紀、頓所 つく実. 睡眠が労働に果たす役割. *公衆衛生.* 2019; 83: 390–396.
11. Wong K, Chan AHS, Ngan SC. The Effect of Long Working Hours and Overtime on Occupational Health: A Meta–Analysis of Evidence from 1998 to 2018. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 13;16(12):2102.
12. Descatha A, Sembajwe G, Pega F, Ujita Y, Baer M, Boccuni F, Di Tecco C, Duret C, Evanoff BA, Gagliardi D, Godderis L, Kang SK, Kim BJ, Li J, Magnusson Hanson LL, Marinaccio A, Ozguler A, Pachito D, Pell J, Pico F, Ronchetti M, Roquelaure Y, Rugulies R, Schouteden M,

- Siegrist J, Tsutsumi A, Iavicoli S. The effect of exposure to long working hours on stroke: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environ Int.* 2020;142:105746.
13. Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, Singh-Manoux A, Fransson EI, Alfredsson L, Bjorner JB, Borritz M, Burr H, Casini A, Clays E, De Bacquer D, Dragano N, Erbel R, Geuskens GA, Hamer M, Hoofman WE, Houtman IL, Jöckel KH, Kittel F, Knutsson A, Koskenvuo M, Lunau T, Madsen IE, Nielsen ML, Nordin M, Oksanen T, Pejtersen JH, Pentti J, Rugulies R, Salo P, Shipley MJ, Siegrist J, Steptoe A, Suominen SB, Theorell T, Vahtera J, Westerholm PJ, Westerlund H, O'Reilly D, Kumari M, Batty GD, Ferrie JE, Virtanen M; IPD-Work Consortium. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet.* 2015;31:386(10005):1739-1746.
 14. Li J, Pega F, Ujita Y, Brisson C, Clays E, Descatha A, Ferrario MM, Godderis L, Iavicoli S, Landsbergis PA, Metzendorf MI, Morgan RL, Pachito DV, Pikhart H, Richter B, Roncaioli M, Rugulies R, Schnall PL, Sembajwe G, Trudel X, Tsutsumi A, Woodruff TJ, Siegrist J. The effect of exposure to long working hours on ischaemic heart disease: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environ Int.* 2020;142:105739.
 15. Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Kawachi I, Jokela M, Alfredsson L, Bjorner JB, Borritz M, Burr H, Dragano N, Fransson EI, Heikkilä K, Knutsson A, Koskenvuo M, Kumari M, Madsen IEH, Nielsen ML, Nordin M, Oksanen T, Pejtersen JH, Pentti J, Rugulies R, Salo P, Shipley MJ, Suominen S, Theorell T, Vahtera J, Westerholm P, Westerlund H, Steptoe A, Singh-Manoux A, Hamer M, Ferrie JE, Virtanen M, Tabak AG; IPD-Work consortium. Long working hours as a risk factor for atrial fibrillation: a multi-cohort study. *Eur Heart J.* 2017;7:38:2621-2628.
 16. Kivimäki M, Virtanen M, Kawachi I, Nyberg ST, Alfredsson L, Batty GD, Bjorner JB, Borritz M, Brunner EJ, Burr H, Dragano N, Ferrie JE, Fransson EI, Hamer M, Heikkilä K, Knutsson A, Koskenvuo M, Madsen IEH, Nielsen ML, Nordin M, Oksanen T, Pejtersen JH, Pentti J, Rugulies R, Salo P, Siegrist J, Steptoe A, Suominen S, Theorell T, Vahtera J, Westerholm PJM, Westerlund H, Singh-Manoux A, Jokela M. Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published and unpublished data from 222 120 individuals. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3:27-34.
 17. Pachito DV, Pega F, Bakusic J, Boonen E, Clays E, Descatha A, Delvaux E, De Bacquer D, Koskenvuo K, Kröger H, Lambrechts MC, Latorraca COC, Li J, Cabrera Martimbianco AL, Riera R, Rugulies R, Sembajwe G, Siegrist J, Sillanmäki L, Sumanen M, Suominen S, Ujita Y, Vandersmissen G, Godderis L. The effect of exposure to long working hours on alcohol consumption, risky drinking and alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environ Int.* 2021;146:106205.

18. Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, Madsen IE, Lallukka T, Ahola K, Alfredsson L, Batty GD, Bjorner JB, Borritz M, Burr H, Casini A, Clays E, De Bacquer D, Dragano N, Erbel R, Ferrie JE, Fransson EI, Hamer M, Heikkilä K, Jöckel KH, Kittel F, Knutsson A, Koskenvuo M, Ladwig KH, Lunau T, Nielsen ML, Nordin M, Oksanen T, Pejtersen JH, Pentti J, Rugulies R, Salo P, Schupp J, Siegrist J, Singh-Manoux A, Steptoe A, Suominen SB, Theorell T, Vahtera J, Wagner GG, Westerholm PJ, Westerlund H, Kivimäki M. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ*. 2015;13:350:g7772.
19. Zhu Y, Liu J, Jiang H, Brown TJ, Tian Q, Yang Y, Wang C, Xu H, Liu J, Gan Y, Lu Z. Are long working hours associated with weight-related outcomes? A meta-analysis of observational studies. *Obes Rev*. 2020;21:e12977.
20. 高橋 正也. 交替勤務者の睡眠. *公衆衛生*. 2019; 83: 148–152.
21. Li W, Chen Z, Ruan W, Yi G, Wang D, Lu Z. A meta-analysis of cohort studies including dose-response relationship between shift work and the risk of diabetes mellitus. *Eur J Epidemiol*. 2019;34:1013–1024.
22. Wang D, Ruan W, Chen Z, Peng Y, Li W. Shift work and risk of cardiovascular disease morbidity and mortality: A dose-response meta-analysis of cohort studies. *Eur J Prev Cardiol*. 2018 ;25:1293–1302.
23. Dutheil F, Baker JS, Mermillod M, De Gesare M, Vidal A, Moustafa F, Pereira B, Navel V. Shift work, and particularly permanent night shifts, promote dyslipidaemia: A systematic review and meta-analysis. *Atherosclerosis*. 2020;313:156–169.
24. Chen HT, Chuang HY, Hsieh TY, Wu PS, Lin FJ, Huang HC, Yang CC, Kuo CH. Shift work is significantly and positively associated with possible gastro-esophageal reflux disease: A meta-analysis study. *Front Public Health*. 2022;Nov;10:980603.
25. Torquati L, Mielke GI, Brown WJ, Burton NW, Kolbe-Alexander TL. Shift Work and Poor Mental Health: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Am J Public Health*. 2019;109:e13–e20.
26. Sooriyaarachchi P, Jayawardena R, Pavey T, King NA. Shift work and the risk for metabolic syndrome among healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2022 ;23:e13489.
27. Chen HM, Huang PY, Chuang HY, Wang CL, Yang CC, Huang PJ, Ho CK. Association of Low Back Pain with Shift Work: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;4:20:918.
28. Wang ZZ, Sun Z, Zhang ML, Xiong K, Zhou F. Relationship between shift work, night work, and subsequent dementia: A systematic evaluation and meta-analysis. *Front Neurol*. 2022; 7;13:997181.
29. Boini S, Bourgkard E, Ferrières J, Esquirol Y. What do we know about the effect of night-shift work on cardiovascular risk factors? An umbrella review. *Front Public Health*. 2022;23;10:1034195.
30. Lu H, Yang Q, Tian F, Lyu Y, He H, Xin X, Zheng X. A Meta-Analysis of a Cohort Study on

- the Association between Sleep Duration and Type 2 Diabetes Mellitus. *J Diabetes Res.* 2021; 24:2021:8861038.
31. Park S, Lee S, Kim Y, Lee Y, Kang MW, Kim K, Kim YC, Han SS, Lee H, Lee JP, Joo KW, Lim CS, Kim YS, Kim DK. Short or Long Sleep Duration and CKD: A Mendelian Randomization Study. *J Am Soc Nephrol.* 2020;31:937–2947.
 32. Wang H, Sun J, Sun M, Liu N, Wang M. Relationship of sleep duration with the risk of stroke incidence and stroke mortality: an updated systematic review and dose–response meta-analysis of prospective cohort studies. *Sleep Med.* 2022;90:267–278.
 33. Ge B, Guo X. Short and long sleep durations are both associated with increased risk of stroke: a meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke.* 2015;10:177–84.
 34. Wang S, Li Z, Wang X, Guo S, Sun Y, Li G, Zhao C, Yuan W, Li M, Li X, Ai S. Associations between sleep duration and cardiovascular diseases: A meta-review and meta-analysis of observational and Mendelian randomization studies. *Front Cardiovasc Med.* 2022 ;11:9:930000.
 35. Wang D, Li W, Cui X, Meng Y, Zhou M, Xiao L, Ma J, Yi G, Chen W. Sleep duration and risk of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Cardiol.* 2016 ;15:219:231–9.
 36. Daghlas I, Dashti HS, Lane J, Aragam KG, Rutter MK, Saxena R, Vetter C. Sleep Duration and Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2019;10:74:1304–1314.
 37. Wang L, Hu Y, Wang X, Yang S, Chen W, Zeng Z. The association between sleep duration and hypertension: a meta and study sequential analysis. *J Hum Hypertens.* 2021;35:621–626.
 38. Xie J, Li Y, Zhang Y, Vgontzas AN, Basta M, Chen B, Xu C, Tang X. Sleep duration and metabolic syndrome: An updated systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2021;59:101451.
 39. Che T, Yan C, Tian D, Zhang X, Liu X, Wu Z. The Association Between Sleep and Metabolic Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021;19;12:773646.
 40. Guimarães KC, Silva CM, Latorraca COC, Oliveira RÁ, Crispim CA. Is self-reported short sleep duration associated with obesity? A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Nutr Rev.* 2022;8;80:983–1000.
 41. Zhai L, Zhang H, Zhang D. SLEEP DURATION AND DEPRESSION AMONG ADULTS: A META-ANALYSIS OF PROSPECTIVE STUDIES. *Depress Anxiety.* 2015;32:664–70.
 42. Van Veen MM, Lancel M, Şener O, Verkes RJ, Bouman EJ, Rutters F. Observational and experimental studies on sleep duration and aggression: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2022 ;64:101661.
 43. Atkinson G, Fullick S, Grindey C, Maclaren D. Exercise, energy balance and the shift worker. *Sports Med* 2008;38:671–685
 44. Chaput JP. Sleep patterns, diet quality and energy balance. *Physiol Behav.* 2014; 134: 86–91.

45. Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Med* 2004;1:e62
46. Vgontzas AN, Chrousos GP. Sleep, the hypothalamic–pituitary–adrenal axis, and cytokines: multiple interactions and disturbances in sleep disorders. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2002;31:15-36
47. Akashiba T, Inoue Y, Uchimura N, Ohi M, Kasai T, Kawana F, Sakurai S, Takegami M, Tachikawa R, Tanigawa T, Chiba S, Chin K, Tsuiki S, Tonogi M, Nakamura H, Nakayama T, Narui K, Yagi T, Yamauchi M, Yamashiro Y, Yoshida M, Oga T, Tomita Y, Hamada S, Murase K, Mori H, Wada H, Uchiyama M, Ogawa H, Sato K, Nakata S, Mishima K, Momomura SI. Sleep Apnea Syndrome (SAS) Clinical Practice Guidelines 2020. *Respir Investig.* 2022 ;60(1):3–32.
48. Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip MSM, Morrell MJ, Nunez CM, Patel SR, Penzel T, Pépin JL, Peppard PE, Sinha S, Tufik S, Valentine K, Malhotra A. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. *Lancet Respir Med.* 2019 ;7:687–698.
49. Rajesh S, Wonderling D, Simonds AK: Guideline Committee. Obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome and obesity hyperventilation syndrome in over 16s: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2021 8;375:n2360.
50. 谷川武, 淡野桜子. 眠気のない睡眠時無呼吸 (NOSSA) が及ぼす社会影響への取り組み, *日本医事新報* 2010;4513:51–55
51. de Silva S, Abeyratne UR, Hukins C. Impact of gender on snore-based obstructive sleep apnea screening. *Physiol Meas* 2012;33:587–601
52. Davies RJ, Crosby J, Prothero A, Stradling JR. Ambulatory blood pressure and left ventricular hypertrophy in subjects with untreated obstructive sleep apnoea and snoring, compared with matched control subjects, and their response to treatment. *Clin Sci (Lond)* 1994;86:417–424
53. Akashiba T, Kurashina K, Minemura H, Yamamoto H, Horie T. Daytime hypertension and the effects of short-term nasal continuous positive airway pressure treatment in obstructive sleep apnea syndrome. *Am J Respir Intern Med* 1995;34:528–532
54. Faccenda JF, Mackay TW, Boon NA, Douglas NJ. Randomized placebo-controlled trial of continuous positive airway pressure on blood pressure in the sleep apnea-hypopnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:344–348 71
55. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005;365:1046–1053
56. Tuomilehto H, Seppä J, Uusitupa M, Peltonen M, Martikainen T, Sahlman J, Kokkarinen J, Randell J, Pukkila M, Vanninen E, Tuomilehto J, Gylling H, Kuopio Sleep Apnea Group. The impact of weight reduction in the prevention of the progression of obstructive sleep apnea: an explanatory analysis of a 5-year observational follow-up trial. *Sleep Med* 2014;15:329–

57. Smith PL, Gold AR, Meyers DA, Haponik EF, Bleecker ER. Weight loss in mildly to moderately obese patients with obstructive sleep apnea. *Ann Intern Med* 1985;103:850-855
58. Schwartz AR, Gold AR, Schubert N, Stryzak A, Wise RA, Permutt S, Smith PL. Effect of weight loss on upper airway collapsibility in obstructive sleep apnea. *Am Rev Respir Dis* 1991;144:494-498
59. Wetter DW, Young TB, Bidwell TR, Badr MS, Palta M. Smoking as a risk factor for sleep-disordered breathing. *Arch Intern Med* 1994;154:2219-2224
60. Tanigawa T, Tachibana N, Yamagishi K, Muraki I, Umesawa M, Shimamoto T, Iso H. Usual alcohol consumption and arterial oxygen desaturation during sleep. *JAMA* 2004;292:923-925
61. 日本呼吸器学会「睡眠時無呼吸症候群（SAS）の診療ガイドライン」作成委員会編. 睡眠時無呼吸症候群の診療ガイドライン 2020. 南江堂 2020年7月、東京.
62. Rajaratnam SM, Barger LK, Lockley SW, Shea SA, Wang W, Landrigan CP, O'Brien CS, Qadri S, Sullivan JP, Cade BE, Epstein LJ, White DP, Czeisler CA. Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Sleep disorders, health, and safety in police officers. *JAMA*. 2011; 306: 2567-2578
63. Garbarino S, Guglielmi O, Sanna A, Mancardi GL, Magnavita N. Risk of Occupational Accidents in Workers with Obstructive Sleep Apnea: Systematic Review and Meta-analysis. *Sleep*. 2016;39:1211-1218.
64. Burks SV, Anderson JE, Bombyk M, Haider R, Ganzhorn D, Jiao X, Lewis C, Lexvold A, Liu H, Ning J, Toll A, Hickman JS, Mabry E, Berger M, Malhotra A, Czeisler CA, Kales SN. Nonadherence with Employer-Mandated Sleep Apnea Treatment and Increased Risk of Serious Truck Crashes. *Sleep*. 2016; 39: 967-975.
65. Kales SN, Czeisler CA. Obstructive Sleep Apnea and Work Accidents: Time for Action. *Sleep*. 2016; 39: 1171-1173.
66. US Preventive Services Task Force; Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmos D, Rucker Coker T, Davidson KW, Davis EM, Donahue KE, Jaén CR, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Ruiz JM, Stevermer J, Wong JB. Screening for Obstructive Sleep Apnea in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022 Nov 15;328:1945-1950.
67. Chang JL, Goldberg AN, Alt JA, et al. International consensus statement on obstructive sleep apnea. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2022;6.
68. Matsumoto T, Murase K, Tabara Y, Minami T, Kanai O, Takeyama H, Takahashi N, Hamada S, Tanizawa K, Wakamura T, Komenami N, Setoh K, Kawaguchi T, Tsutsumi T, Morita S, Takahashi Y, Nakayama T, Hirai T, Matsuda F, Chin K. Sleep disordered breathing and metabolic comorbidities across sex and menopausal status in East Asians: the Nagahama Study. *Eur Respir J*. 2020 20;56:1902251.
69. Muraki I, Tanigawa T, Yamagishi K, Sakurai S, Ohira T, Imano H, Kiyama M, Kitamura A, Sato

S, Shimamoto T, Konishi M, Iso H: CIRCIS Investigators. Nocturnal intermittent hypoxia and metabolic syndrome; the effect of being overweight: the CIRCIS study. *J Atheroscler Thromb.* 2010;30:17:369-377.

3) PVT 及びアクチグラフの応用

- 長時間労働医師に対する面接指導の結果、明らかに睡眠不足と思われるにもかかわらず睡眠時間に問題ないとスクリーニングされた医師に対しては、睡眠の状況や覚醒度を確認するために、次に説明する PVT (Psychomotor Vigilance Test) やアクチグラフの活用を検討する
- その結果、睡眠や覚醒度に問題がありそうなときは、さらにポリソムノグラフィ等の精査に繋げることが望ましい

①精神運動覚醒度検査 (Psychomotor Vigilance Test / PVT)

PVT とは

- PVT は、下記のような検査機器を用い、各被験者の反応速度から覚醒度を客観的に測定する方法である
 - ◇ 検査が始まると上部の画面に赤い数字が表示される
 - ◇ 被験者は、その数字を見たらすぐに利き腕側の指でボタンを押す
 - ◇ しばらくすると、また赤い数字が表示され、ボタンを押す、という操作を繰り返す
- このようにして、各被験者の反応時間を繰り返し測定する
- 標準版では 10 分間、短縮版では 3 分間これを継続する
(Basner and Mollicone, 2011)

図 2-6 PVT の外観(本体は縦 20cm 横 11cm)



- 以下の覚醒度・パフォーマンスと関連する指標が得られる (Basner and Dinges,

2011)

表 2-4 PVT の諸指標

| 用語 | 日本語 | 説明 |
|--------------------|-----------------|---|
| Response Time (RT) | 反応時間 | 反応時間信号（赤い数字）出てからボタンを押すまでの（応答）時間 |
| False Start | 開始ミス | 信号（赤い数字）の出る前にボタンを押すこと |
| Lapse 回数 | 反応遅延回数 | Lapse とは、機器に信号（赤い数字）が出てから一定時間内（10 分版では 500msec、3 分版では 355msec）に反応しなかったこと。Lapse 回数はその回数。 |
| Mean 1/RT | 反応時間の逆数 | 1/RT の平均 |
| Slowest 10% 1/RT | 反応時間の逆数の遅い方 10% | 1/RT の最遅 10%の値 |
| Fastest 10% 1/RT | 反応時間の逆数の早い方 10% | 1/RT の最速 10%の値 |
| Mean RT | 反応時間の平均 | 応答時間の平均 |
| Median RT | 反応時間の中央値 | 応答時間の中央値 |

PVT の応用 : 慢性睡眠不足との関連

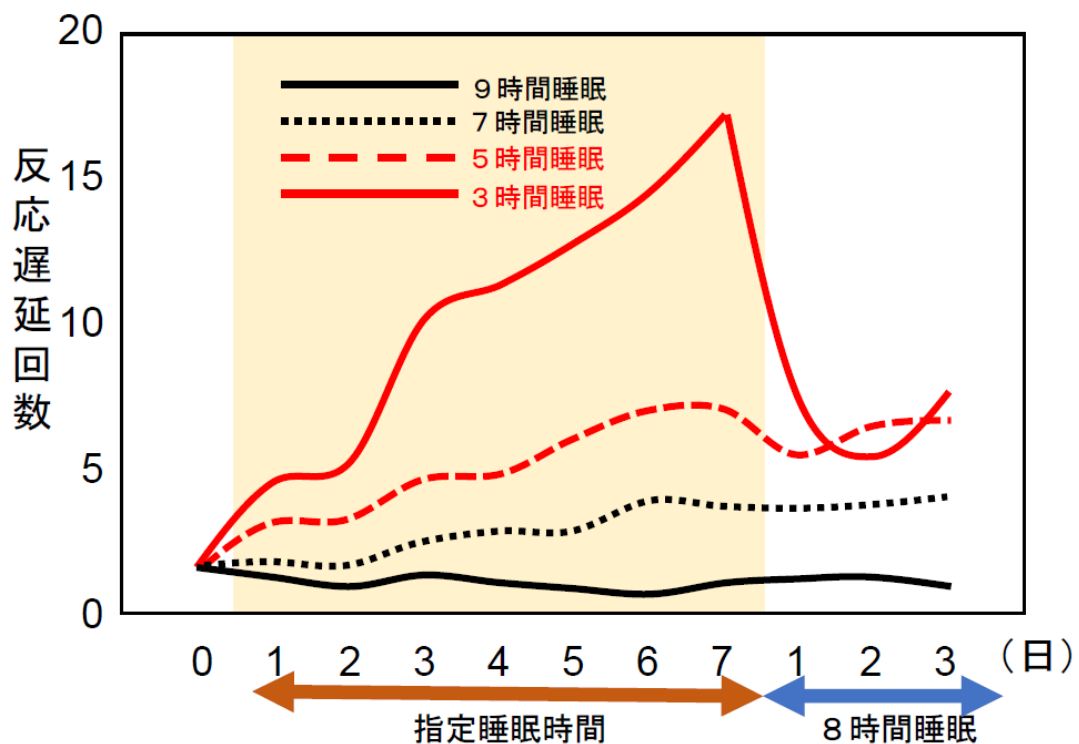
- PVT は慢性睡眠不足の客観的な指標を提供可能である
- 医療現場等における長時間労働医師の慢性睡眠不足の評価に、PVT が活用可能であり、評価に活用されている

PVT 応用事例

- 米国レジデントの疲労、覚醒度の調査 (Basner, et. al., 2019)
 - ◇ 従来の研修プログラムと新しく提案された内科研修プログラムを PVT で比較
 - ◇ 参加者の連日の PVT の測定結果に基づき、新しい研修プログラムにおける慢性睡眠不足の程度を評価
 - ◇ 新プログラムに有意な悪化を認めないこと（非劣性）が示された
- オンコール翌朝の評価で有意な覚醒度の悪化を認めた (Basner, et. al., 2017)
- 空港における搭乗客の手荷物を透視し、危険物を見つけ出す作業を模したテスト（ラゲッジスクリーニングテスト） (Basner and Rubinstein, 2011)
 - ◇ 断眠中の被験者に実施
 - ◇ ラゲッジスクリーニングテストの成績悪化と PVT の反応遅延回数等の諸指標の悪化との関連が認められ PVT の指標が職場での疲労・覚醒度の指標となることが示された

- 睡眠時間と PVT の関係 (Belenky, et. al., 2003)
 - ◇ 3時間睡眠、5時間睡眠、7時間睡眠で7日間の睡眠制限を実施しPVTを行ったものが図2-7「慢性睡眠不足の影響(1)」である。結果、睡眠時間が短いほどPVTから得られる反応遅延回数(ラプス回数)の悪化を認め、この悪化は睡眠時間制限を継続している期間、さらに悪化し続ける。つまり、睡眠不足は蓄積すると考えられる(睡眠負債)
 - ◇ さらに、7日間の睡眠制限を実施し、3日間、十分な睡眠(8時間)に戻しても、必ずしも反応遅延回数の結果は正常レベルに戻らない
- 本結果から、日々の睡眠不足は睡眠負債の原因となり、睡眠負債が著明に蓄積する前に十分な睡眠・休息を取るべきと考えられた

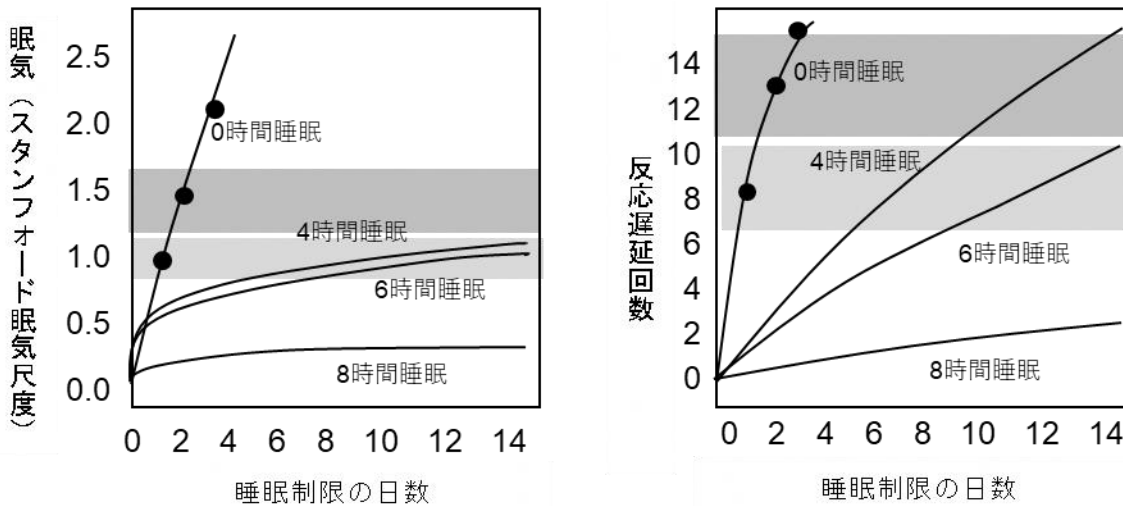
図 2-7 慢性睡眠不足の影響 (1)



Belenky G, et al, J Sleep Res, 2003; 12: 1-12. を改変

- 慢性睡眠負債による主観的眠気と客観的覚醒度低下は乖離することを示した研究 (Van Dongen et al., 2003)
 - ◇ 慢性の睡眠不足では、主観的な眠気と客観的な疲労・覚醒度低下は乖離することが示されている
 - ◇ 主観的な眠気の間診では検出できない慢性睡眠不足の程度を、PVT を用いて客観的に検出可能である
 - ◇ 図 2-8「慢性睡眠不足の影響 (2)」では、3 日間の断眠状態で主観的眠気は日毎に悪化する (図 2-8 左 0 時間睡眠)
 - ◇ 一方、睡眠不足状態 (4 時間/日、6 時間/日) を継続すると、主観的眠気は日毎に悪化するが、4 時間睡眠を 5-7 日間続けると 1 日断眠した時と同程度の眠気でプラトーに達する (図 2-8 左、薄いグレーの部分)
 - ◇ すなわち、被験者は睡眠不足の悪化を主観的にほとんど認識していない
 - ◇ 一方、同様に睡眠不足状態を継続した際の PVT の反応遅延回数は日毎に悪化し、4 時間睡眠を一週間程度続けると 1 日断眠した程度に達し (次右図、薄いグレーの部分)、1~2 週間続けると 2 日間程度断眠した程度 (次右図、濃いグレーの部分)、そして、4 時間睡眠を 2 週間続けると 3 日間断眠した場合と同程度に達する。6 時間睡眠でも 1 週間以上続けるとは 1 日断眠した程度に達する (次右図、薄いグレーの部分)、さらに、主観的眠気とは異なり、その後も継続的に悪化し、2 週間で 2 日間断眠した程度に近づき、プラトーに達しないことが示された
- 本研究より、長時間労働医師の慢性睡眠不足の程度の評価に PVT が役立つことが示唆された
- 慢性睡眠不足を強いられている長時間労働医師においては、強い疲労度を感じつつも医師としての強い使命感・責任感により勤務を継続しつつ、眠気を感じない、すなわち、主観的眠気を生理学的に認識しづらい状況に至り、過重労働を継続している事に注意が必要である
- したがって、客観的な慢性睡眠不足の評価を簡便に自己チェック可能な体制を整えることが必要と考えられる

図 2-8 慢性睡眠不足の影響（2）



Van Dongen et al. Sleep. 2003; 15:117-26 を改変

②アクチグラフ

アクチグラフとは

- 申告された睡眠時間と真の睡眠時間には差がある (Smith et al., 2018)
 - ◇ アクチグラフィ法は、四肢の動きを経時的に記録したもので、通常数日から数週間連続で取得する
 - ◇ よく用いられる装置は、手首、足首、腰等に装置を装着し3次元的な動作を加速度で検出する
 - ◇ 覚醒度が高いと活動量が上昇し、覚醒度が低下すると活動量が低下、睡眠に至ると活動量がほぼ0となることを利用して、客観的な睡眠時間に関する情報を得ることが出来る
 - ◇ このデータを基に、睡眠潜時 (sleep latency)、総睡眠時間 (total sleep time) 等睡眠に関する情報が得られる
 - ◇ アクチグラフのデータと本人の記録とを比較すると、アクチグラフのデータの方が、睡眠潜時では23分短く、全睡眠時間は約37分長い情報が得られることが報告されている
 - ◇ また、ポリソムノグラフィのデータと比較すると、アクチグラフのデータが、全睡眠時間で約10分、睡眠潜時で約6分長い情報が得られる
 - ◇ 脳波等を取得していないため、ポリソムノグラフィのようなレム睡眠、ノンレム睡眠あるいは、睡眠段階の情報を得ることは出来ない
 - ◇ 入院の必要が無く、長期かつ正確な評価が可能
 - ◇ 手軽な装置で測定・評価可能である点で優れた機器と考えられる
 - ◇ 本機器を用いて真の睡眠時間を正確に評価することが可能

図 2-9 腕時計タイプのアクチグラフィ



アクチグラフから得られるデータ： データの解析手法と新たな展開

- アクチグラフにより客観的な睡眠状態を評価可能である一方、データ解析には人の手に頼るところが多く、解析には作業時間と解析者の経験が必要であるという問題点がある
- こうした背景もあり、アクチグラフをはじめとする加速度計を用いて計測したデータから、睡眠状態を正確に判定する手法として、データ解析アルゴリズムが開発されている
- このような手法のなかには、加速度計で得られたデータから高い精度での睡眠判定が可能であり、ポリソムノグラフィによる測定で得られたデータと比較したところ、睡眠判定の感度に関して、90%以上の高い値を、特異度に関して、80%以上の高い値を示したと報告されたものもある
- 今後、以上のような解析手法が確立することにより、アクチグラフの効果的な活用が期待される
- 参考として以下に睡眠状況の確認に用いるウェアラブルデバイス・手法等について整理した

表 2-5 ウェアラブルデバイス・手法と睡眠状況に関する報告

| ウェアラブルデバイス・手法 | 研究者 | 報告年 |
|---------------|----------------------|------|
| ACCEL | Katori et al. | 2022 |
| Actiwatch-64 | Kosmadopoulos et al. | 2014 |
| Actiwatch-64 | Markwald et al. | 2016 |
| Apple Watch | Walch et al. | 2019 |
| Fitbit | de Zambotti et al. | 2016 |
| Oura Ring | de Zambotti et al. | 2019 |

<参考文献>

1. Basner M, Mollicone D, Dinges DF. Validity and Sensitivity of a Brief Psychomotor Vigilance Test (PVT-B) to Total and Partial Sleep Deprivation. *Acta Astronaut.* 2011 Dec 1;69(11-12):949-959.
2. Basner M, Dinges DF. Maximizing sensitivity of the psychomotor vigilance test (PVT) to sleep loss. *Sleep.* 2011;1;34:581-591.
3. Basner M, Asch DA, Shea JA, Bellini LM, Carlin M, Ecker AJ, Malone SK, Desai SV, Sternberg AL, Tonascia J, Shade DM, Katz JT, Bates DW, Even-Shoshan O, Silber JH, Small DS, Volpp KG, Mott CG, Coats S, Mollicone DJ, Dinges DF; iCOMPARE Research Group. Sleep and Alertness in a Duty-Hour Flexibility Trial in Internal Medicine. *N Engl J Med.* 2019 ; 7;380:915-923.
4. Basner M, Dinges DF, Shea JA, Small DS, Zhu J, Norton L, Ecker AJ, Novak C, Bellini LM, Volpp KG. Sleep and Alertness in Medical Interns and Residents: An Observational Study on the Role of Extended Shifts. *Sleep.* 2017;1;40:zsx027.
5. Basner M, Rubinstein J. Fitness for duty: a 3-minute version of the Psychomotor Vigilance Test predicts fatigue-related declines in luggage-screening performance. *J Occup Environ Med.* 2011 Oct;53(10):1146-1154.
6. Belenky G, Wesensten NJ, Thorne DR, Thomas ML, Sing HC, Redmond DP, Russo MB, Balkin TJ. Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: a sleep dose-response study. *J Sleep Res.* 2003;12:1-12.
7. Van Dongen HP, Maislin G, Mullington JM, Dinges DF. The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep.* 2003;15;26:117-126.
8. Smith MT, McCrae CS, Cheung J, Martin JL, Harrod CG, Heald JL, Garden KA. Use of Actigraphy for the Evaluation of Sleep Disorders and Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: An American Academy of Sleep Medicine Systematic Review, Meta-Analysis, and GRADE Assessment. *J Clin Sleep Med.* 2018;15;14:1209-1230.

(3) 長時間労働が健康に与える影響～メンタルヘルスの観点から～

1) ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトの評価方法

はじめに

- 近年の社会経済状況の変化に伴い、職場のメンタルヘルス活動では、精神的不調への対応やその予防にとどまらず、個人や組織の活性化を視野に入れた対策を行うことが、広い意味での労働者の「こころの健康」を支援する上で重要になってきた
- このような流れを受け2000年前後から、心理学及び産業保健心理学の領域でも、人間の有する強みやパフォーマンス等のポジティブな要因にも注目する動きが始めた
- このような動きの中で新しく提唱された概念の1つがワーク・エンゲイジメント (Work Engagement) (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Romá, et al., 2002; 島津, 2022) である

① ワーク・エンゲイジメントとバーンアウト (図 2-10)

- ワーク・エンゲイジメントとは「仕事に誇りややりがいを感じている」(熱意)、「仕事に熱心に取り組んでいる」(没頭)、「仕事から活力を得ていきいきとしている」(活力)の3つがそろった状態
- バーンアウト(燃え尽き)(Maslach and Leiter, 1997)の対概念として位置づけられている

ワーク・エンゲイジメント

- ◇ 心身の健康が良好で、生産性も高い
- ◇ 活動水準が高く仕事への態度・認知が肯定的である
- ◇ 仕事に対する(内発的な)動機づけがある (Schaufeli et al., 2002)

職務満足感

- ◇ 「自分の仕事を評価してみた結果として生じる、ポジティブな情動状態」(Locke, 1976)
- ◇ ワーク・エンゲイジメントが仕事を「している時」の感情や認知を指す一方で、職務満足感の仕事「そのものに対する」感情や認知を指し、仕事に没頭している訳ではないため、「活動水準」が低い

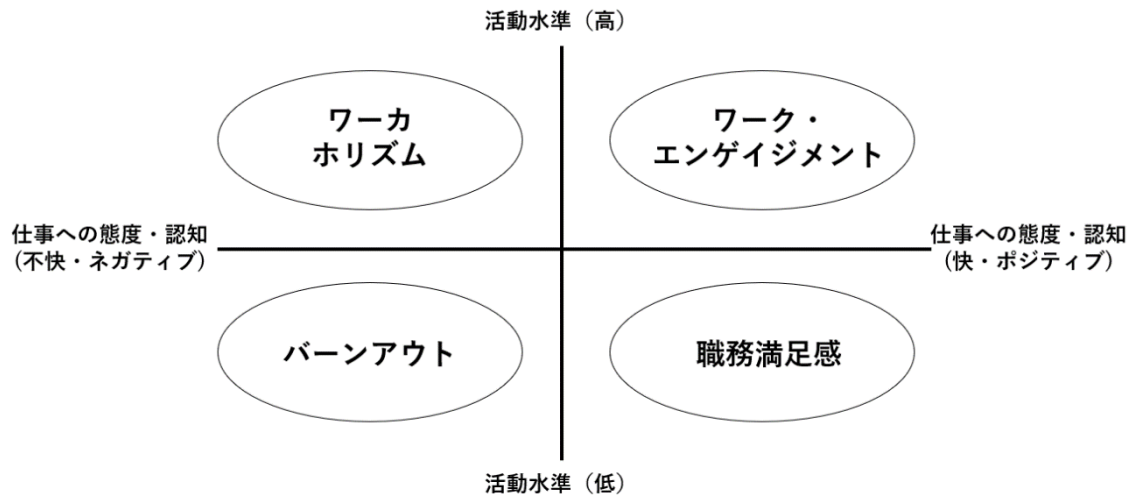
ワーカホリズム

- ◇ 「過度に一生懸命に強迫的に働く傾向」(Schaufeli et al., 2009)
- ◇ 活動水準は高いものの、仕事への態度が否定的である
- ◇ 「仕事から離れた時の罪悪感や不安を回避するために仕事をせざるをえない」「I have to work」

バーンアウト

- ◇ 疲弊し、仕事への熱意が低下している
- ◇ 活動水準が低く、仕事への態度・認知が否定的である
- バーンアウトと関連する事項は 92 頁に詳述する

図 2-10 ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトの概念的位置づけ

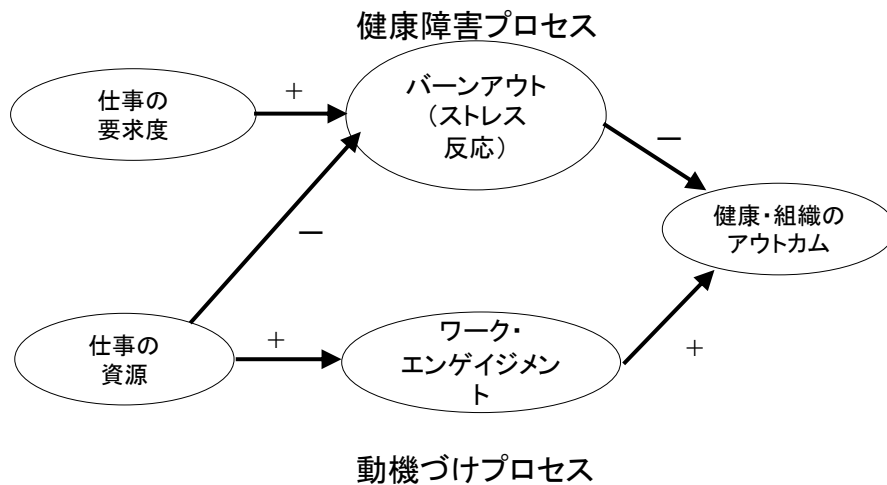


島津 (2009)産業ストレス研究,16,131-138を一部改変

② 仕事の要求度－資源モデル

- 図 2-11 は、ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトを鍵概念とする「仕事の要求度－資源モデル」(Bakker et al., 2007; Schaufeli et al., 2004)を示したもので、「動機づけプロセス」と「健康障害プロセス」の2つのプロセスから構成されている
- 「動機づけプロセス」は仕事の資源→ワーク・エンゲイジメント→健康・組織アウトカムからなる
- 「健康障害プロセス」は仕事の要求度(仕事のストレス要因)→バーンアウト(ストレス反応)→健康・組織アウトカムからなる
- 持続可能な働き方を実現するには「健康障害プロセス」に注目し、仕事の要求度によって生じたバーンアウト(ストレス反応)を低減させ、健康障害を防ぐことに加え、「動機づけプロセス」にも注目し、仕事の資源の充実を通じてワーク・エンゲイジメントを高め、個人と組織の活性化につなげることが重要と考えられる

図 2-11. 仕事の要求度－資源モデル



- また、仕事の資源の向上が、ワーク・エンゲイジメントの向上だけでなく、ストレス反応の低減にもつながるため、仕事の要求度を低減させるだけでなく、仕事の資源を充実させることが、健康の増進と生産性の向上とを両立させる鍵になる

③ ワーク・エンゲイジメントの測定

- ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度 (Utrecht Work Engagement Scale: UWES) (Schaufeli et al., 2002; Schaufeli et al., 2003, 2010)
 - ◇ ワーク・エンゲイジメントの測定に関して、これまでに信頼性・妥当性の確認されている3種類の尺度の中で最も広く使用されている
 - ◇ オランダ・ユトレヒト大学の Schaufeli らによって開発された尺度である
 - ◇ 3つの下位因子（活力、熱意、没頭）を17項目で測定する
 - ◇ 各因子を3項目ずつ合計9項目によって測定できる短縮版 (Schaufeli, Bakker et al., 2006) と、各因子を1項目ずつ合計3項目によって測定できる超短縮版 (Schaufeli et al., 2019) も開発されている
- ギャラップ社の Q12 (Harter et al., 2006)
 - ◇ 12項目から構成される自己記入式調査票である
 - ◇ コンサルタント会社等で使用されているエンゲイジメント調査票の多くは信頼性・妥当性の情報は非公開で入手できないがギャラップ社の Q12 は例外である
 - ◇ 従業員の関与、満足感、熱心さの観点からエンゲイジメントを測定する代わりに、従業員が知覚している仕事上の資源を測定している (Harter et al., 2002) ことが分かる
 - ◇ すなわち、Q12 は従業員がどの程度仕事にエンゲイジしているかを評価

するのではなく、従業員が仕事においてどれほど資源を知覚しているかを評価していると言える

④バーンアウトの測定

バーンアウトは健康に悪影響を与える世界中で見られる職業上の現象

- ◇ バーンアウトは 1970 年代に紹介された概念である
- ◇ 初期の定義は「長期間にわたり人に援助する過程で心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の疲労と感情の枯渇を主とする症候群である」(Maslach et al., 1981) と対人サービス職に特徴的なものと考えられていた
- ◇ 現在他の職業でも見られることが明らかになっており (Schaufeli, et al., 1996)、世界保健機関による国際疾病分類第 11 版では、バーンアウトは健康に悪影響を与える世界中で見られる職業上の現象であるとされている (WHO, 2019)

マスラック・バーンアウト尺度 (the Maslach Burnout Inventory: MBI)
(Maslach et al., 1981)

- ◇ 多言語に翻訳されているバーンアウト測定のゴールドスタンダードである (Schaufeli et al., 2003)
- ◇ 当初の MBI は、以下の 3 因子から構成される
 - 情緒的消耗感：心身ともに疲れ果てて、何もしたくない状態
 - 脱人格化：サービスを提供する対象者に対する冷淡な態度や接触を回避する状態
 - 個人的達成感の低下：仕事に対する喜びを感じることが出来ず、職務の重要性を低く見る状態
- MBI は教育関係者用の Educators Survey (MBI-ES)、対人援助職を対象とした Human Services Survey (MBI-HSS) 等に細分化され、その後、職業人全般に適用できるように the MBI-General Survey (MBI-GS) が新たに構成された (Schaufeli et al., 1996)

MBI-General Survey

- ◇ MBI-GS も 3 因子構造であるが、概念名称が変更されている
 - 疲弊感：仕事に由来する疲弊
 - シニシズム：仕事に対する熱意や関心を失い、心理的に距離を置いてしまう態度
 - 職務効力感：仕事に対する自信、やりがい
- ◇ 北岡（東口）らによって、日本語に翻訳されている（北岡（東口）ら，2004）

バーンアウト測定の課題

- MBI は世界中でバーンアウトの測定に使われてきたが、その概念、尺度構成、臨床場面での適用に関して問題があることが指摘されている
 - ◇ バーンアウトの症状（過敏性、睡眠障害、緊張性頭痛、認知不全）（Deligkaris et al. 2014; Heiden et al., 2010）に関する項目が含まれていない
 - ◇ MBI の下位尺度である疲弊感とシニシズムには強い関連性があり、それぞれが独立した下位尺度としてバーンアウトの測定に貢献しているのかどうか判断が難しい（Lee et al., 1990）
 - ◇ 職務効力感は疲弊感及びシニシズムとの関連性が弱く、バーンアウトの項目として含めるべきか疑問が持たれている（Schaufeli et al., 2005）等
 - ◇ 研究を目的に開発された尺度でありカットオフ値を生成しないため、バーンアウトかどうかの臨床上の判断に用いることが難しい

バーンアウト・アセスメント・ツール（The Burnout Assessment Tool: BAT）

- オランダやスウェーデンではバーンアウトは職業性疾病であるため（Lastovkova et al., 2017）、これらの問題に対応するために Schaufeli らが開発した臨床場面で使用できる測定尺度
- BAT の開発にあたり、Schaufeli らはバーンアウトの臨床専門家への対面インタビューを行い、バーンアウトを「仕事に関連する疲労で、極度の疲労、認知及び感情の制御の困難、仕事に対して精神的な距離をとるといった特徴があり、これらに加え、抑うつ気分と非特異的な精神的、身体的不調が伴う」と再定義した
- BAT-C (core symptoms) 23 項目と BAT-S (secondary symptoms) 10 項目、合計33 項目から構成される
 - ◇ BAT-C (core symptoms)
 - 疲弊感
 - 精神的距離
 - 情緒コントロールの不調
 - 認知コントロールの不調
 - ◇ BAT-S (secondary symptoms)
 - 心理的苦痛
 - 心身の不調
- BAT のオリジナル版はオランダで開発され、現在 28 か国語に翻訳されている
- オリジナル版での BAT の妥当性については、BAT-C は想定した 4 因子を統合した 1 因子（second-order model）モデルが、BAT-S は 1 因子モデルでのデ

一タ適合が良好であったことが報告されている (Schaufeli and De Witte, 2019)

- 日本語版 BAT (BAT-J) については、BAT-JC は 4 因子モデル及び統合された 1 因子モデルが、BAT-JS は 1 因子モデルでのデータ適合が良好であった (Sakakibara et al., 2020)
- BAT に関する論文の多くは、バーンアウトの中核症状を測定する BAT-C 23 項目を用いており、それらの研究でも、BAT-C は 4 因子としても、これらを統合した 1 因子としても使用できることが確認されている
- BAT を 1 因子として使用し、バーンアウトの臨床上的判断に用いるために、現在 BAT の原著者によってカットオフ値の設定が進められている
- BAT をより簡便に使用できるように、BAT-C 23 項目版をもとに短縮版 BAT (12 項目) も開発され、信頼性・妥当性の検証が行われている
- 短縮版 BAT は、4 つの中核症状である疲弊感、精神的距離、情緒コントロールの不調、認知コントロールの不調に関する各 3 項目の質問によって構成されており、23 項目版と同様に 1 因子及び 4 因子として使用することが可能である
- 短縮版 BAT は項目数が少なく、回答の負担が低いことから、組織でのストレス調査等での使用が推奨される。日本語版の短縮版 BAT についても、今後妥当性が検証される

BAT を用いた研究

- BAT が 2020 年にバーンアウトの新しい測定尺度として研究論文が発表されて以来、BAT に関する論文数は 40 本を超えており、妥当性の確認をはじめ、仕事・職場の状況や、健康・組織アウトカムとの関連を検討した横断研究、最近では縦断研究や介入研究も見られる
 - ◇ 仕事の要求度や資源がバーンアウトを予測するだけでなく、バーンアウトが仕事の環境を予測する (Buonomo et al., 2022)
バーンアウト得点が高い医療者は、同僚や上司から思いやりを受けていないと認識し、その結果、健康状態や well-being が低下している
 - ◇ 身体的負担の高さが 6 か月後のバーンアウトを予測する (De Vries et al., 2022)
 - ◇ バーンアウトの防止行動 (仕事の裁量度や上司・同僚の支援を高める、仕事と家庭の両立の葛藤を低める等) が、2 か月後のバーンアウト得点を低減させた (Otto et al 2020)
 - ◇ 仕事時間中に気分転換プログラムに参加した介入群では、3 週間後のバーンアウトスコアが有意に低減した (Daniels et al., 2022)
- このように BAT は縦断研究や介入研究によるバーンアウトスコアの変化

の検知にも優れている

- 日本版バーンアウト尺度 (Japanese Burnout Scale: JBS) (久保, 2004)
- MBI-GS 日本語版、BAT-J の他に、日本語で使用できる尺度に日本版バーンアウト尺度 (Japanese Burnout Scale: JBS) (久保, 2004) がある
 - ◇ 田尾 (1987) が MBI を含む海外のバーンアウト尺度を参考に、日本の対人サービス職の現場に良く適用するように開発した尺度
 - ◇ 久保 (2004) により最終的に 17 項目に精選されている
 - ◇ 日本語版 MBI と同様に、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の 3 つの下位尺度から構成される
 - ◇ 質問項目の表現は日本の労働環境を考慮して作られていることから、回答者にとって理解しやすい内容になっている
 - ◇ 日本におけるバーンアウト研究では、使用手続きが煩雑な MBI-GS 日本版よりも、JBS の方が多く用いられている (井川・中西, 2019)
 - 現在のところ日本ではバーンアウトは疾病とはされておらず、これまでの多くのバーンアウト研究でも、尺度の得点をバーンアウト傾向として扱ってきた
 - しかし、日本の労働者のストレスやメンタルヘルスの問題とその対策は社会的な課題であり、欧州や WHO 等の国際的な動きを鑑みると、日本でもバーンアウトが疾病として位置付けられる可能性が十分考えられる
 - 従来からの MBI-GS 日本語版や JBS に加え、臨床場面で使用できる BAT-J は、今後のバーンアウト研究における重要な選択肢であると言える

BAT-J を用いたバーンアウトの測定方法 (原著者のマニュアルに基づく)

- バーンアウトの中核症状を測定する 23 項目を使用する
- 対象者がバーンアウト状態の全体像を把握するために、23 項目の平均値 (1 項目あたりの得点) を算出する
- この値と基準値を比較し、バーンアウト状態を評価する
- 基準値 (以下の表): 日本人労働者を対象とした調査 (Sakakibara et al 2020) データを昇順に並べ、25%、50%、75%、95% を分岐点として値を算出。分岐点間の値の範囲が各バーンアウト水準の基準値

| バーンアウト水準 | 基準値 |
|----------|-----------|
| 低い | 1.00-2.04 |
| 中程度 | 2.05-2.57 |
| 高い | 2.58-3.04 |
| 非常に高い | 3.05-5.00 |

(Sakakibara et al, 2020 で用いた日本人労働者のデータより算出)

表 2-12 本文中で紹介した日本語版のあるバーンアウト尺度の概要

| MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) 日本版 | |
|---|--|
| 尺度構成 | <p>疲弊感 (5 項目 : 一日が終わると疲れ果ててぐったりする)</p> <p>シニシズム (5 項目 : 自分がしている仕事の意味や大切さがわからなくなる)</p> <p>職務効力感 (6 項目 : 自分は職場で役に立っていると思う) * 逆転項目</p> |
| 引用情報 | <p>北岡(東口) 和代, 荻野 佳代子, 増田 真也, (2004). 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) の妥当性の検討, 心理学研究, 75 : 415-419.</p> <p>Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, G., and Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory - General Survey, Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd ed., Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.</p> |
| 日本版バーンアウト尺度 (Japanese Burnout Scale : JBS) | |
| 尺度構成 | <p>情緒的消耗感 (5 項目 : 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある)</p> <p>脱人格化 (6 項目 : 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある)</p> <p>個人的達成感 (6 項目 : われながら仕事をうまくやり終えたと思うことがある) * 逆転項目</p> |
| 引用情報 | <p>久保 誠 (2004). 「バーンアウトの心理学—燃え尽き症候群とは」サイエンス社</p> |
| 日本語版 Burnout Assessment Tool (BAT-J) | |
| 尺度構成 | <p>BAT-JC : 中核症状 (Core symptoms) 23 項目</p> <p>疲弊感 (8 項目 : 仕事をしているとき、精神的に疲れ果ててしまったと感じる)</p> <p>精神的距離 (5 項目 : 仕事に対して熱意が持てない)</p> <p>情緒コントロールの不調 (5 項目 : 仕事で思い通りにいかないと、イライラしてしまう)</p> <p>認知コントロールの不調 (5 項目 : 仕事をしているとき、集中力を保つのが難しい)</p> <p>BAT-JS : 二次症状 (Secondary symptoms) 10 項目</p> <p>心理的苦痛 (5 項目 : なかなか寝付けなかったり、夜中に目が覚めてしまったりする)</p> <p>心身の不調 (5 項目 : 胃や腸の調子がよくない)</p> |
| 引用情報 | <p>Sakakibara, K., Shimazu, A., Toyama, H., and Schaufeli, W. B. (2020). Validation of the Japanese Version of the Burnout Assessment Tool. Front Psychol. 2020; 11: 1819. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01819</p> <p>Schaufeli, W. B., Desart, S., and De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT) - development, validity and reliability. Int J Environ Res Public Health. 17(24):9495. doi:10.3390/ijerph17249495</p> <p>Schaufeli, W. B., and De Witte, H. Burnout Assessment Tool. www.burnoutassessmenttool.be (2023 年 2 月 19 日アクセス)</p> |

日本語版 BAT (BAT-J) 23 項目版

以下の記述は、あなたがご自身の仕事をどのように体験し、どのように感じているかに関するものです。それぞれの記述は、あなたにどの程度（どのくらいの頻度で）あてはまりますか？最もあてはまるものを選んでください。

| | | ま っ た く な い | め っ た に な い | と き ど き あ る | し ば し ば あ る | い つ も あ る |
|--------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| 疲弊感 | | | | | | |
| 1 | 仕事をしているとき、精神的に疲れ果ててしまったと感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 仕事にかかわるすべての面で、かなりの努力が必要だ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 一日の仕事が終わった後、エネルギーを回復させるのが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 仕事をしているとき、身体的に疲れ果ててしまったと感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 朝起きた時に、その日の仕事にとりかかるためのエネルギーが足りない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 意欲的に仕事に取り組みたいと思うが、なぜかそうすることができない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 仕事で頑張ったときには、いつもより早く疲れてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | 一日働いた後は、精神的に疲れ果てて、くたくたになったと感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 精神的距離 | | | | | | |
| 9 | 自分の仕事に何とか熱意を持とうと苦勞している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | 仕事をしているときは、自分が何をしているのか考えもせず、惰性で行動している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | 仕事に対して強い嫌悪を感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | 自分の仕事に対して無関心である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | 自分の仕事が他人の役に立っているとは思えない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 認知コントロールの不調 | | | | | | |
| 14 | 仕事をしているとき、集中力を保つのが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | 仕事をしているとき、頭がクリアな状態で考えるのに苦勞する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | 仕事をしているとき、忘れっぽく、気が散る | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | 働いているとき、集中できない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | 仕事に他のことに気を取られてミスをしてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 情緒コントロールの不調 | | | | | | |
| 19 | 仕事をしているとき、自分の情緒をコントロールできないと感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | 仕事に知らぬ間に、感情的な反応をしてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | 仕事で思い通りにいかないと、イライラしてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | 仕事にわけもなく取り乱し、悲しくなる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | 仕事をしているとき、無意識のうちに過剰に反応してしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

引用元: Schaufeli, W.B., De Witte, H. and Desart, S. (2019). Burnout Assessment Tool (BAT) – Test Manual. KU Leuven, Belgium: Internal report

⑤医師のウェルビーイング、バーンアウト、ワーク・エンゲイジメントに関するエビデンス

- 厚生労働省が示す時間外労働の過労死基準は発症前 2~6 ヶ月間平均で 80 時間以上とされている。しかしながら、医師は過労死基準を大幅に超えた時間外労働を行っていることが指摘されており、長時間労働によるウェルビーイングの低下や健康障害が懸念されている。本稿は、医師のウェルビーイング（さらにバーンアウトとワーク・エンゲイジメント）に関する海外の研究を調査し、その概要について報告する
- 文献レビュー
 - ◇ 検索語を「医師 and バーンアウト」、「医師 and (ワーク・) エンゲイジメント」とした
 - ◇ データベースは PubMed と PsychoINFO により過去 10 年分の英語文献を検索した
 - ◇ 絞り込み：上記検索では相当数の論文が該当したため（バーンアウト=1,065 本、ワーク・エンゲイジメント=1,694 本）、それぞれの検索式に「要求度」と「資源」の 2 語を加えて再検索した
 - ◇ 結果：バーンアウト 34 本、ワーク・エンゲイジメント 38 本の論文が抽出された
- 文献レビューの結果
 - ◇ 研修医も含め医師のバーンアウトの有病率は医師全体の過半数にのぼり非常に高い水準にあることが判明した
 - ◇ 医師のバーンアウトの主な先行要因は以下の通り
 - 仕事負担感の増加
 - 仕事と家庭のコンフリクト
 - ソーシャルサポートの不足
 - 上司のリーダーシップの不十分さ⇒長時間労働をはじめとする労働基準や組織の支援体制と深く関連している可能性が示された
 - ◇ 2020 年以降の研究では、COVID-19 パンデミックによる仕事や心理的負担の増加がバーンアウトのリスクを高めることを示す研究が散見された (Macaron et al., 2022; Parandeh et al., 2022)
 - ◇ 医師のバーンアウトの主なアウトカム (Johns et al., 2022; Pappa et al., 2022, Hodkinson et al., 2022; Patel et al., 2018)
 - ウェルビーイングの低下
 - うつ病
 - 不眠等

- 休職
- 離職
- 自殺のリスクの増加
- ケアパフォーマンスの低下等

ワーク・エンゲイジメントに関して

- ◇ 医師は他の医療職従事者（例えば、看護師）と比べて高い水準を示すことが報告されている
- ◇ 医師のワーク・エンゲイジメントに寄与する主な要因は以下の通り（Solms et al., 2019, Yang et al., 2020, Roll et al, 2018）
 - 仕事の自律性
 - トレーニングサポート
 - 上司のリーダーシップ
 - 職業上の目標を達成するための前向きな姿勢
 - 成長を促す自己効力感
 - 楽観性
 - 希望
 - レジリエンス等の心理的資本
 - ストレスフルな状況的に適応し、職業上の目標に向けた行動にコミットする能力を指す心理的柔軟性等
- ◇ COVID-19 パンデミックとの関連では、危機の発生後に発生前と比較して医師のエンゲイジメントが顕著に増加したことが報告されている（Suppavitnarm et al., 2022）
 - 医師のワーク・エンゲイジメントは医師個人の仕事の満足度やケアパフォーマンスに寄与するだけでなく、コメディカルにもポジティブな影響を及ぼすことから、医療の質や安全性を維持し、患者の利益を最大化するために極めて重要であると考えられる

<参考文献>

1. Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Roma, V., and Bakker, A. B. The measurement of engagement and burnout: A two-sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud*2002; 3: 71-92.
2. 島津明人. 新版ワーク・エンゲイジメント：ポジティブ・メンタルヘルスで活力ある毎日を. 東京：労働調査会. 2022.
3. Maslach, C., and Leiter, M. P. *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Francisco: Jossey-Bass. 1997.

4. Schaufeli, W. B., Shimazu, A., and Taris, T. W. Being driven to work excessively hard: The evaluation of a two-factor measure of workaholism in The Netherlands and Japan. *Cross-Cultural Research*, 2009; 43, 320-348.
5. Bakker, A. B., and Demerouti, E. The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 2007; 22, 309-328.
6. Schaufeli, W. B., and Bakker, A. B. Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *J Organ Behav*, 2004; 25, 293-315.
7. Schaufeli, W. B., and Bakker, A. B. *UWES - Utrecht Work Engagement Scale: Test Manual*. Utrecht University, Department of Psychology (<http://www.wilmarschaufeli.nl/>). 2003.
8. Schaufeli, W. B., and Bakker, A. B. Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In: Bakker, A. B., and Leiter, M. P. (Eds.) *Work engagement: Recent developments in theory and research*, Pp. 2010; 10-24, Psychology Press, New York.
9. Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S., Suzuki, A., Nashiwa, H., Kato, A., Sakamoto, M., Irimajiri, H., Amano, S., Hirohata, K., Goto, R., and Kitaoka-Higashiguchi, K. Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of Utrecht Work Engagement Scale. *Appl Psychol*, 2008; 57, 510-523.
10. Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., and Salanova, M. The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 2006; 66, 701-716.
11. Schaufeli, W. B., Shimazu, A., Hakanen, J., Salanova, M., and De Witte, H. An ultra-short measure for work engagement: The UWES-3 validation across five countries. *Eur J Psychol Assess*, 2019; 35, 577-591. DOI: 10.1027/1015-5759/a000430
12. Harter, J. K., Schmidt, F. L., Killham, E. A., and Asplund, J. W. *Q¹² meta-analysis*. Princeton, NJ: The Gallup Organization. 2006. <https://www.hrbartender.com/images/Gallup.pdf> (2020年2月28日).
13. Harter, J. K., Schmidt, F. L., and Hayes, T. L. Business-Unit-Level Relationship between Employee Satisfaction, Employee Engagement, and Business Outcomes: A Meta-Analysis. *J Appl Psychol*, 2002; 87, 268-279.
14. Maslach, C., and Jackson, S. E. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*, 1981; 2, 99-113.
15. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., and Jackson, S. E. *Maslach Burnout Inventory - General Survey, Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd ed.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1996.
16. World Health Organization. "Burn-out an 'occupational phenomenon' : International Classification of Diseases", World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ (2023年2月19日アクセス).

17. Schaufeli, W. B., and Buunk, B. P. Burnout: an overview of 25 years of research in theorizing. In M. J. Winnubst, and C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology*, pp. 2003; 383–425. Chichester: Wiley.
18. 北岡(東口) 和代, 荻野佳代子, 増田真也. 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) の妥当性の検討. *心理学研究*, 2004; 75, 415–419.
19. Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A., and Masoura, E. Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work and Stress*. 2014; 28, 107–123.
20. Heiden, C., and Hoogduin, C. A. L. Burn-out: Diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 2010; 10, 48–53 (in Dutch).
21. Lee, R. T., and Ashforth, B. E. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol*, 1990; 75, 743–747.
22. Schaufeli, W. B., and Taris, T. W. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work Stress*, 2005; 19, 256–262.
23. Lastovkova, A., Carder, M., Rasmussen, H.M., and Sjoberg, L., et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Ind Health*, 2017; 56, 160–165.
24. Schaufeli, W. B., and De Witte, H. Burnout Assessment Tool. www.burnoutassessmenttool.be (2023年2月19日アクセス) .
25. Sakakibara K, Shimazu A, Toyama H, Schaufeli WB. Validation of the Japanese Version of the Burnout Assessment Tool. *Front Psychol*. 2020; 11: 1819.
26. Buonomo, I., Santoro, P. E., Benevene, P., Borrelli, I., Angelini, G., Fiorilli, G., Gualano, M. R., and Moscato, U. Buffering the Effects of Burnout on Healthcare Professionals' Health—The Mediating Role of Compassionate Relationships at Work in the COVID Era. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(15), 8966. <https://doi.org/10.3390/ijerph19158966>
27. de Vries JD, Bakker AB. The physical activity paradox: a longitudinal study of the implications for burnout. *Int Arch Occup Environ Health*. 2022; 95(5):965–979. doi:10.1007/s00420-021-01759-y2021; <https://doi.org/10.1007/s00420-021-07159-y>.
28. Otto MCB, Van Ruysseveldt J, Hoefsmit N, Dam KV. The Development of a Proactive Burnout Prevention Inventory: How Employees Can Contribute to Reduce Burnout Risks. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1711. doi:10.3390/ijerph17051711
29. Daniels S, Clemente DBP, Desart S, et al. Introducing nature at the work floor: A nature-based intervention to reduce stress and improve cognitive performance. *Int J Hyg Environ Health*. 2022;240:113884. doi:10.1016/j.ijheh.2021.113884
30. 久保誠. バーンアウトの心理学—燃え尽き症候群とは. 東京: サイエンス社. 2004.
31. 田尾正夫. ヒューマンサービスにおけるバーンアウトの理論と測定. 京都府立大学学術報告 (人文), 1987; 39, 99–112.

32. 井川純一, 中西大輔. 日本版バーンアウト尺度と MBI-HSS の異同に関する研究. *心理学研究*, 2019; 90, 484-492.
33. Solms L, van Vianen AEM, Theeboom T, et al. Keep the fire burning: a survey study on the role of personal resources for work engagement and burnout in medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ Open*. 2019;9:e031053. doi:10.1136/bmjopen-2019-031053
34. Yang S, Huang H, Qiu T, et al. Psychological capital mediates the association between perceived organizational support and work engagement among Chinese doctors. *Front Pub Health*. 2020;8. doi:10.3389/fpubh.2020.00149
35. Roll M, Ganham L, Salamh P, Covington K, Simon C, Cook C. A novel tool for evaluating non-cognitive traits of doctor of physical therapy learners in the United States. *J Educ Eval Health Prof*. 2018;15. doi:10.3352/jeehp.2018.15.19
36. Macaron MM, Segun-Omosehin OA, Matar RH, Beran A, Nakanishi H, Than CA, Abulseoud, OA. A systematic review and meta analysis on burnout in physicians during the COVID-19 pandemic: A hidden healthcare crisis. *Front. Psychiatry*. 2022; 13: 1071397. doi: 10.3389/fpsy.2022.1071397
37. Parandeh A, Ashtari S, Rahimi-Bashar F, Gohari-Moghadam K, Vahedian-Azimi A. Prevalence of burnout among health care workers during coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Prof Psychol Res Pr*. 2022; 53, 564-573. doi: 10.1037/pro0000483
38. Johns, G, Waddington L, Samuel V. Prevalence and predictors of mental health outcomes in UK doctors and final year medical students during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2022; 311, 267-275. doi: 10.1016/j.jad.2022.05.024
39. Pappa S, Sakkas N, Sakka E. A year in review: Sleep dysfunction and psychological distress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Sleep Med*. 2022; 91, 237-245. doi: 10.1016/j.sleep.2021.07.009
40. Hodkinson A, Zhou, A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2022; 378 :e070442. doi:10.1136/bmj-2022-070442.
41. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behav. Sci*. 2018, 8; 98. doi: 10.3390/bs8110098
42. Suppapitnarm N, Saengpatrachai M. Physician engagement before and during the COVID-19 pandemic in Thailand. *Healthcare*, 2022, 10; 1394. doi: 10.3390/healthcare10081394
43. Locke, E. A. The nature and causes of job satisfaction. *Handbook of industrial and organizational psychology*. 1976

3. 長時間労働医師への面接指導実施の概要

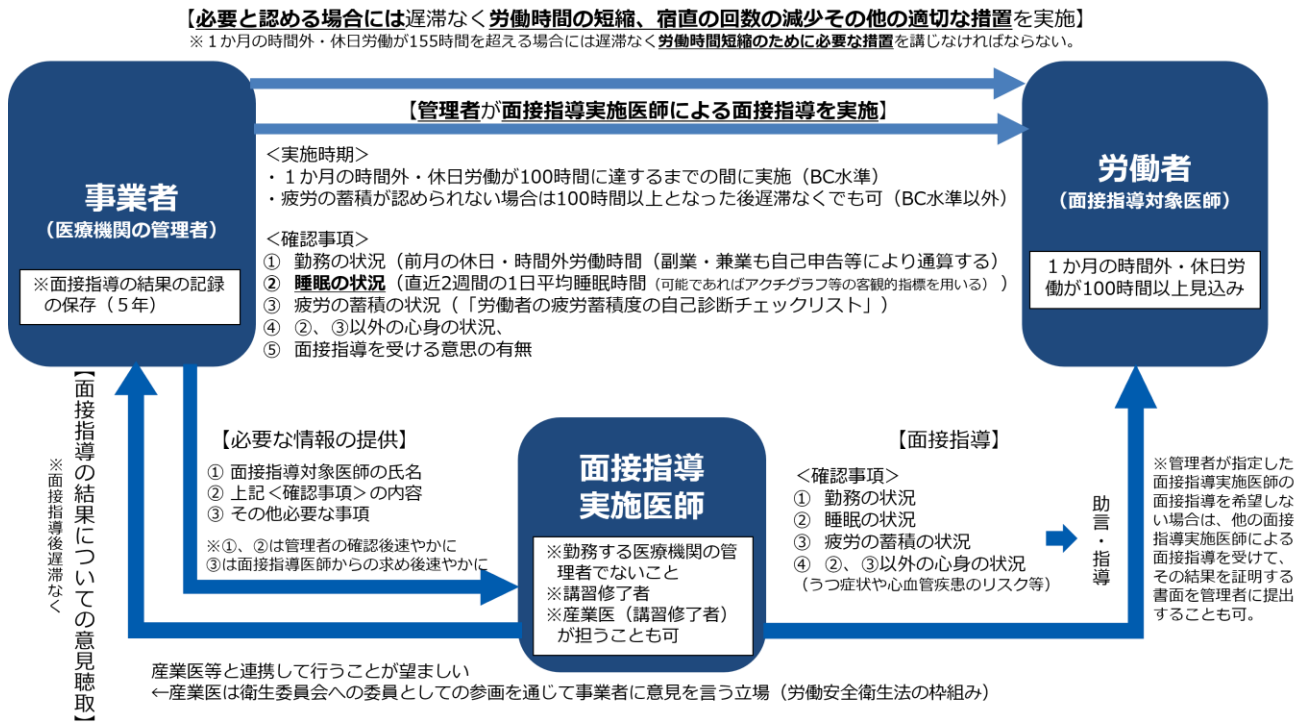
(1) 長時間労働医師への面接指導の目的

- 面接指導は、長時間労働の医師の健康状態を確認し、必要に応じて就業上の措置を講ずることを目的として行われる
 - ◇ 長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす重要な要因であり、脳・心臓疾患及び精神障害・自殺との疫学的な関連性がある
 - ◇ また、長時間労働や睡眠不足による過労状態での診療行為は、医療の質に影響を及ぼす可能性がある
 - ◇ 医師が良質の睡眠を確保するための諸条件の整備が、医療安全上重要である
- 一方、長時間労働の負担や健康影響は個々人によって異なり、面接指導対象医師の心身の状態や、診療環境（診療科、地域や施設の医療体制等）によってもその影響は異なる。面接指導対象医師の健康状態や診療環境に応じた健康に関する助言や就業環境の調整が必要である

(2) 面接指導に関わる者の役割

- 面接指導に関わる者は以下の通り
 - ◇ 管理者
 - ◇ 面接指導実施医師
 - ◇ 面接指導対象医師
 - ◇ 産業医
 - ◇ 人事・労務部門
 - ◇ 健康管理部門
 - ◇ 面接指導対象医師が所属する診療科の責任者等
 - ◇ 施設外の関係者（外部の面談指導実施医師、紹介先・通院先の医師）等
- 図 3-1 には長時間労働医師への面接指導の枠組みを示した

図 3-1 長時間労働医師への面接指導の枠組み



1) 管理者 (病院長/施設長等) / 人事・労務部門

- 医療施設で働く診療に従事する医師が、長時間労働等で健康を損なわないようにする安全健康配慮義務がある¹
- 各医療機関の人事・労務管理と健康安全管理体制に基づき、長時間労働医師への面接指導実施体制を構築する
- 面接指導実施医師養成講習会を修了した面接指導実施医師を選任するとともに、医療機関で専任されている産業医と必要に応じて連携できる体制を整える

- 長時間労働医師への面接指導において、管理者には主に以下の役割がある

面接指導の準備

- ◇ 1か月間の労働時間又は健康管理時間を把握する
(健康管理時間: 「事業場内にいた時間」と「事業場外において労働した時間」の合計)
- ◇ 把握した結果に基づき面接指導対象医師を選定する
- ◇ 面接指導対象医師の長時間労働の情報を面接指導実施医師及び産業医に提供する
- ◇ 面接指導対象医師に対し「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト

¹ 労働契約法第5条 (労働者の安全への配慮): 使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。

(2023年改正版)」「睡眠負債の状況を評価する質問紙」等を事前に実施するよう指示する

- ◇ 面接指導実施日を決め、面接指導の実施を指示する

面接指導結果を踏まえた対応

- ◇ 面接指導実施医師からの報告・意見を踏まえ、労働時間の短縮、宿直の回数の減少、その他の適切な措置を行う

意見書及び措置内容の記録・保存

- ◇ 面接指導実施医師の意見書及び措置の内容を記録・保存する

面接指導実施等の体制の構築

- ◇ 管理者は、実際には面接指導の準備、結果を踏まえた対応や意見書及び措置内容の記録・保存の役割を担当するよう、人事・労務部門に指示する
- ◇ 施設の中で、面接指導を実施する手順や担当部門等の役割を定める
- ◇ 手順の文書化、記録方法の整備や面接指導がスムーズに実施できる体制を整える
- ◇ その際、衛生委員会で共有する情報を定め、就業上の措置が必要な場合に、管理監督者（上司）や診療チーム等含めて病院全体で取り組めるよう、体制づくりを進める
 - ・ 就業上の措置が必要と判断された面接指導対象医師が所属する診療科の責任者に対し、単に「時間外労働・休日労働を減らすように」という管理者からの指示だけでは、長時間労働の解決にはつながりにくい
ため、例えば、必要に応じ衛生委員会の議題とする等の体制を整える
- ◇ 長時間労働となった診療状況やチーム医療体制、対象医師の健康状態や就業環境等の背景を踏まえて、病院全体で対応できる体制づくりを進める
- ◇ なお、人事・管理部門が行うべき内容の解説については、別途「医師の働き方改革2024年4月までの手続きガイド」で解説されているので、参照されたい（参照 URL: <https://iryou-kinmukankyuu.mhlw.go.jp/files/Attachment/462/%E4%BB%A4%E5%92%8C%EF%BC%95%E5%B9%B4%EF%BC%94%E6%9C%88%E7%99%BA%E8%A1%8C%E3%80%80%E5%8C%BB%E5%B8%AB%E3%81%AE%E5%83%8D%E3%81%8D%E6%96%B9%E6%94%B9%E9%9D%A92024%E5%B9%B4%EF%BC%94%E6%9C%88%E3%81%BE%E3%81%A7%E3%81%AE%E6%89%8B%E7%B6%9A%E3%81%8D%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89.pdf>)

2) 面接指導実施医師

- 面接指導実施医師養成講習会の受講を修了した医師が担当する
- 管理者により選任される
- 面接指導対象医師へ面接指導を実施し、長時間労働による健康影響を評価して、必要に応じて助言や保健指導を行い、就業上の措置の必要性を判断した結果を管理者に報告する
具体的には、
 - ① 管理者から提供される勤務の状況（時間外・休日労働）、面接指導前の問診（睡眠や疲労の蓄積の状況）や必要に応じて健康診断結果等、情報の提供を受け、面接を通じて対象医師の健康課題を聴取する
 - ② 長時間労働によるバーンアウト等を評価する
 - ③ 医学的知見を踏まえ、睡眠や休息等に関する助言、環境調整に関する助言及び保健指導を行う
 - ④ 就業上の措置の必要性を判断し、意見書を作成する
- 面接指導実施医師の意見書の主な役割
面接指導の結果に基づく意見書には
 - ・心身の状況及び勤務状況への対処のため、産業医との連携が必要か
 - ・心身の状況について医的判断を仰ぐ等のため、専門医との連携が必要か
 - ・勤務状況への対処・環境調整のため、面接指導対象医師の上司と連携が必要か等の、より上位の体制で対応する必要があるか否かの意見を記載する
- 面接指導実施医師が面接指導対象医師の問題をその面接で全て解決するという姿勢で行うものではない
- 産業医は就業上の措置に関する管理者への意見作成に詳しい場合もあり、無理せずに連携を大切にする
- なお、産業医が面接指導実施医師を担うこともできる。その場合、産業医の資格を有していても、面接指導実施医師養成講習会を修了していることが必要である
面接指導実施医師養成講習会（eラーニング）
URL : <https://ishimensetsu.mhlw.go.jp/>

3) 面接指導対象医師

- 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である
- 自身の健康管理に努めることが求められる
- 面接指導を通じて自身への医療的介入を助言された場合は、通院治療等を受ける
- 選定についての詳細は、6. 面接指導実施までの過程（2）管理者は面接指導対象者を選定する を参照

4) 産業医/健康管理部門

- 産業医は、面接指導実施医師の意見書を確認し、必要に応じて、職場等からの情報収集と職場（上司）との協議の場に参加する
- 産業医は、管理者が面接指導実施医師の意見を勘案して労働時間の制限や業務量・業務内容の調整、通院への配慮や環境の調整等の事後措置を行うなかで、面接指導対象医師の主治医と連携することが望ましいと判断した場合、主治医に事後措置の内容を伝えること等も検討する
- 健康管理部門で心理専門職や産業看護職等、専門の医療職を配置している職場の場合、健康管理部門は、100時間の時間外労働・休日労働が見込まれない場合であって、労働時間以外の問題等で健康に不安のある医師が相談をしたい場合等、面接指導の対象外であっても、健康相談として広く相談できる体制を整えてもよい

5) 施設外の関係者（外部の面接指導実施医師、紹介先・通院先の医師）等

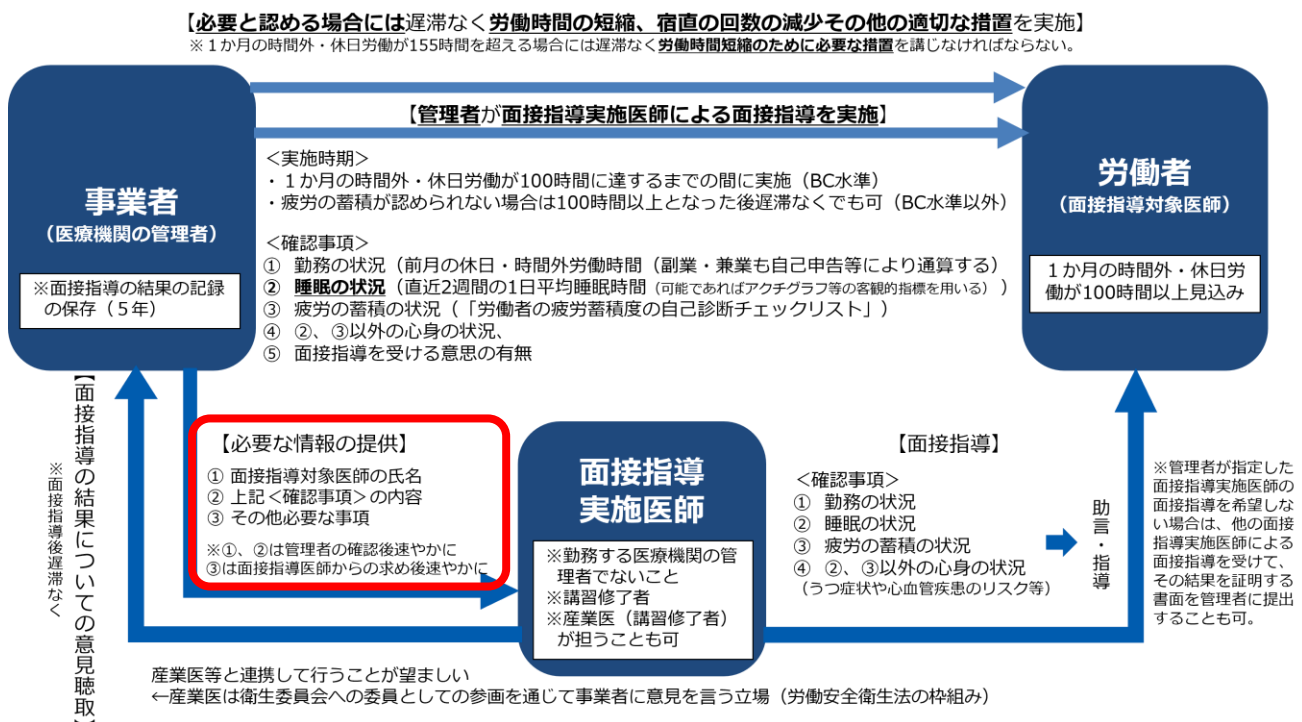
- 面接指導対象医師の中には、勤務している施設外に所属する面接指導実施医師による面接を希望する場合も想定される
※例えば、勤務している施設外の懇意にしている産業医及び外部の面接指導実施医師との面接を希望する場合や、面接の内容が管理者や上司に知られることを恐れ、本音が話しにくい場合等が考えられる
- 面接指導対象医師が安心して面接できるよう、例えば希望により外部の医師に面接指導を受けることができる体制等も検討する。その場合は、面接指導内容の共有及び意見書の取り扱い等のルールを決めておく必要がある
- 面接指導の結果、勤務している施設外の病院や診療所の医師（精神科、専門の診療科）による診断や治療、通院を希望する場合もある。その場合、仕事と治療の両立支援の考え方や制度の活用等も必要になることから、施設の産業医等が窓口となって対応することが望ましい

4. 長時間労働医師への面接指導実施体制

(1) 医療機関における面接指導実施体制の構築

- 事業者には、1か月の時間外・休日労働時間が100時間以上となることが見込まれる医師に対して、面接指導実施医師による面接指導を実施することが義務づけられている
- 連携B水準・B水準・C水準が適用される医師の多くは、1か月の時間外・休日労働時間が月100時間を超えることが予想されている
- ここでは、各医療機関に求められる、長時間労働医師への面接指導実施体制の構築について述べる

図 4-1 (図 3-1 再掲) 面接指導実施方法と管理者から実施医師への情報提供に関する体制



1) 面接指導実施医師の確保

① 面接指導実施医師養成講習会受講の指示及び修了者の把握

- 面接指導は、「面接指導実施医師養成講習会」を修了した医師により実施される必要がある
 - ◇ 面接指導実施医師養成講習会は、医師法に基づく医師免許を有する者であれば受講することができるオンライン講習(eラーニング)であり、所要時間は4時間程度である

面接指導実施医師養成講習会(eラーニング)

URL : <https://ishimensetsu.mhlw.go.jp/>
 - ◇ 全ての講習動画の視聴と確認テストを経て、修了証が発行される

- ◇ 産業医であっても、この講習を受講しないと、長時間労働医師への面接指導実施医師となることができない
- 医療機関は2024年4月までに、長時間労働医師への面接指導実施体制を構築するにあたり、必要とされる面接指導実施医師を確保しておく必要がある

② 面接指導実施に必要な時間及びその対応に必要な面接指導実施医師数の推計

- 面接指導の所要時間は、何らかの就業上の措置が必要な場合は、40分程度、不要な場合は10分程度と想定されている
- 月100時間以上の時間外・休日労働を行う医師を実績に基づき推計したのち、例えば1人で1月あたり4～8人の医師の面接指導を実施すると仮定して必要な面接指導実施医師数を算出する等、2024年4月を見据え面接指導実施医師の必要数を推計するのがよい

③ 産業医、診療科や近隣医療機関との連携による体制整備

- 各医療機関の産業医は、長時間労働者に対する面接指導、いわゆる産業医面談の実務経験が豊富であることから、長時間労働医師への面接指導に際しても産業医に協力を促すことが推奨される
- 大学病院等の規模の大きな医療機関において、所属する1人～数人の産業医のみで面接指導を担う場合、面接指導対象医師への面接指導が適切な時期に行なわれない懸念がある
- このため、各医療機関において、診療科の業務の性質上、脳・心臓疾患や精神障害等の長時間労働に由来する疾患患者の面談経験が豊富な診療科の医師を中心に、幅広く講習受講を促し、面接指導実施医師の人材確保に努める必要がある
- 自医療機関内において、面接指導実施医師の確保が難しい場合は、近隣の医療機関と連携し、効率的かつ効果的に面接指導を実施することができるよう、体制整備の工夫が求められる

2) 面接指導実施医師と面接指導対象医師のマッチングの注意点

- 医療機関の管理者は、面接指導実施医師となることはできない
 - 面接指導に際しては、面接指導対象医師が、心理的安全性^{*}の得られる状況で、安心して面接指導を受けられ、本人の健康確保につながる面接指導体制を構築することが望ましい
- ^{*}心理的安全性：組織の中で自分の考えや気持ちを誰に対してでも安心して発言できる状態
- 同じ医局・診療科の医師同士での面接指導の実施は、医療法上で禁止されていないものの、心理的安全性が十分得られない場合等、場合によっては直接の部下に対する面接指導とならないようにすることが望ましい

- 「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（評価と評価基準）第1版」（令和4年4月 厚生労働省）においては、面接指導実施体制について、「面接指導実施医師が、面接指導対象医師の直接の上司とならないような体制を整備すること」とされている点にも留意する
- 面接指導実施医師と面接指導対象医師の具体的なマッチング方法として、以下に参考例を挙げる
 - ◇ 同じ医局・診療科の医師同士での面接指導の実施回避
診療科に1名程度の面接指導実施医師を最低限配置し、少なくとも、別の診療科に所属する医師の面接指導を実施するよう、面接指導前に面接指導対象医師と面接指導実施医師の了解を得る前提で、ひとまず機械的に振り分ける
 - ◇ 産業医によるハイリスク対象者の振り分け
産業医が面接指導実施医師のリーダーとなり、あらかじめ健康診断等で治療中の持病があるような医師に対する面談は、初めから産業医が面談を実施する等の、ハイリスク対象者の振り分けを行う
 - ◇ 外部の面接指導実施医師の活用
近隣の医療機関と連携する等で、長時間労働医師への面接指導に多くの時間を費やせる自医療機関所属ではない面接指導実施医師と契約を行い、毎月面接指導対象医師と日程を調整して面接指導を実施する

3) 副業・兼業を行う医師の面接指導実施医療機関の設定方法

- 労働時間を通算し、1か月の時間外・休日労働が100時間以上となることが見込まれる場合には、副業・兼業先の医療機関にも、面接指導を実施する義務が生じる
- 月の労働時間を踏まえた面接指導の実施時期が遅れないよう、面接指導を実施する医療機関については、医療機関間で事前に話し合いを行うことが望ましい
- 副業・兼業先の医療機関にも、長時間労働医師への面接指導実施医師の意見書に基づき、就業上の措置を実施することが義務づけられている
- 各医療機関において確実な面接指導の履行を図るため、面接指導を実施する医療機関やその後の流れについて整理する

4) 副業・兼業を行う医師の面接指導実施医療機関の考え方

- 勤務先の全てがA水準適用の医療機関の場合、常勤で勤務している医療機関で面接指導を実施する等、常勤・非常勤の雇用形態を踏まえて決定する
- 連携B水準・B水準・C水準で勤務する医療機関が含まれる場合は、連携B水準・B水準・C水準の業務に従事する医療機関にて面接指導を行うことが推奨される
- これは、「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）」に則り、医療機関勤務環境評価センターが、連携B水準・C水準医療機関に適切な面接指導実施体制があることを確認していることに基づく

- 実際には、各医療機関において、副業・兼業を行う医師が、どの勤務先で面接指導を受けるのかを整理し、最終的には医師本人の選択に基づいて決定していく必要がある

5) 管理体制

- 面接指導対象医師の心身の状態の情報を収集する際には、次に示す事項に注意して、管理体制を構築し、取扱規程を整備する必要がある

① 心身の状態の情報の適正な取扱いのための体制の整備

- 情報を適切に管理するための組織面、技術面等での措置を講じる
- 健康診断の結果等を健診実施機関等と連携して加工や保存を行う場合、取扱規程を定めた上で、事業者等が把握し得る状態に置く必要がある
- 面接指導や健康診断の結果等の労働者の健康情報が適正に取り扱われ、労働者が安心して産業医等による健康相談を受けられるよう、その取扱いルールの明確化が必要である
- 面接指導を実施する医療機関は、面接記録を産業保健職と共有する等のルールを設け、そのルールに従って取り扱う
- 意見書を適切に取り扱うために、次の事項を事業所ごとに定めておく必要がある
 - ◇ 個人情報の管理責任者と保管場所
 - ◇ 閲覧できる者の範囲
 - ◇ 本人から開示を求められた場合の対応等

② 心身の状態の情報の収集に際しての本人同意の取得

- 労働安全衛生法令等に基づき労働者本人の同意を得なくても収集することのできる心身の状態の情報であっても、取り扱う目的及び取扱方法等について、労働者に周知した上で収集する必要がある
- 心身の状態の情報を収集する際には、取り扱う目的及び取扱方法等について労働者の十分な理解を得ることが望ましい
- 例えば、取扱規程に定めた上で、健康診断の受診案内等にあらかじめ記載する等の方法が考えられる

③ 取扱規程の運用

- 事業者は、取扱規程について、心身の状態の情報を取り扱う者等に教育し、その運用状況を確認し、取扱規程の見直し等を行う必要がある

- 取扱規程の運用が適切に行われていないことが明らかになった場合は、事業者は労働者にその旨を説明するとともに、再発防止に取り組む必要がある

(参考) 労働者からの健康相談に適切に対応するために必要な体制の整備等 (安衛法第 13 条の 3)

産業医等がより一層効果的な活動を行いやすい環境を整備することにより、産業医等が産業医学の専門的立場から労働者の健康管理等を適切に実施できるよう、事業者は、産業医等が労働者からの健康相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の必要な措置を講じるように努めなければなりません。

(参考) 労働者が産業医等による健康相談を安心して受けられる体制を整備するためには？*1

- 事業者は、産業医による健康相談の申出の方法（健康相談の日時・場所等を含む）、産業医の業務の具体的な内容、事業場における労働者の心身の状態に関する情報の取扱方法を、労働者に周知させる必要があります。
- また、労働者数 50 人未満の事業場の事業者は、労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師又は保健師について、労働者に周知させるように努めなければなりません。
- 周知方法としては、各事業場の見やすい場所に掲示等するほか、書面により労働者に通知すること、イントラネット等により労働者が当該事項の内容に電子的にアクセスできるようにすること等が適当です。
- なお、保健指導、面接指導、健康相談等は、プライバシーを確保できる場所で実施できるように、配慮するとともに、その結果については、労働者の心身の状態に関する情報の適正な取扱いのために事業者が講ずべき措置に関する指針に基づき事業場ごとに策定された取扱規定により、適正に取り扱う必要があります。

*1 出典：厚生労働省リーフレット「働き方改革関連法により 2019 年 4 月 1 日から 「産業医・産業保健機能」と 「長時間労働者に対する面接指導等」が強化されます」

(2) 長時間労働医師の事前確認と面接指導の実施時期

1) 長時間労働医師の事前確認

- 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（例えば、前月又は当月の時間外・休日労働が 80 時間を超えている者）を抽出する
- 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

以下の例に示す面接指導に必要な情報を面接指導実施医師に提供する。

＜事前確認事項—面接指導に必要な情報（例）＞

- ・ 前月の時間外・休日労働時間数
（副業・兼業先の労働時間も通算する）
- ・ 直近 2 週間の平均睡眠時間
（可能であればアクチグラフ等の客観的指標を用いる）
- ・ 「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023 年改正版）」等、疲労蓄積の確認結果

※可能であれば、面接指導対象医師と同じ病棟や診療科で勤務する看護師長や上級医から、長時間労働の負担による影響の有無等についても確認しておくことが望ましい

※「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023 年改正版）」等の詳細は後述する：87 頁

2) 長時間労働医師の面接指導の実施時期

- 面接指導は、月の時間外・休日労働について、100 時間未満という上限規制を例外的に緩和するための要件であることから、時間外・休日労働が月 100 時間の水準を超える前に、睡眠及び疲労の状況を客観的に確認し、疲労の蓄積が確認された者については月 100 時間以上となる前に面接指導を行うこと等が義務づけられている
- 時間外・休日労働の各水準における睡眠及び疲労の状況の事前確認並びに面接指導の実施時期の案を下記に示す

① A 水準の場合

- 当月の時間外・休日労働実績が 80 時間超となった場合に、睡眠及び疲労の状況の確認を行う
- 疲労の蓄積が確認された者に対しては、100 時間以上となる前に面接指導を実施する
- 疲労の蓄積が確認されなかった者に対しては、100 時間以上となった後での面接指導でも差し支えない

② 連携B・B・C水準の場合

- 前月において時間外・休日労働時間が 80 時間超となった場合には、当月に 100 時間以上となることも念頭に置いて、あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおく
- 睡眠及び疲労の状況の確認と面接指導を、時間外・休日労働時間が 100 時間以上となる前に実施する
- 毎月あらかじめ決めておいた時期に面接指導を実施することも可能である

表 4-1 事前確認・面接指導の実施時期

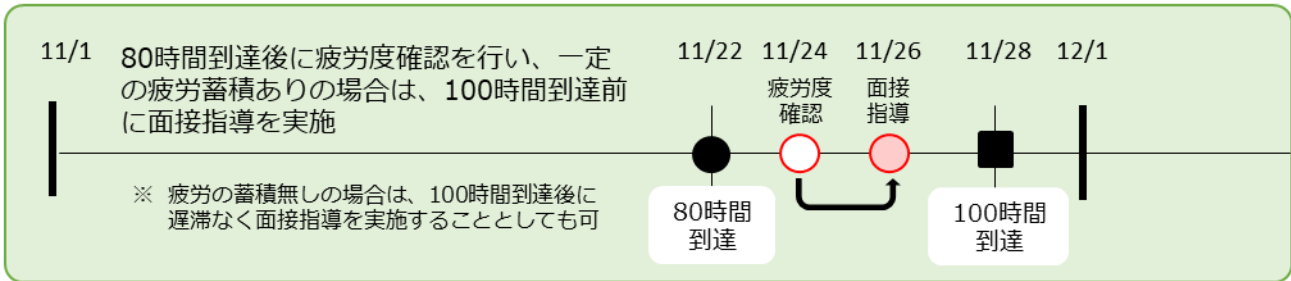
| 水準 | A 水準 | A・B・連携B・C水準 | B・連携B・C水準 |
|-------------------------|---|--|---|
| 時間外・休日労働が 100 時間以上となる頻度 | | | |
| 睡眠及び疲労の状況の事前確認の実施時期 | 当該月の時間外・休日労働が 80 時間を超えた後 | ある程度の疲労蓄積が想定される時期（当該月の時間外・休日労働が 80 時間前後となる時期が望ましい） ※ただし、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に到達する前に実施しなければならない。 | 毎月あらかじめ決めておいた時期に行うことも可能 ※ただし、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に到達する前に実施しなければならない。 |
| 面接指導の実施時期 | 事前確認で一定の疲労の蓄積が予想される場合 ^{注)} は、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に到達する前に実施しなければならない。 | | |

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

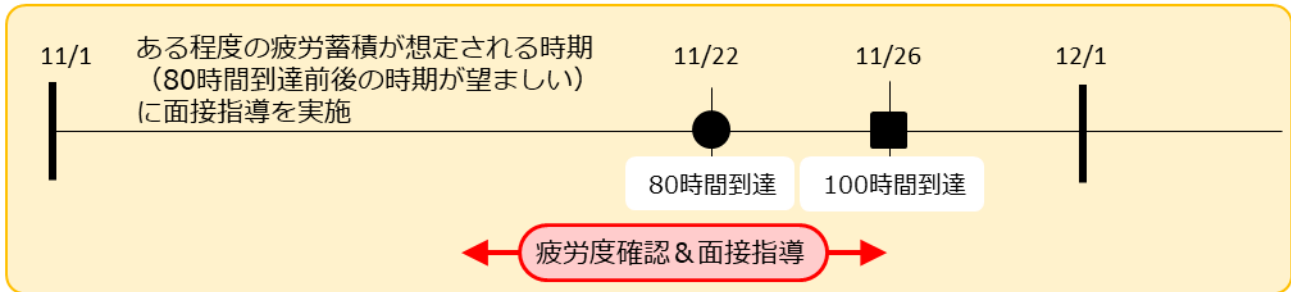
- イ) 前月の時間外・休日労働時間：100 時間以上
 - ロ) 直近 2 週間の 1 日平均睡眠時間：6 時間未満
 - ハ) 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023 年改正版）：自覚症状が IV 又は疲労蓄積度の点数が 4 以上
- 二) 面接指導の希望：有

図 4-2 面接指導の実施時期の例

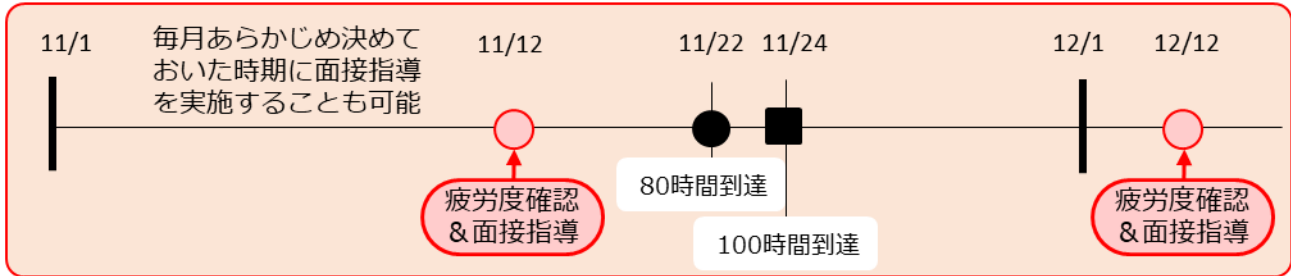
時間外・休日労働が100時間以上となる頻度が低い場合（A水準に限る）の例



時間外・休日労働が100時間以上となる頻度が中程度の場合の例



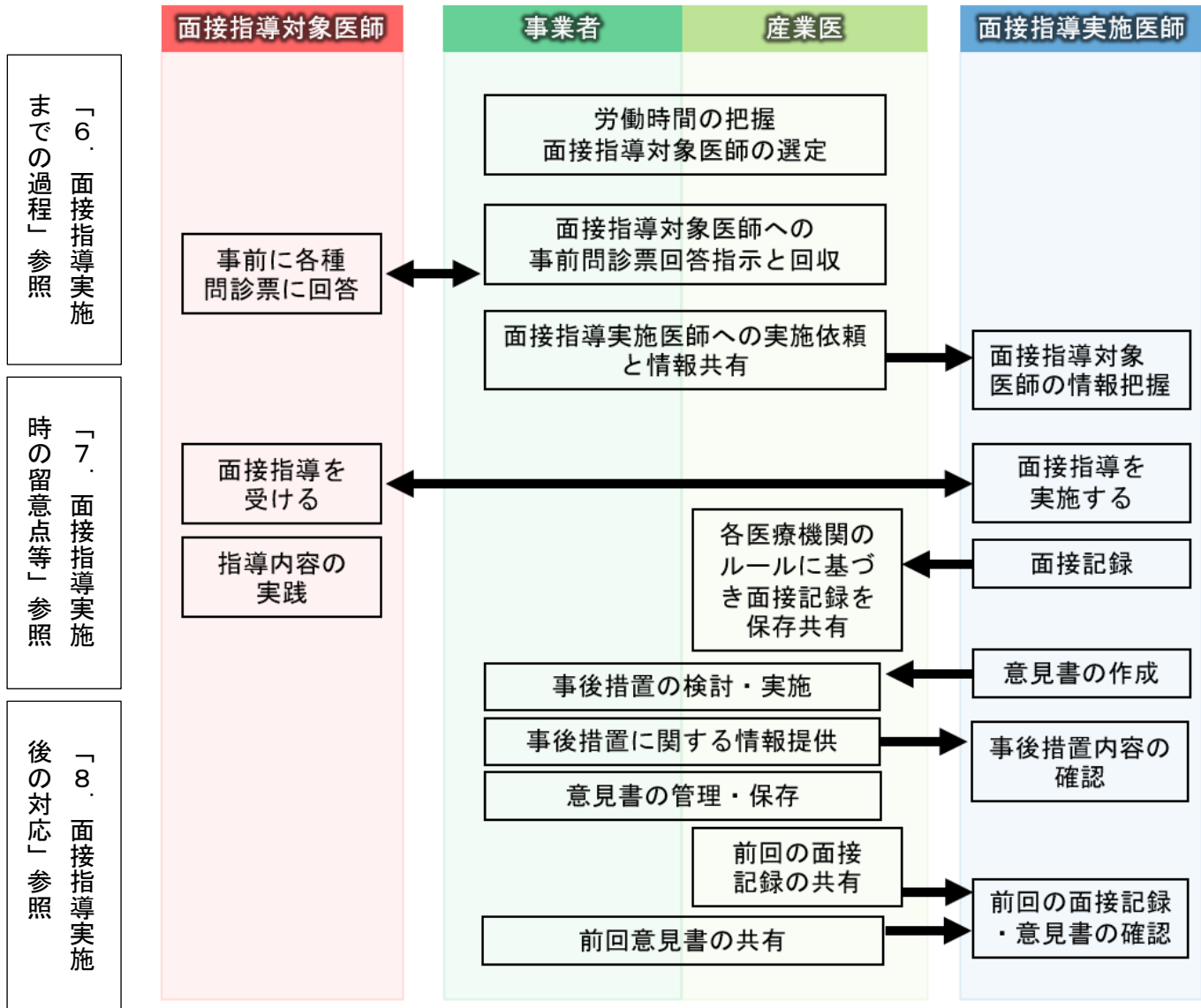
時間外・休日労働が100時間以上となる頻度が高い場合の例



出典：厚生労働省「医師の働き方改革2024年4月までの手続きガイド」

5. 面接指導の全体像

図 5-1 面接指導の全体の流れ



6. 面接指導実施までの過程

(1) 管理者は医師の労働時間を把握する

- 医師の労働時間の把握等
 - ◇ 労働時間の記録を作成する
 - ◇ タイムカードやパソコン利用記録等の客観的な方法での把握が望ましい
 - ◇ 毎月面接指導対象医師を確認する

(2) 管理者は面接指導対象医師を選定する

- 把握した結果に基づき面接指導対象医師を選定する
- 医師は適用されている水準によらず月の時間外・休日労働が100時間以上となることが見込まれる場合、面接指導実施医師による面接指導を受けることになる
- A水準適用医師の面接指導については、時間外・休日労働が100時間以上となる可能性が少ないと予測される。そのため当月の時間外労働実績が80時間超となった場合に、まず、睡眠及び疲労の状況（例えば、睡眠負債、うつ、ストレスの状況）についての確認を行い、その結果において基準値を超える者についてのみ、時間外・休日労働が100時間に達する前の実施を必須とする
 - ※ 基準値を超えない者については時間外・休日労働が100時間以上となった後での実施でも差し支えない（面接指導の義務がなくなるわけではない）
- A水準以外の水準適用医師は、時間外・休日労働の上限時間が高く設定され、月の時間外・休日労働も100時間以上となることも少なくないと予測される。そのため時間外・休日労働が100時間に達する前の実施を必須とし、例えば、前月において時間外・休日労働が100時間超となっていた場合には、当月も100時間以上となることも念頭に、あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおく等の対応が推奨される

(3) 管理者は面接指導対象医師の事前情報を把握する

- ◇ 過去3か月の休日、副業・兼業も含めた時間外労働時間
- ◇ 「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023年改正版）」の結果等の情報
- ◇ 睡眠負債の状況を評価する質問紙の結果等の情報
- ◇ 過去の面接指導結果及び意見書
- ◇ 長時間労働の理由と今後の見通し

その他事前確認が望ましい事項

- ◇ 産業医や面接指導対象医師の上司へ面接指導の対象となる医師の勤務状況を聴取する
- ◇ 在籍する病棟や診療科の看護師長等から勤務状況を聴取する
- ◇ 各種の健康診断の受診やその事後措置の状況を把握する

(4) 事業者が面接指導実施医師へ実施依頼と情報共有を行う


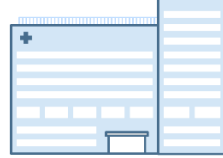





- 対象医師の長時間労働の情報を面接指導実施医師及び産業医に提供する
- 面接指導対象医師に対し「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023年改正版）」「睡眠負債の状況を評価する質問紙」等による事前実施を指示する
- 面接指導実施日を決め、面接指導の実施を指示する

7. 面接指導実施時の留意点等

(1) 面接指導の実施環境

- 面接指導は、プライバシーが確保される場所で実施する
- 面接指導は、原則として対面で行うことが面接指導の効果を高めるために有用であるが、面談実施医師が表情やしぐさ等を確認できること等一定の条件を満たせば、テレビ電話等の情報通信機器を用いた面接指導（以下、「リモート面接」という）も可能である
- 表7-1「面接指導の実施場所と実施方法、留意事項」の（4）施設外でのリモート面接の場合は特にプライバシーの確保に留意を要する
- 個人情報の扱いやリモート面接に使用するシステムに関しては、院内の衛生委員会等で議論を行い、院内の取扱いを決定し、面接指導実施医師へ適切に周知しておく
- 個人情報の管理
 - ◇ 外部への情報漏洩の防止や外部からの不正アクセスの防止の措置を講じる
 - ◇ 個人情報へのアクセス管理、アクセス記録、ソフトウェアに関する脆弱性対策等の技術的安全管理措置を適切に講じる

表 7-1 面接指導の実施場所と実施方法、留意事項

| | 対面 | | リモート面接*1 | |
|-----------------|---|---|--|---|
| | (1) 施設内 | (2) 施設外 | (3) 施設内 | (4) 施設外 |
| 実施場所 |  |  |  |  |
| 面談対象医師 (労働者) | 院内 | 院外 | 院内*2 | 院内又は 自宅等*2 |
| 面談実施医師 (産業医) | 院内 | 外部施設 (病院、診療所) | 院内 | 外部施設 (病院、診療所) |
| 面談の イメージ |  |  |  |  |
| 面談場所 | 相談室、面談室、 会議室等 | 外来、面談室等 契約した外部の医 師の勤務場所 | 施設内で別々の部屋 (個室、面談ブース 等) からアクセス | それぞれが個室 |
| 面談手順の例 | 病院事務が 日時・場所を指定 | 病院事務と外部医 師が日時場所を調 整 | 病院事務が 日時・リモート面談 方法を指定 | 病院事務が面談実 施医師と実施方法 を調整 |
| 利点 | じっくり面談でき る | 対象医師が相談し やすい | 簡便に実施できる 記録の保存しやすい | 簡便で実施しやす い |
| 欠点 | 場所と時間の確保 に時間を要する | 外部施設のコスト | | セキュリティに難 記録の保存に難 |
| 一般的な セキュリティ | ◎ | ○ 面談環境による | ○*2 | △*2 |
| 留意事項 | ・ 院内書類の整備 ・ リスケジュール 手順の整備 ・ 実施医師の報酬 | ・ 記録文書の共有 手順確立、守秘義 務、就業上の措置 意見の取り扱い | ・ 記録の保存場所 ・ 院内カルテか別シ ステムか ・ 通信環境 | ・ 通信機器のセキ ュリティ ・ 記録の保存方法 ・ 通信環境 |

*1 厚生労働省「情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項等について」(令和3年3月31日、基発0331第4号)を参照すること

*2 リモート面接を実施する際には、*1も参照し、特に以下の点に留意する

- ・ 情報通信機器を用いて面談実施する職務の範囲や留意事項等を衛生委員会等で調査審議をし、労働者に周知すること
- ・ 労働者の健康管理に必要な情報が面談実施医師(産業医)に円滑に提供される仕組みを構築すること
- ・ 使用する情報通信機器は面談実施医師(産業医)や面談対象医師(労働者)が容易に利用できること

- 令和3(2021)年3月に厚労省は「情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項等について」を発売し、リモートでの産業医活動に関して留意点を示している²
- 表7-2に、参考として情報通信機器を用いた産業医の職務の実施に関する留意事項についての厚生労働省通知の概要を示した。産業医以外でも、情報通信機器を用いた面接指導実施等に際し有用と思われる

(参考) 表7-2 情報通信機器を用いた産業医の職務の実施に関する留意事項*1 (要約)

| (1) 共通事項 | | |
|--------------------------------------|------------|--|
| ア 遠隔産業医活動の留意事項を衛生委員会で審議して、労働者に周知すること | | |
| イ 遠隔産業医活動を行う産業医に労働者の健康管理情報を周知すること | | |
| ウ 実地で作業環境等を確認することができる仕組みを構築すること | | |
| エ 事業場周辺の医療機関との連携を図ることができるようにしておくこと | | |
| (2) 個別の産業医活動 | リモートの可否 | ポイント |
| ア 面接指導 | ○ | 面接指導を実施する医師が必要と認める場合には、直接対面により実施する |
| イ 作業環境の維持管理及び作業の管理 | 状況により ○ | ・定期巡視の実施の際は、実地で作業環境や作業内容等を確認する ・事業場の作業環境や作業内容等を踏まえ、産業医が追加的に実地で確認する頻度について検討することが適当 ・製造工程や使用する化学物質を変更する等、事業場の作業環境や作業内容等に大きな変更が生じる場合は、実地で確認する |
| ウ 衛生教育 | ○ | 「インターネット等を介したeラーニング等により行われる労働安全衛生法に基づく安全衛生教育等の実施について」*2 参照 |
| エ 健康障害原因調査、再発防止措置 | 原則 × | 原則として事業場において産業医が実地で作業環境等を確認すること |
| オ 職場巡視 | × | |
| カ 安全衛生委員会への出席 | ○ | 「情報通信機器を用いた労働安全衛生法第17条、第18条及び第19条の規定に基づく安全委員会等の開催について」*3 参照 |

*1 令和3年3月31日、基発0331第4号、*2 令和3年1月25日付け基安安発0125第2号、基安労発0125第1号、基安化発0125第1号、*3 令和2年8月27日付け基発0827第1号

² 厚生労働省「情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項等について」(令和3年3月31日、基発0331第4号)

(2) 面接指導に要する時間（10～40分程度）

- 長時間労働医師への面接指導に要する時間は下記のように推定される
- 「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023年改正版）」、「睡眠負債の状況を評価する質問紙」等は、事前に記入してもらおう等しておくことで面接指導の時間を短縮できる

| | |
|-------|--------------------------|
| 1～3分 | チェックリストの確認・自己紹介 |
| 5～30分 | 面接指導（措置不要となる場合には5分程度を想定） |
| 2～10分 | 意見書作成 |

(3) 面接指導の概要

- 勤務の状況の把握を第一の確認事項として、心身の状況（睡眠、疲労、基礎疾患の有無）を面接するなかで聴取し、働き方と心身の状況の関連性を総合的に評価して、意見書を作成する
- 顕在化した健康への問題は産業医等へ繋ぎ、長時間労働による健康障害等の発生を予防的に対処する手立ての整理とその必要性の仕分けを行い、管理者等に意見書として提案する
- 表7-3には、面接指導での確認事項の例を示した

表7-3 面接指導での確認のステップ

- 自己紹介（ラポール形成）、診療業務への共感、ねぎらい
 - 客観的な勤務状況の確認（時間外・休日労働、宿日直）
 - 勤務の状況（診療科、担当業務、業務の満足度等）
 - 心身の状況（疲労蓄積、睡眠、その他の心身の状況）
 - 周囲のサポート（上司・同僚の支援不足、ハラスメント等）
 - 本人の希望、守秘の範囲の確認、意見書記載内容の確認等
- ⇒総合的に面談情報によって各部門との連携の要否を判断



(4) 面接指導中のポイント

1) 長時間労働医師への確認事項と評価のポイント

- 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
- 医師の業務や働き方がバーンアウト（燃え尽き）の高リスクであることを踏まえ、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）の相違を念頭に置きつつ評価を行う

各項目の詳細について下記に述べる。なお、ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトについては2-(3)-1)も参照のこと

① 勤務の状況の確認

- 業務内容、時間外・休日労働、深夜勤務の頻度・時間、勤務間インターバルの確保状況、代償休息の付与状況等を確認。勤務間インターバルと代償

休息については1-(4)-2)参照

- 実際の働き方の様子（働き方の見通し、懸念、希望等）を確認することが望ましい

② 睡眠負債の状況の確認

- 睡眠時間や日中の眠気等から睡眠負債の程度を確認（0（低）～3（高）で評価）（参考資料①）
- 睡眠負債の状況进行评估する質問紙の項目等を参考に睡眠負債の状況を確認
- 必要に応じて、アクチグラフ、精神運動覚醒検査（PVT）（P43.「PVT 及びアクチグラフの応用」）、睡眠時無呼吸症候群のパルスオキシメータによるスクリーニング等の客観的指標を活用する
- なお、米国睡眠医学会と睡眠研究学会の共同コンセンサス・ステートメントでは7～9時間の睡眠が推奨されている

参考資料① 睡眠負債の状況进行评估する質問紙

| 最近2週間の状況について回答して下さい。 | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 |
|--|----------|---------|---------|-------|
| 平均睡眠時間 | 7時間以上 | 6-7時間未満 | 5-6時間未満 | 5時間未満 |
| 朝起床時に熟睡感(よく眠ったという感覚)がある | よくある | | 時々ある | なし |
| 午後に眠気もしくは疲労感を感じる | なし | | 時々ある | よくある |
| いつでもどこでも寝ようと思えば入眠可能(新幹線等の中で入眠可能な状態) | なし | | 時々ある | よくある |
| 夕方のカンファレンスあるいは車を運転中に眠気を感じていないのに一瞬居眠りをすることがある | なし | | 時々ある | よくある |
| 慢性的な疲労感がある | なし | | 少しある | 大いにある |
| 総合点 | 点 | | | |

| 上記の総合点 | 0～2点 | 3～4点 | 5～8点 | 9～18点 |
|----------------|----------|----------|----------|----------|
| 睡眠負債の状況 | 0 | 1 | 2 | 3 |

| 最近1年間について回答して下さい。 | | | | |
|-----------------------------------|----|------|------|------|
| 家族・同僚から、大きないびき、または、睡眠中の呼吸停止を指摘された | なし | 少しある | 時々ある | よくある |

※「よくある」の場合は、睡眠時無呼吸症候群のスクリーニング検査を勧める

その他睡眠負債の把握で有用な項目

- 2週間の平均的な睡眠時間及び宿日直の状況
- 不眠の主症状(入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感)の有無
- 睡眠時間を十分にとっていると思っても昼食後、あるいは午後に眠気、疲労感を感じることもある
- いつでもどこでも寝ようと思えば入眠可能(例、新幹線で大阪方面から東京駅に向かう場合、車中で寝ようと思えば入眠出来る)
- 夕方のカンファレンスで起きているつもりなのに気づくと寝ていることがある
- 慢性的な疲労感がある
- 家族、同僚から大きないびきもしくは睡眠中の呼吸停止を指摘されることがある
- 車を運転中に眠気を感じていないにも関わらず不意に一瞬居眠りすることがある

③ 疲労の蓄積の状況の確認

- 「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト(2023年改正版)」の結果や面接指導時の様子を踏まえ、疲労の程度、業務や日常生活への影響の有無等を確認することで疲労の蓄積の状況を評価(参考資料②)
- 「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト(2023年改正版)」は、労働者が調査票の選択肢を選ぶことで、簡単に自身の疲労度を測定することができるものであり、インターネット上に公開され過重労働による健康障害防止対策のツールとして広く活用されている

働き方改革が進む中、有識者による検討委員会にて内容の見直しが行われた

参考資料② 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023年改正版）

記入者 _____ 記入年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

このチェックリストは、労働者の仕事による疲労蓄積を、自覚症状と勤務の状況から判定するものです。

1. 最近1か月間の自覚症状 各質問に対し、最も当てはまる項目の□に✓を付けてください。

| | | | |
|-------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. イライラする | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 2. 不安だ | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 3. 落ち着かない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 4. ゆうつだ | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 5. よく眠れない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 6. 体の調子が悪い | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 7. 物事に集中できない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 8. することに間違いが多い | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 9. 工作中、強い眠気に襲われる | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 10. やる気が出ない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 11. へとへとだ（運動後を除く）★1 | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 13. 以前とくらべて、疲れやすい | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 14. 食欲がないと感じる | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |

<自覚症状の評価> 各々の答えの()内の数字を全て加算して下さい。 合計 _____ 点

| I | 0-2点 | II | 3-7点 | III | 8-14点 | IV | 15点以上 |
|---|------|----|------|-----|-------|----|-------|
|---|------|----|------|-----|-------|----|-------|

2. 最近1か月間の勤務の状況 各質問に対し、最も当てはまる項目の□に✓を付けてください。

| | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. 1か月間の労働時間（時間外・休日労働時間を含む） | <input type="checkbox"/> 適当(0) | <input type="checkbox"/> 多い(1) | <input type="checkbox"/> 非常に多い(3) |
| 2. 不規則な勤務（予定の変更、突然の仕事） | <input type="checkbox"/> 少ない(0) | <input type="checkbox"/> 多い(1) | — |
| 3. 出張に伴う負担（頻度・拘束時間・時差等） | <input type="checkbox"/> ない又は小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | — |
| 4. 深夜勤務に伴う負担 ★2 | <input type="checkbox"/> ない又は小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | <input type="checkbox"/> 非常に大きい(3) |
| 5. 休憩・仮眠の時間数及び施設 | <input type="checkbox"/> 適切である(0) | <input type="checkbox"/> 不適切である(1) | — |
| 6. 仕事についての精神的負担 | <input type="checkbox"/> 小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | <input type="checkbox"/> 非常に大きい(3) |
| 7. 仕事についての身体的負担 ★3 | <input type="checkbox"/> 小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | <input type="checkbox"/> 非常に大きい(3) |
| 8. 職場・顧客等の人間関係による負担 | <input type="checkbox"/> 小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | <input type="checkbox"/> 非常に大きい(3) |
| 9. 時間内に処理しきれない仕事 | <input type="checkbox"/> 少ない(0) | <input type="checkbox"/> 多い(1) | <input type="checkbox"/> 非常に多い(3) |
| 10. 自分のペースでできない仕事 | <input type="checkbox"/> 少ない(0) | <input type="checkbox"/> 多い(1) | <input type="checkbox"/> 非常に多い(3) |
| 11. 勤務時間外でも仕事のことが気にかかって仕方ない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 12. 勤務日の睡眠時間 | <input type="checkbox"/> 十分(0) | <input type="checkbox"/> やや足りない(1) | <input type="checkbox"/> 足りない(3) |
| 13. 終業時刻から次の始業時刻の間にある休憩時間 ★4 | <input type="checkbox"/> 十分(0) | <input type="checkbox"/> やや足りない(1) | <input type="checkbox"/> 足りない(3) |

- ・ <勤務の状況の評価> 各々の答えの()内の数字を全て加算して下さい。合計 _____ 点

| | | | | | | | |
|---|----|---|------|---|-------|---|-------|
| A | 0点 | B | 1-5点 | C | 6-11点 | D | 12点以上 |
|---|----|---|------|---|-------|---|-------|

- ★1：へとへと：非常に疲れて体に力がなくなったさま
- ★2：深夜勤務の頻度や時間数等から総合的に判断して下さい。
深夜勤務は、深夜時間帯（午後10時～午前5時）の一部または全部を含む勤務を言います。
- ★3：肉体的作業や寒冷・暑熱作業等の身体的な面での負担を言います。
- ★4：これを勤務間インターバルと言います。

3. 総合判定

次の表を用い、自覚症状、勤務の状況の評価から、あなたの疲労蓄積度の点数（0～7）を求めてください。

【疲労蓄積度点数表】

| | | 勤務の状況 | | | |
|------|-----|-------|---|---|---|
| | | A | B | C | D |
| 自覚症状 | I | 0 | 0 | 2 | 4 |
| | II | 0 | 1 | 3 | 5 |
| | III | 0 | 2 | 4 | 6 |
| | IV | 1 | 3 | 5 | 7 |

※糖尿病や高血圧症等の疾病がある方の場合は判定が正しく行われな可能性がります。

あなたの疲労蓄積度の点数：_____点（0～7）

| 判定 | 点数 | 疲労蓄積度 |
|-----|-------------|----------|
| | 0～1 | 低いと考えられる |
| 2～3 | やや高いと考えられる | |
| 4～5 | 高いと考えられる | |
| 6～7 | 非常に高いと考えられる | |

4. 疲労蓄積予防のための対策

あなたの疲労蓄積度はいかがでしたか？本チェックリストでは、健康障害防止の視点から、これまでの医学研究の結果などに基づいて、疲労蓄積度が判定できます。疲労蓄積度の点数が2～7の人は、疲労が蓄積されている可能性があり、チェックリストの2に掲載されている“勤務の状況”の項目（点数が1または3である項目）の改善が必要です。個人の裁量で改善可能な項目については、自分でそれらの項目の改善を行ってください。個人の裁量で改善不可能な項目については、勤務の状況を改善するよう上司や産業医等に相談してください。なお、仕事以外のライフスタイルに原因があって自覚症状が多い場合も見受けられますので、睡眠や休養などを見直すことも大切なことです。疲労を蓄積させないためには、負担を減らし、一方で睡眠・休養をしっかり取る必要があります。労働時間の短縮は、仕事による負担を減らすと同時に、睡眠・休養を取りやすくなることから、効果的な疲労蓄積の予防法の一つと考えられています。あなたの時間外・休日労働時間が月45時間を超えていれば、是非、労働時間の短縮を検討してください。

【参考】時間外労働と脳血管疾患・虚血性心疾患との関連について

時間外労働は、仕事による負荷を大きくするだけでなく、睡眠・休養の機会を減少させるので、疲労蓄積の重要な原因の一つと考えられています。医学的知見をもとに推定した、時間外・休日労働時間（1週当たり40時間を超える部分）と脳出血等の脳血管疾患や心筋梗塞等の虚血性心疾患の発症等の健康障害のリスクとの関連性を下表に示しますので参考にしてください。上のチェックリストで仕事による疲労蓄積度が低くても時間外労働時間が長い場合には注意が必要です。

| | | | |
|------------|-----------|--------------------------|----------------------------------|
| 時間外・休日労働時間 | 月 45 時間以内 | 時間の増加とともに健康障害のリスクは徐々に高まる | 月 100 時間または 2～6 か月平均で月 80 時間を超える |
| 健康障害のリスク | 低い | | 高い |

疲労蓄積度自己診断チェックテスト（2023年改正版）

URL : <https://www.mhlw.go.jp/content/001084057.pdf>

④ その他の心身の状況の確認

- うつ症状と心血管疾患リスクに留意し、心身の健康状況や生活状況等を確認する
- 医師の職務や働き方はバーンアウトのリスクが高く、その帰結がもたらすインパクトも大きい（Rothenberger, 2017）、評価すべきポイントとなる
- うつ症状の確認は以下の通り
 - ◇ 「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023年改正版）」の 1. 最近1か月間の自覚症状の項目番号 4・5・7・10・11・12・13・14 はうつ症状に関連する項目である
 - ◇ うつ病のスクリーニングとして参考資料③「うつ病の簡便な構造化面接法（Brief Structured Interview for Depression: BSID）」を活用する。希死念慮の発現にも注意する
 - ・ BSIDは、Mini-International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.)の大うつ病エピソードモジュールを短縮して作成された
 - ・ 2週間以上続く抑うつ気分もしくは興味や喜びの喪失に加え、睡眠障害、無価値感・罪責感、注意集中困難の有無を尋ねることで大うつ病エピソードをスクリーニングするツールである
 - ・ BSIDとM. I. N. I.大うつ病エピソードモジュール 9項目版との一致度はkappa係数で0.60で産業医・保健師によってBSIDを実施したところ、BSIDの感度は86%、特異度は77%、陽性的中率は81%であった
 - ・ 検査の所要時間は、5問とも行なった場合で平均98秒（標準偏差55）であったと報告されている
 - ・ 心血管疾患のリスクは以下の通り

- ◇ 評価項目として血圧、BMI、自覚症状の有無、喫煙・飲酒習慣、運動習慣、食事内容、自覚症状の有無等を確認する
- ◇ 健康診断の所見や、医学的な管理がなされているのか、治療中であれば、血圧や血糖等のコントロールの状況等の情報を参考とする
- ◇ その他の心血管疾患のリスクについては、必要に応じて産業医と連携して確認する

参考資料③うつ病の簡便な構造化面接法

(Brief Structured Interview for Depression, BSID)

B1 この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであ
ったり沈んだ気持ちでいましたか？ いいえ はい

B2 この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵
いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？ いいえ はい

チェックポイント1：

B1 またはB2 のどちらかが「はい」である場合 → 下記の質問にすすむ

B1 またはB2 のどちらかも「いいえ」である場合 → 面接終了（うつ病を疑わない）

B3 この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あな
たは：

a 毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目
が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまう等）がありましたか？ いいえ はい

b 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感
じたりしましたか？ いいえ はい

c 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？ いいえ はい

チェックポイント2：

B1～B3（a～c）の合計5つの質問に、

少なくともB1とB2のどちらかを含んで、3つ以上「はい」がある → 大うつ病エピソードの疑い

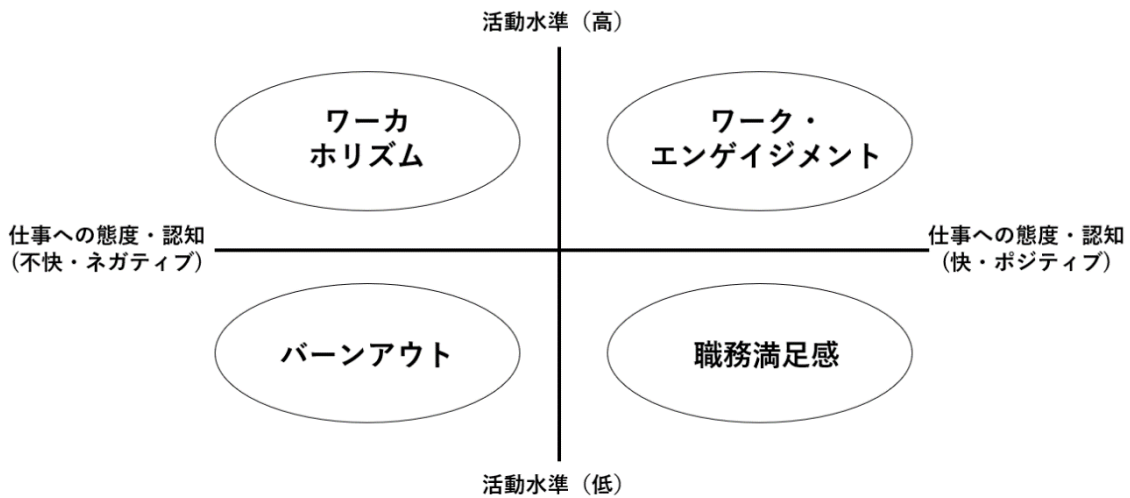
それ以外 → 面接終了（うつ病を疑わない）

出典：廣 尚典. 産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討. 厚生労働科学研究補助金（労働安全衛生総合研究事業）「労働者の自殺リスクの評価と対処に関する研究」平成15年度総括・分担研究報告書. 2004.

- バーンアウトを精査する意義は以下の通り
 - ◇ 仕事の要求度-コントロールモデル、努力-報酬不均衡モデル等の職業性ストレスモデルで測定される仕事の特徴（ストレス要因）が循環器疾患、うつ病を含む精神疾患の発症、及び自殺死亡を予測する知見がある（Dragano et al, 2017; Kivimaki et al, 2012; Madsen et al, 2017; Milner et al, 2018）
 - ◇ 労働時間に加え、ストレスが大きい仕事やその要因の聴取により、バーンアウトを防ぐための介入のヒントが得られる
 - ◇ バーンアウトのストレス要因については、職業性ストレス簡易調査票（[stress-check_j.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/shingi2_000030.html)）で測定することができる。バーンアウトの評価については日本語版 BAT（BAT-J）が利用できる

元来、医師の仕事や働き方はバーンアウトの高リスクであることを踏まえ、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）の相違を念頭に置きつつ評価を行う

図 2-10 再掲



島津（2009）産業ストレス研究,16,131-138を一部改変

- バーンアウトと関連する事項
 - ◇ 休日日数※
 - ◇ 睡眠時間※
 - ◇ 当直及びオンコールの回数※
 - ◇ 患者のクレーム※
 - ◇ ワーク・ライフ・バランスに欠けていること（Thomas, 2004）
 - ◇ 完ぺき主義（医師に多い）は不安やバーンアウト、自殺に陥りやすくなる脆弱因子として指摘されている（Myers and Gabbard, 2008）

※（日本医師会勤務医の健康支援に関する検討委員会, 2016）

2) 面接指導での聴取や助言・保健指導の内容を検討する際のポイント

- ◇ 面接指導対象医師自身が感じる「いつもと異なる点」に着目
- ◇ 長時間労働の程度と理由（長時間労働解消の見込みの有無）
- ◇ 心理的な負担の状況
- ◇ 現在治療中の疾病や既往症の有無
- ◇ 主にメンタルヘルス不調と循環器疾患リスク評価を行う
- ◇ 高リスク者については産業医と連携することが重要
- ◇ 面接指導対象医師の多くは、面接指導実施時も元気に見えることが予想されるが、下記①「就業制限や医療機関紹介の必要性をうかがわせる状況」に示す自覚症状等に留意する
複合的な負荷が医師の健康状態に影響を与えうることから、②「長時間労働以外の負荷要因」も把握する

① 産業医との連携が必要となる、「就業制限や医療機関紹介の必要性をうかがわせる状況」

- めまい、ふらつき、嘔気、冷感、微熱等の自律神経症状や生活に支障をきたすような倦怠感・慢性疲労
- 慢性的な疲労感が強く、労働意欲が喪失傾向である
- うつ症状や睡眠障害が強く、日常業務の遂行に支障をきたしている
- うつ病や不安障害等の精神疾患が疑われる
- 希死念慮を疑わせる兆候がある

② 「長時間労働以外の負荷要因」

労働時間以外の負荷要因を下記に示す

- 不規則な勤務（緊急手術、患者急変等）
- 拘束時間
- 出張業務（頻度が多い、時差がある、宿泊を伴う等）
- 深夜勤務
- 人間関係のストレス（パワーハラスメント、アカデミックハラスメント等）
- 作業環境（暑熱、寒冷、騒音等）
- 精神的緊張を伴う業務
- 通勤時間・通勤方法
- 職業性ストレス要因（仕事のコントロール、仕事の要求度、仕事上の支援）
- 努力と報酬のバランス

- 面接指導対象医師の年齢・性別を考慮した時間外労働の基準は設けられていないが、長時間労働による健康影響は、個人要因によってもリスクが増減する
 - ◇ 医師の自殺は、特に女性医師において高リスクであることがメタアナリシスで報告されている (Dutheil et al, 2019)
 - ◇ 循環器疾患の発症リスクは、Framingham score 等を利用して個人のリスクを評価した上で面接することも勧められる
 - ◇ 個人要因に加えて、長時間労働や仕事のストレスを取り入れた循環器疾患やうつ病のリスクチャートが作成されており、評価の参考として使用できる (<https://www.med-ph.kitasato-u.ac.jp/riskchart-web/>)

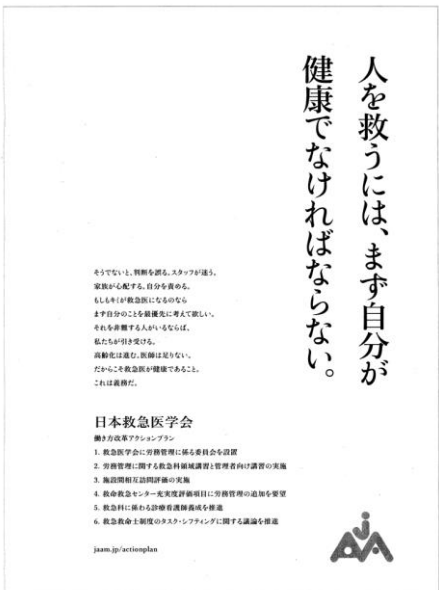
<追加参考文献>

日本医師会勤務医の健康支援に関する検討委員会. 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告 2016 [Available from: <https://www.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien28.pdf>.
 Thomas NK. Resident burnout. JAMA. 2004;292(23):2880-9.
 Myers MF, Gabbard GO. The Physician as Patient: A Clinical Handbook for Mental Health Professionals. Arlington, Va: American Psychiatric Publishing; 2008. 252 p.

3) 特に高リスクの医師

- 医師の業務や働き方は、長時間労働になりやすく全体的に高リスクであるが、その中でも特に高リスクの医師が存在する
- 表 7-4 には、面接指導により特に心身の健康課題や職場環境調整の助言を受けることが望ましい医師の例をあげた

表 7-4 面接指導により心身の健康課題や職場環境調整に助言を受けることが望ましい医師

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◆自身の健康管理が適切になされていない医師 <ul style="list-style-type: none"> ・未治療や適切に管理されていない疾患（高血圧、糖尿病、うつ等）を抱えている、自己判断で治療を行っている医師 ・労働時間と健康に関する適切な教育を受けていない医師、等 ◆睡眠負債や疲労蓄積が明らかな医師 ◆臨床研修医・専攻医等、研修中の医師 ◆面接時点で健康不安の訴えのある医師 ◆過去に勤務環境が主たる原因で体調を崩したことがある医師 ◆医療事故や、感染症対応等で一時的に大きなストレスを抱えている医師 |  <p style="text-align: center;">人を救うには、まず自分が健康でなければならぬ。</p> <p style="font-size: small;">そうではない、健康を減ら、ストレスが溜まる。家庭が心配する、自分も減る。もしも自分が救急隊員にならぬ。まず自分のことを健康先に考えて欲しい。それを非難する人がいるならば、私たちが引き受ける。高血圧は遺伝、血糖は足りない。だからこそ救急隊が健康であること。これは義務だ。</p> <p style="text-align: center;">日本救急医学会 働き方改革アクションプラン</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 救急医学会に労務管理に係る委員会を設置 2. 労務管理に関する救急科地域連携と管理者向け講習の実施 3. 救急科地域連携研修会の実施 4. 救急科センター-夜間救急科連携に労務管理の追加を要望 5. 救急科に携わる診療科連携研修会の推進 6. 救急科本土制度のタスクシフティングに関する議論を推進 <p style="font-size: x-small; text-align: center;">jgma.jp/actionplan</p> |
|--|---|

(5) 面接指導対象医師への具体的な助言・保健指導

- 長時間労働医師に対する保健指導においては、一般的な健康管理のみならず、睡眠時間や睡眠の質、ストレスコーピングについて保健指導を行うことが重要である（次頁の長時間労働面接振り返りシートを活用する）
- 医師の就業環境はストレスが大きいいため、医師のメンタルヘルス不調は多く、医師が高リスク者である認識を持ってもらう
- 医師自身が、健康を維持しつつ診療することが、医療の質・安全を保つことにつながることを認識してもらう
- 助言や保健指導を受け入れてもらうことが重要であり、面接指導対象医師への接遇も重要である

＜助言や保健指導を行い、適切な意見書を作成するための面接指導の工夫＞

- ① 良好な関係づくりのため、**面接指導実施医師から先に自己紹介**を行い、面接指導対象医師の診療業務への共感、ねぎらいから始める
- ② **心身の状況を確認し、一般的な健康管理ならびに睡眠や休息等に関する助言や保健指導**を行う
- ③ **心身の状況への対処が必要と考えられる場合は、専門医への受診勧奨、産業医との連携、心身の状況の自己管理の継続等**について意見書に記載をする
- ④ **勤務の状況への対処が必要と思われる場合は、管理者・産業医や所属部門長との連携**について意見書に記載する
- ⑤ **その場で解決が困難と考えられる事項がある場合は、面接指導実施医師のみで解決しようとせず、産業医等と連携する**

長時間労働面接振り返りシート

年 月 日

安全で質の高い医療を提供するためには、医師自らも心身の不調を整えて、日頃より自己管理を行う必要があります、そのためには睡眠不足や疲労等への気づきが重要です。

長時間労働者が気をつけるべきことを以下にお示しします。面接指導実施医師がチェックを入れた項目は、ご自身の状態や生活習慣の見直しをお考え下さい。

① 一般的な健康管理に関して

- 現在、治療中の病気はありませんか？また、健康診断等で異常値が出ているにも拘わらず、未治療ではありませんか？
- 疲労感が強い時に休養をとれていますか？
- バランスの良い食事をとれていますか？
- 適度な運動をすることができていますか？
- 喫煙や過度な飲酒をしていませんか？

面接指導実施医師コメント：

② 睡眠の量と質

- 1日最低6時間の睡眠がとれていますか？
- 熟睡感が伴うような、良質な睡眠がとれていますか？
- 就寝前に、飲酒、カフェイン摂取、喫煙、激しい運動、VDT作業等をしていませんか？
- 睡眠中のいびきや日中の眠気はありませんか？

面接指導実施医師コメント：

③ ストレスへの対応

- 心理的に完全に仕事から離れる時間はありますか？
- 心身を休め、リラックスする時間はありますか？（趣味、団らん等）
- 職場の悩み等を上司、友人、家族に話せていますか？

面接指導実施医師コメント：

④ 十分な休息の確保

- 適切な勤務間インターバルが取れていますか？
- 勤務間インターバルが確保できなかった場合の代償休息は付与されていますか？
- 自身の兼業先等の労働も含めて休息が取れるような勤務計画になっていますか？
- 勤務終了後は、引継ぎをして速やかに帰宅することを心がけていますか？
- 週に一度は完全に仕事から離れ、家族と過ごす時間や趣味を楽しむ日はありますか？

面接指導実施医師コメント：

1) 面接指導対象医師への助言・保健指導項目

①一般的な健康管理

- 現在の長時間労働は平均 10 年後の脳・心臓疾患のリスク上昇に関わる
 - ◇ 長時間労働が脳・心臓疾患のリスクに関連するメカニズムには複数のものがあるが、長時間労働へのばく露から疾患発症まで、少なくとも平均して 10 年程度の時間差を想定することは妥当であるとするエビデンスがある (Pega et al, 2021)
- 禁煙、血圧・体重管理等も含め総合的なリスク低下を図る
 - ◇ 好ましい健康習慣（フルーツや野菜類の摂取、及び身体活動等）は、循環器疾患の予防効果のみならず、メンタルヘルスにも好影響を及ぼす (Głabaska et al, 2020; Schuch et al, 2018; Schuch et al, 2019)
 - ◇ 自覚症状がある場合には、仕事を休むことができる状態にあることが、循環器疾患発症を予防する (Kivimäki et al, 2005)
 - ◇ 疲労が強い時は休養に努める

②睡眠の量と質

- 以下の点を指導する
 - ◇ 医師の心構えとして、十分に休息をとって自己の体調を維持するように自覚を促す
 - ◇ 1日6時間以上の睡眠時間をとるよう心がける
 - 長時間労働の健康への影響については、2-(2)-2)にて詳述している
 - ◇ 就寝前に睡眠の妨げとなるカフェイン摂取、喫煙、激しい運動、VDT 作業（スマホ含む）等は避ける
 - ◇ 就寝前の睡眠補助として飲酒する習慣は勧められない
 - 依存性や耐性のみならず、脳出血による死亡リスクを増悪させる可能性がある (Ikehara et al, 2008)、
 - ◇ 睡眠に関する保健指導には、「健康づくりのための睡眠指針 2014」等が参考となる

(厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針 2014」

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>)

③ ストレスコーピング

- ストレスコーピングの方法として、身体活動や趣味等で心理的に完全に仕事から離れる時間を持つことが心身の回復に望ましいことが示されている (Sonntag, 2003)
- 日本語版リカバリ経験尺度によって仕事との心理的距離等を把握することができる (<https://hp3.jp/tool/req>)

- ワーク・ライフ・バランスを適切に保つことは、うつ病やバーンアウトの予防に重要である(Thomas, 2004)

④セルフケアにつなげる助言

- 医師の就業環境はストレスが大きいいため、医師のメンタルヘルス不調は多く、医師が高リスク者である認識を持ってもらう
 - ◇ 117件の研究のメタアナリシスで、新型コロナウイルス感染症の流行下に、医療者の高レベルの不安、バーンアウト、抑うつ有病率は、それぞれ、30%、28%、24%と推定されている(Serrano-Ripoll et al, 2020)
- 一方で、医師は、自身のメンタルヘルスの問題を否認し、援助希求的態度を取りにくい傾向があることに注意しなければならない(Myers and Gabbard, 2008)
- 医師自身が、健康を維持しつつ診療していくことが、患者の利益に繋がることを、認識してもらう
 - ◇ 医師の健康障害は、彼らが救おうとしている患者のアウトカムに影響する(Panagioti et al, 2018)
 - ◇ 医師のバーンアウトは、医師としてのキャリアの断念や患者ケアの質の低下に関連し、ひいては医療サービス提供機能の低下につながる事が指摘されている(Hodkinson et al, 2022)
- 自身に起こりやすいストレス反応をモニターできることは、セルフケアに有用である
 - ◇ ストレス反応の例
 - ・ 早朝覚醒
 - ・ 飲酒量の増加
 - ・ 食行動の変化(ファストフードに偏る等)
 - ◇ バーンアウトのサイン
 - ・ (ケアの対象である患者には優しいが) 家人にあたりちらす等
- ストレス反応を自覚したら、意識的に休養をとる等の対処ができるとよい
- 仕事に支障が出ているのであれば、専門家に相談する
- 自分では、必ずしも認識できないかもしれないので、日常的に、周囲と状態のシェアができるようにしておけるとよい

上記を踏まえ、保健指導のポイントを下記に示す

- ・自身の睡眠不足や疲労について「**気づきの心**」を涵養するよう指導する。さらに、アクチグラフ等の客観的指標に基づいて、自身の睡眠不足や疲労に気づき、適切な対応ができる自立性を促す
- ・自身の疾患のリスクについて把握し、行動変容を促す
- ・1日6時間以上の質の良い睡眠の確保を促す
- ・勤務時間外には身体活動や趣味、家族との団らんを楽しむことを促す
- ・好ましい健康習慣（栄養、身体活動等）、健康管理を促す

⑤ 医師への面接指導における留意点

医師に対する面接指導において下記のような事項にも留意する必要がある

- ・診療科、勤務形態、個人差等も考慮する
- ・各診療科やチーム内で働き方の見直しが必要である
- ・医学教育内容や世代間の相違により、働き方に関する認識に差があることを考慮する
- ・研究したい、よい医師を育てたい、患者を救いたい（自己犠牲があっても）という考えを尊重した上で必要な対応を行う
- ・医師の立場（若手、中堅、管理者世代）で優先すべき視点が異なる点を考慮する
- ・**医師が助けを求めた時には、かなり深刻な状況が多いので、早めの対応を心がける**

2) 医師個人への心身の状況への助言の例

- 面接指導対象医師が面接指導実施医師に健康について相談する場合においても、面接指導実施医師は通常の患者と同じように基本的事項から丁寧に説明し、管理者や産業医等と連携して対応する
- 面接指導対象医師が自分の健康情報をどのように取り扱いたいかについて必ず確認する
- 図 7-1 には、医師から自分自身の健康について相談された際の対応例を示した

図 7-1 専門職である医師から、医師自身の健康について相談があった場合

課題別の助言の例

◆ 専門職である医師から、医師自身の健康について相談があった場合

- ✓ 通常の患者と同じように接する。
- ✓ 医師(面接指導対象医師)が他の医師(面接指導実施医師)に健康について相談する場合は、病状が進行していることがある。

相談があったら、できる限りすぐに対応する

「先生ご自身で、問題への対応は可能ですか？」

「産業医や院長など私から連携してもよろしいですか？」

「はい」

「では、意見書に記録するようにします。」

(意見書様式における下記項目にチェックを入れるほか、可能な範囲で特記事項に上司、産業医等に適切に引き継がれるような意見を具体的に記載する)

心身の状況:()専門医受診勧奨()面談を含む産業医連携()その他(特記事項に記載)

勤務の状況:()上司相談()面談を含む産業医連携()その他(特記事項に記載)

「治療中のご病気などの情報はどうしましょうか？」

「いいえ、ここだけの話にしてください。」

「わかりました。困ったことが続くようであれば、〇〇へ相談するのはどうでしょうか？」

(相談先、解決窓口情報を伝える)

3) 医師の環境調整に関する助言の際の留意点

- 勤務間インターバルの確保や代償休息の取得等、基本的なことを実行する
- 就業上の措置として示された勤務条件に対し、人員の関係等ですぐには無理、本当は休みを取りたいが取れない、体調は悪くないので今の働き方を継続したい等の健康確保措置に否定的な訴えもあると思われる。面接指導対象医師の訴えを傾聴しつつ、必要な場合には面接指導対象医師の同意を得て、管理者、産業医や所属長等と連携していくことが重要である
- 図 7-2 の記載を参考に、「当直明けの日は引き継ぎをして帰宅」「週 1 日は完全フリー日を設ける」「担当患者は当直に任せて帰る」「20 時には病院を出る」等のわかりやすいルールを提案し、疲労蓄積を避けることや睡眠確保等、可能な範囲で具体的な助言を行なえるとよい

図 7-2 医師自身への環境調整に関する助言の例

勤務の状況への対処

環境調整に関する助言の例

- ◎長時間働いてよい条件(勤務間インターバルの確保等)が守られていない場合
 - ・ 休息時間は連続的に9時間(18時間)とすることが適切に確保されているか
 - ・ インターバル中の突発業務の時間に相当する代償休息を取得できているか等

- ◎本人(職場)への助言として

- ・ 当直明けの日は引継ぎをして速やかに帰宅
- ・ 当直医に担当患者を適切に任せて帰宅
- ・ 日中に集中して業務に取り組み、20時には帰宅する
- ・ 週に一日は完全に仕事から離れる日を設ける
- ・ 土日休みは出勤禁止 等

- ◎面接指導対象医師と面接指導実施医師が仕事の内容が似ている立場の場合

- ・ 具体的な業務に関する助言以上に、面接指導対象医師の許可を得た上で、本人の上司や産業医等との連携(相談)を促す



(参考)

- 面接指導対象医師の面接指導に対する姿勢は、必要性を感じていないものから助けを求めるものまで様々だと考えられる
- 面接指導対象医師と面接指導実施医師との面談回数や関係性により取り扱われる事項も異なると思われる
- 面接指導の結果、判明した対処すべき問題が、個人の健康問題か、職場環境か、あるいはもっと別の課題かにより面談時の環境調整の助言や対処方針を変えて行く必要がある

面接指導実施時の状況で考慮すべき点と実施者と対象者の関係性

- 初回か、2回目以降か
 - 受け身か、自発的か（相談したいことがある、職場環境について訴えたいことがある）
 - 面接指導実施医師と対象医師の関係性
 - ・類似の診療業務に従事している関係か、知り合い程度の関係か、初対面か
 - ・面談実施医師は、病院で選任されている産業医か、外部施設の医師か
 - ※ 面接指導実施医師は、対象医師の直接の上司とならないようにする
 - 対処すべき問題の有無
 - ・個人の健康に関する問題、プライベートな問題に起因する問題
 - ・職場の環境に関する問題、結果としての時間外労働・休日労働への対処の必要性の有無
 - ・その他
-

(6) 意見書の作成

- 面接指導により、多くの個人情報取得され、その内容が記録される
- 面接指導実施医師が記録した情報をもとに作成する意見書は、面接対象医師以外も内容を確認できる情報となる
- 産業保健の枠組みにつなげるべきか否かについて判断し記載することが最も重要である
- 意見書の記載例を参照する（106頁からの参考資料）
- 面接指導実施医師は、面接指導対象医師の健康を保持するために必要な就業上の措置について管理者へ意見書を提出する
- 事業所に産業医が選任されている場合
 - ◇ 意見書を提出する前に産業医と連携することができる場合
 - ・ 産業医から得た職場環境や業務内容に関する情報も考慮した上で意見を記載することが望ましい
 - ◇ 意見書を提出する前に産業医と連携することが難しい場合
 - ・ 必要に応じて、上司や衛生管理者から得た職場環境や業務内容に関する情報も考慮した上で意見を記載し、産業医と連携すべき旨を記載することが望ましい
- 事業所に産業医が選任されていない場合
 - ◇ 面接指導実施医師が、自ら職場環境や業務内容の実態をできる限り把握して意見を記載することが望ましい

1) 「長時間労働医師面接指導結果及び意見書」(意見書)の取扱い

- 就業上の措置を行う管理者(事業者)や人事・労務管理部門等の関係部署に回覧する事項を記載する
- 面接指導実施医師は、意見書が最終的に事業者(上司、人事等)へ提出されることをあらかじめ面接指導対象医師に伝え、意見書に記載する内容については、面接指導の最後に面接指導対象医師に確認しておくことが望ましい
- 面接指導で聴取した診断名、症状、検査データ、治療内容等の医学的データの記載については、本人の同意を取る等十分に配慮すること
- それらの情報を上司や人事等が必要な就業上の措置に変換して記載することが望ましい
- 関係部署を回覧した上で、人事・労務管理部門が保管する必要がある
- 産業保健部門でも複写を保管し、次回以降に面接指導実施医師が閲覧できるようにする

2) その他意見書の記載の留意点

- 本人からの聴取の他、可能であれば上司や人事からの時間外労働や今後の業務見通しに関する情報を把握し、意見書を作成することが望ましい
- 意見書を提出した後に実施された就業上の措置を確認できるように、事業者は「面接指導実施医師の意見書に基づく措置内容」欄等に実施した措置事項内容を記載する
- 本人から意見書の開示請求があった場合には、本人の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合や事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合を除き、遅滞なく開示しなければならない

事例1 やりとりの例

- 面接指導対象医師に就業上の措置が必要かどうかを判断するためには、面接指導において重要な項目を漏らさず聴取する必要がある
- そこで、長時間労働によって健康障害を生じるリスクを適切に把握するために面接指導で聴取すべき重要な項目を適切な順序で列挙して、典型的な質問文を示す
- 個々の事例で必要な情報を聴取したのち、簡単なまとめを行って面接指導を終了とする

➤ 対象者を出迎える場面

自己紹介

「よろしくお願ひいたします。面接指導を担当する医師の〇〇と申します。」

面接指導対象になった理由を明確にする

「この度は先生の今月の時間外労働時間が 100 時間を超える恐れがあるという事で、長時間労働者を対象とする面接の対象になりました。」

➤ 面接指導における確認項目を聴取する場面

■勤務状況や業務過重性の把握

- 超過勤務が一時的なものか慢性的に行われているのか尋ねる

「まず、勤務の状況に関してですが、今月の時間外が 100 時間近いというのは、これは何か特別な理由があったのでしょうか？それとも先生は毎月このくらい残業をされているのでしょうか？」

- 今後の見通しを尋ねる

「来月はどのくらいの残業になるか見通し等がありますか？難しい場合は、数か月先の見通しでも構いません。」

- 勤務時間に関して、平均的な一日の詳細を尋ねる

「今月の勤務の状況に関してお伺ひいたします。先生は毎日何時ごろ来られて、何時ごろ病院を出られるのでしょうか？」

- 宿日直は医師に特徴的な勤務形態であるので、詳細に尋ねる

※宿日直許可のある宿日直の場合は、労働時間規制の適用にならないので、注意深く質問し、実態を把握する必要がある。宿日直許可のない宿日直の場合は、翌日必要になる勤務間インターバルが異なるため、宿日直許可の有無を管理者（事務等）に確認するとよい。

「先生は宿日直をされていますか？また、その頻度はどのくらいでしょうか？」

「休日の日直も含めての日数ですか？また、外病院の宿日直もされていますか？」

「それは病院には報告されていますか？」

「宿日直中はどの程度の業務量ですか？呼び出しはどの程度ありますか？」

「宿日直中は睡眠時間の確保はできていますか？」

「宿日直翌日の業務は通常通りですか？」

- **代償休息が取れているかどうかの確認を行う**

「勤務間インターバルがやむを得ず確保できなかった場合、代わりの休息時間はありますか？」
- **オンコールは労働時間となる可能性があるので、詳細に尋ねる**

「宿日直とは別の、オンコールの当番等がありますか？」
「オンコールで呼ばれることは多いですか？また、1回呼ばれるとどのくらいの時間病院にいますか？」
- **完全休日の有無や過ごし方等も尋ねる**

「お休みの日はあるのですか？例えば病院に全く来ない日、完全な休日がありますか？」
「お休みの日は何をしていますか？業務の事を忘れてリラックスできていますか？」
- **仕事の負担度を尋ねる**

「仕事の中でどのような事が負担になっているのでしょうか？」
「以前と比べて負担の程度はいかがですか？」
- **仕事の裁量度を尋ねる**

「今の仕事に対して、先生の裁量はどの程度ありますか？自分である程度仕事のペースや順番を決めることができますか？」
- **職場の支援度を尋ねる**

「仕事で困った時や、労働環境に関して改善を求めたい時等、相談する方はいらっしゃるでしょうか？」
「医局内は話しやすい雰囲気ですか？」
「業務上の負担が偏っている、という事がありますか？」
- **実質的に業務の指示をしている上司が誰なのか確認する**

「先生の直属の上司はどなたになるのでしょうか？」
- **職場の人間関係を尋ねる**

「仕事の内容や量の他に、職場の人間関係でストレスを抱えていたりしませんか？」

■心身及び生活の状況の把握

- **睡眠時間に関して、何時間確保しているか尋ねる**

「平均的な帰宅時間は何時ごろなのでしょう？帰宅時間によっては睡眠時間が短くなってしまうと思いますが、睡眠時間はどのくらい確保されていますか？」
- **基本的な現病歴、既往歴も聴取する**

「健康面に関してお伺いします。健康診断結果を拝見しますと、現在、治療中の病気や大きな既往歴は無いという事ですね？」
- **睡眠、食欲に関して尋ねる**

「食事は問題なく取れていますか？」

「酒量が増えたようなことはないですか？また、喫煙されていますか？」

- **心身の状況について尋ねる**

「最近、気分が沈んだり、イライラする事が増えていませんか？」

- **バーンアウトや睡眠負債に関する質問も行う**

「仕事に以前より集中できなくなったり、間違いが多くなったり、眠くなったりしてしまったことは増えていませんか？」

- **子育て、介護等の仕事以外の負担を尋ねるのも有効である**

「差し支えない範囲で結構ですが、子育てや介護等、プライベートでストレスの原因になっているようなことはありませんか？」

参考資料 面接記録の例及び意見書の記入例

事例1：基礎疾患や勤務状況にもほぼ問題が無い事例

事例2：基礎疾患があり、通院を条件に通常勤務が継続できる事例（面接指導で聴取した疾患名を意見書には記載していない）

事例3：長時間の勤務が継続しており、睡眠時間も短めであるが、職場環境を改善する事によって通常勤務可能と判断できる事例

事例4：不定期に長時間労働となる場合があり、勤務状況への就業上の措置に関して、管理者へ意見を述べる事例

事例5：長時間労働の常態化により睡眠負債があり、業務に支障が出ているため、心身の状況・勤務状況への就業上の措置に関して、管理者へ意見を述べる事例

面接記録の例（事例1） <面接指導実施医師の記録用にのみ使用>
 長時間労働医師面接指導結果及び意見書（事例1）

| 面接指導結果・面接指導実施医師意見 | | | |
|--|---|------------|---------------|
| 対象者氏名 | 面接指導対象医師氏名 | 所属 | 〇〇科 |
| | | 生年月日 | ●●●●年 ●●月 ●●日 |
| 勤務の状況 (労働時間、 労働時間以外の項目) | 今月は通常より急患が多く、全体的に多忙であった。来月以降の見通しは不明。 | | |
| 睡眠負債の状況 | (低) <input checked="" type="radio"/> 0 1 2 3 (高) (本人報告・睡眠評価表) | | |
| | (特記事項) 週に1-2日や宿日直時は睡眠時間が5時間程度になることが多くある。それ以外は6時間以上の睡眠を確保できている。 | | |
| 疲労の蓄積の状態 | (低) 0 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 (高) (労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト) | | |
| | (特記事項) 宿日直明けは午前中で帰宅できている。効率の低下やミスの増加等もない。 | | |
| その他の心身の状況 | ・症状・所見なし。職場の支援もある。 | | |
| 本人への指導内容及び 管理者への意見（複数選択可・該当項目の左に○をつける） | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | 就業上の措置は不要です | | |
| <input type="radio"/> | 以下の心身の状況への対処が必要です（○で囲む） 専門医受診勧奨 ・ 面談を含む産業医連携 ・ その他（特記事項へ記載） | | |
| <input type="radio"/> | 以下の勤務の状況への対処が必要です（○で囲む） 上司相談 ・ 面談を含む産業医連携 ・ その他（特記事項へ記載） | | |
| (特記事項) なし | | | |
| 実施年月日 | ●●●●年 ●●月 ●●日 | | |
| 面接指導実施医師 | (所属) | (氏名) ※署名等 | |
| | | 面接指導実施医師氏名 | |

面接指導実施医師は、この点線上まで記載した段階（管理者が「面接指導実施医師意見に基づく措置内容」を記載する前）で、本書面を被面接医に渡してください。

| 面接指導実施医師意見に基づく措置内容（管理者及び事業者が記載） |
|---------------------------------|
| |
| 年 月 日 |

| 確認欄（署名等）※提出を受けた医療機関で記載してください。 | |
|-------------------------------|-------|
| 医療機関名 | |
| (管理者) | (事業者) |

面接記録の例（事例2）

<面接指導実施医師の記録用にのみ使用>

面談実施日： 年 月 日

| | | | | | |
|------|------------|----|-----|----|-----|
| 氏名 | 面接指導対象医師氏名 | 年齢 | 〇〇歳 | 部署 | 〇〇科 |
| 業務内容 | | | | 役職 | 〇〇 |

| | | | | | | |
|------|------------|---|-------|--------|-------|--------------|
| 勤務状況 | 勤務形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 宿日直 <input checked="" type="checkbox"/> オンコール <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 時間外・休日労働時間 | X 月度 | 98 時間 | X-1 月度 | 70 時間 | X-2 月度 65 時間 |
| | 勤怠状況 | 急患が多く、病棟が多忙。来月以降の予測は困難。 | | | | |

| | | |
|-------|------------|---|
| 業務過重性 | 長時間労働の発生理由 | 急患が多い。 |
| | 今後の見通し | 改善は困難。予定入院数や外来業務量に関しては通常と変わらない見込み。 |
| | 仕事の負担 | 質的： 量的：急患が多く、忙しかったとの事。当院の宿日直では病棟の状態により、呼び出されることがあるが、十分な睡眠が確保できている。オンコールで呼ばれると病院に宿泊する事もあるが、睡眠はとれている。重症者が多いと、完全な休日はとれない事が多い。 |
| | 仕事の裁量度 | ある程度はあるものの、患者次第になるところが大きい。 |
| | 職場の支援度 | 医局みんなで協力できている。支援体制には満足している。 |
| その他 | | |

| | | | | | |
|-------------|------------|--|---|------|---|
| 心身及び生活の状況 | 既往歴 現病歴 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳心血管疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 () 治療内容 () | | |
| | 自覚症状 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 抑うつ症状 | <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 憂鬱感・気分の沈み <input type="checkbox"/> 興味・喜びの消失 <input type="checkbox"/> 集中・決断困難 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無価値観・罪悪感 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 食欲 | <input type="checkbox"/> 減少 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増加 | | | |
| | 睡眠 | 平均睡眠時間 | 5-7 時間 分 | 睡眠障害 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒 |
| | 嗜好 | 喫煙 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： 本/日 | | |
| | | 飲酒 | 週 日 (内容・量：機会飲酒) 寝酒 (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) | | |
| | 余暇の過ごし方 | 家族と過ごす等、リラックスできている。 | | | |
| 仕事以外のストレス要因 | 特になし。 | | | | |

| | |
|--------------|---|
| 必要と思われる課題・対策 | 通常勤務は可能だが、通院時間を確保する等最低限の配慮は必要と考える。本人は通院と内服を継続する必要がある。病状の悪化や通院が難しくなった際は職場も交えて相談する必要がある事をご説明し、その際は産業医に相談するように促した。なお、意見書には病名を記載しないよう希望があったため、就業上の配慮のみ記載した。 |
|--------------|---|

長時間労働医師面接指導結果及び意見書（事例2）

| 面接指導結果・面接指導実施医師意見 | | | |
|---|--|------------|---------------|
| 対象者氏名 | 面接指導対象医師氏名 | 所属 | ○○科 |
| | | 生年月日 | ●●●●年 ●●月 ●●日 |
| 勤務の状況 (労働時間、 労働時間以外の項目) | 今月は通常より急患が多く、全体的に多忙であった。来月以降の見通しは不明。 | | |
| 睡眠負債の状況 | (低) 0 1 2 3 (高) (本人報告・睡眠評価表) | | |
| | (特記事項) 週に1-2日や宿日直時は睡眠時間が5時間程度になることがぐまれにある。それ以外は6時間以上の睡眠を確保できている。 | | |
| 疲労の蓄積の状況 | (低) 0 1 2 3 (高) (労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト) | | |
| | (特記事項) 宿日直明けは午前中で帰宅できている。効率の低下やミスの増加等もない。 | | |
| その他の心身の状況 | ・症状・所見なし。職場の支援もある。 | | |
| 本人への指導内容及び 管理者への意見（複数選択可・該当項目の左に○をつける） | | | |
| ○ | 就業上の措置は不要です | | |
| | 以下の心身の状況への対処が必要です（○で囲む） 専門医受診勧奨 ・ 面談を含む産業医連携 ・ その他（特記事項へ記載） | | |
| | 以下の勤務の状況への対処が必要です（○で囲む） 上司相談 ・ 面談を含む産業医連携 ・ その他（特記事項へ記載） | | |
| (特記事項) 通院と内服が継続されるよう配慮すること。就業制限は不要。病状の増悪があれば産業医に相談することが望ましい。 | | | |
| 面接実施年月日 | ●●●●年 ●●月 ●●日 | | |
| 面接指導実施医師 | (所属) | (氏名) ※署名等 | |
| | | 面接指導実施医師氏名 | |

面接指導実施医師は、この点線上まで記載した段階（管理者が「面接指導実施医師意見に基づく措置内容」を記載する前）で、本書面を被面接医に渡してください。

| 面接指導実施医師意見に基づく措置内容（管理者及び事業者が記載） |
|---------------------------------|
| |
| 年 月 日 |

| 確認欄（署名等）※提出を受けた医療機関で記載してください。 | |
|-------------------------------|-------|
| 医療機関名 | |
| (管理者) | (事業者) |

面接記録の例（事例3）

<面接指導実施医師の記録用にのみ使用>

面談実施日： 年 月 日

| | | | | | |
|------|------------|----|-----|----|-----|
| 氏名 | 面接指導対象医師氏名 | 年齢 | 〇〇歳 | 部署 | 〇〇科 |
| 業務内容 | | | | 役職 | 〇〇 |

| | | | | | | | |
|------|------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| 勤務状況 | 勤務形態 | <input type="checkbox"/> 宿日直 <input type="checkbox"/> オンコール <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| | 時間外・休日労働時間 | X 月度 | 102 時間 | X-1 月度 | 100 時間 | X-2 月度 | 112 時間 |
| | 勤怠状況 | 急患が多く、病棟・外来業務共に多忙。来月以降の予測は困難。 | | | | | |

| | | |
|-------|------------|--|
| 業務過重性 | 長時間労働の発生理由 | 感染症流行に伴い、業務負荷が増大していた。 |
| | 今後の見通し | 感染症対策チームが発足予定。 チームに医師が1名増員され、業務負荷は軽減される見込み。 |
| | 仕事の負担 | 質的：自分がやらなければならない仕事だと感じている。 量的：感染症流行に伴う業務増大。 |
| | 仕事の裁量度 | ほとんどない。 |
| | 職場の支援度 | 感染症チームの設立に期待している。 |
| | その他 | |

| | | | | | |
|-------------|------------|--|---|---|---|
| 心身及び生活の状況 | 既往歴 現病歴 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳心血管疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 () 治療内容 () | | |
| | 自覚症状 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 抑うつ症状 | <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 憂鬱感・気分の沈み <input type="checkbox"/> 興味・喜びの消失 <input type="checkbox"/> 集中・決断困難 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無価値観・罪悪感 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 食欲 | <input type="checkbox"/> 減少 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増加 | | | |
| | 睡眠 | 平均睡眠時間 | 6-7 時間 分 | 睡眠障害 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒 |
| | 嗜好 | 喫煙 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： 本/日 | | |
| | | 飲酒 | 週 日 (内容・量：機会飲酒) | 寝酒 (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) | |
| | 余暇の過ごし方 | 家族と過ごす等、リラックスできている。 | | | |
| 仕事以外のストレス要因 | 特になし。 | | | | |

| | |
|--------------|---|
| 必要と思われる課題・対策 | 感染症診療に当たることのできる医師間のワークシェアリングによる業務負荷軽減の確実な実行をお願いする。 病状の増悪があれば産業医に相談することが望ましい。 |
|--------------|---|

長時間労働医師面接指導結果及び意見書（事例3・別様式を用いた例）

| | | | | | | | |
|----------------------|-----------|----|-------------|------|-------------|----|----|
| 所属 | 〇〇科 | 名前 | 面接指導対象医師氏名 | 職員番号 | 0000000 | 年齢 | 00 |
| 過去3ヶ月の 時間外・休日労働時間 | X月: 102時間 | | X-1月: 100時間 | | X-2月: 112時間 | | |

<管理者記入> (面接指導前) 管理者氏名: 職場管理者氏名 _____ 記入日:

| | |
|------------------|---|
| 長時間労働の理由 | 感染症流行に伴う業務量の増加。 |
| 管理者から見た 心身の状況 | (具体的な様子) 体調や勤怠に問題なし。 |
| 今後3ヶ月間の 業務見通し | 感染症対策チームを設立予定。ワークシェアリングを行い、当該医師に業務が集中しないように配慮する予定。また、チームに医師を1名増員する予定。 |

<面接指導実施医師記入> 担当医師氏名: 面接指導実施医師氏名 _____ 実施日:

| | |
|---------|---|
| 勤務の状況 | 感染症流行に伴う業務の増加が続いているが、来月より業務負荷が軽減される予定。 |
| 睡眠の状況 | (問題なし) 0 ① 2 3 (問題あり) 6時間の睡眠時間はぎりぎり確保できている。 |
| 疲労蓄積の状況 | (問題なし) 0 1 ② 3 (問題あり) 疲労感の蓄積を認めるが、業務負荷軽減の見込みがある。 |
| 心身の状況 | (問題なし) ③ 1 2 3 (問題あり) 仕事には前向きに取り組んでいる。 |

就業上の措置に関する意見・指導内容(該当内容に☑)

| | |
|-------------------------|--|
| 就業区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 条件付き通常勤務(条件: _____) <input type="checkbox"/> 就業制限 <input type="checkbox"/> 要休業 |
| 就業上の措置 | 労働時間 <input checked="" type="checkbox"/> 特に指示なし <input type="checkbox"/> 時間外・休日労働制限(_____ 時間/月まで) <input type="checkbox"/> 時間外・休日労働禁止 <input type="checkbox"/> 出張制限 <input type="checkbox"/> 就業形態の変更 <input type="checkbox"/> 就業時間の制限(_____ 時 分 ~ _____ 時 分) <input type="checkbox"/> その他(_____) |
| | 労働時間以外 <input checked="" type="checkbox"/> 特に指示なし <input type="checkbox"/> 業務量・業務内容の調整(_____) <input type="checkbox"/> 通院への配慮 <input type="checkbox"/> 作業環境の改善(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____) |
| 本人側への指導 | <input checked="" type="checkbox"/> 特に指示なし <input type="checkbox"/> 受診指示 <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 保健指導 |
| その他 (措置・指導に関する追記事項等) | 増員とワークシェアリングによる業務負荷軽減の確実な実行をお願いする。 自覚症状が発生した場合は、速やかに産業医に相談することが望ましい。 |

<職場管理者記入> (面接指導後) 管理者氏名: _____ 記入日:

| | | |
|---|--|-------|
| 実施した措置 (未実施の場合は その理由) | | 産業医確認 |
| | | |
| 【帳票の流れ】面接指導実施医師→産業医→人事→所属職場→人事→医師(産業医)→人事(5年原紙保管) | | 人事確認 |
| | | |

面接記録の例（事例4）

<面接指導実施医師の記録用にのみ使用>

面談実施日： 年 月 日

| | | | | | |
|------|------------|----|-----|----|-----|
| 氏名 | 面接指導対象医師氏名 | 年齢 | 〇〇歳 | 部署 | 〇〇科 |
| 業務内容 | | | | 役職 | |

| | | | | | |
|------|------------|---|-------|--------|-------|
| 勤務状況 | 勤務形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 宿日直 <input checked="" type="checkbox"/> オンコール <input type="checkbox"/> その他 (宿日直は月1~2回、オンコールは3日に1回) | | | |
| | 時間外・休日労働時間 | X 月度 | 73 時間 | X-1 月度 | 95 時間 |
| | 勤怠状況 | 病棟業務で多忙。今月は先月と比べて早く帰れる日もある。 | | | |

| | | |
|-------|------------|---|
| 業務過重性 | 長時間労働の発生理由 | 病棟受け持ち患者の急変が立て続けに発生したが、最近、仕事量は落ち着いてきた。患者家族への夜間や休日の病状説明を余儀なくされた。 |
| | 今後の見通し | 今月は落ち着いているが、後回しにしていた書類作成業務が多い。 |
| | 仕事の負担 | 質的: 自分がやらなければならない仕事だと感じている。 量的: 医師でなくともできる仕事も自分がやらなければならない。 |
| | 仕事の裁量度 | ある程度はあるものの、患者の状態次第である。 |
| | 職場の支援度 | どちらかというと、孤軍奮闘している状態。当直医に任せていいのに、帰れないタイプ。 |
| | その他 | |

| | | | | | |
|-------------|------------|--|---|------|--|
| 心身及び生活の状況 | 既往歴 現病歴 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳心血管疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 () 治療内容 () | | |
| | 自覚症状 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 抑うつ症状 | <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 憂鬱感・気分の沈み <input type="checkbox"/> 興味・喜びの消失 <input type="checkbox"/> 集中・決断困難 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無価値観・罪悪感 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 食欲 | <input type="checkbox"/> 減少 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増加 | | | |
| | 睡眠 | 平均睡眠時間 | 6-7 時間 分 | 睡眠障害 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒 |
| | 嗜好 | 喫煙 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 本/日 | | |
| | | 飲酒 | 週 日 (内容・量:) 寝酒 (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) | | |
| | 余暇の過ごし方 | スポーツジム、友人との会話 | | | |
| 仕事以外のストレス要因 | 特になし。 | | | | |

| | |
|--------------|--|
| 必要と思われる課題・対策 | 勤務の状況については、本人の性格もあるかもしれないが、業務を自分一人で抱え込みがちである。 退勤時間は心がけにより早まることもあるようだが、再度、長時間労働に陥る可能性があることから、病院側に上司、産業医等と連携して業務分担を検討してもらうよう意見書に記載。 |
|--------------|--|

長時間労働医師面接指導結果及び意見書（事例 4）

| 面接指導結果・面接指導実施医師意見 | | | |
|---|--|------|---------------|
| 対象者氏名 | 面接指導対象医師氏名 | 所属 | 〇〇科 |
| | | 生年月日 | ●●●●年 ●●月 ●●日 |
| 勤務の状況 (労働時間、 労働時間以外の項目) | <ul style="list-style-type: none"> ・労働時間 先月：95時間 今月：73時間 ・宿日直は月 1～2 回、3 日に 1 回はオンコール対応。 ・担当患者の対応が重なったことによって時間外勤務増加、現在は落ち着いた状況に戻る。 | | |
| 睡眠負債の状況 | (低) 0 1 2 3 (高) (本人報告・睡眠評価表) (特記事項) | | |
| 疲労の蓄積の状況 | (低) 0 1 2 3 (高) (労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト) (特記事項) | | |
| その他の心身の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ・健康診断はおおむね問題なし。血圧は正常域。 ・睡眠負債は解消されている模様。・抑うつ、バーンアウトの徴候はみられない。 | | |
| 本人への指導内容 及び 管理者への意見（複数選択可・該当項目の左に○をつける） | | | |
| | 就業上の措置は不要です | | |
| | 以下の心身の状況への対処が必要です（○で囲む） 専門医受診勧奨 ・ 面談を含む産業医連携 ・ その他（特記事項へ記載） | | |
| <input checked="" type="radio"/> | 以下の勤務の状況への対処が必要です（○で囲む） <input checked="" type="radio"/> 上司相談・ <input checked="" type="radio"/> 面談を含む産業医連携・ その他（特記事項へ記載） | | |
| (特記事項) 診療の業務管理等について見直しが必要なところはないか、確認が必要。 事務部門と産業医で話し合いの場を設定してください。 場合によっては診療科との相談や衛生委員会での報告等も考慮。 | | | |

| | | | |
|----------|---------------|-----------|------------|
| 面接実施年月日 | ●●●●年 ●●月 ●●日 | | |
| 面接指導実施医師 | (所属) | (氏名) ※署名等 | 面接指導実施医師氏名 |

面接指導実施医師は、この点線上まで記載した段階（管理者が「面接指導実施医師意見に基づく措置内容」を記載する前）で、本書面を被面接医に渡してください。

| 面接指導実施医師意見に基づく措置内容（管理者及び事業者が記載） |
|---|
| <p>※時間外・休日労働が月 155 時間を超えた被面接医には労働時間短縮のための措置が必要です。 年 月 日</p> |

| 確認欄（署名等）※提出を受けた医療機関で記載してください。 | |
|-------------------------------|-------|
| 医療機関名 | |
| (管理者) | (事業者) |

面接記録の例（事例5）

<面接指導実施医師の記録用にのみ使用>

面談実施日： 年 月 日

| | | | | | |
|------|------------|----|-----|----|-----|
| 氏名 | 面接指導対象医師氏名 | 年齢 | 〇〇歳 | 部署 | 〇〇科 |
| 業務内容 | | | | 役職 | |

| | | | | | | |
|------|------------|--|-------|--------|-------|---------------|
| 勤務状況 | 勤務形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 宿日直 <input type="checkbox"/> オンコール <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 時間外・休日労働時間 | X 月度 | 70 時間 | X-1 月度 | 98 時間 | X-2 月度 102 時間 |
| | 勤怠状況 | 長時間労働が常態化。 | | | | |

| | | |
|-------|------------|--|
| 業務過重性 | 長時間労働の発生理由 | 業務量が過剰。 |
| | 今後の見通し | 特に変化なし |
| | 仕事の負担 | 質的: 自分がやらなければならない仕事だと感じているが、業務負荷があまりにも多く、追いつかない。 量的: 業務量は明らかに過剰。 |
| | 仕事の裁量度 | ほとんどない。 |
| | 職場の支援度 | 新しい上司が赴任して以降、昨年と比べてほとんど上司に仕事を手伝ってもらえなくなった。 |
| | その他 | 中心静脈カテーテル挿入の際に、準備しておくべき物品を忘れて清潔操作に入ってしまった。また、普段は 30 分もかからずカテーテル挿入ができるのに、先日は眠気に襲われたせいか、集中できず、動脈に挿入してしまいパニックになった。結局1時間かかってしまい、患者さんから「体勢が辛い」と泣きながら訴えられた。手技中に看護師さんにサポートしてもらった。家でも疲れていてぐったりしているせいか、家族も心配している。 |

| | | | | | |
|-----------|-----------------|--|--|------|--|
| 心身及び生活の状況 | 既往歴 現病歴 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳心血管疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他 () 治療内容(不眠症の傾向あり、睡眠薬服用) | | |
| | 自覚症状 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> 頭痛・頭重感 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 抑うつ症状 | <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 憂鬱感・気分の沈み <input type="checkbox"/> 興味・喜びの消失 <input type="checkbox"/> 集中・決断困難 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無価値観・罪悪感 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 食欲 | <input type="checkbox"/> 減少 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増加 | | | |
| | 睡眠 | 平均睡眠時間 | 5-6 時間 分 | 睡眠障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: 入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒 |
| | 嗜好 | 喫煙 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 本/日 | | |
| | | 飲酒 | 週 日 (内容・量: 機会飲酒) 寝酒 (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) | | |
| | 余暇の過ごし方 | 音楽鑑賞、友人との会話 | | | |
| | 仕事以外の ストレス要因 | 特になし。 | | | |

| | |
|------------------|--|
| 必要と思われる 課題・対策 | 疲労蓄積により研修継続に支障があるため、業務内容量の調整が必要であること、専門治療が望ましいことを意見書に記載。 本人には、睡眠不足が慢性化していて、日中の眠気や不注意があるため、慢性睡眠負債を改善する必要がある、主治医と相談することを指導。 |
|------------------|--|

長時間労働医師面接指導結果及び意見書（事例5）

| 面接指導結果・面接指導実施医師意見 | | | |
|--|---|------|---------------|
| 対象者氏名 | 面接指導対象医師氏名 | 所属 | 〇〇科 |
| | | 生年月日 | ●●●●年 ●●月 ●●日 |
| 勤務の状況 (労働時間、 労働時間以外の項目) | <ul style="list-style-type: none"> ・労働時間 先月：98時間 今月：70時間 ・日曜日は完全休日、宿日直は先月2回、外勤は日勤のみ。 ・手技の際にパニックになった。上司同僚との関係は良好。家族は心配している。 | | |
| 睡眠負債の状況 | (低) 0 1 2 3 (高) (本人報告・睡眠評価表) (特記事項) 慢性睡眠負債あり、受診中 | | |
| 疲労の蓄積の状況 | (低) 0 1 2 3 (高) (労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト) (特記事項) | | |
| その他の心身の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ・健康診断異常なし、入院歴なし。 ・頭痛、睡眠負債、神経のたかぶり、日中の注意散漫あり。 ・抑うつ、バーンアウト認めず。モチベーション、ワークエンゲージメントはあり。 | | |
| 本人への指導内容 及び 管理者への意見（複数選択可・該当項目の左に○をつける） | | | |
| | 就業上の措置は不要です | | |
| <input type="radio"/> | 以下の心身の状況への対処が必要です（○で囲む） 専門医受診勧奨・ 面談を含む産業医連携 ・ その他（特記事項へ記載） | | |
| <input type="radio"/> | 以下の勤務の状況への対処が必要です（○で囲む） 上司相談 ・面談を含む産業医連携・ その他（特記事項へ記載） | | |
| (特記事項) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・心身の状況への対処として、主治医相談を勧める。また、必要に応じて就業について産業医と連携することが望ましい。 ・勤務の状況への対処として、疲労蓄積により研修継続に支障があり、業務内容の量調整が必要である。 | | | |

| | | | |
|------------|---------------|-----------|--|
| 面接実施年月日 | ●●●●年 ●●月 ●●日 | | |
| 面接指導実施医師 | (所属) | (氏名) ※署名等 | |
| 面接指導実施医師氏名 | | | |

面接指導実施医師は、この点線上まで記載した段階（管理者が「面接指導実施医師意見に基づく措置内容」を記載する前）で、本書面を被面接医に渡してください。

| 面接指導実施医師意見に基づく措置内容（管理者及び事業者が記載） |
|---|
| |
| ※時間外・休日労働が月 155 時間を超えた被面接医には労働時間短縮のための措置が必要です。 年 月 日 |

| 確認欄（署名等）※提出を受けた医療機関で記載してください。 | |
|-------------------------------|-------|
| 医療機関名 | |
| (管理者) | (事業者) |

(7) 組織へのアプローチ（管理者、職場、上司への助言）

面接指導実施医師が産業保健職を兼ねる等経験が豊かな場合は、管理者や面接指導対象医師の上司や診療チーム等の組織へのアプローチも考慮する

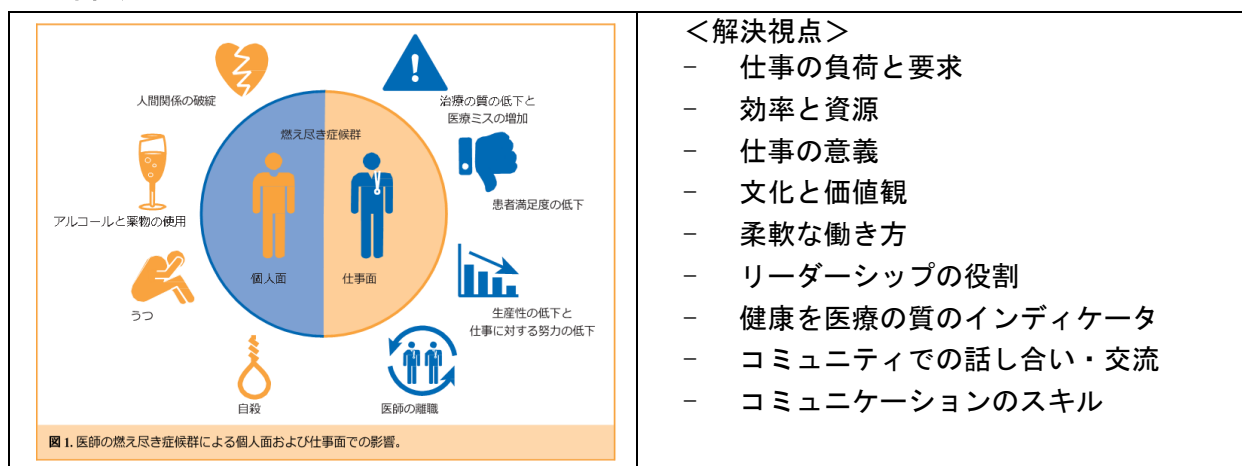
① 管理者へのアプローチ

- 衛生委員会は労働者の健康障害の防止等について、事業者（管理者）に対し意見を述べさせるため設置されており、面接実施指導による意見書の内容について衛生委員会を通じて管理者に意見を述べることも重要である
- 面接指導を通じて人員不足や地域の診療体制の大きな問題等が明らかになる場合もあり、意見書を通じ管理者に報告する

② 面接対象医師の上司や診療チーム

- 面接指導対象医師は、自身が所属する診療科長や上司の指示のもと、仕事の内容や進め方を決めていることが多いため、面接指導対象医師の所属部門長や診療チームに、勤務環境改善に関心を持ってもらうことが重要である
- 面接指導実施医師が、事前の情報収集等により面接指導対象医師の所属部門長と関係性が築けている場合は、直接意見することも選択できるが、そうで無い場合は意見書により管理者等を通じて意見する
- 医師の健康管理を具体的に進めるためには、医師の専門性を考慮しつつ、働きやすく安全で、健康に、医師が成長できる職場環境づくりを支える具体的な取組を複数準備することが重要である
- 図 7-3 には米国メイヨークリニックの「燃え尽き症候群を減らすための職場風土の改善への取組み」の解決視点の例を示した。また以下の観点も重要である
 - ◇ 業務の量・質、業務の効率
 - ◇ 労務管理
 - ◇ 勤務時間制
 - ◇ 健康管理
 - ◇ ワーク・ライフ・バランス等
- 図 7-3 に関連するような改善視点のうち、組織やチームとしての取り組みの情報を提供できると有用かもしれない

図 7-3 燃え尽き症候群を減らすための職場風土の改善への取り組み（メイヨークリニック、米国）*1



*1 医師の燃え尽き対策_メイヨークリニックの9つの組織戦略 2017: Tait D. Shanafelt TD et al. Executive Leadership and Physician Well-being:Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clin Proc. 2017;92(1):129-146

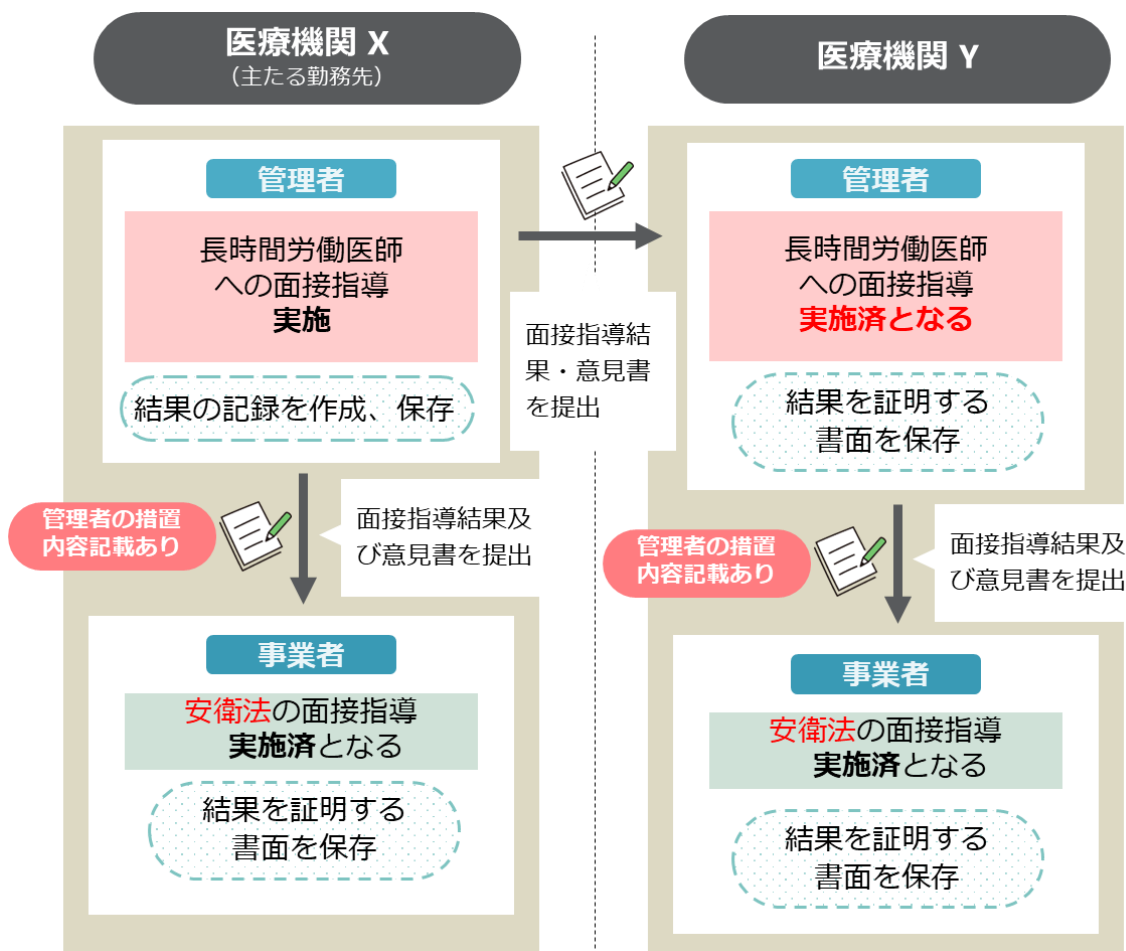
(8) 意見書作成後の流れ

- 面接指導実施医師が意見書を作成した後の流れは以下のとおり
 - ◇ 面接指導実施医師は意見書を管理者に提出する
 - ◇ 管理者が意見書をもとに就業上の措置を検討もしくは検討指示をする
 - ◇ 面接指導対象医師の所属部門長等により就業措置が実行される
 - ◇ 管理者に就業措置の内容や実施状況が報告される
 - ◇ 管理者から面接指導実施医師や産業医にその内容が提供される
 - ◇ 管理者が意見書を保存する

面接指導実施後の結果及び意見書の流れ

- 図 7-4 に示すように、面接指導が実施された後は、面接指導対象医師が、その面接指導結果及び意見書を自身の勤務する全ての医療機関の管理者へ提出することにより、提出を受けた医療機関での当該長時間労働医師への面接指導は実施済みとなる
- また、医療機関の管理者は受け取った意見書へ就業上の措置内容を加筆した後、その意見書を管理・保存することにより、労働安全衛生法上の面接指導も実施済みとなる
- 面接指導対象医師が勤務する全ての医療機関の管理者への意見書提出に際しては、面接指導対象医師本人が提出するか、面接指導対象医師の同意があれば、面接指導を実施した医療機関の管理者が提出を代行してもよい
- なお、意見書は医療機関において5年間の保存が必要である

図 7-4 意見書の流れ



※面接指導の結果を証明する書面の提出は、面接指導対象医師が行う。なお、管理者は、面接指導対象医師の同意があれば、事業者や他の医療機関への提出を代行することができる

※面接指導対象医師が、副業・兼業先の管理者に面接指導結果及び意見書（面接指導の結果を証明する書面）を提出しなかった場合、当該管理者は別途面接指導を実施する必要がある

〈参考文献〉

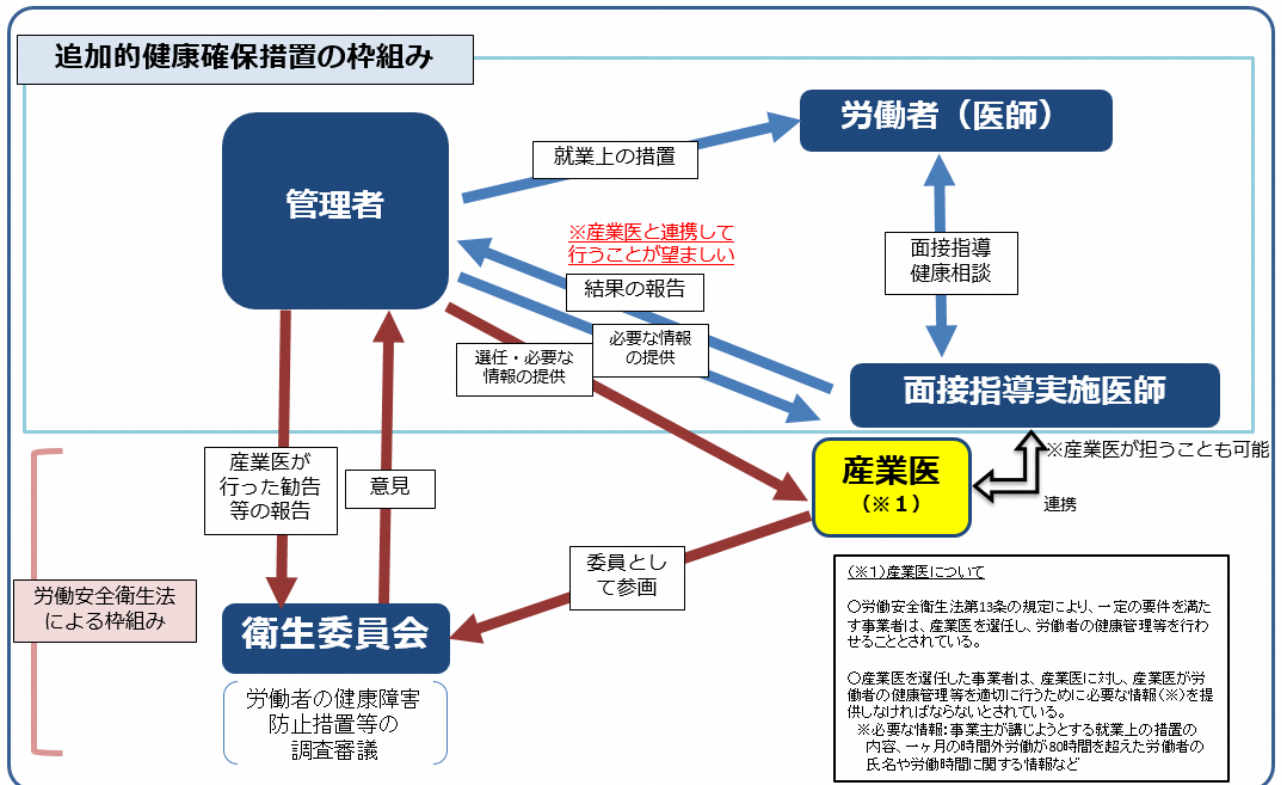
1. Rothenberger DA. Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Dis Colon Rectum*. 2017;60:567–576.
2. Dragano N, Siegrist J, Nyberg ST, et al. Effort–reward imbalance at work and incident coronary heart disease: a multicohort study of 90,164 individuals. *Epidemiology*. 2017;28:619–626.
3. Kivimaki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2012;380:1491–1497.
4. Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, et al. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med*. 2017;47:1342–1356.
5. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med*. 2018;75:245–253.
6. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, Baker JS, Trousselard M, Lesage FX, Navel V. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14:e0226361.
7. Głabska D, Guzek D, Groele B, Gutkowska K. Fruit and vegetable intake and mental health in adults: a systematic review. *Nutrients*. 2020;12. pii: E115.
8. Schuch FB, Stubbs B, Meyer J, Heissel A, Zech P, Vancampfort D, Rosenbaum S, Deenik J, Firth J, Ward PB, Carvalho AF, Hiles SA. Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depress Anxiety*. 2019;36:846–858.
9. Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, Hallgren M, Ponce De Leon A, Dunn AL, Deslandes AC, Fleck MP, Carvalho AF, Stubbs B. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry*. 2018;175:631–648.
10. Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, Date C, Yamamoto A, Kikuchi S, Kondo T, Watanabe Y, Koizumi A, Wada Y, Inaba Y, Tamakoshi A; Japan Collaborative Cohort Study Group . Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. *Stroke*. 2008;39:2936–2942.
11. Sonnentag S. Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between non-work and work. *Journal of Applied Psychology* 2003;88:518–528.

8. 面接指導実施後の対応

(1) 面接指導実施医師からの意見聴取

病院又は診療所の管理者は、面接指導実施医師と面接指導対象医師間で行なわれた面接指導・健康相談の結果の報告を受け、意見を聴取する

図 8-1 面接指導の実施体制



※追加的健康確保措置の面接指導は、医療法において位置付けること併せて、労働安全衛生法の面接指導としても位置付け、衛生委員会による調査審議等が及ぶ方向で検討（「医師の働き方改革に関する検討会」報告書より）

(2) 管理者による就業上の措置等

1) 就業上の措置等の必要性

- 長時間労働医師への面接指導は通常定められた基準を超える時間外・休日労働を許容する条件として、医師の健康と医療の質確保、地域医療サービスの維持を目的に、追加的健康確保措置として特定労務管理対象機関（B・C水準）の管理者に義務づけられたものである
- 管理者は面接指導実施医師の意見を勘案し、必要な労働時間の短縮、宿直の回数の減少、その他の適切な医師の健康確保のために必要な就業上の措置を講じなければならない
- 面接指導は、就業上の措置としての個々の勤務環境改善だけでなく、診療科や病院全体に関わる環境改善に関する重要な情報が得られる
- 環境改善の課題が明らかになることは、医師の健康、医療安全、病院経営の三

方よしの取組みにつながり、有意義な機会となる

- 面接指導を形骸化させることなく医師の働き方を含む職場環境を見直す有用な機会として運用できるよう、既存の仕組みを活用し創意工夫することが期待される

参考 医療法第108条第5～7項

| |
|---|
| <p>5 病院又は診療所の管理者は、前項の規定による面接指導実施医師の意見を勘案し、その必要があると認めるときは、当該面接指導対象医師の実情を考慮して、厚生労働省令で定めるところにより、労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置を講じなければならない。</p> <p>6 病院又は診療所の管理者は、面接指導対象医師について、各月の当該面接指導対象医師の労働時間の状況が特に長時間であるものとして厚生労働省令で定める要件に該当する場合には、厚生労働省令で定めるところにより、労働時間の短縮のために必要な措置を講じなければならない。</p> <p>7 病院又は診療所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項ただし書の規定による面接指導、第四項の規定による面接指導実施医師の意見の聴取並びに前二項の規定による措置の内容を記録し、これを保存しなければならない。</p> |
|---|

2) 就業上の措置等の例

- 就業上の措置は、面接指導を受けた医師の健康状態に応じて面接指導実施医師の意見書に基づいて実施される。医師の勤務実態を踏まえた就業上の措置の例としては、下表 8-1 右欄のようなものが想定される
- 措置内容には生活習慣病、睡眠時無呼吸症候群や抑うつを含めた疾患に関する専門医への受診勧奨、面談を含む産業医連携や面接指導対象医師の上司との相談等も含まれる。具体的記載は7.(6)-2) 参考資料に示す意見書の記入例も参考にするとよい

表 8-1 就業上の措置の例

| (参考) 労働安全衛生法に基づく面接指導のマニュアルにおいて示されている「就業上の措置に係る意見書」の様式項目 | | 医師の追加的健康確保措置として例示を検討する内容 |
|---|---|--|
| 就業区分 | 通常勤務／就業制限・配慮／要休業 | 就業制限・配慮 <ul style="list-style-type: none"> 当直・連続勤務の禁止 当直・連続勤務の制限 (〇回／月まで) 就業内容・場所の変更 (外来業務のみ等) 時間外労働の制限 (〇時間／週まで) 就業日数の制限 (〇日／週まで) 就業時間を制限 (〇時〇分～〇時〇分) 変形労働時間制または裁量労働制の対象からの除外 |
| 就業上の措置 (労働時間の短縮) | 特に指示なし／時間外労働の制限 (〇時間／月まで)／時間外労働の禁止／就業時間を制限 (〇時〇分～〇時〇分)／変形労働時間制または裁量労働制の対象からの除外／就業の禁止 (休暇・休業の指示)／その他 | |
| 就業上の措置 (労働時間以外の項目) | 就業場所の変更／作業の転換／深夜業の回数の減少／昼間勤務への転換／その他 | 就業の禁止 <ul style="list-style-type: none"> 〇日間の休暇・休業 |
| その他の項目 | 就業上の措置の措置期間や医療機関への受診配慮等に係る項目、その他連絡事項を記載することとなっている。 | 就業上の措置の措置期間や医療機関への受診配慮等に係る項目、その他連絡事項を記載することとする。 |

3) 就業上の措置の実施の際の留意事項

①関係者間の連携等

- 管理者は、就業上の措置を実施、変更や解除しようとする際には、産業医、健康管理部門、人事部門と情報を共有して連携して対応することが望ましい
- 管理者が就業上の措置を実施する際には、面接指導対象医師が勤務する職場の所属長の理解を得ることが不可欠であることから、プライバシーに配慮しつつ、就業上の措置が必要な理由やその内容について理解が得られるよう必要な説明を行うことが望ましい
- 就業上の措置を実施する上で面接指導対象医師の主治医と連携することが有効と考えられる場合は、面接指導実施医師や産業医が、本人の同意を得て、主治医に作業環境や業務内容に関する情報や就業上の措置に関する情報を提供して、仕事と治療の両立を図ることが望ましい

図 8-2 医療機関のメンタルヘルス対策のための組織的取組



一つの対策や一つの組織で対応せず、統合的に対応することが重要です。

- 「柔軟かつ多層に支える」組織づくり
 - ◇ 医療機関の職員は、業務改善、医療事故・暴力対策、職員満足度・キャリア支援等、院内の様々な組織と関わりをもって業務を行っており、それぞれの組織は相互に関わり合っている
 - ◇ 時間外労働、休日が取れない、ハラスメントに遭遇した、キャリアパスに悩んでいる、医療事故に遭遇した等、様々な健康障害リスクに直面した際、それぞれの事象に対して、職員を柔軟かつ組織的に多層に支える仕組みづくりが有用である
 - ◇ 面接指導で勤務環境の状況を聞き取る際、組織内の資源の活用状況や、職場からの支援の状況等を確認できるとよい

②不利益な取扱いの防止

- 就業上の措置により、面接指導対象医師の健康の確保に必要な範囲を超えて面接指導対象医師が不利益な取扱いをされることはあってはならない
- 以下に示す取扱いについては、一般的に合理的なものとはいえないため、行っ
てはならない。なお、不利益な取扱いの理由が、実質的に以下に示すものに該
当するとみなされる場合も同様である
 - i. 就業上の措置の実施に当たり、面接指導実施医師の意見を聴取する等必要
な手順を行なわないこと
 - ii. 面接指導実施医師の意見書の内容・程度とは著しく異なる又は労働者の実
情を考慮しない措置を行うこと
 - iii. 面接指導の結果を理由として、以下の措置を行うこと
 - (a) 解雇すること
 - (b) 期間を定めて雇用される者について契約の更新をしないこと
 - (c) 退職勧奨を行うこと
 - (d) 不当な動機・目的をもってなされたと判断されるような配置転換又
は職位（役職）の変更を命じること
 - (e) その他の労働契約法等の労働関係法令に違反する措置を講じること

③病院産業医の関与

- 産業医は選任されている事業場の労働者の健康管理、作業管理、作業環境管理
全般に関して重要な役割を持っている
- 意見書の提出を受けた管理者は、その内容に関して産業医と相談することが望
ましい
- 面接指導で得られた情報を産業医と共有し、病院全体の状況をみている産業医
が必要に応じて職場からの情報収集及び職場との協議を行うことが望ましい
- 面接指導実施医師に加えて産業医による面談を行なうことで、複数の医師によ
る総合的な判断がしやすくなる
例：意見書に記載した「時間外労働時間の削減」のような意見が、具体性をもって、管
理者による就業上の措置につながりやすくなる等

④衛生委員会の関与

- 面接指導対象医師数、面接指導実施数、就業上の措置に関する医師の意見等を
衛生委員会で報告することで、衛生委員会が事業場における長時間労働の状況
を把握でき、対策に結びつけることができる
- どのような情報を共有するか事前に衛生委員会で決めておき、個人が特定され
ないよう注意することが必要である

- 面接指導対象医師が多い職場や部署が明らかとなり（継続して面接指導対象医師数が多い等）、組織的な対応や職場環境改善が必要と考えられる場合、必要に応じて衛生委員会で改善策を審議することが重要である
- 衛生委員会で審議された後は、管理者へ通知し、職場環境改善や面接指導対象医師の就業上の措置へつなげることが重要である

⑤その他

- 就業上の措置が必要無い場合でも、面接指導対象医師に通院や生活習慣の改善その他の保健指導が必要な場合、管理者は産業医や保健師にその情報を提供して、面接指導対象医師に保健指導や経過観察が行なわれる様にすることが望ましい
- 就業上の措置が必要な場合、その内容について同意を得ることが望ましいが、本人から了解を得られない場合、以下の内容等を説明し、本人の理解を促す
 - ・ 本人が人事から就業規則上の必要性等の説明を受けること
 - ・ 本人の生命に危険が及ぶこと
 - ・ 業務及び医療安全の質が低下する危険があること
 - ・ 特定労務管理対象機関（B水準・連携B水準・C水準の医療機関）として必要な措置であること
- 就業上の措置を講じた後に健康状態等の改善を認めた場合には、産業医の意見を聴いた上で、就業上の措置を解除する等の措置を講ずる必要がある

(3) 面接記録及び意見書の管理・保存

- 管理者は、面接指導実施医師の意見を勘案して、必要に応じて、適切な就業上の措置を決定し、実施し、その記録を5年間保存しなければならない
- 面接記録は「紙」で保存される場合と「電子情報」として保存される場合がある
- 面接指導では個人的な困りごとを相談される場合があり、これらが面接記録に記載される可能性があるため管理に配慮を要する

例：「〇〇の疾患で投薬治療中である」「家族と〇〇のトラブルがあつて実はそれが一番困っている」「〇〇医師からハラスメントを受けている」「退職の予定であるが院長には内緒にしてほしい」「実は〇〇病院でも当直をしているが言わないでほしい」等

1) 面接記録の取扱い

- 面接記録は面接指導を実施する医療機関が定めたルールに従って取り扱う
 - ◇ 紙として保存する場合は鍵のかかる棚を活用する等、情報漏洩に留意した取り扱い手順を定める
 - ◇ 電子情報の場合は、パスワード等で管理された電子記録システム又は、産業保健職のみが閲覧可能な健康管理システム等を利用して保管する
 - ◇ 面接指導を機会に、看護師や他のスタッフの健康管理情報も含め、診療用電子カルテとは別の電子記録システムで管理できるように検討するとよい
 - ◇ 外部の医師にリモート面接指導等を依頼する場合は、面接指導の記録媒体や個人情報の外部への漏洩がないようなシステムを構築して管理運用することが必要である

(4) 就業上の措置に関する情報提供

- 管理者は、面接指導対象医師のこれまでの健康状態の経過が把握できるように健康診断結果その他の健康管理記録を提供することが望ましい
- 管理者は、面接指導対象医師に対して継続的な面談や経過の観察が必要とされた場合は、必要に応じて産業医や面接指導実施医師に対して、実施した就業上の措置やその結果に関する情報を提供する必要がある
- 管理者は、次回面接指導時に就業上の措置等を含めた意見書等、前回の面接指導の情報が次回担当する面接指導実施医師に共有されるように留意する必要がある

(5) 勤務環境改善

1) 医師労働時間短縮計画の策定

長時間労働医師が勤務する医療機関で策定が求められる医師労働時間短縮計画の項目例を下記（表 8-2）に示す。

表 8-2 医師労働時間短縮計画

| | | |
|--------|---------------|---|
| 必須記載事項 | ① 労働時間数 | <ul style="list-style-type: none"> ・年間の時間外・休日労働時間数の平均 ・年間の時間外・休日労働時間数の最長 ・年間の時間外・休日労働時間数 960～1,860 時間の人数・割合 ・年間の時間外・休日労働時間数 1,860 時間超の人数・割合 |
| | ② 労務管理・健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・労働時間管理方法 ・宿日直許可基準に沿った運用 ・研鑽の時間管理 ・労使の話し合い、36 協定の締結 ・衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制 ・勤務間インターバル、面接指導等の追加的健康確保措置の実施 |
| | ③ 意識改革・啓発 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理者マネジメント研修 ・働き方改革に関する医師の意識改革、若手医師を含む医師に対する研修 ・患者への医師の働き方改革に関する説明 |
| | ④ 策定プロセス | |
| 任意記載事項 | ① タスク・シフト／シェア | <ul style="list-style-type: none"> ・初診時の予診 ・検査手順の説明や入院の説明 ・薬の説明や服薬の指導 ・静脈採血、静脈注射、静脈ラインの確保 ・尿道カテーテルの留置 ・診断書等の代行入力 ・患者の移動 |
| | ② 医師の業務の見直し | <ul style="list-style-type: none"> ・外来業務の見直し ・当直の分担の見直し ・オンコール体制の見直し ・診療科編成の見直し ・主治医制の見直し ・総合診療科の活用 ・勤務時間内 ・診断書等の代行入力 |
| | ③ その他の勤務環境改善 | <ul style="list-style-type: none"> ・ICTその他の設備投資 ・出産・子育て・介護等、仕事と家庭の両立支援（短時間勤務、変形労働時間制、宿日直の免除、保育・介護サービス整備等を含む。） ・更なるチーム医療の推進 |

（厚生労働省「医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）」（令和2年8月）より一部改変）

2) 医師労働時間短縮計画の項目例（勤務環境改善マネジメントシステム）

計画を実行するためには、PDCA サイクルを回して改善できるよう運用することが効果的である。下記表 8-3 に例を示す。

表 8-3 医師労働短縮時間計画の項目例（勤務環境改善マネジメントシステム）

| | | 具体的な取組例 | |
|---------|----------------|--|---|
| P | 経営理念・方針 | ・組織の経営方針、トップによる宣言（医療人材に投資します、等）、良質な睡眠確保優先、柔軟かく多層で支える仕組みの導入 | |
| | 体制整備 | ・多職種による業務の棚卸し、プロジェクトチームの設置 ・労働時間等設定改善委員会の設置、産業保健チームの見直し ・安全衛生委員会、医局会や看護部との既存委員会の活用 | |
| D | 制度 施策 実行 | 評価と計画 | ・組織の現状把握：労働管理状況のレビュー、労働時間把握、改善を優先すべき診療科・医師の特定（労使による現状把握、話し合いの場の設定、医師会チェックリストの活用、社労士の活用、等） |
| | | 負担改善 | ・タスク・シフティング、医師の業務の見直し、勤務環境改善 |
| | | 支援（治療） | ・多層で支える長時間労働医師へのケアシステムの確立 ・追加的健康管理/面接指導、教育研修の計画と実施 ・安心して療養し、働き続けられる仕組み（仕事と病気の両立支援） |
| | | 医師個人の健康 | ・医師自身の睡眠確保と疲労回復措置 ・医師の働きがいとモチベーション向上 |
| C/ A | 評価・改善 | ・継続改善の仕組み | |
| — | 法令順守 | ・行政による労働時間規制の枠組みの理解、勤務環境改善支援センターの活用、医師会情報の共有、好事例の共有 | |

（日本医師会 医師の働き方検討委員会「医師の働き方検討委員会 答申」（令和 2 年 2 月）より一部改変）

3) 医療機関における産業保健機能の強化

- 管理者は、衛生委員会や院内の働き方改革に関する委員会等の場で医師をはじめとする医療スタッフの意見が反映できる体制を構築する
- 医療機関において、衛生委員会や産業衛生に関する資源が不足する場合は、病院の規模に応じて、医療業務から独立した専属産業医や外部所属の嘱託産業医を選任する等、産業保健体制を見直す

4) 医療機関における労務管理体制の強化

- 管理者は医療従事者を雇用する職場として、表 8-4 の項目を中心に見直すことが求められる
- 必要に応じて社会保険労務士、医療コンサルタント等の支援を得ることを検討する

表 8-4 見直しが求められる項目

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・労働時間管理の周知（労基法 89, 15, 36, 32, 35）・適正把握（労基法 32, 38）・労働時間・休憩・休日の取扱い（労基法 32, 35, 41）・時間外・休日労働協定（36 協定）の締結と運用・割増賃金の取扱い（労基法 37）・安衛法（法 12, 13, 法 18, 法 66 則 52、関連通達）・女性勤務医就労支援（基準法 65、可能なら育児介護休業法の一部） |
|--|

（参考）面接指導後の勤務環境改善を妨げる状況の例

- ・管理者（人事労務担当を含む）が医師個人の働き方に介する権限が実質的にない（医局や診療科の決定権が強く、労働時間の短縮、宿直の回数の減少等、医師の働き方に介入しにくい）
- ・医師の健康安全確保と医療サービスの質確保が競合した場合、同時改善を目指さず、医療サービスの質確保を優先する経営方針がある
- ・面接指導後の医師の意見書を活用し、就業上の措置を判断、実施、評価する仕組みに関する管理者の関わりが少ない、又は形式上の運用にとどまっている
- ・労務管理（労働時間）と健康管理（ストレスチェック、健康診断）、医療安全管理（医療の質、患者サービス）等の部門間の連携が弱い
- ・面接指導実施医師、産業医を含む施設内の産業保健実務担当者に明確な役割、権限、適切な報酬が与えられていない
- ・面接指導対象医師が長時間労働のリスクを健康のみと狭義に考え、面接指導やその結果に基づく就業上の措置（時間外労働削減の指示等）に関心がない、またその仕組みや目的を理解していない
- ・これまで自施設の労働安全衛生管理のなかで医師の健康安全に関する取組み経験が少ない場合、等

5) 勤務環境改善の良好事例

- 医師の勤務環境改善の際には、他の医療機関の事例も参考にするとよい
参考：厚労省が運営しているWebサイト「いきいき働く医療機関サポート」、いわゆる「いきサポ」(図8-3)には、様々な医師に関する働き方改革の事例が掲載されている

図8-3 「いきサポ」での良好事例検索

勤務の状況への対処「いきサポ」での好事例検索

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



【主なコンテンツ】

- 国や都道府県が行っている医療勤務環境改善に関す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)
- 過去のセミナーや研修会の行政説明や事例講演の動画の閲覧可能
- 同種・同規模の病院との比較が可能な自己診断機能を追加 (4段階評価やコメントで自院の取組が進んでいない分野を表示)
- 各都道府県の医療勤務環境改善支援センターのリンク

| 対処 | 事例 |
|-----------------------------|------------------------------------|
| 労働時間管理、労働時間以外の心身の負担要因に関すること | 時間外の申請手続きの明確化 【3次救急医療機関】 |
| | 自己研鑽の労働時間該当性の整理 【大学病院】 |
| 労働時間管理、労働時間以外の心身の負担要因に関すること | 当直帯の申し送り時間帯を設定 【専門研修基幹施設の病院】 |
| | 病状説明の勤務時間内実施と患者・家族への周知徹底 【大学病院】 |
| 診療環境の物理的環境、休憩場所、院内保育など | 子育て中医師のキャリア形成支援 【大学病院】 |

- 表8-5には、医師の健康確保のため個人、診療チーム、組織・施設に必要な取組の例を列挙した

表 8-5 医師の健康確保のため個人、診療チーム、組織・施設に必要な取組

| | 医師個人ができること | 診療チームができること | 組織が取り組むこと |
|--------------|--|--|---|
| 業務の量・質と業務の効率 | <ul style="list-style-type: none"> ・専門性を高める ・経験を積む ・優先度をつける ・組織的スキルを学ぶ ・同僚等に適任させる ・NO といえる ・タスク・シフトできる業務を見つける ・カイゼン活動に参加する | <ul style="list-style-type: none"> ・やるべき業務を明確化する ・業務量を評価する ・チームでカイゼン活動に取り組む ・医師業務を絞り込む ・チーム構成見直し、業務分担をチームで相談する ・サポートスタッフ（メディカルクラーク等）を確保する ・ICT・電子カルテの改善を提案する ・クリニカルパスを作成・見直しする | <ul style="list-style-type: none"> ・平日の外来業務、夜間休日の外来業務を見直す ・オンコール体制、診療科編成を見直す ・主治医制を見直す ・総合診療科を活用する ・勤務時間内の病状説明の取組を推進する ・人員確保、診療体制を見直す ・ICT 機器、電子カルテ等を活用・改良する ・クリニカルパスを活用する ・クレーム・暴言・暴力へ組織で対応する ・病院内の組織を超え病院外と様々な連携を推進する（他の医療機関、行政、医師会等） |
| 労務管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・就業規則を確認する ・自分の残業時間の上限を知る ・自分の労働時間を記録する ・研鑽時間と業務時間を区別する ・長時間労働のリスク（患者安全、うつ、人間関係の破綻、アルコール・薬物使用）を認識する ・労務管理に関する基本的知識を持つ | <ul style="list-style-type: none"> ・メンバーのスケジュールを把握する ・過重労働の医師を特定する ・医師個人のキャリアづくりと労働時間上限のバランスを考慮する | <ul style="list-style-type: none"> ・構成員全ての労働時間を把握する ・研鑽と業務の区別をリストで明確化する ・管理者と勤務医を交えた、働き方を協議する場を設定する ・36 協定を締結し、安全衛生委員会を組織する ・給与の透明性の確保と周知 ・外勤・アルバイト等の労働時間の管理方法の方針を決める |
| 勤務時間制 | <p><ルールに沿った働き方をする></p> <ul style="list-style-type: none"> ・非番の日は同僚に任せ ・週 1 日は完全に休む ・仕事が終わったら速やかに帰る | <p><自主的ルールづくり></p> <ul style="list-style-type: none"> ・仕事のオンとオフを明確化する ・定期的な休日が取れるような業務配分にする ・当直明けは昼までに帰る ・20 時には病院を出る ・業務や研鑽終了後も残る慣習をやめる | <p><就業規則見直し（必須）></p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務間インターバルをおく ・連続勤務時間を制限する ・代償休日を付与する ・宿日直許可基準に対応する <p><就業規則見直し（追加）></p> <ul style="list-style-type: none"> ・交代勤務制を導入する ※ ・育児・介護中の休暇を取り決める ・兼業先の就業状況を把握する <p><追加的健康（疲労）管理></p> <ul style="list-style-type: none"> ・安全な交通手段を提供する |

| | | | |
|---------------------|--|--|---|
| <p>仕事の意義</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・自身の医師としてのやりがいや価値を認識する ・興味・関心に注目しキャリア形成する能力を身につける ・患者との関係を良好に保つ ・職場での肯定的出来事を心に留める | <ul style="list-style-type: none"> ・医師個人の能力・関心と担当業務が一致しているか確認する ・医師個人が積極的に関与できる機会を提供する：教育、研究、リーダーシップ研修を実施する ・診療チームのリーダーがロールモデルを示す ・業務の平等性・公平性を尊重する | <ul style="list-style-type: none"> ・病院の使命、運営方針を明示する ・医師・患者にとって価値のある診療、就労環境を提供する ・専門能力開発の機会を提供する ・リーダー育成のための助言や研修を実施する |
| <p>健康管理体制</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・自身の健康が患者のために重要と認識する ・うつ、バーンアウトによるリスクを学ぶ ・睡眠確保を最優先とする ・生活習慣病を治療する ・良質の食事を規則正しく摂る ・適度な運動を行う ・体調が悪い時は遠慮なく、上司・同僚に助けを求める | <ul style="list-style-type: none"> ・睡眠不足、体調が悪そうな同僚に声をかける ・産業医への相談を勧める ・体調不良の医師の代替体制、業務量の調整を行う ・健康診断等、個人の健康管理を行う時間を確保する | <ul style="list-style-type: none"> ・面接指導の実施体制を整備する ・追加的健康確保措置（睡眠調査、疲労調査、異動前・新規採用前健康確認、就業上の措置）を実施する ・健康診断の受診を勧奨する ・産業医を選任し活動を支援する ・外部専門家と連携する ・衛生委員会を活性化する |
| <p>ワーク・ライフ・バランス</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・家族を大切にする ・医師の仕事と自分の生活において柔軟に優先順位をつける ・関係構築のスキルを身につける ・キャリアプランを長期的視点で考える | <ul style="list-style-type: none"> ・家族・パートナーを大切にする価値観についてチーム内で共有する ・出産・子育て、研修・教育機会、研究・学会活動等、ライフステージや個人の背景に応じた業務の在り方への理解を深める ・個人・医局の価値観を押し付けない風土をつくる | <ul style="list-style-type: none"> ・各医師に対し、育児・介護等のライフイベントや疾病を抱える場合の支援を定期的に検討する場を設置する ・相談窓口を充実する |

9. 質問票集等

(1) 本文中で使用される質問票集

- 1) 日本語版 BAT (Burnout Assessment Tool) (BAT-J) 23 項目版 60 頁
- 2) 睡眠負債の状況を評価する質問紙 85 頁
- 3) 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト (2023 年改正版) 87 頁
- 4) うつ病の簡便な構造化面接法 (Brief Structured Interview for Depression, BSID) 91 頁
- 5) 長時間労働面接振り返りシート 96 頁

日本語版 BAT (BAT-J) 23 項目版

以下の記述は、あなたがご自身の仕事をどのように体験し、どのように感じているかに関するものです。それぞれの記述は、あなたにどの程度（どのくらいの頻度で）あてはまりますか？最もあてはまるものを選んでください。

| | | ま っ た く な い | め っ た に な い | と き ど き あ る | し ば し ば あ る | い つ も あ る |
|--------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| 疲弊感 | | | | | | |
| 1 | 仕事をしているとき、精神的に疲れ果ててしまったと感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 仕事にかかわるすべての面で、かなりの努力が必要だ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 一日の仕事が終わった後、エネルギーを回復させるのが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 仕事をしているとき、身体的に疲れ果ててしまったと感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 朝起きた時に、その日の仕事にとりかかるためのエネルギーが足りない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 意欲的に仕事に取り組みたいと思うが、なぜかそうすることができない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 仕事で頑張ったときには、いつもより早く疲れてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | 一日働いた後は、精神的に疲れ果てて、くたくたになったと感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 精神的距離 | | | | | | |
| 9 | 自分の仕事に何とか熱意を持とうと苦勞している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | 仕事をしているときは、自分が何をしているのか考えもせず、惰性で行動している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | 仕事に対して強い嫌悪を感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | 自分の仕事に対して無関心である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | 自分の仕事が他人の役に立っているとは思えない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 認知コントロールの不調 | | | | | | |
| 14 | 仕事をしているとき、集中力を保つのが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | 仕事をしているとき、頭がクリアな状態で考えるのに苦勞する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | 仕事をしているとき、忘れっぽく、気が散る | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | 働いているとき、集中できない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | 仕事中に他のことに気を取られてミスをしてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 情緒コントロールの不調 | | | | | | |
| 19 | 仕事をしているとき、自分の情緒をコントロールできないと感じる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | 仕事に知らぬ間に、感情的な反応をしてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | 仕事で思い通りにいかないと、イライラしてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | 仕事にわけもなく取り乱し、悲しくなる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | 仕事をしているとき、無意識のうちに過剰に反応してしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

引用元: Schaufeli, W.B., De Witte, H. and Desart, S. (2019). Burnout Assessment Tool (BAT) – Test Manual. KU Leuven, Belgium: Internal report

睡眠負債の状況进行评估する質問紙

| | | | | |
|--|----------|---------|---------|-------|
| 最近2週間の状況について回答して下さい。 | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 |
| 平均睡眠時間 | 7時間以上 | 6-7時間未満 | 5-6時間未満 | 5時間未満 |
| 朝起床時に熟睡感(よく眠ったという感覚)がある | よくある | | 時々ある | なし |
| 午後に眠気もしくは疲労感を感じる | なし | | 時々ある | よくある |
| いつでもどこでも寝ようと思えば入眠可能(新幹線等の中で入眠可能な状態) | なし | | 時々ある | よくある |
| 夕方のカンファレンスあるいは車を運転中に眠気を感じていないのに一瞬居眠りをすることがある | なし | | 時々ある | よくある |
| 慢性的な疲労感がある | なし | | 少しある | 大いにある |
| 総合点 | 点 | | | |

| | | | | |
|----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 上記の総合点 | 0~2点 | 3~4点 | 5~8点 | 9~18点 |
| 睡眠負債の状況 | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|-----------------------------------|----|------|------|------|
| 最近1年間について回答して下さい。 | | | | |
| 家族・同僚から、大きないびき、または、睡眠中の呼吸停止を指摘された | なし | 少しある | 時々ある | よくある |

※「よくある」の場合は、睡眠時無呼吸症候群のスクリーニング検査を勧める

労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（2023年度改正版）

記入者 _____ 記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

このチェックリストは、労働者の仕事による疲労蓄積を、自覚症状と勤務の状況から判定するものです。

1. 最近1か月間の自覚症状 各質問に対し、最も当てはまる項目の□に✓を付けてください。

| | | | |
|-------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. イライラする | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 2. 不安だ | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 3. 落ち着かない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 4. ゆうつだ | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 5. よく眠れない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 6. 体の調子が悪い | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 7. 物事に集中できない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 8. することに間違いが多い | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 9. 工作中、強い眠気に襲われる | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 10. やる気が出ない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 11. へとへとだ（運動後を除く）★1 | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 13. 以前とくらべて、疲れやすい | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 14. 食欲がないと感じる | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |

<自覚症状の評価> 各々の答えの()内の数字を全て加算して下さい。 合計 _____ 点

| | | | | | | | |
|----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|-----------|--------------|
| I | 0-2点 | II | 3-7点 | III | 8-14点 | IV | 15点以上 |
|----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|-----------|--------------|

2. 最近1か月間の勤務の状況 各質問に対し、最も当てはまる項目の□に✓を付けてください。

| | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. 1か月間の労働時間（時間外・休日労働時間を含む） | <input type="checkbox"/> 適当(0) | <input type="checkbox"/> 多い(1) | <input type="checkbox"/> 非常に多い(3) |
| 2. 不規則な勤務（予定の変更、突然の仕事） | <input type="checkbox"/> 少ない(0) | <input type="checkbox"/> 多い(1) | — |
| 3. 出張に伴う負担（頻度・拘束時間・時差等） | <input type="checkbox"/> ない又は小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | — |
| 4. 深夜勤務に伴う負担 ★2 | <input type="checkbox"/> ない又は小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | <input type="checkbox"/> 非常に大きい(3) |
| 5. 休憩・仮眠の時間数及び施設 | <input type="checkbox"/> 適切である(0) | <input type="checkbox"/> 不適切である(1) | — |
| 6. 仕事についての精神的負担 | <input type="checkbox"/> 小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | <input type="checkbox"/> 非常に大きい(3) |
| 7. 仕事についての身体的負担 ★3 | <input type="checkbox"/> 小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | <input type="checkbox"/> 非常に大きい(3) |
| 8. 職場・顧客等の人間関係による負担 | <input type="checkbox"/> 小さい(0) | <input type="checkbox"/> 大きい(1) | <input type="checkbox"/> 非常に大きい(3) |
| 9. 時間内に処理しきれない仕事 | <input type="checkbox"/> 少ない(0) | <input type="checkbox"/> 多い(1) | <input type="checkbox"/> 非常に多い(3) |
| 10. 自分のペースでできない仕事 | <input type="checkbox"/> 少ない(0) | <input type="checkbox"/> 多い(1) | <input type="checkbox"/> 非常に多い(3) |
| 11. 勤務時間外でも仕事のことが気にかかって仕方ない | <input type="checkbox"/> ほとんどない(0) | <input type="checkbox"/> 時々ある(1) | <input type="checkbox"/> よくある(3) |
| 12. 勤務日の睡眠時間 | <input type="checkbox"/> 十分(0) | <input type="checkbox"/> やや足りない(1) | <input type="checkbox"/> 足りない(3) |
| 13. 終業時刻から次の始業時刻の間にある休息时间 ★4 | <input type="checkbox"/> 十分(0) | <input type="checkbox"/> やや足りない(1) | <input type="checkbox"/> 足りない(3) |

• <勤務の状況の評価> 各々の答えの()内の数字を全て加算して下さい。合計 _____ 点

| | | | | | | | |
|----------|-----------|----------|-------------|----------|--------------|----------|--------------|
| A | 0点 | B | 1-5点 | C | 6-11点 | D | 12点以上 |
|----------|-----------|----------|-------------|----------|--------------|----------|--------------|

- ★1：へとへと：非常に疲れて体に力がなくなったさま
- ★2：深夜勤務の頻度や時間数等から総合的に判断して下さい。
深夜勤務は、深夜時間帯（午後10時～午前5時）の一部または全部を含む勤務を言います。
- ★3：肉体的作業や寒冷・暑熱作業等の身体的な面での負担を言います。
- ★4：これを勤務間インターバルと言います。

3. 総合判定

次の表を用い、自覚症状、勤務の状況の評価から、あなたの疲労蓄積度の点数（0～7）を求めてください。

【疲労蓄積度点数表】

| | | 勤務の状況 | | | |
|------|-----|-------|---|---|---|
| | | A | B | C | D |
| 自覚症状 | I | 0 | 0 | 2 | 4 |
| | II | 0 | 1 | 3 | 5 |
| | III | 0 | 2 | 4 | 6 |
| | IV | 1 | 3 | 5 | 7 |

※糖尿病や高血圧症等の疾病がある方は判定が正しく行われぬ可能性があります。

あなたの疲労蓄積度の点数：_____点（0～7）

| 判定 | 点数 | 疲労蓄積度 |
|----|-----|-------------|
| | 0～1 | 低いと考えられる |
| | 2～3 | やや高いと考えられる |
| | 4～5 | 高いと考えられる |
| | 6～7 | 非常に高いと考えられる |

うつ病の簡便な構造化面接法

(Brief Structured Interview for Depression, BSID)

B1 この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであ
ったり沈んだ気持ちでいましたか？ いいえ はい

B2 この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵
いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？ いいえ はい

チェックポイント1：

B1 またはB2 のどちらかが「はい」である場合 → 下記の質問にすすむ

B1 またはB2 のどちらかも「いいえ」である場合 → 面接終了（うつ病を疑わない）

B3 この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あな
たは：

a 毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目
が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまう等）がありましたか？ いいえ はい

b 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感
じたりしましたか？ いいえ はい

c 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？ いいえ はい

チェックポイント2：

B1～B3（a～c）の合計5つの質問に、

少なくともB1とB2のどちらかを含んで、3つ以上「はい」がある → 大うつ病エ
ピソードの疑い

それ以外 → 面接終了（うつ病を疑わない）

長時間労働面接振り返りシート

年 月 日

安全で質の高い医療を提供するためには、医師自らも心身の不調を整えて、日頃より自己管理を行う必要があります、そのためには睡眠不足や疲労等への気づきが重要です。

長時間労働者が気をつけるべきことを以下にお示しします。面接指導実施医師がチェックを入れた項目は、ご自身の状態や生活習慣の見直しをお考え下さい。

① 一般的な健康管理に関して

- 現在、治療中の病気はありませんか？また、健康診断等で異常値が出ているにも拘わらず、未治療ではありませんか？
- 疲労感が強い時に休養をとれていますか？
- バランスの良い食事をとれていますか？
- 適度な運動をすることができていますか？
- 喫煙や過度な飲酒をしていませんか？

面接指導実施医師コメント：

② 睡眠の量と質

- 1日最低6時間の睡眠がとれていますか？
- 熟睡感が伴うような、良質な睡眠がとれていますか？
- 就寝前に、飲酒、カフェイン摂取、喫煙、激しい運動、VDT作業等をしていませんか？
- 睡眠中のいびきや日中の眠気はありませんか？

面接指導実施医師コメント：

③ ストレスへの対応

- 心理的に完全に仕事から離れる時間はありますか？
- 心身を休め、リラックスする時間はありますか？（趣味、団らん等）
- 職場の悩み等を上司、友人、家族に話せていますか？

面接指導実施医師コメント：

④ 十分な休息の確保

- 適切な勤務間インターバルが取れていますか？
- 勤務間インターバルが確保できなかった場合の代償休息は付与されていますか？
- 自身の兼業先等の労働も含めて休息が取れるような勤務計画になっていますか？
- 勤務終了後は、引継ぎをして速やかに帰宅することを心がけていますか？
- 週に一度は完全に仕事から離れ、家族と過ごす時間や趣味を楽しむ日はありますか？

面接指導実施医師コメント：

(2) その他付録質問票集

1) 日本語版 ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度 Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

参考 URL <https://hp3.jp/tool/uwes>

文献 Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S., Suzuki, A., Nashiwa, H., Kato, A., Sakamoto, M., Irimajiri, H., Amano, S., Hirohata, K., Goto, R., and Kitaoka-Higashiguchi, K. Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 2008; 57, 510–523.

2) 日本語版 アテネ不眠尺度

文献 Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, Inoue Y. Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;67(6):420–425.

3) 日本語版 リカバリー経験尺度

参考 URL <https://hp3.jp/tool/req>

文献 Shimazu, A., Sonnentag, S., Kubota, K., and Kawakami, N. (2012). Validation of the Japanese version of Recovery Experience Questionnaire. *Journal of Occupational Health*, 54, 196–205.

日本語版 ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度 (UWES)

次の 17 の質問文は、仕事に関してどう感じているかを記述したものです。各文をよく読んで、あなたが仕事に関してそのように感じているかどうかを判断してください。そのように感じたことが一度もない場合は、0（ゼロ）を、感じたことがある場合はその頻度に当てはまる数字（1 から 6）を、質問文の左側の下線部に記入してください。

| | ほとんど 感じない | めったに 感じない | 時々感じる | よく感じる | とてもよく 感じる | いつも 感じる |
|------|--------------|----------------|-------------|--------------|--------------|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 全くない | 1 年に 数回以下 | 1 ヶ月に 1 回以下 | 1 ヶ月に 数回 | 1 週間に 1 回 | 1 週間に 数回 | 毎日 |

1. _____ 仕事をしていると、活力がみなぎるように感じる。 (活力 1)*
2. _____ 自分の仕事に、意義や価値を大いに感じる。 (熱意 1)
3. _____ 仕事をしていると、時間がたつのが速い。 (没頭 1)
4. _____ 職場では、元気が出て精力的になるように感じる。 (活力 2)*
5. _____ 仕事に熱心である。 (熱意 2)*
6. _____ 仕事をしていると、他のことはすべて忘れてしまう。 (没頭 2)
7. _____ 仕事は、私に活力を与えてくれる。 (熱意 3)*
8. _____ 朝に目がさめると、さあ仕事へ行こう、という気持ちになる。 (活力 3)*
9. _____ 仕事に没頭しているとき、幸せだと感じる。 (没頭 3)*
10. _____ 自分の仕事に誇りを感じる。 (熱意 4)*
11. _____ 私は仕事にのめり込んでいる。 (没頭 4)*
12. _____ 長時間休まずに、働き続けることができる。 (活力 4)
13. _____ 私にとって仕事は、意欲をかきたてるものである。 (熱意 5)
14. _____ 仕事をしていると、つい夢中になってしまう。 (没頭 5)*
15. _____ 職場では、気持ちがはつらつとしている。 (活力 5)
16. _____ 仕事から頭を切り離すのが難しい。 (没頭 6)
17. _____ ことがうまく運んでいないときでも、辛抱強く仕事をする。 (活力 6)

© Schaufeli and Bakker (2003) ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度は、営利目的ではなく学術研究が目的の場合には自由にご使用いただけます。営利目的あるいは非学術研究での使用を目的とされる場合には、著者による書面での許可が必要です。

日本語版 アテネ不眠尺度

| | | | |
|----|-------------------------------------|---|----------------------------|
| 1 | 寝床についてから実際に寝るまで、時間がかかりましたか？ | 0 | いつもより寝つきはよい |
| | | 1 | いつもより少し時間がかかった |
| | | 2 | いつもよりかなり時間がかかった |
| | | 3 | いつもより非常に時間がかかった、あるいは眠れなかった |
| 2 | 夜間、睡眠の途中で目が覚めましたか？ | 0 | 問題になるほどのことはなかった |
| | | 1 | 少し困ることがある |
| | | 2 | かなり困っている |
| | | 3 | 深刻な状態、あるいは全く眠れなかった |
| 3 | 希望する起床時間より早く目覚めて、それ以降眠れないことはありましたか？ | 0 | そのようなことはなかった |
| | | 1 | 少し早かった |
| | | 2 | かなり早かった |
| | | 3 | 非常に早かったか、全く眠れなかった |
| 4 | 夜の眠りや昼寝も合わせて、睡眠時間は足りていましたか？ | 0 | 十分である |
| | | 1 | 少し足りない |
| | | 2 | かなり足りない |
| | | 3 | 全く足りない、あるいは全く眠れなかった |
| 5 | 全体的な睡眠の質について、どう感じていますか？ | 0 | 満足している |
| | | 1 | 少し不満である |
| | | 2 | かなり不満である |
| | | 3 | 非常に不満である、あるいは全く眠れなかった |
| 6 | 日中の気分はいかがでしたか？ | 0 | いつも通り |
| | | 1 | 少し減入った |
| | | 2 | かなり減入った |
| | | 3 | 非常に減入った |
| 7 | 日中の身体的及び精神的な活動の状態はいかがでしたか？ | 0 | いつも通り |
| | | 1 | 少し低下した |
| | | 2 | かなり低下した |
| | | 3 | 非常に低下した |
| 8 | 日中の眠気はありましたか？ | 0 | 全くない |
| | | 1 | 少しあった |
| | | 2 | かなりあった |
| | | 3 | 激しかった |
| 合計 | | | [1~3点] 睡眠がとれています |
| | | | [4~5点] 不眠症の疑いが少しあります |
| | | | [6点以上] 不眠症の可能性が高いです |

アテネ不眠尺度（Athens Insomnia Scale の日本語版、Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, Inoue Y. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 67: 420-425.）は、営利目的ではなく学術研究が目的の場合には自由にご使用いただけます。営利目的あるいは非学術研究での使用を目的とされる場合には、著者による書面での許可が必要です。

日本語版 リカバリー経験尺度

以下の質問文は、「1日の仕事が終わった後の時間の過ごし方」について尋ねたものです。ご自身の状況に当てはまる程度をお答えください。それぞれの質問が類似しているように見えても、すべての項目に回答してください。

| | | 全く当てはまらない | あまり当てはまらない | どちらともいえない | やや当てはまる | よく当てはまる |
|----|--------------------|-----------|------------|-----------|---------|---------|
| 01 | 何をするか自分で決められると思う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 02 | 新しいことを学ぶ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 03 | 仕事のことを忘れる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 04 | 自分のスケジュールは自分で決める | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 05 | 仕事のことは全く考えない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 06 | くつろいでリラックスする | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 07 | 知的に挑戦できることを探し出す | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 08 | やりがいのあることに挑戦する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 09 | 時間の過ごし方は自分で決める | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | 仕事と距離を置く | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | リラックスできることをする | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | リラックスするために時間を使う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | 自分のやりたいように物事を片付ける | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | 余暇に時間をかける | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | 自分の視野が広がることをする | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | 仕事での負担から離れて、ひと休みする | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

【下位尺度と該当項目】

心理的距離：03, 05, 10, 16

リラックス：06, 11, 12, 14

熟達：02, 07, 08, 15

コントロール：01, 04, 09, 13

日本語版リカバリー経験尺度(*Shimazu A, Sonnentag S, Kubota K, Kawakami N. Validation of the Japanese version of the recovery experience questionnaire. J Occup Health. 2012;54(3):196-205.*)は、営利目的ではなく学術研究が目的の場合には自由にご使用いただけます。営利目的あるいは非学術研究での使用を目的とされる場合には、著者による書面での許可が必要です。

(3) 編集後記

大学病院で臨床・研究・教育に長年従事してきた本マニュアル作成委員の一人から

過重労働の医師の健康を守り、脳心血管障害を含めた過労死を防ぐという対応は評価されるべきであり、迅速な改革が重要である。しかし、本改革にあたって、考慮すべき事項がある。

1) 医療職においても、他の職種と同様に全国で一律な対応をするべきか考察が必要である
例えば、診療科毎に診療内容は多様であり、医師の年間の時間外・休日労働の上限規制の施行前後で、対応する各科の患者が変わるわけではなく、対応すべき患者も多様である。特に、大都市の医療と医療過疎の地域の人的資源や医療需要等状況は大いに異なり、真に必要となる労働時間というものは各医師で異なってくるものである。

2) 科学的根拠に基づいた継続的な改革が望ましい
改革には良い部分とそうでない部分があるので、通常、このような大改革をなす場合は前もって、少なくともある程度結果が科学的に検証された後に行なわれるべきであると思われるが、今回、その過程が十分とは言い難いと感じた。また、医療面、経済面も含めた制度の検証もまだまだ必要ではないだろうか。

3) 医療技術の低下、ひいては科学立国の存続への影響への考慮が必要である
医師は臨床研修医・専攻医時代のみならず、その後も「研修」を要する時期が長く続く。この期間、技能を身につける前段階である医師に、十分な研修を行う「時間」を確保するというC水準が設けられてはいるものの、一義的に労働時間を規制するというメッセージが先行し、研修意欲のある医師の意欲がそがれてしまい、医療技術の低下、ひいては科学立国の存続に影響を与える可能性はないだろうか。制度の施行後も引き続き、今回の改革でのこれらへの影響について分析や検証を十分行う必要があるのではないかと。

また、病院単位で考えた際、単独の病院では働き方改革への対応が困難な場合があると予想され、地域の医療機関がブロック単位で働き方改革を行う体制を整えることが必要ではないだろうか。患者、医療チームが関連する医療領域での改革は一律ではなく、それぞれの環境に併せた bottom line からの改革が必要と思われ、地域医療構想や医師偏在対策と共に、医師の働き方改革は我が国の医療政策の1パーツであると認識し、今後も一体的な施策の推進が望まれる。

一方、本邦の医療界は基礎、臨床共に世界的な観点からみれば、地盤沈下が問題となっている。科学性を維持し、世界の医療を牽引していくことも我が国の重要な役割である。私は内科医であるが、肝臓・肺移植の黎明期に若手外科医の真摯な研鑽と一部、過酷とも思える勤務状況の現場に身を置いた。自らその身をその場に置いた彼らの多くは、その後、我が国の移植医療のリーダーとして全国で活躍している。このような状況は医学の多くの領域であったと思う。過重労働の医師の健康を守ることを基本に、今回の改革では他業種から5年の猶予を持った上で様々な配慮、緩和策が施されているが、多くの事を学ぶべき若い世代にとって、果たして良い環境を提供しているか否か、改革を行った場合のあらゆる方面での実証も同時に進行すべきと考える。

初版のマニュアル作成委員よりメッセージ

この度、「長時間労働医師の健康確保に関するマニュアル（第2版）」が作成された。第2版では、職域における多くの情報が網羅的にまとめられている。その情報に加えて、初版マニュアルではその「特徴」として以下以下の3項目をここで再度確認しておきたい。

1. 面接対象医師、面接指導医師、管理者、全てが医師であること
2. 自身の健康（眠気、疲労等）への気づきの重要性
3. 医師のプロフェッショナリズムへの言及

医師の時間外・休日労働の上限規制においては、診療に従事する医師は原則として年960時間までの時間外・休日労働に従事可能で、さらに連携B水準・B水準・C水準が適用される場合には、年1,860時間まで従事することが可能である。一般の労働者では、その時間外労働の年上限が720時間であることと比較すると、大幅に長時間勤務が認められている。この上限時間のギャップを埋めることができるのは、長時間労働医師への面接指導において、面接指導対象医師、面接指導実施医師、そして、管理者（病院長を想定）の全てが「医師であること」である。つまり、一般人とは異なり、面接指導の対象となる労働者自身に十分な医学的知識があり「長時間労働が健康に及ぼす影響」について、他の医師にも指導できる知識・経験を有していることが期待されている。

しかし、「医者の不養生」と言われるように、医師は自身の眠気や疲労等に気付いていない可能性がある。そこで、面接指導の現場が、面接指導対象医師の「自身の健康（眠気、疲労等）への気づき」を促し、できれば、その「気づき能力を涵養」する場となることを期待する。その意味では、初版でも第2版でも、「客観的な（眠気あるいは疲労の）評価」について言及し、かつ、強調している。

上述の「自身の健康への気づき」は、近年の医学教育でも強調されているプロフェッショナリズムとも関連している。医師の仕事（主に診療）は、社会的な規範の上に成り立ち、プロフェッショナリズムの語源の *profess* には社会に対し宣言するという意味がある。医師は「国、社会を支える *profession*」である。これが尊敬される職業の一つに数えられる理由の一つだと考えられる。このプロフェッショナリズムをもって、「医師の働き方改革」が、自身の健康とキャリアを考える機会になれば幸いである。