

医師の働き方改革に関する検討会 報告書

平成31年3月28日

医師の働き方改革に関する検討会

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方	2
(1) 医師の働き方改革を進める基本認識	2
(2) 医師の診療業務の特殊性（働き方改革において考慮を要する医療の特性・医師の特殊性）	4
2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿	6
3. 医師の働き方に関する制度上の論点	10
(1) 2024年4月から適用する時間外労働の上限	10
(2) (1)の時間外労働規制との組み合わせにより医師の健康確保を図る追加的健康確保措置	19
(3) 2024年4月までの労働時間短縮	26
(4) 地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準の将来の在り方	29
4. おわりに	30

(別添1) 検討会構成員名簿

(別添2) 検討会開催経過

(参考資料)

医師の働き方改革に関する検討会 報告書

医師の働き方改革に関する検討会（以下「本検討会」という。）においては、平成 29 年 8 月の検討会発足以降、22 回にわたる議論を重ね、医師¹の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について結論を得るべく検討してきた。その結論をここにとりまとめる。

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

（1）医師の働き方改革を進める基本認識

- まず、我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要である。
医師は、昼夜問わず、患者への対応を求められうる仕事であり、特に、20 代、30 代の若い医師を中心に、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態にある。「自殺や死を毎週又は毎日考える」医師の割合が 3.6%との調査もある。日進月歩の医療技術への対応や、より質の高い医療やきめ細かな患者への対応に対するニーズの高まり等により、こうした長時間労働に拍車がかかってきた。
- こうした医師の長時間労働は、個々の医療現場における「患者のために」「日本の医療水準の向上のために」が積み重なったものではあるが、日本のよい医療を将来にわたって持続させるためには、現状を変えていかななくてはならない。
もとより国民に対する医療提供体制の確保は重要であるが、医師は、医師である前に一人の人間であり、健康への影響や過労死さえ懸念される現状を変えて、健康で充実して働き続けることのできる社会を目指していくべきである。
- また、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）への関心が高まっていることなどを踏まえれば、育児等を行いながら就業を継続したり、復職したりできる環境を整え、多様で柔軟な働き方を実現していかなければ、多様な人材の確保

¹ 本検討会においては、医師の時間外労働規制の具体的な在り方等を検討する観点から、労働者として労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）等が適用される勤務医を対象に議論を行った。そのため、本報告書における「医師」との表記は、基本的には勤務医を念頭に置いている。ただし、1.（2）において医師の診療業務の特殊性を整理した部分を中心に、勤務医に限らず医師全般に共通する内容を念頭に置いた記述もある。

が困難となる。とりわけ、女性医師の割合が上昇していることにも留意しなければならない。

- また、医療は医師だけでなく多様な職種の連携によりチームで提供されるものであるが、患者へのきめ細かなケアによる質の向上や医療従事者の負担軽減による効率的な医療提供を進めるため、さらにチーム医療の考え方を進める必要がある。この点については、看護師等が医師がいないことで患者の命を救うことを躊躇することがないようにしてはどうか、こうした場合でも患者側の理解・協力を得られるのではないかと、といった声もあり、安全性・有効性を確認しつつ医師以外の医療従事者や患者の思いも含めた検討も重要である。
- 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成の在り方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、医療・介護連携や国民の医療のかかり方等における様々な課題が絡み合って存在している。また、個々の医師の健康確保と、医療の質や安全の確保は表裏一体であり、ともに進めていく必要がある。
- 医師の働き方改革は、全ての人々が医療を受ける可能性があることにかんがみても国民全体・社会全体で考えられるべき課題であり、医療提供体制の改革や、たばこ対策・生活習慣病予防・がん検診の受診率向上等の予防医療の推進に加えて、上手な医療のかかり方について国民の理解を得ることも一体として進め、必要な時に適切な医療を受けられる体制を維持していく必要がある。特に、医療提供体制の改革は、医師の需給や偏在、養成の在り方、医療提供体制における機能分化・連携、国民の医療のかかり方等に関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきものであり、各医療機関が2024年4月からの規制内容を遵守できる条件整備を図る観点からも推進していくことが求められる。
- 本検討会が、「中間的な論点整理」、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」をとりまとめてから1年あまりが経過する中、長時間労働の中で患者と向き合っている現場の医師からは「医療現場の働き方は変わっておらず、本当に医師の働き方は変わっていくのか」という声もあるが、こうした現場の医師の期待を裏切ってはならない。
- 医療機関と医療従事者が話し合い（勤務環境の改善に向けた労使間の取組など）の中で取り組むことはもとより、行政、国民それぞれの立場から、また、医療分野と労働分野の双方から、医師と国民が受ける医療の両方を社会全体で守っていくという強い決意の下に、医師の働き方改革に取り組んでいかなければならない。
- まずは、2024年4月からの平成30年改正労働基準法に基づく新たな時間外労働

に対する規制（新時間外労働規制）²の適用まで、必要かつ実効的な支援策を十分に講じながら、最大限の改革を行い、その後も絶え間なく取組を進めていかなければならない。

（２）医師の診療業務の特殊性（働き方改革において考慮を要する医療の特性・医師の特殊性）

- 医師については、応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることが従来から指摘されていた。応召義務は実態として職業倫理・規範として機能し、純粋な法的効果以上に医師個人や医療界にとって大きな意味を持ち、医師の過重労働につながってきた側面も指摘されている。
- しかし、応召義務については、医師が国に対して負担する公法上の義務であり、医師個人の民刑事法上の責任や医療機関と医師の労働契約等に法的に直接的な影響を及ぼすものではなく、医療機関としては労働基準法等の関係法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できるよう必要な体制・環境整備を行う必要があり、違法な診療指示等に勤務医が従わなかったとしても、それは労働関係法令上の問題であって応召義務上の問題は生じないと解される。³
- こうしたことから、応召義務があるからといって、医師は際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。
- その上で、改めて、医師が行う診療業務を、働き方の観点からみると、以下の４つの特殊性があると考えられる。
 - ・ 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質（医療安全を含む）、継続性、利便性等を確保する必要があること。このため、職業倫理が強く働くことに加えて、法においても応召義務が設定されていること。

² 労働基準法第 141 条第 1 項の規定により読み替えて適用される同法第 36 条第 1 項の協定に定めた時間数を超えて労働させた場合、同法第 141 条第 3 項の規定に違反した場合は、それぞれ 6 箇月以下の懲役又は 30 万円以下の罰金に処することとされている（同法第 119 条第 1 号及び第 141 条第 5 項）。

³ 医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 19 条に定める応召義務については、「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈に関する研究」（平成 30 年度厚生労働科学研究）において、医療提供体制の変化や医師の働き方改革といった観点をも考慮し、現代において医療機関や医師が診療しないことがどのような場合に正当化されるか、緊急対応の要否や診療時間・勤務時間の内外等により場合分けした具体的な事例を念頭に、2019 年夏頃までに医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた解釈が新たに示される予定である。

医師の健康確保が本人の利益という観点からだけでなく、医療安全の観点からも求められること。公的医療保険で運営されていること。)

- ・ 不確実性(疾病の発生や症状の変化が予見不可能であること。治療の個別性、治療効果の不確実性があること。)
- ・ 高度の専門性(医師の業務は業務独占とされていること。医師の養成には約10年以上の長期を要し、需給調整に時間が係ること。)
- ・ 技術革新と水準向上(常に新しい診断・治療法の追求と、その活用・普及(均てん化)の両方が必要であること。このために必要となる知識の習得や手技の向上は医師個人の努力に大きく依存していること。)

○ こうした特性がある中、勤務環境整備が十分進んでおらず、出産・育児期の女性など時間制約のある医師にとっては就業を継続しにくい働き方となっている。

○ これらを踏まえると、医師に係る時間外労働規制については、以下の点を考慮する必要がある。

- ・ 医師についても、一般則が求めている水準と同様の労働時間を達成することを目指して労働時間の短縮に取り組むこと
- ・ 医療の公共性・不確実性を考慮し、医療現場が萎縮し必要な医療提供体制が確保できなくなるような規制とする必要があること。その場合であっても、医療安全の観点からも、医師が健康状態を維持できることは重要であること。
- ・ 具体的な取組として、1日6時間程度の睡眠を確保できるようにすること。継続的に労働時間のモニタリングを行い、一定以上の長時間労働の医師がいる医療機関に対して、重点的な支援を行うこと。
- ・ 医師の知識の習得や技能の向上のための研鑽を図る時間が労働時間に該当する場合があるが、医師の使命感からくる研鑽の意欲を削がず、医療の質の維持・向上を図ることができるようにすることが重要であること。
- ・ 出産・育児期の女性など時間制約のある医師が働きやすい環境を整える必要があること。

2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

(労働時間管理の適正化)

- 労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）における労働時間に係る規定を遵守する観点から、医療機関に限らず使用者は、労働時間を適正に把握するなど労働時間を適切に管理する責務を有している⁴。このため、今後、医師の労働時間短縮を図っていく上で、医師の労働時間管理の適正化を図り、「時間」を意識した働き方とすることが必要である。
- その際、とりわけ医師については、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）において宿直が義務付けられている等の事情があるが、医師等の当直のうち、断続的な宿直として労働時間等の規制が適用されないものに係る労働基準監督署長の許可基準については、現状を踏まえて実効あるものとする必要がある。具体的には、当該許可基準における夜間に従事する業務の例示等について、現代の医療現場の実態と宿日直許可の趣旨を踏まえて現代化する必要がある。
- また、労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たるが、医師については、自らの知識の習得や技能の向上を図る研鑽を行う時間が労働時間に該当するののかについて、判然としないという指摘がある。
このため、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方と「労働に該当しない研鑽」を適切に取り扱うための手続を示すことにより、医療機関が医師の労働時間管理を適切に行えるように支援していくことが重要である。
また、医師の勤務実態やキャリアパス、養成課程、医療機関の機能、診療科ごとの特性等を踏まえ、適正な取扱いがなされているかについても確認・支援していく必要がある。

(労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性)

- その上で、医師の労働時間の短縮のために、
 - ・ 医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善）、
 - ・ 地域医療提供体制における機能分化・連携、プライマリ・ケアの充実、集約化・重点化の推進（これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む）、医師偏在対策の推進、
 - ・ 上手な医療のかかり方の周知、を、全体として徹底して取り組んでいく必要がある。特に、地域医療提供体制に

⁴ 加えて、労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）においては、管理監督者も含め、客観的な労働時間の状況把握が義務付けられている。

おける機能分化・連携、集約化・重点化の推進に関しては、個々の医療機関レベルでの努力には限界があり、地域医療構想と連動した取組などが重要である。

- また、医師の働き方改革を着実に進めていくためには、医療機関全体としての効率化や他職種も含めた勤務環境改善に取り組むことが不可欠である。個々の医療現場においてチーム医療の推進やICT等による業務改革が実際に進んでいくための、実効的な支援策が必要である。
 - ・ チーム医療の推進に関しては、看護師の特定行為研修制度は特定行為区分を組み合わせ受講する仕組みとなっており、手術前後の病棟管理業務や術前・術中・術後管理など一連の業務を担うための研修を広く行うには不十分となっている。そのため、医道審議会看護師特定行為・研修部会における検討では、頻度の高い特定行為及び特定行為研修をパッケージ化することとした。術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進することができる。
 - ・ これにより、医療従事者の合意形成のもとで、患者に対するきめ細かなケアによる医療の質の向上、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれる。具体的な役割分担・連携の在り方、導入方法、医療機関側・看護師側双方に対する支援策等の個別論点を整理した上で、その円滑な実施が強く期待される。
 - ・ また、更なるタスク・シフティングの推進に向けて、現行の資格制度を前提としたものに加え、将来的にはいわゆるナース・プラクティショナー（NP）など、従来の役割分担を変えていく制度的対応を検討していくべきとの指摘があった。一方で、更なるタスク・シフティングの推進は重要であり、そのためには、まずは現行の資格の下での各職種の役割分担をどのようにしていくかについて、さらに検討を進めるべきとの指摘もあった。いずれにせよ現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進しつつ、看護師が医師の直接的な指示なく対応できるなど、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えることは重要であり、そのための議論を引き続き確実に深めていくことが必要である。
 - ・ また、行政や民間保険会社等が医療機関に作成を求める文書については、その様式の簡素化等が医師の負担軽減につながる。これに資する取組として、生命保険協会、日本損害保険協会においては、今般、診断書様式に係る自主的ガイドラインを改定したところであり、こうした対応が行政や各保険業界において進むことは、医師の働き方改革の着実な推進にとって有効である。
- 医療機関内のマネジメント改革や地域医療提供体制の機能分化・連携の推進による医師の労働時間短縮は、医療機関の機能や診療科の特性、地域における医療提

供体制の状況、これまでなされてきた取組の状況等によって、今後、どのような取組が可能であるか・有効であるかが異なると考えられる。医療機関側にもマネジメント改革により、より良い職場づくりが進み、医療従事者の確保・定着が図られるなどの経営上のメリットがあることも踏まえ、個々の医療機関が自らの状況を適切に分析し、取り組んでいくことが必要であり、そのための支援も不可欠である。

- 組織のトップがこうした取組の重要性に気づき、マネジメント改革等の舵取りをしていくことが重要である。まずは、医療機関の管理者の意識改革に効果的な、参加しやすいトップマネジメント研修を実施していく必要がある。
- その上で、既に、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の19に基づき、医療機関の管理者は、勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならないこととされ、これに基づき管理者が講ずべき措置については、厚生労働大臣が指針を定め、現状分析、改善目標の設定、勤務環境改善に関する計画作成、その実施と達成状況の評価、見直し等の一連の自主的活動を求めている。医師の労働時間短縮に向けても、この「医療勤務環境改善マネジメントシステム」の取組を進めていくことが重要である。
- さらに、大学病院における研究を行う医師に対する労働時間制度の運用実態にかんがみ、医師の研究を阻害しないよう、研究者のために必要な議論を開始すべきであるとの意見があった。

（医師の健康確保等勤務環境改善の方向性）

- 医師の健康確保のためには、
 - ・ 長時間労働の是正はもちろん必要であるが、それだけでなく、
 - ・ 連続勤務時間制限、勤務間インターバル確保等による睡眠時間の確保、
 - ・ 一人ひとりの医師の健康状態を確認しながら勤務させること、が重要である。

（女性医師等が働きやすい環境の整備の推進）

- さらに、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境を整備していくことが重要である。連続勤務時間制限等の導入により、勤務時間に制約のある医師もチームの一員として重要な役割を担うことによって、働く意義にもつながっていくと期待される。勤務時間に制約のある医師でも働きやすい環境整備をすることにより、就労意欲のある医師が就労すれば、医師数の確保にもつながっていく。

（医療機関の取組を加速化するための支援の方向性）

- 以上のような取組を個々の医療機関において包括的に実施していく必要があり、

そのためには医療機関の管理者の意識改革とリーダーシップが重要であるが、個々の医療機関に対するマネジメント改革やICT活用などのノウハウ提供も含めた実効的な支援策が重要である。

- 取組の支援に当たっては、第三者の立場から、医療機関内のマネジメント改革を進めていく方向性や手順、地域医療提供体制における機能分化・連携に関する助言等を行うことが考えられる。
- この点、支援の主体として一つには、現行制度である都道府県医療勤務環境改善支援センターがある。社会保険労務士等の労務管理の専門家（医療労務管理アドバイザー）等による、医療機関の自主的な取組を支援することが重要である⁵。ただし、相当の機能強化が必要であり、財源確保も含めて検討すべきとの意見があった。

（上手な医療のかかり方を実現するための取組の方向性）

- 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会においては、「「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！」⁶をとりまとめ、以下の5つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、全ての関係者の取組が前進するよう、進捗をチェックし続けると表明された。
 - ① 患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
 - ② 医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
 - ③ 緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
 - ④ 信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
 - ⑤ チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること
- この宣言が示しているように、医療の危機と現場崩壊を防ぎ、国民が受ける医療を守るための「医師の働き方改革」は、医療提供者だけで完結するものではない。行政や、CSR（企業の社会的責任）の観点も含めた民間企業等、市民社会の取組とあいまって、国民の医療のかかり方が変わり、患者・家族の不安も解消し、医療提供者の働き方も変わっていくための取組を総力戦で進めるべきである。

⁵ また、医療法第30条の21等にあるとおり、医療勤務環境改善支援センターと、医師の派遣調整等を担う地域医療支援センターの相互連携を密にするなど、特に医師の長時間労働の実態がある医療機関に対しては、多面的な支援を行っていくことが求められる。

⁶ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000473642.pdf>

3. 医師の働き方に関する制度上の論点

(1) 2024年4月から適用する時間外労働の上限

(診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準)

- 医療機関で患者に対する診療に従事する勤務医(以下「診療従事勤務医」という。)の時間外労働の上限水準(以下「診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準」といい、「(A)水準」と略称する。)を以下のとおりとする。
 - ・ 通常予見される時間外労働につき、延長することができる時間数として36協定で協定する時間数の上限⁷(以下「医師限度時間」という。)は、医師についても一般労働者と同等の働き方を目指すという視点に立って、労働基準法第36条第4項の限度時間と同じ時間数(月45時間・年360時間)とする。
 - ・ 通常予見することのできない業務量の大幅な増加等に伴い臨時的に医師限度時間を超えて労働させる必要がある場合(以下「臨時的な必要がある場合」という。)につき、延長することができる時間数として36協定で協定する時間数の上限⁸については、医療は24時間365日、休日であっても当該医師の診療が必要な場合には休日労働を指示せざるをえないこともあるため、年及び月の両方について、休日労働込みの時間数として設定する。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」の1か月あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における単月の時間外労働の水準(単月100時間未満)を考慮し、原則100時間未満(後述の追加的健康確保措置②を実施した場合、例外あり)とする。これは、患者数が多い、緊急手術が重なった等への対応を要する場合を想定しており、必要な地域医療確保のためのものである。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」の1年あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準(複数月平均80時間以下、休日労働込み)を考慮し、12か月分として年960時間とする。これは、毎月平均的に働くとした場合には月80時間以下の労働となり、一般労働者の休日労働込み時間外労働についての上限である「複数月平均80時間以下」と同様の水準である。この場合、後述の追加的健康確保措置①を努力義務として課す。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」は、医師の場合、臨時的な必要性が生じる時季

⁷ 労働基準法第141条第1項により読み替えて適用される同法第36条第3項の「限度時間並びに労働者の健康及び福祉を勘案して厚生労働省令で定める時間」をいう。

⁸ 労働基準法第141条第2項の「同条第5項(注：第36条第5項)に定める時間及び月数並びに労働者の健康及び福祉を勘案して厚生労働省令で定める時間」をいう。

や頻度が予見不能であることから、その適用を年6か月に限らないこととする。

- ・ 36協定によっても超えられない時間外労働の時間数の上限⁹として、月及び年について、36協定上の上限時間数のうち、「臨時的な必要がある場合」の上限と同様の水準を定める。

なお、医師の診療業務の公共性・不確実性を踏まえれば、ある月の医療ニーズが多く時間外労働が長かった場合に、翌月必ず短くして平均値が一定となるように調節することは、地域医療の実情や医師数の制約の下では困難であるため、月100時間以上の時間外労働が想定される場合の必須の措置として時間外労働時間数が月80時間以上となった段階で後述の追加的健康確保措置②を講ずることとし、複数月平均による規制は設けず、単月の規制のみとする。

(地域医療提供体制の確保の観点からの検討)

- 2024年4月において全ての診療従事勤務医が(A)水準の適用となることを目指し、労働時間の短縮に取り組むが、地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ず(A)水準を超えざるを得ない場合が想定される。具体的には、
 - ・ 医師需給は、労働時間を週60時間(年間時間外労働960時間に相当)程度に制限し、7%のタスク・シフティングを実現する等の仮定をおく「需要ケース2」において¹⁰、2028年頃に均衡すると推計されるが、この場合であっても2024年段階ではまだ約1万人の需給ギャップが存在する。医師養成には約10年以上を要することから、2024年段階での需給ギャップを医師数の増によって埋めることは困難である。また、我が国全体で医師需給が均衡した後も、引き続き医師の偏在を解消するための取組が必要であり、都道府県単位で偏在を解消する目標年は、2036年とされている。
 - ・ 地域によっては医療資源(医療機関・医療従事者)が限られている中で政策医療の確保と労働時間短縮を両立せねばならず、医療提供体制の確保の責任主体である都道府県の関与の下、医療計画のサイクル(3年ごと中間見直し・6年ごと見直し)において必要な改革に取り組む必要がある。第8次医療計画は2024年度~2029年度末、第9次医療計画は2030年度~2035年度末となっている。
 - ・ 医師は、他の職業と比較して特に長時間労働である者の割合が高く、その労

⁹ 労働基準法第141条第3項において「第36条第1項の協定で定めるところによつて労働時間を延長して労働させ、又は休日において労働させる場合であつても、同条第6項に定める要件並びに労働者の健康及び福祉を勘案して厚生労働省令で定める時間を超えて労働させてはならない」とされているところの「同条第6項に定める要件並びに労働者の健康及び福祉を勘案して厚生労働省令で定める時間」をいう。

¹⁰ 医療従事者の需給に関する検討会 第19回医師需給分科会(H30.4.12開催)資料1

働時間短縮に当たっては、日々の患者の医療ニーズへの影響に配慮しながら段階的に改革を進めざるを得ない。

(地域医療確保暫定特例水準の内容)

- 以上より、地域での医療提供体制を確保するための経過措置として暫定的な特例水準（以下「地域医療確保暫定特例水準」といい、「(B)水準」と略称する。）を設けることとし、以下のとおりとする¹¹。
- ・ 医師限度時間は、医師についても一般労働者と同等の働き方を指すという視点に立って、労働基準法第36条第4項の限度時間と同じ時間数（月45時間・年360時間）とする。※(A)水準と同じ。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」につき延長することができる時間数として36協定で協定する時間数の上限は、医療は24時間365日、休日であっても当該医師の診療が必要な場合には休日労働を指示せざるをえないこともあるため、年及び月の両方について、休日労働込みの時間数として設定する。※(A)水準と同じ。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」の1か月あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における単月の時間外労働の水準（単月100時間未満）を考慮し、原則100時間未満（後述の追加的健康確保措置②を実施した場合、例外あり）とする。これは、患者数が多い、緊急手術が重なった等への対応を要する場合を想定しており、必要な地域医療確保のためのものである。※(A)水準と同じ。
 - ・ 「臨時的な必要がある場合」の1年あたりの延長することができる時間数の上限については、医師の勤務時間（「指示なし」時間を除く）の分布¹²において、まずは上位1割に該当する医師の労働時間を確実に短縮することとし、1,860時間とする¹³。この水準は、現状において年間3,000時間近い時間外労

¹¹過労死等の労災認定においては、事案ごとに脳・心臓疾患の労災認定基準及び精神障害の労災認定基準に沿って、個別に判断される。過労死等の労災請求がなされた場合には、労働基準監督署が独自に調査を行い、実際に働いた時間等を把握し、適正に労災認定を行うこととしており、この取扱いは適用される時間外労働の上限時間数の違いによって変わるものではない。

¹²「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」（平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班）の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）における個票の診療外時間より4.4%相当分を削減した上で、勤務時間（「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計）を集計。

¹³注釈7の集計結果において、年間の時間外勤務時間が1,860時間を超えると推定される医師がいる医療機関は、病院全体の約27%、大学病院の約88%、救命救急機

働をしている医師もいる中で、その労働時間を週に 20 時間分、基礎的な項目から特定行為研修修了看護師の活用まで幅広いタスク・シフティング、診療科偏在の是正を図るタスク・シェアリング等によって削減して初めて実現できるものである¹⁴。一方で、年の上限時間数の水準¹⁵を踏まえ、医師の健康確保の観点から後述の追加的健康確保措置①を義務として課す。これらによって、医師の健康確保と必要な地域医療提供体制の確保の両立を図るものであり、年間 3,000 時間近い時間外労働をしている医師の働き方は、追加的健康確保措置①の実施に伴う強制的な時間外労働の削減と休日・休暇の取得によって、大きな改革に向けて着実に短縮を進めていくこととなる。

- ・ 「臨時的な必要がある場合」は、医師の場合、臨時的な必要性が生じる時季や頻度が予見不能であることから、その適用を年 6 か月に限らないこととする。※（A）水準と同じ。
- ・ 36 協定によっても超えられない時間外労働の上限として、月及び年について、36 協定上の上限時間数のうち、「臨時的な必要がある場合」の上限と同様の水準を定める。

なお、医師の診療業務の公共性・不確実性を踏まえれば、ある月の医療ニーズが多く時間外労働が長かった場合に、翌月必ず短くして平均値が一定となるように調節することは、地域医療の実情や医師数の制約の下では困難であるため、複数月平均による規制は設けず、月 100 時間以上の時間外労働が想定される場合の必須の措置として時間外労働時間数が月 80 時間以上となっ

能を有する病院の約 84%、救急機能を有する病院の約 34%であるなど、広く存在している。

¹⁴ 当該 20 時間の削減は、医療従事者一般が実施可能なタスク・シフティング 7 時間（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」において、平均 1 日約 40 分程度が他職種へ移管できるとされており、これは、医師の勤務時間のうちおよそ 7%に相当することから、週 100 時間勤務の者については 7 時間に相当）、特定行為研修修了看護師へのタスク・シフティング 7 時間（特定行為に係る業務は、「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」によると、全体の約 3%程度、外科系医師に限れば約 7%程度の業務時間に当たり、週 100 時間勤務の外科系医師の場合 7 時間に相当）、地域枠医師等を含めた診療科偏在の是正を図るタスク・シェア 6 時間の合計により達成される。

¹⁵ 年 1,860 時間は 12 か月で平均すると月 155 時間であるが、脳・心臓疾患の労災認定基準においては、発症前 1 か月間におおむね 100 時間又は発症前 2 か月間ないし 6 か月間にわたって、1 か月当たりおおむね 80 時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できることを踏まえて業務起因性を判断することとされている。加えて、精神障害の労災認定基準においては、精神障害の発病前おおむね 6 か月の間に業務による出来事があり、当該出来事及びその後の状況による心理的負荷が、客観的に精神障害を発病させるおそれのある強い心理的負荷であると認められるか否かにより業務起因性を判断している。例えば、発病直前の連続した 2 か月間に、1 月当たりおおむね 120 時間以上の時間外労働又は発症直前の連続した 3 か月間に、1 月当たりおおむね 100 時間以上の時間外労働が認められる場合には、業務による強い心理的負荷が認められるとされている。

た段階で後述の追加的健康確保措置②を講ずることとし、単月の規制のみとする。※（A）水準と同様

- なお、「臨時的な必要がある場合」の1年あたりの延長することができる時間数の上限（1,860時間）については、過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとする意見があった。

（地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関）

- （B）水準については、2024年4月までの約5年間で、医療機関のマネジメント改革や地域医療提供体制における機能分化・連携、地域での医師確保、国民の上手な医療のかかり方に関する周知などの対応を最大限実行した上でもなお、必要な地域医療が適切に確保されるかの観点からやむをえず設定するものであることから、以下3つの観点から要件を設定し、対象医療機関を特定して適用する。

- ① 地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関であること。なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるのかについては、36協定締結時に特定する。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務（以下「地域医療確保暫定特例水準対象業務」という。）とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。
- ② 当該医療機関に（B）水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針と整合的であること。
- ③ 以下のような医師の労働時間短縮に向けた対応がとられていること。
 - ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること
 - ・ 実際に医師の時間外労働が短縮していること。短縮していない場合には、評価機能（※後述（3））による長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、医師労働時間短縮計画等の見直しにより追加的な対応が取られていること。
 - ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。具体的な内容は、地域医療提供体制への影響や他制度の取扱い等を考慮して検討。

- 当該特定は、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定し、その際、当該医療機関における医師の長時間労働の実

態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえる。

○ ①地域医療の観点から必須とされる機能は、医療の公共性、不確実性、高度の専門性等の観点から、以下を基本とする。

(ア) 救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの（例：二次・三次救急医療機関、在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関）

(イ) 政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業（※）」

(ウ) 特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療機関・医師（例：高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等）

※ 「5疾病・5事業」：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の「5疾病」、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の「5事業」

○ 上記（ア）～（ウ）のような機能について、国として一定の客観的な要件を整理した上で、地域の個別事情を踏まえながらも恣意的な適用とならないよう定めることが必要であり、具体的には以下のとおりとする。

<（ア）（イ）の観点から>

i 三次救急医療機関

ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数 1,000 台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数 500 件以上」 かつ「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」

iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

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

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

※ 以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約 1,500 程度と見込まれる。

<（ウ）の観点から>

特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関

（例）高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

- ②については、都道府県医療審議会等において以下について協議されていることをもって確認する。
 - ・ 地域の医療提供体制の構築方針（医療計画等）と整合的であること
 - ・ 当該医療機関について地域の医療提供体制全体としても医師の長時間労働を前提とせざるを得ないこと

- ③については、
 - ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進に関しては、各医療機関で定める医師労働時間短縮計画（※（４）のとおり国から記載項目を示す・医療機関内で取り組める事項を想定）の作成・実施により確認する。
 - ・ 実際の時間外労働の短縮状況については、医師労働時間短縮計画における前年度実績（時間数）により確認する。短縮していない場合については、医療機関内の取組を当該計画により確認するほか、医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について評価機能が行う客観的な要因分析・評価の結果、都道府県医療審議会等における協議の状況等により、労働時間短縮に向けた取組状況を確認する。
 - ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反に関しては、労働基準行政との連携により確認する。

（地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関に対する支援）

- 地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定されると、医師の労働時間短縮に必要な支援（マネジメント改革支援、地域医療提供体制における機能分化・連携の推進、医師偏在対策における重点的な支援等）を重点的に受けられることとなる。

- こうした支援においては、個々の医療現場においてチーム医療の推進やICT等による業務改革が実際に進んでいくための実効的な支援策が必要であり、ノウハウ面の支援、制度上の対応、財政面の対応を必要に応じて講じていく。

（集中的技能向上水準の必要性）

- 今後、2024年4月の（A）水準適用に向けた医師の労働時間の短縮を図っていくが、短縮の仕方によっては、
 - ・ 臨床研修医・専門研修中の医師が一定の知識・手技を身につけるために必要な診療経験を得る期間が長期化し、学習・研鑽に積極的な医師の意欲に応えられない上、医師養成の遅れにつながるおそれ、
 - ・ 我が国の医療水準の維持発展に向けて高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要な分野においては、高度に専門的な知識・手技の修練に一定の期間集中的に取り組むことを可能としなければ、新しい診断・治療法の活用・普及等が滞るおそれ、

があり、ひいては医療の質及び医療提供体制への影響が懸念される。

- このため、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの水準（以下「集中的技能向上水準」といい、「(C)水準」と略称する。）を設けることとし、以下のとおりとする。

（集中的技能向上水準の内容）

- (C)水準を以下の2類型に整理する。
 - ・ 初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム／カリキュラムに参加する後期研修医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師（又は専門医）としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合…(C)－1
 - ・ 医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野（※）において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合…(C)－2
- ※ 高度に専門的な医療を三次医療圏単位又はより広域で提供することにより、我が国の医療水準の維持発展を図る必要がある分野であって、そのための技能を一定の期間、集中的に修練する必要がある分野を想定。
- (C)－1、2いずれも、時間外労働の上限設定に当たっては、それぞれの目的に応じて何時間の時間外労働があれば必要十分であるかを考慮する必要があるが、
 - ・ 我が国において時間外労働と(C)－1、2の業務の関係性を検証したエビデンスは現在のところ存在しない。
- ※ ただし、米国においては、米国卒後医学教育認定評議会（ACGME）により、レジデントの労働時間について週80時間制限が導入されており¹⁶、これは、時間外労働年1,920時間に相当する水準である。
- ・ 日々の医療提供の中に、医師としての能力の向上に資する業務（難しい症例への対応等）とそれ以外の日常の診療業務があるものの、実態においてこれらは連続的であり、切り分けて考えることは困難である。
- その上で、(C)－1、2の上限時間については、2024年4月の規制適用段階においてはその段階で医師に適用される時間外労働の上限のうち高いものと同じ水準、すなわち、36協定における「医師限度時間」・「臨時的な必要がある場合」の上限、及び36協定によっても超えられない時間外労働の上限について、(B)水準

¹⁶ 週労働時間のほか、連続勤務時間28時間、宿直勤務の頻度は3日に1回まで（4週間平均）、最低休息时间8時間、強制的な非番の日週当たり1日（4週間平均）といった規制がある。

と同様のものを定める。その上で（C）－1、2としての、適正な上限時間数について、不断に検証を行っていくこととする。

- これら時間外労働規制と追加的健康確保措置①・②、管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進を求めることを組み合わせること等は（B）水準と同様とするが、さらに（C）水準独自の論点として、
 - ・ 特に若手の医師が長時間労働を強いられることがない制度とすることが必要
 - ・ 初期研修医については、入職まもない時期でもあることから、本人が選択したキャリアパスであるとはいえ、追加的健康確保措置をさらに手厚くすることが必要である（※後述（2））。

- （C）－1水準の適用に当たっては、
 - ・ まず、全ての臨床研修病院ごとの臨床研修プログラム、各学会及び日本専門医機構の認定する専門研修プログラム／カリキュラムにおいて、適正な労務管理と研修の効率化を前提として、各研修における時間外労働の想定最大時間数（直近の実績）を明示することとし、当該時間数が（A）水準を超える医療機関について、（B）水準と同様に都道府県が特定する。
 - ・ 特定に伴い、当該医療機関に追加的健康確保措置①・②が義務付けられるとともに、対象業務（「臨床研修（又は専門研修）に係る業務」）について36協定を締結できることとなる。
 - ・ 時間外労働の実態を踏まえて医師が各医療機関に応募し、採用（雇用契約開始）後、初期研修・専門研修に36協定が適用されることとなる。明示した時間数が実態と乖離している等の場合は臨床研修病院の指定、専門研修プログラム／カリキュラムの認定に係る制度の中で是正させる（臨床研修病院の指定等取消による対応も含む）。

- （C）－2水準の適用に当たっては、
 - ・ まず、我が国の医療技術の水準向上に向け、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要である分野を審査組織（※）において指定する。
 - ・ 当該医師を育成するために必要な設備・体制を整備している医療機関を（B）水準と同様に都道府県が特定する。
 - ・ 特定に伴い、当該医療機関に追加的健康確保措置が義務付けられるとともに、対象業務（「高度特定技能育成に係る業務」）について36協定を締結できることとなる。
 - ・ 高度特定技能については、個々の医師の自由な意欲・希望の下で発案されると考えられることから、医師が主体的に高度特定技能育成計画（※内容に応じ、

- 有期のものを想定)を作成し、当該計画の必要性を所属医療機関に申し出る。
- ・ 医療機関が当該計画を承認し、当該計画に必要な業務を特定して審査組織に申請し、審査組織における承認を経て、特定された当該業務に上記36協定が適用される。

※ 我が国の医療技術の水準向上のための公益上の必要性の判断となることから、高度な医学的見地からの審査を行う組織を設ける必要がある。

- 以上を踏まえ、(C)水準に関して、医療の技術革新・水準向上の観点からの検討を要する内容(審査組織の設計等)については、引き続き検討する。

(各水準の適用対象医師の範囲)

- (A)・(B)・(C)各水準は、医療機関で患者に対する診療に従事する勤務医に適用されるものであり¹⁷、医業に従事しない医師(行政機関の従事者等)については2024年4月までの適用猶予なく一般の労働者に適用される時間外労働の上限が適用される。

(2)(1)の時間外労働規制との組み合わせにより医師の健康確保を図る追加的健康確保措置

(追加的健康確保措置：総論)

- 人命を預かるという医療の特性から、やむを得ず、一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康を確保し、医療の質や安全を確保するために、一般労働者について限度時間を超えて労働させる場合に求められている健康福祉確保措置¹⁹に加えた措置(追加的健康確保措置)を講ずることとする。

¹⁷ 介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第28項に定める介護老人保健施設及び同条第29項に定める介護医療院の勤務医についても、診療業務の特殊性が該当することから、同様の取扱いとする。ただし、実態を踏まえると、(B)・(C)水準の適用は想定されない。

¹⁸ 医業に従事する医師であっても、疾患を有する患者の治療を直接の目的としない血液センター等の勤務医や、診療業務の特殊性が該当しないと考えられる産業医や健診センターの医師については、医師の時間外労働の上限規制において特例を設ける趣旨を踏まえ、一般則の適用となる。

¹⁹ 労働基準法施行規則(昭和22年厚生省令第23号)第17条第1項第5号の「限度時間を超えて労働させる労働者に対する健康及び福祉を確保するための措置」をいう。

- 追加的健康確保措置①（連続勤務時間制限・勤務間インターバル等）、追加的健康確保措置②（医師による面接指導、結果を踏まえた就業上の措置等）等を以下のとおり設ける。

<追加的健康確保措置①> ※詳細は本ページ下部から

- ・ 勤務日において最低限必要な睡眠（1日6時間程度）を確保し、一日・二日単位で確実に疲労を回復していくべきとの発想に立ち、連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保を求める。
- ・ 連続勤務時間制限・勤務間インターバルについて、日々の患者ニーズのうち、長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合に、代わりに休息を取ることで疲労回復を図る代償休息を付与する。ただし、（C）－1水準の適用される初期研修医については連続勤務時間制限・勤務間インターバルの実施を徹底し、代償休息の必要がないようにする。

<追加的健康確保措置②> ※詳細はP22から

- ・ 同じような長時間労働でも負担や健康状態は個人によって異なることから、面接指導により個人ごとの健康状態をチェックし、医師が必要と認める場合には就業上の措置を講ずることとする。

<義務付け等の構成>

- ・ （A）水準の適用となる医師を雇用する医療機関の管理者に、当該医師に対する追加的健康確保措置①の努力義務（※）と追加的健康確保措置②の義務を課す。
※ ただし、実際に個々の医療機関が協定する36協定の上限時間数が一般則（月45時間・年間360時間以下、臨時の場合年間720時間以下）を超えない場合を除く。
- ・ （B）・（C）水準の適用となる医師を雇用する医療機関の管理者に、当該医師に対する追加的健康確保措置①の義務と追加的健康確保措置②の義務を課す。

<その他> ※詳細はP24

- ・ 月の時間外労働が極めて長時間となった者について、一定時間数を超過した段階で労働時間を短縮するための具体的取組を講ずることとする。

（追加的健康確保措置①－1 連続勤務時間制限）

- 当直明けの連続勤務は、宿日直許可を受けている「労働密度がまばら」の場合を除き、前日の勤務開始から28時間までとする²⁰。これは、医療法において、病

²⁰米国卒後医学教育認定協議会（ACGME）の例を参考に28時間（24時間＋引継