

医師の働き方検討委員会 答 申

「医師の健康確保と地域医療体制を両立する働き方の検討
－医師独自の健康管理・勤務環境改善策を中心に－」

令和2年2月

日本医師会 医師の働き方検討委員会

令和 2 年 2 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 30 年（2018 年）9 月に、貴職より、「医師の健康確保と地域医療体制を両立する働き方の検討－医師独自の健康管理・勤務環境改善策を中心に－」について諮問を受け、令和元年（2019 年）12 月までに 10 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ましたので、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	市川 朝洋	愛知県医師会副会長 医療法人光生会理事長
	望月 泉	全国自治体病院協議会副会長 岩手県医師会参与
委員	浅見 浩	全国社会保険労務士会連合会医療業労務管理部会 委員 浅見社会保険労務士法人 代表社員
	石倉 正仁	全国社会保険労務士会連合会副会長 埼玉県社会保険労務士会会長
	泉 良平	富山県医師会副会長 富山市民病院 名誉院長
	植山 直人	全国医師ユニオン代表 医療生協さいたま行田協立診療所勤務
	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
	渋谷 明隆	北里大学医学部医療管理学教授
	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 時計台記念病院院長
	星 北斗	福島県医師会副会長 星総合病院理事長
	山口 直人	済生会保健・医療・福祉総合研究所 研究部門長
	吉川 徹	労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所 過労死等防止調査研究センター 統括研究員

(委員：50 音順)

目次

はじめに.....	1
1. 医師の健康確保と地域医療提供体制を両立する働き方.....	2
＜ 1 ＞救急医療における問題.....	2
＜ 2 ＞副業・兼業の問題.....	3
＜ 3 ＞地域医療への影響を測る指標の必要性.....	4
＜ 4 ＞代替医師の確保.....	4
（1）医師派遣のあり方.....	5
（2）ドクターバンク.....	6
（3）地域や組織における連携による医師派遣の仕組み.....	6
（4）地域医療支援病院に期待される役割.....	7
＜ 5 ＞時間外労働時間の上限規制の取扱い.....	7
＜ 6 ＞地域の医師がワンチームに～地域医師会の役割.....	8
2. 「医師の働き方改革に関する検討会」報告書の概要.....	9
＜ 1 ＞一般労働者の健康確保措置.....	9
＜ 2 ＞医師における追加的健康確保措置.....	9
（1）連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保・代償休息.....	10
（2）面接指導・就業上の措置.....	11
＜ 3 ＞医療機関のマネジメントに関わる事項.....	12
＜ 4 ＞今後の検討課題とされている事項と本答申の提言.....	13
3. 医療機関のマネジメントの重要性.....	14
＜ 1 ＞マネジメントの意義.....	14
＜ 2 ＞トップマネジメントの意識改革.....	14
＜ 3 ＞勤務環境改善マネジメントの導入手順.....	15
（1）方針表明：トップによる宣言.....	15
（2）体制整備：多職種による変革推進チームと労働生産性の向上.....	16
（3）現状分析：客観的な分析により課題を明確化.....	16
（4）目標設定.....	16
（5）計画策定.....	17
（6）取組の実施.....	17
（7）評価・改善：成果を測定し、次のサイクルにつなげる.....	17
＜ 4 ＞医療機関マネジメントに関する追加の提言.....	17
（1）医師自身の睡眠確保と疲労回復措置.....	17

（２）法令順守、医療勤務環境改善支援センターの活用.....	18
（３）トップが医療マネジメント（経営）を学ぶ.....	18
（４）中小病院への配慮と地区医師会の役割.....	18
< 5 > 医療機関の健康管理マネジメントのイメージ.....	19
< 6 > 現場医師の「カイゼン」意識の重要性.....	20
< 7 > 医療勤務環境改善支援センターの機能強化.....	21

4. 産業保健活動の確実な履行.....22

< 1 > 安全配慮義務と産業保健機能.....	22
< 2 > 体制の整備.....	23
（１）職務の明確な分担・チーム制.....	23
（２）産業医の多様な支援体制の検討.....	25
（３）教育・人材育成.....	25
< 3 > 健康診断の確実な受診～管理者と勤務医の義務.....	26
< 4 > 面接指導の実効性の確保.....	26
< 5 > 自己保健、同僚による支援.....	27
< 6 > 事後措置.....	27

5. 健康確保のための具体的提言～補完的健康確保措置.....28

< 1 > 医療機関及び診療チームができること.....	28
（１）包括的な健康管理体制の構築.....	28
（２）柔軟かく多層に支える組織的取組の例.....	29
（３）具体的な取組例.....	29
< 2 > 補完的な健康確保措置.....	31
（１）継続的な体調モニタリング.....	31
（２）過重労働による医師の疲弊評価とレジリエンスのスクリーニング.....	32
①推奨されるスクリーニング.....	33
(a) 睡眠状況の質問紙.....	33
i . ピッツバーグ睡眠質問票日本語版 (PSQI-J).....	33
ii . アテネ不眠尺度日本語版 (AIS-J).....	33
iii . フォードストレス反応性不眠検査 (FIRST).....	33
(b) 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト.....	34
②任意のスクリーニング.....	34
(a) 職業性ストレス簡易調査票 (ストレスチェック).....	34
(b) 簡易抑うつ症状尺度 (QIDS-J).....	34
(c) バーンアウト測定尺度 (MBI).....	34
(d) ワークエンゲイジメント尺度 (UWES).....	34

③その他.....	35
(3) 追加的健康診断.....	35
①基本的な考え方.....	35
②健康診断による予防効果の評価.....	35
③推奨の判断.....	35
④他業種における取組（航空身体検査）.....	36
⑤今後の取組.....	36
< 3 > 医師一人一人の健康管理のために.....	37

6. 大学病院の重要性と医師の働き方.....	38
-------------------------	----

まとめ.....	40
----------	----

参考資料

はじめに

医師の働き方検討委員会は横倉会長から「医師の健康確保と地域医療体制を両立する働き方の検討－医師独自の健康管理・勤務環境改善策を中心に－」について諮問を受け、真摯に検討を重ね、答申書をまとめたのでここに報告する。

日本の病院医療は勤務医の献身的な努力と過重労働によって成り立ってきたと言っても過言ではない。喫緊の課題である医師の働き方改革においては、救急医療への影響、外来診療の縮小等の病院機能の低下、高度医療への影響・長時間手術等、へき地医療への影響、研修時間と研修医教育への影響が予想され、医療の質や安全性を低下させない条件整備が必要である。

もちろん勤務医の健康を守ることが最も大切で、過労死は許容できない。当直明けの睡眠不足の医師が診療、手術執刀せざるをえない現状は、医療安全の観点からも避けなければならない。医師は生涯学習するから医師であり、自己研鑽と時間外労働は明確に区別がつけられず、病院にいる時間がすべて労働時間ではない。自己研鑽と時間外労働を明確に切り分けることは難しいが、ある程度の基準を示し、文書にて明示、院内に周知していかなければならない。医師の業務を他職種に移管するタスクシフティングの推進、一人主治医制から複数主治医制・グループ制への転換が求められ、応招義務は個人としてではなく病院として対応できることになる。

働き方改革は、医師の意識改革の契機である。意識改革を行い、柔軟な勤務制度（短時間正社員制度等）を含む制度改革、トップマネジメントである組織改革につなげていかなければならない。勤務環境改善には ICT の導入、その他の設備投資を積極的に行うことが有効である。そして医師の自己犠牲を前提とするのはおかしいと思える社会に向けて啓発を進め、医師の健康確保と地域医療体制の維持が要である。地域偏在、診療科偏在対策を含む医師確保計画、地域医療構想、医師の働き方改革は、同時に進めていく必要がある。タスクシェアリング、タスクシフティング、国民の医療のかかり方等を全てパッケージで実施していかなければならない。働きやすい勤務環境を実現し、バーンアウトすることなく、性別、年齢に関わらず持続可能な勤務体制となり、医師が健康で豊かな人生を送れることを目指して提言していきたい。

1. 医師の健康確保と地域医療提供体制を両立する働き方

働き方改革実行計画（平成 29 年（2017 年）3 月 28 日働き方改革実現会議決定）の大きな柱は、いうまでもなく長時間労働の是正のための労働基準法の見直しであった。医師については、応招義務という特殊性から別途検討するとされた。厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」は平成 29 年（2017 年）8 月に第 1 回が開催された。検討会の検討事項は、（1）新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方（2）医師の勤務環境改善策（3）その他 とされ、地域医療を守るという視点は明記されていなかった。

日本医師会は、医師の健康確保とともに、国民の健康を守るため地域医療提供体制を維持する視点が重要と繰り返し主張してきた。平成 31 年（2019 年）の 3 月に厚生労働省が取りまとめた「医師の働き方改革に関する検討会」報告書には「医師の健康と地域医療の両立」という本会の主張が反映されており、一定の評価ができる。しかし、地域医療への影響という点では解決すべき問題が多く残されており、懸念する声は多い。

医師不足地域の二次医療圏にあっては、急性期病院が 1 か所のみ医療圏も多く存在する。このような二次医療圏の多くは過疎が進み患者数も減少していることから、医師の年間時間外労働上限 1860 時間を超える事例は多くない。しかし、このような医療圏の総合病院は各診療科が 1 ～ 3 名程度の最低限の医師での運用を余儀なくされている状況である。その結果、地域医療暫定特例水準（B）等で義務とされている「連続勤務時間制限 28 時間と勤務間インターバル 9 時間の確保・代償休息のセット」の運用に伴い、「一次二次救急」と次の日の「外来業務」「入院患者の処置・手術」は大幅に制限されることになる。結果、救急を止めるか、外来を止めるかの選択を迫られることになり、地域医療サービスの低下をもたらすことが危惧される。

医師不足地方の実情に鑑み、きめ細かい制度設計の設定が求められ、下記のような点を今後、検討していく必要がある。

< 1 > 救急医療における問題

日本医師会は平成 31 年（2019 年）3 月に、全国の二次救急医療機関、三次救急医療機関、小児救急救命センター、周産期母子医療センターを対象に「医師の働き方改革と救急医療に関する日本医師会緊急調査」を実施した¹。

令和 6 年度（2024 年度）以降の医師への時間外労働時間規制の導入について、「今後 5 年の間に、時間外勤務時間を月 80 時間（年換算 960 時間）以内にすることは可能か」との問いに対し、5 割弱から 7 割程度の医療機関（救急医療部門）は、「おおむね対応可能」

1 http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20190410_11.pdf

との回答であった。

しかし、救急車受入台数 1,000 台以上の二次救急医療機関、三次救急医療機関については、同様の質問に対し、「医師の半数程度が可能」「3 分の 1 のみ可能」「対応不可能」の 3 つの合計で 3 割強を占めた。

『「他院での勤務も含め」勤務時間（年間）を、今後 5 年の間に 1860 時間以下とすることは可能か』との問いについては、救急車受入台数 1,000 台以上の二次救急医療機関及び三次救急医療機関の 5 割程度は「おおむね対応可能」と回答したが、「分からない」との回答も 4 分の 1 を占めた。

「対応不可能」等への対策としては、いずれの施設類型においても「医師の増員」が最も多く、「現状維持」や「救急医療の制限」が続いた。

今後、医師の働き方改革推進のための各種施策が順次実施されることにより、こうした点の改善も期待できるが、同時に、都道府県医師会・郡市区医師会が行政と連携し、支援が必要な地域や医療機関を早期に把握することが重要となる。

また、救急医療へのアクセスにおける地域格差の発生・拡大を防ぐには、医師の派遣や補助等により、個々の救急医療機関を支えていく方策が重要であり、そのためには特に二次救急医療の多くを担う民間医療機関への財政支援は必須である。

< 2 > 副業・兼業の問題

一般労働者に関しての兼業に関する取り扱いについて、「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」で議論され、令和元年（2019 年）8 月 8 日に報告書が取りまとめられた。

複数の事業主に雇用されている場合の現行の取り扱いは、労働時間の上限規制等を規定している労働基準法において、事業場・事業主を異にする場合であっても、労働時間について通算して管理することとされている。一方、労働者の健康管理に関して規定する労働安全衛生法については、労働時間を通算することとはされていない。

しかし、健康確保の観点からは、新たに、事業者が、労働者の副業・兼業の自己申告を前提に通算した労働時間の状況を把握することも考えられるとしている。しかし、その一方、労働者のプライバシーに配慮する必要があるため、把握をせずに労働者が自己申告を行った場合に現行の健康確保措置の枠組みの中に何らかの形で組み込むことも考えられる、と併記している。報告書は、今後の方向性について考えられる選択肢をいくつか例示する形とし、一律な対応として取りまとめられた訳ではない。本件は、労働政策審議会において、引き続き検討が行われている。

日本医師会は、令和元年（2019 年）12 月に「医師の副業・兼業と地域医療に関する日本医師会緊急調査」を実施した。調査結果から労働時間の通算について懸念を示す向きが多いことが分かった（参考資料 1）。

医師における副業・兼業は、一般的な労働者の働き方とは異なっており、宿日直や手術、

災害医療等、地域医療を守る必然として行っていることがほとんどである。また、都道府県を越えて複数医療機関で働くことも少なくない。医療機関での勤務を通算することにより、医師の健康に影響が出ないよう²、また、地域医療提供体制に支障が出ないよう、医療の特殊性をきちんと考慮した上で適切に議論が進められるべきである。

＜ 3 ＞地域医療への影響を測る指標の必要性

医師の健康確保を確実に行いつつ、地域医療提供体制への懸念を払拭するには、エビデンスに基づく議論が不可欠である。労働時間が短縮されることで、各医療圏における医療提供体制にどのような影響が出ているか、様々な視点で個別・具体的に評価する指標の設定がまず求められる。例えば、病院における夜間・休日の救急患者の受入件数、病院における手術・検査件数、地域医師会における夜間・休日の救急外来件数等が考えられる。

次に、その指標をもとに各医療圏で具体的にどのような変化が起こっているのかを把握し、それに対処する仕組みを構築しなければならない。地域医療対策協議会、都道府県医師会、郡市区医師会が連携して医療圏の問題に取り組んでいく必要がある。

地域において医療は極めて重要なインフラであり、その崩壊によって地域社会の存続自体が危機にさらされる。

現在、各医療機関は、令和6年度（2024年度）からスタートする新制度をにらみ、勤務時間短縮の取組を行っている。地域医療への影響の検証を新制度スタートまで待つのではなく、随時、評価指標を用いて地域医療への影響が出ていないか検証し、必要な対策を講じていくべきである。

＜ 4 ＞代替医師の確保

医療機関が法令を遵守し、追加的健康確保措置、すなわち連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保・代償休息、医師による面接指導による就業上の措置等の実施を行えば、業務を担うべき医師に実質的欠員が出てくることが予想される。その場合、人員に合わせて業務量を減らし、一時的に診療体制を縮小せざるを得ない。しかし、地域や診療科によっては、医師不在により地域住民の生命を守るインフラであるべき最低限の医療提供すらできなくなる可能性がある。

もちろん、そのようなことが起こらないよう、何としてでも代替医師を確保しなければならないが、医師不足の医療機関において代替医師を探すのは困難である。したがって、医療提供体制に空白をつくり地域住民の生命や健康が危機にさらされることがないよう、あらかじめ何らかのスキームをつくっておく必要がある。

一方、これまでも、産休や育休、病欠等による欠員が発生しても代替医師を確保できる

² 労働時間の通算の影響も視野に入れた医師の健康対策については「5. 健康確保のための具体的提言～補完的健康確保措置」で述べる。

システムは未整備であり、他の医師の負担を増やすことで現場が対応せざるを得なかった現状があった。しかし、今後は法令遵守の観点からも、他の医師の勤務時間を増やすことで欠員に対応することは難しくなる。そこで、例えば公立学校の教員で実際運用されている制度等に倣い、組織的な代替補充制度の整備を進めてはどうだろうか。そうした制度があれば、健康確保措置の確実な履行等法令遵守への対応のみならず、医師が安心して出産育児等ライフイベントと勤務を両立しやすくなる効果も期待できる。早急なシステム整備とそのための財政的措置が求められる。

（１）医師派遣のあり方

現在、医師の派遣³の主体としては、大学医局の他、医師確保を目的として自治体や医師会が運営する無料の職業紹介事業、医療機関から手数料を徴収する有料の職業紹介事業等がある。

日本病院会が令和元年（2019年）10月に行った調査によると、医師確保の方法として、回答病院413病院のうち90.3%の病院が「大学医局からの派遣」を挙げており、次いで「人脈等」48.7%、「人材派遣会社」37.8%、「公募」が30.8%であった。他には、「民間病院からの派遣」9.9%、「国公立病院からの派遣」9.0%、「地方自治体からの派遣」8.2%、「大学寄付講座⁴からの派遣」6.5%、「医師会」1.0%、であったとしている（参考資料2）。

このうち、民間職業紹介事業者には医療機関から医師紹介手数料が支払われており、医師確保のためとはいえ多額の医業収益が民間の営利活動に流出している事実がある。前述した日本病院会の調査においても、「人材派遣会社」を利用する病院の割合は平成18年度（2006年度）に比べ、ほぼ倍増しており、数多くの病院が巨額の支出を余儀なくされているという実態を明らかにしている。

そもそも転職により事業者が手数料を獲得できる仕組みであることから、事業拡大のために転職勧奨を招くリスクもある。実際、より短期で離職する者は紹介会社経由の採用者の場合が多いという報告もあり、医師の定着につながらないのであれば投資の効果は得られない。また、医師不足に悩む医療機関では医業収益が低く、紹介手数料を支払う余力がないため、そもそも民間職業紹介事業者に登録することすら困難であり、人材争奪戦において不利であるといえる。それでは医師偏在対策にはむしろ逆行することになるだろう。

医療は保険料と税金からの拠出金をもとに公的医療保険制度によって運営されており、医療の中心を担う医師はその育成からはじまり、いわば公共社会人材といえる。こうした医療資源の公共性を鑑み、将来にわたる地域医療の持続可能性を担保するためには、医師の派遣は非営利のもと公的に行われるべき事業である。日本病院会の調査報告においても、「こうした業者に対して一定の規制をかけることが必要な時期が来ているのではないか」

3 ここでのいう「医師の派遣」は、他の医療機関からの支援も含めた広い意味での派遣を指しており、派遣法上の派遣に限定したものではない。

4 「地域医療の研究」のため「寄付」を行うという名目で、実態としては県や市等の行政組織が、大学医学部へ寄付金を支払い、寄付講座が医師を募集してその自治体の病院に医師を派遣するもの。

と述べている。

医師派遣においては、診療経験、診療領域、働き方、地域性等の医師側の条件と、必要な診療科、専門性、派遣期間等医療機関側の条件とのマッチングが必要である。更に公共性をふまえた優先順位付けを行うために、現在 ICT の活用が検討されており、迅速で最適な派遣が可能となるようその実現が期待される。

以上を含めた、医師派遣において考えられる課題をまとめたのでそちらを参照されたい(参考資料 3)

(2) ドクターバンク

ドクターバンクとは、医師の就職や転職、医療機関からの求人情報をマッチさせ、就職の斡旋を行う事業である。例えば、日本医師会女性医師支援センター事業による女性医師バンクでは、様々なライフイベントによって女性医師が無理なくキャリアを継続することを支援している。その他にも各都道府県にて現在多くの事業が行われている。

平成 30 年度(2018 年度)に都道府県医師会を対象に実施したドクターバンク事業に関する調査によると、都道府県医師会では全国 21 医師会(45%)がバンクを開設している。このうち他の都道府県医師会等と連携しているのは 2 医師会のみであるが、多くの医師会が広域連携は必要と回答している。バンクへの求職者は 40 代が最も多く、50 代、60 代も合計で全体の半数近くに上っており、公的バンクにおいては、シニアドクターの登録数が多い。こうした定年後も社会貢献の場を求めているシニアドクターの求職のニーズに対応し、例えば、千葉県等では「シルバードクターバンク」を設置している。キャリアを積んだベテラン医師が、長年の専門知識を生かしライフスタイルに合わせて社会貢献ができる就業の場を提供できることを目指している。

その他の都道府県独自の取組例として、北海道地域医療振興財団によるドクターバンクでは、北海道、道内市町村及び医療関係団体等が公益法人を設立し、常勤、短期診療支援(常勤医師不在時の代診や宿日直等、定期・不定期の非常勤診療)、熟練ドクター、女性医師の 4 種の人材派遣を扱っている。

ドクターバンクが各地域において整備され、求人・求職とも登録数が増えて、更に全国的にも情報連携が進むことで、広域から最適な人材を選べ、医師と医療機関双方に満足度の高い就職支援につながることを期待される。

(3) 地域や組織における連携による医師派遣の仕組み

上述したドクターバンクによる派遣以外に、地域や組織における独自の医師派遣の仕組みについてはいくつかの事例がある。例えば全国的組織である日本赤十字社、済生会等が運営する公的医療機関においては、その全国的ネットワークを活かして地域を超えた人材交流を行うことも可能であろう。設立主体が同じであれば、異動により社会保険が変更となる不利益がない等メリットが考えられる。

自治体病院等と医療法人との連携にて医師出向・派遣を行っている事例として、いすみ

医療センター（千葉県）、市立吉永病院（岡山県）が紹介されている（平成 27 年度（2015 年度）医療施設経営安定化推進事業「医療法人と自治体病院等との連携の状況に関する調査研究 報告書」）。他にも各種の連携事例を他地域での事業展開において参考とすることができる。例えば以下の 3 つの取組事例（（1）緊急臨時的医師派遣事業（北海道）、（2）東京医師アカデミー（東京都）、（3）地域医療連携推進法人における運用（江津メディカルネットワーク。島根県））については巻末資料を参照されたい（参考資料 4）。

（４）地域医療支援病院に期待される役割

第 19 回「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」資料（2019 年 8 月 23 日）によると、実態調査において、回答が得られたうちの 7 割程度の地域医療支援病院が医師派遣等を実施しているとし、地域医療支援病院の基本的な役割として、医師の少ない地域を支援することも加えるべきであるとしている。また、地域医療構想調整会議における協議において、地域でそれぞれの地域医療支援病院が果たすべきとされた機能については、都道府県医療審議会における審議を経て、その実施を当該地域医療支援病院の責務とすべきであるとし、地域の実情に応じて追加される要件として、具体的には（1）医師少数区域等における巡回診療の実施（2）医師少数区域等の医療機関への医師派遣（代診医派遣を含む）（3）総合診療部門をもち、プライマリケアの研修・指導の実施等が考えられるとしている。もちろん、これらについては地域ごとの実情をふまえて適切に運用されるべきであろう。

先述した日本病院会調査報告によると、「地方自治体からの派遣（地域医療支援センターを含む）」を医師確保に利用している病院の割合は極めて低く、10%にも満たないとし、地域医療支援センターが十分に機能していないと指摘している。また、「国公立病院からの派遣」が低い原因のひとつに公務員の兼業規制も挙げられると述べている。

地域医療支援病院が医師を派遣しやすいよう、こうした制度を見直すとともに、派遣の際に一定の年限をあらかじめ区切り、派遣期間終了後の復帰ポストを保障しておく等の方策も有効と考えられる。医師を派遣することにより、地域医療支援病院側の人員不足による 1 人あたりの負担が大きくなり、医療提供体制や健康確保への影響が懸念される。このため、病院全体での取組への評価、財政面も含めた包括的な支援についても今後更なる検討が必要である。

＜ 5 ＞時間外労働時間の上限規制の取扱い

国の検討会では、勤務間インターバル、連続勤務時間規制という新たな健康確保策を確実に行う前提のもとで、医師が高い倫理観で患者の生命を救おうとした時に労働時間の関係で罰せられたり、罰則適用で地域医療が崩壊することのないよう、1860 時間という時間外労働の上限が設定された。

拙速に改革を進めることで地域医療が崩壊しないよう慎重に見直しを行いながらソフト

ランディングを目指し、国民が不利益を被ることがないように議論された結果であり、一定の評価ができる。

しかし、副業・兼業の問題をはじめ不確定要素も多いなか、地域医療への影響については、「地域医療の実態を把握した内容とは言えない」「時間外労働時間の上限規制をこのまま行くとかなりの割合で医療崩壊が起こる」「救急を止めるのか、あるいは外来を止めるのか、どちらかを選ぶしかなくなる」「どの医療圏の医療は危機に瀕する可能性があって、それに対処するにはどうすべきかといった方策がないまま進めることに危惧を感じる」といった懸念の声が依然として根強い。

日本医師会の定款には、「都道府県医師会及び郡市区等医師会との連携のもと、医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進することを目的とする。」と謳われている。

医療を含む社会福祉の増進に取り組むことを使命としている日本医師会は、医師の健康を守りつつ、地域社会を守るという観点から、継続的に医師の働き方について取り組み、国に対して、地域医療を守るための具体的方策の必要性を提言していく必要がある。

今後、医師の働き方改革にしっかりと取り組んでいったとしても、地域によっては、どうしても 1860 時間以内に収めることが困難なケースが発生する可能性は否定できない。その場合、時間外労働時間を短くできない原因を調査し、地域医療への影響がないような対応策をしっかりと検討していく必要がある。

＜6＞地域の医師がワンチームに～地域医師会の役割

医師不足地方の医療圏における病院勤務医師の働き方改革については、郡市区医師会、都道府県医師会の果たす役割に注目すべきである。医師の偏在は地域間の差も大きいが地域内での医師の配置や働き方にも偏りがある場合がある。地方都市やその周辺では、中小病院や診療所を中心に医師不足に加えて医師の高齢化が問題となっている。医師数が少ない地域こそ、地域内での全ての医師の働き方の改革が求められているのではないだろうか。

地域医療構想においては、病院の縮小や再編に目が行きがちであるが、地域内の医療資源の再配分・最適化という視点が欠かせない。それぞれの地域の特性に応じて地域内の医師がワンチームとなって地域の医療を守る姿勢と努力が求められ、そのチームリーダーこそが地域の医師会であると考えられる。

2. 「医師の働き方改革に関する検討会」報告書の概要

以下、まず一般労働者における健康確保措置について述べ、続いて「医師の働き方改革に関する検討会」報告書にある「医師の追加的健康確保措置」について述べる。なお、5章では、更に医師の健康を守るために、これを補完する健康確保措置について提言する。

< 1 > 一般労働者の健康確保措置

働き方改革関連法による労働基準法の改正により、36 協定で定める時間外労働について、罰則付きの上限が設けられ、平成 31 年（2019 年）4 月から施行された。改正の一環として、厚生労働省では「36 協定で定める時間外労働及び休日労働について留意すべき事項に関する指針」を策定した。その第 8 条において、一般労働者においては、限度時間を超えて労働させる労働者の健康・福祉を確保するための措置について図表 1 に示す項目を挙げ、36 協定の締結にあたってはこの中から選び協定することが望ましい、としている。また、同指針第 9 条では、医師をはじめとした限度時間が適用猶予されている事業・業務においても、猶予期間において限度時間を勘案し、健康・福祉を確保するよう努める、としている。

図表 1 限度時間を超えて労働させる労働者の健康・福祉を確保するための措置

（36 協定で定める時間外労働及び休日労働について留意すべき事項に関する指針より）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">(1) 医師による面接指導(2) 深夜業（22 時～5 時）の回数制限(3) 終業から始業までの休息時間の確保（勤務間インターバル）(4) 代償休日・特別な休暇の付与(5) 健康診断(6) 連続休暇の取得(7) 心とからだの相談窓口の設置(8) 配置転換(9) 産業医等による助言・指導や保健指導 |
|--|

働き方改革関連法は、医師の時間外労働時間以外の規定については、医療機関にも適用される。日本医師会は全国社会保険労務会連合会と協同で、医療機関が留意すべき点をまとめたリーフレットを作成した（参考資料 5）。

< 2 > 医師における追加的健康確保措置

医師の働き方改革に関する検討会報告書において、診療従事勤務医に令和 6 年（2024 年）4 月から適用されるとされた時間外労働の上限規制（(A) 水準）、地域医療確保暫定特例

水準（(B) 水準）、及び集中的技能向上水準（(C) - 1・(C) - 2 水準）のそれぞれに対応する追加的健康確保措置を図表 2 に示す。

図表 2 診療従事勤務医への追加的健康確保措置

（「医師の働き方改革に関する検討会」報告書に基づき作成）

	(A) 水準	(B) 水準	(C) - 1 水準	(C) - 2 水準
連続勤務時間制限 28 時間・勤務間インターバル 9 時間の確保	努力義務	義務	義務 初期研修医の連続勤務時間は 15 時間（指導医の勤務に合わせ 24 時間の連続勤務時間となった場合の勤務間インターバルは 24 時間）	義務
上記がやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合の代償休息	努力義務	義務	義務 （初期研修医では連続勤務時間制限を徹底。代償休息に代えられない）	義務
月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置	義務	義務	義務	義務

- ・年 1860 時間を 12 か月で平均した時間数（155 時間）を超えた際には、労働時間を短縮するための具体的取組を講ずる旨を併せて記載すること
- ・36 協定の上限時間数が一般則（月 45 時間・年間 360 時間以下、臨時の場合年間 720 時間以下）を超えない場合には上記の追加措置の要件には該当しない

医師が一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて働かざるを得ない場合に、医師本人の健康をしっかりと守るべき措置が必要である。また医療を受ける立場からも、過労により健康を害した医師が医療提供体制を担うことで、提供する医療の質や安全に支障をきたすことが懸念される。

そのためには、長時間労働の是正はもちろんのこと、上記の一般労働者を対象とした措置に加えて、さらなる健康確保措置を講ずるべき、と報告書では述べている。

以下に措置の内容について解説する。

（１）連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保・代償休息

追加的健康確保措置には大きく分けて 2 種類ある。ひとつは連続勤務時間制限や勤務間インターバル確保等によって 1 日 6 時間程度の睡眠時間を確保できるようにするものである。図表 3 に勤務日の状況ごとの勤務間インターバルの規定を示した。

図表 3 勤務間インターバルの規定

（「医師の働き方改革に関する検討会」報告書に基づき作成）

勤務日の状況	勤務間インターバル
当直や当直明け以外	9 時間
当直明け（宿日直許可基準あり）	9 時間
当直明け（宿日直許可基準なし）	18 時間

いずれも連続勤務時間制限 28 時間を前提とする。

宿日直許可基準には当直勤務の実態が「労働密度がまばら」の場合が該当する。

現状では当直を挟んで通常の日勤があるため、32 時間以上の連続勤務となる場合が少なくない。この措置が実施されれば、遅くとも午前のみで仕事を終えて帰宅でき、まとまった休息をとり、疲労を回復しやすくなる。

ただ、やむを得ない事情によってこうした措置が実施できない場合には、疲労回復のために代償休息を付与することとしている。ただし、(C)-1 水準が適用される初期研修医については連続勤務時間制限をより短く、しかも厳しく徹底し、そもそも代償休息の付与の必要性がないようにするとしている。

代償休息については、休暇の形でまとめて取得してもよいが、発生の都度、時間単位でなるべく早く付与する。具体的には、所定労働時間中において時間休を与える、あるいは勤務間インターバルの幅の延長のいずれかの方法で、該当する勤務があった日の翌月末までに付与することとしている。ただし、代償休息自体はあくまでも例外的な措置であることに留意すべきである。

（２）面接指導・就業上の措置

もうひとつの追加的健康確保措置は、面接指導によりそれぞれの医師の健康状態を確認しながら安全に勤務できることを目指すものである。継続的に労働時間のモニタリングを行い、一定以上の長時間労働の医師に対しては、医師による面接指導を実施、必要に応じて就業上の措置等を行うことを義務化する。面接指導の対象は図表 4 のとおりである。

図表 4 面接指導の対象

（「医師の働き方改革に関する検討会」報告書に基づき作成）

	具体的な措置
(A) 水準	当月の時間外労働実績が 80 時間超で 睡眠及び疲労の状況の確認 ↓
疲労の蓄積が確認された場合	→ 100 時間以上となる前に面接指導を実施
確認されない場合	→ 100 時間以上となった後での面接指導でも差し支えない
(B)・(C) 水準	前月において時間外労働時間が 80 時間超となった場合、 あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおく等で対応

こうした面接指導の実効性が重要であるが、医師労働時間短縮計画に体制について記載し、確認を受けることが求められる。

面接指導を実施する医師については、医療機関の管理者は除外とし、長時間労働の医師への面接指導に際して必要な知見に係る講習を受けた者が従事することが想定されている。

また、面接指導担当の医師に任せるのみならず、病院全体として勤務医の健康管理を促す環境整備を義務付けるとしている。具体的には、院内の産業保健チーム等のコ・メディカルも含めた職員体制、医療機関の管理者がトップマネジメント研修等を通じて趣旨を理解し、面接指導等について職員へ周知、面接指導等の状況に職員相互で配慮し合う等である。

面接指導をした医師は、対象となる医師の健康状態に応じて、就業上の措置を検討し、医療機関の管理者に意見を述べる。具体的な措置の例示として、**図表 5** に示す。

図表 5 就業制限・配慮の例

(「医師の働き方改革に関する検討会」報告書に基づき作成)

- ・ 当直・連続勤務の禁止
- ・ 当直・連続勤務の制限（○回 / 月まで）
- ・ 就業内容・場所の変更（外来業務のみ等）
- ・ 時間外労働の制限（○時間 / 週まで）
- ・ 就業日数の制限（○日 / 週まで）
- ・ 就業時間を制限（○時○分～○時○分）
- ・ 変形労働時間制又は裁量労働制の対象からの除外
- ・ ○日間の休暇・休業

管理者は医師の健康確保のために必要な就業上の措置を最優先で講じなくてはならない。もし、それに伴う一時的な診療体制の縮小が生じる場合は、医師確保対策や地域医療提供体制における機能分化・連携等による対応や、地域住民に理解を求めることも必要になってくる。特に長期間にわたり (B) 水準が適用される長時間労働を行っている医師がいる場合、都道府県は、医療機関が定める医師労働時間短縮計画の内容や医師の勤務実態により、優先的な対応が必要な医療機関を把握し、地域医療支援センターに情報提供を行いつつ対応すべきとしている。

< 3 > 医療機関のマネジメントに関わる事項

今後、医療機関には、36 協定の締結や労働時間管理の確実な遂行とともに、労働時間短縮計画策定と PDCA サイクルによるマネジメントシステムの構築が求められる。医師の労働時間は、現状と同じ人員、業務量、手順でそのまま対応していても到底短縮できるものではない。具体的には管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）、ICT 等の技術を活用した効率化や勤務環境改善があげられる。

ただし、地域、診療科、個別の職場ごとに改善すべき課題は異なり、一律の方法で対応することはできないため、それぞれ個別にマネジメント改革を行えるように支援する必要がある。なお、本答申における医療機関のマネジメントについての提言は 3 章で詳述する。

＜４＞今後の検討課題とされている事項と本答申の提言

上述したように報告書では、労働基準法体系において定める時間外労働上限規制と、医事法制・医療政策とを総合的に組み合わせて、医師の診療業務の特殊性をふまえた働き方改革を推進していく方向性を示した。ただ、今後いくつか検討すべき課題が残されている。それらを図表６に示した。

図表６ 今後検討が必要な課題

（「医師の働き方改革に関する検討会」報告書に基づき作成）

- ・ 追加的健康確保措置についての医事法制・医療政策における法制上の措置
- ・ 疲労回復に効果的な休息の付与方法
- ・ 効果的な面接指導の実施方法（睡眠負債等に関する検査項目や疲労の蓄積の確認に用いる基準値の設定等を含む）
- ・ 兼業を行う医師の労働時間管理・追加的健康確保措置のあり方
- ・ 追加的健康確保措置の履行確保にかかる枠組み
- ・ 評価機能を担う組織・機関について
- ・ (C) 水準に関して、審査組織の設計、中長期的に水準を検証する手法
- ・ 宿日直許可基準の現代化

上記の課題についての検討を行うために、厚生労働省では令和元年（2019年）7月に「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を立ち上げた。7月には「医師、看護師等の宿日直許可基準について」「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」が労働基準局長通達として出された。また、9月には「令和元年 医師の働き方実態調査」も並行して実施されている。

上記の検討会は12月現在で6回にわたり開催されており、これまでに、追加的健康確保措置の履行確保、医師労働時間短縮計画や評価機能についての詳細、地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組み等について議論が行われている。

日本医師会では、平成20年度（2008年度）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」による健康実態の把握とそれに基づいた支援策の提言等を行った。更に「勤務医の健康支援に関する検討委員会」において、現状分析を続けつつ「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」等の勤務医の健康支援に役立つさまざまなツールを開発した。また、全国各地で「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を主に医療機関の産業医を対象として開催している。一方、平成28年（2016年）には産業保健委員会において、医療機関での産業保健活動について全国調査を行い、推進に向けて提言を行っている。

このように日本医師会では医療機関における産業保健活動推進をリードしてきており、その実績を活かして現場の実態をふまえた有効な健康支援となるよう、具体的で実現可能な方策を提言したい。

3. 医療機関のマネジメントの重要性⁵

<1>マネジメントの意義

これまで多くの医療機関では医師の労働の実態と労働法規の間に乖離が潜在していたが、医師の献身を暗黙の了解としてこの乖離は問題視されてこなかった。医師の働き方改革により、医師の処遇改善・心身の健康が図られることは重要であるが、医療機関の経営者にとっては人件費の増大と労働時間の短縮に伴う医療収入の減少等、経営に及ぼす影響も懸念される。しかし、医療提供の健全な維持のためには医師の働き方改革は必須である。医療機関経営者が、自院の方向性、地域で期待されている役割、自院のポジショニングを再確認し、選択と集中を図りつつ医療収入増大志向から支出抑制へ意識を改革し、患者満足・従業員満足に目を向けた勤務環境改善マネジメントを実践することが、離職防止と今後の安定した医療機関経営の鍵になる。

<2>トップマネジメントの意識改革

勤務環境改善を進めるには、医療機関の経営トップ層、すなわち院長、副院長、看護部長、事務長等がその意義を理解し、医療機関全体の組織的な取組として位置付け、リーダーシップを発揮して推進していくことが欠かせない。

そもそも医療機関においては、高度な労務管理が必要とされるにも関わらず、これまで経営トップ層が積極的に関与せず現場任せになっており、また、組織内でルール作りがなされていないという問題点があった。組織のトップ層は、働き方改革によりコンプライアンスが要求されるようになっていくことをきちんと認識し、自らの医療機関における労務管理の組織化・体系化を推進することが求められている。そのためには、医療勤務環境改善支援センター（以下、「勤改センター」）を積極的に活用し外部専門家による支援を受けることが勧められる。

ただ、人材確保や経営が厳しい状況においては、更に勤務環境改善への取組を行う余力等ない、と誤解されやすい。しかし、労務管理をしっかりと行ってスタッフの安全と健康を確保することこそが、医療の質を高め、患者の安全と健康を守り、経営や人材定着に好影響があることをトップ層に理解を促していく必要がある。

厚生労働省では「医療勤務環境改善マネジメントシステム普及促進等事業」の一環として医療勤務環境改善マネジメントシステム普及促進セミナーを毎年全国各地で開催し、取組の先行事例や勤務環境改善の最新の動向について紹介している。セミナーの開催におい

5 参考文献 渋谷明隆：医療機関における労働生産性の向上．日本医師会雑誌 148:7;1313-1316, 2019

ては開催地域における医療機関の取組事例紹介とともに、勤改センターが「センターの取組について～センターが支援できること～」等について説明を行っている。平成 27 年度（2015 年度）からは、セミナーのうち 1 回を TOP セミナーと位置付け、対象を医療機関における勤務環境改善に率先して取り組むことが期待される立場にある院長、理事長、事務局長等の経営者等、として実施している。

なお、いきいき働く医療機関サポート Web（いきサポ）のホームページにおいては、「役に立つ情報」の「イベント開催案内及び開催報告について」のコーナー⁶にて、今後開催されるセミナーの案内とともに、過年度の TOP セミナーの資料や講演の動画を提供している。

勤改センターには、医療機関へマネジメントシステムを導入促進する役割があるが、その中で、トップ層に積極的な働きかけを行い、できるだけ多くの医療機関においてマネジメントシステムの導入、定着を図るべきである。その際には上記のセミナーへの案内やホームページの動画等の資料を活用し、トップ層における勤務環境改善への啓発を図ることが求められる。

＜ 3 ＞ 勤務環境改善マネジメントの導入手順

「医師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組に対する支援の充実を図るための調査・研究会」（厚生労働省 平成 31 年（2019 年）3 月）では、勤務環境改善に向けて以下のステップで PDCA サイクルを回すことを提唱している（図表 7）。

図表 7 医師勤務環境改善マネジメントシステムのステップ

ステップ 1	方針表明：トップによる取組の方針を周知
ステップ 2	体制整備：多職種による継続的な体制
ステップ 3	現状分析：客観的な分析により課題を明確化
ステップ 4	目標設定：ミッション・ビジョン・現状から目標設定
ステップ 5	計画策定：目標達成のための実施事項を決定
ステップ 6	取組の実施：ひとつひとつ着実に継続的な実践
ステップ 7	評価・改善：成果を測定し、次のサイクルにつなげる

（１）方針表明：トップによる宣言

「勤務環境改善マネジメントシステム」導入にあたっては、まず、医療機関のトップが組織として勤務環境改善の取組のスタートを宣言する。宣言は、広く関係者に周知するとともに、一過性ではなく繰り返し発信することで職員への浸透を図る。宣言では現状の医師の勤務環境の過酷さ、健康障害の可能性、経営への影響等トップが抱く危機感を共有し、トップの本気度を示す。その際、基本方針として、法令に則り 36 協定を確認し労働時間を的確に把握すること、勤務環境改善の取組を医療機関のミッション・ビジョンの達成に

6 <https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/information/Info04.html>

関連させながら組織的で包括的な取組にすることを強調する（好取組事例として参考資料6を参照）。

（２）体制整備：多職種による変革推進チームと労働生産性の向上

医師の健康確保のためには院内多職種の理解と協力のもとに過重労働に伴う疾病の一次予防から三次予防までを見据えた包括的管理体制が必須である。トップダウンの指示だけで現場の理解がないと改革が定着しないばかりか、職種間のコンフリクトや医療職の離職を招く要因になる。

多職種による変革推進チームを構成し、柔軟かく多層で支える職員ケアシステムの確立を目指す。チームの形態として、トップが主導するプロジェクトチームや既存の委員会等を活用する等の形態が考えられる。チームには各職種から責任ある発言ができる人をメンバーに入れ、柔軟かく多層で支える職員（勤務医）ケアシステムの確立が必要である（５章で詳述）。

部門を越えた業務体制の見直しや業務の効率化等を検討し、既存の業務フローに隠れたムダを排除し労働生産性向上を目指す。

労働生産性は次のように定義される。

$$\text{生産性} = \text{アウトプット（付加価値）} / \text{インプット（労働量＝労働者数×労働時間）}$$

これまでは多くの医療現場では労働量を逐次投入しアウトプットをあげて生産性を維持してきたが、働き方改革により労働量を増加できない以上、付加価値をあげるか、付加価値を生まない業務を止めることでアウトプットを上げて生産性を維持するしかない。そのためには、次の現状分析が必要になる。

（３）現状分析：客観的な分析により課題を明確化

労働時間の正確な把握をはじめとする定量的なデータを活用した現状分析により、勤務環境に関する課題を整理する。その際、職員の年齢性別等の属性が異なることに加え、個人の事情（育児、介護等）にも可能な限り配慮することで現場の一体感が醸成される。

医師の労働時間を減らすためのタスクシフトを検討する上で注意すべき点として、業務を順送りすると最終的に時間コストの低い職種に送られた仕事は、外部要員（委託）に移転されることが多い。しかし、単なる仕事の順送りでは、最終受託者にはその仕事の必要性や仕事の縮小を判断することができないので、業務の総量は削減できず効率化につながらない。変革推進チームは抜本的な業務フローの見直しを行い、既存の業務が本当に必須であるか否か（付加価値を生み出しているのか）を判断する必要がある。

（４）目標設定

ミッション・ビジョンを達成させるための数値目標を設定する。数値目標がないと変革の達成度を測定できない。測定できないことは改善されない。更に、数値目標は組織全体

の方向性に合致し、他部門との整合性を図り、かつ到達可能な現実的なものとし、発表会等を通じて組織全体に浸透させる。

（５）計画策定

計画が机上の空論にならないよう策定段階から現場を巻き込む。特に、実施項目を検討し現場への導入・展開により発生する諸問題について事前に現場からヒアリングすることが重要である。変革を推進するためには、推進チームに現場の医師が参加して意見を述べる仕組みを導入し、医療の質向上・やりがい向上のために医師として力を入れたい業務等、勤務の仕方や希望する働き方、負担とを感じる業務、業務軽減策を定期的にあセスメントする場を持つ。

（６）取組の実施

実際に取組を進めていく際には、実施しやすい一部の職場単位でモデル事業として試行的に実施し、その効果を検証し支障が生じないことを確認した上で、本格的に横展開することも一つの方法である。長時間労働になっている診療科では診療科単位でチームを作ることにも実効性を高める上で有効である。診療チームとして医師の負担を相互に気遣う姿勢が重要であり、業務の見直しにより、自院の方向性、ミッション・ビジョンに立ち返ることも必要になる。

計画を実施するにあたっては後の振り返りも重要であり、各種支援ツールを活用して記録を残して振り返りに役立てる。また、取組実施による研修・修練等のキャリアパス、医師の働きがい・モチベーション、個人の価値観や生活条件（育児・介護・研修）等への影響も考慮する。働き方改革にあたっては、労働環境を改善した上で、仕事にやりがいを感じられるような職場環境を整備することで医師の満足感を高め、結果として雇用の継続と医療の質向上につなげる。

（７）評価・改善：成果を測定し、次のサイクルにつなげる

あらかじめ評価の手順、実施者を定めて評価し、評価結果に基づき、改善策を検討する。改善案は緊急性と重要性の２軸で整理・分類し、現場の職員に迅速にフィードバックし、職員の経験や建設的な意見も得ながら協議し、次期の計画実施に役立てる。

< 4 > 医療機関マネジメントに関する追加の提言

以上述べた基本的な事項に加え、下記のような点も医療機関マネジメントには重要と思われる。

（１）医師自身の睡眠確保と疲労回復措置

医師の健康確保は質の高い医療を継続的に提供するために必須であり、特に睡眠障害は

脳・心臓疾患と精神障害の発症に関わる問題である。良質で十分な睡眠を確保するためには、労働時間の的確な把握をもとに連続勤務時間を制限し、勤務間インターバルを確保するとともに、医師自身が意識改革をして自身の健康に留意する必要がある。

（２）法令順守、医療勤務環境改善支援センターの活用

労働基準法に則り、36 協定等を締結し、周知・自己点検をした上で、医師の労働時間を適切な方法で測定・管理する。また、「勤改センター」や「医師の働き方改革へ向けた医療環境勤務改善マネジメントシステム」等、既存の産業保健の仕組みを積極的に活用する。

（３）トップが医療マネジメント（経営）を学ぶ

働き方改革を推進する上で、医療機関のトップが医療マネジメント（経営）を学ぶ必要がある。医師の勤務環境改善を進めることは、労務、人事、財務、戦略、マーケティング等、医療経営に直接関係し、ここでの経営判断がその後の組織の浮沈を決定する。トップの経営判断で勤務環境改善のための病院機能分化と他施設との連携も検討する。また、働き方改革の推進の経験は、次世代経営者の育成にも役立てることができる。この点からも医師の積極的な関与が期待される。

（４）中小病院への配慮と地区医師会の役割

個別の医療機関のマネジメントによる医師の健康確保には限界がある。特に中小規模の病院においては、マネジメント以前の問題として財務状況の限界とともに絶対的な労働力の不足がある。この問題には、地域間の偏在の是正策として医学部における地域枠の拡大等、様々な試みがなされているが、専門医制度の普及等もあり抜本的な改善には更に多くの年月を要するであろう。

短期的で現実的な例としては、**参考資料 4**にあるようにいくつかの医師会が圏域内での医師の労働の流動化に取り組んでいる事例がある。また、診療所に勤務する医師が、医師会の運営する休日夜間診療センターに交替で勤務する事例や、一步進んで地域内の二次医療を担う病院の救急外来において、多くを占める一次救急患者を近隣の開業医が診る仕組みを地域の医師会が主導し構築している事例もある。一次救急診療からの解放が二次医療を担う病院勤務医の休息につながり、負担を軽減させている。

また、現実には地域に複数存在する中小規模の病院がそれぞれに医師の確保策に動いているが、大学からの派遣に期待するものの、なかなか実現することは難しい。なぜなら派遣する大学側の立場において、派遣する医師のキャリアや資格取得のために必要な症例の質と数を確保することが中小規模病院では困難であることが多いからである。

対策として、同一地域内の医療機関が大学からの派遣医師を奪い合うのではなく、地域医療対策協議会を活用して共同で一人の医師の派遣を求めるとか、近隣の中核的な病院への派遣を求めた上でその病院からの医師の派遣を受けること等が考えられる。このような

仕組みを成功させるためには、地域内での医療資源を弾力的かつ公平に活用するという姿勢が大切であり、この点においても地域の医師会が果たす役割は大きいと考えられる。

＜５＞医療機関の健康管理マネジメントのイメージ

追加の提言も踏まえ、医療機関の包括的な健康管理のマネジメントシステムのイメージを図表８にまとめた。

図表８ 包括的な健康管理の視点（勤務環境改善マネジメントシステム）

	柱	具体的な取組例
P	経営理念・方針	組織の経営方針、トップによる宣言（医療人材への投資、良質な睡眠確保優先、柔軟かく多層に支える仕組み導入、等）
	体制整備	- 産業医との連携強化 - 多職種による業務の棚卸し、プロジェクトチームの設置 - 労働時間等設定改善委員会の設置、産業保健チームの見直し - 安全衛生委員会、医局会、看護部との連携。既存委員会の活用
D	制度 施策 実行	- 組織の現状分析と理解：労務管理状況のレビュー、労働時間把握法等 - 改善を優先すべき診療科・医師の特定（労使による現状把握、話し合い場面の設定、医師会チェックリストの活用、社労士の活用等） - 医師労働時間短縮計画の作成（労働時間削減目標の設定）
	労務管理	- 連続勤務時間、勤務間インターバル、研鑽時間の区分明示 - 宿日直許可基準に従った運用、当直、オンコール体制の見直し - ICTの導入、設備投資、当直・休憩施設の改善 - 出産・子育て・介護等へ配慮した勤務体制、医師支援体制
	医師の業務 の見直し	- タスク・シフティング（予診、入院・検査説明、採血、診断書等） - 平日日中、夜間休日の外来業務 - 診療科編成、総合診療科の活用、チーム医療 - 主治医制、勤務時間内の病状説明等 - 会議・委員会、医師の院内役割
	医師支援 (治療)	- 多層で支える職員（勤務医）ケアシステムの確立 - 追加的健康管理／面接指導、教育研修の計画と実施 - 安心して療養し、働き続けられるしくみ（仕事と病気の両立支援）
	個人の健康	- 医師自身の睡眠確保と疲労回復措置、意識改革・啓発 - 医師の働きがいとモチベーション向上、裁量度の向上
C/A	評価・改善	労働時間削減目標値の評価（月、年単位）、継続改善の仕組み
	法令順守 地域連携	行政による労働時間規制の枠組みの理解、医療勤務環境改善支援センターの活用、良好事例報告・共有、行政・地域医師会との情報共有・連携

＜6＞現場医師の「カイゼン」意識の重要性

働き方改革は時間外上限規制等の行政だけの力では成し遂げることはできない。現場では、医師自らが改革を進めていきたいという意向をもって取り組む動きがある一方、どうせ変わらないと諦めている場合も少なからずある。

医師一人一人がいわゆる「待ち」の姿勢ではなく、自分のこととして、それぞれの持ち場における業務の効率化に取り組む意識こそが、本章で扱う「医療機関のマネジメント」推進の原動力となる。それぞれの現場におけるマネジメント取組事例の一つ一つは、はじめは小さな成果であろうとも、それらが積み重なることによって、業務の効率化による時間外労働の削減、働きやすさの改善に着実につながる。更に、医療安全、医療の質向上、ひいては財政健全化にも資することが期待され、少子高齢化が進む我が国における医療提供体制のサステナビリティにも関わってくる。

実際の現場における取組方法については、製造業で進められてきた「カイゼン」活動が参考になるので以下に述べる。

カイゼンとは日本の基幹産業である自動車製造業等の生産現場で行われている作業の見直し活動である。海外においても「kaizen」という名前で広く普及し、「Lean tool for participatory continuous improvement」として、無駄を省き仕事の生産性を上げることがを目的とし、製造業のみならず病院を含む幅広い業界で導入されている。

特徴としては、経営陣による上からの指示ではなく、それぞれの現場の従業員らが中心となって作業効率の向上や安全性の確保等の知恵を出し合い、ボトムアップで問題解決を図ること、更に特定の人だけではなく全員が参加することである。自らの創意工夫が組織に貢献しているという満足感から、従業員のモチベーションの向上や満足度及びメンタルヘルスの改善につながる効果が実証されている。

さまざまな視点やアイディアを採り入れて、ダイバーシティに富む運営をすることで組織が変化に対応しやすくなる。好事例を自身の職場にも取り入れようという動きも生まれ、それをもとにすることでゼロベースからよりも早く取組に着手できる。

現場における日々の業務から改善点を見つけ、自主的に取り組む「カイゼン」の理念は医療においても活用でき、すでに国内外の多くの医療機関にて実践されている。例として、麻生飯塚病院においては職員の動線や配置の工夫等を組織的に推進しており、無駄をなくすのみならず、残業時間や離職者の減少につながる効果を認めている⁷。

上記のカイゼンの考え方はまさに医療勤務環境改善マネジメントシステムにおいて現場の医師が参加して課題について意見交換し、業務改善へ向けてPDCAサイクルを回すことと共通する。今後、多くの医療機関にマネジメントシステムの導入が進むことで、労働時間のみにとらわれない「働き方そのものの改善」が進むことが期待される。

7 「セル看護が医療現場を救う 患者本位のカイゼン型経営」（麻生泰 日本経済新聞出版社）

＜ 7 ＞ 医療勤務環境改善支援センターの機能強化

勤改センターは既に全都道府県に設置されており、管内の医療機関に対して、講演会の開催や実態調査、個別医療機関へ勤務環境改善支援を行っている。勤改センターでは、活動実績に多少のばらつきはあるものの、地域における医療機関の勤務環境について既に少なからず情報や知見を有しているため、評価機能との有機的連携により双方の業務が円滑に進むことが期待される。都道府県の衛生部等を通じて勤改センターと評価機能とが情報交換を行い、更に地域医療支援センターとも連携することで、支援の必要な医療機関に有効な施策を行いうる。

勤改センターに所属するアドバイザーに関して厚生労働省が施行した調査によると、アドバイザーが保有する資格は社会保険労務士、医業経営コンサルタントがほとんどであり、医療職の資格としては看護師が少数いるものの、医師免許を保持する者はほとんどいないことが判明した。勤務環境改善において、医師への有効な助言を行っていくためには、センター長を医師会や病院団体の医師から選定するなど、医療現場を熟知するスタッフをより充実させていくことが求められる。行政においては勤改センターの運営状況について調査を行い、効果的な支援に必要な人員と予算の確保を含め、体制の更なる充実を図る必要がある。

4. 産業保健活動の確実な履行

< 1 > 安全配慮義務と産業保健機能

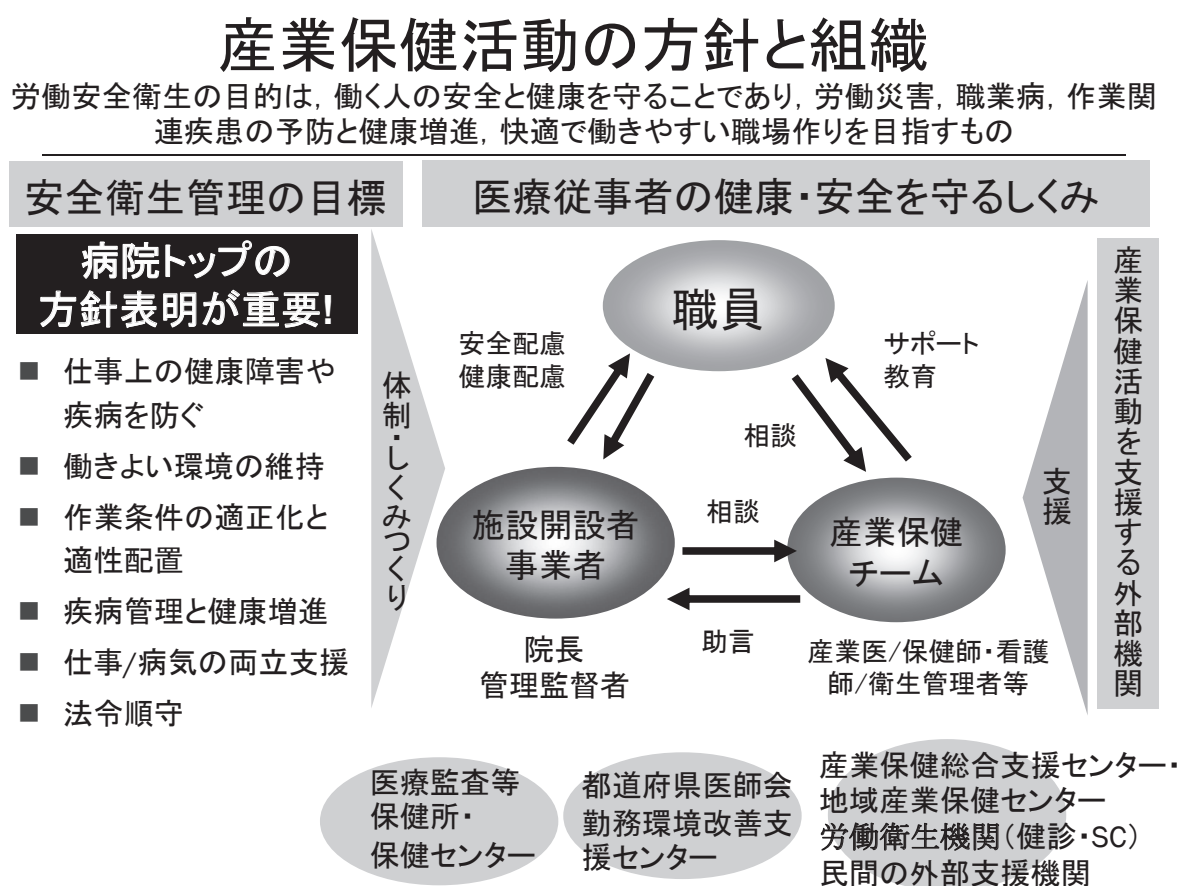
近年、事業者の安全配慮義務の範囲は拡大している。過労死ラインを超える長時間労働はもちろんのこと、ハラスメント（パワーハラスメント、モラルハラスメント、セクシャルハラスメント、マタニティハラスメント等）も含まれる。また、管理監督者の健康に対しても当然病院は安全配慮義務を負っている。

労働契約法第5条：

使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。

安全配慮義務に関連する医療機関における産業保健活動を推進するための方針と7つのポイントを図表9と図表10に示す。

図表9 医療機関における産業保健活動の方針と組織



(作成：中嶋義文委員)

図表 10 医療機関における産業保健活動を推進するための方針と 7 つのポイント

医療機関における産業保健活動を 推進するための7つのポイント

- 医療機関における労働安全衛生方針の作成
- 法令に従った人員確保と業務時間の確保
 - － 産業医選任と適切な報酬、衛生管理者、作業主任者
- 産業保健活動を実施するチームづくり
 - － 事務職、看護職など複数の職種のかかわり
- 内外の専門家との連携
 - － 精神科や心理職、感染管理チーム、社労士、コンサルタント
- 医局、看護部門の既存の活動との連携
 - － まったく新しい活動より、すでにある活動の連携や促進
- 衛生委員会の活用と年間計画の作成
 - － 各月の報告事項、審議事項の充実
- 職員の安全・健康に関する教育の実施
 - － メンタルヘルス、有害物管理、労務管理、環境改善

（日本産業衛生学会「医療機関における産業保健研究会」2012）

< 2 >体制の整備

（１）職務の明確な分担・チーム制

図表 9 に示したように、産業保健活動推進にはその方針策定において産業医を中心とした産業保健チームのみならず、内外の部門との連携・協働が必須である。組織全体としての産業保健推進は、各部門・部署における地道な産業保健活動なしでは達成し得ない。したがって、管理者によるケア（ラインケア）が重要である。

労働安全衛生法改正により、産業医の義務と権限はより強められたものの、すべての活動をカバーするには産業医のパワーは不足している。産業医の行うべき業務に優先順位をつける必要がある。医療機関の産業医が行うべき活動の優先順位を図表 11、図表 12 に示す。

図表 11 医療機関の産業医が行う優先度の高い業務

産業医が限られた時間で業務を遂行するために、
優先順位の高い職務32項目

優先順位1 産業医が行うべき業務《4項目》

(法令で産業医が明記されている職務)

優先順位2 産業医が行うことが最も適切な業務《5項目》

(法令で医師等と明記されているもの)

**優先順位3 産業保健スタッフや外部機関の協力を得て産業医の
業務負担が軽減できる業務《11項目》**

**優先順位4 法令での規定はないが、事業者が産業医に期待する
業務《6項目》**

優先順位5 産業医の職務でないもの《6項目》

詳細は、『日本医師会 産業保健委員会答申（平成30年3月）』をご覧ください。
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180404_3.pdf

図表 12 医療機関の産業医が行う優先順位 1 と 2 の業務

優先順位 1

産業医が行うべき業務（法令で産業医が明記されている項目）

1. 職場巡視を行うこと
2. 衛生委員会（又は安全衛生委員会）に参加すること
3. 健康診断及びストレスチェックに関する労働基準監督署への報告書を確認し、捺印すること
4. 職業性疾病を疑う事例の原因調査と再発防止に関与し、助言や指導を行うこと

優先順位 2

産業医が行うことが最も適切な業務（法令で医師等と明記されているもの）

5. 健康診断及び面接指導の結果に基づき、就業上の措置に関する意見を述べること。
6. 長時間労働に従事する労働者の面接指導を行うこと
7. ストレスチェックの結果に基づき労働者の面接指導を行うこと
8. 健康診断及び長時間労働の面接指導、ストレスチェック等の健康管理に関する企画に関与し、助言や指導を行うこと
9. 診断書その他の健康情報を解釈、加工し、就業上の措置に関する意見を述べ、治療と就業の両立支援等の労務管理に活用すること。

（作成：日本医師会）

（２）産業医の多様な支援体制の検討

ほとんどの医療機関において専任の産業医は配置されておらず、院内で管理者以外の産業医資格を持つ医師が嘱託産業医として活動しているのが現実であろう。現実には産業医実務を実行できる産業医を選任することができていない医療機関も多い。その場合、院外の産業医を選任・契約することは現実的な検討策となる。地域によっては適切な資格をもつ外部産業医を探すことが難しいことがありうる。都道府県医師会や郡市区医師会、各都道府県の勤改センター、産業保健総合支援センターに医療機関と産業医を結びつける役割が期待される。

（３）教育・人材育成

産業保健推進に必要な教育・人材育成の取組を列举した。基本的な労務管理研修や、産業医・管理者向けの研修開発のみならず、睡眠の重要性を強調した悉皆研修（研修必須化）、キャリア・働き方に関する教育や、若手医師に対する支援等が望まれる（図表 13）。

図表 13 産業保健推進に必要な教育・人材育成の取組例

- | |
|--|
| <p>（１）ラインケア～基本的な労務管理研修
「診療チームの管理者（中堅医師）向け」「施設管理（院長クラス）向け」⇒社労士会と協力
医療機関向け産業医・管理者研修⇒ワークショッププログラム開発・実施</p> <p>（２）医師個人向け
睡眠衛生学に基づく悉皆研修（対象者全員）⇒日医が研修テキスト案作成
モチベーション、キャリアパス支援
育児・介護期の医師のキャリアパス支援</p> <p>（３）若手医師のネットワークづくり、医師会からの情報提供</p> |
|--|

また、米国内科学会（American College of Physicians）では、医師の健康への取組が進んでいる。「Wellbeing champions」の創設、医師のうつ病や自殺を防止するための関連情報の提供、レジリエンスを高めるためのプログラム、医学生向けのプログラム、バーンアウトを減らすための取組トップ 10 の紹介、医師の業務改善につながる事例やツールの紹介等である。

日本医師会では、すでに平成 20 年度（2008 年度）から勤務医の健康支援に向けての取組を進めており、様々なツールを作成している（図表 14）。また、「医学生・研修医をサポートするための会」開催や女性医師支援センター事業等の取組も行っている。日本医師会はこの実績を活かし、今後も行政と連携し勤務医の健康支援活動を更に強力で推し進めるべきである。

図表 14 医師が元気で働くための7カ条

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ず。
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

飲んだり食べたりの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。

< 3 > 健康診断の確実な受診～管理者と勤務医の義務

病院のすべての職種の中で医師の健康診断の受診率は低い傾向にある。労働安全衛生法第66条第1項では「事業者は労働者に対し医師による健康診断を行わなければならない」と規定され、同条第5項では「労働者は事業者が行う健康診断を受けなければならない」と規定されている。一般定期健康診断（年1回）は医療機関にとっても勤務医にとっても義務である。

また、健康診断結果を踏まえた保健指導については、医療機関と勤務医に努力義務が課されている（労働安全衛生法第66条の7第1項、第2項）。厳しい勤務環境にある医師の場合、健康診断後の事後措置が極めて重要である。

特定業務従事者の健康診断（深夜業を含む業務）（6か月ごとに1回）を対象医師に対して行うことも必要であろう。

< 4 > 面接指導の実効性の確保

二次的な健康確保措置の中心は面談による。義務化される長時間労働医師に対する面談においては、面談に基づく措置（ドクターストップ制度）が導入されるが、面談と措置の実効性を確保することが必要である。同一病院内の医師（産業医等）が対象医師の面談を行う際には、第三者的な対応が難しいことがありうる。外部の産業医・面接医が対応する場合は逆に内部の実情を理解しておらず、実行不可能な措置が指示されることがありうる。

面接の担当医の確保としては、外付けの産業医を委嘱する方法以外に面接を担当できる

医師バンク（シニア医師の活用等）の充実が挙げられる。面接の質を担保するためには、医学的根拠に基づく面談プロトコルや、ストレスチェック結果、面談前スクリーニング結果を活用した面談技術の開発普及が重要となる。

面接をする側、受ける側ともに医師は多忙であるため、医師面談をどこにどうやって設定するかについて工夫が必要である。面談に想定される時間は複雑な場合を除き 30 分内外であるので、昼食時間帯は現実的な選択肢である。また、ストレスチェックにおける高ストレス者面談にならない、ICT を活用した遠隔面談も考慮されるべきである。

令和元年（2019 年）11 月に日本総合病院精神医学会は日本医師会と共催で「医師の働き方改革のための病院産業医研修」を行っている。今後、こうした実務に即した研修が全国で展開され、適切に面接業務に対応できる医師の養成を進めていくことが期待される（参考資料 7）。

＜ 5 ＞ 自己保健、同僚による支援

病院の安全配慮義務と対をなすのは自己保健義務である。任意の自発的健康診断（深夜業従事者に対するもの等）のみでは健康確保は担保できない。医師自身のセルフケアの支援・促進が必要である。医学生、研修医、専門医等、各段階における教育、研修を提供するとともに、自身の健康状態をモニタリングでき、必要な行動が取れるようなツールの開発や、自己保健行動へのインセンティブに関する研究を進め、組織的に取り組んでいくことが必要である。

＜ 6 ＞ 事後措置

前述のとおり、健康診断後の事後措置は医師の場合、特に重要であるが、医師として必要性を理解していても自分自身の行動に結びつきにくいことがある。

健康状態に応じて治療勧奨、保健指導が行われるが、特に生活習慣（食事、運動、睡眠）に対しては、自分の生活リズムや食事内容を記録し、分析できるツールの利用、運動プログラムの提示等、行動につながるような具体的提案が望まれる。

医師の健康は、本人のみならず家族、職場、地域にとって大切であることを繰り返し啓発していくべきである。

5. 健康確保のための具体的提言～補完的健康確保措置

労働安全衛生法で規定されている健康確保措置は「業種共通の健康確保措置」である。一方、医師については、勤務間インターバル、連続勤務時間規制、代償休息、一定の労働時間を超えた場合の面接指導・就業上の措置等の「追加的健康確保措置」が規定される方向である。

医師の「追加的健康確保措置」は、一般業種よりもきめ細かくなっているが、医師一人一人の元々の健康状態、診療科、勤務環境等で個別性をより重視する必要がある。

医師の働き方改革、医師偏在、診療科偏在の是正、地域医療構想といった大きな施策が同時に動いているなか、今後、医師の働き方がどう変わり、それが医師一人一人にどのような影響を及ぼすか予想が困難である。前述した医師の副業・兼業問題が及ぼす影響も予測が難しい。

こうした個別性と予測困難性を踏まえ、本答申では健康確保措置の実効性を高めるため各医療機関、各医師が必要に応じ任意に行う「補完的健康確保措置」を提言する（図表15）。

図表 15 補完的健康確保措置

○業種共通の健康確保措置

労働安全衛生法に基づき業種共通で労働者に適用されるもの。

○追加的健康確保措置

医師の働き方改革に関する検討会報告書で取りまとめられた診療に従事する医師に適用される健康確保措置で、今後、医療法等で規定されていくもの。

○補完的健康確保措置（本答申の提言）

追加的健康確保措置に加え、任意で各医療機関・医師が必要に応じて行うもの。

< 1 > 医療機関及び診療チームができること

（１）包括的な健康管理体制の構築

医師の健康確保のために「包括的管理」の視点で取り組むことが重要である（本委員会答申平成30年3月）。各医療機関では産業保健体制の見直しと活動の推進が期待されるが、法令で定める労働衛生管理事項の遵守だけでは、職員（医師）の健康・安全確保は十分とはいえない。労働時間等の負荷軽減のための労働時間短縮のためのタスク・シフティング、医師の業務見直しに加え、目標、計画、実施、評価のサイクルを回すことができる幅広い視点に目配りした包括的な健康管理体制の構築が必要である。その際、段階的に小さな改善を積み上げることが成果につながる。

（２）柔らかに多層に支える組織的取組の例

医療機関の職員は、業務改善、医療事故・暴力対策、職員満足度・キャリア支援等、院内の様々な組織と関わりをもって業務を行っている。それぞれの組織が独立で動いているようでも、職員にとってはどれにも関わっている。時間外労働、休日が取れない、ハラスメントに遭遇した、キャリアパスに悩んでいる、医療事故に遭遇した等、様々な健康障害リスクに直面した際、それぞれの事象に対して、職員を柔らかに組織的に多層に支える仕組みづくりを心がける。

（３）具体的な取組例

医師の健康管理を具体的に進めるためには、医師の専門性を考慮しつつ、人間らしい労働生活ができる働きやすく安全で、健康に、医師が成長できる職場環境づくりを支える具体的な取組を複数準備することが重要である。

図表 16 には、医師の健康管理としての視点と、実施主体者別の視点を示した。特に、①業務の量・質、業務の効率、②労務管理、③勤務時間制、④健康管理、⑤ワークライフバランスに注目してアクションを分析した。

実施主体者は、医師個人、診療チーム、組織・病院である。組織の取組は組織内部だけでなく、組織の外にも目を向けた視点も必要である。

図表 16 医師の健康確保のため個人、診療チーム、組織・施設に必要な取組

	医師個人ができること	診療チームができること	組織が取り組むこと
業務の量・質と業務の効率	・専門性を高める ・経験を積む ・優先度をつける ・組織的スキルを学ぶ ・他人に適任させる ・NO といえる ・タスクシフトできる業務を見つける ・カイゼン活動に参加する	・やるべき業務の明確化 ・業務量の評価 ・チームでカイゼン活動に取り組む ・医師業務の絞り込み ・チーム構成見直し、業務分担をチームで相談する ・サポートスタッフ（メディカルクラーク等）確保 ・ICT・電子カルテの改善提案 ・クリニカルパス作成・見直し	・平日の外来業務、夜間休日の外来業務の見直し ・オンコール体制、診療科編成の見直し ・主治医制の見直し ・総合診療科の活用 ・勤務時間内の病状説明の取組推進 ・人員確保、診療体制の見直し ・ICT 機器、電子カルテ等の活用・改良 ・クリニカルパス活用 ・クレーム・暴言・暴力への組織対応 ・病院内の組織を超えた病院の外との様々な連携推進（他の医療機関、行政、医師会）

労務管理	・就業規則を確認する ・自分の残業時間の上限を知る ・自分の労働時間を記録する ・研鑽時間と業務時間を区別する ・長時間労働のリスク（患者安全、うつ、人間関係の破綻、アルコール・薬物使用）を認識する ・労務管理に関する基本的知識を持つ	・メンバーのスケジュールを把握する ・過重労働の医師を特定する ・医師個人のキャリアづくりと労働時間上限のバランスを考慮する	・構成員全ての労働時間を把握する ・研鑽と業務の区別をリストで明確化する ・管理者と勤務医を交えた、働き方を協議する場を設定する ・36 協定締結、安全衛生委員会 ・給与の透明性の確保と周知 ・外勤・アルバイト等の労働時間の管理方法の方針を決める
勤務時間制	＜ルールに沿った働き方をする＞ ・非番の日は同僚に任せる ・週1日は完全に休む ・仕事が終わったら速やかに帰る	＜自主的ルールづくり＞ ・仕事のオンとオフを明確化する ・定期的な休日が取れるような業務配分 ・当直明けは昼までに帰る ・20 時には病院を出る ・業務や研鑽終了後も残る風習をやめる	＜就業規則見直し（必須）＞ ・勤務間インターバル ・連続勤務時間制限 ・代償休日の付与 ・宿日直許可基準対応 ＜就業規則見直し（追加）＞ ・交代勤務制 ※ ・育児・介護中の休暇の取り決め ・兼業先の就業状況把握 ＜追加的健康（疲労）管理＞ ・安全な交通手段の提供
仕事の意義	・自身の医師としてのやりがいや価値を認識する ・興味・関心に注目しキャリア形成する能力を身につける ・患者との関係を良好に保つ ・職場での肯定的出来事を心に留める	・医師個人の能力・関心と担当業務が一致しているか確認 ・医師個人が積極的に関与できる機会の提供：教育、研究、リーダシップ研修 ・診療チームのリーダーがロールモデルを示す ・業務の平等性・公平性を尊重する	・病院の使命、運営方針を明示する ・医師・患者にとって価値のある診療、就労環境を提供する ・専門能力開発の機会の提供 ・リーダー育成のための助言や研修
健康管理体制	・自身の健康が患者のために重要と認識する ・うつ、バーンアウトによるリスクを学ぶ ・睡眠確保を最優先とする ・生活習慣病を治療する ・良質の食事を規則正しく摂る ・適度な運動を行う ・体調が悪い時は遠慮なく、上司・同僚に助けを求める	・睡眠不足、体調が悪そうな同僚に声をかける ・産業医への相談を勧める ・体調不良の医師の代替体制、業務量の調整 ・健康診断等、個人の健康管理を行う時間を確保する	・面接指導の実施体制整備 ・追加的健康確保措置（睡眠調査、疲労調査、異動前・新規採用前健康確認、就業上の措置） ・健康診断受診勧奨 ・産業医の選任と活動支援 ・外部専門家との連携 ・衛生委員会の活性化

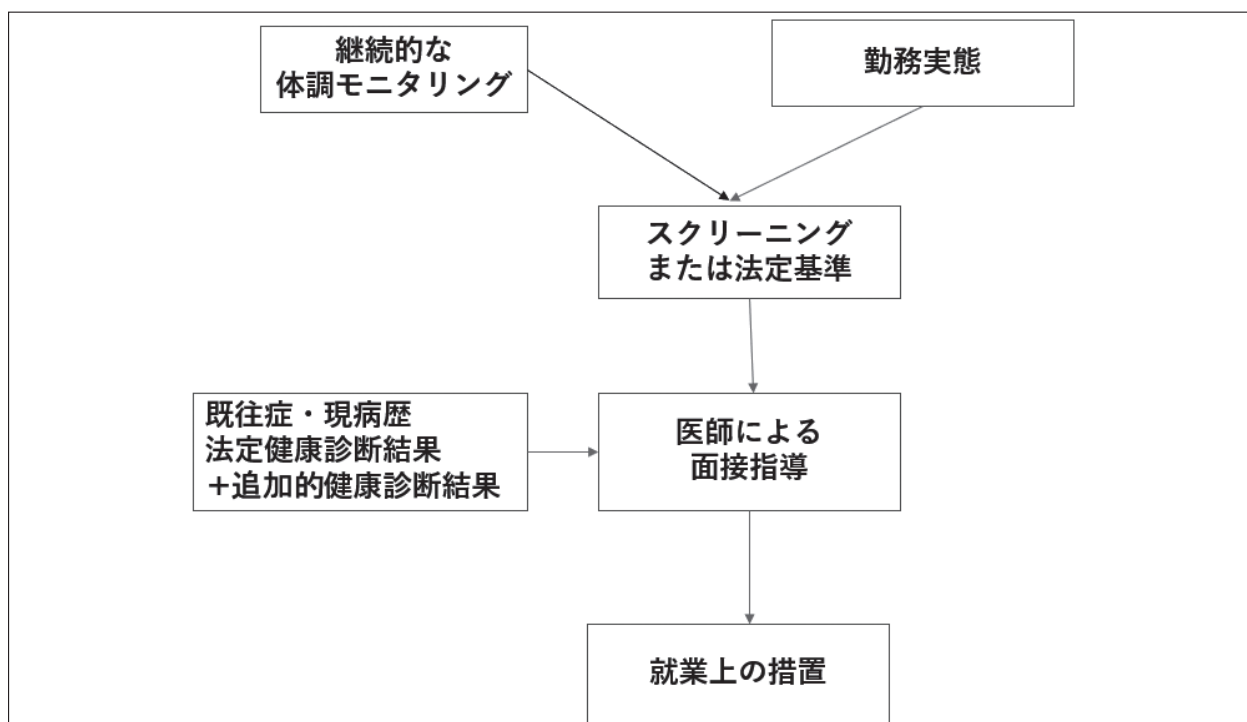
ワーク ライフ バランス	・家族を大切にする ・医師の仕事と自分の生活において柔軟に優先順位をつける ・関係構築のスキルを身につける ・キャリアプランを長期的視点で考える	・家族・パートナーを大切にする価値観についてチーム内で共有する ・出産・子育て、研修・教育機会、研究・学会活動等、ライフステージや個人の背景に応じた業務の在り方への理解 ・個人・医局の価値観を押し付けない風土づくり	・各医師に対し、育児・介護等のライフイベントや疾病を抱える場合の支援を定期的に検討する場を設置。 ・相談窓口の充実
--------------------	---	---	--

※交代制勤務については参考資料 8、9 を参照。

＜ 2 ＞ 補完的な健康確保措置

過重労働による医師の疲弊を早期に発見するには、客観的指標による負担が少なく継続できるベースラインの体調のモニタリング、確立された方法による簡便に実行可能なスクリーニングが必要である。更に医療安全の観点からは必要に応じ、別途健康診断を行うことも考慮されうる。流れを図表 17 に示す。

図表 17 補完的な健康確保措置



（１）継続的な体調モニタリング

疲労に対する耐性には個人差があり、過重労働状態が継続しても主観的疲労を感じない医師も多い。そのため、客観的指標により疲労の程度、体調をモニタリングすることが医療安全上望ましい。疲労により、疲労感とは別に様々な自律神経症状・神経筋症状を示す

が、客観的指標となりうる生理指標としては休息の状態を反映する睡眠状態がある。睡眠状態の評価のゴールドスタンダードは脳波検査であるが、負担が少なく継続できる体調のモニタリングの目的には不適であろう。現在、睡眠状態のモニタリング目的でウェアラブル機器（アクチグラフ）や据え置き型睡眠計が市販ないしサービス提供されている。それらの特徴を示す（図表 18）。

これらの機器は体動・心拍（・呼吸）の継続測定により睡眠ステージ（浅睡眠・深睡眠・レム睡眠）・覚醒を判定し、睡眠時間と睡眠の質を記録するもので、WEB ないしソフトウェアで参照することができる。脳波検査との同時記録により妥当性が示されているものが多い。中には心拍変動解析や睡眠時無呼吸の出現を検知できるものもある。

図表 18 睡眠モニタリング機器

	機能	使用例
ウェアラブル機器	入床・起床時間、入眠時間、入眠潜時※、総睡眠時間、中途覚醒時間・回数、睡眠ステージ、等 ※覚醒状態から眠りに入るまでの所要時間	腕時計同様に携帯ないし衣服に装着
据え置き型睡眠計	同上に加え、 心拍変動解析、睡眠時無呼吸検出	寝具の下に設置

手洗い等が多い医療行為の特性を考えると、ウェアラブル機器よりも据え置き型睡眠計が一般的には望ましいと考えられるが、仮眠等で休息場所が一定しない場合はウェアラブル機器がよいだろう。

その他の脳波以外の生理的指標としては、心拍変動指標、皮膚電気伝導度、末梢血流量、フリッカー値、反応時間（例 PVT：Psychomotor Vigilance Task）等、生化学的指標としては血漿コルチゾール、唾液中コルチゾールやアミラーゼ活性、尿中カテコールアミン等が利用可能であるが、一部の指標（心拍変動指標、PVT 等）を除き、計測が容易でなく負担が少なく継続できるという点で体調のモニタリングには不適であると考えられる。PVT については PC 上で実行できるソフトウェアも開発されている。

継続的な体調モニタリングによって主観的疲労感とは別に自らの客観的な疲弊を確認することが可能となる。

（２）過重労働による医師の疲弊評価とレジリエンスのスクリーニング

スクリーニング方法には様々あるが（図表 19）、疲弊について確立された方法による簡便に実行可能なスクリーニング方法としては、「睡眠状況の質問紙」、及び「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」が推奨される。

図表 19 スクリーニングツールの例

【①推奨されるスクリーニング】

(a) 睡眠状況の質問紙（以下の 3 つのうち 1 つ、ないし組み合わせて施行）

- i . ピッツバーグ睡眠質問票日本語版 (PSQI-J)
- ii . アテネ不眠尺度日本語版 (AIS-J)
- iii . フォードストレス反応性不眠検査 (FIRST)

(b) 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト

【②任意のスクリーニング】

(a) 職業性ストレス簡易調査票（ストレスチェック）

(b) 簡易抑うつ症状尺度 (QIDS-J)

(c) バーンアウト測定尺度 (MBI)

(d) ワークエンゲイジメント尺度 (UWES)

【③その他】

ワーカホリズム尺度 (DUWAS)、ジョブクラフティング尺度 (JCS)、リカバリー経験尺度 (REQ)、努力－報酬不均衡モデル調査票 (ERI) 等

①推奨されるスクリーニング

(a) 睡眠状況の質問紙

以下の 3 つのうち 1 つ、ないし組み合わせて施行する。

i . ピッツバーグ睡眠質問票日本語版 (PSQI-J)

ピッツバーグ睡眠質問票 (Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI) はピッツバーグ大学で開発された睡眠の質に関する質問票であり、妥当性も確立されている。質問票は、1) 睡眠の質、2) 入眠時間、3) 睡眠時間、4) 睡眠効率、5) 睡眠困難、6) 睡眠薬の使用、7) 日中覚醒の困難、の 7 つのカテゴリーにつき 0 から 3 の 4 段階で評価し、その点数を合計することにより、全体の睡眠の質を評価する。土井らにより翻訳の適切さについて検証を経た日本語版が作成されており、わが国においても睡眠の質の主観的測定法として広く用いられている（参考資料 10-1）。

ii . アテネ不眠尺度日本語版 (AIS-J)

アテネ不眠尺度 (Athens Insomnia Scale : AIS) は世界保健機関 (WHO) が中心になって設立した「睡眠と健康に関する世界プロジェクト」が作成した尺度であり、妥当性も確立されている。1. 入眠困難、2. 中途覚醒、3. 早朝覚醒、4. 総睡眠時間、5. 睡眠の質、6. 日中の気分、7. 日中の活動、8. 日中の眠気の 8 項目について 0 から 3 の 4 段階で評価し、その点数の合計により、全体の睡眠の質を評価する。6 点以上で不眠症の可能性が高いとされる（参考資料 10-2）。

iii . フォードストレス反応性不眠検査 (FIRST)

フォードストレス反応性不眠検査 (Ford Insomnia Response to Stress Test : FIRST) は、不眠発症の脆弱因子として考えられている過覚醒傾向（神経のたかぶりやすさ）を測定する自記式質問紙である。点数が高いほど神経がたかぶりや

すいと評価され、23 点以上で不眠症の可能性が高い（参考資料 10-3）。

(b) 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト

労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストは平成 16 年（2004 年）に厚生労働省の委員会により作成公開された。チェックリストは長時間労働者面談に広く用いられているが、医師においても用いることが可能である。長時間労働面談報告書においては負担点数を疲労蓄積度について 0～1 を疲労蓄積度なし、2～3 は低、4～5 は中、6～7 は高とそれぞれ読みかえて記載する（参考資料 11）。

②任意のスクリーニング

(a) 職業性ストレス簡易調査票（ストレスチェック）

ストレスチェック制度⁸の結果は、職業性ストレス簡易調査票の項目を含んでおり、受検時点での仕事のストレス要因（仕事の量と質、対人関係他）、ストレス反応、修飾要因（上司・同僚・家族からの支援、満足度）を評価することができる。

(b) 簡易抑うつ症状尺度（QIDS-J）

簡易抑うつ症状尺度（Quick Inventory of Depressive Symptomatology：QIDS-J）は、16 問の自己記入式の評価尺度でうつ病の重症度を評価できるほか、アメリカ精神医学会の診断基準 DSM-IV の大うつ病性障害（中核的なうつ病）の診断基準に対応しているという特長をもつ。睡眠（4 問の最高点）、食欲 / 体重（4 問の最高点）、精神運動（2 問の最高点）、その他 6 項目の 9 項目の合計点（0～27）で評価する。5 点未満は正常、6～10 は軽いうつ、11～15 は中等度のうつ、16 点以上は重度のうつがあると判定される。

(c) バーンアウト測定尺度（MBI）

バーンアウト測定尺度（Maslach Burnout Inventory：MBI）は、バーンアウトを構成する三下位尺度（当初の医療従事者向け版では情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感、現在の汎用版では疲弊感、シニシズム、職務効力感）について評価する。合計得点（職務効力感は逆転項目となる）または下位尺度得点によって評価する。

(d) ワークエンゲイジメント尺度（UWES）

ストレス反応や抑うつ、バーンアウトのような医師個人の反応に対し緩衝的に働いているのが仕事に対する態度である。ワークエンゲイジメントとは、1) 仕事に誇り（やりがい）を感じ、2) 熱心に取り組み、3) 仕事から活力を得て生き生きしている状態のことをいう。ワークエンゲイジメント尺度（Utrecht Work Engagement Scale：UWES）は、活力（例「仕事をしていると、活力がみなぎるように感じる」）、熱意（例「仕事に熱心である」）、没頭（例「私は仕事にのめり込んでいる」）の三下位尺度から 6 件法（「0＝全くない」～「6＝いつも感じる」）で回答するように

8 労働者に対して行う心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）や、検査結果に基づく医師による面接指導の実施などを事業者に義務付ける制度（従業員数 50 人未満の事業場は制度の施行後、当分の間努力義務）。平成 27 年（2015 年）12 月 1 日から施行。ここでは従業員数 50 人未満の場合において、ストレスチェックを任意のスクリーニングとして挙げている。

構成されている。

③その他

ワーカホリズム尺度（DUWAS）、ジョブクラフティング尺度（JCS）、リカバリー経験尺度（REQ）、努力－報酬不均衡モデル調査票（ERI）等もスクリーニングツールとして用いることができる。

（３）追加的健康診断

①基本的な考え方

長時間労働を行う医師の健康リスクとして、脳血管疾患や心臓疾患（以下、脳・心臓疾患）の発症や死亡、あるいは業務における強い心理的負荷による精神障害の発症、自殺による死亡が「過労死等」として問題となる。ここでは、脳・心臓疾患に焦点を絞り、追加的健康診断による予防の可能性について考察する。

脳・心臓疾患は、発症の基礎となる動脈硬化、動脈瘤等の血管病変が形成され、進行、増悪して発症に至る。血管病変の形成、進行には、加齢、生活習慣、あるいは遺伝的な因子が関連するが、過重な労働によっても血管病変が増悪して発症に至る場合があると考えられる。したがって、脳・心臓疾患の原因となる血管病変の存在あるいは増悪を早期に発見して脳・心臓疾患の発症や死亡を予防することが、追加的健康診断の果たすべき役割となる。

脳・心臓疾患の予防の対象者は、脳・心臓疾患と臨床的に診断されていない医師であり、発症リスクを定量的に評価して「高リスク」の場合には、予防のために時間外労働の規制等の就業上の措置を行う。ここでは、あくまでも未発症者の予防に限定して検討を進めるが、既に脳・心臓疾患を発症して治癒、あるいは経過観察となっていて再発症の「高リスク」状態にある医師についても適用できる可能性がある。

②健康診断による予防効果の評価

健康診断が、脳・心臓疾患の発症や死亡を予防することに効果があるかどうかは、科学的なエビデンスによって評価すべきである。すなわち、健康診断を実施した場合と実施しなかった場合を比較して、実施した場合の方が脳・心臓疾患の発症やそれによる死亡が予防できるかどうかデータを集めて検討することが重要である。科学的エビデンスの評価は、システマティックレビューと呼ばれる方法で実施するのが一般的である。

③推奨の判断

科学的エビデンスによって予防効果ありと判定された場合であっても、健康診断の実施を推奨すべきかどうかには異なった判断基準が必要となる。

すなわち、益と害のバランス（benefit-harm balance）が重要であり、実施に要する費用や、副作用、本来不要な処置等により想定されるマイナス面と比較して、実施によって得られる利益がより大きいことが条件となる。

また、推奨には、具体的な実施方法の検討も必要である。特に、対象者として、す

すべての医師を対象とするのか、一定の年齢以上の医師等、脳・心臓疾患の背景リスクがある程度高い医師に限定するのか、あるいは、長時間労働によって脳・心臓疾患のリスクが高まっている医師に限定するのかによって、推奨の基準は異なる可能性がある。また、実施のタイミングについても、一般の定期健康診断と同様に1年以内に1回の間隔とするのか、半年に1回程度等、頻度を高めるのか、あるいは、長時間労働となったタイミングで実施するのかによっても異なってくる。

労働安全衛生法による定期健康診断には脳・心臓疾患の予防に関連する検査が含まれている。血管病変の進行に関連する検査としては、血圧、血中脂質検査、血糖検査（尿糖検査）、尿蛋白検査が実施され、心疾患の早期発見の検査としては、心電図検査、胸部エックス線検査等が実施されている。また、慢性腎臓病（CKD）によって脳・心臓疾患リスクが高まることが知られているが、腎機能障害が疑われる場合には医師の指示により血清クレアチニン検査を行うことができる。したがって、追加的健康診断の実施を推奨するにあたっては、これらの法定項目によって定期的にリスクが評価されている医師に対して、追加的健康診断によって、リスク評価の精度が更に改善することが条件となる。

推奨は、科学的エビデンスのシステマティックレビューの結果を中心に据えつつ、費用対効果の評価、対象となる医師の背景を考慮して決定するのが標準的な方法であり、実施者、受診者等を含めた委員会等による合意形成が重要となる。

④他業種における取組（航空身体検査）

航空機乗組員を対象とする「航空身体検査マニュアル」、鉄道運転士を対象とする「動力車操縦者運転免許に関する省令」、事業用自動車の運転者に関する「事業用自動車の運転者の健康管理に係るマニュアル」を調査した結果、航空身体検査が最も詳細に評価手順を定めていることから、航空身体検査を紹介する（参考資料12）。

長時間労働を行う医師の場合は、脳・心臓疾患の発症を未然に予防することが主眼となるが、航空身体検査は航空安全の確保が目的であり、未然の発症予防を超えて、既発症者も含めた広範囲の対象者について詳細に定めているのが特徴である。また、有所見者に対する詳細な検査実施等、段階的な対応を念頭に置いている点も参考となる。

長時間労働を行う医師についても、現行の労働安全衛生法に基づく定期健康診断の結果を基にリスク評価を行い、本人のみならず医療安全の観点から、高リスク者に限定して健康診断を実施する等の方法も考えられる。

⑤今後の取組

既に述べたように、健康診断の項目選定、実施方法の決定にあたっては、システマティックレビューによる科学的エビデンスの評価、実施者、受診者を含めた委員会等での合意形成による推奨基準の決定が必要であり、組織的な取組として進める必要がある。

＜３＞医師一人一人の健康管理のために

医師一人一人が健康でいることは、医師本人とその家族のみならず、患者にとっても良い影響を与えるというエビデンスがある。

健康で働くことができるように、医師自身が健康管理に取り組むこと（自助）、職場風土の形成と同僚・専門家集団による支援（共助）、医師の健康支援を支える公的な取組（公助）が必要である。

自助・共助・公助に関して、日本医師会には以下の３つの取組を行っていただきたい。

（１）医師の健康支援における自助活動促進、（２）医師の健康支援に関する職場環境改善、（３）システム改善に向けて政策的働きかけの継続、である。

すでにわが国では、共助に関しては医師の健康確保に向けての働き方改革が診療科ごとに進められている。これらの取組を共有し、促進することが必要である。

日本救急医学会「日本救急医学会『医師の働き方改革』に対するステートメント」（２０１９年７月）

<http://www.jaam.jp/info/2019/info-20190722.html>

日本産科婦人科学会・産婦人科医会「産婦人科医の働き方改革」宣言と提言（２０１８年９月）

http://www.jsog.or.jp/news/pdf/2018_hatarakikatakaikaku.pdf

システム改善に向けては政策的働きかけの継続が重要である。本答申で整理されている通り、国民への医療提供体制の確保や医療安全において医師の健康が必須である点を継続的に啓発することや、医師の健康確保に必要な施策推進、そのために必要な財源確保が重要である。

6. 大学病院の重要性と医師の働き方

大学病院の臨床医学系教員は診療のみならず、教育・研究を兼務している。今日、医学・医療の高度化、複雑化によって、臨床医でもある教員に要求される業務は質量ともに増加している。

教育においては国際水準の医学教育の認証に到達するために診療参加型臨床実習が求められている。診療参加型臨床実習の教育現場では、少ない教員で最大限の教育効果を得るために、各診療科の教授・准教授のみならず、講師・助教等スタッフが連携し、チームとして学生を指導しているが、医学生の実習への参加にはきめ細かい患者からの同意取得が不可欠で、どの観点でも教員の業務は増加している。

また、研究の面では、論文数が諸外国では増加しているにも関わらず、日本では減少傾向となっている⁹。この最大の原因は国の高等教育予算の減額と考えられている¹⁰。また、国等から研究費を獲得するための書類作成や、倫理審査に関する委員会での審議等、研究に直接関係しない業務が増え、研究そのものに従事する時間が年々減っている。

一方、医師臨床研修の必修化に端を発し、大学病院で研修する医師数は減少した。更に、大学病院の「無給医」、すなわち診療に従事しているにも関わらず給与や身分保障のない医師も問題となっている。大学病院で研究を志す医師が増えるよう、医療界として改善努力が必要である。

このような状況に置かれている大学病院であるが、教育・研究・臨床の3つを担う中核的医療機関として重要な使命がある特殊な病院にも関わらず、明確な位置付けがない。大学病院の位置付けとして、特定機能病院がこれに該当すると解釈されている。しかし、特定機能病院には複数の国立または県立等のがんセンター等、大学病院以外も含まれており、特定機能病院が大学病院を位置付けるものではない。大学病院の在り方は、日本の将来の医療の在り方に大きく関わる。働き方改革を機に、大学病院の在り方についてしっかり議論をするべきである。

教育・研究・臨床の3つを担う大学病院の医師の働き方は、一般病院とは違った特殊性がある。現行の労働法制においては「専門業務型裁量労働制」の活用が考えられるが、一般業種を想定して作られた制度であり、医学部、医科大学の教員の働き方にうまく適合する制度ではない。

大学病院の在り方を議論する際には、大学病院にあった独自の働き方の制度についても併せて検討するべきである。

大学病院の教員の働き方を改革していく場合、医療に関する事務作業補助だけでは不十

9 2018年の全米科学財団の報告書で、論文数で中国が初めて米国を上回り世界首位となった。日本はインドにも抜かれ中米印、ドイツ、英国に続く6位に後退。論文数が減少傾向にある国は日本のみである。過去の実績では2016年日本は3位で、10年前は日本が2位であった。

10 国立大学には運営費交付金として支給され、私立大学においては経常費補助金として補助が行われている。(私立大学への補助は少ない)

分である。教育・研究に直接関わりのない業務の簡素化を図るとともに、教育・研究業務を分担する事務作業補助も充実させ、本務に能力を発揮できる環境整備が必要である。

現在、大学への補助金は減少し続けているが、上記で述べたような大学病院の位置付けの見直し及び労働法制における大学病院の教員の働き方制度の見直しとともに、補助金を含めた大学医学部への適切な予算配分についてきちんと議論し、わが国の医療の未来を支える人材育成、イノベーションにつながる研究開発等、重要な業務を担えるようにすべきである。

まとめ

かつて医師は、父性的な立場で患者の疾病の診断治療に携わってきたが、患者の考えと立場を重視する「患者中心の医療」が、診療の場に浸透してきた。更に医療の高度化と一般社会への医学知識の浸透や権利意識の向上に伴い、医師が十分患者や家族に説明し、関係者の意見を尊重しながら同意の下に、共同して医療を行う「共に創りだす医療」が進んでいる。勤務医は、医療機関の管理者の指揮命令下で診療すると同時に、応招の義務があり、時々刻々変化する患者の状態により勤務時間や緊張感の持続が左右される。また専門性が高度になり、他の専門領域を一人でカバーすることが困難で、チーム医療に関与する機会も増えており、一般労働者よりはるかに長い労働時間を強いられている。

医療保険制度の下で、医師の待遇には限度があり、地域及び専門科選択の自由は確保されているので、医師の偏在が存在し、医師に対する業務負担も地域及び専門科によって異なる。適切な医療は、その担い手である心身共に健康な医師の下でこそ可能であり、「医師の健康を基盤とした上での医療」の構築が必要な時代となってきた。

今般政府の働き方改革の一環として、医師の働き方改革の検討が始まり、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」は、平成 31 年（2019 年）3 月に、地域医療を担う病院と卒後臨床教育により A、B、C の分類に分類し、36 協定に基づく医師独自の時間外労働時間上限の枠組みを公表した。なお、その詳細を決めるための検討会が現在も継続実施されている。日本医師会は「医師の健康への配慮」と「地域医療の継続性」の両立を基本概念として、平成 29 年（2017 年）6 月より会長諮問「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（2018 年）4 月答申書）、平成 30 年（2018 年）9 月から「医師の健康確保と地域医療体制を両立する働き方の検討：医師独自の健康管理・勤務環境改善策を中心に」について「医師の働き方検討委員会」で検討し、本答申に至った。

厚生労働省の報告書では、医師に対して一般の労働者より 36 協定による特例の時間外労働時間上限値は高く設定されており、健康障害予防のための追加的な健康確保措置が提示されたが、これに加えて本答申では、補完的健康確保措置として、睡眠状況評価の質問票調査、蓄積疲労度自己診断、ストレス簡易調査票、簡易抑うつ症状尺度、ワークエンゲイジメント尺度等が提案され、疲労回復のための良質な睡眠の確保が強調された。これらの評価がなされた上で、心身に対する過重な負荷がかからないための対策が医療現場で確実に行われる必要がある。

これらの対策を実施するには、個々の医療機関が組織的に取り組む必要があるが、その基盤として労働基準法、労働安全衛生法で規定されている労働条件の基準と労働者の安全と健康の確保対策を病院管理者が実行することが求められる。職員の健康を守り、増進することについて方針の表明、体制整備、現状分析、目標設定、計画策定、実施、評価、改善という PDCA を回すことがトップの指導の下に行われることが重要であるため、病院管

理者に対する研修が各地で行われている。多くの医療機関では診療に秀でた管理能力のある医師が病院管理者となっているが、医師の働き方の改善には、労務管理や産業保健についての専門的な知識も併せて必要であり、それらの専門家をスタッフに加えることも検討されるべきである。製造業で適用されている職場のカイゼン活動等を用いて時間とコストの無駄を減らすことも参考になる。更に重要な点は、トップダウンだけでなく、医師等職員の自主的な産業保健活動への参加と提案であり、病院管理者との話し合いにより具体的な対策を立てる必要がある。

勿論、「医師の健康への配慮」と「地域医療の継続性」の両立を図るには、地域医療体制の整備、医師の偏在対策、勤改センターの充実、診療報酬の見直し、適正な患者の受療行動、タスクシフト・タスクシェアの推進、更なる ICT の導入等医療環境の改善が進められるべきだが、平行して病院管理者と医師が中心になり、個々の病院における働き方の改善により医師の健康確保・増進を図る方向を模索し、実施することが必要である。それらの活動のキーパーソンは産業医であり、医療機関の産業医が十分活躍できる環境整備を進め、産業医もその期待に応じられる技能と知識を持てるよう研修システムを確立していくことが必要である。

日本医師会はこれまで勤務医の健康支援ならびに産業医の認定・生涯研修に積極的に関わってきた。日本の勤務医の健康を守り産業医の更なる活躍を推進するために、引き続き組織一丸となって取組を進めていくべきである。

参考資料

- 参考資料 1 医師の副業・兼業と地域医療に関する日本医師会緊急調査..... 参考－1
- 参考資料 2 医師確保の方法..... 参考－5
- 参考資料 3 医師派遣における課題..... 参考－6
- 参考資料 4 医師派遣取組事例..... 参考－7
- 参考資料 5 病院・クリニックの院長・事務長必見 働き方改革法改正で
何が変わるの？..... 参考－10
- 参考資料 6 岩手県立中央病院における医師事務作業補助者の組織化による
医師負担の軽減..... 参考－14
- 参考資料 7 医師の働き方改革のための病院産業医研修..... 参考－15
- 参考資料 8 医師における交代勤務の事例..... 参考－16
- 参考資料 9 NightFloat（ナイトフロート）の例..... 参考－19
- 参考資料10-1 睡眠状況の質問紙
ピッツバーグ睡眠質問票日本語版（PSQI-J）..... 参考－21
- 参考資料10-2 睡眠状況の質問紙 アテネ不眠尺度日本語版（AIS-J）..... 参考－23
- 参考資料10-3 睡眠状況の質問紙 フォードストレス反応性不眠検査（FIRST）.. 参考－24
- 参考資料11 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト..... 参考－25
- 参考資料12 航空身体検査マニュアル..... 参考－27

参考資料１ 医師の副業・兼業と地域医療に関する日本医師会緊急調査

① 医療機関調査

- ・実施期間：2019年12月13日～12月28日(2020年1月14日まで延長)
- ・実施方法：全国の全病院に対し日本医師会より直送し、Webより回答。
- ・アンケート回答状況：

	施設数	回答数	(%)
	8,343	3,713	44.5%
内. 医療機関	164	55	33.5%

② 都道府県医師会調査

- ・実施期間：2019年12月23日～2020年1月10日(2020年1月20日まで延長)
- ・実施方法：医療機関宛調査の設問の一部(Q11、Q12)に回答。
- ・アンケート回答状況：

依頼数	回答数	(%)
47	47	100.0%

① 医療機関調査

医療機関での勤務形態（常勤・非常勤）

【常勤】実人数		【非常勤】実人数	
	%		%
0人	0.0%	0人	2.7%
1～4人	28.5%	1～4人	12.8%
5～9人	28.8%	5～9人	17.6%
10～19人	16.6%	10～19人	24.4%
20～49人	11.2%	20～49人	28.1%
50～99人	6.4%	50～99人	10.4%
100人以上	8.2%	100人以上	3.8%
NA	0.2%	NA	0.2%
合計	100.0%	合計	100.0%

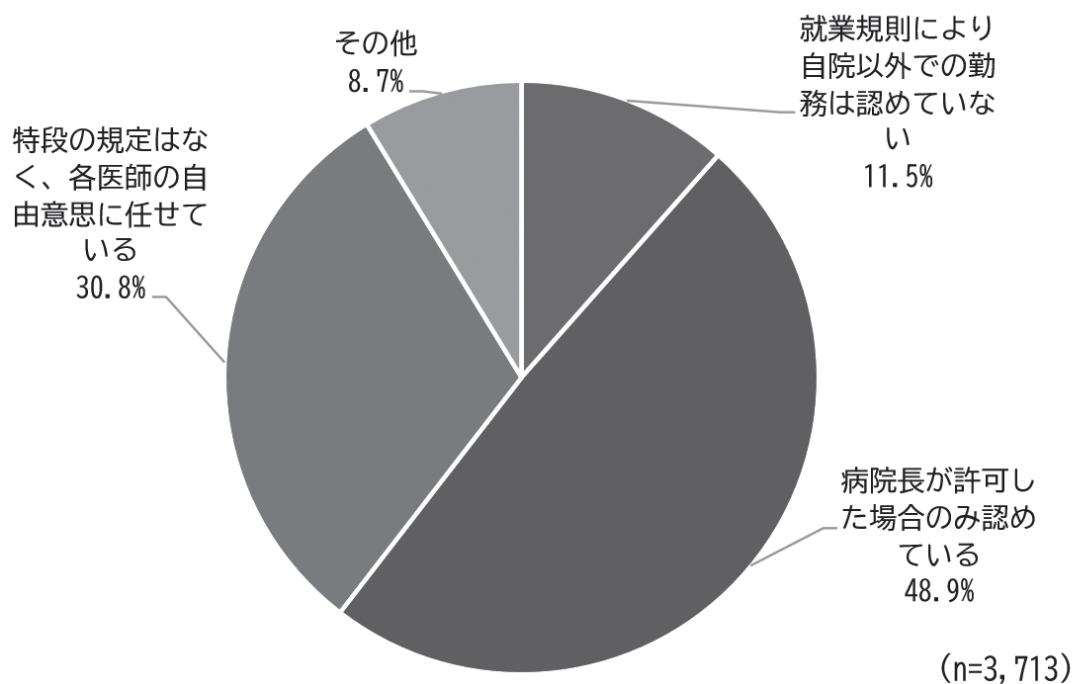
(n=3,713)

医療機関での勤務形態（派遣・受け入れ）(1)

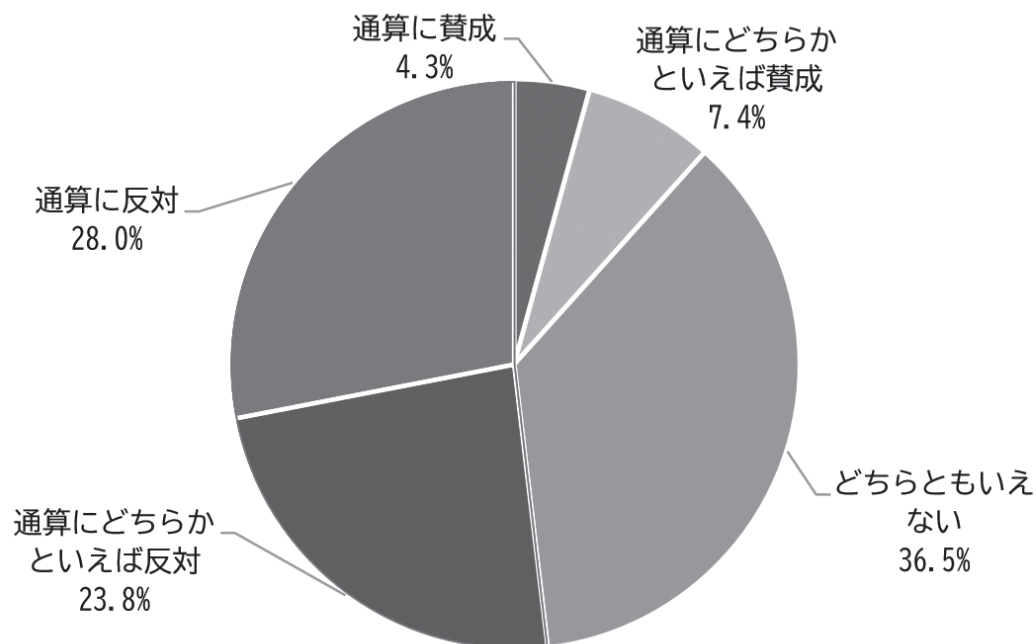
	%
専ら医師を派遣する病院である	4.4%
医師の派遣、受け入れは概ね半々程度の病院である	12.3%
専ら医師を受け入れている病院である	83.3%
合計	100.0%

(n=3,713)

勤務医師の副業・兼業(複数医療機関に勤務)に関する取扱い
【医療機関】



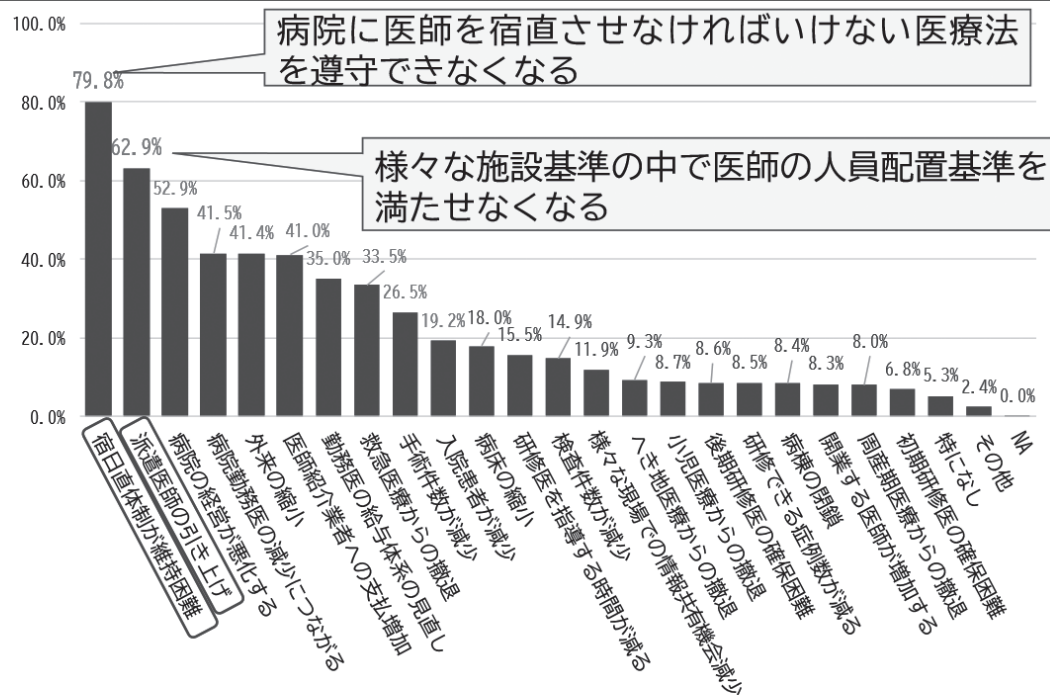
複数医療機関に勤務する医師の労働時間を通算することについて
【医療機関】



下段のグラフは回答施設全体(n=3,713)より下記の機能を持つ病院※を抽出して集計 (n=2,132)

※高度救命救急センター、救命救急センター、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、小児救急医療拠点病院、特定機能病院、地域医療支援病院、二次救急医療病院、専門病院

複数医療機関に勤務する医師の働き方に対する医療機関への影響 【医療機関】

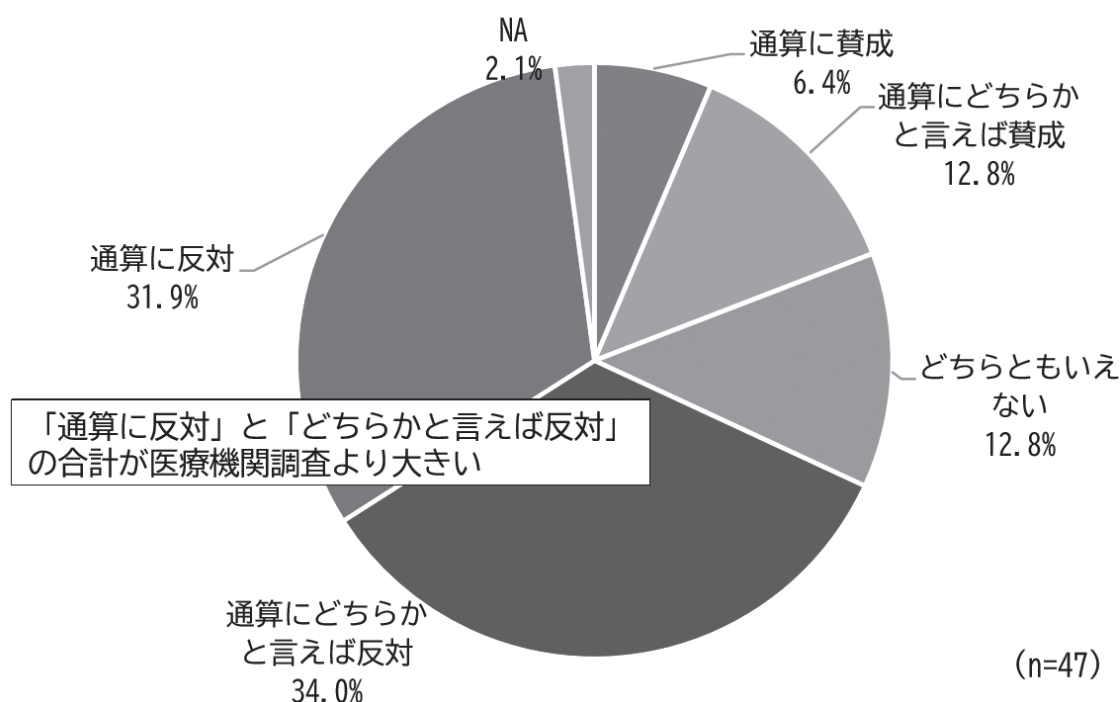


上記グラフは回答施設全体(n=3, 713)より下記の機能を持つ病院※を抽出して集計 (n=2, 132)

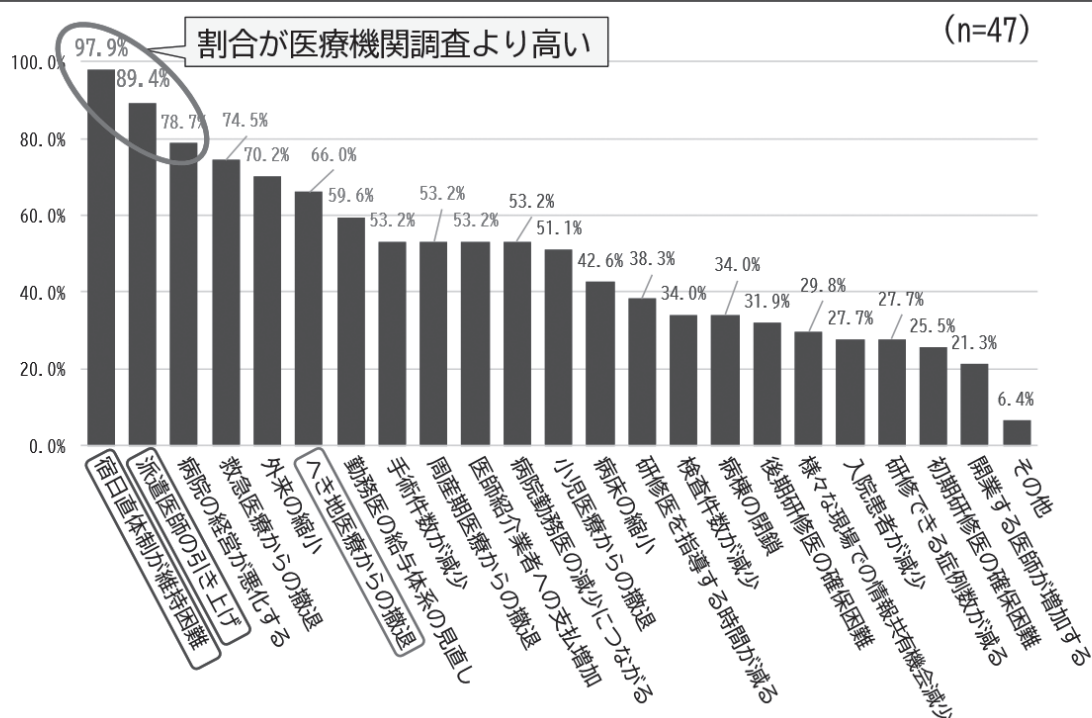
※高度救命救急センター、救命救急センター、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、小児救急医療拠点病院、特定機能病院、地域医療支援病院、二次救急医療病院、専門病院

②都道府県医師会調査

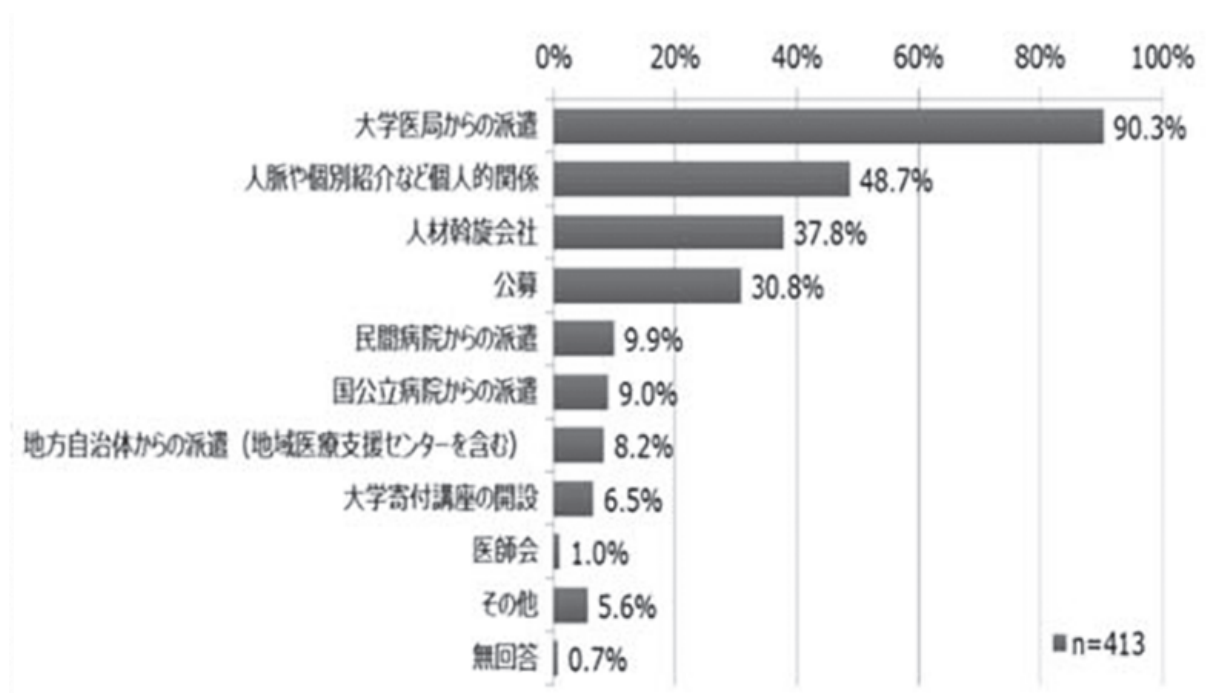
複数医療機関に勤務する医師の労働時間を通算することについて 【都道府県医師会】



複数医療機関に勤務する医師の働き方に対する医療機関への影響 【都道府県医師会】



参考資料 2 医師確保の方法



図：勤務医確保の方法（上位3つを選択）

2019 年度 勤務医不足と医師の働き方に関するアンケート調査 報告書
（日本病院会 2019年10月）より

参考資料 3 医師派遣における課題

- ・地域のニーズに合った派遣：
需要と供給のバランスを考慮、必要医師数の試算における方法とその活用のあり方
- ・地域におけるステークホルダーの連携：
地域医療支援センターにおいて都道府県医師会、行政、大学を中心に
- ・ドクターバンクやマッチングにおける組織の連携：
非営利で公的な運営、都道府県の全国的連携、ICT の活用
- ・医師と医療機関の双方にメリットがあるマッチングの進め方：
医師の資質向上・キャリア形成支援の機会の提供という観点
- ・有期雇用の組織的整備：
産休・育休代替、健康確保措置のための欠員補充
- ・シニア医師の活躍の場を提供する仕組み
- ・医師の人生・生活をふまえた上での緩やかな配置
- ・医師の質の担保：
ブランク等あれば必要に応じて再研修、電子カルテ操作研修、日医生涯教育制度の活用、専門医・かかりつけ医等の資格制度との連携
- ・僻地・離島への医師派遣制度の検討

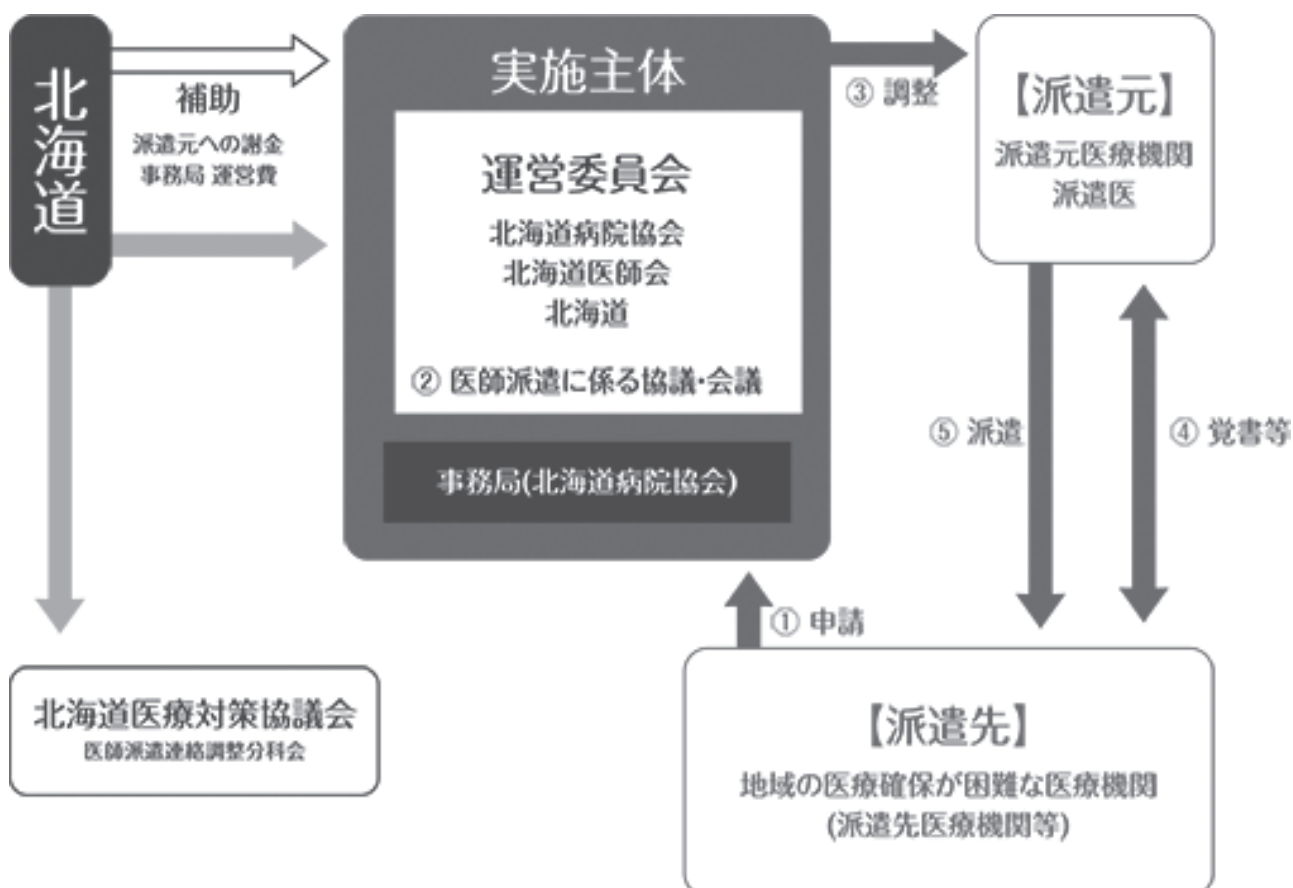
「都道府県医師会等のドクターバンク事業の現状と課題 医師確保に向けた職業紹介事業の在り方の検討」（日医総研ワーキングペーパー No. 311 2014 年 3 月）ならびに「ICT を用いた医師バンクにおける人材マッチング支援：ICT を活用した医師に対する支援方策の策定のための研究（第 1 報）」（日医総研ワーキングペーパー No. 434 2019 年 7 月）を参考に作成。

4（１）緊急臨時的医師派遣事業（北海道）

北海道病院協会及び北海道医師会を事業主体とする事業で、医師確保が困難な地域の医療機関からの申請に対応し、事務局に設置した運営委員会において必要性が認められた場合に登録された派遣元医療機関等との調整を行った上で、原則として6ヶ月以内で医師派遣を実施するとしている。年間2～3日、学会出席の支援等も含み、施設単位のみならず医師単位で登録可能である。派遣の際には派遣先医及び派遣元医療機関が必要な事項を記載した覚書等を作成・交換する。派遣の手続きを図に示す。

なお、事業実施要綱を定め、例えば、医療事故等の責任についても以下のように決められている。派遣期間における派遣先医療機関での医療事故については、派遣先医療機関が責任を負い、派遣医師が業務上の事由により災害を受けた場合の補償に係る保険料については、実施主体が負担するとしている。

図．派遣の手続き（北海道病院協会のホームページより）

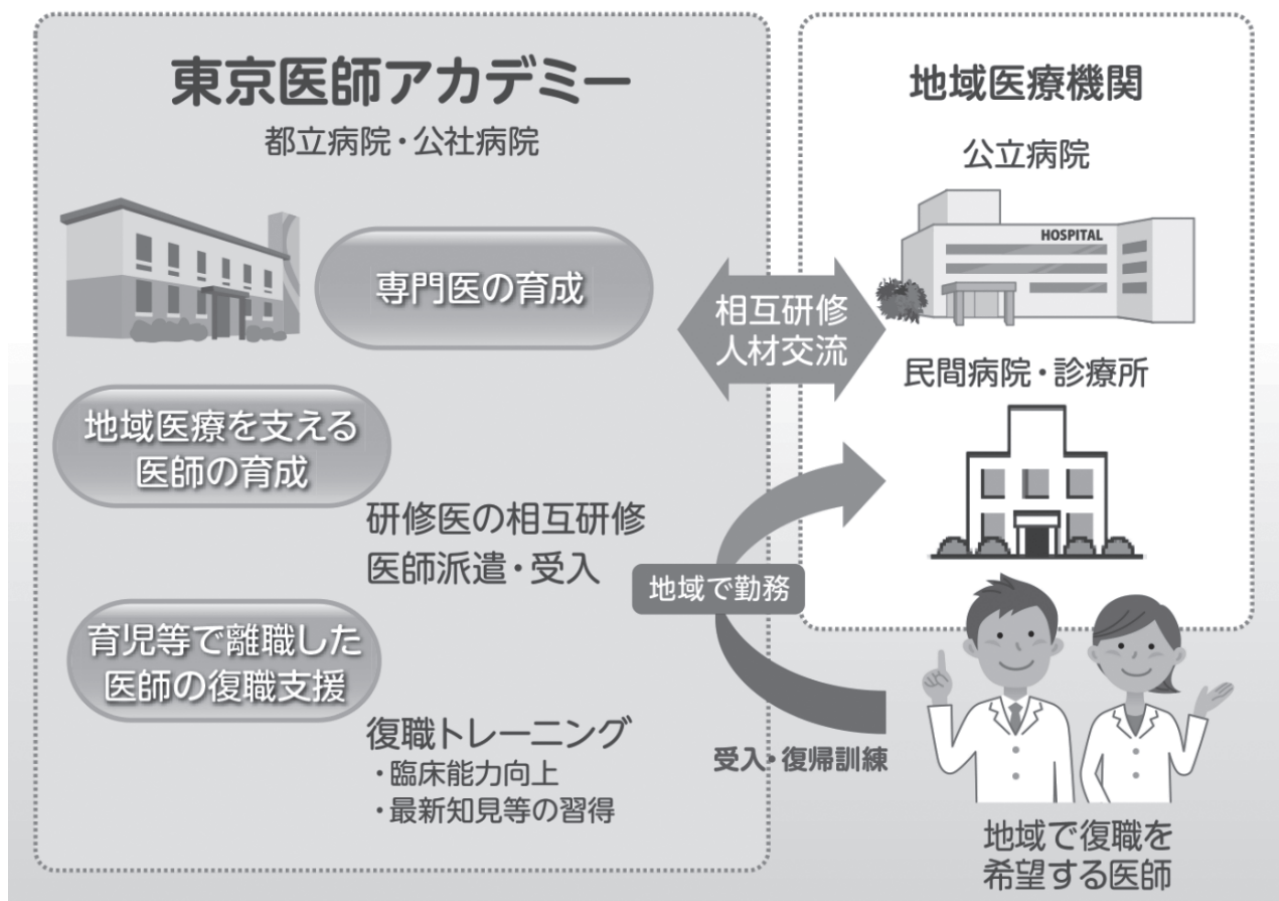


4（2）東京医師アカデミー（東京都）

東京都においては、「東京医師アカデミー」を設立し、都立病院・公社病院における専門医の育成、医師の復職支援を通じて地域医療機関で勤務する医師の相互研修・人材交流を図る事業を行っている。仕組みを図に示す。

地域医療の支援に意欲を持つ医師を「東京都地域医療支援ドクター」として都が採用し、原則6年間のうち、医師不足が深刻な市町村公立病院等に通算2年間以上の支援勤務（派遣）とする。支援勤務期間以外は、専門医・指導医等へのキャリアパスを実現できるように、本人の希望を踏まえて、都立病院等におけるキャリアアップ勤務を実施している。診療の対象としては、周産期医療（産科・新生児科）、小児医療、へき地医療（総合・内科・外科等）、救急診療（内科・外科等）のいずれかに従事するとし、支援勤務中は「派遣手当」が支給される。

図.「東京医師アカデミー」地域貢献・政策的取組のイメージ
（東京都病院経営本部のホームページより）



4（3）地域医療連携推進法人における運用 （江津メディカルネットワーク。島根県）

江津メディカルネットワーク（島根県）は江津市医師会と済生会江津総合病院等により設立され、2019年6月1日に認定された地域医療連携推進法人である。同法人では「医師のクロスアポイントメントシステム」を導入し医師の相互交流を図る取組を始めた。これは、医師が病院と診療所のそれぞれと雇用契約を結び、業務従事割合に応じて両施設が給与や社会保険料を負担する仕組みである。

診療所等の後継者不足、病院の常勤医師の減少という地域医療の課題に対して連携して取り組む。これにより、診療所の後継や開業を希望する医師は、高度な医療機器を購入せずとも必要な検査や手術等の治療を江津総合病院で行うことができ、自らの専門を生かすことができる。病院にとっても、週に数日でも勤務する医師が増えるメリットがある。地域医療を守る先進的な取組として注目されている。

社労士は人を大切にする「働き方改革」を支援します

働き方改革 法改正

病院・クリニックの 院長・事務長必見 で何が 変わるの？

長時間労働是正 編



▶▶ まずは法改正スケジュールを確認しましょう

施行内容		看護師・事務員など	医 師	管理監督者
年次有給休暇の時季指定義務	2019年4月適用			
産業医との連携強化				
労働時間の状況の把握義務				
時間外労働 の上限規制	大規模医療機関 ※1	2019年4月適用	2024年4月 適用 (施行内容を検討中)	適用なし
	中小規模医療機関 ※2	2020年4月適用		

Q・規模は何で判断する？

A 医療機関の規模は病床数ではなく、労働者数等で判断します。

ちょこっとコラム

※1 法人単位で常時使用する労働者数が100人超かつ資本金の額または出資金の総額が5,000万円超

※2 法人単位で常時使用する労働者数が100人以下または資本金の額または出資金の総額が5,000万円以下
資本金または出資金がない場合は労働者数のみで判断します。



さっそくチェックしてみましょう! ✓

- | | | | |
|---|--|------------|-------------|
| 1 | 医師や看護師を含めすべての職員が
年次有給休暇を年5日以上取得している。 | □ YES □ NO | Check
1へ |
| 2 | 年次有給休暇付与日や残日数を
職員ごとにきちんと管理している。 | □ YES □ NO | |
| 3 | 医師や看護師を含めすべての職員の労働時間を
タイムカードなどで把握、集計している。 | □ YES □ NO | Check
2へ |
| 4 | 事業場に50人以上の職員が働いているため、
産業医を選任している。 | □ YES □ NO | |
| 5 | 残業が必要なので36協定を締結、届出している。 | □ YES □ NO | Check
3へ |
| 6 | 時間外労働は月45時間、年360時間の範囲内である。 | □ YES □ NO | |

ひとつでも「NO」があれば注意が必要です。詳しくは中をチェック!!

2019.4 年次有給休暇の時季指定義務等スタート

✓Check ①

年次有給休暇の年5日の時季指定が義務付けられます

※規模問わず全ての医療機関に適用

年次有給休暇が年10日以上付与される労働者に対して、自ら申し出て取得した日数や計画的付与で取得した日数を含めて、**年5日取得**させなければなりません。

例 4/1入社
の場合

10日付与(基準日)

4/1
入社

10/1

4/1

9/30

年10日以上年次有給休暇が付与される職員であれば、パート・アルバイトも時季指定義務の対象なんです。



10/1～翌9/30までの1年間に5日取得時季を指定しなければならない。

◎時季指定にあたっては労働者の意見を聴取し、その意見を尊重するように努めなければなりません。

Point 1 自院の年次有給休暇の付与ルールを確認しましょう

職員ごとに、年次有給休暇を付与した日(基準日)から1年以内に5日について、使用者(理事長、院長等)が取得時季を指定して与える必要があります。医療機関によって基準日は異なりますので、就業規則を確認するなど自院のルールを再度確認してみましょう。

Point 2 年次有給休暇管理簿を作成する必要があります

年次有給休暇の基準日、与えた日数、取得・指定した時季を明らかにした書類(年次有給休暇管理簿)の作成が義務付けられました。曖昧な管理体制になっている医療機関は管理方法を変えなければなりません。

Point 3 年次有給休暇をとりやすい医療機関を目指しましょう

時季指定をするまでもなく、職員が年5日以上有給休暇を取得できるような職場づくりが大切です。休暇をとりやすいように業務内容を見直す、計画的付与を導入するなど対策を講じましょう。

✓Check ②

労働時間の状況の把握が義務化

管理監督者を含めるすべての労働者の労働時間の状況を、客観的な方法その他適切な方法で把握するよう義務づけられました。

客観的な方法にはタイムカードやICカード、パソコンのログなどが挙げられますね。



Point 1 産業医制度を活用しましょう

事業場単位で常時使用する労働者数が50人以上の場合、産業医の選任義務があります。また理事長や院長等が、自身の病院の産業医になることはできません。

Point 2 すべての職員の労働時間を把握できる体制を整えましょう

長時間労働(時間外労働が月80時間超)を行った職員がいる場合、産業医に情報提供するとともに、職員本人にも通知し、職員が申し出た場合は医師による面接指導を行わなければなりません。まずは、すべての職員の労働時間がきちんと把握・集計できる仕組みが整っているのか確認してみましょう。

2019.4【大規模医療機関】 2020.4【中小規模医療機関】 時間外労働の上限規制がスタート!

✓Check ③ 時間外労働の上限規制が定められます

※医師については2024年4月に適用(施行内容を検討中)

- ◎時間外労働の上限は、**原則として月45時間・年360時間**とし、臨時的な特別の事情がなければこれを超えることはできません。
- ◎**臨時的な特別の事情**があつて労使が合意する場合でも、
 - ・**年720時間以内**(休日労働を含まない)
 - ・**複数月平均80時間以内**(休日労働を含む)
 - ・**月100時間未満**(休日労働を含む)を超えることはできません。

また、原則である月45時間を超えることができるのは、**年6回まで**です。

Point 1 36協定をきちんと結びましょう

労働時間は原則1日8時間・1週40時間以内とされており、これを超える場合は36協定(時間外労働、休日労働に関する協定)の締結、労働基準監督署長への届出が必要です(月45時間、年360時間を超える場合は特別条項付36協定)。きちんと締結、届出をしているのか確認しましょう。

Point 2 時間外労働・休日労働を必要最小限に留める工夫をしましょう

36協定の範囲内であっても、使用者(理事長、院長等)は職員に対する安全配慮義務を負います。また、労働時間が長くなるほど過労死との関連性が強まります。時間外労働がなるべく発生しないようにするため、変形労働時間制やワークシェアリング、時短勤務など柔軟な働き方の導入を検討しましょう。

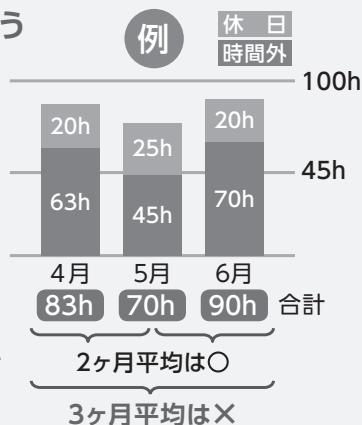
Point 3 休日労働をきちんと把握しましょう

「複数月平均80時間」には休日労働を含みます。時間外労働45時間を超過していなくても、2ヶ月、3ヶ月、4ヶ月、5ヶ月、6ヶ月それぞれの時間外労働+休日労働が80時間を超えていないか注意が必要です。

「時間外労働+休日労働」の時間数を確認。この場合、2ヶ月平均では上限規制の範囲内ですが、3ヶ月平均では81時間となるため、法違反となります。



※右記例は特別条項付36協定を締結している場合です。



Q 「管理監督者」とは?

A

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労働者の職務内容、勤務体系、待遇を踏まえて実態により判断します。

- 経営者と一体的な立場で仕事をしている。
- 出勤、退勤や勤務時間について厳格な制限を受けていない。
- その地位にふさわしい待遇がなされている。

上記に当てはまらない場合は**管理監督者とはいえず、残業代を支給する対象となります。**

ちょこっとコラム

役職がついているから「管理監督者」とは限らないのですね。



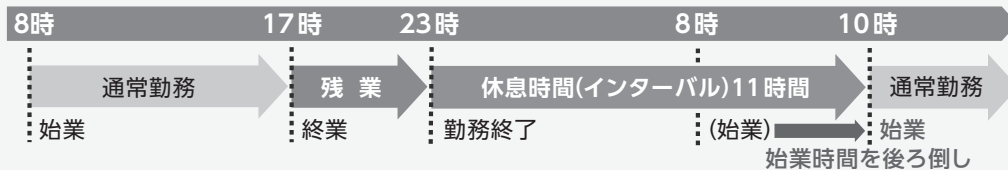
3

その他の法改正項目

◆「勤務間インターバル」制度の導入が努力義務になりました

「勤務間インターバル」制度とは、1日の勤務終了後翌日の出社までの間に、一定時間以上の休息時間を確保する仕組みであり、働く方々の十分な生活時間や睡眠時間を確保できる制度です。この制度を導入することにより、職員の十分な生活時間や睡眠時間を確保することができると期待されています。

(例)勤務間インターバルを11時間に設定している場合(所定労働時間8時～17時)



※医師の勤務間インターバル時間数については、現在検討中です。

◆中小規模の医療機関でも月60時間超え残業の割増賃金率が上げられます

2023年4月より、月60時間超の残業割増賃金率が50%に引き上げられます。

「働き方改革」は負担だらけ？

－ 答えはNO! やり方次第で大きなメリットが得られます

事例 医師の健康に配慮した相談体制・就業措置により早期離職防止へ

課 題	医師の早期離職が相次いで発生。以前から給与計算を委託している社労士からも、残業代が増加傾向にあり、医師の長時間労働が常態化しているのではとの指摘があった。現状を把握すべく医師に向けてアンケート調査を行ったところ「人員不足により休憩がとれない」「夜勤明けも引継ぎで帰れない」「疲れが原因のヒヤリ・ハットが心配」など職場の疲労の色が浮き彫りとなった。
対 策	職場環境を改善すべく、経営者は社労士と産業医に相談。産業医の相談窓口に加え、新たに働き方に関する相談先として社労士による相談窓口を設けた。また社労士は、メンタル不調を未然に防止するために、産業医が必要と判断した際は「労働時間の短縮」や「深夜業の減少」等の措置を行うと就業規則に記載するよう提案し、病院側の体制について医師等に向けて説明会を行った。
結 果	長時間労働をなくしたいという病院側の姿勢が伝わり、離職希望者が減った。顧問社労士や産業医による相談窓口があることにより、安心して働くことができるとの声も多く寄せられるようになった。医師自身のモチベーションが上がり院内に活気が戻ったため、患者からの評判もよく、病院の評判も高まっている。

すべての都道府県に「医療勤務環境改善支援センター」が設置されています

医療勤務環境改善支援センターでは、医療機関の労務管理全般に関する相談、労働社会保険諸法令に関する照会等への対応を無料で行う医療労務管理アドバイザー(社労士)が配置されています。



社労士は、「人を大切にする」働き方改革の専門家です。

働き方改革への第一歩として

社労士をご活用ください!

●社労士を探したい場合は…

〇〇都道府県社労士会

検索



全国社会保険労務士会連合会
JAPAN FEDERATION OF LABOR AND SOCIAL SECURITY ATTORNEY'S ASSOCIATIONS



日本医師会
Japan Medical Association

4

2019年3月作成

【背景】

岩手県は全国的にみても医師の少ない地域である上に遠隔地にも医師を配置しなければならないことから、医師の絶対数が限られる中で、いかに医師の負担を軽減し効率的に業務を行うかが従来から大きな課題であった。そうした中、平成 19 年（2007 年）12 月、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（医政発第 1228001 号）」の通知がなされ、医師事務作業補助者が診療報酬で評価されることになったことから、本格的に医師の事務作業補助について体制を整備することとした。

【運用面での工夫／特徴】

- (1) 業務範囲の明確化：年間数千万円の持ち出しになるが、前病院長のリーダーシップのもと、臨時職員制度の活用を通じた必要十分な職員確保に努めた。現場医師へのアンケートからタスクシフトできる業務を洗い出し、全診療科に共通する業務を優先して習得させるとともに、ローテーションにより各科特有業務も習得させた。体制拡大に伴い医師事務作業補助者と看護事務補助の業務範囲が曖昧にならないよう明確に定義した。
- (2) 自律的組織へ発展：50 人超という医師事務作業補助者の規模や診療への影響度から、明確な組織に格上げすることで、自律的な業務管理・業務改善に臨むことができるようにした。全体リーダーを配置して待遇を改善するとともに、グループリーダーを配置してグループ内の応援体制を整え、自主的に教育プログラムを立案する等が可能になった。

【効果】

医師にアンケートを取ったところ、書類作成に関する負担が大幅に軽減し、診療に充てられるようになったとの回答を得た。一部の診療科では、負担が軽減したおかげで新たな取組を検討することができるようになった。医師が看護師に依頼していた業務を医師事務作業補助者に依頼するようになったため看護師負担も軽減された。

＜出典＞厚生労働省委託事業

「平成 30 年度医療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組に対する支援の充実を図るための調査・研究」医療機関における勤務環境改善好事例集

第32回日本総合病院精神医学会総会 医師の働き方改革のための病院産業医研修

オリエンテーション

日時: 2019年11月16日(土曜日) 13:10-17:10

場所: 倉敷市芸文館

主催: 第32回日本総合病院精神医学会総会 日本医師会
岡山県医師会 岡山県医療環境改善センター

企画: 一般社団法人日本総合病院精神医学会
医療従事者の健康支援委員会(中嶋義文委員長)

日本医師会医師の働き方検討委員会

1

医師の働き方改革のための病院産業医研修 本日のタイムスケジュール

時 間	内 容	講 師
13:10-13:25	挨拶 研修オリエンテーション	中嶋義文 吉川徹
13:25-13:55	講義1: 医師の働き方改革について (検討会報告書に基づく)	片岡仁美 岡山大学地域医療 人材育成講座 教授
13:55-14:25	講義2: 病院の医療環境改善について	吉川
14:25-14:30	休憩	
14:30-15:45	ワークショップ: 病院産業医の技能 ①ロールプレイ(長時間労働医師面談法)	中嶋
15:45-15:50	休憩	
15:50-17:05	ワークショップ: 病院産業医の技能 ②ケーススタディ(事例を用いた医療環境改善)	吉川
17:05-17:10	まとめと総括	中嶋

2

8 (1) 藤沢市民病院小児科

(中医協総会資料「病院医療従事者の負担軽減について(その1)(2011年3月2日)」より)

藤沢市民病院における長時間連続勤務への対応の取組み

1 病院概要

- ・ 湘南東部医療圏における地域中核病院、病床数:536床
- ・ 小児救急医療拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、救命救急センター
- ・ ハイリスク分娩管理加算算定
- ・ 救急外来約3万人/年、救急車20.6台/日
- ・ 小児救急外来約1万5千人(うち夜間約1万3千人)

2. 交替制勤務導入経緯

- ・ 2000年救急医療を担う地域医療支援病院となり、小児科においても24時間救急を行うこととなった。
- ・ 2002年より小児科において交替制勤務を導入。
- ・ 2007年より救命救急科においても交替制勤務を導入

【勤務のイメージ】

救急外来	日	月	火	水	木	金	土
昼	C						D
夜	A	B	A	B	A	B	E

土曜・日曜の昼、金曜夜は別の医師(C, D, E)が担当

3. 勤務体制

- ・ 小児科医師13名(一般小児科7名、NICU4名、交替制勤務2名)
- ・ 夜間小児救急外来患者数 約13,000人

【交替制勤務】

- ・ 曜日交替で1ヶ月2名が夜間外来に専念
- ・ 原則、昼間の一般外来、病棟受け持ちは免除
- ・ 週3回の夜勤勤務(16:30～翌9:00)

- ・ 交替勤務医A 月・水・金 交替勤務医B 火・木・日

【延長勤務】

- ・ 準夜帯の応援医師1名が22時まで勤務(翌日全休または半休)

【NICU】

- ・ NICUに別途当直医1名配置。NICU当直は通常勤務後そのまま当直業務を行い、翌日も通常勤務。

メリット

- 救急外来に専念でき、時間外診療であっても十分な医療を提供できる。
- 医師の精神的、身体的負担が軽減。
- 医師の集中力が維持され、事故防止に繋がる。
- 患者に対する接遇が改善。

デメリット

- 外来、入院の一般診療における担当医が入れ替わるため、継続的な診療が困難。
- 昼間の臓器別専門外来との両立が困難。
- 体力、年齢、疾病、妊娠、家族の状況により夜間勤務が制限される。
- (夜勤を通常業務と評価するため、当直料はなく)収入が減少する。

交替制勤務に対する意見

交替制勤務で楽になった。シフト勤務が続くと飽きる。週末に全く勤務がない機会は極めて少ない。など

まとめ

人的資源があり、救急外来患者数が多い等、夜間においても日中と同程度の診療を提供する必要がある診療科において有効

8（2）聖マリア病院産科

（中医協総会資料「病院医療従事者の負担軽減について（その1）（2011年3月2日）」より）

聖マリア病院産科における長時間連続勤務への対応の取組み

1 病院概要

- ・社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院（福岡県久留米市）
- ・施設認定：総合周産期母子医療センター、地域災害拠点病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院
- ・病床数：一般病床1,188床（NICU33床、MFICU12床）、療養病床100床、精神病床60床、感染病床6床、産科病床数37床
- ・医師数：医師209名、看護形態：一般病床 入院基本科7対1
- ・入院患者数（1日平均）891.2名、外来患者数（1日平均）1,020.8名、救急患者数（1日平均）176.2名、救急車搬入数（1日平均）23.9台、平均在院日数（一般病床）15.5日

2. 交替制勤務導入経緯

- 限られた医師数で夜間帯のMFICU管理・外来ER業務などを行うには、従来の当直体制では、当直後休日にしない限りそのまま勤務に当たっていた。
- 医師の負担が多く、医師は疲弊状態だった。そのため深夜勤務体制を導入して、深夜勤務後はフリーになれるようにした。

3. 勤務体制

- 産婦人科医師：常勤8名・非常勤2名・研修医4名
 準夜3名（MFICU管理1名、準夜外来ER1名、当直1名）
 深夜3名（MFICU管理・外来ER2名、拘束1名）
 ※MFICUは、準夜は2名で、1名がMFICU管理、1名が外来ER。
 2名以外に研修医1名が夜間当直
- 夜間産科外来患者数 529名/年
- 【交替制勤務について】
 完全な3交替は困難。深夜後の日勤はフリー。
 月4回の深夜勤務、4回の準夜帯勤務とその後翌日深夜帯拘束自宅待機。4週8休体制。

【勤務のイメージ】週休2日（日・金）。月曜日から金曜日まで勤務は20時まで拘束、その後はMFICU管理と外来ER。火曜日は深夜勤務、その後はフリー。水曜日は日勤で、準夜帯は17時からMFICU勤務、21時ごろ何もなければ自宅で翌朝まで拘束待機。木曜日は日勤。金曜日は休み。土曜日は日勤。

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
深夜日勤準夜	深夜日勤準夜	深夜日勤準夜	深夜日勤準夜	深夜日勤準夜	深夜日勤準夜	深夜日勤準夜
休日	日勤 拘束 MFICU管理	深夜	日勤 拘束 MFICU管理	拘束 日勤	休日	日勤

メリット

- 深夜勤務後は、その日はフリーになるので十分な休息がとれる。
- 医師の精神的、身体的負担が軽減されるため、各勤務帯に医師の集中力が維持され、事故防止に繋がり、以前に比べゆとりある診療が行える。
- 患者に対する接遇が改善。
- 夜勤を通常業務（深夜勤務）と評価されるが、夜間の分娩は分娩手当と他の手当でもあり、収入増加となっている。

【その他意見】

- 4週8休であるが、4週12休のような感覚に近く、休息がかなりとれる。

デメリット

- 日勤帯に主治医がいないことが週3回ある（休日2回と深夜明けの1回）。
- 週末に全く勤務がない機会は少ない。

25

8（3）徳島赤十字病院小児科

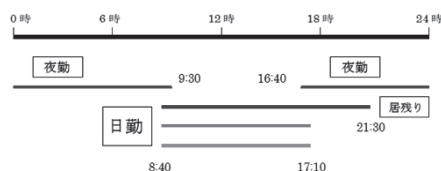
（中医協総会資料「病院医療従事者の負担軽減について（その1）（2011年3月2日）」より）

徳島赤十字病院小児科における長時間連続勤務への対応の取組み

【概要】

- ・小児救急医療拠点病院として、24時間体制で対応
- ・小児科医は2交替勤務
- ・小児科医師9名（小児救急は7名で対応）
- ・時間外小児外来患者数 約1万～2万人/年

【勤務態勢】



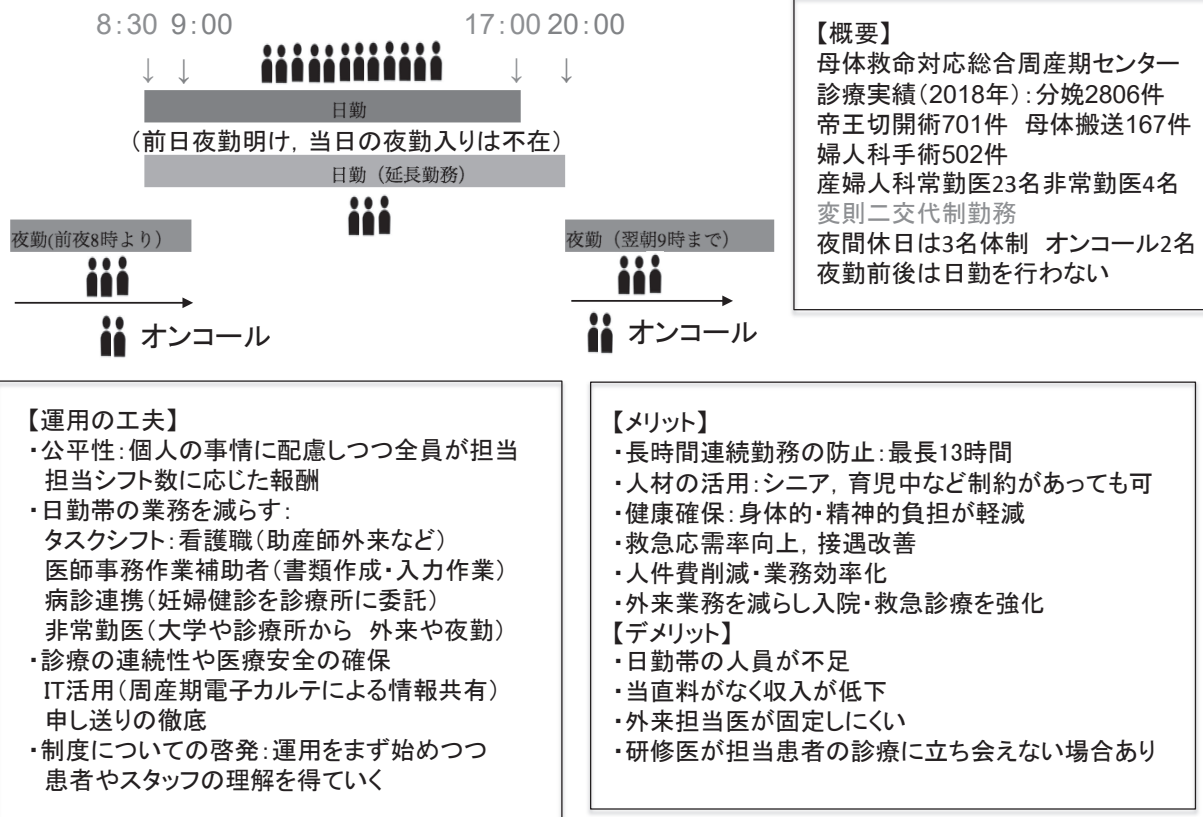
日勤	7時間45分勤務、45分休憩(8:40～17:10)
日勤～居残り	11時間50分勤務、60分休憩(8:40～21:30)
夜勤	15時間50分勤務、60分休憩(16:40～翌日9:30)
日勤	平日は2～3名、日祝日は2名、土曜日は1名
日勤～居残り	連日1名
夜	連日1名

【問題点と対応】

- 当直体制に比し、給料が少なくなる。
- 勤務がかなり不規則(平均週1回夜勤)
- 入院患者の主治医による継続的な管理が困難
 → 申し送りやミニ・カンファレンス等で意思疎通・意識統一を図る
- 外来担当者は、1週間に一人一日だけに固定。それ以外の日は外来診療は不規則になり、「かかりつけ医」としての機能は発揮しにくい。
 → 「かかりつけ医」の機能は診療所に依頼
- 専門外来として、多くの診察日の担当医を固定することは難しく、各医師の週1回の固定外来日を、その医師の専門外来的にも運営。
- この勤務体制での病院小児科の運営には、小児科医7名が最低必要人員数。
- 平成20年4月より時間外受診患者様より保険診療以外に「時間外選定療養費」として3150円を算定。

8 (4) 日本赤十字社医療センター産婦人科

日本赤十字社医療センター産婦人科における長時間勤務防止の取り組み



(木戸道子委員作成)

参考資料 9 NightFloat（ナイトフロート）の例

本制度は、米国において医療事故をきっかけとして、研修医の長時間労働が社会的問題となった際に、研修医の長時間労働の解消を目的として導入されたものである。ナイト・フロートを担当する研修医は、日中の勤務を行わず、夜間にのみ業務に従事するという、夜勤専従ローテーションの仕組みである。研修医は、通常、年間1-2回（1回あたり1-2週間）ナイト・フロートを担当する。導入されている医療機関では、担当の研修医以外は、夜間に患者を担当する必要はない。なお、ナイト・フロート担当者の具体的な仕事内容や勤務時間は、施設や研修プログラムによって多少異なるとされる。

<参考文献>

アラン R. テオ, ジェイ・スターキー：研修医の長時間労働問題への対策
-アメリカにおける「ナイト・フロート」制度-
医学教育 42(2):81-87, 2011

表 ナイト・フロート制度の長所と短所

主な長所

1. 研修医の満足度の向上
2. 研修医の睡眠時間の増加
3. 看護スタッフとの関係性向上
4. 勤務時間の減少により、過労や医療事故等を回避
5. 患者の満足度の増加
6. 研修内容の充実(優先順位等の決定, 急変への対応)
7. 医師としての独立性の拡大

主な短所

1. 患者の引き継ぎの増加
2. 正規教育の不足
3. 勤務に孤独感がある
4. 受け持つ患者の詳細な情報の認識不足
5. 平凡な勤務内容
6. 昼夜逆転
7. 少人数の研修プログラムでは、遂行が困難

9（１）手稲溪仁会病院研修医

（手稲溪仁会病院ホームページより）

● ナイトフロート（以下、“NF”）ローテーションによる集中的な夜間内科病棟管理研修と救急外来研修

昼間のチームに代わって、夜間のみ救急Walk-in対応や病棟管理を行うローテーションのことで、欧米では80%以上の研修プログラムで導入されている、夜間内科病棟管理と救急外来当直を集中的に研修するシステムです。従来よりも研修医が経験する救急症例の数を増やすことができ、尚かつ1ヶ月の労働時間を160時間程度まで抑えることが可能です。ワーク・ライフ・バランスのとれた理想的なチーム医療研修と言えるでしょう。具体的には、夜間内科病棟管理業務を行うNF-Wardチームと、救急外来業務を行うNF-Walk-inチームに分かれて、2週間毎に業務を入れ替えるというローテーションです（下図参照）。

	日	月	火	水	木	金	土
1-2週目: NF-Wardチーム (17:00-翌朝 8:00)	夜間内科病棟管理	夜間内科病棟管理	夜間内科病棟管理	夜間内科病棟管理	夜間内科病棟管理	休み	休み
3-4週目: NF-Walk-inチーム (17:00-22:00)	日中:Self-study 夜間:Walk-in	日中:Self-study 夜間:Walk-in	日中:Self-study 夜間:Walk-in	日中:Self-study 夜間:Walk-in	日中:Self-study 夜間:Walk-in	日中:Self-study 夜間:Walk-in	休み

- Self-study:患者を直接診療することはできませんが、希望者は以下の研修を1-2週間単位で、履修できます。
- 履修可能なものは、放射線診断、薬剤部、心エコー、細菌検査室、Medical English Session with Dr.Cammack、臨床研究、リハビリテーション、栄養管理などです。この他にも、希望する科があればケース・バイ・ケースで対応可能です。
- NF-Wardチームは、内科病棟管理を行い、22:00以降は全Walk-inにも対応します。
- NF-Walk-inチームは、全Walk-inと救急車対応を行います。

9（２）日本救急医学会

（日本救急医学会ホームページ「救急医をめざす君へ」より「ある救急医の1週間のシフト」）

月	火	水	木	金	土	日
0時半～8時半 深夜勤務	オフ	オフ	オフ	オフ	オフ	0時半～8時半 深夜勤務
オフ	8時半～17時半 日勤	16時半～24時半 準夜勤務	8時半～17時半 日勤	オフ	6時～14時 早出	オフ
オフ	オフ	オフ	オフ	オフ	オフ	オフ

参考資料 10-1 睡眠状況の質問紙 ピッツバーグ睡眠質問票日本語版 (PSQI-J)

過去 1 ヶ月間における、あなたの通常の睡眠の習慣についておたずねします。
過去 1 ヶ月間について大部分の日と夜を考えて、以下のすべての質問項目にできる限り正確にお答え下さい。

問 1 過去 1 か月間において、通常何時ころ寢床につきましたか？

就床時刻 (1.午前 2.午後) 時 分ころ

問 2 過去 1 か月間において、寢床についてから眠るまでにどれくらい時間を要しましたか？ (16 分未満・・・0 16-31 分未満・・・1 31-61 分未満・・・2 61 分以上・・・3)

⇒Q2 点

問 3 過去 1 か月間において、通常何時ころ起床しましたか？

起床時刻 (1.午前 2.午後) 時 分ころ

問 4 過去 1 か月間において、実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか？ これは、あなたが寢床の中にいた時間とは異なる場合があるかもしれません。

睡眠時間 1 日平均 約 時間 分

(睡眠時間: 7 時間超・・・0 6-7 時間・・・1 5-6 時間・・・2 5 時間未満・・・3)

⇒C3 点

(睡眠効率: 実睡眠時間(問 4)/床上時間(問 3 と問 1 の差)が 85% 以上・・・0 75-85% 未満・・・1 65-75% 未満・・・2 65% 未満・・・3)

⇒C4 点

問 5 過去 1 か月間において、どれくらいの頻度で、以下の理由のために睡眠が困難でしたか？ 最もあてはまるものに 1 つ○印をつけてください。

	なし	1 週間に 1 回未満	1 週間に 1-2 回	1 週間に 3 回以上
5a 寢床についてから 30 分以内に眠ることができなかったから⇒Q5a 点	0	1	2	3
5b 夜中または早朝に目が覚めたから	0	1	2	3
5c トイレに起きたから。	0	1	2	3
5d 息苦しかったから	0	1	2	3
5e 咳が出たり、大きないびきを聞いたから	0	1	2	3
5f ひどく寒く感じたから	0	1	2	3
5g ひどく暑く感じたから	0	1	2	3
5h 悪い夢をみたから	0	1	2	3
5i 痛みがあったから	0	1	2	3
5j 上記以外の理由()	0	1	2	3

問 5a を除く合計点数 点

(合計 0・・・0 1-9・・・1 10-18・・・2 19-27・・・3) ⇒C5 点

Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, Okawa M, Kim K, Shibui K, Kamei Y. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. Psychiatry Res 2000; 97 (2-3):165-172.

Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28(2):193-213.

過去 1 ヶ月間における、あなたの通常の睡眠の習慣についておたずねします。
過去 1 ヶ月間について大部分の日と夜を考えて、以下のすべての質問項目にできる限り正確にお答え下さい。

問 6 過去 1 か月間において、ご自分の睡眠の質を全体として、どのように評価しますか？	⇒C1	問 8 過去一か月間において、どれくらいの頻度で、車の運転中や食事中や社会活動中など眠ってはいけないうちに、おきていられなくなり困ったことがありましたか？	⇒Q8
非常によい	0	なし	0
かなりよい	1	1 週間に 1 回未満	1
かなり悪い	2	1 週間に 1-2 回	2
非常に悪い	3	1 週間に 3 回以上	3
問 7 過去 1 か月間において、どれくらいの頻度で、眠るために薬を服用しましたか(医師から処方されたあるいは薬屋で買った薬)？	⇒C6	問 9 過去一か月間において、物事をやり遂げるのに必要な意欲を持続するうえで、どれくらい問題がありましたか？	⇒Q9
なし	0	全く問題なし	0
1 週間に 1 回未満	1	ほんのわずかな問題があった	1
1 週間に 1-2 回	2	いくらか問題があった	2
1 週間に 3 回以上	3	非常に大きな問題があった	3

C1(問 6)	0	1	2	3
C2(Q2 と Q5a の合計 0・0 1~2・1 3~4・2 5~6・3)	0	1	2	3
C3(問 4)	0	1	2	3
C4(問 1, 3, 4)	0	1	2	3
C5(問 5b-j)	0	1	2	3
C6(問 7)	0	1	2	3
C7(Q8 と Q9 の合計 0・0 1~2・1 3~4・2 5~6・3)	0	1	2	3
C1-C7 合計(6 点以上で不眠症の疑い)				

Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, Okawa M, Kim K, Shibui K, Kamei Y. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. Psychiatry Res 2000; 97 (2-3):165-172.
Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28(2):193-213.

参考資料 10-2 睡眠状況の質問紙 アテネ不眠尺度日本語版 (AIS-J)

過去 1 ヶ月間に少なくとも週 3 回以上経験したものに○をつけてください。

問 1. 入眠困難:寝床についてから実際に眠るまで		問 5. 全体的な睡眠の質	
いつも寝つきはよい	0	満足している	0
いつもより少し時間がかかった	1	少し不満である	1
いつもよりかなり時間がかかった	2	かなり不満である	2
いつもより非常に時間がかかった、あるいは全く眠れなかった	3	非常に不満である、あるいは全く眠れなかった	3
問 2. 中途覚醒:夜間、睡眠の途中で目が覚める		問 6. 日中の気分	
問題になるほどのことはなかった	0	いつもどおり	0
少し困ることがある	1	少し落ち込んだ	1
かなり困っている	2	かなり落ち込んだ	2
深刻な状態、あるいは全く眠れなかった	3	非常に落ち込んだ	3
問 3. 早朝覚醒:希望する起床時刻より早く目覚めて眠れない		問 7. 日中の身体的および精神的な活動の状態	
そのようなことはなかった	0	いつもどおり	0
少し早かった	1	少し低下した	1
かなり早かった	2	かなり低下した	2
非常に早かった、あるいは全く眠れなかった	3	非常に低下した	3
問 4. 夜の眠りや昼寝も合わせた睡眠時間		問 8. 日中の眠気	
十分である	0	全くなかった	0
少し足りない	1	少しあった	1
かなり足りない	2	かなりあった	2
全く足りない、あるいは全く眠れなかった	3	激しかった	3

問 1-8 の合計 点

6 点以上で不眠症の可能性が高いとされる。

Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, Inoue Y. Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. Psychiatry Clin Neurosci 2013; 67(6): 420-425.
Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrogopoulos TJ. Athens Insomnia Scale validation of an instrument based on ICD-10 criteria. J Psychosom Res 2000; 48: 555-560.

参考資料 10-3 睡眠状況の質問紙 フォードストレス反応性不眠検査 (FIRST)

次の状況を体験したとき、あなたはどのくらい眠りにくくなると思いますか？ 当てはまる数字 1 つに○をつけてください。(その状況を最近体験していなくても、当てはまると思う数字に○をつけてください)

	まったく 思わない	少しは 思う	まあまあ 思う	非常に 思う
1. 翌日、重要な会議がある前夜	1	2	3	4
2. 日中にストレスを感じる出来事を 体験した後	1	2	3	4
3. その日の夕方にストレスを感じる 出来事を体験した後	1	2	3	4
4. 日中に悪い知らせを受けた後	1	2	3	4
5. 怖い映画や怖いテレビを見た後	1	2	3	4
6. 仕事がうまくいかなかった後	1	2	3	4
7. 口論した後	1	2	3	4
8. 人前で話をしなければならなくな る前	1	2	3	4
9. 翌日、休暇で出かける前夜	1	2	3	4

合計点数 点

神経のたかぶりやすさ 23 点以上で不眠症の可能性が高い。

Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, Inoue Y. Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. Psychiatry Clin Neurosci 2013; 67(6): 420-425.

Soldatos CR, Dikeos DG, Paparropoulos TJ. Athens Insomnia Scale validation of an instrument based on ICD-10 criteria. J Psychosom Res 2000; 48: 555-560

Nakajima S, Okajima I, Sasai T, Kobayashi M, Furudate N, Drake CL, Roth T, Inoue Y: Validation of the Japanese version of the Ford insomnia response to stress test and the association of sleep reactivity with trait anxiety and insomnia. Sleep Med 2014, 15:196-202.

Drake C, Richardson G, Roehrs T, Scofield H, Roth T, Vulnerability to stress-related sleep disturbance and hyperarousal. Sleep. 2004; 27(2): 285-291.

参考資料 11 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト

②労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト

労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストは 2004 年に厚生労働省の委員会により作成公開された。チェックリストは長時間労働者面談に広く用いられているが、医師においても用いることが可能である。長時間労働面談報告書においては負担点数を疲労蓄積度について 0-1 を疲労蓄積度なし、2-3 は低、4-5 は中、6-7 は高とそれぞれ読みかえて記載する。

労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト

記入年月日_____年___月___日

このチェックリストは、労働者の仕事による疲労蓄積を、自覚症状と勤務の状況から判定するものです。

1 最近1か月間の自覚症状について、各質問に対し最も当てはまる項目の□に✓を付けてください。

1. イライラする	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
2. 不安だ	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
3. 落ち着かない	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
4. ゆうつだ	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
5. よく眠れない	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
6. 体の調子が悪い	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
7. 物事に集中できない	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
8. することに間違いが多い	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
9. 工作中、強い眠気に襲われる	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
10. やる気が出ない	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
11. へとへとだ (運動後を除く)	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)
13. 以前とくらべて、疲れやすい	☐ ほとんどない (0)	☐ 時々ある (1)	☐ よくある (3)

<自覚症状の評価> 各々の答えの () 内の数字を全て加算してください。 合計 点

I	0～4点	II	5～10点	III	11～20点	IV	21点以上
---	------	----	-------	-----	--------	----	-------

2. 最近1か月間の勤務の状況について、各質問に対し最も当てはまる項目の□に✓を付けてください。

1. 1か月の時間外労働	☐ ない又は適当 (0)	☐ 多い (1)	☐ 非常に多い (3)
2. 不規則な勤務 (予定の変更、突然の仕事)	☐ 少ない (0)	☐ 多い (1)	—
3. 出張に伴う負担 (頻度・拘束時間・時差など)	☐ ない又は小さい (0)	☐ 大きい (1)	—
4. 深夜勤務に伴う負担 (★1)	☐ ない又は小さい (0)	☐ 大きい (1)	☐ 非常に大きい (3)
5. 休憩・仮眠の時間数及び施設	☐ 適切である (0)	☐ 不適切である (1)	—
6. 仕事についての精神的負担	☐ 小さい (0)	☐ 大きい (1)	☐ 非常に大きい (3)
7. 仕事についての身体的負担 (★2)	☐ 小さい (0)	☐ 大きい (1)	☐ 非常に大きい (3)

★1：深夜勤務の頻度や時間数などから総合的に判断して下さい。深夜勤務は、深夜時間帯 (午後 10 時～午前 5 時) の一部またはは全部を含む勤務を言います。

★2：肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担

<勤務の状況の評価> 各々の答えの () 内の数字を全て加算してください。 合計 点

A	0点	B	1～2点	C	3～5点	D	6点以上
---	----	---	------	---	------	---	------

3. 総合判定

次の表を用い、自覚症状、勤務の状況の評価から、あなたの仕事による負担度の点数（0～7）を求めてください。

【仕事による負担度点数表】

		勤 務 の 状 況			
		A	B	C	D
自 覚 症 状	I	0	0	2	4
	II	0	1	3	5
	III	0	2	4	6
	IV	1	3	5	7

※糖尿病や高血圧症等の疾病がある方は判定が正しく行われない可能性があります。

➡ あなたの仕事による負担度の点数は： 点（0～7）

判 定	点 数	仕事による負担度
	0～1	低いと考えられる
	2～3	やや高いと考えられる
	4～5	高いと考えられる
	6～7	非常に高いと考えられる

4. 疲労蓄積予防のための対策

あなたの仕事による負担度はいかがでしたか？本チェックリストでは、健康障害防止の視点から、これまでの医学研究の結果などに基づいて、仕事による負担度が判定できます。負担度の点数が2～7の人は、疲労が蓄積されている可能性があり、チェックリスト2に掲載されている「勤務の状況」の項目（点数が1または3である項目）の改善が必要です。個人の裁量で改善可能な項目については自分でそれらの項目の改善を行ってください。個人の裁量で改善不可能な項目については、上司や産業医等に相談して、勤務の状況を改善するように努力してください。なお、仕事以外のライフスタイルに原因があって自覚症状が多い場合も見受けられますので、睡眠や休養などを見直すことも大切なことです。疲労を蓄積させないためには、負担を減らし、一方で睡眠・休養をしっかりと取る必要があります。労働時間の短縮は、仕事による負担を減らすと同時に、睡眠・休養を取りやすくなるので、効果的な疲労蓄積の予防法のひとつと考えられています。あなたの時間外労働時間が月45時間を超えていれば、是非、労働時間の短縮を検討してください。

【参考】時間外労働と脳血管疾患・虚血性心疾患との関連について

時間外労働は、仕事による負荷を大きくするだけでなく、睡眠・休養の機会を減少させるので、疲労蓄積の重要な原因のひとつと考えられています。医学的知見をもとに推定した、時間外労働時間（週当たり40時間を超える部分）と脳出血などの脳血管疾患や心筋梗塞などの虚血性心疾患の発症などの健康障害のリスクとの関連性を下表に示しますので参考になしてください。上のチェックリストで仕事による負担度が低くても時間外労働時間が長い場合には注意が必要です。

時間外労働時間	月45時間以内	時間の増加とともに健康障害のリスクは徐々に高まる	月100時間または2～6か月平均で月80時間を超える
健康障害のリスク	低い	■■■■➡	高い

航空身体検査は「航空機の安全な運航を確保する目的」で航空機乗組員の心身の状態が航空法施行規則に定める「身体検査基準」に適合するかどうかについて検査及び判定を行うものであり、国土交通省航空局により、航空身体検査マニュアル（以下、マニュアル）が定められている。以下、脳・心臓疾患と関連する評価項目について述べる。

航空身体検査マニュアルの概要

・肥満：

マニュアルでは、「動脈硬化及び心血管系疾患の重要な危険因子の一つであり、体容量指数（BMI）30 を超える高度の肥満の場合には、心血管系疾患に関する他の危険因子の有無について検討し、乗務中の急性機能喪失の危険性を勘案して判定する」と定めている。

・糖尿病：

常時インスリン又は経口血糖降下薬を必要とする糖尿病について、マニュアルでは「チアゾリジン誘導体、ビグアナイド薬、 α グルコシダーゼ阻害薬、DPP-4 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬、SGLT-2 阻害薬の投与については、投与開始後、少なくとも1ヶ月以上の観察期間を経て、血糖が適切にコントロールされており、薬剤の副作用がない場合には適合とする。この際、食後血糖についても検討し、低血糖及び高血糖の可能性について十分勘案することが必要である」、「糖尿病による合併症の発症進展抑制のためには、HbA1c の目標値（日本糖尿病学会ガイドライン）を参考として血糖をコントロールすることが推奨される」と定められている。

・脂質異常症：

マニュアルでは、「脂質異常症の治療のために、スタチン、プロブコール、フィブラート系薬、ニコチン酸系薬、多価不飽和脂肪酸、植物ステロール、陰イオン交換樹脂又は小腸コレステロールトランスポーター阻害薬を使用する場合には、使用開始後、少なくとも1週間の経過観察期間を経て、血清脂質値が安定し、かつ、使用医薬品の副作用が認められず、高度の動脈硬化所見がないことが安静時心電図、眼底所見、頸部血管雑音等により確認されれば適合とする」と定められている。

・血圧異常：

「収縮期血圧 160 mm Hg 未満、拡張期血圧が 95 mm Hg 未満」を適合条件として定めている。更に、「血圧値が基準値を超える場合には、必要に応じ繰り返して測定し、又は24時間血圧計を使用して測定し、慎重に判断すること」としている。また、白衣性高血圧の可能性がある場合も24時間血圧測定を行って135/80 未満であることを確認するように定めている。

・睡眠障害（睡眠時無呼吸・低呼吸症候群、その他の睡眠障害）：

「問診において、特に周囲からのいびき及び睡眠中の呼吸停止の指摘の有無、日中の過

度の眠気の有無を確認すること。問診上、睡眠障害が疑われる場合は、更にエポワス眠気尺度（ESS）等の検査を実施し、総合的に判断を行うこと。その結果、睡眠時無呼吸症候群を疑う場合は、終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG）を行い、必要時には覚醒維持検査（MWT）を実施して十分な検討を行うこと」、「基礎疾患（耳鼻咽喉科、呼吸器科、歯科領域等）の有無についても十分な検討を行うこと」、「PSGの結果、無呼吸低呼吸指数（AHI） ≥ 15 であった場合は不適合」としている。

・冠動脈疾患：

「心筋梗塞若しくは狭心症又はこれらの既往歴のあるもの、無症候性心筋虚血又はその既往歴のあるもの、冠動脈障害に対する治療歴のあるものは不適合」としている。「安静時心電図所見又は臨床所見上、上記不適合状態が疑われる場合は、安全性を考慮した上で、必要に応じ運動負荷心電図検査を行う。運動負荷心電図検査の判定が陽性である場合又は検査が困難な場合は、冠動脈 CT 検査又は核医学検査（タリウム-201 若しくはテクネチウム-99 mによる負荷心筋シンチ検査）を実施し、十分な検討を行うこと」と定めている。PCI 又は CABG 等の冠動脈血行再建術による治療歴を有する者の場合は無条件に不適合とするのではなく、「手術後に心イベントを呈さず、手術から1年間を無症候に経過している者で、国土交通大臣の判定を受けようとする場合は、治療内容を含む臨床経過、安静時心電図、心臓超音波検査、運動負荷心電図検査、核医学検査、心血管造影所見等を付して申請すること」として、詳細な評価を行うように定めている。

・脳血管障害等：

「脳梗塞、脳出血やクモ膜下出血等の頭蓋内出血、脳動脈瘤等の脳・脊髄血管障害又はこれらの既往歴のあるもの」は不適合状態と定められており、更に、「脳梗塞又は一過性脳虚血発作の既往歴があり、航空業務に支障を来すおそれのある後遺症がなく、経過良好な者が、国土交通大臣の判定を受けようとする場合、頭部 MRI 等の画像検査、脳波及びその所見、現在の神経学的所見及び治療内容を含む臨床経過、心血管系の評価、危険因子（喫煙、高脂血症、肥満、高血圧、糖尿病等）についての検討等を付して申請すること。無症候性脳梗塞、無症候性脳動脈硬化症についてもこれに準じる」、「脳出血やクモ膜下出血等の頭蓋内出血の既往があり、航空業務に支障を来すおそれのある後遺症がなく、経過良好な者が、国土交通大臣の判定を受けようとする場合、画像検査結果、脳波及びその所見、原因、現在の神経学的所見及び治療内容を含む臨床経過、危険因子についての検討等を付して申請すること」、「未破裂動脈瘤で、破裂の危険性が極めて低く治療の必要がなく、神経学的所見に異常を認めない者が、国土交通大臣の判定を受けようとする場合は、頭部の画像検査結果（動脈瘤の径及び部位の評価）、脳波及びその所見、現在の神経学的所見及び血圧の推移を含む臨床経過の詳細、治療についての脳神経外科医の見解等を付して申請すること。また、開頭クリッピング術又は血管内治療を行い、術後1年以上経過良好な者が国土交通大臣の判定を受けようとする場合は、頭部の画像検査結果、脳波及びその所見、現在の神経学的所見を含む臨床経過の詳細及び手術記録等を付して申請すること」と定めている。

