

院の管理者は医師に宿直をさせることが義務付けられていることから、医師が当直勤務日において十分な睡眠が確保できないケースもあるため、そのような勤務の後にまとまった休息がとれるようにするものである。

- 宿日直許可を受けている場合は、宿日直中に十分睡眠を確保し、一定の疲労回復が可能であると考えられるが、仮に日中と同様の労働に従事することとなった場合には、翌日以降、必要な休息がとれるように配慮することとする。

※ 具体的な配慮の内容については、後述の代償休息も参考に、生じた勤務負担に応じた配慮を行うことが考えられる。

- ただし、(C) - 1 水準が適用される初期研修医については、以下のいずれかとする。
 - ・ 一日ごとに確実に疲労回復させる観点で、後述の勤務間インターバル9時間を必ず確保することとし、連続勤務時間制限としては15時間²¹とする。
 - ・ 臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた24時間の連続勤務時間とする必要がある場合はこれを認めるが、その後の勤務間インターバルを24時間²²とする。

(追加的健康確保措置①-2 勤務間インターバル)

- 当直及び当直明けの日を除き、24時間の中で、通常の日勤(9時間程度を超える連続勤務)後の次の勤務までに9時間のインターバル(休息)を確保することとする²³。

※ 当直明けの日(宿日直許可がない場合)については、28時間連続勤務制限を導入した上で、この後の勤務間インターバルは18時間とする²⁴。

※ 当直明けの日(宿日直許可がある場合)については、通常の日勤を可能とし、その後の次の勤務までに9時間のインターバルとする。

(追加的健康確保措置①-3 代償休息)

- 勤務日において最低限必要な睡眠を確保し、一日・二日単位で確実に疲労を回復していくべきという発想に立つ連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保を実施することが原則であるが、日々の患者ニーズのうち、長時間の手術や急患の対

4時間)とする。

²¹ 連続勤務15時間は、一日24時間の中でその勤務後の9時間インターバルを確保するという考え方である。

²² 初期研修医であることから、日中から深夜にかけての連続勤務の肉体的・精神的負担に配慮する観点から、24時間連続勤務の後は次の勤務までに1日分のインターバルを確保するという考え方である。

²³ 勤務日において最低限必要な睡眠(1日6時間程度)に加えて前後の生活時間を確保するという考え方である。

²⁴ 18時間は、1日の勤務間インターバル9時間×2日分という考え方である。

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。その趣旨から、以下のとおりとする。

- ・ なるべく早く付与すること
- ・ 「一日の休暇分」（8時間分）が累積してからではなく、発生の都度、時間単位での休息をなるべく早く付与すること
- ※ 休暇の形でまとめて取得することも差し支えない。

- 代償休息の付与方法としては、対象となった時間数について
 - ・ 所定労働時間中における時間休の取得による付与
 - ・ 勤務間インターバルの幅の延長のいずれかによることとし、疲労回復に効果的な休息の付与方法については、この検討会のとりまとめ後に、医学的見地から別途検討する。
- 代償休息の付与期限としては、代償休息を生じさせる勤務が発生した日の属する月の翌月末までとする。
- 実施状況の確認に当たっては、連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息の3つを合わせて行うこととなる。また、代償休息については、例外的な措置との位置付けであることを踏まえた運用が行われていることを確認する。

（追加的健康確保措置②－1 面接指導）

- 面接指導は、長時間労働となる医師一人ひとりの健康状態を確認し、必要に応じて就業上の措置を講ずることを目的として行う。面接指導に先立って、まず、睡眠及び疲労の状況（例えば、睡眠負債、うつ、ストレスの状況）について所要の確認を行うこととする。
- これらは、月の時間外労働について、100時間未満という上限規制を例外的に緩和するための要件であることから、時間外労働が「月100時間未満」の水準を超える前に、睡眠及び疲労の状況を客観的に確認し、疲労の蓄積が確認された者については月100時間以上となる前に面接指導を行うこと等を義務付けることとする。
 - ※ 面接指導を実施する医師については、長時間労働の医師の面接指導に際して必要な知見に係る講習を受けて面接指導に従事することを想定。また、医療機関の管理者は認めない。
 - ※ 院内の産業保健チーム等、コメディカルも含めた職員体制の中で医師の健康にも配慮することも重要である。
 - ※ こうした面接指導の実施体制について、医師労働時間短縮計画に記載し、実効性を確認する。

- 具体的には、(A) 水準については、当月の時間外労働実績が 80 時間超となった場合に、睡眠及び疲労の状況の確認を行い、疲労の蓄積が確認された者について 100 時間以上となる前に面接指導を実施する。疲労の蓄積が確認されなかった者については、100 時間以上となった後での面接指導でも差し支えないこととする。
- 時間外労働の年間の上限時間数が高い (B)・(C) 水準が適用される医師については、月の時間外労働が 100 時間以上となることも少なくないと考えられるため、睡眠及び疲労の状況の確認と面接指導を 100 時間以上となる前に実施することとし、例えば、前月において時間外労働時間が 80 時間超となった場合には、当月に 100 時間以上となることも念頭にあらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおく等の対応を推奨する。
- 睡眠及び疲労の状況について確認する事項（睡眠負債等に関する検査項目や疲労の蓄積の確認に用いる基準値の設定等）を含めた効果的な面接指導の実施方法については、これまでの産業保健の知見、年齢や性別の違いや疲労の蓄積予防の観点も踏まえ、この検討会のとりまとめ後に、医学的見地から別途検討する。
- また、こうした面接指導の趣旨等について医療機関の管理者が理解しておくことが重要であり、医療機関の管理者のトップマネジメント研修等の内容に盛り込むこととする。
- さらに、面接指導（睡眠及び疲労の状況の確認を含む）を実施しやすい職場環境づくりをしていくためにも、医学的知識を有する医師によって職場が構成されているという特殊性を活かし、勤務医の健康管理を促す環境整備を義務付けることとする。具体的には、面接指導等についての周知を図ること、上司・部下の関係や同僚相互間において面接指導等の状況に配慮し合うこと等が想定される。

（追加的健康確保措置②－２ 就業上の措置）

- 面接指導の結果により、就業上の措置を講ずる場合は、面接指導をした医師が医療機関の管理者に意見を述べることとなる。医療機関の管理者は当該意見を踏まえ、医師の健康確保のために必要な就業上の措置を最優先で講じ、それに伴う一時的な診療体制の縮小が生じる場合は、医師確保対策や地域医療提供体制における機能分化・連携等による対応、地域住民に理解を求めることが考えられる。いずれにしても、当該医療機関だけでなく地域医療提供体制全体として、必要な医療提供を確保していけるように対応することが重要である。
- 就業上の措置は、面接指導を受けた医師の健康状態に応じて実施した医師が検討するものであるが、医師の勤務実態を踏まえた例示として、以下のようなものが想定される。

(就業制限・配慮)

- ・ 当直・連続勤務の禁止
- ・ 当直・連続勤務の制限 (〇回／月まで)
- ・ 就業内容・場所の変更 (外来業務のみ等)
- ・ 時間外労働の制限 (〇時間／週まで)
- ・ 就業日数の制限 (〇日／週まで)
- ・ 就業時間を制限 (〇時〇分～〇時〇分)
- ・ 変形労働時間制又は裁量労働制の対象からの除外

(就業の禁止)

- ・ 〇日間の休暇・休業

(追加的健康確保措置：その他)

- また、面接指導は、「月 100 時間未満」の原則を超える「事前」に求めるものであるが、さらに、年の時間外労働時間の高い上限である 1,860 時間を 12 か月で平均した時間数 (155 時間) を超えた際には、時間外労働の制限等、上記の就業上の措置の例と同様に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。
- こうした就業上の措置等を実効あるものとする観点からも、各医療機関において長時間労働を行っている医師の負担軽減に取り組むほか、特に医師少数区域²⁵等において長期間にわたり (B) 水準が適用される長時間労働を行っている医師がいる場合には、医療提供体制の効率化を図った上で、医師偏在対策において優先的な対応が必要である。都道府県は、医療機関が定める医師労働時間短縮計画の内容や医師の勤務実態によりこうした優先的な対応が必要な医療機関を把握し、地域医療支援センターに情報提供を行って、優先的な対応につなげていく。

(追加的健康確保措置：医事法制・医療政策における位置付け)

- 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)・② (面接指導等) 等については、いずれも医療の安全や質の確保等の観点から、過労により健康を害した医師が医療提供体制を担うことのないようにするために求めるものとの位置付けで、医事法制・医療政策における義務付け等を行う方向で法制上の措置を引き続き検討する。

²⁵ 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) により医療法の一部が改正され、都道府県は、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な医師偏在指標に基づき、医師の数が少ないと認められる二次医療圏を「医師少数区域」として指定できることとなる (2019 年 4 月 1 日施行)。同改正により、都道府県は、2019 年度中に医師確保計画を策定し、2020 年度から計画に基づく医師偏在対策を進めていくこととされており、その中で、医師少数区域に存在する医療機関に対しては、地域医療支援センターによる医師派遣等を通じた重点的な医師確保が図られることとなる。

※ この場合、当該医療機関内で診療に従事する医師に対して追加的健康確保措置を講ずるよう医療機関の管理者に義務付け等することが考えられ、労働基準法上の管理監督者に当たるような者も当該措置の対象と想定される。

- この場合、個々の医師に対する追加的健康確保措置が適切に実施されているかについても、医事法制・医療政策の中で実施状況を確認し、未実施であれば実施を求める（※）仕組みとすることが考えられる。まずは、その実施に係る記録について医療機関の管理者に保存義務を課し、確認できるようにしておく。
※代償休息が適切に運用されていない場合も、追加的健康確保措置の未実施として適正化を求める。
- 確認を行う主体は、医事法制・医療政策における義務等であることから、都道府県とすることが考えられる。その上で、医療機関の労務管理面等を支援してきた医療勤務環境改善支援センターや、都道府県からは独立のものとなる新たな評価機能などがどう参画すればよりきめ細かな履行確認となるのか、都道府県の意見も踏まえつつ引き続き検討を進める。
- 医事法制においては、例えば医療法において医療機関の管理者に課された各種義務が履行されない場合に勧告・公表、報告・検査、是正命令、是正命令等に従わない場合の罰則等が規定されている。法体系上のこれらの前例との均衡も踏まえ、法制上の措置を引き続き検討する。
- 以上のような仕組みにより追加的健康確保措置の実施を担保していくが、未実施の場合には都道府県が（B）・（C）水準適用対象としての医療機関の特定を外すこととなる。その際、（B）水準の適用対象医療機関については、地域医療提供体制の在り方を含めて検討する。
※ 特定された医療機関でなくなれば、（B）・（C）水準の適用要件を満たさないこととなり、それらの水準を前提とした36協定は無効となる。

（追加的健康確保措置：労働法制における位置付け）

- 追加的健康確保措置については、医療提供体制における医師の健康確保の必要性から、医事法制・医療政策における義務付けを検討することと併せて、面接指導については、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）で義務付けられている面接指導としても位置付け、同法に基づく衛生委員会による調査審議等が及ぶこととする方向で検討する。
- 医師については、（A）・（B）・（C）水準それぞれで異なる36協定における時間外労働時間数の上限を規定することとなるため、それぞれの適用労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類、労働者に対する健康福祉確保措置を36協定上規定する必要がある。

- (B) 水準の対象医療機関として特定されている医療機関においては、36協定上、地域医療確保暫定特例水準対象業務を「時間外労働を行う業務の種類」として規定し、1日・1か月・1年のそれぞれの期間について、労働時間を延長して労働させることができる時間、その人数等を規定することとなる。
※ (C) 水準については、(C) - 1、2それぞれの対象業務を規定した上で、上記と同様。
- このうち時間数について具体的には、当該業務に従事する医師の「臨時的な必要がある場合」として、例えば、以下のような内容を記載することとなる。
 - ・ 1日 15 時間以内
 - ・ 1か月 140 時間以内（面接指導（100 時間以上となる事前に実施）を行い、必要な就業上の措置を講ずることを併せて記載）
※ 月 155 時間を超える上限時間数とする場合には、月 155 時間を超過した段階で時間外労働の制限等の労働時間を短縮するための具体的取組を講ずる旨を併せて記載。
 - ・ 1年 1,200 時間以内（連続勤務時間制限及び勤務間インターバルの措置を講ずること（これらを実施し得ない場合に代償休息を付与すること）を併せて記載）
- 追加的健康確保措置①・②が適切に実施されているかどうかは、前出のとおり、医事法制・医療政策上の義務付けや、面接指導について労働安全衛生法上のものとしても位置付けること等として都道府県等がその実施状況の確認等を行うことを検討していくこととなるが、あわせて、36協定に関する労働基準監督署の指導の対象となる。追加的健康確保措置①・②の実施が不十分であることが確認された場合には、労働基準行政・医療行政において相互に通報し合うこととし、双方から状況の改善に向けた働きかけを行うこととする。

（兼業について）

- 現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては、「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業（複数勤務）を行う医師に対する労働時間管理の在り方、追加的健康確保措置の在り方については、改めて検討する。

（3）2024年4月までの労働時間短縮

- 2024年4月までの5年間において、医療機関は自らの状況を適切に分析し、計画的に労働時間短縮に取り組んでいく必要があり、(C) 水準の対象となる業務を除き、なるべく多くの医療機関が(A) 水準の適用となることを目指す。

- そのためには、2. のとおり、様々な取組を組み合わせる取り組みが必要があるが、個々の医療現場で確実に労働時間短縮が実現していくよう、医療機関の管理者のみならず中堅の管理職が改革の方向性を理解して取り組むこと、管理部門がそのサポートをする体制をとること、医師はもとより看護師をはじめとした医療従事者の意識改革・業務改革を進める必要がある。
- まず、各医療機関において時間外労働時間の実態を的確に把握する必要がある。
「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」のフォローアップ調査においても、医師の労働時間管理に係る取組が全医療機関で適切に行われている状況には程遠いため、個別の状況確認を含めた強力な介入を行う。【ステップ1】
※ 「緊急的な取組」で求めた項目が未実施である病院については、2019年度中に都道府県医療勤務環境改善支援センターが引き続き相談支援機関としての役割の下、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。
※ 適正な労務管理は、(B)・(C)水準の適用の大前提である。
- また、本検討会で議論した宿日直や研鑽の取扱いについて、通達の発出とともに、その周知をきめ細かく行う。
- その上で、各医療機関は5年間で医師の労働時間を着実に短縮する必要があるが、その「短縮幅」は、適用される上限の水準によって変わってくる。(B)水準の適用対象となる地域医療提供体制における機能を有するかどうか、また、やむなく長時間労働となり(A)水準まで到達できないか等について、各医療機関において現状及び5年後を見通して検討する。【ステップ2】
- 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、医療機関内で取り組める事項についてなるべく早期に医師労働時間短縮計画を作成し、PDCAサイクルによる取組を進める。【ステップ3】
※ 医師労働時間短縮計画の作成は、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」として、各職種（特に医師）が参加して検討を行う等の手順を想定。
※ なお、当該計画・手順は、(1)に掲げた(B)・(C)水準の適用対象要件の確認にも用いることも念頭に、2024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る必要がある。
※ 当該計画においては、「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、改善状況を各医療機関において毎年検証していくこととし、実際の労働時間短縮を実現していくために活用する。その際、実績と36協定の時

間数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が重要である。

※ また、特に2024年4月までの間においては、当該実績（時間数）において年1,860時間超過がみられる場合に、その解消に向けて取り組むことが最重要である。

○ また、医療機関の管理者等が労働関係法令の知識を学ぶ機会をなるべく多く設けるとともに、都道府県医療勤務環境改善支援センターによる周知や個別相談等の支援を強化していく。さらに、医師をはじめとする医療従事者に対しても、こうした労働関係法令の内容や相談先について周知する。

○ また、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として、当面、

- ・ ノウハウ面の支援としては、医師の労働時間短縮にどのように取り組めばよいかわからないという意見もあることから、まずは平成31年度予算案において、好事例の収集・横展開に力を入れて取り組んでいく。
- ・ 制度上の対応としては、例えば今般、特定行為研修制度のパッケージ化によるタスク・シフティングの推進を図ることとしている。今後、研修機関数を増やし、研修修了者を着実に輩出できるよう取り組んでいく。
- ・ 財政面の対応としては、平成31年度予算案・税制改正においても新規事項を盛り込んだ対応をしており、2024年4月に向け、また、さらにその後も見据え、医師の働き方改革に伴う医療機関の経営への影響も考慮しつつ必要な対応を取っていく必要がある。

こうした医師の労働時間短縮に必要な支援策は、(B)水準の適用が想定される医療機関が重点的に受けられることとなる。

○ 並行して、以下のような取組を行う。

- ・ (B)水準の適用も想定される医療機関が、当面、目標として取り組むべき水準として医療機関としての「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定。

※ (A)の年間時間外労働の水準と(B)の同水準の間で、医療機関の実態をなるべく(A)に近づけていきやすくなるよう、設定する水準。

- ・ 都道府県において各医療機関の医師の時間外労働時間の概況を把握し、(B)水準の適用対象医療機関を想定。

※ (B)水準の対象医療機関の特定は、2023年度中に終了している必要がある。特定に当たっては、ステップ1～3の取組が着実になされていることを確認した上で行う（具体的要件は前出(1)のとおり）。

- ・ 地域医療提供体制の実情も踏まえ、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を客観的に分析・評価し、当該医療機関や都道府県に結果を通知し、必要な取組を促す機能（以下「評価機能」という。）を設ける。また、評価結果の公表により、地域住民が医療の上手なかかり方を考える契機となるようにしていく。
- ・ 都道府県は、上記の「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の分析評価・結果通知」も踏まえつつ、医療勤務環境改善支援や医師偏在対策、地域医療想等の既存施策の推進の方向性に反映していくことによって、医師の労働時間短縮を効果的に進めることができる。
- ・ 当該分析・評価や都道府県による支援に当たっては、当面、（B）水準超過医療機関、（B）水準適用「候補」医療機関を優先する。

○ 評価機能については、その性質上、

- ・ 都道府県から中立の機能であること、
- ・ 地域医療提供体制の実情やタスク・シフティングの実施状況等を評価するために必要な医療に関する知見を有すること、

が必要である。この観点から、当該機能を担う組織・機関について関係者の意見も踏まえつつ引き続き検討する。また、こうした組織・機関についての具体的検討と併せ、個々の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の分析・評価においては、現場で働く勤務医の意見や労務に関する知見等が反映されるよう検討を行う。

- 以上のような取組にできるだけ早期に着手し、2024年4月の新時間外労働規制適用を迎えた上で、継続して医師の労働時間短縮に取り組んでいくことが重要である。

（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

（地域医療確保暫定特例水準の終了時期）

- （B）水準は、（1）のとおり暫定的な特例であることから、将来的にはなくなり、（C）水準の対象となる業務を除き、（A）水準の適用に収れんしていくものである。2024年4月に、新時間外労働規制の適用が開始されるとともに第8次医療計画がスタートするが、都道府県単位での偏在を解消する目標年である2036年²⁶を

²⁶ 医師偏在対策については、2024年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すことから、まずは、これに向けて、地域・診療科における医師の不足を解消するべく、関係者の理解を得て、医師偏在指標等に基づく医師確保計画の速やかな実施とそれを踏まえた効率的な地域枠医師の養成と運用や、診療科別必要医師数等の専門医制度への活用等、都道府県及び医療界・医学界の総力を

目指して、強化された医師偏在対策の効果が徐々に現れてくることとなる。2024年4月以降、医療計画の見直しサイクル（2027年度・2030年度・2033年度）に合わせて実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施し、2035年度末を目標に暫定特例水準の終了年限とする。

- （B）水準の終了年限については、医師偏在対策の実施状況等を踏まえて2035年度末を目途に廃止することについて、検討を行うことを法令上明記することとし、「暫定特例」の水準であることを明確に位置付ける。あわせて、医療計画の策定又は変更のサイクルに合わせて3年ごとに段階的な見直しを行うことについても、法令上明記することとする。

（集中的技能向上水準の将来の在り方）

- （C）水準については、研修及び医療の質を低下させずに効率的な研修を実現していくことによって技能向上に要する時間の短縮が図られる可能性もあり、その水準については将来的な縮減を志向しつつ、医師労働時間短縮計画において把握される実績等も踏まえ、研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証していく必要がある。まずは、その検証手法につき別途検討に着手する。

（2024年4月までの実態把握等）

- 2024年4月の新時間外労働規制の適用前においても、医師の時間外労働（その分布等）や労災補償状況、地域医療提供体制の実態把握は不可欠である。これらの実態把握、施策の実施状況等を踏まえ、必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証を行う。

4. おわりに

- 22回に及んだ本検討会においては、医師が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、医師の長時間労働を変えていかなければならないことについて、構成員の立場を超えて共有し、具体的な検討事項に係る議論を進めてきた。本報告書の「3. 医師の働き方に関する制度上の論点」においては、公共性や不確実性、高度の専門性等の医師の診療業務の特殊性を踏まえた働き方改革の方向性として労務管理の適正化を大前提に、時間外労働の上限と追加的健康確保措置を組み合わせた内容を取りまとめることとした。これが今後、制度化・実施されていく際には、追加的健康確保措置が実効性をもって運用さ

あげた強力かつ実効性のある医師の地域偏在対策及び診療科偏在対策を行っていくことになる。また、その後も、一日も早い（B）水準の終了を目指し、更なる医師偏在対策を2036年に向けて継続して実施していくことが必要である。

れ、医師の健康を確実に担保するとともに、暫定特例水準である（B）水準の解消等に向けて、労働時間の短縮を着実に推進することが最も重要である。

- こうした認識に立って、個々の医療機関は、タスク・シフティング等の実践やマネジメント改革による労働時間短縮、医師の健康確保のための取組をしっかりと進めるべきことは言うまでもない。そのもとで、労使で十分に話し合い、必要最小限の時間外労働について36協定を締結することが重要である。さらに、これと同時に、地域医療を確保するためにも、医療機関を実効的に支援すること、医療提供体制の改革や医師偏在是正・確保策など医師の働き方改革に関連する各施策を総合的に進捗させること、さらに、「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！に盛り込まれた方向で、今まで以上に医療に係る国民の理解や関わりも不可欠である。社会をあげてこれらを確実に実行に移していけるよう、厚生労働省をはじめとした行政の速やかな具体的対応を強く求める。
- また、本検討会の議論を契機として、医師自身が自らの働き方に関心を持ち、よりよい改革のために関わろうとする動きも現れてきている。本報告書の内容の制度化に向けた検討においては、医師の健康確保が最優先であることを共通認識としつつ、こうした動きとも連動して、よりよい方向性に高めていくこともまた重要である。
- 医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくという強い決意が、一人でも多くの国民・医療関係者に共有されることを願って、本検討会を閉じる。

医師の働き方改革に関する検討会 構成員名簿

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 (※座長)
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
島田	陽一	早稲田大学法学学術院教授
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年2月まで)

鶴田	憲一	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	患者・家族と医療をつなぐ特定非営利活動法人「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
斐	英洙	ハイズ株式会社代表取締役社長
馬場	武彦	社会医療法人ペガサス理事長
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

医師の働き方改革に関する検討会 開催経過

日時等	主な議事
第1回 (平成29年8月2日)	1. 働き方改革実行計画を踏まえた時間外労働の上限規制、医師の勤務実態等について 2. 医師の働き方改革について(自由討議)
第2回 (平成29年9月21日)	1. 今後の進め方、主な論点について 2. 労働時間法制について 3. 医師の勤務実態について 4. その他
第3回 (平成29年10月23日)	1. 医師の勤務実態について(ヒアリング) 2. その他
第4回 (平成29年11月10日)	1. 医療機関における勤務環境改善の取組について(ヒアリング等) 2. その他
第5回 (平成29年12月22日)	1. 勤務医の健康確保について(有識者ヒアリング) 2. その他
第6回 (平成30年1月15日)	1. タスク・シフティングについて(ヒアリング等) 2. 中間的な論点整理 3. 緊急的な対策について
第7回 (平成30年2月16日)	1. 中間的な論点整理及び緊急的な取組について 2. その他
第8回 (平成30年7月9日)	1. 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の実施状況について 2. 日本医師会「医師の働き方検討会議」の意見書について 3. 今後の議論の進め方について 4. 病院勤務医師の勤務実態調査(タイムスタディ調査)の結果について 5. 国民の理解促進のための取組について
第9回 (平成30年9月3日)	1. 今後の進め方について 2. 応召義務、さらなるタスク・シフティングについて(ヒアリング) 3. 医師の勤務実態について(宿日直、自己研鑽を中心に) 4. 諸外国の状況について
第10回 (平成30年9月19日)	1. 第9回の議論のまとめ 2. 医師の応召義務について 3. その他
第11回 (平成30年11月9日)	1. 第9・10回の議論のまとめ(宿日直、自己研鑽等について) 2. 勤務環境改善策について (1) 医師の業務量・労働時間数をどのように削減していくか (2) 医師の健康確保をどのように図っていくか (3) 女性医師が働きやすい勤務環境整備をどのように推進するか (4) ヒアリング 3. その他

第12回 (平成30年11月19日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第11回の議論のまとめ(勤務環境改善策について) 2. 医療の特性・医師の特殊性について 3. 医師の研鑽と労働時間に関する考え方について 4. その他
第13回 (平成30年12月5日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第12回の議論のまとめ(医師の研鑽と労働時間の考え方について) 2. 時間外労働規制の在り方について 3. その他
第14回 (平成30年12月17日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 今後の進め方について 2. 働き方改革に関連する医療提供に関する各種検討状況の報告 <ul style="list-style-type: none"> ・ 民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会関係 ・ 医道審議会看護師特定行為・研修部会関係 3. 時間外労働規制の在り方について <ul style="list-style-type: none"> ・ 追加的健康確保措置について ・ 医療提供体制の改革について(医師偏在対策等の取組) 4. その他
第15回 (平成30年12月19日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 働き方改革に関連する医療提供に関する各種検討状況の報告 <ul style="list-style-type: none"> ・ 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会について 2. 時間外労働規制の在り方について 3. その他
第16回 (平成31年1月11日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. とりまとめ骨子案について 2. 時間外労働規制の在り方について 3. その他
第17回 (平成31年1月21日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第18回 (平成31年2月6日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第19回 (平成31年2月20日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第20回 (平成31年3月13日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第21回 (平成31年3月15日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 時間外労働規制の在り方について 2. その他
第22回 (平成31年3月28日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 報告書(案)について 2. その他