

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第9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。

荒木構成員、岡留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。それから、豊田構成員が所用により、おくれたの御出席との御連絡をいただいております。

岡留構成員の代理といたしまして、一般社団法人日本病院会常任理事の中井修氏に参考人として御出席いただくことにつき、お諮りいたしたいと思っておりますが、皆様いかがでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○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。

それでは、中井参考人、よろしく願いいたします。

また、事務局に人事異動がございました。本来、構成員の皆様に御紹介申し上げるところですが、時間の都合上、お手元の新任者の一覧の配付をもってかえさせていただきます。よろしく願いいたします。

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。

資料1 医師の働き方改革に関する検討の今後の進め方(案)

資料2 ヒアリング資料

・三谷和歌子氏(田辺総合法律事務所 弁護士)

資料3-1、3-2 ヒアリング資料

・一般社団法人日本外科学会
森正樹理事長、馬場秀夫理事

資料3-3、3-4 ヒアリング資料

・公益社団法人日本麻酔科学会
稲田英一理事長、上村裕一副理事長

資料4 医師の勤務実態について(宿日直、自己研鑽を中心とした整理・分析)

資料5 諸外国の状況について(医療提供体制と医師の労働時間規制の特徴の整理)

参考資料1 「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈
についての研究」について

参考資料2 平成31年度予算概算要求における医師をはじめとした医療従事者の働き方
改革関連事項について

不足する資料、乱丁、落丁ございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、カメラ撮りはここ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 以降の議事運営につきましては、座長をお願い

いたします。よろしくお願いいたします。

○岩村座長 皆様、こんにちは。

事務局も新体制ということで、今、御紹介があったところでございますけれども、引き続き、どうぞよろしくお願い申し上げたいと思います。

では、早速、議事に入りたいと思います。お手元の議事次第をごらんいただきたいと思っています。

まず、議題1「今後の進め方」でございますが、これにつきまして、私のほうから最初に申し上げさせていただきたいと存じます。

前回は、事務局から「今後の議論の進め方（案）」ということで、9月の2回の開催におきましては、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するという方向性が示されまして、構成員の皆様方からも御了承を頂戴しているところでございます。この検討会自体は、年度末が検討の期限となっておりますので、その後の10月以降も含めました進め方につきまして、私と事務局とで相談させていただきまして、それをまとめて事務局で資料としてもらいました。これが、きょう、お手元でございます資料1ということになります。

この資料1について、その内容の趣旨というのを最初に御説明しておきたいと思います。

医師の働き方改革というものを進めてまいるためには、これまで御議論を皆様へ頂戴してきたとおり、医師の皆様方の時間外労働時間の上限をどうするのかという議論だけではありませんで、実際にどのように労働時間を短縮していくのかという観点が必要であろうと存じます。そのためには、まずこれからの医療のあり方を働き方の観点から大きく描いておく必要があるのではないかと考えた次第でございます。これが資料1の(1)ということになります。具体的な内容といたしましては、医療のかかり方の問題と、タスク・シフティングの推進とか勤務環境改善策が中心となる部分でございます。

また、こうした医療のあり方につきまして議論をしてみますと、医療の特性、とりわけ医師の皆様方の特殊性というものについても明らかになっていくものと思われまいます。それが、この資料1の真ん中の(2)というところになるかと存じます。

続く(3)、一番右側でございますけれども、こちらはそうした検討とあわせまして、時間外労働の上限時間数などの制度上の論点につきまして、どのような結論を得ていくのかということになるかと存じます。

本日でございますけれども、この資料1にあります、今、申し上げました(1)と(2)に関して、応召義務やタスク・シフティングに関するヒアリングを前半に行いたいと思います。続いて、(3)に関しまして、宿日直や自己研鑽の論点を中心としまして議論をさせていただきたい、後半はそのように進めたいと考えております。

次いで、次回でございますけれども、次回は、本日のヒアリングも踏まえまして、応召義務の議論を中心に行わせていただきたいと思いますと考えているところでございます。

そこまでの議論を踏まえて、10月以降、順次、先ほど申し上げました(1)から(3)

までの議論を深めてまいりたいと考えております。特に、先ほど申し上げましたように、年度末に取りまとめというスケジュールでありますので、それから逆算いたしますと、年末年始には「骨子（案）」には到達していきたいというのが座長としての思いというか、考えでございます。事務局におかれましては、議論の進捗を踏まえて、しっかりと資料等の準備をいただきたいとお願いしたいと思っておりますし、構成員の皆様方におかれましても、議事への御協力のほどをお願いしたいと存じます。

私から、この今後の進め方につきまして申し上げますのは以上でございますけれども、もし事務局のほうから補足がありましたら、お願いしたいと存じます。いかがでございますでしょうか。

では、お願いいたします。

○千正医療政策企画官 医療政策企画官の千正でございます。

今、座長からも御説明いただきました（１）の一番左側の医療のかかり方に関して、懇談会を設置予定ということでございます。この検討会でも、医師の働き方改革ということを進めるに当たって、医療機関サイドの努力はもちろんですけれども、患者さんの側、国民の多くの皆さんの御理解を得て、医療の使い方、かかり方についても整理して広めていくことが必要ではないかということをお指摘いただいております。そうした観点から、医療のかかり方について、それから国民の皆さんへこういった内容を広めるということについて、有識者の先生の御意見も聞きながら検討していきたいと考えております。

また、今、事務局のほうで立ち上げの準備をしているところでございますけれども、立ち上がった際には検討会のほうにも御報告させていただきますし、また、その懇談会における議論の内容というものもフィードバックさせていただきたいと考えてございます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

そのほか、構成員の皆様方のほうで、今後の議論の進め方につきまして御意見などありましたら、お出しただければと思いますけれども、いかがでございますでしょうか。

では、黒澤構成員。

○黒澤構成員 東北大学の黒澤でございます。

先般、論点と緊急的取組が出されておりますけれども、例えば経営管理の論点ですとか、今ある労働衛生体制をしっかりとやるということがその中にありますけれども、そういう観点での話もこの中に含まれていると理解してよろしいでしょうか。例えば、勤務環境改善の方向性についての議論ですとか宿日直ということに関しても、いろいろと経営ですとか、そういう観点が入ってくるだろうと思いますが、それも含まれているということで理解してよろしいでしょうか。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局、お願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 医療経営支援課の渡邊でございます。

今、黒澤先生から御指摘いただきましたとおり、労働安全衛生などの措置につきましても、この勤務環境改善策の中に含まれるものと考えておりました、そのような議論もできますように準備させていただきたいと思っております。

○岩村座長 黒澤構成員、よろしいでしょうか。

○黒澤構成員 経営のほうは。

○岩村座長 経営のほうはいかがかということですか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 失礼いたしました。経営の点は2種類あるかと思いますが、この勤務環境改善の中で御議論いただく部分と、あるいは経営影響といった部分ですと、箱としては2つ下のところで検証ということも記載してございますが、こういったところもあわせて、いずれにしても御議論いただくことになろうかと思っております。

○岩村座長 よろしゅうございましょうか。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。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、早速、議題2に入りたいと存じます。議事次第にもありますように、議題2はヒアリングということになっております。

まず最初に、応召義務に関するヒアリングということで、その参考人といたしまして、田辺総合法律事務所の三谷和歌子弁護士にお越しいただいております。

それから、さらなるタスク・シフティングに関するヒアリングの参考人といたしまして、一般社団法人日本外科学会から、森正樹理事長、馬場秀夫理事にお越しいただいております。同じく、タスク・シフティングに関するヒアリングの参考人といたしまして、公益社団法人日本麻酔科学会から、稲田英一理事長、上村裕一副理事長にお越しいただいております。参考人の皆様方におかれましては、お忙しい中、お時間をきょうのために割っていただきまして、まことにありがとうございます。

5名の方からそれぞれプレゼンテーションいただいた上で、一括して質疑を行いたいと存じます。

それでは、まず三谷弁護士からプレゼンテーションのほうをお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○三谷参考人 ただいま紹介いただきました弁護士の三谷と申します。よろしく願いいたします。着席して進めさせていただきます。

私のほうから、応召義務についてお話しをさせていただきます。応召義務につきましても、2年前に日本医師会雑誌のほうに掲載させていただきましたが、こちらの内容も踏まえてお話しをさせていただきます。

まず、応召義務とは、医師法19条に定められておりました、診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。このように規定されております。

こちらの法的効果、応召義務に違反した場合の効果ですけれども、まず、応召義務違反を直接的に処罰するような規定はございません。刑事罰はありません。ただ、行政処分の

可能性はある。「医師としての品位を損するような行為があったとき」に該当する可能性がある、このような行政解釈はございます。ただし、今まで事例はないと伺っております。

さらに、患者に対して不当な診療拒否をした場合については、患者に対する損害賠償責任を負う。下級審裁判例ではございますけれども、千葉地裁では、医師の応召義務は直接的には公法上の義務、国に対する義務ではあるが、患者の保護のために定められた規定であることに鑑み、医師が診療拒否によって患者に損害を与えた場合には、診療拒否に正当事由がある等の反証がない限り医師の民事責任が認められる。このような形で、患者に対する責任として規定されております。

こちらについては、その後もたくさんの裁判例が出ておまして、診療拒否に正当事由があるかという形で争われることが多いような形になっております。

では、文言解釈に参りますけれども、まず主体としては、医師ではなく、「診療に従事する医師」と規定されております。こちらの解釈ですけれども、自宅開業の医師、病院勤務の医師等公衆又は特定多数人に対して診療に従事することを明示している医師をいう。このような解釈がなされておりますけれども、こちらについての趣旨としては、基礎医学の研究医や病気休業中の医師など実際に診療をしていない医師は除くと、このように解されているところではあります。

ただ、休日や勤務時間外といったプライベートな時間はどうなのか。また、診療場所以外の場所、例えば通勤途中ですとか休日の旅行中の場合には、診療に従事する医師に当たるかどうかについては、まだ整理ができていないという形になっております。

次に、「診察治療の求めがあった場合」についてですけれども、初診の場合であれ、診察中あるいは、入院中に病状の急変した場合であれ、医師に対する診察治療の求めがあった場合はすべて含まれる。また、その方法も、医師にその意思が伝達されれば足りる。このように一般的には解されております。

一部には、診療継続中の患者については診療契約が既にあるから、契約上の問題であり、応召義務の問題ではないと、このような見解もございます。ただ、医師の責任という形から見ますと、いずれにしろ、医師は患者に対する責任を負うというところからすれば、この見解の相違については、働き方改革との関係では余り有意的な差はないのではないかと思っております。

次に、応召義務があることに対して、診療拒否ができるかというところですが、正当な事由がなければ、これを拒んではならないと記載しておりますので、原則、診療拒否はできませんが、例外的に「正当な事由」というものがあれば診療拒否できる。このように条文上も書いております。

では、どんな場合に正当な事由が認められるかが問題になってきます。こちらについては、行政解釈が何個か示されております。

まず、昭和24年に出されたものとしては、病院診療所の診療に関する件といたしまして、

最近東京都内の某病院において、緊急収容治療を要する患者の取扱に当たり、そこに勤務する一医師が空床がないことを理由として、これが収容を拒んだために、治療が手遅れとなり、遂に本人を死亡するに至らしめたとして問題にされた例がある。

このように導入されまして、この後、二のところです。診療に従事する医師又は歯科医師は医師法第19条及び歯科医師法第19条に規定してあるように、正当な事由がなければ患者からの診療の求めを拒んではならない。而して何が正当な事由であるかは、それぞれの具体的な場合において社会通念上健全と認められる道徳的な判断によるべき。

このような規範を立てまして、具体的な例が5つ挙がっております。医業報酬が不払いの場合。診療時間が制限されている場合。特定人や特定の場所に勤務する人々のみの診療に従事する医師の場合。天候の不良等の場合。標榜する診療科名以外の診療科に属する疾病の場合。こういった場合に診療拒否をするのが、正当な事由があるか、ないかということについて、昭和24年の通知ではお話しをされています。

では、もう一つ紹介します。昭和30年の通知、所謂医師の応召義務についてというものがあって、長野県から、ある事件が発生しました。この事件に関して応召義務違反があるかどうかの照会です。どういう事件かといいますと、下から4行目のところ、医師不応召事件の概要とありますが、①午後10時半ごろに状態が悪化して意識不明に陥りました。これを受けて、家族が複数の医師に往診依頼をしましたが拒否しました。最終的に、その患者は11時半ごろ心臓麻痺でお亡くなりになった。こういった事案について、この往診を断った医師の不応召理由というものは、医師法19条に定める正当な事由に当たりますかといった照会がなされたことに対して、回答されました。

1 医師法第19条にいう「正当な事由」のある場合とは、医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られる。このような一般的な規範を立てております。ただ、実際にこの往診を断った医師たちが応召義務違反かどうかというのは、これは具体的な状況を見なければ判定困難であるといった回答になっております。

もう一つ通知を紹介しますと、昭和49年のもの。こちらは福岡市長からの照会ですけれども、夜間休日の診療体制が整備発足した場合には、当番医でないような医療機関は、診療時間外である夜間や休日に当番のところに行ってくれ、夜間休日診療所に行ってくれと言って診療しないこと。こちらについて正当な理由による診察治療の拒否ということであるのかといった照会に対して、回答になります。

スライド12枚目ですが、休日夜間診療所、休日夜間当番医制などの方法により地域における急患診療が確保され、かつ、地域住民に十分周知徹底されている状況が整備されれば、そちらに行ってくれと言うことに対しては、医師法19条1項の規定に反しない。

ただし、症状が重篤である等直ちに必要な応急の措置を施さねば生命、身体に重大な影響が及ぶといった緊急自体については、医師は診療に応ずる義務があると回答しているわけです。

こういったところで、先ほど見た3つの通知のうちの24年と30年では、一般的な規範の

文言上、異なります。24年のほうでは、社会通念上健全と認められる道徳的な判断によるべきとありますけれども、30年通達のほうは、医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られる。30年通達のほうは、かなり限定的に書かれている。

これが矛盾しているのか、整合的に解釈できるのかというところですが、まず、24年通達は、発出者が医務局長であるのに対し、30年の場合は、医務局医務課長であるということ。そして、24年通達の成り立ちを見ますと、ある、こういった事件が起きましたという個別事案を導入にしつつ、結局、一般論を述べているという通知の体裁になっている。これに対して、30年通達の場合については、個別の医師の往診拒否が正当な事由があるかないかという個別事案の回答のための規範を定立したものです。

そういったことで整理できると思ひまして、通達の整理としては、3つの通達はどのように整理できるのではないかと。

まず、昭和24年のものについては、正当な事由の判断は「それぞれの具体的な場合において社会通念上健全と認められる道徳的な判断によるべき」といった「正当な事由」一般論を述べた上で、30年通達というのは、あくまでも救急医療事案について、事実上診療が不可能な場合に限られると述べているにすぎない。こういった24年、30年のそれぞれの通知を受けて、49年では、夜間急患診療体制が確保された場合については、一般的にそちらに行ってくださいと言って診療しないことは問題はないけれども、直ちに応急の措置が必要な場合には対応してくださいといった、3つの通達が整理できるものと考えられます。

今まで行政解釈のお話しをさせていただきましたが、司法解釈、裁判所はどう言っているかというところですが、まず救急事案について、主なものは3つございます。左側の名古屋地判、真ん中の千葉地判、神戸地判とあるのですが、左側の名古屋地判に関しては、入院診療を拒否しましたが、そのとき何が起こっていたかということ、交通事故の重傷者で出血が激しい患者に対応していた場合には、対応できないと言って入院拒否した。こちらはやむを得ないと思ひますが、右側の2つにつきましては、そういった事情まではないだろう。

そういったところは認定されず、特に真ん中の千葉地裁の事案については、「正当な事由」とは、原則として医師の不在または病気等により事実上診療が不可能である場合と言って、昭和30年の通知を前提としたような文言で、こちらについては医療機関の責任を認められております。

以上から、救急事案については、極めて厳格な判断を裁判所はしていることがおわかりになるかと思ひます。

これに対して、患者トラブル事案という、患者とのトラブルがあつて診療拒否に至ったもの、近年、新しいものについて幾つかピックアップさせていただきましたけれども、この20年以前のものもたくさんありますけれども、私が調べる限り、医療機関や医師側が敗訴した事案というものは見当たらないということがわかりました。

だからといって、医療機関の診療拒否が安易に認められるわけではない。割と医療機関

の側というのは、今までかなり我慢に我慢を重ねて、最終的に診療拒否に至っているという実態があって裁判になっているというところもございしますので、そう簡単に診療拒否が認められるというわけではございません。ただ、先ほどの救急事案の判断のような厳格な判断ではなく、実態に沿った判断、こういったことがわかりました。

以上をまとめますと、「正当な事由」の解釈、診療拒否ができる事案の解釈としては、通常では、一般的には社会通念による判断といったもので判断することができる。ただし、救急医療の場合については、事実上不可能に限定されるといったことで整理できるのではないかと。現在、通常医療においても、救急医療においても、応召義務の存在から患者のリクエストには最大限応じようという医師・医療機関が多い中で、それが医師の過重労働の一因となっているといった実態がございしますところから見ると、通常医療における応召義務の判断について整理させていただくことで、医師を過重労働から解放するという機能が果たせるのではないかと、このように考えているところです。

ただし、救急医療については、厳格な判断をすることになるかと思えます。

では、こちらについて、諸外国の状況を拝見しますと、内閣官房健康・医療戦略室のワーキンググループがまとめた資料ですけれども、こちらについては、いわゆる一般的な医療に対する義務という応召義務のようなものはないですけれども、緊急時の対応については、医療機関や地方公共団体について責任を認めているといったことがおわかりになるかと思えます。

では、救急医療の場合についてはどう考えるのかというところがあります。こちらについては、時間外労働上限規制との衝突というものが起こってくるのではないかと。どういうことかと言いますと、病院に救急患者が搬送されたときに、そこに残っている医師は、既にその月またはその期間の時間外労働上限規制に達してしまっていたといったときに、この医師は、この救急患者の診療ができるのかといった問題が生じることになります。

先ほどまで、正当な事由と言って、応召義務の例外についてお話させていただきましたが、当然、時間外労働の例外規定というものがございします。それが労基法33条になるわけですけれども、災害その他避けることのできない事由といったときには、時間外労働規制の上限というものを超えて働かせることができる。このような規定があるわけですけれども、この災害その他避けることのできない事由とは何かというところについては、こちらの通達があります。

第1項は災害、緊急、不可抗力その他客観的に避けることのできない場合の規定であるということで、本件で問題になるのは、(2)の急病、ボイラーの爆発その他人命又は公益を保護するための必要は認めること。ここにあれしますと、救急事案の場合については、時間外労働規制が及ばない、解除されるのではないかと考えられるところもないわけではないですけれども、その前の(一)の真ん中の文章を見ますと、「厳格に運用すべきもの」というところで、恒常的に救急患者が多いといったときには、この規定が適用できない可能性がある。例外規定というのは、かなり限定的な適用になるということが従来の解釈で

言われておりました。

そういたしますと、救急患者と時間外労働上限規制や応召義務との関係で、まず時間外労働上限規制との関係で申しますと、救急患者の対応というものは、これは病院の業務として実施されますので、勤務医にとっては労働として実施されます。病院というものは、勤務医に対して、時間外労働規制の上限を超える労働をさせてはならないわけで、さらに「災害等」の先ほど見た例外規定というものの適用は限定的だとすると、原則として、時間外労働の上限に達した医師というものは、これ以上、救急患者が搬送されてきても診察はできないという結論に帰結することになります。

一方、応召義務との関係で申し上げますと、先ほど申し上げましたように、労働時間が上限に達して、例外規定にも該当しない場合、救急患者の診療は病院から禁止されることになります。そうなりますと、上限を超過する「労働」というのは「法律上不可能」という解釈にならざるを得ないのではないかと。そうなりますと、「時間外労働の上限超過」というのは、応召義務を免除する「正当な事由」に該当することになるのではないかと。その結果として、救急患者に対する診療を拒絶してもよい。従来解釈を突き詰めますと、こういった結論になってくるということにならざるを得ないかと思えます。

こちらの結論でも、それでもやむを得ないと考えるのか、また、こちらについて、何らかの対応をすべきなのかということからすると、時間外労働上限規制というものと応召義務といったものの調整が必要ではないかと、本働き方改革検討会でこちらについて御議論いただければ幸いですと考えております。

私からのお話は以上になります。ありがとうございました。

○岩村座長 三谷参考人、大変ありがとうございました。

なお、応召義務のあり方につきましては、三谷弁護士も参加されていらっしゃいます研究班におきまして、別途、詳細な検討を進めていただいているところでございます。次回のこの検討会におきまして、研究班の中間的な整理を御報告いただいて、それに基づいて御議論を頂戴したいと考えているところでございます。これにつきまして事務局より補足があればお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○堀岡医師養成等企画室長 医事課医師養成室長の堀岡でございます。

皆様のお手元のワードの1枚紙で参考資料1をごらんいただくと幸いです。今、「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈についての研究」というものを、さまざまな専門家の先生も入っていただいて、本日、ヒアリングさせていただいた三谷先生も入った形で研究班をやっております、研究班発足の経緯の2つ目のポツのところのポイントでございますけれども、医師には応召義務が課されていて、地域の医療提供体制を確保しつつ、他方で応召義務により医師個人に過剰な労働を強いることがないような整理を改めて体系的に示すという研究班を発足させていただいて、今、研究しているところでございます。

今、座長のほうから御説明いただきましたとおり、今後の検討会において、その研究班

でできました整理をもとに、この検討会で議論を進めていただきたいと考えておりますので、今後とも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。

次に、日本外科学会の森理事長、馬場理事からプレゼンテーションをお願いしたいと思います。よろしければ、場所を移動していただいて、お願いいたします。

○森参考人 日本外科学会の理事長を拝命しております大阪大学の森と申します。

隣は、外科学会の外科医労働環境改善委員長を務めております、理事で熊本大学教授の馬場秀夫先生です。どうぞよろしく願いいたします。

私ども日本外科学会のほうは、若い先生方が外科医になりたがらないということを非常に深刻に捉えている状況がございます。日本外科学会に入会する若い先生方の数をずっと経時的に見てみますと、最も多いときは二千数百名の若い人が外科を希望して外科学会に入会していたのですが、最近は700名余りということで、ずっと右肩下がりになっております。これは、要因としてはいろいろあるかと思えますし、私ども外科学会としても、これに対する取組、対策をずっと練ってまいりましたけれども、なかなか効果が得られないという状況が続いております。

その中で、新臨床研修制度が始まりまして、最初の2年の間に若い人たちがいろいろな科を見て回る。その中で、外科というのは、自分が一生やっていく仕事としてはどうかなと思う若い世代がふえているということだろうと思えます。

その敬遠される原因として、1つには、労働時間が非常に長いとか、今の応召義務がございましたけれども、その問題も非常に大きい。ほかにも、例えば医療訴訟の問題というのを常に抱えているというか、その危険性が非常に高い診療分野であるという、いろいろな複合的な要因があるかと思えますけれども、その中で、本日は、先日、厚生労働省のほうに対しまして、「外科医の労働時間短縮のための制度創設の要望」というものを行ったところがございますけれども、その点も含めまして、委員長の馬場先生から説明させていただきたいと思えます。

どうぞよろしく願いいたします。

○馬場参考人 ただいま御紹介いただきました外科医労働環境改善委員会というものがございしますが、その委員長を拝命しております熊本大学の馬場と申します。

本日は、貴重な時間をいただきまして、「外科医の働き方改革に関する課題と必要な取組」、資料3-1に基づいて着座にて説明させていただきます。

外科医を取り巻く環境の現状と課題でございますが、御承知のように、現在、日本における医師数は約32万人。ここには、1982年からの経年的な医師数の増加を示しておりますが、右肩上がりです。そして、現在、人口10万人当たり250名ぐらいの医師がいるということになっております。

その内訳を見てみますと、診療科別の医師数の年次推移、これは平成6年を基点としまして、最近までのどのような診療科に多くの医師が入っているのかということを見ており

ます。ここには、麻酔科、放射線科、精神科といったところでは、平成6年に比べてふえているという現状。そして、外科あるいは産婦人科といった外科系の診療科におきましては、その医師がふえることがなかなかない。最近、産婦人科はふえてくるようになっておりますが、外科は医師数がふえるというのがなかなか困難な状況にあるということが、この資料からもおわかりいただけるかと思えます。

その次でございますが、外科医の年齢構成も非常に大きな問題でございまして、20代、30代、40代、50代、60代と年齢構成別に見ますと、20代、30代という方が少なく、外科医そのものの高齢化が進んでおります。50代、60代の外科医がふえる一方で、若い外科医が入ってこないということを示したスライドでございまして。

そして、先ほど森理事長から御紹介がありましたように、外科医を目指す後期研修を選択した医師数がどのように推移しているかということを示したスライドでございまして、2000名を超えるような方が日本外科学会に新規会員として入ってこられた時代がございましたが、現在は六、七百名。ことしの4月から新専門医制度が始まりましたが、ことしのデータでは805名ということで、若干、改善の兆しはございますが、いずれにしても、まだまだ少ないというところでございます。

この要因を少し分析したいと思います。この資料は、外科医の労働時間について調べた、平成24年度の日本外科学会の労働環境に関するアンケート調査に基づいたデータでございまして、20代、30代、40代、50代、60代、70代と、外科医の年齢構成に応じて、どれぐらいの1週間当たりの労働時間になっているかということを示したものが、このスライドでございまして。ごらんになってわかりますように、20代、30代の外科医の約4割が年間3000時間を超える水準の時間外労働をしている。これが実情でございまして、非常に大きな問題でございまして。

外科医の中で消化器外科医というのが最も数的には多いわけですが、消化器外科医に絞って、その勤務時間を出しますと、20代、30代では、この円グラフにありますように、若手の外科医の6割程度が週70時間以上勤務しているというのが実情でございまして。

最近、外科医療も随分と進歩してまいりました。腹腔鏡手術、胸腔鏡手術、あるいはこの4月から12の術式に関しましてロボット手術が保険診療で認められる時代になりました。このような手術のメリットとしましては、傷が小さく、術後の回復が早い等々、非常に精緻な手術ができる一方、デメリットとして、手術時間が長いですとかトレーニングに時間を要する。維持費が高額である等々がございまして。

ここでは、NCDのデータを用いまして胃がん手術の時間を示しておりますが、開腹手術の209分に対しまして、腹腔鏡手術は平均287分、約1時間超、時間が長くなるというのが、こういう腹腔鏡手術の特徴でございまして、今後、多くのロボット手術、腹腔鏡手術がふえてまいりますと、手術の延べ時間が延長する可能性が出てこようかと思えます。

さらには、左側に外来、右側に入院患者さんの年齢別構成を示しております。外来であれ、入院であれ、非常に高齢者が多い。高齢者が多いということは、手術を受ける患者さ

んに何らかの併存疾患がありまして、周術期管理が非常に大変、あるいは時間がかかるといふ背景がございます。

また、ここでは、高齢化に伴う周術期の負担増加②と書いてありますが、グラフの上段は糖尿病が強く疑われる患者の割合、下段は低栄養の患者さんの年齢別頻度を示しております。男性・女性とも、糖尿病が疑われる患者さんの割合、あるいは低栄養の状態の患者さんは、高齢者ほどふえる。そうしますと、これらの併存疾患を持つ患者さんの手術は術後の合併症の確率が高くなりまして、入院期間が長期化しやすい。より厳密な周術期管理が必要となりまして、緊急処置あるいは手術などの緊急対応が増加する可能性がございます。こういう患者さんの状態からの、さらなる長時間労働が懸念されるということがございます。

外科医の志望者が減っているという理由に関しましては、日本外科学会のアンケート調査から拾ってみますと、そこに示しますように、労働時間が長い72%、時間外勤務が多い72%、医療事故のリスクが高い68%といった要因がありまして、外科医を志望する方が減っているという実情になっているかと思っております。

また、外科医の時間外労働がふえる要因としましては、相対的に外科医が減少してきているということ。手術の低侵襲化に伴う手術時間の延長。患者の高齢化による周術期リスクの上昇。書類、会議、時間外の説明と同意等によって時間外労働がふえるということ。化学療法や術前検査等に関しても外科医が担っているという事情がありまして、これらのことから、トータルとしまして外科医の労働時間がふえていると考えられます。

外科領域における医療訴訟、医療事故のリスクというものがございますが、この原因として、過重労働というものが81%を占めていると考えられまして、こういう労働環境を改善することが喫緊の課題であるということが、これからも読みとれるかと思えます。

そこで、外科医の働き方改革に必要な対策ということで、私ども、少しまとめさせていただきました。

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組として、第7回「医師の働き方改革に関する検討会」までの議論を踏まえまして、緊急的な取組が取りまとめられております。その6項目をここに示しております。医師の労働時間管理の適正化に向けた取組。36協定の自己点検。既存の産業保健の仕組みの活用。タスク・シフティングの推進。女性医師等に対する支援。医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組。この中でも、4番目のタスク・シフティングの推進というものが最も大事ではないかと考えております。

その次のスライドには、平成24年度日本外科学会の労働環境に関するアンケート調査の結果を示しておりますが、外科医の労働時間短縮のために必要な対策としては、四角で囲っておりますタスクシフト、チーム医療の充実等々が挙げられております。特に、一番下に示しておりますが、医療制度を変え、PA、NP、特定看護師といった医師と看護師の中間職種を創設するなどの抜本的なタスクシフトを行わないと、外科医の労働時間短縮には十分な効果があらわれないのではないかと考える次第でございます。

そこで、最も重要な対策としては、タスクシフトの導入ということでありまして、外科医は若い間に一定の手術症例を経験しないと一人前にならない。そして、この技術を維持するためにも一定の手術症例を継続して経験していく必要がございます。

労働時間の上限規制によって手術症例が削減されてしまいますと、外科医の質に深刻な影響を及ぼす。ちなみに、我が国の外科の成績は世界で最も良好な成績を示しております、そういう外科の医療の質を担保するためにも、ある程度の時間は確保しないとイケないということになります。

労働時間を短縮するためには、したがって、手術以外の業務（手術後の病棟管理業務などについて、抜本的なタスク・シフティングが必要でございますが、個別の行為を対象とする特定行為研修制度だけでは、これを達成することは難しいと考えております。したがって、十分な医学的臨床能力を有していることが担保され、手術後の病棟管理業務等を担うことができる医療職種が速やかに充実していくことが重要ではないかと考えております。

したがって、タスクシフトの導入のためには、幾つかまとめておりますが、タスクシフトの可能な業務の抽出と具体的な業務移管方法の確立。業務分担を行う医師以外の医療従事者への教育システムの確立。タスクシフトを行う上で、医療安全や医療の質の低下を招かないようにするための仕組みの検討等々が必要であろうかと思っております。

上記の項目について、全国の医療機関で運用可能とするために、行政的な指導、誘導が必要ではないかと考えられます。

以上のことをまとめますと、現状のデータからしますと、20代、30代の外科医の4割が年3000時間を超える時間外労働を行っている。外科医療の質と医療供給体制の両方を維持しつつ、外科医の時間外労働を短縮するためには、これまでにない業務内容の見直し、抜本的なタスクシフトの導入、手術の集約化等の必要な取組を進めていく必要があるかと思っております。

一方で、労働時間短縮の取組の推進が、外科医の知識や技術の取得の妨げになるようなことがないよう、自己研鑽のあり方についても議論を深めていく必要があるかと思っております。手術を初めとした自己研鑽の時間を制限するような規制に関しましては、外科医の誰も望んでおらず、外科医の保護につながらないと考えます。

その他の対策として、幾つかまとめておりますが、時間の関係で、プレゼンテーションに関しましてはここまでにさせていただきます、資料をごらんになっていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○岩村座長 森理事長、そして馬場理事、どうもありがとうございました。

次に、日本麻酔科学会の稲田理事長、そして上村副理事長からプレゼンテーションをお願いしたいと存じます。よろしくお申し上げます。

○稲田参考人 皆さん、こんにちは。ただいま御紹介にあずかりました日本麻酔科学会理事長の稲田でございます。本日は、副理事長の上村とともにプレゼンテーションをさせて

いただきます。

お手元資料 3-3 をお開きいただきたいと思います。私たちは、麻酔科医の負担軽減による診療の安全性、また効率化の推進のためのシステムにつきまして、本学会で導入しております周術期管理チームの御紹介も含めながら、効果などについて、お話しをさせていただきます。

1 ページ開いていただきますと、日本麻酔科学会の男女別会員数について、お示ししたものですけれども、全体として数がふえております。先ほど外科学会の先生方からのプレゼンテーションがありました。このうち女性の医師がかなり増加しているという現状も見てとれるかと思えます。現在、全体のうち女性が40%、20代、30代になりますと過半数が女性といった状況になっております。

次のスライドをごらんいただきたいと思います。このように麻酔科医の数は増加しているということですが、実際にはその需要の増加のほうが大きいという現状がございます。

1 つは、手術件数が増加しているということもございまして、先ほどの外科学会からのプレゼンテーションにありましたように、患者さんの高齢化とか重症化といった問題があって、かなり負担が増加しているということがございます。また、麻酔科の活動領域といいますと、手術の麻酔だけではなくて、ペインクリニックであったり、あるいは集中治療であったり、あるいは緩和ケアだったり、救急医療と、非常に広い範囲で活動しているということで、領域から考えてもまだまだ麻酔科医の数は少ないといった状況でございます。

また、こういった麻酔の安全性が求められる中、今まで麻酔をしていたほかの先生方が麻酔をしなくなったというところも、1 つ負担が増加しているということもございます。

それから、女性医師が増加しているということで、産休・育休をしっかりと確保して、そこに復帰していただくために、数としてはいますけれども、現場には特に若い方たちが少し少なくなっているという現状もございます。

また、こうした高齢化社会の中で、介助のためにしばらく勤務できないという医師もふえているということで、相対的な麻酔科医不足はまだまだ続いているという状況でございます。

そこで、私たちが考えましたのは、こういった麻酔科医の負担を軽減したり、また安全性を向上するにはどうしたらいいかということで、2007年度に周術期管理チームを提唱して、そこで手術あるいは周術期管理の経験のある看護師さんたちに講義、また教育して、最終的に認定試験を行うということで看護師さんたちを認定してまいりました。また、そのほかに薬剤師の方、さらに最近は臨床工学技士の方も認定しているといった状況でございます。

この下にございますように、看護師さんに関しましては、現在1672名が既に認定されているといった状況でございます。

こういった多職種の方が協働・役割分担することの効果にはどんなことがあるかといいますと、1 つは、タスクシフトによって麻酔科医の負担が軽減する。その分、ほかの医療

に力を注ぐことができるわけですが、患者さんの側にとってみますと、こういった周術期医療が効率化するということは、それだけたくさん手術ができる。それだけたくさん患者さんが手術を受けられるということがございます。

また、医療の質や安全性が向上する。また、術後合併症が減少する。それから、早期離床・早期退院といったことによって、いわゆる病院の回転率がよくなれば、よりたくさん患者さんに対して手術・医療を提供できるということになるわけです。そういったことによって得られる医療経済的なメリットもあると考えられます。

そこで、これから少し具体的にお話しをしていきたいと思えます。

次の6ページ目を開いていただくと、非常にビジーなスライドになっております。わざとビジーにしてあります。と言いますのは、私たちがビジーだからです。特に、ここで見ていただきたいのは、術前、麻酔科医といいますと、ちょっと薬を入れて、術中、いるだけじゃないかということを考えられていらっしゃると思いますが、まず我々は患者さんをきちんと術前に診察して、そしてリスクを評価して、インフォームドコンセントを得て、必要なオーダーを出してといった業務をするわけです。

そして、手術のときの麻酔計画を立てるということで、真ん中のグリーンのところになります。術中管理。ここにはごく一部を書いたぐらいですが、非常にたくさん仕事をしているわけです。

そして、今度は手術が終わった後、例えば集中治療ですと全身管理をするということになりますし、多くの患者さんの場合には鎮痛管理をする。手術が終わったけれども、痛くないようにしてあげるといったことも大変重要なことになるわけです。

また、術後合併症に関しても評価して、私たちが行っている医療、ここを改善すればいいということをして、そして1人の患者さんに対する術前、術中、術後管理というものが終わるわけです。これは、一般的には麻酔は1日1例ではないということで、一番右に次症例と書いてありますが、また最初に戻って術前から始まる。あるいは、術前を見ていけば、術中管理から始まるということになるわけです。

そこで、現在、麻酔科医がやっている一番上のカラムの術中管理は、どういったところがほかの職種の方にやっていただけるかということで考えてみますと、看護師さんにやっていただけるものとしては、術前からの情報収集や問診、あるいは定型的なリスクの説明をしていただく。個別のことに関しては麻酔科医がやるにしても、定型的なリスクを説明していただく。

そして、術中に関しては、ここにたくさん書いてありますけれども、いろいろな薬物の準備や麻酔器の準備。それから、劇薬・毒薬を使いますから、薬物のダブルチェックをともにする。それから、バイタルサインも怠りなくする。それから、点滴とか動脈カテ、いろいろなカテーテルを入れるのを手伝う。検査をする。こういったことをしていただくことができることになるわけです。

それから、術後にしましても、看護師さんたちが病棟をラウンドしていただいて、この

人の痛みはまだまだコントロールできていませんという報告をいただければ、麻酔科医はそこでさらに薬をふやすといった対応ができることになるわけです。そうしますと、右下のカラムを見ていただきますと、時間短縮ということで、術前、術中、そして術後に関しても麻酔科医のタスクが減少するというほかにも、安全性という点でも向上して全体の時間も短縮するという効果が見られるわけです。

では、実際どうなのかということ、東邦大学医学部附属大森病院と群馬大学の事例を紹介いたしたいと思います。

次のスライドを見ていただきますと、この東邦大学では、2011年から中央手術部の一部署として周術期センターというものを置いております。その後の年ごとの変化を見ていただきますと、患者さんは、先ほどの外科のプレゼンテーションにありましたように、高齢化している。あるいは、重症化している。一番右のスライドを見ていただくと、重症患者がふえているといった状況にありながら、全体の手術件数は増加している。しかも、真ん中のスライドを見ていただきますと、平均的な在院日数や術後入院日数は短縮しているということで、こういった周術期管理チームを入れるということの効果がかいま見られるわけです。

次のスライドを見ていただきますと、こういった多職種の方々に働いていただくことで、どれぐらい時間の短縮が図れるのかといったデータを提示してございます。

一番上の看護師さんのカラムを見ていただきますと、術前外来を手伝っていただくということで約18分。術後のラウンドをしていただいたり、情報収集するというので24分。これを足しただけで42分ということになります。術中の管理。例えば、我々は麻薬を使おうと思えば、金庫のところに行って金庫をあけて、そしてその薬を出してダブルチェックをして、終われば、それをまたダブルチェックして返す。こういったいろいろな時間の短縮も含めると、1時間程度の短縮が見込まれるということになるわけです。もちろん、ほかにここにいます薬剤師あるいは臨床工学技士の方が関与すれば、さらに効率化は進むと考えます。

次のスライドをお願いいたします。これは、群馬大学における現状のフローということで、先ほどお示ししたビジーなスライドと申し上げましたが、そのうちのかんりの部分を看護師さんたちに現在やっただけしているということになります。ただ、多くの施設で、まだ術前と術後の管理が主で、術中管理はそれほど進んでいないというのが現状になっています。

次のスライドを見ていただきます。今後の展開として、こういったことが考えられるかといいますと、術前も先ほどの簡単な問診・情報収集というほかにも、私たちにとって気管挿管できるかどうかといった気道管理は非常に重要なことですが、そういったことをきちんとしてもらおう。あるいは、入院したときから退院について調整してもらおうといった業務もできるわけです。

また、術中に関しましても、ルートの確保のほかに薬物投与の調整、あるいは人工呼吸

器の調整。それから、麻酔量チェックの調整などを含めて、いろいろなことをしてもらうことも考えられます。

また、術後に関しましては、術後のアセスメント、術後鎮痛のためのいろいろな機械的なポンプの管理といったものをしていただくということです。

何よりも重要なことは、チームとして働ける。術前から術後に至るまできちんとした情報の流れができるといったことが、安全性という点でも大きく貢献するだろうと考えられるわけです。

次のスライドを見ていただきますと、こういったものはお題目だけではなくて、実際にやっていただくのはそれなりのトレーニングが必要になる手技もございます。そこに書いたものが、今後、かなりの時間をかけて教育していくということで、チームの一員として、さらに力を発揮していただけるものになると考えております。

次は最後のスライドになりますが、周術期管理チームといたしますと、今まで術前・術後が主だったのですが、今後、特定行為を含んだ行為を術中もしていただくということで、麻酔科医の業務量が軽減する。そして、それだけ麻酔科医の集中力も注意力も高まるということで、安全性も高まるし、効率性も高まる。また、病院としても早期退院が可能になるといった経済的なメリットもあるわけです。

ただ、こうした看護師さんたちの技量を発揮してもらうためには、病院としてちゃんと受け入れるシステムができるということも必要ですし、看護師さんたちの技量を高めるために、どれぐらいのトレーニングが必要か。内容もそうですし、期間もそうですし、そういったことについて、さらに検討が必要であろうということで、お手元にあります要望書ということで、本学会から、術前・術後だけじゃなくて、術中の管理も含める看護師さんたちの養成を今後進めていくシステムをぜひつくっていただきたいという思いでございます。それがいろいろな患者さんの安全性、効率性、患者さんの安心感にもつながるということで、ぜひと要望する次第でございます。

以上でプレゼンテーションを終わります。御清聴、どうもありがとうございました。
○岩村座長 稲田理事長、上村副理事長、プレゼンテーション、大変ありがとうございました。

それでは、この後、しばらく時間をとりまして、ただいまの三谷弁護士、それから日本外科学会、そして日本麻酔科学会のプレゼンテーションについて、御質問などありましたらお出しをいただきたいと思っております。

それでは、今、中井参考人のお手が挙がっておりますので、どうぞ。

○中井参考人 日本病院会から参りました中井でございます。

三谷先生にお尋ねしたいのですけれども、診療所、自宅でされる方よりも、クリニックを別の場所でされている先生も多くなっています、その場合に9時から5時の診療時間以外に連絡をとる方法がなくて、9時から5時の診療のときにおかけくださいみたいな対応があるとすると、これは応召義務違反になるのでしょうか。

○岩村座長 では、お答えいただける範囲で、三谷参考人、どうぞ。

○三谷参考人 まず、応召義務に関しましては、実はそういったことについて余り議論が進んでいない状況にあるというのが正直なところですよ。先ほど御紹介しました旧厚生省の通知でもおわかりになりますように、昭和24年、昭和30年という、基本的に開業医師が往診するといった時代のもとの応召義務という解釈が、現在まで引き継がれてしまっているというのが率直なところですよ。したがって、先ほど御質問にありました9時から5時にしかクリニックはいらっしゃらない。自宅の御連絡先はわからない。これが応召義務なのかどうなのか。

一般的に考えますと、当然、応召義務違反ではないと私は考えますし、現在は夜間休日診療体制が整っているところもありまして、先ほどの49年の通知からしますと、これは問題ないと考えますけれども、現在進められております研究班のほうで、このあたりについて整理していきたいと、このように考えている次第です。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 麻酔科学会、外科学会、それぞれの御発表について、若干御質問させていただきたいのですが、麻酔科学会の学会独自の周術期管理チームを認定されている、非常に素晴らしい取組だと思っております。今後、こういったチームのメンバーを教育していくとなると、制度の御要望ということなので、当然のことながら国がもし何かするとしたら、そういう研修システムというものを考えていかれると思うのですが、いかがでしょうか。

外科学会も麻酔科学会も、どちらも大学ということで教育機関なので、きょうのお話の中で教育の負担というのは余り触れられていなかったわけですが、学生の教育、臨床研修の医師の教育、麻酔科だと救命救急士の方の教育とか、他科から研修に回ってくる方たちの教育とか、さまざまに教育の時間というものをとられていると思うのですが、今後、こういったチーム医療にかかわる職種が非常に多い中で、麻酔科学会として教育についての御負担はないのかどうか。どの程度の時間をかければ、日本である程度麻酔科の先生方の御負担が減るような状態になるのかなという。今、例として2大学が挙がっておりますけれども、その辺の見込み等がもしあれば教えていただきたい。

それから、外科学会は、国に対する要望ということでされているわけですが、外科学会として、そういった周術期を初め、術後の管理を全体として行うような、何か教育を考えておられるのかどうか、その2点を教えていただければと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、麻酔科学会のほうでお願いいたします。

○稲田参考人 お答えいたします。

まず、現在の周術期管理チームの看護師さんと言いますのは、麻酔科の症例が200例以上あるところで、ある程度トレーニングされた方がいらっしゃる。そして、認定に関しては、

麻酔科学会、手術看護学会が行っている講義、半日のものを4回聞いていただく。その後、認定試験ということで、現在のところ、個々の施設に関する負担はそれほど大きくないという状況でございます。ただし、今後、特定行為など1つ2つ、あるいは複数やっていくという場合には、当然、施設での教育負担は増してくるということを考えております。

その辺、今後、手順書等でどういうふうに規定していくかということを考える必要がありますが、恐らくもとの基礎がある看護師さんであれば、2カ月あるいは3カ月程度あればかなりの教育はできるだろうと考えております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

引き続き、どうぞ。

○上村参考人 現在、教育体制に関しての検討をしているのですが、個々の病院でレクチャーすると、かなり必要な講義が多いと思いますので、できれば学会のほうでそういう教材をつくって、e-ラーニングとか、共通のところは学会のほうでサポートしていきたいと思っております。ただ、実際に実習とかはそれぞれの病院で行わないといけませんので、そちらに対する負担額等は今後検討していきたいと思っております。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、外科学会様、いかがでございますか。

○森参考人 御質問ありがとうございます。

外科学会としましては、いろいろな観点がございますけれども、まずは外科医師のほうの教育に関しましては、ちょうど専門医プログラムが始まったばかりで、これにのっかって一般的な基盤である外科領域、それからサブスペシャリティの6つの領域の、外科医師としてのトレーニングは、今、非常に精密に計画しているところであります。一方で、術後管理等に関するチームとしての取組ということに関しましては、それこそまさに今回、私どもが求めているところで、ここは医師だけではとても負担が大き過ぎる現状が続いております。

特に、若い先生方というのは、例えば朝から手術に入って、午前中3時間ぐらいの手術もあれば、6時間の手術もあり、9時間の手術もあり、さらには移植とかになりますと1日仕事になりますけれどもね。その一方で、彼らはその患者さんだけに集中できるわけでは決してなくて、当然、手術が終わりましたら、その手術の後の管理をしないとイケない。さらには、1人10名、15名ぐらい患者さんを持っていますので、その手術が終わって、手術の管理をした後で、ほかの十数名の患者さんを見て回る。そうすると、実際は夜中になって患者さんが寝てしまっていることも多々ございます。

ですので、私たちの一つの提案としては、今は主治医制、1人の患者さんに対して1人の主治医が当たっている状況ですけれども、これを何とかチーム制に移行して、1人の人が手術しているときでも、ほかの人、チームの中で誰かが補い合えるというものにできるだけ移行できないかということで、特に幾つかの施設ではその取組を始めているところで

あります。

○岩村座長 ありがとうございます。

城守構成員からお手が挙がっていますので、どうぞ。

○城守構成員 このタスクシフトに関しましては、基本的には誰が考えても、今のドクターの忙しい時間をかなり減らしていただけるという理解に至るわけですが、現在の他業種、看護師さんにしても、薬剤師さんにしても、臨床工学技士さんにしても、それぞれ恐らく目いっぱい業務をしておられると思います。ですので、その業務に、先ほどは教育上の御負担というお話が出ましたが、実質上の業務をシフトしていくということは、考えてみれば、今度はその方たちの働き方が相当厳しくなると思うのですが、特に麻酔科でチームを組んでやっておられるという点に関して、現実問題、どういうふうな感じになっておられるのかなというのをお聞きしたいのが1点と。

もう一点は、特に外科の場合は、術後の管理ということがメジャーなハードワークの要因であるというお話でしたが、データを見ますと、同様に書類作成等においても相当な時間が割かれている。一般的には、ドクターの業務量が非常に多くなった一番の理由は、書類作成等ということになっていると思うのですが、外科ではそのあたりはいかがなものか。

その2点、お願いします。

○岩村座長 では、お願いいたします。

○稲田参考人 御質問ありがとうございます。

まず、仕事量ということですが、現在、行っている仕事に対して上乘せをするというのではなくて、現在、周術期管理チームに入られた方は、周術期管理チームの仕事をするということです。また、こういったところにアプライされてくる方は非常にモチベーションが高い方で、現在の部署からこちらで働きたいという方がほとんどということで、恐らく個々の方に関しての業務上の増加ということはないと考えております。

○岩村座長 外科学会様、いかがでございましょうか。

○森参考人 術後の管理に関しまして御指摘いただきまして、ありがとうございます。

術後の管理に関しましては、いい外科医というのは、手術手技そのものが非常に上手というか、卓越した技術を持っているということと。もう一つは、術前管理、術後管理がしっかりできるということがあわさって、初めていい外科医ということが言えると思います。ですので、私どもとしましては、術後管理を決して全面的に誰かにお願いするということは全く望んでおりません。ですけれども、その中で本質とはちょっと違うところをいろいろやらないといけない業務が多々あります。例えば、尿道カテーテルを入れたり、点滴のルートを抜いたりというところを、ほかの特定の方にやっていただくということだけでも、かなり負担軽減できると考えております。

それから、書類作成も非常にいい点、御指摘いただいたのですけれども、これは比較的大きな病院では、クラークさんを雇って、クラークさんがある程度やっていただけたところも出てきておりますので、そういう病院では非常に助かっていると思います。た

だ、これがまだ全国的にどの程度普及しているかという話になりますと、特に中小の病院においては、なかなかそこまで行っていない。実際にドクター、外科医が手書きでずっとやっているところがありますので、この辺、ぜひ何らかの進歩が得られるように御配慮いただければ大変ありがたいと思います。

そのほかに、外科系としましては、毎日、手術した症例をリアルタイムに全国登録しています。これは、きょう手術した患者さんのデータをウェブベースでナショナル・クリニカル・データベース、NCDという組織に入れ込む。そうしますと、全国で、どの地方で、どういう手術が、どれだけの割合で行われているかというデータを一目瞭然で見られるような、非常にいいシステムです。ただ、NCDの入力は、最初は外科医が全部やっていたのです。これは、外科医が手術が終わって術後管理をしている中で、若い先生方が特に入力する。その入力の項目も非常に多いものですから、実際、かなり時間がかかっています。

それを、これもまた大きい病院では訓練されたクラークさんをおある程度雇って、代替できるようにしつつありますけれども、これもまだまだ不十分。特に、小さいと言ったら失礼ですけれども、そこまで手が行かないところは非常に大変な業務が続いていることがあります。ですので、この辺もできればそういう方たちがやっていただけるようになれば、非常に助かると思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 書類の記載に関しましては、今、お話になったとおりだと思うのですが、けれども、現実問題、カルテに記載するという事は医療の基本で、当然なわけですが、それ以外にも全て算定したりする要件はドクターが記載するという事になっていますので、保険の書類等もございまして、それが多大な負担になっている部分もあろうと思いますし、外科とか麻酔科とか、科独自の問題とは別に、基本的には書類管理というものに関して、何らかの国の手当が必要になってくるだろうと思います。

麻酔科に関しましては、その方自身には御負担になっていないというお話ですが、恐らくその方がもともとしておられた業務をどなたかがされていますので、組織全体としては負担増になっているということがありますので、そのタスクをシフトするということは、医者だけの面から見ますとメリットしか見えませんが、組織全体で見ると決してそうではないという観点をしっかり把握した上で、この問題に対応していただきたいなと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

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。

外科学会、麻酔科学会、現場の先生方の貴重な提言に関しては、本当に真摯に耳を傾けなければいけないと思っております。先ほど外科医の先生方も、若い人が来なくて大分困

っているとおっしゃいましたけれども、例えば以前、私が担当したビジョン検討会というところで、東京ベイの田端先生にプレゼンをお願いしたのですけれども、彼が強調したのは2つあって、1つは、一人前の外科医を育てるには、きちんと症例数を担保して、チーム医療をして、そして外科医を育てるためのコンピテンシーに基づくカリキュラムの提供が必要だと。

プラス、集中治療の先生と診療看護師が協働して、必要最小限のチームをつくるのが重要と、その2点を彼は強調して、一人前の若い心臓外科医がどんどん集まる病院になっていると思います。その中には、戎さんのような診療看護師さんとも連携しながらやっていると。そういう現実がある中で、この部分は進めていかないと、現場の先生方の疲労もありますし、前向きをお願いしたいなど。実際の教育においても、稲田先生のほうから数カ月ということで、比較的短期間で効果的なトレーニングができるとおっしゃっていますので、ぜひそうしたものを学会のほうから提言いただければありがたいと思っております。

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。

今、お三方、手が挙がってしまして、申しわけないですが、時間の関係で、今、手が挙がっている方でこの部分については終了させていただければと思います。

それでは、山本構成員、斐構成員、片岡構成員のお三方、今の順番でお願いできればと思います。山本構成員から、どうぞ。

○山本構成員 ありがとうございます。

今、城守構成員から、単なるタスク・シフティングでは済まないだろうということでございます。まさにそのとおりでありまして、以前に御紹介があったような診療看護師あるいはナース・プラクティショナーのような中間的職種をつくって、そこに預けるということが必須だと思います。

ただ、問題は、中間的職種をつくって、それを雇用するとなると新たな人件費が生まれてくるわけでございますので、従来の看護師配置とはまた別にそういう人たちを雇うということは、病院経営上、また負荷がふえるということで、これはぜひ中間的職種の、現状、保助看法の読みかえを各病院でできるということではありますが、それでは現場の中間的職種につく人たちの不安感がとれませんので、その辺は法的な裏づけがもしできるのであれば、そういう職種をつくっていただきたいということと、財政的な裏づけが必要ではないかなと思います。

あと、外科学会からお話ございましたが、日本の病院のもう一つの問題点は、各病院での医者数も症例数も少ないということで、ここはぜひ統合をしっかりと進めて集約化していかないと、今、外科学会から御要望が出ているようなことはなかなか解決つかない。この辺、外科学会の御意見をお伺いしたいなというのが1つでございます。

それから、麻酔科学会から周術期管理のチーム医療という御指摘がございましたが、これは当然ですが、一步踏み込むと、例えば聖路加では麻酔看護師というのを養成して、麻

酔科医とほぼ同じような業務を麻酔看護師が担っていると伺っておりますので、そこまで踏み込んだ提言をされないのかなというのを、ちょっとお伺いしたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、外科学会のほうからお願いできますでしょうか。

○森参考人 今、症例の集約化というお話、いただきましたけれども、これはまさしく私どもも考えているところでございます。症例数が、ハイ・ボリューム・センターと言われるところでは、在院期間が短かったり、手術後の成績が比較的いいというデータは、実際諸外国を含め、日本からも出ております。その一方で、日本のいい点は、中小の病院であっても、他国に比べると手術成績が非常にすぐれているというのは、先ほど申し上げたNCDのデータを客観的に比較するとよくわかります。

私ども、アメリカの学会で、日本の例えば大腸がんの手術成績がこんなにいいのだという話をした場合、外国からは常に、日本人は患者さんが痩せているから手術がしやすいのだという話をいつもされてきました。ところが、NCDのデータが出ることによって、例えば肥満の患者さんに的を絞って手術の成績を出すことができるようになりました。その結果、肥満、例えばBMI35というレベルで切った場合、それ以上の患者さんと比較しても日本のほうがいいというデータが出ております。ですので、日本の場合は、集約化は必要なのですけれども、現状でも十分なレベルの維持はできていると考えています。

ただ、今後、外科医がこれ以上少なくなっていくという状況が続く場合には、明らかに集約化は必須だと考えます。その場合、国民へのアクセスの点などの負担は避けられませんで、その辺、また国民的な議論が必要だと思っているところです。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、麻酔科学会様、お願いいたします。

○稲田参考人 何点かお答えします。

まず、システムを我々は提唱している。先ほど、手術看護師がふえれば、ほかのところの負担がふえるというお話があったのですが、私どもが出したデータでいきますと、今後、経済的なメリットもあるというところは、病院としてさらに多い人を雇える、経済的な財源になる可能性があると考えております。

次に、いろいろな定義があるのですが、例えば米国が持っているような麻酔看護師と日本の今の状況は非常に違うということがございます。もしアメリカの麻酔看護師であれば、集中治療の看護師をした後、2年間の教育を受けて初めて麻酔看護師となるということで、現在、我々が想定しているものとは違いますし、それからアメリカの麻酔看護師の場合には、術前に患者さんを見ることはしませんし、術後も患者さんは見ない。術中の管理だけをするといった役割を負っている。しかも、その中でも手技の制限があるという現状がございます。

また、今後10年間の間に医師数が増加していったときに、そういった看護師さんたちをもしつুক্তとしたら、うまく働ける環境は残っているのかということが非常に疑問ということで、我々としては、現在のような術前も術後も見、術中、助けてくださる看護師ということを一番念頭に置いて提案している次第でございます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、褒構成員、お願いいたします。

○褒構成員 参考人の先生方、非常にためになるお話、ありがとうございます。

私は、タスクシフトのところから御意見を伺いたいのですが、タスクシフトを考える上で3つの視点を無視してはいけないかなと思います。

1つは、タスクシフトする議論ではなくて、タスクシフトされる側の議論です。先ほど複数の構成員の先生方からお話ありましたけれども、タスクシフトされる側のモチベーションだったり、やりがいがたり、またその育成に対しての必要な資金だったり、そういったシフトされる側の体制を整えないと、言葉は悪いですが、医者の下請作業、または医師が忙しいからよろしくではなくて、シフトされる側が本当にチーム医療の医療職として、やりがい、そしてモチベーションを高く維持できるようなシフトの仕方、され方が私は理想かなと思います。それがまず1点目。

2点目が患者の視点です。チーム医療というのは浸透しておりますけれども、主治医に診てほしい、または医師に診てほしい、術後も執刀した先生に診てほしいといった患者さん側の要望があるかと思ひます。そういった要望に対して、シフトした、またはシフトされた職種の方々が診るといふことに対して、患者さんに対しての説明、または患者さんの理解をどう得ていくのか。これは、後ほど国民の理解を深める懇談会みたいな形で作られると思うのですが、そういった形を特に麻酔科学会のほうでは、どういう形で国民、患者さんの理解を進めているのか、をお教えいただきたい。

そして、3つ目が、先ほど山本構成員がおっしゃいましたように、シフトされる側の人間を育成していくには、育成資金、人材投資がかなり必要になってくる。そうなりますと、投資余力がある病院だけがそういう恩恵をこうむる議論で果たしていいのか。この医師の働き方というのは、全国あまたある病院の中でかなり深刻な問題を抱えている病院もたくさんあるかと思ひます。そういった病院にも何らかの解決策が行き渡るような議論の方向性が必要かと思ひます。一部の病院だけが可能ではなくて、多くの困っている病院が実現可能な形の何らかの財政的なお話も無視できないかなと思ひております。

病院経営現場からしますと、もうかなりぎりぎりのところでやっている病院が多いのです。そこに、さらに人を割いて、さらに教育もして、新たな人を雇うというのは、またかなり厳しい綱を渡れという話になるかと思ひます。そういったところの議論も含めて進めていけたらなと思ひます。

あくまでも御意見をいただきたいということでございます。

○岩村座長 それでは、簡潔に両学会様から一言ずつお願いできればと思います。

○森参考人 また、大変貴重な御指摘いただきまして、ありがとうございます。

1つは、される側の思いというのは、先生おっしゃるとおり、いかにモチベーションを保持するか。そして、チームの一員としての誇りをどう与えるか、極めて重要な問題であります。ですので、これには教育システム、ある程度のきちんとしたカリキュラムを経た上で、そういう資格が与えられるということがあってしかるべきですし、それに対する財源的な保障というのもないと、モチベーションの維持にはつながらないと考えます。

もう一つ、患者さんの視点は非常に重要ですが、実は、私ども外科医は、ほとんどの人が土曜、日曜も必ず病院に行っています。どうしてかということ、隣の患者さんのお医者さんは日曜日も来てくれたのに、私のところは来てくれないということを絶対言いますし、それ以前に、外科医としては毎日患者さんの状態を診るというのも体に染みついています。ですので、これをずっとこのまま続けていたら、医師の働き方改革、特に外科医の働き方改革はあり得ません。

ですので、国民に、今後はチームとしてやっていくのだ。そして、土曜、日曜は違う先生が診てくれるというのを特に行政がきちんと指導していただかないと、これは国の方針でこうなりましたというのが、私どもにとって一番説明しやすいことですので、そういう方向にぜひ持っていただければ大変ありがたいと思います。

それから、財源のことについては、私が論ずる点ではございませんので、ここまでにさせていただきますと思います。

ありがとうございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、麻酔科学会様、お願いします。

○稲田参考人 まず、国民の視点という点からいきますと、私どもは看護師さんだけが独立して、これを全てやるとは考えておりませんし、チームとして同等のものとしてやる。ここにありますように、看護師さんは術前あるいは術後のアセスメントとして定型的な説明をするということまでで、最終的な判断は麻酔科が行うということで、患者さん、国民の皆様には恐らく理解できるものであろうと思います。

また、やっていただくタスクにしましても、後で詳細を見ていただくとわかりますけれども、先ほど二、三カ月でトレーニングできる程度ということで、2年かけてようやくできるものではないということで、それほど負担は大きくないものと考えております。

以上です。

○馬場参考人 1点、追加させていただいてよろしいでしょうか。

○岩村座長 どうぞ。

○馬場参考人 外科学会からでございます。

患者さんの視点ということを御指摘いただきました。非常に大事な点かと思えます。現状、どうなっているかということ、森理事長からお話がありましたように、私たち、術前の

説明、あるいは患者さんの状態が悪くなったり、よくなったりしたことの説明は、患者さん家族の要望どおり、私たちは働いているので、何曜日の時間外、この時間にお願ひします、あるいは土曜・日曜にお願ひしますと言われて、そのとおりにやっているのが現状でございます。それをこのまま維持しますと、働き方改革にはならないということになりますので、ぜひチーム医療として対応する。

あるいは、国民に対してコンビニ受診や説明なども、医師の勤務時間内に行う方向性で国が指導しているということ、国民のほうに向けた情報として発信していただければありがたいと思っております。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 大変貴重な御発表、参考人の先生方、まことにありがとうございました。

私は、岡山大学の事例も含めて、意見と質問をさせていただきたいと思うのですけれども、岡山大学のほうでも周術期管理センター、2008年に立ち上げをしていて、非常に実績を上げていると思いますし、とても意義がある取組だと思っております。また、外科のほうも、これも分野によるのですけれども、恐らく病院の中でも1番と言っていいぐらいにチーム医療を推進しております。その理由としては、移植とかで急に呼ばれるという突発事項が多いので、ふだんから疲弊しているとそういう時に対応できないということで、必要に迫られてという面もあって、チーム医療が非常に進んでいる領域であります。

我々のところでは、麻酔科志望者、外科医志望者が多いという現状があります。チーム医療が促進していることが関連しているのかもしれませんが、今後益々必要になってくるのかなと思います。

一方で、先ほどもお話がありました「患者さんの求めもあるし、理解が必要」というのは、本当にそのとおりでと思います。復帰した女性医師から出た意見として、「一番つらかったのは、職場での理解が得られないということではなくて、患者さんが、「隣の先生は来てくれるのに、なぜ私の先生は夜は来てくれないのですか、日曜は来てくれないのですか」と言われた、ということがありました。国民の皆様の理解を求めていくということは非常に大事だと思えました。

質問ですが、麻酔科学会で進めておられる周術期管理チームと、外科学会とが学会を超えたようなコラボをして、お互いの負担軽減に繋げるという方向性は、今後、あるのかどうかということについて、お聞きしたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、まず麻酔科学会様のほうからお願いできますでしょうか。

○稲田参考人 麻酔科と外科は、今、非常に協働して話を進めております。我々、手術がなくて麻酔もありませんので、その点も今後も協力体制を築いていくということになります。

先ほどお話がありました岡山大学は、PERIOというシステムを昔からつくっておられて、そこでは先ほどお話しをされました看護師、麻酔科医のほかに、臨床工学技士とか薬剤師とか理学療法士さん、歯科の先生、管理栄養士といった方たちがみんなで患者さんを診て、周術期の診療クオリティーを上げるということになっております。我々も手術を理解しないことには周術期管理チームは成り立ちませんので、この辺はプログラム作成においても協力していきたいと考えております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、外科学会様、お願いいたします。

○馬場参考人 非常に貴重な御指摘ありがとうございます。

今、麻酔科学会からも御指摘ありましたように、外科学会としましても麻酔科学会とは一心同体で動いておりますので、周術期管理チームということを経験科学会で作られるときに、私どもも周術期管理に関してはオーバーラップするところですので、ぜひ一緒にプログラム等を検討していきたいと現在、考えておりますし、麻酔科学会とも話を進めているところでございます。

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、申しわけありませんけれども、議題2はここまでということにさせていただきますと存じます。

参考人の三谷様、森様、馬場様、稲田様、上村様におかれましては、お忙しい中、大変ありがとうございました。今後の議論に大変参考になる御報告をいただいたものと存じます。どうもありがとうございました。（拍手）

それで、この後の進め方なのですが、きょう、3時間コースということもあって、ここで1回休憩を入れさせていただき、5分ほど休ませていただいた後、議題3と4に進ませていただくということにいたしたいと思っております。

では、ちょっと休憩ということにさせていただきます。

（休 憩）

○岩村座長 それでは、後半を始めたいと存じます。

議題3と4ということでございまして、まず、事務局のほうで資料を御用意いただいておりますから、一括して御説明いただきたいと思っております。よろしくをお願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 それでは、資料4と5を一括して説明させていただきます。若干時間が押しておりますので、駆け足の説明になりますが、お許しいただければと思っております。

まず、資料4でございます。これまで10万人調査あるいはタイムスタディ調査でお示し

してきましたデータから、今回は医師の勤務実態をまとめています。その中から、特に勤務実態における特徴であります宿日直と自己研鑽につきまして広範に整理するという形で構成しています。

まず、3ページをごらんいただければと思いますが、医師の勤務実態は非常に多様だということが言われますけれども、これは1勤務単位で類型化してみた模式図でございます。今後、勤務環境改善策の御議論もいただきますが、その際、どのような措置をとるべきか、あるいはとることができるかという議論にもつなげていければと思っています。

左からごらんいただきますと、医師の場合でも定時で帰れる方もいらっしゃいますし、通常業務が長引くという形の残業ということもあるかと思っています。それから、(3)夜間当直が特徴的な部分かと思いますが、(4)夜間オンコール、これは院外待機であります。

(5)自己研鑽のために時間外に残っているというパターンもあるかと存じます。一番右の初期研修医につきましては、勤務実態という意味では左側の(5)までのところに含まれますけれども、研修医であるという視点を芽出しさせていただいております。

これは2日間にわたります勤務のパターンを図解したものでありますが、医師お一人お一人によりまして、例えば今日は(2)だったけれども、明日は(3)で、その次は(4)だという組み合わせが非常に多様にあるという実態をどう考えていくかということかと思っています。

4ページ以降ですけれども、改めて時間数の観点から、10万人調査による週40時間以上勤務のところを10時間刻みに区分いたしまして、その実態を整理してございます。医師の割合の分布ですけれども、青いグラフのとおりでありまして、その下に4段の表をつけてございます。10時間刻みの区分にあわせまして、法定労働時間である週40時間との比較で、どの程度超過しているのかということを経理的に計算して記載しております。

例えば、グラフが一番伸びているところは週50～60時間のところでありましてけれども、表の一番上を見ていただきますと、週40時間からの超過分というのは10～20時間。それを年間52週で機械的に52倍しまして年間換算いたしますと、4段目のところでありましてけれども、520～1040時間というというオーダーになるということでございます。

5ページ以降、引き続き、この10時間刻みの区分ごとに属性の内訳をお示ししてございます。医師の性別、年代別、診療科別等々、続いてまいります、さほど特徴的な属性分布は見られないということでもあります。

1点、データの訂正でございます。7ページの上半分の4のデータですけれども、病床機能別のところがパーセンテージを横に足しても100%にならない行が幾つかございまして、これは追って差しかえをさせていただきたいと思っております。申しわけありません。

9ページ以降が宿日直についてでございます。

10ページから、これまでの検討会でもお示ししてきました労働時間、宿日直許可の考え方、判例といったものについて、一部、より正確にまとめ直した形でお示ししてございます。一枚一枚、御説明はいたしませんけれども、改めてポイントのみ申し上げますと、労

働基準法32条の労働時間というのは、労働者の行為が指揮命令下に置かれたものと評価できるかどうかということで客観的に決まるということになってございます。したがって、労働から離れることが保障されていない状態で待機などしているというところは、手待時間ということで、労働時間になるということでもあります。

労働時間に当たりますと、この労基法の労働時間規制がかかってまいりますが、それには適用除外というものがあまして、その1つに宿日直許可があり、これは通常の労働者と比較して労働密度がまばらだということで、労働時間規制を適用しなくても、必ずしも保護に欠けないという考え方でございます。宿日直の許可につきましては、一般的な基準があり、その範囲内で具体化された医師の基準があるといった状況になっています。

16ページからがデータでございます。

16ページ、17ページは、これまでお示ししているものですが、16ページの左側、医師の勤務時間が長くなりますのは、待機時間の影響があるということでございます。

17ページは、前回お示したタイムスタディでありますけれども、当直時間帯の診療の分布については、医師単位で非常にさまざまということでございます。

18ページから、今回の議論の素材としまして、四病院団体協議会の御協力をいただいて、新たに御準備したものでございます。御協力いただいた各団体・病院の先生方にお礼を申し上げます。これは、医師一人一人の勤務実態ではありませんで、病院単位の平日夜間のオペレーションを明らかにしようということで、7月最終週、平日5日間、夜間の実態をまとめさせていただきました。病床規模・機能の情報とともに、21ページ以降にお示ししてございます。

病院単位で見ましても、日によって医師配置数が異なる病院、同じ病院、いろいろあります。一方で、患者対応というのは、配置体制と連動する部分、しない部分があるかと思えます。医療ニーズの不確実性というのがよく出ているのではないかとと思われるところでございます。

24ページから、議論の視点ということで御準備いたしております。宿日直につきましては、中間論点整理におきましても実態がさまざまであるという御指摘をいただいております。診療がどのくらいあるかによりまして、24ページ、2つ目の□の(1)から(3)の3パターンに大別できるのではないかと考えてございます。

1つ目の論点としましては、今後、時間外労働の上限時間数を検討していくに当たりまして、特にこの宿日直との関係では、医療提供体制が確保できる上限設定をどのように考えるか。労基法上は、申し上げましたとおり、宿日直許可を受ければ労働時間規制の適用外となりますが、受けられないものは、当直の15時間あるいは16時間が全て労働時間とカウントされることを前提に、どう考えるかということでございます。

おめぐりいただきまして、中間論点整理でも御指摘をいただきました宿日直許可基準のあり方についてでございます。

現行の基準は昭和24年に発出されたものでありまして、今や医療現場が全く違う状況に

なっていると考えられる中、こうした現代の実態を踏まえて具体化し直すことによりまして、宿日直許可がどういう場合に受け得るのか、予見可能性を高めるといふことがあるのではないかと御提案しています。

現行の基準では、検温や検脈といったことが例示されております「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」というのがございますが、ここにつきまして、小さなポツで2つ、病棟当直の場合、非輪番日等の外来患者の来院の場合ということで整理して御提案しております。

なお、結果的に入院となるような場合につきましては、次の□で、「昼間と同態様の労働に従事することが稀」であるかどうか。それによって判断されると記載させていただきました。こうした基準の見直し（現代化）を図った上で、なお残る課題があるかというところは、御議論いただければと思います。

続きまして、賃金支払いの点について、制度上の位置づけを記載させていただいております。

続きまして、26ページでございます。上から2つ目の□を見ていただきますと、賃金支払いにつきまして適法性を担保するためにはということ、3つの要素を挙げて、どこで調整するのかというパターンを整理してございます。（1）から（3）、論理的に考えられるものを書かせていただきました。

いずれもよしあしがあろうかと思いますが、その御議論をいただく視点として、さらにその下でございます。そもそも医師は、業務独占資格であって、労働市場への参入可能数の上限があるということ。それから、診療体制については、必要とされる医療の確保が必要であるということ。医療機関の収入は、そのほとんどが社会保険診療であるということ。これらを医療政策上留意が必要な視点ということで挙げさせていただいております。このような議論の視点をもとに御議論をいただければと考えてございます。

続きまして、自己研鑽でございます。28ページをごらんいただきますと、これも基本的には以前お示した内容であります。使用者の指揮命令下に置かれていると評価されない自己研鑽であれば、労働時間に該当しないということでございます。

裁判例は、幾つか新しいものをおつけしておりますが、29ページ上段、東京地裁判決では、院内勉強会や学会参加について、指揮命令下に置かれていたとの判断がなされたケース。

下段の大阪地裁のほうは塾講師の事例でありますけれども、授業の予習は業務の一環であるといった判断がなされているものもございます。

31ページ、前回の検討会で見ていただきましたタイムスタディ調査でありますけれども、濃い青と薄いブルーのところの自己研修や研究の時間というのは、診療の合間にかなり断続的に入り込んでいる実態が見てとれるところでございます。

32ページをごらんいただければと思います。自己研鑽の論点につきましては、どのような仕事でも自己研鑽はしなければならないものであって、医師特有の論点ではないのでは

ないかという御指摘もいただきますので、その点を制度面から整理してみたものでございます。医師や弁護士、教員などの法定資格につきましては、資格法あるいは業法におきまして、その研鑽ですとか、こういうふうに業務をなさいという水準について法定されておりまして、制度上、研鑽が求められている点がほかとの違いではなからうかということでございます。

また、特にということで、医療職種については、良質かつ適切な医療提供ということが医療法上、定められておりますけれども、それは患者の生命に直結するということと、医師については、特にチーム医療を医学的見地から統括するという点で、その職責があるのではないかとということで整理させていただきました。

33ページでございます。こちらは、医療界の先生方が自己研鑽という言葉をお使いになるときに、その表現されているものが、おっしゃる方によって、かなり多様ではないかという問題意識のもとで、今後の議論を深めていくためには、認識をある程度そろえていく必要もあろうということで、事務局で洗い出しをしてみたものでございます。

ごらんいただきますと、先生方によって、こんなものは自己研鑽ではないだろう、そんなふうには言わないとおっしゃるものもあるでしょうし、ほかにもこういうものがあるだろうということもおありかと思いますが、意識としては広めに書き出してみたものということでごらんいただければと思います。

こうしたものを前提に、34ページ、議論の視点でございます。上から3つ目の□でありますけれども、今後の労働法制上の取扱いということで、使用者の指示の有無や程度の観点から、労働時間に該当するかどうかを整理し、医療現場の実態に合った労働時間の把握のよりよい方法を検討してはどうかとしてございます。具体例としましては、院外の学会、勉強会への業務時間外での任意の参加、論文執筆といったものを掲げさせていただいております。

一方で、その下、この自己研鑽の論点が重要でありますのは、将来の医療水準に直結するからでもありまして、医師が患者の生命を預かる専門職として有すべき高い自律性、資質の向上といったものを失わないことが重要だとしてございます。自己研鑽が労働時間かどうかを整理していくという方向性をとった場合に、なお残る課題があるかについて御議論いただければと思います。

資料4につきましては、以上でございます。

資料5もあわせてごらんいただければと思います。この検討会におきましても、医師の労働時間の実態、規制のあり方、国民の医療アクセスといった要素が相互に関連しているということを御議論いただいておりますので、そのような観点から、英米独仏の4カ国につきまして、2ページの総括表をまとめてございます。

アメリカですけれども、勤務医が少なく、医療提供体制がオープンシステムだということで、かなり独特の仕組みであります。さらに、労働時間規制についても、勤務医は適用除外というところでありまして、そのような中で、以前も御紹介した研修医については労

働時間規制があるという状況でございます。

その右側の真ん中の列はヨーロッパでありますけれども、医療アクセスがそもそも日本のようなフリーアクセスとは大きく異なるということがございます。その中で、医師について週48時間労働という原則がかかっておりますけれども、例えば個別的オプトアウトといった仕組みによりまして、個人同意によって、この上限を超えることが認められている。そういう意味では、48時間という水準が現実にもしっかりはまっているわけではないようでございます。ただ、勤務医の労働時間まで踏み込んだ統計データがなかなか見つからない状況でありまして、実態面の検証はやや不十分だという状況でございます。

今回のまとめの趣旨といたしましては、各国の医療提供体制がかなり異なるということ。それから、医師の労働時間規制については、さまざまなバリエーションをもって、かなり工夫をされているということをご共有できればと考えてございます。

後ろのほうに、4カ国につきまして、医療提供体制、労働時間規制について1枚ずつスライドをつけて8枚まとめてございますので、御参照いただければと存じます。

説明は以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今、御説明いただきました資料4、資料5が、それぞれ議題3、4に対応するわけでありまして、それについて議論を進めてまいりたいと存じます。進め方としましては、全体を大きく分けまして、まず資料4の前半部分であります勤務実態や宿日直に関する論点について御議論いただき、その後、後半ということで、資料4の自己研鑽に関する論点。それから、資料5の諸外国の状況に関して御意見、御質問をいただくということにしたいと思います。

ちょうど今からですと、前半30分、後半30分というのが大体の時間の割り振りの目安かと存じます。皆さん、御発言されたいと私もよく理解しているのですが、他方で多くの方に御発言いただくために、御発言に当たりましては、できるだけ簡潔に論点を絞ってお話をいただければと存じます。

それでは、まず前半ということで、勤務実態、宿日直につきまして御意見あるいは御質問等ありましたら、お出しいただければと思います。

それでは、お手が挙がりまして、こちらから行かせていただくことにしまして、黒澤構成員からお願いします。

○黒澤構成員 東北大学の黒澤でございます。

労働基準法上の宿日直にすると、少なくとも普通の給料の3分の1以上ということで、お給料が少なくて済むというメリットがあるということで、それにするかどうかというのは、結局お金の問題でもありますので、過去の資料の中でも、労働基準法上の宿日直という形にしてやっている病院もたくさんありますし、それから、実際、事実上そのようにしてきた病院も多いと思います。結局、蓋をあけてみると、今までの労働基準法等でいくと、ちゃんと時間外労働として払わなければいけなかったということでもありますので、その点

は法的なというか、決まり上の落ち度であったかもしれないと思います。

ただ、現実、それを全部払うとなると、病院側も立ち行かないということがあるわけで、その辺がここの検討会のものだと思うのですけれども、結局、お金の問題で払わなければいけないということは、財務省でお金がないというのもわかるのですが、お国で払うべきものという観点もあると思うので、これは国で絶対払ってもらわないといけない。当直のあった分、どういう形かはわからないと思うのですけれども、国の予算として、これは用意すべきものじゃないかと思います。

それから、自己研鑽については。

○岩村座長 自己研鑽は後半ということをお願いできますか。

○黒澤構成員 わかりました。

○岩村座長 ありがとうございます。御意見ということだと思います。

では、島田構成員、どうぞ。

○島田構成員 島田でございます。

この問題を議論する上で、少し整理したほうがいいのではないかと思う点は、医師法上、いわゆる宿直が義務づけられているという問題と、労働基準法上の宿日直制度というのは、ちょっと区別して考える必要があるだろうと思います。医師法上の宿日直制度というのは、恐らく夜間も診療を確保するという観点だろうと思いますが、労働基準法上の宿日直制度というのは、そういうことを考えているわけではないということがございますので、まずこの点を少し。要するに、夜間診療の確保を労働基準法上の宿日直制度という枠組みの中に流し込むということが適当なのかという観点が必要じゃないかと思います。

労働時間の管理の問題というのは、決して賃金の問題ではなくて、むしろ健康確保という観点が重要ですので、その観点から見直す必要があるだろうと考えております。仮に宿日直制度でないとしても、その当該時間というのが法定労働時間を超えていない時間内でやっている限りにおいては、そこに対して幾ら賃金を払うかというのは別途の問題ですので、そういうことも含めて、少しこの辺を整理して議論されたほうがいいのではないかと思います。

それから、オンコール待機等の問題はどこで議論したらいいですか。

○岩村座長 今、ここで議論していただいて結構です。

○島田構成員 オンコール待機の問題ですが、きょう紹介のあった奈良の病院の事件というのは、オンコール待機的な制度についての判断もありましたけれども、あのときには宅直制度と言われましたけれども、産婦人科医が自主的にやっていたので、これは労働時間でないという判断が出たということになります。そうすると、それで全ての結論が決まるわけではありませんが、病院がもし組織的にオンコールということをやっていると、ストレートに労働時間ではないという結論にはつながらないわけで、いわゆる待機時間として検討する必要があるので、そのことも含めた検討が今後必要になってくるだろうということを申し上げておきたいと思います。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、遠野委員、どうぞ。

○遠野委員 遠野です。

宿直の当番、日直の当番という先生方に、結局は救急の対応をしていただいている病院が実態だと思います。そういう観点から、労基の寝当直のような軽度の労働の宿直と、救急対応というのがどうしても夜間必要になってくるので、救急対応の医師とダブルで夜間に割り当てなければならないということになると、地方病院とか医師が少ない病院ではかなり負担が大きいです。医師の宿日直という考え方を、労基の基準をそのまま当てはめるのではなくて、今後、宿日直の規定の変更が必要かと思います。今後はそういう規定に関する議論ができればいいかと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、馬場構成員、福島構成員、村上構成員という順番でお願いいたします。

○馬場構成員 私も昭和24年の宿日直許可基準についてですけれども、これは非常に現実と乖離していて、現場がこの部分でかなり混乱しているということがありまして、最終的な取りまとめをどうするかということとは、また別として、とりあえず、25ページにありますように、□の上から2つ目、現代の実態を踏まえて具体化し直す。すなわち、解釈の現代化ということは、これは必要なことじゃないかなと思っています。

それで、□の3番目、具体的に特に問題となる「特殊な処置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」の整理ということですが、おおむねここに書いてあるとおりで私も賛成なのですが、ポチの2つ目、「非輪番日等」と書いてあります。文言だけの問題ですが、ここに書いてあることは、例えば私の病院があります大阪府では、輪番制というのは救急においてはほとんど引かれておりません。実態として輪番を行っている病院はごく少数で、ごく特殊な疾患に限られるということになっておりますので、この言葉には非常に違和感があります。

ここに想定されているような病院の類型というのは、大阪でもたくさんあると思いますので、ぜひこの「非輪番日等」という言葉は外していただきたい、それを御検討いただきたいということと。

それから、その後、同じように「少数の軽症の外来患者」と書かれておりますけれども、軽症患者かどうかは、まずその場では判断できない。結果的には重症であったということもあり得ると思いますので、これに関して「軽症と予測される」と入れていただけたらとか、あるいは「軽症等」とか「軽症の外来患者等」とか、少し文言を膨らませていただければいいかなと思っていますので、それが第1点です。

第2点目は、この解釈の問題につきましては、現場は本当に混乱していますので、全体

と切り離してでも5年の猶予期間とか、取りまとめということとはまた別に、可及的速やかにこの解釈については現代化を行うと。もちろん、この会で議論を深めてのことだと思いますけれども、それをお願いしたいと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 時間外労働の上限時間との関連で宿日直を見たときに、24ページでは、「その実態を踏まえ、医療提供体制が確保できる上限設定のあり方をどう考えるか」ということが論点となっていますが、現状のまま、原則どおりの宿日直にかかる定義をそのとおりに取り込んで白黒の判断をするとすれば、今の医療機関の状況では必要とされる医療提供体制の確保というのはまず無理だと思います。例えばですけれども、宿日直をすべて実働として労働時間に加算すると、36協定の特別条項の上限規制の枠内にもおさまりにくい病院が恐らく続出するような可能性もあると思います。

5年のうちに改善がされ、時間外労働の削減がされるかということ、5年間ではなかなか難しいということもあるかと思えます。であるので、何か別の方法でこの労働時間を捉えるということも検討していかなければならないのかなと思っています。

3ページの当直の類型がとてもよくまとまっていて、見やすいと思ったのですが、この中のブルーの部分だけを労働時間にプラスして、それ以外の部分について、何らかの別の取り扱いをすることができないかどうかということも、考えられるのではないかとこのところでもあります。ですので、全てを宿日直ではないということでも許可基準を取り消すということも問題かと思えますし、全てを労働時間とするということも難しいということで、もっと何か段階的な方法を考えたほうがいいのではないかと。この青い部分のみを労働時間とし、それ以外のところを別の取り扱いができるような方法を考え、段階的に緩和していただければ、現実的で、今の時点でも何とか対策がとれるのではないかと思います。

地方に行くと、とても厳しい病院がたくさんあります。ですから、あくまで勤務環境改善をすすめながら、何か実現可能性のある方法を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、村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。

25ページ、26ページで、宿日直に関する論点や御提案がまとめられているのですが、率直に言いますと、これで医師の労働負担が軽減されるのかという疑問がございます。時間外労働の上限規制との関係で労働時間にカウントするのかどうかという問題意識は、わからないではないのですが、もともと医師の長時間労働をどのように改善していくかという議論をしてきたつもりですので、その観点がここからは見られないというのが率直な

疑問です。

また、17ページに、タイムスタディ調査における宿日直、当直時間帯にどのぐらいの勤務をしていたのかということがあります。当直時間帯の診療発生状況は3つぐらいに分類されるだろうということでもありますけれども、その観点から言いますと、25ページの3つ目の□に御提案されている「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」とは、どのケースが当たるのかということがよくわからない部分です。

もう一つ、25ページの3つ目の□の1つ目の「病棟当直において、少数の要注意患者の状態の変動への対応について」とありますけれども、患者数が少なければ実働時間が少ないかということ、必ずしもそうではないのではないかとということもありますので、この辺を慎重に検討していかなくてはならないのではないかと思います。

また、宿日直や当直の議論をしていた際に、以前、当直明けの勤務のあり方を工夫してはどうかという御提案もどこかであったような気がしております。そのような論点こそ過重労働の解消に役立つのではないかと思いますので、検討項目に入れ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。多分、最後の点は、いずれにせよ検討項目の中には入るものだと理解しているところがございます。また改めて整理した上で議論させていただければと考えております。

それでは、先ほど今村構成員の手が挙がっていらっしゃいましたので、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 まず、事務局にお願いですが、実は昨日、一昨日、東北地域全体の医師会のシンポジウムで、まさしくこの医師の働き方改革の議論がされた中で、もともと医師不足地域の中でのいわゆる働き方改革、これを機械的に一律に行ったら東北の医療は崩壊すると、皆さんに本当に厳しく言われた。そのとおりだなと思うのですけれどもね。

8ページを見ていただくと、勤務時間区分ごとに見た属性のことで、大きくざっくりとブロックで括ってあるのですけれども、もう少し細かい県別とか、詳細がわかるようなデータをぜひ事務局にお示しいただけるとありがたいなと思いました。

宿日直にかかる議論につきましては、まさしく今回、昭和24年につくられた基準に基づくものではなくて、現代化という現状にあわせてという具体的な案が25ページに事務局から出されていて、医療界にとってみると、わかりやすいものにはなったなと思います。ただ、今、村上構成員からもおっしゃったように、医師の負担をどう軽減するかという中で、本当に実態を見ると、宿日直の間でも日中とほとんど同じことをやっていると大変な負担になるわけですけれども、そうでなくて、ちょっと軽い医療行為みたいなものであったときに、それがどの程度の負担になるのかという話だと思うのですね。

これは、例えば監督署の方、具体的に25ページの案を考えていっても、病棟当直において医師の診療がほとんどないようなケースを、医療機関はどのようにして監督署に許可申

請するのか。監督官は、それをどのように許可の可否を判断するのかという話に最終的になったときに、今、申し上げたように、負担感の問題もそうですし、医療のプロでない監督官の方がそれを判断することは、実際にはなかなか難しく、かえって混乱を招いてしまうのではないかと危惧するところです。

これは、こういった医療のことについては、医療行政の中であらかじめ宿日直時の診療実態を確認して、ある程度類型化していく。そういったものを活用していただくということが必要なのではないかなと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、赤星構成員、それから三島構成員ということでお願いいたします。どうぞ。

○赤星構成員 私からは、2点質問があるのですが、厚労省から出していただいた資料4の19ページを見ると、同じように宿日直で時間が長い業務でも許可されているものがあるれば、許可されていないものもあるし、短いものでも許可されているものと許可されていないものがあるのですけれども、この違いというのは、労働基準監督署の方々はどういうところでの判断の違いになっているのかということ。

こういう違いが出てくるということが、今後、この基準を新しくした際に判断されていくときに、同じように許可ありとなしだけれども、同じ時間数だったり、同じ負担だったりということを招き得るのかどうかということに関して、御質問ですが、いかがでしょうか。

○岩村座長 事務局のほう、いかがでございましょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 今回の調査ですけれども、許可を受けた病院でありまして、緊急的な患者対応を臨時で行うということも想定されるわけでありまして、今回、1週間、平日のみの5日間の調査でありましたが、この中で診療時間数の区分が非常に高いほうにおられる先生がいらっしゃるということをもって、この許可が本当は受けられないものだとか、また逆であるといったこととは基本的には関係がないのではないかと考えてございます。

どの程度診療しているかということだけで宿日直許可が判断されるということでは、許可基準上、なっていないということでもありますし、データとしても限られた5日間のデータだということで見ただけならばと思っております。

○岩村座長 赤星構成員、いかがでしょうか。

○赤星構成員 ありがとうございます。

○岩村座長 それでは、三島構成員、どうぞ。

○三島構成員 三島です。

いろいろな業務の中でかなり幅があるという気がしますが、当事者の一勤務医の立場からすると、自分自身の医師の健康確保、そして医師がどうやって研鑽を積んでいくかという点と、それぞれかなり状況が異なる地域の提供体制をどうサステナブルな形でや

っていくかというのは、論点としては少し丁寧な議論が必要かなと思っております。そして、それはさつき先生方も言われたように、地域別であるとか診療科別、病院機能別にもう少し丁寧な分析と、どのラインを現代化というものと合わせていくかというところは必要かなと思っております。

感想になりますが、以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、渋谷副座長。

○渋谷副座長 事務局にちょっと質問ですけれども、26ページ、賃金支払いの話ですけれども、適用性を確保しようとする、ということで、3つ類型していらっしゃると思います。

最初は、要は時間外賃金をちゃんと払おうとすると、基本給を下げるという意味なのでしょうか。

2つ目は、今の賃金と時間外を払うと、それは払えないから、診療自体を維持するためには、診療体制を縮小すると。

3つ目は、もっと金をくれという話なのでしょうか。どういう状況を設定しているか、簡単にお話しただけるとありがたいのですけれどもね。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局のほうでお願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 現行の賃金の原資と診療体制、ドクターに何時間程度働いていただくかということと、お一人お一人の単価に法定の割増率というもの、4つの要素でありまして、最後のものは変えようがないということでありましたらば、この3つの中でどこを調整するかということで、どれかを動かすというものを論理的に3つ書いてみたということございまして、当然、どれか必ず1つで対応するということはないかと思えますので、組み合わせということもあり得るのではないかと、※書きで書かせていただいております。

○渋谷副座長 そういう意味で組み合わせということですね。

1番は基本給を下げるとか、本当にそういうものは医師にあり得ないような対応だと思いますので、でき得るならば、合理的に対応できるような検討、今まで皆さんが言ったようなことも含めながらやっていただくことを、ぜひ考えていただければと思っております。

○岩村座長 ありがとうございます。

私の理解では、2番目の□の(1)、(2)、(3)と、その下に出てくる①、②、③というのが、いわばある程度関連した要素となっているという図式かなと思っております。

ほかにはいかがでございましょうか。

まず、工藤構成員、その後、黒澤構成員ということでお願いします。

○工藤構成員 ありがとうございます。ヘルスケア労協の工藤です。

宿日直に関しては、新たな基準という考え方で出されているかと思えますけれども、宿日

直の基準は基本的には従来どおりを原則とすべきだろうと思います。ただ、基準から外れるものについて、どう扱うのかということを考えていくべきだろうと考えます。

また、この検討会の議論は、総労働時間をいかに減らして、医師の負担を軽減するかが基本だったかと思います。そういう面からいくと、財政の面での話も出てきておりますけれども、それは先に出るべきものではないだろうと思います。総労働時間を減らすためには、何が業務なのかということの振り分けを確実にやっていく必要があるのではないのでしょうか。

また、時間外勤務が夜間もしくは休日に大きく影響されるということであれば、夜間なり休日の診療体制、医療提供体制というものを、地域なりで考えて、その地域のドクターの総労働時間を減らすということも考えていく必要があるのではないかと考えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 先ほどちょっと言い忘れたのですけれども、医師の健康確保という面から、例えば3ページの細切れで働いているということがありますけれども、睡眠の質ということから言いますと、結構な健康への負担になると思いますので、こういう睡眠の質みたいな観点も、ぜひ考えの中に入れていただきたい。一言コメントです。

○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。

では、片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

先ほどの工藤構成員の意見とも一部重なるのですけれども、25ページの□の3番で、「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」ということの定義の案がありますけれども、それとは逆に、そこに当てはまらないもの、いわゆる宿直ではないものの定義も必要じゃないか。例えば、産婦人科とかICUとか救急外来といった、宿直とみなされないものとは何かということ。その際、その翌日の休養の確保といったこともあわせて議論が必要じゃないかと思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 ありがとうございます。

宿日直許可を受ける、受けないという議論で質問があるのですけれども、例えば大学病院の場合は、ほとんど全ての診療科でそれぞれ当直を置いています。ただ、診療科によって、夜中に頻繁に起こされるところと、朝まで比較的平和に暮らせるところと、いろいろございますが、重症患者の程度によって違いますけれども、例えばその辺、病院の管理者が、この科のこの人間に関しては、夜中、ほとんど起こされることがないから、これは

宿日直許可を受けていいね。あるいは、こっちは救急対応も多いから、これは宿日直許可を受けるのは無理だねという判断は、病院の管理者が労基と相談していけばいいという理解でよろしいのでしょうか。その辺、質問させていただきます。

○岩村座長 ありがとうございます。

事務局のほうで答えの御用意ができますでしょうか。では、お願いいたします。

○石垣監督課長 労働基準局監督課でございます。

今、お尋ねの件でございますけれども、おっしゃられましたように、診療している科などによって勤務の状況が違うということであれば、その状況ごとに整理していただいて、その状況が現状で言えば宿日直の基準に当たるのかどうかというところを管轄の監督署と相談していただいて、個別に判断させていただくという形になっております。

○岩村座長 山本構成員、よろしいでしょうか。はい。

ほかにはいかがでございますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、後半に移らせていただきます。では、今村構成員。

○今村構成員 今の件。私も先ほどちょっと申し上げたのですけれども、その際、労働基準監督署ごとの考え方に違いが出ないのかどうかということと。

それから、監督官の方というのは、医療そのものについての知識というのではないわけで、現場の医療機関の考え方を尊重していただけるのかどうかということだけ、ちょっとお答え願えればと思います。

○岩村座長 監督課のほうでよろしいですか。では、お願いいたします。

○石垣監督課長 まず、判断につきましては、全国の組織として私どもが本省にありまして、各労働局があって、それから各監督署という形ですので、そこはしっかり通達といたしますか、運用で統一的に当然ながら全国的な基準として対応できるようにということで努力していますし、それが外れるようなことがないように、しっかり気をつけてまいりたいと思っています。

それから、個々の医療の現場の状況を見て判断するかどうかというところについては、そこはまさに今、こういう研究会の場で医療界の専門の先生方からいろいろ御意見を頂戴しておりますので、そういうところで、現場の監督官も、また医療現場の方々もわかりやすいような運用基準をつくっていくということで、そういう形をつくったところで、状況をちゃんと配慮していけるということになることが必要なのかなと考えております。

○今村構成員 ありがとうございます。

大変重要なことだと思います。全国同様という御説明、そういう努力をされているということで、それは引き続きお願いしたいのですけれども、先ほどの御回答のように、それぞれの診療科によって、当然のことながら、宿当直、泊まっておられるときの医療の状況というのは違うわけですね。それを個別に、先ほどの御回答では、監督署と大学の中で協議してくださいということになると、当然のことながら、それぞれの病院ごとにいろいろな実態が違っているので、そこで同じ基準で何か判断できるのかどうかということがあ

るので、その辺、よく考えていただければと思って申し上げました。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、後半の自己研鑽と諸外国の状況ということに移らせていただきたいと思えます。御意見あるいは御質問がありましたら、お願いしたいと思います。

では、遠野構成員、どうぞ。

○遠野構成員 ありがとうございます。遠野です。

先ほど外科学会からの発表もあったように、私も外科医ですけれども、労働時間は、手術の経験数と、それぞれの個々の技量がほぼ比例するかと思っています。そのためには、自己研鑽としての、手術の準備、実施と復習が必要です。私は、消化器外科医なのですが、現在、腹腔鏡の手術が多く、復習として術中のビデオを見返します。1つの手術術式に対して、医療が進歩したかわりに勉強も時間がかかっているという状況です。

それで、自己研鑽に関して、いろいろな定義かをこれから決めていくかと思いますが、患者さんの治療に関する知識、技術の習得という自己研鑽は必須です。従って、かなり長時間の自己研鑽もあります。それを超過勤務としての自己研鑽と、非労働の自己研鑽を区別して自己研鑽を妨げない仕組みにしないと勉強する立場としてもモチベーション的に上がっていかないということも考えられます。。ドイツの例にもあったように、オプトアウトの個別の取り決めというものが、院長とか管理者等、大きいところで柔軟にできればいいかと思っています。今後の議論では自己研鑽の規制がされないないようになればいいかと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、こちらでたくさんお手が挙がっていますので、城守構成員からという順番でお願いしたいと思います。

○城守構成員 この自己研鑽、今おっしゃられましたように、医療の質を担保する意味においても極めて重要なものですが、これが時間外労働なのかどうか。先ほどからお話が出ていますように、かなり判別が厳しいですね。途中までは自分の受け持ちの患者さんの業務としてやっても、途中からはそのまま学習に移るとか、そのあたりの切り分けが極めて難しいと思います。事務局の方にお聞きしたいのですけれども、このように、ほかにも切り分けの難しい業務ないしは職種があるとすれば、それをどういうふうに切り分けている例があるかどうかということと。

誰が切り分けるか。医療でしたら、例えば33ページなどは自主的なという形ですが、本人の自己申告というわけにもいかないでしょうから、誰かがそれを評価することになると、これは事実上不可能かなと思うのですけれども、そのあたり、何か他業種でいい例がありましたらお教えいただきたいのですけれどもね。

○岩村座長 事務局のほう、いかがでしょうか。では、お願いします。

○石垣監督課長 監督課でございますけれども、特にどの業種がということよりも、資料

の34ページにも書かせていただいておりますが、そもそも労働時間というものにつきまして、使用者の指揮命令下で明示・黙示も含めて、指示に基づいてやっているということであれば、細かいいろいろな対応はあるのかもしれませんが、そういうことを判断基準の基本として見ていくという形になりますので、さまざまな業種、医療界も含めてあると思いますけれども、指揮命令を受けてやっているかどうかというところが、33ページの例なども含めて、さまざまな態様の自己研鑽があるときに、どう判断していくかということかと思えます。

この業種では、わかりにくいものをうまくやっているというところは、個別にはなかなか申し上げにくいといえますか、そういうものではないのかなと考えております。

○岩村座長 若干補足しますと、基本的には就業規則などで勤務時間について始業時刻と終業時刻が決まっています。外回りの人はともかくとしても、普通、勤務場所が決まって、ある場所出勤して、そこで労務を提供するというのであれば、基本的には始業時刻から終業時刻までの間の時間というのは、休憩時間を除いて使用者の指揮命令下にあると一般的には考えることになります。ですので、これは労働時間ではありませんということを、もし使用者が主張するのであれば、その時間帯については、私の指揮命令下にないということを使用者側である程度言わなければなりません。

しかし、実際に職場にいる場合、ある時間帯について当該労働者が私の指揮命令下にいませんということを立証するのは、実際には一般論としてはかなり難しいということになります。ですから、病院内で、少なくとも始業時刻から終業時刻内にいる間で、これは自己研鑽をやっている労働時間じゃありませんというのを現実に主張しようとすると、かなり難しい話だと考えていただくのがいいのかなと思えます。

先ほどちょっとありましたけれども、これが認められるかどうかは全く別ですが、例えば医学雑誌に投稿する論文を書いているということだと、全く無関係かと言われると、ちょっと気になりますが、それでも関係性は薄いかなということはあるかもしれませんけれども、それを一体何時から何時までやっていたのかという争いになったときに、使用者のほうそれを立証するというのは、現実問題としては難しいということになると思えます。

ですから、あくまでも一般論ですが、自己研鑽ということで、これは労働時間じゃありませんという一般的な切り分け方というものがあるかと言われると、それはないのかなと思えますし、現実には、労働時間でないということを使うのは難しいケースが多いだろうと思えます。逆に、時間外になってしまうと、またちょっと話が違ってくるということかなと思えます。

どうぞ。

○城守構成員 今、お話をお聞きしてしまして、そのとおりだなと思うのですがけれども、時間外において、主に自己研鑽をするということが医者の場合が多いわけです。時間内は、定時の業務がほとんど詰まっておりますので。そうした場合に、先ほどからお話ししていますように、それを切り分けなければいけないということになり、それを誰が切り分ける

のかということも含めて、時間外というものの取り扱いを明確にするということになれば、それによって、例えば4ページの超過勤務時間の棒グラフを見ていまして、一般的には過労死ラインと言われる60時間、80時間となるわけですけれども、80時間以上ということになるだけでも、18.4%から11.6と、恐らく全部足していったら4割ぐらい。

ということは、現時点で、医療現場では4割のドクターはこの勤務時間体系で医療を提供しているということになるわけですので、その部分、自己研鑽のカウントの仕方によっては、この4割が全て仕事をしない時間であるということではないのですけれども、多くの、例えば救急であるとか夜間の急患も含めて、それを受けられないということになってしまいますので、この時間設定とかは現段階においては極めて難しい問題。医師の働き方改革としては、超過勤務時間は必ず減らしていくということになるわけです。

座長としては、骨子をおつくりにならなければいけないお立場はよくわかりますけれども、方向性としては、ここにいる人間は皆、一緒だと思いますので、そこで細かい規定ということは拙速に明記していただかないほうがいいかなと、これは要望でございます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、お手が挙がっていました戎構成員、どうぞ。

○戎構成員 ありがとうございます。

私は、看護師の立場ですが、医療従事者全員と患者さんの立場に立って、フラットな状況でちょっと発言させていただきます。今、この時間は、諸外国の状況についてということでもお話しして大丈夫ですね。はい。

医療分野についての国際比較ということで、3ページで、私も最近、このOECDのデータは興味があって、ちょっと見させていただいているのですけれども、いつも日本が比べられる米国だったり、イギリスだったり、ドイツだったりというところと比較しても、日本の病床数は多いというのがわかりました。その中で、アメリカとイギリスに関して調べたのですけれども、アメリカ、イギリスは、日本に比べて医師数も看護職員数も多いのですが、この看護職員数の中にはナース・プラクティショナーも入っておりますし、麻酔看護師も入っております。

となると、この多い人数の中で、かつクオリティーの高い職種がいるということが、医師の方々の仕事をシェアするだけでなく、そのもとで働くナースだったり、薬剤師だったり、そのほかコメディカルの方たちの仕事がスムーズに行く、一つのポイントなのではないかなと考えています。そうすると、この先生方の労働時間に関する取組についても、その部分も並行して調節していただかないと、勤務時間を制限していくというところに関しては、なかなか難しいのかなと感じております。

そして、幾つかの諸外国をデータで比べたときに、あくまでもOECDに入っているデータが正しいとするならば、日本の病床数に対して看護師の人数が少ないというのが明らかになっていました。そうすると、クオリティーの部分を上げるとすれば、病床数はある程度

集約化する必要はあるのかなということが、先ほど先生方がおっしゃっていたみたいに、医の技術を維持するという点も含め、それは最終的には患者さんのためになることではあるので、そういった部分も推し進める必要があるのかなと思います。

その集約化をした場合に、患者さんがアクセスしづらいという部分に関しても並行して場所をつくっていかなくてはならないので、アクセスの部分も含めて調節を行っていただきたいなと思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員。

○今村構成員 勤務医の先生の健康確保というのは、とにかく絶対的に大前提だということをもまず申し上げた上で、就業時間内の研鑽については、これは病院の管理下にある労働だというのはそのとおりだと思います。いわゆる就業時間外に病院に残って自己研鑽をするというのは、かなり医師の特殊性というか、医療の特殊性があって、一般の労働者の方たちの自己研鑽というものを、その働いている場所でどうしてもしなければいけないケースというのは、そんなに多いとは思えないのですね。あるのはあるかもしれないですよ。

ただ、医療の場合には、患者さんから学びとることが多いと、カルテを確認しながらいろいろなガイドラインを確認するとか。もちろん、ただガイドラインを勉強するだけだったら、家に帰って本で読めばいいわけですし、33ページに書かれているような、いろいろな行為についても、別に新しい治療法や薬の勉強をするだけだったら、家に帰って勉強すればいいわけですが、病院の中で得られる貴重な情報から学ぶことというのが多くて、だからこそ自主的に病院に残っている先生たちも非常に多いのだと私は思います。

したがって、そうやって自分のために勉強しているのだから、幾ら病院に残ってもいいよ、寝ないでもいいよという話ではないので、そのことはきちんと一定程度、自己管理ということもあるでしょうし、健康管理のための何かの措置は必要だと思うのですけれども、それを機械的に病院の中にいるから労働とすることは絶対にまずいと思っています。自己研鑽という言葉は、もちろん自分のためということもあるのですけれども、医療の質を向上していくという社会的な要請に対して応えている部分もありますし、医師のマインドというのは、本当に少しでもよい医療を提供できるように勉強しようという思いを持っている方たちが非常に多いと。

したがって、こういった自己研鑽の機会を奪ってしまうようなことが起こらないということが、私はすごく大事だと思っています。某病院でも、いわゆる時間外の労働時間を減らすために、もう帰りなさいということを管理者が言わざるを得なくなっていて、せっかくこの病院に新しい医療やよい医療を勉強しようと思って来たのに、どうして帰らせられるのだということを研修医の先生たちがおっしゃるという現状もある中で、ぜひともそういう研鑽の機会を奪わないようにしていただきたい。

例えば、在院中に自己研鑽と労働、双方を行うということで切り分けが非常に難しいと

いう部分もあって、前回は我々の医療界の意見として申し上げたのですけれども、包括的に一定の労働時間として評価する形や、在院時間の枠を管理するという仕組みで、自己研鑽を抑制しない仕組みをぜひつくっていただきたいということを申し上げたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

先ほど私、申し上げましたけれども、別に自己研鑽を抑制しようという趣旨では全然ございませんので。

○今村構成員 よくわかっていますが、結果としてそういう方向に行くおそれがあるので、それはそういうことにならないようにしていただきたいと思います。

○岩村座長 そこも私のほうではよくわかっておりますし、最後に申し上げたように、時間外のところはまた議論が違うということももう一度申し上げておきたいと思います。

それでは、猪俣構成員、どうぞ。

○猪俣構成員 猪俣です。

資料4の労働法制上の時間外の自己研鑽の取扱いについてということで、下から3つ目の口がありますけれども、任意かどうかの判別というのは、おっしゃるとおり非常に難しい点だと考えます。例えば、論文の作成とか研究費の取得は、たしか私の記憶だと、これまでの判例では労働時間とされている部分もあったと思いますので、非常に注意が必要ではないかと思います。医師会のほうからも以前、提出させていただいた資料にありましたように、具体的には、こういった自己研鑽に関する指針とかガイドラインというものがあれば非常に有用じゃないかなと考えます。

その上で、一番下にありますように、医師のオートノミーやイノベーションの創出などを損なわないような体制づくりをしてほしいと思います。そのために、遠野構成員がおっしゃったように、オプトアウトの方法や裁量型労働制といった制度についても、ぜひ引き続き検討していただいて、個別、オーダーメイド化した医師の働き方について、少し模索していただけないかなと考えます。

また、自己研鑽などの個人の頑張りや医療体制を保持したりとか発展するだけでなく、そういった社会的な医療のシステムとして自己研鑽も積めるような労働体制にしていればいいのかと考えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、中井参考人、どうぞ。

○中井参考人 他職種のエンジニアとか美容師とかの場合は、自分の腕を磨いて、よりよいポジションに行くとか、よりよい収入を得るための自己研鑽ですが、医療は先ほどからもお話になっているように、医療水準を保つためなのですね。それができないと訴追されたりするわけですね。現実には、後期研修医で注射1本で人が死んで訴追されている人もいますし、脊髄造影とかですね。外科系の研修で、前の日に幾ら解剖書を読んでも、現場では血管も神経も区別がつかないわけですよ。そういったオン・ザ・ジョブ・トレーニング

がないと育たないですね。正しい医療を行うために自己研鑽しているのであって、医療水準に達するためにやっているのですね。

そういう観点から言って、前期研修医は公的に給料が支給されていますけれども、後期研修医は各病院が負担して医師をつくろうとして診療報酬内でやっているわけです。ですから、私としては、彼らの自己研鑽は当然労働であって、それは使用者にとって医療水準を保った医療をしてもらわなければ困るわけですから、暗黙の指示がある労働ですね。自己研鑽をきちんと労働で認めてあげなければいけない世代というものが、私はあると思います。それでは労働時間が過重になるから減らせということは、医療水準を下げろということだと思います。それでいいのかなと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、こちらで手が挙がっている島田構成員、それから鶴田構成員、あと三島構成員、お願いします。

○島田構成員 なかなか難しい問題だと理解しておりますが、今、おっしゃられた御意見を拝聴すれば拝聴するほど、業務に必要なものであるということになってくると、それは労働時間制というのが非常に高くなっていく方向に多分働くと思います。ですから、医師というものが、先ほどから今村構成員もおっしゃったように、そういう仕事であるということになってくると、それは勤務、特に病院内でやっている、労働時間であるという見方になってくるのではないかと。

問題は、それが労働時間であるということが、先ほど座長もおっしゃいましたけれども、だから自己研鑽というのはある一定の範囲でやめなさいという話をするとは誰も思っていないので、そうなったときにどう考えていくかということだと思います。労働時間制の問題と、そうなったときに上限をどうするかとか。今、おっしゃられたように、研修医のようになかなか集中的に若い時期に時間をかけてトレーニングしないと、一定のレベルはつかないという問題は必ずあると思うので、それをどう考えていくかというのは、それで考えていけばいいのではないかと。

先ほど座長もおっしゃっていたことを言えば、時間外でも在社しているというところ、これが労働時間じゃないというのは相当難しいところがあるのです。全く関係ないことをやっていればそうですけれどもね。よく言われるのは、例えば業務に関連することを会社の図書館で何時間もかけてやっていた。こんなものも全部労働時間なのですかという、非常にグレーゾーンというものが絶えずある。その辺は、これからも類型化して考えていかなければいけないと思うのですが、いずれにしても、上限というのを意識して一定の自己研鑽というものを、これは労働じゃないというのは、実際にはなかなか難しいだろうという印象を法律家としては持つということを申し上げておきたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、鶴田構成員、どうぞ。

○鶴田構成員 31ページにもあるように、医者は時間があれば自己研鑽するという仮定を

是とし、座長が言われた使用者の指揮命令下にある時間を時間外勤務とすることを考えあわせると、例えば33ページの、同じ行為でも、一方は勤務時間として算定されるが、時間外になると勤務時間には算定されない。そうした中で、ここに書いてある行為をより具体的に、こういう場合は自己研鑽として勤務時間として算定されないと整理してもらえば、それなりに現場は動くと思います。今、病院の幹部が、ある時間になったら早く帰れと言うのは、罰則規定があるので、ある時間を超えると君は帰れと言っているだけで、それは労働時間でないと言え、そういうことを言わないだろうと思います。

具体的にここに記載されている中で、大学院のための受験勉強は勤務時間内は指導すべきで、勤務時間とすることはどうかと思いますが、ここに書いてあるものを、こういう自己研鑽は時間外の労働時間から外してもいいですよというガイドラインをつくっていただければ、現場としては運用しやすいと思います。○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、三島構成員、お願いします。

○三島構成員 私は、自分が初期研修医だったころを思い返すと、病院にもよりますが、日常診療のいろいろな業務に追われて、しっかり勉強したり、振り返ったり、自己研鑽の時間というものがどうしても遅い時間になってしまう。でも、それはすごくやりがいを持ってやっている人もたくさんいたと思います。

若い初期研修、後期研修医の研修がちゃんと達成できるような目的やコンピテンシーの明確化と、それになるべく医師が集中できるような配慮や時間の確保なども、そういったことを含めた研修プログラムとか勤務スケジュールのデザインというのは、基本的な考え方としては大切なのかなと思いますし、研修医を終わった勤務医の先生方が日常診療の質の確保や維持に必要なと思われる研鑽というものが、労働時間内である程度できるような配慮というのは、これから必要だと思います。そのために、先ほどあったようなタスクシフト、タスクシェアを進めて、医師が医師のすべきことに集中できるような環境を目指していくべきではないかと思います。

その上で、診療科によっては、心臓外科だったり、ある一定の期間、患者さんのそばについていることが必要な例もあると思いますし、本人が希望する場合もあると思いますので、そういった診療科でありますとか個人の専門性によっては、健康管理を十分に担保した上で、それをしたいという医師がそれを選べるような選択が個別にできるような仕組みもあるべきではない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。

それでは、工藤構成員、黒澤構成員で始めていただいて、こちらがあつて、あちらがあつてということをお願いいたします。

○工藤構成員 自己研鑽であるのかどうかの判断基準ということ。自己研鑽について個別に掲載されていますが、そうではなくて、その行為が何を目的としているのかという

ことを捉えて、同じ行為を行って本当に自分のためということと、あと医療水準を維持・発展させるための自己研鑽かということ。また、経営に寄与するためと、さまざまな目的があるわけです。ですから、目的も考えながら、それが本当に個々人のためなのかどうかという視点から見るのも必要ではないかと考えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 なかなか難しくて、例えば先ほどあった大学の受験勉強ですけれども、多くの研修医の先生は時間内にやっていると思いますので、これを仕事じゃないとか、なかなか難しくなると思います。

私、切り分けは、なかなか難しいと思っておりました。可能かどうかわかりませんが、実際に自分の病院でも提案しているような形に、これからなるかもしれないけれどもね。まず、時間外のことについては、病院あるいは上司から指示されたものかどうか。それが契約ですとか文書での指示ですとか、あるいは緊急ですと、口頭指示とか予定指示とか、いろいろあると思いますけれども、それがあつかないかの1点でやるのが一番いいのではないかと。

それから、自己研鑽については、それを全く認めないというのは、働いているほうとしても何となくモチベーションが上がりにませんので、可能かどうかは別にして、一括して自己研鑽手当みたいなもので包括的に褒めてあげる。医者も褒められればうれしいので、よくやったねということで自己研鑽手当みたいなものをもらって、頑張っって何とかの専門医の資格を取ろうという感じでやっていくとか、そういうものもありじゃないかなと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、こちらに回して、その後、そちらに行きますので、褒構成員、それから馬場構成員ということでお願いします。

○褒構成員 医師の自己研鑽を完全に制限するというのは本当に論外だと思うのですがけれども、病院経営の現場から見ますと、院内に残っていて、一生懸命勉強している、または患者さんのカルテを繰っているというのは非常に納得いきます。しかし、例えば医局でちょっと睡眠をとられながら、それでも後で時間外に申請されるというところもなきにしもあらず。そういう人たちを見ますと、経営側としたら、果たして本当にそれらを労働時間に入れてもいいのかということをおもっているところがあります。

となりますと、先ほどプロフェッショナル・オートノミーというお話がありましたけれども、ドクター自身にとって自己研鑽、または時間外労働というのは何ぞやということ、いま一度早い段階からプロモーションしていかないと、管理だけで済むという話ではないような気がするのです。性善説でいきたいと思うのですがけれども、中には医局のソファー

に寝転びながら睡眠学習をしているという形で時間外を申請される方も、少なからず経験しております。そういった方々が全てを代表するとは決して思いません。

ただ、先ほど申しましたように、今、病院経営は非常に厳しいところがございます。正当な時間外に対しては当然支払うべきだと思いますけれども、そのただら院内に残るといふ形は、プロフェッショナル・オートノミーの視点からもきっちり律していくべきかなと思います。そういった意味でも、ドクター自身が目を覚まさないといけない部分もあるのかなと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 自己研鑽を切り分けるということは、本当に大事な行為だと思うのですが、ドクターが置かれている立場によって、また切り分け方が異なってくるので、非常にデリケートな問題だと思っております。私たちの病院では、33ページにあるような自己研鑽の例の中で、下から3つ目の手術・処置等の見学は、かなり議論のあるところだと思います。研修医に関しては、ひょっとしたら指導医の顔色をうかがって残っていたりしてはいけないということで、手術見学を切り上げて帰るようという指示を病院のほうから出しているのですけれども、研修医に非常に不評です。もっと勉強の機会を与えてほしいという要望が非常に多いです。

それと、仮に切り分けるということが可能だとしても、31ページのタイムスタディの結果を見ていただければ、自己研鑽が非常に細かく断続的に行われているので、これを把握・管理するということは病院としてはかなり困難。これは、タイムスタディでマン・ツー・マンで記録者がいるからできたことであって、そこは本当に困難だと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、赤星構成員が手を挙げておられたので、どうぞ。

○赤星構成員 ありがとうございます。

まさに後期研修医で救急という労働者、真っ盛りの自分としての意見を申し上げさせていただければと思いますが、まず、使用者も労働者も労働だと思っているということに関しては、問題なく労働になると思いますし、使用者が労働だと思っていて、僕が自己研鑽だと思っているというのは労働時間に加味されるわけなので、それは問題ないと思います。かなり難しいのが、僕が労働だと思っているのに、使用者は自己研鑽だと思っているところが、結局トラブルの原因になるし、問題になってきて、そういうふう考えられるものに関して、どういうふうに扱っていくかというのが、今後のプロブレムだなど思っているわけです。

僕の願いとしては、せめて使用者も労働じゃないと思っている、自己研鑽だと思っていて、自分も自己研鑽だと思っているけれども、院内にいるという理由で労働に加味されて

しまうということに関して、避けてほしいと思っているのです。なので、例えば救急の勤務が終わって、専門医取得に必要な手技を要する患者さんがたまたま来た。センター長は帰っていいよと言って、僕は、でも、この手技をやらせてくださいみたいなときは、誰の指示のもとでもなく、自分が主体的にやっているけれども、これも労働時間になるから帰れということになると、それは自己研鑽の機会を損なっていることになるのかなと認識しています。

そういうところを、使用者の指示もなく、自分も主体的に自己研鑽だと思っていることに関しては、自己研鑽として扱っていただければと切に願うところであります。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

今のお話、非常におもしろいのですが、他方で法律家的に言いますと、病院が赤星先生の労務を、その手技の作業を受領してしまった以上、これは労基法上の労働時間になってしまうのです。という世界なので、非常に微妙な難しい問題だということを、ちょっとコメントだけです。それをどうするかというのは、また別の議論として当然あり得るということだと思います。

そうしましたら、渋谷副座長、お願いします。

○渋谷副座長 冗談ですけども、僕は今、労働時間かと思って、座長に聞いたら違うと言われたので、自己研鑽なのかと考えていたのですけれどもね。済みません、簡単に。

諸外国の状況について、事務方が今回、丁寧にまとめていただいて、これはすばらしいと思いますが、各国、医師の特殊性とかでいろいろ試行錯誤されているのだなと思います。そして、日本の医師の場合は、特例もないし、非常に特殊な状況に置かれている中で、こうした議論が進んでいくというのは当たり前で、まさにこうしたものを参考にしながら進めていかなければいけない。

それから、座長がおっしゃるように、自己研鑽と労働を切り分けるのは非常に難しいですし、基準をつくっても客観的に担保するのは難しいというのは理解できますが、他方、自己研鑽の時間はないとだめだと。ですから、例えば米国だと、とにかく勤務時間が終わったら早く帰れ。プラス、数カ月に1回とか1カ月、臨床研究期間を与えて、先ほど裘先生がおっしゃったようなめり張りのある自己研鑽の時間をやるとか。

あるいは、先ほど福島構成員がおっしゃっていたように、宿日直と同じように、労働時間そのものではないけれども、例えば在院時間の規制をバルクでやるとか、インターバル規制とか、そうした非常に現実的な対応というのも、こうした自己研鑽においてはできるのかなと。だから、そうした議論というのを今後進めていただければと思っています。

○岩村座長 ありがとうございます。

もう予定の時間が過ぎているのですが、きょうの議論を受けて、この後、引き続き詰め作業をやることになると思いますので、また議論の継続ということをお願いしたいと思

っております。

済みません、時間が過ぎておりますけれども、かなり熱心に御議論いただきまして、とりわけ宿日直の問題と、それから自己研鑽については非常に議論を深めることができたのではないかと、きょう、私も思っているところであります。

次回につきましては、事務局のほうで、きょう、皆様に御議論いただいたものの整理とまとめというものを御用意いただいて、議論がどこまでなされたかということを確認した上で、今、申し上げましたように、必要な追加的な議論というのも行わせていただくということにしていきたいと思っております。

他方で、直ちにすぐ議論の続きを次回やるということに必ずしもなりませんので、また先ほどお示した進め方との兼ね合いで、次の検討というものを行ってまいりたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

それでは、最後に、次回の日程につきまして、事務局のほうからアナウンスをお願いいたします。

○千正医療政策企画官 済みません、日程の前に一言。

きょうは、大変熱心に御議論いただきまして、ありがとうございます。たくさんの御意見いただきました。

宿日直につきましても、基準を現代化するからといって、働き方をそのままいいということでは決してないということで、御議論いただいたように、病院の中での業務のタスク・シフティングですとか、あるいは地域の診療体制全体でどうやって見ていくのか。そういった工夫についてももしっかり議論して行って、実際の働き方を改善していくということも、これから議論させていただきたいと考えております。

それから、今村先生がおっしゃった、基準を実際に運用するに当たって、どういった体制でチェックするのがいいのかという部分についても、何ができるか、少し考えられればと思っております。

それから、自己研鑽のところも大変熱心に御議論いただきまして、時間外に職場というか、院内に残っている者をどういうふうに評価するのかというのは、なかなか難しい問題があるというのは受けとめさせていただきました。これは、まだ引き続き議論が必要かと思いますが、また事務局のほうでも少し整理しまして、座長とも相談しながら、引き続き議論させていただければと思っております。

ありがとうございます。

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

○岩村座長 ありがとうございます。

きょうは、3時間コースで、しかも済みません、最後、座長の議事進行がまずくて時間を超過してしまいまして申しわけございませんでした。大変お疲れのところ、ありがとうございました。

では、きょうはこれで終了させていただきます。