

# 医師の働き方改革について

厚生労働省 医政局地域医療計画課

# 医療提供体制の現在の状況

## (基本的な考え方)

- ❑ 少子高齢化が進み、地域で求められる医療機能も変化を迎えている。「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の体制構築が必要であり、その受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実させるとともに、地域における医師の確保を進めていく必要がある。

## (地域医療構想)

- ❑ 医療機能（高度急性期／急性期／回復期／慢性期）の分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築することを目的として、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの。2016年に全都道府県において策定済み。
- ❑ 現在、公立・公的医療機関等の医療機関ごとの具体的対応方針について、各地域の地域医療構想調整会議において合意形成を進めており、今年度中に完了予定。
- ❑ 地域医療の確保に配慮しつつ医師の働き方改革を進める観点からは、2025年に地域医療構想を実現し、最大限、医療提供体制の効率化を図っておく必要があり、医師の働き方改革が2024年に実現するという前提で、地域医療構想調整会議における議論を進め、具体的な医療機関の再編に着手していくことが求められる。

## (医師偏在対策)

- ❑ 我が国の医師数は戦後一貫して増加しているが、地域間や診療科間の医師偏在は、今なお解消に至っていない。
- ❑ 地域で求められる医療提供体制を維持していくためには、地域医療構想の実現だけでなく、これと整合する形で、地域ごとに医師を確保する必要がある。
- ❑ このため、本年7月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」において、全国ベースで医師の多寡を客観的に評価可能な医師偏在指標を算出し、医師少数区域・多数区域を定め、地域枠増員などの具体的な施策を含む「医師確保計画」を都道府県が主体的に策定するなど、実効的な医師偏在対策を実施できる仕組みを整備した。
- ❑ 既に施行したもの、2019年4月施行のもの、2020年4月施行のものに順次着手し、医師の働き方改革の実現に当たり地域で十分な医師が確保できるよう、対応を進めていく。

## （現行の適用除外等の取扱）

現行制度で適用除外となっているものの取り扱いについては、働く人の視点に立って働き方改革を進める方向性を共有したうえで、実態を踏まえて対応の在り方を検討する必要がある。

自動車の運転業務については、現行制度では限度基準告示の適用除外とされている。その特殊性を踏まえ、拘束時間の上限を定めた「自動車運転者の労働時間等の改善のための基準」で自動車運送事業者への監督を行っているが、限度基準告示の適用対象となっている他業種と比べて長時間労働が認められている。これに対し、今回は、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、年960時間（＝月平均80時間）以内の規制を適用することとし、かつ、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることとする。5年後の施行に向けて、荷主を含めた関係者で構成する協議会で労働時間の短縮策を検討するなど、長時間労働を是正するための環境整備を強力に推進する。

建設事業については、限度基準告示の適用除外とされている。これに対し、今回は、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、罰則付き上限規制の一般則を適用する（ただし、復旧・復興の場合については、単月で100時間未満、2か月ないし6か月の平均で80時間以内の条件は適用しない）。併せて、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることとする。5年後の施行に向けて、発注者の理解と協力も得ながら、労働時間の段階的な短縮に向けた取組を強力に推進する。

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の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。

新技術、新商品等の研究開発の業務については、現行制度では適用除外とされている。これについては、専門的、科学的な知識、技術を有する者が従事する新技術、新商品等の研究開発の業務の特殊性が存在する。このため、医師による面接指導、代替休暇の付与など実効性のある健康確保措置を課すことを前提に、現行制度で対象となっている範囲を超えた職種に拡大することのないよう、その対象を明確化した上で適用除外とする。

# 「医師の働き方改革に関する検討会」について

- ◆ 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめ法律で導入する方向性が示されている。
- ◆ この中で、医師については、医師法(昭和23年法律第201号)に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、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、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、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、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

## 構成員

(計24名) (※五十音順)

赤星 昂己	東京医科歯科大学医学部附属病院 救命救急センター救急医
荒木 尚志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
猪俣 武範	順天堂大学附属病院医師
今村 聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
◎ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
戎 初代	東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATセンター長
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
工藤 豊	保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
黒澤 一	東北大学環境・安全推進センター教授
渋谷 健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
島田 陽一	早稲田大学法学学術院教授
鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
遠野 千尋	岩手県立久慈病院副院長
豊田 郁子	特定非営利法人架け橋理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
斐 英洙	ハイズ株式会社代表取締役社長
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
福島 通子	塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
三島 千明	青葉アーバンクリニック総合診療医
村上 陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学医学部附属病院院長

◎:座長

## 本検討会の検討事項

- (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

## 検討のスケジュール

- ◆ 第1回(平成29年8月2日) 医師の働き方改革について
- ◆ 第2回(平成29年9月21日) 労働時間法制等について
- ◆ 第3回(平成29年10月23日) 医師の勤務実態について
- ◆ 第4回(平成29年11月10日) 勤務環境改善策について
- ◆ 第5回(平成29年12月22日) 勤務医の健康確保等について
- ◆ 第6回(平成30年1月15日) 中間論点整理・緊急対策(骨子案)について
- ◆ 第7回(平成30年2月16日) 中間論点整理・緊急対策について
- ◆ 第8回(平成30年7月9日) 今後の進め方等について
- ◆ 第9回(平成30年9月3日) 宿日直、自己研鑽等について
- ◆ 第10回(平成30年9月19日) 応召義務等について

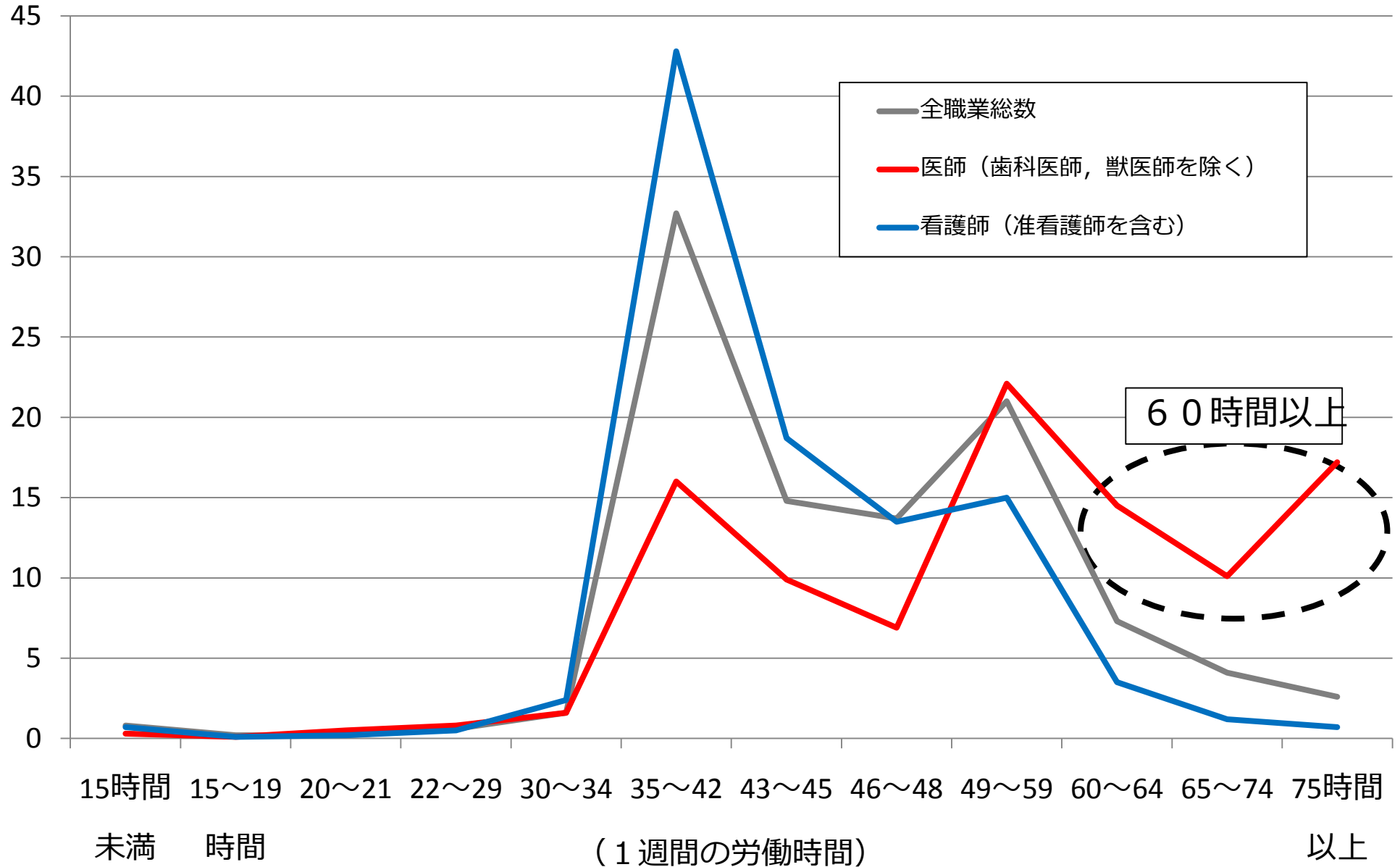
# 1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合

すべての雇用者（年間就業日数200日以上・正規職員）について、1週間の労働時間の実績を見ると、60時間を超える者が、雇用者全体の14%となっている。  
これを職種別に見ると、**医師（41.8%）が最も高い割合**となっている。（次いで、自動車運転従事者（39.9%））

	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師（歯科医師、獣医師を除く）	を 含む 看護師（准看護師）	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	飲食調理従事者	保安職業従事者	農林漁業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運搬・清掃・包装等従事者	分類不能の職業
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	14.0 %	13.3 %	13.7 %	11.2 %	41.8 %	5.4 %	23.6 %	7.1 %	20.0 %	18.3 %	35.1 %	34.4 %	18.5 %	18.7 %	10.4 %	30.8 %	39.9 %	16.9 %	15.0 %	17.2 %

# 医師等の1週間の労働時間の分布

(人数構成比、%)



# 勤務医の多様な勤務実態(1勤務・類型化の試み)

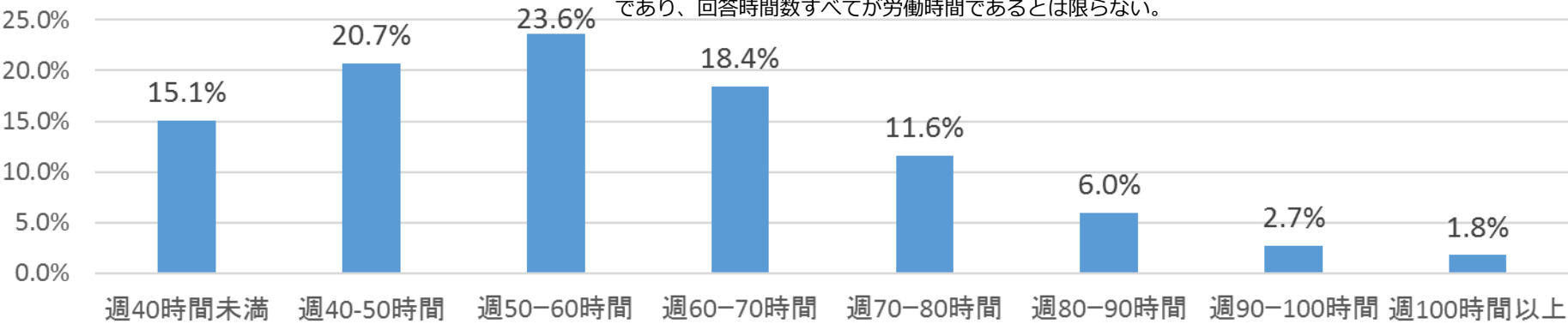
勤務（労働時間に該当）
  当直時間帯の勤務
  その他

(類型)	(1)所定労働時間どおり	(2)手術・外来が時間外へ延長	(3)夜間当直がある場合			(4)夜間オンコールの場合	(5)自己研鑽のため時間外に在院	(6)初期研修医
	健診センター等	多くの診療科等でみられる	①ほぼ診療がない 慢性期病床の当直等 【翌日なし】【翌日連続】	②一定の頻度で診療が発生 二次救急等 【翌日なし】 【翌日連続】	③日中と同程度に診療が発生 三次救急、総合周産期母子医療センター、ICU当直等 【翌日なし】 【翌日連続】	多くの診療科等でみられる 【連絡の頻度は様々】	多くの診療科等でみられる	医の指示の下に医療行為等に従事する時間は労働時間。
(勤務パターン)	<div>8:30</div> <div>勤務①</div> <div>17:30</div> <div>翌8:30</div> <div>勤務②</div> <div>正午</div> <div>夕方</div>	<div>8:30</div> <div>勤務①</div> <div>17:30</div> <div>翌8:30</div> <div>勤務②</div> <div>正午</div> <div>夕方</div>	<div>8:30</div> <div>勤務①</div> <div>17:30</div> <div>当直</div> <div>翌8:30</div> <div>勤務②</div> <div>正午</div> <div>夕方</div> <div>(休み)</div>	<div>8:30</div> <div>勤務①</div> <div>17:30</div> <div>当直</div> <div>翌8:30</div> <div>勤務②</div> <div>正午</div> <div>夕方</div> <div>(休み)</div>	<div>8:30</div> <div>勤務①</div> <div>17:30</div> <div>当直</div> <div>翌8:30</div> <div>勤務②</div> <div>正午</div> <div>夕方</div> <div>(休み)</div>	<div>8:30</div> <div>勤務①</div> <div>17:30</div> <div>オンコール</div> <div>翌8:30</div> <div>勤務②</div> <div>正午</div> <div>夕方</div>	<div>8:30</div> <div>勤務①</div> <div>17:30</div> <div>※労働時間に該当するかしないかを区別せずに「自己研鑽」として行われている行為あり。</div> <div>翌8:30</div> <div>勤務②</div> <div>正午</div> <div>夕方</div>	<div>8:30</div> <div>勤務①</div> <div>17:30</div> <div>※使用者の明示又は黙示の指示を受けた研修等は労働に当たる。</div> <div>翌8:30</div> <div>勤務②</div> <div>正午</div> <div>夕方</div>
(留意点)			翌日休みでなければ30時間を超える連続勤務となりがちであるとの指摘もある。（交代制は翌日休みを確保しやすい。） ※宿日直は、断続的労働として労働基準監督署長の許可を受けた場合は労働時間規制の適用が除外される。			一晩に頻繁な連絡がある場合や、数晩連続する場合もあるとの指摘もある。		(2)や(3)に該当する場合が多い。研修であっても、指導

# 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合等

## 1. 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（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）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。



A：週の超過分

B：月の超過分（A×4）

C：年の超過分①（B×12）

D：年の超過分②（A×52）

0～10時間	10～20時間	20～30時間	30～40時間	40～50時間	50～60時間	60時間～
0～40	40～80	80～120	120～160	160～200	200～240	240～
0～480	480～960	960～1,440	1,440～1,920	1,920～2,400	2,400～2,880	2,880～
0～520	520～1,040	1,040～1,560	1,560～2,080	2,080～2,600	2,600～3,120	3,120～

※労働基準法第32条に定める週40時間との比較であり、個々の労働者について変形労働時間制等が採用されている可能性は捨象している。

## 2. 超過勤務時間の区分別・病院勤務医師数（1. の区分別割合から推計）

医師・歯科医師・薬剤師調査（H28.12.31時点）医師総数319,480人、うち病院・大学病院勤務医200,784人

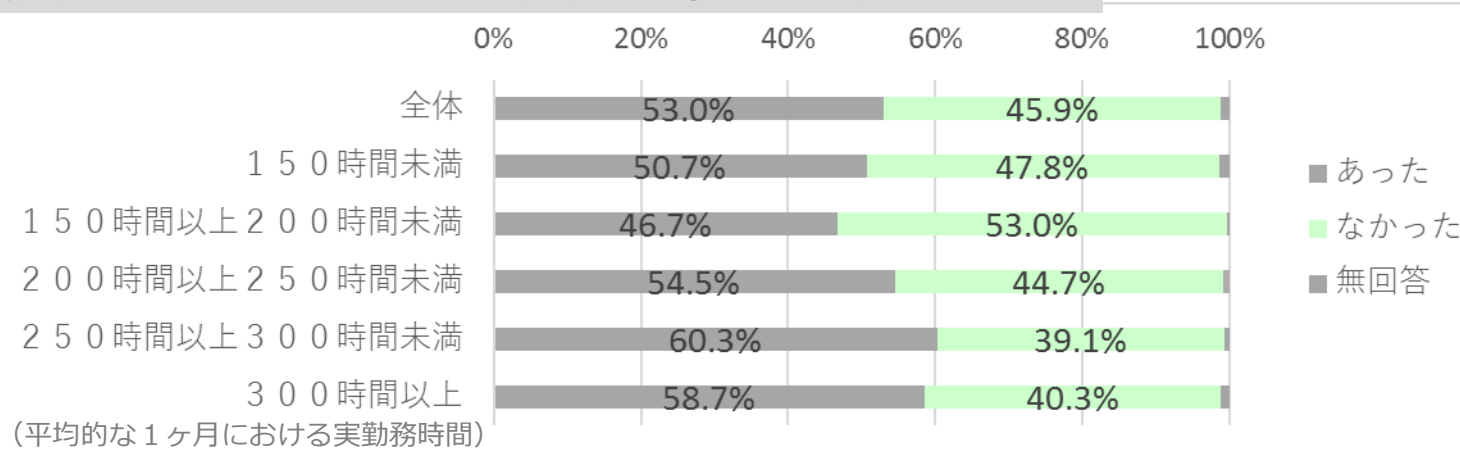
週の法定労働時間 超え勤務時間	0～10時間	10～20時間	20～30時間	30～40時間	40～50時間	50～60時間	60時間～
人数（推計）	41,600人	47,400人	36,800人	23,200人	12,000人	5,400人	3,600人

（参考）  
較した  
超過  
時間  
数の  
目安  
※と  
比

# 働き方と医療安全との関係

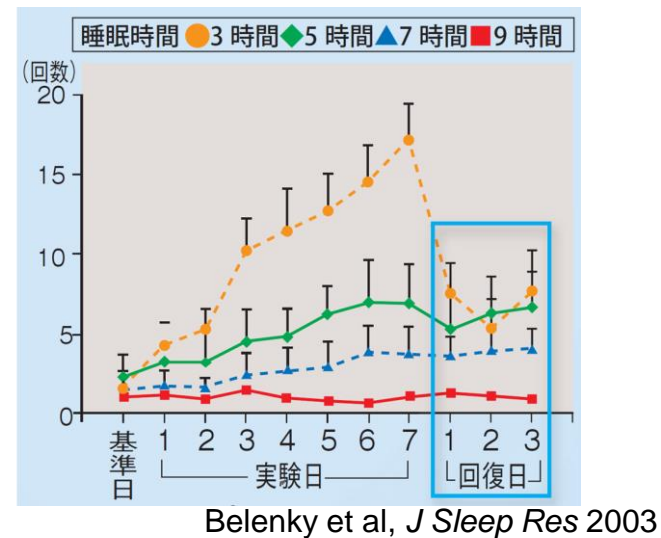
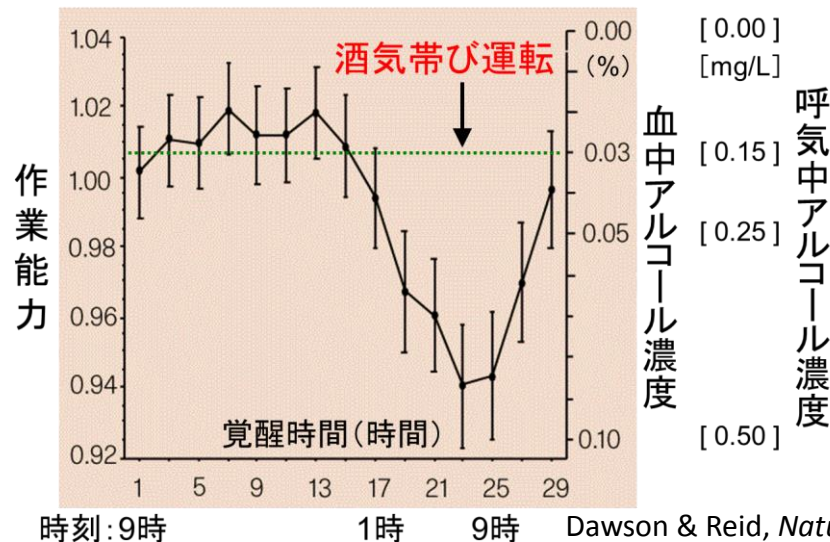
- ❑ 医療事故やヒヤリ・ハットを経験した割合は、勤務時間が長くなるほど上昇する。
- ❑ 睡眠不足は、作業能力を低下させたり、反応の誤りを増加させたりすることがわかっている。

## 1. 医療事故やヒヤリ・ハットの経験（勤務時間区分ごと）



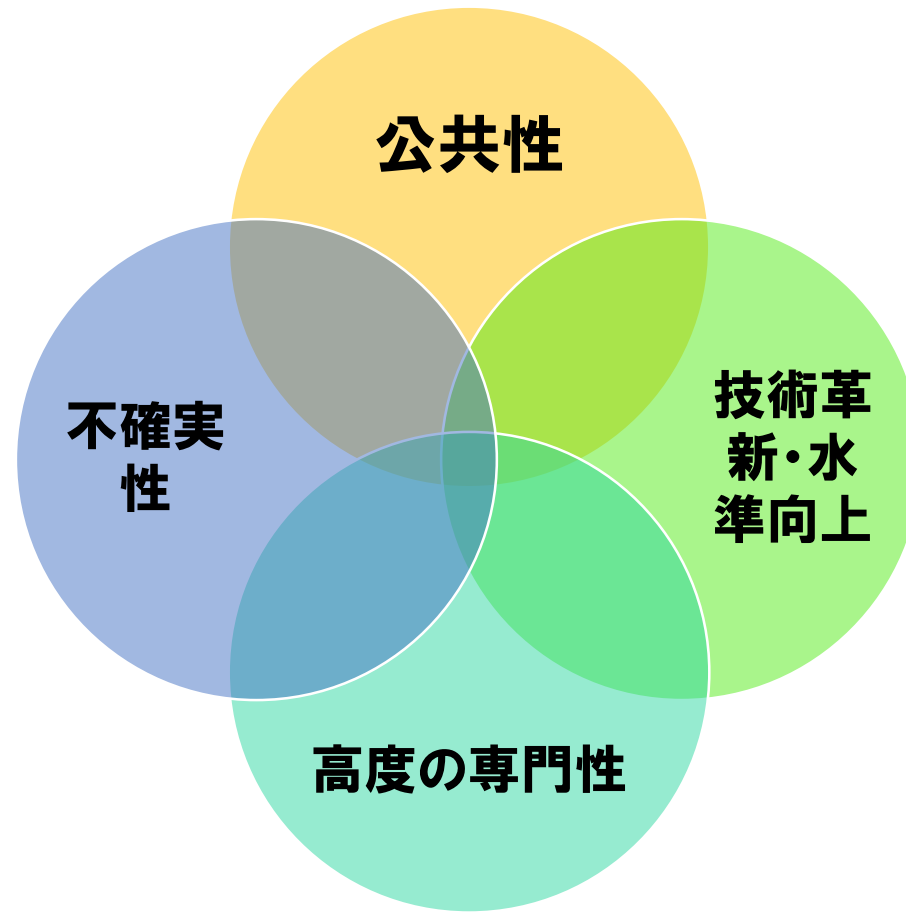
(出典) 平成29年度厚生労働省・文部科学省委託「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書（医療に関する調査）」

## 2. 睡眠と作業能力の関係（第5回検討会 高橋正也参考人報告資料より抜粋）



# 医師の働き方の観点からみた医療の特性

□ 医療は、医師が医学に基づき人命を預かることを中心とした公共サービスである。医師の働き方の観点からその特性を整理していく際、以下の4つの要素が重要ではないか。



# 医師の働き方の観点からみた医療の特性(議論のためのたたき台)

※ 労働時間規制のあり方の検討に当たり、議論のためのたたき台として、関連すると考えられる医療の特性を事務局において整理・列挙したもの。

(不確実性に関するもの)

- ❑ 疾病の発生や症状の変化が予見不可能である
- ❑ 治療の個別性、治療効果の不確実性

(公共性に関するもの)

- ❑ 国民の求める日常的なアクセス、質、利便性、継続性（⇔国民皆保険・民間医療機関中心の医療提供体制）

※ 医療需要（特に急性期医療）は今後ピークアウトを迎えることを前提として、地域医療提供体制を構築していくことが必要

- ❑ 職業倫理が強く働く（⇒「診療を断らない」「目の前の患者に常に最善を尽くす」）
- ❑ 人命を預かるため、医療安全の確保が必要不可欠

(高度の専門性に関するもの)

- ❑ 医師の養成には約10年の長期を要し、業務独占とされている

(技術革新と水準向上に関するもの)

- ❑ 技術革新のスピード等も踏まえ、常に知識・手技の向上が必要
- ❑ 水準向上のためには、新しい診断・治療法の追求と、その活用・普及（均てん化）の両方が必要
- ❑ 向上の原動力は医療機関よりも医師個人に依存（手術、治療等の「行為」は、特許の対象外）
- ❑ 勤務先を移りながら経験を積んでいくキャリアパスが一般的

# 医師の時間外労働規制について(案)

## 一般則

(例外)  
・年720時間  
・複数月平均80時間  
(休日労働含む)  
・月100時間未満  
(休日労働含む)  
年間6か月まで

(原則)  
1 か月45時間  
1 年360時間

2024年4月～

年1,900～2,000時間／  
月100時間（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

B…地域医療確保暫定  
特例水準（医療機関を特定）

年960時間／  
月100時間（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務  
医に2024年度以降  
適用される水準

年□□□時間／月100時間（例外あり）  
※いずれも休日労働含む  
⇒将来に向けて縮減方向

C：一定の期  
間集中的に技  
能向上のため  
の診療を必要  
とする医師向  
けの別の水準  
※対象医療機関を  
特定し、本人の申  
し出に基づく。

将来  
(暫定特例水準の解消（＝2035年度末）後）

年960時間／  
月100時間（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務  
医に2024年度以降  
適用される水準

将来に向けて縮減方向

C：一定の期  
間集中的に技  
能向上のため  
の診療を必要  
とする医師向  
けの別の水準  
※対象医療機関を  
特定し、本人の申  
し出に基づく。

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるドクターストップ）

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・代償  
休暇のセット（努力義  
務）

※実際に定める36協定  
の上限時間数が一般則を  
超えない場合を除く。

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・  
代償休暇  
のセット  
（義務）

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・代  
償休暇のセッ  
ト（義務）

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・代償  
休暇のセット（努力義  
務）

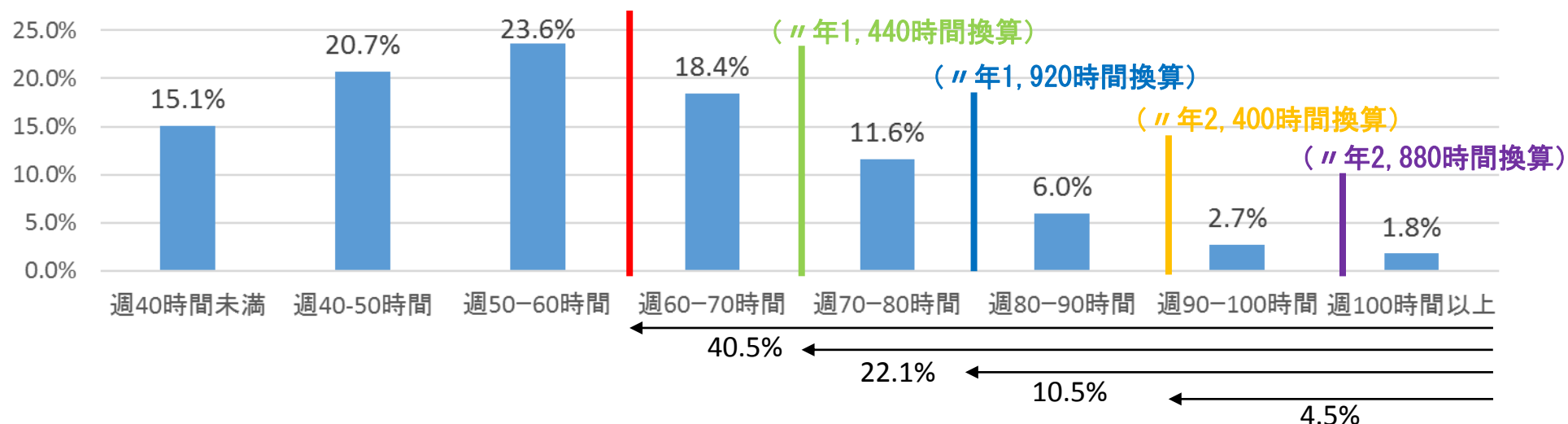
※実際に定める36協定  
の上限時間数が一般則を  
超えない場合を除く。

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・代  
償休暇のセッ  
ト（義務）

# 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合、医師の年間就業日数

## 1. 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

(時間外月80・年960時間換算※休日込み(以下同じ))



※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(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)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。

## 2. 年間就業日数の比較

	総数	医師	専門技術的職業
200日未満	6.1%	3.5%	4.7%
200～249日	42.7%	19.6%	47.2%
250～299日	42.6%	41.4%	39.0%
300日以上	7.6%	35.0%	8.7%

※平成29年就業構造基本調査(総務省)。年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)の場合、年間就業日数は280日程度となる。

# 2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

## 病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状

2024.4  
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

暫定特例水準対象についても、時間外労働が年960時間以内となることを目指し、さらなる労働時間短縮に取り組む

暫定特例水準対象を除き、2024.4以降、年960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

約1割  
約2万人

約3割  
約6万人

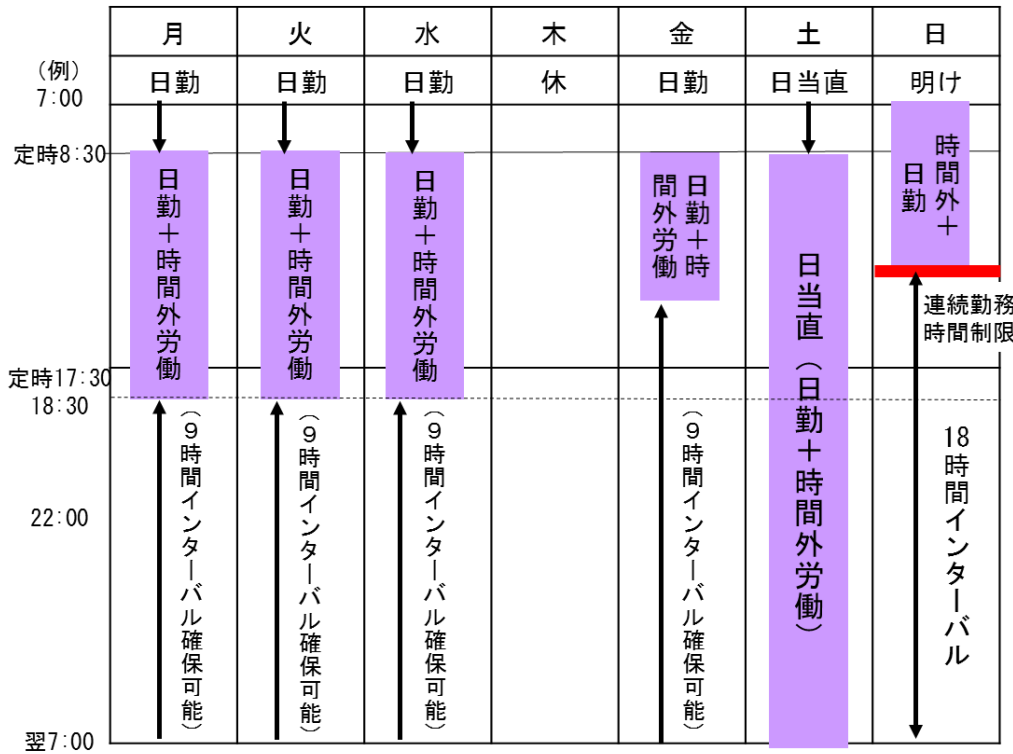
約6割  
約12万人

1,900~  
2,000時間程度

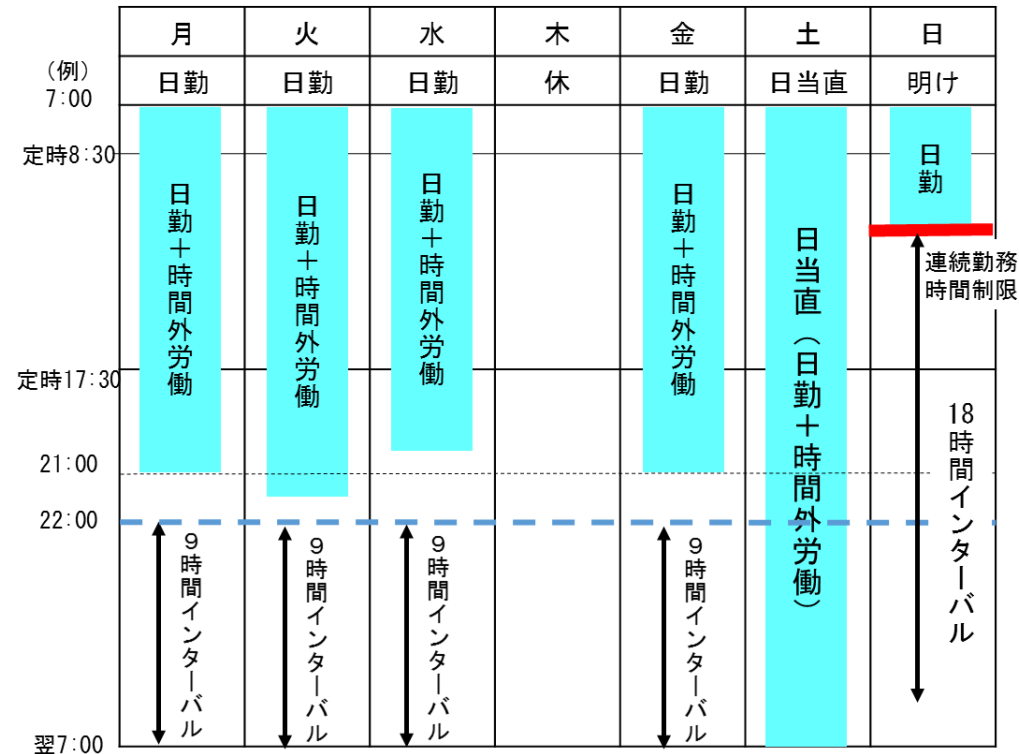
960時間

# (A)・(B)の水準を適用した後の働き方のイメージ

(A) 時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)



(B) 時間外労働年1,900時間程度≒週40時間の働き方(例)



※図中の勤務時間を示す帯には各日法定休憩を含む

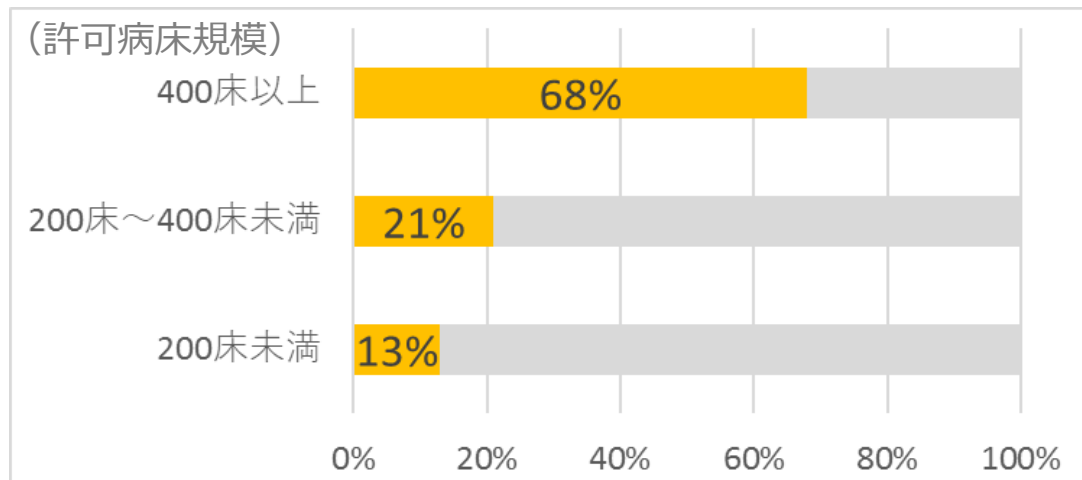
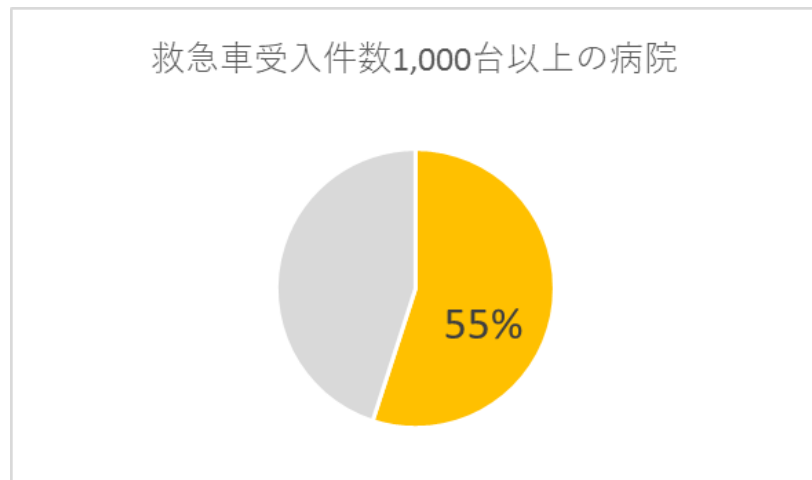
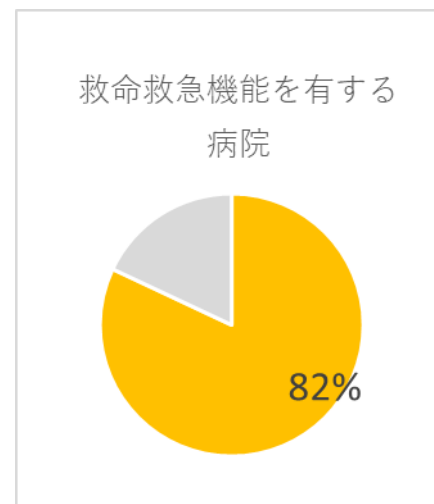
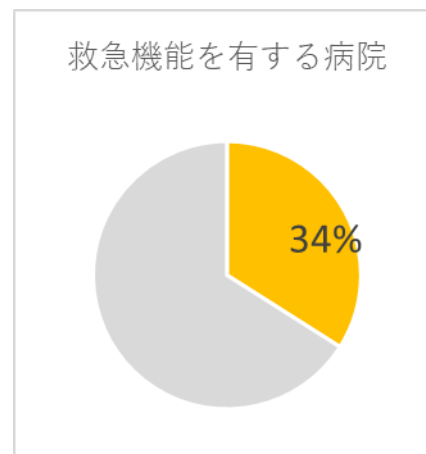
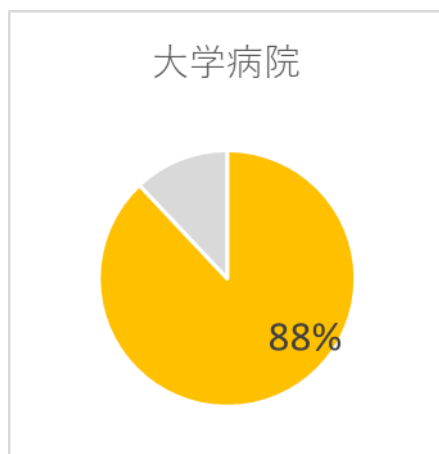
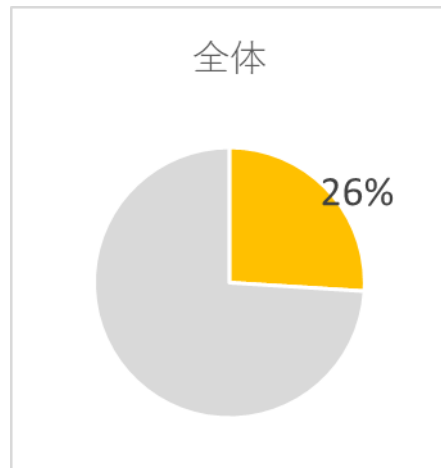
- 概ね週1回の当直（宿日直許可なし）を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働（早出又は残業）
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日（概ね4週6休に相当）

- 概ね週1回の当直（宿日直許可なし）を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め14時間程度の勤務
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日（概ね4週6休に相当）

※勤務間インターバル9時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、(A)・(B)と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

# 地域医療確保暫定特例水準(案)を超える働き方の医師がいる病院

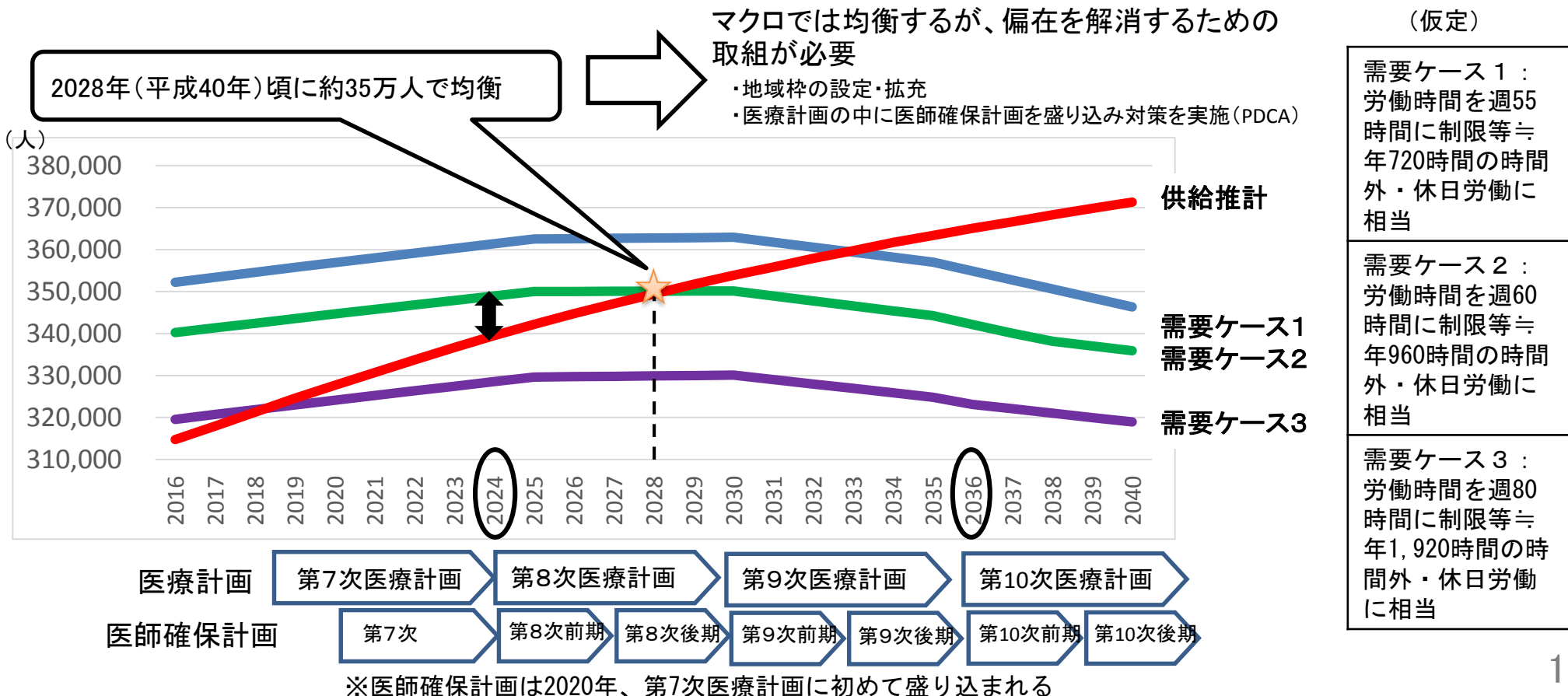
## 週勤務時間が80時間を超える者がある病院の割合



※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(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)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

# 地域医療確保暫定特例水準を設定する必要性①(医師需給との関係)

- ❑ 医療需要は、人口減少等を背景に、2030年以降にピークを迎え減少する見込み。医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する・7%のタスク・シフティングを実現する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2028年頃に均衡すると推計されるが、この場合であっても2024年段階ではまだ約1万人の需給ギャップが存在。
- ❑ さらに、マクロで医師需給が均衡した後も、引き続き偏在を解消するための取組が必要であり、都道府県単位で偏在を解消する目標年は、2036年とされている（医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会において議論）。

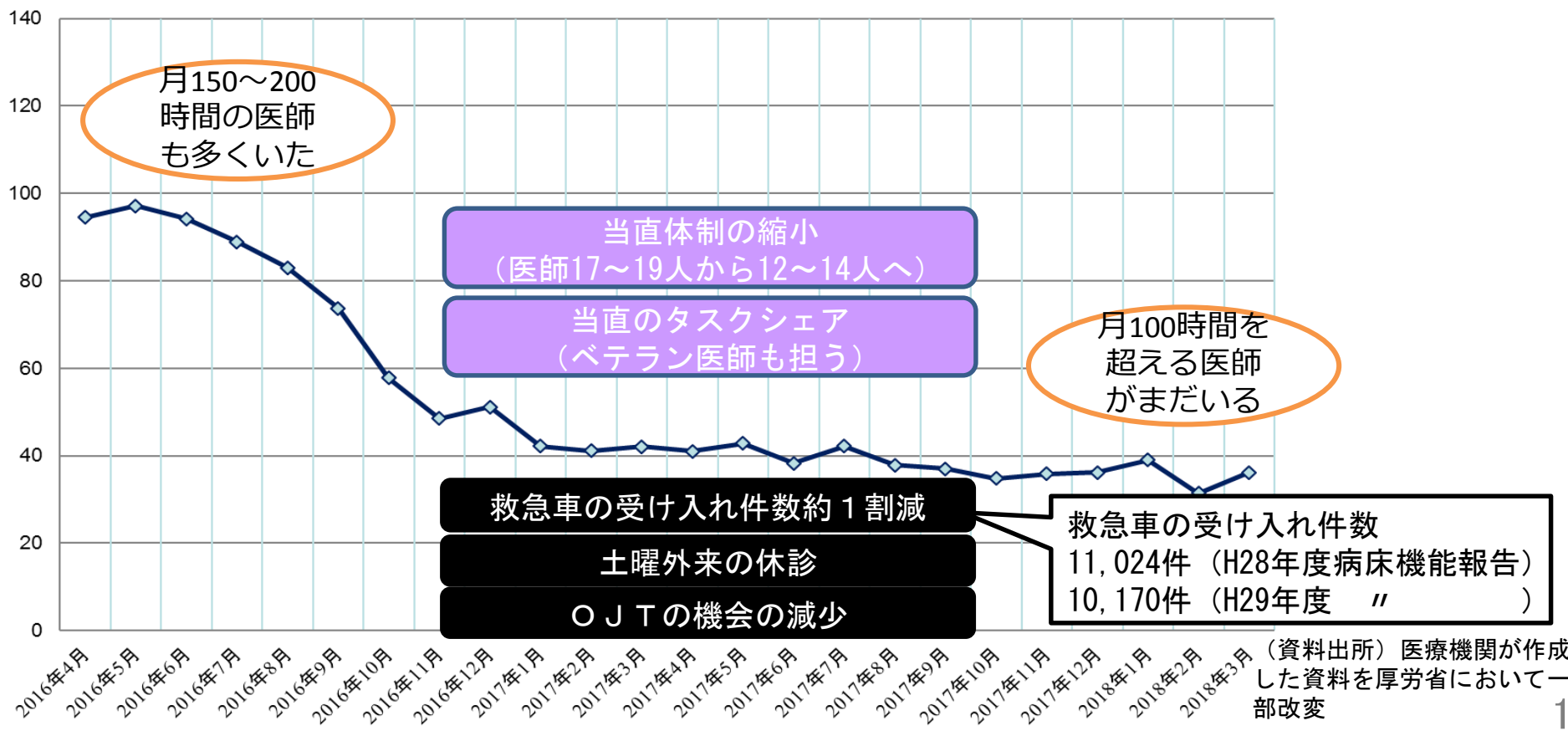


# 地域医療確保暫定特例水準を設定する必要性③(医師の勤務実態との関係)

※医師の労働時間短縮に取り組んだ医療機関の実例は、参考資料 1 P 2 5 以降にも掲載。

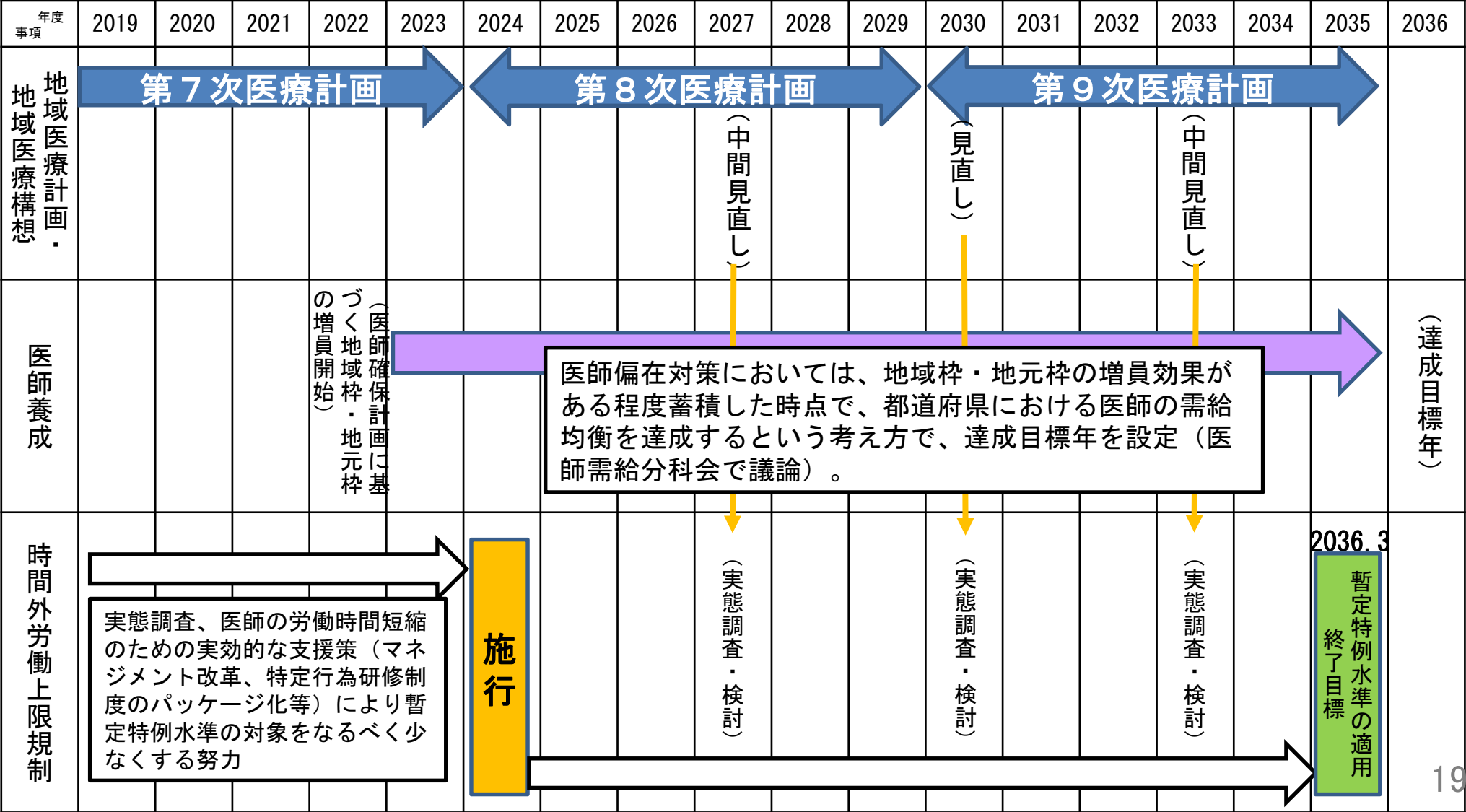
- ある医療機関においては、2016年夏以降、医師の時間外労働時間の短縮に取り組み、主に診療体制の縮小と医師間のタスクシェアによって、平均時間外労働時間を90時間台から40時間程度まで大幅に削減。
- それでもなお、極めて長い時間外労働の者についての短縮には時間を要している（救急科や集中治療科等）。
- この例での診療体制の縮小（救急車の受け入れ減を含む）は、近隣医療機関での協力によって成り立っている。
- 当該医療機関からは、研修医の学習スピードが低下しているとの懸念の声がある。

## 医師の平均時間外労働時間(2016年4月～2018年3月)



# 地域医療確保暫定特例水準の終了目標年限(案)

- 地域医療確保暫定特例水準が適用される医療機関・医師については、「診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準」(A)である年960時間(案)に近づけるための支援を強力に行うことにより時間外労働の短縮を図り、一定の年数経過後に暫定特例水準の適用の終了を目指すこととしてはどうか。



# 時間外労働の上限規制と追加的健康確保措置の関係

## 暫定特例水準と、その適用要件となる追加的健康確保措置の関係について

地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働（※）となる医療機関であることを都道府県知事が特定。

※時間外労働年960時間を超える

特定された医療機関に、長時間労働の医師に対する追加的健康確保措置を義務付け。  
当該医療機関は、長時間労働の解消に向けた重点支援を受けることができる。

（追加的健康確保措置の内容）

- ・ 連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間、代償休息
- ・ 時間外労働が月100時間以上となる場合に医師による面接指導を実施し、必要に応じて就業上の措置をとること。

特定された医療機関の、やむなく長時間労働となる医師について、上記の追加的健康確保措置を実施していることを条件に、労基則上の（B）暫定特例水準が適用され、その範囲内の36協定の締結が可能となる。

その範囲内で36協定を締結する際、時間外労働時間数とともに、上記の追加的健康確保措置についても協定する。

追加的健康確保措置の履行確認を行い、実施されていない場合は実施させる（実施のために必要な支援も都道府県が行う）。

それでもなお実施しない場合は、都道府県が当該医療機関を特定対象としておく必要性（＝地域医療提供体制のあり方）について検討し、検討結果に応じて特定対象から外す。

特定された医療機関でなくなれば、労基則上の暫定特例水準の適用条件を満たさないため、（A）水準の適用となる。

（B）水準を前提とした36協定は無効となり、新たな協定を締結せずに時間外労働をさせると労基法第32条違反となる。

# 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準:(A)について

⇒資料2 P 3～8

(診療従事勤務医に2024年4月に適用される上限時間案)

- 医療機関で患者に対する診療に従事する勤務医の時間外労働規制における上限水準（以下「診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準」という。）は、休日労働込みの時間外労働について年960時間以内・月100時間未満（月について追加的健康確保措置②が実施される場合の例外あり）としてはどうか。【P2一般則の③に当たるもの】  
※その上で、一般則と同様に、36協定に規定する時間数の上限水準についての整理も必要。【P2一般則の①・②に当たるもの】

(考え方)

- 年間時間数については、脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準（複数月平均月80時間以内、休日労働込み）を考慮して12月分とし、月当たり時間数については、同基準における単月の時間外労働の水準（単月100時間未満）を考慮したものである。  
※これは、毎月平均的に働くとした場合には月80時間以内の労働となり、一般労働者の休日労働込み時間外労働についての上限である「複数月平均80時間以内」と同様の水準となる。
- 月当たり時間数については、休日労働込みで100時間未満を原則とする。しかしながら、医療の不確実性、公共性にかんがみ、時間外労働時間が960時間以内である場合であっても、患者数が多い、緊急手術が重なった等により月の時間外労働が100時間以上となることも想定されるため、過労により健康状態が悪い医師が長時間労働を続けることのないような措置（追加的健康確保措置②）を講ずる場合に、例外的に超過を認める。  
  
＜追加的健康確保措置② 第13回検討会資料3より＞
  - 月当たり時間数の上限を超える場合には、医師による面接指導を実施し、健康状態が悪い場合には必要な就業上の措置（労働時間や当直回数の減等）を講ずることとしてはどうか。
  - また、必要に応じてその精神面・肉体面の健康状態について客観的な把握を継続的に行うなど健康状態の個別的なモニタリングを行うこととしてはどうか。
- なお、月80時間の時間外労働（週約20時間に相当）とは、例えば、概ね週1回の当直（宿日直許可なし。以下同じ）を含む週6日勤務（当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日1時間程度の時間外労働がある。当直明けは昼まで）で、月に6、7日程度（年間80日程度）の休日を確保するといった働き方の水準。月100時間の場合（週約25時間に相当）とは、例えば、概ね週1回の当直を含む週6日勤務（当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日2時間程度の時間外労働がある。当直明けは昼まで）で、月に6、7日程度（年間80日程度）の休日を確保するといった働き方の水準。

# 地域医療確保暫定特例水準:(B)について(1)

⇒資料 2 P 3 ~ 10

(基本的な考え方)

- 2024年4月においてすべての診療に従事する勤務医が(A)の適用となることを目指し、労働時間の短縮に取り組むが、地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ず(A)の水準を超えざるを得ない場合が想定される。そのため、対象となる医療機関を限定し、
  - ・ 最低限必要な睡眠時間の確保のために強制的に労働時間を制限する、連続勤務時間制限及び勤務間インターバル確保の義務づけ、
  - ・ 個別の状況に応じた健康確保措置としての面接指導、結果を踏まえた就業上の措置、を実施することによって過労により医師が健康を害することを防止した上で、地域での医療提供体制を確保するための経過措置として暫定的な特例水準（以下「地域医療確保暫定特例水準」という。）を設けることとしてはどうか。

(暫定特例水準の必要性及び解消時期について考慮すべき要素①：医師需給との関係)

- 医師需給は、労働時間を週60時間（年間時間外労働960時間に相当）程度に制限する・7%のタスク・シフティングを実現する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2028年頃に均衡すると推計されるが、この場合であっても2024年段階ではまだ約1万人の需給ギャップが存在。医師養成には約10年以上を要し、2024年段階での需給ギャップを医師数の増によって埋めることは困難。
- さらに、マクロで医師需給が均衡した後も、引き続き医師偏在を解消するための取組が必要であり、都道府県単位で偏在を解消する目標年は、2036年とされている。

(暫定特例水準の必要性及び解消時期について考慮すべき要素②：政策医療との関係・都道府県の関与)

- 地域によっては医療資源（医療機関・医療従事者）が限られている中で政策医療の確保と労働時間短縮を両立せねばならず、医療提供体制の確保の責任主体である都道府県の関与の下、医療計画のサイクル（3年ごと中間見直し・6年ごと見直し）において必要な改革に取り組む必要がある。第8次医療計画は2024～2029年度末、第9次医療計画は2030年度～2035年度末となっている。

(暫定特例水準の必要性及び解消時期について考慮すべき要素③：医師の勤務実態との関係)

- 医師は、他職業と比較して特に長時間労働である者の割合が高く、その労働時間短縮に当たっては、日々の患者ニーズへの影響に配慮しながら段階的に改革を進めざるを得ない。

## 地域医療確保暫定特例水準:(B)について(2)

⇒資料2 P 3～10

(暫定特例水準の上限時間案)

- 地域医療確保暫定特例水準は、休日労働込みの時間外労働について年1,900～2,000時間程度以内で検討、月100時間未満（月について追加的健康確保措置②が実施される場合の例外あり）としてはどうか。【P 2 一般則の③に当たるもの】  
※その上で、一般則と同様に、36協定に規定する時間数の上限水準についての整理も必要。【P 2 一般則の①・②に当たるもの】
- 現状では、病院常勤勤務医の勤務時間を見ると、年間1,920時間を超える医師が約1割、年間2,880時間を超える医師も約2%存在している。勤務時間が年間1,920時間を超える医師が一人でもいる病院は、全体の約3割、大学病院の約9割、救急機能を有する病院の約3割（救命救急センター機能を有する病院に限っては約8割）である。
- こうした現状の中、上限水準は「罰則付き」かつ「一人ひとりの医師について絶対に超えてはならない」ものであり、医療機関が上記「1,900～2,000時間程度以内」という水準を遵守するためには、医療にかかる国民の理解も得て、医師の労働時間の短縮策を強力に進める必要がある。

# 地域医療確保暫定特例水準:(B)について(5)

(対象医療機関の基本的な考え方)

- 暫定特例水準については、2024年4月までの約5年間で、医療機関のマネジメント改革や地域医療提供体制における機能分化・連携、国民の上手な医療のかかり方に関する周知などの対応を最大限実行した上でもなお、必要な地域医療が適切に確保されるかの観点からやむをえず設定するものであることから、以下3つの観点で対象医療機関を限定することとしてはどうか。

- ① 地域医療の観点から必須とされる機能(※)を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関であることと(※なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるのかについては、36協定締結時に特定する。当然にすべての医師の業務が該当するわけではなく、医療機関は、対象業務について合理的に説明できる必要。)
- ② 当該医療機関に暫定特例水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針と整合的であること
- ③ 医師の労働時間短縮に向けた対応として、管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること

※「地域医療の観点から必須とされる機能を果たす」とは、例えば「医師少数区域」や「へき地」にある医療機関のみに限らず、各都道府県・二次医療圏において医療ニーズに対応するために必須とされる機能を有する医療機関は該当しうる。

(①について)

- 地域医療の観点から必須とされる機能は、医療の不確実性、公共性、高度の専門性等の観点から、以下を基本と考えるとはどうか。
  - (ア) 救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの(例：二次・三次救急医療機関、在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関)
  - (イ) 政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業(※)」
  - (ウ) 特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療機関・医師(例：高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等)

※「5疾病・5事業」：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の「5疾病」、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の「5事業」

- (ア)～(ウ)のような機能について、国として一定の客観的な要件を整理した上で、地域の個別事情を踏まえながらも恣意的な適用とならないよう定めることが必要ではないか。また、「やむなく長時間労働となる」ことについては、次の②・③の要件を満たしてもなお(A)の水準に到達できないこととしてはどうか。

# 地域医療確保暫定特例水準:(B)について(6)

(②・③について)

- ❑ 当該医療機関や地域が何ら医師の労働時間短縮に向けた努力をしないままに現状追認で暫定特例水準の適用が認められることのないよう、要件を検討する必要があるのではないか。
- ❑ ②地域の医療提供体制の構築方針と整合的であることに関して判断する際の手続について、検討が必要ではないか。
- ❑ ③管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進に関して、医師の労働時間削減のための取組状況・計画策定によって、確認することが必要ではないか。

(対象医療機関を限定する枠組み)

- ❑ 「対象医療機関の基本的な考え方」によって対象医療機関を整理することとした場合、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定する枠組みとしてはどうか。
- ❑ 当該医療機関として特定されると、医師の労働時間短縮に必要な支援を重点的に受けることができることとしてはどうか(⇒詳細後述)。

⇒資料2 P11

(暫定特例水準の終了目標年限)

- ❑ 暫定特例水準は、段階的に引き下げていくことが不可欠。そのためには、暫定特例水準が適用されている医療機関における医師の時間外労働時間の状況をモニタリングしながら、地域医療提供体制の見直しの状況も踏まえつつ、引き下げについて検討・実施するというPDCAサイクルを繰り返していく必要があるのではないか。
- ❑ 2024年4月に、時間外労働の上限規制の適用が開始されるとともに第8次医療計画がスタートするが、都道府県単位での偏在を解消する目標年である2036年を目指して、強化された医師偏在対策の効果が徐々に現れてくることとなる。2024年以降、医療計画の見直しサイクルに合わせて検証を行いつつ、2035年度末を暫定特例水準の終了目標年限としてはどうか。

# 地域医療確保暫定特例水準:(B)について(7)

(暫定特例水準の対象医療機関をなるべく少なくする支援／対象医療機関に対する重点的支援の必要性)

⇒資料2 P12～

## □ 医師の労働時間の短縮のためには、

- ・ 医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師双方の意識改革、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）、
- ・ 地域医療提供体制における機能分化・連携の推進（これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む）、医師偏在対策の推進、
- ・ 上手な医療のかかり方の周知、

に徹底して取り組んでいく必要がある。現時点からこれらの取組を強力に進め、2024年4月時点での地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関をなるべく少なくするとともに、対象医療機関については、その後も重点的な支援を行って暫定特例水準の適用の終了を目指していく必要がある。

## □ 具体的には、対象医療機関に対して、医師の労働時間短縮のための計画策定の義務付け、マネジメント改革支援、地域医療提供体制における機能分化・連携の推進、医師偏在対策における重点的な支援等を組み合わせていくことが重要である。

(実効的な支援策)

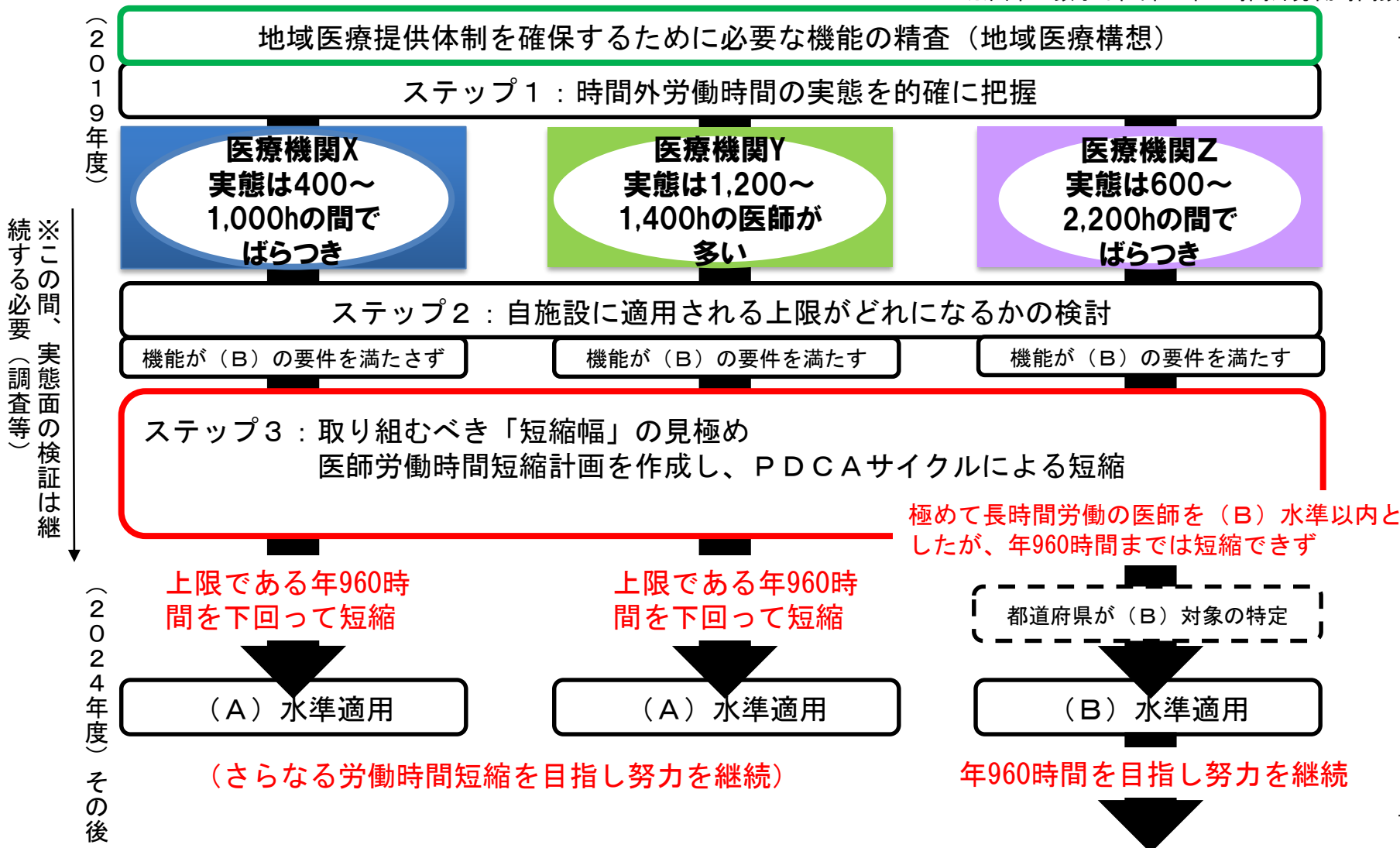
- 個々の医療現場においてチーム医療の推進やICT等による業務改革が実際に進んでいくための実効的な支援策が必要であり、ノウハウ面の支援、制度上の対応、財政面の対応をそれぞれ検討していく必要がある。
- ノウハウ面の支援としては、医師の労働時間短縮にどのように取り組めばよいかわからないという意見もあることから、まずは平成31年度予算案において、好事例の収集・横展開に力を入れて取り組んでいく方針。
- 制度上の対応としては、例えば今般、特定行為研修制度のパッケージ化によるタスク・シフティングの推進を図ることとしている。今後、研修機関数を増やし、研修修了者を着実に輩出できるよう取り組んでいく。
- 財政面の対応としては、平成31年度予算案・税制改正においても新規事項を盛り込んだ対応をしており、2024年4月に向け、また、さらにその後も見据え、医師の働き方改革に伴う医療機関の経営への影響も考慮しつつ必要な対応を取っていく必要がある。

# 上限規制適用までの5年間ににおける医療機関の動き(事務局案を前提に)

- 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの5年間に、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要。

## ＜各医療機関の状況に応じた5年間の動き（例） ※事務局案を前提とした整理＞

※図中の数字は医師の年の時間外労働時間数



（B）水準の適用となる医療機関は、地域において必須の医療機能を有し、（A）水準の適用に向けた重点支援対象とするもの。都道府県は（A）・（B）の役割分担も含めた医療提供体制のあり方・必要な支援策を不断に検討していく必要がある。

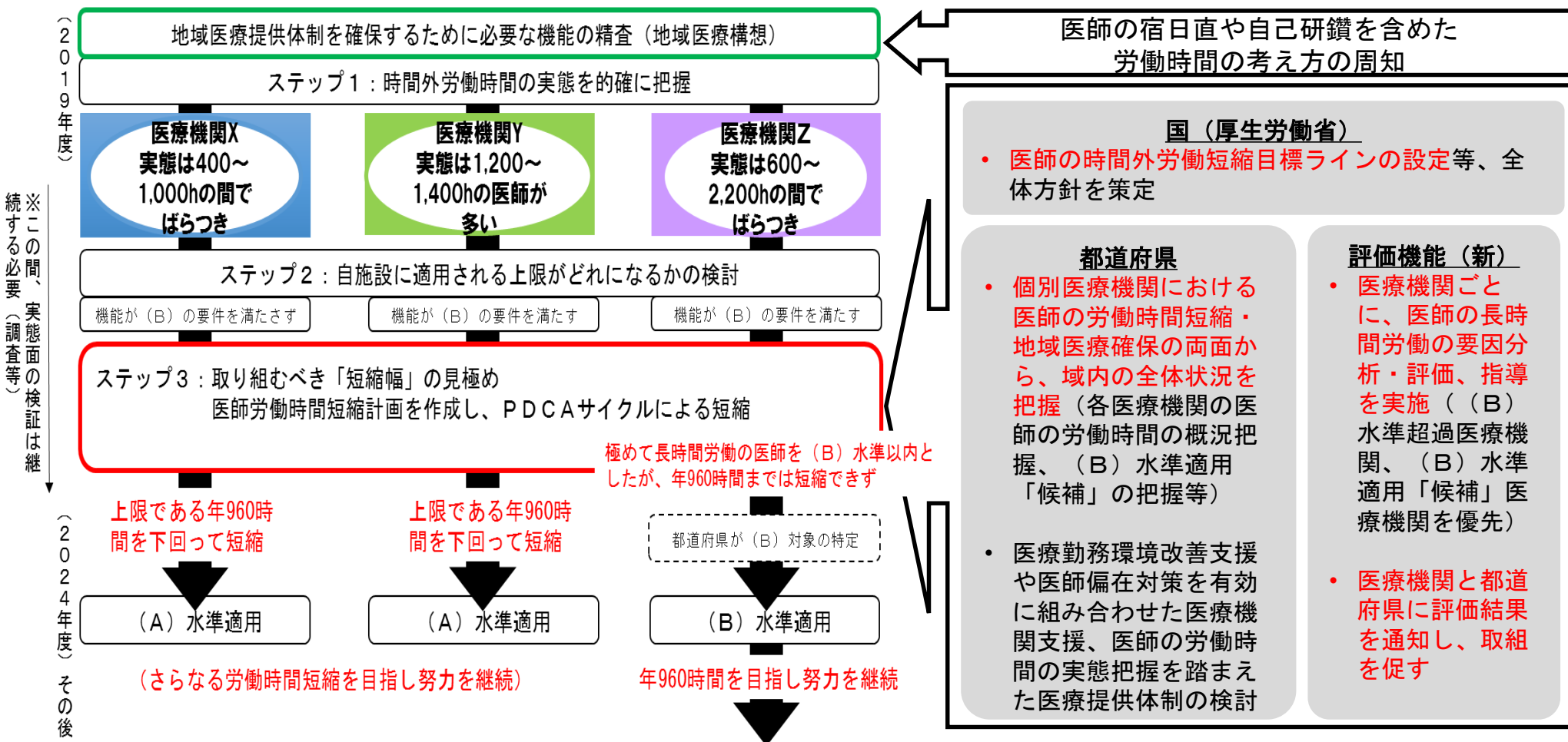
# 上限規制適用までの5年間における医療機関の取組のバックアップ

- 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの5年間に於いて、各医療機関の取組をバックアップする仕組みを構築する必要。

## <各医療機関の状況に応じた5年間の動き（例）>

※事務局案を前提とした整理

## <医療機関をバックアップする仕組み（案）>



# 医療機関における医師の労働時間の短縮に向けて(医療機関内の取組)

- 2019年4月に働き方改革関連法が施行されるが、医師についても適用が猶予されている時間外労働上限規制の5年後の適用に向け、医療現場において医師の労働時間の短縮策を進める必要がある。
- 具体的には、2018年2月にとりまとめた「緊急的な取組」について、さらに推進する必要がある。

～2019年3月

医師について時間外労働上限時間を含めたとりまとめ

## 【「緊急的な取組」のさらなる推進】

- ・ 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- ・ 36協定等の自己点検
- ・ 既存の産業保健の仕組みの活用
- ・ タスク・シフティングの推進
- ・ 女性医師等に対する支援
- ・ 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組

- ・ 医師の意識改革

上記の他

医療機関の機能分化・連携、医師偏在対策、医師養成、上手な医療のかかり方の周知等

2024年4月に向けて

○各医療機関において「医師勤務時間短縮計画」を策定するよう、各都道府県（医療勤務環境改善支援センター）を通じて促す

※平成31年度から、医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師勤務時間短縮計画に基づき取得した器具・備品・ソフトウェアについては、税法上の特別償却制度が適用される

○平成31年度予算案において新規に計上している各種事業により、各医療機関の取組をバックアップ

- ・ タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業  
⇒ 好事例の増加その横展開
- ・ 医療機関の勤務環境マネジメント向上支援事業  
⇒ 全国の病院長の勤務環境改善に係る意識改革
- ・ 医療従事者の働き方改革支援資金  
⇒ (独)福祉医療機構による融資拡充

○医療勤務環境改善支援センターが都道府県労働局や日本医師会等関係機関と連携した、働き方改革関連法の説明会の実施

※都道府県宛て厚生労働省医政局医療経営支援課長通知発出（平成30年11月21日付）

○医療勤務環境改善支援センターの機能強化

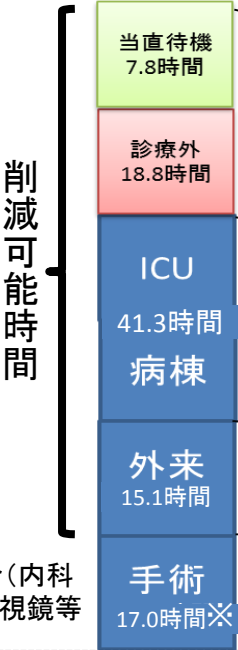
- ・ 外部有識者による医療勤務環境改善支援センターのアドバイザー等職員に対する助言派遣事業実施
- ・ 医療勤務環境改善支援センター職員も交え有識者による医療機関支援モデル事業実施
- ・ 勤務環境改善の推進による病院経営への影響に関する調査・研究事業により、経営改善にもつながることを周知するための好事例を提供
- ・ 医療勤務環境改善支援センターのアドバイザー等職員向け教材作成により好事例紹介
- ・ 都道府県の担当課長や担当者を一堂に会した会議や研修会実施

○医療機関向け勤務環境改善支援のための「いきいき働く医療機関サポートWeb（いきサポ）」掲載の好事例更新及び各医療機関が自院の取り組む勤務環境改善の状況を全国比較するための自己診断機能を追加

# 極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

○ 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人（1.8%）、同100時間～90時間が約5400人（2.7%）、同90時間～80時間が約12000人（6.9%）いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。

(週勤務時間100時間のケース)



医療機関間の連携、機能分化

労働時間管理の適正化

会議等の効率化

タスクシェア・シフトにより削減

タスクシェア・シフトにより削減

タスクシェア・シフトにより削減

削減できない時間

(週勤務時間80時間のケース)



週100時間勤務の場合、削減可能時間を約25%削減できれば、週80時間水準が達成可能

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

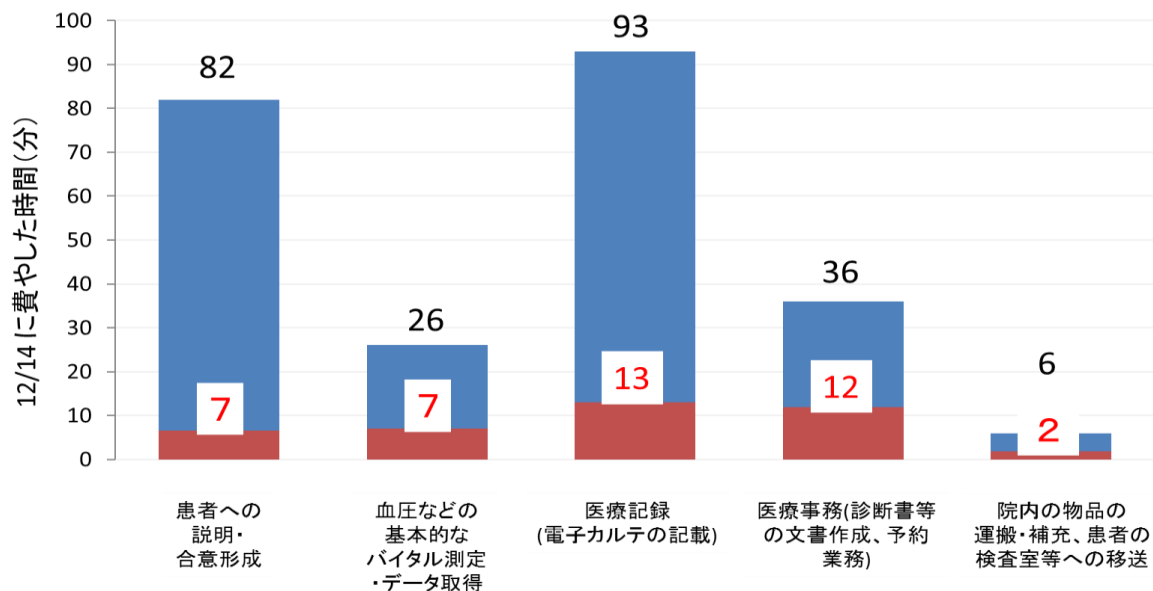
削減のイメージ (週勤務時間100時間程度の場合)	時間数イメージ
タスクシフト (医療従事者一般が実施可能な業務) による削減	週 7 時間程度削減
タスクシフト (特定行為の普及) による削減	週 7 時間程度削減
タスクシェア (他の医師) による削減	週 6 時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

# 医療従事者一般が実施可能な業務に係るタスクシフト

- 医師の労働時間短縮に向けては、医師でなくとも行える業務を他職種に移管していくことが重要であり、これまでの調査においては、他の医療従事者一般が実施可能な業務について、平均1日約40分程度が他職種へ移管できるとされている。本年2月にとりまとめた「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」においても、以下のような業務について、原則として医師以外の者が実施するよう求めているところ。
- こうした業務は、医師の勤務時間のうちおよそ7%に相当することから、すべて医療クランク、看護師等の職種へのタスクシフトを行うと、週100時間勤務の場合、**週7時間程度**の時間※がこれに相当する。  
※ 暫定特例水準が適用される医療機関では、前提として、こうした業務のタスクシフトによる医師の労働時間短縮が図られていることを想定。

## 1. 他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担 (他職種に分担できる時間(分))/12月14日の1日に費やした時間(分))



出典: 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

## 2. 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」における「4 タスク・シフティング(業務の移管)の推進」(抜粋)

各医療機関においては、医師の業務負担軽減のため、他職種へのタスク・シフティング(業務の移管)を推進する。

- 初療時の予診
- 検査手順の説明や入院の説明
- 薬の説明や服薬の指導
- 静脈採血
- 静脈注射
- 静脈ラインの確保
- 尿道カテーテルの留置(患者の性別を問わない)
- 診断書等の代行入力
- 患者の移動

等については、平成19年通知(※)等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施することで、医師の負担を軽減する。(後略)

(※)「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」(平成19年12月28日医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知)

# 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

## 考え方

勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。

医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。

### 1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- ❑ まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。
- ❑ ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

### 2 36協定等の自己点検

- ❑ 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
- ❑ 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

### 3 産業保健の仕組みの活用

- ❑ 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

### 4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

- ❑ 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
- ❑ 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

※「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」（平成19年12月28日医政発1228001号）

### 5 女性医師等の支援

- ❑ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

### 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組

- ❑ 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

- ❑ 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

## 勤務医を雇用する医療機関における取組項目

※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

## 行政の支援等

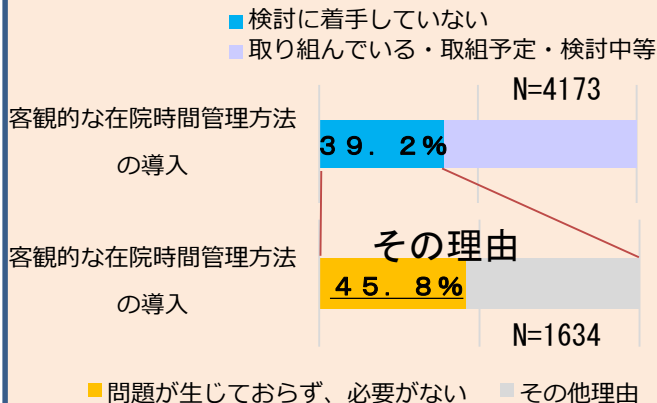
# 「緊急的な取組」の徹底に向けて

- 医師の労働時間短縮に関する当面今後5年間の改革を着実に進めるためには、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の確実な実施が不可欠。特に、労働基準法等に基づく基本的な労働時間管理は、現状においても使用者の責務であるが、昨年9～10月に実施したフォローアップ調査においては、検討に着手していない医療機関が一定程度あり、義務の未実施が疑われる。
- 「緊急的な取組」で求めた項目が未実施である病院については、2019年度中に都道府県医療勤務環境改善センターが全件、個別に状況確認を行い、必要な対応を求めていくこととする。
  - ※ 「緊急的な取組」の実施状況も踏まえて、医師の労働時間短縮に向けたさらなる行政の支援策を検討する。

(参考) 医師の労働時間短縮のための緊急的な取組 フォローアップ調査

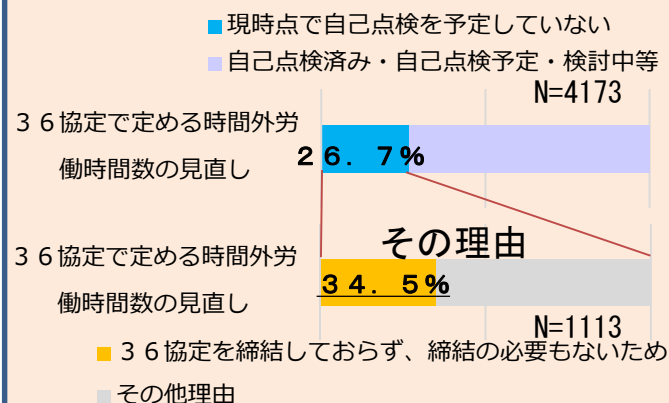
※平成30年度厚生労働省委託事業により、平成30年9～10月にかけて調査を実施

## 「労働時間管理の適正化に向けた取組」



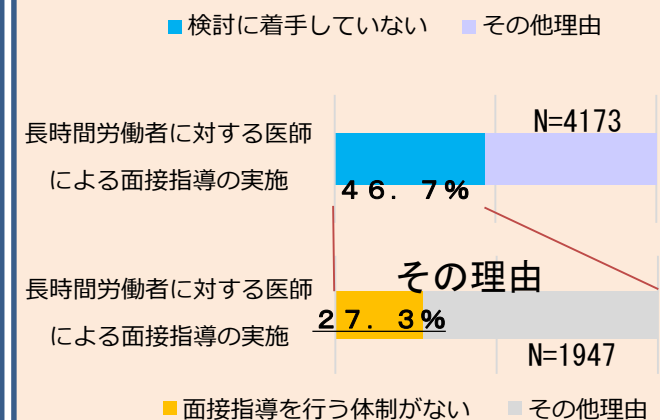
適切な労働時間管理は使用者の責務

## 「36協定等の自己点検」



現行（2024年4月の上限規制適用前）であっても、36協定を締結せずに時間外労働させると法違反（6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金）

## 「既存の産業保健の仕組みの活用」



現行でも、長時間労働の医師が申し出たら使用者には面接指導を行う義務があり、対応できるよう体制整備が必要

すべての医療機関に適正な労務管理を！！

# 特定行為研修の推進に係る支援等について

医療機関

## 看護師を研修に出し、研修修了者を活用する場合

- ・ 看護師を研修に出すための体制（受講料負担、職免等）を整備し、看護師に研修を受けてもらう。
- ・ 指定研修機関及び協力施設でない場合は、e-learning以外の実習については他施設で実施する。
- ・ 研修修了後は、研修修了者を現場で活動するために、手順書の作成及び活動モデルの検討、処遇の検討等の活動体制整備を行う。

### 医療機関への支援等

#### 【特定行為研修の導入・活用の推進】

- ✓ 地域医療介護総合確保基金（受講料等の費用補助、代替職員雇用の費用補助等）

#### <参考>

一定の要件を満たした研修修了者が、診療報酬上の施設基準の要件とされている項目がある。

## 指定研修機関になる場合

- ・ 自ら指定研修機関となり、自施設及び他施設の看護師の研修を実施する。
- ・ 指定研修機関としての体制整備（指導者の確保等）が必要。
- ・ 自施設において必要なパッケージ研修等を選択し、研修を実施できる。
- ・ 就労しながら実習を行うことが可能。

### 指定研修機関の協力施設（自施設で実習実施）になる場合

- ・ 指定研修機関の協力施設となることで、就労しながら実習を行うことが可能。

### 医療機関への支援

#### 【指定研修機関の確保の推進】

- ✓ 研修機関導促進支援事業（導入時の補助）
- ✓ 指定研修機関運営事業（ランニングコスト）※  
※協力施設については、指定研修機関から必要経費を支援

当事者

## 看護師のメリット

- ✓ 患者の状態を自律的に判断し、より安全かつ適切なタイミングで患者に必要な医療を提供することで、患者の早期回復を図ることができる。
- ✓ 患者を待たせず、タイムリーに医療を提供できることにより、看護師自身の精神的負担軽減を図ることができる。
- ✓ 医師との共通言語としての実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能を習得できる。
- ✓ 一般教育訓練給付金の活用
- ✓ 手当の支給や昇給、昇格

# 特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、**週7時間程度**の時間がこれに相当する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。

## 外科術後管理領域

手術

呼吸管理（気道管理含む）

循環動態・疼痛・栄養・代謝管理

疼痛管理

感染管理

ドレーン管理・抜去

CV抜去・PICC挿入

創部管理（洗浄・抜糸・抜釘）

## 術中麻酔管理領域

術前

麻酔に係る術前評価

気道確保

全身麻酔の補助

ライン確保

術中

術中の麻酔・呼吸・  
循環管理

術後

麻酔の覚醒

術後の呼吸・循環・疼痛管理

## 在宅・慢性期領域

気管カニューレ  
の交換

脱水症状に  
対する輸液  
による補正

胃ろうカテーテル  
若しくは腸ろうカ  
テーテル  
又は胃ろうボタ  
ンの交換

褥瘡又は慢性  
創傷の治療にお  
ける  
血流のない壊死  
組織の除去

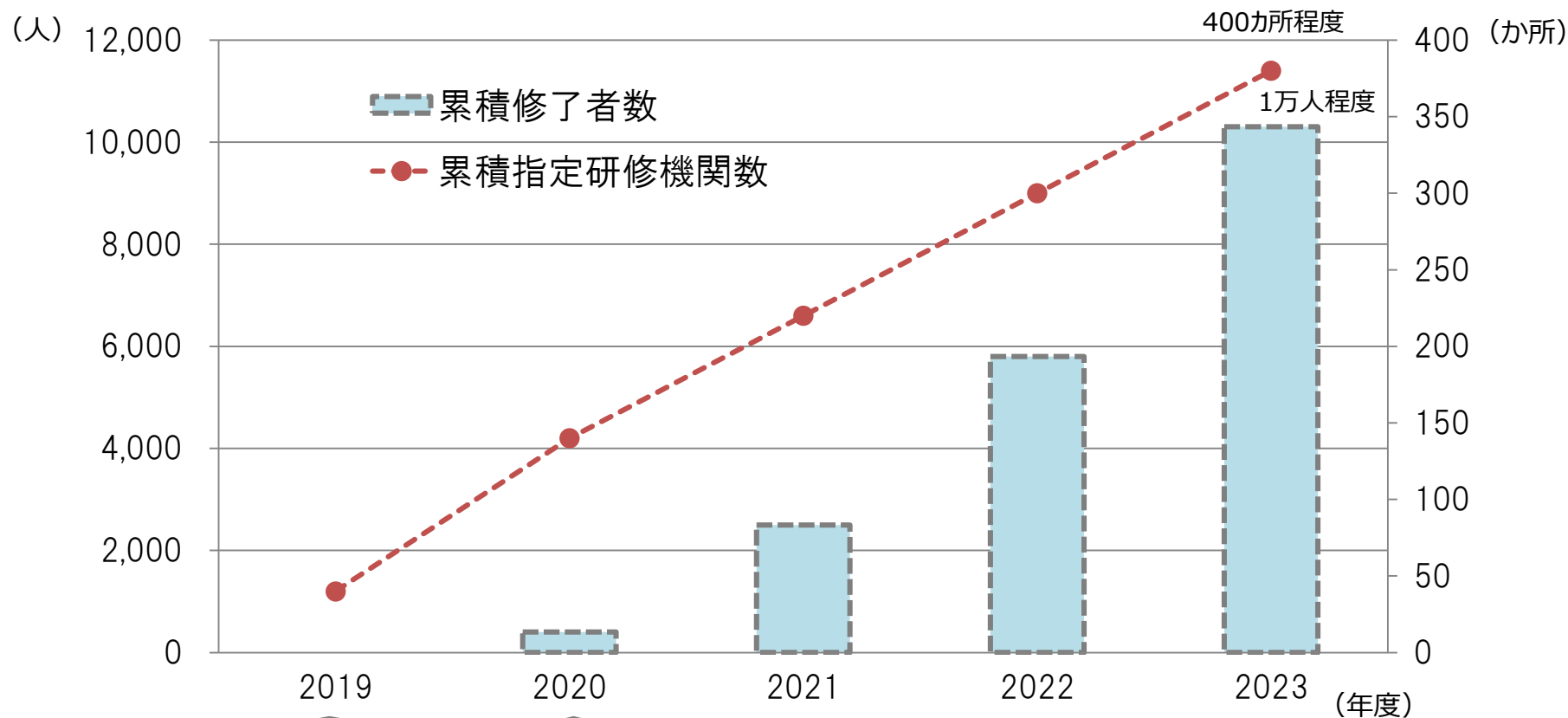
外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

# 特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

- 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

## ■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



省令改正（パッケージ研修  
創設）  
パッケージ研修を実施する  
指定研修機関の申請開始

パッケージ研修  
開始

## 他の医師に対するタスクシェア

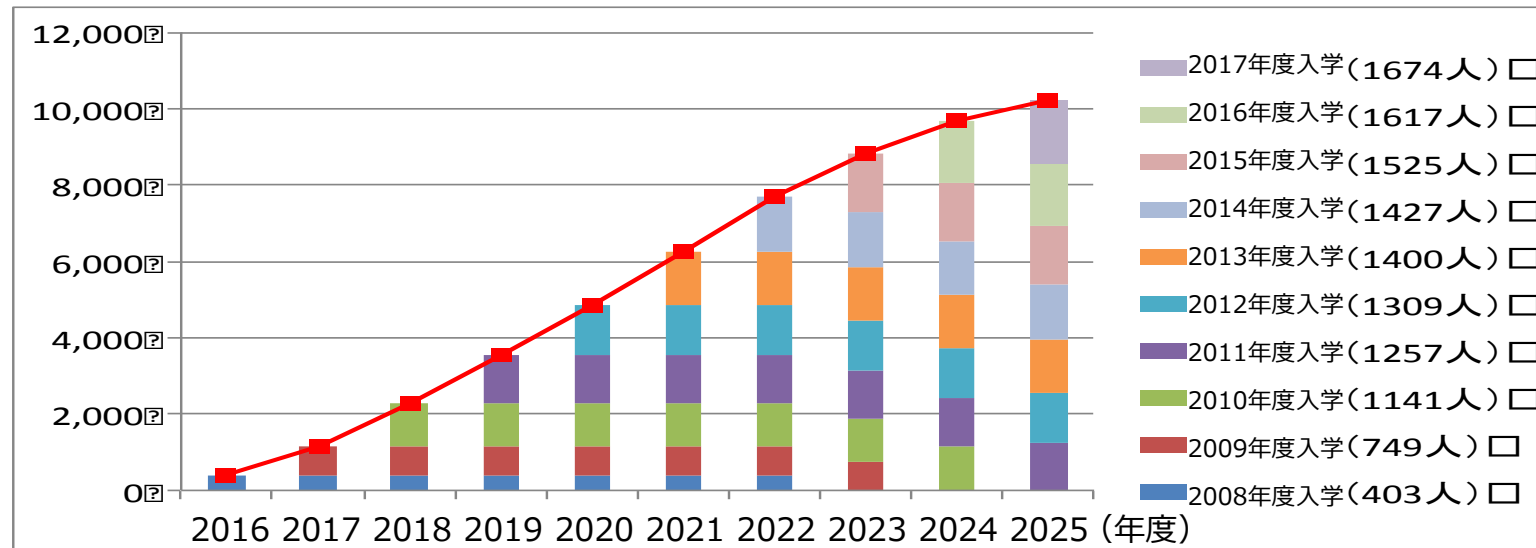
- 2008年度以降、地域枠を中心として臨時的な定員増を行ってきており、地域枠の充足率や定着率を考慮しても、2024年度には最低でも5000人以上※の医師が義務履行中であると考えられる。
- その4分の1程度の人数の医師が、週80時間の時間外労働時間の水準の達成が難しい医療機関に派遣され、そうした複数の医師の業務を横断的にタスクシェアすると、6%程度の業務削減が可能であり、週100時間勤務の場合、**週6時間程度**の時間がこれに相当する。

※ なお、地域枠医師は、地域医療に従事することが求められており、地域の総合的な診療に従事することから、専門診療科の医師の業務をそのまま代替するのではなく、救急外来、ICU管理、病棟管理業務等について、タスクシェアが可能。

また、地域枠医師のうち、医学部定員の臨時増員と連動した地域枠であって、地域枠修学資金が貸与され、地域等における義務履行義務がある医師の人数は、2024年度には臨時定員ベースで7000人以上、充足率や離脱率を踏まえても5000人以上いると推計される。

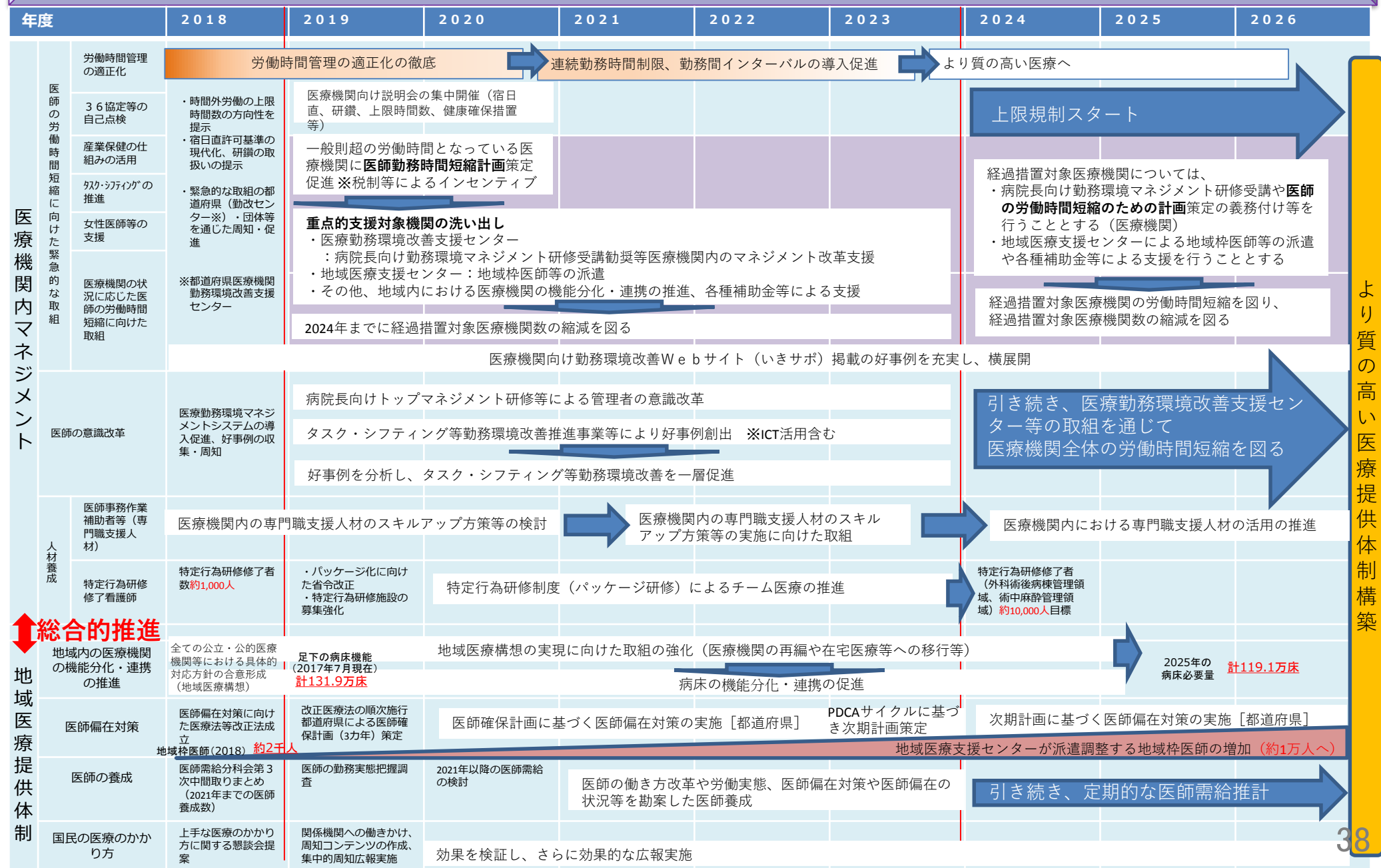
### 臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

(人)



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

# 医療機関における医師の労働時間の短縮に向けて(ロードマップ)



より質の高い医療提供体制構築

# 当直時間帯における診療の時間の分布(自計式・30分単位)

○ 当直時間帯には、日中と同程度に診療が発生している場合から断続的に診療が発生している場合、  
ほぼ診療がない場合(いわゆる寝当直)まである。

病院種類	診療科	1日目												2日目												診療時間					
		17:00-17:30	17:30-18:00	18:00-18:30	18:30-19:00	19:00-19:30	19:30-20:00	20:00-20:30	20:30-21:00	21:00-21:30	21:30-22:00	22:00-22:30	22:30-23:00	23:00-23:30	0:00-0:30	0:30-1:00	1:00-1:30	1:30-2:00	2:00-2:30	2:30-3:00	3:00-3:30	3:30-4:00	4:00-4:30	4:30-5:00	5:00-5:30		5:30-6:00	6:00-6:30	6:30-7:00	7:00-7:30	7:30-8:00
大学病院以外	内科																														12時間30分
大学病院	循環器内科																														11時間
大学病院	麻酔科																														11時間
大学病院以外	外科																														10時間
大学病院	麻酔科(ICU)																														11時間
大学病院	食道胃腸外科																														9時間30分
大学病院以外	内科																														9時間30分
大学病院	循環器内科																														9時間
大学病院	産婦人科																														9時間
大学病院以外	泌尿器科																														9時間
大学病院	循環器内科																														8時間30分
大学病院	眼科																														8時間
大学病院	整形外科																														8時間
大学病院以外	外科																														8時間
大学病院	産婦人科																														7時間30分
大学病院以外	内科																														7時間30分
大学病院以外	内科																														7時間
大学病院	周産期母性科																														7時間
大学病院	産婦人科																														7時間
大学病院	整形外科																														7時間
大学病院	整形外科																														7時間
大学病院以外	心臓血管外科																														6時間30分
大学病院以外	循環器内科																														6時間30分
大学病院	循環器内科																														6時間
大学病院	小児科																														6時間
大学病院	整形外科																														6時間
大学病院	周産期母性科																														5時間30分
大学病院	肝臓科																														5時間
大学病院以外	整形外科																														5時間
大学病院	食道胃腸外科																														4時間30分
大学病院	消化器内科																														4時間30分
大学病院	眼科																														4時間30分
大学病院	消化器血液内科																														4時間30分
大学病院	泌尿器科																														4時間30分
大学病院以外	救急科																														4時間
大学病院以外	小児科																														3時間30分
大学病院以外	産婦人科																														3時間30分
大学病院以外	消化器内科																														3時間30分
大学病院	消化器血液内科																														3時間
大学病院	小児科																														3時間
大学病院以外	小児科																														3時間
大学病院以外	救急科																														2時間30分
大学病院	泌尿器科																														2時間30分
大学病院以外	外科																														2時間
大学病院	産婦人科																														2時間
大学病院	眼科																														2時間
大学病院	整形外科																														2時間
大学病院以外	整形外科																														2時間
大学病院以外	小児科																														2時間
大学病院以外	小児科																														2時間
大学病院以外	小児科																														2時間
大学病院	消化器血液内科																														2時間
大学病院	整形外科																														2時間
大学病院	整形外科																														2時間
大学病院	泌尿器科																														2時間
大学病院	精神科																														2時間
大学病院	消化器血液膠原病内科																														1時間30分
大学病院	整形外科																														1時間30分
大学病院以外	産婦人科																														1時間
大学病院	消化器血液内科																														1時間
大学病院	泌尿器科																														1時間
大学病院	泌尿器科																														1時間
大学病院	泌尿器科																														1時間
大学病院	神経科精神科																														1時間
大学病院以外	小児科																														0時間
大学病院以外	女性診療科・産科																														0時間
大学病院	整形外科																														0時間
大学病院	整形外科																														0時間
大学病院	泌尿器科																														0時間
大学病院	泌尿器科																														0時間

○ 日中と同程度に診療が発生している場合

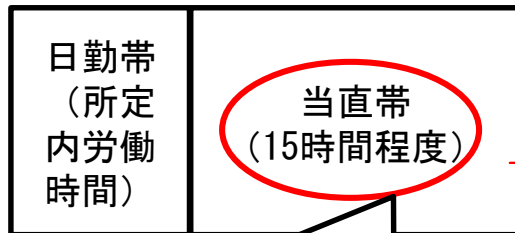
○ 一定の頻度で診療が発生している場合

○ ほぼ診療時間がない場合(いわゆる寝当直)

# 医師の労働時間にかかる論点の取扱い(宿日直)

労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。

例えば  
8:30                      17:30                      翌8:30



## 様々な実態

- ほとんど実働がない、いわゆる「寝当直」
- 救命救急センター等、ほぼ一晩中実働である
- その中間

- (原則の考え方) 指示があった場合には即時に業務に従事することを求められている場合は、手待時間として労働時間。
- (特例) 労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働⇒労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外。  
(※この場合、15時間程度のうち実働した時間のみが規制対象)
- 許可に当たっては、①一般的許可基準(昭和22年発出)と、②医師、看護師用の詳細な許可基準(昭和24年発出)により判断。今後、②について、第9回検討会でお示しした案を元に、許可対象である「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」の例示を明確化して示すこととしたい。

(第9回検討会にお示しした案に、ご議論を踏まえた修正をしたもの)

- 「病棟当直において、少数の要注意患者の状態の変動への対応について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」
- 「外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間(例えば非輪番日であるなど)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」

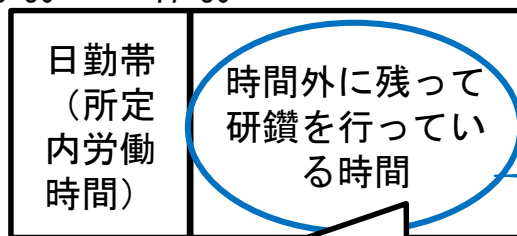
※なお、休日・夜間に結果的に入院となるような対応が生じる場合があっても、「昼間と同態様の労働に従事することが稀」であれば、宿日直許可は取り消さない。

# 医師の労働時間にかかる論点の取扱い(研鑽)

研鑽が労働時間に該当するかどうかについても、「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断することとなるが、現場における医師の研鑽の労働時間管理の取扱いについて、第12回検討会でお示した案を概ねの内容として、今後、考え方と適切に取り扱うための手続を示すこととしたい。

例えば

8:30 17:30



様々な実態

- ・ 診療ガイドライン等の勉強
- ・ 勉強会の準備、論文執筆
- ・ 上等の診療や手術の見学・手伝い

□ 医師の研鑽については、

- ・ 医学は高度に専門的であることに加え、日進月歩の技術革新がなされており、
- ・ そのような中、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。

□ 労働に該当する範囲を医師本人、上司、使用者が明確に認識しうるよう、基本となる考え方を示すとともに、上司の指示と労働に該当するかどうかの判断との関係を明確化する手続等を示す。

研鑽の類型	考え方・手続
診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 一般的に、診療の準備行為等として、労働時間に該当。</li><li>・ ただし、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行っていることが確認されていれば、労働時間に該当しないものとして取り扱う。</li></ul>
学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新等	<ul style="list-style-type: none"><li>・ こうした研鑽が奨励されている等の事情があっても、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行う時間については、一般的に労働時間に該当しない。</li><li>・ ただし、見学中に診療（手伝いを含む。以下同じ。）を行った時間は労働時間として取扱い、見学の時間中に診療を行うことが慣習化（常態化）している場合は、見学の時間すべてを労働時間として取り扱う。</li></ul>
当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行うこと	

必要な手続等

- 研鑽を行うことについての医師の申告と上司の確認（その記録）
- 通常勤務と明確に切り分ける（突発的な場合を除き診療等を指示しない、服装等）

# 副業・兼業における労働時間管理について①

＜現行の関係法令等＞

## ○ 労働基準法(昭和22年法律第49号)

第三十八条 労働時間は、**事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については通算する。**

## ○ 昭和23年5月14日 基発第769号(局長通達)

「**事業場を異にする場合**」とは**事業主を異にする場合をも含む。**」

### 労働時間

- 複数の事業場で労働する場合、労働基準法の労働時間に関する規制（原則1日8時間、週40時間）は通算して適用される。
- 事業主は、自らの使用する労働者が実際に働いた時間を把握することとされている。
- 制度の当てはめ  
(例) 事業主Aのもとで働いていた労働者が、後から事業主Bと労働契約を締結した場合の割増賃金の支払い義務者

事業主A:  
所定労働時間1日5時間

事業主B:  
所定労働時間1日4時間

事業主Bにおいて  
法定外労働1時間発生

⇒ この場合、事業主Aが労働者と労働契約を締結した後に、事業主Bが労働者と労働契約を締結しているため、事業主Bに法定の割増賃金の支払い義務がある。（後から契約を締結する事業主は、その労働者が他の事業場で労働していることを確認したうえで、契約を締結すべきとの考え方を前提にしている。）

## 副業・兼業における労働時間管理について②

実例（甲乙事業場ともに、双方の労働時間数を把握しているものとします。）

（１） 甲事業主と「所定労働時間 8 時間」を内容とする労働契約を締結している労働者が、甲事業場における所定労働日と同一の日について、乙事業主と新たに「所定労働時間 5 時間」を内容とする労働契約を締結し、それぞれの労働契約のとおり労働した場合。

（答）

- 1 甲事業場の所定労働時間は8時間であり、法定労働時間内の労働であるため、所定労働時間労働させた場合、甲事業主に割増賃金の支払義務はありません。
- 2 甲事業場で労働契約のとおり労働した場合、甲事業場での労働時間が法定労働時間に達しているため、それに加え乙事業場で労働する時間は、全て法定時間外労働時間となります。
- 3 よって、乙事業場では時間外労働に関する労使協定の締結・届出が無ければ当該労働者を労働させることはできず、乙事業場で労働した5時間は法定時間外労働であるため、乙事業主はその労働について、割増賃金の支払い義務を負います。

甲事業場： 8 時間

労働時間が法定労働時間（8 時間）  
に達する

乙事業場： 5 時間

乙事業場で行う 5 時間の労働は  
法定時間外労働になる

## 副業・兼業における労働時間管理について②

(2) 甲事業主と「所定労働日は月曜日から金曜日、所定労働時間8時間」を内容とする労働契約を締結している労働者が、乙事業主と新たに「所定労働日は土曜日、所定労働時間5時間」を内容とする労働契約を締結し、それぞれの労働契約のとおり労働した場合。

(答)

- 1 甲事業場での1日の労働時間は8時間であり、月曜から金曜までの5日間労働した場合、労働時間は40時間となり、法定労働時間内の労働であるため、労働契約のとおりさせた場合、甲事業主に割増賃金の支払義務はありません。
- 2 日曜日から土曜日の暦週で考えると、甲事業場で労働契約のとおり労働した場合、労働時間が週の法定労働時間に達しているため土曜の労働は全て法定時間外労働となります。
- 3 よって、乙事業場では時間外労働に関する労使協定の締結・届出が無ければ当該労働者を労働させることはできず、乙事業場で土曜日に乙事業場で労働した5時間は、法定時間外労働となるため、乙事業主は5時間の労働について、割増賃金の支払い義務を負います。

日		
月	甲事業場：8時間	月曜から金曜までで、労働時間が40時間に達する
火	甲事業場：8時間	
水	甲事業場：8時間	
木	甲事業場：8時間	
金	甲事業場：8時間	
土	乙事業場：5時間	→ 土曜日に乙事業場で行う5時間の労働は法定時間外労働になる

# 副業・兼業の促進に関するガイドライン（平成30年1月策定）

○ 平成30年1月、「副業・兼業の促進に関するガイドライン」を策定。

## ガイドライン概要

### 1 副業・兼業の現状

副業・兼業を希望する者は年々増加傾向にある一方、多くの企業が認めていない。

### 2 副業・兼業の促進の方向性

業種や職種によって仕事の内容、収入等も様々な実情があるが、自身の能力を一企業にとらわれずに幅広く発揮したいなどの希望を持つ労働者が、長時間労働を招かないよう留意しつつ、雇用されない働き方も含め、希望に応じて幅広く副業・兼業を行える環境を整備することが重要。

### 3 企業の対応

- ・原則、副業・兼業を認める方向で検討することが适当。
- ・副業・兼業を認める場合には、労務提供上の支障や企業秘密の漏洩等がないか、長時間労働を招くものとなっていないか確認する観点から、労働者から、副業・兼業の内容等を申請・届出させることが考えられる。
- ・就業時間の把握  
**労働者の自己申告により、副業・兼業先での労働時間を把握**することが考えられる。
- ・健康管理  
**副業・兼業を推奨している場合には、副業・兼業先の状況も踏まえて健康確保措置を実施することが适当。**

### 4 労働者の対応

- ・勤めている企業の副業・兼業に関するルール（労働契約、就業規則等）を確認し、そのルールに照らして、業務内容や就業時間等が適切な副業・兼業を選択する必要。
- ・労働者自ら、本業及び副業・兼業の業務量や健康状態の管理が必要。

### 5 副業・兼業に関わるその他の現行制度について

労災保険、雇用保険、厚生年金保険、健康保険について

更なる制度的な見直しについては、学識経験者からなる「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」において検討中。

# 医療従事者の勤務環境改善の促進

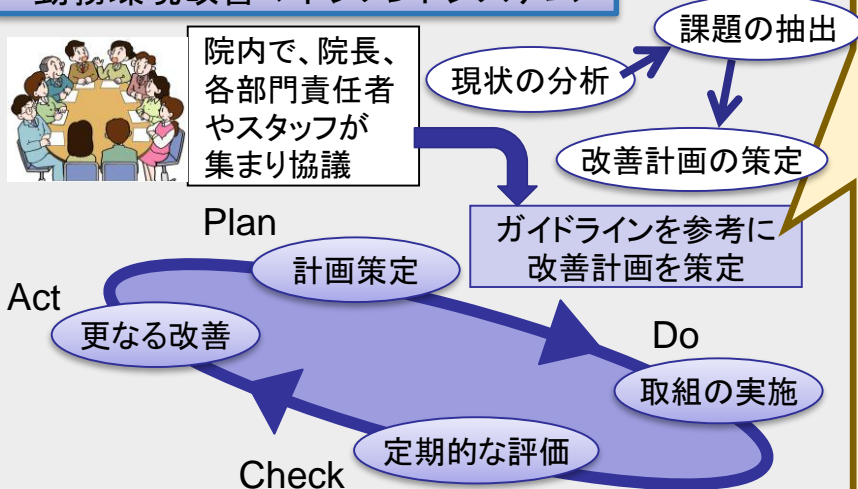
医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、

- 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
- 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。

➡ 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進。

## 勤務環境改善に取り組む医療機関

### 勤務環境改善マネジメントシステム



- 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）
- 勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）

#### 「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など

#### 「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、  
勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



## 都道府県 医療勤務環境改善支援センター

（平成29年3月現在 全都道府県においてセンター設置済み）

- 医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）と  
医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が  
連携して医療機関を支援
- センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体  
（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、  
薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業  
経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

## 1. 大綱の概要

長時間労働の実態が指摘される医師の勤務時間短縮のため必要な器具及び備品、ソフトウェア、また地域医療提供体制の確保のため地域医療構想で合意された病床の再編等の建物及びその附属設備、さらに共同利用の推進など効率的な配置の促進に向けた高額医療機器の3点において、特別償却制度の拡充・見直しを行う。

## 2. 制度の内容

### ①医師及び医療従事者の働き方改革の推進【拡充】

- 「医師は全業種の中で最も長時間労働の実態にある」ことに対応し、地域における安全で質の高い医療を提供するため、医師・医療従事者の勤務時間短縮に資する一定の設備について、特別償却をできることとする。

【対象設備】医療機関が、都道府県に設置された医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師勤務時間短縮計画に基づき取得した器具・備品（医療用機器を含む）、ソフトウェアのうち一定の規模（30万円以上）のもの

【特別償却割合】取得価格の15%

### ②地域医療構想の実現のための病床再編等の促進【拡充】

- 地域医療構想の実現のため、民間病院等が地域医療構想調整会議において合意された具体的対応方針に基づき病床の再編等を行った場合に取得する建物等について、特別償却をできることとする。

【対象設備】病床の再編等のために取得又は建設（改修のための工事によるものを含む）をした病院用等の建物及びその附属設備（既存の建物を廃止し新たに建設する場合・病床の機能区分の増加を伴う改修（増築、改築、修繕又は模様替）の場合）

【特別償却割合】取得価格の8%

### ③医療用機器の効率的な配置の促進【延長】

- 医療用機器の特別償却について、配置の効率化又は共同利用を特に図る必要がある特定の医療用機器（CT、MRI）の配置効率化等を促す仕組みを講じた上で、期限を2年延長する。

【特別償却割合】取得価格の12%

## 【課題】


- 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)等を踏まえ、「医師の働き方改革に関する検討会」において、平成31年3月までに結論を得るべく医師の労働時間短縮・勤務環境改善策等について議論されている。同検討会の「中間的な論点整理」(平成30年2月27日)において、医師の実施している業務の中には他職種へのタスク・シフティング(業務の移管)が可能な業務も一定程度あるといった意見を始め、医師事務作業補助者等事務職へのタスク・シフティング、看護職員へのタスク・シフティング、薬剤師による病棟での服薬指導等の推進などが必要であるとされている。

## (事業内容)

- ・タスク・シフティングなどの勤務環境改善の先進的取組を行う医療機関に必要な経費を補助するとともに、当該取組の効果・課題について検証・評価し、周知することにより先進的取組の普及を図る。
- ・医療関係団体が、医療機関向けの会議開催や好事例の普及等を通じて、医師等の勤務環境改善に資する取り組みを行う場合の必要な経費に対する支援を実施。

## 個別医療機関における勤務環境改善に係る先進的取組

医師の実施している業務を他の職種へ移管することや、当直明けの勤務負担の緩和、勤務間インターバル制度等の導入などの勤務環境改善に取り組んでいる医療機関に対し、以下のように追加的費用のかかる取組を実施している場合の財政的支援及び当該取組の周知

 http://

・ICTやタブレット等を活用した勤務環境改善

・医師事務作業補助者養成経費(外部講師招へいや外部研修費用)  
・医療機関における医師・看護師業務の補助者導入経費(診療報酬加算が算定できない場合に限る)



・個別医療機関で勤務体系等を改定する具体的内容検討や事務作業などを外部専門家に委託等した場合の費用

好事例の普及

## 医療関係団体による勤務環境改善の取組支援



会議開催等を通じた好事例の普及等医師の勤務環境改善に資する取組に係る経費への補助

## 【課題】

- 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)等を踏まえ、「医師の働き方改革に関する検討会」において、平成31年3月までに結論を得るべく医師の労働時間短縮・勤務環境改善策等について議論されている。同検討会の「中間的な論点整理」(平成30年2月27日)において、改革の必要性は認識しているがどのように取り組めばいいかわからない医療機関、改革の必要性をまだ認識していない医療機関もあることから、法人形態の特徴にも留意しつつ、これらの違いに応じた異なるアプローチによる医療機関側の意識改革や労務管理等に関する具体的なマネジメント改革の進め方が必要であるとされている。

## (事業内容)

- ・医師の働き方改革に向けた地域リーダー育成のためのトップマネジメント研修や都道府県単位の病院長向け研修を実施。

### トップマネジメント研修(仮称)

※保健医療科学  
院において実施



全ての都道府県から推薦された病院長に対し、意識改革や勤務環境・処遇などの労務管理に関するマネジメントに係る研修

### 各都道府県における研修

※医療関係団体  
等に業務委託



トップマネジメント研修を受講した病院長を含めた有識者が講義

### 各医療機関での実践



各都道府県における研修を受講した病院長が院内の勤務環境改善策を検討・実施

## 【現行の福祉医療機構（医療貸付事業）による融資について】

- 医療貸付事業については、病院、介護老人保健施設、介護医療院及び診療所等を開設する個人又は医療法人等に対し、病院等の設置・整備又は経営に必要な資金の貸付けを行い、社会福祉の増進並びに医療の普及及び向上を図ることを目的としている。
- 長期運転資金関連の既存の融資メニューとしては以下のものがこれまでに設定されている（一例）。
  - ・ **病院等に係る経営安定化資金**（一時的な特殊要因等により生じた資金不足を解消するために必要な資金繰り資金等貸付限度額：病院1億円、診療所4,000万円、平成30年12月12日現在の貸付利率は0.81%）
  - ・ **地域医療構想支援資金**（地域医療構想達成に向けた取組を実施する医療機関として都道府県が位置付けた病院等であって、資金繰りの負担や収益構造の変化に適切に対応し、引き続き安定的な事業運営を行うために必要な資金貸付限度額：病院5億円、診療所3億円、平成30年12月12日現在の貸付利率は1.01%）

## 【医療従事者の働き方改革支援資金の概要】

（資金種類）

- ・ 長期運転資金

（融資条件）

- ・ 勤務環境改善にかかる費用について具体的な金額を盛り込んだ事業計画書を提出すること
- ・ 貸付限度額：病院5億円、診療所3億円  
（既存の長期運転資金と併用する場合であっても上記を合計額の上限とする）
- ・ 償還期間：10年以内（据置期間4年以内）
- ・ 利率：予定されている貸付利率は平成30年12月12日現在を基準とした場合0.51%



独立行政法人福祉医療機構



厚生労働省の政策目的  
に沿った低利融資



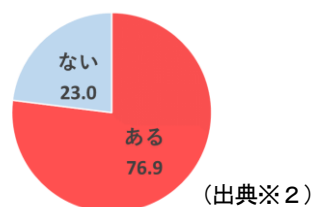
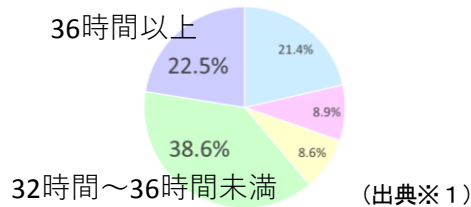
# 想定される医療の在り方の変化イメージ(患者・国民からみて)

※事務局案を前提とした整理

## 医師が疲弊し、今のままでは医療は崩壊の危機

【当直明け連続勤務】

【ヒヤリハット体験の割合】



## 何でも医師がしてくれることが当たり前

現在医師が行っている業務の中には、医師以外の職種へのタスク・シフティングやICT等の技術活用が可能なものも存在

(例) ・医療従事者一般が行える業務(電子カルテ入力等): 医師の業務時間の約7%  
・特定行為研修修了看護師が行える業務: 約3%程度(外科系医師では約7%)(出典※3)

## 医療アクセスが良く便利だが、非効率な場合も

地域の医療機関間の役割分担が進んでおらず、非効率な時間外救急の受入体制などが、医師の長時間労働の一因となっている

患者・家族は受診の要否の判断が難しく、不安が夜間休日を含めた不急の受診につながる

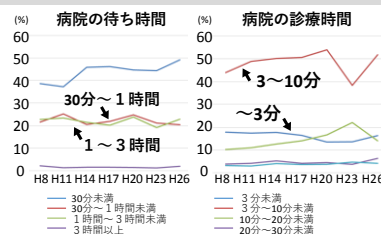
病院の待ち時間が長く、診療時間が短い

【ある救急相談センターの例】

割合

119番へ転送	13.2%
救急車以外の手段での速やかな受診を勧奨	28.6%
6時間以内の受診	27.4%
翌日日勤帯に受診を勧奨	16.6%
経過観察	6.2%

(出典※4)



国民の理解・患者の上手なかかり方を進めながら

連続勤務時間制限28時間・インターバル9時間確保による休息の確保  
(時間外労働年960時間を超える医師義務化)

⇒ 医師の健康が確保され、より安心・安全な医療を受けられることを目指す

他職種へのタスク・シフティングやICT等の技術の活用により、チーム医療を推進・医療の効率性を向上

⇒ 多様な医療専門職の専門性を活かしたきめ細やかなケア、新技術を活かした効率的で質の高いサービスを受けられることを目指す

地域の医療機関の機能分化・連携が進む

⇒ 効率的な医療が提供されることで、将来にわたり必要な医療が受けられることを目指す

行政・医療界が信頼できる医療情報を発信し、受診に関する相談体制を充実

⇒ 信頼できる医療情報や専門家のアドバイスにより、安心して適切な医療を受けられるようにし、混雑の緩和も目指す

# 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会について

## 1. 趣旨・検討事項

- 患者・国民が安心して必要な医療を受ける観点からは、現在検討が行われている医師の働き方改革や、地域における医師確保対策といった医療提供者側の取組だけでなく、患者やその家族である国民の医療のかかり方に関する理解が欠かせない。
- 受診の必要性や医療機関の選択など上手に医療にかかることができれば、患者・国民にとっても、必要なときに適切な医療機関にかかることができ、また、時間外・土日の受診や大病院への患者集中による混雑などの緩和にもつながるものである。その結果として、医療提供者側の過度な負担が緩和され、医療の質・安全確保の点からの効果が期待される。
- また、企業や保険者にとっても、治療と仕事の両立にも資するものであり、患者が必要としない受診の減少にもつながることから、幅広い関係者の共通理解や協力が求められるものであり、各関係者の役割なども整理しながら取組を進めていく必要がある。

### ＜検討事項＞

- (1) 医療のかかり方に関する情報の収集・整理、各分野の取組の見える化など周知すべきコンテンツの整理(例:「医療のかかり方ホームページ」を特設)
- (2) わかりやすいリーフレットの作成(上手な医療のかかり方の重要性和コンテンツへのアクセス方法をコンパクトにまとめて広める)
- (3) 効果的な広報の在り方(対象のセグメンテーションと、属性に応じたメッセージや広報ツール・手法の選択)
- (4) 厚生労働省の取組と各分野の団体の取組の整理・連携の在り方
- (5) その他

## 2. 構成員

※五十音順、◎座長

阿真 京子	「一般社団法人知ろう小児医療守ろう子ども達の会」代表理事
岩永 直子	BuzzFeed Japan News Editor(Medical担当)
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
小室 淑恵	株式会社ワーク・ライフバランス 代表取締役社長
佐藤 尚之	株式会社ツナグ代表取締役
◎渋谷 健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
鈴木 美穂	認定NPO法人マギーズ東京 共同代表理事
デーモン閣下	アーティスト
豊田 郁子	患者・家族と医療をつなぐ特定非営利活動法人架け橋理事長
褒 英洙	ハイズ株式会社 代表取締役社長
村木 厚子	津田塾大学客員教授
吉田 昌史	延岡市健康福祉部地域医療対策室総括主任

## 3. 開催経過

- 第1回(平成30年10月5日)
- 第2回(平成30年10月22日)
- 第3回(平成30年11月12日)
- 第4回(平成30年12月6日)
- 第5回(平成30年12月17日)

# 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会における議論の経過

日時等	主な議事
第 1 回 (平成30年10月 5 日)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療のかかり方に関する現状について</li> <li>2. 医療のかかり方の周知に関する取組について（ヒアリング）               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 民間団体の取組 阿真構成員</li> <li>(2) 宮崎県延岡市の取組 吉田構成員</li> </ol> </li> <li>3. 自由討議</li> </ol>
第 2 回 (平成30年10月22日)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 前回の議論の整理</li> <li>2. チーム医療の推進について     斐構成員からヒアリング</li> <li>3. 勤務医の状況     赤星参考人（勤務医）からヒアリング</li> <li>4. 自由討議</li> </ol>
第 3 回 (平成30年11月12日)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヒアリング               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) チュージング・ワイズリー～医療の賢い選択～         群星沖縄臨床研修センター総合診療医 徳田参考人</li> <li>(2) 日本の医療の良さを知ったうえで今後も持続させるために         公益社団法人日本医師会副会長         今村参考人</li> <li>(3) 健康保険組合が取り組む広報活動について         健康保険組合連合会常務理事         河本参考人</li> </ol> </li> <li>2. これまでの議論の整理</li> <li>3. 自由討議</li> </ol>
第 4 回 (平成30年12月 5 日)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. これまでの議論の整理</li> <li>2. 上手に医療にかかるための5つのポイント</li> </ol>
第 5 回 (平成30年12月17日)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！</li> </ol>

# 「いのちをまもり、医療をまもる」 国民プロジェクト宣言！

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、  
病院・診療所にかかるすべての国民と、  
国民の健康を守るために日夜力を尽くす医師・医療従事者のために、  
「『いのちをまもり、医療をまもる』ための5つの方策」の実施を提案し、  
これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

特に、医療の危機と現場崩壊は深刻で、  
「いのちをまもること」「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。  
これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、  
医療の恩恵を被る「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、  
国民的プロジェクトだと我々は考えています。

### 「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

- ① 患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- ② 医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- ③ 緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
- ④ 信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- ⑤ チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

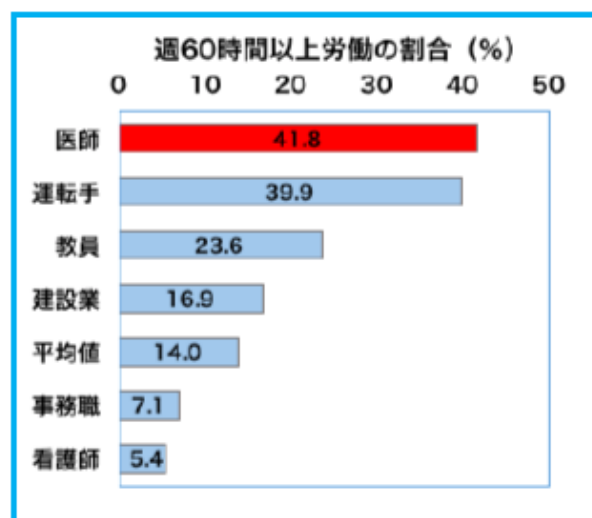
私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、  
この5つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、  
すべての関係者の取り組みが前進するよう、  
来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

まず、日本において「医師は、全職種中、最も労働時間が長い」という現実を知ってください。

また、日本の医師の「3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える」※1) こと、  
「6.5%が抑うつ中等度以上」であること、  
「半数近くが睡眠時間が足りていない」こと。

そして、「76.9%がヒヤリ・ハットを体験している」ことなども知ってください。

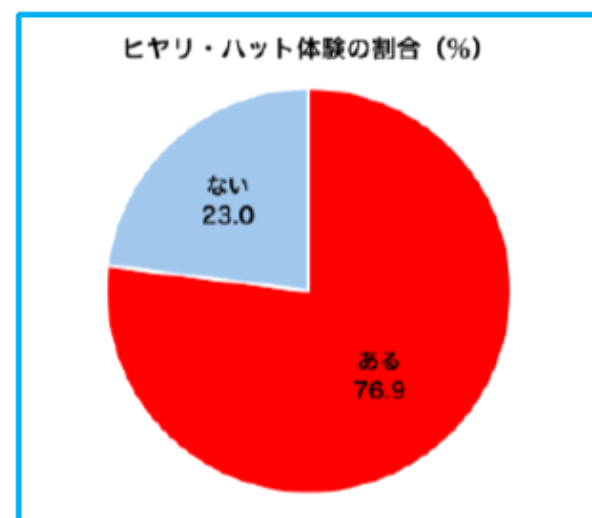
## こういう現実を放っておくと、 確実に医療の現場は崩壊します。



出典：総務省統計局 平成24年度就業構造基本調査

勤務医1万人アンケート (H27年度)	
項目	割合 (%)
最近1ヶ月間で休みなし	5.9
平均睡眠時間5時間未満	9.1
当直日の平均睡眠時間4時間以下	39.3
不健康・健康でない	20.1
自殺や死を毎週または毎日考える	3.6
抑うつ中等度以上	6.5

出典：日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会答申 (平成28年3月)



出典：労働政策研究・研究機構 勤務医の就労実態と意識に関する調査 (2012年)

※1 米国の研究では、男性医師の自殺率は一般男性の1.4倍、女性医師では一般女性の2.7倍であることが示されている (Schernhammer ES, Colditz GA. Am J Psychiatry 2004;161: 2295-2302)。

# 「医療危機」は国民全員が考え、取り組むべき重要な問題です

## 市民側の要因

- 医師の意見だけを信頼し、些細なことでも「とにかく医師に聞こう」と思ってしまう
- 軽症重症に関わらず、大病院で受診して安心を得ようとしてしまう
- 緊急かどうか判断せずに、救急車を利用してしまう

## 行政側の要因

- 国民や現場医師の声が反映されにくい診療報酬・政策決定プロセスやメンバー構成などの問題を放置している
- 必要な情報が必要な人に提供・伝達できていない
- 形式的でインパクトに乏しい施策を実行している

# 「医療危機」 4つの要因

## 医師/医療提供者側の要因

- 「医師が一番」という構造・意識が蔓延している
- 医師が全てを担うべきと、医師自身が思い込んでいる
- 男性を中心とした働き方や慣習がはびこり、限られた人材で業務を回さざるを得なくなっている

## 民間企業側の要因

- 従業員が体調が悪い時に休んでいない（休めない）ことが、緊急でない夜間・休日受診の一因になっていることを理解していない
- 健診のデータが効果的に活用されていない
- 健康投資はコストにすぎないという意識がある



## ～医療を取り巻く社会経済状況～

厳しい財政状況  
 疾病構造やニーズの変化・多様化  
 医療需要が増える中での働き手の減少  
 予防努力が評価されない制度

# 「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

## 市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
  - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
  - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
  - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
  - ・ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

市民

行政

## 行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
  - ・ 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング(両親学級や乳幼児健診など)での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
  - ・ 「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
  - ・ 学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える(※4)
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
  - ・ フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
  - ・ 企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

医師/医療提供者

民間企業

## 医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職健健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
  - ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつながる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※3)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

## 民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
  - ・ それによりテレワークや休暇取得がしやすいくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。

※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・協働し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。

※3 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

※4 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」(外科手術の助手や術後管理等を担当)が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる。医師と看護師の間で職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師(プラクティス・ナース)により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

## 市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
  - ・日中であれば院内の患者・家族支援窓口（相談窓口）も活用できる
  - ・夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
  - ・抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
  - ・日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

## 医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する  
(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- タスクシフト・タスクシェア（業務の移管・共同化）を推進する
  - ・医療の質を上げ、患者の満足を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※3)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある（→5つの方策）。

※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。

※3 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

## 行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
  - ・保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
  - ・「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
  - ・学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える（※1）
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
  - ・フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
  - ・企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

## 民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
  - ・それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」（外科手術の助手や術後管理等を担当）が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師（プラクティス・ナース）により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。