

臨床研修制度における 医師の働き方改革への対応について

医師の働き方改革概要と臨床研修の働き方改革

医師の時間外労働規制について

一般則

- 【時間外労働の上限】
- (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 ↓

- (原則)
- 1か月45時間
 - 1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

2024年4月～

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

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

将来
(暫定特例水準の解消
(=2035年度末) 後)

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

A

C-1 C-2

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。 2

【追加的健康確保措置】

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)

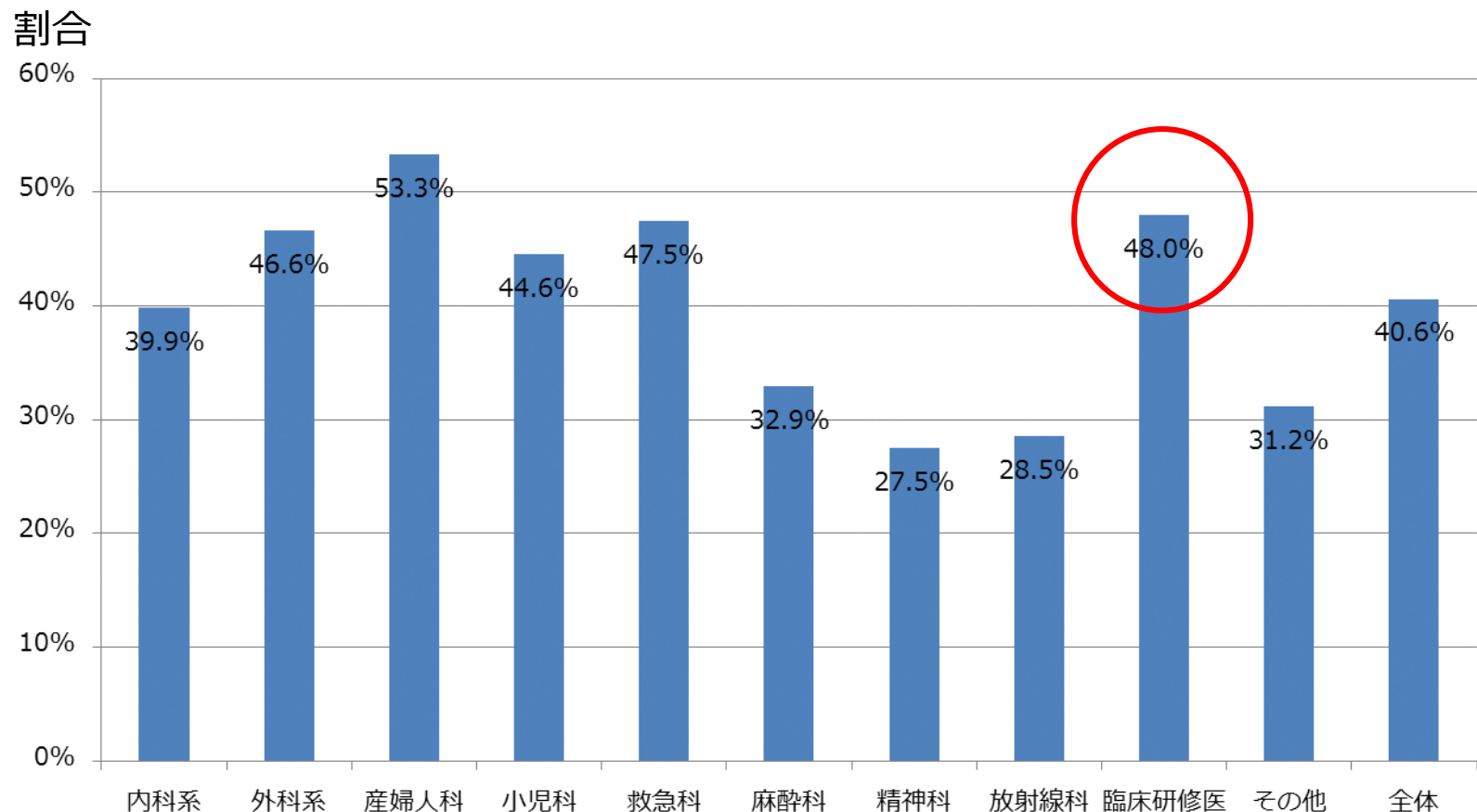
36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働(休日労働を含まない)	月45時間以下・年360時間以下			
	②「臨時的な必要がある場合」の上限 ・月の時間外労働時間数(休日労働を含む)	月100時間未満 ※①の月45時間を超えることができる月数は年間6か月以内	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)		
	・年の時間外労働時間数(休日労働を含む)		年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
	・年の時間外労働時間数(休日労働を含まない)	年720時間以下			
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間(休日労働を含む)	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

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

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



※ 病院勤務の常勤医師のみ

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

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

医師の働き方改革に関する検討会 報告書（抜粋）

第3回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

資料
2

令和元年10月2日

【P18】

- (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36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。

C-1水準の指定要件・プロセスと評価機能

(B)、(C)－1、(C)－2水準の対象医療機関の指定要件

※要件となる項目に○

		(B) 水準	(C) － 1 水準	(C) － 2 水準	備考
1	医療機関機能	○			
2	臨床研修病院又は専門研修プログラム・カリキュラム認定医療機関である		○		
3	高度特定技能を要する医師の育成・研鑽に十分な環境がある			○	設備、症例数、指導医等につき審査組織（国レベル）の個別判断を想定。
4	36協定において年960時間を超える協定をする必要がある	○	○	○	
	（「必要」について、合議での確認）	都道府県医療審議会の意見聴取		審査組織の意見聴取	
	（「必要」について、実績面の確認）	時短計画記載の実績値で判断	プログラム明示時間数（時短計画実績値とも整合）で判断	時短計画記載の実績値で判断	
5	医療計画と整合的である	○			都道府県医療審議会の意見聴取（地域医療構想調整会議の協議の状況を同審議会に報告する等）
6	時短計画が策定され、労働時間短縮の取組が確認できる	○	○	○	年1回都道府県へ提出
7	評価機能の評価を受けている	○	○	○	過去3年以内に受審していること
8	追加的健康確保措置の実施体制が整備されている	○	○	○	面接指導体制については時短計画の記載内容、勤務間インターバル等については診療体制表（シフト表）等の添付等を想定
9	労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない	○	○	○	過去1年以内に送検・公表されていないこと

(C)–1水準の指定のフロー

[臨床研修プログラム]

医療機関が既存の臨床研修プログラムにおける勤務時間の実態を把握

医療機関は実態に基づく各プログラムごとの時間外労働時間の上限を設定し、それが (A) 水準を超える場合、都道府県に申請

各都道府県の地域医療対策協議会で議論、その後都道府県が指定

都道府県の指定ののち 3 6 協定の締結・改正

マッチング協議会に登録、募集開始

医学生は、時間外労働の上限を確認の上、プログラムを選択し、応募

国家試験合格後、入職時に雇用契約を締結

プログラム・カリキュラムの指定申請時には時間外労働時間の上限を明記

(C)–1水準のプログラム・カリキュラムの指定

(C)–1水準の医師個人の特定

[専門研修プログラム]

医療機関が既存の専門研修プログラム・カリキュラムにおける勤務時間の実態を把握

医療機関は募集する各専門プログラム・カリキュラムに各時間外労働時間の上限を設定し、それが (A) 水準を超える場合、各学会に申請

各学会および日本専門医機構審査後に、各都道府県の地域医療対策協議会で議論、その後都道府県が指定

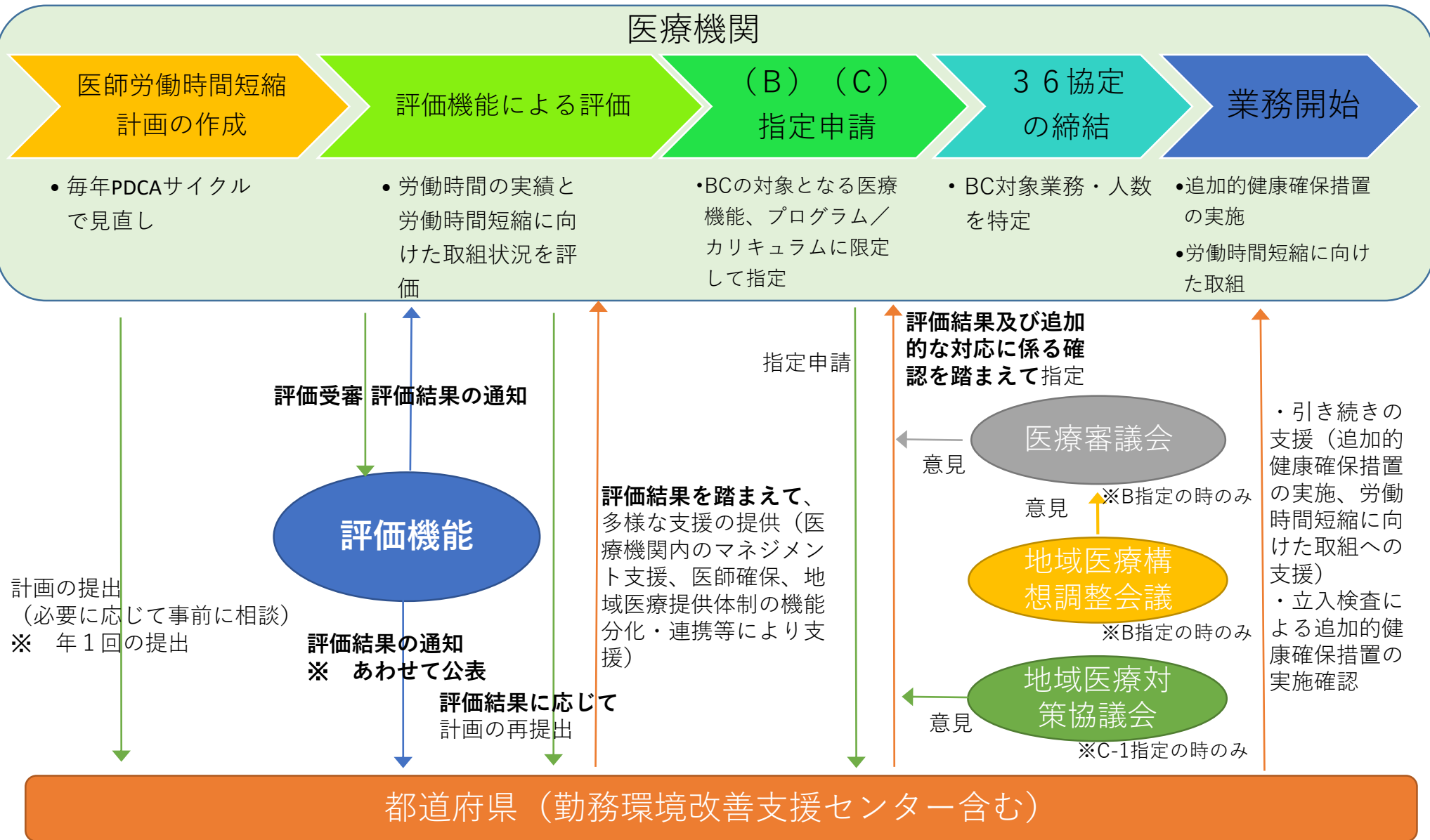
都道府県の指定ののち 3 6 協定の締結・改正

日本専門医機構による専攻医募集開始

専攻医希望医師は、各プログラム・カリキュラムの時間外労働の上限を確認の上、応募

入職時に雇用契約を締結

(B)(C)水準の指定に当たっての基本的な流れ(案)



※ (C) - 2 医療機関としての36協定の締結に当たっては、(C) - 2 医療機関としての都道府県の指定のほか、審査組織による審査（医療機関の教育研修環境、医師個人の高度特定技能育成計画の内容）が必要。

評価の視点のイメージ(案)

医師労働時間短縮計画の項目を元に、以下のような視点で、各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見（○○○の状況の中で、○○に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等）を評価結果として付す。

	評価内容	評価の視点(案)
ストラクチャー	・ 労務管理体制	【労務管理体制】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 勤怠管理方法（タイムカード、紙運用等）、勤怠管理システムの有無 ・ 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備 ・ 労使交渉、36協定 ・ 産業医の体制 ・ 衛生委員会の設置 ・ 健康診断の実施
プロセス	・ 医師の労務実態・管理 ・ 労働時間短縮の取組	【労務の実態・管理】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の勤怠の実態（時間外労働時間、休日の取得、勤務体系（シフト勤務か否か等）） ・ 時間外勤務チェック体制（自己研鑽の上長の承認の有無、上限時間のアラートの有無、介入者のチェック体制等） ・ 当直勤務チェック体制（インターバルの確保、時間外勤務との兼ね合い等） ・ 産業医との面接実施状況 【労働時間短縮の取組】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 意識改革・啓発 <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理職マネジメント研修 ・ 患者への医師の働き方改革に関する説明 ・ 医師の意見を聞く仕組み ・ タスク・シフティングに関すること ・ 医師の業務の見直し ・ 勤務環境改善
アウトカム	・ 医師の労務管理実施後の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均時間数、最長時間数 ・ 960～1860時間の医師の人数・割合／960～1860時間の医師の属性（診療科毎） ・ 1860時間超の医師の人数・割合／1860時間超の医師の属性（診療科毎）
参考	・ 医療機関の医療提供体制 ・ 医療機関の医療アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【医療機関の医療提供体制】（※1） ・ 【医療機関の医療アウトプット】（※2）

（※1）診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。

（※2）手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

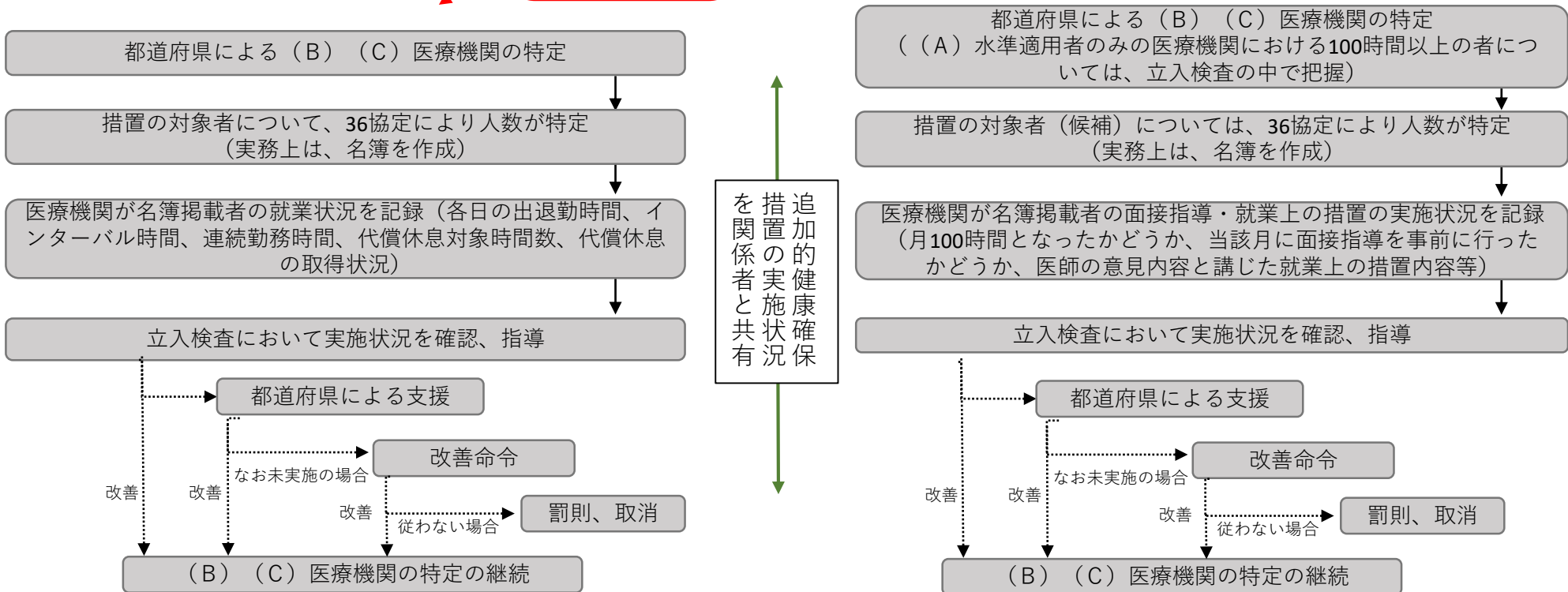
(B)(C)指定に係る労働時間の確認に関する各機関の役割

		(B) 水準	(C) - 1 水準		(C) - 2 水準
			臨床研修	専門研修	
都道府県					
	年次報告 (医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第12条)、 実地調査	—	前年度の労働時間の実績とその年の想定労働時間数に乖離が見られた場合、必要に応じて実地調査を行い、改善を求める。	—	—
	研修医募集	—	各プログラムは、労働時間の実績を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—	—
	(B) (C) 指定	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び都道府県医療審議会等の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び地域医療対策協議会等の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。 ※「研修の効率化」と「適正な労務管理」については、同計画及び評価機能による評価結果により確認する。	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び審査組織の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認	
	立入検査 (医療法第25条第1項)	(B) (C) 医療機関が時間外・休日労働時間数に応じた面接指導、勤務間インターバル等の追加的健康確保措置を適切に実施しているか否かを年1回確認し、必要に応じて指導、改善命令を行う。			
各学会、日本専門医機構					
	専攻医募集	—	—	各プログラムは、労働時間の実績と想定労働時間数を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—
	評価機能	(B) (C) 医療機関の時間外・休日労働時間数、労務管理、労働時間短縮に向けた取組状況 (研修の効率化を含む。) について評価。短縮していない場合には、短縮に向けた追加的な対応が取られていることを確認。			
	審査組織	—	—	—	医療機関の教育研修環境及び医師が作成する高度特定技能育成計画の内容から、高度技能の医師の育成が可能であり、技能習得・維持に相当程度の従事が必要であることを審査。

追加的健康確保措置と時間短縮計画

追加的健康確保措置の義務及び履行確保の流れ(案)

	36協定の月上限	連続勤務時間制限・インターバル規制等	面接指導・就業上の措置	(参考) 時短計画の策定
(A) 水準適用者のみ医療機関	100時間未満	努力義務		
	100時間以上	努力義務	義務(※1)	
(B) 指定あり医療機関	100時間未満	(B) 業務対象者は義務	その他の業務対象者は努力義務	義務
	100時間以上		義務(※2)	
(C) 指定あり医療機関	100時間未満	(C) 業務対象者は義務	その他の業務対象者は努力義務	義務
	100時間以上		義務(※2)	



(※1) 当月の時間外労働が80時間超になった場合、疲労度確認を行い、疲労の蓄積に応じて面接指導を実施

(※2) 当月の時間外労働が100時間になる前に面接指導を実施。例えば、前月の時間外労働が80時間超となった場合、あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおく

医師労働時間短縮計画の項目例（案）

1. 時間外労働の状況【必須記載事項】

2024年度までの労働時間削減の目標と前年度実績

- 平均時間数
- 最長時間数
- 960～1860時間の医師の人数・割合／960～1860時間の医師の属性（診療科毎）
- 1860時間超の医師の人数・割合／1860時間超の医師の属性（診療科毎）

労務管理

- 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
- . . .

2. 労働時間短縮に向けた取組【一部必須記載事項とすることを検討】

意識改革・啓発

- 管理者マネジメント研修
- 患者への医師の働き方改革に関する説明
- 働き方改革について医師の意見を聞く仕組み
- . . .

タスク・シフト／シェア

- 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
- . . .

医師の業務の見直し

- 平日日中の外来業務の見直し
- 夜間休日の外来業務の見直し
- 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
- 勤務時間内の病状説明
- 勤務日数の縮減
- 委員会、会議の見直し
- . . .

勤務環境改善

- ICTの導入、その他の設備投資
- 出産・子育て・介護に関する復職、両立支援
- 更なるチーム医療の推進
- . . .

⇒ 労働時間の削減目標未達成の場合、計画の見直し等により追加的な対策を講じる必要

医療現場においてタスク・シフト/シェアを普及・推進させるための方策の提示について

タスク・シフト/シェアを普及・推進させるための方策として、例えば下記の事項が考えられるのではないか。

(1) 医師の働き方改革における医療機関の取り組み・評価に位置付ける

- B水準、C水準の医療機関においては、管理者向けのマネジメント研修、管理者が行う対象医師への説明、管理者と対象医師との意見交換の場等の機会を通じ、各医療機関が取り組むタスク・シフト/シェアについて周知の上、徹底する策を講じてはどうか。
- B水準、C水準の医療機関が作成する医師労働時間短縮計画の中で、当該業務について各医療機関がタスク・シフト/シェアする項目を選定した上でその取り組み状況を記載することを求めることとしてはどうか。
- 時間短縮効果や業務実態を踏まえ、重要と思われる業務については評価機能による評価項目に加えることとしてはどうか。
- 特にタスク・シフトを進める上で重要と考えられる医療専門職支援人材（医師事務作業補助者など）に関して、重点的に業務を選定してはどうか。

(2) 臨床研修医等の業務評価

- 臨床研修医がタスク・シフト/シェアすべきとされた業務を漫然と実施することがないように、研修のために実施する必要性も加味しながら、研修修了時の実施状況を評価(*1)し、タスク・シフト/シェアの進捗状況を定点評価することとしてはどうか。

*1：臨床研修アンケートを用いることを想定

(3) その他

- 上記以外の推進の方策についても、検討していく必要がある。

医師働き方改革に向けた今後のスケジュール

2024年4月までの見通し(実施主体について)

医療機関／国・都道府県

2019年度 2020年度 2021年度 2022年度 2023年度 2024年度

なるべく多くが(A)水準の者のみの医療機関となるような取組、支援策が必要

(A) 水準の者のみの医療機関

時短計画策定の推奨・義務化・PDCA **医療機関**

※計画策定の義務化は、遅くとも2021年度～

評価機能による第三者評価 **都道府県から独立**

※評価機能による第三者評価開始は、遅くとも2022年度～

(B) 水準の特定を受けた医療機関

労務管理の適正化

(取組状況を踏まえて)

臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示(義務化) **医療機関**

※義務化開始年限は、今後、臨床研修部会等において検討。

都道府県による特定の実施 (医療機関からの申請方式を想定)

(C) -1 水準の特定を受けた医療機関

(C) -2 水準の特定を受けた医療機関

国レベルを想定

審査組織による(C)-2対象医療機関の個別審査

※審査組織による個別審査開始は、遅くとも2022年度～

※特定を受けた医療機関の医師全員が当然に各水準の適用対象となるわけではない






(B)・(C)医療機関の義務・(B)・(C)水準適用者への追加的健康確保措置 時短計画、評価受審等 **医療機関**

医療機関

相談支援：都道府県(医療勤務環境改善支援センター)

履行確保：都道府県

医師働き方改革における臨床研修制度の対応スケジュール案

事項	年度	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
臨床研修制度における対応	実態把握について周知		 <p>・ 臨床研修医に関する36協定の締結及び時間外労働の実態把握</p>	 <p>・ 時間短縮計画の作成</p>	 <p>・ 評価機能の受審 ・ 上限規制を踏まえたプログラムの改訂と登録</p>	 <p>・ 1水準病院の指定 ・ 新プログラムの募集</p>	 <p>2024年度臨床研修医</p>		
		<p>時間外労働上限規制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実態調査 ・ 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力 ・ 必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証 	<p>施行</p> <p>(B)水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討</p> <p>(C)水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証</p>						

2024年度に向けた臨床研修制度としての対応(案)

2024年度から開始される時間外労働上限規制に向けて、C-1水準が適用され得る臨床研修においても、下記のように対応することとしてはどうか。

- 臨床研修病院に対して、時間外労働時間が年960時間を超える病院においては、C-1水準が適用されるため、下記を周知する。
 - 2020年度及び2021年度は客観的労務管理に基づき、各臨床研修病院ですべての臨床研修医の労働時間を把握すること
 - 2021年度中に時間短縮計画を作成し、22年度以降取り組むこと
 - 2022年度には、評価機能に受審し、2023年度中には、都道府県に申請すること
- 各基幹型臨床研修病院の臨床研修管理委員会において、研修医と指導医等が意見交換をした上で、C-1としての時間短縮計画の項目を定めることとする。
- 毎年実施する報告事項(臨床研修省令第12条の規定に基づく報告書)等の中に、時間外労働時間の実績についても盛り込むこととし、必要に応じて、実地調査を行うこととする。
- 臨床研修アンケートにおいて、各プログラムの労働時間と研修内容の分析も今後適宜行うこととし、またタスクシフト・シェアの状況についても研修医、指導医、プログラム責任者に対して実施状況を問うこととする。

臨床研修制度として労働時間の上限規制により 研修の質が低下しないようにするための取組(案)

「医師の働き方改革の推進に関する検討会」においては、**臨床研修医の労働時間が短縮される**ことで、**経験症例数が減少する**など十分な研修がなされないようになり、**医師養成に負の影響が及ぼされる**ことが懸念された。

また、適切な労務管理を求められることにより、自己研鑽を含めた研修時間の短縮がなされる懸念も高まっているため、労働時間短縮の取組の中においても、研修の質の担保がされるよう、制度として取り組む必要があるのではないかと。具体的に、以下についてどのように考えるか。

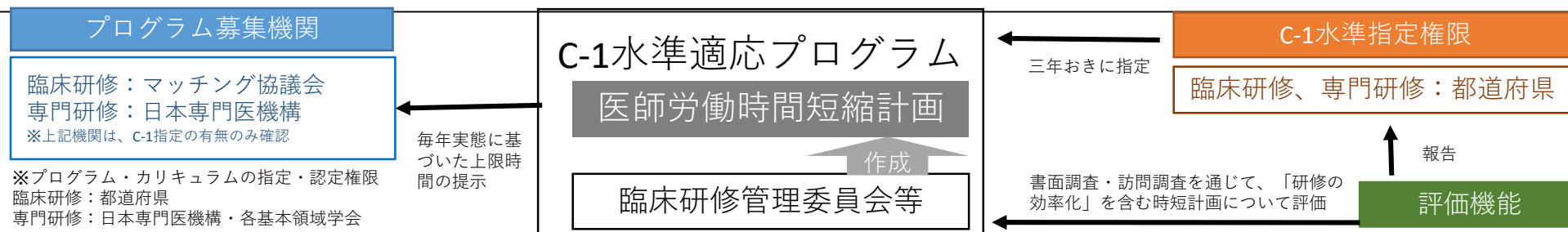
- 臨床研修医が十分な診療能力を習得するためのプログラムの要件について、研修に関するエビデンスを参考に、時短の取組を行いながら高い研修効果を得るための**推奨事項や取り組みの好事例**などを研究班等で検討してはどうか。(例: 毎月の当直回数は4-5回程度、毎日自己研鑽の時間は1時間30分程度確保できるのが望ましいことや**変形労働時間制の導入**等)
- 2024年からは研修医募集において、各プログラムの時間外労働時間の上限が示され、労働時間だけプログラムの評価がされる傾向になる恐れもあるため、プログラムの研修効果と関連する客観的な指標(病棟の受け持ち患者数、救急外来における経験症例位数、JAMEP等客観的能力試験等※)も合わせて公表項目とするよう検討してはどうか。

※ 具体的な指標項目などについても研究班にて検討してはどうか

(参考資料)

(C)－1水準特有の労働時間短縮にかかる取組について

- 「研修の効率化」を含む(C)－1水準対象医師の時間短縮にかかる取組については、
 1. 各臨床研修プログラムの臨床研修管理委員会において当該研修医と指導医およびプログラム責任者において、各プログラムにおける医師労働時間短縮計画を作成する
 - ※カンファレンス時間の適応、タスクシフト/シェア、当直回数の適正化等について、厚生労働科学研究等で、(C)－1水準の時間短縮については今後研究予定。
 2. 各病院の医師労働時間短縮計画においても、上記項目を記載することとし、各医療機関内で履行確保を図る
 3. 評価機能における評価項目については、上記研究班で検討することとしてはどうか。
- 専門研修においても、同様に各プログラムにおいて、専攻医と指導医等で協議する場を設置し、各病院の医師労働時間短縮計画に盛り込むこととしてはどうか。
- 臨床研修プログラムと専門研修プログラム/カリキュラムの指定・認定権限を持つ、都道府県と日本専門医機構、各基本領域学会においては、最低限、毎年実態に基づいて示すプログラム毎の上限時間数が着実に短縮しているか、確認することとしてはどうか。短縮していない場合は、その理由を確認するとともに、必要に応じて医療勤務環境改善支援センターの活用等を促すこととしてどうか。
- なお、履行確保としては、評価機能による評価の際の評価項目として、医師労働時間短縮計画に基づく取組状況を確認することとなる。



(C)－1水準適用医療機関の指定に係る整理(複数医療機関で実施/複数都道府県にまたがる場合)

第5回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

資料1

令和元年12月2日

整理が必要な事項

- (C)－1水準の対象となる、臨床研修プログラム及び専門研修プログラム/カリキュラムは、複数医療機関で研修を行うものが多く、また、研修先医療機関の所在地が複数の都道府県に分かれることもある。この場合、以下の点について整理が必要。
 - 研修先が複数の医療機関となる場合、すべての医療機関について(C)－1水準医療機関としての指定が必要となるか。
 - 研修医療機関の所在地が単一都道府県ではない場合は、指定に係る申請等をどう行うか。

想定されるケース

(1年間に複数施設で研修する場合)

- 協力型臨床研修病院や連携施設では、比較的短い期間(2週間～3か月等)の研修を実施しており、これらの医療機関における労働時間を単独で見た場合には(A)水準の労働であるケース
 - (※) (A)水準の労働とは、当該期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働が年960時間以下となるもの

(2年間のプログラムで1年目と2年目で研修医療機関が異なる場合)

- 1年目はX病院、2年目はY病院と年単位で異なる医療機関で研修を行う場合で、
 - ・X病院で(A)水準の、Y病院で(C)水準の労働をするケース
 - ・X病院Y病院ともに、(C)水準の労働をするケース

(研修医療機関が異なる都道府県にある場合)

- 研修医療機関の所在地が複数の都道府県に分かれているケース。
 - 研修病院が複数の都道府県にまたがる場合の指定申請のあり方については、引き続き検討。

対応案

- (C)－1水準は年間の時間外労働時間の上限を定めているため、原則、プログラム期間中は、基幹型臨床研修病院が(C)－1指定を受け、年間を通じた時間外労働時間を管理することとしてはどうか。
- (C)－1水準医療機関プログラム中に(C)－1指定を受けていない(B)水準の労働を行う期間が存在する場合は、追加的健康確保措置はその医療機関で行うこととして、時間外労働時間は(C)－1指定医療機関に報告することとしてはどうか。
- (C)－1水準医療機関プログラム中に(A)水準の労働を行う期間が存在する場合は、当該期間に係る研修を実施する医療機関については、(C)－1水準の指定は不要としてはどうか。
 - ・(C)－1水準で働く医師には連続勤務時間制限等が課されるが、(A)水準医療機関で働く場合には当該医療機関の他の医師と同様の形で働くと想定されるため。また(A)水準医療機関においても月100時間超の労働となる場合には面接指導が必要であることは(C)水準医療機関と同じであるため。
- また、(C)水準の指定の要否が判断できるよう、プログラムでは研修先医療機関ごとに想定される労働時間数を示すこととしてはどうか。

(C) - 1水準におけるプログラム内の各医療機関の水準適応に関する具体例

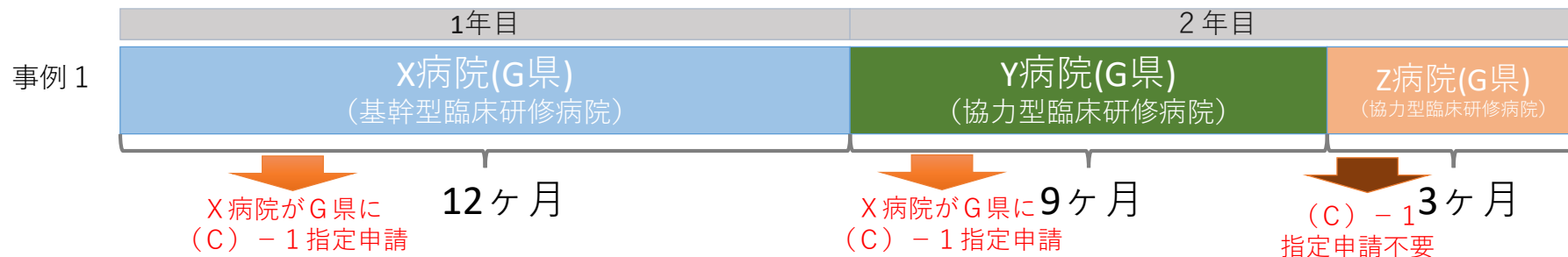
第5回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

令和元年12月2日

資料1

- 基幹型臨床研修病院が協力型臨床研修病院の分もとりまとめて、都道府県に申請することとしてはどうか。
- 各病院は、(A)水準相当の労働を超える場合(当該期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働が年960時間を超える場合)(X病院・Y病院)には、(C) - 1指定を必要とし、(A)水準相当の労働となることが予定されている場合には、(C) - 1指定を不要としてはどうか。
- ただし、1年目・2年目ともに、年間を通しての時間外労働時間は、X病院・Y病院が定める36協定に基づく時間外上限時間を下回る必要がある。

X病院は、X病院及びY病院が(C) - 1水準の指定を受けられるようにG県に申請する。



(C) - 1水準におけるプログラム内の各医療機関の水準適応 (研修病院が複数の都道府県にまたがる場合)に関する具体例

第5回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

令和元年12月2日

資料1

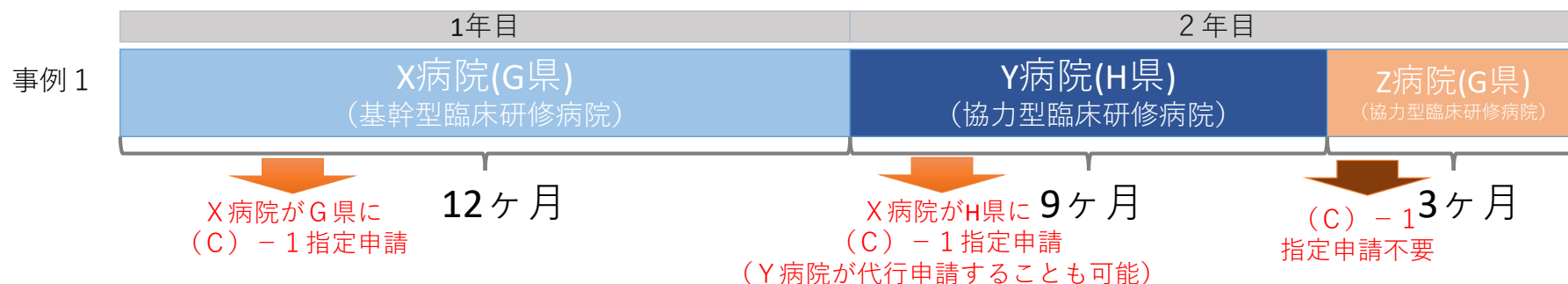
- 基幹型臨床研修病院が協力型臨床研修病院の分もとりまとめて、都道府県に申請することとしたが、他県に所在する協力型臨床研修病院が(A)水準相当の労働を超える場合 (当該期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働が年960時間を超える場合)においては、基幹型臨床研修病院が、他県に所在する協力型臨床研修病院の(C) - 1指定の申請も行うこととしてはどうか。

ただし、協力型臨床研修病院が別のプログラムで基幹型臨床研修病院である等の場合において、基幹型臨床研修病院の代わりに、協力型臨床研修病院が申請することも認めることとしてはどうか。

- また、協力型臨床研修病院が他県にある場合においても、1年目・2年目ともに、年間を通しての時間外・休日労働時間は、1860時間を下回る必要があります、基幹型臨床研修病院が他の研修病院で研修している期間も管理し、追加的健康確保措置も履行されていることを担保する必要がある。

具体例

X病院は基幹型病院として、X病院の(C) - 1水準指定をG県に、Y病院の(C) - 1水準指定をH県に申請する。
(ただし、Y病院はX病院の代わりにH県に代行申請することも可能とする)



(C)－1水準の指定の枠組みについて(案)

第3回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

令和元年10月2日

資料
2

【(C)－1水準】

□ 都道府県は、(C)－1医療機関の指定に当たって、以下の要件全てに該当しているかを確認する。

① 指定対象プログラムであること

・医療機関は、(C)－1の指定申請の際に、「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)水準を超えることを示す必要がある。その際、当該医療機関の「適正な労務管理」については、評価機能による評価結果により把握し、「研修の効率化」については、地域医療対策協議会等の意見を聴いた上で、都道府県知事が確認することとしてはどうか。

<臨床研修>

- ・臨床研修プログラムについては、その指定権限を有する都道府県知事が、各プログラムにおける時間外労働時間の想定最大時間数を確認し、地域医療対策協議会等の意見を聴いた上で、(C)－1の指定を行う。
- ・毎年4月に都道府県に対して行われる年次報告等(※)において時間外労働時間の実態を確認し、明らかに申請時間数を上回る場合や評価機能により労働時間短縮の取組が不十分とされている場合は、都道府県が実地調査を実施。

※ 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第12条

- ・また、医療機関は「研修の効率化」に向けて医師労働時間短縮計画（都道府県に提出（第2回検討会で議論））の見直し等を行う。

(B)(C)医療機関の指定の期間・取消について(案)

第3回 医師の働き方改革の推進に関する検討会

令和元年10月2日

資料
2

(指定期間)

- 地域医療確保暫定特例（B）水準は、地域の医療提供体制の構築方針（医療計画等）と整合的であることが求められる。このため、（B）医療機関としての指定期間としては、医療計画の中間見直しの間隔（3年間）を踏まえ、3年としてはどうか。
- また、（C）－1、（C）－2医療機関については、地域の医療提供体制の構築方針との整合性は求められないが、医療機関単位では（B）医療機関と重複することが想定され、また、指定期間を設けることにより、指定要件の適合性を定期的かつ包括的に点検することが可能になることから、（B）医療機関と同じく、有効期間を3年間としてはどうか。
- （C）－2水準の適用に必要な高度特定技能育成計画の有効期間については、育成計画に一定の区切りを設定し、定期的に計画を見直すことで適切な育成を担保する観点から3年以内で医師が定める期間としてはどうか。

(指定取消)

- 上記の指定期間内であっても、医療機関が（B）（C）の指定要件を満たさなくなった場合、都道府県知事による指定の取消がなされることとなるが、取消の後、これらの水準を前提とした時間外・休日労働を行うことができなくなるため、医療提供の継続が困難となる。
- このため、（B）（C）水準の医療機関の指定が取り消されるに当たっては、地域の医療提供体制及び当該医療機関内の医療従事者への影響を考慮し、ただちに取消がなされるのではなく、都道府県による支援・改善命令等により、改善に向けた取り組みを行うこととしてはどうか。
- また、（B）水準の指定の取消に当たっては、地域の医療提供体制の構築方針との整合性確保の観点から、指定の時と同様に、都道府県医療審議会の意見聴取を行うこととしてはどうか。

いただいたご意見の概要

- (C) - 1水準の医師労働時間短縮計画について、初期と後期、また病院や診療科によっても求められるものが異なる。場合分けなどすると分かりやすいのではないか。

今後の検討の方向性(案)

- ・ 医師労働時間短縮計画は、医療機関毎に一つを想定しているが、その中でも、(C) - 1対象医師のみ対象となる項目なども想定される。
- ・ このため、ご意見を踏まえ、医師労働時間短縮計画のガイドラインを作成予定。

いただいたご意見の概要

- (C)水準については、専攻医や研修医だけなのか、指導する医師、上級医も含むのかを明示するべきではないか。

今後の検討の方向性(案)

- ・ (C) - 1は研鑽を積む医師を対象とした制度であり、指導する医師、上級医は対象とはならない。
- ・ なお、指導医は(B)水準、(C) - 2水準が適用されている場合があるほか、(A)水準適用医療機関が(C) - 1指定を受ける場合においては、(A)水準適用の指導医が複数体制で研鑽を行う等の対応が考えられる。

いただいたご意見の概要

((C) - 1水準の指定について)

- (C) - 1水準の指定の際の前提となる「研修の効率化」とは具体的にどういうことを指しているのか。
- 「研修の効率化」を定義ないまま使うのは危険ではないか。臨床研修制度の形骸化につながる。
- 「研修の効率化」について、当事者である専攻医・専門医の意見や評価を取り入れるべきではないか。
- 「十分な研修機会の確保」等の文言は必要ではないか。

今後の検討の方向性(案)

・研修の効率化とは、「単に労働時間を短くすることではなく、十分な診療経験を得る機会を維持しつつ、カンファレンスや自己研鑽などを効果的に組み合わせるに当たり、マネジメントを十分に意識し、労働時間に対して最大の研修効果をあげる」ことを指している。

・例えば、既にエビデンスとして、1ヶ月の当直回数は少な過ぎず、多過ぎない4 - 5回程度が高い研修効果に繋がっていることなど、指導医やプログラム責任者は、診療機会と講習会等、自己研鑽の効果的な配分などについて十分吟味する必要がある。また、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組としてタスクシフトすべき行為(検査手順の説明や入院の説明、静脈採血等)に挙げられている行為が、研修のための機会を越えて漫然と研修医のタスクとなっているような状況は改善すべきと考えられる。

・このため、各医療機関における(C) - 1の医師労働時間短縮計画は、臨床研修医も参加している臨床研修管理委員会で議論することとしてはどうか。専門研修プログラム・カリキュラムについても同様に、指導医と専攻医が議論し、各医療機関における研修の効率化のあり方について議論し、その上で、医師労働時間短縮計画に記載することとしてはどうか。

・客観的に研修の成果を評価するツールなどを用いて、より効果的な研修効果をあげるプログラムなどを分析することとしてはどうか。また、客観的な研修の評価と労務環境に関する検討を研究班などで行うこととしてはどうか。