

医師の働き方検討委員会 答申

医師の勤務環境改善のための具体的方策
—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—

平成 30 年 4 月

日本医師会 医師の働き方検討委員会

平成 30 年 4 月

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

医師の働き方検討委員会

委員長 相澤 好治

医師の働き方検討委員会答申

本委員会は、平成 29 年 6 月に、貴職より、「医師の勤務環境改善のための具体的方策―地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に―」について諮問を受け、平成 30 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。

医師の働き方検討委員会

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

(委員：50 音順)

＜用語について＞

様々な意味で使われることが多く、文脈のなかでどの意味なのか確認する必要がある。

1. 労働時間の換算

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

$$\{\text{週の総労働時間} - \text{週の法定労働時間 (40時間)}\} \times 4 \text{ 週間} = \text{月の時間外労働時間}$$
$$\text{月の時間外労働時間} \times 12 \text{ か月} = \text{年間の時間外労働時間}$$

【労働時間の換算】

週の 総労働時間	月の 時間外労働時間	年間の 時間外労働時間
50時間	40時間	480時間
60時間	80時間	960時間
70時間	120時間	1,440時間

2. 宿日直、宿直、日直

宿日直勤務とは、一般には使用者の命令によって一定の場所に拘束され、緊急電話の受理、外来者の対応、盗難の予防等の特殊業務に従事するもので、夜間にわたり宿泊を要するものを宿直といい、勤務内容は宿直と同一であるが、その時間帯が主として昼間であるものを日直という。労働基準法第41条に基づいて許可を受けると労働時間の適用除外となる。

宿日直、宿直の場合、上記のような特殊業務を指す場合と、「夜勤」を含めて使用される場合もある

＜労働基準法＞

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

- 一 別表第一第六号（林業を除く。）又は第七号に掲げる事業に従事する者
- 二 事業の種類にかかわらず監督若しくは管理の地位にある者又は機密の事務を取り扱う者
- 三 監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたもの

3. 夜勤

宿直において軽微な業務ではなく通常と同様の業務を行うこと

4. 当直

宿日直及び時間外労働を含めた総称。夜勤を含めて用いられている施設もある。

忙しくても、寝当直であっても、夜、病院に泊まって必要時に診療行為を行う業務の意味で使われている施設も多い。

5. 研修医

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

(医政発第 0612004 号 平成 15 年 6 月 12 日 医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について)

＜医師法＞

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

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

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

6. 専攻医、専門医

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

専門医：上記専門研修を修了した医師

7. 使用者、事業者、管理監督者

使用者：特に断りのない限り、労働基準法上の使用者とする。

(労働基準法)

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

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

(労働安全衛生法)

第二条

三 事業者 事業を行う者で、労働者を使用するものをいう。

管理監督者：労働基準法においては、労働時間規定が適用除外となる者という意味で用される（詳しくは本文 P5 を参照）。

労働基準法の範疇ではなく、役職者や業務管理を行う者全般を指す意味で使われることもある。

8. 「応招義務」の表記

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

目次

はじめに	1
1. 医師の働き方改革をめぐる社会的背景	1
(1) 医師の働き方改革の必要性	1
(2) 改革に関する行政の動き	1
2. 医師の特殊性	3
3. 日本医師会のこれまでの取り組みと今回の検討の目的	4
I 勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現	5
1. 現在の労働基準法	5
(1) 労働時間の定義	5
【労働時間の適用除外となる「管理監督者」とは】	5
(2) 勤務医の労働時間の特性	5
①宿日直勤務	5
②オンコール	6
③自己研鑽	6
(3) 現行の労働基準法の労働時間規制	6
①法定労働時間	6
②時間外労働	6
③宿日直	7
a. 宿日直勤務の趣旨	7
b. 宿日直勤務の許可基準として定められている事項の概要	7
④専門業務型裁量労働制	8
2. 医療勤務環境改善支援センターの充実強化	9
(1) 支援センターの運営の問題点	9
①個別の医療機関へのアプローチが困難	9
②事業予算が少なく運用柔軟性が欠如	9
③アドバイザー間の連携が少なく役割分担が不明確	10
④支援業務の範囲が不明確	10
⑤支援対象医療機関の偏り	10
(2) 医療機関側における支援センター活用の問題点	10
①支援センターが取締機関であるとの誤解	10
②努力義務に留まっている支援センター活用	10
③勤務環境改善より診療優先	10
(3) 「医師」の勤務環境改善に関する支援事例	11
(4) 今後の支援センター活性化の方策	11

(5) 関連する「センター」連携を法律で規定化	13
3. 医師の健康管理の国内外の状況と基本的考え方	13
(1) 医師の健康確保の視点と諸外国の状況	13
(2) 米国の動向	14
(3) 欧州の動向	15
(4) 医療の質確保の視点	16
(5) 健康管理の視点	16
4. 今行うべき労務管理～法令を指標とする考え方～	18

Ⅱ 勤務医の労働安全衛生の充実	20
1. 労働安全衛生法の遵守	20
(1) 医療保健業における定期監督等の状況	20
(2) 法令における事業者の責務	21
(3) 労働時間等設定改善委員会の活用へ	21
2. 医療機関における産業保健活動の推進	22
(1) 医療機関における産業保健活動の課題	22
(2) 包括的管理の推進	23
①産業医	23
②病院長（事業者）	23
③管理監督者（施設長・診療科長等）	23
④医療従事者自身	24
⑤患者や地域医療体制	24
(3) 日本医師会作成ツールの活用推進	24
(4) 外部資源の活用	27
3. 将来に向けての提言	27
(1) 医師の労働時間管理に関する基本的な考え方	27
①労働時間管理を行うべき者の責務	27
②労働時間管理の責務を有する者の特定	28
③労働時間を把握するために講ずべき措置	28
(2) 医師の過重労働防止の労働時間管理の在り方	28
①施設長の果たすべき役割	28
②診療科長の果たすべき役割	28
③衛生委員会の果たすべき役割	29
④産業医の果たすべき役割	29
(3) 医師の健康と地域医療の両方を守る制度の考察	29
①方向性（時間外労働の上限規制等）	29
②「医師の特別条項」について	30

③医師の特別条項の「特例」について	30
a. 「特例」を決める基本的視点	30
b. 「特例」を締結する具体的条件	31
c. 「特例」を決める仕組み	32
d. 「特例」の上限時間	33
e. 定期的な「特例」の見直し	33
f. 研修医に関する「特例」の取り扱い	33
④医師の特殊性を踏まえた自己研鑽・宿日直の在り方	33
a. 自己研鑽	33
i) 自己研鑽と医師の仕事は一体不可分	33
ii) 院内にいる時間管理が不可欠	34
b. 宿日直	34
⑤裁量労働制の幅広い検討・研究	34
⑥労働法関連の法令全般の見直し	35
4. 今行うべき労働安全衛生管理～真摯に取り組む	37

Ⅲ. 地域医療を守る	38
1. 労働時間制限の地域医療への影響	38
2. 地域医療を守る視点と対策	39
(1) 日本医師会の立場	39
(2) 医師への労働時間規制適用、罰則の問題点	39
(3) 対策の基本的な方向性	40
①基本的な働き方	40
②宿日直問題に関する対応	40
③医師の特別条項の「特例」について	40
④僻地医療への対応	41
3. 応招義務の問題点と対応	41
(1) 行政の義務	41
(2) 医療機関の義務	41
(3) 医師個人の義務	41
4. 医師の効率的活用	42
(1) 医師の偏在解消と業務の見直し	42
①医師の地域偏在と診療科の偏在解消	42
②診療環境改善の効果の定期的な把握と対策	42
(2) 当面の診療環境改善に必要な対策	43
①医師確保等に関する組織の連携強化や再編	43
②女性医師の離職防止・復職支援	43

a. 女性医師支援の必要性	43
i) 女性医師の増加	43
ii) 女性医師支援の男性医師へのプラス効果	44
b. 日本医師会における女性医師支援の取り組み	44
i) 女性医師支援センター・女性医師バンク	44
ii) 女性医師の勤務環境に関する調査	45
c. 女性医師支援施策への提言	46
i) 保育・介護支援の充実（公的保育施設の有効活用等）	46
ii) 柔軟な働き方（時短常勤制度等）と再研修プログラム	46
iii) 個別事情に応じたキャリア形成支援	47
iv) 勤務緩和を支える医師の処遇改善	47
v) パートナー・家族との話し合い	47
vi) 「女性が働きやすい医療機関」認証制度（好取り組み事例）	48
③医師活用に関するその他の具体的な対策	48
a. 非常勤医師の活用、及び常勤化の促進	48
b. 出身地方の再就職促進	48
c. 退職年齢延長の検討及び退職前後のベテラン医師活用	48
d. 病院と開業医との連携の強化	48
④医療機関の役割分担の明確化	48
a. 大学等の高度医療機関	48
b. 中小病院	49
c. 診療所	49
d. 救急体制	49
⑤タスク・シフティング	50
5. 大学病院を取り巻く状況と将来の在り方	50
6. 地域住民の理解と協力	50

IV 医師会の役割	52
1. 医師会の組織と存在意義	52
2. 働き方改革における日本医師会のあるべき立場	52
(1) 医師の健康とワークライフバランスを守る活動	52
(2) 地域医療を守ることとの両立～段階的な働き方の改善～	52
(3) 過労死のない日本をつくる	53
3. 各医師会に求められる課題と具体的な対応	53
(1) 都道府県医師会の働き方改革への関わり	53
(2) 都道府県医師会の勤務医部会等の強化	53
(3) 郡市区医師会に求められるもの	54

(4) 執行部への勤務医の登用の促進	54
(5) 大学医師会の強化	54
(6) 日本医師会が果たすべき役割	54

まとめ	55
-----------	----

参考資料

はじめに

1. 医師の働き方改革をめぐる社会的背景

(1) 医師の働き方改革の必要性

近年、サービス業をはじめとする様々な業種において長時間労働が問題となっているが、各地の医療機関、大学病院等における労務管理上の問題や、医師の厳しい勤務実態についても新聞等で相次いで報じられている。平成24年の総務省就業構造基本調査によると、職業別週労働時間60時間以上の雇用者割合は総数11.6%のところ、医師は38.1%と最も高い。

かけがえのない生命を預かるという重い責任を有し、医療安全、患者や家族との適切なコミュニケーション、他職種との協働、近隣医療機関との地域連携等に配慮しつつ診療に携わる医師の仕事は強い精神的緊張を伴う。医療はますます専門化、高度化してきており、要求される技術水準も高くなってきている。深夜休日を含む長時間勤務は心身の健康へ深刻な影響を及ぼし、離職や休職、さらなる医師偏在という悪循環を招く。また、医学部定員が大幅に増加してきている一方、医学部志望者は既に減少傾向に転じている。

今後、少子化により18歳人口のさらなる減少が見込まれており、医師の勤務環境が厳しいというイメージがつきまえば優秀な人材確保は厳しくなっていく。医師の健康と地域医療を守り、今後も安全で質の高い医療を提供し続けていくためには、過重労働により医師が疲弊してしまう現状をこのまま放置し改善を先延ばしにすることはもはや許されず、是正は急務である。

平成23年9月に日本学術会議より「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」という提言が出された（参考資料1・P1）。そこでは、医師の長時間労働は業務遂行能力の低下や医療事故の誘因となることが多くの研究で示されているとし、医師の離職や診療科偏在を招き、良質で安全な医療提供体制を危うくしていると述べている。更に、我が国の臨床医師による学術論文数が国際的にみて相対的に減少しており、研究活動が停滞していることを指摘している。

このように、医師の働き方の改善は、医師の生命や生活を守り、健康で能力を発揮し医療に貢献できるために不可欠であることにとどまらず、広く国民医療や将来の医学の進歩にまで関わる重大な問題であると認識し、社会全体で真剣に取り組まなければならない。

(2) 改革に関する行政の動き

平成26年の改正医療法により医療機関の管理者が医療従事者の勤務環境改善に取り組むことが努力義務とされた。また、「地域医療介護総合確保基金」による事業のひとつと

して「医療従事者の確保に関する事業」が盛り込まれている。これにより、医師確保対策等に取り組む「地域医療支援センター」や医療機関のニーズに応じて勤務環境改善の自主的な取り組みを支援する「医療勤務環境改善支援センター」の設置、及び女性医師の復職や就業支援が進んできている。今後これらの事業が軌道に乗り、必要なところに重点的に改善の取り組みが進んでいくことが望まれる。

一方、地方の医師不足等を背景として平成 20 年度に地域枠による医学部入学定員の増員が始まり、平成 28 年度及び翌年には新たに医学部が 2 か所に新設され、医学部定員は過去最多を更新し続けている。しかし、医師数は増加しても、地域や診療科による偏在の解消には至っていない。これには社会における人口動態や疾病構造の変化、ワークライフバランスに対する世代間の意識の違い、出産育児等ライフイベントで働き方に制約されがちな女性医師の増加等の様々な要因があると考えられている。必要とされるところで医師がもてる能力を発揮できるためには、仕事と家庭との調和を図る工夫が欠かせない。

平成 29 年 3 月に、政府は我が国の労働生産性を改善することを目指し「働き方改革実行計画」が策定された。計画には長時間労働を是正することでワークライフバランスを改善し、労働参加率を向上させようと、罰則付き時間外労働上限規制の導入が盛り込まれている。ただ、急激な変化による弊害を避けるため、十分な法施行までの準備時間を確保すべきとしており、特にいくつかの業種においては一般則の適用を直ちには行わないと明示されている。

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

これを受けて、厚生労働省において「医師の働き方改革に関する検討会」が設置され、平成 29 年 8 月に第 1 回の会議が開催された。様々な立場の構成員により検討が行われており、平成 30 年 3 月には中間的な論点整理がなされ、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み」として、①医師の労働時間管理の適正化に向けた取り組み② 36 協定等の自己点検③既存の産業保健の仕組みの活用④タスク・シフティング（業務の移管）の推進⑤女性医師等に対する支援⑥医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取り組み、の 6 項目が示された。

平成 30 年度診療報酬改定の基本方針においても、「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進」は改定の基本的視点のひとつに挙げられている。上述の日本学術会議による提言の中でも、診療報酬体系の改善の必要性について言及されているが、医師の働き方改革の実行にはしかるべき経済的裏付けが不可欠である。経営が厳しい状況において性急な改革を行うことにより、医療機関の存続そのものが危うくなり、ひいては地域の医療供給に悪影響を及ぼすことは避けなければならない。

2. 医師の特殊性

医師の業務は国民の生命と健康に直結しており、対応によっては取り返しのつかない結果につながりうる。救急診療や分娩取り扱い等の医療需要は時間や地域を問わず発生するものであり、それに対して適切な供給が確保されなければ住民は安心して生活することはできない。我が国では国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。一方、OECD Health Statistics (2015) によると人口 1,000 人当たり臨床医数は日本においては OECD 加盟国での平均を下回っており、診療を行う現場の医師の献身的努力に支えられてきたといえる。現に、宿直明けも通常の勤務を行っている、休日がほとんどないという医師が少なくない等、過酷な勤務実態が各種の調査結果で明らかになっているⁱ。

医師には目の前の病む人、困っている人を助けるという直接の診療行為のみならず、日々進歩していく診断・治療についての最新の知識や技術を習得し、生涯にわたって学び続けること、すなわち絶え間ない自己研鑽が要求される。更に、診療業務以外にも、専門医等の資格取得のための勉強、症例検討会等での発表やその準備、学会への参加、医学研究や論文執筆、文献検索、医学生や研修医・専攻医及びコメディカル等の教育、院内外の会議や管理業務等幅広い業務に携わっている。医師が働く場は診療業務が主である一般病院や診療所だけではなく、研究や教育を任務とする大学で勤務している医師も少なくない。全てに一律の規制を適用することは現実的ではなく、業務の特性に応じた多様な働き方を尊重できる方法を模索する必要がある。

更に、医師においては、人間の生命と健康を預かる業務として高い倫理性を持つことが求められている。そのため、自分の生活を犠牲にしてでも仕事を優先すべきという考え方が、医師本人のみならず患者やその家族を含めた社会からも期待されがちである。例えば、主治医であれば勤務外でも呼び出されて診療を行う、休日であっても登院して担当患者を回診する、患者家族の都合に合わせて時間外であっても病状説明に対応する、等は医師ならば当然のことと考えられる風潮がある。

しかし、医師も等しく家庭生活を営む人間であり、心身の健康を保てる状態でこそ安全な医療を提供できるという認識が共有されるべきである。また、医療は進歩してきているものの、まだ不確実なことが多く、懸命に診療を行っても期待した結果が得られないことは少なくない。医療には限界があるということについて医療を受ける国民は理解を深める必要がある。医療資源は有限であり、社会で共有すべき財産であることから、適正な受診等利用のルールについて自治体、保険組合等が主体となり更に啓発を進めるべきである。このように医療提供体制を今後も持続可能なものとするためには国民の理解と協力が不可欠である。

i 平成 27 年度厚生労働省委託事業「医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取り組みに対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書」2016 年 3 月

3. 日本医師会のこれまでの取り組みと今回の検討の目的

日本医師会では、これまで勤務医委員会を中心として、勤務医に関連した様々な調査や提言を進めてきた。更に、平成 20 年に新たに「勤務医の健康支援プロジェクト委員会」を立ち上げ、「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」による実態の把握とそれに基づいた健康支援策の提言等を行った。その後の活動は「勤務医の健康支援に関する検討委員会」に引き継がれ、「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」の作成がなされた。また、主に医療機関の産業医を対象とした「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を全国各地で開催し、医療機関における産業保健活動を推進している。上記の「勤務医の健康支援に関する検討委員会」の成果を受けて、平成 28 年度からは産業保健委員会において医療機関での産業保健活動の推進について検討を進めている。

このたび、日本医師会「医師の働き方検討委員会」は、平成 29 年 6 月に「医師の勤務環境改善のための具体的方策―地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に―」という会長諮問を受けて、厚生労働省における「医師の働き方改革に関する検討会」の設置に先駆けて、第 1 回委員会を開催し、以降計 6 回にわたる委員会での検討に基づき、答申をまとめた。以下、「勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現」、「勤務医の労働安全衛生の充実」、「地域医療を守る」の 3 点において論ずるとともに、日本医師会と各地区・地域の医師会の役割についても述べる。

I 勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現

勤務医のワークライフバランス改善のためには、労務管理についての現行法令や医療機関支援の仕組みを再認識し、できるところから取り組むことが求められる。

ここでは、現在の労働基準法の確認と労務管理を進める上で重要な役割を担っている「医療勤務環境改善支援センター」の在り方について考察する。合わせて、Ⅱ．以降で将来の在り方を考察する上で、海外における労働法制について整理する。

1. 現在の労働基準法

(1) 労働時間の定義

労働基準法が規制する「労働時間」は、休憩時間を除いた時間であり、現に労働させる時間（実労働時間）である。最高裁の判例においても「労働基準法第32条の労働時間とは、労働者が使用者の指揮命令下に置かれている時間を言い、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めるものであって、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（最一小判平12.3.9 三菱重工業長崎造船所事件）」としている。なお、使用者の指揮監督下にあるか否かは、明示的なものであることは必要ではなく、黙示の場合も含むものとされている。

また、実労働時間には、現実に作業に従事している時間のみならず、いわゆる「手待ち時間」も含まれる。このことは、労働基準法が手待ち時間の特に多い労働者を「断続的労働」として特別扱いしていること（労働基準法第41条第3号）からも明らかである。

【労働時間の適用除外となる「管理監督者」とは】

「管理監督者」は労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にあるものをいい、労働時間、休憩、休日の制限を受けない。「管理監督者」に当てはまるかどうかは、役職名ではなく、その職務内容、責任と権限、勤務態様等の実態によって判断される。

医療機関内で管理職とされていても、労働基準法上の「管理監督者」に該当しない場合は、労働時間、休憩、休日の規制を受け、時間外割増賃金や休日割増賃金の支払いが必要となる。

(2) 勤務医の労働時間の特性

①宿日直勤務

宿日直勤務とは、一般には使用者の命令によって一定の場所に拘束され、緊急電話の受理、外来者の対応、盗難の予防等の特殊業務に従事するもので、夜間にわたり宿泊を

要するものを宿直といい、勤務内容は宿直と同一であるが、その時間帯が主として昼間であるものを日直という。後述するが、これらの宿日直勤務についてはほとんど労働する必要がないことから、所轄労働基準監督署長の許可を受けた場合は、労働基準法の労働時間、休憩及び休日に関する規制の適用除外となり、法定労働時間を超えて、また法定休日に労働させることが可能となり、時間外・休日に関する割増賃金の支払いは不要となる。

しかし、宿日直勤務であっても救急指定病院の宿日直では医師が、救急患者や容態急変の患者への対応に追われる等、通常の労働を行っている実態も見受けられる。

②オンコール

多くの勤務医がオンコール待機という対応をとっている実態がある。その待機時間について、労働基準法上「労働時間」と扱うか否かは判断が難しいところであるが、奈良県立病院事件での最高裁判決（最三小判平成 25. 2. 12）では労働時間性は否定されている。一般的な勤務医のオンコール待機のように、「自宅にて自由時間が保障されている」前提で「電話等で呼び出しがあれば業務に従事することが求められるケース」の場合、通常はこうした「待機時間」を労働時間と扱うのは難しい見解が多いようである。

もっとも、呼び出しがあった場合において、実際に病院で業務に従事した時間が労働時間になることは言うまでもない。しかしながら、「労働時間」となるか否かを問わず、オンコール待機について、多くの勤務医が負担感を持っていることは解決すべき課題であり、その負担軽減に向けた改善策を講じることが望ましい。

③自己研鑽

医師は、提供する医療の質の向上やスキルアップのため、研究・執筆、セミナー・講習に参加して最新の知見の習得を図る等、広く自己研鑽を行っている。これらの活動が使用者の明示的な業務命令で行われている場合には、労働時間であることが明白であるが、明示の業務命令に基づかない場合でも、医師の職務内容そのものに関するもの、または密接に関連のあるものは労働時間になるケースも考えられる。

しかし、学会、研修会及び講演会への参加は業務命令に基づかない自主的なものもあるため、労働時間ではないと考える向きもあり、考え方にはバラつきも多い（参考資料 2・P9-11）。

（3）現行の労働基準法の労働時間規制

①法定労働時間

「使用者は、休憩時間を除き 1 週間について 40 時間、1 週間の各日については、1 日に 8 時間を超えて労働させてはならない（同法第 32 条）。」ことを原則としている。

②時間外労働

法定労働時間を超える時間外労働は原則として認められるものではないが、法第 36 条により時間外・休日労働協定（いわゆる「36 協定」）を締結し、労働基準監督署長に届け出ることを要件として、時間外労働及び法定休日における休日労働を認めている。

もっとも、長時間労働防止の観点から「時間外労働の限度に関する基準（平成 10 年労働省告示第 154 号）（以下、「基準」という。）」が定められ、労使は 36 協定の内容がこの基準に適合したものとなるようにしなければならないとされている（同法第 36 条第 3 項）。

期間	1 週間	2 週間	4 週間	1 か月	2 か月	3 か月	1 年間
限度時間	15 時間	27 時間	43 時間	45 時間	81 時間	120 時間	360 時間

更に、臨時的に限度時間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」を締結すれば、限度時間を超える時間を延長時間とすることができる。

もっとも、この基準は労使協定に対して強行的な基準を設定する趣旨ではなく、協定当事者に対して協定内容を「基準」に適合したものにするよう要請し（同第 3 項）、行政官庁の助言・指導権限を定める（同第 4 項）規定となっている。

従って、恒常的に限度時間を超える時間外労働が生じることが見込まれる場合には、36 協定の「時間外労働をさせる必要のある具体的事由」について「一時的な担当患者の増加」「重症度・緊急度が高い患者への即時的な対応が必要な場合」「疾病の特殊性から診療に当たるものが限定される場合」等として「基準」を超える延長時間を定めた 36 協定を締結し、所轄労働基準監督署長に届け出ることできる。

しかし、「労働基準監督署長は、限度基準に適合しない時間外労働協定の届出がされた場合にその是正を求める等、限度基準に関し、労使当事者に対し、必要な助言及び指導を行うことができるものであること（平 11. 1. 29 基発 45 号）」としている。

③宿日直

a. 宿日直勤務の趣旨

宿日直勤務とは、仕事の終了から翌日の仕事の開始までの時間や休日について、原則として通常の労働は行わず、労働者を事業場で待機させ、電話の対応、火災等の予防のための巡視、非常事態発生時の連絡等にあたらせるものである。この宿日直勤務に従事している間は常態としてほとんど労働する必要があることから、所轄労働基準監督署長の許可を受ければ、いわゆる 36 協定の締結・届出を行ったり、時間外労働・休日労働の割増賃金を支払う必要はない。

b. 宿日直勤務の許可基準として定められている事項の概要

上記 a. のような宿日直勤務の趣旨に沿って、労働基準法上宿日直勤務の許可を行うにあたって、許可基準を定めているが、医療機関に係る許可基準として定められている事項の概要は次のとおりである（参考資料 17・P59）。

○勤務の態様

常態としてほとんど労働する必要がある勤務のみを認めるものであり、病室の定時巡回、少数の要注意患者の検脈、検温等の特殊な措置を要しない程度の、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。従って、原則として、通常

の労働の継続は認められないが、救急医療等を行うことが稀にあっても、一般的に見て睡眠が十分とりうるものであれば差し支えないこと。

○睡眠時間の確保等

宿直勤務については、相当の睡眠設備を設置しなければならないこと。また、夜間に十分な睡眠時間が確保されなければならないこと。

○宿日直の回数

宿直勤務は、週 1 回、日直勤務は月 1 回を限度とすること

○宿日直勤務手当

宿日直勤務手当は、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 を下らないこと。

④専門業務型裁量労働制

専門業務型裁量労働制とは、「業務の性質上、業務遂行の手段や方法、時間配分等を大幅に労働者の裁量にゆだねる必要がある業務」として、法令等により定められた 19 業務の中から、対象となる業務を労使協定で定め、労働者を実際にその業務につかせた場合、労使協定であらかじめ定められた時間を労働したものとみなす制度である。

(参考資料 18 ①②・P60-61)。

導入にあたって締結する労使協定には、「対象業務の遂行の手段及び時間配分の決定等に関し、当該対象業務に従事する労働者に対し使用者が具体的な指示をしないこと。」とする旨を定めることとしている。

診療の業務については、「19 業務」には含まれないため、現行法では専門業務型裁量労働制を適用することはできない。

ただし、「学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）に規定する大学における教授研究の業務（主として研究に従事するものに限る。）」は対象となるため、大学病院の「教授等」は専門業務型裁量労働制が適用可能である。

現在の具体的な適用要件は次のとおりである。

- ・「教授研究」とは、学校教育法に規定する大学の教授、准教授又は講師が、学生を教授し、その研究を指導し、研究に従事することをいうものであること。
- ・患者との関係のために、一定の時間帯を設定して行う診療の業務は含まれないものであること。
- ・「主として研究に従事する」とは、業務の中心はあくまで研究の業務であることというものであり、具体的には、講義等の授業や、入試事務等の教育関連業務の時間が、多くとも、1 週の所定労働時間又は法定労働時間のうち短いものについて、そのおおむね 5 割に満たない程度であることをいうものであること。
- ・なお、患者との関係のために、一定の時間帯を設定して行う診療の業務は教授研究の業務に含まれないことから、当該業務を行う大学の教授、助教授又は講師は専門業務型裁量労働制の対象とならないものであること。

2. 医療勤務環境改善支援センターの充実強化

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た。それを受けて、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（以下「支援センター」という）の設置が進み、平成 28 年度には既に全都道府県において設置が完了した。

支援センターの役割は医師を含む医療従事者の勤務環境改善に医療機関が自主的に取り組むことを支援、推進することである。その運営には地域医療介護確保基金と労働局予算が充てられており、勤務環境改善のための労務と経営に関するアドバイザーが各医療機関からの相談に対応している。今後、医師の勤務環境改善を推進していく上で、支援センターの充実強化とともに、医療機関側における支援センターの有効活用が求められる。

支援センターの活動状況に関しては、主に図表 I ①に示す 4 つの全国調査が行われている。本項では、これらの調査結果を参考に、支援センターの運営及び医療機関側における支援センター活用の現状を分析した上で、医療勤務環境改善のさらなる推進に向けて支援センター活性化の方策について提案する。

図表 I ①. 支援センター活動状況に関連する全国調査

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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 27 年 10 月：日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」)2. 医療勤務環境改善支援センターの活動状況に関するアンケート調査
(平成 27 年 11 月：厚生労働省労働基準局委託研究事業「医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取り組みに対する支援の充実を図るための調査・研究事業」)3. 医療勤務環境改善支援センターの活動状況調査
(平成 29 年 9 月：全国社会保険労務士会連合会)4. 医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート調査（参考資料 2・P4-6）
(平成 29 年 10 月：日本医師会) |
|---|

(1) 支援センターの運営の問題点

①個別の医療機関へのアプローチが困難

支援センター側から個別の医療機関に積極的に働きかけることは難しく、実際の相談件数はまだあまり多くない。また、医療機関側の担当者が多忙で面談の時間がとりにくい、支援センターから遠距離の医療機関の場合には直接の訪問は難しく、電話相談が主体とならざるを得ない等、医療機関へのアプローチがしにくいという意見が上記の調査結果にあった。

②事業予算が少なく運用柔軟性が欠如

支援センターの事業予算は限られており、アドバイザーの出張相談会、アドバイザーの専門性を高めるための研修参加等、相談センター以外での活動に使用できる事業費が不足しているところもある。

また、事業費の支払い方法が年1回、後払い形式であったり、医師会等の委託先において費用が持ち出しになったりと運用のさらなる改善が必要と考えられるところもあった。

他にも、取り組みの成果を挙げるため数年がかりの継続的な支援が必要にも関わらず、予算の都合で単年度契約となるため長期的計画が立てにくい、という意見もあり、改善が望まれる。

③アドバイザー間の連携が少なく役割分担が不明確

支援センターでは社会保険労務士と医業経営コンサルタントとが業務に携わっているが、お互いが連携、交流する機会が乏しいという意見が調査結果にみられた。両アドバイザーは相談内容の専門性により労務と経営のそれぞれの役割に応じて連携して対応すべきであるが、実際には役割分担が明確でなく、効果的な支援につながりにくいという指摘もあった。

④支援業務の範囲が不明確

支援方法についての情報が少なく、実際に医療機関からの相談に対応する際に、どのような支援をどこまで実施すべきなのか、業務の範囲が不明確な場合があるという意見があった。例えば、支援センターとしての委託業務の範囲を超える依頼内容があった場合、どう対応すべきか等について取り扱いはっきりしていない。

⑤支援対象医療機関の偏り

支援している医療機関にばらつきがあるかについての調査結果をみると、ないという都道府県も少なからずあるものの、大規模病院、公的病院あるいは逆に中小規模病院が多い等、偏りがあるとしているところもある。運営協議会が有効に機能していないという指摘もあり、必要度の高い医療機関に支援が行き届くようにすることが必要である。

(2) 医療機関側における支援センター活用の問題点

①支援センターが取締機関であるとの誤解

支援センターの役割は勤務環境改善の自主的な取り組みをサポートすることで、法令違反等の取り締まりを行う機関では全くないという点が正しく理解されていない場合がある。支援センターの設置場所から、背景に県の担当課や労働局の存在があると誤解され、相談を通じて病院に関する情報が漏洩するのでは等の警戒心をもたれる場合もある。

②努力義務に留まっている支援センター活用

医療機関が支援センターを活用し自主的に勤務環境改善に取り組むために、まずは経営者がその必要性を認識する必要がある。しかし、経営トップが勤務環境改善への問題意識を持っていても、支援センターの活用に至る積極的なアクションを起こしにくい。

一因として、勤務環境改善が努力義務にとどまっていることがあろう。目に見えるインセンティブがなければ、具体的なトラブルや外部からの指摘を受けるまで、支援センターへの自発的な相談になかなか至らないことが多い。

③勤務環境改善より診療優先

医療機関においては直接的な診療業務が最優先であり、時間と手間のかかる「勤務環

境改善」の優先順位はどうしても低くなりがちである。このため、支援センターからの訪問や相談日程の予約が取りにくく、具体的に活動できる時間も限られる。

また、医療安全や感染対策等の様々な院内委員会が既に多数あるところに、更に新たな委員会を立ち上げて勤務環境改善マネジメントシステムの推進担当者を選任し、活動を進めていくのは容易ではない。

（３）「医師」の勤務環境改善に関する支援事例

医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート調査によると、医師の勤務環境改善に役立った支援事例があると回答した都道府県数は17（36.2％）にとどまっている。その17都道府県のうち、支援事例数の回答のあったのは11都道府県で、うち9都道府県において事例数は3件以下であった（参考資料2・P5）。活用が進まない理由として、「看護職等、医師以外の職種への支援のほうが行いやすい」「医師は労働者という意識が高くないため管理者である医師が必要を感じていない」「そもそも支援が必要なほど困っていない」「マネジメントシステムの導入が目的で現場のニーズとはマッチしていない」「医師の勤務条件には立ち入りにくい」等の回答があった。

一方、「医師」の勤務環境改善につながった具体例として回答があったものとしては以下がある。

支援センターが「医師」の勤務環境改善につながった具体例

- ①医師事務作業補助者の導入支援、スキルアップのための高度化研修
- ②労務管理助言（産休、介護休業、時間外取り扱い、就業規則運用等）
- ③院内医師間における業務分担の見直し
- ④医師の時間管理についての意識付け・啓発

（４）今後の支援センター活性化の方策

上記における現状を踏まえて、今後更に医師の勤務環境改善に支援センターが活用されるために有効と考えられる対策について、医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート調査（平成29年10月）によると以下の回答を得ている。有効と考えられる対策の上位に挙げられているものとしての下記3つがある（参考資料2・P6）。

勤務環境改善に有効と考えられる策

- ①勤務環境の取り組みを評価する診療報酬上の加算
- ②取り組みの具体的方法や好事例の提示等、情報提供の充実
- ③医療機関管理者である医師への啓発

この他には、「支援センターが柔軟に対応できるための予算と人員の充実」「医療機関の取り組みを評価するため認証制度を設ける」「医療機関調査・訪問等支援センターの機能の強化」「医療機関内での取り組みを担当する人員の確保・予算補助」「支援を担当するスタッフの研修・スキル向上」との回答があった。

また、自由意見として「勤務環境改善の必要性は感じているが具体的な進め方について

啓発すべき」「労務管理者向けセミナー等研修会が支援のきっかけになった」「日本医師会が積極的にセンター事業の展開に関わってほしい」「医療機関参加型の組織作りが必要」「勤務負担軽減についての実践的講習会の開催」「医師会や病院協会との話し合い」「支援センターによる支援だけでなく、国レベルでの医療機関利用に関する住民の啓発・教育にも取り組むべき」等があった。

上記の調査を含む支援センターの活動状況に関する調査結果を踏まえて、今後の支援センター活性化の方策として考えられるものを検討した。その結果を支援センターにおける取り組み、医療機関における取り組み、国・行政に求められる施策に大別し図表Ⅰ②に示す。

図表Ⅰ②. 支援センター活性化の方策

支援センターにおける取り組み：

- ①支援センターの役割等についての広報推進
- ②業務を通じて得られた情報の適切な管理
- ③医療機関における実態と支援ニーズの把握
- ④個別の医療機関への積極的な働きかけ・コミュニケーションの強化
- ⑤アドバイザーの支援力の向上、業務上の知見等の蓄積とその活用
- ⑥医療労務管理と医業経営との連携：全体会議開催、個別の事例についての協議
- ⑦運営協議会の効果的な運営：関係団体との連携
- ⑧地域医療支援センター・女性医師支援センター・ナースセンター等との連携
- ⑨日本医師会・日本看護協会等の関係団体における取り組み等の活用

医療機関における取り組み：

自施設における現状分析、課題抽出を行った上で、必要に応じて積極的に支援センターに相談し支援を活用する。そのために医療機関側に求められる体制作りとして以下のものが挙げられる。

- ①経営トップが勤務環境改善について問題意識をもち優先課題として対応する
- ②現状分析シート、労務管理チェックリスト等の手引書・ツールの活用による課題抽出
- ③勤務環境改善に取り組む体制整備・中核的人材の育成
- ④医療機関における産業保健の向上を目指した産業医及び精神科医との連携

国・行政に求められる施策：

- ①医療機関や支援センターに対する勤務環境改善方法の啓発：取り組みの具体的な方法や好事例の提示等情報提供、「いきサポ」の掲載事例の充実、「医療勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き」の改良等
- ②支援センター業務運用マニュアル、様式集の作成
- ③医療機関調査・訪問等支援センター業務拡充による機能強化
- ④支援センターの活動指標の設定等による活動状況の評価
- ⑤アドバイザーの支援力向上のための施策推進：研修会開催等
- ⑥医療機関の取り組み促進施策：報酬上の加算・認証制度等による工夫
- ⑦都道府県間及び国との情報共有推進：担当者会議の開催等
- ⑧支援センターが柔軟に対応できるための予算・人員の充実
- ⑨医療勤務環境改善に関する国民の理解促進：医療機関利用に関する啓発等

（５）関連する「センター」連携を法律で規定化

医療勤務環境改善支援センター・地域医療支援センター・女性医師支援センター・ナースセンター等との連携については、平成 29 年 12 月 21 日開催の「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第 2 次中間取りまとめ」において、以下のように記載されている。

「医療勤務環境改善支援センターは、医師少数区域等の医療機関に派遣される医師の労働環境への不安等を解消するため、派遣先の医療機関の勤務環境の改善の重要性に特に留意して運営するものとし、地域医療支援センターと連携することを法律上明記すべきである。」

こうした様々なセンター機能の強化と連携が医療法によって担保されれば、医師の勤務環境改善に大きく寄与すると思われる。

３．医師の健康管理の国内外の状況と基本的考え方

（１）医師の健康確保の視点と諸外国の状況

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、医療従事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。

医師の健康は我が国の医学の歴史の中でもたびたび語られてきたが、最近では平成 20 年度に設置された日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」の報告をはじめとして、医師の過重労働による脳・心臓疾患や精神障害の発症予防に注目が集まっている。これまで、医師の健康確保と過重労働の関係は繰り返し指摘され⁽¹⁾、日本医師会「勤務医の健康支援に関する委員会」報告書では勤務医の健康確保が日本の医療を支える根幹であると指摘し、取り組みが進展している⁽²⁾。

一方、諸外国の取り組みから学ぶことも多い⁽³⁾。米国、英国、カナダでは医師の健康に関して様々な形で積極的な支援が行われている。諸外国での医師の健康の問題は 1960 年代に薬物依存から課題として認識されたが、その後は医師の精神障害・自殺や問題行動等がクローズアップされ、医師の身体疾患・健康増進手法、1990 年代に疲労と医療の質、最近はキャリアカウンセリングやコーチングにまで対象が広がっている。米国やカナダでは医師の倫理要綱に医師自身の健康確保は患者にとっても重要であると明記されている。

医師の健康と労働時間には密接な関係がある。我が国では、働き方改革実行計画を機に勤務医の時間外労働の上限規制の議論が広がっているが、米国では勤務医の労働時間管理の議論は医療の質確保の課題として始まった⁽⁴⁾。勤務医の労働時間の制限の在り方は、米国、欧州ともに 1990 年代より議論が活発となり、2000 年代はじめに研修医を対象に労働時間規制のガイドラインが提示された⁽⁵⁾。この研修医の労働時間規制については、現在でも国際的に大きな議論が続いている⁽⁶⁻¹¹⁾。例えば、勤務医（研修医）労働時間規制は医師

の生活の質の向上には役立ったが、診療の質と医師の教育には良好な結果が得られていない等である⁽⁸⁻¹¹⁾。

しかし、これら諸外国の労働時間規制の経験から学ぶことは多い。医療の質を保つための時間管理として、時間外労働の規制の在り方、連続勤務時間、勤務間インターバル、休日付与の考え方等から、我が国で労働時間規制を議論する際に有用な情報が得られる。特に、社会保障制度や医療制度が日本に比較的近い欧州では、医師は各国の一般的な労働時間規制の適用除外（オプトアウト）の対象となっていること等である（参考資料 3 ①②・P16-26）。

また、医師の健康管理に関する議論では、医師の健康確保は個人の問題ではなく組織的な対応が重要との認識が国際的にも広がっている⁽¹²⁾。医師の過重労働は、明らかな健康障害（精神障害、脳・心臓疾患等）以外にも、負の結果をもたらす⁽⁵⁾。これは医師個人だけで対処できない勤務環境の問題があるからとされる。負の結果には、医師の交通外傷、医療の質低下、医師の早期離職等の他要因のアウトカムが存在する^(5、12)。

我が国で医師の労働時間規制を議論する場合、医師の過重労働防止による生活の質・健康確保と、時間制限により予想される副作用について、国民と医療提供側との合意の必要等について慎重な議論が必要である。

（２）米国の動向

米国では、Libby Zion 事件ⁱⁱを機に、インターンやレジデントの長時間労働と疲労の問題に注目が集まった⁽¹³⁾。1989 年、ニューヨーク州ではレジデントの労働時間を週平均 80 時間以内とし、連続 24 時間以上の労働を禁止する NY 州衛生法典（New York State Health Code）が成立した。これらを背景に、

- ①週 80 時間を超えない勤務
- ②連続 24 時間を超えない勤務
- ③勤務やオンコールの後には 8 ないし 16 時間の非番を設ける
- ④週に最低 24 時間の休日
- ⑤指導医の役割・監督、

等が強化された。

2003 年、ACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education、米国卒後医学教育認定評議会）による労働時間制限基準が策定され、最新の医学的知見に基づき、研修医の急性及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、研修期間中の研修医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。そして、

- 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

ii Libby Zion 事件：1984 年 3 月 5 日、18 歳の Libby Zion が研修医の処方ミスで死亡。これに対し遺族は医事訴訟を提起。陪審員は研修医を指導医の厳密な監督下で指導すること、研修医の勤務時間を制限することを勧告

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研修医の有給医療行為（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研修医に安全な交通手段を提供する

等の考え方にに基づき、労働時間管理の基準が公開された。なお、IOM（米国医学研究所）レポートの労働時間の基準は、日本の労働基準法では、36 協定の特別条項を結び、時間外労働を月 160 時間（いわゆる過労死ライン月 80 時間残業を大きく超える）とすると適用となる。

その後、2008 年、2011 年に見直しとなったが、この労働時間規制はその後、副作用があったことが報告されている^(10,11)。Ahmed N らによる 135 の論文での systematic review では、レジデントにおける勤務時間制限については臨床転帰、専門医試験成績等、研修効果において negative impacts が多いと報告している⁽¹⁰⁾。研修においては一律ではなく、レジデントの研修ニーズに合わせた柔軟な対応が必要ではないかと提案した。Bolster L らの別の systematic review によると、Night floatⁱⁱⁱ による時間外労働削減対策によって、患者の診療、レジデントの幸福感等において最も negative な効果がみられている⁽¹¹⁾。

勤務医（研修医）労働時間規制は医師の生活の質の向上には役立ったが、診療の質と医師の教育には良好な結果が得られていない等の知見は、今後、我が国で医師の労働時間の上限規制を導入する際の重要な知見となると思われる。そこには、どのように工夫すると、診療の質の低下を最小限にできるかという多くの知見があり、参考にすべきである。

（３）欧州の動向

欧州においても、欧州労働時間指令（the European Working Time Directive: EWTD）と医師の健康影響に関して関心が高まっており、調査が行われている^(8, 9)。

欧州の労働時間規制では、医師が通常の労働基準法を適用除外となるオプトアウト制度が導入されている。その適用条件として、「急を要する医療等の業務の場合、上限時間を超える労働が可能」「公共の利益について緊迫した必要がある場合、上限時間を超える労働が可能」等の定めがある。

健康管理に関する知見も豊富である^(8, 9)。最近の医師の健康と長時間労働に関する研究では⁽⁸⁾、針刺し切創と交通事故のリスクを高めることが明らかであったが、気分障害及び一般的な健康影響には十分な根拠が確認されていない。

また、英国では欧州の労働時間指令に関する医師の見解について質問調査が行われている⁽⁹⁾。2002 年卒業の医師に対して卒後（2013 年から 2014 年）の調査を実施したところ、時間規制によりワークライフバランスに良い影響を与えたとしているが、外科をはじめ救

iii ナイトフロートとは直訳では「夜間遊軍」。ACGME のガイドラインによる週 80 時間ルールを満たすため、当直による勤務時間を減らすことを目的に米国で広がった研修医の勤務システム。昼の勤務はなく、夜勤帯だけ病棟患者を診療しかつ新規入院を担当する勤務。20 時から朝 8 時までの勤務が多く、2 週間の連続勤務、プログラムによっては連続 4 週間の場合もある。

急医療の専門家、精神科は良い評価をしていない。また、多くの医師が診療や教育にはネガティブな影響があると回答している。特に、患者ケアの質の変化に関しては、どちらでもない 45%、悪影響 40%であった。ほとんどの回答者（71%）は、患者ケアの継続性に関する EWTD の悪影響を報告し、71%は、この指令が医師の訓練の機会にマイナスの影響を与えたと感じていた。半数（52%）が患者ケアを管理する効率に悪影響を及ぼしたと報告している。

（４）医療の質確保の視点

医師の健康確保と医療の質は密接に関連する^(7, 14)。我が国でも多くの報告がある⁽¹⁵⁻¹⁸⁾。聖路加国際病院の研修医 49 名を対象に、48 日間にわたって連日行った研修・労働状況と、通常は見過ごされがちな小さな医療安全上の問題（今回の対象は採血・ライン確保等のベッドサイド処置のミス）との関係を検討した結果、内省的で精神面の QOL や医師業務満足度が高く、仮眠をより多く確保している研修医においては処置ミスを起こす頻度が少ない傾向にあり、一方で当直回数が多い研修医は処置ミスをより多く経験する傾向にあった⁽¹⁵⁾。外科学会が実施した合計 534 名の外科医の調査では、勤務が多忙で体力的限界を感じた医師は 68%に達し、約 40%の医師がこのような時に医療事故を起しそうになったと答えている⁽¹⁷⁾。産婦人科診療における交代制勤務導入により医療の質改善と勤務医の健康支援に有用であった取り組み等が報告されている⁽¹⁶⁾。また、患者のコンビニ受診の対策を行っていない病院では、医師がバーンアウトを起こしやすい⁽¹⁸⁾。

労働時間管理の必要性において、我が国では勤務医の健康を中心に議論が進展しているが、海外では医療の質確保に起点していることも念頭において、健康管理の在り方を検討する必要がある。

（５）健康管理の視点

医師の健康管理では「包括的管理」が重要である（本文 P23）。日本の医療機関における産業保健活動の推進が期待されるが、基本的な労働衛生管理事項の遵守だけでは、医師の健康管理の支援は十分とはいえない。医師の過重労働に対する面接指導を労働安全衛生法に基づいて実施しても、医師の過重労働による健康障害防止には限界があり、状況にあわせた医師の健康管理体制の高みを目指す取り組みが必要である。医師のキャリア支援や診療科、勤務地、医療需要や人員状況、医師特有の勤務環境を考慮した、医師の健康管理の取り組みである。

その取り組みを進めるに当たっては、少なくとも下記の 2 つの視点が必要である。医師の健康管理を行う際の視点は、米国のメイヨークリニック等に関する文献でもその考え方が示されている⁽¹²⁾（参考資料 4・P27）。

1 つ目は労働時間規制だけでなく「医師の心身に影響をあたえる多要因を考慮する」ことである。具体的には、仕事の要求度・負担度、業務効率性、仕事の意味、ワーク・エン

ゲイジメント^{iv}、職場コミュニティ文化、医師への社会的支援、医師の労働生活支援等である。特に、医師のワーク・エンゲイジメントについては今後より重視されるべきである。

2つ目の視点は、医師の健康確保のための「介入すべき対象が多軸である」ことである。具体的には、医師個人、診療チーム（診療科別アプローチ）、医師が雇用されている医療機関、行政・地域、患者を含む医療サービスの受益者等である。労働時間規制や健康管理は、医師を雇用する医療施設側の取り組みに注目が集まるが、医師個人が取り組むべき課題もある。すなわち、医師個人が自身の健康について学び、適切に管理するという考え方である（**参考資料 8 ②・P45**）。その機会は医学教育において今後取り上げられるべきである。また、医師会等が勤務医とその家族向けに健康相談窓口を設置し、勤務医対象の健康支援サービスを提供することも有用であろう。また、診療チーム内での相互支援の取り組みは、一次、二次、三次予防それぞれの視点で、健康状態が悪化している医師を早期に発見し、互いに支えあう診療チーム作りを促進し、過重労働による健康障害防止だけでなく、医師自身のキャリア形成の促進にも効果的である。

医師の健康支援における労働時間管理においても、多面的に対策を考える必要がある。特に、労働時間の上限規制を超えざるを得ない場合、休息欲求や睡眠欲求の兆候が現れていないか等、適切に評価・対応する必要がある。医師の勤務時間の管理を確実に行いつつ、医師自身による疲労状態の自己評価と病院産業医等によるアセスメントによる就業制限を行う体制がきちんと機能していることを条件とし特例として認める、等の考え方を取り入れることも検討してはどうか（**本文 P30-32**）。

また、休息欲求、睡眠障害の防止においては、医師の交代勤務の在り方やシフトの例、勤務間インターバルの規制等の新しい労働時間管理の手法は重要である。勤務間インターバルの設定を 11 時間にするか否かの議論も、具体的な勤務スケジュールを設定する際に必要となる（**本文 P30-32**）。

^{iv} 「ワーク・エンゲイジメント」とは、Schaufeli らによって提唱された労働者の心の健康度を示す概念のひとつで、仕事に対して「熱意」（仕事に誇り（やりがい）を感じている）、「没頭」（仕事に熱心に取り組む）、「活力」（仕事から活力を得て生き生きしている）の三つが揃って充実している心理状態を指す。

4. 今行うべき労務管理～法令を指標とする考え方～

I. では、今後の医師の働き方を考えるために現行の労働基準法や海外事例を紹介したが、将来のことを考えると同時に、まずできることから取り組むべきである。医療機関経営者は、これまでに述べたように、現行の労働基準法をはじめとする労働法制を再確認し、医療勤務環境改善支援センターを十二分に活用して勤務環境改善に取り組むという決意が必要である。衛生委員会等の既存の組織を活用し、無駄な業務がないか、医療クランク等へのタスクシフトができないかといった業務の見直しによる医師の長時間労働の是正に取り組むことが求められる。

法令遵守が現実的に難しい側面があったとしても、法令を勤務環境改善のための「指標」としてとらえ、改善の糸口とする姿勢が必要である。

また、労働基準監督署が臨検に来たときに適切に対応できるよう、現行の労働基準法と労働安全衛生法等で定められている書類等についても見直しを行っておく必要がある。

(参考資料 5 ①②・P28)。

更に、既存の勤務医の健康支援ツールの積極的活用は、労働安全衛生管理、労働時間管理体制の見直しとともに日本の勤務医の実情にあった健康管理に大いに役立つと思われる(図表Ⅱ④・本文 P25、参考資料 8 ①②③④・P44-47)。

【P13-18 の参考文献】

- (1). 江原朗. 会員投稿 調査報告 報道にみる勤務医の過労死労災請求：高い小児科医の請求率. 日本医師会雑誌. 2006;135 (2) :349-51.
- (2). 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, 保坂 隆, 後藤隆久, 中嶋義文, 平井愛山, 松島英介, 吉川 徹, 和田耕治. 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; 2009.
- (3). 和田耕治. 総合病院での医師の働き方を支援する 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. 総合病院精神医学. 2010;22 (1) :7-13.
- (4). Martin S. More hours, more tired, more to do: results from the CMA's 2002 Physician Resource Questionnaire. Can Med Assoc; 2002.
- (5). Ulmer C, Wolman D, Johns M. Committee on Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety, Institute of Medicine. Resident Duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision, and Safety. Washington, DC: National Academies Press; 2008.
- (6). Blum AB, Raiszadeh F, Shea S, Mermin D, Lurie P, Landrigan CP, et al. US public opinion regarding proposed limits on resident physician work hours. BMC medicine. 2010;8 (1) :33.
- (7). Chmelik E. Trends in US physician work hours. JAMA. 2010;303 (22) :2250-1.
- (8). Rodriguez-Jareno MC, Demou E, Vargas-Prada S, Sanati KA, Skerjanc A, Reis PG, et al. European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence. BMJ Open. 2014;4 (7) :e004916.
- (9). Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ. The impact of the European Working Time Directive 10 years on: views of the UK medical graduates of 2002 surveyed in 2013-2014. JRSM Open. 2016;7 (3) :2054270416632703.
- (10). Ahmed N, Devitt KS, Keshet I, Spicer J, Imrie K, Feldman L, et al. A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery: impact on resident wellness, training, and patient outcomes. Annals of surgery. 2014;259 (6) :1041.
- (11). Bolster L, Rourke L. The effect of restricting residents' duty hours on patient safety, resident well-being, and resident education: an updated systematic review. Journal of graduate medical education. 2015;7 (3) :349-63.
- (12). Shanafelt TD, Noseworthy JH, editors. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. Mayo Clinic Proceedings; 2017: Elsevier.
- (13). Wallack MK, Chao L. Resident work hours: the evolution of a revolution. Archives of surgery. 2001;136 (12) :1426-32.
- (14). Anim M, Markert RJ, Wood VC, Schuster BL. Physician practice patterns resemble ACGME duty hours. The American journal of medicine. 2009;122 (6) :587-93.
- (15). 堀之内秀仁. 5. 研修医の立場から II 新臨床研修医制度の影響. 日本内科学会雑誌. 2007;96 (12) :2715-21.
- (16). 木戸道子. 産婦人科における交代勤務制. 臨床婦人科産科. 2015;69 (7) :676-80.
- (17). 佐藤裕俊, 小柳泰久. 外科医の勤務状況の現状と分析 医療事故防止対策に関連して. 日本臨床外科学会雑誌. 2002;63 (3) :533-41.
- (18). 松本悠貴, 星子美智子, 森松嘉孝, 森美穂子, 久篠奈苗, 石竹達也. バーンアウトおよびワーク・エンゲイジメントの観点から分析したコンビニ受診と医師の疲労との関連性. 日本公衆衛生雑誌. 2015;62 (9) :556-65.

Ⅱ 勤務医の労働安全衛生の充実

勤務医を含めた医療従事者の安全衛生は、医療従事者自身にとっても、医療提供という社会的使命からも重要な問題であるが十分に取り組まれているとは言えない。

労働基準法は安全衛生に関しても規定していたが、1972年に労働安全衛生法が制定され安全衛生に関する規定を抜本的に充実するに至った。労働時間管理等を規定する労働基準法と安全衛生を規定する労働安全衛生法の2つの法律が相まって、労働者の安全と健康を守っていることを確認しておきたい。

ここでは、労働安全衛生法の基礎を確認するとともに、統計・調査を交え、医療機関における産業保健活動の在り方等、労働安全衛生の現状・課題とその将来について述べる。

労働安全衛生法 第1条（目的）

この法律は、労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）と相まって、労働災害の防止のための危害防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を講ずる等その防止に関する総合的計画的な対策を推進することにより職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とする。

1. 労働安全衛生法の遵守

（1）医療保健業における定期監督等の状況

平成27年労働基準監督年報によれば、平成26年7月1日現在の医療保健業の適用事業場数は203,565か所、労働者数は3,610,227人である^v。

このうち、1,772事業場の定期監督により、1,396事業場での法令違反が指摘されている（78.8%、全業種平均は69.1%）。違反件数は労働基準法に関わるものでは労働時間（27.2%）、割増賃金（21.6%）、労働条件の明示（16.7%）、就業規則（13.3%）の順に多い。労働安全衛生法に関わるものでは健康診断（25.6%）、安全衛生委員会等（10.6%）、衛生管理者（8.5%）の順である（定期監督の説明は参考資料5②・P28）。

特に健康診断に関する法令違反の割合が全業種に比べて11.5ポイントも高いことは、医療界全体として反省すべき重要な課題である（参考資料5③・P29）。

申告監督（労働者の申出によって行われる監督）の処理件数は950件で、その内容は賃金不払い（65.1%）、解雇（16.4%）となっている。

安全衛生に関わる多くの専門家を有する医療保健業において、法令違反が多く指摘されていることは重く受け止める必要がある。事業場内の安全衛生の確保において重要なのは、法の遵守（最低限の義務）及び病院長（事業者）による労働安全衛生方針の表明（自主的

^v 労働基準監督年報の労働者数は、医師に限らず全ての医療従事者が含まれている。

な取り組みの推進）であり、その認識を新たにすることがある。

（２）法令における事業者の責務

労働基準法（昭和 22 年）及び労働安全衛生法（昭和 47 年）は、労働条件及び労働者の安全と健康を確保するための最低基準を定めており、これらは医療機関等においても遵守されるべきものである（労働安全衛生法の概要は参考資料 6・P30-37 に示した）。

近年、使用者及び労働者間の労働契約に関して労働契約法（平成 19 年）が制定されたが、その第 5 条で「労働者の安全への配慮」が規定された。これは事業者の労働者に対する安全、健康確保に対する責任がより明確になったことを意味している。

（３）労働時間等設定改善委員会の活用へ

当委員会の重要な検討課題の一つである労働時間（労働時間、休憩、休日及び年次休暇等）については、労働基準法（第 32 条から第 41 条）で規定されており、労働安全衛生法では規定されていない。また、時間外・休日労働は労働安全衛生規則に基いて算定され、これらに基づいた面接指導、事後措置等が労働安全衛生法において規定されている。すなわち労働安全衛生法では長時間労働の結果として現れる健康影響に対する事後措置のみが規定されている。

こうしたなか、労働者の健康と生活に配慮した労働時間等の設定に向けて「労働時間等設定改善法」が平成 18 年から施行されている。この中で、労働安全衛生法で規定している衛生委員会を労働時間等設定改善委員会として活用することができるとしている（図表Ⅱ①）。

これは労働者の健康に関する調査審議を行う衛生委員会において労働時間設定も検討可能であることを意味し、衛生委員会が労働時間による健康障害対策に大きな役割を担う可能性を示している。長時間労働が問題となっている現状を踏まえた多角的な取り組みを促すための施策であり、大いに活用すべきである。

また、労働災害、特に長時間労働による健康障害の現れ方は個人差が大きく、一律の規制による措置だけでは解決（負担軽減、支援、疾病の早期発見等）が困難な場合もある。個人差を勘案した職場ごとのセイフティネット（特に形式にとらわれない相談窓口、情報収集システム）の構築が望まれる。

図表Ⅱ① 労働時間等設定改善法と労働時間等設定改善委員会

労働時間等の設定の改善

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

労働時間等設定改善指針の策定

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

労働時間等設定改善委員会

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

労働時間等設定改善実施計画

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

(厚労省 HP 平成 18 年 4 月現在)

2. 医療機関における産業保健活動の推進

(1) 医療機関における産業保健活動の課題

日本医師会「産業保健委員会」では、平成 29 年 3 月に「医療機関における産業保健活動に関するアンケート調査」を実施した。その調査結果に基づき医療機関における産業保健活動の課題を掲げる（図表Ⅱ②。参考資料 7・P38-43）

図表Ⅱ② 医療機関における産業保健活動の課題

1. 施設の実情にあった産業医を選任すること
2. 健康診断の判定、衛生委員会への出席だけでなく、医療機関の産業医としての幅広い産業保健活動への積極的な関与が期待されること
3. 長時間労働者への産業医の積極的関与が期待されること
4. ストレスチェック制度の医師による面接は多様な実施体制があり、施設の実情に合わせた体制の見直しと、良い制度への推進が重要であること
5. 長期休業者への対応、復職支援を、今以上に充実すること
6. 外部資源を積極的に活用すべきこと
7. 医療機関の産業保健活動の良好事例から学ぶこと
8. 行政や国へ期待すること

(2) 包括的管理の推進

調査結果の取り組み事例の分析から、個別の対策だけではなく、安全衛生委員会等既存の仕組みを活用しながら、医療機関の労働者がおかれている、多様な健康障害リスクに対して、包括的に取り組む産業保健活動が期待されている。特に、以下の5つの関係者、①産業医、②病院長（事業者）、③管理監督者（施設長・診療科長等）、④医療従事者自身、⑤患者や地域医療体制、の役割の見直しが重要である（図表Ⅱ③）。

図表Ⅱ③ 医療機関における産業保健活動推進に関わる5つの関係者

- | |
|--|
| ①産業医
②病院長（事業者）
③管理監督者
（施設長・診療科長等）
④医療従事者自身
⑤患者や地域医療体制 |
|--|

①産業医

医療機関における産業医の役割は重要であるにも関わらず、現時点では十分に機能しているとはいえない。ほとんどの医療機関においては専従ではなく、他の業務と併任している。産業医の職務の中で、職場巡視等を優先的に実行していくことが望まれる。また、産業医は、産業医を支える産業保健チーム作りを推進し、安全衛生委員会を中心とした産業保健活動を推進するために必要な時間と報酬が確保されるよう病院長（事業者）に働きかけるべきである。

②病院長（事業者）

病院長（事業者）自身が、医師をはじめとする医療従事者の健康を守ることを宣言し、主体的に包括的管理を推進していく姿勢をみせることが望まれる。産業医、産業保健の担当者への適切な役割と報酬の確保に積極的に取り組むべきである。特に安全衛生委員会を中心とした産業保健活動の推進が重要である。

また、不当なクレーム等から医師をはじめとする医療従事者を守る組織的取り組みを確実に行う必要がある。

自前での管理・改善が困難な場合、(4)に述べるような外部機関の活用を積極的に行うべきである。

③管理監督者（施設長・診療科長等）

医療従事者の健康管理において管理監督者（施設長・診療科長等）の役割も重要である。日頃の長時間労働者に対する面談や、ストレスチェック制度における高ストレス者面談は心身の疲弊の程度の自己報告と申し出によって施行されるため、疲弊や高ストレス状態の否認等がよく見られる。業務の現場での働きぶりに接する上司が心身の疲弊の評価と産業医面談勧奨、業務の管理等に役割を果たすことが必要である。

また、施設長・診療科長等が、労務管理に関する基礎知識を身につけることは、医療

従事者、施設長・診療科長等双方にとって有用である。

④医療従事者自身

「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28年6月)」(日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」)によると、平成21年度に比して平成27年度では他の医師への健康相談をする医師の数は45.9%から55.1%へと増加したが、未だに医師自身の健康管理の意識は不十分である。

自らの長時間労働、疲弊に関する自己保健義務の意識と技能が不足している。打刻等正確な勤務時間記録をはじめ医師自身の勤務時間管理(タイムマネジメント)、自己保健義務の意識と技能を涵養する必要がある(参考資料8②・P45)。

⑤患者や地域医療体制

医療機関は国民の健康と安心な暮らしを支える地域にとって不可欠なものである。地域社会、患者やその家族、関連団体等には、医療従事者が安全で健康に働くことができこそ、医療機関が成り立っていることを改めて認識してもらう必要がある。そのためには、より良い医師―患者関係、医療機関と地域連携ができるよう、医療機関を取り巻く関係者と継続的な情報交換を行っていく必要がある。

(3) 日本医師会作成ツールの活用推進

組織としての医療機関において産業保健活動推進のための具体的方策として、日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」では「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」を作成、医師の職場環境改善ワークショップ研修会を開催、「勤務医の健康支援のための15のアクション」の提言と「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」を提供してきた。これらのツールの活用を推進することが望ましい。医師の職場環境改善ワークショップ研修会については、認定産業医の研修カリキュラムとして、積極的にその活用が期待される(参考資料8①②③④・P44-47)。

「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」(図表Ⅱ④)は院長、副院長、医局長等の管理職、事務長、人事労務担当者を対象としたチェックリストである。関係法令を健康的な勤務医の就労環境を実現するための「指標」と位置づけ、その視点ないし評価軸による医療機関の現状分析及び把握の方法を紹介して職場環境や労務環境の改善活動を支援することを主旨としている。

図表Ⅱ④ 「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」

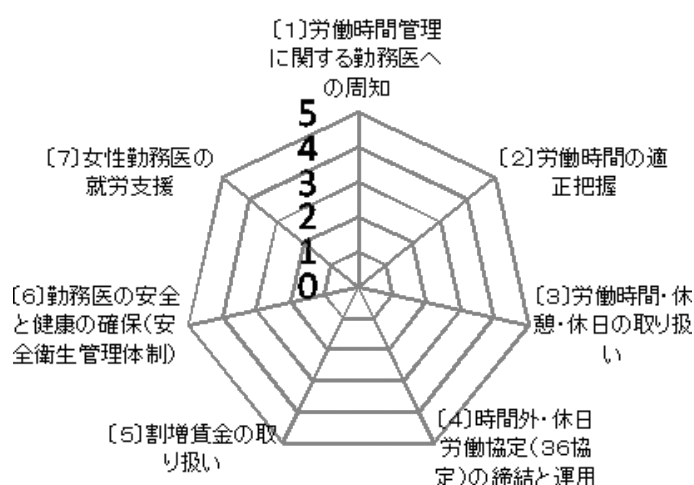
改善項目の選定（難易度）				
A：届出書の作成・届け出などおおむね事務処理を適正化することで改善できるもの				
B：改善にあたり労務管理制度・勤務体制の改定を伴う場合があるもの				
C：改善にあたり労務管理制度・勤務体制の「大幅な」改定を伴う場合があるもの				

[1] 労働時間管理に関する勤務医への周知		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	就業規則を作成し、勤務医に周知しています。					A
2	労働条件が、勤務医に対して明示されています。					A
3	労働契約書・労働条件通知書を勤務医に対して交付しています。					A
4	時間外・休日労働協定（36 協定）などの労使協定は勤務医に周知しています。					A
5	勤務表を作成し、勤務医に周知しています。					B
合 計						
[2] 労働時間の適正把握		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	出勤・欠勤だけではなく、タイムカード・自己申告により労働時間数の把握を行っています。					B
2	参加が義務づけられているカンファレンス・症例検討会に要した時間を労働時間として取り扱っています。					C
3	残業命令に基づかない自発的残業であっても、業務上の必要性がありやむを得ず残業している場合には、労働時間として取り扱っています。					C
4	仮眠時間中に救急医療を頻繁に行うことが通常である場合、その仮眠時間は休憩時間ではなく労働時間として取り扱っています。					C
5	院外勤務（外勤）での勤務時間を労働時間として把握し、通算して管理しています。					B
合 計						
[3] 労働時間・休憩・休日の取り扱い		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	（変形労働時間制を採用していない場合）1 週間の所定労働時間は 40 時間以内、1 日の所定労働時間は 8 時間以内となっています。					B
2	変形労働時間制を実施している場合、対象となる勤務医・変形期間・週平均所定労働時間・起算日・始業終業時刻等を適正に定めています。					B
3	週 1 日、または 4 週間で 4 日以上の日を休ませています。					B
4	労働基準監督署長の許可を受けて実施している宿日直において、救急医療等の通常業務を日常的に行わせていません。					C
5	労働時間・休憩・休日の規制の適用除外となる管理監督者の対象者は、「部長」などの役職名ではなく、その職務内容、責任と権限、勤務態様等の実態によって判断しています。					C
合 計						

[4] 時間外・休日労働協定（36 協定）の締結と運用		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	職員の過半数を代表する者等と 36 協定を締結し、所轄労働基準監督署長に届け出ています。					A
2	36 協定に定めている「延長することができる時間」は、「1 ヶ月 45 時間」などの限度時間内としています。					A
3	36 協定に定める「延長することができる時間」を超えて労働させることはありません。					B
4	特別条項付きの 36 協定を締結している場合、その「特別の事情」は臨時的なものになっています。					A
5	特別条項付きの 36 協定を締結している場合、その延長時間はできるだけ短く定めるように努力しています。					A
合 計						
[5] 割増賃金の取り扱い		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	残業時間や割増賃金のカットなど、サービス残業等による割増賃金の不払いはありません。					C
2	時間外労働等に対して定額の割増賃金を支給している場合、その金額は基本給と明確に区分しており、基本給に含めていることはありません。					B
3	定額の割増賃金を支給している場合、突発的に時間外労働が増加し、定額の割増賃金額を実際の割増賃金額が上回ってしまったときは、その差額を支給しています。					C
4	労働基準監督署長の許可を受けて実施している宿日直において、救急医療等の通常の労働を突発的に行った場合には、その時間に対して割増賃金を支払っています。					C
5	割増賃金の算定基礎となる賃金から除外している諸手当は、住宅手当など適正なものとなっています。					A
合 計						
[6] 勤務医の安全と健康の確保（安全衛生管理体制）		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	産業医・衛生管理者（常時使用する職員が 10 人以上 50 人未満の場合は衛生推進者）を選任しています。					A
2	衛生委員会を設置し、毎月 1 回以上開催しています（常時使用する職員が 10 人以上 50 人未満の場合は安全または衛生に関する事項について関係労働者の意見を聴く機会を設けています）。					B
3	常勤の勤務医について、1 年（深夜業を含む者については、6 ヶ月）以内ごとに 1 回、定期的に健康診断を行っています。					B
4	時間外・休日労働時間が 1 ヶ月当たり 100 時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる勤務医が申し出た場合は、医師による面接指導を行っています。					B
5	「心の健康づくり計画」の策定など、組織的・計画的に施設のメンタルヘルス対策の取り組みを行っています。					B
合 計						
[7] 女性勤務医の就労支援		はい	いいえ	わからない	該当しない	難易度
1	妊娠中および産後 1 年を経過しない女性勤務医から請求があった場合には、当直・日直勤務を免除しています。					C

2	産前6週間のうち女性勤務医から請求があった期間、および本人の就労希望の有無にかかわらず産後8週間は、休業させています。					B
3	勤務医から申出があった場合には、子が1歳に達するまで育児休業をとることを認めています。					C
4	3歳未満の子を養育する勤務医について、希望があれば利用できる短時間勤務制度を設けています。					C
5	妊娠、出産、産前産後休業の取得、深夜業免除などの申し出をしたり、受けたことを理由として、退職を勧めたり、不利益な配置の変更を行うなど不利益な取り扱いをしていません。					B
合 計						

勤務医の労務管理 チェックリスト分析チャート



【分析チャートの作成・分析】

①作成方法

各分野において「はい・該当しない」と回答した数（0～5）を分析チャートにプロットし作成します。

②分 析

全体的には、チャートが広い方が良好な労務管理が行われているといえます。

チャートの形状により施設における労務管理状況のバランスを視覚的に把握することができます。

（４）外部資源の活用

病院長（事業者）が自前での管理・改善を試みて壁にぶつかった場合、産業保健総合支援センター、都道府県医療勤務環境改善支援センター、厚労省のホームページ「いきいき働く医療機関サポート（いきサポ）」等の外部資源を積極的に活用すべきである。未だにこれらの外部資源の周知率、活用経験は低い。それぞれのセンターは地域の実情に応じた活動とより一層の周知徹底を行う必要がある。そのためにはそれぞれのセンターの機能強化と整理が必要であろう。

3. 将来に向けての提言

（１）医師の労働時間管理に関する基本的な考え方

①労働時間管理を行うべき者の責務

一般に、使用者は、労働時間を適正に把握する等、労働時間を適切に管理する責務を有する（厚労省「労働時間適正把握ガイドライン」）。勤務医の複雑で多岐にわたる医師の活動の中で、医療機関の使用者（病院長、施設長、診療科長等）が労働時間として適

正に把握する責務を明確にする必要がある。

今後、医師が毎日実施している業務内容を具体的に例示し、その中で労働時間とみるべき業務を分けるべきである（本文 P33）。業務の分類方法の決定、それを踏まえた労働時間かどうかの判断、労働時間の管理、院内滞在時間の管理などの責務を病院長、施設長、診療科長で明確に分担することが求められる。

②労働時間管理の責務を有する者の特定

労働時間管理の責務を有する者が特定されないと、労働時間管理の責任の所在が曖昧となって、結果的に医師の過重労働が見過ごされることになりかねない。適切な労働時間管理を実施していくためには、労働時間管理の責務を有する使用者を特定する必要がある。

医療機関において、診療科長（あるいは、それに準じる業務単位の長）は、医師の業務の中で最も長時間を要する診療を監督する立場にあり、医師の診療業務を現場の最も身近な場所で把握できる立場にあるから、労働時間管理の責務を有する者としてふさわしいとも考えられるが、医療機関の具体的な特性を十分に吟味した上で適任な者を特定することが、今後の大きな課題である。

また、医療機関の施設長は、施設全体の労働時間管理について全体的な責務を有しており、診療科長等が適切に労働時間管理をできるように指示を与える責務を有する。

他方、勤務医は、診療科長等、診療科長、施設長が適切に労働時間を把握できるように協力すべきである。

③労働時間を把握するために講ずべき措置

各医療機関の特性を考慮しつつ、最適な労働時間把握の方法について議論を重ねる必要がある。その際には、施設長、診療科長が中心となって、勤務するすべての医師に対して、労働時間を把握することの重要性を説明し、医師全体が各医療機関のルールに則って適正に対応する体制を整備すべきである。

（２）医師の過重労働防止の労働時間管理の在り方

①施設長の果たすべき役割

医療機関の施設長は、医師の適切な労働時間管理が医師の健康の保持に極めて重要であり、更には、医療機関における医療サービスの質の向上にとっても重要であることを施設内の全職員に周知すべきである。

更に、施設長は、医療機関内の労働安全衛生上で必要な措置として、産業医を選任し、衛生委員会を定期開催する等の措置を講じる必要がある。

②診療科長の果たすべき役割

診療科長等、労働時間管理の責務を有する者は、病院長の指示のもと、所属する全医師の労働時間管理を適切に実施しなくてはならない。労働時間管理の第一歩は、労働時間の確実な把握であり、施設長との連携の下で、全医師の労働時間を適切に把握する方法を確立する必要がある。労働時間が許容範囲を超える医師については、診療科全体、

場合によっては医療機関全体が一体となって、業務内容の評価と見直し、改善を図っていくことが必要となる。

③衛生委員会の果たすべき役割

衛生委員会では、診療科ごとの労働時間の実態把握を行って、問題ある診療科が改善策をとれるように調査審議を行うとともに、個別の診療科を超えた問題の把握にも努め、対策を講じるべきである。

④産業医の果たすべき役割

産業医は、産業医学の専門家として、病院長、診療科長等に適切な助言を行って、医療機関内の労働時間管理が適切なものとなるように活動すべきである。そのためには、産業医は衛生委員会に参加して、情報収集に努め適切な助言を行うほか、施設長に対しても必要な助言を行うべきである。

(3) 医師の健康と地域医療の両方を守る制度の考察

ここでは、以上述べたような健康管理を確実にを行うことを大前提とした、医師の特殊性を踏まえた労働基準法・労働安全衛生法の在り方を考察する。

①方向性（時間外労働の上限規制等）

医師の新しい働き方は平成 36 年 4 月から施行される予定である（参考資料 10 ①②・P50）。しかし、時間外労働時間の上限規制を導入した場合、地域医療に及ぼす影響は大きい。また、各地域で医療提供体制が異なることから、その影響は一様ではない（詳しくは「Ⅲ 地域医療を守る」で述べる）。

しかし、既に一般業種における時間外労働時間の上限規制についての方向性は定まっているなかで、医師についても健康を守るために長時間労働の是正をすべきなのは言うまでもない。実際、全国医師ユニオンが実施した調査によると、医師の労働時間規制について賛成という意見が 50%を超えている。更に、これは、世代やポストに関わらず概ね同様の傾向を示している（参考資料 9・P48-49）。

また、都道府県医師会長を対象に行ったアンケート調査では、医師の時間外労働時間の上限規制については、「目標・目安として一律の上限規制の設定が必要。ただし、変更の余地も残す」という意見が 71.7%、「目標・目安として一律の上限規制の設定が必要（変更の余地を残さない）」が 17.4%、「上限時間を設定すべきでない」が 10.9%という結果であった（参考資料 2・P13）。

他にも様々な調査や提言がなされており、それぞれに重要であるが、そうした調査・提言をもとに医師の働き方について合意がなされるまでには至っていない。

厚労省の「医師の働き方に関する検討会」の中間的な論点整理において、医師をはじめとする医療従事者の学術団体、病院団体、関係学会のリーダーシップを期待する」とされていることも踏まえ、本委員会では以下のことを提言したい（図表Ⅱ⑤、図表Ⅱ⑧・本文 P36）。

図表Ⅱ⑤ 医師の働き方の方向性

1. 「医師の特別条項」の設定

- (1) 医師の時間外労働時間上限（医師の特別条項）について、本答申もひとつの参考とし、医療界が意見集約して時間設定することが妥当である。
- (2) 「医師の特別条項」設定にあたっては、産業保健活動の包括的な取り組みなどのしつかりとした健康管理を行うことが必要ではないか。
- (3) 医師の実態に合わせた自己研鑽・宿日直の見直しを行う場合、その影響を視野に入れた時間設定を検討すべきではないか。
- (4) 時間を検討するにあたっては、例外業種における上限時間（自動車運転業、建設業。参考資料 10 ①・P50）、医師の労働時間の分布（参考資料 11 ①②・P51）、脳・心臓疾患の労災認定基準（いわゆる過労死ライン。2-6 か月平均で 80 時間。参考資料 12 ①・P52）等を参考としてはどうか。

2. 「医師の特別条項の『特例』」の設定

- (1) 労働安全衛生法の取り組みだけでなく、各地域等の事情、各医師の個別性を勘案した追加的な医師の健康確保を条件として、「医師の特別条項の『特例』」を設定する仕組みを構築してはどうか。
- (2) その際、精神障害の労災認定基準（参考資料 12 ②・P53）、海外の働き方の事例（I の 3. 及び参考資料 3 ①②・P16-26）等を手掛かりとしてはどうか。
- (3) 研修医については別途規定を設けるのかどうか検討してはどうか。

3. 医師の特殊性を踏まえた労働時間制度の検討

- (1) 健康管理を担保した医師の自己研鑽、宿日直の在り方を検討してはどうか。
- (2) 勤務医と管理者間の確実な協定と健康管理が行われることを前提とした上で、専門業務型裁量労働制の運用・対象範囲の見直しの余地がないか、検討・研究してはどうか。

②「医師の特別条項」について

医師の特別条項について、月の時間外労働時間や年間の時間外労働時間を医療界が意見集約して設定していくことが妥当と考える。

その際、Ⅱ. 2 (2) で提言した「包括的管理」（組織的な産業保健活動）を行うことが非常に重要である（本文 P23-24）。

また、医師独自の自己研鑽や宿日直の仕組みを検討する場合、労働時間と院内の滞在時間の間に差が生じる。医師のオートノミー（自律性）を残しつつも、両者の差が医師の健康に影響を及ぼす可能性を念頭に置いた「医師の特別条項」の時間設定が必要と思われる。

③医師の特別条項の「特例」について

a. 「特例」を決める基本的視点

医師の特別条項の「特例」は、まず医師の健康を確保し、キャリア形成、医療の安全と進歩に資するものでなくてはならない。また、事情は各種多様であるとは言え、一定の規範に則り「特例」を決めることが必要である。ここでは「特例」を決める上

での基本的視点を例示したい（図表Ⅱ⑥）。

図表Ⅱ⑥ 医師の特別条項の「特例」を決める基本的視点

1. 国民（医師を含む）が健康で安全に安心して暮らせる労働時間
2. 日本医師会「医の倫理要領」に基づく
3. 現実の医療ニーズに対応し、医療の質や安全性を低下させない
4. 施設事情や地域事情、医師の教育課程・生涯キャリア形成等を考慮
5. 急激で無理が生じる規制ではなく、現状を少しでも改善する制度改正
6. 時間外労働の上限規制は必要
7. 医師の労働時間の取り扱いについて共通認識の下で検討される

b. 「特例」を締結する具体的条件

基本的視点を踏まえ、実際に管理者と医師が「特例」を締結するための、下記のような条件も必要と思われる（図表Ⅱ⑦）

図表Ⅱ⑦ 医師の特別条項の「特例」適用のための条件

1. 時間外労働の上限規制を含む医師の健康確保措置の実施
2. 「特例」に関する労使間の合意
3. 特段の事情の存在
 - ①地域の医療提供体制
 - ②医療の質確保の必要性
4. 医師の医療労働環境の改善に取り組んでいる

【図表Ⅱ⑦の補足】

〈1〉医師の健康確保措置の実施

「特例」の適用を受ける場合には、特段の健康確保措置（推奨を含む）を必要とする。具体的には、事後措置中心でなく、包括的予防管理とする。医師の健康障害の要因となる睡眠欲求と休息欲求への対処について、睡眠衛生学等に基づく科学的根拠のある適切な確保対策の実施が必要である。

〈例〉

- ・労働時間の把握と管理
- ・時間外労働を行う医師への睡眠衛生学に基づく教育の義務付け（日本医師会の関与）
- ・勤務間インターバル（勤務と勤務の間 11 時間空ける）
- ・宿日直、オンコール（自宅待機）に関する取り決めを労使で確認
- ・夜勤明けの医師に対する安全な交通手段の確保
- ・適切な睡眠環境の提供（当直室確保と確実な環境整備）
- ・健康不安の訴えのある医師への相談窓口提供（個別的な状況への配慮）

〈2〉「特例」についての労使間合意の方法

医師独自の特例であるため、まず医師の代表を決めることが必要。その上で労使合意が同調圧力を生まないような工夫が必要である。

個別事情に配慮するために、医師の代表との労使合意に加え、個別合意があることが望ましい。

〈3〉 特段の事情

①地域の医療提供体制

〈例〉

- 当該施設が含まれる地域医療圏の医師数が相対的に極めて少ない
(何らかの基準作りが必要)
- 慢性的な医師不足の地域事情、等

②医療の質確保の必要性

〈例〉

- 診療部門
 - ・一時的な担当患者数の増加
 - ・重症度・緊急度が高い患者の即時的な対応が必要な場合
 - ・疾病の特殊性から、診療に当たる者が限定される場合
 - ・突発的に担当診療科の欠員が生じた場合
 - ・医師の教育・研修等のために診療継続が必要な場合
- 診療補助部門
 - ・一時的な患者数増加等に伴う依頼件数の増加
 - ・緊急度の高い患者対応が必要な場合
 - ・突発的に担当科の欠員が生じた場合

〈4〉 医療労働環境の改善に取り組んでいる

〈例〉

- 長時間労働を放置しない就労環境改善への継続取り組み
 - ・対象医療施設における医師の労働時間の定義と周知、医師への通知、労働基準法に関する基本事項（労働基準法第 89, 15, 32, 38 条等）の実施
 - ・医師の過重労働の削減に関する継続的な取り組み実績
 - －労働時間削減のための取り組み
 - －メディカルクラークの活用
 - －医師でなくてもできる業務のタスクシフティング
 - －複数主治医制
 - －医師同士のタスクシェアリング
 - －女性医師支援への取り組み、等
- 地域の特段の事情に対して改善に取り組んでいる
 - ・自治体の首長及び議会から医療機関の存続や救急医療の存続等の要請があり、かつ行政が住民に理解を得る活動を行っている
 - ・当該施設が医療勤務環境支援センターの助言や、地域医療支援センターに医師の支援を要請していること
 - ・当該施設が医師の時間管理に適切な対応を行い勤務環境の改善に取り組んでいる。

c. 「特例」を決める仕組み

上記の具体的条件に基づき、「特例」が適正に運用されているか監視する仕組みも必要と思われる。都道府県の医療勤務環境改善支援センター、都道府県の医療審議会等が連携した仕組みの構築が求められる。

d. 「特例」の上限時間

医師の健康確保を担保することを必要条件とし、精神障害の労災認定基準（参考資料 12 ②・P53）や海外の医師の働き方等（I の 3. 及び参考資料 3 ①②・P16-26）も参考として、今後、「特例」の上限時間を検討していく必要がある。

e. 定期的な「特例」の見直し

「特例」を恒久的とすることは妥当ではない。5 年等一定期間を経たら「特例」の在り方を見直すルールとし、「特例」適用を減らす努力が求められる。

f. 研修医に関する「特例」の取り扱い

医療の質を維持し、かつ進歩させていくためには、研修内容の向上・均質化は重要である。特に、研修医に対する教育は臨床研修医省令で規定されているため全国共通の課題である。研修医が健康を害することが決してないことを大前提とし、研修医の「特例」について、他の医師とは別の仕組み・基準を検討してはどうか。

④医師の特殊性を踏まえた自己研鑽・宿日直の在り方

医師の自己研鑽と宿日直は他の業種とは大きな違いがある。健康への影響を視野に入れた医師における自己研鑽と宿日直の在り方を考察する。

a. 自己研鑽

i) 自己研鑽と医師の仕事は一体不可分

医学の進歩はまさに日進月歩である。例えば患者に対する標準的な治療を行うために、専門学会、研究班等において策定される「ガイドライン」があるが（参考資料 13 ①・P54）、疾患によっては毎年、場合によっては 1 年の間に複数回改定されることすらある（日本肝臓学会「C 型肝炎治療ガイドライン改定履歴」。参考資料 13 ②・P54）。

このような医学知識・技術の習得と生涯学習は医師の職業倫理の根幹をなすものである（日本医師会；医の倫理綱領）。医師は医療を行う限り確かな根拠に基づいた医療を行う責任があり、生涯にわたり日進月歩の医学知識を学ばなければ患者の命に関わる可能性のある特別な職業である。

制度上、労働時間かどうかは使用者の指揮命令下にその自己研鑽が行われたかどうかで判断される。しかし、職業の根本的な倫理の中に生涯にわたった学習が組み込まれているため、医師の労働時間にそのような整理を行うことは本来そぐわない。また、医師においては、「知識」や「技術」の自己研鑽は病院でしか行えない事情がある。医師から自主的な学習や研鑽を行う機会を奪うことになってはならない

このように、現在のような一般的なルールの下で医師の自己研鑽に関する労働時間の考え方を整理することは困難である。自己研鑽と仕事の明確な切り分けは難しいが、医師の自己研鑽の内容を整理し、どのような考え方が可能か医療界の総意の下、ガイドラインを作る必要がある。その上で、そのガイドラインに基づき各医療機関において、管理者と各医師が合意して業務と自己研鑽を峻別するような、適切なルール作りを行う必要がある（病院の取り組み事例。参考資料 14・P55）。

ii) 院内にいる時間管理が不可欠

たとえ自己研鑽であっても病院内に長時間残っていれば健康面に影響を及ぼしかねない。自己研鑽という名目で医師が過度に病院内に残っていることがないか、院内にいる時間を管理者が管理する仕組みを導入することが必要となる。医師自身による健康管理も一層求められるため、そういった教育も必要となる。衛生委員会による関与も当然求められる。ガイドライン策定にあたっては、十分な議論が必要である。

b. 宿日直

昭和 22 年通知で宿日直の一般的許可基準が示された（昭和 22 年 9 月 13 日発基第 17 号）。発出されてから現在に至る約 70 年の間に人口 10 万当たりの医師数は 2.4 倍となっている（参考資料 15・P56）。

しかし、その当時と現在を比べると、救急搬送人員は 25 倍となっている。死亡原因においては、高齢化の進展に伴い悪性新生物（がん）等の占める割合が高まっていることもあり、死亡場所のうち病院が占める割合は 9.1%から 74.6%と 8 倍以上に増加している（参考資料 16 ①②③・P57-58）。

宿日直における一般的業務は、「常態として身体または精神的緊張の少ない労働」「実作業が間欠的に行われて手待ち時間の多い労働」を想定している。しかし、医師の宿日直の場合、患者の生命を預かっているため一定の精神的緊張がある。また、入院患者や救急搬送された患者の状態に影響されるが、ひとたび対応が発生すると時間を長く要することとなる。

平成 14 年に「医療機関における休日・夜間勤務の適正化について（要請）」が発出され、医療機関における宿日直勤務の具体的規定が示された（参考資料 17・P59）。しかし、この通知はあくまで昭和 22 年通知を基とした内容であり、約 70 年間の医療環境の変化、特に急性期医療における実態に対応することは難しくなっている。

このような医療環境の変化と医師の宿日直の特徴を鑑み、宿日直特有の健康課題をしっかりと踏まえつつ、地域医療の提供体制を崩壊させないように、実態に即した宿日直基準を新たに検討すべきである。

⑤裁量労働制の幅広い検討・研究

現在、大学病院には教育・研究機関として、専門業務型裁量労働制が認められているが、教授・准教授・講師までが対象である（参考資料 18 ①②・P60-61）。

大学病院の助教等でも適用可能とすれば、大学病院の研究業務充実が期待できる。一方、助教等の実際の講義・診療時間がみなし労働時間を超え、健康に影響が出る懸念もある。こういった点を踏まえつつ、大学病院における専門業務型裁量労働制の運用見直しを検討してはどうか。

また、現行の専門業務型裁量労働制は大学病院のみが対象であり、一般病院はすべて対象とされていない。しかし、厚労省「臨床研究・治験活性化に関する検討会」等において、臨床研究の推進が目標に挙げられており、多施設共同臨床研究の実施が推奨され

ており、一部の一般病院も診療のみならず臨床研究への参加が求められている。

健康確保措置を十分にとることを必要条件とした上で、一部の一般病院における専門業務型裁量労働制の導入可能性があるか研究する必要があると思われる。

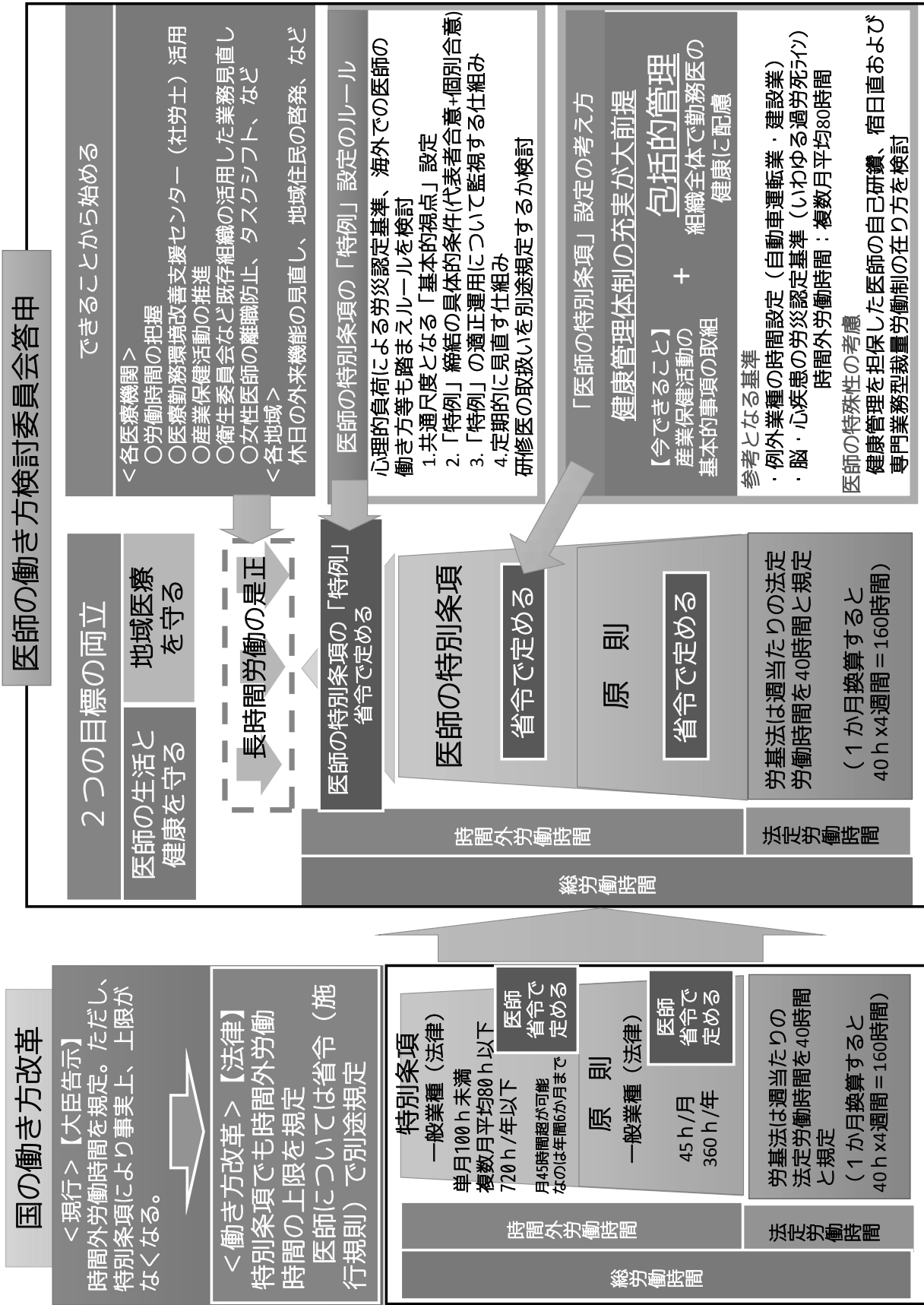
裁量労働制導入にあたっては実効性のある労使の協定が求められる。他業種における裁量労働制全般として、労使の協定が形式的なものになったり、従業員自身が裁量労働制対象者であると認識していないといった問題が見受けられる。裁量労働制を導入する場合には、労使のコミュニケーションをベースとして、勤務医一人ひとりが理解をした上で導入することが必要条件ではないか。

⑥労働法関連の法令全般の見直し

労働基準法をはじめとした労働法令は、通達類も含め、制定されてから時間が経過し、現代の実態にそぐわないもの、医師の働き方の実態と乖離しているものが他にもある可能性がある。今後、全体として見直しが必要であろう（参考資料 19・P62-63）。

図表Ⅱ⑧ 医師の働き方の方向性

本答申をもとに医療界が意見集約をすることが妥当



4. 今行うべき労働安全衛生管理～真摯に取り組む

医師の働き方においては、地域医療と医師の健康の両方を守ることが求められている。単に長時間労働の是正だけでは地域医療が立ち行かなくなるという現実がある（Ⅲ．で述べる）。医師の新しい働き方においても一定の長時間労働が発生するため、他の業種より一層きめ細かな健康管理が必要となる。

Ⅱでは、将来の在り方も考察してきたが、他の業種と比較しても良好な状態と言い難い現行法での労働安全衛生管理をしっかりと行うことが基本である。今、基本的事項にしっかりと取り組むことができない限り、将来必要となる、今よりもきめ細かな健康管理を行うことは決してできない。

病院長（事業者）は、このことを強く肝に銘じて、外部資源を活用し、労務管理同様、まず現在の労働安全衛生法をしっかりと確認し、医師の健康管理に真摯に取り組んでいくという決意が不可欠である。

地域医療を守るためには、医療機関が安定的に運営されていることが不可欠であり、その基盤は医療機関で働く全ての医療従事者の健康である。本答申は医師の健康管理に視点を置いたものであるが、日本医師会「産業保健委員会」では「医療機関における産業保健活動推進のための具体的方策－医療の質と安全の向上を目指して－」という会長諮問に対する答申を平成 30 年 3 月にまとめている。こちらも参考とされたい。

Ⅲ．地域医療を守る

医師の働き方で大切なことは、医師の健康と地域医療の両方を守ることであり、Ⅱでは、医師の健康面を中心に考察したが、ここでは、まず、労働時間制限が地域医療に及ぼす影響を確認する。合わせて、労働基準法や医師法の応招義務、国民の理解等、多面的な観点で医師の働き方と地域医療について考察する。

1．労働時間制限の地域医療への影響

日本医師会「勤務医委員会」は労働時間を制限することによる医療への影響を調査したが、以下に示すように、地域医療にマイナスの影響が出ることを危惧する意見が多数見られた（図表Ⅲ①。参考資料 20・P64-74）。

図表Ⅲ① 労働時間を制限することによる医療への影響

（１）救急医療からの撤退

医療機関によっては、医師不足から交代制勤務等の抜本的な勤務環境改善が困難であり、時間規制を強行すれば、救急告示病院を取り下げる医療機関が多数現れ、それらの地域では医療崩壊が起きる可能性がある。

（２）外来診療の縮小

勤務医の多くは当直を担当しているので、労働時間制限をした場合、通常の外來診療等を制限しなければならなくなる。

（３）産科・小児科の撤退

小児科センター病院や周産期センターでは人員不足が深刻になる。また、地域によっては、産科・小児科は維持できなくなる。このことは地域で子どもを産み育てることを困難にし、少子化に拍車をかけることになりかねない。

（４）医療機関の経営破綻

医師の増員や、残業代を法令に基づいて払うと人件費が大きくなり経営破綻してしまう医療機関が少なくない。また、救急科からの撤退や外来診療の縮小は医療機関の収入を大幅に減らすため、現在の診療報酬のままであれば、経営面から医療崩壊が起きる可能性がある。

（５）医療の質の低下

一般病院でも外来の縮小や手術件数を減らす必要が出てくる。高度医療機関においては、治療の優先順位から人手や時間がかかる高度医療を行うことが困難になる。また、研修時間の短縮等も起こるため、医療の質が低下する可能性がある。

（６）アクセスや利便性の低下

一定の外来の縮小や医療機関の集約化等が避けられないため、医療機関へのアクセスや利便性の低下は避けられない。

2. 地域医療を守る視点と対策

(1) 日本医師会の立場

医師に対する労働基準法の遵守に関しては、簡単に解決できる問題ではない。日本においては、地域医療において勤務医が労働基準法で管理する対象とみなされずに医療体制が構築されてきた経緯がある。平成17年の研修医の過労死に関する最高裁判決によって研修医も含めて医師は労働者であるとみなされることとなった。この時点で、医療界の意識改革が求められたが、医療界も国民も医師を聖職者と考え診療に必要なだけの労働を医師個人に求め、医師もこれに応えてきた。そのため医師を労働者として管理する風土が極めて弱く今日に至っている。

今回の働き方改革を契機に、これらの問題を解決し医師の健康を守りワークライフバランスを確保することと医療安全を守るための方策を進める必要があるが、地域医療の大幅な後退や医療崩壊が起きないように様々な方策と医師の労務管理に関する柔軟な対応が求められる。

憲法25条は「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めている。これを守るにはライフラインに準ずる社会資本である医療は不可欠である。医師の労働時間規制が機械的に行われた場合、患者や地域住民が健康を害することになりかねない。

日本医師会は、医師の勤務環境改善には全面的に賛成であるが、患者や地域住民が健康を害する政策には反対である。また、経営的な問題により働き方改革が進まない事態や医療機関の経営破綻による医療崩壊が起こることがないように、診療報酬の適正化が必要である。

(2) 医師への労働時間規制適用、罰則の問題点

医師の健康を守るために労働時間に一定の上限が必要であることは理解できるが、その時間規制の実施に関しては慎重に行う必要がある。今回の働き方改革では、罰則付きの労働時間規制が行われることになるが、例えば自治体から24時間体制の救急医療を要請されている医療機関においては、救急医療を断らないために労働時間規制を超える時間外労働を行わざるを得ない医師がでてくることが想定される。救急患者への対応は、医師であればだれでも良いというわけではない。脳外科、一般外科、循環器内科、産婦人科等の各専門の医師が疾患によって別々に対応しなければならない。特定の診療科の医師が少ない地域等では、上限規制の時間を超えなければ、助かる患者が助からないということになりかねない。

このような実態を考慮することなく該当医療機関に罰則を適用することは、公的な要請に応えようとする者へ罰則を与えることになり、公共の利益に反することになる。公的な要請に応える場合は、該当する医師の同意と健康を守る手立てを講じることを条件とする等、罰則の導入自体ないしは適用について慎重に取り扱うべきである。

(3) 対策の基本的な方向性

①基本的な働き方

病院に勤務する医師は労働者であり使用者は労働基準法を遵守する必要があるが、地域医療の崩壊は絶対に避けなければならない。このため当面は地域医療を守ることを前提に、医師の健康管理を最優先にしながら医師の勤務環境改善を進める必要がある。

基本的には、客観的時間管理と適切な 36 協定の締結、4 週 4 休等、法令遵守が求められるが、日本医師会が作成した「勤務医の健康支援のための分析・改善ツール」や「勤務環境改善の 15 のアクション」の活用が有用である。健康管理の面からは、過労死ラインを超えない労働時間とすることが望ましいが、地域医療を崩壊させないための現実に沿った労働時間を検討する必要がある。現実と乖離したあまりに厳しい基準の機械的な導入は患者・住民への不利益が大きく、住民の反発等から医療機関や医師に対する非難が起き、働き方改革の推進にも悪い影響を与えかねない。自治体と協力しながら、現場の医師の適切な健康管理の下である程度柔軟な対応が可能となる余地を残しておく必要があると考えられる。

また、医療安全を確保するためには、医療安全のチェック項目に医師の労働時間の管理が含まれることが必要であり、病院の機能評価に関しても、これらの点が評価項目に含まれる必要がある。

②宿日直問題に関する対応

宿直の問題では、交代制勤務の導入が可能な医療機関では交代制勤務を進めるべきであるが、医師が少ない医療機関、とりわけ中小病院では実際問題としてシフトを組むことが困難である。このような場合は、交代制勤務ではない連続労働を認めるべきである。ただし 24 時間を超える勤務は医療リスクや医師の健康面から避けるべきであり、基本的に宿直明けは休みとし、宿直明けの手術や外来は可能な限り行わないことが望ましい。

そのためには、医療機関の壁を超え、地域の医師全体で 24 時間体制の医療を守る取り組みが必要となる。準夜帯等を開業医等も含めた他の医師が担い、宿日直を担う医師の労働時間が上限規制内に収まるように努力する必要がある。

③医師の特別条項の「特例」について

先に述べたようにライフラインに準ずる地域医療を守るとは極めて重要である。医師の労働時間規制に関しては 5 年の猶予があるが、地域医療の問題は簡単に解決するものではない。医師の勤務環境改善を明確に掲げ、今からやれることを積極的に進めるとしても、地域によっては人口減少や高齢化の進行、自治体機能の低下、災害からの復興等様々な問題があり、医療政策のみでは解決できない側面がある。当然、長期的には医師の労働においても一般労働者と同様の労働条件を目指すべきであるが、一部の地域においては例外を設けることを検討する必要がある。

このような医師の特別条項の「特例」に関しては、既に「Ⅱ.3」で述べているが、安易に行うべきではないことは当然であり、また医師の人権や健康が担保されることが

必要であり、多くの勤務医をはじめ国民にも支持される必要がある。

④僻地医療への対応

僻地医療への対応は個人の医師の責任に帰すべきものではない。従って、医師の個人的な頑張りに頼ることなく、地域医療支援センター等が行政や大学等の中核医療機関や医師会と協力して計画的に対応する必要がある。派遣される医師に関しては、休日や研修等の保障を組織的に行う必要がある。また、短期間の医師のローテーションによってしか医師体制を維持することができないケースもあると考えられる。これに関しても住民の理解が必要である。

3. 応招義務の問題点と対応

今回の労働基準法改正に関する医師への適用の5年間猶予に関しては、応招義務が大きな理由とされているが、医師や患者によって全く異なる理解をしている面があるため、応招義務に関する法的な解釈を明確にする必要がある。また、医師の働き方の多様性や医療の高度化、更にチーム医療が一般的になってくる中で、当初想定されていた法律の目的が現実に適応していなくなっている。昭和24年及び30年に厚生省が見解を述べているが、例として「医業報酬が不払い」の患者や「緊急の治療を要する患者」を挙げている。また診療を断る「正当な理由」として「単に軽度の疲労の程度をもってこれを拒絶することは」できないとされている。厚労省の解釈の問題は「何が正当な事由であるかは、それぞれの具体的な場合において社会通念上健全と認められる道徳的な判断によるべきである」とされている部分である。

現状では、医師においても患者においても多様な価値観や様々なとらえ方があり、「社会通念」や「道徳的な判断」に大きな食い違いがあるために、しばしば医療現場に混乱がもたらされている。今日の医療現場の実情を反映した応招義務の解釈を行うべきである。

応招義務の目的は、患者の医療を受ける権利を保障することである。今日これを実現するには、1人の医師個人の力では不可能であるため、行政・医療機関・医師個人のそれぞれの役割を明確にする必要がある。一例として、以下のような役割分担が考えられる。

（１）行政の義務

行政は地域における医療計画を作成し、医療体制を確立すると同時に、急患・救急も含む診療体制を住民に知らせる義務がある。

（２）医療機関の義務

救急告示医療機関は年間を通じて24時間体制を維持し、救急患者の診療に当たる義務がある。

（３）医師個人の義務

①一般外来や救急外来を担当する医師は、病院から命ぜられた勤務時間においては、患

者を診療する義務がある。

- ②その診療においては、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他いかなる要因があっても、最善を尽くす義務がある。

いずれにしても、応招義務に関しては今後しっかりとした議論を行い、現代にあった解釈または法改正を行う必要がある。

4. 医師の効率的活用

(1) 医師の偏在解消と業務の見直し

偏在の解消に関する日本医師会の立場は以下である。

「職業選択の自由の下、医師が自由に診療科や診療場所を選べることは尊重されるべきであるが、公的医療保険制度においては、医師は職責の重さを認識した上で、自主的・自律的に何らかの適切な仕組みをつくり、医師の偏在の解消を実現していくことが必要である」

また「医師の地域偏在解消にあたっては、地域の医療事情に応じた対応が求められる。医師の団体が、大学等の関係機関との協働や行政との連携、更には国民や若い世代の医師等も含めた討議を通じて、全国的な視野に立ちつつ、都道府県を単位とする仕組みの構築を推進していくことが重要である」(医師の団体の在り方検討委員会報告 平成29年3月より)。

この視点をもとに具体的な仕組み作りを、早急に開始する必要がある。

①医師の地域偏在と診療科の偏在解消

医師の偏在と言った場合は、都道府県を単位とした日本全体の医師の偏在と各都道府県内の地域的な偏在を分けて考える必要がある。前者に関しては、国の対策が必要であり、後者に関しては各都道府県内で解決すべき問題であると考えられる。診療科の偏在に関しても、各都道府県での標準的な医療を行うための診療科別の偏在対策を行う必要がある。

特に診療科の偏在対策は卒業時では間に合わず、卒前教育の中で医学生に地域の実情や各診療科のやりがい語りインセンティブを高めることが求められる。しかし、現状では診療科の偏在の実態や原因も明らかになっていない。偏在の実態がわからなければ、めざす目標が見えず、各診療科の協力を得ることもできない。また、診療科の偏在の原因を明らかにして対策を立てる必要がある。

いずれにしろ、地域と診療科の偏在の実情を把握し、これを解消する実現性のある政策を実施する必要がある。

②診療環境改善の効果の定期的な把握と対策

医師が足りないために診療環境の改善は困難であるとの声が多く、医療機関から上がっている。一方、医師が効率的に仕事ができる環境作りを積極的に進めている医療機関は必ずしも多いとは言えない。先に述べた医師の地域偏在と診療科の偏在解消を進めると同時に、各医療機関は医師の業務を大幅に見直しタスクシフトやタスクシェアを積

極的に進めることが重要である。当然、医療勤務環境改善支援センターを積極的に活用することも不可欠である。

その上で、医師の労働実態の改善に関する効果を定期的に調査し、各医療機関及び都道府県、国レベルでの到達点を明らかにしながら、更に改善策を検討し実行していくシステム作りが必要である。

(2) 当面の診療環境改善に必要な対策

①医師確保等に関する組織の連携強化や再編

現在、医師確保に直接的に関係する会議や組織としては、「都道府県医療審議会」「地域医療対策協議会」「地域医療支援センター」「へき地医療支援機構」「新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会」があり、関係する会議や組織としては「地域医療構想調整会議」と「医療勤務環境改善支援センター」がある（参考資料 21・P75）。

これだけ多くの会議や組織があれば、その権限や役割分担もわかりにくいことに加えて、都道府県内の医師配置に関する意見の統一を行うことも簡単ではなく、その具体的な実施や評価も困難であると考えられる。当面は、連携強化により各会議や各組織の実効性を高める必要があるが、長期的にはこれらの会議や組織を再編成し簡素化する必要があると考えられる。医療機関や医師にはもちろん、住民にも医師配置の決定がわかりやすく示されなければ、地域の行政や住民の理解を得ることは困難である。

「医療勤務環境改善支援センター」の充実強化に関しては既に I .3. で詳しく述べたが、医師の健康確保に関する役割を加えることも検討されるべきであると考えられる。これまで、医師の健康確保の必要性に関して述べてきたが、中小病院等では適切に医師の健康確保を担える人材がいないケースが少なくなく、過疎地域においてはなおさらである。またメンタル不調等の医師に関しては精神科医師の関わりが不可欠であるが、大病院も含めてその体制が取れる医療機関は限られている。

従って、都道府県単位で医師の健康管理に責任を持つ何らかの組織を設置することが必要になると考えられる。具体的には、産業医資格を持った内科医や精神科医師がチームを作り、長時間労働の医師やメンタル不調の医師への面談等を行うシステムを作り対応することが考えられる。都道府県内全域で直接面接を行うことは簡単ではないため、テレビ電話等も活用しながら面談を行い、本人や管理者へ必要なアドバイスを行うことも検討すべきである。

②女性医師の離職防止・復職支援

a. 女性医師支援の必要性

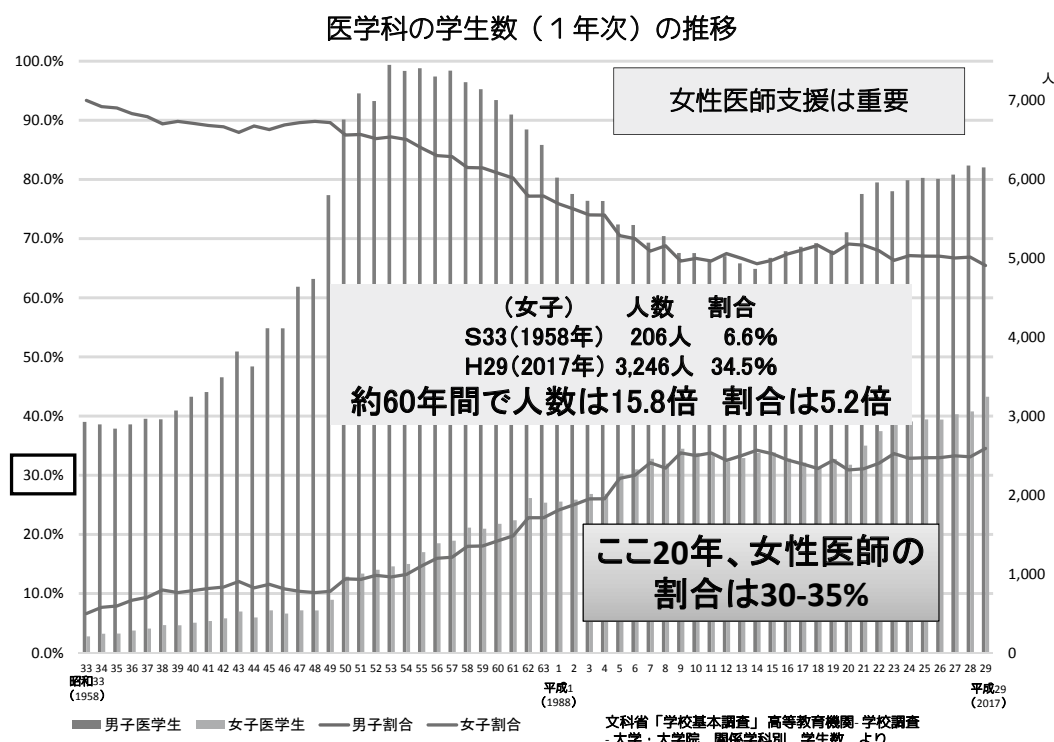
i) 女性医師の増加

かつては 10%未満であった女性医師の割合は、若い世代においては 30%を超えている。

女性が医学部入学者の半数を超えている大学もあり、今後更に増加していくことが予想されている。女性の活躍が政策の重要課題に挙げられている現在、医師にお

いても女性がもてる能力を発揮し医療・医学に貢献することが期待される。ただ、女性においては、妊娠出産と研修や専門医取得等の時期が重なることも多く、離職を防止しキャリアを継続するためには適切な支援が必要である。

図表Ⅲ② 医学科の学生数（１年次）の推移



ii) 女性医師支援の男性医師へのプラス効果

日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」では、「勤務医の健康支援のための15のアクション」において、短時間雇用等の人事制度の導入等とともに、「女性医師が働き続けるための柔軟な勤務制度、復帰のための研修の整備」を挙げている（参考資料8④・P47）。

平成27年に日本医師会が勤務医1万人を対象に行った「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」の結果を解析し、上記の女性医師就労支援アクションの効果検証を行ったところ、女性医師就労支援策の実施により、男性医師におけるうつ症状、自殺、労働能力障害、早期離職志向の4つのリスク全てのアウトカム指標が有意に低減していることが判明している^{vi}。

b. 日本医師会における女性医師支援の取り組み

i) 女性医師支援センター・女性医師バンク

日本医師会では平成18年11月より、厚生労働省の委託を受けて女性医師支援センター事業（旧「医師再就業支援事業」）を開始し、平成19年1月には「日本医師会女性医師バンク」を開設した。これは女性医師のライフステージに応じた就労を支援し、医師の確保を図ることを目的としている。事業内容として、女性医師に対して就業希望条件にあった医療機関を紹介し、就業までの間の支援を行っている。

^{vi} 「勤務医の健康支援に関する検討委員会」報告書．日本医師会．平成28年6月

更に、再就業後も、継続して勤務できるよう支援し、女性医師にとってより働きやすい環境の整備を目指している。

ii) 女性医師の勤務環境に関する調査

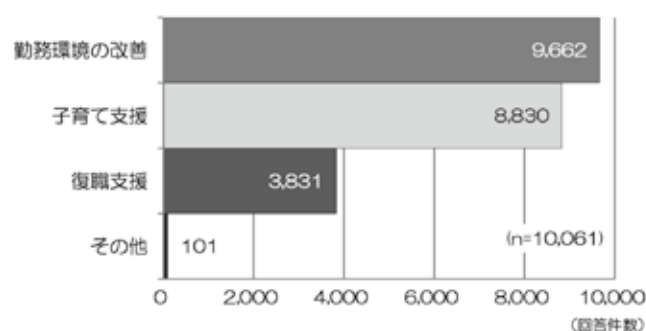
上記の医師再就業支援事業においては、医師の勤務環境の実態や女性医師の活躍の場の整備状況を把握した上で、実効ある支援策を提案していくために全国調査を実施し、日本医師会男女共同参画委員会と共同で平成 21 年 3 月に「女性医師の勤務環境に関する調査報告書」をまとめた。その後 8 年を経て、病院勤務女性医師の現況を詳細かつ正確に把握する調査を実施し、1 万人を超える女性医師から回答を得た。

それによると、女性勤務医における週 60 時間以上勤務者の割合は 25% に上っており、男性勤務医とほぼ同様であった。一方、時短常勤の割合はわずか 3.2% にとどまっている。時短や非常勤として働くことを選択した場合に、その理由としては育児や介護等、家庭の事情が多かった。

また、同居の夫がいるほうが常勤の割合が低く、宿直回数が少ない傾向がある。育児休業を取得しなかった場合、その理由として、「代わりの医師がない」「職場で取得しづらい雰囲気がある」が挙げられているが、「制度がなかった」との回答も少なくなく、制度の周知・理解が進んでいないことも推測された。

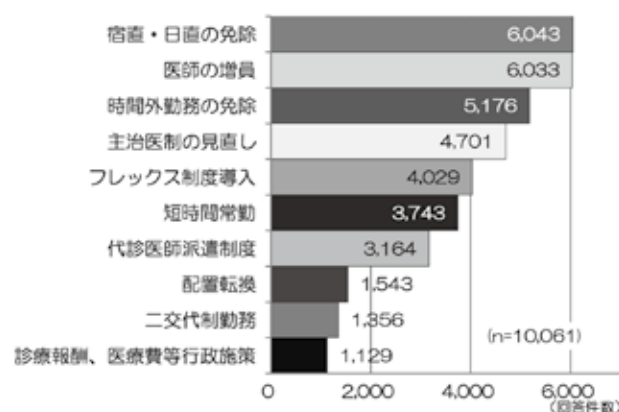
仕事を続ける上で必要と思う制度や仕組み・支援対策等についての質問への回答を集計した結果を図表Ⅲ③に示したが、勤務環境の改善、子育て支援へのニーズが高い。そのうち勤務環境の改善に関して必要と思う支援について図表Ⅲ④に示したが、宿直・日直の免除、医師の増員、時間外勤務の免除が上位にあがっている。また、家庭・育児に関する悩みとして「家事・育児・介護と仕事の両立」「配偶者の非協力・無理解」「配偶者の家族の無理解」、医師としての悩みとして、「キャリア形成・スキルアップ」「プライベートな時間がない」等が挙げられている。

図表Ⅲ③
仕事を続ける上で必要と思う支援
(複数回答)



女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会報告書。
厚生労働省・平成 27 年 1 月

図表Ⅲ④
勤務環境の改善に関して必要と思う支援
(複数回答)



女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書。
日本医師会女性医師支援センター・日本医師会男女共同参画委員会・平成 29 年 8 月

c. 女性医師支援施策への提言

妊娠・出産・育児、更に介護等家庭生活と医師業務との両立において、離職を防止しペースダウンしてでも就業を継続できるよう、保育所設置、勤務緩和等の支援策がこれまで進められてきた。「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」報告書によるとライフイベントを抱える医師への包括的支援の施策が提案されている（参考資料 22・P76）。

i) 保育・介護支援の充実（公的保育施設の有効活用等）

出産育児における問題点のひとつに、仕事中に子どもをどのように保育するかが挙げられる。特に、待機児童が多い都市部等では、医師の場合は収入状況から入所順位が下がり入所が困難となりやすい現状がある。預け先がないために復職の意思があっても復帰できない女性医師もいる。

日本産婦人科医会の調査によると、院内保育所の設置は増加傾向にあるが、病児保育や夜間休日保育まで対応しているところは少なく、医師の勤務実態に必ずしも対応できていない^{vii}。時間外や宿日直等、必要な場合に安全な保育が確保できなければ時間に制約のある働き方を余儀なくされやすい。保育施設の設置や運営には多額の費用がかかり、特に病児や時間外保育まで対応するためには、時期により利用者数が増えることから運用が難しい。また、せっかく保育施設があっても自宅から遠い、保育環境が整っていないため利用が進まない、等のケースもある。従ってそれぞれの医療機関において十分な保育施設を整備していくことは現実的ではない。

現在、公的保育施設は夜間休日において閉所となっていることがほとんどであるが、それらの施設を有効活用し、夜間休日に保育を必要とする人に安全な保育が提供できるように行政が財政援助を含め積極的に取り組むことが不可欠である。

今後、高齢化の進行により介護と仕事との両立も更に必要になっていくことが予想される。もちろん育児と同様、女性に限った問題ではなく、介護の場合には若手のみならず中堅や管理職の医師に切実に関わってくる。介護においても対応する人材や施設の不足が見込まれており、医師においても家族の介護のために離職を余儀なくされることが増えてくる可能性がある。介護においても勤務実態に応じたデイケア等、介護サービスの充実が急務である。

ii) 柔軟な働き方（時短常勤制度等）と再研修プログラム

一律、硬直的な勤務時間に縛られることなく、ライフステージに応じて家庭生活と調和しやすい多様な働き方が選べることも離職を防止するために有効である。しかし、雇用が不安定になることはキャリア継続のためには望ましくなく、例えば、週 32 時間、週 20 時間等の勤務時間で時短常勤制度等が提案される。日中の診療を時短勤務者が担当すれば当直明けの医師が早く帰れる等、組織全体の働きやすさ向上も期待できる。ただ、時短勤務者の仕事への取り組み方は制度の定着や拡充を進める上で大変重要である。すなわち、いわゆる「ぶら下がり」といわれるような無責任な

vii 産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告．日本産婦人科医会．平成 29 年 12 月

働き方ではなく、短時間であっても時間に見合った成果をあげることが大切である。

離職を防止するために柔軟に対応できるようキャリアパスの選択肢を増やす一方、いったん離職した場合の復職において日本医師会女性医師バンクの活用を更に推進したい。また、復帰の際に無理なく安心してキャリアを再び築いていけるよう、必要に応じて再研修プログラムが受けられる仕組みが必要である。

iii) 個別事情に応じたキャリア形成支援

女性医師支援においては、勤務緩和を推進するのみでは十分とはいえない。女性医師がもてる能力を発揮し、医師としてのキャリアを形成するための方策も欠かせない。勤務緩和を受けている人に、責任の少ない業務だけを与えて早く帰宅できるように配慮することは、離職防止のために一定期間は確かに有効であるが、そこに長くとどまっているのみでは医師としての技量やモチベーションの向上につながらない。個々の状況に応じて、キャリア形成・スキルアップへの働きかけが大切である。

iv) 勤務緩和を支える医師の処遇改善

実際の医療現場では勤務緩和をカバーする側の負担感や不公平感も問題となっている。女性医師に限らず、様々な事情で「時間外には働けない・働きたくない」医師が増えてきている。それも時間外診療の多い診療科や地域で医療従事者の確保が困難となり、「医師偏在」につながる一因であろう。特に、夜間休日の時間外業務は心身の負担が大きいことを考慮し、担当してくれる医師に対して、貢献に見合う報酬や待遇等きちんと評価する仕組み作りが不公平感の是正につながる。

v) パートナー・家族との話し合い

女性医師が自分自身の仕事に対し意欲と責任感を持って取り組む意識を醸成することも大切である。仕事をセーブすることだけを考えず、医師としての仕事に専念できる時間を増やすために、工夫できることがあれば試してみるべきである。パートナーや家族と話し合い、上手に家庭内の仕事をワークシェアするとともに、ベビーシッターや家事のアウトソーシングの活用も状況によっては選択肢として考慮される。意欲をもち前向きに取り組むことを後押しするための経済的インセンティブ等の施策も期待される。

育児や介護はいわゆる無償労働と言われている。日本の子持ちの有配偶男性の家事・家族ケア全体の分担率は18.3%であり、世界で最も低い。女性医師の活躍を保障するには、家庭内での夫の理解と協力が不可欠であり、無償有償を問わず労働に対する本来の意味での男女共同参画の推進が必要である。

多忙で余裕のない医療現場では、長時間働けなければ一人前ではないとされ、責任ある業務から外されることもある。仕事も家庭も中途半端であると悩む女性医師は少なくない。長時間勤務を前提とする働き方は女性医師の活躍の大きな障壁となっており、その是正はより働きやすい環境につながる。

一時的に多少ペースダウンしたとしても、女性医師が医師として長く活躍し社会に貢献できる仕組みを作らなければならない。女性医師がライフイベントで離職することなく、むしろその経験を診療に活かしつつ、長期的視点に立ってキャリアを

築けるよう、効果的な施策が必要である。

vi) 「女性が働きやすい医療機関」認証制度（好取り組み事例）

三重県では、三重県医師会が委託され運営する三重県医療勤務環境改善支援センターと連携し、平成 26 年度に「女性が働きやすい医療機関」認証制度を創設して、妊娠・子育て時の当直免除、短時間勤務や保育所の完備・充実等の制度整備等を要件として現在 10 医療機関がその認証を受けている（参考資料 23・P77）。

女性医師も含めたこうした女性支援の認証制度は、女性医師にとって働きやすい医療機関を増やしていくことに役立つものである。

③医師活用に関するその他の具体的な対策

a. 非常勤医師の活用、及び常勤化の促進

医師によっては当直勤務や長時間労働等を理由に常勤医を続けることを諦めざるを得なかった者も少なくないと考えられる。また、診療科の選択に関しても、労働条件を考慮する医師も少なくない。これを変えるには、少しでも多くの医師を病院に集め常勤雇用とし、医師体制を強化する必要がある。そのためには、病院は常勤医の多様な働き方を模索すべきである。

b. 出身地方の再就職促進

都市部で子育てが終わった医師の出身地への帰省就職活動のサポートも重要であると考えられる。過疎地対策として地域枠の若手医師の配置等が検討されているが、若手医師の育成にとっては指導医の存在が重要であり、指導経験のあるベテラン医師の存在は不可欠である。

c. 退職年齢延長の検討及び退職前後のベテラン医師活用

退職後の医師はパート医として働くことが多いと思われるが、単なるパート医ではこれまでの豊富な経験や管理能力が発揮できず、やりがいも多くはないと考えられる。健康管理を前提とした労働時間の短縮等を考慮した上で、ベテラン医師にやりがいを持って力を発揮してもらうために、退職年齢の延長に関しても検討すべきである。また、退職した医師に関しても、例えば、宿直明けの外来対応を担っていただく等、何らかの形で協力してもらえる仕組み構築も必要であろう。

d. 病院と開業医との連携の強化

既に一部の地域においては、開業医が病院で準夜帯等の急患対応を行うこと等により、勤務医の負担軽減へ貢献している例がみられる。また医師会等で一次救急の当番を行い急患対応に貢献している例もみられる。医療機関の壁を超えた地域で働く医師全体で地域医療を支える発想が重要であると考えられる。

④医療機関の役割分担の明確化

a. 大学等の高度医療機関

大学病院の役割は、臨床及び教育と研究である。臨床においては高度医療を担う施設である。大学病院の本来の機能である高度医療や研究・教育に集中して取り組める環境を作る必要がある。これは大学以外の高度医療を担う医療機関に関しても同様で

⑤タスク・シフティング

医療クラークの採用等、リスクを伴わないタスクシフトに関しては、更に積極的に進められるべきである。問題はリスクを伴う手技等を他職種にどの程度分担させるかであり、安全性と責任の問題に関しては、十分に医療関係者の合意を形成する必要がある。一方、今でも看護師が採血や静脈注射を行っていない大学病院もあり、タスクシフト以前の意識改革が求められている。

また、実際にリスクの伴う医療行為を受ける患者の理解が前提となるために、患者に対しても十分な説明を行い理解を得る必要がある。このため、リスクを伴う手技等に関しては医療従事者と患者の理解を得ることを前提に専門委員会で具体的な項目を定めることはもちろん、市民を含めた倫理委員会等で議論を進める必要があると考えられる。

5. 大学病院を取り巻く状況と将来の在り方

国立大学が法人化された平成 15 年以降、運営費交付金は毎年 1% ずつ減額されている。国立大学附属病院運営費交付金も減額されている。医学部を持つ私立大学でも、経常費補助金は昭和 55 年と平成 27 年を比較すると補助割合（補助金額 / 経常的経費）で 1/3 まで減少している。更に、高等教育機関への財政支出（対 GDP 比）は OECD 加盟国中最下位であり 0.5%（加盟国平均 1.1%）に過ぎない。このような環境の下では、病院収入の一部を「教育」と「研究」に充てざるを得ない。「大学附属病院の使命である高度医療や研究・教育に集中して取り組める環境を作る」には高等教育機関への財政支出を健全化すべきである。

医学・医療の進歩発展は極めて速い。国民に良質な医療を提供するには、医師のたゆまぬ自己研鑽と生涯学習が必須である。医師の過重労働を正常化するには、単に「働き方」を議論するのみならず、卒前医学教育、国家試験の在り方、卒直後の医学教育（臨床研修制度、専門医制度）そしてその後に続く医学生涯教育までシームレスな医学教育改革が必要である。医学教育の改革は有能な医師を早期に世に送り出すことにつながり医師の過重労働改善にもつながるものである。省庁の縦割り行政を排し、国民の健康に配慮したシームレスな「医学生涯教育」の確立を目指すべきである。

6. 地域住民の理解と協力

既に述べたように、医師の働き方改革を進めると同時に地域医療を守るには、行政や市民の理解と協力が不可欠である。これまでも救急車の利用の在り方やコンビニ受診等が問題となっているが、夜間や休日等の時間外に家族等への病状説明を求められても拒めない現状があり、これらも医師の時間外労働を増やし、休日を減らす一因となっている。

一方既に、地域医療を守るための取り組みを進めている自治体もみられる。福島県いわき市においては「いわき市地域医療を守り育てる基本条例」が制定されている（図表Ⅲ⑦、参考資料 24・P78）。いわき市のホームページでは「将来にわたり、安心して医療を受

け続けられるためには、本市の地域医療が抱える課題を正しく認識し、医師や看護師等の人的資源、病院や医療機器等の物質的資源等、限りある医療資源を大切に活用していくことが重要となります」と述べられている。

また「本条例は、地域医療についての基本理念や、市、市民、医療機関等の役割を定め、市民の皆さんも含めた市全体での地域医療を守り育てる取り組みを進めるために制定しました」と述べられ、医療機関の役割と行政の役割、市民の役割がわかりやすく示されている。このような活動が全国に広がることが求められている。

住民の理解と協力を得ることは非常に重要な課題であるにもかかわらず、これまで積極的に取り組まれてきたとは言い難い。地域医療を守るためには、国をはじめ各自治体、保険者が患者の理解と協力を得るための啓発活動に積極的に取り組み、各医療機関も様々な工夫を行う必要がある。

図表Ⅲ⑦ いわき市地域医療を守り育てる基本条例（パンフレット抜粋）



IV 医師会の役割

1. 医師会の組織と存在意義

医師会の組織は三層に分かれている。

日本医師会は、約 17 万人の医師を組織する唯一の職能団体であり、同時に、内科学会や外科学会等、主要な学会を内部に持つ学術団体である。日本の医師を代表する団体として世界医師会の主要な構成メンバーの一つである。

また都道府県医師会と郡市区等医師会は地域医療や各種検診、学校保健等で重要な役割を果たしており、更に近年では、東日本大震災に対する JMAT の派遣等、新たな価値を創造し続けており、地方行政との密接な関係の下で活動している。

医師会は日本医師会、47 の都道府県医師会、900 弱の郡市区等医師会がそれぞれ独立した組織として存在し、地域の行政機関には医療の専門家が少ないこともあり、予防接種から休日・急患の医療、在宅医療等の医療政策を担う医師会が地域医療を実現していると言える。

医師の働き方の改革では、「医療勤務環境改善支援センター」や「女性医師支援センター」そして「地域医療支援センター」が直接あるいは間接的にそれぞれ役割を担うものとされているものの、これらのセンターは直接地域の医師個人とのつながりを持っておらず、また、地域の医療に関して具体的な現状を把握しているわけでもない。医師の働き方改革と地域医療を守る活動を両立させるためには、それぞれの地域の医療の実情を熟知し、同時に地域の医師一人一人とのパイプを持つ都道府県医師会や郡市区医師会の協力が不可欠である。

2. 働き方改革における日本医師会のあるべき立場

(1) 医師の健康とワークライフバランスを守る活動

日本医師会は医師の健康を守る取り組みを積極的に進めてきたが、この問題でリーダーシップを発揮し、実績を上げるには至っていない。性別にかかわらず、医師が結婚し子どもを産み育てられる環境や医師としてのキャリア形成が適切に行える環境づくりのために実効性のある取り組みを進めるものである。また、その実現のために全ての勤務医に医師会活動へ参加し共に問題解決を進めることを呼びかけるべきである。

(2) 地域医療を守ることとの両立～段階的な働き方の改善～

既に述べたように、医師不足の中で医師の勤務環境を急激に改善させると、多くの地域で医療崩壊が起きかねない。医療崩壊が起きれば、多くの住民から現場の医師が非難され

ることになりかねない。そのような事態になれば、医師の働き方改革自体が国民に否定され、大きく後退する可能性がある。このような事態を防ぐために、地域医療を守りながら一步一步確実に医師の働き方改革を進める必要がある。

まずは、過労死が起きない環境づくりが最優先であり、次に健康を守る取り組みの推進、更にワークライフバランスの充実を進めるべきである。これらの取り組み方は、地域や医療機関によって異なると考えられるが、基本は地域医療を守りながら真剣に働き方改革に取り組み、やれることを速やかに実行することが重要である。

また、地域医師会が、勤務医の健康を守る課題と地域医療を守る課題を積極的に掲げて、勤務医の活動を活発化させることは、これらの問題解決に大きく貢献するものとなる。

（３）過労死のない日本をつくる

過労死は日本の深刻な社会問題であり、世界からも注目されている。また、医師の過労死が続いており、日本を代表する医師の職能団体としてこれを看過することはできない。

日本医師会は、医師のみならず全ての職業において過労死をなくすことを日本医師会の課題の一つとすべきであろう。産業医の養成教育や講習に過労死の予防等も含める等、過労死防止を推進する環境を整えるために力を発揮するべきではないか。

３．各医師会に求められる課題と具体的な対応

各医師会が担う役割と具体的な活動としては以下のものが考えられる。

（１）都道府県医師会の働き方改革への関わり

都道府県医師会は、都道府県単位で設置されている地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センターの機能発揮や日本医師会が運営する女性医師支援センターの活動を都道府県単位で活性化する役割を担う。また、それぞれ個別に活動するこれらのセンターを都道府県単位で統合するという機能が求められている。これらの役割や機能の発揮のため、都道府県等の関係機関と連携の下で地域の実情に応じて主体的に活動することが求められている。

（２）都道府県医師会の勤務医部会等の強化

医師の働き方の改革はある意味で勤務医の問題であることから、勤務医自らが医師会において積極的にこの問題の解決に取り組む必要がある。そのためには各都道府県医師会における勤務医部会等の活動を強化し、勤務環境改善だけでなく勤務医の医師会活動全般への参画を推進する役割を果たす組織としていく必要がある。

当然、「地域医療支援センター」や「医療勤務環境改善支援センター」「女性医師支援センター」活動との連携を密にして問題を共有しこれに取り組む必要がある。また、地域医師会への情報発信や相談機能を持つことも重要である。

（３）郡市区医師会に求められるもの

郡市区医師会においても勤務医に関する委員会等を設け、多くの勤務医が活躍できる受け皿を作る必要がある。地域の医師と顔の見える関係を持っているのは郡市区医師会において他にはない。医師の働き方改革と地域医療を守る活動を両立させるためには、これまで医師会活動に参加していなかった医師の参加を促し勤務医の医師会活動を活性化させる必要がある。

（４）執行部への勤務医の登用の促進

現在、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会ともに執行部に入っている勤務医は少数にとどまっているが、医師の働き方改革と地域医療を守る課題を進めるには勤務医が執行部に入り、この課題をはじめとして全ての医師が一丸となって医師会活動全般を担う必要がある。

（５）大学医師会の強化

本答申をもとに大学医師会の強化を進める必要がある。大学の組織構成は診療科ごとの縦社会となっている。一方、医師会は学術団体であると同時にインフォーマルな医師の職能団体でもある。この点では診療科の壁や病院での肩書に関係なく医師の抱える様々な問題に取り組むことが可能な組織である。また、大学医師会の活動の活性化は医学生にも大きな影響を与えることに留意する必要がある。

（６）日本医師会が果たすべき役割

医師の働き方改革は、医療そのものの改革である。その意味で日本医師会は大きな役割を果たなければならない。これまで日本医師会は全ての医師が自らの使命と社会からの期待に応えつつ安心して医療に取り組めるよう、様々な制度を創設し運営してきた経緯がある。医師賠償責任保険や医師年金はその大きな柱であり、これらは社会や医師、医療の変化に対応して創設され、運営されてきている。

働き方改革は、現在の医師や医療にとっての最重要課題の一つであることに疑う余地はないが、その解決のための仕組みや取り組みは断片化し責任の所在を不明確にしていると云わざるを得ない。例えば、現在運営されている３つのセンター（医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センター、ナースセンター）は、設置者や運営者が地域ごとに異なっているだけでなく連携が取られていないことは既述したが、これらのセンターのように与えられた活動の統合だけでなく、医師自らが自らの問題としてその解決策を発案し選択し活動していくという連続的な展開が求められている。その際、日本医師会が主導的主体的な役割を担うべきである。

まとめ

医師の働き方改革は、すなわち、地域医療と勤務医の健康の2つを守ることである。その解決策に妙案はないなかで、本委員会に課された諮問事項は

医師の勤務環境改善のための具体的方策

—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—

である。地域医療を守るにあたって、勤務医の健康支援を中心に据えることが命題である。

勤務医の健康支援のためには今できること、やるべきことが多くある。まず、医療機関経営者は、現行の労働基準法や労働安全衛生法を再確認し、勤務環境改善に取り組む決意を持つことが必要ではないか。

確かに現行の労働安全衛生関連の法令は医師の働き方の実態に合わないところはある。法令を遵守することが困難であるとしても、現行法令がある以上、それを勤務医の勤務環境を改善するための指標・手がかりと捉え、その趣旨に沿った取り組みをしていくという真摯な姿勢と努力を怠ってはならない。

一方、両立させなくてはならない、もう一つの大命題、「地域医療を守る」ためには、医療の質と量の2条件を満たさなければならない。

医療の質を持続的に担保するためのインフラとして医師の自己研鑽、キャリア形成は欠かせない。しかし、診療業務や自己研鑽により医師に心身の過度な負担がかかると医師の提供する医療の安全自体が脅かされる。医療安全の面からの医療の質低下が起こらないように対処すべきである。

医療の提供量については、当然ながら医師の労働時間に依るところが大きい。しかし、医師以外でできる業務の移管（タスクシフト）により、医療提供量を減らさずに医師の労働時間を短くしていくことはできる。また、医師会をはじめとした医療関連団体は、予防事業の推進による医療提供量の適正化や地域の医療機関の機能分担の適正化を進め、地域住民の理解を得ながら、また、行政と連携を深めながら、限りある医療資源の最適化を考える必要がある。

しかしながら、労働時間の取り扱いに大きな影響がある自己研鑽、宿日直の現状と将来の在り方を考えたとき、医師の時間外労働時間については、他の業種より長い状態に置かれることは避けられない。脳・心疾患の労災認定基準（いわゆる過労死ライン）を超過することは当然回避すべきではあるが、その範囲に収まらない場合がどうしても起こりうる。医療を提供する側から見れば、地域医療への影響、医療の質に対する懸念がどうしても強くなってしまうことも理解できる。

であるからこそ、医師の働き方を論じる際、「特例」の議論ばかりが優先していないか、

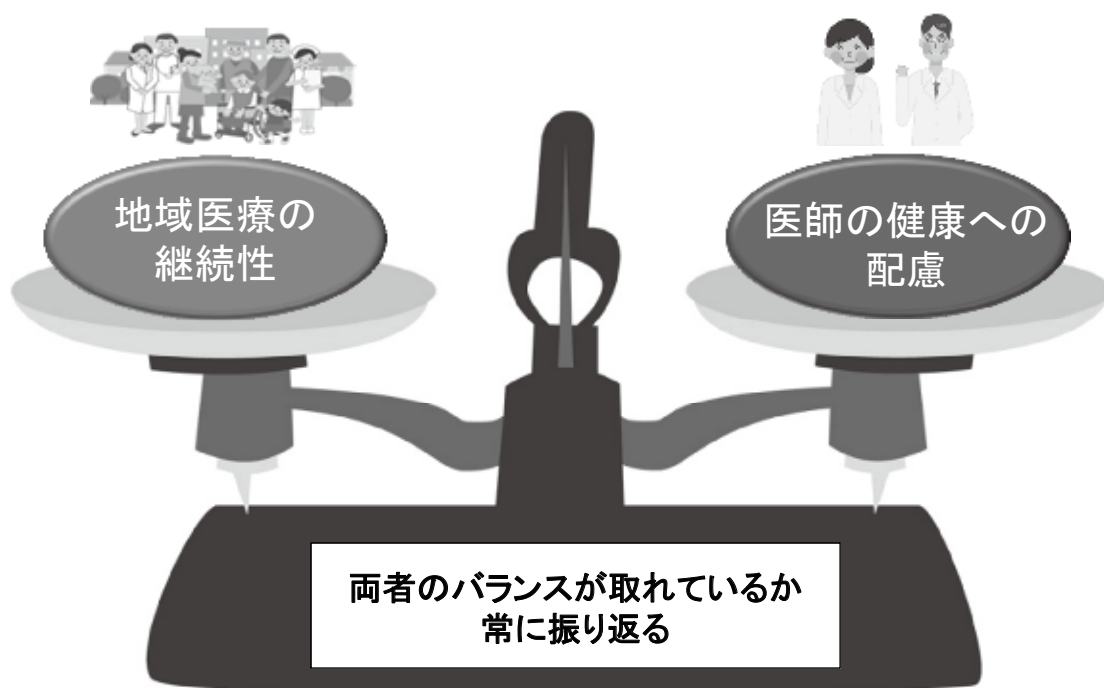
医師の健康への配慮が確実に講じられているか、と常に振り返りながら検討する必要がある。

医師が奉仕の精神で患者のために尽くす一方、医師本人が健康を害している事例、命を失っている事例は決して少なくない。医師の働き方は、まず医師の健康を確実に担保し、合わせて、地域医療体制を持続的・安定的に維持していくことで国民に安心・安全な医療を提供する、という両者のバランスを常に念頭に置いて考えることを決して忘れてはならない。

段階的に働き方の改善を図っていきつつも、医師に一定の長時間労働が必要となることを想定し、本答申では、労働安全衛生法令に加えた追加的な健康確保措置の必要性を提言している。しかし、現在の法令に則った取り組みが行えない限り、追加的な健康確保策を行うことはできない。新たな医師の働き方の必要条件は、今よりきめ細かな健康確保策を確実に行うことであることを肝に銘じる必要がある。

「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立

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



少子高齢化による生産年齢人口の減少により、必要な社会保障財源の確保が困難となる中で、医療ニーズの高度化や増大が進んでいる。医師の働き方改革を、こうした医療を取り巻く変化に対処するためのひとつの契機として前向きにとらえたい。

医師の働き方改革は、国民のセーフティネットである医療制度、ひいては日本の将来を決定する重要な課題であるが、医師の特殊性を鑑みると、一定の時間をかけ、慎重に検討をしていくことが必要である。

また、働き方改革を円滑に進める上では、近年、新卒医師の3割以上を占める女性医師

への支援、タスクシフト等様々な手立てを講じる必要があり、国による財政的な支援が求められる。

本答申は医師の働き方に関し、現時点でのおおよその方向性について提言をまとめたものであるが、今後は具体的な議論が求められる。

本答申が、プロフェッショナルオートノミーとして医療界が医師の働き方の議論を進めるたたき台となり、また、国全体として医療の在り方を考える一助となれば幸いである。

参考資料

参考資料	1	医師の長時間労働が医療安全に及ぼす影響	1
参考資料	2	医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート報告書（概要）	2
参考資料	3	①諸外国における勤務医に対する労働時間規制の概要 ②海外における法定労働時間とその適用除外、労働時間の量的上限規制、労働安全衛生制度について	16 17
参考資料	4	米国メイヨークリニックにおける医師に対する健康管理の視点	27
参考資料	5	①労働基準監督署の監督で提出を求められる書類 ②労働基準監督署の「臨検」 ③定期監督等実施状況・法違反状況	28 28 29
参考資料	6	労働安全衛生法の概要	30
参考資料	7	医療機関における産業保健活動調査結果	38
参考資料	8	日本医師会の勤務環境改善の取り組み ①勤務医の健康を守る病院 7 か条 ②医師が元気に働くための 7 か条 ③医師の職場環境改善ワークショップ ④勤務医の健康支援のための 15 のアクション	 44 45 46 47
参考資料	9	勤務医労働実態調査 2017（全国医師ユニオン）	48
参考資料	10	①時間外労働の上限規制等について ②医師の働き方の取扱い	50 50
参考資料	11	①正規職員の職種別の 1 週間の労働時間の分布 ②診療科別病院常勤医師の週当たり勤務時間の分布	51 51
参考資料	12	①脳・心臓疾患の労災認定基準の概要（いわゆる過労死ライン） ②精神障害の労災認定基準の概要	52 53
参考資料	13	①診療ガイドラインについて ②日本肝臓学会編『C型肝炎治療ガイドライン』の改定履歴	54 54
参考資料	14	自己研鑽のガイドラインの 1 例	55
参考資料	15	人口 10 万人当たりの医師数の年次推移	56
参考資料	16	①救急出動件数、搬送人員の推移 ②主な疾患別の死亡率の推移 ③死亡場所の推移	57 57 58
参考資料	17	労働基準法第 41 条に定める宿日直勤務について	59

参考資料	18	①専門業務型裁量労働制の対象業務	60
		②大学病院における専門業務型裁量労働制	61
参考資料	19	労働法に関する主要法令一覧	62
参考資料	20	「医師の働き方改革」による地域医療への影響について	64
参考資料	21	医師確保に直接的に関係する会議体	75
参考資料	22	ライフイベントを抱える医師への包括的支援	76
参考資料	23	三重県認証「女性が働きやすい医療機関認証制度」	77
参考資料	24	いわき市地域医療を守り育てる基本条例（福島県）.....	78

参考資料 1 医師の長時間労働が医療安全に及ぼす影響

- 長時間勤務が疲労感、睡眠の質の低下と関係する[8] []の番号は引用資料中の参考文献番号
- 夜間、宿直中の呼び出しが集中力の低下や記憶力の低下と関係する[9][10][11]
- 腹腔鏡シミュレーターを使って医師の過重労働と腹腔鏡操作手技時間と操作誤差への影響を分析した研究結果は、夜間の睡眠を中断した群で操作時間が長く、エラーの回数が増える[12][13][14][15][16]
- 長時間勤務が針刺し事故の増加と関係したという報告[18]
- 3日に1回 24 時間以上の連続勤務をした長時間勤務の場合と、連続勤務の上限を16時間、週当たりの勤務時間を60-63時間に制限した場合の比較の結果、長時間勤務の場合、処方ミスと診断ミスが明らかに多かったという報告 [19]
- 前日に当直であった医師が執刀した手術後の患者においては、合併症が45%多かったという報告[20]
- 医療事故からヒヤリハット事例を含む医療過誤の原因として、過剰な業務に伴う慢性疲労をあげた者が71.3%[3]

「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて
(平成 23 年 9 月 27 日 日本学術会議)」より引用

参考資料 2 医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート報告書（概要）

1. 目的

国の「医師の働き方改革に関する検討会」等、あらゆる機会での医師の働き方について意見を述べる際の参考とするため。

2. 調査実施期間

平成 29 年 10 月～12 月

3. 調査方法

メールによる回答

4. 回答者

各都道府県医師会において、議論を深めていただいた上で、最終的には都道府県医師会長が回答。

5. 担当事務局

公益社団法人日本医師会 地域医療第二課

《目次》

I．医療勤務環境改善支援センターの活用について

II．日本医師会の各種ツールの活用推進について

III．医師の業務・各種活動の取扱いに関して

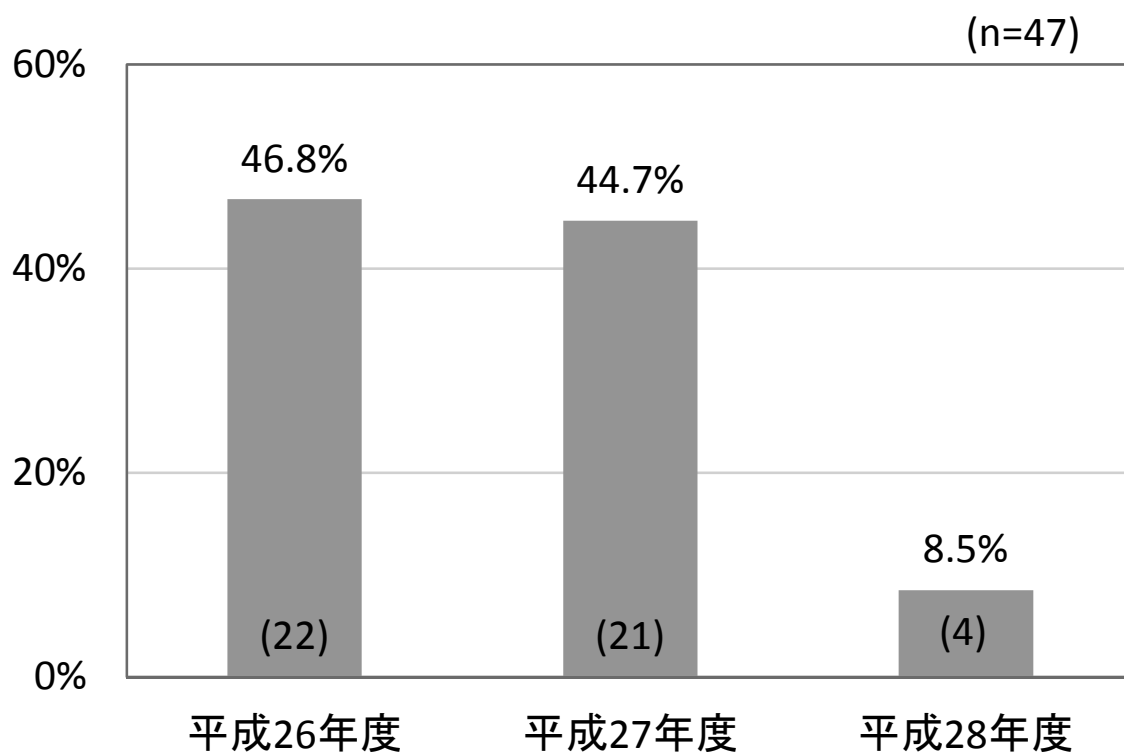
IV．地域における医師確保について

V．医師の時間外労働の規制について

自由記入欄の意見

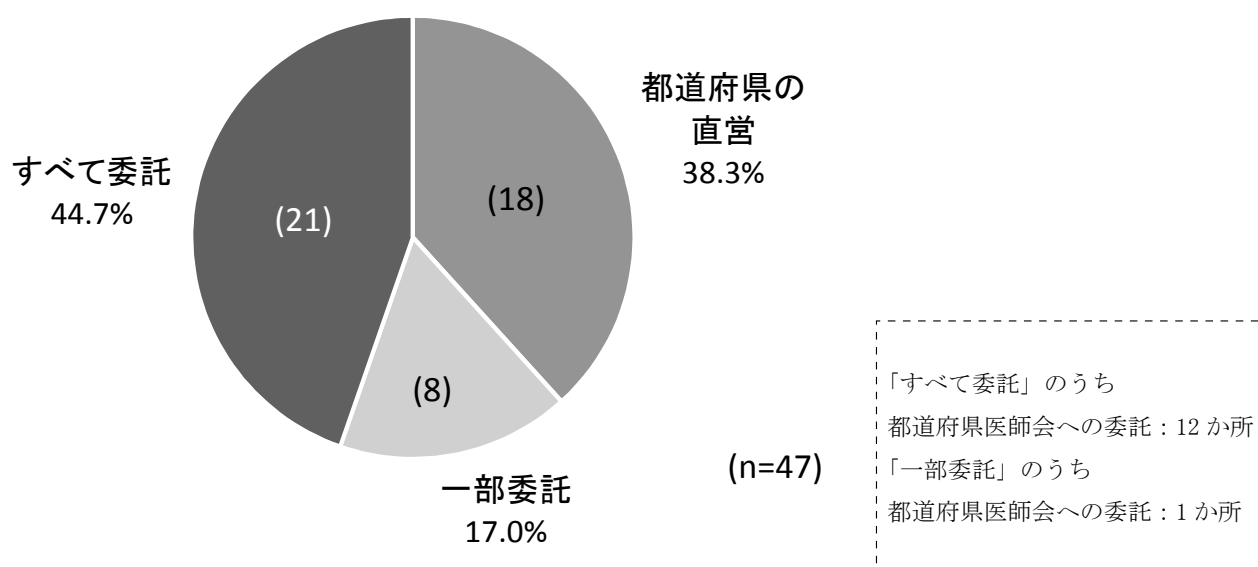
I. 医療勤務環境改善支援センターの活用について

(i) 医療勤務環境改善支援センターの設置時期を教えてください

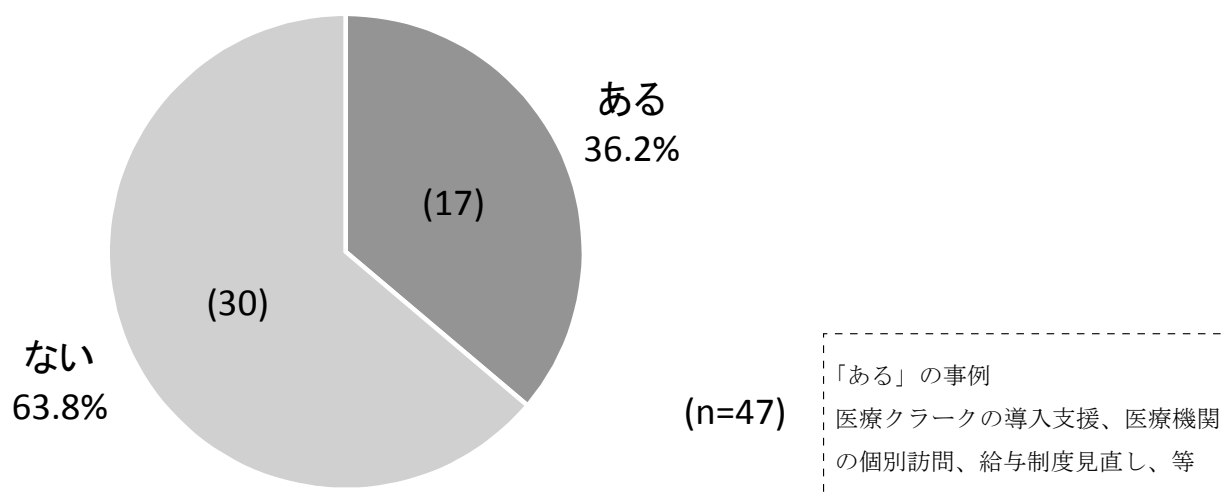


※グラフの（ ）内の値は回答件数である

(ii) 医療勤務環境改善支援センターの運営主体を教えてください

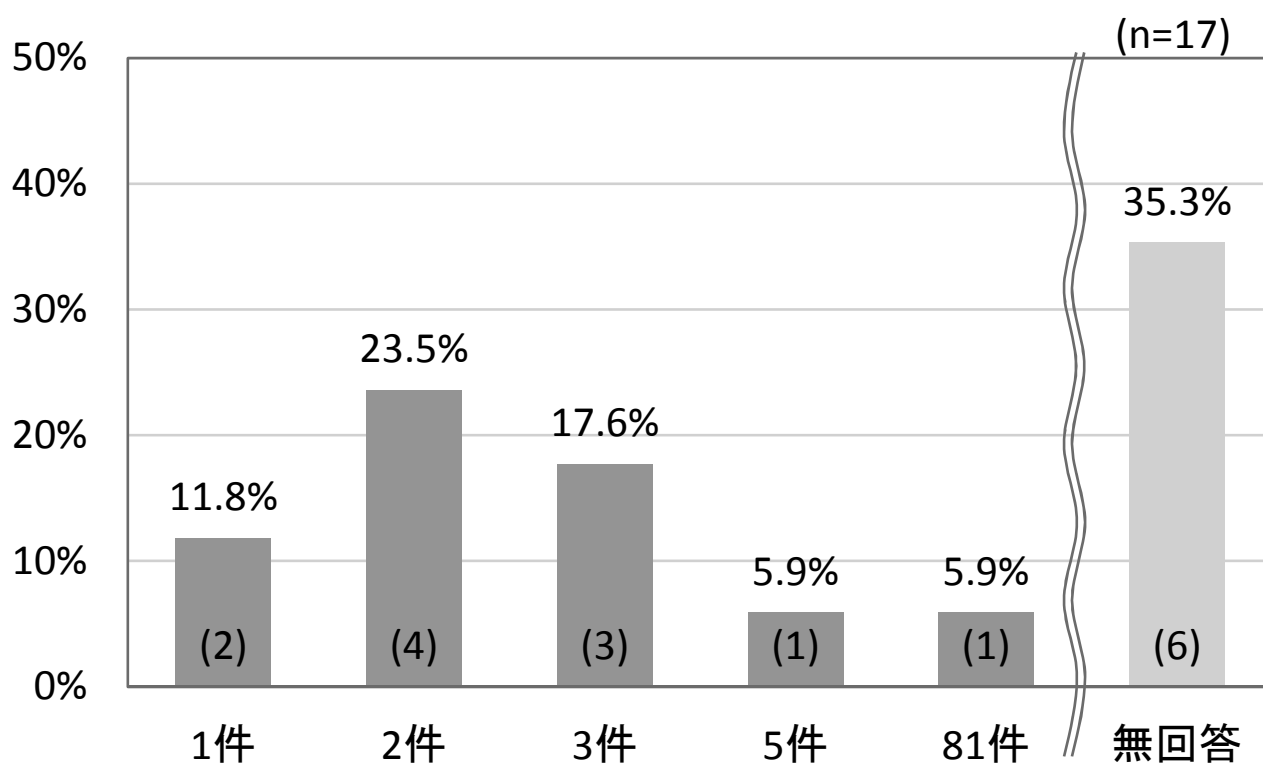


(iii) 貴都道府県において医師の勤務環境改善に役立った支援事例はありますか

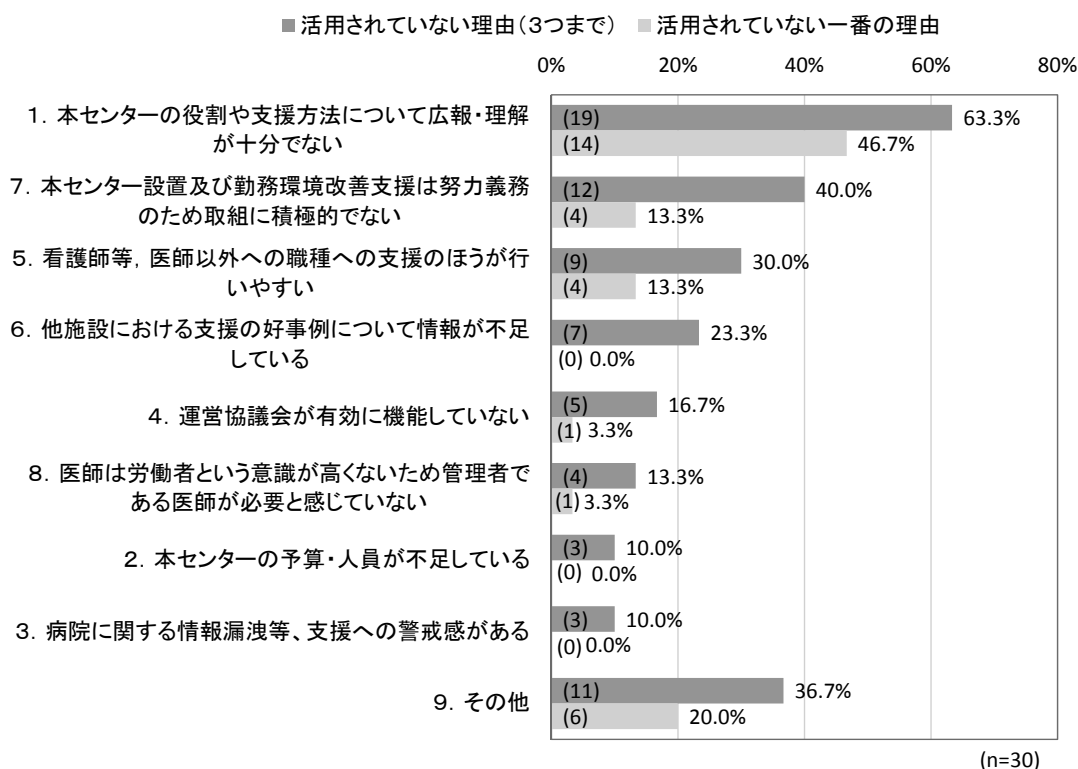


(iii) 貴都道府県において医師の勤務環境改善に役立った支援事例はありますか

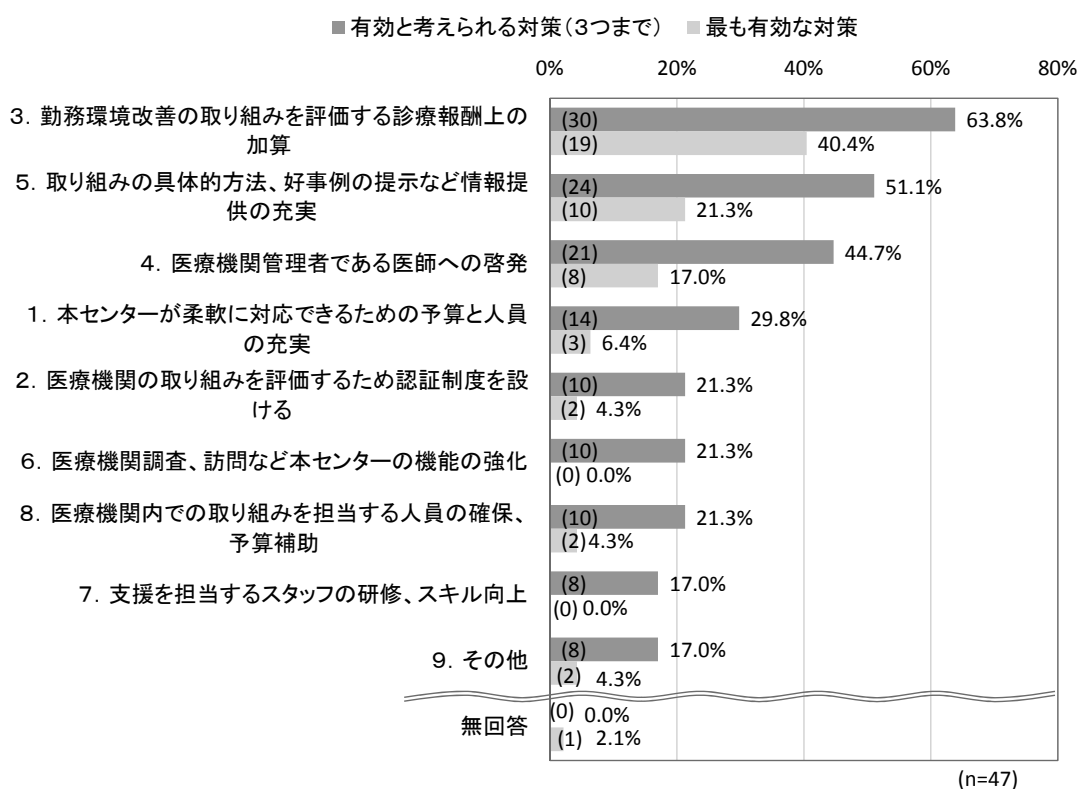
(a) 「1. ある」場合、役立った支援事例数をご記入ください



(iii) 貴都道府県において医師の勤務環境改善に役立った支援事例はありますか
 (b) 「2. ない」場合、活用されていない理由をお聞かせ下さい

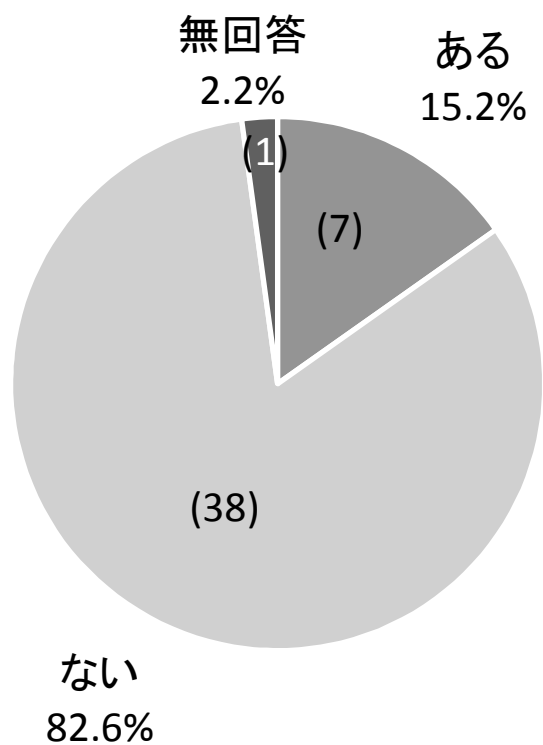


(iv) 医療勤務環境改善支援センターが医師の勤務環境改善に活用されるために有効と考えられる対策はありますか



Ⅱ. 日本医師会の各種ツールの活用推進について

(i) 貴都道府県でこれらを実際に活用している医療機関はありますか



日本医師会のツール

本文の図表Ⅱ④

勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール

参考資料 8

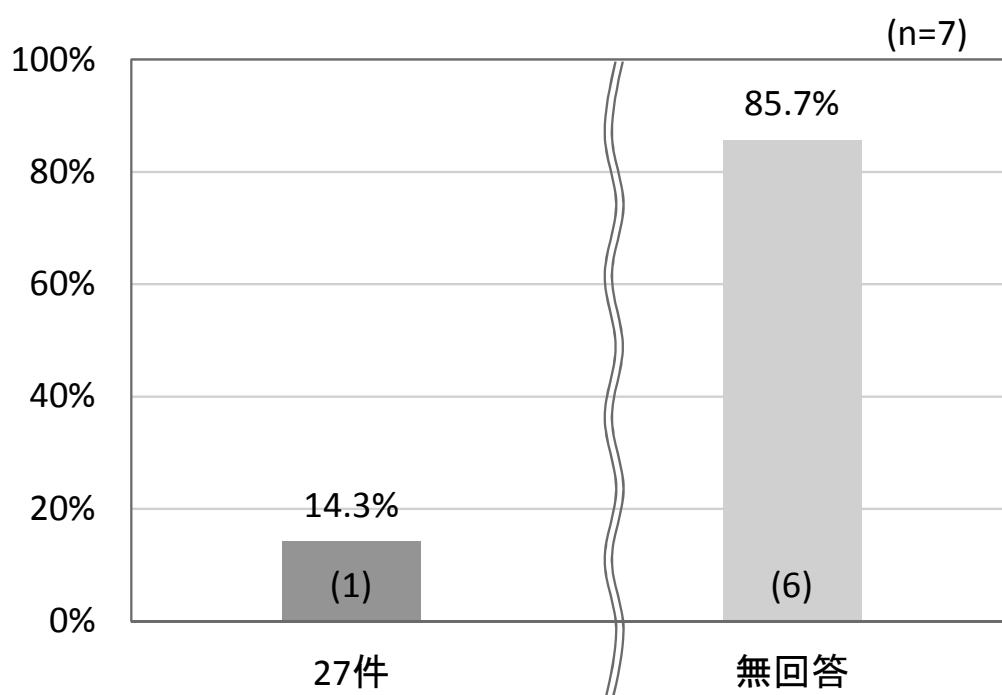
- ・勤務医の健康を守る病院 7 か条
- ・医師が元気に働くための 7 か条
- ・勤務医の健康支援のための 15 のアクション

「ある」の具体例

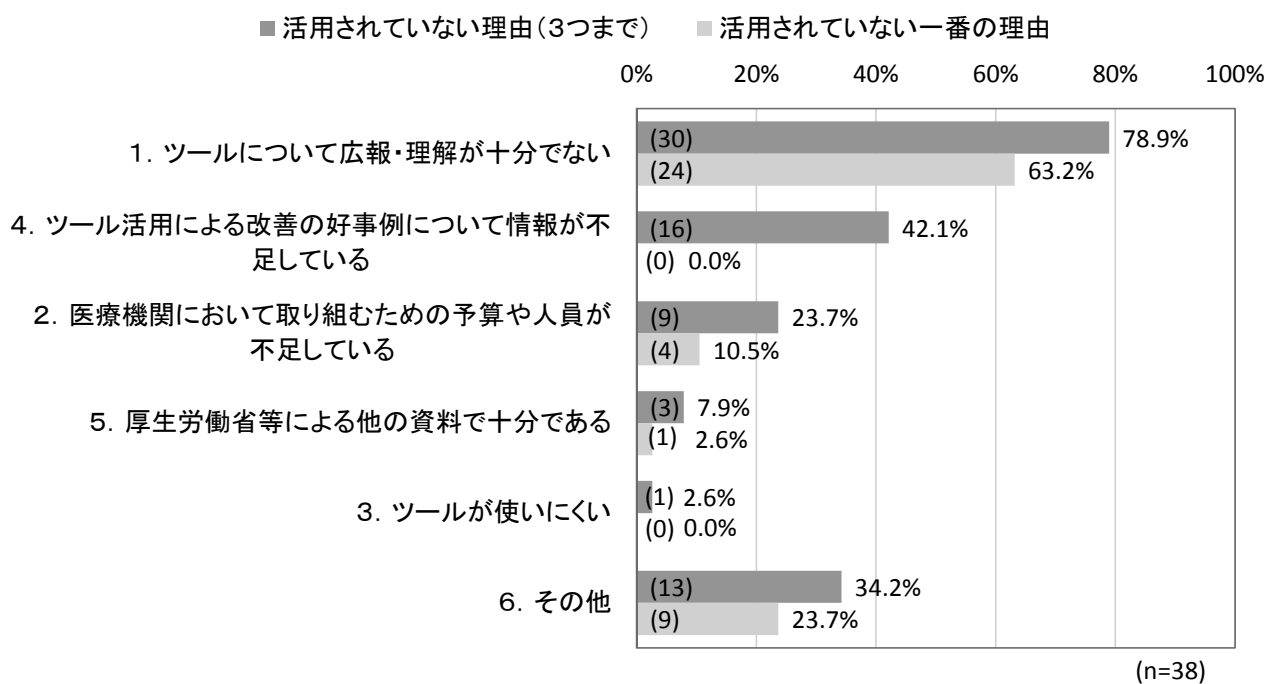
臨床研修指定病院における勤務環境
改善指導の際、ツールを使用

(i) 貴都道府県でこれらを実際に活用している医療機関はありますか

(a) 「1. ある」場合、活用している医療機関数をご記入ください



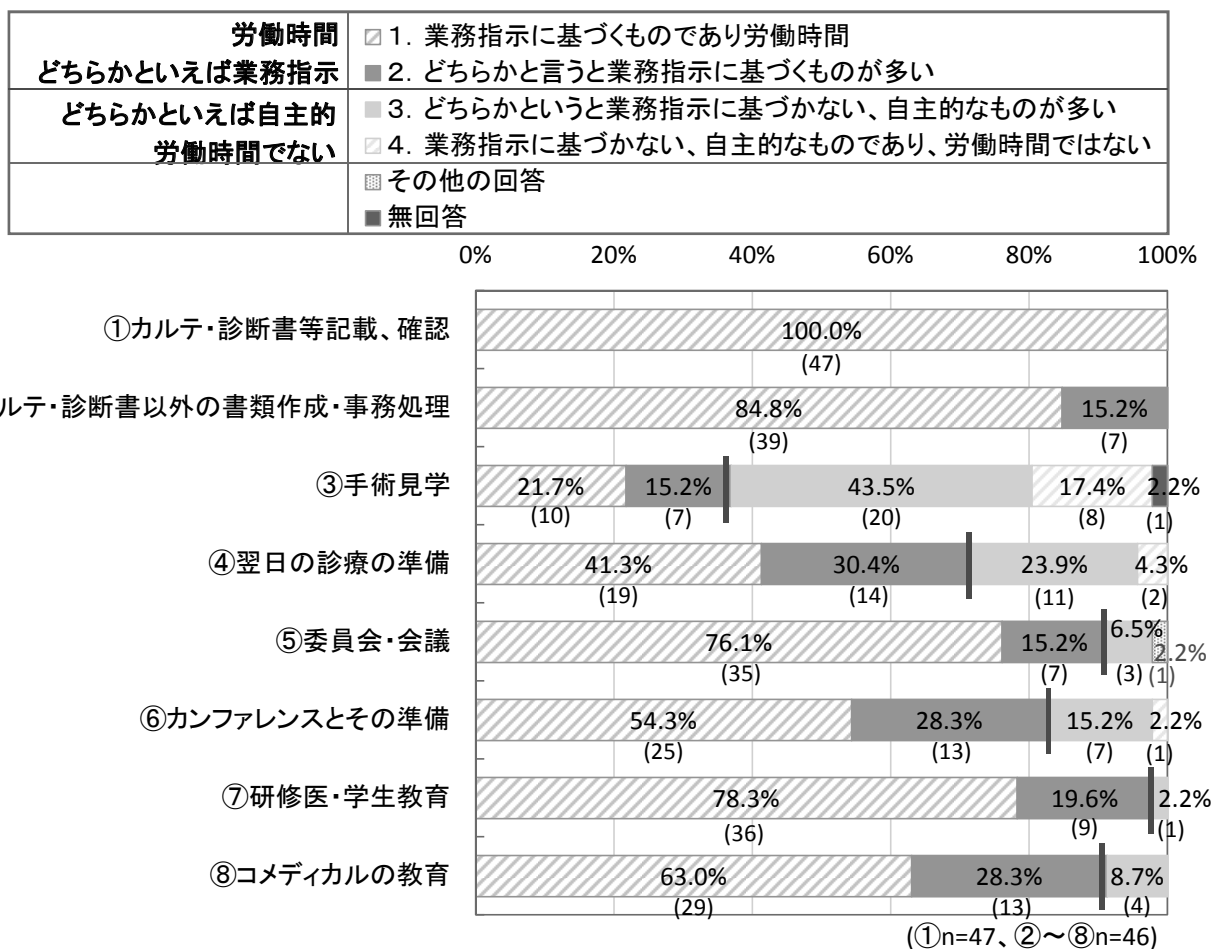
- (i) 貴都道府県でこれらを実際に活用している医療機関はありますか
 (b) 「2. ない」場合、活用されていない理由をお聞かせ下さい



Ⅲ. 医師の業務・各種活動の取扱いに関して

(i) 下記項目が「労働時間」にあたるか、ご意見をお聞かせください

(a) 院内

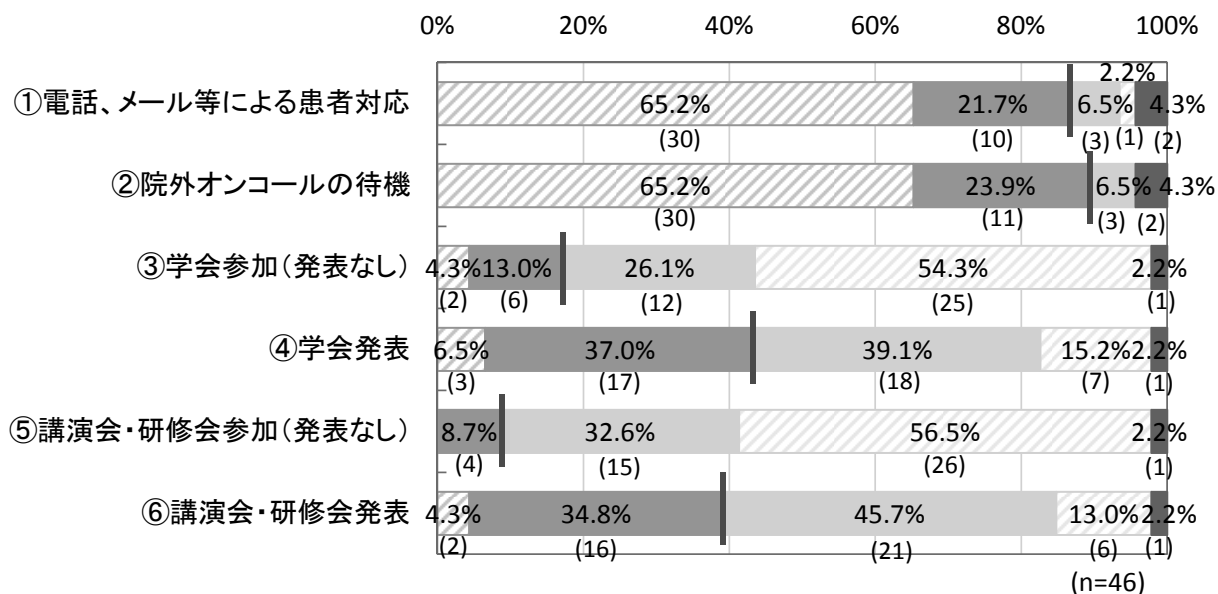


※⑤委員会・会議を1と2の複数回答をした1都道府県は「その他の回答」として集計

※複数の回答を併記した1都道府県は集計から除外

(i) 下記項目が「労働時間」にあたるか、ご意見をお聞かせください
(b) 院外

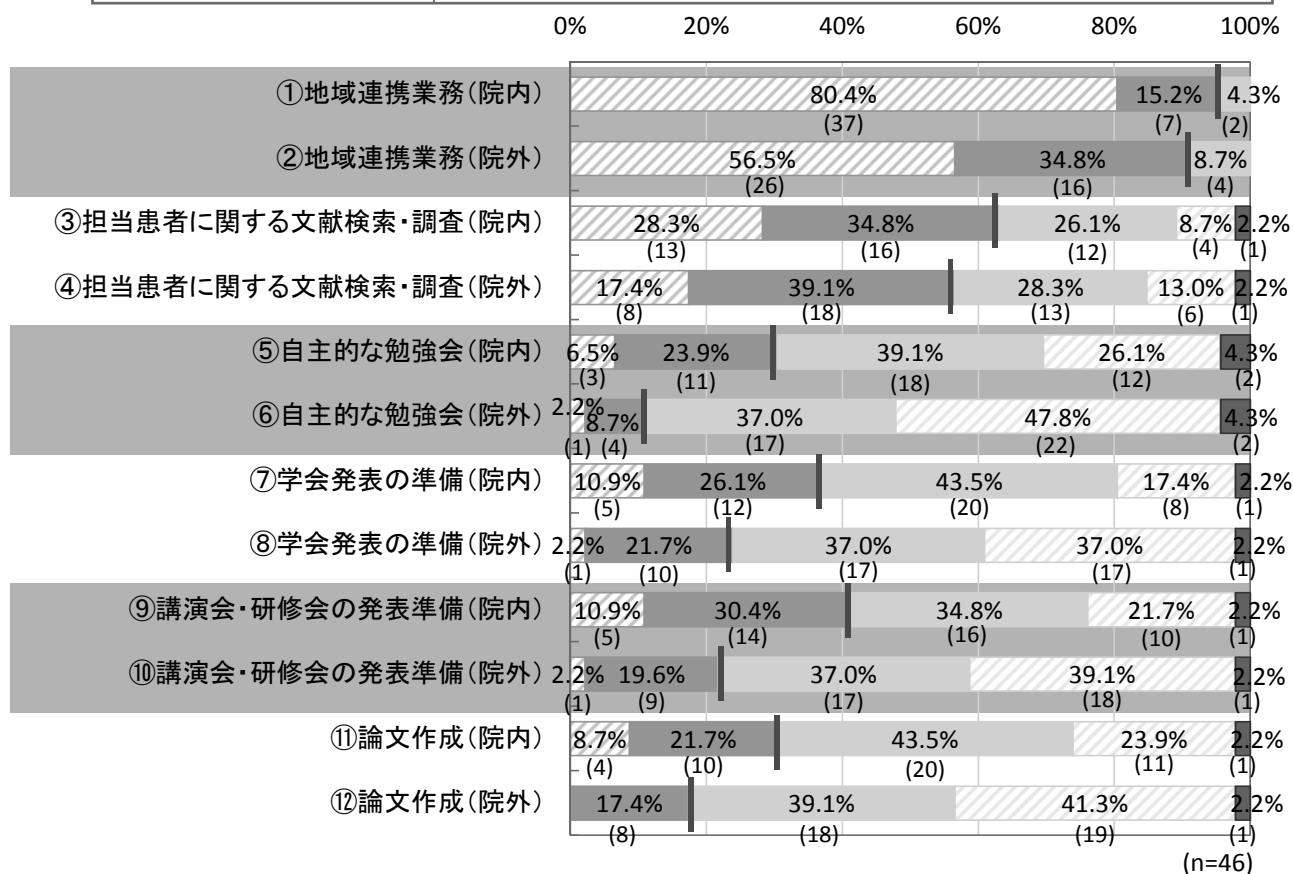
労働時間	1. 業務指示に基づくものであり労働時間
どちらかといえば業務指示	2. どちらかと言うと業務指示に基づくものが多い
どちらかといえば自主的	3. どちらかと言うと業務指示に基づかない、自主的なものが多い
労働時間でない	4. 業務指示に基づかない、自主的なものであり、労働時間ではない
	無回答



※複数の回答を併記した1都道府県は集計から除外

(i) 下記項目が「労働時間」にあたるか、ご意見をお聞かせください
(c) 院内と院外が混在

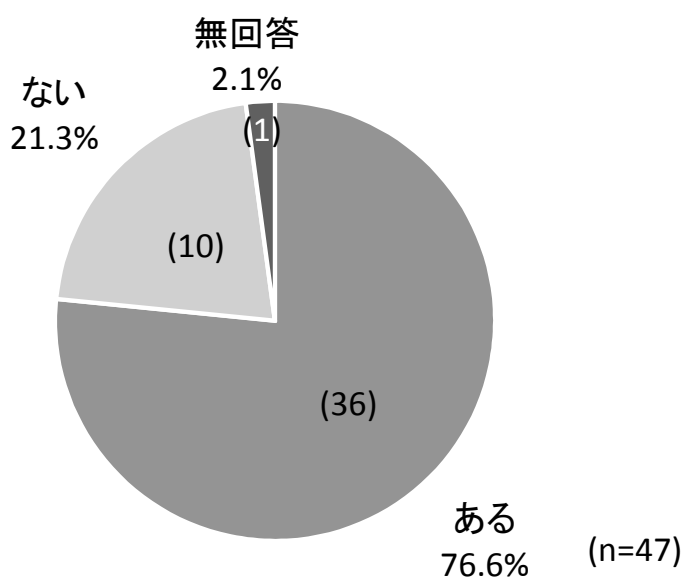
労働時間	□ 1. 業務指示に基づくものであり労働時間
どちらかといえば業務指示	■ 2. どちらかと言うと業務指示に基づくものが多い
どちらかといえば自主的	■ 3. どちらかというと業務指示に基づかない、自主的なものが多い
労働時間でない	□ 4. 業務指示に基づかない、自主的なものであり、労働時間ではない
	■ 無回答



※複数の回答を併記した1都道府県は集計から除外

IV. 地域における医師確保について

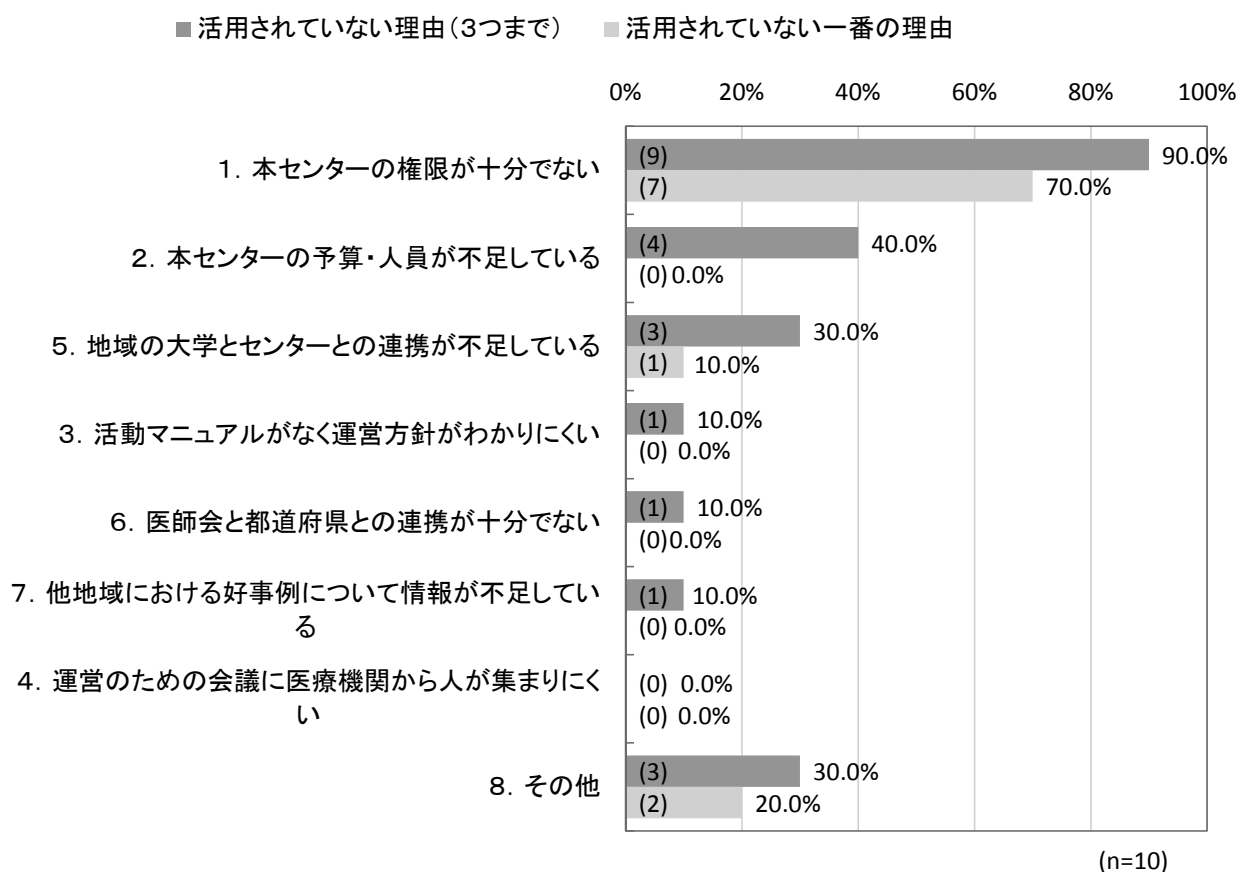
(i) 医師の偏在対策として地域医療支援センターの役割が期待されています。貴都道府県において医師配置の調整に本センターが関与した事例はありますか



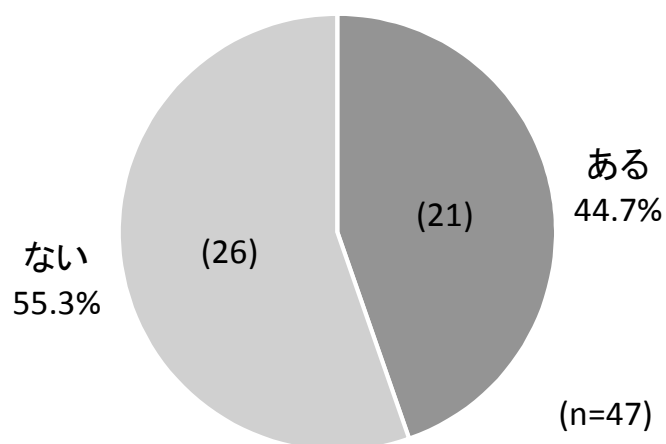
「ある」の事例
就学資金の貸与を受けた医師、地域枠、自治医大卒業生、など
地域枠以外の取り組みを行っている都道府県も見られた

(i) 医師の偏在対策として地域医療支援センターの役割が期待されています。貴都道府県において医師配置の調整に本センターが関与した事例はありますか

(a) 「2. ない」場合、活用されていない理由をお聞かせ下さい



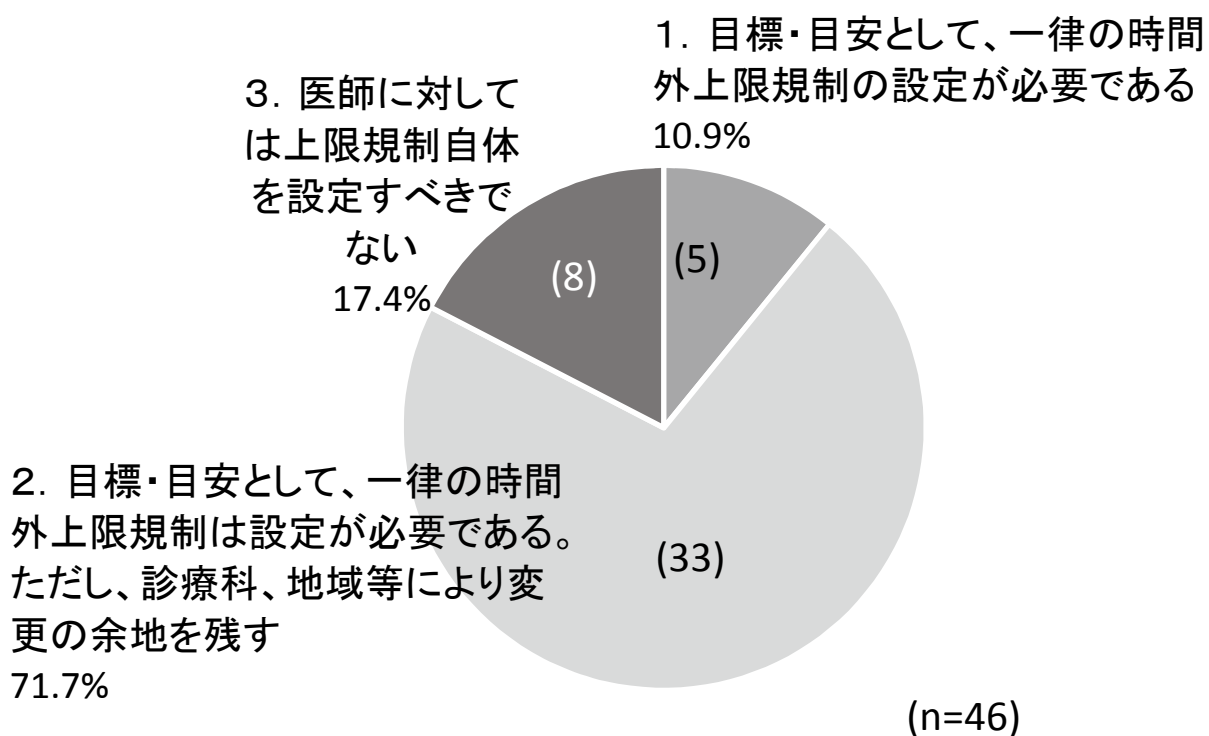
(ii) 貴都道府県において地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センター、女性医師支援センター相互の連携はありますか



「ある」の事例
「職員がこれらの業務を兼任」、「担当課・事務局が同じ」、など

V. 医師の時間外労働の規制について

(i) 勤務医の勤務実態、労災認定基準等も踏まえ、1ヶ月の時間外労働時間規制の上限規制について、下記1～3からひとつ選択いただいた上で、それぞれの設問にお答えください



※複数の回答を併記した1都道府県は集計から除外

自由記入欄の意見

（１）院外オンコール待機の在り方

○院外オンコールが心理的負担になるという意見が多く見られた。

〈意見（抜粋）〉

- ・チーム制にして交代制勤務にすればオンコールはなくなる。
- ・院外オンコールは医師の犠牲のうえに成り立っているので、中止すべき
- ・院外オンコールで実際に病院へ行ったときに労働時間が発生すると明確化した方がよい
- ・オンコールを例えば、看護師等に任せて振り分ける。
- ・オンコール待機は、オンかオフであった従来の休日・夜間の診療を、画期的に変革したメリットはあるが、携帯電話の時代となり、ますます、精神的、身体的、空間的な束縛を受けている。

（２）勤務間インターバル制度の活用

○宿日直の翌日の配慮をするべきという意見が多く見られた。

（３）医師の特殊性に合わせた制度の在り方

○全体として、裁量労働制は医師になじまないという意見が多く見られたが、下記の意見もあった。

- ・裁量労働制については、先端医療、放射線診断医には可能性がある。

（４）リスクのある業務におけるタスクシェア、タスクシフト

○反対・慎重もあるが、進める前提での回答も多く見られた。

〈意見（抜粋）〉

- ・放射線技師、臨床検査技師の活用
- ・救急救命士の医療現場での活用。救急車のなかではある程度医療行為が可能だが、病院に入ると全くできなくなる。

（５）応招義務について

○医師個人ではなく、病院での対応という意見が多く見られた。

〈意見（抜粋）〉

- ・応招義務を緩和すると、平気で診療を断ってしまう医師が増加する懸念。
- ・救急現場ではいまだに専門性を理由にした受け入れ拒否事例等も多く、安易な撤廃の議論は混乱を招く。

（６）１か月の時間外労働時間の上限規制全般、罰則について

○罰則に賛成もあるが、不適當、現実的でない、設けないといった意見が多く見られた。

〈意見（抜粋）〉

- ・ 罰則よりは、診療報酬になる加点の方が望ましい。
- ・ ドイツやフランスのように長期休暇で代替えしても良いのでは。
- ・ 辛い状況にある管理者が上限規制を破って罰則を受けることのないような制度を希望します。
- ・ 罰則がなじむ業界ではないが、罰則にしないと改善が進まないという実態もある。
- ・ 医師個人の問題、病院自体の問題等あるが、「できないできない」という主張はいつか通らなくなる。

以上

① 諸外国における勤務医に対する労働時間規制の概要（未定稿）

	日本	イギリス	米国
勤務医に対する労働時間規制の主な内容	労働基準法により、 ①1日の労働時間は8時間・週労働時間は40時間を超えてはならない、 ②①を超えて労働させる場合には労使協定（36協定）とともに法定の率による割増賃金の支払が必要、 等とされている	労働時間規則により、 ・ 週労働時間の上限は48時間（調整期間17週の平均、病院における治療等の業務は26週）とされているが、個別合意によるオプトアウト（適用除外）を容認。 ・ 24時間当たり連続11時間の休息期間を付与することとされているが、病院における治療等の業務については代償休息の付与を条件として「特殊な労働環境」による適用除外。代償休息とは、未取得の休息（週最大90時間（11時間×6日+24時間））を別途付与することを指す。 ・ 割増賃金については法的規制はなく、労働協約等において定められる。（以上出典1・2） 保健省の検討会報告書（2014年）は、労働時間規制による外科領域や急性疾患分野への悪影響、オプトアウトの活用や勤務環境改善の好事例の共有の必要性等を指摘。（出典3） 英国医師会（BMA）等は、EU離脱に伴い労働時間規制が後退しないよう政府に求めている。（出典4）	公正労働基準法においては、勤務医・それ以外を問わず労働時間の上限規制はなく、使用者に週40時間を超える労働にかかる割増賃金の支払義務が課せられている。 一定の要件の対象者についてこの割増賃金の支払義務が免除されるホワイトカラーエグゼンプションの一類型（専門職エグゼンプト）として、勤務医（インターン・レジデントを含む）が対象と定められている。（以上出典1・2） インターン・レジデントに対しては、医師卒後臨床研修プログラムの評価団体であるACGMEによる労働時間制限が導入されている。内容は①過当たり最長労働時間が4週平均で80時間（一定の場合は88時間）、②最長シフト時間は24時間（引継による4時間の延長可）、③宿直の頻度は3日に1回まで④インターバルは8時間、等。（出典6）
実態の勤務医	労働時間週60時間超の割合 41.8%（2012年）	調査中	調査中
医師数	医師総数31.9万人、うち勤務医約24万人（約8割）（2016年）	<イングランド> 医師総数15.3万人 うち開業医4.2万人、病院等11.4万人（2017年）	医師総数104.6万人 うちレジデント・インターン11.7万人、フルタイム病院勤務医9.2万人（合わせて約2割）（2013年）

（出典）1：諸外国のホワイトカラー労働者に係る労働時間規制に関する調査研究（2005年・（独）労働政策研究・研修機構）、2：労働時間規制に係る諸外国の規制についての調査（2012年、同左）、3：The implementation of the working time directive, and its impact on the NHS and health professionals（2014年、Independent Working Time Regulations Taskforce）、4：http://www.bma.org.uk/、5：Healthcare Workforce Statistics, England、6：http://acgme.org/、7：Health, United States 2016

諸外国における勤務医に対する労働時間規制の概要（未定稿）

	フランス	ドイツ
勤務医に対する労働時間規制の主な内容	労働法典により、 ・ ①週労働時間は原則35時間、②超過勤務の上限は労働協約によって定めるが、定めがない場合は年間220時間、③労働時間の絶対上限は1日10時間・週48時間・12週平均44時間（労働協約等で規定している場合は1日12時間、週60時間、12週平均46時間）とされている ・ 労働の終了後は、少なくとも11時間就労することができないとされている。 ・ 超過勤務に対しては割増賃金の支払又は代休の付与が必要（代休の付与は労働協約に定めがある場合のみ）。（以上出典1・2） 医師については、別途の規制により、①週の労働時間の上限は48時間（連続12週平均）、②いずれの週も60時間を超えてはならない、③当直や治療上の必要性がある場合はさらに20時間の超過が認められるとされている。（出典8） ※労働法典と医師に対する別途規制の関係等について精査中。	労働時間法により、 ・ 1日の労働時間は8時間を超えてはならないとされている。ただし、6か月又は24週以内の期間を平均して1日当たり8時間を超えない限り、1日10時間まで延長できる。12か月平均で週48時間以内である必要。 ・ 労働の終了から次の日の開始までに連続した最低11時間以上の休息期間を付与しなければならないとされている。 ・ 割増賃金については法的規制はなく、労働協約において定められる。労働時間口座（残業時間を貯めておいて手当や休暇として利用できる仕組み）も活用されている。（以上出典1・2・10） 欧州司法裁判所における「職場での待機時間は労働時間とみなすべき」との判決を受け、公共医療従事者について2003年からオプトアウトを容認。オプトアウトは、労働協約に加えて個々の労働者の同意、労働時間の記録や安全衛生に配慮した具体的な措置が必要。 2012年の調査時点において、オプトアウトが最も多く導入されているのは病院の医師であり、約9割がオプトアウトに同意している。オプトアウトに関する労働協約で設定されている医師の週労働時間の上限は54～60時間が多く、いくつかのケースでは66時間とされていた。（出典2）
実態の勤務医	調査中	調査中 ※なお、ドイツ全体として、週60時間以上働く労働者は全体の4.3%（約170万人）（出典2）
医師数	医師総数21.8万人、うち勤務医9.1万人（約4割）（2016年、出典9）	医師総数48.6万人、うち開業医15.0万人・病院19.0万人・他の分野3.1万人であることから、20万人弱が勤務医と推測される（約4割程度か）。（2015年）（出典11）

（出典）1：諸外国のホワイトカラー労働者に係る労働時間規制に関する調査研究（2005年・（独）労働政策研究・研修機構）、2：労働時間規制に係る諸外国の規制についての調査（2012年、同左）、8：「病院医療スタッフの生産性を上げる働き方改革」（松田晋也産業医科大学教授、「病院」11月号所収）、9：フランス医療保障制度に関する調査研究報告書（2017年・医療経済研究機構）、10：2016年海外情勢報告（厚生労働省）、11：ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書（2017年・医療経済研究機構）

②海外における法定労働時間とその適用除外、労働時間の量的上限規制、労働安全衛生制度について

1. 法定労働時間

日本：1 週 40 時間 1 日 8 時間

米国：1 週 40 時間

カナダ：1 週 40 時間（オンタリオ州では 44 時間）

イギリス：残業時間を含む 1 週平均で 48 時間

ドイツ：平日 1 日 8 時間を超えない（休憩除く）

フランス：1 週 35 時間

EU 指令：7 日につき時間外労働を含め、平均して 1 週 48 時間を超えない

スウェーデン王国：1 週 40 時間

中華人民共和国：1 週 40 時間 1 日 8 時間

大韓民国：1 週 40 時間

インドネシア共和国：1 週 40 時間

マレーシア：1 日 8 時間 1 週 48 時間

ミャンマー：1 日 8 時間、1 週 44 時間

シンガポール共和国：1 日 8 時間、1 週 44 時間

タイ王国：1 日 8 時間、1 週 48 時間

ベトナム社会主義共和国：1 日 8 時間、1 週 48 時間

インド：1 日 9 時間 1 週 48 時間

日本と単純比較はできないが、本文の目次の前に掲載した〈用語について〉中の「労働時間の換算」を参照されたい

2. 法定労働時間の適用除外

日本：農業、伐採業、畜産業、水産業（林業を除く）、管理監督または機密の事務を取扱う者、監視または断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けた者。

米国：管理的被用者、運営的被用者、専門的被用者、外勤営業職（ホワイトカラーエグゼンプション）、季節的な娯楽・レクリエーション事務所等の被用者、水産業の被用者、一定の条件の下で雇用された農業労働者、小規模地方新聞社の被用者、小規模な独立公共電話会社の交換手、アメリカ船以外の船員、臨時的子守又は個人の介護のために家事労働に雇われる被用者、犯罪捜査官、コンピュータ関連職

イギリス：軍隊・警察その他市民保護サービスの特定の活動に従事する者等、幹部管理職、家族労働者、宗教的儀式の司祭労働者、家事使用人。労働者により署名された書面による個別的オプトアウトの合意により、法定労働時間の規則の適用を排除することができる。

ドイツ：事業所組織法 5 条 3 項の管理職従業員及び主任医師、公務機関の長、その代理者、公務に従事する労働者で人事決定権限を有する者、家政共同体において、その保護の下にある者と共同生活をし、この者を独自の責任で教育、介護又は看護する労働者、聖職者（他の法律の適用）、その他別の法律の適用がある者として、(1) 18 才未満の者（年少者労働保護法による）、(2) 船員（船員法による）等

フランス：国有企業（ガス、電気、国鉄等）、商業代理人（判例、学説）、家事使用人（判例、学説）、住込み不動産管理人、守衛（判例、学説）、取締役、上級幹部職員（幹部職カードル）、家内労働者

EU 指令：空路、鉄道、道路、海上、内水及び湖沼における輸送、漁業、その他の海上労働及び訓練中の医師の業務

【加盟国による適用除外が可能なもの（年次休暇のみ適用）】

役員又は自ら方針を決定する権限を有する者、家族労働者、教会又は教団の宗教的儀式を司る労働者

【労働協約等による適用除外が可能なもの（法律等で代償休息を与えることが条件）（週労働時間、年次休暇は適用）】

保安、監視の業務等

スウェーデン：管理的地位にある労働者や家内労働者、船員、特定の道路交通関係の労働者等

大韓民国：5 人未満の事業場

フィリピン：政府公務員、管理職、外勤職員、雇用者の扶養家族、家事手伝いのほか、労働雇用大臣が定める出来高払いの労働者

タイ王国：技能又は専門知識業務・経営管理業務・事務職・サービス業従事者等は 1 日の制限はない

3. 労働時間の量的上限規制

日本：36 協定で定められる一定期間についての延長時間の限度基準（告示）

1 週間 15 時間 2 週間 27 時間 4 週間 43 時間 1 か月 45 時間 2 か月 81 時間
3 か月 120 時間 1 年間 360 時間

米国：連邦法上、時間外労働に係る上限規制はない（一部の州では一部産業での制限を課している）

カナダ：最長労働時間は 48 時間

イギリス：週労働時間の上限を時間外労働を含め平均して週 48 時間とする（17 週平均）。最大 52 週まで労使協定により延長可。1 日の休息期間を最低連続 11 時間とする（若年労働者（18 歳未満）については 12 時間以上）。

ドイツ：労働協約又は事業所協定に定めをおくことにより、定期的に長時間の手待時間がある場合（労働協約又は事業所協定の定めが必要）、週日に 1 日 10 時間まで労働時間を延長することが可能。但し、12 か月平均の週労働時間が 48 時間を越えてはならない（7 条）。緊急事態又は非常事態が発生した場合は、同法の労働 / 休養時間規定から外れて良い（14 条）。更に、特別な前提条件下で、管轄官庁が、同法労働時間からの逸脱を認可することもできる（15 条）。

フランス：業界、グループ企業、企業、事業所単位での労使合意のもとに、従業員が希望し、かつ雇用主が認める場合、法定残業時間の上限、又は労働協定により定められた残業時間の上限を超えて、残業を行うことができる。法定の時間外労働時間の上限は、「時短緩和法」により年 180 時間から 220 時間に引き上げられた。また、週単位の法定最長労働時間（同じ週で、48 時間、12 週平均で週 44 時間）を超えることはできない。但し、年間枠を超えた残業時間に対して法定代休を与えることはできない。

EU 指令：週労働時間の上限を時間外労働を含め平均して週 48 時間とする（算定基準期間は 4 か月以内）。24 時間につき最低連続 11 時間の休憩時間（裏返せば 1 日につき労働時間の上限は原則として 13 時間）。EU 加盟国 28 か国のうち、6 か国では業種に関わりなくオプトアウトが可能、12 か国では限られた業種でのみオプトアウトが可能となっており、残り 10 か国ではオプトアウトの制度は用いられていない。

業種を限定してオプトアウトを可能としている国では、医師等の保健関連の労働者が対象となっていることが多い。オーストリアでは、2015 年に、医師に対するオプトアウトの制度を導入した上で、労働時間指令の基準（週平均 48 時間）からの超過時間を段階的に減らしていき、2021 年に週平均の労働時間の上限 48 時間とするという制度が導入されている。

医師に関してオプトアウトを適用している国が多い背景には、欧州司法裁判所が、医師の労働時間に関して、病院における待機時間は労働時間に当たるという判決を下したことがある。2003 年から開始された労働時間指令の見直しの議論においては、上記判決を受けて、待機時間の扱いが論点となり、待機時間のうちの非活動時間については扱いを変えるという案等が検討された。しかし、オプトアウトの制度そのものの是非について労働者側と使用者側の意見の隔たりがあること等から、議論はまとまらず、労働時間指令の改正の方向性は定まっていない。

スウェーデン：通常の労働時間は週 40 時間以内（第 5 条）。特別の必要がある場合は、4 週間で 48 時間（又は暦月で 50 時間）、暦年で 200 時間までの時間外労働が可能（第 8 条）

イタリア：法定労働時間は週 40 時間（第 3 条第 1 項）。4 か月間の期間において、時間外労働を含めて週平均 48 時間以内（第 4 条第 2 項、同第 3 項）

スペイン：1 日の労働時間は原則 9 時間以内（第 34 条第 3 項）。週の最長労働時間は年平均で 40 時間（第 34 条第 1 項）。

中華人民共和国：時間外労働は、事業主が生産経営の必要により、労働組合及び労働者と協議を経た後、原則 1 日に 1 時間を超えない範囲で認められる。特別な事情により、労働時間の延長が更に必要な場合には、労働者の身体健康を保障するとの条件で、1 日 3 時間を超えない範囲で延長することができる。ただし、その場合にも 1 か月の時間外労働が 36 時間を超えてはならない。

大韓民国：使用者と労働者が合意すれば、週当たり 12 時間までの法定労働時間を超える時間外労働が認められる。

シンガポール共和国：月 72 時間を超える超過労働を行ってはならない。時間外、休日労働は緊急の場合を除き、週当たり 36 時間を超えてはならない。

タイ王国：ホテルや飲食業等の休日労働は 36 時間の規定の対象外。

ベトナム社会主義共和国：1 日の労働時間の 50%を超えない範囲で、年間 200 時間を上限に、事業主と労働者は合意することができる。年間 200 時間以上から 300 時間までの時間外労働は、特定の産業部門（繊維品、衣料品、皮革、靴の生産・輸出用の加工、農産物・林産物・水産物の加工、電力の生産・供給、通信、石油精製、給排水）や緊急で遅延できない作業に対処するその他の場合に行うことができる。ただし雇用者は時間外労働を行わせる時、中央政府直轄省・都市の人民委員会の労働者管理支援専門機関に書面で通知しなければならない。

4. 根拠法

日本：労働基準法（1947 年制定）

米国：公正労働基準法（FLSA）（1938 年制定）

イギリス：労働時間規制（1998 年制定）

ドイツ：労働時間法、連邦労働者最低休暇法

フランス：民主的労使関係の刷新と労働時間の改革に関する法律

EU 指令：労働時間の設定に関する指令（1993 年）

スウェーデン：労働時間法

イタリア：2003 年 4 月 8 日立法令 66 号

スペイン：労働者憲章法

大韓民国：勤労基準法

インドネシア共和国：労働法

5. 労働安全衛生制度

米国：労働安全衛生を定める法律として、1970 年労働安全衛生法が制定されており、労働者の安全確保を包括的に事業主に対して義務づけている。労働省労働安全衛生局が安全衛生基準の制定及び監督を行っている。労働安全衛生に関し、州政府が合衆国政府の要求するレベルよりも高いレベルの包括的な計画を用意して労働長官の承認を得た場合には、各州政府が監督を行うこととされている。

カナダ：労働条件対策同様、連邦法による規制が及ぶ労働者を除き、州法による規制が適用される。連邦法による規制はカナダ労働法典により行われている。オンタリオ州では労働安全衛生法が州法として定められている。

イギリス：労働安全衛生に関する法律としては、1974 年職場における健康・安全法があり、雇用年金省安全衛生庁が所管している。同法では、使用者に合理的に実行可能な範囲において、全ての労働者の就労中の衛生、安全、福祉を実現する義務があると定められている。法律では基本的な事項のみが定められている。これに加え、規則、指針、承認実施準則が安全衛生庁により定められている。このうち指針、承認実施準則は、遵守は強制されていないが、遵守していない状況で災害が起こった際、使用者が他の方法により同等以上の防止対策を講じていない場合、責任を問われるとされている。

深夜労働：深夜労働者の労働時間については、17 週の参照期間を平均して 1 日当たり 8 時間を超えないものとしなければならない。ただし、労働協約又は労使協定により、深夜労働者の変形労働期間等についても原則を変更し又はその適用を除外することができる。また、「特別な危険」又は「重度の肉体的若しくは精神的緊張」を伴う労働については、深夜労働者が深夜労働を行うすべての 24 時間において、8 時間を超えてはならない。事業主は、労働者が深夜労働者となる前及びその後定期的に（通常は 1 年に 1 回だがそれより頻繁に実施しても構わない）無料の健康審査（通常は問診票による）を実施しなければならない。

ドイツ：立法とその施行状況の監督が国の責務と定められており、運用は①労働保護法等

の連邦法や規則（EU 指令によるものを含む）に基づき、州の労働保護官署の事業所監督を通じて推進する方策②ドイツ労災保険組合とその傘下の同業者組合の監督官を通じて推進する方策、の二重構造で推進されている。

【州政府による労働安全衛生の推進】労働安全衛生分野の体系的法律として、1996 年「就労者の労働安全衛生の改善のための労働保護の措置の実施に関する法律（労働保護法）」が制定されている。各州の事業所監督を行う営業監督官は一般的な行政当局にも立ち入り、検査して営業上の書類を閲覧し、作業手続き、作業進行を調査し、測定を行い、特に労働による健康への危険因子を調査し、改善命令を命ずる。

【ドイツ労災保険組合による労働安全衛生の推進】ドイツ労災保険組合とその傘下の同業者組合は、社会法典第 7 編（災害保険）で定められた労災保険の保険者であって、各業種・地域ごとに組織された事業主団体が指定されている。労災保険組合は、保険料の徴収、災害・職業病に対する療養、リハビリテーション、補償の給付等を行うが、労働安全衛生の分野では特に労働災害の予防に関する活動を自律的に行っており、具体的には災害・職業病の予防のための団体規則の制定、監督、過料の徴収等を行う。なお、労災保険組合は国の監督当局である連邦保険庁と連邦労働・社会省の監督下にあり、当局は労災保険組合が法や責任を果たしているかを監督する。

フランス：労働法典で労働者の安全を確保する義務が明記されている。また、安全衛生・労働条件委員会の設置や職業リスク評価調書（DUEP）の作成、産業医の配置の義務に関する規定が設けられている。2001 年から労働者を 1 人以上雇用する事業者は、職業リスク評価調書（DUEP）を作成するよう義務付けられている。これは労働者が巻き込まれる可能性のあるリスクを網羅・整理したリストで、それらのリスクの削減・解消のための対策が盛り込まれており、少なくとも 1 年に 1 回定期的に見直すとともに、労災が発生した場合はその都度見直すことになっている。また、従業員及び従業員代表、安全衛生・労働条件委員会（CHSCT）、労働医、社会保障機関の労災職業病調査員が閲覧できるようにしておかなければならない。深夜労働（2 時から 6 時まで）は、労働者の安全や健康の保護の要請を考慮に入れ、かつ、経済活動や公共サービスの継続性を確保する必要性によって正当化される場合にのみ例外的に実施することができることとされている。深夜労働は一日 8 時間を上限とし、原則として週 40 時間までが上限として認められている。雇用主は深夜労働に従事する労働者の健康を管理する義務があり、深夜労働の開始前と、開始後少なくとも 6 か月に一度は医師の診断を受けさせ、健康に支障がないと診断されなければ深夜労働に従事させることはできない。

2015 年 8 月に制定された「成長、活動及び経済的機会の平等のための法律（loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des territoires économiques）」（通称「マクロン法」）により規制が緩和され、国際観光地区の売店は夜間労働時間を 24 時から 7 時までとすることで、夜間労働に関する労使協定を必要とせず 24 時まで営業が可能になった。ただし、21 時から 24 時まで労働者を勤務させるには、書面で労働者の合意

を得る必要があり、また、2 倍の割増賃金と代償休息の設定、通勤手段及び託児費用の補償が義務付けられる。

欧州連合 EU: 夜間労働者の通常の労働時間が 24 時間ごとに平均 8 時間を超えないこと（特別な危険又は重い心身の緊張が伴う夜間労働者の場合は夜間労働を行う 24 時間ごとに 8 時間を超えないこと）。

スウェーデン：労働環境法において労使の役割や事業所における安全委員会の設置等の基本事項が規定されており、労働環境庁が具体的な規則等を整備するとともに監督・指導等を行っている。

夜間労働：通常 1 日の労働時間のうち 3 時間以上又は年間労働時間の 3 分の 1 以上を 22 時から 6 時までの夜間に就労する者を夜間労働者と定義している。夜間労働者の通常の労働時間は 24 時間の期間ごとに平均 8 時間を超えてはならず、また、特別な危険・重い心身の負担が伴う業務を行う場合は 24 時間ごとに 8 時間を超えてはならない。

中華人民共和国：中華人民共和国安全生産法により規定されており、安全監督・管理部門（主として生産過程における作業場の安全な生産や職業病予防の監督管理）、衛生・計画育成部門（主として職業病の診断治療の監督管理）、人的資源・社会保障部門（主として職業病患者の社会保障の監督管理）により担っている。近年、特に職業病の多発や大規模な労働災害が頻発する状況となっており、これが社会問題化している。そうした中、関連法案が相次いで改正された（職業病防治法改正（平成 23 年 12 月 31 日施行）、安全生産法改正（2014 年 12 月 1 日施行）、環境保護法改正（2015 年 1 月 1 日施行）。安全生産法の改正法においては、安全生産の強化を図るため 52 項目の改定が行われており、特に、安全生産に関する規則制度制定時の労働組合への意見聴取義務が新たに規定され、安全生産管理機構の設置基準又は専任安全生産管理人員の配備基準等が変更され、取り締まり措置や罰則の強化等が定められた。

インドネシア共和国：労働安全に関する 1970 年法律第 1 号及び 1996 年労働大臣規則第 5 号に基づき、労働安全衛生マネジメントシステム（OHSMS）という枠組みで取り組んでいる。しかし、必ずしも高い水準とは言いがたい。また、法制度の実効性の低さも指摘されており、経営者への罰則が 100 万ルピア又は 1 か月の禁固刑程度と法律の規制が緩いことも施策が定着しない一因と考えられている。

マレーシア：1994 年労働安全衛生法。職場における安全性と健康を促進するための枠組みを規定している。この法の施行に当たっては職業安全保健局が責任を負う。使用者、被用者、自営業者を含め事実上あらゆる分野の労働者の安全・健康の保護及びそれら

の仕事により危険にさらされ得る一般人の保護についても包括的に規定している。使用者は、従業員の健康・安全・福利の保護に努めなければならないとされ、この義務は安全な機械設備及び就労システムを提供し、維持管理する際において特に遵守が求められる。設備及び物質の使用、取扱い、保管、輸送の際には安全と健康のための措置を図ることとされ、健康へ悪影響を与える可能性のある物質の取扱いについては、使用者の義務の中に、安全対策への必要な情報提供や指示、訓練、監視業務も含まれている。40人以上の労働者を雇用する事業所においては、安全・保健委員会の設置が必要とされる。委員会は、従業員の安全と健康を守るための方法を常に検討し、問題が生じそうな場合調査を行う。使用者は職場で事故や危険な状況が発生した場合、又は、食中毒や疾病が発生したもしくは発生しそうな場合は、最寄りの職業安全保健事務所に届け出なければならない。機械機器の操作、据え付け、修理、取り壊しに当たっては専門家による施工が必要とされる。危険な化学物質を扱う場合も、専門家が空気の汚染や人への影響を常時監視しなければならないとされる。

ミャンマー：業種や分野を横断する形で労働者の安全衛生を確保するための法律は2016年12月現在なく、工場法や鉱業法等個々の法律に基づき、雇用者は職場の設備、有害な物質及び環境要因から生じる作業場の危険から労働者を保護する義務を負っている。現在、すべての業種を適用対象とする労働安全衛生法の制定作業が進められている。工場法においては、工場で使用される労働者の安全衛生及び作業環境に関し、詳細な規定が設けられている。

監督・指導：労働安全衛生に関する法体系同様、業種や分野を横断する形で労働者の安全衛生について監督・指導を行う体制は確保されていないが、工場法に基づく安全衛生措置に関する監督・指導は、労働・入国管理・人口省の下に設けられた工場労働法監督局が実施しているほか、業種・分野ごとに工業省（ボイラー及び電気関係）、鉱山省（鉱山関係）、保健省（産業保険関係）、建設省（建設工事関係）、農業灌漑省（農業関係）が実施している。

フィリピン：雇用主は、労働者に対して、安全かつ衛生的な労働環境を与えて、労働者の勤務中における傷害、疾病、死亡を防ぐべく、労働者数や仕事の性質に応じて無料で診療する医師の配置及び診療所の設置等、あらゆる予防策を講じなければならない。労働雇用大臣は、地方局長又は権限を付与された機関を通じ、視察の実施や執行権限の行使によって労働安全衛生基準を遵守させている。夜間労働者（0時から5時までを含む7時間以上を労働時間とする者）を雇う事業主は、以下を守る必要があるとされている。

- 1 健康診断の費用を負担すること
- 2 救護室・休憩室を設置すること
- 3 夜間労働が健康上困難である場合、異なる時間帯のシフトに配置換えすること

4 妊娠中の女性及び乳幼児を持つ女性を夜間労働させる場合、医師の許可をとること

タイ王国：労働安全衛生に関しては、従来は 1998 年労働保護法に規定されていたが、これら関係規定を抜き出すとともに新規事項を付加して、2011 年に独立した法律（労働安全衛生環境法）として整備された。同法では以下について定めている。

- ・使用者は労働者に安全で衛生的な作業条件及び環境を与えること。
- ・関連する支出に責任を負わなければならないこと。
- ・労働者は使用者に協力すること。
- ・使用者は労働安全衛生に関し、運営、管理及び実施を行うとともに、労働安全衛生基準に適合しなければならないこと。
- ・政労使及び労働安全衛生専門家により構成される労働安全衛生・環境委員会を設置し、同委員会に労働安全衛生に関する政策、計画、対策や省令、告示、規則の発布に対し意見を提出する権限を与えること。
- ・使用者が危険有害要因の事前評価、作業環境が労働者に及ぼす影響の調査、労働安全衛生作業計画の作成を行い、その結果を労働保護・福祉局に提出すること。
- ・安全検査官に事業所への立入検査、違反是正改善命令、使用停止命令等を行う権限を与えること。
- ・労働安全衛生の促進や調査研究等のために労働安全衛生・環境基金（政府による拠出や企業の罰金等により運営）及び労働安全衛生・環境機構を設置すること。

このほか、労働省では労働安全衛生及び環境に関するマスタープランを作成しており、

- 1 労働安全衛生基準の確立・開発
- 2 労働安全衛生の課題の監視・管理及び追跡調査
- 3 労働安全衛生活動の構築及び促進
- 4 労働安全衛生マネジメントシステムの開発

を目標として掲げている。

ベトナム社会主義共和国：2016 年 7 月 1 日、労働安全衛生法（84/2015/QH13）が施行された。これまで労働法第 9 章や様々な政令、通達等に点在していた規定を 1 つの法律にまとめた内容で、労働安全衛生に関する体系的な法律が初めて施行された。同法では、使用者の義務を従来より強化しており、下記の事項等が規定された。

【一般的な使用者の義務（抜粋）】

- 1 労働災害・職業病の保険料の納付
- 2 労働安全衛生確保に関する訓練・研修会の開催
- 3 労働者の健康や生命を脅かす労働災害が発生するおそれがあると判断した場合、当該職場での業務継続等の禁止
- 4 労働安全衛生確保に関する規定等の実施状況をモニタリングする検査担当者の配置
- 5 労働安全衛生確保の計画等を立案する際の労働組合に対する意見聴取

【職場の労働安全衛生に関する使用者の義務（抜粋）】

- 1 危険要素、有害要素に関する各項目の定期的な検査、測定
- 2 機械、設備等が労働安全衛生に関する技術基準や標準規格、職場規則、手順に則った使用・保管等が行われていること
- 3 危険要素、有害要素を持つ業務に労働者を従事させる場合に個人用保護具の十分な用意
- 4 緊急対応計画の策定

なお、労働安全衛生確保の計画等を立案する際の労働組合に対する意見聴取のほか、労働組合と連携した安全衛生係員のネットワーク構築、安全訓練、労災調査等、労働組合の関与度合いの高い点が特徴となっている。労働傷病病社会問題省及び保健省が発行した、著しい重労働又は有害若しくは危険な作業を伴う業務リスト（1152/2003/QD-BLDTBXH）に掲げられた業務に従事する作業員は、1日の労働時間を1～2時間短縮されるものとする。

インド：労働安全衛生を定める法律としては、1948年工場法、1952年鉱山法、1986年港湾労働者（安全、健康及び福祉）法があるが、包括的に労働安全衛生を定める法律はなく、適用範囲も工場、鉱山、港湾の組織部門に限られている。このうち、工場と港湾に関する安全衛生は労働・雇用省の工場指導・労働研究所総局が施策及び法令の立案を行い、州政府の担当部局と連携して監督を行っている。鉱山については労働・雇用省の鉱山安全総局が所管している。

参考文献：

- ・「2016年 海外情勢報告」（厚生労働省）

及び以下の資料4点

- ・データブック国際労働比較 2017（労働政策研究・研修機構（JILPT）より該当部分を抜粋）
- ・EU主要国の労働時間規制（上限規制）について（第3回 仕事と生活の調和のための時間外労働規制に関する検討会：平成28年10月14日）
- ・海外労働情報 2011年1月（労働政策研究・研修機構（JILPT））
- ・時間外労働の上限規制をめぐる動向：（国立国会図書館 調査及び立法考査局社会労働課）田中敏 調査と情報—ISSUE BRIEF—No. 986（2017.12.7）

参考資料 4 米国メイヨークリニックにおける医師に対する健康管理の視点

Drivers of burnout and engagement in physicians	 Individual factors	 Work unit factors	 Organization factors	 National factors
Workload and job demands	• Specialty • Practice location • Decision to increase work to increase income	• Productivity expectations • Team structure • Efficiency • Use of allied health professionals	• Productivity targets • Method of compensation - Salary - Productivity based • Payer mix	• Structure reimbursement - Medicare/Medicaid - Bundled payments - Documentation requirements
Efficiency and resources	• Experience • Ability to prioritize • Personal efficiency • Organizational skills • Willingness to delegate • Ability to say “no”	• Availability of support staff and their experience • Patient check-in efficiency/process • Use of scribes • Team huddles • Use of allied health professionals	• Integration of care • Use of patient portal • Institutional efficiency: - EHR - Appointment system - Ordering systems • How regulations interpreted and applied	• Integration of care • Requirements for: - Electronic prescribing - Medication reconciliation - Meaningful use of EHR • Certification agency facility regulations (JCAHO) • Precertifications for tests/treatments
Meaning in work	• Self-awareness of most personally meaningful aspect of work • Ability to shape career to focus on interests • Doctor–patient relationships • Personal recognition of positive events at work	• Match of work to talents and interests of individuals • Opportunities for involvement - Education - Research - Leadership	• Organizational culture • Practice environment • Opportunities for professional development	• Evolving supervisory role of physicians (potentially less direct patient contact) • Reduced funding - Research - Education • Regulations that increase clerical work
Culture and values	• Personal values • Professional values • Level of altruism • Moral compass/ethics • Commitment to organization	• Behavior of work unit leader • Work unit norms and expectations • Equity/fairness	• Organization’s mission - Service/quality vs profit • Organization’s values • Behavior of senior leaders • Communication/ messaging • Organizational norms and expectations • Just culture	• System of coverage for uninsured • Structure reimbursement - What is rewarded • Regulations
Control and flexibility	• Personality • Assertiveness • Intentionality	• Degree of flexibility: - Control of physician calendars - Clinic start/end times - Vacation scheduling - Call schedule	• Scheduling system • Policies • Affiliations that restrict referrals • Rigid application practice guidelines	• Precertifications for tests/ treatments • Insurance networks that restrict referrals • Practice guidelines
Social support and community at work	• Personality traits • Length of service • Relationship-building skills	• Collegiality in practice environment • Physical configuration of work unit space • Social gatherings to promote community • Team structure	• Collegiality across the organization • Physician lounge • Strategies to build community • Social gatherings	• Support and community created by Medical/specialty societies
Work-life integration	• Priorities and values • Personal characteristics - Spouse/partner - Children/dependents - Health issues	• Call schedule • Structure night/weekend coverage • Cross-coverage for time away • Expectations/role models	• Vacation policies • Sick/medical leave • Policies - Part-time work - Flexible scheduling • Expectations/role models	• Requirements for: - Maintenance certification - Licensing • Regulations that increase clerical work

FIGURE 3. Drivers of burnout and engagement with examples of individual, work unit, organization, and national factors that influence each driver. EHR = electronic health record; JCAHO = Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Adapted from *Mayo Clin Proc.*³⁹

Shanafelt TD, Noseworthy JH, editors. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. Mayo Clinic Proceedings; 2017: Elsevier.

①労働基準監督署の監督で提出を求められる書類
(不明点は医療勤務環境改善支援センターの社労士に相談)

- 会社組織図
- 労働者名簿
- 就業規則
- 雇用契約書（労働条件通知書）
- 賃金台帳（賃金明細書）
- タイムカード（出勤簿）
- 時間外・休日労働に関する協定届
- 当該企業で必要となる労使協定（36協定、変形時間労働制等）
- 有給休暇の取得状況の管理簿（有給休暇届）
- 定期健康診断の実施状況の資料
- 総括安全衛生管理者の選任状況の資料
- 安全委員会・衛生委員会の設置・運営状況の資料
- 産業医の選任状況のわかる資料、など

労基署臨検では、文書提出の指示が出る。
不明点は医療勤務環境改善支援センターの
社労士に相談

②労働基準監督署の「臨検」

労働基準監督官は、事業場、就労現場、寄宿舍その他の付属建物に立ち入り、帳簿及び書類の提出を求め、または使用者や労働者に尋問を行うことができる。また、労働基準監督官は労基法、安衛法、最賃法などの法律違反について会社を強制調査する特別司法警察職員である。

労働基準監督署が労基法等の違反の有無を調査する目的で事業場に立ち入ることを「臨検」という（臨検監督、監督指導等とも呼ばれる）。臨検には次の4種類がある。

臨検の種類	内容
定期監督	監督計画に基づき、担当地域内の工場、事務所、商店、建設現場等のなかから労基署が任意の事業場を選んで定期的強制立入調査、改善指導を行う。
申告監督	労働者等（従業員、退職者等）から「会社が労基法、安衛法等に違反をしている。調査し改善してほしい」などといった申告（依頼）に基づいて実施される。該当事務所関係者を労基署に呼び出して監督指導を行う場合と、労基監督官が事業場に臨検監督を行う場合がある。 なお、社内調査で申告者を探し、解雇その他の不利益を与えることは労基法第104条で禁止されている。
災害調査 災害時監督	労働災害により事業場で労働者が死傷した場合などに、その実態、原因、安衛法違反の有無を確認するとともに、再発防止のための緊急対策を行う。 災害の規模等により、災害調査と災害時監督に分かれる。
再監督	定期監督、申告監督、または災害時監督の際に、労基監督官が是正勧告した法違反が、その後、実際に改善されたかどうかを確認する必要がある場合などに行われる。

「企業の労基署対応の実務」（経営書院）等を元に作成

		医療保険業	全業種計
	定期監督等実施事業場数	1,772	133,116
	同違反事業場数	1,396	92,034
	同違反事業場比率 (%)	78.8%	69.1%

			医療保険業a		全業種計b		a-b	
労働基準法	15条	労働条件の明示	373	16.7%	15,545	16.0%	0.7%	
	20条	解雇の予告	3	0.1%	133	0.1%	0.0%	
	23・24条	賃金不払	113	5.1%	5,425	5.6%	-0.5%	
	32・40条	労働時間	608	27.2%	27,581	28.3%	-1.1%	
	34条	休憩	34	1.5%	1,732	1.8%	-0.3%	
	35条	休日	28	1.3%	2,252	2.3%	-1.1%	
	36条	有害時間・協定の基準適合	1	0.0%	106	0.1%	-0.1%	
	37条	割増賃金	484	21.6%	19,400	19.9%	1.7%	
	39条	年次有給休暇	15	0.7%	163	0.2%	0.5%	
	89条	就業規則	298	13.3%	10,673	11.0%	2.4%	
	107条	労働者名簿	22	1.0%	1,654	1.7%	-0.7%	
	108条	賃金台帳	218	9.7%	9,527	9.8%	0.0%	
	4条	最賃効力	39	1.7%	3,211	3.3%	-1.6%	
労基法 違反合計			2,236	100.0%	97,402	100.0%	0.0%	
労働安全衛生法	10条	総括安全衛生管理者	1	0.1%	44	0.0%	0.0%	
	12条	衛生管理者	113	8.5%	5,743	4.0%	4.4%	
	14条	作業主任者	50	3.7%	6,966	4.9%	-1.1%	
	17~19条	安全衛生委員会等	142	10.6%	3,109	2.2%	8.5%	
	20~25条	(安全基準)	8	0.6%	25,474	17.8%	-17.2%	
		労働安全衛生規則	7	0.5%	24,467	17.1%	-16.6%	
		クレーン等安全規則	1	0.1%	1,700	1.2%	-1.1%	
		(衛生基準)	79	5.9%	7,540	5.3%	0.6%	
		労働安全衛生規則	1	0.1%	435	0.3%	-0.2%	
		有機溶剤中毒予防規則	31	2.3%	3,470	2.4%	-0.1%	
		特定化学物質障害予防規則	62	4.6%	2,982	2.1%	2.6%	
	45条	電離放射線障害防止規則	6	0.4%	20	0.0%	0.4%	
		定期自主検査	28	2.1%	7,667	5.4%	-3.3%	
		59・60条	安全衛生教育	9	0.7%	2,106	1.5%	-0.8%
		(作業環境測定)	42	3.1%	4,014	2.8%	0.3%	
	65条	有機溶剤中毒予防規則	13	1.0%	2,862	2.0%	-1.0%	
		特定化学物質障害予防規則	34	2.5%	1,904	1.3%	1.2%	
		電離放射線障害防止規則	4	0.3%	4	0.0%	0.3%	
		(健康診断)	342	25.6%	20,190	14.1%	11.5%	
	66条	労働安全衛生規則	319	23.9%	17,834	12.5%	11.4%	
		有機溶剤中毒予防規則	11	0.8%	1,873	1.3%	-0.5%	
		特定化学物質障害予防規則	9	0.7%	1,881	1.3%	-0.6%	
		電離放射線障害防止規則	21	1.6%	27	0.0%	1.6%	
	88条	計画の届け出	2	0.1%	604	0.4%	-0.3%	
安衛法 違反合計			1,335	100.0%	142,916	100.0%	0.0%	

参考資料 6 労働安全衛生法の概要

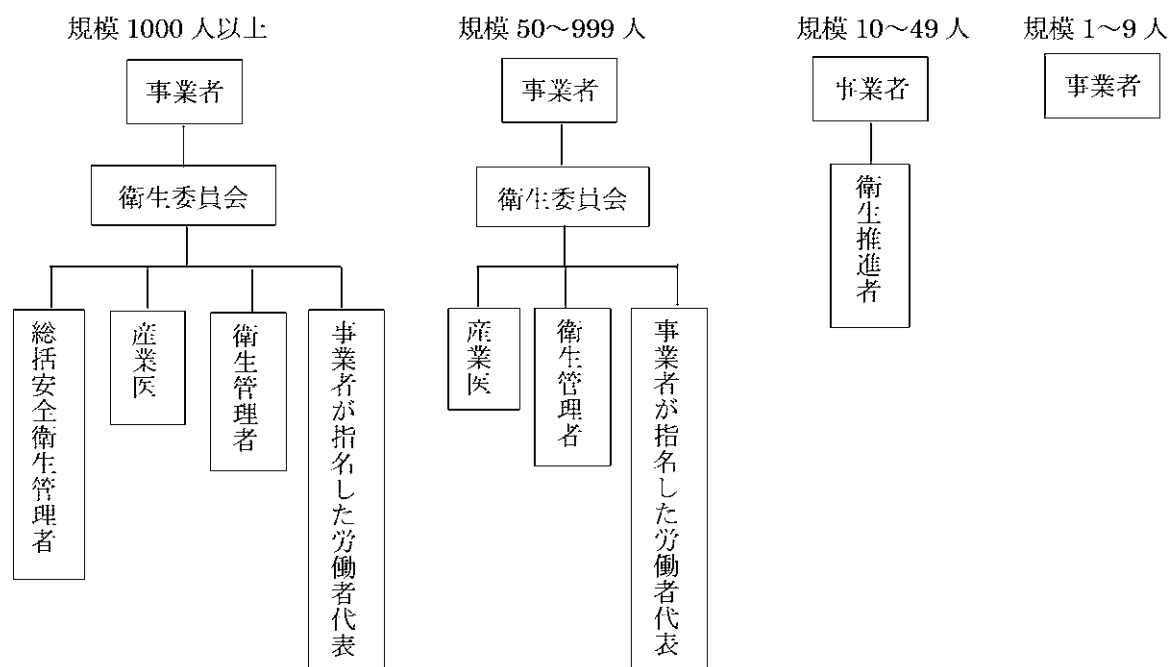
労働安全衛生法における規定はほとんどが事業者の義務に関わるものである。これは事業場内で働く者の安全と健康は事業者には責任があるということである。それゆえに労働安全衛生法に基づいて行う様々なプログラム（例えば労働安全衛生マネジメントシステム、メンタルヘルスケア等）では、事業者がまず行うべき事項としてそれを推進する旨の表明が第一に掲げられている。事業者及び指導的立場にある者は労働者の健康に関わる労働基準法ならびに労働安全衛生法の基本的な事項は理解しておく必要がある。

事業者は、労働災害の防止等の自主的活動を促進するため、総括安全衛生管理者、衛生管理者、産業医等を選任する等の責任体制を明確にしなければならない。更に事業者は、事業場内の労働者の健康の障害防止、健康の保持増進更に労働災害の原因及び再発防止対策を行うために安全衛生委員会等を設けなければならない。（根拠法令：総括安全衛生管理者（労働安全衛生法第10条）、衛生管理者（法第12条）、安全衛生推進者（法第12条の2）、産業医（法第13条）、衛生委員会（法第18条））

（以下条文を示す場合、労働安全衛生法は「法」、労働安全衛生規則は「則」とする。）

図1に医療業における事業場規模別の安全衛生管理体制の例を示した。事業場規模により必要とされる体制（専門家）が異なる。

図1 事業場規模別の安全衛生管理体制の例（医療業）



衛生委員会等の設置が職場の災害防止には不可欠であり、このことは医療機関の調査でも示されている。

「安全衛生委員会等の設置されている病院は、労働災害におけるヒヤリハットが労働者1000人当たり96.7件と多数報告されている。これはヒヤリハット事例が多いというよりも、顕在化が進んでいると考えられる。レベルの高い労働災害の低下には至っていないが、ヒヤリハット事例を掘り起こす活動

の継続が望まれる。

一方、安全衛生委員会等が設置されていない病院では、それが 35.3 件と少ない。安全衛生委員会を設置し、ヒヤリハット事例を掘り起こす活動の推進が望まれる。」

(医療機関における安全管理の実施状況と産業医の活用、平成 14 年、労働福祉事業団大阪産業保健推進センター)

【危険有害要因関連】

労働者の危険又は健康障害の要因及びこれらの危険有害要因による労働者の危険又は健康障害対策のために、様々な措置が規定されている。〈危険又は健康障害を防止するための措置（法第 20 条から第 25 条）、安全衛生教育（法第 59 条～第 60 条の 2）、リスクアセスメント（法第 28 条の 2、第 57 条の 3）、作業環境測定（法第 65 条）、健康診断（法第 66 条～第 66 条の 10）等〉

放射線業務や過去において重大な災害を起こした化学物質等については、以下のような特別規則が制定されており、設備、換気装置、測定、健康診断、保護具等についての規定がある。

- － 電離放射線障害防止規則
- － 粉じん障害防止規則
- － 有機溶剤中毒予防規則
- － 鉛中毒予防規則
- － 四アルキル鉛中毒予防規則
- － 特定化学物質障害予防規則
- － 石綿障害予防規則

【健康診断】

職場の有害要因の種類は法令で定められた健康診断からも知ることができる。労働安全衛生法では労働者の健康確保のために様々な健康診断の実施が定められているが、特に医師に関係すると思われる健康診断には以下のようなものがある。

- 健康診断（法第 66 条）－医師及び歯科医師による健康診断
- 雇入れ時の健康診断（則第 43 条）－雇入れの際
- 定期健康診断（則第 44 条）－1 年以内ごとに 1 回
- 特定業務従事者の健康診断（則第 45 条）（則第 13 条第 1 項第 2 号に掲げる業務－ 13 業務）－配置換えの際及び 6 か月以内ごとに 1 回
 - ・ラジウム放射線、エックス線その他の有害放射線にさらされる業務
 - ・深夜業を含む業務
 - ・ホルムアルデヒド、エチレンオキシド等を発散する場所における業務
- 特殊健康診断（有害な業務に常時従事する労働者－ 13 種）－雇入れ時、配置換えの際、6 か月以内ごとに 1 回
 - ・放射線業務に常時従事する労働者で管理区域に立ち入る者（電離放射線障害防止規

則第 56 条)

- ・有機溶剤（キシレン等）取扱い業務者（有機溶剤中毒予防規則第 29 条）
- ・特定化学物質（発がん物質等）取扱い業務者（特定化学物質障害予防規則第 39 条）

また、これらの他に行政通達により指導勧奨されている健康診断（32 業務）があり、広く医師に関係するものとしては、重量物取扱い作業、介護作業等腰部に著しい負担のかかる作業及び VDT 作業等がある。

〈母性保護に関する法令〉

母性保護に関しては、労働基準法及び女性労働基準規則で就業禁止業務が定められている。具体的には重量物取扱い作業、有害物質取扱作業があり電離放射線に関しては被ばく限界が定められている。医師に関係すると思われる関係法令を以下に示す。〈危険有害業務の就業制限（労働基準法第 64 条の 3）、産前産後の業務（労働基準法第 65 条第 1 項、第 2 項、第 3 項）、妊産婦の労働時間（労働基準法第 66 条第 1 項、第 2 項、第 3 項）、妊産婦以外の女性の危険有害業務への就業制限（女性労働基準規則第 3 条）、放射線被ばく限度（電離放射線障害防止規則第 4 条、第 6 条）〉

〈労働基準法による労働時間〉

労働基準法第 32 条（労働時間）で「使用者は、労働者に、休憩時間を除き一週間について四十時間を超えて、労働させてはならない。」、更に第 32 条の 2 で「使用者は、一週間の各日については、労働者に、休憩時間を除き一日について八時間を超えて、労働させてはならない。」とあり、これが労働時間の基本である。

一方、労働基準法第 36 条、いわゆる 36 協定（時間外、休日労働に関する協定）で定める時間延長については、限度時間の定め（労働基準法第 36 条第 1 項で定める労働時間の延長の限度等に関する基準－平成 10 年労働省告示第 154 号）がある。

期間	1 週間	2 週間	4 週間	1 箇月	2 箇月	3 箇月	1 年間
限度時間	15 時間	27 時間	43 時間	45 時間	81 時間	120 時間	360 時間

更に実際にはこれを超えた長時間労働により、健康障害を起こす労働者がいることから、労働安全衛生法による面接指導、事後措置等の措置が決められている。

長時間労働による過労も含めたメンタルストレスのストレスチェック制度の概要と長時間労働者への医師による面接指導制度の流れを以下に示した。

〈ストレスチェック制度〉

長時間労働による過労も含めたメンタルストレスが原因と考えられる精神障害の労災認定件数の増加を踏まえ、労働者の心理的な負担の程度を把握するために、医師、保健師等によるストレスチェックの実施が平成 27 年 12 月から事業者には義務付けられた（新設条文－法第 66 条の 10）。ただし従業員 50 人未満の事業場については当面努力義務となっている。

ストレスチェックを実施した場合には、事業者は、検査結果を通知された労働者の希望に応じて医師による面接指導を実施し、その結果、医師の意見を聞いた上で、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならない。

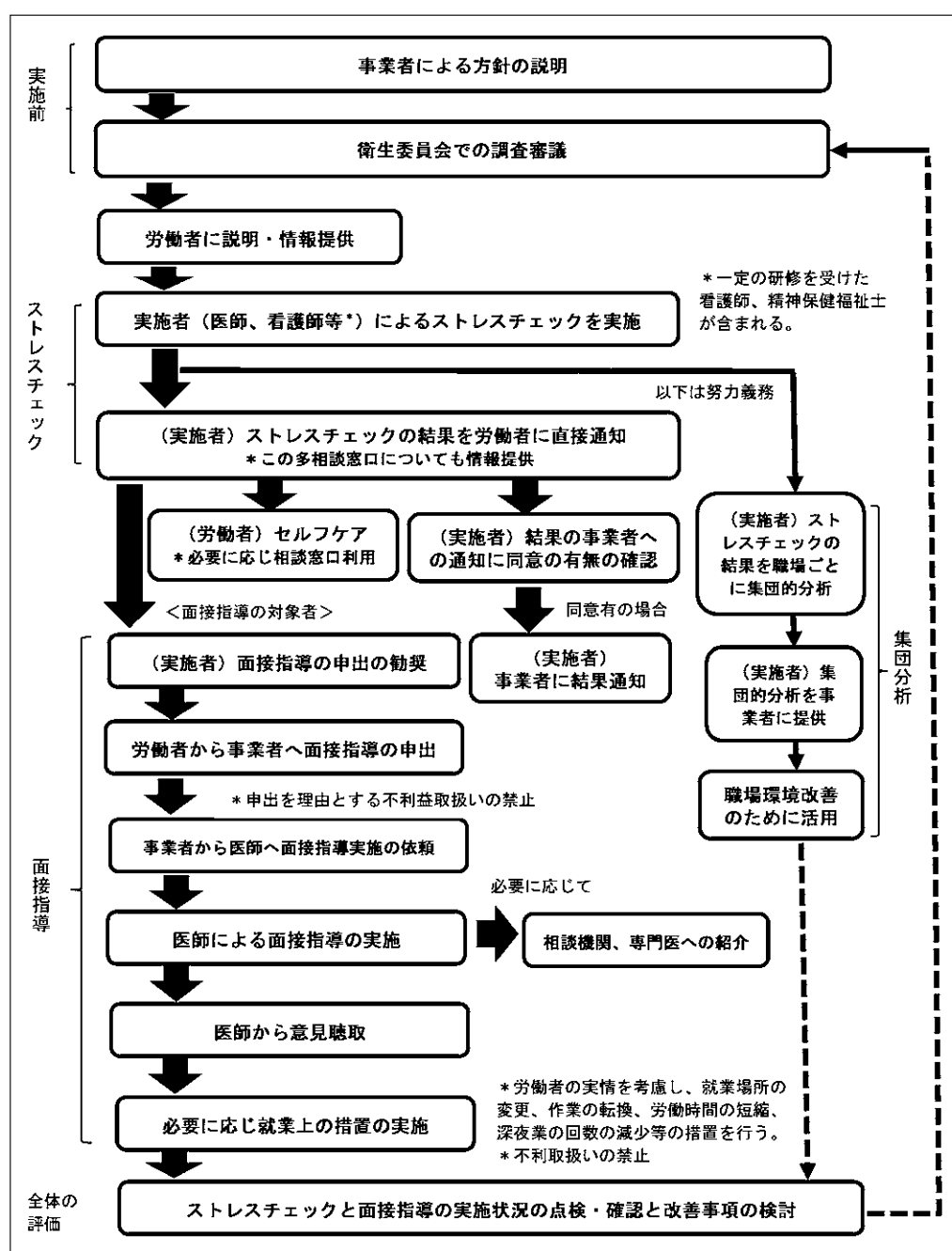
図2にストレスチェックと面接指導の実施に係る流れを示した。ストレスチェックの結果が労働者個人の分析のみならず、職場の集団分析にも活用することが努力義務となっている。

ストレスチェックに関する様々なツールは厚生労働省サイトからダウンロードできる。

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/>)

〈衛生委員会（法第18条の4）、衛生委員会の付議事項－精神的健康の保持増進対策（則第22条の10）、心理的な負担の程度を把握するための検査等（法第66条の10）〉

図2 ストレスチェックと面接指導の実施に係る流れ



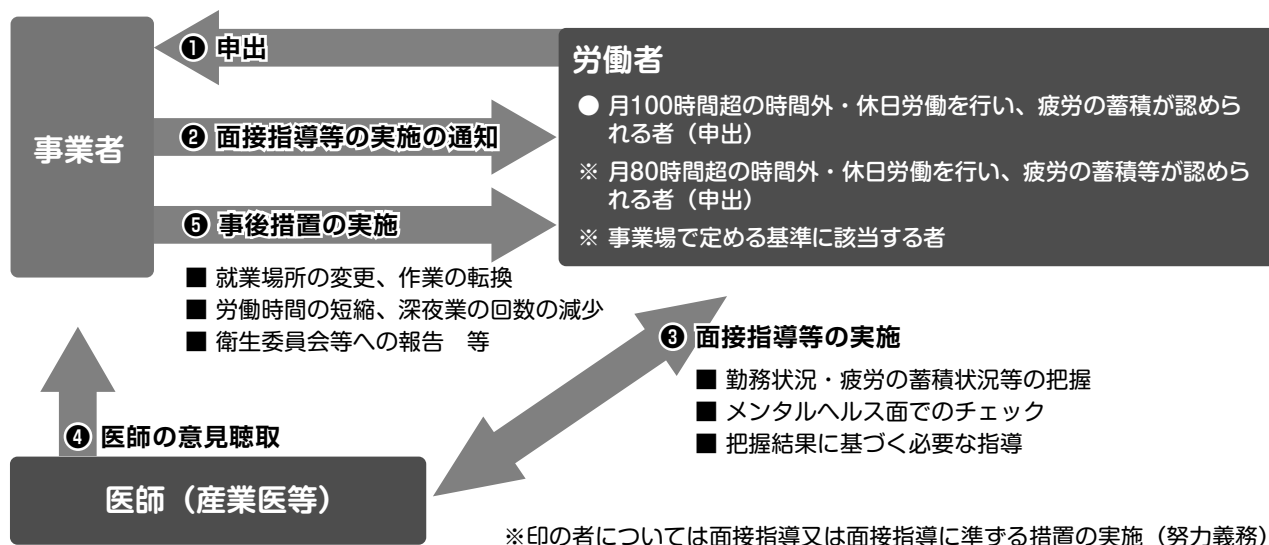
「改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度について

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150422-1.pdf>) から引用

〈長時間労働者への面接指導〉

長時間労働者への医師による面接指導制度は以下のような流れで行われる。

図3 長時間労働者への医師の面接指導制度の概要



厚生労働省、中央労働災害防止協会 パンフレット「過重労働による健康障害を防ぐために」から抜粋

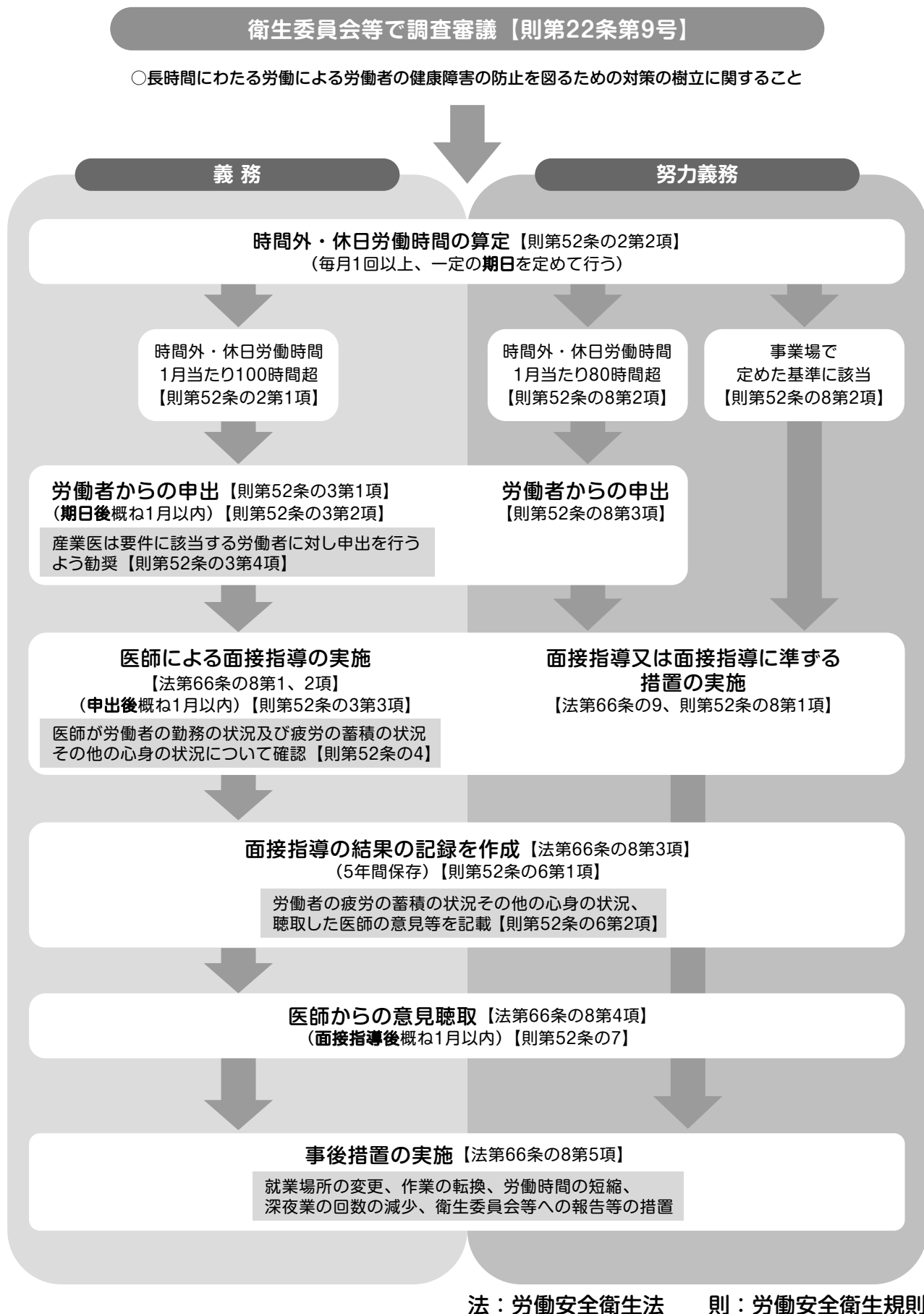
〈労働安全衛生法〉

図4において労働安全衛生法で規定されているのは、医師による面接指導の実施（法第66条の8第1、2項）、面接指導又は面接指導に準ずる措置の実施（法第66条の9）、面接指導の結果の記録を作成（法第66条の8第3項）、医師からの意見聴取（法第66条の8第4項）、事後措置の実施（法第66条の8第5項）である。

ポイントは時間外・休日労働時間が1月平均100時間を超えた場合に、労働者の申し出に基づき、面接指導を行わなければならないということである。80時間超の場合には努力義務である。そして事業者は、面接指導を実施した労働者の健康を保持するために実用な措置について、医師の意見を聞かなければならない。更に事業者は、医師の意見を勘案して、必要と認める場合には適切な措置（就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少、衛生委員会等への報告書等）をしなければならない。

また、労働時間の算定等は労働安全衛生規則によって規定されている。

図4 面接指導等の実施に係る流れ



【産業医の働き方改革】

働き方改革実行計画において「働き方改革実行計画を踏まえた今後の産業医・産業保健機能の強化」が検討され、平成 29 年月 6 日に報告書が労働政策審議会から厚生労働大臣に出された。

この中で「治療と仕事の両立支援に当たっての産業医の役割の重要性に鑑み、治療と仕事の両立支援に係る産業医の能力向上や相談支援機能の強化等産業医・産業保健機能の強化を図る。また、過重な長時間労働やメンタル不調等により過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないため、産業医による面接指導や健康相談等が確実に実施されるようにし、企業における労働者の健康管理を強化する。加えて、産業医の独立性や中立性を高める等産業医の在り方を見直し、産業医等が医学専門的な立場から働く方一人ひとりの健康確保のためにより一層効果的な活動を行いやすい環境を整備する。

これにより、働く人々が健康の不安なく、働くモチベーションを高め、最大限に能力を向上・発揮することを促進する。」とされている。

これに関して以下のような方向で法制化が検討されている。

これを実行するために、産業医の役割の重要性が指摘され、

- ・長時間労働者等への就業上の措置に対して産業医がよりの確に関与するための方策、
 - ・労働者が産業医・産業保健スタッフに直接健康相談ができる環境整備等
- が産業医の活動に関する対応策として挙げられている。

そして産業医がより一層効果的な活動を行いやすい環境の整備をすることが求められているとして、その対策の方向性が以下のように示されている。

ア 産業医の独立性、中立性を強化するための方策

- (ア) 産業医が、産業医学の専門的立場から、独立性を持って職務を行うことができるよう、産業医は、産業医学に関する知識に基づいて、誠実にその職務を行わなければならないことを法令に明示することとすることが適当である。
- (イ) 産業医は、産業医学に関する知識・能力の維持向上に努めなければならないこととすることが適当である。
- (ウ) 産業医の身分の安定性を担保し、職務の遂行の独立性・中立性を高める観点から、産業医が離任した場合には、事業者はその旨及びその理由を衛生委員会に報告することとすることが適当である。
- (エ) 国は、産業医の養成体制の強化、継続的な資質向上のための取り組み及び事業者と産業医が協力して産業保健活動を効果的に進めることについて必要な支援を図ることが適当である。

イ 産業医がより効果的に活動するために必要な情報が提供される仕組みの整備

事業者は、産業医が労働者の健康管理等を適切に行うために必要な情報を提供することが適当である。この必要な情報には、「休憩時間を除き 1 週間当たり 40 時間を超えて労働させた場合におけるその超えた時間が 1 月当たり 80 時間を超えた労働者の氏名及び当該労働者に係る超えた時間に関する情報」や「労働者の健康管理のために必要とな

る労働者の業務に関する情報」等が含まれる。

ウ 産業医が衛生委員会に積極的に提案できることその他産業医の権限の明確化

(ア) 衛生委員会において、その委員である産業医が労働者の健康管理の観点から必要な調査審議を求めることができることとすることが適当である。また、調査審議の発議のみならず、衛生委員会の活発な議論を進めるため、産業医は衛生委員会に出席して専門的立場から必要な発言等を積極的に行うことが求められる。

(イ) 産業医のより一層効果的な活動を行いやすい環境の整備の観点から、現場の労働者等からの情報収集、事業者や作業主任者等に対する意見、危機的緊急事態での現場で作業する労働者等への指示等、当該事業場の実情に応じて必要となる産業医の権限についてより具体化・明確化することが適当である。

これらの対策の実行は、曖昧だった産業医の専門性、位置づけ、事業場での役割を明確にして、産業医の働き方を改革し、より労働者の健康確保に貢献するための第一歩になると言えよう。

〈推薦図書〉

相澤好治監修、医療機関での作業保健の手引き、篠原出版新社、2006 年

相澤好治監修、医療機関における産業保健活動マニュアル、産業医学振興財団、2013 年

1 調査の目的と方法

医療機関における産業保健活動の実態を把握するため、基礎資料を得ることを目的として、医療機関における産業保健活動に関するアンケート調査（以下、「産業保健活動調査」という）を実施した。日本医師会会員医療機関施設長から無作為に抽出した 5,000 施設を対象に、平成 29 年 3 月 1 日に無記名式の調査用紙を医療機関施設長宛に郵送法で発送し、平成 29 年 3 月 31 日までに専用封筒で返信するよう求めた。調査用紙に含めた質問内容は、回答者の基本属性に関する 4 問、産業医活動に関する 10 問、外部資源に関する 2 問を尋ね、自施設の産業保健活動への取り組み、医療機関における課題、医師会への期待、国・行政への期待について自由意見の記載を求めた。調査用紙は、別添 2 の通りとした。

平成 29 年 4 月 24 日までに 1,920 の施設からの有効回答を得た（回答率 38.4%）。回答の概要について、回答者の基本属性、産業医活動、外部資源との連携、医療機関における産業保健活動の考え方、医師会・国・行政への期待の 5 つに分けてまとめた。

2 回答者の基本属性

回答者属性は 35.3%（678 施設）が施設管理者、8.1%（156 施設）が施設担当産業医、52.7%（1,011 施設）が事務担当者であった。医療機関の病床数、職員数、所属団体は既知の日本の医療機関の属性と一致しており、日本の医療機関の状況を反映していると考えられた。

3 医療機関における産業医活動

(1) 産業医の選任の実情と産業保健活動への関与

産業医は 92.3%（1,773 施設）の機関で選任されており、届出はうち 73%（1,294 施設）で行われていた。産業医の内訳は施設外の医師が 17.1%（342 施設）、施設内の施設管理者以外の医師が 64.7%（1,148 施設）であったが、未だ施設管理者の医師が産業医を兼任している施設が 19.3%（342 施設）あった。

産業保健活動への産業医の関与の高いものは、健康診断結果の判定（69.1%）、衛生委員会への出席（62.2%）、健康相談（46.9%）、安全衛生方針作成への助言（40.3%）であったが、一方年間目標設定や計画作成等への助言（19.6%）や復帰面談（22.6%）、労働衛生・健康教育（24.4%）は相対的に低かった。職場巡視（33.4%）の一年あたりの平均巡視回数は 9.1 回であった。

図表 1 院内の活動における産業医の関与（複数選択可）

回答数【1,920】

具体的な実施内容	回答数	%
安全衛生方針作成への助言	773	40.3%
年間目標設定・計画作成等への助言	377	19.6%

職場巡視	642	33.4%
衛生委員会への出席	1,195	62.2%
健康診断結果の判定	1,326	69.1%
就業上の措置判定	517	26.9%
健康相談	901	46.9%
復帰面談	433	22.6%
労働衛生・健康教育	468	24.4%
医療安全に関する活動	520	27.1%
院内感染管理に関する活動	628	32.7%
その他	29	1.5%

(2) 過重労働・メンタルヘルス対策

長時間労働者の面接指導はおよそ 1/4 (25.0% : 479 施設) で行われていた。そのうち 100 時間以上の長時間労働者全員に実施している施設は 31.7%、100 時間以上で申し出たものに実施している施設は 36.3% であった。

ストレスチェックは 91% (1,748 施設) で行われていた。高ストレス者の面接指導は 60.6% (1,163 施設) で実施されており、自施設の産業医が 55.5% (646 施設)、自施設の産業医以外の医師が 14.2% (165 施設)、外部の医師に委託している施設が 22.3% (259 施設) であった。

1 年間の私傷病による 1 ヶ月以上の休職者数はなしが 35.9% (690 施設)、1-4 名がおよそ半数 49.0% (940 施設) で最も多いが、20 名以上も 0.7% (14 施設) あった。

メンタルヘルス対策として産業医を含んだ復職判定制度を実施している施設は 33.3% (639 施設)、リハビリ勤務制度 (休職のまま試験的出勤) を実施している施設は 26.6% (511 施設) であった。産業医によるメンタル主治医との連携は 42.4% (815 施設) で行われており、メンタルヘルス担当産業医は 49.9% (959 施設) であり、そのうち自施設の医師が 70.9% (680 施設)、外部委託先の医師が 28.0% (268 施設) であった。メンタルヘルス担当産業医がなくても相談先を持っている施設が 22.1% (425 施設) あった。

治療と職業の両立支援は 65% (1,248 施設) で行われており、実施の高いものは柔軟な勤務体制 (83.4%)、治療・通院目的の休暇・休業制度 (47.1%)、休暇制度等を利用しやすい風土の醸成 (38.1%) であった。

図表 2 治療と職業生活の両立支援の実施「有り」の回答数 (n=1,248、複数選択)

具体的な実施内容	回答数	%
柔軟な勤務体制 (短時間勤務・業務負荷の軽減等)	1,041	83.4%
通勤への配慮 (時差出勤・職場に近い社宅の手配等)	262	21.0%
治療・通院目的の休暇・休業制度等	588	47.1%
病気の予防や早期発見等労働者向けに普及啓発や研修の実施	335	26.8%
休暇制度等を利用しやすい風土の醸成	476	38.1%
その他	25	2.0%

4 外部資源との連携

産業保健総合支援センター、地域窓口（地産保センター）の活用は低く（それぞれ9.8%、5.6%）、都道府県医療勤務環境改善支援センターの周知は未だ低く（48.5%が知らない）、知っていても活用経験は6.5%にとどまった。いきいき働く医療機関サポート（いきサポ）の周知率も31.9%と低く、活用経験も4.7%にとどまっていた。

5 医療機関における産業保健活動の考え方、取り組み内容

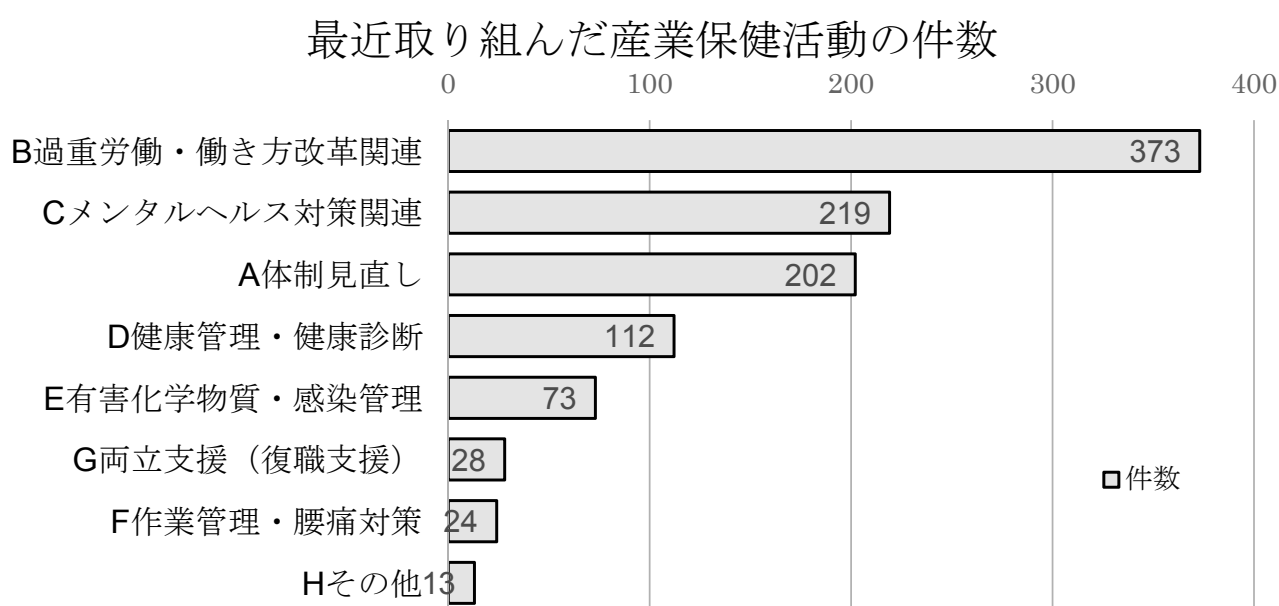
自由記入欄に記載された事例から、日本の医療機関で現在取り組まれている産業保健活動について、現場で特に力を入れていることや、取り組みの見直しを行っていること等の良好実践事例についてまとめ、医療機関における産業保健活動推進のための具体的方策の検討に資する産業保健活動を明らかにした。まとめる際には、複数の産業保健に関する実務経験や研究実績のある専門職（医師、保健師、日本医師会スタッフ）によって（1）自由記入欄から読み取ることのできる個別対策事例、（2）産業保健活動の取り組み方による分類の2つの方法からの分類を試みた。

（1）個別対策事例の集計結果の概要

その結果、回収数1,920件のうち、自由回答欄に記載があったものは581件（581施設）であり、取り組まれた項目毎に分類した結果、1044件の取り組みに細分化し、8項目の大項目に分類できた（図3）。時間外労働削減・労務管理見直し等の働き方改革関連、ストレスチェック実施等のメンタルヘルス対策、委員会連携・産業医選任等の体制見直し、健康診断・健康管理、有害化学物質・感染管理、復職・両立支援等が上位となった。

8項目を細分化し、約90項目の小項目に分類されたキーワードの例を、表4に示した。

図表3 最近力を入れている又は見直しを行った産業保健活動（大項目）



図表 4 最近力を入れている又は見直しを行った産業保健活動の具体例

大項目	小項目の例
A 労働安全衛生管理体制強化、見直し	・施設の労働安全衛生方針作成、年間計画・重点計画作成 ・健康経営宣言、いきいき働く医療機関宣言 ・労働安全衛生委員会の機能強化 ・産業医選任複数化、外部委託 ・衛生管理者選任増強 ・院内委員会（医療安全、感染症対策等）との連携 ・職場巡視の実施、他部門との合同実施 ・教育研修機会の増加 ・医療勤務環境改善支援センターからの支援
B 労務管理、過重労働対策、働き方改革	・労働時間把握の工夫 ・時間外労働の削減、残業削減、ノー残業デー ・有給休暇取得促進 ・長時間労働者面談徹底 ・安全衛生委員会での報告、審議 ・働き方改善・勤務環境向上委員会、労働時間見直し委員会 ・ワークライフバランス（育休・介護休暇等）の充実 ・労務管理の徹底 ・勤務制度の見直し（短時間正規職員、時間休、年俸制等） ・シフト・夜勤負担軽減等勤務体系見直し（当直明け医師の負担軽減、三交代から二交代制、当直回数等） ・職場環境改善、5S 活動 ・業務改善（外来等調整、機器活用、タスクシェア・タスクシフト、補助クランク活用等） ・会議見直し（定刻開始、時間短縮、時間外会議の自由参加） ・管理者教育機会増強、報告・周知 ・声かけ励行、コミュニケーション改善 ・働く意識調査実施 ・キャリア支援、教育研修学会機会の確保
C メンタルヘルス対策	・メンタルヘルスに関する管理体制の見直し ・教育研修の機会の提供 ・外部 EAP・心理専門職・メンタルヘルス担当医等窓口設置・強化 ・ストレスチェック制度の運用と高ストレス者面談強化
D 健康管理	・受診率向上 ・健診制度、健診・検診項目の見直し ・事後措置の充実 ・医療従事者に合わせた保健指導の強化 ・生活習慣病対策 ・禁煙対策
E 有害物管理、感染管理	・感染症対策委員会との連携 ・VPD の抗体価の把握とワクチン・予防接種 ・感染症曝露後対応（針刺し、結核等）の充実

	・有害化学物質管理とリスクアセスメント ・抗がん剤管理と曝露防止策 ・放射線防護策の見直し ・有害化学物質対応できる人材育成
F 筋骨格系（人間工学）対策	・腰痛対策 ・VDT、IT 機器利用に伴う健康管理策
G 復職支援	・復職・両立支援に関する制度見直し ・復職・両立支援の意識付け、周知 ・メンタルヘルス、がん、妊娠・出産等に関連する復職・両立支援

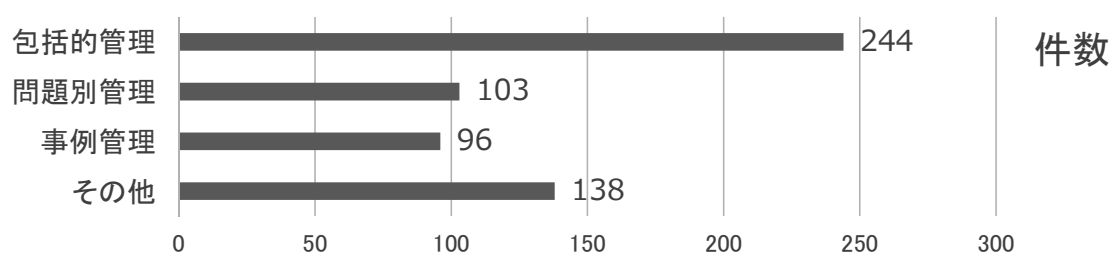
（２）産業保健の取り組み方を推測した分類

産業保健の取り組み方、考え方を推測した分類を試みた。産業保健を進める上で各事業場が行う産業保健の考え方（戦略、ストラテジー）を良好実践から整理し、産業保健が包括的管理に移行しつつある現在において医療分野において、どのように取り組まれているか検討した。記載された特徴から、産業保健活動として行われている対策について、図表 3－5 に示すように、①包括的管理、②問題別管理、③事例管理、④その他、に分類した。図表 6 に集計結果、図表 7 に主な内容を示した。

図表 5 産業保健の考え方を反映した特徴の分類カテゴリと具体例

	取り組み方	説明	具体的例
1	包括的管理	一次予防を中心に集団的なアプローチを行っている管理、多面的に問題に対してアプローチを行っている管理	新しい概念、快適・過重・時間・有給休暇、夜勤勤務見直し、労働時間等のキーワードがあれば包括的管理、生活まで含めて目が向いているもの、業務改善のための補助クラウド導入、医師長時間労働、労使連携、衛生委員会活用等の記載等
2	問題別管理	特定の事例に対する管理	相談窓口設置、感染症対策、有害部間に、作業環境測定、病休チェック等
3	事例管理	二次予防・三次予防を目的とした管理、個人を対象とした管理、事後管理	健診後フォロー、単発の対策等 (過重労働等の働き方と関連した事例管理は 1 に)
4	その他	具体的でないもの、上記以外のもの	体制整備、単なる衛生委員会の開催、産業医の外部選任、業務改善（→衛生的にやっているのか、過重労働対策なのか不明なもの）

図表 6 産業保健の考え方を反映した特徴別の分類件数（n=581）



図表 7 産業保健の取り組み方別の特徴別の分類件数 (n=581)

4つの分類	具体的な記載内容 ()内は回答のあった医療機関の規模(職員数)
包括的管理の例	・管理者会議、職員対象の講習会等で、過重労働の危険性の啓蒙を行なっている。ワクチン接種は、院内感染対策委員会、感染管理センターと共働で行なっている。有機溶剤、ホルマリンの環境測定結果のフィードバックを通して、改善策を病院全体で対応している。メンタルヘルスについて、院外講師を招いて講演会を開催した。年2回定期的に全職員対象に、健康に関する講演会を院内講師で行なっている(1000人以上)。 ・産業医は他の業務(内科等)と兼務のため、3名の医師を選んでいる。また専任の産業ナース(衛生管理者)を置いて対応。メンタル異常者が増加しているので、復職に向けての指導、リハビリ勤務の指導、その後のフォローを行なっている。針刺し事故の対応は、しっかり行なっている。結核健診をはじめ、職員の健診は受診率を100%にすることができた(1000人以上)。 ・病院としての安全衛生委員会に加え、法人全体としての安全衛生委員会を行なっている。新入職員に対し、3ヶ月後(看護職については6ヶ月後も)に産業医面談を実施している。病院の規模として、衛生管理者は1名の選任で良いが、複数名体制への移行中である。一般職については、長時間勤務を把握し、長くなっている部署には対策を講じている(50-199人)。
問題別管理の例	・特化物(ホルマリン)及び炭化水素系溶剤(類似有機溶剤)の使用量、保管量管理の徹底、局排の状況管理(安全衛生法、毒劇法、消防法)(500-999人)。 ・ハラスメント防止対策として、講習と規定を策定した(200-499人)。 ・メンタルヘルス対策の充実、産業医を施設管理者以外に変更(心療内科医が受け持つようになった)(150-199人)。
事例管理の例	・職員健診時に、40歳以上の希望者にメタボ項目検査実施。希望者には、MRI、MRA検査も実施(50-199人)。 ・全職員対象に、ストレスチェックを実施。職員健診後、異常値の出た職員について個別面談を実施、指導を行なっている(200-499人)。 ・退職者との面談、メンタルヘルス、ハラスメント等のチェック(50-199人)。
その他の例	・医師数を確保できないと、超過勤務時間の短縮は実現できないので、医師(特に産婦人科、新生児科、麻酔科)の確保に力を注いでいる(200-499人)。 ・これまでメンタルヘルス対策は、通常の産業医が行っており、不十分であったが、本年4月より外部委託の産業医にお願いすることになっている(500-999人)。 ・産業医を管理職医師から一般医師へ変更した(200-499人)。

6 医師会・国・行政への期待

日本医師会、都道府県医師会、国、行政への期待に関する自由記載についても質的分析を施行した。医師会、国へは積極的な情報提供と研修機会の増加が求められていた。

図表 8 医師会・国・行政への期待

積極的な情報提供 ・他医療機関の産業保健活動実態と良好実践 ・医師の労働時間の定義と管理方法 ・医療機関における産業医業務の定義 ・過重労働面談・高ストレス者面談・復職面談のガイドライン ・産業保健総合支援センター・都道府県医療勤務改善センター・いきサポの活用法 研修機会の増加 ・産業医研修会の増加(過重労働面談・高ストレス者面談・復職面談等について)

①

勤務医の健康を守る病院 7カ条



勤務医の健康支援に関する委員会では、2009年2月に病院に勤務する医師会員1万人を無作為に抽出し、勤務医の健康に関するアンケート調査*を実施しました。私たちはこの結果から、次のような「勤務医の健康を守る病院7カ条」を提案させていただきます。また、別に、「医師が元気に働くための7カ条」も提案させていただいております。

病院での組織的な改善は、医師のためにも、そして患者のためにも必要です。

なお、日本医師会でも、勤務医の医師賠償責任保険の制度化や女性医師バンクを創設して参りました。また、今後も勤務医の労働環境の整備のため、医師不足・偏在の是正等を図るための財源の確保や医師確保対策等を行政に働きかけ続けていきます。

*調査結果の詳細は、日本医師会HP (<http://www.med.or.jp/kinmu/>) からダウンロードできます。

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

必要な睡眠時間や少なくとも週1回の休日がある体制が必要です。

2 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院

挨拶から始まる良好な人間関係こそが職場の財産です。

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

事例の多くは組織的対策により予防や早期解決が可能です。

4 医療過誤に組織として対応する病院

医師個人の責任ではなく、組織としての対応が医師・患者に必要です。

5 診療に専念できるように配慮してくれる病院

業務の効率化・補助者の導入などで負担が減ると、診療の効率もあがります。

6 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院

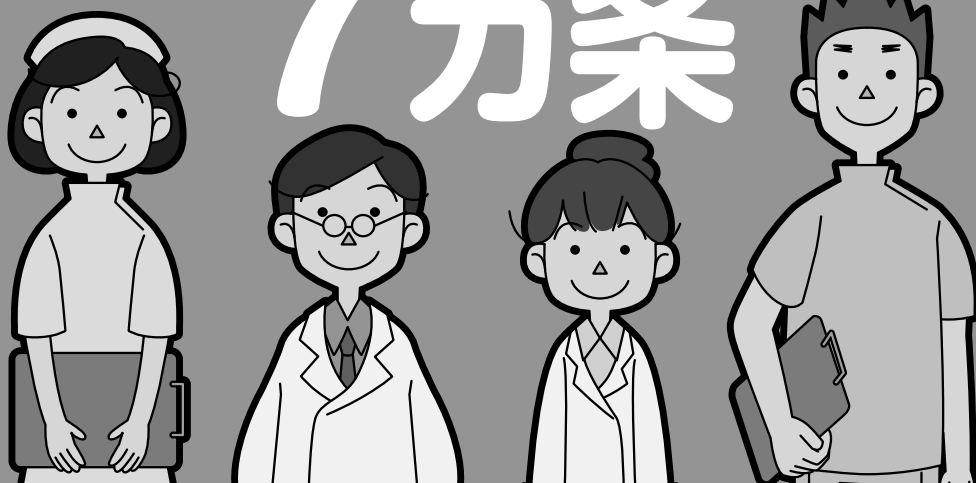
柔軟な勤務時間、妊娠・育児中の勤務軽減、代替医師の確保が望まれています。

7 より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院

清潔な仮眠室や休憩室、軽食がすぐに食べられると元気がわきます。

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

医師が元気に働くための 7カ条



勤務医の健康支援に関する委員会では、2009年2月に病院に勤務する医師会員1万人を無作為に抽出し、勤務医の健康に関するアンケート調査*を実施しました。私たちはこの結果から、次のような「医師が元気に働くための7カ条」を提案させていただきます。また、別に、「勤務医の健康を守る病院7カ条」も提案させていただいております。

病院での組織的な改善とともに、医師自らが、ご自分の健康を守っていくことも今後は求められます。

なお、日本医師会でも、勤務医の医師賠償責任保険の制度化や女性医師バンクを創設して参りました。また、今後も勤務医の労働環境の整備のため、医師不足・偏在の是正等を図るための財源の確保や医師確保対策等を行政に働きかけ続けていきます。

*調査結果の詳細は、日本医師会HP (<http://www.med.or.jp/kinmu/>) からダウンロードできます。

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ましょう。

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。

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

③医師の職場環境改善ワークショッププログラム（例）

時 間	内 容
13:00 - 13:15	■挨拶： ■研修オリエンテーション 委員会の紹介、ワークショップの目的、研修スケジュール、資料確認
13:15 - 14:15	■労務管理分析・改善ツールの記入演習 講演：ツールの解説（健康支援・労務管理）
14:15 - 15:30	■勤務医の健康支援に関する事例検討 （医療現場における産業医活動も含めて） （１）ケーススタディの進め方 （２）自己紹介 （３）課題提示 事例：過重労働と勤務医の健康障害 事例：女性医師の就労支援 （４）グループ討議 （事例検討による勤務医の健康支援課題の整理と組織的取り組み改善策の討議）
15:30-15:45	休 憩
15:45-17:15	（５）グループ発表と意見交換 ①ケーススタディ討議結果の発表 ②総合討議と意見交換 （６）事例解説と小講義 ①医師のメンタルヘルス ②勤務環境改善、女性医師支援、医療機関の産業保健、好事例 ③施設管理者が知るべき労務管理のイロハ （７）総合討議
17:15 - 17:30	■まとめと総括 ・評価アンケート記入、修了証授与

〈ワークショップの目的〉

- ・労務管理知識の習得
- ・両行事例・経験の共有
- ・各医療機関のアクション明確化

認定産業医の研修カリキュラムとして、積極的にその活用が期待される。

④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

「勤務医の健康支援のための 15 のアクション」は、勤務医自身の要望、体制・クレーム組織対応・相談窓口、診療報酬収載対策、施策法令関連対策、日本医師会男女共同参画委員会の推奨対策、という 5 つの視点からの組織的取り組みを示したものである。

これらのアクションの効果は、メンタルヘルス（うつ）指標、自殺リスク指標、労働生産性指標、勤務継続意思の 4 つの評価指標すべてに対し、15 のうち No3 を除く 14 のアクションが有意な改善効果を示したことで実証されている（アクション No3 は低い実施率による統計学的パワー不足のため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）。

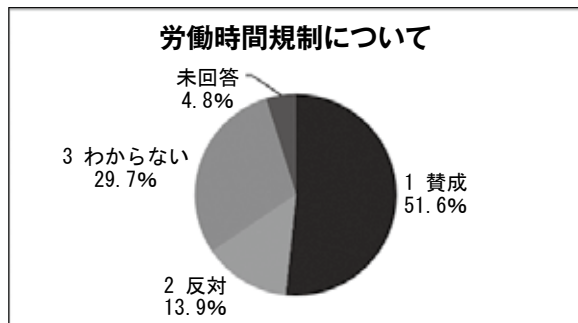
（日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」報告書 平成 28 年 3 月）

アンケートの実施に関しては医労連や各学会をはじめとする医療団体に協力を要請し2017年7月1日より9月30日の間に有効回答1,803名の勤務医のアンケートを集めた。

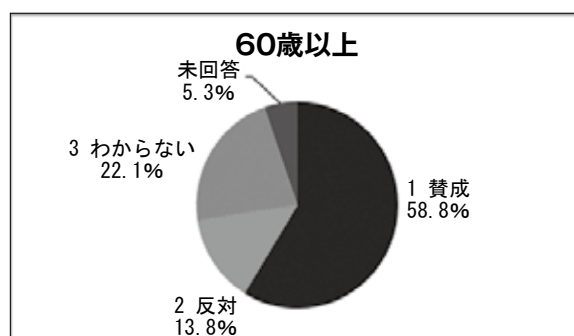
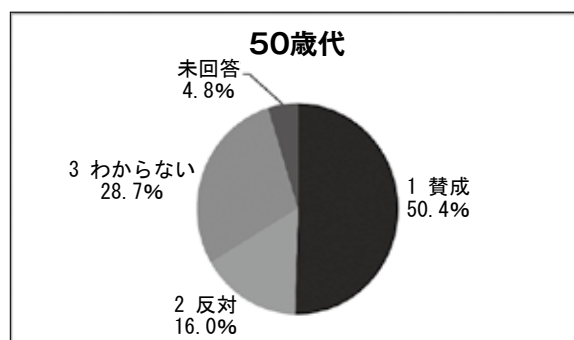
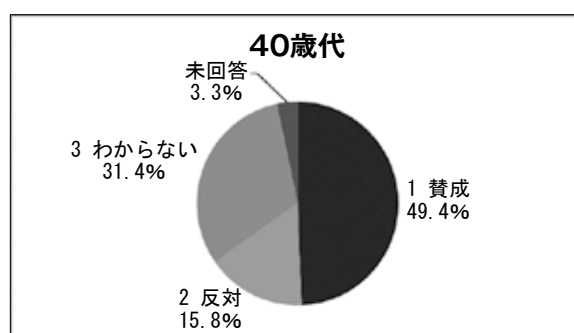
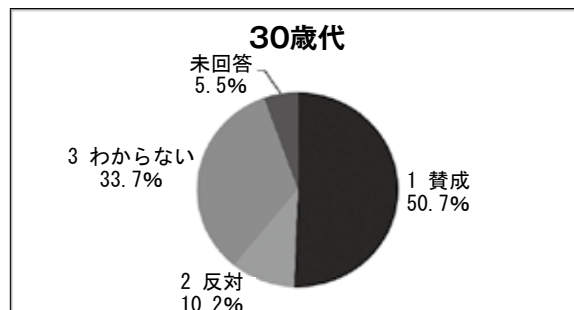
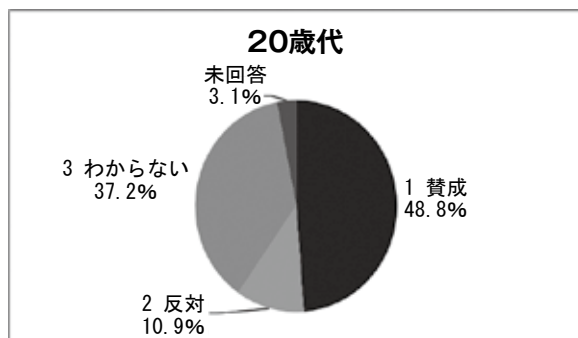
いずれにしろ世代による差はかなり低いと考えられる。

(2) 医師の労働時間規制について

医師の労働時間規制に関する問いには、「賛成」が51.6%、「反対」が13.9%、「わからない」が29.7%、「未回答」4.8%であった。厚労省の検討会では医師は特別であり時間規制になじまない等の反対意見が少なくないが、調査では多くの医師は労働時間規制を求めていることが明らかになった。



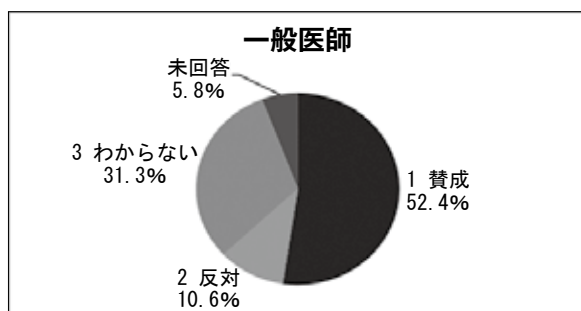
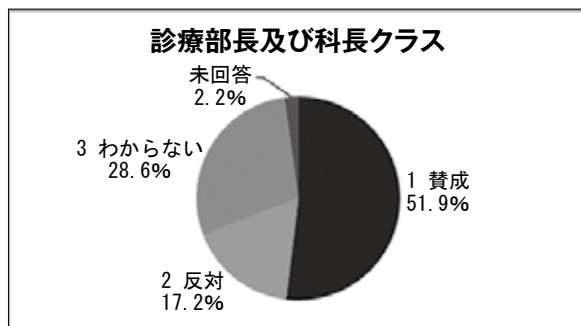
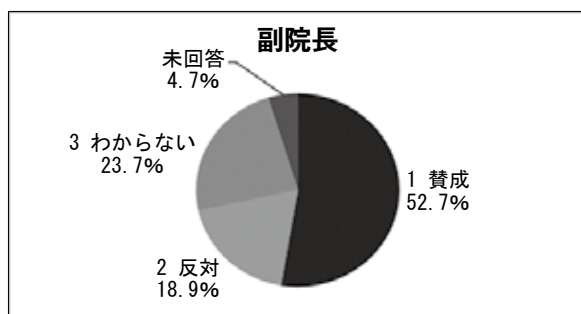
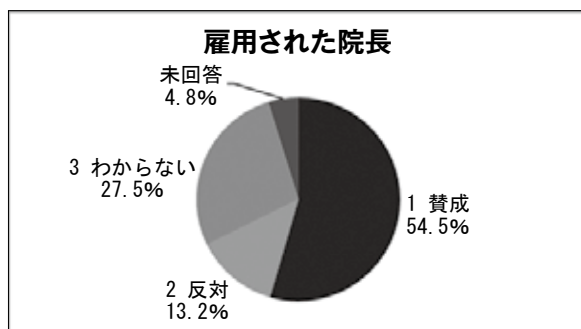
労働時間規制に関して世代別の分析を行ったが、「賛成」に関しては、最も多いのが「60歳以上」で58.8%、最も少ないのが「20歳代」で48.8%であった。これに関しては若い医師ほど「わからない」の選択が多いことが一因と考えられるが、



また、雇用のポスト別でも分析を行ったが、労働時間規制に「賛成」する医師は、「雇用された病院長」で54.5%、「副院長」で52.7%、「診療部長及び課長クラス」で51.9%、「一般医師」で52.4%とポストによる差はほとんど認められなかった。

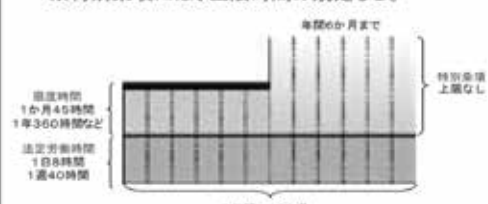
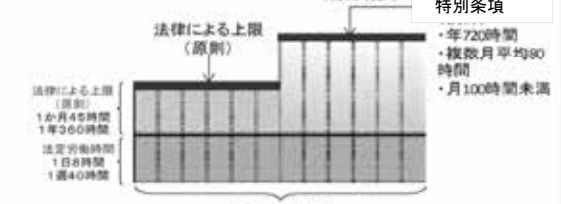
結論として、医師の労働時間規制については、反対する勤務医は少数で、世代やポストに関わら

ず多くの医師が賛成していると言える。



ドクターズ・ユニオン ニュース
N023 2018 年 2 月 20 日より抜粋

①時間外労働時間の上限規制等について

時間外労働の上限について、月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合でも年720時間、単月100時間未満(休日労働含む)、複数月平均80時間(休日労働含む)を限度に設定。	
【現行】 ○時間外労働の限度時間 大臣告示で、限度時間を定めている。 (法的拘束力なし) 【大臣告示】 ○「1か月45時間」、「1年360時間」等 ○「特別条項」を結べば、例外的に限度時間を超えることができる。(年間6か月まで) ※特別条項には、上限時間の規定なし。 	【改革後】 医師については省令で別途定める 時間外労働の上限時間を法定化する。 【法律】 ○原則：月45時間、年360時間 ○例外(特別条項)：年720時間、月100時間未満、複数月平均80時間 ※特別条項は年間6か月まで 
自動車運転の業務	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。上限時間は、年960時間とし、将来的に一般則の適用を目指す。
建設事業	改正法施行5年後に、一般則を適用。(ただし、災害時における復旧・復興の事業については、1か月100時間未満・複数月80時間以内の要件は適用しない。この点についても、将来的に一般則の適用を目指す)。
医師	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。具体的な上限時間等は省令で定めるとし、医療界の参加による検討の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。
鹿児島県及び沖縄県の砂糖製造業	改正法施行3年間は、1か月100時間未満・複数月80時間以内の要件は適用しない。(改正法施行3年後に、一般則を適用)
新技術・新商品等の研究開発業務	医師の面接指導(※)、代替休暇の付与等の健康確保措置を設けた上で、時間外労働の上限規制は適用しない。 ※時間外労働が一定時間を超える場合には、事業主は、その者に必ず医師による面接指導を受けさせなければならないこととする。(労働安全衛生法の改正)

厚労省と内閣官房の資料より作成

②医師の働き方の取扱い

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

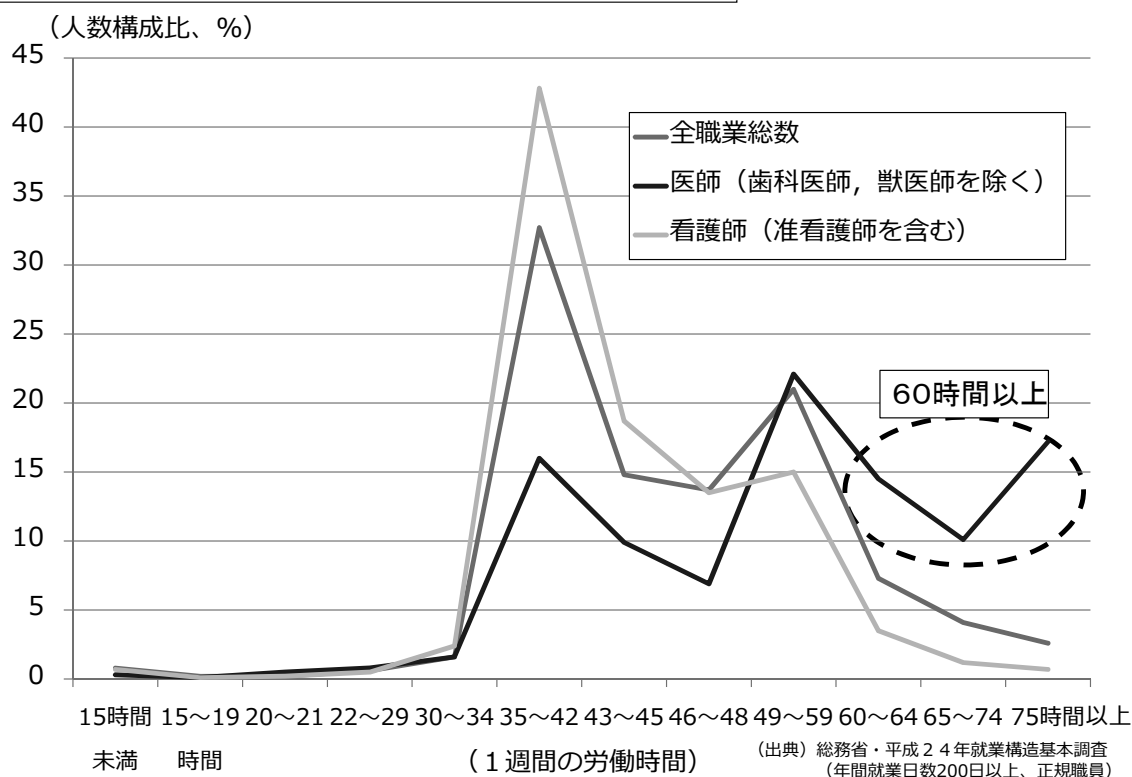
平成36(2024)年4月1日以降の取扱い

	一般の労働者	医業に従事する医師のうち省令で定める者
① 36協定で定める時間外労働時間数の上限	・月 45時間 ・年360時間	今後省令で定める
② 臨時的に①を超えて労働させる場合の36協定で定める時間外労働時間数等の上限	・休日労働含め月100時間未満 ・年720時間以下 ・①の月45時間を超えることができる月数は6か月以内	今後省令で定める
③ 36協定に基づいて時間外労働をさせる場合、超えてはいけない上限(月平均の管理)	・休日労働含め直近2～6か月平均80時間以下	今後省令で定める

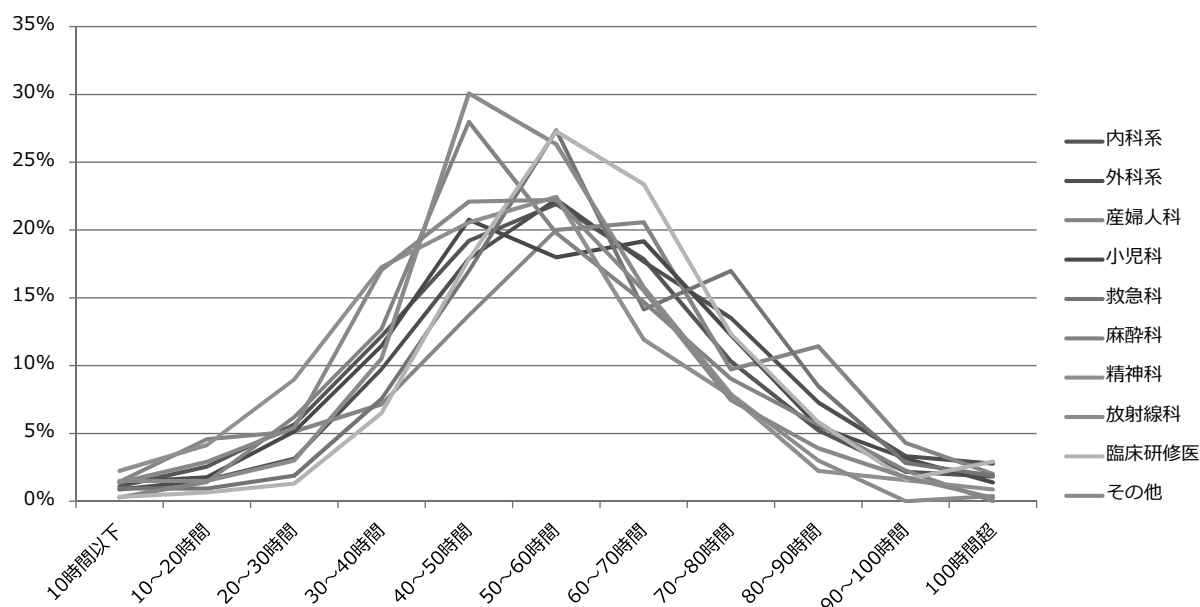
厚労省の説明を基に作成(内容は厚労省確認済)

①②とも本文目次前に掲載した〈用語について〉中の「労働時間の換算」を参照されたい。

①正規職員の職種別の 1 週間の労働時間の分布



②診療科別病院常勤医師の週当たり勤務時間の分布

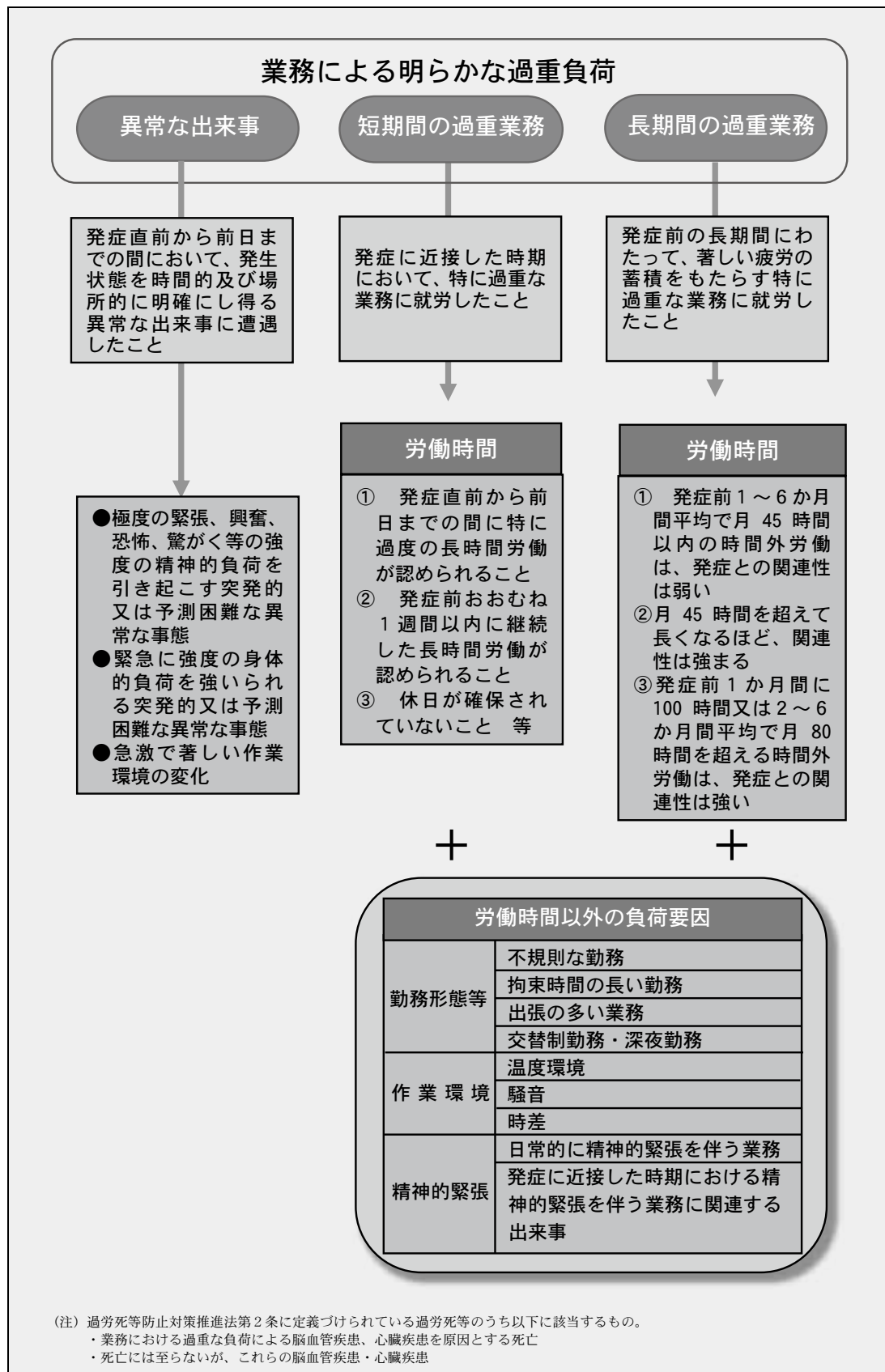


勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。）

※オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと

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

①

第 1-1 図 脳・心臓疾患^(注) の労災認定基準の概要（いわゆる過労死ライン）

次のいずれの要件も満たすこと

- (1) 認定基準の対象となる精神障害を発病していること
- (2) 認定基準の対象となる**精神障害の発病前おおむね6か月の間に、業務による強い心理的負荷(※)**が認められること
- (3) 業務以外の心理的負荷や個体側要因により発病したとは認められないこと

(※)「強い心理的負荷」と認められる出来事の実例

「特別な出来事」

- 強姦や、本人の意思を抑圧して行われたわいせつ行為などのセクシュアルハラスメントを受けた場合など、「心理的負荷が極度のもの」と認められた場合
- 発病直前の1か月に概ね160時間を超えるような、又はこれと同程度の（例えば3週間に概ね120時間以上の）時間外労働を行うなど、「極度の長時間労働」が認められた場合

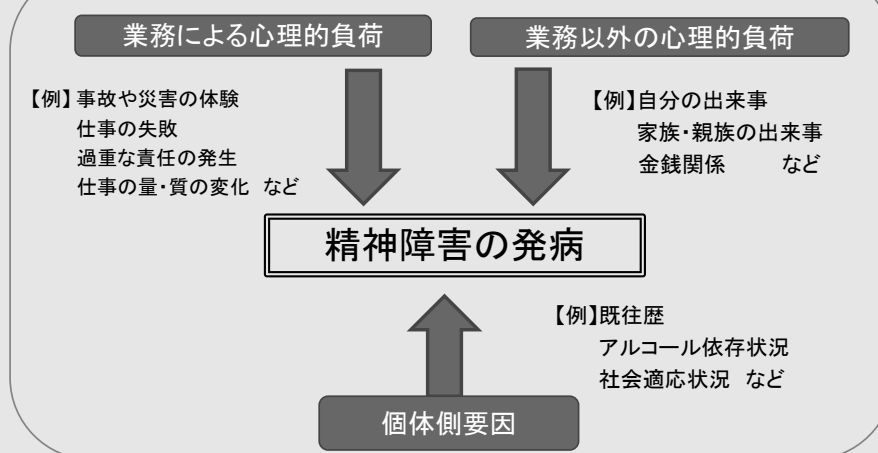
「出来事」(*)

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

など

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

精神障害の発病についての考え方



(注) 過労死等防止対策推進法第2条に定義づけられている過労死等のうち以下に該当するもの。
 ・業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡
 ・死亡には至らないが、これらの精神障害

①

診療ガイドラインについて

- 医師が日々の診療に当たって参考にする診療ガイドラインについては、例えば、診療科にかかわらず対応を求められる高血圧、脂質異常症、糖尿病のガイドラインだけでも、2010年以降、概ね毎年改訂が行われている。
- 改訂の内容についても、例えば、2017年に改訂された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」においては、脂質管理目標設定のためのフローチャートが変更される等、実際の診療内容の変更が必要な内容となっている。

2010年 「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2010」（日本糖尿病学会）

2012年 「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版」（日本動脈硬化学会）

2013年 「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013」（日本糖尿病学会）

2014年 「高血圧治療ガイドライン2014」（日本高血圧学会）

2016年 「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2016」（日本糖尿病学会）

2017年 「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版」（日本動脈硬化学会）

②

日本肝臓学会編『C型肝炎治療ガイドライン』の改定履歴

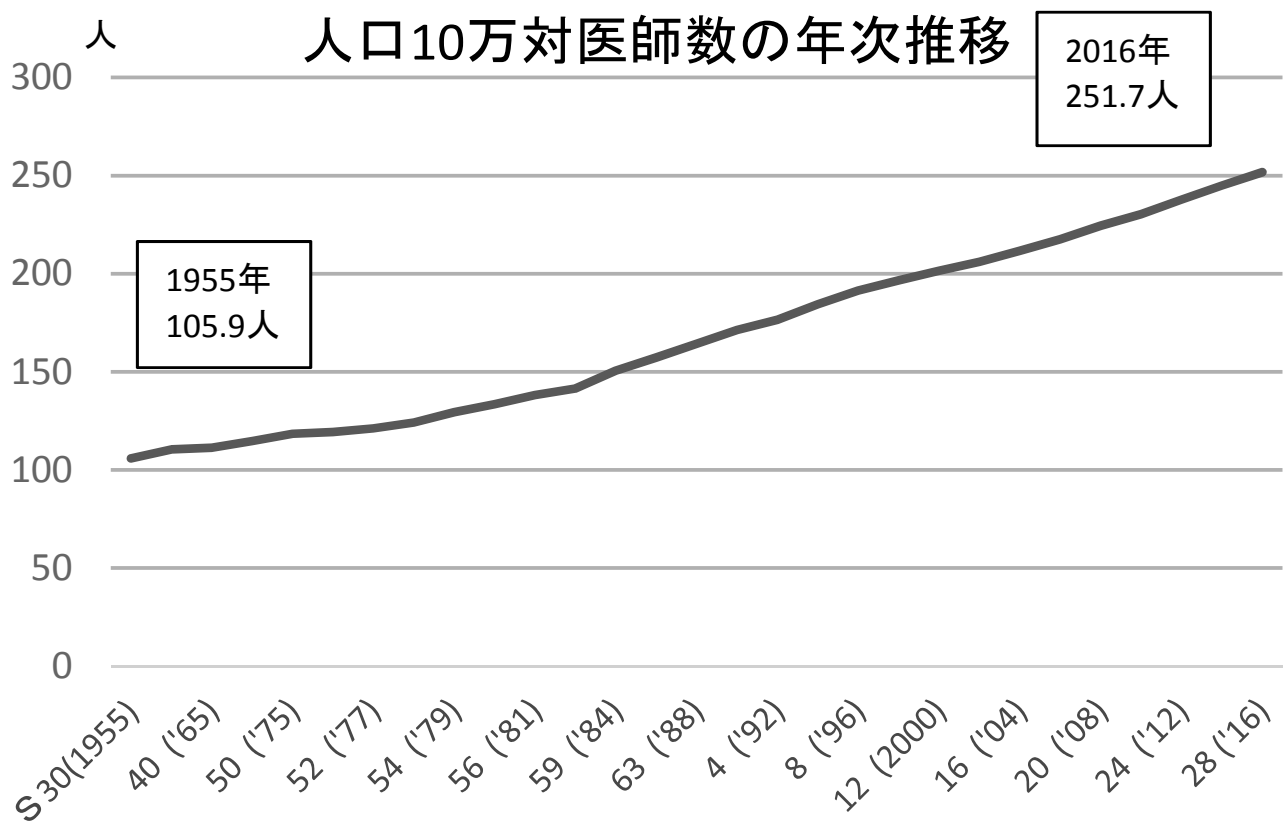
- 近年、新薬の開発等が活発な分野であるC型肝炎は、治療ガイドラインの改訂の頻度も極めて高い。

2012年5月 第1版	2015年9月 第4版
2013年8月 第1.1版	●ソホスブビル・レジバスビル併用療法臨床試験の結果を追加
●ALTの単位をU/Lに修正	●これに伴いゲノタイプ1型症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
●テラプレビル・Peg-IFNα-2b+リバビリン3剤併用療法の市販後の成績を追加	●「概要」における治療対象の記載を変更
●これに伴い1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更	●「概要」・フローチャートにおける発症リスク別治療方針および「治療待機」の記載を撤廃
●Peg-IFN（IFN）少量長期投与についての記載を変更	●「治療戦略」・フローチャートにおけるIFN適格/不適格の区分を撤廃
●文献リストをアップデート	2015年12月 第4.1版
2013年11月 第2版	●オムビタスビル・パリタプレビル・リトナビル併用療法臨床試験の結果を追加
●シメプレビル・Peg-IFNα+リバビリン3剤併用療法臨床試験の結果を追加	●これに伴い、ゲノタイプ1型症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
●これに伴い「概要」、1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更	●DAA各論をIFN-based、IFN-freeに分けて記載
●IFN+リバビリンの投与量についての表を追加	●「資料3 併用禁忌・併用注意薬」をIFN-based、IFN-freeに分け、QBV/PTV/rを追加
●テラプレビルの治療成績についての図を追加	●「資料3 治療中止基準」「資料4 ウイル学的反応の定義」を削除
●形式および段落ナンバリングを「B型肝炎治療ガイドライン（第1.1版）」に倣い変更	2016年5月 第5版
2014年9月 第3版	●IFNの項をアップデート
●「C型肝炎の治療目標」を新たに記載	●各種DAAに市販後の成績（有効性・安全性）を追記
●「C型肝炎に対する抗ウイルス療法の歴史」の項を追加	●Special population（HBV/HIV共感染例、腎機能障害・透析例、肝移植後再発例、肝発症後症例）についての記載を追加
●「SVRが得られた後のフォローアップの必要性」を「概要」へ移動	●「資料2・3 併用禁忌・注意薬」をアップデート
●ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法臨床試験の結果を追加	●各リコメンドーションにエビデンスレベル・推奨グレードを付記
●これに伴い「概要」、1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更	2016年10月 第5.1版
●「肝硬変に対する治療戦略」の項を新たに追加、推奨を変更	●ゲノタイプ2型に対するオムビタスビル・パリタプレビル・リトナビル+リバビリン併用療法の結果を追加
●C型肝炎慢性肝硬変（1型高ウイルス）に対する治療フローチャートを作成	●これに伴いゲノタイプ2型症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
●ガイドライン作成委員のCO情報を記載	●「資料2・3 併用禁忌・注意薬」に実際の薬物血中濃度時間下曲線面積（AUC）変化率を記載
●「資料4」としてHCV薬剤耐性変異測定検査依頼先を記載	●併用薬は「+」、配合薬は「J」でつなぐ、という原則により薬剤名を記載
2014年10月 第3.1版	2016年12月 第5.2版
●ゲノタイプ2型再治療例に対するテラプレビルの適応追加を記載	●ゲノタイプ1型に対するエルバスビル+グラゾプレビル併用療法臨床試験の結果を追加
2014年12月 第3.2版	●これに伴いゲノタイプ1型症例に対しての推奨・治療フローチャート、腎機能障害・透析例に対する記載・治療推奨を変更
●パニプレビル+Peg-IFNα-2b+リバビリン3剤併用療法臨床試験の結果を追加、これに伴い1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更	●ソホスブビル・リバビリン併用療法、ソホスブビル・レジバスビルの市販後の成績を追記
●「プロテアーゼ阻害剤治療歴のある症例に対する再治療」の項および治療フローチャートを追加。これにともない、従来の「再治療」を「プロテアーゼ阻害剤治療歴のない症例に対する再治療」に変更	●パニプレビル製造中止に伴い治療推奨からパニプレビルの記載を削除
●シメプレビルについての安全性情報を追加	●「DAA併用によるIFNフリー治療歴のある症例の再治療」を変更
●「資料4」にHCV薬剤耐性変異測定検査依頼先を追加	●代償性肝硬変症例に対する治療の項において安全性についての記載を追加
2015年3月 第3.3版	●「資料3 併用禁忌・併用注意薬」にEBR+GZRを追加
●ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法の初回治療例、再燃例に対する臨床試験の結果を追加	2017年3月 第5.3版
●ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法投与制限撤廃に伴い、1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更	●ゲノタイプ1型に対するダクラタスビル+アスナプレビル+ベクラプリル併用療法臨床試験の結果を追加
●「資料4」HCV薬剤耐性変異測定検査内容をアップデート	●これに伴いゲノタイプ1型症例に対しての推奨・治療フローチャート、腎機能障害・透析例に対する記載・治療推奨を変更
2015年5月 第3.4版	●「資料3 併用禁忌・併用注意薬」にBEC/DCV/ASVを追加
●ソホスブビル・リバビリン併用療法の初回治療例、再燃例に対する臨床試験の結果を追加	2017年4月 第5.4版
●これに伴いゲノタイプ2型症例（慢性肝炎・肝硬変）に対しての推奨・治療フローチャートを変更	●ゲノタイプ3型～6型に対するソホスブビル+リバビリン併用療法の適応追加を記載
●「リバビリン」の項を独立	●HCVゲノタイプ・セロタイプ測定についての記載を追加
●DAAについての総説を追加記載	
●「資料2」として各種DAAの併用禁忌・併用注意薬リストを作成	
2015年8月 第3.5版	
●ゲノタイプ2型に対するソホスブビル・リバビリンについての記載を変更	

出典：一般社団法人日本肝臓学会ホームページ

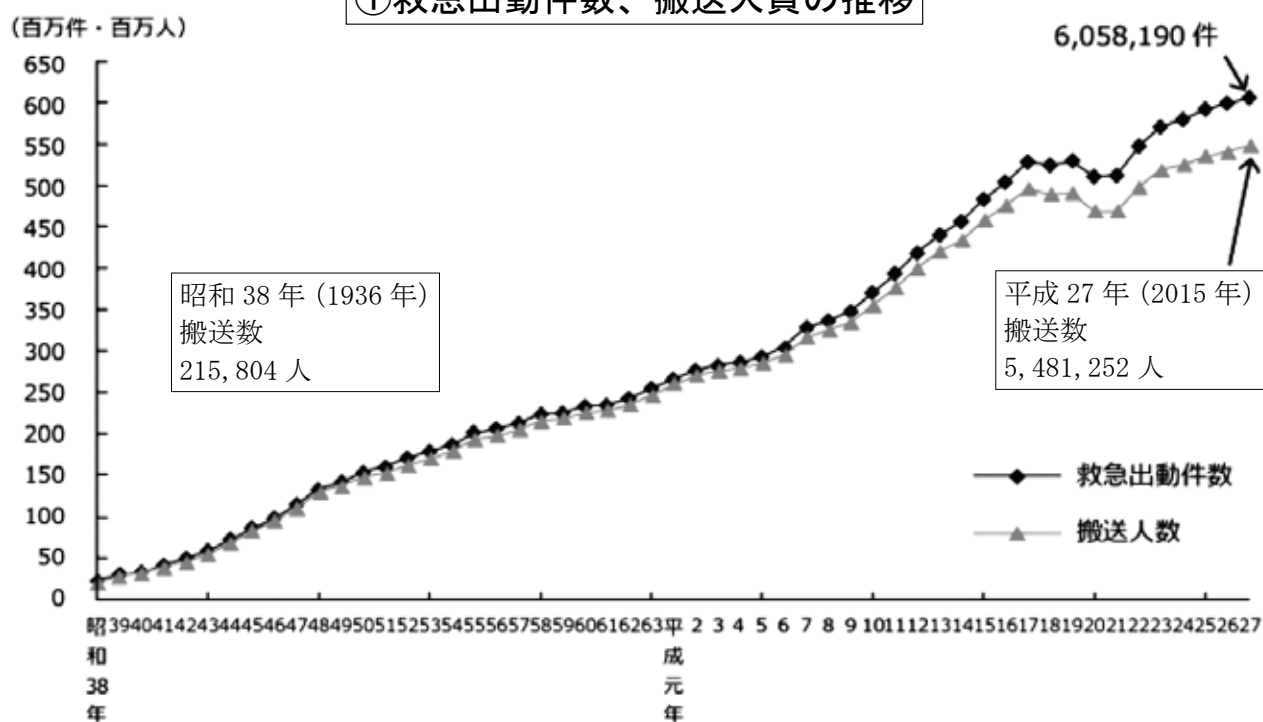
参考資料 14 自己研鑽のガイドラインの 1 例

NO	主事象	詳細	公務との関連性	
				摘要
1	自己研鑽のための勉強 (胃がんの教科書を読む)		×	原則×
2	自発的な研修の参加 (製薬会社講演会に参加)		×	原則×
3	学会の事前準備 (スライド作成など)	○になる場合		
		1) 学会派遣が病院業務に直接関係するものとして所属長からの業務命令に基づくもの	○	
		① 病院診療報酬取得のために各種認定医等を取得、または継続させる目的で派遣される学会	○	
		② 病院施設基準取得のために各種認定医等を取得、または継続させる目的で派遣される学会	○	
		③ 病院運営の必要性を総合的に勘案し、 病院長が病院業務に直接関連するものと認めて参加させる学会	○	
		×になる場合		
		1) 職員が自発的に参加する学会	×	原則×
		2) 職員の将来スキルアップにつながるものとしての旅費のみを支給して参加させる学会	×	原則×
		わからないもの		
		1) 研修のスライド作成助成(指導医として)	○	
		2) コメディカルのスライド作成助成	△	院長判断
		3) 研修医が病院の目標である研修医 1 年 2 回発表のためにスライドを作成	△	院長判断
		4) 現在施設認定の要件として学会発表を点数化して施設認定継続を認める学会がある	△	院長判断
4	学会	1) 施設基準に関わる目的で土、日に学会に出ている	○	
		2) 施設基準に関わる目的で学会に出席し、勤務時間外まで勉強した	○	
		3) 施設基準に関わる目的で学会に出席したときの移動時間(公用車にして運転している職員は○)	○	
		4) 病院等協賛の学会で座長をした	△	院長判断
5	論文作成	1) 自分の論文(施設基準に関わる認定医、専門医取得、継続に関係あり)	○	
		2) 自分の論文(施設基準に関わる認定医、専門医取得、継続に関係なし)	×	原則×
		3) コメディカル論文作成助成	△	院長判断
6	出張	1) 病院命令の出張で会議が勤務時間外までかかった	○	
		2) 病院命令の出張で会議への行き帰りに勤務時間外までかかった ※ 単身赴任者が盛岡の自宅に帰宅宿泊後、翌日病院に行く時間は通勤時間	○	
7	手術	1) 手術が予定よりかかって勤務時間外となった	○	
		2) 手術後の術後管理でバイタルチェックのために 1 時間ごとに 5 分だけ患者のもとに行った場合の待機時間	○	
		3) 遠方に自宅があり、手術のために呼ばれた場合の移動時間	○	
8	研修会	1) 院外で開催されるレジデント研修会への出席	○	
		2) 院外で開催されるレジデント研修会の講師	○	
		3) 院外で開催されるレジデント研修会の移動時間(公用車であれば OK)	○	
		4) 医師会症例検討会への出席(病医院の公務とすれば)	○	
9	病棟、手術呼び出し	1) 自宅を出て帰るまでの時間	○	
		2) 病院について手術が始まるまでの時間	○	
		3) 患者が急変し処置後、家族が来るのを待っている時間	○	
10	患者死亡の場合	1) 自宅から呼び出されて来るまでの時間と帰るまでの時間は	○	
		2) 患者死亡の場合の、葬儀屋の車が来るまでのお見送りを待つ時間(通常 30-60 分)	○	
11	看護学校講師	1) スライド作成や資料作り	○	
12	学生指導	1) 病院説明会に出ている時間	○	
		2) スライドで学生に説明をしている時間	○	
		3) 病院説明会への移動時間	○	
		4) 学生説明用のスライドを作成している時間	○	



厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

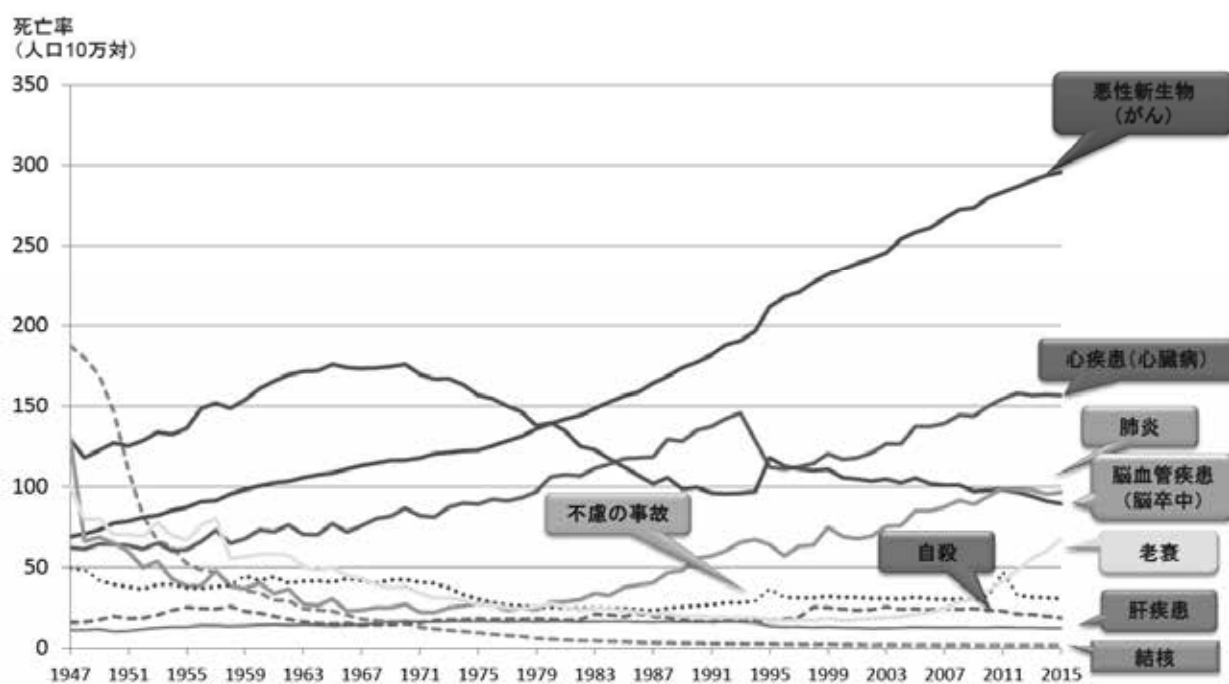
①救急出動件数、搬送人員の推移



(消防庁「平成28年版 救急・救助の現況」)

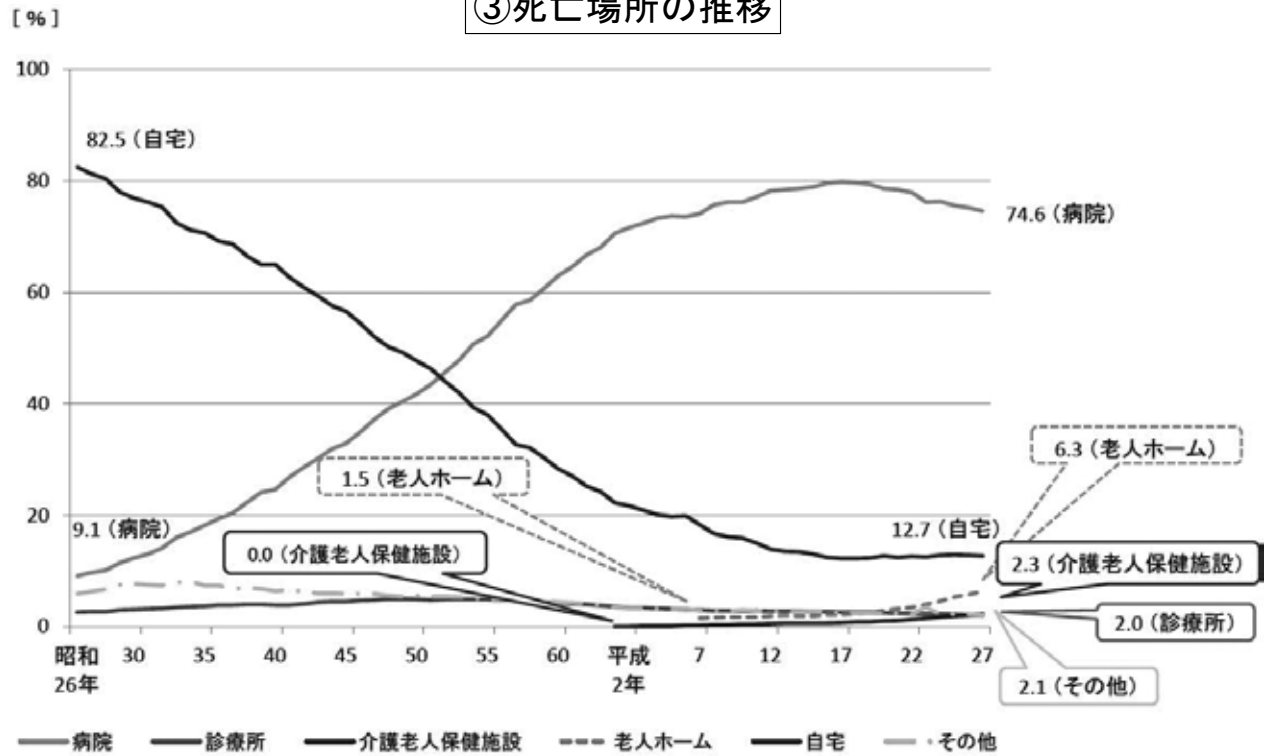
② 主な疾患別の死亡率の推移

高齢化の進展により、医療ニーズが、悪性新生物(がん)などを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。



出典:「人口動態統計(1947～2015年)」

③死亡場所の推移



※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料：厚生労働省「人口動態統計」

参考資料 17 労働基準法第 41 条に定める宿日直勤務について

1 宿日直勤務の趣旨

宿日直勤務とは、仕事の終了から翌日の仕事の開始までの時間や休日について、原則として通常の労働は行わず、労働者を事業場で待機させ、電話の対応、火災等の予防のための巡視、非常事態発生時の連絡等に当たらせるものです。したがって、所定時間外や休日の勤務であっても、本来の業務の延長と考えられるような業務を処理することは、宿日直勤務と呼んでいても労働基準法（以下「法」という。）上の宿日直勤務として取り扱うことはできません。

これらの宿日直勤務については、宿日直勤務に従事している間は、常態としてほとんど労働する必要があることから、所轄労働基準監督署長の許可を受ければ、法第 33 条の届出又は法第 36 条に基づく労使協定の締結・届出を行ったり、法第 37 条に基づく割増賃金を支払う必要はないこととされています。

2 宿日直勤務の許可基準として定められている事項の概要

上記1のような宿日直勤務の趣旨に沿って、労働基準法上宿日直勤務の許可を行うに当たって、許可基準を定めていますが、医療機関に係る許可基準として定められている事項の概要は次の通りです。

(1) 勤務の態様

常態としてほとんど労働する必要がある勤務のみを認めるものであり、病室の定時巡回、少数の要注意患者の検脈、検温等の特殊な措置を要しない軽度の、又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。したがって、原則として、通常の労働の継続は認められないが、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らうものであれば差し支えないこと。

なお、救急医療等の通常の労働を行った場合、下記3のとおり、法第 37 条に基づく割増賃金を支払う必要があること。

(2) 睡眠時間の確保等

宿日勤務については、相当の睡眠設備を設置しなければならないこと。また、夜間に十分な睡眠時間が確保されなければならないこと。

(3) 宿日直の回数

宿日勤務は、週 1 回、日直勤務は月 1 回を限度とすること。

(4) 宿日直勤務手当

宿日直勤務手当は、職種毎に、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を下らないこと。

3 宿日直勤務中に救急患者の対応等通常の労働が行われる場合の取り扱いについて

(1) 宿日直勤務中に通常の労働が突発的に行われる場合

宿日直勤務中に救急患者への対応等の通常の労働が突発的に行われることがあるものの、夜間に十分な睡眠時間が確保できる場合には、宿日直勤務として対応することが可能ですが、その突発的に行われた労働に対しては、次のような取り扱いを行う必要があります。

① 労働基準法第 37 条に定める割増賃金を支払うこと

② 法第 36 条に定める時間外労働・休日労働に関する労使協定の締結・届出が行われていない場合には、法第 33 条に定める非常災害時の理由による労働時間の延長・休日労働届を所轄労働基準監督署長に届け出ること

(2) 宿日直勤務中に通常の労働が頻繁に行われる場合

宿日直勤務中に救急患者の対応等が頻繁に行われ、夜間に十分な睡眠時間が確保できないなど常態として昼間と同様の勤務に従事することとなる場合には、たとえ上記 (1) の①及び②の対応を行っていたとしても、上記2の宿日直勤務の許可基準に定められた事項に適合しない労働実態であることから、宿日直勤務で対応することはできません。

したがって、現在、宿日直勤務の許可を受けている場合には、その許可が取り消されることになりますので、交代制を導入するなど業務執行体制を見直す必要があります。

(出所) 厚生労働省労働基準局長通達：「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について（要請）」（基発第0319007号の2、平成14年3月19日）の別紙

①専門業務型裁量労働制の対象業務

- 1 新商品若しくは新技術の研究開発又は人文科学若しくは自然科学に関する研究の業務
- 2 情報処理システム（電子計算機を使用して行う情報処理を目的として複数の要素が組み合わされた体系であってプログラムの設計の基本となるものをいう。7において同じ。）の分析又は設計の業務
- 3 新聞若しくは出版の事業における記事の取材若しくは編集の業務又は放送法（昭和25年法律第132号）第2条第27号に規定する放送番組（以下「放送番組」という。）の制作のための取材若しくは編集の業務
- 4 衣服、室内装飾、工業製品、広告等の新たなデザインの考案の業務
- 5 放送番組、映画等の制作の事業におけるプロデューサー又はディレクターの業務
- 6 広告、宣伝等における商品等の内容、特長等に係る文章の案の考案の業務（いわゆるコピーライターの業務）
- 7 事業運営において情報処理システムを活用するための問題点の把握又はそれを活用するための方法に関する考案若しくは助言の業務（いわゆるシステムコンサルタントの業務）
- 8 建築物内における照明器具、家具等の配置に関する考案、表現又は助言の業務（いわゆるインテリアコーディネーターの業務）
- 9 ゲーム用ソフトウェアの創作の業務
- 10 有価証券市場における相場等の動向又は有価証券の価値等の分析、評価又はこれに基づく投資に関する助言の業務（いわゆる証券アナリストの業務）
- 11 金融工学等の知識を用いて行う金融商品の開発の業務
- 12 学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する大学における教授研究の業務（主として研究に従事するものに限る。）
- 13 公認会計士の業務
- 14 弁護士の業務
- 15 建築士（一級建築士、二級建築士及び木造建築士）の業務
- 16 不動産鑑定士の業務
- 17 弁理士の業務
- 18 税理士の業務
- 19 中小企業診断士の業務

②大学病院における専門業務型裁量労働制

○大学の肩書は「教授等（教授、准教授、講師）」「助教」「助手」に分けられる。

現行規定では大学病院の「教授等」が「12. 学校教育法に規定する大学における教授研究の業務」での専門業務型裁量労働制の適用対象であり、「助手」「助教」は適用対象外である。

○この規定は教授、准教授、講師が「教授（教えること。肩書の意味ではない）研究」に従事することを想定している。

「教授（教える）業務」における「授業」は時間があらかじめ決まっており、その時間を自由に変更することはできない。この「授業」が、1週間の所定又は法定労働時間の5割に満たない程度であるなら、5割以上は自由になる時間であり研究に充てることが可能となる。この場合、「主として研究に従事する教授等」と扱うことができ、裁量労働制の対象となりうる。

また、医学研究を行う「教授等」がその一環として従事する診療の業務は、チーム制（下記の囲み参照）によるものであれば「教授研究」の業務と扱っても差し支えない。

○「助教」「助手」は、12の業務ではなく、1の「新商品若しくは新技術の研究開発又は人文科学若しくは自然科学に関する研究の業務」の対象となりうるが、研究の一環としての診療の取り扱い自体が規定されていない。（厚労省からのヒアリングを元に作成。）

当該業務は、学校教育法に規定する大学の教授、准教授^(注)又は講師の業務をいうものであること。「教授研究」とは、大学の教授、准教授又は講師が学生を教授し、その研究を指導し、研究に従事することをいうものであること。

「主として研究に従事する」とは、業務の中心はあくまで研究の業務であることをいうものであり、具体的には、研究の業務のほかに講義等の授業の業務に従事する場合に、その時間が、1週の所定労働時間又は法定労働時間のうち短いものについて、そのおおむね5割に満たない程度であることをいうものであること。

なお、大学病院等において行われる診療の業務については、専ら診療行為を行う教授等が従事するものは、教授研究の業務に含まれないものであるが、医学研究を行う教授等がその一環として従事する診療の業務であって、チーム制（複数の医師が共同で診療の業務を担当するため、当該診療の業務について代替要員の確保が容易である体制をいう。）により行われるものは、教授研究の業務として扱って差し支えないこと。

ただし、大学の助手については、専ら人文科学又は自然科学に関する研究の業務に従事する場合には、前記①に該当するものであること。

また、大学の助教^(注)は、専ら人文科学又は自然科学に関する研究の業務に従事すると判断できる場合は、前記①の業務として取り扱うこと。この場合において、助教は、教授の業務を行うことができることになっていることから、その時間が1週の所定労働時間又は法定労働時間のうち短いものの1割程度以下であり、他の時間においては人文科学又は自然科学に関する研究の業務に従事する場合には、専ら人文科学又は自然科学に関する研究の業務に従事するものとして取り扱って差し支えないこと。

東京労働局HP

参考資料 19 労働法に関する主要法令一覧

[1] 労働時間管理に関する勤務医への周知

- 1 労働基準法第 89 条（作成及び届出の義務）
- 2 労働基準法第 15 条（労働条件の明示）
- 3 労働基準法第 15 条（労働条件の明示）
通達：平 11.1.29 基発 45 号（書面明示の方法）
- 4 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）
労働基準法施行規則第 16 条（時間外及び休日労働の協定）
- 5 労働基準法第 32 条（労働時間）、第 35 条（休日）等

[2] 労働時間の適正把握

- 1 労働基準法第 32 条（労働時間）
通達：平 13.4.6 基発 339 号（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）
- 2 労働基準法第 32 条（労働時間）、第 38 条第 1 項（時間計算）
通達：昭 25.9.14 基収 2983 号（黙示の指示による労働時間）
- 3 労働基準法第 38 条第 1 項（時間計算）、第 32 条の 2（変形労働時間制）
通達：昭 63.1.1 基発 1 号（時間外労働となる時間）等
- 4 労働基準法第 38 条第 1 項（時間計算）
通達：昭 23.4.7 基収 1196 号、昭 63.3.14 基発 150 号、平 11.3.31 基発 168 号（手待ち時間等）等
- 5 労働基準法第 32 条（労働時間）、第 38 条第 1 項（時間計算）等

[3] 労働時間・休憩・休日の取り扱い

- 1 労働基準法第 32 条（労働時間）
通達：昭 63.1.1 基発 1 号（1 週間の法定労働時間と 1 日の法定労働時間）
- 2 労働基準法第 32 条の 2（1 箇月単位の変形労働時間制）
労働基準法施行規則第 12 条の 2（変形労働時間制・変形休日制の起算日）
- 3 労働基準法第 35 条（休日）
労働基準法施行規則第 12 条の 2（変形労働時間制・変形休日制の起算日）等
- 4 労働基準法第 41 条（労働時間等に関する規定の適用除外）
労働基準法施行規則第 23 条（宿直・日直の勤務）
通達：昭 23.1.13 基発 33 号（日直・宿直と労働時間、休日との関係）等
- 5 労働基準法第 41 条（労働時間等に関する規定の適用除外）
通達：昭 22.9.13 発基 17 号、昭 63.3.14 基発 150 号（監督又は管理の地位にある者の範囲）等

[4] 時間外・休日労働協定（36協定）の締結と運用

- 1 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）
労働基準法施行規則第 16 条（時間外及び休日労働の協定）、第 17 条（時間外及び休日労働の届出）
- 2 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）
通達：平 12.12.25 労告 120 号（労基法第 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）等
- 3 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）
通達：昭 23.7.27 基収 2622 号、平 11.3.31 基発 168 号（協定の限度を超える時間延長）等
- 4 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）
通達：平 15.10.22 基発 1022003 号（特別条項にいう『特別の事情』の意義）、平 21.5.29 基発 0529001 号（特別条項付協定で定める事項）
- 5 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）
通達：平 15.10.22 基発 1022003 号（特別条項にいう『特別の事情』の意義）、平 21.5.29 基発 0529001 号（特別条項付協定で定める事項）

[5] 割増賃金の取り扱い	
1	労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金） 労働基準法施行規則第19条（割増賃金の基礎となる賃金の計算）等
2	労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金） 労働基準法施行規則第19条（割増賃金の基礎となる賃金の計算）等
3	労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金） 通達：昭22.12.15基発501号、昭63.3.14基発150号、平11.3.31基発168号（割増賃金計算の基礎となる労働時間）等
4	労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金） 通達：昭22.12.15基発501号、昭63.3.14基発150号、平11.3.31基発168号（割増賃金計算の基礎となる労働時間） 労働基準法施行規則第23条（宿直・日直の勤務）
5	労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金） 通達：平11.3.31基発170号（住宅手当 具体的範囲）等
[6] 勤務医の安全と健康の確保（安全衛生管理体制）	
1	労働安全衛生法第12条（衛生管理者）、第13条（産業医）
2	労働安全衛生法第18条（衛生委員会） 労働安全衛生規則第23条（衛生委員会の会議）等
3	労働安全衛生法第66条（健康診断） 労働安全衛生規則第44条（定期健康診断）
4	労働安全衛生規則第52条の2（面接指導の対象となる労働者の要件等） 通達：平18.3.17基発0317008号、平20.3.7基発0317006号（過重労働による健康障害防止のための総合対策）等
5	通達：平18.3.17基発0317008号、平20.3.7基発0317006号（過重労働による健康障害防止のための総合対策）等
[7] 女性勤務医の就労支援	
1	労働基準法第65条（産前産後） 通達：昭63.1.1基発1号、婦発1号（妊産婦の時間外労働、休日労働及び深夜業の制限）等
2	労働基準法第65条（産前産後） 通達：昭61.3.20基発151号、婦発69号、平10.6.11基発344号、女発169号（妊産婦に対する就業制限）等
3	育児介護休業法第5条～第9条（育児休業制度）
4	育児介護休業法第23条（勤務時間の短縮等の措置）
5	育児介護休業法第10条（不利益取り扱いの禁止） 労働基準法第19条（解雇制限）等

出典：日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」
「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」より抜粋

平成 29 年 9 月-10 月に、「医師の働き方改革」による影響について、日本医師会「勤務医委員会」の委員が、所属するブロックの医師にヒアリングを行った。（平成 29 年 10 月 26 日時点のとりまとめ内容）

1. 労働時間規制の地域医療への影響

1) 救急医療への影響

- ・医師の労働時間制限は救急医療に最も大きな影響を与える。
- ・急性期医療の病院の当直をすべて交代制勤務にするには、医師の偏在を解消する等の医師の増員が必要である。
- ・医師の増員ができなければ救急患者の受け入れ困難や制限が生じたり、医療の質の低下が生じることになる。
- ・救急救命センターでは、循環器内科、心臓血管外科、整形外科等、もともと繁忙な領域の医師が必要とされる医療を提供できなくなる。
- ・小児科センター病院や周産期センターでは人員不足が深刻になり、周産期センターの維持が困難になる。
- ・大学病院は急病センター等に医師を派遣しているが、派遣を制限せざる得なくなる。
- ・地方での医師確保は困難であるが、仮に確保できても人件費の増大で医療機関の経営が成り立たない。場合によっては、救急医療の中止となる事態も想定される。
- ・現実に二次救急を担っているのは中小病院が多いが、これらの医療機関の縮小や閉鎖が危惧されるが、その場合基幹病院へ患者が集中し、基幹病院の医師の負担増が危惧される。
- ・救急医の養成が急務であるが、新しい専門医制度では難しい。
- ・一人当たりの医師にかかる勤務中の負担が増加し、救急医療に携わることをやめる医師が増える。（既に地方でおきている現象であり、これが加速する）
- ・医師確保のために集約化が不可欠となるが、医師や患者が一極集中した場合に、その地域社会が耐えられるか危ぶまれる。

2) 外来診療の縮小等の病院機能の低下

- ・時間外診療を行っている医療機関では、時間外診療を縮小せざる得なくなる。
- ・外来の縮小やベッドの削減を強いられる可能性が大きい。
- ・勤務医の多くは当直を担当しているので、労働時間制限をした場合、通常の診療時間を制限しなければならない。
- ・当直翌日の勤務がなくなれば外来診療は減ることになる。
- ・勤務医は病棟主治医の業務、手術、検査、カンファレンス、院内諸委員会等の業務もあ

り、外来診療の縮小を余儀なくされる。

- ・ 休診日や夜間の勤務が生じた場合、それに応じた休日を平日の昼間に設定しなければならず、本来の診療時間における患者の受け入れに影響がでる。
- ・ 専門外をみたくない医師が増加しており、時間外での外来はより縮小や制限されると想定される。
- ・ 外来の縮小は、病院の収益減やそれによる機能低下につながる。
- ・ 大学病院は現在、外来診療を縮小する方向性であり、影響は少ない。（逆に外来を縮小できないとの意見もある。）
- ・ 大規模の病院は総合デパートの体制から脱却し、入院医療に特化すべき、中小病院はむしろ外来部門の充実が重要。
- ・ 医師の少ない診療科では、休診日を設ける必要が出てくる。
- ・ 外来患者が診療を受けられない事態が発生し得る。また、患者の利便性の低下につながる。
- ・ 地域住民の理解が重要で、十分な説明がなければ信頼の低下を招く。

3) 高度医療への影響・長時間手術等

- ・ 手術の途中で術者が交代することは現実的ではない、患者や家族も納得できないと思う。また手術の翌日に執刀医が来ないのは医療安全上危険である。
- ・ 高度医療を提供できる医師の数は限られているので、手術数が減少する。能力のある医師を増やさなければならない。
- ・ 高度医療を担う医師はそれに特化させる必要があり外来や当直を免除する必要がある。外来・病棟を担う医師と分ける必要がある。
- ・ 患者数や手術数等診療できる範囲に制限がかかる可能性がある。
- ・ 医師の業務の優先順位を考えると高度医療は後回しになる可能性がある。
- ・ 手術時間を短縮しようとする精神的な圧迫も考えられ、医療事故のリスク増大が懸念される。
- ・ 心臓血管外科や脳外科等は、夜間緊急手術が頻回にあるため、日中の高度手術ができなくなる。
- ・ 循環器内科は拘束時間が長く、時間外の緊急カテーテル治療が困難となる。
- ・ 長時間手術は可能だと思うが、術後の管理の医師が不足し困難である。
- ・ 高度医療は大学病院が担っており、県内病院からの医師の引き上げが必要となる。
- ・ 高度医療機関の集約・マンパワーの集中が必要となる。
- ・ 医師を増やすことで一人当たりの時間外労働を減らすしかない。
- ・ 大幅な医師増員と交代制勤務の導入しかないが、これには診療報酬の手当てが必要である。
- ・ 外科医の確保のみならず、麻酔科医や放射線科医も増やす必要がある。
- ・ 医師のみならず医療スタッフの増員が必要である。

4) 研修時間への影響

- ・多くの病院では、時間内は直接診療に係る医療行為が行われ、その他の研修（サマリーの作成、カンファレンス、抄読会、画像診断研修、病理研修、文献検索等）は時間外での実施が多いが、これができなくなると医療の質が低下する。
- ・医療安全と感染症をはじめとして、医療制度、医療倫理、がん、栄養、褥瘡等の様々な研修が必要であり、これらは時間外に開催されているため、病院機能が弱体化しかねない。
- ・研修医が時間外労働をしないと救急や様々な症例のあらゆる事態に対処する臨床能力が低下する。
- ・研修を労働とみなせば、残業手当としての人件費が増大する。
- ・報告される表面上の研修時間は減っても、実際の研修時間は変わらず悪影響として改善の指標を失うことになる。
- ・教職員研修は時間外に行われていることが多く、病院機能の低下につながる可能性が高い。
- ・他職種と共に行う研修は時間内で良いが、専門性の高い研修は勤務時間外で対応すべきである。
- ・時間外労働の制限は、医師としての研修時間の確保には良い影響を及ぼすと考えられる。
- ・日中に研修を集中させると、診療やその他の業務に影響がでる。
- ・研修を時間内で終わらせようとするので良い面もある。
- ・調整が可能なため、影響はないと考える。
- ・ほとんどの院内研修を時間内に行うようにしているが、なかなか参加が難しい状況である。
- ・業務としての研修と自己研鑽のための研修を見極める方法が難しい。これは大学の基礎研究においても同様である。
- ・院内の研修が何を指すのかわからない。研修も労働時間としてみなすのであれば、何らかの指針が必要となる。
- ・医師教育のための指導医によるカンファレンスは勤務の一環であり、研修時間を奪うことになる。
- ・指導医の労働時間が制限されれば、臨床実施研修の時間が縮小される。
- ・既に制限をかけており現状と変わらない見込みである。

5) へき地への影響

- ・医師不足の地域が多く、夜間休日の時間外診療。産科・救急医療等が立ち行かなくなる恐れがある。医師不足と経営の悪化が問題である。
- ・地域に医師が一人しかいない状況では医療が成り立たなくなる。
- ・時間外の診療拒否が起きるため応招義務の問題が生じ、崩壊してしまう。
- ・へき地医療は医療圏の中核病院が担っているが、医師派遣に支障が出るので、縮小又は

廃止となる可能性が大きい。

- ・へき地の医療機関では、臨床研修制度における「地域医療研修」という役割を担っているが、これらの機能も失われる。
- ・へき地診療は単独の医師で行われることが多く、早朝、夜間、休日の急患にも対応しなくてはならない。現在の僻地診療は成り立たなくなり、複数の医師のチーム制の構築が必要となる。
- ・医師会（A①会員）が行っているへき地診療所の応援診療は時間外労働時間にカウントされない為影響はないと思われる。
- ・へき地ごとの差異も考えられ、地域に合わせた柔軟な考え方が必要である。
- ・外部の非常勤医を確保せざるを得ず、割高な賃金と旅費で病院経営を圧迫する。
- ・遠隔診療が更に推進され、特定行為を行う看護師の需要が増えると考えられる。

6) 研修医への教育

- ・十分な研修時間が取れずに、研修医の質が低下する危険性がある。
- ・日常診療が優先となり、教育時間は減少すると考えられる。
- ・研修医の就労時間は制限が設けられているので、就労時間内の教育に及ぼす影響は少ないと考えられる。
- ・時間外労働を黙認する院長を労基署に告発する者がおり、既に、研修医に対して時間外労働を病院が課することは困難となっている。
- ・診療科により大きく異なると考えられる。
- ・病院の規模が小さいほど研修教育への弊害が大きくなることが予想される。
- ・研修医への指導が不十分となり、指導医が複数いない研修病院では研修医の募集が減少する。
- ・専門医をとるために必要な症例不足や実地医家となるために時間がかかることが懸念される。
- ・教育に携わる指導医のマンパワーが不足しているため、時間内に実行できるか不安がある。
- ・専門研修は専攻医も指導医とほぼ同等の責務を負うことを考えると、研修制度と時間外労働を併せて考える根拠がない。

＊その他、「4) 研修時間への影響」と同様の意見が多い。

7) その他

- ・大都市の病院に更に医師が集中し、地方では医療の過疎化が一層進むことが懸念される。
- ・医師の取り合いの促進が危惧される。
- ・労基署の臨検は社会情勢を無視しており、救急医療の崩壊、医療への影響が大きく、国家レベルでの対応を考えるべきである。
- ・研修後に時間外の拘束が少ないマイナー科に進む割合が増えているが、このことが地域

の医療崩壊に関連している。時間外労働の制限はこの現状に良い影響をもたらすと考えられる。

- ・ 今後の医師数の増加程度と時間外労働の制限のバランスの問題になると考える。患者側の過度な診療要求が減少すれば、着地点はあり得る。
- ・ 救急医療・高度医療を効率的に担える体制を二次医療圏で構築する必要がある。
- ・ 大学病院の医師の多くが教職員であり、教育指導の時間をどのように扱うのか明確にする必要がある。
- ・ 保険審査医や産業医、校医、介護審査委員会委員の確保が難しくなる。
- ・ 医師の少ない中小病院は、医療供給体制の確保が困難になり、経営そのものが打撃を受ける。
- ・ 必要な医師を確保する必要があるが、医師の報酬が大きく変化する可能性もあることを念頭に置く必要がある。
- ・ 勤務医の時間外労働が制限されれば、医師会活動に参加する勤務医が増える可能性もある。
- ・ 専門医制度の今後が危ぶまれる。
- ・ 地域医療構想や地域包括ケアを実現することが一層困難になる。

2. 地域医療を守る視点から、医師の働き方に関連して、地域で取り組まれている方策

1) 救急体制

- ・ 基幹病院に他の医療機関の医師が出向して、一定時間当番をしている。
- ・ 自治体の夜間急患診療所に医師会員が交代で当番している。これにより二次救急への集中を防いでいる。
- ・ 医師会が医師会立急患センターを作ったり、輪番制をひいて 365 日体制で一次救急に取り組んでいる。しかし、高齢化のため参加できる医師が減少している。
- ・ 救急体制を維持するために高額のスポンサー医師を依頼して回さざるを得ない地域がある。
- ・ 救急子ども相談電話（#8000）、大人救急相談電話（#7111）により救急受診の適正化を行っている。
- ・ 県民にかかりつけ医を持つことにより重症化を防ぐことを啓発している。
- ・ 大学病院の外科系、内科系より総合診療部へ医師を出向させ、救急医療体制を維持している。
- ・ 各科当直を廃止して内科系・外科系当直とすることで当直回数を減らしている。
- ・ 救急隊と連携を密にすることによって、三次救急に特化できるよう協力体制を構築している。
- ・ ICT を活用した救急搬送システムを稼働させ、救急搬送の効率化を図っている。

2) 病院外診療への診療所医師の協力

- ・診療所医師が空き時間に、大学病院や市立病院等公的病院の専門外来を担当している。
- ・内視鏡検査・治療に診療所医師も参加している。
- ・複数の病院で診療参加型病診連携を行っている。
- ・診療所医師が、かかりつけ医機能を理解し、基幹病院からの逆紹介患者を積極的に受け入れている。
- ・外来医が不足す場合は、診療科ごとに OB/OG の医師に個別に協力を依頼している。
- ・非常勤診療医師として大学退職後も外来診療を担っている。
- ・病院外来に診療所の医師が協力することは、病院における専門外来の質を落とす。診療所医師と大病院とは役割分担すべきである。
- ・連携パス等を利用した病診連携を更に進める必要がある。

*あまり行われていないという回答が多かった。

3) 病院入院診療への診療所医師の協力

- ・オープン病院システムを施行している病院もあるが現実には運営されていない。
- ・医師会病院の全てのベッドがオープン型であり、入院患者の 70 ～ 80% の主治医は診療所医師である。急変時には専属の勤務医が対応する。
- ・入院患者が在宅に移行する際、病院で開催する退院前カンファレンスに参加し連携を行っている。

*ほとんど行われていないとの回答が多数を占めている。

4) 医師不足の地域への医師の派遣等の事業

- ・医師会と都道府県病院協会が主体となり、医師確保が困難な医療機関に医師を派遣する事業を行っている。
- ・都道府県協議会において、地域枠出身医師を地方へ派遣する事業を行っている。
- ・県が設置する地域医療支援センターに大学と共に医師会が参加し、若手医師のキャリア形成を支援している。
- ・へき地医療支援センターが設置されており、へき地診療所に医師の派遣が実施されている。
- ・へき地医療支援病院が指定されており、へき地療所に医師の派遣が実施されている。
- ・へき地医療支援拠点病院からの医師派遣による巡回診療で診療所の維持存続に努めている。
- ・大学病院が寄付講座によりへき地医療を支援している。
- ・地域医療機関の医師が支援を行う場合は、医療審議会部会の承認等一定の手続きを経ることにより、地域的な了解を得る仕組みを構築している。
- ・大学病院や基幹病院が、山間部で一人勤務をしている医師の休暇取得時の代診応援を行っている。
- ・県の事業として、修学援助金貸与を受けた医師の医師不足地域への派遣が行われている。

- ・医師不足の地域は多く、派遣が可能な医師数が足りていない。
- ・ネットワークを利用した遠隔画像診断サービスを地域病院に行っている。

5) その他

- ・県は、勤務環境改善支援センターを県医師会に委託し、勤務環境改善マネジメントシステムの導入促進や相談支援を実施している。
- ・院内保育所の保育士の人件費の助成、働きやすい職場環境のための意識醸造や相談体制整備を行っている。
- ・科によっては過剰な科もあり、必要な科に必要な医師を分配する必要がある。
- ・勤務医に対し、労働基準法、時間外勤務の削減方法について研修を実施している。
- ・在宅や施設での看取りが僅かに増えているが、これが増えれば病院勤務医の負担は軽減する。
- ・不要な受診行動を控える教育が必要である。
- ・地域の小児科医が救急外来に出務して、病院の若い小児科医の指導に当たっている地域がある。
- ・多くの民間病院では、短時間労働の医師が多くいるのが現状ではないか。

3. 医師の働き方を改善するための取り組み

1) チーム医療

- ・多職種が参加したチーム医療は、医療の質の向上と診療報酬の加算に寄与しているが、医師の業務が必ずしも減るということではない。
- ・チームは、医療の質の向上、医療安全、医療の効率性による医師の負担軽減につながることを期待されている。
- ・多職種共同でチーム医療を行っており、他職種の協力は得ているが、医師不足は否めない。
- ・医師が増えなければチームは出来ない。一人診療科ではチームを組むこと自体が困難である。
- ・いろいろなチーム医療が存在するがこれが働き方改革に有効に結びつくような印象がない。
- ・糖尿病やアレルギー等の疾患特異性の研修を行ったメディカルスタッフの配置や特定看護師等の設置は必要であるが、診療報酬上の位置付けが必要である。
- ・もちろん大切であるが、専門医が多すぎプライマリ医師が少ない。
- ・チーム医療は責任の所在が分かりにくくなるほか、働き方に個人差がでる。
- ・一人の医師の責任過重を回避するにはチーム医療が必須と考えられる。
- ・チーム医療は不可欠となっている。医師、看護師、パラメディカルレベルアップの努力が必要であり、それが、結果的に医師の負担軽減につながる。
- ・クリニカルパスを用いたチーム医療医取り組んでいる病院では、指示はパスによって包括的になされ、医師の負担は軽減されている。

2) 交代制勤務

- ・医師が不足している地域が多く、交代制勤務を運用できる施設は少ない。
- ・大学病院救急部や高度救命センターでは、二交代制を取っている。
- ・当直を準夜帯は時間外労働、深夜帯は宿直として、当直明けを休みとしている医療機関がある。
- ・当直明けは休める体制を前提にした医師需給予測、地域偏在解消が急がれる。
- ・交代制勤務は多数の質が一定した医師が必要となり、地方の医療機関では導入は困難である。
- ・平成 26 年度の診療報酬改定から、交代制勤務の導入を申請要件とした診療報酬の上乗せが開始されたが、取得は困難である。
- ・絶対数が不足している医師不足の下では困難である。
- ・ER や ICU では交代制勤務となっている。
- ・2017 年 4 月よりシフト制を開始した。1 週間の労働時間は 37.5 時間とし、時間外勤務の上限を 40 時間未満として厳守するよう指導している。シフト勤務表とタイムカードをもとに時間外診療時間を算出している。重傷を扱わない診療科の医師の当直回数や時間外は減少している。
- ・当直翌日の勤務は早退ないし休日とし、少なくともデューティーはなくすべきである。
- ・チームでの主治医制や複数主治医制が前提となるため、最終的な責任の所在について規定を設ける必要がある。

3) 複数主治医制

- ・都道府県医師会として複数主治医制を推進している。医師が少ない施設において勤務医の負担軽減につながるため導入している施設は多い。また、一人医師の診療科であっても、他診療科医師と協力しながら負担軽減を図っている。
- ・外科系を中心に複数主治医制、グループ主治医制が取り入れられている。内科系は完全主治医制の診療科もあり土日夜間も患者の状態によっては主治医が呼ばれることになる。
- ・いまだに主治医にこだわる患者が多く、患者や家族の意識改革が必要である。
- ・大いに進めるべきであると考えるが、チーム医療と同様に医師数の充足が必要であり、現状では困難である。
- ・医師数の不足、責任の分散、担当患者の増加による医療安全上の問題が生じる。
- ・考え方の違い、相性、序列性があるため必ずしもうまくいかないことが多い。
- ・治療方針と情報の共有並びに医療の質の確保が課題である。
- ・複数の医師で患者の情報が共有されるため、見落としやミス等も予防できると考えられる。
- ・休みは取りやすくなるが、一人の医師が把握しなければならない患者数が増えるため、医師不足の地方では環境改善に結びつくとは考えにくい。

4) タスクシフティング

- ・勤務環境改善支援センターと協力して、メディカルクラークの導入を推進している。
- ・特定行為を行う看護師制度ナース・プラクティショナー制度を進めるべきである。
- ・看護師への業務移譲は実質的に困難になりつつあり、再検討が必要である。
- ・安易にタスクシフティングをしない方が良いと考える。あくまで、医師の指導、監督が必要であり、その方法を議論すべきである。
- ・安全性等多くの課題があり、慎重に議論すべきである。
- ・地域包括ケアのボトムアップには必須である。
- ・診療結果の責任回避を法制化しなければ実現不可能である。
- ・メディカルアシスタントの育成と雇用を推奨する。
- ・WHO では以下のことが宣言されている。「タスク・シフティングを医療人員不足の最終的な解決策としないこと」、「政府はタスクシフティングを費用削減の方法と見なさないこと」。従って、医師不足を前提とした議論は成り立たない。
- ・看護師も不足という状況で委譲ができないのではないか。
- ・医療の質が低下する業務と低下しない業務を整理する必要がある。
- ・医師が本来業務に専念できるようすべきである。
- ・教育と財政上の仕組みが必要である。

5) 短時間勤務制度

- ・都道府県内で、短時間勤務制度の適応を受けている医師は約 10%であった。
- ・育児短時間勤務制度は有用である。
- ・医療機関によっては勤務時間の組み方は一律ではなく本人が決めることも可能となっている。ただし、半日勤務は給与も半額になる。
- ・現在、3 歳未満の子を養育する場合となっているが、これを 10 歳程度に引き上げるべきである。
- ・地方では夢のまた夢のような話としか考えられない。
- ・不可能である。現場の不公平感が出ると、モチベーションが下がり有効ではない。
- ・外来診療では問題ないが、病棟勤務ではうまくいっておらず、負担軽減に役立っていない。
- ・ガンや病気を抱えながら勤務する医師が増えているので、制度を広げる必要がある。
- ・給与面での正規雇用は可能でも、福利厚生面での正規雇用はあまり進んでいない。
- ・男女に限らず、希望する場合、勤務医の負担軽減を前提に考慮しても良いと考える。
- ・県が短時間労働を補充するための代替医師の雇用にかかる人権費を補助する制度を実施している。
- ・完全な休職を減らすことが可能となることから、多くの中核病院で採用されている。
- ・通常勤務医の時間外労働が増える等、不満が募り、離職者が増えると思われる。給与等待遇面では大きな差をつけるべきである。

- ・県内では短時間正規雇用制度がある医療機関が 36%で、制度を利用している医師が有は 42%であった。

6) 女性医師の活用

- ・女性医師支援相談窓口では、女性医師の復職を推進し、特に医師の不足する地域医療の支援を担う勤務を勧めている。
- ・再研修・再就業支援に取り組んでいるが、何より上司・同僚等の理解が必要である。
- ・女性医師の活用は、今後の医師の負担軽減、医師不足の対策に対して不可欠だと考える。
- ・県医師会は県と連携して、「保育サポーターバンク」事業を行い支援している。
- ・絶対に必要であるが、経済的な問題でなかなか実現困難である。
- ・同時にキャリア形成ができる研修システムの構築が必要である。
- ・結婚や分娩で 1 年以上現場を離れることを望むようでは女性医師の働き方は制限せざるをえない。少なくとも半年で職場復帰する覚悟がないと男性医師と同じ土俵には上がれないと覚悟すべきである。
- ・研究サポートを行っており、女性医師が診療、研究を継続できるよう努めている。
- ・院内保育所・病児保育の設置、当直の免除、ワークライフバランスへの配慮等を行っている。
- ・県医師会内に「ワークライフバランス推進委員会」を設置し、県ならびに大学にある「女性医師支援センター」とも協働している。
- ・都道府県内の基幹病院では 89%が院内保育所を設置、病児保育室の設置は 53%、短時間勤務制度の導入は 92%であった。
- ・女性医師の勤務時間は 20 台から 40 台では男性に比べて短い、50 台以降では差がなくなる。育児中の学習機会の確保、就業継続・復帰支援等が重要である。
- ・女性医師の積極的な雇用は、経営的にデメリットではなく、むしろメリットが大きいとの報告がなされている。

7) その他

- ・多くの地域で医師の高齢化が進み、夜間救急の対応力が低下している。医師の増員や 2 次 3 次病院から若手が派遣できるシステムが必要になっている。
- ・「5) 短時間勤務制度」や「6) 女性医師の活用」は医師の診療科目による偏在とも密接に絡むため、医学生レベルでの啓発が必要である。
- ・現在、医局内の働き方の見える化を目指し、実態調査中。今後は医局内の業務担当表を簡単に作成できるよう閉鎖的 SNS を用いたアプリを開発し長時間労働を削減し、有給休暇を取得しやすい環境を構築する予定である。
- ・産科、小児科、救急科等、24 時間 365 日診療を行っている医師に対し、何らかのインセンティブを図る必要があり、診療報酬の抜本的な見直しが必要である。
- ・勤務医の働き方の改善の必要性を自覚しているが、経営が苦しいため外来患者を増やす

努力をしている。勤務医の過重労働によって経営が成り立っていること自体が異常である。

- ・ 病児保育整備を進めるためには、予算措置が必要である。
- ・ 国民一人一人が己の生き方、死に方について明確な考えを持つことができるような、国民的な運動を展開する必要がある。
- ・ 診療科の偏在の解消には、診療報酬で部門間に大きな差をつける必要がある。
- ・ 病院の外来の診療報酬が診療所の外来より安いとため、患者をかかりつけ医に返せない事態が起きている。
- ・ 大学病院の脳外科では遠隔医療により、脳外科医がいない病院での適切な指示を出すことが可能になり、仕事量の軽減につながっている。

参考資料 21 医師確保に直接的に関係する会議体

地域医療対策の推進に関する各種会議体の設置根拠

○医師確保に直接的に関係する会議体

会議体	設置根拠	参照条文
都道府県医療審議会	法定	医療法 第71条の2 この法律の規定によりその権限に属させられた事項を調査審議するほか、都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため、都道府県に、都道府県医療審議会を置く。
地域医療対策協議会	法定	医療法第30条の23第1項 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。(各号略)
地域医療支援センター	都道府県事務 (努力義務)として法定	医療法第30条の25第1項 都道府県は、地域医療対策を踏まえ、地域において必要とされる医療を確保するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。(各号略)
へき地医療支援機構	予算要綱	—
新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会	通知	—

○医師確保に間接的に関係する会議体

地域医療構想調整会議	法定	医療法第30条の14第1項 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。
医療勤務環境改善支援センター	都道府県事務 (努力義務)として法定	医療法第30条の21第1項 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。(各号略)

厚労省 HP (第 12 回 医療従事者の需給に関する検討会)

～安全かつ継続的な医療を提供していくために～

「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」報告書概要 ②

□ ライフイベントを抱える医師への包括的支援

女性医師が働き続けやすい環境整備を進めるにあたっての視点を踏まえながら、様々な場や立場から、妊娠や出産等のライフイベントを抱える医師を包括的に支援していく必要があります。

医師としての社会的役割・プロフェッショナリズム

キャリア形成・継続、モチベーション維持・向上

【大学】

キャリア教育、多様なロールモデル提示、復職支援、キャリア形成支援、経験共有の場の提供等

【学会】

復職支援、キャリア形成支援等

【日本医師会等】

各地域の取組例の収集・紹介、女性医師バンク、病院管理者研修、講演会等

【臨床研修・専門医制度】

中断、更新にかかる配慮等

ライフイベントにかかる負担軽減

【医療機関等】(再掲)

①職場の理解

普及啓発等(制度や社会資源の周知等)

②保育環境の整備

院内保育所の柔軟な運営(24時間保育、病児保育等)、民間サービスの利用しやすい工夫等



職場における環境整備

【医療機関等】 管理者自らが女性医師を取り巻く状況やニーズを認識し、活用できる制度や社会資源を十分に把握し、総合的な取組を推進

①職場の理解

管理者や上司自らが進める職場の雰囲気作り、公平感の醸成等(管理者研修の活用、適切な業務配分等)

②相談窓口等

ワンストップ相談、先輩の経験共有等(専任スタッフ、情報交換会等)

③勤務体制

柔軟な勤務形態(短時間正規雇用、交替勤務制、当直や時間外勤務への配慮等)

④診療体制

チーム医療推進、地域医療における連携等(複数主治医制、事務補助職活用等)

⑤保育環境

院内保育所の柔軟な運営等(24時間保育、病児保育等)

⑥復職支援

医学知識や診療技術の提供等(e-learning、実技実習等)

医療の質の確保 安全かつ継続的な医療提供



三重県認証

女性が働きやすい 医療機関認証制度



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、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の勤務
環境改善に取り組み、女性の医療従事
ことを目的とする。

知 事 あ い さ つ

医師、看護職員など医療従事者は、恒常的に長時間勤務の傾向にあり、勤務環境の改善は喫緊の課題となっています。

こうした中、平成26年度の改正医療法において、各医療機関の管理者に対して、医療従事者の勤務環境を改善する取組が努力義務化され、本県では全国で3番目に医療勤務環境改善支援センターを平成26年8月に設置しました。

また、医療従事者には、看護職員をはじめとして女性が多いことから、保育施設の整備や短時間勤務制度の導入など、女性が働きやすい勤務環境への改善を促進するため、平成27年度に全国に先駆けて、「女性が働きやすい医療機関」認証制度を創設しました。

これまで17医療機関から応募があり、8医療機関を認証していますが、認証された医療機関の中には、定年退職以外での離職者がいなくなった事例もありました。

医療機関の皆様には、「女性が働きやすい医療機関」認証制度に積極的にご応募いただくとともに、三重県医療勤務環境改善支援センターをご活用いただき、医療従事者が働きやすい職場環境づくりを進めていただきますよう、よろしくお願いいたします。

平成29年9月
三重県知事 鈴木 英敏

目 的

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づくりなど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し、当該医療機関が社会的に評価される仕組みを作ることで、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します。

対 象

三重県内の医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項及び第2項に規定する病院及び診療所とします。

認 証 要 件

次の2項目のいずれにも該当することが必要です。

- 次に掲げるすべての項目について取組を行っていること
 - (1) 職場環境づくり
 - (2) 人事管理
 - (3) 保育・介護支援
 - (4) サポート体制
- 法令に違反する重大な事実がないこと

効 果

- ◇三重県のホームページで認証施設を公表し、広く周知します。
- ◇認証取得への取組を通して、組織の活性化・医療従事者の意識改革を図り、選ばれる施設を実現できます。
- ◇採用活動時等に認証マークを活用し、『女性が働きやすい医療機関』であることをアピールできます。



【認証マーク】

お 問 い 合 わ せ 先

三重県 健康福祉部 医療対策局 地域医療推進課 医師・看護師確保対策班

〒514-8570 津市広明町13番地（本庁4階西側）

電話：059-224-2326 / FAX：059-224-2340

MAIL：chiiry@pref.mie.jp

HP：http://www.pref.mie.lg.jp/CHIIRYO/HP/m0070700036.htm

参考資料 24 いわき市地域医療を守り育てる条例（福島県）

いわき市地域医療を守り育てる基本条例（平成 29 年 6 月制定）

（目的）

第 1 条 この条例は、市の地域医療についての基本理念を定め、並びに市、市民及び医療機関等の役割を明らかにするとともに、地域医療を守り育てる施策を総合的に推進し、もって将来にわたって市民が安心して良質な医療を受けることができる体制を確保することを目的とする。

（定義）

第 2 条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

（1）地域医療

市民の疾病等の治療及び予防、健康の保持及び増進並びに介護の分野において医療機関等が医療を提供する体制をいう。

（2）市民 次に掲げる者をいう。

ア 市の区域内に居住する者

イ 市の区域内に存する事務所又は事業所に勤務する者

ウ 市の区域内に存する学校に在学する者

（3）医療機関等

市の区域内に存する病院、診療所、助産所、薬局、医療を提供する介護事業者等をいう。

（基本理念）

第 3 条 地域医療は、市民の健康及び生命を守るかけがえのないものであるため、将来にわたって持続的に確保されなければならない。

2 地域医療は、市、市民及び医療機関等が一体となり、相互の連携及び協力の下に守り育てなければならない。

（市の役割）

第 4 条 市は、前条に定める基本理念（以下「基本理念」という。）にのっとり、地域医療を守り育てるための施策を策定し、及び実施するものとする。

（市民の役割）

第 5 条 市民は、基本理念にのっとり、次に掲げる事項に努めるものとする。

（1）医療機関等が患者の病状に応じた機能を果たしていることを理解し、自己の病状に応じた適切な医療機関等において受診等を行うこと。

（2）かかりつけ医（日常的に診療、健康管理の指導等を受け、又は疾病の相談をすることができる身近な医師をいう。）を持つこと。

（3）受診等に当たっては、医師等の医療の担い手に信頼と感謝の気持ちを持ち、その指導、助言等を尊重し、健康を回復すること。

（4）救急車について、病状に応じて適正に利用すること。

（5）夜間又は休日における安易な受診をしないこと。

（6）前各号に掲げるもののほか、自らの健康を守るため、健康診査等を積極的に受診し、日頃から健康管理を行うこと。

（医療機関等の役割）

第 6 条 医療機関等は、基本理念にのっとり、次に掲げる事項に努めるものとする。

（1）患者の病状に応じた医療機関等の機能の分担及び業務の連携を図り、地域医療を充実させること。

（2）医師等の医療の担い手を確保し、及び育成すること。

（3）患者の立場を尊重し、医療に関する必要な説明及び情報の提供を行い、患者との信頼関係を築くこと。

（4）保健及び福祉との連携を図り、居宅等における医療に取り組むこと。

（5）前各号に掲げるもののほか、市が実施する救急医療の体制の確保、健康診査、医療及び介護の総合的な確保等に関する施策に協力すること。

（基本的施策）

第 7 条 市は、地域医療を守り育てるため、次に掲げる基本的施策を実施するものとする。

（1）救急医療の体制の維持及び強化に関する施策

（2）国、県、関係教育機関及び医療機関等との連携による医師等の医療の担い手の確保及び育成の支援に関する施策

（3）市民に対する病状に応じた医療機関等での受診等及び救急車の適正な利用に関する意識の啓発並びに地域医療に関する情報の提供に関する施策

（4）医療、保健及び福祉の連携の推進に関する施策

（5）前各号に掲げるもののほか、地域医療を守り育てるための施策

2 市は、前項に規定する基本的施策を実施するため、必要な財政上の措置を講ずるよう努めるものとする。

附 則

この条例は、公布の日から施行する。

