

都道府県医師会 医師の働き方改革担当理事連絡協議会

と き 令和3年4月1日(木) 16:00~18:00

ところ 日本医師会から個別配信

[報告: 常任理事 沖中 芳彦]

挨拶

日本医師会長 中川俊男 昨年12月に厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会中間とりまとめが公表された。この中間とりまとめの内容は、社会保障審議会医療部会に報告され、この度の通常国会に上程された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保・推進するための医療法等の一部を改正するための法律案」に盛り込まれた。3月24日から、衆議院厚生労働委員会で法案審議が始まり、今村副会長が法案に対する参考人意見陳述を行った。これまで日本医師会はさまざまな形で情報発信に努めてきた。法案審議という極めて重要な局面を迎えている中、多くの医療関係者の皆様に制度の理解を浸透させることが極めて重要と判断し、本日の連絡協議会を開催することとした。医師の働き方改革は、これまでにない大改革である。現在のコロナ禍の中、2024年度からの医師の働き方改革施行を懸念する声もある。さらに想定外の新型コロナウイルス感染症により、医療機関に深刻な経営上の影響が生じており、自院だけでは働き方改革に取り組めない医療機関もある。しかし一方で、今まさに過酷な労働環境で働いている医師がいることも現実であり、医師の健康確保や医療安全の観点から、医師の働き方改革は先延ばしにできない課題である。まずは地域医療を支えている医師の健康管理等、できることから取り組むことが重要である。さらに地域医療構想や医師確保計画の取り組み状況を俯瞰し、慎重に進めていくことが求められる。日本医師会は、医師の健康と地域医療の両立する制度の実現を目指して、医療機関への総合的な人材、人的・財政的支援の拡充、その他必要な措置

について、国に強く働きかけていく。本日は制度の全体像、及び宿日直や、兼業・副業等の重要問題について、担当役員から説明させていただく。ぜひとも忌憚のないご意見を賜るとともに、本日の説明・議論を通じて理解を深めていただき、各地域で共有していただくようお願いする。

議事

1. 医師の働き方改革に関する議論の経緯について

日本医師会副会長 今村 聡

医師の健康確保に関する日本医師会の取り組み 「勤務医の健康支援のための検討委員会」の取組

日本医師会(日医)は、「勤務医の健康支援のための検討委員会」を2008年に設置した。労働基準法に照らし合わせた働き方と現在の医療を支え患者を救う働き方について現実的なすり合わせを検討することで、医師の過重労働を防ぎ、医師の健康と患者の安全、病院組織の健全な運営につなげることを目的とした。最初に、勤務医の1万人にアンケート調査を行い、約40%の勤務医から回答があった。それにより、「勤務医を守る病院7カ条」や「医師が元気に働くための7カ条」を作成した。また、関係省庁への働きかけを行ったことが、改正医療法の成立につながった。日医は10年以上前からこうした取り組みを行い、勤務医の健康支援に取り組んできた。

そのアンケート結果の内容は、平均睡眠時間が6時間未満の医師が41%、自宅待機が月に80%以上ある医師が20%存在し、特に問題なのは、メンタル面のサポートを要する医師が9%、1週間に数回以上死や自殺について考える医師が6%いたことである。この自殺に関する問題は新聞に

も取り上げられた。患者や家族から不当なクレームやトラブルがあったと答えた医師は44.4%おり、患者からのクレームが医師にとってストレスになっていると考えられた。

「勤務医の労働管理に関する分析・改善ツール」は2012年に作成した。内容がやや古くなったところもあるが、病院として参考にしていただける価値のあるものと思っている（日医ホームページに掲載されている）。

2014（平成26）年度医療法改正等 改正医療法

2014年6月に成立した改正医療法には、医療機関の管理者の勤務環境改善等への取り組みが努力義務であることが明記された。また、医療機関のために「指針」が策定された。さらに、都道府県にも大きな役割が求められており、病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこととされ、都道府県は「医療勤務環境改善支援センター」の設置に努めるとされた。また、地域で働く医師をしっかりと支援していくという「地域医療支援センター」は既にあったが、改正医療法に明確に位置づけられることとなった。また、両センターの連携が医療法に位置づけられた。これらは非常に重要な組織であるので、都道府県医師会の積極的な関与、特に、医療勤務環境改善支援センターは労働基準法に基づくものではなく、都道府県が設置するものであるが、外部に業務を委託できる。つまり、医師会等も担うことができる枠組みになっている。これらのセンターに対する医師会の積極的な関与をお願いしたい。

2014年6月に成立した「地域医療介護総合確保推進法」の中で、消費税を財源とした基金ができたが、その中に医療従事者の確保に関する事業も設けられた。

働き方改革関連法と医師の働き方改革について 働き方改革関連法（2018年6月29日成立）

働き方改革関連法が、「働き過ぎ」を防ぎながら、「ワークライフバランス」と「多様で柔軟な働き

方」を実現することを目的として、2018年6月に成立し、長時間労働の是正として、罰則規定を伴った時間外労働の上限規制が導入された。ただし、医師は上限規制を設けられると地域医療に大きく影響するため、適用除外ではなく特別なルールを決めていくことになった。具体的には、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あり方、労働時間の短縮策等について検討し、改正法の施行期日の5年後（2024年4月）を目途に規制を適用することとした。

2040年の医療提供体制を見据えた改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、1) 地域医療構想の実現に向けた取り組み、2) 医療従事者の働き方改革、3) 医師偏在対策を推進し総合的な医療提供体制改革を実現する。加えて、国民に上手な医療のかかり方の普及・啓発のため、国の検討会が設けられた。

医師の働き方改革（医療法）に対する日医のスタンス

・医療法等の改正で、医師の働き方を地域医療とのバランスをみながら改革していくことになった点は評価できる。医師の厳しい勤務環境の改善は長年の課題であり、医師の労働時間短縮への取り組みや健康確保策の推進は重要である。

・一方、2024年4月施行というスケジュールがあることで拙速に進めることは、地域医療の混乱を招きかねない。コロナ禍において、現場が医師の働き方改革に取り組める状況であるのか、注視していく必要がある。

・医師の労働時間短縮計画を調査する「評価機能」と臨床従事6年目以降の医師の高度技能の認定を取り扱う「特定高度技能の審査組織」は、地域医療の確保、医療の質の維持と進歩にとって大変に重要である。持続的・安定的に業務遂行ができるよう体制整備を進めていく必要がある。

・働き方の新制度を早期に幅広く浸透させる必要がある。特に、大学病院と基幹病院に対しては、派遣医師の引上げで地域医療に影響が出ないように、早期の周知が求められる。

2. 地域医療介護総合確保基金について

日本医師会副会長 今村 聡

地域医療介護総合確保基金の対象事業

1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
2. 居宅等における医療の提供に関する事業
3. 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
4. 医療従事者の確保に関する事業
5. 介護従事者の確保に関する事業
6. 勤務医の働き方改革の推進に関する事業【新規】救急病院等における勤務医の働き方改革への特例的な対応について

○診療報酬の対象要件のイメージ

1. 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送受入件数が年間で2,000件以上であること。
2. 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
 - ・ 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること
 - ・ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、計画を作成すること等

○基金事業の対象要件のイメージ

1. 補助の対象となる医療機関は、以下のような都道府県知事が認める医療機関を想定。
 - ・ 救急車受入件数が1,000台以上2,000台未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
 - ・ 救急車受入件数が1,000台未満のうち、
 - 夜間・休日・時間外入院件数が500件以上で、地域医療に特別な役割がある医療機関
 - 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、特別な理由の存在する医療機関
 - ・ 地域医療の確保に必要な医療機関であって、
 - 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している場合
 - 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性

期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合

- ・ その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

2. 基金の交付要件として、追加的健康確保措置に取り組み、かつ、時短計画を定めるなどを条件に交付する。

3. 上記の総合的な取り組みに要する、ICT等機器、休憩室整備費用、改善支援アドバイス費用、短時間勤務要員の確保経費等をパッケージとして補助。

地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る令和3年度配分方針等の事務連絡に添付されているQ&A Q1. 事業区分VIについて令和2年度に申請できなかった医療機関に関する措置はあるのか。

⇒2021年度限りの措置として前年度に事業区分VIを活用していない医療機関に限り、1床当たりの標準単価（133千円）を通常の2倍まで可とすることとする。

Q2. 前年度に事業区分VIを活用していない医療機関に限り、1床当たりの標準単価（133千円）を通常の2倍まで可とする（2021年度限りの措置）とは、どのような趣旨か。

⇒令和2年度から事業区分VIの事業が始まったが、時を同じくして、医療機関は新型コロナウイルス感染症への対応を優先せざるをえなくなっていることから、医師の働き方改革について対応できていなかった医療機関がその取り組みを開始するきっかけをつくる必要があるための措置である。

Q3. 本事業の対象医療機関であって、他の医療機関へ医師派遣を行うことによって当該派遣される医師の労働時間がやむを得ず長時間となる医療機関については、年の時間外・休日労働時間の上限が960時間を超えた36協定の締結や、締結の検討にかかわらず対象とするとは、どのような趣旨か。

⇒令和2年12月に「医師の働き方改革の推進に関する検討会」中間とりまとめがなされ、副業・兼業についても、地域全体での医療提供体制の確保の観点から必須とされるものがあることから、

地域医療確保暫定特例水準の中に、副業・兼業先での労働時間と通算して時間外・休日労働の上限を年1,860時間とする水準（連携B水準）を設けることとされた。地域医療提供体制を確保するため大学病院などからの医師派遣によって成り立っているという現状を踏まえ、時間外労働規制適用の際の大学病院などによる医師の派遣の引き上げ等が懸念される中、医師派遣を行う当該医療機関において、連携B水準を活用しながら、副業・兼業先医療機関等と地域医療提供体制の確保に配慮した、シフト調整、副業・兼業先も含めた労働時間短縮の取り組みなど、派遣を継続しつつ丁寧な調整が行われることを支援するため、これを対象とすることとする。

前月等に労働時間を把握した際、月の時間外・休日労働が80時間を超える医師が1人でもいる場合には36協定の見直しを検討することで、当該医療機関は対象となりえるが、もしそうした医師がいない場合であっても、医師派遣を行うことで副業・兼業先も含めて月の時間外・休日労働が80時間を超える医師が1人でもいる場合や、自院や派遣先の医療機関、及びこれらの属する医療圏の急な医療需要の増、医師数の減等となって、こうした長時間労働が生じることが見込まれる場合等も対象となる。

Q4. 医療提供に関する実績について、緊急事態宣言期間の実績を控除し、同等の期間を遡及して実績を求めることなど、診療報酬の特例に準じた取り扱いとするとあり、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等とあるが、具体的にはどのような取り扱いとなるのか。

⇒新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いとして、これまで累次にわたる取扱いがなされてきたが、令和2年8月31日付事務連絡においては、「2. 患者及び利用者の診療実績等に係る要件の取扱いについて」において、一定期間の実績を求める要件等の臨時的な取扱いが示され、例えば地域医療体制確保加算における「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000台以上である

こと」等についても同様の取扱いがなされることとなっている。

もともと事業区分VIにおいても、診療報酬と連続した要件設定としてきたことから同様に算定できるような対応ができるようにする措置である。また、今後、新たに診療報酬上の臨時的な取扱いが示された場合においても、診療報酬と齟齬がでないように対応できるようにするための措置である。

Q5. この事業区分VIにより、当該医療機関の作成する「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に基づき、医師も含めて利用できる院内保育事業や病児病後児保育等にも活用を可能であるとのことであるが、通常は事業区分IVで実施している場合でも事業区分VIを活用できるということか。

⇒すでに事業区分IVで実施している分については、引き続き実施していただくことができるが、例えば事業区分VIを活用する医療機関の場合には、交付された事業区分VIに係る補助金を医療機関の時短計画の一環として活用することも可能（この場合、当該都道府県の行う事業区分IVによる補助を重複して受けることはできない）であり、また、当該都道府県の院内保育事業に例えば病事後保育に対する加算等がないなど、都道府県による補助がなされない部分のみに当該経費に充てることも可能と考えている。

Q6. このほか、令和2年度と令和3年度の取扱いの違いはあるか。

⇒申請が円滑に進むよう、様式について一部見直しを検討している。

Q7. 医療機関の作成する「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」について、労働時間が短縮できなかったときは返還させる必要があるか。

⇒上記計画は作成し取り組むことが重要であり、2024年度において実際に労働時間の短縮を達成することまで要件としてはいない。当然、その短縮目標が達成できなかったことをもって当該医療機関に返還させるものではない。むしろ、各都道府県医療勤務環境改善支援センターにおいて、そのような医療機関に対し、取り組みを支援する必

で960時間以内に収まっているものの、副業・兼業を足すと960時間を超える場合は、連携Bが新たに制度設計された。B、連携B、C水準は一般則の倍近く労働することになり、医師の健康確保の観点から、何らかの追加的な健康確保措置が必要であるので、図1（前頁掲載）の下のように、連続勤務時間、勤務間インターバル、代償休息の3点セットが、A水準の医療機関では努力規定であるが、B・C水準では義務規定となっている。2035年には、連携BとBは解消されるという制度設計になっている。C水準は、今後、研修期間が適切であるかということと、医療の質とのバランスを見ながらの継続が、検討課題となっている。

B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件(表1)

B・連携B・C水準の医療機関は都道府県が指定する。ただし、C-2水準の「特定高度機能を有する医師の育成・研鑽に十分な環境がある」かどうかの審査は、国レベルの審査組織による個別審査を想定している。また、労働時間短縮計画、労働時間短縮の取り組みや追加的健康確保措置の実施体制の整備を評価する項目もある。

各水準の指定と運用を受ける医師について

A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、

指定される事由となった業務やプログラム等に従事する医師にのみ適用される。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要がある。

参考：連携(B)水準対象医療機関

医療機能：医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関（例；大学病院、地域医療支援病院等のうち当該役割を担うもの）。

長時間労働の必要性：連携(B)水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、自院において予定される時間外・休日労働は年960時間以内であるが、上記機能を果たすために、やむなく、他の医療機関での勤務と通算での予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師に限られる（連携(B)水準の指定のみを受けた場合の、個々の医療機関における36協定での時間外・休日労働時間の上限は年960時間）。

追加的健康確保措置(B・C)

連続勤務制限：宿日直許可がなければ28時間まで。C-1水準の臨床研修医は15時間が基本であるが、特殊な場合は24時間まで。その場合、勤務間インターバルも24時間となる。

勤務間インターバル：宿日直許可なし⇒18時

B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件					
※要件となる項目に○					
	B水準	連携B水準	C-1水準	C-2水準	備考
1 医療機関機能	○	○			
2 臨床研修病院又は専門研修プログラム認定医療機関である			○		
審査組織 3 特定高度機能を有する医師の育成・研鑽に十分な環境がある				○	設備、症例数、指導医等につき審査組織（国レベル）の個別審査を想定。
4 36協定において年960時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めを必要とする 副業・兼業先での労働時間を通算すると、時間外・休日労働が年960時間を超える必要がある	○	○	○	○	
(必要性について、合議での確認)	都道府県医療審議会の意見聴取	都道府県医療審議会の意見聴取	地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会の意見聴取	審査組織及び都道府県医療審議会の意見聴取	
(必要性について、実績面の確認)	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	プログラム全体及び各医療機関の明示時間数（時短計画実績値とも整合）で判断	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	
5 都道府県医療審議会の意見聴取	○	○	○	○	実質的な議論は、医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定
評価機能 6 労働時間短縮計画が策定され、労働時間短縮の取組や追加的健康確保措置の実施体制の整備が確認できる	○	○	○	○	年1回都道府県へ提出
7 評価機能の評価を受けている	○	○	○	○	過去3年以内に受審していること
8 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない	○	○	○	○	過去1年以内に送検・公表されていないこと

表1

間、宿日直許可あり⇒9時間、C-1水準の臨床研修医⇒9時間を必ず確保。

代償休息：C-1水準の臨床研修医以外で連続勤務制限及び勤務間インターバルを実施できなかった場合⇒代償休息。

勤務間インターバル制度とは

1日の勤務終了後、翌日の出務（勤）までの間に、一定時間以上の休息时间（インターバル）を確保する仕組み。

面接指導

追加的健康確保措置を講じていても、勤務が長時間に亘る場合は、面接指導が必要であり、疲労度の確認等を行う。B・Cは、当月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に面接指導を受ける。Aは100時間到達後でもよい。面接指導実施医師は、産業医又は講習（認定産業医の講習を絞った形で、現在その内容を策定中）を受けた医師である。月155時間超となった場合、翌月には労働時間短縮のための就業上の具体的な措置をとる。

面接指導の実施方法について

STEP1. 睡眠及び疲労の状況の確認：当該月に100時間以上の時間外・休日労働が見込まれる医師（例えば、前月又は当月の時間外・休日労働が80時間を超えている者）を抽出し、時間外・休日労働が月100時間以上となる前に、睡眠及び疲労の状況等、以下の事項について確認を行う。

- ＜確認事項＞ 1) 前月の休日・時間外労働時間（副業・兼業も自己申告により通算する）。 2) 直近2週間の1日平均睡眠時間（可能であればアクチグラフ等の客観的指標を用いる）。 3) 「労働者の疲労蓄積度の自己診断チェックリスト」。 4) 面接指導の希望。

STEP2. 面接指導：労働安全衛生法に基づく長時間労働者に対する面接指導において確認を行う事項（勤務、疲労の蓄積及び心身の状況）に加え、睡眠負債の状況を確認する。また、医師についてはバーンアウト（燃え尽き）のリスクが高いことを踏まえ、ワークエンゲイジメント（熱意・没頭・活力）とバーンアウト（燃え尽き）の相違も念頭に置きつつ、評価を行う。

- ＜確認事項＞ 1) 勤務の状況、2) 睡眠負債の

状況、3) 疲労の蓄積の状況、4) 心身の状況（うつ症状や心血管疾患のリスク等）。必要に応じて睡眠や休息等に関する助言や保健指導を行う。

STEP3. 報告書・意見書の作成：面接指導に基づき、本人への指導区分及び就業区分を判定し、報告書及び意見書を作成の上、管理者に報告する。報告書・意見書の作成に当たっては、必要に応じて産業医、院内の専門科又は専門医療機関と連携することが望ましい。

＜本人への指導区分＞ 複数回答可。

0. 措置不要、1. 要保健指導、2. 現病治療継続又は医療機関紹介。

＜就業区分＞

0. 通常勤務、1. 就業制限・配慮、2. 要休業。

医療提供体制の変化を踏まえた応召義務のあり方について

ここで、応召義務の新たな解釈等を検討する前提として、応召義務の法的性質を改めて以下のとおり確認する。

・応召義務は、医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務であるが、刑事罰は規定されておらず、行政処分の実例も確認されていない。・応召義務は、私法上の義務ではなく、医師が患者に対して直接民事上負担する義務ではない。

「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」について

医師に対して時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、労働時間の短縮を着実に推進していくことが重要である。「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」では、労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性の一つとしてタスク・シフティング/シェアリングが挙げられた。現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進しつつ、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えていくため、関係職能団体等30団体からヒアリングを行った。ヒアリングの内容を踏まえて、タスク・シフト/シェアの具体的な検討を有識者の参集を得て行う。

上手な医療のかかり方の普及・啓発

医療関係者だけの努力では医師の働き方改革

は難しいため、国民に対しても、上手な医療のかかり方を普及・啓発するという取り組みも同時に行われている。市民、医療提供者、行政及び企業の役割等について一定程度議論を重ね、令和元年度から以下の活動を行っている。1.「みんなで医療を考える月間」の実施、2.アワードの創設、3.国民全体に医療のかかり方の重要性に気づいてもらうための普及啓発（CM等各種広告、著名人活用等）、4.信頼できる医療情報サイトの構築、5.#8000・#7119（存在する地域のみ）の周知、6.小・中学校及び母親学級等で医療のかかり方改善の必要性と好事例の普及啓発、7.民間企業における普及啓発

2024年4月に向けたスケジュール

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに時短計画案を作成しなければならない。本年度中には作成しないと間に合わない。さらに、医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価（労働時間実績や時短の取り組み状況を評価）を受けて、都道府県による特例水準医療機関の指定（医療機関からの申請により）が行われる。C-1水準では臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示、C-2水準では審査組織による医療機関の個別審査（特定の高度な技能の教育研修環境を審査）も必要である。

4. 医師の働き方改革における個別論点（評価機能事業、宿日直・研鑽の取扱い、兼業・副業等）について

日本医師会常任理事 松本 吉郎

評価機能による評価の準備

B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件（表1、P456掲載）

「労働時間短縮計画が策定され、労働時間短縮の取組や追加的健康確保措置の実施体制の整備が確認できる」ことを年1回、都道府県に提出しなければならない。また、「評価機能の評価」を過去3年以内に受審していなければならない。

「評価機能」（仮称）の設置準備

「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、医療機関における医師の長時間労働の実

態及び労働時間短縮の取り組み状況を客観的に評価し、当該医療機関や都道府県に結果を通知し、必要な取り組みを促す機能（評価機能）を設置することが求められている。2022年度にはこの評価を始めなければならないという命題があるので、2021年度には運営の準備をしなければならない。また、2024年4月からB又はC水準の指定を受ける医療機関は、医師労働時間短縮計画等について、評価機能による事前の評価を受ける必要がある。2024年以降は3年おきのサイクルで改めて評価するという流れが考えられている。

評価機能は労働時間短縮への取り組みを行う医療機関に対して取り締まったり、罰則を与えるものではなく、体制が整備されていない医療機関に対し、取り組みの支援を行っていくものである。

医師労働時間短縮計画の項目例（案）

必須記載事項には、1)労働時間数、2)労働管理・健康管理、3)意識改革・啓発、4)策定プロセスが含まれている。任意記載事項（労働時間短縮に向けた取り組み）には、タスク・シフト/シェア、医師の業務の見直し、その他の勤務環境改善、副業・兼業先の労働時間の管理が含まれている。

C-2水準の審査組織について

C-2水準の審査組織について（案）

審査組織については、特定高度技能の特定や審査業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要があるが、具体的な組織の運営方法については、厚生労働省からの委託等の形とし、各領域の関連学会から審査への参加や技術的助言を得ることとする。2036年3月をもって、B水準は解消することになっている。しかしながら、C-2水準はその後も継続される。それでも時間外労働を減らす努力は求められる。審査組織では、1)特定高度技能の特定、2)医療機関の教育研修環境の審査、3)特定高度技能研修計画の審査が行われる。

個別の主な留意点（労働時間の把握・36協定・安全衛生管理体制）

労働時間の把握

病院内に滞在している時間のうち、実作業時間・

手待ち時間は労働時間である。宿・日直時間は、労基署長の許可があれば労働時間ではなく、許可がなければ労働時間である。自己研鑽時間は、労働時間外の申請・確認があれば労働時間ではない。労働時間外の申請・確認がなければ労働時間とみなす。仮眠時間は、労働からの開放時間であれば、休憩時間である。手待ち的不活動時間であれば労働時間である。私用・休憩時間・自由時間は労働時間ではない。

労働時間の適正な把握のために～使用者が講ずべき措置に関するガイドライン（厚労省）～

【労働時間の考え方】

○労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、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、参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間は労働時間に該当する。

【労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置】

○使用者は、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、適正に記録する。

(1) 原則的な方法

- ・使用者が、自ら現認することにより確認する。
- ・タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録する。

(2) やむを得ず自己申告制で労働時間を把握する場合

- ・自己申告を行う労働者や、労働時間を管理する者に対しても自己申告制の適正な運用等ガイドラインに基づく措置等について、十分な説明を行う。
- ・自己申告により把握した労働時間と、入退場記録やパソコンの使用時間等から把握した在社時間との間に著しい乖離がある場合には実態調査を実施し、所要の労働時間の補正をする。
- ・使用者は労働者が自己申告できる時間数の上限を設ける等適正な自己申告を阻害する措置

を設けてはならない。さらに36協定の延長することができる時間数を超えて労働しているにもかかわらず、記録上これを守っているようにすることが、労働者等において慣習的に行われていないか確認する。

○賃金台帳の適正な調製

使用者は、労働者ごとに、労働日数、労働時間数、休日労働時間数、時間外労働時間数、深夜労働時間数といった事項を適正に記入しなければならない。

すべての医療機関がまずは労働時間の適正把握を

○まずは労働時間を把握しよう！

- ・労働時間を適正に把握し、時間外労働時間がどのくらいあるのかを確認する
- ・医師以外の職種と医師の時間外労働時間により、36協定届の内容を確定させる
- ・すべての医師の労働時間を同じルールに従い把握し、960時間を超えるのかどうかの確認をして、自院の「水準」を予想

○職員（医師も多職種も管理職も）すべてに考え方を周知しよう！

- ・始業、終業時刻の把握だけでは不十分
- ・所定労働時間以外の時間が、「労働」なのか、「休息」なのか、「自己研鑽」なのかを判断できるルールを作る

できるだけ時間外労働を削減するには

【チェックしてみよう】

- ・仕事の仕方に無駄がないか
- ・時間内で仕事を終わらせるという意識が欠如していないか
- ・優秀な部下に業務が集中してしまっていないか
- ・仕事の進め方を工夫しているか
- ・必要のない仕事までしていないか
- ・労働時間が長いほど評価されると思っていないか
- ・早めの退社がしにくい雰囲気はないか
- ・時間外労働の申請ルールが明確になっているか
- ・付き合い残業になっていないか
- ・残業の可否を上司に確認するというプロセスが存在するか
- ・一人一人の仕事の進め方、意識に原因はないか

36協定届について

労働基準法第36条「法定労働時間(週40時間)

を超過して労働させる場合、休日労働をさせる場合は、あらかじめ労使で書面による協定を締結し、労基署へ届け出なければならない。」

- ・8時間を超えることはありませんか。
- ・法定休日に出てもらふことは皆無ですか。
⇒なければ届出の必要はありません。

36 協定を労基署へ届けていない場合、また労使協定を上回る時間外労働・休日労働をさせた場合は法違反となる。

- ・実態が協定届の内容とかい離していませんか。

新型コロナウイルス感染症の労働法令での取り扱い(厚労省「新型コロナウイルスに関するQ&A(企業の方向け)」令和2年11月13日時点版)

＜労働基準法第33条の適用＞

問3. 新型コロナウイルスの感染の防止や感染者の看護等のために労働者が働く場合、労働基準法第33条第1項の「災害その他避けることができない事由によって、臨時の必要がある場合」に該当するか。

⇒新型コロナウイルスに関連した感染症への対策状況、当該労働の緊急性・必要性などを勘案して個別具体的に判断することになるが、今回の新型コロナウイルスが指定感染症に定められており、一般に急病への対応は、人命・公益の保護の観点から急務と考えられるので、労働基準法第33条第1項の要件に該当し得るものと考えられる。

＜労働基準法第33条第1項＞

(災害等による臨時の必要がある場合の時間外労働等)

災害その他避けることのできない事由によって、臨時の必要がある場合においては、労働時間を延長し、休日に労働させることができる。ただし、事態急迫のために行政官庁の許可を受ける暇がない場合においては、事後に遅滞なく届け出なければならない。

「産業医」の選任義務

産業医の役割は大事であり、特に病院における産業医の役割は非常に大事である。事業者は、業種を問わず、常時50人以上の労働者を使用する事業場ごとに、医師のうちから産業医を選任しなければならない。職務は主に労働者の健康管理等である。少なくとも毎月1回(定期的な情報提

供を受ける場合は2か月に1回)、作業場等を巡視し、作業方法又は衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するための措置を講じなければならない。

「衛生管理者」の選任義務

事業者は、業種を問わず、常時50人以上の労働者を使用する事業場ごとに、衛生管理者を選任しなければならない。職務は、主に衛生に係る技術的事項の管理で、少なくとも毎週1回作業場等を巡視し、設備、作業方法又は衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するための措置を講じなければならない。

「衛生委員会」の設置

事業者は、業種を問わず、常時50人以上の労働者を使用する事業場ごとに、衛生委員会を設けなければならない。調査審議事項は、労働者の健康障害を防止するための対策、労働者の健康の保持増進のための対策など。

主な「健康診断等」

○一般健康診断(雇入時の健康診断、定期健康診断、特定業務従事者の健康診断、給食従業員の検便)

事業場におけるさまざまな因子による健康への影響を早期に発見し、労働者個人、事業場全体の総体的健康状況の把握により、健康障害や疾病の早期発見だけでなく保健指導・作業環境管理を行う重要な基礎データとなる。

○特殊健康診断(有害業務従事中の特殊健康診断)

労働衛生上健康に有害な業務に従事する労働者を業務上の疾病から予防し、また業務上の健康障害や疾病を早期に発見することを目的とする。

○面接指導等

休憩時間を除き1週間当たり40時間を超過して労働させた場合におけるその超えた時間が1か月あたり80時間を超え、かつ疲労の蓄積が認められる者を対象に行う(安衛法上)。早めに支援の手を差し伸べることが大事である。

年次有給休暇の計画的付与制度

有給休暇の内、5日を超える分(よって6日以上付与される者が対象)については、「労使協定」を結べば、計画的に休暇取得日を割り振ることができる制度。

宿日直の取扱い

医療法第16条の「宿直」（いわゆる「当直」）と労基法第41条の「宿直」は同じではない

- ・労基法上の「宿直」は、「宿日直許可」があれば労働時間に含めない。許可がなければ実労働時間として算定する。
- ・許可があれば、当直途中で緊急対応などをした場合、その時間だけが労働時間として算定される。
- ・許可を得ていても、緊急対応が恒常的であると、当直（宿日直）と認められず、取り消しも有り得る。
- ・許可のある当直（宿日直）は労働時間に含めないのので、連続勤務制限にも係らず、勤務間インターバルも取れる。

「宿日直許可」を受けていますか

許可がなければ労働時間となる。申請書は様式10号で統一された。

「宿日直許可」を得るための取り組み例

- ・1名の「夜勤」医師は実働で勤務、同じ時間帯に「当直」を置き緊急対応をしてもらう体制。
- ・別の診療科の医師が夜勤、緊急対応が必要であればオンコールで専門医を呼ぶ。
- ・夜間後半は救急件数が減少するため、午後11時から翌朝8時までを当直時間帯にする。
- ・在籍医師の間で適正に当直回数を割り振ることへの理解を得る（ベテランもローテーション入り）。
- ・非常勤医師の活用。

宿日直許可の必要書類

「断続的な宿直又は日直勤務許可申請書」

【添付書類】

- ・病院（病棟）の図面（巡回する場所と当直室に印をつける）
- ・専用の宿直室の有無、広さ、寝具の種類・数量、冷暖房設備、防蚊設備等について、見取図や資料、写真等
- ・医師宿日直日誌コピー（1か月分）
- ・医師宿日直マニュアル
- ・医師月間勤務表（1か月分）
- ・タイムカード（1か月分）
- ・賃金台帳（直近3か月分）

※添付書類は上記のもの以外にも求められることがあるので、事前に労働基準監督署へ確認を。

オンコール

○オンコール勤務とは

- ・休日・診療時間外に緊急時に備えて院外で待機する勤務。
- ・労働基準法上の定めはなく、オンコール待機時間について、行動の自由が認められていて拘束を受けていないような場合は、基本的には労働時間として扱わなくてよいと考えられる。
- ・通常、待機時間に対する賃金はなく、実際に出勤など業務を行った場合に時間外手当が発生する⇒労働基準法上の定めがないため、取扱いルールや運用が医療機関によってさまざまである。

○制限される日常生活

- ・就寝時にもすぐ起きられるよう携帯電話を枕元に置く
 - ・飲酒を控える
 - ・遠出を控える
- ⇒オンコール勤務は精神的、身体的な負荷が大きいため、医療機関によってオンコール手当を支給していることがある。

副業・兼業

副業・兼業の状況

病院常勤勤務医において、約6割は主たる勤務先以外での勤務を行っている。大学病院常勤勤務医においては、9割以上が複数の医療機関で勤務している。主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する（連携Bに相当）医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

副業・兼業の場合の労働時間管理に関する論点及び整理事項～簡便な労働時間管理の方法～

- ・副業・兼業者は突発的な業務発生が予想されるため、労働時間管理は自己申告をベースとし、医療機関は把握した勤務時間に基づき、追加的健康確保措置の実施の義務を負い、シフトを組む。
- ・原則的に自己申告してもらい、連続勤務時間制限・勤務間インターバルを遵守できるシフトを組む（事後申告の場合は代償休息）。

副業・兼業を行う医師の労働時間管理等

1) 主たる勤務先からの派遣によるもの：主たる勤務先は、派遣先における勤務を含めて、時間外労働の上限規制、連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるようなシフトを組む。

2) 医師個人の希望に基づくもの：1)と同様の考え方を前提として、副業・兼業先の勤務予定を入れ、自己申告する。

*突発的な業務の発生も想定して時間設定をすること。

*代償休息の発生がなく、月100時間以上になるおそれもない場合は、翌月に1か月まとめた自己申告でよい。

*大学院生に関しては、診療に従事している時間は労働時間、それ以外の研究に関する時間は学生としての時間（個別判断）。

3) 時間外労働の割増賃金の取扱い：使用者Aは自らの事業場における法定外労働時間の労働について、使用者Bは自らの事業場における労働時間の労働について、それぞれ割増賃金を支払う。（Aに所定外労働がある場合[A・Bで所定外労働が発生しうる場合]）

研鑽の取扱い

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(研鑽)（「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」(令和元年7月1日付け基発0701第9号)、「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」(令和元年7月1日付け基監発0701第1号)）

研鑽が労働時間に該当するかどうかについては「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。現場における医師の研鑽の労働時間管理の取り扱いについて、その考え方と、適切に取り扱うための手続きを通達で示している。

「自己研鑽」を明確化する

医療機関には、研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続きや環境の整備が求められている。

1) 業務との関連性、制裁等の不利益の有無、上司の指示の範囲を明確化する手続き。

・労働に該当しない研鑽を行う場合、医師自らが、その旨を上司に申し出る。

・申出を受けた上司は、申し出た医師との間において、それらの妥当性などについて確認を行う。

2) 診療体制には含めず、診療等の通常業務への従事は指示されない（突発的な必要性を除く）。

3) 院内に勤務場所とは別に、労働に該当しない研鑽を行う場所を設ける等。

4) 医療機関ごとに研鑽に対する考え方、手続き、その取り扱い等を明確化し、書面等にて示し、職員に周知する。

例えば、院内カンファレンスについて、①出席が義務とされ労働時間にカウントされる、②出席義務はなく労働時間にカウントしない、を明確に示すといったことが医療機関に求められる。

医師の「自己研鑽」に係る労働時間

・所定労働時間内の、使用者に指示された勤務場所（院内等）における研鑽に係る時間は労働時間。

・所定労働時間外の、上司の指示（明示・黙示）により行われる研鑽に係る時間は労働時間。

*時間外の研鑽については、医師が自発的に行うものも少なくない。業務上必須でない見学を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う場合、当該見学やそのための待機時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。ただし、見学中に診療を行った場合については、当該診療を行った時間は、労働時間に該当すると考えられ、また、見学中に診療を行うことが慣習化、常態化している場合については、見学の時間全てが労働時間に該当する。

さまざまな労働時間制度

労働時間制の比較(表2)

・フレックスタイム制は、一定の期間についてあらかじめ定めた総労働時間の範囲内で、労働者が日々の始業・就業時刻、労働時間を自ら決めることのできる制度。

・専門業務型裁量労働制でも一般事業者と同様の就業形態である。無制限の労働契約が締結できるわけではない。専門業務型裁量労働制は自院の中だけに適用されるので、副業・兼業先の医療機関

での宿日直業務については、今後議論になるし、整理していかなければならない課題である。

5. 協議【事前に寄せられた質問への回答】

回答：日本医師会常任理事 松本 吉郎

質問1：医療機関として連携B・B・C水準の適用が認められた後、どの診療科がB水準でどの医師（個人）が連携Bなのかなど、細かく指定する方法はどのようになるか。

回答：指定は医療機関単位で行われるが、その医師への水準の適用の管理と整理は各医療機関で実施していただく必要がある。具体的な適用医師の検討はこれからである。極力、医療機関の負担にならないように働きかけていく。

質問2：法律の施行は当初の予定通り2024年度からとなるか。コロナ対応の影響で、期間内での検討に遅れが生じているため、移行期間として多少猶予を設けていただけると大変助かる。

回答：コロナウイルス感染症の影響でより厳しい状況になったときに、取り組めない医療機関があることは当然と思っているが、現時点ではできるところから少しずつ取り組んでいただきたい。2024年が絶対的なものとは考えていないが、法

令が通るとそのように進めることとなる。現実問題としてどうしようもない状況になった場合には、日医としてスケジュールの延期や然るべき措置を主張していきたい。

質問3：勤務間インターバル制度で、特別な事情がある場合は例外的に出勤が認められるのか。認められるとすればどのような場合か。

回答：原則として勤務間インターバルは実施していただく必要がある。急患への対応等のやむを得ない事情がある場合には、例外的に、勤務間インターバル規制による休息時間の途中であっても診療に従事することが可能である。ただし、代償休息を取っていただくことになる。

質問4：医師の働き方改革は、5年間の猶予期間があったとはいえ、その改革内容はやっと昨年末に中間とりまとめが決まり、今年2月の医療法改正に一部示された状況であり、細部は確定されていない。また、改革を実施する医療機関では、2020年からのコロナ禍により、人的にも経営的にも疲弊し極度に追い詰められた状態にある。医師の働き方改革を進める基本認識に、「わが国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支

労働時間制の比較		出所：日本医師会「医師の特殊性を踏まえた検討委員会」答申（R2.6月）				【参考】高度プロフェッショナル制	
		通常の労働時間制	変形労働時間制	フレックスタイム制	専門業務型裁量労働制	1日・1週の所定労働時間の長さ	制約なし
1日・1週の所定労働時間の長さ	1日8時間、1週40時間以内	1週平均40時間以内であれば、8時間を超える日、40時間を超える週が可能	制約なし（清算期間平均で週40時間以内）	1日8時間、1週40時間以内	1日・1週の所定労働時間の長さ	制約なし	
始業・終業時間（労働時間としての拘束）	事業者が指定	事業者が指定	コアタイムのみ事業者が指定。それ以外は労働者が自由に設定。	始業・終業時間の拘束はない	始業・終業時間（労働時間としての拘束）	始業・終業時間の拘束はない	
活動の自由度	始業・終業時間内は原則すべて労働	始業・終業時間内は原則すべて労働	コアタイム ^{※1} 内は原則労働だが、それ以外はフレックスタイム ^{※2} の範囲内で労働者が自由に設定。（注）	自由	活動の自由度	自由	
対象医師の制約	診療に従事する医師	診療に従事する医師	診療に従事する医師	・大学病院のみが対象・研究がメイン（労働時間の半分以上）であることが要件	対象者の制約	・医師は対象外・年収1075万以上（金融商品開発、デーリング業務など）	
2024年度以降の医師の労基法上の時間外労働時間上限	原則960時間 特例1,860時間	原則960時間 特例1,860時間	原則960時間 特例1,860時間	原則360時間、特別条項720時間 * 休日労働は含まない	労基法上の時間外労働時間上限	なし	
時間外割増賃金 深夜割増賃金 休日割増賃金	支給される	支給される	支給される	支給される	時間外割増賃金 深夜割増賃金 休日割増賃金	支給されない	
法定休日	あり	あり	あり	あり	法定休日	なし（年104日以上の日を必ず確保）	
2024年度以降の医師の健康確保措置	労働安全衛生法+医療法上の措置（勤務間インターバル等）	労働安全衛生法+医療法上の措置（勤務間インターバル等）	労働安全衛生法+医療法上の措置（勤務間インターバル等）	労働安全衛生法+健康福祉確保措置（労使協定で定める）	健康確保措置	労働安全衛生法+特別な健康確保措置（2週間の連続休暇、勤務間インターバル等から選択、健康管理時間）	

（注）※1 コアタイム：労働者が1日の中で必ず働かなければならない時間です。必ず設けなければならないものではありませんが、これを設ける場合には、その時間間の開始・終了の時刻を協定で定める必要があります。
※2 フレックスタイム：労働者が自らの選択によって労働時間を決定することができる時間のことです。フレックスタイム中に勤務の中断をすることも可能です。
【参考】フレックスタイム制のわかりやすい解説と導入の手引き <https://www.mhlw.go.jp/content/000476042.pdf>

表2

えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要である」とする以上、医療機関及び医師を更に追い詰める罰則付きの改革は実施するべきではない。少なくとも2024年4月からの罰則部分の適用については、当分の間、延期願いたい。

回答：罰則部分が厳しいというお話である。質問2への回答のとおり。

質問5：宿日直について。①令和元年7月1日付け基発0701第8号記1(2)にて「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。」「問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）」について、具体的に考えられる処置や業務の内容は。②①の内容については、全国的な統一基準というものは考えられるか。③同様に記2における「稀にあったとき」について、各医療機関により認識が異なることが予想される。医師会としての考え、又はこの点における行政とのやり取り等で開示いただける情報があるか。

回答：好事例を集めた上で参考になる情報が提供できればと考えている。頻度の問題は難しく、例えば1週間の当直でどの程度の頻度があるのか等、統一基準はない。逆に統一することで問題が生じることもある。まずは事例を集めて次に生かしていくことが望ましい。地域や人員体制によって異なる。ハードルが高いものを下げて通れるものではないので、具体的にどのようにすれば許可がとれるのか、皆で考えていきたい。

質問6：医師の働き方改革の本来の目的は医師の労働の軽減であると理解している。確かに、年1,860時間の時間外業務は過剰である。しかしながら、臨床における研究業務や知識学習に患者のカルテ閲覧などが業務時間となると、960時間を超える勤務医は少なくないと思う。こうした現状を踏まえると、そもそも医師の労働時間を減らすための改革なのに、この改革では対象となる勤務医には書類の作成、提出の業務は確実に増える。さらに負担を増やすのは本来の主旨の本末転倒と考える。ぜひ、医師の業務に専念できるような働き方になるように、改革の内容をご検討いただきたい。

回答：研鑽については、厚労省が通知で考え方を示している。臨床における研究業務や知識学習のための患者のカルテ閲覧については労働時間に該当しない場合もあると思う。働き方改革は医師の労働時間をできる限り、無理なく減らしていくための改革である。書類の提出等に関して勤務医の負担を極力減らすことは大事な観点と思っている。

質問7：B水準、C水準とも、計画の1年ごとにPDCAサイクルを行うことが求められている。そのためには、個人の報告を求めることになると思う。医師に業務負担を増やすことにならないか(提出頻度の過剰負担)。

回答：自分の病院における労働時間の管理、派遣先の勤務時間の申告、自己研鑽の管理という業務が発生する。これらの報告は月1回でよいと考えている。時間の把握と健康をしっかりと考えていくことが大事である。月1回は報告していただいて、その後は病院側で対応することとなる。

質問8：連携B水準にはB水準に指定される機関指定がない。自院の医師が1人でも外勤を含めて960時間を超える可能性があれば「主たる勤務先」として連携B水準として申請が必要となると思う。地域の中核病院では病床数に限らず本水準に該当する可能性があり、対象機関は少なくないと考えられる。その時に3年に一度申請するとなると「審査組織」にかなりの負担がかかるのではないかと(対象機関の過剰と審査頻度の過剰負担)。

回答：多くの医療機関では、BやCは重なってくると思う。指定を受ける医療機関は1,500程度と考えている。評価機能として確実に対応できるように体制整備が必要であるので、厚労省にはしっかりと申し入れしながら進めていきたい。

質問9：B水準、C水準とも、医師個人で対象者と対象外の医師がいる。対象者は、ただでさえ業務で長時間を申請しているにもかかわらず、PDCAサイクルを回す「主たる機関」に情報を頻回に提出することになり、更なる業務負担が増え

る。特に、C-2水準に勤務する医師は「特定高度技能研修計画」を提出することが求められていて、詳細な内容の報告が求められている（勤務医の業務実態の報告の過剰負担）。

回答：健康確保措置を適切に実施していただくためには原則として毎月、副業・兼業先での労働時間を自己申告していただいて、医療機関がそれを管理する必要がある。申告する側も管理する側も負担と思うが、ここのところは最低限健康を確保して医療の質や安全を守るための取り組みなので、ご理解・ご協力をお願いしたい。PDCAを回すことは理想ではあるが、管理のための管理であってはならない。ご指摘の「特定高度技能研修計画」についてもできるだけ簡素化するように働きかけていく。

質問 10：B水準、C水準とも、医師の時間外の申請は週単位か、それとも月単位か。そもそも、誰もも時間内にできれば時間外業務を行いたくないのである。時間外の業務はすべて計画できるものではなく、患者状態の急変や救急など不測の事態で時間外となること（あるいは時間外が増えること）が時間外の業務を増やす原因になる。こうしたことを毎回計画として立案して、その通りにすることができるのか（勤務医の報告業務の不安定性）。

回答：勤務計画は、来月およそ本院でこのくらい、派遣先でどのくらいという概要がわかるというイメージである。ここを詳しく出すのは現実的ではない。変更がなければ毎月は必要ないと思う。実際にどの程度の頻度で行ったらよいのか、半年に1回でよいのか、全く変更がなければ1年に1回でも可能と思うので、このあたりは今後の議論になると思っている。変更がなければできるだけ頻度が少なくなるようにしたいと思っている。

質問 11：2035年にはすべての機関がA水準となるので、義務や負担はなくなるのであろうが、それまでの医師はさらなる負担の報告業務で疲弊しないか。

回答：確かに報告義務は発生するが、特に簡素化にはしっかりと取り組んで、働きかけていきたい

と思っている。評価機能において日医の意見が反映されるよう取り組みたい。

質問 12：多くのC水準の組織はB水準の複合申請となると思う。A水準の医師も混在して勤務する場合には、A水準の医師の情報も報告するのか。また、C水準の組織はB水準の対象医師のどこまで（例えば総数、個人名すべて等）を記載するのか。できるだけシンプルにしていいただきたい。

回答：実際に混在する。C水準であっても、一般的にはBやB連携になるので、まずはそこで行っていただいて、さらにC-2で手挙げをしていただくことになると思う。具体的な申請の書式についてはできるだけシンプルになるように働きかけていく。

質問 13：医師は異動が頻回に行われる。こうした実情を申請状況にどのように反映させるのか。異動のたびに、毎回、勤務医は書類を「主たる勤務先」に提出し、その度に「主たる勤務先」は知事に報告するのか。

回答：医療機関単位でとりあえず行うので、指定医療機関において、どの医師が対象になるかは中で整理・管理していただければよい。

質問 14：現在、病院機能評価機構をはじめ、評価を受けなければならない審査が複数ある。臨床研究のための申請もある。可能な限り、本改革で実施される「審査組織」の審査は他の評価指標と重複なく、かつシンプルな物として検討していただきたい。

回答：制度自体はしっかりと考えるが、一人ひとりの審査の申請はできる限り簡素化させていただきたい。

質問 15：全水準にわたって、時間外労働は「主たる勤務先」以外でも認められるという解釈でよろしいか。

回答：副業・兼業は全水準で可能。ただし、①その医療機関の労働時間について、当該事業場で定める36協定の範囲内であること、②すべての医療機関での労働時間を通算した上で、時間外労働

が医師ごとに適用される水準に合っていることが必要である。労働時間の把握がしっかりできる体制は必要である。

質問 16：大学で臨床系教室の教員の立場のため、裁量労働制になっている。兼業規約に則り地域で診療をして夕方、大学に戻り小一時間働いたとしても大学での労働は7時間45分とみなされる。この場合、地域での労働時間は全て時間外の計算になるのか。

回答：裁量労働制は理解が難しい。仮に地域医療で5時間勤務し、1日のみなし労働時間が7時間45分のところ、ある日、大学病院で1時間勤務し、地域医療で5時間勤務したとする。みなし労働時間が7時間45分の場合、たとえば大学での勤務が1時間であっても、大学の労働時間は7時間45分と取り扱われる。法定労働時間の8時間まで15分あることになる。したがって、時間外労働時間は地域医療の5時間－15分の4時間45分となる。実労働時間は1時間＋5時間の6時間しかない。法定労働時間の8時間に満たないため、この日の時間外労働時間はゼロと考えられるのかというご質問と思うが、そのような扱いにはならない。

質問 17：地域での診療においては移動時間に片道4、5時間かかることがよくある。今の社会通念上、労働時間であるが、私たちの移動時間は何に当たるのか。猛吹雪で公共交通機関が全て止まっても、自力で何とか地域に向いて診療している先生方は、もし事故にあっても個人の責任か。

回答：労働時間とは指揮監督下に置かれている時間をいうが、副業・兼業先への移動時間は、その移動中に労働を命じられているなどの事由がない限り、労働時間には該当しない。副業・兼業先への移動中に事故があった場合は、移動先の医療機関への通勤中の災害となり、労災保険において通勤災害として保障の対象となる。ただし、移動時間は労働時間にはカウントしないが、長い時間の移動は実際には休息が取れないので、配慮が求められる。

質問 18：大学では夜間他院で当直をして、朝大学に戻ってそのまま診療に当たる先生方も多くいる。移動時間が30分でもあれば、連続勤務ではないという判断で良いか。また、大学で当直しても、当直明けに移動時間が発生すれば通常通り出張にも行けるといことか。

回答：連続勤務規定と勤務間インターバルは表裏一体である。つまり、24時間について9時間以上の勤務間インターバルを確保することが必要になる。移動時間30分だけでは法令上求められている勤務間インターバルが守られていないことになるので、連携B、B、C水準の医師については、原則、そのような働き方はできない。ただし、他院での当直が宿日直の許可が取れていれば、当該当直は休息时间としてもカウントされるので、それが9時間以上であれば翌日の勤務は可能である。大学での当直明けに移動時間が発生しており、その移動時間も含めて勤務から離れていれば（労働を指示されている以外は）、時間が9時間以上の場合には、勤務間インターバルが確保されると解釈できる。

質問 19：特例的な水準が適用される医療機関を評価する者について、対象者や養成講習などの詳細が決まっていれば教示願いたい。

回答：現在検討中であるが、サーベイヤーには医療及び労務管理に関する専門的な知見が必要とされているため、評価者は医師等医療職となっており、われわれは医師と考えているが、医師と社会保険労務士の2名体制となることが望ましいのではないかと。特に、地域医療を熟知した病院の働き方、地域の医療の必要性、重要性をよく理解いただいている方になっていただくのがよろしいと思う。

質問 20：急性期病院で人事労務管理を長く担当していた社会保険労務士である。今後、医師の働き方改革実現に向けて、社会保険労務士としてお役に立つためには、各医療機関とどのようなかわり方をすべきなのか。

回答：各都道府県の医療勤務環境改善支援センターの業務では、社会保険労務士の方々には大変

お世話になっている。医師の働き方改革を進めていく上では、社会保険労務士の方々のお力は重要である。本日は医師の働き方改革についての概要を話したが、医師の働き方改革推進検討委員会の資料（厚労省のホームページ上からダウンロード可能）の内容を確認の上、労働時間の管理、健康診断という基本的事項にしっかり取り組んでいるかどうかの点検をお願いするとともに、医師の健康を確保することを前提とした宿日直や研鑽の体制ルール作りを医療職と一緒に検討していただくことを改めてお願いしたい。現場の医師は労務管理に詳しいとは限らないので、しっかりとフォローしていただきたい。

【事後の質問と回答（後日、書面で報告されたもの）】

質問1：働き方改革の中での産業医の関わりについて。当院は300床強の急性期病院で、私(院長)を含め産業医が3名いる。ただし、私以外の2人は日常臨床が忙しいため、時間外の削減対応や本人への通知、さらに個別面接・体調確認などを行うことは難しい。院長(管理者)が、産業医として体調に関する面接を行ったり、時間外の管理を行うことは認められるか。管理者が、職員個人の健康面に関わりすぎると、昇進や待遇に差別が出てくるかもしれないので、関わりすぎないようにすべきとも思うが、いかがか。

回答：現行の労働安全衛生法の取り扱いについては、平成29年4月1日に労働安全衛生規則が改正され、院長を自院の産業医として選任することはできなくなった(安衛則第13条第1項第2号)。同法の面接指導は院長が行ってはならないものではないが、労働安全衛生法上の医師による面接指導については、産業医が行うことが望ましいとされており、院長以外の医師が行うことが望ましいとされている。医師の働き方改革としては、2024年4月より月100時間以上の時間外・休日労働を行う見込みの医師については、医療法に基づく追加的健康確保措置として、医師による面接指導の実施が必要となるが、この面接指導の実施者は、産業医に限らず、必要な講習(eラーニング等)を受けた医師とするとともに、管理者以外の者とすることが予定されている(医師の

働き方改革の推進に関する検討会「中間取りまとめ」)。ただし、こうした面接指導とは別に、一般的な面接について院長等の管理者が行うことを妨げるものではない。

質問2：基準の決め方について。例えば医療機関全体で連携B水準とした場合、超過勤務の多い心臓外科などの診療科について、医師個人にまたC-1などの水準を選定するような話があったが、病院と個人と両方に水準が必要なのか。病院で連携Bとして、1,860時間までの医師らの労働時間短縮計画策定を提出するというのではないのか。

回答：「960時間超の時間外・休日労働をする場合に、医療機関としての指定とは別に、医師個人の指定が必要なのか、医師個人としての時短計画の策定が必要なのか」、「一つの医療機関が複数の水準の指定を受ける場合の医師労働時間短縮計画の取扱いはどうなるのか」というご質問かと思う。2024年4月以降、当該医療機関において医師に年960時間超の時間外・休日労働をさせる場合(他の医療機関での時間外・休日労働時間を通算して年960時間超の時間外・休日労働となる場合も含む。)には、当該医療機関は連携B水準・B水準・C-1水準・C-2水準のいずれか1つ又は複数について都道府県知事の指定を受ける必要がある。各医療機関において、どの医師に、どの水準が適用されるか、管理が必要である。C-1水準は初期臨床研修医や専攻医を対象とする水準であるが、今後は当該研修プログラムに時間外・休日労働の目安が提示される形になるので、結果として、C-1水準適用医師はC-1水準の研修プログラムを選択した医師ということになる。また、C-2水準は医籍登録6年目以降の方が対象になるが、C-2水準については個別に研修計画を策定いただいて、必要な審査を受けて適用されることとなる。医療機関は、その医療機関で勤務する医師の実態に応じて、複数の水準の指定を受けることも想定される。そのため、どの医師にどの水準が適用されているかについては医療機関で管理が必要。医師労働時間短縮計画は、連携B・B・C-1・C-2水準の指定を受ける際にはその案を作成する必要があり、また指定後は同計画を策定して実施してい

くことが必要となるものであるが、複数の水準の指定を受ける場合には、1つにまとめて作成することも可能とする方向である。

質問3：宿日直許可を受けないと宿日直時間が全て労働時間になってしまうと思うが、宿直週1回、日直月1回の基準を満たす病院は少ないと思われる。土日祝日に日直を置く場合、日直月1回を満たすには、1つの診療科で最低10名程の医師がいなければ成り立たない。このあたりはどのようにお考えか。医師会として厚労省への何らかの働きかけはお考えか。

回答：病院によって環境や条件が異なることは理解している。宿日直許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週1回、日直勤務については月1回を限度とすることとされているが、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべての者に宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ、勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて、週1回を超える宿直、月1回を超える日直についても許可して差し支えないこととされている。自院における宿日直の態様の確認や、医療勤務環境改善支援センターとも相談し、対応についてご検討いただくようお願いする。日医としては、宿日直許可について、各施設の情報を収集して共有を図りたいと考えている。

質問4：兼業・副業について。大学病院の36協定の定め方であるが、他の大学病院の勤務や製薬会社の研修会・セミナーの講師などを行っている場合、連携B水準を目指す場合36協定で定めることができる時間960時間以下と、実際に働くことができる時間1,860時間があるが、36協定に含める時間は自院で働く時間だけか。或いは、他の大学病院や製薬会社の講師も含めるのか。

回答：36協定は当該事業場の労使で結ぶ協定なので、そこで定める時間外労働・休日労働の時間は当該事業場における労働時間の上限となり、副業・兼業先での労働時間は含めない。研修会、セミナーの取り扱いは今後整理する。

質問5：本筋とは離れるかもしれないが、当院では医長以外は年俸制となっており、役職者は午後10時までは時間外手当が出ない。役職手当は月20時間程度の時間外に相当する額なので、給与の逆転現象が起きている。たとえ副院長であっても労働基準法上の管理監督者ではないので、時間外手当は支払われるべきと考えるのがいかがか。

回答：労働基準法上の管理監督者であるかどうかは役職名で決めるものではなく、その実態に応じて判断されるものなので、ご指摘のように副院長であっても労働基準法上の管理監督者ではない場合があると思う。また、その場合にはご指摘のとおり時間外手当は支払われるべきである。ただし、年俸制をとっている場合、年俸の中に、時間外給与相当額が含まれている場合もあるので、その点をご確認願いたい（年俸に時間外労働等の割増賃金が含まれていることが労働契約の内容であることが明らかであって、割増賃金相当部分と通常の労働時間に対応する賃金部分とに区別することができ、かつ、割増賃金相当部分によって法定の割増賃金額以上支払われている必要があるので、ご注意願いたい）。

質問6：時短計画について。労働時間数を出す項目があるが、前年度実績はいつからいつまでなのか。1年間の調査が必要か（例えば2か月分を6倍する等は可能か）。兼業先の宿日直の有無は医師からの申告でよいのか。

回答：医師労働時間短縮計画に記載する前年度実績については、各事業場での時間外・休日労働時間の上限が36協定で定まることを踏まえると、36協定の対象期間と揃えることが推奨されるが、特にどの期間としなければいけないという決まりはない。労働時間の実態の把握を始めるところであり、1年分となると記憶に頼るしかないといった場合等には、ご指摘のように近直2か月分を6倍するやりかたも仕方がない場合があるかと思うが、診療科によっては、季節や学会の有無等によって、月ごとの労働時間も変わりうるので、過剰又は過小推計にならないよう、平均的な労働となる月を対象とするなど配慮いただきたい。医師労働時間短縮計画は、各医療機関での取り組みを推進

するために作成いただくもので、作成自体が目的ではない。取り組みを推進するという趣旨でご判断いただければと思う。副業・兼業先の医療機関が宿日直許可を得ているかどうかは、副業・兼業を行っている医師本人からの申告によって把握いただく形でよい。

質問7:B指定の理由が地域医療確保のためとなっているが、具体的に列挙してもらえるとわかりやすい。地域医療以外の理由で960時間を超えた場合、地域医療と地域医療外の仕分けは可能か。

回答:地域医療提供体制を確保するために設定される水準はB水準と連携B水準となるので、この2つの水準の対象医療機関がどのようなものかについて説明する。B水準は、一定数以上の救急車対応を行う救急医療、在宅医療、精神科救急、小児救急、へき地医療等を提供する医療機関や、高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等を提供する医療機関が想定されている。また、連携B水準は地域の医療機関に医師を派遣している医療機関となる。取扱いの詳細については今後、整理していく予定である。

総括

日本医師会副会長 猪口 雄二

本日は、コロナ禍のため、Webでの開催となった。多くのご参加をいただき、感謝申し上げます。さまざまなご質問・ご意見をいただきましたが、しっかりと受け止め、国との協議、医師の働き方改革に臨んでいく。医師の働き方改革は、地域医療を

守り、勤務医の健康確保を行うためのものである。各医療機関が労働時間の管理、健康管理にしっかり取り組むというトップの姿勢が求められている。現在、改正医療法が審議されているが、具体的な実務については、法案が成立後、国の検討会の場で議論していくことになるかと伺っている。日医としては、今後も医療界の意見が反映できるよう、積極的に意見を述べていく。また、国に対し、必要な財源や税制など、全面的な支援を要望していく。本日は、地域医療介護総合確保基金、医師の働き方改革に関する区分6の説明をいただいた。昨年度は申請期間、配分方式の問題もあり、申請が少なかったが、令和3年度は昨年度の課題を踏まえ、厚労省に見直しを進めてもらい、取りやすくなっていると思う。ぜひとも積極的に活用していただきたい。日医は、医師の働き方改革について、現状では取り組むべきことを少しずつ進めていく必要はあるが、結論ありきで当初の予定通りに開始しようとして、拙速な議論になることだけは避けなければならないと考えている。今後も関係者と連携し、医療現場の実態を把握して、地域医療をしっかり守るために慎重に取り組んでいく。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店

山 福 株 式 会 社

TEL 083-922-2551