

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

令和2年12月22日

医師の働き方改革の推進に関する検討会

第1	医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項	3
1	地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の指定に係る枠組み	3
	(1) 地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）	3
	(2) 集中的技能向上水準（C水準）	7
	(3) 対象医療機関の指定の期間・取消	12
2	追加的健康確保措置の義務化及び履行確保に係る枠組み	13
	(1) 具体的内容	13
	(2) 履行確保の枠組み	16
	(3) 改善に向けた取組	17
	(4) 災害時等における取扱い	17
3	医師労働時間短縮計画に係る枠組み	17
4	複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い	18
	(1) 副業・兼業先の労働時間の把握	19
	(2) 複数医療機関に勤務する医師に係る時間外・休日労働の上限	19
	(3) 複数医療機関に勤務する医師に係る追加的健康確保措置の取扱い	19
	(4) 複数医療機関に勤務する医師の労働時間の管理方法	21
	(5) 複数医療機関に勤務する医師に係る労働時間短縮の取組	22
	(6) 地域医療提供体制への影響	22
5	評価機能に係る枠組み	23
	(1) 業務	23
	(2) 評価方法	23
	(3) 評価対象医療機関・評価の頻度	24
	(4) 評価の実施体制	24
	(5) 評価結果の取扱い	25
	(6) 評価機能の組織体制	26
	(7) 財政基盤	26
	(8) 医療勤務環境改善支援センターとの連携	26
6	医師の労働時間短縮等に関する大臣指針	27
	(1) 大臣指針の策定	27
	(2) 医師の時間外労働短縮目標ライン	27
	(3) 各関係者が取り組むべき推奨事項等	28
第2	医師の時間外労働の実態把握	31
第3	今後の検討事項	32
第4	おわりに	33

(別紙1) 検討会構成員名簿

(別紙2) 医師の働き方改革の推進に関する検討会 開催経過

(別添1) 長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル

(別添2) 医師労働時間短縮計画策定ガイドライン(案)

(別添3) 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(評価項目と評価基準)

(参考資料)

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

医師の働き方改革の推進に関する検討会（以下「推進検討会」という。）においては、令和元年7月5日に第1回を開催し、これまで11回にわたり議論を重ねてきた。推進検討会では、医師の働き方改革に関する検討会（以下「前回検討会」という。）が平成31年3月28日にとりまとめた報告書（以下「前回報告書」という。）において、引き続き検討することとされた、医師の労働時間の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項を中心に議論を行った。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、議論を中断せざるを得なかった時期もあったものの、感染症対応の最前線を含め、過酷な環境で働く医師たちの働き方改革の必要性を改めて認識し、そうした現場においても着実に労働時間短縮の取組を進めていただけるよう、円滑な制度運用にも配慮した議論を重ねてきた。具体的には、地域医療確保暫定特例水準と集中的技能向上水準の対象医療機関の指定の枠組み、追加的健康確保措置の義務化及び履行確保に係る枠組み、医師労働時間短縮計画及び評価機能に係る枠組み等について検討を行い、医事法制において措置する事項等について一定の結論を得たため、中間とりまとめとして、ここにとりまとめる。

第1 医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項

1 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の指定に係る枠組み

(1) 地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）

- 地域医療確保暫定特例水準は、地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ず、医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働の上限水準（以下「A水準」という。）を超えざるを得ない場合の水準であるため、その観点から必須とされる機能を有する医療機関に対して指定を行うものである。
- 前回報告書において、地域医療確保暫定特例水準の対象として具体的に想定されたのは、医療機関が必須とされる機能を果たすために、当該医療機関内の業務によりA水準を超えざるを得ない場合（当該医療機関における時間外・休日労働が年960時間を超えざるを得ない場合）であり、この場合に適用される水準として時間外・休日労働の上限を年1,860時間とする水準（以下「B水準」という。）を設け、医療機関を指定して適用することとされた。
- 一方、後述する「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」及び「令和元年医師の勤務実態調査」の結果から、大学病院等の常勤勤務医の一定数は、主たる勤務先における時間外・休日労働は年960時間以内であるが、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時間を超過している実態が示された。前回報告書に基づけば、これらの医師は、主たる勤務先において

A水準が適用され、副業・兼業先での労働時間を通算した時間外・休日労働が年960時間に達した際は、それ以降、いずれの医療機関においても時間外・休日労働を行えないこととなるが、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（以下「連携B水準」という。）を設け、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を指定して適用することとする¹。

- また、地域医療確保暫定特例水準は、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、地域での医師確保、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、必要な地域医療提供体制の確保の観点から設けられるものであることから、医療機関において、労働関係法令の遵守及び医師の労働時間短縮に向けた対応が適切にとられていることの確認が重要である。
- また、医療資源が限られている地域がある中で、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関の指定・取消に当たっては、地域医療提供体制への影響も鑑みながら、医療計画等の地域医療の提供体制の構築方針と整合的であることが求められる。
- こうした医療機関内及び地域医療提供体制の双方の状況を踏まえ、適切に都道府県が指定を行える枠組みとなっているか、という視点から、地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）の対象医療機関の指定要件を以下のとおり整理した。

【B水準の対象医療機関の指定要件】

以下の要件全てに該当すること。

- ① 医療機能が以下のタイプのいずれかに該当すること
対象となる医療機能は、以下のとおりとする。
 - ◆「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」・「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」」双方の観点から、
 - i 三次救急医療機関
 - ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
 - iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

¹ すなわち、地域医療確保暫定特例水準はB水準と連携B水準の総称である。

iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療提供体制の確保のために必要と認める医療機関

(例) 精神科救急に対応する医療機関(特に患者が集中するもの)、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

◆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を提供する医療機関

(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

② 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することがやむを得ない業務が存在すること

④の医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び③の都道府県医療審議会の意見を踏まえ、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することがやむを得ない業務があると考えられること。

※ なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむを得ず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。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するものではなく、医療機関は、当該医療機関がB水準の対象医療機関として指定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関におけるB水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

③ 都道府県医療審議会の意見聴取(地域の医療提供体制の構築方針との整合性)

B水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針(医療計画等)と整合的であること及び地域の医療提供体制全体としても医師の長時間労働を前提とせざるを得ないことについて、都道府県は、都道府県医療審議会の意見を聴く。その際、医療機関の機能分化・連携等を進めることによる将来の地域医療提供体制の目指すべき姿も踏まえることが必要であり、地域医療構想調整会議における、医療計画のうち地域医療構想の達成の推進のための協議状況を勘案し、地域医療構想との整合性を確認することが適当である。また、地域の医療提供体制は、地域の医師の確保と一体不可分であるため、地域医療対策協議会における議論との整合性を確認することが適当である。このため、実質的な議論は、都道府県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している。

④ 医師労働時間短縮計画の策定

B水準は、医療機関内のマネジメント改革を進めてもなお、地域に必要な医療提供体制の確保のためにA水準を超えざるを得ない場合に適用される水準であることから、追加的健康確保措置の実施体制を整備しつつ、計画的に労働時間短縮に取り組む必要がある。このため、各医療機関は、医師を含む各職種が参加して医師労働時間短縮計画を策定し、都道府県に提出する。その上で、PDCA サイクルに基づき、当該計画を少なくとも年1回点検し、必要な改善を行うことを含め、労働時間短縮

に取り組む。

⑤ 評価機能による評価の受審

医療機関における追加的健康確保措置や労務管理の実施状況、労働時間の実績や労働時間短縮に向けた取組状況等について、過去3年の間に評価機能による評価をあらかじめ受けていることを都道府県において確認する。都道府県は、その評価結果を踏まえ、B水準の対象医療機関の指定を行う。

⑥ 労働関係法令の重大・悪質な違反がないこと

医療機関は事業者として労働関係法令の遵守が求められる。特に、B水準の対象医療機関は、例外的に医師の長時間労働が許容されることから、より適切な労働時間管理等が求められる。このため、労働時間に関する労働基準法（昭和22年法律第49号）及び賃金の支払いに関する最低賃金法（昭和34年法律第137号）の各規定²に違反したことにより、過去1年以内に送検され、公表されたことがある場合には、長時間労働が例外的に許容される医師を雇用する雇用主として不適格であるとし、B水準の対象医療機関としての指定を認めないこととする。

【連携B水準の対象医療機関の指定要件】

以下の要件全てに該当すること。

① 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であること

（例）大学病院、地域医療支援病院等

② 36協定においては年960時間以内の時間外・休日労働に関する上限時間の定めをしているが、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時間を超えることがやむを得ない医師が勤務していること

④の医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び③の都道府県医療審議会の意見を踏まえ、副業・兼業により時間外・休日労働が年960時間を超えることがやむを得ない医師が勤務すると考えられること。

※ なお、当該医療機関内でどの医師が副業・兼業によりやむを得ず長時間労働となるのかについては、予定される副業・兼業の内容を踏まえ、特定する。医療機関は該当する医師に対して追加的健康確保措置を適切に実施するためにも、当該医師が明確となるように管理する必要がある。

③ 都道府県医療審議会の意見聴取（地域の医療提供体制の構築方針との整合性）（（B水準と同じ）

² 労働基準法第24条（賃金の支払い）、第32条（労働時間）、第35条（休日労働）、第36条（上限時間）、第37条（割増賃金）及び第141条（上限時間）並びに最低賃金法第4条（最低賃金）

- ④ 医師労働時間短縮計画の策定（B水準と同じ）
- ⑤ 評価機能による評価の受審（B水準と同じ）
- ⑥ 労働関係法令の重大・悪質な違反がないこと（B水準と同じ）

（２）集中的技能向上水準（C水準）

- 集中的技能向上水準（以下「C水準」という。）は、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のための水準であり、C-1水準³とC-2水準⁴に分類される。C水準についても、労働関係法令の遵守及び医師の労働時間短縮に向けた対応が適切に実施されていることの確認が重要である。
- また、C-2水準の対象となる技能・医師を審査する新たな審査組織については、我が国の医療技術の水準向上の観点から医療の技術革新に応じて審査を行えるものである必要がある。
- こうした視点から、C水準の対象医療機関の指定要件について、以下のとおり整理した。

【C-1水準の対象医療機関の指定要件】

以下の要件全てに該当すること。

- ① 都道府県知事により指定された臨床研修プログラム又は日本専門医機構により認定された専門研修プログラム／カリキュラムの研修機関であること
- ② 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する必要があること
「適正な労務管理」^(※1)と「研修の効率化」^(※2)が行われた上で、④の医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び指定申請の際に明示されたプログラム・カリキュラムの想定労働時間（プログラム全体及び各医療機関における時間）を踏まえ、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が必要と考えられること。

（※1）「適正な労務管理」（労働時間管理をはじめとした労働関係法令に規定された事項及び医療法（昭和23年法律第205号）に規定することとしている追加的健康確保措置の実施）は、④の医師労働時間短縮計画の記載内容及び⑤の評価機

³ 臨床研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム／カリキュラムに参加する専攻医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師（又は専門医）としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合

⁴ 医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合

能による評価結果により、都道府県知事が確認する。

(※2)「研修の効率化」(単に労働時間を短くすることではなく、十分な診療経験を得る機会を維持しつつ、カンファレンスや自己研鑽などを効果的に組み合わせるに当たり、マネジメントを十分に意識し、労働時間に対して最大の研修効果を上げること)は、地域医療対策協議会等の意見を聴いた上で、④の医師労働時間短縮計画の記載内容により、都道府県知事が確認する。

③ 都道府県医療審議会の意見聴取(地域の医療提供体制への影響の確認)

C-1水準を適用することにより、地域における臨床研修医や専攻医等の確保に影響を与える可能性があることから、地域の医療提供体制への影響を確認することが適当であり、都道府県は、都道府県医療審議会の意見を聴く。なお、地域医療対策協議会においても協議することとする。

④ 医師労働時間短縮計画の策定(B・連携B水準と同じ)

⑤ 評価機能による評価の受審(B・連携B水準と同じ)

⑥ 労働関係法令の重大・悪質な違反がないこと(B・連携B水準と同じ)

○ プログラム／カリキュラム内の各医療機関は、当該医療機関における研修期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働が年960時間を超える場合にはC-1水準の対象医療機関としての指定を必要とし、年960時間を超えない場合にはC-1水準の対象医療機関としての指定は不要とする。

専門研修プログラム内の医療機関に関して、今後、カリキュラム制で研修を受ける専攻医の受入れが想定される場合については、プログラムと併せて、カリキュラムとしての指定の申請を予め行うことができることとする。

なお、基幹型臨床研修病院・基幹施設は、協力型臨床研修病院・連携施設(他都道府県に所在する場合を含む。)が行うC-1水準の対象医療機関の指定の申請に係る事務について、申請書類を取りまとめて都道府県に提出する等、代行することができることとする。

同一プログラム／カリキュラム内に複数医療機関が含まれ、同一医療機関が複数のプログラム／カリキュラムの研修機関となっていることもあり、都市部を中心に、多数の医療機関から、一つの医療機関につき複数のプログラム／カリキュラムに係る指定の申請が行われることが想定されることから、都道府県における手続きが煩雑とならないよう、具体的な申請の方法について、今後検討する。

○ なお、④の医師労働時間短縮計画の策定については、C-1水準の対象医療機関の指定が必要な医療機関ごとに策定することとした上で、毎年の当該計画の都道府県への提出については、事務手続き上、基幹型臨床研修病院・基幹施設が協力型臨床研修病院・連携施設の計画も取りまとめて提出することを可能とする。

⑤の評価機能による評価の受審についても、C-1水準の対象医療機関の指定が必要な医療機関ごとに受審することとした上で、基幹型臨床研修病院・基幹施設が訪問評価を受けている場合には、研修期間が1年未満の協力型臨床研修病院・連

携施設については書面評価とすることを可能とする。

- また、臨床研修や専門研修の研修機関である医療機関については、C-1水準の対象医療機関の指定を受けた後も、以下の取組により、適正な労務管理等を担保する。

<臨床研修>

- ・ 毎年の研修医募集において、研修プログラム内の他の医療機関での労働時間も含め、募集前年度実績と想定時間外・休日労働時間数、当直・日直のおおよその回数と宿日直許可の有無を記載し、大幅な乖離や重大・悪質な労働関係法令の違反が認められる場合には、臨床研修指定病院の指定に係る制度において改善を求める（臨床研修病院の指定取消等による対応を含む。）。
- ・ 毎年4月に都道府県に対して行われる年次報告等⁵において都道府県が労働時間の実態を確認し、明らかに想定時間外・休日労働時間数を上回る場合や評価機能により労働時間短縮の取組が不十分とされている場合は、都道府県が実地調査を実施する。

<専門研修>

- ・ 毎年の専攻医募集において、研修プログラム内の他の医療機関での労働時間も含め、募集前年度実績と想定時間外・休日労働時間数、当直・日直のおおよその回数と宿日直許可の有無を記載し、大幅な乖離や重大・悪質な労働関係法令の違反が認められる場合には、専門研修プログラム／カリキュラムの認定に係る制度において改善を求める。

- さらに、C-1水準の対象となる研修プログラム・カリキュラムの内容・質については、評価機能ではなく、臨床研修に関しては、都道府県や第三者組織による訪問調査により、また専門研修においては、日本専門医機構や各学会が、これまでの評価に加えて、時間外・休日労働の短縮状況などの勤務環境の評価を含めて行うことになると考えられる。

【C-2水準の対象医療機関の指定要件】

以下の要件全てに該当すること。

- ① 対象分野における医師の育成が可能であること

C-2水準の対象として厚生労働大臣が公示（※）する「我が国の医療技術の水準向上に向け、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益

⁵ 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第12条に基づき、基幹型臨床研修病院の開設者は、毎年4月30日までに、当該病院に関する事項を記載した報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない、とされている。

上必要である分野」⁶において、C-2水準の対象として審査組織が特定する技能（以下「特定高度技能」という。）を有する医師を育成するのに十分な教育研修環境を有していることを審査組織において確認する。

※分野の公示は、

- ・ 高度な技能を有する医師が必要で、
- ・ 当該技能の習得及びその維持には相当程度の時間、関連業務への従事が必要な分野

という基本的な考え方に基づいて行う。例えば、高度で長時間の手術等途中で医師が交代するのが困難であることや、診療上、連続的に診療を同一医師が続けることが求められる分野が考えられる。

- ② 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する必要があること

④の医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び審査組織の意見を踏まえ、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が必要と考えられること。

- ③ 都道府県医療審議会の意見聴取（地域の医療提供体制への影響の確認）

C-2水準を適用することにより、地域における高度な技能が必要とされる医療の提供体制に影響を与える可能性があることから、地域の医療提供体制への影響及び構築方針との整合性を確認することが適当であり、都道府県は、都道府県医療審議会の意見を聴く。

- ④ 医師労働時間短縮計画の策定（B・連携B・C-1水準と同じ）

- ⑤ 評価機能による評価の受審（B・連携B・C-1水準と同じ）

- ⑥ 労働関係法令の重大・悪質な違反がないこと（B・連携B・C-1水準と同じ）

審査組織はC-2水準の対象分野について議論するほか、特定高度技能を特定するとともに、医療機関の教育研修環境及び医師個人が作成する「特定高度技能研修計画」の内容を個別に審査する。なお、審査組織は特定高度技能の特定とあわせて、当該技能の習得に必要とされる設備、症例数、指導医等、当該技能に関する医療機関の教育研修環境及び特定高度技能研修計画の審査における基準となるものを示す。具体的なC-2水準適用までの流れとしては、以下の2パターンが想定される。

イ) 医療機関の教育研修環境の審査を踏まえて医療機関を指定後、特定高度技能研修計画を審査し、C-2水準適用医師を特定

高度な技能が必要とされる医療の提供を行う医療機関であって、高度な技能を

⁶ 前回報告書においては、高度に専門的な医療を三次医療圏単位又はより広域で提供することにより、我が国の医療水準の維持発展を図る必要がある分野であって、そのための技能を一定の期間、集中的に修練する必要がある分野が想定されている。

有する医師を育成するのに十分な教育研修環境を有していることが予め想定される特定機能病院、臨床研究中核病院、C-2水準の対象分野の研修機関⁷については、医療機関の教育研修環境（上記①の要件）を審査組織において審査を行い、適格と認められた場合、当該医療機関が上記②～⑥の要件を満たしていれば、医療機関の申請に基づき、都道府県はC-2水準の対象医療機関としての指定を可能とする。

その後、医師個人が作成し、医療機関を通じて審査組織に提出される「特定高度技能研修計画」が審査組織において審査され、適格と認められてはじめて、当該医師の同計画記載の技能の習得に係る業務についてC-2水準の36協定が適用される。

ロ) 医療機関の教育研修環境と特定高度技能研修計画を同時に審査し、医療機関を指定・C-2水準適用医師を特定

上記以外の医療機関においても、C-2水準の対象分野における医師の育成が行われることが想定される。上記以外の医療機関については、医療機関の教育研修環境（上記①の要件）と医師個人の「特定高度技能研修計画」を同時に審査組織において審査を行い、それぞれ適格と認められた場合、当該医療機関が上記②～⑥の要件を満たしていれば、都道府県はC-2水準の対象医療機関として指定し、当該医師の同計画記載の技能の習得に係る業務についてC-2水準の36協定が適用される。

(特定高度技能研修計画)

- ・ 特定高度技能研修計画については、当該医師のC-2水準の対象分野における特定高度技能の習得が可能なものとなっているか否かを審査組織が判断するため、審査組織が示す習得に必要なとされる症例数、指導医等を参考にしながら、計画期間、経験を行う分野、習得予定の技能、経験予定症例数、手術数、指導者・医療機関の状況、研修、学会、論文発表等学術活動の予定等を記載する。
- ・ 高度特定技能育成計画の有効期間については、当該計画に一定の区切りを設定し、定期的に計画を見直すことで適切な育成を担保する観点から3年以内で医師本人が定める期間とする。
- ・ 医療機関内においては、医師からの相談を受け付ける体制を構築し、特定高度技能研修計画の作成を支援するとともに、特定高度技能研修計画と実態が乖離するような場合に対応できるようにすることが求められる。また、計画期間中であっても医師本人が直接、審査組織に相談できる体制を構築し、審査組織に対して教育研修環境の改善を求めることや、計画の取下げを申し出ることを可能とする。医療機関

⁷ 特定機能病院については、高度な医療の提供、高度医療に関する研修等の能力を備えた病院として、臨床研究中核病院については、質の高い臨床研究を推進し、次世代のより良質な医療の提供を可能とする病院として、また、C-2水準の対象分野の研修機関については、対象分野の教育に必要な水準を満たしている医療機関として、それぞれ高度な技能を有する医師を育成することについて一定の担保がなされていると考えられる。

が特定高度技能研修計画の作成や運用等に関して審査組織に相談することもできることとする。

(審査組織)

- ・ 審査組織については、特定高度技能の特定並びに医療機関の教育研修環境及び特定高度技能研修期計画の個別審査の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。具体的な組織の運営方法については、厚生労働大臣からの委託等の形とし、各領域の関連学会から審査等への参加や技術的助言を得る。
- ・ 審査組織においては、初回の審査及び3年以内に行われる更新の際に、指導医の状況、教育研修環境などの客観的実績を確認する。
- ・ 2024年4月に向けては、医療機関の研修環境及び特定高度技能研修計画の個別審査に先立ち、特定高度技能の特定を行う必要がある。2021年度中には当該技能の特定を開始し、その後、2022年度中には医療機関の研修環境及び特定高度技能研修計画の個別審査を開始する。2024年度以降は、初回審査に加え、医療機関は3年に1回、特定高度技能研修計画は計画期間（3年以内）に応じて、更新に係る審査を実施する。
- ・ 審査組織の財政的な自律性の観点から、審査を受審する際に手数料を医療機関より徴収することを原則とし、その金額については、審査組織の業務の性質や審査に当たって実際に想定されるコストや他の機関の例も踏まえつつ、必要な申請が適切に行われるよう医療機関に過大な負担とならないよう、今後検討する。

(3) 対象医療機関の指定の期間・取消

(指定期間)

- B・連携B水準は、地域の医療提供体制の構築方針（医療計画等）と整合的であることが求められることから、対象医療機関の指定の有効期間としては、医療計画の中間見直しの間隔（3年間）を踏まえ、3年とする。
- また、C水準は、医療機関単位ではB・連携B水準と重複することが想定され、また、指定期間を設けることにより、指定要件の適合性を定期的かつ包括的に点検することが可能になることから、B・連携B水準と同じく、対象医療機関の有効期間を3年間とする。

※ なお、医師個人については、医療機関がB・連携B・C水準の対象医療機関として指定される事由に係る業務に従事する期間のみ当該水準が適用される。C-1水準では、臨床研修プログラム又は専門研修プログラム／カリキュラムの研修期間、C-2水準では特定高度技能研修計画の有効期間において当該水準が適用される。

(指定取消)

- 指定の有効期間内であっても、医療機関がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件を満たさなくなった場合、都道府県知事による指定の取消がなされることとなるが、取消後は、これらの水準を前提とした時間外・休日労働を行うことができなくなるため、これまでと同様の医療提供の継続が困難となる。
- このため、B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件を満たさなくなる恐れがある場合や満たさなくなった場合には、地域の医療提供体制及び当該医療機関内の医師への影響を考慮し、直ちに取消がなされるのではなく、まずは都道府県による支援・改善命令等により、改善に向けた取組を行うこととする。
- 支援・改善命令等を経てもなお改善がなされない場合は取り消すこととなるが、指定の取消に当たっては、地域の医療提供体制の構築方針との整合性等の確保の観点から、指定時と同様に、都道府県医療審議会の意見聴取を行うこととする。

2 追加的健康確保措置の義務化及び履行確保に係る枠組み

- 追加的健康確保措置（一般労働者について労働基準法第36条第4項の限度時間を超えて労働させる場合に求められている健康福祉確保措置⁸に加えた措置）は、やむを得ず、一般の労働者に適用される時間外労働の上限時間を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康、医療の質を確保するために行われるものである。
- 地域の医療提供体制を担う医師が過労により健康を害することのないよう、医師の健康・医療の質の確保の観点から、医事法制・医療政策において措置することとするが、確実な履行確保が求められることから、その検討に当たっては、以下のような視点から、追加的健康確保措置の履行確保の枠組みを整理した。
 - ・ 各措置の対象者を適切に特定できるか
 - ・ 確実に各措置が実施できるような責任体制になっているか
 - ・ 措置の実施状況に対するチェック機能が確実に働く仕組みとなっているか
 - ・ 履行が不十分な場合に、改善が図られるような仕組みとなっているか
 - ・ 各医療機関及び都道府県が実務を遂行することができるのか
 - ・ 医療行政と労働基準行政との間で情報共有が適切に行われるような仕組みになっているか

（1）具体的内容

- 追加的健康確保措置については、医療機関の管理者が主体となって以下の措置を実施する。

⁸ 労働基準法施行規則（昭和22年厚生省令第23号）第17条第1項第5号の「限度時間を超えて労働させる労働者に対する健康及び福祉を確保するための措置」をいう。

ア 連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息

- 連続勤務時間制限は、労働基準法上の宿日直許可⁹を受けている場合を除き、28時間までとする。勤務間インターバルについては、当直及び当直明けの日を除き、24時間の中で、通常の日勤後の次の勤務までに9時間のインターバルを確保することとする。当直明けの日（宿日直許可がない場合）については、連続勤務時間制限を28時間とした上で、勤務間インターバルは18時間とする。当直明けの日（宿日直許可がある場合）については、通常の日勤と同様、9時間のインターバルを確保することとする。

C-1水準が適用される臨床研修医については、連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを徹底することとし、連続勤務時間制限15時間、勤務間インターバル9時間を必ず確保することとする。また、24時間の連続勤務が必要な場合は勤務間インターバルも24時間確保することとする。

- 連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを実施できなかった場合の代償休息の付与方法については、対象となった時間数について、所定労働時間中における時間休の取得又は勤務間インターバルの延長のいずれかによることとするが、疲労回復に効果的な休息の付与の観点から以下のような点に留意する。

- ・ 勤務間インターバルの延長は、睡眠の量と質の向上につながる
- ・ 代償休息を生じさせる勤務の発生後、できる限り早く付与する
- ・ オンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮により、仕事から切り離された状況を設定する

また、代償休息は予定されていた休日以外で付与することが望ましく、特に面接指導の結果によって個別に必要性が認められる場合には、予定されていた休日以外に付与する。

- 連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息については、B・連携B・C水準の対象医療機関においてB・連携B・C水準の対象とされた業務の従事者が対象となり、A水準適用医師については努力義務とする。

イ 面接指導・就業上の措置

- 面接指導を行う医師（以下「面接指導実施医師」という。）は、産業医を含め、長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受講して面接指導に従事する。ただし、医療機関の管理者自ら面接指導実施医師にはならないようにする。

- 面接指導・就業上の措置については、原則としてA・B・連携B・Cいずれ

⁹ 「医師、看護師等の宿日直許可基準について」（令和元年7月1日基発0701第8号労働基準局長通知）及び「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日基監発0701第1号労働基準局監督課長通達）を参照。

の水準の適用医師にも、当月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に睡眠及び疲労の状況の確認並びに面接指導を行う。なお、A水準適用医師で疲労の蓄積が確認されなかった者については100時間以上となった後での面接指導でも差し支えない。

面接指導の実施に当たって、まず、医療機関の管理者は当該月に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い、面接指導の実施日程を決めるとともに、面接指導に必要な情報を面接指導実施医師に提供する。

- ① 前月の休日・時間外・休日労働時間数（副業・兼業先の労働時間も自己申告等により通算する。）
- 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」（以下「疲労蓄積度チェック」という。）
- ④ 面接指導の希望

面接指導実施医師は、面接指導において①勤務の状況、②睡眠負債の状況、③疲労の蓄積の状況、④心身の状況等について確認する。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。必要に応じて面接指導対象医師に睡眠や休息等に関する助言や保健指導を行う。面接指導に基づき、面接指導対象医師への指導区分及び就業区分の判定し、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、院内の専門科または専門医療機関と連携することが望ましい。

医療機関の管理者は、面接指導実施医師からの報告及び意見を踏まえ、必要に応じて、就業上の措置を講ずる。

- 睡眠及び疲労の状況の確認並びに面接指導の実施時期については、時間外・休日労働が月100時間以上となる頻度に応じて以下のように整理した。

月100時間以上となる頻度が低い：A水準

当該月の時間外・休日労働が80時間を超えた後に睡眠及び疲労の状況の確認を行い、一定の疲労の蓄積が予想される場合^注は当該月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に面接指導を実施する。

注 一定の疲労蓄積が予想される場合とは下記のいずれかに該当した場合である。

- ① 前月の時間外・休日労働時間数：100時間以上
- ② 直近2週間の1日平均睡眠時間：6時間未満
- ③ 疲労蓄積度チェック：自覚症状がIV又は負担度の点数が4以上
- ④ 面接指導の希望：有

月 100 時間以上となる頻度が中程度：A・B・連携B・C水準

ある程度の疲労蓄積が想定されるタイミング（当該月の時間外・休日労働が 80 時間前後となる時期が望ましい）に睡眠及び疲労の状況の確認並びに面接指導を実施する。ただし、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に到達する前に実施する。

月 100 時間以上となる頻度が高い：B・連携B・C水準

毎月あらかじめ決めておいた時期に睡眠及び疲労の状況の確認並びに面接指導行うことも可能とする。ただし、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に前に実施する。

○ 面接指導実施医師は、産業医も含め、長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受講して従事することとなるが、当該講習については以下の事項を含むこととする。

- ① 総論・法制論（労働安全衛生法、医療法、労働基準法）
- ② 健康管理（特に過重労働・睡眠負債による健康影響について）
- ③ メンタルヘルス対策
- ④ 追加的健康確保措置（疲労回復に効果的な休息の付与方法、睡眠及び疲労の状況について確認する事項を含めた効果的な面接指導の実施方法）

○ 疲労回復に効果的な休息の付与方法、睡眠及び疲労の状況について確認する事項を含めた効果的な面接指導の実施方法等の詳細については、別添 1「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」を参照されたい。

ウ 月 155 時間超となった場合の措置

○ 当月の時間外・休日労働が 155 時間を超えた場合の就業上の措置については、A・B・連携B・Cいずれの水準の適用医師にも、当該時間が 155 時間を超えた場合に労働時間短縮のための具体的措置を行う。

(2) 履行確保の枠組み

○ 医事法制・医療政策における義務等であることから、都道府県が追加的健康確保措置の実施を確認することとなるが、その際、医療法第 25 条第 1 項に規定する立入検査の中で確認することとする。立入検査は、全医療機関に対して原則毎年 1 回実施されており、最低年 1 回、各医療機関において時間外労働時間に応じた面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル等の追加的健康確保措置が適切に実施されているかを確認し、必要に応じて指導、改善命令を行うこととする。

○ 追加的健康確保措置の実施に関しては、年に 1 回の医師労働時間短縮計画の策定時に医師を含む各職種が参加する合議体で確認されるとともに、3 年に 1 回の評価機能の評価受審時にも確認されることとなる。加えて、衛生委員会や

院内の働き方改革検討委員会等の場で定期的に確認を行うことが望ましい。

(3) 改善に向けた取組

- 追加的健康確保措置が未実施であった場合には、改善に向けた取組が重要となる。具体的には、まず医療法第 25 条第 1 項の立入検査を通じて指導を行うことと併せて、都道府県（医療勤務環境改善支援センターを含む。）において追加的健康確保措置の実施に必要な支援を行うほか、必要に応じて地域医療対策協議会等を活用した医師の確保や地域の医療提供体制の機能分化・連携等の必要な措置を行うことが考えられる。
- それでもなお、追加的健康確保措置が実施されない場合は、都道府県が改善命令の措置を行うことが考えられ、最終的に改善命令に従わない場合には、B・連携B・C水準の対象医療機関の指定の取消や罰則の適用を行うといった、あくまでも改善を主眼に置いた段階的な履行確保の枠組みとする。
- また、都道府県が医療法第 25 条第 1 項の立入検査の中で労働関係法令違反につながるおそれのある状況を発見する場合も考えられる。その場合、まず、医療勤務環境改善支援センターと連携して支援を行い、それでも改善が見込まれない場合には、都道府県労働局へ情報提供を行う。
- また、B・連携B・C水準の対象医療機関に対しては、追加的健康確保措置の実施状況を関係者と共有する機会を設け、追加的健康確保措置に対する意識の醸成や実施に当たっての課題等の情報交換を促すことが考えられる。

(4) 災害時等における取扱い

- 災害時等においては、医師が診療等の業務に従事する緊急性・必要性が高い場合が想定されるため、労働基準法第 33 条第 1 項と同様の規定を設け、災害時等における追加的健康確保措置の取扱いを規定することとする。
- この場合において、面接指導の対象となる月 100 時間以上の時間外・休日労働が見込まれる者（月 100 時間以上の時間外・休日労働の 36 協定を締結した業務の従事者）については、恒常的な長時間労働となっていることが想定され、短期間のみ長時間労働となっている者よりも健康リスクが高いと考えられることから、必要に応じた就業上の措置につなげるためにも、面接指導については災害時等であっても実施を求めることとする。その際の具体的な実施方法・内容については、医師の健康確保と災害等への対応の必要性の両面に配慮しつつ、通常時の面接指導よりも簡便なものとする。

3 医師労働時間短縮計画に係る枠組み

- 医師労働時間短縮計画は、医師の労働時間短縮のための取組項目を記載するほ

か、前年度の医師の時間外労働実績（時間数）を記載し、改善状況を各医療機関において毎年検証していくこととし、実際の労働時間短縮を実現していくために活用するものであり、さらに、評価機能が行う長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価の基礎となるものである。

- このような観点から、同計画の記載事項として、労働時間の適切な把握及び労働時間短縮の取組を促すものとなっているか、という視点での検討が重要となる。
- 一方、各医療機関によって、これまでの取組状況や今後の取組の実現可能性等が異なると考えられるため、以下のような視点から、医師労働時間短縮計画の記載事項等について整理した。
 - ・ 全医療機関に共通して記載を求める事項として何が適切か
 - ・ 医療機関独自の取組等、多様性を踏まえたものとなっているか
 - ・ 同計画の策定に当たっては、「医療勤務環境改善マネジメントシステム」として、各職種（特に医師）が参加して検討を行う等の手順が想定されているが、同計画について、PDCAサイクルが組み込まれているか
- 記載事項、策定義務対象医療機関、策定の流れ等については、別添2「医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）」を参照されたい。なお、2023年度中にB・連携B・C指定を受けるため、医療機関は、2022年度中に受審する評価機能による評価の基礎となる労働時間短縮計画に基づくPDCAサイクルによる労働時間短縮の取組を2021年度中に開始する必要がある。
- また、2024年4月の上限規制の適用開始までに着実に医師の労働時間を短縮し、2035年度末までにB・連携B水準を廃止するという目標を達成するためにも、医師労働時間短縮目標ラインを設定する。当該目標ラインを目安に、各医療機関は医師の労働時間の短縮に向けた取組や医師労働時間短縮計画を少なくとも年1回点検し、必要な改善を行う。

4 複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い

- 労働基準法第38条第1項において、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こととされているところ、労働基準法の時間外労働の上限規制が適用される労働者については、副業・兼業先の労働時間も含めて、時間外・休日労働が上限を下回っている必要がある。そのため、副業・兼業を行う労働者の使用者は、当該労働者の「自院での労働時間」について自院での36協定により定めた時間を超えないようにする義務があるほか、「自院での労働時間」と労働者の自己申告等により把握した「副業・兼業先での労働時間」も通算した上で、時間外・休日労働の上限を超えないようにする義務がある。

- 使用者は、労働基準法上の各種の義務を履行するため、「副業・兼業先での労働時間」も含め、労働時間を適切に把握し、管理する必要がある。

(1) 副業・兼業先の労働時間の把握

- 地域医療支援を行うために医師を他の医療機関へ派遣している場合や、副業・兼業が許可制・届出制の場合など、医療機関において雇用する医師が副業・兼業を行っていることを把握している場合は、医師の自己申告等により、労働時間数の見込みや実績について「主たる勤務先の医療機関」が把握する。許可制・届出制でない場合でも、本人からの自己申告を促し、申告に基づき把握した、副業・兼業先の労働時間を通算して管理する。

- いずれの場合も、医師の健康・医療の質を確保することを確実にするためには医師の自己申告が適切になされることが適当であることから、医師労働時間短縮計画策定に係るPDCAサイクルの一環として、当該医療機関に勤務する医師全員を対象として労働時間短縮に向けたガイダンスを行うこととし、その中で申告を呼びかける。

(2) 複数医療機関に勤務する医師に係る時間外・休日労働の上限

- いずれの医療機関においてもA水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年960時間となる。

- いずれかの医療機関においてB・連携B・C水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年1,860時間となる。ただし、当該医師の各医療機関における時間外・休日労働の上限は、各医療機関が36協定において定める時間であり、A水準又は連携B水準が適用される医師を雇用する医療機関が当該医師に関して36協定において定めることのできる時間外・休日労働の上限は年960時間以下となる。

(3) 複数医療機関に勤務する医師に係る追加的健康確保措置の取扱い

- 追加的健康確保措置については、医師の健康・医療の質の確保の観点から新たに医療法に規定することとしているが、時間外労働の上限規制と同様、複数医療機関に勤務する場合もその履行が担保されるような取扱いとする必要がある。そのため、各医療機関の管理者は、複数医療機関に勤務する医師に対しては、当該医師の自己申告等により把握した副業・兼業先での労働時間も通算した上で、追加的健康確保措置を実施する。

- 副業・兼業先との間の往復の移動時間は、各職場に向かう通勤時間であり、通常、労働時間に該当しないが、遠距離の自動車の運転等で休息がとれないことも想定されることから、別に休息の時間が確保できるよう、十分な勤務間イ

ンターバルを確保するなどの配慮が必要である。

- 複数医療機関に勤務する医師に係る追加的健康確保措置を実施する際の労働時間の把握・通算については、医師の健康及び医療の質の確保、地域医療提供体制への影響、医師及び医療機関の負担といった各要素を考慮した上で、それぞれ以下のような取扱いとする。

ア 連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息

- 連続勤務時間制限、勤務間インターバルは、医師の自己申告等により把握した副業・兼業先の労働も含めて、事前にこれらを遵守できるシフトを組むことにより対応する。連続勤務時間制限・勤務間インターバルを遵守できない場合（例えば、一つの医療機関における勤務間インターバル中に、他の医療機関における突発的な診療に従事した場合）には、医師の健康を確保するため、代償休息を義務付けることとする。

- どちらの医療機関で代償休息を取得させるかについては、常勤・非常勤といった雇用形態も踏まえ、原則各医療機関間で調整する。

- 副業・兼業先も含めた、連続勤務時間制限・勤務間インターバルの遵守状況については、医師本人が管理を行った上で、医療機関に対して報告することとする。医療機関は、医師からの報告をもとに、未消化の代償休息がある場合には、翌月末までに付与できるようシフトを組み直す等の対応を行う。報告の頻度は、医療機関内で決定することとするが、代償休息は翌月末までに付与しなければならないため、最低月に一度の報告とする。ただし、できるだけ早く代償休息を付与できるよう、報告についても、できるだけ早く行うことが望ましい。

- こうした医師の自己申告をベースとした労働時間管理を可能とするため、医療機関は医師に対して、これらの取扱いに関して院内で周知を行う。

イ 面接指導・就業上の措置

- 医師本人による報告等により一つの医療機関における面接指導結果が副業・兼業先にも共有され、当該面接指導結果に基づいた就業上の措置をそれぞれの医療機関が実施する場合（連携して実施する場合を含む。）には、面接指導を一つの医療機関において実施してもよいものとする。

- 2（1）イの通り、労働時間を随時把握・通算して面接指導の実施時期を決定する医療機関及び医師の負担を考慮し、月の時間外・休日労働が100時間以上となる頻度の高いB・連携B・C水準適用医師については、毎月あらかじめ決めておいた時期に面接指導を行う取扱いを可能とする。ただし、100時間以上となることが恒常的でない場合には、ある程度の疲労蓄積が想定されるタイミング（当該月の時間外・休日労働が80時間前後となる時期が望ましい）に

面接指導を実施する必要があるため、100 時間以上となる見込みが立った場合は早急に医師から医療機関へその旨を報告してもらう必要がある。

- こうした医師の自己申告をベースとした労働時間管理を可能とするため、医療機関は医師に対して、これらの取扱いに関して医療機関内で周知を行う。
- 面接指導を実施する医療機関は、医師と医療機関との相談の上決定するが、確実な実施を図るため、複数医療機関に勤務する医師に関する追加的健康確保措置の実施に係る考え方を整理する。
(※) 勤務先医療機関の適用水準（B・連携B・C水準）や常勤・非常勤といった雇用形態に応じて決定すること等

ウ 月 155 時間超となった場合の措置

- 複数医療機関に勤務する医師について、月に一度、医師本人から副業・兼業先の労働時間を自己申告してもらい、通算した時間外・休日労働が月 155 時間を超えた場合には、面接指導を実施する医療機関が翌月に労働時間の短縮策を講ずる。
- こうした自己申告をベースとした労働時間管理を可能とするため、医療機関は医師に対して、これらの取扱いに関して院内で周知を行う。

(4) 複数医療機関に勤務する医師の労働時間の管理方法

- 上記の副業・兼業先の労働時間の把握や複数医療機関に勤務する医師に係る追加的健康確保措置の取扱いを踏まえ、複数医療機関に勤務する医師の労働時間の管理方法の例を以下に示す。

副業・兼業には、主たる勤務先からの派遣によるものと医師個人の希望に基づくものがある。

- ① 主たる勤務先（主に大学病院を想定）は派遣先における勤務を含めて、時間外・休日労働の上限、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とともに、主たる勤務先・派遣先・個人の希望に基づく副業・兼業先でのそれぞれの労働時間の上限（通算して時間外・休日労働の上限規制の範囲内）を医師との話し合い等により設定しておく。
- ② 医師個人の希望に基づく副業・兼業については、上記のシフト・上限を前提に連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるように副業・兼業先の勤務予定を入れ、自己申告する。

- ※ ①・②のシフト・予定は、主たる勤務先及び副業・兼業先で突発的な業務が発生しても、あらかじめ上限規制の範囲内で設定した労働時間の上限を遵守できるよう、ゆとりをもって設定する。

- ③ 副業・兼業先で突発的な業務の発生等により予定していた時間より長く勤務してしまった場合には、適切な面接指導の実施、代償休息の付与等の観点から、随時、自己申告する。
- ④ ただし、あらかじめ設定した上限の範囲内で労働している場合であって、
- ・(B・連携B・C水準適用で毎月面接指導が組み込まれている医師については)代償休息が発生しない場合
 - ・それ以外の医師については、代償休息が発生しない、かつ、月の時間外・休日労働が100時間以上になるおそれがない場合には、翌月に1か月分まとめた自己申告でもよい。

(5) 複数医療機関に勤務する医師に係る労働時間短縮の取組

B・連携B・C水準の対象医療機関は自院における労働時間短縮に可能な限り取り組むとともに、副業・兼業先における当該医師の勤務態様を一定程度管理可能な場合(関連病院等を想定)には、シフト調整等による副業・兼業先を含めた全体での労働時間の短縮を図り、また、それ以外の場合にも、副業・兼業先に対して労働時間短縮の協力を要請する。具体的には、副業・兼業先における、宿日直許可基準に該当する場合の当該許可の取得、円滑な引継ぎ等によりできる限り予定していた時間内での勤務となるような配慮、派遣する医師が長時間労働となっている場合の医師の変更の受入れ等の協力を要請することが考えられる。

また、自院における時間外・休日労働が年960時間を超えるB水準の対象医療機関については、地域医療の確保の観点から、まずは自院における時間外・休日労働が960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組み、連携B水準への移行を経て、A水準を目指すことも考えられる。

(6) 地域医療提供体制への影響

- 検討会において、2024年4月の時間外労働の上限規制の適用に向けて、医師の派遣縮小等による地域医療提供体制への影響に関して、各地域で確認を行うような枠組みを設けておく必要があるのではないかと意見があった。このため、都道府県がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定に当たって、都道府県に設置された都道府県医療審議会の意見を聴取することとしていることを踏まえ、上限規制の適用による地域医療提供体制への影響についても、都道府県医療審議会で審議することとする。なお、実質的な議論は、都道府県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において行うことが想定される。
- なお、県境を越えた医師派遣によって他都道府県に所在する複数医療機関に勤務する医師がいることも踏まえ、地域医療提供体制の影響については、都道府県単位にとどまらず、より広域で協議を行うことも必要である。

- 医師を派遣している医療機関は、地域医療提供体制への影響に配慮しながら医師の労働時間の短縮に取り組むべきであり、特に、連携B水準の対象医療機関がA水準の対象医療機関に移行を目指す場合においては、医師の派遣を受けている医療機関が地域において果たしている役割等に十分に留意すべきである。
- また、各地域において、派遣先の医療機関が、医師派遣の縮小等により診療体制の維持が困難となるような場合に、地域医療支援センターや医療勤務環境改善支援センター等に報告・相談し、各センター等が対策を講じる仕組みを設けることも考えられる。

5 評価機能に係る枠組み

- 評価機能については、都道府県から独立した第三者機関が想定されていたが、具体的な機関の制度設計に当たっては、評価機能の業務内容及び業務量を検討することが必要となる。
- また、評価者の要件について、評価項目を適正に評価するために、医療及び労務管理に関する知見が求められると想定されるが、その専門性をどうやって担保するかについても重要な論点となる。
- さらに、評価を受ける間隔や訪問調査の実施については、医療機関及び評価機能の負担も勘案する必要がある。こうしたことを踏まえ、都道府県の医療勤務環境改善支援センターとの役割分担・連携及び医療勤務環境改善支援センター自体の活動の在り方についても検討を行った上で、以下のとおり整理した。

(1) 業務

各医療機関の労働時間短縮の実績と取組を分析・評価することが業務となる。また、評価者になろうとする者に対する評価業務の趣旨や評価の視点に関する講習を実施する。

(2) 評価方法

各医療機関は、医師労働時間短縮計画に基づき労働時間短縮に取り組むことから、医師労働時間短縮計画の記載事項をもとに、評価の視点に基づき、労務管理体制、医師の労働時間短縮に向けた取組、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ついて分析・評価を行う。評価に当たっては、より精緻な分析・評価のため、評価機能の体制と業務量を勘案しつつ、書面での評価のみではなく、医療機関への訪問評価も行うこととする。

評価の各項目については、定量的な段階評価とともに、定性的な所見（○○○の状況の中で、○○に関するタスク・シフト／シェアが進んでいないと考えられ

る、等)を評価結果として付す。

◆ 評価の視点

ストラクチャー(労務管理体制)、プロセス(医師の労働時間短縮に向けた取組)、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、医師労働時間短縮計画の項目を中心に評価を行う。具体的な評価項目及び評価基準については、別添3「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(評価項目と評価基準)」を参照されたい。

また、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、評価結果に付す。評価結果については公表するとともに、医療機関へフィードバックを行う。

さらに、地域医療提供体制との関係について分析するに当たり、評価結果をまとめる際に必要に応じて地域医療構想アドバイザー等の意見を聞くことにより、その専門性を補完する。

(3) 評価対象医療機関・評価の頻度

○ B・連携B・C水準の対象医療機関(2024年4月より前の時点においてはB・連携B・C水準の対象医療機関としての指定申請を予定している医療機関)について、評価の対象とする。評価機能による評価のサイクルについては、医師労働時間短縮計画のPDCAサイクルを1年単位とする一方で、B・連携B・C水準の対象医療機関としての都道府県による指定の有効期間を3年としており、指定の際に評価結果を踏まえる必要があることから、3年に1回評価を受けることとする。

○ ただし、2024年4月前に一斉に評価機能による初回の評価の受審及びB・連携B・C水準の対象医療機関の指定の申請が行われることを考えると、初回の評価を行う期間は実質2022年度の1年間のみと想定されることから、初回の評価については原則書面で評価を行い、評価結果の明らかに悪い医療機関については、2023年度に訪問評価を行う。

(4) 評価の実施体制

○ 医療機関への訪問評価の際により正確な実態把握を行うために、勤務医に対する聞き取りを行うこととする。そのためには、医療及び労務管理に関する専門的な知見が必要となるため、評価者は社会保険労務士と医療職の2名体制で評価を行うことが望ましい。また、評価者は評価業務の趣旨や評価の視点を適切に把握している必要があることから、養成講習の受講を評価者としての要件として設定する。書面評価及び訪問評価において、こうした体制で評価を行うことにより、一貫して評価の質を担保する。

(5) 評価結果の取扱い

◆ 都道府県への通知

都道府県に評価結果が通知されることにより、都道府県は、医療機関への支援内容及び地域医療提供体制の検討に活用するとともに、都道府県がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定の際の判断材料とすることが可能となる。評価機能による評価結果により、

- ① 医療機関内の労働時間短縮の取組が進んでいない医療機関のほか、
 - ② 医療機関内の労働時間短縮の取組は進んでいるが、実績として、労働時間の短縮が進んでいない医療機関
- を都道府県が把握することができる。

①の医療機関については、まず、都道府県医療勤務環境改善支援センター等により、勤務環境改善・院内マネジメント改革に対して支援を行い、勤務環境改善マネジメントシステムのPDCAサイクルの中で、さらなる労働時間短縮の取組に対する支援を行う。②の医療機関については、医師確保に対する支援や地域の医療提供体制の見直し等を図っていく必要がある。

◆ 公表

評価結果は、評価機能が医療機関に通知することにより、医療機関内のPDCAサイクルによる労働時間短縮の取組の見直しにつなげることが期待される。

また、評価結果を公表することにより、医療のかかり方を見直すきっかけとなることが期待されるほか、都道府県がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定を行う際に、評価結果を適切に踏まえることを担保する観点から、都道府県が評価結果を公表することとする。ただし、随時の評価結果の公表に係る評価機能及び都道府県の負担等を考慮し、都道府県は、最終的なB・連携B・C水準医療機関指定の指定結果とあわせて、評価機能による評価結果を公表することが考えられる。

なお、評価結果の具体的な公表内容については、患者や医師、医師の派遣を行う病院等に与える影響を考慮して検討すべき、といった意見があったことも踏まえ、引き続き検討する。

また、都道府県は、評価機能による評価結果を踏まえ、B・連携B・C水準の対象医療機関の指定を行うが、その指定に当たって、評価機能による長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、医師労働時間短縮計画等の見直しにより追加的な対応が取られている必要がある。

こうした進捗や対応等が十分であると評価機能によって評価されるよう、都道府県は、医療機関に対して改善を求めていくとともに、その上で、地域の医療提供体制の確保等の観点からB・連携B・C水準の対象医療機関の指定について、検討していく必要がある。

(6) 評価機能の組織体制

評価業務の中立性・客観性を担保するために、評価機能の組織体制としては以下のようなものが考えられる。

- ・事務局は、講習業務等を担い、評価者を派遣し行う訪問評価の事務を担う。
- ・法人内のガバナンスを確保・維持し、評価業務の中立性を担保するため、厚生労働大臣が任命する委員から構成される諮問委員会を設置する。
- ・地域医療提供体制との関係を分析するため、評価に当たっては、必要に応じて地域医療構想アドバイザー等の意見聴取を行う。
- ・評価者として登録された者は、事務局の調整に従い、評価業務を行う。
- ・利益相反の観点から、利害関係がある医療機関の評価には携わらないこととする。

また、具体的な指定先を検討するに際しては、組織体制の他に、以下のような視点が必要である。

- ・医療機関の労働時間短縮の取組を評価するに際して、医療の現場に精通していることが望ましいこと
- ・医療機関の労働時間短縮の取組を客観的に評価する体制が整備されていることに加えて、当該取組と地域医療提供体制との関係を分析する体制が整っていること
- ・評価対象となる医療機関が全国に存在することに鑑み、評価機能を担う組織も全国をカバーできる体制を有していること

(7) 財政基盤

評価機能の財政的な自律性の観点から、評価を受審する際に手数料を医療機関より徴収することを原則とし、その金額については、評価機能の業務の性質や評価に当たって実際に想定されるコストや他の機関の例も踏まえつつ、必要な申請が適切に行われるよう医療機関に過大な負担とならないよう、今後検討する。

(8) 医療勤務環境改善支援センターとの連携

- 都道府県医療勤務環境改善支援センターは、勤務環境改善マネジメントシステムの導入支援を行っている観点から、医師労働時間短縮計画に沿ったPDCAサイクルの導入支援及び労働時間短縮に向けた相談支援を担う。このため、医師労働時間短縮計画の目標、具体的には、どのような取組が労働時間短縮に効果的か、また、労働時間の短縮目標の妥当性についても、勤務環境改善支援センターが支援の一環として医療機関に対して助言を行う。
- 一方、評価機能は、中立的な立場から、医療機関が設定した目標を達成したという事実の評価だけではなく、労働時間短縮の取組の実績について客観的に評価することが必要となる。
- 医療勤務環境改善支援センターは、医療機関への支援に当たっては、評価機

能による客観的な評価を踏まえる必要があることから、評価機能と連携し、評価機能による評価後においても、引き続き医療機関への支援を行うこととする。

6 医師の労働時間短縮等に関する大臣指針

(1) 大臣指針の策定

- 「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」を策定し、次の①～③に関する内容等を盛り込むこととする。

① 基本的な考え方

我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、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。医師の健康を確保することは、医師本人にとってはもとより、今後も良質かつ適切な医療を提供する体制を維持していく上での喫緊の課題である。同時に、医師の働き方改革は、医師の偏在対策を含む地域医療提供体制の改革と一体的に進めなければ、長時間労働の本質的な解消を図ることはできない。このため、行政、医療機関、医療従事者、医療の受け手等の全ての関係者が一丸となって、改革を進めるために不断の取組を重ねていく必要がある。

② 医師の時間外労働短縮目標ライン

2035年度末を目標に地域医療確保暫定特例水準を解消することとしているが、前回報告書において、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関の実態をなるべくA水準の対象医療機関に近づけていきやすくなるよう、「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定することとされている。各医療機関は、短縮目標ラインを目安にしつつ、地域医療への影響も踏まえながら労働時間短縮に取り組むこととする。

③ 各関係者が取り組むべき推奨事項等

医師の労働時間の短縮のためには、個々の医療機関における取組だけでなく、地域の医療提供体制の観点からの都道府県における取組や、国も含めた関係機関における取組・支援のほか、国民の医療のかかり方など、様々な立場からの取組が不可欠である。一方、各取組については地域の実情等に応じて進める必要があり、一律の義務付けに馴染まない側面がある。このため、各関係者における取組を促進するために、長時間労働の医師の労働時間を短縮し、健康を確保するために、各関係者が取り組むべき推奨事項等についての指針を示す。

(2) 医師の時間外労働短縮目標ライン

- 医師の時間外労働短縮目標ライン（以下「短縮目標ライン」という。）は、2035年度末を目途に地域医療確保暫定特例水準を解消するために、「全ての地域医療確保暫定特例水準適用医師が到達することを目指すべき時間外労働（休日労働を含む）の上限時間の目標値」として設定する。

- その際、各医療機関が着実に労働時間を短縮することができるよう、短縮目標ラインは、2035年度末の目標値である年960時間に向け、3年ごとの段階的な目標値を設定することとする。また、短縮目標ラインは、2024年4月時点での時間外・休日労働時間数に応じて設定することとする。具体的には、2024年4月時点での時間外・休日労働時間数を年X時間として、以下のように設定する。

2027年： $X - (X - 960) / 4$

2030年： $X - 2(X - 960) / 4$

2033年： $X - 3(X - 960) / 4$

2036年：960

※各医療機関の状況に応じ、可能であれば、2035年度末よりも早い段階で年960時間の目標を達成できるよう取り組むことが望ましい。

※各医療機関の状況に応じ、年960時間に到達した医療機関については、さらなる勤務環境改善に取り組むことが望ましい。

- また、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関が、医師労働時間短縮計画において設定することとされている時間外・休日労働時間数の目標は、この短縮目標ラインを目安に、各医療機関において設定し、医師労働時間短縮計画に基づく労働時間の短縮を行うこととする。

※地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関は、2024年度以降、3年に一度、労働時間短縮の取組の状況等について評価機能による評価を受けることとなる。

- さらに、地域医療確保暫定特例水準については、前回報告書において、「段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施」することとされており、短縮目標ラインについても、上記の設定期間にあわせて見直しを検討することとする。（なお、地域医療確保暫定特例水準の上限時間数の引き下げは、短縮目標ラインと連動して自動的に引き下げるものではなく、別途検討を行う。連携B水準については、地域医療提供体制の確保の観点から、特に丁寧に実態を踏まえて検討を行う。また、地域医療提供体制を確保しつつ、医師の労働時間短縮を着実に進めるために、引き続き、必要な支援を行うこととする。）

(3) 各関係者が取り組むべき推奨事項等

- 医師の労働時間の短縮のためには、様々な立場からの取組が不可欠であることから、「行政（国・都道府県）」、「地域の医療関係者」、「医療機関（使用者）」、「医師」、「国民（医療の受け手）」ごとに推奨事項等を定めることとする。

I 行政（国・都道府県）に求められる事項（行政の役割）

- ◆ 【国】 地域医療提供体制改革と一体となった医師の働き方改革の推進に関する事項
 - ・ 国及び都道府県は、医師の働き方改革を、地域医療提供体制における機能分化・連携、医師偏在対策と一体的に推進し、地域医療確保暫定特例水準終了年限の目標である 2035 年度末に向けて、どの地域にあっても、切れ目のない医療を安心して受けられる体制の構築に取り組むこと。
 - ・ 国は、医師偏在対策を含む地域医療提供体制改革の進捗状況や、時間外労働の上限時間規制の適用による地域医療への影響を踏まえて、医師の働き方改革の取組状況を検証すること。

- ◆ 【都道府県】 国民の適切な医療のかかり方につながるような評価結果の公表
 - ・ 都道府県は、各医療機関の労働時間短縮に向けた取組状況等について評価機能が行った評価結果を公表するに当たっては、国民（医療の受け手）の適切な医療のかかり方につながるよう、評価者の所見とともに、医療機関での医療提供体制及び医療機関の医療アウトプットについても公表し、より多面的な視点での情報公開を行うこと。

- ◆ 【国・都道府県】 各都道府県における B・連携 B・C 水準の運用に関する事項
 - ・ 国は、各都道府県における B・連携 B・C 水準の運用状況（B・連携 B・C 水準の対象医療機関の指定や評価の状況）について情報収集を行い、必要に応じて、地方自治法第 245 条の 4 の規定により、都道府県に対し技術的助言等を行うとともに、各都道府県における着実な医師の働き方改革の推進に資するよう、必要な情報の横展開等を行うこと。
 - ・ 都道府県は、B・連携 B・C 水準の適切な運用を通じて、各都道府県における着実な医師の働き方改革の推進に取り組むこと。

II 地域の医療関係者に対する推奨事項

地域の医療関係者は、次の事項に取り組むことが推奨される。

- ◆ 地域全体での医師の働き方改革の推進に関する事項
 - ・ 地域の医療関係者は、個々の医療機関においては解消できない、地域における構造的な医師の長時間労働の要因に対し、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議、地域の外来医療に関する協議の場における協議等を通じて、地域の医療機関の役割分担や休日・夜間救急の輪番制の構築等、地域医療提供体制における機能分化・連携を推進し、地域全体での医師の働き方改革に取り組むこと。

III 医療機関（使用者）に対する推奨事項

医療機関（使用者）は、次の事項に取り組むことが推奨される。

- ◆ 適切な労務管理の実施等に関する事項

- ・ 医療機関は、雇用する医師の適切な労務管理を実施することが求められるとともに、自院における医師の働き方改革の取組内容について院内に周知を図る等、医療機関を挙げて改革に取り組む環境を整備すること。
- ◆ タスク・シフト/シェアの具体的な業務内容に関する事項
 - ・ 各医療機関の実情に合わせ、各職種の職能を活かして良質かつ適切な医療を効率的に提供するためにタスク・シフト/シェアを行う業務内容と、当該業務を推進するために実施する研修や説明会の開催等の方策を講ずること。
- ◆ 医師の健康確保に関する事項
 - ・ 医師の副業・兼業先の労働時間を把握する仕組みを設け、これに基づいて連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを遵守できるような勤務計画を作成すること。
 - ・ 副業・兼業先との間の往復の移動時間は、各職場に向かう通勤時間であり、通常、労働時間に該当しないが、遠距離の自動車の運転等で休息がとれないことも想定されることから、別に休息の時間を確保するため、十分な勤務間インターバルが確保できるような勤務計画を作成すること。
 - ・ 災害時等に、追加的健康確保措置を直ちに履行することが困難となった場合には、履行が可能となり次第速やかに、十分な休息を付与すること。
- ◆ 各診療科において取り組むべき事項
 - ・ 各診療科の長等は、各診療科の医師の労働時間が所定時間内に収まるよう、管理責任を自覚し、必要に応じ、業務内容を見直すこと。
 - ・ 特にタスク・シフト/シェアの観点から業務を見直し、他の医療専門職種等と協議の場を持ち、効率的な業務遂行に向けた取組を計画し、実行すること。
- ◆ 医師労働時間短縮計画のPDCAサイクルにおける具体的な取組に関する事項
 - ・ 医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで、労働時間の状況、労働時間短縮に向けた計画の策定、取組状況の自己評価を行うこと。
 - ・ 特定高度技能研修計画に関する医療機関内における相談体制の構築（C水準関係）
 - ・ 特定高度技能研修計画と実態が乖離するような場合に対応できるよう、医療機関内において、医師からの相談に対応できる体制を構築すること。

IV 医師に対する推奨事項

医師は、次の事項に取り組むことが推奨される。

- ◆ 医師自身の働き方改革
 - ・ 医師は、長時間労働による疲労蓄積や睡眠負債が提供する医療の質や安全の低下につながることを踏まえ、自らの健康を確保することが、自身にとっても、また医療機関全体としてより良質かつ適切な医療を提供する上でも重要で

あることを自覚し、その認識の下に自らの業務内容や業務体制の見直し等を行い、働き方の改革に自主的に取り組むこと。

- ・ 副業・兼業を行うに当たっては、自己の労働時間や健康状態の把握・管理に努め、副業・兼業先の労働時間を主たる勤務先に適切に自己申告すること。

V 国民（医療の受け手）に対する推奨事項

国民（医療の受け手）は、次の事項に取り組むことが推奨される。

◆ 医療のかかり方に関する事項

- ・ 医師の働き方改革を進め、医師の健康を確保することは、医師によって提供される医療の質や安全を確保することにつながり、国民（医療の受け手）にとっても重要な問題である。
- ・ 医師の働き方改革は、医療提供者だけで完結するものではなく、国民の医療のかかり方に関する理解が不可欠であり、国民は、自らのかかり方を見直すこと。
- ・ 具体的には、かかりつけの医療機関を持つ、#8000 や#7119 等の電話相談を利用し、夜間・休日の不急の受診を控える、救急車の適切な利用を心がける等の取組を行うこと。

第2 医師の時間外労働の実態把握

- 「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）の結果によると、時間外・休日労働の上位1割に該当する医師は年1,904時間以上であったことから、これを踏まえ、まずは上位1割に該当する医師の労働時間を確実に短縮するという考え方から、地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準における時間外労働の上限を1,860時間として前回報告書で整理された。「第1 医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項」において述べた各事項も、これを前提に、推進検討会において議論を行ってきたものである。
- 今般、新たに「令和元年 医師の勤務実態調査」を実施したところ、上位1割に該当する医師は年1,824時間以上の時間外労働を行っているという結果であった。これは、これまでの議論の前提を覆すものではなく、地域医療確保暫定特例水準における時間外労働の上限は引き続き1,860時間とするが、2024年4月以降、実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討を行いつつ、必要な引下げを実施する。集中的技能向上水準については、研修及び医療の質を低下させずに効率的な研修を実現していくことによって技能向上に要する時間の短縮が図られる可能性もあり、将来的な縮減を志向しつつ、医師労働時間短縮計画において把握される実績等も踏まえ、研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証していく必要がある。

- また、2024年4月から適用される時間外労働の上限規制や連続勤務時間制限・勤務間インターバルなどの追加的健康確保措置の地域医療提供体制への影響について強い懸念が示されたことから、「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」を実施した。2024年4月に医師に対して時間外労働の上限規制（年1,860時間・年960時間）が適用された際に、①大学医局から関連病院への医師派遣等に影響があるか、②副業・兼業に該当する関連病院における勤務に影響があるか、について、医師少数県に位置する2大学6診療科において時間外労働の上限規制への該当性のシミュレーションを行い、医師の働き方改革の地域医療提供体制への影響について考察した。その結果から、大学病院での労働時間が時間外・休日労働が年960時間以内であっても、副業・兼業先の労働時間を通算すると年960時間を超える医師が多いことが示された。
- 一方、調査対象となった各大学医局教授や医局長、大学病院事務部門（総務・人事担当部門）管理者等に対してヒアリングを行ったところ、時間外労働時間の上限規制を遵守するため、関連病院等への医師派遣の縮小を第一選択とする医局はなく、特に働き方改革の影響を強く受けると予想された診療科においても、宿日直許可の適切な取得、地域の医療機関への派遣のニーズに対して診療科を超えた全病院的な対応を取ること等の取組により、2024年4月の上限規制の適用に対応が可能であると想定されたが、他の医療機関も含め、今後も同様の調査を実施していく。

第3 今後の検討事項

- B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件等の指定の枠組みに関しては整理されたが、B水準の対象となる医療機能のうち、「公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関」の対象範囲について、検討が必要である。

また、C-2水準の適用のために医師が医療機関を通じて審査組織に提出する特定高度技能研修計画の様式について、医師の負担も考慮しつつ作成していくとともに、厚生労働省が公示する分野や審査組織における審査方法、審査基準等の具体的な内容について検討が必要である。
- 追加的健康確保措置に関しては、
 - ・追加的健康確保措置の実施状況の関係者と共有する仕組み
 - ・医師から都道府県へ申告があった場合の取扱いの明示について引き続き検討していく必要がある。
- 医師の勤務実態調査は、上限規制適用開始前に実施する方向で、調査の時期や効果的な手法について引き続き検討する。上限規制適用開始後の2024年度以降は、地域医療確保暫定特例水準の終了年限の目標である2035年度末に向けて医師の労働時間の短縮を進めていく必要があることから、今後の医師の働き方改革や他の施策のスケジュールを踏まえつつ、調査の時期や具体的な手法等について検討する。

- また、時間外労働の上限規制の適用により、地域医療提供体制への影響が予想される。時間外労働の上限規制が地域の医療提供体制の機能分化・連携を促進する面も考えられるが、地域に必要な医療機能を確保する観点からは、慎重に状況を見極めつつ、都道府県が必要な支援を行っていく必要がある。特に、これまで行っていた医師派遣の制限、また、医療機関が労働時間短縮のために医師を確保することによる医師偏在への影響も鑑みながら、地域の必要な医療の確保に向けた方策を引き続き検討していく必要がある。
- 特に労働時間が長い大学病院は、地域医療確保の観点で重要な役割を担っているとともに、医学および医療の発展のための研究や医学生と若手医師に対する教育等、診療以外においても重要な役割を担っている。大学病院では、診療、研究、教育を同じ医師が担うことが多く、労働時間の短縮が診療のみならず、研究や教育にも大きな影響を与える可能性があることから、特に大学病院における働き方改革の特有の課題については、今後、文部科学省と厚生労働省が連携して検討の場を設ける必要がある。
- 医師労働時間短縮計画については、年の時間外・休日労働が960時間を超える医療機関については、B・連携B・C水準の対象医療機関指定を受けるために2021年度に策定する必要があるとあり、医療機関における同計画の円滑な策定及び労働時間短縮の取組を推進していく必要がある。
- 医師の働き方改革を進めるためには、行政をはじめとする様々な立場からの取組が不可欠であり、各関係者の意識改革や行動変容を促していく必要がある。そのためには、まず、医師の働き方改革に関する検討の状況や今後の見通し等について情報発信を行い、周知することが重要である。特に、当事者である医師に対しては、多忙であるがゆえに情報が届きにくい傾向があり、効果的な情報発信・周知の方策について検討が必要である。

第4 おわりに

- 令和元年7月に発足した本検討会では、これまで11回にわたる議論を重ね、前回報告書の内容を踏まえつつ、医師の労働時間短縮・健康確保と地域の医療提供体制の両立の観点から、医師の労働時間の上限規制に関して医事法制・医療政策において措置を要する事項をはじめ、医師の働き方改革の推進のための具体的な制度の枠組みについて検討を行ってきた。
- 特に、推進検討会で引き続き検討することとされた事項である地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の指定の具体的な枠組みや、追加的健康確保措置の義務化及び履行確保、医師労働時間短縮計画及び評価機能に係る枠組み等について議論を行う中で、複数医療機関に勤務する医師に係る取扱いが論点

となった。副業・兼業を行う医師によって地域の医療が支えられている現状があると同時に、こうした医師の健康確保が不可欠であることから、新たに「連携B水準」という枠組みを設けることとした。また、連携B水準に限らず、副業・兼業先での労働時間も通算した上で、時間外・休日労働の上限を超えないようにしつつ、効果的・効率的な追加的健康確保措置の取扱いを議論した。

- 新たに実施した「令和元年 医師の勤務実態調査」及び「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」の結果からは上述の「連携B水準」の必要性が浮き彫りになるとともに、「令和元年 医師の勤務実態調査」からは、前回調査時から減少はしたものの、引き続き、約4割の医師がA水準超の時間外・休日労働を行っていることが確認された。2024年4月から適用される上限規制に対応するためには適切な実態把握とその分析に基づく労働時間短縮に向けた取組の徹底が重要である。また2024年度以降も、地域医療確保暫定特例水準の解消に向けて、医師の働き方改革を確実に進めていくことが重要である。
- こうした認識の下、個々の医療機関においては、医師労働時間短縮計画に基づき、評価機能による評価結果も踏まえつつ、PDCAサイクルの中で、タスク・シフティングやマネジメント改革等による労働時間短縮の不断の取組や、医師の健康確保のための取組を着実に進めることが不可欠である。
- ただし、医師の働き方改革は、労働時間の上限規制のみで完結するものではない。地域医療構想と医師偏在対策の推進、医療を受ける国民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進の他、「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」で定められることを、行政、地域の医療関係者、医療機関、医師、国民がそれぞれの立場で、異なる各関係者の役割分担に基づき、1人1人の医師の過重な負担を軽減し、医師の働き方改革を推進していくことが何よりも重要である。
- 特に、医師自身が、自らの働き方が改善していくことへの希望と、改善していこうという意識を持つことができる環境を作らなければ、現場の改革は進まない。とりわけ、強い使命感の下に医の道を志し、地域の医療を支えている医師たちが、望まない形でその道を閉ざされることのないよう、1人1人の医師に、本検討会の議論の成果を伝えていかなければならない。
- そして、地域医療構想の推進や医師の偏在対策等の医療提供体制改革が医師の労働時間に与える影響、逆に医師の働き方改革が医療提供体制に与える影響の双方を慎重に注視しつつ、取組を進めて行くことが必要である。
- 連携B水準も含め、地域医療確保暫定特例水準は2035年度末の解消を目指していくが、地域医療構想の推進や医師の偏在対策等の医療提供体制改革を、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等における協議等を通じて進めることにより、各地域で医師の長時間労働の必要性が解消され、地域医療確保暫定特例水準の解消

につながることを期待される。それと同時に、各医療機関において、まずは自院での年 960 時間以内の時間外・休日労働を達成できるよう取り組んでいただくとともに、副業・兼業先も含めた年 960 時間以内の達成に向け、可能な限り副業・兼業先にも働きかけていただくこととなる。

- 本報告書の内容の制度化に向けた検討においては、医師の健康確保は重要であることを共通認識としつつ、医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくという強い決意の下、医師が健康で充実して働き続けることのできる社会を目指して、医師の長時間労働を変えていかなければならない。
- 新型コロナウイルス感染症が流行している中、日夜奮闘している医師がいる。医師の働き方改革は重要性を増している。感染症のまん延時でも、医師の健康確保と地域医療提供体制の確保の両立が果たせる社会の実現を目指して、医師の働き方改革を引き続き推進していくべきである。
- なお、これは、本検討会としての中間とりまとめであり、これに基づき、法制化に向けて準備を進めていくことが期待されるが、今後、更に具体的な制度設計に関する議論や、医師の働き方改革が地域医療提供体制に与えている影響も踏まえながら、医師の働き方改革を推進するための議論を行う場として、本検討会は今後も議論を継続していく。

医師の働き方改革の推進に関する検討会 構成員名簿

家保	英隆	高知県健康政策部副部長
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
遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
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	岡山大学病院ダイバーシティ推進センター教授
城守	国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
島崎	謙治	国際医療福祉大学大学院教授
島田	陽一	早稲田大学法学部教授
鈴木	幸雄	横浜市立大学附属病院産婦人科助教
堤	明純	北里大学医学部教授
仁平	章	日本労働組合総連合会総合政策推進局長 (※令和2年3月に、村上 陽子 日本労働組合総連合会総合労働局長と交代)
馬場	武彦	社会医療法人ペガサス理事長
水島	郁子	大阪大学大学院高等司法研究科教授
森	正樹	日本医学会副会長(九州大学大学院消化器・総合外科教授)
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	千葉大学副学長・千葉大学大学院医学研究院眼科学教授

※令和2年12月22日時点

医師の働き方改革の推進に関する検討会 開催経過

日時等	主な議事
第1回 (令和元年7月5日)	1. 検討を要する論点(案)について 2. 医師の勤務実態の把握について
第2回 (令和元年9月2日)	1. 追加的健康確保措置の履行確保について 2. 医師労働時間短縮計画及び評価機能について
第3回 (令和元年10月2日)	1. 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組みについて
第4回 (令和元年11月6日)	1. 評価機能について
第5回 (令和元年12月2日)	1. 評価機能について 2. その他
第6回 (令和元年12月26日)	1. これまでの議論のまとめについて 2. その他
第7回 (令和2年3月11日)	1. 医師の働き方改革について
第8回 (令和2年8月28日)	1. 医師労働時間短縮計画策定ガイドライン(案)について 2. 医師の勤務実態調査及び医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査について
第9回 (令和2年9月30日)	1. 副業・兼業を行う医師に関する地域医療確保暫定特例水準の適用について 2. 長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル 3. 医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について
第10回 (令和2年11月18日)	1. 中間とりまとめに向けて更なる検討が必要な事項について 2. これまでの議論のまとめについて
第11回 (令和2年12月14日)	1. 中間とりまとめ(案)について

(別添1)

長時間労働の医師への 健康確保措置に関するマニュアル

令和2年12月

厚生労働行政推進調査事業費補助金

(政策科学研究事業)

「医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究」研究班

目次

はじめに	1
I 面接指導実施の概要	5
1. 面接指導の目的	5
2. 面接指導の体制	5
2-1. 管理者	5
2-2. 面接指導実施医師	5
2-3. 面接指導対象医師	5
3. 長時間労働の医師に対する面接指導の全体像	7
II 長時間労働の医師の面接指導までの流れ	8
1. 長時間労働の医師への面接指導における管理者の役割	8
2. 院内における面接指導実施体制の構築	8
3. 長時間労働の医師の事前確認と面接指導の実施時期	9
III 面接指導の実際	13
1. 面接指導の目的	13
2. 面接指導実施医師に求められる技能の習得	13
3. 面接指導実施医師の役割	13
4. 面接指導に要する時間	14
5. 長時間労働の医師の評価	14
6. 面接指導の評価のポイント	18
7. 長時間労働の医師への保健指導	19
8. 医師への面接指導における留意点	20
IV 長時間労働の医師への対策	24
1. 就業上の措置	24
2. 代償休息の付与	24
3. 職場環境の改善	26
3-1. 管理者による医療機関の労務管理	26
3-2. 医療機関における産業保健機能の強化	26
3-3. 医師労働時間短縮計画の策定	26
3-4. 医師労働短縮時間計画の項目例（勤務環境改善マネジメントシステム）	28

参考資料①	長時間労働の医師に対する面接指導のロールプレイ研修	.....29
参考資料②	ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトの評価方法	.....31
参考資料③	PVT 及びアクチグラフの応用	.....42
参考資料④	長時間労働：睡眠の観点から	.....47
参考資料⑤	長時間労働：医療安全の観点から	.....55
付録	医師の健康確保措置マニュアル内質問票	.....59
	医師の健康確保措置マニュアル内質問票一覧	..... 59
	(1) 日本語版 ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度 (UWES) ©	..... 60
	(2) 日本語版 BAT (BAT-J) 仕事関連版(work-related version)	..... 61
	(3) 日本語版 アテネ不眠尺度	..... 63
	(4) 日本語版 リカバリー経験尺度	..... 65

<長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル 作成委員会 委員名簿>

五十音順 敬称略

黒澤 一（東北大学環境・安全推進センター 教授）

榊原 圭子（東洋大学 社会学部 准教授）

佐藤 准子（順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座 助教）

島津 明人（慶応義塾大学 総合政策学部 教授）

* 谷川 武（順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座 教授）

陳 和夫（京都大学 大学院医学研究科 呼吸管理睡眠制御学講座 特定教授）

堤 明純（北里大学 医学部 公衆衛生講座 教授）

友岡 清秀（順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座 助教）

外山 浩之（ヘルシンキ大学 教育科学部 研究員）

堀江 正知（産業医科大学 ストレス関連疾患予防センター長）

松本 吉郎（日本医師会 常任理事）

吉川 徹（労働安全衛生総合研究所 過労死等調査研究センター長代理）

和田 裕雄（順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座 先任准教授）

* 委員長



はじめに

長時間労働の医師の現状

我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられている面がある。医師の労働時間については、医師の勤務時間（「指示なし」時間を除く）の分布 において、時間外労働が年 1,860 時間以上の医師が約 1 割であったとする調査結果もあり（医師の働き方改革に関する検討会報告書：平成 31 年 3 月 28 日）、特に、20 代、30 代の若い医師を中心に、他職種と比較しても突出した長時間労働の実態にある。令和元年度に実施された勤務実態調査においても、医師の労働時間については引き続き長時間労働の実態が認められた。

以上の状況を踏まえ、令和 6 年（2024 年）度の医師の時間外労働の上限規制の適用においては、臨時的な必要がある場合、1 年あたりに延長することができる時間外・休日労働時間数の上限が年 1,860 時間となる見込みである。一方、そのような医師の年の上限時間数の水準を踏まえ、医師の健康を確保することが、重要な課題である。

医師の時間外労働の上限規制

令和 6 年 4 月から診療に従事する勤務医に対して時間外労働の上限規制が適用される。時間外・休日労働の上限は原則年 960 時間以下／月 100 時間未満（以下、A 水準）とするが、地域医療における必要性等の理由がある場合については、「地域医療確保暫定特例水準」として、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場合については「集中的技能向上水準」（以下「C 水準」という。）として、都道府県知事が指定する医療機関において、年 1,860 時間まで時間外・休日労働が認められる見込みである。なお、「地域医療確保暫定特例水準」については、地域医療提供体制の確保の観点から必須とされる機能を果たすために、当該医療機関における時間外・休日労働が年 960 時間を超えざるを得ない場合に上限を年 1,860 時間とする水準（以下「B 水準」という。）と、地域医療提供体制の確保のために他の医療機関に派遣され、当該副業・兼業先での労働時間と通算した時間外・休日労働が年 960 時間を超えざるを得ない場合に通算の上限を年 1,860 時間とする水準（以下「連携 B 水準」という。）が設けられる見込みである。

A 水準

診療従事勤務医に令和 6 年度以降に適用される水準

年 960 時間／月 100 時間未満（例外あり）※いずれも休日労働を含む

B 水準・連携 B 水準

地域医療確保暫定特例水準(医療機関を指定)

年 1,860 時間／月 100 時間未満（例外あり）※いずれも休日労働を含む

C 水準

集中的技能向上水準(医療機関を指定)

年 1,860 時間／月 100 時間未満（例外あり）※いずれも休日労働を含む

追加的健康確保措置

一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて医師が働かざるを得ない場合、医師の健康の確保及び医療の質や安全を確保するために、一般の労働者について限度時間を超えて労働させる場合に求められている健康福祉確保措置に加えた措置（追加的健康確保措置）が講じられる。

具体的には、追加的健康確保措置①（連続勤務時間制限・勤務間インターバル等）と追加的健康確保措置②（医師による面接指導、結果を踏まえた就業上の措置等）等が設けられる。

A 水準の適用となる医師を雇用する医療機関の管理者（以下「管理者」という。）に、当該医師に対する追加的健康確保措置①の努力義務と追加的健康確保措置②の義務が課される。B・連携 B・C 水準の適用となる医師を雇用する医療機関の管理者に、当該医師に対する追加的健康確保措置①の義務と追加的健康確保措置②の義務が課される。

①－ 1 連続勤務時間制限

連続勤務は、宿日直許可を受けている当直明けの場合を除き、前日の勤務開始から **28 時間** までとなる。ただし、初期研修医については、**9 時間以上**の勤務間インターバルを確保することとし、連続勤務時間制限としては **15 時間** となる。臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた連続勤務が必要な場合、**24 時間以下**の連続勤務が認められる。その場合、その後の勤務間インターバルは **24 時間以上**確保しなければならない。

①－ 2 勤務間インターバル

当直及び当直明けの日を除き、通常の日勤（9 時間程度を超える連続勤務）後の次の勤務までに **9 時間以上**のインターバル（休息）を確保することになる。

当直明けの日（宿日直許可がない場合）については、28 時間までの連続勤務時間制限を導入した上で、この後の次の勤務までに **18 時間以上**のインターバル（休息）を確保することになる。

当直明けの日（宿日直許可がある場合）については、通常の日勤を可能とし、その後の次の勤務までに **9 時間以上**のインターバル（休息）を確保することになる。

①－ 3 代償休息

連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保を実施することが原則であるが、日々の患者ニーズのうち、長時間の手術や急患の対応等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に、代わりに休息を取ることで疲労回復を図る。代償休息の付与方法としては、対象となった時間数について、所定労働時間中における時間休の付与、勤務間インターバル幅の延長のいずれかによることとなり、代償休息の付与期限としては、代償休息を生じさせる勤務が発生した日の属する月の翌月末までとなる。

②－ 1 面接指導

面接指導は、長時間労働の医師一人ひとりの健康状態を確認し、必要に応じて就業上の措置を講じることを目的として行う。本面接指導は、ひと月あたりの時間外・休日労働について、100 時間未

満という上限規制を例外的に緩和するための要件であることから、時間外・休日労働が「月 100 時間未満」の水準を超える前に、管理者は睡眠及び疲労の状況を確認し、一定以上の疲労の蓄積が確認された者については月 100 時間以上となる前に面接指導を行うことを義務付けられる。なお、毎月あらかじめ決めておいた時期（時間外・休日労働時間が 100 時間以上となる前）に面接指導を行うことも可能である。

②-2 就業上の措置

面接指導の結果により、就業上の措置を講じる必要がある場合は、面接指導を実施した医師（以下「面接指導実施医師」という。）が管理者に意見を述べることとなる。管理者は当該意見を踏まえ、医師の健康確保のために必要な就業上の措置を最優先で講じることが求められる。

その他

B・連携 B・C 水準の時間外労働の上限である年 1,860 時間の月平均時間数（**155 時間**）を超えた際には、時間外労働の制限等、上記の就業上の措置と同様に労働時間を短縮するための具体的取組を講じる。

これらの措置については、診療に従事する勤務医に対してのみ適用されるものであり、医療法において位置づけられる 予定である。なお、面接指導は医療法において位置づけられることと併せて、労働安全衛生法の面接指導としても位置づけられ、衛生委員会による調査審議等が及ぶ方向で検討されている。

医師の時間外労働の上限規制について

		A 水準	B 水準・連携 B 水準	C 水準
の 上 限	締 結 協 定 で き る 36 時 間 数	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）		
		月45時間以下・年360時間以下		
		②「臨時的な必要がある場合」（休日労働を含む）		
		月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
		③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		
		月100時間未満（例外につき同上）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
		適正な労務管理（労働時間管理等）		
		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
		医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		
		現行どおり （勤務環境改善の努力義務）	義務	
追 加 的 健 康 確 保 措 置		連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）※2	努力義務 （②が年720時間等を超える場合のみ）	義務
		勤務間インターバル9時間		
		面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 （月100時間以上となる前に実施※3）	

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

□ 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 C-1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。
 ※2 長時間の手術や急患の対応等の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には、代償休息によることも可能（C-1水準が適用される初期研修医を除く）。
 ※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、A水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、B水準・連携B水準・C水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

本マニュアルは、睡眠及び疲労の状況について確認する事項（睡眠負債等に関する検査項目や疲労の蓄積の確認に用いる基準値の設定等）を含めた効果的な面接指導の実施方法、疲労回復に効果的な休息の付与方法に関して、産業保健の知見、年齢や性別の違いや疲労の蓄積予防の観点も踏まえ、医学的見地から検討し、作成した。



I 面接指導実施の概要

1. 面接指導の目的

令和6年4月から医師に対して時間外労働の上限規制が適用される。月の時間外・休日労働については原則100時間未満となるが、面接指導の実施により、例外的に緩和される。よって、月100時間以上の時間外・休日労働を行う場合には、面接指導を実施しなければならない。

2. 面接指導の体制

面接指導においては、管理者、面接指導実施医師、面接指導の対象となる医師（以下「面接指導対象医師」という。）が下記の役割を果たすことが求められる。

2-1. 管理者

管理者は、各医療機関特有の職場の文化に基づき、面接指導実施体制を構築する。面接指導実施医師を選任するとともに面接指導対象医師を抽出し、面接指導実施医師に必要な情報を提供するとともに、面接指導実施医師からの報告・意見を踏まえ、必要に応じて、就業上の措置を講じる。

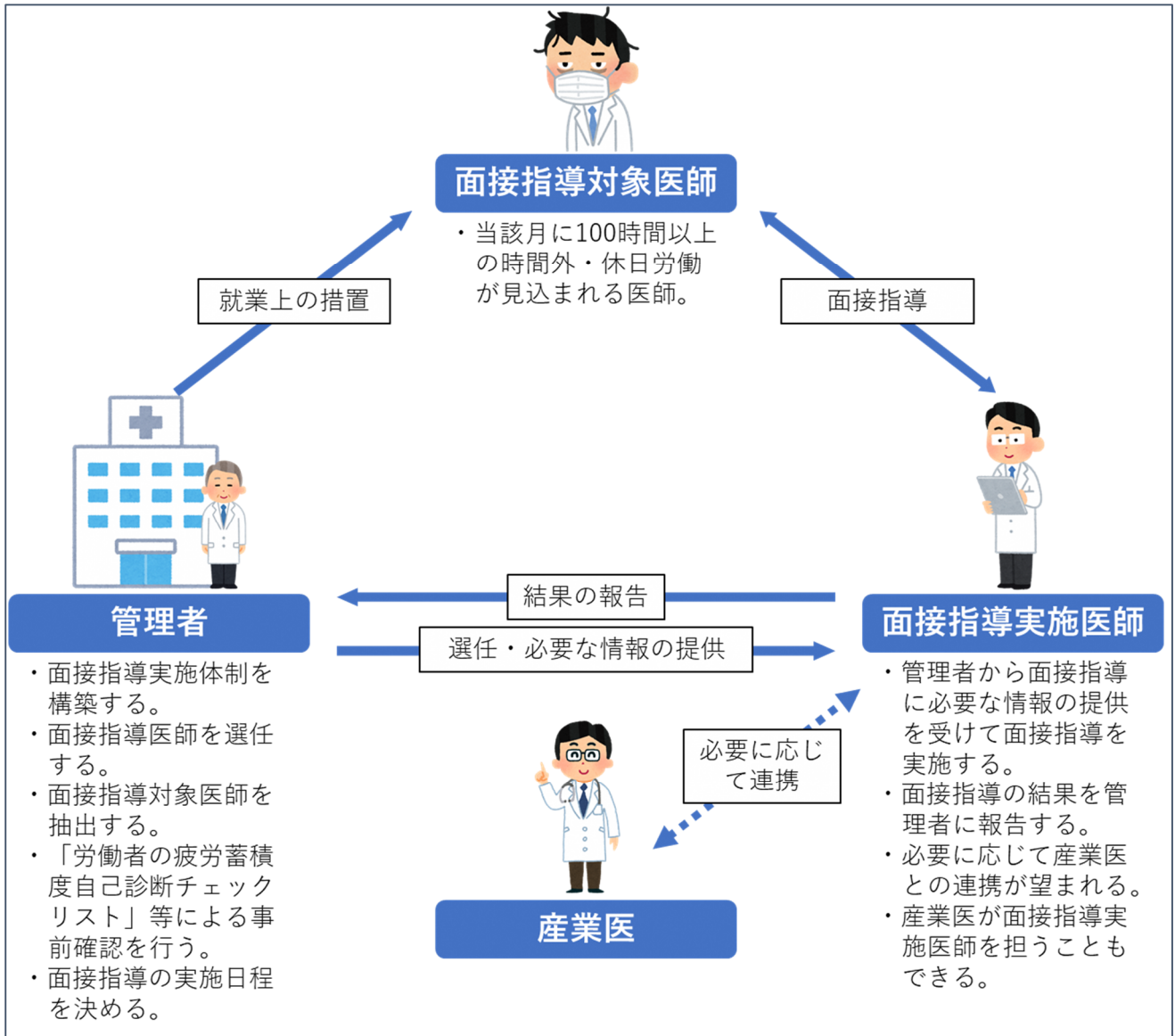
2-2. 面接指導実施医師

面接指導実施医師については、長時間労働の面接指導に際して必要な知見に係る講習を受講して従事する。面接指導実施医師は、管理者により選任される。また、管理者から必要な情報の提供を受け、面接指導対象医師へ面接指導を実施し、その結果を管理者に報告する。また、面接指導の結果から、就業上の措置を講じる必要がある場合には、管理者に意見を述べる。面接指導実施医師は、必要に応じて産業医と連携することが望ましい。なお、産業医が面接指導実施医師を担うこともできる。

2-3. 面接指導対象医師

面接指導対象医師は、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である。面接指導対象医師についても、自身の健康管理に努めることが求められていることから、過重労働や睡眠負債による健康影響等に関する講習を受講することが望ましい。

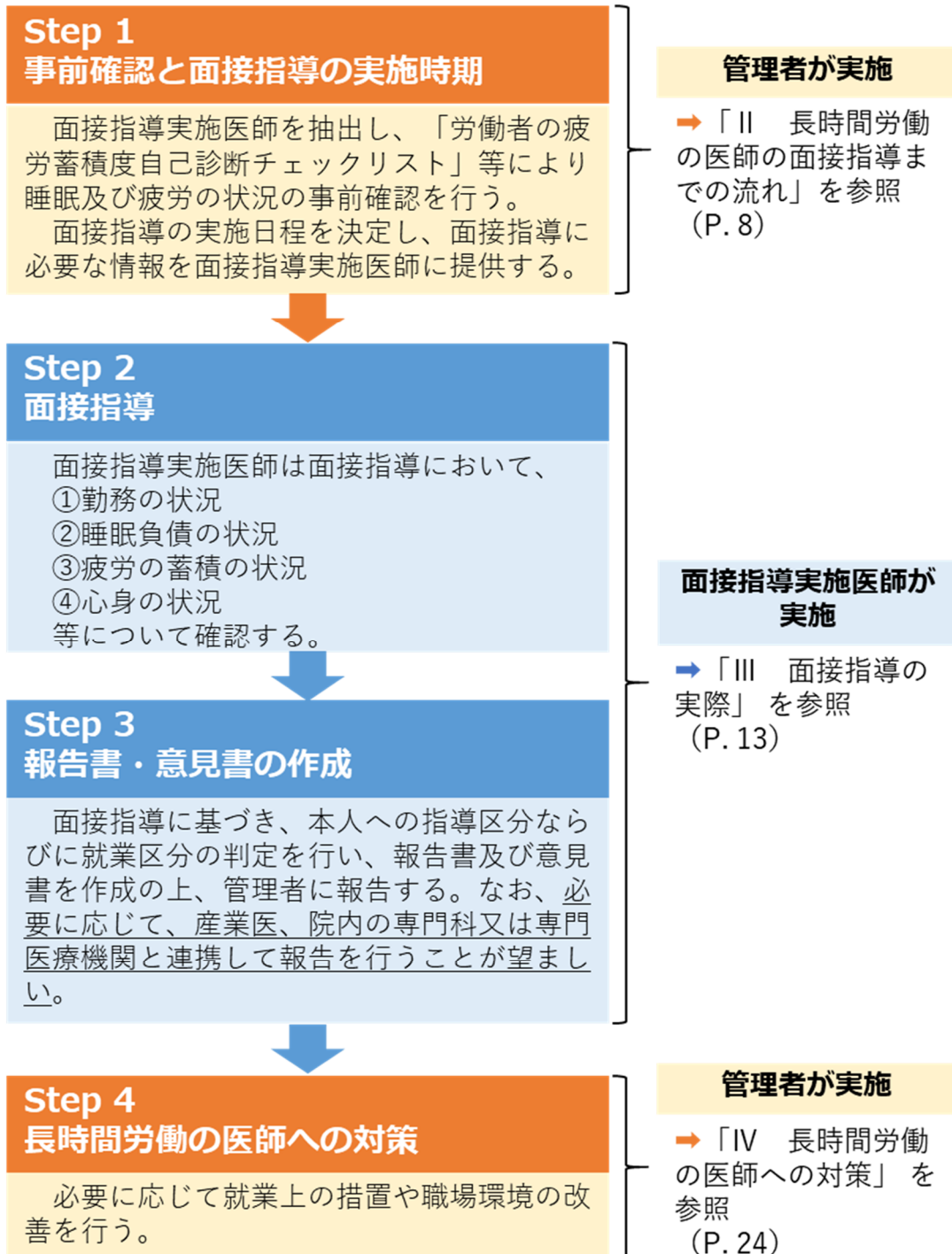
面接指導の枠組み



3. 長時間労働の医師に対する面接指導の全体像

長時間労働の医師に対する面接の流れを下記に示す。各ステップの詳細は第II章から第IV章を参照。

長時間労働医師に対する面接のフローチャート



II 長時間労働の医師の面接指導までの流れ

1. 長時間労働の医師への面接指導における管理者の役割

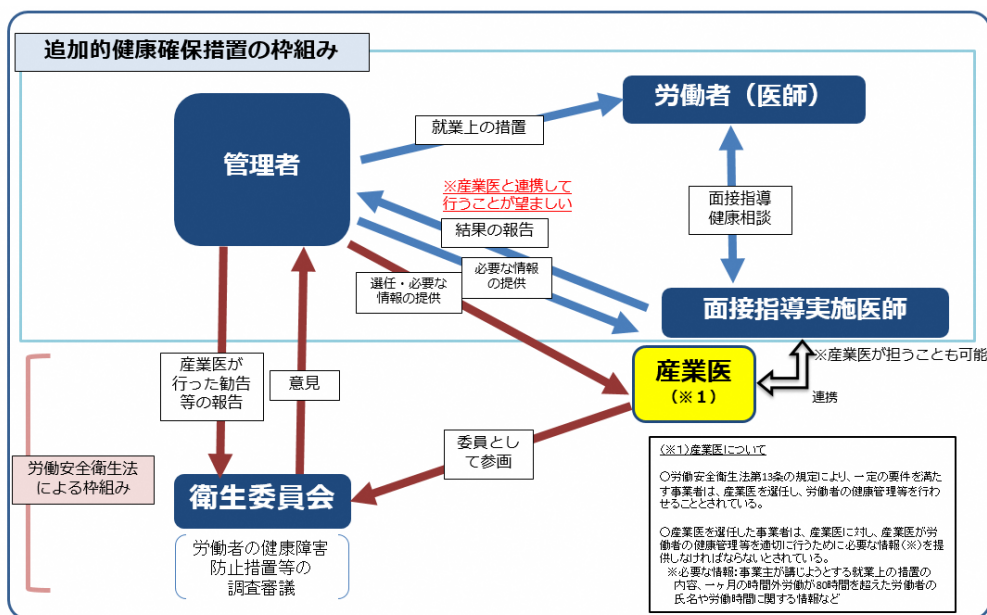
本面接指導において、管理者は下記の役割を担う。

- ・面接指導実施医師を選任する。(同じ部署の上司は避けることが望ましい)
- ・面接指導対象医師(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)を抽出する。
- ・「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」等による事前確認を行う。
- ・面接指導の実施日程を決める。
- ・面接指導に必要な情報(時間外労働の状況、「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」の結果等)を面接指導実施医師に提供する。
- ・面接指導実施医師から面接指導の結果について報告を受ける。
- ・必要に応じて就業上の措置や職場環境の改善を行う。

2. 院内における面接指導実施体制の構築

長時間労働の医師に対する面接指導の実施にあたり、各病院の状況に応じた面接指導実施体制の構築が望ましい。その体制は面接指導実施医師及び産業医をはじめとする産業保健スタッフが中心となる。本面接指導体制の構築にあたっては、面接指導実施医師、産業医、管理者の連携が望ましい。

面接指導の実施体制



※追加的健康確保措置の面接指導は、医療法において位置付けること併せて、労働安全衛生法の面接指導としても位置付け、衛生委員会による調査審議等が及ぶ方向で検討(「医師の働き方改革に関する検討会」報告書より)

3. 長時間労働の医師の事前確認と面接指導の実施時期

管理者は、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い、面接指導の実施日程を決める。**また、時間外・休日労働の各水準における睡眠及び疲労の状況の事前確認並びに面接指導の実施時期の案を下記に示す。

※可能であれば、面接指導対象医師と同じ病棟や診療科で勤務する看護師長や上級医から、長時間労働の負担による

< 確認事項 >
① 前月の時間外・休日労働時間（副業・兼業先の労働時間も自己申告により通算する）
② 「労働者の疲労蓄積度の自己診断チェックリスト」（以下「疲労蓄積度チェック」という。）
③ 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）
④ 面接指導の希望

影響の有無等についても確認しておくことが望ましい。

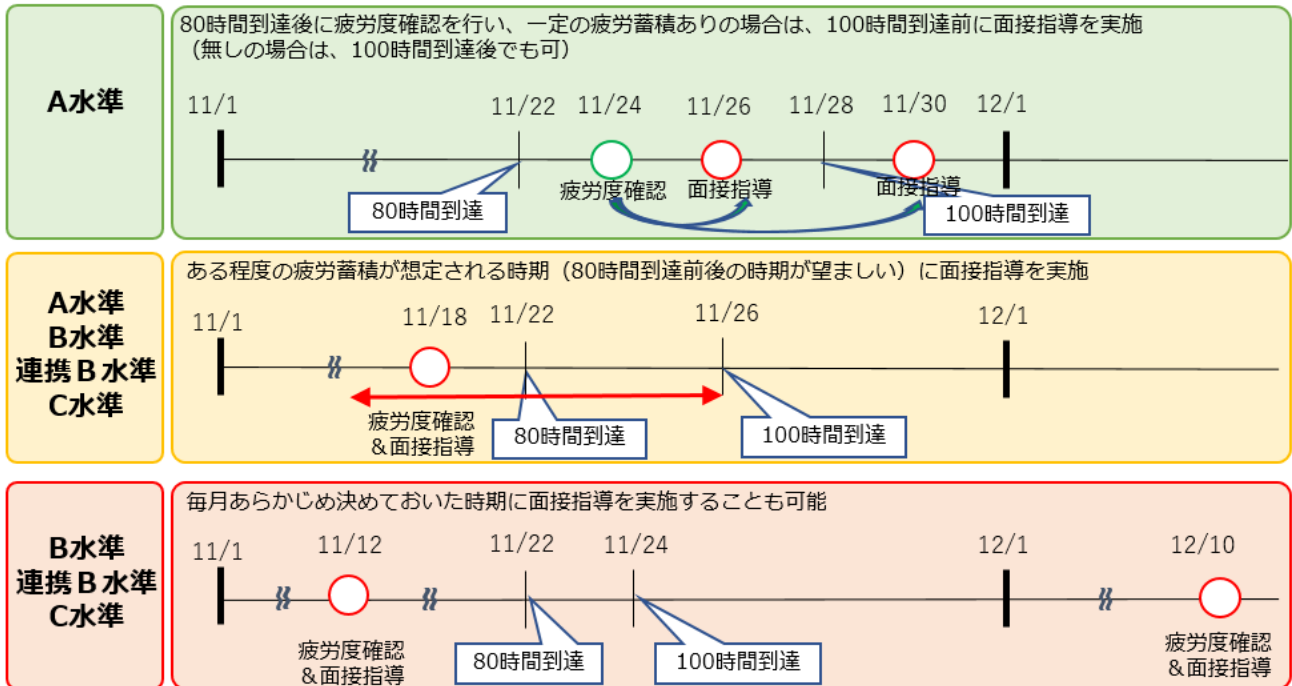
事前確認・面接指導の実施時期

水準	A 水準	A・B・連携 B・C 水準	B・連携 B・C 水準
時間外・休日労働が 100 時間以上となる頻度			
睡眠及び疲労の状況の事前確認の実施時期	当該月の時間外・休日労働が 80 時間を超えた後	ある程度の疲労蓄積が想定される時期（当該月の時間外・休日労働が 80 時間前後となる時期が望ましい） ※ただし、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に到達する前に実施しなければならない。	毎月あらかじめ決めておいた時期に行うことも可能 ※ただし、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に到達する前に実施しなければならない。
面接指導の実施時期	事前確認で一定の疲労の蓄積が予想される場合 ^{注)} は、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に到達する前に実施しなければならない。	※ただし、当該月の時間外・休日労働が 100 時間に到達する前に実施しなければならない。	

注) 一定の疲労蓄積が予想される場合とは下記のいずれかに該当した場合である。

- ① 前月の時間外・休日労働時間：100 時間以上
- ② 直近 2 週間の 1 日平均睡眠時間：6 時間未満
- ③ 疲労蓄積度チェック：自覚症状が IV 又は負担度の点数が 4 以上
- ④ 面接指導の希望：有

面接指導の実施時期の例



労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト

記入年月日 _____年__月__日

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

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

＜自覚症状の評価＞ 各々の答えの()内の数字を全て加算して下さい。

合計 _____点

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

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

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

★2: 肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担

＜勤務の状況の評価＞ 各々の答えの()内の数字を全て加算して下さい。

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

次の表を用い、(1)自覚症状の評価、(2)勤務の状況の評価結果から、仕事による負担度の点数(0～7)を求めてください。

【仕事による負担度点数表】

		勤務の状況			
		A	B	C	D
自覚症状	I	0	0	2	4
	II	0	1	3	5
	III	0	2	4	6
	IV	1	3	5	7

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

あなたの仕事による負担度の点数は：_____点 (0～7)

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

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

【参考】時間外労働と脳血管疾患・虚血性心疾患との関連について

時間外労働は、仕事による負荷を大きくするだけでなく、睡眠・休養の機会を減少させるので、疲労蓄積の重要な原因のひとつと考えられています。医学的知見をもとに推定した、時間外・休日労働時間(1週当たり40時間を超える部分)と脳出血などの脳血管疾患や心筋梗塞などの虚血性心疾患の発症などの健康障害のリスクとの関連性を下表に示しますので参考にしてください。上のチェックリストで仕事による負担度が低くても時間外労働時間が長い場合には注意が必要です。

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

Ⅲ 面接指導の実際

1. 面接指導の目的

面接指導は、長時間労働となる医師一人ひとりの健康状態を確認し、必要に応じて就業上の措置を講じることを目的として行う。

また、本面接指導により、以下のことが期待できる。

<面接指導対象者>

- ・自分の健康や働き方を見直す機会を得ることができる。
- ・健康管理、労働時間管理の助言を得ることができる。
- ・働き方を改善する方法について学ぶことができる。
- ・行動変容ができる。

<管理者>

- ・面接指導実施医師からの意見に基づき就業上の配慮を決定でき、安全配慮義務を履行できる。

2. 面接指導実施医師に求められる技能の習得

面接指導実施医師は、長時間労働の面接指導に際して必要な知見に係る講習を受講して従事する。講習については、所定の e-learning（本マニュアルの内容について1時間程度を予定）等を受講し、確認テストに合格している必要がある。また、産業医が面接指導を実施する場合にも、上記の e-learning を受講し、確認テストに合格している必要がある。さらに、面接指導の技術を学ぶためにはロールプレイを取り入れた研修等を実施することが望ましい。（P. 29 参考資料①「長時間労働の医師に対する面接指導のロールプレイ研修」）

3. 面接指導実施医師の役割

面接指導実施医師は、管理者から面接指導に必要な情報の提供を受け、面接指導対象医師へ面接指導を実施し、その結果を管理者に報告する。また、面接指導の結果から、就業上の措置を講じる必要がある場合には、管理者に意見を述べる。面接指導実施医師は、必要に応じて産業医と連携することが望ましい。



4. 面接指導に要する時間

本マニュアルに基づき、長時間労働の医師及び面接指導実施医師が要する時間は以下のように推定される。

本マニュアルに基づく面接指導に要する時間（見込み）

時間	面接指導対象医師	面接指導実施医師
5分	チェックリスト記入等	
1～3分		上記結果の確認
5～30分	面接指導 ※措置不要となる場合には5分程度を想定	
2～5分		報告書・意見書作成
合計	10～35分程度	10～40分程度

5. 長時間労働の医師の評価

面接指導実施医師は、面接指導において、①勤務の状況、②睡眠負債の状況、③疲労の蓄積の状況、④心身の状況等について確認する。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）の相違を念頭に置きつつ、評価を行う。各項目の詳細について下記に述べる。なお、ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトについては参考資料②「ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトの評価方法」（P. 31）にて詳述する。

① 勤務の状況

業務内容、時間外・休日労働、深夜勤務の頻度・時間等を確認する。

② 睡眠負債の状況

睡眠時間や日中の眠気等から睡眠負債の程度を確認し、0（低）～3（高）で評価する。面接指導実施医師は下記の項目等を参考に睡眠負債の状況を把握する。また、必要に応じて、アクテグラフ、精神運動覚醒検査（PVT）（P. 42 参考資料③「PVT 及びアクテグラフの応用」）、睡眠時無呼吸症候群のスクリーニング等の客観的指標を活用する。

<睡眠負債の把握で有用な項目>

- 2週間の平均的な睡眠時間及び宿日直の状況。
- 不眠の主症状(入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感)の有無。(P. 63 参照)
- 睡眠時間を十分にとっていると思っても昼食後の午後に眠気、疲労感を感じることもある。
- いつでもどこでも寝ようと思えば入眠可能(例、新幹線で大阪方面から東京駅に向かう場合、車中で寝ようと思えば入眠出来る)。
- 夕方のカンファレンスで起きているつもりなのに気づくと寝ていることがある。
- 慢性疲労感がある。
- 家族、同僚から大きないびきもしくは睡眠中の呼吸停止を指摘されることがある。
- 車を運転中に眠気を感じていないのに不意に一瞬居眠りすることがある。

上記の項目をもとに、睡眠負債の状況を評価する質問紙(案)を下記に示す。

最近2週間の状況について回答して下さい。	0点	1点	2点	3点
平均睡眠時間	7時間以上	6-7時間	5-6時間	5時間未満
朝起床時に熟睡感(よく眠ったという感覚)がある	よくある		少しあり	なし
午後に眠気もしくは疲労感を感じる	なし		時々あり	よくある
いつでもどこでも寝ようと思えば入眠可能	なし		時々あり	よくある
夕方のカンファレンスあるいは車を運転中に眠気を感じていないのに一瞬居眠りをする	なし		時々あり	よくある
慢性疲労感がある	なし		時々あり	よくある
総合点	点			

上記の総合点	0~2点	3~4点	5~8点	9~18点
睡眠負債の状況	0	1	2	3

最近1年間について回答して下さい。				
家族・同僚から、大きないびき、あるいは、睡眠中の呼吸停止を指摘された	なし	少しあり	時々あり	よくある

※「よくある」の場合は、睡眠時無呼吸のスクリーニング検査を勧める。

③ 疲労の蓄積の状況

疲労蓄積度チェックの結果や面接指導時の様子を踏まえ、疲労の程度、業務や日常生活への影響の有無等を確認し、0（低）～3（高）で評価する。

④ その他の心身の状況

うつ症状と心血管疾患のリスクに留意して、心身の健康状況や生活状況等を確認する。うつ症状については、疲労蓄積度チェックにおいて、うつ症状が疑われる自覚症状（4, 5, 7, 10, 11, 12の項目）の点数が高い場合には、「うつ病の簡便な構造化面接法（BSID）」を活用する。自殺念慮の発現にも注意する。

心血管疾患のリスクについては、血圧、BMI、自覚症状の有無、喫煙・飲酒習慣、運動習慣、食事内容、自覚症状の有無等を確認する。その他の心血管疾患のリスクについては、必要に応じて産業医と連携して確認する。



うつ病の簡便な構造化面接法

(Brief Structured Interview for Depression, BSID)

開発責任者： 廣 尚典（株アデコ健康支援センター センター長）

出典：廣 尚典，産業保健スタッフによる労働者の自殺リスクの評価法と対処法の検討，厚生労働科学研究補助金（労働安全衛生総合研究事業）「労働者の自殺リスクの評価と対処」分担研究報告書，2004.

B1 この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？ いいえ はい

B2 この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？ いいえ はい

チェックポイント1：

B1またはB2のどちらかが「はい」である場合 → 下記の質問にすすむ

B1またはB2のどちらかも「いいえ」である場合 → 面接終了（うつ病を疑わない）

B3 この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あなたは：

a 毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？ いいえ はい

b 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？ いいえ はい

c 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？ いいえ はい

チェックポイント2：

B1～B3（a～c）の合計5つの質問に、

少なくともB1とB2のどちらかを含んで、3つ以上「はい」がある → 大うつ病エピソードの疑い
それ以外 → 面接終了（うつ病を疑わない）

BSID のデータ（廣らの報告書から）

- M.I.N.I.の大うつ病エピソードモジュールを短縮して作成
- BSID と M.I.N.I.大うつ病エピソードモジュール 9項目版との一致度は、kappa 係数で 0.60
- 産業医・保健師による BSID の実施では、MINI を基準とした BSID の陽性的中率は 81%（25/31）であった。
- BSID の所要時間（5問とも行った場合）：平均（標準偏差）98（55）秒

6. 面接指導の評価のポイント

面接指導対象医師の多くは、面接指導実施時も元気に見えることが予想される。したがって、面接指導対象医師の評価では、後述するような自覚症状及び「いつもと違う」症状等に留意する。また、複合的な負荷が医師の健康状態に影響を与えうることから、長時間労働以外の負荷要因も把握する。

① 就業制限や医療機関紹介の必要性をうかがわせる状況

就業制限や医療機関紹介の必要性をうかがわせる状況を下記に示す。また、医師はバーンアウトのリスクが高く、その帰結をもたらすインパクトも大きい（Rothenberger, 2017）、評価すべきポイントとなる。循環器疾患、睡眠障害、うつ状態・自殺念慮（医師の自殺リスクは高い）等は特に留意する。

<就業制限や医療機関紹介の必要性をうかがわせる状況>

- ・めまい、ふらつき、嘔気、冷感、微熱等の自律神経症状や倦怠感が強い。
- ・慢性疲労感が強く、労働意欲が喪失傾向である。
- ・うつ病や不安障害等の精神疾患が疑われる。
- ・うつ状態や睡眠障害が強く、日常業務の遂行に支障をきたしている。
- ・自殺念慮が認められる。

② 長時間労働以外の負荷要因

労働時間以外の負荷要因を下記に示す。

<労働時間以外の負荷要因>

- ・不規則な勤務（急な予定変更：緊急手術、患者急変等）
- ・拘束時間の長い勤務
- ・出張業務（頻度が多い、時差がある、宿泊を伴う等）
- ・深夜勤務
- ・人間関係のストレス（パワーハラスメント、アカデミックハラスメント等を含む）
- ・作業環境（暑熱、寒冷、騒音等）
- ・精神的緊張を伴う業務
- ・通勤時間・通勤方法
- ・職業性ストレス要因（仕事のコントロール/仕事の要求度/仕事上の支援）
- ・努力と報酬のバランス

仕事の要求度-コントロールモデル、努力-報酬不均衡モデル等の職業性ストレスモデルで測定される仕事の特徴（ストレス要因）が循環器疾患、うつ病を含む精神疾患の発症、及び自殺死亡を予測する知見がある（Dragano et al, 2017; Kivimaki et al, 2012; Madsen et al, 2017; Milner et al, 2018）。労働時間のみな

らず、ストレスフルな仕事の要因を聴取することにより、介入のヒントが得られる。ストレス要因については、職業性ストレス簡易調査票 (http://www.tmu-ph.ac/topics/stress_table.php) で測定することができる。

③ 年齢や性別の違いや疲労の蓄積予防の観点を踏まえて

本面接指導においては、労働者の性・年齢を考慮した時間外労働の基準は設けられていない。しかし、過重労働による健康影響は、長時間労働や職業性ストレスのみならず、個人要因によってもリスクが増減するため、年齢や性別も考慮した評価が求められる。医師における自殺は、特に女性医師において高リスクであることがメタアナリシスで報告されている (Dutheil et al, 2019)。循環器疾患のリスクについては、Framingham score 等を利用して個人のリスクを評価した上で面接することも勧められる。個人要因に加えて、長時間労働や仕事のストレスを取り入れた循環器疾患やうつ病のリスクチャートが作成されており、評価の参考として使用できる (<https://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/riskchart/index.htm>)。

7. 長時間労働の医師への保健指導

面接指導実施医師は、必要に応じて面接指導対象医師に睡眠や休息等に関する助言や保健指導を行う。

また、長時間労働の医師に対する保健指導においては、①一般的な健康管理のみならず、②睡眠時間や睡眠の質、③ストレスコーピングについて保健指導を行うことが重要となる。

①一般的な健康管理

禁煙、血圧・体重管理等も含め総合的なリスク低下を図る。疲労が強い時は休養に努める。また、好ましい健康習慣（フルーツ及び野菜類の摂取、及び身体活動等）は、循環器疾患予防効果のみならず、メンタルヘルスにも好影響を及ぼすとされている (Głabska et al, 2020; Schuch et al, 2018; Schuch et al, 2019)。

②睡眠の量と質

医師の心構えとして、十分に休息をとって自己の体調を維持するように自覚を促す。1日6時間以上の睡眠時間をとるように心がける。長時間労働の健康への影響については、参考資料④「長時間労働：睡眠の観点から」(P.47)にて詳述する。

また、就寝前のカフェイン摂取、喫煙、激しい運動、VDT作業等は良質な睡眠の妨げとなることから回避することが望ましい。就寝前の睡眠補助として飲酒する習慣は依存性や耐性のみならず、脳出血による死亡リスクを増悪させる可能性があり (Ikehara et al, 2008)、勧められない。

睡眠に関する保健指導には、「健康づくりのための睡眠指針 2014」等が参考となる。(厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針 2014」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>)

③ストレスコーピング

ストレスコーピングの方法として、身体活動や趣味等で心理的に完全に仕事から離れる時間を持つことが回復に望ましいことが示されている (Sonntag,2003)。日本語版リカバリー経験尺度 (P.65 参照) によって仕事との心理的距離等を把握することができる。

長時間労働の割合が高い法人役員、自営業者において、休日における息抜き・趣味活動・家族の団らん等の時間が「足りている」者ほど疲労蓄積度（仕事による負担度）が「低い」者の割合が高いという報告や、好ましくないワーク・ライフ・バランスが医師のメンタルヘルス不調のリスクファクターとなるとの報告もある。

上記を踏まえ、保健指導のポイントを下記に示す。

- ・ 自身の睡眠不足や疲労について「気づきの心」を涵養するよう指導する。さらに、アクチグラフ等の客観的指標に基づいて、自身の睡眠不足や疲労に気づき、適切な対応ができる自立性を促す。
- ・ 自身の疾患のリスクについて把握し、行動変容を促す。
- ・ 1日6時間以上の質の良い睡眠の確保を促す。
- ・ 勤務時間外には身体活動や趣味、家族との団らんを楽しむことを促す。
- ・ 好ましい健康習慣（栄養、身体活動等）、健康管理を促す。

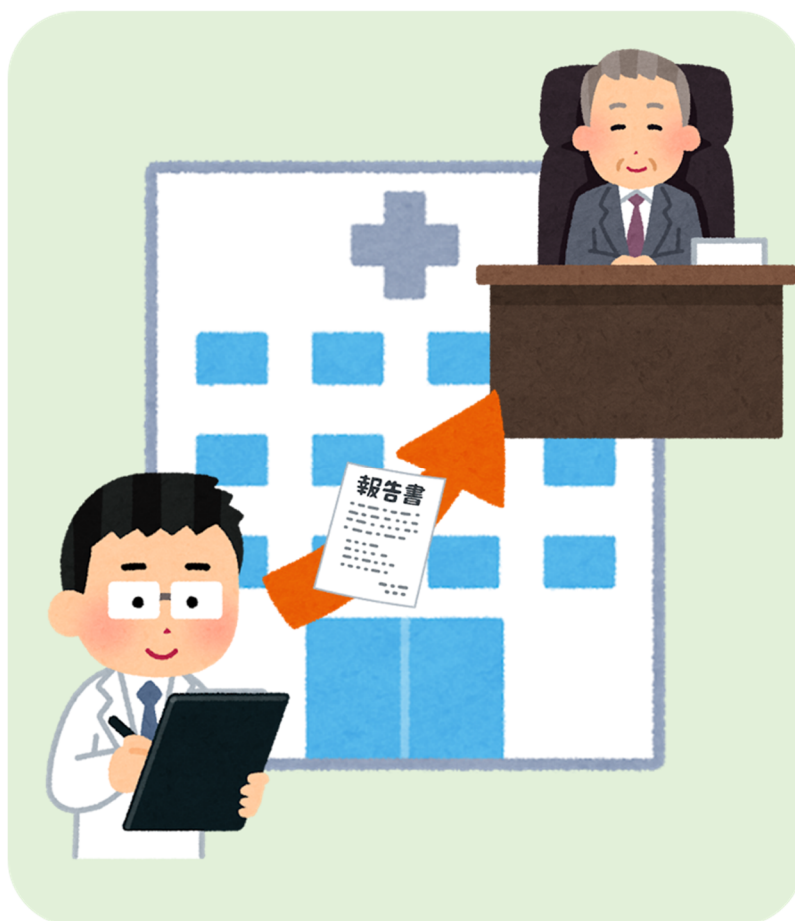
8. 医師への面接指導における留意点

医師に対する面接指導において下記のような事項にも留意する必要がある。

- ・ 診療科、勤務様態、個人差が大きく、一律の助言はなじまない。
- ・ 各診療科やチーム内で働き方の見直しが必要である。
- ・ 世代間で働き方に関する認識にギャップがある。
- ・ 研究したい、よい医師を育てたい、患者を救いたい（自己犠牲があっても）という考えがある一方、プライベートを優先したいという考えがあることを考慮する。
- ・ 医師の立場（若手、中堅、管理者世代）で優先すべき視点が異なる。
- ・ 医師が助けを求めた時には、かなり深刻な状況が多いので、早めの対応を心がける。

9. 報告書・意見書の作成

面接指導実施医師は、面接指導に基づき、本人への指導区分（0. 措置不要、1. 要保健指導、2. 現病治療継続又は専門医療機関紹介）及び就業区分（0. 通常勤務、1. 就業制限・配慮、2. 要休業）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。その際、診断名、具体的な愁訴や詳細な指導などは記載しないよう留意する。なお、報告書・意見書の作成に当たっては、必要に応じて、産業医、院内の専門科または専門医療機関と連携することが望ましい。就業上の措置については、「IV 長時間労働の医師への対策」（P. 24 参照）を参照。



【長時間労働の医師面接用】

面接指導実施日 年 月 日

面接指導結果報告書			
対象者	氏名		所属
			男・女
		年齢	歳 月 日
勤務の状況 (労働時間、 労働時間以外の要因)			
睡眠負債の状況	(低)	0 1 2 3	(高)
疲労の蓄積の状況	(低)	0 1 2 3	(高)
その他の心身の状況			
面接 医師 判定	本人への 指導区分 ※複数選択可	0. 措置不要 1. 要保健指導 2. 現病治療継続 又は 専門医療機関紹介	(その他特記事項)

就業上の措置に係る意見書	
就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限・配慮 2. 要休業
就業 上 の 措 置	労働時間の短縮 (該当するものに○)
	0. 特に指示なし
	1. 時間外労働の制限 _____ 時間/月まで
	2. 時間外労働の禁止
3. 就業時間を制限 時 分 ~ 時 分	4. 変形労働時間制または裁量労働制の対象からの除外
5. 就業の禁止 (休暇・休養の指示)	6. その他
労働時間以外の項目 (該当するものに○を付け、措置の内容を具体的に記述)	1. 当直勤務の禁止・制限 2. 連続勤務の禁止・制限 3. 就業内容・場所の変更 4. その他
措置期間	_____ 日・週・月 又は _____ 年 月 ~ _____ 年 月
医療機関への受診配慮等	
その他 (連絡事項等)	

面接指導実施医師の所属	年 月 日 (実施年月日)	印
	医師氏名	

〈参考文献〉

1. Rothenberger DA. Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Dis Colon Rectum*. 2017;60:567-576.
2. Dragano N, Siegrist J, Nyberg ST, et al. Effort-reward imbalance at work and incident coronary heart disease: a multicohort study of 90,164 individuals. *Epidemiology*. 2017;28:619-626.
3. Kivimaki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2012;380:1491-1497.
4. Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, et al. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med*. 2017;47:1342-1356.
5. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med*. 2018;75:245-253.
6. Duteil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, Baker JS, Trousselard M, Lesage FX, Navel V. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14:e0226361.
7. Głąbska D, Guzek D, Groele B, Gutkowska K. Fruit and vegetable intake and mental health in adults: a systematic review. *Nutrients*. 2020;12. pii: E115.
8. Schuch FB, Stubbs B, Meyer J, Heissel A, Zech P, Vancampfort D, Rosenbaum S, Deenik J, Firth J, Ward PB, Carvalho AF, Hiles SA. Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depress Anxiety*. 2019;36:846-858.
9. Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, Hallgren M, Ponce De Leon A, Dunn AL, Deslandes AC, Fleck MP, Carvalho AF, Stubbs B. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry*. 2018;175:631-648.
10. Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, Date C, Yamamoto A, Kikuchi S, Kondo T, Watanabe Y, Koizumi A, Wada Y, Inaba Y, Tamakoshi A; Japan Collaborative Cohort Study Group . Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. *Stroke*. 2008;39:2936-2942.
11. Sonnentag S. Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between non-work and work. *Journal of Applied Psychology* 2003;88:518-528.

IV 長時間労働の医師への対策

長時間労働の医師への対策については、就業上の措置、代償休息の付与、職場環境の改善が挙げられる。また、必要に応じて、面接指導対象医師と同じ病棟や診療科で勤務する看護師長や上級医の意見を確認して長時間労働の医師への対策を講じる際の参考とすることが望ましい。

1. 就業上の措置

面接指導対象医師の健康状態に応じて、下記に示すような就業上の措置を考慮する。

- ・ 当直・連続勤務の禁止
- ・ 当直・連続勤務の制限（〇回/月まで）
- ・ 就業内容・場所の変更（外来業務のみ等）
- ・ 時間外労働の制限（〇時間/週まで）
- ・ 就業日数の制限（〇日/週まで）
- ・ 就業時間を制限（〇時〇分～〇時〇分）
- ・ 変形労働制又は裁量労働制の対象から除外
- ・ 〇日間の休暇・休業

具体的な措置例：

- ・ 当直明けの日は引継ぎをして帰宅させる。
- ・ 当直医に担当患者を任せて帰宅させる。
- ・ 20 時には帰宅させる。
- ・ 週に一日は完全に仕事から離れる日を設ける。
- ・ 土日休みは出勤禁止にする。
- ・ 担当患者数を減らす。

面接実施対象医師に就業制限や要休業が必要な場合に、「きちんと休ませる」という対応を可能とするためのバックアップ体制の構築も管理者の役割である。

2. 代償休息の付与

勤務間インターバルが短いほど睡眠時間が短いだけでなく、睡眠の質も低下することが示されており（高橋, 2018）、勤務間インターバルの幅を延長させることが効果的である可能性がある。

睡眠時間を 3 時間、5 時間、7 時間、9 時間で 7 日間過ごした場合、睡眠時間が短いほど覚醒度の悪化を認め、日毎に悪化し続けるという報告がある（Belenky G, et al, J Sleep Res, 2003）。つまり、睡眠不足は蓄積すると考えられる（睡眠負債）。さらに、7 日間の睡眠制限後、十分な睡眠を 3 日間確保して

も、覚醒度は睡眠制限前と同等レベルには回復しないことが示されている。したがって、睡眠負債に陥る前に、代償休息はできる限り早く付与することが望ましい。

仕事から離れた活動をすることで回復効果が高いことが示されている (Sonntag,2003)。さらに、EUにおける大規模調査において、勤務時間外での上司との連絡、仕事の頻度が増えると、健康問題のリスクが上昇することが示されている (Arlinghaus & Nachreiner. Chronobiol Int. 2014)。以上より、勤務間インターバルは、仕事から切り離される状況の設定が望ましく、具体的にはオンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮が挙げられる。

上記より、効果的な代償休息の付与方法のポイントとして下記の点について留意することが重要である。

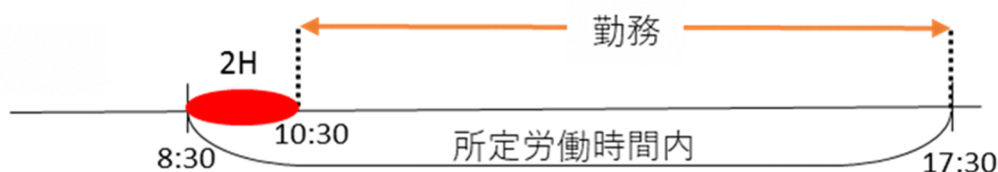
- 勤務間インターバルの延長は、睡眠の量と質の向上につながる。
- 代償休息を生じさせる勤務の発生後、**できる限り早く付与する**。
- オンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮により、**仕事から切り離された状況を設定する**。

※具体的な代償休息の付与方法

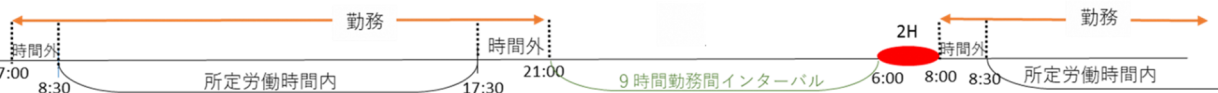
連続勤務時間制限・勤務間インターバルを遵守できない場合（例えば、突発的な診療に従事した場合）、代わりに休息を取ることで疲労回復を図らなければならない。代償休息は、対象となった時間数について、所定労働時間中における時間休の取得による付与又は、勤務間インターバルの幅の延長のいずれかで付与する。代償休息の付与期限は、代償休息を生じさせる勤務が発生した日の属する月の翌月末までである。なお、代償休息は、予定されていた休日以外に取得することが望ましいとされている。

<代償休息の付与の例>

(1) 所定労働時間中における時間休の取得による2時間の代償休息付与の例



(2) 勤務間インターバルの幅の延長による2時間の代償休息付与の例



3. 職場環境の改善

3-1. 管理者による医療機関の労務管理

管理者は医療従事者を雇用する職場として、下記のように医療機関で是正勧告・指導の多い項目を中心に見直すことが求められる。必要に応じて社会保険労務士、医療コンサルタント等の支援を得ることが望ましい。

<医療機関で是正勧告・指導の多い項目>

- ・労働時間管理の周知（労基法 89,15,36,32,35）
- ・適正把握（労基法 32,38）
- ・労働時間・休憩・休日の取扱（労基法 32,35,41）
- ・時間外・休日労働協定（36 協定）の締結と運用
- ・割増賃金の取扱（労基法 37）
- ・安衛法（法 12,13,法 18, 法 66 則 52、関連通達）
- ・女性勤務医就労支援（基準法 65、可能なら育児介護休業法の一部）

3-2. 医療機関における産業保健機能の強化

管理者は、衛生委員会や院内の働き方改革検討委員会等の場で医師をはじめとする医療スタッフの意見が反映できる体制を構築する。産業保健スタッフが労使によるリスク・マネジメントの取組を支援することが基本である。医療機関において、衛生委員会の取組や産業医活動が必ずしも十分とは言えない場合もある。病院の規模に応じて医療業務から独立した専属産業医や外部所属の嘱託産業医を選任するなど産業保健体制を見直す。

3-3. 医師労働時間短縮計画の策定

長時間労働医師が勤務する医療機関で策定が求められる医師労働時間短縮計画の項目例を下記に示す。



医師労働時間短縮計画

必須記載事項	① 労働時間数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年間の時間外・休日労働時間数の平均 ・ 年間の時間外・休日労働時間数の最長 ・ 年間の時間外・休日労働時間数 960～1,860 時間の人数・割合 ・ 年間の時間外・休日労働時間数 1,860 時間超の人数・割合
	② 労務管理・健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労働時間管理方法 ・ 宿日直許可基準に沿った運用 ・ 研鑽の時間管理 ・ 労使の話し合い、36 協定の締結 ・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制 ・ 勤務間インターバル、面接指導等の追加的健康確保措置の実施
	③ 意識改革・啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者マネジメント研修 ・ 働き方改革に関する医師の意識改革、若手医師を含む医師に対する研修 ・ 患者への医師の働き方改革に関する説明
	④ 策定プロセス	
任意記載事項	① タスク・シフト/シェア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初診時の予診 ・ 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 ・ 診断書等の代行入力 ・ 患者の移動
	② 医師の業務の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来業務の見直し ・ 当直の分担の見直し ・ オンコール体制の見直し ・ 診療科編成の見直し ・ 主治医制の見直し ・ 総合診療科の活用 ・ 勤務時間内 ・ 診断書等の代行入力 ・ 患者の移動
	③ その他の勤務環境改善	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICTその他の設備投資 ・ 出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援（短時間勤務、変形労働時間制、宿日直の免除、保育・介護サービス整備等を含む。） ・ 更なるチーム医療の推進

(厚生労働省「医師労働時間短縮計画策定ガイドライン(案)」(令和2年8月)より一部改変)

3-4. 医師労働短縮時間計画の項目例（勤務環境改善マネジメントシステム）

計画を実行するためには、PDCAに沿って運用することが効果的である。下記に例を示す。

		具体的な取組例	
P	経営理念・方針	・組織の経営方針、トップによる宣言（医療人材に投資します、等）、良質な睡眠確保優先、柔軟かく多層で支える仕組みの導入	
	体制整備	・多職種による業務の棚卸し、プロジェクトチームの設置 ・労働時間等設定改善委員会の設置、産業保健チームの見直し ・安全衛生委員会、医局会や看護部との既存委員会の活用	
D	制度施策 実行	評価と計画	・組織の現状把握：労働管理状況のレビュー、労働時間把握、改善を優先すべき診療科・医師の特定（労使による現状把握、話し合いの場の設定、医師会チェックリストの活用、社労士の活用、等）
		負担改善	・タスク・シフティング、医師の業務の見直し、勤務環境改善
		支援 (治療)	・多層で支える長時間労働の医師へのケアシステムの確立 ・追加的健康管理/面接指導、教育研修の計画と実施 ・安心して療養し、働き続けられる仕組み（仕事と病気の両立支援）
		医師個人の 健康	・医師自身の睡眠確保と疲労回復措置 ・医師の働きがいとモチベーション向上
C/A	評価・改善	・継続改善の仕組み	
—	法令順守	・行政による労働時間規制の枠組みの理解、勤務環境改善支援センターの活用、医師会情報の共有、好事例の共有	

（日本医師会 医師の働き方検討委員会「医師の働き方検討委員会 答申」（令和2年2月）より一部改変）

<参考文献>

1. Belenky G, et al, Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: a sleep dose-response study. J Sleep Res, 2003; 12: 1-12.
2. Sonnentag S. Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between non-work and work. J Appl Psychol 2003;88:518-528.
3. Arlinghaus A, Nachreiner F. Health effects of supplemental work from home in the European Union. Chronobiol Int. 2014; 31:1100-1107.

参考資料① 長時間労働の医師に対する面接指導のロールプレイ研修

第32回日本総合病院精神医学会総会「医師の働き方改革のための病院産業医研修会」より一部改変

長時間労働医師に対する面接指導技術を学ぶためロールプレイを取り入れた研修等を実施するとよい。日本医師会の産業医研修の一つとして以下のような研修が行われている。

<学習目標>

- ・ロールプレイの経験を通して、長時間労働医師に対する面接指導における長時間労働医師・面接指導実施医師間の面接指導技術のポイントに気づく。
- ・長時間労働医師役を体験することにより、被面接者の置かれている状況や気持ちを理解する。
- ・面接指導における質問票等の資料の活用に関する知識を得る。

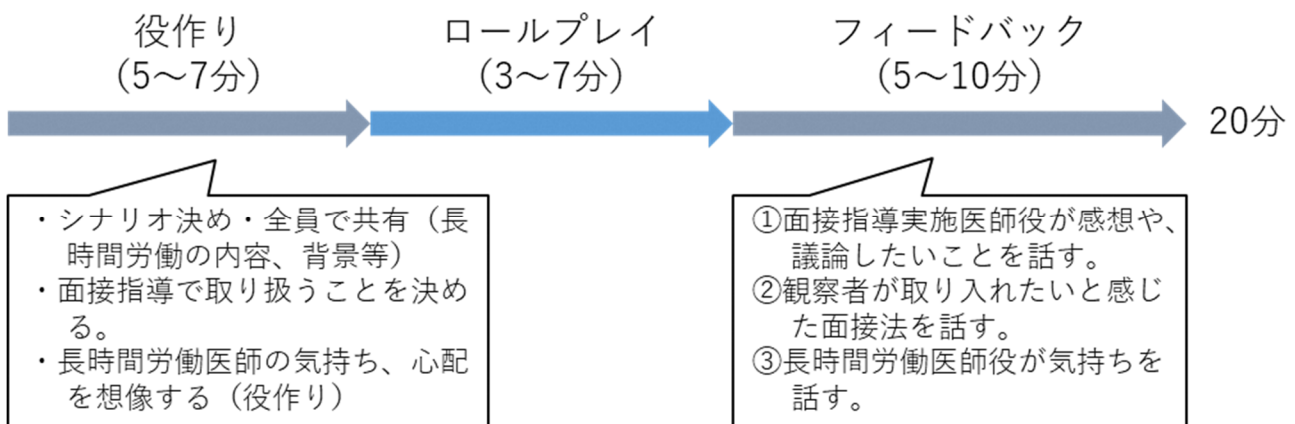
<ロールプレイの手順>

- ・最初に自己紹介
- ・3人ひと組、交代でロールプレイ：指示による義務面談
- ・面接指導実施医師役：自分なりの面接指導を試す
- ・長時間労働医師：長時間労働の疑似体験
- ・観察者：面接指導技術の観察、タイムキーパー



<ロールプレイの時間配分>

- ・シナリオ決定、役作り→ロールプレイ→フィードバック



<ロールプレイの注意点>

- ・基本的なコミュニケーションスキルを試すこと、長時間労働医師役の体験が目的であるため、7分間で面接指導が終了しなくてよい。
- ・役になりきって演技する。
- ・対応の難しい長時間労働医師役を演じない。
- ・ロールプレイが終了したら、完全に役から降りる。(気持ちが辛くなった方はおっしゃってください。)

<シナリオ例>

シナリオ例 長時間労働医師役①

- ・被面接者氏名：(Aさん)
- ・性別：(男性)
- ・年齢：(28歳)
- ・家族背景：独身
- ・所属部門・職位：(放射線科工期研修医)
- ・過去6か月間の時間外労働時間：
(131、141、142、110、49、93時間)
- ・面接までの経緯：(腹部造影中、患者の安全確保喪失、上司からの厳しい注意を受けるエピソード。)
- ・先月の時間外・休日労働が100時間を超えたため、面接指導を指示された。
- ・今後の職業生活について(仕事を続けていけるか)を心配している。

シナリオ例 長時間労働医師役②

- ・被面接者氏名：(Bさん)
- ・性別：(女性)
- ・年齢：(35歳)
- ・家族背景：(夫と5歳女兒)
- ・所属部門・職位：(産婦人科専修医)
- ・過去6か月間の時間外労働時間：
(118、107、80、72、96、106時間)
- ・面接までの経緯：(上司が院長代理となり人員不足、外来・当直回数激増、上司不在に患者がクレーム。)
- ・先月の時間外・休日労働が100時間を超えたため、面接指導を指示された。
- ・今後の職業生活について(仕事と家庭の両立)を心配している。

<グループワークのまとめ>

グループ内ではどのような話し合いが行われましたか？

1. 面接指導実施医師役を演じて、どのような気持ちを経験しましたか？
2. どのような面接指導技術が参考になりましたか？
3. 長時間労働医師役を演じて、どのような気持ちを経験しましたか？

資料協力 中嶋義文 (三井記念病院精神神経科部長)

参考資料② ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトの評価方法

1. はじめに

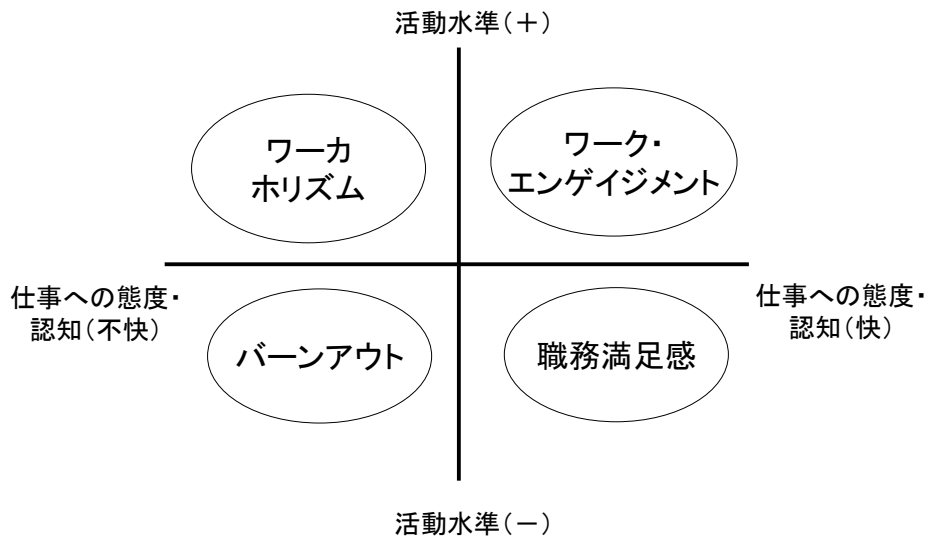
近年の社会経済状況の変化に伴い、職場のメンタルヘルス活動では、精神的不調への対応やその予防にとどまらず、個人や組織の活性化を視野に入れた対策を行うことが、広い意味での労働者の「こころの健康」を支援する上で重要になってきた。このような流れを受け 2000 年前後から、心理学及び産業保健心理学の領域でも、人間の有する強みやパフォーマンスなどポジティブな要因にも注目する動きが出始めた。このような動きの中で新しく提唱された概念の 1 つがワーク・エンゲイジメント (Work Engagement) (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Romá, et al., 2002; 島津, 2014) である。

2. ワーク・エンゲイジメントとバーンアウト

ワーク・エンゲイジメントとは「仕事に誇りややりがいを感じている」(熱意)、「仕事に熱心に取り組んでいる」(没頭)、「仕事から活力を得ていきいきとしている」(活力) の 3 つがそろった状態であり、バーンアウト (燃え尽き) (Maslach & Leiter, 1997) の対概念として位置づけられている。バーンアウトした従業員は、疲弊し仕事への熱意が低下しているのに対して、ワーク・エンゲイジメントの高い従業員は、心身の健康が良好で、生産性も高いことが分かっている。

図 1 は、ワーク・エンゲイジメントと関連する概念 (バーンアウト, ワーカホリズム) との関係を図示したものである。図 1 では、ワーカホリズムとバーンアウトとが、「活動水準」と「仕事への態度・認知」との 2 つの軸によって位置づけられている。図 2 を見ると、ワーク・エンゲイジメントは、活動水準が高く仕事への態度・認知が肯定的であるのに対して、バーンアウトは、活動水準が低く仕事への態度・認知が否定的であることが分かる。また、「過度に一生懸命に強迫的に働く傾向」を意味するワーカホリズム (Schaufeli, Shimazu, & Taris, 2009) は、活動水準は高いものの仕事への態度が否定的である点で、ワーク・エンゲイジメントと異なることが分かる。両者の相違は、仕事に対する (内発的な) 動機づけの相違によっても説明することができる (Schaufeli et al., 2002)。すなわち、ワーク・エンゲイジメントは「仕事が楽しい」「I want to work」という認知によって説明されるのに対して、ワーカホリズムは「仕事から離れた時の罪悪感や不安を回避するために仕事をせざるをえない」「I have to work」という認知によって説明される。

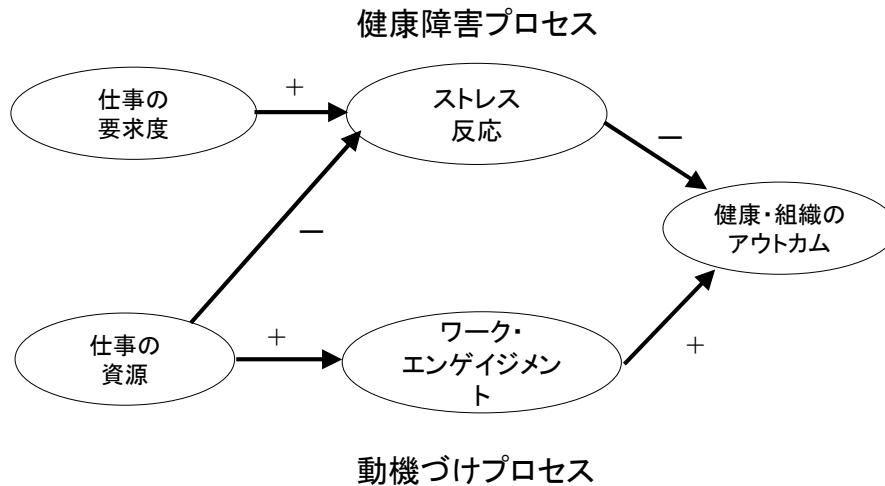
図1. ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトの概念的位置づけ



3. 仕事の要求度－資源モデル

図2は、ワーク・エンゲイジメントとバーンアウトを鍵概念とする「仕事の要求度－資源モデル」(Bakker & Demerouti, 2007; Schaufeli & Bakker, 2004)を示したもので、「動機づけプロセス」と「健康障害プロセス」の2つのプロセスから構成されている。上で述べた仕事の資源→ワーク・エンゲイジメント→健康・組織アウトカムの流れは、「動機づけプロセス」と言われ、図の下半分に描かれている。一方、仕事の要求度（仕事のストレス要因）→バーンアウト（ストレス反応）→健康・組織アウトカムの流れは「健康障害プロセス」と言われ、図の上半分に描かれている。従来の産業保健では、この「健康障害プロセス」に注目し、仕事の要求度によって生じたストレス反応を低減させ、健康障害を防ぐことに専念していた。しかし、今後、持続可能な働き方を実現するには、「動機づけプロセス」にも注目し、仕事の資源の充実を通じてワーク・エンゲイジメントを高め、個人と組織の活性化につなげることが重要と考えられる。

図 2. 仕事の要求度－資源モデル



このように、「仕事の要求度－資源モデル」では、「動機づけプロセス」と「健康障害プロセス」の2つのプロセスに注目している点に特徴があるが、もう一つの特徴は、仕事の資源の機能を重視している点にある。つまり、仕事の資源の向上が、ワーク・エンゲイジメントの向上だけでなく、ストレス反応の低減にもつながると考えているのである。したがって、持続可能な働き方を実現するには、仕事の要求度を低減させるだけでなく、仕事の資源を充実させることが、健康の増進と生産性の向上とを両立させる鍵になると言えるだろう。

4. ワーク・エンゲイジメントの測定

ワーク・エンゲイジメントの測定に関して、これまでに信頼性・妥当性の確認されている尺度は3種類ある。その中で、最も広く使用されているのが、ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度 (Utrecht Work Engagement Scale : UWES) (Schaufeli et al., 2002; Schaufeli & Bakker, 2003, 2010) である。UWESは、オランダ・ユトレヒト大学のシャウフェリらによって開発された尺度であり、彼らが想定している3つの下位因子 (活力, 熱意, 没頭) を17項目で測定することができる。これまでに、オランダ (Schaufeli et al., 2002; Schaufeli & Bakker, 2003), スペイン (Schaufeli et al., 2002), 日本 (Shimazu et al., 2008) をはじめとして23ヶ国で標準化または使用されている。いずれの言語においても、良好な信頼性・妥当性が確認されている。ただし、各因子間の相関が高いことも指摘されており、UWESの各尺度を説明変数とした重回帰分析などでは多重共線性に注意する必要がある。また、日本とドイツでは、想定した3因子が抽出されなかったことが指摘されている (Bakker et al., 2008)。UWESには、各因子を3項目ずつ合

計9項目によって測定できる短縮版 (Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006) と、各因子を1項目ずつ合計3項目によって測定できる超短縮版 (Schaufeli et al., 2019) も開発されている。

UWES 短縮版の得点を日本を含む16ヶ国で国際比較した研究では、日本人労働者の得点が他の15ヶ国の労働者の得点に比べて、特異的に低いことが明らかにされている (Shimazu et al., 2010)。島津ら (Shimazu et al., 2010) はこれらの結果について、日本人ではポジティブな感情や態度の表出を抑制することが社会的に望ましいとされているのに対して、欧米では積極的に表出することが望ましいとされていることが、その理由にあると述べている。つまり、集団の調和を重視する日本では、ポジティブな感情や態度を表出することが集団の調和を乱すと考えられるため、所属する集団に適応する手段として、ポジティブな感情や態度の表出を抑制するのではないかと考えられている (Iwata, Roberts, & Kawakami, 1995)。

なお、学術研究で用いられている UWES 以外に、コンサルタント会社などで使用されているエンゲイジメント調査票もある。しかし、これらの調査票の多くは公開されていないため、信頼性・妥当性の情報は入手できない。例外として、ギャラップ社の Q¹²がある (Harter, Schmidt, Killham, & Asplund, 2006)。Q¹²は12項目から構成される自己記入式調査票である。項目の内容を詳しく見ると、Q¹²は従業員の関与、満足感、熱心さの観点からエンゲイジメントを測定する代わりに、従業員が知覚している仕事上の資源を測定している (Harter, Schmidt, & Hayes, 2002) ことが分かる。すなわち、Q¹²は従業員がどの程度仕事にエンゲイジしているかを評価するのではなく、従業員が仕事においてどれほど資源を知覚しているかを評価していると言える。

5. バーンアウトの測定 (表1)

バーンアウトは1970年代に紹介された概念であり、「長期間にわたり人に援助する過程で心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の疲労と感情の枯渇を主とする症候群である」(Maslach & Jackson, 1981) という初期の定義のように、対人サービス職に特徴的なものと考えられていた。その後、他の職業でも見られることが明らかになっており (Schaufeli, et al., 1996)、世界保健機関による国際疾病分類第11版では、バーンアウトは健康に悪影響を与える世界中で見られる職業上の現象であるとされている (WHO, 2019)。

バーンアウトについては多くの研究が蓄積されており、その測定に最も多く使用されてきたのがマスラック・バーンアウト尺度 (the Maslach Burnout Inventory: MBI) (Maslach & Jackson, 1981) で、多言語に翻訳されバーンアウト測定のゴールドスタンダードとなっている (Schaufeli & Buunk, 2003)。

対人サービス職を対象に開発された当初の MBI は、以下の3因子から構成される。情緒的消耗感とは、心身ともに疲れ果てて、何もしたくない状態である。脱人格化は、サービスを提供する対象者に対する冷淡な態度や接触を回避する状態を指す。個人的達成感の低下は、仕事に対する喜びを感じるこ

が出来ず、職務の重要性を低く見る状態である。MBI は教育関係者用の Educators Survey (MBI-ES)、対人援助職を対象とした Human Services Survey (MBI-HSS) などに細分化され、その後、職業人全般に適用できるよう the MBI-General Survey (MBI-GS; Schaufeli et al. 1996) が新たに構成された。MBI-GS も 3 因子構造であるが、概念名称は疲弊感 (仕事に由来する疲弊)、シニシズム (仕事に対する熱意や関心を失い、心理的に距離を置いてしまう態度)、職務効力感 (仕事に対する自信、やりがい) の低下に変更されている。MBI-GS は北岡 (東口) らによって、日本語に翻訳されている (北岡 (東口), 荻野, 増田, 2004)。

このように、MBI は世界中でバーンアウトの測定に使われてきたが、その概念、尺度構成、臨床場面での適用に関して問題があることが指摘されている。概念に関して、バーンアウトの症状には過敏性、睡眠障害、緊張性頭痛、認知不全なども見られることが最近の研究で報告されているが (Deligkaris et al. 2014; Heiden & Hoogduin, 2010), MBI にはこれらの症状に関する項目が含まれていない。尺度構成に関しては、MBI の下位尺度である疲弊感とシニシズムには強い関連性があり、それぞれが独立した下位尺度としてバーンアウトの測定に貢献しているのかどうか判断が難しいこと (Lee & Ashforth, 1990), 職務効力感 は疲弊感及びシニシズムとの関連性が弱く、バーンアウトの項目として含めるべきか疑問が持たれていること (Schaufeli & Taris, 2005) などがあげられる。さらに臨床場面での適用について、MBI は研究を目的に開発された尺度でありカットオフ値を生成しないため、バーンアウトかどうかの臨床上的判断に用いることが難しい。オランダやスウェーデンではバーンアウトは職業的疾患であるため (Lastovkova et al., 2017), 臨床場面で使用できる測定尺度が必要とされている。

これらの問題に対応するためにシャウフェリらが開発したのがバーンアウト・アセスメント・ツール (The Burnout Assessment Tool: BAT) である。BAT の開発にあたり、シャウフェリらはバーンアウトの臨床専門家への対面インタビューを行い、バーンアウトを「仕事に関連する疲労で、極度の疲労、認知及び感情の制御の困難、仕事に対して精神的な距離をとるという特徴があり、これらに加え、抑うつ気分と非特異的な精神的、身体的不調が伴う」と再定義した。この定義のもとに開発された BAT は、4 つの中核症状 (疲弊感、精神的距離、情緒コントロールの不調、認知コントロールの不調) を測定する BAT-C (core symptoms) 23 項目と、2 つの二次症状 (心理的苦痛、心身の不調) を測定する BAT-S (secondary symptoms) 11 項目、合計 34 項目から構成される。BAT のオリジナル版はオランダで開発され、現在各国語版への翻訳が進行している。オリジナル版での BAT の妥当性については、BAT-C は想定した 4 因子を統合した 1 因子 (second-order model) モデルが、BAT-S は 1 因子モデルでのデータ適合が良好であったことが報告されている (Schaufeli & De Witte, 2019)。日本語版 BAT (BAT-J) については、BAT-JC は 4 因子モデル及び統合された 1 因子モデルが、BAT-JS は 1 因子モデルでのデータ適合が良好であった (Sakakibara, Shimazu, Toyama, & Schaufeli, submitted)。

上記の因子抽出の結果及び今後の臨床場面での使用を考慮し、オリジナル版、日本語版とも BAT-C、BAT-S をそれぞれ 1 因子とし、合計値を用いることを推奨している。なお、カットオフ値の設定、BAT-C 及び BAT-S の使用方法については、今後検討される。

MBI、BAT の他に、日本語で使用できる尺度に日本版バーンアウト尺度 (Japanese Burnout Scale: JBS) (久保, 2004) がある。JBS は田尾 (1987) が MBI を含む海外のバーンアウト尺度を参考に、日本の対人サービス職の現場に良く適用するように開発した尺度であり、久保 (2004) により最終的に 17 項目に精選されている。日本語版 MBI と同様に、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の 3 つの下位尺度から構成されるが、質問項目の表現は日本の労働環境を考慮して作られていることから、回答者にとって理解しやすい内容になっている。日本におけるバーンアウト研究では、使用手続きが煩雑な日本版 MBI よりも、JBS の方が多く用いられている (井川・中西, 2019)。

現在のところ日本ではバーンアウトは疾病とはされておらず、これまでの多くのバーンアウト研究でも、尺度の得点をバーンアウト傾向として扱ってきた。しかし、日本の労働者のストレスやメンタルヘルスの問題とその対策は社会的な課題であり、欧州や WHO などの国際的な動きを鑑みると、日本でもバーンアウトが疾病として位置付けられる可能性が十分考えられる。従来からの日本語版 MBI や JBS に加え、臨床場面で使用できる BAT-J は、今後のバーンアウト研究における重要な選択肢であると言えよう。

表1 本文中で紹介した日本語版のあるバーンアウト尺度の概要

MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) 日本版	
尺度構成	<ul style="list-style-type: none"> ● 疲弊感 (5項目: 一日が終わると疲れ果ててぐったりする) ● シニシズム (5項目: 自分がしている仕事の意味や大切さがわからなくなる) ● 職務効力感 (6項目: 自分は職場で役に立っていると思う) * 逆転項目
引用情報	北岡(東口) 和代, 荻野 佳代子, 増田 真也, (2004). 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) の妥当性の検討, 心理学研究, 75 : 415-419. Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C., and Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory - General Survey, Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd ed., Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
日本版バーンアウト尺度 (Japanese Burnout Scale : JBS)	
尺度構成	<ul style="list-style-type: none"> ● 情緒的消耗感 (5項目: 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある) ● 脱人格化 (6項目: 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある) ● 個人的達成感 (6項目: われながら仕事をうまくやり終えたと思うことがある) * 逆転項目
引用情報	久保 誠 (2004). 「バーンアウトの心理学—燃え尽き症候群とは」サイエンス社
日本語版 Burnout Assessment Tool (BAT-J)	
尺度構成	<p>BAT-JC : 中核症状 (Core symptoms) 23 項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 疲弊感 (8項目: 仕事をしているとき、精神的に疲れ果ててしまったと感じる) ● 精神的距離 (5項目: 仕事に対して熱意が持てない) ● 情緒コントロールの不調 (5項目: 仕事で思い通りにいかないと、イライラしてしまう) ● 認知コントロールの不調 (5項目: 仕事をしているとき、集中力を保つのが難しい) <p>BAT-JS : 二次症状 (Secondary symptoms) 11 項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 心理的苦痛 (6項目: なかなか寝付けなかったり、夜中に目が覚めてしまったりする) ● 心身の不調 (5項目: 胃や腸の調子がよくない)
引用情報	<p>Sakakibara, K., Shimazu, A., Toyama, H., and Schaufeli, W.B. (submitted). Validation of the Japanese Version of the Burnout Assessment Tool.</p> <p>Schaufeli, W. B., Desart, S., and De Witte, H. (submitted). Burnout Assessment Tool (BAT) – development, validity and reliability.</p> <p>Schaufeli, W. B., and De Witte, H. (2019). “Burnout Assessment Tool online” www.burnoutassessmenttool.be (2020年2月28日アクセス)</p>

6. 医師のウェルビーイング、バーンアウト、ワーク・エンゲイジメントに関するエビデンス

厚生労働省が示す時間外労働の過労死基準は発症前2～6ヵ月間平均で80時間以上とされている。しかしながら、医師は過労死基準を大幅に超えた時間外労働を行っていることが指摘されており、長時間労働によるウェルビーイングの低下や健康障害が懸念されている。本稿は、医師のウェルビーイング（さらにバーンアウトとワーク・エンゲイジメント）に関する海外の研究を調査し、その概要について報告する。

医師のウェルビーイングに関する海外の文献を調査するために、関連する研究論文のレビューを行った。検索語には「医師&バーンアウト」、「医師&（ワーク・）エンゲイジメント」のキーワードを用いて、PubMedとPsychoINFOにより過去10年分の英語文献の検索を行った。しかし、これらのキーワードによる検索では相当数の論文が該当したため（バーンアウト=1,033、ワーク・エンゲイジメント=1,369）、それぞれの検索式に「要求度」と「資源」の2語を加えて再検索を行った。その結果、バーンアウトに関する該当論文が24本、ワーク・エンゲイジメントに関する該当22本見つかった。

文献レビューの結果、研修医も含め医師のバーンアウトの有病率は全体の過半数にのぼり非常に高い水準にあることが判明した。医師のバーンアウトの主な先行要因としては、仕事負担感の増加、仕事と家庭のコンフリクト、ソーシャルサポートの不足、上司のリーダーシップの不十分さなどが挙げられており、長時間労働をはじめとする労働基準や組織の支援体制と深く関連している可能性が示唆された。医師のバーンアウトの主なアウトカムとしては、ウェルビーイングの低下やうつ病などの健康障害のほか、休職、離職、自殺のリスクの増加、ケアパフォーマンスの低下などが挙げられている。

一方、ワーク・エンゲイジメントに関しては、医師は他の医療職従事者（例えば、看護師）と比べて高い水準を示すことが報告されている。医師のワーク・エンゲイジメントに寄与する主な要因としては、仕事の自律性やトレーニングサポート、上司のリーダーシップのほか、職業上の目標を達成するための前向きな姿勢や成長を促す自己効力感、楽観性、希望、レジリエンスなどの心理的資本（Solms et al., 2019 Yang et al., 2020）、ストレスフルな状況的に適応し、職業上の目標に向けた行動にコミットする能力を指す心理的柔軟性などが挙げられている（Roll et al, 2018）。医師のワーク・エンゲイジメントは医師個人の仕事の満足度やケアパフォーマンスに寄与するだけでなく、コメディカルにもポジティブな影響を及ぼすことから、医療の質や安全性を維持し、患者の利益を最大化するために極めて重要であると考えられる。

<参考文献>

1. Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Roma, V., & Bakker, A. B. The measurement of engagement and burnout: A two-sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud* 2002; 3: 71-92.
2. 島津明人. ワーク・エンゲイジメント：ポジティブ・メンタルヘルスで活力ある毎日を. 東京: 労働調査会. 2014.
3. Maslach, C., & Leiter, M. P. *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Francisco: Jossey-Bass. 1997.
4. Schaufeli, W. B., Shimazu, A., & Taris, T. W. Being driven to work excessively hard: The evaluation of a two-factor measure of workaholism in The Netherlands and Japan. *Cross-Cultural Research*, 2009; 43, 320-348.
5. Bakker, A. B., & Demerouti, E. The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 2007; 22, 309-328.
6. Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *J Organ Behav*, 2004; 25, 293-315.
7. Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. *UWES – Utrecht Work Engagement Scale: Test Manual*. Utrecht University, Department of Psychology (<http://www.wilmarschaufeli.nl/>). 2003.
8. Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In: Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (Eds.) *Work engagement: Recent developments in theory and research*, Pp. 2010; 10-24, Psychology Press, New York.
9. Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S., Suzuki, A., Nashiwa, H., Kato, A., Sakamoto, M., Irimajiri, H., Amano, S., Hirohata, K., Goto, R., & Kitaoka-Higashiguchi, K. Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of Utrecht Work Engagement Scale. *Appl Psychol*, 2008; 57, 510-523.
10. Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work Stress*, 2008; 22, 187-200.
11. Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 2006; 66, 701-716.
12. Schaufeli, W. B., Shimazu, A., Hakanen, J., Salanova, M., & De Witte, H. An ultra-short measure for work engagement: The UWES-3 validation across five countries. *Eur J Psychol Assess*, 2019; 35, 577-591. DOI: 10.1027/1015-5759/a000430
13. Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Miyanaka, M., & Iwata, N. Why Japanese workers show low work

engagement? An Item Response Theory analysis of the Utrecht Work Engagement Scale.

BioPsychoSocial Med, 2010; 4:17.

14. Iwata, N., Roberts, C. R., & Kawakami, N. Japan-U.S. comparison of responses to depression scale items among adult workers. *Psychiatr Res*, 1995; 58, 237-245.
15. Harter, J. K., Schmidt, F. L., Killham, E. A., & Asplund, J. W. *Q¹² meta-analysis*. Princeton, NJ: The Gallup Organization. 2006. <https://www.hrbartender.com/images/Gallup.pdf> (2020年2月28日).
16. Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. Business-Unit-Level Relationship between Employee Satisfaction, Employee Engagement, and Business Outcomes: A Meta-Analysis. *J Appl Psychol*, 2002; 87, 268-279.
17. Maslach, C., & Jackson, S. E. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*, 1981; 2, 99-113.
18. Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C., & Jackson, S.E. *Maslach Burnout Inventory - General Survey, Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd ed.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1996.
19. World Health Organization. “Burn-out an ‘occupational phenomenon’: International Classification of Diseases”, World Health Organization, https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ (2020年2月28日アクセス). 2019.
20. Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. Burnout: an overview of 25 years of research in theorizing. In M. J. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology*, Pp. 2003; 383-425. Chichester: Wiley.
21. 北岡(東口) 和代, 荻野佳代子, 増田真也. 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) の妥当性の検討. *心理学研究*, 2004; 75, 415-419.
22. Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Masoura, E. Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work & Stress*. 2014; 28, 107-123.
23. Heiden, C., & Hoogduin, C. A. L. Burn-out: Diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 2010; 10, 48-53 (in Dutch).
24. Lee, R. T., & Ashforth, B. E. On the meaning of Maslach’s three dimensions of burnout. *J Appl Psychol*, 1990; 75, 743-747.
25. Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work Stress*, 2005; 19, 256-262.
26. Lastovkova, A., Carder, M., Rasmussen, H.M., and Sjoberg, L., et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Ind Health*, 2017; 56, 160–165.

27. Schaufeli, W. B., & De Witte, H. “Burnout Assessment Tool online” www.burnoutassessmenttool.be (2020年2月28日アクセス) . 2019.
28. Sakakibara K, Shimazu A, Toyama H, Schaufeli WB. Validation of the Japanese Version of the Burnout Assessment Tool. *Front Psychol.* 2020; 11: 1819.
29. 久保誠. バーンアウトの心理学—燃え尽き症候群とは. 東京: サイエンス社. 2004.
30. 田尾正夫. ヒューマンサービスにおけるバーンアウトの理論と測定. 京都府立大学学術報告 (人文) , 1987; 39, 99-112.
31. 井川純一, 中西大輔. 日本版バーンアウト尺度と MBI-HSS の異同に関する研究. *心理学研究*, 2019; 90, 484-492.
32. Solms L, van Vianen AEM, Theeboom T, et al. Keep the fire burning: a survey study on the role of personal resources for work engagement and burnout in medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ Open.* 2019;9:e031053. doi:10.1136/bmjopen-2019-031053
33. Yang S, Huang H, Qiu T, et al. Psychological capital mediates the association between perceived organizational support and work engagement among Chinese doctors. *Front Pub Health.* 2020;8. doi:10.3389/fpubh.2020.00149
34. Roll M, Canham L, Salamh P, Covington K, Simon C, Cook C. A novel tool for evaluating non-cognitive traits of doctor of physical therapy learners in the United States. *J Educ Eval Health Prof.* 2018;15. doi:10.3352/jeehp.2018.15.19

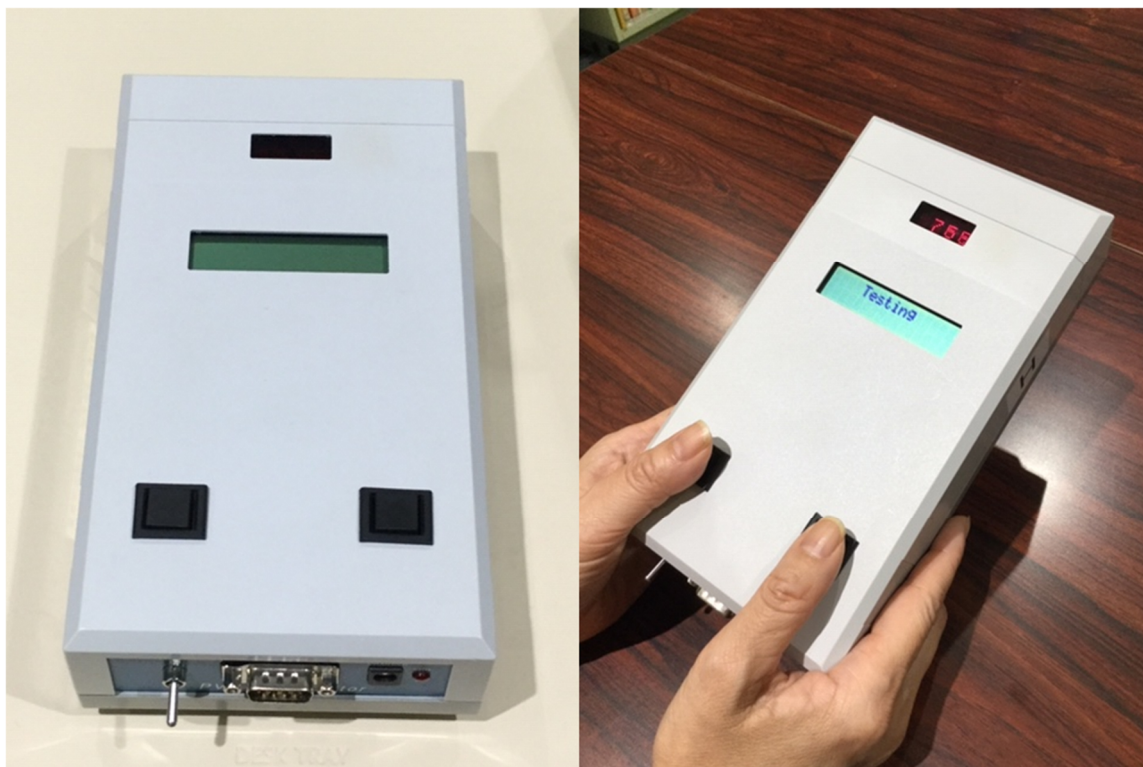
参考資料③ PVT 及びアクチグラフの応用

1. 精神運動覚醒度検査 (Psychomotor Vigilance Test / PVT)

(1) PVT とは

PVT は、下記のような箱型の検査機器である。検査が始まると窓に赤い数字が表示される。被験者は、その数字を見ると利き腕側の指でボタンを押す。しばらくすると、また、赤い数字が表示され、ボタンを押す、という操作を繰り返す。このようにして、各被験者の反応時間を繰り返し測定する。標準版では10分間、短縮版では3分間これを継続するという検査である(Basner & Mollicone, 2011)。

PVT の外観(本体は縦 20cm 横 11cm)



本検査では、10分間、あるいは、3分間、繰り返し反応時間を測定することにより、以下の様な覚醒度・パフォーマンスと関連する指標が得られる(Basner & Dinges, 2011)。

PVT の諸指標

用語	日本語	説明
Response Time(RT)	反応時間	反応時間信号 (赤い数字) 出てからボタンを押すまでの (応答) 時間
False Start	開始ミス	信号 (赤い数字) の出る前にボタンを押すこと
Lapse Lapse 回数	反応遅延 反応遅延回数	Lapse とは、機器に信号 (赤い数字) が出てから一定時間内 (10 分版では 500msec、3 分版では 355msec) に反応しなかったこと。Lapse 回数はその回数。
Mean 1/RT	反応時間の逆数	1/RT の平均
Slowest 10% 1/RT	反応時間の逆数の遅い方 10%	1/RT の最遅 10%の値
Fastest 10% 1/RT	反応時間の逆数の早い方 10%	1/RT の最速 10%の値
Mean RT	反応時間の平均	応答時間の平均
Median RT	反応時間の中央値	応答時間の中央値

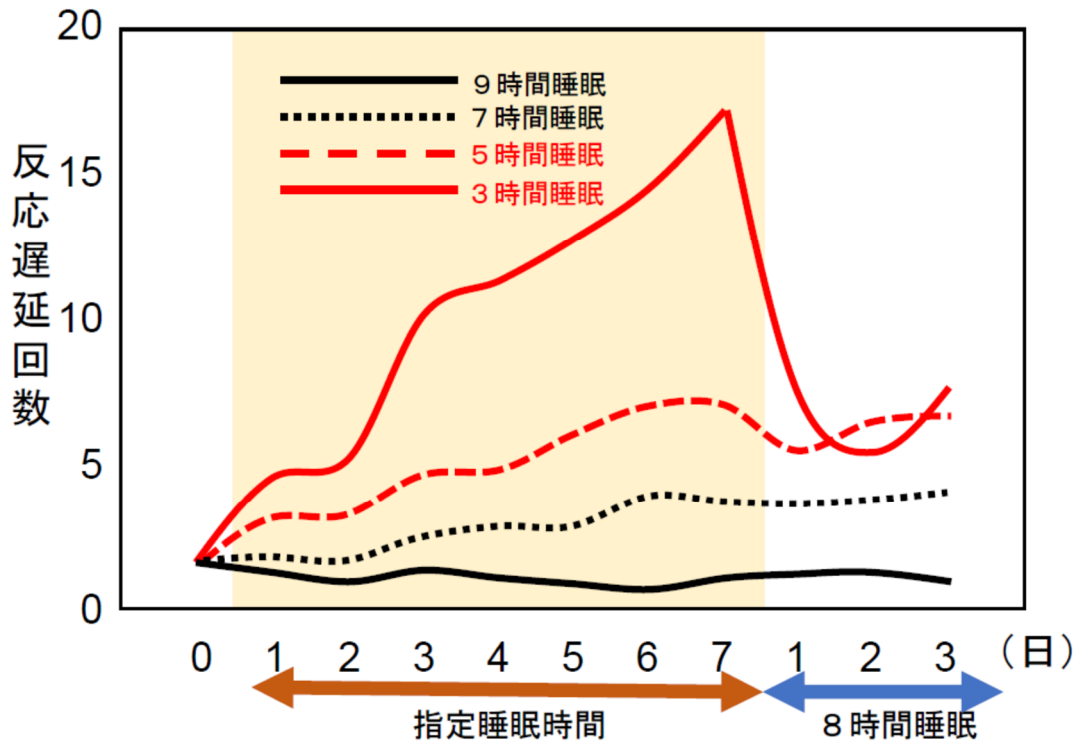
(2) PVT の応用 : 慢性睡眠不足との関連

PVT が慢性睡眠不足の客観的な指標を提供可能であることから、医療現場等における長時間労働の医師の慢性睡眠不足の評価に、PVT が活用可能であると考えられ、調査研究に応用されている。米国では、新しく提案された内科研修プログラムが従来の研修プログラムと比較し、レジデントの疲労あるいは覚醒度に及ぼす影響の有無を調査するために PVT が用いられる。参加者は連日 PVT を実施することが求められ、その結果に基づき、新しい研修プログラムにおける慢性睡眠不足の程度が評価された。新プログラムに有意な悪化を認めないこと (非劣性) が示された (Basner, 2019)、あるいは、オンコール体制の翌朝に、有意な覚醒度の悪化を認めた (Basner, 2017)、等の結果が得られている。

また、空港における搭乗客の手荷物を透視し、危険物を見つけ出す作業を模したテスト (ラゲッジスクリーニングテスト) を、断眠中の被験者が実施したところ、ラゲッジスクリーニングテストの成績悪化と PVT の反応遅延回数などの諸指標の悪化との関連が認められ、PVT の指標が職場での疲労・覚醒度の指標となることが示されている (Basner & Rubinstein, 2011)。

次に 3 時間睡眠、5 時間睡眠、7 時間睡眠で 7 日間の睡眠制限を実施した場合を次図「慢性睡眠不足の影響 (1)」に示す。睡眠時間が短いほど PVT から得られる反応遅延回数 (ラプス回数) の悪化を認め、この悪化は睡眠時間制限を継続している期間、さらに悪化し続ける。つまり、睡眠不足は蓄積すると考えられる (睡眠負債)。さらに、7 日間の睡眠制限を実施し、3 日間、十分な睡眠 (8 時間) に戻しても、必ずしも反応遅延回数の結果は正常レベルに戻らない (Belenky, 2003)。本結果から、日々の睡眠不足は睡眠負債の原因となり、睡眠負債が著明に亢進する前に十分な睡眠・休息を取るべきと考えられた。

慢性睡眠不足の影響（1）

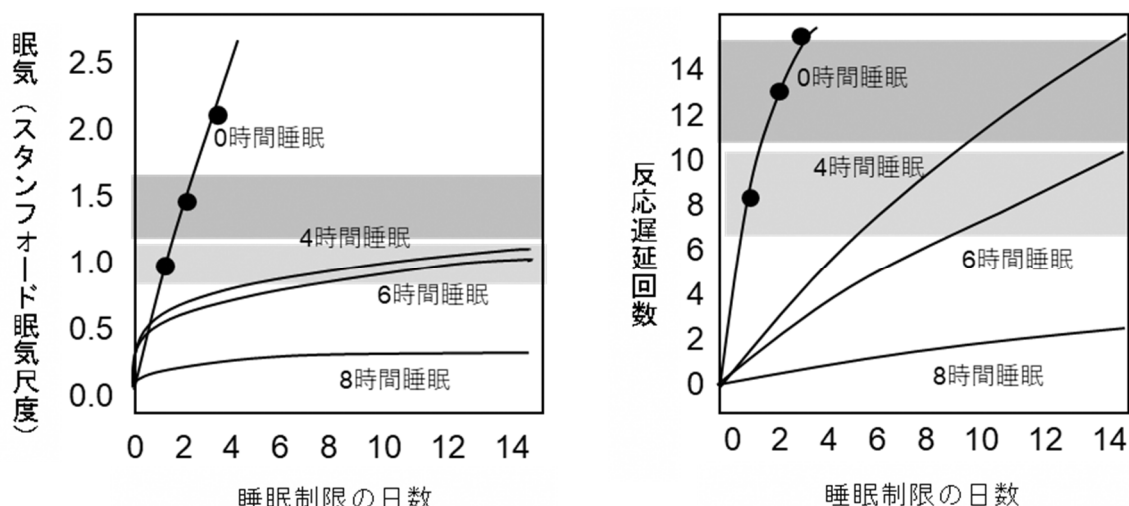


Belenky G, et al, J Sleep Res, 2003; 12: 1-12.を改変

さらに、慢性睡眠負債による主観的眠気と客観的覚醒度低下は乖離することを認識することが重要である。次図「慢性睡眠不足の影響（2）」では、3日間の断眠状態で主観的眠気は日毎に悪化する（次左図 0時間睡眠）。一方、睡眠不足状態（4時間/日、6時間/日）を継続すると、主観的眠気は日毎に悪化するが、4時間睡眠を5-7日間続けると1日断眠した時と同レベルの眠気でプラトーに達する（次左図、薄いグレーの部分）。すなわち、被験者は睡眠不足の悪化を殆ど認識していない状況である。一方、同様に睡眠不足状態を継続した際のPVTの反応遅延回数は日毎に悪化し、4時間睡眠を一週間程度続けると1日断眠したレベルに達し（次右図、薄いグレーの部分）、1-2週間続けると2日間程度断眠したレベル（次右図、濃いグレーの部分）、そして、4時間睡眠を2週間続けると3日間断眠した場合と同レベルに達する。6時間睡眠でも1週間以上続けるとは1日断眠したレベルに達する（次右図、薄いグレーの部分）、さらに、主観的眠気とは異なり、その後も継続的に悪化し、2週間で2日間断眠したレベルに近づき、プラトーに達しないことが示された。以上より、慢性の睡眠不足では、主観的な眠気と客観的な疲労・覚醒度低下は乖離することが示され、主観的な眠気の間診では検出できない慢性睡眠不足の程度を、PVTを用いて客観的に検出可能であることが示された（Van Dongen, 2003）。本研究より、長時間労働の医師の慢性睡眠不足の程度の評価にPVTが役立つことが示唆された。慢性睡眠不足

を強いられている長時間労働の医師においては、強い疲労度を感じつつも医師としての強い使命感・責任感により勤務を継続しつつ、眠気を感じない、即ち、主観的眠気を生理学的に認識静来状況に至り、過重労働を継続している事に注意が必要である。したがって、客観的な慢性睡眠不足の評価を各自が簡便に自己チェック可能な体制を整えることが必要と考えられる。

慢性睡眠不足の影響（2）



Van Dongen et al. Sleep. 2003; 15:117-26 を改変

2. アクチグラフ

申告された睡眠時間と真の睡眠時間にも差があることが知られている。アクチグラフィ法は、四肢の動きを経時的に記録したもので、通常数日から数週間連続で取得する。よく用いられる装置は、手首、足首、腰などに装置を装着し3次元的な動作を加速度で検出する。覚醒度が高いと活動量が上昇し、覚醒度が低下すると活動量が低下、睡眠に至ると活動量がほぼ0となる事を利用して、客観的な睡眠時間に関する情報を得ることが出来る。このデータを基に、睡眠潜時 (sleep latency)、総睡眠時間 (total sleep time) など睡眠に関する情報が得られる (Smith, 2018)。

アクチグラフのデータと本人の記録とを比較すると、アクチグラフのデータの方が、睡眠潜時では23分短く、全睡眠時間は約37分長い情報が得られることが報告されている (Smith, 2018)。また、ポリソムのグラフィのデータと比較すると、アクチグラフのデータが、全睡眠時間で約10分、睡眠潜時で約6分長い情報が得られる (Smith, 2018)。

脳波等を取得していないため、ポリソムノグラフィのようなレム睡眠、ノンレム睡眠あるいは、睡眠段階の情報を得ることは出来ない。さらに、入院の必要が無く、長期かつ正確な評価が可能であり、さらに、手軽な装置で測定・評価可能である点で優れた機器と考えられる。本機器を用いて対象者の活動量を客観的に評価することを通じて、真の睡眠時間を正確に評価することが可能である。

腕時計タイプのアクチグラフィ



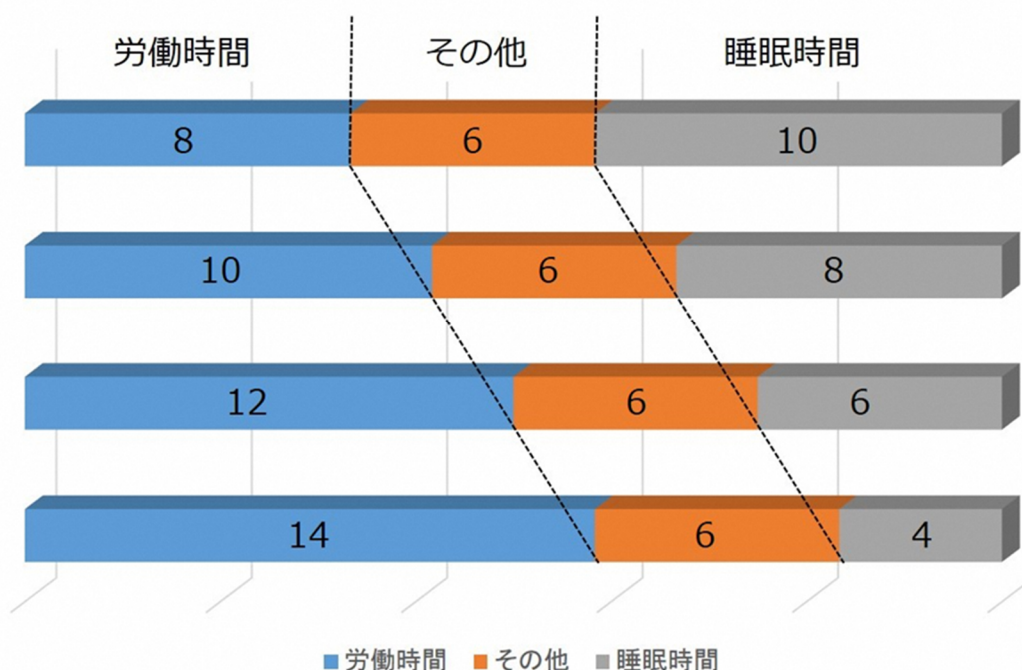
参考資料④ 長時間労働：睡眠の観点から

1. 長時間労働及びシフトワーク（交代勤務）と健康

長時間労働及びシフトワークによる健康障害は 24 時間型の現代社会で働く世代に共通した課題である。これらの働き方が健康に与える影響として、労働時間が延長すると睡眠時間が短くなることが指摘されている。1日 24 時間から、法定労働時間（1日 8 時間）、通勤時間（1 時間）、昼休み（1 時間）及び、食事・入浴・運動・その他休憩等の時間（4 時間）を引くと、時間外・休日労働時間と睡眠時間は合わせて 10 時間となる。残業を 1日 2 時間（月 40 時間）行くと 8 時間睡眠となり、1日 4 時間（月 80 時間）行くと 6 時間睡眠となる（中田ら、2019）。

さらに、シフトワークは健康に悪影響を及ぼすことが示されている（高橋ら、2019）。シフトワークは糖尿病（Li, 2019）、メンタルヘルス（Zhao, 2019）、心血管疾患（Wang, 2018）のリスクであることがメタアナリシスにより示されている。

労働時間と睡眠時間の関係



2. 睡眠と健康・事故

睡眠の質的、あるいは量的低下は、心身の健康状態に影響を及ぼす。詳細は「健康づくりのための睡眠指針 2014」(厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針 2014」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>) に述べられているが、睡眠時間が短いこと、あるいは、不眠により、多くの生活習慣病、即ち、肥満(Chaput, 2010; Itani, 2011; Kim, 2012; Kobayashi, 2012; Lopez-Garcia, 2008; Lyytikainen, 2011; Nishiura C, 2010; Patel, 2006; Sayon-Orea, 2013; Vgontzas, 2013; Watanabe, 2010)、高血圧(Gangwisch, 2006; Gangwisch, 2010)、耐糖能障害(Beihl, 2009; Chaput, 2009; Gangwisch, 2007; Mallon, 2005; Xu, 2010; Gottlieb, 2005)、循環器疾患(Amagai, 2010; Ayas, 2003; Burazeri, 2003; Hamazaki, 2011; Meisinger, 2007; Qureshi, 1997; Shankar, 2008)、メタボリックシンドローム(Troxel, 2010)の発症リスクが高くなる。一方、適切な睡眠障害のマネジメントにより、上記の生活習慣病の発症を予防し、重症化を防止することが可能であると考えられる。睡眠不足から生活習慣病が発症するメカニズムとして、睡眠時間短縮や時相のずれなどにより、食事や運動などの生活習慣が乱れることが指摘されており(Atkinson, 2008; Chaput, 2013)、さらに、食欲やエネルギーバランスを制御するレプチン及びグレリン等のホルモンに影響を及ぼすことも指摘されている(Taheri, 2004)。さらに、視床下部-下垂体-副腎系ホルモンにも影響を及ぼすと考えられている(Vgontzas, 2002)。

睡眠時無呼吸及び、その主要症状である「いびき」は、高血圧、糖尿病、歯周疾患、心房細動、脳卒中、虚血性心疾患などの生活習慣病の発症、あるいは、突然死の独立した危険因子である(Peppard, 2000; Hu, 1999; Pedrosa, 2011; Marin, 2012; Yaggi, 2005; Sahlin, 2008; Hu, 2000; Nagayoshi, 2012; Gami, 2007; Wang, 2007; Gottlieb, 2010; Campos-Rodriguez, 2012; Akahoshi, 2010; Muraki I, J Atheroscler Thromb 2010; Muraki I., Diabetologia 2010; Al-Delaimy, 2002; Gami AS, 2005; Keller 2013; Cinar, 2013; Lee, 2013; Nakano, 2013; Furukawa, 2016)。睡眠時無呼吸のスクリーニングは、一般に、日中の強い眠気、疲労感、あるいは、大きないびき、いびきの頻度等を参考とするが、例えば、睡眠時無呼吸が、必ずしも、日中の強い眠気を呈さないことに注意が必要である(谷川武, 2010)。また、女性では睡眠時無呼吸があっても、いびきの訴えがない症例も多いことが示されている(de Silva S, 2012)。多くの介入研究では、(閉塞性)睡眠時無呼吸に対し、適切な治療介入により、症状の改善、高血圧脳卒中中の危険性低下などが、示されている(Davies 1994; Akashiba, 1995; Faccenda, 2001; Marin 2005)。さらに、肥満者の場合は、減量により睡眠時無呼吸が改善することが示されている(Tuomilehto, 2014; Smith, 1985; Schwartz, 1991)。また、喫煙(Wetter, 1994)や飲酒(Tanigawa, 2004)と睡眠時無呼吸との関連が示されており、禁煙や節酒が睡眠時無呼吸の改善に有効であることが示唆される。

睡眠時無呼吸については、最近、「睡眠時無呼吸症候群の診療ガイドライン 2020」が日本呼吸器学会より発行された。疫学的事項、あるいは診断・治療については同ガイドラインに詳述されている。

睡眠時無呼吸が医療ミスや医療事故に及ぼす影響については、他の職種での研究から類推できる。例えば、米国の警察官を対象とした研究では、睡眠時無呼吸を有する警察官は、対照群(睡眠時無呼吸を有さ

ない) 警察官と比較して、運転中の居眠り、疲労に基づくミス、被疑者に高圧的に接するなどの不適切な行動、アブセンティーズム、会議中の居眠りが有意に増加することが示された (Rajaratnam et al, 2011)。また、産業災害は、睡眠時無呼吸がある場合は対照群と比べて、2.2 倍であることがメタアナリシスで明らかとなった (Garbarino, 2016)。米国のトラック運転者を対象とした研究では、睡眠時無呼吸を有する運転者は、対照群 (睡眠時無呼吸を有さない) 運転者と比較して、衝突事故を起こすリスクが約 5 倍に上昇することが示された。さらに、睡眠時無呼吸に対し、適切な診断/治療を実施すると、対照群の運転者と同レベルまで事故率が改善することが示された (Burks et al. 2016)。睡眠時無呼吸の有病率は比較的高く、交通事故をはじめとする産業災害のリスクの増加やパフォーマンスの低下の原因となることから、適切なスクリーニング及び診断・治療が必要である (Kales and Czeisler, 2016)。

睡眠時無呼吸は生活習慣病を含む併存症が多く、実際、本邦の最近の報告でも、高血圧、糖尿病などの生活習慣病を有する中等度以上の睡眠時無呼吸の有病率が、BMI \geq 25kg/m²に高血圧、糖尿病などの合併により 40–50%に達することが明らかにされた (Matsumoto, 2020)。一方、非肥満者においても、睡眠時無呼吸の重症度と関連してメタボリックシンドロームのリスクの構成要素が複数ある者の割合が増加するという報告もある (Muraki, 2010)。

以上をまとめると、睡眠時無呼吸は、健康障害及びパフォーマンス低下の原因となることから、医師の健康確保の観点とともに医療安全の側面からも重要な病態である。一方、適切なスクリーニング及び診断・治療が可能で、治療により、様々なリスクは健常者レベルに下がると考えられる。

<参考文献>

1. 中田 光紀、頓所 つく実. 睡眠が労働に果たす役割. 公衆衛生. 2019; 83: 390-396.
2. 高橋 正也. 交替勤務者の睡眠. 公衆衛生. 2019; 83: 148-152.
3. Li W, Chen Z, Ruan W, Yi G, Wang D, Lu Z. A meta-analysis of cohort studies including dose-response relationship between shift work and the risk of diabetes mellitus. *Eur J Epidemiol.* 2019; 34: 1013-1024.
4. Zhao Y, Richardson A, Poyser C, Butterworth P, Strazdins L, Leach LS. Shift work and mental health: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health.* 2019; 92: 763-793.
5. Wang D, Ruan W, Chen Z, Peng Y, Li W. Shift work and risk of cardiovascular disease morbidity and mortality: A dose-response meta-analysis of cohort studies. *Eur J Prev Cardiol.* 2018; 25: 1293-1302.
6. Chaput JP, Sjoдин AM, Astrup A, Despres JP, Bouchard C, Tremblay A. Risk factors for adult overweight and obesity: the importance of looking beyond the 'big two'. *Obes Facts* 2010;3:320-327
7. Itani O, Kaneita Y, Murata A, Yokoyama E, Ohida T. Association of onset of obesity with sleep duration and shift work among Japanese adults. *Sleep Med* 2011;12:341-345
8. Kim CW, Choi MK, Im HJ, Kim OH, Lee HJ, Song J, Kang JH, Park KH. Weekend catch-up sleep is associated with decreased risk of being overweight among fifth-grade students with short sleep duration. *J Sleep Res* 2012;21:546-551
9. Kobayashi D, Takahashi O, Deshpande G, Shimbo T, Fukui T. Association between weight gain, obesity, and sleep duration: a large-scale 3-year cohort study. *Sleep Breath* 2012;16:829-833
10. Lopez-Garcia E, Faubel R, Leon-Munoz L, Zuluaga MC, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Sleep duration, general and abdominal obesity, and weight change among the older adult population of Spain. *Am J Clin Nutr* 2008;87:310-316
11. Lyytikainen P, Rahkonen O, Lahelma E, Lallukka T. Association of sleep duration with weight and weight gain: a prospective follow-up study. *J Sleep Res* 2011;20:298-302
12. Nishiura C, Noguchi J, Hashimoto H. Dietary patterns only partially explain the effect of short sleep duration on the incidence of obesity. *Sleep* 2010;33:753-757
13. Patel SR, Malhotra A, White DP, Gottlieb DJ, Hu FB. Association between reduced sleep and weight gain in women. *Am J Epidemiol* 2006;164:947-954
14. Sayon-Orea C, Bes-Rastrollo M, Carlos S, Beunza JJ, Basterra-Gortari FJ, Martinez-Gonzalez MA. Association between sleeping hours and siesta and the risk of obesity: the SUN Mediterranean Cohort. *Obes Facts* 2013;6:337-347
15. Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Miksiewicz T, Kritikou I, Shaffer ML, Liao D, Basta M, Bixler EO. Unveiling the longitudinal association between short sleep duration and the incidence of obesity: the Penn State Cohort. *Int J Obes (Lond)* 2014; 38: 825-832
16. Watanabe M, Kikuchi H, Tanaka K, Takahashi M. Association of Short Sleep Duration with Weight Gain and Obesity at 1-Year Follow-Up: A Large-Scale Prospective Study. *Sleep* 2010;33:161-167

17. Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-Albala B, Buijs RM, Kreier F, Pickering TG, Rundle AG, Zammit GK, Malaspina D. Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey. *Hypertension* 2006;47:833-839
18. Gangwisch JE, Malaspina D, Posner K, Babiss LA, Heymsfield SB, Turner JB, Zammit GK, Pickering TG. Insomnia and sleep duration as mediators of the relationship between depression and hypertension incidence. *Am J Hypertens* 2010;23:62-69
19. Beihl DA, Liese AD, Haffner SM. Sleep duration as a risk factor for incident type 2 diabetes in a multiethnic cohort. *Ann Epidemiol* 2009;19:351-357
20. Chaput JP, Despres JP, Bouchard C, Astrup A, Tremblay A. Sleep duration as a risk factor for the development of type 2 diabetes or impaired glucose tolerance: analyses of the Quebec Family Study. *Sleep Med* 2009;10:919-924
21. Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-Albala B, Buijs RM, Kreier F, Pickering TG, Rundle AG, Zammit GK, Malaspina D. Sleep duration as a risk factor for diabetes incidence in a large US sample. *Sleep* 2007;30:1667-1673
22. Mallon L, Broman J, Hetta J. High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population. *Diabetes Care* 2005;28:2762-2767
23. Xu Q, Song Y, Hollenbeck A, Blair A, Schatzkin A, Chen H. Day napping and short night sleeping are associated with higher risk of diabetes in older adults. *Diabetes Care* 2010;33:78-83
24. Gottlieb DJ, Punjabi NM, Newman AB, Resnick HE, Redline S, Baldwin CM, Nieto FJ. Association of sleep time with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Arch Intern Med* 2005;165:863-867
25. Amagai Y, Ishikawa S, Gotoh T, Kayaba K, Nakamura Y, Kajii E. Sleep duration and incidence of cardiovascular events in a Japanese population: the Jichi Medical School cohort study. *J Epidemiol* 2010;20:106-110
26. Ayas NT, White DP, Manson JE, Stampfer MJ, Speizer FE, Malhotra A, Hu FB. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Arch Intern Med* 2003;163:205-209
27. Burazeri G, Gofin J, Kark JD. Over 8 hours of sleep--marker of increased mortality in Mediterranean population: follow-up population study. *Croat Med J* 2003;44:193-198
28. Hamazaki Y, Morikawa Y, Nakamura K, Sakurai M, Miura K, Ishizaki M, Kido T, Naruse Y, Suwazono Y, Nakagawa H. The effects of sleep duration on the incidence of cardiovascular events among middle-aged male workers in Japan. *Scand J Work Environ Health* 2011;37:411-417
29. Meisinger C, Heier M, Lowel H, Schneider A, Doring A. Sleep duration and sleep complaints and risk of myocardial infarction in middle-aged men and women from the general population: The MONICA/KORAAugsburg cohort study. *Sleep* 2007;30:1121-1127
30. Qureshi AI, Giles WH, Croft JB, Bliwise DL. Habitual sleep patterns and risk for stroke and coronary heart disease: a 10-year follow-up from NHANES I. *Neurology* 1997;48:904-911
31. Shankar A, Koh WP, Yuan JM, Lee HP, Yu MC. Sleep Duration and Coronary Heart Disease Mortality Among Chinese Adults in Singapore: A Population-based Cohort Study. *Am J Epidemiol* 2008;168:1367-1373

32. Troxel WM, Buysse DJ, Matthews KA, Kip KE, Strollo PJ, Hall M, Drumheller O, Reis SE. Sleep symptoms predict the development of the metabolic syndrome. *Sleep* 2010;33:1633-1640
33. Atkinson G, Fullick S, Grindley C, Maclaren D. Exercise, energy balance and the shift worker. *Sports Med* 2008;38:671-685
34. Chaput JP. Sleep patterns, diet quality and energy balance. *Physiol Behav.* 2014; 134: 86-91.
35. Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Med* 2004;1:e62
36. Vgontzas AN, Chrousos GP. Sleep, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and cytokines: multiple interactions and disturbances in sleep disorders. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2002;31:15–36
37. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med* 2000;342:1378–1384
38. Hu FB, Willett WC, Colditz GA, Ascherio A, Speizer FE, Rosner B, Hennekens CH, Stampfer MJ. Prospective study of snoring and risk of hypertension in women. *Am J Epidemiol* 1999;150:806–816
39. Pedrosa RP, Drager LF, Gonzaga CC, Sousa MG, de Paula LK, Amaro AC, Amodeo C, Bortolotto LA, Krieger EM, Bradley TD, Lorenzi-Filho G. Obstructive sleep apnea: the most common secondary cause of hypertension associated with resistant hypertension. *Hypertension* 2011;58:811-817
40. Marin JM, Agusti A, Villar I, Forner M, Nieto D, Carrizo SJ, Barbé F, Vicente E, Wei Y, Nieto FJ, Jelic S. Association between treated and untreated obstructive sleep apnea and risk of hypertension. *JAMA* 2012;307:2169-2176
41. Yaggi HK, Concato J, Kernan WN, Lichtman JH, Brass LM, Mohsenin V. Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *N Engl J Med* 2005;353:2034-2041
42. Sahlin C, Sandberg O, Gustafson Y, Bucht G, Carlberg B, Stenlund H, Franklin KA. Obstructive sleep apnea is a risk factor for death in patients with stroke. *Arch Intern Med* 2008;168:297-301
43. Hu FB, Willett WC, Manson JE, Colditz GA, Rimm EB, Speizer FE, Hennekens CH, Stampfer MJ. Snoring and risk of cardiovascular disease in women. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:308-313
44. Nagayoshi M, Tanigawa T, Yamagishi K, Sakurai S, Kitamura A, Kiyama M, Okada T, Maeda K, Ohira T, Imano H, Sato S, Iso H; CIRCUS Investigators. Self-reported snoring frequency and incidence of cardiovascular disease: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *J Epidemiol* 2012;22:295-301
45. Gami AS, Hodge DO, Herges RM, Olson EJ, Nykodym J, Kara T, Somers VK. Obstructive sleep apnea, obesity, and the risk of incident atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:565–571
46. Wang H, Parker JD, Newton GE, Floras JS, Mak S, Chiu KL, Ruttanaumpawan P, Tomlinson G, Bradley TD. Influence of obstructive sleep apnea on mortality in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:1625–1631
47. Gottlieb DJ, Yenokyan G, Newman AB, O'Connor GT, Punjabi NM, Quan SF, Redline S, Resnick HE, Tong EK, Diener-West M, Shahar E. A prospective study of obstructive sleep apnea and incident coronary heart disease and heart failure: the sleep heart health study. *Circulation* 2010;122:352-360
48. Campos-Rodriguez F, Martinez-Garcia MA, de la Cruz-Moron I, Almeida-Gonzalez C, Catalan-Serra

- P, Montserrat JM. Cardiovascular mortality in women with obstructive sleep apnea with or without continuous positive airway pressure treatment: a cohort study. *Ann Intern Med* 2012;156:115-122
49. Akahoshi T, Uematsu A, Akashiba T, Nagaoka K, Kiyofuji K, Kawahara S, Hattori T, Kaneita Y, Yoshizawa T, Takahashi N, Uchiyama M, Hashimoto S. Obstructive sleep apnoea is associated with risk factors comprising the metabolic syndrome. *Respirology* 2010;15:1122-1126
50. Muraki I, Tanigawa T, Yamagishi K, Sakurai S, Ohira T, Imano H, Kiyama M, Kitamura A, Sato S, Shimamoto T, Konishi M, Iso H. CIRCS Investigators. Nocturnal intermittent hypoxia and metabolic syndrome; the effect of being overweight: the CIRCS study. *J Atheroscler Thromb* 2010 30;17:369-377
51. Muraki I, Tanigawa T, Yamagishi K, Sakurai S, Ohira T, Imano H, Kitamura A, Kiyama M, Sato S, Shimamoto T, Konishi M, Iso H. CIRCS Investigators. Nocturnal intermittent hypoxia and the development of type 2 diabetes: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Diabetologia* 2010;53:481-488
52. Al-Delaimy WK, Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB. Snoring as a risk factor for type II diabetes mellitus: a prospective study. *Am J Epidemiol* 2002;155:387-393
53. Gami AS, Howard DE, Olson EJ, Somers VK. Day-night pattern of sudden death in obstructive sleep apnea. *N Engl J Med* 2005;352:1206-1214
54. Keller JJ, Wu CS, Chen YH, Lin HC. Association between obstructive sleep apnoea and chronic periodontitis : a population-based study. *J Clin Periodontol* 2013;40:111-117
55. Cinar AB, Oktay I, Schou L. Relationship between oral health, diabetes management and sleep apnea. *Clin Oral Invest* 2013;17:967-974
56. Lee CF, Lin MC, Lin CL, Yen CM, Lin KY, Chang YJ, Kao CH. Non-apnea sleep disorder increases the risk of periodontal disease: A retrospective population-based cohort study (version 3). *J Periodontol* 2014; 85: e65-e71
57. Furukawa T, Nakano H, Yoshihara K, Sudo N. The Relationship between Snoring Sound Intensity and Morning Blood Pressure in Workers. *J Clin Sleep Med.* 2016; 12: 1601-1606.
58. Nakano H, Hirayama K, Sadamitsu Y, Shin S, Iwanaga T. Mean tracheal sound energy during sleep is related to daytime blood pressure. *Sleep.* 2013; 36: 1361-1367.
59. 谷川武, 淡野桜子. 眠気のない睡眠時無呼吸(NOSSA)が及ぼす社会影響への取り組み, *日本医事新報* 2010;4513:51-55
60. de Silva S, Abeyratne UR, Hukins C. Impact of gender on snore-based obstructive sleep apnea screening. *Physiol Meas* 2012;33:587-601
61. Davies RJ, Crosby J, Prothero A, Stradling JR. Ambulatory blood pressure and left ventricular hypertrophy in subjects with untreated obstructive sleep apnoea and snoring, compared with matched control subjects, and their response to treatment. *Clin Sci (Lond)* 1994;86:417-424
62. Akashiba T, Kurashina K, Minemura H, Yamamoto H, Horie T. Daytime hypertension and the effects of short-term nasal continuous positive airway pressure treatment in obstructive sleep apnea syndrome. *Am J Respir Intern Med* 1995;34:528-532
63. Faccenda JF, Mackay TW, Boon NA, Douglas NJ. Randomized placebo-controlled trial of continuous

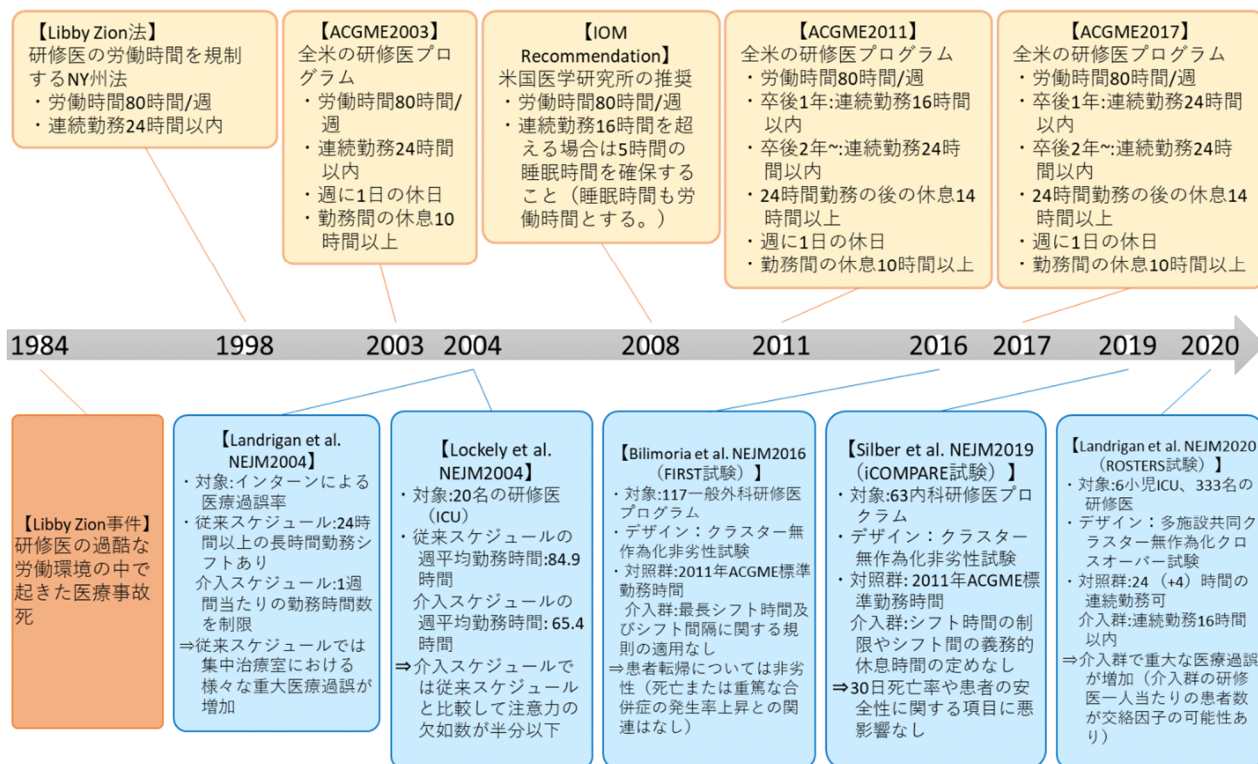
- positive airway pressure on blood pressure in the sleep apnea-hypopnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:344-348 71
64. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005;365:1046-1053
65. Tuomilehto H, Seppä J, Uusitupa M, Peltonen M, Martikainen T, Sahlman J, Kokkarinen J, Randell J, Pukkila M, Vanninen E, Tuomilehto J, Gylling H, Kuopio Sleep Apnea Group. The impact of weight reduction in the prevention of the progression of obstructive sleep apnea: an explanatory analysis of a 5-year observational follow-up trial. *Sleep Med* 2014;15:329-335
66. Smith PL, Gold AR, Meyers DA, Haponik EF, Bleecker ER. Weight loss in mildly to moderately obese patients with obstructive sleep apnea. *Ann Intern Med* 1985;103:850-855
67. Schwartz AR, Gold AR, Schubert N, Stryzak A, Wise RA, Permutt S, Smith PL. Effect of weight loss on upper airway collapsibility in obstructive sleep apnea. *Am Rev Respir Dis* 1991;144:494-498
68. Wetter DW, Young TB, Bidwell TR, Badr MS, Palta M. Smoking as a risk factor for sleep-disordered breathing. *Arch Intern Med* 1994;154:2219-2224
69. Tanigawa T, Tachibana N, Yamagishi K, Muraki I, Umesawa M, Shimamoto T, Iso H. Usual alcohol consumption and arterial oxygen desaturation during sleep. *JAMA* 2004;292:923-925
70. 日本呼吸器学会「睡眠時無呼吸症候群 (SAS)の診療ガイドライン」作成委員会編. 睡眠時無呼吸症候群の診療ガイドライン 2020. 南江堂 2020年7月、東京.
71. Rajaratnam SM, Barger LK, Lockley SW, Shea SA, Wang W, Landrigan CP, O'Brien CS, Qadri S, Sullivan JP, Cade BE, Epstein LJ, White DP, Czeisler CA. Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Sleep disorders, health, and safety in police officers. *JAMA*. 2011; 306: 2567-2578
72. Garbarino S, Guglielmi O, Sanna A, Mancardi GL, Magnavita N. Risk of Occupational Accidents in Workers with Obstructive Sleep Apnea: Systematic Review and Meta-analysis. *Sleep*. 2016;39:1211-1218.
73. Burks SV, Anderson JE, Bombyk M, Haider R, Ganzhorn D, Jiao X, Lewis C, Lexvold A, Liu H, Ning J, Toll A, Hickman JS, Mabry E, Berger M, Malhotra A, Czeisler CA, Kales SN. Nonadherence with Employer-Mandated Sleep Apnea Treatment and Increased Risk of Serious Truck Crashes. *Sleep*. 2016; 39: 967-975.
74. Kales SN, Czeisler CA. Obstructive Sleep Apnea and Work Accidents: Time for Action. *Sleep*. 2016; 39: 1171-1173.
75. Matsumoto T, Murase K, Tabara Y, Minami T, Kanai O, Takeyama H, Takahashi N, Hamada S, Tanizawa K, Wakamura T, Komenami N, Setoh K, Kawaguchi T, Tsutsumi T, Morita S, Takahashi Y, Nakayama T, Hirai T, Matsuda F, Chin K. Sleep disordered breathing and metabolic comorbidities across sex and menopausal status in East Asians: the Nagahama Study. *Eur Respir J*. 2020 Aug 20;56:1902251. doi: 10.1183/13993003.02251-2019.

参考資料⑤ 長時間労働：医療安全の観点から

米国の外科医のトレーニング制度の確立に、William S. Halsted は大きな貢献をした。Halsted が構築したトレーニングシステムは、トレーニング段階に応じて患者に対する責任が重くなるとともに、徒弟制度的要素を有し、病院に住み込む（レジデント）医師の労働時間への配慮はなかった(Sealy WC, 1999; Wallack MK, 2001)。

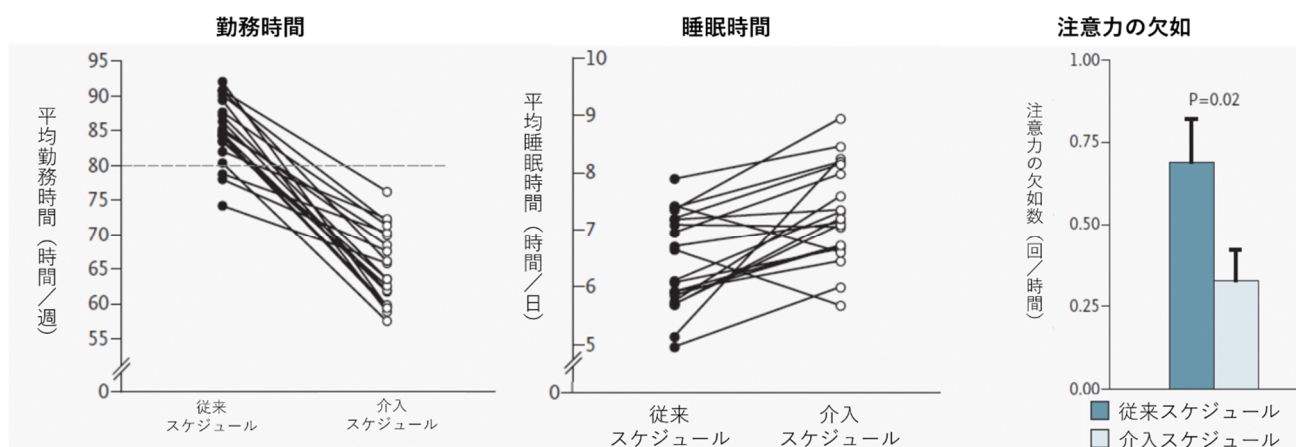
しかし、Libby Zion 事件（1984 年）を契機に、医師の長時間労働による疲労の蓄積は、医師本人の健康のみならず、医療安全へ影響を及ぼすことが指摘されるようになった。米国の医師の働き方改革は、医療安全もアウトカムに含めたエビデンスに基づいて実施され、評価も行われている。

米国における研修医の労働時間規制の変遷



卒後1年目の研修医20名を対象とし、24時間以上の連続勤務を認めた従来のプログラムと連続時間を16時間以内に制限した介入プログラムでの勤務時間、睡眠時間、夜間の注意力欠如について評価したクロスオーバー試験の結果、介入プログラムで勤務時間の減少、睡眠時間の延長、夜間の注意力欠如の減少が認められたことが報告されている (Lockley, 2004)。

勤務時間の短縮と注意力



Lockely SW et al, N Engl J Med, 2004 を改変

さらに、3日に1回の当直を含む連続勤務時間の制限のない従来プログラムと連続勤務を16時間以内、1週間あたりの勤務時間を63時間までに制限した介入プログラムでの研修医の医療過誤を比較したランダム化試験では、従来プログラムで医療過誤が36%多いこと (Landrigan, 2004) が示された。以上の研究結果を受けて、米国における医師の働き方改革は医療安全の観点から進行しており、米国 National Academy of Medicine は2008年から16時間以上連続勤務を禁止する勧告を出し、これを受けて Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) は2011年、一年目のレジデントに対し、16時間以上の連続勤務を禁止した。この医師の働き方改革の妥当性は、1週間あたりの勤務時間が80時間以上の研修医と80時間未満の研修医の入院患者への治療アウトカムを比較したコホート研究において、80時間未満の研修医の方が複合 (死亡率、ICUへの転床率、30日以内の再入院率) アウトカムや入院日数、ICUへの転床率で有意に良好であること (Ouyang, 2016) などが示された研究からも支持された。

一方、1週間あたりの勤務時間の上限が80時間という規制の下では、連続勤務時間や勤務間インターバルの制限のないフレキシブルなプログラムであっても、外科レジデントの教育の質、ウェルビーイングに差が無く、疲労が自身や患者の安全に及ぼす影響も変化がないこと、フレキシブルなプログラムでは、手術中に手術室を退出するに至ったり、あるいは、患者を引き継いだりする事例が減少することが報告された (Bilimoria, 2016)。さらに、フレキシブルなプログラムでも患者の予後にも影響を及ぼさないことが明らかにされた (Silber, 2019)。また、最近の報告では、24時間以上の連続勤務時間を許容したプログラムと16時間以内に制限したプログラムとを比較し、全体の解析では、当初の予想とは異なり、長時間労働が制限されたにもかかわらず、医療過誤が多いことが示された。原因として16時間以内に制限したプログラムにおける担当患者数が多いことや、仕事の負荷の増大等が挙げられている。一方、一部

の施設においては、16 時間以内に制限したプログラムにおいて医療過誤が減少しており、施設ごとの結果は一致していないことも併せて報告された (Landrigan, 2020)。以上のように長時間労働と医療過誤の関連については、ACGME が 2017 年に研修医のプログラムを改訂した後も議論がまだまだ続いている状況である。

米国では PVT を活用し、長時間労働の医師の慢性睡眠不足の程度を客観的指標により評価する試みが既に報告されている (Basner, 2017; 2019)。詳細は、参考資料③に譲るが、慢性睡眠不足の程度の客観的指標の導入については、我が国の医師の働き方改革においても積極的な活用が期待される。

<参考文献>

1. Sealy WC. Halsted is dead: Time for change in graduate surgical education. *Current Surgery* 1999; 56: 34-39.
2. Wallack MK, Chao L. Resident work hours: the evolution of a revolution. *Arch Surg.* 2001; 136: 1426-1431
3. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, Lilly CM, Stone PH, Lockley SW, Bates DW, Czeisler CA. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med.* 2004; 351: 1838-1848.
4. Ouyang D, Chen JH, Krishnan G, Hom J, Chi J. Patient outcomes when house staff exceed 80 hours per week. *Am J Med* 2016; 129: 993-999.
5. Bilimoria KY, Chung JW, Hedges LV, Dahlke AR, Love R, Cohen ME, Hoyt DB, Yang AD, Tarpley JL, Mellinger JD, Mahvi DM, Kelz RR, Ko CY, Odell DD, Stulberg JJ, Lewis FR. National Cluster-Randomized Trial of Duty-Hour Flexibility in Surgical Training. *N Engl J Med.* 2016; 374:713-727.
6. Silber JH, Bellini LM, Shea JA, Desai SV, Dinges DF, Basner M, Even-Shoshan O, Hill AS, Hochman LL, Katz JT, Ross RN, Shade DM, Small DS, Sternberg AL, Tonascia J, Volpp KG, Asch DA; iCOMPARE Research Group. Patient Safety Outcomes under Flexible and Standard Resident Duty-Hour Rules. *N Engl J Med.* 2019; 380: 905-914.
7. Landrigan CP, Rahman SA, Sullivan JP, Vittinghoff E, Barger LK, Sanderson AL, Wright KP Jr, O'Brien CS, Qadri S, St Hilaire MA, Halbower AC, Segar JL, McGuire JK, Vitiello MV, de la Iglesia HO, Poynter SE, Yu PL, Zee PC, Lockley SW, Stone KL, Czeisler CA; ROSTERS Study Group. Effect on Patient Safety of a Resident Physician Schedule without 24-Hour Shifts. *N Engl J Med.* 2020; 382: 2514-2523.
8. Basner M, Asch DA, Shea JA, Bellini LM, Carlin M, Ecker AJ, Malone SK, Desai SV, Sternberg AL, Tonascia J, Shade DM, Katz JT, Bates DW, Even-Shoshan O, Silber JH, Small DS, Volpp KG, Mott CG, Coats S, Mollicone DJ, Dinges DF; iCOMPARE Research Group. Sleep and Alertness in a Duty-Hour Flexibility Trial in Internal Medicine. *N Engl J Med.* 2019; 380: 915-923.
9. Basner M, Dinges DF, Shea JA, Small DS, Zhu J, Norton L, Ecker AJ, Novak C, Bellini LM, Volpp KG. Sleep and Alertness in Medical Interns and Residents: An Observational Study on the Role of Extended Shifts. *Sleep.* 2017; 40: zsx027. doi: 10.1093/sleep/zsx027.

付録 医師の健康確保措置マニュアル内質問票

医師の健康確保措置マニュアル内質問票一覧

(1) 日本語版 ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度 Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

参考 URL <https://hp3.jp/tool/uwes>

文献 Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S., Suzuki, A., Nashiwa, H., Kato, A., Sakamoto, M., Irimajiri, H., Amano, S., Hirohata, K., Goto, R., & Kitaoka-Higashiguchi, K. Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 2008; 57, 510-523.

(2) 日本語版 BAT-J

参考 URL <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/Test-Manual-BAT-English-version-2.0-1.pdf>

文献 Sakakibara K, Shimazu A, Toyama H, Schaufeli WB. Validation of the Japanese Version of the Burnout Assessment Tool. *Front Psychol*. 2020 Aug 11;11:1819. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01819. PMID: 32849072; PMCID: PMC7431961.

(3) 日本語版アテネ不眠尺度

文献 Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, Inoue Y. Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;67(6):420-5.

(4) 日本語版リカバリー経験尺度

参考 URL <https://hp3.jp/tool/req>

文献 Shimazu, A., Sonnentag, S., Kubota, K., & Kawakami, N. (2012). Validation of the Japanese version of Recovery Experience Questionnaire. *Journal of Occupational Health*, 54, 196-205.

(1) 日本語版 ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度 (UWES) ©

次の 17 の質問文は、仕事に関してどう感じているかを記述したものです。各文をよく読んで、あなたが仕事に関してそのように感じているかどうかを判断してください。そのように感じたことが一度もない場合は、0（ゼロ）を、感じたことがある場合はその頻度に当てはまる数字（1 から 6）を、質問文の左側の下線部に記入してください。

	ほとんど 感じない	めったに 感じない	時々感じる	よく感じる	とてもよく 感じる	いつも 感じる
0	1	2	3	4	5	6
全くない	1 年に 数回以下	1 ヶ月に 1 回以下	1 ヶ月に 数回	1 週間に 1 回	1 週間に 数回	毎日

1. _____ 仕事をしていると、活力がみなぎるように感じる。 (活力 1)*
2. _____ 自分の仕事に、意義や価値を大いに感じる。 (熱意 1)
3. _____ 仕事をしていると、時間がたつのが速い。 (没頭 1)
4. _____ 職場では、元気が出て精力的になるように感じる。 (活力 2)*
5. _____ 仕事に熱心である。 (熱意 2)*
6. _____ 仕事をしていると、他のことはすべて忘れてしまう。 (没頭 2)
7. _____ 仕事は、私に活力を与えてくれる。 (熱意 3)*
8. _____ 朝に目がさめると、さあ仕事へ行こう、という気持ちになる。 (活力 3)*
9. _____ 仕事に没頭しているとき、幸せだと感じる。 (没頭 3)*
10. _____ 自分の仕事に誇りを感じる。 (熱意 4)*
11. _____ 私は仕事にのめり込んでいる。 (没頭 4)*
12. _____ 長時間休まずに、働き続けることができる。 (活力 4)
13. _____ 私にとって仕事は、意欲をかきたてるものである。 (熱意 5)
14. _____ 仕事をしていると、つい夢中になってしまう。 (没頭 5)*
15. _____ 職場では、気持ちがはつらつとしている。 (活力 5)
16. _____ 仕事から頭を切り離すのが難しい。 (没頭 6)
17. _____ ことがうまく運んでいないときでも、辛抱強く仕事をする。 (活力 6)

© Schaufeli & Bakker (2003) ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度は、営利目的ではなく学術研究が目的の場合には自由にご使用いただけます。営利目的あるいは非学術研究での使用を目的とされる場合には、著者による書面での許可が必要です。

(2) 日本語版BAT (BAT-J) 仕事関連版(work-related version)

以下の記述は、あなたご自身の仕事をどのように体験し、どのように感じているかに関するものです。それぞれの記述は、あなたにどの程度（どのくらいの頻度で）あてはまりますか？最もあてはまるものを選んでください。

得点	まったくない	めったにない	ときどきある	しばしばある	いつもある
	1	2	3	4	5

中核症状 (BAT-JC)

	まったく ない	めったに ない	ときどき ある	しばしば ある	いつも ある
疲弊感					
仕事をしているとき、精神的に疲れ果ててしまったと感じる。*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事にかかわるすべての面で、かなりの努力が必要だ。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一日の仕事が終わった後、エネルギーを回復させるのが難しい。*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事をしているとき、身体的に疲れ果ててしまったと感じる。*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
朝起きた時に、その日の仕事にとりかかるためのエネルギーが足りない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
意欲的に仕事に取り組みたいと思うが、なぜかそうすることができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事で頑張ったときには、いつもより早く疲れてしまう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一日働いた後は、精神的に疲れ果てて、くたくたになったと感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神的距離					
自分の仕事に何とか熱意を持とうと苦勞している。*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事をしているときは、自分が何をしているのか考えもせず、惰性で行動している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事に対して強い嫌悪を感じる。*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分の仕事に対して無関心である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分の仕事が他人の役に立っているとは思えない。*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知コントロールの不調					
仕事をしているとき、集中力を保つのが難しい。*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事をしているとき、頭がクリアな状態で考えるのに苦勞する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事をしているとき、忘れっぽく、気が散る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
働いているとき、集中できない。*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

仕事中に他のことに気を取られてミスをしてしまう。*

情緒コントロールの不調

仕事をしているとき、自分の情緒をコントロールできないと感じる。*

仕事中に知らぬ間に、感情的な反応をしてしまう。*

仕事で思い通りにいかないと、イライラしてしまう。

仕事中にわけもなく取り乱し、悲しくなる

仕事をしているとき、無意識のうちに過剰に反応してしまう。*

二次症状(BAT-JS)

まったく
ない
めったに
ない
ときどき
ある
しばしば
ある
いつも
ある

心理的苦痛

なかなか寝付けなかったり、夜中に目が覚めてしまったりする。

くよくよしがちである。

緊張やストレスを感じる。

不安を感じたり、パニックになったりする。

騒音や人ごみが気にさわる。

心身の不調

動悸や胸の痛みに悩まされている。

胃や腸の不調に悩まされている。

頭痛に悩まされている。

首や肩、背中などの痛みに悩まされている。

しばしば体調を崩す。

Citation: Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Burnout Assessment Tool (BAT) – Test Manual*. KU Leuven, Belgium:

Internal report.

注* : 短縮版

BAT-J は、営利目的ではなく学術研究が目的の場合には自由にご使用いただけます。営利目的あるいは非学術研究での使用を目的とされる場合には、
原著者 (<https://www.wilmarschaufeli.nl>) /にご連絡ください。

(3) 日本語版 アテネ不眠尺度

1	寝床についてから実際に寝るまで、時間がかかりましたか？	0	いつもより寝つきはよい
		1	いつもより少し時間がかかった
		2	いつもよりかなり時間がかかった
		3	いつもより非常に時間がかかった、あるいは眠れなかった
2	夜間、睡眠の途中で目が覚めましたか？	0	問題になるほどのことはなかった
		1	少し困ることがある
		2	かなり困っている
		3	深刻な状態、あるいは全く眠れなかった
3	希望する起床時間より早く目覚めて、それ以降眠れないことはありましたか？	0	そのようなことはなかった
		1	少し早かった
		2	かなり早かった
		3	非常に早かったか、全く眠れなかった
4	夜の眠りや昼寝も合わせて、睡眠時間は足りていましたか？	0	十分である
		1	少し足りない
		2	かなり足りない
		3	全く足りない、あるいは全く眠れなかった
5	全体的な睡眠の質について、どう感じていますか？	0	満足している
		1	少し不満である
		2	かなり不満である
		3	非常に不満である、あるいは全く眠れなかった
6	日中の気分はいかがでしたか？	0	いつも通り
		1	少し減入った
		2	かなり減入った
		3	非常に減入った
7	日中の身体的及び精神的な活動の状態はいかがでしたか？	0	いつも通り
		1	少し低下した
		2	かなり低下した
		3	非常に低下した
8	日中の眠気はありましたか？	0	全くない
		1	少しあった
		2	かなりあった
		3	激しかった
合計			[1~3点] 睡眠がとれています
			[4~5点] 不眠症の疑いが少しあります
			[6点以上] 不眠症の可能性が高いです

アテネ不眠尺度（Athens Insomnia Scale の日本語版、Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, Inoue Y. Psychiatry Clin Neurosci 2013; 67: 420-425.）は、営利目的ではなく学術研究が目的の場合には自由にご使用いただけます。営利目的あるいは非学術研究での使用を目的とされる場合には、著者による書面での許可が必要です。

(4) 日本語版 リカバリー経験尺度

以下の質問文は、「1日の仕事が終わった後の時間の過ごし方」について尋ねたものです。ご自身の状況に当てはまる程度をお答え下さい。それぞれの質問が類似しているように見えても、すべての項目に回答して下さい。

		全く当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	やや当てはまる	よく当てはまる
01	何をするか自分で決められると思う	1	2	3	4	5
02	新しいことを学ぶ	1	2	3	4	5
03	仕事のことを忘れる	1	2	3	4	5
04	自分のスケジュールは自分で決める	1	2	3	4	5
05	仕事のことは全く考えない	1	2	3	4	5
06	くつろいでリラックスする	1	2	3	4	5
07	知的に挑戦できることを探し出す	1	2	3	4	5
08	やりがいのあることに挑戦する	1	2	3	4	5
09	時間の過ごし方は自分で決める	1	2	3	4	5
10	仕事と距離を置く	1	2	3	4	5
11	リラックスできることをする	1	2	3	4	5
12	リラックスするために時間を使う	1	2	3	4	5
13	自分のやりたいように物事を片付ける	1	2	3	4	5
14	余暇に時間をかける	1	2	3	4	5
15	自分の視野が広がることをする	1	2	3	4	5
16	仕事での負担から離れて、ひと休みする	1	2	3	4	5

【下位尺度と該当項目】

心理的距離：03, 05, 10, 16

リラックス：06, 11, 12, 14

熟達：02, 07, 08, 15

コントロール：01, 04, 09, 13

Shimazu A, Sonnentag S, Kubota K, Kawakami N. Validation of the Japanese version of the recovery experience questionnaire. J Occup Health. 2012;54(3):196-205.

日本語版リカバリー経験尺度(Shimazu, 2012)は、営利目的ではなく学術研究が目的の場合には自由にご使用いただけます。営利目的あるいは非学術研究での使用を目的とされる場合には、著者による書面での許可が必要です。

医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）

はじめに

労働基準法（昭和22年法律第49号）第141条の規定により、医師に対する時間外・休日労働の上限規制が令和6年4月から適用される。

一般の労働者については、同法の規定により、1カ月の時間外労働時間数は45時間を超えないことを原則とし、これに収まらない場合には、労働基準法第36条第1項の規定による時間外・休日労働に関する協定（以下「36協定」という。）の特別条項により、年に6カ月を限度として、月100時間未満の時間外・休日労働が認められているが、その場合の年間の時間外労働は720時間までとされている。また、36協定により労働させる場合であっても、時間外・休日労働について、月100時間未満、かつ、複数月平均80時間以下とすることも求められている。

一方、平成31年3月28日にとりまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会」報告書（以下「報告書」という。）においては、令和6年度以降の上限規制の枠組みとして、医師の時間外・休日労働の上限について、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もとに、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（B・連携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、年間1,860時間・月100時間未満（例外あり）の上限時間数を設定することと整理されたところである。

現状で年間の時間外・休日労働が1,860時間を超える勤務医が約1割、また、年間3,000時間近い時間外・休日労働を行っている勤務医もいる中で、これらの医師も含め、全ての勤務医の時間外・休日労働の年間上限時間数が令和6年度までに上記の960時間又は1,860時間に収まっている必要がある。さらに、報告書においては、B水準を令和17年度末までに廃止することを検討することとされており、より一層の労働時間の短縮の取組が求められる。

このため、令和6年4月の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始及び令和17年度末のB・連携B水準の廃止目標に向けて、医師の健康確保と地域の医療提供体制の確保を両立しつつ、各医療機関における医師の労働時間の短縮を進めていく必要がある。

労働時間の短縮を計画的に進めていく上で、まずは医師労働時間短縮計画（以下「計画」という。）に沿って、医療機関の管理者のリーダーシップの下、医療機関全体として医師の働き方改革を進めていくことが重要である。医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成の在り方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、医療・介護連携や国民の医療のかかり方等における様々な課題が絡み合って存在しているが、その中での医

療機関の役割と取組を明確にし、地域と医療機関内でできることは最大限取り組んでいくという観点からも、計画の策定が不可欠である。その上で、国、都道府県、医療機関、そして医師がそれぞれの立場から、働き方改革に取り組んでいくことが求められる。

本ガイドラインは、計画の策定に当たって、その記載事項や策定の流れ等に関してまとめたものである。なお、今後の制度変更により、本ガイドラインの改定が行われる可能性がある。

令和2年12月

1 趣旨

計画は、報告書において、実際に医師の労働時間を短縮していくために、医療機関内で取り組める事項について作成し、PDCAサイクルによる取組を進めていくためのものと整理されている。すなわち、医療機関において計画的に労働時間短縮に向けた取組が進められるよう、計画には労働時間の短縮に関する目標及び実績並びに労働時間短縮に向けた取組状況を記載し、これに基づきPDCAサイクルの中で、毎年自己評価を行うこととなる。さらに、B・C水準の医療機関の指定の際に、労働時間の状況等を確認するほか、評価機能が行う労働時間及びその短縮に向けた様々な取組に対する評価をする際にも用いられるものとなる。

報告書においては、令和6年4月までの間のなるべく早期に、医師の長時間労働の実態がある一定の医療機関に対して作成を義務付け、「緊急的な取組」の項目等、医師の労働時間短縮のための取組項目を記載するほか、前年度の医師の時間外労働実績（時間数）を記載し、実績と36協定に定められた時間数とが大きく乖離している場合には、その協定時間数の必要性について当該医療機関内で検討した上で、必要に応じて36協定に反映するようにしていくこと等が提案されている。

さらに、報告書において、同計画の策定に当たっては、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の19に基づく「医療勤務環境改善マネジメントシステム」として、各職種（特に医師）が参加して検討を行う等の手順が想定されている。同計画について、PDCAサイクルが実効的に回る仕組みを医療機関内で構築していくこともあわせて求められている。

こうした観点から、実際に医師の労働時間を短縮していくべく、各医療機関において、早期に計画を策定し、医師の働き方改革を推進していくことが重要である。

2 策定義務対象医療機関

年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超える医師の勤務する医療機関については、計画の策定が求められる。

具体的には、令和3年度中に係る36協定の届出を行った医療機関のうち、年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超える36協定を締結する医療機関又は副業・兼業先の労働時間を通算すると予定される年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超える医師が勤務する医療機関は、令和3年10月から令和4年9月末まで（P）に計画を策定し、策定後、医療機関が所在する都道府県に提出する必要がある（その後、毎年、定期的に実績を踏まえて必要な見直しを行い、毎年、都道府県に提出する。）。

今後B・連携B・C水準の指定を受ける予定のない医療機関であっても、令和2年度から令和5年度までの間で、時間外・休日労働の時間数が960時間を超える医師が勤務する医療機関であれば、計画の策定義務対象医療機関に含まれることに留意する必要がある。

また、令和6年度以降については、自らB・連携B・C水準の指定を受けている医療機関に限定されることとなる。

計画は、医療機関毎の取組を記載するものであるが、医師の自己申告等により把握した副業・兼業先の労働時間を通算した時間外・休日労働時間数を基に策定義務対象の判断及び労働時間数の実績及び目標並びに労働時間短縮に向けた取組を記載することとする。

3 計画期間

令和5年度までの計画期間は以下のとおり。

- ・計画始期：令和3年10月から令和4年9月末までの任意の日（P）
- ・計画終期：令和6年3月末日

なお、できる限り早期に労働時間短縮に向けた取組に着手するため、計画始期についてもできる限り早期が望ましい。また、令和6年度以降の計画期間としては、令和6年4月1日を計画始期とし、計画期間は5年を超えない範囲内で任意の日とする。

計画の策定に当たっては、各医療機関は、令和17年度末でのB・連携B水準の廃止を前提に、計画的に労働時間短縮の目標を設定する必要があることに留意するとともに、計画期間内であっても、「5 策定の流れ」のとおり、PDCAサイクルの中で、年1回、計画の見直しを行うこととする。

4 計画の対象医師

計画に記載する労働時間短縮のに向けたマネジメント改革、勤務環境改善等は、個々の医師だけでなく、その医療機関全体に関わるものである。例えば、タスク・シフト／シェアについては、長時間労働を行う医師だけではなく、他の医師や看護師、薬剤師、医師事務作業補助者等の各職種の業務に大きく影響するものであることに留意は必要であるが、計画の第一義的な目的は、長時間労働を行う医師（具体的には、年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超える医師）の労働時間の短縮である。

このため、計画の策定単位としては医療機関を原則とし、計画の対象職種は医師のみとする。また、当該医療機関に勤務する医師のうち、全員を計画の対象とすることも可能であるが、長時間労働を行う個々の医師を特定して当該医師の労働時間の短縮に係る計画を策定することや、長時間労働が恒常的となっている診療科に限定して、診療科単位で策定することも可能とする。

また、B・連携B・C水準のいずれか複数の指定を受けている（受けることを想定している）医療機関は、一つの計画としてまとめて策定することも可能であるが、その場合には、取組の対象となる医師が明らかになるよう計画に記載することが求められる（（例）全勤務医共通の取組とC-1水準の対象となる臨床研修医のみに適用される取組を区別する等）

複数のプログラムについて、C-1水準指定を受けている（受けることを想定している）医療機関についても同様とする。C-1水準指定を受けている医療機関のうち、基幹型研修施設においては、協力型研修施設における労働時間についても把握しプログラム全体として時間外労働時間が適正化されるよう、計画を策定しなければならない。また、B・連携B・

C水準の適用医師で書き分けることも考えられる。

5 策定の流れ

医師、看護師、薬剤師、事務職員等の幅広い医療スタッフの協力の下、一連の過程を定めて継続的に行う自主的な勤務環境改善活動を促進することにより、快適な職場環境を形成し、医療スタッフの健康増進と安全確保を図るとともに、医療の質を高め、患者の安全と健康の確保に資することを目的として、医療機関における「医療勤務環境改善マネジメントシステム」の導入が進められている。

医師労働時間短縮計画の策定においても、医療法第30条の19に基づく努力義務が課されている「医療勤務環境改善マネジメントシステム」のPDCAサイクルを活用して、各医療機関において、医師を含む各職種が参加する合議体で議論し、対象医師に対し計画内容を説明し意見交換する等の手順を踏むことが期待される。

例えば、理事長・院長等経営トップ主導のトップダウンによるチームの組成や問題意識・解決意欲の高い医療スタッフ主導のボトムアップによるチームの組成、人事・事務部門が中心となったプロジェクト・チームの組成、既存の委員会（安全衛生委員会、労働時間等設定改善委員会、業務改善委員会等）や会議の活用が考えられる。ただし、勤務環境改善の取組は、医療機関全体に関わる課題であるため、様々な職種・年代のスタッフを参加させることが重要である。医療機関においては、勤務医を対象とした説明会を開催し、計画の内容について理解を深めるとともに、計画の内容及びその進捗状況について、意見交換の場を設けることが望ましい。働き方改革に関するチームを医療機関内の正式な組織として位置付け、医療機関として本気で取り組んでいく方針を医療機関内に示すことも効果的である。（「医療分野の「雇用の質」向上のための勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き」参照）

計画の策定に当たっては、必要に応じて医療勤務環境改善支援センターに相談し、アドバイスを受けることが望ましい。その際、計画の内容のみならず、医療機関の勤務環境の改善に向けた支援を同センターから受けることも効果的と考えられる。

医療機関は、計画に前年度の実績を記入し、また、必要な見直しを行った上で、毎年、都道府県に提出することとする。

なお、計画については、公表する必要はないものの、医療機関の判断により、公表することを妨げるものではない。

計画を改定する際には、上述のPDCAサイクルの中で自己評価を行うこととする。具体的には、各医療機関において直近1年間の労働時間の短縮状況について確認を行い、医師労働時間短縮目標ライン（6-1①で後述）との乖離の度合い等も踏まえた上で、必要に応じて目標値の見直しや具体的な取組内容の改善等を行うことが期待される。

6 記載事項

計画は、労働時間の状況の適切な把握及び労働時間短縮の取組を促すため、各医療機関に

共通して記載が求められる事項と、医療機関の多様性を踏まえた独自の取組の双方から構成されることが重要である。このため、計画の記載事項を以下のとおり必須記載事項とそれ以外に分け、医療機関の判断により計画の内容を検討できることとする。

一部の診療科や医師を対象とする取組とする場合には、その旨も明らかになるように記載する。

6-1 必須記載事項

① 労働時間数

以下の全ての項目について、前年度実績及び当年度目標並びに計画期間終了年度の目標を記載する。（当年度から終了年度までの間に目標時間数を設定することは任意とする。）

集計する単位としては、指定を受けている（受けることを想定している）水準ごとに医療機関全体（医師に限る。）及び診療科又はプログラム／カリキュラム単位で記載する。対象となる診療科又はプログラム／カリキュラムは、前年度の時間外・休日労働時間数が960時間を超えた医師のいる診療科又はプログラム／カリキュラムとする。（計画期間中に、年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超える医師が新たに生じた場合は、診療科又はプログラム・カリキュラム単位で追加する。）

- ・ 年間の時間外・休日労働時間数の平均
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数の最長
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数 960時間超～1,860時間の人数・割合
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数 1,860時間超の人数・割合

※各医療機関においては、上記の区分を更に細かく区分けする等、医師の年間の時間外・休日労働時間数を適切に把握するための工夫をすることが望ましい。

※C-1水準におけるプログラム／カリキュラム内の各医療機関においては、当該医療機関における研修期間中の労働時間を年単位に換算して年間の時間外・休日労働数を算出する。

国全体の労働時間の短縮目標として、医師労働時間短縮目標ラインが設定されている（詳細は中間とりまとめ6（2）を参照。）ところであるが、各医療機関においては、同ラインを目安に労働時間数の目標値を設定し、計画的な労働時間の短縮に取り組んでいくことが求められる。

② 労務管理・健康管理

36協定の締結や労働と自己研鑽の区別、宿日直許可基準に則った運用は、それ自体、労働時間の短縮に必ずしもつながるものではないものの、法令遵守の観点はもとより、医師の健康確保、働きやすい勤務環境づくりのために不可欠なものである。

以下の全ての項目について、前年度の実績及び当年度の実績並びに計画期

間中の取組内容を記載する。

- ・ 労働時間管理方法
出退勤をどのように管理するか、I Cカードや生体認証等を導入しているか、医師の自己申告等により副業・兼業先の労働時間を把握する仕組みがあるか等
 - ・ 宿日直許可基準に沿った運用
「医師、看護師等の宿日直許可基準について」（令和元年7月1日基発 0701 第8号）に則り、労働基準法施行規則（昭和22年厚生省令第23号）第23条の宿日直許可を得ているか、「宿日直許可のある当直・日直」と「宿日直許可のない当直・日直」とを区別して管理し、労働時間として適正に把握しているか等
 - ・ 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等
「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日基発 0701 第9号）に則り、医師の研鑽に関して、事業場における労働時間該当性を明確にするための手続及び環境の整備を適切に管理しているか等
 - ・ 労使の話し合い、36協定の締結
労使間の協議の場を設けているか、36協定を適切なプロセスを経て締結しているか等
 - ・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
衛生委員会が設置され、定期的に開催されているか、健康診断が適切に実施されているか、産業医や必要な講習を受けた面接指導実施医師を必要数確保しているか等
 - ・ 追加的健康確保措置の実施（※）
連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等の追加的健康確保措置を行っているかどうか等
- （※）令和6年3月以前は、まだ義務付けられていないため、記載は任意。

③ 意識改革・啓発

働き方改革の推進は、管理者と個々の医師の意識改革が重要であり、以下の項目のうち、最低1つの取組の実績と目標を計画に記載する。ただし、働き方改革に関する意識改革・啓発につながるとされる医療機関独自の取組に代えることも可能とする。

- ・ 管理者マネジメント研修
病院長や診療科長等が管理者のマネジメント研修を受講しているか等
- ・ 働き方改革に関する医師の意識改革
働き方改革について医師の意見を聴く仕組みを設けているか、医療機関が進める働き方改革の内容について医師にきちんと周知する仕組みが整っているか等
- ・ 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明
医療を受ける者やその家族等に対し、医師の働き方改革を進めていること、それに

より、外来等の場面で影響があることについて、理解を求める旨の掲示を行っているか等

④ 策定プロセス

「5 策定の流れ」にもあるとおり、各職種が参加する委員会や会議、チーム等において計画の検討を行い、策定したか、また、計画内容について医師にきちんと周知されているか等を記載する。

6-2 任意記載事項

以下の項目については、各医療機関の勤務する職員の状況や提供する診療業務の内容などに依るところが大きく、取組の実施可能性が大きく異なることが考えられる。このため、これらの項目については、(1)～(4)それぞれにおいて、最低1つの取組の実績と目標を計画に記載する。ただし、以下の具体的取組は、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」（平成30年2月27日医師の働き方改革に関する検討会）等で挙げられている事項であり、あくまで具体例であるため、医療機関独自の取組に代えることも可能とする。なお、【「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」における議論を踏まえ、タスク・シフト/シェアに関する通知を発出予定であり、(1)における取組を記載する際には、当該通知を参考にすること。】（記載ぶりP）

(1) タスク・シフト/シェア

①職種に関わりなく特に推進するもの

- i) 説明と同意
- ii) 各種書類の下書き・作成
- iii) 診察前の予診等
- iv) 患者の誘導

②職種毎に推進するもの

- i) 助産師
 - ・助産師外来・院内助産（低リスク妊婦に対する妊婦健診・分娩管理、妊産婦の保健指導）
- ii) 看護師
 - ・特定行為（38行為21区分）
 - ・予め特定された患者に対し、事前に取り決めたプロトコールに沿って、医師が事前に処方した薬剤の投与、採血・検査の実施
 - ・救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づき、血液検査オーダー入力、採血・検査の実施

- ・画像下治療(IVR)/血管造影検査等各種検査・治療における介助
- ・注射、ワクチン接種、静脈採血（静脈路からの採血を含む）、静脈路確保・抜去及び止血、末梢留置型中心静脈カテーテルの抜去及び止血、動脈ラインからの採血、動脈ラインの抜去及び止血
- ・尿道カテーテル留置・助産師外来

iii) 薬剤師

- ・手術室・病棟等における薬剤の払い出し、手術後残薬回収、薬剤の調製等、薬剤の管理に関する業務
- ・事前に取り決めたプロトコールに沿って、処方された薬剤の変更（投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格等）
- ・服薬指導、処方提案、処方支援

iv) 診療放射線技師

- ・血管造影・画像下治療(IVR)における医師の指示の下、画像を得るためカテーテル及びガイドワイヤー等の位置を医師と協働して調整する操作
- ・医師の事前指示に基づく、撮影部位の確認・追加撮影オーダー（検査で認められた所見について、客観的な結果を確認し、医師に報告）

v) 臨床検査技師

- ・心臓・血管カテーテル検査・治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作（超音波検査や心電図検査、血管内の血圧の観察・測定等）
- ・病棟・外来における採血業務（血液培養を含む検体採取）

vi) 臨床工学技士

- ・手術室、内視鏡室、心臓・血管カテーテル室等での清潔野における器械出し（器械や診療材料等）
- ・医師の具体的指示の下、全身麻酔装置の操作や人工心肺装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定等

vii) 医師事務作業補助者

- ・医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力

(2) 医師の業務の見直し

- ・外来業務の見直し
- ・日当直の体制や分担の見直し

- ・ 日当直中の業務の見直し
- ・ オンコール体制の見直し
- ・ 主治医制の見直し
- ・ 副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理

(3) その他の勤務環境改善

- ・ ICTその他の設備投資
音声入力システムを導入している等
- ・ 出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援
短時間勤務、時差出勤、変形労働時間制の導入、宿日直の免除、院内保育・病児保育・学童保育・介護サービスの整備や利用料補助等
- ・ 更なるチーム医療の推進
介護、福祉の関係職種との連携等

(4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

- ・ 副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理（再掲）
- ・ 副業・兼業先との勤務シフトの調整
- ・ 副業・兼業先への医師労働時間短縮の協力要請
副業・兼業先における、宿日直許可基準に該当する場合の当該許可の取得、円滑な引継ぎ等によりできる限り予定していた時間内での勤務となるような配慮、派遣する医師が長時間労働となっている場合の医師の変更の受入等の協力要請

7 評価機能による評価における計画の位置づけ

B・連携B・C水準の対象医療機関として都道府県により指定を受ける場合には、評価機能による評価の受審が必要になる。また、都道府県による医療機関の指定は、その評価結果を踏まえて行われることとなる。

評価機能による評価は、計画に記載された目標の項目に基づいて評価を行うこととなるため、その意味でも、計画に記載する目標は医療機関にとって重要となる。

ただし、評価機能は、客観的な評価基準を元に、医療機関における医師の労働時間の実績や、労働時間短縮の取組状況を評価する。このため、計画に、実現可能性の高い項目のみ記載することや、実績を勘案して不十分な目標値を設定することは、必ずしも良い評価結果を得るとは限らない。

また、評価結果に応じて計画の見直しを行うことも重要である。評価結果は、単に良い悪いといった定量的な評価だけではなく、取組が不十分であり、改善すべき事項も明らかになる。このため、取組目標の追加や妥当な目標値への再設定を行い、実効性のある計画とすることが必要である。

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
(評価項目と評価基準)

令和2年12月
厚生労働省

本ガイドライン及び評価項目と評価基準は、令和元年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究事業）の「医療機関の医師の労働時間短縮の取組状況の評価に関する研究」研究班において作成された「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」及び「医師の労働時間短縮の取組状況 評価項目と評価基準（評価の視点／評価の要素）」（令和2年3月）に、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」における検討を踏まえ、必要な修正を行ったものである。

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

1 趣旨

平成 31 年 3 月 28 日に取りまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会」報告書では 2024 年 4 月から施行される診療に従事する勤務医の時間外労働上限規制について、年間の時間外・休日労働の上限を原則 960 時間以下とするが、地域医療における必要性等の理由がある場合については、「地域医療確保暫定特例水準」として、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場合については、「集中的技能向上水準」（以下「C水準」という。）として、都道府県知事が指定する医療機関について年間 1,860 時間まで時間外・休日労働を認めることとしている。さらに、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」中間とりまとめにおいて、「地域医療確保暫定特例水準」の中に、

- ・ 地域医療提供体制の確保の観点から必須とされる機能を果たすために、当該医療機関における時間外・休日労働が年 960 時間を超えざるを得ない場合に上限を年 1,860 時間とする水準（以下「B水準」という。）に加えて、
- ・ 地域医療提供体制の確保のために他の医療機関に派遣され、当該副業・兼業先での労働時間と通算した時間外・休日労働が年 960 時間を超えざるを得ない場合に通算の上限を年 1,860 時間とする水準（以下「連携B水準」という。）を設けることとされている。

この「B水準」、「連携B水準」及び「C水準」の対象要件に個々の医療機関が該当するか否かについては、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組状況について、評価を実施し、その結果を踏まえて都道府県が指定することとされている。

本ガイドラインでは、医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価の際に必要な視点と実施内容について具体的に明らかにする。

2 労働時間短縮の取組における考え方

① 労務管理体制の構築と就業ルールの正しい設定と周知

- ・ 法人側は労務管理に関する責任者（以下「労務管理責任者」という。）1 名を置き、責任の所在とその役割を明確にすること。なお、その際には必要に応じて勤務環境改善支援センターや社会保険労務士等の専門家に意見を聞くことが望ましい。
- ・ 法人側は労務管理に関する事務の統括部署（以下「事務統括部署」という。）を置き、責任の所在とその役割を明確にすること。
- ・ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、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すること。その際には衛生委員会や労働時間等設定改善委員会の中に位置づけることも可能とする。
- ・ 就業規則、36 協定、宿日直許可基準、裁量労働制を採用している場合には裁量労働制の定めに沿って、有効なものを作成し、法的に定められた方法で届出を実施すること。
- ・ 法人の管理者、労務管理責任者、各診療部門の長又はシフト管理者においては、これらの就業ルールについて、周知・理解しておくこと。
- ・ 勤務医に対し、労働契約書・労働条件通知書は書面で交付し、明示すること。その際には、事前に診療科ごとに合意形成を行った上で交付することが望ましい。
- ・ 勤務医に対し、就業ルール、勤怠管理方法等について入職時に周知していること。
- ・ 36 協定の締結に際し、労働者代表の選出が必要な場合には、適切な選出プロセスを経ていること。（関連法規：労働基準法施行規則（昭和 22 年厚生省令第 23 号）第 6 条の 2）
- ・ 36 協定の締結については、前年度実績を踏まえた適切なものとしていること。36 協定の適正な締結に向けて、協定当事者間で労働時間実績や医師の労働時間短縮の取組を共有、意見交換を行っていること。

- ・ 宿日直許可については、宿直時間における就業実態を確認のうえ、宿直のシフト時間帯における労働時間と通常勤務の時間帯を区別して管理を行うこと。（注：許可のない宿直の場合には労働時間として把握・管理を行うこと）（通知：令和元年7月1日基発0701第8号）
- ・ 自己研鑽については、通知を前提とし、医療機関内でルールを定め、周知、把握、管理を行うこと。（通知：令和元年7月1日基発0701第9号）
- ・ （代償休息については、医療機関内でルールを定め、周知、把握、管理を行うこと。）
- ・ 労働時間短縮計画策定にあたっては、計画内容について、多職種が参画した意見交換の場を設けること。また、すべての医師に対して、計画内容を周知するとともに、意見を徴収する取組を行うこと。

評価項目としては、以下に定める
→1.1.1、1.1.2、1.2.1、1.2.2

② 勤務医の勤務計画の計画的な作成

- ・ 医師の勤務については、所定労働時間、法定休日等に留意し、休日の確保、副業・兼業先の労働時間、宿日直（許可あり、許可なし）の取り扱い、待機の取り扱い等を明確にしたうえで、勤務計画を作成すること。
- ・ 追加的健康確保措置の「勤務間インターバル」や「連続勤務時間制限」についても加味したうえでの勤務計画を作成すること。
- ・ 勤務計画は対象月の前月末までに完成しており、以下のチェック基準を網羅する勤務計画のダブルチェック実施体制をとることを推奨する。
 - ・ 法定休日の確保
 - ・ 副業・兼業先の勤務時間
 - ・ 宿日直の時間
 - ・ 勤務間インターバルの確保
 - ・ 連続勤務時間制限

評価項目としては、以下に定める
→2.1.1

③ 勤務医の労働時間の実態把握と管理

- ・ 医療機関においては、医師の労働時間の把握が行われていない場合が多いため、まず出勤時間と退勤時間から労働（滞在）時間を把握すること。
（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することが望ましいが、日をまたぐ勤務も多く、正確なデータの収集が困難な場合もあるため、少なくとも医師が労働（滞在）時間を正しく申告する体制は整備する：労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン）
- ・ 時間外勤務時間について、労働ではない時間（主に自己研鑽）も含めて把握すること。副業・兼業先についてはあらかじめ決まっているものについては事前に勤務予定を報告する仕組みとするとともに、副業・兼業の勤務時間も少なくとも月に1回は医師が申告する仕組みとし、その内容を把握すること。また、予定していた勤務時間に大きな変更があったと判断される場合には、速やかに申告を求める仕組みとすることが望ましい。
- ・ 月に1回は管理者、労務管理責任者及び事務統括部署が医療機関全体の医師の勤務状況について、把握すること。
- ・ 時間外労働時間の超過防止や休日の確保、代償休息の取得等における勤務変更に対応するため、月に2回、各診療部門の長又はシフト管理者が管理下にある医師の労働時

間の状況について把握できること。

- ・ 医師本人へ自身の労働時間について、インターバルの確保、時間外労働時間の制限や代償休息の確保などに対応できるように、月に1回フィードバックされること。
- ・ 月ごとの勤務実態や把握や注意喚起を実施しているにも関わらず、勤務実態に課題がある診療科や医師については、医療機関として行動変容を起こす取組を実施することが望ましい。
- ・ 実態を反映した労働時間に関する勤怠管理データを集計し、年次、診療科、B水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師についての傾向や労働時間の変化を確認すること。

評価項目としては、以下に定める

→2.1.2、3.1.1

④ 医師の労働時間短縮に向けた取組

- ・ 医療機関内の管理職層に向けたマネジメント研修が少なくとも年に1回実施されていること。
- ・ 各診療部門の長又はシフト管理者に、就業ルールや労務管理、シフト作成・管理に関する研修が少なくとも年に1回実施されていること。
- ・ 医師に対して、勤怠管理や当人が実施すべき内容（就業開始、退勤時刻の申告、時間外勤務の自己研鑽部分のルール確認等）について、少なくとも年に1回周知され、さらにB水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師に対しては、勤怠管理や当人が理解すべき内容（就業開始、退勤時刻の申告、健康管理の重要性等）に関する研修が少なくとも年に1回は実施されていること。
- ・ 勤務医の労働時間短縮を実現するためには、近郊の患者、地域住民、またクリニックの理解が不可欠である。「上手な医療のかかり方」に係る取組を踏まえ、自院が果たすべき役割（病診連携、外来診療のあり方、対象患者等）を検討し、対策を実施していること。
- ・ 夜間、休日の診療について、宿日直の時間帯に勤務する医師を減少させるための対策を検討し、実施していること。（例：各科当直の廃止等）
- ・ 複数主治医制やチーム制等の労働時間短縮効果が期待できる取組を導入し、効率的な診療体制を検討し、実施していること。
- ・ 会議や研修の効率化・合理化等が検討され、実施されていること。
- ・ タスク・シフト/シェアについて、検討会において特に推進するとされている事項などのうち、現行制度上、多職種が可能であるが、シフトできていない項目（とグレーゾーンでないことが明確になった項目）は必須で進める等の取組を進めていること。
- ・ 「上手な医療のかかり方」に係る取組を踏まえつつ、医療機関の取組の中で、患者に理解を求める必要がある内容（営業時間外の病状説明の原則廃止、外来診療科の制限や時間短縮など）において、掲示やホームページ等で患者への周知が行われ、配慮されていること。
- ・ 年に1回は患者満足度調査を実施し、医療の質の低下や医療機関の課題と捉える内容について、情報を収集していること。
- ・ 短時間勤務や院内保育所整備等の多様な働き方の提示と整備するとともに、ICTを活用した業務効率化の推進に取り組んでいること。

評価項目としては、以下に定める

→2.2.1、2.2.2、2.2.3、2.2.4、2.2.5、3.1.3

⑤ 医師の健康確保に関する取組

- ・ 産業医又は面接指導実施医師については、複数制を推奨し、医師が相談可能な体制を整備すること。
- ・ 追加的健康確保措置をとるにあたって、産業医又は面接指導実施医師とともに担当の事務職員の配置もしくは健康管理センターのような組織と協働すること。
- ・ 面接指導が必要な医師数に対して、適切な数の産業医又は面接指導実施医師を担保し、実施すること。
- ・ 衛生委員会の審議事項として、「長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策の樹立に関すること」（労働安全衛生規則（昭和47年労働省令第32号）第22条第9号）とあり、追加的健康措置においても、事業者から産業医が勧告等の報告がなされるため、既存の衛生委員会の効果的な活用が求められるが、医療機関の組織体制として、長時間勤務医師の健康確保に特化した他の実施体制を敷くことも可能である。
- ・ 健康診断については、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第66条に基づき、適切に実施すること。
- ・ 健康診断の実施時には、期間を長めに設定したり、連携病院なども含めどこでも健診可能としたり、受診しやすい仕組みを法人で提示することが望ましい。
- ・ B水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師については特に、健康診断で追加での検査、受診が必要とされた場合の受診勧奨、またその結果のフォローまで確認することが望ましい。
- ・ 面接指導対象の医師については、本人のみではなく、所属長及びシフト管理者にも面接指導の実施について連絡体制が確保されていること。
- ・ 就業上の措置が必要となった場合、当該医師の所属長とシフト管理者には管理者又は労務管理責任者より通知する体制がとられること。
- ・ 就業上の措置が必要となった場合、当該医師個人が勤務変更等の調整を実施するのではなく、事務部門、所属長又はシフト管理者が実施すること。
- ・ 年に1回は職員満足度調査及びB水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師からの意見収集を実施し、健康面と勤務へのモチベーション、医療提供体制に関する懸念事項等の内容について、情報を収集していること。

評価項目としては、以下に定める

→1.3.1、1.3.2、1.3.3、2.1.3、3.1.2

医師の労働時間短縮の取組状況 評価項目と評価基準

評価の視点／評価の要素

目 次

1 労務管理体制（ストラクチャー）	
1.1 労務管理の適正化に向けた取組	
1.1.1 適切な労働管理体制の構築	8
1.1.2 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備・届出・周知	9
1.2 36協定等の自己点検や労使交渉等の状況	
1.2.1 36協定等の自己点検	10
1.2.2 労使交渉の状況	11
1.3 産業保健の仕組みと活用	
1.3.1 面接指導実施医師等の支援体制の確立	12
1.3.2 衛生委員会の状況	13
1.3.3 健康診断の実施状況	14
2 医師の労働時間短縮に向けた取組（プロセス）	
2.1 医師の労務管理における適切な把握と管理体制	
2.1.1 医師の適切な労働時間の計画的な把握と勤務計画の作成	15
2.1.2 医師の適切な労働時間の管理	16
2.1.3 医師の適切な面接指導・就業上の措置の実施	17
2.2 医師の労働時間短縮に向けた取組の推進	
2.2.1 医療機関の労働時間短縮に向けた検討と改善活動の実施	18
2.2.2 診療体制の見直しと改善への取組の実施	19
2.2.3 タスク・シフト／シェアの実施	20
2.2.4 医師の働き方に関する改善への取組の実施	21
2.2.5 患者・地域への周知・理解促進への取組の実施	22
3 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（アウトカム）	
3.1 労務管理体制の構築と時間短縮に向けた取組実施後の結果の把握	
3.1.1 医療機関全体の状況	23
3.1.2 医師の状況	24
3.1.3 患者の状況	25

1 労務管理体制（ストラクチャー）

1.1 労務管理の適正化に向けた取組

1.1.1 適切な労働管理体制の構築

【評価の視点】

- 労働時間管理の適正化に向けた体制の構築が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 労務管理に関する責任者とその役割の明確化
- 労務管理に関する事務の統括部署とその役割の明確化
- 労働時間についての医療機関での定義の実施
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

1. 労務管理に関する責任者を明確に示している	○or×
2. 労務管理に関する事務の統括部署が明確に存在する	○or×
3. 医療機関において自己研鑽のルールを定めている	○or×
4. 医療機関において代償休息のルールを定めている	○or×
5. 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議が設置されている	○or× (勤務環境改善の委員会や働き方の改善ワーキンググループなどが存在する)

1.1.2 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備・届出・周知

【評価の視点】

- 人事・労務管理の仕組みや各種規程が適切に整備され、届出、周知がされていることを評価する。

【評価の要素】

- 就業規則の整備、周知状況
- 賃金規則の整備、周知状況
- 医師個人との雇用契約の締結と明示
- 時間外労働や休日等の正しい申告、管理のための医師への周知
- 宿日直許可の届出とその時間の扱い方の整備

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

6. 就業規則、賃金規則などは変更があった際には、見直し、更新され、周知されている	○or× (常に最新の状況を保っている)
7. 就業規則をいつでも医師が確認することができる	○or× (各部署に配布、院内ネットワークなどに常時掲載しアクセス可能等)
8. 賃金規則をいつでも医師が確認することができる	○or× (各部署に配布、院内ネットワークなどに常時掲載しアクセス可能等)
9. 雇用契約を医師個人と締結し、雇用契約書又は労働条件通知書を書面で交付している	○or×
10. 入職時に、就業規則や労働時間の管理方法に関して、医師本人へ周知をしている	○or× (オリエンテーション時にレクチャー、マニュアル配布等)
11. 「宿日直許可のある当直、日直」と「宿日直許可のない当直、日直」とを区別して管理し、労働時間として正しい把握を行っている	○or× (許可のない宿直の場合には、17時から翌8時までの勤務であれば、15時間の勤務として扱い、インターバルを確保する等)

1.2 36協定等の自己点検や労使交渉等の状況

1.2.1 36協定の自己点検

【評価の視点】

- 36協定の自己点検が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 医師を含む自施設の医療従事者に関する36協定の自己点検の状況
- 医師を含む自施設の医療従事者に関する36協定の見直しの状況
- 36協定を超えた時間外労働時間が発生している場合の見直しの実施状況
- 36協定を超えた時間外労働時間が発生している場合の改善計画の有無及びその内容

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

12. 36協定に適合しているかの自己点検を実施している	○or× (定めた時間を超過していないかを点検する体制がある)
13. 36協定を1年に1回は見直しを実施している	○or×
14. 36協定を超えた時間外労働が発生した場合の見直し方法がある	○or× (定めた時間を超過していた場合にどのように見直すかの手順が定められている)
15. 36協定を超えた時間外労働が発生した場合の見直しを実施しており、改善計画に基づいて実施している	○or× (改善策のヒアリングで実施していると判断できれば○)

1.2.2 労使交渉の状況

【評価の視点】

- 労使交渉について、適切な対応が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 36協定の締結当事者となる過半数代表者の選出状況
- 医師の労働時間や環境に関する意見のくみ取りの実施状況

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

16. 36協定の締結当事者となる過半数代表者が適切な選出プロセスを経て実施されている	○or× (36協定を締結するための過半数代表者を選出することを明らかにしたうえで、投票、挙手などにより選出している)
17. 36協定を実態に即して適切に締結している	○or× (昨年度の実績や、労働時間短縮等に向けた取組状況を確認した上で議論を行っている)
18. 医師（特にB水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師）から意見をくみ取る仕組みがある	○or× (組合の意見として出て来てもよい、医師への個別ヒアリング等でもやっていれば○)

1.3 産業保健の仕組みと活用

1.3.1 面接指導実施医師等の支援体制の確立

【評価の視点】

- 面接指導実施医師が適切に長時間勤務の医師に対して適切にフォローができる体制が構築されていることを評価する。

【評価の要素】

- 面接指導実施医師の配置
- 面接指導実施医師が産業医でない場合に対応について産業医に相談可能な組織体制
- 追加的健康確保措置に必要な面接指導が実施できる体制の整備

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

19. 少なくとも 2 名以上の複数体制で面接指導実施医師が相談可能な体制が担保されている	○or×
20. 面接指導が必要な医師数に対して、適切な数の面接指導実施医師を担保し、実施している	○or× (産業医や面接指導実施医師からの意見などを聞き、体制を整備できていれば○)
21. 追加的健康確保措置の実施にあたり、産業医、面接指導実施医師のみではなく、多職種のサポートが可能な体制がある	○or× (担当の人事職員の配置や健康管理センター等の組織の活用などがあれば○)

1.3.2 衛生委員会の状況

【評価の視点】

- 衛生委員会が設置され、適切に運営されていることを評価する。

【評価の要素】

- 衛生委員会の開催実施状況
- 衛生委員会の構成員
- 衛生委員会での長時間勤務の職員の対応状況の確認の実施とその内容
- 長時間勤務の職員の対応について検討する代替機能の有無
- 1.1.1であげた「多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議」との役割分担又は協働に関する内容

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

22. 適切な実施頻度・内容で行われている	○or× (月に1回、構成員も定められたとおりに招集していれば○)
23. 長時間勤務の職員の対応状況の共有や対策等が検討されている	○or× (議論されていれば○)
24. (検討されていない場合)他に長時間勤務の職員の対応について検討する代替機能がある	○or× (勤務環境改善の委員会や働き方の改善ワーキンググループなどで実施していれば○)

1.3.3 健康診断の実施状況

【評価の視点】

- 健康診断について、適切に実施、フォローが行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 医師の健康診断の実施状況
- B水準、連携B水準及びC水準の勤務状況にある医師の健康診断の実施状況
- 健康診断を受けやすくする体制整備の状況
- 健康診断で問題があった場合のフォロー体制、仕組みの有無

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

25. 医師の健康診断の実施率	○or × (100%であれば○)
26. B水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師の健康診断の実施率	○or × (100%であれば○)
27. 健康診断の実施時には、受診しやすい選択肢を提示し、受診を促している	○or × (受診可能期間を長めに設定したり、連携病院なども含め、どこでも健診可能とした工夫などがあれば○)
28. B水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師については、健康診断の結果による追加検査や再受診が必要とされた場合の受診勧奨、またその結果のフォローをしている	○or × (全体的に受診勧奨の体制がある、本人へ連絡し促しているなどで○)

2 医師の労働時間短縮に向けた取組（プロセス）

2.1 医師の労務管理における適切な把握と管理体制

2.1.1 医師の適切な労働時間の計画的な把握と勤務計画の作成

【評価の視点】

- 医師の労働時間を毎月、計画的に把握し勤務計画を作成していることを評価する。

【評価の要素】

- 月の総労働時間を網羅した勤務計画の作成
- 法定休日の取得を意識した勤務計画の作成
- 副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画の作成
- 宿日直の時間の適切な取り扱いを行った上での勤務計画の作成
- 連続勤務時間の制限を意識した勤務計画の作成
- 勤務間インターバルを意識した勤務計画の作成
- 作成した勤務計画のチェック体制

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

29. 勤務医の該当月の総労働時間を把握した上で勤務計画が作成されている	○or×
30. 法定休日が確保された勤務計画となっている	○or× (週に1回の休日があれば○)
31. 副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画となっている	○or× (副業・兼業先の宿日直許可基準も把握し、時間を含めていれば○)
32. 宿日直の時間の適切な取り扱いを行った上での勤務計画となっている	○or× (許可あり、許可なしによる取り扱いを実施して作成されていれば○)
33. 連続勤務時間の制限を意識した勤務計画が作成されている	○or×
34. 勤務間インターバルを意識した勤務計画が作成されている	○or×
35. 作成された勤務計画について、事務の統括部署が主体となった体制でダブルチェックが実施されている	○or× (事務の統括部署が把握できていないのは×、医局秘書等の活用もOKであるが、主体的に把握する体制となっていれば○)

2.1.2 医師の適切な労働時間の管理

【評価の視点】

- 医師の労働時間を毎月、計画的に管理していることを評価する。

【評価の要素】

- 主とする医療機関における医師の出勤時間と退勤時間を把握する仕組み
- 労働ではない時間（主に自己研鑽）を把握する仕組み
- 副業・兼業先の労働時間を把握する仕組み
- 医師本人へ労働時間を知らせる体制
- 所属長又はシフト管理者が管理下にある医師の労働時間を把握する体制
- 管理者、労務管理責任者及び事務統括部署が医療機関全体の医師の労働時間を把握する体制

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

36. 主とする医療機関における出勤日の労働（滞在）時間を把握することができる	○or× （客観的記録が望ましいが、日々の出勤状況と労働（滞在）時間を把握できる仕組みがあり、実施していれば○）
37. 労働ではない時間（主に自己研鑽）を把握することができる	○or× （時間外労働時間の申告時に医療機関のルールに沿って自己研鑽を申告していれば○）
38. 副業・兼業先の労働時間をあらかじめ把握する仕組みとするとともに、労働時間の実績を少なくとも月に1回は、把握する仕組みがある	○or× （勤務計画通りの労働時間であったか、申告等で確認できていれば○）
39. 少なくとも月に2回、各診療部門の長または勤務計画管理者が管理下にある医師の労働時間の状況について把握することができる	○or×
40. 少なくとも月に1回は医師本人へ自身の労働時間について、フィードバックされている	○or×
41. 少なくとも月に1回は管理者、労務管理責任者及び事務統括部署が医療機関全体の医師の勤務状況について、把握している	○or×
42. 月ごとの勤務実態や把握や注意喚起を実施しているにも関わらず、勤務実態に課題がある診療科や医師については、医療機関として行動変容を起さず取組を実施している	○or× （診療科長、本人との面談等、注意喚起を実施していれば○）

2.1.3 医師の適切な面接指導・就業上の措置の実施

【評価の視点】

- 医師の面接指導・就業上の措置が適切に行われていることを評価する

【評価の要素】

- 面接指導の対象者の適切な把握
- 面接指導対象医師と所属長等への案内方法
- 面接指導対象医師への面接指導実施状況
- 就業上の措置が必要な医師への配慮
- 就業上の措置が必要な医師の所属長及び医療機関への管理者への報告方法

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

43. 時間外労働が100時間超になる面接指導対象医師が月単位で把握できる仕組みがある	○or× (80時間超で把握する仕組みや衛生委員会で把握できる等であれば○)
44. 100時間超になる対象医師へ面接指導の案内や連絡が確実に取れる体制がある	○or× (電話での連絡や、メールでも返信などで確認がとれていれば○)
45. 面接指導について、医師本人に加えて、所属長及びシフト管理者にも面接実施についての連絡体制がある	○or× (所属長についても、返信などの確認が取れていれば○)
46. 対象の医師に面接指導が実施され、医療機関に報告されている	○or× (面談結果の報告についての記録があれば○)
47. 就業上の措置が必要となった場合、当該医師の所属長とシフト管理者に対し、管理者、労務管理責任者又は委任された者や部署より通知する体制がとられている	○or× (強制力が担保され、実行されていれば○)
48. 就業上の措置が必要となった場合、当該医師の勤務調整を事務部門、所属長又はシフト管理者が実施している	○or× (医師個人が勤務変更等の調整を実施しないでもよい体制があれば○)

2.2 医師の労働時間短縮に向けた取組の推進

2.2.1 医療機関の労働時間短縮に向けた検討と改善活動の実施

【評価の視点】

- 医師の労働時間短縮に向けた研修や周知の取組が行われていることを評価する
- 自院が果たすべき役割（病診連携、外来診療のあり方、対象患者等）を検討し、対策を講じていることを評価する

【評価の要素】

- 医療機関の管理職層へ向けたマネジメント研修の実施
- 各診療部門の長又はシフト管理者（医師）に向けた労務管理に関する研修の実施
- 勤務医に対する勤怠管理、実施義務等に関する研修、周知の実施
- 自院が果たすべき役割の検討と実施

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

49. 医療機関内の管理職層に対して、労務管理を主としたマネジメント研修が少なくとも年に1回は実施されている	○or ×
50. 各診療部門の長又はシフト管理者に対して、就業ルールやシフト作成・管理に関する研修が少なくとも年に1回は実施されている	○or ×
51. 医師に対して、勤怠管理や当人が実施すべき内容（就業開始、退勤時刻の申告、時間外勤務の自己研鑽部分のルール確認等）について、少なくとも年に1回周知されている	○or ×
52. B水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師に対しては、勤怠管理や当人が理解すべき内容（就業開始、退勤時刻の申告、健康管理の重要性等）に関する研修が少なくとも年に1回は実施されている	○or ×
53. 自院が果たすべき役割について検討され、対策を講じている	○or × (外来診療や病診連携などの取組内容があれば○)

2.2.2 診療体制の見直しと改善への取組の実施

【評価の視点】

- 医療機関における夜間、休日の診療体制について労働時間を短縮するための取組が行われていることを評価する
- 医療機関における時間外労働の削減のための取組が行われていることを評価する

【評価の要素】

- 交代勤務制の検討・導入・実施
- 変形労働時間制の検討・導入・実施
- 労働時間短縮に向けた夜間当直帯・休日日直の運用の検討・実施
- 複数主治医制やチーム制の導入・実施
- 各診療科における労働時間短縮の取組の実施
- その他これらと同等に短縮効果が期待される取組の実施
- 会議の効率化、合理化の実施

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

54. 医療機関全体において、夜間帯の診療体制について、労働時間短縮のための取組を少なくとも一つは実施している	○or× (評価の要素に入っている内容を一つでも実施していれば○)
55. 医療機関全体において、休日の診療体制について、労働時間短縮のための取組を少なくとも一つは実施している	○or× (評価の要素に入っている内容を一つでも実施していれば○)
56. 時間外労働の削減のための取組を少なくとも一つは実施している	○or× (評価の要素に入っている内容を一つでも実施していれば○)
57. 会議の効率化や合理化について実施している	○or× (会議についての取組、会議削減数や削減時間等を提示できれば○)

2.2.3 タスク・シフト/シェアの実施

【評価の視点】

- タスク・シフト/シェアの実施に向けた取組が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 「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」において特に推進するとされている事項などのタスク・シフト/シェアが可能なものの取組状況
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の適切な運営
- 特定行為研修修了看護師の活用
- タスク・シフト/シェアの実施に関する患者への説明、院内掲示状況

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

58. タスク・シフト/シェアが可能な業務について、院内の規則でタスク・シフト/シェアを妨げないことを確認している	Oor× (医療安全のルールとシフト業務についての整合性を確認していれば○)
59. タスク・シフト/シェアにおける医師の労働時間短縮に効果的な事項等について、業務の移行を進めている	Oor× (実際に進められていれば○)
60. 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議でタスク・シフト/シェアについて検討・推進されている	Oor× (検討していれば○)
61. 特定行為研修修了の看護師の活用のため、配置を検討・実際に採用している	Oor× (検討していれば○)
62. タスク・シフト/シェアについて、患者への説明が院内掲示等によって実施されている	Oor×

2.2.4 医師の働き方に関する改善への取組の実施

【評価の視点】

- 医師の働き方について、改善への取組を進めていることを評価する

【評価の要素】

- 短時間勤務等の多様で柔軟な働き方の提示と整備状況
- 院内保育や他の保育支援等の整備状況
- ICTを活用した業務効率化の推進
- これらの取組の院内への周知の実施

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

63. 医師が短時間勤務等を希望した場合に受け入れ、活用できる環境がある	○or× (短時間勤務医の勤務環境が整備されていれば○)
64. 短時間勤務医を活用できる環境が整備され、勤務医全体の労働時間短縮に寄与する取組を進めている	○or× (短時間勤務医2名で常勤1名の扱いなど、活用できていれば○)
65. 医師が働きやすい子育て支援環境を整備している	○or× (院内保育や保育に関する補助などがされていれば○)
66. ICTを活用し、労働時間や業務に関わる時間が減少する取組を検討している	○or× (検討している記録があれば○)

2.2.5 患者・地域への周知・理解促進への取組の実施

【評価の視点】

- 医師の労働時間短縮に関する医療機関の取組が、患者や地域の人々、近隣の医療機関に対して十分に周知されていることを評価する。

【評価の要素】

- 「上手な医療のかかり方」を踏まえた、患者、地域の理解を要する内容についての周知の実施
- 近隣の医療機関に対してのメッセージの発信

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

67. 医療機関の取組の中で、患者に理解を求める必要がある内容（営業時間外の病状説明の原則廃止、外来診療科の制限や時間短縮など）において、掲示やホームページ等で患者への周知が行われ、配慮されている	○or×
68. 近隣の医療機関に対し、病診連携等を意識した協同のメッセージや密なコミュニケーションを取っている	○or× (研修会の実施、連携会議などを実施していれば○)

3 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 (アウトカム)

3.1 労務管理体制の構築と時間短縮に向けた取組実施後の結果の把握

3.1.1 医療機関全体の状況

【評価の視点】

- 医療機関全体の取組実施後の労働時間の把握が適切に行われていることを評価する
- 追加的健康確保措置が適切に行われていることを評価する

【評価の要素】

- 実態を伴った年間の時間外労働時間数の把握
- 連続勤務時間制限の実施状況
- 勤務間インターバルの実施状況
- 代償休息の取得実施状況
- 面接指導が必要な医師に対しての実施状況

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

69. B水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師の年間平均労働時間数	
70. B水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師の年間最長労働時間数	
71. 960時間超1860時間以下の医師の人数・割合・属性	
72. 1860時間超の医師の人数・割合・属性	
73. 連続勤務時間制限の履行状況	
74. 勤務間インターバルの履行状況	
75. 代償休息の実施状況	
76. 面接指導対象の医師に対する面接指導実施状況	

3.1.2 医師の状況

【評価の視点】

- 労働時間短縮の取組の実施により、健康面でサポートが得られており、問題なく医師が勤務できていることを評価する
- 労働時間短縮の取組の実施により、医師の働くモチベーションが担保されていることを評価する

【評価の要素】

- 職員満足度調査の実施
- B水準適用医師、連携B水準適用医師及び(C)水準適用医師からの意見収集の実施

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

77. 年に1回は職員満足度調査並びにB水準適用医師、連携B水準適用医師及びC水準適用医師からの意見収集を実施し、健康面と勤務へのモチベーション、医療提供体制に関する懸念事項等の内容について、情報を収集している	○or× (職員満足度調査を併用し、該当医師からアンケートやヒアリング等で意見を収集し、把握していれば○)
---	--

3.1.3 患者の状況

【評価の視点】

- 労働時間短縮の取組の実施により、患者の意見として挙がってくる中から医療機関が課題と捉える内容について確認していることを評価する

【評価の要素】

- 患者満足度調査又は患者の意見収集の実施

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

78. 年に1回は患者満足度調査又は患者からの意見収集を実施し、医療の質の低下や医療機関が課題と捉える内容について、情報を収集している	○or× (ヒアリング等でも○)
---	---------------------

参考資料

「医師の働き方改革の推進に関する検討会」について

- ◆ 医師に対しては、2024年4月から時間外労働の上限規制が適用される。その規制の具体的内容等について検討してきた「医師の働き方改革に関する検討会」において、労働基準法体系において定める上限規制と医事法制・医療政策における対応を組み合わせ、医師の診療業務の特殊性を踏まえた働き方改革を推進していくことを内容とする報告書がとりまとめられた。
- ◆ これを受け、当該報告書において引き続き検討することとされた事項について、有識者の参集を得て具体的検討を行う。

構成員

(計16名) (※五十音順)

- | | |
|--------|------------------------|
| 家保 英隆 | 高知県健康政策部副部長 |
| 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 |
| ◎遠藤 久夫 | 学習院大学経済学部教授 |
| 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 | 岡山大学病院ダイバーシティ推進センター教授 |
| 城守 国斗 | 公益社団法人日本医師会常任理事 |
| 島崎 謙治 | 国際医療福祉大学大学院教授 |
| 島田 陽一 | 早稲田大学法学部教授 |
| 鈴木 幸雄 | 横浜市立大学産婦人科助教 |
| 堤 明純 | 北里大学医学部教授 |
| 仁平 章 | 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 |
- (※令和2年3月に、村上 陽子 日本労働組合総連合会総合労働局長と交代)
- | | |
|-------|-----------------------------|
| 馬場 武彦 | 社会医療法人ペガサス理事長 |
| 水島 郁子 | 大阪大学大学院高等司法研究科教授 |
| 森 正樹 | 日本医学会副会長(九州大学大学院消化器・総合外科教授) |
| 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 | 千葉大学副学長・千葉大学大学院医学研究院眼科学教授 |

◎：座長 資料No. 2-112

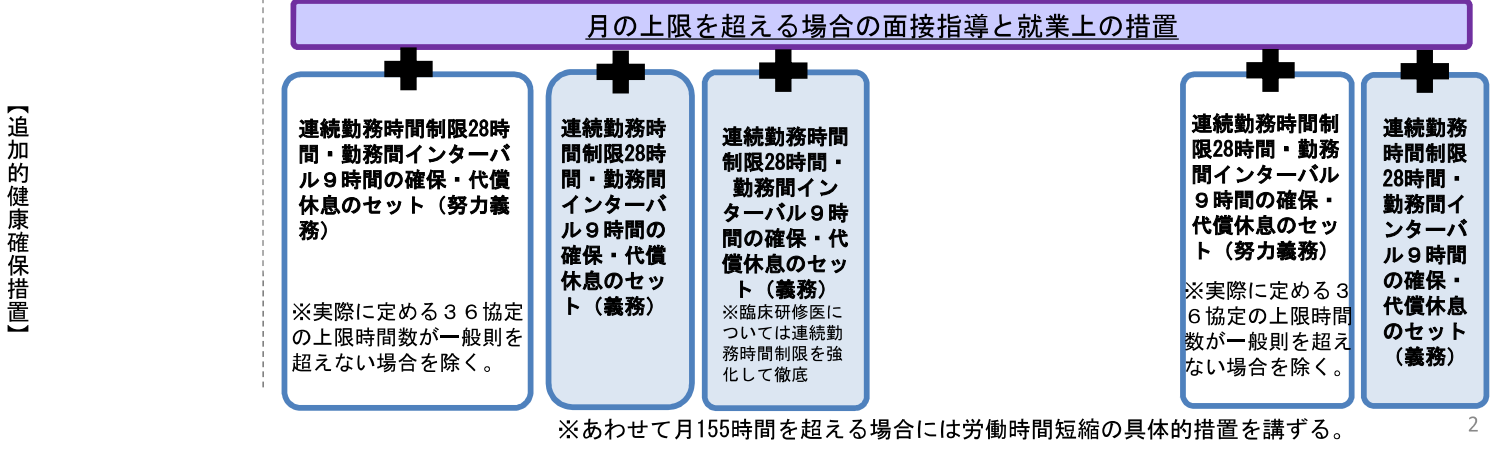
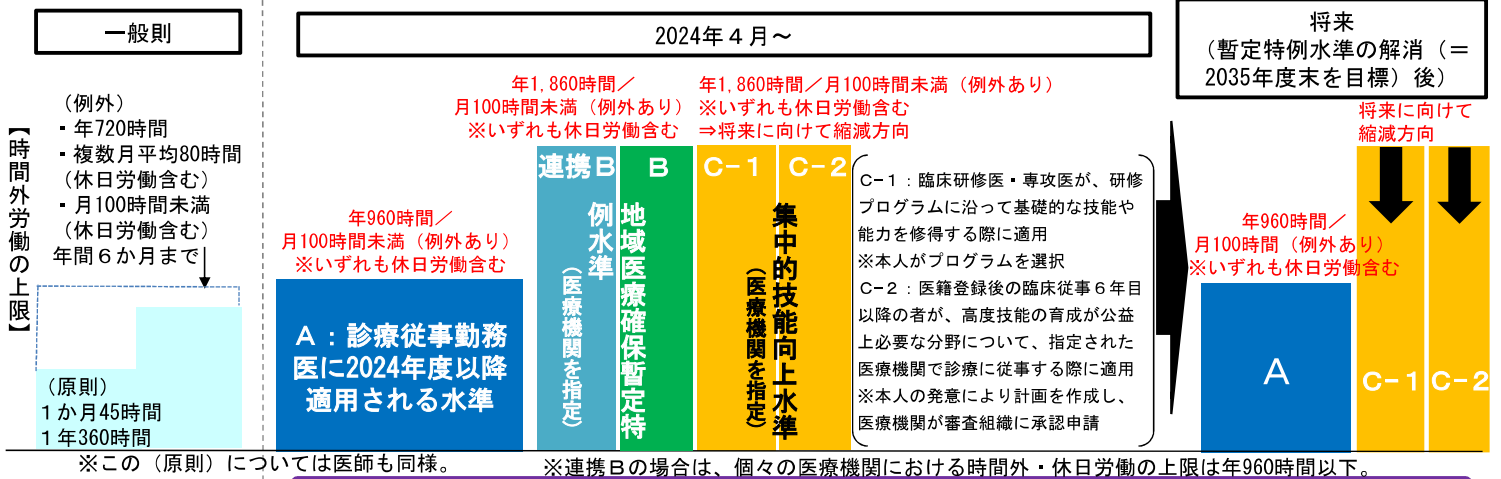
本検討会の検討事項

- (1) 医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項
 - 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の特定にかかる枠組み
 - 追加的健康確保措置の義務化及び履行確保にかかる枠組み
 - 医師労働時間短縮計画、評価機能にかかる枠組み 等
- (2) 医師の時間外労働の実態把握
- (3) その他

検討のスケジュール

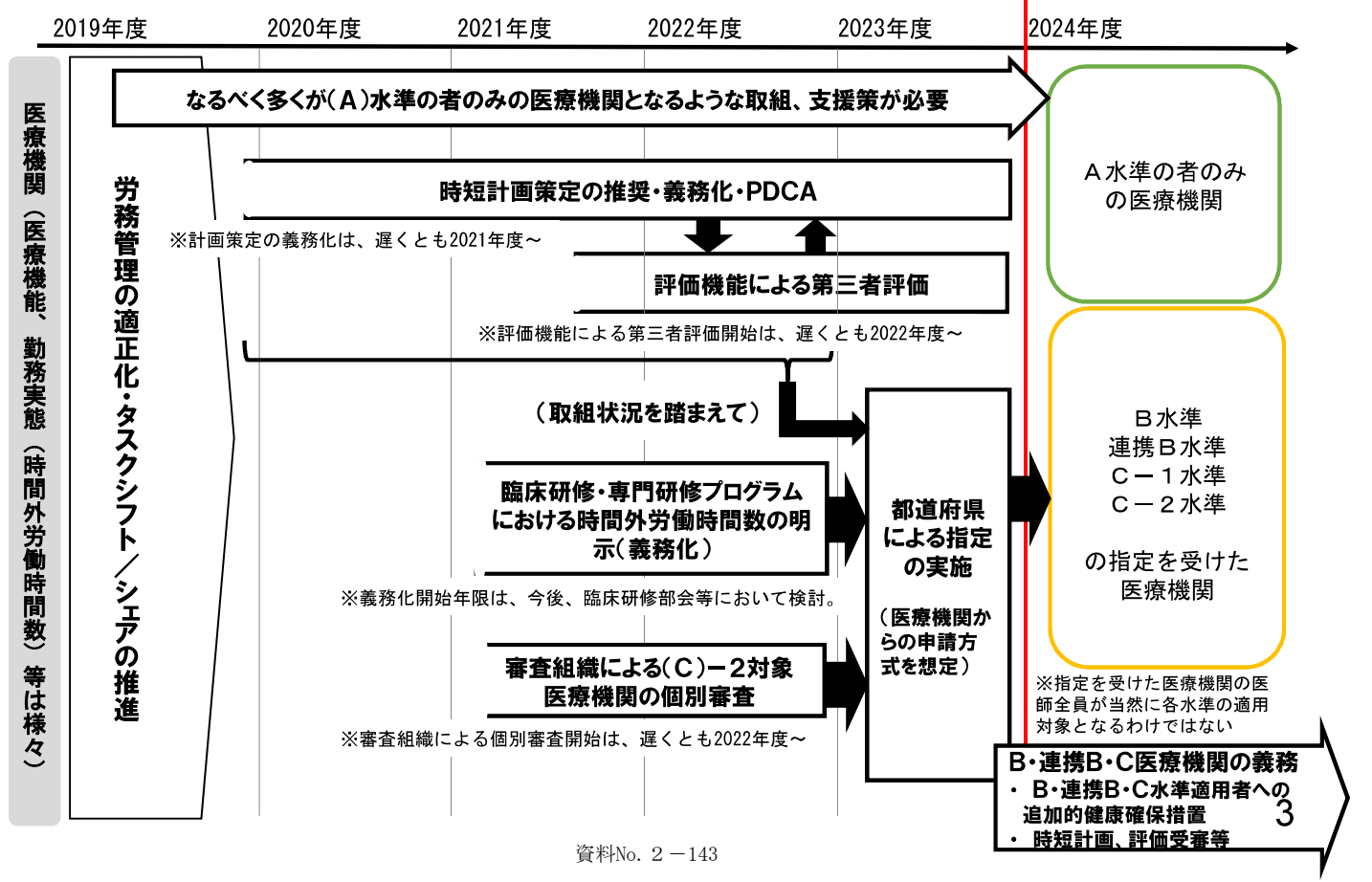
- ◆第1回(令和元年7月5日) 医事法制・医療政策における措置を要する事項等について
- ◆第2回(令和元年9月2日) 追加的健康確保措置の履行確保の枠組み・医師労働時間短縮計画及び評価機能のあり方について
- ◆第3回(令和元年10月2日) 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組みについて
- ◆第4回(令和元年11月6日) 評価機能について
- ◆第5回(令和元年12月2日) 評価機能について
- ◆第6回(令和元年12月26日) これまでの議論のまとめについて
- ◆第7回(令和2年3月11日) 医師の働き方改革について
- ◆第8回(令和2年8月28日) 医師労働時間短縮計画策定ガイドライン、医師の実態調査及び地域医療への影響調査について 等
- ◆第9回(令和2年9月30日) 副業・兼業を行う医師の地域医療確保暫定特例水準適用、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について 等
- ◆第10回(令和2年11月18日) これまでの議論のまとめについて
- ◆第11回(令和2年12月14日) 中間とりまとめ(案)について

医師の時間外労働規制について



2024年4月までの見通し

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始(改正労働基準法の施行)



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・カリキュラム認定医療機関である			○		
3 特定高度技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。
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する必要がある	○		○	○	
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
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

4

地域医療確保暫定特例水準の対象となる医療機関の要件

地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）の対象となる医療機関の要件のうち、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の詳細は、以下のとおり。

B水準対象医療機関

【医療機能】

- ◆「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」・「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」双方の観点から、
 - i 三次救急医療機関
 - ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
 - iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
 - iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
(例) 精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関
- ◆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を提供する医療機関
(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

【長時間労働の必要性】 ※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、下記の医師に限られる。

- ◆上記機能を果たすために、やむなく、予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在すること。

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、下記の医師に限られる。

- ◆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時間を超える医師が存在すること。
(※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・休日労働の上限は年960時間)

※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。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

5

B・連携B水準の指定のフロー

B・連携B水準対象医療機関の指定

36協定
締結

業務開始・追加的健康確保措置の実施
等

- 医療機関は、医師労働時間短縮計画を策定し、都道府県へ提出。計画に沿って、労働時間の短縮に取り組む。
- 評価機能による評価を受ける。

- 医療機関からのB・連携B水準の指定申請を受け、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A水準を超える必要がある医療機関として、都道府県医療審議会への意見聴取の後、都道府県が指定する。
- 指定に伴い、当該医療機関に追加的健康確保措置が義務付けられる。

B水準については対象業務について36協定で特定

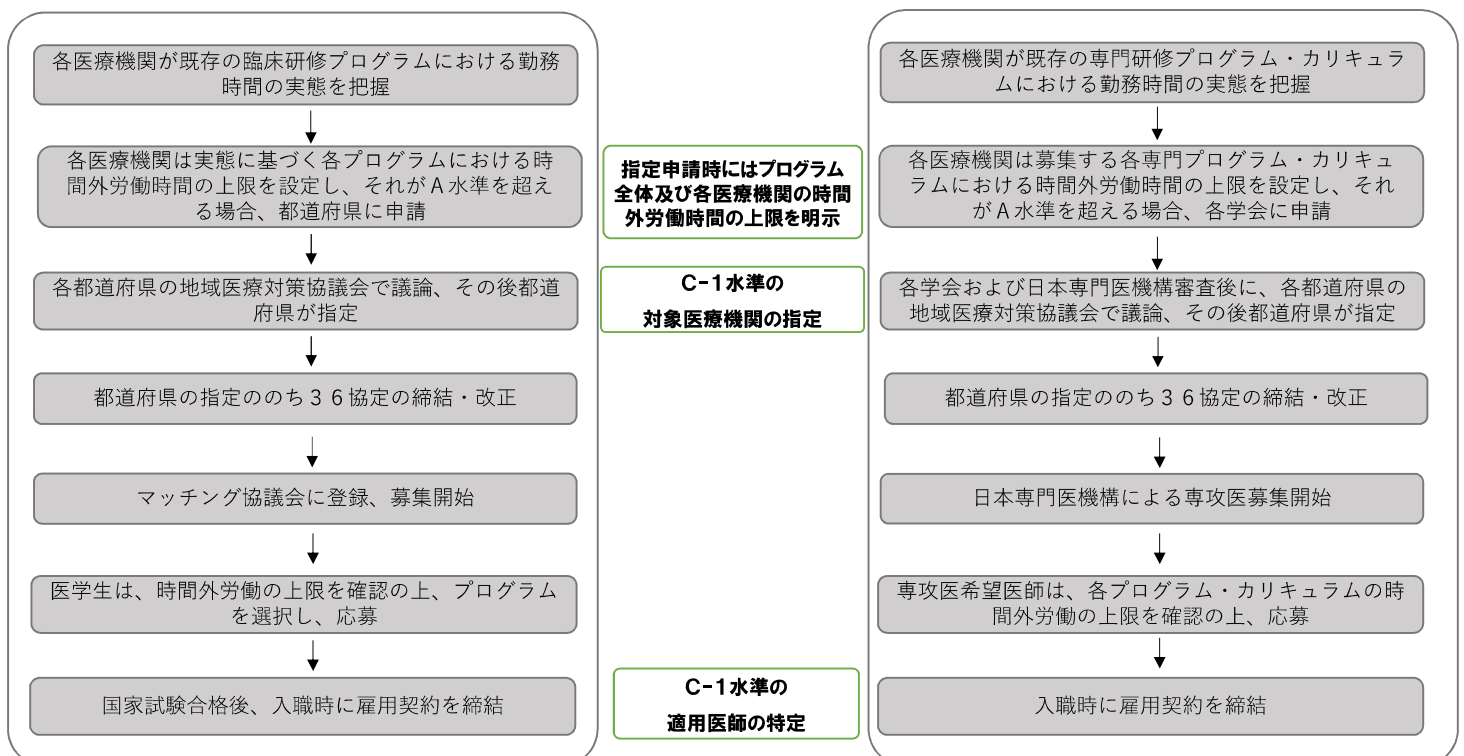
- 医師の労働時間短縮に必要な支援（マネジメント改革支援、地域医療提供体制における機能分化・連携の推進、医師偏在対策における重点的な支援等）を受け、労働時間短縮に取り組む。
- 追加的健康確保措置の実施。未実施の場合には、段階的な履行確保の枠組の中で、改善に向けて取り組む。

6

C-1水準の指定のフロー

[臨床研修プログラム]

[専門研修プログラム]



C-1 水準対象医療機関の指定

○：必要となる項目

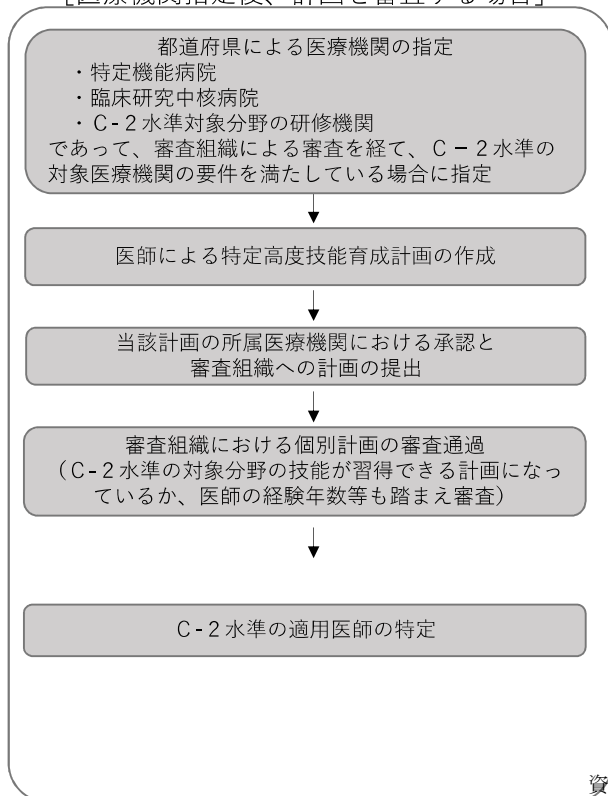
時間外・休日労働の実態※	基幹型臨床研修病院／専門研修基幹施設		協力型臨床研修病院／専門研修連携施設		カリキュラム制における専門研修施設	
	A水準	A水準超え	A水準	A水準超え	A水準	A水準超え
時間外・休日労働時間数の上限の設定及び明示	研修期間中及びプログラム全体の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示する		研修期間中の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示するとともに、基幹型臨床研修病院／基幹施設に報告する		研修期間中の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示する	
時間外・休日労働時間数の管理及び実績の明示	研修期間中及びプログラム全体の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を明示する		研修期間中の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を明示するとともに、基幹型臨床研修病院／基幹施設に報告する		研修期間中の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を明示する	
C-1 水準の指定	-	○	-	○	-	○
C-1 水準の指定の申請	○ ※協力型臨床研修病院／連携施設の申請について申請に係る事務を代行する場合のみ	○ ※協力型臨床研修病院／連携施設の申請について申請に係る事務を代行することも可能	-	○ ※基幹型臨床研修病院／基幹施設が申請に係る事務を代行することも可能	-	○
追加的健康確保措置	A水準に準ずる	B水準に準ずる	A水準に準ずる	B水準に準ずる	A水準に準ずる	B水準に準ずる
医師労働時間短縮計画の作成	-	○	-	○	-	○
都道府県への上記計画の提出	C-1 水準の指定の申請に準ずる					
評価機能による評価の受審	-	○	-	○ ※基幹型臨床研修病院／基幹施設が訪問評価を受ける場合であって、当該医療機関における研修期間が1年未満の場合には書面評価でも可能	-	○

※当該医療機関における研修期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働が年960時間以下の場合はA水準、年960時間を超える場合はA水準超えとする。

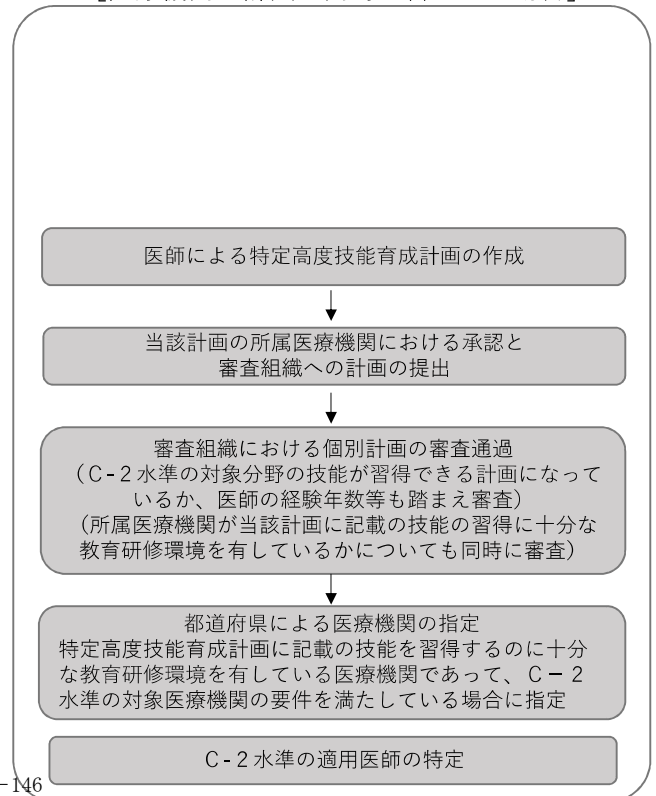
C-2 水準の指定のフロー

厚生労働大臣による分野の公示
審査組織は特定高度技能及びその詳細（習得に必要なとされる設備、症例数、指導医等）を示す

[医療機関指定後、計画を審査する場合]

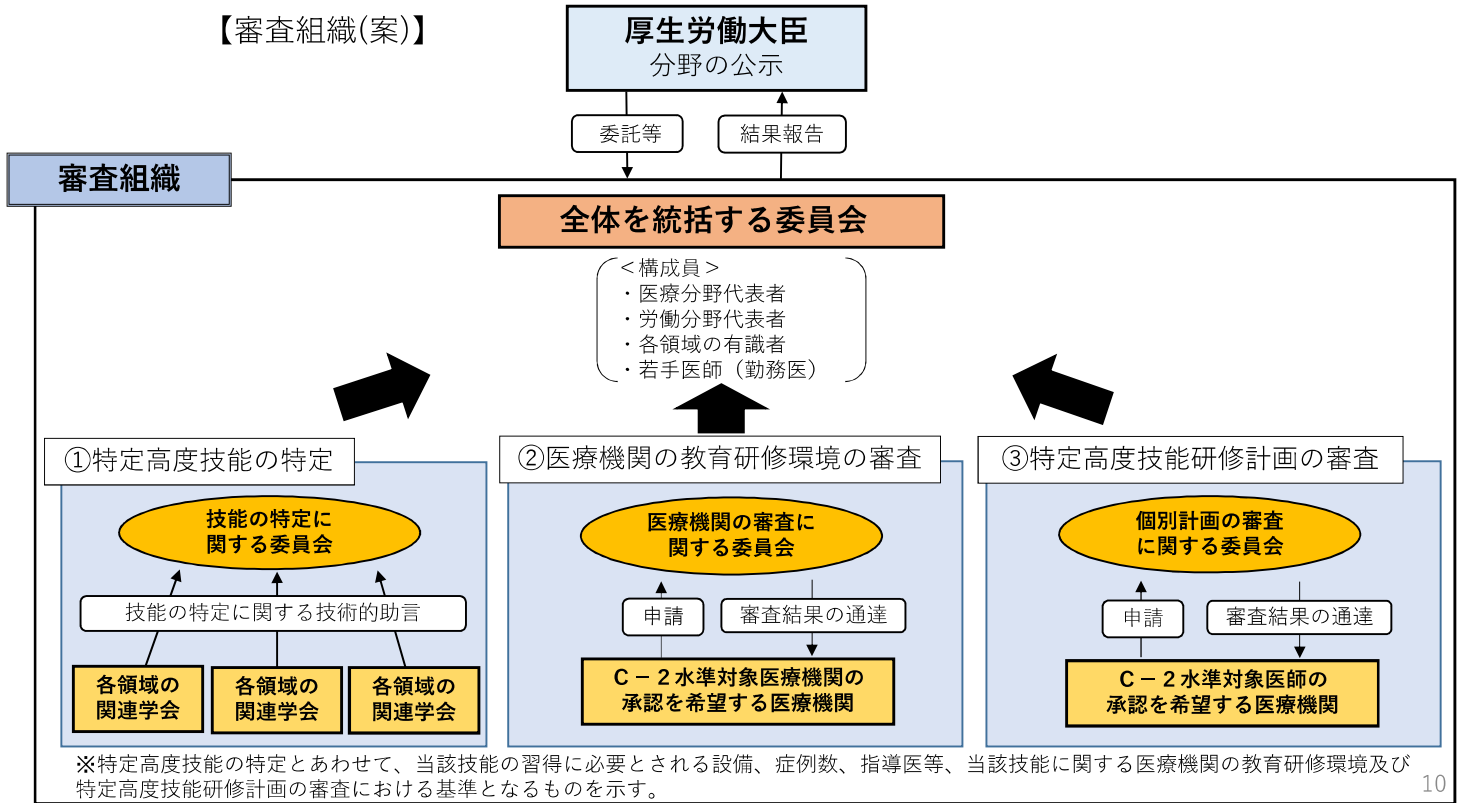


[医療機関と計画を同時に審査する場合]



C-2水準の審査組織について(案)

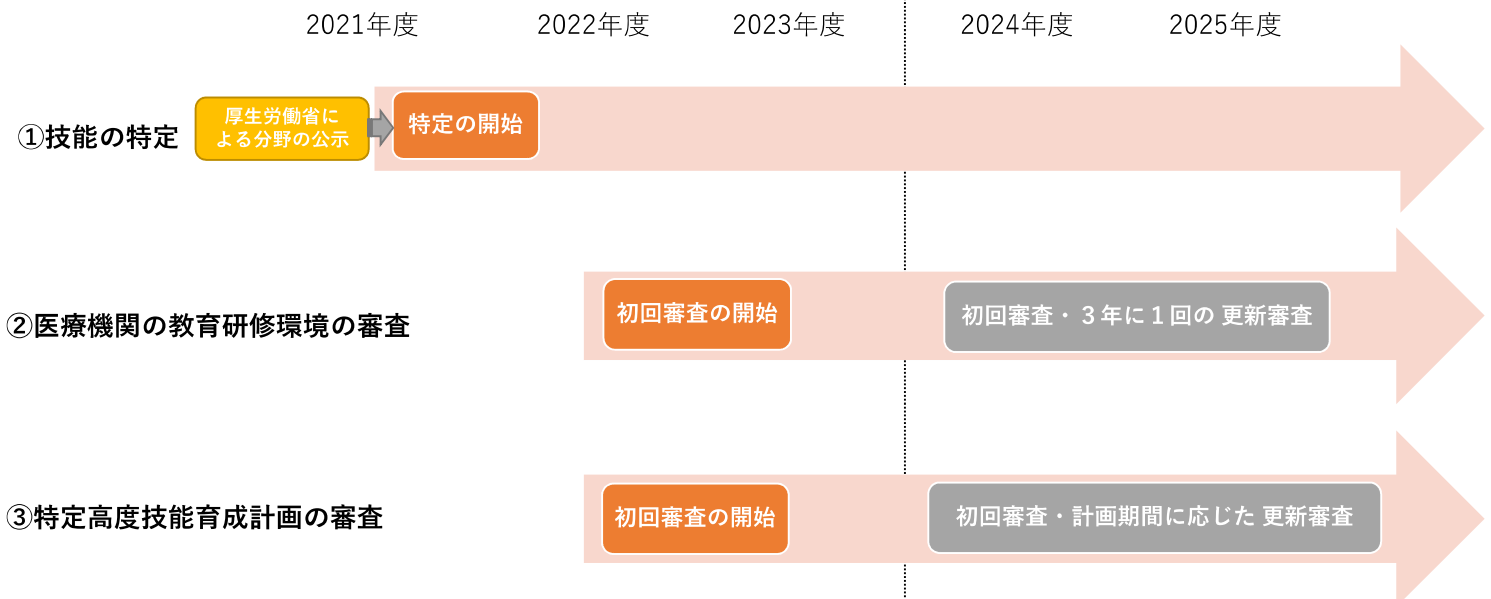
- 審査組織については、特定高度技能の特定や審査業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要があるが、具体的な組織の運営方法については、以下のように、厚生労働省からの委託等の形とし、各領域の関連学会から審査への参加や技術的助言を得ることとする。



10

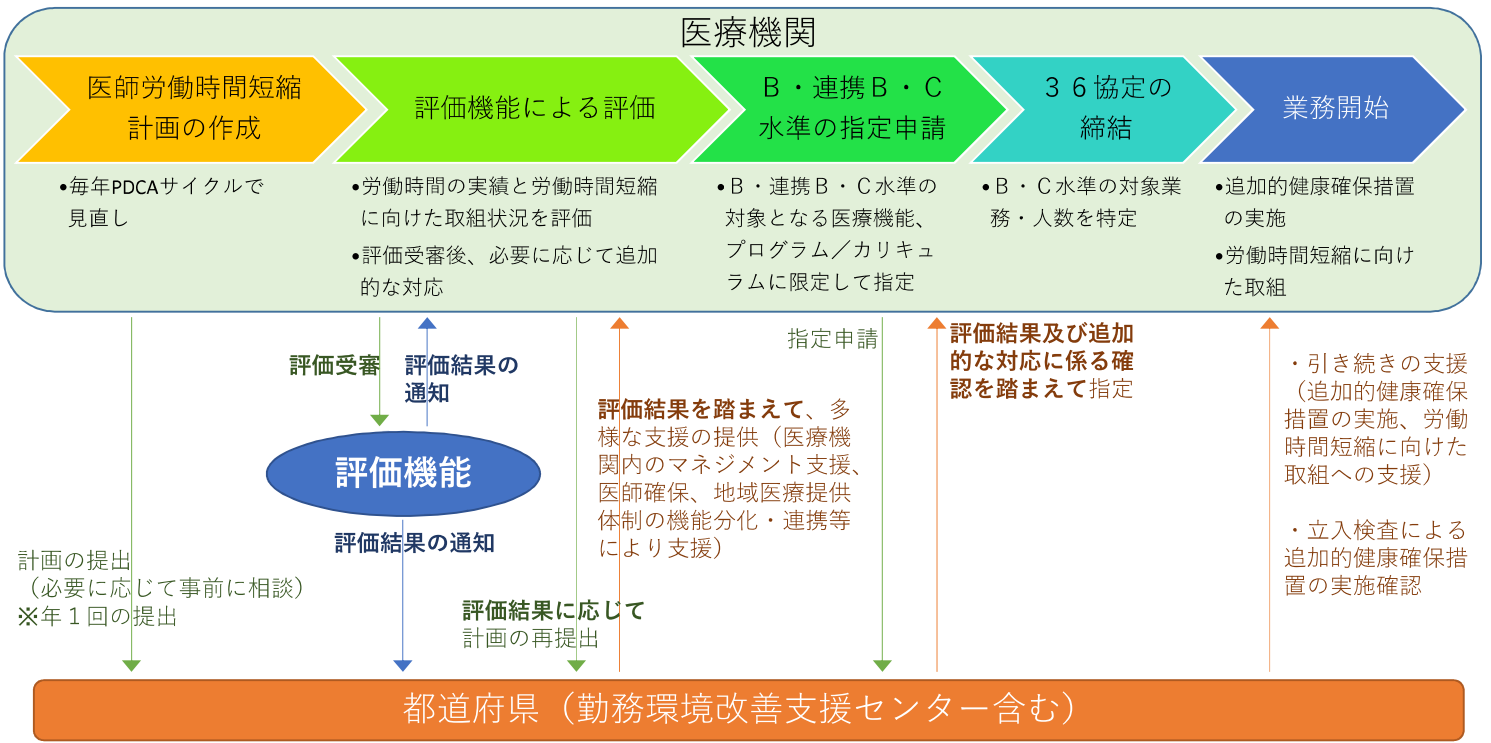
審査組織の業務のスケジュール(案)

- 医療機関の研修環境及び医師個人の特定高度技研修計画の個別審査に先立ち、まずは特定高度技能の特定を行う必要がある。2021年度中には当該技能の特定を開始し、その後、2022年度中には医療機関の研修環境及び医師個人が作成する特定高度技研修計画の個別審査を開始する。
- 2024年度以降は、初回審査に加え、医療機関は3年に1回、特定高度技能研修計画は計画期間（3年以内）に応じて、更新に係る審査を実施する。



※2021年度までに、特定高度技能育成計画等の申請書類の様式、審査方法、審査基準等を策定する。

B・連携B・C水準の指定に当たっての基本的な流れ



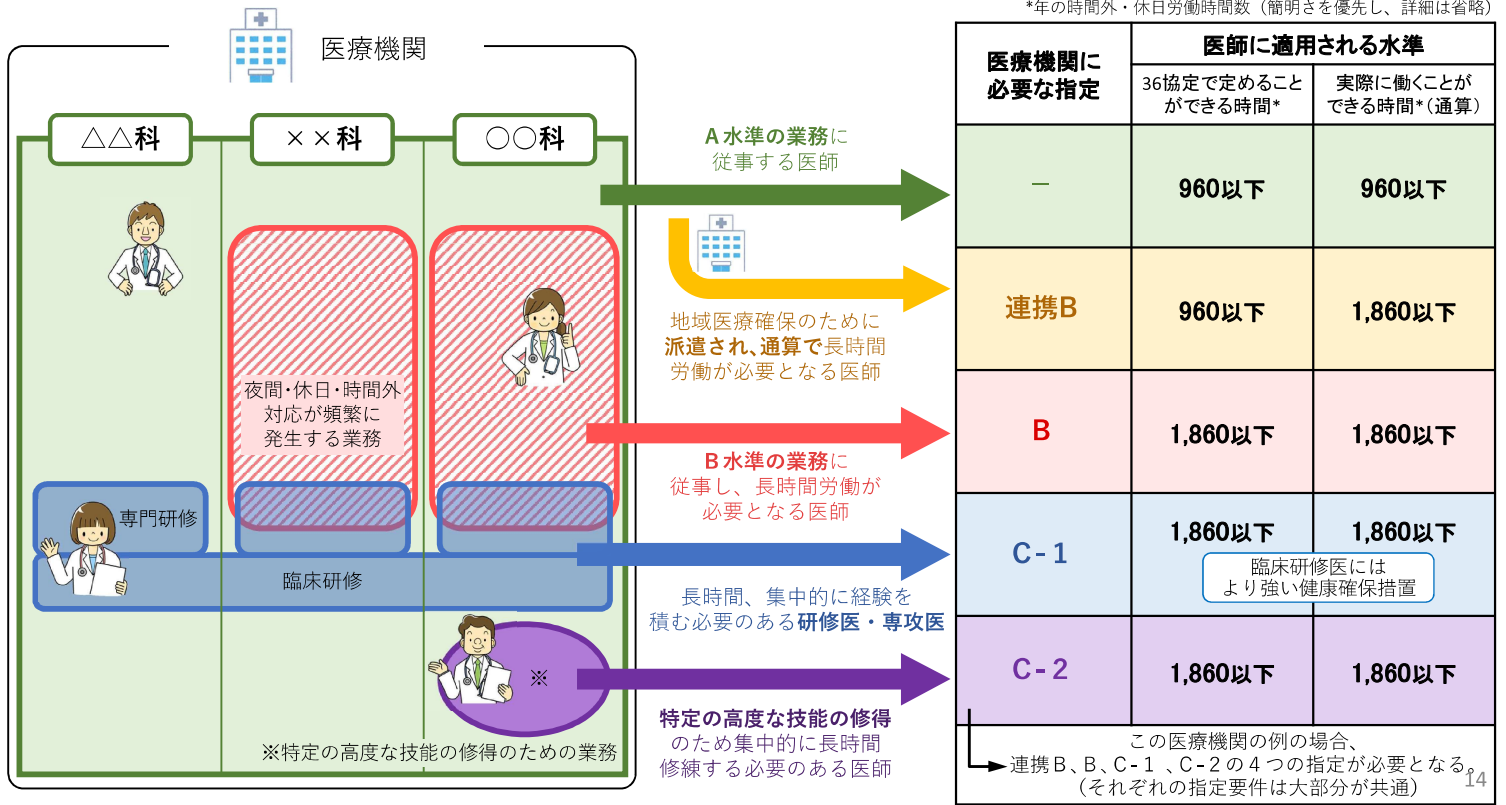
C-2水準の対象医療機関としての36協定の締結に当たっては、C-2水準の対象医療機関としての都道府県の指定のほか、審査組織による審査（医療機関の教育研修環境、医師個人の特定高度技能研修計画の内容）が必要。

B・連携B・C水準の指定に係る労働時間の確認に関する各機関の役割

	B水準・連携B水準	C-1水準		C-2水準
		臨床研修	専門研修	
都道府県				
年次報告（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第12条）、 実地調査	—	前年度の労働時間の実績とその年の想定労働時間数に乖離が見られた場合、必要に応じて実地調査を行い、改善を求める。	—	—
研修医募集	—	各プログラムは、労働時間の実績を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—	—
B・連携B・C水準指定	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び 都道府県医療審議会等 の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び 都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会等 の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。 ※「研修の効率化」と「適正な労務管理」については、 同計画及び評価機能 による評価結果により確認。	—	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び 審査組織 の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。
立入検査 （医療法第25条第1項）	B・連携B・C水準対象医療機関が時間外・休日労働時間数に応じた面接指導、勤務間インターバル等の追加的健康確保措置を適切に実施しているか否かを年1回確認し、必要に応じて指導、改善命令を行う。			
各学会、日本専門医機構				
専攻医募集	—	—	各プログラムは、労働時間の実績と想定労働時間数を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—
評価機能	B・連携B・C水準対象医療機関の時間外・休日労働時間数、労務管理、労働時間短縮に向けた取組状況（研修の効率化を含む。）について評価。短縮していない場合には、短縮に向けた追加的な対応が取られていることを確認。			
審査組織	—	—	—	医療機関の教育研修環境及び医師が作成する特定高度技能育成計画の内容から、高度技能の医師の育成が可能であり、技能習得・維持に相当程度の従事が必要であることを審査。

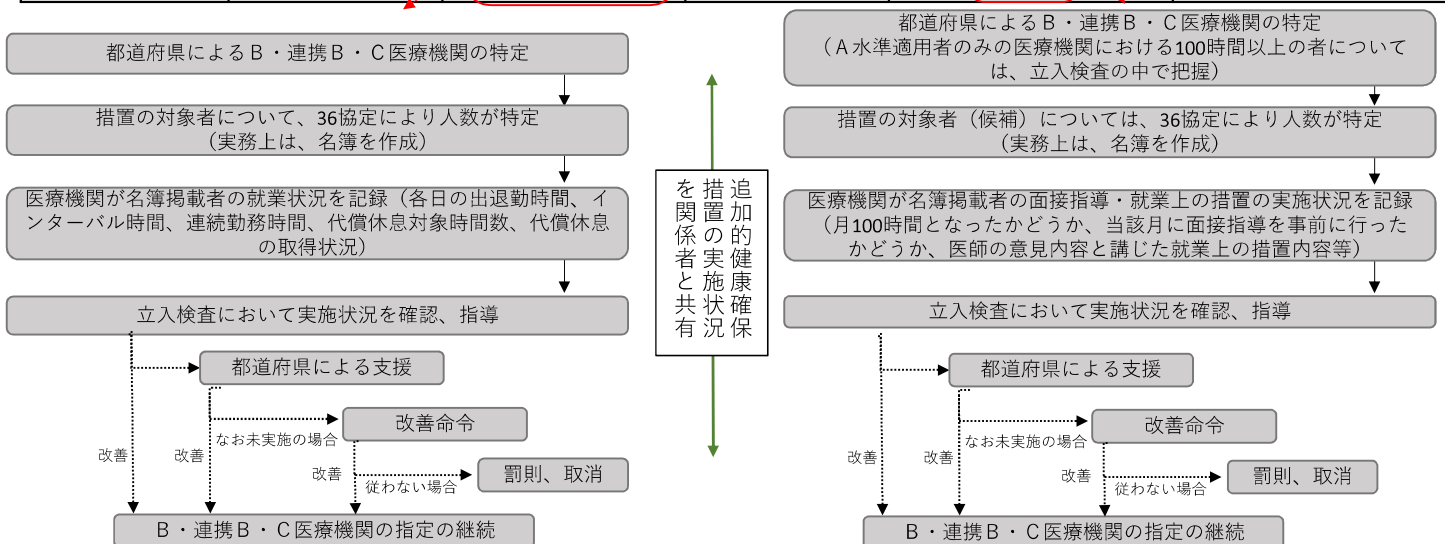
各水準の指定と適用を受ける医師について

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**。



追加的健康確保措置の義務及び履行確保の流れ

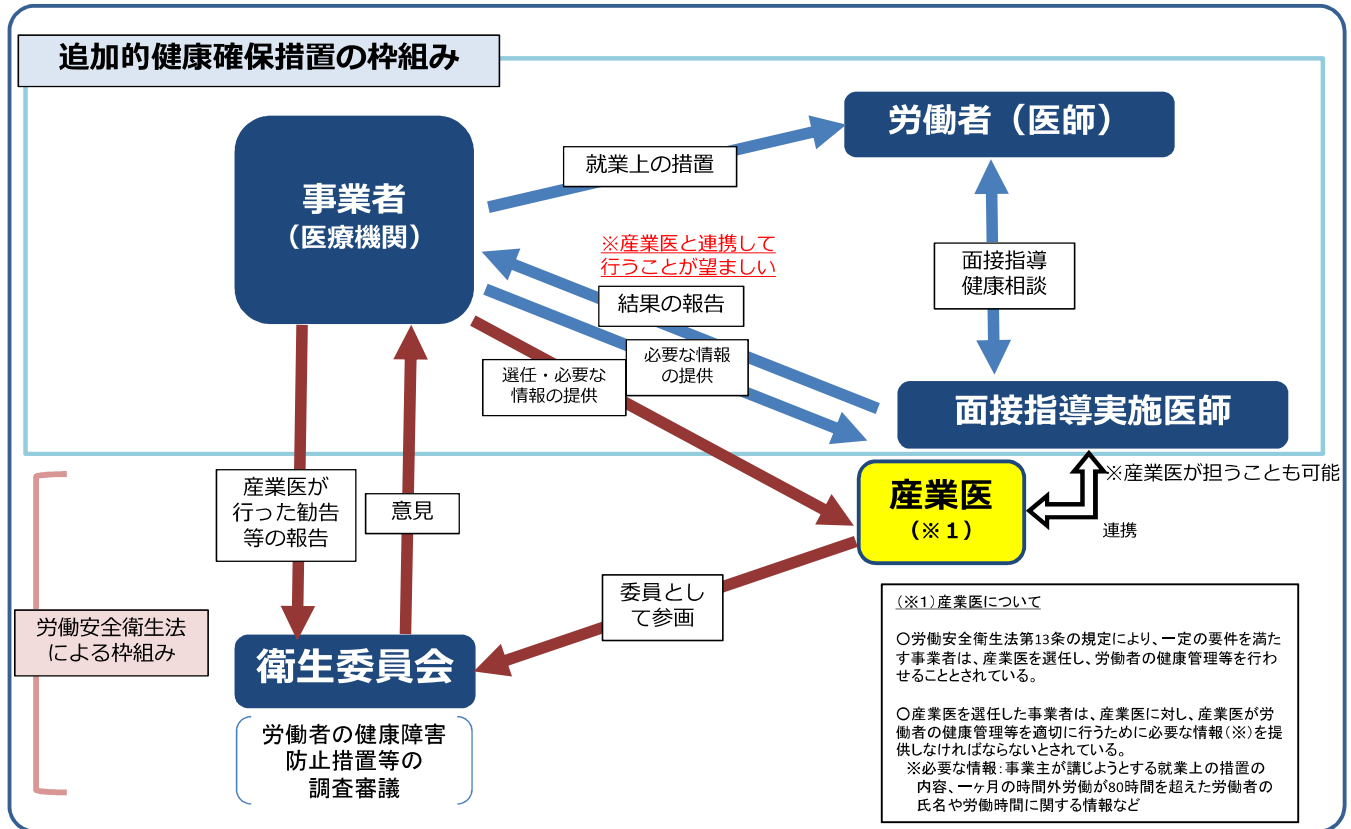
	36協定の月上限	連続勤務時間制限・インターバル規制等	面接指導・就業上の措置	(参考) 時短計画の策定
A水準適用者のみ医療機関	100時間未満	努力義務		
	100時間以上	努力義務	義務(※1)	
B・連携B指定あり医療機関	100時間未満	B・連携B業務対象者は義務 その他の業務対象者は努力義務	義務(※2)	義務
	100時間以上	C業務対象者は義務 その他の業務対象者は努力義務	義務(※2)	義務



(※1) 当月の時間外労働が80時間超になった場合、疲労度確認を行い、疲労の蓄積に応じて面接指導を実施。

(※2) 当月の時間外労働が100時間になる前に面接指導を実施。例えば、前月の時間外労働が80時間超となった場合、あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおく¹⁵

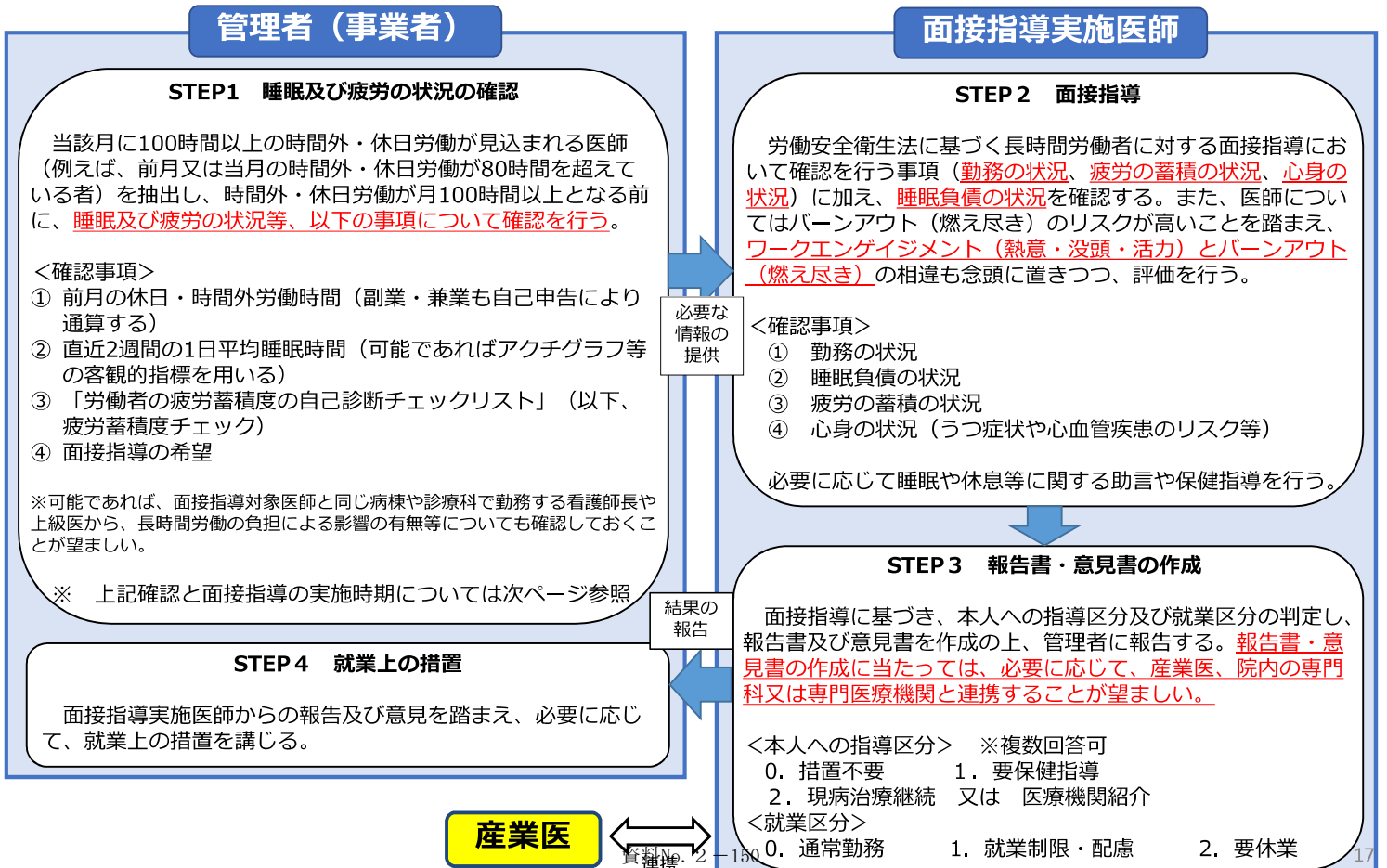
追加的健康確保措置の面接指導に係る実施体制について



※追加的健康確保措置の面接指導は、医療法において位置付けること併せて、労働安全衛生法の面接指導としても位置付け、衛生委員会による調査審議等が及ぶ方向で検討 (「医師の働き方改革に関する検討会」報告書より)

16

面接指導の実施方法について

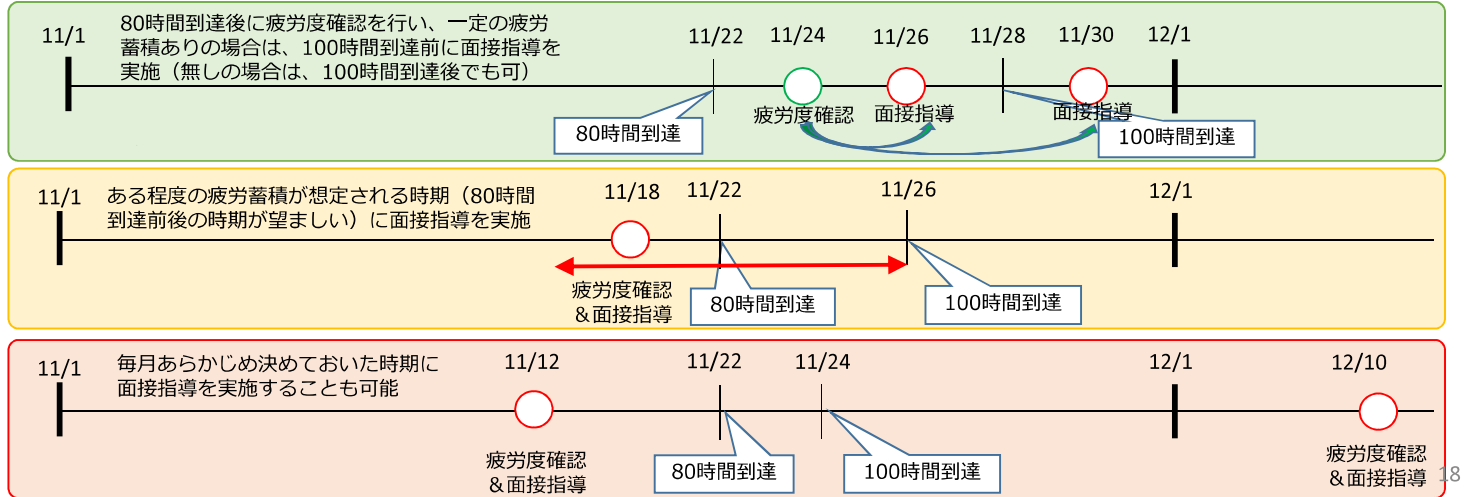


面接指導の実施時期について

水準	A水準	A・B・連携B・C水準	B・連携B・C水準
時間外・休日労働が100時間以上となる頻度	低い	高い	
睡眠及び疲労の状況の事前確認の実施時期	当該月の時間外・休日労働が80時間を超えた後	ある程度の疲労蓄積が想定される時期（当該月の時間外・休日労働が80時間前後となる時期が望ましい）	毎月あらかじめ決めておいた時期に行うことも可能
面接指導の実施時期	事前確認で一定の疲労の蓄積が予想される場合は当該月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に実施しなければならない。	※ただし、当該月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に実施しなければならない。	※ただし、当該月の時間外・休日労働が100時間に前に実施しなければならない。

注 一定の疲労蓄積が予想される場合は下記のいずれかに該当した場合である。

- ① 前月の時間外・休日労働時間数：100時間以上
- ② 直近2週間の1日平均睡眠時間：6時間未満
- ③ 疲労蓄積度チェック：自覚症状がIV又は負担度の点数が4以上
- ④ 面接指導の希望：有



追加的健康確保措置における面接指導

(面接指導対象医師の推計数)

- 平成30年医師・歯科医師・薬剤師調査における医師の病院従事者数：208,127人
- 令和元年医師の勤務実態調査において、病院勤務医のうち時間外労働年960時間換算を超える割合：37.8%
- 上記から、現時点で時間外労働年960時間換算を超える人数を機械的に算出すると約80,000人
 - ※ A水準対象医師であっても、月の時間外労働時間数に応じて面接指導の実施義務があることに留意。
 - ※ B・連携B・C水準対象医師であっても、月の時間外労働時間数によっては面接指導を必ずしも実施しなくてよい。

(面接指導実施医師の推計数)

- 面接指導を行う医師は、1人で10人の医師の面接指導を実施すると仮定（他科の診療科長が面接を行うことを想定）
- 上記を踏まえると、面接指導実施医師は全国で約8,000人必要（産業医[※]を含む。）
 - ※ 産業医の養成研修・講習を修了した医師は約10万人（実働は推計3万人）

(面接指導実施医師の養成講習の方法・内容)

- 養成には、e-ラーニング教材を作成し、受講した医師に修了書を発行することで対応（内容については次ページ参照）。
- 長時間労働の医師の健康確保措置に関するマニュアルの内容に基づいた講習を想定。
- 2021年度にe-ラーニング教材の開発、2022～2023年度の2年間で養成を行うことを予定（その後も継続して養成を行う）。

(面接指導実施医師の推定される業務負担)

- 面接指導に1人約10～40分の時間を要するとして仮定すると、面接指導を行う医師1人あたり月に約2.2時間[※]の負担

※ 10人中9人は10分、1人は40分を要するとして試算

資料No. 2 - 151

面接指導実施医師向けカリキュラムイメージ

産業医基礎研修カリキュラム

1. 前期研修
 - (1) 総論
 - (2) 健康管理
 - (3) メンタルヘルス対策
 - (4) 健康保持増進
 - (5) 作業環境管理
 - (6) 作業管理
 - (7) 有害業務管理
 - (8) 産業医活動の実際
2. 実地研修
 - (1) 健康管理
 - (2) じん肺の胸部エックス線検査
 - (3) メンタルヘルス対策
 - (4) 健康保持増進
 - (5) 救急処置
 - (6) 作業環境管理・作業管理
 - (7) 職場巡視と討論
3. 後期研修
 - (1) 総論
 - (2) 労働衛生管理体制（総括管理）
 - (3) 健康管理
 - (4) メンタルヘルス対策
 - (5) 健康保持増進
 - (6) 作業環境管理
 - (7) 作業管理
 - (8) 有害業務管理
 - (9) 労働衛生教育

2024年度に適用される労働時間の上限規制や、それに伴う長時間労働に係る事項について記載

面接指導実施医師向けカリキュラムイメージ（案）

- (1) 総論・法制論（労働安全衛生法、**医療法、労働基準法**）
産業医とは異なり、医療法や労働基準法の規定についても必要
- (2) 健康管理（特に過重労働・**睡眠負債による健康影響**について）
特に睡眠負債による健康影響についての知見を集約し、重点的に学習
- (3) メンタルヘルス対策
- (4) **追加的健康確保措置（疲労回復に効果的な休息の付与方法、睡眠及び疲労の状況について確認する事項を含めた効果的な面接指導の実施方法）※**

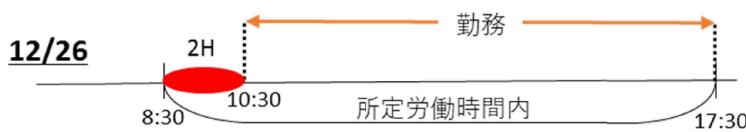
※2019年3月28日にとりまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会報告書」において、医学的に検討を行うと明記された事項

※「長時間労働の医師の健康確保措置に関するマニュアル」の内容に基づいたものを想定。

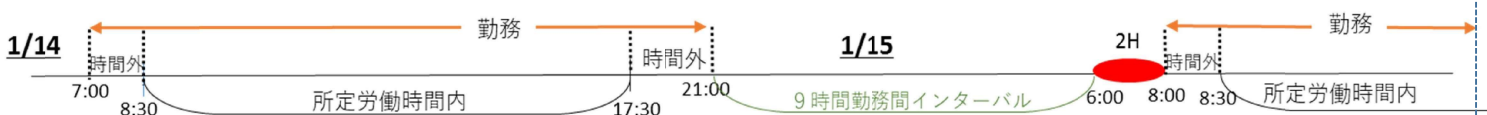
20

代償休息付与の例について

(1) 所定労働時間中における時間休の取得による2時間の代償休息付与の例



(2) 勤務間インターバルの幅の延長による2時間の代償休息付与の例



<疲労回復に効果的な休息の付与>

- ・ 勤務間インターバルの延長は、睡眠の量と質の向上につながる。
- ・ 代償休息を生じさせる勤務の発生後、**できる限り早く付与**する。
- ・ オンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮により、**仕事から切り離された状況を設定**する。

医師労働時間短縮計画の記載事項

1. 必須記載事項

- 前年度実績及び当年度目標並びに計画期間終了年度の目標
- ①労働時間数
 - 時間外・休日労働時間数の平均
 - 時間外・休日労働時間数の最長
 - 960時間超～1860時間の人数・割合（全体及び診療科単位）
 - 1860時間超の人数・割合（全体及び診療科単位）
- ②労務管理・健康管理
 - 労働時間管理方法
 - 宿日直許可基準に沿った運用
 - 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等労使の話し合い、36協定の締結
 - 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
 - 追加的健康確保措置の実施
- ③意識改革・啓発
 - 管理者マネジメント研修
 - 働き方改革に関する医師の意識改革
 - 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明
- ④策定プロセス
 - 各職種が参画する委員会や会議、チーム等において計画の検討を行い、策定したか
 - 計画内容について医師にきちんと周知されているか

2. 任意記載事項（労働時間短縮に向けた取組）

- ①職種に関わりなく特に推進するもの
 - i) 説明と同意
 - ii) 各種書類の下書き・作成
 - iii) 診察前の予診等
 - iv) 患者の誘導
- ②職種毎に推進するもの
 - i) 助産師：助産師外来・院内助産
 - ii) 看護師：特定行為（38行為21区分）等
 - iii) 薬剤師：服薬指導、処方提案、処方支援等
 - iv) 診療放射線技師：撮影部位の確認等
 - v) 臨床検査技師：採血業務等
 - vi) 臨床工学技士：清潔野における器械出し等
 - vii) 医師事務作業補助者：診療録等の代行入力
- 医師の業務の見直し
 - 外来業務の見直し
 - 日当直の体制や分担の見直し
 - 日当直中の業務の見直し
 - オンコール体制の見直し
 - 主治医制の見直し
 - 副業・兼業先の労働時間の状況も踏まえた勤務シフトの管理
- その他の勤務環境改善
 - ICTの導入その他の設備投資
 - 出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援
 - 更なるチーム医療の推進
- 副業・兼業先の労働時間の管理
 - 副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理（再掲）
 - 副業・兼業先との勤務シフトの調整
 - 副業・兼業先への医師労働時間短縮の協力要請

⇒ 労働時間短縮目標未達成の場合、計画の見直し等により追加的な対策を講じる必要

複数医療機関に勤務する医師に適用される時間外・休日労働の上限の考え方

*年の時間外・休日労働時間数

	個々の医療機関において適用される水準			個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① A	医療機関② A		医療機関① B・C	医療機関② B・C
36協定で定めることができる時間*	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)	36協定で定めることができる時間*	1,860以下 (自院での労働時間)	1,860以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	960以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)		実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)	
	個々の医療機関において適用される水準			個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① B・C	医療機関② A		医療機関① 連携B	医療機関② A
36協定で定めることができる時間*	1,860以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)	36協定で定めることができる時間*	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (※1) (各医療機関での労働時間を通算した時間)		実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (※2) (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

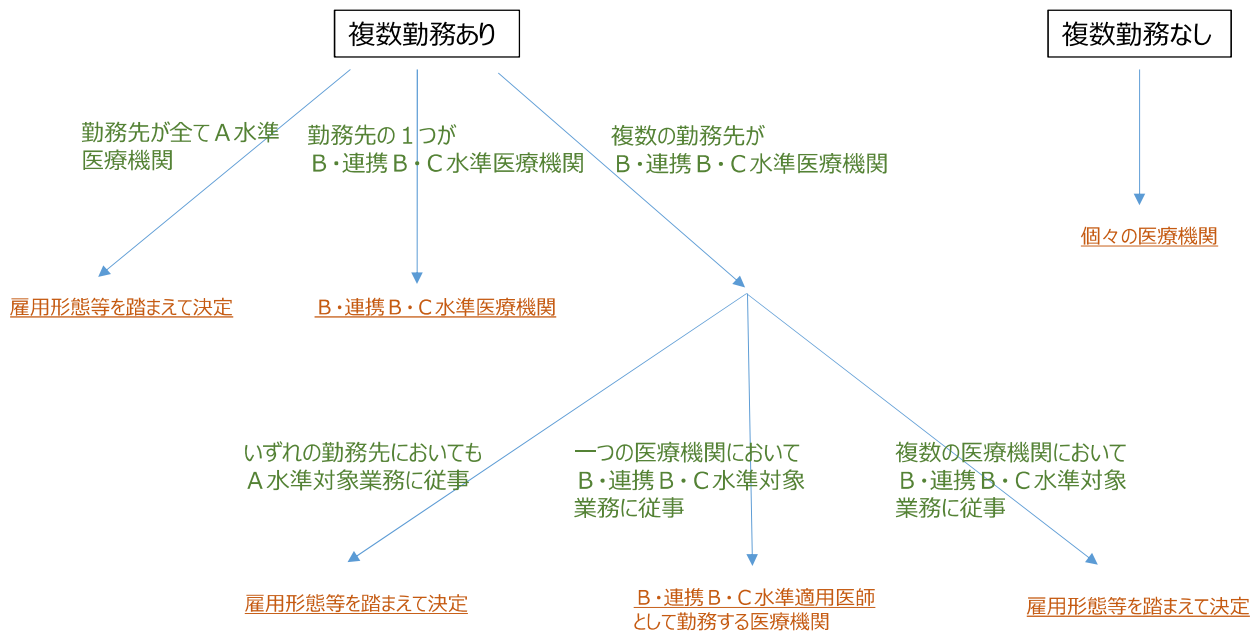
※1 いずれの医療機関においてもA水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年960時間となる。

※2 いずれかの医療機関においてB・連携B・C水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年1,860時間となる。ただし、当該医師の各医療機関における時間外・休日労働の上限は、各医療機関が36協定において定める時間であり、A水準又は連携B水準が適用される医師を雇用する医療機関が当該医師に関して36協定において定めることのできる時間外・休日労働の上限は年960時間以下となる。

(参考) 各表の上欄の時間は、個々の医療機関における36協定の内容であり、各医療機関における時間外・休日労働時間数を定めることとなる。下欄の時間は、医師個人の実際に働くことができる時間外・休日労働時間数（通算）に着目したものであり、各医療機関における労働時間が通算される。

面接指導を実施する医療機関についての考え方

- 面接指導・就業上の措置を実施する医療機関については、医師本人の選択により、医療機関との相談の上、個別に決定することとするが、確実な実施を図るために、面接指導を実施する医療機関についての考え方（常勤と非常勤で勤務している場合には、常勤で勤務している医療機関が実施する等）を整理する。



24

複数医療機関に勤務する医師における労働時間管理方法（例）

副業・兼業には、主たる勤務先からの派遣によるものと医師個人の希望に基づくものがある。

- ① 主たる勤務先（主に大学病院を想定）は派遣先における勤務を含めて、時間外・休日労働の上限、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とともに、主たる勤務先・派遣先・個人の希望に基づく副業・兼業先でのそれぞれの労働時間の上限（通算して時間外・休日労働の上限規制の範囲内）を医師との話し合い等により設定しておく。
 - ② 医師個人の希望に基づく副業・兼業については、上記のシフト・上限を前提に連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるように副業・兼業先の勤務予定を入れ、自己申告する。
- ※ ①・②のシフト・予定は、主たる勤務先及び副業・兼業先で突発的な業務が発生しても、あらかじめ上限規制の範囲内で設定した労働時間の上限を遵守できるよう、ゆとりをもって設定する。
- ③ 副業・兼業先で突発的な業務の発生等により予定していた時間より長く勤務してしまった場合には、適切な面接指導の実施、代償休息の付与等の観点から、随時、自己申告する。
 - ④ ただし、あらかじめ設定した上限の範囲内で労働している場合であって、
 - ・（B・連携B・C水準適用で毎月面接指導が組み込まれている医師については）代償休息が発生しない場合
 - ・ それ以外の医師については、代償休息が発生しない、かつ、月の時間外・休日労働が100時間以上になるおそれがない場合
 には、翌月に1か月分まとめた自己申告でもよい。

評価の視点

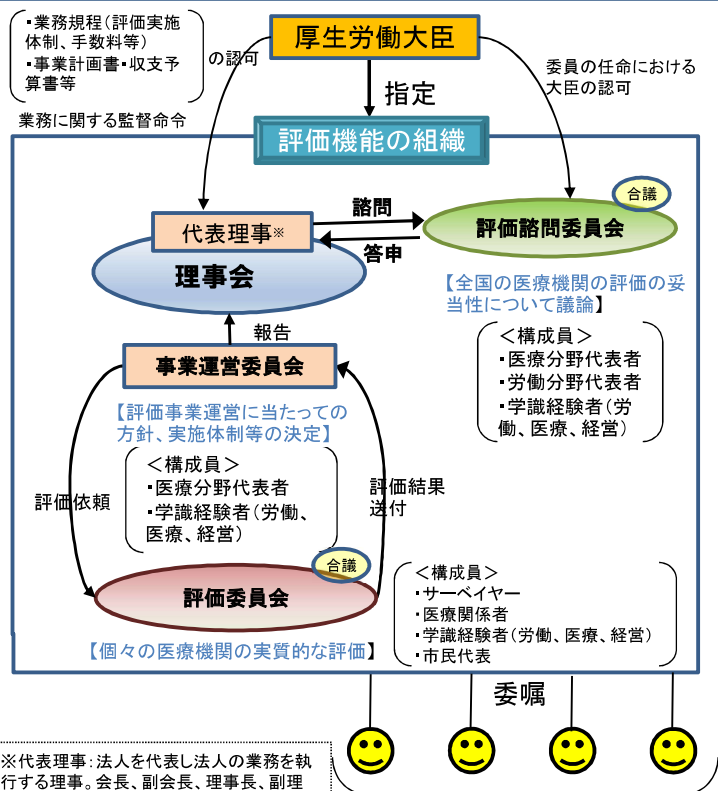
医師労働時間短縮計画の項目を元に、以下のような視点で、各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見（○○○の状況の中で、○○に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等）を評価結果として付す。

	評価内容	評価の視点（案）
ストラクチャー	労務管理体制	【労務管理の適正化に向けた取組】 ・適切な労働管理体制の構築 ・人事・労務管理の仕組みと各種規定の整備・届出・周知 【36協定等の自己点検や労使交渉等の状況】 ・36協定の自己点検 ・労使交渉の状況 【産業保険の仕組みと活用】 ・面接指導実施医師等の支援体制の確立 ・衛生委員会の状況 ・健康診断の実施状況
プロセス	医師の労働時間短縮に向けた取組	【医師の労務管理における適切な把握と管理体制】 ・医師の適切な労働時間の計画的な把握と勤務計画の作成（兼業・副業先の労働時間を含めた勤務計画の作成、連続勤務時間制限・勤務間インターバルを意識した勤務計画の作成等） ・医師の適切な労働時間の管理（副業・兼業先の労働時間を把握する仕組み等） ・医師の適切な面接指導・就業上の措置の実施 【医師の労働時間短縮に向けた取組の推進】 ・医療機関の労働時間短縮に向けた検討と改善活動の実施（管理職マネジメント研修の実施等） ・診療体制の見直しと改善への取組の実施（複数主治医制やチーム制の導入・実施等） ・タスクシフト／シェアの実施（特定行為研修修了看護師の活用等） ・医師の働き方に関する改善への取組の実施（院内保育や他の保育支援等の整備状況等） ・患者・地域への周知・理解促進への取組の実施
アウトカム	労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組実施後の評価	【労務管理体制の構築と労働時間短縮に向けた取組実施後の結果の把握】 ・医療機関全体の状況（時間外労働時間数の把握、追加的健康確保措置の実施状況等） ・医師の状況（職員満足度調査・意見収集の実施） ・患者の状況（患者満足度調査・意見収集の実施）
参考	・医療機関の医療提供体制 ・医療機関の医療アウトプット	【医療機関の医療提供体制】 （※1） 【医療機関の医療アウトプット】 （※2）

（※1）診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。
 （※2）手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

中立性・客観性を担保するための評価機能の組織の建付けについて(案)

□ 評価機能が評価を行うに当たって、中立性・客観性が求められるため、以下のように、法人内に委員会を設置するほか、厚生労働大臣による一定程度の関与を行うことにより担保することとする。



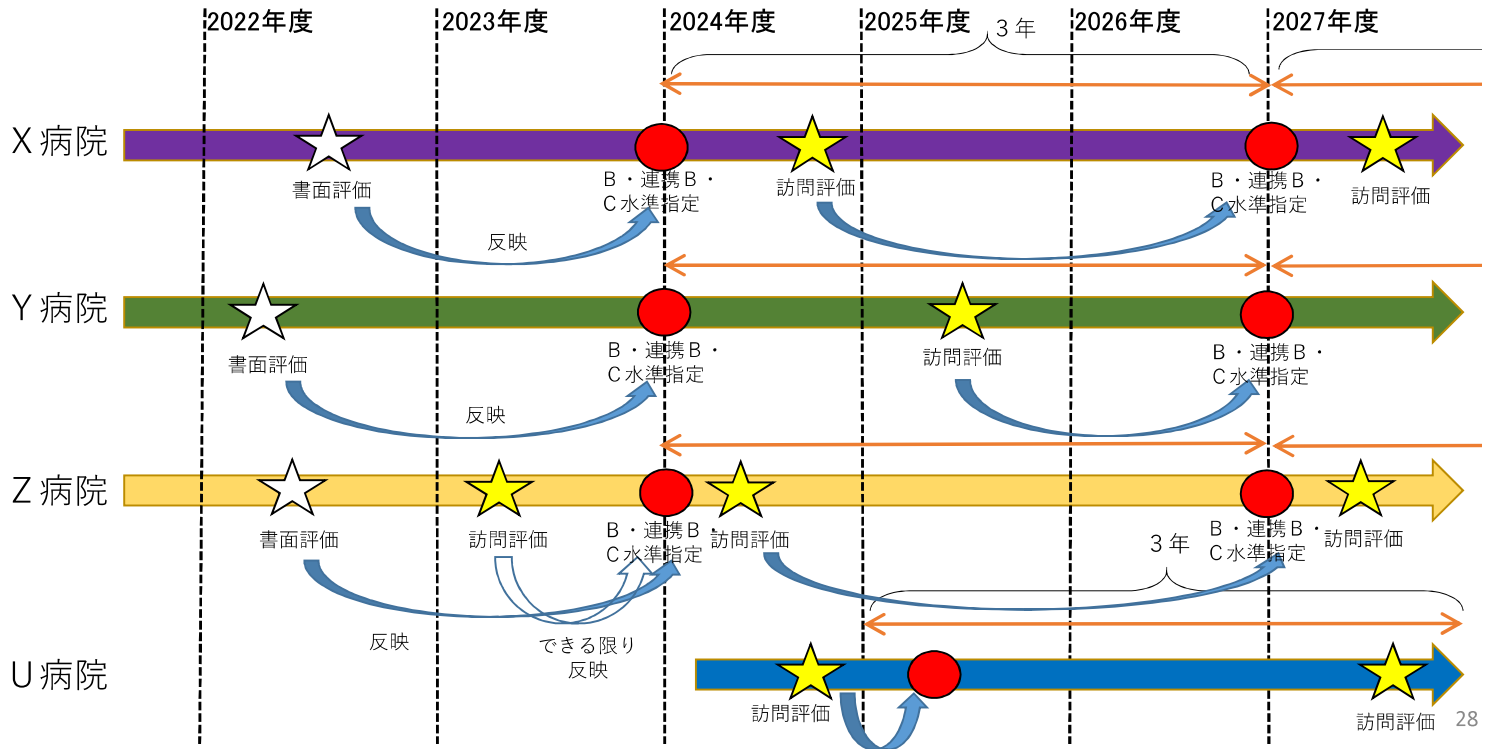
※代表理事：法人を代表し法人の業務を執行する理事。会長、副会長、理事長、副理事長など法人によって呼称は異なる。定款で定められる。

・医療サーベイヤー
 ・労務管理サーベイヤー 資料No. 2 - 155

- ① 評価機能として指定した法人内に、**事業運営委員会**を設置し、評価機能としての業務の執行に係る決定を行う。当該決定を受けて、理事会において、評価機能としての業務の執行に係る正式な決定を行う。
- ② 外部委員で構成する**評価諮問委員会**を設置し、**評価委員会**による評価の妥当性に関して、代表理事からの諮問に対する答申を行う。
- ③ 評価諮問委員会の委員の代表理事による任命に当たっては、大臣の認可を行うこととし、より評価の客観性の確保を図ることも考えられる。
- ④ 指定法人として、業務規程や事業計画書、収支予算書等について大臣認可とすることとともに、業務の適正な実施のために必要な範囲内で法人に対する大臣の監督命令を行う。

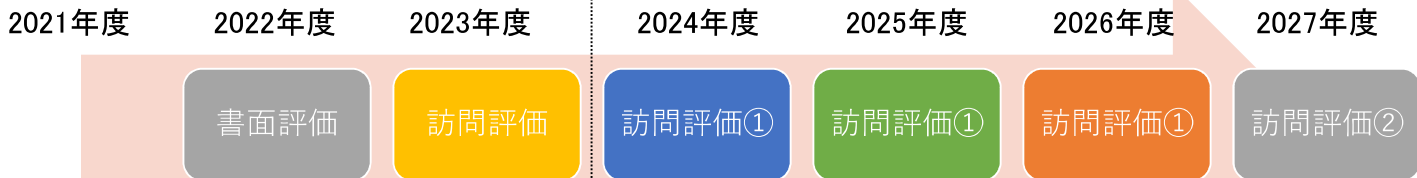
各医療機関の評価受審のスケジュール(案)

- 2024年4月からの時間外労働の上限規制適用に向けて、一斉に評価機能による評価の受審、その結果を踏まえた都道府県によるB・連携B・C水準の指定を行う必要があることから、2022年度の評価は、原則、書面で評価を行う。
- その際、評価結果が低かった医療機関については、2023年度に訪問評価を実施することとし、都道府県は、できる限りその結果も踏まえて、B・連携B・C水準の指定を行う。
- (注) B・連携B・C水準の指定の効力の発生は赤い丸の時点であるが、その前に都道府県による当該指定や36協定の締結準備等を行っておく必要がある。



評価機能の業務のスケジュール(案)

- 2022年度は、全てのB・連携B・C水準候補医療機関の評価の受審が必要であるため、原則、書面で評価を行うこととするが、書面評価による評価結果が低かった医療機関については、訪問評価を2023年度に実施。
- 2024年度以降は3年間で1クールとし、その間に各医療機関は1回、訪問評価を受審する。年度途中でB・連携B・C水準に移行しようとする医療機関の評価は随時対応していく。
- また、評価者養成のための講習については、2021年度に集中的に実施し、その後は業務の進捗状況・組織の体制に応じて実施していく。



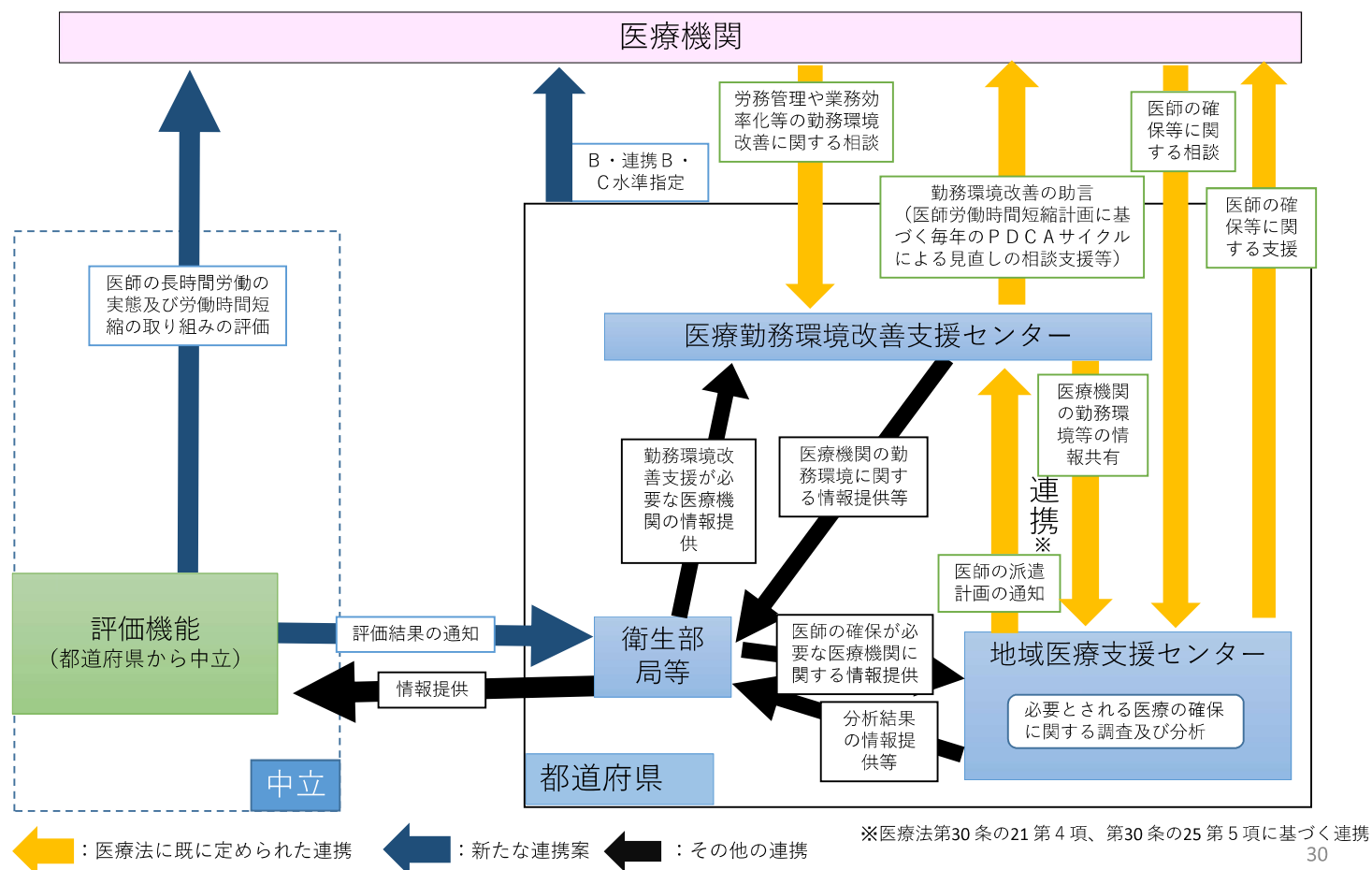
※全てのB・連携B・C水準候補医療機関の評価の受審が必要であるため、原則、書面で評価を行うこととするが、書面評価による評価結果が低かった医療機関については、訪問評価を実施

※全てのB・連携B・C水準対象医療機関が1クール1回評価受審 (各年度500程度の医療機関を想定)
 ※途中でB・連携B・C水準に移行する医療機関については、随時対応

養成講習の実施

※2021年度に集中的に実施。その後、評価業務の進捗状況・組織体制に応じて実施

評価機能、医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センターの連携



医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について

「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」を策定し、次の①～③に関する内容等を盛り込むこととする。

① 基本的考え方

- 我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、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。医師の健康を確保することは、医師本人にとってはもとより、今後も良質かつ適切な医療を提供する体制を維持していく上での喫緊の課題である。
- 同時に、医師の働き方改革は、医師の偏在を含む地域医療提供体制の改革と一体的に進めなければ、長時間労働の本質的な解消を図ることはできない。
- このため、行政、医療機関、医療従事者、医療の受け手等の全ての関係者が一丸となって、改革を進めるために不断の取組を重ねていく必要がある。

② 医師の時間外労働短縮目標ライン

- 2035年度末を目標に地域医療確保暫定特例水準を解消することとしているが、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関の実態をなるべくA水準対象医療機関に近づけていきやすくなるよう、「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定することとされている。
- 各医療機関は、短縮目標ラインを目安にしつつ、地域医療への影響も踏まえながら労働時間短縮に取り組むこととする。

<医師の働き方改革に関する検討会 報告書> (抜粋: p.28)

(3) 2024年4月までの労働時間短縮

- ・ B水準の適用も想定される医療機関が、当面、目標として取り組むべき水準として医療機関としての「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定。
- ※ Aの年間時間外労働の水準とBの同水準の間で、医療機関の実態をなるべくAに近づけていきやすくなるよう、設定する水準。

③ 各関係者が取り組むべき推奨事項

- 医師の労働時間の短縮のためには、個々の医療機関における取組だけでなく、地域の医療提供体制の観点からの都道府県における取組や、国も含めた関係機関における取組・支援のほか、国民の医療のかかり方など、様々な立場からの取組が不可欠である。
- 一方、各取組については地域の実情等に応じて進める必要があり、一律の義務付けに馴染まない側面がある。
- このため、各関係者における取組を促進するために、長時間労働の医師の労働時間を短縮し、健康を確保するために、各関係者が取り組むべき推奨事項についての指針を示す。

② 医師の時間外労働短縮目標ラインについて

- 医師の時間外労働短縮目標ライン（以下「短縮目標ライン」という。）は、2035年度末目途に地域医療確保暫定特例水準を解消するために、「全ての地域医療確保暫定特例水準適用医師が到達することを旨とするべき時間外労働（休日労働を含む）の上限時間数の目標値」として設定する。
- その際、各医療機関が着実に労働時間を短縮することができるよう、短縮目標ラインは、2035年度末の目標値である年960時間に向け、一定の期間（例えば3年）ごとの段階的な目標値を設定することとしてはどうか。また、短縮目標ラインは、2024年4月時点での時間外労働時間数に応じて設定することとする。
※各医療機関の状況に応じ、可能であれば、2035年度末よりも早い段階で年960時間の目標を達成できるよう取り組むことが望ましい。
※各医療機関の状況に応じ、年960時間に到達した医療機関については、さらなる勤務環境改善に取り組むことが望ましい。

年度		2024	…	2027	…	2030	…	2033	…	2036
短縮目標ライン	2024年4月時点での時間外労働時間：年 X 時間	X	…	$X-(X-960)/4$	…	$X-2(X-960)/4$	…	$X-3(X-960)/4$	…	960
	例①：年1,860時間の場合	1,860	…	1,635	…	1,410	…	1,185	…	960
	例②：年1,560時間の場合	1,560	…	1,410	…	1,260	…	1,110	…	960
	例③：年1,200時間の場合	1,260	…	1,185	…	1,110	…	1,035	…	960

- また、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関が、医師労働時間短縮計画において設定することとされている時間外・休日労働時間数の目標は、この短縮目標ラインを目安に、各医療機関において設定し、医師労働時間短縮計画に基づく労働時間の短縮を行うこととする。
※地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関は、2024年度以降、3年に一度、労働時間短縮の取組の状況等について評価機能による評価を受けることとなる。
- さらに、地域医療確保暫定特例水準については、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、「段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施」することとされており、短縮目標ラインについても、上記の設定期間にあわせて見直しを検討することとする。（なお、地域医療確保暫定特例水準の上限時間数の引き下げは、短縮目標ラインと連動して自動的に引き下げられるものではなく、別途検討を行う。連携B水準については、地域医療の確保の観点から、特に丁寧に実態を踏まえて検討を行う。）

<医師の働き方改革に関する検討会 報告書> (抜粋: p 29,30)

(4) 地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準の将来の在り方

(地域医療確保暫定特例水準の終了時期)

- (B) 水準は、(1)のとおり暫定的な特例であることから、将来的にはなくなり、(C)水準の対象となる業務を除き、(A)水準の適用に取れんしていくものである。2024年4月に、新時間外労働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4月以降、医療計画の見直しサイクル（2027年度・2030年度・2033年度）に合わせて実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施し、2035年度末を目標に暫定特例水準の終了年限とする。

③ 各関係者が取り組むべき推奨事項等について

- 医師の労働時間の短縮のためには、様々な立場からの取組が不可欠であることから、「行政（国・都道府県）」、「地域の医療関係者」、「医療機関（使用者）」、「医師」、「国民（医療の受け手）」ごとに推奨事項等を定めることとする。

I 行政（国・都道府県）に求められる事項（行政の役割）

- 【国】地域医療提供体制改革と一体となった医師の働き方改革の推進に関する事項
 - ・ 国及び都道府県は、医師の働き方改革を、地域医療提供体制における機能分化・連携、医師偏在対策と一体的に推進し、地域医療確保暫定特例水準終了年限の目標である2035年度末に向けて、どの地域にあっても、切れ目のない医療を安心して受けられる体制の構築に取り組むこと。
 - ・ 国は、医師偏在対策を含む地域医療提供体制改革の進捗状況や、時間外労働の上限時間規制の適用による地域医療への影響を踏まえて、医師の働き方改革の取組状況を検証すること。
- 【都道府県】国民の適切な医療のかかり方につながるような評価結果の公表
 - ・ 都道府県は、各医療機関の労働時間短縮に向けた取組状況等について評価機能が行った評価結果を公表するに当たっては、国民（医療の受け手）の適切な医療のかかり方につながるよう、評価者の所見とともに、医療機関での医療提供体制及び医療機関の医療アウトプットについても公表し、より多面的な視点での情報公開を行うこと。
- 【国・都道府県】各都道府県におけるB・連携B・C水準の運用に関する事項
 - ・ 国は、各都道府県におけるB・連携B・C水準の運用状況（B・連携B・C水準対象医療機関の指定や評価の状況）について情報収集を行い、必要に応じて、地方自治法第245条の4の規定により、都道府県に対し技術的助言等を行うとともに、各都道府県における着実な医師の働き方改革の推進に資するよう、必要な情報の横展開等を行うこと。
 - ・ 都道府県は、B・連携B・C水準の適切な運用を通じて、各都道府県における着実な医師の働き方改革の推進に取り組むこと。

II 地域の医療関係者に対する推奨事項

地域の医療関係者は、次の事項に取り組むことが推奨される。

- 地域全体での医師の働き方改革の推進に関する事項
 - ・ 地域の医療関係者は、個々の医療機関においては解消できない、地域における構造的な医師の長時間労働の要因に対し、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議、地域の外来医療に関する協議の場における協議等を通じて、地域の医療機関の役割分担や夜間・休日救急の輪番制の構築等、地域医療提供体制における機能分化・連携を推進し、地域全体での医師の働き方改革に取り組むこと。

③各関係者が取り組むべき推奨事項について（続き）

Ⅲ 医療機関（使用者）に対する推奨事項

医療機関（使用者）は、次の事項に取り組むことが推奨される。

□ 適切な労務管理の実施等に関する事項

- ・ 医療機関は、雇用する医師の適切な労務管理を実施することが求められるとともに、自院における医師の働き方改革の取組内容について院内に周知を図る等、医療機関を挙げて改革に取り組む環境を整備すること。

□ タスク・シフト/シェアの具体的な業務内容に関する事項

- ・ 各医療機関の実情に合わせ、各職種の職能を活かして良質かつ適切な医療を効率的に提供するためにタスク・シフト/シェアを行う業務内容と、当該業務を推進するために実施する研修や説明会の開催等の方策を講ずること。

□ 医師の健康確保に関する事項

- ・ 医師の副業・兼業先の労働時間を把握する仕組みを設け、これに基づいて連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを遵守できるような勤務計画を作成すること。
- ・ 副業・兼業先との間の往復の移動時間は、各職場に向かう通勤時間であり、通常、労働時間に該当しないが、遠距離の自動車の運転等で休息がとれないことも想定されることから、別に休息の時間を確保するため、十分な勤務間インターバルが確保できるような勤務計画を作成すること。
- ・ 災害時等に、追加的健康確保措置を直ちに履行することが困難となった場合には、履行が可能となり次第速やかに、十分な休息を付与すること。

□ 各診療科において取り組むべき事項

- ・ 各診療科の長等は、各診療科の医師の労働時間が所定時間内に収まるよう、管理責任を自覚し、必要に応じ、業務内容を見直すこと。
- ・ 特にタスク・シフト/シェアの観点から業務を見直し、他の医療専門職種等と協議の場を持ち、効率的な業務遂行に向けた取組を計画し、実行すること。

□ 医師労働時間短縮計画のPDCAサイクルにおける具体的な取組に関する事項

- ・ 医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで、労働時間の状況、労働時間短縮に向けた計画の策定、取組状況の自己評価を行うこと。

□ 特定高度技能研修計画に関する医療機関内における相談体制の構築（C水準関係）

- ・ 特定高度技能研修計画と実態が乖離するような場合に対応できるよう、医療機関内において、医師からの相談に対応できる体制を構築すること。

34

③各関係者が取り組むべき推奨事項について（続き）

Ⅳ 医師に対する推奨事項

医師は、次の事項に取り組むことが推奨される。

□ 医師自身の働き方改革

- ・ 医師は、長時間労働による疲労蓄積や睡眠負債が提供する医療の質や安全の低下につながることを踏まえ、自らの健康を確保することが、自身にとっても、また医療機関全体としてより良質かつ適切な医療を提供する上でも重要であることを自覚し、その認識の下に自らの業務内容や業務体制の見直し等を行い、働き方の改革に自主的に取り組むこと。
- ・ 副業・兼業を行うに当たっては、自己の労働時間や健康状態の把握・管理に努め、副業・兼業先の労働時間を本業先に適切に自己申告すること。

Ⅴ 国民（医療の受け手）に対する推奨事項

国民（医療の受け手）は、次の事項に取り組むことが推奨される。

□ 医療のかかり方に関する事項

- ・ 医師の働き方改革を進め、医師の健康を確保することは、医師によって提供される医療の質や安全を確保することにつながり、国民（医療の受け手）にとっても重要な問題である。
- ・ 医師の働き方改革は、医療提供者だけで完結するものではなく、国民の医療のかかり方に関する理解が不可欠であり、国民は、自らのかかり方を見直すこと。
- ・ 具体的には、かかりつけの医療機関を持つ、#8000や#7119等の電話相談を利用し、夜間・休日の不急の受診を控える、救急車の適切な利用を心がける等の取組を行うこと。

病院常勤勤務医の週労働時間の区別割合

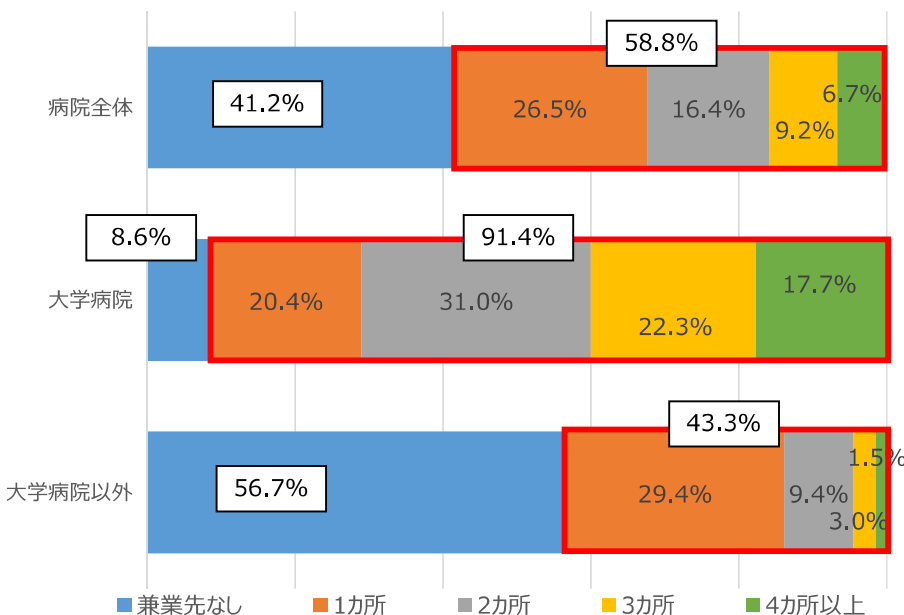


- ※1 H28調査、R1調査ともに、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している
- ※2 H28調査ではグラフにおける分布の上位10%は年1,904時間であったが、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値として1,860時間としている
- ※3 R1調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っていることに留意が必要
- ※4 週労働時間の区別割合は、小数点第2位で四捨五入している

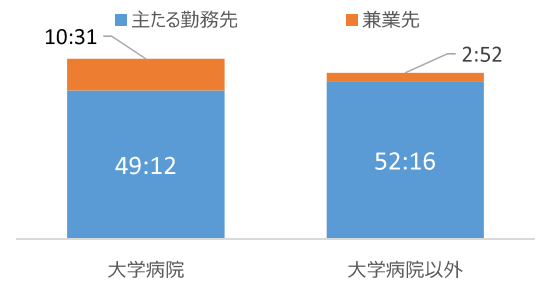
副業・兼業：兼業医療機関数（全体・大学病院・大学病院以外）と勤務時間

- 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。

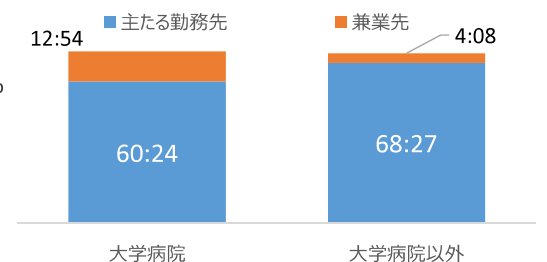
◆ 病院常勤医師の兼業医療機関数（令和元年8月）



◆ 1週間の平均労働時間（令和元年9/2～9/8）



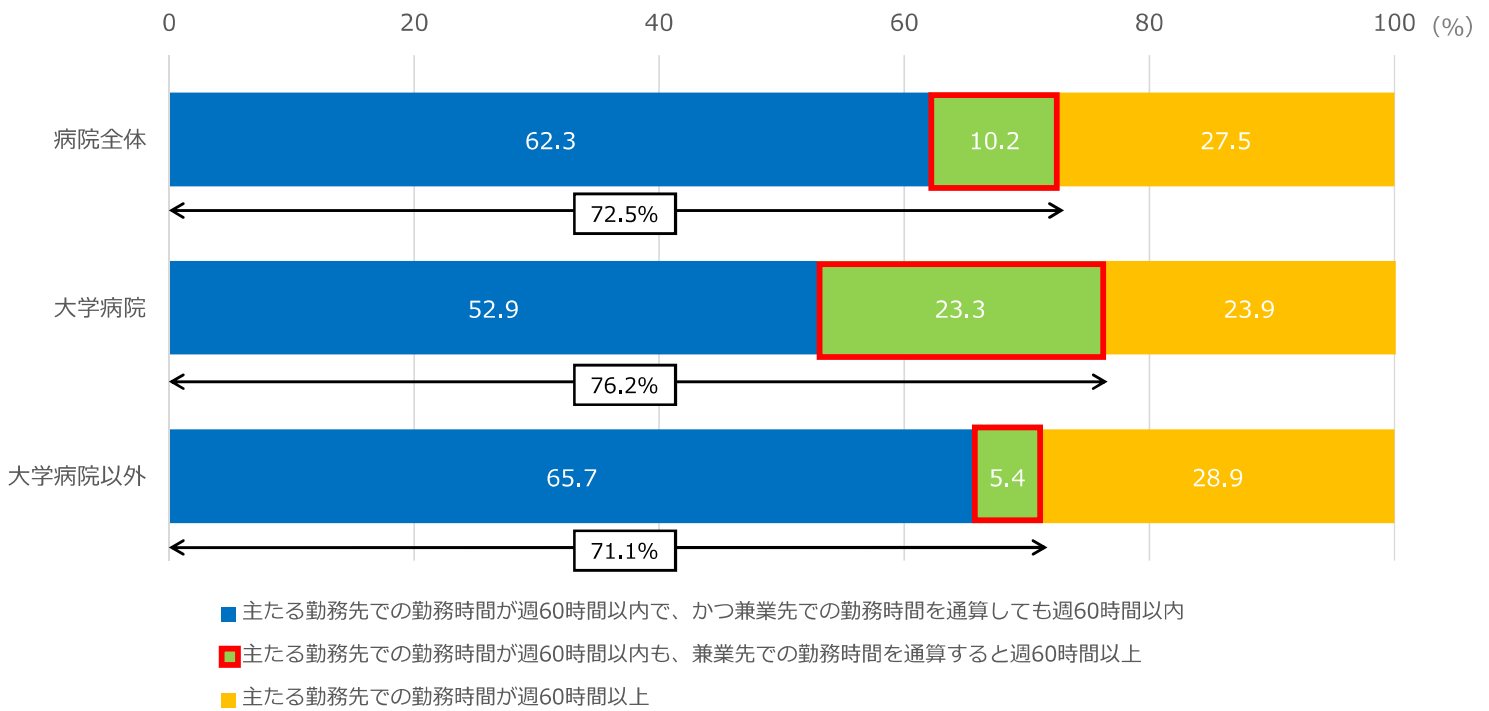
◆ 時間外労働時間が960時間換算以上の医師の平均労働時間（令和元年9/2～9/8）



- ※1 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※2 兼業医療機関数については、令和元年8月1ヶ月間における主たる勤務先以外の勤務医療機関数の設問に対する回答を集計している。

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 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。

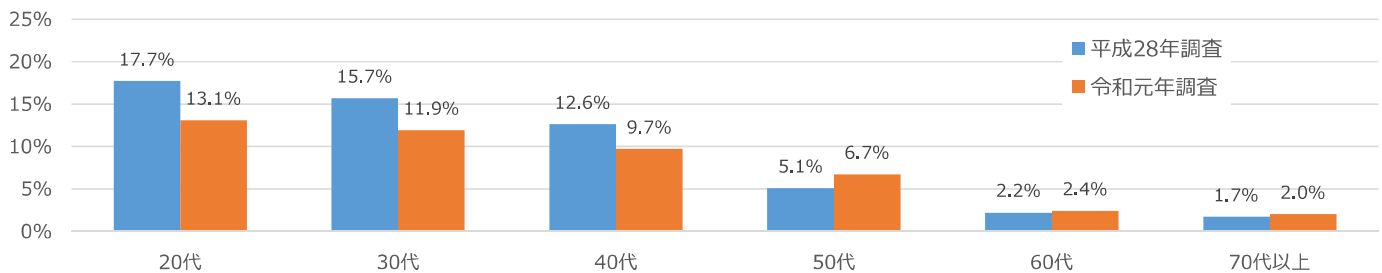


※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

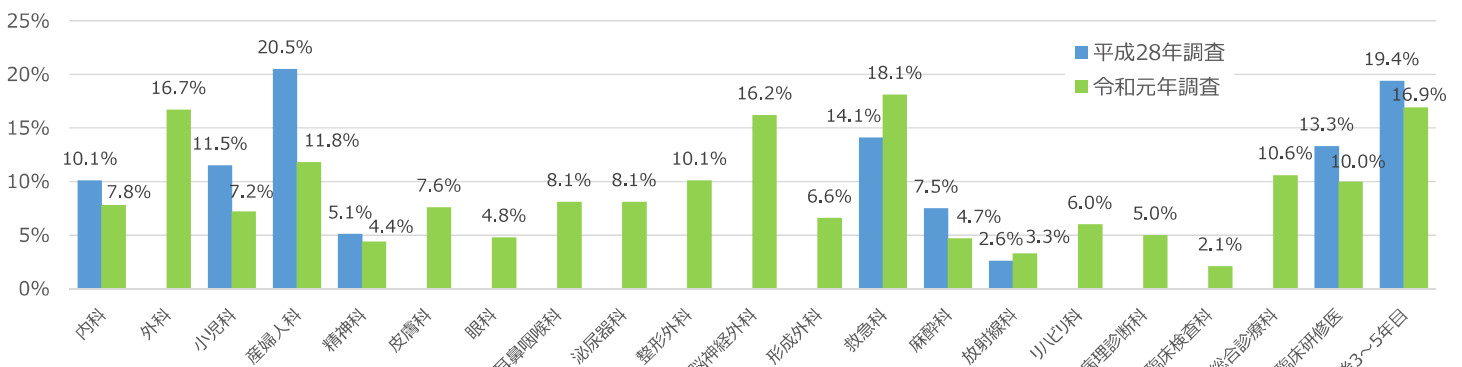
週労働時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

○ 平成28年調査と比較し、年代別では20代～40代について、時間外労働が年1860時間換算以上の医師の割合が減少している。
 ○ 診療科別でも、比較可能な診療科において、救急科・放射線科を除き時間外労働が年1860時間換算以上の医師の割合が減少し、産婦人科においては8.7ポイント減と、最も長時間労働医師の割合が減少している。

1. 年代別



2. 診療科別

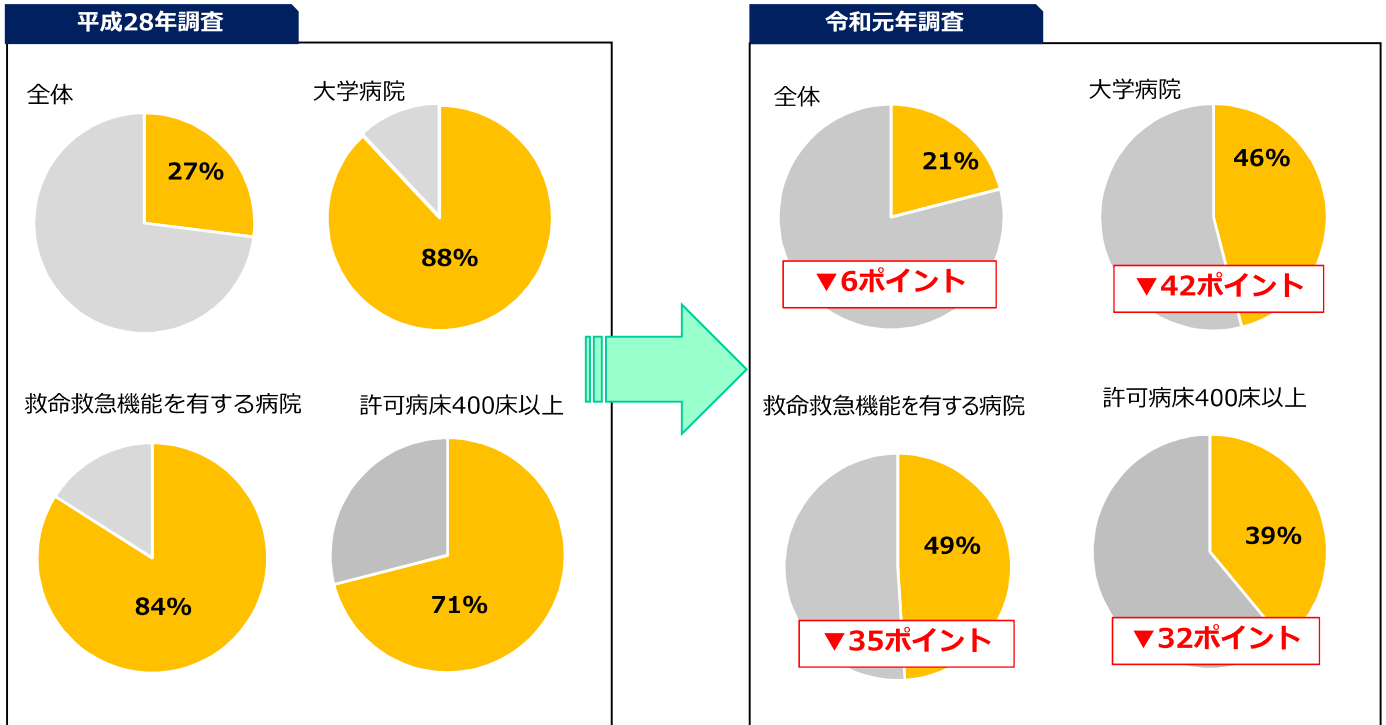


※ 診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
 ※※ 年上限ラインは時間外・休日労働年1,860時間換算である週78時間45分勤務とした。
 ※※※ 「卒後3～5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。
 ※※※※ 平成28年調査、令和元年調査とは診療科調査区分が異なっているため、一致する診療科について表記している。資料No. 2 - 161

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



※ H28調査：「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。
 ※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿口直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている40
 ※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

オンコールの取扱いについて

- 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。※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（平成29年1月20日策定）
- オンコール待機中に実際の診療が発生した場合、当該診療に従事する時間は労働時間に該当する。
- オンコール待機時間全体が労働時間に該当するかどうかについては、オンコール待機中に求められる義務態様によって判断する必要がある。
- オンコール待機中に求められる義務態様は、医療機関ごと、診療科ごとに様々であり、
 - ・呼び出しの頻度がどの程度か、
 - ・呼び出された場合にどの程度迅速に病院に到着することが義務付けられているか、
 - ・呼び出しに備えてオンコール待機中の活動がどの程度制限されているか、等を踏まえ、
 オンコール待機時間全体について、労働から離れることが保障されているかどうかによって判断するものであり、個別具体的に判断されるものである。
- 裁判例は、個別の実態を踏まえて、労働時間に該当すると認めているもの／認めていないものに分かっている。
 - ※ 医師のオンコールについては、奈良県立病院産科医師事件で扱われているが、当該事件では、産科医間の自主的な取組によってオンコールが行われていたと認定されたことから、オンコールについて明示又は黙示の業務命令が認められないとされた。

その他

(医師の働き方改革に関する検討会資料より)

※一部資料について、時点修正等を行っている

時間外労働上限規制の枠組み全体の整理

一般則

診療従事勤務医
に2024年度以降
適用される水準
連続勤務時間制限・勤務間
インターバル等（弱カネ
務）

地域医療確保
暫定特例水準
連続勤務時間制限＋
勤務間インターバル等（義務）

集中的
技能向上水準
連続勤務時間制限＋
勤務間インターバル等（義務）

A水準

連携B水準、B水準

C-1水準、C-2水準

36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下			
	②「臨時的な必要がある場合」の上限	月100時間未満	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)		
	・月の時間外労働時間数（休日労働を含む）	※①の月45時間を超えることができる月数は年間6か月以内			
	・年の時間外労働時間数（休日労働を含む）		年960時間以下	年1,860時間以下 (連携B水準は年960時間以下)	年1,860時間以下
	・年の時間外労働時間数（休日労働を含まない）	年720時間以下			
	③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む） (※複数事業場の労働時間を通算して適用)	月100時間未満 複数月平均80時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)
		年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下	

左記の時間数は、その時間までの労働を強制するものではなく、労使間で合意し、36協定を結べば働くことが可能となる時間であることに留意

- 時間外労働及び休日労働は必要最小限にとどめるべきであることに、労使は十分留意。
- 36協定の労使協議の場を活用して、労働時間短縮策の話し合いを労使間で行う。
- ✓ 36協定上は、日・月・年単位での上限を定める必要あり
- ✓ 対象労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類等も、36協定上に規定する必要あり
- ✓ 「臨時的な必要がある場合」について規定する場合には、健康福祉を確保する措置を36協定に規定し、実施する必要あり
- ✓ 「地域医療確保暫定特例水準の適用」や、「月100時間以上の時間外労働」について規定する場合には、追加的健康確保措置について36協定に規定し、実施する必要あり

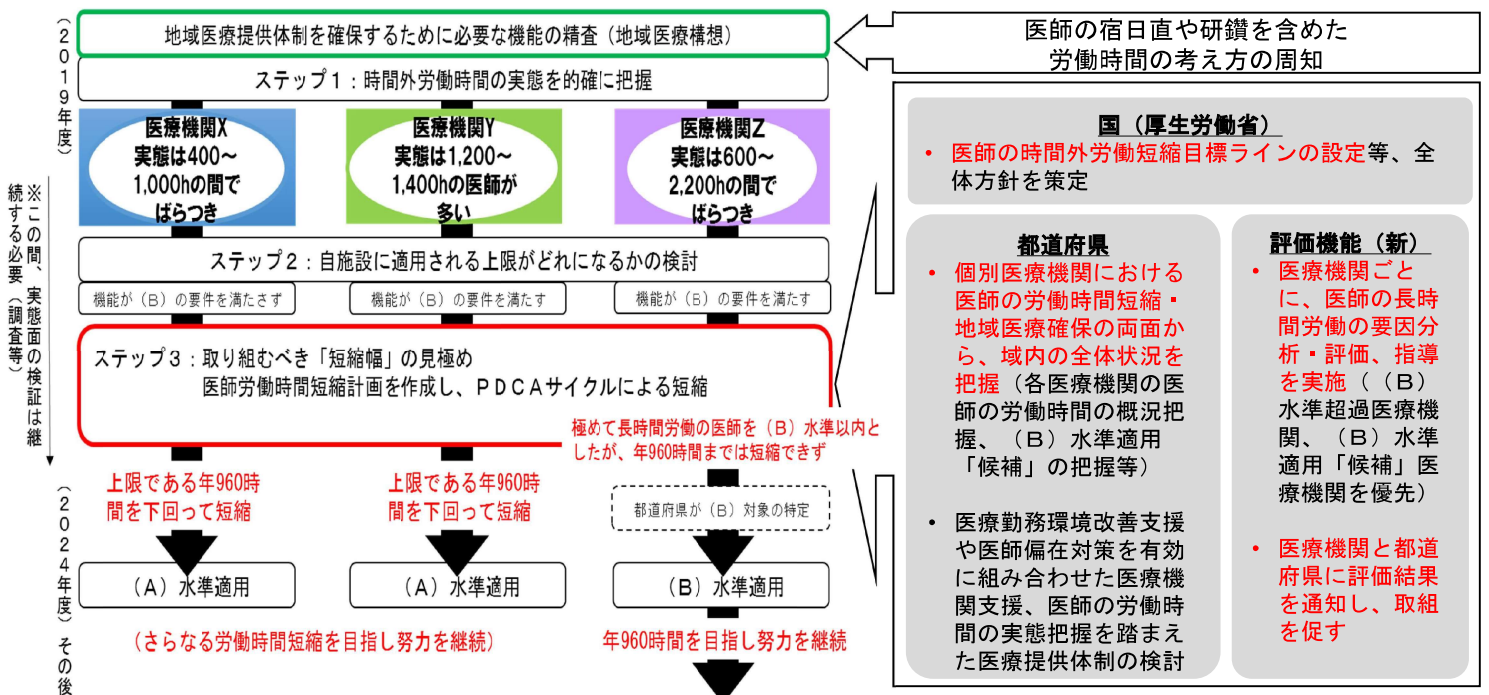
時間外労働規制の施行について(中長期の見通し)

年度 事項	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	
地域医療構想 ・ 地域医療計画	第7次医療計画				第8次医療計画				第9次医療計画										
医師養成				（医師確保計画に基づく地域枠・地元枠の増員開始）					（中間見直し）			（見直し）			（中間見直し）				（達成目標年）
時間外労働上限規制	<ul style="list-style-type: none"> 実態調査 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力 必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証 					施行	医師偏在対策においては、地域枠・地元枠の増員効果がある程度蓄積した時点で、都道府県における医師の需給均衡を達成するという考え方で、達成目標年を設定（医師需給分科会で議論）。										2036.3 2035年度末を 目標に終了年限	（この後も引き続き）	
	B水準・連携B水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討										C水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証								
	40																		

2024年4月に向けて医療機関に求められる取組

- 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの間に、各医療機関の労働時間短縮の動きを念頭に、国・都道府県等が必要な支援等を行った上で、やむを得ないものについて地域医療確保暫定特例水準の適用となる。

<各医療機関の状況に応じた2024年4月までの動き（例）> <医療機関をバックアップする仕組み>



医師の労働時間にかかる論点の取扱い(宿日直)

※ 「医師、看護師等の宿日直許可基準について」(令和元年7月1日付け基発0701第8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)

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

日勤帯 (所定 内労働 時間)	当直帯 (15時間程度)
--------------------------	-----------------

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、看護師に係る許可基準(令和元年7月発出)により判断。②において、第9回検討会でお示した案を元に、**許可対象となる「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務」を例示した。**

(医師の働き方改革に関する検討会でのご議論を踏まえた例示)

- 「医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」
- 「医師が、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対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」

※宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事することが稀にあったときについては、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は夜間に十分な睡眠が取り得るものである限り、宿日直の許可は取り消さない。

※当該通常の勤務時間と同態様の業務に従事する時間について労働基準法第33条又は第36条の第1項による時間外労働の手続きがとられ、法第37条の割増賃金が支払われるよう取り扱うこと。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能(深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能)

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扱いについて、その考え方と、適切に取り扱うための手続を通達で示している。

例えば
8:30 17:30

日勤帯 (所定 内労働 時間)	時間外に残って 研鑽を行っている 時間
--------------------------	---------------------------

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
- 上司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。
※所定労働時間内において勤務場所で研鑽を行う場合は、当然に労働時間となる。
- 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得るよう、基本となる考え方を示すとともに、労働に該当するかどうかの判断を明確化するための手続を示す。

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"> 業務上必須ではない行為を、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、診療の準備又は診療に伴う後処理として不可欠なものは、労働時間に該当する。
学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新にかかる講習会受講等	<ul style="list-style-type: none"> 左記の研鑽が奨励されている等の事情があっても、業務上必須ではない行為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、研鑽の不実施について就業規則上の制裁等の不利益が課されているため、その実施を余儀なくされている場合や、研鑽が業務上必須である場合、業務上必須でなくとも上司が明示・黙示の指示をしている場合は、労働時間に該当する。
当直シフト外で時間外に待機し、手術・措置等の見学を行うこと	<ul style="list-style-type: none"> 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。

必要な手続等

- 研鑽を行うことについての医師の申出と上司による確認(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、服装等外形的に見分けられる措置)
- 医療機関ごとに取り扱いを明確化して書面等に示し、院内職員に周知する

特定の医師個人への負担の固定化を防止するために

地域医療確保暫定特例水準（B水準・連携B水準）について、特定の医師個人への負担の固定化を防止するため、B水準・連携水準に係る制度設計における対応と、医師偏在対策の推進等の医療提供体制における対応を実施。

B水準・連携B水準に係る制度設計における対応

■ 長時間労働の業務・診療科への重点的な取組・支援

B水準・連携B水準対象医療機関には、
医師労働時間短縮計画の策定を義務付け

↓
長時間労働の業務・診療科が明らかとなる

集中している負担の軽減を進め、固定化させない
院内でのタスクシフト・シェア／地域医療提供体制の機能分化・連携

これらの取組で労働時間を 着実に短縮することにより

B水準・連携B水準は2035年度末に向けて実態調査
等を踏まえた段階的な見直しの検討を実施

■ 健康確保措置の確実な実施

連続勤務時間制限（28時間）
勤務間インターバル（9時間）等

医師による面接指導
就業上の措置（ドクターストップ）

これらの義務付けによる長時間労働の防止

- ・ 医事法制上、医療機関に実施記録の保存を求め、都道府県が**実施確認**
- ・ 就業上の措置は**きめ細やかな具体例**を提示予定（小刻みな就業制限等）
⇒医療機関は**就業上の措置を最優先**で講じ、
一時的な診療縮小が生じる場合は**地域医療提供体制でカバー**

医療提供体制における対応

■ 医師偏在対策の推進（平成30年医療法・医師法改正法による対応）

地域医療を一人の医師に背負わせず
面で支える仕組みの構築

医師少数区域等に優先的に医師派遣

（例）特定の病院の循環器医師が長年にわたって
長時間労働の場合、当該病院に循環器医師
を派遣することで科の労働時間を削減

区域内の
（B）対象
医療機関に
特に重点的
に派遣

医師少数区域等で勤務する医師に対し、
交代医師の派遣などの負担軽減策を実施

地域枠医師は、キャリア形成プログラムに基づき勤務
→ローテートにより負担を固定化しない

医師偏在対策は、地域医療対策協議会で協議・公表
大学等の地域医療関係者の協力責務を規定

■ 地域医療構想の実現に向けた取組

医療機関の機能分化・連携の推進により
効率的な医療提供体制を構築

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組（H30（2018）年2月）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