

第8回 医師の働き方改革の推進に関する検討会	資料3
令和2年8月28日	

## 医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）

### はじめに

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

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

一方、平成31年3月28日にとりまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会」報告書（以下「報告書」という。）においては、令和6年度以降の上限規制の枠組みとして、医師の時間外・休日労働時間数の上限について、36協定上の上限及び、36協定によっても超えられない上限をもとに、原則年間960時間（（A）水準）・月100時間未満（例外あり）とした上で、地域の医療提供体制の確保のために暫定的に認められる水準（（B）水準）及び集中的に技能を向上させるために必要な水準（（C）水準）として、年間1,860時間・月100時間未満（例外あり）の上限時間数を設定することと整理されたところである。

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

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

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

という観点からも、計画の策定が不可欠である。その上で、国、都道府県、医療機関、そして医師がそれぞれの立場から、働き方改革に取り組んでいくことが求められる。

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

令和〇年〇月

## 1 趣旨

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

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

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

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

## 2 策定義務対象医療機関【P】

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

具体的には、令和3年度中に係る36協定の届出を行った医療機関のうち、年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超える36協定を締結する医療機関は、令和3年3月末までに計画を策定し、医療機関が所在する都道府県に同年4月末までに提出する必要がある(その後、毎年度4月までに都道府県に提出する。)

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

また、令和6年度以降については、自ずから(B)(C)指定を受けている医療機関に限定されることとなる。

なお、36協定が医療機関(事業場)単位で締結されることを踏まえ、ここでの年間の時間外・休日労働時間数の計算には、医師の副業・兼業先での労働時間は含まれない。計画は、

医療機関毎の取組を記載するものであり、医療機関毎の労働時間を基に策定義務の対象の判断及び労働時間数の実績及び目標並びに労働時間短縮に向けた取組を記載することとする。

### 3 計画期間

令和5年度までの計画期間は以下のとおり。

- ・計画始期：令和3年4月1日までの任意の日【P】
- ・計画終期：令和6年3月末日

また、令和6年度以降の計画期間としては、令和6年4月1日を計画始期とし、計画期間は5年を超えない範囲内で任意の日とする。

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

### 4 計画の対象医師

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

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

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

複数のプログラムについて、（C）－1指定を受けている（受けることを想定している）医療機関についても同様とする。（C）－1指定を受けている病院のうち、基幹型研修施設においては、協力型研修施設における労働時間についても把握しプログラムとして時間外労働時間が適正化されるよう、計画を策定しなければならない。また、（B）（C）水準の対象医師で書き分けることも考えられる。

## 5 策定の流れ

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

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

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

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

医療機関は、計画に前年度の実績を記入し、また、必要な見直しを行った上で、毎年〇月末までに都道府県に提出することとする。

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

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

## 6 記載事項

計画は、労働時間の状況の適切な把握及び労働時間短縮の取組を促すため、各医療機関に共通して記載が求められる事項と、医療機関の多様性を踏まえた独自の取組の双方から構

成されることが重要である。このため、計画の記載事項を以下のとおり必須記載事項とそれ以外に分け、医療機関の判断により計画の内容を検討できることとする。

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

## 6-1 必須記載事項

### ① 労働時間数

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

集計する単位としては、医療機関全体（医師に限る。）及び診療科単位で記載する。対象となる診療科は、前年度の時間外・休日労働時間数が960時間を超えた医師のいる診療科とする。（計画期間中に、時間外・休日労働時間数が960時間を超える医師が新たに生じた場合は、診療科単位で追加することとする。）

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

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

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

### ② 労務管理・健康管理

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

以下の全ての項目について、前年度の実績内容及び当年度の実績目標並びに計画期間中の取組内容を記載する。

- ・ 労働時間管理方法  
出退勤をどのように管理するか、ICカードを導入しているか等
- ・ 宿日直許可基準に沿った運用  
「医師、看護師等の宿日直許可基準について」（令和元年7月1日基発0701第8号）に則り、労働基準法施行規則（昭和22年厚生省令第23号）第23条の宿日直

許可を得ているか等

- ・ 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等  
「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」（令和元年7月1日基発0701第9号）に則り、医師の研鑽に関して、事業場における労働時間該当性を明確にするための手続及び環境の整備を適切に管理しているか等
  - ・ 労使の話し合い、36協定の締結  
労使間の協議の場を設けているか、36協定を適切なプロセスを経て締結しているか等
  - ・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制  
衛生委員会が設置され、定期的開催されているか。健康診断が適切に実施されているか、産業医や必要な講習を受けた面接指導実施医師を必要数確保しているか等
  - ・ 追加的健康確保措置の実施（※）  
連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等の追加的健康確保措置を行っているかどうか等
- （※）令和6年3月以前は、まだ義務付けられていないため、記載は任意。

### ③ 意識改革・啓発

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

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

### ④ 策定プロセス

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

## 6-2 任意記載事項

以下の項目については、各医療機関の勤務する職員の状況や提供する診療業務の内容などに依るところが大きく、取組の実施可能性が大きく異なることが考えられる。このため、これらの項目については、(1)～(3)それぞれにおいて、最低1つの取組の実績と目標を計画に記載する。ただし、以下の具体的取組は、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」（平成30年2月27日医師の働き方改革に関する検討会）等で挙げられている事項であり、あくまで具体例であるため、医療機関独自の取組に代えることも可能とする。なお、【「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」における議論を踏まえ、タスク・シフト/シェアに関する通知を発出予定であり、(1)における取組を記載する際には、当該通知を参考にすること。】（記載ぶりP）

### (1) タスク・シフト/シェア

#### ①職種に関わりなく特に推進するもの

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

#### ②職種毎に推進するもの

##### i) 助産師

- ・助産師外来・院内助産（低リスク妊婦に対する妊婦健診・分娩管理、妊産婦の保健指導）

##### ii) 看護師

- ・特定行為（38行為21区分）
- ・予め特定された患者に対し、事前に取り決めたプロトコールに沿って、医師が事前に処方した薬剤の投与、採血・検査の実施
- ・救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づき、血液検査オーダー入力、採血・検査の実施
- ・画像下治療(IVR)/血管造影検査等各種検査・治療における介助
- ・注射、ワクチン接種、静脈採血（静脈路からの採血を含む）、静脈路確保・抜去及び止血、末梢留置型中心静脈カテーテルの抜去及び止血、動脈ラインからの採血、動脈ラインの抜去及び止血
- ・尿道カテーテル留置・助産師外来

##### iii) 薬剤師

- ・手術室・病棟等における薬剤の払い出し、手術後残薬回収、薬剤の調製等、薬剤

#### の管理に関する業務

- ・ 事前に取り決めたプロトコールに沿って、処方された薬剤の変更（投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格等）
- ・ 服薬指導、処方提案、処方支援

#### iv) 診療放射線技師

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

#### v) 臨床検査技師

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

#### vi) 臨床工学技士

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

#### vii) 医師事務作業補助者

- ・ 医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力

#### (2) 医師の業務の見直し

- ・ 外来業務の見直し
- ・ 日当直の体制や分担の見直し
- ・ 日当直中の業務の見直し
- ・ オンコール体制の見直し
- ・ 主治医制の見直し
- ・ 副業・兼業先の労働時間の状況も踏まえた勤務シフトの管理

#### (3) その他の勤務環境改善

- ・ ICTその他の設備投資  
音声入力システムを導入している等

- ・ 出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援  
短時間勤務、時差出勤、変形労働時間制の導入、宿日直の免除、院内保育・病児保育・学童保育・介護サービスの整備や利用料補助等
- ・ 更なるチーム医療の推進  
介護、福祉の関係職種との連携等

## 7 評価機能による評価における計画の位置づけ

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

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

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

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