

医師の働き方改革に関する検討会 報告書

平成31年3月28日

医師の働き方改革に関する検討会

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方	2
(1) 医師の働き方改革を進める基本認識	2
(2) 医師の診療業務の特殊性（働き方改革において考慮を要する医療の特性・ 医師の特殊性）	4
2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿	6
3. 医師の働き方に関する制度上の論点	10
(1) 2024年4月から適用する時間外労働の上限	10
(2) (1)の時間外労働規制との組み合わせにより医師の健康確保を図る追加的 健康確保措置	19
(3) 2024年4月までの労働時間短縮	26
(4) 地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準の将来の在り方	29
4. おわりに	30

（別添1）検討会構成員名簿

（別添2）検討会開催経過

（参考資料）

医師の働き方改革に関する検討会 報告書

医師の働き方改革に関する検討会（以下「本検討会」という。）においては、平成 29 年 8 月の検討会発足以降、22 回にわたる議論を重ね、医師¹の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について結論を得るべく検討してきた。その結論をここにとりまとめる。

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

（1）医師の働き方改革を進める基本認識

- まず、我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要である。
医師は、昼夜問わず、患者への対応を求められうる仕事であり、特に、20 代、30 代の若い医師を中心に、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態にある。「自殺や死を毎週又は毎日考える」医師の割合が 3.6%との調査もある。日進月歩の医療技術への対応や、より質の高い医療やきめ細かな患者への対応に対するニーズの高まり等により、こうした長時間労働に拍車がかかってきた。
- こうした医師の長時間労働は、個々の医療現場における「患者のために」「日本の医療水準の向上のために」が積み重なったものではあるが、日本のよい医療を将来にわたって持続させるためには、現状を変えていかななくてはならない。
もとより国民に対する医療提供体制の確保は重要であるが、医師は、医師である前に一人の人間であり、健康への影響や過労死さえ懸念される現状を変えて、健康で充実して働き続けることのできる社会を目指していくべきである。
- また、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）への関心が高まっていることなどを踏まえれば、育児等を行いながら就業を継続したり、復職したりできる環境を整え、多様で柔軟な働き方を実現していかなければ、多様な人材の確保

¹ 本検討会においては、医師の時間外労働規制の具体的な在り方等を検討する観点から、労働者として労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）等が適用される勤務医を対象に議論を行った。そのため、本報告書における「医師」との表記は、基本的には勤務医を念頭に置いている。ただし、1.（2）において医師の診療業務の特殊性を整理した部分を中心に、勤務医に限らず医師全般に共通する内容を念頭に置いた記述もある。

が困難となる。とりわけ、女性医師の割合が上昇していることにも留意しなければならない。

- また、医療は医師だけでなく多様な職種の連携によりチームで提供されるものであるが、患者へのきめ細かなケアによる質の向上や医療従事者の負担軽減による効率的な医療提供を進めるため、さらにチーム医療の考え方を進める必要がある。この点については、看護師等が医師がいないことで患者の命を救うことを躊躇することがないようにしてはどうか、こうした場合でも患者側の理解・協力を得られるのではないか、といった声もあり、安全性・有効性を確認しつつ医師以外の医療従事者や患者の思いも含めた検討も重要である。
- 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成の在り方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、医療・介護連携や国民の医療のかかり方等における様々な課題が絡み合って存在している。また、個々の医師の健康確保と、医療の質や安全の確保は表裏一体であり、ともに進めていく必要がある。
- 医師の働き方改革は、全ての人が医療を受ける可能性があることにかんがみても国民全体・社会全体で考えられるべき課題であり、医療提供体制の改革や、たばこ対策・生活習慣病予防・がん検診の受診率向上等の予防医療の推進に加えて、上手な医療のかかり方について国民の理解を得ることも一体として進め、必要な時に適切な医療を受けられる体制を維持していく必要がある。特に、医療提供体制の改革は、医師の需給や偏在、養成の在り方、医療提供体制における機能分化・連携、国民の医療のかかり方等に関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきものであり、各医療機関が 2024 年 4 月からの規制内容を遵守できる条件整備を図る観点からも推進していくことが求められる。
- 本検討会が、「中間的な論点整理」、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」をとりまとめてから 1 年あまりが経過する中、長時間労働の中で患者と向き合っている現場の医師からは「医療現場の働き方は変わっておらず、本当に医師の働き方は変わっていくのか」という声もあるが、こうした現場の医師の期待を裏切ってはならない。
- 医療機関と医療従事者が話し合い（勤務環境の改善に向けた労使間の取組など）の中で取り組むことはもとより、行政、国民それぞれの立場から、また、医療分野と労働分野の双方から、医師と国民が受ける医療の両方を社会全体で守っていくという強い決意の下に、医師の働き方改革に取り組んでいかなければならない。
- まずは、2024 年 4 月からの平成 30 年改正労働基準法に基づく新たな時間外労働

に対する規制（新時間外労働規制）²の適用まで、必要かつ実効的な支援策を十分に講じながら、最大限の改革を行い、その後も絶え間なく取組を進めていかなければならない。

（２）医師の診療業務の特殊性（働き方改革において考慮を要する医療の特性・医師の特殊性）

- 医師については、応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることが従来から指摘されていた。応召義務は実態として職業倫理・規範として機能し、純粋な法的効果以上に医師個人や医療界にとって大きな意味を持ち、医師の過重労働につながってきた側面も指摘されている。
- しかし、応召義務については、医師が国に対して負担する公法上の義務であり、医師個人の民刑事法上の責任や医療機関と医師の労働契約等に法的に直接的な影響を及ぼすものではなく、医療機関としては労働基準法等の関係法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できるよう必要な体制・環境整備を行う必要があり、違法な診療指示等に勤務医が従わなかったとしても、それは労働関係法令上の問題であって応召義務上の問題は生じないと解される。³
- こうしたことから、応召義務があるからといって、医師は際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。
- その上で、改めて、医師が行う診療業務を、働き方の観点からみると、以下の４つの特殊性があると考えられる。
 - ・ 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質（医療安全を含む）、継続性、利便性等を確保する必要があること。このため、職業倫理が強く働くことに加えて、法においても応召義務が設定されていること。

² 労働基準法第 141 条第 1 項の規定により読み替えて適用される同法第 36 条第 1 項の協定に定めた時間数を超えて労働させた場合、同法第 141 条第 3 項の規定に違反した場合は、それぞれ 6 箇月以下の懲役又は 30 万円以下の罰金に処することとされている（同法第 119 条第 1 号及び第 141 条第 5 項）。

³ 医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 19 条に定める応召義務については、「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈に関する研究」（平成 30 年度厚生労働科学研究）において、医療提供体制の変化や医師の働き方改革といった観点をも考慮し、現代において医療機関や医師が診療しないことがどのような場合に正当化されるか、緊急対応の要否や診療時間・勤務時間の内外等により場合分けした具体的な事例を念頭に、2019 年夏頃までに医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた解釈が新たに示される予定である。

医師の健康確保が本人の利益という観点からだけではなく、医療安全の観点からも求められること。公的医療保険で運営されていること。)

- ・ 不確実性(疾病の発生や症状の変化が予見不可能であること。治療の個別性、治療効果の不確実性があること。)
- ・ 高度の専門性(医師の業務は業務独占とされていること。医師の養成には約10年以上の長期を要し、需給調整に時間が係ること。)
- ・ 技術革新と水準向上(常に新しい診断・治療法の追求と、その活用・普及(均てん化)の両方が必要であること。このために必要となる知識の習得や手技の向上は医師個人の努力に大きく依存していること。)

○ こうした特性がある中、勤務環境整備が十分進んでおらず、出産・育児期の女性など時間制約のある医師にとっては就業を継続しにくい働き方となっている。

○ これらを踏まえると、医師に係る時間外労働規制については、以下の点を考慮する必要がある。

- ・ 医師についても、一般則が求めている水準と同様の労働時間を達成することを目指して労働時間の短縮に取り組むこと
- ・ 医療の公共性・不確実性を考慮し、医療現場が萎縮し必要な医療提供体制が確保できなくなるような規制とする必要があること。その場合であっても、医療安全の観点からも、医師が健康状態を維持できることは重要であること。
- ・ 具体的な取組として、1日6時間程度の睡眠を確保できるようにすること。継続的に労働時間のモニタリングを行い、一定以上の長時間労働の医師がいる医療機関に対して、重点的な支援を行うこと。
- ・ 医師の知識の習得や技能の向上のための研鑽を図る時間が労働時間に該当する場合があるが、医師の使命感からくる研鑽の意欲を削がず、医療の質の維持・向上を図ることができるようにすることが重要であること。
- ・ 出産・育児期の女性など時間制約のある医師が働きやすい環境を整える必要があること。

2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

（労働時間管理の適正化）

- 労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）における労働時間に係る規定を遵守する観点から、医療機関に限らず使用者は、労働時間を適正に把握するなど労働時間を適切に管理する責務を有している⁴。このため、今後、医師の労働時間短縮を図っていく上で、医師の労働時間管理の適正化を図り、「時間」を意識した働き方とすることが必要である。
- その際、とりわけ医師については、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）において宿直が義務付けられている等の事情があるが、医師等の当直のうち、断続的な宿直として労働時間等の規制が適用されないものに係る労働基準監督署長の許可基準については、現状を踏まえて実効あるものとする必要がある。具体的には、当該許可基準における夜間に従事する業務の例示等について、現代の医療現場の実態と宿日直許可の趣旨を踏まえて現代化する必要がある。
- また、労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、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が、医師については、自らの知識の習得や技能の向上を図る研鑽を行う時間が労働時間に該当するののかについて、判然としないという指摘がある。
このため、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方と「労働に該当しない研鑽」を適切に取り扱うための手続を示すことにより、医療機関が医師の労働時間管理を適切に行えるように支援していくことが重要である。
また、医師の勤務実態やキャリアパス、養成課程、医療機関の機能、診療科ごとの特性等を踏まえ、適正な取扱いがなされているかについても確認・支援していく必要がある。

（労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性）

- その上で、医師の労働時間の短縮のために、
 - ・ 医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善）、
 - ・ 地域医療提供体制における機能分化・連携、プライマリ・ケアの充実、集約化・重点化の推進（これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む）、医師偏在対策の推進、
 - ・ 上手な医療のかかり方の周知、を、全体として徹底して取り組んでいく必要がある。特に、地域医療提供体制に

⁴ 加えて、労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）においては、管理監督者も含め、客観的な労働時間の状況把握が義務付けられている。

における機能分化・連携、集約化・重点化の推進に関しては、個々の医療機関レベルでの努力には限界があり、地域医療構想と連動した取組などが重要である。

- また、医師の働き方改革を着実に進めていくためには、医療機関全体としての効率化や他職種も含めた勤務環境改善に取り組むことが不可欠である。個々の医療現場においてチーム医療の推進やＩＣＴ等による業務改革が実際に進んでいくための、実効的な支援策が必要である。

- ・ チーム医療の推進に関しては、看護師の特定行為研修制度は特定行為区分を組み合わせ受講する仕組みとなっており、手術前後の病棟管理業務や術前・術中・術後管理など一連の業務を担うための研修を広く行うには不十分となっている。そのため、医道審議会看護師特定行為・研修部会における検討では、頻度の高い特定行為及び特定行為研修をパッケージ化することとした。術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進することができる。
- ・ これにより、医療従事者の合意形成のもとで、患者に対するきめ細かなケアによる医療の質の向上、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれる。具体的な役割分担・連携の在り方、導入方法、医療機関側・看護師側双方に対する支援策等の個別論点を整理した上で、その円滑な実施が強く期待される。
- ・ また、更なるタスク・シフティングの推進に向けて、現行の資格制度を前提としたものに加え、将来的にはいわゆるナース・プラクティショナー（NP）など、従来の役割分担を変えていく制度的対応を検討していくべきとの指摘があった。一方で、更なるタスク・シフティングの推進は重要であり、そのためには、まずは現行の資格の下での各職種の役割分担をどのようにしていくかについて、さらに検討を進めるべきとの指摘もあった。いずれにせよ現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進しつつ、看護師が医師の直接的な指示なく対応できるなど、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えることは重要であり、そのための議論を引き続き確実に深めていくことが必要である。
- ・ また、行政や民間保険会社等が医療機関に作成を求める文書については、その様式の簡素化等が医師の負担軽減につながる。これに資する取組として、生命保険協会、日本損害保険協会においては、今般、診断書様式に係る自主的ガイドラインを改定したところであり、こうした対応が行政や各保険業界において進むことは、医師の働き方改革の着実な推進にとって有効である。

- 医療機関内のマネジメント改革や地域医療提供体制の機能分化・連携の推進による医師の労働時間短縮は、医療機関の機能や診療科の特性、地域における医療提

供体制の状況、これまでなされてきた取組の状況等によって、今後、どのような取組が可能であるか・有効であるかが異なると考えられる。医療機関側にもマネジメント改革により、より良い職場づくりが進み、医療従事者の確保・定着が図られるなどの経営上のメリットがあることも踏まえ、個々の医療機関が自らの状況を適切に分析し、取り組んでいくことが必要であり、そのための支援も不可欠である。

- 組織のトップがこうした取組の重要性に気づき、マネジメント改革等の舵取りをしていくことが重要である。まずは、医療機関の管理者の意識改革に効果的な、参加しやすいトップマネジメント研修を実施していく必要がある。
- その上で、既に、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 19 に基づき、医療機関の管理者は、勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならないこととされ、これに基づき管理者が講ずべき措置については、厚生労働大臣が指針を定め、現状分析、改善目標の設定、勤務環境改善に関する計画作成、その実施と達成状況の評価、見直し等の一連の自主的活動を求めている。医師の労働時間短縮に向けても、この「医療勤務環境改善マネジメントシステム」の取組を進めていくことが重要である。
- さらに、大学病院における研究を行う医師に対する労働時間制度の運用実態にかんがみ、医師の研究を阻害しないよう、研究者のために必要な議論を開始すべきであるとの意見があった。

（医師の健康確保等勤務環境改善の方向性）

- 医師の健康確保のためには、
 - ・ 長時間労働の是正はもちろん必要であるが、それだけでなく、
 - ・ 連続勤務時間制限、勤務間インターバル確保等による睡眠時間の確保、
 - ・ 一人ひとりの医師の健康状態を確認しながら勤務させること、が重要である。

（女性医師等が働きやすい環境の整備の推進）

- さらに、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境を整備していくことが重要である。連続勤務時間制限等の導入により、勤務時間に制約のある医師もチームの一員として重要な役割を担うことによって、働く意義にもつながっていくと期待される。勤務時間に制約のある医師でも働きやすい環境整備をすることにより、就労意欲のある医師が就労すれば、医師数の確保にもつながっていく。

（医療機関の取組を加速化するための支援の方向性）

- 以上のような取組を個々の医療機関において包括的に実施していく必要があり、

そのためには医療機関の管理者の意識改革とリーダーシップが重要であるが、個々の医療機関に対するマネジメント改革やＩＣＴ活用などのノウハウ提供も含めた実効的な支援策が重要である。

- 取組の支援に当たっては、第三者の立場から、医療機関内のマネジメント改革を進めていく方向性や手順、地域医療提供体制における機能分化・連携に関する助言等を行うことが考えられる。
- この点、支援の主体として一つには、現行制度である都道府県医療勤務環境改善支援センターがある。社会保険労務士等の労務管理の専門家（医療労務管理アドバイザー）等による、医療機関の自主的な取組を支援することが重要である⁵。ただし、相当の機能強化が必要であり、財源確保も含めて検討すべきとの意見があった。

（上手な医療のかかり方を実現するための取組の方向性）

- 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会においては、「「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！」⁶をとりまとめ、以下の５つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、全ての関係者の取組が前進するよう、進捗をチェックし続けると表明された。
 - ① 患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
 - ② 医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
 - ③ 緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
 - ④ 信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
 - ⑤ チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること
- この宣言が示しているように、医療の危機と現場崩壊を防ぎ、国民が受ける医療を守るための「医師の働き方改革」は、医療提供者だけで完結するものではない。行政や、ＣＳＲ（企業の社会的責任）の観点も含めた民間企業等、市民社会の取組とあいまって、国民の医療のかかり方が変わり、患者・家族の不安も解消し、医療提供者の働き方も変わっていくための取組を総力戦で進めるべきである。

⁵ また、医療法第 30 条の 21 等にあるとおり、医療勤務環境改善支援センターと、医師の派遣調整等を担う地域医療支援センターの相互連携を密にするなど、特に医師の長時間労働の実態がある医療機関に対しては、多面的な支援を行っていくことが求められる。

⁶ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000473642.pdf>

3. 医師の働き方に関する制度上の論点

(1) 2024 年 4 月から適用する時間外労働の上限

(診療従事勤務医に 2024 年度以降適用される水準)

- 医療機関で患者に対する診療に従事する勤務医(以下「診療従事勤務医」という。)の時間外労働の上限水準(以下「診療従事勤務医に 2024 年度以降適用される水準」といい、「(A) 水準」と略称する。)を以下のとおりとする。
- ・ 通常予見される時間外労働につき、延長することができる時間数として 36 協定で協定する時間数の上限⁷(以下「医師限度時間」という。)は、医師についても一般労働者と同等の働き方を目指すという視点に立って、労働基準法第 36 条第 4 項の限度時間と同じ時間数(月 45 時間・年 360 時間)とする。
 - ・ 通常予見することのできない業務量の大幅な増加等に伴い臨時的に医師限度時間を超えて労働させる必要がある場合(以下「臨時的な必要がある場合」という。)につき、延長することができる時間数として 36 協定で協定する時間数の上限⁸については、医療は 24 時間 365 日、休日であっても当該医師の診療が必要な場合には休日労働を指示せざるをえないこともあるため、年及び月の両方について、休日労働込みの時間数として設定する。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」の 1 か月あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における単月の時間外労働の水準(単月 100 時間未満)を考慮し、原則 100 時間未満(後述の追加的健康確保措置②を実施した場合、例外あり)とする。これは、患者数が多い、緊急手術が重なった等への対応を要する場合を想定しており、必要な地域医療確保のためのものである。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」の 1 年あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準(複数月平均 80 時間以下、休日労働込み)を考慮し、12 か月分として年 960 時間とする。これは、毎月平均的に働くとした場合には月 80 時間以下の労働となり、一般労働者の休日労働込み時間外労働についての上限である「複数月平均 80 時間以下」と同様の水準である。この場合、後述の追加的健康確保措置①を努力義務として課す。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」は、医師の場合、臨時的な必要性が生じる時季

⁷ 労働基準法第 141 条第 1 項により読み替えて適用される同法第 36 条第 3 項の「限度時間並びに労働者の健康及び福祉を勘案して厚生労働省令で定める時間」をいう。

⁸ 労働基準法第 141 条第 2 項の「同条第 5 項(注：第 36 条第 5 項)に定める時間及び月数並びに労働者の健康及び福祉を勘案して厚生労働省令で定める時間」をいう。

や頻度が予見不能であることから、その適用を年6か月に限らないこととする。

- ・ 36協定によっても超えられない時間外労働の時間数の上限⁹として、月及び年について、36協定上の上限時間数のうち、「臨時的な必要がある場合」の上限と同様の水準を定める。

なお、医師の診療業務の公共性・不確実性を踏まえれば、ある月の医療ニーズが多く時間外労働が長かった場合に、翌月必ず短くして平均値が一定となるように調節することは、地域医療の実情や医師数の制約の下では困難であるため、月100時間以上の時間外労働が想定される場合の必須の措置として時間外労働時間数が月80時間以上となった段階で後述の追加的健康確保措置②を講ずることとし、複数月平均による規制は設けず、単月の規制のみとする。

(地域医療提供体制の確保の観点からの検討)

- 2024年4月において全ての診療従事勤務医が(A)水準の適用となることを目指し、労働時間の短縮に取り組むが、地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ず(A)水準を超えざるを得ない場合が想定される。具体的には、
 - ・ 医師需給は、労働時間を週60時間(年間時間外労働960時間に相当)程度に制限し、7%のタスク・シフティングを実現する等の仮定をおく「需要ケース2」において¹⁰、2028年頃に均衡すると推計されるが、この場合であっても2024年段階ではまだ約1万人の需給ギャップが存在する。医師養成には約10年以上を要することから、2024年段階での需給ギャップを医師数の増によって埋めることは困難である。また、我が国全体で医師需給が均衡した後も、引き続き医師の偏在を解消するための取組が必要であり、都道府県単位で偏在を解消する目標年は、2036年とされている。
 - ・ 地域によっては医療資源(医療機関・医療従事者)が限られている中で政策医療の確保と労働時間短縮を両立せねばならず、医療提供体制の確保の責任主体である都道府県の関与の下、医療計画のサイクル(3年ごと中間見直し・6年ごと見直し)において必要な改革に取り組む必要がある。第8次医療計画は2024年度～2029年度末、第9次医療計画は2030年度～2035年度末となっている。
 - ・ 医師は、他の職業と比較して特に長時間労働である者の割合が高く、その労

⁹ 労働基準法第141条第3項において「第36条第1項の協定で定めるところによって労働時間を延長して労働させ、又は休日において労働させる場合であつても、同条第6項に定める要件並びに労働者の健康及び福祉を勘案して厚生労働省令で定める時間を超えて労働させてはならない」とされているところの「同条第6項に定める要件並びに労働者の健康及び福祉を勘案して厚生労働省令で定める時間」をいう。

¹⁰ 医療従事者の需給に関する検討会 第19回医師需給分科会(H30.4.12開催)資料1

働時間短縮に当たっては、日々の患者の医療ニーズへの影響に配慮しながら段階的に改革を進めざるを得ない。

（地域医療確保暫定特例水準の内容）

- 以上より、地域での医療提供体制を確保するための経過措置として暫定的な特例水準（以下「地域医療確保暫定特例水準」といい、「（B）水準」と略称する。）を設けることとし、以下のとおりとする¹¹。
- ・ 医師限度時間は、医師についても一般労働者と同等の働き方を指すという視点に立って、労働基準法第 36 条第 4 項の限度時間と同じ時間数（月 45 時間・年 360 時間）とする。※（A）水準と同じ。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」につき延長することができる時間数として 36 協定で協定する時間数の上限は、医療は 24 時間 365 日、休日であっても当該医師の診療が必要な場合には休日労働を指示せざるをえないこともあるため、年及び月の両方について、休日労働込みの時間数として設定する。※（A）水準と同じ。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」の 1 か月あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における単月の時間外労働の水準（単月 100 時間未満）を考慮し、原則 100 時間未満（後述の追加的健康確保措置②を実施した場合、例外あり）とする。これは、患者数が多い、緊急手術が重なった等への対応を要する場合を想定しており、必要な地域医療確保のためのものである。※（A）水準と同じ。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」の 1 年あたりの延長することができる時間数の上限については、医師の勤務時間（「指示なし」時間を除く）の分布¹²において、まずは上位 1 割に該当する医師の労働時間を確実に短縮することとし、1,860 時間とする¹³。この水準は、現状において年間 3,000 時間近い時間外労

¹¹ 過労死等の労災認定においては、事案ごとに脳・心臓疾患の労災認定基準及び精神障害の労災認定基準に沿って、個別に判断される。過労死等の労災請求がなされた場合には、労働基準監督署が独自に調査を行い、実際に働いた時間等を把握し、適正に労災認定を行うこととしており、この取扱いが適用される時間外労働の上限時間数の違いによって変わるものではない。

¹² 「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」（平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班）の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が 4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成 28 年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）における個票の診療外時間より 4.4%相当分を削減した上で、勤務時間（「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計）を集計。

¹³ 注釈 7 の集計結果において、年間の時間外勤務時間が 1,860 時間を超えると推定される医師がいる医療機関は、病院全体の約 27%、大学病院の約 88%、救命救急機

働をしている医師もいる中で、その労働時間を週に 20 時間分、基礎的な項目から特定行為研修修了看護師の活用まで幅広いタスク・シフティング、診療科偏在の是正を図るタスク・シェアリング等によって削減して初めて実現できるものである¹⁴。一方で、年の上限時間数の水準¹⁵を踏まえ、医師の健康確保の観点から後述の追加的健康確保措置①を義務として課す。これらによって、医師の健康確保と必要な地域医療提供体制の確保の両立を図るものであり、年間 3,000 時間近い時間外労働をしている医師の働き方は、追加的健康確保措置①の実施に伴う強制的な時間外労働の削減と休日・休暇の取得によって、大きな改革に向けて着実に短縮を進めていくこととなる。

- ・ 「臨時的な必要がある場合」は、医師の場合、臨時的な必要性が生じる時季や頻度が予見不能であることから、その適用を年 6 か月に限らないこととする。※（A）水準と同じ。
- ・ 36 協定によっても超えられない時間外労働の上限として、月及び年について、36 協定上の上限時間数のうち、「臨時的な必要がある場合」の上限と同様の水準を定める。

なお、医師の診療業務の公共性・不確実性を踏まえれば、ある月の医療ニーズが多く時間外労働が長かった場合に、翌月必ず短くして平均値が一定となるように調節することは、地域医療の実情や医師数の制約の下では困難であるため、複数月平均による規制は設けず、月 100 時間以上の時間外労働が想定される場合の必須の措置として時間外労働時間数が月 80 時間以上となっ

能を有する病院の約 84%、救急機能を有する病院の約 34%であるなど、広く存在している。

¹⁴ 当該 20 時間の削減は、医療従事者一般が実施可能なタスク・シフティング 7 時間（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」において、平均 1 日約 40 分程度が他職種へ移管できるとされており、これは、医師の勤務時間のうちおよそ 7 %に相当することから、週 100 時間勤務の者については 7 時間に相当）、特定行為研修修了看護師へのタスク・シフティング 7 時間（特定行為に係る業務は、「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」によると、全体の約 3 %程度、外科系医師に限れば約 7 %程度の業務時間に当たり、週 100 時間勤務の外科系医師の場合 7 時間に相当）、地域枠医師等を含めた診療科偏在の是正を図るタスク・シェア 6 時間の合計により達成される。

¹⁵ 年 1,860 時間は 12 か月で平均すると月 155 時間であるが、脳・心臓疾患の労災認定基準においては、発症前 1 か月間におおむね 100 時間又は発症前 2 か月間ないし 6 か月間にわたって、1 か月当たりおおむね 80 時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できることを踏まえて業務起因性を判断することとされている。加えて、精神障害の労災認定基準においては、精神障害の発病前おおむね 6 か月の間に業務による出来事があり、当該出来事及びその後の状況による心理的負荷が、客観的に精神障害を発病させるおそれのある強い心理的負荷であると認められるか否かにより業務起因性を判断している。例えば、発病直前の連続した 2 か月間に、1 月当たりおおむね 120 時間以上の時間外労働又は発症直前の連続した 3 か月間に、1 月当たりおおむね 100 時間以上の時間外労働が認められる場合には、業務による強い心理的負荷が認められるとされている。

た段階で後述の追加的健康確保措置②を講ずることとし、単月の規制のみとする。※（Ａ）水準と同様

- なお、「臨時的な必要がある場合」の１年あたりの延長することができる時間数の上限（１,８６０時間）については、過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとする意見があった。

（地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関）

- （Ｂ）水準については、２０２４年４月までの約５年間で、医療機関のマネジメント改革や地域医療提供体制における機能分化・連携、地域での医師確保、国民の上手な医療のかかり方に関する周知などの対応を最大限実行した上でもなお、必要な地域医療が適切に確保されるかの観点からやむをえず設定するものであることから、以下３つの観点から要件を設定し、対象医療機関を特定して適用する。

- ① 地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関であること。なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるのかについては、３６協定締結時に特定する。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務（以下「地域医療確保暫定特例水準対象業務」という。）とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。
- ② 当該医療機関に（Ｂ）水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針と整合的であること。
- ③ 以下のような医師の労働時間短縮に向けた対応がとられていること。
 - ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること
 - ・ 実際に医師の時間外労働が短縮していること。短縮していない場合には、評価機能（※後述（３））による長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、医師労働時間短縮計画等の見直しにより追加的な対応が取られていること。
 - ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。具体的な内容は、地域医療提供体制への影響や他制度の取扱い等を考慮して検討。

- 当該特定は、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定し、その際、当該医療機関における医師の長時間労働の実

態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえる。

○ ①地域医療の観点から必須とされる機能は、医療の公共性、不確実性、高度の専門性等の観点から、以下を基本とする。

(ア) 救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの（例：二次・三次救急医療機関、在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関）

(イ) 政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5 疾病・5 事業（※）」

(ウ) 特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療機関・医師（例：高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等）

※ 「5 疾病・5 事業」：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の「5 疾病」、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の「5 事業」

○ 上記（ア）～（ウ）のような機能について、国として一定の客観的な要件を整理した上で、地域の個別事情を踏まえながらも恣意的な適用とならないよう定めることが必要であり、具体的には以下のとおりとする。

＜（ア）（イ）の観点から＞

- i 三次救急医療機関
- ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数 1,000 台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数 500 件以上」 かつ「医療計画において 5 疾病 5 事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
- iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
- iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
（例）精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関
※ 以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約 1,500 程度と見込まれる。

＜（ウ）の観点から＞

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

（例）高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

- ②については、都道府県医療審議会等において以下について協議されていることをもって確認する。
 - ・ 地域の医療提供体制の構築方針（医療計画等）と整合的であること
 - ・ 当該医療機関について地域の医療提供体制全体としても医師の長時間労働を前提とせざるを得ないこと
- ③については、
 - ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進に関しては、各医療機関で定める医師労働時間短縮計画（※（４）のとおり国から記載項目を示す・医療機関内で取り組める事項を想定）の作成・実施により確認する。
 - ・ 実際の時間外労働の短縮状況については、医師労働時間短縮計画における前年度実績（時間数）により確認する。短縮していない場合については、医療機関内の取組を当該計画により確認するほか、医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について評価機能が行う客観的な要因分析・評価の結果、都道府県医療審議会等における協議の状況等により、労働時間短縮に向けた取組状況を確認する。
 - ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反に関しては、労働基準行政との連携により確認する。

（地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関に対する支援）

- 地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定されると、医師の労働時間短縮に必要な支援（マネジメント改革支援、地域医療提供体制における機能分化・連携の推進、医師偏在対策における重点的な支援等）を重点的に受けられることとなる。
- こうした支援においては、個々の医療現場においてチーム医療の推進やＩＣＴ等による業務改革が実際に進んでいくための実効的な支援策が必要であり、ノウハウ面の支援、制度上の対応、財政面の対応を必要に応じて講じていく。

（集中的技能向上水準の必要性）

- 今後、2024年4月の（Ａ）水準適用に向けた医師の労働時間の短縮を図っていくが、短縮の仕方によっては、
 - ・ 臨床研修医・専門研修中の医師が一定の知識・手技を身につけるために必要な診療経験を得る期間が長期化し、学習・研鑽に積極的な医師の意欲に応えられない上、医師養成の遅れにつながるおそれ、
 - ・ 我が国の医療水準の維持発展に向けて高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要な分野においては、高度に専門的な知識・手技の修練に一定の期間集中的に取り組むことを可能としなければ、新しい診断・治療法の活用・普及等が滞るおそれ、

があり、ひいては医療の質及び医療提供体制への影響が懸念される。

- このため、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの水準（以下「集中的技能向上水準」といい、「（Ｃ）水準」と略称する。）を設けることとし、以下のとおりとする。

（集中的技能向上水準の内容）

- （Ｃ）水準を以下の２類型に整理する。
 - ・ 初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム／カリキュラムに参加する後期研修医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師（又は専門医）としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合…（Ｃ）－１
 - ・ 医籍登録後の臨床に従事した期間が６年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野（※）において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合…（Ｃ）－２

※ 高度に専門的な医療を三次医療圏単位又はより広域で提供することにより、我が国の医療水準の維持発展を図る必要がある分野であって、そのための技能を一定の期間、集中的に修練する必要がある分野を想定。

- （Ｃ）－１、２いずれも、時間外労働の上限設定に当たっては、それぞれの目的に応じて何時間の時間外労働があれば必要十分であるかを考慮する必要があるが、
 - ・ 我が国において時間外労働と（Ｃ）－１、２の業務の関係性を検証したエビデンスは現在のところ存在しない。
 - ※ ただし、米国においては、米国卒後医学教育認定評議会（ＡＣＧＭＥ）により、レジデントの労働時間について週 80 時間制限が導入されており¹⁶、これは、時間外労働年 1,920 時間に相当する水準である。
 - ・ 日々の医療提供の中に、医師としての能力の向上に資する業務（難しい症例への対応等）とそれ以外の日常の診療業務があるものの、実態においてこれらは連続的であり、切り分けて考えることは困難である。

- その上で、（Ｃ）－１、２の上限時間については、2024 年 4 月の規制適用段階においてはその段階で医師に適用される時間外労働の上限のうち高いものと同じ水準、すなわち、36 協定における「医師限度時間」・「臨時的な必要がある場合」の上限、及び 36 協定によっても超えられない時間外労働の上限について、（Ｂ）水準

¹⁶ 週労働時間のほか、連続勤務時間 28 時間、宿直勤務の頻度は 3 日に 1 回まで（4 週間平均）、最低休息時間 8 時間、強制的な非番の日週当たり 1 日（4 週間平均）といった規制がある。

と同様のものを定める。その上で（Ｃ）－１、２としての、適正な上限時間数について、不断に検証を行っていくこととする。

- これら時間外労働規制と追加的健康確保措置①・②、管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進を求めることを組み合わせること等は（Ｂ）水準と同様とするが、さらに（Ｃ）水準独自の論点として、

- ・ 特に若手の医師が長時間労働を強いられることがない制度とすることが必要
- ・ 初期研修医については、入職まもない時期でもあることから、本人が選択したキャリアパスであるとはいえ、追加的健康確保措置をさらに手厚くすることが必要

である（※後述（２））。

- （Ｃ）－１水準の適用に当たっては、

- ・ まず、全ての臨床研修病院ごとの臨床研修プログラム、各学会及び日本専門医機構の認定する専門研修プログラム／カリキュラムにおいて、適正な労務管理と研修の効率化を前提として、各研修における時間外労働の想定最大時間数（直近の実績）を明示することとし、当該時間数が（Ａ）水準を超える医療機関について、（Ｂ）水準と同様に都道府県が特定する。
- ・ 特定に伴い、当該医療機関に追加的健康確保措置①・②が義務付けられるとともに、対象業務（「臨床研修（又は専門研修）に係る業務」）について３６協定を締結できることとなる。
- ・ 時間外労働の実態を踏まえて医師が各医療機関に応募し、採用（雇用契約開始）後、初期研修・専門研修に３６協定が適用されることとなる。明示した時間数が実態と乖離している等の場合は臨床研修病院の指定、専門研修プログラム／カリキュラムの認定に係る制度の中では是正させる（臨床研修病院の指定等取消による対応も含む）。

- （Ｃ）－２水準の適用に当たっては、

- ・ まず、我が国の医療技術の水準向上に向け、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要である分野を審査組織（※）において指定する。
- ・ 当該医師を育成するために必要な設備・体制を整備している医療機関を（Ｂ）水準と同様に都道府県が特定する。
- ・ 特定に伴い、当該医療機関に追加的健康確保措置が義務付けられるとともに、対象業務（「高度特定技能育成に係る業務」）について３６協定を締結できることとなる。
- ・ 高度特定技能については、個々の医師の自由な意欲・希望の下で発案されると考えられることから、医師が主体的に高度特定技能育成計画（※内容に応じ、

有期のものを想定)を作成し、当該計画の必要性を所属医療機関に申し出る。

- ・ 医療機関が当該計画を承認し、当該計画に必要な業務を特定して審査組織に申請し、審査組織における承認を経て、特定された当該業務に上記 3 6 協定が適用される。

※ 我が国の医療技術の水準向上のための公益上の必要性の判断となることから、高度な医学的見地からの審査を行う組織を設ける必要がある。

- 以上を踏まえ、(C) 水準に関して、医療の技術革新・水準向上の観点からの検討を要する内容(審査組織の設計等)については、引き続き検討する。

(各水準の適用対象医師の範囲)

- (A)・(B)・(C) 各水準は、医療機関で患者に対する診療に従事する勤務医に適用されるものであり¹⁷、医業に従事しない医師(行政機関の従事者等)については 2024 年 4 月までの適用猶予なく一般の労働者に適用される時間外労働の上限が適用される。

(2)(1) の時間外労働規制との組み合わせにより医師の健康確保を図る追加的健康確保措置

(追加的健康確保措置：総論)

- 人命を預かるという医療の特性から、やむを得ず、一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康を確保し、医療の質や安全を確保するために、一般労働者について限度時間を超えて労働させる場合に求められている健康福祉確保措置¹⁹に加えた措置(追加的健康確保措置)を講ずることとする。

¹⁷ 介護保険法(平成 9 年法律第 123 号)第 8 条第 28 項に定める介護老人保健施設及び同条第 29 項に定める介護医療院の勤務医についても、診療業務の特殊性が該当することから、同様の取扱いとする。ただし、実態を踏まえると、(B)・(C) 水準の適用は想定されない。

¹⁸ 医業に従事する医師であっても、疾患を有する患者の治療を直接の目的としない血液センター等の勤務医や、診療業務の特殊性が該当しないと考えられる産業医や健診センターの医師については、医師の時間外労働の上限規制において特例を設ける趣旨を踏まえ、一般則の適用となる。

¹⁹ 労働基準法施行規則(昭和 22 年厚生省令第 23 号)第 17 条第 1 項第 5 号の「限度時間を超えて労働させる労働者に対する健康及び福祉を確保するための措置」をいう。

- 追加的健康確保措置①（連続勤務時間制限・勤務間インターバル等）、追加的健康確保措置②（医師による面接指導、結果を踏まえた就業上の措置等）等を以下のとおり設ける。

＜追加的健康確保措置①＞ ※詳細は本ページ下部から

- ・ 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、一日・二日単位で確実に疲労を回復していくべきとの発想に立ち、連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保を求める。
- ・ 連続勤務時間制限・勤務間インターバルについて、日々の患者ニーズのうち、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例外的に実施できなかった場合に、代わりに休息を取ることで疲労回復を図る代償休息を付与する。ただし、（Ｃ）－１水準の適用される初期研修医については連続勤務時間制限・勤務間インターバルの実施を徹底し、代償休息の必要がないようにする。

＜追加的健康確保措置②＞ ※詳細はP22 から

- ・ 同じような長時間労働でも負担や健康状態は個々人によって異なることから、面接指導により個人ごとの健康状態をチェックし、医師が必要と認める場合には就業上の措置を講ずることとする。

＜義務付け等の構成＞

- ・ （Ａ）水準の適用となる医師を雇用する医療機関の管理者に、当該医師に対する追加的健康確保措置①の努力義務（※）と追加的健康確保措置②の義務を課す。
※ ただし、実際に個々の医療機関が協定する３６協定の上限時間数が一般則（月４５時間・年間３６０時間以下、臨時の場合年間７２０時間以下）を超えない場合を除く。
- ・ （Ｂ）・（Ｃ）水準の適用となる医師を雇用する医療機関の管理者に、当該医師に対する追加的健康確保措置①の義務と追加的健康確保措置②の義務を課す。

＜その他＞ ※詳細はP24

- ・ 月の時間外労働が極めて長時間となった者について、一定時間数を超過した段階で労働時間を短縮するための具体的取組を講ずることとする。

（追加的健康確保措置①－１ 連続勤務時間制限）

- 当直明けの連続勤務は、宿日直許可を受けている「労働密度がまばら」の場合を除き、前日の勤務開始から２８時間までとする²⁰。これは、医療法において、病

²⁰米国卒後医学教育認定協議会（ACGME）の例を参考に２８時間（２４時間＋引継

院の管理者は医師に宿直をさせることが義務付けられていることから、医師が当直勤務日において十分な睡眠が確保できないケースもあるため、そのような勤務の後にまとまった休息がとれるようにするものである。

- 宿日直許可を受けている場合は、宿日直中に十分睡眠を確保し、一定の疲労回復が可能であると考えられるが、仮に日中と同様の労働に従事することとなった場合には、翌日以降、必要な休息がとれるように配慮することとする。

※ 具体的な配慮の内容については、後述の代償休息も参考に、生じた勤務負担に応じた配慮を行うことが考えられる。

- ただし、(C)－1水準が適用される初期研修医については、以下のいずれかとする。
 - ・ 一日ごとに確実に疲労回復させる観点で、後述の勤務間インターバル9時間を必ず確保することとし、連続勤務時間制限としては15時間²¹とする。
 - ・ 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時間の連続勤務時間とする必要がある場合はこれを認めるが、その後の勤務間インターバルを24時間²²とする。

(追加的健康確保措置①－2 勤務間インターバル)

- 当直及び当直明けの日を除き、24時間の中で、通常の日勤（9時間程度を超える連続勤務）後の次の勤務までに9時間のインターバル（休息）を確保することとする²³。
 - ※ 当直明けの日（宿日直許可がない場合）については、28時間連続勤務制限を導入した上で、この後の勤務間インターバルは18時間とする²⁴。
 - ※ 当直明けの日（宿日直許可がある場合）については、通常の日勤を可能とし、その後の次の勤務までに9時間のインターバルとする。

(追加的健康確保措置①－3 代償休息)

- 勤務日において最低限必要な睡眠を確保し、一日・二日単位で確実に疲労を回復していくべきという発想に立つ連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保を実施することが原則であるが、日々の患者ニーズのうち、長時間の手術や急患の対

4時間）とする。

²¹ 連続勤務15時間は、一日24時間の中でその勤務後の9時間インターバルを確保するという考え方である。

²² 初期研修医であることから、日中から深夜にかけての連続勤務の肉体的・精神的負担に配慮する観点から、24時間連続勤務の後は次の勤務までに1日分のインターバルを確保するという考え方である。

²³ 勤務日において最低限必要な睡眠（1日6時間程度）に加えて前後の生活時間を確保するという考え方である。

²⁴ 18時間は、1日の勤務間インターバル9時間×2日分という考え方である。

応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合に、代わりに休息を取ることで疲労回復を図る。その趣旨から、以下のとおりとする。

- ・ なるべく早く付与すること
- ・ 「一日の休暇分」（８時間分）が累積してからではなく、発生の都度、時間単位での休息をなるべく早く付与すること
- ※ 休暇の形でまとめて取得することも差し支えない。

○ 代償休息の付与方法としては、対象となった時間数について

- ・ 所定労働時間中における時間休の取得による付与
- ・ 勤務間インターバルの幅の延長

のいずれかによることとし、疲労回復に効果的な休息の付与方法については、この検討会のとりまとめ後に、医学的見地から別途検討する。

○ 代償休息の付与期限としては、代償休息を生じさせる勤務が発生した日の属する月の翌月末までとする。

○ 実施状況の確認に当たっては、連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息の３つを合わせて行うこととなる。また、代償休息については、例外的な措置との位置付けであることを踏まえた運用が行われていることを確認する。

（追加的健康確保措置②－１ 面接指導）

○ 面接指導は、長時間労働となる医師一人ひとり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。面接指導に先立って、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）について所要の確認を行うこととする。

○ これらは、月の時間外労働について、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、時間外労働が「月 100 時間未満」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を義務付けることとする。

※ 面接指導を実施する医師については、長時間労働の医師の面接指導に際して必要な知見に係る講習を受けて面接指導に従事することを想定。また、医療機関の管理者は認めない。

※ 院内の産業保健チーム等、コメディカルも含めた職員体制の中で医師の健康にも配慮することも重要である。

※ こうした面接指導の実施体制について、医師労働時間短縮計画に記載し、実効性を確認する。

- 具体的には、(A) 水準については、当月の時間外労働実績が 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い、疲労の蓄積が確認された者について 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ついては、100 時間以上となった後での面接指導でも差し支えないこととする。
- 時間外労働の年間の上限時間数が高い (B)・(C) 水準が適用される医師については、月の時間外労働が 100 時間以上となることも少なくないと考えられるため、睡眠及び疲労の状況の確認と面接指導を 100 時間以上となる前に実施することとし、例えば、前月において時間外労働時間が 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を推奨する。
- 睡眠及び疲労の状況について確認する事項（睡眠負債等に関する検査項目や疲労の蓄積の確認に用いる基準値の設定等）を含めた効果的な面接指導の実施方法については、これまでの産業保健の知見、年齢や性別の違いや疲労の蓄積予防の観点も踏まえ、この検討会のとりまとめ後に、医学的見地から別途検討する。
- また、こうした面接指導の趣旨等について医療機関の管理者が理解しておくことが重要であり、医療機関の管理者のトップマネジメント研修等の内容に盛り込むこととする。
- さらに、面接指導（睡眠及び疲労の状況の確認を含む）を実施しやすい職場環境づくりをしていくためにも、医学的知識を有する医師によって職場が構成されているという特殊性を活かし、勤務医の健康管理を促す環境整備を義務付けることとする。具体的には、面接指導等についての周知を図ること、上司・部下の関係や同僚相互間において面接指導等の状況に配慮し合うこと等が想定される。

（追加的健康確保措置②－２ 就業上の措置）

- 面接指導の結果により、就業上の措置を講ずる場合は、面接指導をした医師が医療機関の管理者に意見を述べることとなる。医療機関の管理者は当該意見を踏まえ、医師の健康確保のために必要な就業上の措置を最優先で講じ、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。いずれにしても、当該医療機関だけでなく地域医療提供体制全体として、必要な医療提供を確保していけるように対応することが重要である。
- 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実施した医師が検討するものであるが、医師の勤務実態を踏まえた例示として、以下のようなものが想定される。

(就業制限・配慮)

- ・ 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)
- ・ 変形労働時間制又は裁量労働制の対象からの除外

(就業の禁止)

- ・ 〇日間の休暇・休業

(追加的健康確保措置：その他)

- また、面接指導は、「月 100 時間未満」の原則を超える「事前」に求めるものであるが、さらに、年の時間外労働時間の高い上限である 1,860 時間を 12 か月で平均した時間数 (155 時間) を超えた際には、時間外労働の制限等、上記の就業上の措置の例と同様に労働時間を短縮するための具体的取組を講ずることとする。
- こうした就業上の措置等を実効あるものとする観点からも、各医療機関において長時間労働を行っている医師の負担軽減に取り組むほか、特に医師少数区域²⁵等において長期間にわたり (B) 水準が適用される長時間労働を行っている医師がいる場合には、医療提供体制の効率化を図った上で、医師偏在対策において優先的な対応が必要である。都道府県は、医療機関が定める医師労働時間短縮計画の内容や医師の勤務実態によりこうした優先的な対応が必要な医療機関を把握し、地域医療支援センターに情報提供を行って、優先的な対応につなげていく。

(追加的健康確保措置：医事法制・医療政策における位置付け)

- 追加的健康確保措置① (連続勤務時間制限・勤務間インターバル等)・② (面接指導等) 等については、いずれも医療の安全や質の確保等の観点から、過労により健康を害した医師が医療提供体制を担うことのないようにするために求めるものの位置付けで、医事法制・医療政策における義務付け等を行う方向で法制上の措置を引き続き検討する。

²⁵ 医療法及び医師法の一部を改正する法律 (平成 30 年法律第 79 号) により医療法の一部が改正され、都道府県は、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な医師偏在指標に基づき、医師の数が少ないと認められる二次医療圏を「医師少数区域」として指定できることとなる (2019 年 4 月 1 日施行)。同改正により、都道府県は、2019 年度中に医師確保計画を策定し、2020 年度から計画に基づく医師偏在対策を進めていくこととされており、その中で、医師少数区域に存在する医療機関に対しては、地域医療支援センターによる医師派遣等を通じた重点的な医師確保が図られることとなる。

※ この場合、当該医療機関内で診療に従事する医師に対して追加的健康確保措置を講ずるよう医療機関の管理者に義務付け等することが考えられ、労働基準法上の管理監督者に当たるような者も当該措置の対象と想定される。

- この場合、個々の医師に対する追加的健康確保措置が適切に実施されているかについても、医事法制・医療政策の中で実施状況を確認し、未実施であれば実施を求める（※）仕組みとすることが考えられる。まずは、その実施に係る記録について医療機関の管理者に保存義務を課し、確認できるようにしておく。

※代償休息が適切に運用されていない場合も、追加的健康確保措置の未実施として適正化を求める。

- 確認を行う主体は、医事法制・医療政策における義務等であることから、都道府県とすることが考えられる。その上で、医療機関の労務管理面等を支援してきた医療勤務環境改善支援センターや、都道府県からは独立のものとなる新たな評価機能などがどう参画すればよりきめ細かな履行確認となるのか、都道府県の意見も踏まえつつ引き続き検討を進める。

- 医事法制においては、例えば医療法において医療機関の管理者に課された各種義務が履行されない場合に勧告・公表、報告・検査、是正命令、是正命令等に従わない場合の罰則等が規定されている。法体系上のこれらの前例との均衡も踏まえ、法制上の措置を引き続き検討する。

- 以上のような仕組みにより追加的健康確保措置の実施を担保していくが、未実施の場合には都道府県が（Ｂ）・（Ｃ）水準適用対象としての医療機関の特定を外すこととなる。その際、（Ｂ）水準の適用対象医療機関については、地域医療提供体制の在り方を含めて検討する。

※ 特定された医療機関でなくなれば、（Ｂ）・（Ｃ）水準の適用要件を満たさないこととなり、それらの水準を前提とした３６協定は無効となる。

（追加的健康確保措置：労働法制における位置付け）

- 追加的健康確保措置については、医療提供体制における医師の健康確保の必要性から、医事法制・医療政策における義務付けを検討することと併せて、面接指導については、労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）で義務付けられている面接指導としても位置付け、同法に基づく衛生委員会による調査審議等が及ぶこととする方向で検討する。

- 医師については、（Ａ）・（Ｂ）・（Ｃ）水準それぞれで異なる３６協定における時間外労働時間数の上限を規定することとなるため、それぞれの適用労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類、労働者に対する健康福祉確保措置を３６協定上規定する必要がある。

- (B) 水準の対象医療機関として特定されている医療機関においては、36協定上、地域医療確保暫定特例水準対象業務を「時間外労働を行う業務の種類」として規定し、1日・1か月・1年のそれぞれの期間について、労働時間を延長して労働させることができる時間、その人数等を規定することとなる。
 ※ (C) 水準については、(C)－1、2それぞれの対象業務を規定した上で、上記と同様。
- このうち時間数について具体的には、当該業務に従事する医師の「臨時的な必要がある場合」として、例えば、以下のような内容を記載することとなる。
 - ・ 1日15時間以内
 - ・ 1か月140時間以内（面接指導（100時間以上となる事前に実施）を行い、必要な就業上の措置を講ずることを併せて記載）
 ※ 月155時間を超える上限時間数とする場合には、月155時間を超過した段階で時間外労働の制限等の労働時間を短縮するための具体的取組を講ずる旨を併せて記載。
 - ・ 1年1,200時間以内（連続勤務時間制限及び勤務間インターバルの措置を講ずること（これらを実施し得ない場合に代償休息を付与すること）を併せて記載）
- 追加的健康確保措置①・②が適切に実施されているかどうかは、前出のとおり、医事法制・医療政策上の義務付けや、面接指導について労働安全衛生法上のものとしても位置付けること等として都道府県等がその実施状況の確認等を行うことを検討していくこととなるが、あわせて、36協定に関する労働基準監督署の指導の対象となる。追加的健康確保措置①・②の実施が不十分であることが確認された場合には、労働基準行政・医療行政において相互に通報し合うこととし、双方から状況の改善に向けた働きかけを行うこととする。

（兼業について）

- 現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては、「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業（複数勤務）を行う医師に対する労働時間管理の在り方、追加的健康確保措置の在り方については、改めて検討する。

（3）2024年4月までの労働時間短縮

- 2024年4月までの5年間において、医療機関は自らの状況を適切に分析し、計画的に労働時間短縮に取り組んでいく必要があり、(C)水準の対象となる業務を除き、なるべく多くの医療機関が(A)水準の適用となることを目指す。

- そのためには、2. のとおり、様々な取組を組み合わせて取り組んでいく必要があるが、個々の医療現場で確実に労働時間短縮が実現していくよう、医療機関の管理者のみならず中堅の管理職が改革の方向性を理解して取り組むこと、管理部門がそのサポートをする体制をとること、医師はもとより看護師をはじめとした医療従事者の意識改革・業務改革を進めることが必要である。
- まず、各医療機関において時間外労働時間の実態を的確に把握する必要がある。
「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」のフォローアップ調査においても、医師の労働時間管理に係る取組が全医療機関で適切に行われている状況には程遠いため、個別の状況確認を含めた強力な介入を行う。【ステップ1】
※ 「緊急的な取組」で求めた項目が未実施である病院については、2019 年度中に都道府県医療勤務環境改善支援センターが引き続き相談支援機関としての役割の下、全件、個別に状況確認を行い、必要な対応を求めていくこととする。
※ 適正な労務管理は、(B)・(C) 水準の適用の大前提である。
- また、本検討会で議論した宿日直や研鑽の取扱いについて、通達の発出とともに、その周知をきめ細かく行う。
- その上で、各医療機関は5年間で医師の労働時間を着実に短縮する必要があるが、その「短縮幅」は、適用される上限の水準によって変わってくる。(B) 水準の適用対象となる地域医療提供体制における機能を有するかどうか、また、やむなく長時間労働となり(A) 水準まで到達できないか等について、各医療機関において現状及び5年後を見通して検討する。【ステップ2】
- 実際に医師の労働時間を短縮していくべく、各医療機関において、医療機関内で取り組める事項についてなるべく早期に医師労働時間短縮計画を作成し、PDCAサイクルによる取組を進める。【ステップ3】
※ 医師労働時間短縮計画の作成は、医療法第30条の19に基づく努力義務が課されている「医療勤務環境改善マネジメントシステム」として、各職種（特に医師）が参加して検討を行う等の手順を想定。
※ なお、当該計画・手順は、(1)に掲げた(B)・(C) 水準の適用対象要件の確認にも用いることも念頭に、2024年4月までの間のなるべく早期に、医師の長時間労働の実態がある一定の医療機関に対して作成を義務付ける必要がある。
※ 当該計画においては、「緊急的な取組」の項目等、医師の労働時間短縮のための取組項目を記載するほか、前年度の医師の時間外労働実績（時間数）を記載し、改善状況を各医療機関において毎年検証していくこととし、実際の労働時間短縮を実現していくために活用する。その際、実績と36協定の時

間数が大きく乖離している場合には、その協定時間数の必要性について当該医療機関内で検討した上で、必要に応じて36協定に反映するようにしていくことが重要である。

※ また、特に2024年4月までの間においては、当該実績（時間数）において年1,860時間超過がみられる場合に、その解消に向けて取り組むことが最重要である。

○ また、医療機関の管理者等が労働関係法令の知識を学ぶ機会をなるべく多く設けるとともに、都道府県医療勤務環境改善支援センターによる周知や個別相談等の支援を強化していく。さらに、医師をはじめとする医療従事者に対しても、こうした労働関係法令の内容や相談先について周知する。

○ また、個々の医療現場においてチーム医療の推進やICT等による業務改革が実際に進んでいくための実効的な支援策として、当面、

- ・ ノウハウ面の支援としては、医師の労働時間短縮にどのように取り組めばよいかわからないという意見もあることから、まずは平成31年度予算案において、好事例の収集・横展開に力を入れて取り組んでいく。
- ・ 制度上の対応としては、例えば今般、特定行為研修制度のパッケージ化によるタスク・シフティングの推進を図ることとしている。今後、研修機関数を増やし、研修修了者を着実に輩出できるよう取り組んでいく。
- ・ 財政面の対応としては、平成31年度予算案・税制改正においても新規事項を盛り込んだ対応をしており、2024年4月に向け、また、さらにその後も見据え、医師の働き方改革に伴う医療機関の経営への影響も考慮しつつ必要な対応を取っていく必要がある。

こうした医師の労働時間短縮に必要な支援策は、（B）水準の適用が想定される医療機関が重点的に受けられることとなる。

○ 並行して、以下のような取組を行う。

- ・ （B）水準の適用も想定される医療機関が、当面、目標として取り組むべき水準として医療機関としての「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定。

※ （A）の年間時間外労働の水準と（B）の同水準の間で、医療機関の実態をなるべく（A）に近づけていきやすくなるよう、設定する水準。

- ・ 都道府県において各医療機関の医師の時間外労働時間の概況を把握し、（B）水準の適用対象医療機関を想定。

※ （B）水準の対象医療機関の特定は、2023年度中に終了している必要がある。特定に当たっては、ステップ1～3の取組が着実になされていることを確認した上で行う（具体的要件は前出（1）のとおり。）。

- ・ 地域医療提供体制の実情も踏まえ、当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況を客観的に分析・評価し、当該医療機関や都道府県に結果を通知し、必要な取組を促す機能（以下「評価機能」という。）を設ける。また、評価結果の公表により、地域住民が医療の上手なかかり方を考える契機となるようにしていく。
- ・ 都道府県は、上記の「当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価・結果通知」も踏まえつつ、医療勤務環境改善支援や医師偏在対策、地域医療想等の既存施策の推進の方向性に反映していくことによって、医師の労働時間短縮を効果的に進めることができる。
- ・ 当該分析・評価や都道府県による支援に当たっては、当面、（Ｂ）水準超過医療機関、（Ｂ）水準適用「候補」医療機関を優先する。

○ 評価機能については、その性質上、

- ・ 都道府県から中立の機能であること、
- ・ 地域医療提供体制の実情やタスク・シフティングの実施状況等を評価するために必要な医療に関する知見を有すること、

が必要である。この観点から、当該機能を担う組織・機関について関係者の意見も踏まえつつ引き続き検討する。また、こうした組織・機関についての具体的検討と併せ、個々の医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析・評価においては、現場で働く勤務医の意見や労務に関する知見等が反映されるよう検討を行う。

- 以上のような取組にできるだけ早期に着手し、2024 年 4 月の新時間外労働規制適用を迎えた上で、継続して医師の労働時間短縮に取り組んでいくことが重要である。

（４）地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準の将来の在り方

（地域医療確保暫定特例水準の終了時期）

- （Ｂ）水準は、（１）のとおり暫定的な特例であることから、将来的にはなくなり、（Ｃ）水準の対象となる業務を除き、（Ａ）水準の適用に収れんしていくものである。2024 年 4 月に、新時間外労働規制の適用が開始されるとともに第 8 次医療計画がスタートするが、都道府県単位での偏在を解消する目標年である 2036 年²⁶を

²⁶ 医師偏在対策については、2024 年において全ての診療従事勤務医が（Ａ）水準の適用となることを目指すことから、まずは、これに向けて、地域・診療科における医師の不足を解消するべく、関係者の理解を得て、医師偏在指標等に基づく医師確保計画の速やかな実施とそれを踏まえた効率的な地域枠医師の養成と運用や、診療科別必要医師数等の専門医制度への活用等、都道府県及び医療界・医学界の総力を

目指して、強化された医師偏在対策の効果が徐々に現れてくることとなる。2024年4月以降、医療計画の見直しサイクル（2027年度・2030年度・2033年度）に合わせて実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施し、2035年度末を目標に暫定特例水準の終了年限とする。

- （B）水準の終了年限については、医師偏在対策の実施状況等を踏まえて2035年度末を目途に廃止することについて、検討を行うことを法令上明記することとし、「暫定特例」の水準であることを明確に位置付ける。あわせて、医療計画の策定又は変更のサイクルに合わせて3年ごとに段階的な見直しを行うことについても、法令上明記することとする。

（集中的技能向上水準の将来の在り方）

- （C）水準については、研修及び医療の質を低下させずに効率的な研修を実現していくことによって技能向上に要する時間の短縮が図られる可能性もあり、その水準については将来的な縮減を志向しつつ、医師労働時間短縮計画において把握される実績等も踏まえ、研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証していく必要がある。まずは、その検証手法につき別途検討に着手する。

（2024年4月までの実態把握等）

- 2024年4月の新時間外労働規制の適用前においても、医師の時間外労働（その分布等）や労災補償状況、地域医療提供体制の実態把握は不可欠である。これらの実態把握、施策の実施状況等を踏まえ、必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証を行う。

4. おわりに

- 22回に及んだ本検討会においては、医師が健康で充実して働き続けることのできる社会を目指して、医師の長時間労働を変えていかなければならないことについて、構成員の立場を超えて共有し、具体的な検討事項に係る議論を進めてきた。本報告書の「3. 医師の働き方に関する制度上の論点」においては、公共性や不確実性、高度の専門性等の医師の診療業務の特殊性を踏まえた働き方改革の方向性として労務管理の適正化を大前提に、時間外労働の上限と追加的健康確保措置を組み合わせた内容を取りまとめることとした。これが今後、制度化・実施されていく際には、追加的健康確保措置が実効性をもって運用さ

あげた強力かつ実効性のある医師の地域偏在対策及び診療科偏在対策を行っていくことになる。また、その後も、一日も早い（B）水準の終了を目指し、更なる医師偏在対策を2036年に向けて継続して実施していくことが必要である。

れ、医師の健康を確実に担保するとともに、暫定特例水準である（Ｂ）水準の解消等に向けて、労働時間の短縮を着実に推進することが最も重要である。

- こうした認識に立って、個々の医療機関は、タスク・シフティング等の実践やマネジメント改革による労働時間短縮、医師の健康確保のための取組をしっかりと進めるべきことは言うまでもない。そのもとで、労使で十分に話し合い、必要最小限の時間外労働について３６協定を締結することが重要である。さらに、これと同時に、地域医療を確保するためにも、医療機関を実効的に支援すること、医療提供体制の改革や医師偏在是正・確保策など医師の働き方改革に関連する各施策を総合的に進捗させること、さらに、「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！」に盛り込まれた方向で、今まで以上に医療に係る国民の理解や関わりも不可欠である。社会をあげてこれらを確実に実行に移していけるよう、厚生労働省をはじめとした行政の速やかな具体的対応を強く求める。
- また、本検討会の議論を契機として、医師自身が自らの働き方に関心を持ち、よりよい改革のために関わろうとする動きも現れてきている。本報告書の内容の制度化に向けた検討においては、医師の健康確保が最優先であることを共通認識としつつ、こうした動きとも連動して、よりよい方向性に高めていくこともまた重要である。
- 医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくという強い決意が、一人でも多くの国民・医療関係者に共有されることを願って、本検討会を閉じる。

医師の働き方改革に関する検討会 構成員名簿

赤星	昂己	東京女子医科大学東医療センター救命救急センター救急医
荒木	尚志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
猪俣	武範	順天堂大学附属病院医師
今村	聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
岩村	正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授 (※座長)
戎	初代	東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
岡留	健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡	仁美	岡山大学医療人キャリアセンターMUSCAT センター長
城守	国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
工藤	豊	保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
黒澤	一	東北大学環境・安全推進センター教授
島田	陽一	早稲田大学法学学術院教授
渋谷	健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授

(※2019年2月まで)

鶴田	憲一	全国衛生部長会 会長
遠野	千尋	岩手県立久慈病院副院長
豊田	郁子	患者・家族と医療をつなぐ特定非営利活動法人「架け橋」理事長
中島	由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
斐	英洙	ハイズ株式会社代表取締役社長
馬場	武彦	社会医療法人ペガサス理事長
福島	通子	塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
三島	千明	青葉アーバンクリニック総合診療医
村上	陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森本	正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本	修一	千葉大学医学部附属病院院長

医師の働き方改革に関する検討会 開催経過

日時等	主な議事
第 1 回 (平成 29 年 8 月 2 日)	1. 働き方改革実行計画を踏まえた時間外労働の上限規制、医師の勤務実態等について 2. 医師の働き方改革について (自由討議)
第 2 回 (平成 29 年 9 月 21 日)	1. 今後の進め方、主な論点について 2. 労働時間法制について 3. 医師の勤務実態について 4. その他
第 3 回 (平成 29 年 10 月 23 日)	1. 医師の勤務実態について (ヒアリング) 2. その他
第 4 回 (平成 29 年 11 月 10 日)	1. 医療機関における勤務環境改善の取組について (ヒアリング等) 2. その他
第 5 回 (平成 29 年 12 月 22 日)	1. 勤務医の健康確保について (有識者ヒアリング) 2. その他
第 6 回 (平成 30 年 1 月 15 日)	1. タスク・シフティングについて (ヒアリング等) 2. 中間的な論点整理 3. 緊急的な対策について
第 7 回 (平 30 年 2 月 16 日)	1. 中間的な論点整理及び緊急的な取組について 2. その他
第 8 回 (平成 30 年 7 月 9 日)	1. 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の実施状況について 2. 日本医師会「医師の働き方検討会議」の意見書について 3. 今後の議論の進め方について 4. 病院勤務医師の勤務実態調査 (タイムスタディ調査) の結果について 5. 国民の理解促進のための取組について
第 9 回 (平成 30 年 9 月 3 日)	1. 今後の進め方について 2. 応召義務、さらなるタスク・シフティングについて (ヒアリング) 3. 医師の勤務実態について (宿日直、自己研鑽を中心に) 4. 諸外国の状況について
第 10 回 (平成 30 年 9 月 19 日)	1. 第 9 回の議論のまとめ 2. 医師の応召義務について 3. その他
第 11 回 (平成 30 年 11 月 9 日)	1. 第 9・10 回の議論のまとめ (宿日直、自己研鑽等について) 2. 勤務環境改善策について (1) 医師の業務量・労働時間数をどのように削減していくか (2) 医師の健康確保をどのように図っていくか (3) 女性医師が働きやすい勤務環境整備をどのように推進するか (4) ヒアリング 3. その他

第 12 回 (平成 30 年 11 月 19 日)	1. 第 11 回の議論のまとめ（勤務環境改善策について） 2. 医療の特性・医師の特殊性について 3. 医師の研鑽と労働時間に関する考え方について 4. その他
第 13 回 (平成 30 年 12 月 5 日)	1. 第 12 回の議論のまとめ（医師の研鑽と労働時間の考え方について） 2. 時間外労働規制の在り方について 3. その他
第 14 回 (平成 30 年 12 月 17 日)	1. 今後の進め方について 2. 働き方改革に関連する医療提供に関する各種検討状況の報告 ・ 民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会関係 ・ 医道審議会看護師特定行為・研修部会関係 3. 時間外労働規制の在り方について ・ 追加的健康確保措置について ・ 医療提供体制の改革について（医師偏在対策等の取組） 4. その他
第 15 回 (平成 30 年 12 月 19 日)	1. 働き方改革に関連する医療提供に関する各種検討状況の報告 ・ 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会について 2. 時間外労働規制の在り方について 3. その他
第 16 回 (平成 31 年 1 月 11 日)	1. とりまとめ骨子案について 2. 時間外労働規制の在り方について 3. その他
第 17 回 (平成 31 年 1 月 21 日)	1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第 18 回 (平成 31 年 2 月 6 日)	1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第 19 回 (平成 31 年 2 月 20 日)	1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第 20 回 (平成 31 年 3 月 13 日)	1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第 21 回 (平成 31 年 3 月 15 日)	1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第 22 回 (平成 31 年 3 月 28 日)	1. 報告書（案）について 2. その他

参 考 資 料

医師の時間外労働規制について

一般則

2024年4月～

将来
(暫定特例水準の解消
(=2035年度末) 後)

(例外)
・年720時間
・複数月平均80時間
(休日労働含む)
・月100時間未満
(休日労働含む)
年間6か月まで

年1,860時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

将来に向けて
縮減方向

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

B：地域医療確保暫定
特例水準(医療機関を特定)

C-1 C-2
集中的技能向上水準
(医療機関を特定)

C-1：初期・後期研修医が、研修
プログラムに沿って基礎的な技能や
能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2：医籍登録後の臨床従事6年
目以降の者が、高度技能の育成が公
益上必要な分野について、特定の医
療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、
医療機関が審査組織に承認申請

A

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)

連続勤務時間制限28時
間・勤務間インターバ
ル9時間の確保・代償
休息のセット (努力義
務)

※実際に定める36協定の
上限時間数が一般則を
超えない場合を除く。

連続勤務
時間制限
28時間・
勤務間イン
ターバル9時間
の確保・
代償休息
のセット
(義務)

連続勤務時間
制限28時間・
勤務間イン
ターバル9時
間の確保・代
償休息のセッ
ト (義務)

※初期研修医に
ついては連続勤
務時間制限を強
化して徹底 (代
償休息不要)

連続勤務時間制限28時間・勤務
間インターバル9時間の確保・代償
休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間
数が一般則を超え
ない場合を除く。

連続勤務
時間制限
28時間・
勤務間イン
ターバル9時間
の確保・
代償休息
のセット
(義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

時間外労働上限規制の枠組み全体の整理

一般則

診療従事勤務医
に2024年度以降
適用される水準
連続勤務時間制限+勤務間
インターバル等 (努力義
務)

地域医療確保
暫定特例水準
連続勤務時間制限+
勤務間インターバル等 (義務)

集中的
技能向上水準
連続勤務時間制限+
勤務間インターバル等 (義務)

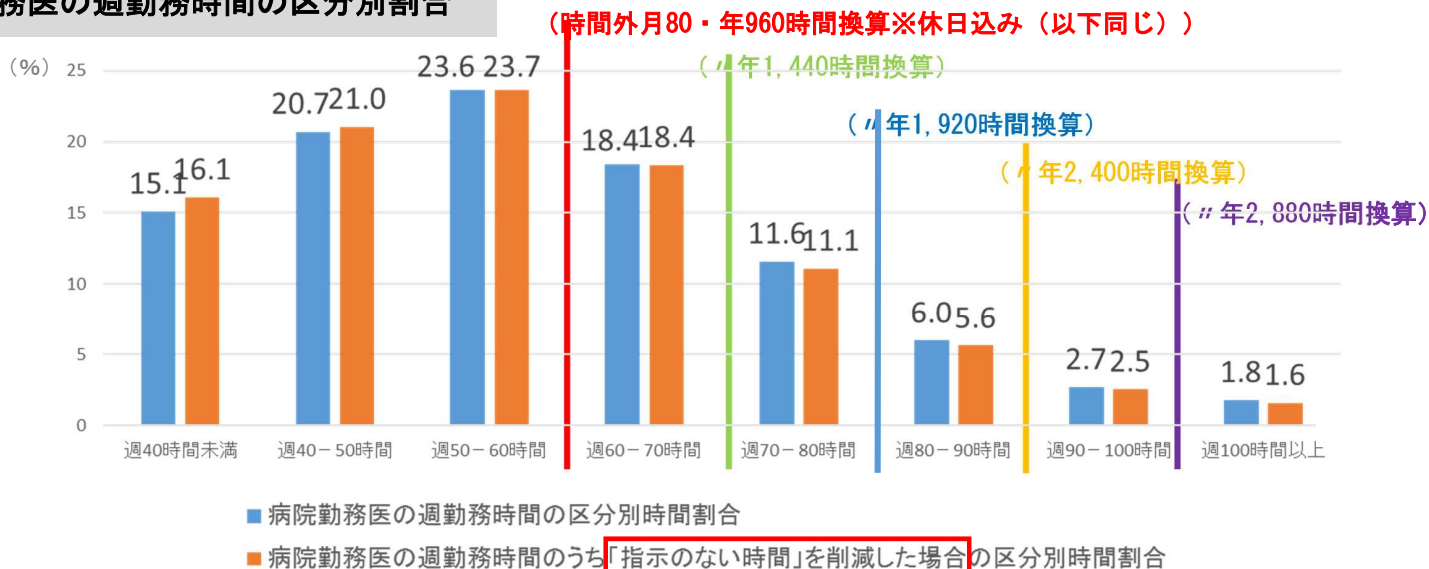
36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働 (休日労働を含まない)	月45時間以下・年360時間以下			
	②「臨時的な必要がある場合」の上限	月100時間未満	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)		
	・月の時間外労働時間数 (休日労働を含む)	※①の月45時間を超えることができる月数は年間6か月以内	年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含む)	年720時間以下	年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間 (休日労働を含む)		月100時間未満 複数月平均80時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年960時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年1,860時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年1,860時間以下

左記の時間数は、その時間までの労働を強制するものではなく、労使間で合意し、36協定を結べば働くことが可能となる時間であることに留意

- 時間外労働及び休日労働は必要最小限にとどめるべきであることに、労使は十分留意。
- 36協定の労使協議の場を活用して、労働時間短縮策の話合いを労使で行う。
- ✓ 36協定上は、日・月・年単位での上限を定める必要あり
- ✓ 対象労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類等も、36協定上に規定する必要あり
- ✓ 「臨時的な必要がある場合」について規定する場合には、健康福祉を確保する措置を36協定に規定し、実施する必要あり
- ✓ 「地域医療確保暫定特例水準の適用」や、「月100時間以上の時間外労働」について規定する場合には、追加的健康確保措置について36協定に規定し、実施する必要あり

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



<集計・推計の前提>

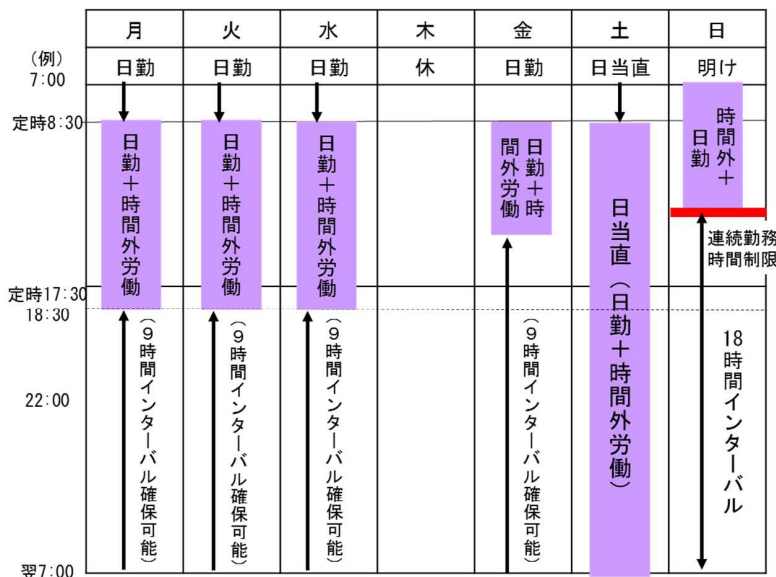
病院勤務医の週勤務時間	「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。

赤いグラフにおける分布の「上位10%」=年1,904時間

※1,860時間は、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たもの。

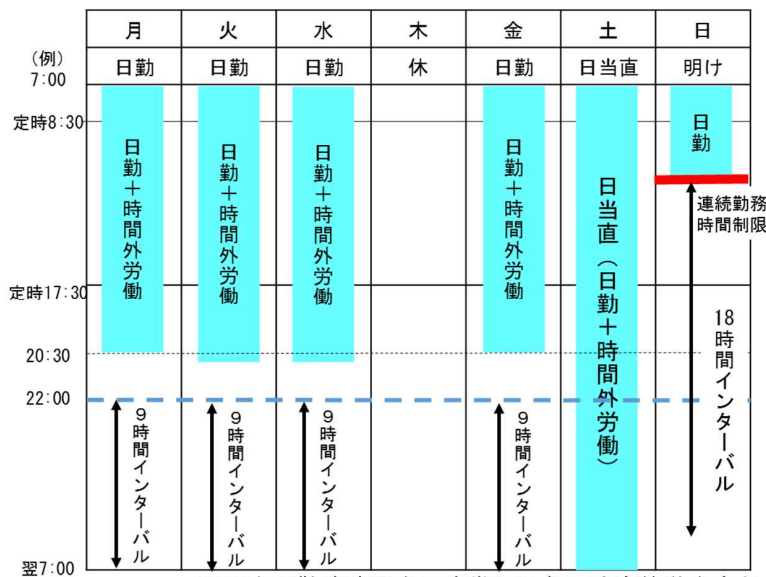
(A)・(B)の上限水準に極めて近い働き方のイメージ

(A) 時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)



- 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働(早出又は残業)
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)

(B) 時間外労働年1,800時間程度≒週38時間の働き方(例)



- 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め平均14時間弱の勤務
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)

※勤務間インターバル9時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、(A)・(B)と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ

- 医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働が休日労働込みで年960時間以内となるよう（集中的技能向上水準の対象業務を除く）、医療機関・医療界・行政をあげて全力で労働時間短縮に取り組む。
- 地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずこの水準に到達できない場合も地域医療確保暫定特例水準の年1,860時間を上限として、これを上回る部分を約5年間で完全になくす改革をしていく。

- 現状において年間3,000時間近い時間外労働をしている医師もいる中で、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等によって、その労働時間を週に20時間削減
- さらに、追加的健康確保措置（連続勤務時間制限・勤務間インターバル）を適用

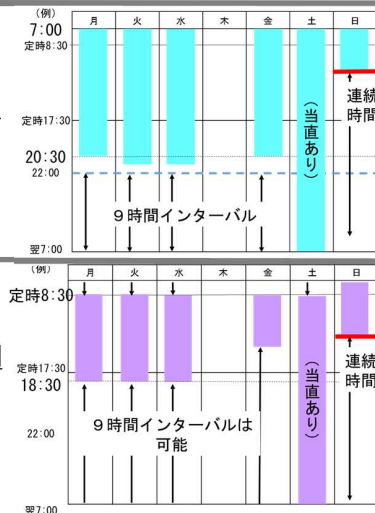
（時間外労働の年間時間数）

1,860時間

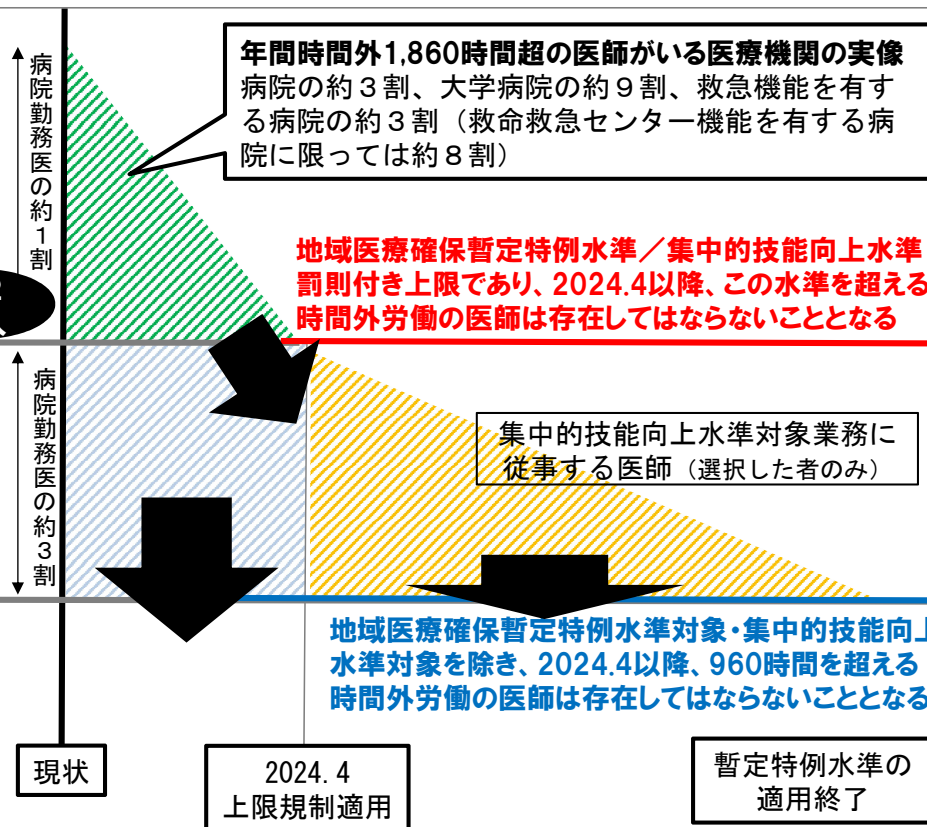
その働き方の例

960時間

その働き方の例



約2万人

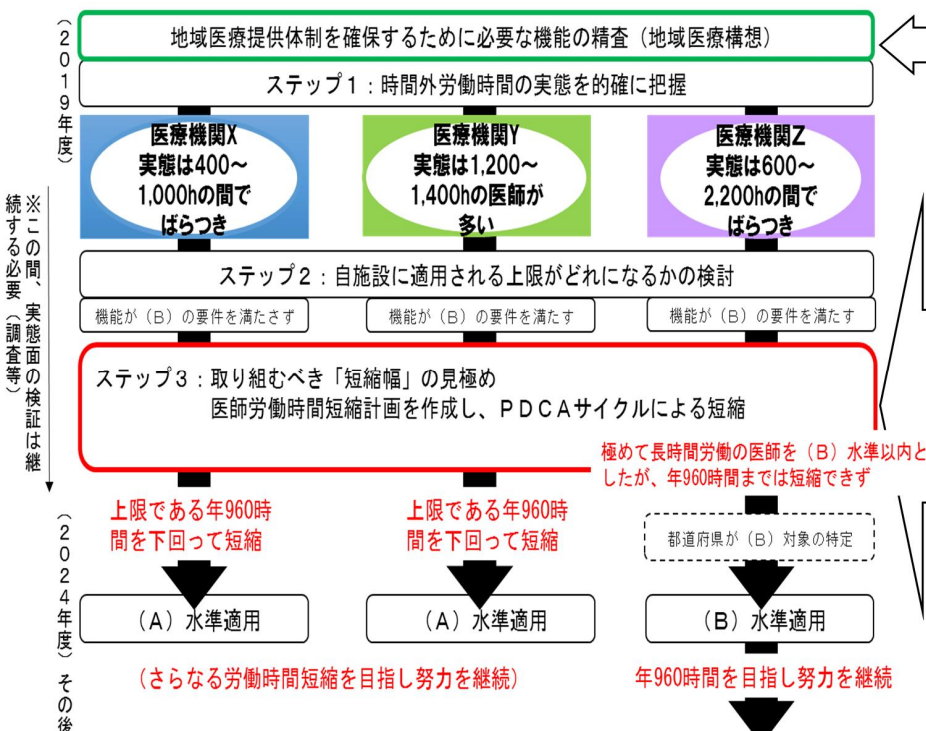


地域医療確保暫定特例水準の適用フロー

- 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの5年間に、各医療機関の労働時間短縮の動きを念頭に、国・都道府県等が必要な支援等を行った上で、やむを得ないものについて地域医療確保暫定特例水準の適用となる。

<各医療機関の状況に応じた5年間の動き（例）>

<医療機関をバックアップする仕組み（案）>



医師の宿日直や研鑽を含めた労働時間の考え方の周知

国（厚生労働省）

- 医師の時間外労働短縮目標ラインの設定等、全体方針を策定

都道府県

- 個別医療機関における医師の労働時間短縮・地域医療確保の両面から、域内の全体状況を把握（各医療機関の医師の労働時間の概況把握、（B）水準適用「候補」の把握等）

評価機能（新）

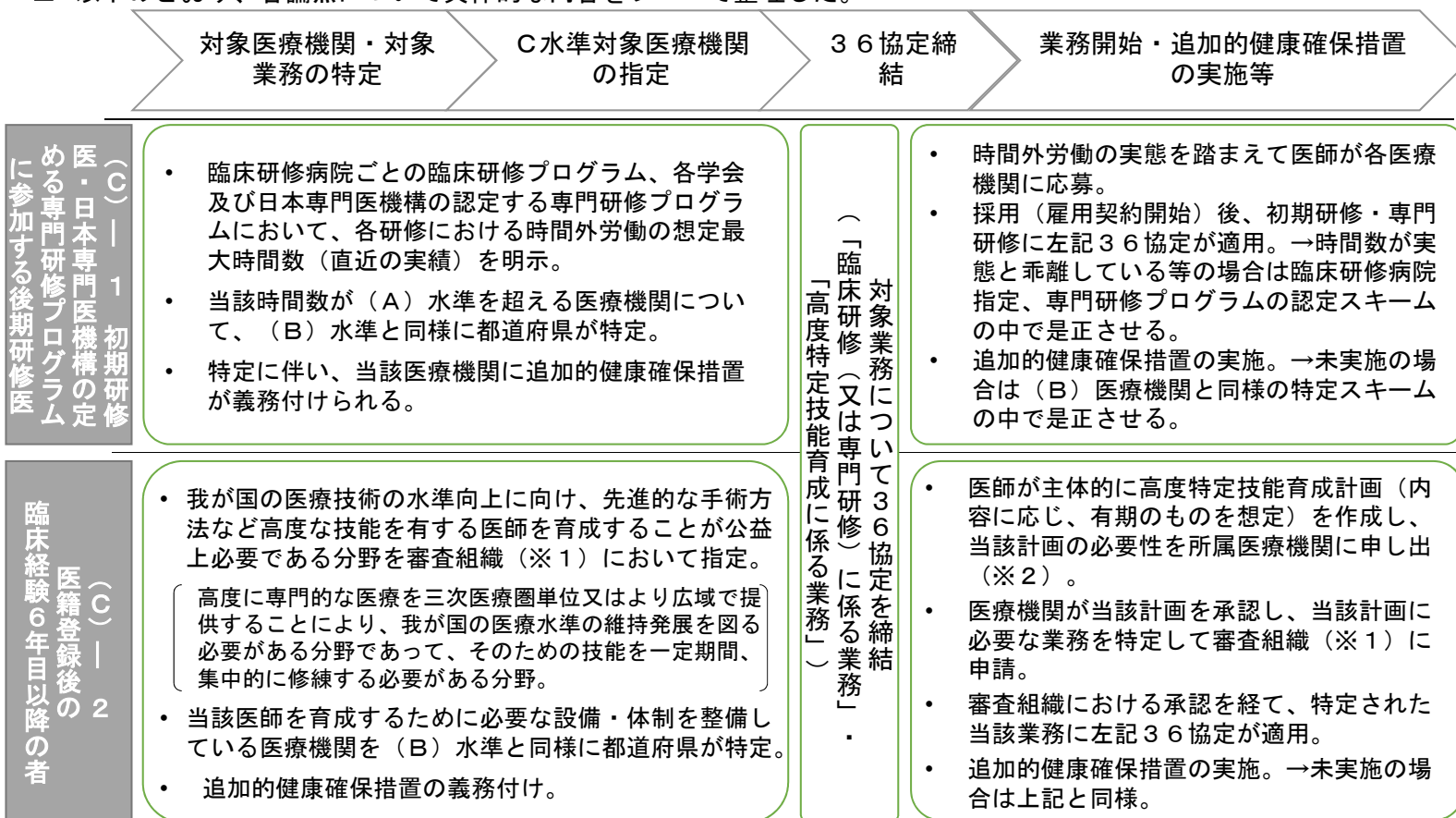
- 医療機関ごとに、医師の長時間労働の要因分析・評価、指導を実施（（B）水準超過医療機関、（B）水準適用「候補」医療機関を優先）

- 医療勤務環境改善支援や医師偏在対策を有効に組み合わせた医療機関支援、医師の労働時間の実態把握を踏まえた医療提供体制の検討

- 医療機関と都道府県に評価結果を通知し、取組を促す

集中的技能向上水準の適用フロー

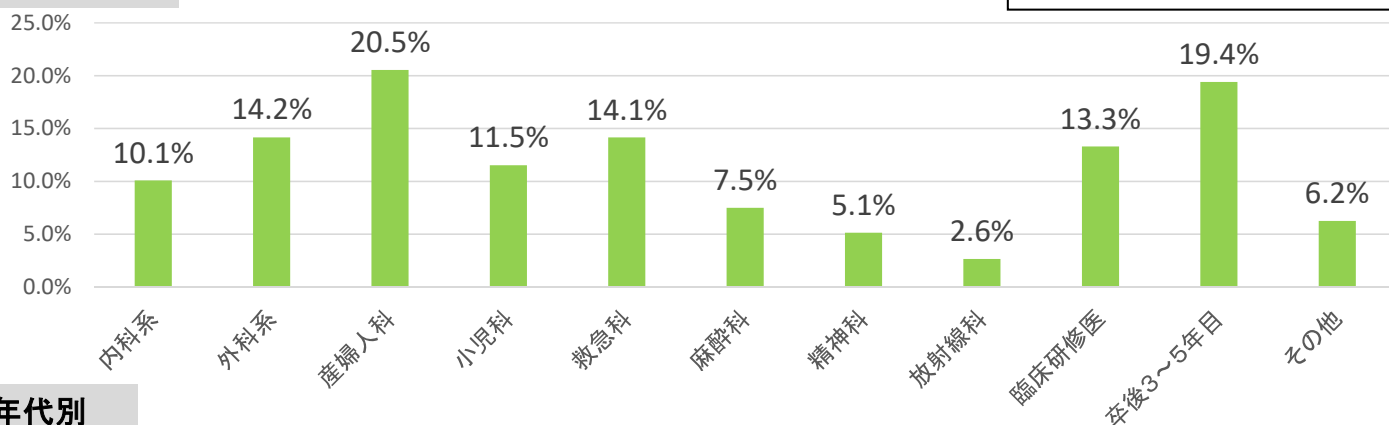
□ 以下のとおり、各論点について具体的な内容をフローで整理した。



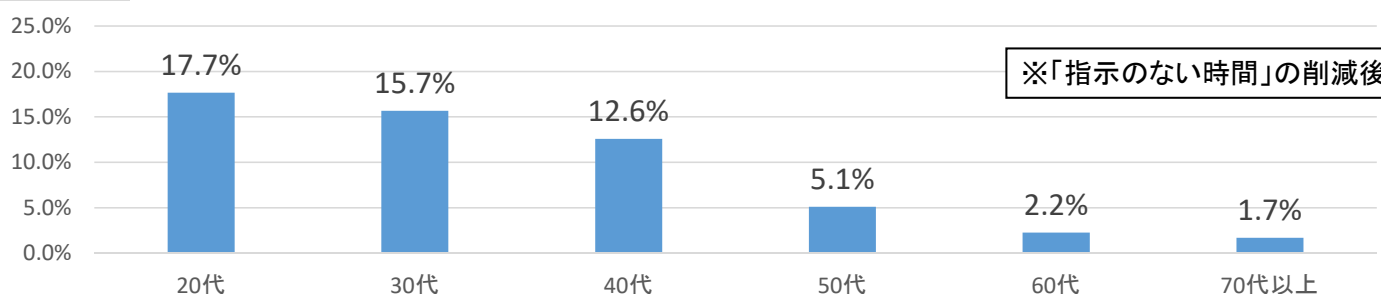
※1 我が国の医療技術の水準向上のための公益上の必要性の判断となることから、高度な医学的見地からの審査組織を設ける必要がある。
 ※2 高度特定技能については、個々の医師の自由な意欲・希望の元で発案されるところから、医師が計画を作成することとなる。

週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

1. 診療科別



2. 年代別



※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班）の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

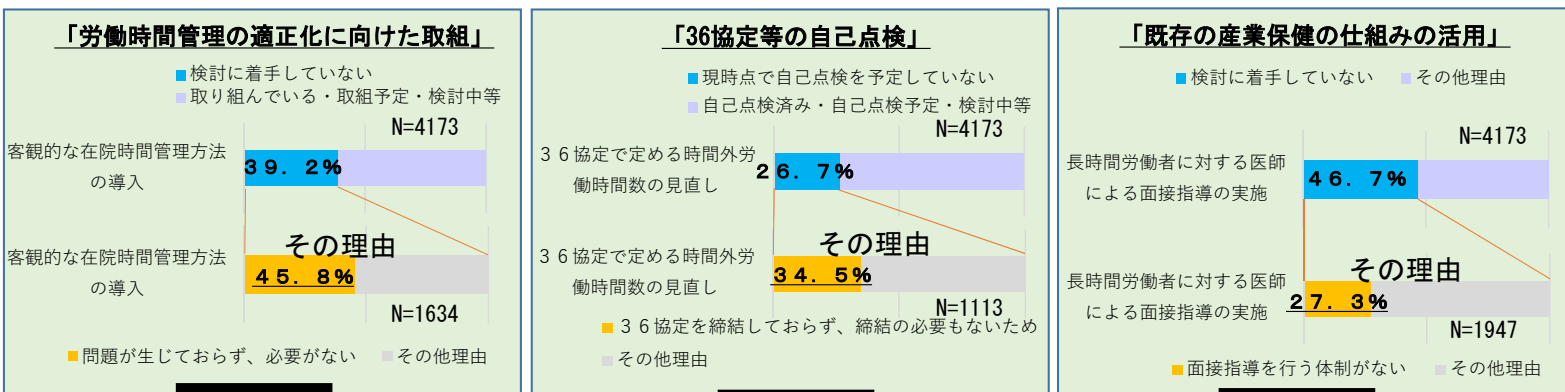
※2 「卒後3～5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。

「緊急的な取組」の徹底に向けて

- ❑ 医師の労働時間短縮に関する当面今後5年間の改革を着実に進めるためには、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の確実な実施が不可欠。特に、労働基準法等に基づく基本的な労働時間管理は、現状においても使用者の責務であるが、昨年9～10月に実施したフォローアップ調査においては、検討に着手していない医療機関が一定程度あり、義務の未実施が疑われる。
 - ❑ 「緊急的な取組」で求めた項目が未実施である病院については、2019年度中に都道府県医療勤務環境改善支援センターが全件、個別に状況確認を行い、必要な対応を求めていくこととする。
- ※ 「緊急的な取組」の実施状況も踏まえて、医師の労働時間短縮に向けたさらなる行政の支援策を検討する。

(参考) 医師の労働時間短縮のための緊急的な取組 フォローアップ調査

※平成30年度厚生労働省委託事業により、平成30年9～10月にかけて調査を実施



適切な労働時間管理は使用者の責務

現行（2024年4月の上限規制適用前）であっても、36協定を締結せずに時間外労働させると法違反（6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金）

現行でも、長時間労働の医師が申し出たら使用者には面接指導を行う義務があり、対応できるよう体制整備が必要

すべての医療機関に適正な労務管理を！！

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

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

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

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

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

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

2 36協定等の自己点検

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

3 産業保健の仕組みの活用

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

4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

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

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

5 女性医師等の支援

- ❑ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

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

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

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

行政の支援等

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(宿日直)

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、手待時間として労働時間。
- (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。
(※この場合、15時間程度のうち実働した時間のみが規制対象)
- 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、看護師用の詳細な許可基準(昭和24年発出)により判断。今後、②について、第9回検討会でお示しした案を元に、**許可対象である「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」の例示を明確化して示すこと**としたい。

(第9回検討会にお示しした案に、ご議論を踏まえた修正をしたもの)

- ・ 「病棟当直において、少数の要注意患者の状態の変動への対応について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」
- ・ 「外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間(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ついて、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」

※なお、休日・夜間に結果的に入院となるような対応が生じる場合があっても、「昼間と同態様の労働に従事することが稀」であれば、宿日直許可は取り消さない。

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(研鑽)

研鑽が労働時間に該当するかどうかについても、「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が、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、第12回検討会でお示しした案を概ねの内容として、今後、考え方と適切に取り扱うための手続を示すこととしたい。

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。
- 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うるよう、基本となる考え方を示すとともに、上司の指示と労働に該当するかどうかの判断との関係を明確化する手続等を示す。

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	・ 一般的に、診療の準備行為等として、労働時間に該当。 ・ ただし、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行っていることが確認されていれば、労働時間に該当しないものとして取り扱う。
学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新等	・ こうした研鑽が奨励されている等の事情があっても、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行う時間については、一般的に労働時間に該当しない。 ・ ただし、見学中に診療(手伝いを含む。以下同じ。)を行った時間は労働時間として取扱い、見学の時間中に診療を行うことが慣習化(常態化)している場合は、見学の時間すべてを労働時間として取り扱う。
当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行うこと	

必要な手続等

- 研鑽を行うことについての医師の申告と上司の確認(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)

医療機関における医師の労働時間の短縮の取組に対する支援

- 2019年4月に働き方改革関連法が施行されるが、医師についても適用が猶予されている時間外労働上限規制の5年後の適用に向け、医療現場において医師の労働時間の短縮策を進める必要がある。
- 具体的には、2018年2月にとりまとめた「緊急的な取組」について、さらに推進する必要がある。

～2019年3月

医師について時間外労働上限時間を含めたとりまとめ

【「緊急的な取組」のさらなる推進】

- ・医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- ・36協定等の自己点検
- ・既存の産業保健の仕組みの活用
- ・タスク・シフティングの推進
- ・女性医師等に対する支援
- ・医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

- ・医師の意識改革

上記の他

医療機関の機能分化・連携、医師偏在対策、医師養成、上手な医療のかかり方の周知等

2024年4月に向けて

○各医療機関において「医師勤務時間短縮計画」を策定するよう、各都道府県（医療勤務環境改善支援センター）を通じて促す
※平成31年度から、医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師勤務時間短縮計画に基づき取得した器具・備品・ソフトウェアについては、税法上の特別償却制度が適用される

○平成31年度予算案において新規に計上している各種事業により、各医療機関の取組をバックアップ
・タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業
⇒好事例の増加その横展開
・医療機関の勤務環境マネジメント向上支援事業
⇒全国の病院長の勤務環境改善に係る意識改革
・医療従事者の働き方改革支援資金
⇒（独）福祉医療機構による融資拡充

○医療勤務環境改善支援センターが都道府県労働局や日本医師会等関係機関と連携した、働き方改革関連法の説明会の実施
※都道府県宛て厚生労働省医政局医療経営支援課長通知発出（平成30年11月21日付）

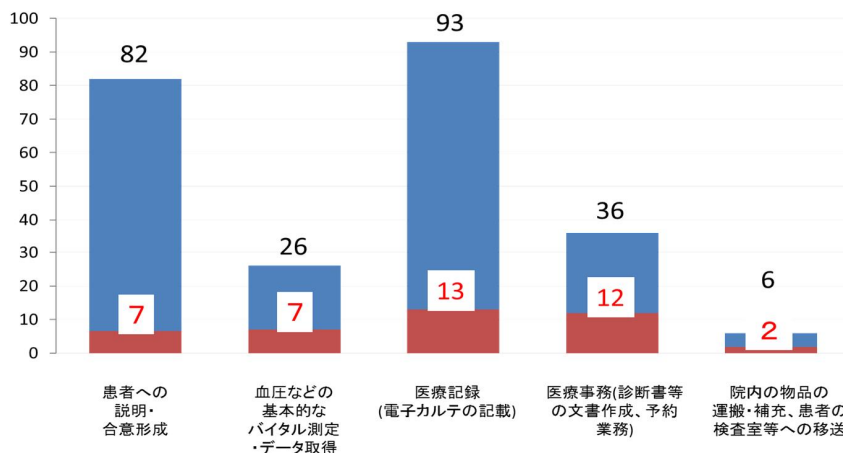
○医療勤務環境改善支援センターの機能強化
・外部有識者による医療勤務環境改善支援センターのアドバイザー等職員に対する助言派遣事業実施
・医療勤務環境改善支援センター職員も交え有識者による医療機関支援モデル事業実施
・勤務環境改善の推進による病院経営への影響に関する調査・研究事業により、経営改善にもつながることを周知するための好事例を提供
・医療勤務環境改善支援センターのアドバイザー等職員向け教材作成により好事例紹介
・都道府県の担当課長や担当者を一堂に会した会議や研修会実施

○医療機関向け勤務環境改善支援のための「いきいき働く医療機関サポートWeb（いきサポ）」掲載の好事例更新及び各医療機関が自院の取り組む勤務環境改善の状況を全国比較するための自己診断機能を追加

医療従事者一般が実施可能な業務に係るタスクシフト

- 医師の労働時間短縮に向けては、医師でなくとも行える業務を他職種に移管していくことが重要であり、これまでの調査においては、他の医療従事者一般が実施可能な業務について、平均1日約40分程度が他職種へ移管できるとされている。本年2月にとりまとめた「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」においても、以下のような業務について、原則として医師以外の者が実施するよう求めているところ。
- こうした業務は、医師の勤務時間のうちおよそ7%に相当することから、すべて医療クーク、看護師等の職種へのタスクシフトを行うと、週100時間勤務の場合、**週7時間程度**の時間※がこれに相当する。
※ 暫定特例水準が適用される医療機関では、前提として、こうした業務のタスクシフトによる医師の労働時間短縮が図られていることを想定。

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



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

2. 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」における「4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進」（抜粋）

各医療機関においては、医師の業務負担軽減のため、他職種へのタスク・シフティング（業務の移管）を推進する。

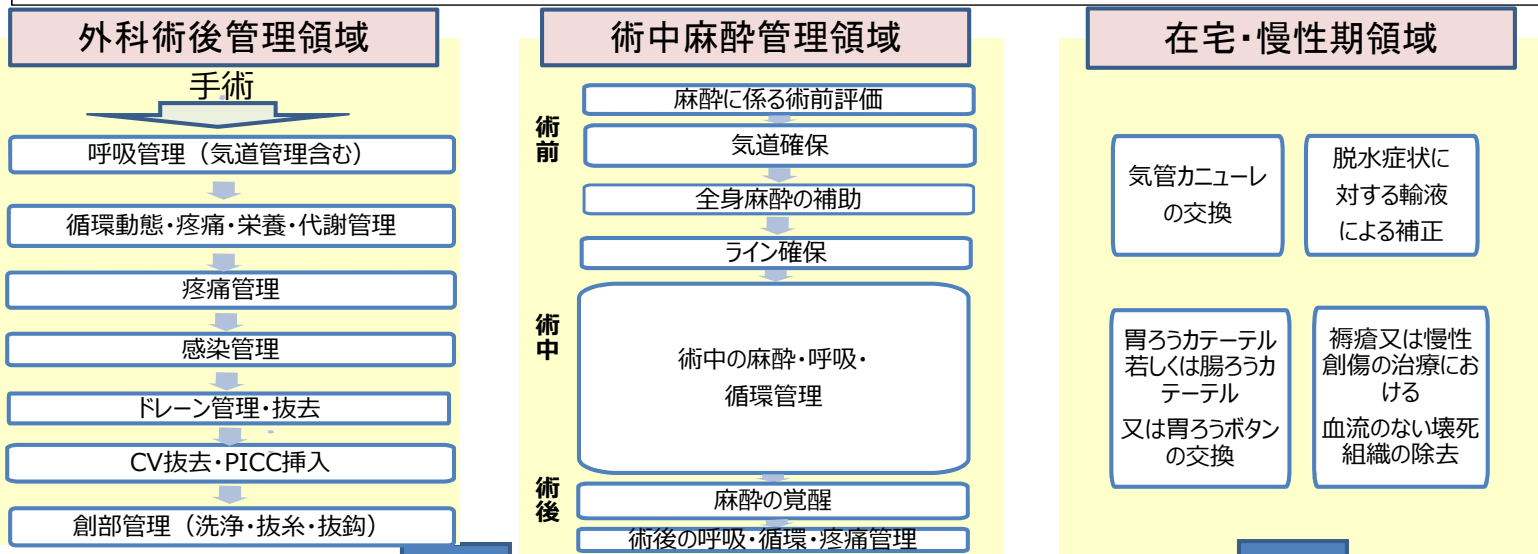
- 初療時の予診
- 検査手順の説明や入院の説明
- 薬の説明や服薬の指導
- 静脈採血
- 静脈注射
- 静脈ラインの確保
- 尿道カテーテルの留置（患者の性別を問わない）
- 診断書等の代行入力
- 患者の移動

等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施することで、医師の負担を軽減する。（後略）

（※）「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知）

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、**週7時間程度**の時間がこれに相当する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。



外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医療行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

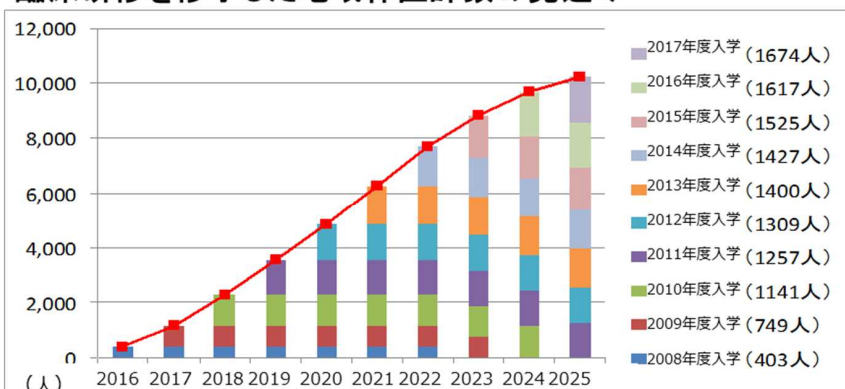
在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

患者に対するきめ細やかなケアによる医療の質の向上、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれる。

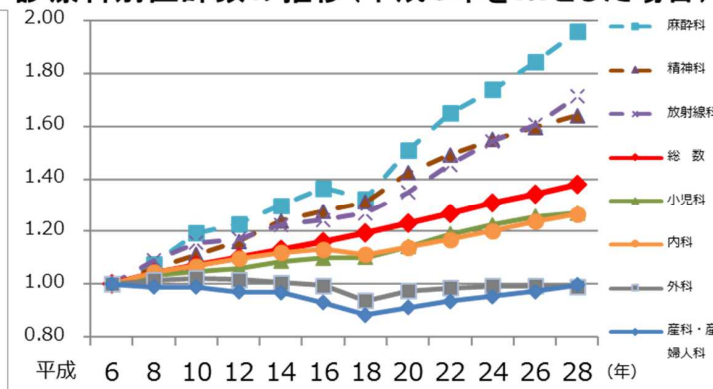
診療科偏在の是正によるタスクシェアの推進

- 現在、医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。一方、現行では、診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は自主的に診療科を選択しているという状況である。
 - 医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国が情報提供することとしている。
 - また、地域枠については、県内の特定の地域での診療義務を課すことができることから、地域偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科での診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もある。
 - 2008年度以降、地域枠を中心として臨時的な定員増を行ってきており、地域枠の充足率や定着率を考慮しても、2024年度には最低でも5000人以上※の医師が義務履行中であると考えられる。
 - その4分の1程度の人数の医師が、週80時間の時間外労働時間の水準の達成が難しい医療機関に派遣され、そうした複数の医師の業務を横断的にタスクシェアすると、6%程度の業務削減が可能であり、週100時間勤務の場合、**週6時間程度**の時間がこれに相当する。
- ※ なお、地域枠医師は、地域医療に従事することが求められており、地域の総合的な診療に従事することから、専門診療科の医師の業務をそのまま代替するのではなく、救急外来、ICU管理、病棟管理業務等について、タスクシェアが可能。

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

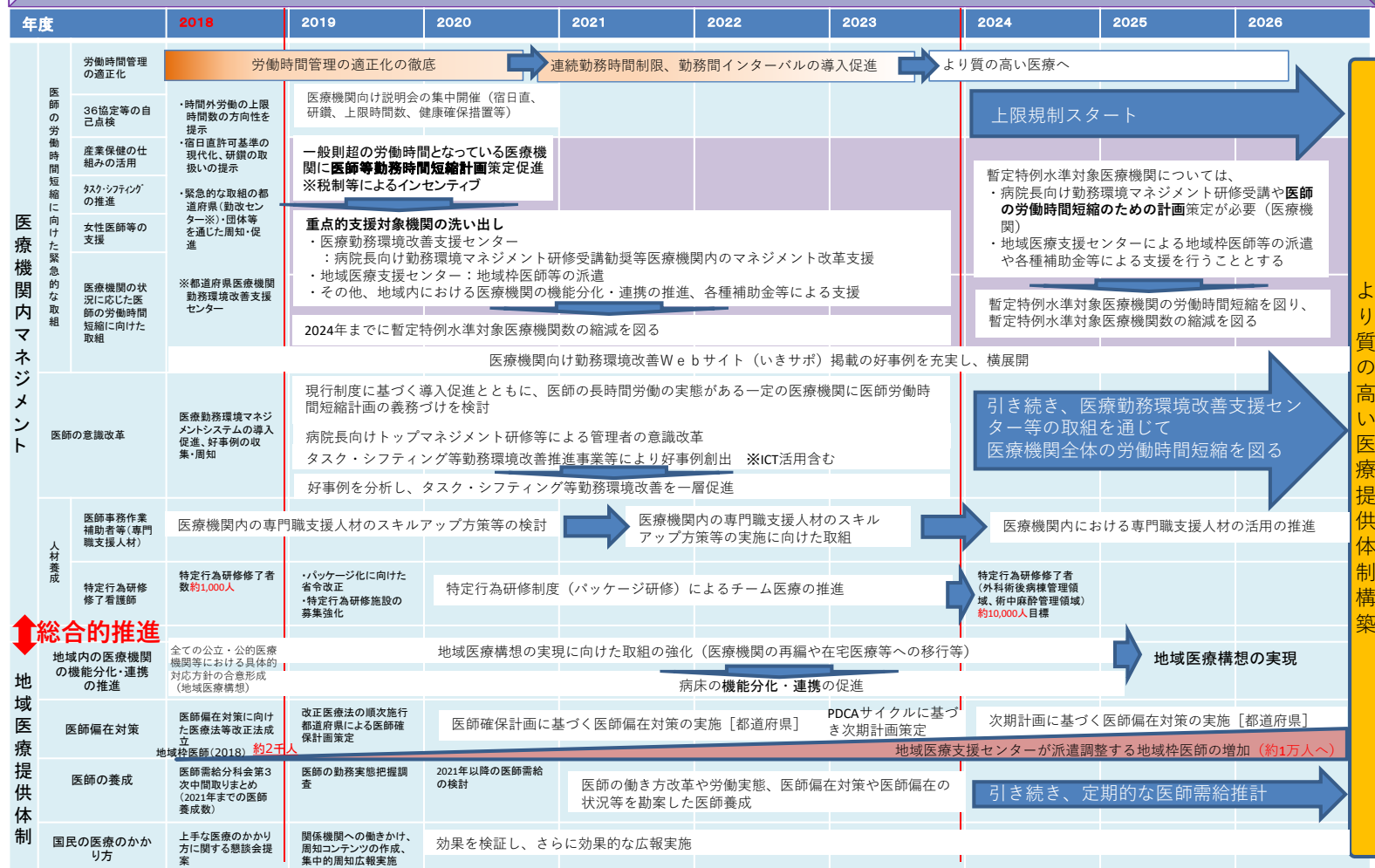


診療科別医師数の推移(平成6年を1.0とした場合)



医療機関における医師の労働時間の短縮に向けて(ロードマップ)

((A) ・ (B) 水準の適用を中心に整理したもの)



特定の医師個人への負担の固定化を防止するために

地域医療確保暫定特例水準（（B）水準）について、特定の医師個人への負担の固定化を防止するため、（B）水準に係る制度設計における対応と、医師偏在対策の推進等の医療提供体制における対応を実施。

（B）水準に係る制度設計における対応

■ 長時間労働の業務・診療科への重点的な取組・支援

（B）対象医療機関には、
医師労働時間短縮計画の策定を義務付け

長時間労働の業務・診療科が明らかとなる

集中している負担の軽減を進め、固定化させない
院内でのタスクシフト・シェア／地域医療提供体制の機能分化・連携

これらの取組で労働時間を 着実に短縮することにより

（B）水準は2035年度末までに960時間に引下げ
それまでの間、段階的な見直しの検討を実施

■ 健康確保措置の確実な実施

連続勤務時間制限（28時間）
勤務間インターバル（9時間）等

医師による面接指導
就業上の措置（ドクターストップ）

これらの義務付けによる長時間労働の防止

- ・ 医事法制上、医療機関に実施記録の保存を求め、都道府県が実施確認
- ・ 就業上の措置はきめ細やかな具体例を提示予定（小刻みな就業制限等）
⇒ 医療機関は就業上の措置を最優先で講じ、
一時的な診療縮小が生じる場合は地域医療提供体制でカバー

医療提供体制における対応

■ 医師偏在対策の推進（平成30年医療法・医師法改正法による対応）

地域医療を一人の医師に背負わせず
面で支える仕組みの構築

医師少数区域等に優先的に医師派遣

（例）特定の病院の循環器医師が長年にわたって
長時間労働の場合、当該病院に循環器医師
を派遣することで科の労働時間を削減

区域内の
（B）対象
医療機関に
特に重点的
に派遣

医師少数区域等で勤務する医師に対し、
交代医師の派遣などの負担軽減策を実施

地域枠医師は、キャリア形成プログラムに基づき勤務
→ローテートにより負担を固定化しない

医師偏在対策は、地域医療対策協議会で協議・公表
大学等の地域医療関係者の協力責務を規定

■ 地域医療構想の実現に向けた取組

医療機関の機能分化・連携の推進により
効率的な医療提供体制を構築

「いのちをまもり、医療をまもる」 国民プロジェクト宣言！

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
病院・診療所にかかるすべての国民と、
国民の健康を守るために日夜力を尽くす医師・医療従事者のために、
「『いのちをまもり、医療をまもる』ための5つの方策」の実施を提案し、
これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

特に、医療の危機と現場崩壊は深刻で、
「いのちをまもること」「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。
これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、
医療の恩恵を被る「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、
国民的プロジェクトだと我々は考えています。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

- ① 患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- ② 医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- ③ 緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
- ④ 信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- ⑤ チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

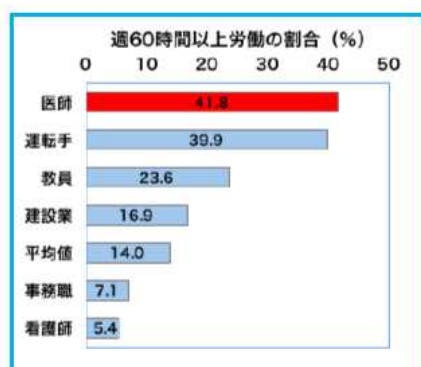
私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
この5つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、
すべての関係者の取り組みが前進するよう、
来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

まず、日本において「医師は、全職種中、最も労働時間が長い」
という現実を知ってください。

また、日本の医師の「3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える」※1) こと、
「6.5%が抑うつ中等度以上」であること、
「半数近くが睡眠時間が足りていない」こと。

そして、「76.9%がヒヤリ・ハットを体験している」ことなども知ってください。

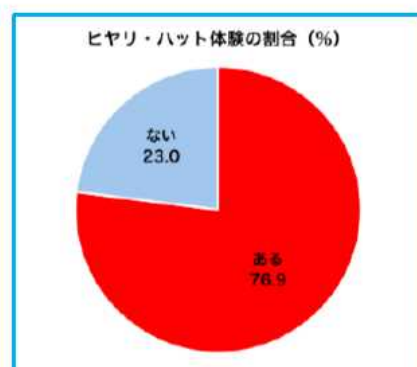
こういう現実を放っておくと、 確実に医療の現場は崩壊します。



勤務医1万人アンケート (H27年度)

項目	割合 (%)
最近1ヶ月間で休みなし	5.9
平均睡眠時間5時間未満	9.1
当直日の平均睡眠時間4時間以下	39.3
不健康・健康でない	20.1
自殺や死を毎週または毎日考える	3.6
抑うつ中等度以上	6.5

出典：日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会答申（平成28年3月）



※1 米国の研究では、男性医師の自殺率は一般男性の1.4倍、女性医師では一般女性の2.7倍であることが示されている（Schermerhammer ES, Colditz GA. Am J Psychiatry 2004;161: 2295-2302）。

参考資料2

「医療危機」は国民全員が考え、取り組むべき重要な問題です

市民側の要因

- ・ 医師の意見だけを信頼し、些細なことでも「とにかく医師に聞こう」と思ってしまう
- ・ 軽症重症に関わらず、大病院で受診して安心を得ようとしてしまう
- ・ 緊急かどうか判断せずに、救急車を利用してしまう

行政側の要因

- ・ 国民や現場医師の声が反映されにくい診療報酬・政策決定プロセスやメンバー構成などの問題を放置している
- ・ 必要な情報が必要な人に提供・伝達できていない
- ・ 形式的でインパクトに乏しい施策を実行している

医師/医療提供者側の要因

- ・ 「医師が一番」という構造・意識が蔓延している
- ・ 医師が全てを担うべきと、医師自身が思い込んでいる
- ・ 男性を中心とした働き方や慣習がはびこり、限られた人材で業務を回さざるを得なくなっている

「医療危機」 4つの要因

民間企業側の要因

- ・ 従業員が体調が悪い時に休んでいない（休めない）ことが、緊急でない夜間・休日受診の一因になっていることを理解していない
- ・ 健診のデータが効果的に活用されていない
- ・ 健康投資はコストにすぎないという意識がある

～医療を取り巻く社会経済状況～

厳しい財政状況
疾病構造やニーズの変化・多様化
医療需要が増える中での働き手の減少
予防努力が評価されない制度

「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
 - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
 - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
 - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
- 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

市民

行政

行政のアクションの例

- 「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
 - ・ 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング(両親学級や乳幼児健診など)での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
 - ・ 「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
 - ・ 学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍するための制度・仕組みを整える(※5)
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
 - ・ フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
 - ・ 企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

医師/医療提供者

民間企業

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
 - ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつながる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
 - ・ それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。
 ※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた確かな医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。
 ※3 身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる確かな治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。
 ※4 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。
 ※5 海外においても、医師偏在・過剰労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」(外科手術の助手や術後管理等を担当)が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる。医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師(プラクティス・ナース)により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
 - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
 - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
 - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
- 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
 - ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつながる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。
 ※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた確かな医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。
 ※3 身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる確かな治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。
 ※4 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
 - ・保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
 - ・「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
 - ・学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える（※1）
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
 - ・フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
 - ・企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
 - ・それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」（外科手術の助手や術後管理等を担当）が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師（プラクティス・ナース）により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

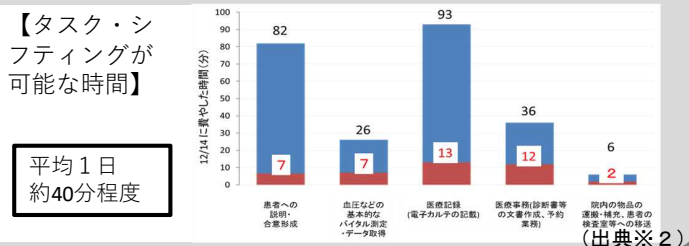
想定される働き方の変化イメージ（勤務医からみて）

当直明けも夕方まで連続勤務 夜遅くなくても翌朝は早い



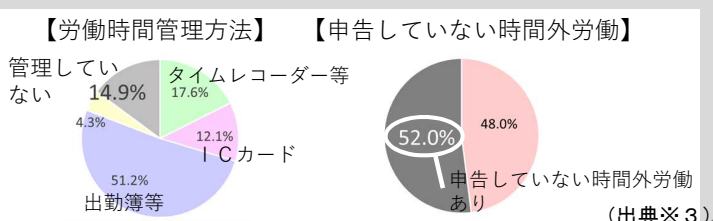
連続勤務時間制限28時間・インターバル9時間確保による休息の確保
（時間外労働年960時間を超える医師義務化）

医師でなくてもできる仕事もしなければならない



「緊急的な取組」で求めている基本のタスク・シフティング項目は必ず行う。
医師は、医師でなければできない仕事に集中。

労働時間管理がなされていない 勤務時間に見合った支払いがなされていない



労働時間管理がきちんと行われるようになる。
時間外割増賃金がきちんと支払われるようになる（寝られない当直※）は待機時間も含め時間外労働）。

※宿日直許可を受けていない当直

（出典※1・3）平成29年度厚生労働省委託 医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業における医療機関アンケート調査（医師票）結果を基に厚生労働省医政局医療経営支援課において作成。

（出典※2）医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

特に研修医の場合

特に、臨床研修医・専門研修中の医師については、

- 長時間労働を強いられることのないよう、一方で、学習・技能向上の意欲に応えられるよう、一人ひとりがプログラム選択時に判断しやすい制度に改革。
- 初期研修医については、入職まもない時期でもあることから、連続勤務時間制限等を厳しくし、健康確保にさらに配慮。

若手医師・医学生の声

(出典：医師の長時間労働の法規制に関する若手医師と医学生からの提言書「「壊れない医師・壊さない医療」を目指して」)

(2017.12.22 Advocacy team of Young Medical Doctors and Students 第5回医師の働き方改革に関する検討会資料2)より抜粋)

下記に挙げる項目について、国民や行政、立法、医師会、コメディカル、アカデミア等が協力して、包括的かつ長期的な目標を設定し、実質的に医師が労働基準法を守れるような労働環境を段階的に実現していくよう求める。

- ・ 90%以上の若手医師と医学生が「医師の健康診断や休息の確保」や「医師の抑うつやバーンアウト、自殺を予防する対策」、「医師の子育て支援とキャリア支援」を必要としている。
- ・ 94%の医学生が長時間労働の上限規制に際して「研修の質の維持とモニタリング」を必要と考えている。

(この他、医師自身の働き方に対する意識の変革、労働時間の定期的なモニタリングの実施、給与の維持、タスクシフティングやタスクシェアリングの推奨等が挙げられている)

すべての臨床研修・専門研修プログラムで、時間外労働の見込み時間数を提示
⇒自身の希望に基づき選択

(時間外労働年960時間を超える場合に以下を義務化)

【臨床研修医】

連続勤務時間制限15時間(インターバル9時間)又は24時間(インターバル24時間)による休息の確保

【専門研修中の医師】

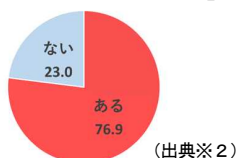
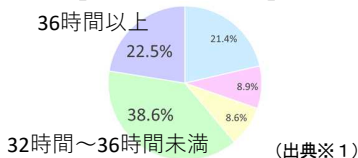
連続勤務時間制限28時間・インターバル9時間による休息の確保

想定される医療の在り方の変化イメージ(患者・国民からみて)

医師が疲弊し、今のままでは医療は崩壊の危機

【当直明け連続勤務】

【ヒヤリハット体験の割合】



何でも医師がしてくれることが当たり前

現在医師が行っている業務の中には、医師以外の職種へのタスク・シフティングやICT等の技術活用が可能なものも存在

- (例) ・医療従事者一般が行える業務(電子カルテ入力等): 医師の業務時間の約7%
・特定行為研修修了看護師が行える業務: 約3%程度(外科系医師では約7%) (出典※3)

医療アクセスが良く便利だが、非効率な場合も

地域の医療機関間の役割分担が進んでおらず、非効率な時間外救急の受入体制などが、医師の長時間労働の一因となっている

患者・家族は受診の可否の判断が難しく、不安が夜間休日を含めた不急の受診につながる

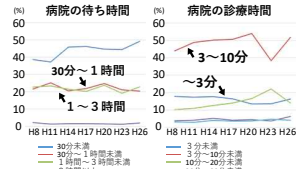
病院の待ち時間が長く、診療時間が短い

【ある救急相談センターの例】

割合

119番へ転送	13.2%
救急車以外の手段での速やかな受診を勧奨	28.6%
6時間以内の受診	27.4%
翌日日勤帯に受診を勧奨	16.6%
経過観察	6.2%

(出典※4)



国民の理解・患者の上手なかかり方を進めながら

連続勤務時間制限28時間・インターバル9時間確保による休息の確保
(時間外労働年960時間を超える医師義務化)

⇒ 医師の健康が確保され、より安心・安全な医療を受けられることを目指す

他職種へのタスク・シフティングやICT等の技術の活用により、チーム医療を推進・医療の効率性を向上

⇒ 多様な医療専門職の専門性を活かしたきめ細やかなケア、新技術を活かした効率的で質の高いサービスを受けられることを目指す

地域の医療機関の機能分化・連携が進む

⇒ 効率的な医療が提供されることで、将来にわたり必要な医療を受けられることを目指す

行政・医療界が信頼できる医療情報を発信し、受診に関する相談体制を充実

⇒ 信頼できる医療情報や専門家のアドバイスにより、安心して適切な医療を受けられるようにし、混雑の緩和も目指す

- 応召義務については、社会情勢、働き方、テクノロジーが変化してきている中で、今後の在り方をどのように考えるか、個人ではなく組織としての対応をどうするのかといった観点から、検討が必要。
- これを踏まえ、①応召義務の従来解釈・趣旨の整理、②診療拒否に関する民事裁判例の分析等を行うことを通じ、現在における医療提供体制や患者の医療ニーズに即し、医師や医療機関への診療の求めに対する適切な対応のあり方について、有識者による研究を実施（平成30年8月から開催）。

◆ 主任研究者（敬称略）

岩田 太 （上智大学 法学部 教授）

◆ 研究協力者（敬称略）

松本 吉郎（日本医師会 常任理事）

畔柳 達雄（日本医師会参与/ 弁護士）

樋口 範雄（武蔵野大学 法学部法律学科 特任教授）

加毛 明（東京大学大学院 法学政治学研究科准教授）

児玉 安司（新星総合法律事務所 弁護士）

三谷 和歌子（田辺総合法律事務所 弁護士）

研究における主な議論・検討

<応召義務の趣旨・法的解釈>

- ◆ 医師法第19条に規定する応召義務については、古くは明治時代から同趣旨の規定が罰則付きで設けられていたが、医療の公共性、医師による医業の業務独占、生命・身体の救護という医師の職業倫理などを背景に、戦後、医師法において罰則は削除され訓示的規定として置かれたもの。
- ◆ 応召義務の法的性質として、①応召義務は、医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務であるが、刑事罰は規定されておらず、行政処分の実例も確認されていない、②応召義務は、私法上の義務ではなく、医師が患者に対して直接民事上負担する義務ではない、ことが確認された。

<これまでの応召義務の位置付け等>

- ◆ 応召義務は、実態として個々の医師の「診療の求めがあれば診療拒否をしてはならない」という職業倫理・規範として機能し、社会的要請や国民の期待を受け止めてきた。こうした背景もあり、応召義務はその存在が純粋な法的効果以上に医師個人や医療界にとって大きな意味を持ち、医師の過重労働につながってきた側面がある。
- ただし、医師には応召義務があるからといって、当然のことながら際限のない長時間労働を求めていると解することは当時の立法趣旨に照らしても正当ではないと解される。

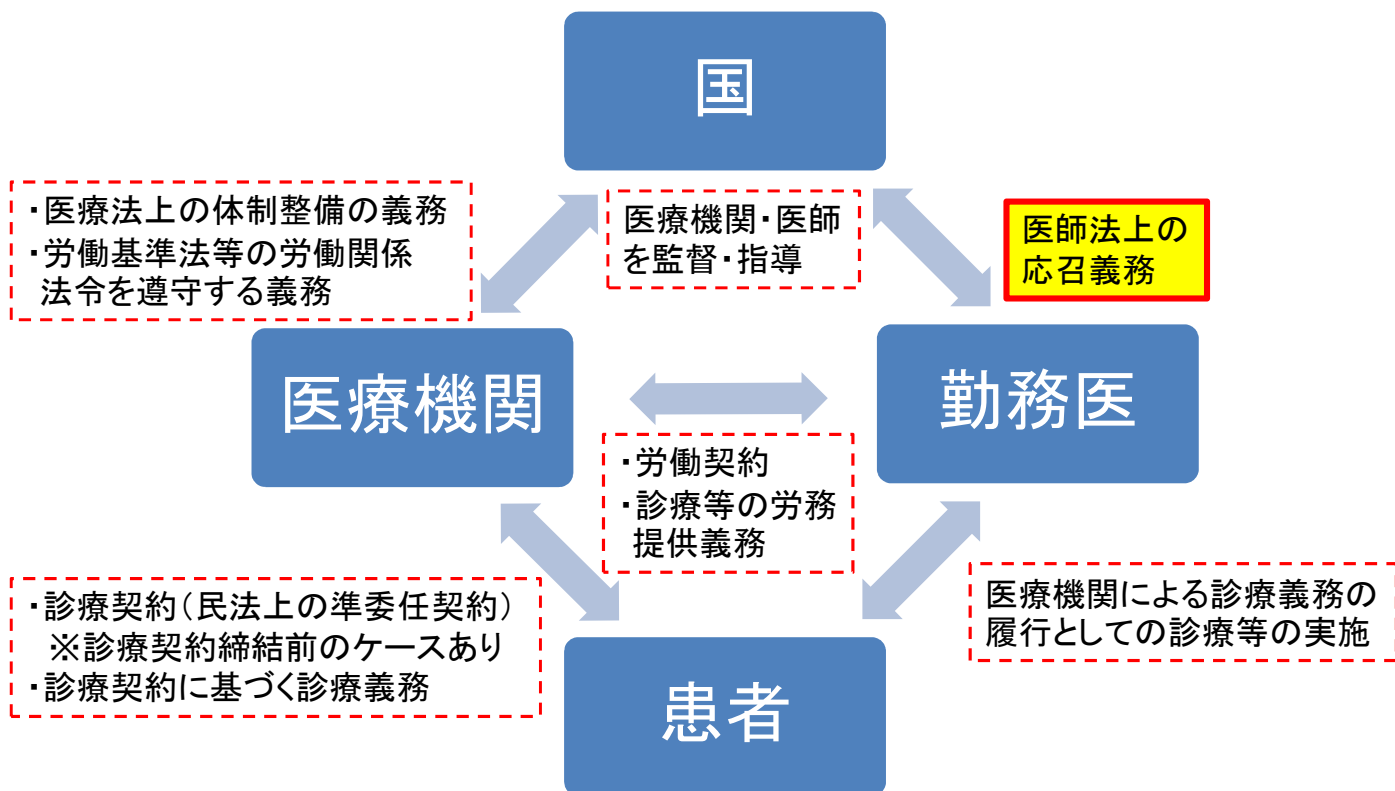
<現代における医師・医療機関が診療しないことの正当化事由の考え方>

- ◆ 患者について、緊急対応が必要であるか否か（病状の深刻度）が最も重要な考慮要素であり、それに加え、現代においては、医療提供体制の在り方の変化、医師の勤務環境への配慮の観点から、診療時間内外・勤務時間内外のいずれなのか、といった点も考慮する必要。
- ◆ また、現代の医療の現場において、患者トラブル等は実際に日々問題となっている課題であり、医療機関・医師の負担感、勤務環境の改善という観点からは、患者と医療機関・医師の信頼関係をも考慮する必要。
- ◆ こうした考慮要素を基に、個別具体のケースごとに、医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた解釈を新たに示すことを試みるもの。

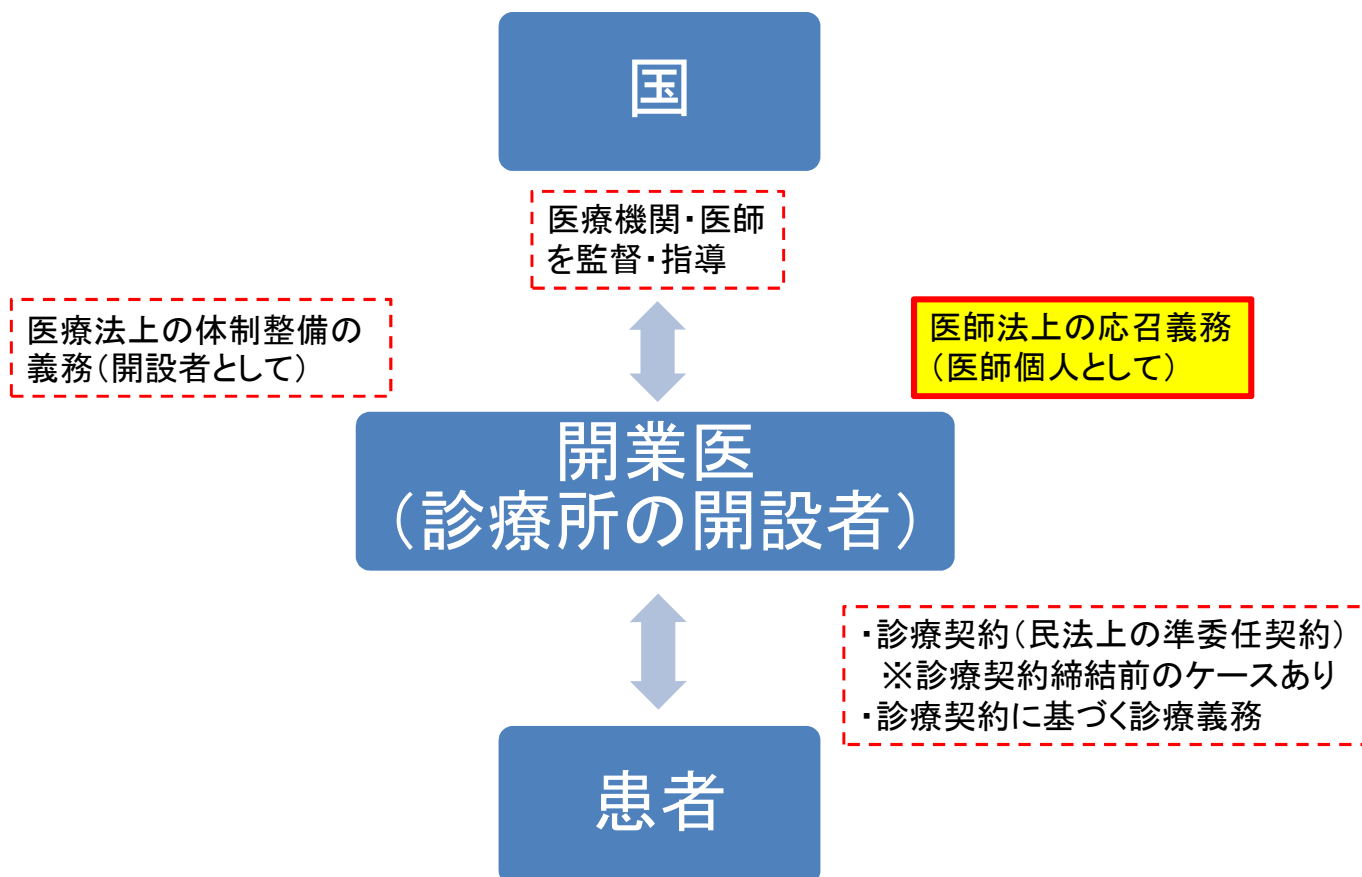
（例）病状の深刻な救急患者、病状の安定している患者、患者の迷惑行為・医療費不払いがあるケース 等

※ それぞれのケースについて診療時間内外・勤務時間内外のいずれであるかの場合分けを含む。

(参考) 【勤務医】応召義務の法的性質



(参考) 【開業医】応召義務の法的性質



脳・心臓疾患の労災認定基準について

(平成13年12月12日付け労働基準局長通達)

業務による「明らかな過重負荷」

異常な
出来事

短期間の
過重業務

長期間の
過重業務

発症直前から前日までの間に、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事に遭遇したこと

発症に近接した時期において、特に過重な業務に就労したこと

発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務に就労したこと

- 極度の緊張、興奮、恐怖、驚く等の強度の精神的負荷を引き起こす突発的又は予測困難な異常な事態
- 緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態
- 急激で著しい作業環境の変化

労働時間
①発症直前から前日までの間に特に過度の長時間労働が認められること
②発症前おおむね1週間以内に継続した長時間労働が認められること
③休日が確保されていないこと 等

労働時間
①発症前1～6か月間平均で月45時間以内の時間外労働は、発症との関連性は弱い
②月45時間を超えて長くなるほど、関連性は強まる
③発症前1か月間に100時間又は2～6か月間平均で月80時間を超える時間外労働は、発症との関連性は強い

+

+

労働時間以外の負荷要因

勤務形態等	不規則な勤務
	拘束時間の長い勤務
	出張の多い業務
作業環境	交代制勤務・深夜勤務
	温度環境
	騒音
精神的緊張	時差
	日常的に精神的緊張を伴う業務
	発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事

精神障害の労災認定基準について

(平成23年12月26日付け労働基準局長通達)

次のいずれの要件も満たすこと

- (1) 認定基準の対象となる精神障害を発病していること
- (2) 認定基準の対象となる**精神障害の発病前おおむね6か月の間に、業務による強い心理的負荷(※)**が認められること
- (3) 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こと

(※)「強い心理的負荷」と認められる出来事の詳細例

「特別な出来事」

- 業務に関連し、他人を死亡させ、又は生死にかかわる重大なケガを負わせた(故意によるものを除く)など、「心理的負荷が極度のもの」と認められた場合
- 発病直前の1か月におおむね160時間を超えるような、又はこれと同程度の(例えば3週間におおむね120時間以上の)時間外労働を行うなど、「極度の長時間労働」が認められた場合

「出来事」(※)

- 自らの死を予感させる程度の事故等を体験した場合
 - ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた場合
 - 長時間労働がある場合
 - ①発病直前の2か月間連続して1か月当たりおおむね120時間以上の時間外労働を行った場合
 - ②発病直前の3か月間連続して1か月当たりおおむね100時間以上の時間外労働を行った場合
- など

(※)「出来事」については、その内容に基づき、心理的負荷の程度が「強」、「中」、「弱」のいずれかに評価され、また、複数の出来事がある場合には、その事案について全体評価が行われる。これにより心理的負荷が「強」と評価された場合に「業務による強い心理的負荷が認められる」との要件を満たす。

精神障害の発病についての考え方

業務による心理的負荷

業務以外の心理的負荷

【例】事故や災害の体験
仕事の失敗
過重な責任の発生
仕事の量・質の変化 など

【例】自分の出来事
家族・親族の出来事
金銭関係 など

精神障害の発病

【例】既往歴
アルコール依存状況
社会適応状況 など

個体側要因