

令和元年7月7日（日）有床診療所セミナー

【行政説明】

医師の働き方改革について

令和元年7月7日

令和元年度 医療勤務環境改善マネジメントシステム普及促進事業
有床診療所セミナー

厚生労働省



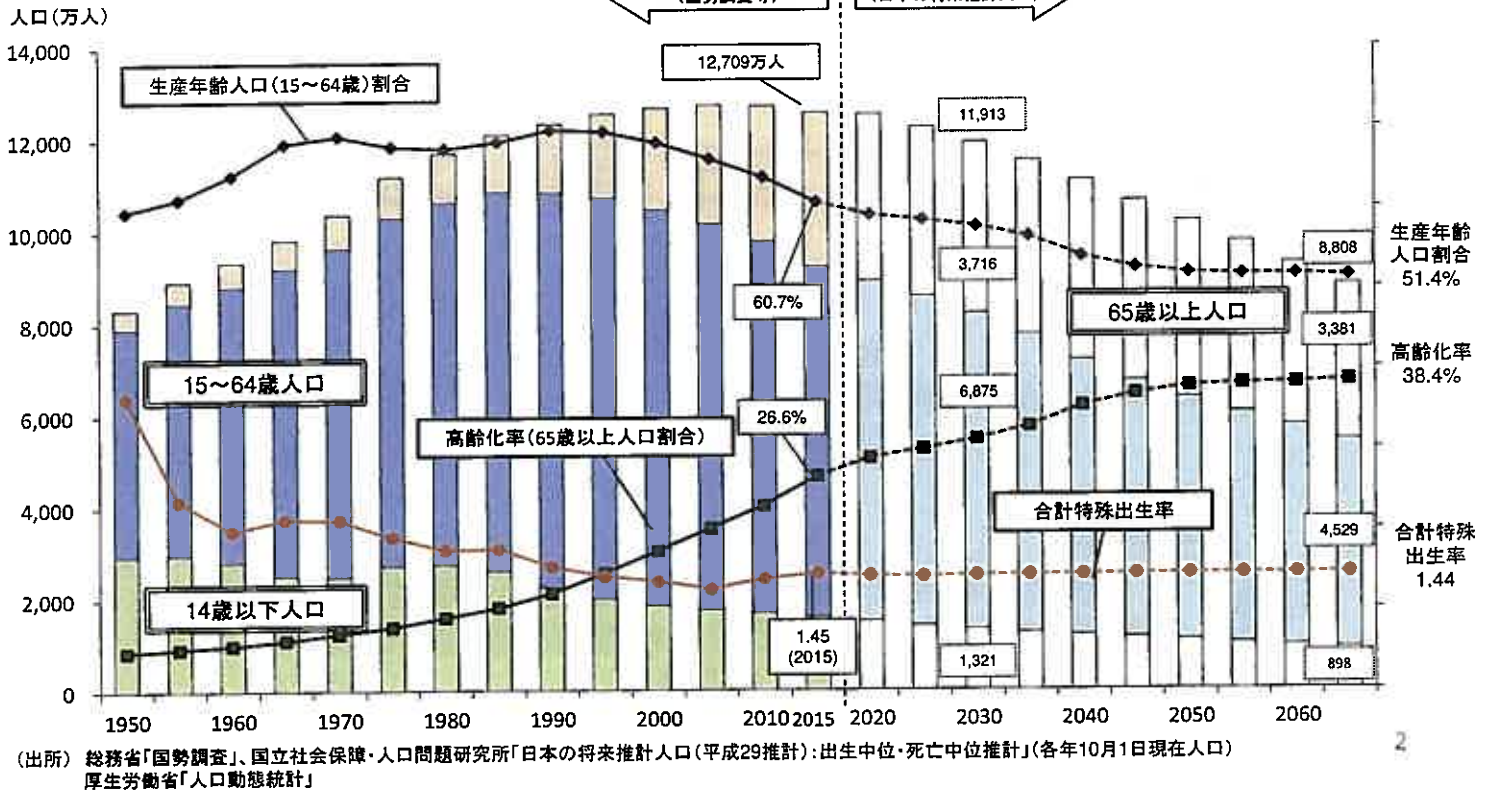
労働基準局労働条件政策課 医療労働企画官
医政局医療経営支援課 医療勤務環境改善推進室長
安里賀奈子

「働き方改革」の背景

なぜ「働き方改革」が必要なのか

日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

日本の人口の推移

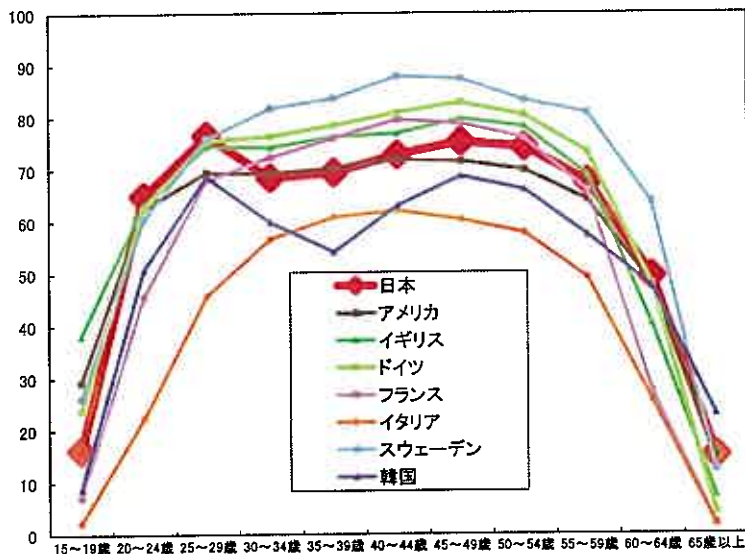


日本では子育て期の女性の労働参加が欧米と比べて低い

- 日本では、出産・育児を機に労働市場から退出する女性が多い。(M字カーブ)
特に、子育て期の女性において、就業率と潜在的労働力率の差が大きい。
- 一方、アメリカやスウェーデン等の欧米先進諸国では子育て期における就業率の低下はみられない。

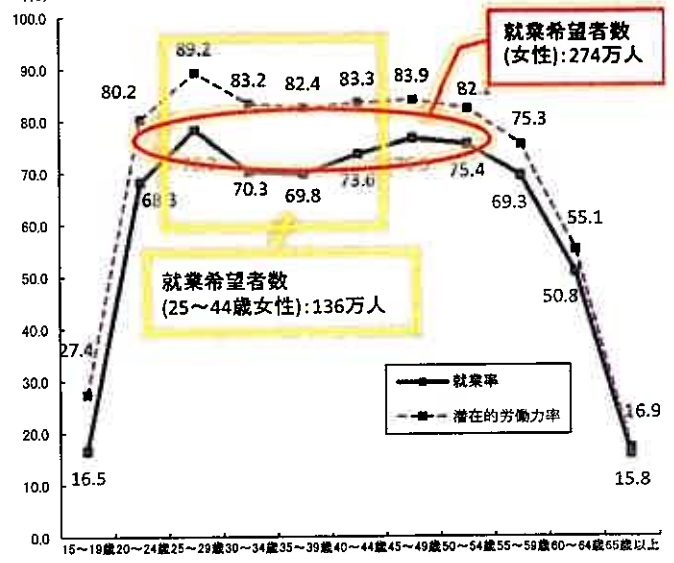
女性の年齢別就業率

女性の就業率の国際比較(2015年)



資料出所: 日本 総務省「労働力調査」(平成27年)
その他 (独)労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較2017」
注) アメリカ、イギリス、イタリアの「15~19」は「16~19」のデータ、スウェーデンの「65~」は「65~74」のデータである。

女性の就業率と潜在的労働力率(2016年)



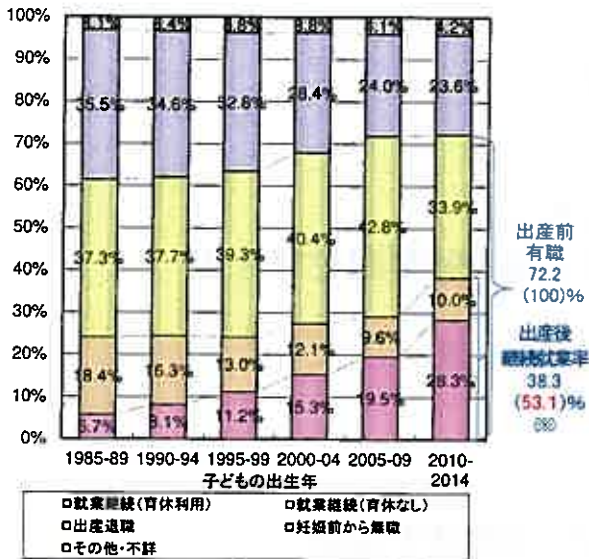
注) 潜在的労働力率 = $\frac{\text{就業者} + \text{失業者} + \text{就業希望者}}{\text{人口(15歳以上)}}$

資料出所: 総務省統計局「労働力調査」、「労働力調査(詳細集計)」(平成28年)

仕事と家庭の両立の難しさから、多くの女性が出産・育児により退職している

○約5割の女性が出産・育児により退職している。
 ○妊娠・出産を機に退職した理由を見ると、「自発的に辞めた」が29%、「両立が難しかったので辞めた」が約25%となっている。

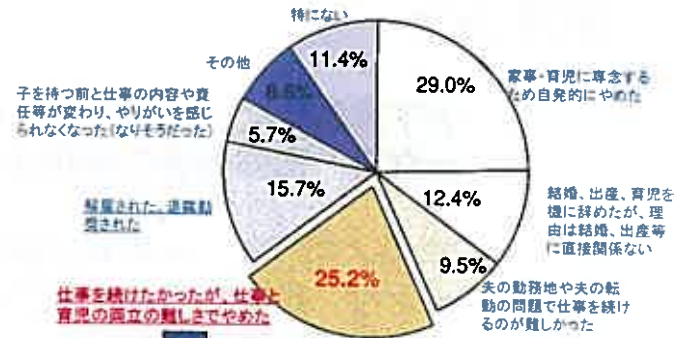
【第1子出生年別にみた、第1子出産前後の妻の就業変化】



【資料出所】国立社会保障・人口問題研究所
 「第15回出生動向基本調査(夫婦調査)」

(※) ()内は出産前有職者を100として、出産後の継続就業者の割合を算出

【妊娠・出産前後に退職した理由】



両立が難しかった具体的理由

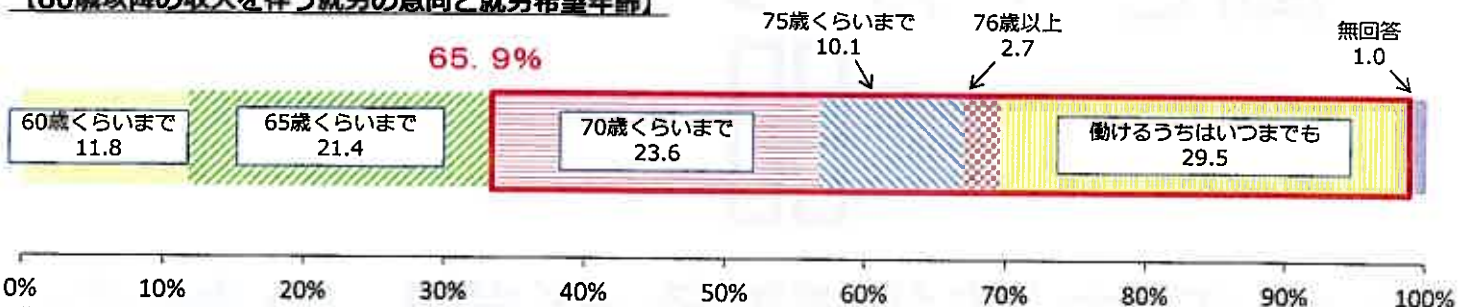
- ①勤務時間があいそうもなかった(あわなかった) (5.6, 6%)
- ②自分の体力がもたなそうだった(もたなかった) (3.9, 6%)
- ③職場に両立を支援する雰囲気がなかった (3.4, 0%)
- ④子どもの病気等で度々休まざるを得なかった (2.6, 4%)
- ⑤つわりや産後の不調など妊娠・出産にともなう体調不良のため (2.0, 8%)
- ⑥育児休業を取れそうもなかった(取れなかった) (17.0%)
- ⑦保育園等に子どもを預けられそうもなかった(預けられなかった) (17.0%)

【資料出所】三菱UFJリサーチ&コンサルティング
 「平成27年度仕事と家庭の両立支援に関する実態把握のための調査研究事業報告書」

高齢者の就労意欲は高く、多様な就労形態を望んでいる

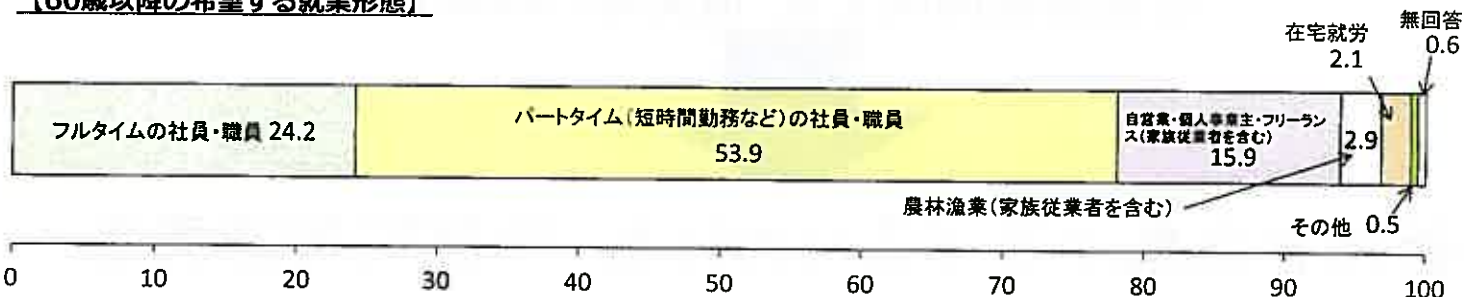
- 65歳を超えて働きたいと回答した人が約7割を占めている。
- 60歳以降の希望する就労形態として、パートタイムが最も多い。

【60歳以降の収入を伴う就労の意向と就労希望年齢】



資料出所:内閣府「平成25年度 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(平成25年)
 (注1)60歳以上の男女を対象とした調査(n=1,999)

【60歳以降の希望する就業形態】



資料出所:内閣府「平成25年度 高齢期に向けた「備え」に関する意識調査」(平成25年)
 (注2) 35~64歳の男女を対象とした調査(n=2,214)。【60歳以降の希望する就業形態】の対象は35~64歳の男女のうち、60歳以降も収入を伴う就労の意向がある者。

なぜ「働き方改革」が必要なのか

労働力人口が減少する今、一億総活躍社会を目指す上で働き方改革を進める必要がある

ポイント

- 少子高齢化による労働力人口の減少
⇒女性・高齢者等の活躍が必要
- アベノミクス、一億総活躍の目指すもの
⇒女性・高齢者等の労働力化を阻害する制約要因をなくす
具体的には、
 - ✓長時間かつ硬直的な労働時間（正社員）
 - ✓低賃金と不安定な雇用（非正規）
 - …etc.
- 経済が好転し、雇用情勢がタイトな、今がチャンス
- 一億総活躍→働き方改革という流れ

6

医療機関の「働き方改革」が必要な理由

働き手が少ない社会



働き手の獲得競争が厳しい社会

※医療機関間でも、他業種との間でも！



医療を未来に繋げるためにも、勤務環境改善を！

7

医師の健康確保と地域医療の両立を図る医師の働き方改革(案)

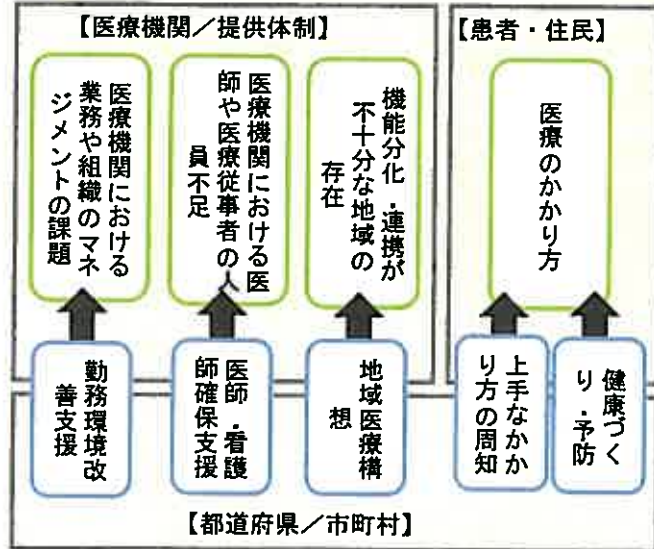
□ 医師の健康確保と地域医療の両立を図るため、一人ひとりの医師の健康確保と長時間労働の抜本的改革を二本柱として働き方改革に取り組む。

第18回医師の働き方改革に関する検討会資料4

<医師の長時間労働に支えられたこれまでの医療提供>

必要な医療ニーズへの対応
医師の長時間労働・健康を害する事象も

- 背景に、以下のような課題が絡み合って存在。
- 様々な施策があるも、それぞれに実施されている。



<医師の働き方改革の基本的な方向性>

これからの医療は、一人ひとりの医師の健康確保が最優先

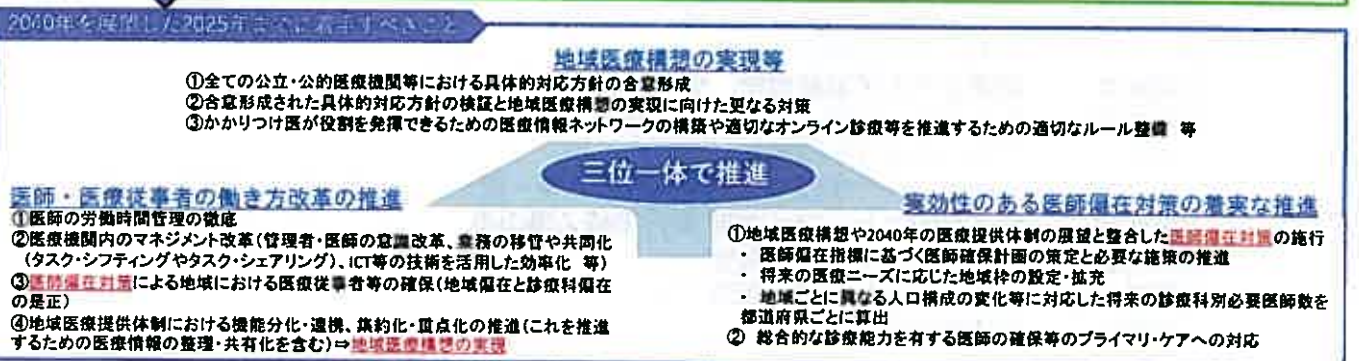
- ◆ 年960時間以内の時間外労働上限規制が基本 (※各月平均的に働けば一般労働者と同水準)
- ◆ 地域医療確保のためやむを得ない場合、まずは「上位約1割」を短縮する時間外労働上限規制を適用、段階的に引き下げて年960時間以内へ
- ◆ 連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間・代償休息による休息確保
- ◆ 面接指導と必要に応じた就業上の措置 (一時的な診療体制縮小が生じても最優先に実施)

医師の長時間労働の抜本的改革

- ◆ 時間外労働の罰則付き上限規制の導入 (2024. 4～)
- ◆ 医療機関が当面取り組むべきこと : 労働時間管理、計画的な労働時間短縮
⇒しかし、医療機関内の取組だけでは完結しない
- ◆ 都道府県(行政)・地域の医療関係者は、一医療機関の医師の長時間労働問題を医療提供体制としてどう考えるかの視点を持って、医療政策・医療提供を行っていく必要。
- ◆ そのために、医療機関ごとの医師の長時間労働について、地域医療提供体制の実情も踏まえて客観的な要因分析・評価を行う機能を新設。

2040年を展望した医療提供体制の改革について (イメージ)

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。



「働き方改革」の概観

働き方改革実行計画

総理を議長とし、労使トップが参画した「働き方改革実現会議」を開催

- 一億総活躍社会をひらく最大のチャレンジである「働き方改革」について、その実行計画の策定等に係る審議を行うもの。
- 総理自らを議長、働き方改革担当大臣・厚生労働大臣を議長代理として、関係大臣・有識者（労使双方の代表、専門的知見や現場での活動経験を有する者）が参加。

議長	安倍晋三	内閣総理大臣		
議長代理	加藤勝信	働き方改革担当大臣	塩崎恭久	厚生労働大臣
構成員	麻生太郎	副総理 兼 財務大臣	菅 義偉	内閣官房長官
	石原伸晃	経済再生担当大臣	松野博一	文部科学大臣
	世耕弘成	経済産業大臣	石井啓一	国土交通大臣

(有識者)

生稻晃子	女優
岩村正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
大村功作	全国中小企業団体中央会会長
岡崎瑞穂	株式会社オーザック専務取締役
金丸恭文	フューチャー代表取締役会長兼社長グループCEO
神津里季生	日本労働組合総連合会会長
榑原定征	日本経済団体連合会会長
白河桃子	相模女子大学客員教授、少子化ジャーナリスト
新屋和代	りそなホールディングス執行役 人材サービス部長
高橋進	日本総合研究所理事長
武田洋子	三菱総合研究所政策・経済研究センター副センター長 チーフエコノミスト
田中弘樹	株式会社イトーヨーカ堂 執行役員人事部長
樋口美雄	慶應義塾大学商学部教授
水町勇一郎	東京大学社会科学研究所教授
三村明夫	日本商工会議所会頭

働き方改革実行計画

(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)

1. 働く人の視点に立った働き方改革の意義

2. 同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善

7. 病気の治療と仕事の両立

3. 賃金引上げと労働生産性向上

8. 子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労

4. 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正

9. 雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援

5. 柔軟な働き方がしやすい環境整備

10. 誰にでもチャンスのある教育環境の整備

6. 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備

11. 高齢者の就業促進

12. 外国人材の受入れ

13. 10年先の未来を見据えたロードマップ

12

働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（平成30年法律第71号）の概要

労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革を総合的に推進するため、長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等のための措置を講ずる。

I 働き方改革の総合的かつ継続的な推進

働き方改革に係る基本的考え方を明らかにするとともに、国は、改革を総合的かつ継続的に推進するための「基本方針」（閣議決定）を定めることとする。（雇用対策法）
※（衆議院において修正）中小企業の取組を推進するため、地方の関係者により構成される協議会の設置等の連携体制を整備する努力義務規定を創設。

II 長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現等

1 労働時間に関する制度の見直し（労働基準法、労働安全衛生法）

- ・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。
- （※）自動車運転業務、建設事業、医師等について、猶予期間を設けた上で規制を適用等の例外あり。研究開発業務について、医師の面接指導を設けた上で、適用除外。
- ・月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率（50%以上）について、中小企業への猶予措置を廃止する。また、使用者は、10日以上有給休暇が付与される労働者に対し、5日について、毎年、時季を指定して与えなければならないこととする。
- ・高度プロフェッショナル制度の創設等を行う。（高度プロフェッショナル制度における健康確保措置を強化）
※（衆議院において修正）高度プロフェッショナル制度の適用に係る同意の撤回について規定を創設。
- ・労働者の健康確保措置の実効性を確保する観点から、労働時間の状況を省令で定める方法により把握しなければならないこととする。（労働安全衛生法）

2 勤務間インターバル制度の普及促進等（労働時間等設定改善法）

- ・事業主は、前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間に一定時間の休息の確保に努めなければならないこととする。
- ※（衆議院において修正）事業主の責務として、短納期発注や発注の内容の頻繁な変更を行わないよう配慮する努力義務規定を創設。

3 産業医・産業保健機能の強化（労働安全衛生法等）

- ・事業者から、産業医に対しその業務を適切に行うために必要な情報を提供することとするなど、産業医・産業保健機能の強化を図る。

III 雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保

1 不合理な待遇差を解消するための規定の整備（パートタイム労働法、労働契約法、労働者派遣法）

短時間・有期雇用労働者に関する同一企業内における正規雇用労働者との不合理な待遇の禁止に関し、個々の待遇ごとに、当該待遇の性質・目的に照らして適切と認められる事情を考慮して判断されるべき旨を明確化。併せて有期雇用労働者の均等待遇規定を整備。派遣労働者について、①派遣先の労働者との均等・均衡待遇、②一定の要件※を満たす労使協定による待遇のいずれかを確保することを義務化。また、これらの事項に関するガイドラインの根拠規定を整備。（※）同種業務の一般の労働者の平均的な賃金と同等以上の賃金であること等

2 労働者に対する待遇に関する説明義務の強化（パートタイム労働法、労働契約法、労働者派遣法）

短時間労働者・有期雇用労働者・派遣労働者について、正規雇用労働者との待遇差の内容・理由等に関する説明を義務化。

3 行政による履行確保措置及び裁判外紛争解決手続（行政ADR）の整備

1の義務や2の説明義務について、行政による履行確保措置及び行政ADRを整備。

施行期日 I：公布日（平成30年7月6日）

II：平成31年4月1日（中小企業における時間外労働の上限規制に係る改正規定の適用は平成32年4月1日、1の中小企業における割増賃金率の見直しは平成35年4月1日）

III：平成32年4月1日（中小企業におけるパートタイム労働法・労働契約法の改正規定の適用は平成33年4月1日）

※（衆議院において修正）改正後の各法の検討を行う際の観点として、労働者と使用者の協議の促進等を通じて、労働者の職業生活の充実を図ることを明記。

13

医療機関に向けた

働き方改革推進法のポイント

医療機関の管理者の皆様へ 「働き方」が変わります!!

2019年4月1日から
働き方改革関連法が順次施行され、

**医療機関で働く
すべての人に適用されます!!**

Point

1

施行：2019年4月1日～ ※中小企業は、2020年4月1日～

時間外労働の上限規制が導入されます！

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）を限度に設定する必要があります。

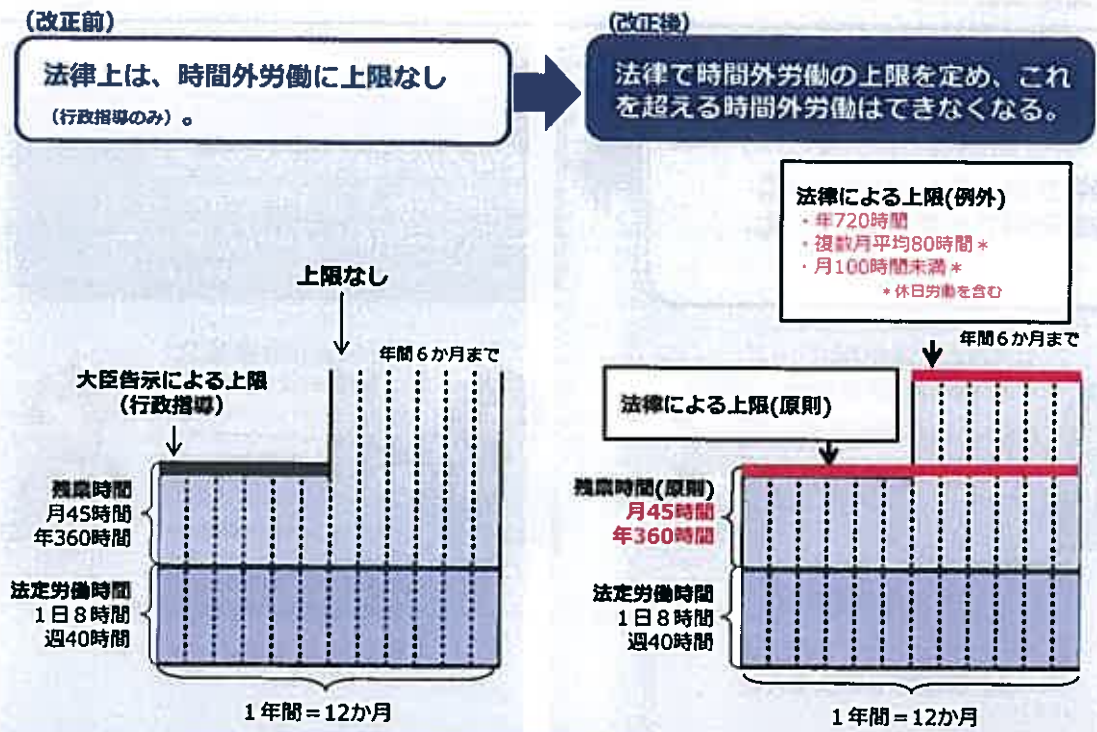
⇒医師については応召義務等の特殊性を踏まえ、**2024年度から適用※**されます。

※ 医師の時間外労働の上限について、「医師の働き方に関する検討会」は、2019年3月、A水準（時間外・休日労働時間数：年960時間等）、B水準（同：1,860時間等。地域医療確保暫定特例水準。2035年度末までの解消を目標）、C水準（同：年1,860時間等。集中的技能向上水準）の3つの水準を、追加的健康確保措置（月100時間超前の面接指導、連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間等）とともに報告書を取りまとめています。

◆時間外労働の上限規制

時間外労働の上限を法律で罰則付きで規制

時間外労働の上限を法律で規制することは、71年前（1947年）に制定された労働基準法において初めての大改革。



労働基準法第36条に基づく労使協定(通称「36(さぶろく)協定」)を結ぶことで、法定時間を超えた時間外労働が可能になります。

Point 2

施行：2019年4月1日～ 医師にも2019年4月1日から適用されます！！

年次有給休暇の確実な取得が必要です！

使用者は、10日以上有給休暇が付与される全ての労働者に対し、**毎年5日、時季を指定**して有給休暇を与える必要があります。

Point 3

施行：2020年4月1日～ ※中小企業は、2021年4月1日～

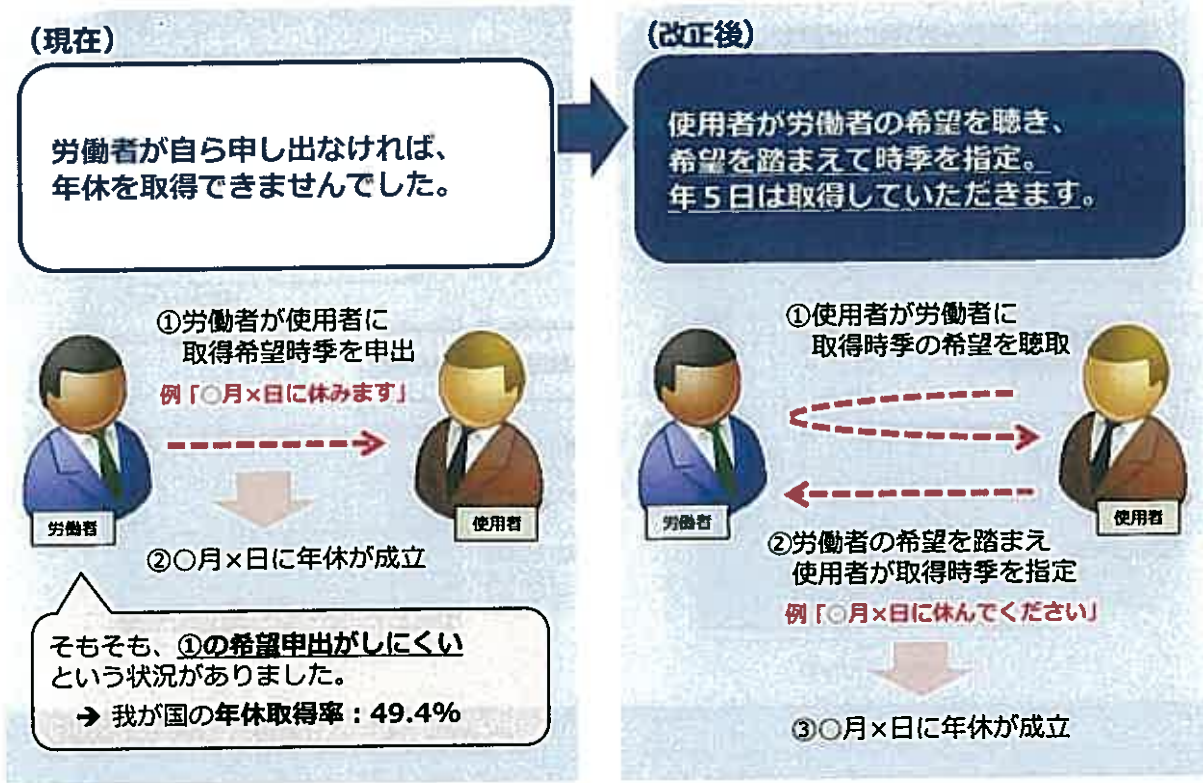
正規雇用労働者と非正規雇用労働者の間の不合理な待遇差が禁止されます！

同一企業内において、正規雇用労働者と非正規雇用労働者(パートタイム労働者、有期雇用労働者、派遣労働者)の間で、**基本給や賞与などの個々の待遇ごとに**不合理な待遇差が禁止されます。

◆年次有給休暇の時季指定義務

年5日の年次有給休暇を取得させることを企業に義務づけ

年次有給休暇が年10日以上付与される労働者に対して、そのうちの年5日について使用者が時季を指定して取得させることを義務づけ。



18

「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律案」
(医療機関の規模別の適用関係 (概要))

項目名	規制の概要	中小企業規模の医療機関※	それ以外の医療機関
時間外労働の上限規制	原則として月45時間、年360時間等とする罰則付きの上限規制を導入する	医師を除き 2020.4.1から適用	医師を除き 2019.4.1から適用
割増賃金率	月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率を50%以上とする	2023.4.1から適用	(既に適用あり)
年次有給休暇	10日以上有給休暇が付与される労働者に対し、5日について、毎年時季指定して与えなければならないとする(労働者が時季指定したり計画的付与したものは除く)	2019.4.1から適用	
労働時間の状況の把握	省令で定める方法(現認や客観的な方法となる予定)により把握をしなければならないとする	2019.4.1から適用	
産業医	産業医が行った労働者の健康管理等に関する勧告の内容を衛生委員会に報告しなければならないとする等	2019.4.1から適用 (ただし、産業医の選任義務のある労働者数50人以上の事業場)	

※ 医療業における“中小企業”の基準

⇒企業単位でみて i) 資本金の額又は出資の総額が5千万円以下 又は ii) 常時使用する労働者の数が100人以下

(なお、持分なし医療法人や社会福祉法人等の「資本金」や「出資金」がない法人格の場合は、法人全体の常時使用する労働者の数のみで判断する)

19

医師は長時間労働の割合が高く、労務管理もなされていない。

医療機関における現状

1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合

すべての雇用者(年間就業日数200日以上・正規職員)について、1週間の労働時間の実績を見ると、60時間を超える者が、雇用者全体の11.8%となっている。

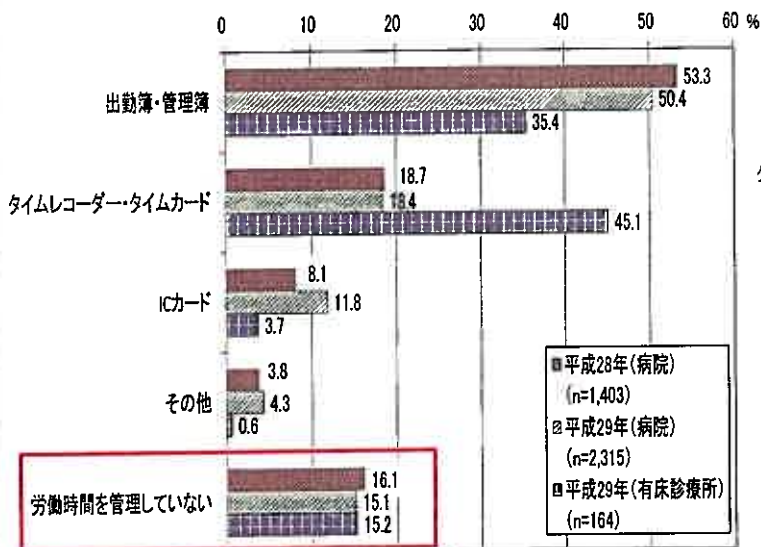
これを職種別に見ると、**医師(37.5%)**が最も高い割合となっている。(次いで、自動車運転従事者(37.3%)

	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師(歯科医師、獣医師を除く)	看護師(准看護師を含む)	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	飲食物調理従事者	保安職業従事者	農林漁業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運搬・清掃・包装等従事者	分類不能の職業
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	11.8%	12.5%	12.9%	6.6%	37.5%	4.5%	31.6%	6.2%	14.0%	13.4%	27.6%	27.2%	15.9%	15.2%	9.6%	28.9%	37.3%	15.3%	13.8%	13.7%

労働時間の管理方法

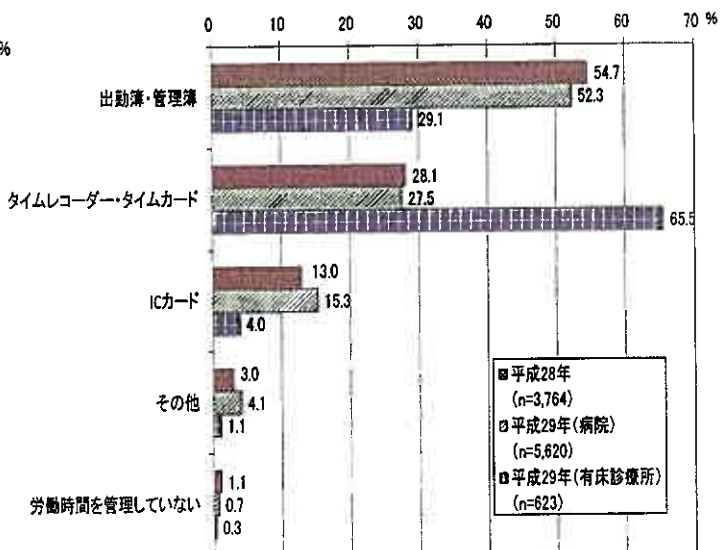
医師

労働時間の管理方法は、病院は「出勤簿・管理簿」、有床診療所は「タイムレコーダー・タイムカード」の比率が高い。病院も有床診療所も1割半ばの医師が「労働時間を管理していない」と回答している。勤務環境の満足度別でみると、不満の「労働時間を管理していない」の比率が全体に比べて高くなっている。



看護職

労働時間の管理方法は、病院は「出勤簿・管理簿」、有床診療所は「タイムレコーダー・タイムカード」の比率が高い。



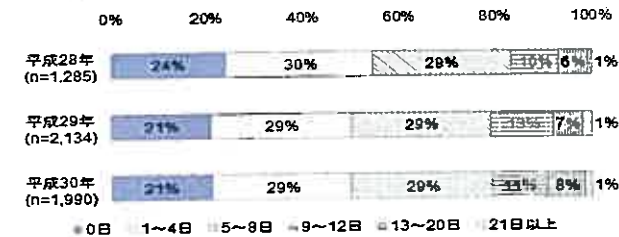
出典：平成29年度厚生労働省委託医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書

前年度の年次有給休暇の取得日数

医師(病院)

年次有給休暇の取得日数は、「1~4日」「5~8日」が最も多く、約3割となっている。いずれの年代も、「9~12日」以上の取得者の割合は、「5~8日」以下の取得者の割合に比べて低くなっている。

1年間の有給休暇取得日数



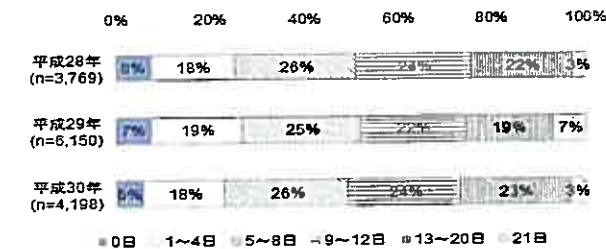
年代	属性	0日	1~4日	5~8日	9~12日	13~20日	21日以上
平成28年	全体	24%	30%	28%	16%	6%	1%
	男性	24%	32%	25%	19%	6%	0%
	女性	24%	28%	28%	18%	6%	1%
	50代	23%	34%	27%	16%	7%	1%
	60代	27%	28%	21%	17%	6%	0%
	60代以上	18%	28%	28%	24%	4%	1%
平成29年	全体	21%	29%	29%	19%	7%	1%
	男性	20%	28%	34%	12%	6%	0%
	女性	21%	29%	25%	17%	8%	1%
	50代	18%	34%	25%	18%	7%	3%
	60代	25%	27%	22%	13%	7%	3%
	60代以上	15%	27%	27%	22%	7%	1%
平成30年	全体	21%	29%	29%	19%	8%	1%
	男性	21%	29%	28%	19%	7%	1%
	女性	23%	28%	32%	11%	6%	0%
	50代	17%	32%	30%	11%	10%	1%
	60代	20%	26%	21%	11%	9%	1%
	60代以上	24%	24%	22%	11%	16%	3%

※50日を超える回答は除外

看護職(病院)

年次有給休暇の取得日数は、「5~8日」が最も多く、年齢が高くなるほど取得日数は多くなる傾向になる。

1年間の有給休暇取得日数



年代	属性	0日	1~4日	5~8日	9~12日	13~20日	21日以上
平成28年	全体	18%	26%	28%	22%	3%	3%
	男性	15%	25%	28%	24%	3%	3%
	女性	19%	27%	28%	20%	3%	3%
	50代	7%	18%	23%	25%	23%	4%
	60代	4%	17%	20%	26%	23%	7%
	60代以上	1%	15%	25%	28%	19%	7%
平成29年	全体	7%	19%	25%	27%	19%	7%
	男性	6%	18%	25%	28%	18%	4%
	女性	7%	19%	25%	26%	20%	7%
	50代	1%	17%	20%	24%	21%	3%
	60代	4%	15%	22%	24%	23%	3%
	60代以上	1%	12%	25%	25%	24%	3%
平成30年	全体	5%	18%	26%	24%	21%	3%
	男性	4%	16%	24%	25%	22%	3%
	女性	6%	19%	27%	23%	19%	3%
	50代	1%	16%	20%	24%	21%	3%
	60代	1%	15%	21%	23%	25%	3%
	60代以上	5%	13%	21%	23%	19%	3%

※50日を超える回答は除外(一般的には年間21日付与で、2年間の繰り越し)

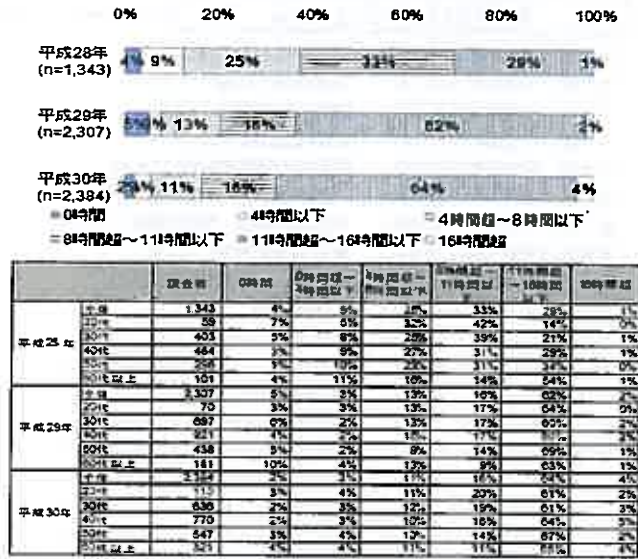
出典：平成30年度厚生労働省委託事業「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書」

次の勤務開始までの最短間隔

医師(病院)

病院勤務の医師の平成30年6月における勤務終了から次の勤務開始までの最も短い時間間隔は、「11時間超～16時間以下」が最も多く、年齢による差は見られない。

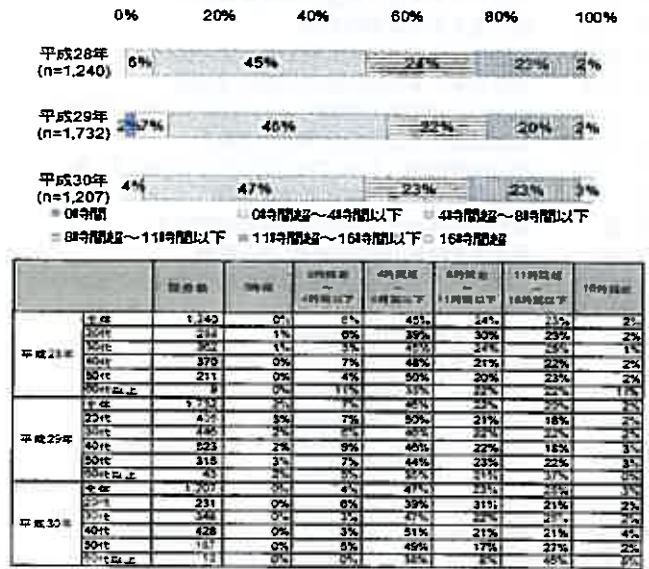
6月における次の勤務開始までの最短時間



看護職(病院)

病院勤務の3交代の看護職の平成30年6月における勤務終了から次の勤務開始までの最も短い時間間隔は、「4時間超～8時間以下」が最も多い。

6月における実際の次の勤務までの最短時間(3交代)



出典：平成30年度厚生労働省委託事業「医療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・研究事業報告書」

医師の働き方改革の検討の場

「医師の働き方改革に関する検討会」

「医師の働き方改革に関する検討会」について

- ◆ 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめ法律で導入する方向性が示されている。
- ◆ この中で、医師については、医師法(昭和23年法律第201号)に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

構成員

(計24名) (※五十音順)

- 赤星 昂己 東京女子医科大学東医療センター救命救急センター救急医
- 荒木 尚志 東京大学大学院法学政治学研究科教授
- 猪俣 武範 順天堂大学附属病院医師
- 今村 聡 公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
- ◎岩村 正彦 東京大学大学院法学政治学研究科教授
- 戎 初代 東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
- 岡留 健一郎 福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
- 片岡 仁美 岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATセンター長
- 城守 国斗 公益社団法人日本医師会常任理事
- 工藤 豊 保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
- 黒澤 一 東北大学環境・安全推進センター教授
- 渋谷 健司 東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
- ※2019.2まで
- 島田 陽一 早稲田大学法学学術院教授
- 鶴田 薫一 全国衛生部長会会長
- 遠野 千尋 岩手県立久慈病院副院長
- 豊田 郁子 特定非営利法人架け橋理事長
- 中島 由美子 医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
- 寝 英洙 ハイズ株式会社代表取締役社長
- 馬場 武彦 社会医療法人ベガサ理事長
- 福島 通子 塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
- 三島 千明 青葉アーバンクリニック総合診療医
- 村上 陽子 日本労働組合総連合会総合労働局長
- 森本 正宏 全日本自治団体労働組合総合労働局長
- 山本 修一 千葉大学医学部附属病院院長

◎:座長

本検討会の検討事項

- (1) 医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方
- (2) 医師の勤務環境改善策 (3) その他

検討のスケジュール

- ◆ 第1回(平成29年8月2日) 医師の働き方改革について
- ◆ 第2回(平成29年9月21日) 労働時間法制等について
- ◆ 第3回(平成29年10月23日) 医師の勤務実態について
- ◆ 第4回(平成29年11月10日) 勤務環境改善策について
- ◆ 第5回(平成29年12月22日) 勤務医の健康確保等について
- ◆ 第6回(平成30年1月15日) 中間論点整理・緊急対策(骨子案)について
- ◆ 第7回(平成30年2月16日) 中間論点整理・緊急対策について
- ◆ 第8回(平成30年7月9日) 今後の進め方等について
- ◆ 第9回(平成30年9月3日) 宿日直、自己研鑽等について
- ◆ 第10回(平成30年9月19日) 応召義務等について
- ◆ 第11回(平成30年11月9日) 勤務環境改善策について
- ◆ 第12回(平成30年11月19日) 医療の特性・医師の特殊性等について
- ◆ 第13回(平成30年12月5日) 時間外労働規制の在り方について
- ◆ 第14回(平成30年12月17日) 時間外労働規制の在り方等について
- ◆ 第15回(平成30年12月19日) 時間外労働規制の在り方等について
- ◆ 第16回(平成31年1月11日) とりまとめ骨子等について
- ◆ 第17回(平成31年1月21日) 時間外労働規制の在り方について
- ◆ 第18回(平成31年2月6日) 時間外労働規制の在り方について
- ◆ 第19回(平成31年2月20日) 時間外労働規制の在り方について
- ◆ 第20回(平成31年3月13日) 報告書(案)等について
- ◆ 第21回(平成31年3月15日) 報告書(案)等について
- ◆ 第22回(平成31年3月28日) 報告書等について

26

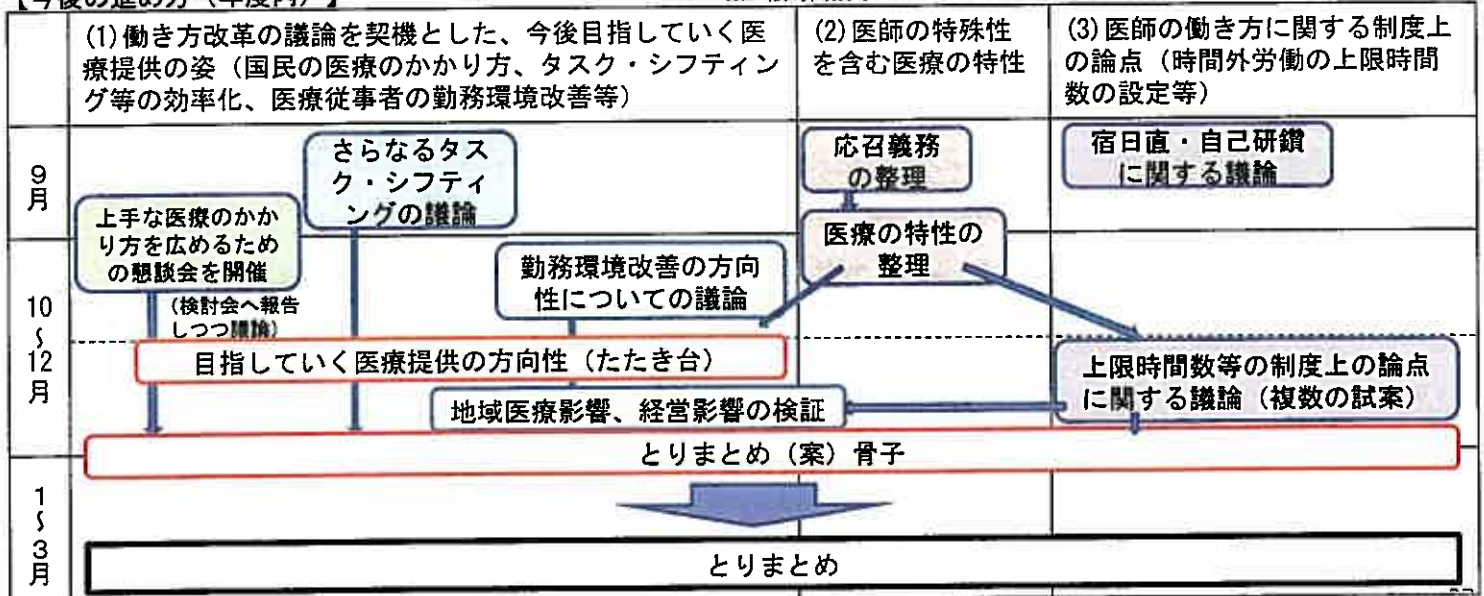
医師の働き方改革に関する検討の今後の進め方

第9回医師の働き方改革に関する検討会資料1を一部改変

- 医師の働き方改革に関しては、「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の時間外労働の上限時間数の設定を初めとした対応の方向性を今年度中にとりまとめる必要がある。
- 今後の議論を、
 - (1) 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
(国民の医療のかかり方、タスク・シフティング等の効率化、医療従事者の勤務環境改善等)
 - (2) 働き方改革の検討において考慮すべき、医師の特殊性を含む医療の特性
 - (3) 医師の働き方に関する制度上の論点(時間外労働の上限時間数の設定、宿日直や自己研鑽の取扱い等)
 の3つのトラックで進め、「医師の働き方改革を通じて医療をよくしていく」という大きなビジョンでまとめていくこととしてはどうか。

【今後の進め方(年度内)】

※上限時間数等にかかる労政審(労働条件分科会)での審議は、平成31年度～



医師の働き方改革に関する検討会報告書より①

医師の上限規制の基本的な考え方

なぜ医師に一般則と異なる上限設定がされるのか
報告書ではどのように整理されているか

28

研究における主な議論・検討

<応召義務の趣旨・法的解釈>

- ◆ 医師法第19条に規定する応召義務については、古くは明治時代から同趣旨の規定が罰則付きで設けられていたが、医療の公共性、医師による医業の業務独占、生命・身体の救護という医師の職業倫理などを背景に、戦後、医師法において罰則は削除され訓示的規定として置かれたもの。
- ◆ 応召義務の法的性質として、①応召義務は、医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務であるが、刑事罰は規定されておらず、行政処分の実例も確認されていない、②応召義務は、私法上の義務ではなく、医師が患者に対して直接民事上負担する義務ではない、ことが確認された。

<これまでの応召義務の位置付け等>

- ◆ 応召義務は、実態として個々の医師の「診療の求めがあれば診療拒否をしてはならない」という職業倫理・規範として機能し、社会的要請や国民の期待を受け止めてきた。こうした背景もあり、応召義務はその存在が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がある。
ただし、医師には応召義務があるからといって、当然のことながら際限のない長時間労働を求めていると解することは当時の立法趣旨に照らしても正当ではないと解される。

<現代における医師・医療機関が診療しないことの正当化事由の考え方>

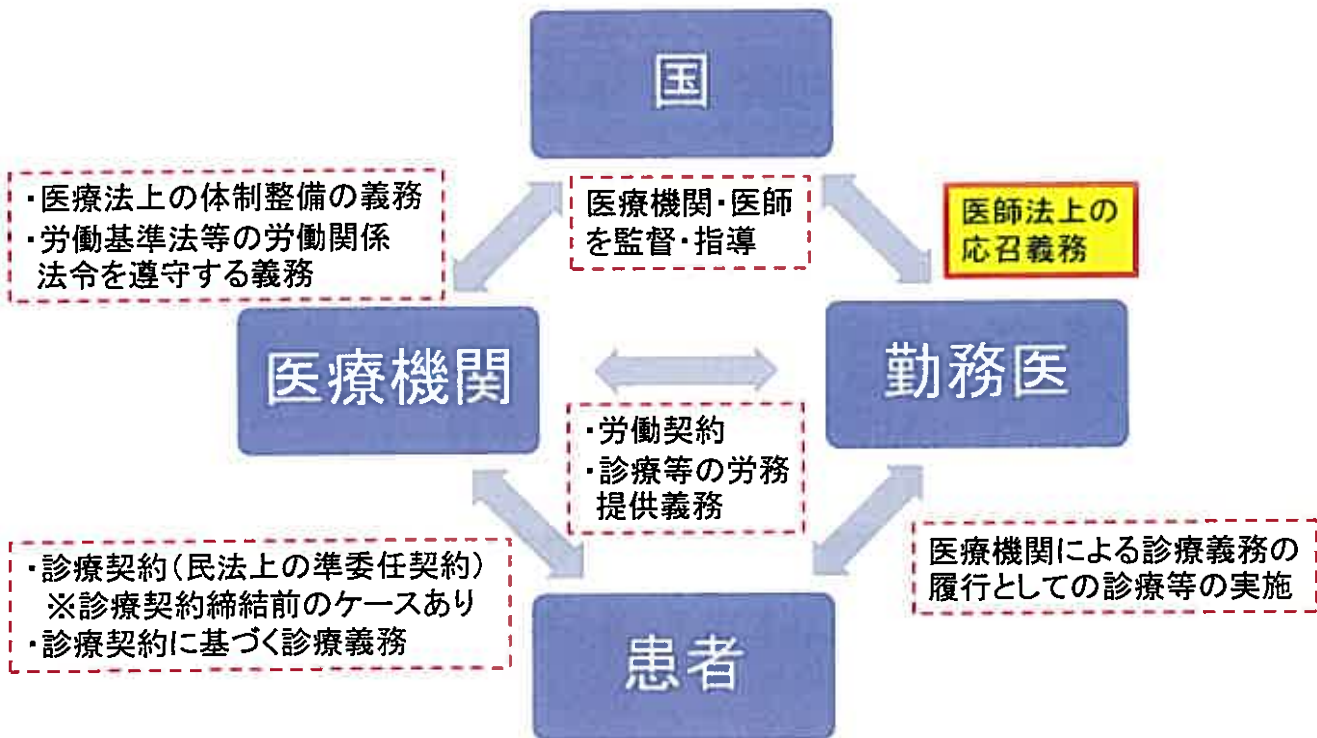
- ◆ 患者について、緊急対応が必要であるか否か(病状の深刻度)が最も重要な考慮要素であり、それに加え、現代においては、医療提供体制の在り方の変化、医師の勤務環境への配慮の観点から、診療時間内外・勤務時間内外のいずれなのか、といった点も考慮する必要。
- ◆ また、現代の医療の現場において、患者トラブル等は実際に日々問題となっている課題であり、医療機関・医師の負担感、勤務環境の改善という観点からは、患者と医療機関・医師の信頼関係をも考慮する必要。
- ◆ こうした考慮要素を基に、個別具体のケースごとに、医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた解釈を新たに示すことを試みるもの。

(例) 病状の深刻な救急患者、病状の安定している患者、患者の迷惑行為・医療費不払いがあるケース 等

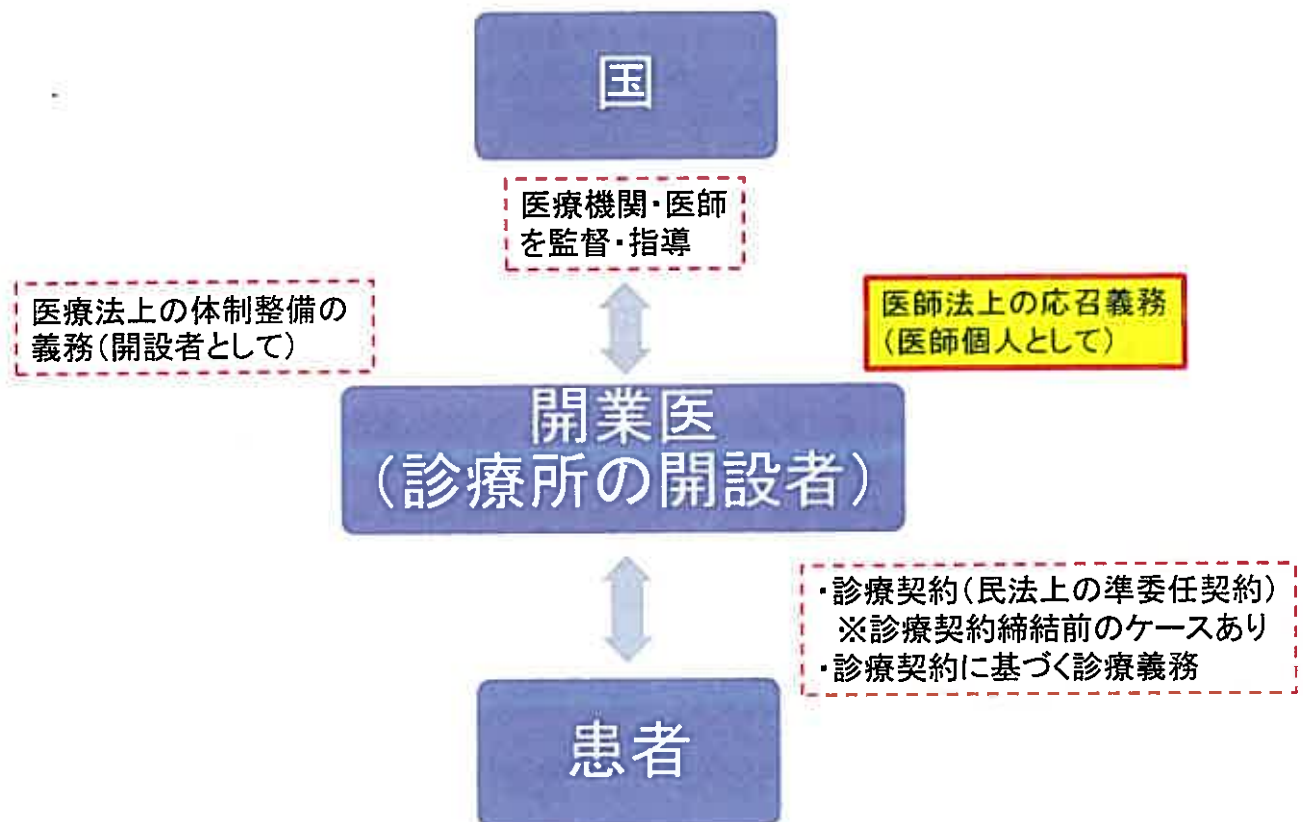
※ それぞれのケースについて診療時間内外・勤務時間内外のいずれであるかの場合分けを含む。

29

(参考) 【勤務医】応召義務の法的性質



(参考) 【開業医】応召義務の法的性質



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)

○応召義務

- ・ 医師が国に対して負担する公法上の義務（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い）
- ・ 医療機関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る。
- ・ 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。

32

改めて、医師が行う診療業務の、働き方の観点からみた特殊性

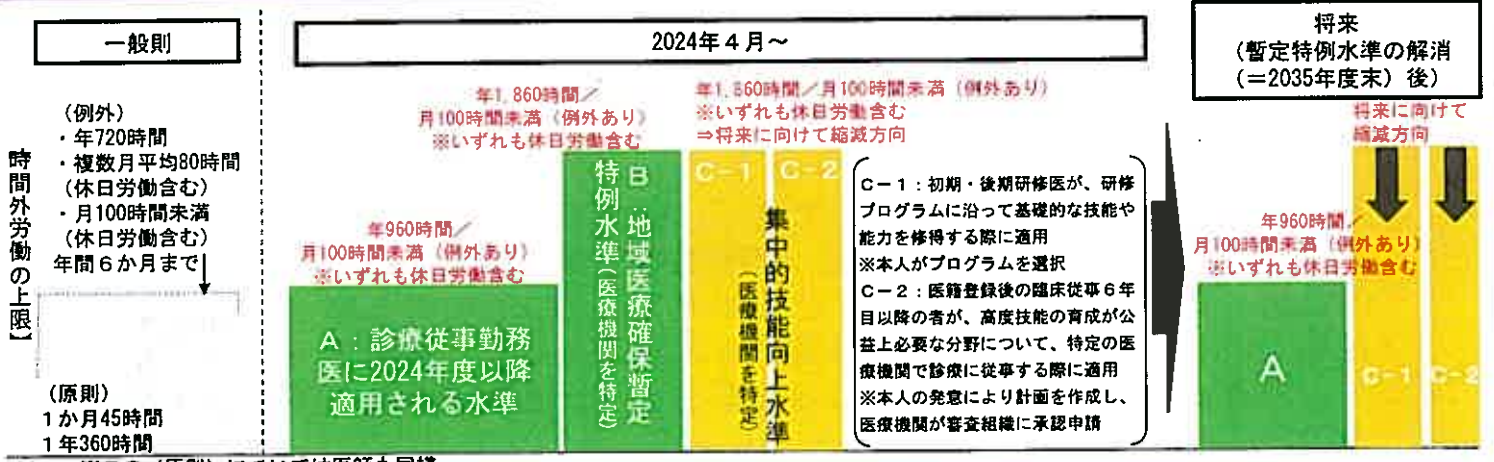
- ・ 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質（医療安全を含む）、継続性、利便性等を確保する必要があること。このため、職業倫理が強く働くことに加えて、法においても応召義務が設定されていること。医師の健康確保が本人の利益という観点からだけでなく、医療安全の観点からも求められること。公的医療保険で運営されていること。）
- ・ 不確実性（疾病の発生や症状の変化が予見不可能であること。治療の個別性、治療効果の不確実性があること。）
- ・ 高度の専門性（医師の業務は業務独占とされていること。医師の養成には約10年以上の長期を要し、需給調整に時間がかかること。）
- ・ 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。）

33

医師の働き方改革に関する検討会報告書より②

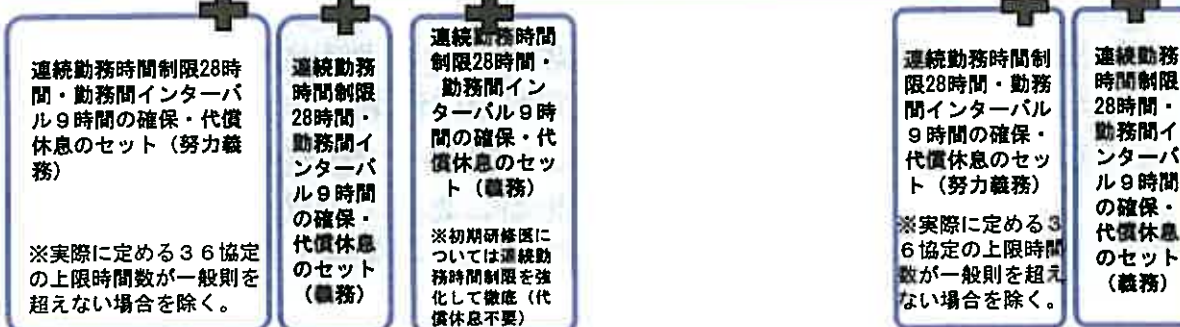
上限水準(案)の全体像

医師の時間外労働規制について



追加的健康確保措置

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)



※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

時間外労働上限規制の枠組み全体の整理

一般則

診療従事勤務区
に2024年度以降
適用される水準

地域医療確保
暫定特例水準

集中的
技能向上水準

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

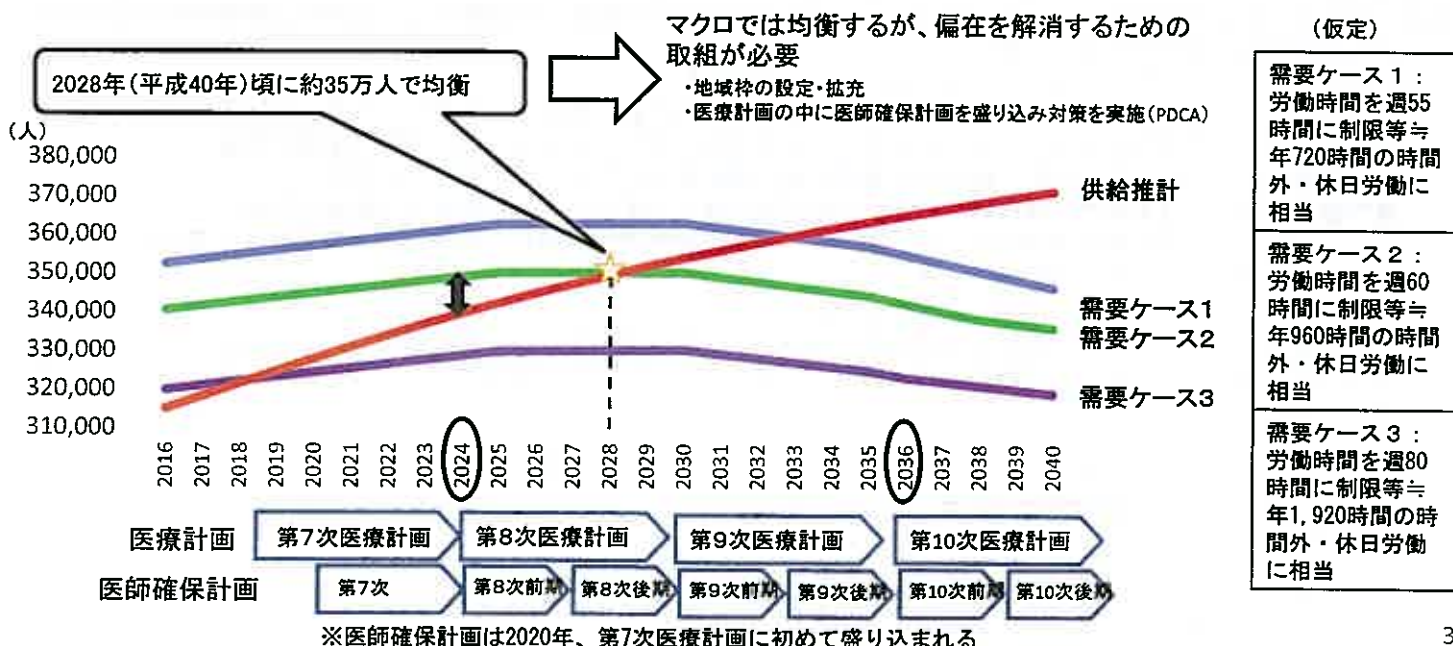
左記の時間数は、その時間までの労働を強制するものではなく、労使間で合意し、36協定を結べば働くことが可能となる時間であることに留意

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

地域医療確保暫定特例水準と医師需給との関係

第16回医師の働き方改革に関する検討会資料3を一部改変

- 医療需要は、人口減少等を背景に、2030年以降にピークを迎え減少する見込み。医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する・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、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。
- さらに、マクロで医師需給が均衡した後も、引き続き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（医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会において議論）。

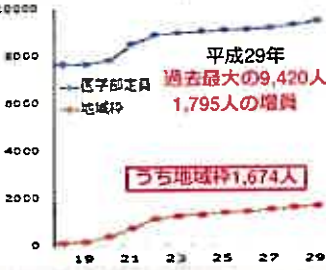


医師偏在対策の必要性

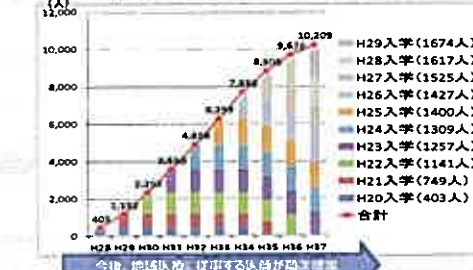
対策の必要性

- 平成20年以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が、平成28年以降地域医療に従事し始めており、こうした**医師の配置調整が喫緊の課題**。

(A) 医学部入学定員の年次推移



臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

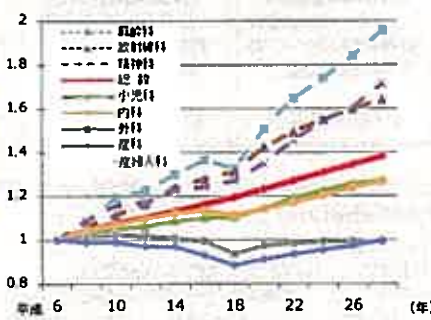


- 地域偏在・診療科偏在については、平成20年以降の医学部定員の増加以降、むしろ**格差が広がっており、その解消が急務**。

二次医療圏ごとにみた人口10万対医療施設従事医師数の増減（平成20年→平成26年）



診療科別医師数の推移（平成6年：1.0）



(※) 我が国全体では、平成20年から平成26年にかけて約10%増加（212,32人→233,56人）、二次医療圏については、平成26年（2014年）時点の6%（全344圏域）
 ・大都市圏（52圏域）：人口100万人以上又は人口密度2,000人/㎢以上
 ・地方都市圏（171圏域）：人口20万人以上又は人口10～20万人かつ人口密度200人/㎢以上
 ・過疎地域圏（121圏域）：大都市圏圏域にも地方都市圏圏域にも属さない圏域

対策の方向性

①医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

- 医師個人を後押しする仕組み
- 医療機関に対するインセンティブ
- 医師と医療機関の適切なマッチング

②都道府県における体制整備

- 医師確保に関する施策立案機能の強化
- 医師養成過程への関与の法定化
- 関係機関と一体となった体制の整備

③外来医療機能の偏在・不足等への対応

- 外来医療機能に関する情報の可視化
- 新規開業者等への情報提供
- 外来医療に関する協議の場の設置

医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
 - ・臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の決定権限の国から都道府県への移譲
 - ・専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
- 都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

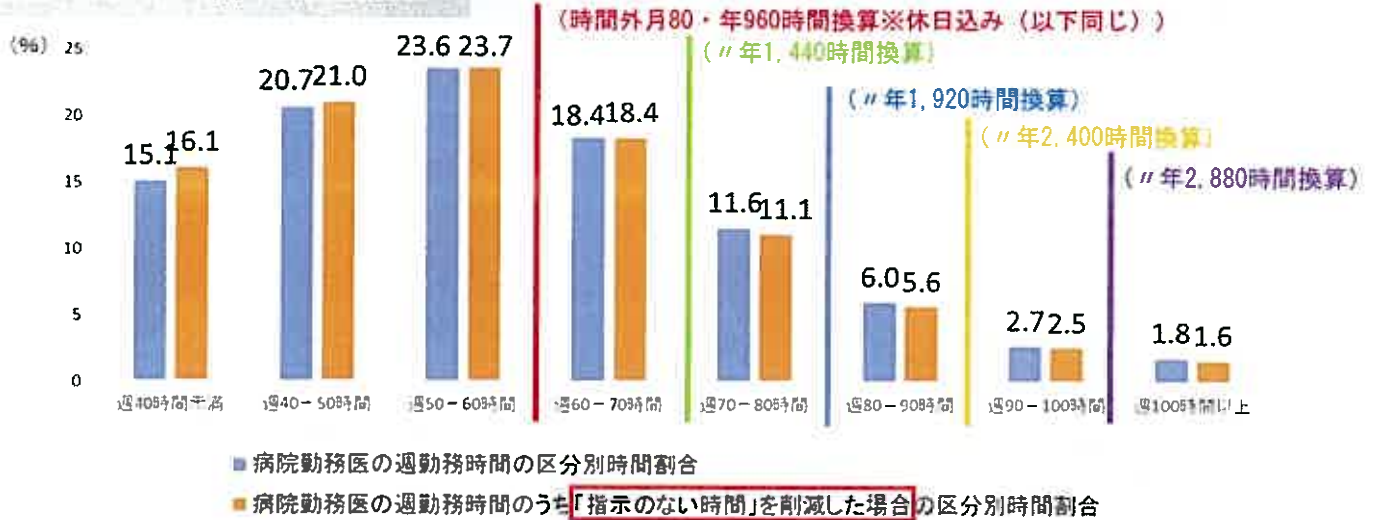
- ・地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・健康保険法等について所要の規定の整備等

施行期日

2019年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。）

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



<集計・推計の前提>

病院勤務医の週勤務時間	「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(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、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。



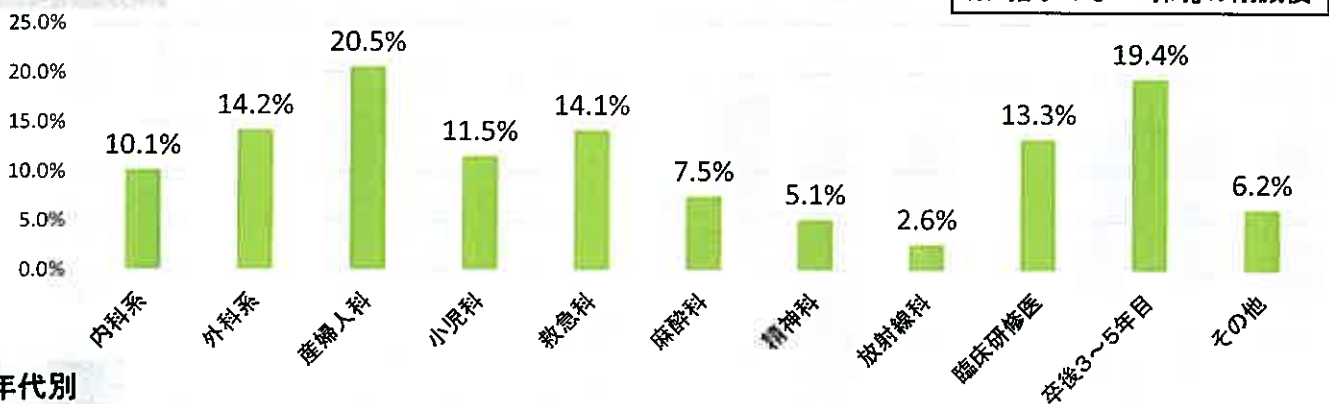
赤いグラフにおける分布の「上位10%」=年1,904時間

※1,860時間は、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値としたもの。

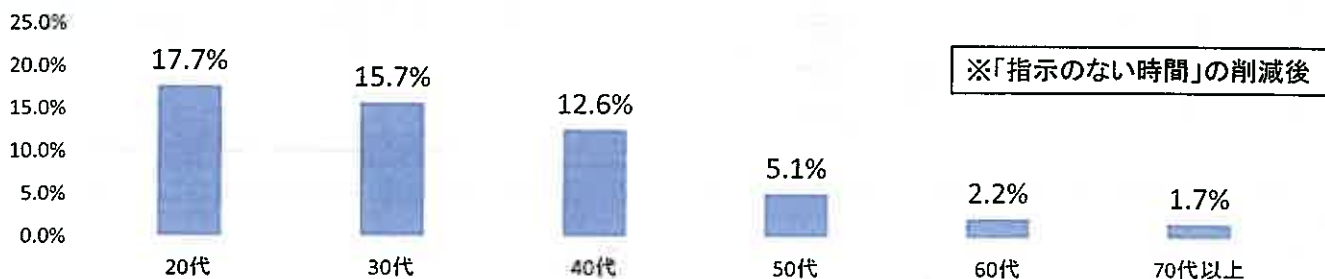
40

週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

1. 診療科別



2. 年代別

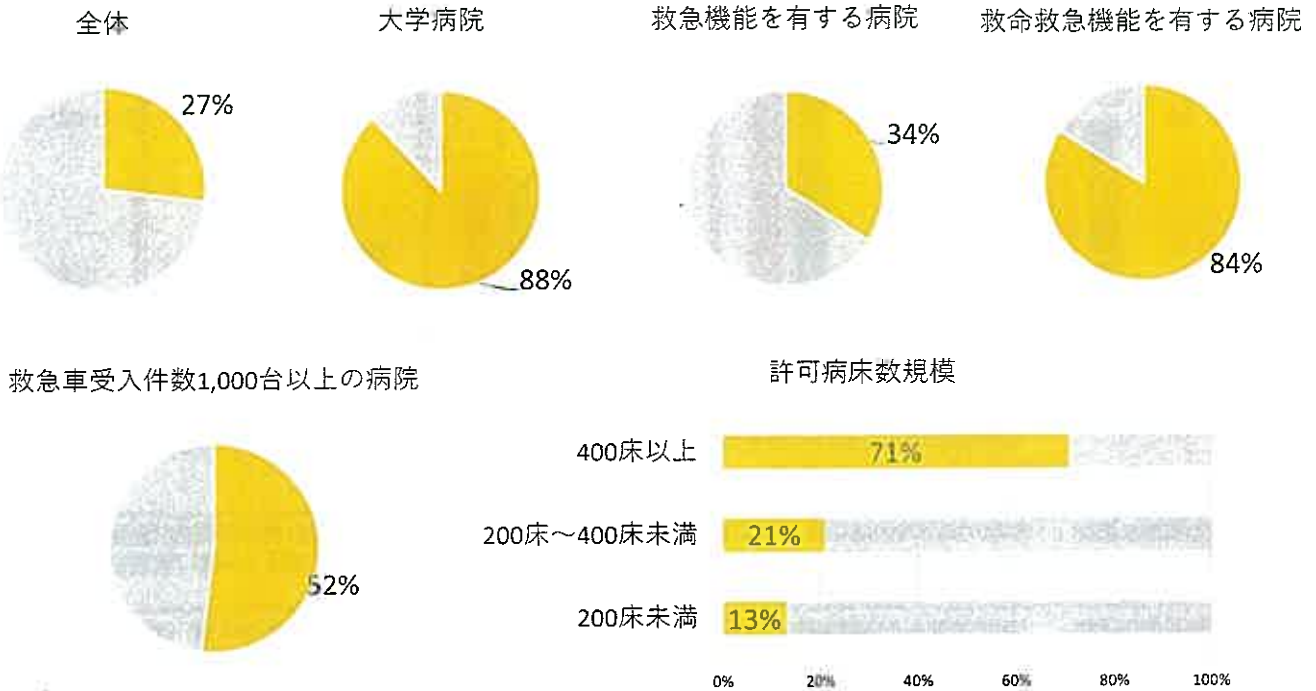


※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

※2 「卒後3～5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

年間の時間外勤務時間が1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

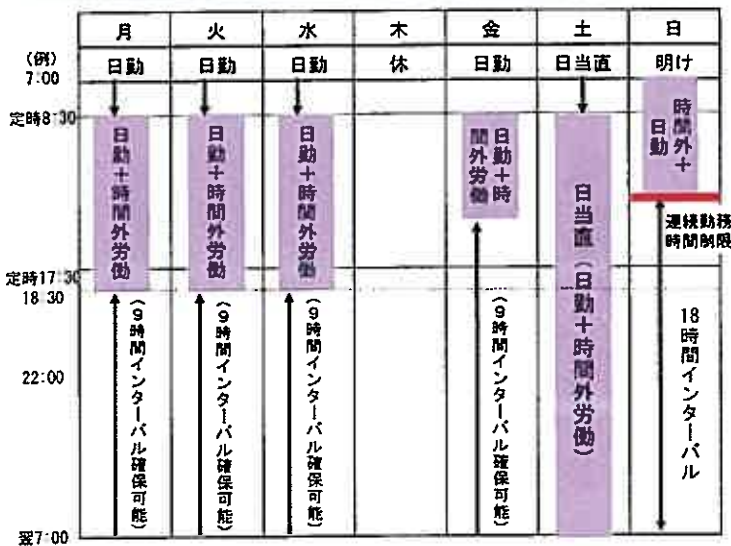


※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

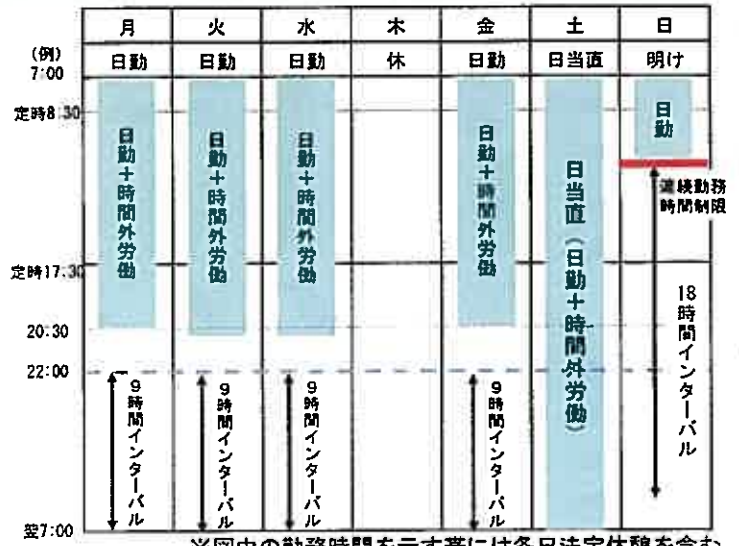
※2 大学病院、救急機能を有する病院（救急告示、二次救急、救命救急のいずれかに該当する病院）、救命救急機能を有する病院、救急車受入れ台数については平成29年病床機能報告を用いた。

(A)・(B)の上限水準に極めて近い働き方のイメージ

(A) 時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)



(B) 時間外労働年1,800時間程度≒週38時間の働き方(例)



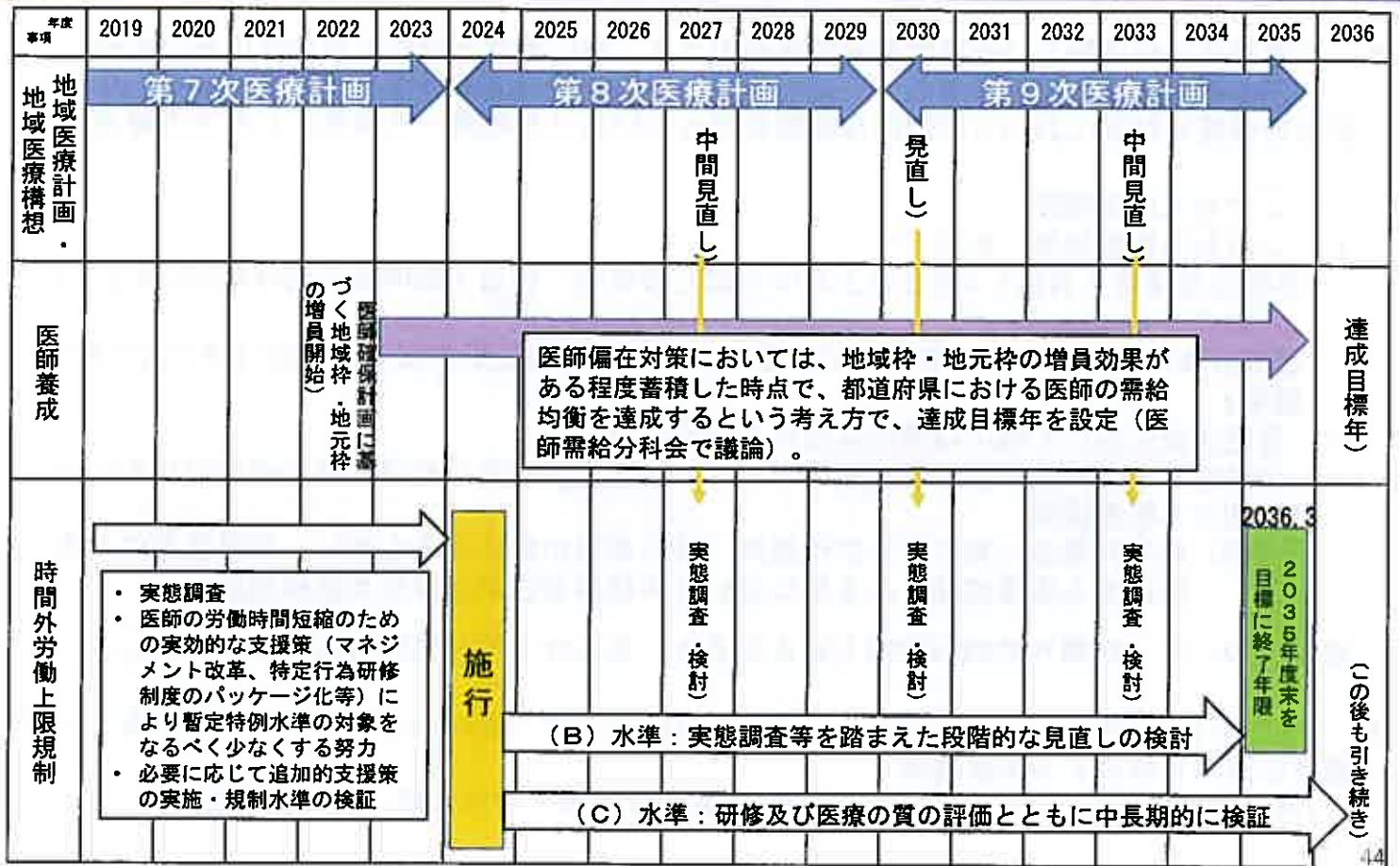
※図中の勤務時間を示す帯には各日法定休憩を含む

- 概ね週1回の当直（宿日直許可なし）を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働（早出又は残業）
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日（概ね4週6休に相当）

- 概ね週1回の当直（宿日直許可なし）を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め平均14時間弱の勤務
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日（概ね4週6休に相当）

※勤務間インターバル9時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、(A)・(B)と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

時間外労働規制の施行について(中長期の見通し)



医師の働き方改革に関する検討会報告書より③

地域医療確保暫定特例水準(B)の対象医療機関(案)

地域医療確保暫定特例水準(B)

◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から

i 三次救急医療機関

ii 二次救急医療機関 かつ

「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」
かつ

「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」

iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

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

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

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。

◆ 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

46

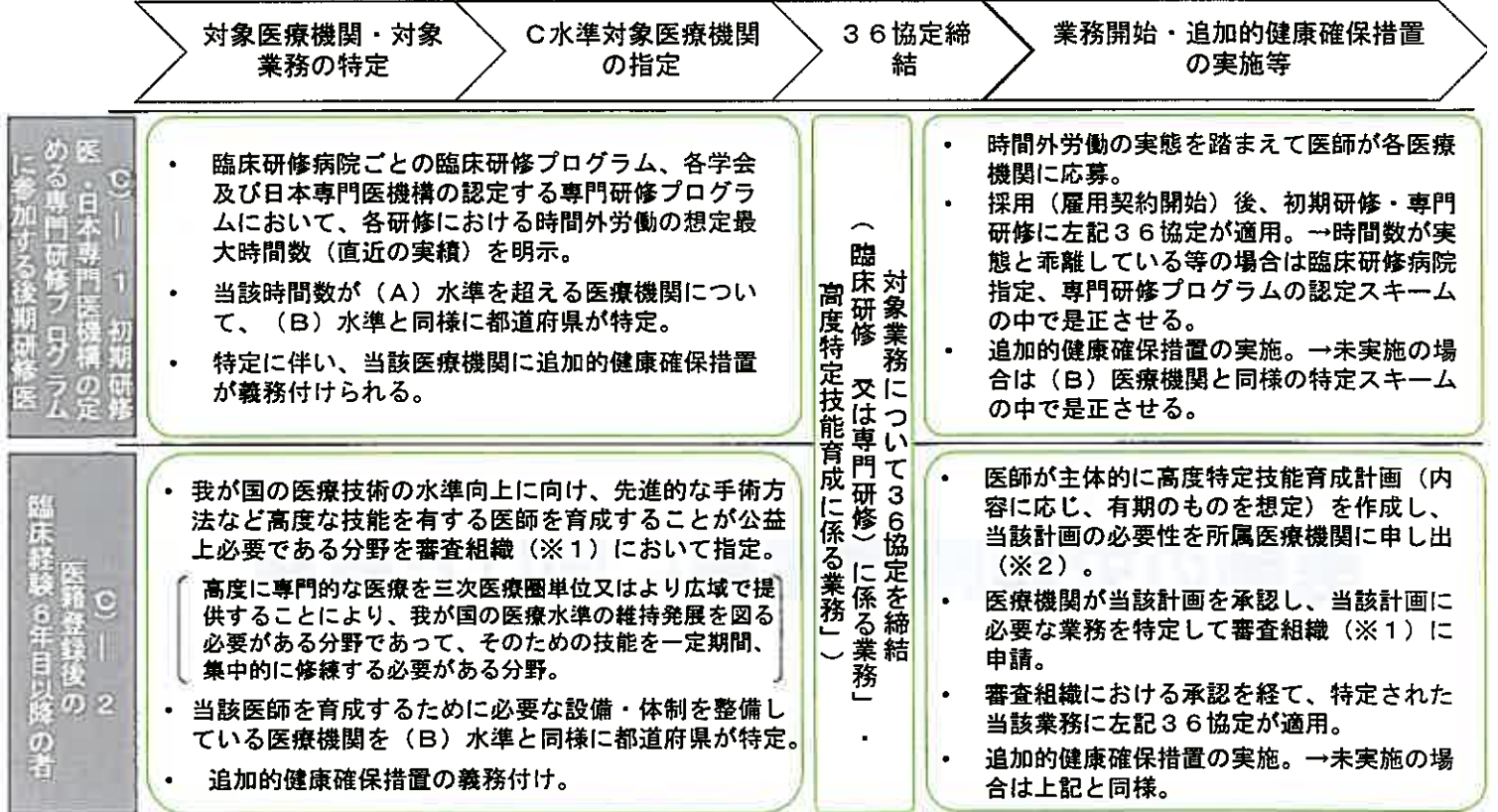
医師の働き方改革に関する検討会報告書より④

**一定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((C)水準)(案)**

47

集中的技能向上水準の適用フロー

□ 以下のとおり、各論点について具体的な内容をフローで整理した。



※1 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組織を設ける必要がある。
 ※2 高度特定技能については、個々の医師の自由な意欲・希望の元で発案されると考えられることから、医師が計画を作成することとなる。

特に研修医の場合

特に、臨床研修医・専門研修中の医師については、

- 長時間労働を強いられることのないよう、一方で、学習・技能向上の意欲に応えられるよう、一人ひとりがプログラム選択時に判断しやすい制度に改革。
- 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、連続勤務時間制限等を厳しくし、健康確保にさらに配慮。

若手医師・医学生の声

（出典：医師の長時間労働の法規制に関する若手医師と医学生からの提言書「壊れない医師・壊さない医療」を目指して）
 （2017.12.22 Advocacy team of Young Medical Doctors and Students 第5回医師の働き方改革に関する検討会資料2）より抜粋）

下記に挙げる項目について、国民や行政、立法、医師会、コメディカル、アカデミア等が協力して、包括的かつ長期的な目標を設定し、実質的に医師が労働基準法を守るような労働環境を段階的に実現していくよう求める。

- 90%以上の若手医師と医学生が「医師の健康診断や休息の確保」や「医師の抑うつやバーンアウト、自殺を予防する対策」、「医師の子育て支援とキャリア支援」を必要としている。
- 94%の医学生が長時間労働の上限規制に際して「研修の質の維持とモニタリング」を必要と考えている。

（この他、医師自身の働き方に対する意識の変革、労働時間の定期的なモニタリングの実施、給与の維持、タスクシフティングやタスクシェアリングの推奨等が挙げられている）

すべての臨床研修・専門研修プログラムで、時間外労働の見込み時間数を提示
 ⇒自身の希望に基づき選択

（時間外労働年960時間を超える場合に以下を義務化）

【臨床研修医】
 連続勤務時間制限15時間(インターバル9時間)又は24時間(インターバル24時間)による休息の確保

【専門研修中の医師】
 連続勤務時間制限28時間・インターバル9時間による休息の確保

医師の働き方改革に関する検討会報告書より⑤

医師の労働時間短縮に向けた取組

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ

- 医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働が休日労働込みで年960時間以内となるよう（集中的技能向上水準の対象業務を除く）、医療機関・医療界・行政をあげて全力で労働時間短縮に取り組む。
- 地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずこの水準に到達できない場合も地域医療確保暫定特例水準の年1,860時間を上限として、これを上回る部分を約5年間で完全になくす改革をしていく。

- 現状において年間3,000時間近い時間外労働をしている医師もいる中で、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等によって、その労働時間を週に20時間分削減
- さらに、追加的健康確保措置（連続勤務時間制限・勤務間インターバル）を適用

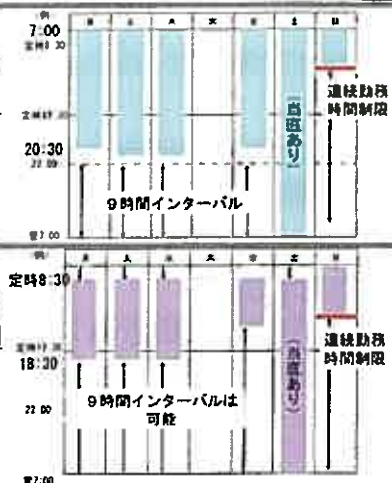
(時間外労働の年間時間数)

1,860時間

その働き方の例

960時間

その働き方の例



年間時間外1,860時間超の医師がいる医療機関の実像
病院の約3割、大学病院の約9割、救急機能を有する病院の約3割（救命救急センター機能を有する病院に限っては約8割）

地域医療確保暫定特例水準／集中的技能向上水準：
罰則付き上限であり、2024.4以降、この水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

集中的技能向上水準対象業務に従事する医師（選択した者のみ）

地域医療確保暫定特例水準対象・集中的技能向上水準対象を除き、2024.4以降、960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

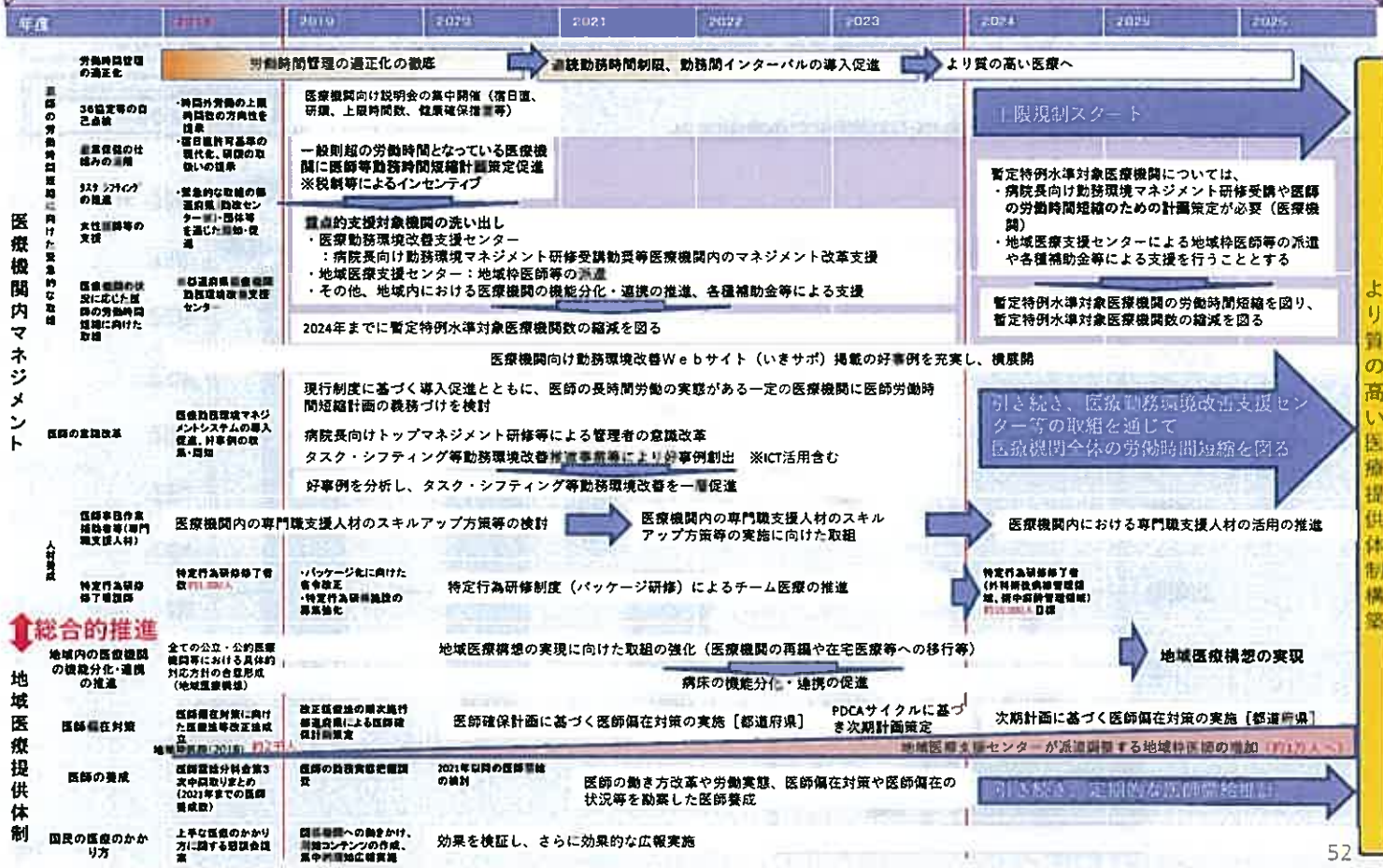
現状

2024.4
上限規制適用

暫定特例水準の
適用終了

医療機関における医師の労働時間の短縮に向けて(ロードマップ)

(A)・(B)水準の適用を中心として整理したもの



より質の高い医療提供体制構築

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

第16回医師の働き方改革に関する検討会資料3より

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、週7時間程度の時間がこれに相当する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。



外科の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療行為を、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。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

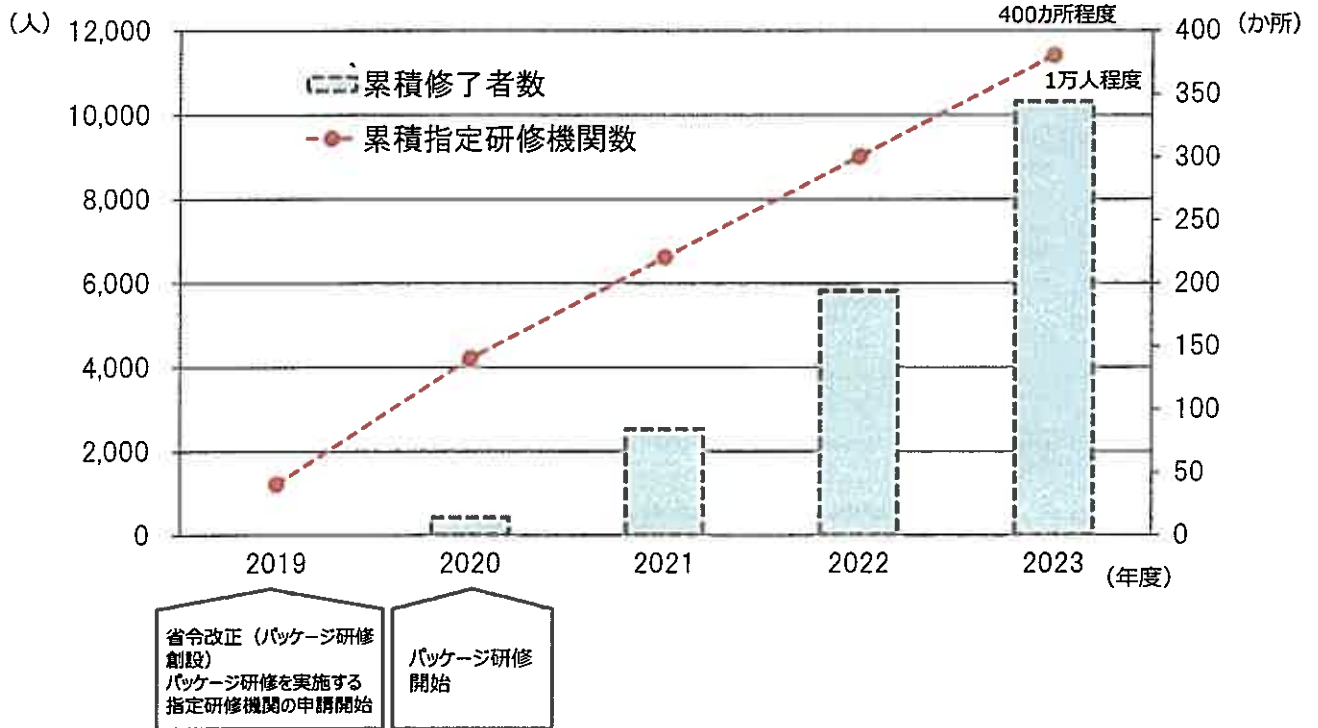
患者に対するきめ細やかなケアによる医療の質の向上、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれる。

特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

第16回医師の働き方改革に関する検討会資料3より

■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



他の医師に対するタスクシェア

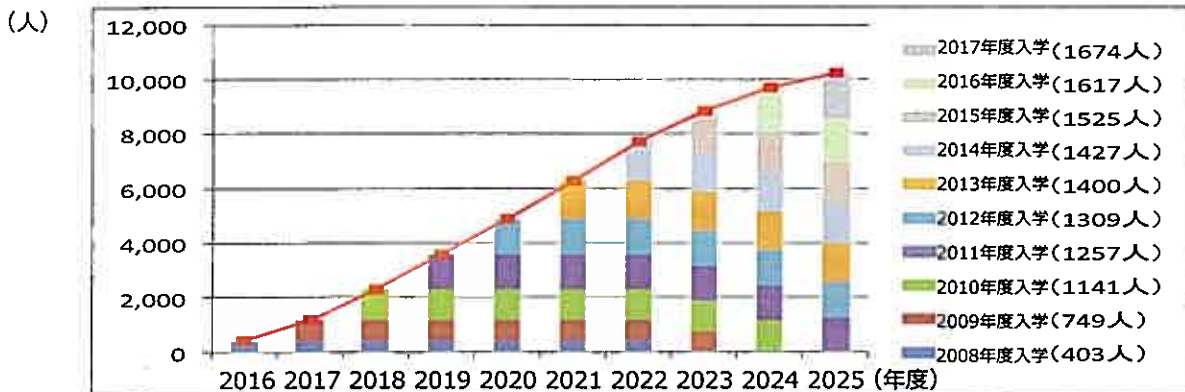
第16回医師の働き方改革に関する検討会資料3より

- 2008年度以降、地域枠を中心として臨時的な定員増を行ってきており、地域枠の充足率や定着率を考慮しても、2024年度には最低でも5000人以上※の医師が義務履行中であると考えられる。
- その4分の1程度の人数の医師が、週80時間の時間外労働時間の水準の達成が難しい医療機関に派遣され、そうした複数の医師の業務を横断的にタスクシェアすると、6%程度の業務削減が可能であり、週100時間勤務の場合、週6時間程度の時間がこれに相当する。

※ なお、地域枠医師は、地域医療に従事することが求められており、地域の総合的な診療に従事することから、専門診療科の医師の業務をそのまま代替するのではなく、救急外来、ICU管理、病棟管理業務等について、タスクシェアが可能。

また、地域枠医師のうち、医学部定員の臨時増員と連動した地域枠であって、地域枠修学資金が貸与され、地域等における義務履行義務がある医師の人数は、2024年度には臨時定員ベースで7000人以上、充足率や離脱率を踏まえても5000人以上いると推計される。

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

特定の医師個人への負担の固定化を防止するために

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

（B）水準に係る制度設計における対応

■ 長時間労働の業務・診療科への重点的な取組・支援

（B）対象医療機関には、
医師労働時間短縮計画の策定を義務付け

↓
長時間労働の業務・診療科が明らかとなる

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

これらの取組で労働時間を 着実に短縮することにより

（B）水準は2035年度末までに960時間に引下げ
それまでの間、段階的な見直しの検討を実施

■ 健康確保措置の確実な実施

連続勤務時間制限（28時間）
勤務間インターバル（9時間）等

医師による面接指導
就業上の措置（ドクターストップ）

これらの義務付けによる長時間労働の防止

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

医療提供体制における対応

■ 医師偏在対策の推進（平成30年医療法・医師法改正法による対応）

地域医療を一人の医師に背負わせず
面で支える仕組みの構築

医師少数区域等に優先的に医師派遣

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

区域内の
（B）対象
医療機関に
特に重点的
に派遣

医師少数区域等で勤務する医師に対し、
交代医師の派遣などの負担軽減策を実施

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

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

■ 地域医療構想の実現に向けた取組

医療機関の機能分化・連携の推進により
効率的な医療提供体制を構築

「地域医療構想」の実現に向けた一層の取組

平成30年11月20日 経済財政諮問会議
根本臨時議員提出資料

- 2018年度末までの全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成に向け、議論活性化、インセンティブ設定等を実施。
- 2019年度前半に、作成された具体的対応方針を詳細に検証し、着実な実施や地域医療構想実現のために必要な施策を講じる。

2016年度

2017年度

2018年度

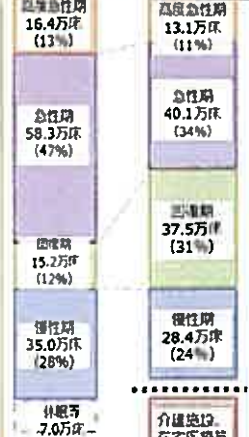
2019年度

構想策定完了

地域ごとに、2025年時点での
病床の必要量を「見える化」

足下の病床数
(2017年7月現在) 計131.9万床

2025年の
病床必要量 計119.1万床



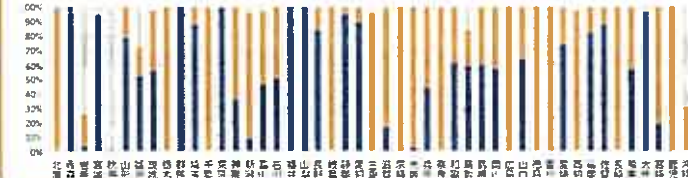
2年間程度で集中的な検討を促進
具体的対応方針の速やかな策定に向けた取組

地域のビジョンをもとに
具体的な医療機関ごとのビジョンへ

具体的対応方針の議論の状況

- 2018年3月末から9月末までに合意済みの公立・公的医療機関等の病床数が3.1万床から23.6万床（約半数）まで増加
- 取組が遅れている都道府県の状況を把握し、2018年度末までに全ての公立・公的医療機関等で合意済みとなるよう取組を推進

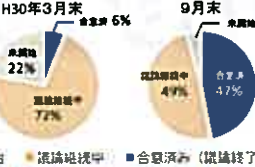
都道府県別の議論の状況



全ての公立・公的医療機関等の
具体的対応方針の合意形成

具体的対応方針：2025年の医療機能別の病床数の達成に
向けた医療機関ごとの対応方針

公立・公的医療機関等に関する議論の状況

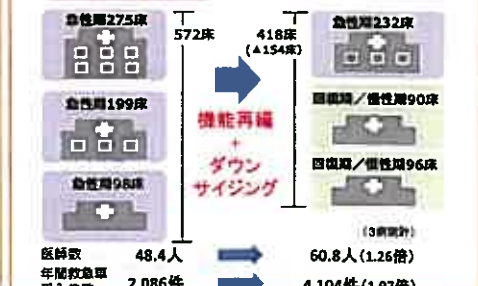


具体的対応方針の検証
具体的対応方針の実現に応じた推進策を更に充実

PDCAサイクルの着実な実施

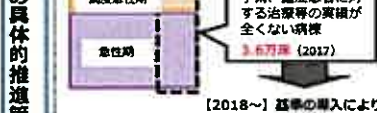
機能分化連携のイメージ（奈良県南和構想区域）

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院（急性期）と1つの救急期/慢性期病院に再編し、ダウンサイジング
- 機能集約化により医師一人当たりの診療受付件数が増え、地域全体の医療機能の強化、効率化が促進された



2018年10月病床機能報告に定量的基準を導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、実績のない高度急性期・急性期病床を適正化



慢性期から介護施設、在宅医療等への移行

- 2017年10月の病床機能報告では、慢性期病床から1.8万床が介護施設等へ転換予定と報告
- 2018年9月末までに4.6千床が介護施設等に転換済み
- ➡ 転換支援策により、着実に推進
- 地域での議論の活性化に向けた方策
- 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置（28都道府県参加）
- 2018年6月より地域医療構想アドバイザーの任命（77名）
- ・地域医療構想調整会議に参加し、議論が活性化するよう参加者に助言
- ➡ 転換事例の分析や好事例の集約により、着実に推進

2018年度地域医療介護総合確保基金（9/30時点）

- 具体的対応方針のとりまとめに応じて、基金を重点的に配分
- 病床のダウンサイジングに向けた取組を具体的に推進できるよう、基金事業の対象を拡大
- ➡ 2019年度は、異なる基金の重点的配分を検討

想定される医療の在り方の変化イメージ(患者・国民からみて)

医師が疲弊し、今のままでは医療は崩壊の危機

【当直明け連続勤務】

【ヒヤリハット体験の割合】



連続勤務時間制限28時間・インターバル9時間確保による休息の確保
(時間外労働年960時間を超える医師義務化)

⇒ 医師の健康が確保され、より安心・安全な医療を受けられることを目指す

何でも医師がしてくれることが当たり前

現在医師が行っている業務の中には、医師以外の職種へのタスク・シフティングやICT等の技術活用が可能なものも存在

(例)・医療従事者一般が行える業務(電子カルテ入力等): 医師の業務時間の約7%
・特定行為研修修了看護師が行える業務: 約3%程度(外科系医師では約7%) (出典※3)

他職種へのタスク・シフティングやICT等の技術の活用により、チーム医療を推進・医療の効率性を向上

⇒ 多様な医療専門職の専門性を活かしたきめ細やかなケア、新技術を活かした効率的で質の高いサービスを受けられることを目指す

医療アクセスが良く便利だが、非効率な場合も

地域の医療機関間の役割分担が進んでおらず、非効率な時間外救急の受入体制などが、医師の長時間労働の一因となっている

地域の医療機関の機能分化・連携が進む

⇒ 効率的な医療が提供されることで、将来にわたり必要な医療を受けられることを目指す

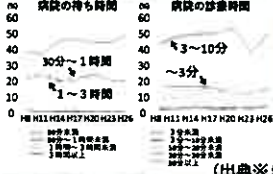
患者・家族は受診の要否の判断が難しく、不安が夜間休日を含めた不急の受診につながる

病院の待ち時間が長く、診療時間が短い

【ある救急相談センターの例】

割合

119番へ転送	13.2%
救急車以外の手段での遅やかな受診を勧奨	28.6%
6時間以内の受診	27.4%
翌日勤務帯に受診を勧奨	16.6%
経過観察	6.2%



行政・医療界が信頼できる医療情報を発信し、受診に関する相談体制を充実

⇒ 信頼できる医療情報や専門家のアドバイスにより、安心して適切な医療を受けられるようにし、混雑の緩和も目指す

国民の理解・患者の上手なかかり方を進めながら

(出典※1) 平成29年度厚生労働省委託 医療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・研究事業における医療機関アンケート調査(医師票) 結果を基に厚生労働省医政局医療経営支援課において作成。 (出典※2) 労働政策研究・研修機構 勤務医の就業実態と意識に関する調査(平成24年) (出典※3) 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)等 (出典※4) 横浜市救急相談センターへの問合せ結果(H28.1.15~H29.1.14救急相談データ) (出典※5) 平成26年度受療行動調査(厚生労働省)

第5回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会 (H30.12.17)資料2

H31.1.21修正

「いのちをまもり、医療をまもる」 国民プロジェクト宣言！

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
病院・診療所にかかるすべての国民と、
国民の健康を守るために日夜力を尽くす医師・医療従事者のために、
「『いのちをまもり、医療をまもる』ための5つの方策」の実施を提案し、
これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

特に、医療の危機と現場崩壊は深刻で、「いのちをまもること」「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、医療の恩恵を被る「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、国民的プロジェクトだと我々は考えています。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

- 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

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、この5つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、すべての関係者の取り組みが前進するよう、来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

まず、日本において「医師は、全職種中、最も労働時間が長い」という現実を知ってください。

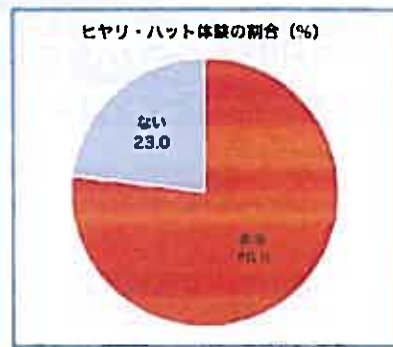
また、日本の医師の「3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える」※1こと、「6.5%が抑うつ中等度以上」であること、「半数近くが睡眠時間が足りていない」こと。

そして、「76.9%がヒヤリ・ハットを体験している」ことなども知ってください。

**こういう現実を放っておくと、
確実に医療の現場は崩壊します。**



項目	割合 (%)
最近1ヶ月間で休みなし	5.9
平均睡眠時間5時間未満	9.1
当日の平均睡眠時間4時間以下	39.3
不健康・健康でない	20.1
自殺や死を毎週または毎日考える	3.6
抑うつ中等度以上	6.5



※1 前回の研究では、男性医師の自殺率は一般男性の1.4倍、女性医師では一般女性の2.7倍であることが示されている (Schermerhammer ES, Cokitz GA. Am J Psychiatry 2004;161:2295-2302)。

「医療危機」は国民全員が考え、取り組むべき重要な問題です

市民側の要因

- 医師の意見だけを信頼し、些細なことでも「とにかく医師に聞こう」と思ってしまう
- 軽症重症に関わらず、大病院で受診して安心を得ようとしてしまう
- 緊急かどうか判断せずに、救急車を利用してしまう

行政側の要因

- 国民や現場医師の声が反映されにくい診療報酬・政策決定プロセスやメンバー構成などの問題を放置している
- 必要な情報が必要な人に提供・伝達できていない
- 形式的でインパクトに乏しい施策を実行している

「医療危機」 4つの要因

医師/医療提供者側の要因

- 「医師が一番」という構造・意識が蔓延している
- 医師が全てを担うべきと、医師自身が思い込んでいる
- 男性を中心とした働き方や慣習がはびこり、限られた人材で業務を回さざるを得なくなっている

民間企業側の要因

- 従業員が体調が悪い時に休んでいない（休めない）ことが、緊急でない夜間・休日受診の一因になっていることを理解していない
- 健診のデータが効果的に活用されていない
- 健康投資はコストにすぎないという意識がある

～医療を取り巻く社会経済状況～

- 厳しい財政状況
- 疾病構造やニーズの変化・多様化
- 医療需要が増える中での働き手の減少
- 予防努力が評価されない制度

「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

市民のアクションの例

- 患者の子供が自院と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を利用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
 - 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
 - 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方期間短など、受ける側にもデメリットがある
- 預生特異をもらうための受診は控える
 - 預生特異はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
- 日頃の体調管理は医療従事者に、業のことは医療従事者に任せて、医師ばかりを頼らない

市民

行政

行政のアクションの例

- 「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクトを継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を百選伝えていく
 - 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング(四股字跡や乳幼児健診など)での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
 - 「高齢者/高齢者に慣れた人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などに協力を呼びかける
 - 学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組み
- 看護助産師などコア・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える(※5)
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
 - フレックスタイム制や休暇取得などの制度を企業が公表する仕組みを推進する
 - 企業独自の休暇制度を従業員により普及させる
- 行政視察等での医療/現場化に取り組み

医師/医療提供者

民間企業

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる場合に医療のかかり方を導く(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、地域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医(※3)」として必要十分な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・夜間を市民に分かりやすく伝えるように努める
- クラスシフト・クラスシェア(医師の移管・共同化)を推進する
 - 医師の質を上げ、患者の満足度を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医師の総括にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康増進に努め、暮らしと休職をとる

民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する情報を従業員に生かす
- 業務の高度化を止め、仕事を減らす
 - それによりワークライフバランスを改善させる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休職できるようにする
- インフルエンザなどの予防書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の開発を進める

※1 病名、症状や病状が多くのサイトで掲載されており、どこも正しい情報があると思われがちですが、誤った情報が提供されている場合があります。信頼できる医療情報サイト(※1)を利用し、まずは状態を把握する(※2)の原則です。
 ※2 医療従事者では医師、看護師、薬剤師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職が協働している。それぞれの専門職もそれぞれ、業務分担しつつも連携・協力し、患者の健康のために最適な医療ケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。
 ※3 社会の中心として活動し、地域の健康増進に貢献していることと、必要十分な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・夜間を市民に分かりやすく伝えるように努める。
 ※4 患者・家族の悩みに応じて、相談窓口を設置する。必要に応じて、夜間・休日診療も実施できる体制を整えること。
 ※5 働き方改革の推進により、企業は「フレックスタイム制」や「休暇取得」などの制度を従業員に公表する仕組みを推進する。
 ※6 働き方改革の推進により、企業は「フレックスタイム制」や「休暇取得」などの制度を従業員に公表する仕組みを推進する。民間企業独自の休暇制度を従業員により普及させる。

市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
 - ・日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
 - ・夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
 - ・抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
 - ・日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する
(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
 - ・医療の質を上げ、患者の満足を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

- ※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方向)。
- ※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・協働し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。
- ※3 身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる的確な治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。
- ※4 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
 - ・保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング(両親学級や乳幼児健診など)での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
 - ・「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
 - ・学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える(※1)
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
 - ・フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
 - ・企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の風人化を止め、仕事を皆でシェアする
 - ・それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 諸外国においても、医師偏在・過労対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」(外科手術の助手や事後管理等を担う)が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師(プラクティス・ナース)により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

労働基準法関係の整理

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
(所定
内労働
時間)

当直帯
(15時間程度)

様々な実態

- ・ ほとんど実働がない、いわゆる「寝当直」
- ・ 救命救急センター等、ほぼ一晩中実働である
- ・ その中間

- (原則の考え方) 指示があった場合には即時に業務に従事することを求められている場合は、手待時間として労働時間。
- (特例) 労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働⇒労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外。
(※この場合、15時間程度のうち実働した時間のみが規制対象)
- 許可に当たっては、①一般的許可基準(昭和22年発出)と、②医師、看護師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回検討会にお示した案に、ご議論を踏まえた修正をしたもの)

- ・ 「病棟当直において、少数の要注意患者の状態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変動について、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。

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を示すこととしたい。

例えば
8:30 17:30

日勤帯
(所定
内労働
時間)

時間外に残って
研鑽を行っている
時間

様々な実態

- ・ 診療ガイドライン等の勉強
- ・ 勉強会の準備、論文執筆
- ・ 上司等の診療や手術の見学・手伝い

- 医師の研鑽については、
 - ・ 医学は高度に専門的であることに加え、日進月歩の技術革新がなされており、
 - ・ そのような中、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。
- 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等を示す。

研鑽の種類	考え方・手続
診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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ていれば、労働時間に該当しないものとして取り扱う。
学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新等	<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。
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"> ・ 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慣習化(常態化)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。

必要な手続等

- 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(突発的な場合を除き診療等を指示しない、服装等)

具体的にどう進んでいくのか

医師の労働時間短縮に向けて・支援策

上限規制適用までの5年間における医療機関の取組のバックアップ

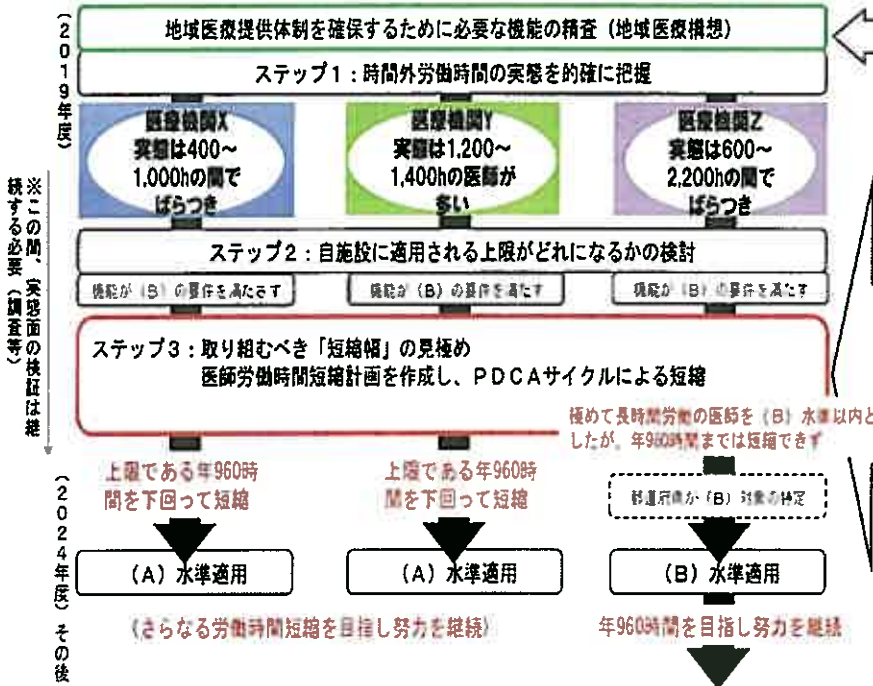
- 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの5年間において、各医療機関の取組をバックアップする仕組みを構築する必要。

第18回医師の働き方改革に関する検討会資料4

<各医療機関の状況に応じた5年間の動き(例)>

※事務局案を前提とした整理

<医療機関をバックアップする仕組み(案)>



医師の宿日直や自己研鑽を含めた労働時間の考え方の周知

国(厚生労働省)
 ・医師の時間外労働短縮目標ラインの設定等、全体方針を策定

都道府県
 ・個別医療機関における医師の労働時間短縮・地域医療確保の両面から、域内の全体状況を把握(各医療機関の医師の労働時間の概況把握、(B)水準適用「候補」の把握等)

評価機能(新)
 ・医療機関ごとに、医師の長時間労働の要因分析・評価、指導を実施((B)水準超過医療機関、(B)水準適用「候補」医療機関を優先)

医療勤務環境改善支援や医師偏在対策を有効に組み合わせた医療機関支援、医師の労働時間の実態把握を踏まえた医療提供体制の検討

医療機関と都道府県に評価結果を通知し、取組を促す

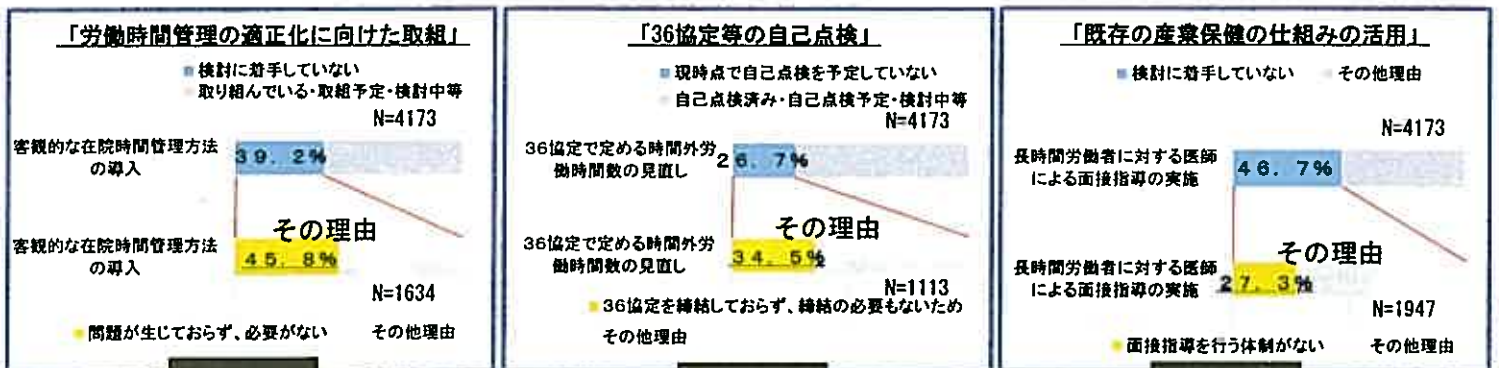
700

「緊急的な取組」の徹底に向けて

- 医師の労働時間短縮に関する当面今後5年間の改革を着実に進めるためには、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の確実な実施が不可欠。特に、労働基準法等に基づく基本的な労働時間管理は、現状においても使用者の責務であるが、昨年9~10月に実施したフォローアップ調査においては、検討に着手していない医療機関が一定程度あり、義務の未実施が疑われる。
 - 「緊急的な取組」で求めた項目が未実施であると疑われる病院については、2019年度中に都道府県医療勤務環境改善支援センターが全件、個別に状況確認を行い、必要な対応を求めていくこととする。
- ※ 「緊急的な取組」の実施状況も踏まえて、医師の労働時間短縮に向けたさらなる行政の支援策を検討する。

(参考) 医師の労働時間短縮のための緊急的な取組 フォローアップ調査

※平成30年度厚生労働省委託事業により、平成30年9~10月にかけて調査を実施



適切な労働時間管理は使用者の責務

現行(2024年4月の上限規制適用前)であっても、36協定を締結せずに時間外労働させると法違反(6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金)

現行でも、長時間労働の医師が申し出たら使用者には面接指導を行う義務があり、対応できるよう体制整備が必要

すべての医療機関に適正な労務管理を！！

711

平成31年度厚生労働省予算案（医師をはじめとした医療従事者の働き方改革関係）

医療分野の働き方改革の推進（新規）

働き方改革実行計画（平成29年3月働き方改革実現会議決定）等を踏まえ、医師をはじめとした医療従事者の働き方改革の推進に向けた施策を講じる。

- Tele-ICU体制整備促進事業 5.0億円（新規）
 - 遠隔より適切な助言を行い、若手医師等、現場の医師をサポートし勤務環境を改善するため、複数のICUを中心的なICUで集約的に患者をモニタリングし、集中治療を専門とする医師による適切な助言等を得るために必要な設備や運営経費に対する支援を行う。
- タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業 3.9億円（新規）
 - タスク・シフティングなどの勤務環境改善の先進的取組を行う医療機関に必要な経費を補助し、効果・課題の検証を実施するとともに、当該取組を評価し周知することにより取組の推進を図る。また、医療関係団体が、医療機関向けの会議開催や好事例の普及等を通じて、医師等の勤務環境改善に資する取組を行う場合の費用を補助する。【新規】（推進枠）
- 医療機関の勤務環境マネジメント向上支援 0.5億円（新規）
 - 医師の働き方改革に向け、病院長の意識改革や勤務環境・処遇などの労務管理に関するマネジメント能力の向上を図るため、国立保健医療科学院等において地域リーダーの育成や病院長向けの研修を実施する。【新規】（推進枠）
- 医療のかかり方普及促進事業 2.2億円（新規）
 - 適切な医療のかかり方について国民の理解を促進するため、ウェブサイトの構築や、多様な組織主体が参画し、国民運動を広く展開していくためのイベントの開催等を行う。【新規】（推進枠）
- 医師の勤務実態把握調査事業 0.8億円（新規）
 - 精緻な医師の需給推計を実施するにあたり、医師の地域、診療科、年代、性別による勤務実態を把握する必要があることから、全国の医師を対象とした勤務実態を詳細に把握するための調査を実施するとともに、医師の勤務実態に影響を及ぼすタスク・シフティングの推進状況等についても併せて調査する。【新規】
- 看護業務の効率化に向けた取組の推進 0.3億円（新規）
 - 看護職がより専門性を発揮できる働き方の推進や生産性の向上を図るため、看護業務の効率化に資する医療機関の取組を募集し、選考委員会を設置して先進的な取組を選定するとともに、先進的な取組を行う医療機関を表彰し、取組を周知する。【新規】（推進枠）
- 医療従事者の働き方改革支援資金の創設 財政投融資資金計画3,168億円の内数（新規メニュー）
 - （独）福祉医療機構による、働き方改革に取り組む医療機関への長期運転資金の融資を行う。【新規】

722

医療従事者の働き方改革支援資金の創設（新規）

平成31年度財政投融資資金計画予算案
3,168億円の内数（0億円）

【現行の福祉医療機構（医療貸付事業）による融資について】

- 医療貸付事業については、病院、介護老人保健施設、介護医療院及び診療所等を開設する個人又は医療法人等に対し、病院等の設置・整備又は経営に必要な資金の貸付けを行い、社会福祉の増進並びに医療の普及及び向上を図ることを目的としている。
- 長期運転資金関連の既存の融資メニューとしては以下のものがこれまでに設定されている（一例）。
 - ・病院等に係る経営安定化資金（一時的な特殊要因等により生じた資金不足を解消するために必要な資金繰り資金等）
貸付限度額：病院1億円、診療所4,000万円、平成30年12月12日現在の貸付利率は0.81%
 - ・地域医療構想支援資金（地域医療構想達成に向けた取組を実施する医療機関として都道府県が位置付けた病院等であって、資金繰りの負担や収益構造の変化に適切に対応し、引き続き安定的な事業運営を行うために必要な資金）
貸付限度額：病院5億円、診療所3億円、平成30年12月12日現在の貸付利率は1.01%

【医療従事者の働き方改革支援資金の概要】

- （資金種類）
 - ・長期運転資金
- （融資条件）
 - ・勤務環境改善にかかる費用について具体的な金額を盛り込んだ事業計画書を提出すること
 - ・貸付限度額：病院5億円、診療所3億円
（既存の長期運転資金と併用する場合であっても上記を合計額の上限とする）
 - ・償還期間：10年以内（据置期間4年以内）
 - ・利率：予定されている貸付利率は平成30年12月12日現在を基準とした場合0.51%

WAM
独立行政法人福祉医療機構

厚生労働省の政策目的
に沿った低利融資



733

1. 大綱の概要

長時間労働の実態が指摘される医師の勤務時間短縮のため必要な器具及び備品、ソフトウェア、また地域医療提供体制の確保のため地域医療構想で合意された病床の再編等の建物及びその附属設備、さらに共同利用の推進など効率的な配置の促進に向けた高額医療機器の3点において、特別償却制度の拡充・見直しを行う。

2. 制度の内容

① 医師及び医療従事者の働き方改革の推進【拡充】

- 「医師は全業種の中で最も長時間労働の実態にある」ことに対応し、地域における安全で質の高い医療を提供するため、医師・医療従事者の勤務時間短縮に資する一定の設備について、特別償却をできることとする。

【対象設備】医療機関が、都道府県に設置された医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師勤務時間短縮計画に基づき取得した器具・備品（医療用機器を含む）、ソフトウェアのうち一定の規模（30万円以上）のもの

【特別償却割合】取得価格の15%

② 地域医療構想の実現のための病床再編等の促進【拡充】

- 地域医療構想の実現のため、民間病院等が地域医療構想調整会議において合意された具体的対応方針に基づき病床の再編等を行った場合に取得する建物等について、特別償却をできることとする。

【対象設備】病床の再編等のために取得又は建設（改修のための工事によるものを含む）をした病院用等の建物及びその附属設備（既存の建物を廃止し新たに建設する場合・病床の機能区分の増加を伴う改修（増築、改築、修繕又は模様替）の場合）

【特別償却割合】取得価格の8%

③ 医療用機器の効率的な配置の促進【延長】

- 医療用機器の特別償却について、配置の効率化又は共同利用を特に図る必要がある特定の医療用機器（CT、MRI）の配置効率化等を促す仕組みを講じた上で、期限を2年延長する。

【特別償却割合】取得価格の12%

今こそ

医療勤務環境マネジメントシステム のススメ

働き手が少ない社会



働き手の獲得競争が厳しい社会

※医療機関間でも、他業種との間でも！

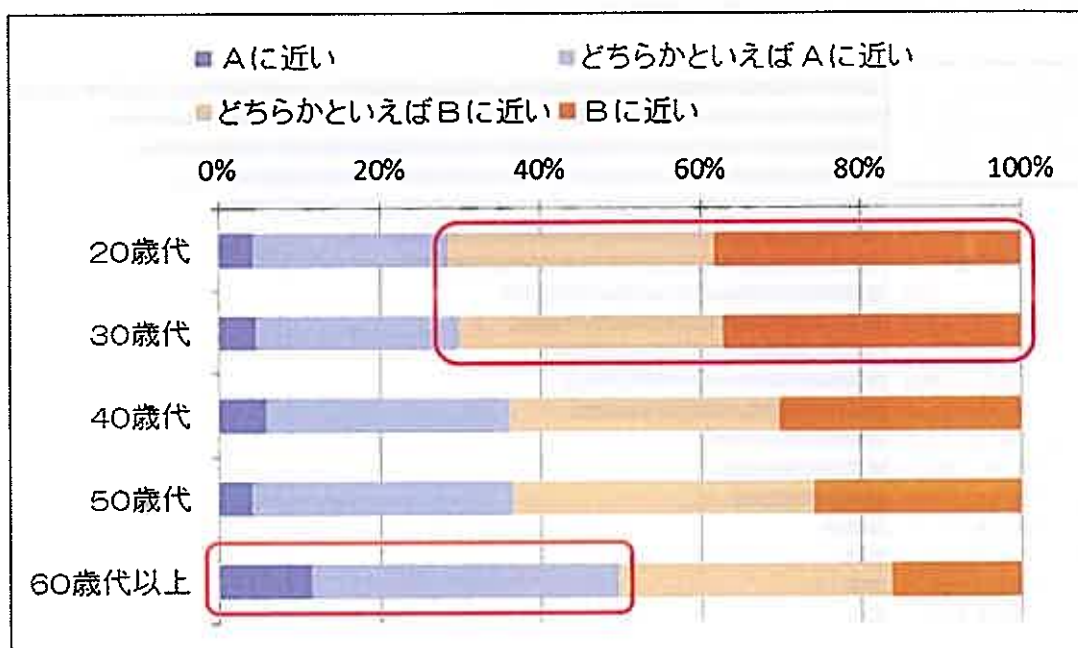


医療を未来に繋げるためにも、勤務環境改善を！

76

勤務環境改善に関する認識（医師・年齢別）

- A：医師には、特別の使命があるのだから厳しい勤務環境にあるのはやむを得ない
B：医師不足という現状においても、勤務環境は工夫次第で改善しうるし、改善すべき



出典：「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（平成24年9月、（独）労働政策研究・研修機構）
平成23年12月に全国の20床以上の病院に勤めている24歳以上の医師を対象（医院・クリニックの院長は除外）にインターネットを用いてアンケート調査を実施した。有効回収数3,467。

働き手が少ない社会



働き手の獲得競争が厳しい社会

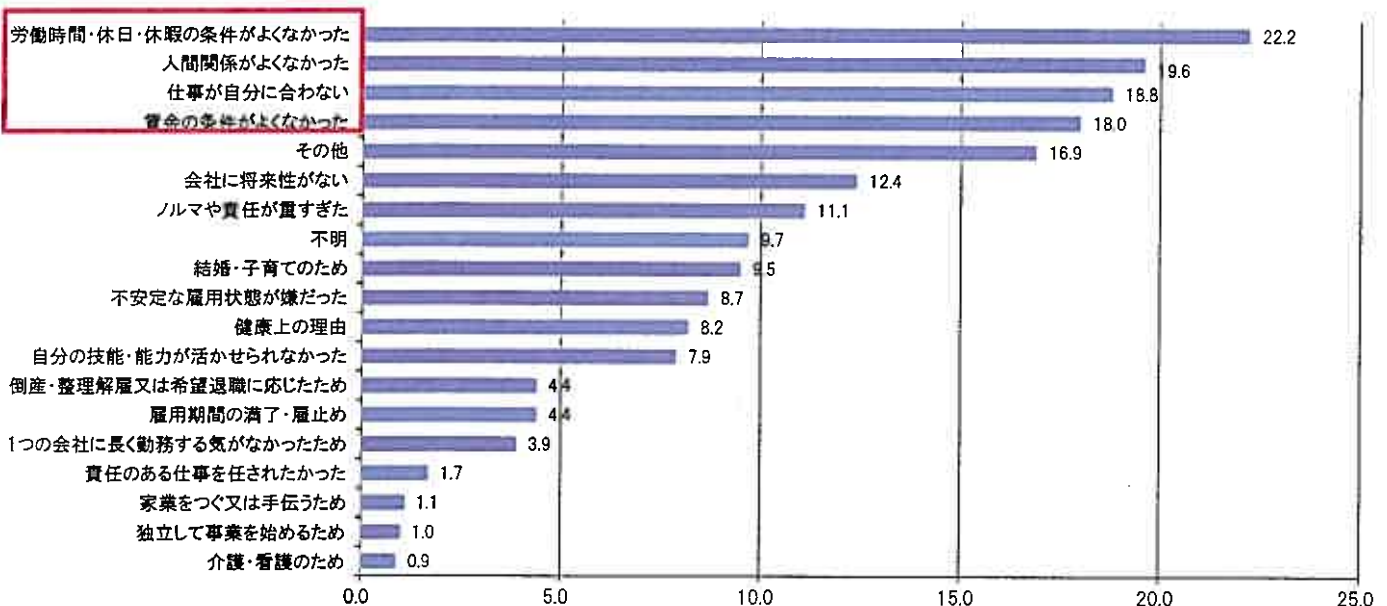
獲得のために必要なもの。。。

時短すればそれでよい??

若者の離職理由

○ 初めて勤務した会社をやめた主な理由として、「労働時間・休日・休暇の条件がよくなかった」「人間関係がよくなかった」「仕事自分に合わない」「賃金の条件がよくなかった」などが挙げられている。

初めて勤務した会社をやめた主な理由(複数回答3つまで)



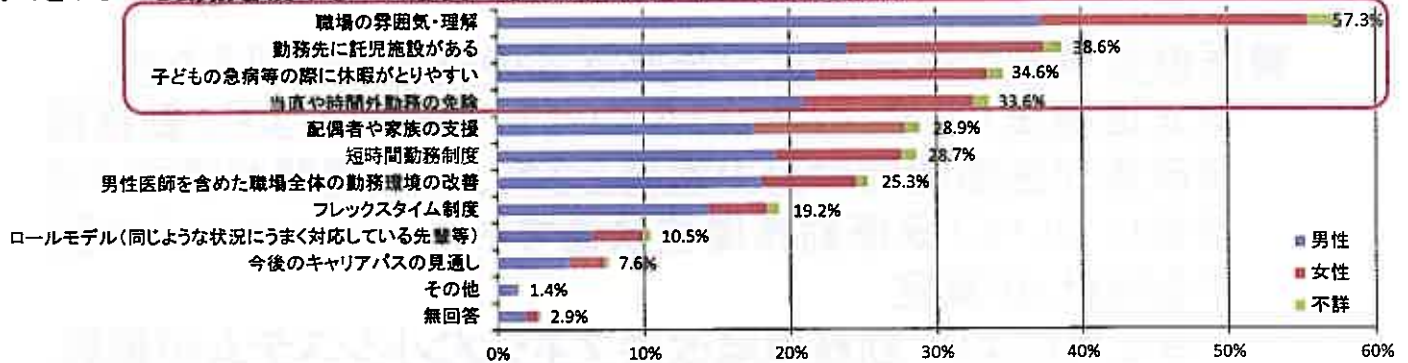
(資料出所)厚生労働省「平成25年若年者雇用実態調査」

(注)前職の雇用形態については、正社員以外も含む。

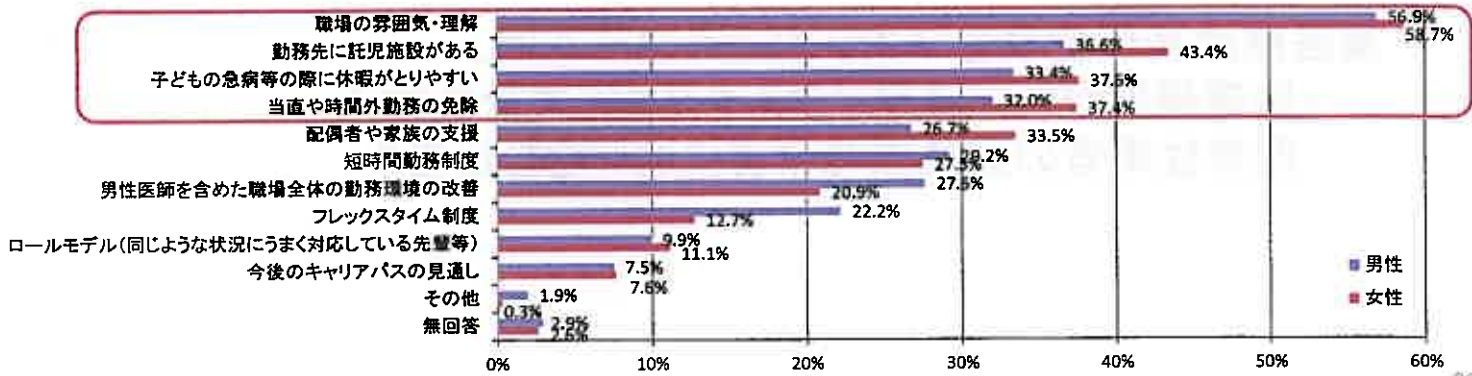
子育てと勤務を両立するために必要なもの

○「職場の雰囲気・理解」「勤務先に託児施設がある」「子供の急病等の際に休暇が取りやすい」「当直や時間外勤務の免除」「配偶者や家族の支援」の順に多く、特に女性に必要とされている。

子育てをしながら勤務を続ける上で必要と考えられるもの(3つまで選択可)



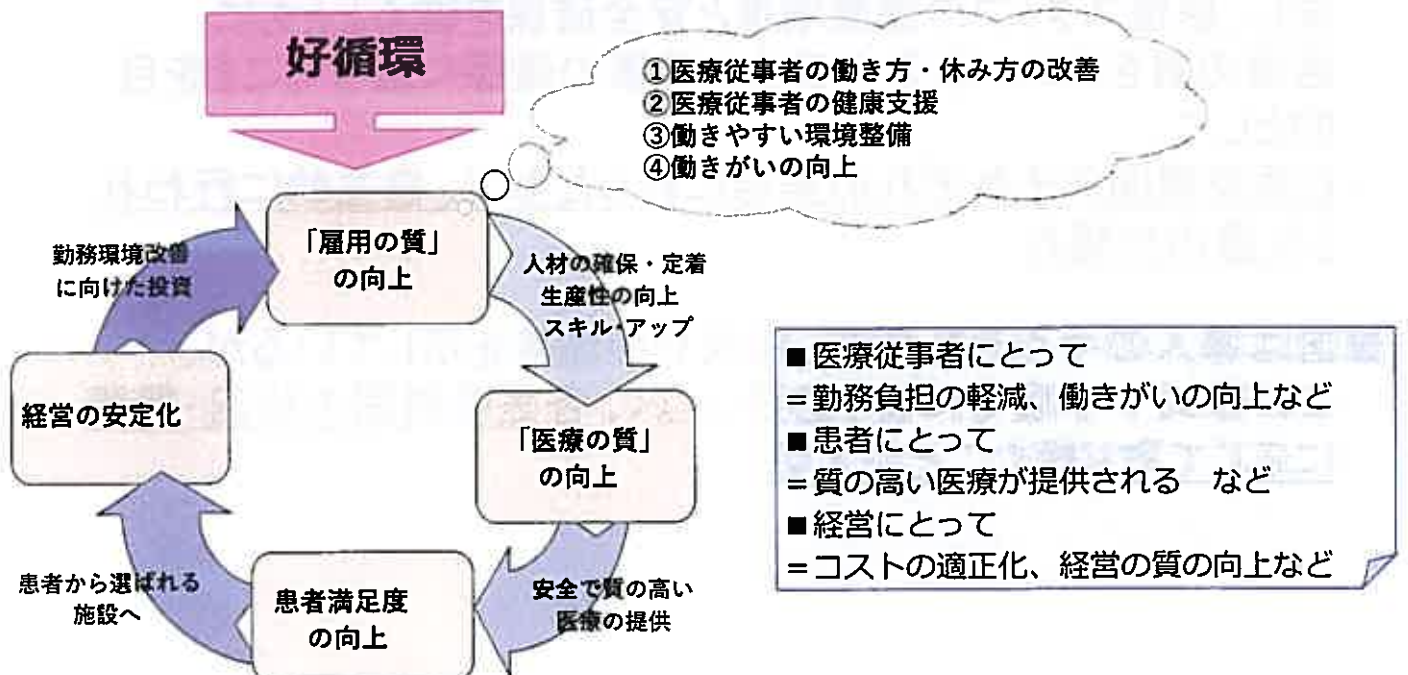
男性(n=3,949)、女性(n=1,870)に占める割合



(出典)平成28年臨床研修修了者アンケート調査(厚生労働省)

今こそ、医療機関の勤務環境改善が求められている

- 医師も含めて、医療機関全体での取組が必須となる
- 医療勤務環境の改善により、収益が向上した事例も確認されている
- **医療従事者、患者、経営にとってWIN-WIN-WINとなるような好循環を作る！！**
- 単なる時短ではなく、その先へ



医療機関の勤務環境改善に向けた取組

- 医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法(平成26(2014)年10月1日施行)により、勤務環境改善が医療機関の努力義務とされ、医療機関が講ずべき措置について「医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針」が策定

→ これにより、勤務環境改善マネジメントシステムが創設

- 医療勤務環境改善マネジメントシステムは、
 - ・医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み

82

- 医療勤務環境マネジメントシステムは、
 - ・医師、看護師、薬剤師、事務職員等の幅広い医療スタッフの協力の下、一連の過程を定めて継続的に行う自主的な勤務環境改善を促進することにより、快適な職場環境を形成し、医療スタッフの健康増進と安全確保を図るとともに、医療の質を高め、患者の安全と健康の確保に資することを目的として、
 - ・各医療機関のそれぞれの実態に合った形で、自主的に行われる任意の仕組み

- 国は導入の手引きを作成し様式や手順等を示しているが、この様式や手順等に従う必要はなく、各医療機関の状況・課題に応じて取り組むことが大切

83

4つの領域における取組メニュー

(1) 働き方・休み方改善

- 労働時間管理**： 時間外労働の削減、1回あたりの最長勤務時間の削減、休暇の取得促進、夜勤負担軽減策（夜勤明けの早帰り等）、勤務と勤務の間隔の確保 など
- 医師の負担軽減**： 多様な勤務形態（短時間勤務、交代制勤務、連続当直を行わない勤務シフト、主治医制見直し等）、給与・手当等の処遇改善、チーム医療の徹底（補助者の活用等）、他職種との連携・業務分担、その他の負担軽減（ICT機器、医師の確保等）、地域医療連携（診療所との外来業務の分担等）
- 看護職・コメディカルの負担軽減**： 復職支援制度、雇用形態や勤務形態が選択可能な制度（働く時間の長さ、時間帯や曜日、働き方等が選べる）、健康・安全に配慮した夜勤・交代制シフト（仮眠時間の確保、夜勤回数の制限、夜勤専従者の雇用及び配慮等）、診療・薬剤・検査・事務部門等関連部門との連携、潜在看護職・コメディカルの把握・職場復帰支援 など

(2) 職員の健康支援

- 職員の生活習慣病対策**： 健康診断の受診率向上等
- メンタルヘルス対策**： 相談窓口、復職支援プログラム等
- 作業環境対策**： 腰痛対策、眼精疲労対策（健診、作業環境の管理等）
- 有害化学物質対策、感染症対策** など

(3) 働きやすさ確保のための環境整備（ソフト面・ハード面）

- 仕事と子育て・介護との両立支援**： 院内保育所や学童保育等の整備、休憩スペースの設置、情報共有システム導入、保育・介護サービス利用料の補助、短時間正社員制度の導入、育児・介護に係る休業・休暇制度の充実、男性職員の育児休業取得 など
- 職員の安全確保（暴言・暴力等への対策）**： 警備員の配置、相談窓口の整備、対応マニュアルの整備 など
- いじめ・ハラスメント対策**： 相談窓口の整備、関連する研修の実施
- 職場の風土・環境の整備**： 職員向け院内アメニティ（仮眠室、休憩室等）の整備 など
- 人材の定着化の視点**： 定期面談等による職員の事情や希望の把握、職員の事情等を尊重した配置や業務面の配慮

(4) 働きがいの向上

- 専門職としてのキャリアアップ支援**： 研修等への参加奨励、子育て等と両立しながらの勤務の継続に関する相談窓口の設置 など
- 人事異動によるキャリアアップ**： 法人内での人事ローテーション
- 休業後のキャリア形成**： 産休・育休復帰後のキャリア形成、産休・育休中の職員の円滑な復職の支援 など

84

勤務環境改善マネジメントシステムの流れ

各医療機関の取組



85

■ステップ1：方針表明

- ポイント1：組織的な取組であることの周知
- ポイント2：具体的な問題解決につながるという「期待感」の醸成
- ポイント3：さまざまな手段を用いて、繰り返し伝える

■ステップ2：体制整備

- ポイント4：自機関の状況にあった体制づくり
- ポイント5：さまざまな職種や属性による多様なチーム・メンバー構成が効果的
- ポイント6：医療機関内でのチームの位置づけを明確にし、医療スタッフに周知を

■ステップ3：現状分析

- ポイント7：既存の定量データを活用し、客観的な分析で冷静に現状を見つめる
- ポイント8：不足する情報は、定性的な調査で把握
- ポイント9：課題抽出と原因分析は、「森」を見てから、「木」を見ていく

■ステップ4：目標設定

- ポイント10：目標設定は“SMART”に
 Specific：テーマは具体的か？
 Measurable：測定可能か？
 Attainable：達成可能なレベルか？
 Result-based：成果に基づいているか？
 Time-oriented：期限が明確か？

■ステップ5：計画の策定

- ポイント11：現実的で継続性の高い計画を
- ポイント12：チーム・メンバー以外の医療スタッフにも積極的に意見を求めましょう

■ステップ6：取組の実施

- ポイント13：取組内容の説明会を行い、ひろく医療スタッフを巻き込みましょう
- ポイント14：定期的に進捗状況を確認し、医療スタッフへのPRもこまめに
- ポイント15：取組内容やスケジュールの追加・修正は柔軟に

■ステップ7：評価・改善

- ポイント16：「雇用の質」や「医療の質」の改善につながっていますか
- ポイント17：しっかりと一連の活動を振り返り、次期計画を検討しましょう

- ・有効な対策の立案には、現状を正しく認識することが不可欠です。
- ・とても悲惨な結果が出たとしても、現実を現実としてしっかりと受け止めましょう。
- ・悪いところばかりを改善しようとするのではなく、組織には必ず、良いところ、「強み」があります。他の組織と比べるのではなく、自機関の良いところ、「強み」をもっと成長させ、発展させるためのデータとして活用しましょう。

「働き方改革」：これからの時代に求められる「働き方」

働き手が少ない社会



少ない労働力でもパフォーマンスを発揮する働き方への転換を！

- その意味からも、多職種の連携・協働の視点、チーム医療の推進は重要
- それらの推進に、勤務環境マネジメントシステムの導入は効く！

医療従事者の勤務環境改善の促進

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、

- 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
- 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。
- ➔ 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進。

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



- 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）
- 勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



都道府県 医療勤務環境改善支援センター

（平成29年3月現在 全都道府県においてセンター設置済み）

- 医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）と 医療経営アドバイザー（医療経営コンサルタント等）が連携して医療機関を支援
- センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医療経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

課題解決の支援

医療勤務環境改善支援センターのご案内

★ 医療機関の勤務環境改善を支援するため、全都道府県に専門家に相談できる医療勤務環境改善支援センターが設置されており支援を受けることができます。

健康で安心して働くことができる
快適な職場づくりを支援します

↓ こんなお悩みありませんか？ ↓

- 勤務環境改善の成功事例を知りたい
- 職員のキャリアアップを図り、働きがいのある職場にしたい
- 仕事と子育て・介護の両立支援に取り組みたい
- 勤務間インターバルを導入したい
- コストの適正化、経営の効率化を図りたい
- 自院で使える補助金・助成金はないだろうか 等



相談先はこちら

各都道府県
医療勤務環境改善支援センター

医療機関に特化した支援機関として、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的なサポートをします。 ▶検索ワード：いきサポ

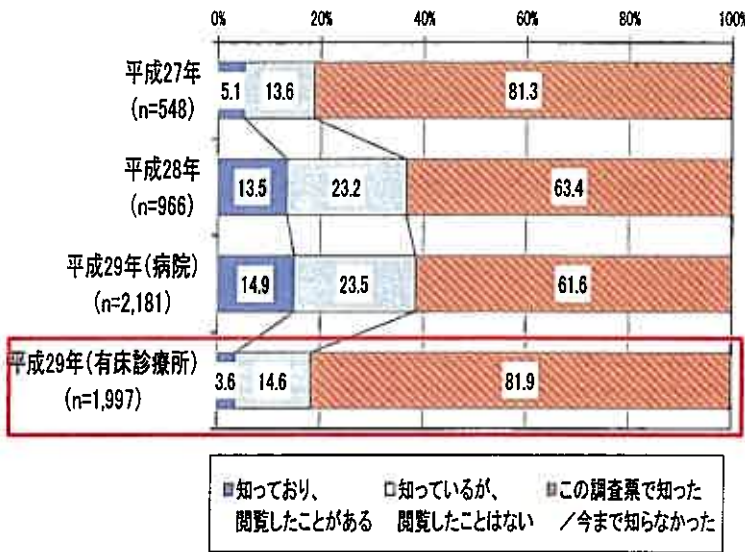
<https://iryuu-kinmukankyou.mhlw.go.jp/outline/work-improvement-support-center/>

お気軽にご相談ください

認知度

「いきいき働く医療機関サポートWeb」（いきサポ）の認知度は、病院も有床診療所も「この調査票で知った／今まで知らなかった」の比率が高いが、その割合は減少傾向にある。

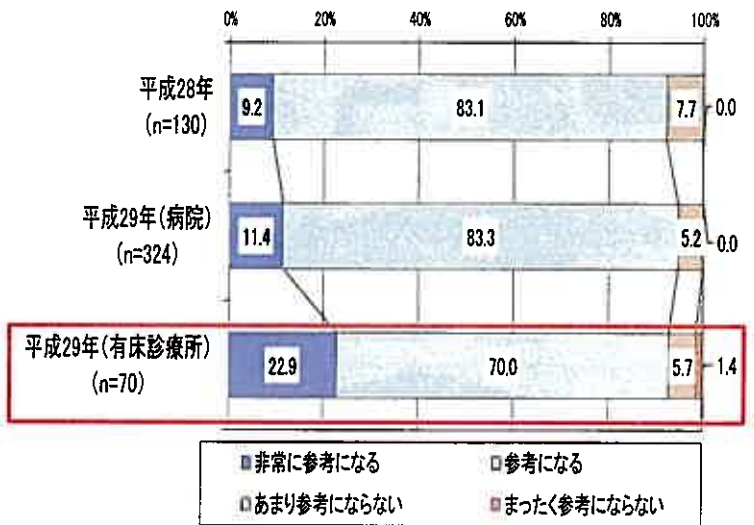
「いきサポ」の認知度



閲覧者の感想

「いきサポを知っており、閲覧したことがある」と回答した人にいきサポの感想を尋ねたところ、病院も有床診療所も「参考になる」（「非常に参考になる」+「参考になる」）の比率が9割以上と高い。

「いきサポ」の感想



出典：平成29年度厚生労働省委託医療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・研究事業報告書 90

いきいき働く医療機関サポートWeb（通称「いきサポ」）

<http://iryu-kinmukankyou.mhlw.go.jp/>

いきいき働く医療機関サポートWeb (いきサポ)

お知らせ

2019 05 18 「医療勤務環境改善センター」で活用されている事例を公開しました。

2019 05 10 「医師の「働き方改革」への対応に関する調査結果」のマネジメントシステム導入の事例を公開しました。

2019 04 15 「医療機関の勤務環境改善の取組に関する調査結果」の事例を公開しました。

2019 03 26 自己評価機能を開発しました。

2019 03 26 医師の働き方改革に関する調査結果を公開しました。

働き方改革

いきサポ

事例掲載中！

好事例募集中！事例が掲載されたら、ロゴマーク使用のバナーを贈呈！医療機関HPに貼ることが可能に。

【主なコンテンツ】

- 国や都道府県、関係団体が行っている医療勤務環境改善に関する施策や事業などを紹介（関係法令・通知、医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針・手引き、都道府県の各種助成金・相談事業など）
- 同種・同規模の病院との比較が可能な自己診断機能を追加（4段階評価やコメントで自院の取組が進んでいない分野を表示）
- 医療機関が勤務環境改善に取り組んだ具体的な事例を紹介（キーワードで取組事例を検索可能）
- 医療機関の取組事例や勤務環境改善のアイデアを投稿することが可能
- 掲載事例に対する評価やコメントを掲載でき、意見交換の場として利用することが可能
- 各都道府県の医療勤務環境改善支援センターのHPへのリンク

