

医師の働き方改革に関する意見書

平成30年7月

医師の働き方検討会議

平成30年7月

各位

医師の働き方検討会議

医師の働き方改革に関する意見書

本検討会議では、平成 30 年 4 月以降、鋭意検討を重ね、医師の働き方改革に関する意見書を取りまとめたので、ここに報告します。

医師の働き方検討会議 開催要綱

目 的：日本医師会「医師の働き方検討委員会」答申等をもとに、医師の働き方改革について医療界の意見を集約し、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」等に提言することを目的とする。

主 催 者：日本医師会

検討項目：日本医師会「医師の働き方検討委員会」答申、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」の「中間的な論点整理」「労働時間短縮に向けた緊急的な取組」等をもとに、論点を具体的に検討していく。

開催頻度：「医師の働き方検討委員会」、「医師の働き方改革に関する検討会」の動向を見つつ、適宜開催。

担当事務局：日本医師会

医師の働き方検討会議 構成員（14 名。順不同）

- 岡留 健一郎（日本病院会副会長）
- 猪口 雄二（全日本病院協会会長）
- 馬場 武彦（日本医療法人協会副会長）
- 長瀬 輝誼（日本精神科病院協会副会長）
- 河北 博文（東京都病院協会会長）
- 山本 修一（全国医学部長病院長会議大学病院の医療に関する委員会委員長）
- 赤星 昂己（東京女子医科大学東医療センター救急救命センター医師）
- 猪俣 武範（順天堂大医学部附属順天堂医院眼科医）
- 三島 千明（青葉アーバンクリニック総合診療医）
- 明石 勝也（日本私立医科大学協会業務執行理事）
- 山内 英子（新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会構成員。聖路加国際病院副院長）
- 今村 聡（日本医師会副会長）
- 市川 朝洋（愛知県医師会副会長、日本医師会前常任理事、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」前構成員）
- 松本 吉郎（日本医師会常任理事）

○は厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」構成員

本意見書を作成するにあたり、以下の方々の多大なるご協力をいただいた（順不同）。

佐藤 慎一（日本医師会前理事）
神野 正博（全日本病院協会副会長）
海野 信也（北里大学病院長）
小山 信彌（日本私立医科大学協会担当理事）

日本医師会「医師の働き方検討委員会」（13 名）

（平成 29 年 4 月 25 日～平成 30 年 6 月 23 日）

委員長	相澤 好治	北里大学名誉教授
副委員長	泉 良平	富山県医師会副会長 富山市民病院 富山市病院事業管理者
委員	植山 直人	全国医師ユニオン代表 医療生協さいたま行田協立診療所 所長
	小川 彰	岩手医科大学理事長 岩手県医師会副会長 (平成 29 年 9 月 12 日より委員)
	木戸 道子	日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長
	城内 博	日本大学理工学部まちづくり工学科 特任教授
	中嶋 義文	三井記念病院精神科部長
	藤井 美穂	北海道医師会常任理事 時計台記念病院女性総合診療 センター長
	星 北斗	星総合病院理事長 福島県医師会副会長
	村上 剛久	社会保険労務士法人迫田・村上リーゼンバーグ代表社員
	望月 泉	岩手県医師会参与 岩手県立中央病院前院長
	山口 直人	済生会保健・医療・福祉総合研究所研究部門長
	吉川 徹	労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所 過労死等 防止調査研究センター センター長代理

＜本意見書における用語について＞

1. 労働時間の換算の目安

労働時間は「総労働時間」の場合は「週当たり」、「時間外労働時間」の場合は、「月当たり」または「年間」で使用されることが多い。

$$\begin{aligned}\text{月の時間外労働時間} &= \{\text{週の総労働時間} - \text{週の法定労働時間 (40 時間)}\} \times 4 \text{ 週間} \\ \text{年間の時間外労働時間} &= \{\text{週の総労働時間} - \text{週の法定労働時間 (40 時間)}\} \times 52 \text{ 週間}\end{aligned}$$

【労働時間の換算の目安】

週の総労働時間	月の時間外労働時間	年間の時間外労働時間
50 時間	40 時間	520 時間
60 時間	80 時間	1,040 時間
70 時間	120 時間	1,560 時間
80 時間	160 時間	2,080 時間

2. 宿日直

医療法と労働基準法施行規則で意味合いが異なるため、下記のとおり意味を統一する。

医療法

第一六条 医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない。

労働基準法施行規則

第二十三条 使用者は、宿直又は日直の勤務で断続的な業務について、様式第十号によつて、所轄労働基準監督署長の許可を受けた場合は、これに従事する労働者を、法第三十二条の規定にかかわらず、使用することができる。

○「宿日直」

夜間休日に何らかの業務のために病院に滞在すること。宿直（夜間にわたり宿泊を要するもの）と日直（その時間帯が主として昼間であるもの）の総称。

○「許可を受けた宿日直」

宿日直のうち、監視的・断続的労働とされ、労働基準法第 41 条第 3 号の許可を受け、労働時間の適用除外とされたもの。

労働基準法

第四十一条 この章、第六章及び第六章の二で定める労働時間、休憩及び休日に関する規定は、次の各号の一に該当する労働者については適用しない。

一 二（略）

三 監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたもの

○「通常業務と同じ宿日直」

「宿日直」のうち、業務内容が通常と同様であるもの（夜勤も含まれる）。

3. 研修医

医師国家試験合格後、医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修を受けている医師

医師法

第一六条の二 診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

(詳細は、「医政発第 0612004 号 平成 15 年 6 月 12 日 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の施行について」で規定)

【海外の研修医】

特に断りがなければ、米国では、各州が実施している医師国家試験 (USMLE 等) に合格し、インターンシップを終えた後、各科それぞれ 3~6 年の研修として構成される「Residency (レジデンシー)」プログラムに参加している医師をさす。

米国以外では、特に断りがなければ、医師国家試験に合格した直後に研修を受けている医師全般を指す。

4. 専攻医、専門医

○**専攻医**：医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修を修了し各領域の専門研修中の医師。臨床研修を終えた直後の専攻医を指すことが多いが、専門医を取得後に別の専門医取得を目指している専攻医の場合もある。

○**専門医**：上記専門研修を修了した医師

5. 使用者、事業者、管理監督者

○**使用者**：特に断りのない限り、労働基準法上の使用者。

労働基準法

第十条 この法律で使用者とは、事業主又は事業の経営担当者その他その事業の労働者に関する事項について、事業主のために行為をするすべての者をいう。

○**事業者**：特に断りのない限り、労働安全衛生法上の事業者。法人や事業経営主を指す。

労働安全衛生法

第二条

三 事業者 事業を行う者で、労働者を使用するものをいう。

○**管理監督者**：労働基準法においては、労働時間規定が適用除外となるものという意味で使用される。労働基準法の範疇ではなく、役職者や業務管理を行うもの全般を指す意味で使われることがある。

6. 「応招義務」の表記

医療六法 (中央法規)、医師の職業倫理指針 (日本医師会) において、「応召義務」ではなく「応招義務」と表記されている。ここでは「応招義務」と表記する。

目次

はじめに～「医師の働き方検討会議」について	1
1. 設置の経緯	1
2. 意見書の方向性～勤務医の働き方について労働関連法令を中心に提言	1
I 医師と医療の特殊性.....	2
1. 医師は医療を掌る～多岐に渡り予測が困難	2
2. 医療の個別性・複雑性、説明・同意の責任	2
3. 地域事情、医療機関の機能等に応じた多種多様な医師の働き方	3
4. 地域医療の質と量を維持するという命題.....	3
II 医師の健康確保対策.....	5
1. 現行法令に基づく医師の健康管理の徹底.....	6
2. 今後の医師の健康管理について	7
III 医師の自己研鑽.....	9
IV 医師の宿日直.....	10
V 院外オンコール待機.....	13
VI 長時間労働是正のための仕組み	14
1. 休日の確保	14
2. 勤務間インターバルと連続勤務時間の取り組みルール検討.....	14
3. 医師における時間外労働時間の上限について.....	17
(1) 省令における上限時間～「医師の特別条項」と「医師の特別条項の『特例』」	17
(2) 実効性のある上限設定～休日、勤務間インターバル、連続勤務規定からのアプローチ	18
(3) 省令の上限時間設定に当たり注意を要する点	19
①「医師の特別条項」の課題	19
②「医師の特別条項の『特例』」の課題.....	19
③段階的な是正と労働監督行政の理解.....	19
VII 医師における専門業務型裁量労働制	22
1. 大学病院	22
2. 一般病院	22
3. 労働時間の上限について	22

VII	研修医等について	23
IX	第三者機関の設置	24
X	女性医師支援.....	25
X I	地域住民における医療への理解.....	26
	1. 医療法の規定.....	26
	2. 医療への理解を進めるための方策.....	26
X II	労働関連法令の幅広い見直し・医事法制との整合性確保.....	27
X III	今後の進め方	28
	1. 医師の働き方改革に関する財源確保	28
	2. 個別項目の具体的議論	28
	(1) 具体的項目の確定	28
	(2) 各項目の検討の場	29
	(3) 法令レベル（法律、省令、通知等）	29
	(4) 労働法制と医事法制の関係性.....	29
	(5) 全体像の確認と勤務医の労働法制の検討	29
	(6) 新制度の施行時期.....	29
	(7) 施行後の見直し	29
	まとめ～現行法令の枠に拘らない柔軟な議論を	30

はじめに～「医師の働き方検討会議」について

1. 設置の経緯

働き方改革において、医師に限っては、その特殊性から、厚生労働省内に「医師の働き方改革に関する検討会」が別途設けられた。平成29年8月から検討が行われ、平成30年2月に中間的整理、緊急的対策がまとめられた。

平成29年6月に、日本医師会は「医師の働き方検討委員会」を設置し、議論を進め、平成30年4月に答申をまとめた。「医師の働き方検討委員会」答申（以下、「答申」）においては、医師の働き方改革に関するおおよその方向性が示されるとともに、医師の働き方改革については、医療界が意見を集約するべきとの提言がなされた。

これを受けて、医師の働き方について医療界として主体的かつ具体的に検討し合意形成を図ることを目的として、「医師の働き方検討会議」が日本医師会主催で設置された。

2. 意見書の方向性～勤務医の働き方について労働関連法令を中心に提言

医師の働き方改革の論点は極めて多岐に渡っている。既存の審議会等で具体的議論が進みつつある論点と、労働関連法令を中心にまだ具体的な議論に至っていない論点がある。

働き方改革関連法においては、医師の時間外労働時間の取扱いについて別途定めるとしているが、労働関連法令全般において、医師の働き方の実態に合っているのか見直す必要がある。

さらに、多種多様である医師の働き方を一律に同じ法令で規制するのではなく、一定の標準的なルールの下で、多種多様な働き方を各医療機関が主体的に決めることができる仕組みが求められている。

医師の働き方改革を進めていく場合、救急医療体制を始めとする医療提供体制の在り方、増大する診療報酬事務に求められる要件の見直しといった根本的な課題もある。これらは、別途協議することとし、本検討会議では、勤務医の働き方について、主に労働関連法令についての重点分野を洗い出すこととした。

そして、法令に合わせた制度という発想ではなく、具体性や実効性があり、「プロフェッショナルオートノミー」（専門家による自律性）に基づく、医師に合った制度自体をまず検討するという発想で議論を進め、重点分野の在り方や今後の進め方について提言を取りまとめた。

I 医師と医療の特殊性

医師の働き方を考える上で、医師と医療の特殊性を鑑みると、一般業種とは違った抜本的な制度改革が不可欠といえる。

1. 医師は医療を掌る～多岐に渡り予測が困難

医師法第1条において医師は医療を掌るとされ、医療現場の業務遂行を主導する立場にある。高い倫理性を備え医療現場を主導する医師は、多岐に渡る法令（図表1・P4）を理解し、10年以上の研鑽を積んで医師になった後も、生涯に渡って日々進歩する医療知識・技術を学んでおり、学ぶこと自体が職業の中に組み込まれている。

これは、研鑽や学びが患者の生命という保護法益に直結する点で、他の高度専門職にはみられない特殊性である。

医師法の応招義務と、生命を預かっているという職業倫理から、医師は救急患者の受け入れや入院患者の急変があれば、宿日直中に看護師から呼び出しがかかり対応の陣頭指揮をとる。その発生自体と患者対応に要する時間には予測できないことも多い。

こうした医療を掌る医師の活動は、自身の活動に限らず、各医療機関や各医療圏の医療提供体制にも関わることを求められている。

2. 医療の個別性・複雑性、説明・同意の責任

提供する医療は患者の病態はもちろん、その患者の特質をみて、個別に検討が必要であり、同じ疾病であるからと言って一律の対応ができないことが多い。特に重篤な患者の手術や治療にあたっては、患者ごとに文献調査、カンファレンスを繰り返し行い治療にあたる。

また、患者の状態によっては、診療科を横断した対応が必要で、複数の医療機関の連携が求められ、医療サービスが複雑なものとなる。

こうした個別性・複雑性の高い医療を提供するにあたって、医療安全の観点からも、患者に対して疾病名、治療方針、そのリスク等についての「説明と同意」を行う義務が医療法に明文化されている。「説明と同意」は医師が主導して行うものである。

3. 地域事情、医療機関の機能等に応じた多種多様な医師の働き方

日本においては、どの地域でも均一に医療を提供できるよう、3つの単位に分けて医療を提供している。医療機関単独ではなく、各医療圏としてそれぞれ役割を果たせるような体制を構築していることが特徴である。

一次医療圏・・・概ね市町村ごとに日常的な医療を提供
二次医療圏・・・各都道府県を数地域に分け専門性がある入院医療を主に提供
三次医療圏・・・原則、都道府県単位で最先端医療を提供

各医療機関は、各医療圏内での立ち位置やバランスを考え、提供すべき医療を決めていくが、医療機関連携の方法は地域や診療科等の事情で自ずと異なる。また、大学病院では、臨床に加え、教育・研究機能が加わるが、それぞれ事情は異なるため、働き方は一様ではない。

このように医師の働き方は一律に決めることが難しい。

4. 地域医療の質と量を維持するという命題

2年に1度の診療報酬改定、6年に1度見直される医療計画等が医療機関経営や医師の働き方にとって厳しいものであっても、医師および医療機関は、提供する医療の質と量を落とさないこと、地域住民の安心感を阻害しないことを常に優先し、懸命に努力を重ねている。

医師および医療機関においては、①国民皆保険の下で診療報酬は統一された価格である②各医療機関の機能に応じ医師を含めた医療従事者数が規定されている③医師養成は計画的で養成に10年以上を要する、等の制約があり一般業種に比べて自由度が極めて限定されている。

こうした中、医師および医療機関は、地域医療を守るため奉仕の精神で地域医療を支えてきたと言える。

図表 1 医事関連法規一覧

I 病院勤務者として知っておくべき法規

1. 医療施設に関する法規

医療法、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法

2. 医療従事者に関する法規

医療法、歯科医師法、薬剤師法、保健師助産看護師法、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、理学療法士及び作業療法士法、歯科衛生士法、歯科技工士法、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師等に関する法律、柔道整復師法、視能訓練士法、栄養士法、社会福祉士及び介護福祉法、精神保健福祉法、言語聴覚士法、臨床工学技士法、義肢装具士法、救急救命士法、看護師等の人材確保の促進に関する法律

II 医事職員として知っておくべき法規

1. 社会保険各法

○医療保険 健康保険法 船員保険法 高齢者の医療の確保に関する法律、国家公務員共済組合法、その他の共済組合法、国民健康保険法、（退職者医療制度）

○労災保険 労働者災害補償保険法、国家公務員・地方公務員災害補償法

○年金保険 厚生年金保険法、国民年金法

○雇用保険 雇用保険法

2. 公費負担等福祉関係法

生活保護法、身体障害者福祉法、児童福祉法、知的障害者福祉法、障害者総合支援法、母子及び寡婦福祉法、老人福祉法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、戦傷病者特別援護法、母子保健法、母体保護法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、公費助成条例、介護保険法、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律、特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第IX因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法、難病の患者に対する医療等に関する法律

3. 予防衛生、公害等関係法

予防接種法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、公害健康被害の補償等に関する法律、麻薬及び向精神薬取締法

III 保険請求に関する法規

1. 社会保険診療報酬支払基金法

2. 健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（告示）

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令 ほか

4. 保健医療機関及び保健医療養担当規制 ほか

IV その他

医薬品医療機器等法、個人情報保護に関する法律、死体解剖保存法、臓器の移植に関する法律、救急病院等を定める省令、自動車損害賠償保障法、戸籍法、債権処理、医事紛争に関する法規、労働基準法、労働安全衛生法、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律 ほか

「医事関連法の基礎知識」より

Ⅱ 医師の健康確保対策

医師の働き方改革においては、「医師の健康と地域医療の両立」という考え方が基本理念である。必ずしも十分でない医師の健康管理に真摯に取り組む姿勢が医療界に求められている¹。

「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。



答申本文 P56

¹ 日本医師会「医師の働き方検討委員会」答申（平成 30 年 3 月）（以下、「答申」）本文 P20-21
労働安全衛生法の概要は、答申参考資料 6（P30-37）

1. 現行法令に基づく医師の健康管理の徹底

新しい医師の働き方を議論すると同時に、医師の健康を医療機関として守る取り組みを確実に行うことが不可欠である。各医療機関の院長は、特に医師について、労働安全衛生法等の労働関連法の遵守を徹底する。合わせて、各医療関連団体による医師の健康管理の取り組み推進が必要である。

【今取り組むべき健康管理】

1.労働時間の把握²

労働安全衛生法において、事業者には面接指導を実施するため労働時間の把握をすることが義務付けられた。労働時間管理をする上では、実態把握が重要であり、まず在院時間の客観的把握を行う。その上で、各医療機関の院長は、医師の労働時間を把握し面接指導を行う体制を構築する。

2.適切な産業医の配置と職務遂行

労働安全衛生法において、産業医は誠実にその職務を行うことが義務付けられた³。各医療機関の院長は、実情に合わせ、適切な産業医を配置して、医師の健康管理を確実にを行う体制を構築する。

3.衛生委員会⁴の活用徹底

医療機関においては衛生委員会に関する不備が他業種より多く指摘されている⁵。各医療機関の院長は、衛生委員会をしっかりと稼働させる体制を構築する。

4.健康診断⁶に関する事項の取り組み徹底

医療機関においては健康診断についての不備が他業種より多く指摘されている⁷。各医療機関の院長は、医師の健康診断の実施、事後措置等を確実に実施する体制を構築する。

5.各医療関連団体による医師の健康管理の取り組み推進

地域医療を守り医療の質を高めていくには、医師が健康であることが大前提である。各医療関連団体は、傘下の医療機関に対し、医師の健康管理に真摯に取り組むよう推進する。

その際、厚生労働省や日本医師会で作成したツールを活用し、取り組んでいく。

² 改正労働安全衛生法第 66 条の 8 の 3（平成 30 年 6 月 29 日成立）

³ 改正労働安全衛生法第 13 条第 3 項（平成 30 年 6 月 29 日成立）

⁴ 労働安全衛生法第 17 条から第 19 条

⁵ 答申参考資料 5③(P29)

⁶ 労働安全衛生法第 66 条

⁷ 答申参考資料 5③（P29）

2. 今後の医師の健康管理について

医師の健康管理には、労働時間管理、健康診断だけでなく「包括的な」管理が不可欠である⁸。（図表7・P20）

【包括的な健康管理の方向性】

1. 役割分担の明確化⁹

労働安全衛生法で規定されている、事業者における勤務医の健康管理に対する責任について、①病院長、②施設長・診療科長等、③産業医、といった役職ごとの役割をより明確化する必要がある。

2. 多面的な健康確保策¹⁰

仕事の要求度・負担度、業務効率性、やりがい、自己研鑽等、医師の心身に影響を与える多様な事象を考慮した多面的な健康確保策が必要であり、その制度を構築する必要がある。

3. 医師自身の健康管理

労働安全衛生法第26条において、労働者には自己保健義務が課せられており、健康異常の申告や健康管理措置への協力が求められている。

医師においては自己保健義務の意識と技能が不足しているという調査もある¹¹。勤務時間管理も含めた自己保健義務の意識と技能を涵養する制度を構築する必要がある¹²。

4. 宿日直の健康への影響と管理

宿日直特有の健康課題を踏まえ、何らかの方策を検討する必要がある。

5. 在院時間管理の必要性

医師における自己研鑽や宿日直の取扱いによっては、労働時間と在院時間に乖離が発生する。面接指導等の健康管理における在院時間の位置付けの検討が必要である。

6. 衛生委員会の活用

1から4の取り組みを行う上で、既存の衛生委員会の場合を活用し、「労働時間等設定改善委員会」¹³を設置する必要がある（図表2・P8）。

⁸ 答申本文 P16-17、P23-24

⁹ 答申本文 P23

¹⁰ 答申本文 P16-17、答申参考資料 4（P27）

¹¹ 答申本文 P24

¹² 自己保健の取組例は、答申参考資料 8②（P45）

¹³ 答申本文 P21-22

図表 2 労働時間等設定改善委員会

(労働時間等の設定の改善に関する特別措置法で規定)

労働時間等の設定の改善

厚生労働省 HP より作成 平成 18 年 4 月現在

- ・ 労働時間、始業・終業の時刻、休日数、年次有給休暇の日数 や時季等の労働時間等に関する事項の設定を労働者の健康と生活に配慮するとともに、多様な働き方に対応したものへ改善 すること
- ・ 事業主は、労働時間等の設定の改善を図るため、必要な措置 を講ずるよう努めなければならない
- ・ 国は、事業主等に対し援助等を行うとともに、必要な施策を総 合的かつ効果的に推進するよう努めなければならない

労働時間等設定改善指針の策定

事業主等が労働時間等の設定を改善するという努力義務に適切に対処できるよう、具体的取組を進める上で参考となる事項を掲げるもの

労働時間等設定改善委員会

- ・ 労使間の話し合いの機会を整備するため労働時間等設定改善 委員会を設置
- ・ 一定の要件を充たす委員会には、労使協定代替効果、届出 免除といった労働基準法の適用の特例

労働時間等設定改善実施計画

2 以上の事業主が共同して作成し、大臣承認を受けた場合、計画内容の独禁法違反の有無を関係大臣が公正取引委員会 と調整

答申本文 P22

Ⅲ 医師の自己研鑽

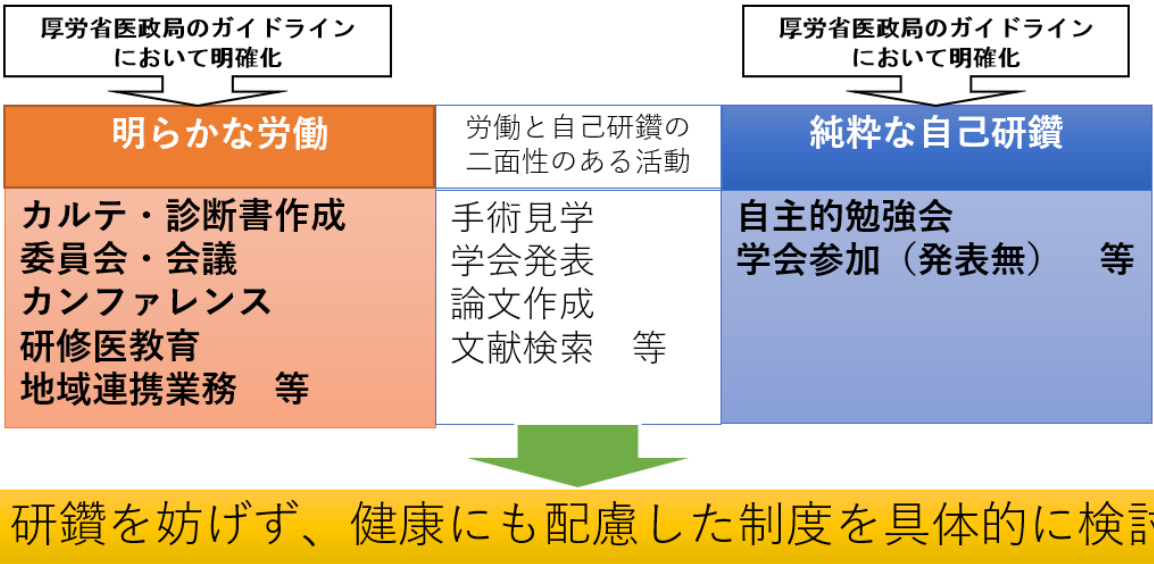
医師における自己研鑽、宿日直、オンコール待機は、一般業種とはかなり異なった特徴と課題がある。それぞれ大きな論点で、これらを医師の実態に合わせた制度に変える必要がある。まず自己研鑽について述べる。

医師の活動において、自己研鑽と労働は、臨床・教育・研究という3つの切り口でモザイク状に入り組んでいる。在院時間がすべて労働時間であるのかどうか、十分検討する必要がある。

日々の医師の活動において、都度、労働か自己研鑽か細かく区別・管理するという活動自体により、医師の自己研鑽に対するモチベーション低下や、管理者からの自己研鑽指示の抑制といった弊害が生じる懸念がある。細かすぎる労働時間管理によって、医療の質や進歩を妨げることがあってはならない¹⁴。

一方で、医師の健康を考えると、自己研鑽だからといって過度に病院内に残ることのないよう、在院時間を管理者と医師本人が管理する仕組みが必要である。

以上を踏まえ、まずは、「明らかな労働」と「純粋な自己研鑽」を明確化する。その上で、「労働と自己研鑽の二面性のある活動」の取扱いについて、研鑽を妨げず、健康にも配慮した制度を具体的に検討する必要がある。



¹⁴ 答申本文 P33-34

IV 医師の宿日直

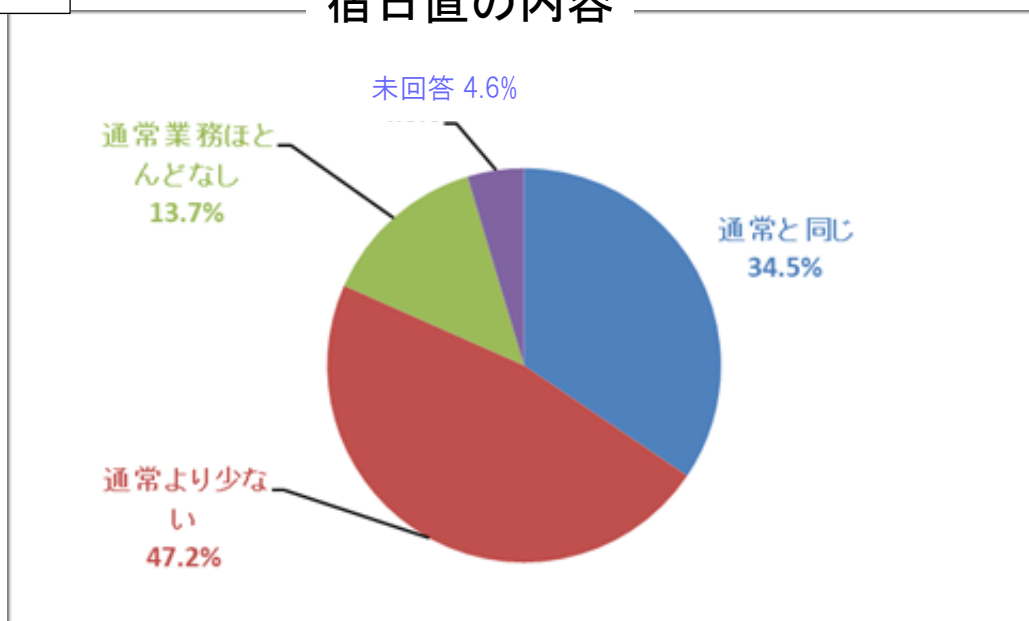
医師の宿日直には、通常業務がほとんどない「許可を受けた宿日直」（断続的・監視的労働で労働時間の適用除外）と「通常業務と同じ宿日直」だけでなく、「通常より少ない」宿日直があり全体の約半分を占めている（図表 3）。この実態を踏まえ、断続的・監視的労働でも通常労働でもない、「中間的な働き方」に対応する制度を構築する必要がある。

中間的な働き方となる宿日直においても、当然、救急対応や入院患者の急変等、至急を要する対応が発生する。労働時間かどうかの判断やその管理に充てる時間はむしろ患者対応に充てるべきである。医師の宿日直は、入院患者の状態や救急患者の数で日々大きく変動し、医療機関によって様々だが、厳密な労働時間管理ではなく、患者対応を優先できる制度とするべきである。

他方、現行の宿日直許可基準（労働時間適用除外）に関する通達は、今日においては、看護師には適合しているが医師の業務には適合していないため内容を見直す必要がある。

図表 3

宿日直の内容



勤務医労働実態調査 2017
(全国医師ユニオン) より

宿日直の内容が

通常と同じ・・・夜勤等の通常業務

通常より少ない・・・中間的業務

通常業務ほとんどなし・・・宿日直許可

【宿日直の方向性】（試案）

1. 「中間業務」の導入

医師の宿日直体制に関し、「許可を受けた宿日直」と「通常業務と同じ宿日直」の間に位置する「中間業務」について、新たな制度を創設する。

（1）厚生労働省によるガイドライン作成

「中間業務」の宿日直における、切り分けの基準、労働時間、賃金のガイドラインを作成する。

【中間業務のイメージ】

	基準※	労働時間、賃金、手当
中間業務 1	全拘束時間に占める労働時間の割合が○%	例えば全拘束時間の 25% を勤務時間とし、それに相当する賃金を支払う
中間業務 2	全拘束時間に占める労働時間の割合が△%	例えば全拘束時間の 50% を勤務時間とし、それに相当する賃金を支払う

※拘束時間以外の基準も考えられる。

（2）各医療機関内での協定・届け出

- ・各医療機関が既存の衛生委員会を基に設置した労働時間等設定改善委員会で協議して、労働基準監督署に届け出る。
- ・医療機関の事情に応じ、診療科ごとの協定も検討する。

（3）第三者機関の関与

各都道府県に設置した第三者機関において、個別医療機関の実態を確認し、適切な運用に向けたアドバイス等の支援を行う。

2. 医師の宿日直の許可基準（労働時間適用除外）の整備

現行通達（昭和 24 年 3 月 22 日基発 352 号）は、宿日直業務を「病室の定時巡回、検脈、検温」としているが、これらは現在の医療現場では看護師の業務に相当するものである。すなわち、医師について、宿日直許可の対象とすべき「労働密度がまばらである場合」を適切に判断できるものとなっていない。

宿日直が医療法に基づき病院の管理者に求められるものであることから、医療法においてその標準的な在り方を定め、労働基準法に基づく宿日直許可基準と連動した制度とする。

	基準	労働時間、賃金、手当
断続的・ 監視的労働	現行 S 24 通達による。 今後 <u>医師に合った規定に整備が必要。医療法で標準的な在り方を規定。</u>	現行 ・労働時間の適用除外のため賃金支払はなし。 ・ただし、1日の平均賃金の1/3以上の手当支払が通達で規定されている。

3.健康管理

宿日直の活動の質に応じた健康管理について方法を検討する。

V 院外オンコール待機

労働時間の適用除外の「許可を受けた宿日直」においては、平均賃金の3分の1以上の手当支給をすることが規定されている。これと比較すれば、院外オンコール待機をすべて労働とみなすのは妥当とは言えない。ただし、病院に駆けつけて患者対応を行った場合には、労働時間とすべきである。

一方、待機の負担感の度合いは様々であり、院外オンコール待機に関し各医療機関の判断で個別に配慮することはあり得る。

【院外オンコール待機の方向性】（試案）

1.院外オンコール待機

院外オンコール待機時間は労働時間とはみなさない。

2.病院に駆け付けて患者対応を行った場合

労働時間としてカウントする。

3.院外オンコール待機の負担感への配慮（個別判断）

地域の事情、診療科の特性、昨今の在宅医療の普及といった医療提供体制の変化等から、医療機関における院外オンコール待機の体制は様々で、その負担感も様々である。

こうした点を踏まえ、院外オンコール待機に関する「手当」支給の有無、支給する場合の規定については、各医療機関の労働時間等設定改善委員会で協議して決めることとする。

VI 長時間労働是正のための仕組み

医師には応招義務があるため、一般業種に比べ、決められた時間に業務を終える、あるいは決められた日時に休むことが困難な場合も多い。このため、単純に時間外労働の規制を行っただけでは、労働時間が知らぬ間に増えて実効性が伴わない。

後述するとおり、医師独自の時間外労働時間の仕組みは必要であるが、法定休日を確保した上で、勤務間インターバル、連続勤務時間について、各医療機関が実態に合わせて取り組むルールを定め、そこから遵守可能な時間外労働時間を算出することが現実的な手段として有効と思われる。

長時間労働で休息が確保できないことが、業務遂行能力低下や医療事故の誘因になると多くの研究で示されている¹⁵。良質で安全な医療提供体制を維持する上からも、休息を確実に確保できる仕組みとして勤務間インターバル、連続勤務時間規定は非常に重要である。

1. 休日の確保

労働基準法第 35 条により、使用者が労働者に対して付与する法定休日（最低基準）は以下のように定められている（曜日は問わない）。

毎週¹⁶少なくとも 1 回の休日¹⁷を与えなければならない。

これが難しい時は 4 週を通じ、4 日以上 of 休日を与えればよい。

各医療機関は、長時間労働の是正策として、法定休日等の休日を確保する努力を講じる必要がある。

2. 勤務間インターバルと連続勤務時間の取り組みルール検討

労働時間等の設定の改善に関する特別措置法が平成30年6月29日に改正され、いわゆる勤務間インターバル¹⁸に取り組むことが事業者の責務として規定された。

労働時間等の設定の改善に関する特別措置法（平成 30 年 6 月 29 日改正）

（事業者の責務）

第 2 条 事業主は、その雇用する労働者の労働時間等の設定の改善を図るため、業務の繁閑に応じた労働者の始業及び終業の時刻の設定、健康及び福祉を確保するために必要な終業から始業までの時間の設定、年次有給休暇を取得しやすい環境の整備その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

¹⁵ 答申参考資料 1（P1）

¹⁶ 「毎週」：特段の定めがない限り、日曜日から土曜日まで。

¹⁷ 「休日」：単に 24 時間連続ではなく、暦上の 1 日（午前 0 時から午後 12 時（24 時）まで）の休業。

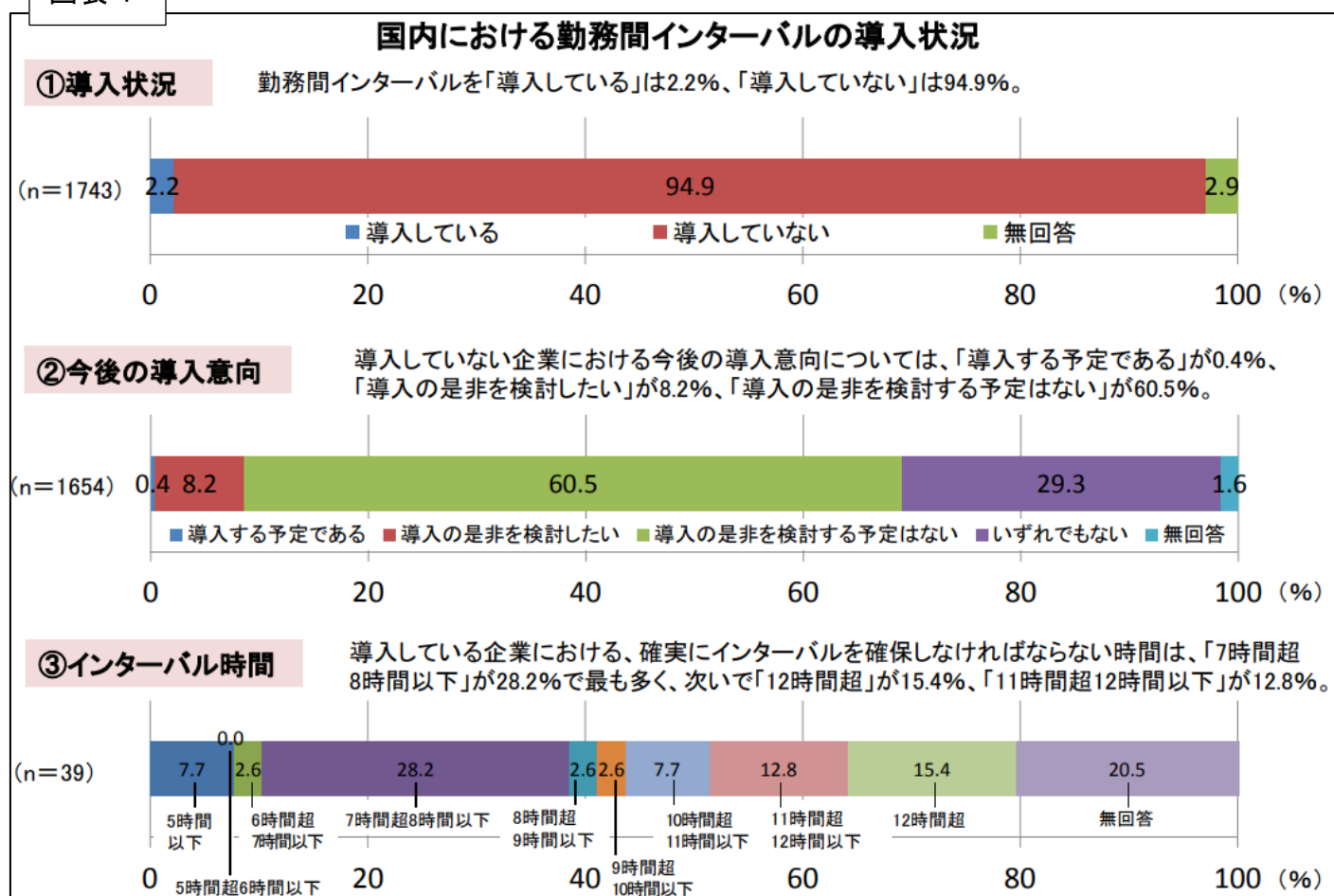
¹⁸ 「勤務間インターバル」：勤務終了後から次の勤務開始時までの連続休息時間。

日本においては、現状で導入割合は2.2%である。導入している場合、7時間超8時間以下が28.2%と最も多く、次いで12時間超が15.4%、11時間超12時間以下が12.8%となっている（図表4・P15）。EU諸国においては、11時間の導入例がある（図表5・P16）。

一方、連続勤務時間については、日本においては法的な規制はないが、海外においては16時間の事例等がある（図表6・P16）。

勤務間インターバルと連続勤務時間規定を組み合わせると、長時間労働の歯止めと休息の確保について、より実効性が担保される。その際、画一的ルールではなく、各医療機関の実態に応じて設定できる仕組みが望ましい。

図表 4



厚生労働省
第4回勤務間インターバル制度普及促進のための有識者検討会
配付資料

図表 5

EU 諸国のインターバル規制について

ドイツ	フランス	イギリス
労働時間法第5条第1項の規定に基づき、労働者は、1日の労働時間の終了後、原則として、最低11時間の休息時間を取らなければならない。 この連続した11時間の休息時間の規定は、1938年に制定された(以前の)労働時間法(Arbeitszeitordnung)第12条第1項を基にしているもので、EUの労働時間指令の規定にも対応するものである。	L3131-1で記されているように、11時間の休息は最低休息時間数である。 この休息時間規制は通常の労働時間規制、すなわち最大10時間であり「業務量の増大又は企業組織に由来する事由がある」場合は最大12時間と併せて適用される(L3121-19条) 労働時間が6時間ごとに最低20分の休息を与えなければならない規定(L3121-16)を踏まえると11時間とするのが適切である。	毎日11時間のEU指令を直接実施するためにとられたものである。
代替日に休息時間を繰り越す。	代替日に休息時間を繰り越す。 11時間以上の休息時間を受ける権利は、いかなる場合であれ、始業時間を繰り下げるよりも同時間以上の休息時間を与えることが優先される。	このような場合、労働者が取得することができなかった休憩の長さに相当する「補償的休憩」の期間を提供しなければならない。 また、補償的な休息はできるだけ早く、理想的には同じ日に行うべきである。
労働時間法第18条第1項第1項の規定に基づき、同法は、事業所組織法(Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG))第5条第3項の規定の意味における管理的職員には適用されない。 事業所組織法第5条第3項の規定によると、管理的職員は、労働契約及び企業又は事業所での地位に応じて、 ①事業所又は事業所の部局で雇用されている労働者の採用及び解雇を自身で行う権利を与えられているか、又は、 ②全権(Generalvollmacht)又は代理権を有し、その代理権は、使用者との関係でも重要であるか、又は、 ③通常、企業又は事業所の存続又は発展にとって重要で、その達成のためには特別な経験及び知識が求められるその他の業務を行っており、その際には、基本的に指示命令を受けずに、その決定を行うか、又はそれらの決定に重要な影響を与えるものである	11時間の休息時間の適用除外とすることが可能な活動はD3131-4に規定されている。 ・自宅と労働する場所又は複数の労働する場所間の距離が離れている業務 ・物品や人の保護の必要性から行う保管、監視、当直の業務 ・サービスや生産の連続性を保つ必要性のある業務 ・運輸業における荷物の運搬の業務 ・日において労働時間が分割されている業務	英国は「自律的労働者」の特定の定義を作成していない。 なお欧州委員会で、この定義に関する有用な法律上の議論を行う場合は、Working Time指令の議論にしっかりと基づいている。 ※Working Time指令 http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52017XC0524(01)&from=FR

厚生労働省

第4回勤務間インターバル制度普及促進のための有識者検討会 配付資料

図表 6 各国における医師の連続勤務時間・週あたりの勤務時間規制

国	連続勤務時間の規制	週あたりの勤務時間規制
イギリス	オンコール 32 時間 シフト 16-24 時間※1	週 48 時間 日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」報告書(2012年3月)より
オランダ	24 時間	週 48 時間
デンマーク	制限なし	制限なし(実態は平均 45 時間)
フランス	制限なし	週 35 時間(実態は平均 50 時間+オンコール)
ドイツ	24 時間	週 56 時間
アイルランド	72 時間	週 65 時間、しかし、129 時間まであり
アメリカ	24 時間※2	週 80 時間※2
ニュージーランド	16 時間	週 72 時間※3
オーストラリア		週 68-75 時間
ノルウェー		週 37-45 時間
スウェーデン		週 37-45 時間
日本	法令上は制限なし	週 40 時間、36 協定があれば延長可

※1: 2009 年以降は European Working Time Directive の適応をうけ 24 時間連続勤務後の 11 時間の休憩、夜間勤務では 8 時間の上限が設定。 ※2: アメリカの規制では ACGME による勧告を記載した。ACGME. Common Program Requirements. 2003 年 2 月制定、2004 年 7 月 1 日施行、2008 年改訂

3. 医師における時間外労働時間の上限について

(1) 省令における上限時間～「医師の特別条項」と「医師の特別条項の『特例』」

現状の医師の労働時間の分布状況¹⁹、時間外労働時間規制を導入した場合の地域医療への影響²⁰等を考えると、一律の上限規制を設定すること自体が難しい。

日本医師会「医師の働き方検討委員会」が都道府県医師会長を対象に実施したアンケート調査によると、医師の時間外労働時間の上限規制については、「目標・目安として、一律の上限規制の設定が必要。ただし、変更の余地を残す」という意見が33件・71.7%を占めていた²¹。

こうした調査結果等を踏まえ、同委員会答申では長時間労働の歯止めとして「医師の特別条項」、特別条項で対応が困難な場合の「医師の特別条項の『特例』」という医師独自の制度を提言している²²（図表7・P20）。本検討会議においても、この考え方を踏襲することが妥当と考える。

働き方改革関連法（平成30年6月29日成立）において、医師については時間外労働時間の上限を省令で定め、平成36年4月から施行するとされている（図表8・P21）。省令を定めるには、法定休日、勤務間インターバル、連続勤務時間、自己研鑽時間、宿日直業務の影響、タスクシフト等の取り組み等を詳細かつ精緻に分析する必要がある。

「医師の特別条項の『特例』」は、こうした様々な要因の分析を踏まえて今後設定すべきである。

まず、歯止めとして「医師の特別条項」の時間設定をすることが求められる。

¹⁹ 答申参考資料 11①②（P51）

²⁰ 答申参考資料 20（P64-68）

²¹ 答申参考資料 2（P13）

²² 提言の全体像についての詳細は、答申本文 P29-36

「医師の特別条項」を適用する医師	「医師の特別条項の『特例』」を適用する医師
労働時間が過度に増加することを防ぐ「歯止め」として、省令で上限を規定する。 【時間の目安】 脳・心臓疾患の労災認定基準²³（いわゆる過労死ライン）を基に時間を設定する。	「医師の特別条項」を超えざるを得ない場合、「医師の特別条項の『特例』」で対応する。 この場合、第三者機関の承認を得ることとする。 これにより、医師の多様な働き方に一定程度柔軟な対応が可能となる。 【時間の目安】 精神障害の労災認定基準²⁴、海外の働き方の事例等²⁵を手掛かりとし、上限時間を今後検討する。 【第三者機関の関与】 詳細は後述 【研修医等²⁶の取扱い】 詳細は後述

(2) 実効性のある上限設定～休日、勤務間インターバル、連続勤務規定からのアプローチ

一定の長時間労働是正の努力は当然不可欠であるが、「医師の特別条項」の範囲内に無理に収めようとするのではなく、まず、休日の確保、勤務間インターバル、連続勤務の抑制を優先とした取り組みについて議論することが望ましい（図表9・P21）。

【休日、勤務間インターバル、連続勤務時間規定の活用例】

- 各医療機関の実態に応じて設定する。
 - ・休日は月○日
 - ・勤務間インターバルは最低△時間とする。
 - ・基準となる連続勤務時間を□時間とする。基準時間を■時間超えた場合には、勤務間インターバルを☆時間確保する。
- 第三者機関が、各医療機関で決めたガイドラインの遵守状況を適宜チェック

²³ 答申参考資料 12①（P52）参照

²⁴ 答申参考資料 12②（P53）参照

²⁵ 答申本文 P 13-16、答申参考資料 3①②（P16-26）参照

²⁶ 研修医に関する用語は、巻頭の＜本意見書における用語について＞を参照

(3) 省令の上限時間設定に当たり注意を要する点

①「医師の特別条項」の課題

歯止めとして「医師の特別条項」の時間が設定されると、各医療機関はその時間を念頭に様々な取り組みを進め、良い方向に向かうと期待される。

ただし、「医師の特別条項」を過度に意識し、地域医療体制のバランスが崩れないよう細心の配慮が必要である。また、医師確保ができる地域とそうでない地域の間で勤務環境の格差が拡大する懸念がある。医師確保を急がせ、各医療機関が過度に費用をかけ経営体力に支障を及ぼすことのないようにする必要もあり、その意味では医師確保に関する施策を早急に講じる必要がある。

また、長時間労働の是正を進むことで、産業医の取り組み、衛生委員会の取り組み、健康診断の実施といった健康管理の基本的事項がおろそかになってはならない。

こうした副作用が起らないよう、各都道府県の第三者機関には監視する役割も担ってもらう必要がある。

②「医師の特別条項の『特例』」の課題

高い上限に設定した場合、地域医療への影響は少なくなる一方、長時間労働の是正の努力が医療界全体として進まなくなる恐れがある。また、医療機関が支払う賃金が経営を圧迫し、地域医療に支障を来す恐れもある。

上限が低すぎると、対応できない地域や医療機関が出てくる。

③段階的な是正と労働監督行政の理解

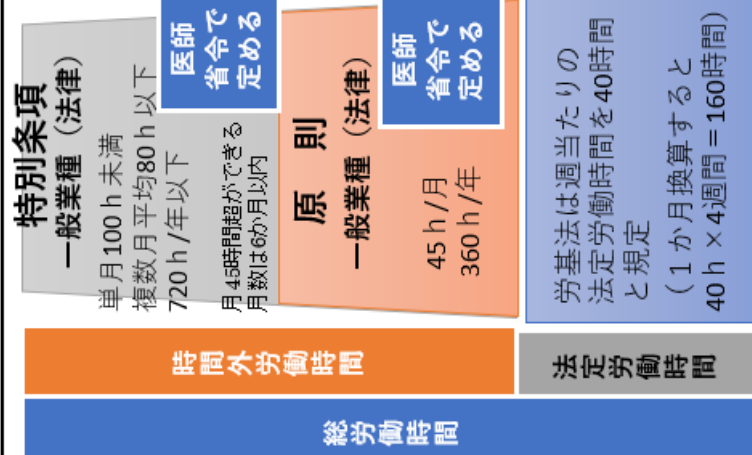
以上を踏まえると、上限時間の設定には慎重を期すべきで、長時間労働の是正は拙速ではなく段階的に進めることが必要である。そのためには労働監督行政の理解を得る必要がある。

図表 7

国の働き方改革

＜現行＞
【大臣告示】で時間外労働時間について定めているが、特別条項に上限時間の規定はない。

＜働き方改革＞
【法律】で時間外労働時間の上限を規定
医師については省令（施行規則）で別途規定



医師の働き方検討委員会答申

答申本文 P36

2つの目標の両立

医師の生活と健康を守る

地域医療を守る

長時間労働の是正

できることから始める

＜各医療機関＞

- 労働時間の把握
- 医療勤務環境改善支援センター（社労士）活用
- 産業保健活動の推進
- 衛生委員会など既存組織の活用した業務見直し
- 女性医師の離職防止、タスクシフト、など

＜各地域＞

休日の外来機能の見直し、地域住民の啓発、など

医師の特別条項の「特例」設定のルール

心理的負荷による労災認定基準、海外での医師の働き方等も踏まえルールを検討

1. 共通尺度となる「基本的視点」設定
 2. 「特例」締結の具体的条件（代表者合意+個別合意）
 3. 「特例」の適正運用について監視する仕組み
 4. 定期的に見直す仕組み
- 研修医の取扱いを別途規定するか検討

「医師の特別条項」設定の考え方

健康管理体制の充実が大前提

【今できること】
産業保健活動の基本的事項の取組

＋
組織全体で勤務医の健康に配慮

参考となる基準

- ・ 例外業種の時間設定（自動車運転業・建設業）
- ・ 脳・心疾患の労災認定基準（いわゆる過労死ライン）
時間外労働時間：複数月平均80時間

医師の特殊性の考慮

健康管理を担保した医師の自己研鑽、宿日直および専門業務型裁量労働制の在り方を検討

図表 8

答申参考資料 10②を一部修正

「医業に従事する医師」について

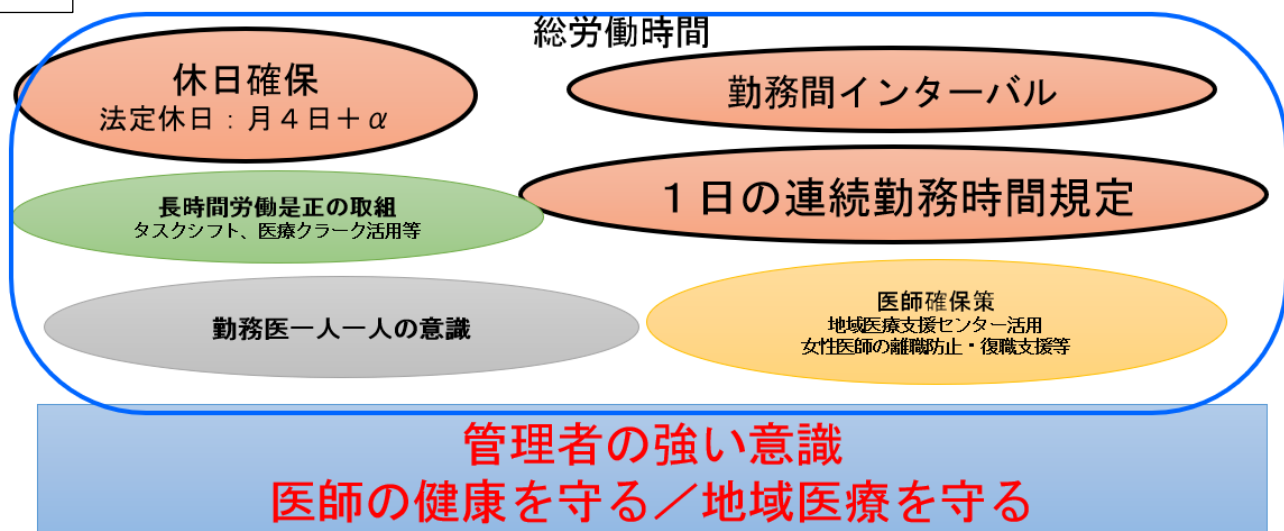
- (1)平成36年3月31日までは(改正法施行日である平成31年4月1日から起算して5年経過するまでは)、時間外労働時間の上限を定めない経過措置を置く
 (2)それ以降も、医業に従事する医師のうち省令で定める者については、上限となる具体的な時間外労働時間数等については厚生労働省令で定めることとする。

平成36(2024)年4月1日以降の取扱い

	一般の労働者	医業に従事する医師のうち省令で定める者
時間外労働 原則の 時間外労働	① 36協定で定める時間外労働時間数の上限 ・ 月 45時間 ・ 年360時間	今後省令で定める
特別条項による 時間外労働	②臨時的に①を超えて労働させる場合の36協定で定める時間外労働時間数等の上限 ・ 休日労働含め月100時間未満 ・ 年720時間以下 ・ ①の月45時間を超えることができる月数は6か月以内	
	③36協定に基づいて時間外労働をさせる場合、超えてはいけない上限(月平均の管理) ・ 休日労働含め直近2～6か月平均80時間以下	
		厚労省の説明を基に作成

図表 9

休日、インターバル、連続勤務規制から上限時間を設定するアプローチ



「第三者機関」が関わり、各医療機関が定める

○実行可能な時間外労働時間の設定

「医師の特別条項」と「医師の特別条項の『特例』」で柔軟に対応

○継続的な改善努力と段階的な長時間労働の是正

Ⅶ 医師における専門業務型裁量労働制

1. 大学病院

大学病院では2010年に発生した「2023年問題」の対応が重要課題の一つとなっている。2010年の米国の「ECFMG（外国医学部卒業生のための教育委員会）」の通告により、2023年以降、世界標準の教育レベルを公的に認証された医学部卒業者でなければ、米国で医療に従事できないこととなった。わが国の医学教育が国際的基準に合致しないと、医学研修のための渡米留学にも大きく響き、ひいては日本の医療の質低下にもつながりかねない。

このため、診療参加型臨床実習の増加等、国際標準が求める質量両面での厳しい要件を満たす必要が生じており、大学病院において助教が医学部生の教育に携わる割合が高くなっている。

また、医学研究の国際競争力が質的にも量的にも沈下しつつあるなか、大学病院で実施される臨床研究は、日本発の医薬品や医療機器の海外展開を進めるために一層活性化させることが求められている。

こうした背景から、任期制を採用している多くの大学病院では、助教の再任基準にも教育および研究実績が盛り込まれている。

現在、大学病院において、医学研究の一環として診療に従事する医師が、「大学における教授・研究の業務」に携わる場合、教授・准教授・講師までが専門業務型裁量労働制の対象である。しかし、上記を踏まえると、助教等にも適用できるよう具体的に検討することが不可欠である。ただし、その際、みなし労働時間を適切に設定し、健康に支障が生じないよう十分配慮する必要がある²⁷。

2. 一般病院

研究業務が大半を占める医師について、一部の一般病院における専門業務型裁量労働制の導入可能性を今後研究する。その際、健康確保措置を十分にとることを必要条件とする。

3. 労働時間の上限について

専門業務型裁量労働制についても、「医師の特別条項」または「医師の特別条項の『特例』」の枠内で対応することが妥当である。

²⁷ 答申本文 P8、P34-35、答申参考資料 18（P60-61）

VII 研修医等について

臨床研修医省令に規定された「研修医」²⁸については「医師の特別条項の『特例』」の枠組みの中で、別途制度を定める。その際、ACGME（米国卒後医学教育認定評議会）等、海外の事例を参考とする（図表 10）。

専攻医²⁹については、今後、取り扱いを検討する。

図表 10

ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education)

米国卒後医学教育認定評議会の制度概要

1.組織概要

- 1981 年に設立された、米国の医師卒後臨床研修プログラムを評価・認定する民間非営利団体。約 100 名の事務局職員がおり、研修プログラムからの認定手数料により運営されている。
- 理事は計 38 名で、そのうち 7 名は会員組織（米国医科大学協会/米国病院協会/米国医師会/米国専門医認定機構等）から選ばれる。そのほか、認証団体、学術団体、医学部等の関係者、関連団体以外の専門家、一般の方、行政官等から構成されている。
- 研修プログラムの認定のほか、指導医の研修、調査研究等の事業を展開している。

2.特徴

- 内科や救急等、28 の評価委員会でそれぞれの認定基準を設定すると共に、遵守状況をモニタリングしている。認定の方針や手続き等は各委員会の委員長からなる協議会が理事会に諮り決定する。
- 2016 年～2017 年には、154 個の専門領域で約 10,700 個のプログラムを認定した。
- 研修医³⁰の労働時間については、以下の点が守られているかをモニタリングしている（専門医は対象外）。なお、違反した場合は罰則がある。
 - ・ 最長週 80 時間（4 週間平均）
 - ・ 7 日に 1 日休暇を取得
 - ・ 連続 24 時間以上勤務しない（引継ぎによる 4 時間の延長可）

²⁸ 巻頭の＜本意見書における用語について＞を参照

²⁹ 巻頭の＜本意見書における用語について＞を参照

³⁰ 米国の研修医の定義も、巻頭の＜本意見書における用語について＞を参照。

Ⅸ 第三者機関の設置

多種多様な医師の働き方を一律に同じ法令で対応することは現実的ではない。標準的なルールの下で、各地域、各医療機関、各医師が自律的に働き方を決める仕組みが求められている。

国の各種ガイドラインをもとに、各都道府県における目線合わせや各医療機関の個別相談等を担う第三者機関を設置し、多種多様な働き方に柔軟に対応する。

第三者機関は、宿日直や医療勤務環境改善支援センター等、労務管理に関わる事項が医療法で規定されていることも踏まえ、医事法制で規定することが望ましい。

【第三者機関の方向性】（試案）

1.設置主体

各都道府県の医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センター等を中心とした組織を構築する。その際、都道府県の地域医療対策協議会等、各種会議体との関係を整理する³¹。

2.構成員

病院団体、都道府県医師会、都道府県社会保険労務士会、都道府県衛生部局等

3.役割

医療機関の勤務環境の改善支援、医師確保への支援、各医療機関における労働関連法令に関わる制度の総合的な相談、指導等を担う。

例）勤務間インターバル、連続勤務時間規定、「医師の特別条項」「医師の特別条項の『特例』」、自己研鑽、宿日直、院外オンコール待機等

4.労働監督行政との調整

第三者機関において、労務管理について医療機関指導の役割を担うことも検討する。その際、労働監督行政との関係性の整理が必要となる。

³¹ 答申参考資料 21(P75)

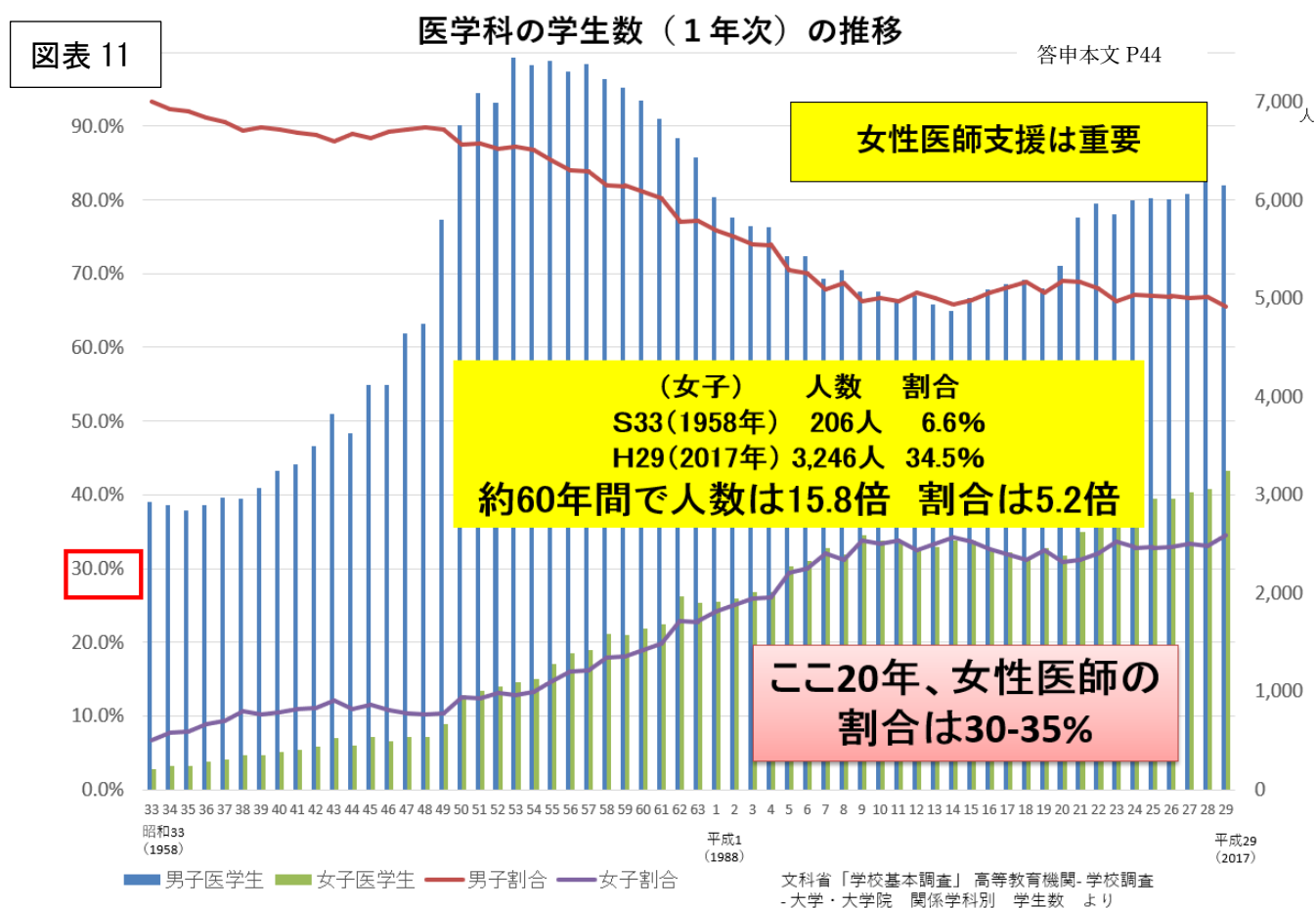
X 女性医師支援

かつて 10%未満であった女性医師の割合は、若い世代においては 30%を超え女性医師のさらなる活躍が期待されている（図表 11）。

特に女性医師においては、出産・育児というライフイベントと研修や専門医取得等の時期が重なることが想定される中で、ワークライフバランス確保のための社会的支援は極めて重要である。女性医師の仕事と家庭の両立を支援し、ライフイベントで離職することなくキャリアを継続できるような効果的な施策が必要である。

具体的には「保育・介護支援の充実」、「柔軟な働き方（時短常勤制度等）と再研修プログラム」、「個別事情に応じたキャリア形成支援」、「勤務緩和を支える医師の処遇改善」等の諸策があり、女性医師がライフステージに応じて働けるよう、これらの整備・改善が求められる³²。

日本医師会が厚生労働省から受託している「女性医師支援センター事業」の活性化はもとより、医療界を挙げ、あらゆる方法で女性医師支援を確実に進めることが急務である。



³² 詳細は、答申本文 P43-48

X I 地域住民における医療への理解

1. 医療法の規定

医療法第 6 条の 2 は、地域医療構想の実現、病床の機能分化・連携を進めるにあたり、関係者が果たすべき責務を規定している。第 1 項では国と地方公共団体の責務、第 2 項では医療提供施設の責務、第 3 項では国民の責務が規定されている。

この規定に則った具体的な取り組みを進めることが、今、まさに求められている。

医療法

第二章 医療に関する選択の支援等

第一節 医療に関する情報の提供等

第六条の二 国及び地方公共団体は、医療を受ける者が病院、診療所又は助産所の選択に関して必要な情報を容易に得られるように、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療を受ける者が保健医療サービスの選択を適切に行うことができるように、当該医療提供施設の提供する医療について、正確かつ適切な情報を提供するとともに、患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努めなければならない。

3 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

2. 医療への理解を進めるための方策

地域医療を守るには、各地域の医療事情、医師の勤務実態、医療機関への適切なかかり方について、地域住民の理解と協力を得ることが必要で、そのための啓発活動に積極的に取り組む必要がある。各地に好取組事例もある³³。

これは、単に中央から重要性を訴えるだけでは進まない。大病院と診療所の機能分化の在り方にも関わるが、まずはできるところから、各地域がそれぞれの具体的な医療提供体制の課題を共有し、地域住民が主体的に考え、取り組んでもらうことが必要である。

また、保健事業における健康教育の一環として、予防や自己保健といった観点と合わせ医療機関の利用の仕方を啓発することが有効であり、学校保健、産業保健の仕組みの活用が求められる。

さらに、健康保険法や国民健康保険法においても、保険者の健康教育に関する規定がある³⁴。医療を必要とする人が受診を控えるという誤解を招かぬよう留意しつつ、保険者から国民へ働きかけることも不可欠である。

医師の働き方も住民の医療との付き合い方も多種多様である。各地域の関係者が、様々な観点から、働きかけや取り組みを重層的、具体的かつ継続的に進める施策が求められる。

³³ 答申本文 P50-51、参考資料 24(P78)

³⁴ 健康保険法第 150 条第 1 項、国民健康保険法第 82 条第 1 項

X II 労働関連法令の幅広い見直し・医事法制との 整合性確保

労働関連法令には、自己研鑽、宿日直、院外オンコール待機、時間外労働時間の取扱い等、ここまでに述べた点以外にも、そもそも医師の働き方の実態にそぐわないもの、制定されてから時間が経過して実態と乖離しているもの、等があると思われる。

労働基準法、労働安全衛生法等を項目ごとに整理し³⁵。今般の医師の働き方改革を機に、これ以外の法令も含め、速やかに労働関連法令全般を幅広く見直す必要がある。

その際、労働関連法令の枠内での見直しにとどまらず、医事法制との整合性を含めた見直しが求められる。

³⁵ 答申参考資料 19（P62-63）に労働関連法令を整理した一覧表を掲載している。

XⅢ 今後の進め方

1. 医師の働き方改革に関する財源確保

既に議論の進んでいる論点および以下で述べる労働関連法令等の個別項目の制度設計をする際、必要な費用についても具体的に検討し、財源を確保することが不可欠である。

救急医療をはじめとする医療提供体制の見直しに要する費用や、タスクシフティング・タスクシェアリング等の業務効率化に要する費用等について財政的支援が必要である。

診療報酬、医療介護総合確保基金、税制改正等、あらゆる切り口での財政支援を検討することが求められる。

2. 個別項目の具体的議論

本意見書で提言した項目について、具体的な結論を得なければならない。現行の労働基準法の考え方を踏まえつつも、医師の働き方の実態に合った制度を早急に定め、導入することが望ましい。制度構築を進めるためには、下記について留意することが必要である。

(1) 具体的項目の確定

具体的に検討すべき項目には以下のものがある。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">(1) 医師の健康確保策の在り方（包括的管理、宿日直の健康管理、在院時間管理等）(2) 自己研鑽の在り方(3) 宿日直の在り方(4) 院外オンコール待機の在り方(5) 休日、勤務間インターバル、連続勤務時間の在り方(6) 「医師の特別条項」と「医師の特別条項の『特例』」の在り方(7) 医師の専門業務型裁量労働制の在り方(8) 研修医等の在り方(9) 第三者機関の在り方(10) 女性医師支援(11) 地域住民における医療への理解(12) 労働関連法令の幅広い見直し・医事法制との整合性確保 |
|--|

(2) 各項目の検討の場

各項目の検討の場としては、

- ・厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」
- ・既に設置されている会議体
- ・新たに設置する会議体

が考えられる。どの項目をどこで検討するかは厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」等で決定する必要がある。

(3) 法令レベル（法律、省令、通知等）

制定までの時間やその後の柔軟性を踏まえ、各項目の法令レベル（法律、省令、通知等）を決めていく必要がある。

(4) 労働法制と医事法制の関係性

医師の労務管理に関わる事項には、宿直や医療勤務環境改善支援センター等医療法を中心とした医事法制が関係している項目がある。

従って、新たな制度は、労働法制と労働監督行政との整合性確保を条件とし、詳細を医事法制で規定した方が実務的な場合、医事法制で規定していくことが必要である。

(5) 全体像の確認と勤務医の労働法制の検討

各項目の制度の整合性が取れているのかを確認する。その上で、現行の労働法制と医事法制の枠内で新たな制度を定めるのが妥当であるか、勤務医の労働法制を別途構築するのが妥当であるのか検討する。

(6) 新制度の施行時期

働き方改革関連法（平成30年6月29日成立）において、医師の新たな制度は平成36年4月施行とされているが³⁶、新しい制度を一部でも前倒しで施行できるか検討する。

ただし、その際は、医師の健康管理が定着していることが必要条件である。

(7) 施行後の見直し

上記の手順で新たな制度を制定・施行した後、5年等一定期間を経たら見直すことが必要である

³⁶ 本文のとおり、時間外労働時間の上限規制等、新たな制度の施行時期は、働き方改革関連法で平成36年4月1日と定められている。

ただし、新たな制度の方向性を決める時期については「働き方改革実行計画」で規定されている。

【働き方改革実行計画（平成29年3月28日 働き方改革実現会議決定）】

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

まとめ～現行法令の枠に拘らない柔軟な議論を

医師の働き方検討会議は、現行制度を当然踏まえつつも、「働き方を法令に合わせる」のではなく、「法令を働き方に合わせる」という発想で提言をまとめた。

「医師の健康と地域医療を両立する」「多種多様な医師の働き方に柔軟に対応する」という観点で医師の働き方を考えた場合、現行法令の枠組みを過度に意識してしまうと、結局、法令に医師の働き方を合わせるような議論となり、医師の働き方にあった制度が構築できなくなる恐れもある。

第1回の厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」で、厚生労働大臣は「検討会では規制はかけるものの、特例の在り方について議論していただくことが目的だ。具体的な医師の勤務環境の改善策を推進することで医療の生産性を高めて、提供する医療の質を維持・向上しながら医師の働き方を改善していくことが重要だ」と発言している。

地域医療体制の維持に過度に重きが置かれ、医師の健康を害する「特例」であってはならないのは言うまでもないが、医師の働き方は「特例の在り方」であるという原点を確認しておきたい。

現行法令の枠内における「特例の在り方」だけでなく、必要であれば、その枠組みには必ずしも拘らない「特例の在り方」であっても良いはずである。

医師の働き方の議論に関わっている関係者におかれては、より良い制度の構築、ひいてはより良い医療のため、柔軟な発想で検討を進めていただくよう、ご理解、ご協力を切にお願い申し上げる次第である。

以上