

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

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

2012年3月

日本医師会
会長 原中 勝征 殿

勤務医の健康支援に関する
プロジェクト委員会
委員長 保坂 隆

勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告

本委員会は、2011年5月16日に、貴職より、勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について諮問を受け、勤務医の健康を支える視点から検討を行いました。

2012年3月までに4回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、審議結果をまとめましたのでここに報告いたします。

また、勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の総括も併せて、報告いたします。

勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会

委員長：保坂 隆 （聖路加国際病院精神腫瘍科医長・聖路加看護大学臨床教授）

委 員：赤穂 理絵（都立駒込病院神経科医長）

木戸 道子（日本赤十字社医療センター第二産婦人科副部長）

後藤 隆久（横浜市立大学大学院医学研究科教授）

中嶋 義文（三井記念病院精神科部長）

平井 愛山（千葉県立東金病院院長）

松島 英介（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科准教授）

吉川 徹 （労働科学研究所副所長）

和田 耕治（北里大学医学部公衆衛生学講師）

（委員：五十音順）

目 次

I. はじめに	1
II. 2011 年度勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会による取り組み	2
1. 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の開催	2
2. 2011 年度の業績	8
III. 勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について	10
IV. まとめと今後の課題	13

.....

資料 1 勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について（報告書）

資料 2 2008～2011 年度の勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の成果

1. 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査概要
2. 勤務医健康支援のための方針・アクション策定
「医師が元気に働くための 7 カ条」と「勤務医の健康を守る病院 7 カ条」
3. 勤務医の健康支援のための E メール・電話による健康相談
4. 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の開催
5. 勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について
6. 委員会活動の業績に関する総括・業績リスト

資料 3 「医師が元気に働くための 7 カ条」と「勤務医の健康を守る病院 7 カ条」

I. はじめに

勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会も、2011 年度で 4 年目を迎えた。まず、本年度行ってきた「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」の開催について、各県医師会での開催成果や、日本総合病院精神医学会総会・日本麻酔科学会・日本臨床麻酔学会などの学術集会におけるワークショップと、横浜市大でのワークショップなどの成果について報告する。さらに会長諮問の「勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について」検討を行った。

平成 23 年度は、8 都県医師会で日本医師会との共催で「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を開催した。その際に、今後の研修会や新たなファシリテーター育成に役立てるため、徳島県医師会におけるワークショップ研修会録画を中心に、2 枚組の DVD を作成した。病院管理者や産業医を対象とした本研修会は、参加者の高い満足度を得ることができ、現場での勤務医の健康支援に有益な結果をもたらすものと思われる。

今後も、各都道府県医師会あるいは各医学会主催でワークショップ研修会が継続開催されることが望まれるが、そのためには、①日本医師会を通して、ワークショップ研修会企画の広報を継続すること、②研修会参加者への呼びかけ、DVD 活用などで講師、ファシリテーターの養成を図ることが必要であろう。

また、日本総合病院精神医学会総会・日本麻酔科学会・日本臨床麻酔学会の学術集会や横浜市大麻酔科で開催したこれらのワークショップも、都道府県医師会との共催のワークショップと同様の効果が得られたという印象がある。

医師の労働環境を改善するにあたっては、医師の健康を守りつつ、医療の質を低下させないことが重要である。そのために労働時間に関する方針を策定し、業務の標準化、業務分担、診療体制、診療科別の働き方のルールづくりなどが重要である。

ルールづくりの際には、全米科学アカデミー医学研究所（IOM）基準にあるような、月あたりの労働時間の上限（時間外労働の上限設定）、日勤・夜勤・当直勤務制度、休日の取り方、当直明けの働き方等について検討する必要がある。さらに労働基準法に基づいた勤務体制、業務軽減、施設改善、健康管理体制も同時に検討する必要がある。また、運用にあたっては、わかりやすい働き方に関する自主ルールを作成することが効果的と考えられる。同じ医師でも診療科によって働き方は大きく異なるため、例えば 36 協定についても施設内で一律の基準で運用するのではなく、診療科ごとに締結する、時期を区切って締結するなど、医師の勤務の実態に合わせた弾力的な運用も必要であろう。

本報告書の「まとめと今後の課題」で、本委員会の 4 年間の活動を振り返りたい。

Ⅱ. 2011 年度勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会による取組み

1. 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の開催

(1) 総括

1. ワークショップ研修会の目的

勤務医の健康支援を進めるためには、勤務医の労働条件・労働環境に関連した心身の負担要因を改善することが重要である。そこで、病院において健康管理を担う産業医や病院管理者を対象とした参加型研修会を企画し、事例検討などを通じて勤務医の労働環境改善、職業性ストレスによる健康障害防止策を検討した。また、研修会参加者による研修会の評価結果を分析し、勤務医の健康支援のために今後取り組むべき課題を整理した。

2. ワークショップ研修会プログラム

講義と事例検討の 2 部構成の研修会である。

- 1) 挨拶ならびに研修オリエンテーション
- 2) 講義 1 「医師のメンタルヘルス」
- 3) 講義 2 「医療機関での産業保健活動の展開」
- 4) 演習（チェックリスト実習、アクションプラン作成、事例検討）
- 5) まとめと総括

3. 2011 年度ワークショップ研修会開催実績

開催場所	日程	参加人数
日本麻酔科学会	2011 年 5 月 20 日	18 名
岐阜県医師会	2011 年 9 月 25 日	32 名
徳島県医師会	2011 年 10 月 1 日	20 名
日本臨床麻酔学会	2011 年 11 月 4 日	16 名
山口県医師会	2011 年 11 月 19 日	16 名
日本総合病院精神医学会	2011 年 11 月 25 日	30 名
宮城県医師会	2011 年 12 月 4 日	20 名
高知県医師会	2012 年 1 月 14 日	27 名
奈良県医師会	2012 年 2 月 5 日	19 名
佐賀県医師会	2012 年 2 月 18 日	17 名
東京都医師会	2012 年 2 月 25 日	26 名
横浜市立大学麻酔科	2012 年 3 月 4 日	30 名

4. 研修会後の評価アンケートの集計、分析結果

どの研修会でも終了後にアンケート調査を行っており、おおむね同様の結果が得られているので、代表して徳島県医師会でのアンケート結果を報告する。

<アンケート結果のまとめ>

(1) 参加者の属性

男性 12 名、女性 3 名

年齢内訳は 50 歳代（59%）、60 歳代（27%）が多かった。

研修を知った経緯としては、地元医師会を通じて研修を知った参加者が 93% を占めた。

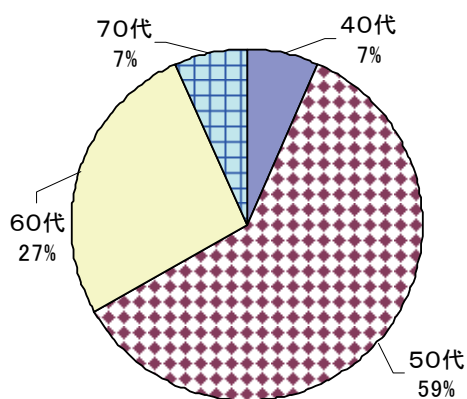


図 1 参加者の年齢

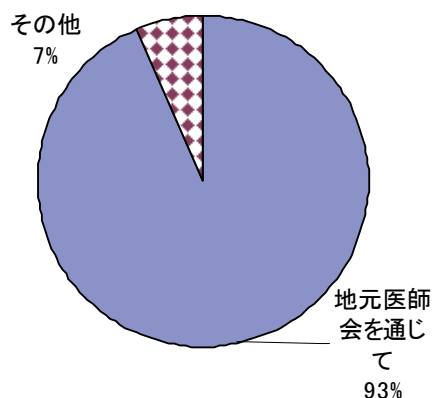


図 2 研修を知った経緯

(2) 満足度

研修内容・配布資料・開催時間・研修の満足度、いずれも高い評価が得られた。

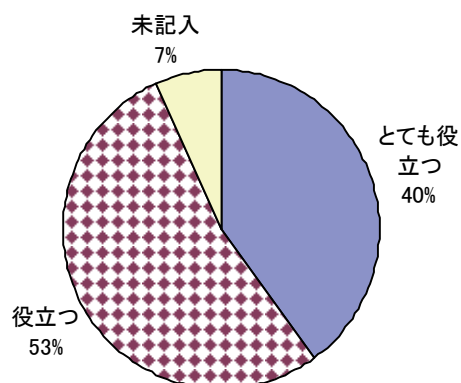


図 3 内容の目的合致

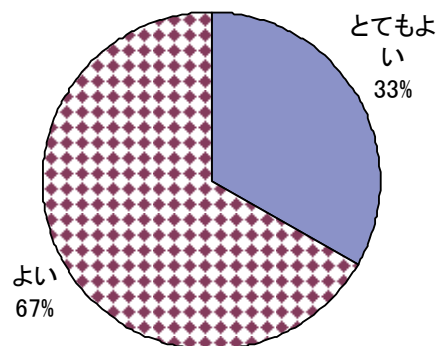


図 4 研修資料

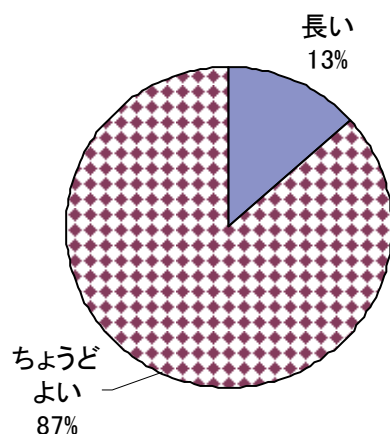


図 5 開催時間

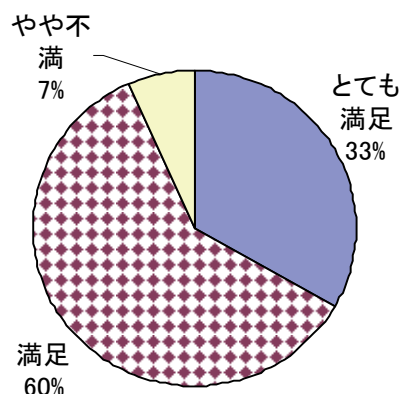


図 6 研修の満足度

(3) 研修の再現性

本研修を受け、同様の研修を自分の病院・地域で開催できるかの質問には、資料や外部講師の協力があれば、66%の参加者が実施可能と回答した。また、60%がフォロー研修会を希望した。

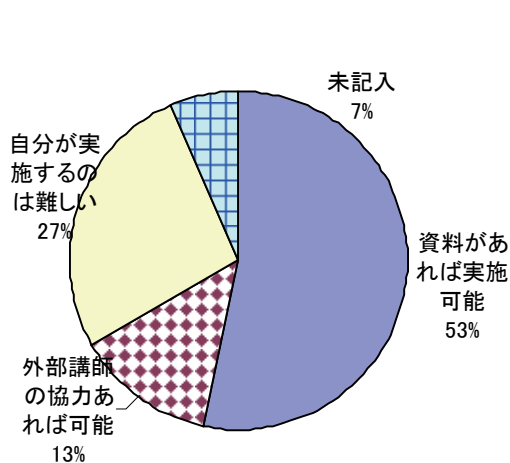


図 7 研修内容の実施可能性

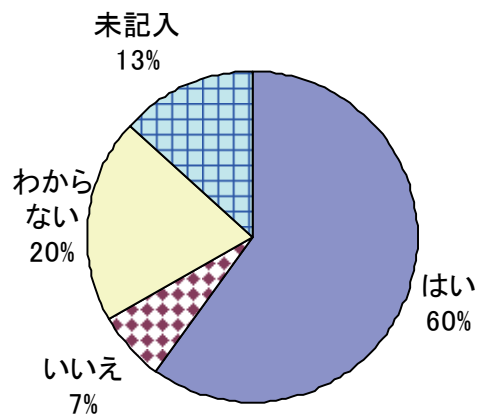


図 8 フォロー研修参加希望

(4) 自由意見（抜粋）

- ・ 医師自身の健康管理の重要性をあらためて認識した
- ・ 医師のうつ病をはじめとするメンタルヘルスの重要性が理解できた
- ・ 産業医の役割が明確になった
- ・ 他の医療機関の状況がわかって、参考になった

- ・ 職場に持ち帰って研修する際のツールを示してほしい
- ・ 医師向けの復職手順モデルを示してほしい

5. 研修会 DVD 作成

今後の研修会や新たなファシリテーター育成に役立てるため、徳島県医師会におけるワークショップ研修会録画を中心に、2 枚組の DVD（①講義編 100 分、②実践ワークショップ編 86 分）を 200 部作成した。この DVD は都道府県医師会をはじめ、日本医師会内の関連委員会に配布した。今後、日本医師会ホームページへのアップが予定されている。

6. まとめと考察

(1) 研修会開催実績

2011 年度は、8 都県医師会で日本医師会と共催により研修会を開催することができた。研修会アンケートのまとめからは、研修内容への高い満足度が示された。

(2) 考察

病院管理者や産業医を対象とした本研修会は、参加者の高い満足度を得ることができ、現場での勤務医の健康支援に有益な結果をもたらすものを思われる。

今後も各都道府県医師会あるいは各医学会主催でワークショップ研修会が継続開催されることが望まれる。

そのためには、①日本医師会を通して、ワークショップ研修会企画の広報を継続すること、②研修会参加者への呼びかけ、DVD 活用などで、講師、ファシリテーターの養成を図ることが必要である。

7. 謝辞

2011 年度都道府県医師会における研修会において、講師ならびにファシリテーターとして下記の先生方にご協力を頂いた。（当プロジェクト委員会委員を除く）

（五十音順）

織田 進 先生（福岡産業保健推進センター）
 小島原典子 先生（東京女子医科大学）
 梶木 繁之 先生（産業医科大学 産業医実務研修センター）
 小池 昭夫 先生（埼玉協同病院）
 関根 広 先生（東京慈恵医科大学）
 立石 清一郎先生（産業医科大学 産業医実務研修センター）
 中田 恵久子先生（中田病院）
 春木 宥子 先生（松江記念病院健康支援センター）

(2) 日本総合病院精神医学会総会 医師の健康支援ワークショップについて

これまで開催された各都道府県医師会主催の医師の職場環境改善ワークショップ研修会においては、医師のメンタルヘルス講義をプロジェクト委員会の 4 人の精神科医師によって担当してきた。今後、同様のワークショップ研修会を開催するにあたって、精神医学講義とグループワークを担当できる精神科医師を養成する目的で第 24 回日本総合病院精神医学会総会と共催で平成 23 年 11 月 25 日に開催した。

開催にあたり、以下の 3 つのアジェンダを掲げた。

- 1) 医師の健康支援について理解する
- 2) 医師の診察ができる
- 3) 医師の職場環境改善ワークショップ研修会での精神医学講義とグループワークを担当できる

1) プログラム内容

講義 1、2 およびケーススタディ体験は医師の職場環境ワークショップ研修会と同じ内容で行った。ロールプレイでは、うつ病となった勤務医を主治医・産業医としてどのように診察・相談するかを体験する内容とした。

- ・挨拶・オリエンテーション
- ・講義 1：医師のメンタルヘルスと診察法
- ・ロールプレイ
- ・講義 2：医療機関での産業保健活動の展開
- ・ケーススタディ

2) 研修会評価

参加者の評価は高く、今後各都道府県医師会主催の医師の職場環境改善ワークショップで講師及びファシリテーターとして協力していただける精神科医を増やすことができた。今後、同じ内容の研修会を数回開催する予定である。

＜アンケート結果のまとめ＞

1) 参加者の属性

男性 21 名、女性 8 名

年齢内訳は 30 歳代（21%）、40 歳代（21%）、50 歳代（41%）であった。

本研修を知った経路としては、総合病院精神医学会 H P が 55%、抄録集・チラシが 21%を占めた。

2) 満足度

研修内容（とても役立つ・役立つ 93%）、ロールプレイ（大変参考になった・参考になった 97%）、配布資料（とても良い・良い 93%）、研修全体の満足度

(とても満足・満足 93%) 等、いずれも高い評価が得られた。

3) 研修の再現性

本研修後、同様の研修を自分の病院・地域で開催できるかという点に関しては 69%の参加者が、講師の協力があれば可能と答えている。

4) 自由意見（抜粋）

- ・ 同じ立場の医師を診る難しさと多面的な視点の重要性が参考になった
- ・ 医師のメンタルヘルスを担当している立場で勉強になった
- ・ 自分の面接を客観的に評価してもらったことが、参考になった
- ・ 医師の診察は特別ではないことがわかった
- ・ 具体的な面接法をもう少し知りたい
- ・ 事例についての時間が足りない

(3) 日本麻酔科学会，日本臨床麻酔学会，横浜市大でのワークショップ

日本麻酔科学会におけるワークショップは、平成 23 年 5 月 20 日午後、4 時間半の構成で、神戸市のポートピアホテルで行われた。本プロジェクト委員会からは、後藤、保坂と吉川が参加した。ワークショップ受講者は 18 名であった。

ケースは、日本医師会が都道府県医師会との共催で行っているワークショップで用いているケースを麻酔科バージョンに書き直したものを用いた。受講者からはおおむね好評で、今後このような活動に参加したいという申し出もあった。

日本臨床麻酔学会におけるワークショップは、平成 23 年 11 月 4 日午後、3 時間の構成で、沖縄コンベンションセンターにて行われた。本プロジェクト委員会からは、後藤、保坂、和田が参加した。ワークショップ受講者は 16 名であった。研修会は 3 時間の構成としたが、受講者の満足度は日本麻酔科学会と同様であった。

平成 24 年 3 月 4 日には、横浜市大麻酔科の医局員約 50 名に対し、保坂、吉川の指導のもと、ワークショップを行った。横浜市大におけるワークショップは平成 22 年 12 月 23 日に続いて 2 回目となる。受講者は 30 名であった。

今後も学会でこのような活動を継続すべく、平成 24 年度も日本麻酔科学会、日本臨床麻酔学会の両方にワークショップを提案し、日本麻酔科学会での開催がすでに決まっている。

2. 2011 年度の業績

本プロジェクト委員会委員により、以下の成果物が報告された。このような活動が勤務医の健康支援のさらなる啓発に寄与することが期待される。

【論文】

1. Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T. Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints. Among Japanese physicians: A National Cross-sectional Survey. *Int J Behav Med* 18:384-90, 2011
2. Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T. Lifestyle Habits among Physicians Working at Hospitals in Japan. *Japan Medical Association Journal* 54(5): 318-24, 2011
3. Ohta H, Wada K, Kawashima M, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Aizawa Y. Work-family conflict and prolonged fatigue among Japanese physicians. *Int Arc Occup Environ Health* 84:937-42, 2011
4. 和田耕治, 吉川徹, 奈良井理恵, 森本貴代: わが国の医師の労働時間制限の検討において考慮すべき点と医療機関に求められる対応. *産衛誌* 53:147-51, 2011

【書籍・雑誌など】

1. 吉川徹:医療機関における健康管理. 東京都医師会「産業医の手引き(第8版)」. 東京: 東京都医師会、184-192, 2011
2. 吉川徹:医療従事者に対するケア(精神的ケア). 呼吸器研修ノート. 東京: 診断と治療社. 141-4, 2011
3. 保坂隆:勤務医のストレスを早期発見するために. *日本医事新報* 4572:5, 2011
4. 保坂隆: 医療従事者のストレスマネジメントの方法. 特集 医療従事者の心のケア. *ペインクリニック* 32(2):201-7, 2011
5. 保坂隆: 産業メンタルヘルス. *保健師ジャーナル* 67: 440-443, 2011
6. 吉川徹、和田耕治、保坂隆:医療従事者に対するケア(身体負担の軽減). 呼吸器研修ノート. 東京: 診断と治療社. 145-148, 2011
7. 吉川徹:特集:ストレスをためない職場環境づくり. ~職場の良好実践に学ぶ、従業員参加型のメンタルヘルス活動~ *安全衛生のひろば* 52(5):9-19, 2011

【講演・ワークショップなど】

1. 後藤隆久:山形麻酔懇話会における特別講演 麻酔科医のメンタルヘルスの現状と対応策. 2011.7.9 山形

2. 中嶋義文、和田耕治、保坂隆、松島英介、赤穂理絵：医師の健康支援ワークショップ. 第 24 回日本総合病院精神医学会 2011.11.25 福岡
3. 吉川徹、今村聡、和田耕治、保坂隆：勤務医の健康支援と労働環境改善（日本医師会のプロジェクト委員会の成果から）. 第 28 回日本医学会総会 2011 東京 [学術講演要旨]2011 年 4 月、p425
4. 太田寛、木戸道子：産婦人科勤務医の業務量と健康に対する意識の現状および健康支援対策について－日本医師会調査より. 日本産科婦人科学会雑誌 63(2), 489, 2011
5. 後藤隆久, 渡邊至, 保坂隆, 和田耕治：麻酔科医のためのメンタルヘルス支援のための職場環境改善ワークショップ～安心して働ける職場作りをめざして～. 日本臨床麻酔学会第 31 回大会 2011.11.4 沖縄
6. 保坂隆：医師のストレスの原因と対策。第 61 回日本病院学会シンポジウム。患者・家族・医療者間の信頼できる医療チームを目指して－院内での暴言・暴力、クレーム等をリスクマネジメントする－2011.7.15
7. 保坂隆：医師の睡眠時間と抑うつ。第 36 回日本睡眠学会。京都, 2011.10.15
8. 保坂隆：医師のための産業医の意義。第 107 回日本精神神経学会, 2011.10.26 東京
9. 保坂隆：医療従事者のメンタルヘルス。小田原市立病院医療従事者メンタルヘルス研修会. 2012.1.31.
10. 保坂隆：ストレスとの付き合い方－ストレスづきあいの上手な人, 下手な人。日本健康科学学会第 27 回学術集会. 2011.8.7

Ⅲ．勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について

わが国における勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について検討するにあたって、特に勤務医の健康を支える視点から、労働時間ガイドラインを策定する意義、医師の労働時間の適正化を図る目的、労働時間ガイドラインを作成するにあたって考慮すべき点の3点についてまとめた。

1. 勤務医の労働時間ガイドラインを検討する意義

医師の労働環境を改善するための労働時間規制のあり方については、国際的に検討が進められている。わが国では、勤務医の過重労働等により医師の健康を憂慮する深刻な事態が続いており、これまで様々な機関や団体等より医師の長時間労働の改善について様々な提言がなされてきた。例えば医師の健康と長時間労働に関する研究や科学的知見、それらに基づく学術団体や病院団体、専門家からの人員増の必要性や医師の業務軽減策等の提案であり、監督省庁としての労働基準監督署等の医療機関への行政指導などにその改善方向が示されている。また、医療の質の確保のためには勤務医の労働条件確保が必要だとする立場から、医師のワークライフバランスを意識し、若手医師の教育体制、出産・育児支援体制の整備と相まって、勤務医の就労方法と労務管理に関する検討も進められている。勤務医の交代勤務制の見直し、当直制度や勤務体制の見直し、医療の質の改善も視野に入れたチーム医療体制の推進などである。ここ数年では、勤務医の負担軽減策として勤務時間の短縮の交代勤務制度や診療報酬制度に勤務医支援のための医師事務作業補助体制加算(メディカルクラーク制度の導入)が具体化している。

日本医師会に平成20年に設置された当委員会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」では、これまで「医師が元気に働くための7カ条」「勤務医の健康を守る病院7カ条」などの提言を作成し、勤務医の健康支援を守る労働条件、労働時間改善の取り組み支援を継続してきた。平成22年3月から全国の医師会と協力して、問題解決型の取り組みとして各病院良好事例の経験交流を狙いとした病院管理者・産業医向けの「医師の職場環境改善ワークショップ」を全国の都道府県医師会と開催し、勤務医の健康支援のための労働時間や勤務体制に関する改善の経験が積みあげられてきた。

一方で、各施設で誰が何を目標として、どのように医師、特に勤務医の長時間労働対策に取り組むを進めるか、より具体的な知見が不足している。そこで、本委員会では、医師の健康支援の立場から、現実的な労働時間ガイドラインを各施設で策定、運用するために必要な視点と具体的進め方の視点をまとめた。

2. 医師の労働時間の適正化を図る目的

勤務医の労働時間等が適正に設計され、管理されることの重要性は論を待たないが、少なくとも次の3点をその理由としてあげることができる。

表1 医師の労働時間を適正に設計し、管理、適正化する意義

1. 医師の健康は医師自身のみならず、その家族、社会にとって重要である。
2. 勤務医の健康確保は、医療の質の向上を図り、患者安全と国民の健康を確保する基盤となる。
3. 勤務医がその専門性を十分発揮できる勤務設計、労働時間管理を行うことは、労使の自主的な合意形成によって支えられた診療所・病院（事業場）の健全な事業体運営にとって不可欠である。

なお、本委員会を通じて集められた良好事例を報告した病院・診療所の管理者は、病院・診療所における勤務医の労働時間設計と労働時間管理の見直しは、法的な規制にやむなく従わなければならない「コスト」としてではなく、「明日への投資」と考えている施設がほとんどである。

3. 医師の労働時間ガイドライン作成にあたって考慮すべき点

上記の点を踏まえ、勤務医の健康支援のための労働時間ガイドラインのあり方を検討するにあたっては表2の7点を考慮して取り組むべきである。

表2 わが国における医師の労働時間ガイドライン作成にあたり考慮する点

1. 労働時間・勤務体制の改善が勤務医の健康確保、安全な医療につながる点を管理者が確認し、宣言する
2. 労働時間・勤務体制を見直すにあたっては、複合的なチームを作り取り組む。特に、安全衛生委員会等の職員の安全健康について検討する場やすでに設定されている会議を活用する。
3. 見直し・改善のすすめ方は、段階的改善を重視し、勤務医の勤務条件の底上げを目指した取り組みとする。現状把握、対策立案、実施、見直しの段階的ステップを設定する。
4. 管理者の責任において労務監査としての労働時間の見直しを行う。特に労働基準法32条、37条を中心に見直す視点は以下の5項目である
 - 1) 労働時間管理に関する勤務医への周知の有無
 - 2) 労働時間の適正把握
 - 3) 労働時間・休憩・休日の取り扱い（外勤・アルバイト）
 - 4) 36協定（残業に関するとりきめ）
 - 5) 割増賃金（時間外手当、宿直・日直の取り扱い等含む）
5. 勤務医の労働時間に関するわかりやすい自主的な働き方のルール定め、その運用を確認する
6. 労働時間等を見直しと併せて勤務医の診療体制・業務配分、環境改善、業務負荷軽減策、勤務医の過重労働・メンタルヘルス対策等の健康管理体制を見直す
7. 見直すにあたっては社会保険労務士等の専門家助言を得る

医師は限られた時間で専門的知識と高度な医療技術を安全に用い、患者やその家族のために適切な医療を提供している。日々進化する医療知識・技術を学ぶ時間は、労働か自己研鑽の時間か否か、高い専門性をもつ労働者としての医師の勤

務設計や労働時間規制について、国内外で様々な意見があることも確かである。

本委員会では、医師の過重労働等による健康悪化防止、患者安全の確保、健全な施設運営支援の手立てについて、わが国における医師の労働時間ガイドライン作成にあたり考慮する点として、表2に示す視点を示した。

医師としての誇りとやりがいをもって、心身の不調をきたさない適切な労働時間で診療に従事するためには、労働時間設計と管理に関する施設の方針策定と改善のためのチームづくり、段階を追った改善が重要となる。その際、管理者による労務監査のような取り組みも、医師の働き方に関する労働時間設計とその管理の最終ゴールをイメージする際に大いに参考になる。現実的な改善方向を示さない労働時間規制に関する取り組みは労多く実少ない。たとえば労働基準法の厳密な適用、医師の労働時間を週40時間に設定し運用するなどの非現実的な規制は、診療継続や施設経営を困難にするかもしれない。一方で、管理者による医師の労働時間管理の重要性の認識不足により、すぐに取り組める対策も取り組んでいない施設もあるかもしれない。例えば雇用している医師が何時間働いているか、その労働時間を誰も把握していない施設の存在である。

したがって、労働基準法に照らし合わせた働き方（規制）と現在の医療を支え患者を救っている働き方（実態）について、「現実的なすり合わせ案」についてそれぞれの時点で検討することで、医師の過重労働を防ぎ、医師の健康と患者の安全、病院組織の健全な運営につなげることが可能となる。例えば「医師の労働時間の把握」「医師の働き方の自主ルール作成」などは、現実的で実施可能な医師の健康支援策である。

これらの取り組みの際には、医療従事者が働きやすい就労環境づくりを進めている良好事例から学ぶことが多い。労働時間設定と勤務体制の見直し、宿日直と夜勤の取り扱い、残業代・賃金設定方法、週一回の休日の設定、年次有給休暇を与える時季、女性医師の働きやすい環境整備、その他の労働時間等に関する事項について勤務医の健康と生活に配慮し、医師の多様な働き方に対応した取り組みなど、大きく進展している。国内外の良好事例から学び、表2に掲げる視点を活用して、勤務医の労働時間改善などの見直しが進むことを願ってやまない。なお、これらの項目を作成した背景、項目の詳細については「勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について」（資料1参照）に詳細をまとめた。

今後、日本医師会において「勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について」を踏まえ、勤務医の健康支援のための労働時間等働き方の見直し手引きの作成について、検討が行われることが期待される。

IV. まとめと今後の課題

医師の過労死、研修医や指導医のストレス、立ち去り型サボタージュなど医師の疲弊や、それによる医療崩壊の話題が、今や日常的に、メディアでも取り上げられてきている。原因は医師の過重労働だけでなく、患者・家族との関係性や、訴訟の危険性等に絡むストレスなど、多因子が関係している。

さまざまなストレスを抱える勤務医に対して、精神面を含めた健康回復へのサポートが重要な対応と考え、日本医師会内に、2008年6月、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が設置された。

初年度には、現在の勤務医のストレス状況や健康状態を把握するための調査を実施した。その結果、約12人に1人の勤務医がうつ状態にあり、約50人に1人の勤務医はうつ病が強く疑われる結果が示唆された。

2年目は、初年度の調査結果の分析と並行して、勤務医健康支援のための方針・アクション策定である「医師が元気に働くための7カ条」と「勤務医の健康を守る病院7カ条」(資料3参照)を作成し、医師会員をはじめとして関係医療機関などに配布した。また、勤務医の健康支援のためのEメール・電話による健康相談も実施したが、相談件数も少なく、匿名性を保証しても、医師という職種は、自分から健康について他人に相談できない傾向があることが確かめられた。

3年目は、病院管理者や産業医に対して、メンタルヘルスや職場の産業保健活動についてのワークショップを開催した。これは講義だけでなく、グループによる事例検討を含むワークショップ形式とし、参加者から高い評価を得た。そのため、各都道府県医師会の協力を得て11カ所で開催し、さらには、日本麻酔科学会・日本臨床麻酔学会・日本総合病院精神医学会などの学会や横浜市立大学麻酔科の医局でも同様の研修会が開催された。回を重ねる毎に事例を増やし修正を加え、さらには講師・ファシリテーターの養成も併せて行った。

この委員会はプロジェクト委員会として単年度で目的を達成するために組織されたが、4年間という長期間にわたり活動を続けることができた。これは、明らかに病院勤務医のストレスへの対策が喫緊の課題であることを如実に示したことになる。診療報酬改定でも病院勤務医の仕事を適切に評価したり、その負担を減らしたりするような改定が行われるようになった。十分ではないかもしれないが、医師側の悲鳴が社会にもやっと届き始めたことを感ずるようになった。準公共財とも言える医師という職業を社会が認知し大切にしてくれる歯車が回り始めた。このような中で、医師は以前よりもさらに医療に献身的に専念できるようになり、それは最終的には国民に良い形で還元されていくことになっていくだろうと実感している。

本委員会の4年間の活動は資料2を参照いただきたい。

勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について

※本報告書は平成23年度に4回にわたり開催された日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」での成果、および同委員会等を通じてまとめられた論文、文献等などによって作成されています。

平成23年度

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

報告内容

本報告書の概要.....	3
1. はじめに	3
1) 勤務医の労働時間ガイドラインを検討する意義.....	3
2) 勤務医の労働時間の適正化を図る目的	4
表 1 医師の労働時間を適正に設計し、管理、適正化する意義	4
2. 労働時間に関する海外の動向	5
1) 米国の Institute of Medicine の医師の労働時間の考え方.....	5
表 2-1 ACGME(2003)と IOM (2008) の研修医の労働時間規制の比較*..	6
2) 米国ガイドラインの日本への適応の課題	8
3) 各国における医師の連続勤務時間規制および週あたりの勤務時間規制.....	9
表 2-2 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*1)-6)..	9
3. 「医師の労働時間」の取り扱いに関する法的な諸課題	10
1) わが国の医師の労働時間に関連する判例から	10
表 3-1 医師の労働環境・労働時間に関する判例	11
2) 宿日直、オンコールに関する考え方.....	12
表 3-2 宿日直勤務の一般的許可基準の概要	13
4. 勤務医の声、各施設の良好事例から学ぶ.....	14
1) 勤務医の実直な声から学ぶ	14
表 4-1 勤務医の労働時間に関するガイドライン作成にあたって考慮すべき	
内容	15
2) 労働時間の取り組み姿勢と労働時間管理の方向性.....	16
3) 勤務医の負担軽減を行った事例.....	17
A 病院（都市部、臨床研修指定病院、就業環境改善ガイドラインの作成）..	17
表 4-2 「医師の働き方 4 つの目標」	17
B 病院（都市部、臨床研修指定病院、医師の交代勤務制度導入）	17
C 診療所（病床数 19 床、医師数常勤 2 名 非常勤 2 名）	18
5. 勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたっての検討事項の整理	19
表 5 勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたり検討が必要な項目例.....	19
6. まとめ.....	23
勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたって考慮すべき点	23
表 6 勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたり考慮する点	23
添付資料 1：労働時間ガイドライン作成にあたっての参考情報	27
1) 医師が自分自身の健康をケアする重要性	27

表 1 医師が元気に働くための 7 カ条	27
2) 職場環境改善、労働条件改善の重要性.....	27
表 2 医師の健康支援のための職場改善チェックリストの具体的な内容.....	28
3) 医療従事者が働きやすい職場づくり.....	28
表 3 勤務医の健康を守る病院 7 カ条	28

本報告書の概要

報告書は勤務医の健康支援のために、勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について検討した結果をまとめたものである。平成 23 年度に日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」での討議、本委員会を通じて行われた病院管理者・産業医向けワークショップ等の諸活動、並びに本委員会の取り組みに関連して実施された勤務医の健康支援のための労働条件改善・職場環境改善等に関する調査研究等の結果に基づいてまとめられた。

本報告書では勤務医の労働時間等を見直す意義と目的を整理した（１）。次に、労働時間に関する海外の動向（２）、わが国の医師の労働時間に関連する判例から現在課題となっている労働時間設計と労働時間管理の論点をまとめた（３）。特に、宿日直、オンコールに関する考え方、宿日直勤務の一般的許可基準と現在の課題を中心に整理した。次に、各施設における現実的な取り組みに活用できる良好事例、「医師の働き方ルール、4 原則」などの自主的な労働時間ガイドラインの策定が重要である点をまとめ（４）、勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたっての検討事項を整理した（５）。まとめで勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたって必要な 7 つの検討視点を提案した（６）。本委員会を通じてまとめられた成果から、勤務医の労働時間ガイドラインのあり方を考える際に有用となる情報を参考資料として添付した。

1. はじめに

1) 勤務医の労働時間ガイドラインを検討する意義

医師の労働環境を改善するための労働時間規制のあり方については国際的に検討が進められている。わが国では、勤務医の過重労働は深刻な事態が続いており、これまで様々な機関や団体等より医師の長時間労働の改善について、様々な提言がなされてきた。例えば医師の健康と長時間労働に関する研究や科学的知見、それらに基づく学術団体や病院団体、専門家からの人員増の必要性や医師の業務軽減策等の提案であり、監督省庁としての労働基準監督署等の医療機関への行政指導などにその改善方向が示されている。また、医療の質の確保のためには勤務医の労働条件確保が必要だとする立場から、医師のワークライフバランスを意識し、若手医師の教育体制、出産・育児支援体制の整備と相まって、勤務医の就労方法と労務管理に関する検討も進められている。勤務医の交代勤務制の見直し、当直制度や勤務体制の見直し、医療の質の改善も視野に入れたチーム医療体制の推進などである。ここ数年では、勤務医の負担軽減策として勤務時間短縮の交代勤務制度や診療報酬

制度に勤務医支援のための医師事務作業補助体制加算（メディカルクラーク制度の導入）が具体化している。

日本医師会に平成 20 年に設置された当委員会（勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会）では、これまで「医師が元気に働くための 7 カ条」「勤務医の健康を守る病院 7 カ条」などの提言などが行われ、勤務医の健康支援を守る労働条件、労働時間改善の取り組みに貢献してきている。平成 22 年 3 月から全国の医師会と協力して、参加型問題解決型で各病院の良好事例の経験交流を狙いとした、病院管理者・産業医向けの「医師の職場環境改善ワークショップ」も合計 12 回開催し、勤務医の労働時間や勤務体制に関する改善の経験が積みあげられてきた。

一方、これらの提言や取り組みが必ずしも勤務医の労働条件改善につながっていないという声もある。医療機関にとって医師の労働時間管理を適切に行っていないことが、事業場としての法的なリスクであることは認識されて久しいが、例えば、全国の労働基準監督署が 2009 年 4 月から 10 年 3 月までの 1 年間に労働基準法違反などで是正勧告を行った病院・診療所など医療保健業の事業場数は 1,216 件で、その内訳は労働時間が 781 件、時間外労働などに対する割増賃金が 540 件、就業規則が 390 件、36 協定の締結を含む労働条件の明示が 295 件、賃金不払いが 72 件であった。特に、労働基準法 32 条、37 条に関連した是正勧告が多い。法的に問題がある状態で勤務医が勤務を続ける場合は、場合によっては新聞に掲載されるなどして地域の信頼を失うことになりかねない。

そこで、勤務医の労働時間設計と労働時間管理に焦点をあて、具体的に何を目的として、何を検討し、何にどのように取り組むべきか整理することが必要である。

2) 勤務医の労働時間の適正化を図る目的

勤務医の労働時間等が適正に設計され、管理されることの重要性は論を待たないが、少なくとも次の 3 点が重要な目的である。

表 1 医師の労働時間を適正に設計し、管理、適正化する意義

1. 医師の健康は医師自身のみならず、その家族、社会にとって重要である。
2. 勤務医の健康確保は、医療の質の向上を図り、患者安全と国民の健康を確保する基盤となる。
3. 勤務医がその専門性を十分発揮できる勤務設計、労働時間管理を行うことは、労使の自主的な合意形成によって支えられた診療所・病院（事業場）の健全な事業体運営にとって不可欠である。

1. 医師の健康は医師自身のみならず、その家族、社会にとって重要である。医師は社会において貴重な人的資源である。医師を養成するために多くの公的な資金が投入さ

れている。医師が自身の健康を損なったため早期退職する、休養が必要な状態であるにもかかわらず休養できずに勤務を続けてさらに健康を損ない休業が長期化すれば、大きな社会的損失である。医師自身が自分の健康に気を配り、保持増進することは医師自身の健康的な労働生活のために必要であり、多くの医師はそのことを知っている。米国、カナダ、英国でも、社会的人的資源である医師の健康をどのように守るか、医師会の主導と政府の支援のもとで様々な取り組みが進んでいる。

2. 医師の健康確保は患者安全と直結する。医師が自身の健康を損なった状態で診療を行った場合、間接的にまたは直接的に患者の治療に影響を及ぼす。患者も不健康で疲労困憊な状態の医師には診てもらいたくないだろう。例えば、米国では研修医の労働時間管理と医療事故に関連して、多くの知見が蓄積されて様々な議論が進められている。我が国において、人的資源としての医師の健康を支え、医療事故のリスクを少なくする方法を検討することは、増大する医療需要に必要な不可欠な課題であり、国民の健康確保のために極めて重要である。

3. 勤務医の労働時間管理の取り組みは、事業場における労使の自主的な合意形成や健全な事業体運営にとって不可欠であり、国民の健康を確保するために重要である。医師の労働時間等の設定の改善を含めた仕事と生活の調和の実現に向けた取り組みは、医師の健康確保に必要な取り組みであるとともに、病院・診療所の活力や競争力の源泉である有能な人材の確保・育成・定着の可能性を高めるものでもある。勤務医の勤務制度設計と労働時間管理のあり方を検討する際、医師の働き方の多様性を奪う一方的な労働時間規制や単に労働時間管理技術の不足や労務管理に関する基本的知識不足によってもたらされる労働者側の意見等によって生じる軋みによく耳を傾けるべきである。そこで働く労働者である医師と、管理する側の立場、そして何よりも患者の声を忘れてはならない。

そこで、勤務医の健康支援のための労働時間ガイドラインのあり方を検討するにあたって、これまでの本委員会の検討結果を踏まえ、勤務医の労働時間の適正化を図る目的を整理し、海外の動向、我が国での労働時間規制に関する諸課題、現場実態と改善の方向性を整理し、勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたっての検討事項を整理した。

2. 労働時間に関する海外の動向

1) 米国の Institute of Medicine の医師の労働時間の考え方

全米科学アカデミー医学研究所 (Institute of Medicine: IOM) の報告「患者の安全性を向上させるための研修医 (レジデント) の勤務時間および勤務体制の最適化に関する委員会 (Committee on Optimizing Graduate Medical Trainee [Resident] Hours and Work

Schedules to Improve Patient Safety) 」による 2008 年の報告（以下、IOM レポート）で、労働時間の規制が改訂された（表 2－1）。

IOM レポートでは（1）レジデントの勤務時間が患者の安全性に与える影響と（2）勤務時間と睡眠時間が業務に与える影響に関する科学的根拠に基づいた文献の審査を行った結果、レジデントの急性および慢性の断眠を防ぎ、疲労による過誤を最小限に抑えるには、単に総労働時間を減らすのではなく、研修期間中のレジデントの睡眠時間を増やすことに重点を置くべきであるとした。また、16 時間を超える勤務シフトの場合は、5 時間の睡眠時間を確保することを推奨している。この勤務時の睡眠時間は、4 週間当たりの週平均労働時間の上限 80 時間に含めなければいけないとしている。

2003 年の ACGME（The Accreditation Council for Graduate Medical Education）の基準は、研修期間のプログラムとして次の点も義務づけていた。1）シフトとシフトとの間のオフ時間を明確にすることにより、毎日の睡眠時間を増やす、2）睡眠不足の蓄積を最小限に抑えるために、「寝だめ」や体力回復を目的とした定期的な休日を増やす、3）レジデントの有給医療行為（アルバイト）を制限する、4）過労のため運転して帰宅できないレジデントに安全な交通手段を提供する、である。また、レジデントと指導医との間で頻繁に話し合いができるような良好な研修環境、レジデントが最も効率的に引き継ぎを行う方法を習得することが不可欠であるとも指摘している。

表 2－1 ACGME(2003)と IOM（2008）の研修医の労働時間規制の比較*

	ACGME の 勤務時間規制(2003)	IOM 勧告(2008)
週当たりの最長勤務時間	4 週間の平均で週 80 時間	変更なし
最長シフト時間	30 時間(入院患者の場合は最長 24 時間、引き継ぎ作業および教育的活動の場合はさらに 6 時間)	・ 30 時間（入院患者の場合は最長 16 時間に加えて、午後 10 時から午前 8 時までの間に睡眠時間 5 時間をプラス、残りの時間で引き継ぎ作業および教育的活動） ・ 睡眠時間を確保しない場合は 16 時間
宿直勤務 (in-hospital on-call) 頻度	平均 3 晩ごと	・ 3 晩ごと、平均化はしない
シフト間の最低休憩時間	シフト後 10 時間	・ 昼間勤務後 10 時間 ・ 夜間勤務後 12 時間 ・ 30 時間の連続勤務後 14 時間、翌日午前 6 時まで業務についてはいけない

院内夜間勤務の最多頻度	対象外	・ 最高で連続 4 晩、3 晩または 4 晩の連続した夜間勤務後に 48 時間の休憩
強制的な非番の時間	・ 月当たり 4 日 ・ 週当たり 1 日（24 時間）、4 週間分を平均する	・ 月当たり 5 日 ・ 週当たり 1 日（24 時間）、平均化はしない ・ 月当たり 48 時間の非番を 1 回
アルバイト	院内でのアルバイトは週当たり 80 時間の規制に計上される	・ 院内外でのアルバイトは週当たり 80 時間の規制に計上される ・ その他の勤務時間規制も、予定されている研修業務と併せて、アルバイトにも適用する
例外の時間に対する規制	確固たる教育的上の根拠により選択したプログラムの場合は 88 時間	変更なし
救急室に関する規制	12 時間上限のシフト、シフト間では、シフトと同時間の休憩 週労働時間 60 時間、教育の場合はさらに 12 時間プラス	変更なし

2) 米国ガイドラインの日本への適応の課題

IOM レポートの労働時間の基準を日本の労働基準法に照らし合わせて考えると、必ずしも適法ではない。例えば、週当たりの最長労働時間を見た場合、IOM の基準は、4 週間の平均で週当たりの労働時間は 80 時間までとなっているが、日本の労働基準法で定める週当たりの労働時間は 40 時間で、36 協定を締結した場合でも、4 週間の時間外労働限度時間は 45 時間である。概ね 10 時間/週の時間外労働時間となるので、労働時間としては約 50 時間/週となる。よって、IOM の基準は、労働基準法の上限から約 30 時間/週超過している。

もし、医師が労働基準法第 41 条の〈労働時間・休憩・休日〉に関する「規定の適用除外者」に該当する場合は、1 日・1 週間に何時間でも労働させられ、休憩も休日も付与しなくてよいので、医師がこの適用除外に該当するかどうかのポイントになる。法 41 条の労働時間等の適用除外者で代表的な者は、「監督若しくは管理の地位にある者」である。この「監督もしくは管理の地位にある者」とは、労務管理について経営者と一体的な立場にある者を意味し、院長や部長等の名称にとらわれず実態に即して判断される。つまり、病院の経営者である医師は、法 41 条の労働時間等の適用除外者に該当すると考えられるが、そうでない勤務医の場合は、労働基準法が当然に適用されることになる。

IOM 基準を日本の労働基準法で合法的に運用するには、「特別条項付き 36 協定」を汎用的に駆使するなどの検討が必要になるだろう。しかし、この限度基準を超える時間外労働時間を協定した場合でも、その定めは有効で、行政官庁から助言および指導を受けることがある。また、特別条項付き 36 協定を締結した場合は、この限度時間を超えて協定を締結することができる。ただし、特別条項付き 36 協定は「臨時に特別な事情がある場合」「限度時間を超える期間が 1 年の半分以下でなくてはならない」等といった、条件がある。

したがって、そもそも労働基準法通りの働き方では医療需要に対応できてきていない日本の医療のマンパワーの現状を鑑みると、取り組むべきことは、医師の労働時間の把握である。まず、医師がどのくらい働いているのか、労働時間の把握さえできない施設においてはまずはどのぐらいの時間外勤務（残業、休日）があるのか把握することから始めることが、第一歩として重要となる。そして、残業が恒常化し実際に診療等の業務を行っていることが確認された場合は 36 協定を結び、時間外労働の削減を進めるために、多面的な策を講じてゆく、というステップが現実的である。外科などでは実際、200 時間を超える残業があると推測されるが、36 協定を、45 時間を大幅に超える残業であっても、実際の残業時間をもとに形式上で締結し、残業時間中に行われている業務の精査と、削減が可能かどうか検討する。具体的に行う検討内容は、例えば、「ミーティングは拘束時間と判断し、残業扱いとする」「自分が執刀して患者が心配で、経過を確認したいので夜遅くまで残っているだけ、というのは残業として扱わない。基本的には当直に任せて帰ることとし、22 時までには病院を退出する」、などの自主取り組みルールの策定を行う、などである。その際

には主治医制度やチーム医療制度、当直体制や賃金の支払い等に関する見直しを同時に行わなければ、労働時間の見直しのみ行っても、机上の空論となるだけだろう。

欧州では、厳密に医師であっても週 35 時間労働規制などが適用されている国などがある。我が国ではこの IOM 基準や、欧州の労働時間基準を一つの目安として、各施設における医師の労働時間設計や勤務の仕方の自主ルールを作成することが現実的である。

3) 各国における医師の連続勤務時間規制および週あたりの勤務時間規制

表 2-2 には、各国における医師の連続勤務時間規制および週あたりの勤務時間規制を示した。各国の労働時間規制からみえることは、(1) 連続勤務時間規制、(2) 週あたりの勤務時間規制について検討することが、労働時間管理にあたって重視すべき点にあることである。

日本における医師の週あたりの労働時間規制を現行の労働基準法に当てはめて週 40 時間に規制することは、各国の医師の労働時間規制の状態からして現実的でないことも指摘できる。

表 2-2 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*1)-6)

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
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：専門医の勤務上限はなく、研修医のみ研修医協会が週 72 時間の上限を設けている。

*上記の引用文献

- 1) Australian Medical Association. Overview of Overseas Experience in Regulating Hours of Work of Doctors in Training. Date released: 01/12/2002
- 2) Trevor Pickergill. The european working time directive for doctors in training. BMJ 323; 1266, 2001.
- 3) Friedman WA. Resident duty hours in American neurosurgery. Neurosurgery 54; 925-931, 2004.
- 4) Hill J. Sleep deprivation. Lancet 363; 996, 2004.
- 5) Gurjala A et al. Petition to the Occupational Safety and Health Administration requesting that limits be placed on hours worked by medical residents (HRG publication #1570). April 30, 2001.
- 6) Steinbrook R. The debate over residents' work hours. N Engl J Med 347; 1296-1302, 2002.

3. 「医師の労働時間」の取り扱いに関する法的な諸課題

1) わが国の医師の労働時間に関連する判例から

産労総合研究所発行の「労働判例」に掲載された、近年の医師の労働環境に関する判例（表 3-1）をみると、勤務医の突然死、自殺で病院側の安全配慮義務違反を訴えたものや労災認定を求めたものが多く、医師の労働環境が注目されていることが分かる。

そのような裁判では、業務過重性の評価において「労働時間の算出」が争点のひとつとなっている。医師の労働者性について、その労働時間が争われた際、医師の労働時間がタイムカードなどで管理されていることは少ないため、多くは、電子カルテのアクセス時間、手術記録、同僚の証言などから推定されている。その中で、時間外労働時間、宿日直、学会発表等の研究はどのように判断されているのだろうか。

時間外労働時間は、医師に自己申告させている医療機関も多く、基本的にはその時間を元に判断することになる。しかし、大阪府立病院（医師・急性心不全死）事件や土浦労基署長（総合病院土浦協同病院）事件では、医師が待機時間や研究時間などを含めて申告することへの抵抗感があることや、たとえ正確に申告したとしても、限られた予算の中では賃金に反映されないことから、過少報告される傾向にあったことが指摘され、同僚の証言をふまえて労働時間を判断している。

休日に患者の経過を見るために病院に出向くことについては、土浦労基署長（総合病院土浦協同病院）事件では勤務にはあたらないとして労働時間から除外している。大阪府立病院（医師・急性心不全死）事件では、カンファレンスや症例検討会は業務と判断されたが、学会発表、論文などの研究業務は、個人業績に寄与する部分が大きいとして、業務と判断されなかった。

表 3－1 医師の労働環境・労働時間に関する判例

1. 鳥取大学附属病院事件（鳥取地裁 平 21. 10. 16 判決）
大学院生（外科）が極度の睡眠不足および過労のためにアルバイト先に自動車に向かう途中で交通事故死 ・大学院生は労働者ではないが、大学とは在学関係にあり、安全配慮義務はこれに付随するものであることから、病院の安全配慮義務違反を認めた。 ・医師は一般人よりも自身の健康状況を把握できる立場にあるとして過失相殺 60%。
2. 奈良県（医師・割増賃金）事件（奈良地裁 平 21. 4. 22 判決）
産婦人科医の宿日直・宅直勤務が時間外、休日労働に当たるとして割増賃金の支払いを求めた ・宿日直は回数、宿日直時間中の 4 分の 1 は通常業務に従事していたことから、労働基準法の「断続的労働」には当たらない。場所的拘束を受け、呼び出しに速やかに応じて業務を遂行することを義務付けられているものであり、待機時間も労働から離れることが保障されているわけではないことから、待機時間も含めて労働時間であると認められた。 ・宅直勤務は、5 名という医師不足を補うために行なっている医師の間での自主的な取り組みであり、病院内規の定めがないこと、待機場所が定められているわけではないため、労働時間ではないとしている。
3. 大阪府立病院（医師・急性心不全死）事件（大阪高裁 平 20. 3. 27 判決）
麻酔科医（33 歳）が夜間就寝中に原因不明の突発性心筋症により死亡 ・麻酔施術や I C U 管理は精神的緊張が伴うこと、宿日直、重症当直の負担が過重であったこと、業務と死亡には相当因果関係があったとし、病院側は長時間労働を把握し、健康状態の悪化を予見できたのに、具体的対策を講じなかったとして、安全配慮義務違反を認めた。 ・勤務が終了しても自主的に他の医師のバックアップをしており、他の医師よりも勤務時間が長くなっていた。健康管理を怠ったまま自らの選択により長時間労働を行ったとして過失相殺 35%。 ・研究活動は治療効果の向上や研究業績を上げる効果があり、病院の業務に資する面はあるものの、業務命令の下で行われたものではなく、個人の研鑽および業績向上のためのものという面があったとして損害賠償額が 1 割減。 ・労災は認定されず。
4. 積善会（十全総合病院）事件（大阪地裁 平 19. 5. 28 判決）
てんかんの既往がある研修医（麻酔科）がうつ病に罹患し、自殺に至った ・病院の方が落ち着くとして、勤務終了後も病院内にとどまっていたことなどから実労働時間が不明であるため、病院滞在時間の長さのみで業務が過重であったとはいえないとされたが、仕事熱心であったゆえにうつ病が悪化し、自殺に至ったと推察され、業務と自殺には相当因果関係が認められた。 ・病院はうつ病により業務継続が困難として、業務を軽減させつつ、異動させる方針を固めていたが、「探さないでください」とメモを残し失踪した。病院の安全配慮義務違反を認めた ・てんかんの既往があること、指導医が精神科受診を再三すすめていたが、受診していなかったことから、過失相殺 30%。

5. 新宿労基署長（佼成病院）事件（東京地裁 平 19. 3. 4 判決）

管理職（小児科）に就任、半年後に飛び降り自殺、遺族が労災保険法の遺族補償給付請求を行ったが労基署長は業務上に当たらないとして不支給処分にしたことに対する行政訴訟

- ・ 小児科医 5 人中 2 人が退職し、宿日直当番調整や補充医師確保などの負担を負い、宿日直勤務の回数が増えるなどして長時間勤務となり、総合的には業務上の心理的負担は強度 I I に該当し、業務に起因してうつ病に罹患し、自殺に至ったとして労災認定。
 - ・ ただし、病院の安全配慮義務違反は否定された。（東京高裁 平 20. 10. 22）
-

6. 土浦労基署長（総合病院土浦協同病院）事件（水戸地裁 平 17. 2. 22 判決）

外科医（卒後 4 年目）がうつ病に罹患し、転勤後まもなく自殺。労働基準監督署長が死因と業務との因果関係が認められないとして、遺族補償年金不支給処分

- ・ 他人の人生を左右するという心理的負荷が高く、1 人受持制であるうえ、責任感が強いという性格から長時間勤務となったことが原因であると労災認定された。
-

2) 宿日直、オンコールに関する考え方

大阪府立病院（医師・急性心不全死）事件や新宿労基署長（佼成病院）事件、土浦労基署長（総合病院土浦協同病院）事件では宿日直時の勤務状況から、宿日直は労働時間と判断されている。そのため、かなりの長時間勤務となっており、業務上の心身の負担が過重であったことが指摘されているが、その違法性まで言及されていない。ところが、奈良県（医師・割増賃金）事件では、宿日直の労働時間性の判断が争われた裁判であり、医師の労働環境を見直すきっかけとなるとして注目を集めた。この判例では宿日直勤務は仮眠時間などの待機時間を含めて労働時間と判断されたが、オンコールは労働時間とされなかった。宿日直勤務は、院内の内規に規定されているもので、その場所が拘束され、待機時間も労働から離れることが保障されているものではないことから、待機時間も含めて労働時間とされた。一方、オンコールは産婦人科が独自に運用していたもので、分娩や緊急手術が重なった場合など、産婦人科の宿日直医師 1 人では対応しきれない場合にオンコール担当医が支援するというものであった。オンコール制度が内規に規定されていなかったこと、医師の自主的な取り組みであったことが、労働時間として判断されなかったポイントである。

宿日直の法令上の解釈はどうなっているのか。医療法第 16 条に「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿日直させなければならない」としている。これは、夜間・休日に入院患者の容態が急変した際に治療できるよう医師を待機させるためであり、夜間外来や救急外来で対応することは想定されていない。多くの病院が、労働基準法で定められた一日 8 時間週 40 時間（法定労働時間）を超えて医師に宿日直させている。労働基準法の範囲で法定労働時間を超えて宿日直をさせる場合、2 つの方法がある。一つは、同法第 36 条に定められている、使用者が労働者と労働時間に関する協定（36 協定）を結び、さらに労働基準監督署に届け出を行うこと。もう一つは、同法第 41 条に定められている、断続的労働とし

て労働基準監督署の許可を得ることである。前者は、前述の「米国ガイドラインの日本への適応の課題」（9 ページ、2 の 2）で触れたように限度時間の基準が定められているほか、時間外労働時間分は通常の賃金よりも割り増しした割増賃金を支払う必要がある。後者の場合は表 3－2 に示す基準を満たす必要があるが、労働時間とされないため割増賃金は不要となる。

表 3－2 宿日直勤務の一般的許可基準の概要

-
- | |
|--|
| 1) 常態としてほとんど労働する必要がない勤務であり、軽度または短時間の業務を行うことを目的とするものに限ること |
| 2) 救急医療等を行うことが稀にあっても、一般的にみて睡眠が充分とりうること
通常の労働を行った場合には、割増賃金を支払うこと |
| 3) 相当の睡眠設備を設置し、夜間に十分な睡眠時間を確保すること |
| 4) 宿直勤務は週 1 回、日直勤務は月 1 回を限度とすること
宿日直をする者が不足しており、かつ、勤務の労働密度が薄い場合は、この限度を超えて許可して差し支えない |
| 5) 宿日直手当は、宿日直勤務を行う医師の賃金の 1 日平均額の 1/3 を下らないこと |
-

詳細は「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（平成 14 年 3 月 19 日付け基発第 0319007 号）を参照のこと

この法 41 条の許可には有効期限が定められておらず、医師の長時間勤務を助長している一因となっている。すなわち、過去、夜間や休日の診療でほとんど患者が来ないという状況で断続的労働として許可されていたものが、その後救急外来を受診する患者が増えたにも関わらず、断続的労働として労働時間に含めない状況が続いているのである。奈良県（医師・割増賃金）事件（表 3－1）でも、病院側はこの断続的労働に該当すると主張していた。

平成 14 年に厚生労働省は法 41 条に基づく許可を受けていた 8,400 の医療機関の実態調査を行っている。閉鎖等で宿日直勤務を行っていない医療機関、もしくは宿日直の許可基準を満たしている医療機関を除いた、600 機関に対し、表 3－2 の基準を満たしているかどうか自主点検を依頼したところ、1 ヶ月の間に宿直勤務中に救急患者に医療行為を行った回数若しくは時間が多いところや割増賃金を支払っていないところが 2,700（自主点検を実施していない医療機関を含む）に上ったことが報告されている。その後、厚生労働省の指導により医療機関が改善対策を講じたが、それでも 600 機関は宿日直での睡眠が取れないほど忙しく、医師が確保できないため回数を減らすこともできず、法令に違反しているのが現状である。現在も、法令違反として労働基準監督署から是正勧告を受けている施設も依然として多い。

医師の労働時間が労働基準法の週 40 時間では医療の需要を満たせないことも明らかであるが、各施設で労働時間管理として、取り組むことができる点は多くある。勤務医が疲労

しているのは、日中の労働時間が長時間であることではなく「当直」と呼ばれる夜勤勤務のまま、翌日も勤務する 30 時間以上の連続勤務が行われていることや、勤務医がどのぐらい働いているのか、その労働時間の把握を管理者が行っていないところに、問題がある。

医師の労働時間の把握と管理が、勤務医の健康状態改善と医療の質に必ず寄与するとの視点から、管理者は法令上留意する点として、労基法 32 条（労働時間）、同 37 条（時間外、休日及び深夜の割増賃金）関連の諸課題に取り組む必要がある。実は、医師の労働時間の把握と管理について、法令上で対応が必要となる点は、決して複雑ではなく、管理者としてできることが多くある。管理者の姿勢と、少しの取り組みによって医師の労働時間管理の難しさが克服できると考えられる。その際、すでに行っている医師の労働時間改善のための先行病院事例から学ぶことが多い。これらの経験は、医師の労働時間ガイドラインを作成する際に活用し、共有する必要がある。

4. 勤務医の声、各施設の良好事例から学ぶ

本委員会では、医師の健康支援のためのアンケート調査（2009 年）や勤務医の職場環境改善ワークショップの開催（2009-2011）や病院での勤務環境改善のための事例収集や調査研究（2010-2012）などを実施してきた。これらの結果を労働時間ガイドラインのあり方の検討の際、大いに活用した。良好事例から学ぶ取り組みは、現場改善に直結することも確かめられた。

1) 勤務医の実直な声から学ぶ

医師の健康支援のためのアンケート調査（2009 年 2 月実施）における 869 件の自由意見から、医師の健康支援と労働時間管理に関連した記述を抽出・分類し、その特徴をまとめた。その結果、「医師の現場の意見からみえる医師の健康支援のための 5 つの重要な視点」が明らかとなった。それは、（1）安全・健康で継続可能な勤務体制の確立、（2）男女ともにワークライフバランスがキープできる勤務生活のあり方、（3）医療システムの見直しと改善、（4）医師自身の健康管理、（5）勤務医の実態等に関する PR の必要性である。

また、意見内容の詳細からは「働き方や健康支援に関する実態や訴え（564 件）」「医師会や本調査に関する意見や要望（149 件）」「理念や政策提言（125 件）」「労働条件等の改善提案（54 件）」等が整理された。特に「働き方や健康支援に関する意見、要望」、「労働条件等の改善提案」の 2 区分の意見に再整理した結果からは、多忙やオーバーワーク（過重労働）（第 1 位）、当直やオンコールに関する過酷な運用（第 2 位）の訴えとともに、具体的な改善提案が述べられている自由意見が数多くある

ことから、これらの意見を反映して労働時間設計に関して考慮すべき視点をまとめた（表4-1）。具体的に、アクションには医師個人が取り組むこと、病院内で取り組むこと（マネジメント課題）、医師会で取り組むこと、国に要請すること、の4つが必要であることも確かめられた。これらは労働時間ガイドラインを作成する際には、有用な視点である。

表4-1 勤務医の労働時間に関するガイドライン作成にあたって考慮すべき内容

（1）安全・健康で継続可能な勤務体制の確立（具体的なアクションとして） 「多忙な勤務生活」の解消策として 例：業務精査と多職種協議の場面を設ける 例：医師数についての決まりづくり（例えば、受持ち患者数をきめる、急性期なら何名、回復期なら何名など） 例：医療行為以外の雑務の不満について聞き取りを行う 例：軽症患者の深夜受診を減らす策の検討 例：自己啓発に関する時間を確保する 「勤務時間・当直体制の不備」→「睡眠不足」「過労状態での業務遂行」→「医療事故リスク」「うつ病の発生」を防ぐ視点→「日勤・当直・日勤体制を見直す」 例：検討できる項目として、「時間外勤務の状態化の解消」「主治医制」「一人Doctor」「当直制」「使い勝手のよい代診医」「当直翌日勤務の解放」「365日オンコール体制から完全フリーな（絶対に呼ばれない）休日の設定」
（2）男女ともにワークライフバランスがキープできる勤務生活のあり方 「子育て」「社会生活への適応」「気力・体力の維持」「充実した医療活動」
（3）医療システムの見直しと改善 「勤務医と開業医の連携模索」「多職種協働」「軽症患者の深夜受診」
（4）医師自身の健康管理への介入視点 「勤務医の困難な状況を精神科的介入で解決を図ろうとしてはならない」 「労働基準を守ることが基本である」 「休めば元気になる」好事例ケースは多くある - 多くの医師は「メンタル面だけでなく、生活習慣病をはじめ、健康状態を幅広く取り上げる、自己管理が原則である」ということを念頭においている - 医師の仕事をしにくくして、時間がかかると思われるのはクレーム対応である。「クレーム対応に時間がとられ、診療がすすまない」「いつもクレームのことがきにかかる」と多くの勤務医は思っていることに留意する 「難しい症例、重症者の医療など勤務医の仕事自体がストレスの固まり。しかし、

それは医師としての生き甲斐や存在価値と表裏の関係にあるストレス。」「仕事そのものは生き甲斐であり、やりがいのある仕事で誇りに感じているが、当直日の36時間勤務や、平日の15時間勤務、休日も休まず出勤する日々に疲れ果ててうつになった。」などの現場の声を重視する

(5) 勤務医の実態等に関するPRの必要性

ガイドライン作成にあたっては、職場内に向けた取り組みだけでなく、外部に目を向け発信できるものであるかなどを考慮して作成することが望ましい

- 「正確な診断と安全な医療を確保するには医師に“時間的なゆとり”が必要であることと、その理由を社会に向かって発信する必要がある」
- 「当直を含め24時間＋日勤（＋時間外）が当たり前の医療界の考え方はおかしい。」
- 「世間の人に医師の勤務がここまで過酷であることを知らせるべきである」
- 「勤務医の激務が最終的に患者サービスの低下につながることを、患者向けにアピールする」
- 「医療行為によっては、たとえ頑張っても、常によい結末を迎えることにならないこともある」ということを患者に理解してもらう」

2) 労働時間の取り組み姿勢と労働時間管理の方向性

本委員会を通じて岡山県、京都府、高知県で実施された医師会研修会等において、医師の労働時間や当直体制、残業の取り決め、業務の進め方などに関する調査を行った。2010年に調査を実施し、3府県で合計75名（管理者64%）の回答を得た。対象者の施設において労働時間の改善の必要性は68%が改善の必要ありと回答した。医師の労働時間に関して何らかの取り決めがあるのは30.7%(23施設)、取り決めはない25.3%(19)、わからない・不明・無記入44%(32)であった。就業規則があると回答があったものは36%(27)で、就業規則はないが文書化されたものはある9%(7)、口頭での同意事項がある7%(5)、暗黙の了解での労働時間のルールがある15%(11)であった。労働基準監督署の指導があり、現在ルール作成中であると回答した施設もあった。また、残業時間に関しては36協定で医師の残業時間に関する取り決めがあると回答したのは全体の12%(9)で、取り決めがないと回答したところは37%(27)、わからないも24%(18)であった。労働時間管理の良好事例では、「当直明けのルール」「休日の取り扱い」「当直体制の取り扱い」「オンコールに対する取り決め」などが多く挙げられた。就業規則や働き方のルールなどが未整備の診療所・病院もあり、促進する必要性が確認できた。また、現場の声では労働基準法をそのまま適用はできない、適用すると医師が足りなくなり病院が崩壊する、医師としての働き方に関して弾力性をもった労働時間のルールづくりのガイドラインが必要であることが指摘された。

3) 勤務医の負担軽減を行った事例

以下に、勤務医の労働時間の削減と勤務医の負担軽減を行った良好事例の一部を示した。A から C 病院の事例は、医師の労働時間ガイドラインのあり方を考える際に非常に参考になる。

A 病院（都市部、臨床研修指定病院、就業環境改善ガイドラインの作成）

A 病院では医師の就業環境改善の視点から「就業環境改善ガイドライン」を作成して、労働時間改善などを含む勤務環境改善に関する取り組みを進めた。A 病院では、1) 医院の診療機能向上に伴った業務量の拡大、2) 医師の過重労働に対して働き方のルールを作るべきであるとの衛生委員会からの提言、3) 行政による時間外労働に関しての指導等があった背景により、医師の就業環境改善を病院全体で取り組む必要性が生じた。2010 年 11 月、院長の方針のもと、執行部企画による管理職による会議が行われ、医師の就業環境改善プロジェクトチームが組織され、2011 年 3 月までに取り組みが行われた。その結果、1) 労働時間に関する検討事項、2) 外勤アルバイトの取り扱い、3) 労働基準法に沿った時間外手当や就業規則の作成が人事労務管理部門とともに検討が行われた。また、労働時間は、業務内容の見直しと表裏一体であり、診療支援や文書支援などを行う医師支援チームを作り、業務改善の取り組みとともに進めていた。この業務改善には、病院の意識改革、個人の意識改革、必要な業務の精査と医療の質の見直し、業務分担、現在の診療体制、事務管理体制の見直し、業務の標準化などが含まれていた。A 病院で作成された自主ルールを表 4-2 に示した。

表 4-2 「医師の働き方 4 つの目標」

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 当直に任せて帰る・ 遅くとも 22 時には退出する・ 当直の翌日は 12 時には退出する・ 週に一日は完全休日にする |
|---|

B 病院（都市部、臨床研修指定病院、医師の交代勤務制度導入）

B 病院産婦人科では慢性的な長時間労働対策として、労働時間制度の見直し、勤務医の交代勤務制を導入した。30 名前後の産婦人科医師の勤務体制を、変則二交代制（1 ヶ月単位の変形労働時間制）、日勤（08:30-17:00）、S 勤（08:30-20:00）、夜勤（20:00-09:00）の 3 勤務とし、S 勤は一線、二線、三線の計 3 名、手術延長の等の場合は交代・一時代行などで臨機応変に対応、勤務の引き継ぎは朝 8 時 45 分、夜 20 時として、チーム医療

体制を強化した。夜勤と夜勤明けについては、夜勤入り・明け後は日勤はなし、振替休日の取得を積極的に推奨、夜勤の始業時刻を 20 時にして家族と食事をできるようにするなど、産婦人科医自らが、出産育児ワークライフバランスを実践する方針とした。

その結果、1 ヶ月当たりの時間外労働が 30 時間を超える医師が従来の 8 割から 1 割程度まで減少した。終業時刻後に仕事がなければすぐに退勤するなど労働時間管理に関する医師側の意識にも変化がみられた。交代勤務導入後、体力的にも長時間勤務により眠気が出る、患者への対応が荒くなる、転記ミスなどが出やすくなる、などのケースが減った。また、平日の昼間の人員過剰が整理され、最低の人数で業務が行えるようになった。このため人件費が月数百万単位で削減された。さらに、女性研修医の応募が増加し、希望者も増えた。一方、導入によって、一時的に給与の大幅ダウンが見られたこと、研修医の指導体制が難しい、勤務表作りや報酬の計算が煩雑、勤務医が大人数でないと実施は難しいなども指摘された。

C 診療所（病床数 19 床、医師数常勤 2 名 非常勤 2 名）

6,000 名の対象人口に対し、本院と無床診療所の各 2 名の医師で夜間救急・休日診療をこなし過重労働が慢性化していた。救急医療体制の集約化を検討し、1) 診療所を新築移転した際に、医療機器（Xp、エコー、CT、内視鏡）をデジタル化し、電子カルテも導入、2) 往復 4 時間かかっていた医療センターまでの搬送にヘリコプターを導入、3) 医療センター、他の医療機関から土日に臨時当直に来てもらうようにした。その結果、1) 重症患者の情報を医療センターに電子データを転送することで容易に専門医コンサルトが出来るようになった、2) 診療所で相互に電子カルテを共通化したことで、無床診療所の第 2・4 土日曜日を休診、本院に集約できるようになり、負担が軽減した、3) ヘリコプターを用いることで医療センターまでの搬送にかかる負担が軽減した、4) 臨時当直に来てもらうことで、土日の負担が軽減した。しかしながら、医療サービス低下に住民反対があり、完全な集約化が出来ておらず、いずれは平日夜間救急も集約化していきたいと考えている。

これらは収集された事例の一部であるが、トップの方針のもと、ステップを踏んで勤務に関する自主ルール策定、交代勤務制の導入と診療科医師としての姿勢の見直し、医師の集約化と地域診療体制見直しなどが含まれている。医師の労働時間は、勤務の制度設計や医療体制と大いに関与することが確認された。

5. 勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたっての検討事項の整理

労働時間ガイドライン作成にあたっては、表5の視点の検討が必要である。また、実際の労働時間の見直しにあたっては、各施設の方針に従って、できるところから取り組むことが重要と考えられる。

最終的に、次項「6.まとめ」において、表5およびこれまでの検討結果をもとに、医師の勤務時間設計基準のガイドライン（労働時間ガイドライン）作成にあたっての準備に必要な内容を作成した（表6）。

表5 勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたり検討が必要な項目例

大項目	小項目	解説
C. 検討項目	具体例	労基法等に照らして考慮すべきこと、基本的確認事項
1. 労働時間に関する検討事項	月あたりの残業時間の上限(時間外勤務の上限設定)	・時間外労働及び休日労働に関する労使協定(36協定)に定めることができる時間外労働の上限は、1か月あたり45時間、1年間では360時間である(労働基準法第36条第1項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する基準・平10.12.28労働省告示154号)。
	一回あたりの最長勤務時間	・医業に関しては一勤務あたりの上限時間の規制は法令上存在しない。なお、一般乗用旅客自動車運送事業(タクシー事業)に従事する自動車運転者の2暦日での拘束時間は21時間以内とされている(自動車運転者のための労働時間の改善のための基準・平1.2.9労働省告示7号)。
	日勤・夜勤、当直勤務に関する制度	・当直勤務とは、休日(日直)及び夜間(宿直)における勤務であり、当該労働者の本来業務は処理せず、構内巡視、文書・電話の収受又は非常事態に備えて待機するもの等であって常態としてほとんど労働する必要がない勤務(断続的労働)をいう。 ・医療機関が、当直勤務につき労働基準法第41条及び同法施行規則第23条に基づく所轄労働基準監督署長の許可を受けた場合には、同法による労働時間、休憩及び休日に関する規制の適用が除外されるため、当直勤務に就く労働者について、突発的に通常の労働を行った場合を除き、時間外労働及び休日労働に関する労使協定の締結・届出等を行うことなく、また、同法第37条に基づく割増賃金を支払うことなく、法定労働時間(週40時間・1日8時間)を超えて労働させることができる。 ・当直勤務について当該許可を受けている医療機関のうち、救急医療を行う一部の医療機関において、宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われて

		いるなど断続的労働である宿日直勤務として取り扱うことが適切でない例などが少なからず認められている。このため、平成 14 年 3 月 19 日付け基発第 0319007 号「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」を发出し、労働基準監督署が宿直勤務に係る許可を行った医療機関等を対象として休日及び夜間勤務について、その労働実態の把握・適正化の推進を図っている。
	勤務と勤務の間の最低休憩時間	・勤務終了後次の勤務の開始時刻までの休息时间に関する規制は法令上存在しない。なお、一般乗用旅客自動車運送事業（タクシー事業）に従事する自動車運転者については、勤務終了後、継続 20 時間以上の休息时间が必要とされている。
	休日の取り方	・休日は、毎週少なくとも 1 回又は 4 週間を通じて 4 日以上与えなければならない（労働基準法第 35 条）。 ・また、原則として暦日（午前 0 時から午後 12 時）単位としており、継続 24 時間の休息では休日を与えたことにはならない（昭 23. 4. 5 基発第 535 号）。
	当直明けの働き方、など	・当直明けは勤務しない
2. 外勤・アルバイトの取り扱い	外勤を契約下の業務とするか業務外の取り扱いとするか	・他の病院等で勤務した時間についても労働時間として通算する（労働基準法第 38 条第 1 項）。
	診療体制との取り決めの見直し	・地域連携などで検討する
3. 労働基準法に従った勤務制度設計に関する助言	残業時間、勤務時間の把握の方法	「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準（平 13. 4. 6 基発 339 号）」によれば、始業時刻・終業時刻の適正な把握方法は次のとおりである。 ① 使用者自らが現認 ② タイムカード、I C カード等の客観的記録 ③ 自己申告制（例外）
	時間外勤務の定義:何をもって時間外勤務とするか	・労働時間とは、労働者が使用者の指揮命令下に置かれている時間をいい、労働時間に該当するか否かは、労働者の行為が使用者の指揮命令下に置かれたものと評価することができるか否かにより客観的に定まるものであって、労働契約、就業規則、労働協約等の定めのかんにより決定されるべきものではないと解するのが相当である（平 12. 3. 9 最高裁第一小判決、三菱重工業長崎造船所事件）。 ・労働者が使用者の明白な超過勤務の指示により、又は使用者の具体的に指示した仕事で、客観的にみて正規の勤務時間内ではなされ得ないと認められる場合のごとく、超過勤務の黙示の指示によって法定労働時間を超えて勤務した場合には、時間外労働となる（昭 25. 9. 14 基収 2983 号）ので、これに該当しない「自発的残業」は、時間外労働とはならない。
	時間外労働及び休日労働に関する労使協定	・延長時間の限度について協定した場合に、これに違反して時間外労働をさせれば、当然労働基準法違反となる（昭 53. 11. 20 基発 642 号）。

	就業規則	・ 1 勤務実働 8 時間を超える夜勤がある場合には、「1 か月単位の変形労働時間制」採用する必要がある、就業規則に定めるか又は労使協定の締結・届出を行わなければならない（労働基準法第 32 条の 2）。
	労使協定、労働協約の見直し	・ 臨時的に限度時間（1 か月あたり 45 時間・1 年間 360 時間など）を超えて時間外労働を行わせなければならない特別の事情が予想される場合には、「特別条項付き（36）協定」を締結することにより、限度時間を超えて時間外労働を延長することができる。 ・ 特別の事情は、一時的又は突発的であり、かつ全体として 1 年の半分以上を超えないことが見込まれるものでなければならないため、1 年を通じて限度時間を超えて労働させることはできない（労働基準法第 36 条第 1 項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する基準・平 10. 12. 28 労働省告示 154 号）。
4. 賃金、手当の見直し	時間外手当、当直手当、呼び出し手当	・ （時間外手当）労働基準法第 37 条では通常の労働時間又は労働日の賃金に次の割増率により計算した割増賃金の支払を義務づけている。①時間外労働に係る割増率：1 か月あたり 60 時間以下→25%以上／60 時間超→50%以上 ②休日労働に係る割増率：35%以上 ③深夜業（午後 10 時から午前 5 時）：25%以上 なお、時間外労働が恒常化している場合、あらかじめ一定時間の時間外労働がある前提で、定額の割増賃金を支払うことにより未払い賃金発生防止・割増賃金の固定化を図ることも可能である（平 6. 6. 13 最高裁第二小判決・高知県観光事件）。 ・ （当直手当）労働基準法第 41 条及び同法施行規則第 23 条による宿日直勤務に対する当直手当については、職種ごとに宿日直勤務に就く労働者の賃金の 1 人 1 日平均額の 3 分の 1 を下回ってはならないとしている。 ・ （呼び出し手当）オンコール待機（宅直）が病院からの指示ではなく自発的なものであれば労働時間に該当しない可能性が高いが、拘束性が強い場合には、労働時間と判断される場合がある。そのときは当該時間に対して最低賃金法に定める最低賃金（東京：821 円）以上の金額を支払わなければならない。
5. 診療体制の見直し、医師の	初期臨床研修医の労働時間と賃金の取り扱い	・ 医師法に基づく臨床研修として病院において研修プログラムに従い臨床研修指導医の指導の下に医療行為等に従事する医師は、病院の開設者の指揮監督の下にこれを行ったと評価することができ、またその対価を受けている場合は、労働基準法上の労働者に該当するとしている（平 17. 6. 3 最高裁第二小判決・関西医科大学附属病院研修医未払賃金請求事件）。 ・ したがって、研修医以外の医師とは異なる労働時間、賃金その他の労働条件を設定することは可能であるが、労働関係法令に抵触するものであってはならない。 ・ 主治医制の見直し、チーム医療体制 ・ メディカルクラークの導入、医師業務精査と医師業務仕分け

業務軽減	・ 需要の少ない科の当直廃止、全診療科当直への変更 ・ 病院の意識改革、個人の意識改革 ・ 必要な業務の精査と業務の標準化、医療の質の見直し ・ 業務分担、現在の診療体制、事務管理体制の見直し ・ 人材育成とキャリアプランの作成 ・ 医師のワークライフバランスに配慮した就業時間制度の見直し ・ 育児・介護等個人の状況に合わせた勤務上の配慮と賃金の見直し
6. 施設改善	・ 当直室、食堂、休憩室、明るさ、冷暖房など
7. 健康管理体制	産業医による過重労働面談の設定 ・ 時間外・休日労働時間が1か月当たり 100 時間を超え、かつ申出のあった労働者に対しては医師による面接指導等を実施する（労働安全衛生法第 66 条の 8 第 1 項・第 2 項）など「過重労働による健康障害防止のための総合対策について（平 18. 3. 17 基発第 0317008）」に基づき過重労働による健康障害を防止するための措置を講じていく必要がある。 休業制度の活用方針の見直し

6. まとめ

勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたって考慮すべき点

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」では、平成 20 年より勤務医の健康支援に関して様々な取り組みを行ってきた。委員会での議論や調査研究からは、医療機関において、特に独立した専門職として広い裁量範囲のもとで患者の治療にあたりまた診療のリーダーとしての役割を担う医師の勤務設計、労働時間を考える際には、医師の労働者としての役割や労働時間の考え方には様々な意見があることが指摘された。現在でも、裁判などで賃金の支払いや労災自死や過労死の判断をめぐる「医師の労働者性」についてその線引きが行われている。例えば、慢性的な医師不足と長時間労働、医師と雇用側との労働契約の方法、宿直・日直の取り扱いと賃金の未払い、現行の労働基準法の適用を厳密に実施すると、診療継続や施設経営が困難となる医師労働の実態、管理職や医師自身の労働時間管理や勤務設計に関する認識不足等がある。労働基準法に照らし合わせた働き方（規制）と、現在の医療を支え患者を救っている働き方（実態）について、「現実的なすり合わせ案の採用」の重要性も指摘できる。例えば「医師の働き方の自主ルール」の策定と労使合意などである。

その際、多くの大学病院、臨床研修指定病院において医療従事者が働きやすい環境づくり事例から学ぶことが多い。労働時間、休日数、年次有給休暇を与える時季、女性医師の働きやすい環境整備、その他の労働時間等に関する事項について勤務医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取り組みが多く進展している。これらの実際に取り組んだ良好事例から学ぶことは、勤務医の労働時間などを見直す際の参考になる。

上記の点を踏まえ、勤務医の健康支援のための労働時間ガイドラインのあり方を検討するにあたっては表 6 の 7 点を考慮して取り組むべきである。

表 6 勤務医の労働時間ガイドライン作成にあたり考慮する点

1. 労働時間・勤務体制の改善が勤務医の健康確保、安全な医療につながる点を管理者が確認し、宣言する
2. 労働時間・勤務体制を見直すにあたっては、複合的なチームを作り取り組む。特に、安全衛生委員会やすでに設定されている委員会や会議を活用する
3. 見直し・改善のすすめ方は、段階的改善を重視し、勤務医の勤務条件の底上げを目指した取り組みとする。現状把握、対策立案、実施、見直しの段階的ステップを設定する
4. 管理者の責任において労務監査としての労働時間を見直しを行う。特に労基法 32 条、37 条を中心に、見直す視点は以下の 5 項目である

-
- 1) 労働時間管理に関する勤務医への周知の有無
 - 2) 労働時間の適正把握
 - 3) 労働時間・休憩・休日の取り扱い（外勤・アルバイト）
 - 4) 36協定（残業に関するとりきめ）
 - 5) 割増賃金（時間外手当、宿直・日直の取り扱い等含む）
 5. 勤務医の労働時間に関するわかりやすい自主的な働き方のルール定め、その運用を確認する
 6. 労働時間等の見直しと併せて勤務医の診療体制・業務配分、環境改善、業務負荷軽減策、勤務医の過重労働・メンタルヘルス対策等の健康管理体制を見直す
 7. 見直すにあたっては社会保険労務士等の専門家助言を得る
-

表6について若干補足をする。

1. （方針とチームづくり）

労働時間設計や労働時間管理を適切に行うためには、管理者が見直しに関する方針を策定し、見直しのチームづくり、担当者を決める。特に、安全衛生委員会等の職員の安全健康について検討する委員会や会議を活用することが重要である。

2. （段階を追った改善ステップ）

医師の過重労働を軽減することは容易ではない。地域医療を支えるために、継続的に医師の健康支援と患者安全の両面から、医師の過重労働軽減の多面的な方策について、地域、患者、医師、スタッフなどの協力を得ながら、段階的な改善を目指す。その際、労働時間に関する労働基準法の適法の可否から議論するのではなく、他病院の良好事例や成果から学び、段階を追って、定期的に取り組みを見直す機会を設ける。

3. （労務監査）

ガイドラインを検討する際には、各病院（事業場）で労務監査としての労働基準法等、各種法令に照らし合わせた確認が必要となる。その際、特に確認を要する点として、労働時間管理に関する勤務医への周知の有無、労働時間の適正把握、労働時間・休憩・休日の取り扱い（外勤・アルバイト）、36協定（残業に関するとりきめ）、割増賃金（時間外手当、宿直・日直の取り扱い等含む）などが当面の労働時間管理のために重要である。

4. （勤務医の働き方の見直しと労働時間に関する自主ルール策定）

勤務医の健康支援のための労働時間の適正化の取り組みは、「医師の働き方」の見直しにもなる。常態化している長時間労働を見直す場合、医師の業務軽減のための業務精査と業務改善が必ず、必要となる。業務の標準化、業務分担、診療体制診療科別の働き方のルールづくりなどを検討する。院内の労働時間に関する自主的なルールづくりの際には、全米科学アカデミー医学研究所（IOM）の基準にあるような、月あたりの労働時間の上限（時間外労働の上限設定）、一回あたりの最長勤務時間、日勤・夜勤・当直勤務制度、勤務と勤務の間の最低休憩時間、休日の取り方、当直明けの働き方について検討する必要がある。

ある。本委員会の検討から、実際の病院での実地経験をもとに作成された、医師の働き方ルール原則の例として、「週に一日は完全休日にします」「勤務が終了したら、当直にまかせて帰ります」「時間外・休日の出勤はできる限り控えます」「当直明け日は昼までに帰ります」などをあげることで、連続勤務の削減、業務改善、チーム医療の推進などを検討できる素地ができる。その際には、外勤・アルバイトの取り扱い、医師の勤務体制や非常勤医師との連携方法、賃金・手当、診療体制、医師の業務軽減、施設改善、健康管理体制も同時に検討する。地域における医療体制や当該医療機関の役割の確認や見直しなども当該施設における医師の働き方自主ルールを策定する際には同時に検討すべき事柄である。

なお、同じ医師でも診療科によって働き方は大きく異なるため、例えば 36 協定についても施設内で一律の基準で運用するのではなく、診療科ごとに締結する、時期を区切って締結するなど、医師の勤務の実態に合わせた弾力的な運用が必要であろう。

5. (外部専門家、外部専門機関、ネットワークの活用)

医療機関においてこのようなルールを検討する際は、社会保険労務士等の労務管理専門家の支援を得ることがすすめられる。また、都道府県に設置されている「総合労働相談コーナー」や、労働基準監督署、労働局雇用均等室といった行政機関に相談する方法もある。

なお、本報告書の参考資料として、本委員会で検討された勤務医健康支援のために検討され発表された情報を「添付資料 1：労働時間ガイドライン作成にあたっての参考情報」に整理した。

今後、日本医師会において、「勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について」を踏まえて、勤務医の健康支援のための労働時間等働き方の見直し手引きの作成について検討が行われることが期待される。

(参照文献、報告書など)

- 1) 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書、平成 21 年 9 月
- 2) 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告書 平成 23 年 3 月、平成 22 年 3 月
- 3) 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会中間報告書平成 21 年 3 月（上記はいずれも <http://www.med.or.jp/kinmu/> からダウンロード可）
- 4) 平成 20.21 年度勤務医委員会答申「医師の不足、偏在の是正を図るための方策—勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために—」勤務医委員会
- 5) 和田耕治,吉川徹,奈良井理恵,森本貴代. わが国の医師の労働時間制限の検討において考慮すべき点と医療機関に求められる対応.産衛誌 53:147-51,2011
- 6) Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T. Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints. Among Japanese physicians: A National Cross-sectional Survey. Int J Behav Med 18:384-90, 2011

- 7) Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T. Lifestyle Habits among Physicians Working at Hospitals in Japan. Japan Medical Association Journal 54(5): 318-24, 2011
- 8) Ohta H, Wada K, Kawashima M, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Aizawa Y. Work-family conflict and prolonged fatigue among Japanese physicians. Int Arc Occup Environ Health 84:937-42,2011
- 9) 吉川徹. 医療機関における健康管理. 東京都医師会「産業医の手引き(第8版)」。東京：東京都医師会、184-192, 2011
- 10) 保坂隆：勤務医のストレスを早期発見するために.. 日本医事新報 4572:5, 2011
- 11) 中嶋義文.現代医療の特性と医療スタッフのストレス. 特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):173-180 ,2011
- 12) 木戸道子.女性医師のキャリアサポートを通じて産婦人科医療を支えていこう！JAOG Information 60:5-7, 2010
- 13) 平井愛山.医療崩壊から再生へー内科勤務医のストレスとその対策.保坂 隆（編集）医師のストレス.209-232,中外医学社,2009
- 14) 保坂隆,後藤隆久,和田耕治,吉川 徹.勤務医の健康支援.産業医学ジャーナル33: 4-8, 2010
- 15) 後藤隆久.大学医局の勤務医支援.医療経済研究機構レター184: 33-35,2010
- 16) 医療現場の労務管理に関する研究－勤務医等の過重労働を中心に－ 社労士総研研究プロジェクト報告書（平成24年2月）
http://www.shakaihokenroumushi.jp/social/integrated-research-mechanism/pdf/21_honda_iryuu.pdf
- 17) 病院勤務医の負担軽減策について、医療体制について（その4）。中央社会保険医療協議会（平成23年12月7日）
p4-18.<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wydo-att/2r9852000001wyhs.pdf>
- 18) 高野健人. 医師の勤務時間・就業時間に関する事例検討調査. 社会保険旬報 No2423 2010.5.11
- 19) 医療機関における過重労働・メンタルヘルス対策の取組み. 財団法人労災保険情報センター 平成19年12月12日発行

添付資料 1：労働時間ガイドライン作成にあたっての参考情報

この項目では、本委員会を通じて作成された勤務医の健康支援のために提案された内容について簡単にまとめた。

1) 医師が自分自身の健康をケアする重要性

「医者の不養生」といわれるように、医師は医療の専門家であるが自分自身の健康になかなか目が向かない。実際、自分自身の健康より、患者のことで手一杯であるということも事実である。しかし、医師が心身の疲労を適切に管理できて健康で働いてこそ、患者の健康も担保できる。自分自身のセルフケアはそれほど難しいことではない。できるところからはじめることが重要である。表 1 には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によって公表された「医師が元気に働くための 7 カ条」を示した。

表 1 医師が元気に働くための 7 カ条

1. 睡眠時間を充分確保しよう	最低 6 時間の睡眠時間は質の高い医療の提供に欠かせません。患者さんのために睡眠不足は許されません。
2. 週に 1 日は休日をとろう	リフレッシュすればまた元気に仕事ができます。休日をとるのも医師の仕事の一部と考えましょう。
3. 頑張りすぎないようにしよう	慢性疲労は仕事の効率を下げ、モチベーションを失わせます。医療事故や突然死にもつながり危険なのでやめましょう。
4 「うつ」は他人事ではありません	「勤務医の 12 人に 1 人はうつ状態」。うつ状態には休養で治る場合と、治療が必要な場合があります。
5 体調が悪ければためらわず受診しよう	医師はとにかく自分で診断して自分で治そうとするもの。しかし、時に判断を誤る場合もあります。
6 ストレスを健康的に発散しよう	飲んだり食べたりストレス発散は不健康のもと。運動（有酸素運動や筋トレ）は健康的なストレス発散に最も有効です。週末は少し体を意識的に動かしてみよう。
7 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう	自分のいのち、そしてかけがえのない家族を大切に。家族はいつもあなたのことを見守ってくれています。

2) 職場環境改善、労働条件改善の重要性

医療従事者（医師）が健康で安全に働くための職場改善の取り組みは多岐にわたる。労働時間や勤務形態、職場組織や業務分担、休息・休憩設備の充実、感染症対策や有害化学物質管理、医療事故対応、暴言・暴力対策、育児・介護休暇制度の充実、キャリア支援、メンタルヘルス支援体制など、勤務生活全般に関連していることが特徴である。表 2 には日本医師会の勤務医の健康支援のための職場改善チェックリストで指摘されている内容を整理したものを示した。このチェックリストは日本医師会のホームページ

からダウンロードができる。地域医師会での研修や、各病院の医局などで労働環境改善の取り組みに活用が進んでいる。

表 2 医師の健康支援のための職場改善チェックリストの具体的な内容

対策大項目	具体的な項目
(A) 医師の健康支援策	生活習慣を見直す機会の提供、ストレス関連情報提供、健康診断、家族の支援、相談窓口
(B) 勤務時間と休憩、休日・年休	恒常的残業の制限と休日確保、ピーク作業の調整、交代制、育児・介護休暇制度、医師確保支援、開業医・地域との連携
(C) 勤務環境の改善	休憩設備、健康的な食事、トレーニングルーム
(D) 業務手順に関連したストレス軽減策	暴言・暴力対策、ハラスメント対応、電子カルテシステムの改善、書類・文書化の改善、運搬・作業姿勢などの改善
(E) 気持ちのよい仕事の進め方	職場内の相談しやすさ、気持ちのよい挨拶、情報周知、運営方針周知、医療事故対応
(F) 安心できる職場のしくみ	公正な給与制度、キャリア支援・研修機会、女性医師の支援、医学生・研修医への教育研修の充実

3) 医療従事者が働きやすい職場づくり

医師が働きやすい職場は、他の医療スタッフも働きやすい職場である。管理者の意識一つで職場は変わる。表 3 には勤務医の健康を守る病院 7 カ条を紹介した。多くは医療従事者全体にも当てはまる。現在は勤務医であっても、いつかは病院の管理者や院長、診療所長になる医師も多い。その時、チーム医療のリーダーたる医師には、高い倫理と確かな医療技術を持って患者のことを考えると共に、医師自身が心身共に元気で、部下や同僚を思いやって働きやすい環境づくりを考えることが求められている。

表 3 勤務医の健康を守る病院 7 カ条

1. 医師の休息が、医師のためにも患者のためにも大事と考える病院
2. 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院
3. 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院
4. 医療過誤に組織として対応する病院
5. 診療に専念できるように配慮してくれる病院
6. 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院
7. より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院

上記の資料は以下からすべてダウンロード可

日本医師会ホームページ＞勤務医＞勤務医の健康支援

http://www.med.or.jp/doctor/hospital_based/

2008～2011 年度の勤務医の健康支援に関する プロジェクト委員会の成果

1. 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査概要	1
2. 勤務医健康支援のための方針・アクション策定	6
「医師が元気に働くための7カ条」と	
「勤務医の健康を守る病院7カ条」	
3. 勤務医の健康支援のためのEメール・電話による健康相談	7
4. 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の開催	8
5. 勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について	15
6. 委員会活動の業績に関する総括・業績リスト	18

1. 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査概要

2008年6月24日に設置された「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」は、勤務医の健康の現状とそれに関連する就業環境を把握する目的で、以下の調査を実施した。対象は、2009年2月に日本医師会会員で勤務医の区分に属している約8万人から無作為に抽出した1万人（男性勤務医8,000人、女性勤務医2,000人）で、郵送法にて質問調査を行った。3,879人から回答があり、176人が回答に不同意と返答（計4,055人、有効回答率40.6%）があった。その結果を項目ごとにまとめると次のようになる。

（1）属性

- ・回答者の年齢で一番多いのは40代と50代で、それぞれ約30%を占めた。
- ・性別は郵送した割合と同様で、男性が8割、女性が2割であった。
- ・医師としての経験年数は、20～29年が34%と最も多かった。
- ・勤務形態は回答者の90%が常勤医師で、主に勤務している医療機関は病院が96%を占めていた。
- ・医療機関の規模は100～499床が57%、500以上が26%であった。
- ・専門とする科は内科が38%、ついで外科が11%となっていた。

（2）自分自身の健康管理と業務量

休日：

- ・休日が月に4日以下の回答者が46%を占めた。
- ・20歳代では76%が月に4日以下の休日しかとれていなかったが、年代が上がるにつれ、4日以下の休日の回答者が減る傾向にあった。
- ・500床以上の施設では、61%が月に4日以下の休日しか確保できておらず、病床数が多くなるほど月の休日が4日以下と回答した者が多くなる傾向がみられた。

平均睡眠時間：

- ・平均睡眠時間は6時間未満が41%を占めた。
- ・特に20歳代では睡眠時間6時間未満が63%を占めた。
- ・病床数が増えるにつれ、睡眠時間6時間未満の回答者の数が増加する傾向が見られた。

自宅待機：

- ・自宅待機が月に8日以上回答者が20%いた。
- ・男性医師の方が自宅待機の日数は多い傾向が見られた。自宅待機の日数は、年

代があがるにつれ減少する傾向があったが、50 歳代でも 30%の医師が月 5 日以上の自宅待機があった。

当直：

- ・月に 6 回以上の当直回数がある回答者が 10%いた。
- ・男性の方が当直回数は多い傾向があった。
- ・20 歳代の医師の当直回数が多い傾向が見られたが、40、50 歳代でも 8～12%の回答者が 6 回以上の当直をしていた。
- ・病床数が 100 床未満の施設で当直回数 6 回以上の回答者が多くなる傾向が見られた。

仮眠時間：

- ・当直している医師の 2 人に 1 人しか仮眠時間は 4 時間以上とれていなかった。
- ・特に 20 歳代の回答者では当直時に 4 時間以上仮眠できる医師は少なかった。
- ・病床数が 100 床未満の施設で仮眠時間が 4 時間以上取れる回答者の割合が多かった。

患者などからの不当なクレーム：

- ・2 人に 1 人は半年以内に 1 回以上患者からの不当なクレームの経験があった。
- ・女性の方が男性よりもトラブルは少ない傾向が見られた。
- ・年代が低いほど経験した回答者は多かった。
- ・病床数が多い施設ほど経験した人の割合が多くなる傾向が見られた。

体調不良の際の相談：

- ・53%の回答者が自身の体調不良を他人にまったく相談しないと答えた。
- ・体調不良の際の相談をまったくしないと回答した人は男性に多く、また 40 歳代、50 歳代に多かった。
- ・相談しない理由として、21%の人が「同僚に知られたくない」「自分が弱いと思われたくない」「勤務評定につながる恐れがある」のいずれかを挙げた。また、年齢層が若くなるほど「同僚に知られたくない」「自分が弱いと思われそう」を理由として挙げた。

自分自身の健康状態：

- ・回答者の 21%が「不健康である」「どちらかという健康ではない」と回答した。
- ・「不健康である」と回答した人は、40 歳代、50 歳代に多かった。

喫煙と飲酒：

- ・14%の回答者が喫煙をし、27%の回答者がほぼ毎日飲酒をしていた。

運動：

- ・62%の回答者が汗をかくような運動をまったくしていなかった。
- ・特に若い世代において運動習慣のないものが多かった。

食事：

- ・「やや食べ過ぎている」「いつも満腹になるまで食べている」と答えた回答者が 23%いた。男性の方が、また若い世代に食べ過ぎている傾向が見られた。
- ・若い世代において、食事のバランスがとれていない人の割合が多い傾向が見られた。

(3) メンタルに関する質問票

(Quick Inventory of Depressive Symptomatology : QIDS)

睡眠：

- ・10%の回答者が寝付くのに 30 分以上かかることが 1 週間の半分以上あるとした。毎晩 1 回以上目が覚め、そのまま 20 分以上眠れないことが半分以上ある人は 7%だった。
- ・12%の人がいつもより早く目が覚めると回答した。その割合は男性の方が、また年代の高い方が多くなる傾向が見られた。
- ・眠り過ぎる人はあまり多くなかった。

悲しい気持ち：

- ・悲しいと思うことが半分以上の時間があるという回答者が 5%いた。
- ・20 歳代でその割合が一番多かった。

食欲：

- ・食欲低下は 1%程度であった。
- ・一方、食欲増進は 7%いた。食欲増進している人は男性より女性の方が多く、また年代が若いほど割合は高かった。

体重：

- ・最近 2 週間で 1 キロ以上の体重減少の人は 4%であった。特に 20 歳代で多い傾向が見られた。
- ・一方、最近 2 週間で 1 キロ以上の体重増加の人は同じく 4%いたが、女性の方がわずかに多く、20 から 40 歳代にやや多かった。

集中力・決断：

- ・ほとんどの時間集中力や決断で苦勞する人は 2%いた。

自分についての見方：

- ・7%が自分自身を否定的に見ていた。女性の方がこうした傾向が見られ、また 20 歳代にやや多かった。

死や自殺に関する考え：

- ・6%の回答者が 1 週間に数回以上、死や自殺について考えていた。男女差や年代による差は見られなかった。

一般的な興味：

- ・9%の回答者に興味の減退がみられた。20～40 歳代の 10%以上にこうした傾向が見られた。

エネルギーのレベル：

- ・6%の回答者にエネルギーレベルの低下がみられたが、特に女性の方が多く、また年代が若くなるにつれて多かった。

動きの遅さ：

- ・質問に答えるのに時間がかかる人が 3%いた。

落ち着きのなさ：

- ・2%の人が落ち着かないと回答した。

総得点：

- ・9%の回答者がメンタルヘルス面でのサポートが必要と考えられた。
- ・特に男性では 8%、女性では 11%の回答者でサポートが必要と考えられた。
- ・年代別では、20 歳代で 12%、30 歳代で 10%、40 歳代で 9%、50 歳代で 10%、60 歳代で 4%、70 歳代で 9%がメンタルヘルス面でのサポートが必要と考えられた。60 歳代は他の年代と比較して特に少なかった。

(4) 勤務医支援のアクション項目

同じ対象集団において、勤務医の健康支援のために必要と思われる改善策を 30 項目について選択することを求めた。「必要だと強く思う」「必要だと思う（必要だと強く思う、必要だと思う）の合計」について、上位となったもの 6 項目を以下に示した。

- ・医師が必要な休日（少なくとも週 1 日）と年次有給休暇が取れるようにする（必要だと強く思う：66.4%、必要だと思う：89.1%、以下同じ）
- ・医師が必要な休憩時間・仮眠時間を取れる体制を整える（61.1%、87.4%）
- ・医療事故に関する訴えがあった際には必ず組織的に対応し、関係者が参加して医師個人の責任に固執しない再発防止策を進める（60.9%、89.1%）
- ・記録や書類作成の簡素化、診療補助者の導入等を進め、医師が診療に専念できるようにする（58.7%、87.0%）
- ・院内で発生する患者・利用者による暴言・暴力の防止対策を進める（51.5%、85.6%）
- ・女性医師が働き続けられるように産休・育休の保障や代替医師を確保し、時短勤務制度の導入、妊娠・育児中の勤務軽減、育休明けの研修等を充実させる（47.9%、83.9%）

このように、勤務医の健康支援のために必要と考えられるアクション項目の上位には、勤務医が休日・休暇や労働時間内の休憩・休息を必要としている（休息欲求）に関するもの、職業性ストレス要因（仕事上のストレス）となる医療事故対応、患者からの暴言・暴力対策に関するもの、働きやすさに関する医師としての診療業務に専念できる就労環境の整備、安心できる就労環境作りのための女性医師の勤務継続支援があげられた。

調査結果については 2009 年 6 月に報告書を提出し、全文は日本医師会ホームページに掲載されている。

2. 勤務医健康支援のための方針・アクション策定

「医師が元気に働くための7カ条」と「勤務医の健康を守る病院7カ条」

本プロジェクト委員会では、「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」（2009年2月実施）の集計・分析結果をもとに、「医師が元気に働くための7カ条」と「勤務医の健康を守る病院7カ条」のリーフレットを作成した（資料3参照）。

今後、多くの病院管理者、勤務医等に活用され、組織的な勤務環境の改善が進むとともに、勤務医自らが自分の健康を守っていくことを期待するものである。

なお、これらのリーフレットは、日本医師会会員165,500人ならびに各関係団体に配布された。また、日本医師会ホームページにも掲載されている。

3. 勤務医の健康支援のためのEメール・電話による健康相談

本プロジェクト委員会では、勤務医の健康支援を目的に、2009年10月15日～2010年1月15日までの3ヶ月間、Eメールによる健康相談を実施し、期間中10件の相談が寄せられた。

Eメール相談の手順は、まず、日本医師会事務局に届いたメールを委員長に送り、内容を吟味したうえで、委員のいずれかに回答を依頼した。回答は委員長を通して、事務局から委員会名で相談者に返信された。うち3件は明らかに医師からの相談ではなかったため、3ヶ月間で7件のEメール相談があったことになる。

また、電話相談は2009年12月5日（土）のみ試験的に実施したが、相談件数は0件であった。

本プロジェクト委員会の委員長（保坂 隆：聖路加国際病院）が以前、医師用オンライン・ジャーナル上でEメールによる相談を試みたが、その際にも、3ヶ月間で7件とまったく今回の相談件数と一致していた。その意味では、医師という職種は自分自身の健康について、匿名であっても相談しない傾向があることが改めて確認できたことになる。さらにこの傾向は、電話相談が0件だったことから、再確認できたことになる。これらからは、Eメールや電話相談以外の仕組みについて検討、実施していくことが急務である。

4. 2009～2011 年度医師の職場環境改善ワークショップ研修会の開催

(1) 総括

1. ワークショップ研修会開催までの経緯

当プロジェクト委員会では、2009 年勤務医の健康の現状と支援の在り方に関するアンケート調査を行った。またそれに基づき、勤務医健康支援のための方針として「医師が元気に働くための 7 カ条」「勤務医の健康を守る病院 7 カ 条」を作成した。

これら調査結果や成果物を現場にフィードバックする目的で、2010 年 3 月 6 日、日本医師会館で医師の職場環境改善ワークショップ研修会を開催し、参加者より有益であるという好評を得た。その後、同様の研修会を、各都道府県医師会主催の産業医研修会として、あるいは診療科ごとの学会総会における研修プログラムとして開催し、全国的に展開していくことが企画された。

2. ワークショップ研修会の目的

勤務医の健康支援を進めるためには、勤務医の労働条件・労務環境に関連した心身の負担要因を改善することが重要である。そこで病院で健康管理を担う産業医や病院管理者を対象とした参加型研修会を企画し、事例検討などを通じて勤務医の労務環境改善、職業性ストレスによる健康障害防止策を検討した。また、研修会参加者による研修会の評価結果を分析し、勤務医の健康支援のために今後取り組むべき課題を整理した。

3. ワークショップ研修会プログラム（実施方法）

- (1) 講義と事例検討を含む演習の 2 部構成とする。
- (2) 参加者が互いの経験を基に交流し、事例から共に学び、今後何を行えばよいか明らかになるような、参加型の研修会とする。グループ討論が多いため、会場はグループワーク可能な形式に準備する。
- (3) 講義は、医療機関での産業保健の基礎を学ぶ「医療機関での産業保健活動の展開」と、医師のストレスマネジメントを含む「医師のメンタルヘルス」の 2 題であり、参加者の知識の確認と向上をねらいとする。

(4) 演習

演習－1：

- ・チェックリスト実習とアクションプラン作成
- ・チェックリストに基づく、参加者の所属医療機関における対策優先度の評価、ならびにアクションプランの作成

演習－2：事例検討と発表

(下記 6 事例のうち、グループごとに割り当てられた 1 事例を検討)

- ・事例 1：患者からの悪質クレームとその対応不備によって、体調を崩し退職にいたった事例
- ・事例 2：病院医師数減少による過重労働により、うつ状態を呈した管理職医師の事例
- ・事例 3：妊娠を機に上司からハラスメントを受けた女性医師の事例
- ・事例 4：子育てと勤務の両立をめぐり、先輩医師との葛藤が強まり転職を検討する女性医師の事例
- ・事例 5：担当患者の急変、死亡後に、情動反応の出現した研修医の事例
- ・事例 6：精神疾患により休職中の研修医の復職をめぐる産業医の関わりを示した事例

(5) グループ検討に際しては、自己紹介の時間を設け、スムーズな導入を図る。

(6) 修了者には修了証を発行する。

都道府県医師会が主催したワークショップ研修会は、日本医師会産業医研修の認定単位 4 単位相当の研修とする。日本総合病院精神医学会研修プログラムとして開催したワークショップ研修会では、2.5 単位が認められた。

(7) 時間配分

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| 1) 挨拶ならびに研修オリエンテーション | 10 分 |
| 2) 講義 1 「医師のメンタルヘルス」 | 60 分 |
| 3) 講義 2 「医療機関での産業保健活動の展開」 | 30 分 |
| 4) 演習 (チェックリスト実習、アクションプラン作成、事例検討) | 150 分 |
| 5) まとめと総括 | 10 分 |

4. ワークショップ研修会開催実績

開催場所	日程	参加人数
2009 年度		
日本医師会	2010 年 3 月 6 日	32 名
2010 年度		
熊本県医師会	2010 年 12 月 4 日	44 名
横浜市立大学麻酔科	2010 年 12 月 23 日	40 名
岡山県医師会	2011 年 2 月 27 日	37 名
京都府医師会	2011 年 3 月 6 日	37 名
2011 年度		
日本麻酔科学会	2011 年 5 月 20 日	18 名
岐阜県医師会	2011 年 9 月 25 日	32 名
徳島県医師会	2011 年 10 月 1 日	20 名

日本臨床麻酔学会	2011 年 11 月 4 日	16 名
山口県医師会	2011 年 11 月 19 日	16 名
日本総合病院精神医学会	2011 年 11 月 25 日	30 名
宮城県医師会	2011 年 12 月 4 日	20 名
高知県医師会	2012 年 1 月 14 日	27 名
奈良県医師会	2012 年 2 月 5 日	19 名
佐賀県医師会	2012 年 2 月 18 日	17 名
東京都医師会	2012 年 2 月 25 日	26 名
横浜市立大学麻酔科	2012 年 3 月 4 日	30 名

5. 結果

(1) 事例のグループ討議結果

事例検討では、いずれの事例に関しても、参加者ごとに異なる経験に基づく評価をグループ内で共有するとともに、全体発表において、研修会全体でも共有した。改善策に関しては、理想的にあるべき案とともに、各医療機関に即した現実的にとりうる案まで幅広い意見がでた。

グループ討議において、参加者同士が所属医療機関における現状や対策を話し合う場面も多くみられ、情報交換の場としても有益なものとなった。

(2) 研修会後の評価アンケートの集計、分析結果

どの研修会でも終了後にアンケート調査を行っており、おおむね同様の結果が得られているので、代表して徳島県医師会でのアンケートを報告する。

<アンケート結果のまとめ>

1) 参加者の属性

男性 12 名、女性 3 名

年齢内訳は、50 歳代 (60%)、60 歳代 (27%) が多かった。

本研修を知った経路としては地元医師会が 93%を占めた。

2) 満足度

研修内容、配布資料、研修時間、研修会の満足度、いずれも高い評価が得られた。

3) 研修の再現性

本研修後、同様の研修を自分の病院・地域で開催できるかという点に関しては 66%の参加者が、講師の協力があれば可能と答えている。また 60%がフォローアップ研修を希望した。

4) 自由意見（抜粋）

- ・医師自身の健康管理の重要性をあらためて認識した
- ・医師のうつ病をはじめとするメンタルヘルスの重要性が理解できた
- ・産業医の役割が明確になった
- ・他の医療機関の状況がわかって、参考になった
- ・職場に持ち帰って研修する際のツールを示してほしい
- ・医師向けの復職手順モデルを示してほしい

6. 研修会 DVD 作成

今後の研修会や新たなファシリテーター育成に役立てるため、徳島県医師会におけるワークショップ研修会録画を中心に、2枚組のDVD（①講義編100分、②実践ワークショップ編86分）を200部作成した。このDVDは都道府県医師会をはじめ、日本医師会内の関連委員会に配布した。今後、日本医師会ホームページへのアップが予定されている。

7. 考察—今後の展開に向けて

(1) 研修会の有用性と継続

病院管理者や産業医を対象とした本研修会は、参加者の高い満足度を得ることができ、現場での勤務医の健康支援に有益な結果をもたらすものを思われる。

今後も本研修会用に作成された講義資料、検討事例集、チェックシートなどを活用して、各都道府県医師会あるいは各医学会主催でワークショップ研修会が継続開催されることが望まれる。

そのためには、①日本医師会を通して、ワークショップ研修会企画の広報を継続すること、②研修会参加者への呼びかけ、DVD活用などで、講師、ファシリテーター養成を図ることが必要である。

(2) 研修会参加者のフォローアップ

研修参加者のフォローアップシステムが望まれている。たとえば、医師会を中心としてフォローアップ地域連絡会、地域ネットワーク作りのためのメーリングリストなどが薦められる。

8. 謝辞

当プロジェクト委員会委員以外で、講師ならびにファシリテーターとして以下の先生方（五十音順）にご協力を頂いた。

織田 進 先生（福岡産業保健推進センター）
小島原典子 先生（東京女子医科大学）

梶木 繁之 先生（産業医科大学 産業医実務研修センター）
小池 昭夫 先生（埼玉協同病院）
関根 広 先生（東京慈恵医科大学）
立石 清一郎先生（産業医科大学 産業医実務研修センター）
中田 恵久子先生（中田病院）
春木 宥子 先生（松江記念病院健康支援センター）
三木 秀樹 先生（京都府医師会理事）

（2）日本総合病院精神医学会総会 医師の健康支援ワークショップについて

これまで開催された各都道府県医師会主催の医師の職場環境改善ワークショップ研修会においては、医師のメンタルヘルス講義をプロジェクト委員会の 4 人の精神科医師によって担当してきた。今後同様のワークショップ研修会を開催するにあたって、精神医学講義とグループワークを担当できる精神科医師を養成する目的で第 24 回日本総合病院精神医学会総会と共催で平成 23 年 11 月 25 日に開催した。

開催にあたり、以下の 3 つのアジェンダを掲げた。

- 1) 医師の健康支援について理解する
- 2) 医師の診察ができる
- 3) 医師の職場環境改善ワークショップ研修会での精神医学講義とグループワークを担当できる

（1）プログラム内容

講義 1、2 およびケーススタディ体験は医師の職場環境ワークショップ研修会と同じ内容で行った。ロールプレイではうつ病となった勤務医を主治医・産業医としてどのように診察・相談するかを体験する内容とした。

- ・挨拶・オリエンテーション
- ・講義 1：医師のメンタルヘルスと診察法
- ・ロールプレイ
- ・講義 2：医療機関での産業保健活動の展開
- ・ケーススタディ

（2）研修会評価

参加者の評価は高く、今後各都道府県医師会主催の医師の職場環境改善ワークショップで講師及びファシリテーターとして協力していただける精神科医を増やすことが出来た。今後、同じ内容の研修会を数回開催する予定である。

＜アンケート結果のまとめ＞

1) 参加者の属性

男性 21 名、女性 8 名

年齢内訳 30 歳代 (21%)、40 歳代 (21%)、50 歳代 (41%) であった。

本研修を知った経路としては総合病院精神医学会HPが 55%、抄録集・チラシが 21%を占めた。

2) 満足度

研修内容 (とても役立つ・役立つ 93%)、ロールプレイ (大変参考になった・参考になった 97%)、配布資料 (とても良い・良い 93%)、研修全体の満足度 (とても満足・満足 93%) 等、いずれも高い評価が得られた。

3) 研修の再現性

本研修後、同様の研修を自分の病院・地域で開催できるかという点に関しては 69%の参加者が、講師の協力があれば可能と答えている。

4) 自由意見 (抜粋)

- ・ 同じ立場の医師を診る難しさと多面的な視点の重要性が参考になった
- ・ 医師のメンタルヘルスを担当している立場で勉強になった
- ・ 自分の面接の客観的評価が参考になった
- ・ 医師の診察は特別ではないことがわかった
- ・ 具体的な面接法をもう少し知りたい
- ・ 事例についての時間が足りない

(3) 日本麻酔科学会，日本臨床麻酔学会，横浜市大でのワークショップ

日本麻酔科学会におけるワークショップは、平成 23 年 5 月 20 日午後、4 時間半の構成で、神戸市のポートピアホテルで行われた。本プロジェクト委員会からは、後藤、保坂と吉川が参加した。ワークショップ受講者は 18 名であった。

ケースは、日本医師会が都道府県医師会との共催で行っているワークショップで用いているケースを麻酔科バージョンに書き直したものを用了。受講者からはおおむね好評で、今後このような活動に参加したいという申し出もあった。

日本臨床麻酔学会におけるワークショップは、平成 23 年 11 月 4 日午後、3 時間の構成で、沖縄コンベンションセンターにて行われた。本プロジェクト委員会からは、後藤、保坂、和田が参加した。ワークショップ受講者は 16 名であった。研修会は 3 時間の構成としたが、受講者の満足度は日本麻酔科学会と同様であった。

平成 24 年 3 月 4 日には、横浜市大麻酔科の医局員約 50 名に対し、保坂、吉川の指導のもと、ワークショップを行った。横浜市大におけるワークショップは平

成 22 年 12 月 23 日に続いて 2 回目となる。受講者は、30 名であった。

今後も学会でこのような活動を継続すべく、平成 24 年度も日本麻酔科学会、日本臨床麻酔学会の両方にワークショップを提案し、日本麻酔科学会での開催がすでに決まっている。

5. 勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について

わが国における勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について検討するにあたって、特に勤務医の健康を支える視点から、労働時間ガイドラインを策定する意義、医師の労働時間の適正化を図る目的、労働時間ガイドラインを作成するにあたって考慮すべき点の3点についてまとめた。

1. 勤務医の労働時間ガイドラインを検討する意義

医師の労働環境を改善するための労働時間規制のあり方については、国際的に検討が進められている。わが国では、勤務医の過重労働等により医師の健康を憂慮する深刻な事態が続いており、これまで様々な機関や団体等より医師の長時間労働の改善について様々な提言がなされてきた。例えば医師の健康と長時間労働に関する研究や科学的知見、それらに基づく学術団体や病院団体、専門家からの人員増の必要性や医師の業務軽減策等の提案であり、監督省庁としての労働基準監督署等の医療機関への行政指導などにその改善方向が示されている。また、医療の質の確保のためには勤務医の労働条件確保が必要だとする立場から、医師のワークライフバランスを意識し、若手医師の教育体制、出産・育児支援体制の整備と相まって、勤務医の就労方法と労務管理に関する検討も進められている。勤務医の交代勤務制の見直し、当直制度や勤務体制の見直し、医療の質の改善も視野に入れたチーム医療体制の推進などである。ここ数年では、勤務医の負担軽減策として勤務時間の短縮の交代勤務制度や診療報酬制度に勤務医支援のための医師事務作業補助体制加算(メディカルクラーク制度の導入)が具体化している。

日本医師会に平成20年に設置された当委員会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」では、これまで「医師が元気に働くための7か条」「勤務医の健康を守る病院7カ条」などの提言を作成し、勤務医の健康支援を守る労働条件、労働時間改善の取り組み支援を継続してきた。平成22年3月から全国の医師会と協力して、問題解決型の取り組みとして各病院良好事例の経験交流を狙いとした病院管理者・産業医向けの「医師の職場環境改善ワークショップ」を全国の都道府県医師会と開催し、勤務医の健康支援のための労働時間や勤務体制に関する改善の経験が積みあげられてきた。

一方で、各施設で誰が何を目標として、どのように医師、特に勤務医の長時間労働対策に取り組むを進めるか、より具体的な知見が不足している。そこで、本委員会では、医師の健康支援の立場から、現実的な労働時間ガイドラインを各施設で策定、運用するために必要な視点と具体的進め方の視点をまとめた。

2. 医師の労働時間の適正化を図る目的

勤務医の労働時間等が適正に設計され、管理されることの重要性は論を待たないが、少なくとも次の3点をその理由としてあげることができる。

表1 医師の労働時間を適正に設計し、管理、適正化する意義

1. 医師の健康は医師自身のみならず、その家族、社会にとって重要である。
2. 勤務医の健康確保は、医療の質の向上を図り、患者安全と国民の健康を確保する基盤となる。
3. 勤務医がその専門性を十分発揮できる勤務設計、労働時間管理を行うことは、労使の自主的な合意形成によって支えられた診療所・病院（事業場）の健全な事業体運営にとって不可欠である。

なお、本委員会を通じて集められた良好事例を報告した病院・診療所の管理者は、病院・診療所における勤務医の労働時間設計と労働時間管理の見直しは、法的な規制にやむなく従わなければならない「コスト」としてではなく、「明日への投資」と考えている施設がほとんどである。

3. 医師の労働時間ガイドライン作成にあたって考慮すべき点

上記の点を踏まえ、勤務医の健康支援のための労働時間ガイドラインのあり方を検討するにあたっては表2の7点を考慮して取り組むべきである。

表2 わが国における医師の労働時間ガイドライン作成にあたり考慮する点

1. 労働時間・勤務体制の改善が勤務医の健康確保、安全な医療につながる点を管理者が確認し、宣言する
2. 労働時間・勤務体制を見直すにあたっては、複合的なチームを作り取り組む。特に、安全衛生委員会等の職員の安全健康について検討する場やすでに設定されている会議を活用する。
3. 見直し・改善のすすめ方は、段階的改善を重視し、勤務医の勤務条件の底上げを目指した取り組みとする。現状把握、対策立案、実施、見直しの段階的ステップを設定する。
4. 管理者の責任において労務監査としての労働時間の見直しを行う。特に労働基準法32条、37条を中心に見直す視点は以下の5項目である
 - 1) 労働時間管理に関する勤務医への周知の有無
 - 2) 労働時間の適正把握
 - 3) 労働時間・休憩・休日の取り扱い（外勤・アルバイト）
 - 4) 36協定（残業に関するとりきめ）
 - 5) 割増賃金（時間外手当、宿直・日直の取り扱い等含む）
5. 勤務医の労働時間に関するわかりやすい自主的な働き方のルール定め、その運用を確認する
6. 労働時間等を見直しと併せて勤務医の診療体制・業務配分、環境改善、業務負荷軽減策、勤務医の過重労働・メンタルヘルス対策等の健康管理体制を見直す
7. 見直すにあたっては社会保険労務士等の専門家助言を得る

医師は判断を限られた時間で専門的知識と高度な医療技術を安全に用い、患者やその家族のために適切な医療を提供している。日々進化する医療知識・技術を学ぶ時間は、労働か自己研鑽の時間か否か、高い専門性をもつ労働者としての医

師の勤務設計や労働時間規制について、国内外で様々な意見があることも確かである。

本委員会では、医師の過重労働等による健康悪化防止、患者安全の確保、健全な施設運営支援の手立てについて、わが国における医師の労働時間ガイドライン作成にあたり考慮する点として、表2に示す視点を示した。

医師としての誇りとやりがいをもって、心身の不調をきたさない適切な労働時間で診療に従事するためには、労働時間設計と管理に関する施設の方針策定と改善のためのチームづくり、段階を追った改善が重要となる。その際、管理者による労務監査のような取り組みも、医師の働き方に関する労働時間設計とその管理の最終ゴールをイメージする際に大いに参考になる。現実的な改善方向を示さない労働時間規制に関する取り組みは労多く実少ない。たとえば労働基準法の厳密な適用、医師の労働時間を週40時間に設定し運用するなどの非現実的な規制は、診療継続や施設経営を困難にするかもしれない。一方で、管理者による医師の労働時間管理の重要性の認識不足により、すぐに取り組める対策も取り組んでいない施設もあるかもしれない。例えば雇用している医師が何時間働いているか、その労働時間を誰も把握していない施設の存在である。

したがって、労働基準法に照らし合わせた働き方（規制）と現在の医療を支え患者を救っている働き方（実態）について、「現実的なすり合わせ案」についてそれぞれの時点で検討することで、医師の過重労働を防ぎ、医師の健康と患者の安全、病院組織の健全な運営につなげることが可能となる。例えば「医師の労働時間の把握」「医師の働き方の自主ルール作成」などは、現実的で実施可能な医師の健康支援策である。

これらの取り組みの際には、医療従事者が働きやすい就労環境づくりを進めている良好事例から学ぶことが多い。労働時間設定と勤務体制の見直し、宿日直と夜勤の取り扱い、残業代・賃金設定方法、週一回の休日の設定、年次有給休暇を与える時季、女性医師の働きやすい環境整備、その他の労働時間等に関する事項について勤務医の健康と生活に配慮し、医師の多様な働き方に対応した取り組みなど、大きく進展している。国内外の良好事例から学び、表2に掲げる視点を活用して、勤務医の労働時間改善などの見直しが進むことを願ってやまない。なお、これらの項目を作成した背景、項目の詳細については「わが国における医師の労働時間ガイドラインのあり方について」に詳細をまとめた。

今後、日本医師会において「勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について」を踏まえ、勤務医の健康支援のための労働時間等働き方の見直し手引きの作成について、検討が行われることが期待される。

6. 委員会活動の業績に関する総括・業績リスト

2008 年より開始した委員会では 4 年間に以下に示すような業績が上げられた。

2009 年に行われた勤務医 1 万人を対象とした調査ならびに医師の健康に関する情報提供が委員それぞれの臨床専門分野に限らず、他科にまで広く活動が行えた。

学会においても勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の提供するワークショップが数回開催されている。関連する書籍も発刊され、今後の活動の展開にも貢献できると考えている。

【原著論文】

1. Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T. Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints. Among Japanese physicians. A National Cross-sectional Survey. Int J Behav Med 18:384-90, 2011
2. Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T. Lifestyle Habits among Physicians Working at Hospitals in Japan. Japan Medical Association Journal 54(5): 318-24, 2011
3. Ohta H, Wada K, Kawashima M, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Aizawa Y. Work-family conflict and prolonged fatigue among Japanese physicians. Int Arc Occup Environ Health 84:937-42, 2011
4. 和田耕治, 吉川徹, 奈良井理恵, 森本貴代: わが国の医師の労働時間制限の検討において考慮すべき点と医療機関に求められる対応. 産衛誌 53:147-51, 2011
5. Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T. National survey of the association of depressive symptoms with the number of off-duties and on-call, and sleeping hours among physicians working at hospitals in Japan. BMC Public Health 10:127, 2010
6. 和田耕治, 太田寛, 川島正敏, 田中克俊, 相澤好治: 医療機関における職員の復職支援体制の現状と対策. 日本医事新報 4500. p105-108. 2010. 07. 24
7. 和田耕治, 吉川徹, 後藤隆久, 平井愛山, 松島英介, 中嶋義文, 赤穂理絵, 木戸道子, 保坂隆: わが国の勤務医の喫煙、飲酒、運動、食事習慣の現状 日医雑誌 139(9):1894-9, 2010

【書籍・雑誌など】

1. 吉川徹: 医療機関における健康管理. 東京都医師会「産業医の手引き(第 8 版)」.

- 東京. 東京都医師会. 184-192, 2011
2. 吉川徹:医療従事者に対するケア (精神的ケア). 呼吸器研修ノート. 東京. 診断と治療社. 141-4, 2011. 04
 3. 保坂隆:勤務医のストレスを早期発見するために. 日本医事新報 4572:5, 2011
 4. 保坂隆:医療従事者のストレスマネジメントの方法. 特集 医療従事者の心のケア. ペインクリニック 32(2):201-7, 2011
 5. 保坂隆:産業メンタルヘルス. 保健師ジャーナル 67: 440-443, 2011
 6. 吉川徹, 和田耕治, 保坂隆:医療従事者に対するケア (身体負担の軽減). 呼吸器研修ノート. 東京. 診断と治療社. 145-148, 2011. 04
 7. 吉川徹:特集:ストレスをためない職場環境づくり. ～職場の良好実践に学ぶ、従業員参加型のメンタルヘルス活動～ 安全衛生のひろば 52(5):9-19, 2011
 8. 中嶋義文:現代医療の特性と医療スタッフのストレス. 特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):173-180, 2011
 9. 松島英介:医療スタッフのストレス. 特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):181-191. 2011
 10. 小川賢一後藤隆久:ペインクリニック医師のストレス. 特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):192-200. 2011
 11. 保坂隆:医療従事者のストレスマネジメントの方法. 特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):201-207. 2011
 12. 塩入明子, 赤穂理絵:女性医師のストレスとその対策. 特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):208-215. 2011
 13. 中嶋義文:リエゾン医療の立場から心理職への期待. 今、心理職に求められていることー医療と福祉の現場から. 93-110. 誠信書房, 東京, 2010
 14. 保坂隆, 後藤隆久, 和田耕治, 吉川徹:勤務医の健康支援. 産業医学ジャーナル 33: 4-8, 2010
 15. 保坂隆, 和田耕治, 吉川徹, 後藤隆久, 中嶋義文, 平井愛山, 松島英介, 赤穂理絵, 木戸道子:総合病院での医師の働き方を支援するー日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」活動からー. 総合病院精神医学 22: 14-19, 2010
 16. 保坂隆: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」活動から. 医療経済研究 184: 30-32, 2010
 17. 木戸道子:女性医師のキャリアサポートを通じて産婦人科医療を支えていこう! JAOG Information 60:5-7, 2010
 18. 吉川徹:良好実践に学ぶ、働きよい職場づくり～プロセス支援としての参加型職場改善とメンタルヘルス対策～ 労働の科学;10:8(584)-12(588), 2010
 19. 和田耕治:アクションチェックリストを活用した医療機関での暴言・暴力対策.

ストレス科学;24(4):239-245, 2010

20. 保坂隆（編著）：医師のストレス. 中外医学社, 東京, 2009
21. 保坂隆：医師のメンタルヘルス. 保坂 隆（編集）医師のストレス. 2-24, 中外医学社, 東京, 2009
22. 保坂隆, 吉川徹, 和田耕治：医師のストレスと不健康度－アンケート調査から. 保坂隆（編集）医師のストレス. 25-35, 中外医学社, 東京, 2009
23. 松島英介, 保坂隆（監訳）：医師が患者になるとき. メディカル・サイエンス・インターナショナル. (原作: Myers MF & Gabbard GO: The Physician as patient - A clinical handbook for mental health professionals. American Psychiatric Publishing, 2008) , 2009
24. 後藤隆久：麻酔科医のストレス. 保坂隆（編集）医師のストレス. 89-94, 中外医学社, 東京, 2009
25. 木元元紀, 小林未果, 松島英介, 保坂 隆：リエゾン精神医学の立場から. 保坂隆（編集）医師のストレス. 146-157, 中外医学社, 2009
26. 平井愛山：医療崩壊から再生へ－内科勤務医のストレスとその対策. 保坂 隆（編集）医師のストレス. 209-232, 中外医学社, 2009
27. 和田耕治：Physician health programでの取り組み. 保坂隆（編集）医師のストレス. 中外医学社, p136-144, 2009
28. 吉川徹：職場環境改善・労働条件改善による医師のストレス一次予防の取り組み. 保坂隆（編集）医師のストレス. 中外医学社, p191-208, 2009
29. 保坂隆：精神医療にも医療崩壊か？. 医療経済研究 173: 20-22, 2009
30. 吉川徹, 保坂隆：日本医師会による勤務医の健康支援プロジェクトがスタート. 労働の科学 64: 346-347, 2009
31. 保坂隆, 後藤隆久, 和田耕治, 吉川徹：勤務医の健康支援. 産業医学ジャーナル 33: 4-8, 2010
32. 保坂隆：職員のヘルスケア～最良の医療を提供するために～. 明日の医療を考える「TEAM APPROACH」, No. 9, p3-5, 2010. 01
33. 和田耕治：諸外国における医師の健康支援と日本の総合病院での展開. 日本総合病院精神医学; 22:7-13. 2010
34. 吉川徹：勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の取り組み. 明日の医療を考える「TEAM APPROACH」, No. 9, p23-26, 2010. 01
35. 吉川徹：「医療現場における高負荷労働の実態」医療人材の養成・確保に関する研究委員会Ⅱ報告. 連合総研月間雑誌 DIO, No. 247
36. 保坂隆：「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」活動から. 医療経済研究機構レター184: 30-32, 2010
37. 後藤隆久：大学医局の勤務医支援. 医療経済研究機構レター184: 33-35, 2010

【講演・ワークショップなど】

1. 保坂 隆：医療従事者のメンタルヘルス．小田原市立病院医療従事者メンタルヘルス研修会，2012. 01. 31
2. 後藤隆久：山形麻酔懇話会における特別講演 麻酔科医のメンタルヘルスの現状と対応策． 2011. 7. 9 山形
3. 中嶋義文，和田耕治，保坂隆，松島英介，赤穂理絵：医師の健康支援ワークショップ．第 24 回日本総合病院精神医学会．2011. 11. 25. 福岡
4. 吉川徹，今村聡，和田耕治，保坂隆：勤務医の健康支援と労働環境改善（日本医師会のプロジェクト委員会の成果から）．第 28 回日本医学会総会 2011 [学術講演要旨]， p425. 2011. 04, 東京
5. 太田寛，木戸道子：産婦人科勤務医の業務量と健康に対する意識の現状および健康支援対策について－日本医師会調査より．日本産科婦人科学会雑誌 63(2)，489, 2011
6. 後藤隆久，渡邊至，保坂隆，和田耕治：麻酔科医のためのメンタルヘルス支援のための職場環境改善ワークショップ～安心して働ける職場作りをめざして～．日本臨床麻酔学会第 3 1 回大会，2011. 11. 4, 沖縄
7. 保坂隆：医師のストレスの原因と対策．第 61 回日本病院学会シンポジウム．患者・家族・医療者間の信頼できる医療チームを目指して－院内での暴言・暴力、クレーム等をリスクマネジメントする－，2011. 07. 15
8. 保坂隆：医師の睡眠時間と抑うつ．第 36 回日本睡眠学会，2011. 10. 15, 京都
9. 保坂隆：医師のための産業医の意義．第 107 回日本精神神経学会，2011. 10. 26, 東京
10. 保坂隆：ストレスとの付き合い方－ストレスづきあいの上手な人，下手な人．日本健康科学学会第 27 回学術集会，2011. 08. 07
11. 吉川徹：勤務医の過重労働対策と労働環境改善．第 4 回産業医学研修会．自治医科大学，2011. 01. 09
12. 吉川徹：職場ストレス環境の改善－国内外のメンタルヘルス対策の動向から－全衛連・メンタルヘルス事後指導研修会（医師向け），2011. 01. 22
13. 吉川徹：ワークショップ：医師の過重労働と勤務環境改善．平成 22 年度社会保険病院等診療科部長研修会，2011. 01. 29
14. 松島英介：医療者のメンタルヘルス．第 51 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会，仙台，2010. 06. 27
15. 松島英介：医療従事者のメンタルヘルス．第 6 回リエゾン・サイコオンコロジー地域懇話会，2010. 07. 27, 東京
16. 松島英介：がん診療における医療者のメンタルヘルス．第 2 3 回日本サイコオ

ンコロジー学会, 2010. 09. 24, 名古屋

17. 保坂隆: 麻酔科医のこころの健康—勤務医のメンタルヘルス: 問題認識と日本医師会の取り組み. 第 57 回日本麻酔科学会シンポジウム, 2010. 06. 05
18. 保坂隆: 精神医学の喫緊の課題—自殺・がん・勤務医問題を中心に—. 広島市医師会. 第 116 回学術講演会, 2010. 10. 20
19. 保坂隆: 勤務医のストレス状況と対策: 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」活動から. 第 5 回聖ルカ・アカデミア, 2011. 01. 29
20. 後藤隆久: 麻酔科医のこころの健康 (座長および企画) 第 57 回日本麻酔科学会シンポジウム, 2010. 06. 05
21. 吉川徹: 勤務医のメンタルヘルス不調の第一次予防策. シンポ 18「麻酔科医のこころの健康—現状と支援策」 現状と支援策. 第 57 回日本麻酔科学会総会, 2010. 06. 05
22. 木村元紀, 松島英介, 保坂 隆: 首都圏のコンサルテーション・リエゾン精神科医のストレス. 第 22 回日本総合病院精神医学会総会, 2009. 11. 27-28, 大阪
23. 吉川徹, 和田耕治, 今村聡: 勤務医が望む健康支援のための労働条件・職場環境改善ニーズの全国調査. 産業衛生学雑誌; 52: 410, 2010
24. 和田耕治, 吉川徹, 後藤隆久, 平井愛山, 松島英介, 中嶋義文, 赤穂理絵, 木戸道子, 保坂隆: わが国の勤務医の喫煙、飲酒、運動、食事の習慣の現状. 第 21 回日本疫学会. 札幌, Journal of epidemiology; 21(1)supplement; 210, 2010
25. 和田耕治, 吉川徹: 70 歳以上の勤務医が求める医療機関での職場環境改善. 第 83 回日本産業衛生学会, 産衛誌 52 臨増 p364, 2010, 福井
26. 中嶋義文: 勤務医のメンタルヘルス支援の実践—初期研修医支援の方略. 第 17 回日本産業精神保健学会, 2010. 07. 14, 金沢
27. 保坂隆: 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の取り組み. 第 31 回日本産業保健活動推進全国会議, 2009. 09. 10
28. 保坂隆: 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」活動から. 第 22 回日本総合病院精神医学会総会, 2009. 11. 27
29. 保坂隆: 勤務医支援—急性期医療崩壊を防ぐために. 医療経済研究会新春特別講座, 2010. 01. 08
30. 後藤隆久: 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会. 第 4 回女性医師支援フォーラム in 横浜, 2010. 02. 06
31. 後藤隆久: 急性期医療崩壊を防ぐために. 医療経済研究会新春特別講座, 2010. 01. 08
32. 和田耕治: 勤務医の健康を守る取り組みと日本での展開. 千葉県医師会勤務医部会講演会. 勤務医の健康管理, 2010. 01. 23, 千葉
33. 吉川徹: 「医療現場における高負荷労働の実態」 連合総研. 医療人材の養成・

確保に関する研究委員会Ⅱ, 2010. 02, 東京

34. 和田耕治: 互助・公助—諸外国での医療機関と医師会での取り組み. 日本総合病院精神医学会総会, 2009. 11. 27
35. 吉川徹: 「医師の労務環境改善とストレス対策—健康な医師, 健康的な病院は身近な改善から—」. 東北大学病院メンタルヘルスケア講演会, 2010. 01, 仙台
36. 吉川徹: 「医療提供者の安全をどう守るか」. 社団法人日本病院会平成 21 年度医療安全管理者養成講習会. 2009. 12, 東京
37. 吉川徹: 「医師のストレスと労務環境改善」. 富山県医師会産業医研修. 2009. 11, 富山
38. 吉川徹: 「職場環境改善チェックリストを使った医師の労務環境改善」. 第 31 回産業保健活動推進全国会議, 2009. 09, 東京
39. 吉川徹: 「医療従事者が安心して健康的に働くための職場環境改善の取り組み事例—医療従事者のための労働安全衛生の視点から—」. 虎の門病院安全衛生委員会主催院内講演会, 2009. 06, 東京
40. 今村聡, 保坂隆 (対談): 勤務医の働き方とワークライフバランス. 日本経済新聞, 2009. 12. 21 朝刊

