

「医療機関の勤務環境改善について」

令和4年10月28日(金) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

福島 通子 氏

(ふくしま みちこ)

特定社会保険労務士・医業経営コンサルタント

講師略歴

■略歴

【最終学歴】

明治大学大学院経営学研究科博士前期課程修了(MBA)

【資格】

2001年 社会保険労務士登録

2007年 特定社会保険労務士付記

2011年 医業経営士登録

2013年 雇用環境整備士第Ⅰ種、第Ⅱ種、第Ⅲ種登録

2014年 医業経営コンサルタント登録

2015年～2019年3月 明治大学経営学部兼任講師(福祉医療マネジメント論)

【主な団体役員・委員】

2008年～ 労務理論学会会員

2010年～ 日本社会事業大学社会福祉学会会員

2010年～2012年 社会保険労務士総合研究機構 医療労働の労務管理PT 研究員

2013年 厚生労働省 医療分野の「雇用の質」向上に向けた院内マネジメントシステム確立に関する研究分担研究員

2013年～2014年 厚生労働省 医療従事者の勤務環境改善に向けた手法の確立のための調査研究委員

2014年～2015年 厚生労働省 「パートタイム労働者の健康管理事業」事業企画運営委員会 委員

2014年～現職 医勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究委員会 委員

2014年～現職 厚生労働省 中小企業の生産性向上による賃金引き上げ事例に関する調査・研究 委員会 委員

2017年～2019年 全国社会保険労務士会連合会医療業労務管理部会 委員

2017年～2019年 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」構成員

2017年～2020年 厚生労働省「医療従事者勤務環境改善のための助言及び調査業務」委員会 委員

2022年～現職

2021年 厚生労働省「医療従事者勤務環境改善のための助言及び調査業務」アドバイザリーボード メンバー

2019年～2020年 厚生労働省「タスクシフティング等勤務環境改善推進事業」委員会 委員

2021年 日本医療政策機構「医師の働き方改革プロジェクト」アドバイザリーボード

2019年, 2021年～ 厚生労働省「不妊治療のための休暇制度等環境整備事業」委員会 委員

現職

2019年～現職 公益社団法人日本看護協会 看護労働委員会 委員
 2019年～現職 公益財団法人日本看護協会「看護業務の効率化・生産性向上のための支援策検討委員会」委員
 2021年～現職 厚生労働省「多様な働き方」普及・促進事業導入支援員
 2022年～ 厚生労働省「医療勤務環境改善マネジメントシステムの普及促進等事業」スーパーバイザー

■主な著書・論文

「医療労働の『標準化』の効果と弊害」(明治大学蔵書, 2010, 1)
 「医療現場の労務管理に関する研究－勤務医の過重労働を中心に－」(社会保険労務士総合研究機構研究報告書, 2012, 2)
 「医療分野の『雇用の質』向上に向けた院内マネジメントシステムの確立に関する研究
 Ⅲ. 1. 医療従事者の労働環境の実態と改善策－是正報告書分析をもとに－
 (厚生労働科学特別研究事業総括研究年度終了報告書, 2013, 3)
 「是正報告の分析から知る医療労働環境の実態と課題」(医学書院「看護管理」⑧, 2013, 8)
 「こんなときどうする? 看護現場の労働関連法令の基礎知識」(日本看護協会「看護」Vol.66/No.3, 2013, 8)
 「看護補助者の労務管理」(医学書院「病院」Vol.73/No.4, 2014, 4)
 「医療従事者の労働環境の問題点と改善の視点」(公益財団法人労働科学研究所「労働の科学」69巻9号, 2014, 9)
 「交代制勤務を乗り越える働き方・休み方の現状と課題」(メディカ出版「ナースングビジネス」2015 Vol.9)
 「働き続けられる職場づくりのためのタイムマネジメント」(産労総合研究所「看護のチカラ」No472 '17.6)
 「変わる「外来看護師」の役割とスキル」(産労総合研究所「看護のチカラ」No481 '17.11)
 「看護補助職の雇用と採用に関する留意点Q & A」(産労総合研究所「看護のチカラ」No491 '18.4)
 「待たなし! 看護部門の人材確保と定着の工夫9策」(産労総合研究所「看護のチカラ」No508 '19.1～9回連載)
 「労働時間監査－医療機関を中心に－」(税務経理協会「変革期日本労務監査」, 2019.3.15初版発行)
 「医療従事者の働き方を考える－医師を中心に－」(明治大学経営学研究所「経営論集」第66巻, 2019.3)
 「医師の働き方大全」現場と経営の変革に効く「完全マニュアル」(日経BP '19.6共著)
 「社労士からみた医師の働き方改革」(医学のあゆみ, Vol.270 No.3, 2019.7)
 「看護管理者が押さえておきたい労務管理の基本」, 「トラブルケースから学ぶ労務管理の落とし穴」,
 「『医師の働き方改革』と看護部への影響」(メディカ出版「ナースングビジネス」'19.10)
 「医療現場の『働き方改革』 医療の質を担保しつつ労働負荷を低減させる方法」(医学書院「病院」79巻1号 '20.1.～12
 連載)
 「労働時間の工夫」～「働き方改革」は適正な労働時間管理から～(アトムメディカル(株) O-biz vol.11)
 「宿日直基準とは」(医学書院「病院」81巻2号 '22.2)

医療機関の勤務環境改善について

令和4年10月28日

特定社会保険労務士・医療経営コンサルタント
 医療経営士・医療労務管理アドバイザー
 福島 通子

<https://michikof-sr.jp/>

皆さん、こんにちは。このような機会を頂き、ありがとうございます。本日、講師を務めさせていただきます特定社会保険労務士の福島です。よろしくお願いいたします。

医師の働き方をはじめとして、医療従事者の働き方改革に関しては、かなり前から私はいろいろな委員会ですとか、さまざまな活動に関わらせていただいていたのですが、当初はほとんど何の変化もなかったというのが現状です。ところがこの1～2年、もう2024年4月1日の上限規制が目の前に迫っているところ、かなりいろいろなところが動き始めてきたという感じがします。

医療機関もいろいろな努力をするのですけれども、医療機関の努力だけでは改善はなかなか難しい状況です。今日、いらしてくださっている皆さま方を含めて、本当にこれは国民全体で一丸となって進めて

いかないと、あるいはいろいろな知恵を出し合っていないと本当の意味での改善はなされないのではないかと考えています。

今日は働き方改革の概要をお話しした上で、ぜひ皆さま方にいろいろなお知恵を出していただいて、医療機関へのご支援とか、それからもし助言等がありましたら、していただければと思いますので、よろしくをお願いします。

それでは早速始めていきます。

医療従事者の勤務環境改善を 考えなければならない理由

医療従事者の勤務環境改善を考えなければならない理由ということで、これはもう皆さんはご承知だと思います。少子高齢化は医療だけではなく全産業にとって非常に深刻な問題です。私は社会保険労務士という職業柄なのですが、さまざまな事業所にお伺いして、お話を聞きます。労務上のトラブルなどもこの人手不足というところから始まっている話が結構多いです。時間外労働が多くなるというのややはり人が足りないというようなことからだと思います。

特にこの少子高齢化というのは、一番働ける世代がどんどん足りなくなっていくということですから、他の産業との人材の奪い合いになります。ですから医療だけではなく、どの産業もやはり足りないということになると、医療従事者ばかりを増やすというわけにもいきませんから、これまでと同じような働き方ではますます医療従事者の確保が難しくなってくるということかと思っています。

医療従事者は特に国家資格をお持ちの方、あるいは国家資格がなくても専門職ですから、ある程度の教育、育成が必要となります。今すぐに誰かを採用すればそれで全て丸く収まるということではないのです。だからもしかしたら限られた人員で、どんどん増加していく患者を引き受けなければなりません。今のように過酷な現場ではもう人が集まらなくなってしまうかもしれません。

働く人が少ないということになれば、今の労働力をできるだけ長く維持するということが必要になります。ですから健康で働き続けられる職場というのが絶対に必要です。誰もが無理なく働ける環境づくりをするために、誰ということではなくて、もう全ての労働者の働き方改革が必要なのだということが前提としてあると思います。

医療従事者の勤務環境改善を 考えなければならない理由

- 少子高齢化は全産業にとって深刻な課題
- 他の産業との人材の奪い合いになる
- ニーズに対して「働ける年代」が不足する
- これまでと同じ働き方では労働者の確保が難しい
- 限られた人員で増加する患者を引き受けなければならない
- 今のように過酷な現場では、労働者自身の健康が危うい
- **健康で働き続けられる職場を目指し改革が必要**
- **誰もが無理なく働ける環境づくりをするために、すべての職種に働き方改革が必要**

■ 医療安全と働き方改革の両立を！

特に医療の分野では、働き方さえ改善されればいいということではなくて、医療安全と働き方改革の両立が絶対に必要です。つまり医療の質は担保しつつ、そして働く側の労働負担を低減する方法を考えなくてはならないということで、本当にこれは難しいことなのです。

どの医療機関を訪問させていただいても、今回の働き方改革というのは、労働時間を減らすという方向でどうしても考えざるを得ません。労働時間を減らすということに関しては、効率化ということも1つはあるでしょう。しかしこれから伸びようとする若い医師の教育の機会であるとか、現場で見て学ぶという機会をどんなふうに作っていったらいいのだろうということも重要な視点だとおっしゃいます。

ただ単に労働時間を削減すればいいということではなくて、やはり安心・安全で、質の高い医療を提供するというのと両立をさせなくてはなりません。そしてなおかつ患者にとってのアウトカムを向上させなければならないという非常に難しい命題を突き付けられているということだと思います。

医療の質を落とさず、しかし働き方改革は推進していかなければならない、どうしたらいいのかという話です。これは本当に大変なことなのですが、医療機関だけではなし得ないことだと思います。ですから、医療従事者、医療機関、それから皆さま方のような例えばステークホルダーであるとか、そういった方々全てを巻き込んで、皆さん全員の知恵を結集して何とかしていかないと、日本が世界に誇る国民皆保険など、もしかしたらなくなってしまうかもしれません。本当にそれぐらいの危機感を特に地方の医療機関などは持っています。

医療安全と働き方改革の両立を！

(医療の質を担保しつつ労働負担を低減する方法を考えることが大事)

- 「働き方改革」は単に労働時間を削減することではない
- 安心で安全で質の高い医療を提供することと両立しなければならない
- なおかつ、患者にとってのアウトカムを向上
- 医療の質を落とさず、働き方改革を推進するにはどうしたらよいか

■ 医師の働き方に関する政省令等について

ただそうはいっても、この医師の働き方改革というのは法律に基づくものです。ですからやむを得ない、やらざるを得ないのです。これを無視すれば法律違反になる、罰則もあり得るということになると、よくよく考えてみると、そこまでしてやはり医師の健康確保というのが今、求められているということなのだと思います。

私がこの働き方改革に関わった当初は、例えばですけれども、医師が過労死、あるいは過労自殺をしてしまった、あるいはもう救急車の受け入れが、本当にどこも不能で数十件のたらいまわしというような

ことが起こっている時代でした。ですからそのような中で働き方改革をどうしたら進めていけるのかと本当に不安だったのですが、今、ようやくその意識改革も含めて、少しずつ前進しているということは、あちこちを回って、お話を伺って感じています。

今まで、全てとは言いませんけれども、やはり少し無駄があったのではないかとということもあるのです。それから医師は労働者かどうかというような議論もありました。医師は特別みたいな感覚もありました。そういったことが少しずつ改善されて、改革は進みつつあるとは思いますが、なかなか全部が全部丸く収まるというのは難しいのではないかとと思っています。しかしやらなくてはなりません。

医師の働き方に関する政省令等について

○ 医師の働き方改革に関する政省令・告示については、令和4年1月19日等に公布された。
○ 主な改正事項は以下のとおりであり、今後、施行に向けて具体的な運用内容等が整理でき次第、順次、都道府県や医療機関等にお示ししていく。

<p>【医療法に基づく政省令等】</p> <p>① 医師の労働時間短縮等に関する指針（令和4年2月1日施行） ○ 労働時間短縮に向けた基本的考え方、短期目標ライン、関係者が取り組むべき事項 等</p> <p>② 医療機関勤務環境評価センターに関する事項（令和4年4月1日施行） ○ センターの指定手続き、業務規程の内容、評価等業務諮問委員の任命手続き ○ 評価事項（医療機関の労働管理体制等）、評価結果の公表方法 等</p> <p>③ 特別水準の対象となる医療機関に関する事項（令和4年4月1日施行） ○ B水準医療機関 ・ 指定に係る業務の要件、指定対象となる救急医療機関 ○ 連携B水準医療機関等 ・ 指定に係る医師の派遣の要件 ○ C-1水準医療機関 ・ 指定に係る業務の要件 ○ C-2水準医療機関 ・ 特定分野、指定に係る業務の要件、対象医師の要件 等</p> <p>④ 追加的健康確保措置に関する事項（令和4年4月1日施行） ○ 勤務間インターバルの確保方法（始業から24時間以内に9時間の継続した休息時間の確保等）、代償休息の付与方法、許可あり休日勤務の場合の取扱い ○ 面接指導対象医師の要件、面接指導実施医師の要件、面接時の確認事項 等</p>	<p>【労働基準法に基づく省令・告示】</p> <p>特別水準に関する事項（令和4年4月1日施行） ○ 医師の時間外・休日労働の上限時間について、 ・ A水準として原則月100時間未満（面接指導等実施の場合の例外あり）、年960時間 ・ B・連携B・C-1・C-2水準の医療機関において指定に係る業務等に従事する医師について原則月100時間未満（面接指導等実施の場合の例外あり）、年1,800時間と規定する。 ○ 医療法の面接指導と同一内容の面接指導を行うこと等も36協定に定めることとする。 等</p> <p>【労働安全衛生法に基づく省令】 面接指導に関する事項（令和4年4月1日施行） ○ 上記の労働基準法に基づく省令で定められた面接指導を、労働安全衛生法に基づき面接指導と位置付ける。 等</p>
--	--

第137回医師の働き方改革の推進に関する検討会資料1 令和4年3月23日

どこから情報を得るか (自院に必要な情報は何か)

それからいろいろな医療機関を訪問させていただくと、情報があふれ過ぎていて、「うちの医療機関に必要な情報は何かということがよく分からない」ということをおっしゃるところがあります。どこから情報を得たらいいのか、あるいは自分の医療機関に必要な情報は何かということが分からないから、この氾濫する情報が全部うちに当てはまるのか、あるいは全く考えないでいいのか、そこら辺の判断もつかないという医療機関もまだあります。

先日もあるところで伺って、とんでもないと思ったことがありました。ある医療の団体の会員の方だったのですが、「この働き方改革はその団体が全部やってくれるから、うちは何もしなくていいのではないか」という話がありました。

まだ一部ではそのぐらいの認識なのです。

情報をきちんと受け止めているところはものすごい量の情報を持って、ではどれを自院にあてはめたらいいのかと思っているのに、あるところでは全く何も入ってきていないという状況があります。

そうするとこの情報について誰がどのようにお伝えするのが一番効果的なのかと考えた時に、やはり公的なものでいえば、この医療勤務環境改善支援センター、勤改センターと呼ばれるようなところを活用していただくということが必要かと思えます。

これは少し前まではあまり活動が活発ではなくて、勤改センターに相談しても何も分からないのでは

ないか、何も動かないのではないかということが結構あったのですが、この1～2年で、アドバイザーの質の向上も含めて、かなり厚労省のほうでもてこ入れを行いました。47都道府県の勤改センターで一定のところはきちんと活動をするようになっていきます。「ぜひこちらにご相談ください」ということをお伝えさせていただきたいです。

あるいは実際にどんな改善方法があるのかとか、対策を取るのかといった時には、例えばですが、病棟に薬剤師を配置して服薬指導をしていただくというような話、タスクシフトの上で、いろいろなコメディカルが関わっていくというような話は、実は勤改センターのアドバイザーというよりは、皆さま方が病院に何らかの形で関わった時にお話くださるといい情報ではないかと思えます。

タスクシフトに関しては、厚労省で、ここまでの範囲はやってもいいということが出されていますので、その範囲で、もし皆さま方の関連するところをお手伝いできるのであれば、ぜひそういった情報も差し上げたいと思います。医療機関の業務の効率化に関しては、ICTの活用といったこともあるかと思えます。ぜひそういったご助言をお願いできればと思っています。



■ 医師の時間外労働規制について

こちらはよくもうご覧になってご存じの図だと思います。当時のセミナーなどの場においては、最初のうちはこの図は2024年4月1日からの上限規制に関するその労働時間を示したものだということでご説明していました。

しかし今は少し変わってきています。例えば兼業・副業を含めて労働時間を算定するといった時に、では自院はどのレベルに該当するのかということをご判定します。その時に、やはりこの下のほうの部分で、追加的健康確保措置が義務なのか努力義務なのかで、医療機関でやることはものすごく変わってくるのです。となるとできれば追加的健康確保措置が努力義務であるA水準にとどめたいという医療機関がやはり多いです。

現実的にやはりA水準が多いと思うのです。B、連携B、C-1、C-2というのは、それぞれ要件があって、結構、規模的な大きなところに限られ、全体でいうと2～3割のところかと思えますので、ほとんどの医療機関はA水準だとは思えます。

ただ、ただ単にうちはAだというわけではなく、いろいろなこと、例えば労働時間をきちんと適正把握した上で960に収まる、兼業・副業を入れてもこれに収まるということをちゃんと調べてからでないとAだと堂々と言えないわけです。だからまずはこのA水準がほとんどの医療機関だろうとは思いますが、そこが本当にAなのかということを知る方法というのをまず教えてあげなくてはなりません。労働時間の適正把握の仕方です。そうすると宿日直の許可であるとか、研鑽(けんさん)のこととかをお伝えしなくてはなりません。

連携Bは、自院では960未満だけれども、兼業・副業を含めると960を超えるというものです。これでは兼業・副業をどうやって把握するのか、どうやって申告してもらおうのかというルールがない限りは、やはり把握ができません。そのルールづくりをお手伝いしていただければということです。



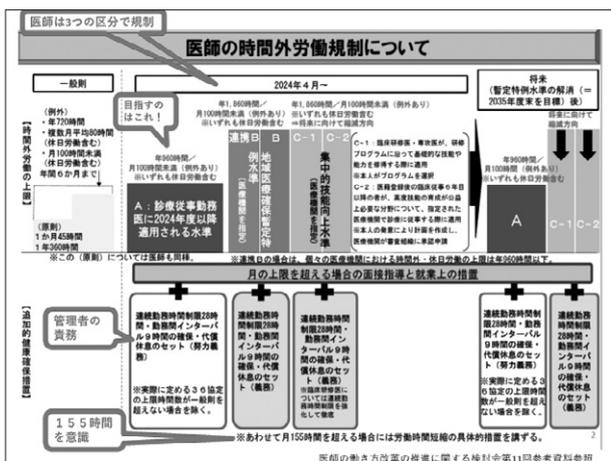
もともと残業が多いというところは、B水準を指定するということになりますけれども、これも要件があります。救急車の台数であったり、二次救急で年間で1,000台以上とか、いろいろ要件がありますから、ここにも該当しないかもしれません。しかしその地域の中で、そこしか救急車が来るところはないというのであれば、例外的な取り扱いとして、そちらをB水準にするということもできますので、その医療機関の機能であったりとか、地域性であったりとか、そういったことを全部含めて、どの水準になるのかというのは、やはり労働時間をきちんと把握しないと何とも言えないところなのです。その辺りを説明する時の図として使っていただきたいと思います。

そして今、どの医療機関も宿日直許可を一生懸命取ろうとしています。それはなぜかということ、やはりAに押さえないのです。この追加的健康確保措置が努力義務でありたいということのようです。連続勤務時間制限、勤務間インターバルが義務化される連携B以降は、結構やるものがたくさんあります。そしてその水準の指定を受けるためにもやらなければいけないことがたくさんあるのです。だからできればAにとどめたいと思っていらっしゃると思います。

それから大学病院の裁量労働制を適用されている医師は、一番左の一般則です。大学病院の教授とか、准教授とか、研究職にある裁量労働制が適用されている医師は、自院において時間に制約のある宿日直に従事することはできませんし、年間の時間外労働時間の上限が720時間、そして45時間を超えられるのが1年に6カ月しかないということになるので、かなり時間の制限があるのです。

そうなるとやはり外部の医療機関に行って、兼業・副業をして、それがものすごい時間になってしまうということになると、上限を超えてしまう可能性があるのですが、大学病院で研究職に就いているような方は、他の病院よりももっと兼業・副業について少しナーバスになっているところがあるかと思えます。

B水準、連携B、C-1、C-2の水準を想定する医療機関、特例水準を想定する医療機関に関しては、この医療機関勤務環境評価センターの評価を受けなくては行けないという部分もありますので、受審準備等かなりいろいろなことをやっていかなければいけません。よってAを目指したい、うちはAでいいというところが多いということももうなずけるかと思えます。



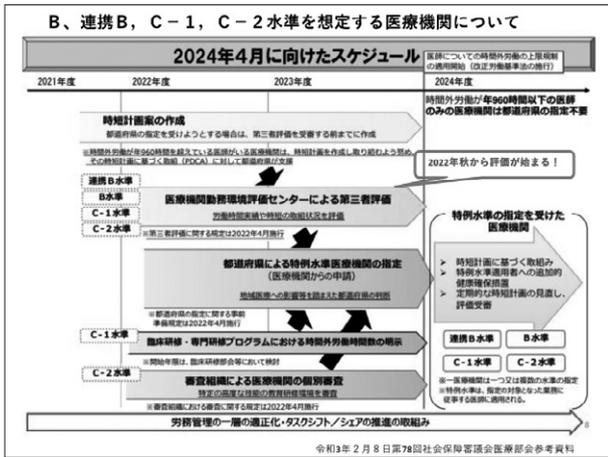
2024年4月に向けたスケジュール

これは2024年4月に向けたスケジュールなのですが、B、Cというような特例水準を目指す医療機関では、医師の労働時間短縮計画、時短計画といっていますが、その時短計画を作成して、その他の書類を添えて申請をします。今日は評価センターのホームページに上がっていましたけれども、10月31日の正午からこの受付を開始するという事です。ですから10月31日正午に申請するところがあるかどうかは分かりませんが、一応そこから申請がスタートされます。

この評価センターが客観的な分析とか評価をして、その結果を医療機関と都道府県に通知をします。それを受けて都道府県が指定をします。指定をすれば終わりということではありません。この指定がなされたら医療機関ではその水準に合わせて36協定を結んでいただきますので、36協定を結んで届け出をして初めてその960を超えるような時間外労働をさせることができます。

その間のスケジュールが、この評価結果が出るまでに4カ月程度と言っています。そこから先、まだやることがあるので、半年ぐらいは見てください。逆算すると、やはり来年の夏辺りまでには出していなければならないということになります。

これから来年の夏ぐらいまでのところで令和6年以降の時短計画を作り、最大88の評価項目について対応策を調べてということになるので、結構時間がありそうでありません。早めに取り組んでいただくことが必要になってきます。



特定労務管理対象機関は 医療機関勤務環境評価センターの評価を受審

この書類については、医療機関サーベイヤーと労務管理サーベイヤーというサーベイヤーがいますので、その2名がチームを作って、原則、書面で審査をやります。

そのサーベイヤーの報告書を元に評価結果を機関決定して通知されます。

厚労省は今年度中、つまり2023年3月末ぐらいを目指して受審してほしいと呼びかけているのですが、今年度末は間に合うかどうかというところかと思えます。時短計画には医師の勤務実態とか、労務管理とか、健康管理の方法とか、タスクシフトとか、その具体的なメニューを盛り込む必要があるもので、すぐにはできるものではありません。早いところはもう数年前から着手はしているのですが、これからやるところもありますので、早めの準備が必要だというお話をさせていただければと思います。

先ほども申し上げましたけれども、病院単体で取り組むだけでは不十分です。ですから関係者が一体となって取り組む、そして地域偏在であるとか、夜間救急の輪番制の見直しだとかいろいろあるかとは思いますが、そういったことも含めてもう本当に国民全体で何とかしていかなければいけないと考えていただければと思います。

評価項目と評価基準について解説集が出る (10月中旬予定)

この評価項目と評価基準については、解説集が出ると言われていました。サーベイヤーにはもう配布されているそうです。これも間もなく評価センターのホームページで公開されるということですので、その解説集を見て、どんなことをやっていかななくてはいけないかを見ていただければと思います。

評価項目と評価基準については 解説集が出る(10月中旬予定)

1. 業務執行の状況(2021年度) 必須項目/40項目	
1.1 業務執行の状況(2021年度) 必須項目/40項目	
1.1.1 顧客のニーズや要望の把握	7
1.1.2 顧客のニーズや要望の把握(顧客・商品)	8
1.1.3 顧客のニーズや要望の把握(顧客・商品)	8
1.1.4 顧客のニーズや要望の把握(顧客・商品)	8
1.2 業務執行の状況(2021年度) 必須項目/40項目	
1.2.1 業務執行の状況(2021年度) 必須項目/40項目	11
1.2.2 業務執行の状況(2021年度) 必須項目/40項目	11
1.2.3 業務執行の状況(2021年度) 必須項目/40項目	11
1.3 業務執行の状況(2021年度) 必須項目/40項目	
1.3.1 業務執行の状況(2021年度) 必須項目/40項目	15
1.3.2 業務執行の状況(2021年度) 必須項目/40項目	15
2. 業務執行の状況(2021年度) (70%) 必須項目/20項目	
2.1 業務執行の状況(2021年度) (70%) 必須項目/20項目	
2.1.1 業務執行の状況(2021年度) (70%) 必須項目/20項目	18
2.1.2 業務執行の状況(2021年度) (70%) 必須項目/20項目	18
2.1.3 業務執行の状況(2021年度) (70%) 必須項目/20項目	18
2.1.4 業務執行の状況(2021年度) (70%) 必須項目/20項目	18
2.1.5 業務執行の状況(2021年度) (70%) 必須項目/20項目	18
2.1.6 業務執行の状況(2021年度) (70%) 必須項目/20項目	18
3. 業務執行の状況(2021年度) (30%) 必須項目/10項目	
3.1 業務執行の状況(2021年度) (30%) 必須項目/10項目	
3.1.1 業務執行の状況(2021年度) (30%) 必須項目/10項目	20
3.1.2 業務執行の状況(2021年度) (30%) 必須項目/10項目	20
3.1.3 業務執行の状況(2021年度) (30%) 必須項目/10項目	20

※ 番号を○で囲んでいる項目は必須項目、必須項目の評価が70%以上ある場合は、評価対象となる。



達成が容易ではないと考えられる評価項目

特に達成が容易ではないと考えられるような評価項目については、このようなことが挙げられています。勤務間インターバルの確保を実施できない、その場合に代償休息を取ることになります。

ども、どうやって把握するのかということです。仕組みをどういうふうにしていったらいいのかはなかなかルールを作ることができないのではないのでしょうか。

それから追加的健康確保措置の体制を整備するというところで、インターバルであったり、代償休息に関するルール、規定のようなものができているかです。規定というと、大体ひな形があって、それをまねて作るというようなことが一般的かと思いますが、初めてなのでまだないのです。ただ今回の解説集の中に、恐らくひな形があると思うので、それを使っていただけるといいのではないかと思います。

このような点について達成が少し難しいのではないかとされています。一番下にありますように、医師労働時間短縮計画の対象医師、960を超えるような医師に関して、説明をしたり、意見交換の場を設けるということがなかなかできていないところが多いです。逆にこうした対象医師と話し合いをする場、意見交換の場、あるいはきちんと説明をする場を設けることでうまくいくところがあると思います。ぜひこれはやっていただきたいところかと思っています。

達成が容易ではないと考えられる評価項目

- ・勤務間インターバルの確保を実施できず、代償休息の付与の対象となる医師及び時間数を少なくとも月1回は把握する仕組みがある
- ・追加的健康確保措置の体制を整備するために、勤務間インターバルと代償休息に関するルールをいづれも定めている
- ・勤務間インターバルの確保が実施できるような勤務計画が作成されている
- ・代償休息を期限内に付与することができるような勤務計画が作成されている
- ・医師労働時間短縮計画の対象医師に対して、計画の内容について説明するとともに意見交換の場を設けている

■ 達成が容易ではないと考えられる評価項目

それから宿日直許可の有無による取り扱いを踏まえた勤務計画ということで、医師の勤務計画、つまりシフトが今あるところは本当に少なく、今後作らなくてははいけません。では本当に、「何々先生は今日は何時から何時まで、明日は何時から何時まで」というような計画がきちんとできるのかということもありますので、ぜひこの辺りは院内で看護師のシフトのようなものを作らなくてはいけないのだという意識を持っていただければと思います。その管理をすることによって、ある程度、労働時間の把握も簡単にできるようになっていくのではないかと思います。

それと兼業・副業先の労働時間を把握する仕組みです。このようなことがなかなか簡単にはいかないと思われまじけれども、やらなくてはならないことなので、どんな対策を取っていったらいいかということについての助言などもお願いできればありがたいです。

達成が容易ではないと考えられる評価項目

- 宿日直許可の有無による取り扱いを踏まえた勤務計画が作成されている
- 兼業・副業先の労働時間の実績を、少なくとも月に1回は、申告等に基づき把握する仕組みがある
- 医師を含む関係者が参加する合議体で議論を行い、医師労働時間短縮計画を作成している
- 兼業・副業先の労働時間を含めた勤務計画が作成されている
- B水準等適用医師に対しては、勤怠管理や本人が理解すべき内容（始業・退勤時刻の申告、健康管理の重要性、面接指導の受診・勤務間インターバルの確保等）に関する研修を少なくとも年に1回は実施している

■ 申請時に必須なのが医師労働時間短縮計画

申請時に必ず必要なのは、この医師労働時間短縮計画です。B、連携B、C-1、C-2水準を目指す医療機関はこれを絶対に作らなくてはなりません。まずその現状をしっかりと把握して、労働時間などを数値で表して、これをどうやって減らしていくかということを書かなくてはなりませんので、労働時間の把握がかなり重要な意味を持ってきます。

申請時に必須なのが医師労働時間短縮計画

連携B・B・C水準の指定を目指す医療機関

- 令和6年度以降の計画の案（取組実績と令和6年度以降の取組目標を記載）の作成が必要

計画期間

- 令和6年度以降の計画の場合
 - 計画始期：令和6年4月1日
 - 計画終期：始期から5年を超えない範囲内で任意の日
- 令和17年度末までの連携B、B水準の廃止を前提に
 - P D C Aサイクルの中で年1回計画の見直しを行う

既に、A水準超の医師が所属する医療機関（指定を受ける予定がなくとも）

- 令和5年度末までの計画の作成に努めることとされている（努力義務）*本年度中の施行を予定

計画期間

- 令和5年度末までの計画の場合
 - 計画始期：任意の日
 - 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、計画始期についてはできる限り早期が望ましい。

令和3年度厚生労働省アドバイザー研修会資料より

■ まずは労働時間の適正把握から

労働時間の適正把握がなされていないと何もできません。今まで医師は、今日、病院に来ているのかどうかさえも分からないという方が結構たくさんいらっしゃいました。今もまだそういうところはありますけれども、まずは在院時間ぐらいは把握してください。今、いるのかいないのか、いつ来ていつ帰ったかぐらいは把握してください。

次にその中身を、労働時間とそれ以外の時間に分けていきます。自己研鑽、あるいは業務命令で研鑽をしている、宿日直許可があるのか、副業・兼業も自分の病院の指示で行っているのか、あるいは医師個人の希望だけで行っているのかということかと思えます。そういった区分をしなければいけません。

それで労働時間の集計ができます。集計ができて初めて、時間外労働がどのくらいあるかが分かります。労働時間の把握は、原則は、上司が現認することになっていますが、今の時代、必ず誰かが見て、「確かにこの時間にいました」ということはまずできません。ということになると、タイムカードだったり、ICカードであったり、あるいはパソコンのログであったり、客観的な記録が残るものを使って記録をしていくことになるかと思えます。

まずは労働時間の適正把握から

- まずは在院時間を把握
 - 次に、労働時間とそれ以外の時間に分ける
(自己研鑽、宿日直、兼業・副業)
 - 労働時間を集計し、時間外労働がどのくらいあるかを算出
- ア 使用者が、自ら「現認」し、適正に記録
(例えば、出勤簿に始業終業時刻を記録+現認)
- イ タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録

15

■例)ビーコン勤怠管理(Dr.joy)

今まですごくアナログでやってきたけれども、ここからは少しシステム化して、もっと楽に把握をしようと、ただその中身は少し分類しなければいけないといった時に、例えばですが、このビーコンの勤怠管理なども有効かと思えます。

位置情報をもって今、仕事場にいるのか、プライベートの場所にいるのかが自動的に分かり、それを集計するというようなものです。一定時間に達すると、アラートが作動して、もう時間労働ができないとかが分かります。やはりこういうシステムのなものを使わないと、なかなか管理は難しいということがあるろうかと思えます。

例) ビーコン勤怠管理 (Dr.joy)



労働時間に関する☑

労働時間に関しては、兼業・副業についてどんなふうに把握するのか、これを含めた勤務計画となっているかということもチェックしなければいけません。宿日直についても、先方の許可があるかないかによって全然違ってきます。その辺の把握も必要です。

そしてできるだけ副業・兼業している医師には自己申告をしていただいて、これを含めた労働時間でいろいろな判断をしなければいけません。外勤、兼業・副業を含めた勤務計画となっているのかをチェックしなければいけません。

研鑽に関しては、本当に必要な研鑽なのか、指示のある研鑽なのか、自己研鑽なのかも判断できるような仕組みを設けておかななくてはなりません。

労働時間に関する☑

1. 副業・兼業について

- 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
- 副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画となっている

2. 宿日直について

- 「宿日直許可のある宿日直」と「宿日直許可のない宿日直」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
- 副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画となっている（副業・兼業先の宿日直許可の状況も把握し、時間を含めていけばよい）
- 宿日直の時間の適切な取扱いを行った上での勤務計画となっている

3. 研鑽について

- 医療機関において自己研鑽のルールを定めている
- 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
- 医師に対して、勤怠管理や本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

連携Bの対象医師の副業・兼業の労働時間の把握をどうするか？

副業・兼業の把握をどうするかは、皆さんも悩んでいらっしゃると思うのですが、一応原則は、自己申告というところが多いです。中には「必ず申告しなさい。もし申告漏れがあってそれが発覚した場合には処分します」というところまでありますが、多くはどちらかというところが多いです。この副業・兼業の時間を、語弊があるかもしれませんが、きちん把握すると大変なことになるというところがあったりして、先生方の自己申告に任せるとしているところが多いのではないかと思います。



個人の希望で行っている、行っている先生も言いたくないというようなこともあるかもしれませんが、この副業・兼業の労働時間を含めて、先ほどの追加的健康措置とか、水準とかを考えなくては行けませんので、ある程度はしっかり把握できる仕組みを作っておかなくては行けません。

連携Bの対象医師の副業・兼業の労働時間の把握をどうするか？

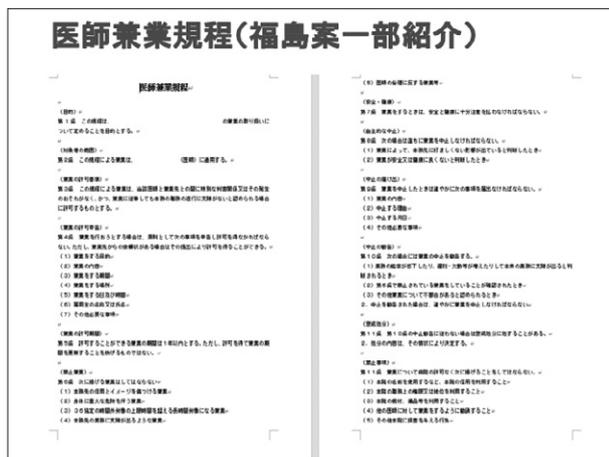
副業・兼業には、**主たる勤務先からの派遣によるものと医師個人の希望に基づくもの**がある。

- 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か月分まとめて自己申告でもよい。

R2.11.18「第10回医師の働き方改革の推進に関する検討会」資料3-2

■ 医師兼業規定(福島案一部紹介)

こちらは少し兼業規定を作ったものの一部紹介です。結局、その本務先の業務に影響があるような兼業・副業はしてはならないと思います。ですから例えばですが、本務先である程度残業があり、さらに兼業・副業を含めるとかなりの時間になってしまうと、本務先の業務を減らさなくてはいけないというような、逆に不合理な状況が生まれたりすることもあります。だからこういった規定を作って、本務先の業務が優先で、兼業・副業は本務先の業務に支障がない範囲でやってほしいということをきちんと伝えておくことも必要ではないかと思います。



■ 「管理監督者」は労働時間や休息の適用除外

労働時間に関しては、管理監督者といわれる方は労働時間規制の対象外です。かつては管理監督者としてしまえば残業代を払わなくて済むという誤解がありました。しかし管理監督者というのは別に「管理監督者です」と言えば残業代を払わないでいい人なのではなく、やはりそれなりの方なのです。経営と一体的な立場で仕事をしていたり、時間についてはある程度、自分の自由にできる、そしてふさわしい処遇がなされているという方なのです。

だからそれ以外の方は、管理職であっても管理監督者ではないから、残業代はちゃんと払わなければいけないのです。本当の意味での管理監督者は、労働時間とか休憩の適用除外になります。だから宿日直許可などを取りに行く時に、医師が足りなくて、管理監督者、例えば院長先生の名前が2～3回出てくるといった時、「院長先生だったら仕方ないです」と言われるようなこともあります。

だから本当に管理監督者という方は、自分が少し体調が悪くと思えば、休んでも支障がない方と考えていただければよろしいのではないかと思います。しかし一般の管理職は、やはり管理職であっても、管理監督者ではない方がほとんどなので、残業代はちゃんと支給してください。ただ管理監督者といわれる方でも、健康確保の観点からは、労働時間の把握が必要ですので、ご注意ください。と思います。

「管理監督者」は労働時間や休憩の適用除外

- 「管理監督者」は労働時間規制の対象外
- しかし、「役職名」がついているから「管理監督者」ではない。
 - ①経営と一体的な立場で仕事をしている
 - ②出勤、退勤、勤務時間等制限なし
 - ③ふさわしい処遇がなされている
- それ以外は「管理職」であっても「管理監督者」ではない。残業代支給の必要あり。
- 管理監督者でも健康確保の観点からは労働時間の把握が必要

■ 医師の労働時間にかかる論点の取扱い(研鑽)

研鑽に関しては、厚労省で基準が出されて、皆さんに伺うと、通知が来ても何のことやらよく分からないというところが多かったのですが、取りあえずはこの赤枠の中にあるような、「自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行っている」ということであれば、労働時間に該当しませんとお伝えください。

上司の確認とか、上司の指示といったものがあって、これは業務としての研鑽であると認められるのであれば、労働時間ですからちゃんと残業代を払ってください。

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(研鑽)

研鑽が労働時間に該当するかどうかについても、「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が、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、第12回検討会でお示した案を概ねの内容として、今後、考え方と適切に取り扱うための手続きを示すこととしたい。

例えば
9:30 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

様々な業務
・ 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。
□ 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うよう、基本となる考え方を示すとともに、上司の指示と労働に該当するかどうかの判断との関係を明確化する手続きを示す。

研鑽の種類	考え方・手続	必要な手続等
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"> 一般的に、診療の準備行為等として、労働時間に該当。 ただし、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行っていることが確認されれば、労働時間に該当しないものとして取り扱う。 	<ul style="list-style-type: none"> 研鑽を行うことについての医師の申告と上司の確認(その記録) 通常勤務と明確に切り分ける(実務的な場合を除き診療等々指示しない、服従等)
学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新等 当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行うこと	<ul style="list-style-type: none"> こうした研鑽が奨励されている等の事情があっても、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行う時間については、一般的に労働時間に該当しない。 ただし、見学中に診療(手伝いを含む。以下同じ。)を行った時間は労働時間として取扱い、見学の時間中に診療を行うことが優先化(突進化)している場合は、見学の時間すべてを労働時間として取り扱う。 	

■ 取り組み事例(労働時間該当性の取扱いの明確化)

そうすると、ではどうやって判断するのかということになります。こちらはある病院で作ったものですが、労働時間に該当するものとしてはこのようなものがあり、該当しないものとしてはこのようなもの

のがあるということをもまず院内で周知をして、そして労働時間に該当すると思われる研鑽をした場合には申請をし、それに対して上司が承認をするということでの労働時間該当性の取り扱いの明確化をした例になります。

なかなかこうは言っても、「ではこれはどうだ」と本当に個別にまちまちだとは思いますが。しかし目安を示さない、あるいは自己研鑽と業務としての研鑽を区別するということを医師に話もしないということになると、本当にこれは区別できません。だからまず最低限はこういう取り扱いの周知をして、ルールをきちんと徹底させるということからやっていかないとこの判断は難しいと思います。

取り組み事例(労働時間該当性の取り扱いの明確化)

○ 自己研鑽など労働時間に該当するものとしなないものを明確化し、院内で周知

労働時間に該当するもの	労働時間に該当しないもの
A 診療に関するもの	A 休憩・休憩
1 病棟回診	1 食事
2 予定手術の延長、緊急手術	2 睡眠
3 チャーティング	3 外出
4 サマリー作成	4 インターネットの閲覧
5 外来の準備	B 自己研鑽
6 オーダーチェック	1 自己学習
7 診療上必要不可欠な情報収集	2 症例見学
B 会議・打合せ	3 参加任意の勉強会・カンファレンス
1 必須出席である会議・委員会	C 研究・講演その他
2 参加必須の勉強会・カンファレンス	1 上長の命令に基づかない学会発表の準備
C 研究・講演その他	2 上長の命令に基づかない外部講演等の準備
1 上長の命令に基づく学会発表の準備	3 上長の命令に基づかない研究活動・論文執筆
2 上長の命令に基づく外部講演等の準備	
3 上長の命令に基づく研究活動・論文執筆	

第7回医師の働き方改革の推進に関する検討会資料4より

○ 院長から「自己研鑽」にあたることはできるだけ院外でやるよう伝達
「自己研鑽」と「業務外の研究」を整理し一覧表で共有した病院の例も

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の基本的な考え方

それからもう1つ、皆さんの頭を悩ませているのが、この連続勤務時間制限と勤務間インターバルの規制です。B水準、連携B、C-1、C-2はこれが義務化になりますので、絶対に守らなくてはなりません。

基本的には1日24時間のうち、9時間は休みなさいというものです。15時間は働いて9時間休み、9時間休んだら次の日、朝からまた仕事をしていいというようなものです。ただ夜勤に該当するような、宿日直許可のない当直もありますし、緊急手術で24時間やってしまったというようなこともあるでしょう。そういう時には、46時間の中で18時間休ませなさいというのがこのインターバル規制です。

そうすると連続勤務の上限は28時間、つまり日勤をやって、夜勤をやって、次の日のお昼で絶対帰らなくてはなりません。さらに、インターバルは取れるように予定はするのだけれども、実際にはそのインターバル中に少し仕事をしてしまった時はどうするのかに関しては、代償休息を取ることになります。

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の基本的な考え方

【1. 基本的なルール】 ※適用対象はB・連携B・C水準の適用対象となる医師、A水準の適用となる医師については努力義務。

- 連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制は、原則として次の2種類が設けられている(0-1水準が適用される臨床研修医を除く)。
 - ① 始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間(18時間の連続勤務時間制限)：通常の日勤及び宿日直許可のある宿日直に従事する場合を基本としつつ、
 - 始業から48時間以内に18時間の連続した休息時間(28時間の連続勤務時間制限)：宿日直許可のない宿日直に従事する場合
 - 就業に休息を確保する観点から、9時間又は18時間の連続した休息時間は、事前に勤務シフト等で予定されたものであることを原則とする。
 - ※ 例えば、事前に勤務シフト等で予定された休息時間が9時間であり、当日、たまたま休息時間を1時間延長して9時間の連続した休息時間を確保することができたといったケースは、適用ではない。
 - ※ 臨床医の管理職は、勤務シフト又は18時間の連続した休息時間を確保することができるように勤務シフト等を作成する必要がある。
 - 予定された9時間又は18時間の連続した休息時間中に、急を待たない理由により発生した労働に従事した場合、当該労働時間に相当する時間の代償休息を要する。当該労働の発生した日の属する月の翌月末までに付与。※C-1水準が適用される臨床研修医への適用については後述。
 - 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなし、この場合に通常の勤務時間と同様の労働が発生し十分な期間が確保できなかった場合は、管理者は、当該労働時間に相当する時間の休息を事後的に付与する配慮義務を負う。(※)
 - ※ 当該宿日直中に発生した労働の負担の程度に応じ、休暇の取得の呼びかけ等の休息時間を確保するための何らかの取組を行う義務が発生する。(必ずしも結果として休息期間の確保が求められるものではない)
 - ※ 宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合において、連続した9時間を越える分の時間については、当該時間に通常の勤務と同等の労働が発生した場合でも、当該配慮義務は発生しない。

【2. 「始業」の考え方】

- 連続勤務時間制限の起点となる「始業」は、事前に勤務シフト等で予定された労働の開始時とする。
 - ※ 例えば、1日の間に短時間の休息と労働が繰り返される場合、それぞれ労働の開始が「始業」となる。

【3. 2種類の連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制の関係】

- ①「始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間(18時間の連続勤務時間制限)」と、宿日直許可のない宿日直に従事する場合の②「始業から48時間以内に18時間の連続した休息時間(28時間の連続勤務時間制限)」について、①と②の間に段階的な規制の適用を行うことはない(例えば始業から18時間連続して宿日直許可のない宿日直を働き勤務を行った場合、②が適用され、次の業務の開始までに18時間の連続した休息時間が必要となる)。

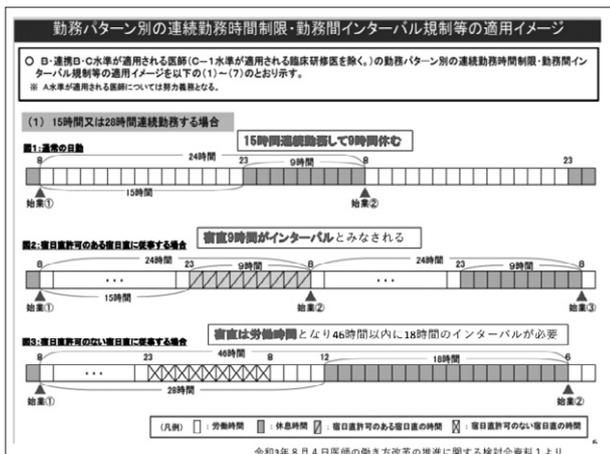
2020.9.30医師の働き方改革の推進に関する検討会資料

勤務パターン別の連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の適用イメージ

その代償休息についてイメージをざっくりと見ていただければと思います。この図1のパターンでいくと、これはもう本当にオーソドックスなものです。始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間、インターバルを確保するというものです。これは日勤をイメージしたようなものです。

図2は、勤務と勤務の間に宿日直許可のある宿直があつて、それが9時間あるから、インターバルとみなされて、次の日、仕事をして構わないというものです。

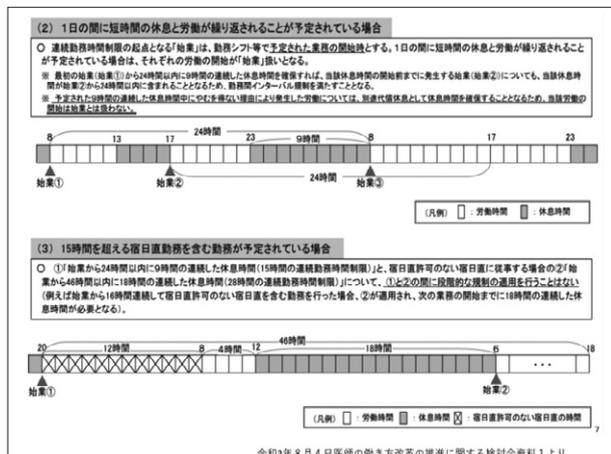
図3は、宿日直許可がない宿直だから、実労働です。ですからインターバルとはみなされず、46時間以内に18時間休まなくてはなりません。日勤をやって、夜勤をやって、お昼までやったら、帰って、翌日の朝から勤務してくださいというものが図3です。



こちらの図は、1日の間に短時間の休息と労働が繰り返されるという場合、どうするのかです。労働が開始した時間が始業になっていくというものです。だから途切れ途切れだと、いつまでたっても始業から何時間以内に何時間のインターバルと追い掛けられることになりますので、予定としてこのようなシ

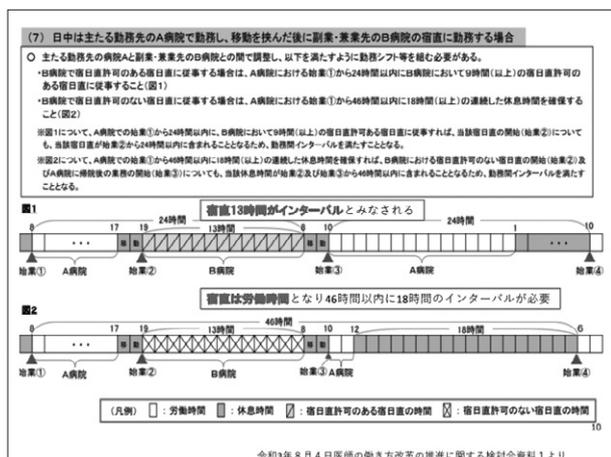
フトはあまりよろしくありません。

インターバル中に、どうしてもやむを得ない仕事が発生してしまったという時には、インターバルは満たしたということになり、代償休息を後日取るということになります。



次の例です。日中は主たる勤務先のA病院で勤務をして、移動を挟んだ後に兼業・副業先のB病院の宿直に勤務する場合があります。これも宿直の許可があれば、インターバルとみなされるので、翌日は始業時間から本務先で働くことができます。

しかし宿日直許可がないところに当直に行くと、それは実労働なので、次の日、ほんの少ししか本務先の病院で仕事ができず、その後また休まなくてはならないというのが図2です。これでやはり今、例えば大学病院などから医師を派遣している場合などは、派遣先の宿日直許可の有無を確認する連絡がたくさん来ています。もし許可が下りていなければ、許可を取ってくださいという通知も来ているというのは、そういった理由によるものだと思います。



医療機関の特性に応じた上限規制の適用分類別に求められる追加的健康確保措置の内容

こちらは一覧にしてありますので、見ていただければと思います。医療機関の特性に応じた上限規制の適用分類別に求められる追加的健康確保措置の内容です。

健康確保措置に関しては、A、B、Cのどの水準ももし時間外労働が月100時間以上になるような場合には、義務になります。こればかりはA水準も義務になりますので、気を付けてください。

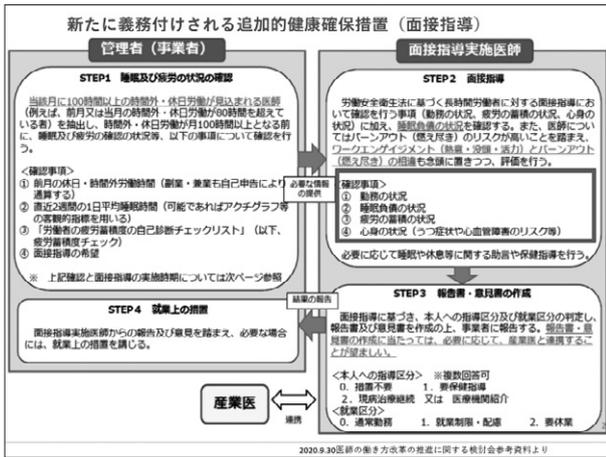
100時間を超えそうな方が出てくるということであれば、100時間以上となる前に面接指導を実施してくださいと言われています。これはAでもBでも、皆さんが義務化されているので気を付けていただきたいです。

1つの医療機関内	医療機関に必要な指定	医師の健康、医療の質を確保するための追加的健康確保措置	
		連続勤務時間制限28時間(曾日直許可能な場合)・勤務間インターバル9時間の確保・代休休暇のセット	面接指導(帰属・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、配属、禁止)
A水準の業務に従事する医師	—	努力義務 (実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く)	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 (時間外労働未達で月80時間を超え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・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) (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)
地域医療確保のために派遣され、過労で長時間労働が必要となる医師	連携B	義務	
B水準の業務に従事し、長時間労働が必要となる医師	B	義務	
長時間、集中的に経験を積む必要のある研修医	C-1	義務 (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)	
特定の高度な技能の修得のため集中的に長時間修得する必要がある医師	C-2	義務	

新たに義務付けされる追加的健康確保措置(面接指導)

この面接指導に関しては、病院によってはかなりの人数で100時間を超えそうな人が出てくるといってもあるかと思いますが。産業医が1人でさばけるといふのだっただけでも、少し難しいということであれば、面接指導実施医師を育成するe-ラーニングがあるのですが、それを受講し、試験を受けていただいて、合格してこの面接指導実施医師になっていただき、面接に従事していただくことができます。

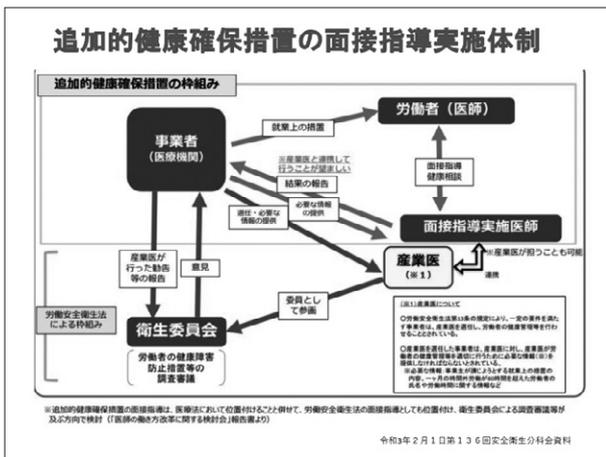
これに関しても、e-ラーニングですので、そんなに難しい内容ではないということですから受けていただいて、ぜひ面接指導ができる医師を院内で何人かご用意いただければと思います。この面接指導実施医師に関しては、病院の規模によって何人かという決まりはありません。医師一人に30分前後の時間がかかるとして、大体どのぐらいいればこの面接指導を、先生にあまり負担を掛けずにできるかということをお考えながら複数名、予定していただければと思います。



追加的健康確保措置の面接指導実施体制

こちらが面接指導の実施体制です。もちろん産業医とよく連携してやります。産業医がこの面接指導を行うことができますが、当初は産業医はそのままではいいのではないかと話もありましたけれども、産業医にもe-ラーニングを受けていただいて、試験を受けていただくということになっていますので、そのようにして面接指導を実施していただきます。

労働安全衛生法上の産業医の役割としての面接は別に実施していただきますが、こちらの追加的健康確保措置の面接指導に関しては、産業医もe-ラーニングを受けて実施していただくというのではないのでしょうか。



追加的健康確保措置の履行確保

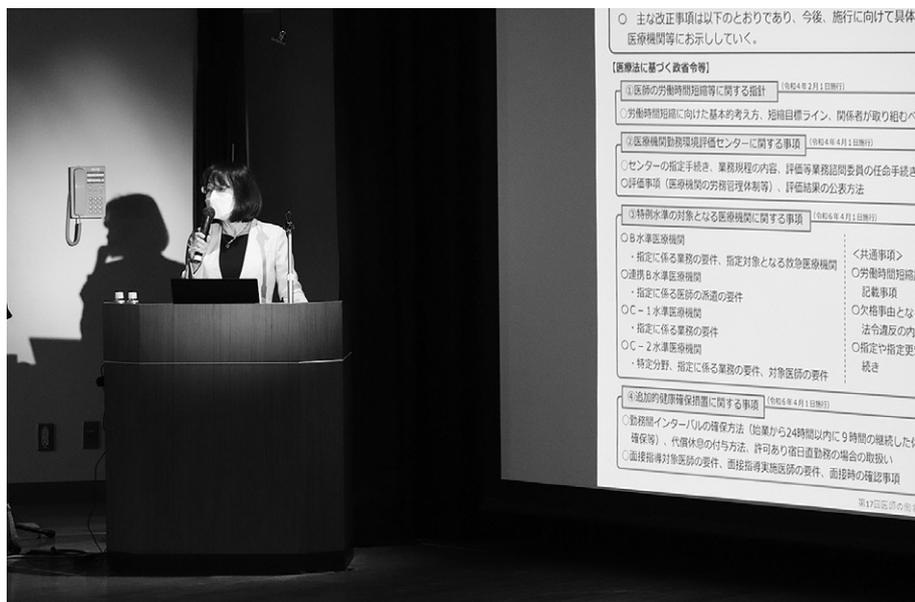
追加的健康確保措置はA水準だと努力義務となります。よって、100時間を超えるような医師がいなければ面接指導も必須ではないため、A水準では義務となるものは何もありますが、ではA水準だと言えば、何も分からないのではないかという話も出てきます。この追加的健康確保措置の履行確保においては、B、C水準の医療機関に関しては、例えば都道府県の立ち入り検査の中で確認をすとか、評価センターで評価を受審する時に調べられるとか、いろいろあるのですが、Aに関しては特にこの評価とか、この辺には関わってきません。しかし、例えば労働基準監督署の定期監督があったりもしますし、院内で何か問題があったりして労働者が申告すとか、あるいはトラブルが発生した、労災が発生したといった時には、監督署が調査するということになると思います。

追加的健康確保措置の履行確保

- ・ 医事法制・医療政策における義務
- ⇒ 都道府県が追加的健康確保措置の実施を確認
立入検査（医療法）の中で確認（毎年1回）
- ⇒ 労働関係法令違反につながる状況があれば、
まずは医療勤務環境改善支援センター等において支援
それでも改善が見込まれない場合は、労働局へ情報提供
- ・ 医師労働時間短縮計画策定時（1年に1回）
医療機関勤務環境評価センターの評価受審時（3年に1回）
- ・ 地域医療対策協議会等を活用して必要な措置をとることもある

30

この一番下を書いてある地域医療対策協議会等を活用して必要な措置を取ることもあるということなのですが、この協議会等の活用に関しては、今のところはっきりしているわけではなく、不透明なところが多いです。例えば医師の派遣調整とか、負担軽減策を講じるということが、協議事項に含まれているので、その会議の中で、何らかの措置を講ずるといふことかと思えます。



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

ネックになっているのが、今、当直です。医師法第16条の「宿直」、つまり医者が夜、病院にいなければいけないというものと、労基法上の「宿直」というのは同じではないという認識が、あまり医療機関の中にはありません。今までは何となく医師が夜、泊まっていたというところで終わっていたと思いますが、今、許可のない当直は労働時間にカウントするかしらないかというところで、にわかに注目されているところでもあります。

いま、宿日直許可をどの医療機関でも取ろうとしていて、監督署は手いっぱいというところが多いです。宿日直許可があれば、労基法上の労働時間規制の適用除外になるということで、労働時間としてはカウントされません。つまり勤務間インターバルとすることができますので、今、一生懸命取ろうとしています。

許可がなければ、これは実労働時間ですから、看護師の夜勤と同じです。例えば夜、16時間いるということになれば、16時間が労働時間だということで算定されます。取り扱いがだいぶ違います。ですから取れるのだったら取ろうということで、今、どの医療機関も一生懸命許可申請に向けて頑張っているという状況です。

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

- 医療法に基づく宿直には労働基準監督署長の許可は不要
- 労基法上の「宿直」は、「宿日直許可」があれば、労基法上の労働時間規制が適用除外
 - = 労働時間としてカウントされない
 - = 勤務間インターバルとすることができる*** 許可がなければ実労働時間として算定することに注意！**
- 許可があれば、当直途中に緊急対応などをした場合、その時間だけが労働時間として算定される
- 許可を得ていても、緊急対応が恒常的であると、当直(宿日直)と認められず、取り消しも有り得る

31

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(宿日直)

宿日直はただ単に、許可を取りに行けばくれるというものではありません。どういう時間帯にどういう業務があるのかに関して調査をされ、これだったらいいだろうというお墨付きがなければ許可は得られません。

宿日直許可の中でやってもいいことというのは、短時間の軽度の業務に限ります。その短時間の軽度の業務がどういうものかというのが、この赤枠の中です。例えば「少数の要注意患者の状態への変動への対応について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行う」といったことです。

例えばですが、今、労基署に行くと、当直日誌を確認されます。当直日誌を見た時に、例えば夜中に3件救急車が来たと書いてあるとします。患者は確かに2～3時間在院しています。しかしその中で、医師が本当に対応したのは5分、10分だったということであれば、医師の業務としては5分、10分なわけです。あるいは手術が必要で3時間かかってしまったということであれば、もうその3時間というのは、短時間の軽度の業務には該当しないので、これは実働だという判断になるわけです。

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(宿日直)

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
(指定
内労働
時間)

当直帯
(15時間程度)

換気室
→ほとんど実働がない、いわゆる「空当直」
・救命救急センター等、ほぼ一般実働である
・その他

- (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、看護師用の詳細な許可基準(昭和24年発出)により判断。今後、②について、第9回検討会でお示しした案を元に、許可対象である「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」の例示を明確化して示すこととしたい。

(第9回検討会にお示しした案に、ご議論を踏まえた修正案したもの)

- ・「病棟当直において、少数の重症患者の状態の対応について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」
- ・「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対応について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」

※なお、休日・夜間に結果的に入院となるような対応が生じる場合があっても、「昼間と同態様の労働に従事することが稀」であれば、宿日直許可は取り消さない。

できるだけ宿日直許可を得ておきたい

そういったことが日々の中でどのぐらい頻繁に行われているのかです。普段は何もなくて、大体寝ているという状況なのかといったことを確認して判断されます。最初のほうに申し上げたとおり、大学病院等の医師が、応援先の労働時間が通算されるといろいろ支障が出てくるということで、兼業・副業先の医療機関には、宿日直許可を取ってほしい、取ってあるかどうかを確認するという状況が今、続いています。最悪、派遣をしない判断をするということも出てくる可能性があって、もし応援がなくなってしまうと、その地域の病院は診療体制の縮小を余儀なくされたり、他の人に宿日直に従事してもらおうということで、業務負荷が増大したり、診療体制にまで支障が生じることが言われていて、何とか取りたいところなんです。

できるだけ宿日直許可を得ておきたい

- ・大学病院等の医師が応援先での労働時間が通算されるため、宿日直許可を得ていない医療機関への派遣に影響が出る可能性がある
- ・もし、応援がなくなると
 - ・診療体制の縮小を余儀なくされる
 - ・宿日直に従事する業務負荷が増大
 - ・診療体制に支障が生じるのでは

■ 医師の宿日直基準

宿日直基準に関しては通常の勤務時間から完全に解放された後のものなので、いつもの日勤がだらだらと続いたまま当直になだれ込むというのは駄目です。例えば5時までが日勤で患者はそこでもう帰るということであれば、そこでびたっと、これは勤務ではなく今度は当直になったという何らかの区分ができるようなものが必要になります。

本当はそこに30分とか1時間とかの空き時間があって、完全に解放された後のものになるということであるとそれが一番いいと思うのですが、なかなかそうもいかないということであれば、所定労働時間が終了しましたら、すぐに当直室に移動し、その移動は1～2分でもう当直室でゆっくりしているということが証明されればそれでもいいです。

面白いところはもう5時でこの医師は通常の業務から解放されているということで、白衣を脱いで私服になり、それで区分をしましたということもありました。とにかく通常の勤務時間から解放された後であるということは何らかの形で示さなくてははいけません。

宿日直中は軽度の、あるいは短時間の業務に限り、十分に睡眠が取れなくてははいけません。これらが満たされていれば許可が下ります。

医師の宿日直基準

- ・通常ことの勤務時間から完全に開放された後のものである
 - ・所定労働終了後、休憩時間がある
 - ・所定労働終了後は速やかに当直室へ移動
 - ・白衣を脱いで私服で医局に移動 など
- ・宿日直中に従事する業務は、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限る
- ・夜間に十分に睡眠がとれること
- ・これ以外に一般の宿日直許可の条件を満たしていること

■ 申請までの手順

申請までには結構時間を要したりしますが、まずは実態把握です。今、この状況で許可が得られるかを見ていただきます。どうやって確認するかというと、やはり日誌であったり、シフトであったり、あるいはパソコンのログの記録であったりということになりますが、大体当直日誌を見れば何となく分かるかと思います。

そして添付書類がたくさんありますので、全ての書類を整えて申請前に相談をしていただくのがよろしいかと思います。今、監督署は数十件という件数を抱えているところが結構多いのですが、優しく対応をしてくれます。これは国から通達もあると思いますが、きちんと指導してあげなさい、相談に乗ってあげなさいということなので、今、とても好意的に優しく対応してくれますので、相談するなら今です。

それから勤改センターのアドバイザーが支援をしてくれます。もし自分で監督署に1人で行くのが怖

いということであれば一緒に行ってくれます。ですから勤改センターのアドバイザーなどを使う、あるいは顧問の社労士がいれば社労士にお願いしてということになると思いますが、ぜひ今、できることであれば申請をしていただきたいと思います。

申請までの手順

1. 実態把握
現状で許可が得られそうか
(日誌を確認、シフトを確認、規定類の確認、宿日直手当の検証など)
2. すべての書類が整えられるか
3. 申請前に相談
(医療勤務環境改善支援センター、労働基準監督署、顧問社労士など)
4. 労働基準監督署へ申請

こちらが申請書の様式です。どのような勤務をするかということを書いていただいたり、時間を書いていただいたりします。

1. 「断続的宿直又は日直勤務許可申請書」の作成・提出
2. 書類審査を労働基準監督署が行う
3. 申請書類に不備等がなければ、実地調査（訪問調査）に来る
4. 実地調査で、申請書と実際の勤務に違いがないかを確認
5. 問題がなければ「断続的宿直又は日直勤務許可書」の交付

断続的宿直又は日直勤務許可申請書

事業の種類		事業の名称		事業の所在地	
医療	総員数	1回の宿直員数	宿直勤務の開始及び終了時刻	一定期間における1人の宿直回数	1回の宿直手当
	13人	1人	平日 17時00分～09時00分 休日 17時00分～09時00分	1週間1回	平日 円 休日/休前日 円
宿直	就業設備	当直室（シングルベッド、デスク、ロッカー、トイレ付ユニットバス）			
	勤務の態様	少数の救急患者の対応のための対応のための同診等による診察等、軽微の処置、看護等への指示・確認			
日直	総員数	1回の日直員数	日直勤務の開始及び終了時刻	一定期間における1人の日直回数	1回の日直手当
	13人	1人	自 9時 00分 から 17時 00分 まで	1か月に1回	円
	勤務の態様	少数の救急外来患者や入院患者の対応に対応するため、同診等による診察等や、看護等に関する指示、確認を行うこと			

令和 4年 月 日

使用者 職名
氏名

労働基準監督署長 殿

許可を得るためのおもな添付書類

添付書類も必要です。添付書類に関しては、今現在、あるものとなないものがあると思います。医師に関しては、労働条件通知書とか、雇用契約書がないというところは結構あります。それがもしなかったら、今からでもいいので作っていただいたほうがいいかと思います。

そしてシフト表とか、日誌とかを添付します。当直手当の算定に関しても調査がありますので、給与の一覧表などを付けて持っていきます。結構な添付書類になります。

それらを全部持って行って、まず「このような感じなのですが、どうですか。取れますか」みたいなことを相談されるとよろしいかと思います。

許可を得るためのおもな添付書類

申請時に提出が必要な書類例

◎下記書類は許可申請事業場のものを提出すればよく、兼業・副業先の賃金台帳等は不要です

- 対象労働者の労働条件通知書、雇用契約書の写し
- 宿日直勤務に従事する労働者ごとの、一定期間(例えば1か月)の宿直または日直勤務の従事回数がわかるもの(宿日直の当番表、シフト表など)
- 宿日直勤務中に行われる業務が発生する頻度、当該業務の内容及び当該業務に従事した時間について、一定期間の実績(または見込み)が分かる資料等(業務日誌等)
- 対象労働者全員の給与一覧表(法37条の割増賃金計算の基礎となる賃金)及び宿日直手当計算書
- 対象労働者の給与一覧表の金額の疎明資料(賃金台帳(写)など)
- 事業場等を巡回する業務がある場合は、巡回場所全体とその順序を示す図面等
- 宿直の場合は宿泊設備の概要がわかるもの

(※これは標準的な例であり、実際上は監督官が調査に必要な範囲で提出を依頼)



【当直日誌例】

当直日誌には所要時間がないものが多いので、ぜひ所要時間を入れてください。どんな患者がどのくらい滞在していたかということを書きます。その中で医師がどれだけ関わったかという所要時間を入れていただきたいのです。

■ 申請の前に確認すること

申請の前にはいろいろ確認をしていただきたいのですが、なかなか判断が付かないということであれば、まずは相談に行って、「これはどうですか」と一つ一つ確認をしていってもよいと思います。

今、何もできていなくて相談に行ったら、それだったら調査に行くというようなことは全くないです。それを元に臨検に来たりするということはないので、安心してご相談に行かれるとよいと思いますので、そのようにお伝えください。

申請の前に確認すること

申請前チェックリスト

- 申請を考えている宿直直中に従事する業務は、通常業務とは異なる、軽度又は短時間の業務である(7pの許可申請書の業務欄の3.5pの業務形態)
- 申請を考えている宿直業務は、夜間に十分な睡眠がとり得るものである
 - ベッド・寝具など睡眠可能な設備がある
- 申請を考えている宿直業務は、通常業務の延長ではなく、通常の勤務時間の拘束から完全に開放された後のものである
 - 始業・終業時刻に密着して行う短時間の業務形態ではない(4時間未満ではない)
- 救急患者の診療等通常勤務と向形様の業務が発生することはあっても、稀である(3.5pの業務形態)
- 実際の宿直勤務の状況が上記の通りであると医療機関内で認識が共有され、そのように運用されている(宿直直の従事者の認識も同様である)

併せてこちらも、確認下さい

- 一部の診療科のみ、一部の職種のみ、一部の時間帯のみの許可を申請することもできます。
- 申請をするかどうか迷った場合など、都道府県の医療勤務環境改善支援センターに相談することができます。なお、相談時に得た情報は支援のために使用するものであり、取壊し目的で使用されません。
- 宿直直許可を得ずに行う宿直直は通常の労働時間として取扱い必要があります。
- 許可を得た宿直直業務中に通常の労働が発生した場合には、労働時間として取扱う必要があります。

■ 実地調査(監督官がやってくる)

許可の申請をしたとしても、実地調査にやってきます。コロナ禍で電話でヒアリングをするということもあったのですが、やはり1回は見に来ます。宿直室などを見たりとか、医師のヒアリングをします。1～2名、5～10分程度のヒアリングをします。

その時に医師が例えば、「もう一晩中起きて、仕事をしています」と言ったら、多分許可は得られません。「ゆっくり休めます」ということであれば、許可が下りるという話になります。

実地調査(監督官がやってくる)

- ・ 宿直室などを見学
(申請時に添付した写真に関する確認)
- ・ 医師と面談
- ・ 業務の負担はどうか
(ほとんど実働する必要がないこと＝短時間＋軽度の確認)
(宿・日直業務中に通常の診察が恒常的に行われていれば許可は無理)
- ・ 当直時間の過ごし方等
- ・ ヒアリング時のある医師の回答
「通常業務が終了し、当直開始時間になったらすぐに当直室に移動します。そこで休職をとり、呼ばなければシャワーを浴びたり睡眠をとります。当直室にはテレビがないので、同じフロアの医局の自席でインターネット検索をしたりして、自宅にいるのと同じように過ごします。急変などの対応で呼ばれることはありますが、頻繁にはありません。」

■ 許可を得た後でも注意

許可が出たとしても、その後でもやはり注意が必要です。つまり許可を受けた当初はよかったけれども、今、ものすごく救急車がたくさん来て、とても寝ていられるような状況ではなくなったということになると少しまずいです。

許可を得た後でも注意

- ・宿日直許可を受けた宿日直中に、突発的な緊急対応等、本来の通常勤務と同等の業務に従事した場合、その時間は実労働時間として取り扱い、割増賃金の支払いが必要
- ・許可のない宿日直においては、当該時間のすべて（休憩時間を除く）が労働時間であるため、通常の賃金の支払いが必要
- ・「断続的な宿直又は日直勤務許可書」が交付される。許可書には、「付款」が記載されている。
(付款=許可の内容に一定の限定をする旨の意思表示)

■ 許可書(付款)

それが許可書が交付された時の付款というものに記載されています。つまり、こういうことで許可を与えたということが書かれているのです。宿直は週1回、日直は月1回、何時から何時まで、そして1回いくらということで許可をしたというものです。これを守れなかった場合は取り消しもあるということがこの付款というものに書かれていますので、ご注意ください。

許可書(付款)

- ・令和4年〇月〇日付をもって申請のあった断続的な宿直又は日直の勤務については、下記の付款を附して許可する。なお、この付款に反した場合は、許可を取り消すことがある。
- 1 1回の勤務に従事する者は次のとおりとする。
宿直 ●人以内
日直 ●人以内
 - 2 1人の従事回数は次の回数を超えないこと
宿直 週1回
日直 月1回
 - 3 勤務の開始及び終了の時刻は、それぞれ次の通りとすること
宿直 開始 午後〇時〇分より前に勤務につかせないこと
終了 午前〇時〇分より後に勤務につかせないこと
日直 開始 午前〇時〇分より前に勤務につかせないこと
終了 午後〇時〇分より後に勤務につかせないこと

許可書(付款)

- 4 1回の宿直又は日直の手当額は〇〇〇〇円以上とすること
なお、この金額については、将来においても、宿直又は日直の勤務につくことのできる同種の労働者に対して支払われている賃金の1人1日平均額の3分の1を下回らないようにすること
- 5 通常の労働に従事させる等許可した勤務の態様と異なる勤務に従事させないこと
- 6 宿直の勤務に就かせる場合は、就寝のための設備を設けること

■ 宿日直許可申請に関する主な支援及び相談窓口

宿日直許可申請に関してはいろいろなところで相談することができます。先ほど言ったような勤改センターであったりとか、監督署の相談窓口はこのようになっています。

宿日直許可申請に関する主な支援及び相談窓口		
設置主体/名称	主な相談者のイメージ(例)	主な支援/対応内容(例)
都道府県 医療勤務環境改善支援センター (勤改センター)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 許可申請を考えている医療機関全般 特に、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 監督署に相談する前に、まずは基本的な仕組みを知りたいと考える医療機関 ・ 監督署への相談のハードルが高く、第三者への相談をしたいと考える医療機関 ・ 独自の取組が難しいため、訪問支援等により、個別の継続した支援が必要な医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療機関に特化した支援機関 (社会福祉士、医療経営コンサルタント等の配置)として、以下のような支援を実施。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 制度や申請手続きに関する説明、助言 等 ・ 宿日直許可に関する医療機関向けのセミナーの開催 ・ 医療機関からの照会事項を都道府県労働局監督課へ個別照会 (匿名による相談を含む。) ・ 医療機関訪問による個別支援 (助言等) ・ 宿日直許可申請時の監督署への同行支援
厚生労働省 医療機関の宿日直許可申請に関する相談窓口 (本省相談窓口)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 許可申請を考えている医療機関全般 特に、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 監督署に相談することに対して不安やためらいがある医療機関 ・ 監督署等に相談しているが、厚生労働省本省の専門家にも相談してみたい医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療機関の宿日直許可申請の円滑化を図るための相談窓口として、以下のような支援を実施。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 監督署に相談する際の監督署の担当者の紹介 ・ 医療機関による監督署等への相談状況を踏まえた個別支援 (助言等) ・ 地域の勤改センターと連携した個別支援
厚生労働省 労働基準監督署 (監督署)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 許可申請を考えている医療機関全般 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実際の監督署への提出書類等、申請手続きに関する説明、助言 ・ 医療機関の許可取得に向けた申請に当たっての具体的な取組についての助言 ・ 申請受付、許可/不許可の判断



■ 宿日直許可に関する厚労省の相談窓口

それと併せて、医療機関からであれば、本省に直接、相談をすることができます。医療機関以外ではここに直接、相談ができないのですが、医療機関であれば、「今、こういう状況なのだけれども、これで取れるだろうか」ということが相談できるので、ぜひこのメールを使っていただければと思います。

宿日直許可に関する厚労省の相談窓口 (厚生労働省労働基準局労働条件政策課)

「医療機関の宿日直許可申請に関するご相談」
連絡フォーム

内容が不明な点、お問い合わせください。
※お問い合わせは、受付時間内（平日 9時～17時）にお願いします。
※お問い合わせは、必ず「お問い合わせ」の欄に「宿日直許可に関するお問い合わせ」と記載してください。

医療機関の名称 (必須)

医療機関の所在地 (必須)

医療機関の代表者 (代表者名) (必須)

医療機関の代表者 (代表者職) (必須)

医療機関の名称 (法人名称)

医療機関の電話番号 (4桁以内)

医療機関の所在地

ご所属

お問い合わせ先 (必須)

ご相談の内容 (必須)

(2000文字まで)

(ご所属)

「宿日直許可申請」についてお聞きしたい、または、お問い合わせください。「宿日直許可申請」は、医療機関の代表者(代表者)と厚生労働省との間で、宿日直許可申請を行うことに関するお問い合わせです。

「宿日直許可申請」を行うことに関するお問い合わせは、お問い合わせ先(お問い合わせ先)にお願いします。

お問い合わせ先(お問い合わせ先)にお願いします。

お問い合わせ先(お問い合わせ先)にお願いします。

宿日直許可の基準等について

こちらには、宿日直許可基準等について厚労省からの質疑応答のような形で出ていますので、見ていただいて、自院に該当するようなものがあれば、ここに回答があるとお知らせいただければと思います。

あまり珍しいQ&Aに関してはそんなに考える必要もないかとは思いますが、ただいくつかヒントがあります。例えばですが、夕方、普通の日勤帯が終わって、すぐに当直に入り、そこからずっと次の日の朝まで当直の許可を取るとというのが非常に難しいという場合、つまり夜の前半は救急車がたくさん来るとい場合は、深夜から朝までという時間帯で取れます。あるいは診療科を限って、例えば外科とか、整形外科はそんなにたくさん患者が来るわけではないから、ここは取れるとか、そのようなことでいろいろと絞って部分的に取るというやり方もあります。

ぜひ最初から無理だろうと諦めないで、どうにか取れるような方法を一緒に考えていただければと思います。

厚労省 F & Q より

宿日直許可の許可基準等について

Q. 「救急」や「産科」では医師の宿日直許可を得ることはできないと聞いたのですが本当でしょうか。

A. 「救急」や「産科」だからという理由で許可を取得できないということはありません。「救急」や「産科」で宿日直許可を得ることはできます。実際に、「救急」や「産科」で宿日直許可を取得している事例があります。

Q. 大病院やそれに準ずるような大きな医療機関でも宿日直許可は取得できるのでしょうか。

A. 様々な工夫で許可を取得することも可能です。医療機関内での医師同士の役割分担やタスクシフト/シェア、宿日直許可を取る時間帯等の工夫により取得しているケースもあるようです。

Q. 地域で夜間の診療について輪番制を採用している場合に、輪番日以外の日であることを前提とした宿日直許可申請を行うことはできるのでしょうか。

A. 可能です。実際に輪番日以外の日であることを前提とした許可がなされた事例があります。なお、輪番日と非輪番日で業務に大きな差がない場合には、非輪番日を前提とすることなく許可がなされることもありますので、こうした場合も含めて相談いただければと思います。

Q. 準夜帯は一定数の患者が来ることが多いので、準夜帯以外の宿直時間だけで医師の宿日直許可を申請しようと考えていますが、このような時間帯を限定した宿日直許可の申請も可能でしょうか。

A. 可能です。このほか、所属診療科、業務の種類（病棟宿日直業務のみ等）を限った申請を行うことが可能です。

回数については、厳しいです。原則、当直は週1回、日直は月1回になります。これはほとんど原則的にはこれで2回も3回もやっているという当直日誌があるともうそれでアウトなのですが、ただどうし

でもこの地域においては医師不足で、どうしてもこの先生に2回、3回とやっていただかなくてはいけない特別な理由があるということであれば、例外が認められたケースもあります。「本当にこういうことは大変なのです」と説明して、相談していただけるとそれで取れたりすることもありますので、見ていただければと思います。

特に、田舎のほうに行くと、例えば、「東京の大学病院から先生に、週末土曜日の夜に来てもらって、夜、当直して、日曜日に日直して、日曜日の夜に当直して、月曜日の朝、お帰りになるということをお願いしています」というところがあります。これが認められたというケースもあるので、やはりケース・バイ・ケースですから、その都度、ご相談いただければと思います。

回数に関しては、本務先で1回、兼業先、副業先でもう1回といった時、週に2回になってしまうけれどもいいのかという話があります。これは各医療機関ごとの回数なので、本務先で1回、アルバイト先で同じ週にもう1回やったでも結構ですので、そこはあまり気にしないで申請していただければと思います。

Q. 宿日直許可の回数については宿直週1回、日直月1回の原則には例外があると聞いていますが、実際に例外は認められているのでしょうか。

A. 実際に例外が認められています。例えば、宿直週2回や日直月2回といった形で認められたケースがあります。

特に、医師不足の地域の医療機関において、いわゆる通直（例えば、週末に土曜日の夜の宿直から日曜日の日直、日曜日の夜の宿直まで連続して行うような宿日直）の体制を確保するために遠方から非常勤の医師を確保する必要があるという実態を踏まえた回数の例外などが認められています。

Q. 同じ週に本務先で週1回、兼業先で週1回の宿直を行うことが想定されています。本務先でも兼業先でもそれぞれ週1回の宿日直許可を受けていますが、同一の医師の場合、どちらか1回しか宿日直許可を受けた業務に従事することはできないのでしょうか。

A. 宿日直許可の回数の限度（別添①ポイント3参照）は、医療機関ごと（本務先と兼業先それぞれ）で認められた回数を示していますので、医療機関ごとに認められた回数の範囲内で宿日直許可のある業務に従事することが可能です。つまり、このケースの場合、同じ週に本務先で1回、兼業先で1回、宿日直許可のある宿直の業務に従事することが可能です。

Q. 医師の宿日直許可の回数の例外の可否が判断されるに当たって、労働基準法の労働時間に関する規定が適用されない経営者等の医師はどの程度の頻度で宿日直の業務に従事することが求められるのでしょうか。

A. ご指摘のような労働基準法の労働時間に関する規定が適用されない医師については、宿日直許可の取得は不要であり、実際に従事する宿日直の回数にも制限はありませんが、こうした医師以外の医師の宿日直許可の回数の例外の可否を判断するに当たって、過度に宿日直の業務に従事していただくことが前提となるものではありませんので、労働基準法の労働時間に関する規定が適用されない医師がどの程度の頻度で宿日直に従事できるのかについては、個別の事情に応じて労働基準監督署にご相談いただければと思います。

これはもう勘違いなのですが、非常勤の先生は宿日直許可の対象にならないのではないのかという話がありましたが、非常勤の先生だけを許可の対象にしたという例もありますし、もちろん対象になります。

許可証がなくなってしまうということも結構あります。あとは許可証を最初にもらったのは30年前だということもあります。別に許可証は永久不滅なので、それが効力を失うということないのですが、ただ30年前に許可を得た当時の状況と、今とどうなのですかという話です。だいぶ状況が変わっていて、当時、許可を受けたような状況ではないということになると、再取得が必要になってくる可能性もありますが、1回取ったものは取りあえずは有効です。

なくしてしまった時には再発行はしていただけません。ただ再発行はできないのですが、確かに許可をしたという記録が残っているということもあるので、これもご相談いただきたいというようなことが書かれています。

- Q. 非常勤の医師については、宿日直許可の対象とならないと聞きましたが本当でしょうか。
A. 非常勤の医師についても宿日直許可の対象となります。
- Q. 申請関連書類の「対象労働者全員の給与一覧表（労働基準法第37条の割増賃金計算の基礎となる賃金）」について、申請対象の宿直をすべて非常勤の医師で対応している場合には提出しなくてよいのでしょうか。
A. そのとおりです。割増賃金の計算の基礎となる賃金がない場合には提出いただく必要はありません。なお、このような場合の手当額の算定について、賃金構造基本統計調査報告の医師の賃金から算出した日額の3分の1の額を参考に評価した事例があります。
- Q. 相当前に宿日直許可を取得したはずなのですが、許可証を紛失してしまいました。どのように対応すればよいでしょうか。
A. 許可証を紛失してしまった場合は、原則的には許可を取り直していただく必要があります。ただし、労働基準監督署に記録等が残っていることもありますので、労働基準監督署にご相談いただくことも可能です。
- 【その他（申請の際の医療勤務環境改善支援センターによる支援等）】**
- Q. 労働基準監督署に宿日直許可の相談や申請をする際に、都道府県の医療勤務環境改善支援センターの職員さんたちと一緒にいってもらうことはできますか。
A. 可能です。厚生労働省から各都道府県の医療勤務環境改善支援センターに対して、医療機関からそのような依頼があった場合には、基本的に同行の対応をさせていただき、お願ひしています。各都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制などもありますので、まずは各都道府県の医療勤務環境改善支援センターにご相談してみてください。
- Q. 労働基準監督署は怖いイメージがあります。担当職員に優しく対応してもらえますか。
A. 労働基準監督署に対しては、宿日直許可申請に関する相談があった場合には、医療機関の実情を踏まえて、寄り添いながら丁寧な対応をするよう指示をしています。引き続き、安心してご相談いただけるように努めていきます。なお、お困りの際には、医療勤務環境改善支援センターや本省の相談窓口も活用いただくことが可能です。

■ 医師労働時間短縮計画

医師労働時間短縮計画

医師労働時間短縮計画を作らないといけなくなります。こちらは私のほうで、短縮計画ガイドラインに沿って、どういうことを記入しなくてはいけないのかということをし少しポイントを挙げて説明をしています。こちらについては、見ていただければと思います。

例えば、この労働時間についてというのは、労働時間の把握と集計ができていない限りは時短計画が作れません。だからまずは今、医師がどんな時間に働いているのか、どのぐらいの時間外労働になっているのかは必ず集計をしていただき、まずそこからスタートだということを見ておいていただければと思います。

令和6年度 △O×病院 医師労働時間短縮計画の案（作成例）
※令和6年度に向けた指定申請用

※ 青字は解説である

・任意の日から令和6年3月末日までの計画は努力義務
・B、連携B、C水準を想定している場合は、令和6年4月以降の跨短計画は必須
・対象医師をカウント

計画期間
令和6年4月～令和〇年〇月末
※5年以内の任意な期間を設定する。

対象医師
△△科医師（●名（B：●名/C-1：●名））
□□科医師（●名（連携B：●名/C-2：●名））

1. 労働時間と組織管理（共通記載事項）

（1）労働時間
△△科医師（●名（B：●名/C-1：●名））

年間の時間外・休日労働時間数	●年度実績	令和〇年度目標	計画期間終了年度の目標
平均			
最大			
960時間超～1,860時間未満・割合			
1,860時間超の人数・割合			

※ 実定時点の前年度実績を記載
時間記載（〇時間△分）
人数・割合を記載（〇人・△%）

・今すぐに労働時間の把握と集計が必須
・1年間の目標値と計画期間終了時の目標（最終1860以下）
・時間でも割合でもよい、できるだけ36協定期間にあわせて記載することよ

出退勤の管理に関しても、どのように記録しているかというようなことを書いていただきますが、これは予定で構いません。今度こういうものを導入するというようなことを書いていただければいいです。

2. 労務管理・健康管理

※ 以下に記載の取組内容は記載例としての参考である。このほか様々な取組が考えられる。別添（取組例集）参照。

【労働時間管理方法】

●年度の取組実績※実定時点の前年度	出勤率による自己申告
令和6年度の取組目標	出退勤管理に関してICカード導入
計画期間中の取組目標	上記事項に取り組み

・出勤をどう管理しているか
・客観的な記録を基礎にしているか
・副業・兼業（自己申告による）を把握する仕組みがあるか

【宿日直許可の有無を踏まえた時間管理】

●年度の取組実績※実定時点の前年度	特になし（許可は得ていない）
令和6年度の取組目標	労働基準法施行規則23条の宿日直許可の取得 手続きを行う
計画期間中の取組目標	宿日直許可に基づき適切に取り組み

・宿日直許可の有無
・許可がなければ労働時間として換算
・許可が取れる実態であれば許可取得を検討

【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】

●年度の取組実績※実定時点の前年度	特になし
令和6年度の取組目標	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を周知し、環境の整備を管理する
計画期間中の取組目標	手続きを周知し適切に取り組み

・医師の研鑽の労働時間該当性を明確化する

宿日直許可に関しても、答えなければいけません。もし、今、許可の取得を検討しているようなところは急いでいただけるといいかと思います。それから先ほど言った研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続きです。先ほどのように労働時間に該当するもの、しないものを一覧にして皆さんに配りましたというようなことでもいいので、その辺りを書いていただくということになります。

36協定の締結等に関しては、特に過半数代表者を適正に選出するプロセスが適切かということ、それからその36協定が皆さんに周知されているかを書いていただきます。医師に関しては36協定が出ていないところは結構あります。他の医療従事者については、36協定はちゃんと書かれているのだけれども、医師については対象にしていなかったということが結構あるので、そういったところはこの36協定に関してもしっかりと見直しをしてください。

そして連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導、この一番やっかいな部分です。これをどのようにしていくかを予定していただきます。予定ですから、今、できていなくても、こうするというように書いていただくということになります。

【労使の話し合い、36協定の締結】	
●年度の取組実績(※年度時点の前年度)	協議の場として、労働時間等設定改善委員会を月1回開催する。労働者の過半数で組織する労働組合と協議・締結し、届け出た36協定を基局内に掲げる。
令和6年度の取組目標	上記事項に取り組み
計画期間中の取組目標	同上

・過半数代表者を適正に選出するなど、プロセスが適切か
・届け出た36協定を掲示するなどして周知しているか

【衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制】	
●年度の取組実績(※年度時点の前年度)	●衛生委員会を月1回開催する ●健康診断を年2回実施する
令和6年度の取組目標	上記事項に取り組み
計画期間中の取組目標	同上

【追加的健康確保措置の実施】	
令和6年度に向けた事業	令和6年度中に面接指導実施医師●●の確保(必要な研修の受講)を終える予定 <small>※面接実施又は準備の予定を記録。先行して実施し実績がある場合には併せて記録。</small>
令和6年度の取組目標	連続勤務時間制限、勤務間インターバル確保及び代償休息確保を可能とする勤務体制とし、対象医師への面接指導を滞れなく実施する
計画期間中の取組目標	上記事項に取り組み

・連続勤務制限、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実施しているか

管理者のマネジメント研修もやらなくてははいけません。これに関しては、病院長とか診療課長とか、そういう上のほうの方がトップマネジメント研修をちゃんと受けていただいているかどうかということがあります。ですから例えば皆さんの企業であったりとか、所属する事業所がこういった研修を計画して、受講していただくということも1つかと思います。

どんなマネジメント研修でも有効だと思いますので、この労働時間のことばかりではなく、例えばタスクシフトとか、タスクシェアとか、地域医療のこととか、いろいろなことを何でもいいと思うので、マネジメント研修を催して受けていただくということもあると思います。

策定プロセスに関しては、いろいろなところにやはり医師を参画させていただきたいのです。医師を含めた会議体でいろいろなところを検討していただく必要があるかと思います。

(4) 意識改革・啓発	
※ 以下に記載の取組内容は記載例としての参考である。このほか様々な取組が考えられる。別添(取組例集)参照。	
【管理者マネジメント研修】	
前年度の取組実績	特になし
当年度の取組目標	●国等が実施する病院長向けの研修会に病院長が参加する ●診療科長等向けに管理者のマネジメント研修を年1回開催し受講を促す
計画期間中の取組目標	上記事項に取り組み

・病院長や診療科長がマネジメント研修を受講しているか
・医師降意議改革のための取組
・医師の意見を聞く仕組み
・働き方改革に関して周知する仕組み
・医療を受ける者やその家族等への説明など

(4) 策定プロセス	
※ 以下に記載の取組内容は記載例としての参考である。このほか様々な取組が考えられる。別添(取組例集)参照。	
各職種(医師、看護師、●●、●●)から各代表〇名が参画する勤務環境改善委員会を〇ヶ月に〇回開催し、この計画の案の検討を行った。対象医師やタスク・シフト先となる職員等を集めた説明会を〇回開催し、意見交換を実施するとともに、本計画の案は基局の他、各職種の職種に周知している。 ※計画の案の段階ではあるが、令和6年度以降の取組の方向性を示すものであり、院内掲示等により周知を図ることが望ましい。	
各職種(医師、看護師、●●、●●)から各代表〇名が参画する勤務環境改善委員会を〇ヶ月に〇回開催し、この計画の案の検討を行った。対象医師やタスク・シフト先となる職員等を集めた説明会を〇回開催し、意見交換を実施するとともに、本計画の案は基局の他、各職種の職種に周知している。	
計画期間中の取組目標	上記事項に取り組み

・各職種が参加する委員会や会議などにおいて計画の検討、作成したか
・医師に周知されているか

タスクシフト、タスクシェアに関しては、やはり職種ごとにタスクシフトできるものがきちんともう明言されていますので、それらについて職種ごとに推進できるものを検討していただくということだと思います。

医師はあまり自分以外の職種を信用していない方が多いですけども、そう言っていると、いつまでたってもこの働き方改革が進まないの、ある程度、チームで動くということを前提に、信用して、職種ごとにタスクシフトできるものはしていただくということが必要になってくると思います。

ただ、ではこれを誰が洗い出すのか、誰が実際にこれをタスクシフトする、あるいは受ける側を教育していくのかという話になると思うので、ここはやはり医師を含めて、きちんと会議などで検討していた

だく必要があると思います。

2. 労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）

※ 以下のカテゴリごとに、最低1つの取組を記載。

(1) タスク・シフト/シェア

※ 以下に記載の取組内容は記載例としての参考である。このほか様々な職種との連携が考えられる。別添（取組例集）参照。

計画策定時点での取組実績	特になし
計画期間中の取組目標	特定行為研修を受講する看護師を〇名以上に増加させる

【看護師】

計画策定時点での取組実績	医師事務作業補助者の〇人体制で医師の具体的な指示の下、診察録等の代行入力を行う。
計画期間中の取組目標	医師事務作業補助者の〇人体制に増員し医師の具体的な指示の下、診察録等の代行入力を行う

【医師事務作業補助者】

計画策定時点での取組実績	医師事務作業補助者の〇人体制で医師の具体的な指示の下、診察録等の代行入力を行う。
計画期間中の取組目標	医師事務作業補助者の〇人体制に増員し医師の具体的な指示の下、診察録等の代行入力を行う

(2) 医師の業務の見直し

※ 以下に記載の取組内容は記載例としての参考である。このほか様々な取組が考えられる。別添（取組例集）参照。

計画策定時点での取組実績	特になし（診療科ごとの曜日直体制）
計画期間中の取組目標	診療科ごとの体制ではなく、交代で1日直置いたり2人体制とし、曜日直しない診療科はオンコール体制とする

○業務に関わりなく特に推進するもの

- ・ 助産師
- ・ 看護師
- ・ 薬剤師
- ・ 診療放射線技師
- ・ 臨床検査技師
- ・ 臨床工学士
- ・ 医師事務作業補助者

○職種ごとに推進するもの

- ・ 外来業務の見直し
- ・ 曜日直の体制・分担の見直し
- ・ 曜日直中の業務の見直し
- ・ 交代制勤務
- ・ 変形労働時間制
- ・ オンコール体制
- ・ 複数主治医制へ
- ・ 副業・兼業を含めた勤務シフト作成

その他に関しても、その事業所で、その医療機関でどんなことが想定されるかを皆さんで検討していただき、記入していくということになります。これはあくまでも計画なので、これからこういう予定ですということを入れていただければよいです。

こうした時短計画を提出していただき、評価をしていただきます。多くのところは、A水準だと申し上げました。A水準のところは、これは義務ではないので作らないということもあるのですが、自分のところの医療機関をより良くしていくためには、作っておかれたほうが良いと思います。実際、提出しなくても、こういう計画でやっていくというものがあることによって、かなり院内の雰囲気は良くなっていくと思います。提出の義務がないから作らないというよりは、あったほうが良いのではないかと思います。

それから時短計画に関しては、地域医療体制確保加算の要件にもなっています。A水準であっても、もっと簡略化されたものですが、時短計画が必要という場合もありますので、そこも注意していただければと思います。

(3) その他の勤務環境改善

※ 以下に記載の取組内容は記載例としての参考である。このほか様々な取組が考えられる。別添（取組例集）参照。

計画策定時点での取組実績	特になし（未導入）
計画期間中の取組目標	音声入力システムを導入してカルテの一部を自動作成する

(4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

※ 以下に記載の取組内容は記載例としての参考である。このほか様々な取組が考えられる。別添（取組例集）参照。

計画策定時点での取組実績	特になし
計画期間中の取組目標	副業・兼業先への労働時間短縮の協力要請を行い、勤務シフトの調整を行う

※本項目は副業・兼業を行う医師がない場合には記載不要。

(5) C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

※ 以下に記載の取組内容は記載例としての参考である。このほか様々な取組が考えられる。別添（取組例集）参照。

計画策定時点での取組実績	特になし
計画期間中の取組目標	個々の医師に応じた研修目標の設定とこれに沿った研修計画の作成を行う

- ・ ICTの活用（音声入力等）
- ・ 仕事と家庭の両立支援（育児・介護等）
- ・ 短時間勤務、時差出勤、変形労働時間制の導入、保育所等
- ・ 副業・兼業を促進した勤務シフトの管理、調整
- ・ 副業・兼業先への医師労働時間短縮の協力要請
- ・ 副業・兼業先における曜日直許可の取得
- ・ 長時間労働となつていない医師の充実の受け入れ等の協力要請
- ・ 教育カンファレンスや回診の効率化
- ・ 個々の医師に応じた研修目標の設定とこれに沿った研修計画の作成



事例紹介

こちらは必要な情報をキャッチすることがその医療機関の働き方改革を進める上で大事なのですが、好事例を少し紹介しますので、医療機関でこれが適用できそうだということであれば、ぜひご紹介いただければと思います。



濟生会横浜市東部病院の例

まずこれは横浜市の例です。これは勤怠管理システムの導入によって、ある程度、時間管理ができるようになったことから、給与制度を見直すことができたという事例になります。段階的にきちんと管理を

するようになったことで、人件費全体の見直しができたという事例です。

東部病院は今、いろいろなことを対策としてやられているところなのですが、まずは勤怠管理からスタートした事例になっています。

済生会横浜市東部病院の例 厚労省勤務環境改善の好事例紹介より

- 2007年の開院当初より、勤怠管理システム導入の構想はあったが、業務上の状態
- 全職員が月次の出勤簿に記入して勤怠管理を実施。勤務については月基広範囲で行うことが通例となっており、タイムカードに記録できない状況
- タイムカードは設置されていたものの、使用率が低く、出勤簿・残業時間申請用紙での運用がメイン
- 細かい残業申請は手配がかかるため、太まなみなし残業という計算法で計算

取組の内容

業務時間定義の明確化、タイムカードによる勤務状況の徹底した管理とともに、医師業務の分類・合理化を進め、段階的に職場環境の改善を推進した

具体的な内容	ポイント
所定労働時間は正しく就業対象となるよう「就業制度を厳格化	・ 勤務手当、時間外手当、日当直手当等の総額を削減し、正確に管理
正確な勤務時間把握のため、全職員が必ず通る場所と医務の入居にタイムカードを設置	・ 人件費全体の大幅な削減、医師個人への支給額の変化を最小限にする給与計算法を検討
医師、看護師、薬剤師等の多職種での出勤、患者サポートセンターの活用等による勤務業務の分類	・ 診療場所について、医師等の業務を整理
会議の見直し、ICTの活用等、院内の業務業務の効率化を多面的に実施し、労働時間の適正化を推進	・ 診療・特定一般業務の看護併行業務の削減、フリータイムの削減により、医師の負担を軽減
	・ 時間外・休日等の患者家族への説明時間の削減等、患者サービスの向上を得て負担を拡大

取組の効果

本取組により、職員にとって働きやすい職場環境を整備することに成功した

定性的効果	定量的効果
子育て世代の医師をはじめ、安心して仕事ができる職場環境を整備	医師の所定外労働時間 107.3時間 ↓

■ 広島県厚生農業協同組合連合会広島総合病院の例

こちらは広島の例で、看護師の勤務環境改善の例です。同じ看護師が患者に接することができるように、その病棟の課長と連携をしてスタッフをピックアップしたというものです。手術が行われていない時間帯は、その手術関連病棟の療養支援をしています。看護職がやらなければいけない仕事以外の付帯業務は外部委託をして、術中のみではなく、療養支援を通して患者と接する機会が増えたという例になります。

固定ナースングチームというような形でやっているという例でした。時間外労働時間はかなり減り、時間外手当もかなり減って、経営にもプラスになったという例になります。

広島県厚生農業協同組合連合会広島総合病院の例

- 2017年まで年間5,600件以上の手術を23名の手術室看護師が担当し、手術件数の23%は勤務時・緊急手術であり、手術室看護師の稼働効率が最大化
- 稼働効率が低下すると手術件数は増加しているが、手術室看護師の稼働率は例年と比べて非常に高く、結果として手術件数も20%以上増加させる見込みの現状

取組の内容

手術室への積極的な人員投入を行い、長時間勤務の解消を目指して夜勤二交代制を導入。また、固定ナースングチーム制も活用して、看護師同士の連携強化を図った

具体的な内容	ポイント
病棟及び外来からの勤務者や個人の手術室への積極的な投入	術前、術中、術後の両時間看護に力を入れて、同じ看護師が手術に接する方ができること、病棟の稼働と連携し、手術室稼働も高くなること
夜勤二交代制の活用	人員配置による稼働に伴って、長時間勤務解消を目的として実施
外科系看護師のキャリアアップの奨励	・ 手術が行われていない時間帯等は、手術関連業務の稼働支援に活用 ・ 夜勤等の手術室業務を能力化・可視化するも、稼働以外の稼働業務も併発発生し、稼働のみでなく稼働支援を高い意識と責任で実施すること
術室間における稼働の促進のため、特定の診療科を集中的に手術できるように固定ナースングチーム制を導入し、定期的に夜勤時、緊急手術に対応できる看護師を育成	稼働可能な病棟も固定ナースングが稼働し、手術室看護師がそのまま手術関連業務で稼働実施を行うことができる体制とした

取組の効果

本取組によって患者へのより良いケアの実施や、時間外勤務の削減等の効果を出すことに成功した

定性的効果	定量的効果
手術室・病棟に併設してシフトアパーストの稼働には2～3名配置していたが、固定ナースングチームにより、稼働率の向上が実現し、稼働率も6月で達成	平均時間外労働時間 (月) 32.5時間 ↓
手術室看護師の稼働率が高くなり、患者へのより良いケアを実現	時間外手当 87,500円 ↓

医療法人財団荻窪病院の例

こちらは荻窪の例です。クラーク、アシスタントとか、病院によってその呼び方はいろいろありますが、こちらはメディカルアシスタントという呼称にして、40人体制で補助業務をやっています。やはり医師が教育をするのが非常に大事で、医師が現場教育を実施して、医師と共通言語で情報共有ができるようにし、それによってタスクシフトがうまくいったという事例になります。

やがてはクラークたちも成長していくわけです。それで医師事務作業補助者、自らがカリキュラムを作成するようになっていったという事例になります。加算もありますので、収入も増額となったという事例です。

医療法人財団荻窪病院の例

- そもそも日本の医師の労働は他国に比べても異常な長時間労働を要している性質があり、加えて外業の負担が多岐に課題を感じてきた。
- 医師が多岐にわたる業務を担う中で、業務量の増えや、診療量の増えによる患者へのデメリット、待ち時間が長くなることによる予約患者数の減少及び経理的なデメリットも生じていた。

取組の内容

診療科上で医師事務作業補助加算が新設されたこともあり、電子カルテの導入を機に、医師事務作業補助者の導入を決定

具体的な内容

- 少人数からスタートして段階的に体制を拡大
- 臨床教育による業務内容の拡大
- 医師事務作業補助者が教育担当チームを形成

ポイント

- 5名で医師事務作業補助加算の取得を開始し、翌年には既存の医師・外来クリニックを確保し、15科以上の診療を機に増員を計画し、3年以内で40名以上に拡大。2015年には40人体制まで拡大。
- 当初は生命保険会社の入証証明書作成業務が主だったが、医師による臨床研修や実習、医師と共通言語で業務内容が広がり、タスクシフトが実現した。
- 医師による臨床研修を経て、医師事務作業補助者自身が教育担当チームを形成することになり、新たな教育体制も移行

取組の効果

本取組によって、総行患者数や手術件数等が増加するとともに、医師事務作業補助者による収入増にもつながり、医師収入が増えている

定性効果

- 医師に対するアンケートの結果、医師自身の業務である診療等に充てる時間が増加したと評価

定量効果

医師収入 (百万円)	8,661	16,742
医師事務作業補助者収入 (百万円)	48	103

独立行政法人国立病院機構埼玉病院の例

こちらは、埼玉の例ですが、医師がトップの組織です。チーム制にして、教育、タスクシェアを実施した例になります。医師からのタスクシフトが行いやすいような組織体制を作りました。

そのことによって、やはり時間外労働が減ったという事例です。

独立行政法人国立病院機構埼玉病院の例

- 医師事務作業補助者は、2010年ごろに1名のみの配置で導入し、診療書作成等の事務作業を代行することで医師の事務負担が軽減されているのが特徴に追加、診療報酬で評価されることにより、**人機体制を構築**
- 特定行為研修終了後は、2014年に研修医が研修医として勤務し、業務量も増え、研修医も研修医として勤務
- 現場に復帰した特定行為研修終了後は、研修医とともに1~2年程度の業務経験を積んでいる

取組の内容

医師事務作業補助者の配置（リーダーとスタッフ22名）に加え、特定行為研修終了者の配置（救急・外来・総合診療科・呼吸器内科に15人配置）を行い、医師が診療行為に集中できる体制を構築した

具体的な内容

- 医師を支援する医療支援室に所属し、業務等に7名の医師事務作業補助者チームを編成し、**人員的に余裕を確保**
- 医師から看護科にタスクシフトして、**外業看護科も医師事務作業補助者に変更し、外業看護科も医師等の業務負担を軽減できる体制を構築**
- 特定行為研修終了後は、看護科ではなく診療部の配置とし、**医師の業務負担を軽減**
- これまで医師が担当していたICCC挿入も特定行為研修終了後チームで受け継ぎ体制
- 特定行為研修終了後は、一部の診療科で医師に代わり、**看護科と業務の連携**として対応

ポイント

- 医師がトップの組織として医師の補助であることを明確にし、チームとして教育・タスクシェアを両方に実施
- 看護科業務のタスクシフトでないことを共通認識
- 医師からのタスクシフトが行いやすい体制
- 特定行為研修終了後の業務負担が上がることで医師も安心して業務に集中できる体制を構築
- 看護科と業務の連携として対応

取組の効果

本取組によって医師の本業務への集中や、PICCC挿入件数の大幅増加等の定性・定量的な効果を出すことに成功した

定性効果

- 医師の業務と向き合う時間や研究に充てる時間が増えたという効果のあり

定量効果

医師の業務と向き合う時間 (時間)	24	55.4
年間PICCC挿入件数	2件	55.4件
上記PICCC挿入の補助により、医師の業務負担を600時間程度削減		

社会医療法人石川記念会HITO病院の例

こちらは石川県HITO病院の例です。こちらはタスクシフトの例になります。これは看護師が行う薬剤管理業務を薬剤師にとり行う形でタスクシフトしたという事例です。

HITO病院はいろいろなことをされていて、ICTの活用に関してもかなり先駆的ないろいろな対策を取っていらっしゃると思うので、結構まねをしたい部分はたくさんあるかと思います。一応ここでご紹介しているのは、看護師の薬剤師へのタスクシフトです。

社会医療法人石川記念会HITO病院の例

- 病棟の薬剤管理業務について、特に夜間勤務の業務開始前に患者の配薬準備に時間を要するため、**看護師の協働出動（時間外勤務）が顕著化**
- 薬剤管理、準備、配薬に関するインシデントが繰り返し発生**
- 薬剤師としても、患者への距離を感じており、患者への薬剤指導等、**薬剤師の専門性を発揮した業務について、課題を感じていた**

取組の内容

看護部長及び薬剤部長が主導して病棟薬剤管理業務を整理し、看護師と薬剤師が担うべき役割を明確にすることで、業務効率化の実現を目指した。

具体的取組	ポイント
<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師は薬剤管理を、看護師は患者への配薬を適切に行うことを目的とし、病棟薬剤管理業務の役割分担を明確にし、看護師・薬剤師が専門性に即した役割を実施 看護師の業務適性や経験共有を促進し、安全・安心な薬剤管理業務を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 看護部長及び薬剤部長の双方で調整の上、薬剤管理業務から看護師・薬剤師の業務効率化の目的を明確にし、業務改善のための対応を推進
<ul style="list-style-type: none"> 病棟薬剤管理業務における看護師・薬剤師の業務分担の見直し（看護師から薬剤師へのタスクシフト） 	<ul style="list-style-type: none"> 看護部長及び薬剤部長の主導のもと、看護師が行う薬剤管理業務の範囲を広く看護師から薬剤師へ、業務適性や業務量も明確に定義

取組の効果

本取組により看護師の時間外勤務の減少や、看護師と薬剤師の役割による業務の効率化を実現することに成功した。

定性効果	定量効果
<ul style="list-style-type: none"> 看護師と薬剤師の役割が明確することで、病棟による業務の効率化による業務量の軽減が実現 看護師の業務適性や経験共有が促進され、薬剤師に業務の負担を軽減するようになった 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟薬剤管理業務時間数(改善) 120分 → 21分 薬剤に関するインシデント数の減少

看護師の時間外勤務時間の減少

磐田市立総合病院の例

磐田市の例です。こちらは住民に対して地域医療セミナーを開催しました。「働き方改革が必要です。そのためには住民の皆さんにもご協力を頂かなくてはいけない」ということをお話ししました。これは本当に大事な視点なのですが、なかなかご理解していただくのは大変かと思いますが、そういったことをしたという例です。

磐田市立総合病院の例

- 人口10万対医療施設従事医師数は、**全国平均を大きく下回っており深刻な医師不足**
- 消化器内科では、急性重症患者が多い、急の合併症や終末期の症例が多い、内視鏡処置後の症例が多い、という理由で急増が多く、**待機も高が待機も長い実情**

取組の内容

完全主治医制の廃止に伴う、入院診療の完全オンコール化や、有給休暇の取得状況の共有化、医師個人に対する健康管理の徹底等を実施した。

具体的取組	ポイント
<ul style="list-style-type: none"> 完全主治医制を廃止し、科目の入院診療の完全オンコール体制を導入 時間外労働時間、有給休暇の取得状況の共有 長時間労働の医師に対する健康管理 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療に即して、地域医療支援センターを推進し、働き方改革の必要性や休日業務負担軽減について理解と協力を求めた 月々の状況をタイムリーに共有して、業務改善につなげる 業務量による業務改善の実現

取組の効果

本取組によって、医師のストレス減少や、時間外勤務の減少等の効果を出すことに成功した。

定性効果	定量効果
<ul style="list-style-type: none"> 完全オンコール化により、個人や家庭の時間の確保や業務からの開放等の前向きな科内評価 業務上のストレスの減少 	<ul style="list-style-type: none"> 時間外勤務時間の減少 診療科稼働率の改善 有給休暇取得日数の増加

JA新潟厚生連柏崎総合医療センターの例

新潟の例です。これは緩い主治医グループ制を取っています。1sdと2sdに分けて、1sdが最初対応し、必要であれば2sdということで、主治医制で、1人ということではなく、緩い感じにしてグループで対応するようにしたという例になっています。

JA新潟厚生連柏崎総合医療センターの例

- 柏崎市は全国的と比較しても**医師の密度が低く**、今後しばらく医師不足の解消が見込めない
- 年産3500人以内の消化器疾患に対応出来る2-3次救急病院が無い、陸の孤島に立地しているため、**少ない人員で対応出来る体制への対応が必要**
- 制度改正への対応としての**医師の働き方改革への取組も必要**

取組の内容

チーム制の導入によるコンプライアンスの遵守と有給休暇取得促進により、職員の問題防止に取組んだ

具体的な内容	ポイント
消化器科ワンチームとした 準常勤医師グループ制	<ul style="list-style-type: none"> 1stと2ndに分けて、内科・救急外来からの電話は1stが全て対応し、2ndは手術の介助、コンサルトや手術中の診察の補助を担当 当直、異になる夜間の管理に際し出すことはせず、並目的主治医実務研修は廃止
週末休日完全フリーを実現するための 検診急やSNS活用	<ul style="list-style-type: none"> 個人情報と監査により、当直中の入院症例や病棟での病変変化もLINEで共有
当直明け医師の帰宅を支援する 無医研修、ワークショップ	<ul style="list-style-type: none"> 当直明けの空白での活動と研修、消化器内科部長が真摯に、急消化器内科医が無難でない環境を確保特定行為研修終了者や医師実務研修補助者への交流プログラムなどを実施して推進
各医師個人の意識改革	<ul style="list-style-type: none"> 併任制への賛成が強い医師に対し、業務のための働き方改革を進めようと呼びかけ

取組の効果

本取組によって、医師の業務や心理的な負担の軽減等の効果が顕出に成功した

実質効果	業績効果
<ul style="list-style-type: none"> 内科医の365日の出勤がなくなる等、「医師の生活の質が向上 当直明けに寝られる幸せが解放され、当直や入院に対する心理的ハードルが下がった 	-

このようにさまざま好事例などが厚労省から結構公表されています。「いきサポ」というサイトがあり、そこにアクセスしていただくと、こういった事例がたくさん載っています。もしまねができるような事例があればご紹介していただいて、こういうことをやっているところがあるということで、お話ししていただけるとよろしいかと思えます。「いきサポ」ということで検索していただければそこに行きますので、お願いします。



《講師より補足説明》

働き方改革というのは、特にこの医師の時間外労働規制等に関しては、病院だけの話ではありません。本当に国全体で考えていかないと大変なことになると思います。地方に行けば行くほど、切実な声が上がってきていて、今回のこの働き方改革によって、もしかしたらもう救急車の受け入れを半分ぐらいに減らさなくてはいけないかもしれないとか、あるいは医者がもう引き上げられてしまうと、夜、受けられないという声も結構あります。

本当にそれで大変な思いをするのは患者であるわれわれだと思うのですが、やはり医療従事者は人なので、無理をしないで診療には携わっていただきたい。しかし効率であったりとか、医師以外の人がお手伝いすることで、何とかこの地域医療を守っていききたいと、私も含めて、皆さんがお考えになっていると思います。

だからそういった意味では、今日、ご参加の皆さま方がご自身の立場で、もし何か支援ができるとか、助言ができるとかといったことがありましたら、ぜひ病院にご指導、あるいはご助言などをしていただき、あるいはもしお手伝いができるような部分があれば、何らかの形で知恵を絞っていただいて、ご支援していただけるとありがたいです。

本日はご清聴をありがとうございました。