

○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10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。

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が、

資料1 第9回の議論のまとめ（宿日直、自己研鑽等について）

資料2 医師の応召義務について

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

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。

それでは、岩村座長、よろしく願いいたします。

○岩村座長 皆さん、こんにちは。

それでは、早速きょうの議事に入りたいと存じます。

お手元の議事次第をごらんいただければと存じますけれども、まず、議題の1番目としたしましては、「第9回の議論のまとめ」になっております。

前回はヒアリングを行うとともに、医師の皆さんの勤務実態に関しまして、宿日直そして、自己研さんという論点を中心に御議論をいただいたところでございます。

事務局のほうで、前回の議論のまとめをしていただくとともに、「今後の検討の方向性（案）」も作成をいただきましたので、まず、その説明を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。

○渡邊医療経営支援課長補佐 事務局でございます。

お手元の資料1を御用意ください。前回の議事の中で事務局から具体的な御提案もさせていただきました。宿日直・自己研さんに関する議論での御意見をまとめさせていただきました。この資料に載っていますもののほかに、追加的なデータ分析の御要望、あるいは今後の議論で取り上げる事項の確認などもいただいておりますが、それらにつきましては、今後の検討会の議事の中で対応させていただきたいと思っております。

2ページから宿日直関係の議論をまとめております。

上半分ですけれども、医師の長時間勤務の一因である宿日直につきまして、どのように実質的な負担軽減を図っていくかという観点から御意見を頂戴しておりました。勤務負担

軽減あるいは健康確保につきましては、宿日直に限らず全体の議論としていく必要もごございますので、次回、勤務環境改善の方策ということで御議論をいただければと思っております。

下半分につきましては、前回、宿日直許可基準の現代化の案ということで御提案したものににつきまして、労基法の宿日直の中で医療の夜間診療体制の確保を図ることがどうなのかといった御意見、あるいは基準については従来どおりとすべきではないかという御意見をいただきました。

これにつきましては、実態においては、医療法の宿直の中に労基法上の許可を受け得るものがあるということになっておりますけれども、今回検討しておりますのは、宿日直許可基準の考え方はそのままとしながら、現代の医療の実態を踏まえた例示の具体化を図ろうということであり、改めて考え方を記載させていただいております。

続きまして3ページで、前回お示しした宿日直許可基準の現代化の案につきまして、前回の案は4ページに抜粋してございますけれども、表現ぶりに関する御意見などをいただいております。事務局といたしましては、方向性がこの方向で共有できるようでありますれば、これをベースに表現の精査をしていきたいと考えてございます。これにつきましては、見直し時期についても御意見をいただいておりますので、下のほうに記載をさせていただきました。

5ページの上半分ですけれども、今の宿日直許可基準の現代化をするということとは別途そこに当てはまらない医師につきまして、翌日の休養の確保についての議論が必要ではないかという御意見を頂戴しました。これにつきましても、冒頭の項目と同じであります。勤務環境改善策ということで、次回、御議論をいただければと思っております。

下側ですけれども、この許可基準の運用面についての御意見でございます。現行の医療法におきましては、16条におきまして、病院の管理者は宿直させるということのみを規定してございますが、医療行政において、宿日直時の診療実態の確認・類型化、それを許可基準の運用に当たって活用することがどうかといったような御提案を頂戴しております。事務局において引き続き検討させていただきたいと考えております。

6ページ、ここまでのところは宿日直許可基準の見直しに関する議論であります。これとは別にいただいた御意見をまとめております。実作業時間以外は夜間について労働時間と別扱いにしてはどうか、あるいは当直医、救急対応両方を配置するということは難しいので、労基法の考え方を当てはめにくいのではないかとといった御意見、それから賃金の問題をどう考えるかといった御意見を頂戴したところでございます。

下のほうで改めて労働基準法の基本的な考え方を記載させていただきました。労働基準法は、労働者の健康で文化的な生活の確保のために規制をしているということ。それを順守できる事業運営が必要であり、基本だということ。

「このため」というところからですけれども、この部分は宿日直に関する議論であります。当面の夜間・休日の医療提供体制の維持を理由として労働時間規制の特例を設ける

ことは、今回の働き方改革関連法による基準法の改正の趣旨からして難しいのではないかと記載させていただきました。

すなわち、一般則と異なる上限設定が医師については可能になっておりますので、下の3行に続いてまいりますけれども、当面は時間外労働の上限時間数を健康確保に配慮しながら高く設定するといった対応になるのではないかとということで、まとめさせていただきました。御議論をいただければと思います。

7ページは、宿日直関係でいただいたその他の御意見ということで、オンコールの扱いについて、あるいは睡眠の質の観点についても重要だといった御意見をいただきましたので、記載をさせていただいております。

8ページからが自己研さんについてでございます。医療界の先生方からさまざまな観点の実態についてコメントをいただきました。重要でありますのは、1つ目でありますけれども、論点は時間外に医療機関内に残って行う研さんだという点は前回の御議論で明らかになったところかと思えます。このことが医療水準の確保、向上に不可欠だということについても各先生方から言及があったかと思えます。

そういった実態を踏まえて、9ページ、この論点を検討していくに当たっての基本的な視点ということであります。さまざまな視点を出していただきましたけれども、例えば1つ目、自分のために残っているのだからといっていつまでも残っていてもいいわけではないという御意見。あるいは、自己研さんの機会を奪わないことが重要であるということについては多くの御意見があったかと思えます。

真ん中ほど、1行あいているところの1つ上をごらんいただきますと、医療機関で労使ともに自己研さんだと認識が一致しているものについて、院内にいるから労働時間だということは避けてほしいという御意見もございましたが、これについては、法律的には医師の労務を病院が受領した時点で労働時間になるということでございます。

すなわち、自己研さんという認識でありましても、労働だというものが存在していることとなりますが、それを前提として、下のほうにまいりますと、勤務医がどのぐらい働くかを選べる仕組みが必要ではないかといった御意見ですとか、上限時間の設定いかによっては自己研さんを勘案しますと、時間外の救急を受けられないことにもなるのではないかと御懸念も出していただいたところでございます。

この点についての今後の検討の方向性ということで、10ページをごらんください。

今ほど出していただいた御意見を整理いたしますと、論点は時間外に行う自己研さんかどうかということでありまして、後ほど出てまいります労働時間の該当性の判断基準、いわゆるオンオフルールというもので、労働時間かどうかということ判断しますが、労働時間となったものについては、時間外労働の上限規制がかかるということになろうかと思えます。

そういうことを前提としまして、医師個々人の自己研さん意欲をそがない、希望に応じた働き方が可能となる方策を検討していく必要があるのではないかとということ。ただしと

しまして、医師はもともと本来業務で長時間になりがちだということがありますので、そこに自己研さんとしてどのくらいを考慮すべきかということについては健康確保ですとか、医療安全の観点からも検討が必要ではないかとしてございます。

いずれにしましても、この点については引き続き御議論いただくということで、お願いできればと考えております。

11ページは、今の御議論に当たりまして、自己研さんを労働と労働でないものに切り分ける基準が重要でありますけれども、前回もさまざまな切り分けの視点を出していただいております。1つは業務に必要なかどうかという視点、それから、院内にいることをどう考えるか、あるいは病院・上司からの指示の有無をどう考えるか、あるいは目的、医師の立場によって違うのではないかとといった視点を出していただいておりますが、そういったものも念頭に置きながら事務局において引き続き具体的な基準案の検討をしていきたいと考えてございます。

12ページ、13ページですけれども、今の基準が具体的にお示しできたとして運用面の課題について12ページでございます。仮に理論上、切り分けができるとしても、断続的に発生するオンとオフというものを現実的に管理することは困難であるとか、あるいは自己申告ベースでよいかどうかといった運用上の論点について出させていただきました。

13ページでは、そういった運用上の課題があるということ踏まえて、包括的に全体を労働時間としてどう評価するか、あるいは在院時間の枠で管理してはどうかといった制度の御提案もいただいたところでございます。これらについてもオンオフの基準づくり、その運用、課題ということで引き続き御議論をいただくということで考えてございます。

最後に14ページで、研さんを積んでいくための実際の環境整備をどう進めていくかといった御意見を頂戴しておりますので、これにつきましても、今後議論を深めていただくようにしたいと思います。

説明は以上でございます。ありがとうございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

ただいま、資料1について説明をいただいたところであり、特に今後の検討の方向性についても説明をいただいたところでございます。これについて御意見、あるいは前回での御発言についての補足がありましたら、あわせてお出しいただければと存じます。いかがでございましょうか。

では、猪俣構成員、それから今村構成員でお願いいたします。

○猪俣構成員 猪俣です。

本日のお話にもありましたとおり、11ページのほうに自己研鑽を労働と労働でないものに切り分けるための基準ということでありましたけれども、こちらについてはより具体的に検討をする必要があるのではないかと考えております。

以前、医師会から提出させていただきました医師の働き方検討会議からの意見書の9ページには、具体的に自己研鑽について記載がありましたけれども、例えば、手術見学とか

学会発表、論文作成、文献検索などが労働と自己研鑽の二面性がある活動であって、こちらについては具体的に検討したほうがいいのではないかと私たちのほうが提案させていただきましたけれども、こういった点については、例えば労働基準局からすると、具体的には労働に当たるのか、研鑽に当たるのかというような御意見というか例示はできるのでしょうか。そちらについて伺いたいです。

○岩村座長 ありがとうございます。

可能な範囲でお答えがあればと思いますが、そこまで行かないということであれば、それはそれでというふうに思いますけれども、いかがでしょうか。

では、監督課長お願いします。

○石垣監督課長 今、お話しいただきました事例ですが、結論から言いますと、今の段階ではなかなか一概に言えないところがありますので、今後、検討会の中で御指摘いただいた点も含めて、どういう整理の仕方があるのかというところはよく検討してまいりたいと思います。

○猪俣構成員 ありがとうございます。

こういった点は、具体的にある程度検討していかないと、切り分ける際にはなかなか話が進まないと思いますので、ぜひ御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。

では、今村構成員どうぞ。

○今村構成員 くしくも猪俣先生と全く同じことを申し上げようと思っていまして、11には事務局においてこの基準案を考える、12から13、14とずっと基準について議論をいただいて、そして現実的な運用の可能性について議論するという記載になっているので、基本的にこのスタートは事務局が考えられる基準に関する原案が出て、それをもとにこの検討会でさまざまに議論すると読めるのです。したがって、今、これから考えていきますというお話なのですけれども、まさしく原案がない限り、我々も議論のしようがないということで、ぜひともそこは議論をいただいてということではなくて早急に事務局で案を出していただくことが、我々が議論するたたき台になると考えておりますので、その点についていつごろまでに出していただけるのか、余り時間がない話なので、具体的に今の時点でどういう状況にあるかを教えてください。

○岩村座長 事務局、いかがでしょう。

では、お願いいたします。

○千正医療政策企画官 ありがとうございます。

御指摘のとおり、そういった切り分けのたたき台の案を出して御議論いただきたいと考えております。9月3日の検討会でお示ししたものが今日の資料の参考でもついてございます。現状、お出ししているのはそこまででありますけれども、ここに書いてあるのは率直に申し上げると、それは明らかに労働ではないだろうと見えるものと思います。ですの

で、今、猪俣先生からも御指摘あった部分、具体的なものを切り分けるということをいつお出しできるかということは、今の時点で、何日と申し上げることはなかなか難しい面がございますけれども、できるだけ早くお出しして、御議論の時間をとりたいと考えています。

○岩村座長 では、城守委員どうぞ。

○城守構成員 自己研さんに関して、前回も事務局に他業種で切り分けがなかなか難しい業種もおありだろうと思いますが、どのような切り分けをされているのかという御質問をしたときに、やはり使用者の指揮命令系統のもとに指示があるかないかということ判断基準として切り分けているという御回答をいただいたと思うのですが、医療に関しても同じ切り口のみで切り分けていこうとしているのか、それともほかにも判断基準を入れようと考えておられるのか、おわりの範囲内でお答えしていただければと思います。よろしくをお願いします。

○岩村座長 事務局、いかがでしょうか。

では、お願いします。

○石垣監督課長 基本的には今、お話しいただきましたように、前回も御議論がありましたけれども、指揮命令下にあるところで労働時間というところが基本にはなりますけれども、さまざまな業界によって個別の事情、具体的にどういう形にあるときに指揮命令下にあるのかということがあろうかと思しますので、そこは今後、早急に出していかなければいけないと言っております案を考える中で、御提示をさせていただくように努力をしてみたいと思います。

○岩村座長 では、今、お手が挙がっていた森本構成員。

○森本構成員 私からは、7ページのオンコール待機の関係について質問がございます。オンコール待機という形態は、医師以外の他職種でも似たような形態の待機という体制があるのではないかと思いますので、議論を深めるためにも他の職種などでどういう取り扱いがされているかについて、できれば次回以降、情報収集を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、三島構成員、それから斐構成員ということでお願いします。

○三島構成員 先ほどの話、自己研さんの切り分けに戻るのですけれども、さまざまな視点からというところでつけ加えさせていただくと、特に初期研修医、後期研修医、より教育を受ける立場から見た自己研さんの必要性だったりとか、専門の課によってもどれが質を確保するために必要なものかという見え方も細かくなってしまうのですが、違うかと思しますので、そのあたりはよくよく現場の状況だとか教育の質の内容について把握していただいて、そういった案をつくっていく必要があるかと思っています。

ガイドラインについては、前回申し上げたように質の確保に必要な研さんが業務内にきちんとできるような取り組みを進めていこうというメッセージを出していくことが必要かと思えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、斐構成員、どうぞ。

○斐構成員 運用面でリクエストに近いところがあると思うのですが、自己研さんに関してです。ガイドラインをつくるまたは基準を何らかつくるとなったとしても、恐らく現場は混乱が予想されます。そうなりますと、これは自己研さんなのかまたは労働なのかという形で現場からの問い合わせだったり、何らかの不明点に関してどこかで一律管理する。または労働基準監督署に問い合わせたとしても、地域によって答えが違う、または人によって答えが違うとすると、ますます現場が混乱してしまいますので、基準をつくってそれで終わりではなくて、さまざまな現場の混乱の声を聞きつつ、基準またはガイドラインをアップデートしていくといった取り組みも運用面では非常に大事かと思っております。自己研さんは医師にとって非常に大事なところがございますので、そこを一回限りの議論または基準でクリアカットに終わるといったものではないかと思っておりますので、リクエストでございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、戎構成員からお願いします。

○戎構成員 ありがとうございます。

私は、医師と一緒に働くものとして、将来的に患者になるかもしれない立場として、インターバル設定を考えるとどうかという13ページの内容なのですが、前回の資料の中に諸外国の11時間から12時間ぐらいのインターバルを置いていると参考資料で記載していただいているのですが、現状のところ日本だとそういうものはないということで、ただ、医療現場ではなくて、先ほど森本構成員がおっしゃったみたいにほかにインターバルを設けている企業とか職種はないのかということも知りたいと思いました。

やはり、一緒に働く立場としては医師が睡眠不足で患者さんを診ていただいたり、私たちと一緒に働くよりは、健康状態を保ってもらった上である程度の生活水準でかかわっていただいたほうが、同じ職種として働いている人たちにも患者さんにとってもいいのではないかと思うので、インターバルの時間については調べていただければありがたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、工藤構成員どうぞ。

○工藤構成員 ありがとうございます。

6 ページの今後の検討の方向性のところについてです。その下段の最後のほうで、時間外労働の上限時間数を、「健康確保に配慮した上で高く設定する等の対応も考えられるのではないかと」記載されているわけですが、やはりこのような高い設定ということではいけば、現在、医師の確保が困難なところがますます医師確保困難になって、医療提供体制そのものが崩壊する可能性があります。そのような二重設定ではなくて、一般則がよ

り守られるような制度設計、時間設定をしていかなければならない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、遠野構成員どうぞ。

○遠野構成員 前回の会議で、自己研さんに関する話題のときに、病院内、施設内にいる時間が全て労働時間に当てはまるというお話もあったのですが、今日の話し合い内容だと自己研さんを労働と非労働のものに分けるとということが話題になっています。院内にいる時間が全て労働と考えずに分けられれば、自由に非労働としての自己研さんができるという状況はつくれると考えていいものなのでしょうか。

○岩村座長 質問ですか。

○遠野構成員 そうです。

○岩村座長 事務局が答えるのはなかなか難しいと思うのです。私のほうから、簡単にお答えさせていただきますと、まさにそれをこれから検討することだと思っています。そういう方向になるかどうかは検討の課題だろうと思っていますので、現時点では恐らく事務局のほうでそういう御意見を引き取った上でそれが可能かどうか、そういう方向にいけるのかということを検討するという事だと思っています。

先ほどの猪俣構成員、今村構成員からの御意見についても同じことだと思っています。もし、事務局のほうで追加があればですが、よろしいでしょうか。

よろしゅうございますか。

○遠野構成員 わかりました。

それでもし、自己研さんを切り分けて、労働と非労働とクリアにしていくとすれば、12ページにある前回の会議での、医師側から具体的事項のたたき台を出していく必要があるのではないかと御意見には賛成です。医師の働き方検討会からもこれが自己研さん、こちらは労働という感じで簡単なものは出ていますので、やはり医師側から提案をしていて、基準局側から出すのはなかなか難しいのではないかと思います。自己研さんを労働と非労働に分けて労働時間として制約が生じないような自由に自己研さんができる状況になることを願っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

私の理解では、医師会のほうでお出しになったものが1つのたたき台だと思いますが、それだけではないかもしれないので、いろいろお考えがありましたら、この場でやり出すときりがないかもしれないので、適宜、事務局にお伝えをいただければと思います。

では、鶴田構成員。

○鶴田構成員 16ページの自己研さんの項目についてですが、現場の医療機関で前回提示された自己研さん案に関し、これはどうですかという話をしました。一番下の「臨床研究」



について意見がありました。臨床研究を病院として取り扱うときには、研究グループの皆が集まってやらないといけない時がある。そうした場合には労働時間として考えて欲しいという意見がありましたので、基準を考えるときに自己というから1人の場合は自己研さんだけでも、複数の人が加わらないと仕事ができない場合には労働と見なすのも一つの考え方かと思ったので、提案をしておきたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。

山本構成員、村上構成員、その後こちらという順番でいきたいと思います。

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。

11ページのところで自己研さんの切り分けにおいて、医師が置かれている立場（研修医であるかどうか）という記載がありまして、仮にこの自己研さんの部分を重みづけするとすれば研修医あるいは後期研修医に重みづけをしたらどうかという提案かのように見えます。

確かに実際の医療現場を考えれば、勉強をしなければいけない時間は若い人ほど長くなるのは当然ではありますが、一方で大学病院の立場から申し上げますと、常に高度で難しい症例がたくさん来るという状況におきましては、例えば私のような立場の人間でも常に勉強していかないととても対応できないというところがございますので、ここは必ずしも一律に研修医、後期研修医が重みづけではなくて、病院の状況によって変わることも念頭に置いていただきたいということが要望でございます。

○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。

自己研さんに関して議論がありますが、自己研さんという言葉自体に一般の職種から見るとやや違和感があります。自己研さんは、自ら行っているというイメージがあるのですが、それでも、必ずしもそうではないということが議論の前提ではないかと思っております。つまり自己研さんといっても、仕事のために行っている場合であれば、労働時間に入るのだらうと思いますし、言葉の持つイメージが若干違うのかというところはございます。

また、自己研鑽の切り分けを明確にしていくべきという要望は確かにそうなのですが、一般のほかの職種においても必ずしもきれいに切り分けができていくかというところではありません。個々の実態に応じて判断していくしかなく、限界があるということを踏まえた上で、例示だとか、どのように考えればいいのかというヒントみたいなものが示せればある程度、現場は落ち着くのかと思います。実際に労働時間に当たるか当たらないかというのは、現場の実態を見て最終的に判断するしかないの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、福島構成員どうぞ。

○福島構成員 宿日直についてなのですからけれども、宿日直に関してはその時間中に実働が頻繁にある場合は宿日直とみなされないこともありますので、対策としては交代制を導入するなどの検討が必要であると思うのですけれども、医師法で必要とされる当直とは別の意味で、労基法上の宿日直が定義されているとも思われ、当直と夜勤交代制の医師と両方を配置せざるを得ないことになるのではないかと思います。その場合、それを賄うだけの医師数が必要であるということ、そして今、それができていないということはやはり医師数は絶対的に不足をしているのではないかと思います。

もう一つは、宿日直許可基準において、今後、例えば「特殊な措置を必要としない軽度のまたは短時間の業務」は労働時間ではないと考えることになった場合、その業務は具体的にどのような業務かというところも判断が難しい。

それともう一つ注意しなければいけないのは、そうした軽度の業務だったら、心身の負担は少ないのかという点だと思います。そもそも人が寝ている時間帯に動いているということ自体、負荷がかかっているのですから、軽度の医療行為による負担もかなり大きなものであるということも考えなければいけない。そうすると、やはり当直の取り扱いについては、ある程度の時間をかけてきちんと対策を練っていく必要があるのではないかと思います。

もう一つは、自己研さんに関して、今、おっしゃったように、例えば、公認会計士にしても我々社労士にしても自己研さんは絶対に必要なもので、睡眠時間を削ってでも調べなければならぬことも多々あります。

プロ意識を持って業務遂行している専門職などは、どのような場合であってもそういったものを必要とする仕事であるということも事実だと思うのです。ですが、医師だけではないということを考えあわせても、医師の場合は現場でしか得られない、書籍などでは取得できない知識もあるので、ほかの業種とは区別して考える部分も出てくるのではないかと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、中島構成員どうぞ。

○中島構成員 ありがとうございます。

オンコールについて、私の所属する事務所は、実際にオンコール体制で勤務している訪問看護ステーションです。勤務の実際についてお話しします。

オンコール当番の職員に対しては、まず、拘束することに対して待機料金を支払っています。その上で、実際に患者さんに呼ばれた場合は、職員の自宅のドアツードアで訪問看護にかかった時間を労働時間として申請してもらって給与として支払っています。この方法で今のところ、保健所の実地指導で注意指導を受けたことはありません。

ただ、深夜に2回、3回と呼ばれて対応しても、翌日は日勤勤務になりますので、こうゆうことは年に1回あるかないかなのですけれども、最悪の場合は管理者として午後は早

退させるとかの工夫をしています。

次に、医師の自己研さんについてですが、医師にとって自己研さんは必要不可欠なのだと思います。その研鑽の内容や仕方は様々ですけれども。後期研修の先生などは、労働時間が長くて自己研さんの時間できちんととれていないのではないかと思うときもあります。ですので、私は自己研さんというものはありきで、後期研修の方は何十時間とか、ベテランの先生方は少し常識的な時間内でやれるような上限設定もあってもいいのかと思っています。

自己研鑽の上限設定を行うならば、上司の方のマネジメントやハラスメントについても注意をしていただくというか協力していただく必要があるのではないかと思います。ありがとうございました。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、それから片岡構成員ということでお願いします。

○今村構成員 3点ございまして、1点は先ほど鶴田構成員から、聞き漏らしてしまって申しわけないのですが、複数の方でやる自己研さんは労働とみなすという御要望に聞き取ってしまったのですけれども。

○鶴田構成員 臨床研究です。

○今村構成員 臨床研究ですか。それは仕事ということですね。わかりました。

それと、村上構成員がおっしゃった自己研さんという言葉について多少御意見をいただいたのですけれども、先ほど福島構成員からもお話があったように医師、公認会計士とか弁護士とか恐らくそういう資格を持っている方たちの職歴を見ると、一般の働いておられる方、今、流動性が非常に高くなっていて、1回勤めた会社から違う会社に行くということはもちろんあると思いますけれども、医師という職業の中で一生涯最初に入職したところから最後まで同じ職場で医師として働くことはほとんどないのではないかと。いろいろな病院に勤めたり、研究したりということで異動されると。

自己研さんというものはもちろん努めている病院の中の患者さんに対して自分が研さんしたことよ医療を提供するというのもあるのですけれども、医師個人としてのいわゆるキャリアを高めていくために、自分で勉強していると。たまたまその場が今いる病院だということが非常に多いのではないかと思います。

したがって、業務との関連性ということはなかなか難しいと思いますけれども、自己研さんというものは、医師の一生涯良質な医療を提供するためには絶対必要なものだというふうに考えているということを申し上げたいと思います。

それで、厚労省にぜひ教えていただきたいのですけれども、自己研さんの労働時間というものは、基本的に黙示であろうが明示であろうが、指示があったかどうかということと、業務との関連性ということなのですけれども、病院側の、24時間365日ずっと開いているもので、それを職場として残っていると、非常に業務との関連性をどうしても問われてしまうことになるのだと思うのですけれども、ほかの業種で24時間365日仕事をされている事業

で、なおかつその場で自己研さんをされるようなほかにあるのかどうかという実例があったら次回でも結構ですので、ぜひ教え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。

最後の点は御要望ということで、ありがとうございます。

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。

労働か自己研さんかということに関して、例えば労働に関して言えば労働時間を短くするということは人件費を抑えるという意味でも、雇用者にとっては望ましいという方向性という考えはあるかもしれませんが、例えば自己研さんを短くすることになると、自己研さんは素晴らしいことなので、短くするとか制限することとはあり得ないという意見になることが多いと思います。それは自己研さんという言葉の問題かもしれませんが、そうすると自己研さんが労働と分かれて自由にできる一定の上限はあるとしても自由にできるということになると、結果的に院内にいる時間を短くすることとはできにくくなるのではないかということをお慮いたします。その意味でインターバル設定を置くとかいったような健康確保という視点は外せないのではないかと思います。

自分の経験を考えてもなぜ自己研さんを院内でしなければならないかということ、カルテを見るということ、患者さんのそばに行くということもあるのですが、結果、労働が慢性に、夜遅くなっても何回も呼ばれるとかそういう細々した労働があるので、一旦家に帰ってしまって、また来るよりは、院内にいながらそういう用事をこなしつつ自己研さんをしたほうが楽だからという部分も多分あったかと思えます。

ですので、そういう意味でのタスクシフトあるいは時間が来たところで夜のチームにチェンジするかそういった労働の部分をしっかりオンオフできれば、自己研さんが絶対に院内にいなければ行けないというわけではないという解決法もあるのではないかと思います。

ちなみに、女性医師は院内にいる時間が短いから自己研さんをしていないということにこのままではなってしまうようで、夜中に子供を寝かしつけてから勉強する、朝3時4時に起きて勉強するという方もたくさんいるということをお慮させていただきます。

○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すでしょうか。よろしいでしょうか。

きょう2つの論点について御意見をいただきまして、また、これを事務局のほうで受け取っていただいてさらに検討を深めていただき、タイミングの問題はありますけれども、必要な時間をとってさらに検討会で議論が深められるように案の作成をお願いしたいと思います。

それでは、次の議題の2番目は「医師の応召義務について」ということでございます。前回でも医師の応召義務についての説明が事務局からありまして、ヒアリングもやりましたけれども、応召義務についての整理に関しましては厚生労働省の研究事業であります「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」におきまして、整理を進めていただいているというところでございます。

本日はこの研究の主任研究者でいらっしゃいます上智大学法学部の岩田太教授に参考人としてお越しいただいております。岩田教授におかれましては、お忙しい中、大変ありがとうございます。

それでは、研究の中間整理につきまして御報告をいただけるということでございますので、どうぞよろしくお願いを申し上げます。

○岩田参考人 御紹介ありがとうございます。上智大学法学部の岩田でございます。

本日は貴重な報告の時間をいただきまして、まことにありがとうございます。

報告時間は15分程度というふうにお伺いしておりますので、適宜省略しながらお話しさせていただきますと思います。

内容に入ります前に、2点ほど御説明させていただいた上で御紹介しようと思っておりますけれども、まず、参考資料1という一枚紙のものがありますので、見ていただければと思います。先ほど、座長から御紹介があったように、私が主任をさせていただいております研究班においては、応召義務について議論するということなのですけれども、とても私だけで手に負えるものではありませんので、研究班のメンバーが3のところに書いておりますが、医師会もしくは弁護士の先生方にももちろん参加いただいておりますし、さらに医事法、民法の先生方にも参加していただいておりますので、主任研究者としての責任回避をするつもりは全くないのですけれども、大船に乗ったような気持ちで私としてはやっております。

さらにここにいらっしゃいます事務局の山科さんと高木さんからは大きなサポートをいただいております。

ただ、まだ、中間報告ということで実際には先月の末から検討を始めたばかりですので、途中経過になりますけれども、本検討会の議論に関係するというので、大きな方向性だけを御説明したいと思います。ちょっと長くなりましたけれども、今のが1点目です。

2点目は、これから御説明する内容を3点だけ強調してポイントを申し上げておこうと思っておりますけれども、後ほども繰り返して御説明するようになると思っておりますが、応召義務は医療の公共性とか独占性を背景とするもので、これは前回も御説明があったと思っておりますが、法律では公法上の義務とあって、直接違反者に処罰をすとか損害賠償を認めるというような強い規制をかけるものではないということです。

法律の先生方には、よくおわかりいただけると思うのですが、法律にはこういう実質的に処罰しないとか損害賠償を直接的に認めないというプログラム規定とか訓示規定というものが結構あるのです。これも応召義務は、いわば医療の専門家の倫理規定的なものを定めているにすぎないということかと思っております。

歴史的には医療の提供体制が十分でない中でお医者さん個人に応召義務を課すことによって国民のニーズに応えようとしたもので、それなりに意義はあったのだと思っておりますけれども、現代では御存じのように医師も随分ふえましたし、大規模な医療機関もふえており

ますので、さらに夜間の救急などについてはきちんとした体制がなされておりますので、状況が大きく変わっています。

もう一つの状況は、多くのお医者さんたちが病院勤務になっていらっしゃるということで、病院にいらっしゃるオナコールも含めて、もし仮に応召義務が非常に強い規制だとすると逃げられない状況にあるのに対して、開業医の方は最近だと住んでいる場所と診療所が離れているということがありますので、同じ医師の間でも応召義務のかかり方が異なる状況になっております。ですので、応召義務自体が時代に合わなくなっていることも事実なので、現代的意義が何なのかということで今回、検討させていただいているということです。

資料を使わないで、サマリーといいながらどんどんしゃべってしまって恐縮ですがけれども、この応召義務については医師個人ではなくて医療機関の責任を認めた裁判例があることは事実なのですが、非常に少数で、後ほども紹介しますがけれども、その論理はやや飛躍したところがあって、しかもその後、その判決に追随するような判決が必ずしも多くあるという状況にないということを考えると、いわば特殊事例だろうと。ここまで言っているのかどうかわかりませんが、やや結論を先取りしたような、結論ありきの判決というような例外事象として考えるほうが自然なのではないかというのが、現段階での研究班のコンセンサスになっています。それが1点目です。

2点目の内容は、だからといって応召義務が全く不要になるかということ、応召義務の内容自体は、多くの医療の先生方の職業倫理と重なるもので、そのほかの外国でも生命の危機に瀕しているような緊急の状況においては、応急的な処置をしなければいけないということは、医師に課されているのか医療機関に課されているのかは差はありますけれども、その意味では、医療の公共性とか重要性をあらわすような普遍的なものですし、さらに医療のプロフェッションの誇りにもなり得るようなシンボリックなものだと思いますので、その意義自体は否定できないのではないかと現段階では思っているということです。

前置きばかり長くなって恐縮ですがけれども、3点目は、これが一番、きょう私たち研究班の報告として一番重要な点だと思いますけれども、応召義務の存在によって、無制限に医療の先生方が働き続けなければいけないかということ、そういうことは応召義務は想定していないだろう。むしろ応召義務の話とは別にこの検討会でずっと議論を重ねていただいたように、医療の専門家の方々の健康を過度に損ねない形で、国民の健康と生命の維持のために働いていただくことの間で、極めて政策的な考慮が必要なバランスをとっていただくということが重要な論点だと思いますので、応召義務自体はその論点とはやや離れたとか余り関係のないような議論かと思えます。

では、ちょっと長くなりましたけれども、資料を見つつ御報告させていただきたいと思いますが、資料2の1ページを開いていただければと思います。

これについては、既に前回のところでも参考人の方を呼んで御説明いただいたと思いますので、適宜はしりたいと思いますけれども、御存じのように応召義務が医師法に規定

されていて、その文章だけを読むと非常に広い書きぶりになっているということは事実です。ただ、その制定過程をみれば、それ以前についていた罰則が削除されているように強い規制を求めるようなものではないということになるかと思えます。

さらに次のファイルのところでも御説明しますが、厚生省が出した過去の通知をきちんと読めば、応召義務の規制が外れる場合も常識的に規定されているということがわかります。ですので、先ほどから何度か申し上げていますが、当然だと思えますけれども、お医者さんとか医療に関係する先生方に応召義務だから国民の生命、健康を守るために死ぬまで働き続けてくれということを使うかという、そんなことはあるわけがないのです。

仮に従前の通知をそのまま整合的に解釈したとしても、そんな結論は出ないで、常識的な結論が出ることになるかと思えます。

やや細かい点ですが、資料の②の直前に少し書いてありますけれども、そもそも応召義務という言葉は法律上に明記された言い回しではありませんので、しかも応召義務の「しょう」の部分が、ここの「召」という形でいいのか「招」がいいのか、さらに、応召義務という呼び方がそれで適切なのかという議論もありますので、そのことも含めて研究班では検討していきたいと思っています。

次のファイルを見ていただいて、これも既に御説明があったかと思えますけれども、応召義務が免除される場合の正当事由について、過去に厚生省が出した通知の内容について説明しております。

この内容をぱっと見ていただければ、内容自体が昔の通知であることは間違いないのですが、非常に非常識な形になっているかというとなんかそんなことはなくて、そういう意味では非常に常識的な内容が書いてあるということかと思えます。

ただ、そもそもこういう応召義務が設けられた時代とか応召義務がある程度意義を持った時代とは随分変わっておりますので、この正当事由のあり方についても今後研究班のほうできちんと研究して、もう少し具体的にこういうものは正当事由に当たるのではないかとか当たらないのではないかとか、そもそも応召義務の範囲に入るものなのだろうかというような、具体例みたいなものをお示しする機会はあるかと思えます。

次のファイルは応召義務の法的性質について説明しているファイルなのですが、先ほど申し上げたように、この応召義務は仮に違反があったとしても医師個人への刑罰はないですし、行政処分も民事責任も可能性のレベルでは、ゼロではないですが、頻繁に課すことが想定されているような強い規制をかけるものではないということです。

最初に申し上げたように医師個人ではなくて、医療機関の責任を認めた判決が資料の後ろに入っておりますけれども、あるのは事実なのですが、それはいわば特殊な事情に基づく例外的なもので、簡単に言うと余程不幸な状況が重なったり、お医者さん同士から見てもそれはひどい対応だという状況ではない限り責任を問われることはないのではないかということがこれまでの状況かと思えます。

これは釈迦に説法だと思えますけれども、大体年間消防庁の統計などを見ると90万件ぐらいの救急要請の電話が医療機関にかかっている、それが1回では受け入れられてない状況があるわけです。そうすると、全てが応召義務違反ではないにしても、応召義務が仮に強い規制なら90万件のうちの1%でも責任が問われると、それでも1万件近い形になるのですが、私が知る限り応召義務で行政的な処分が科されたということは多分ないと思えますし、もしかすると1件ぐらいあるのかもしれませんが、そういう意味では行政処分などもほとんど課されないような政策的にもそのようなことをやったら救急病院の体制みたいなものが崩れてしまう状況になっていますので、先ほども申し上げたように、余り強い規制ではないというのは、そういうところからもわかるかと思えます。

次のページを見ていただいて、4ページ目です。図が出ておりますけれども、この4ページと5ページは応召義務の法的性質というものを具体的にイメージすることがなかなか難しいのではないかとあって、わかりやすく説明するために次の2つのファイルを事務局におつくりいただいたものです。1枚目が勤務医に関するもので、2枚目が開業医に関するものです。

まず、4ページの勤務医のほうを見ていただくと、応召義務というものは、右上のほうにある国と勤務医の関係について述べられているもので、いわば倫理上の義務みたいなものを確認したような形になっていて、応召義務によって勤務医が医療機関とか患者へ直接的な法的な義務を課されているものではないということは、この図を見るとイメージとしてわかるのではないかと思います。患者との関係では応召義務がやや関係が遠いことが図的にわかるかと思えます。

次のページを見ていただいて、次は開業医についてのファイルですけれども、開業医の場合は、開設者自身が医師になっている関係で、勤務医と比べるとより近い関係になっているようにも見えますけれども、応召義務を根拠に医師が患者に直接的な責任を負うようなことはないということは、先ほどの勤務医と基本的には同じかと思えます。

飛ばしていきまして、次のファイルを見ていただいて、応召義務についての歴史的な意義についてまとめていただいたものです。

先ほども申し上げたように、医療機関数が十分でなかった戦後すぐの時代に、開業医の先生方の力をかりて医療提供体制を整えるべく努力したものの一つが応召義務だったのだと思えます。

しかし、現代では医師数も医療機関数もかなり増加しました。さらに、さまざまなお医者さんや医療機関、そのほかの医療の専門家の皆さんが行政と協力しつつ、地域医療構想だとか、夜間の救急の受け入れ体制みたいなものが整備しておりますので、このような状況では応召義務の役割も大きく変わらざるを得ないように思います。つまり、より医療の専門家としての倫理的な側面が前面に出てくることになると思います。

次のページでは、現代において先ほど申し上げたように状況が大きく変わった中で、応召義務はどういう意味を持つかということなのですが、4つ目の○のところ到现在まで申し



上げたことの確認になりますが、応召義務には刑事罰は存在しません。行政処分の実例もゼロではないのかもしれませんが、ほとんどないということかと思えます。民事責任も医師個人に問われたことは多分ないと思えます。医療機関についてはありますけれども、それは一種のあだ花のような存在で例外的な状況だと言えらると思えます。

最後のページになりますが、既に時間を超えているかと思えますけれども、ここで終わろうと思えますが、働き方改革との関係において、応召義務がどういうふうに必要なのかということ、これまでの状況を見ると、多くの医療の先生方が患者の生命、健康を守るために倫理的な義務を強く感じていただいたがゆえに、ある種非常識というか過重な労働につながっていた面があるのは事実だと思えます。その一つのあらわれが、応召義務に対する誤解のようなもので、言い方は悪いですがけれども、その誤解をいのように使ってきた面がいろいろな場面であるのも事実かもしれません。

ですので、ここで強調しておきたいのは、応召義務が決して最初に申し上げたように無制限の労働とか、無制限な過重労働を要求することはないということを申し上げておきたいと思えます。既にここで何度も先生方に御議論いただいているように、医療という専門的な要素が強くて、日々研さんが求められるような職務において、医療の先生方の健康とか生命を損ねない形で国民の医療の提供体制を構築維持していくという、極めて政策的な考慮が必要なテーマについて、ある種応召義務から自由になって議論を進めていただいて、適切なバランスを見つけていただくのが、私を含めて多くの国民の願いだと思えますので、そのような形で議論をしていただければありがたいと思えます。

以上です。少し長くなりまして、申しわけありません。

○岩村座長 岩田教授、大変詳しい説明をありがとうございました。

それでは、今、岩田教授からいただきました御報告につきまして、御意見あるいは御質問がありましたら、お出しいただきたいと思えます。

いかがでございましょうか。

では、遠野構成員どうぞ。

○遠野構成員 詳しい説明をありがとうございました。

法律用語のことで初歩的な質問で申しわけないのですが、地裁の裁判例を事前資料としてもらって読んだときに、やはり応召義務は結構な負担だと思ったのですが、いただいた資料の3ページで地裁の裁判例は先例拘束性を有さないことに注意が必要とあるのですが、この言葉の意味を教えてください。

○岩村座長 先例拘束性ということですね。

では、岩田教授、お願いできればと思えます。

○岩田参考人 これは座長から御説明いただくほうがいいのかもかもしれませんが、先例拘束性というものは、ある判決が出された場合に、その裁判が後の裁判をどの程度拘束するかというのが先例拘束性の問題なのですが、基本的に御存じのように、裁判所は地裁、高裁、最高裁という3つの段階があります。一番下の地裁判決だと、裁判所の構造上、一

番下に位置していますので、その判決が後の裁判を直接的に拘束するということはないということを先例拘束性という言葉で御説明しているということです。逆に言うと、最高裁の判決は先例拘束性が働きやすいと言えるかと思います。

○遠野構成員 わかりました。ありがとうございます。

○岩村座長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。

では、ほかにはいかがでございましょうか。

では、岡留構成員、それから今村構成員でお願いします。

○岡留構成員 岩田先生、詳しい御説明ありがとうございました。

法律用語が入ってくると頭がコンフューズしますので、簡単にお聞きしたいのですが、応召義務は個人にあるのですか、それとも管理者にあるのですか。

○岩村座長 いかがでしょうか。

○岡留構成員 いかがでしょうか。その辺のお考えを。

○岩田参考人 これは、医師法なので、医師法に規定されているということは、基本的には医師個人に応召義務が課されていると読まれるのだと思います。ただ、裁判例では先ほども申し上げたようにお医者さん個人ではなくて、病院の責任を問うているので、裁判例で、医師法には医師個人と言いながら、実は管理者にも同じような義務があるのですと言った裁判例があるのは事実だということです。

○岡留構成員 例えば、この検討会でテーマに上がってくるのですが、チーム医療を徹底してやっているという場合、複数主治医制と言ってもいいのですが、そういう場合にも判例としては管理者にあるということですか。

○岩村座長 もう少し具体化して、どういう状況でどうなるかということをお話しいただかないと。

○岡留構成員 タスクシフティングというか医者のローディングを減らすために、複数主治医制をとるのですが、例えば一人の患者さんに対して複数主治医制をとったときに、何かトラブルが起こったときあるいは誰もいなかったときなどの法的な解釈はどういうふうになるのでしょうか。

○岩田参考人 うまく答えられるかわからないのですが、基本的に応召義務の場合は、そもそも病院に受け入れないで救急車を追い返してしまったような場合が応召義務が問われる場面で、既に病院で受け入れて入院していて、そのときに複数のお医者さんで対応している場合を想定されているのではないかと思います。それは、先ほども申し上げたように実際にどういう形なら応召義務が外れるか、そもそも応召義務の問題なのかというのは、この研究班の中で議論しようと思いますが、今の段階では応召義務の問題ではないのではないかという感触を持っているということでお答えになるでしょうか。

○岩村座長 今のお答えでほばいいのだと思いますが、補足しますと、例えば入院患者で病体が悪くなったときに、その患者を対応しなければいけないお医者さんが、誰もいないという状況がその病院の中であったとすると、それは応召義務の問題よりはそういう体制

にしておいた病院の責任という形での問題になると思います。

よろしゅうございましょうか。

○岡留構成員 わかりました。

○岩村座長 では、今村構成員どうぞ。

○今村構成員 岩田先生、応召義務についての詳しい解説をいただきまして、ありがとうございました。

我々は勘違いしていた部分もあったかと思えます。この研究班が発足した一つの大きな理由というのは、医師の働き方改革で、応召義務によって医師個人に過剰な労働を強いることがないようにということで、こういう整理をすれば、少し医師の働き方改革に資するのではないかということなのです。

もともと応召義務があるからこの働き方は大変だという議論をしていた部分も確かにあるのですけれども、そうは言いつつ、具体例としてこういうことについては応召義務がかからないのではないかとという事例が挙げられていますけれども、例えば、患者さんの迷惑行為とあって、現状そういった方が来たら、確かに応召義務違反にはならないかもしれないけれども、医療機関の負担が減るわけではなくて、そういう方たちに対する対応を医療機関はしなければならぬということもありますし、勤務時間外に患者さんが来られたら、倫理的なものだというお話ですけれども、やはり医師としては勤務時間が終わっているから診ませんということが現実的にできるかということなかなかそれも難しいと。

そういう意味では、応召義務云々の話ではなく、医療現場の働き方改革とは別の視点で考えなければいけない部分があるのかと改めて思いました。

今度、国のほうで国民に対する医療を理解していただくための啓発の検討会ができるということで大変期待しているところですが、こういった迷惑行為であるとか、できるだけ病院が勤務時間内に受診していただきたいことを、同時に国民の側に広く知らしめなければ、応召義務の問題とは関係なく医療機関の負担は減らないし、結局説明責任は医療機関側に起こってしまうので、改めてそういうことも含めて、感想めいたお話ですけれども、申し上げます。

○岩村座長 ありがとうございます。

岩田先生、何かございますか。

○岩田参考人 まだ、検討を始めたばかりなので、どういう方向に行くかということは決まっていないのですが、今村先生が言ってくださったような問題意識というか、どういうところで医療機関が困っているかという話も伺っていますので、それも含めて応召義務の問題だけではなくて、どういう切り分けができるのかということは何らかの形で研究班の成果として今後、具体的に出していきたいと思っています。

○今村構成員 ぜひよろしく申し上げます。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、村上構成員どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。

詳しい御説明、ありがとうございます。大変クリアになりまして、今後の議論に大変有益だと思っております。

一つ御質問です。公法上の義務としてであっても、応召義務を置くことの今日的な意味とは端的に言うとなんなのか、御説明の中にもあったかもしれませんが、先生のお考えを中間の段階でも教えていただきたいということが1点です。

もう一点は、今村構成員の御発言に関連してなのですが、きのう私ども過労死防止のためのシンポジウムを開催しまして、弁護士の川人先生にも御講演をいただきました。その中で消費者やサービスの受け手の利益と、労働者の保護をどうバランスさせるのかが大事だというお話をいただいたところです。

どうしても今の日本だとサービスの受け手だとか消費者の利益を優先しがちで、お客さまは神様だという発想がなかなか抜けきれなくて、この医療の分野においても、もちろん患者さんの命は大事なわけけれども、労働者の保護とどちらを大事にしていくのかということのバランスが今ひとつとれていないのではないかと、そこはせめてイコールフィッティングしていかないといけないのではないかと御提起をいただきました。まさにこのテーマでも同じ発想で考えていく必要があるのではないかと思ったところです。ぜひ今後の検討の中でも、そういった視点から研究班でまとめていただければと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、第1点が御質問だったと思います。それでは、岩田先生、お願いいたします。

○岩田参考人 ありがとうございます。

私自身も簡潔と言われる簡潔なお答えがないかもしれませんが、先ほどもお医者さんの先生からも御説明があったかと思えますけれども、多くのお医者さんたちは法律上、応召義務が課されていなくても目の前に命が危ない状態にあったら助けたいと思うのです。そういう意味では、お医者さんの倫理観とかそういうものと一致していて、そういう倫理観の向上みたいなものにもこういう国の法律によって、ある種プログラム規定みたいなものがあることが貢献してきたのではないかと。

そういう意味では、医師の倫理があることが前提になりながらこの法律があるわけですが、それを再生産というか、最重視しているようなところが大きいのだろうと思います。

他方、もう一つは、先ほど少しだけ海外の例も申し上げましたが、緊急の場合には何らかの形で、お医者さんなのか医療機関なのかわかりませんが、受けてもらわないと困るので、そういう法律というかプログラム規定であっても、そういうものが大事だという国も議会がつくった文書の中に入っていて、それをてこに政策を展開していくという意味では重要なのかと感じております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。ほかにはいかがでございましょうか。

では、黒澤構成員どうぞ。

○黒澤構成員 前回の参考人のお話の際、あるいは応召義務を講義するときもありまして、そのときに岩田先生の資料の昭和30年の通達のところで妙に具体的な記述があつて、単に軽度の疲労の程度を持ってこれを拒絶することは、第19条の義務違反を構成するという文章があつて、ちょっと疲れただけでは断るなということです。その上に書いてあるのが、正当な事由は医師の不在とか病気で事実上診療が不可能な場合ということで、読みようによっては強い言葉で書かれてあつて、これの中間的なことは全然書かれていなくて、事実上、倒れてでもいなければ病気を診ろということに解釈されるのであります。これが過重労働を呼び込んでいるという解釈もできると思うのですが、この点についてお考えがありましたら、御見解をよろしくお願いいたします。

○岩村座長 岩田教授、いかがでしょうか。

○岩田参考人 ありがとうございます。

うまくお答えできるかどうかかわからないのですが、私の印象めいたものも含まれるので、もしかしたら不正確かもしれませんが、そもそも医師法の19条自体もその後に出ている厚生省の通知なども、時代背景はあつたにせよ割と広く読めるような形でとってあるということとは事実だと思います。

それはどうしてかということ、多分法律の人間とか行政の方が考えるのは、世の中に起こってくる事象はどんな事例が起こってくるかわからないので、ある意味できちんとカバーできるような文章をつくっておきたい。実際にその法を適用する場面ではもう少し限定的に考えて、誰でもおかしいと思うような事例に適用するという対応がきつとあつたのだらうと思います。

だから、具体的には、先ほども申し上げたようにそれを使いながら処分されたこともないですし、民事責任を問われることもほとんどないので、そういう意味では使われていないのですけれども、法律側とか行政側はそういう形でやるのですが、先ほど言われたように広くやって、しかも事後的に判断されたものだと、やるほうとしては過度に働かないと責任を問われるのではないかというマインドになってしまつて、過重労働につながっていく面は否定できないので、先ほども申し上げたように具体的にどこまで申し上げられるかわからないのですが、もう少し医療者の方にこういうことはだめだということが事前にわかるような例みたいなものを出せることを考えているということでございます。

回答になっているでしょうか。

○岩村座長 若干私の観点を補足させていただきますと、昭和30年の通達が資料の2ページにあるわけですが、見ますと、事案は恐らく個人の開業医さんで往診を頼まれたけれども、それを断った。その理由が体調不良ということだと。これに対する厚労省の回答は、客観的に裏づけのある理由がないと正当な事由にはなりません。ですから、今もう出かけてしまつていない。あるいは、こういう病気で熱が出ていて寝込んでいるということが客観的にわかるのだったら、それは正当事由になる。しかし、体調不良では客観的に事

実としてそうかも確かめようがない。ここでは、これは正当な理由にはなりませんという、この通達自身はここまでは言っていないのですが、そういう趣旨だろうと思います。

○黒澤構成員 岩村先生、岩田先生のおっしゃることはすごくよくわかります。ただ、そういうことなので、例えばちょっと過労気味で体調不良ですといっても、それは裏づけが全然ありませんので、その状況でそれを理由に患者を診ないということはないということになるわけで、やはりこの文章がある意味はものすごく我々にとっては大きなインパクトがあることになりますので、その点、ぜひ視点を持っていただければと思うのです。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、お願いします。

○山科医事課長補佐 医事課長補佐の山科です。若干補足させていただきます。

2ページにございますとおり、昭和30年の通知につきましては、複数のお医者さんが、体調が悪いなどということによって往診を断った結果死亡した、個別事案に対する疑義照会に対する長野県の衛生部長宛での回答でございます。それに対して、昭和24年と昭和49年につきましては、局長通知の形をとらせていただいております。さらに各都道府県知事宛です。基本的には24年と49年の通知が一般的、より広い規範でして、昭和30年の通知は個別事案に対する限定的な解釈を示したものと御理解をいただければと思います。

○岩村座長 補足をありがとうございます。

では、黒澤構成員どうぞ。

○黒澤構成員 よく理解しておりますので、その点をぜひ整理して、形にしてお示しいただければと思うのです。

○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。

城守構成員どうぞ。

○城守構成員 岩田先生、ありがとうございました。

これはお願いになろうかと思うのですが、そもそも応召義務、戦後の医療の提供体制の量が足りないときに臨時的な面で補充してほしいという思いもあって、成立してきた背景もあろうかと思えますけれども、御存じのように現在では提供体制はかなり充実してきているわけでございます。

この問題が働き方改革の中で取り上げられたというのは、勤務医の先生方にとっての応召義務という問題がどういう影響をしているのかということになってきているのだろうと思いますが、先ほど先生が、開業医の先生は、働く場所と自宅も違うからということで、どちらかという勤務医の先生に対しても影響が強いという御認識のようにも思えましたので、実は近年はかかりつけ医制度というものがかなり進展を来しておりますので、さまざまな用件においても24時間の連絡体制をとらなければいけないとか、開業医の先生も診療所の先生もかなり拘束を受けるという状態が強くなってきています。

ですので、どちらかと言えば、提供体制が充実してきている病院の先生方よりも、将来

的には応召義務という問題は診療所の先生に重くのしかかってくる可能性もあるのではないかと危惧しているところがございますので、今後この検討会で正当な事由等の範囲も含めて、先ほどの先生もおっしゃっていましたように、的確な例示を挙げていただいて、御検討をお願いしたいというお願いでございます。

○岩村座長 では、岩田教授、どうぞ。

○岩田参考人 済みません。私の舌足らずな面で、決して趣旨としては開業医の方が楽をしているとかではありませんので、それも含めて状況としていろいろな場面があって、むしろ最初は多分開業医の方を前提に応召義務が課されていて、その後、勤務医の方にそういうものがあるのかどうかという議論があったのでそういう言い方になってしまったのですけれども、今、きちんと行ってくださったことも含めて研究班で検討させていただきたいと思います。

ありがとうございます。

○岩村座長 ほかにはいかがでございましょうか。

では、黒澤構成員どうぞ。

○黒澤構成員 もう一点、歴史の変遷の中で医療の供給体制の量的確保が進められているという現状の認識が皆様の発言にもありましたが、量的なものと同時に専門家が細分化されてきていて、私の専門は呼吸器なのですがすけれども、呼吸器の専門分野でこの病気は診るけれどもこの病気は診ないとか、嚥下のリハビリテーションをやらせようと思っても、できるところが少ないですとか、いろいろと細分化による問題と言いますか、医療の提供体制ということではいいですと、医者数はふえたけれども、何となく前とは違う不便さが出てきておりますので、応召義務の中にもそのような観点もぜひ忘れないでいただけないかと思えます。

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 今回4ページにおまとめいただいた義務関係が非常にわかりやすく示していただけて、先ほど岡留構成員からも御質問があった複数主治医制の問題なども、結局はこの診療契約と診療義務の範囲内で解決すればいいことで、そこには応召義務が介在しないことを非常にクリアに出していただいて、我々、応召義務の呪縛からこれで逃れることができるかという気もいたします。

ただ、問題点は、緊急で医療機関にかかってくる患者あるいはトラブルの多い患者などについては、どういうふうにそこが絡むのかということはぜひクリアにさせていただきたいということがお願いでございます。

それから、4ページの図は非常にわかりやすいので何らかの形でオーソライズしていただいて、基本的に今後、この問題はこれをベースに考えればいいのだというところをぜひ共通のプラットフォームに持ってきていただけるとよろしいかと思えます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、褒構成員、それから豊田構成員どうぞ。まず、褒構成員からお願いします。

○褒構成員 非常にわかりやすい御説明ありがとうございました。

法律の門外漢ですので、御教授いただきたいのですけれども、1ページにございます先ほど先生もお話されていただきましたように応召義務という名称そのものを検討するというお話ですけれども、義務という言葉は今後も使うのか、それとも応召という部分を見直すのか、先ほど山本構成員おっしゃいましたように、応召義務という呪縛から義務というのは非常に強い言葉でございますので、そもそも法律的にはならないというものは一般的に義務と呼ばれているものかどうかということ、門外漢で恐縮ですけれども、わかりやすく教えていただきたいと思います。

○岩村座長 岩田先生、いかがでしょうか。

○岩田参考人 主として考えているのは、召すという字がそれでいいのかという、もともと昔の厚生労働省がつくった文章には招くという字が入っていると、昔のことをよくご存じの先生方だと召すというのは軍に召されるという話なので、言葉として感触が違うのではないかと、これを想定しているのですけれども、人によってはまだ途中段階ですけれども、例えば診療義務みたいなほうがいいのか、応需義務みたいな言い方のほうがいいのかという議論をしています。

ただ、きょうの御説明でも強調したところなのですけれども、確かに法律以外の方からすると義務と言葉がついていると守らなければいけないと思うのですが、強さに大きく差があるということ、これを強調したと思うのです。義務と書かれているけれども、罰則とかそのほかの損害賠償みたいなものはないという形で、それが法律の限界なのかもしれませんが、義務という言葉はここからは外れないのではないかと、その中で具体的に変な形で影響を与えないような説明をしていくという形になろうかと思っています。

○褒構成員 そうなりますと、先ほど先生がおっしゃいました訓示的規定の一つの呼び方として義務というものがあるという解釈でよろしいでしょうか。

○岩田参考人 そうです。

○褒構成員 ありがとうございます。

○岩村座長 では、豊田構成員どうぞ。

○豊田構成員 岩田先生、ありがとうございます。

私からは患者の立場として発言させていただくと、患者さんが不安になるのは、すごく緊急性が高い状況でも拒否されるのではないかと、何かあったときに極端に診てもらえなくなるのではないかと、医師が拒否してもいいということが患者からすると心配になると思いますので、ここはやはり双方のことを考えていくときに、国民に理解していただくことももちろんそうなのですけれども、単に医師が大変だからわかってくださいということでは理解できませんので、そのためにはかわりになるような体制を考えていかないと、ならないと思います。岩田先生がおっしゃってくださったように、こういうものに



対しても倫理的なことを踏まえてつくっていくことが大事だと思いますので、なかなか開業医さんなどでは難しいとは思いますが、今、医療機関の中では医療安全の体制や患者支援の体制が作られつつありますので、ぜひそういったところも中心となって、患者さんに対して、医師の支援にもなるような体制を同時につくっていくことが必要です。そのことも踏まえて法律の解釈をつくっていただくとありがたいと思いますので、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。

ほかにはいかがでしょうか。

それでは、森本構成員どうぞ。

○森本構成員 4、5ページの図の「応召義務の法的性質」に関して簡単な質問です。全てのところに両矢印があるのですが、医療機関と勤務医の関係は労働契約と診療提供であることはわかります。それから、医療機関と患者の関係もわかるのですが、国と勤務医あるいは勤務医と患者の関係に両矢印を使っている意味があれば教えていただければと思います。

以上です。

○岩村座長 岩田先生いかがでございましょうか。

○岩田参考人 済みません。うまく聞き取れていなかった可能性もあるので、国と勤務医の関係。勤務医と患者の関係はそこにも書いてありますけれども、勤務医は医療機関に雇われていて、医療機関の労働者として患者に実際にサービスを提供する義務があるという構造になっているので、そこに書いてある医療機関に課されている診療義務の履行者として提供するという形になっているのが患者と勤務医の関係ということなのです。

○岩村座長 御質問は、なぜそこが両方の矢印になっているのでしょうかということ。上の国と勤務医のところも同じような質問の御趣旨と伺いました。

では、お願いいたします。

○山科医事課長補佐 事務局から補足させていただきます。

国と医療機関につきましては、医療法上の体制整備の義務ですとか労働基準関係法令を順守する義務については医療機関側にかかっておりまして、国もそういった義務を医療機関が果たしているかどうかを監督指導するという意味で両方向の矢印とさせていただいております。

御指摘のとおり、勤務医と患者につきましては、基本的には勤務医から患者への矢印が正確ということはおっしゃるとおりかと思えます。ただ、便宜上同じ矢印を使わせていただいているということでございます。

○岩村座長 法律論的にぎりぎり詰めたらどうかという話はあると思いますが、他方で実際には勤務医の方と患者さんの間で、診療をめぐるやりとりが展開するという意味では、必ずしも一方通行ではないのかと思うところではあります。ここはまた研究班で御検討いただければと思います。

ほかにはいかががございましょうか。

それでは、猪俣構成員どうぞ。

○猪俣構成員 一つ岩田先生にお伺いしたいのですけれども、例えば急患という定義はいろいろあるかと思うのですけれども、例えば私たちが当直していてこの病気だったらば緊急性がなく、明日でもいいのではという場合に、患者の要望で必ずしも診察をする必要があるのでしょうか？例えば、患者と電話でお話ししていると、例えば目がかゆいのだが、明日仕事があるので夜間の緊急帯で診てほしい場合に、医師が電話から症状を推論し、明日の時間内の受診でも恐らく大丈夫ではないですかとお答えした場合には、医師の応召義務違反に当たるのでしょうか？もちろん実際に診察しなければわからないことも多いと思いますが、患者のあした仕事あるから今診てほしいという場合に対して、明日の受診を提案した場合はどうあるのでしょうか。

○岩村座長 岩田先生、お願いいたします。

○岩田参考人 それも具体的には、先ほどの正当事由みたいなものと一緒に、こういう場合はどうなのだということは出そうと思いますけれども、状況を患者さんのほうからお医者さんが聞いて、その範囲でこれは緊急性がないと判断したものについては、今言われたようにあした来てくださいということでも大丈夫だと思います。

緊急の場合でも必ずしもそのお医者さんが診る必要はなくて、例えば緊急の病院はここがあいているので、こちらに行ってくださいという対応も問題ないような話なので、今のような話はそういう形で解決ができると思っています。

○猪俣構成員 恐らくこういった夜間勤務は医師の労働時間や勤務体制における働き方改革において非常に重要なところだと思いますので、ぜひ御検討のほどよろしくお願いいたします。

○岩村座長 ありがとうございます。

そのほかいかががございましょうか。よろしゅうございましょうか。

それでは、岩田教授、きょうは大変お忙しい中をありがとうございました。引き続き研究を進めていただいて、具体的な方向性が整理されましたら、この検討会で再度議論をさせていただきたいと考えております。事務局のほうも、どうぞその点をよろしく願いをいたします。岩田教授、本当にありがとうございました。

それでは、きょうの議論はここまでということにさせていただきたいと思います。

最後に、私のほうから一言申し上げておきたいと思います。

7月にこの検討会の議論を再開しまして、前回、そして今回ということで具体的な議論をかなり突っ込んで御議論をいただいたように思います。前回、事務局から報告がありました医療のかかり方に関する懇談会であるとか、きょう御報告をいただきました応召義務にかかると研究班の議論をまた進めていただきつつ、この検討会におきましては、今後取りまとめに向けて、さらにもう一步踏み込んだ議論をしていかなければいけないと考えております。

きょうもいろいろ御要望等もありましたけれども、そういった議論に向けて事務局におかれましては、鋭意、作業・整理などを進めていただければと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

その過程で、事務局から構成員の皆様に個別的に御相談させていただくこともあるかと思ひますし、先ほどもお願いしましたが、こういうものもあるのではないかということもおありでありましたら、遠慮なく事務局にお話をいただければと思ひますので、ぜひ御協力をお願いしたいと思ひます。

それでは、次回の日程につきまして事務局からお願いをいたします。

○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、調整の上、改めて御連絡をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、本日の会議はここまでとさせていただきます。皆様、お忙しい中、どうもありがとうございました。