

# 指標

## 医師の働き方改革

常任理事／医療関連事業部副部長  
はせべちとみ  
長谷部 千登美

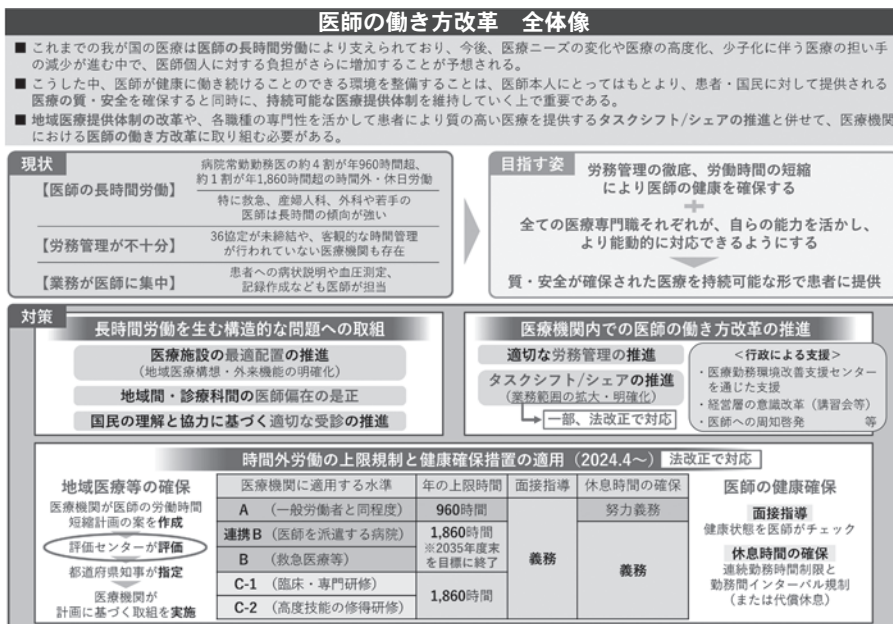
### 1. 医師の働き方改革—これまでの経緯

働き方改革とは、働く人々が個々の事情に応じた多様で柔軟な働き方を自分で「選択」できるようにするための改革である。平成29年（2017年）に「働き方改革実行計画」がまとめられ、これに基づいて平成30年（2018年）6月29日に「働き方改革関連法」が国会で可決・成立し、平成31年（2019年）4月1日に施行された。

しかし、医師などいくつかの業種においては、急激な変化を起こすことによる弊害を避けるために、5年後を目途に規制を適用することとして、医療界の参加の下で検討の場を設け、規制の具体的な在り方や労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされていた。医師の行為は国民の生命と健康に

### 2. 医師の働き方改革の概要（図1）

図 1



出典：第79回社会保障審議会医療部会 参考資料

### 指標のポイント

医師の働き方改革に関する検討会において、医師に適用される時間外労働の上限は基本的に年間960時間（A水準）と設定された。しかし、地域医療の崩壊を防ぐ観点から、この基準を超える医師が勤務する医療機関（B・連携B・C水準）においては、2024年までに医師労働時間短縮計画や健康確保措置の体制を整え、評価センターの評価を経て都道府県からの指定を受ける方針となった。個々の医師の労働時間に関しては、自己研鑽との区別、宿日直の扱い、副業・兼業の実態などを考慮しながら正確に把握した上で、各医療機関において多角的な視点から時短計画を立てる必要がある。さらに追加的健康確保措置として、長時間労働医師に対する面接指導や連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保などの対策も義務づけられる。日本医師会が評価センター業務を担うが、地域医療体制の確保を大前提として、各医療機関への支援を行う方針となっている。

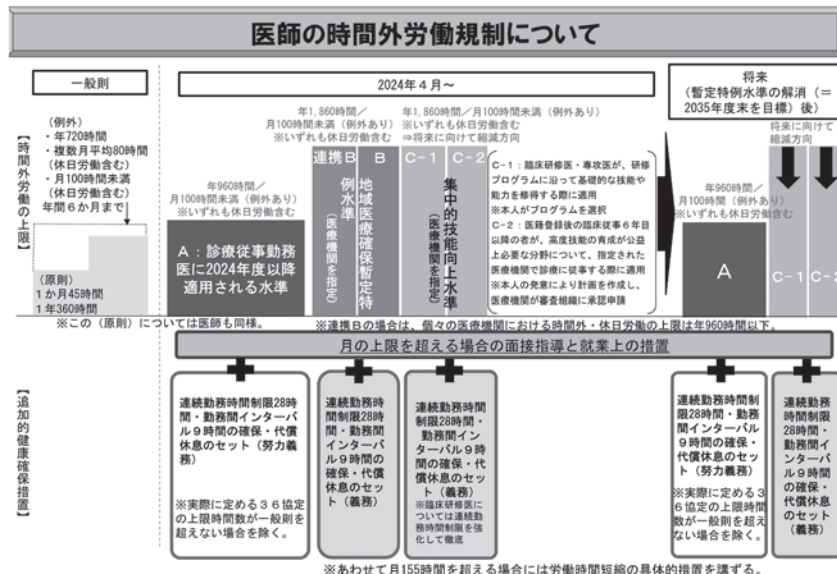
直結しており、労働時間制限への拙速な対応により、救急医療をはじめとしたさまざまな方面への影響が考えられるためである。そこで、平成29年（2017年）8月から、「医師の働き方改革に関する検討会」が立ち上げられ、平成31年（2019年）に最終的な報告書がまとめられた。

その結果、令和6年（2024年）までに各医療機関において適切な医師労働時間短縮計画や健康確保措置を実行してその評価を受け、都道府県による指定を条件とする制度が作られ、本年度からその評価システムが動き出す準備が進められている。

2024年以降、診療従事勤務医に適用される時間外労働の上限基準（A水準）は、年間960時間あるいは月100時間と設定された。これは、脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮したものとされている。令和17年（2035年）にはすべての医療機関がこの基準を満たすことを目標として労働時間の適正化に努めることが要求され

ている。しかし、現状において地域医療提供体制を確保する観点から、現状の医師の勤務時間分布における上位1割に当たる時間の近似値を用いて、暫定的に年間1,860時間が上限として設定された。さらに、こうした水準をおくにあたって、医師に対する追加的健康確保措置を義務づけることが決定された（図2）。

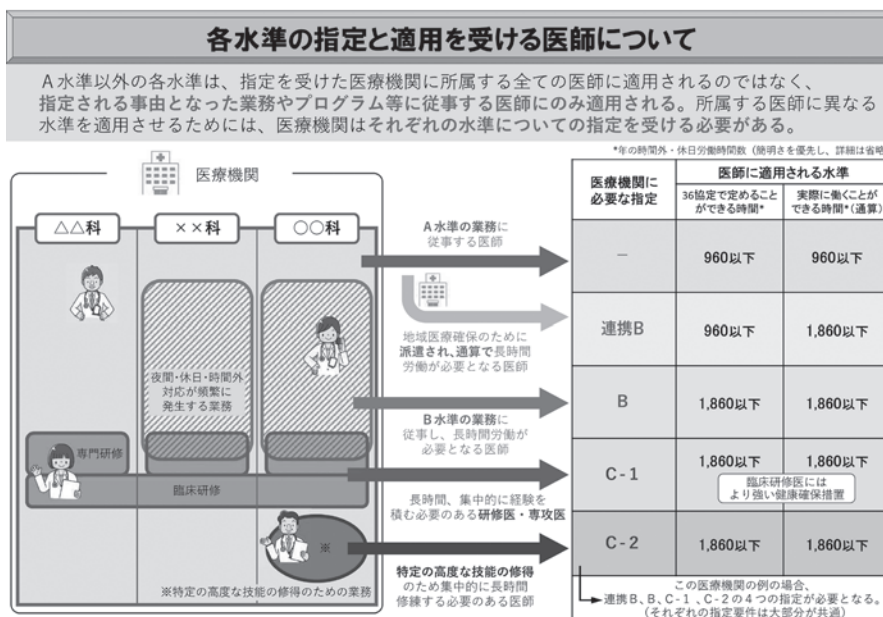
図2



従って、医療機関においては、医師の時間外労働時間が年間960時間（あるいは月100時間）以内のA水準にすることが最終目標とされるが、地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずA水準を超えて勤務させる必要のあるB水準、主な勤務先の勤務だけでは960時間を超えないが副業・兼業先の勤務を加えると960時間を超える連携B水準、初期・後期研修医が基礎的な技術や能力を習得する際に適用されるC1水準、臨床従事6年目以降の医師が高度技能習得を目指す際に

適用されるC2水準が設けられた。B・C水準の適用にあたっては、当該医療機関と地域医療提供体制の観点からその取組が医療機関勤務環境評価センター（以後、評価センター）において個別に評価され、都道府県による指定を受けて適用されることとなった。B水準・連携B水準・C1水準・C2水準は、指定を受けた医療機関に所属するすべての医師に適用されるのではなく、指摘される事由となった業務に従事する医師にのみ適用されることになる（図3）。

図3



出典：第11回医師の働き方改革の推進に関する検討会 参考資料

さらに、追加的健康確保措置として、連続勤務時間制限が28時間まで、勤務間インターバルが9時間、代償休息の確保が義務づけられ、月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置も必要とされている。

病院全体として医師の時間外勤務時間が年間960時間以内という基準を達成可能な、いわゆるA水準の施設においては、評価センターによる審査を受ける必要はない。ただし、月あたりの時間外勤務が月の上限を超えた場合には面接指導を行うことが義務とされ、追加的健康確保措置としての連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保・代償休息付与が努力義務とされている。

### 3. 医療機関が行うべき課題

勤務環境改善に取り組むにあたって、その進め方の全体像が提案されている（図4）。各ステップにおける重要点を以下に概説する。

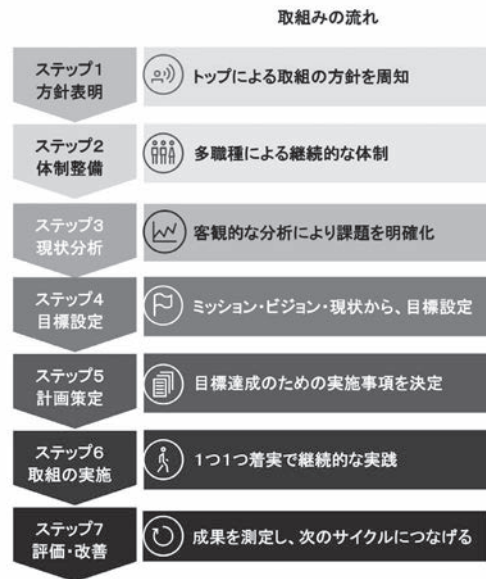
#### 1) トップによる方針表明（ステップ1）

医師の労働時間短縮を医療機関全体の組織的な取組とするために、まず医療機関のトップがその取組の必要性について職員に説明を行い、そのコンセプトが医師ばかりでなく職員全体に共有されることが重要となる。自医療機関のミッション・ビジョンを明確化し、労務管理について管理職や医師を対象に研修を企画し、医師の労働時間管理についての新しいルールを病院全体に周知することが必要である。

#### 2) 体制整備（ステップ2）

医師の労働時間短縮に取り組む実践チームを立ち上げて（既存の委員会を活用してもよい）プロジェクトを推進する体制作りが必要となる。チームの体制として、関連する多職種を交えた組織横断的なチームであること、トップが積極的に関与して包括的管理体制がとれること、チームの活動が職員全体に情報共有されることが重要である。

図4 医師の労働時間短縮に向けた取組の進め方



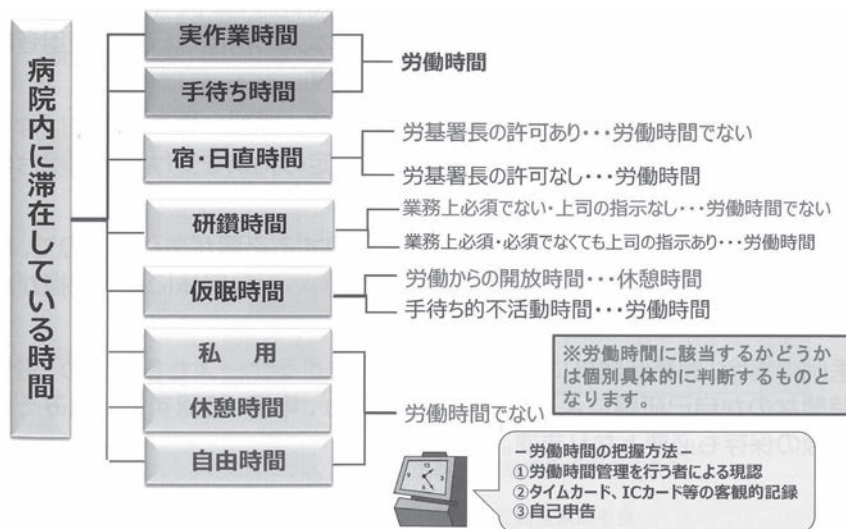
出典：「働き方改革」へ向けた医療勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（詳細説明版資料）平成31年3月

#### 3) 現状分析—医師の労働時間の把握と問題点の明確化（ステップ3）

上記のとおり、医師の労働時間が最も重要な指標となる制度であり、各医療機関における医師それぞれの労働時間の実態を把握することが第一に必要となる。各医師の出退勤時間を正確に把握して、医師の時間外勤務の実態を確認し、自院がA水準でいけるのか、あるいはBまたはC水準の認可が必要になるのかを判断しなければならない。

医師の労働時間は、病院内に滞在している時間すべてを意味するのではなく、実作業時間と手待ち時間など一定の拘束を受けている時間を合算したものである（図5）。そこで特に問題となるのが、自己研鑽と労働との区別、宿日直時間の取り扱い、そして副業・兼業の取り扱いである。

図5 医師の労働時間



出典：医療機関勤務環境評価センター評価者養成講習テキスト

①研鑽と労働の区別

自己研鑽とするか、労働時間とみなすかの基本的な基準は、業務上必須かどうか、必須でなくても上司の指示があるかという点となる。各病院において、自己研鑽と労働の区別を具体的に明示し、医師が的確にそれを申請し、管理者が確認する仕組みと、その記録の保存も必要となる。

②宿日直の扱い

労働基準監督署長による宿日直許可を得ている宿日直業務は労働時間とはみなされないが、許可を得ていないものは労働時間としてカウントしなければならない。宿日直許可が得られるのは、「時間外または休日に断続的な業務に従事するもの。原則として非常事態発生などに備えて待機するもので、常態としてほとんど労働する必要のない勤務」とされている。許可は、申請書と各種添付書類を労働基準監督署へ提出し、監督官による実地調査・対象医師へのヒアリングを経て許可書が交付される。

宿日直許可が得られないような、通常勤務と同程度の業務を必要とされる場合は夜勤としての取り扱いとなり、連続勤務時間や勤務間インターバルの規定を遵守した勤務スケジュールを組むことが必要となる。

③副業・兼業

副業・兼業の労働時間管理は自己申告をベースとし、主たる勤務先は、把握した勤務時間に基づき、追加的健康確保措置（連続勤務時間制限・勤務間インターバル）を遵守しうるシフトを組むことが要求される。副業・兼業先との往復時間は通常労働時間に該当しないが、移動中の怪我などは通勤

災害として労災保険の適用となる。

4) 目標設定・計画策定（ステップ4, 5）

現状確認を行った上で2024年度の労働時間削減達成までの目標を設定し、複数の視点から包括的に取り組むべき実施項目を検討することが必要になる。この段階においては、管理者・職員ばかりでなく患者にも意識改革を促す取り組みが重要となり、特に医師をはじめとする現場の意見を聞く仕組み作りが重要といわれている。

この段階で重要となるのは、以下の4点である。

- ①医療機関内の労働時間短縮の取り組みへの支援：タスクシフト・シェア、変形労働時間制の導入、ICTの活用、マネジメント改革などの勤務環境改善、それらの導入に向けた予算措置など
- ②地域医療に関する取り組み：地域医療構想と医師偏在対策を推進すること
- ③国民への上手な医療のかかり方の普及啓発
- ④地域及び医療機関における実態把握と実例づくり

このような重点ポイントを参考に、各医療機関がその実態に合わせて実現可能な計画を作成し、推進チームを中心として各部署スタッフとコミュニケーションをとりながら、実施項目の導入・展開を目指すことになる。

さらに、医療機関における産業保健活動を推進して包括的な健康管理体制を整えることも必要となる。特に、追加的健康確保措置において義務とされている、連続勤務時間制限や勤務間インターバル確保を遵守した勤務シフトを組むことが必要となる(図6)。さらに、長時間勤務者に対する面接指導を実施しうる体制を整えることも必要であり、産業医をはじめとした面接指導実施医師の選任・準備を行わなければならない。

図6 診療従事勤務医への追加的健康確保措置

健康確保措置	(A) 水準 960hまで	(B) 水準 1860h 連携(B) 水準	(C) -1水準 1860h	(C) -2水準 1860h
・連続勤務28時間まで ・勤務間インターバル9時間の確保	努力義務	義務	義務 研修医の連続勤務は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 (研修医では連続勤務時間制限を徹底。 代償休息は×)	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1,860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な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

第2回医師の働き方改革の推進に関する検討会(2019年9月2日)資料改変

出典：第2回医師の働き方改革の推進に関する検討会(2019年9月2日)資料改変

5) 取り組みの実施・評価・改善（ステップ6, 7）

計画された具体的な活動は多岐にわたることが多く、業務全体の効率化・各職種役割分担と働きやすさへの取り組みでもある。実施しやすい課題から順に取り組む、新たな問題が生じた際には柔軟に対応することが求められる。

設定した目標に対して現状がどのようなものであるかを評価することも重要であり、あらかじめ評価の手順や実施者を決めておくといよい。このような過程をとおしてPDCAサイクルを回し、労働時間短縮につながるよう取り組みを継続することが肝要である。

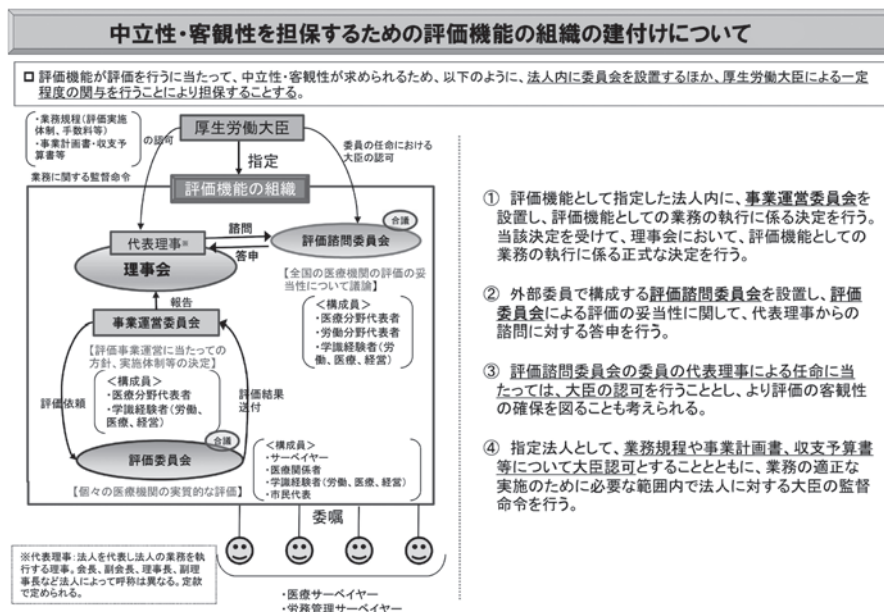
#### 4. 評価センターによる評価の実際

B、連携B、C水準の指定を受けるにあたり、医療機関は前述したような対策を講じた上で、評価センターによる第三者評価を受け、その結果をもって都道府県による特例水準医療機関の指定を受ける流れとなる。評価センターは厚生労働大臣による指定を受けた組織で、その中に事業運営委員会・評価委員会などが設置され、組織としての中立性・客観性が担保されている（図7）。実際に評価を行う医療

サーベイヤー・労務管理サーベイヤーはこの評価機能からの委嘱を受け2人一組で業務を行うとされている。サーベイヤーは全国で367人、（北海道では医師12人、社会保険労務士7人）が選出されており、現在eラーニングによる研修が進行中で、本年秋頃から実際の評価業務が開始される予定である。

実際の評価は、本年度には原則として書面で行われる予定であるが、必要に応じて2023年度に訪問評価も実施されることになっている。書面評価に用い

図7



られる自己評価調査票は、ストラクチャー（労務管理体制）48項目・プロセス（医師の労働時間短縮に向けた取組）30項目・アウトカム（取組実施後の評価）10項目という3つの視点（全88項目）から構成されており、各項目に記載された基準が満たされるように医療機関の体制を整えていく準備が必要とされる。現在、評価センターにおいては、評価基準マニュアルの作成作業に入っている段階であり、本年秋から実質的な書面評価が開始される見通しである。

この評価機能は、申請されたB・C水準を指定するための評価を行う役割を担うものであるが、労働時間短縮への取組を行う医療機関に対して取り締まったり罰則を与えたりするものではなく、体制が整備されていない医療機関に対して、取組の支援を行うものであるというのが日本医師会の考え方となっている。

#### 5. 日本医師会による支援の動き

日本医師会では、医師の働き方改革に関し、①宿日直許可、②評価機能の指定、③長時間労働医師の面接指導医の育成、の3点について支援体制を発表している。

①多くの医療機関で課題となっている宿日直許可については、日本医師会・四病院団体協議会・全国有床診療所連絡協議会の連名による、医師独自の宿日直許可基準の策定を求める要望書を、厚生労働大臣に手渡した。その後、「宿日直の許可申請に関する相談窓口」が設置されたところであり、今後、相談窓口に寄せられる現場の声も踏まえて、宿日直許可自体の基準や回数等が医師独自の基準となることが期待されている。

②評価機能の指定においては、日本医師会が評価センターに指定され、すでにサーベイヤー研修も開始されており、評価申請システムの構築が進められている。そして、大学病院・一般病院に対して、「急激な労働時間短縮で地域医療にひずみが生じることのないよう、地域全体を俯瞰してB水準、連携B水準、C2水準の申請をしていただきたい」とのメッセージを配信し、各都道府県においても、地域医療をしっかりと維持できるよう状況を見てほしいとの呼びかけを行っている。

③長時間労働医師の面接指導医の育成としては、eラーニング研修教材策定の検討委員会で、実際の研修プログラムが取りまとめられている段階である。

日本医師会としては、労働時間短縮の取組、医師の健康確保などさまざまな課題があることを認識しつつ、都道府県医療勤務環境改善支援センターと連携し、地域医療の崩壊を防ぐために医療機関への支援を継続する方針である。

#### 参考資料

- 1) 第79回社会保障審議会医療部会 参考資料
- 2) 第11回医師の働き方改革の推進に関する検討会 参考資料
- 3) 「働き方改革」へ向けた医療勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（詳細説明版資料）平成31年3月
- 4) 医療機関勤務環境評価センター評価者養成講習テキスト
- 5) 第2回医師の働き方改革の推進に関する検討会（2019年9月2日）
- 6) 医師の働き方改革の進捗状況について：プレスリリース/「日医君」だより/日医ニュース（2022年5月5日）

# 医の倫理綱領

## 日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持増進、さらには治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師は自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。