

医師の働き方改革

令和3年1月14日
日本医師会 常任理事
松本 吉郎



本日のテーマ

1. 勤務実態とB・C水準
2. 宿日直、オンコール、研鑽、研究、
専門業務型裁量労働制と高度プロフェッショナル制、
応召義務
3. 兼業・副業
4. 2040年に向けて
5. 外来機能の明確化・連携について

本日のテーマ

1. 勤務実態とB・C水準
2. 宿日直、オンコール、研鑽、研究、
専門業務型裁量労働制と高度プロフェッショナル制、
応召義務
3. 兼業・副業
4. 2040年に向けて
5. 外来機能の明確化・連携について

働き方改革関連法(2018年6月29日成立)

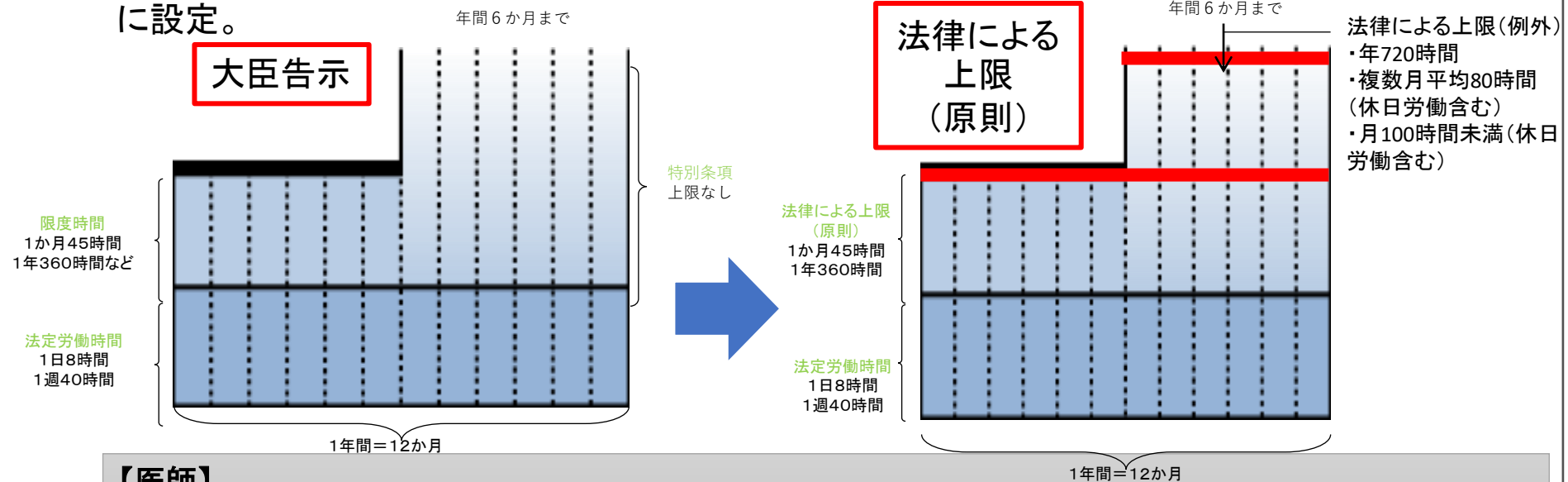
1 労働時間に関する制度の見直し(労働基準法、労働安全衛生法)

(1) 長時間労働の是正

時間外労働の上限規制の導入

2019年4月1日から適用(医師以外)

- ・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。



【医師】

改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。

具体的な上限時間等は省令で定めることとし、医療界の参加による検討の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

2019年4月1日から適用

(2) 労働時間の状況の把握の実効性確保

- ・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。

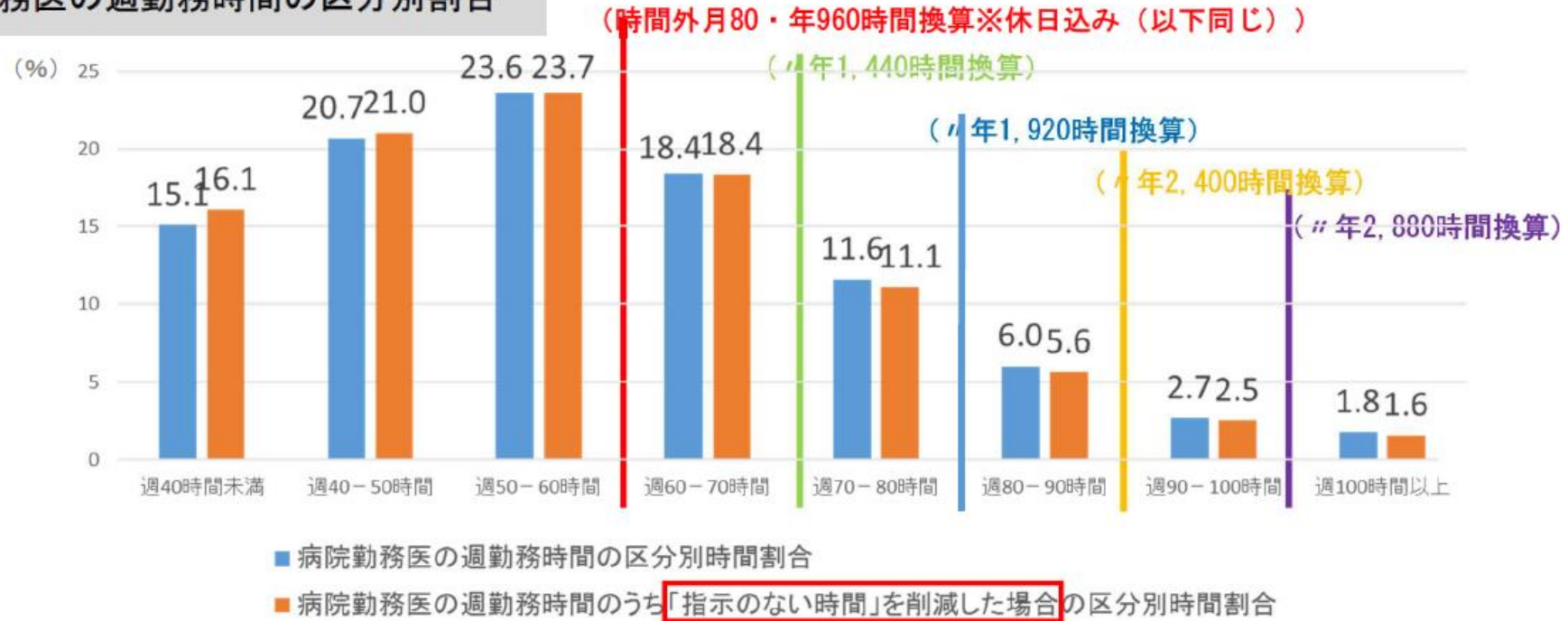
(労働安全衛生法の改正)

※今後、省令で使用者の現認や客観的な方法による把握を原則とすることを定める

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

平成31年度

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



<集計・推計の前提>

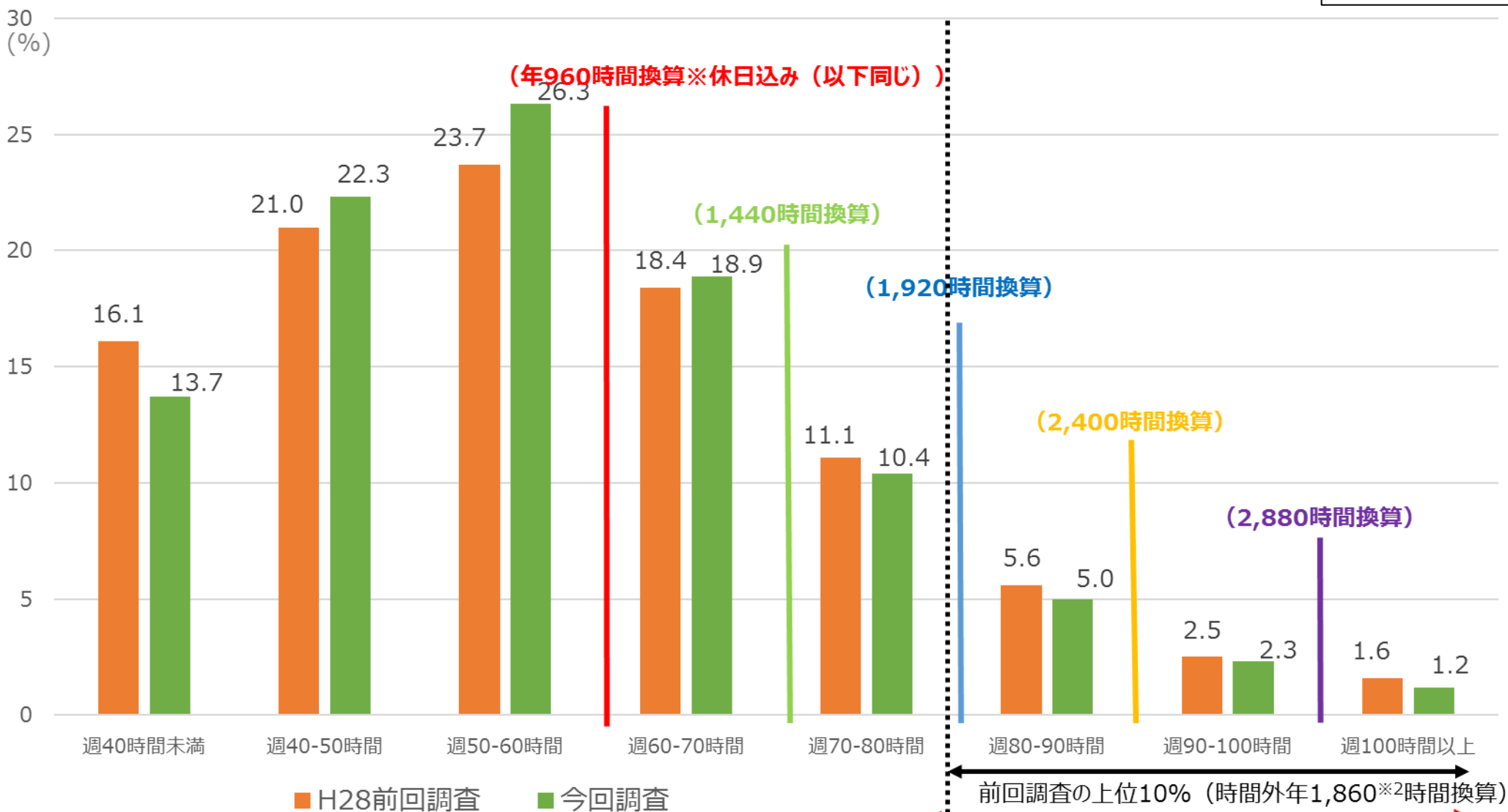
| | |
|--------------------------------|--|
| 病院勤務医の週勤務時間 | 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。 |
| 病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合 | 「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「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

病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合

令和2年度



※1 H28前回調査、今回調査ともに、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している

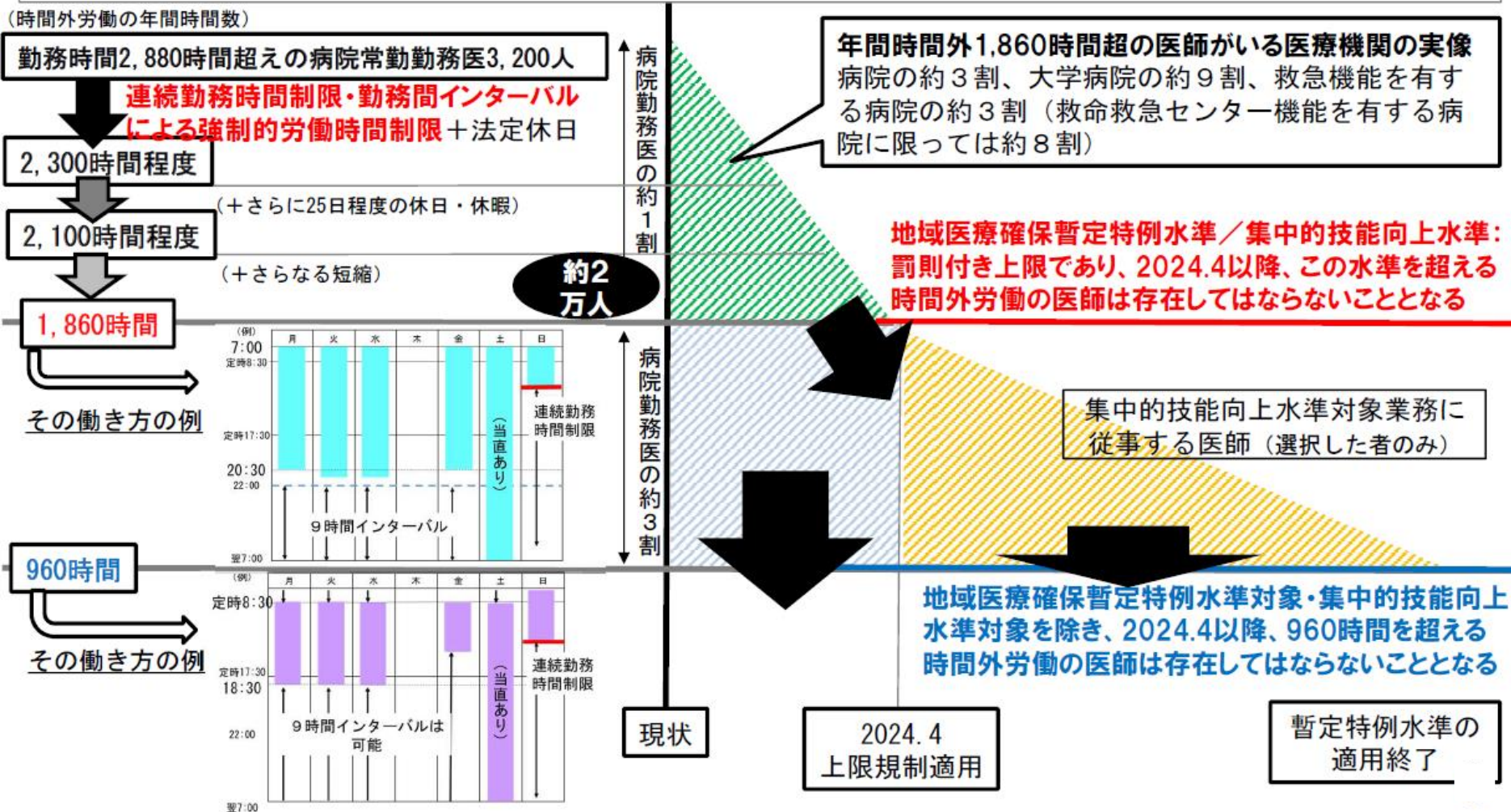
※2 前回調査ではグラフにおける分布の上位10%は年1,904時間であったが、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値として1,860時間としている

※3 今回調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っていることに留意が必要

※4 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している

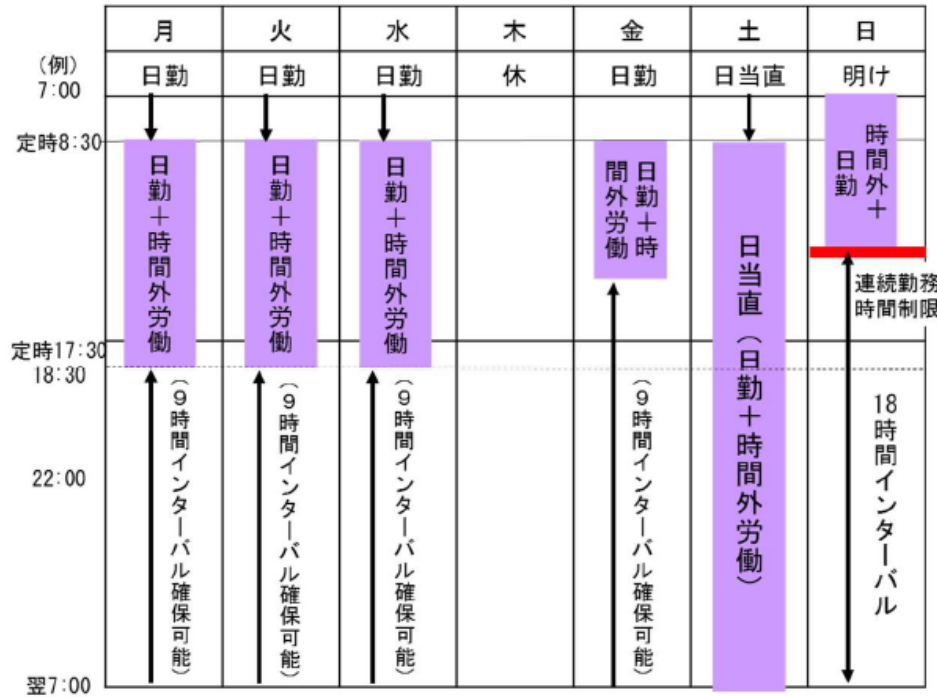
2024年4月とその後に向けた改革のイメージ

- ❑ 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。

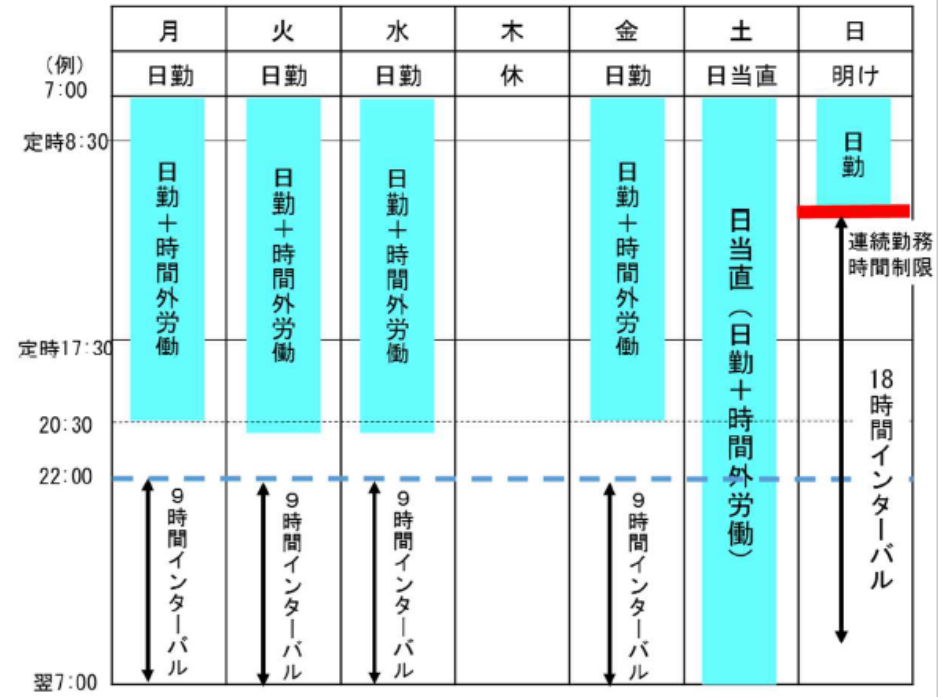


(A)・(B)の上限水準に極めて近い働き方のイメージ

(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。

労災認定に係る認定基準

H11年

「心理的負荷による精神障害に係る業務上外の判断指針」

H23年

「心理的負荷による精神障害の労災認定基準」

《策定のポイント》

①心理的負担評価に具体例(内容・時間)を追加

→強度についての評価を簡易化

例:「極度の長時間労働」

→『月160時間ほどの時間外労働』明示

「心理的負荷が極度」

→『強姦・わいせつ行為』を明示

②セクハラ、いじめなど長期間継続する場合:対象期間外でも認定

③発病後で、強い心理的負荷で悪化した場合:労災対象とする

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

【時間外労働の上限】

2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満（例外あり）※いずれも休日労働含む
年1,860時間／月100時間未満（例外あり）※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間未満（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

連携B
例水準
（医療機関を指定）

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
（医療機関を指定）

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
（暫定特例水準の解消（＝2035年度末を目標）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

※この（原則）については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

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）

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）

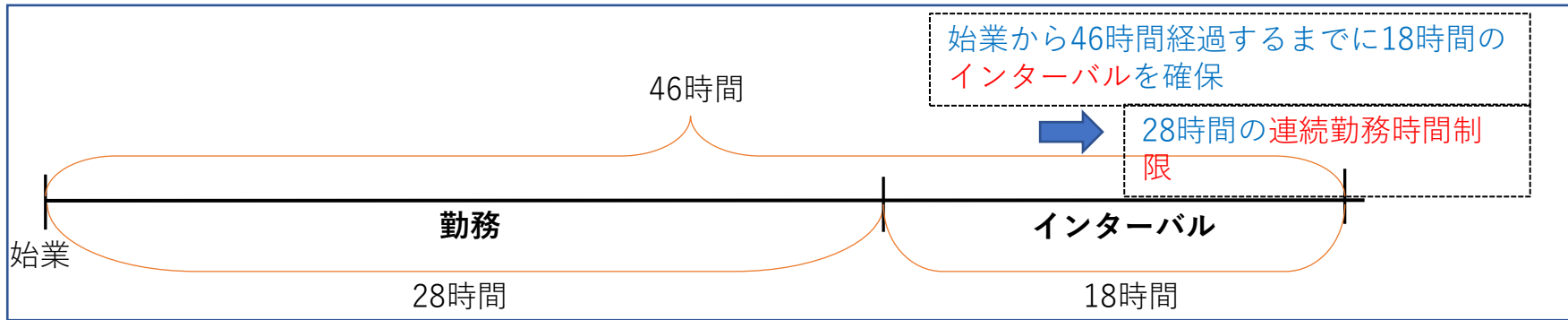
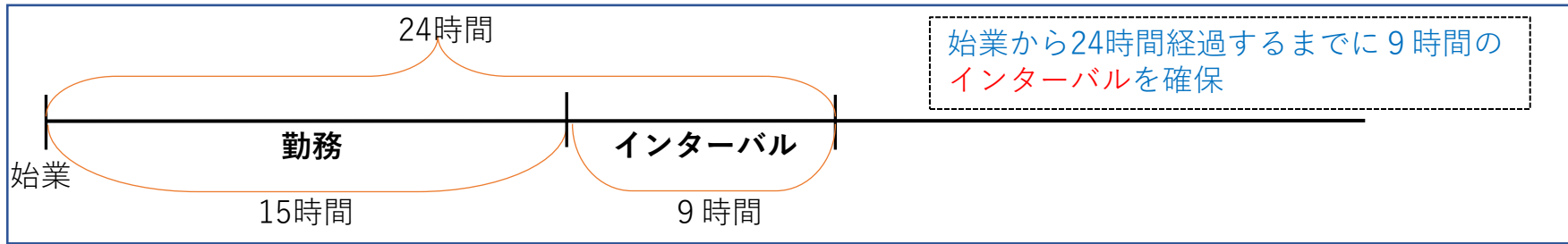
※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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）

【追加的健康確保措置】

※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。

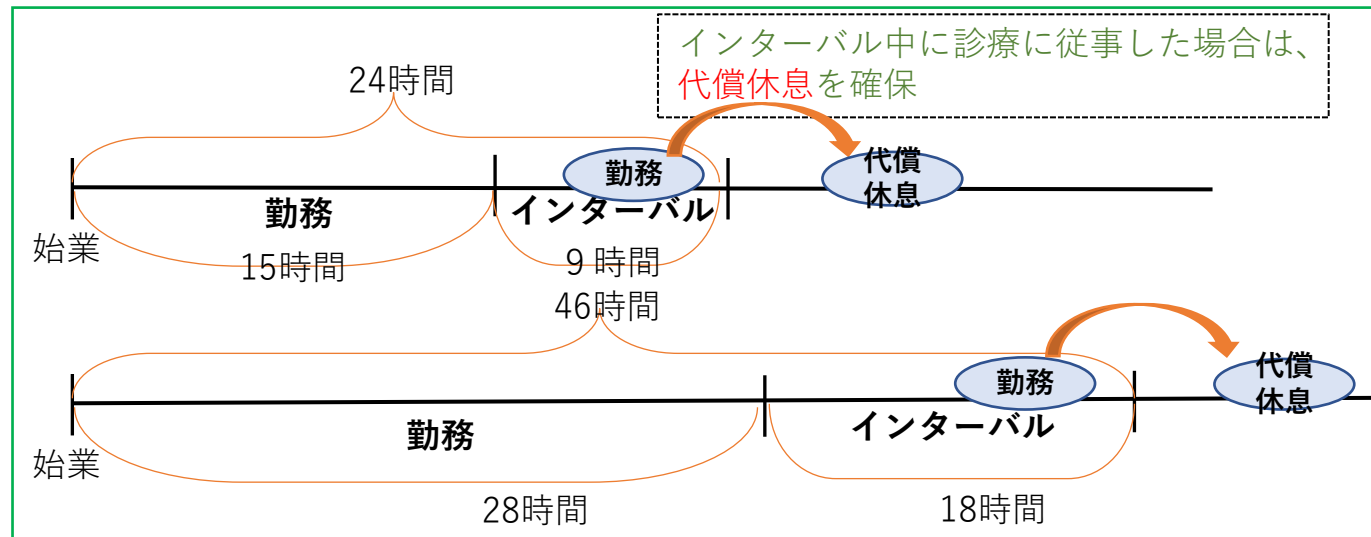
連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息について



インターバルを確保できなかった場合

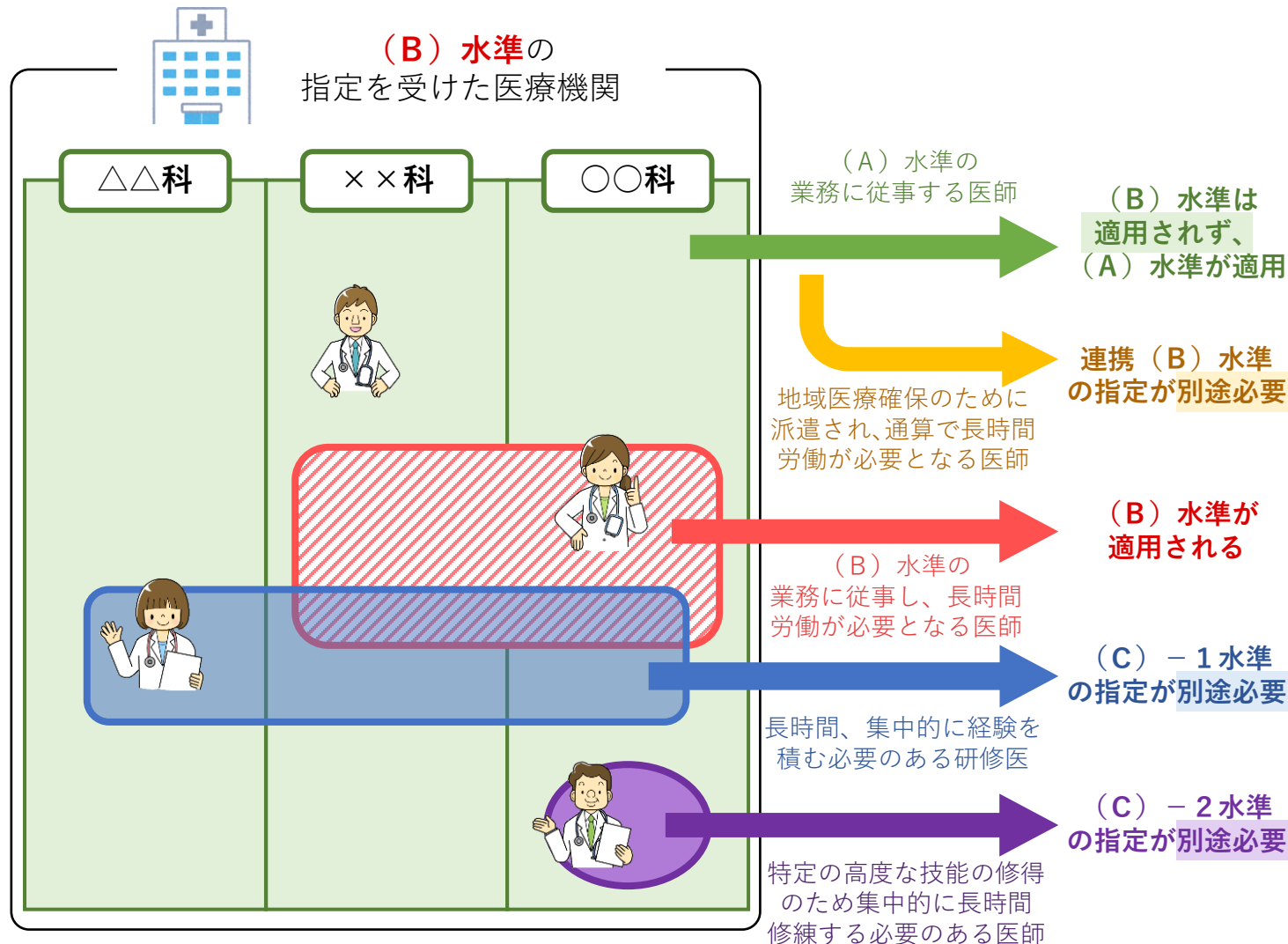


※ (C) - 1水準の臨床研修医は、勤務間インターバル9時間を必ず確保することとし、臨床研修における必要性から24時間の連続勤務となる場合には、24時間のインターバルとする(代償休息不要)



各水準の指定と適用を受ける医師について

(A) 水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、**指定される事由となった業務に従事する医師にのみ適用される**。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関は**それぞれの水準についての指定を受ける必要がある**。



*年の時間外・休日労働時間数。
なお、簡明さを優先し、詳細は省略している。

| | 36協定で定めることができる時間* | 実際に働くことができる時間* (通算) |
|---------|-------------------|---------------------|
| (A) | 960以下 | 960以下 |
| 連携 (B) | 960以下 | 1,860以下 |
| (B) | 1,860以下 | 1,860以下 |
| (C) - 1 | 1,860以下 | 1,860以下 |
| (C) - 2 | 1,860以下 | 1,860以下 |

臨床研修医にはより強い健康確保措置

(B)水準対象医療機関

【医療機能】

- ◆「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
- ◆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

【長時間労働の必要性】 ※(B)水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、下記の医師に限られる。

- ◆上記機能を果たすために、やむなく、予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在すること。

連携(B)水準対象医療機関

【医療機能】

◆医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関

(例) 大学病院、地域医療支援病院等のうち当該役割を担うもの

【長時間労働の必要性】 ※連携(B)水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、下記の医師に限られる。

◆自院において予定される時間外・休日労働は年960時間以内であるが、上記機能を果たすために、やむなく、他の医療機関での勤務と通算での予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在すること。

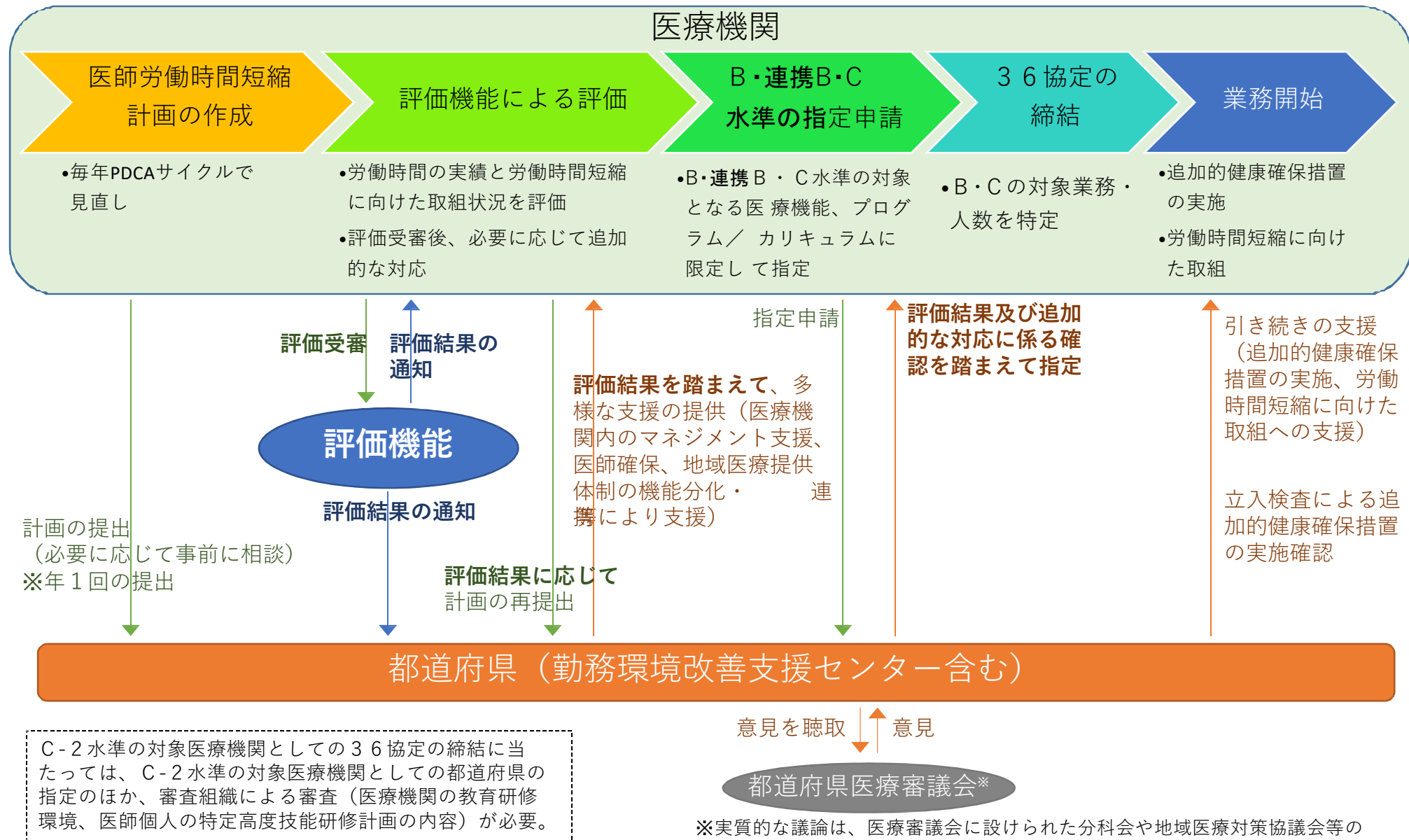
(※連携(B)水準の指定のみを受けた場合の、個々の医療機関における36協定での時間外・休日労働時間の上限は年960時間)

C水準【集中的技能向上水準】

C－1水準：臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応じて、一定期間集中的に知識・手技を身につけられるようにするための医療機関

C－2水準：高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において、新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにするための医療機関

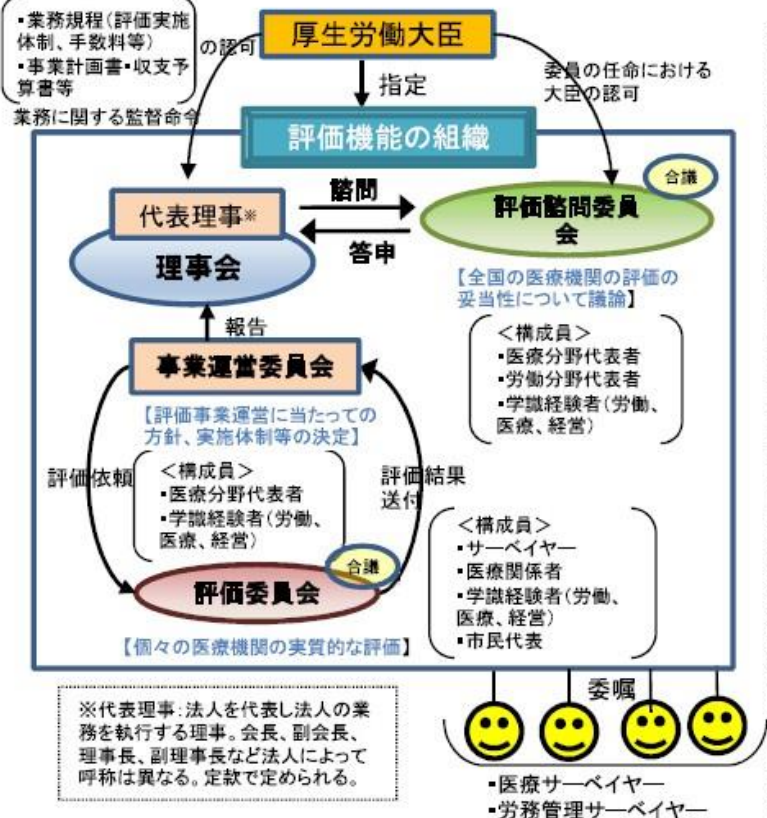
B・連携B・C水準の指定に当たっての基本的な流れ(案)



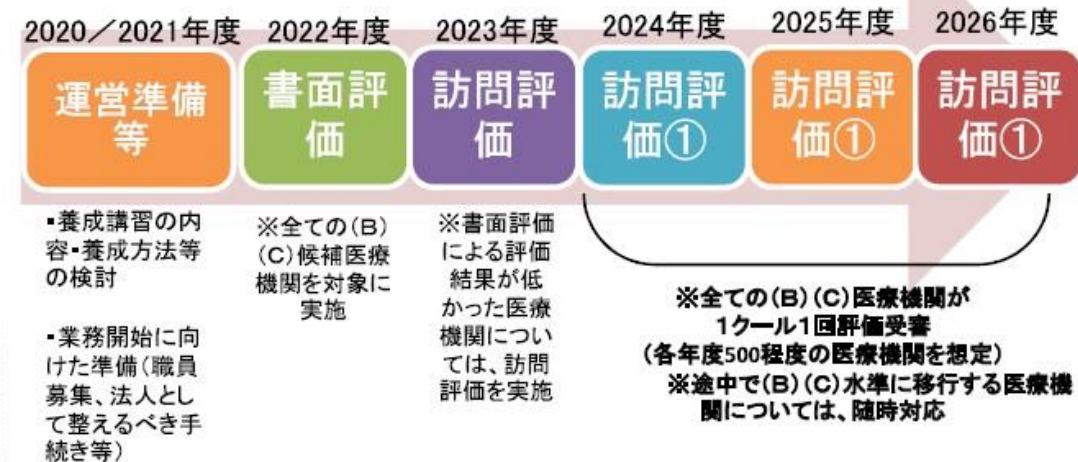
<概要>

- 「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、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(評価機能)を設置することが求められている。また、2024年4月からBまたはC水準の指定を受ける医療機関は、医師労働時間短縮計画等について、評価機能による事前の評価を受ける必要がある。
 - 以上の業務を実施するにあたっては、評価機能を運営するための経費が必要となるが、評価を受ける医療機関からの手数料収入のみでの運営とすると、評価を受ける医療機関にとって経済的負担が過大なることから、評価機能を担う組織に対する運営費補助が必要。
- ※評価機能は法律による指定を予定しており(2021年度を想定)、指定先は検討会の議論の推移を見据えつつ、今後調整。

<組織のイメージ(案)>



<今後のスケジュール(案)>

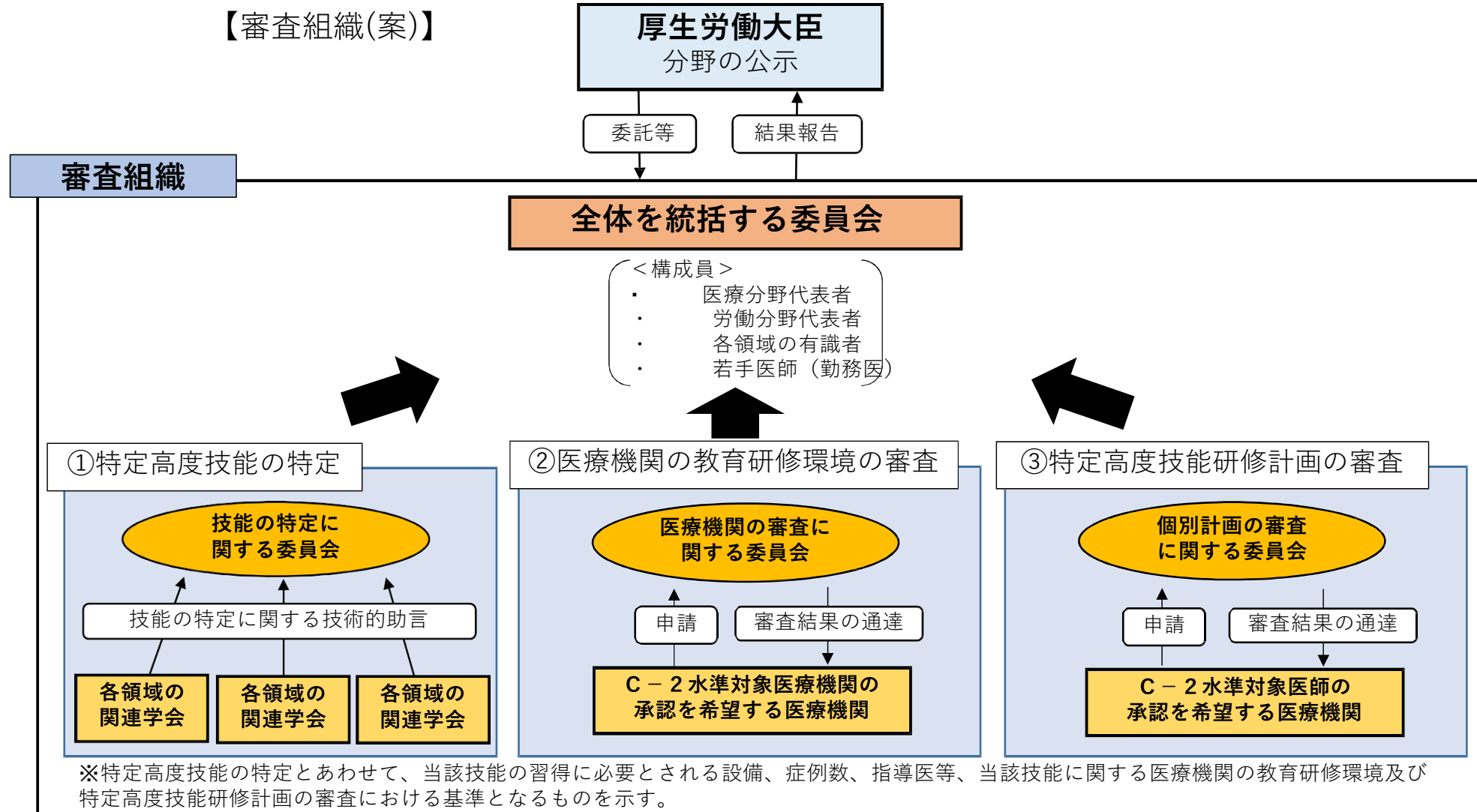


サーベイヤー養成講習の実施

※2021年度に集中的に実施。その後、評価業務の進捗状況・組織体制に応じて実施

C-2水準の審査組織について(案)

- 審査組織については、特定高度技能の特定や審査業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要があるが、具体的な組織の運営方法については、以下のように、厚生労働省からの委託等の形とし、各領域の関連学会から審査への参加や技術的助言を得ることとする。



本日のテーマ

1. 勤務実態とB・C水準
2. 宿日直、オンコール、研鑽、研究、
専門業務型裁量労働制と高度プロフェッショナル制、
応召義務
3. 兼業・副業
4. 2040年に向けて
5. 外来機能の明確化・連携について

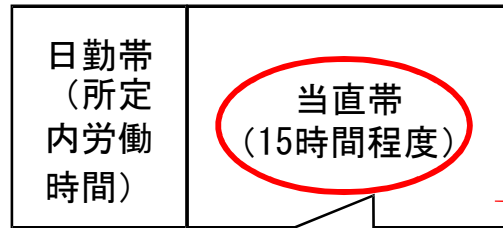
医師の労働時間にかかる論点の取扱い(宿日直)

※ 「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日付け基発0701第8号)、「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」(令和元年7月1日付け基監発0701第1号)

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



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、看護師に係る許可基準(令和元年7月発出)により判断。②において、第9回検討会でお示しした案を元に、許可対象となる「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務」を例示した。

(医師の働き方改革に関する検討会でのご議論を踏まえた例示)

- 「医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」
- 「医師が、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対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」

※宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事することが稀にあったときについては、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は夜間に十分な睡眠が取り得るものである限り、宿日直の許可は取り消さない。

※当該通常の勤務時間と同態様の業務に従事する時間について労働基準法第33条又は第36条の第1項による時間外労働の手続きがとられ、法第37条の割増賃金が支払われるよう取り扱うこと。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能(深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能)

オンコールの取扱い

労働時間の適用除外の「許可を受けた宿日直」においては、平均賃金の3分の1以上の手当支給をすることが規定されている。これと比較すれば、院外オンコール待機をすべて労働とみなすのは妥当とは言えない。ただし、病院に駆けつけて患者対応を行った場合には、労働時間とするべきである。一方、待機の負担感の度合いは様々であり、院外オンコール待機に関し各医療機関の判断で個別に配慮することはあり得る。

【院外オンコール待機の方向性】

- 1.院外オンコール待機 院外オンコール待機時間は労働時間とはみなさない。
- 2.病院に駆け付けて患者対応を行った場合労働時間としてカウントする。
- 3.院外オンコール待機の負担感への配慮(個別判断)

地域の事情、診療科の特性、昨今の在宅医療の普及といった医療提供体制の変化等から、医療機関における院外オンコール待機の体制は様々で、その負担感も様々である。

こうした点を踏まえ、院外オンコール待機に関する「手当」支給の有無、支給する場合の規定については、各医療機関の労働時間等設定改善委員会で協議して決めることとする。

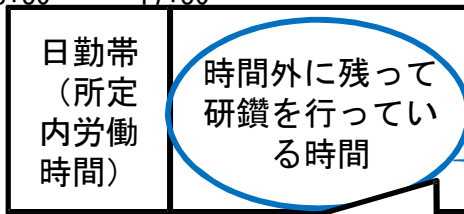
医師の労働時間にかかる論点の取扱い(研鑽)

※ 「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日付け基発0701第9号)、「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」(令和元年7月1日付け基監発0701第1号)

研鑽が労働時間に該当するかどうかについては「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。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、その考え方と、適切に取り扱うための手続を通達で示している。

例えば

8:30 17:30



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。
※所定労働時間内において勤務場所で研鑽を行う場合は、当然に労働時間となる。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得るよう、基本となる考え方を示すとともに、労働に該当するかどうかの判断を明確化するための手続等を示す。

| 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"> ・ 業務上必須ではない行為を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。 ・ ただし、診療の準備又は診療に伴う後処理として不可欠なものは、労働時間に該当する。 |
| 学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新にかかる講習会受講等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 左記の研鑽が奨励されている等の事情があっても、業務上必須ではない行為を自由な意思に基づき、所定労働時間外に自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。 ・ ただし、研鑽の不実施について就業規則上の制裁等の不利益が課されているため、その実施を余儀なくされている場合や、研鑽が業務上必須である場合、業務上必須でなくとも上司が明示・黙示の指示をしている場合は、労働時間に該当する。 |
| 当直シフト外で時間外に待機し、手術・措置等の見学を行うこと | <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務上必須でない見学を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う場合、当該見学やそのための待機時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。 ・ ただし、見学中に診療を行った場合には、当該診療を行った時間は、労働時間に該当すると考えられ、また、見学中に診療を行うことが慣習化、常態化している場合については、見学の時間全てが労働時間に該当する。 |

必要な手続等

- 研鑽を行うことについての医師の申出と上司による確認(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、服装等外形的に見分けられる措置)
- 医療機関ごとに取り扱いを明確化して書面等に示し、院内職員に周知する

上限規制の適用が猶予・除外となる事業・業務(研究)

- 以下の事業・業務については、上限規制の適用が5年間猶予されます。

| 事業・業務 | 猶予期間中の取扱い (2024年3月31日まで) | 猶予後の取扱い (2024年4月1日以降) |
|--------------------|--|---|
| 建設事業 | 上限規制は適用されません。 | <ul style="list-style-type: none"> ●災害の復旧・復興の事業を除き、上限規制がすべて適用されます。 ●災害の復旧・復興の事業に関しては、時間外労働と休日労働の合計について、 <ul style="list-style-type: none"> ✓月100時間未満 ✓2～6か月平均80時間以内とする規制は適用されません。 |
| 自動車運転の業務 | | <ul style="list-style-type: none"> ●特別条項付き36協定を締結する場合の年間の時間外労働の上限が年960時間となります。 ●時間外労働と休日労働の合計について、 <ul style="list-style-type: none"> ✓月100時間未満 ✓2～6か月平均80時間以内とする規制は適用されません。 ●時間外労働が月45時間を超えることができるのは年6か月までとする規制は適用されません。 |
| 医師 | | 具体的な上限時間は今後、省令で定めることとされています。 |
| 鹿児島県及び沖縄県における砂糖製造業 | 時間外労働と休日労働の合計について、 <ul style="list-style-type: none"> ✓月100時間未満 ✓2～6か月平均80時間以内とする規制は適用されません。 | 上限規制がすべて適用されます。 |

医師の健康に配慮しつつ、論文の査読、論文作成のための文献検索など、研究（または自己研鑽）と判断できるルール作りの検討も必要

- **新技術・新商品等の研究開発業務については、上限規制の適用が除外されています。**

なお、今回の法改正によって労働安全衛生法が改正され、新技術・新商品等の研究開発業務については、1週間当たり40時間を超えて労働した時間が月100時間を超えた労働者に対しては、医師の面接指導が罰則付きで義務付けられました。

事業者は、面接指導を行った医師の意見を勘案し、必要があるときには就業場所の変更や職務内容の変更、有給休暇の付与などの措置を講じなければなりません。

宿日直の取扱い（労働時間適用除外）

旧 ※1

勤務の態様

常態としてほとんど労働する必要がない勤務のみを認めるものであり、病室の定時巡回、少数の要注意患者の検脈、検温等の特殊な措置を要しない軽度の、又は短時間の業務を行うことを目的とするものに限ること。したがって、原則として、通常の労働の継続は認められないが、救急医療等を行うことが稀にあっても、一般的にみて睡眠が充分とりうるものであれば差し支えないこと。



新 ※2

具体的な例示

・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと。

・ 医師が、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こと）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対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと。

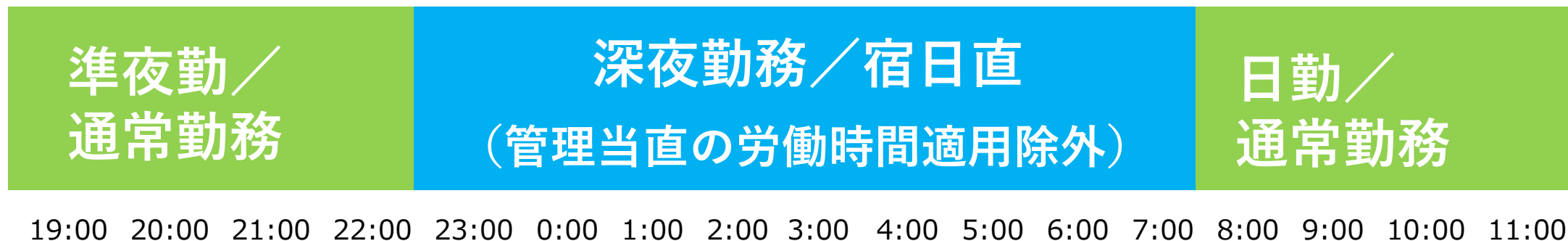
・ 宿日直の許可が与えられた場合において、宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事すること（医師が突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等に対応すること、又は看護師等が医師にあらかじめ指示された処置を行うこと等）が稀にあったときについては、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は、夜間に十分な睡眠がとり得るものである限り、宿日直の許可を取り消す必要はないこと

※1 厚生労働省労働基準局長「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（H14.3.19）

※2 厚生労働省労働基準局長「医師、看護師等の宿日直許可基準について」（R1.7.1）

宿日直：1名で宿日直にあたる例

- ・ 23時から8時までを**宿日直**とする



9時間のインターバル

宿日直：複数名で宿日直にあたる例 ①

医師A.

宿日直（管理当直の労働時間適用除外）

16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 0:00 1:00 2:00 3:00 4:00 5:00 6:00 7:00 8:00

← 16時間のインターバル →

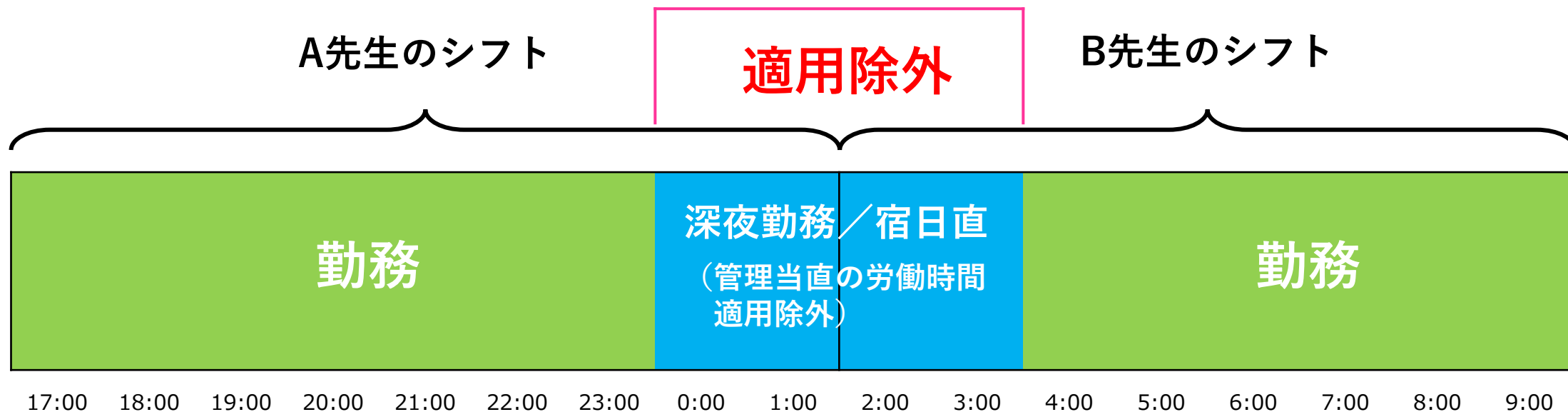
医師B.

勤務

16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 0:00 1:00 2:00 3:00 4:00 5:00 6:00 7:00 8:00

宿日直：複数名で宿日直にあたる例 ②

- ・シフトと適応除外を分けて考える
- ・労働時間を短くする



宿日直許可申請のプロセス

「断続的な宿直又は日直勤務許可申請書」
と添付書類を労働基準監督署へ提出



労働基準監督官による実地調査
(対象医師へのヒアリング等)



労働基準監督署長による許可
(あるいは不許可)

宿日直許可の必要書類

「断続的な宿直又は日直勤務許可申請書」

【添付書類】

- ・ 病院（病棟）の**図面**（巡回する場所と当直室に印をつける）
- ・ 専用の宿直室の有無、広さ、寝具の種類・数量、冷暖房設備、防蚊設備等について、**見取図**や**資料**、**写真等**
- ・ **医師宿日直日誌**コピー（1か月分）
- ・ **医師宿日直マニュアル**
- ・ **医師月間勤務表**（1か月分）
- ・ **タイムカード**（1か月分）
- ・ **賃金台帳**（直近3か月分）

※添付書類は上記のもの以外にも求められることがありますので、事前に労働基準監督署へご確認下さい。

断続的な宿直又は日直勤務許可申請書

断続的な宿直又は日直勤務許可申請書

様式第10号（第23条関係）

| 事業の種類 | | 事業の名称 | | 事業の所在地 | |
|-------|-------|---------|----------------------|---------------------|---------|
| 宿直 | 総員数 | 1回の宿直員数 | 宿直勤務の 開始及び終了時刻 | 一定期間における 1人の宿直回数 | 1回の宿直手当 |
| | 人 | 人 | 時 分 から 時 分 まで | | 円 |
| | 就寝設備 | | | | |
| | 勤務の態様 | | | | |
| 日直 | 総員数 | 1回の日直員数 | 日直勤務の 開始及び終了時刻 | 一定期間における 1人の日直回数 | 1回の日直手当 |
| | 人 | 人 | 自 時 分 から 至 時 分 まで | | 円 |
| | 勤務の態様 | | | | |

令和 年 月 日

使用者 職名
氏名

印

労働基準監督署長 殿

実地調査の対象医師へのヒアリング

【主なヒアリング内容】

- ・ 夜間外来の有無
- ・ 巡回開始時間、巡回時間
- ・ 宿直室の有無
- ・ 夜間の過ごし方（睡眠時間等）
- ・ 臨時で診察する時の具体的な業務内容・頻度・時間
- ・ 外来患者からの電話での問合せの内容・頻度
- ・ 病棟職員の配置人数（職種）、病棟数
- ・ 日直の回数
- ・ 日直時間帯の業務内容、業務時間帯の過ごし方 等

※対象医師の回答により宿日直に該当しないと判断されることがありますので、事前に上記内容についてよく確認しておくことが必要です。（実業務が頻繁にあり、十分な睡眠、休息が取れていない場合など）

専門業務型裁量労働制と高度プロフェッショナル制

| | 専門業務型裁量労働制 | 高度プロフェッショナル制 |
|-------------------------|--|---|
| 1日・1週の所定労働時間の長さ | 1日8時間、1週40時間以内 | 制約なし |
| 始業・終業時間 (労働時間としての拘束) | 始業・終業時間の拘束はない | 始業・終業時間の拘束はない |
| 活動の自由度 | 自由 | 自由 |
| 対象者の制約 | 大学病院のみが対象 研究がメイン(労働時間の半分以上)であることが要件 | 医師は対象外 年収1075万以上(金融商品開発、ディーリング業務など) |
| 労基法上の時間外労働時間上限 | 原則360時間、特別条項720時間 * 休日労働は含まない | なし |
| 時間外割増賃金深夜割増賃金 休日割増賃金 | 支給される | 支給されない |
| 法定休日 | あり | なし(年104日以上の日を必ず確保) |
| 健康確保措置 | 労働安全衛生法+健康福祉確保措置(労使協定で定める) | 労働安全衛生法 +特別な健康確保措置(2週間の連続休暇、勤務間インターバル等から選択、健康管理時間) |

国の検討内容

医療提供体制の変化を踏まえた応召義務のあり方について

- 応召義務は、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訓示的規定として置かれたもの。
- 医師法に応召義務が規定された当時(昭和23年医師法制定時)は、医療供給体制のシステム化が行われておらず、個々の医師の協力により医療提供体制を確保していた状況にあったが、現在は、医療機関相互の機能分化・連携により、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されているほか、医療の高度化・専門化もさらに進んでいる。
- こうした状況下において、戦後まもない頃の医療提供体制を念頭に示されていたこれまでの応召義務の解釈・通知等のみでは、現代における応召義務のあり方を整理することは困難であるため、新たな解釈等を示すことが必要。

○ここで、応召義務の新たな解釈等を検討する前提として、応召義務の法的性質を改めて以下のとおり確認する。

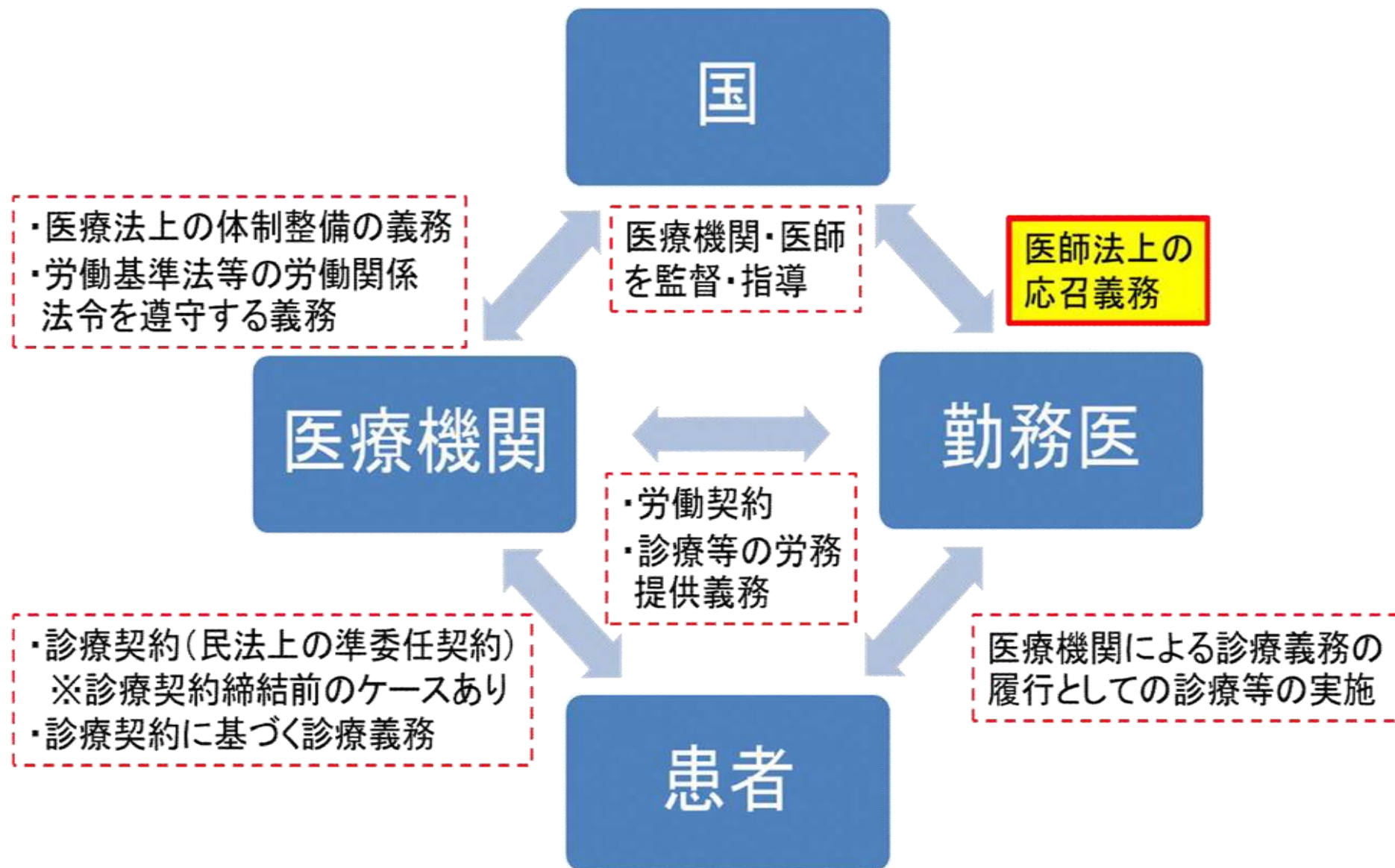
・応召義務は、医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務であるが、

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。

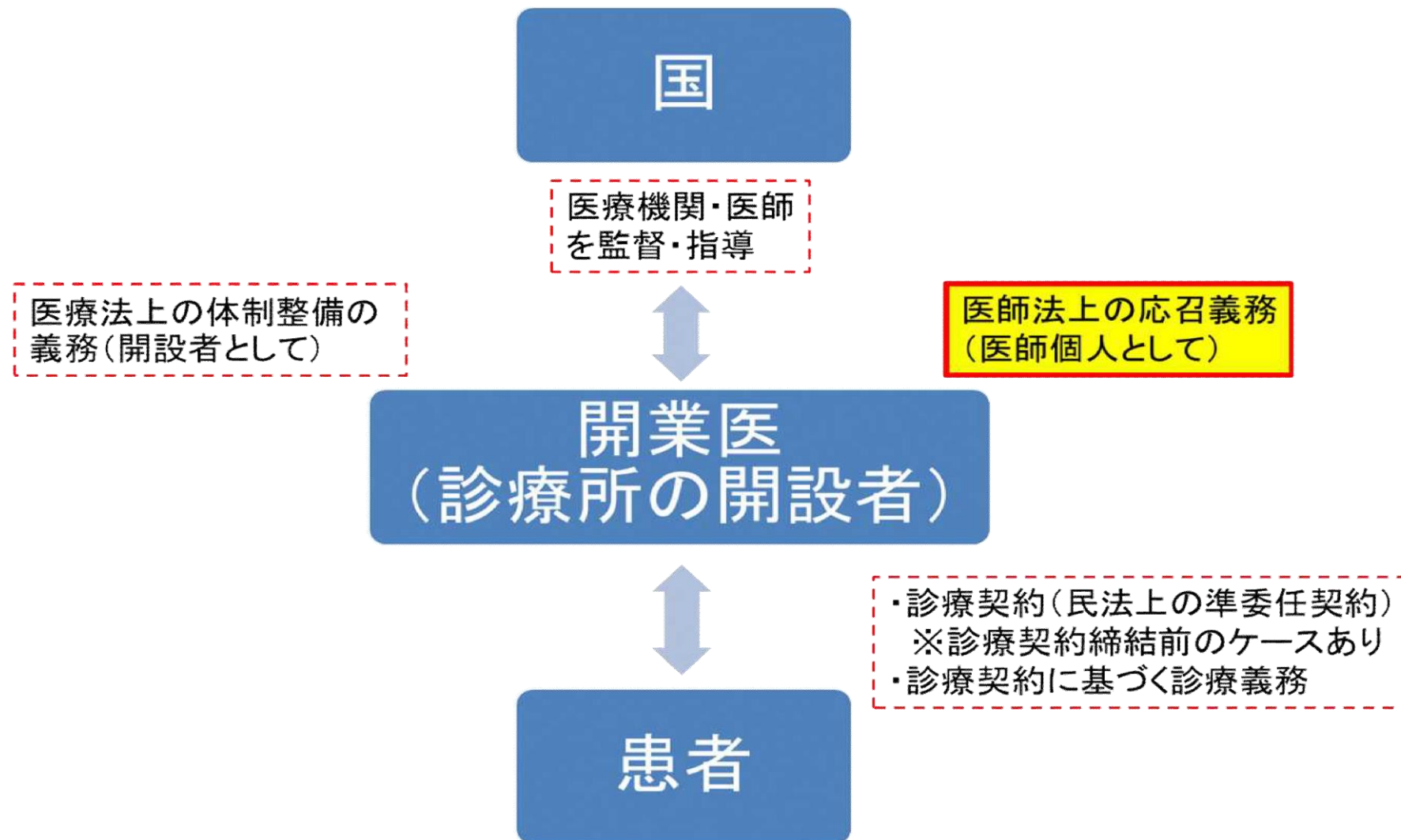
・応召義務は、私法上の義務ではなく、医師が患者に対して直接民事上負担する

義務ではない。

応召義務の法的性質について(概念図)【勤務医】



応召義務の法的性質について(概念図)【開業医】



<診療しないことが正当化される事例の整理>

| | | 診療時間内・勤務時間内 | 診療時間外・勤務時間外 |
|-------------------------|--------------|--|--|
| ①緊急対応が <u>必要なケース</u> | 病状の深刻な救急患者など | 救急医療では、医療機関・医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、当該医療機関・医師以外の他の医療機関・医師による医療提供の可能性（医療の代替可能性）を総合的に勘案しつつ、事実上診療が不可能といえる場合にのみ、診療しないことが正当化される。 | <p>医の倫理上、応急的に必要な処置をとるべきとされるが、原則、公法上・私法上の責任に問われることはないと考えられる。</p> <p>※ 必要な処置をとった場合においても、医療設備が不十分なことが想定されるため、求められる対応の程度は低い。 （例えば、心肺蘇生法等の応急処置の実施など）</p> <p>※ 診療所等へ直接患者が来院した場合、必要な処置を行った上で、救急対応の可能な病院等に対応を依頼するのが望ましい。</p> <p>※ 診療した場合は民法上の緊急事務管理（民法第698条）に該当。</p> |

<診療しないことが正当化される事例の整理>

| | | 診療時間内・勤務時間内 | 診療時間外・勤務時間外 |
|-------------------------------------|---------------|---|--|
| ②緊急対応が <u>不必要な</u> <u>ケース</u> | 病状の安定している患者など | <p>○ 原則として、患者の求めに応じて必要な医療を提供する必要あり。ただし、緊急対応の必要があるケースに比べて、正当化される場合は緩やかに（広く）解釈される。</p> <p>○ 医療機関・医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、当該医療機関・医師以外の他の医療機関・医師による医療提供の可能性（医療の代替可能性）のほか、患者と医療機関・医師の信頼関係なども考慮。</p> | <p>○ 即座に対応する必要はなく、診療しないことに問題はない。</p> <p>○ 時間内の受診依頼、他の診察可能な診療所・病院などの紹介等の対応をとることが望ましい。</p> |

<診療しないことが正当化される事例の整理>

| | | 診療時間内・勤務時間内 | 診療時間外・勤務時間外 |
|---|--------|--|--|
| <p>個別事例ごとの整理</p> <p>※仮に緊急対応が必要な場合には、①の整理による</p> | 医療費不払い | <p>○ 以前に医療費の不払いがあったとしても、そのことのみをもって診療しないことは正当化されない。しかし、支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等には、診療しないことが正当化される。</p> <p>○ 具体的には、保険未加入など医療費の支払い能力が不確定であることのみをもって診療しないことは正当化されないが、医学的な治療を要さない自由診療において支払い能力を有さない患者を診療しないことなどは正当化される。</p> <p>また、特段の理由なく保険診療において自己負担分の未払いが重なっている場合には、悪意のある未払いであることが推定される場合もあると考えられる。</p> | <p>○ 即座に対応する必要はなく、診療しないことに問題はない。</p> <p>○ 時間内の受診依頼、他の診察可能な診療所・病院などの紹介等の対応をとることが望ましい。</p> |

<診療しないことが正当化される事例の整理>

| | | 診療時間内・勤務時間内 | 診療時間外・勤務時間外 |
|---|-------------------------------|--|--|
| <p>個別事例ごとの整理</p> <p>※仮に緊急対応が必要な場合には、①の整理による</p> | <p>患者の迷惑行為</p> | <p>○ 診療・療養などにおいて生じた又は生じている迷惑行為の態様に照らし、診療の基礎となる信頼関係が喪失している場合（※）には、新たな診療を行わないことが正当化される。</p> <p>※ 診療内容そのものとは関係ないクレーム等を繰り返し続けるなど。</p> | <p>○ 即座に対応する必要はなく、診療しないことに問題はない。</p> <p>○ 時間内の受診依頼、他の診察可能な診療所・病院などの紹介等の対応をとることが望ましい。</p> |
| | <p>入院患者の退院や他の医療機関の紹介・転院など</p> | <p>○ 医学的に入院の継続が必要ない場合には、通院治療等に対応すれば足りるため、退院させることは正当化される。</p> <p>○ 医療機関相互の機能分化・連携を踏まえ、地域全体で患者ごとに適正な医療を提供する観点から、病状に応じて大学病院等の高度な医療機関から地域の医療機関を紹介、転院を依頼・実施するなど原則として正当化される。</p> | |

<診療しないことが正当化される事例の整理>

| | | 診療時間内・勤務時間内 | 診療時間外・勤務時間外 |
|---|----------------|---|--|
| <p>個別事例ごとの整理</p> <p>※仮に緊急対応が必要な場合には、①の整理による</p> | <p>差別的な取扱い</p> | <p>○ 患者の年齢、性別、人種・国籍、宗教等のみを理由に診療しないことは正当化されない。</p> <p>ただし、言語が通じない、宗教上の理由などにより結果として診療行為そのものが著しく困難であるといった事情が認められる場合にはこの限りではない。</p> <p>○ その他、特定の感染症へのり患など合理性の認められない理由のみに基づき診療しないことは正当化されない。</p> <p>ただし、1類・2類感染症など、制度上、特定の医療機関で対応すべきとされている感染症にり患している又はその疑いのある患者等はこの限りではない。</p> | <p>○ 即座に対応する必要はなく、診療しないことに問題はない。</p> <p>○ 時間内の受診依頼、他の診察可能な診療所・病院などの紹介等の対応をとることが望ましい。</p> |

本日のテーマ

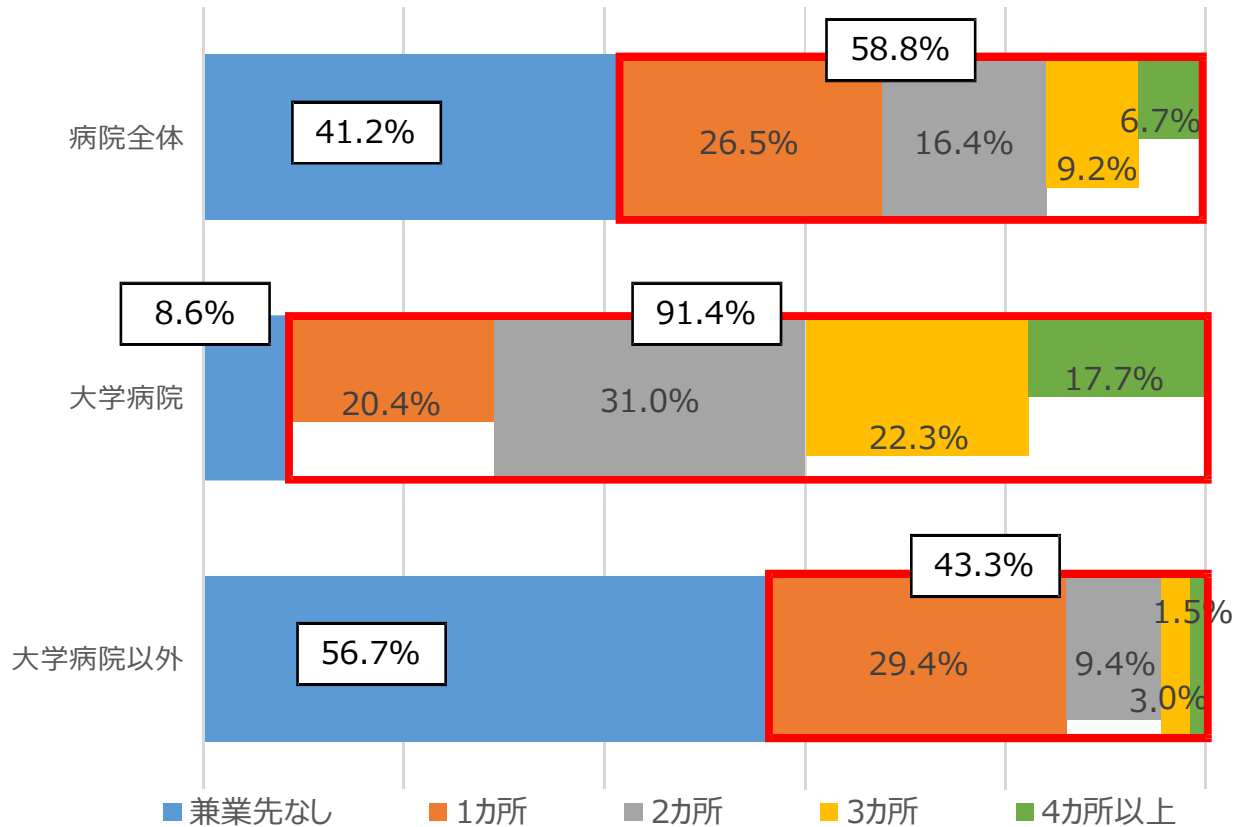
1. 勤務実態とB・C水準
2. 宿日直、オンコール、研鑽、研究、
専門業務型裁量労働制と高度プロフェッショナル制、
応召義務
3. 兼業・副業
4. 2040年に向けて
5. 外来機能の明確化・連携について

副業・兼業：兼業医療機関数（全体・大学病院・大学病院以外）と勤務時間

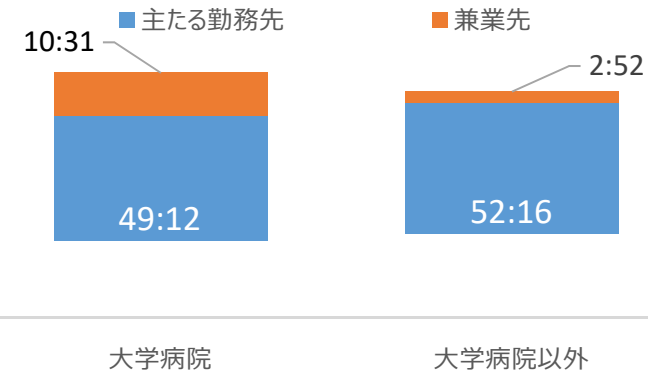
第9回推進検討会（令和2年9月30日）
参考資料3より抜粋

- 病院常勤勤務医において、約6割は主たる勤務先以外での勤務を行っている。
- 大学病院常勤勤務医においては、9割以上が複数の医療機関で勤務している。

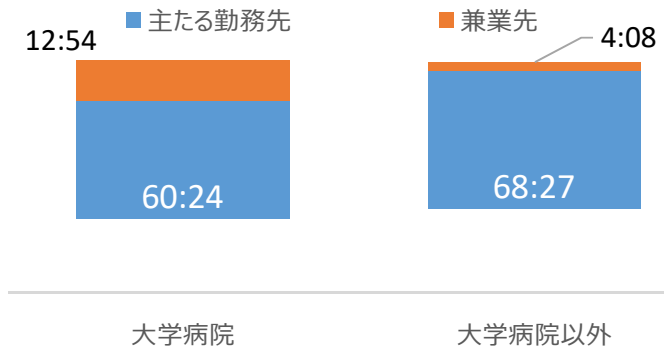
◆ 病院常勤医師の兼業医療機関数（令和元年8月）



◆ 1週間の平均労働時間（令和元年9/2～9/8）



◆ 時間外労働時間が960時間換算以上の医師の平均労働時間（令和元年9/2～9/8）



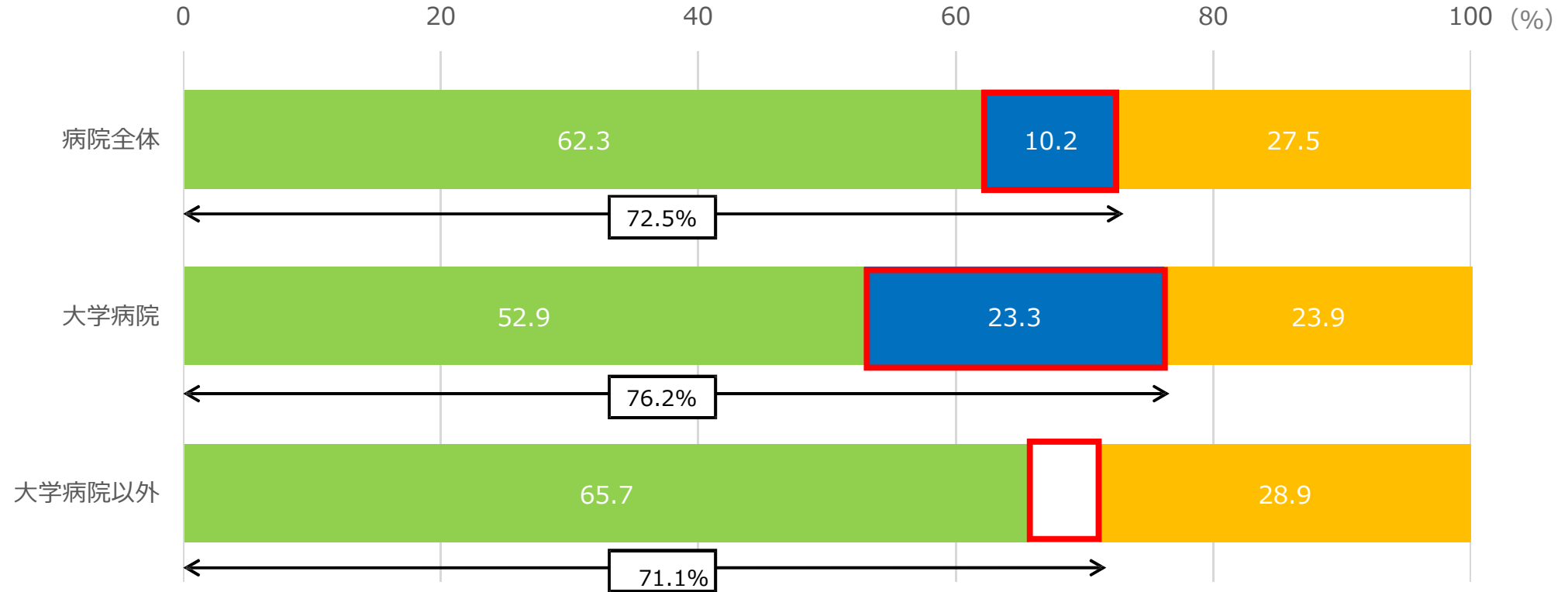
※1 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※2 兼業医療機関数については、令和元年8月1ヶ月間における主たる勤務先以外の勤務医療機関数の設問に対する回答を集計している。

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

第9回推進検討会（令和2年9月30日）
参考資料3より抜粋



- 主たる勤務先での勤務時間が週60時間以内で、かつ兼業先での勤務時間を通算しても週60時間以内
- 主たる勤務先での勤務時間が週60時間以内も、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間以上
- 主たる勤務先での勤務時間が週60時間以上

※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

副業・兼業者

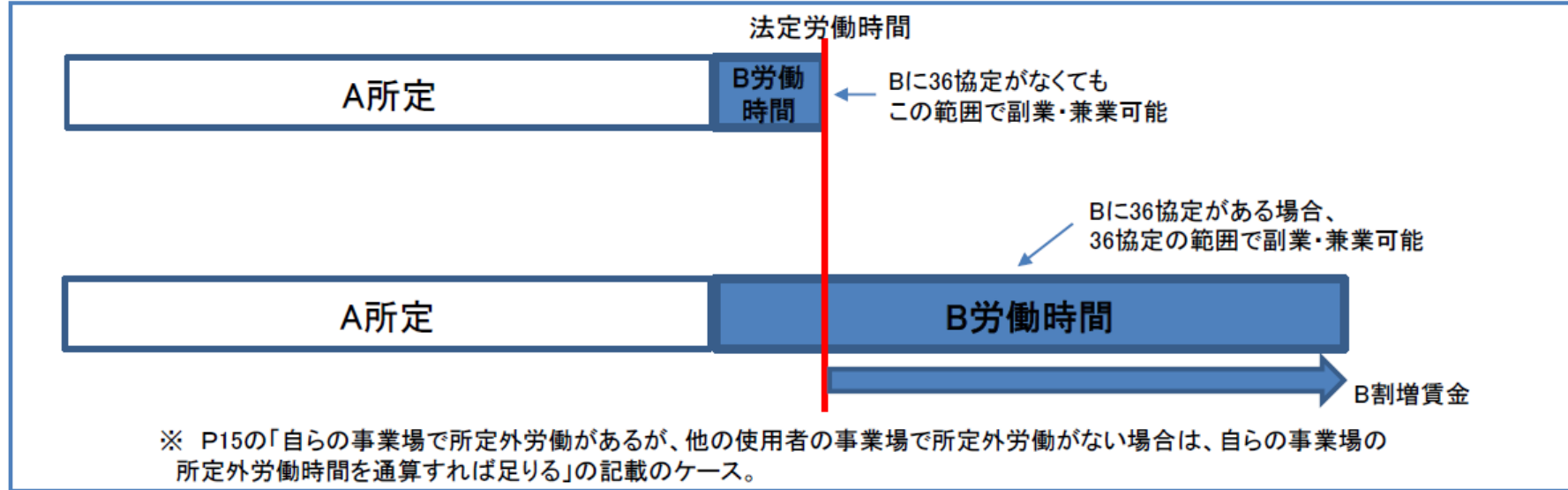
- ・副業・兼業者は突発的な業務発生が予想されるため、労働時間管理は自己申告をベースとし、医療機関は把握した勤務時間に基づき、追加的健康確保措置の実施の義務を負い、シフトを組む。
- ・原則的に自己申告してもらい、連続勤務時間制限・勤務間インターバルを遵守できるシフトを組む。(事後申告の場合は、代償休息)

5. 簡便な労働時間管理の方法

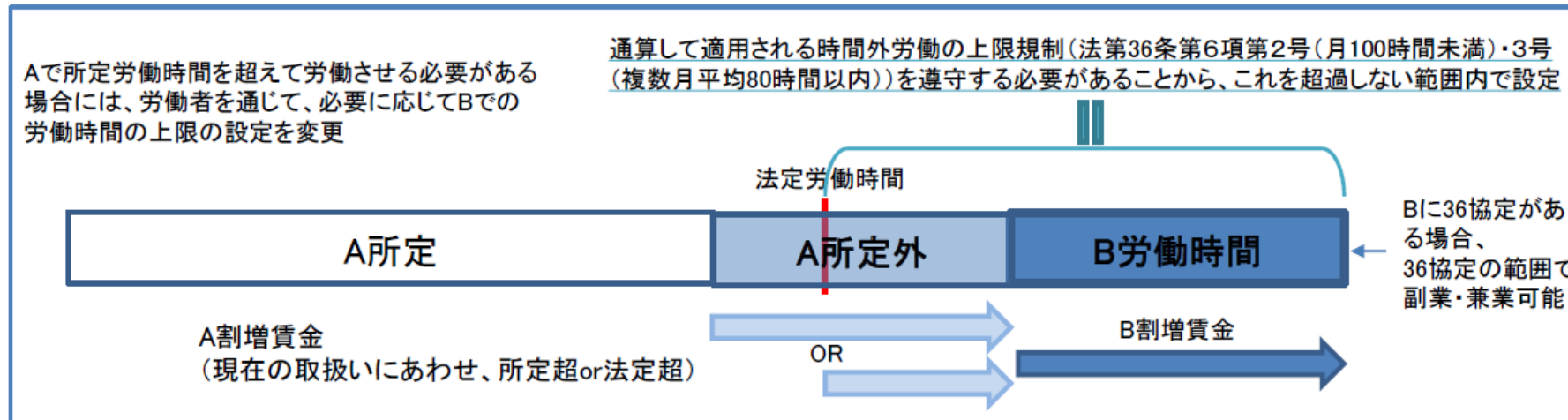
第161回労働政策審議会
労働条件分科会(6/25)
資料

【参考】管理モデルのイメージ

○AIに所定外労働がない場合



○AIに所定外労働がある場合(A・Bで所定外労働が発生しうる場合に、互いの影響を受けないようあらかじめ枠を設定)



副業・兼業の場合の労働時間管理及び健康管理の在り方に関する主な論点

| 主な論点 | 論点別項目 | 主な意見 |
|------|--|---|
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> 副業・兼業を行う労働者の健康確保について 通算した労働時間の状況の把握を各事業者に義務付ける場合の健康確保措置について | <ul style="list-style-type: none"> 健康管理(安衛法)との関係では、新たに労働時間を通算するような仕組みを設けていく方向性が考えられるのではないかと。 労働時間を自己申告等によって把握し、一定時間を超える場合には指導を行う仕組みが考えられるのではないかと。 指導するとしても、自社の部分については措置を講ずることができるが、副業先の使用者に対してコントロールを及ぼす権限はないことから、労働者に対してアドバイスをする程度にとどまるのではないかと。 医師の面接指導について、例えば副業を自己申告したら実施するということは、今の制度の趣旨とも合っているし、基本的には自己申告ベースの中でできるだけ本人が自分の健康を守るために積極的に使ってもらう仕組みを用意することは今の枠組みの中でもできるのではないかと。 通算して医師の面接指導が義務付けられる場合であっても、現行制度では、基本的には本人が申し出た場合になるのではないかと。 |
| 上限規制 | <ul style="list-style-type: none"> 上限規制の意義について 実務上実効性のある在り方について | <ul style="list-style-type: none"> 健康管理との関係でも、この上限規制の通算、適用をしていくことが本当にいいのか考える必要があるのではないかと。 健康確保という観点から設けられた上限規制の趣旨からすると、副業・兼業の労働時間を少なくとも雇用・雇用の関係で把握しないわけにはいかないのではないかと。 一定の保護のもとで副業・兼業をしたいということで、自らが申告した場合には、一定の規制を及ぼすのがよいかということが問題になっているのではないかと。 あらかじめ副業・兼業をできる時間の上限を就業規則の中に定めておいて、やるのだったらその範囲でご本人の裁量でやってくださいというような形はいかがかと。 労働者の自己申告によらざるを得ないのではないかと。 |

副業・兼業の場合の労働時間管理及び健康管理の在り方に関する主な論点

| 主な論点 | 論点別項目 | 主な意見 |
|------|---|--|
| 割増賃金 | <ul style="list-style-type: none"> ・割増賃金の意義について ・実務上実効性のある在り方について | <ul style="list-style-type: none"> ・同じ企業の中でこれからさらに働くと割増賃金が発生する状況で、初めて割増賃金が長時間労働の抑制装置になり得るのではないか。 ・企業からすると納得感がないのではないか。他の使用者のところで働いた結果として法定労働時間を超過した場合について、割増賃金請求権が生じるとの解釈には疑問である。 ・通算しての割増賃金をこのまま堅持するのが唯一の解ではないのではないか。 ・労働基準法は、自分のコントロールできる中で法定時間を超えて労働させてはいけないという規制であり、ヨーロッパと同じように割増賃金は通算しないという考え方を日本でも採用する合理性は相当あるのではないか。 ・一日一日の判断をしながら割増賃金を通算していくのは、現実的ではないのではないか。 |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・副業・兼業の性質等による取扱いの差について ・副業、非雇用による取扱いの差について | <ul style="list-style-type: none"> ・外形的に把握できるものでないと、区分の基準にはなりにくいのではないか。 ・実務上、この区別は困難である。区別があり得るとすれば、副業・兼業が本当に労働者自身の意思に基づいて行われている兼業なのか、それとも使用者の一定の影響下のもとで行われている兼業なのかといった形での区別があり得るのではないか。 ・両者を同一に取り扱わないことについて、理由はあると思うが、実際に差を設けるのはかなり困難ではないか。 ・非雇用での副業・兼業を労働法制で規制することは困難ではないか。 ・雇用と非雇用では差をつけざるを得ないのではないか。ただ、雇用の保護を図れば図るほど、非雇用化が進むことを懸念する。 |

時間外労働の割増賃金の取扱いについて

●使用者Aは自らの事業場における法定外労働時間の労働について、使用者Bは自らの事業場における労働時間の労働について、それぞれ割増賃金を支払う。

●使用者Aが、法定外労働時間に加え、所定外労働時間についても割増賃金を支払うこととしている場合には、使用者Aは、自らの事業場における所定外労働時間の労働について割増賃金を支払うこととなる。

時間外労働の割増賃金の取扱いについて

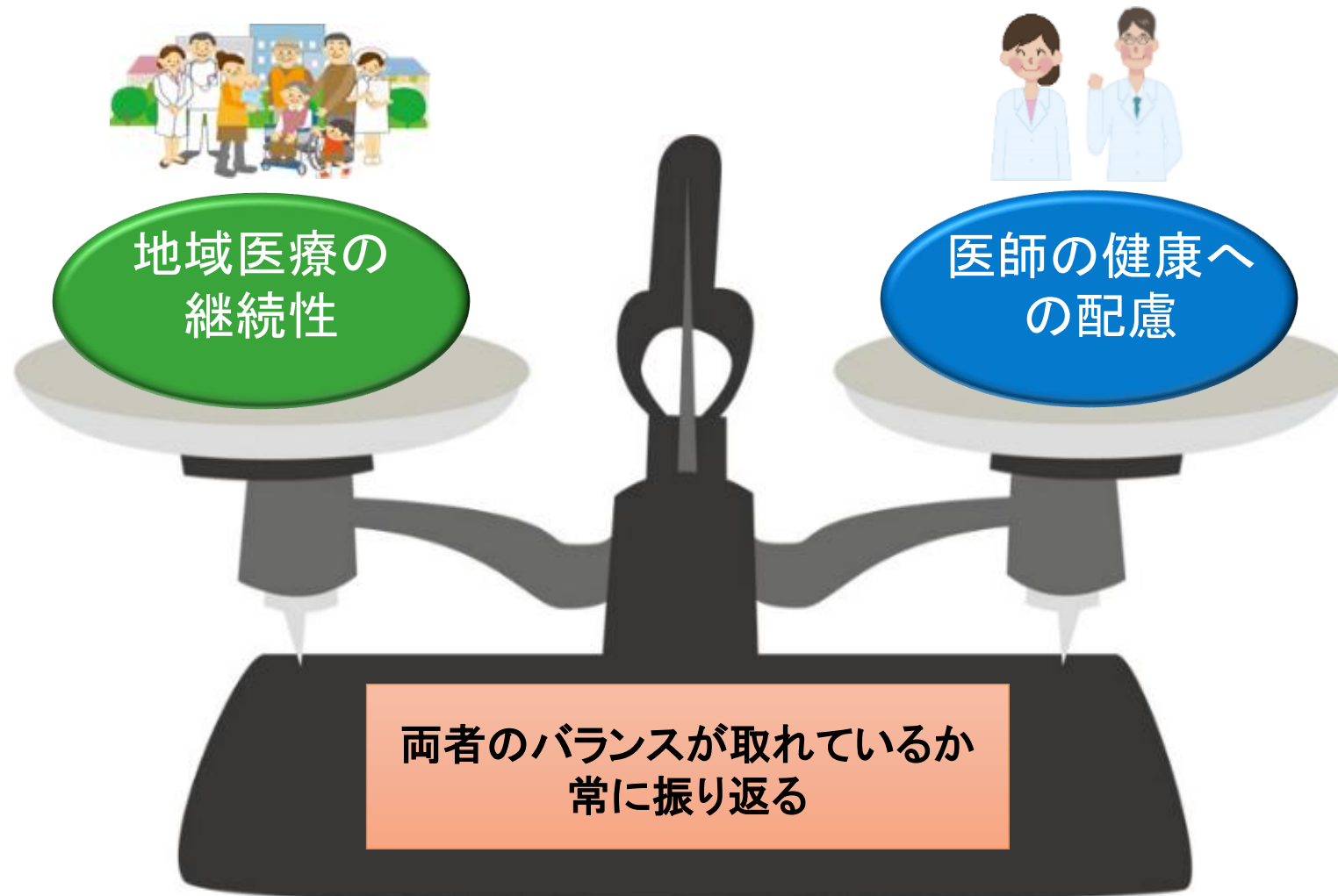
●時間外労働の割増賃金の率は、自らの事業場における就業規則等で定められた（2率割5分以上の率。ただし、労働契約の締結の先後によって所定外労働時間を通算して、自らの事業場の労働時間制度における法定労働時間を超える部分が1か月について60時間を超えた場合には、その超えた時間の労働のうち自らの事業場において労働させた時間については、5割以上の率。）とする。

本日のテーマ

1. 勤務実態とB・C水準
2. 宿日直、オンコール、研鑽、研究、
専門業務型裁量労働制と高度プロフェッショナル制、
応召義務
3. 兼業・副業
4. 2040年に向けて
5. 外来機能の明確化・連携について

医師の働き方改革の基本理念

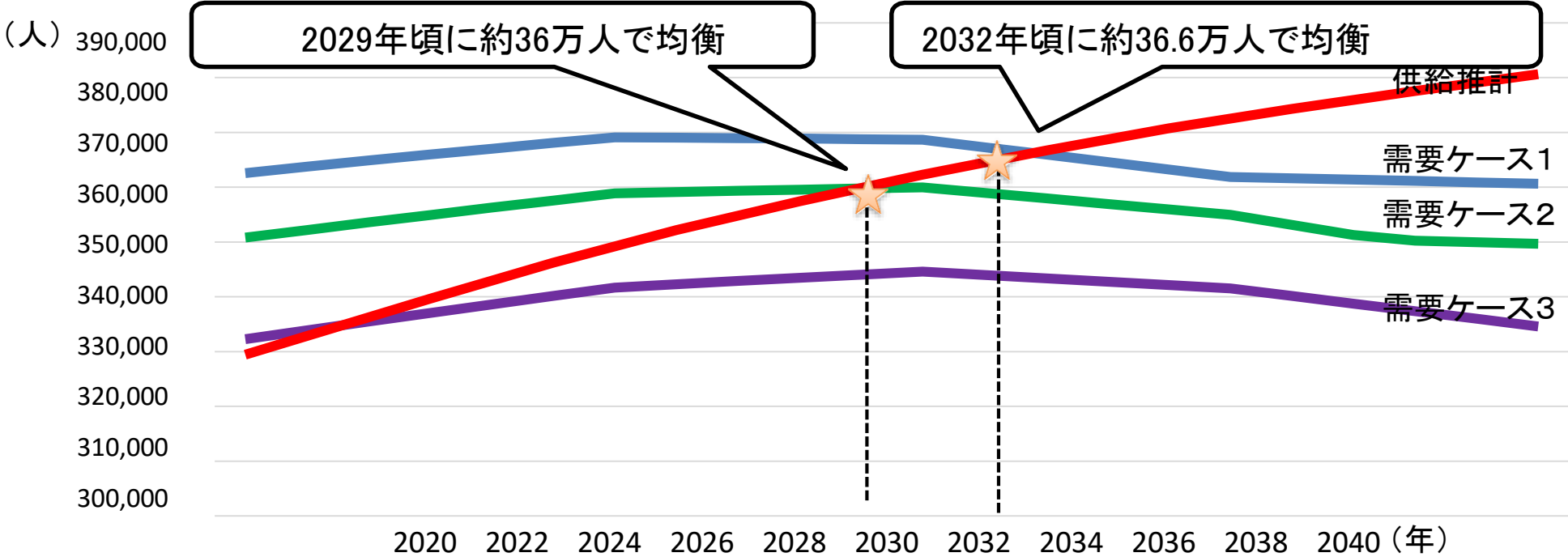
医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。



令和2年度 医師の需給推計について(案)

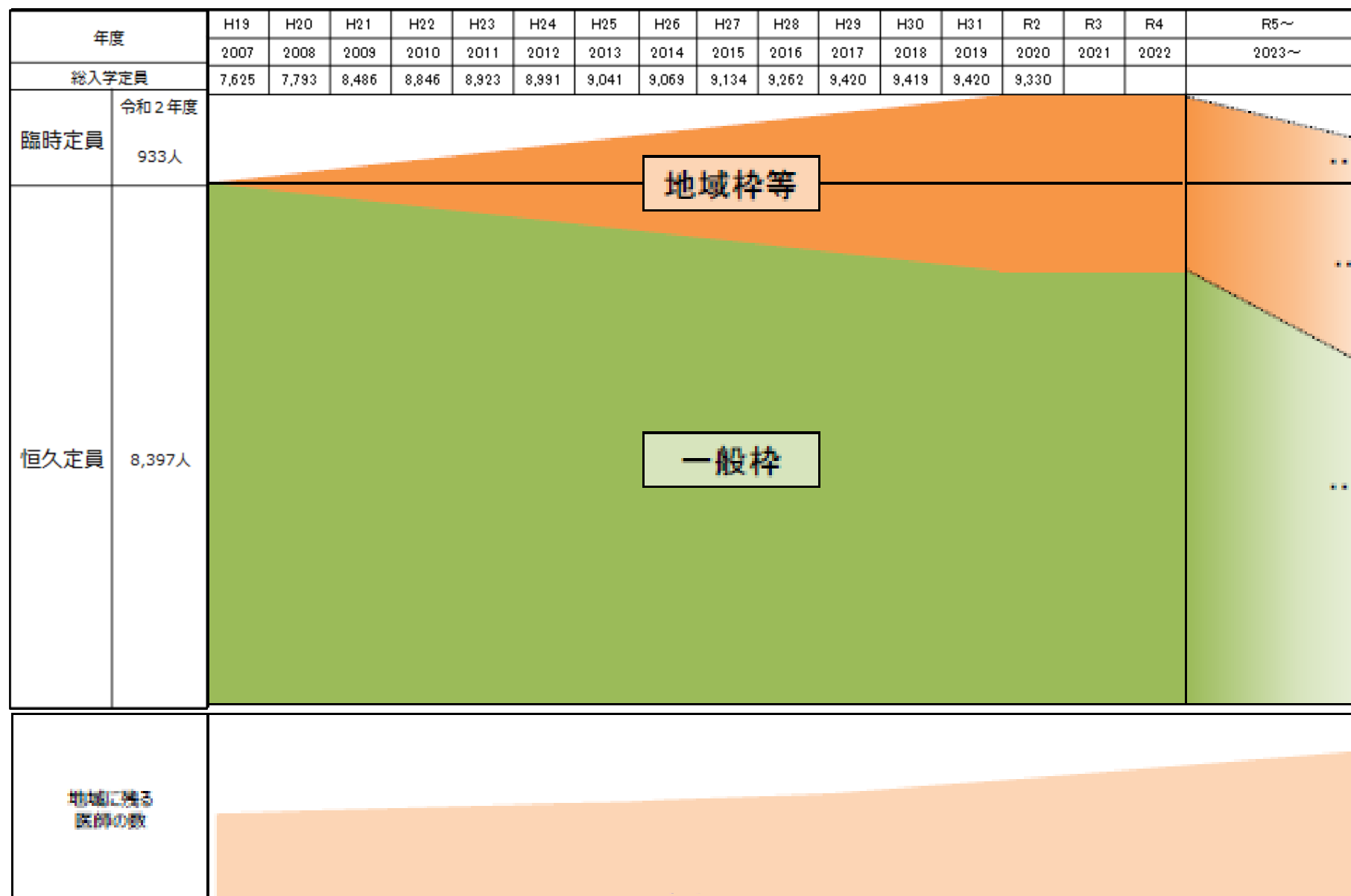
医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

- ・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。
- ・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。
 - ・ケース1(労働時間を週55時間に制限等 ≡年間720時間の時間外・休日労働に相当)
 - ・ケース2(労働時間を週60時間に制限等 ≡年間960時間の時間外・休日労働に相当)
 - ・ケース3(労働時間を週78.75時間に制限等 ≡年間1860時間の時間外・休日労働に相当)



令和5年度以降の医師養成数について（イメージ）

令和5年度以降の医師養成数については、地域枠の医師をさらに確保していくことを前提に検討を進める。

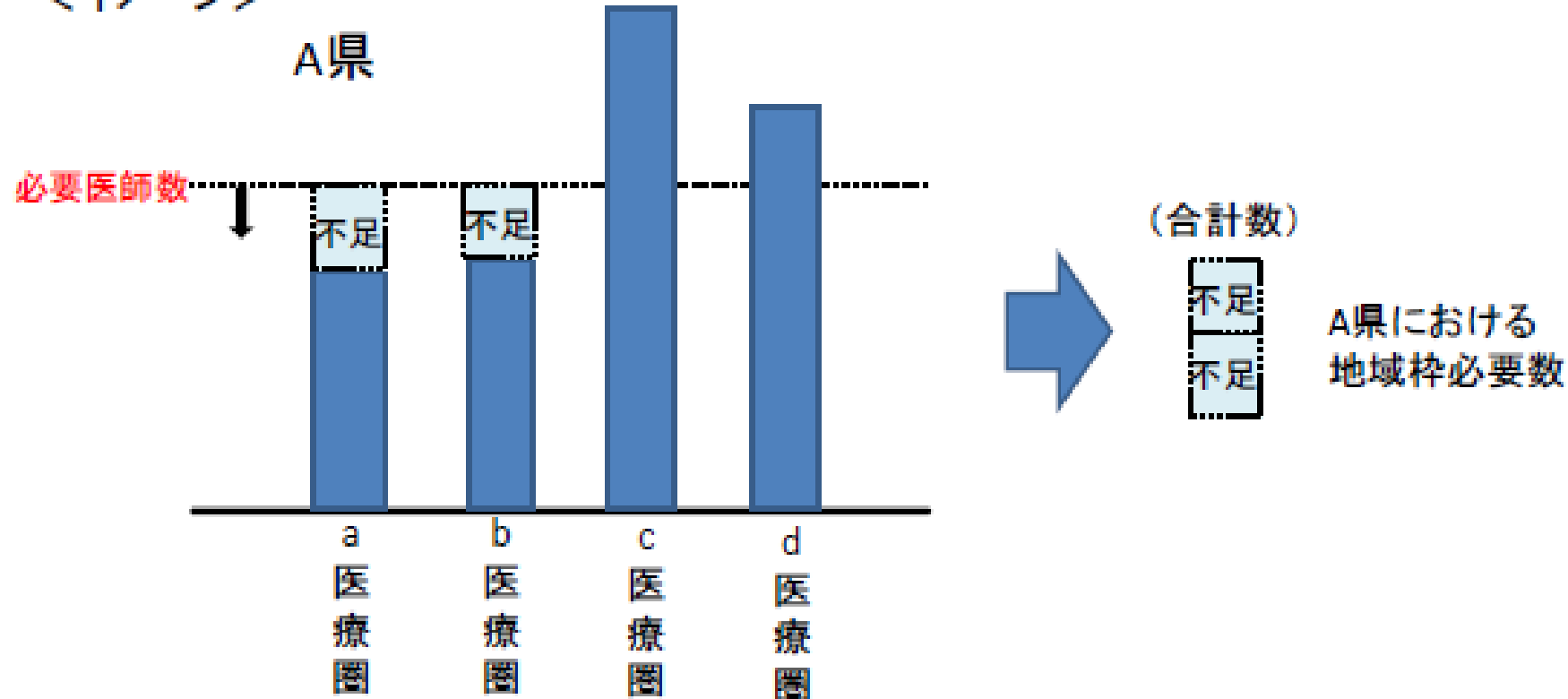


地域枠の創設又は増加の要請について（案）

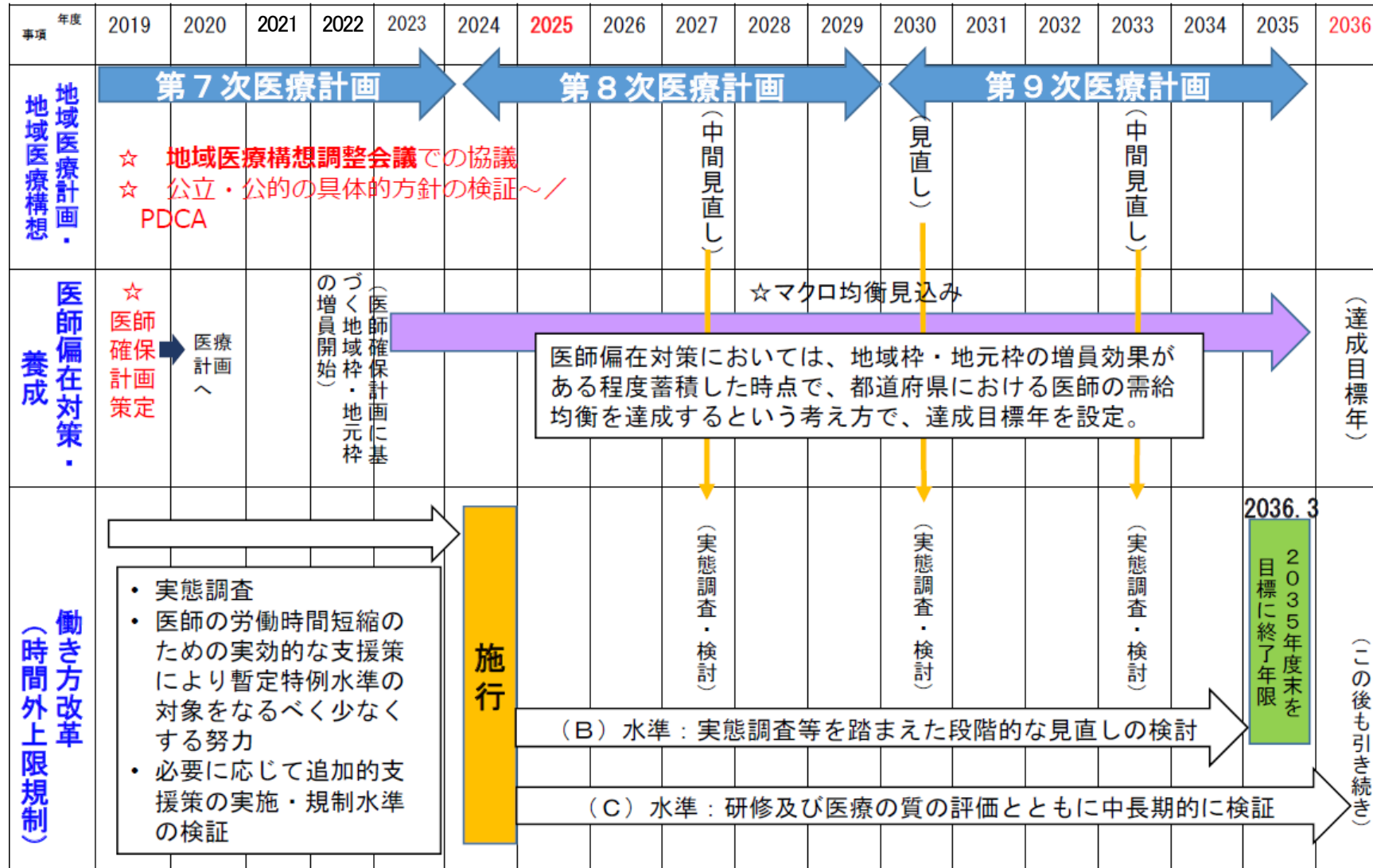
対応（案）

- 地域枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地域枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県内に将来時点における医師数が必要医師数に満たない医療圏がある場合とし、当該都道府県における医師不足分の合計数を必要な地域枠数として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとしてはどうか。

<イメージ>



関連施策の中長期的見通し



2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、

I.地域医療構想の実現に向けた取組、II.医療従事者の働き方改革、III.医師偏在対策を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施

I.医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 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
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する
上限規制：2024年～)

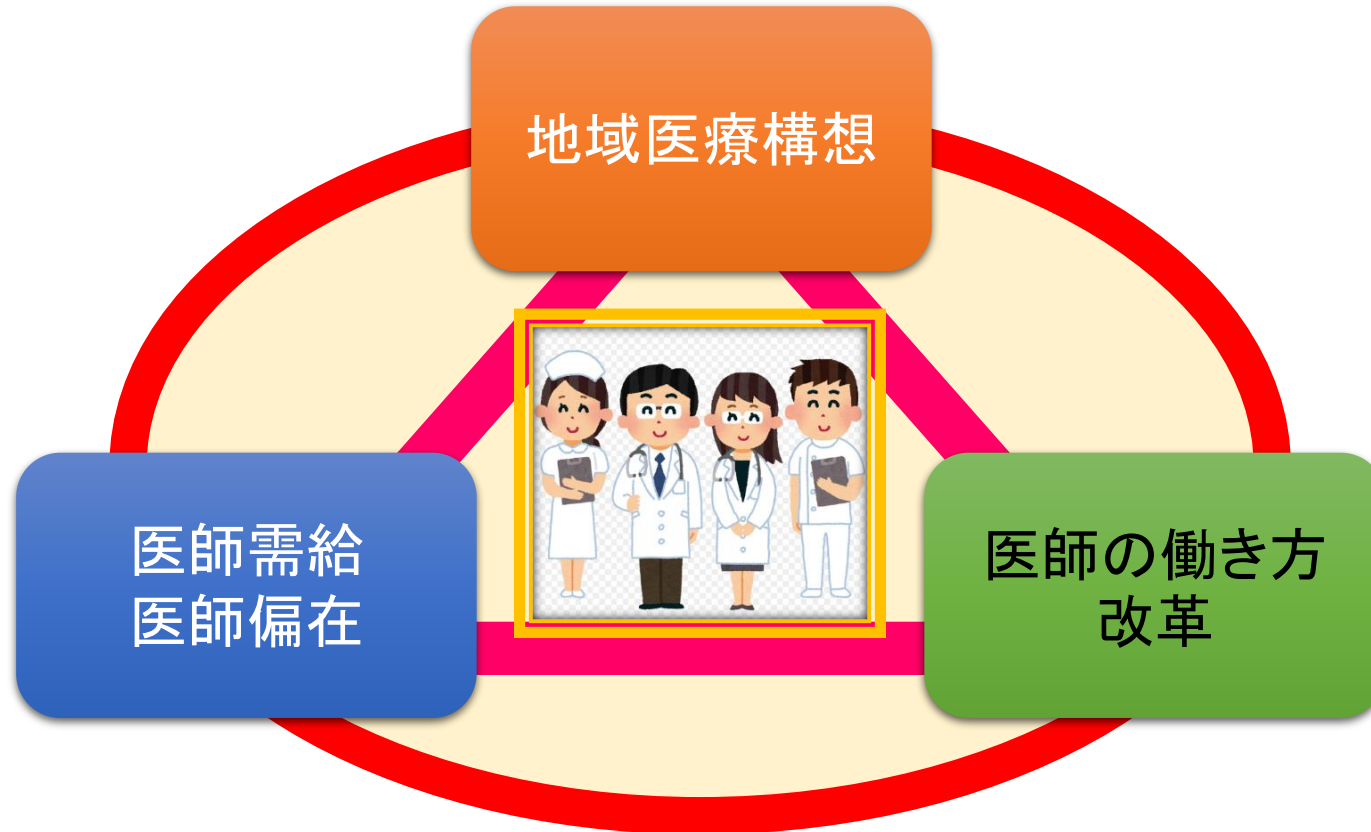
- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III.実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

地域医療構想、医師需給・医師偏在対策、 医師の働き方改革について



全てが関連しているため、全体の状況を確認しながら慎重に進めていく必要がある

本日のテーマ

1. 勤務実態とB・C水準
2. 宿日直、オンコール、研鑽、研究、
専門業務型裁量労働制と高度プロフェッショナル制、
応召義務
3. 兼業・副業
4. 2040年に向けて
5. 外来機能の明確化・連携について

「全世代型社会保障検討会議 中間報告」(令和元年12月19日)[抜粋]

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の増大

大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

(中略)

社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも 2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

「全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告」(令和2年6月25日)[抜粋]

59

4. 医療

昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。

1. 医療提供体制の改革

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

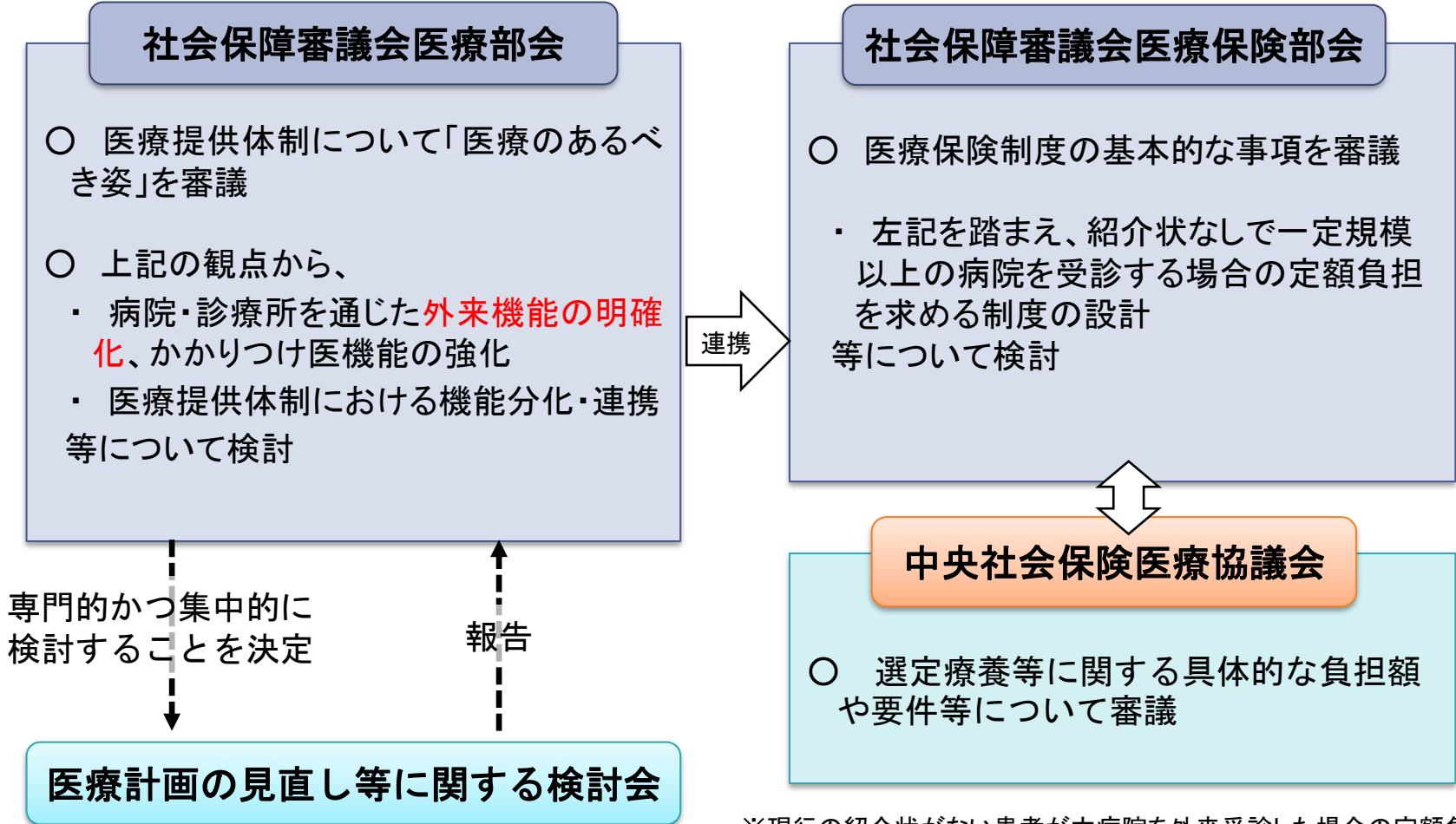
3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

<対象範囲拡大のイメージ>

| 一般病床数 | 特定機能病院／地域医療支援病院 | その他 |
|--------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 200床以上 | 現在の定額負担（義務）対象病院 666 (7.9%) | 紹介患者への外来を基本とする医療機関 688 (8.2%) |
| 200床未満 | 27 (0.3%) | 7,031 (83.6%) |

医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について



※現行の紹介状がない患者が大病院を外来受診した場合の定額負担を設けた際(平成28年4月～)には、医療保険部会において制度の基本的な設計を検討、中医協において具体的な負担額、要件等を検討

※ コロナ対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方については「地域医療構想に関するワーキンググループ」にて議論

外来機能の明確化・連携、 かかりつけ医機能の強化等に関する報告書 抜粋①

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」(2020年12月3日)

- 外来機能報告により、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)が実施されているかについて明確化を図った上で、**地域における協議の場**において、各医療機関の**自主的な取組**等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行うこととする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」を**地域で基幹的に担う医療機関**を明確化する。



紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関

再診患者の逆紹介を適切に進めることも言及

外来機能の明確化・連携、 かかりつけ医機能の強化等に関する報告書 抜粋②

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」(2020年12月3日)

外来機能報告(仮称)

- 一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本
(※ 入院医療と一体的に議論する観点等から、病床機能報告を行っている有床診療所も報告対象。日医からは、マンパワー不足や事務負担軽減の観点からも、有床診療所への最大限の猶予を強く要請済み。)
- 無床診療所: 任意
一部に、他の医療機関からの紹介患者も含め、高額な医療機器等による検査を集中的に実施する無床診療所もあることを踏まえて。

国の示す地域ごとの将来の需要の「基準」

- ①医療資源を重点的に活用する入院前後の外来、
②高額等の医療機器・設備を必要とする外来、
③特定の領域に特化した機能を有する外来 の割合等

→「基準」はあくまで参考値、各地域で地域の実情に応じて活用

「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況について

医療計画の見直し等に関する検討会
資料(一部改)(令和2年10月30日)

前回の検討会までにいただいたご意見を踏まえ、基本的な分析について、医療資源を重点的に活用する外来の設定について以下の修正を行った。また、精神科病院を除いて分析を行うこととした。

○ レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)(平成29年度)を基に、次の3つに該当するものを、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものと仮に設定して、それぞれの実施状況について分析した。

※ 地域における外来医療の機能分化・連携を進めていくためには、地域ごとの実施状況の分析が重要であるが、今回の議論のため、以下のように**仮に設定し**、全国的な実施状況の分析を行ったもの。

・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

次のいずれかに該当する入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

(例: がんの手術のために入院する患者が、術前の説明・検査や、術後のフォローアップを外来で受ける場合など)

- Kコード(手術)を算定
- Jコード(処置)のうちDPC入院で出来高算定できるもの(※1)を算定
※1: 6000cm以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギブス固定等、1000点以上のもの
- Lコード(麻酔)を算定
- DPC算定病床の入院料区分
- 短期滞在手術等基本料2、3を算定

・高額等の医療機器・設備を必要とする外来

次のいずれかに該当する外来を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

- 外来化学療法加算を算定
- 外来放射線治療加算を算定
- 短期滞在手術等基本料1を算定
- Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの(※2)を算定
※2: 脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上のもの
- Kコード(手術)を算定
- Nコード(病理)を算定

・特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)

次のいずれかに該当する外来を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとした。

- ~~ウイルス疾患指導料を算定~~
- ~~難病外来指導管理料を算定~~
- 診療情報提供料 I を算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

今後、地域医療の
担い手も参画して、
専門的に検討を進め
る場において検討

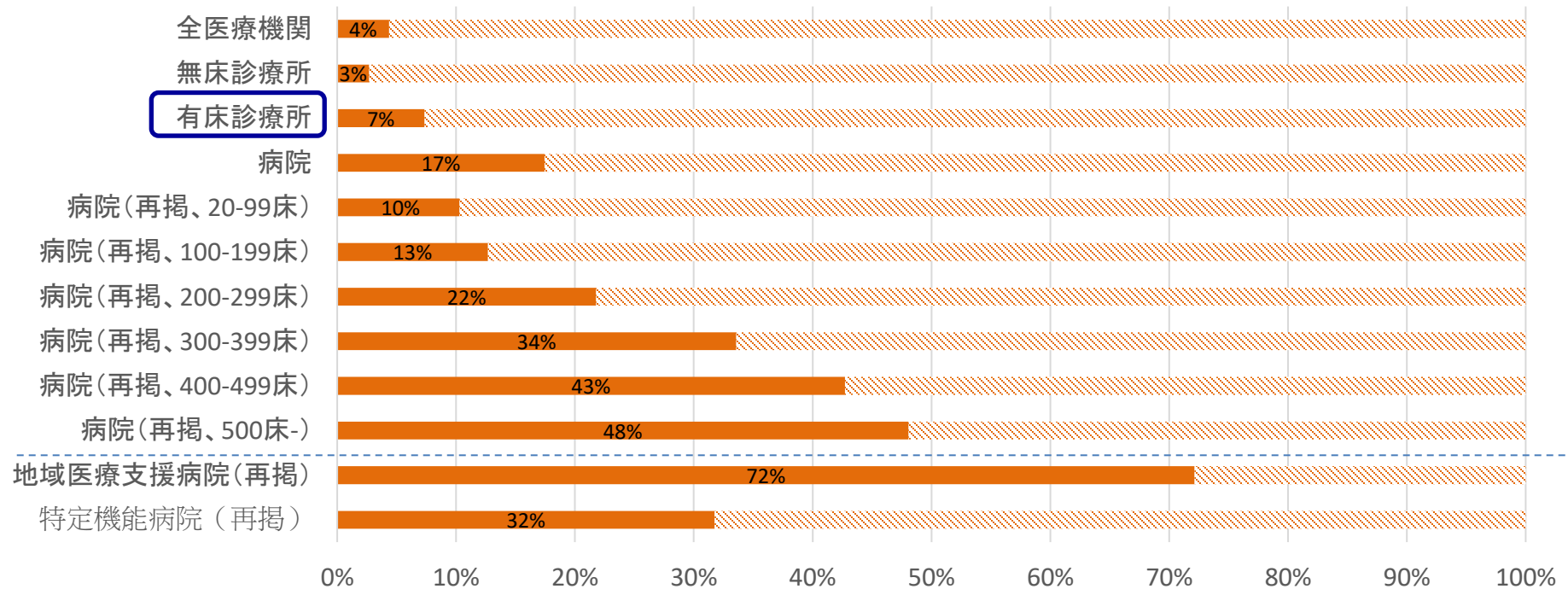
外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来(修正反映)」の割合が30%以上である医療機関の分布

医療計画の見直し等に関する検討会資料(令和2年10月30日)

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の割合
 = $\frac{\text{「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$

(今回の議論のための**仮設定**に基づいた分析)

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の割合 (施設数ベース)



■ 外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関 ▨ それ以外

(注)

- ・施設数ベースでの集計
- ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・病床数は許可病床数。
- ・精神科病院は除いて集計

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

感染症対策実施 医療機関

日本医師会
公認キャラクター
「日医猫」

当院は新型コロナウイルス感染症対策
チェックリスト※に沿った
対策を実施しております。

詳しくはこちら

日本医師会
Japan Medical Association

※協力：厚生労働省

日本医師会



院内における新型コロナウイルス 感染症対策チェックリスト

- 職員に対して、サージカルマスクの着用、手指衛生を適切に実施しています。
- 職員に対して、毎日(朝、夕)の検温等の健康管理を適切に実施しています。
- 職員が身体の不調を訴えた場合に適切な対応を講じています。
- 患者、取引業者等に対して、マスクの着用、手指衛生の適切な実施を指導しています。
- 発熱患者への対応として、事前に電話での受診相談を行う、または対応できる医療機関へ紹介する等の対策を講じています。また、発熱患者を診察する場合には、時間的または空間的に動線を分けるなどの対策を講じています。
- 受付における感染予防策(遮蔽物の設置等)を講じています。
- 患者間が一定の距離が保てるよう必要な措置を講じています。
- 共用部分、共有物等の消毒、換気等を適時、適切に実施しています。
- マスク等を廃棄する際の適切な方法を講じています。



協力：厚生労働省

ご清聴ありがとうございました