

# 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11月19日(金) 13:00～15:00

ところ 日本医師会館 (Web 開催)

[報告: 常任理事 沖中 芳彦]

## 挨拶

日本医師会長 中川俊男 令和3年5月に成立した、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」において、医師の働き方の新たな仕組みが規定された。日医は4月に「都道府県医師会医師の働き方改革担当理事連絡協議会」を、7月には認定産業医の研修会として、日医 Web 研修システムを用いた医師の働き方改革に関する講習会を開催し、国の検討会の状況や医療機関が取り組むべき課題などについて詳しく解説してきた。国の検討会での議論は10月で一旦終了しており、今後は現在進んでいる厚労省の委託事業での具体的な検討が重要になってくる。この委託事業としてはB水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準の規定に関する労働時間短縮の取り組みの評価を行う医療勤務環境評価センターの運営事業、次に長時間労働医師に対して追加的健康確保措置を行う面接指導医師の養成事業、そして特定高度技能、いわゆるC-2水準の技能研修計画と医療機関の教育研修環境を審査する組織の運営事業の3つが詰められている。

本日はそれぞれの事業の内容について詳しく説明するとともに、2024年4月の制度開始までに構築していく必要のある体制等について解説させていただく。また、これらの事業を実施運営する上では、労働時間短縮の取り組みの評価や面接指導等を行っていただく医師が欠かせないため、このような役割を担う先生の推薦などもお願いしたいと考えている。コロナ禍という状況の中、2024年度からの医師の働き方改革の施行を懸念する声もあるが、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る。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り、準備を進めていく必要があると考えている。本日の説明・議論を通じてご理解とご協力を賜るようお願い申し上げます。

## 議事

### 1 医師の働き方改革に関する議論の経緯について

日本医師会常任理事 城守 国斗

医師の働き方改革の基本的なフレームワークを表しているブロック図(図1)については、医療機関においてすべての医師の時間外労働時間が年960時間以内に収まっている場合がA水準、自院では960時間以内の時間外労働に収まっているが副業兼業を足すと960時間を超える医療機関は、地域で非常に重要な役割を果たしていることが多い連携B、そしてB水準というのは自院だけでその時間外労働・休日労働の合計が960時間を超えているという医療機関で、地域医療を確保するために暫定的に認められる特例水準である。C水準は集中的技能向上水準といい、C-1は研修医・専攻医がプログラムに沿って研修を行いながら医療の質を維持向上させて、自らもその技能をアップさせるための指定機関で、C-2は医籍登録後の臨床従事6年以上の先生方が、高度な技能の育成が公益上必要な分野について、指定された高度な医療技術を習得するための医療機関で、診療に従事する際に適用となる。

2024年4月から、この医師の働き方改革の法律が施行されることになる。時間を管理・把握して、年960時間以上働くという医師がいれば、時短計画の案を作成していただき、医療機関勤務環境評価センターという第三者評価機関にその評

価を委ね、その評価により都道府県が特例水準の医療機関の指定をするという流れになる。

令和3年5月28日に改正医療法が成立し、その中で、医師の働き方改革の概要が採用されている。法律の施行を受けて、7月1日に医師の働き方改革の推進に関する検討会が再開された。「医師の労働時間短縮計画作成ガイドライン」の主変更について(図2)、もともとの原案では、2023年度末までに時短計画の作成は義務化されていた。しかし、時間外労働の上限規制の適用前に義務対象を特定して履行確保するということには法

制的な課題があり、また、その時点で新型コロナが非常に感染拡大している中、医療機関に配慮すべきという意見もあったことから、変更後はこの時短計画の作成を努力義務とするという形になった。2024年3月末までに時短計画を作成すると読めると思うが、実は連携B、B、C水準の指定を受けることを予定している医療機関は、評価センター受審前までに2024年度以降の時短計画案を作成する必要がある。すなわち努力義務ではなく義務化と読み取っていただいた方がよい。A水準の医療機関等では努力義務という形で取り組

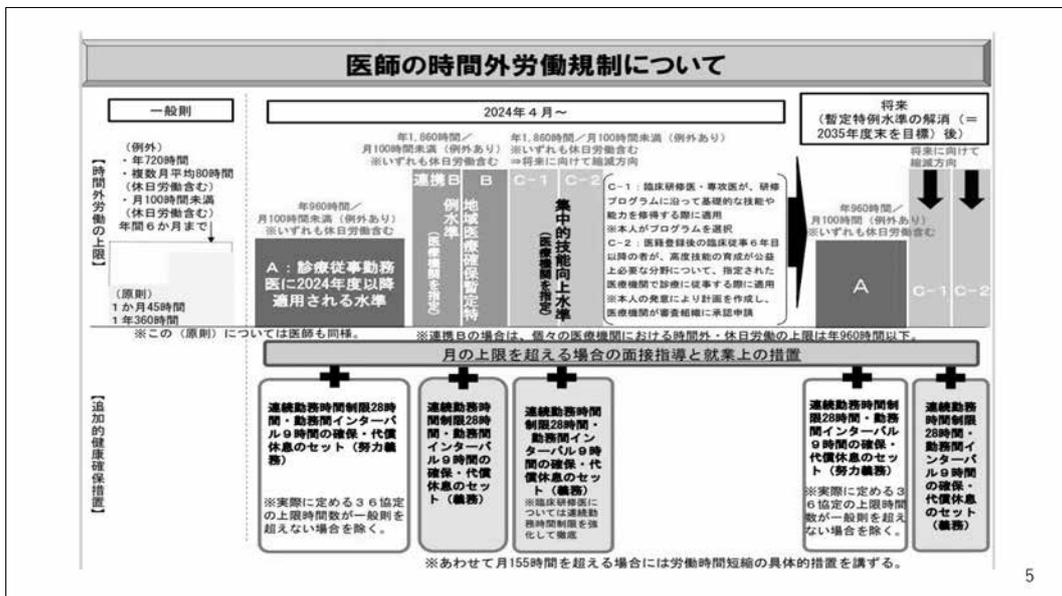


図1

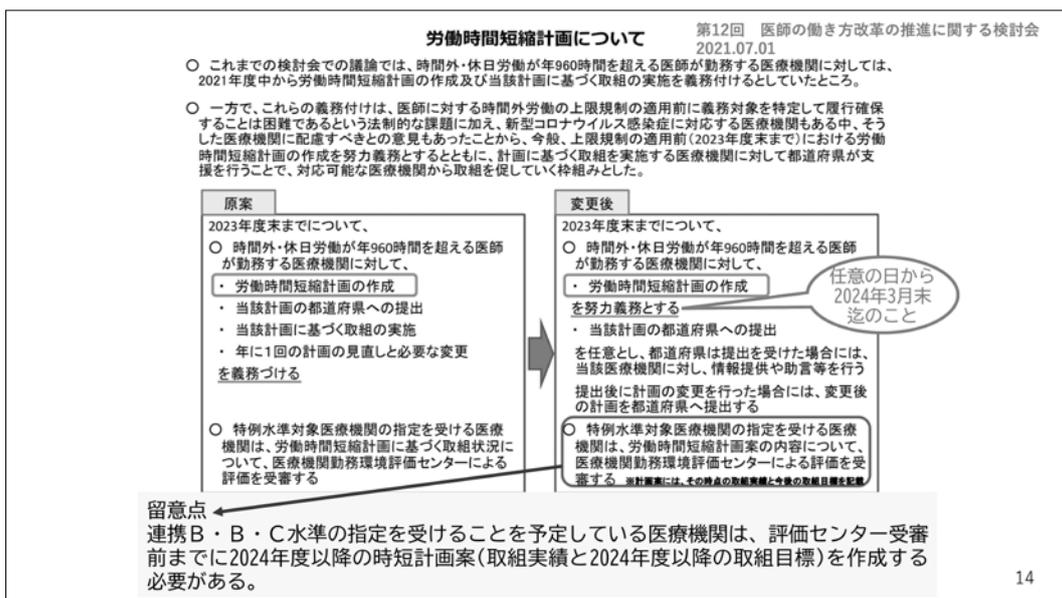


図2

みを進めていただければよい。

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の基本的な考え方であるが、ここに記載する内容はC-1水準が適用される臨床研修医以外が対象となる。連続勤務時間制限には2つのパターンがある。まず、通常の日勤で朝来て夕方～夜に戻る、ないしはそのまま当直になっても、その医療機関に宿日直許可がある場合、朝始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間が必要になる。すなわち朝の8時から次の日の朝の8時までの24時間内に9時間の連続した休息時間が必須であるので、15時間の連続勤務時間制限とも言えるわけである。もう一つは、宿日直許可のない医療機関に従事する場合で、朝から日勤をして、そのまま当直になると、勤務が続くという形になる。この場合は、始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間を取ることが必要となる。朝の8時から勤務して、当直をして、次の日の朝を迎えてその日の12時までで28時間経つ。この28時間を連続勤務すると、それ以上は勤務してはならない。次の日の12時以降休息を取らなければならず、その時には18時間の連続の休息が必要であるので、46時間ということになる。それで46時間以内に18時間の連続した休息時間というややこしい規則となるわけである。基本的にはこの15時間と28時間連続勤務制限の2つが大前

提でのルールである。そして確実に休息を確保する観点から、9時間又は18時間の連続した休息時間は、事前に勤務シフト等で予定されたものであることを原則とし、急に組み込まれたものは含めない。また、9時間又は18時間の連続した休息時間中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合は、当該労働時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与しなければならない。

「始業」の考え方であるが、連続勤務時間制限の起点となる「始業」は、事前に勤務シフト等で予定された労働の開始時とする。医師の場合はほとんどないが、例えば1日の間に短時間の休息と労働が繰り返されることが予定されている場合は、それぞれの労働時間の開始が「始業」扱いとなる。2種類の連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制の関係であるが、15時間の連続勤務時間制限と28時間の連続勤務時間制限の間に、段階的な規制の適用を行うことはない。例えば、始業から16時間連続で許可のない宿日直を含む勤務をした場合は、15時間を超えるので、9時間ではなくて18時間のインターバルが必要になる。

朝8時から23時まで勤務する場合、そこから9時間インターバルを取ったら24時間の間に9時間のインターバルが取れているということで問題ない。宿日直許可のある場合、9時間の宿日直

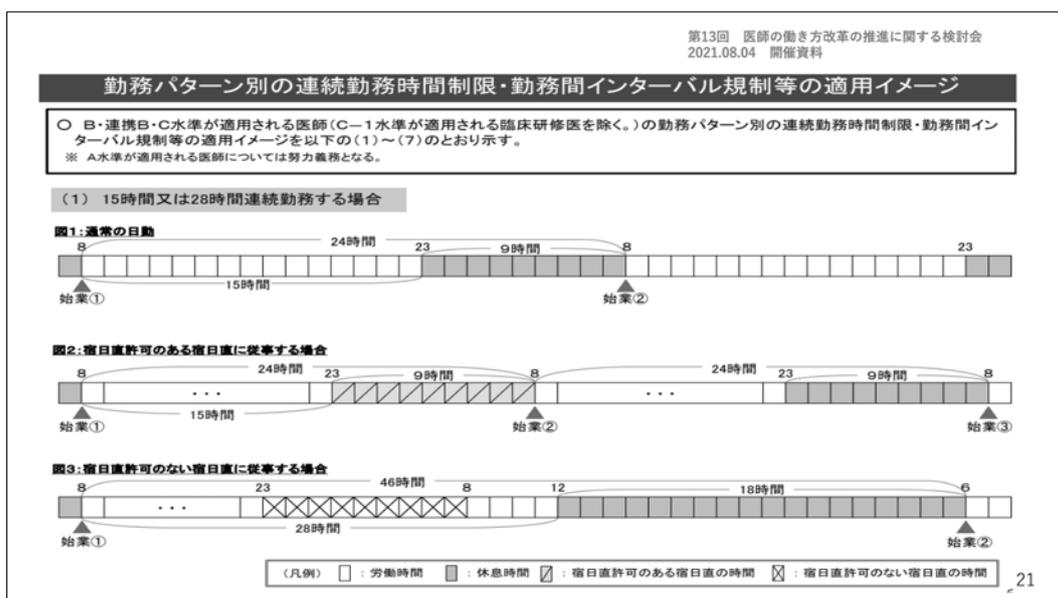


図3



間、代償休息対象時間数、代償休息の取得状況のチェックの流れで、そして右が面接指導又は就業上の措置が実施されているかの確認の流れという形である。労務管理が必要な医療機関として特定をされた場合、結果的にその対象者に関して36協定によって人数が特定され、最終的に面接指導や就業上の措置がしっかりと履行されているかの確認に関しては、立ち入り検査、いわゆる医療監視で実施状況を確認し、その場で指導も行うことになる。ここで改善されると、この特定の労務管理が必要な医療機関としての指定が継続されることとなり、改善されない場合は都道府県による支援で改善していくという流れになる。

現在、評価機能、評価センターの組織のあり方に関して、厚労省から委託を受けて、日医で業務を履行している。この委託業務は1) サーベイヤの育成、研修事業、2) 模擬審査の実施事業、3) センターの設置運営の準備事業がある。医師と社会保険労務士のサーベイヤがペアになって病院をチェックし書類審査もする。書類審査の評価が低かった場合は訪問審査もするが、内容を基本的にこの評価委員会に上げていって、評価委員会でサーベイヤの方々が基本的な審査の内容をさらに評価することになる。事業の全体を司るのは基本的に事業運営委員会となる。これらが適切に運営されているかどうかに関しては、外部委員で構

成されている評価諮問委員会が判断する。

評価センターへの申請が非常に遅くなり、そして書面評価もいま一つということで、結果的に訪問調査になって、指定を受ける2024年度に間に合わないということが起こり得るので、評価センターへの申請は早めをお願いしたい。評価センターには2023年度あたりは非常に多くの申請が集中すると思うので、できれば2022年度内に申請していただくのがよいと思われる。

評価センターにおける全体評価の考え方の原案では、「労働関係法令及び医療法に規定された事項」「前述以外の労務管理体制や労働時間短縮に向けた取り組み」「労働時間の実績」の3項目を5段階で評価することになっていた。このような提案を事務局からされたわけであるが、これでは医療機関の差別化につながることから、対案を出した結果、最終的には図5のような全体評価になった。すなわち「医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われており、労働時間短縮が進んでいる」「医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われているが、労働時間短縮が進んでいない」等の評価の考え方である。ちなみに、「労働関係法令及び医療法に規定された事項」の評価が終わり、これを満たしていない場合は法令違反となるので、その場合は評価ではなく保留という形になって、医療勤務環

全体評価の考え方(案) 変更後			
<b>全体評価に記載する事項(案)</b> ○ 全体評価に記載する内容を以下のように整理してはどうか。		第15回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 2021.09.15 開催資料	
1	2		3
労働関係法令及び医療法に規定された事項 (※1)	1以外の労務管理体制や労働時間短縮に向けた取組 (具体的な評価の基準は今後検討)		労働時間の実績 (※2)
	評価時点における取組状況	今後の取組予定	(改善の度合いで判断とするが具体的な評価の基準は今後検討)
全てを満たす	十分	十分	改善している
	改善の必要あり	十分	改善していない
	改善の必要あり	見直しの必要あり	
※1：1の労働関係法令に規定された事項及び医療法に規定された事項に改善が必要な場合は評価保留とする。 ※2：具体的には、B・連携B・C水準が適用されている医師の各水準ごとの平均労働時間数や、最長労働時間数、実際に年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超えた医師数等の実績を基本として検討する。			
<b>全体評価の考え方</b> ○ 上の表の整理に従って全体評価について定型的な文で示すこととすると、例えば以下になるのではない。 > 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われており、労働時間短縮が進んでいる > 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われているが、労働時間短縮が進んでいない > 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があるが、医師労働時間短縮計画案から今後の取組の改善が見込まれる > 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があり、医師労働時間短縮計画案も見直しが必要である			

図5

境改善支援センター等の支援を受けながら、まずはここをしっかりと確保していただくということになる。

C-2水準の議論はこれまであまり行われていなかった。C-2水準の対象技能となり得る具体的な技能の考え方(案)は次の①から③のすべてを満たすものである。すなわち、①「C-2水準の対象分野」に該当するものは、日本専門医機構の定める基本領域(19領域)において高度な技能を有する医師を育成することが公益上特に必要と認められる医療の分野ということで、この考え方は基本的には医療の分野のどこからでもC-2水準に亘る技能が出てくる可能性がある、あまり制限をかけない形になっている。②「C-2水準の対象技能となりうる技能」の考え方に該当するのは、医療技術の進歩により新たに登場した保険未収載の治療・手術技術(先進医療を含む)、又は、良質かつ安全な医療を提供し続けるために個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術。③「技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」の考え方に該当するものは、ア)診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない、イ)同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない、ウ)その技能に関

する手術・処置等が長時間に及ぶ、の3項目の1つ以上である。

「C-2水準の審査組織」は、法人が委託を受けて準備しておられる。C-2水準の審査を希望する医療機関から、医療機関申請書をまず作成し、さらに医師個人の発意に基づく技能研修計画を作成し、審査組織に申請する。審査組織では関連学会の先生方のご尽力をいただきながら、医療機関の教育研修環境の審査をすることと、もう一つは個別の技能研修計画の審査をする。そして全体を統括する委員会がその審査の公平性・中立性等を担保していただくという形になる。

勤務実態の把握から時短計画を作成し、そして評価センターに受審の申請をして都道府県の指定を受けるという流れの中で、わからないことがたくさん出てくるはずである。各医療機関でその場合にどこに問い合わせをすればよいか。例えば勤務実態の把握をする際に現状の把握の方法が分からないとか、副業・兼業の取り扱いが不明の時には、厚労省の「いきサポ」(「いきいき働く医療機関サポートweb」)の略)というウェブサイトがある。ここにマニュアルがあるのでそれを活用したり、都道府県の医療勤務環境改善支援センター(勤改センター)に相談をする。また、時短計画の作成例がわからないとか様式を探す時も同じように「いきサポ」や勤改センターに、そして評

第15回 医師の働き方改革の推進に関する検討会  
2021.09.15 開催資料

### 医療勤務環境改善支援センター(勤改センター)の活用について

・2024年4月より医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用される。  
 ・「医師の働き方改革に関する検討会」「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を経て、令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立した。

医師の時間外・休日労働の上限については、36協定上の上限及び36協定によっても超えられない上限をともに、原則年960時間(A水準)・月100時間未満(例外あり)とした上で、地域医療の医療提供体制の確保のために暫定的に認められる水準(連携B・B水準)及び集中的に技能を向上させるために必要な水準(C水準)として、年1,860時間・月100時間未満(例外あり)の上限時間数を設定

医師の労働時間の短縮を計画的に進めていく上では、医療機関は医師労働時間短縮計画を作成し、その計画に沿って医療機関の管理者のリーダーシップの下、医療機関全体でPDCAサイクルにより働き方改革を進めていくことが重要

2024年4月

勤務実態の把握 → 時短計画の作成 → 評価センターによる評価の受審 → 都道府県への指定申請 → 時短計画に基づく取組追加的健康確保措置の実施

医療機関

「いきサポ」は、「いきいき働く医療機関サポートweb」の略称で、勤務環境改善に関する好事例や、勤務管理チェックリストなどの支援ツール、セミナー情報等、勤務環境改善に取り組む医療機関のみなさまの参考になる情報を集約・提供する厚生労働省が開設するポータルサイトです。

いきサポ

15

図6

働センター又は都道府県への指定申請という時には事前に勤改センターに相談していただければスムーズに進むのではないかとということで、このような図6を作っていた。先生方もこれをご参考に、医師の働き方に関する取り組みをよろしくお願ひしたい。

## 2 医師の働き方に関する各種事業の取り組みについて

日本医師会常任理事 松本 吉郎

医師の健康を守るために3つのルールが定められた。すなわち、連続勤務時間制限、勤務間インターバル及び長時間労働になった時の面接指導で、これら3つの組み合わせによって医師の健康確保措置がなされている。一方、大学病院からすると、宿日直や兼業・副業に関しては、できれば宿日直に行っても次の日は病院に戻って働けるという仕組みが本当は望ましいわけであるが、勤務間インターバルが通常9時間になっているので、この9時間が派遣先の病院で取れないと、今度は28時間制限に移ってしまう。28時間とすると、次の日は戻って来られるが、その代わり昼ごろまでしか働くことができないことになるので、外勤先で宿日直許可が取れているかどうかは、派遣する側の病院にとっては非常に大きな問題になる。特に準夜・深夜帯の、例えば23時～8時までの9時間が、深夜帯のみでも宿日直許可が得られているかどうかは非常に大きな関心事になっている。また、逆に派遣される地域の病院にとっても大学からの派遣が滞れば地域医療に即影響するので、特に二次救急病院や有床診療所、特に産科の有床診療所にとっては死活問題になる。宿日直許可が取れるところはしっかりと取ることが重要なポイントになる。自己研鑽も労働時間に当たるのか否かを、病院の中で経営者側と勤務医がコンセンサスを得ることが大事と思っている。さらにオンコールについての取り扱いも重要である。勤務医からすれば時間外の賃金の問題は生活に直結するし、オンコールの手当あるいはその間の労働も大きな関心事である。賃金の問題もきちんとコンセンサスを得ることが必要である。ここでト

ラブル起こすと、例えば労基署に申告相談をされると、定期監督ではなくて申告監督という労基署からの臨検が入り、全てのことをきちんと伝えているかをしっかりと見られるので、私から改めてお願ひをしたいのは、宿日直の許可、自己研鑽、36協定を含めたいろいろな就業規則のきちんとした体制を組んでいただき、また、大学病院や派遣してくれている病院にはしっかりと連携して地域医療に齟齬を来さないようにするとともに、都道府県医師会との連携も必要だと思うのでよろしくお願ひしたい。

連携B、B、C-1、C-2に係る「医療機関勤務環境評価センター」は、日医が厚労省から受託している。長時間労働における面接指導実施の準備に係る委託事業、それから「C-2水準の審査組織」の準備に係る委託事業は、日医が直接委託されているわけではないが、両方とも日医が深く関わりながらこの事業を進めているという状況である。

医療機関勤務環境評価センターは2022年度から指定法人となり、機能を担っていく。その中に、評価諮問委員会、事業運営委員会やその下に評価委員会等を設けて進めていく。構成員には医療分野代表者や学識経験者あるいは労働分野代表者が入り、外からもしっかりと見える形で進めていく。評価センターも日医が手を挙げるということは、日医の理事会でも機関決定されているので、この指定に向け、今、厚労省と意見交換をしながら進めている。

2022年4月ごろから評価センターが指定を受けて発足して、秋ごろから実際に評価がなされていくということであり、並行して、C-2水準の審査組織も同様な形で、4月・5月辺りに厚労省から委託事業として行われ、同じように秋ごろからセンターと並行して準備が進められる。こちらの審査組織の事業が日医に委託されるように、今しっかりと準備をしている。地域医療をよく知り、そして都道府県と非常に連携が取れ、病院団体ともまた社会保険労務士団体とも連携を取れ、全国で組織的に担ってできる、あるいは大学病院組織とも連携が取れる組織は日医しかないかと私どもは考えているので、厚労省に理

解いただきながら進めていきたい。

2022年度にこの評価が始まる。まず書面評価で始めて、評価結果が低かった医療機関については、実際に訪問させていただいて評価をすることになるが、コロナの影響もまだ残っている状況があるので、できれば初年度は極力この書面評価で行いたい。2024年度からは、3年間を1クールとして、評価を行っていかねばならないので、しっかりとした準備が必要である。

書面調査では、医療機関から調査の書類が届けられて、病院に医師1名、社労士1名のサーベイヤーが割り振られて始まる。そして、書面調査の実施にあたっては、評価センターの相談員と協議しながら報告書を提出する。評価センターの設置場所にはいろいろな意見があったが、今は日医に1か所置くことを考えている。サーベイヤーについてはブロックや都道府県医師会と協議をしながら進めたい。その評価委員会で審議を行って、その結果、受理されれば、審議結果を都道府県に報告して、都道府県の医療審議会等で審議を承認していただいて、その結果を報告して、そしてまた評価センター本部にも報告していただくことにすると、手際よくやっても5～6か月程度かかると思っている。1回で通れば問題ないが、差し戻しもあり得る。そのようなこと考えると、2022年の秋ごろから始める予定であるが、なるべく早い時期に受審していただくことがよいと思っている。まずは早く労働時間の把握をきちんとしていただき、就業規則や36協定など基本になる部分をしっかりともう一度見つめ直していただきたい。

日医の「医師の働き方検討委員会」の委員は、委員長が群馬県医師会長の須藤先生、副委員長は新潟県医師会長の堂前先生であり、大学、医師会、社労士の方々等多方面にお願いして構成している。「評価機能」の準備に係る委託事業(令和3年度)は、同委員会と連携して進行しており、「評価機能」の設置準備にかかる委託事業のワーキンググループは、医師労働時間短縮計画等の資料を客観的に分析・評価できるよう、評価者に必要な知識・技能を身につける評価者養成講習会の実施を考えている。評価における課題

(評価項目・基準の整理、評価に必要な書類、医療機関規模別に必要な評価者の人員、評価の所要時間等)を明らかにすること、評価機能(医療機関勤務環境評価センター)の効率的な運営に向けた課題(組織体制の検討、評価者講習開催の方法等)の整理が進められている。その中には、評価機能ワーキンググループ、模擬審査ワーキンググループ、指定法人の取得に向けたワーキンググループがあるが、前二者が先行して進められている。

評価者の養成が必要になるが、そのために作成している教材があるので、これを修正しながらe-ラーニング教材や到達度テストの作成を、学習管理システム専門業者と連携して作業を進めている。講習は3部構成(オンデマンド開催)で、①基礎知識編、②評価編(知識)、③評価編(実地)となっている。それぞれ到達度テストを行い、習得をチェックするという形で行う。基礎知識編は動画と到達度テスト作成がほぼ完了している。

評価者の養成は、評価対象医療機関数を1,200～1,500施設と想定し、各々に医療サーベイヤーと労務管理サーベイヤーが各1名ずつのチームで、1チームで10施設程度をカバーするという考えに沿って行っていくことになる。都道府県内のサーベイヤーだと、しがらみがあってなかなか難しい点もあるため、近隣だが同じ都道府県ではない施設という形を考えている。

令和2年度の改定でできた地域医療体制確保加算を算定している病院と初期臨床研修指定病院の両方又はいずれかに該当する病院数は全国で1,217ある。この中で、960時間を超える医師が1人もいないことがはっきりすればA水準になるので、評価センターを受審する必要はない。したがって、まずはそれぞれの医師の労働時間の把握が必要になる。逆に、1人でも年間960時間を超える医師がいれば、連携B、B水準に当たるので、この評価を受けなければならない。不測の事態に備えて、各都道府県とも最低2組のサーベイヤーチーム数を想定している。ブロック割については、例えば中国四国であれば、中国四国の9県でなくても中国の5県で考

えるとか、四国の4県で考えると、あるいは山陰と山陽で分けて考えるのもよいし、自らの県のサーベイヤで評価しないという原則さえ守っていただければ、柔軟でよいと考えている。

サーベイヤの主な業務は以下の通りである。

- ・e-ラーニング研修の受講。2022年1月より開始。全体で6時間程度。
- ・受審医療機関の医師労働時間短縮の取組の書面調査。医師サーベイヤとチームを作り、受審医療機関から提出された資料をもとに書面で評価実施。
- ・訪問調査。書面調査で判断ができなかった場合には、医師サーベイヤと受審医療機関を訪問し追加助言を行う。
- ・報告書のとりまとめ・提出。受審医療機関の評価結果報告書をとりまとめ、医療勤務環境評価センターに提出。

2022年の秋ごろには書面調査をスタートする予定なので、各都道府県医師会には、医療サーベイヤの推薦をお願いしたい。医療サーベイヤの推薦要件(案)は以下のいずれかを満たすことである。1. 病院における管理職(院長、副院長、診療部長等)経験5年以上、2. 医療勤務環境改善支援センターの業務に携わった経験がある、3. 日本医療機能評価機構、日本医学教育評価機構などのサーベイヤ経験がある。なお、大学病院における医療サーベイヤについては、全国医学部長病院長会議と連携して対応する予定である。

社労士の方も同様に概ね開業登録5年以上の方で、病院のことをよく理解していただいている方、あるいは勤務環境改善支援センターの相談員の方等を考えている。医師のサーベイヤも社労士のサーベイヤもやはり地域の実情や病院をよくご存知の方にさせていただきたいと思っている。

模擬審査では、16病院を選定してご協力いただく。評価実地における課題、評価項目・基準の整理、評価に必要な書類、医療機関規模別に必要な評価者の人員数、評価の所要時間等を明らかにするために、模擬審査に着手しようとしているのが今の段階である。そして評価マニュアル案を作成し、評価をして最終的な総合評価

にどのように結びつけるかというのが1つの問題点である。受審医療機関から提出する書類がどの程度必要かも併せて検討したい。評価した結果、医療機関側からクレームもあろうかと思うので、その対応も評価センターに求められる機能だと思っている。

模擬審査では、ストラクチャー(労務管理体制)がしっかりできているかどうか、プロセス(医師の労働時間短縮に向けた取組)がしっかりとされているかどうか、アウトカム(労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組の実施後の評価)に分けて評価を行うが、最終的には医師の時間外労働が1人平均何時間になったかが目に見える成果になる。具体的な評価項目及び評価基準については、「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン」に基づいて確認する。ガイドラインはすでに公表されているので、担当者はその中身をしっかりと見て進めていただきたい。労働時間の実績は、医療機関の医療提供体制やその医療需要と相互に影響し合うことから、参考データとして、医師数、病床数、看護師数といった医療機関の医療提供体制を示すデータのほか、手術件数、患者数、救急車受け入れ台数といった医療のアウトプットをデータとして提出する。評価の視点は、アウトカムを求めるのではなく、ストラクチャー、プロセスが非常に大事と考えている。

医師の労働時間短縮の取組状況について、評価を行う全項目数は95項目になっている。必須の項目は非常に大事で、37項目全てをクリアする必要がある。これには法的なことに関する内容が全て入っている。必須以外が58項目ある。できる限り評価しやすいような観点で作ってあるが、問題点があればご指摘いただきたい。

評価機能設置に関する検討としては、1) 組織の体制、具体的な設立までの手続きに関して情報収集し、2) 組織の検討・準備に入り、3) 評価の業務フローの確認を行い、4) 組織としての必要な書類や事務手続き等を行う。なお、4)では、定款や審査登録の時の料金等を含めて今後検討するので準備が遅れているが、これから4月に向けてここをクリアしたい。日医ではこれが始

まってから事務局を2名増員しているが、まだ人員が足りない状況で、センターと審査組織の2つを行っていくとなると、非常に大きな業務になると思っている。日医では、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て、取り組みの支援を行っていくものと理解している。

医師の働き方の検討会が国で始まった時に、年間960時間以上の時間外労働の方は約40%、1,860時間を超えて働いている方は約10%ということであった。まずはこの10%方を1,860時間に持っていくことが求められている。960時間以上働いている40%の方々に長時間労働の面接指導を行っていくためには、例えば100人勤務医がいる病院だと40人が該当するが、面接指導医1人が10人を担当することを想定しているので、4人の面接指導医が必要となる。全国では8,000人ほど必要と思っているが、これはあくまで想定である。

面接指導は、当該月の時間外・休日労働の80時間への到達等を睨みながら行っていくことになると思う。A水準では100時間以上となる頻度は低いが、たまに80時間を超える方もおられると思う。実施方法で問題なのは報告書の書き方であろう。例えばわれわれ医師が同じ病院内の医師を面接するのは難しいと思うし、特に、科が違う方は、年齢的に上の方に対し、指導したり就業の制限を行うことは簡単ではないので、そのような時は産業医と連携したり、上司や管理者にある程度相談することは必要と思う。

C-2水準の審査組織については、大学病院等で個別に審査すると、医療機関としての申請書もあるし、個人で手上げた方の申請書もあって大変なので、全体として希望者を一堂に集めて勉強しながら進めていくことが实际的であって、例えば事務の方がまずチェックをして、最終的には医療機関の申請書も個人の申請書も院長先生がチェックした形で実際に申請していただくのが効率的なやり方であろうと思っている。

今後のスケジュールであるが、「評価機能」の設置準備は現在16施設、「C-2水準の審査組織」

は5施設においてモデル審査が終了し、今問題点の洗い出しをしている。さらにもう少し対象を広げて、専門病院等も含め、さらに第2回の6施設を12月に実施する。2022年4月ごろには「評価機能」の指定法人の指定を受け、C-2水準の委託事業もこのころから開始されるのではないかと考えている。秋ごろから、両方の組織とも運用を開始していく予定である。早く開始しないと影響を受けるので、厚労省とも連携してなるべく早くしたいと思っているが、やればやるほどやるのがたくさん出てきて、非常に膨大な量となっている。

### 3 協議

**質問：**料金（講習・審査・登録）は、審査を受ける医療機関が負担するのか。

**松本常任理事：**国が進めている事業なので、できるだけ無料にしたいが、運営してみないとわからないところがあり、場合によっては負担を求めることもあるかもしれない。

**厚労省：**法に基づいて実施する取組なので運営費を適切に予算要求したいが、受益者負担も指摘されながら予算査定されるという形になっている。相談しながら進めていきたい。

**質問：**当医師会では、4月から勤改センターの社労士に来ていただくことを考えているが、時短計画の作成についてその社労士に相談してもよいのか。

**城守常任理事：**それで結構と思う。各病院で独自に社労士を雇っているところもあると思うが、働き方改革は制度も複雑であり、運用も難解なので、そのことをよく理解しておられる勤改センターに相談されるのがよろしいと思う。

**質問：**都道府県医師会の具体的なアクションとしてサーベイヤを推薦しなければならないが、サーベイヤの推薦要件の案について、業務の内容や報酬等のより詳細なものはないか。

**松本常任理事：**評価マニュアル案を作成しつつあるので、それを参考にして推薦いただくことになるかと思う。できる限り早くお手元に届け

たい。

**質問：**評価者の養成講習会で、到達度テストで習得をチェックするとあるが、結構ハードルがあるように思われる。

**松本常任理事：**最終的には国が認めるという形になるのでe-ラーニングのチェックが入るが、例えばWeb講習の時のように、間違っただけでは教材を見て、また改めて回答することができるシステムになるので、最終的に全員が到達できることになる。質問に正解することで問題点の把握や理解度が増すと思っている。

**質問：**大学病院における医療サーベイヤについては、全国医学部長病院長会議と連携して対応予定とあるが、ここからも1人枠があるのか。

**松本常任理事：**大学病院には何名かの推薦をお願いして、その中に入れていただくことを考えている。都道府県の中で大学病院の先生を選んでいただいても結構で、その辺のところは柔軟にと考えている。

**質問：**サーベイヤの推薦はいつまでに行わなければいけないのか。どのくらいの業務量になるのかということが引き受ける側にとってはポイントになると思う。

**松本常任理事：**令和4年9月ぐらいから始まると仮定すると、本年度中に着手をして5月、6月、7月辺りまでには実際に固めたいと思っている。業務量は想定しにくいですが、ガイドラインを手に取っていただいて、実際に95項目をチェックすると、ある程度その時間もわかるかと思う。場合によっては負担を考えて、サーベイヤの数を増やして少し余裕を持っていただくのもよろしいかと思っている。

**質問：**通常の業務を行いながら評価ができるのかを心配している。

**松本常任理事：**手を挙げる病院が多くなれば、増員をお願いすることも考えている。どのような形で作業を進めていくかについては、固まったらこの協議会で改めてお願いしたい。

**質問：**医師の労働時間の短縮を図るためには、タスクシフトやタスクシェアリングといった考え方が必要である。その場合、質の担保、すなわち安心安全な医療を提供できるのか。

**今村副会長：**タスクシフトやタスクシェアは時間短縮の一つ方法であることは間違いない。ただ、医療者の行為を多くの職種の方が病院において、どこまでだったら実施できるのかという議論を国の会議で行ったところ、最も大きな課題だったのが、医療安全・質の点であった。そのために法律や省令で研修を義務付けているが、厳しい研修を行ったら必ずやらなければいけないということではなくて、その病院の中でその業務を行う職種の人達に過重労働にならないような配慮をしつつ行うということになる。それでいきなり2024年から全てのタスクシフトが起るわけではなく、2036年までの間にそれぞれの病院でできるタスクシフト・シェアを考えていながら、時間短縮を図っていただくということなので、医療安全あるいは質の問題についてしっかりと考えながら進めているということをご理解いただきたい。

**質問：**勤務医の労働実態の把握の場合、兼業・副業の実態を把握するのに、兼業先の院長の書面による証明書のようなものが必要か、あるいは勤務医の口頭の申し出でよいのか。また、兼業先が宿日直の許可を取っているかについても兼業先の院長の証明のようなもの必要なのか。

**厚労省：**まず副業・兼業先の医師の労働時間の実態の把握の仕方については、他の業種に比べて特殊な働き方をされているのが実態だと思うので、難しいものと思っている。把握に関しては基本的には医師の自己申告に基づいて、主たる勤務先で把握していただければ差支えないという形になっているが、さらに特別に医療機関間で連携するような把握のやり方もあるかと思う。しかし、他の業種と同じように、当人の申し出に基づいて労働時間を把握するというもので差支えないと、厚労省として考えている。宿日直許可に関しても、基本的には同じと考えている。医師が外勤先あるいは兼業先の医療機関

の宿日直の状況を把握していて、自身の労働時間を正しく申告できるのであれば、それに越したことはないが、難しい場合には、宿日直許可の取得状況について医療機関間で確認していただくことも、方法としてあり得る。

**松本常任理事：**この自己申告というところは検討会でも問題になったが、日医としては、外勤先のことについては自己申告でということをかかり申し上げ、今のような形に落ち着いている。

**質問：**サーベイヤの委嘱元は都道府県の勤改センターなのか。各都道府県医師会に委嘱の依頼があるのか。

**松本常任理事：**本部にだけこの評価センターを置くので、本部から各都道府県医師会宛に、このぐらいの数のサーベイヤをお願いしたいという依頼をしたい。

**質問：**この問題は医療機関ごとの個々の体制によるので、県医師会としての立ち位置が難しい。都道府県医師会に日医から求められる具体的な行動・アクションに関して、指示があればお願いしたい。

**松本常任理事：**非常に大切な点だと思っている。先ほど、地域の実情をよく知っておられるサーベイヤをご推薦くださいと申し上げたが、そのような視点を考えると、例えば勤改センターに都道府県医師会がしっかりと関与していただくこと、それから都道府県とも、地域医療提供体制が壊れないようにという観点も含め、しっかりと連携・議論していただくこと、特に派遣をしていただく大学病院に、郡市医師会とともに都道府県医師会が行っていただいて、継続して医師の派遣をお願いして、お互いに連携し努力して医師の健康確保にも努めていくという啓発を、例えば産業保健活動を通じてやっていただくこと等が、具体的な都道府県医師会の役割であると思っている。

**質問：**働き方改革の中身が煮つまってきたと実感しているが、それと同時に、この働き方改革の業務量がとんでもなく多いと感じる。日医が

厚労省から引き受けたのは、性質上当然のことと思うが、これは今後相当な負担になってくる。この後2023年から将来的には35年までに世界的にも見劣りのない労働時間にしていくということを考えてみると、相当なエネルギーが、人にもお金にも設備にも掛かってくるので、この辺の覚悟のことを現執行部はどのように考えておられるか。後世の執行部に相当な負担を残す可能性があると思うが如何か。

**今村副会長：**重要なお指摘をいただいた。この件については、今後の日本の医療提供体制を大きく左右するような課題だと考えている。このような課題に対して取り組める組織はおそらく日医しかないという思いで、現執行部が今回このような形でまとまったものを説明しているが、前執行部から決めて、理事会などでも紹介・説明をして承認をいただいたわけである。その時点ではここまでの内容というのは正直分かってはいなかったが、われわれが覚悟を持って取り組んでいくという姿勢で今準備をしていることを、是非ともご理解いただきたい。

**質問：**勤務間インターバルについて、宿日直許可があるかどうか大きな問題であるが、これは病院単位で宿日直許可を取ることになるのか。当院の例では、救急を担当する当直はほとんど寝られないが、別の担当の当直は休息がとれるということがある。

**城守常任理事：**基本的には病院単位で取ることが多いと思うが、診療科によってばらつきがあり、ある科だけが非常に業務量が多いという場合は、科ごとの許可、また時間もその病院で最も救急が多い部分に関してのみ許可を取ということも可能なので、その点に関してはまず勤改センターに相談していただき、それを労働基準監督署と調整していただくということになると思う。

**松本常任理事：**今の説明の通り、診療科別でもよいし、例えば準夜帯は時間外労働として、深夜帯の9時間だけ宿日直許可を得るというのがある意味理想的なところでもあるが、あまり短い時間では取れないということになっている。

あとは職種よって分けて取ってもよい。

**質問：**面接指導に関して、時間外・休日労働が100時間に到達する前にと記載されていたが、一方で100時間を超えてもまあ仕方がないというような書き方もある。その月のうちに時間外を積算していったら100時間が近づいたら面接指導をするというような体制を作らなければいけないと考えた方がよいか。

**城守常任理事：**基本的に、この100時間は、超えてはいけない時間帯であるが、例えばB水準、C水準というのは労働時間が非常に多くなる医療機関である。その場合、前月のデータで100時間近い労働があり、またその当月において、例えば20日までに既に80時間を超えそうな労働をしている方がおられた場合は、その80時間前後あたりで面接指導をして確認するということが、この制度の一つの形になっている。ただし、80時間を超えるような長時間労働は発生しないということも想定されるので、前月又はその当月において、80時間近い労働をしている人がいれば、その方の健康の確認をして、特に健康負債や睡眠負債等がないと判断がされた場合は、100時間を超えた後でも面接指導を行ってもよいという内容である。

**松本常任理事：**追加の質問等あれば事務局までご連絡いただければ、日医もしくは厚労省からお答えさせていただく。この問題は今後非常に大変な事業になると思っている。できればこの連絡協議会も、年に1度とはいわず、随時開催したい。

## 総括

**日本医師会副会長 今村 聡** この医師の働き方の問題に関しては、さまざまな課題があること、また現在進行形で進んでいる案件も非常に多いわけで、例えば日医の役員のように議論の当事者としていろいろなところに参加しており、この制度について日ごろ積み上がっていく経過もわかって少しずつ理解が進んでいる者からすると、現場の先生方が一度聞いて理解する

というのは大変難しいのが実態かと思っている。そのためまずは、都道府県の担当理事の先生方と日医の担当役員の間でしっかりと情報共有を図らせていただくことを目的に開催をさせていただいた。この4月に開催した連絡協議会では医師の働き方の制度の全体像や個別論点について情報共有させていただいたが、本日は国の検討会の最新の検討状況と、そして実務的な事業を都道府県医師会にご理解・ご支援をいただきながら日医が取り組んでいこうとしている事業についての説明であった。

医療勤務環境評価センターの事業では、サーベイヤの養成や面接指導を行う医師の養成については、現在具体的に進んでいる事業の概要を説明したが、両事業については、2人の役員の説明に対して多くの医師会からご質問いただいて、関心も非常に高く、それぞれの医師会にもいろいろご協力をいただかなければならないと改めて考えている。現在、業務にスムーズに対応いただけるように、医師の働き方検討委員会委員の先生方を中心に研修教材などの準備を懸命に進めている。業務の準備ができればできるだけ速やかにご案内を差し上げるので、その際にはご協力のほどお願い申し上げます。もう1点、特定高度技能いわゆるC-2の審査については制度の議論が進められているが、こちらも将来の医療の質の維持・向上のためには非常に重要な仕組みとなる。先生方のご意見もいただきつつ、間違いのない制度を作っていきたい。

2024年度の新制度移行まであとわずかになった。新型コロナウイルスの感染状況がまだまだ不透明であるが、感染状況をしっかりと睨みつつも、準備についてはしっかりと進めていく所存である。今後もこうした情報を定期的あるいは随時提供して行くので、引き続きのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。総括とさせていただきます。