

## 参考資料

参考資料	1	医師の長時間労働が医療安全に及ぼす影響	1
参考資料	2	医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート報告書（概要）	2
参考資料	3	①諸外国における勤務医に対する労働時間規制の概要 ②海外における法定労働時間とその適用除外、労働時間の量的上限規制、労働安全衛生制度について	16 17
参考資料	4	米国メイヨークリニックにおける医師に対する健康管理の視点	27
参考資料	5	①労働基準監督署の監督で提出を求められる書類 ②労働基準監督署の「臨検」 ③定期監督等実施状況・法違反状況	28 28 29
参考資料	6	労働安全衛生法の概要	30
参考資料	7	医療機関における産業保健活動調査結果	38
参考資料	8	日本医師会の勤務環境改善の取り組み ①勤務医の健康を守る病院7か条 ②医師が元気に働くための7か条 ③医師の職場環境改善ワークショップ ④勤務医の健康支援のための15のアクション	44 45 46 47
参考資料	9	勤務医労働実態調査2017（全国医師ユニオン）	48
参考資料	10	①時間外労働の上限規制等について ②医師の働き方の取扱い	50 50
参考資料	11	①正規職員の職種別の1週間の労働時間の分布 ②診療科別病院常勤医師の週当たり勤務時間の分布	51 51
参考資料	12	①脳・心臓疾患の労災認定基準の概要（いわゆる過労死ライン） ②精神障害の労災認定基準の概要	52 53
参考資料	13	①診療ガイドラインについて ②日本肝臓学会編『C型肝炎治療ガイドライン』の改定履歴	54 54
参考資料	14	自己研鑽のガイドラインの1例	55
参考資料	15	人口10万人当たりの医師数の年次推移	56
参考資料	16	①救急出動件数、搬送人員の推移 ②主な疾患別の死亡率の推移 ③死亡場所の推移	57 57 58
参考資料	17	労働基準法第41条に定める宿日直勤務について	59

参考資料	18	①専門業務型裁量労働制の対象業務 .....	60
		②大学病院における専門業務型裁量労働制 .....	61
参考資料	19	労働法に関する主要法令一覧 .....	62
参考資料	20	「医師の働き方改革」による地域医療への影響について .....	64
参考資料	21	医師確保に直接的に関係する会議体 .....	75
参考資料	22	ライフイベントを抱える医師への包括的支援 .....	76
参考資料	23	三重県認証「女性が働きやすい医療機関認証制度」 .....	77
参考資料	24	いわき市地域医療を守り育てる基本条例（福島県） .....	78

参考資料 1 医師の長時間労働が医療安全に及ぼす影響

- 長時間勤務が疲労感、睡眠の質の低下と関係する[8] [ ]の番号は引用資料中の参考文献番号
- 夜間、宿直中の呼び出しが集中力の低下や記憶力の低下と関係する[9][10][11]
- 腹腔鏡シミュレーターを使って医師の過重労働と腹腔鏡操作手技時間と操作誤差への影響を分析した研究結果は、夜間の睡眠を中断した群で操作時間が長く、エラーの回数が増える[12][13][14][15][16]
- 長時間勤務が針刺し事故の増加と関係したという報告[18]
- 3日に1回 24 時間以上の連続勤務をした長時間勤務の場合と、連続勤務の上限を16時間、週当たりの勤務時間を60-63時間に制限した場合の比較の結果、長時間勤務の場合、処方ミスと診断ミスが明らかに多かったという報告 [19]
- 前日に当直であった医師が執刀した手術後の患者においては、合併症が45%多かったという報告[20]
- 医療事故からヒヤリハット事例を含む医療過誤の原因として、過剰な業務に伴う慢性疲労をあげた者が71.3%[3]

「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて  
(平成 23 年 9 月 27 日 日本学術会議)」より引用

## 参考資料 2 医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート報告書（概要）

### 1. 目的

国の「医師の働き方改革に関する検討会」等、あらゆる機会での医師の働き方について意見を述べる際の参考とするため。

### 2. 調査実施期間

平成 29 年 10 月～12 月

### 3. 調査方法

メールによる回答

### 4. 回答者

各都道府県医師会において、議論を深めていただいた上で、最終的には都道府県医師会長が回答。

### 5. 担当事務局

公益社団法人日本医師会 地域医療第二課

《目次》

I. 医療勤務環境改善支援センターの活用について

II. 日本医師会の各種ツールの活用推進について

III. 医師の業務・各種活動の取扱いに関して

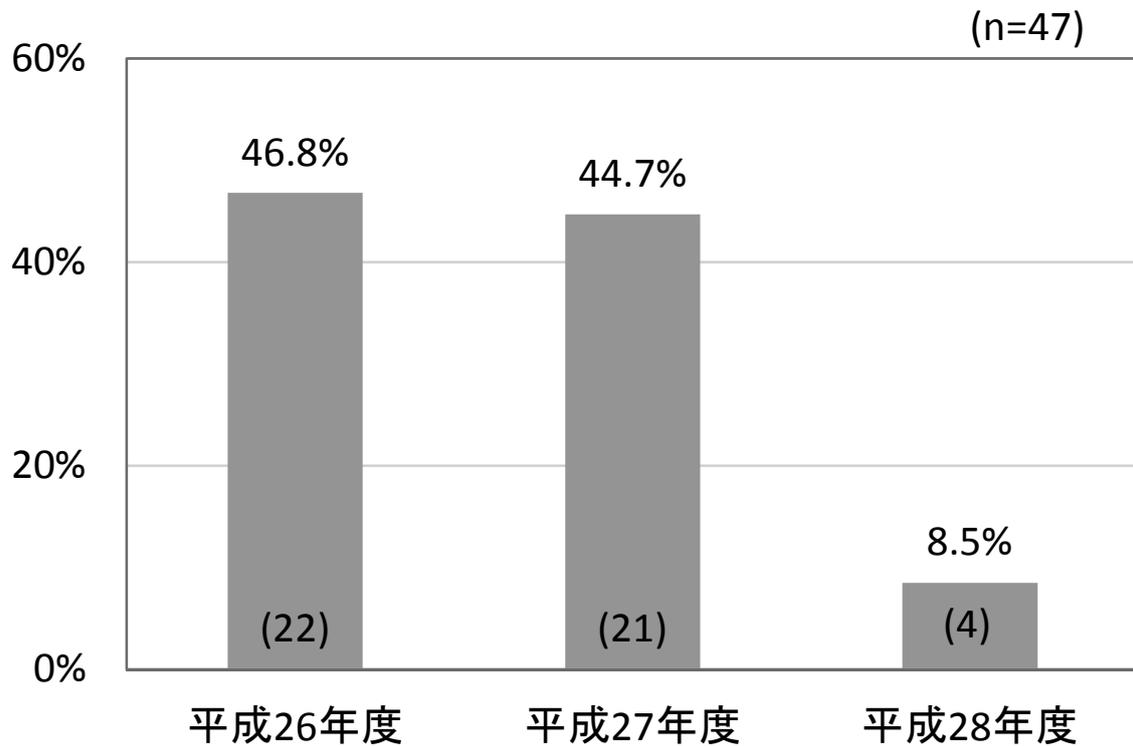
IV. 地域における医師確保について

V. 医師の時間外労働の規制について

自由記入欄の意見

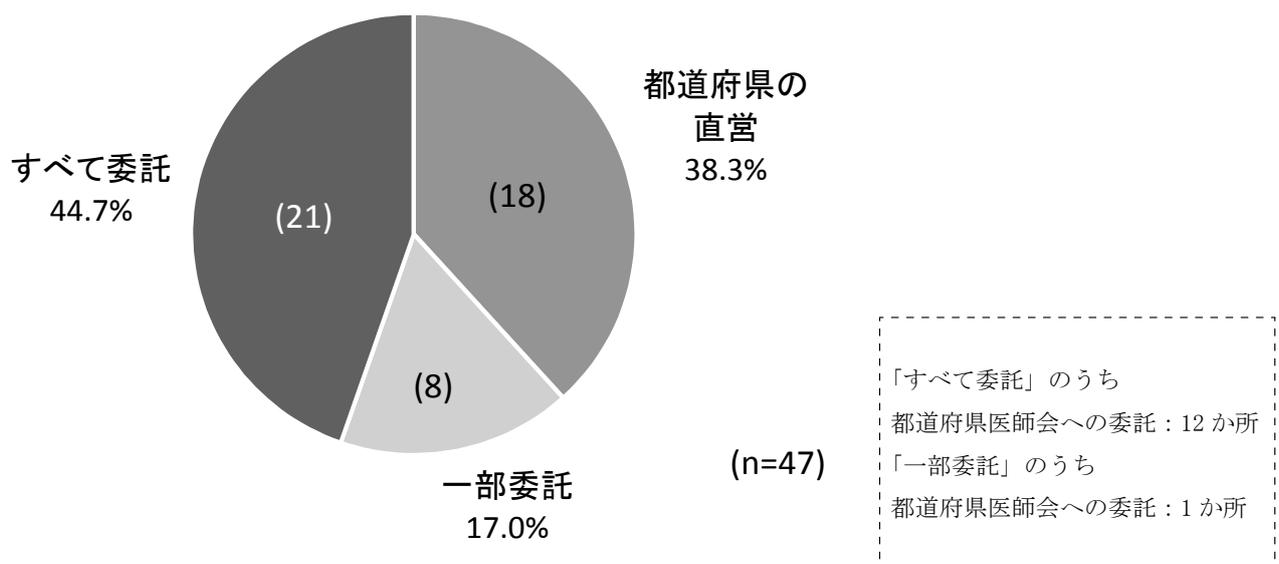
I. 医療勤務環境改善支援センターの活用について

(i) 医療勤務環境改善支援センターの設置時期を教えてください

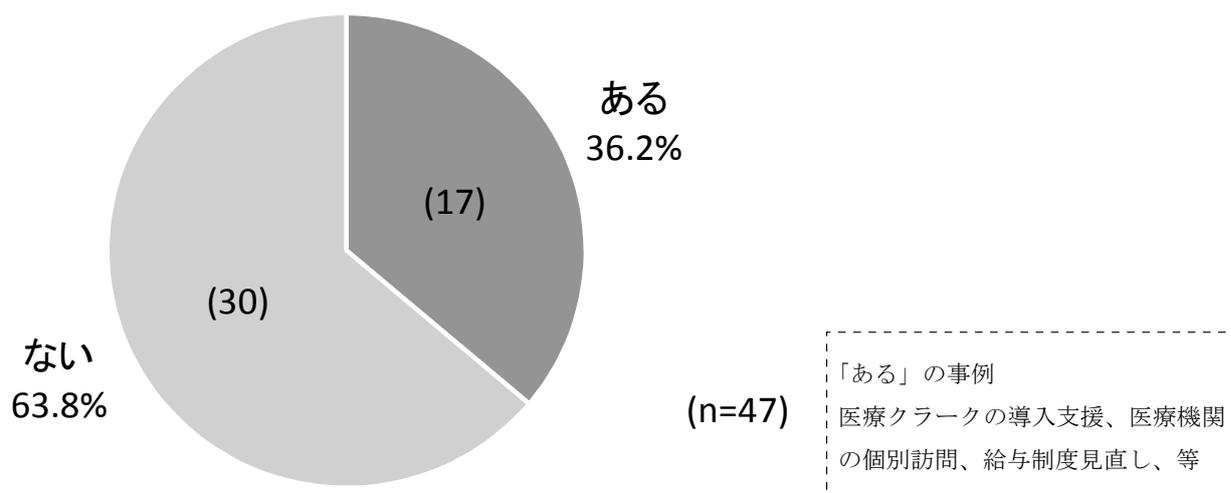


※グラフの（ ）内の値は回答件数である

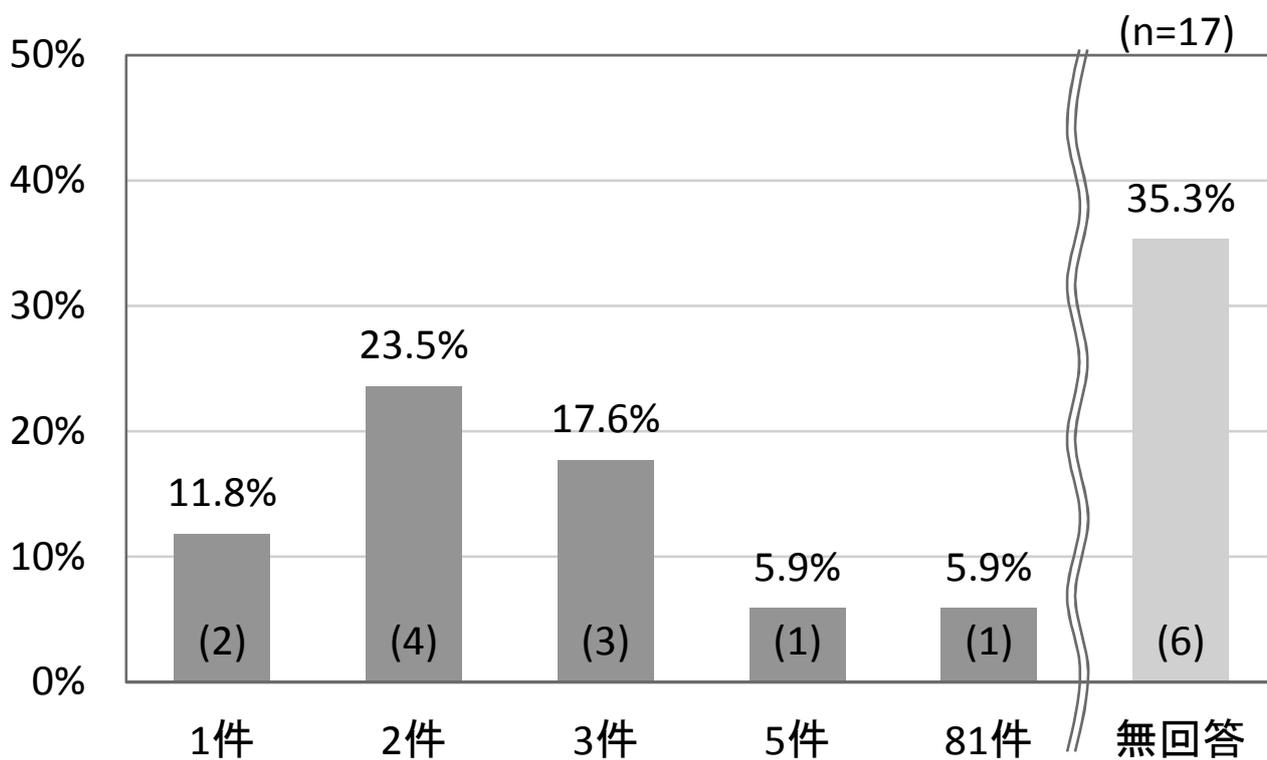
(ii) 医療勤務環境改善支援センターの運営主体を教えてください



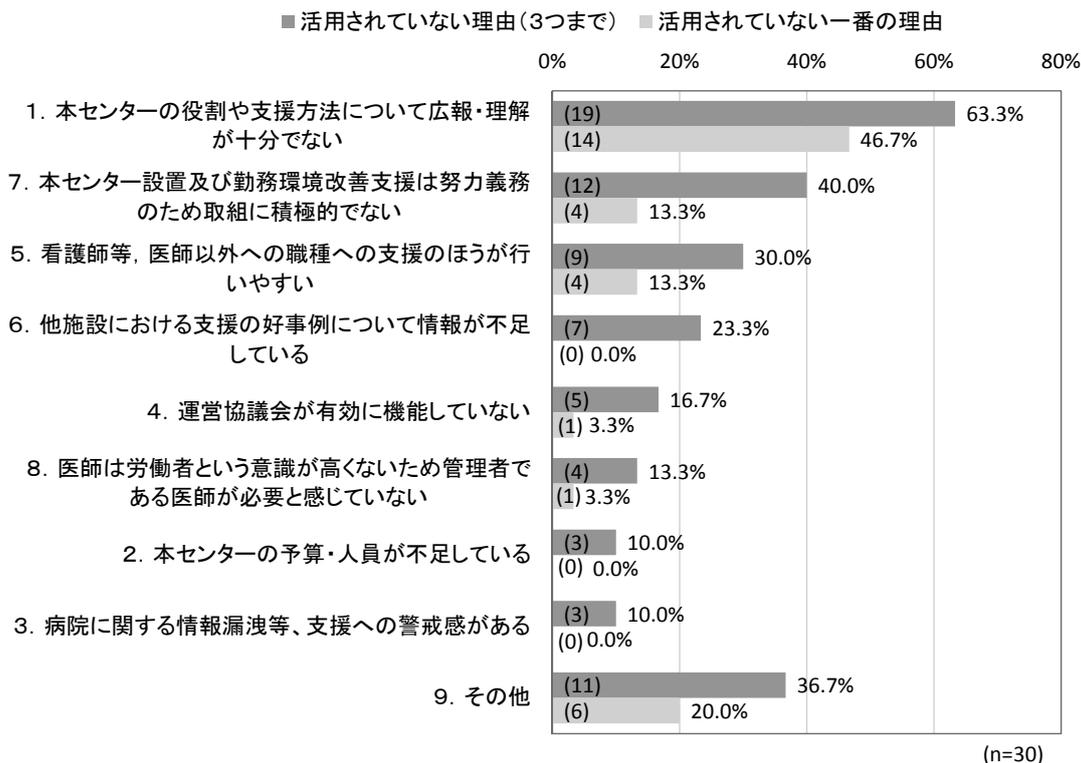
(iii) 貴都道府県において医師の勤務環境改善に役立った支援事例はありますか



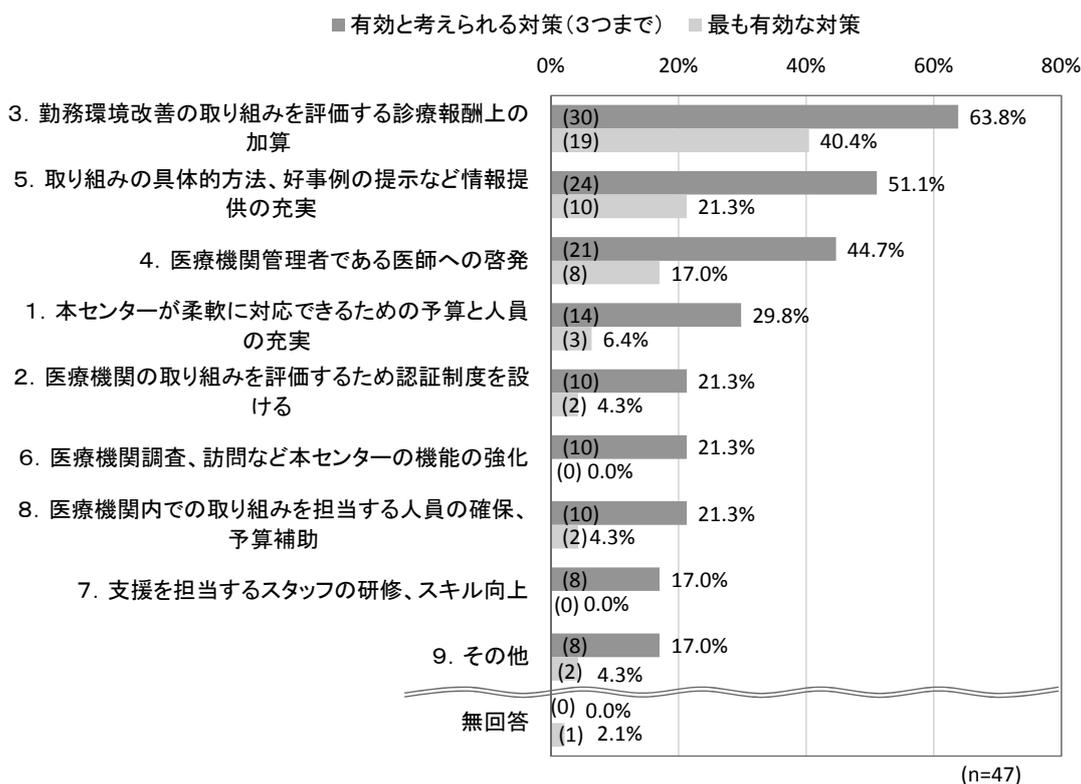
(iii) 貴都道府県において医師の勤務環境改善に役立った支援事例はありますか  
(a) 「1. ある」場合、役立った支援事例数をご記入ください



(iii) 貴都道府県において医師の勤務環境改善に役立つ支援事例はありますか  
 (b) 「2. ない」場合、活用されていない理由をお聞かせ下さい

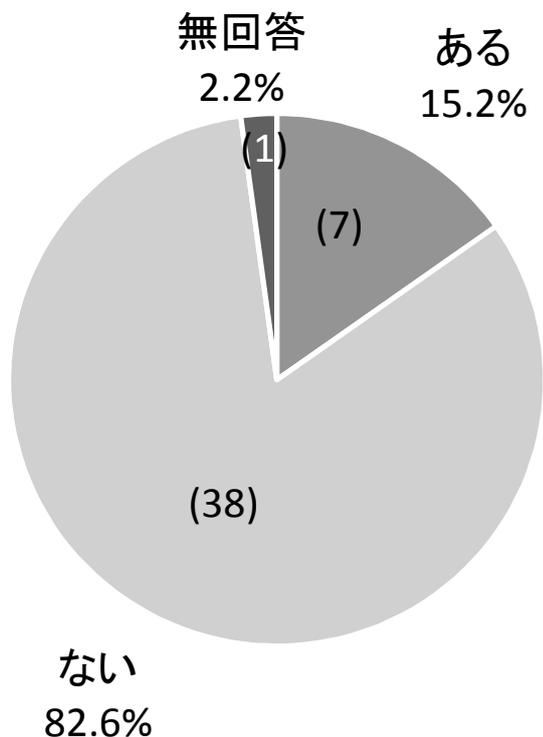


(iv) 医療勤務環境改善支援センターが医師の勤務環境改善に活用されるために有効と考えられる対策はありますか



II. 日本医師会の各種ツールの活用推進について

(i) 貴都道府県でこれらを実際に活用している医療機関はありますか



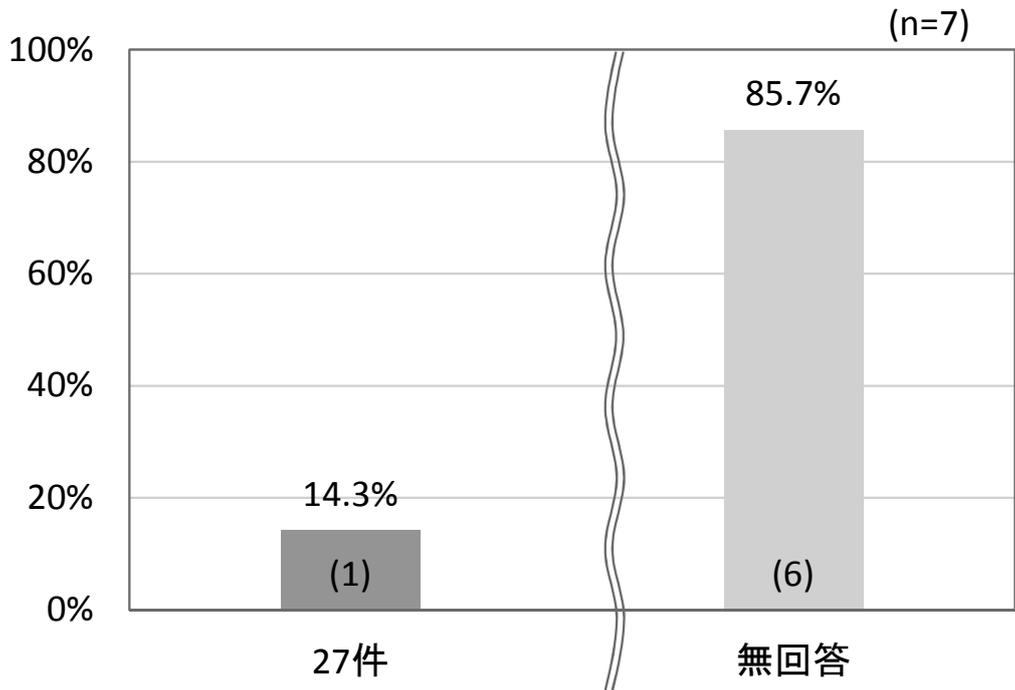
日本医師会のツール  
 本文の図表II④  
 勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール  
 参考資料 8

- ・勤務医の健康を守る病院 7 か条
- ・医師が元気に働くための 7 か条
- ・勤務医の健康支援のための 15 のアクション

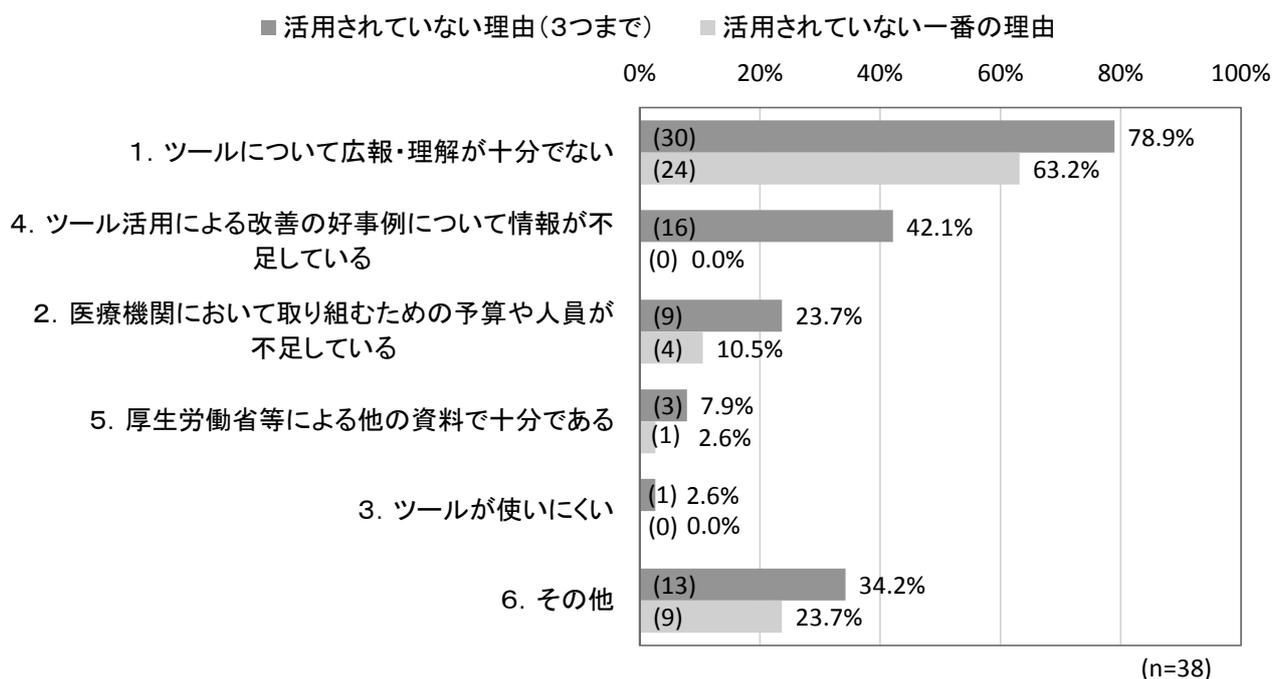
(n=46)

「ある」の具体例  
 臨床研修指定病院における勤務環境  
 改善指導の際、ツールを使用

(i) 貴都道府県でこれらを実際に活用している医療機関はありますか  
 (a) 「1. ある」場合、活用している医療機関数をご記入ください

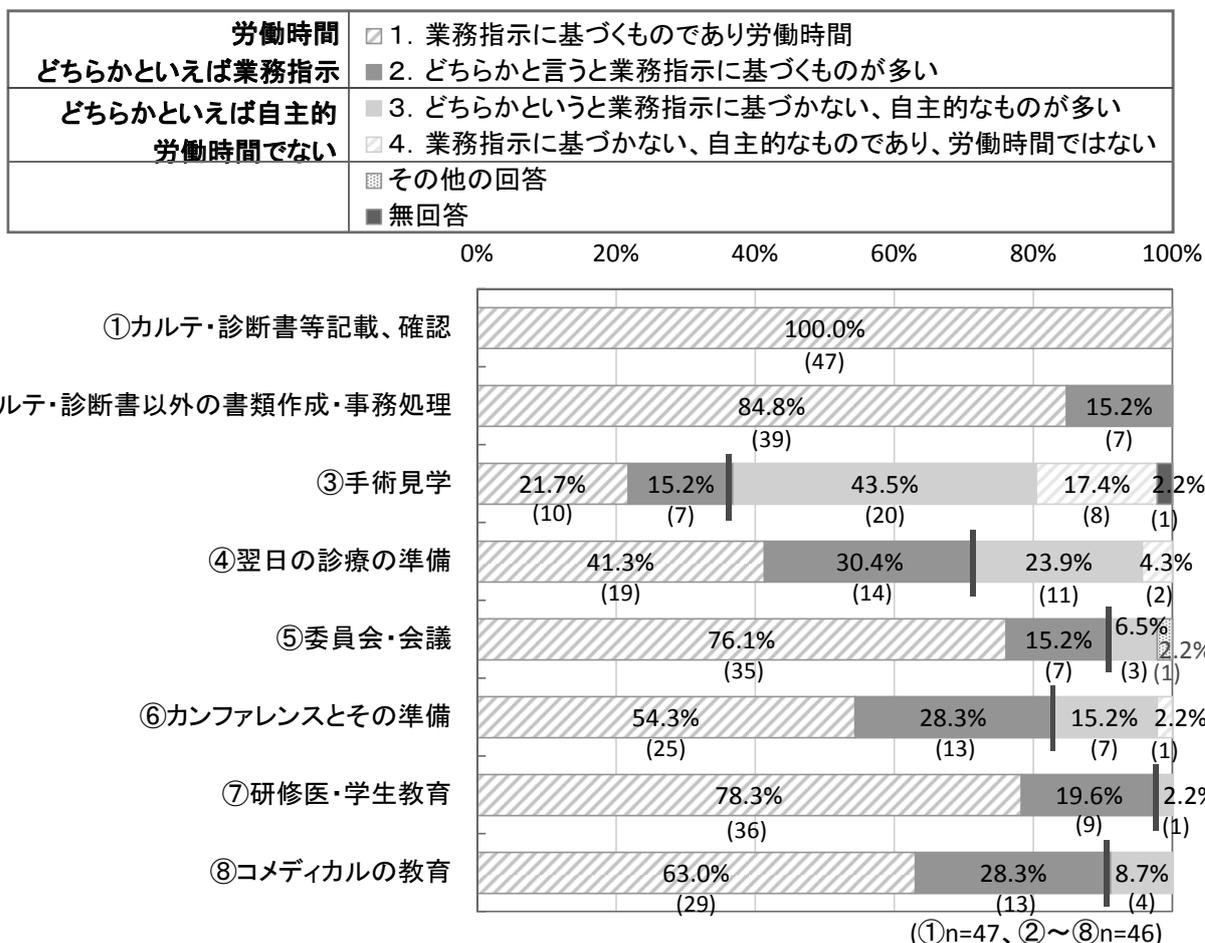


(i) 貴都道府県でこれらを実際に活用している医療機関はありますか  
 (b) 「2. ない」場合、活用されていない理由をお聞かせ下さい



### III. 医師の業務・各種活動の取扱いに関して

(i) 下記項目が「労働時間」にあたるか、ご意見をお聞かせください  
 (a) 院内

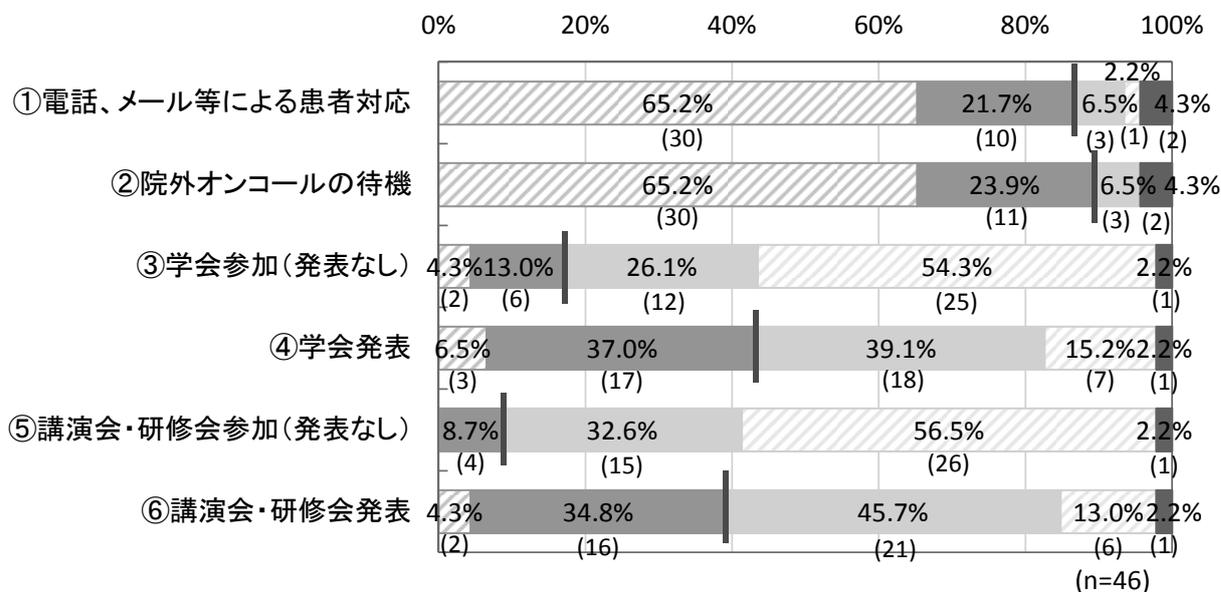


※⑤委員会・会議を1と2の複数回答をした1都道府県は「その他の回答」として集計

※複数の回答を併記した1都道府県は集計から除外

(i) 下記項目が「労働時間」にあたるか、ご意見をお聞かせください  
 (b) 院外

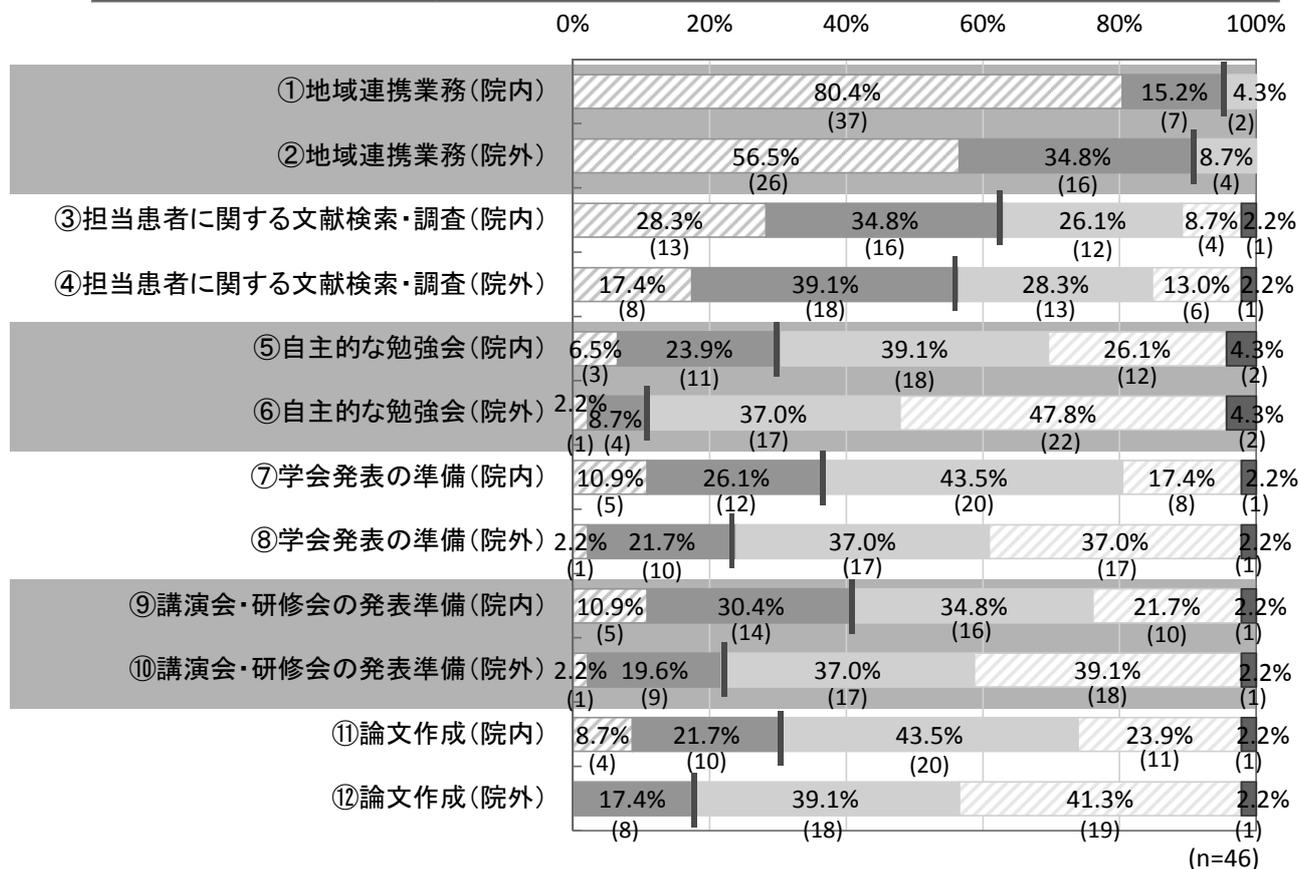
労働時間	☑ 1. 業務指示に基づくものであり労働時間
どちらかといえば業務指示	■ 2. どちらかと言うと業務指示に基づくものが多い
どちらかといえば自主的	■ 3. どちらかと言うと業務指示に基づかない、自主的なものが多い
労働時間でない	□ 4. 業務指示に基づかない、自主的なものであり、労働時間ではない
	■ 無回答



※複数の回答を併記した1都道府県は集計から除外

(i) 下記項目が「労働時間」にあたるか、ご意見をお聞かせください  
(c) 院内と院外が混在

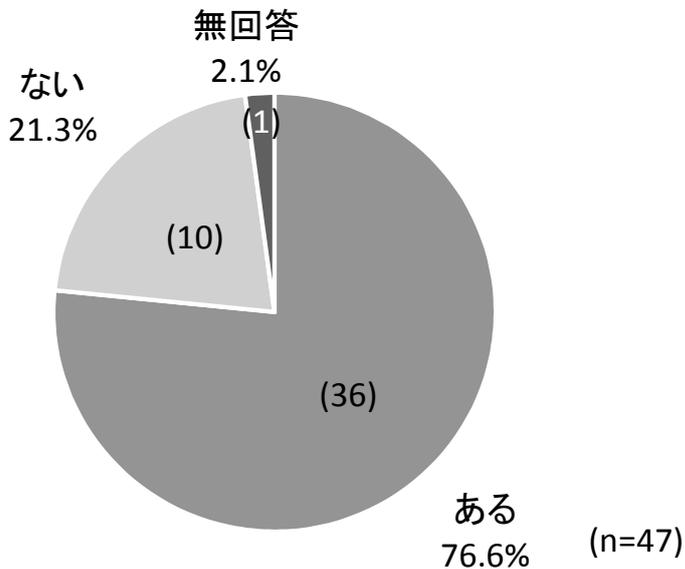
<b>労働時間</b>	□ 1. 業務指示に基づくものであり労働時間
<b>どちらかといえば業務指示</b>	■ 2. どちらかと言うと業務指示に基づくものが多い
<b>どちらかといえば自主的</b>	■ 3. どちらかというと業務指示に基づかない、自主的なものが多い
<b>労働時間でない</b>	□ 4. 業務指示に基づかない、自主的なものであり、労働時間ではない
	■ 無回答



※複数の回答を併記した1都道府県は集計から除外

#### IV. 地域における医師確保について

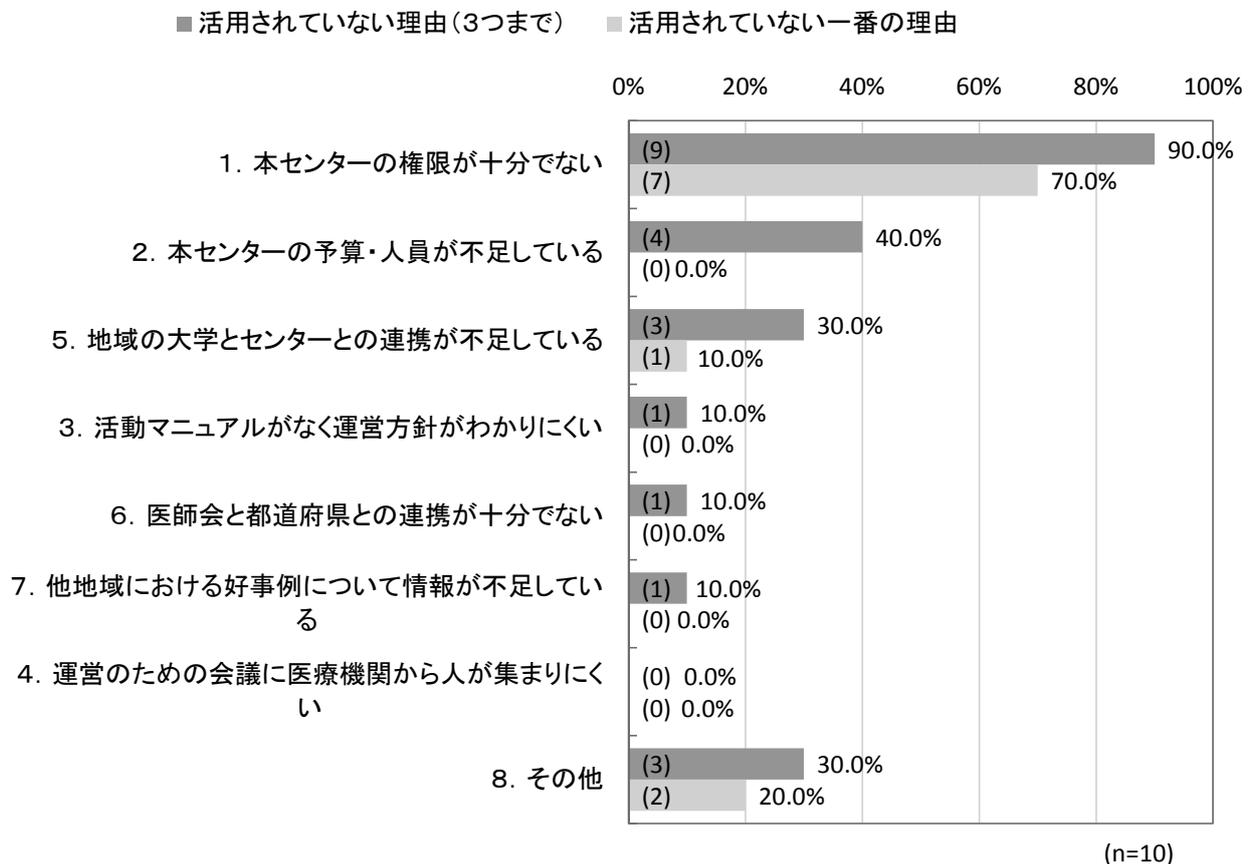
(i) 医師の偏在対策として地域医療支援センターの役割が期待されています。貴都道府県において医師配置の調整に本センターが関与した事例はありますか



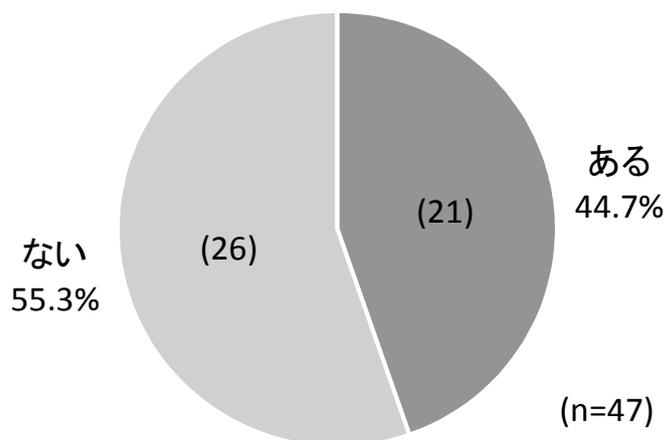
「ある」の事例  
 就学資金の貸与を受けた医師、地域枠、自治医大卒業生、など  
 地域枠以外の取り組みを行っている都道府県も見られた

(i) 医師の偏在対策として地域医療支援センターの役割が期待されています。貴都道府県において医師配置の調整に本センターが関与した事例はありますか

(a) 「2. ない」場合、活用されていない理由をお聞かせ下さい



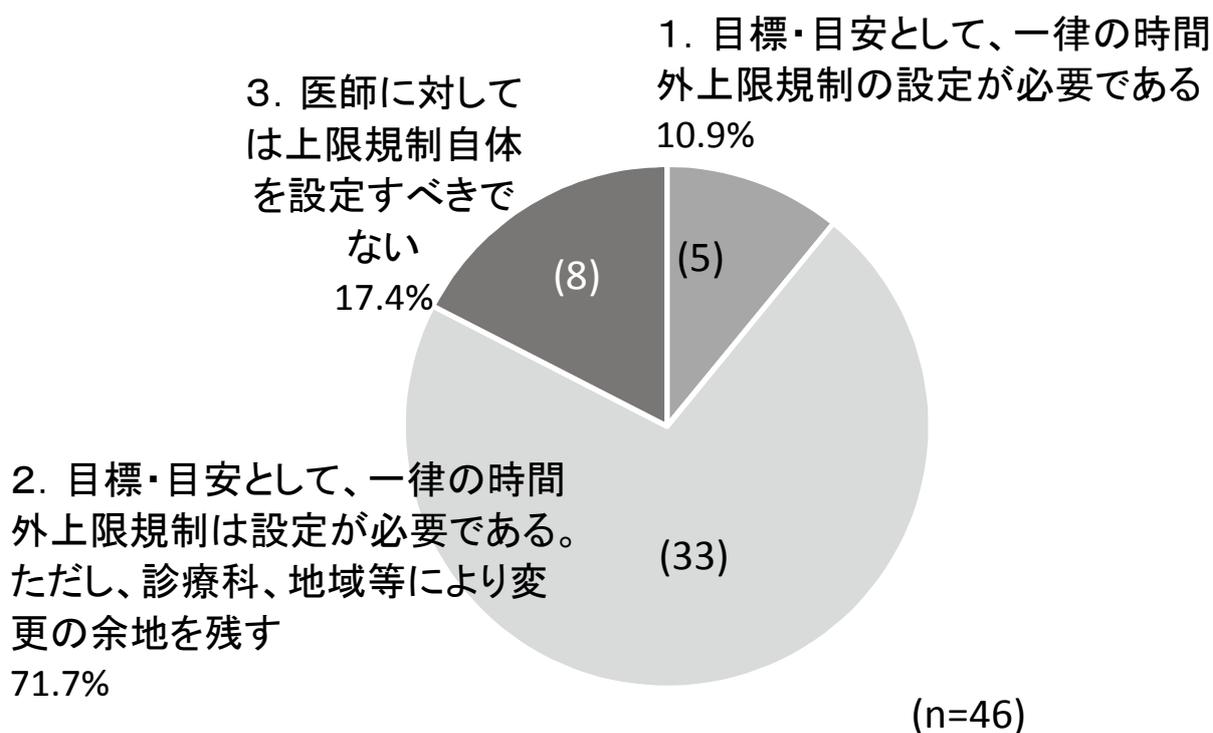
(ii) 貴都道府県において地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センター、女性医師支援センター相互の連携はありますか



「ある」の事例  
 「職員がこれらの業務を兼任」、「担当課・事務局が同じ」、など

### V. 医師の時間外労働の規制について

(i) 勤務医の勤務実態、労災認定基準等も踏まえ、1ヶ月の時間外労働時間規制の上限規制について、下記1～3からひとつ選択いただいた上で、それぞれの設問にお答えください



※複数の回答を併記した1都道府県は集計から除外

## 自由記入欄の意見

### (1) 院外オンコール待機の在り方

○院外オンコールが心理的負担になるという意見が多く見られた。

〈意見（抜粋）〉

- ・チーム制にして交代制勤務にすればオンコールはなくなる。
- ・院外オンコールは医師の犠牲のうえに成り立っているので、中止すべき
- ・院外オンコールで実際に病院へ行ったときに労働時間が発生すると明確化した方がよい
- ・オンコールを例えば、看護師等に任せて振り分ける。
- ・オンコール待機は、オンかオフであった従来の休日・夜間の診療を、画期的に変革したメリットはあるが、携帯電話の時代となり、ますます、精神的、身体的、空間的な束縛を受けている。

### (2) 勤務間インターバル制度の活用

○宿日直の翌日の配慮をするべきという意見が多く見られた。

### (3) 医師の特殊性に合わせた制度の在り方

○全体として、裁量労働制は医師になじまないという意見が多く見られたが、下記の意見もあった。

- ・裁量労働制については、先端医療、放射線診断医には可能性がある。

### (4) リスクのある業務におけるタスクシェア、タスクシフト

○反対・慎重もあるが、進める前提での回答も多く見られた。

〈意見（抜粋）〉

- ・放射線技師、臨床検査技師の活用
- ・救急救命士の医療現場での活用。救急車のなかではある程度医療行為が可能だが、病院に入ると全くできなくなる。

### (5) 応招義務について

○医師個人ではなく、病院での対応という意見が多く見られた。

〈意見（抜粋）〉

- ・応招義務を緩和すると、平気で診療を断ってしまう医師が増加する懸念。
- ・救急現場ではいまだに専門性を理由にした受け入れ拒否事例等も多く、安易な撤廃の議論は混乱を招く。

### (6) 1か月の時間外労働時間の上限規制全般、罰則について

○罰則に賛成もあるが、不適當、現実的でない、設けないといった意見が多く見られた。

〈意見（抜粋）〉

- ・罰則よりは、診療報酬になる加点の方が望ましい。
- ・ドイツやフランスのように長期休暇で代替えしても良いのでは。
- ・辛い状況にある管理者が上限規制を破って罰則を受けることのないような制度を希望します。
- ・罰則がなじむ業界ではないが、罰則にしないと改善が進まないという実態もある。
- ・医師個人の問題、病院自体の問題等あるが、「できないできない」という主張はいつか通らなくなる。

以上

参考資料3 厚労省 HP (第6回 医師の働き方改革に関する検討会)

① 諸外国における勤務医に対する労働時間規制の概要 (未定稿)

	日本	イギリス	米国
勤務医に対する労働時間規制の主な内容	労働基準法により、 ①1日の労働時間は8時間・週労働時間は40時間を超えてはならない、 ②①を超えて労働させる場合には労使協定(36協定)とともに法定の率による割増賃金の支払が必要、 等とされている	労働時間規則により、 ・ 週労働時間の上限は48時間(調整期間17週の平均、病院における治療等の業務は26週)とされているが、個別合意によるオプトアウト(適用除外)を容認。 ・ 24時間当たり連続11時間の休息期間を付与することとされているが、病院における治療等の業務については代償休息の付与を条件として「特殊な労働環境」による適用除外。代償休息とは、未取得の休息(週最大90時間(11時間×6日+24時間))を別途付与することを指す。 ・ 割増賃金については法的規制はなく、労働協約等において定められる。(以上出典1・2)  保健省の検討会報告書(2014年)は、労働時間規制による外科領域や急性疾患分野への悪影響、オプトアウトの活用や勤務環境改善の好事例の共有の必要性等を指摘。(出典3) 英国医師会(BMA)等は、EU離脱に伴い労働時間規制が後退しないよう政府に求めている。(出典4)	公正労働基準法においては、勤務医・それ以外を問わず労働時間の上限規制はなく、使用者に週40時間を超える労働にかかる割増賃金の支払義務が課せられている。  一定の要件の対象者についてこの割増賃金の支払義務が免除されるホワイトカラーエグゼンプションの一類型(専門職エグゼンプト)として、勤務医(インターン・レジデントを含む)が対象と定められている。(以上出典1・2)  インターン・レジデントに対しては、医師卒後臨床研修プログラムの評価団体であるACGMEによる労働時間制限が導入されている。内容は①週当たり最長労働時間が4週平均で80時間(一定の場合は88時間)、②最長シフト時間は24時間(引継による4時間の延長可)、③宿直の頻度は3日に1回まで④インターバルは8時間、等。(出典6)
勤務医の実態	労働時間週60時間超の割合 41.8%(2012年)	調査中	調査中
医師数	医師総数31.9万人、うち勤務医約24万人(約8割)(2016年)	<イングランド> 医師総数15.3万人 うち開業医4.2万人、病院等11.4万人(2017年)	医師総数104.6万人 うちレジデント・インターン11.7万人、フルタイム病院勤務医9.2万人(合わせて約2割)(2013年)

(出典) 1: 諸外国のホワイトカラー労働者に係る労働時間規制に関する調査研究(2005年・(独)労働政策研究・研修機構)、2: 労働時間規制に係る諸外国の規制についての調査(2012年、同左)、3: The implementation of the working time directive, and its impact on the NHS and health professionals(2014年、Independent Working Time Regulations Taskforce)、4: <http://www.bma.org.uk/>、5: Healthcare Workforce Statistics, England、6: <http://acgme.org/>、7: Health, United States 2016

諸外国における勤務医に対する労働時間規制の概要 (未定稿)

	フランス	ドイツ
勤務医に対する労働時間規制の主な内容	労働法典により、 ・ ①週労働時間は原則35時間、②超過勤務の上限は労働協約によって定めるが、定めがない場合は年間220時間、③労働時間の絶対上限は1日10時間・週48時間・12週平均44時間(労働協約等で規定している場合は1日12時間、週60時間、12週平均46時間)とされている ・ 労働の終了後は、少なくとも11時間就労することができないとされている。 ・ 超過勤務に対しては割増賃金の支払又は代休の付与が必要(代休の付与は労働協約に定めがある場合のみ)。(以上出典1・2)  医師については、別途の規制により、①週の労働時間の上限は48時間(連続12週平均)、②いずれの週も60時間を超えてはならない、③当直や治療上の必要性がある場合はさらに20時間の超過が認められるとされている。(出典8)  ※労働法典と医師に対する別途規制の関係等について精査中。	労働時間法により、 ・ 1日の労働時間は8時間を超えてはならないとされている。ただし、6か月又は24週以内の期間を平均して1日当たり8時間を超えない限り、1日10時間まで延長できる。12か月平均で週48時間以内である必要。 ・ 労働の終了から次の日の開始までに連続した最低11時間以上の休息期間を付与しなければならないとされている。 ・ 割増賃金については法的規制はなく、労働協約において定められる。労働時間口座(残業時間を貯めておいて手当や休暇として利用できる仕組み)も活用されている。(以上出典1・2・10)  欧州司法裁判所における「職場での待機時間は労働時間とみなすべき」との判決を受け、公共医療従事者について2003年からオプトアウトを容認。オプトアウトは、労働協約に加えて個々の労働者の同意、労働時間の記録や安全衛生に配慮した具体的な措置が必要。 2012年の調査時点において、オプトアウトが最も多く導入されているのは病院の医師であり、約9割がオプトアウトに同意している。オプトアウトに関する労働協約で設定されている医師の週労働時間の上限は54~60時間が多く、いくつかのケースでは66時間とされていた。(出典2)
勤務医の実態	調査中	調査中 ※なお、ドイツ全体として、週60時間以上働く労働者は全体の4.3%(約170万人)(出典2)
医師数	医師総数21.8万人、うち勤務医9.1万人(約4割)(2016年、出典9)	医師総数48.6万人、うち開業医15.0万人・病院19.0万人・他の分野3.1万人であることから、20万人弱が勤務医と推測される(約4割程度か)。(2015年)(出典11)

(出典) 1: 諸外国のホワイトカラー労働者に係る労働時間規制に関する調査研究(2005年・(独)労働政策研究・研修機構)、2: 労働時間規制に係る諸外国の規制についての調査(2012年、同左)、8: 「病院医療スタッフの生産性を上げる働き方改革」(松田晋也産業医科大学教授、「病院」11月号所収)、9: フランス医療保障制度に関する調査研究報告書(2017年・医療経済研究機構)、10: 2016年海外情勢報告(厚生労働省)、11: ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書(2017年・医療経済研究機構)

## ②海外における法定労働時間とその適用除外、労働時間の量的上限規制、労働安全衛生制度について

### 1. 法定労働時間

日本：1週40時間1日8時間

米国：1週40時間

カナダ：1週40時間（オンタリオ州では44時間）

イギリス：残業時間を含む1週平均で48時間

ドイツ：平日1日8時間を超えない（休憩除く）

フランス：1週35時間

EU指令：7日につき時間外労働を含め、平均して1週48時間を超えない

スウェーデン王国：1週40時間

中華人民共和国：1週40時間1日8時間

大韓民国：1週40時間

インドネシア共和国：1週40時間

マレーシア：1日8時間1週48時間

ミャンマー：1日8時間、1週44時間

シンガポール共和国：1日8時間、1週44時間

タイ王国：1日8時間、1週48時間

ベトナム社会主義共和国：1日8時間、1週48時間

インド：1日9時間1週48時間

日本と単純比較はできないが、本文の目次の前に掲載した〈用語について〉中の「労働時間の換算」を参照されたい

### 2. 法定労働時間の適用除外

日本：農業、伐採業、畜産業、水産業（林業を除く）、管理監督または機密の事務を取扱う者、監視または断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けた者。

米国：管理的被用者、運営的被用者、専門的被用者、外勤営業職（ホワイトカラーエグゼンプション）、季節的な娯楽・レクリエーション事務所等の被用者、水産業の被用者、一定の条件の下で雇用された農業労働者、小規模地方新聞社の被用者、小規模な独立公共電話会社の交換手、アメリカ船以外の船員、臨時の子守又は個人の介護のために家事労働に雇われる被用者、犯罪捜査官、コンピュータ関連職

イギリス：軍隊・警察その他市民保護サービスの特定の活動に従事する者等、幹部管理職、家族労働者、宗教的儀式の司祭労働者、家事使用人。労働者により署名された書面による個別的オプトアウトの合意により、法定労働時間の規則の適用を排除することができる。

ドイツ：事業所組織法 5 条 3 項の管理職従業員及び主任医師、公務機関の長、その代理者、公務に従事する労働者で人事決定権限を有する者、家政共同体において、その保護の下にある者と共同生活をし、この者を独自の責任で教育、介護又は看護する労働者、聖職者（他の法律の適用）、その他別の法律の適用がある者として、(1) 18 才未満の者（年少者労働保護法による）、(2) 船員（船員法による）等

フランス：国有企業（ガス、電気、国鉄等）、商業代理人（判例、学説）、家事使用人（判例、学説）、住込み不動産管理人、守衛（判例、学説）、取締役、上級幹部職員（幹部職カードル）、家内労働者

EU 指令：空路、鉄道、道路、海上、内水及び湖沼における輸送、漁業、その他の海上労働及び訓練中の医師の業務

【加盟国による適用除外が可能なもの（年次休暇のみ適用）】

役員又は自ら方針を決定する権限を有する者、家族労働者、教会又は教団の宗教的儀式を司る労働者

【労働協約等による適用除外が可能なもの（法律等で代償休息を与えることが条件）（週労働時間、年次休暇は適用）】

保安、監視の業務等

スウェーデン：管理的地位にある労働者や家内労働者、船員、特定の道路交通関係の労働者等

大韓民国：5 人未満の事業場

フィリピン：政府公務員、管理職、外勤職員、雇用者の扶養家族、家事手伝いのほか、労働雇用大臣が定める出来高払いの労働者

タイ王国：技能又は専門知識業務・経営管理業務・事務職・サービス業従事者等は 1 日の制限はない

### 3. 労働時間の量的上限規制

日本：36 協定で定められる一定期間についての延長時間の限度基準（告示）

1 週間 15 時間    2 週間 27 時間    4 週間 43 時間    1 か月 45 時間    2 か月 81 時間  
3 か月 120 時間    1 年間 360 時間

米国：連邦法上、時間外労働に係る上限規制はない（一部の州では一部産業での制限を課している）

カナダ：最長労働時間は 48 時間

イギリス：週労働時間の上限を時間外労働を含め平均して週 48 時間とする（17 週平均）。最大 52 週まで労使協定により延長可。1 日の休息期間を最低連続 11 時間とする（若年労働者（18 歳未満）については 12 時間以上）。

ドイツ：労働協約又は事業所協定に定めをおくことにより、定期的に長時間の手待時間がある場合（労働協約又は事業所協定の定めが必要）、週日に 1 日 10 時間まで労働時間を延長することが可能。但し、12 か月平均の週労働時間が 48 時間を越えてはならない（7 条）。緊急事態又は非常事態が発生した場合は、同法の労働 / 休養時間規定から外れて良い（14 条）。更に、特別な前提条件下で、管轄官庁が、同法労働時間からの逸脱を認可することもできる（15 条）。

フランス：業界、グループ企業、企業、事業所単位での労使合意のもとに、従業員が希望し、かつ雇用主が認める場合、法定残業時間の上限、又は労働協定により定められた残業時間の上限を超えて、残業を行うことができる。法定の時間外労働時間の上限は、「時短緩和法」により年 180 時間から 220 時間に引上げられた。また、週単位の法定最長労働時間（同じ週で、48 時間、12 週平均で週 44 時間）を超えることはできない。但し、年間枠を超えた残業時間に対して法定代休を与えることはできない。

EU 指令：週労働時間の上限を時間外労働を含め平均して週 48 時間とする（算定基準期間は 4 か月以内）。24 時間につき最低連続 11 時間の休憩時間（裏返せば 1 日につき労働時間の上限は原則として 13 時間）。EU 加盟国 28 か国のうち、6 か国では業種に関わりなくオプトアウトが可能、12 か国では限られた業種でのみオプトアウトが可能となっており、残り 10 か国ではオプトアウトの制度は用いられていない。

業種を限定してオプトアウトを可能としている国では、医師等の保健関連の労働者が対象となっていることが多い。オーストリアでは、2015 年に、医師に対するオプトアウトの制度を導入した上で、労働時間指令の基準（週平均 48 時間）からの超過時間を段階的に減らしていき、2021 年に週平均の労働時間の上限 48 時間とするという制度が導入されている。

医師に関してオプトアウトを適用している国が多い背景には、欧州司法裁判所が、医師の労働時間に関して、病院における待機時間は労働時間に当たるという判決を下したことがある。2003 年から開始された労働時間指令の見直しの議論においては、上記判決を受けて、待機時間の扱いが論点となり、待機時間のうちの非活動時間については扱いを変えるという案等が検討された。しかし、オプトアウトの制度そのものの是非について労働者側と使用者側の意見の隔たりがあること等から、議論はまとまらず、労働時間指令の改正の方向性は定まっていない。

スウェーデン：通常の労働時間は週 40 時間以内（第 5 条）。特別の必要がある場合は、4 週間で 48 時間（又は暦月で 50 時間）、暦年で 200 時間までの時間外労働が可能（第 8 条）

イタリア：法定労働時間は週 40 時間（第 3 条第 1 項）。4 か月間の期間において、時間外労働を含めて週平均 48 時間以内（第 4 条第 2 項、同第 3 項）

スペイン：1 日の労働時間は原則 9 時間以内（第 34 条第 3 項）。週の最長労働時間は年平均で 40 時間（第 34 条第 1 項）。

中華人民共和国：時間外労働は、事業主が生産経営の必要により、労働組合及び労働者と協議を経た後、原則 1 日に 1 時間を超えない範囲で認められる。特別な事情により、労働時間の延長が更に必要な場合には、労働者の身体健康を保障するとの条件で、1 日 3 時間を超えない範囲で延長することができる。ただし、その場合にも 1 か月の時間外労働が 36 時間を超えてはならない。

大韓民国：使用者と労働者が合意すれば、週当たり 12 時間までの法定労働時間を超える時間外労働が認められる。

シンガポール共和国：月 72 時間を超える超過労働を行ってはならない。時間外、休日労働は緊急の場合を除き、週当たり 36 時間を超えてはならない。

タイ王国：ホテルや飲食業等の休日労働は 36 時間の規定の対象外。

ベトナム社会主義共和国：1 日の労働時間の 50%を超えない範囲で、年間 200 時間を上限に、事業主と労働者は合意することができる。年間 200 時間以上から 300 時間までの時間外労働は、特定の産業部門（繊維品、衣料品、皮革、靴の生産・輸出用の加工、農産物・林産物・水産物の加工、電力の生産・供給、通信、石油精製、給排水）や緊急で遅延できない作業に対処するその他の場合に行うことができる。ただし雇用者は時間外労働を行わせる時、中央政府直轄省・都市の人民委員会の労働者管理支援専門機関に書面で通知しなければならない。

#### 4. 根拠法

日本：労働基準法（1947 年制定）

米国：公正労働基準法（FLSA）（1938 年制定）

イギリス：労働時間規制（1998 年制定）

ドイツ：労働時間法、連邦労働者最低休暇法

フランス：民主的労使関係の刷新と労働時間の改革に関する法律

EU 指令：労働時間の設定に関する指令（1993 年）

スウェーデン：労働時間法

イタリア：2003 年 4 月 8 日立法令 66 号

スペイン：労働者憲章法

大韓民国：勤労基準法

インドネシア共和国：労働法

## 5. 労働安全衛生制度

米国：労働安全衛生を定める法律として、1970 年労働安全衛生法が制定されており、労働者の安全確保を包括的に事業主に対して義務づけている。労働省労働安全衛生局が安全衛生基準の制定及び監督を行っている。労働安全衛生に関し、州政府が合衆国政府の要求するレベルよりも高いレベルの包括的な計画を用意して労働長官の承認を得た場合には、各州政府が監督を行うこととされている。

カナダ：労働条件対策同様、連邦法による規制が及ぶ労働者を除き、州法による規制が適用される。連邦法による規制はカナダ労働法典により行われている。オンタリオ州では労働安全衛生法が州法として定められている。

イギリス：労働安全衛生に関する法律としては、1974 年職場における健康・安全法があり、雇用年金省安全衛生庁が所管している。同法では、使用者に合理的に実行可能な範囲において、全ての労働者の就労中の衛生、安全、福祉を実現する義務があると定められている。法律では基本的な事項のみが定められている。これに加え、規則、指針、承認実施準則が安全衛生庁により定められている。このうち指針、承認実施準則は、遵守は強制されていないが、遵守していない状況で災害が起こった際、使用者が他の方法により同等以上の防止対策を講じていない場合、責任を問われるとされている。

深夜労働：深夜労働者の労働時間については、17 週の参照期間を平均して 1 日当たり 8 時間を超えないものとしなければならない。ただし、労働協約又は労使協定により、深夜労働者の変形労働期間等についても原則を変更し又はその適用を除外することができる。また、「特別な危険」又は「重度の肉体的若しくは精神的緊張」を伴う労働については、深夜労働者が深夜労働を行うすべての 24 時間において、8 時間を超えてはならない。事業主は、労働者が深夜労働者となる前及びその後定期的に（通常は 1 年に 1 回だがそれより頻繁に実施しても構わない）無料の健康審査（通常は問診票による）を実施しなければならない。

ドイツ：立法とその施行状況の監督が国の責務と定められており、運用は①労働保護法等

の連邦法や規則（EU 指令によるものを含む）に基づき、州の労働保護官署の事業所監督を通じて推進する方策②ドイツ労災保険組合とその傘下の同業者組合の監督官を通じて推進する方策、の二重構造で推進されている。

【州政府による労働安全衛生の推進】労働安全衛生分野の体系的法律として、1996年「就労者の労働安全衛生の改善のための労働保護の措置の実施に関する法律（労働保護法）」が制定されている。各州の事業所監督を行う営業監督官は一般的な行政当局にも立ち入り、検査して営業上の書類を閲覧し、作業手続き、作業進行を調査し、測定を行い、特に労働による健康への危険因子を調査し、改善命令を命ずる。

【ドイツ労災保険組合による労働安全衛生の推進】ドイツ労災保険組合とその傘下の同業者組合は、社会法典第7編（災害保険）で定められた労災保険の保険者であって、各業種・地域ごとに組織された事業主団体が指定されている。労災保険組合は、保険料の徴収、災害・職業病に対する療養、リハビリテーション、補償の給付等を行うが、労働安全衛生の分野では特に労働災害の予防に関する活動を自律的に行っており、具体的には災害・職業病の予防のための団体規則の制定、監督、過料の徴収等を行う。なお、労災保険組合は国の監督当局である連邦保険庁と連邦労働・社会省の監督下にあり、当局は労災保険組合が法や責任を果たしているかを監督する。

フランス：労働法典で労働者の安全を確保する義務が明記されている。また、安全衛生・労働条件委員会の設置や職業リスク評価調書（DUER）の作成、産業医の配置の義務に関する規定が設けられている。2001年から労働者を1人以上雇用する事業者は、職業リスク評価調書（DUER）を作成するよう義務付けられている。これは労働者が巻き込まれる可能性のあるリスクを網羅・整理したリストで、それらのリスクの削減・解消のための対策が盛り込まれており、少なくとも1年に1回定期的に見直すとともに、労災が発生した場合はその都度見直すことになっている。また、従業員及び従業員代表、安全衛生・労働条件委員会（CHSCT）、労働医、社会保障機関の労災職業病調査員が閲覧できるようにしておかなければならない。深夜労働（2時から6時まで）は、労働者の安全や健康の保護の要請を考慮に入れ、かつ、経済活動や公共サービスの継続性を確保する必要性によって正当化される場合にのみ例外的に実施することができることとされている。深夜労働は一日8時間を上限とし、原則として週40時間までが上限として認められている。雇用主は深夜労働に従事する労働者の健康を管理する義務があり、深夜労働の開始前と、開始後少なくとも6か月に一度は医師の診断を受けさせ、健康に支障がないと診断されなければ深夜労働に従事させることはできない。

2015年8月に制定された「成長、活動及び経済的機会の平等のための法律（loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des territoires économiques）」（通称「マクロン法」）により規制が緩和され、国際観光地区の売店は夜間労働時間を24時から7時までとすることで、夜間労働に関する労使協定を必要とせず24時まで営業が可能になった。ただし、21時から24時まで労働者を勤務させるには、書面で労働者の合意

を得る必要があり、また、2 倍の割増賃金と代償休息の設定、通勤手段及び託児費用の補償が義務付けられる。

欧州連合 EU: 夜間労働者の通常の労働時間が 24 時間ごとに平均 8 時間を超えないこと（特別な危険又は重い心身の緊張が伴う夜間労働者の場合は夜間労働を行う 24 時間ごとに 8 時間を超えないこと）。

スウェーデン：労働環境法において労使の役割や事業所における安全委員会の設置等の基本事項が規定されており、労働環境庁が具体的な規則等を整備するとともに監督・指導等を行っている。

夜間労働：通常 1 日の労働時間のうち 3 時間以上又は年間労働時間の 3 分の 1 以上を 22 時から 6 時までの夜間に就労する者を夜間労働者と定義している。夜間労働者の通常の労働時間は 24 時間の期間ごとに平均 8 時間を超えてはならず、また、特別な危険・重い心身の負担が伴う業務を行う場合は 24 時間ごとに 8 時間を超えてはならない。

中華人民共和国：中華人民共和国安全生産法により規定されており、安全監督・管理部門（主として生産過程における作業場の安全な生産や職業病予防の監督管理）、衛生・計画育成部門（主として職業病の診断治療の監督管理）、人的資源・社会保障部門（主として職業病患者の社会保障の監督管理）により担っている。近年、特に職業病の多発や大規模な労働災害が頻発する状況となっており、これが社会問題化している。そうした中、関連法案が相次いで改正された（職業病防治法改正（平成 23 年 12 月 31 日施行）、安全生産法改正（2014 年 12 月 1 日施行）、環境保護法改正（2015 年 1 月 1 日施行）。安全生産法の改正法においては、安全生産の強化を図るため 52 項目の改定が行われており、特に、安全生産に関する規則制度制定時の労働組合への意見聴取義務が新たに規定され、安全生産管理機構の設置基準又は専任安全生産管理人員の配備基準等が変更され、取り締まり措置や罰則の強化等が定められた。

インドネシア共和国：労働安全に関する 1970 年法律第 1 号及び 1996 年労働大臣規則第 5 号に基づき、労働安全衛生マネジメントシステム（OHSMS）という枠組みで取り組んでいる。しかし、必ずしも高い水準とは言いがたい。また、法制度の実効性の低さも指摘されており、経営者への罰則が 100 万ルピア又は 1 か月の禁固刑程度と法律の規制が緩いことも施策が定着しない一因と考えられている。

マレーシア：1994 年労働安全衛生法。職場における安全性と健康を促進するための枠組みを規定している。この法の施行に当たっては職業安全保健局が責任を負う。使用者、被用者、自営業者を含め事実上あらゆる分野の労働者の安全・健康の保護及びそれら

の仕事により危険にさらされ得る一般人の保護についても包括的に規定している。使用者は、従業員の健康・安全・福利の保護に努めなければならないとされ、この義務は安全な機械設備及び就労システムを提供し、維持管理する際において特に遵守が求められる。設備及び物質の使用、取扱い、保管、輸送の際には安全と健康のための措置を図ることとされ、健康へ悪影響を与える可能性のある物質の取扱いについては、使用者の義務の中に、安全対策への必要な情報提供や指示、訓練、監視業務も含まれている。40人以上の労働者を雇用する事業所においては、安全・保健委員会の設置が必要とされる。委員会は、従業員の安全と健康を守るための方法を常に検討し、問題が生じそうな場合調査を行う。使用者は職場で事故や危険な状況が発生した場合、又は、食中毒や疾病が発生したもしくは発生しそうな場合は、最寄りの職業安全保健事務所に届け出なければならない。機械機器の操作、据え付け、修理、取り壊しに当たっては専門家による施工が必要とされる。危険な化学物質を扱う場合も、専門家が空気の汚染や人への影響を常時監視しなければならないとされる。

ミャンマー：業種や分野を横断する形で労働者の安全衛生を確保するための法律は2016年12月現在なく、工場法や鉱業法等個々の法律に基づき、雇用者は職場の設備、有害な物質及び環境要因から生じる作業場の危険から労働者を保護する義務を負っている。現在、すべての業種を適用対象とする労働安全衛生法の制定作業が進められている。工場法においては、工場で使用される労働者の安全衛生及び作業環境に関し、詳細な規定が設けられている。

監督・指導：労働安全衛生に関する法体系同様、業種や分野を横断する形で労働者の安全衛生について監督・指導を行う体制は確保されていないが、工場法に基づく安全衛生措置に関する監督・指導は、労働・入国管理・人口省の下に設けられた工場労働法監督局が実施しているほか、業種・分野ごとに工業省（ボイラー及び電気関係）、鉱山省（鉱山関係）、保健省（産業保険関係）、建設省（建設工事関係）、農業灌漑省（農業関係）が実施している。

フィリピン：雇用主は、労働者に対して、安全かつ衛生的な労働環境を与えて、労働者の勤務中における傷害、疾病、死亡を防ぐべく、労働者数や仕事の性質に応じて無料で診療する医師の配置及び診療所の設置等、あらゆる予防策を講じなければならない。労働雇用大臣は、地方局長又は権限を付与された機関を通じ、視察の実施や執行権限の行使によって労働安全衛生基準を遵守させている。夜間労働者（0時から5時までを含む7時間以上を労働時間とする者）を雇う事業主は、以下を守る必要があるとされている。

- 1 健康診断の費用を負担すること
- 2 救護室・休憩室を設置すること
- 3 夜間労働が健康上困難である場合、異なる時間帯のシフトに配置換えすること

4 妊娠中の女性及び乳幼児を持つ女性を夜間労働させる場合、医師の許可をとること

タイ王国：労働安全衛生に関しては、従来は1998年労働保護法に規定されていたが、これら関係規定を抜き出すとともに新規事項を付加して、2011年に独立した法律（労働安全衛生環境法）として整備された。同法では以下について定めている。

- ・使用者は労働者に安全で衛生的な作業条件及び環境を与えること。
- ・関連する支出に責任を負わなければならないこと。
- ・労働者は使用者に協力すること。
- ・使用者は労働安全衛生に関し、運営、管理及び実施を行うとともに、労働安全衛生基準に適合しなければならないこと。
- ・政労使及び労働安全衛生専門家により構成される労働安全衛生・環境委員会を設置し、同委員会に労働安全衛生に関する政策、計画、対策や省令、告示、規則の発布に対し意見を提出する権限を与えること。
- ・使用者が危険有害要因の事前評価、作業環境が労働者に及ぼす影響の調査、労働安全衛生作業計画の作成を行い、その結果を労働保護・福祉局に提出すること。
- ・安全検査官に事業所への立入検査、違反是正改善命令、使用停止命令等を行う権限を与えること。
- ・労働安全衛生の促進や調査研究等のために労働安全衛生・環境基金（政府による拠出や企業の罰金等により運営）及び労働安全衛生・環境機構を設置すること。

このほか、労働省では労働安全衛生及び環境に関するマスタープランを作成しており、

- 1 労働安全衛生基準の確立・開発
- 2 労働安全衛生の課題の監視・管理及び追跡調査
- 3 労働安全衛生活動の構築及び促進
- 4 労働安全衛生マネジメントシステムの開発

を目標として掲げている。

ベトナム社会主義共和国：2016年7月1日、労働安全衛生法（84/2015/QH13）が施行された。これまで労働法第9章や様々な政令、通達等に点在していた規定を1つの法律にまとめた内容で、労働安全衛生に関する体系的な法律が初めて施行された。同法では、使用者の義務を従来より強化しており、下記の事項等が規定された。

**【一般的な使用者の義務（抜粋）】**

- 1 労働災害・職業病の保険料の納付
- 2 労働安全衛生確保に関する訓練・研修会の開催
- 3 労働者の健康や生命を脅かす労働災害が発生するおそれがあると判断した場合、当該職場での業務継続等の禁止
- 4 労働安全衛生確保に関する規定等の実施状況をモニタリングする検査担当者の配置
- 5 労働安全衛生確保の計画等を立案する際の労働組合に対する意見聴取

### 【職場の労働安全衛生に関する使用者の義務（抜粋）】

- 1 危険要素、有害要素に関する各項目の定期的な検査、測定
- 2 機械、設備等が労働安全衛生に関する技術基準や標準規格、職場規則、手順に則った使用・保管等が行われていること
- 3 危険要素、有害要素を持つ業務に労働者を従事させる場合に個人用保護具の十分な用意
- 4 緊急対応計画の策定

なお、労働安全衛生確保の計画等を立案する際の労働組合に対する意見聴取のほか、労働組合と連携した安全衛生係員のネットワーク構築、安全訓練、労災調査等、労働組合の関与度合いの高い点が特徴となっている。労働傷病病社会問題省及び保健省が発行した、著しい重労働又は有害若しくは危険な作業を伴う業務リスト（1152/2003/QD-BLDTBXH）に掲げられた業務に従事する作業員は、1日の労働時間を1～2時間短縮されるものとする。

インド：労働安全衛生を定める法律としては、1948年工場法、1952年鉱山法、1986年港湾労働者（安全、健康及び福祉）法があるが、包括的に労働安全衛生を定める法律はなく、適用範囲も工場、鉱山、港湾の組織部門に限られている。このうち、工場と港湾に関する安全衛生は労働・雇用省の工場指導・労働研究所総局が施策及び法令の立案を行い、州政府の担当部局と連携して監督を行っている。鉱山については労働・雇用省の鉱山安全総局が所管している。

#### 参考文献：

- ・「2016年 海外情勢報告」（厚生労働省）
- 及び以下の資料4点
- ・データブック国際労働比較2017（労働政策研究・研修機構（JILPT）より該当部分を抜粋）
  - ・EU主要国の労働時間規制（上限規制）について（第3回 仕事と生活の調和のための時間外労働規制に関する検討会：平成28年10月14日）
  - ・海外労働情報2011年1月（労働政策研究・研修機構（JILPT））
  - ・時間外労働の上限規制をめぐる動向：（国立国会図書館 調査及び立法考査局社会労働課）  
田中敏 調査と情報—ISSUE BRIEF—No. 986（2017.12.7）

参考資料 4 米国メイヨークリニックにおける医師に対する健康管理の視点

Drivers of burnout and engagement in physicians	 Individual factors	 Work unit factors	 Organization factors	 National factors
 Workload and job demands	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialty</li> <li>• Practice location</li> <li>• Decision to increase work to increase income</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Productivity expectations</li> <li>• Team structure</li> <li>• Efficiency</li> <li>• Use of allied health professionals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Productivity targets</li> <li>• Method of compensation                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salary</li> <li>- Productivity based</li> </ul> </li> <li>• Payer mix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure reimbursement                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicare/Medicaid</li> <li>- Bundled payments</li> <li>- Documentation requirements</li> </ul> </li> </ul>
 Efficiency and resources	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experience</li> <li>• Ability to prioritize</li> <li>• Personal efficiency</li> <li>• Organizational skills</li> <li>• Willingness to delegate</li> <li>• Ability to say “no”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Availability of support staff and their experience</li> <li>• Patient check-in efficiency/process</li> <li>• Use of scribes</li> <li>• Team huddles</li> <li>• Use of allied health professionals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integration of care</li> <li>• Use of patient portal</li> <li>• Institutional efficiency:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- EHR</li> <li>- Appointment system</li> <li>- Ordering systems</li> </ul> </li> <li>• How regulations interpreted and applied</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integration of care</li> <li>• Requirements for:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Electronic prescribing</li> <li>- Medication reconciliation</li> <li>- Meaningful use of EHR</li> </ul> </li> <li>• Certification agency facility regulations (JCAHO)</li> <li>• Precertifications for tests/treatments</li> </ul>
 Meaning in work	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-awareness of most personally meaningful aspect of work</li> <li>• Ability to shape career to focus on interests</li> <li>• Doctor–patient relationships</li> <li>• Personal recognition of positive events at work</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Match of work to talents and interests of individuals</li> <li>• Opportunities for involvement                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Education</li> <li>- Research</li> <li>- Leadership</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizational culture</li> <li>• Practice environment</li> <li>• Opportunities for professional development</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolving supervisory role of physicians (potentially less direct patient contact)</li> <li>• Reduced funding                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Research</li> <li>- Education</li> </ul> </li> <li>• Regulations that increase clerical work</li> </ul>
 Culture and values	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal values</li> <li>• Professional values</li> <li>• Level of altruism</li> <li>• Moral compass/ethics</li> <li>• Commitment to organization</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behavior of work unit leader</li> <li>• Work unit norms and expectations</li> <li>• Equity/fairness</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organization’s mission                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Service/quality vs profit</li> </ul> </li> <li>• Organization’s values</li> <li>• Behavior of senior leaders</li> <li>• Communication/ messaging</li> <li>• Organizational norms and expectations</li> <li>• Just culture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• System of coverage for uninsured</li> <li>• Structure reimbursement                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- What is rewarded</li> </ul> </li> <li>• Regulations</li> </ul>
 Control and flexibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personality</li> <li>• Assertiveness</li> <li>• Intentionality</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Degree of flexibility:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control of physician calendars</li> <li>- Clinic start/end times</li> <li>- Vacation scheduling</li> <li>- Call schedule</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scheduling system</li> <li>• Policies</li> <li>• Affiliations that restrict referrals</li> <li>• Rigid application practice guidelines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precertifications for tests/ treatments</li> <li>• Insurance networks that restrict referrals</li> <li>• Practice guidelines</li> </ul>
 Social support and community at work	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personality traits</li> <li>• Length of service</li> <li>• Relationship-building skills</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collegiality in practice environment</li> <li>• Physical configuration of work unit space</li> <li>• Social gatherings to promote community</li> <li>• Team structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collegiality across the organization</li> <li>• Physician lounge</li> <li>• Strategies to build community</li> <li>• Social gatherings</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Support and community created by Medical/specialty societies</li> </ul>
 Work-life integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorities and values</li> <li>• Personal characteristics                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spouse/partner</li> <li>- Children/dependents</li> <li>- Health issues</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Call schedule</li> <li>• Structure night/weekend coverage</li> <li>• Cross-coverage for time away</li> <li>• Expectations/role models</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacation policies</li> <li>• Sick/medical leave</li> <li>• Policies                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Part-time work</li> <li>- Flexible scheduling</li> </ul> </li> <li>• Expectations/role models</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requirements for:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenance certification</li> <li>- Licensing</li> </ul> </li> <li>• Regulations that increase clerical work</li> </ul>

**FIGURE 3.** Drivers of burnout and engagement with examples of individual, work unit, organization, and national factors that influence each driver. EHR = electronic health record; JCAHO = Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Adapted from *Mayo Clin Proc.*<sup>39</sup>

Shanafelt TD, Noseworthy JH, editors. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*; 2017: Elsevier.

①労働基準監督署の監督で提出を求められる書類  
 (不明点は医療勤務環境改善支援センターの社労士に相談)

- 会社組織図
- 労働者名簿
- 就業規則
- 雇用契約書 (労働条件通知書)
- 賃金台帳 (賃金明細書)
- タイムカード (出勤簿)
- 時間外・休日労働に関する協定届
- 当該企業で必要となる労使協定 (36協定、変形時間労働制等)
- 有給休暇の取得状況の管理簿 (有給休暇届)
- 定期健康診断の実施状況の資料
- 総括安全衛生管理者の選任状況の資料
- 安全委員会・衛生委員会の設置・運営状況の資料
- 産業医の選任状況のわかる資料、など

労基署臨検では、文書提出の指示が出る。  
 不明点は医療勤務環境改善支援センターの  
 社労士に相談

②労働基準監督署の「臨検」

労働基準監督官は、事業場、就労現場、寄宿舍その他の付属建物に立ち入り、帳簿及び書類の提出を求め、または使用者や労働者に尋問を行うことができる。また、労働基準監督官は労基法、安衛法、最賃法などの法律違反について会社を強制調査する特別司法警察職員である。

労働基準監督署が労基法等の違反の有無を調査する目的で事業場に立ち入ることを「臨検」という(臨検監督、監督指導等とも呼ばれる)。臨検には次の4種類がある。

臨検の種類	内容
定期監督	監督計画に基づき、担当地域内の工場、事務所、商店、建設現場等のなかから労基署が任意の事業場を選んで定期的強制立入調査、改善指導を行う。
申告監督	労働者等(従業員、退職者等)から「会社が労基法、安衛法等に違反をしている。調査し改善してほしい」などといった申告(依頼)に基づいて実施される。該当事務所関係者を労基署に呼び出して監督指導を行う場合と、労基監督官が事業場に臨検監督を行う場合がある。 なお、社内調査で申告者を探し、解雇その他の不利益を与えることは労基法第104条で禁止されている。
災害調査 災害時監督	労働災害により事業場で労働者が死傷した場合などに、その実態、原因、安衛法違反の有無を確認するとともに、再発防止のための緊急対策を行う。 災害の規模等により、災害調査と災害時監督に分かれる。
再監督	定期監督、申告監督、または災害時監督の際に、労基監督官が是正勧告した法違反が、その後、実際に改善されたかどうかを確認する必要がある場合などに行われる。

「企業の労基署対応の実務」(経営書院)等を元に作成

	医療保険業	全業種計
定期監督等実施事業場数	1,772	133,116
同違反事業場数	1,396	92,034
同違反事業場比率 (%)	78.8%	69.1%

		医療保険業a	全業種計b	a-b	
労働基準法	15条	労働条件の明示	373 16.7%	15,545 16.0%	0.7%
	20条	解雇の予告	3 0.1%	133 0.1%	0.0%
	23・24条	賃金不払	113 5.1%	5,425 5.6%	-0.5%
	32・40条	労働時間	608 27.2%	27,581 28.3%	-1.1%
	34条	休憩	34 1.5%	1,732 1.8%	-0.3%
	35条	休日	28 1.3%	2,252 2.3%	-1.1%
	36条	有害時間・協定の基準適合	1 0.0%	106 0.1%	-0.1%
	37条	割増賃金	484 21.6%	19,400 19.9%	1.7%
	39条	年次有給休暇	15 0.7%	163 0.2%	0.5%
	89条	就業規則	298 13.3%	10,673 11.0%	2.4%
	107条	労働者名簿	22 1.0%	1,654 1.7%	-0.7%
	108条	賃金台帳	218 9.7%	9,527 9.8%	0.0%
	4条	最賃効力	39 1.7%	3,211 3.3%	-1.6%
労基法 違反合計		2,236 100.0%	97,402 100.0%	0.0%	
労働安全衛生法	10条	総括安全衛生管理者	1 0.1%	44 0.0%	0.0%
	12条	衛生管理者	113 8.5%	5,743 4.0%	4.4%
	14条	作業主任者	50 3.7%	6,966 4.9%	-1.1%
	17~19条	安全衛生委員会等 (安全基準)	142 10.6%	3,109 2.2%	8.5%
	20~25条	労働安全衛生規則 (衛生基準)	8 0.6%	25,474 17.8%	-17.2%
		労働安全衛生規則 クレーン等安全規則	7 0.5%	24,467 17.1%	-16.6%
		労働安全衛生規則 (衛生基準)	1 0.1%	1,700 1.2%	-1.1%
		労働安全衛生規則 (衛生基準)	79 5.9%	7,540 5.3%	0.6%
		労働安全衛生規則	1 0.1%	435 0.3%	-0.2%
		有機溶剤中毒予防規則	31 2.3%	3,470 2.4%	-0.1%
	45条	特定化学物質障害予防規則	62 4.6%	2,982 2.1%	2.6%
		電離放射線障害防止規則	6 0.4%	20 0.0%	0.4%
		定期自主検査	28 2.1%	7,667 5.4%	-3.3%
		安全衛生教育	9 0.7%	2,106 1.5%	-0.8%
	59・60条	(作業環境測定)	42 3.1%	4,014 2.8%	0.3%
	65条	有機溶剤中毒予防規則	13 1.0%	2,862 2.0%	-1.0%
		特定化学物質障害予防規則	34 2.5%	1,904 1.3%	1.2%
		電離放射線障害防止規則	4 0.3%	4 0.0%	0.3%
		(健康診断)	342 25.6%	20,190 14.1%	11.5%
	66条	労働安全衛生規則	319 23.9%	17,834 12.5%	11.4%
有機溶剤中毒予防規則		11 0.8%	1,873 1.3%	-0.5%	
特定化学物質障害予防規則		9 0.7%	1,881 1.3%	-0.6%	
電離放射線障害防止規則		21 1.6%	27 0.0%	1.6%	
88条	計画の届け出	2 0.1%	604 0.4%	-0.3%	
安衛法 違反合計		1,335 100.0%	142,916 100.0%	0.0%	

## 参考資料 6 労働安全衛生法の概要

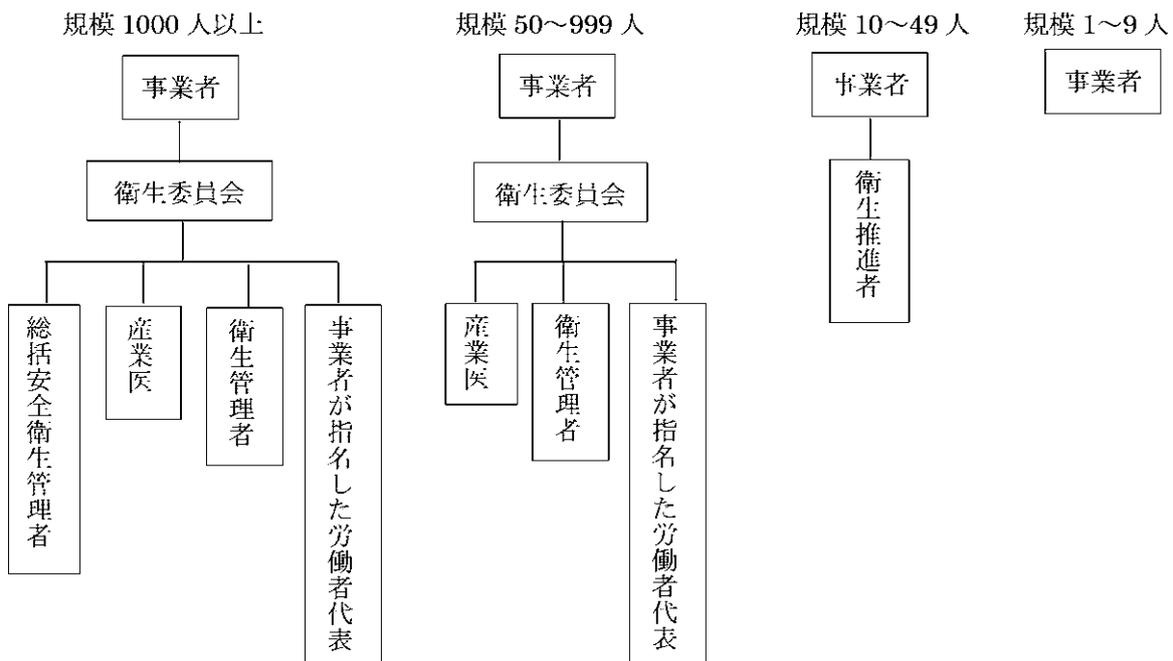
労働安全衛生法における規定はほとんどが事業者の義務に関わるものである。これは事業場内で働く者の安全と健康は事業者には責任があるということである。それゆえに労働安全衛生法に基づいて行う様々なプログラム（例えば労働安全衛生マネジメントシステム、メンタルヘルスケア等）では、事業者がまず行うべき事項としてそれを推進する旨の表明が第一番に掲げられている。事業者及び指導的立場にある者は労働者の健康に関わる労働基準法ならびに労働安全衛生法の基本的な事項は理解しておく必要がある。

事業者は、労働災害の防止等の自主的活動を促進するため、総括安全衛生管理者、衛生管理者、産業医等を選任する等の責任体制を明確にしなければならない。更に事業者は、事業場内の労働者の健康の障害防止、健康の保持増進更に労働災害の原因及び再発防止対策を行うために安全衛生委員会等を設けなければならない。（根拠法令：総括安全衛生管理者（労働安全衛生法第10条）、衛生管理者（法第12条）、安全衛生推進者（法第12条の2）、産業医（法第13条）、衛生委員会（法第18条））

（以下条文を示す場合、労働安全衛生法は「法」、労働安全衛生規則は「則」とする。）

図1に医療業における事業場規模別の安全衛生管理体制の例を示した。事業場規模により必要とされる体制（専門家）が異なる。

図1 事業場規模別の安全衛生管理体制の例（医療業）



衛生委員会等の設置が職場の災害防止には不可欠であり、このことは医療機関の調査でも示されている。

「安全衛生委員会等の設置されている病院は、労働災害におけるヒヤリハットが労働者1000人当たり96.7件と多数報告されている。これはヒヤリハット事例が多いというよりも、顕在化が進んでいると考えられる。レベルの高い労働災害の低下には至っていないが、ヒヤリハット事例を掘り起こす活動

の継続が望まれる。

一方、安全衛生委員会等が設置されていない病院では、それが 35.3 件と少ない。安全衛生委員会を設置し、ヒヤリハット事例を掘り起こす活動の推進が望まれる。」

(医療機関における安全管理の実施状況と産業医の活用、平成 14 年、労働福祉事業団大阪産業保健推進センター)

## 【危険有害要因関連】

労働者の危険又は健康障害の要因及びこれらの危険有害要因による労働者の危険又は健康障害対策のために、様々な措置が規定されている。(危険又は健康障害を防止するための措置(法第 20 条から第 25 条)、安全衛生教育(法第 59 条～第 60 条の 2)、リスクアセスメント(法第 28 条の 2、第 57 条の 3)、作業環境測定(法第 65 条)、健康診断(法第 66 条～第 66 条の 10)等)

放射線業務や過去において重大な災害を起こした化学物質等については、以下のような特別規則が制定されており、設備、換気装置、測定、健康診断、保護具等についての規定がある。

- － 電離放射線障害防止規則
- － 粉じん障害防止規則
- － 有機溶剤中毒予防規則
- － 鉛中毒予防規則
- － 四アルキル鉛中毒予防規則
- － 特定化学物質障害予防規則
- － 石綿障害予防規則

## 【健康診断】

職場の有害要因の種類は法令で定められた健康診断からも知ることができる。労働安全衛生法では労働者の健康確保のために様々な健康診断の実施が定められているが、特に医師に関係すると思われる健康診断には以下のようなものがある。

- 健康診断(法第 66 条)－医師及び歯科医師による健康診断
- 雇入れ時の健康診断(則第 43 条)－雇入れの際
- 定期健康診断(則第 44 条)－1 年以内ごとに 1 回
- 特定業務従事者の健康診断(則第 45 条)(則第 13 条第 1 項第 2 号に掲げる業務－13 業務)－配置換えの際及び 6 か月以内ごとに 1 回
  - ・ラジウム放射線、エックス線その他の有害放射線にさらされる業務
  - ・深夜業を含む業務
  - ・ホルムアルデヒド、エチレンオキシド等を発散する場所における業務
- 特殊健康診断(有害な業務に常時従事する労働者－13 種)－雇入れ時、配置換えの際、6 か月以内ごとに 1 回
  - ・放射線業務に常時従事する労働者で管理区域に立ち入る者(電離放射線障害防止規

則第 56 条)

- ・有機溶剤（キシレン等）取扱い業務者（有機溶剤中毒予防規則第 29 条）
- ・特定化学物質（発がん物質等）取扱い業務者（特定化学物質障害予防規則第 39 条）

また、これらの他に行政通達により指導勧奨されている健康診断（32 業務）があり、広く医師に関係するものとしては、重量物取扱い作業、介護作業等腰部に著しい負担のかかる作業及び VDT 作業等がある。

### 〈母性保護に関する法令〉

母性保護に関しては、労働基準法及び女性労働基準規則で就業禁止業務が定められている。具体的には重量物取扱い作業、有害物質取扱作業があり電離放射線に関しては被ばく限界が定められている。医師に関係すると思われる関係法令を以下に示す。〈危険有害業務の就業制限（労働基準法第 64 条の 3）、産前産後の業務（労働基準法第 65 条第 1 項、第 2 項、第 3 項）、妊産婦の労働時間（労働基準法第 66 条第 1 項、第 2 項、第 3 項）、妊産婦以外の女性の危険有害業務への就業制限（女性労働基準規則第 3 条）、放射線被ばく限度（電離放射線障害防止規則第 4 条、第 6 条）〉

### 〈労働基準法による労働時間〉

労働基準法第 32 条（労働時間）で「使用者は、労働者に、休憩時間を除き一週間について四十時間を超えて、労働させてはならない。」、更に第 32 条の 2 で「使用者は、一週間の各日については、労働者に、休憩時間を除き一日について八時間を超えて、労働させてはならない。」とあり、これが労働時間の基本である。

一方、労働基準法第 36 条、いわゆる 36 協定（時間外、休日労働に関する協定）で定める時間延長については、限度時間の定め（労働基準法第 36 条第 1 項で定める労働時間の延長の限度等に関する基準—平成 10 年労働省告示第 154 号）がある。

期間	1 週間	2 週間	4 週間	1 箇月	2 箇月	3 箇月	1 年間
限度時間	15 時間	27 時間	43 時間	45 時間	81 時間	120 時間	360 時間

更に実際にはこれを超えた長時間労働により、健康障害を起こす労働者がいることから、労働安全衛生法による面接指導、事後措置等の措置が決められている。

長時間労働による過労も含めたメンタルストレスのストレスチェック制度の概要と長時間労働者への医師による面接指導制度の流れを以下に示した。

### 〈ストレスチェック制度〉

長時間労働による過労も含めたメンタルストレスが原因と考えられる精神障害の労災認定件数の増加を踏まえ、労働者の心理的な負担の程度を把握するために、医師、保健師等によるストレスチェックの実施が平成 27 年 12 月から事業者には義務付けられた（新設条文—法第 66 条の 10）。ただし従業員 50 人未満の事業場については当面努力義務となっている。

ストレスチェックを実施した場合には、事業者は、検査結果を通知された労働者の希望に応じて医師による面接指導を実施し、その結果、医師の意見を聞いた上で、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならない。

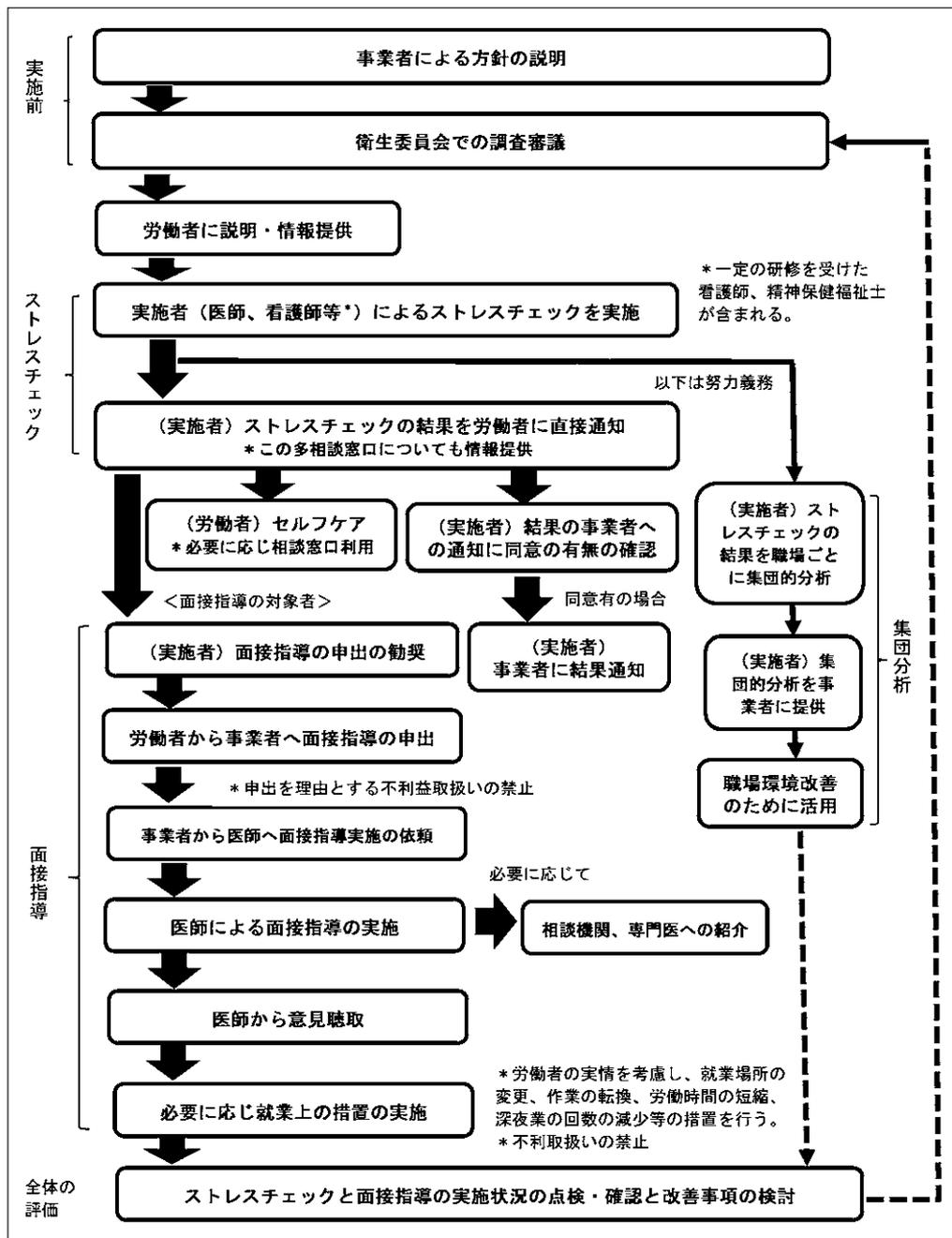
図2にストレスチェックと面接指導の実施に係る流れを示した。ストレスチェックの結果が労働者個人の分析のみならず、職場の集団分析にも活用することが努力義務となっている。

ストレスチェックに関する様々なツールは厚生労働省サイトからダウンロードできる。

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/>)

〈衛生委員会（法第18条の4）、衛生委員会の付議事項－精神的健康の保持増進対策（則第22条の10）、心理的な負担の程度を把握するための検査等（法第66条の10）〉

図2 ストレスチェックと面接指導の実施に係る流れ



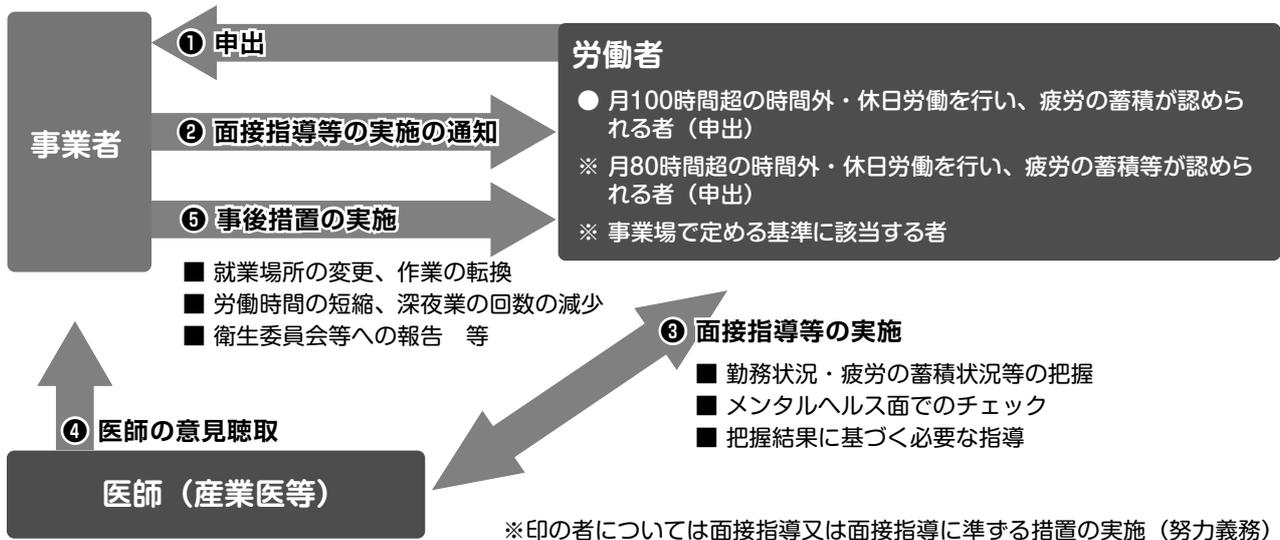
「改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度について

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150422-1.pdf>) から引用

### 〈長時間労働者への面接指導〉

長時間労働者への医師による面接指導制度は以下のような流れで行われる。

図3 長時間労働者への医師の面接指導制度の概要



厚生労働省、中央労働災害防止協会 パンフレット「過重労働による健康障害を防ぐために」から抜粋

### 〈労働安全衛生法〉

図4において労働安全衛生法で規定されているのは、医師による面接指導の実施（法第66条の8第1、2項）、面接指導又は面接指導に準ずる措置の実施（法第66条の9）、面接指導の結果の記録を作成（法第66条の8第3項）、医師からの意見聴取（法第66条の8第4項）、事後措置の実施（法第66条の8第5項）である。

ポイントは時間外・休日労働時間が1月平均100時間を超えた場合に、労働者の申し出に基づき、面接指導を行わなければならないということである。80時間超の場合には努力義務である。そして事業者は、面接指導を実施した労働者の健康を保持するために実用的な措置について、医師の意見を聞かなければならない。更に事業者は、医師の意見を勘案して、必要と認める場合には適切な措置（就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少、衛生委員会等への報告書等）をしなければならない。

また、労働時間の算定等は労働安全衛生規則によって規定されている。



## 【産業医の働き方改革】

働き方改革実行計画において「働き方改革実行計画を踏まえた今後の産業医・産業保健機能の強化」が検討され、平成29年月6日に報告書が労働政策審議会から厚生労働大臣に出された。

この中で「治療と仕事の両立支援に当たっての産業医の役割の重要性に鑑み、治療と仕事の両立支援に係る産業医の能力向上や相談支援機能の強化等産業医・産業保健機能の強化を図る。また、過重な長時間労働やメンタル不調等により過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないため、産業医による面接指導や健康相談等が確実に実施されるようにし、企業における労働者の健康管理を強化する。加えて、産業医の独立性や中立性を高める等産業医の在り方を見直し、産業医等が医学専門的な立場から働く方一人ひとりの健康確保のためにより一層効果的な活動を行いやすい環境を整備する。

これにより、「働く人々が健康の不安なく、働くモチベーションを高め、最大限に能力を向上・発揮することを促進する。」とされている。

これに関して以下のような方向で法制化が検討されている。

これを実行するために、産業医の役割の重要性が指摘され、

- ・長時間労働者等への就業上の措置に対して産業医がよりの確に関与するための方策、
- ・労働者が産業医・産業保健スタッフに直接健康相談ができる環境整備等が産業医の活動に関する対応策として挙げられている。

そして産業医がより一層効果的な活動を行いやすい環境の整備をすることが求められているとして、その対策の方向性が以下のように示されている。

### ア 産業医の独立性、中立性を強化するための方策

- (ア) 産業医が、産業医学の専門的立場から、独立性を持って職務を行うことができるよう、産業医は、産業医学に関する知識に基づいて、誠実にその職務を行わなければならないことを法令に明示することとすることが適当である。
- (イ) 産業医は、産業医学に関する知識・能力の維持向上に努めなければならないこととすることが適当である。
- (ウ) 産業医の身分の安定性を担保し、職務の遂行の独立性・中立性を高める観点から、産業医が離任した場合には、事業者はその旨及びその理由を衛生委員会に報告することとすることが適当である。
- (エ) 国は、産業医の養成体制の強化、継続的な資質向上のための取り組み及び事業者と産業医が協力して産業保健活動を効果的に進めることについて必要な支援を図ることが適当である。

### イ 産業医がより効果的に活動するために必要な情報が提供される仕組みの整備

事業者は、産業医が労働者の健康管理等を適切に行うために必要な情報を提供することが適当である。この必要な情報には、「休憩時間を除き1週間当たり40時間を超えて労働させた場合におけるその超えた時間が1月当たり80時間を超えた労働者の氏名及び当該労働者に係る超えた時間に関する情報」や「労働者の健康管理のために必要とな

る労働者の業務に関する情報」等が含まれる。

ウ 産業医が衛生委員会に積極的に提案できることその他産業医の権限の明確化

(ア) 衛生委員会において、その委員である産業医が労働者の健康管理の観点から必要な調査審議を求めることができることとすることが適当である。また、調査審議の発議のみならず、衛生委員会の活発な議論を進めるため、産業医は衛生委員会に出席して専門的立場から必要な発言等を積極的に行うことが求められる。

(イ) 産業医のより一層効果的な活動を行いやすい環境の整備の観点から、現場の労働者等からの情報収集、事業者や作業主任者等に対する意見、危機的緊急事態での現場で作業する労働者等への指示等、当該事業場の実情に応じて必要となる産業医の権限についてより具体化・明確化することが適当である。

これらの対策の実行は、曖昧だった産業医の専門性、位置づけ、事業場での役割を明確にして、産業医の働き方を改革し、より労働者の健康確保に貢献するための第一歩になると言えよう。

〈推薦図書〉

相澤好治監修、医療機関での作業保健の手引き、篠原出版新社、2006年

相澤好治監修、医療機関における産業保健活動マニュアル、産業医学振興財団、2013年

## 1 調査の目的と方法

医療機関における産業保健活動の実態を把握するため、基礎資料を得ることを目的として、医療機関における産業保健活動に関するアンケート調査（以下、「産業保健活動調査」という）を実施した。日本医師会会員医療機関施設長から無作為に抽出した 5,000 施設を対象に、平成 29 年 3 月 1 日に無記名式の調査用紙を医療機関施設長宛に郵送法で発送し、平成 29 年 3 月 31 日までに専用封筒で返信するよう求めた。調査用紙に含めた質問内容は、回答者の基本属性に関する 4 問、産業医活動に関する 10 問、外部資源に関する 2 問を尋ね、自施設の産業保健活動への取り組み、医療機関における課題、医師会への期待、国・行政への期待について自由意見の記載を求めた。調査用紙は、別添 2 の通りとした。

平成 29 年 4 月 24 日までに 1,920 の施設からの有効回答を得た（回答率 38.4%）。回答の概要について、回答者の基本属性、産業医活動、外部資源との連携、医療機関における産業保健活動の考え方、医師会・国・行政への期待の 5 つに分けてまとめた。

## 2 回答者の基本属性

回答者属性は 35.3%（678 施設）が施設管理者、8.1%（156 施設）が施設担当産業医、52.7%（1,011 施設）が事務担当者であった。医療機関の病床数、職員数、所属団体は既知の日本の医療機関の属性と一致しており、日本の医療機関の状況を反映していると考えられた。

## 3 医療機関における産業医活動

### (1) 産業医の選任の実情と産業保健活動への関与

産業医は 92.3%（1,773 施設）の機関で選任されており、届出はうち 73%（1,294 施設）で行われていた。産業医の内訳は施設外の医師が 17.1%（342 施設）、施設内の施設管理者以外の医師が 64.7%（1,148 施設）であったが、未だ施設管理者の医師が産業医を兼任している施設が 19.3%（342 施設）あった。

産業保健活動への産業医の関与の高いものは、健康診断結果の判定（69.1%）、衛生委員会への出席（62.2%）、健康相談（46.9%）、安全衛生方針作成への助言（40.3%）であったが、一方年間目標設定や計画作成等への助言（19.6%）や復帰面談（22.6%）、労働衛生・健康教育（24.4%）は相対的に低かった。職場巡視（33.4%）の一年あたりの平均巡視回数は 9.1 回であった。

図表 1 院内の活動における産業医の関与（複数選択可）

回答数【1,920】

具体的な実施内容	回答数	%
安全衛生方針作成への助言	773	40.3%
年間目標設定・計画作成等への助言	377	19.6%

職場巡視	642	33.4%
衛生委員会への出席	1,195	62.2%
健康診断結果の判定	1,326	69.1%
就業上の措置判定	517	26.9%
健康相談	901	46.9%
復帰面談	433	22.6%
労働衛生・健康教育	468	24.4%
医療安全に関する活動	520	27.1%
院内感染管理に関する活動	628	32.7%
その他	29	1.5%

## (2) 過重労働・メンタルヘルス対策

長時間労働者の面接指導はおよそ1/4（25.0%：479施設）で行われていた。そのうち100時間以上の長時間労働者全員に実施している施設は31.7%、100時間以上で申し出たものに実施している施設は36.3%であった。

ストレスチェックは91%（1,748施設）で行われていた。高ストレス者の面接指導は60.6%（1,163施設）で実施されており、自施設の産業医が55.5%（646施設）、自施設の産業医以外の医師が14.2%（165施設）、外部の医師に委託している施設が22.3%（259施設）であった。

1年間の私傷病による1ヶ月以上の休職者数はなしが35.9%（690施設）、1-4名がおよそ半数49.0%（940施設）で最も多いが、20名以上も0.7%（14施設）あった。

メンタルヘルス対策として産業医を含んだ復職判定制度を実施している施設は33.3%（639施設）、リハビリ勤務制度（休職のまま試験的出勤）を実施している施設は26.6%（511施設）であった。産業医によるメンタル主治医との連携は42.4%（815施設）で行われており、メンタルヘルス担当産業医は49.9%（959施設）であり、そのうち自施設の医師が70.9%（680施設）、外部委託先の医師が28.0%（268施設）であった。メンタルヘルス担当産業医がなくても相談先を持っている施設が22.1%（425施設）あった。

治療と職業の両立支援は65%（1248施設）で行われており、実施の高いものは柔軟な勤務体制（83.4%）、治療・通院目的の休暇・休業制度（47.1%）、休暇制度等を利用しやすい風土の醸成（38.1%）であった。

図表2 治療と職業生活の両立支援の実施「有り」の回答数（n=1,248、複数選択）

具体的な実施内容	回答数	%
柔軟な勤務体制（短時間勤務・業務負荷の軽減等）	1,041	83.4%
通勤への配慮（時差出勤・職場に近い社宅の手配等）	262	21.0%
治療・通院目的の休暇・休業制度等	588	47.1%
病気の予防や早期発見等労働者向けに普及啓発や研修の実施	335	26.8%
休暇制度等を利用しやすい風土の醸成	476	38.1%
その他	25	2.0%

## 4 外部資源との連携

産業保健総合支援センター、地域窓口（地産保センター）の活用は低く（それぞれ9.8%、5.6%）、都道府県医療勤務環境改善支援センターの周知は未だ低く（48.5%が知らない）、知っていても活用経験は6.5%にとどまった。いきいき働く医療機関サポート（いきサポ）の周知率も31.9%と低く、活用経験も4.7%にとどまっていた。

## 5 医療機関における産業保健活動の考え方、取り組み内容

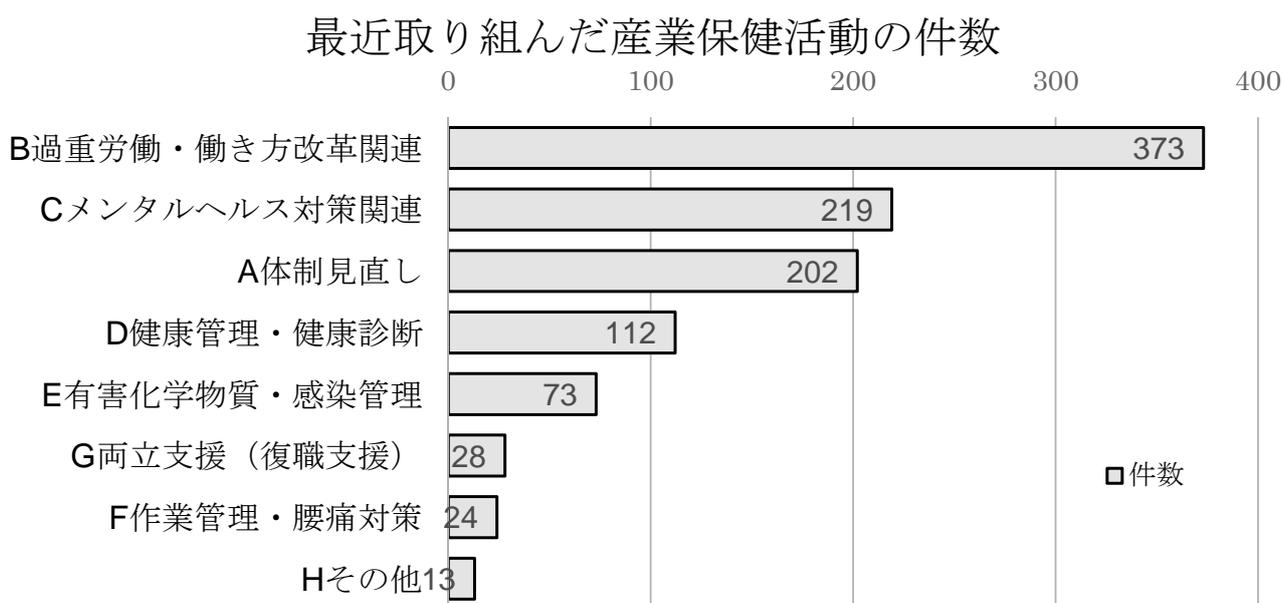
自由記入欄に記載された事例から、日本の医療機関で現在取り組まれている産業保健活動について、現場で特に力を入れていることや、取り組みの見直しを行っていること等の良好実践事例についてまとめ、医療機関における産業保健活動推進のための具体的方策の検討に資する産業保健活動を明らかにした。まとめる際には、複数の産業保健に関する実務経験や研究実績のある専門職（医師、保健師、日本医師会スタッフ）によって（1）自由記入欄から読み取ることのできる個別対策事例、（2）産業保健活動の取り組み方による分類の2つの方法からの分類を試みた。

### (1) 個別対策事例の集計結果の概要

その結果、回収数1,920件のうち、自由回答欄に記載があったものは581件（581施設）であり、取り組まれた項目毎に分類した結果、1044件の取り組みに細分化し、8項目の大項目に分類できた（図3）。時間外労働削減・労務管理見直し等の働き方改革関連、ストレスチェック実施等のメンタルヘルス対策、委員会連携・産業医選任等の体制見直し、健康診断・健康管理、有害化学物質・感染管理、復職・両立支援等が上位となった。

8項目を細分化し、約90項目の小項目に分類されたキーワードの例を、表4に示した。

図表3 最近力を入れている又は見直しを行った産業保健活動（大項目）



図表4 最近力を入れている又は見直しを行った産業保健活動の具体例

大項目	小項目の例
A 労働安全衛生管理体制強化、見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の労働安全衛生方針作成、年間計画・重点計画作成</li> <li>・健康経営宣言、いきいき働く医療機関宣言</li> <li>・労働安全衛生委員会の機能強化</li> <li>・産業医選任複数化、外部委託</li> <li>・衛生管理者選任増強</li> <li>・院内委員会（医療安全、感染症対策等）との連携</li> <li>・職場巡視の実施、他部門との合同実施</li> <li>・教育研修機会の増加</li> <li>・医療勤務環境改善支援センターからの支援</li> </ul>
B 労務管理、過重労働対策、働き方改革	<ul style="list-style-type: none"> <li>・労働時間把握の工夫</li> <li>・時間外労働の削減、残業削減、ノー残業デー</li> <li>・有給休暇取得促進</li> <li>・長時間労働者面談徹底</li> <li>・安全衛生委員会での報告、審議</li> <li>・働き方改善・勤務環境向上委員会、労働時間見直し委員会</li> <li>・ワークライフバランス（育休・介護休暇等）の充実</li> <li>・労務管理の徹底</li> <li>・勤務制度の見直し（短時間正規職員、時間休、年俸制等）</li> <li>・シフト・夜勤負担軽減等勤務体系見直し（当直明け医師の負担軽減、三交代から二交代制、当直回数等）</li> <li>・職場環境改善、5S活動</li> <li>・業務改善（外来等調整、機器活用、タスクシェア・タスクシフト、補助クランク活用等）</li> <li>・会議見直し（定刻開始、時間短縮、時間外会議の自由参加）</li> <li>・管理者教育機会増強、報告・周知</li> <li>・声かけ励行、コミュニケーション改善</li> <li>・働く意識調査実施</li> <li>・キャリア支援、教育研修学会機会の確保</li> </ul>
C メンタルヘルス対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンタルヘルスに関する管理体制の見直し</li> <li>・教育研修の機会の提供</li> <li>・外部 EAP・心理専門職・メンタルヘルス担当医等窓口設置・強化</li> <li>・ストレスチェック制度の運用と高ストレス者面談強化</li> </ul>
D 健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率向上</li> <li>・健診制度、健診・検診項目の見直し</li> <li>・事後措置の充実</li> <li>・医療従事者に合わせた保健指導の強化</li> <li>・生活習慣病対策</li> <li>・禁煙対策</li> </ul>
E 有害物管理、感染管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症対策委員会との連携</li> <li>・VPD の抗体価の把握とワクチン・予防接種</li> <li>・感染症曝露後対応（針刺し、結核等）の充実</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有害化学物質管理とリスクアセスメント</li> <li>・抗がん剤管理と曝露防止策</li> <li>・放射線防護策の見直し</li> <li>・有害化学物質対応できる人材育成</li> </ul>
F 筋骨格系 (人間工学) 対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腰痛対策</li> <li>・VDT、IT 機器利用に伴う健康管理策</li> </ul>
G 復職支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・復職・両立支援に関する制度見直し</li> <li>・復職・両立支援の意識付け、周知</li> <li>・メンタルヘルス、がん、妊娠・出産等に関連する復職・両立支援</li> </ul>

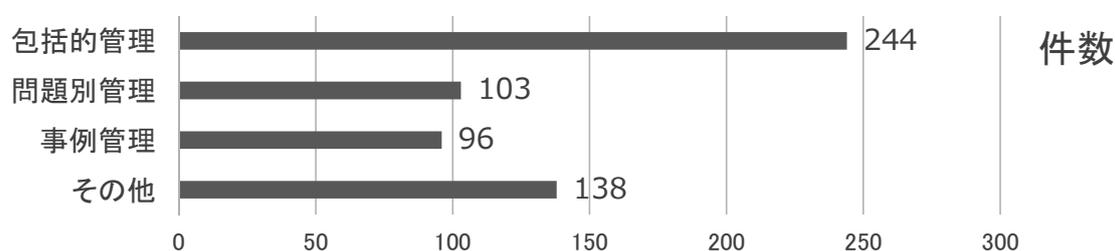
## (2) 産業保健の取り組み方を推測した分類

産業保健の取り組み方、考え方を推測した分類を試みた。産業保健を進める上で各事業場が行う産業保健の考え方（戦略、ストラテジー）を良好実践から整理し、産業保健が包括的管理に移行しつつある現在において医療分野において、どのように取り組まれているか検討した。記載された特徴から、産業保健活動として行われている対策について、図表3-5に示すように、①包括的管理、②問題別管理、③事例管理、④その他、に分類した。図表6に集計結果、図表7に主な内容を示した。

図表5 産業保健の考え方を反映した特徴の分類カテゴリと具体例

	取り組み方	説明	具体的例
1	包括的管理	一次予防を中心に集団的なアプローチを行っている管理、多面的に問題に対してアプローチを行っている管理	新しい概念、快適・過重・時間・有給休暇、夜勤勤務見直し、労働時間等のキーワードがあれば包括的管理、生活まで含めて目が向いているもの、業務改善のための補助クランク導入、医師長時間労働、労使連携、衛生委員会活用等の記載等
2	問題別管理	特定の事例に対する管理	相談窓口設置、感染症対策、有害部間に、作業環境測定、病休チェック等
3	事例管理	二次予防・三次予防を目的とした管理、個人を対象とした管理、事後管理	健診後フォロー、単発の対策等 (過重労働等の働き方と関連した事例管理は1に)
4	その他	具体的でないもの、上記以外のもの	体制整備、単なる衛生委員会の開催、産業医の外部選任、業務改善 (→衛生的にやっているのか、過重労働対策なのか不明なもの)

図表6 産業保健の考え方を反映した特徴別の分類件数 (n=581)



図表 7 産業保健の取り組み方別の特徴別の分類件数 (n=581)

4つの分類	具体的な記載内容 ( )内は回答のあった医療機関の規模(職員数)
包括的管理の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者会議、職員対象の講習会等で、過重労働の危険性の啓蒙を行なっている。ワクチン接種は、院内感染対策委員会、感染管理センターと共働で行なっている。有機溶剤、ホルマリンの環境測定結果のフィードバックを通して、改善策を病院全体で対応している。メンタルヘルスについて、院外講師を招いて講演会を開催した。年2回定期的に全職員対象に、健康に関する講演会を院内講師で行なっている(1000人以上)。</li> <li>・産業医は他の業務(内科等)と兼務のため、3名の医師を選んでいる。また専任の産業ナース(衛生管理者)を置いて対応。メンタル異常者が増加しているため、復職に向けての指導、リハビリ勤務の指導、その後のフォローを行なっている。針刺し事故の対応は、しっかり行なっている。結核健診をはじめ、職員の健診は受診率を100%にすることができた(1000人以上)。</li> <li>・病院としての安全衛生委員会に加え、法人全体としての安全衛生委員会を行なっている。新入職員に対し、3ヶ月後(看護職については6ヶ月後も)に産業医面談を実施している。病院の規模として、衛生管理者は1名の選任で良いが、複数名体制への移行中である。一般職については、長時間勤務を把握し、長くなっている部署には対策を講じている(50-199人)。</li> </ul>
問題別管理の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特化物(ホルマリン)及び炭化水素系溶剤(類似有機溶剤)の使用量、保管量管理の徹底、局排の状況管理(安全衛生法、毒劇法、消防法)(500-999人)。</li> <li>・ハラスメント防止対策として、講習と規定を策定した(200-499人)。</li> <li>・メンタルヘルス対策の充実、産業医を施設管理者以外に変更(心療内科医が受け持つようになった)(150-199人)。</li> </ul>
事例管理の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員健診時に、40歳以上の希望者にメタボ項目検査実施。希望者には、MRI、MRA検査も実施(50-199人)。</li> <li>・全職員対象に、ストレスチェックを実施。職員健診後、異常値の出た職員について個別面談を実施、指導を行なっている(200-499人)。</li> <li>・退職者との面談、メンタルヘルス、ハラスメント等のチェック(50-199人)。</li> </ul>
その他の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師数を確保できないと、超過勤務時間の短縮は実現できないので、医師(特に産婦人科、新生児科、麻酔科)の確保に力を注いでいる(200-499人)。</li> <li>・これまでメンタルヘルス対策は、通常の産業医が行っており、不十分であったが、本年4月より外部委託の産業医をお願いすることになっている(500-999人)。</li> <li>・産業医を管理職医師から一般医師へ変更した(200-499人)。</li> </ul>

## 6 医師会・国・行政への期待

日本医師会、都道府県医師会、国、行政への期待に関する自由記載についても質的分析を施行した。医師会、国へは積極的な情報提供と研修機会の増加が求められていた。

図表 8 医師会・国・行政への期待

<p><b>積極的な情報提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他医療機関の産業保健活動実態と良好実践</li> <li>・医師の労働時間の定義と管理方法</li> <li>・医療機関における産業医業務の定義</li> <li>・過重労働面談・高ストレス者面談・復職面談のガイドライン</li> <li>・産業保健総合支援センター・都道府県医療勤務改善センター・いきサポの活用法</li> </ul> <p><b>研修機会の増加</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・産業医研修会の増加(過重労働面談・高ストレス者面談・復職面談等について)</li> </ul>
---

①

# 勤務医の健康を守る病院 7カ条



勤務医の健康支援に関する委員会では、2009年2月に病院に勤務する医師会員1万人を無作為に抽出し、勤務医の健康に関するアンケート調査\*を実施しました。私たちはこの結果から、次のような「勤務医の健康を守る病院7カ条」を提案させていただきます。また、別に、「医師が元気に働くための7カ条」も提案させていただいております。

病院での組織的な改善は、医師のためにも、そして患者のためにも必要です。

なお、日本医師会でも、勤務医の医師賠償責任保険の制度化や女性医師バンクを創設して参りました。また、今後も勤務医の労働環境の整備のため、医師不足・偏在の是正等を図るための財源の確保や医師確保対策等を行政に働きかけ続けていきます。

\*調査結果の詳細は、日本医師会HP (<http://www.med.or.jp/kinmu/>) からダウンロードできます。

## 勤務医の健康を守る病院7カ条

### 1 医師の休息が、医師のためにも患者のためにも大事と考える病院

必要な睡眠時間や少なくとも週1回の休日がある体制が必要です。

### 2 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院

挨拶から始まる良好な人間関係こそが職場の財産です。

### 3 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院

事例の多くは組織的対策により予防や早期解決が可能です。

### 4 医療過誤に組織として対応する病院

医師個人の責任ではなく、組織としての対応が医師・患者に必要です。

### 5 診療に専念できるように配慮してくれる病院

業務の効率化・補助者の導入などで負担が減ると、診療の効率もあがります。

### 6 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院

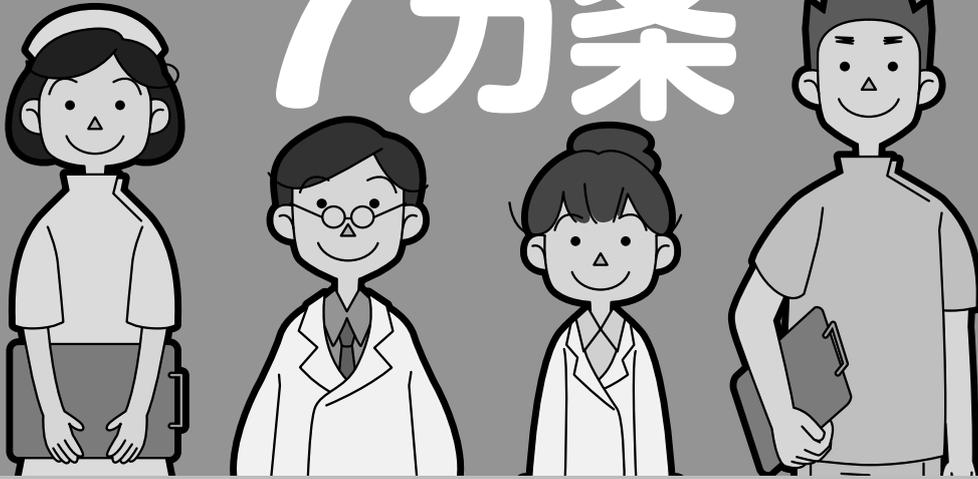
柔軟な勤務時間、妊娠・育児中の勤務軽減、代替医師の確保が望まれています。

### 7 より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院

清潔な仮眠室や休憩室、軽食がすぐに食べられると元気がわきます。

日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会

# 医師が元気に働くための 7カ条



勤務医の健康支援に関する委員会では、2009年2月に病院に勤務する医師会員1万人を無作為に抽出し、勤務医の健康に関するアンケート調査\*を実施しました。私たちはこの結果から、次のような「医師が元気に働くための7カ条」を提案させていただきます。また、別に、「勤務医の健康を守る病院7カ条」も提案させていただいております。

病院での組織的な改善とともに、医師自らが、ご自分の健康を守っていくことも今後は求められます。

なお、日本医師会でも、勤務医の医師賠償責任保険の制度化や女性医師バンクを創設して参りました。また、今後も勤務医の労働環境の整備のため、医師不足・偏在の是正等を図るための財源の確保や医師確保対策等を行政に働きかけ続けていきます。

\*調査結果の詳細は、日本医師会HP (<http://www.med.or.jp/kinmu/>) からダウンロードできます。

## 医師が元気に働くための7カ条

### 1 睡眠時間を充分確保しよう

最低6時間の睡眠時間は質の高い医療の提供に欠かせません。  
患者さんのために睡眠不足は許されません。

### 2 週に1日は休日をとろう

リフレッシュすればまた元気に仕事ができます。  
休日をとるのも医師の仕事の一部と考えましょう。

### 3 頑張りすぎないようにしよう

慢性疲労は仕事の効率を下げ、モチベーションを失わせます。  
医療事故や突然死にもつながり危険なのでやめましょう。

### 4 「うつ」は他人事ではありません

「勤務医の12人に1人はうつ状態」。  
うつ状態には休養で治る場合と、治療が必要な場合があります。

### 5 体調が悪ければためらわず受診しよう

医師はとにかく自分で診断して自分で治そうとするもの。  
しかし、時に判断を誤る場合もあります。

### 6 ストレスを健康的に発散しよう

飲んだり食べたりのストレス発散は不健康のもと。  
運動（有酸素運動や筋トレ）は健康的なストレス発散に最も有効です。  
週末は少し体を意識的に動かしてみよう。

### 7 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう

自分のいのち、そしてかけがえのない家族を大切に。  
家族はいつもあなたのことを見守ってくれています。

日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会

### ③医師の職場環境改善ワークショッププログラム（例）

時 間	内 容
13:00 - 13:15	<b>■挨拶：</b> <b>■研修オリエンテーション</b> 委員会の紹介、ワークショップの目的、研修スケジュール、資料確認
13:15 - 14:15	<b>■労務管理分析・改善ツールの記入演習</b> 講演：ツールの解説（健康支援・労務管理）
14:15 - 15:30	<b>■勤務医の健康支援に関する事例検討</b> （医療現場における産業医活動も含めて） (1) ケーススタディの進め方 (2) 自己紹介 (3) 課題提示 事例：過重労働と勤務医の健康障害 事例：女性医師の就労支援 (4) グループ討議 （事例検討による勤務医の健康支援課題の整理と組織的取り組み改善策の討議）
15:30-15:45	<b>休 憩</b>
15:45-17:15	(5) グループ発表と意見交換 ①ケーススタディ討議結果の発表 ②総合討議と意見交換 (6) 事例解説と小講義 ①医師のメンタルヘルス ②勤務環境改善、女性医師支援、医療機関の産業保健、好事例 ③施設管理者が知るべき労務管理のイロハ (7) 総合討議
17:15 - 17:30	<b>■まとめと総括</b> ・評価アンケート記入、修了証授与

〈ワークショップの目的〉

- ・ 労務管理知識の習得
- ・ 両行事例・経験の共有
- ・ 各医療機関のアクション明確化

認定産業医の研修カリキュラムとして、積極的にその活用が期待される。

#### ④勤務医の健康支援のための15のアクション

No	アクション
1	勤務医負担軽減の責任者を選任して委員会等を設置している
2	診療補助者（医療クラーク）を導入し、医師は診療に専念する
3	当直の翌日は休日とする
4	予定手術前の当直・オンコールを免除する
5	採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を医師以外が実施する
6	退院・転院調整について、地域連携室等が組織的に対応している
7	医療事故や暴言・暴力等に施設として組織的に対応する
8	医師の専門性確保とキャリア支援のため、学会や研修の機会を保証する
9	快適な休憩室や当直室を確保する
10	短時間雇用等の人事制度を導入して、就労形態を多様化する
11	地域の医療施設と連携して外来縮小等を行い、特定の医師の過剰な労働負担を減らす
12	大学や基幹病院の医局、医師会、自治体等の協力を得て、病院の医師確保支援を進める
13	時間外・休日・深夜の手術・処置実施に応じて医師に手当を支給する
14	女性医師が働き続けるために、柔軟な勤務制度、復帰のための研修を整備する
15	社会保険労務士等の労務管理の外部専門家を活用する

「勤務医の健康支援のための15のアクション」は、勤務医自身の要望、体制・クレーム組織対応・相談窓口、診療報酬収載対策、施策法令関連対策、日本医師会男女共同参画委員会の推奨対策、という5つの視点からの組織的取り組みを示したものである。

これらのアクションの効果は、メンタルヘルス（うつ）指標、自殺リスク指標、労働生産性指標、勤務継続意思の4つの評価指標すべてに対し、15のうちNo3を除く14のアクションが有意な改善効果を示したことで実証されている（アクションNo3は低い実施率による統計学的パワー不足のため統計学的有意差は検出されなかったが傾向としては良好な効果が観察された）。

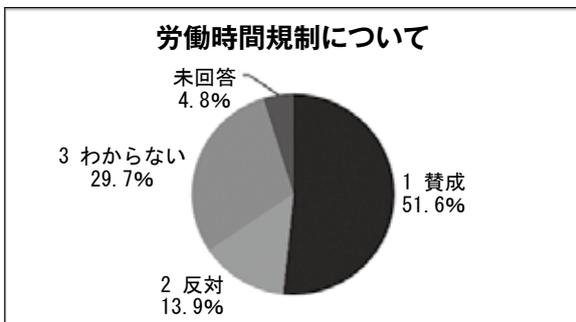
（日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」報告書 平成28年3月）

アンケートの実施に関しては医労連や各学会をはじめとする医療団体に協力を要請し2017年7月1日より9月30日の間に有効回答1,803名の勤務医のアンケートを集めた。

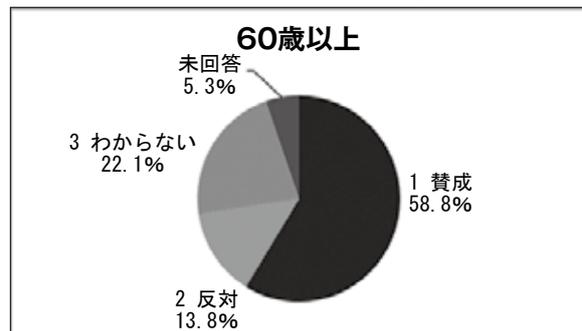
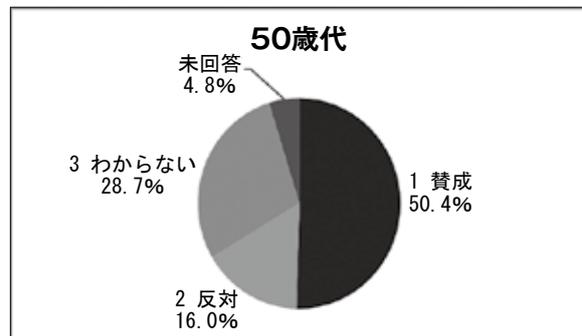
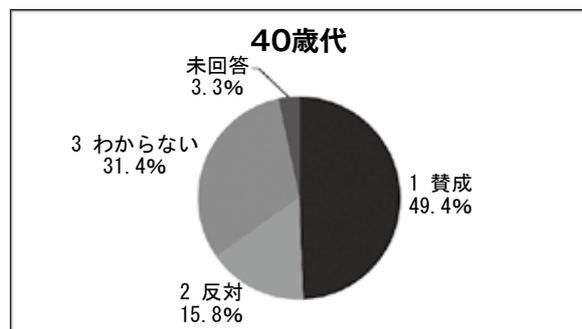
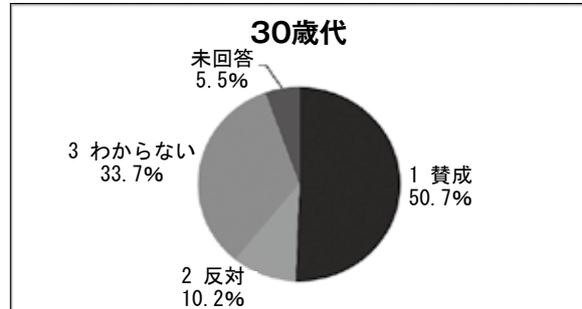
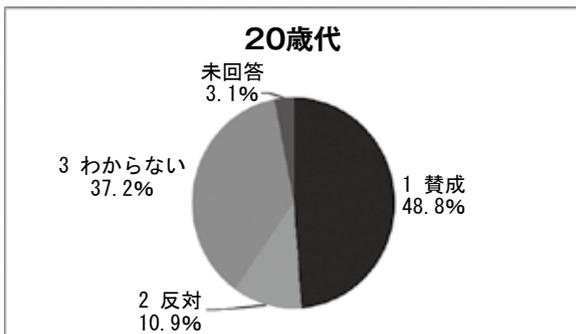
いずれにしろ世代による差はかなり低いと考えられる。

## (2) 医師の労働時間規制について

医師の労働時間規制に関する問いには、「賛成」が51.6%、「反対」が13.9%、「わからない」が29.7%、「未回答」4.8%であった。厚労省の検討会では医師は特別であり時間規制になじまない等の反対意見が少なくないが、調査では多くの医師は労働時間規制を求めていることが明らかになった。



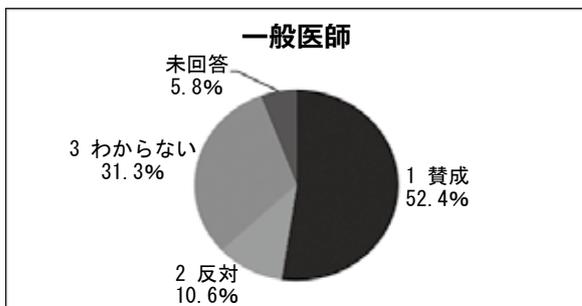
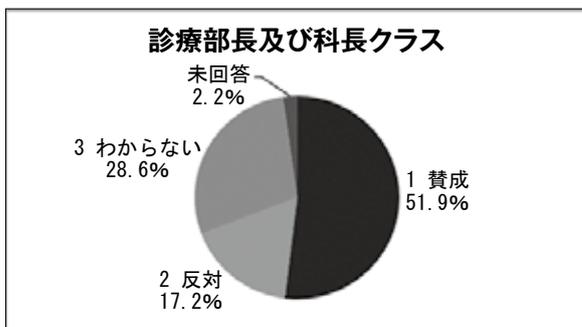
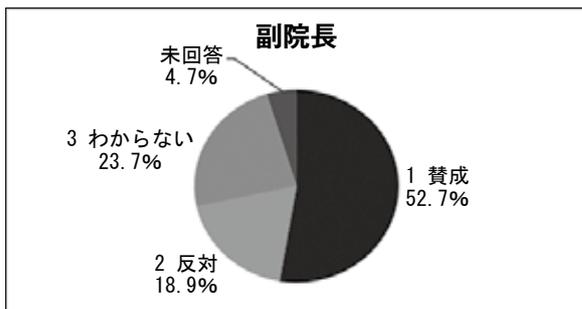
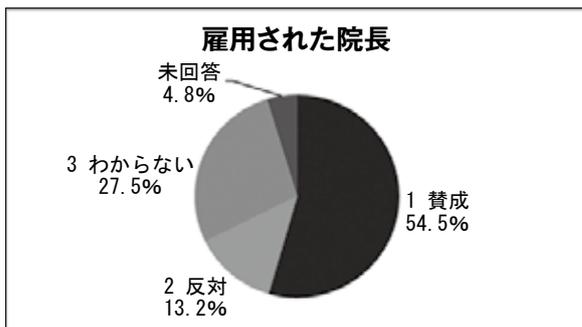
労働時間規制に関して世代別の分析を行ったが、「賛成」に関しては、最も多いのが「60歳以上」で58.8%、最も少ないのが「20歳代」で48.8%であった。これに関しては若い医師ほど「わからない」の選択が多いことが一因と考えられるが、



また、雇用のポスト別でも分析を行ったが、労働時間規制に「賛成」する医師は、「雇用された病院長」で54.5%、「副院長」で52.7%、「診療部長及び課長クラス」で51.9%、「一般医師」で52.4%とポストによる差はほとんど認められなかった。

結論として、医師の労働時間規制については、反対する勤務医は少数で、世代やポストに関わら

ず多くの医師が賛成していると言える。



ドクターズ・ユニオン ニュース  
N023 2018年2月20日より抜粋

## ①時間外労働時間の上限規制等について

時間外労働の上限について、月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合でも年720時間、単月100時間未満(休日労働含む)、複数月平均80時間(休日労働含む)を限度に設定。

**【現行】**

○時間外労働の限度時間  
大臣告示で、限度時間を定めている。  
(法的拘束力なし)

**【大臣告示】**

- 「1か月45時間」、「1年360時間」等
- 「特別条項」を踏まれば、例外的に限度時間を超えることができる。(年間6か月まで)
- ※特別条項には、上限時間の規定なし。

**【改革後】**

医師については省令で別途定める

時間外労働の上限時間を法定化する。

**【法律】**

- 原則：月45時間、年360時間
- 例外(特別条項)：年720時間、月100時間未満、複数月平均80時間
- ※特別条項は年間6か月まで

自動車運転の業務	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。上限時間は、年960時間とし、将来的に一般則の適用を目指す。
建設事業	改正法施行5年後に、一般則を適用。(ただし、災害時における復旧・復興の事業については、1か月100時間未満・複数月80時間以内の要件は適用しない。この点についても、将来的に一般則の適用を目指す)。
<b>医師</b>	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。具体的な上限時間等は省令で定めるとし、医療界の参加による検討の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。
鹿児島県及び沖縄県の砂糖製造業	改正法施行3年間は、1か月100時間未満・複数月80時間以内の要件は適用しない。(改正法施行3年後に、一般則を適用)
新技術・新商品等の研究開発業務	医師の面接指導(※)、代替休暇の付与等の健康確保措置を設けた上で、時間外労働の上限規制は適用しない。 ※時間外労働が一定時間を超える場合には、事業主は、その者に必ず医師による面接指導を受けさせなければならないこととする。(労働安全衛生法の改正)

厚労省と内閣官房の資料より作成

## ②医師の働き方の取扱い

**「医業に従事する医師」について**

(1)平成36年3月31日までは(改正法施行予定日である平成31年4月1日から起算して5年経過するまでは)、時間外労働時間の上限を定めない経過措置を置く

(2)それ以降も、医業に従事する医師のうち省令で定める者については、上限となる具体的な時間外労働時間数等については厚生労働省令で定めることとする経過措置を置くことを予定

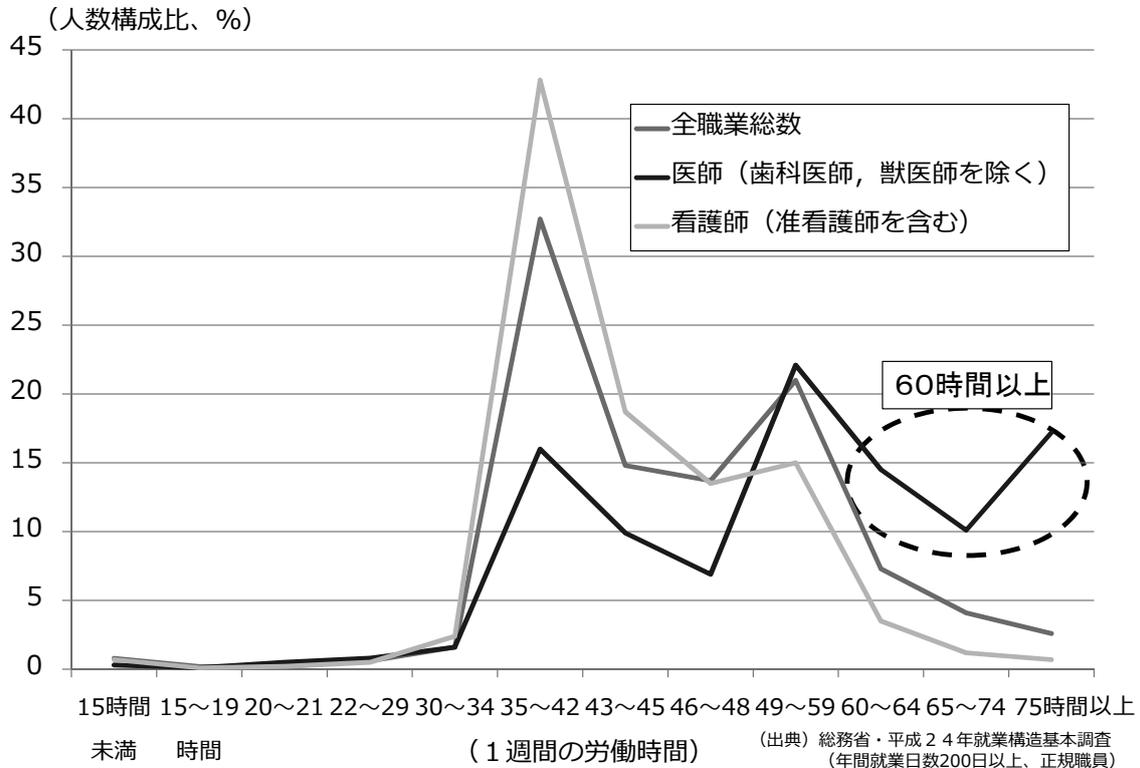
**平成36(2024)年4月1日以降の取扱い**

	一般の労働者	医業に従事する医師のうち省令で定める者
① 36協定で定める時間外労働時間数の上限	・月 45時間 ・年360時間	今後省令で定める
② 臨時的に①を超えて労働させる場合の36協定で定める時間外労働時間数等の上限	・休日労働含め月100時間未満 ・年720時間以下 ・①の月45時間を超えることができる月数は6か月以内	今後省令で定める
③ 36協定に基づいて時間外労働をさせる場合、超えてはいけない上限(月平均の管理)	・休日労働含め直近2~6か月平均80時間以下	今後省令で定める

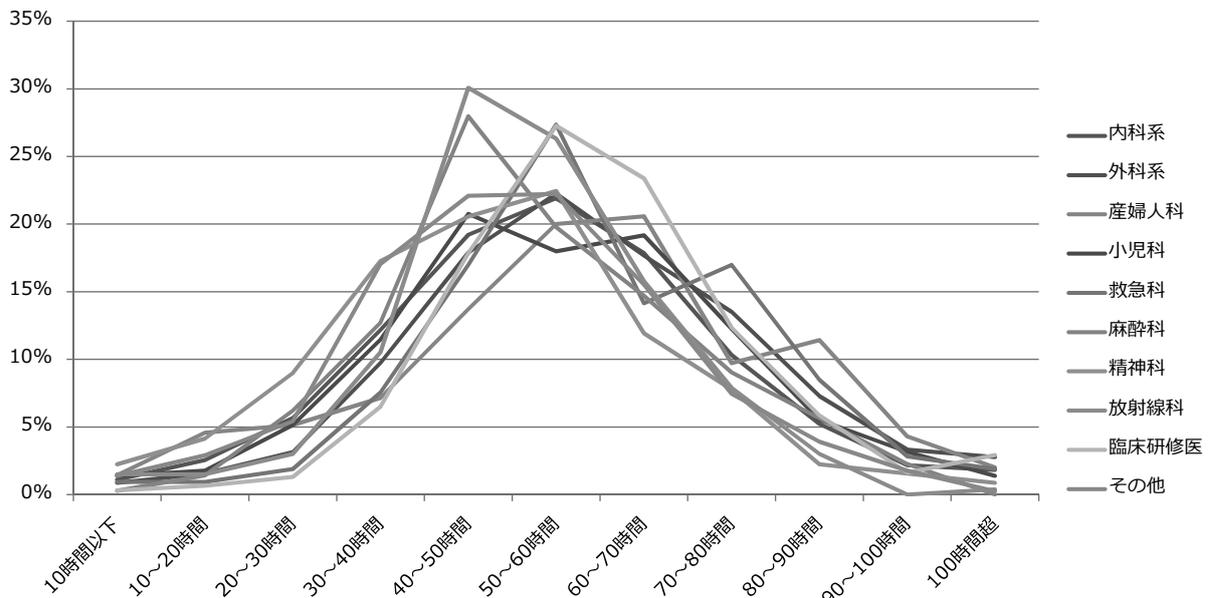
厚労省の説明を基に作成(内容は厚労省確認済)

①②とも本文目次前に掲載した〈用語について〉中の「労働時間の換算」を参照されたい。

①正規職員の職種別の 1 週間の労働時間の分布



②診療科別病院常勤医師の週当たり勤務時間の分布



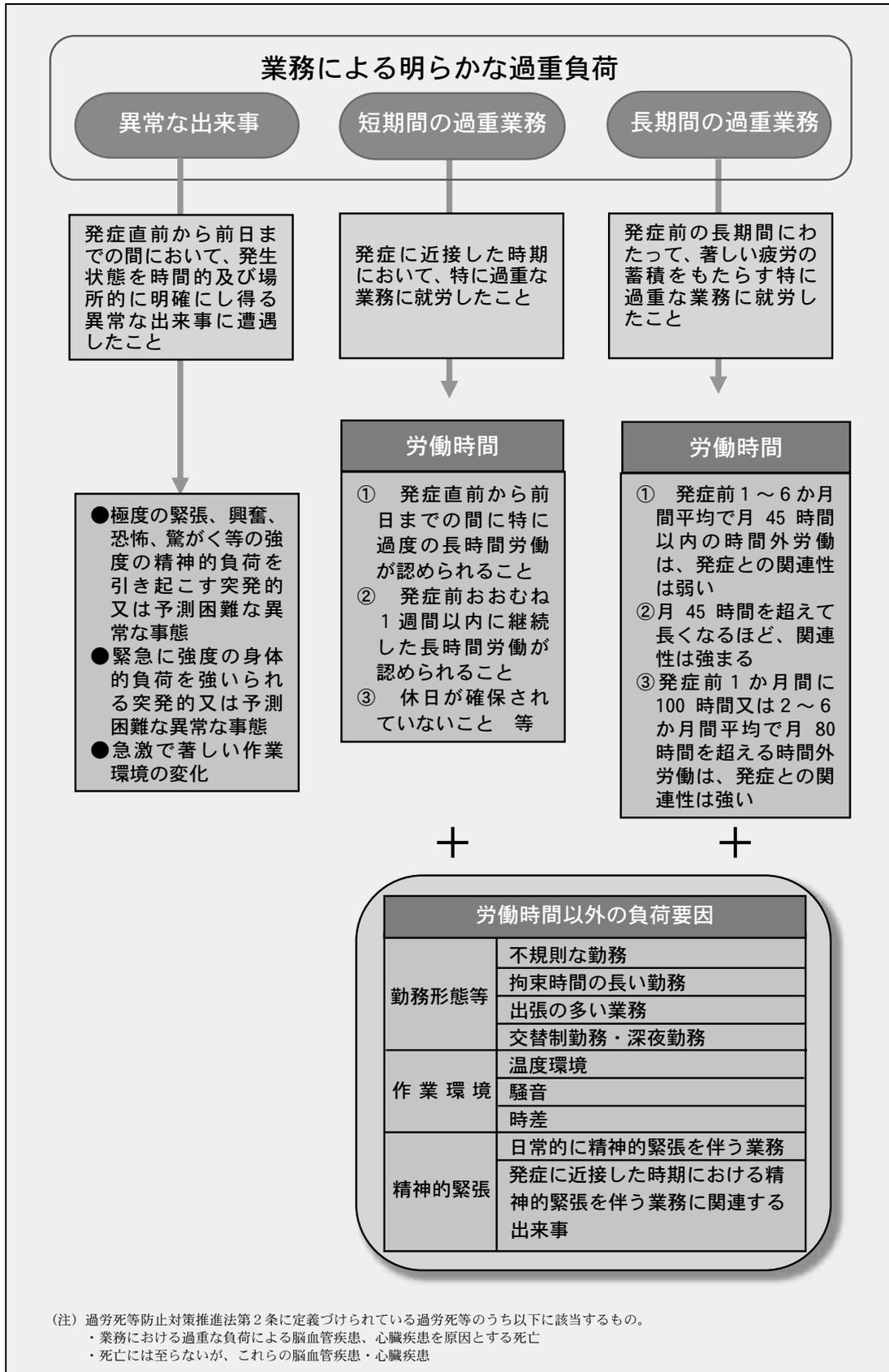
勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。）

※オンコールは、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

- ・診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間
- ・診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間
- ・待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。

①

第 1-1 図 脳・心臓疾患<sup>(注)</sup> の労災認定基準の概要（いわゆる過労死ライン）



## 次のいずれの要件も満たすこと

- (1) 認定基準の対象となる精神障害を発病していること
- (2) 認定基準の対象となる**精神障害の発病前おおむね6か月の間に、業務による強い心理的負荷(※)**が認められること
- (3) 業務以外の心理的負荷や個体側要因により発病したとは認められないこと

(※)「強い心理的負荷」と認められる出来事<sup>(\*)</sup>の具体例

## 「特別な出来事」

- 強姦や、本人の意思を抑圧して行われたわいせつ行為などのセクシュアルハラスメントを受けた場合など、「心理的負荷が極度のもの」と認められた場合
- 発病直前の1か月に概ね160時間を超えるような、又はこれと同程度の(例えば3週間に概ね120時間以上の)時間外労働を行うなど、「極度の長時間労働」が認められた場合

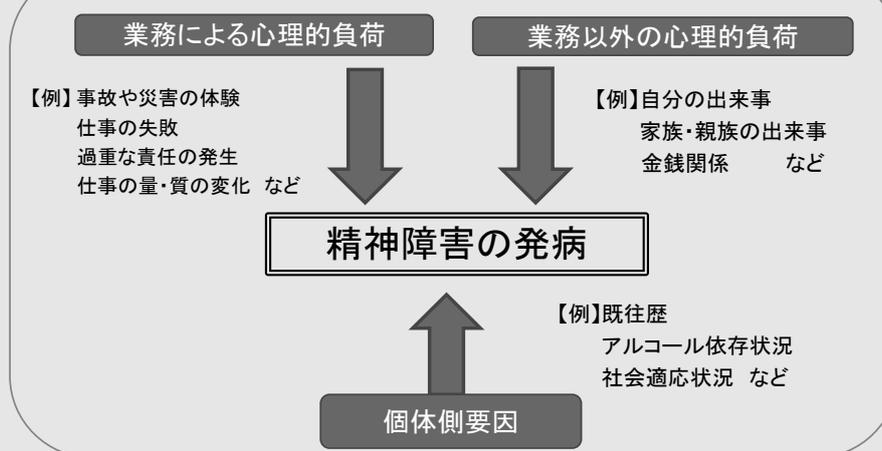
## 「出来事」(\*)

- 自らの死を予感させる程度の事故等を体験した場合
- 業務に関連し、ひどい嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた場合
- 長時間労働がある場合、
  - ① 発病直前の2か月間連続して1か月当たりおおむね120時間以上の時間外労働を行った場合
  - ② 発病直前の3か月間連続して1か月当たりおおむね100時間以上の時間外労働を行った場合

など

(\*)「出来事」については、その内容に基づき、心理的負荷の程度が「強」、「中」、「弱」のいずれかに評価され、また、複数の出来事がある場合には、その事案について全体評価が行われる。これにより心理的負荷が「強」と評価された場合に「業務による強い心理的負荷が認められる」との要件を満たす。

## 精神障害の発病についての考え方



(注) 過労死等防止対策推進法第2条に定義づけられている過労死等のうち以下に該当するもの。  
 ・業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡  
 ・死亡には至らないが、これらの精神障害

①

診療ガイドラインについて

- 医師が日々の診療に当たって参考にする診療ガイドラインについては、例えば、診療科にかかわらず対応を求められる高血圧、脂質異常症、糖尿病のガイドラインだけでも、2010年以降、概ね毎年改訂が行われている。
- 改訂の内容についても、例えば、2017年に改訂された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」においては、脂質管理目標設定のためのフローチャートが変更される等、実際の診療内容の変更が必要な内容となっている。

2010年 「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2010」(日本糖尿病学会)

2012年 「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版」(日本動脈硬化学会)

2013年 「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013」(日本糖尿病学会)

2014年 「高血圧治療ガイドライン2014」(日本高血圧学会)

2016年 「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2016」(日本糖尿病学会)

2017年 「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版」(日本動脈硬化学会)

②

日本肝臓学会編『C型肝炎治療ガイドライン』の改定履歴

- 近年、新薬の開発等が活発な分野であるC型肝炎は、治療ガイドラインの改訂の頻度も極めて高い。

- 2012年5月 第1版  
2013年8月 第1.1版
- ALTの単位をU/Lに修正
  - テラプレビル+Peg-IFNα-2b+リバビリン併用療法の市販後の成績を追加
  - これに伴い1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
  - Peg-IFN (IFN)少量長期投与についての記載を変更
  - 文献リストをアップデート

- 2013年11月 第2版
- シメプレビル+Peg-IFNα+リバビリン併用療法臨床試験の結果を追加
  - これに伴い「概要」、1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
  - IFN+リバビリンの投与量についての表を追加
  - テラプレビルの治療成績についての図を追加
  - 形式および段落ナンバを「B型肝炎治療ガイドライン(第1.1版)」に倣い変更

- 2014年9月 第3版
- 「C型肝炎の治療目標」を新たに記載
  - 「C型肝炎に対する抗ウイルス療法の歴史」の項を追加
  - 「SVRが得られた後のフォローアップの必要性」を「概要」へ移動
  - ダクラタビル・アスナプレビル併用療法臨床試験の結果を追加
  - これに伴い「概要」、1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
  - 「肝硬変に対する治療戦略」の項を新たに追加、推奨を変更
  - C型肝炎慢性肝硬変(1型高ウイルス)に対する治療フローチャートを作成
  - ガイドライン作成委員のCO情報を記載
  - 「資料4」としてHCV薬剤耐性変異測定検査依頼先を記載

- 2014年10月 第3.1版
- ゲノタイプ2型再治療例に対するテラプレビルの適応追加を記載

- 2014年12月 第3.2版
- パニプレビル+Peg-IFNα-2b+リバビリン併用療法臨床試験の結果を追加、これに伴い1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
  - 「プロテアーゼ阻害剤治療のある症例に対する再治療」の項および治療フローチャートを追加。これにともない、従来の「再治療」を「プロテアーゼ阻害剤治療歴のない症例に対する再治療」に変更
  - シメプレビルについての安全性情報を追加
  - 「資料4」にHCV薬剤耐性変異測定検査依頼先を追加

- 2015年3月 第3.3版
- ダクラタビル・アスナプレビル併用療法の初回治療例、再燃例に対する臨床試験の結果を追加
  - ダクラタビル・アスナプレビル併用療法投与制限撤廃に伴い、1型高ウイルス症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
  - 「資料4」HCV薬剤耐性変異測定検査内容をアップデート

- 2015年5月 第3.4版
- ソホスブビル+リバビリン併用療法の初回治療例、再燃例に対する臨床試験の結果を追加
  - これに伴いゲノタイプ2型症例(慢性肝炎・肝硬変)に対しての推奨・治療フローチャートを変更
  - 「リバビリン」の項を独立
  - DAAについての総説を追加記載
  - 「資料2」として各種DAAの併用禁忌・併用注意事項リストを作成

- 2015年8月 第3.5版
- ゲノタイプ2型に対するソホスブビル+リバビリンについての記載を変更

- 2015年9月 第4版
- ソホスブビル+レジバシル併用療法臨床試験の結果を追加
  - これに伴いゲノタイプ1型症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
  - 「概要」における治療対象の記載を変更
  - 「概要」・フローチャートにおける発症リスク別治療方針および「治療待機」の記載を撤廃
  - 「治療戦略」・フローチャートにおけるIFN適格/不適格の区分を撤廃

- 2015年12月 第4.1版
- オムビタスビル+パニプレビル+リバビリン併用療法臨床試験の結果を追加
  - これに伴い、ゲノタイプ1型症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
  - DAA各論をIFN-based、IFN-freeに分けて記載
  - 「資料3 併用禁忌・併用注意事項」をIFN-based、IFN-freeに分け、QBV/PTV/rを追加
  - 「資料3 治療中止基準」「資料4 ウイルス学的反応の定義」を削除

- 2016年5月 第5版
- IFNの項をアップデート
  - 各種DAAに市販後の成績(有効性・安全性)を追記
  - Special population (HBV/HIV共感染例、腎機能障害・透析例、肝移植後再発例、肝発癌後症例)についての記載を追加
  - 「資料2・3 併用禁忌・注意事項」をアップデート
  - 各リコメンデーションにエビデンスレベル・推奨グレードを付記

- 2016年10月 第5.1版
- ゲノタイプ2型に対するオムビタスビル+パニプレビル+リバビリン併用療法の結果を追加
  - これに伴いゲノタイプ2型症例に対しての推奨・治療フローチャートを変更
  - 「資料2・3 併用禁忌・注意事項」に実際の薬物血中濃度時間下線面積(AUC)変化率を記載
  - 併用薬は「+」、配合薬は「J」でつなぐ、という原則により薬剤名を記載

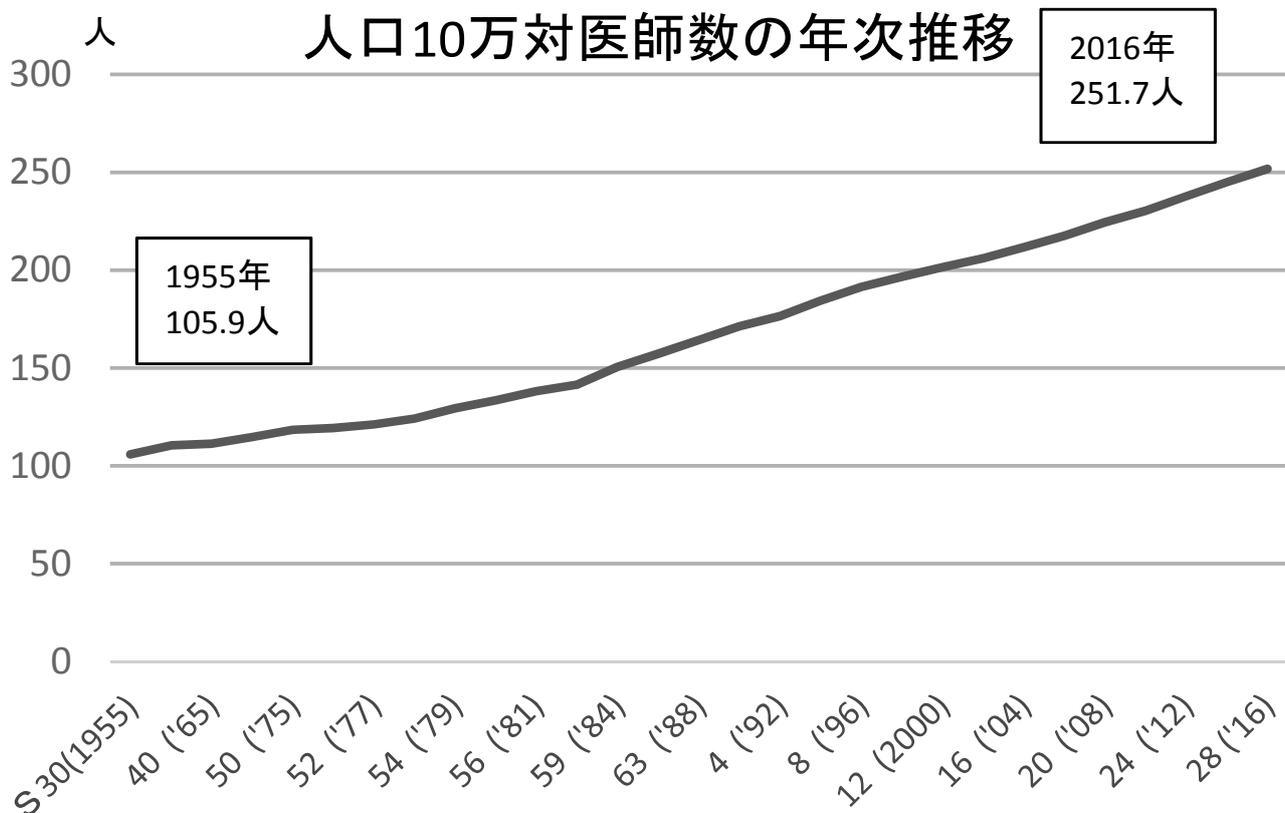
- 2016年12月 第5.2版
- ゲノタイプ1型に対するエルバスビル+グラゾプレビル併用療法臨床試験の結果を追加
  - これに伴いゲノタイプ1型症例に対しての推奨・治療フローチャート、腎機能障害・透析例に対する記載・治療推奨を変更
  - ソホスブビル+リバビリン併用療法、ソホスブビル+レジバシルの市販後の成績を追記
  - パニプレビル製造中止に伴い治療推奨からパニプレビルの記載を削除
  - FDA併用によるIFNフリー治療のある症例の再治療」を変更
  - 代償性肝硬変症例に対する治療の項において安全性についての記載を追加
  - 「資料3 併用禁忌・併用注意事項」にEBR+GZRを追加

- 2017年3月 第5.3版
- ゲノタイプ1型に対するダクラタビル+アスナプレビル+ベクラプリル併用療法臨床試験の結果を追加
  - これに伴いゲノタイプ1型症例に対しての推奨・治療フローチャート、腎機能障害・透析例に対する記載・治療推奨を変更
  - 「資料3 併用禁忌・併用注意事項」にBC/DCV/ASVを追加

- 2017年4月 第5.4版
- ゲノタイプ3型~6型に対するソホスブビル+リバビリン併用療法の適応追加を記載
  - HCVゲノタイプ・セロタイプ測定についての記載を追加

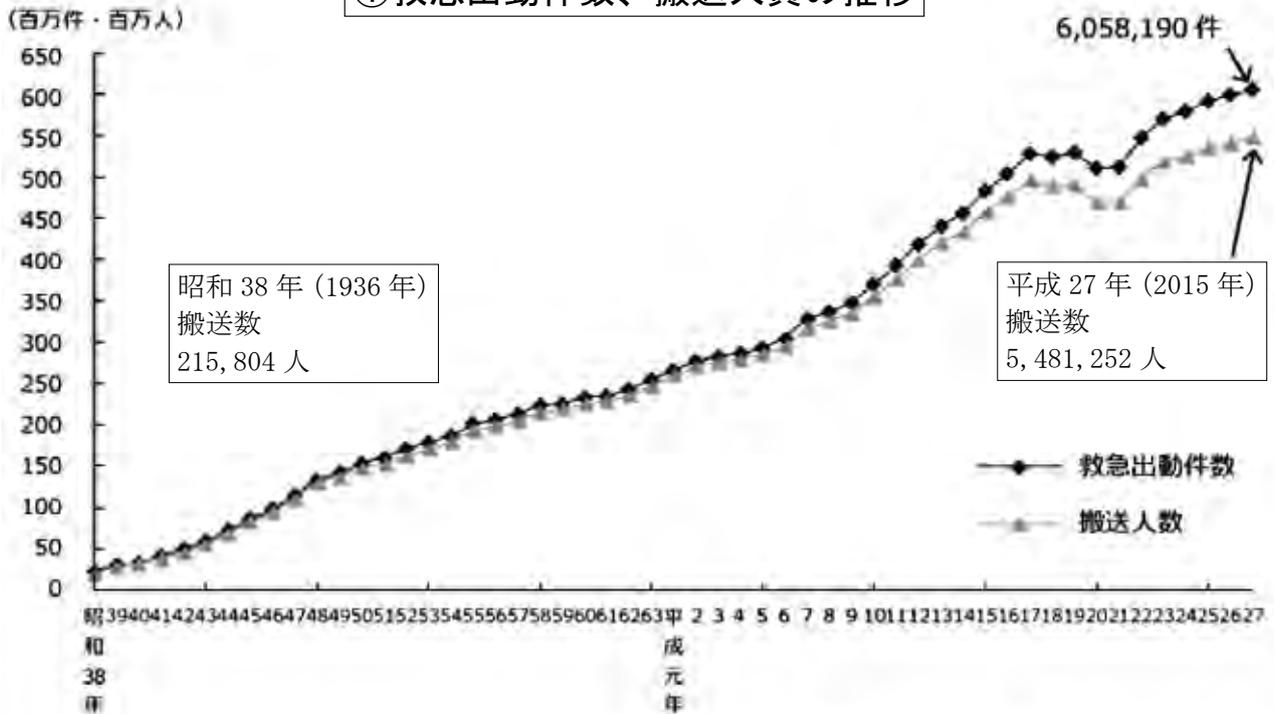
参考資料 14 自己研鑽のガイドラインの1例

NO	主事象	詳細	公務との関連性	
				摘要
1	自己研鑽のための勉強 (胃がんの教科書を読む)		×	原則×
2	自発的な研修の参加 (製薬会社講演会に参加)		×	原則×
3	学会の事前準備 (スライド作成など)	○になる場合		
		1) 学会派遣が病院業務に直接関係するものとして所属長からの業務命令に基づくもの	○	
		① 病院診療報酬取得のために各種認定医等を取得、または継続させる目的で派遣される学会	○	
		② 病院施設基準取得のために各種認定医等を取得、または継続させる目的で派遣される学会	○	
		③ 病院運営の必要性を総合的に勘案し、 病院長が病院業務に直接関連するものと認めて参加させる学会	○	
		×になる場合		
		1) 職員が自発的に参加する学会	×	原則×
		2) 職員の将来スキルアップにつながるものとしての旅費のみを支給して参加させる学会	×	原則×
		わからないもの		
		1) 研修のスライド作成助成(指導医として)	○	
		2) コメディカルのスライド作成助成	△	院長判断
		3) 研修医が病院の目標である研修医1年2回発表のためにスライドを作成	△	院長判断
4) 現在施設認定の要件として学会発表を点数化して施設認定継続を認める学会がある	△	院長判断		
4	学会	1) 施設基準に関わる目的で土、日に学会に出ている	○	
		2) 施設基準に関わる目的で学会に出席し、勤務時間外まで勉強した	○	
		3) 施設基準に関わる目的で学会に出席したときの移動時間(公用車にして運転している職員は○)	○	
		4) 病院等協賛の学会で座長をした	△	院長判断
5	論文作成	1) 自分の論文(施設基準に関わる認定医、専門医取得、継続に関係あり)	○	
		2) 自分の論文(施設基準に関わる認定医、専門医取得、継続に関係なし)	×	原則×
		3) コメディカルの論文作成助成	△	院長判断
6	出張	1) 病院命令の出張で会議が勤務時間外までかかった	○	
		2) 病院命令の出張で会議への行き帰りに勤務時間外までかかった ※ 単身赴任者が盛岡の自宅に帰宅宿泊後、翌日病院に行く時間は通勤時間	○	
7	手術	1) 手術が予定よりかかって勤務時間外となった	○	
		2) 手術後の術後管理でバイタルチェックのために1時間ごとに5分だけ患者のもとに行った場合の待機時間	○	
		3) 遠方に自宅があり、手術のために呼ばれた場合の移動時間	○	
8	研修会	1) 院外で開催されるレジデント研修会への出席	○	
		2) 院外で開催されるレジデント研修会の講師	○	
		3) 院外で開催されるレジデント研修会の移動時間(公用車であればOK)	○	
		4) 医師会症例検討会への出席(病医院の公務とすれば)	○	
9	病棟、手術呼び出し	1) 自宅を出て帰るまでの時間か	○	
		2) 病院について手術が始まるまでの時間	○	
		3) 患者が急変し処置後、家族が来るのを待っている時間	○	
10	患者死亡の場合	1) 自宅から呼び出されて来るまでの時間と帰るまでの時間は	○	
		2) 患者死亡の場合の、葬儀屋の車が来るまでのお見送りを待つ時間(通常30-60分)	○	
11	看護学校講師	1) スライド作成や資料作り	○	
12	学生指導	1) 病院説明会に出ている時間	○	
		2) スライドで学生に説明をしている時間	○	
		3) 病院説明会への移動時間	○	
		4) 学生説明用のスライドを作成している時間	○	



厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

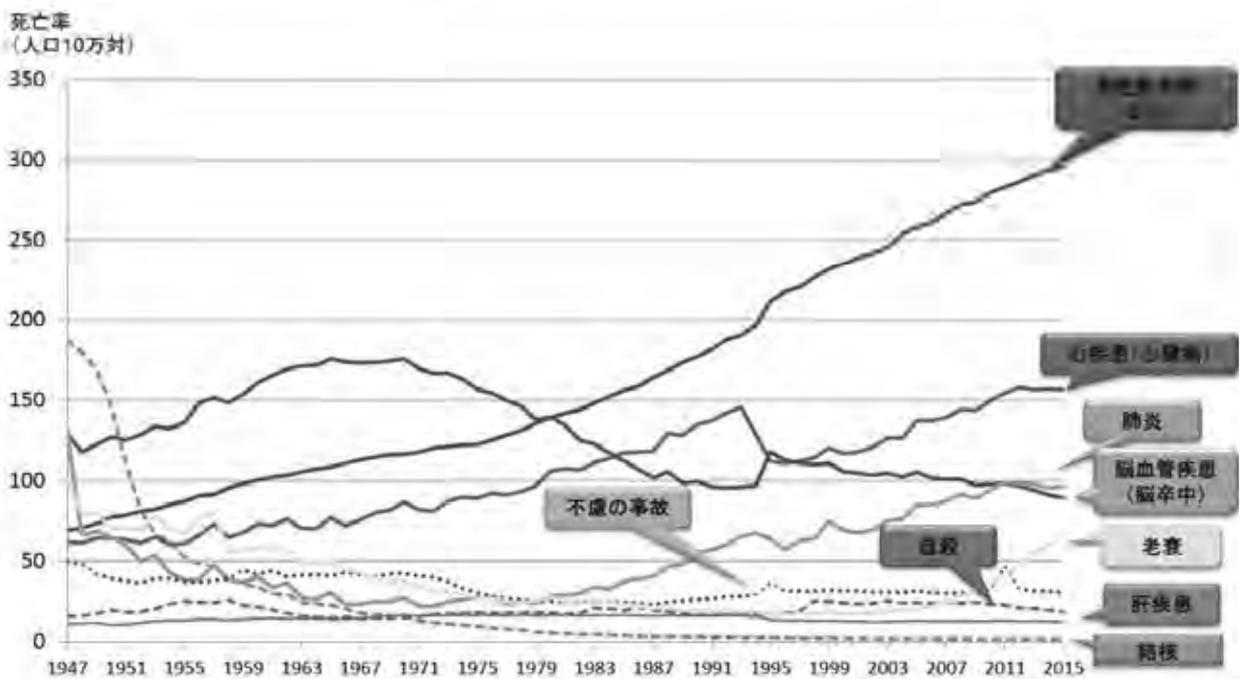
① 救急出動件数、搬送人員の推移



（消防庁「平成28年版 救急・救助の現況」）

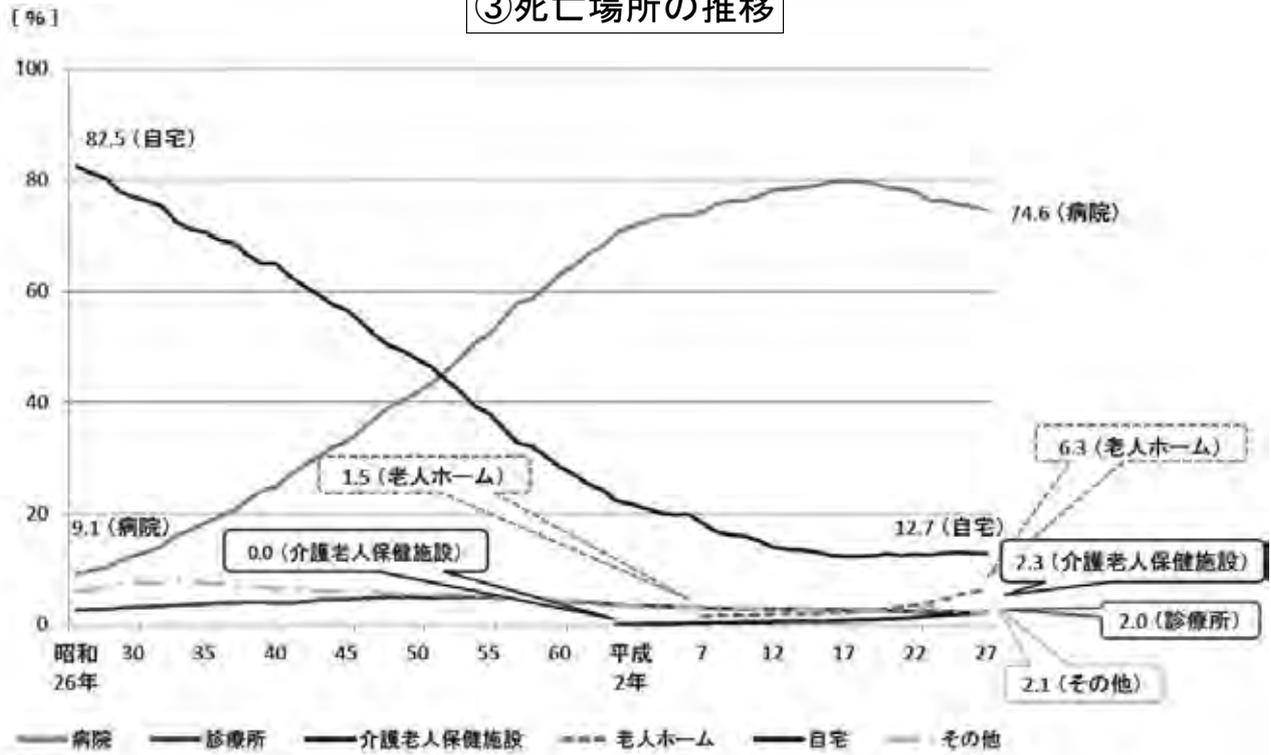
② 主な疾患別の死亡率の推移

高齢化の進展により、医療ニーズが、悪性新生物(がん)などを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。



出典:「人口動態統計(1947~2015年)」

### ③死亡場所の推移



※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。  
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料：厚生労働省「人口動態統計」

## 参考資料 17 労働基準法第 41 条に定める宿日直勤務について

### 1 宿日直勤務の趣旨

宿日直勤務とは、仕事の終了から翌日の仕事の開始までの時間や休日について、原則として通常の労働は行わず、労働者を事業場で待機させ、電話の対応、火災等の予防のための巡視、非常事態発生時の連絡等に当たらせるものです。したがって、所定時間外や休日の勤務であっても、本来の業務の延長と考えられるような業務を処理することは、宿日直勤務と呼んでいても労働基準法（以下「法」という。）上の宿日直勤務として取り扱うことはできません。

これらの宿日直勤務については、宿日直勤務に従事している間は、常態としてほとんど労働する必要がないことから、所轄労働基準監督署長の許可を受ければ、法第 33 条の届出又は法第 36 条に基づく労使協定の締結・届出を行ったり、法第 37 条に基づく割増賃金を支払う必要はないこととされています。

### 2 宿日直勤務の許可基準として定められている事項の概要

上記1のような宿日直勤務の趣旨に沿って、労働基準法上宿日直勤務の許可を行うに当たって、許可基準を定めていますが、医療機関に係る許可基準として定められている事項の概要は次の通りです。

#### (1) 勤務の態様

常態としてほとんど労働する必要がない勤務のみを認めるものであり、病室の定時巡回、少数の要注意患者の検脈、検温等の特殊な措置を要しない軽度の、又は短時間の業務を行うことを目的とするものに限ること。したがって、原則として、通常の労働の継続は認められないが、救急医療等を行うことが稀にあっても、一般的にみて睡眠が充分とりうるものであれば差し支えないこと。

なお、救急医療等の通常の労働を行った場合、下記3のとおり、法第 37 条に基づく割増賃金を支払う必要があること。

#### (2) 睡眠時間の確保等

宿日直勤務については、相当の睡眠設備を設置しなければならないこと。また、夜間に十分な睡眠時間が確保されなければならないこと。

#### (3) 宿日直の回数

宿日直勤務は、週 1 回、日直勤務は月 1 回を限度とすること。

#### (4) 宿日直勤務手当

宿日直勤務手当は、職種毎に、宿日直勤務に就く労働者の賃金の 1 人 1 日平均額の 3 分の 1 を下らないこと。

### 3 宿日直勤務中に救急患者の対応等通常の労働が行われる場合の取り扱いについて

#### (1) 宿日直勤務中に通常の労働が突発的に行われる場合

宿日直勤務中に救急患者への対応等の通常の労働が突発的に行われることがあるものの、夜間に十分な睡眠時間が確保できる場合には、宿日直勤務として対応することが可能ですが、その突発的に行われた労働に対しては、次のような取り扱いを行う必要があります。

① 労働基準法第 37 条に定める割増賃金を支払うこと

② 法第 36 条に定める時間外労働・休日労働に関する労使協定の締結・届出が行われていない場合には、法第 33 条に定める非常災害時の理由による労働時間の延長・休日労働届を所轄労働基準監督署長に届け出ること

#### (2) 宿日直勤務中に通常の労働が頻繁に行われる場合

宿日直勤務中に救急患者の対応等が頻繁に行われ、夜間に十分な睡眠時間が確保できないなど常態として昼間と同様の勤務に従事することとなる場合には、たとえ上記 (1) の①及び②の対応を行っていたとしても、上記2の宿日直勤務の許可基準に定められた事項に適合しない労働実態であることから、宿日直勤務で対応することはできません。

したがって、現在、宿日直勤務の許可を受けている場合には、その許可が取り消されることとなりますので、交代制を導入するなど業務執行体制を見直す必要があります。

(出所) 厚生労働省労働基準局長通達：「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について(要請)」(基発第0319007号の2,平成14年3月19日)の別紙

①専門業務型裁量労働制の対象業務

- 1 新商品若しくは新技術の研究開発又は人文科学若しくは自然科学に関する研究の業務
- 2 情報処理システム（電子計算機を使用して行う情報処理を目的として複数の要素が組み合わされた体系であってプログラムの設計の基本となるものをいう。7において同じ。）の分析又は設計の業務
- 3 新聞若しくは出版の事業における記事の取材若しくは編集の業務又は放送法（昭和25年法律第132号）第2条第27号に規定する放送番組（以下「放送番組」という。）の制作のための取材若しくは編集の業務
- 4 衣服、室内装飾、工業製品、広告等の新たなデザインの考案の業務
- 5 放送番組、映画等の制作の事業におけるプロデューサー又はディレクターの業務
- 6 広告、宣伝等における商品等の内容、特長等に係る文章の案の考案の業務（いわゆるコピーライターの業務）
- 7 事業運営において情報処理システムを活用するための問題点の把握又はそれを活用するための方法に関する考案若しくは助言の業務（いわゆるシステムコンサルタントの業務）
- 8 建築物内における照明器具、家具等の配置に関する考案、表現又は助言の業務（いわゆるインテリアコーディネーターの業務）
- 9 ゲーム用ソフトウェアの創作の業務
- 10 有価証券市場における相場等の動向又は有価証券の価値等の分析、評価又はこれに基づく投資に関する助言の業務（いわゆる証券アナリストの業務）
- 11 金融工学等の知識を用いて行う金融商品の開発の業務
- 12 学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する大学における教授研究の業務（主として研究に従事するものに限る。）
- 13 公認会計士の業務
- 14 弁護士の業務
- 15 建築士（一級建築士、二級建築士及び木造建築士）の業務
- 16 不動産鑑定士の業務
- 17 弁理士の業務
- 18 税理士の業務
- 19 中小企業診断士の業務

## ②大学病院における専門業務型裁量労働制

○大学の肩書は「教授等（教授、准教授、講師）」「助教」「助手」に分けられる。

現行規定では大学病院の「教授等」が「12. 学校教育法に規定する大学における教授研究の業務」での専門業務型裁量労働制の適用対象であり、「助手」「助教」は適用対象外である。

○この規定は教授、准教授、講師が「教授（教えること。肩書の意味ではない）研究」に従事することを想定している。

「教授（教える）業務」における「授業」は時間があらかじめ決まっており、その時間を自由に変更することはできない。この「授業」が、1週間の所定又は法定労働時間の5割に満たない程度であるなら、5割以上は自由になる時間であり研究に充てることが可能となる。この場合、「主として研究に従事する教授等」と扱うことができ、裁量労働制の対象となりうる。

また、医学研究を行う「教授等」がその一環として従事する診療の業務は、チーム制（下記の囲み参照）によるものであれば「教授研究」の業務と扱っても差し支えない。

○「助教」「助手」は、12の業務ではなく、1の「新商品若しくは新技術の研究開発又は人文科学若しくは自然科学に関する研究の業務」の対象となりうるが、研究の一環としての診療の取り扱い自体が規定されていない。（厚労省からのヒアリングを元に作成。）

当該業務は、学校教育法に規定する大学の教授、准教授<sup>(注)</sup>又は講師の業務をいうものであること。「教授研究」とは、大学の教授、准教授又は講師が学生を教授し、その研究を指導し、研究に従事することをいうものであること。

「主として研究に従事する」とは、業務の中心はあくまで研究の業務であることをいうものであり、具体的には、研究の業務のほかに講義等の授業の業務に従事する場合に、その時間が、1週の所定労働時間又は法定労働時間のうち短いものについて、そのおおむね5割に満たない程度であることをいうものであること。

なお、大学病院等において行われる診療の業務については、専ら診療行為を行う教授等が従事するものは、教授研究の業務に含まれないものであるが、医学研究を行う教授等がその一環として従事する診療の業務であって、チーム制（複数の医師が共同で診療の業務を担当するため、当該診療の業務について代替要員の確保が容易である体制をいう。）により行われるものは、教授研究の業務として扱って差し支えないこと。

ただし、大学の助手については、専ら人文科学又は自然科学に関する研究の業務に従事する場合には、前記①に該当するものであること。

また、大学の助教<sup>(注)</sup>は、専ら人文科学又は自然科学に関する研究の業務に従事すると判断できる場合は、前記①の業務として取り扱うこと。この場合において、助教は、教授の業務を行うことができることになっていることから、その時間が1週の所定労働時間又は法定労働時間のうち短いものの1割程度以下であり、他の時間においては人文科学又は自然科学に関する研究の業務に従事する場合には、専ら人文科学又は自然科学に関する研究の業務に従事するものとして取り扱って差し支えないこと。

東京労働局HP

## 参考資料 19 労働法に関する主要法令一覧

### [1] 労働時間管理に関する勤務医への周知

- 1 労働基準法第 89 条（作成及び届出の義務）
- 2 労働基準法第 15 条（労働条件の明示）
- 3 労働基準法第 15 条（労働条件の明示）  
通達：平 11.1.29 基発 45 号（書面明示の方法）
- 4 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）  
労働基準法施行規則第 16 条（時間外及び休日労働の協定）
- 5 労働基準法第 32 条（労働時間）、第 35 条（休日）等

### [2] 労働時間の適正把握

- 1 労働基準法第 32 条（労働時間）  
通達：平 13.4.6 基発 339 号（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基準）
- 2 労働基準法第 32 条（労働時間）、第 38 条第 1 項（時間計算）  
通達：昭 25.9.14 基収 2983 号（黙示の指示による労働時間）
- 3 労働基準法第 38 条第 1 項（時間計算）、第 32 条の 2（変形労働時間制）  
通達：昭 63.1.1 基発 1 号（時間外労働となる時間）等
- 4 労働基準法第 38 条第 1 項（時間計算）  
通達：昭 23.4.7 基収 1196 号、昭 63.3.14 基発 150 号、平 11.3.31 基発 168 号（手待ち時間等）等
- 5 労働基準法第 32 条（労働時間）、第 38 条第 1 項（時間計算）等

### [3] 労働時間・休憩・休日の取り扱い

- 1 労働基準法第 32 条（労働時間）  
通達：昭 63.1.1 基発 1 号（1 週間の法定労働時間と 1 日の法定労働時間）
- 2 労働基準法第 32 条の 2（1 箇月単位の変形労働時間制）  
労働基準法施行規則第 12 条の 2（変形労働時間制・変形休日制の起算日）
- 3 労働基準法第 35 条（休日）  
労働基準法施行規則第 12 条の 2（変形労働時間制・変形休日制の起算日）等
- 4 労働基準法第 41 条（労働時間等に関する規定の適用除外）  
労働基準法施行規則第 23 条（宿直・日直の勤務）  
通達：昭 23.1.13 基発 33 号（日直・宿直と労働時間、休日との関係）等
- 5 労働基準法第 41 条（労働時間等に関する規定の適用除外）  
通達：昭 22.9.13 発基 17 号、昭 63.3.14 基発 150 号（監督又は管理の地位にある者の範囲）等

### [4] 時間外・休日労働協定（36協定）の締結と運用

- 1 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）  
労働基準法施行規則第 16 条（時間外及び休日労働の協定）、第 17 条（時間外及び休日労働の届出）
- 2 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）  
通達：平 12.12.25 労告 120 号（労基法第 36 条第 1 項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する基準）等
- 3 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）  
通達：昭 23.7.27 基収 2622 号、平 11.3.31 基発 168 号（協定の限度を超える時間延長）等
- 4 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）  
通達：平 15.10.22 基発 1022003 号（特別条項にいう『特別の事情』の意義）、平 21.5.29 基発 0529001 号（特別条項付協定で定める事項）
- 5 労働基準法第 36 条（時間外及び休日の労働）  
通達：平 15.10.22 基発 1022003 号（特別条項にいう『特別の事情』の意義）、平 21.5.29 基発 0529001 号（特別条項付協定で定める事項）

## [5] 割増賃金の取り扱い

- |   |   |
|---|---|
| 1 | 労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金）<br>労働基準法施行規則第19条（割増賃金の基礎となる賃金の計算）等   |
| 2 | 労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金）<br>労働基準法施行規則第19条（割増賃金の基礎となる賃金の計算）等   |
| 3 | 労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金）<br>通達：昭22.12.15基発501号、昭63.3.14基発150号、平11.3.31基発168号（割増賃金計算の基礎となる労働時間）等                           |
| 4 | 労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金）<br>通達：昭22.12.15基発501号、昭63.3.14基発150号、平11.3.31基発168号（割増賃金計算の基礎となる労働時間）<br>労働基準法施行規則第23条（宿直・日直の勤務） |
| 5 | 労働基準法第37条（時間外、休日及び深夜の割増賃金）<br>通達：平11.3.31基発170号（住宅手当 具体的範囲）等  |

## [6] 勤務医の安全と健康の確保（安全衛生管理体制）

- |   |  |
|---|--|
| 1 | 労働安全衛生法第12条（衛生管理者）、第13条（産業医）   |
| 2 | 労働安全衛生法第18条（衛生委員会）<br>労働安全衛生規則第23条（衛生委員会の会議）等  |
| 3 | 労働安全衛生法第66条（健康診断）<br>労働安全衛生規則第44条（定期健康診断）  |
| 4 | 労働安全衛生規則第52条の2（面接指導の対象となる労働者の要件等）<br>通達：平18.3.17基発0317008号、平20.3.7基発0317006号（過重労働による健康障害防止のための総合対策）等 |
| 5 | 通達：平18.3.17基発0317008号、平20.3.7基発0317006号（過重労働による健康障害防止のための総合対策）等                                      |

## [7] 女性勤務医の就労支援

- |   |  |
|---|--|
| 1 | 労働基準法第65条（産前産後）<br>通達：昭63.1.1基発1号、婦発1号（妊産婦の時間外労働、休日労働及び深夜業の制限）等                |
| 2 | 労働基準法第65条（産前産後）<br>通達：昭61.3.20基発151号、婦発69号、平10.6.11基発344号、女発169号（妊産婦に対する就業制限）等 |
| 3 | 育児介護休業法第5条～第9条（育児休業制度）   |
| 4 | 育児介護休業法第23条（勤務時間の短縮等の措置）   |
| 5 | 育児介護休業法第10条（不利益取り扱いの禁止）<br>労働基準法第19条（解雇制限）等                                    |

出典：日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会」  
「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」より抜粋

平成 29 年 9 月-10 月に、「医師の働き方改革」による影響について、日本医師会「勤務医委員会」の委員が、所属するブロックの医師にヒアリングを行った。（平成 29 年 10 月 26 日時点のとりまとめ内容）

## 1. 労働時間規制の地域医療への影響

### 1) 救急医療への影響

- ・ 医師の労働時間制限は救急医療に最も大きな影響を与える。
- ・ 急性期医療の病院の当直をすべて交代制勤務にするには、医師の偏在を解消する等の医師の増員が必要である。
- ・ 医師の増員ができなければ救急患者の受け入れ困難や制限が生じたり、医療の質の低下が生じることになる。
- ・ 救急救命センターでは、循環器内科、心臓血管外科、整形外科等、もともと繁忙な領域の医師が必要とされる医療を提供できなくなる。
- ・ 小児科センター病院や周産期センターでは人員不足が深刻になり、周産期センターの維持が困難になる。
- ・ 大学病院は急病センター等に医師を派遣しているが、派遣を制限せざる得なくなる。
- ・ 地方での医師確保は困難であるが、仮に確保できても人件費の増大で医療機関の経営が成り立たない。場合によっては、救急医療の中止となる事態も想定される。
- ・ 現実に二次救急を担っているのは中小病院が多いが、これらの医療機関の縮小や閉鎖が危惧されるが、その場合基幹病院へ患者が集中し、基幹病院の医師の負担増が危惧される。
- ・ 救急医の養成が急務であるが、新しい専門医制度では難しい。
- ・ 一人当たりの医師にかかる勤務中の負担が増加し、救急医療に携わることをやめる医師が増える。（既に地方でおきている現象であり、これが加速する）
- ・ 医師確保のために集約化が不可欠となるが、医師や患者が一極集中した場合に、その地域社会が耐えられるか危ぶまれる。

### 2) 外来診療の縮小等の病院機能の低下

- ・ 時間外診療を行っている医療機関では、時間外診療を縮小せざる得なくなる。
- ・ 外来の縮小やベッドの削減を強いられる可能性が大きい。
- ・ 勤務医の多くは当直を担当しているので、労働時間制限をした場合、通常の診療時間を制限しなければならなくなる。
- ・ 当直翌日の勤務がなくなれば外来診療は減ることになる。
- ・ 勤務医は病棟主治医の業務、手術、検査、カンファレンス、院内諸委員会等の業務もあ

り、外来診療の縮小を余儀なくされる。

- ・ 休診日や夜間の勤務が生じた場合、それに応じた休日を平日の昼間に設定しなければならず、本来の診療時間における患者の受け入れに影響がでる。
- ・ 専門外をみたくない医師が増加しており、時間外での外来はより縮小や制限されると想定される。
- ・ 外来の縮小は、病院の収益減やそれによる機能低下につながる。
- ・ 大学病院は現在、外来診療を縮小する方向性であり、影響は少ない。(逆に外来を縮小できないとの意見もある。)
- ・ 大規模の病院は総合デパートの体制から脱却し、入院医療に特化すべき、中小病院はむしろ外来部門の充実が重要。
- ・ 医師の少ない診療科では、休診日を設ける必要が出てくる。
- ・ 外来患者が診療を受けられない事態が発生し得る。また、患者の利便性の低下につながる。
- ・ 地域住民の理解が重要で、十分な説明がなければ信頼の低下を招く。

### 3) 高度医療への影響・長時間手術等

- ・ 手術の途中で術者が交代することは現実的ではない、患者や家族も納得できないと思う。また手術の翌日に執刀医が来ないのは医療安全上危険である。
- ・ 高度医療を提供できる医師の数は限られているので、手術数が減少する。能力のある医師を増やさなければならない。
- ・ 高度医療を担う医師はそれに特化させる必要があり外来や当直を免除する必要がある。外来・病棟を担う医師と分ける必要がある。
- ・ 患者数や手術数等診療できる範囲に制限がかかる可能性がある。
- ・ 医師の業務の優先順位を考えると高度医療は後回しになる可能性がある。
- ・ 手術時間を短縮しようとする精神的な圧迫も考えられ、医療事故のリスク増大が懸念される。
- ・ 心臓血管外科や脳外科等は、夜間緊急手術が頻回にあるため、日中の高度手術ができなくなる。
- ・ 循環器内科は拘束時間が長く、時間外の緊急カテーテル治療が困難となる。
- ・ 長時間手術は可能だと思うが、術後の管理の医師が不足し困難である。
- ・ 高度医療は大学病院が担っており、県内病院からの医師の引き上げが必要となる。
- ・ 高度医療機関の集約・マンパワーの集中が必要となる。
- ・ 医師を増やすことで一人当たりの時間外労働を減らすしかない。
- ・ 大幅な医師増員と交代制勤務の導入しかないが、これには診療報酬の手当てが必要である。
- ・ 外科医の確保のみならず、麻酔科医や放射線科医も増やす必要がある。
- ・ 医師のみならず医療スタッフの増員が必要である。

#### 4) 研修時間への影響

- ・多くの病院では、時間内は直接診療に係る医療行為が行われ、その他の研修（サマリーの作成、カンファレンス、抄読会、画像診断研修、病理研修、文献検索等）は時間外での実施が多いが、これができなくなると医療の質が低下する。
- ・医療安全と感染症をはじめとして、医療制度、医療倫理、がん、栄養、褥瘡等の様々な研修が必要であり、これらは時間外に開催されているため、病院機能が弱体化しかねない。
- ・研修医が時間外労働をしないと救急や様々な症例のあらゆる事態に対処する臨床能力が低下する。
- ・研修を労働とみなせば、残業手当としての人件費が増大する。
- ・報告される表面上の研修時間は減っても、実際の研修時間は変わらず悪影響として改善の指標を失うことになる。
- ・教職員研修は時間外に行われていることが多く、病院機能の低下につながる可能性が高い。
- ・他職種と共に行う研修は時間内で良いが、専門性の高い研修は勤務時間外で対応すべきである。
- ・時間外労働の制限は、医師としての研修時間の確保には良い影響を及ぼすと考えられる。
- ・日中に研修を集中させると、診療やその他の業務に影響がでる。
- ・研修を時間内で終わらせようとするので良い面もある。
- ・調整が可能なため、影響はないと考える。
- ・ほとんどの院内研修を時間内に行うようにしているが、なかなか参加が難しい状況である。
- ・業務としての研修と自己研鑽のための研修を見極める方法が難しい。これは大学の基礎研究においても同様である。
- ・院内の研修が何を指すのかわからない。研修も労働時間としてみなすのであれば、何らかの指針が必要となる。
- ・医師教育のための指導医によるカンファレンスは勤務の一環であり、研修時間を奪うことになる。
- ・指導医の労働時間が制限されれば、臨床実施研修の時間が縮小される。
- ・既に制限をかけており現状と変わらない見込みである。

#### 5) へき地への影響

- ・医師不足の地域が多く、夜間休日の時間外診療。産科・救急医療等が立ち行かなくなる恐れがある。医師不足と経営の悪化が問題である。
- ・地域に医師が一人しかいない状況では医療が成り立たなくなる。
- ・時間外の診療拒否が起きるため応招義務の問題が生じ、崩壊してしまう。
- ・へき地医療は医療圏の中核病院が担っているが、医師派遣に支障が出るので、縮小又は

廃止となる可能性が大きい。

- ・へき地の医療機関では、臨床研修制度における「地域医療研修」という役割を担っているが、これらの機能も失われる。
- ・へき地診療は単独の医師で行われることが多く、早朝、夜間、休日の急患にも対応しなくてはならない。現在の僻地診療は成り立たなくなり、複数の医師のチーム制の構築が必要となる。
- ・医師会（A①会員）が行っているへき地診療所の応援診療は時間外労働時間にカウントされない為影響はないと思われる。
- ・へき地ごとの差異も考えられ、地域に合わせた柔軟な考え方が必要である。
- ・外部の非常勤医を確保せざるを得ず、割高な賃金と旅費で病院経営を圧迫する。
- ・遠隔診療が更に推進され、特定行為を行う看護師の需要が増えると考えられる。

## 6) 研修医への教育

- ・十分な研修時間が取れずに、研修医の質が低下する危険性がある。
- ・日常診療が優先となり、教育時間は減少すると考えられる。
- ・研修医の就労時間は制限が設けられているので、就労時間内の教育に及ぼす影響は少ないと考えられる。
- ・時間外労働を黙認する院長を労基署に告発する者があり、既に、研修医に対して時間外労働を病院が課することは困難となっている。
- ・診療科により大きく異なると考えられる。
- ・病院の規模が小さいほど研修教育への弊害が大きくなることが予想される。
- ・研修医への指導が不十分となり、指導医が複数いない研修病院では研修医の募集が減少する。
- ・専門医をとるために必要な症例不足や実地医家となるために時間がかかることが懸念される。
- ・教育に携わる指導医のマンパワーが不足しているため、時間内に実行できるか不安がある。
- ・専門研修は専攻医も指導医とほぼ同等の責務を負うことを考えると、研修制度と時間外労働を併せて考える根拠がない。

\*その他、「4) 研修時間への影響」と同様の意見が多い。

## 7) その他

- ・大都市の病院に更に医師が集中し、地方では医療の過疎化が一層進むことが懸念される。
- ・医師の取り合いの促進が危惧される。
- ・労基署の臨検は社会情勢を無視しており、救急医療の崩壊、医療への影響が大きく、国家レベルでの対応を考えるべきである。
- ・研修後に時間外の拘束が少ないマイナー科に進む割合が増えているが、このことが地域

の医療崩壊に関連している。時間外労働の制限はこの現状に良い影響をもたらすと考えられる。

- ・今後の医師数の増加程度と時間外労働の制限のバランスの問題になると考える。患者側の過度な診療要求が減少すれば、着地点はあり得る。
- ・救急医療・高度医療を効率的に担える体制を二次医療圏で構築する必要がある。
- ・大学病院の医師の多くが教職員であり、教育指導の時間をどのように扱うのか明確にする必要がある。
- ・保険審査医や産業医、校医、介護審査委員会委員の確保が難しくなる。
- ・医師の少ない中小病院は、医療供給体制の確保が困難になり、経営そのものが打撃を受ける。
- ・必要な医師を確保する必要があるが、医師の報酬が大きく変化する可能性もあることを念頭に置く必要がある。
- ・勤務医の時間外労働が制限されれば、医師会活動に参加する勤務医が増える可能性もある。
- ・専門医制度の今後が危ぶまれる。
- ・地域医療構想や地域包括ケアを実現することが一層困難になる。

## 2. 地域医療を守る視点から、医師の働き方に関連して、地域で取り組まれている方策

### 1) 救急体制

- ・基幹病院に他の医療機関の医師が出向して、一定時間当番をしている。
- ・自治体の夜間急患診療所に医師会員が交代で当番している。これにより二次救急への集中を防いでいる。
- ・医師会が医師会立急患センターを作ったり、輪番制をひいて365日体制で一次救急に取り組んでいる。しかし、高齢化のため参加できる医師が減少している。
- ・救急体制を維持するために高額のスポンサー医師を依頼して回さざるを得ない地域がある。
- ・救急子ども相談電話(#8000)、大人救急相談電話(#7111)により救急受診の適正化を行っている。
- ・県民にかかりつけ医を持つことにより重症化を防ぐことを啓発している。
- ・大学病院の外科系、内科系より総合診療部へ医師を出向させ、救急医療体制を維持している。
- ・各科当直を廃止して内科系・外科系当直とすることで当直回数を減らしている。
- ・救急隊と連携を密にすることによって、三次救急に特化できるよう協力体制を構築している。
- ・ICTを活用した救急搬送システムを稼働させ、救急搬送の効率化を図っている。

## 2) 病院外診療への診療所医師の協力

- ・診療所医師が空き時間に、大学病院や市立病院等公的病院の専門外来を担当している。
  - ・内視鏡検査・治療に診療所医師も参加している。
  - ・複数の病院で診療参加型病診連携を行っている。
  - ・診療所医師が、かかりつけ医機能を理解し、基幹病院からの逆紹介患者を積極的に受け入れている。
  - ・外来医が不足す場合は、診療科ごとにOB/OGの医師に個別に協力を依頼している。
  - ・非常勤診療医師として大学退職後も外来診療を担っている。
  - ・病院外来に診療所の医師が協力することは、病院における専門外来の質を落とす。診療所医師と大病院とは役割分担すべきである。
  - ・連携パス等を利用した病診連携を更に進める必要がある。
- \*あまり行われていないという回答が多かった。

## 3) 病院入院診療への診療所医師の協力

- ・オープン病院システムを施行している病院もあるが現実には運営されていない。
  - ・医師会病院の全てのベッドがオープン型であり、入院患者の70～80%の主治医は診療所医師である。急変時には専属の勤務医が対応する。
  - ・入院患者が在宅に移行する際、病院で開催する退院前カンファレンスに参加し連携を行っている。
- \*ほとんど行われていないとの回答が多数を占めている。

## 4) 医師不足の地域への医師の派遣等の事業

- ・医師会と都道府県病院協会が主体となり、医師確保が困難な医療機関に医師を派遣する事業を行っている。
- ・都道府県協議会において、地域枠出身医師を地方へ派遣する事業を行っている。
- ・県が設置する地域医療支援センターに大学と共に医師会が参加し、若手医師のキャリア形成を支援している。
- ・へき地医療支援センターが設置されており、へき地診療所に医師の派遣が実施されている。
- ・へき地医療支援病院が指定されており、へき地療所に医師の派遣が実施されている。
- ・へき地医療支援拠点病院からの医師派遣による巡回診療で診療所の維持存続に努めている。
- ・大学病院が寄付講座によりへき地医療を支援している。
- ・地域医療機関の医師が支援を行う場合は、医療審議会部会の承認等一定の手続きを経ることにより、地域的な了解を得る仕組みを構築している。
- ・大学病院や基幹病院が、山間部で一人勤務をしている医師の休暇取得時の代診応援を行っている。
- ・県の事業として、修学援助金貸与を受けた医師の医師不足地域への派遣が行われている。

- ・医師不足の地域は多く、派遣が可能な医師数が足りていない。
- ・ネットワークを利用した遠隔画像診断サービスを地域病院に行っている。

## 5) その他

- ・県は、勤務環境改善支援センターを県医師会に委託し、勤務環境改善マネジメントシステムの導入促進や相談支援を実施している。
- ・院内保育所の保育士の人件費の助成、働きやすい職場環境のための意識醸造や相談体制整備を行っている。
- ・科によっては過剰な科もあり、必要な科に必要な医師を分配する必要がある。
- ・勤務医に対し、労働基準法、時間外勤務の削減方法について研修を実施している。
- ・在宅や施設での看取りが僅かに増えているが、これが増えれば病院勤務医の負担は軽減する。
- ・不要な受診行動を控える教育が必要である。
- ・地域の小児科医が救急外来に出務して、病院の若い小児科医の指導に当たっている地域がある。
- ・多くの民間病院では、短時間労働の医師が多くいるのが現状ではないか。

## 3. 医師の働き方を改善するための取り組み

### 1) チーム医療

- ・多職種が参加したチーム医療は、医療の質の向上と診療報酬の加算に寄与しているが、医師の業務が必ずしも減るということではない。
- ・チームは、医療の質の向上、医療安全、医療の効率性による医師の負担軽減につながることを期待されている。
- ・多職種共同でチーム医療を行っており、他職種の協力は得ているが、医師不足は否めない。
- ・医師が増えなければチームは出来ない。一人診療科ではチームを組むこと自体が困難である。
- ・いろいろなチーム医療が存在するがこれが働き方改革に有効に結びつくような印象がない。
- ・糖尿病やアレルギー等の疾患特異性の研修を行ったメディカルスタッフの配置や特定看護師等の設置は必要であるが、診療報酬上の位置付けが必要である。
- ・もちろん大切であるが、専門医が多すぎプライマリ医師が少ない。
- ・チーム医療は責任の所在が分かりにくくなるほか、働き方に個人差がでる。
- ・一人の医師の責任過重を回避するにはチーム医療が必須と考えられる。
- ・チーム医療は不可欠となっている。医師、看護師、パラメディカルのレベルアップの努力が必要であり、それが、結果的に医師の負担軽減につながる。
- ・クリニカルパスを用いたチーム医療医取り組んでいる病院では、指示はパスによって包括的になされ、医師の負担は軽減されている。

## 2) 交代制勤務

- ・医師が不足している地域が多く、交代制勤務を運用できる施設は少ない。
- ・大学病院救急部や高度救命センターでは、二交代制を取っている。
- ・当直を準夜帯は時間外労働、深夜帯は宿直として、当直明けを休みとしている医療機関がある。
- ・当直明けは休める体制を前提にした医師需給予測、地域偏在解消が急がれる。
- ・交代制勤務は多数の質が一定した医師が必要となり、地方の医療機関では導入は困難である。
- ・平成 26 年度の診療報酬改定から、交代制勤務の導入を申請要件とした診療報酬の上乗せが開始されたが、取得は困難である。
- ・絶対数が不足している医師不足の下では困難である。
- ・ER や ICU では交代制勤務となっている。
- ・2017 年 4 月よりシフト制を開始した。1 週間の労働時間は 37.5 時間とし、時間外勤務の上限を 40 時間未満として厳守するよう指導している。シフト勤務表とタイムカードをもとに時間外診療時間を算出している。重傷を扱わない診療科の医師の当直回数や時間外は減少している。
- ・当直翌日の勤務は早退ないし休日とし、少なくともデューティーはなくすべきである。
- ・チームでの主治医制や複数主治医制が前提となるため、最終的な責任の所在について規定を設ける必要がある。

## 3) 複数主治医制

- ・都道府県医師会として複数主治医制を推進している。医師が少ない施設において勤務医の負担軽減につながるため導入している施設は多い。また、一人医師の診療科であっても、他診療科医師と協力しながら負担軽減を図っている。
- ・外科系を中心に複数主治医制、グループ主治医制が取り入れられている。内科系は完全主治医制の診療科もあり土日夜間も患者の状態によっては主治医が呼ばれることになる。
- ・いまだに主治医にこだわる患者が多く、患者や家族の意識改革が必要である。
- ・大いに進めるべきであると考えるが、チーム医療と同様に医師数の充足が必要であり、現状では困難である。
- ・医師数の不足、責任の分散、担当患者の増加による医療安全上の問題が生じる。
- ・考え方の違い、相性、序列性があるため必ずしもうまくいかないことが多い。
- ・治療方針と情報の共有並びに医療の質の確保が課題である。
- ・複数の医師で患者の情報が共有されるため、見落としやミス等も予防できると考えられる。
- ・休みは取りやすくなるが、一人の医師が把握しなければならない患者数が増えるため、医師不足の地方では環境改善に結びつくとは考えにくい。

#### 4) タスクシフティング

- ・勤務環境改善支援センターと協力して、メディカルクラークの導入を推進している。
- ・特定行為を行う看護師制度ナース・プラクティショナー制度を進めるべきである。
- ・看護師への業務移譲は実質的に困難になりつつあり、再検討が必要である。
- ・安易にタスクシフティングをしない方が良いと考える。あくまで、医師の指導、監督が必要であり、その方法を議論すべきである。
- ・安全性等多くの課題があり、慎重に議論すべきである。
- ・地域包括ケアのボトムアップには必須である。
- ・診療結果の責任回避を法制化しなければ実現不可能である。
- ・メディカルアシスタントの育成と雇用を推奨する。
- ・WHO では以下のことが宣言されている。「タスク・シフティングを医療人員不足の最終的な解決策としないこと」、「政府はタスクシフティングを費用削減の方法と見なさないこと」。従って、医師不足を前提とした議論は成り立たない。
- ・看護師も不足という状況で委譲ができないのではないか。
- ・医療の質が低下する業務と低下しない業務を整理する必要がある。
- ・医師が本来業務に専念できるようすべきである。
- ・教育と財政上の仕組みが必要である。

#### 5) 短時間勤務制度

- ・都道府県内で、短時間勤務制度の適応を受けている医師は約 10%であった。
- ・育児短時間勤務制度は有用である。
- ・医療機関によっては勤務時間の組み方は一律ではなく本人が決めることも可能となっている。ただし、半日勤務は給与も半額になる。
- ・現在、3歳未満の子を養育する場合となっているが、これを10歳程度に引き上げるべきである。
- ・地方では夢のまた夢のような話としか考えられない。
- ・不可能である。現場の不公平感が出ると、モチベーションが下がり有効ではない。
- ・外来診療では問題ないが、病棟勤務ではうまくいっておらず、負担軽減に役立っていない。
- ・ガンや病気を抱えながら勤務する医師が増えているので、制度を広げる必要がある。
- ・給与面での正規雇用は可能でも、福利厚生面での正規雇用はあまり進んでいない。
- ・男女に限らず、希望する場合、勤務医の負担軽減を前提に考慮しても良いと考える。
- ・県が短時間労働を補充するための代替医師の雇用にかかる人権費を補助する制度を実施している。
- ・完全な休職を減らすことが可能となることから、多くの中核病院で採用されている。
- ・通常勤務医の時間外労働が増える等、不満が募り、離職者が増えると思われる。給与等待遇面では大きな差をつけるべきである。

- ・県内では短時間正規雇用制度がある医療機関が36%で、制度を利用している医師が有は42%であった。

## 6) 女性医師の活用

- ・女性医師支援相談窓口では、女性医師の復職を推進し、特に医師の不足する地域医療の支援を担う勤務を勧めている。
- ・再研修・再就業支援に取り組んでいるが、何より上司・同僚等の理解が必要である。
- ・女性医師の活用は、今後の医師の負担軽減、医師不足の対策に対して不可欠だと考える。
- ・県医師会は県と連携して、「保育サポーターバンク」事業を行い支援している。
- ・絶対に必要であるが、経済的な問題でなかなか実現困難である。
- ・同時にキャリア形成ができる研修システムの構築が必要である。
- ・結婚や分娩で1年以上現場を離れることを望むようでは女性医師の働き方は制限せざるをえない。少なくとも半年で職場復帰する覚悟がないと男性医師と同じ土俵には上がれないと覚悟すべきである。
- ・研究サポートを行っており、女性医師が診療、研究を継続できるよう努めている。
- ・院内保育所・病児保育の設置、当直の免除、ワークライフバランスへの配慮等を行っている。
- ・県医師会内に「ワークライフバランス推進委員会」を設置し、県ならびに大学にある「女性医師支援センター」とも協働している。
- ・都道府県内の基幹病院では89%が院内保育所を設置、病児保育室の設置は53%、短時間勤務制度の導入は92%であった。
- ・女性医師の勤務時間は20台から40台では男性に比べて短い、50台以降では差がなくなる。育児中の学習機会の確保、就業継続・復帰支援等が重要である。
- ・女性医師の積極的な雇用は、経営的にデメリットではなく、むしろメリットが大きいとの報告がなされている。

## 7) その他

- ・多くの地域で医師の高齢化が進み、夜間救急の対応力が低下している。医師の増員や2次3次病院から若手が派遣できるシステムが必要になっている。
- ・「5) 短時間勤務制度」や「6) 女性医師の活用」は医師の診療科目による偏在とも密接に絡むため、医学生レベルでの啓発が必要である。
- ・現在、医局内の働き方の見える化を目指し、実態調査中。今後は医局内の業務担当表を簡単に作成できるよう閉鎖的SNSを用いたアプリを開発し長時間労働を削減し、有給休暇を取得しやすい環境を構築する予定である。
- ・産科、小児科、救急科等、24時間365日診療を行っている医師に対し、何らかのインセンティブを図る必要があり、診療報酬の抜本的な見直しが必要である。
- ・勤務医の働き方の改善の必要性を自覚しているが、経営が苦しいため外来患者を増やす

努力をしている。勤務医の過重労働によって経営が成り立っていること自体が異常である。

- 病児保育整備を進めるためには、予算措置が必要である。
- 国民一人一人が己の生き方、死に方について明確な考えを持つことができるような、国民的な運動を展開する必要がある。
- 診療科の偏在の解消には、診療報酬で部門間に大きな差をつける必要がある。
- 病院の外来の診療報酬が診療所の外来より安いため、患者をかかりつけ医に返せない事態が起きている。
- 大学病院の脳外科では遠隔医療により、脳外科医がいない病院での適切な指示を出すことが可能になり、仕事量の軽減につながっている。

参考資料 21 医師確保に直接的に関係する会議体

地域医療対策の推進に関する各種会議体の設置根拠

○医師確保に直接的に関係する会議体

会議体	設置根拠	参照条文
都道府県医療審議会	法定	医療法 第71条の2 この法律の規定によりその権限に属させられた事項を調査審議するほか、都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため、都道府県に、都道府県医療審議会を置く。
地域医療対策協議会	法定	医療法第30条の23第1項 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。(各号略)
地域医療支援センター	都道府県事務 (努力義務)として法定	医療法第30条の25第1項 都道府県は、地域医療対策を踏まえ、地域において必要とされる医療を確保するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。(各号略)
へき地医療支援機構	予算要綱	—
新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会	通知	—

○医師確保に間接的に関係する会議体

地域医療構想調整会議	法定	医療法第30条の14第1項 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。
医療勤務環境改善支援センター	都道府県事務 (努力義務)として法定	医療法第30条の21第1項 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。(各号略)

厚労省 HP (第 12 回 医療従事者の需給に関する検討会)

## ～安全かつ継続的な医療を提供していくために～

「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」報告書概要 ②

### □ ライフイベントを抱える医師への包括的支援

女性医師が働き続けやすい環境整備を進めるにあたっての視点を踏まえながら、様々な場や立場から、妊娠や出産等のライフイベントを抱える医師を包括的に支援していくことが必要です。

### 医師としての社会的役割・プロフェッショナリズム

#### キャリア形成・継続、モチベーション維持・向上

##### 【大学】

キャリア教育、多様なロールモデル提示、復職支援、キャリア形成支援、経験共有の場の提供等

##### 【学会】

復職支援、キャリア形成支援等

##### 【日本医師会等】

各地域の取組例の収集・紹介、女性医師バンク、病院管理者研修、講演会等

##### 【臨床研修・専門医制度】

中断、更新にかかる配慮等

#### ライフイベントにかかる負担軽減

##### 【医療機関等】(再掲)

##### ①職場の理解

普及啓発等(制度や社会資源の周知等)

##### ②保育環境の整備

院内保育所の柔軟な運営(24時間保育、病児保育等)、民間サービスの利用しやすい工夫等

指導的  
立場

支援を受ける医師の取組  
医師としての役割を主体的  
に果たす、感謝等

ライフ  
イベント

キャリア

モチベ  
ーション

職場・  
仕事

支援

##### 【都道府県】

相談窓口、院内保育所への補助、医療勤務環境改善支援センター等

##### 【国】

女性医師バンク、都道府県への財政支援等

支援

#### 職場における環境整備

【医療機関等】 管理者自らが女性医師を取り巻く状況やニーズを認識し、活用できる制度や社会資源を十分に把握し、総合的な取組を推進

##### ①職場の理解

管理者や上司自らが進める職場の雰囲気作り、公平感の醸成等(管理者研修の活用、適切な業務配分等)

##### ②相談窓口等

ワンストップ相談、先輩の経験共有等(専任スタッフ、情報交換会等)

##### ③勤務体制

柔軟な勤務形態(短時間正規雇用、交替勤務制、当直や時間外勤務への配慮等)

##### ④診療体制

チーム医療推進、地域医療における連携等(複数主治医制、事務補助職活用等)

##### ⑤保育環境

院内保育所の柔軟な運営等(24時間保育、病児保育等)

##### ⑥復職支援

医学知識や診療技術の提供等(e-learning、実技実習等)

医療の質の確保 安全かつ継続的な医療提供

三重県認証

# 女性が働きやすい 医療機関認証制度



医療従事者の確保を図るため、妊娠時・子育て時の  
当直免除、短時間勤務に係る制度整備、また、これらの  
制度や施設の活用を促す職場の雰囲気作り等の勤務  
環境改善に取り組み、女性の医療従事  
ことを目的とす



知事あいさつ

医師、看護職員など医療従事者は、恒常的に長時間勤務の傾向にあり、勤務環境の改善は喫緊の課題となっています。こうした中、平成26年度の改正医療法において、各医療機関の管理者に対して、医療従事者の勤務環境を改善する取組が努力義務化され、本県では全国で3番目に医療勤務環境改善支援センターを平成26年8月に設置しました。

また、医療従事者には、看護職員をはじめとして女性が多いことから、保育施設の整備や短時間勤務制度の導入など、女性が働きやすい勤務環境への改善を促進するため、平成27年度に全国に先駆けて、「女性が働きやすい医療機関」認証制度を創設しました。

これまで17医療機関から応募があり、8医療機関を認証していますが、認証された医療機関の中には、定年退職以外での離職者がいなくなった事例もありました。

医療機関の皆様には、「女性が働きやすい医療機関」認証制度に積極的にご応募いただくとともに、三重県医療勤務環境改善支援センターをご活用いただき、医療従事者が働きやすい職場環境づくりを進めていただきますよう、よろしくお願いいたします。



平成29年9月

三重県知事 鈴木 英敬

目的

医療従事者の確保を図るため、妊娠時・子育て時の当直免除、短時間勤務に係る制度整備や保育施設の整備、また、これらの制度や施設の活用を促す職場の雰囲気づくりなど勤務環境の改善に積極的に取り組んでいる医療機関を県が認証し、当該医療機関が社会的に評価される仕組みを作ることで、女性の医療従事者が働きやすい環境づくりの促進を図ることを目的とします。

三重県・三重県医療勤務環境改善支援センター

対象

三重県内の医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項及び第2項に規定する病院及び診療所とします。

認証要件

次の2項目のいずれにも該当することが必要です。

- 1 次に掲げるすべての項目について取組を行っていること
  - (1) 職場環境づくり
  - (2) 人事管理
  - (3) 保育・介護支援
  - (4) サポート体制
- 2 法令に違反する重大な事実がないこと

効果

- ◇三重県のホームページで認証施設を公表し、広く周知します。
- ◇認証取得への取組を通して、組織の活性化・医療従事者の意識改革を図り、選ばれる施設を実現できます。
- ◇採用活動時等に認証マークを活用し、『女性が働きやすい医療機関』であることをアピールできます。



【認証マーク】

お問い合わせ先

三重県 健康福祉部 医療対策局 地域医療推進課 医師・看護師確保対策班  
 〒514-8570 津市広明町13番地（本庁4階西側）  
 電話：059-224-2326 / FAX：059-224-2340  
 MAIL：chiiry@pref.mie.jp  
 HP：http://www.pref.mie.lg.jp/CHIRYO/HP/m0070700036.htm

## 参考資料 24 いわき市地域医療を守り育てる条例（福島県）

### いわき市地域医療を守り育てる基本条例（平成 29 年 6 月制定）

#### （目的）

第 1 条 この条例は、市の地域医療についての基本理念を定め、並びに市、市民及び医療機関等の役割を明らかにするとともに、地域医療を守り育てる施策を総合的に推進し、もって将来にわたって市民が安心して良質な医療を受けることができる体制を確保することを目的とする。

#### （定義）

第 2 条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

##### （1）地域医療

市民の疾病等の治療及び予防、健康の保持及び増進並びに介護の分野において医療機関等が医療を提供する体制をいう。

##### （2）市民 次に掲げる者をいう。

ア 市の区域内に居住する者

イ 市の区域内に存する事務所又は事業所に勤務する者

ウ 市の区域内に存する学校に在学する者

##### （3）医療機関等

市の区域内に存する病院、診療所、助産所、薬局、医療を提供する介護事業者等をいう。

#### （基本理念）

第 3 条 地域医療は、市民の健康及び生命を守るかけがえのないものであるため、将来にわたって持続的に確保されなければならない。

2 地域医療は、市、市民及び医療機関等が一体となり、相互の連携及び協力の下に守り育てなければならない。

#### （市の役割）

第 4 条 市は、前条に定める基本理念（以下「基本理念」という。）にのっとり、地域医療を守り育てるための施策を策定し、及び実施するものとする。

#### （市民の役割）

第 5 条 市民は、基本理念にのっとり、次に掲げる事項に努めるものとする。

（1）医療機関等が患者の病状に応じた機能を果たしていることを理解し、自己の病状に応じた適切な医療機関等において受診等を行うこと。

（2）かかりつけ医（日常的に診療、健康管理の指導を受け、又は疾病の相談をすることができる身近な医師をいう。）を持つこと。

（3）受診等に当たっては、医師等の医療の担い手に信頼と感謝の気持ちを持ち、その指導、助言等を尊重し、健康を回復すること。

（4）救急車について、病状に応じて適正に利用すること。

（5）夜間又は休日における安易な受診をしないこと。

（6）前各号に掲げるもののほか、自らの健康を守るため、健康診査等を積極的に受診し、日頃から健康管理を行うこと。

#### （医療機関等の役割）

第 6 条 医療機関等は、基本理念にのっとり、次に掲げる事項に努めるものとする。

（1）患者の病状に応じた医療機関等の機能の分担及び業務の連携を図り、地域医療を充実させること。

（2）医師等の医療の担い手を確保し、及び育成すること。

（3）患者の立場を尊重し、医療に関する必要な説明及び情報の提供を行い、患者との信頼関係を築くこと。

（4）保健及び福祉との連携を図り、居宅等における医療に取り組むこと。

（5）前各号に掲げるもののほか、市が実施する救急医療の体制の確保、健康診査、医療及び介護の総合的な確保等に関する施策に協力すること。

#### （基本的施策）

第 7 条 市は、地域医療を守り育てるため、次に掲げる基本的施策を実施するものとする。

（1）救急医療の体制の維持及び強化に関する施策

（2）国、県、関係教育機関及び医療機関等との連携による医師等の医療の担い手の確保及び育成の支援に関する施策

（3）市民に対する病状に応じた医療機関等での受診等及び救急車の適正な利用に関する意識の啓発並びに地域医療に関する情報の提供に関する施策

（4）医療、保健及び福祉の連携の推進に関する施策

（5）前各号に掲げるもののほか、地域医療を守り育てるための施策

2 市は、前項に規定する基本的施策を実施するため、必要な財政上の措置を講ずるよう努めるものとする。

#### 附 則

この条例は、公布の日から施行する。