

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 定刻となりましたので、ただいまより第8回「医師の働き方改革に関する検討会」を開催します。

構成員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

初めに、本日の御出欠について報告いたします。

赤星構成員、荒木構成員、島田構成員から、所用により御欠席との御連絡をいただいております。また、ハイ構成員におかれましては、少しおくれるとの御連絡をいただいております。

また、構成員をお務めいただいております日本医師会の市川常任理事につきましては、日本医師会内の役員の交代に伴い、構成員を城守国斗常任理事と交代されることとなりました。

城守構成員から一言御挨拶をお願いいたします。

○城守構成員 日本医師会の城守と申します。何とぞよろしくお願い申し上げます。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 ありがとうございます。

次に、開会に当たりまして、事務局の関係局を代表しまして、武田医政局長より御挨拶を申し上げます。

○武田医政局長 医政局長の武田でございます。

本日は、このような時間外の開催となりましたこと、まずおわび申し上げたいと思います。

構成員の先生方におかれましては、御多忙の中、御参加をいただきまして、まことにありがとうございます。

2月の第7回の検討会におきまして、中間論点整理、緊急的な取り組みをおまとめいただきました。その後、約4カ月ぶりの開催となりますので、関係局を代表いたしまして私から一言御挨拶を申し上げたいと思います。

前回の検討会において、日本医師会の今村副会長から、医療界において組織をつくって具体的な検討をし、提案もしたいというお話があったところでございますけれども、その後、病院団体等も含めた会議体が設置をされ、精力的な検討がなされたと伺っております。この提案については後ほど御報告をいただくと承知をしております。

また、先立って働き方改革関連法案が成立しましたほか、医師偏在対策のための医療法・医師法の改正法案につきましては、今、国会で御審議をいただいているところでございます。

加えて、医療従事者の需給に関する検討会においては、5月に第3次中間取りまとめをしていただきました。その後、需給推計を踏まえつつ、今後の医学部定員のあり方について検討を進めているところでございます。

このようなさまざまな関係する動きがございますけれども、働き方改革に関しましては当面、この検討会において引き続き多角的な議論をお願いしたいと考えておりますが、政

府としては6月15日に閣議決定をいたしました「骨太の方針2018」におきまして、医師の働き方改革につきましては、医療機関に対する勤務環境改善支援策の充実などの総合的な対策について検討を進め、順次、実施をする。地域医療提供への影響等を検証しながら検討を進める。こういった2つの点が記載されているところでございます。

部分的な議論ではない、総合的な対策となるよう、法制度面、それ以外の面を切り分けつつ、充実した議論のために事務局としてもしっかり準備をいたしたいと思っております。

構成員の皆様方におかれましては、引き続きよろしくお願ひいたしたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 続きまして、資料の確認をいたします。

お手元の資料でございますけれども、資料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」。

資料2-1といたしまして「医師の働き方改革に関する意見書」。

資料2-2といたしまして「『医師の働き方検討委員会』答申」。

資料3「今後の議論の進め方について（案）」。

資料4「病院勤務医の勤務実態調査（タイムスタディ調査）」。

資料5「国民の理解促進のための取組等について」でございます。

それから、参考資料1から3について添付をされております。

不足する資料、乱丁、落丁がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、カメラ撮りはこれまでとさせていただきます。

（カメラ退室）

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 では、以降の議事運営につきましては、座長にお願いいたします。それでは、岩村座長、よろしくお願ひいたします。

○岩村座長 皆様、こんばんは。

本日は2月の第7回検討会以来、約4カ月ぶりの開催ということになります。その間にさまざまな動きもあったところでございますけれども、きょうから議論を再開していきたいと存じます。引き続き、議事への御協力をお願いしたいと思いますし、また、皆様の御協力を得ながら円滑な議事に努力してまいりたいと存じます。

ただいま武田局長からもお話がありましたように、2月の検討会におきまして緊急対策というものを取りまとめ、各医療機関におかれては取り組みがスタートしておるところでございます。また、医療界における検討の場の設置を行っての御議論、また、厚労省におきますタイムスタディ調査の分析などもこの間に行われたというふう伺っているところでございます。

本日は、これらの状況を構成員の皆様とも共有した上で、今後の議論の進め方につきまして皆様から御意見等をいただきたいと思いますと考えております。

そこで、最初に議題1から5までを一括して御説明を頂戴しまして、後半で意見交換の時間をまとめてとるといふ進め方できょうはお願ひをしたいと思います。

では、まずは資料1の説明を事務局からいただきたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○花咲医療勤務環境改善推進室長 私から資料1について御説明いたします。時間が短いので、少し駆け足になりますが、御容赦ください。

まず、資料1をおめくりいただきまして、1ページ目。こちらは緊急的な取り組みの概要について御紹介したものですので、省略させていただきます。

2ページ目をごらんください。本検討会で緊急的な取り組みをまとめていただきました後、私ども厚生労働省は都道府県及び医療関係団体に周知等をお願いいたしました上で、本年5月には都道府県の担当課長等を集めた会議を開催いたしまして、医療勤務環境改善支援センターの重点的な取組内容について、本年度は働き方改革法案、当時ですので法案と、緊急的な取り組みの内容の周知を重点活動としてください、特に緊急的な取り組みについては、管内の医療機関のニーズを捉えて積極的に支援をしてくださいというふうをお願いしてまいりました。

その下にあるのは、そのときの会議資料の一部でございます。全体は医療勤務環境改善に関するポータルサイト「いきサポ」に掲載しておりますので、御参照いただければと思います。

そして、一番下のポツでございますけれども、厚生労働省といたしましては、取りまとめから一定期間経過することになります本年10月ごろに、全病院を対象としてフォローアップ調査を行いたいと思っております。

3ページ目をごらんください。こうした私どもからの依頼を受けまして、各団体では会合の場やアンケート等、さまざまな手段を用いて周知を図ってくださっており、また今般、団体として自主的に中間フォローアップをなさったということですので、いただいた結果を今回、事務局のほうからまとめて御紹介したいと思っております。

調査時点につきましては、そこでございますように、本年5月28日から6月11日ということでございます。そういった調査時点のことも踏まえて、以下の結果をごらんいただければと思います。

4ページ目をごらんください。まずは大学病院以外の四病協等加盟病院のデータになっております。

まず一番上の表でございますが、緊急的な取組を受けて、院内で検討や具体的な取組を実施した、または今後実施を予定している病院が6割を超えている結果となっております。

以下、1から個別の項目についてでございますけれども、これらの表につきましては、いずれも従前より実施していますという医療機関を除いて割合を示させていただいております。その点、御了承いただければと思います。

まず「1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組」の中で、例えばその下の「客観的な在院時間管理方法等の導入」につきましては、約7割が導入、導入を予定または検討中となっております。

5 ページ目をごらんください。「2 36協定等の自己点検」ですが、例えば、上から2 つ目の表の「36協定の締結・届出」に関しましては、未締結であったので新たに締結・届け出する、また、内容を見直す等、何らかの適正化を図った、または今後図る予定とされる医療機関が、合わせて7割ぐらいになっております。

「3 産業保健の仕組みの活用」につきましては、左の表について御紹介します。「長時間労働者に対する医師による面接指導の実施」についてですが、医療機関で対象となるような長時間労働の方がいるかどうかにかかわらず調査しているとのことなので、それを踏まえてごらんいただきたいのですが、面接指導を実施しました、または今後実施しますという病院が4割を超えているというふうになっております。

6 ページ目から7 ページ目にかけては、タスク・シフティングの状況です。こちらは特に今までの項目と比べましても、既に原則実施、一部実施、足し合わせまして何らか実施している病院が非常に多いので、結果を見る際はそれをより御注意いただければと思いますが、いろいろ項目がございますけれども、項目にもよりますが、おおむね2～3割程度が実施、実施を検討というふうに回答されている状況になります。

7 ページ目をごらんください。7 ページ目中段の特定看護師の関係、また「5 女性医師等の支援」に関しましては、ごらんいただいているような状況になっております。説明は割愛させていただきます。

8 ページ目をごらんください。6 で、こちらは医療機関の状況に応じて、可能な範囲で取り組んでくださいというふうに緊急的な取り組みの中で書かれているものでございます。こちら項目にもよりますが、おおむね4～5割程度が実施または実施の予定、検討中というふうに回答されている状況になってございます。

9 ページ目をごらんください。こちらは大学病院の関係、全国医学部長病院長会議で取りまとめられた結果になります。

一番上の表で「『緊急的な取組』を受けた、院内での検討や具体的な取組の実施状況」について、実施した、今後実施を予定が86%となっています。

その下で、1の時間管理の適正化に関する各項目も、9割以上が実施、実施予定となっております。

10ページをごらんください。こちらは36協定の締結・届け出につきましても、未締結だったけれども、締結・届け出した、今後その予定、また内容の見直しをした、見直しの予定、検討中という部分で、約9割の病院で実施、実施予定となっております。

3の産業保健については、資料のと通りの結果です。

4のタスク・シフティングについては、11ページ目をごらんください。

こちらの結果につきましては、先ほど申し上げたように、原則実施、一部実施を除いた医療機関・病院が、そもそも未実施というところは1件だったという項目もございまして、実施を開始しました、予定です、検討中ですというところが項目によっては100%となっているものも見られております。

12ページの特定看護師、また「5 女性医師等の支援」につきましては、資料のとおりとなっております。

最後、13ページをごらんください。6番につきましては、こちらも項目によりますけれども、5～7割程度が実施、実施を予定・検討中という回答になっております。

いずれにいたしましても、この結果は取りまとめ後3カ月しかたっていない時点での結果ですので、私ども厚生労働省といたしましては、引き続き都道府県、医療勤務環境改善支援センターによる支援などを通じまして、個別の医療機関の取組を促進してまいりたいと考えております。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

ただいま資料1について御説明いただきましたけれども、これについての御質問などがありかと思いますが、後ほどまとめて行いたいと存じます。

続いて、議題2に参りたいと思います。日本医師会の今村構成員から御紹介をいただければと存じます。どうぞよろしく願いいたします。

○今村構成員 それでは、お時間を頂戴して説明をさせていただきたいと思います。資料2-1をごらんいただきたいと思います。

表紙をおめくりいただきますと、本意見書はことしの4月からの検討をまとめたものだという記載がございます。

もう一ページおめくりいただきますと、見開きの左側が本検討会の構成員、右側のページに協力をいただいた先生方を掲載しております。

右のページの上から6行目に、日本医師会の「医師の働き方検討委員会」とあります。名称が大変似ておりますけれども、日本医師会の会内に昨年6月に設置いたしました「医師の働き方検討委員会」の答申をもとに、これは資料2-2に当たりますけれども、ことしの4月に新たに日本医師会が、この「医師の働き方検討会議」というものを設けて、意見を集約して、本日意見書として提出をさせていただいているものでございます。この意見書をもとに、さらに幅広く意見を頂戴して検討していただければと考えております。

次のページをおめくりいただきますと、こちらでは、この意見書の中で書かれているさまざまな用語の定義について整理をさせていただいております。用語の理解が個人個人で違うといけないということで、あえてこういう定義を書かせていただいております。

ページをおめくりいただきますと、目次がございます。

さらにページをおめくりいただきますと、ページの下に数字が入っております。このページの数字を参考にいただければと思いますが、まず1ページでございます。この「医師の働き方検討会議」の設置の経緯と意見書の方向性を記載しております。

「1. 設置の経緯」につきましては、先ほどお話し申し上げました日本医師会設置の「医師の働き方検討委員会」、会内の委員会において、医師の働き方改革については、医療界が意見を集約すべきとの提言がなされました。また、前回開催のこの本検討会においても、

その方向性については一定の御理解をいただいたということで、医療界として主体的かつ具体的に検討し合意形成を図ることを目的に、会を設置いたしましたところです。

「2. 意見書の方向性」でございますが、医師の働き方改革の論点は大変多岐にわたっておりますが、労働関連法令にかかわる論点については具体的な議論に至っていないために、主に重点分野を洗い出すことといたしました。そして、法令に合わせた制度ではなく「プロフェッショナルオートノミー」、すなわち専門家による自律性に基づく、医師に合った制度自体をまず検討するという発想で提言を取りまとめております。

2 ページをごらんください。医師の働き方を考える上で、医師及び医療の特殊性を鑑みますと、一般業種とは違った抜本的な制度改革が不可欠と言えるというふうに提言をしております。

まず、医師は医療全般をつかさどる立場にあつて、医療現場の業務遂行を主導する立場にありますが、医師は生涯にわたり知識・技術を学ぶこと自体が職業の中に組み込まれております。これは研さんや学びが患者の生命という保護法益に直結する点で、他の高度専門職には見られない特殊性と言えます。

次に「2. 医療の個別性・複雑性、説明・同意の責任」についてです。同じ疾病であっても、年齢や性別、合併症の有無、薬剤に対する感受性等々、患者さんには個別性があつて、一律の対応が非常に難しいということがございます。殊に重篤な患者さんの場合には、繰り返しの文献検索やカンファレンスが必要となります。また、患者さんの状態によっては、診療科や医療機関での横断的な対応も必要となります。こうした個別性・複雑性の高い医療を提供するに当たっては、治療方針の決定やリスク等について、医師が「説明と同意」を行う義務が医療法に明文化されております。

3 ページをごらんください。3 ページの中の3. にございますように、どの地域でも均一に医療が提供できるように、一次、二次、三次という3つの単位に分けて医療圏が設定されておりますが、各地域・各医療機関でその事情は異なっております。また、大学病院もそれぞれ教育・研究事情が異なっており、医師の働き方を一律に決めることの難しさがございます。

4. に記載のとおり、診療報酬改定や医療計画の見直し等が定期的にあります。これは他の業種と大きく異なる点で、それらの見直しが医師や医療機関にとって厳しいものであつても、地域医療の質と量を維持するという命題のために懸命に努力を重ねているところではあります。

4 ページをごらんください。図表1は医師が知っておかなければならない医事関連法規一覧です。これだけ多岐にわたる法律が医療にはかかわっております。

5 ページをごらんください。以上述べたような特殊性を踏まえた働き方の制度を考える上で大事なことは、医師の健康確保対策、そして地域医療の両立という点にあります。本意見書の基本理念となります。

6 ページをごらんください。この医師の健康を守るための、今、取り組むべき健康管理

です。労働時間の把握、適切な産業医の配置と職務遂行、衛生委員会の活用徹底、健康診断に関する事項の取り組みの徹底、各医療関連団体による医師の健康管理の取り組み推進などが求められます。特に衛生委員会の活用と健康診断に関する事項ですが、医療機関では他業種よりも不備が多く指摘されておりますので、確実に取り組むことが不可欠となります。

7ページをごらんください。今後のさらなる医師の健康管理について記載しております。事業者における勤務医の健康管理について、役割分担を明確にすることや、やりがいや自己研さん等といった心身に影響を与える多様な事象を考慮した多面的な健康管理、勤務医自身での健康管理、宿日直の健康影響を考慮した健康管理の検討、在院時間の管理が必要です。これらの取り組みを行う上で、衛生委員会を活用した「労働時間等設定改善委員会」を設置する必要があるとしています。

1ページ飛ばして、9ページをごらんください。自己研さんの記載です。

医師の自己研さんと労働は、臨床・教育・研究という3つの切り口でモザイク状に入り組んでおります。日々の活動について、都度、自己研さんなのか、労働なのか、区別・管理すること自体が医師のモチベーションの低下につながりかねません。一方で健康面を考えると、自己研さんだからといって過度に病院内に残ることのないよう、在院時間を医師本人と管理者が管理することが必要です。まずは「明らかな労働」と「純粋な自己研鑽」を明確化して「労働と自己研鑽の二面性のある活動」について、研さんを妨げず、健康にも配慮した制度を具体的に検討する必要があるとしています。

10ページから13ページは、宿日直についてです。

図表3のグラフの赤い部分にありますように、通常業務のない「許可を受けた宿日直」でも「通常業務と同じ宿日直」でもない「中間的な働き方」が宿日直の約半分を占めています。この中間的な働き方となる宿日直において、都度、労働時間なのか、判断・管理する時間は患者さんの対応に充てるべきというふうに提言をしています。また、許可を受けた宿日直の現状のルールは、看護師さんの業務に相当するものであって医師の業務には適合していないために、内容を見直す必要があるとしております。

11ページをごらんください。宿日直の方向性の試案を記載しております。例えば厚生労働省のガイドラインを策定の上、労働が全拘束時間に占める割合に応じて勤務時間としてカウントし、割り増し賃金を支払うルールを決め、各医療機関で協定・届け出、さらに各都道府県に設置した第三者機関において、実態把握や適切な運用に向けたアドバイス等の支援を行う仕組みです。

13ページは、院外オンコール待機についてです。

院外オンコール待機の時間は労働時間とはみなさないが、病院に駆けつけて患者対応を行った場合には、当然のことですが、労働時間とすることとしております。ただし、地域の事情、診療科の特性、在宅医療の普及といった要因でオンコール待機の体制と負担感はさまざまなので「手当」支給を個別判断で行ってはどうかとしております。

14ページは、長時間労働の是正についてです。

医師の場合、一般業種に比べ、決められた時間に業務を終える、あるいは決められた日に休むことが困難な場合が多く、単純に月々の時間外労働時間の規制を行っただけでは、実効性を伴わないこととなります。医療安全の面からも、休息は非常に重要です。法定休日確保の上で、勤務間インターバル、連続勤務時間規定の導入に取り組むという視点から、遵守可能な時間外労働時間を算出することが現実的な手段として有効と考えております。

15ページをごらんください。図表4は、日本における企業の勤務間インターバルの導入状況であります。

16ページの図表5は、海外における勤務間インターバルと連続勤務時間規定。図表6は、医師における規制となります。

17ページをごらんください。医師の労働時間の一律な上限規制の設定の困難さを記載しておりますが、そこで長時間労働の歯どめとして「医師の特別条項」、そして特別条項で対応が困難な場合の「医師の特別条項の『特例』」という制度を提言しています。

18ページは、その考え方の詳細となります。まず、労働時間が過度に増加することを防ぐ「歯止め」として「医師の特別条項」、いわゆる過労死ラインをもとに時間設定することとしています。しかしながら、どうしてもこの上限を超えざるを得ないといった場合には「医師の特別条項の『特例』」を設定することとしました。時間としては、精神障害の労災認定基準、海外事例を手がかりとして、今後検討するとしました。

医療機関ごとに勤務間インターバル、連続勤務時間規定のガイドラインを定め、その遵守状況を第三者機関でチェックするといった形がよいと考えています。第三者機関については後ほど御説明をさせていただきます。

19ページに、上限時間設定に当たり注意を要する点を列記しております。

20ページの図表7の右側が、ただいま御説明をしてきた医師の働き方改革のイメージ図となります。

21ページの図表9は、休日確保、勤務間インターバル、連続勤務から上限時間を設定するイメージとなります。

22ページは、医師の専門型裁量労働制についてです。

2010年の米国からの通告で、2023年以降、世界標準の教育レベルを公的に認証された医学部卒業者でなければ、米国で医療に従事できないこととなり、2010年以降、質量両面での厳しい要件を満たす必要が生じ、助教が教育に携わる割合が大変高くなっています。また、大学病院における臨床研究の活性化にも求められております。こうしたことから、助教の再任基準には教育と研究実績が盛り込まれており、大学病院における専門業務型裁量労働制に助教等を対象にすることを具体的に検討すべきとしています。ただし、この際、みなし労働時間を適切に設定することが必要です。

また、一般病院についても、研究業務が大半を占める医師の場合には、専門業務型裁量

労働制の導入可能性を研究してはとしております。

23ページをごらんください。研修医等についてです。

国家試験の合格後、2年間の研修を受けることが義務づけられています。この研修医については「医師の特別条項の『特例』」での枠組みの中で別途制度を定めることを提言しております。

24ページは、第三者機関の設置についてです。

多種多様な医師の働き方を一律に同じ法令で対応することは現実的でなく、標準的なルールのもとで、各地域、各医療機関、各医師が自律的に働き方を決める仕組みが求められています。医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センター等を中心とした第三者機関を医事法制の中に規定し、勤務環境の改善支援、医師確保への支援、労働関連法の総合的な相談、指導などを行うとしております。

25ページをごらんください。25ページは女性医師支援についてです。

かつて10%未満であった女性医師の割合は、若い世代においては30%を超えています。日本医師会が厚生労働省から受託している「女性医師支援センター事業」の活性化はもとより、医療界を挙げ、あらゆる方法で女性医師支援を確実に進めることが急務としております。

26ページは、地域住民における医療への理解です。

医療法において、地域医療構想の実現、病床の機能分化・連携を進めるに当たり、国、医療機関、国民が果たす役割が規定されており、これに沿った取り組みが、今、まさに求められています。

地域医療を守るには、各地域の医療事情、医師の勤務実態、医療機関への適切なかかり方について、住民の理解と協力が絶対に必要となります。これは中央から訴えるだけでは進まず、各地域で主体的に考え、取り組むことが重要です。また、健康教育の一環として、医療機関のかかり方を啓発していくことが重要で、学校保健、産業保健の仕組みの活用が求められます。また、医療を必要とする人が受診を抑制しないように留意しつつ、保険者による国民への健康教育も不可欠です。

27ページをごらんください。医療にかかわる労働関連法令の幅広い見直しと医事法制との整合性の確保についてです。

今回の医師の働き方改革を機に、医療に関する労働関連法令全般を見直すこと。その際、医事法制との整合性を確保することが必要としております。

28ページは、今後の進め方についてです。

まず、働き方改革に関する財源を、診療報酬、医療介護総合確保基金、税制改正といったあらゆる切り口で確保することが大前提です。

次に、ここまでで説明をさせていただいた主要論点12項目について、具体的に検討することが必要としております。

29ページをごらんください。主要論点は多岐にわたっております。どの項目をどこで具

体的に検討するのかを定める必要があるとしています。そして、法令のレベル、労働法制と医事法制の関係性なども踏まえ、全体として整合性がとれているのか、確認の上、現行の労働法制で規定するのが妥当なのか、それとも、勤務医の労働法制を別途構築するのが妥当であるのか、検討するとしております。また、医師の健康確保が定着していることを前提として、前倒しでの施行が可能であるのかを検討してはとしております。また、施行後には不断の見直し。これが絶対に必要だという記載をしております。

最後になりますが、30ページはまとめとなります。

現行制度を当然踏まえつつも、医師の働き方を単に法令に合わせるということではなく、法令を医師という特殊な職種の働き方に合わせるという発想でまとめています。第1回の厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」での厚生労働大臣の御挨拶で、この検討会は「特例の在り方」を議論することが目的と発言されております。現行法令の枠内での特例ではなく、現行法令の枠にこだわらない「特例」の議論が必要であり、構成員の皆様にはぜひとも柔軟な発想で検討を進めていただきますよう、御理解、御協力をお願いしたいと考えております。

お時間を頂戴いたしまして、どうもありがとうございました。

○岩村座長 今村構成員、大変ありがとうございました。

続いて、事務局から資料3から5につきまして説明をいただきたいと思えます。どうぞよろしくお願いいたします。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 それでは、資料3「今後の議論の進め方について（案）」をごらんください。

本検討会につきましては、働き方改革実行計画におきまして、平成31年3月をめどとしたしまして、時間外労働規制の具体的なあり方、労働時間の短縮化等について結論を得るとされております。

今後のこの検討会の進め方につきまして、この2月に本検討会で取りまとめました中間論点整理、タイムスタディ等の実態の把握、それから、「医師の働き方検討会議」意見書、こうしたものを踏まえまして、当面、労働時間規制のあり方の検討に当たって必要な論点について議論を深めることとしてはどうかということでご提案させていただくものでございます。

本日7月9日の第8回の検討会で、後ほど説明しますタイムスタディ調査におきまして、医師の勤務実態についての詳細な状況について紹介させていただきます。また、国民の理解促進のための取り組みについて、厚生労働省の考え方について、また後ほど説明をさせていただきます。

それから、9月は2回を予定しておりますけれども、ここで特に労働時間規制のあり方に関連いたします事項について議論を深めてはどうかということでご論点を幾つか挙げてございます。

1つ目はさらなるタスクシフトのあり方ということで、タスクシフトの推進が中間論点

整理においても盛り込まれているところがございますけれども、それをさらに進めることについて。

それから、自己研さん、宿日直。これらについても、その整理が必要であるということが中間論点整理の中で示されております。これも今回のタイムスタディ調査等を踏まえまして、実態等を踏まえて議論をして、さらに論点を明確化していくということで論点として挙げさせていただいております。

応召義務についても、同様に整理が必要であるということで、これについても論点として挙げさせていただいております。

また、そういった議論をしていくに当たりまして、やはり諸外国において勤務医に対する労働時間規制がどのようになっているのかということも重要なことですので、それらについて論点として挙げさせていただいております。

2月までの議論が1巡目で、この9月までが2巡目ということで議論をいたしまして、10月以降につきましては、これらの論点に係る議論を受けまして、目指すべき多様な働き方改革の方向性、それを実現するための施策・制度のあり方。これは時間外労働の上限時間を含みますけれども、これらにつきまして、平成31年3月の取りまとめに向けた議論を進めていくということで、取りまとめに向けた具体的な議論の進め方を御提案をするものでございます。

簡単ですが、以上でございます。

○堀岡医師養成等企画調整室長 引き続き、資料4について、医師養成等企画調整室長の堀岡が御説明させていただきます。資料4「病院勤務医の勤務実態調査（タイムスタディ調査）」でございます。

1ページ、2ページをおめくりいただきまして、調査設計の概要をまとめさせていただいております。調査施設として全国医学部長病院長会議及び四病協の先生方から病院を推薦いただき、5つの大学病院、13の民間病院で計325名のタイムスタディを実施させていただきました。この場をおかりいただきまして、協力していただいた病院団体の皆様方に心より御礼をまず申し上げたいと思います。

次に調査の概要でございますが、5ページ、6ページをごらんください。調査といたしましては、タイムスタディとして他計式と自計式がございますけれども、そのバランスといたしましては、他計式が大学病院54名、大学病院以外が101名。診療科別といたしましては、内科、外科、産婦人科等、勤務時間が主に長い診療科を中心にやっていただいております。職位としては右のとおり、助教の方や医員の方を多目に推薦していただいております。自計式も同様の傾向でございますが、内科、外科、産婦人科といった診療科の先生方を中心にとっております。

概要は7ページでございます。これは膨大なデータでございますので、7ページの概要をごらんいただきながら下のデータを御紹介したいと思っております。

まず「当直について」でございますが、当直時間帯には、日中と同程度に診療が発生し

ている場合、断続的に診療を行っている場合など、さまざまな形態の当直がございました。

資料としては、ちょっと飛びますけれども、22ページをごらんください。これが、縦が診療科、病院の種別、2日間にわたる当直のそれぞれの時間が右にグラフで出ております。

例えば一番上の大学病院以外の内科の先生でございますけれども、この方は夕方の当直時間帯、5時から次の日の朝8時まで、ほぼ断続的にひっきりなしに患者さんの診療に従事しております、朝の4時半から5時半までの時間以外はほぼ全ての時間を診療しているという方でございます。

一方、一番下の6名は夕方の5時から朝の8時まで一度も診療がなかったという状況でございます。

その間、非常に多様な働き方がございますが、時々、患者さんが来て診療を行った場合から、大体の時間は来たけれども、早朝なり夜なり深夜なりは寝たという方までさまざまな当直の体系があるということが今回わかりました。

次に、7ページにお戻りいただきまして、2つ目のポツでございますが、当直開始前後の時間帯におきましては、日中の診療業務がそのまま継続しているような場合もございますけれども、診療時間の中に自己研修や研究など多様な時間が入っているという調査結果になっております。

実際のデータは23ページをごらんいただければと思います。これは大変見づらい資料で恐縮でございますけれども、これは同じように、縦は人、横は時間をあらわしております。色の形式をつけておりまして、ピンクから赤系統の色をしているものが診療の時間でございます。また、黒系の時間が仮眠なり休憩なりといった時間でございます。青もしくは薄い青の水色の部分が自己研修とか教育といった時間帯でございます。

これはごらんのとおり、非常にカラフルな資料になってしまうのですが、これは当直時間帯、診療時間が非常に、例えば一番上の方はずっと診療でございますけれども、真ん中ぐらいの方は診療時間の合間にぼつぼつと青い自己研修とか教育といった時間が入ったり、また、緑のその他といった時間がたくさん含まれていて、非常に当直の中でもそのような自己研修とか教育といったものがかなりモザイク状に含まれているという結果となっております。

また、25ページでございますが、当直時間帯の仮眠の内容をさまざまなあり方で分析しております。これは最も典型的な方だったので、この人一人を抜き出しておりますけれども、これは縦が、この人は20代外科医の5時、6時、7時、8時ということで何をしていたか。横がそれぞれの分でございます。つまり、5時0分から5時5分まで研究をやっていて、その後、9分間、その他の時間があつた後、例えば6時28分から6時39分までは入院診療があつたという方でございます。

この方をずっと見ますと、例えば夜中9時9分からずっと診療があつたわけですがけれども、その後、1時台から1回寝るような時間があつて、その後、寝ている途中に起こされるといふことが頻発しております。なので、例えばこの方、診療時間は5時間しかなくて、

休憩時間は8時間28分というような、休憩を十分とれているように見えますけれども、仮眠は6時間で、ぼくぼく途中で起こされているので、連続して仮眠がとれているという時間は1時間45分にすぎないという結果となっております。

次に、自己研修とか研究の時間を分析しております。32ページをごらんください。

研究や教育の時間でございますけれども、まず研究の時間につきましては、大学病院・大学病院以外を問わず、研究時間が特に長い医師がいらっしゃいました。例えば都市部の大学病院以外の救急科の部長の方が一番長い時間でございますけれども、その時間は8時間10分。地方部の大学病院の外科の先生で8時間5分の研究をしているという方がいらっしゃいました。

33ページでございますけれども、では、その研究の時間に何をやっているのかという結果で、圧倒的に学会の準備や論文の執筆の時間が長いという時間の配分でございます。例えば今、申し上げた一番長い、一番上の8時間の研究をやっていた方は学会の発表準備に7時間やっております、2番目にやっていた方は、その研究時間全てを論文執筆に費やしていたという方で、当直時間の中でもこのような時間をとって研究している方が多いという結果でございます。

34ページは自己研修の時間で、自己研修については、当たり前でございますけれども、都市部・地方部、大学病院・大学病院以外を問わず、20代など若手医師が非常に長い時間を自己研修に使っているという結果がございました。

35ページがその自己研修の内容で、例えば今、申し上げた一番長い自己研修については9時間と、当直のうち9時間自己研修ができたわけですが、その場合、研修会とか勉強会への参加、準備というものに大きな時間をとって自己研修などを行ったという結果でございます。

37ページで、教育の時間でございます。教育の時間につきましては、最も長かった方は7時間58分で、大学病院以外の先生であったのですけれども、そこから後はずっと、大学病院の先生が非常に多くて、教育の時間は大学病院に勤務する医師が非常に長い方が多いという結果でございます。

最後に、タスク・シフティングに関する調査結果を御報告いたします。40ページ、41ページがその調査結果でございます。当直がありの方、なしの方でそれぞれかなり時間が違います。当直があった方は、診療に係る事務作業として約4時間、診療時間の21%が事務作業の時間でございます。また、当直なしの方は41ページで、診療時間の同じぐらい、21%程度ですが、診療記録とか、もしくは指示書記入・オーダー入力とか、診断書の作成といった時間に約2時間弱の時間を費やしていたという結果となっております。

タイムスタディの概要については以上でございます。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 続きまして、資料5をごらんください。「国民の理解促進のための取組等について」でございます。

2ページをごらんください。これは「医師の働き方改革についての国民の理解の必要性」

ということで、これは中間論点整理に書かれている事項について取りまとめたものでございます。

「医師の長時間労働の現状とその要因」というところにありますように、長時間労働の背景として、診療時間外に診療が必要な患者の数の多さですとか、診療時間外での患者説明、それから、診療時間外の看取り時でも主治医がいること。こういったことが要因、背景として指摘をされているということで、これらに対する対応を行っていくためには、国民の理解が欠かせないということをもとめたものでございます。

3 ページをごらんください。今、申し上げた長時間労働の要因の一つとなっております、それらのことを踏まえますと、2つ目の○からでございますが、患者が診療時間内に受診したり、患者の家族が診療時間内に医師から説明を受けたりできるよう、働いている人が休暇取得しやすい環境づくりも重要であり、企業等の事業主も含めて幅広く取り組んでいく必要があるのではないか。

また、一人一人の国民が、地域医療や医師の勤務実態、医療機関へのかかり方を理解し、実際の行動に反映していくためには、国民全体を対象とした意識醸成と、身近な地域や職場での個別具体的な取り組みを重層的に展開していくことが必要ではないか。

4つ目の○として、医療機関へのかかり方を国民に周知するに当たっては、医療を必要とする人が受診しづらい、受診を控えざるを得ないといった事態を招かないよう、身近なかかりつけ医や地域の医療機関を上手に利用していただきたいことを伝えていくことが必要ではないかということで、この国民の理解促進のための進め方の論点として挙げております。

4 ページ、5 ページは、この国民の理解の促進についての具体的な枠組みのイメージとしてまとめたものでございます。

4 ページで「国民全体を対象とした意識醸成」ということで、厚生労働省と関係する全国団体と連携をいたしまして、全国団体のほうは医療関係団体、保険者団体、地方団体、さらには患者団体、経済団体、労働者団体等、こうした団体のネットワークを活用いたしまして、周知、啓発、環境づくりを行っていく。

それから「地域や職場での個別具体的な取り組み」ということで、医療機関等々、地域での取り組みを進めていくという枠組みを示しております。具体的な取り組みの内容といたしましては、例として掲げておりますけれども「1. 適切な医療のかかり方についての周知等」ということで、身近なかかりつけ医や地域の医療機関の利用ですとか、診療時間内の受診。こういったことについての周知ですとか、診療時間内に受診できるような職場環境づくりということで、休暇を取得しやすい環境づくり等を促進していくということでお示ししております。

こうした取り組みを進めるに当たりまして、厚生労働省におきましても予算措置も含めて検討するというところで考えております。

5 ページは、それらの取り組みに関しまして「関係団体に期待される取組のイメージ」

ということで、それぞれの団体におきまして期待される取り組みについてまとめたものでございます。

6ページをごらんください。こちらは医療機関におきまして、働き方改革の取り組みを患者や家族に説明しやすい環境整備といたしまして、厚生労働省において、患者・家族向けのリーフレットを作成して、厚生労働省のウェブサイトに掲載する。それを医療機関におきまして、患者・家族に説明をする際に使っていただくという取り組みをしてはどうか。さらには、それを国民全体への普及・啓発にも活用できるようにしてはどうかということで提案するものでございます。

下のほうにありますように、香川県や福島県いわき市におきまして、このような住民向けの普及・啓発のリーフレットのようなものが作成されておりますので、こうしたものを参考としながら作成をしてはどうかということでございます。

7ページから10ページにかけましては、地方公共団体の取り組みということで、各地方公共団体におきましても、地域医療を守るための取り組みということで、7ページで、まずは延岡市におきましては、地域医療を守る条例というものが策定されておまして、市民への普及・啓発等が行われておるところでございます。そうした取り組みにつきましてまとめたものが10ページまでになります。

11ページでございますが、これは第6回の検討会でお示ししておりますけれども、地域医療を守るための民間の取り組みとして、こういった取り組みがあるということでございます。

最後、13ページをごらんください。こうした取り組みと関連いたしまして、診断書等の様式の統一化、簡素化といったものについて図ってはどうかということでの提案でございます。

医師の業務の負担感といたしまして、行政や民間保険会社から求められる診断書や主治医意見書、こうしたものについての作成が、負担が非常に大きいという調査の結果もございます。医療界からの声といたしましては、様式の統一化、簡素化といったものできないかという声が聞かれるところでございます。

こうしたことを踏まえまして、資料の下段で、行政や民間保険会社から求められる診断書等による医療機関の業務負担の実態に鑑みまして、関係者の意見も伺いながら、診断書等の様式の統一化、簡素化に向けて検討を行う。また、死亡・相続の手続のワンストップ化に向けた取り組みを進める中で、医師は死亡診断書を作成しておりますけれども、そうした医師の負担軽減に向けた検討を行うこととしてはどうかということで提案しております。

資料5については以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

以上で資料1から資料5まで御説明をいただいたということになります。そこで残る時間を使いまして、ここまでの資料等についての説明につきまして、御質問あるいは御意

見などがございましたらお出しいただきたいと思います。

それでは、まず黒澤構成員、その後、遠野構成員ということでお願いいたします。

○黒澤構成員 東北大学の黒澤でございます。御説明ありがとうございました。

一応、この会が今、働き方改革が成立いたしましたので、この向かう方向といいますか、私の理解ですと、とりあえず医師も労働者という位置づけで間違いないと思いますので、医師の働き方改革ではありますけれども、この働き方改革の案が成立したということで、5年後にはそちらの法律に向かっていく。

ただ、一律に時間制限ですとか、いろいろなことをやると、地域医療ですとか、いろんなところにそごが起きるので、特例といいますか、医師についてどうするかということ、状況を合わせていくということだと理解していて、その線で今、このお話をお聞きしながら、幾つか質問と、それから、コメントといいますか、意見を申し上げたいのです。

まず、今後の進め方といいますか、今後の議論の進め方というところで資料3ですけれども、いろいろこれらをやっていく過程で、本当にそれでいいのか。問題として、例えば労災で医師が不幸な結果になるということが本当にそれで防げるのかということが大事だと思うのですが、それを防ぐ、確認する資料は何があるのか。それで十分なのか、何があるのかと考えたときに、今までの労災の、例えば何か亡くなった方の解析。例えば病院で産業衛生的な視点の仕組みがあったかとか、あるいは主治医制がどうだったとか、当直明けは休めたかとか、そういう解析がもしできていれば、そういう状況の病院では今、我々がやる今後の議論をするためにどういう仕組みにすれば、この労災は防げたなとかということが確かめられるようになると思うのですけれども、もしそういう解析ができていれば我々に教えていただきたいのと、もし解析ができていなければ、そういうものをしながら、我々の考える検討会の方向性といいますか、そういうものの参考になるのではないかと思います。

タイムスタディの調査なのですけれども、忙しい先生がたくさんといいますか、何人かいらっしゃいましたが、その人たちの明けの仕事がどうなっているのかというのも気になったのですが、それだけ忙しくしていて、私、研修医のときなんかでよくありがちだったのですが、ずっと寝られない当直をやって、次の日も普通に朝から仕事をするということがあったわけですけれども、そういう状況がどうなっているのかというのがわかっていたら教えていただきたい。

それから、国民の理解のための取り組み。これはぜひお願いしたいと思うのですが、その取り組みの対象に、例えばマスコミさんがいないとか、これはマスコミで報道の仕方がちょっと理解不足といいますか、十分でないとか、変にヒステリックになってしまったりとか、非常に間違った方向に、あるいはちょっと望まないといいますか、正しくない方向に報道が行ってしまうとかということになりがちなので、あとは、例えば行政のほうでも、厚生労働省のところでこんなことを言うてはあれなのかもしれませんが、労働基準監督署の労基の方に対する、医療界の実情はこうなのですということを言ってもなかなか労基の担当

の方が、いえ、決まりはこうなっていますからということでわかっていただけないという声を結構聞くので、やはりコミュニケーションできることが大事だと思うので、そういう方に対する周知ですとか、あるいはもしかしたら司法とか警察とか、そういう方に対する周知ですとか、そういうものもぜひ取り組みを考えていただきたいと思います。

以上、3点ぐらいお話しいたしました。

○岩村座長 ありがとうございます。

御意見と、あと、御質問だったと思いますので、質問のほうは事務局からお答えいただけますでしょうか。主として2つだと私は理解しましたがけれども、いかがでございましょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 では、タイムスタディのほうをまずお答えさせていただきます。

9ページに「当直の有無別の調査時間の分布」というものがございまして、これで多分、先生のおっしゃっている問題意識の一部は答えられると思います。

青が当直ありで、赤が当直なしなのです。当直ありで、例えば朝の9時からで、次の日の9時で帰っている。つまり、次の日の勤務が朝から免除されていれば24時間で帰るはずですから、大体そういう人は全部でこの青の20～25時間ぐらいのところに出てくるはずなのですが、ごらんのとおり、ほとんどいなくて、大体、普通なら30～35時間で、40～45時間ぐらい連続勤務している方もいっぱいいるというのが正直言うと実情だと思います。

数値的なものはその前の8ページでございまして、平均というものは意味がないデータなので、もし解析が必要だったら、どういう分布なのか、お示ししますけれども、当直ありのところを見ていただくと、最大が42時間、最小が19時間という方で、当直なしは最大が21時間、最小が5時間という結果になっております。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

もう一点、過労死の関係がありましたけれども、少なくとも今、過労死の業務上外認定のいろいろなデータを集めたものを解析しているというふうに承知しています。ただ、細かく業種をどこまでやっているかというのは私のほうでも承知していなくて、そこは基準局でお調べいただくことかなとは思っていますが、わかりますでしょうか。

○山越労働基準局長 恐れ入ります。今、岩村座長がおっしゃったように、過労死の事案につきましては、過去5年分ぐらいのデータ、これは労災補償したデータを集めまして分析しておりますけれども、行政が労災認定をするときに、必ずしも今、おっしゃられたような当該事業場で産業保健的な支援がどうされたかということについては、調査をしないケースが多いと思いますので、今、おっしゃられたようなケースがとれるかどうか、資料に当たりまして、もし何かわかるようでしたら御報告をしたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

○黒澤構成員 多分、ここで決まったことが本当に実効性あるかどうかということを確認する意味でも大事だと思うので、研修医の方がどうして亡くなったかとかということで、それを防ぐのは非常にこの委員会の大事な目的だと思うので、もし調べられないとすれば、何かワーキングでもつくって、それを解析するとか、病院に行って調べてくるとかということをしたらいかがでしょうか。

○岩村座長 どうぞ。

○山越労働基準局長 過労死認定事案については、今、私どもの研究所で認定されたデータを集計しておりまして、その特徴などを集約しているところでございますので、それでお示しできる資料をお示ししていくようにしたいと思います。

○岩村座長 一般論としては、業務上外認定のところで、例えばどういう労務管理をしているかというのは余り見ていないと思います。ですので、ちょっとそこを調べてもいいものが出てくるかどうかというのは必ずしもわからないように思いますが、一応、ちょっと基準局のほうでデータを当たってみていただくということはしていただければとは思いますが。

それでは、よろしければ、遠野構成員、どうぞ。

○遠野構成員 今村先生にプレゼンしてもらったのですけれども「医師の働き方検討会議」の前に「日本医師会」とついていないので、協力は充分してもらおうということで先ほど最初にお話がありましたが、これは有志としての団体という形なのでしょうか。医師会としての検討会議というものが日本医師会の中の有志の集まりという意見なのですか。この答申とはちょっと違うという、性質が違うものなのでしょうか。

○岩村座長 今村構成員、お願いできますでしょうか。

○今村構成員 冒頭、私の御説明でも大変名前がよく似て、わかりにくいということを申し上げましたけれども、もともと資料2-2にありますほうが日本医師会の会内に設けられている委員会ということです。

それで、きょう御報告した意見書の中の1枚めくっていただいたところにメンバーが左と右に出ていますけれども、右側のほうの大部分が日本医師会の会内の委員会として、このメンバーでこの答申をまとめました。この答申をベースにして、より幅広い医療界の意見を伺うということで医師会が参集、お声がけをして、各病院団体や若手の委員の先生も含めて御参加をいただいたということで、この会を賜っている。

その際には、医師会の働き方の委員会の先生たちもオブザーバー的にいろいろ御参加をいただいて、意見をいただいたという形になっているということです。

○遠野構成員 わかりました。

文書の構成とかが読みやすく、図表も適切にあってわかりやすいなと思ったのですけれども、どうも勉強になりました。ありがとうございます。

そしてもう一つなのですけれども、四病協が結構、この会のアンケートにかなり協力している団体だと思うのですが、4月に加藤大臣に要望書を提出したと新聞で読みまして、

その内容なんかも今回、意見書で取り上げてきたように、今後は五病協とか、全自病とかも多分、要望書が出すというところまで新聞で読んでいるのですけれども、四病協はもう出したというのは読んだので、それらも今後、この討論の場に上げてもらって検討の題材にしてほしいなと思うので、御検討をよろしくお願いします。

○岩村座長 それは御意見ということで承りたいと思います。

では、渋谷副座長、お願いします。

○渋谷副座長 ありがとうございます。

最初に武田局長のコメントのとおり、やはり働き方改革というものは多岐にわたっているのですけれども、この会の最初のほうにありましたが、前提として医師の超過勤務とか過重労働があるということは忘れてはいけません。ともすると数字の議論ばかりになりがちなのですけれども、そして恐らく皆さん思っていると思いますけれども、医師というものは労働者であると同時に、国民の命を守る専門家である。ですから、まず労働者の権利というものは非常に守らなければいけませんし、そこはボトムラインだと思っています。

ですから、最初の資料1ですけれども、あそこまでかなり緊急的な取り組みという形を打ち出したにもかかわらず、実施したのが3割とか2割程度で満足しているのは、私はちょっとどうかなと思っています。予定とか検討中というのは恐らく誰でも答えられるのですが、実際、4カ月たってやっていないということ自体が余り危機感がないのではないかなと個人的には思っております。検討中というものは、やってもやらなくても検討は誰でもできるので、少なくともかなりの医療機関が、これは来るのだということを、危機感を持ってやっていかないと、この先、現状維持的になってしまうリスクがあって、この機会を逃してはいけないということで、私は資料1を見て、むしろ危機感を覚えました。それはコメントです。

2つ目が、医師の勤務パターンは今村先生とか厚労省のタイムスタディで見たように、やはり単純な労働法規を当てはめるものではないと思っています。他方、医療のサービス自体はかなりの部分はほかのセクターと似ているところもありますし、医師の時間的な特殊性と医療のサービスの特殊性というものを混同して議論してしまっているのかなと。やはりサービスで効率化できるところは医師にとってもいいことですから、どんどん推進すべきだと考えています。

今村先生のプレゼンの中で、医師の健康の管理と地域医療の持続性のバランスはまさにそのとおりだと私も思います。ただ、その2つは必ずしもトレードオフではなくて、やはり生産性を上げることで両者を両立できる。つまり、一人当たりのアウトプット、あるいは限られたリソースで生産性を高める。ですから、医師会においても、最後のほうに12項目ぐらいでしたか。具体的項目の提案がありましたけれども、やはり医療提供体制の効率化というものも現場の先生からどんどん出していただくことも大事だと思います。これもコメントです。

3つ目が、これもコメントなのですが、やはり医師の働く時間が多様だからこそ、規制

だけではなくて、一種の合理的選択といいますか、それも考えてもいいのかなと思いました。例えばインターバル規制というものは、今村先生もおっしゃってしまして、すごく大事だと思いますけれども、労働時間上限規制という議論になると、恐らく数字ばかりがひとり歩きして、申告された労働時間と実際の労働時間をチェックするという、それもまた時間がかかるプロセスばかりが走って、例えば超過勤務をちゃんと払うとか、割り増し料金を払うとか、そういうものをかなり厳しくすることで実際には過剰な残業というものは意外と減るのではないかと。

つまり、私は余り好きではないのですけれども、市場原理的な、量を規制するのではなくて、価格でコントロールするというのも、例えば先ほど今村先生のおっしゃった、診療報酬とか制度的な枠組みで超過勤務をきちんと払うとか、その辺をかなり厳しくするだけでも残業は意外と合理的選択で減るのかなという気もしないでもありません。

最後に、コメントばかりで申しわけないのですが、今回の検討会の報告書で私が期待したのは、やはり従来と同じではないというメッセージであって、医療関係者はともすると今までと同じでいいのではないかみたいな、そういう安心感が蔓延すると、例えばさっきの緊急的な取り組みで8割がやった、あるいは検討中だから満足ではなくて、やったのが2割ということ自体がやはり危機感を持っていないということなので、きちんと変わっていかねばいけない。

それから、医師の働き方改革というものは、ある意味では非効率的な医療提供体制の変革へのプロセスですし、それは多様性への改革に向けた、ある意味では進行形のプロセスである。ですから、できれば皆さんの総意で、これは本当に前向きに変わるのだということ、ある意味ではマインドセットも、あるいは危機感も、別にあおることはないのです。やはり現場の意識を高めながら変わっていくというメッセージを出さないと、ともすると数字の議論だけになるというのは避けていただければと。

済みません。4つほどコメントです。ありがとうございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでございましょうか。

それでは、今度はこちら側ということで、まずハイ構成員と村上構成員、そして森本構成員という順番でお願いいたします。

では、どうぞ。

○ハイ構成員 ありがとうございます。

資料の詳細な説明、ありがとうございました。

私からは2点、今後の進め方について、いずれも当てはまります。

まず1つは、今、投入資源量は主にインプットの議論がかなりされていると思います。労働時間の規制をどうするかという話だと思うのですけれども、インプットと同じぐらい、やはりアウトプットを、生産性をどうするのかということをごどこかで議論していただきたいなと思います。

つまり、時間を制限することで、医療の質または安全性が損なわれてしまう。またはドクターのモチベーションがぐっと下がってしまう可能性について考える必要があると考えます。何かを上げると何か下がってしまうところの、そこをどう検証するのかというところがやはり必要になってくると思います。もともとは働き方改革は生産性を上げることが大前提だったと思いますので、そのアウトプットの議論はしたいなと思っております。それが1点目です。

2点目が、先ほど渋谷構成員もおっしゃっていましたが、緊急的な取り組みの実施状況の6割が実施予定、または実施した、つまり4割がまだだったということです。その4割がなぜできないのかという議論はやはりしないといけないと思います。つまり、この4割を放置していいのかというのは決してそうではないと思います。

つまり、病院経営の現場でいろいろお話を聞いていますと、やる気はある、しかし、方法論がわからないところも結構ございます。逆に、やる気自体が強くないという病院も少なからずおられます。そういう場合は何らかのアメとムチ的なものが必要なかなと思います。そうなりますと、まだ何も実施していない未定の4割程度をどうマネージしていくのかという議論がここで抜けてしまうと問題かと思えます。6割だからいいだろうという話ではないかなと思います。働き方改革は恐らく、ただ一人の常勤医師がおる医療機関でもやっていかなければならない。そういう改革と思っております。ぜひ、この残りのまだやられていないところにフォーカスを当てていただきたいと思っています。

以上、2点でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。

2点ありまして、1点は私がお答えする話ではないのですが、過労死等防止の関係で、過労死等防止対策推進協議会に参加しているものですから申し上げます。現在の過労死等防止大綱において、過労死が多く発生している業種には自動車運転業務と教職員、IT産業、外食産業、医療として、医療が5つの中に挙げられており、教職員、IT、医療については2017年度に調査研究をされることになっております。いずれの時点かでそのような報告も出されてくるのではないかと考えておりますので、参考にしていきたいと思います。

もう1点、意見でございますが、本日、いろいろな御報告をいただきましてありがとうございました。タイムスタディ調査報告もありますし、日本医師会の働き方検討委員会などの御報告についても、この間の御努力には敬意を表したいと思っております。

資料2-1について今村先生から「医師の働き方検討会議」でまとめられた意見書の御紹介がございまして、医療界で真摯に検討されてきた御努力のたまものだと受けとめております。ただ、御紹介いただいた内容、本日は個別に申し上げませんが、方向性として、疑問を感じる部分もあるところです。

端的にあらわれているのは、30ページの最後のほうで記載されている働き方を法令に合わせるのではなく、法令を働き方に合わせるのだという発想で御提言をまとめたという点でございます、その部分はどうなのかという考え方を持っております。

これまでも御議論がありましたけれども、安心・安全な医療が必要であって、そのために医療従事者の皆さんにも心身ともに健康で働いていただきたいというのがこの検討会の全体のコンセンサスであるでしょうし、国民、世論的にもそうだと考えております。そのような中では働き方も法令もそれぞれの調和が必要なのであって、現状に合わせて法令を変えるという話ではないのではないかと考えております。

一方で、先ほどのタイムスタディ調査などと日本医師会の働き方検討会議の御提言の中でも一定程度は一致する部分もあります。例えば宿日直の話などは検討に値する部分もございまして、そのようなことを具体的に検討していくべきではないかと考えております。

きょう、ここに来る前、1つ論文を読んでいましたら、労働経済学が御専門の早稲田大学の黒田先生と慶應義塾大学の山本先生の調査で、サラリーマンの調査ですが、ドイツ・イギリスに赴任したサラリーマンが、日本では長時間労働だった方々がヨーロッパに赴任されたら労働時間が大幅に減少されたという御報告を拝見してきたところです。年休もほとんど取得できなかったような方々が年間20日とか30日とか、2週間も取得できたことがあるということでした。これはやはり発想や前提や文化というものが変わっていけば一定程度、働き方も変わっていくのだらうということで、そのような現状をどうしていくのかという、働き方部分だけではないところについても考えていくべきだろうと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 ありがとうございます。

私から質問が2点と、意見が1点だけです。

まず1つ目に、資料2-1にございます「医師の働き方検討会議」が取りまとめられました意見書についてです。緊急的に取りまとめられたことについて敬意を表したいのと、今後、十分参考にさせていただきたいと思っております。取りまとめられるに当たって、管理監督的な立場にない勤務医などの意見について、どこかで聴取されるような機会があったかどうかについて教えていただきたいというのが1点です。

もう一点は、資料5の「国民の理解促進のための取組等について」、2ページの「医師の長時間労働の現状とその要因」の赤字で書いてあるところの下2つです。患者側の都合により診療時間外の患者説明に対応せざるを得ない。あるいは診療時間外の時でも、当直医などではなくて、主治医がいることが求められるということです。これは具体的にどのぐらいの割合で求められるか等、何かデータがあればお示しいただけるとありがたいと思います。

それから、意見ですが、これは先ほどから出ている意見と少し重複するのですが、資料1です。4ページ目、5ページ目の「客観的な在院時間管理方法等の導入」、あるいは「36協定の締結・届出」などについてでございます。これは従前より導入済み、あるいは適正に締結している、こういう数字を含めたとしても、未締結あるいは管理が行われていないというのが4割程度存在している実態自体が既に問題があると捉えております。緊急的な取り組みを導入しようというのはまだまだ少ないということで、今後フォローアップの調査なども引き続き行われるとは思いますが、現時点ではかなり、本来やるべきところが行われていない、という認識をする必要があるのではないかなと思います。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

1番目は、今村構成員のほうで答えいただけますでしょうか。

○今村構成員 御質問ありがとうございました。

まず、先に村上構成員の御意見について、ちょっとお話をしたいと思っています。

まさしくそのとおりで、ちょっと誤解を招く表現になっているなど、私も改めて御指摘を受けて思ったところです。というのは、働き方に合わせるというのが現状を100%肯定した、今の働き方に合わせるというふうに取り上げられるおそれがある、そういうことを申し上げているのではなくて、さまざまな改革をした上での、その働き方に合わせるという意味だと御理解をいただければと思います。決して今の働き方がこれでいいのだなどという思いで申し上げているのではないということだけ御理解をいただければと思います。

それから、森本構成員の御質問ですけれども、ここが先ほどの構成員名簿を見ていただくと、日本医師会のほうでは委員として全国医師ユニオンという、いわゆる働く方の労働者の団体としての医師の方にも入っていただいておりますし、また、いわゆる医師ではありますけれども、労働者健康安全機構の過労死等防止調査研究センターのセンター長代理の先生にもお入りいただいた上で、検討会議のほうでは本検討会の若手の先生方に一応お入りいただいているということです。

それで、この3名の若い先生方も、若手の先生たちのアンケート結果等を取りまとめられております。これは全ての若い先生の意見を集約するのはなかなか難しいので、こういった形で一応、御意見を伺うという形で構成していて、私どもも検討会議を設けるに当たって、決して管理者だけの意見で取りまとめようという気持ちは全くない。できるだけ幅広い医師の意見を集約したつもりでございますので、私からはそれを答えとさせていただきますと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、2番目の質問のほうを事務局、もしお答えいただけるようでしたら、お願いします。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 御質問ありました診療時間外での患者説明ですとか、診療時間外の看取り時での主治医がいることが求められるということで、どの程度

やられているか、データがあるかということですが、この部分につきましては、この検討会での意見ややりとり等を踏まえまして、記載をさせていただいているものでございます。この部分については、どの程度行われているか等についてのデータについては把握をしてございません。

○岩村座長 では、山本構成員、お願いいたします。

○山本構成員 この時間外での特に説明、それから、みとりに関しては非常に、特に大学病院では頭の痛いところでございます、ここでの一連の御議論も踏まえて、既に多くの大学病院で、患者さん宛てには時間外の説明は極力避けてください、あるいはグループ制をとっていますので、必ずしも主治医が駆けつけませんということは患者さんにも周知していますし、それから、院内にも実際に周知して、なるべくそういうふうにしようということは呼びかけております。

しかし、例えば大学病院におきましては、個々の症例が極めて重症で、かつ複雑となりますと、やはり患者さんのステークホルダーそれぞれに対してはきっちり説明をしないと、その先の治療方針の決定あるいは治療予後に関するいろんな議論にたえられないということがございますので、現場の意見としては、病院長はそう言うけれども、実際は無理ですというのがほとんどの意見です。とんでもない、ちゃんと土日に説明しないと、おっかなく治療なんかできませんというのが実態だと思います。ここはなかなか難しいところというふうな実感をしているところであります。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでございましょうか。

それでは、岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 先ほど日本医師会の今村先生から報告書、意見書がありましたけれども、これは病院団体を含めて医療界総出でこれをまとめてあるところはあるのですが、その中でも特に、本検討会では強調したいといえますか、私は四病院団体協議会を代表して出ていますが、四病院団体の中で検討した委員会の中で、これだけは言っておいてくれということがございましたので、30秒ほどでお話をさせていただきます。

医師の特殊性というものがなかなか国民の方々に理解されない一つの大きいこうい、例えば検討、改革するときのハザードになっているのではないかなと私どもは思っているのです。その医師の特殊性について、どう考えるか。四病協でまとめたものなのですが、勤務医を労働基準法第9条が規定する労働者性があるということは確かであります。複数の医療機関を掛け持ちで勤務する医師も珍しくなかったり、また、勤務医の自己研さんも、どの医療機関に勤務するかによらず行わなければならない。必ずしも現在の勤務先から課せられるものではありません。

さらに応召義務の問題など、医師の労働には特有の実態がある。このような医師の労働実態を考慮し、それに応じた制度にしなくては、かえって医師のプロフェッショナルとしての働き、仕事のことですが、これを阻害し、ひいては患者さんにも悪影響を及ぼすだろ

う。

また、勤務医の過重労働はブラック企業の問題とは異なり、国全体の医療需要に対する医療供給体制が不十分であるということが大きな、一番の根本原因だろうと私どもは考えています。マクロの現象でミクロを労することでは絶対解決できないだろうと思うのです。

なお、オートノミーをまだ獲得していない段階の研修医の諸君は労働者性が高いために別途、対策が必要であろうということで特別枠に、先ほど今村先生がおっしゃったような条項が必要になってくるだろうという方向に持っていったということでございます。

以上、四病院団体協議会の医師の特殊性について強調させていただきました。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、福島構成員、三島構成員ということでお願いいたします。

○福島構成員 私は国民教育の必要性について少しお話しさせていただきたいと思うのですが、この国民教育の必要性については全く同感です。しかし、これを浸透させるにはかなり時間がかかると思うのです。

これに関連して、現在行われている監督署の臨検について一言申し上げたいのですが、法違反があれば是正勧告が出されるというのはやむを得ないことで、そして、これに対して報告を求められるというのは承知するところなのですけれども、例えば医師の時間外労働が36協定の範囲を超えていますよ。当直が本来の当直ではなくて、ほぼ実働ですよという指摘に対し、即時是正ということで言われてしまうと、36協定の上限の引き上げであるとか、あるいは外来の縮小であるとか、そういった根本的な解決ではない対策をとりあえず実施ということに今、なりかねない状況だと思うのです。

患者さんへの説明文においても、例えば労基署の指導によって外来を縮小することになりましたとか、そういう表現がなされていることが見受けられます。ですから、本来の問題解決を目指すという臨検であるならば、是正報告としては例えば勤務環境マネジメントシステムを活用したり、支援センターの支援を受けながら、ある一定期間を要する改善計画を提出させる。そして、短期間ではなくて少し長目のスパンで、根本的に改善するための時間を与えることをしていかなければ、今だけの表面的な対応になってしまうというのがあるかと思うのです。

ですから、国民教育と並行しながら、ぜひ病院の自主的な取り組みを促すような、根本解決をできるような、そういった調査・指導をしていただきたいと願っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、三島構成員、どうぞ。

○三島構成員 私からコメントを2点させていただきます。

皆様がコメントされていますように、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みのところ、特に私が気になったのは女性医師の支援というところで、例えば資料1の7ページの、推進の予定なしというところは52%になっていたりとか、そういったところは本当

にまだまだ貴重な部分だなど改めて感じております。この管理者のレベルの方々には何がバリアになっているのかということと同時に、現場の医師、現場レベルで何が障壁になっているかということをもっと現場の意見を取り入れていくことが必要なのではないかと思っております。

もう一点は、研修医や専攻医、医学教育との関連についてです。やはり働きたい、学びたい、そしてしっかりとした質を担保できる医師になるために必要な研修と、ただ、そうはいっても、やはり健康を担保する上で、限られた時間の中で医学教育をどうやって工夫して行っていくかという、医学教育の工夫をどうやってドライブしていくか。そういった視点もより議論が必要なのかなと思っております。

もう一つ、先ほど話題に上りました主治医の役割というところで、私は今、在宅診療をしておりますけれども、比較的、複数主治医だとか、そういった仕組みも少しずつ進み始めている分野ではありますが、やはり患者さんの御理解、そして、それを支える診療体制、地域の仕組みというものがないと、やはり単に働き方だけを変えても対応できない部分がございますので、患者さん、国民の方を巻き込んだ、そういった意識改革が本当に必要だと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、中島構成員、工藤構成員、それから、城守構成員ということでお願いいたします。

○中島構成員 ありがとうございます。

私のほうからは、この緊急提言で6割も実施してくれたのだなど率直に感想を持ちました。

それで、その資料からタスクシフトのところなのですが、やはり思ったとおり、薬の説明とか静脈採血とか注射等は既に実施されているところは多いのだなというところと、それでも、なおかつ提言されてもやらないところは何か理由があるのかなというところを一つ疑問に思いました。

それともう一つ、やはり労働時間の短縮のところなのですが、資料でいいますと、資料1の8ページのところなのですが「当直明けの勤務負担の緩和」と「勤務間インターバル」について、従前より実施していると回答したところが、私の勉強不足なのかもしれないのですが、思ったより多いなと思ったのですが、これは実際、どのような形でそれぞれの病院では実施できているのか。もしわかりましたら、教えていただけたらいいかなと思いました。

最後に、これはコメントなのですが、患者側の都合により、診療時間外での患者説明に対応せざるを得ないということで、私もこれはずっと在宅で働いていても、どうして時間内にできないのかなと思っておりました。例えば学校の三者面談などは絶対、その時間帯に親は仕事を休んで参加します。つまりやろうと思えば、これはできることではない

だろうかと思っております。ここも厚労省の皆さんのインフォメーションの方法で何とか改善していけるのかと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

御質問についてはいかがでしょうか。今、直ちには難しいですか。

○花咲医療勤務環境改善推進室長 実際、御質問いただいた「当直明けの勤務負担の緩和」等がどのように行われているかという点、ほかの調査等の結果で、私の知る限りで申し上げますと、例えば翌日を半日勤務にするとか、あと、手術は入れないとか、そういったことを含めまして勤務負担をされている病院があると承知しております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

○中島構成員 はい。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、工藤構成員、どうぞ。

○工藤構成員 ありがとうございます。

医師もしくは医療ですが、患者の生命に直接かかわる業務を行うということであれば、特殊性が認められるかと思うのですが、ただ、実際にそれに携わることからすれば個人なわけですね。労働者個々人が携わることであれば、労働時間は過労死もしくはさまざまな判断基準のもとで、過重労働にならない労働時間が当然求められるだろうと思います。現にそれができない状況はあるのかもしれませんが、それは地域なり、もしくは診療科という種類の中であるのかもしれませんが、それはこの検討会での議論とは違い、地域における医師の需給等により対応されるのかと思います。あくまでも、この検討会の議論は、医師の働き方改革において、医師の働き方、労働時間をどうするかということが中心的なものであろうと考えます。

今後の検討については、これまでさまざまな意見が出ているかと思いますが、基本としては、やはり働かせ方ではなくて働き方。個々の医師が健康で働き続けることができるような取り組みをいかにやっていくかということを中心に議論していくべきであり、これから議論していかなければならないのではないかと考えています。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 今回初めて出席させていただいたのですけれども、まず現在の医療というものは、先生方がこれだけ一生懸命働いて、働かされているというお話もございましたが、こういう労働環境で現在の医療が成り立っているのだということをまずは御理解いただければと思います。

先ほどから、このアンケート調査も、まだこのぐらいのパーセンテージしかレスポンスがないのかというお話がございましたが、一部、余り考えておられない方がおられるのかもしれませんが、恐らく大多数はやりたくてもなかなかできない。身動きがとれないとい

う状況になって、なかなか次の一手が打てないというふうになっているということもあることも、これは代弁みたいなようですけれども、御理解していただきたいと思います。これはやはり医療技術の進歩とか、ないしはいろいろな書類の作成とか、私が勤務医をしていた時代よりもはるかに作業量が多くなったのも一つの原因ではありますけれども、制度が非常にややこしくなってきたのも一つの原因であろうと思います。

とはいいながら、この医師の健康はしっかりと管理してあげないといけないということは事実であろうと思います。それと現在、この状態で成り立っている医療の提供体制をどのように破綻させずに、医師の健康も取り戻していくというお話をするのがこの会議の趣旨であろうと思います。

そういう意味からいいますと、恐らく時間の短縮という話は必ず必然的に出るわけですが、そうしますと、先ほどからお話ししていますように、現在の医療は、現在のお医者さんの数がこれだけの勤務をして、そして成り立っているのだということを考えますと、間違いなくお医者さんの数の問題、医師の需給の問題という大きな問題につながってしまいます。

そして、先ほど誰かおっしゃいましたけれども、女性医師が大変ふえています。ですから、この女性医師に対しての就労支援、働き方の継続の支援という体制も非常に重要になります。そのためには、それに対しての財源がやはり必要なのです。要するに、なぜ、その体制がとれないのかというお話が先ほどございましたけれども、下手な言い方をしますと、やはりそこにかかるお金がないことが非常に大きいということもございます。ですから、そういういろいろな問題をはらんでいる、この働き方改革でございますので、来年の3月にはあらかたの取りまとめをするというお話。法的にもそういうことになっているわけですが、余り四角四面に、ないしはやや偏った形で制度設計に結びつくような議論にならないようお願いしたい。これは要望でございます。

以上です。

○岩村座長 それでは、お手がたくさん挙がっていますが、先に山本構成員、馬場構成員、そしてあちら側というふうに参加したいと思います。

では、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 先ほど来、緊急的な取り組みが進んでいるのか、進んでいないのかという御議論があります。この中で大学病院は87.5%で取り組んでいる、あるいは取り組み予定という数字が出ておりますが、それでも我々、大学という大きな組織が後ろにあるので、比較的取り組みやすいとはいいながらも、実際、病院という現場でどうやればいいのか、正解が見えずに右往左往している状態ですので、これはもっと一般病院となれば規模の小さな病院もたくさんあるわけですから、この辺はやはりもう少しきめの細かい指導といいますか、指針といいますか、ガイドラインといいますか、何か取り組み方についての、あめとむちという御指摘がどなたかから御指摘がありましたけれども、誘導があってもいいのではないかということは一つ思います。

もう一つは、先ほど今村構成員から御説明いただいた、この「医師の働き方改革に関する意見書」の中で、大学病院において助教が教育と研究にかなり重要な役割を果たしているということをこの中で述べさせていただき、そして専門業務型裁量労働制を、講師までではなくて、助教にも拡大してはどうかという提言をしているところでございます。

そんな中、資料4のタイムスタディの14ページを見ていただきますと、ここでは大学病院における診療及び診療外の時間の構成というものが出ておまして、右側の「構成割合」をごらんいただきますと、診療外、つまり研修、教育、研究という部分にどれくらいの時間を割いているかというものが、実は准教授・講師が11.8%に対して、助教が19.0%ということで、よほど助教のほうがこの診療以外の教育・研究に一生懸命やっていることが数字としてもあらわれておりますので、ぜひ、この助教は単なる下働きではなくて、今、大学病院における教育・研究の主たる戦力である、主たる担い手であることを改めて認識していただきたいということでございます。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 今回の資料2-1の「医師の働き方改革に関する意見書」というものは、本当に今村先生を中心にして医療界の意見としてまとめられたもので、自画自賛してはいけないうすけれども、非常によくできていると思うのですが、5ページを見ていただければ、ここに描いてある図が基本的には一番、私は大事なところだろうと思っています。

「医師の健康への配慮」ももちろん大事です。これを今後考えていかないといけないのですけれども、片やのてんびんには「地域医療の継続性」。ここの部分が乗っていて、これはすごく国民に対する影響が大きいのだということで、そういった意味では大胆に、従来の労働法制の枠にとらわれずに、今後どうあるべきかということを議論していただきたいと思っています。

もう一点で「国民の理解促進のための取組等について」ということで資料5をまとめていただいておりますけれども、従来から、例えば医療制度が現在こうなっています。それから、今後こうなっていくことを国が国民に対して直接的には余り語ってこなかった。むしろ、そういった診療報酬等を政策で誘導されて、医療機関、病院団体等が直接的には説明するということが非常に多かったように思っています。やはり今回の働き方改革は大事なことです。国に大きなイニシアチブをとっていただいて、ここをまとめていただきたいと思います。

例えば13ページに「診断書等の様式の統一化、簡素化の検討」といったことがありますけれども、これは意外に、非常に医師の働き方の大きな部分、医師が本当に時間だけではないに、ストレスに思っている書類作成。そういったことを統一化するのは本当にいいことだと思うのですが、こんなこと一つでも、やはり国の働きかけがないとやはり実現しないということですので、国がイニシアチブをとって、こういったことを進めていくのだと

いうことを進めていただきたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。戎構成員、それから、猪俣構成員という順序でお願いいたします。

○戎構成員 私のほうは看護師の視点から3点コメントさせていただきます。

1つは質問なのですが、まず資料1の7ページですが【特定行為研修を修了した看護師関係の状況】ということで、一応、これは働き方を改革できればということで、こういう特定行為研修もかかわっている。もともとは地域医療をもっと推進できないかということで始まった事業だとは思いますが、先生方の働き方も改革できるのではないかという一端を担っている部分で、取り組む状況が、取り組む予定なしが56%、半分以上で、特定行為研修を修了した看護師が適切に役割を発揮できるような業務分担の取り組みも、取り組む予定なしが54%なのですが、もし、この調査した中で、どういったことが壁になっていて取り組む予定なしとなっているのか、ちょっと教えていただけたら、私も看護師ですので、どういったところを検討していけるのかなというふうに少し考え方をシフトできるのかなと思っているので、そこを1点、もしわかっていたら教えていただきたいと思います。

あと、国民の理解促進のための取り組みについてなのですが、先ほど中島構成員がおっしゃったように、授業参観といいますか、それですと御両親が来られたりできるという点の1点に関しては、例えばこういった病院に御入院されている御家族の病状説明を聞くのに、今の社会が簡単に休みをとれない背景もあるのかなと思うので、一般社会が介護休であったり、有給休暇であったりということをしっかり使えるような一般社会の考え方に少しシフトしていただけたほうが、日本全体としていろんな意味で休暇もとれますし、働き方の改革になっていけるのではないかなと思うので、これは単純に医師の働き方改革というよりは、国民全体が未来をどういうふうにつくっていきたいかというところにかかわっている基盤だと思うので、そこをもう少し国民全体が考えられるように国から何か提言していただけたらいいのかなと思います。

もう一つなのですが、今回、いろいろ医師の働き方改革で出されてくる、このデータなのですが、例えば病院であったりとか、地方であったとしても、数名の医師で頑張っているところもあると思いますが、離島医療に関しては情報が余りないので、離島だとやはり島の中に1人の先生しかおりませんので、24時間365日、そこでフォローしていかないといけないというのは今後の医師の働き方改革の中で議論としてどういうふうにするか、今後シフトを組むにしても、どういうふうな、そのフォローアップをしていくのかということも少し議論として考えていただけたらと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

事務局、質問の点についてはいかがでしょうか。

○花咲医療勤務環境改善推進室長 特定行為の推進等が進まない理由については、この調査の中では把握していないと承知しています。

○岩村座長 よろしいですか。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 失礼します。

特定行為研修、受講が促進されていないという、これはこの検討会の中でも幾つかそういった特定行為研修を修了した看護師の活用については、理解がまだまだ進んでいないといったところの御指摘もございまして、そうしたことについての実態の調査等につきましては、今、厚生労働省でも取り組んでいるところでございますので、そういったところからどういったところが、課題についてお示しできるようなものがあれば、検討したいと思います。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

○戎構成員 はい。

○岩村座長 では、猪俣構成員、どうぞ。

○猪俣構成員 ありがとうございます。

私のほうからは医師における専門業務型裁量労働制についての要望になりますけれども、私自身、現在、大学病院で助教として勤務しておりますが、先ほど山本構成員が私の伝えたいことを代弁してくださりましたけれども、ぜひ、こういった助教という職分においてもこういう裁量型労働制を検討に入れていただきたいと思います。

このタイムスタディの結果からも、先ほどおっしゃったとおり、助教の教育や研究の時間は非常に長いということも出てきましたので、ぜひ単純な労働時間の制限によって、こういった研究や教育活動を制限してしまっていて、医療の発展とか新しいイノベーションの創出というものを妨げないようにしていただければと考えております。

一方で、助教といっても、私自身、勤務していて、いろんな働き方があって、こういった研究をしている先生もいれば、実は実際の臨床を中心としている先生もいますので、一方的にこういった助教は裁量労働制として全員に当てはめるのではなくて、そういった実情を踏まえた上で、どういった働き方をしている先生に対して助教の専門業務型裁量労働制を当てはめるかという仕組みづくりを少し検討していただければと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、まだ発言されていない方を優先とさせていただきたいと思いますので、鶴田構成員、片岡構成員、あと、豊田構成員の順序でお願いいたします。

○鶴田構成員 資料1の6ページ、従来議論した中では、タスクシフトすれば業務軽減に繋がるという話があったのですが、この資料を見ると、ほとんどのところが実施もしくは一部実施ということからすると、タスクシフトの質問に対する認識の違いがあるのではないかという気がするのですが、如何ですか？その点が第1点。

次に、前回、東京ベイの戎さんが説明されましたけれども、あのデータを見ると、タスクシフトしたことによって患者さんがたくさん来て、それに伴い医者がたくさん増員され、それで仕事量が病院全体としては増えた。そういうふうにも読み取れるのですが如何ですか？いわゆる医療が需要を喚起して、その地域における医療、仕事量が増えたのではないか？タスクシフトして日本全体では仕事量がどうかなるのか？個々の病院でのタスクシフトの影響と日本全体での影響とではまた違ってくるので、そのあたりのことも含めて、タスクシフトを検討する今後の検討会ではまた考え方を教えていただきたいというのが1点です。

最後に、やはり働き方改革の議論をする場合には、そこに働く医師もしくは職員の労働力、投入される財源等を含めて議論し、どれだけの医療サービスが提供できるかということも考える必要がある。議論を踏まえて行われる働き方改革をした後の医療においてはどのような医療が提供されるのかが見えないと、個別の議論と全体の議論では乖離するような思いを持ちながら聞いていたところです。

あとは感想です。

○岩村座長 ありがとうございます。

最初の点は。

○鶴田構成員 どういうふうに解釈すればいいかということをお教えたいただければと思います。ほとんど、9割ぐらいは原則実施もしくは一部実施というようにも読めるのです。

○岩村座長 事務局のほうですすぐお答えいただける用意があればですが、改めてということにさせていただければと思います。

それでは、片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 さまざまな資料、調査等、本当にすばらしく、ありがとうございます。

馬場構成員と渋谷構成員も既に指摘されましたが、私も大事だと思うので、再度になりますが、今村先生が御発表された資料2-1の5ページの図は非常に重要だと思います国民の理解を頂くのは非常に重要な視点ですが、この図はとてもわかりやすくコンパクトで、これを見れば納得がいくのではないかなと思います。これをもっと前面に押し出して、使っていかれたらいいのではないかなと思いました。

あと、女性支援に関してですが、女性医師支援を個別のものとして独立して、取り出してしまおうと余り問題解決にならないと思います。女性医師支援は働き方改革そのものだと思いますし、そことつながっていない支援を個別に行うのは難しく、また、意味が乏しいことでもあると思います。

一方で女性支援特有の視点もあるので、例えば我々も10年以上取り組んでおりますし、そこで得たノウハウなどをパッケージ化して、厚労省などから簡単な資料のようなものを出すのもいいのかなと思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、豊田構成員、どうぞ。

○豊田構成員 今村構成員のお話は私のような立場の者にも、とてもわかりやすく、こういう内容から国民の皆さんに説明してもらいたいと思いました。

私は常日頃、病院で医療安全と患者相談窓口を担当しておりますので、患者さんの不安や悩みを聞いているわけなのですが、どうしても患者さんは自分の命の危険性を感じたり、命が脅かされるような思いになる方が少なくないので、医師から見るとそんなに大したことではないと思うことでも、患者さんはとてもおびえていたり、恐怖を感じていることは実際にあることなので、そういう現実について、どうしたらよいのかということも考える必要があると思いました。

そういったことで、資料5の国民の理解の部分なのですけれども、5ページのところで関係団体に期待される取り組みのイメージとして、これから厚生労働省でも考えていただけると思うのですが、これまで取り組まれてきた国民に向けての説明の資料、参考資料を今回お配りいただいて、いろいろ目を通させていただいたのですが、さまざまな地域の方が努力されてきたことをすごく感じるのですけれども、ただ、言葉遣いや表現にどうしてもばらつきがあるので、もちろん、地域性や特性で分けなければならないことも思うのですが、一方で、ある程度統一していないとわかりにくいこともあると思いますので、これから、その取り組みの部分で各関係団体の方々に働きかけていただくに当たって、やはり問題意識を持っている人たちを巻き込んで、ぜひワーキングなどを立ち上げていただいて、取り組んでいただけたらと思いましたし、私たちもお仲間に入れていただきたいと思いました。

一方で先ほど、そもそも日本国民が休みがとれていないことの話まで出ていましたけれども、確かに病院では家族の方がお休みがなかなかとれなくて、医師が時間を合わせている現実もみえています。やはりそのようなことも含めて考えていかないとならないと思いますが、医師がこれだけ大変だから協力してほしいというだけでは、命に不安を感じている人が理解するのは難しいので、その部分のサポートについて考えていくことも必要です。そのようなことも同時にこういう場で提言していかないと、国民に理解していただくのはなかなか難しいのではないかと思います。私は院内で患者サポート体制の担当者として勤務していますので必要性を感じているのですが、緊急時の対応などノンテクニカル的な部分についてのサポートも、ぜひ議論の中に入れていただいて、私たちが相談対応で行っている患者と医師をつなぐ取り組みも、さまざまな負担軽減につながっていくと思いますので、ぜひそういった意見も入れていただきたいと思います。

長くなってしまっただけで済みません。よろしく願いいたします。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、済みません。最後ですけれども、今村構成員が先ほどお手が挙がっていて、その後、渋谷副座長ということでお願いいたします。

○今村構成員 済みません。きょうはさんざんしゃべっているのですけれども、2点だけ

お願いを申し上げたいと思います。

国民の啓発ということに対しては、ここにお集まりの委員は全てがそうだと思うので、私、きょうの資料の中に消防庁の救急受診ガイドというのを見て、2014年と。結構、中身は工夫されているのですが、正直申し上げて、見たのは初めてです。つまり、どれだけよいものをつくっても、国民の手にそれがきちんと広く行き渡らない問題があるので、ぜひ、これは各団体がいろんな取り組みをするにしても、先ほどからずっと同じことになると思うのですが、厚生労働省が主体的に、やはり現場に共通のものとして知らしめるような手段を考えていただきたい。

もう一点、会議のことが余り触れられていなかったのですが、病院の中で今、診療報酬に位置づけられているいろんな会議が非常に多い。都道府県でも会議の多さを問題視して、地域医療対策協議会に集約するという動きが出ている中で、ぜひ保険局にはもう少し会議を整理していただきたいということを申し上げたいと思います。

以上です。

○渋谷副座長 私も短く、最後の患者の意識云々なのですが、読んでいるとかなり付け焼き刃的な施策しかなくて、もう少し、やはり先ほどおっしゃった、必要な人にはフリーアクセスは大事なのですが、そうではない方には、要はアクセスをどう制限するかという、もう少し踏み込んだ視点もいただかないと、ちょっと難しいかもしれないのですが、ある意味では周知とか意識改革といっても、幾らメディアキャンペーンしても余り変わらない状況になりますので、先ほど工藤先生がおっしゃったように、非常に実効性のあるものためには、やはりかなりアクセスという面での有効な施策を少し検討いただければありがたいと思っております。

○岩村座長 ありがとうございます。

もう時間も遅くなっておりますので、きょうの議論はここまでということにさせていただきます。

最後になりますけれども、次回の日程等について、事務局からお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 次回の検討会の日程につきましては、調整の上、改めて御連絡をさせていただきます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、本日の検討会はここまでとさせていただきます。皆様方、夜遅くまで大変ありがとうございました。