

勤務医の健康支援に関する検討委員会 答申

医療勤務環境改善支援センターと連携した
勤務医の健康支援の推進

平成 28 年3月

日本医師会

勤務医の健康支援に関する検討委員会

平成 28 年 3 月

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

勤務医の健康支援に関する検討委員会

委員長 保坂 隆

勤務医の健康支援に関する検討委員会答申

本委員会は、平成 26 年 10 月に、貴職より、「医療勤務環境改善支援センターと連携した勤務医の健康支援の推進」について諮問を受け、平成 28 年 2 月までに 6 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、審議結果を取りまとめたので、ここに報告いたします。

勤務医の健康支援に関する検討委員会

委員長	保坂 隆	聖路加国際病院 リエゾンセンター長
副委員長	中嶋 義文	三井記念病院精神科部長
委員	赤穂 理絵	東京都立駒込病院 神経科部長
	浅見 浩	全国社会保険労務士会連合会 医療業労務管理部会委員
	馬岡 晋	三重県医師会 常任理事
	木戸 道子	日本赤十字社医療センター 第二産婦人科部長
	久保 達彦	産業医科大学医学部 公衆衛生学講師
	玉城 信光	沖縄県医師会 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
	吉川 徹	独立行政法人労働安全衛生総合研究所 上席研究員

(委員：50 音順)

目次

はじめに	1
I. 本委員会の今期の取り組み	2
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	2
(勤務医 1 万人調査)	
(1) 勤務医を取り巻く環境	2
(2) 勤務医の主観的健康観	3
(3) 勤務医の健康支援のための 15 のアクション	3
(4) 女性医師支援の波及効果	5
(5) 年収と勤務医の健康状態の相関	5
2. 都道府県医師会、医療勤務環境改善支援センターの取り組み	6
(1) 医療勤務環境改善支援センター業務に関するアンケート調査	6
(2) 医療勤務環境改善支援センターの取り組み事例	8
II. 提言	11
1. 実行・解決すべき課題	11
(1) 各医療機関	11
(2) 医療勤務環境改善支援センター	11
2. 実行・解決の手段	13
(1) 地域レベルの取り組み	13
(2) 全国レベルの取り組み	13
3. 提言に向けて関係者がすべきこと	15
(1) 医療勤務環境改善支援センター	15
(2) 都道府県医師会	15
(3) 厚生労働省	16
まとめ	17

巻末資料 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
(2015 年 12 月)

巻末資料 2 医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援体制の構築
(厚生労働省資料)

巻末資料 3 医療勤務環境改善支援センター業務に関するアンケート調査報告書
(平成 27 年 12 月)

はじめに

国民の健康を守り、医療を安全かつ安定的に提供し続けていくためには、医療者自身が健康で生き活きと仕事ができる環境にあることが欠かせない。日本医師会では勤務医が安心して医療に従事できるためにさまざまな施策に取り組んでいるが、平成 21 年には本委員会の前身である「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。同委員会では、実態把握のために日本医師会に所属する勤務医 1 万人を対象に「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」を実施した。その結果、勤務医が過酷な勤務状況のなか、主観的には自らの不健康を感じつつも他の医師に相談することなく勤務を続けていること、メンタルヘルス状況は深刻で自殺リスクが高い状態にあることが明らかになった。

そこで、日本医師会は、勤務医の健康を支援することを重要な課題とし、同委員会及びその活動を引き継いで「勤務医の健康支援のための検討委員会」を設置している。委員会では、これまでに上述のアンケート実施及び結果分析、電話・メールによる勤務医からの相談への対応、「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 か条」「勤務医の健康支援のための分析・改善ツール」の作成を行ってきた。また、これらのツールを活用した病院管理者、病院産業医向けの参加型研修会「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を全国において開催してきている。

一方、平成 26 年に医療法が改正され、医療従事者の勤務環境改善に関する医療機関管理者の努力義務条項が新設され、各都道府県に対し、継続的に医療従事者の勤務環境改善を図るための「医療勤務環境改善支援センター」の設置が努力義務とされた。医療法改正を機に各方面での勤務医をはじめとした医療従事者の健康支援に対する機運が高まっている。

前回調査から 6 年後にあたる平成 27 年に、これまでの取り組みの成果と今後の課題を明らかにするために第 2 回の「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」を施行した。その結果の詳細は本報告書にて述べられるが、全般にこの 6 年間で勤務医の勤務環境には多少の改善の兆候が認められている。しかし、勤務医自身の主観的健康観にはほとんど変化がみられず、自殺企図等メンタルヘルスの深刻な問題を抱える医師も未だに少なからず存在している。勤務医の勤務実態とメンタルヘルスを含む健康の実情には、現在もなお解決すべき問題がある。

本答申では、医師の健康維持増進につながる勤務環境改善の具体的なアクション（改善施策）を明らかにし、改正医療法に規定された「医療勤務環境改善支援センター」の仕組みを活用して、そのアクションを実現するための具体的な取り組みについて提言する。

なお、本文では、特に断りのないかぎり、医療勤務環境改善支援センターを「支援センター」、「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」を「勤務医 1 万人調査」、「勤務医の健康支援のための分析・改善ツール」を「分析・改善ツール」と表記する。

I. 本委員会の今期の取り組み

今期の「勤務医の健康支援に関する検討委員会」では、会長諮問に応えるべく下記の2つのアンケート調査を実施し、最新の現状分析をもとに今後の課題について議論を重ねるとともに、3つのワークショップ（三重県、沖縄県、佐賀県）を引き続き開催し、健康支援への具体的な取り組みを行った。

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

（勤務医1万人調査）

平成27年6月に日本医師会勤務医会員10,000人を対象としたアンケート調査を実施した。これは平成21年にも実施された同様の調査を引き継ぐ形で実施されたもので、主な目的は①前回調査からの勤務医就労環境の変化の把握、②各種対策の効果検証、③医療勤務環境改善支援センターを含めた各種施策の認知度調査、とした。回収率は31.7%（3,166人）であった。

（1）勤務医を取り巻く環境

まず就労環境について「最近1ヶ月間で休日なし（前回調査8.7%⇒今回5.9%（-2.8%）」、「半年以内に不当なクレームを経験（同45.9%⇒37.0%（-8.9%）」等、改善傾向が認められた。勤務医自身も「他の医師に健康問題を相談する者（同45.9%⇒55.1%（+9.2%）」が増加し「中等度以上の抑うつ症状を認める者（同8.7%⇒6.5%（-2.2%）」は減少する等、勤務医の健康を取り巻く環境には全体的に改善傾向が伺われた。（図表1）

図表1 勤務医の就労環境—主な調査項目に関する前回調査との比較(※)

	2009 年 (平成 21 年) (n=3, 879)	2015 年 (平成 27 年) (n=3, 166)	差
■ 勤務状況			
8) 最近 1 ヶ月間で休日なし	8.7%	5.9%	-2.8%
9) 自宅待機・オンコールが月 8 日以上	20.1%	17.9%	-2.2%
10) 平均睡眠時間 5 時間未満(当直日以外)	8.6%	9.1%	+0.5%
11) 当直回数が月 4 回以上	26.4%	22.5%	-3.9%
11a) 当直日の平均睡眠時間 4 時間以下	49.8%	39.3%	-10.5%
12) 半年以内に不当なクレームを経験	45.9%	37.0%	-8.9%
■ 健康状況			
13) 主観的健康観(健康でない・不健康)	21.5%	20.1%	-1.4%
14) 他の医師への健康相談あり	45.9%	55.1%	+9.2%
29) 自殺や死を毎週/毎日具体的に考える	5.7%	3.6%	-2.1%
18-33) 抑うつ症状尺度 QIDS 中等度以上	8.7%	6.5%	-2.2%
18-33) 抑うつ症状尺度 QIDS 重度以上	1.9%	1.1%	-0.8%

※詳細については巻末資料 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(2015 年 12 月)」p4-5 参照

(2) 勤務医の主観的健康観

一方で勤務医自身の主観的健康観には変化はほとんど見られず「不健康割合(同 21.5%⇒20.1% (-1.4%))」、また自殺等リスクが極めて高い状態にある医師も未だに 3.6%存在(前回 5.7%)していた。団塊の世代が後期高齢者となり医療介護サービスの需要が極期に達する「2025 年問題」の到来を踏まえれば、速やかに実効性のある対策を進め、勤務医の健康管理支援体制を構築することは、未だ真に喫緊の課題である。

(3) 勤務医の健康支援のための 15 のアクション

本委員会で作成した「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」(平成 26 年 3 月改訂版、URL: http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf、日本医師会>勤務医のウェブ情報参照)に掲載されている「医師の健康支援のための職場改善チェックリスト」には 30 項目のチェック項目が掲載されている。

第 2 回の勤務医のアンケート調査を行うにあたり、本委員会ではこのリストを、①勤務医自身からの要望が強い対策、②本検討委員会が従来から強調してきた事項(体制・クレーム組織対応・相談窓口)、③既に診療報酬に収載されている対策、④施策法令関連対策、⑤日本医師会男女共同参画委員会が推奨している対策、という 5 つの視点から再度、整理し、更にアンケート負担軽減の視点から 15 のアクション(組織的な取り組み)に絞り込んだアクション・リストを設定した。(図表 2)

そして、①メンタルヘルス(うつ)指標、②自殺リスク指標、また医療安全の視点も踏ま

え③労働生産性指標、そして経営及び地域医療体制維持の視点から④勤務継続意思の4つの評価指標（図表3）に基づいてそれらのアクションの効果を検証した。その結果、15項目のうち14のアクションが、4指標全てに対して有意な改善効果を示していた。なお、効果が認められなかった1つのアクション（図表2のNo.4）は実施率が低いことから統計学的パワーが不足していたもので、統計学的有意差は検出されなかったが傾向としては良好な効果が観察された。

図表2 勤務医の健康支援のための15のアクション

No	アクション
1	勤務医負担軽減の責任者を選任して委員会等を設置している
2	診療補助者（医療クラーク）を導入し、医師は診療に専念する
3	当直の翌日は休日とする
4	予定手術前の当直・オンコールを免除する
5	採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を医師以外が実施する
6	退院・転院調整について、地域連携室等が組織的に対応している
7	医療事故や暴言・暴力等に施設として組織的に対応する
8	医師の専門性確保とキャリア支援のため、学会や研修の機会を保証する
9	快適な休憩室や当直室を確保する
10	短時間雇用等の人事制度を導入して、就労形態を多様化する
11	地域の医療施設と連携して外来縮小等を行い、特定の医師の過剰な労働負担を減らす
12	大学や基幹病院の医局、医師会、自治体等の協力を得て、病院の医師確保支援を進める
13	時間外・休日・深夜の手術・処置実施に応じて医師に手当を支給する
14	女性医師が働き続けるために、柔軟な勤務制度、復帰のための研修を整備する
15	社会保険労務士等の労務管理の外部専門家を活用する

図表3 15のアクションの効果検証に用いられた4つの指標（※）

指標	説明
メンタルヘルス（うつ）指標	勤務医の健康管理における重要課題として前回調査に引き続き設定された。「簡易抑うつ症状尺度（QIDS）」により評価。
自殺リスク指標	「簡易抑うつ症状尺度（QIDS）」の設問から、前回調査で注目された自殺に関する項目を特出しして設定された。
労働生産性指標	昨今注目が集まる presenteeism（出勤はしているが体調不良により労働生産性が低下している状態）の測定指標として設定された。産業医科大学版労働障害調査票（WFun）により評価。
勤務継続意思（経営指標）	経営及び地域医療体制維持の観点から設定された。

※詳細については巻末資料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（2015年12月）」p2-3 参照

(4) 女性医師支援の波及効果

注目されるべき結果として、「No14. 女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備」というアクションは、同僚となる男性医師に対しても効果を示していた。女性医師割合は増加傾向にあるが、その支援は同僚男性医師も含めて、うつを初めとした健康問題の予防とともに離職予防にも資する可能性が示された。

(5) 年収と勤務医の健康状態の相関

今回調査では年収と健康状態の関連が調査された。これは主たる勤務先以外での勤務状況を把握・評価する意図で実施したものであるが、解析では年収に関連する指標は設定された4つのアウトカム指標（労働生産性関連指標、メンタルヘルス指標、自殺リスク指標、経営指標）のいずれのアウトカムとも関連していなかった。

2. 都道府県医師会、医療勤務環境改善支援センターの取り組み

(1) 医療勤務環境改善支援センター業務に関するアンケート調査

平成 26 年 10 月、医療機関における医療従事者の勤務環境改善に関する改正医療法の規定が施行され、各医療機関が PDCA サイクルにより計画的に勤務環境改善に取り組む仕組み（医療勤務環境改善マネジメントシステム）を導入することが規定された。また各都道府県は勤務環境改善に取り組む各医療機関に対して必要な支援を行うこととされ（医療法第 30 条の 21）、各都道府県に医療勤務環境改善支援センターが設置されることとなった（巻末資料 2 「医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援体制の構築（厚労省）」参照）。支援センターは勤務医を含めた医療機関スタッフの勤務環境改善を推進し、地域における対策の推進調整役としての役割が期待されている。

そこで、本委員会では、平成 27 年 10 月に都道府県医師会を通して全国の支援センター業務に関するアンケート調査を実施した。調査の時点で設置済みの支援センターは 41 都道府県であった。ただ、設置後間もないこともあり、その活動内容は全国的に未だ模索の途上にあり、現状では支援センターがどのような支援をどこまで実施すべきなのか、あるいは実施可能なのか見定められていない状況にあることが伺われた。（巻末資料 3 「医療勤務環境改善支援センター業務に関するアンケート調査報告書」参照）

① 支援センターの運営体制

・ 設置形態について

都道府県による直営 19 ヶ所、委託 22 ヶ所。委託のうち都道府県医師会委託は 13 ヶ所、医業経営コンサルタント協会への委託が 3 ヶ所であった。

・ 医師会受託のメリット、デメリット

メリットとしては「行政に相談しにくいことを相談できる」「医療機関の管理者は医師である。医師会は医療機関の実態が分かっている」といった回答であった。

一方、デメリットとしては、「都道府県医師会事務局の事務負担が増える」「医療機関の内部事情を同業者に知られたくない」「医師会の非会員の医療機関は相談がしにくい」といった意見がみられた。

・ 運営協議会の設置・開催頻度と参画団体

運営協議会の開催頻度は年 2 回がもっとも多い（25 ヶ所）。また、参画団体で多かったのは都道府県医師会（36 ヶ所）、都道府県看護協会（35 ヶ所）、都道府県労働局（35 ヶ所）、都道府県社会保険労務士会（33 ヶ所）等。精神科病院協会が運営協議会に参画しているケースが 10 ヶ所みられた。

・ 医療労務管理支援事業と医業分野アドバイザー事業の運営について

医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）は常駐が 27 ヶ所、案件が発生した時のスポット対応が 4 ヶ所。医業分野アドバイザー（医業経営コンサルタント等）は常駐が 4 ヶ所、スポット対応が 17 ヶ所。双方の業務を 1 か所で実施（一体的運営）しているのは 19 ヶ所、場所が異なっているのは 22 ヶ所であった。一体的な運営をしていない理由は「スペースがない」「社会保険労務士は常駐だが医業経営コンサルタントはスポット対応」「そもそもこの二つの事業が別契約のため」等。

双方の連携については、「概ね連携している」が 15 ヶ所、「あまり連携していない」

が7ヶ所、「わからない」が6ヶ所であった。連携していない理由は「相談件数が少ない」が目立った。なお、「随時相談では一緒に行い個別支援する場合は別々でやる」「電話相談があった場合には窓口で内容を聞いた後、各アドバイザーへつなぐ仕組みとしている」といったルールを設けているところもあった。

- ・ **平成 27 年度の予算規模**

医療労務管理支援事業の予算規模は、500 万円未満が 29 ヶ所であった（本事業に対する労働局予算は約 400 万円）。

一方、医業分野アドバイザー事業は、地域医療介護総合確保基金を活用して行われる。予算は 500 万円未満が 29 ヶ所であった。1000 万円以上の予算を計上しているところもみられた。

② 業務実績

- ・ **主な業務**

研修会・ワークショップの実施 30 ヶ所、医療機関のニーズ調査 25 ヶ所、来訪相談対応 20 ヶ所、医療機関を訪問支援 27 ヶ所、等。

- ・ **支援センターへの来訪相談件数、個別訪問件数**

平成 26 年度内に設置された支援センター（22 ヶ所）においても、支援センター来訪相談、個別訪問ともにその件数は 1～20 件程度のところが多い。

- ・ **入手可能なツール・マニュアルの活用状況**

- 日本医師会「勤務医の労務管理に関する分析改善ツール」「勤務医の健康を守る 7 か条」「医師が元気に働く 7 か条」

活用した事業を実施：10 ヶ所 支援センターに情報提供：13 ヶ所

支援センターに情報提供していない：14 ヶ所

- 厚生労働省『医療勤務環境改善支援センター業務のポイント』

業務に活用している：24 ヶ所 知っているがあまり活用していない：16 ヶ所

- 厚生労働省ホームページ『いきいきと働く医療機関サポートWeb』

業務に活用している：26 ヶ所 知っているがあまり活用していない：14 ヶ所

- ・ **広報活動の状況**

ホームページ開設 30 ヶ所、都道府県担当部署での資料配布 27 ヶ所、医師会行事での資料配布 16 ヶ所、都道府県労働局での資料配布 16 ヶ所

③ 主な意見

「医療機関からは無料の支援ということでもっと深く関わってほしいとの要望がある」

「無料相談、支援頻度、期間、範囲が不明瞭」「まだ広く認知されてない」

「県とか労働局、医師会の 3 者の連携が必要だが、柔軟な対応が必要」

「相談がないのにアドバイザーへの支払いのみが発生している」

「人材確保支援を含めた権限が支援センターに必要（地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携）」。

「現状は自主的な改善システムだが、拘束的・規制的なものに急変しないように注視してほしい」等

(2) 医療勤務環境改善支援センターの取り組み事例

今期、本委員会がワークショップを開催した3県から、ワークショップ概要、各支援センターの取り組み等の情報提供を得た。

① 三重県

平成26年8月支援センター開設。三重県医師会が運営受託。

○ ワークショップ研修会

- ・ 開催日時：平成27年2月8日（日）13：00～17：30
- ・ 共催：三重県医師会、三重県医療勤務環境改善支援センター
- ・ 講師：本委員会保坂委員長、久保委員、村上委員、浅見委員
- ・ 参加者：22名（参加者は全員が医師。診療所院長から大病院の管理者まで様々）
- ・ プログラム

「分析・改善ツール」の記入演習及びツール解説／グループに分かれ勤務医の健康支援に関するケーススタディ（①過重労働と勤務医の健康障害②女性医師の就労支援の2例）。各チームで討議後グループ発表／解説と小講義が行われた。

・ 主催者総括

今回、三重県医師会が三重県医療勤務環境改善支援センターの委託・運営を受け、その活動の一環として本研修会が開催された。三重県医師会としては、本研修会は支援センター利用の糸口として、極めて有効であるとの感想であった。地域による特性が考慮されたケーススタディがあれば、さらに有用性が高まると考えられた。

三重県医療勤務環境改善支援センターとしては、医療機関の全職員に対象を広げたうえで、今回のようなグループ討議を含む研修会の開催を継続的に行う必要があると考えている。

同時に医師の勤務環境の改善には人的資源の確保が最も重要であり、三重県における医師確保を主命題とする三重県地域医療支援センターとの連携なくしては、問題の抜本的な解決にはならないとも実感しており、今後その実現に向けた取り組みが急がれる。

○ 他の取り組み～「女性が働きやすい医療機関」認証制度

三重県では、医師や看護職員をはじめとした医療従事者の確保を図るために、県の公的な位置づけによる本制度を創設し、三重県医師会が委託運営する三重県医療勤務環境改善支援センターがその審査、運営にあたることとなった。

・ 制度の趣旨

医療従事者の確保を図るため、妊娠時・子育て時の当直免除、短時間勤務に係る制度整備や保育施設の整備、また、これらの制度や施設の活用を促す職場の雰囲気作り等、勤務環境の改善に積極的に取り組んでいる医療機関を県が認証する。当該医療機関が社会的に評価される仕組みをつくることにより、女性の医療従事者が働きやすい環境づくりの促進を図ることを目的とする。対象は三重県内の病院及び診療所。

・ 認証要件

以下の2項目のいずれにも該当することが必要

＜1＞次に掲げるすべての項目について取り組みを行っていること

a. 職場環境づくり b. 人事管理 c. 保育・介護支援サポート体制

＜2＞法令に違反する重大な事実がないこと

ここで大切なのは、審査による可否に関わらず、三重県医療勤務環境改善支援センターがアドバイス・支援を行うことである。この制度により同センターはその後その医療機関と密接なコンタクトが可能となり、女性に限らず全ての従業員の労務環境の改善につなげていけるものと確信する。

平成27年度の募集期間は平成27年11月14日から12月14日までであった。既に病院9か所、診療所2か所より申請されており、平成28年3月に三重県知事による認証書授与が行われる。

② 沖縄県

平成27年3月支援センター開設。沖縄県医師会が運営受託。

○ ワークショップ研修会

- ・ 開催日時：平成27年7月12日（日）13：00～17：30
- ・ 共催：沖縄県医師会、沖縄県医療勤務環境改善支援センター
- ・ 講師：本委員会中嶋副委員長、久保委員、村上委員、浅見委員
- ・ 参加者：40名
- ・ プログラム

「分析・改善ツール」の記入演習及びツール解説／グループに分かれ勤務医の健康支援に関するケーススタディ（①過重労働と勤務医の健康障害②女性医師の就労支援の2例）。各チームで討議後グループ発表／解説と小講義が行われた。

・ 主催者総括

沖縄県医師会では、平成27年3月から支援センター事業を展開し始めたことから、本研修会は支援センターの認知度を高める格好の機会となった。研修には支援センター登録の医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）にも参加いただいた。労務管理の専門家故に意見収束を急ぎ過ぎた面もあったが、お互いに顔の見える関係や身近な存在であることの認識を深めて貰う良い機会となった。

本研修会でも記入演習のあった「分析・改善ツール」は医療機関の自己分析及び現状把握に効果的である。日本医師会においては、今後、支援センターと関連づけた本ツールの効果的な活用の普及啓発が期待される。また、全国の支援センターにおいても、医療機関への「動機づけツール」として積極的活用が期待される。

また、研修プログラムについては、費用等の補助等あらゆる制度・政策を動員し医療経営面の視点も加味した一体的プログラムがあるとより有益な研修となり得る。また研修会アンケートのまとめから、原因分析及び改善アイディアへの評価分析等の議論や医療機関の施設形態別プログラム化の提案もあった。今後日本医師会の委員会での検討が必要である。

○ 他の取り組み等について

- ・ 沖縄県医師会からみた医師会委託型支援センターの有用性

元来、医師会は、国民のための保健・医療・福祉の実現をめざし、常日頃から関係団体との強い連携・協力を図りながら、直面する課題に全力を挙げて取り組んでいる。すでに関係団体との連携の素地があることや、県全域に地区医師会の活動基盤があることから、効果的に事業が浸透しやすく、また多様な主体が交わるほど、組織連携の要として、医師会は、その推進的役割と責任を果たすことができる。

さらに医療機関においては、医師会が最も身近な存在であることから、医師会が本事業を受託することで、医療機関特有の諸課題解決に向けた取り組みを直接的に支援することが期待できる。医療機関は医師会委託型の支援センターの方が追加的な恩恵が得られると考えている。

- ・活動実績

平成 27 年度、沖縄県医師会では、職場環境改善に必要な知識の習得・啓発に向けたセミナーを毎月 1 回開催した。延べ 10 回開催で 571 名の参加がある。施設別割合では、病院 34%、診療所 46%、歯科 6%、その他 14%となっており、取り組みが進み難い中小医療機関への支援にもつながっている。このことは医療提供体制における施設間格差の軽減への効果も期待できる。

さらに、事業の浸透性及び実効性を高めるべく、毎月 2 回、医療労務管理アドバイザー執筆によるニュースレターを発行している。労務管理への関心と快適な職場環境づくりへの意欲を高めるための機会提供にもつながっている。

これらの活動から支援センターの平成 28 年 1 月末現在の相談件数は合計 65 件となっている。相談機関の内訳をみても、病院 38%、診療所 22%、歯科 1%、その他 8%、匿名 31%となっており、医師会が支援センター事業をフォローすることで、医療機関の勤務環境改善を手助けする要因にもなっている。

どの医師会でも推進している「女性医師支援」や「産業保健対策」等で培ったノウハウを十分活かすことができ、より実践的な社会保険労務士会や医業経営コンサルタント協会等との連携が可能と考えている。

③ 佐賀県

平成 27 年 10 月支援センター開設。佐賀県医師会が運営受託。

○ ワークショップ研修会

- ・ 開催日：平成 27 年 11 月 1 日（日）
- ・ 共催：佐賀県医師会、佐賀県医療勤務環境改善支援センター
- ・ 講師：本委員会赤穂委員、久保委員、村上委員、浅見委員
- ・ 参加者：16 名
- ・ プログラム

「分析・改善ツール」の記入演習及びツール解説／グループに分かれ勤務医の健康支援に関するケーススタディ（①過重労働と勤務医の健康障害②女性医師の就労支援の 2 例）。各チームで討議後グループ発表／解説と小講義が行われた。

- ・主催者総括

ワークショップ研修会は 2 回目ということで、今回は医師 1 名で開業されている先生方が多かった。自院での取り組みというより、産業医として参加された先生も数名おられた。また、開業医の先生で看護師の労務環境についても非常に興味があるので勉強したいという先生もおられた。

ワークショップの開催方法として、事前に「分析・改善ツール」を送付し、予め記入いただいていたことから、円滑に進行ができた。

Ⅱ．提言

I. で述べた委員会活動を踏まえ、会長諮問「医療勤務環境改善支援センターと連携した勤務医の健康支援の推進」についての具体的施策を提言する。

1. 実行・解決すべき課題

(1) 各医療機関

①医療勤務環境改善支援センターによる支援活用と15のアクションの実行

医療機関においては、支援センターの支援を得つつ医療勤務環境改善マネジメントシステムを導入・推進し勤務環境改善を実現することが期待されているところであるが、制度発足間もないこともあり、現状では支援センターの活用状況は未だ発展途上にある。

また医療機関が導入するマネジメントシステムにおいてどのようなアクション（組織的対応）を取り上げることが勤務医の健康支援の視点から有効かについては、取り組み事例の情報は集積されつつあるものの複合的な評価指標によって勤務医の健康に関する改善効果が検証された示唆は未だ不足している。

本委員会を通じて明らかとなった4つの指標（抑うつ、自殺リスク、労働生産性、勤務継続）についてその改善効果が確認された「勤務医の健康支援のための15のアクション」について積極的に取り上げていくことは有用である。

②中核的人材（キーパーソン）の育成

医療機関において勤務環境改善を推進するためには、健康管理と労務管理の両面の知識を備え、院内での部門横断的な活動を院内外の関係者と連携してコーディネートできる中核的人材（キーパーソン）が必要である。

(2) 医療勤務環境改善支援センター

①医療勤務環境改善支援センターの機能・役割等の周知不足

利用者である医療機関の目線に立てば、現状では支援センターから得られる支援の具体的な内容や程度が明確になっているとは言いがたい。また課題によっては支援センターを運営する県には相談しにくい、あるいは医師会に加入していないため支援センター委託先の都道府県医師会に相談しにくい等といったことが起こり得る状況にある。医療機関に対して支援センターの機能や役割等を十分に周知すること等により、医療機関が支援センターを安心して利用できる環境を整えることが求められている。

②医療労務管理と医業経営の包括的な連携

医療勤務環境改善を推進するためには、健康管理に配慮した労務管理に加え経営面も含めた関連施策の調和が不可欠である。支援センターには医療機関における取り組みを支援するために医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）や医業分野アドバイザー（医業経営コンサルタント等）といった専門家が配置されているが、支援センターに

必要とされる支援内容は多様で、医療機関の立場からすると自機関の課題に対応した支援を受けられるかが判然としないことがある。また、支援センターの立場からすると、医療機関からの個別相談に対し、配置されたアドバイザーの専門分野だけでは対応が難しい場合も想定される。このため、支援センターは、医療機関の個別ニーズに応じて医療労務管理と医業経営の両アドバイザーが連携して支援にあたるとともに、適切な関係機関・団体等につなぐワンストップ窓口として機能することが期待されている。

なお、医療労務管理と医業経営の包括的連携に向けての課題の背景には、〈1〉医療労務管理支援事業と医業分野アドバイザー事業はそれぞれ別の予算であること（前者は都道府県労働局の委託事業、後者は地域医療介護総合確保基金を活用）、〈2〉医療労務管理支援事業はその前身の事業（医療労働専門相談員）が平成24年から既に行われていたが、それが医業経営面も扱う支援センターに付加され、支援センター業務に至っていること、〈3〉特に医業経営に関する支援センターへの支援依頼が全国的にまだ少なく連携して業務を行う機会が少ないこと、等がある。

しかし、支援センターの設置が進むに伴い、今後、包括的連携に関する事例や知見が蓄積されていくと期待される。また、連携の障害として、各アドバイザーの勤務場所がスペースの都合等から物理的に離れていることがあるとの指摘もあった。仮に予算や組織の問題等から双方の連携が取れていない状態であるなら、支援センターの体制として改善が必要である。なお、このような物理的な制約については連絡係を置く等の工夫をしている都道府県もあった。

③地域医療支援センター・ナースセンター等との連携

勤務医の勤務環境の改善には勤務医を含む医療従事者の確保対策を合わせた対応が有効である。医療勤務環境改善支援センターは、都道府県の医師偏在の解消に取り組むコントロールタワーの役割を果たす地域医療支援センターや、看護職確保対策に向けた取り組みを行っているナースセンター等との連携を図ることにより、医療スタッフ不足という課題の解決にも寄与することが期待されている。

④精神科との連携

勤務医の6.5%が中等度以上の抑うつ症状にさいなまれており、3.6%が自殺リスクにさらされている。支援センターにおいても各医療機関におけるメンタルヘルス対策の推進が期待されているが、例えば支援センターの運営協議会に都道府県精神科病院協会が参画しているのは10の都道府県にとどまっていた。今後、支援センターの活動において精神科との連携が様々な形で推進されていくことが期待される。

2. 実行・解決の手段

支援センターと連携した勤務医健康支援の推進にむけて、以下を提言する。

(1) 地域レベルの取り組み

① 支援センターの周知と既存のツールの活用

まず求められるのは既存資源の周知・活用である。現状で支援センターの存在を認知している勤務医は 8.1% にすぎない。支援センター制度の周知に向けて、栃木県等で既に実施されているように、相談を待つのではなくセンターから医療機関を訪問するいわゆるアウトリーチ活動を含めた活動は必要かつ有効であろう。

また支援センターにおいて厚生労働省が作成した「医療勤務環境改善支援センターの業務のポイント」を活用しているセンターは 58.5% (24 か所)、本委員会が開発した「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」を活用しているセンターは支援センターは 24.4% (10 か所) にとどまっていた。これらのツールを全国的に活用していくことは有効かつ現実的な取り組みと考えられる。広報の一環で医療機関を訪問する際、「分析・改善ツール」に掲載されている「勤務医の労務管理チェックリスト」を確認してもらうといった取り組みも有効と思われる。

② 勤務医健康支援に関するワークショップの継続

勤務医健康支援に関するワークショップの継続が必要である。同ワークショップは都道府県医師会と合同開催の形で現在までに 30 回以上の開催実績があり、好評を得ている。また 26・27 年度は三重県、沖縄県及び佐賀県で、都道府県医師会と医療勤務環境改善支援センターの共催によるワークショップが既に実現している。事例を通して対策を検討するワークショップは、各医療機関のモチベーションの向上と医療機関同士のネットワークづくりにつながるのと高い評価を得ている。今後も支援センターとの連携が図られつつ継続的にワークショップが開催される必要がある。

(2) 全国レベルの取り組み

① 各地域のグッドプラクティス共有

各支援センターでのグッドプラクティス（良好事例）を収集して、各支援センターが地域の課題のあり方に合わせて参照・選択可能にすることは、支援センターが活動を充実していく際に極めて有用な情報となる。グッドプラクティスを収集し共有化する手法は、本委員会が発足当初から実施している有効策であり、支援センターにおいても同様の手法が展開可能と考えられる。厚生労働省の「いきいき働く医療機関サポートWeb」には医療機関でのグッドプラクティスが既に掲載されている。支援センターの具体的な取り組みについても、このサイトの活用により共有を図っていくことは各支援センターの活動を支援する有効な対策となり得る。

② 中核人材の育成ワークショップ

中核人材として期待される医師会担当者や若手の産業保健担当医師、医師会との連携経験が豊富な医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）、医業分野アドバイザー

(医業経営コンサルタント等)等を対象に、情報交換や経験交流を意図したワークショップを開催する等、勤務医の健康支援を実践していく中核人材を育成していくべきである。このような活動のなかから、支援センターQ&Aの作成、標準活動の例示、アドバイザー間、支援センター間の連携が進んでいくものと期待される。

③全国レベルのシンポジウム開催

日本医師会は、支援センターを対象とした全国レベルのシンポジウムを開催し、制度の仕組みやポイント説明、日本医師会に蓄積されている活動やツールの紹介、良好事例の紹介を行う。支援センターの活動がまだ模索の途上である状況から、できるだけ早期に実施することが望ましい。この際には都道府県の担当者同士や、同担当者とは日医担当者の相互交流の促進も図る。

内容としては、例えば、

- ・医療従事者の勤務環境に関する制度の仕組みやポイントを説明
- ・日本医師会をはじめとした関連団体の活動やツールを紹介。
- ・社会保険労務士や医業経営コンサルタントといった外部専門家の活用経験やノウハウの共有
- ・支援センター運営協議会の開催方法のノウハウ共有
- ・地域医療支援センターやナースセンターとの緊密な連携は都道府県だけの力では進まないことから、シンポジウム等の機会に必要性を訴える

といったことが考えられる。

3. 提言に向けて関係者がすべきこと

(1) 医療勤務環境改善支援センター

制度発足後間もない状況から、支援センターの体制整備と広報活動の二つが特に大切である。

体制の整備については運営協議会において立場の違う多様な関係者の情報を共有することが良い仕組みづくりにつながると期待される。また、医療労務管理支援事業と医業分野アドバイザー事業の包括的な連携については、都道府県と都道府県労働局が、勤務環境改善という同じ目的に向かい、予算や組織の枠組みに関わらず、双方が連携した事業展開ができるように一致協力していくことが求められる。

広報活動については、内容や立場によって相談しにくい場合があるという医療機関側の目線にも立ち、安心して相談することができる環境作りを意図した広報活動、相談体制の構築が有効と考えられる。

(2) 都道府県医師会

都道府県医師会は、都道府県民の健康と地域医療を守るため、各自治体の医療政策、日本医師会からの各種の医療に関する施策に基づき、関連団体等と協議しつつ、それぞれの地域における特性や社会情勢を考慮して地域医療サービスを展開している。その業務は、医師会病院や看護師養成学校、地域産業保健センター等の医療・福祉・教育施設の運営、地域における救急・災害医療に関する活動、各種協議会や啓発活動の開催、また、大学等の医育機関との連携による学術・研究部門の支援等幅広い。勤務環境の改善についてもこうした活動で培ってきたノウハウを活用できる余地は大きい。

まず、支援センターの運営を都道府県から委託されている場合について以下に述べる。都道府県医師会は地域の医療提供体制や医療機関についての情報を有しており、勤務環境改善の支援において各地域の実情を考慮して対応しやすい立場にある。医療機関が行政に直接相談することをためらう内容であっても医師会であれば相談しやすいこともあろう。

一方、内部事情を医師会関係者に知られるのを懸念して相談をためらう、医師会に属していない医療機関から相談しにくい、といった場合もある。

こうしたことを踏まえ、医療機関に対して支援センターの機能や体制等（情報管理体制も含む）を十分に周知することによって、医療機関が安心して支援センターを利用できることを明示し、実績をあげていくことが期待される。ただ、支援センターの活動が広がり利用が進んでくれば、医師会の事務負担が増大することが予想される。通常の医師会業務に支障をきたさないよう、活動実績をもとに必要な予算と人員が確保できるよう行政へ要望を出していくことも今後必要になってくる。

一方、支援センターの運営を都道府県から委託されていない場合においても、支援センター運営協議会に参加して、医師会のノウハウを積極的に提供し、都道府県の勤務環境改善に関する年次活動計画の策定等に積極的に関わり、他団体と連携して運営に協力していくことが期待される。

医療機関には医師だけでなくさまざまな職種のスタッフが勤務しており、すべての職種における勤務環境が改善されることが望まれるが、支援センターに相談し、改善につなげ

るためには、まずは管理者である医師がその必要性を理解して利用することが不可欠である。医師の団体であり、医療機関と接点の多い都道府県医師会が主体となって支援センターの活動について会員を含め各医療機関へ周知することは広報面で効果が大きいと思われる。

また、平成 27 年 10 月に、厚生労働省は、医療法人の理事長・院長等の事業経営者・管理者が自身の医療機関の産業医を兼任している場合、産業医としての職務が適切に遂行されないおそれがあるとして、是正を求める通知を発出した。今後、医療機関の産業医は他の医療機関の産業医から選任されるケースが増えてくると思われる。

したがって、都道府県医師会は、医療機関の産業医だけでなく、管轄下のすべての産業医に対して、例えば、認定産業医制度の研修会等を通じて、支援センター及び医療従事者の勤務環境改善についての理解を深めるよう啓発していく必要性が高まると思われる（実際、佐賀県で実施した今期のワークショップでは、自身の医療機関の取り組みというより、産業医として医療機関の勤務環境について学びに来られた開業医の先生も数名いた）。

(3) 厚生労働省

平成 26 年に施行された改正医療法に基づき、医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針や手引きが公表されたことは、勤務医の健康支援の具体的な仕組みづくりとして評価されるべきことである。しかし、各都道府県に設置された支援センターの実情（本報告書 I-2. (1)「医療勤務環境改善支援センター業務に関するアンケート調査」参照）からは、支援センターの活用が不十分であり、運用における連携実務上の様々な課題があることが浮き彫りとなった。

また、勤務医 1 万人調査（巻末資料 1 の 13 p、I-1 (3) 4-7「施策の認知度及びアウトカム指標の解析結果」参照）をみると、施策認知度（%）は医療従事者の勤務改善法令（14.6%）、厚労省の勤務環境改善指針（10.8%）、医療勤務環境改善支援センター（8.1%）、地域医療支援センター（24%）とおしなべて低く、周知が必要と思われる状況であった。

しかし、勤務医におけるこうした施策の認知が、うつ症状、自殺、労働能力障害、早期離職志向等、勤務医の健康アウトカム指標でみると有意なリスク低下と関連しており、活動推進の効果があることが示されている。あらゆる医師に一層の施策周知を履行されたい。

厚生労働省は、支援センターの活用の促進を進める立場にある。そのためには各都道府県の実情に合わせたきめ細やかな支援を行うと同時に、質の向上、活動成果を評価する仕組みづくりについてイニシアチブをとるべきである。このためには

- 1) 各都道府県の支援センター活用事例の共有と照会事項の Q&A 作成
 - 2) 医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）と医業分野アドバイザー（医業経営コンサルタント等）の業務（役割や活動範囲）や連携実務ガイドラインの提示
 - 3) 地域医療支援センター・ナースセンター等との緊密な連携のあり方の提示
- 等を主導していただきたい。

支援センターの質の向上を図るためには、担当者会議や研修会実施が望まれる。定期的な活動成果評価には、適切な指標の例示も必要となる。その目的で医療勤務環境改善指標に関する研究を企画・主導することも期待したい。

まとめ

会長諮問：「医療勤務環境改善支援センターと連携した勤務医の健康支援の推進」について、下記を提言する。

1. 医療勤務環境改善支援センターの体制整備と広報

体制整備に関しては、支援センターの運営協議会における立場の違う関係者からの情報共有や、医療労務管理と医業経営の包括的連携が必要である。さらに、医療機関側の立場から安心感をもって利用できる相談体制の構築と、それにつなげるための広報活動が必要である。

2. 医療勤務環境改善支援センターからの周知・啓発による勤務環境改善支援

(1) 分析改善ツール等の成果物の活用促進

本委員会がこれまでに作成した「分析・改善ツール」や「勤務医の健康支援のための15のアクション」、本答申書等を、勤務医の健康支援に関するツールとして医療機関や支援センターにおいてさらに活用をすすめる。

(2) ワークショップの推進

本委員会がこれまで各都道府県医師会と共催してきたワークショップを、これからは支援センターが都道府県医師会と共催するなどの積極的な連携により、地域の実情に合わせた実効性のある内容にバージョンアップして開催していく。

(3) 医療機関の中核的人材の育成

勤務環境改善及び健康推進のために、各医療機関において労務、法務に通じ、良好事例をもとに効率的にコーディネートが出来る人材が必要である。各医療機関内での取り組みを進めるにあたって、支援センターはその事業を通じ、医療機関との情報交換、協働を進めつつ人材の発掘、育成を行っていく。

(4) 支援センター担当者を集めたシンポジウムの開催

各地域の支援センターが活動内容や成果を発表し、運営協議会の開催方法のノウハウ、外部専門家の活用経験、地域医療支援センター、ナースセンターとの連携方法等について、情報を共有するためには、支援センターの担当職員を集めたシンポジウムの開催が効果的である。

巻末資料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

(2015 年 12 月)

巻末資料2

医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援体制の構築

(厚生労働省資料)

巻末資料3

医療勤務環境改善支援センター業務に関するアンケート調査報告書

(平成 27 年 12 月)

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

2015 年 12 月

日本医師会 勤務医の健康支援に関する
検討委員会

はじめに

「医療崩壊」という言葉が、メディアや日常会話でも用いられるようになるほど、医療体制が音を立てて崩れ始めた中で、特に病院勤務医に対して、精神面を含めた健康回復へのサポートが喫緊の課題と考え、日本医師会内に、2008年6月、本検討委員会の前身である「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」を設置していただいた。

翌年、日医会員中、勤務医約8万人から無作為に抽出した1万人を対象としたアンケート調査は、有効回答率が約41%と、この問題への高い関心が窺えた。

まずは、勤務状況については、以下のような結果が得られた。

- ・2人に1人の医師が、休日は月に4日以下であった。
- ・平均睡眠時間は6時間未満の医師が41%を占めた。
- ・5人に1人が「不健康である、どちらかという和健康ではない」と回答した。
- ・2人に1人は、自身の体調不良を他人に相談しないと答えた。

一方、医師のメンタルヘルスについては、8.7%（およそ12人に1人）の医師が「抑うつ状態」と考えられ、さらに重篤な「うつ病」と思われる者は1.9%という驚くべき結果が得られた。その後、さまざまな動きがあり、6年が経過した本年度、2015年に、ほぼ同様のアンケート調査を施行し、その変化を含めて検討した。

この医療従事者の健康やストレスに関連しては、特に2014年には、法律との絡みで大きな動きが2つあった。

そのひとつは、すべての職場におけるストレスチェックの実施が義務（労働者50人未満の事業場では当分の間努力義務）となったことであり、もうひとつは、2014年10月1日に施行された改正医療法の中に、医療機関の勤務環境改善が義務づけられたことだ。これには本委員会のこれまでの調査結果や提言もわずかに影響を与えていたことも知った。

この勤務環境改善は、各都道府県に新設された「医療勤務環境改善支援センター」が核になり、医療機関の勤務環境改善を促進するための支援（相談、情報提供、助言、調査、啓発活動その他の援助）を行うことになった。いわば、第二章の始まりである。

この第二章の活動のためにも、今回の第2回目のアンケート調査結果をつぶさに検討し、委員会として今後もいくつかの提言をしていきたい。

勤務医の健康支援に関する検討委員会
委員長：保坂 隆

勤務医の健康支援に関する検討委員会

委員長：保坂 隆 聖路加国際病院 リエゾンセンター長
副委員長：中嶋 義文 三井記念病院精神科部長

委員：赤穂 理絵 東京都立駒込病院 神経科部長
浅見 浩 全国社会保険労務士会連合会 医療業労務管理部会委員
馬岡 晋 三重県医師会 常任理事
木戸 道子 日本赤十字社医療センター 第二産婦人科部長
久保 達彦 産業医科大学医学部 公衆衛生学講師
玉城 信光 沖縄県医師会 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
吉川 徹 独立行政法人労働安全衛生総合研究所 上席研究員

(委員：五十音順)

目次

1. 要旨	1
2. 背景と目的	1
3. 方法	2
4. 結果および考察	4
4-1 アンケート調査回答状況について	4
4-2 勤務医の就労環境—前回調査との比較	4
4-3 勤務状況と各アウトカム指標のクロス集計結果	5
4-4 改善のためのアクションとアウトカム指標の解析結果	7
4-5 アクション実施効果の検証	10
4-6 女性医師就労支援アクションの性別の効果検証	12
4-7 施策の認知度及びアウトカム指標の解析結果	13
5. まとめ	14
6. 資料 1：集計結果の図表 ※	
(1) 単解析結果	
(2) クロス集計結果	
1) . 労働能力障害調査票 (WFun) (労働生産性関連指標)	
2) . 簡易抑うつ症状尺度 (QIDS) (メンタルヘルス指標)	
3) . 死や自殺についての考え (自殺リスク指標)	
4) . 勤務継続意思 (経営指標)	
7. 資料 2：アンケート調査票	

※なお、資料 1 はページ数が多いため 平成 28 年 3 月の勤務医の健康支援に関する検討委員会の答申報告書には添付していない。資料 1 については、平成 28 年 5 月以降、日本医師会ホームページ＞勤務医の健康支援のページに公開いたしますので、ダウンロードしご参照ください。

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

1. 要旨

勤務医の就労環境や健康状態、そして各施策の認知度や効果を検証するために、平成 21 年にも実施された「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」を引きつぐ形でアンケート調査を実施した。調査対象は日本医師会に所属する勤務医約 8 万人から無作為に抽出された勤務医 10,000 人である。同対象に調査を依頼した結果、3,166 人からの回答を得た（有効回答率 31,7%）。調査の結果、前回調査から 6 年間の間に勤務医の勤務環境には改善の兆候が認められ、勤務医自身も他の医師に健康問題を相談する者が増加するなど、勤務医の健康を取り巻く環境は改善傾向にあると考えられた。一方、勤務医自身の主観的健康観には変化はほとんど見られず、また自殺等リスクが極めて高い状態にある医師の割合も未だに 3.6%存在していた。4 つの評価指標（メンタルヘルス指標、自殺リスク指標、労働生産性関連指標、経営指標）を用いた解析では、勤務状況と各アウトカム指標について、幅広い項目で有意な関連が示された。一方、年収はいずれのアウトカムとも関連していなかった。また検討委員会が過去の取り組みや診療報酬制度の評価項目等を参考にして選定した 15 のアクションについて、多くの項目で取り組みが 4 つの指標で示されるリスクの低減と有意に関連していた。女性勤務医の就労支援策の実施は男性勤務医においても 4 つのアウトカム指標リスクの低減と有意に関連していた。また医療法改正などについては、各種施策の認知が各リスクの低下と関係していた。これらのことから、現在の取り組みを継続することには一定の効果が期待されるとともに、現在は取り組みが行われていない医療機関にも取り組みを普及していくことで、勤務医の健康支援の確実な底上げが図られることが期待された。

2. 背景と目的

日本医師会が設置した「勤務医の健康支援に関する検討委員会」は、勤務医の健康を守るという使命のために有効な対策を短期的に実行し、また長期的な施策のあり方について検討することを目的に平成 20 年 6 月 24 日から活動を継続している。同委員会では、平成 21 年に日本医師会の会員の勤務医（約 8 万名）から 1 万名を無作為抽出して「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」を自記式匿名調査として実施した。この調査では勤務医の過酷な勤務環境とともに、勤務医自身が志向する対策などが明らかにされ、その後、同調査結果は、「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」等の委員会成果物の作成に反映され、また日本医師会が各地で開催した「医師の勤務環境改善ワークショップ」でも議論の土台として幅広く活用された。

この間、日本医師会は勤務医の健康状態や勤務環境の改善に向けて厚生労働省をはじめ各方面とも積極的な連携を図ってきており、平成 26 年に改正された医療法には、医療従事者の勤務環境改善に関する医療機関管理者の努力義務条項が新設されることとなった（第三十条の十三、平成 27 年 4 月 1 日以降は第三十条の十九）。医療従事者の健康支援に係る各方面での動きは活発で、厚生労働省は改正医療法に基づき「医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針」を定め、医療機関が継続的・自主的に P D C A サイクルを回しながら勤務環境改善活動を行うことを促進・推奨している。また各都道府県では医療機関の勤務環境改善を総合的に支援する「医療勤務環境改善支援センター」の設置が進んでいる。

このような社会的環境の変化を踏まえ、前回アンケート調査から約 6 年間を経過した今回、勤務医の勤務環境の変化や各施策の認知度及び効果を検証し、次のステージに向けた勤務医の健康支援

策について検討するために、第2回のアンケート調査を実施することとした。

3. 方法

対象は日本医師会会員で勤務医に属している約8万人から、平成27年5月に無作為に抽出された勤務医10,000人（男性勤務医8,434人と女性勤務医1,566人）である。対象者には質問票と返信用の封筒、回答用URL／パスワードを記載した説明書と共に各会員の登録住所（日本医師会誌を送る住所）宛に郵送にて送り、回答者には、郵送およびWEBで1ヶ月以内（平成27年6月15日～平成27年7月15日）に回答を求めた。調査は無記名の匿名調査として実施された。

調査票の設計

調査票は、前回調査を踏襲する形で概形が設計されるとともに、この間の検討委員会における検討成果や医療法改正等の動向を反映し、最終的に以下のような構成が採用された。

- 1) 属性： 年齢・性別、診療科、勤務先医療機関の病床規模等（設問1-7）
- 2) 勤務状況： 休日日数、当直回数、クレーム経験回数等（設問8-12）
- 3) 健康状況： 自覚的健康観、他の医師への健康相談状況等（設問13-15）
- 4) 労働能力障害： 産業医科大学版労働障害調査票(WFun)※1等（設問16-17）

※1 産業医科大学版労働障害調査票(WFun: Work Functioning Impairment Scale)：労働能力障害を測定する調査項目。WFunは出勤しているが健康問題で労働生産性が低下している状態（プレゼンティーズム）を評価するもので、心理測定理論およびRasch modelと呼ばれる数学理論に基づき開発され、様々な検証で妥当性が確認されている。Rasch modelの理論上、同尺度は業種や対象者の属性に影響されない客観的な指標である。過去の検証において、労働者の将来の休職や離職を予測していること（製造業労働者において18ヶ月の追跡で労働能力障害高値群は低値群より有給休暇を含めた休職確率が1.2倍高く、離職リスクが2.5倍高かった）、また労働生産性を反映していること（コールセンターの受電業務において処理件数と相関）、事故リスクを予測していること（一般労働者を対象とした3ヶ月の追跡期間で、労働能力障害高値群は低値群より、ヒヤリ・ハットを含む職場での事故リスクが4.0倍）、保健師が面談により「就業配慮の必要性」を判定した結果とWFunによる判定結果は有意に一致すること（ROC>0.8）等が確認されている。同尺度は産業医科大学が開発し、一般企業等の多方面の労働現場で調査測定が開始されている。

○参考文献：Fujino Y, et al. J Occup Health 2015. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26345178>

○紹介HP：産業医科大学公衆衛生学_プレゼンティーズム測定調査票WFun
<http://www.uoeh-u.ac.jp/kouza/kosyueis/wfun/index.html>

- 5) メンタル： 簡易抑うつ症状尺度(QIDS)※2（設問18-33）

※2 簡易抑うつ症状尺度(QIDS: Quick Inventory of Depressive Symptomatology)：16項目の評価尺度からなる自記式調査尺度で、うつ病の重症度を評価できるほか、アメリカ精神医学会の診断基準DSM-IVの大うつ病性障害（中核的なうつ病）の診断基準に対応している。0-5点以下が問題なし、6-10点が軽度、11-15が中等度、16-20点が重度、21点以上が極めて重度と判定される。前回調査でも実施され、特に「死や自殺に関する考え」について勤務医が高い該当を示したことが注目された。

○紹介HP：厚生労働省うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル QIDS-J解説
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/02.pdf>

- 6) 施策実施： 勤務医の健康を守るうえで有効なアクション（施策）の実施状況（設問34）
前回調査で勤務医からの必要度が高かったアクション、現在までに検討委員会
が強調してきたアクション（体制・クレーム組織対応・相談窓口）、診療報酬に
収載されているアクション、施策法令関連アクション（医療法）・（労働法）、日

本医師会男女共同参画委員会による調査結果で推奨されているアクションをもとに検討し、15 のアクションを抽出した。これらのアクション（施策）の勤務先での実施状況を調査した。

- 7) 就業意思： 就業継続の意思、年収（主たる施設以外からの収入割合含む）（設問 35-36）
- 8) 施策認知： 医療法改正、医療勤務環境改善支援センター等の認知（設問 37-41）
- 9) 自由意見： 自由記載による意見収集

このうち、比較可能性確保の観点から 1) 属性 2) 勤務状況 3) 健康状況、および 5) メンタルについては前回調査の設問が踏襲された。4) 労働能力障害、6) 施策実施、7) 就業意思、8) 施策認知は、前回調査からの検討委員会議論等を踏まえて今回調査から追加されたものである。

同調査票では解析のアウトカムとなる指標として、特に以下の 4 つの項目が事前に想定された。設定の狙いは併記の通りである。

- 労働能力障害調査票(WFun)： （労働生産性関連指標）
出勤している状態での体調不良にともなう労働生産性損失に対する問題意識の高まりから、昨今注目が集まる presenteeism の測定指標として設定された。
- 簡易抑うつ症状尺度(QIDS)： （メンタルヘルス指標）
勤務医の健康管理における重要課題として、メンタルヘルスの指標として前回調査に引き続き設定された。
- 死や自殺についての考え： （自殺リスク指標）
QIDS の設問から、前回調査で注目された自殺に関する項目を特出しして設定した。
- 勤務継続意思： （経営指標）
経営及び地域医療体制維持の観点から設定された。

解析方法

解析方法として、まず全項目について設問毎に単純集計（単解析）を実施した。続いて属性等と各アウトカム指標とのクロス集計を実施した。クロス集計における統計学的検定としてはカイ 2 乗検定を用いた。相対危険度はロジスティック回帰分析によって算出した。欠損値は解析毎に解析対象から除外した。

調査に係る倫理的配慮については、産業医科大学が設置する倫理審査委員会（倫理審査番号 第 H27-012）において審査をうけ、承認を得た。

4. 結果および考察

4-1 アンケート調査回答状況について

医師 10,000 人に配付して 3,166 人からの回答を得た(有効回答率 31.7%)。うち男性は 2,503 人、女性は 514 人、性別未回答 149 人であった。性別回答者に占める男女比は 83 : 17 であった。

このうち調査票用紙によるアンケート回答は 2,612 通(82.5%)、WEB による回答は 544 (17.5%) であった。今回の調査では回答を調査用紙に加え WEB でも受け付けたが、WEB による回答者割合は二割弱に止まった。多忙な勤務医にとってはコンピュータを立ち上げ WEB サイトにアクセスするよりも、すぐに回答を始められ、かつ状況に応じて回答時間を分散できる調査票用紙での回答のほうが負担が少ないことを反映しているのかもしれない。(参考：同時期に実施された国勢調査では、ネットによる回答の割合が 36.9%) なお、WEB による回答者と調査用紙による回答者の平均年齢には大差はなかった (WEB 回答 50.2 歳、調査票回答 55.9 歳)。

回答者の平均年齢が比較的高いことについては日本医師会に入会する会員は一定のキャリアを積んだ後に入会するものが多いことの影響(母集団自体の特性)の影響が考えられた。明日の医療を主軸として担う若年層の状況把握は重要である。年代別の影響を観察するため資料 1 に示した設問毎の調査結果においては年代による層別解析を加えた。結果としては年代毎に一定の傾向が観察されており、アンケート結果は若年層も含め評価可能と考えられた。

前回調査の回収率(40.6%)を今回調査が下回った原因としては、医師会等からの他のアンケート時期と重複していたことの影響等が考えられた。しかしながら、クロス集計等の検定において十分な統計学的検出力が得られており、分析評価を行うための N 数は十分に確保されたものと考えられた。

4-2 勤務医の就労環境—前回調査との比較

勤務状況および健康状況主要項目に関する調査結果で、前回調査との比較が可能なものについて、以下に主な結果を示す。

図表 1 勤務医の就労環境—主な調査項目に関する前回調査との比較

	2009年 (n=3,879)	2015年 (n=3,166)	差
■ 勤務状況			
8) 最近 1 ヶ月間で休日なし	8.7%	5.9%	-2.8%
9) 自宅待機・オンコールが月 8 日以上	20.1%	17.9%	-2.2%
10) 平均睡眠時間 5 時間未満(当直日以外)	8.6%	9.1%	+0.5%
11) 当直回数が月 4 回以上	26.4%	22.5%	-3.9%
11a) 当直日の平均睡眠時間 4 時間以下	49.8%	39.3%	-10.5%
12) 半年以内に不当なクレームを経験	45.9%	37.0%	-8.9%
■ 健康状況			
13) 主観的健康観(健康でない・不健康)	21.5%	20.1%	-1.4%
14) 他の医師への健康相談あり	45.9%	55.1%	+9.2%
29) 自殺や死を毎週/毎日具体的に考える	5.7%	3.6%	-2.1%
18-33) 抑うつ症状尺度 QIDS 中等度以上	8.7%	6.5%	-2.2%
18-33) 抑うつ症状尺度 QIDS 重度以上	1.9%	1.1%	-0.8%

勤務状況について、各調査項目での結果は軒並み改善傾向にあった。変化の幅が大きかったものとして、例えば当直日の平均睡眠時間が4時間以下のものは50%から39%まで10ポイント以上減少していた。また、半年以内にクレームを受けた者の割合も46%だったのが37%まで9ポイント減少していた。健康状況についても、他の医師に健康相談をしているものが46%から55%まで9ポイント増加していた。クレーム対応と、医師への相談については、本検討委員会でも特に注目すべきリスクとして強調して情報発信を続けてきた事項であり、改善の兆候が認められたことは注目に値する。この改善傾向は、各医療現場での地道な改善活動はもちろんのこと、広報等を通じた世論への訴えを含めた関係各所での地道な取り組みが功を奏した結果と推察される。

一方で、見逃してならないのは実際の健康状況である。勤務医自身の自己評価、主観的健康観には変化はほとんど見られなかった。また前回調査で注目を集めた自殺等リスクが極めて高い状態にある医師の割合も、前回調査から-2.1%改善してはいるものの、未だに3.6%存在している。同様にメンタルヘルス面でのサポートが必要と考えられる中等度以上の抑うつ症状を認める者も-2.2%改善してはいるものの、未だに6.5%存在している。

この6年間の各所での取り組みの成果として、勤務環境は改善傾向にはあり、医師自身も他の医師に健康相談をするなどアクションを起こしている様子が見えてくる一方で、依然として重篤なうつ症状など喫緊の健康危機に直面している勤務医が相当数存在しており、また、医師の主観的な健康状態そのものが大きく改善するまでには至っていない、という状況にとらえることができよう。

4-3 勤務状況と各アウトカム指標のクロス集計結果

今回の調査では、アウトカムとして4つの指標（労働生産性関連指標、メンタルヘルス指標、自殺リスク指標、経営指標）が設定された。解析の結果、勤務状況と各アウトカム指標について、軒並み有意な関連が示された（図表2）。前回調査に引き続き、勤務状況が勤務医の健康に強い影響を及ぼしていることは確固たる事実であることが今回調査でも再び示された。このことは、勤務医の健康を守ることを目的として設置された本検討委員会が、勤務環境改善を健康課題として取り扱ってきた根拠でもある。

メンタルヘルス指標、自殺リスク指標について大きな成果を得た前回調査から進んだ点として、今回の調査では、労働生産性関連指標（労働能力障害）、経営指標（勤務継続意思）についても検討し、有意な結果を得た。より多様な指標についてエビデンスを得たことは、より多様な立場・価値観から勤務医の健康支援という課題にアプローチする道筋を得たということである。例えば、医師不足が深刻な地域で患者に医療を提供しようと奮闘する医療機関関係者にとっては、医師の健康よりも医師の勤務継続のほうが、より眼前の切実な課題として認知されることがありうる。この際、退職予防という視点からも、勤務改善が有効策となりうることを今回の調査は示した。更に昨今、注目があつまるプレゼンティーイズム（出勤はしているが体調不良で能力を完全には発揮できていない状態）についても、本調査は勤務状態との有意な関連を検出した。プレゼンティーイズムは、休職や退職などと比較すれば重大ではないものの、一方でその頻度は高く、日々の問題である。先行研究ではトータルの労働生産性の損失としては欠勤（アブセンティーイズム）よりもはるかに影響が大きいことが示されている。また労働災害との関連も報告されており、医療現場においては医療事故予防の観点からも重要な管理指標とみなすことができる。

今回、検証されエビデンスを得た各指標が、今後、それぞれ観点が異なる関係者及び関係施策を勤務医の健康支援という共通の頂きに導くための道しるべ、あるいは関係者協同の手がかりとして利用されることが期待されうる。

図表2 勤務状況と各アウトカム指標のクロス集計結果の例

- うつ症状の分布は休日回数と明確な関連があり、休日が多いほど低い
 - 当直回数が多い者ほど「生きている価値への疑問」を感じる割合が高い
 - オンコール日数が多いほど、労働能力障害が高度な者の割合が高い
 - 当直中の睡眠時間が短いほど、死や自殺についての考えを持つ割合が高い
 - 当直日以外の日の平均睡眠時間が短い群ほど、早期退職希望者が多い
 - うつ症状の分布は当直中の睡眠時間と関連している。特に2時間をきる群では有症状が突出
 - 勤務継続意思は自覚的健康観と強い相関があった
 - 高度労働障害の割合はクレーム回数と強い相関があった
 - うつ症状の分布は、当直中の頻繁な診療と有意な関連を認めた
 - 死や自殺についての考えの分布と労働能力障害は強く関連していた
 - うつ症状の分布と健康問題に伴う転職・退職・配置転換念慮は強く関連していた
 - 年収とうつ症状の分布の間には有意な関連は認められなかった
 - 外勤収入割合とうつ症状の分布の間には有意な関連は認められなかった
 - 年収と勤務継続意思の間には有意な関連は認められなかった
-

4-4 改善のためのアクションとアウトカム指標の解析結果

今回調査で初めて追加された調査項目として、改善のための 15 項目のアクション（改善施策）の実施状況を調査した。前述の通り、これらは前回調査で勤務医の健康支援のために特に必要度が高いと回答されたアクション（No2, 3, 7, 8, 9, 11, 13, 14）、勤務医の負担軽減を考慮し診療報酬に反映されているアクション（No. 2, 3, 4, 5）、男女共同参画委員会から提言されている事項（No. 1, 10, 14）現在までに検討委員会やワークショップ等で強調されてきたアクション（No. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15）、等からなる。取り上げられたアクションおよびそれぞれの実施状況に関する回答結果は以下の通りである。

図表 3 15 項目のアクションとその実施状況 (n=3,166)*

No	アクション	実施状況		
		あり	部分的	なし/ 不明
1	勤務医負担軽減の責任者を選任して委員会等を設置している	12.6%	12.8%	74.6%
2	診療補助者（医療クラーク）を導入し、医師は診療に専念する	27.2%	43.7%	29.1%
3	当直の翌日は休日とする	4.4%	19.7%	76.0%
4	予定手術前の当直・オンコールを免除する	3.5%	10.0%	86.5%
5	採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を医師以外が実施する	70.5%	21.0%	8.5%
6	退院・転院調整について、地域連携室等が組織的に対応している	64.4%	25.2%	10.4%
7	医療事故や暴言・暴力等に施設として組織的に対応する	54.2%	32.2%	13.6%
8	医師の専門性確保とキャリア支援のため、学会や研修の機会を保証する	58.7%	32.0%	9.3%
9	快適な休憩室や当直室を確保する	42.9%	42.2%	14.9%
10	短時間雇用等の人事制度を導入して、就労形態を多様化する	22.1%	38.7%	39.2%
11	地域の医療施設と連携して外来縮小等を行い、特定の医師の過剰な労働負担を減らす	10.3%	27.7%	62.1%
12	大学や基幹病院の医局、医師会、自治体等の協力を得て、病院の医師確保支援を進める	24.0%	45.1%	30.9%
13	時間外・休日・深夜の手術・処置実施に応じて医師に手当を支給する	38.0%	32.5%	29.5%
14	女性医師が働き続けるために、柔軟な勤務制度、復帰のための研修を整備する	17.7%	34.7%	47.5%
15	社会保険労務士等の労務管理の外部専門家を活用する	7.1%	12.2%	80.8%

*回答でそれぞれの項目で「特定なし」は集計から除く

完全実施率（実施「あり」の回答割合、「部分的にあり」は含まない）が高い順に並べた表が以下である（図表４－１）。この順は、勤務医の勤務環境改善等に取り組みを始めやすい順と理解することもでき、参考になる。

図表４－１ 完全実施率が高いアクション(n=3,166)

No	アクション	実施状況		
		あり	部分的	なし/不明
5	採血・静脈注射のルート確保を医師以外の実施	70.5%	21.0%	8.5%
6	退院・転院調整の地域連携室の組織的機能	64.4%	25.2%	10.4%
8	医師の学会や研修の機会の保証	58.7%	32.0%	9.3%
7	医療事故や暴言・暴力等への組織的対応	54.2%	32.2%	13.6%
9	快適な休憩室や当直室の確保	42.9%	42.2%	14.9%
13	時間外・休日、深夜手術の手当の支給	38.0%	32.5%	29.5%
2	医療クラークの導入	27.2%	43.7%	29.1%
12	病院の医師確保支援	24.0%	45.1%	30.9%
10	短時間雇用等の人事制度の導入	22.1%	38.7%	39.2%
14	女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備	17.7%	34.7%	47.5%
1	勤務医負担軽減の責任者・委員会の設置	12.6%	12.8%	74.6%
11	特定医師の過剰な労働負担の軽減	10.3%	27.7%	62.1%
15	社会保険労務士等の外部専門家の活用	7.1%	12.2%	80.8%
3	当直の翌日は休日	4.4%	19.7%	76.0%
4	予定手術前の当直・オンコールの免除	3.5%	10.0%	86.5%

「採血・静脈注射のルート確保を医師以外の実施(No.5)」は、看護部等の連携により医師でなくてもできる業務の他職種への展開に関して広がってきた成果であり、後押しする法令解釈の整備、診療報酬での評価、現場での研修充実などの成果が確認できるものである。「退院・転院調整の地域連携室の組織的機能(No.6)」は、転院病院を医師が探したり、医療とは別の家族・患者からのニーズに対応する医師への業務負担感を減じる施策であり、過重労働の遠因となっているものであったが、この間、地域連携を強化する医療施策と相まって、その実施状況が確認できる結果となった。

前回の調査で勤務医からの改善ニーズの高かった「医師の学会や研修の機会の保証(No.8)」「医療事故や暴言・暴力等への組織的対応(No.7)」「快適な休憩室や当直室の確保(No.9)」は 9 割前後の施設が部分的を含め実施しており、医師の職務遂行に必要な知識・技能支援、キャリア支援や、患者からの暴力・クレーム対策について組織的に対応することが標準となってきた傾向も確認できた。また「時間外・休日、深夜手術の手当の支給(No.13)」「医療クラークの導入(No.2)」「病院の医師確保支援(No.12)」は 7 割、「短時間雇用等の人事制度の導入(No.10)」は 6 割が施設で取り組んでいると回答し、医師の負担軽減策として多面に検討されている取り組みが進んでいることが確認された。また、「女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備(No.14)」は半数以上が施設で実施していると回答した。

一方、「実施なし/不明」の回答割合が多い順に並べた表が以下である（図表４－２）。

図表４－２ 実施なし/不明の計が高いアクション(n=3,166)*

No	アクション	実施状況		
		あり	部分的	なし/不明
4	予定手術前の当直・オンコールの免除	3.5%	10.0%	86.5%
15	社会保険労務士等の外部専門家の活用	7.1%	12.2%	80.8%
3	当直の翌日は休日	4.4%	19.7%	76.0%
1	勤務医負担軽減の責任者・委員会の設置	12.6%	12.8%	74.6%
11	特定医師の過剰な労働負担の軽減	10.3%	27.7%	62.1%
14	女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備	17.7%	34.7%	47.5%
10	短時間雇用等の人事制度の導入	22.1%	38.7%	39.2%
12	病院の医師確保支援	24.0%	45.1%	30.9%
13	時間外・休日、深夜手術の手当の支給	38.0%	32.5%	29.5%
2	医療クラークの導入	27.2%	43.7%	29.1%
9	快適な休憩室や当直室の確保	42.9%	42.2%	14.9%
7	医療事故や暴言・暴力等への組織的対応	54.2%	32.2%	13.6%
6	退院・転院調整の地域連携室の組織的機能	64.4%	25.2%	10.4%
8	医師の学会や研修の機会の保証	58.7%	32.0%	9.3%
5	採血・静脈注射のルート確保を医師以外の実施	70.5%	21.0%	8.5%

これらのなかには診療報酬で評価されるもの「当直の翌日は休日(No. 3)」、「予定手術前の当直・オンコールの免除(No4)」でも、実施状況が「不明/なし」であると、上位となっているものも存在した。これは、当直の担当調整は現場では容易ではないことを示唆している可能性がある。また、回答者の勤務する病院等が診療報酬の適用とまらない施設（手術条件、当直条件等）である算定該当施設の適否相違の可能性、本項目に関する診療報酬加算が導入されて日が浅く評価されることを知らないために実施がされていない、回答者自身がその施設ではそれらのアクション（改善項目）が導入されていることを知らない、などの影響も考えられる。現状では結果的に診療報酬で評価される勤務環境改善点について恩恵を受けられる医師は限られ、診療報酬による評価・誘導では、導入効果に加え導入しやすさも考慮されるべきと考えられた。いずれにしても、医療の質確保のために勤務医の労働条件改善が算定条件となった診療報酬上利点のあるアクションについて、広報や導入支援を促進する必要がある。

また、「社会保険労務士等の外部専門家の活用(No15)」、「勤務医負担軽減の責任者・委員会の設置(No1)」等は各都道府県が設置している医療勤務環境改善支援センターが支援を行う各医療機関における勤務環境改善マネジメントシステムにおいて、派遣支援等で取り組まれる予定の課題であり、今後の周知などがより必要である。

「女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備(No14)」は予想より低い結果であった。半数が施設で「なし/不明」と回答している点から、すでに多くの施設で取りくんでいる事例の周知や共有等などを、先行している都道府県医師会や、日本産科婦人科学会等の団体から学び、さらに周知してゆくことも重要と考えられる。

4-5 アクション実施効果の検証

続いて、各アクションの効果を4つの評価指標（メンタルヘルス指標、自殺リスク指標、労働生産性関連指標、経営指標）を用いて検証した。

以下、図表5－8に、それぞれの施策が実施されている場合と比較して、部分実施の場合、実施がない場合で各リスクについてロジスティック回帰分析により相対危険度を算出した。セルが塗りつぶされているものは有意なリスク上昇を示している。

その結果、「予定手術前の当直・オンコールの免除」を除く全てでいずれかのアウトカム指標と有意な関連が認められた。「予定手術前の当直・オンコールの免除」で効果が検出されなかった理由としては、医療機関での実施率が低いことの影響が考えられた（参照、図表3「予定手術前の当直・オンコールの免除」の完全実施率 3.5%）。

図表5 うつ症状リスク

（症例定義＝QIDS にてうつ症状が中等度/重度/極めて重度に該当する者）（n=3,166）*

No	アクション	実施状況		
		あり	部分的	なし/不明
1	勤務医負担軽減の責任者・委員会の設置	1.0	1.8	2.2
2	医療クラークの導入	1.0	1.9	1.8
3	当直の翌日は休日	1.0	1.7	2.5
4	予定手術前の当直・オンコールの免除	1.0	1.2	1.9
5	採血・静脈注射のルート確保を医師以外の実施	1.0	1.5	1.7
6	退院・転院調整の地域連携室の組織的機能	1.0	1.7	1.6
7	医療事故や暴言・暴力等への組織的対応	1.0	2.1	1.8
8	医師の学会や研修の機会の保証	1.0	2.6	3.3
9	快適な休憩室や当直室の確保	1.0	2.2	4.1
10	短時間雇用等の人事制度の導入	1.0	2.0	2.8
11	地域医療施設との連携	1.0	2.5	3.7
12	病院の医師確保支援	1.0	2.3	3.2
13	時間外・休日、深夜手術の手当の支給	1.0	1.3	1.6
14	女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備	1.0	1.5	2.0
15	社会保険労務士の外部専門家の活用	1.0	1.0	1.6

図表6 希死念慮リスク（自殺を週に数回考える/毎日考える/試みた）リスク

（症例定義＝設問29のQIDS質問項目にて自殺を週に数回考える/毎日考える/試みた者）

No	アクション	実施状況		
		あり	部分的	なし/不明
1	勤務医負担軽減の責任者・委員会の設置	1.0	1.7	2.3
2	医療クラークの導入	1.0	1.8	2.1
3	当直の翌日は休日	1.0	1.0	1.3
4	予定手術前の当直・オンコールの免除	1.0	0.7	1.4
5	採血・静脈注射のルート確保を医師以外の実施	1.0	1.2	0.8
6	退院・転院調整の地域連携室の組織的機能	1.0	2.0	2.0
7	医療事故や暴言・暴力等への組織的対応	1.0	2.0	2.4
8	医師の学会や研修の機会の保証	1.0	1.7	2.7
9	快適な休憩室や当直室の確保	1.0	1.1	1.8
10	短時間雇用等の人事制度の導入	1.0	1.6	1.9
11	地域医療施設との連携	1.0	1.4	2.4
12	病院の医師確保支援	1.0	1.2	2.1
13	時間外・休日、深夜手術の手当の支給	1.0	1.2	1.5
14	女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備	1.0	3.8	5.7
15	社会保険労務士の外部専門家の活用	1.0	1.3	1.7

図表7 労働能力障害（高度）リスク

（症例定義＝WFunにて高度労働機能障害に該当する者）

No	アクション	実施状況		
		あり	部分的	なし/不明
1	勤務医負担軽減の責任者・委員会の設置	1.0	1.5	1.6
2	医療クラークの導入	1.0	1.7	1.3
3	当直の翌日は休日	1.0	0.9	1.3
4	予定手術前の当直・オンコールの免除	1.0	0.9	1.2
5	採血・静脈注射のルート確保を医師以外の実施	1.0	1.3	1.3
6	退院・転院調整の地域連携室の組織的機能	1.0	1.8	1.7
7	医療事故や暴言・暴力等への組織的対応	1.0	1.8	1.9
8	医師の学会や研修の機会の保証	1.0	2.0	2.6
9	快適な休憩室や当直室の確保	1.0	2.2	3.3
10	短時間雇用等の人事制度の導入	1.0	2.2	2.6
11	地域医療施設との連携	1.0	2.1	2.2
12	病院の医師確保支援	1.0	1.8	2.5
13	時間外・休日、深夜手術の手当の支給	1.0	1.9	1.6
14	女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備	1.0	1.4	1.8
15	社会保険労務士の外部専門家の活用	1.0	0.9	1.5

図表 8 早期離職志向リスク

(症例定義＝現在の勤務施設を早期に早期に退職・転職したいと回答した者)

No	アクション	実施状況		
		あり	部分的	なし/不明
1	勤務医負担軽減の責任者・委員会の設置	1.0	1.1	1.5
2	医療クランクの導入	1.0	1.8	1.5
3	当直の翌日は休日	1.0	2.2	3.0
4	予定手術前の当直・オンコールの免除	1.0	1.1	1.2
5	採血・静脈注射のルート確保を医師以外の実施	1.0	1.4	1.3
6	退院・転院調整の地域連携室の組織的機能	1.0	1.6	1.0
7	医療事故や暴言・暴力等への組織的対応	1.0	1.7	1.8
8	医師の学会や研修の機会の保証	1.0	2.2	2.4
9	快適な休憩室や当直室の確保	1.0	2.3	3.0
10	短時間雇用等の人事制度の導入	1.0	1.7	2.3
11	地域医療施設との連携	1.0	2.1	2.7
12	病院の医師確保支援	1.0	2.2	2.5
13	時間外・休日、深夜手術の手当の支給	1.0	1.6	1.4
14	女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備	1.0	2.2	2.4
15	社会保険労務士の外部専門家の活用	1.0	1.9	3.0

4-6 女性医師就労支援アクションの性別の効果検証

女性医師に対する就労支援アクションの効果を経性別に検証した。まず女性医師の勤務施設では男性医師勤務先と比較して有意に女性医師就労支援策が実施されていた(23.9% vs 16.5%)。本調査は断面調査であるため因果は特定できないが、「女性医師がいる施設では必要性等から取り組みが進んだ」とことや「女性医師がそのような施設を選択した結果」等による影響が観察されたのであろう。この結果は、女性医師就労支援策が女性勤務医の獲得に有効であることを示唆する所見とみなすことができる。なお当該アクションの部分的な実施ではこの効果は認められていなかった。続いて、アウトカム指標との関連を評価した結果、男性を対象した解析においても女性医師就労支援策の実施状況は4つのアウトカム指標全てと有意な関連を示した(図表9)。女性においても相対危険度としては概ね同程度の効果が観察されたが、うつ症状と自殺リスクについては有意な結果は認められなかった。恐らくこれは単純に女性回答者数が男性より少ないことによる統計学的検出力の影響であると考えられる。

図表9 女性医師就労支援アクションの性別の効果検証

No 14	女性医師への柔軟な勤務制度、復帰研修整備	実施状況		
		あり	部分的	なし/不明
男性勤務医				
●実施率		16.5%	34.7%	48.8%
1	うつ症状リスク	1.0	1.5	1.8
2	自殺リスク	1.0	3.5	5.3
3	労働能力障害リスク	1.0	1.3	1.5
4	早期離職志向リスク	1.0	2.1	2.5

女性勤務医				
●実施率		23.9%	35.1%	41.0%
1	うつ症状リスク	1.0	1.2	2.9
2	自殺リスク	1.0	4.9	5.4
3	労働能力障害リスク	1.0	1.6	3.3
4	早期離職志向リスク	1.0	2.4	2.5

4-7 施策の認知度及びアウトカム指標の解析結果

各種施策について認知度を調査した（図表 10）。認知度はおしなべ低く周知が必要と思われる状況であった。

図表 10 各施策の認知度 (n=3,166)

No	施策	認知度
q37	医療従事者の勤務改善法令について	14.6%
q38	厚労省の医療勤務環境改善指針について	10.8%
q39	医療勤務環境支援センターについて	8.1%
q40	地域医療支援センターについて	24.0%
q41	医師会の勤務医支援活動について	16.3%

○施策の認知とリスクの関連

各種施策の認知とアウトカム指標の関連を評価したところ、施策の認知は有意なリスク低下と関連していた。関連のメカニズムは不詳だが、それぞれの施策に基づく取り組みをいち早く開始している職場に勤務している者のリスクが低下して観察されているのかもしれない。いずれにしても、施策認知とリスク低下が関連しているのは事実であり、活動を推進することには一定の意義ないし効果があるものと期待される。

図表 11 各施策の認知とリスクの関連

No	アクション	認知なし	認知あり			
			うつ症状	自殺	労働能力障害	早期離職志向
q37	医療従事者の勤務改善法令について	1.0	0.6	0.4	0.8	0.7
q38	厚労省の医療勤務環境改善指針について	1.0	1.0	0.3	0.9	0.7
q39	医療勤務環境支援センターについて	1.0	0.6	0.3	0.8	0.7
q40	地域医療支援センターについて	1.0	0.6	0.6	0.7	0.7
q41	医師会の勤務医支援活動について	1.0	0.7	0.6	0.6	0.6

5. まとめ

○勤務医 10,000 人に調査を依頼し、3,166 人からの回答を得た（有効回答率 31.7%）。

○調査の結果、前回調査から 6 年間の間に勤務医の勤務環境には改善の兆候が認められた。勤務医自身も他の医師に健康問題を相談する者が増加するなど、状況は改善傾向にあると考えられた。一方、勤務医自身の主観的健康観には変化はほとんど見られず、また自殺等リスクが極めて高い状態にある医師の割合も未だに 3.6%存在していた。同様に中等度以上のうつ症状を呈するものも未だ 6.5%存在した。

○前回（2009）の調査で勤務医からの改善ニーズの高かった「医療事故や暴言・暴力等への組織的対応」「快適な休憩室や当直室の確保」は 9 割以上の施設が部分的を含め実施しており、「医療クラークの導入」「時間外・休日、深夜手術の手当の支給」「病院の医師確保支援」は 7 割、「短時間雇用等の人事制度の導入」は 6 割が施設で実施していると回答した。一方、診療報酬で評価されることとなった「当直の翌日は休日」「予定手術前の当直・オンコールの免除」でも部分的を含め実施率が 2 割に満たない状況であり、「社会保険労務士の外部専門家の活用」「勤務医負担軽減の責任者・委員会の設置」等の組織的取り組みも実施は 3 割以下にとどまっていた。

○4つの指標（労働生産性関連指標、メンタルヘルス指標、自殺リスク指標、経営指標）を用いた解析では、勤務状況と各アウトカム指標について、幅広い項目で有意な関連が示された。一方、年収はいずれのアウトカムとも関連していなかった。

○検討委員会が選定した 15 項目の勤務医の健康支援に関する勤務環境改善に関するアクションについて、多くの項目で取り組みが4つのアウトカム指標で示されるリスク（うつ症状リスク、自殺リスク、労働能力障害リスク、早期離職志向リスク）の低減と関連していることが明らかとなった。

○女性収録支援策の実施は男性勤務医においても4つのアウトカム指標リスクの低減と有意に関連していた。

○厚生労働省や日本医師会が取り組む各種施策の認知も4つのアウトカム指標リスクの低下と関係していた。

○これらのことから、現在の取り組みを継続することには一定の効果が期待されるとともに、現在は取り組みが行われていない医療機関にも取り組みを普及していくことで、勤務医の健康支援の確実な底上げが図られることが期待された。

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

日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会

〈回答は10分程度です〉

あなた自身についてお伺い致します（Q1－Q17）

1. 年齢をご記入下さい。

--	--

2. 性別をお答え下さい。

☐₁ 男性☐₂ 女性

3. 勤務先医療機関の郵便番号（3桁）

--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

4. 現在のあなたの勤務形態を1つ選んでください。

☐₁ 常勤☐₂ 非常勤☐₃ 勤務していない

5. 主に勤務している医療機関の種類をお答えください。

☐₁ 病院☐₂ 一般診療所☐₃ その他（ ）

5-a. 主に勤務している医療機関の設置分類をお答えください。

☐₁ 国（厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他(国の機関)）☐₂ 公的医療機関（都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）☐₃ 社会保険関係団体（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）☐₄ 医療法人（下記の「その他の法人」に該当しない法人）☐₅ その他の法人（公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協法人、会社法人（NTT病院等）など上記以外の法人）☐₆ 個人

6. あなたの勤務している医療機関の総病床数をお答えください。（介護病床なども含む）

☐₁ 無床☐₂ 1-19床☐₃ 20-49床☐₄ 50-99床☐₅ 100-499床☐₆ 500床以上

7. 主に専門としている科（最も時間を費やしている診療科）を1つ選んでください。

☐₁ 内科☐₂ 外科☐₃ 産婦人科☐₄ 耳鼻咽喉科☐₅ 泌尿器科☐₆ 精神・神経科☐₇ 心療内科☐₈ 整形外科☐₉ 皮膚科☐₁₀ 脳神経外科☐₁₁ 放射線科☐₁₂ 眼科☐₁₃ 小児科☐₁₄ 麻酔科☐₁₅ 救急☐₁₆ その他（ ）

8. この1ヶ月間に休日（自宅待機、on-call は含まない）は何日ありましたか？

☐₁ ない☐₂ 1～4日☐₃ 5～7日☐₄ 8日以上

9. この1ヶ月間に自宅待機や on-call は何日ありましたか？

☐₁ ない☐₂ 1～4日☐₃ 5～7日☐₄ 8日以上

10. この1ヶ月間の当直以外の日の平均睡眠時間は？

☐₁ 4時間未満☐₂ 4～5時間未満☐₃ 5～6時間未満☐₄ 6～7時間未満☐₅ 7時間以上

11. この1ヶ月間の当直回数は？

☐₁ なし ☐₂ 1回 ☐₃ 2～3回 ☐₄ 4～5回 ☐₅ 6回以上

(以下2つは当直「あり」の方のみ回答してください)

11.-a. 当直の際の平均仮眠時間は？

☐₁ 2時間未満 ☐₂ 2～3時間未満 ☐₃ 3～4時間未満 ☐₄ 4時間以上

11.-b. 当直診療体制について、当てはまるものを選択してください。（当てはまるものすべて）

☐ 全科当直（他科患者も診療）
☐ 時間外外来救急患者の診療あり
☐ 頻繁に診療がある（当直あたり概ね5人以上の患者を診療）
☐ 専門科当直（自分の科の患者のみ診療）

12. この半年間に、患者さんやその家族からの不当なクレームやトラブルを受けたことがありますか？

☐₁ ない ☐₂ 1～3回 ☐₃ 4回以上

13. 自分自身の現在の健康状態についてどう思いますか？

☐₁ とても健康である ☐₂ 比較的健康である ☐₃ どちらかという健康ではない ☐₄ 不健康である

14. 自分自身の体調不良について他の医師に相談することはありますか？

☐₁ まったくしない ☐₂ 時々する ☐₃ よく相談する

14-a. 上で「まったくしない」と回答された方は最も当てはまる理由を以下から選択ください。
(当てはまるものすべて)

☐₁ 自分で対応できる自信があるから
 ☐₂ 同僚に知られたくないから
☐₃ 自分が弱いと思われそうだから
 ☐₄ 勤務評価につながる恐れのため
☐₅ その他（ ）

15. あなたは最近1ヶ月で、体調や健康に関して困っていることや、不安がある状態で、仕事をすることはどれくらいありましたか。

☐₁ 全くない ☐₂ 月に1日程度 ☐₃ 週に1日程度 ☐₄ 週に2日以上 ☐₅ ほぼ毎日

16. 体調の良い時と比べて、体調が悪い時の仕事は平均すると、どれくらいできていましたか。
※できていない（仕事を休んだ時と同じ）時を0%、出来ている（普段と同じ）時を100%としてお答えください。

% ※ (0～100%で回答)

17. あなたは最近1ヶ月で、普段の体調の良い時と比べ、体調が悪い時に次のようなことは、どのくらいありましたか。(すべて回答してください)

		あった ほぼ毎日	2 週に 以上	1 週に 1日程度	1 月に 1日程度	全く ない
1	社交的に振る舞えなかった	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2	ていねいに仕事をする事ができなかった	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3	考えがまとまらなかった	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4	仕事を中断する回数が増えた	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5	仕事がかまぐさいと感じた	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6	冷静に判断することができなかった	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7	自発的に仕事ができなかった	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8	健康状態が理由で、転職、退職、配置転換を考えた	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

最近7日間のあなたの状態に最も近いものに、項目1つ、チェックをつけてください。
(Q18 - Q33)

18. 寝つき

- ☐₀ 問題ない（または、寝つくのに30分以上かかったことは一度もない）
- ☐₁ 寝つくのに30分以上かかったこともあるが、（1週間の）半分以上ではない
- ☐₂ 寝つくのに30分以上かかったことが、（1週間の）半分以上ある
- ☐₃ 寝つくのに60分以上かかったことが、（1週間の）半分以上ある

19. 夜間の睡眠

- ☐₀ 問題ない（または、夜間に目が覚めたことはない）
- ☐₁ 落ち着かない浅い眠りで、何回か短く目が覚めたことがある
- ☐₂ 毎晩少なくとも1回は目が覚めるが、難なくまた眠ることができる
- ☐₃ 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、（1週間の）半分以上ある

20. 早く目が覚めすぎる

- ☐₀ 問題ない（またはほとんどの場合、目が覚めるのは起きなくてはいけない時間のせいぜい30分前である）
- ☐₁ 週の半分以上、起きなくてはならない時間より30分以上早く目が覚める
- ☐₂ ほとんどいつも、起きなくてはならない時間より1時間以上早く目が覚めてしまうが、最終的にはまた眠ることができる
- ☐₃ 起きなくてはならない時間よりも1時間以上早く起きてしまい、もう一度眠ることができない

21. 眠りすぎる

- ☐₀ 問題ない（または、夜間7～8時間以上眠ることはなく、日中に昼寝をすることもない）
- ☐₁ 24時間のうち眠っている時間は、昼寝を含めて10時間ほどである
- ☐₂ 24時間のうち眠っている時間は、昼寝を含めて12時間ほどである
- ☐₃ 24時間のうち昼寝を含めて12時間以上眠っている

22. 悲しい気持ち

- ☐₀ 悲しいとは思わない
- ☐₁ 悲しいと思うことは、半以下の時間である
- ☐₂ 悲しいと思うことが半以上の時間ある
- ☐₃ ほとんどすべての時間、悲しいと感じている

23. 24. はいずれかを回答してください（両方回答しないでください）

23. 食欲低下

- ☐₀ 普段の食欲とかわらない
- ☐₁ 普段よりいくぶん食べる回数が少ないか、量が少ない
- ☐₂ 普段よりかなり食べる量が少なく、食べるよう努めないといけない
- ☐₃ まる1日（24時間）ほとんどものを食べず、食べるのは、極めて強く食べようと努めたり、誰かに食べるよう説得されたときだけである

24. 食欲増進

- ☐₀ 普段の食欲とかわらない
- ☐₁ 普段より頻回に食べないといけないように感じる
- ☐₂ 普段と比べて、常に食べる回数が多かったり量が多かったりする
- ☐₃ 食事の時も、食事と食事の間も、食べ過ぎる衝動にかられている

25. 26. はいずれかを回答してください（両方回答しないでください）

25. 体重減少（最近2週間で）

- ☐₀ 体重は変わっていない
- ☐₁ 少し体重が減った気がする
- ☐₂ 1キロ以上やせた
- ☐₃ 2キロ以上やせた

26. 体重増加（最近2週間で）

- ☐₀ 体重は変わっていない
- ☐₁ 少し体重が増えた気がする
- ☐₂ 1キロ以上太った
- ☐₃ 2キロ以上太った

27. 集中力・決断

- ☐₀ 集中力や決断力は普段とかわりない
- ☐₁ ときどき決断しづらくなっているように感じたり、注意が散漫になるように感じる
- ☐₂ ほとんどの時間、注意を集中したり、決断を下すのに苦労する
- ☐₃ ものを読むこともじゅうぶんにできなかったり、小さなことですら決断できないほど集中力が落ちている

28. 自分についての見方

- ☐₀ 普段とかわらない（または、自分のことを他の人と同じくらい価値があって、援助に値する人間だと思う）
- ☐₁ 普段よりも自分を責めがちである
- ☐₂ 自分が他の人に迷惑をかけているとかなり信じている
- ☐₃ 自分の大小様々な欠点について、ほとんど常に考えている

29. 死や自殺についての考え

- ☐₀ 死や自殺について考えることはない
- ☐₁ 人生を空っぽに感じ、生きている価値があるかどうか疑問に思う
- ☐₂ 自殺や死について、1週間に数回、数分間にわたって考えることがある
- ☐₃ 自殺や死について1日に何回か細部にわたって考える、または、具体的な自殺の計画を立てたり、実際に死のうとしたりしたことがあった

30. 一般的な興味

- ☐₀ 他人のことやいろいろな活動についての興味は普段と変わらない
- ☐₁ 人々や活動について、普段より興味が薄れていると感じる
- ☐₂ 以前好んでいた活動のうち、1つか2つのことにしか興味がなくなっていると感じる
- ☐₃ 以前好んでいた活動に、ほとんどまったく興味がなくなっている

31. エネルギーのレベル

- ☐₀ 普段のエネルギーのレベルと変わらない
- ☐₁ 普段よりも疲れやすい
- ☐₂ 普段の日常の活動（例えば、買い物、宿題、料理、出勤など）をやり始めたり、やりとげるのに、大きな努力が必要である
- ☐₃ ただエネルギーがないという理由だけで、日常の活動のほとんどが実行できない

32. 動きが遅くなった気がする

- ☐₀ 普段どおりの速さで考えたり、話したり、動いたりしている
- ☐₁ 頭の動きが遅くなっていたり、声が単調で平坦に感じる
- ☐₂ ほとんどの質問に答えるのに何秒かかかり、考えが遅くなっているのがわかる
- ☐₃ 最大の努力をしないと、質問に答えられないことがしばしばである

33. 落ち着かない

- ☐₀ 落ち着かない気持ちはない
☐₁ しばしばそわそわしていて、手をもんだり、座り直したりせずにはいられない
☐₂ 動き回りたい衝動があって、かなり落ち着かない
☐₃ ときどき、座っていられなくて歩き回らずにはいられないことがある

34. あなたが勤務する施設における医師負担軽減のための取り組み状況を教えてください。 (すべて回答してください)

	項目	取り組み		
		あり	部分的にあり	なし / 知らない
1	勤務医負担軽減の責任者を選任して委員会等を設置している	あり	部分的にあり	なし / 知らない
2	診療補助者（医療クラーク）を導入し、医師は診療に専念する	あり	部分的にあり	なし / 知らない
3	当直の翌日は休日とする	あり	部分的にあり	なし / 知らない
4	予定手術前の当直・オンコールを免除する	あり	部分的にあり	なし / 知らない
5	採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を医師以外が実施する	あり	部分的にあり	なし / 知らない
6	退院・転院調整について、地域連携室等が組織的に対応している	あり	部分的にあり	なし / 知らない
7	医療事故や暴言・暴力等に施設として組織的に対応する	あり	部分的にあり	なし / 知らない
8	医師の専門性確保とキャリア支援のため、学会や研修の機会を保証する	あり	部分的にあり	なし / 知らない
9	快適な休憩室や当直室を確保する	あり	部分的にあり	なし / 知らない
10	短時間雇用等の人事制度を導入して、就労形態を多様化する	あり	部分的にあり	なし / 知らない
11	地域の医療施設と連携して外来縮小等を行い、特定の医師の過剰な労働負担を減らす	あり	部分的にあり	なし / 知らない
12	大学や基幹病院の医局、医師会、自治体等の協力を得て、病院の医師確保支援を進める	あり	部分的にあり	なし / 知らない
13	時間外・休日・深夜の手術・処置実施に応じて医師に手当を支給する	あり	部分的にあり	なし / 知らない
14	女性医師が働き続けるために、柔軟な勤務制度、復帰のための研修を整備する	あり	部分的にあり	なし / 知らない
15	社会保険労務士等の労務管理の外部専門家を活用する	あり	部分的にあり	なし / 知らない

35. あなたは現在の施設での勤務を今後も継続したいですか？

- ☐₁ 勤務を継続したい ☐₂ 早期に退職・転職したい ☐₃ どちらとも言えない

36. 差し支えなければ、昨年の年収（税込み）を回答ください。

総収入_____万円（うち主たる勤務先からの収入_____万円）

37. 昨年、改正された医療法には、医療従事者の勤務環境改善に関する医療機関管理者の努力義務条項が新設されたことを知っていますか（第三十条の十三、平成27年4月1日以降は第三十条の十九）

- ☐₁ 知っている ☐₂ 知らない（今、知った）

38. 改正医療法に基づき、厚生労働省が「医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針」を定め、医療機関が継続的・自主的にPDCAサイクルを回しながら勤務環境改善活動を行うことを促進・推奨していることを知っていますか（第三十条の十四、平成27年4月1日以降は第三十条の二十）

- ☐₁ 知っている ☐₂ 知らない（今、知った）

39. 改正医療法に基づき、各都道府県は医療機関の勤務環境改善を総合的に支援する「医療勤務環境改善支援センター」を設置している（または、設置準備中である）ことを知っていますか。

- ☐₁ 知っている ☐₂ 知らない（今、知った）

40. 都道府県が医療機関の医師確保の支援、医師のキャリア形成支援等を行う「地域医療支援センター」を設置していることを知っていますか。

☐₁ 知っている ☐₂ 知らない（今、知った）

41. 日本医師会が勤務医の健康支援に関する検討委員会を通じ、各方面に医師の勤務環境改善の必要性の提言、勤務環境改善のツール作成、ツールを活用した研修会・ワークショップの開催などの活動を行っていることを知っていますか。

☐₁ 知っている ☐₂ 知らない（今、知った）

<勤務医の健康に関するご意見>

本調査や勤務医の健康支援についてのご意見などございましたら、お書きください。

ご協力いただき、ありがとうございました。

***** 参 考 *****

日本医師会は勤務医の健康支援を推し進めています ～ 勤務医の健康支援に関する検討委員会

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

○委員会の取り組み

- ・ 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結果報告書（平成 21 年 9 月）
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090902_32.pdf
- ・ 勤務医の健康を守る病院 7 か条 <http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/hospital7.pdf>
- ・ 医師が元気に働くための 7 か条 <http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/doctor7.pdf>
- ・ 医師の健康支援を目指して～勤務医の労務管理に関する分析改善ツール
http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf
- ・ 医師の勤務環境改善ワークショップ（動画）
http://www.med.or.jp/doctor/hospital_based/doc_we/002210.html

○委員会の取り組み成果は昨年の医療法改正にも影響を与えました。

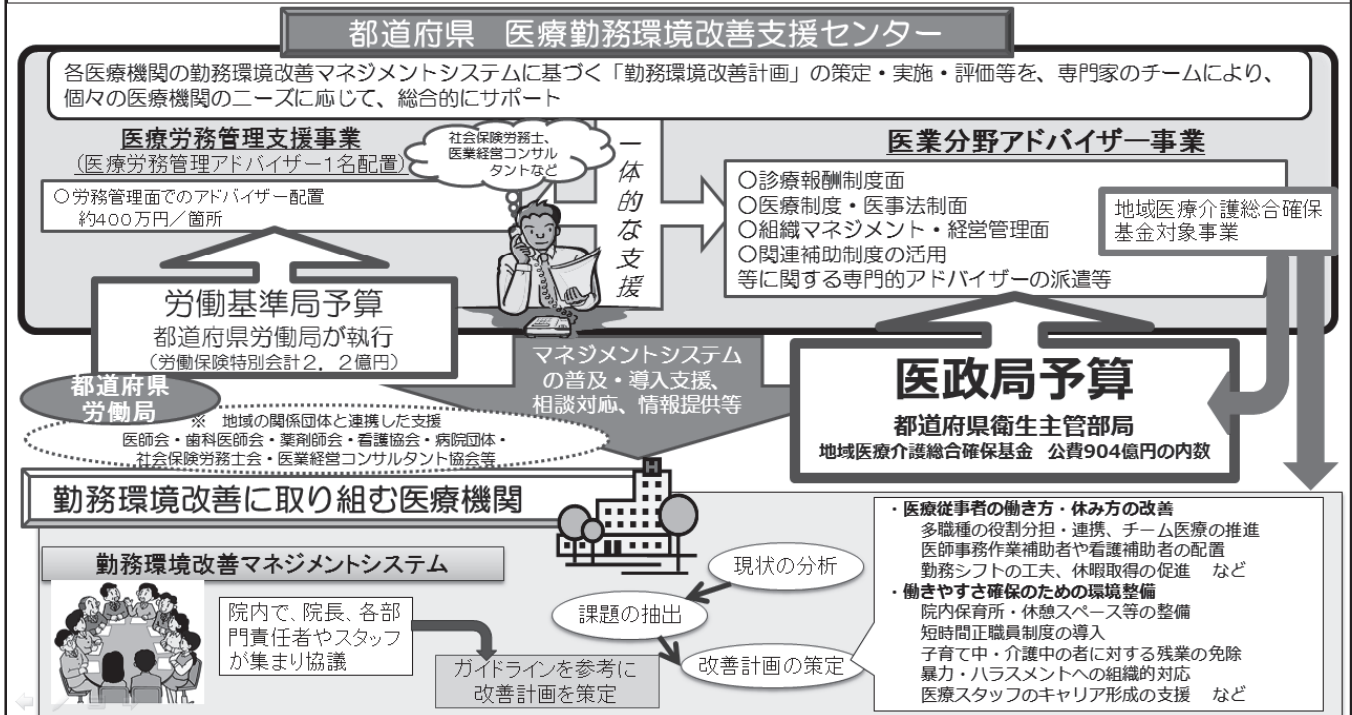
- ・ 医療勤務環境改善に関する改正医療法の規定／医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針／医療勤務環境改善支援センターの設置状況（平成 27 年 2 月 18 日厚生労働省審議会資料）
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000074746.pdf
※「いきいき働く医療機関サポート Web －「役に立つ情報」－「関係団体による取組」も参照。
<http://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/>
- ・ 地域医療支援センター
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryou/chiiki_iryoku/
※地域医療支援センターの設置状況（平成 27 年 2 月 23 日厚生労働省資料の 18 ページ以降）
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2015/02/dl/tp0219-03-01p.pdf>

医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援体制の構築(厚生労働省)

医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援体制の構築(平成26年10月1日施行)

【事業イメージ(全体像)】

医師・看護職等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、国の指針・手引きを参照して、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を行う仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)を創設するとともに、各都道府県に、こうした取組を行う医療機関に対する総合的・専門的な支援体制(医療勤務環境改善支援センター)を設置する。センター事業は地域の医療関係団体等による実施も可能。(都道府県の実情に応じた柔軟な実施形態が可能。)



平成 27 年 12 月

医療勤務環境改善支援センター業務に関するアンケート 調査報告書

改正医療法において、都道府県において医療勤務環境改善支援センター（以下、「支援センター」という。）の設置が平成26年10月より努力義務とされ、以降、各都道府県において、支援センターの業務が徐々にスタートしている。

こうしたなか、日本医師会では、勤務医をはじめとした医療従事者の健康支援の役割を担う支援センターの現状を確認するとともに、会長諮問「勤務環境改善支援センターと連携した勤務医の健康支援の推進」を検討するための基礎資料を得ることを目的として、アンケート調査を実施した。

記

1. アンケート実施期間

平成 27 年 10 月～11 月

2. アンケート対象者

各都道府県医師会をとおり、各地区の支援センターの現状を聴取した。
支援センター設置済、設置準備中ともにアンケートを依頼。

3. 回答基準日

平成 27 年 10 月現在

4. 回答数

47 カ所の都道府県医師会

支援センターを設置済：41 カ所

これから設置予定：6カ所

アンケート結果(設置済み 41 ヶ所の支援センターの回答を集約)

I. 設置時期

26 年度に設置(平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月) : 22 ヶ所

27 年度に設置(平成 27 年 4 月～平成 27 年 10 月まで(調査基準月)): 19 ヶ所

II. 設置形態

○直営: 19 ヶ所 委託: 22 ヶ所

○委託の場合の内訳

都道府県医師会: 13 ヶ所 病院協会: 5 ヶ所 医業経営コンサルティング協会: 3 ヶ所 その他: 1 ヶ所

【都道府県医師会受託】

福島県医師会 茨城県医師会 栃木県医師会 新潟県医師会 福井県医師会 三重県医師会 鳥取県医師会 岡山県医師会
佐賀県医師会 熊本県医師会 大分県医師会 宮崎県医師会 沖縄県医師会

【病院協会受託】

滋賀県病院協会 京都私立病院協会 大阪府私立病院協会 奈良県病院協会 和歌山県病院協会

【医業経営コンサルタント協会受託】

北海道: 日本医業経営コンサルタント協会北海道支部 青森: 日本医業経営コンサルタント協会 兵庫: 日本医業経営コンサルタント協会

【その他】

高知医療再生機構

○医師会が受託した場合のメリット・デメリット

<メリット>

- ・行政に相談しにくいものを相談できる。
- ・医療機関の管理者は医師であるため、医師の理解が不可欠。
- ・医療機関の実情を理解した支援が可能。
- ・医療崩壊のリスクを考慮しつつ運営が可能、など。

<デメリット>

- ・医師会の事務負担の増大。
- ・医療機関の内部事情を医師会や医師会関係者に知られてしまう。
- ・医師以外の職種や経営面で勤務環境に取り組むことは、必ずしも医師のプラスにはならない。
- ・医師会会員以外が相談しにくい、など。

【メリット】

- 関係団体との連携が図りやすい 行政には相談しにくい案件も、より本音を聞き出しやすい。
- 医師会が窓口になることで、情報的・的確に医療機関に配信でき、かつ会員も安心して利用できる。
- 医療機関の実情を理解した支援ができ、周知のための病院訪問なども、日程調整を含め協力を得やすい。
- 日本医師会ならびに都道府県医師会は、これまで勤務医の処遇改善等の勤務医支援活動に取り組んできた実績があるので、各病院との連携が確立されており、勤務環境改善に有用なツール(資料)等も揃っているため、情報提供しやすく、また病院側の意見を

集約しやすいメリットがある。

- 国や県からの医療勤務環境改善に関する情報や支援センターの活動について、医療機関に直接提供でき、身近に感じてもらうことができる。
- 医療崩壊のリスクを考慮しつつ、運営できる。
- ほとんどの医療機関管理者、管理部門を医師が担当しており、医療機関全体の勤務環境を改善するには、医師の理解が不可欠である。医師会は県内の医療機関に従事する医師の大半を取りまとめる県内唯一の団体であり、その機能を持つ団体は他にない。
- 県内医療機関とのネットワークを活かした効果的・効率的な運営が期待できる。
- 医療機関からの相談がしやすい。
- 会員医療機関との連携を密にすることにより、相談支援機能を適切に果たすことができる。
- 医療関係機関との連携や広報がスムーズに行える。
- 医療機関に対する努力義務規定の認知が進む。労務管理分野における直接支援が確立される。病院との連絡調整がしやすい。

【デメリット】

- 委託料が低いため、専任職員を配置できない。医師会事務量の増大。
- 支援センター事業の事務量が多く、マンパワー不足のため、医師会事務局員へ大きな負担となる。
- 医療機関の内部事情を、医師会や医師会関係者に知られてしまう、秘密が守られないのではないかと考えられることもあり、ほとんど相談がない。
- 医師に対する偏向に注意する必要がある。
- 医師以外の職種や経営面の勤務環境改善に取り組むことが、必ずしも医師にとってプラスとなることばかりではない場合も考えられる。
- 各医療機関への指導の状況を把握するため、委託先の医師会と緊密に連携をとっておく必要がある。
- 会員以外が相談しにくいおそれがある。
- 相談内容等、利用者のプライバシーの配慮および業務管理の重要性。県の報告業務が大変ではないか(TELにて聴取)。
- 報告書等手続きが煩雑である。

Ⅲ.運営協議会の設置

○運営協議会を設置している支援センター:38カ所

10カ所の支援センターで、精神科病院協会が参画しているとの回答があった。他に歯科医師会、薬剤師会が参画している。また、医療従事者の関連団体が多く参画している都道府県もある。

○参画団体(複数回答有)

都道府県医師会:36カ所 都道府県看護協会:35カ所 病院団体:29カ所

都道府県社会保険労務会:33カ所 都道府県医業経営コンサルタント協会:32カ所

都道府県関連部署:33カ所 都道府県労働局:35カ所 その他:17カ所

【参画団体:病院団体】

○北海道:全日本病院協会北海道支部、日本病院会北海道ブロック支部、北海道病院協会、北海道精神科病院協会

○岩手:岩手県私立病院協会 ○福島:福島県病院協会

○茨城:茨城県病院協会、茨城県医療法人協会、茨城県精神科病院協会 ○栃木:栃木県病院協会 ○群馬:県病院協会

○千葉:日本病院会千葉県支部、千葉県民間病院協会、全自病協千葉県支部

○東京:東京東京都病院協会、東京精神科病院協会、日本医療法人協会東京都支部

○神奈川：県病院協会 ○富山：県公的病院長協議会、公的病院看護部長、総看護師長協議会、全日本病院協会富山県支部 ○石川：県病院協会 ○福井：福井県精神科病院・診療所協会 ○岐阜：岐阜県病院協会・日本精神科病院協会岐阜県支部 ○三重：三重県病院協会 ○滋賀：滋賀県病院協会 ○大阪：大阪府病院協会・大阪府医療法人協会・大阪精神科病院協会・大阪府私立病院協会 ○兵庫：病院協会、民間病院協会 ○奈良：一般社団法人奈良県病院協会 ○和歌山：和歌山県病院協会 ○鳥取：鳥取県病院協会 ○島根：島根県病院協会、全日本病院協会島根県支部 ○岡山：岡山県病院協会 ○山口：一般社団法人山口県病院協会 ○徳島：全日本病院協会、日本医療法人協会、精神病院協会 ○香川：一般社団法人日本病院会香川県支部、公益社団法人全国自治体病院協議会香川県支部 ○福岡：公益社団法人福岡県病院協会、一般社団法人福岡県施設病院協会、一般社団法人福岡県精神科病院協会 ○佐賀：佐賀県病院協会・佐賀県有床診療所協議会 ○長崎：全日本病院協会、日本病院会、日本精神科病院協会 ○熊本：日本病院協会熊本県支部・熊本全日病・全国自治体病院協議会熊本県支部・熊本県公的病院長会 ○大分：県病院協会・県精神科病院協会
【参画団体：都道府県関連部署】 ○北海道：保健福祉部地域医療推進局地域医療課 ○青森：青森県健康福祉部医療薬務課 ○岩手：保健福祉部医療政策室 ○秋田：秋田県医務薬事課 ○山形：県病院事業局・県教育庁 ○福島：福島県医療人材対策室 ○茨城：保健福祉部・商工労働部 ○栃木：保健福祉部医療政策課 ○群馬：県健康福祉部医療介護局医務課 ○埼玉：医療整備課・小児医療センター ○千葉：医療整備課 ○東京：東京都福祉保健局医療政策部医療人材課 ○神奈川：労政福祉課・保健人材課 ○富山：県厚生部医務課 ○石川：地域医療連携室 ○福井：健康福祉部地域医療課 ○岐阜：厚生労働省東海北陸厚生局岐阜事務所 ○三重：三重県健康福祉部地域医療推進課 ○滋賀：健康医療福祉部 ○大阪：大阪府健康医療部 ○兵庫：産業労働部（勤労福祉協会） ○奈良：医師・看護師確保対策室 ○和歌山：福祉保健部健康局医務課 ○鳥取：鳥取県福祉保健部健康医療局 ○岡山：保健福祉部医療推進課 ○徳島：医療政策課・労働雇用課 ○香川：商工労働部労働政策課 ○佐賀：佐賀県医務課 ○長崎：医療人材対策室 ○熊本：健康福祉部健康局医療政策課 ○大分：福祉保健部医療政策課 ○宮崎：福祉保健部医療薬務課 ○沖縄：保健医療部保健医療政策課
【参画団体：その他】 ○北海道：連合北海道 ○秋田：秋田県歯科医師会・秋田県薬剤師会 ○山形：県内病院・看護師学校養成所 ○福島：県歯科医師会・県薬剤師会・日本労働安全衛生コンサルタント会 ○茨城：関東信越厚生局 ○千葉：県歯科医師会 ○神奈川：県薬剤師会・県病院薬剤師会・看護部長会 ○富山：県歯科医師会・民間病院の看護部長代表 ○岐阜：岐阜県歯科医師会・岐阜県薬剤師会・岐阜県診療放射線技師会・岐阜県臨床放射線技師会・岐阜県理学療法士会 ○三重：三重県薬剤師会・三重県臨床検査技師会 ○滋賀：滋賀県歯科医師会・滋賀県薬剤師会 ○和歌山：和歌山産業保健総合支援センター ○鳥取：鳥取県歯科医師会・鳥取大学男女共同参画推進室 ○島根：学識者（大学教授）・県病院薬剤師会 ○佐賀：佐賀大学医学部付属病院、佐賀県医療センター好生館 ○長崎：長崎大学病院・歯科医師会・薬剤師会 ○熊本：熊本県医療法人協会・熊本県精神科協会・熊本県訪問看護ステーション連絡協議会 ○大分：県医療法人協会

○運営協議会 開催頻度

年に1回：6カ所 年1～2回：1カ所 年2回：25カ所 年3回：1カ所

IV. 労務管理支援事業と医業分野アドバイザー事業の一体運営

○両者は場所が同じで一体運営:19カ所 場所が異なっている:22カ所

○場所が異なる理由

- ・スペースがない。
- ・相談が少ないため。
- ・社会保険労務士は常駐だが、医業経営コンサルタントはスポットであるため。
- ・契約が医療労務と医業経営では別のため。など

労務管理支援事業と医業分野アドバイザー事業の場所が異なる理由

- 前者は県社会保険労務士会、後者は医業経営コンサルタント協会県支部で受託しているため。
- 医業分野アドバイザーについては、常駐を条件とした契約としていないため。医療労務管理支援事業は受注者である県社会保険労務士会事務所に常駐する契約。
- 委託先が異なっているため医師会に設置できるスペースがない。
- 労働局医療労務管理支援事業は労働局が県社会保険労務士会に委託して、医業分野アドバイザー事業は県が直営で、それぞれ実施している。
県の庁舎管理上一体運営することが直ちには困難であるため。
- 県と千葉労働局との協議により、医療労務管理アドバイザーについては、県社会保険労務士会事務所内の「医療労務管理相談コーナー」に常駐することとしている。
- スペースが確保できないため。相談件数がまだ少なく、医業経営アドバイザーについては常駐していないため。
- 県においては労働局が労務管理支援事業を社会保険労務士会に委託し、医業分野アドバイザー事業については実施していない。
- 医療労務管理支援事業は、県医師会が福井県社会保険労務士会に再委託しており、アドバイザーは社会保険労務士会事務所に常駐し、業務を行っている。医業分野アドバイザーは、医療機関を訪問する際や、医療機関から相談があった時のスポット的対応で、常駐していない。
- 医療労務管理支援事業については労働局にて契約し、医業分野アドバイザー事業については県が契約しているため、医療労務管理支援事業は労働局にて対応し、医業分野アドバイザーは医療機関からの要請に応じて、現地で相談業務を行っている。
- 勤務環境改善支援センター設置前に、労働局側は県社会保険労務士会に相談窓口を設置しており、利用者の利便性から場所は別々のままにした。
- 社会保険労務士はセンターに常駐しているが、医業経営コンサルタントはオンデマンド方式で相談に応じる体制をとっているため。
- 電話連絡による相談体制で足りている・医業分野アドバイザーは県内に委託可能な者がおらず、都内の事業者委託している。このような事情から、同じ場所での運営は現実的に困難。
- 委託先が違うから。
- 労働局は医療労務管理支援事業を「県社会保険労務士会」に委託している一方、医業分野アドバイザー事業は県の事業として、「日本医業経営コンサルタント協会県支部」へ委託し、支援センターを県庁内に設置しているため。
- 両者が常駐できるスペースが確保できなかったため。異なった場所においても常時連絡を取れる体制を整えている。
- 県にスペースがないことから、それぞれの委託先で実施している。
- 支援センターは県に設置しているが、専門家はセンターに常駐せず、各事務所にいるため。労働局医療労務管理支援事業における医療労務相談窓口は、社会保険労務士会に設置されている。
- 両者が勤務する場所が確保できないため。
- 医療労務管理支援事業は、労働局が社会保険労務士会に委託し、先行実施(平成26年4月1日)していた。また、医業分野アドバイザー事業は、県が県医師会に委託し、本年10月1日より実施しているため、場所が異なる。

○センター事務所内に場所を確保することが困難であるため。

○県医師会管内に当センター設置。医業経営アドバイザーは常勤せず、相談内容を電話で受け、医業経営コンサルタント協会へ電話連絡する労務管理アドバイザーには、社会保険労務士会内に相談窓口設置されている。

V.支援センターの人員体制

○勤務環境改善支援センターの業務従事者数(兼任含む。社会保険労務士・医業経営コンサルタント除く)

1名:12カ所 2名:13カ所 3名:4カ所 4名:7カ所 5名以上:3カ所

このうち、派遣社員1名在籍あり:1箇所 臨時職員1名在籍あり:1カ所

○医業経営コンサルタントの配置

・契約人数

1名:4カ所 2名:2カ所 4名:2カ所 8名:2カ所 10名以上:4カ所

東京都:人数の契約ではなく、事業実施に必要な人員を確保

京都:医業経営コンサルタントではなく、元病院経営者管理者

・契約形態

常駐:4カ所

＜内訳＞1日2名・週5日:1カ所 1日1名・週5日:2カ所 1日1名・週3回:1カ所

スポット:17カ所

○社会保険労務士の配置

・契約人数

1名:5カ所 4名:1カ所 5名:6件 6名:1カ所 7名:2カ所 8名:2カ所 9名:2カ所

10名以上:10カ所

・契約形態

常駐:27カ所

＜内訳＞1日1-2名・週5日:1カ所 1日1名・週5日:13カ所 1日1名・週3日:2カ所

1日1名・週2日:1カ所 1日1名・週1日:1カ所

スポット:4カ所

○社会保険労務士と医業経営コンサルタントの連携

概ねできている:15カ所 あまり連携できていない:7カ所 わからない:6カ所

＜あまり連携できていない理由＞

・相談件数が少ないため、情報交換する機会がない。

・随時(訪問)相談では、一緒に対応、個別訪問はどちらかが主導 など

社会保険労務士と医業経営コンサルタントがあまり連携できていない理由

○それぞれの相談件数が少ないことが要因の1つであるが、今後、連携が図られていくものと考えている。

○本県はアドバイザーの連携を図るため、コーディネーターを置いている。

○連携できている部分:随時相談では、机を並べているためお互いの専門分野の情報交換等を行えている。

連携が難しい部分:実際の病院への支援に当たっては、連携してというよりもどちらか一方が主導しての支援となっている
(専門分野も所属団体も異なるため、連携は難しい)。

○具体的な相談がまだないため。

- 医療機関からの相談がほとんどないせいもあり、顔を合わせて情報交換する機会がない。
- 現状では、医療機関からの相談事例が少なく、アドバイザーの派遣要請はほとんどない。依頼内容に応じたアドバイザー派遣の契約はしているが、これまで「研修講師」程度しかなく、支援業務全体を通じた連携にまで至っていない。（具体事案が生じてからの調整を予定してきたため）
- 医業経営アドバイザー17名のうち、10名は社会保険労務士（医療労務管理アドバイザー）が兼務している。
- 相談等内容に医業経営に関わるものがほとんどない。
- 電話相談があった場合、窓口（県）で内容をお聞きした後、各アドバイザーへつなぐこととしており、必要な調整は県で行っている。
- 個別支援業務のみ連携することとなっているが、個別支援対象医療機関が選定できていないため。

VI. 支援センターの平成27年度の予算規模

○医療労務管理支援事業

	300万円 以上	400万円 以上	500万円 以上	600万円 以上	700万円 以上	800万円 以上	900万円 以上	1000万円 以上
300万円 未満	400万円 未満	500万円 未満	600万円 未満	700万円 未満	800万円 未満	900万円 未満	1000万円 未満	
0カ所	2カ所	27カ所	0カ所	1カ所	0カ所	2カ所	0カ所	1カ所

○医業分野アドバイザー事業

	300万円 以上	400万円 以上	500万円 以上	600万円 以上	700万円 以上	800万円 以上	900万円 以上	1000万円 以上
300万円 未満	400万円 未満	500万円 未満	600万円 未満	700万円 未満	800万円 未満	900万円 未満	1000万円 未満	
14カ所	11カ所	4カ所	2カ所	1カ所	1カ所	1カ所	2カ所	4カ所

○2事業の合計

	500万円 以上	600万円 以上	700万円 以上	800万円 以上	900万円 以上	1000万円 以上	1500万円 以上
500万円 未満	600万円 未満	700万円 未満	800万円 未満	900万円 未満	1000万円 未満	1500万円 未満	
4カ所	2カ所	5カ所	5カ所	10カ所	3カ所	4カ所	5カ所

VII.支援センターの業務実績

○実施した内容(複数回答有)

研修会・ワークショップの実施:30ヵ所 医療機関のニーズ調査:25ヵ所 来訪相談対応:20ヵ所
医療機関を訪問支援:27ヵ所 その他の事業:4ヵ所

○具体的な活動内容

電話相談対応を行っている支援センターがいくつかあった。

社会保険労務士と医業経営コンサルタント担当のペアまたは地域医療支援センターに同行するなどして医療機関を訪問している支援センターもある(その他の事業内容を参照)

研修会・ワークショップの実施内容

- 北海道:講習会:10月4日(金)開催 日医担当副会長の講演、ワークショップ他 医療勤務環境改善マネジメントシステム講習会:道内4ヵ所で開催予定
- 青森:県内医療機関を対象としたセミナーの開催(平成27年度は2回実施)。
- 岩手:県内9圏域で研修会(説明会)の実施(8ヵ所で実施済)
- 秋田:当センターの周知、啓発を目的とした研修会を実施。その際、ニーズ調査の結果についても報告している。
- 福島:平成27年9月にセンターの事業説明会を実施。アンケート調査及びヒヤリング調査実施予定。平成27年11月～平成28年1月にかけて県内6方部に分けて周知のための研修会を開催
- 茨城:医療機関の勤務環境改善研修会(H27.9.14)
- 栃木:・アドバイザー研修会(医業アドバイザー、労務アドバイザー向け研修会)1回。トップマネジメントセミナー(医療機関管理者向け研修会)3回。実務者研修会(医師、看護師、事務局等実務者向けワークショップ)3回
- 群馬:労務管理担当者向けの研修を開催予定。
- 千葉:平成27年10月から11月までの間に、県内4ヵ所で医療機関(病院・診療所)を対象に、医療労務管理アドバイザーを講師として勤務環境マネジメントシステムの導入に係る研修会を実施している。
- 東京:医療制度・医事法制等の説明会、取り組み医療機関からの事例発表等。
- 神奈川:検討中。
- 富山:勤務環境改善マネジメントシステムの説明、好事例発表など。
- 石川:未定。
- 福井:①26.3.12「勤務環境改善マネジメントシステムについて～自組織でPDCAを回すには～」
②27.8.27「医師の健康支援のための労務管理のヒント」
「検診受けていますか?そろそろ組織も、健康診断いかがでしょう?—選ばれる医療を提供するために—」
③27.9.10 内容は②に同じ
- 岐阜:岐阜県医療勤務環境改善研修会の開催(H26年度:H27.2.19、39病院、66名参加 H27年度:1回実施予定)。
- 静岡:・H27.1月研修会(医療勤務環境改善マネジメントシステムの周知、県内病院の取り組み事例発表等) H27.9～11月研修会(医療勤務環境改善計画策定方法の演習等)。
- 三重:勤務環境改善マネジメントシステム導入支援のための講習会(H26年度2回、H27年度3回)。
- 滋賀:施設管理者を対象に「スターティングセミナー」を開催(今年度は、実践編のセミナーを計画中)。その他、病院長、事務長、看護部長対象の各種研修会等を通じて、概要説明と検討着手を要請してきた。
- 京都:医療勤務環境改善支援セミナー全3回・ワークショップ全3回。
- 大阪:勤務環境改善マネジメントシステムの周知、好事例の紹介等。
- 兵庫:年10回、県内全圏域で実施(10月末時点で約100医療機関が受講見込)。

- 奈良:第1回研修会「いい病院ってどんな病院?～ワーク・ライフバランスの視点から～」H27.7.17開催 第2回研修会「ハラスメントを防止するための具体的なスキルを知っておこう!」H27.12.8開催予定。
- 和歌山:平成28年1月28日 医療勤務環境改善研修会 実施予定。
- 島根:医療施設の管理者を対象とした業務説明会(2ヵ所)。島根大学医学部と共催した研修会。活動事例の紹介を含めたフォーラム(予定)。
- 岡山:年度内に3回講習会を開催。今年度は倉敷市(7月)、津山市(10月)、岡山市(11月)に約2時間半、1回50名程度の会を行っている。
- 広島:医療勤務環境改善マネジメントシステムセミナー(医療機関の実務者向け)、医療勤務環境改善シンポジウム(医療機関の管理者向け)。
- 山口:医療勤務環境改善支援センターの業務内容の説明等。
- 徳島:研修会:メンタルヘルス対策、ストレスチェック制度、勤務環境改善事例紹介。
- 香川:WLB推進ワークショップ(実施予定)。
- 福岡:平成26年度(3回)、平成27年度(4回:2回実施、2回予定)、情報提供、講和、基調講演、事例発表、演習。
- 佐賀:医師の職場環境改善ワークショップ研修会(11/1)。
- 長崎:説明会2回(7/25、8/28)、研修会、相談会2回(10/31、2/13)。
- 熊本:研修会開催(H28年1月予定)。
- 大分:年1回開催予定。
- 鹿児島:労務管理者向け勤務環境改善セミナーの開催 10回(7回実施、3回予定)。

○支援センターを来訪した医療機関の件数

平成26年度内に設置された支援センター(22ヶ所) における来訪相談件数		平成27年度に設置された支援センター(19か所) における来訪相談件数	
なし:2ヵ所	1～10件:12ヵ所	なし:5ヵ所	1～10件:4ヵ所
11～20件:3ヵ所	21～30件:1ヵ所		
31～50件:0ヵ所	51件以上:1ヵ所		
相談を受けた内容 回答数(複数回答有)	具体的な内容		
a. 勤務シフトの見直し 9ヵ所	○東京:短時間勤務・深夜勤免除 ○和歌山:変形労働時間制 ○岡山:二交代制のメリット、デメリット等 ○熊本:変形労働時間の設定 ○鹿児島:職員退職に伴う業務体制		
b. 労働時間管理 10ヵ所	○北海道:変形労働制の休憩時間 ○秋田:夜勤休憩時間の確保とできないときの保障 ○東京:当直時の休憩時間、労働時間の考え方 ○大阪:労務管理、36協定 ○奈良:WLB ○和歌山:時間外勤務 ○岡山:時間外労働の削減等 ○鹿児島:宿日直勤務、オンコール時の実労働時間、台風時勤務手当		
c. 休暇取得促進 7ヵ所	○東京:育児休業、時季変更権、育児時間の規定、有休制度 ○大阪:欠勤の取扱 ○和歌山:長期休暇 ○岡山:年次有給休暇の計画付与等 ○鹿児島:有休と代休消化		
d. 就業規則の作成・ 変更 10ヵ所	○東京:就業規則変更手続き ○大阪:就業規則の規定 ○岡山:旅費規程・医療費減免規定等 ○鹿児島:雇用形態別就業規定を作成しない場合のリスク、作成の要点		

e. 賃金制度の設計 8カ所	○北海道:グループ医院間の格差是正 ○東京:時間外手当、日当直手当 ○大阪:賃金対策、賃金格差 ○岡山:労働条件の不利益変更等 ○鹿児島:変形労働時間制採用に伴う、休日労働割増賃金のあり方
f. 医療従事者の安全と健康の確保 4カ所	○北海道:メンタルケア対策 ○東京:パワハラ訴えに対する対応 ○岡山:健康診断の実施等
g. 福利厚生 2カ所	○東京:社会保険 ○鳥取:モデル病院における PDCA 事業推進のためのインデックス調査(分析結果を基にワークショップ開催予定)『勤務環境改善に向けたトップマネジメント研修会』(10/30 開催) ○鹿児島:パート職員への有休付与日数、産休予定者の諸手続き
h. 診療報酬に関する相談 1カ所	○北海道:同規模の比較
i. 医療制度・医事法制に関する相談 0カ所	
j. 組織マネジメント・経営管理 7カ所	○北海道:チーム作り ○東京: 職員の意識調査、解雇、職員確保 ○奈良:人材採用、人事異動 ○岡山:コンピテンシーを活用した人事制度等 ○徳島:業務の効率化 ○鹿児島:無期雇用者退職者(年俸制)にかかる取扱い、無期転換権
k. その他の相談 15カ所	○北海道:離職分析・早期退職の予防 ○岩手:勤務環境改善計画の策定 ○東京:労働条件通知書等の交付、採用時の取り決め、センター事業・補助金等に関するもの、一般労働者職員からの相談、研修医の労務管理 ○神奈川:中期経営計画の策定 ○滋賀:勤務環境改善に係る既企画の新システムへの移行手順等 ○京都:育児休業者への対応他 ○大阪:セクハラ相談、利殖防止対策 ○奈良:人事評価制度、ハラスメント ○和歌山:勤務環境改善計画策定 ○岡山:有期労働契約の無期転換について等 ○山口:医療勤務環境改善支援センターの業務内容についての問い合わせ ○徳島:解雇 ○福岡:支援センターの機能・役割 ○長崎:医療勤務環境改善マネジメントシステムとはどういうものか、支援センターが実施するアンケート調査や、セミナー等は義務なのか ○鹿児島:マイナンバー制度、ストレスチェック制度、妊娠の定義

○支援センターが個別訪問した医療機関の件数

平成 26 年度内に設置された支援センター(22 ヶ所) における個別訪問件数	平成 27 年度に設置された支援センター(19 か所) における個別訪問件数
なし:1カ所 1～10 件:14カ所 11～20 件:3カ所 21～40 件:0カ所 41件以上:1カ所	なし:4カ所 1～10 件:8カ所 11～20 件:1カ所
相談を受けた内容 回答数(複数回答有)	具体的な内容
a. 勤務シフトの見直し 12カ所	○岩手:3 交替、2 交替など ○千葉:看護職員のワークライフバランス推進等 ○東京:業務量のばらつき・業務の効率化、4 週 8 休制 ○石川:2 交代、3 交代のメリット、デメリット ○岐阜:勤務表作成規 準の作成、及び見直し ○大阪:勤務形態を選択 ○熊本:看護職の変形労働時間の見直し

b. 労働時間管理 15ヵ所	○千葉:看護職員のワークライフバランス推進等 ○東京:時間外勤務の削減 ○岐阜:超過勤務の削減策、短時間正職員制の導入 ○静岡:休憩時間・時間外勤務の取り扱い ○奈良:WLB ○岡山:時間外労働の削減 ○熊本:36 協定、リーダー研修 ○沖縄:月変形労働時間制度
c. 休暇取得促進 10ヵ所	○千葉:看護職員のワークライフバランス推進等 ○東京:有給休暇の取得 ○岐阜:有給休暇取得促進策、長期休暇取得の方法 ○静岡:有給休暇の計画的な取得 ○岡山:有給休暇の計画付与、管理方法 ○長崎:有休消化促進 ○熊本:取得率の向上、パートタイマーの休暇取得
d. 就業規則の作成・変更 11ヵ所	○岐阜:就業規則変更へのアドバイス ○大阪:長時間勤務のため ○岡山:全面的見直しのサポート、コンプライアンス ○徳島:パワハラ等 ○沖縄:就業規則等の規定と内規の考え方
e. 賃金制度の設計 12ヵ所	○北海道:グループ医院間の格差是正 ○埼玉:職員の意欲を喚起する賃金体系 ○東京:賃金体系の再構築 ○岐阜:給与表の作成のタイミング ○静岡:給与表の見直し ○大阪:賃金制度の見直し ○岡山:手当ての見直し、公平な運用等 ○熊本:医師の給与制度見直し
f. 医療従事者の安全と健康の確保 7ヵ所	○北海道:メンタルヘルス研修の依頼 ○秋田:メンタルヘルス、腰痛対策 ○東京:医療事故への備え、産業医やパワハラ・セクハラ等相談窓口確保、腰痛対策 ○岐阜:院内感染対策 ○熊本:腰痛対策等
g. 福利厚生 7ヵ所	○埼玉:職員の意欲を喚起する福利厚生 ○東京:職員食堂改善 ○岐阜:職員への福利厚生内容の周知 ○長崎:子育て、介護支援 ○沖縄:夫婦同一職場における育児休業取得の進め方
h. 診療報酬に関する相談 2ヵ所	○岐阜:診療報酬額に占める人件費割合、夜勤時間の考え方
i. 医療制度・医事法制に関する相談 2ヵ所	○東京:補助金等の活用 ○岐阜:専門医不足による診療科閉鎖の悩み
j. 組織マネジメント・経営管理 8ヵ所	○埼玉:人材の育成方法 ○東京:人材確保・離職防止、管理職と一般職の意識の相違、職員の意見への傾聴、職員への運営方針等の周知、理念等の共有、適切な評価制度(待遇)、事務部の意識改革、職員への経営の意識付け、職員間の情報共有・コミュニケーション活性化、他職集連携 ○岐阜:病院の将来に向けての方向性、外来診療時間をどうするか ○奈良:人材採用、人事異動 ○岡山:コンピテンシーを活用した人事制度等
k. その他の相談 18ヵ所	○北海道:マイカー通勤規程の整備 ○岩手:勤務環境マネジメントシステム、勤務環境改善計画 ○秋田:看護師のキャリアアップ支援 ○山形:職場ハラスメントに対する研修会 ○埼玉:患者や職員同士の関係など、勤務状況全般について ○東京:院内保育 ○神奈川:労働条件、給料、有給休暇に関する事 マイナンバー管理体制に関する事 ○富山:勤務環境マネジメントシステムの説明など ○石川:メンタルヘルス、ワークショップバランスについて ○岐阜:医師・看護職・看護補助者の確保困難 ○静岡:個別の病院で開催される医療勤務環境改善関係委員会への出席 ○埼玉:パワハラ ○滋賀:系列3 病院の看護師(師長級)を対象に、労務管理全般の勉強会を支援 ○奈良:ハラスメント ○島根:病院の課題分析(アンケート、職員インタビュー) ○岡山:ワークライフバランス推進事業のサポート、離職率の引き下げ、現場処遇の公平性確保、メンタルヘルス ○徳島:メンタルヘルス ○熊本:マネジメントシステムの導入

その他の事業
○岩手:電話相談 5 件 ①改善計画の策定 ②委員会の設置 ③病院独自の奨学金の創設 ④長時間労働対策 ⑤勤務環境改善にかかると職員研修方法。 ○茨城:郡市医師会が事務長会議を企画し、アドバイザー等が事業紹介を兼ねた講演を行った。 ○栃木:【普及・啓発活動】個別支援とは異なるが、周知活動として、27 年度は医業経営アドバイザーと労務アドバイザーがペアになり、県内の全病院、全有床診療所を訪問し、啓発と医療機関の状況調査を実施している。 ○東京:周知・広報活動。 ○神奈川:電話での相談対応。 ○福井:支援センターの周知・広報業務。 ○三重:「女性が働きやすい医療機関認証制度」事業(三重県単独事業)の制度構築のための事務及び運営。 ○滋賀:上記2のニーズ調査と合わせ、勤務環境改善に関する「現状調査」を実施。これまでの個別・部分的な改善措置を自らが全般にわたって改めて確認することで、求められるマネジメントシステム導入のキーとなるよう目指した調査。 ○鳥取:電話での相談等受付(設置から現在まで6件)。 内容:労働時間管理 1 件(救急外来や夜勤当直について)、休暇取得 1 件(介護休業等取得について)、その他 4 件(院内研修講師派遣依頼 2 件、施設管理について 1 件、勤務環境改善事例照会 1 件)。 ○岡山:岡山県地域医療支援センターの県内病院訪問に当センターと社会保険労務士会、看護協会ナースセンターと協力して同行している。 ○山口:周知用チラシの作成。 ○徳島:電話相談。 ○宮崎:医療機関へチラシ・ポスターの送付、県医師会報及びホームページへのチラシ掲載、病院団体研修会でのチラシ配布、センター紹介。 ○沖縄:事業についての研修会を県内5ヵ所で開催。労務管理者向け勤務環境改善セミナー終了後、個別相談会実施(継続中)。ニュースレター発行(継続中)。

VIII. 支援センターと関係機関・関係団体と連携した事業を実施または企画中の事業

○上記事業を実施または企画中:22 ヵ所 上記事業を実施も企画していない:17 ヵ所 わからない:1 ヵ所

○支援センターが連携した団体(複数回答有)

女性医師バンク:1 ヵ所 地域医療支援センター:4 ヵ所 ナースセンター:9 ヵ所

都道府県労働局の雇用均等指導員:1 ヵ所 ハローワーク:1 ヵ所 産業保健総合支援センター:5 ヵ所

日本医師会:4 ヵ所 日本看護協会:6 ヵ所 その他:4 ヵ所

関係団体と連携して行った事業
○岩手:研修会においてセンター開設チラシ配布。WLB研修会への参加。「働き続けられる職場作り」研修会での講義。 ○秋田:メンタルヘルス対策について連携できればと考えている。 ○山形:県看護協会のワークライフバランス推進ワークショップでの助言・指導。 ○福島:研修会、アンケート調査、ヒヤリング調査の企画にあたり、共催を依頼する予定 また、各団体所属の会員へ各団体を通じて周知活動を依頼する予定。 ○茨城:看護協会とは互いの研修会を受講し、看護協会より講演会講師の依頼を受けた。 ○埼玉:地域医療支援センター(埼玉県総合医局機構)の事業の一環として、埼玉県勤務環境改善支援センターの事業を位置づけて

実施している。

○千葉:看護職員のワークライフバランス推進。

○東京:東京都がナースプラザに委託している看護職員定着促進のための巡回訪問事業等と連携し、医療機関の状況に応じて互いの事業に繋げていく。

○富山:看護職のWLB推進ワークショップ事業をセンター事業として実施。

○石川:グループ討議に医療労務管理支援事業のアドバイザー(社会保険労務士)がファシリテーターとして参加。

○岐阜:以下の機会を利用し支援センター活動PR、マネジメントシステム資料等を配布。

H26.8.7 岐阜県看護協会「岐阜県WLB推進ワークショップ」。

H26.9.11 岐阜県労働局主催「医療機関の勤務環境改善研修会」。

H27.6.26 岐阜県病院協会研修会。

・アンケート調査:H27.6～7月 運営協議会医療系委員の団体に対し、「勤務環境に関する課題と取り組みについて」調査

・いきサポへの情報提供 H26.12月 運営協議会関係団体の活動についていきサポートへ掲載(H27年度内容を更新)

○三重:ストレスチェック制度実施のための研修会と併せ労務管理に関する研修会を開催。

○滋賀:滋賀県看護協会が実施する「看護職のワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ」のフォローアップワークショップに参加者を拡大(全病院事務長を加える)して共催し、医業経営アドバイザーを派遣(平成28年1月予定)。

○兵庫:現在検討中。

○奈良:看護職のWLB推進ワークショップでの講演や助言を行った。

○和歌山:県看護協会「WLB」への参加 センター実施研修会講演依頼。

○岡山:平成28年1月28日に医療勤務環境改善支援センター研修会を企画し、準備を進めている。内容は、医療機関の勤務環境改善の自主的取り組みに役立つファシリテーションスキル修得をテーマにワークショップを行う予定。

○香川:WLB推進ワークショップ(実施予定)。

○福岡:平成27年度第1回福岡県医療勤務環境改善研修会での日医担当常任理事による基調講演。

○佐賀:医師の職場環境改善ワークショップ研修会の実施(11/1)

○沖縄:日本医師会勤務医の健康支援に関する検討委員会の協力を受け、本年7月「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を開催した。県看護協会主催のWLB推進ワークショップや医業経営コンサルタント協会主催セミナー、女性医師部会主催のフォーラムにてセンター事業の紹介を行った。

IX.日本医師会の取り組みの活用

日本医師会の作成したツール※を活用した事業(研修・ワークショップなど)を実施:10カ所

※「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」「勤務医の健康を守る7か条」「医師が元気に働くための7か条」

支援センターに日本医師会の作成したツールを配布:13カ所

支援センターに情報提供していない:14カ所

X.厚生労働省の「医療勤務環境改善支援センター業務のポイント」の活用

業務に活用している:24カ所

あまり業務に活用していない:16カ所

X I 厚生労働省ホームページ「いきいき働く医療機関サポートWeb(いきサポ)」の活用

業務に活用している:26 カ所

あまり活用していない:14 カ所

X II.広報(複数回答有)

支援センターのホームページの開設:30 カ所 医師会行事での資料配布:16 カ所

労働基準局での資料配布:16 カ所 都道府県担当部署での資料配布:27 カ所 その他:14 カ所

広報の手段

- 北海道:道内病院、有床診療所、助産所 1079 件に支援センターパンフレット、北海道医療新聞の掲載記事、無料研修会案内を送付した。
- 青森:Ⅶの1の研修会におけるPR。
- 岩手:医療機関(病院)に対してセンターから「して欲しい支援」についてアンケートを実施。
- 秋田:県内の病院、有床診療所にリーフレットや改定版の手引きを送付して周知、徹底に努めている。
- 福島:県医師会報への広告掲載。郵送による医療機関及び医療従事者への周知。研修会。訪問。
- 栃木:医業経営アドバイザーと労務アドバイザーがペアとなり、県内の全病院、全有床診療所を訪問し、周知活動を行っている。
- 東京:運営協議会構成団体行事等での広報、資料配布。
- 岐阜:戸別訪問時の資料(マネジメントシステム導入の手引き、国が作成したチラシ等)配布。関係団体の研修会での資料配布(病院協会・看護部長協議会)。岐阜労働局主催の研修会での資料配布。県医師会理事会へのマネジメントシステム改訂版の配布
- 三重:医師会会報誌への掲載、センター案内チラシの作成(医師会員へ配布)。
- 滋賀:利用案内チラシ(リーフレット)を作成。病院協会主催各種研修会等で繰り返し配布・啓発
- 京都:各病院あてに直接送付するとともに病院団体行事において資料を配布
- 大阪:受託団体(大阪府私立病院協会)行事での資料配布。
- 鳥取:チラシを作成し、医療機関、関連団体に配布した。病院協会総会、事務長会等において、支援センターの紹介を行った。
- 岡山:運営委員の所属団体の窓口を設置したり、医師会ホームページに専用ページを開設し、フェイスブックとともに広報手段として利用している。また、病院協会より会員へ配布していただいたり、医師会の広報付録にチラシを入れたりしている。
- 香川:県のホームページで周知。
- 佐賀:支援センター設立時に、郡市医師会及び医療機関の開設者・管理者宛てに開設案内の文書を送付。チラシを作成予定。
- 宮崎:宮崎労働局及び宮崎県のホームページでの支援センターのチラシ掲載。
- 沖縄:県医師会報及び会報付録にセミナーの案内及びセンター利用申込書を掲載 ・医療労務管理者向け勤務環境改善セミナーでの支援事業の広報。看護協会行事及び医業経営コンサルタント協会行事での支援事業の広報。

X III.トラブル

あった:1カ所 特になし:39 カ所 わからない:1カ所

医療機関からは、無料での支援ということで、もっと深くかかわってほしい(コンサルティング業務等をしてほしい)との要望もある。

《支援センターの役割》

- ・あくまで行政が行う支援として、一般のコンサルタントや社会保険労務士が行う業務とは異なる。今回の法律の趣旨からしても、医療機関が自主的に取り組むことが求められている。

- ・支援センターでは、医療機関が取り組みの必要性を感じ、「やらなければという危機感」を持たせることがまずは必要と考えており、そのような意識を持った医療機関の中で、「何から取り組めばよいかわからない」医療機関を対象に『導入支援』において、マネジメントシステムの導入部分(取り組みの入口)のみを支援している。
- ・改善はすぐにできるものではなく、PDCAサイクルを何度もまわしながら少しずつ改善していくものである。都支援センターでは、そのきっかけづくりをしたいと考えており、その後の実際の取り組みについては、自主的に自分たちで取り組むことを求めている。その際に、必要な情報提供等は『随時相談』を活用するよう案内している。

XIV.その他自由記入

- ・無料相談、支援頻度、期間、範囲が不明瞭。
- ・まだ広く認知されていない。
- ・県、労働局、医師会の三者の連携が必要だが、柔軟な対応が必要である。
- ・相談がないのに、アドバイザーへの支払いのみが発生している。
- ・人材確保支援を含めた権限が支援センターに必要である。
- ・医業経営コンサルタントが少ないため、一部の税理士事務所に医業経営コンサルタントの所属が偏っていることから、医師会の顧問の公認会計士を選任した。
- ・自主的な改善システムという主旨から、拘束的・規制的なものに急変しないよう注視してほしい。等

- 無料相談、支援の頻度、期間、範囲が不明瞭なこと。
- 勤務環境改善計画を策定したかどうか分からないため、自主的に策定した場合の義務付けがほしい。改善支援のハブ的役割の充実を図るため、病院間の情報がスムーズに共有できる工夫があると良い(ネットの活用など)。
- 専任職員の配置等ができるよう国、県の委託費の増額。
- この支援センターの存在と活動内容は、医療機関にはまだ広く認知されていない。支援の具体例など広く広報することで、利用されやすい環境作りに努めていきたい。
- 本県の場合、運営に当たり、県、労働局、医師会の三者が連携していかなければならないが、委託する側にも県内・地域の実情に合わせた柔軟な対応、理解が必要と考える。
- 支援センターについての積極的な周知が必要と考える。
- ①医療機関、特に管理者に対する意識啓発→これまで取り組みを行っていない医療機関をどのように巻き込んでいくか。②勤務環境改善に取り組む環境。仕組みづくり→補助金等も含め。取り組みが促進されるような仕組みを作っていく支援センターの最も重要な役割は、勤務環境改善に無関心で、危機感を持っていない医療機関に対しての働きかけだと考えている。
- 医療機関からの相談は全くなく、常駐しているアドバイザーに対する支払いだけが発生している状態。委託側の県や労働局は次年度以降も事業を継続し拡大していきたいと言っているが、県医師会としては困難であるとする。
- 医師の場合、県が実施する医師確保事業と一体化若しくは緊密な連携が必要不可欠である。医師の場合、労働基準法の知識の普及を図る必要がある(時間外、宿直の違い等)。各職種、各部署毎に勤務環境が大きく異なるため、目的を絞ったWG等の活動を実施しないと効果が上がらない。
- 支援センターのアドバイザーに求められることは、病院の課題解決を通じた環境整備を進めるためのコンサルティング能力であるが、多くの社会保険労務士には未だそうした能力が十分に具備されていないと考えられる。社会保険労務士等を対象としたコンサルティング能力向上のための研修が必要。
- 人材確保支援を含めた権限がセンターに必要である。
- 県および国からの委託は少額で、専門アドバイザーの必要時の派遣費用と啓発関係。事務所設置経費しかなく、センター自体の

活動を企画・運営する職員は設置できない。このため、与えられた「手引き」や「業務のポイント」に沿った対処のみとなっている。本システムが求めるのは、”体制が整って、常に PDCA サイクルが回り、年々に改善が図られる”ということであり、センターには地域の特性や管内医療機関の現状に応じた柔軟な支援がそれぞれ工夫できるよう、それを考える体制は不可欠である。

- いまのところは事業を周知することが最優先と考える。
- 広報活動を積極的にする必要がある。
- 「指針・手引き」の認知度が低く、支援センターの利用件数も少ないため、効果的な周知、利用促進に努める必要がある。
- 支援センター活用の周知引き続き支援センター事業の周知徹底を図ることが今後の課題であると感じている。
- 今までの講習会は看護師の方の参加が多かったが、病院長(医療機関全体)の取り組みとして管理者の参加が増えるようにしていきたいと思う。また、医療機関のニーズに沿った内容の講習会を開催していきたい。
- 労働局(医療労働管理事業)サイドとしては、県の動きが不十分と考えている。
- 医業経営コンサルタントが少なく、その所属がごく少数の税理士事務所等に偏っていることから、相談後の医療機関とのトラブルを避けるため、医業分野アドバイザーは医師会顧問の公認会計士を選任している。専門家を雇用した場合の費用対効果、看護職等医療従事者不足。
- ソフト事業のみでハード事業への支援がないため、医療関係者不足の環境にある地方において、勤務環境改善の取り組みを実施していくのは難しい面がある。
- 基準局及び医政局予算の統合。県行政と労働局の密な連携。自主的な改善システムという内容の趣旨から、拘束的なもの、規制的なものに急変することがないよう、日医としてしっかり国の動向を注視いただきたい。

以上

平成27年10月現在
設置済

医療勤務環境改善支援センター業務に関するアンケート

都道府県医師会名: _____

I.医療勤務環境改善支援センター(以下、「支援センター」)の設置時期を教えてください

平成 ____ 年 ____ 月

II.設置形態を教えてください。

1. 都道府県の直営

2. 委託(委託先: _____)

3. わからない

2.a 上記で「2.委託」を選択し、かつ医師会が委託を受けている場合、そのメリット、デメリットを教えてください。

(内容)

III.運営協議会の設置について教えてください。

1. 設置している

2. 設置していない

3. わからない

III.a 上記で「1. 設置している」を選択した場合、下記2つにお答えください

a-(1) 運営協議会の参画団体を教えてください(複数回答可)

1. 都道府県医師会

2. 看護協会

3. 病院団体(名称: _____)

4. 社会保険労務士会

5. 医業経営コンサルタント協会

6. 都道府県関連部署(名称: _____)

7. 都道府県労働局

8. その他(名称: _____)

a-(2) 運営協議会の開催頻度をお答えください。

年間にだいたい ____ 回

IV. 都道府県労働局医療労務管理支援事業と医業分野アドバイザー事業の運営について
教えてください。

1. 両者は同じ場所で一体運営している。

2. 場所がそれぞれ異なっている

(場所が異なっている理由)

3. わからない

V. 支援センターの人員体制について教えてください。

(1) 支援センター業務従事者(医業経営コンサルタントと社会保険労務士を除く。兼任含む)

全 ____ 名 (うち派遣社員は ____ 名)

(2) 医業経営コンサルタントの配置(医業分野アドバイザー事業)

1. あり → 契約人数: ____ 名 → a. ほぼ常駐 1日 ____ 名、概ね週 ____ 日勤務
2. なし → b. スポット 1か月に ____ 日程度

3. わからない

(3) 社会保険労務士の配置(医療労務管理支援事業)

1. あり → 契約人数: ____ 名 → a. ほぼ常駐 1日 ____ 名、概ね週 ____ 日勤務
2. なし → b. スポット 1か月に ____ 日程度

3. わからない

V.a 上記(2)と(3)がともに「1.あり」の場合、2つの業務の連携について教えてください

1. 概ね連携できている
2. あまり連携できていない

(理由)

3. わからない

VI. 支援センターの平成27年度の予算規模を教えてください

	医療労務管理支援事業	医業分野アドバイザー事業
公的予算	千円	千円
都道府県予算	千円	千円
その他	千円	千円
合計	千円①	千円②

医療勤務環境改善支援センター予算総計 ____ 千円 (①+②)

VII. 支援センターの業務実績(ないしは企画中のもの)を教えてください(複数回答可)

1. 研修会・ワークショップの実施

(内容)

2. 医療機関のニーズ調査

3. 各医療機関が支援センターを来訪した際の相談対応

・対応件数 全部で ____ 件程度(設置時から現在まで。延べ回数でなく来訪した医療機関数)

・相談を受けた内容を教えてください(複数回答可)。

- a. 勤務シフトの見直し(内容: _____)
- b. 労働時間管理(内容: _____)
- c. 休暇取得促進(内容: _____)
- d. 就業規則の作成・変更(内容: _____)
- e. 賃金制度の設計(内容: _____)
- f. 医療従事者の安全と健康の確保(内容: _____)
- g. 福利厚生(内容: _____)
- h. 診療報酬に関する相談(内容: _____)
- i. 医療制度・医事法制に関する相談(内容: _____)
- j. 組織マネジメント・経営管理(内容: _____)
- k. その他の相談(内容: _____)

4. 各医療機関を訪問しての個別支援

- ・支援件数 全部で ____ 件(設置時から現在まで。延べ回数でなく来訪した医療機関数)
- ・相談を受けたことのある内容を教えてください(複数回答可)。
 - a. 勤務シフトの見直し(内容: _____)
 - b. 労働時間管理(内容: _____)
 - c. 休暇取得促進(内容: _____)
 - d. 就業規則の作成・変更(内容: _____)
 - e. 賃金制度の設計(内容: _____)
 - f. 医療従事者の安全と健康の確保(内容: _____)
 - g. 福利厚生(内容: _____)
 - h. 診療報酬に関する相談(内容: _____)
 - i. 医療制度・医事法制に関する相談(内容: _____)
 - j. 組織マネジメント・経営管理(内容: _____)
 - k. その他の相談(内容: _____)

5. 上記1.から4.以外の事業

(内容)

VIII. 関係機関・関係団体と連携して業務を実施したか(または企画なか)教えてください。

- 1. あり
- 2. なし
- 3. わからない



VIII.a 上記で「1. あり」と回答した場合、下記2つにお答えください。

a-(1) 連携協働の実績・計画のある団体を教えてください(複数回答可)

- 1. 女性医師バンク
- 2. 地域医療支援センター
- 3. ナースセンター
- 4. 都道府県労働局の雇用均等指導員
- 5. ハローワーク
- 6. 産業保健総合支援センター
- 7. 日本医師会
- 8. 日本看護協会
- 9. その他

a-(2) 上記a-(1)の団体と連携して行った(企画中の)業務内容を具体的に教えてください

(内容)

IX. 日本医師会の取組は支援センターで活用または共有されていますか(複数回答可)

- 1. 支援センターで、日医のツール(注)を活用した事業(研修・ワークショップ)を行った(または企画中)。

(注)「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」「勤務医の健康を守る7か条」

「医師が元気に働くための7か条」

- 2. 支援センターに資料を配布するなど情報提供をしたことがある。
- 3. 支援センターに情報提供をしたことがない。

X. 厚生労働省「医療勤務勤務環境改善支援センター業務のポイント」(以下、「業務のポイント」)について教えてください。(もっともあてはまるものを選択)

1. 支援センターでは、「業務のポイント」を参照し業務に活かしている。
2. 支援センターでは、「業務のポイント」の存在は知っているが、あまり活用したことがない。
3. 支援センターでは、「業務のポイント」自体を知らない。

X I. 厚生労働省「いきいき働く医療機関サポートWeb(いきサポ)」では医療機関の勤務環境の改善に役立つ情報や事例を紹介しています。この「いきサポ」サイトについて教えてください。(もっともあてはまるものを選択)

1. 支援センターでは、「いきサポ」を見て業務に活かしている。
2. 支援センターでは、「いきサポ」の存在は知っているが、あまり活用したことがない。
3. 支援センターでは、「いきサポ」自体を知らない。

X II. 支援センターの広報活動の手段について教えてください(複数回答可)

1. 支援センターのホームページの開設
2. 医師会行事での資料配布
3. 労働基準局での資料配布
4. 都道府県担当部署での資料配布
5. その他

(内容)

X III. 支援センター業務に関し、医療機関からの苦情・トラブル、要望等があったか教えてください。

1. あり
2. 特になし
3. わからない

X III.a 上記で「1. あり」を選択した場合、具体的な内容を教えてください。

(内容)

X IV. 支援センター事業の充実に当たり、改善すべき点・課題などを自由にご記入ください。

(内容)

ご協力、ありがとうございました。