

# 労働法学研究会報

最新労働  
法解説

## 医師の働き方改革報告書解説

早稲田大学法学学術院教授：島田 陽一

**Point 1** 上手な医療のかかり方の周知

**Point 2** (B) 水準にある「年間1860時間」

**Point 3** 36協定の締結の手続きの課題

# CONTENTS

最新労働法解説

4

## 医師の働き方改革報告書解説

早稲田大学法学学術院教授：島田 陽一

6

1 医師の働き方改革の課題とこれまでの経緯

7

2 医師の働き方改革に関する検討会報告書の内容

22

3 医師の働き方改革の今後の課題

# 医師の働き方改革 報告書解説

講師● 早稲田大学法学学術院教授／医師の働き方改革に関する検討会委員

島田 陽一（しまだ よういち）



## Profile

早稲田大学法学部  
早稲田大学大学院法学研究科

経歴  
日本労働法学会代表理事／中央労働委員会公益委員

主要著書・論文等  
※「共著・編著」を含む  
『新時代の労働契約法理論—下井隆史先生古希記念』（信人社）  
『労働法』（有斐閣）  
『ケースブック労働法』（有斐閣）  
『条文から学ぶ労働法』（有斐閣）  
『労働市場制度改革』（日本評論社） 等

昨年から進められてきた働き方改革において、長時間労働対策は注目的ですが、医師については、他職種と比較しても抜きんでた長時間労働の実態があり、医師の働き方改革に関する検討会で独立して議論が進められてきました。

本年3月に上記検討会における報告書がまとめられ、2024年度から勤務医に適用される残業時間の上限規制の取り組みや、医師の負担軽減策が盛り込まれました。

報告書では特定の医療機関や研修医らの残業規制の上限を「年1860時間」とし、1か月あたり約160時間としているが、過労死の労災認定基準を上回ることもあり、問題視されています。勤務医一般の上限は「休日労働を含み月100時間未満、年960時

間」となっておりますが、急激に労働時間を減らすことは難しいため、特例として長い上限を認める代わりに、9時間のインターバル制度や連続勤務が28時間を超えないようにすることなどを義務付けました。

そこで本研究会では、医師の働き方改革に関する検討会の委員でもある早稲田大学の島田先生を講師にお招きし、本報告書のポイント、また今後の医師の労働時間管理と長時間労働対策等について解説いただきます。

## 本定例会のポイント

### Point 1 上手な医療のかかり方の周知

地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知も課題である。これについては、国民、患者の医療への理解を進める必要がある。日本は医療が皆保険という珍しい国であるため、割と簡単に医療機関にかかる面があるが、最近では、紹介状がないと加算されるなど、いろいろな政策がなされている。患者の多様な要望を実現している背景には長時間労働がある、ということを理解せずに要望だけが高度化するというのは、今後、うまくいかないであろう。今後は、国や自治体の医療に対する支援が極めて重要。

### Point 2 (B) 水準にある「年間1860時間」

(B) 水準の内容に「年間1860時間」という数字が出てくる。この数字だけが独り歩きすると「今よりもっと残業をさせられるのか」と思う医師もいて、誤解が生じた。一般則からは離れており、下手をすると健康を害する数字である。1860時間を超えて働く、診療に従事している勤務医が医師全体で1割程度いるため、これをまず無くさなければならぬ。今まで960時間で収まっていた人たちが1860時間までお墨付きが与えられた、というわけではない。

### Point 3 36協定の締結の手続きの課題

今回の特例水準は、36協定に規定されることを要する。36協定の締結における労働者側の代表者は、医療機関の実情を踏まえると過半数組合ではなく、「過半数を代表する者」となろう。この過半数代表者は、医療機関に直用されるすべて労働者を母数として選出されるのであり、労働者側当事者が医師の労働時間について知見・情報を有していることは制度上担保されていない。現場の医師の声を聞かずに締結される危険性があることは最大の問題であろう。法制度として、きちんと36協定に反映できるような仕組みが必要。大事なものは、PDCAサイクルですが、36協定にはそうしたサイクルがない。36協定一般の話になってしまうので、今回議論するのは難しい、ということになったが今後の大きな検討課題である。

## 1. 医師の働き方改革の課題とこれまでの経緯

早稲田大学の島田です。今日は、医師の働き方改革に関する検討会報告書をベースにお話させていただきます。

手元には報告書全体とその概要を配布しております。それをご参照いただきながらお聞きいただければと思います。

今年3月28日に、報告書が公表されました。この報告書は、22回にわたる検討会を約2年をかけて行った成果です。

まず、医師の働き方改革の課題とこれまでの経緯を簡単におさらいしておきます。

働き方改革関連法により、この4月から労働時間制度につきまして大きな改革がなされたわけですが、医師につきましては、建設業及び運輸業と並んで、5年間の猶予があり、さらに独自の定めを置くということになりました。労働基準法141条では、「当分の間、限度時間、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（注：未定）が上限時間となる。また、限度時間の特例に関する上限についても、厚生労働省令によって定められる（注：未定）。これらの時間は、「医師の働き方改革に関する検討会」における結論を踏まえ措置する。」とされております。

この規定に基づき、厚生労働省の下に「医師の働き方改革に関する検討会」が組織されました。同検討会は、平成29年8月から31年3月28日まで22回にわたる議論を重ね、医師の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、医師の時間外労働時間規制の具

体的あり方について検討し、報告書をまとめました。

この検討会は、医師の時間外労働規制の具体的あり方を多様な角度から検討するために患者代表を含む幅広い医療関係者、労働法学者、特定社会保険労務士、労働組合関係者などが参集し、真摯で建設的な議論が行われました。また、厚労省の医政局と労働基準局とが協力しながら事務局を担当しました。

構成員には、若手の救急医、女性の医師、認定看護師、病院の経営者、医師会、医療行政担当者、産業医、特定社会保険労務士、患者の会の代表、労働組合関係者など様々な立場の方が参加され、それぞれの立場から活発な議論が展開されました。

昨年、この例会で一度、医師の働き方改革についてお話いたしました（講演録は本会報2676号に掲載）。その時はまだ、内容が固まっていませんでした。

当初、果たして、医師は労働者といえるのかという疑問があったのですが、その点は議論を通じて払しょくされました。診療に従事している勤務医の長時間労働をどうするのかについて、様々な角度から検討しました。

今、厚労省は大きすぎるので、分離したほうがいいのではないか、という議論がありますが、この件に関する限りは、医療と労働が同じ省庁のなかであってよかったと思います。それうまく機能したと思います。医政局が主導しましたが、労働基準局も大変協力して、そこでのプロジェクトチームができて、大変目配りの利いた議論がなされましたと評価しております。

## 2. 医師の働き方改革に関する 検討会報告書の内容

### (1) 医師の働き方改革に当たっての 基本的な考え方

#### 1) 基本認識

日本の医療に対する現状認識については、医師の自己犠牲的な長時間労働に支えられている危機的な状況にあり、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働がある、というものです。

健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、長時間労働を抑制する改革を進める必要があるということです。

報告書にある、病院勤務医の週勤務時間の区分別割合をみると、時間外労働が週60時間、70時間の人が相当数いるということが明らかです。

医師も人間ですから、それゆえ限界があります。現役の医師の過労死事案もあります。その懸念をどうするかという問題もあります。さらに医師のワークライフバランスをどう確保するかも考えなければなりません。

20代の医師を見るとその4割が女性です。女性医師が家庭を持つ場合に、持続的な医療提供者になれるかという、極めて困難な現状にあると思います。これからの日本の医療を支えてもらうためにも、そうした点はクリアしていかないとはいけません。

#### 2) 医師の診療業務の特殊性

勤務医は労基法上の労働者であるの

で、医療機関は、労働関係法令を遵守することを前提として勤務医が適切に業務遂行できる体制・環境整備を行う必要があります。

応召義務を理由に、労基法違反となる長時間労働を正当化することはできません。応召義務は公法上の義務で、医師と患者との関係で私法的な効果を持つものではありません。この点は見方が一致しています。応召義務は昔よくあった往診を想定したもので、その点も時代と合わなくなっていると思います。

医師の診療業務における4つの特殊性として、以下の点が挙げられます。

- ①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、質等の確保が必要
- ②不確実性：疾病発生が予見不可能（救急の面で顕著）
- ③高度の専門性：業務独占、約10年かかる養成期間
- ④技術革新と水準向上：新しい診断・治療法の追求と活用・普及の必要性

③について補足すれば、タスクシフティングの推進といっても看護師は単独で医療業務ができません。医療にかかわる専門家であり、名称独占はしていますが、あくまでも医師の管理のもとに、ということになっています。これを維持すべきかというのは大議論が必要ですので、今回は議論していません。医師が不足しているといっても、養成に10年かかります。短期的に医師不足を解消することはできません。

④についていえば、ITの目覚ましい発展があり、それによる技術等の変化は

目を見張るものがあります。新しい診断、治療法を医師自身がリニューアルしてもらわないと、国民にとっても困ります。この4つの点を踏まえた労働時間規制が必要だろうということが現状認識です。

## (2) 医師の働き方改革とこれからの 医療提供の姿

医師の働き方改革とこれからの医療提供の姿ということですが、まず、労働時間管理の適正化という問題があります。具体的には宿日直許可基準に関する例示等の現代化、医師の研鑽の労働時間性の有無が問題になりました。病院は、夜間診療に対応する必要があるため、宿直をおこななければなりません。それと労基法41条3号の宿日直は必ずしも平行ではありません。同号に該当するような監視断続的労働、宿日直は日本全体ではもうほとんどみられなくなっています。病院でその例が認められるのかというと、そうではないし、宿日直といいながら、夜間診療に従事している実態も相当見られます。その点はきちんと整理しなければなりません。忙しい病院と、それほど忙しい病院の差が大きい中で、宿日直基準を満たせるようなところを整理すべきであるということで、厚労省を現在の例示を現代化するそうです。

それと医師の研鑽の労働時間性の有無も検討課題になりました。これは研究職にも共通することで、どこまで仕事で、どこまでが自己の技能向上のためのものなのかは、あまりはっきり分けられません。

例えば大学の専任の教員は、簡単に言うと、教育、研究、行政、社会貢献が仕事の中身です。それに対して給料が支払

われていると理解されています。

この場合、研究とは何を指すのか。理系では研究室にいるのが研究、つまり場所的にそこにいないとできないという基準のようなものがあります。

しかし、人文・社会科学分野だと、どこにしようが、それはメルクマールになりません。大学の研究室で仕事をしていないこともあれば、逆に自宅で仕事をすることもあります。

どこからどこまでが研究といえるのか、非常にあいまいです。

だいたい、自分が好きで研究をしていますから、趣味のように没頭できます。しかし、それが全部労働時間かというところとはいえません。

労働基準法上の労働時間ということで、どこかで線を引かなければなりません。

ただ大学教員の多くは裁量労働制を採用していますので、その点についてはあまり深入りせず、処理されています。

医者の場合、勤務医ですので、明らかに時間管理をされています。従って裁量労働制はなじみませんので、労働時間をめぐる様々な問題を解決する必要があるわけです。

先述した医師の持つ高度専門性から技術水準の維持、向上を図る必要があります。特に若手はその必要性が高いです。それを何でもかんでも労働時間とされたら困る、という率直な声もあります。

医療界から研鑽は労働時間から全部除外という声もありましたが、研鑽の中身を見ると、そうストレート労働時間に当たらないとはいえませんでした。

ただ座学をしているだけなら、そういった整理もできますが、OJTで施術に立

ち会うこともあります。それは、ただ見ているだけでなく、そこに参加します。それによって技能を高めていくわけですから。研鑽時間がすべてが労働時間ではないでしょうが、逆に全て労働時間ではないともいえません。研鑽に名を借りたかつての研修医のような問題が再発しかねません。

この点は改めて整理していくべきです。一定の方向性は出ていますが、引き続き議論すべきです。

基本的には勤務時間内でやっている研鑽は労働時間とはみないとするのは難しい、という整理はなされています。

労働時間の短縮という意味では、医療機関のマネジメント改革が必要です。これは法律論ではありませんが、トップの意識改革、チーム医療の推進が必要でしょう。例えば、長時間にわたる心臓の手術が終わり、術後のケアをするのですが、担当医が一定時間待って、それにあたるわけです。アメリカでは、そこは分けてやっているそうです。その点、患者の理解を得ることも必要です。特定行為研修、つまり、看護師が一定の研修を受けることで、相当程度の医療行為ができることが実証されています。アメリカではそれがかなり進んでいます。医師を具体的にサポートできる体制を作って、業務独占のなかで医師が何でもかんでもやらなければならないことを変えていく必要があるでしょう。ICT等の利用による効率化も求められています。カルテが電子化されていますが、その入力に医師がかなり時間を取られているので、その点のマネジメント改革も必要です。

地域医療提供体制における機能分化・

連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知という課題がありますが、上手な医療のかかり方の周知については、国民、患者の医療への理解をかなり進めていかないとうまくいきません。日本は医療が皆保険という珍しい国ですから、国民は、割と簡単に医療機関にかかりますが、最近では、大きな病院には紹介状がないと加算されるとか、いろいろな抑制政策がとられるようになってきました。患者の、ああしてほしい、こうしてほしいということを実現しているのは、長時間労働が背景にある、ということを理解せずに要望だけが高度化するというのは、今後、うまくいかないと思います。そう考えると、国や自治体の医療に対する支援を含めたサポートが極めて重要です。

### (3) 医師の働き方に関する制度上の論点

#### 1) 診療従事勤務医の時間外労働の上限規制の構成—3つの基準

労働時間制度だけをいじってもうまくいきませんし、医療全体の問題点について改革する方向性を共有しないとダメでしょう。その上で、制度上の論点を考えていきたいと思います。

先ほど見た労基法141条の関連でいうと、まず医師に関する原則的基準を設定します。これを報告書では仮に(A)水準と呼んでいます。この(A)水準の例外を2つ設けようというのが今回の特徴です。

1つは地域医療確保という観点からの例外です。医師の偏在という現実がある中で、ある地域については、原則だけでは現実的な医療のニーズを賄いきれない



ため、一定の例外を認めましょうということ  
ことです。

これを (B) 水準として、地域医療確保  
暫定特例水準という名称がつけられて  
います。

3つ目が研鑽に関わる例外です。臨床  
研修医や専門研修中の医師の研鑽意欲に  
対応するための例外を設けております。  
これを (C) 水準とし、集中的技能向上  
水準と呼びます。

(C) 水準については、一定期間に集  
中的な知識、技能を身に付けられるよう  
にする、ある種、医師の徒弟的な養成の  
維持を配慮しています。医師がたたく  
の症例に接することで、医師の基本的な  
技術を身に付けるためには、通常の労働  
時間を超える養成時間が必要であるとい  
う観点と、もう一つは、高度な技能を有  
する医師の養成を想定しております。

## 2) 労働時間の上限規制の一般則と

### (A) 水準

この4月から、施行されました36協  
定で定めることのできる時間外労働の  
限度時間ですが、ご案内のように、原則  
は1か月45時間、1年が360時間です。

これには例外があって、年720時間  
です。この720時間には、休日労働は  
含まれません。

時間外労働の延長時間だけで年間720  
時間です。

それからもう一つの縛りが複数月で  
平均80時間です。こちらは休日労働を  
含みます。

大変ややこしい規制です。それから  
月については、いろいろ議論になりました  
が100時間未満で、こちらの100時間につ

いても、休日労働を含みます。

こうした例外については年間で6か月  
までに限る、というのが基本ルールです。

次頁の図表をご覧ください。

この図には (A) 水準などが書かれて  
います。(A) 水準、つまり「診療従事  
勤務医に2024年度以降適用される水準」、  
これは報告書で医師限度時間といわれて  
います。ここであえて「診療従事勤務医」  
と言っているのは、医師といってもいろ  
いろな形態があるわけで、病院勤務でも  
診療には従事していない方もいます。大  
学病院では、研究がメインの人もいます。  
ここでは診療メインの勤務医が対象で  
す。医師はすべからずこの例外の対象に  
なるというわけではない、ということです。

(A) 水準ですが、原則は一般則と同  
じです。つまり1か月45時間、1年360  
時間です。医師の健康確保という観点か  
らこうした上限になっています。ここは  
医師であろうと、誰であろうと、一般則  
を貫こうということです。最終的には医  
師もここに収れんさせていくという方向  
性はありますが、いつまでに、というこ  
とは明確には決まっておられません。

例外として、「通常予見することがで  
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（「臨時的な必要があ  
る場合」という）」という規定がありま  
す。

基本的に、1か月100時間未満を原  
則としています。これは一般則とある意  
味では同じです。必要な地域医療の  
確保のために、一定の条件をつけて例  
外を設けることとしています。

一般則との違いは、1年間720時間  
という一般則に対して、こちらは960時間

という設定になっています。ただし注意していただきたいのは、医師の場合、休日労働も含まれます。一般則の場合、720

時間の計算に休日労働を含みません。960時間は6か月ではなく、毎月を前提とすると、月平均で80時間です。医師

### 医師の時間外労働規制について

**一般則**

(例外)  
・年720時間  
・複数月平均80時間(休日労働含む)  
・月100時間未満(休日労働含む)  
年間6か月まで

(原則)  
1か月45時間  
1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

2024年4月～

年1,860時間 / 月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年960時間 / 月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

**A: 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準**

**特別水準**  
地域医療確保を待たず

**C-1**  
集中的技能向上水準  
(医療機関を特定)

**C-2**  
C-1: 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2: 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来 (暫定特別水準の解消 (=2035年度末) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

**A**

**C-1** **C-2**

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)

**連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)**

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

**連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)**

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底 (代償休息不要)

**連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)**

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

**連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)**

※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な取組を講ずる。

### 時間外労働上限規制の枠組み全体の整理

	一般則	診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準 <small>地域医療確保を待たず (努力義務)</small>	地域医療確保暫定特別水準 <small>連続勤務時間制限・勤務間インターバル等 (義務)</small>	集中的技能向上水準 <small>連続勤務時間制限・勤務間インターバル等 (義務)</small>
36協定で締結できる時間数の上限	<p>①通常の時間外労働(休日労働を含まない)</p> <p>②「臨時的な必要がある場合」の上限</p> <p>・月の時間外労働時間数(休日労働を含む)</p> <p>・年の時間外労働時間数(休日労働を含む)</p> <p>・年の時間外労働時間数(休日労働を含まない)</p>	<p>月45時間以下・年360時間以下</p> <p>月100時間未満</p> <p>※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</p> <p>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)</p>	<p>月100時間未満</p> <p>年960時間以下</p>	<p>月100時間未満</p> <p>年1,860時間以下</p>
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)	<p>月100時間未満</p> <p>複数月平均80時間以下</p>	<p>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)</p> <p>年960時間以下</p>	<p>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)</p> <p>年1,860時間以下</p>	<p>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)</p> <p>年1,860時間以下</p>

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別水準の適用」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

の場合は一般則で想定されているような、業務量の変動というよりは、恒常的に、相当の時間を見ておかなければいけないということで、年間960時間というのはむしろ、月80時間以内に収めるという趣旨だという考え方です。この場合は後述します別の健康確保措置を努力義務として課すことになっています。

「臨時的な必要のある場合」の回数制限を設けません。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可能であるためです。

それと、複数月平均を適用しないこととしています。医師の診療業務の公共性・不確実性を踏まえて、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に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です。

その代わりに月100時間以上の時間外労働が想定される場合、時間外労働時間数が月80時間以上となった段階で追加的健康確保措置の実施が義務付けられます。

### 3) (A) 水準の例外①＝(B) 水準(地域医療確保暫定特例水準)

#### ①その必要性

(A) 水準の例外として(B) 水準(地域医療確保暫定特例水準)があります。

(B) 水準を設ける理由とその前提ですが、それには、地域医療提供体制の確保の観点があります。

医師の需給ギャップということでは、次の前提条件を実現しても厚労省「医療従事者の需給に関する検討会」の試算では、2028年頃に需給が均衡するとされています。しかし、2024年段階で

は、まだ約1万人の需給ギャップが存在します。また、医師の偏在解消の目標年は2036年とされています。

- ・医師需給を週の労働時間60時間(年間時間外労働960時間に相当)程度に制限
- ・7%のタスクシフティングを実現

医師の一般則の960時間にした場合の需給予測です。

医師が現在やっている業務のうち、看護師等の医療関係者にタスクを移す、カルテの記載を他の人に移す(ロボットにさせるなど)などして、今の仕事を100として、7%を他者に移すということを前提にしています。

こうした前提をクリアしないと、さらに課題の解決に時間がかかることになります。

需給ギャップがあるうちはどうするのか、という課題はあります。

医療資源が限られている中で、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、政策医療の確保と労働時間短縮を両立に必要な改革を実施する必要があるでしょう。

ただ、今回の検討会には都道府県の関係者が少ないので、今後、議論を深める必要があります。

それから、日々の患者の医療ニーズに対する影響の考慮が必要です。

全国一律で同じ水準にいきなり移行するのは不可能でしょう。

#### ②(B) 水準の内容

(B) 水準の内容ですが、医師限度時間は、(A) 水準及び一般則と同じです。月45時間、年360時間です。「臨時的な必

要のある場合」に延長できる時間数の上限(36協定)も、原則は月100時間未満で、(A)水準及び一般則と同じです。ただ、必要な地域医療確保のため、追加的健康確保措置②(後で説明)を実施することを条件に例外を設けることとしています。それにより、年間1860時間まで許容しようとしています。この数字はかなり批判を受けました。この数字だけが独り歩きすると誤解が生じます。多くの医師は「今よりもっと残業をさせられるのか」と受け止めたと聞きます。もちろん、それは誤解です。組合がこの水準に反対したのは、その立場から当然だろうと思います。一般則からはかなり離れており、いますので、健康を害する危険性のある数字であることは事実です。ですから、誰もがこの水準までの時間外労働が許容されるということではありません。1860時間を超えて働く、診療に従事している勤務医が医師全体で1割程度いるため、これをまず無くさなければならぬ、ということがこの数字の背景にあります。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医療機関は、病院全体の約27%、大学病院の約88%、救命救急機能を有する病院の86%、救急機能を有する病院の約34%とされています。この現実をみななければいけません。ですから、今まで960時間で収まっていた人たちが1860時間までお墨付きが与えられた、というわけではありません。通常勤務をして、宿日直に入って、また通常勤務をする。こうした勤務が「普通」という人がまだまだいます。この現実を踏まえて考える必要があります。

この水準は、現状において年間3000時

間近い時間外労働をしている医師もいる中で、その労働時間分、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す。

この水準でも、「臨時的な必要のある場合」の回数制限は設けません。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可能であるためです。それと、複数月平均も適用しません。

### ③ (B) 水準＝地域医療確保暫定特例 水準の対象医療機関

どこが地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関になるのかが重要な問題です。

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がまず条件です。選定するのは都道府県が中心です。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いです。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かについては、36協定締結時に特定します。

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(「地域医療確保暫定特例対象業務」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ります。

「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、以下の3点((ア)～(ウ))を基本とし

ます。国は、一定の客観的要件を整理します。

(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ニーズに対応するために整備しているもの

具体例としては、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です。救急医療機関は、一次（初期）、二次、三次と三つに分類されています。一次（初期）医療機関（かかりつけ医、休日夜間応急診療所）は、軽症患者（帰宅可能患者）に対する救急医療を、二次救急医療機関は、中等症患者（一般病棟入院患者）に対する救急医療を、そして、三次救急機関は、重症患者（集中治療室入院患者）に対する救急医療を担当する（救命救急センター、高度救命救急センター）というものです。

(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」

5疾病とは、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であり、5事業とは、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です。

(ア) (イ) の観点からは以下のような医療機関が対象医療機関とされます。

- i 三次救急医療機関
- ii 二次救急医療機関でかつ「年間救急車受入台数1000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」並びに「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られる医療機関

具体例としては、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、僻地において中核的な役割を果たす医療機関があります。

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1500程度と見込まれます（医政局の推計）。

(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、移植手術等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科など）

さらに、(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、とされています。これ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持って確認します。

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ともされています。第8次医療計画（2024年度～2029年度末）、第9次医療計画（2030年度～2035年度末）の期間中に偏在を解消するとされています。こうした流れと整合性が問われるわけです。

「うちは重要な医療機関だから当然(B) 水準の対象となる」ということ、

必要な時間短縮のために、努力をしないということでは、本末転倒です。

また、医師の労働時間短縮のために以下のような対応がとられていることとして、以下の3点を挙げています。

- ・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。

現状では、コンプライアンスの観点からみて、危ない事業所はたくさんあります。極端な例では36協定がないというケースもあります。労基法違反は重大な犯罪ではない、とはいえません。ただ、些細な違反でも許さない、とするのもハードルが上がり過ぎるので、ここでは、重大かつ、悪質な違反といっています。

#### 4) (A) 水準の例外② = (C) 水準 = 集中的技能向上水準

##### ①その必要性

(C) 水準、つまり、集中的技能向上水準が必要なのは、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があるからです。使命感をもって医師になる人たちの勉強したいという気持ちを阻害してはならないということです。

医療水準の維持発展に向けて高度な技術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ます。

(C) 水準は (B) 水準と同じ程度ですが、(B) 水準については、ファクトに基づく1860時間という数字が示されています。(C) 水準は新しい考え方なので、具体的なファクトはありません。暫定的に (B) 水準にならって、状況を見るということです。

(C) 水準は以下の2類型があります。

##### ② (C) 水準 = 集中的技能向上水準の内容

(C) - 1 : 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) - 2 : 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) - 1、2 の上限時間は、(B) 水準と同水準、追加的健康確保措置（後述①、②）などを組み合わせることも同様です。

今のところエビデンスがありませんので、今後、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しています。

報告書ではこの点「(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。」と書かれています。

とりあえず (B) 水準を適用して検証しましょうということですが。

ただ、「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、これは、時間外労働年1,920時間に相当する水準である。」とも書かれています。

アメリカとは条件が違うので、あくまで参考資料程度の扱いです。

若手の医師が長時間労働を強いられることがないようにする必要があります。今の研修は「見て覚えろ」というものではなくて、本人が実際に手術をします。それを指導医が見るというものです。これを悪用すれば、若手の研修医を使えば手術がたくさんできる、ということになりかねません。初期研修医については、追加的健康確保措置をさらに手厚くする

ことが必要です。

### ③ (C) - 1 水準の適用のプロセス

(C) - 1 水準の適用のプロセスですが、まず、すべ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に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（直近の実情）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します。

2 番目ですが、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）に関わる業務」）について36協定を締結できることとなります。

3 番目ですが、医師が各医療機関に応募し、採用後、初期研修・専門研修に36協定が適用されます。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ます。

つまり、若手の医師からすると情報を踏まえて行ったのに、実際は長時間労働だった、ということがないようにするという事です。きちんとした研修プログラムがない病院は公表して、そうしたところには研修医が行かなくなることになれば、病院が医師不足になってしまいます。これはある種の市場機能です。検討会ではこうした機能を持たせるが必要なのではないかという議論も強調されてお

りました。

#### ④ (C) - 2水準の適用のプロセス

(C) - 2水準の適用のプロセスですが、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します。審査組織をどう運営するのかは今後の課題です。都道府県が主導するという事になるかと思えます。

そして、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します。

さらに、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協定を締結することができることとなります。

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を作成し、当該計画の必要性を所属医療機関に申し出るようになります。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協定が適用されます。

したがって今後は審査組織の客観性が問題になってくると思います。

### 5) 追加的健康確保措置

#### ① 総論

ここでは、追加的健康確保措置の話を少し詳しくしたいと思います。

「追加的健康確保措置」という言い方ですが、一般則の場合でも月80時間を超えたときに本人の申し出に従って産業医との面談をするということになっています。そうした措置をベースにして、医師の限度時間について、プラスアルファでの健康確保措置を設けるという意味です。一般則の健康確保措置に加えた、ということで追加的健康確保措置としています。

レジюмеに追加的健康確保措置の総論として、以下のように書きました。

「追加的健康確保措置とは、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、医師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に加えた措置である。」

#### ②追加的健康確保措置の具体的内容

##### i) 追加的健康確保措置①

追加的健康確保措置には2つのタイプがあります。

レジюмеでは、追加的健康確保措置①、②としておきました。

追加的健康確保措置①は、以下のようなものです。

「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、1日・2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。やむを得ない事情により、それが実施できない時には、代償休息を付与する。」



基本的には、連続勤務時間制限か勤務間インターバルで、やむを得ない場合には補足として代償休息です。

#### ・連続勤務時間制限

連続勤務時間制限ですが、連続勤務は当直との関係で問題になります。宿日直を受けていない当直とお考えください。夜間診療のためにいるということです。そうした場合、当直明けからの勤務を前日の勤務開始から28時間で規制します。これはアメリカなどでの数字に近いそうです。

ただ、初期研修医の場合、もっと配慮が必要だということで、勤務間インターバルとして9時間の確保、連続勤務時間制限としては15時間とするとしています。

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のある場合はこれを認めるのですが、その後の勤務間インターバルを24時間とするとしています。

#### ・勤務間インターバル

勤務間インターバルは最近かなり注目されている制度で、今回の働き方改革関連法でも、労働時間等の設定管理改善法のなかで努力義務として、導入されました。

EUの11時間に比べ、9時間は短いのですが、これにより1日6時間の睡眠を確保しようとしています。現在の睡眠に関する医学的知見によれば、長期にわたって健康を維持する最も重要なファクターは、労働時間の長さというよりも睡眠時間の確保だといわれています。

労働時間を規制するということは、実

はその睡眠時間を確保するという事なのだといわれています。

月100時間の時間外労働をしたら睡眠時間を確保できないという理解です。

検討会でも、睡眠時間が6時間を確保されないことが長期間続いているときの集中力がどの程度かが示されたのですが、二日酔い状態とだいたい同じということが報告されました。そうした状態で患者に向かっている医師がたくさんいるのが実態です。

6時間の休息をとることが必要であるということから、勤務間インターバルを義務化しようということになりました。勤務間インターバルの義務化は、日本で初めてのことで画期的と思います。

#### ・代償休息

代償休息についてですが、勤務日において最低限必要な睡眠を確保し、1日・2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及び勤務間インターバル確保を実施することが原則です。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という趣旨です。

従って、代償休息については、なるべく早く付与すること、及び「1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とする、とされています。

代償休息の付与方法は、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または勤務間

インターバルの幅の延長のいずれかによります。その付与期限は、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されています。

これが追加的健康確保措置の①です。

(B) 水準、(C) 水準については、これが義務化されます。

## ii) 追加的健康確保措置②：

### 面接指導及び就業上の措置

こちらは時間数の話ではなく、面接指導の話です。面接指導の結果、医師が必要と認める場合には就業上の措置を講ずるといえるものです。

面接指導の規定は安衛法にもありますが、それをより徹底しようというものです。長時間労働となる医師一人一人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います。面接指導に先立って、睡眠及び疲労の状況（睡眠負債、うつ、ストレスの状況など）について所要の確認を行います。月100時間以上となる前に面接指導等を行うことを義務付けます。

面接指導を実施する医師については、必要な講習を受講することを条件とし、また、医療機関の管理者以外とします。

一般の患者は、素直に医師の言うことを聞きますが、医師が医師に言うわけですから、「あなたに言われたくない」ということもあるようです。検討会で聞いたのですが、医師は健康診断の受診率が低いそうです。医師の不養生という言葉は今も生きているようです。

ある産業医が「診に来てもらって、言うことを聞いてもらわないといけないのですが、それが大変なんです」と言っ

ていました。

我々が医師から「放置したら大変ですよ」と言われたらすぐに治療、改善ということになりますが、医師の場合はそうならないようです。

そこで、一定の講習の受講と、医療機関の管理職以外という条件があるわけです。

面接指導の実施体制は、医師労働時間短縮計画（後述）に記載し、実効性を確認しましょうということになっています。

実施の条件ですが、(A) 水準では、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としています。

(B)・(C) 水準では、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としています。

就業上の措置としては、面接指導した医師が医療機関の管理者に意見を述べ、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ずるということになっています。

具体的措置の例は以下の通りです。

(就業制限・配慮)

当直・連続勤務の禁止または制限

就業内容・場所の変更

時間外労働の制限

就業日数、就業時間の制限

変形労働時間制または裁量労働制の対象から除外

(就業の禁止)

### iii) その他の追加的健康確保措置の 関連事項

年の時間外労働時間の高い上限である1860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な取組を講ずることとされています。

#### ・追加的健康確保措置に関する医事法制・ 医療政策における位置付け

追加的健康確保措置を法に落とし込むというやや技術的な話ですが、冒頭にお話したように、今回は、医療行政がメインです。医政局です。ただ、例えば36協定の問題があるように、労働基準局も当然関わります。つまり医療法制に位置付けられるものと、労働法制に位置付けられるもの、その両方があります。議論の最終盤でそこを整理しましょうということになりました。

医事法制・医療政策における位置付けということですが、レジュメに「追加的健康確保措置については、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検討する。」と書いておきました。つまり、追加的健康確保措置は、労働法制ではなくて、医療法制のなかで義務化が図られるということです。

この場合、当該医療機関内で診療の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る等することが考えられ、労基法上の

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ます。

追加的健康確保措置の実施状況を確認し、実施を求める仕組みが必要です。その前提として、医療機関の管理者に実施状況に係る記録の保存義務を課することとしています。

この確認主体は、都道府県となりますが、その実施において医療勤務環境改善支援センターなどの役割を今後検討することとされています。また、未実施の場合の管理者に対する法制上の措置も検討課題です。

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ります。

ただ、現実の医療ニーズとの関係で認定しているのに、それを外す場合、ほかで医療ニーズに応えられるのかという問題はあります。病院と都道府県の協力体制を含めて、この辺は今後の課題になります。

#### ・追加的健康確保措置に関する労働法制 における位置付け

追加的健康確保措置に関する労働法制における位置付けということですが、面接指導は、労働安全衛生法での義務付けともするとされています。また、衛生委員会による調査審議が及ぶこととする方向で検討するとしています。

医師の時間外労働の上限は、それぞれの水準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協定上規定するということとなります。これに対して監督をするのは当然、労働基準監督署です。医

療行政、労働行政の両面から考えるわけです。

#### ・36協定締結時の留意点

36協定締結時の留意点ですが、(B)水準では地域医療確保暫定特例水準対象業務を、(C) - 1水準では臨床研修・専門研修に係る対象業務を、(C) - 2水準では、高度特定技能育成に係る対象業務を36協定における「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、その人数を規定することになります。大枠が決まった中で、36協定に落とし込んでいくこと、これはこれで大変です。医療関係者に加え、法曹関係者も重要な役割を果たすこととなります。

追加的健康確保措置の実施状況は、医事法制上だけでなく、36協定に関する労働基準監督署の指導の対象となります。

#### 6) 2024年4月までの労働時間短縮

ここまでは、2024年4月以降に適用になる水準です。あと4年あります。

(B)水準、(C)水準にならない、ほとんどの病院は、(A)水準にしなければなりません。今から各病院が相当な努力をしないとはいけません。

検討会では緊急的取組を提案しています。

「緊急的取組」の徹底として以下のものが挙げられています。

- ・医師の労働時間の適正化に向けた取組  
医師の在院時間の客観的把握、出退勤

記録

- ・36協定の自己点検
- ・産業保健の仕組みの活用
- ・タクス・シフティングの推進 医師の負担軽減、看護師の特定行為研修の受講の推進
- ・女性医師等の支援
- ・医療機関の医師の労働時間短縮に向けた取組

これを踏まえて、今後、3つステップを経て2024年を迎えようということです。できるだけ、多くの病院が(A)水準でできるということしたいということです。

具体的取組の3つのステップは以下の通りです。

- ①ステップ1 = 医療機関の時間外労働時間の実態の的確な把握
- ②ステップ2 = 5年後を見通した短縮幅の設定
- ③ステップ3 = 医師労働時間短縮計画の作成

③の医師労働時間短縮計画は、「医療勤務環境改善マネジメントシステム」(医療法30条の19)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しています。まさにこれが医療法制に組み込まれている、ということです。私は、労働法制の中で、という提案をしましたが、とりあえずこれでいくようです。このマネジメントシステムのなかでは、いろいろな職種がそこに参加するということになっています。

今まで、診療に従事している勤務医の話をしてきましたが、実際の病院は医師

だけではなくて、看護師、レントゲン技師など、様々な医療従事者がいます。そうした人もマネジメントシステムに入るとのことです。

医師も入るとのことに加え、報告書が強調しているのは、医療機関の管理者等が労働関係法令を学ぶ機会を増やしてください、ということ。実際知らないというのが普通の企業以上に多いのです。これは絶対必要だと言われてます。民間企業でも時間短縮がうまくいくのは、トップマネジメントの認識が非常に大事です。

特に、現にある制度である都道府県の医療勤務環境改善支援センターが、十分に利用されていないそうです。これはちゃんと利用してくださいと言われてます。さらに医療従事者に対して、労働法令の内容や相談先を周知することが大事です。こういう機会をもっと持つていくことが必要です。

今後、国としては、医師の時間外労働短縮目標ラインを設定するといわれています。

その上で都道府県は、(B) 水準適用対象医療機関を想定しなければなりません。そのための評価機能が必要になります。きちっといいものができるかどうかはこれからの問題です。

今後ですが、暫定特例水準はいつ終わるのかは、1つの論点です。組合側は、当分の間といわれても、いつまでかはわからないと強く主張されていました。そういう流れの中で一応2035年、先ほど言いました第8次の医療計画が終了して、医師の偏在を解消するところを目標とし

て、ということになっております。

それから、先ほど申し上げましたが集中的技能向上水準の時間外の在り方は今後の検討課題となりました。

#### (4) おわりに

報告書の最後に書かれているのは、まず、個々の医療機関の責務であり、労使の十分な話し合いに基づく36協定の締結です。同時に、国を挙げて医療機関を支援することが大事です。それと国民の理解も大事です。

以上が報告書の内容です。

### 3. 医師の働き方改革の今後の課題

今回の報告書ですが、医師の長時間労働の是正と医療提供体制の維持とを両立させるための、最善ではなく、当面、必ず実現しなければならないという水準を選択したと位置づけることができます。

今回の時間外労働に関する水準は、一般則を超えており医師の健康確保という視点からは不十分であることは言うまでもないです。しかし、医師の長時間労働によって維持されている医療提供体制の継続、あるいは医師の偏在是正への影響を考慮すると止むを得ない選択と評価できます。

また、今回の議論は、医師だけに特殊な問題ではなく、公共性を伴う高度専門職に共通する課題が含まれています。研鑽の労働時間性はその最たるものです。

## 改革の実効性

医療提供体制は、医師のみによって支えられているわけではなく、多様な医療関係者が関わっています。医師の働き方改革は、当然に他の医療関係者の働き方改革とともに進めなければなりません。タスク・シフティングにしても、他の職種犠牲を前提とするならば実効性のある対策とはなりません。その意味では、医療機関のトップの意識改革に基づく業務改革が必要であり、特に医療関係者間における十分なコミュニケーションによって医師、そして医療関係者の働き方改革を計画的に実現することが必要です。

## 今後の課題

今回の報告書においても十分に検討されていない問題は、例えば、宿日直の許可対象である「特殊な措置を必要しない軽度の、又は短時間の業務」の例示の明確化、医師の研鑽の労働時間性など検討課題として提示されていますが、それ以外にも例えば以下のように検討すべき課題が残されている。

1つは、36協定の締結の手続きの課題です。今回の特例水準は、36協定に規定されることを要します。36協定の締結における労働者側の代表者は、医療機関の実情を踏まえると過半数組合ではなく、「過半数を代表する者」となるでしょう。この過半数代表者は、医療機関に直用されるすべて労働者を母数として選出されるのであり、労働者側当事者が医師の労働時間について知見・情報を有していることは制度上担保されていません。現場の医師の声を聞かずに締結される危険性があることは最大の問題だと思っています。

す。法制度として、きちんと36協定に反映できるような仕組みを考えないと今後、うまくいかないでしょう。大事なものは、PDCAサイクルですが、36協定にはそうしたサイクルがないです。36協定一般の話になってしまうので、今回議論するのは難しい、ということになりました。今後の大きな検討課題といえるでしょう。

今回の内容を実現していくためには、国はもとより、都道府県の役割が極めて大きいです。評価機能をどうするかという問題を含めて、本当に担保されるかは、今回の検討会だけでは見えてきません。

(C) 水準の特例の検証ということですが、疲労回復のメカニズムなど医学的に検討を要する事項も少なくないです。

労働法制の理解の促進、国民の理解の促進ももちろんですが、研究者としての医師の働き方も今後の検討課題です。大学病院では、裁量労働制になっていると思いますが、研究者という側面を診療との関係でどう考えるのか。これは難問ですし、日本の医療の将来にとっても重要な点ですが、今回の検討会報告書では問題提起にとどまっています。

私からは以上です。ご清聴ありがとうございました。

(本稿は2019年5月16日(木)に開催しました第2801回労働法学会研究会例会の講演録を加筆・整理したものです。文責・編集室)

# オンライン・オンデマンド受講

東京発！最先端の研究会・セミナーが  
日本全国どこからでも受講可能！

※オンライン・オンデマンド配信は対象回に限ります。

会場の様子が…



そのまま  
伝わる！



PC  
タブレット  
スマホ  
完全対応

自席PCでも  
見たい時に！

移動の合間でも  
見られる！

遠方で  
来られない方も！

## オンライン受講

- ① リアルタイムでLIVE配信
- ① 研究会会員は無料で視聴可能！

## オンデマンド受講 (別途有料)

- ① 配信期間内なら好きな時間に視聴可能
- ① 一度中断しても続きから見られる！

※会場のみでの開催 (オンライン & オンデマンド非対応) となる回や、会場 & オンラインのみ開催 (オンデマンド非対応) の回もございますのでご了承ください。

- ✓ インターネット環境があれば全国どこからでも受講可能！<sup>※</sup>
- ✓ 会場までの移動時間が無くなり時間を効率化！
- ✓ PC、タブレット、スマートフォンで視聴可能！

※講演会場での配布資料も閲覧可能  
※PCでのご利用に限り、配布資料をダウンロード可能 (PDF)

タブレット・  
スマホの場合

V-CUBE  
セミナーモバイル アプリ

・事前にインストールをお願いします。  
・iPad・iPhone・Androidのタブレット・スマホでご利用いただけます。

## 視聴までの流れ

STEP 1

PCの場合  
サイトで  
視聴環境を  
チェック



タブレット・スマホの場合

専用アプリを  
インストール



STEP 2

研究会・セミナーの申込フォームで  
チェックを入れるだけ！



オンライン  
または  
オンデマンドにチェック

STEP 3

参加URLを  
メールでご案内



STEP 4

セミナー  
受講



労働開発研究会

〒162-0812  
東京都新宿区西五軒町 8-10  
臼井ビル 4F

03-3235-1861

03-3235-1865



労働開発研究会

【事業内容】  
人事・労務に関する情報の収集・提供  
及び出版事業

労働開発研究会

ご購入様はぜひ EX+ をご利用ください(無料で利用可)。

サービスのご案内

EX+

労働分野の情報を  
総合的に発信する  
ポータルサイト

# 労働法EX+

労働法 EX+ とは、労働分野の法律・判例・労働委員会命令・通知・ガイドライン・審議会情報をはじめ、労働分野の最新ニュースなどの情報を集約したポータルサイトです。

PC  
タブレット  
スマホ  
完全対応



## 労働法EX+

- 最新ニュース
- 労働分野の法律
- 労働委員会命令
- 労働事件裁判例
- 通知・ガイドライン
- 審議会情報

連携



「労働判例  
ジャーナル」が  
お手元に  
届きます！

## 労働法EX+ 4つのメリット

### スピーディーな情報更新

最新の判例を  
スピーディーに  
全文掲載！

最新の判決が  
すぐに見たい！



労働判例  
ジャーナルの  
内容も  
完全網羅！

### リーズナブルな利用料金

最新の判決やニュースが読めて…

月々で計算  
するとたった  
2,000円！

年額 **24,000円**+税

※契約は年単位となります。  
※複数名での契約は割引があります。詳しくはホームページをご覧ください。

### 充実の情報量

- 最新ニュース
- 労働分野の法律
- 労働委員会命令
- 労働事件裁判例
- 通知・ガイドライン
- 審議会情報

別途オプションでさらにボリュームUP!

### 労働判例ジャーナル(冊子)が毎月届く

タイムリーな労働事件  
裁判例を網羅的に掲載  
した月刊誌。誌面の文  
献番号を「労働法EX+」  
で入力すると、判決文  
全文を読むこともでき  
ます。



PLUS

- ✓ 労働法学会の会員、労働判例ジャーナル購読者は無料で利用可！
- ✓ 多人数の一括ご契約で割引！

開発：株式会社 TKC / 販売：株式会社労働開発研究会

お申し込みはパソコン・スマートフォンから ➡ <https://ex.roudou-kk.co.jp/>

労働法 EX 検索

労働法学会研究会報 No.2698 半年間購読料66,000円（税抜き・送料込み）

編集発行人 江曾 政英 発行所 労働開発研究会

〒162-0812 東京都新宿区西五軒町8-10 白井ビル4F TEL 03-3235-1861 FAX 03-3235-1865

ISSN 1342-5064

禁  
転  
載