

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 皆さん、こんばんは。定刻となりましたので、ただいまより、「第11回医師の働き方改革に関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様におかれましては、大変お忙しい中を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御報告いたします。

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。

豊田構成員はもうそろそろ到着されとの御連絡をいただいております。

それから、遠野構成員は途中で御退席される御予定です。

続きまして、資料の確認をいたします。

議事次第、座席表、資料1～4、参考資料1、2でございます。

万一、不足等がございましたら、お知らせいただければと思います。

それでは、カメラの方はここまでとさせていただきますので、よろしく願いいたします。

(カメラ退室)

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 これ以降の議事運営につきましては、座長にお願いいたします。

よろしく願いいたします。

○岩村座長 皆様、こんばんは。

それでは、早速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くようお願いいたします。議題1でございますけれども、こちらは、「第9回・第10回の議論のまとめ（宿日直、自己研鑽等について）」ということでございます。

特に、自己研さんにつきましては、前回のこの会議の場でいろいろな御意見を頂戴したところでございます。そこで、前回の資料に追記するという形で事務局で資料を御準備いただいているところですので、まず事務局から、その説明をいただきたいと思っております。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。

資料1をごらんいただければと思います。

前回、9月19日から若干時間があいてございますが、前々回9月3日、前回9月19日と、宿日直、自己研さんについて御議論をいただきました。

若干の振り返りをさせていただきますと、前々回は、宿日直に関しまして、勤務負担軽減の議論をしっかりとすべきとの御意見を頂戴しておりました。これにつきましては、今日の議題2の(2)で健康確保という観点から御議論をいただければと思っております。

それから、前回9月19日につきましては、本日の資料1と似たような体裁のものもお示し致しましたが、自己研さんに関して、労働かどうかの考え方、これは早急に事務局案を示してほしいとの御意見をいただいたかと思っております。これにつきましては、次回御用意を

しまして、議論を継続いただきたいと思います。

前回は、自己研さんに関する御意見を非常に多くいただきましたが、資料の10ページ、検討に当たっての基本的な視点として記載させていただきました。自己研さんという言葉についても用語の整理が要るのではないかと、そういった御意見もいただいておりますので、次回、整理をしてお示ししたいと考えてございます。

それから、12ページにも、御検討に当たっての整理していくための視点を幾つか出していただいておりますので、こういったことも踏まえて、事務局で準備をさせていただきたいと考えております。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

ただいま、資料1について御説明いただいたところでございますが、ここで取り上げられている論点につきましては、今、事務局からも説明がありましたけれども、特に、自己研さんの労働時間該当に関する考え方については、次回に議論をさせていただきたいと考えているところでございます。

そこできょうは、議題1については、ここまでということにさせていただいて、直ちに、議題2へ移りたいと考えておりますけれども、よろしゅうございましょうか。

(「異議なし」と声あり)

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは続いて、議題2ということで、「勤務環境改善策等について」ということになっております。

本日は、前回までの議論を踏まえまして、医師の皆様の労働時間の短縮や健康確保を具体的にどのように図っていくべきであるのかということにつきまして、議論をこの場で深めていただければと考えております。

特に、健康確保の論点に関しまして、御示唆を頂戴したいということで、順天堂大学医学部の谷川武教授にお越しをいただいております。

谷川教授におかれましては、お忙しい中、まことにありがとうございます。

あわせて、昨年の第3回、そして、第4回の検討会におきまして、片岡構成員、そして、今村構成員から、女性の医師の方の支援についてのプレゼンテーションも頂戴したところでございます。こちら、また、重要な論点でございますので、これについても、きょうあわせて議論をさせていただければと考えているところでございます。

そこで、まず事務局から、基本的なデータとか、議論のための視点を整理いただいております。まず、その説明を頂戴しまして、その後に、谷川教授から御報告をいただきたいと考えております。

質疑や意見交換等につきましては、その後に一括して行わせていただければと考えております。

進行につきましては、以上のような形でさせていただきたいと思っておりますので、御了解を

いただければと思います。

それでは、まず事務局から、説明をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐　それでは、まず資料2からごらんいただければと思います。2枚目に、前々回にお示しをしましたこの検討会の今後の進め方を示させていただきました。9月から、おおむね議論を3つに分けて進めているということで、9月3日の回で見ただいたところでありまして、ここで書いてあります要素を改めて1枚目に書き出したということでございます。(1)～(3)まで3つのトラックであります。本日の議論は、(1)の1つ目のポツ、勤務環境改善、それから、2つ目のポツ、マネジメント改革、この辺りについて御議論をいただきます。

年末にとりまとめ(案)骨子も念頭に進めてまいりますので、11月ということもありません。毎回の議論がどこの議論であるのか、どの部分の議論であるのかということも共有しながら進めさせていただければと思っております。このような趣旨で御用意いたしました。

続きまして、資料3でございます。「勤務環境改善策について」で、細かなテーマを3つ書いてございます。業務量・労働時間数の削減、健康確保、女性医師の勤務環境整備、これらの観点で資料をまとめさせていただきました。

2ページ、2月にこの検討会でおまとめいただいた緊急対策であります。その中でも、産業保健の仕組みの活用であったり、タスク・シフティングの推進、女性医師支援、状況に応じた労働時間短縮に向けた取組ということで取り組んでいこうということです。

そうしたものについて、3ページですけれども、厚労省としての概算要求を含めてしっかりご支援していくというスタンスで取り組んでございます。

5ページを見ていただきますと、基本的なタスク・シフティングを初めとした労働時間短縮ということで、1日約40分程度は他職種へ移管できるのではないかなというようなこともありまして、緊急対策の中でも個別の項目を列記するような形で、タスク・シフティングの推進等を掲げております。

一方で、6ページを見ていただきますと、こうした基本的なタスク・シフトを進める一方で、これまでの議論でも出てきておりますのが、非常に勤務時間が長い層の先生方の勤務時間をどうやって短縮していくかという切実な問題があるかと思っております。

これについて外科医の例ということで、図式的にお示しをさせていただいております。

図の左側の大変長い現状から、例えば、右側を見ていただきますと、現行の施策の中で最大の規制水準は年960時間というところでありまして。その部分まで仮に下げていくとした場合に、どの程度の期間を見込んで目標を立て、どのように取り組むか。どのように取り組むかということで、どの部分を削減できるのか、具体的な議論も必要だと思いますので、そのような御議論のために御用意をした資料でございます。真ん中のブルーの枠をつけておりますけれども、手術ですとか、これまでの議論の中で研さんの部分については削

減できないだろうということから考えますと、それ以外の部分のタスク・シフティング、タスク・シェアリング、そうしたことで削減していくのではないかと。そのような御提案をしておりますが、御議論をいただければと思います。

8ページからは健康確保の観点でございます。緊急対策の後、病院団体さんのほうで、中間フォローアップもしていただきましたけれども、この取組は着実に進んできていると思っておりますし、さらに、しっかりと実施していただくということが基本だと思います。

9ページは、時間外労働時間数ごとにみた健康状態、睡眠の状況ということで、当然と言えば当然でありますけれども、時間が長くなると、健康状態、睡眠状況は悪くなるというようなことであります。

10ページを見ていただきますと、こちらは、勤務環境の満足度でありますけれども、今までの健康面のデータとは若干異なりまして、時間外労働時間数に比例して、「満足」「どちらかという満足」では比例した影響は出ていないということ。この調査項目の中では、これは医師のアンケート調査でありますけれども、自由記述式でこの理由を聞いておりますが、時間外労働が長い方について見てみますと、「不満」あるいは「どちらかという不満」を選択した人が、「多忙だ」と、あるいは「休養・休暇がとれない」「時間外手当が不十分だ」そういうようなことが理由であり、「満足」「どちらかという満足」については、「やりがい」「勉強になる」「時間外手当は十分である」そういったような理由が出てきているということで御紹介をいたします。

11ページは、休日関係ですけれども、所定休日、年次有給休暇、いずれもなかなかとれていない、とりにくい状況も浮かび上がっているところでございます。

12ページが、ここからは医療・医師に特有のところかもしれませんが、連続勤務の状況ということで、12ページの円グラフは、緑のところからが連続勤務32時間以上なさっている先生です。これは、6月のある勤務日の最長時間が何時間であったかということでありまして、これがいつもということではないとは思いますが、こういう日があったということで、32時間以上あるいは36時間以上という回答が出てきています。

一方で、一番短かった勤務間のインターバルがどうだったかというのが下の棒グラフでありまして、勤務割上、シフト上は11時間以上確保できているという医師も多いのですが、現実には9時間前後のところが多い状況です。

13ページは、連続勤務とも関係しますが、当直明けの負担軽減はどのようなものがとられているかということで、左上の円グラフを見ていただきますと、大体4分の1の医師について何らかの軽減がされているということでありまして、右側を見ていただきますと、その当直の中の実働の時間の長さによりまして、こうした措置はされている率が上がるということでありまして、下側を見ていただきますと、その軽減の仕方としては、時間を短くするとか、業務を軽減するとか、そういうような方向になっているということでございます。

14ページ、7月の検討会のときにも若干話題に出たものでありますけれども、医師の労

災認定事案について、労災認定された調査復命書がございます。それについて分析をされたデータがございますので、その御紹介であります。

労働安全衛生総合研究所の吉川先生がなされた研究であります。脳・心臓疾患について17件、精神障害事案について8件、これは生存のものと死亡のものと両方ございますが、これらについて、過重労働の背景、長時間労働以外の要因もあったというようなことですか、対策として、休息確保、インターバルでありましたり、診療科ごとあるいはキャリアステージごとの過重労働対策が重要であると、そういうようなことを分析いただいています。これは、参考資料1に研究の報告書そのものもつけさせていただいています。

15ページ、健康確保措置、そもそも今の制度がどうなっているかということの概観であります。上半分というか真ん中ほどは、「労働安全衛生法における業種共通の規制」ということで、先生方にもおなじみの多い、衛生管理者、産業医、衛生委員会、こういったものと健康診断、面接指導、ストレスチェック、そういうような一般の規制がございます。

それから、特定業種の規制ということで、下に黄色い枠が2つございます。左側は労働安全衛生法で研究開発業務従事者につきまして、月100時間を超える時間外労働について、面接、指導等の措置を義務づけているというものです。これは来年4月の施行であります。

右側については、自動車運送事業者に対する規制でありまして、過労の防止を考慮した運転手の勤務・常務時間であったり、健康状態の把握、疲労している場合には常務させないとか、そういうような義務がかかっている。こういうような例もあるということでございます。

16ページ、17ページは、インターバルの関係ですけれども、勤務間インターバルにつきましては、現行、我が国では努力義務で取組が推奨されています。それから、諸外国の制度にも位置づけられているということでまとめさせていただきました。

17ページは、前回の御議論の中で資料のお求めがございました他業種における導入状況です。業種によっては、導入予定というところが多い業種もございます。

19ページからは、女性医師の関係でございます。最初、概括的なデータが幾つかついておりますので、省かせていただきます。22ページからでございます。「女性医師の休職・離職の理由」ということで、これは日本医師会女性医師支援センターのデータを使わせていただいておりますが、出産・子育てで依然として離職・休職が見られることと、24ページを見ていただきますと、例えば、院内保育というようなものが使いやすければ継続就業に有益だと思われましても、真ん中に、「院内保育所を利用しない理由」というところがありまして、「定員枠が少ない」とか、「利用制限がある」、そういったような要素も出てきているところです。

25ページを見ていただきますと、院内保育を行っておられる病院は、26年のデータで4割ぐらいですけれども、その中で、「自施設の医師・歯科医師」が使っているのが67.4%、こちらの下の赤字のところでありまして、そういうような状況であるということでございます。

26ページ、27ページは、院内保育についての支援策です。

28ページ、診療報酬の中でも、総合入院体制加算の要件の中で「少なくとも2項目以上含む」というようなものの中に院内保育所についても項目出しをしているというような状況でございます。

少し飛ばさせていただきまして、32ページをごらんいただきますと、平成27年に「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」ということで、どのような方向性で取り組んでいくかということ、左下側の①～⑥の6つの視点を整理しまして、その後、取組を進めているということでございます。

33ページに、キャリア支援モデル普及推進事業がございますが、この6つの観点に沿って事業を展開しておりまして、現在は、取組事例を展開しています。

その後、幾つかの一般施策で、女性活躍、新法等に含まれていたもの、次世代育成支援対策推進法等を添付させていただきました。

37ページからは、議論の視点でございます。まず、今できることから緊急対策で掲げたような事項についてしっかり取り組んでいただくということ。

それから、業務・労働時間の削減についてですけれども、医師でなくても行える業務を移管することを初めとして、実際に業務・労働時間を減らしていくことについて、診療の質を下げないことを前提としながらどう進めていくかということでもありますけれども、これまでの検討会の議論でもありました意識改革。これは管理者の側、それから、勤務医の側、双方について意識改革をという御意見が出ていたかと思えます。

それから、具体的な取組手法をどうするか。具体策としましては、大体これまでこういう議論が出てきておりますが、どれによってどういうふうに減らしていくのかということと、一番下書いておりますけれども、削減にあたっての医療機関の対応、それを可能とする施策、あるいは医療機関の機能や診療科によっての違いをどのように考えるかということ。資料においては、外科の例をお示しさせていただきましたが、診療科ごとの視点も踏まえて、具体的に考えていく必要があるかと思えます。

38ページに進んでいただきまして、こちらは健康確保の観点であります。産業保健の取組、現行法のものをしっかりやるということの次の段階としまして、可能な限り、今ほど見ていただいたような医師の業務を減らすということをやっていくとしても、必要な医療ニーズもございますので、長時間勤務の解消にはかなりの長期間を要することも考えられるということで、その間の健康確保をどのように図るかということで、提起をさせていただきました。医師の健康確保のためには、現行制度で求められている取組の徹底、新たな取組も追加的に行う。こういうようなことが考えられますが、その新たな取組の例としましては、先ほどから出ておりますような連続勤務時間制限、勤務間インターバル確保、あるいは、個別性の高い健康管理というようなこともあるかもしれませんので、そういったようなことをどう考えるか。

一番下でありますけれども、こういう医師の健康確保は、医療の質・安全等、医療提供

体制の前提条件としても非常に重要であります。こういったこともどのように考えていくかということでもとめさせていただきます。

39ページですけれども、女性医師の関係の議論の視点でございます。出産・育児を経験することが多い20代後半から30代という世代では、臨床研修・専門研修の関係で短期間でローテートしている先生方も多いということでありまして、ほかの業種に比べて、院内保育の利用や育休の取得がしづらいこともあろうかと思えます。それから、勤務時間の長さ、当直等、不規則な勤務形態、こういったようなことに対して、配慮をするならば、上司や病院幹部の理解は不可欠だというようなところが基本的なところかと思えます。

その上で、論点としましては、1つ目は、院内保育・病児保育の整備のおくれについてどう考えるか。

それから、2つ目につきましては、専門研修におけるカリキュラム制の整備によって配慮ができるのではないかと。あるいは、保育所の入所困難、育休を取得しづらいといったようなことがあるとすれば、それをどう考えるかということでございます。

次のところは、入院診療においてもICTを用いる、あるいは、チーム医療を推進する、そういったようなことで働き方の選択肢を広げていくというようなことですか、一番下は男性医師の観点から記載をしておりますが、出産は女性だけですが、育児は女性だけの問題ではございませんので、「子どもあり男性医師」の勤務時間、「子どもなし男性医師」の勤務時間と差がないわけですけれども、育児を余りしていないと予測されることに対してどうすべきかと、こういうような問題提起もさせていただいています。

資料の説明については、以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、引き続き、谷川教授から御報告をいただきたいと思えます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

○谷川参考人 初めまして、順天堂大学の谷川でございます。

私は、「エビデンスに基づく医師の健康確保措置について」というテーマで、私のこれまでのいろいろな経験からお話ししたいと思います。

次のページを御覧下さい。私は1986年に杉並区の河北総合病院で、その当時は臨床研修制度がございませんでしたが、研修医を務めさせて頂きました。そこが当時、一番忙しい研修病院という評判でしたが、確かに4月から7月までの間に、内科を一人で当直ができるようにトレーニングを受けました。しかも、河北総合病院は50万人の杉並区民全員が医療圏の相当すさまじいトレーニングでございました。そういう経験も積んだ後、公衆衛生の分野で労働衛生コンサルタント、日本睡眠学会認定医、日本産業衛生学会の指導医・専門医を取得しました。

愛媛大学で6年間教授を務めていた時には、労働衛生指導医として、労働基準監督官と一緒にさまざまな事業場で健康管理の指導をしてまいりました。

たまたま1991年から福島第一第二のより10年ずつ非常勤産業医で務めておりました関係

で、事故の起こりました2011年4月から、月に1回3日から4日ですけれども、その中で、誰も過労死することなく、何とかストレス対策を実施してまいりました。

2014年の3月には、「健康づくりのための睡眠指針2014」の第3章を中心に、睡眠時呼吸症候群と生活習慣病を中心にまとめております。

これまでの学会活動としましては、公衆衛生、行動医学、ストレス学会等でございますが、委員としまして、睡眠の部分を担当しまして、国民健康・栄養調査企画解析検討会委員、「健康日本21（第二次）推進専門委員会委員を務めております。国土交通省では、主に睡眠時無呼吸症候群による交通事故対策をメインに、事業用自動車健康起因事故対策協議会委員も務めております。

以上が私のバックグラウンドですが、今回のテーマに関して、まず次の3ページをごらん下さい。皆様には釈迦に説法でございますが、既に行われています労災認定基準は、恐らく1日に5時間以下しか睡眠がとれない状況、もしくは1日に6時間以下しか睡眠がとれない状況、そういう状況が起こった場合には、労災認定基準とすると。これは恐らく長時間労働そのものよりも、むしろ、長時間労働に付随します睡眠不足が直接的な過労死等に関連するという、これまでのデータに基づいております。

次の4ページですが、1つは、私が留学しておりましたハーバード大学の睡眠医学教室のグループが、2003年から2007～2008年にかけて、『New England Journal of Medicine』等に、医師が36時間以上の勤務をすると交通事故に遭ったり、さまざまなインシデントが起こると報告しました。そういうことで米国では医師の働き方改革を進めておまして、その結果、ACGME（医学教育認定評議会）で、それまでのアメリカのレジデントは、36時間勤務で36時間休憩という体制が、24時間以内が原則で、それに引き継ぎしても28時間までとか、最低休息の時間を8時間はmustであって、shouldでも10時間以上できないと決めております。

その後いろいろなひずみも起こりまして、次の6ページ、7ページに書きましたが、2016年にアメリカの外科学会が出した論文が『New England Journal of Medicine』に載りました。これはどういうことかといいますと、このような非常に厳しく時間をしっかりと管理した場合と、それをちょっと緩めて、もう少し長時間働いた場合に、実際にどの程度医療に対して差が出るか。それらを見てみると、術後の死亡や重篤な合併症、レジデントの満足感等には有意差はなかった。要するに、差が有意ではなかったというものであります。

さらに詳しく読みますと、本人たちが感じる健康度については有意差もありましたが、結論としては、時間制限を少し緩めてもいいのではないかとことを米国外科学会は言っているようです。

次の8ページですが、我が国のタイムスタディの調査によりますと、当直なしの場合で、ピークが10～15時間、皆様よく働いていますが、当直の場合は、翌日の定時プラス少し残ったりしますと30～35時間にピークが来ます。これは結構大変そうに見えるのですが、一方、「仮眠時間の分布」は9ページになりますが、割と仮眠がとれている場合が多い。私

がかつて経験したのは、0～2とか2～4の辺りでした。それから考えると、全体としては悪くないのかなという印象です。

次の10ページは、日本人のデータで、玉腰先生がJACC studyで行われている研究です。睡眠時間と死亡率ではどうなるかといいますと、4.5時間ぐらいから上がってくるのが示されております。もちろん、これは8時間半とか9時間も上がっておりますが、これはそれだけの睡眠をとらないと、既に研究の開始時点で健康状態が余りよくない方もいるので、このようなカーブになっていると考えられます。

十分な睡眠をとるためにはどうすればいいか。これは私の提言ですが、連続勤務時間制限とインターバル規制もしくは当直時間帯等での睡眠の確保が必要です。そして、医療現場におきまして、手術等の業務を確実に定められた時間内に終わらせることは非常に困難です。先ほどの米国外科学会のペーパーでも、えっと思って読んだのですが、医学教育認定評議会の基準に従っているドクターたちは、手術の途中で去ってしまうとか、患者さんの引き継ぎが十分できなくなってしまうという、これは何かちょっとおかしいなと思いますけれども、それが結構有意に出ているのです。ですから、現実的には、振替休暇等をきちんと出して、健康確保措置を行う。要するに、ちょっと長くなったときは、できるだけ早めにそれを補うようなことを確保することが現実的ではないかと思われま

す。次の12ページは、見なれないグラフで申しわけないのですが、非常に大事なグラフです。年齢21～38歳の健康な男子を数人ずつ、全く眠らせない群、非常に非人間的ですが、88時間連続眠らせないというのが一番左手です。そして、4時間未満と書いていますが、もともと4時間、6時間、8時間と割りつけしたのですが、実際に寝ている時間を調べますと、4時間未満で3時間半ぐらいですね。6時間未満で5時間半ぐらい、8時間になると7時間から7時間半寝ている。そのようなグループに対して、次のページにありますPsychomotor Vigilance Task。これはどんなものかといいますと、この機械の一番上のところにインジケーターがございますけれども、ここに数秒から十数秒のランダムなタイミングで数字がぱっと出てくるのです。ぱっと出た瞬間にボタンを押す。要するに、反応速度を見るわけです。これを10分間。この10分間というのがみそです。これは実はスペースシャトル等でも使われている方法で、持続的な注意力、客観的な眠気、覚醒度を評価するものとされております。要するに、このときに見逃してしまったり、0.5秒以上ぼーっとしていたりすると、恐らく車の運転中に事故を起こす確率が高まる。それをlapseと呼んでいるのですが、そのラプス（lapse）が何回起こったかを調べます。

これ（12ページ）を見ていただきますと、この図ですけれども、一晩断眠で8回ぐらいある。二晩になってくると13回ぐらい起こるわけです。それに対して、4時間未満、6時間未満の方々は、4時間未満ですと、2週間経ちますと、2日の徹夜に匹敵するぐらいミスがふえている。6時間未満の場合は、一晩の徹夜に匹敵するわけです。それは実は客観的な眠気ですが、右側を見てください。右側は主観的な自覚的眠気ですが、これは実は乖離するのです。どういうことかといいますと、全く眠らせない群はどんどん主観的と

いか知覚的な眠気が強くなって行って、眠たく思うのです。しかし、4時間未満、6時間未満の方々は、結構慣れてしまって、軽い眠気を感じているぐらいしか思わないのです。私自身、河北総合病院で研修をしているときに何が起こったかといいますと、何とか当直業務を終わって、一番辛かったのが夕方のカンファレンスです。スライドが出た瞬間に、気がついたら寝ているのです。一回、昼御飯を食べた後、外来をしたときに、患者さんがうしろを向いた瞬間に寝てしまったことがあって、看護師さんがぼんとお尻をたたいていたのですけれども、そういう慢性睡眠不足だと、本人も気がつかないうちにふっと寝ってしまうというのは我々経験するところでございますけれども、それは主観的な眠気と客観的な眠気は違うことを示しています。これは非常に大事なことです。恐らく多くの医師は、まだまだできると思いながら無理を重ねているのですが、実際、その方の睡眠不足状態をきちんと把握すれば、こういうことが出てくるのではないかと思います。

しかし、事はそう簡単ではなくて、14ページは平成29年の「国民健康・栄養調査」の結果が8月の終わりに発表されましたが、特に、女性の40～50歳代は50%以上の方が6時間未満しか寝てないのです。これはきちんとした睡眠を把握したわけではなくて、平均ということですが、特に見ていただきたいのは、男性も女性も、5時間未満の睡眠と答えている方が10%を超しているのです。これは恐ろしいことです。この10%の方は相当無理を重ねている。医師に限らず40～50歳代の日本人は、ちょっと気をつけないといけないのですが、医師においても、何とか6時間の睡眠を確保できるような、そういう方策が必要ではないかと私は思います。

私の結論としましては、まず、慢性の睡眠不足、客観的な数値であなたは慢性睡眠不足状態ですよというのを見せないとなかなか納得できませんので、Psychomotor Vigilance Taskは簡単にできますので、こういうのを無料のアプリで開発することが、ストレスチェックの計算方法を無料で配布しているようにいいのではないかと。また、不眠症に関しましては、私が推奨する質問紙を18ページに書きましたけれども、「アテネ不眠スケール」は一般的に使っていますので、そういうもので自覚して頂く。そして、睡眠時無呼吸症候群に関しては、いびき等の問診もする。そして、そういうものがわかって、慢性睡眠不足状態の場合は、「アクチグラフ」を実施する。これは時計型加速度センサーで客観的に2週間どのような睡眠をとったが一目で分かります。無呼吸に関しては、簡易型の睡眠ポリグラフ検査は病院でも使いますので、こういうことを実施して、インターバルを確保しているにもかかわらず、十分な睡眠が確保できない方には、こういう客観的なデータをもととして、医師による現場での就業制限をかけることが大事かと思えます。

その次に精神疾患になりますが、これはNIOSHの職業性ストレスモデルがありまして、これをもとにしてストレスチェックの義務化がなされております。ここで、心身のストレス反応が測定できるのですけれども、それをタイムスタディで、23ページ、24ページに書きましたように、睡眠時間と就労時間、これとともに組み合わせて解析しましたら、6時間以上寝てない場合に、抑うつ度が上がり、高ストレスになっている。特に24ページを御覧

頂きたいのですが、80時間以上働いても、6時間以上寝ておれば、まあまあ有意な水準にはいかないことが示されております。

そういうわけで、ストレス反応・抑うつ度ともに、睡眠時間を6時間とるかからないかということで結構判別できるのではないかと考えます。そういう意味で脳・心臓疾患と同様、労働時間制限よりも、むしろ、睡眠確保に留意すべきではないかと考えております。

それだけで本当にいいのかということで、26ページの島津明人先生にお願いしてスライドを使わせていただきました。島津先生は、「ワークエンゲイジメント」を熱心に推奨されておられて。1. 仕事に誇り（やりがい）を感じ。2. 熱心に取り組み。3. 仕事から活力を得て活き活きとしている状態。この尺度構成は、29ページのように、活力・熱意・没頭という3つの尺度です。

一方、「ワーカホリズム(DUWAS)」という概念。これは31ページに、「働き過ぎ」「強迫的な働き方」こういう尺度がありますように、強迫的かつ過度に働くのは医師に多いのですが、この2つを峻別しないといけないと考えます。これが32ページに書いてありますけれども、一生懸命働くという医師の中には、不安の回避のために働く、楽しくない、やらされ感覚で働く、外発的動機づけの中で働く。ワークエンゲイジメントは、楽しみ、有意義、重要性を認識しながら働く。一言で言えば、I have to workなのか、I want to workなのか。これが次の33ページに示されるように、将来の健康とか、仕事・家庭の満足度、仕事のパフォーマンスを左右する大事なものになっております。

さらに、34～35ページになりますが、仕事といっても、どのようにするかによって変わります。そういう意味ではジョブクラフティング。「自分の専門性を高めるようにする」「感情的に張りつめないようにしている」「同僚に助言を求める」「職務のつながりを考え、挑戦しがいのあるようにする」こういうジョブクラフティングが大切です。

さらに、36～37ページにありますような、ストレスフルな体験によって消費された心理社会的資源をストレスフルな体験前の水準に回復させるためにこういうリカバリーができていくかどうか。それをきちんと評価する必要があるのではないかと思います。38ページに書いてありますように、「仕事のことを忘れる」「リラックスできることをする」「自分の視野が広がることをする」「自分のスケジュールは自分で決める」こういうことが大事になります。

39ページは、ストレス研究の第一人者の川上憲人先生らのシステマティック・レビューです。これは、これまでの1028の研究から7文献を選びまして、『労働時間と抑うつ障害との関連は明確ではない』『長時間労働が抑うつ障害に及ぼす影響は確定的ではなく、無視できないとしても小さいと思われる』『労働時間の短縮は、職域での抑うつ障害の予防には効果的ではないかもしれない』と結論づけています。恐らくこれは単に労働時間だけの問題ではなく、睡眠時間の確保、または、今申し上げましたように、仕事に対する熱意、没頭性を高める、そういうことが大事だからだと思います。

以上から、40ページにありますように、従来行われておりますストレスチェック等によ

りストレス要因とストレス反応のスクリーニングを実施するとともに、ワークエンゲイジメント、ワーカホリックをきちんと峻別するとともに、ジョブクラフティング[®]、リカバリー[®]も評価することが大事ではないかと考えます。また、そういうことにつきまして面談をし、もし必要と認める場合は、医師による面談の上、就業制限をきちんとかける。今の労働安全衛生法では、産業医が勧告しても、それは意見を尊重するにとどまっております。これは、少し厳しい就業制限をかける権限を、こういう面談した医師には必要ではないかと考えております。もちろん、脳・心臓疾患のように、睡眠確保が必要なことは言うまでもございません。

以上、41ページに対応をまとめましたが、最近、さまざまな睡眠に関するエビデンスがありますので、このようなことを実施することで、医師が長時間勤務をしても、過労死等を起こさないような方策が立てられるのではないかと考えております。

以上です。

○岩村座長 谷川教授、大変ありがとうございました。

それでは、ここから、先ほどの事務局によります説明、それから、今の谷川教授によります御報告について、御質問あるいは御意見がございましたら、お出しいただきたいと思っております。

では、遠野構成員どうぞ。

○遠野構成員 谷川先生のお話には大変感銘を受けました。自分のことがよくわかったようなお話でした。私の場合、地域病院の外科で、睡眠はやはり5～6時間で、確かに夕方の院内の研修会では、副院長ということで最前列に座りますが、寝てしまうというような、本当にこの先生のお話にある生活をしています。ただ、今後、労働条件の課すべきいろいろ規制や措置があると思うのですけれども、当院では、その中の勤務間インターバルがなかなかとれません。インターバルがとれるということは、例えば手術で言えば予定手術は2件が1件になるという形になり、地域的にはなかなか難しいものがあるとふだん考えています。インターバルがとれない場合の、後での休暇というお話もあったのですけれども、その他に、勤務間に生きがいを持つことで、リカバリーできるというお話も十分いい話だと思いました。そこで、具体的にそういった世の中でリカバリーに関して取り組んでいるような事例があれば、谷川先生にお聞きしたいです。

○谷川参考人 僕は、リカバリーはまだ始まったばかりのアイデアなのですね。結局、職場のストレス対策を1995年から研究を始めて、やっとこの数年ぐらい前から全国でストレスチェックが認可されました。それをさらに今後どうしたらいいのかということの1つとしてこういう概念が出てきたわけですから、これを積極的にやっているところは恐らく幾つもあると思いますけれども、まだ、こういうところで一生懸命やっている事例はちょっと持ちあわせておりません。

○遠野構成員ありがとうございます。

○岩村座長 ほかにはいかががございましょうか。

では、今村構成員どうぞ。

○今村構成員 まず、事務局から御説明をいただいた資料3に関して、15ページでダイダイ色で囲ってある、特に長時間労働が顕著な運送事業者等、こういった方には、通常健康確保措置がとられているのだと思います。医師が質の高い医療を提供していくために、健康で働くことが重要だというのは、ここに集まっておられる全ての方の合意だと思いますけれども、そういった特定の業種に関しては、別のルールがあることが前提にあるわけですから、医師について言えば、健康確保措置を、その医師の働き方の特性ということを考えてきちんと、仮に法制上で位置づけるとかそういうことが重要なのではないかなと思いました。

2点目は、先ほど谷川先生からすばらしい講演をいただいて、本当に自分の過去の経験から考えても非常にすくとんと落ちるところがありまして、また、睡眠の重要性もありますし、それから、連続勤務時間等については、これも、私ども医療界からの意見書の中でもこのことに触れさせていただいていますけれども、長時間勤務の医師が確実に休息できる仕組みが非常に重要だと思っています。

特に勤務時間が長くなっている医師については、原則は義務的な仕組みでもよいのかなとは思っております。ただし、医療は非常に不確実性が大きいということで、たまたま患者さんが多かったり、手術時間が延長するなどというのは頻繁に起こることですので、そういったこと必ず起こってくることを前提に、そういった場合には休暇を別途とらせるというようなことが必要ではないかなと思いました。

それから、この検討会において、時間外労働の具体的な労働時間の上限規制の水準を議論するということになっていくのだらうと思いますけれども、その際に、医療の安全を守るためにも医師の健康確保が最も重要であるということで、水準の案としては、本日、谷川教授からお示しいただいた諸外国で用いられているもの等も参考にしながら、科学的なエビデンスに基づいて御検討をいただいて、提示をしていただければと思っております。

それから、御説明とはちょっと違うのですが、参考資料2の一枚紙がございますので、ちょっと見ていただきたいのですが、これは実は、こういった労働基準安全衛生法が変わって、医療機関も当然働き方が変わるということで、基準局から全国の医療機関に、そういった医師以外の職員の方たちの働き方は来年の4月1日から変わるわけで、そのことを周知したいというお申し出があって、どういう周知の仕方があるかというようなお話だったので、その働き方のリーフレットは、医療機関だけを対象にしているのではないので、訴える力が非常に弱いと思って、医療機関向けのものをつくっていただけませんかというお願いをしたら、物すごいスピードでこれをつくっていただいて、こういったリーフレットができました。これは医療機関の管理者の方に対してのメッセージということで、緊急提言等の話もございましたけれども、全ての医師会の会員、病院、医療機関にこれを配る予定にしております。「医療機関で働く全ての人に適用される」という、赤字で書かれているメッセージは非常に重要だらうと思っています。

裏面を見ていただくと、どこに相談すればいいかという窓口の御案内が、労働基準監督署、労働局とあるのですけれども、実は、一般の他の事業者の方たちにこの表一面に相談の窓口がリストアップされていたのですけれども、医療については、医療勤務環境改善支援センターがあると。そのこと自体を多くの医療機関がまだまだ十分に知らない。きちんとそこに相談できるということがないということで、ある意味こういうものを配ることによって、こういうセンターがあって、これを活用していくことが重要だというメッセージにもなるかと思っておりますので、これを配らせていただきたい。これは御紹介ですけれども、こういう取組もしていることを申し上げたいと思います。

とりあえず、私からは以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、渋谷副座長に御発言をお願いいたします。

○渋谷副座長 谷川先生、本日はすばらしいお話をありがとうございます。

2点質問があります。1つは、最初のほうで、アメリカの外科学会において、それによって上限規制は余り影響がなかったということですが、そのペーパーの中で、実際の質とか、その他に関する最も大きな要因は何だったのかということが、もし、おわかりになればありがたいです。

2点目は、先生がタイムスタディを使ったことで、時間そのものよりも睡眠時間の重要性を示している23～24ページのデータはすばらしいと思うのですが、労働時間規制そのもののみならず、睡眠時間へフォーカスという方向性は、国際的にもそういうことなのでしょう。その点を教えていただきたいと思います。

○谷川参考人 これはもともと非劣性でないということをお願いわけですね。そこで、ほとんどそれが有意はなかったと書いてあるのですけれども、これはどの項目がというのはないのですけれども、一応こういうもともとの規制をかけている標準群とそうでない群を見ますと、ストレスにパーセプション・オブ・ネガティブ、要するに、自分が自覚するようなのが幾つかの項目で有意な差が出てきます。ただ、そういう個別なことを考慮した上でも、全体的に満足度とか、もしくは、患者さんへの対応とか、そして、教育的な観点から、レジデントの教育という面では有意差はなかったという、これが力点を置いているところです。

あと、残念ながら、諸外国で睡眠時間については、私はちょっと調べておりません。

○渋谷副座長 ありがとうございます。

もう一つだけ済みません。今まで、何となく医療は特殊で、就業時間自己研さんがモザイク状に入っていると言いましたけれども、前回、片岡委員が、むしろモザイク状に入っているから、病院に残って、そして、呼ばれて、その後、事務管理でさらにモザイク状の労働時間で超過勤務が悪化すると、そういうような説明だったので、今、まさに、働き方そのものを見直すいい機会だと思いますし、まさに、インターバル規制を初め先生の健康管理の観点は本当に重要だと思しましたので、労働側も医師会を含め医療側も

健康管理という、そうした観点から谷川先生の睡眠時間に関するメッセージは本当に真剣に受けとめなければいけないかなと思いました。

それから、もう一つは女性医師の話がありましたけれども、女性だけでなく、男性医師の働き方にとっても大事なことです。今、非常に問題になっている女性医師に対する専門科も根本的にはこうしたものと非常に関わってくるので、この検討会としてもきちんとメッセージを出していく必要があるのかなと改めて思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、褒構成員どうぞ。

○褒構成員 谷川先生、非常に御示唆に富んだ発表をありがとうございました。非常に勉強になりました。

谷川先生の御発表の中にもございましたように、私は、労働時間の規制が医師の働き方改革では一丁目一番地かなと思っていたのですが、実は、連続勤務だったり、勤務間インターバルも、それと同じぐらい非常に大事だなということを再確認させていただきました。時間外労働規制と連続勤務・勤務間インターバルの組み合わせで考えていかないとなかなか前に進まないかなというのをまず一点強調したいなと思います。

2つ目ですけれども、医療提供体制に留意しつつ、どういう形の連続勤務または勤務間インターバルが現場感とそごがないような具体的な診療イメージがわくような形で何らかの案を、たたき台をぜひ事務局から御提案いただきたいなと思います。連続勤務だったり、勤務間インターバルは非常に問題が多いよというのはわかるのですが、それをそのまま横流しに現場に持っていくのではなくて、具体的に、今どういう現場が動いていて、それに沿った勤務間インターバルはというのが適切かというような形で、ぜひ、たたき台を御提案いただきたいなと思っております。

以上、2点でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、三島構成員どうぞ。

○三島構成員 谷川先生、大変勉強になる講演をありがとうございました。

ワークエンゲイジメントは、私にとってはすごく新しい視点だったのですけれども、とかく長時間勤務が問題というところで、それから、また、一歩進める中で、やりがいを感じられる業務が、それぞれの科だったり、仕事だったりするのかなと現場で思っています。一見、そのとき負担感があったとしても、自分が医師としてやりがいを感じてやりたいと思っている業務もあると思うので、医師全体の働いている時間の中で、ここの業務はよりワークエンゲイジメントを感じやすいものとか、一般的にすごく感じているものとか、そういったちょっと色分けというか、検討があると、例えば、女性医師の職場への継続勤務のことにしても、例えばやりがいがある勤務を大事にするとか、チーム制のつくり方、業務のスケジュールにもすごく参考になると思っていますので、ワークエンゲイジメントとい

う視点は、長時間業務との関連というところがすごく大切だなと思っております。

感想ですが、以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、鶴田構成員、お願いいたします。

○鶴田構成員 資料2について聞いていいですか。

○岩村座長 どうぞ。

○鶴田構成員 資料2の「今後の進め方(案)」が示され、10～12月に目指していく医療提供の方向性があります。これはこの矢印の範疇の中だけの医療提供の方向性を議論するのですか。プラスアルファの議論をするのかを聞きたい。

それは、1ページの「今後目指していく医療提供の姿」のところに、1つは、勤務環境とか、そのシフトとか、また、国民の医療のかかり方というのが示されているのですけれども、これプラス、どういう医療が今後提供されるのか、今までも何回も議論されて提案をされたと思いますが、それがあつたほうがいいのではないかと思います。

今までに、働き方改革は、医師需給と医師偏在とともに現在三位一体改革の議論をされていて、提供される医療については、例えば、終末期医療については、人生の最終段階におけるガイドラインとか出ていますけれども、高齢者医療のがんとか、例えば化学療法とか認知症とか、そういう健康寿命を過ぎたときの医療をどうするかとかですね。そうした議論がないと、医療は高度医療をいくらでも提供できますよね。その高度医療が本当に必要な医療であるのか、もしくは、適切な医療なのかという議論がないと、仕事量はいつまでも増えるのではないかと思います。ここ30～40年の医師数を見ると、診療所よりも病院の医師が特に増えている。しかも、700床前後の病院の医師が増えている。いわゆる医師1人当たりの患者数は、100床前後の医者が診る外来患者数の方が大体3～4倍多い。だから、高度医療だけをするような施策を進めて行って、100歳でもカテーテルをするとか、病院にかかる人が多くて、いくら働き方改革をしても、過重労働はなくなるのではないかと思います。1つはそういう観点からあるべき医療がどういうものかというのがこの中にあるかという意見を言っておきます。

もう一つは、このたたき台は、この3点、いわゆるタスク・シフティングとか、かかり方とか、応召義務のことが、たたき台になるのかどうかだけは確認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。

後半はどちらかという御意見だったと思いますが、最後の点は御質問だと思いますので、事務局のほうでお答えできる範囲でお願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

大変大きな問題提起をいただきました。当然、医師の働き方改革でありますので、医療のあり方全体に議論は及ぶとは思いますが、一方で、この検討会のミッションとしては、時間外労働規制のあり方、勤務環境改善というところの議論が非常に重要だと思います。

これまでの議論の中でも、医師偏在との関係、医師需給との関係などが時々出てきていますが、それぞれの議論をしている検討会、あるいは医療部会もございますので、どの場でどのような御議論をするかというのは、ある程度仕分けをしていくのがいいのではないかと考えております。

このたたき台ですけれども、今回は、9月3日の資料をそのまま縦にさせていただきました。今後のたたき台、とりまとめをどのようにまとめていくかということは、別途、御議論の状況を踏まえて検討させていただきたいと考えております。

○岩村座長 よろしゅうございましょうか。

○鶴田構成員 はい。

○岩村座長 では、まず黒澤構成員からどうぞ。

○黒澤構成員 黒澤でございます。

谷川先生の御発表の中で、睡眠時間等のいろいろなエビデンスを御紹介いただきましたが、当直などをしていまして、睡眠の総時間というよりも、例えば細切れの睡眠ですとか、そういう感じの影響としては、先生のお出しになった資料をどういうふうに考えればいいのかということと。

それから、もう一つは、参考資料1の吉川先生がまとめられた医師の労災認定事案をばらばら見たのですけれども、10ページで、通勤途上で発症している事案があって、当直明けとか連続勤務が続いて疲労が蓄積している医師が事故を起こしているということなのでしょう。確かに、当直明けで運転をして危ないかと思ったのですが、谷川先生の眠気とそのパフォーマンスは非常に関連しているというようなことでしたけれども、こういうことにやはり影響していると考えてよろしいものなのでしょうか。

○谷川参考人 非常によい質問でありまして、ちょっと時間がなかったので飛ばしましたが、16～17ページを見ていただきたいのですけれども、一般に、6～7時間寝ないといけないかというのは、普通の睡眠構築は、まず深い睡眠ができて、浅い睡眠、深い睡眠、だんだんと良質になってきて、朝になる。ですから、この中で、きのう、きょう夢を見たという人は、結構いい睡眠をとっていらっしゃるのですね。それは、例えば、17ページの睡眠無呼吸の方は、深い睡眠がとれてなくて、覚醒と浅い睡眠しかとれてない状態なのですね。今おっしゃった細切れな睡眠は、確かに無呼吸と似たような睡眠でございまして、ちょっと2時間ほど寝たかなと思ったら起こされるとか、これは非常によくはないのですね。ですから、寝るときはしっかりと寝るけれども、細切れな睡眠を幾つ集めても、なかなかうまくいかないだろう。どこかできちんとしたキーの睡眠のとらさなければいけないと考えます。

交通事故の話を言われましたけれども、私の恩師の教授は合同カンファレンスで発表しまして、ハーバードの麻酔科の医師が36時間勤務の後、通勤途中で死亡事故を起こしてしまつたと。アメリカでも、医者というのは何ぼ働いてもいいみたいに思われているのですけれども、やはり医者も人間だから、睡眠時間がちゃんととれないのはだめだということ

を彼は力説しています。慢性睡眠不足だけれども、それほど眠気を感じないというのが問題でして。一方では、医者という職種は、少々眠くても頑張らなければいけないとかというモラルの高い方が多いので、そういう自分の欲求を抑えてしまうところが、実はこれがさまざまな事故とか医療過誤にもつながることも考えておかなければいけないという面があると思います。ですから、何か客観的な形でそれを示してあげるといいう仕組みが必要だと、私は睡眠学の立場から提案したいと思います。

○岩村座長 よろしゅうございましょうか。

○黒澤構成員 はい。

○岩村座長 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。

3点ほどで発言させていただきます。1点目は医療提供に関して、これからタスク・シフティング、タスク・シェアリングについても、議論がさらに進んでいくかと思えます。その際に、業務内容の標準化というか、それもある程度考えなければならぬのかなど。特に、施設内だけでなく地域における医療提供体制を全体として見るという方向性も当然考えてよいかと思えます。そのようなことを検討するためには、標準化を一つ考えていく必要があるのではないかなど考えます。

2点目は医師の健康確保についてです。過労死認定を受けるほど過酷な状況と言われているわけですがけれども、そのことが医療機関で継続した勤務をすることの妨げになっていると思えます。また、その医療の特殊性とか特性という言葉も使われており、特殊性もしくは特性を認めなければならぬのであれば、それは業務の一環として労働時間の対象にするなどの対応をしていかなければ時間管理もなかなか難しくなるのかなど考えます。

3点目は医師の働き方に関してです。今現在というか、これまでというか、時間にとらわれない働き方が医療界ではよく行われてきたかと思えます。ただ、この検討会でも議論されておりますけれども、今後は勤務時間や労働時間を意識した働き方に変えていかなければならない。特に女性医師が2割を超え、男性医師の家庭や育児に対する意識が変わってきている中では、これまでの発想をもとにした医師の確保を目指しても、勤務医の確保はより困難になってくるのではないかなど考えます。女性医師はもちろんのこと、育児や介護、その他、就労に制限や条件がある医師もその役割が果たせる環境整備が必要であり、そのためにも連続勤務や拘束時間、そして、休日労働に対する負担を少なくするなどの労働時間管理がこれから求められていくのだろうと考えます。今後は、さらに、働く者の立場からの検討がなされていかなければならないと考えますので、今後の検討課題ということでぜひ取り上げ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。

事務局から発言の求めがありましたので、お願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 先ほどの黒澤構成員から、吉川先生の研究の内容について

触れていただきましたので、若干の補足をさせていただきます。

参考資料1をごらんいただきますと、先生の研究の中で、確かに、脳・心臓疾患等を通勤途中に発症しているという御紹介がありますが、22ページ表2-4を見ていただきますと、心臓疾患の発生場所が「通勤経路」と示されているものが、表の5番、11番、13番とございまして、いずれも事故を起こしているような例ではございませんので、その点だけ補足させていただきたいと思います。通勤途上に発症したというのはこの3例を指しているのだと思いますが、もし、吉川先生に確認しまして、違っているようでしたら、次回、訂正をさせていただきますが、私が読んだ限りでは、そういうふうに理解をしております。

○岩村座長 ありがとうございます。

黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 今、私のほうも、必ずしも睡眠不足で事故って亡くなったという例ではないなというふうには確認しておりましたが、ただ、この考察のほうでそのように書いておりましたので、実際、現場では非常に起こることでありまして、例えば一般病院にお手伝いに行きますと、一般病院ではタクシー券を出していただけるのですけれども、例えば大学病院とかですと、いくら上司にお願いしてもタクシー券なんか出ない。そういうこともありますので、ちょっと触れさせていただいたということでもあります。

○岩村座長 ありがとうございます。

医師の例ではありませんけれども、問題になったものとしては、やはり長時間労働の後に、バイクに乗っていて、事故で亡くなったというので、やはり問題になった例がございますね。

それでは、先ほど、猪俣構成員が手を挙げておられました。お願いします。

○猪俣構成員 猪俣です。

2つありまして、1つ目は谷川先生にお伺いしたいのですけれども、もちろん、私も医師は健康維持が急務なのは賛成な上でなのですけれども、若手医師の意見として、医師の労働時間の単純な削減は、私たち若手医師の成長を妨げるのではないかという懸念がどうしても拭えません。

その上で、いただいた資料の6ページの「勤務時間制限と診療の質の関連」のスタディですけれども、こちらでぜひ教えていただきたい点が、勤務シフトのインターバルですね。間隔を8時間以上、10時間以上の2群に分けた場合に。

○谷川参考人 それは違います。

必ず8時間は寝ないといけないと。できない場合は、10時間は寝なければいけないというのが標準のほうで、それを緩めるというのがもう一個の群です。

○猪俣構成員 これは、シフトの間隔で比較したということですか。

○谷川参考人 シフトの間隔も1つの対照になっております。4ページに書いてありますように、最長シフトの時間とシフトの最低休息時間と、こういうのがDutyとして決められているわけですね。それを守った群と、それを守らないで緩やかにした群との比較です。

○猪俣構成員 ありがとうございます。

もう一つ教えていただきたいのが、その結果の診療の質という点ですけれども、これについて、若手医師の例えば成長とか、若手医師そのものによる手術とか、その診療であずかるところから評価されているということですか。

○谷川参考人 質問手法ですから、5人から回答を得てはいますが、それが果たしてその患者さんに影響を与えたかどうかとか、いくつかの項目についてチェックされています。

○猪俣構成員 ありがとうございます。

2点目ですけれども、これは意見になるのですけれども、勤務間のインターバルについての問題で、事務局から御提供いただきました（資料3）16ページにあるとおり、こういった勤務間インターバルの助成を行っているような国や、中小企業にも行っている状況がありますので、ぜひ、病院とか地域診療でそういった人員は雇えないとか、そういった場合に助成ができるようなシステムも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、中島構成員どうぞ。

○中島構成員 ありがとうございます。

谷川先生、貴重な御意見をありがとうございました。

私からは、タスク・シェアを受けるほうの側として、ちょっと意見を話させていただけたらと思います。

谷川先生の資料の32ページに、ワークエンゲイジメントのところで、楽しくない、やらされ感があるとワーカホリズムのほうに進んでしまうというのがあって、なるほどなと思って、タスク・シェアを看護とかほかの仕事と医師がやっていくには、フラットな関係性の構築も少し意識的に考えていただければいいかなと思いました。

あと、もう一つ特定行為修了看護師についてですが、特定行為修了看護師は、自分の置かれた職場で必要な行為ができるようになるのももちろんなのですけれども、それ以外に、共通科目を315時間、臨床推論やフィジカルアセスメント、臨床薬理等をしっかり学んでいって、これが実を言うと、病棟に配置されたり、外来に配置されると、プレ診断、プレ診療ができるのかなと、実際にうちの職場にいる特定行為修了看護師を見ていると、いつも感じています。

なので、こういう配置を、病院そのものがそういうことを目的に考えて、特定行為修了看護師をふやしていただけると、例えば病棟で何かあったときに、これは医師を緊急で呼ぶべきなのか、医師が外来が終わってから報告すればいいのか、夜間、医師をわざわざ起こしてまで報告しなければならないのかの診断を、普通の看護教育よりも高い水準で学んでいますので、できるようになるかなと思っています。なので、日勤帯に1人、夜間帯に1人ずつ病棟にいらっしゃるくらいがいいのかなと、医師の働き方、睡眠がとれるという

ところにつながるのかなと思っています。

ただ、受ける側と仲良く、医師ともお互いさまの感じで働けるといいかなというところ
と、シフトよりはシェアのほうが効率が上がるのかなと考えています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、馬場構成員どうぞ。

○馬場構成員 私からは、院内保育についてちょっと意見を述べさせていただきます。

院内保育所の整備・運営に関わる財政的支援が、確かに、以前に比べてかなり安くなっ
たとは思っているのですが、昨今、保育士の確保がかなり困難になっている。そう
いったことで採用コストなども随分上がっていますので、金額については必ずしも十分で
はないと考えております。

また、病児保育ですけれども、資料3の25ページを見ていただきましても、随分増加は
してきているのですけれども、まだまだ少ないと思うのですね。女性医師にとっては、通
常の院内保育の利用よりも、むしろ、病児保育のほうが大切なのではないかなと思ってい
るのですけれども、うちの病院も病児保育をしておりますけれども、うちは小児科を標榜
してない病院です。小児科を標榜してない病院であっても、看護師の協力、それから、地
域の小児科関連の先生方の御協力、こういったことで意外に簡単に運営できるというこ
とですけれども、一般的には、ハードルが非常に高く思われているように思います。まし
てや、昨今、保育事業者に院内保育を委託しているというケースも結構あると思ってい
るのですけれども、こういった場合には、さらにハードルがちょっと高いのではないかと
思っております。ですから、保育事業者が病児保育を運営してくれるような工夫、そ
ういったことも必要なのではないかなと思っています。

また、単に院内保育・病児保育をふやしましょうというだけではなしに、一歩進んで、
院内保育も病児保育も行う上の支援策、運用方法、ノウハウ、好事例、こういったこと
をまとめて周知することが必要なのではないかなと思っています。

○岩村座長 ありがとうございます。いろいろな情報を横展開していくというのは、私も
重要だと思います。

それでは、福島構成員どうぞ。

○福島構成員 谷川先生、ありがとうございました。

先生のお話の中でちょっと気になったというか、御質問したいことがあるのでお聞かせ
願いたいのですが、今、長時間労働が脳・心疾患、それから、鬱とかそういった労災に深
く関連すると言われていて、労災認定の基準でも労働時間の長さが使われています。それ
に対して、先ほど、労働時間と抑うつ障害との関連はそれほど明確ではないということ
を伺いましたがそれでも私は、労働時間の長さそのものが心身に与える負荷はかなり大き
いと考えていて、例えば6時間寝られていても、長時間労働があれば、やはりそういった障
害との関連はあるのではないかと考えています。長時間労働の削減をして、その上で睡眠時

間を確保するという必要があると考えているのですが、先生がどのようにお考えになっているのか、そのお考えを聞かせていただきたいということが1つ。

それから、先ほどリーフレットの御紹介で、参考資料2をいただきました。これは本当に皆さんに周知してわかっていただきたいところですが、この働き方改革を考えるに当たって関連するほかの委員会とか、47都道府県の医療勤務環境改善支援センターの活用、そういったものと横展開をして連携をしていって実現していくという必要が大変重要であると考えています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

御質問の点につきましてお願いします。

○谷川参考人 これは私の私見でございますが、やはり先生がおっしゃるように、労働時間を下げて、かつ、6時間以上眠れたら、それにこしたことはないとは思いますが、医師の場合はどうなのか。そのためにさまざまな犠牲を伴う場合、患者さんへの負担、労働ということ自体がレーバーなのかジョブなのかワークなのかとよく言われますけれども、医者にとっては楽しいものが結構多いのですね。それゆえに、つついやり過ぎてしまって、気がついたらもう夜中だったというのがあるのですけれども、労働に対する考え方とか、それも加味したほうがいいかなど。先ほど猪俣先生がおっしゃいましたけれども、私もなぜ河北総合病院に行ったかという、ちょっとでもたくさん症例を診たいという、そういう意欲で行ったわけでした。本当に死にそうな目にあいましたけれども、そのおかげでいっぱいのが経験できたという満足度はありました。ですから、医者だけではなくて、そういう意味で意欲のある若者の労働は少し分けて考えてもいいのではないかというのが、これは私の私見でございます。ただ、それでも、働き過ぎて死んだら元も子もありませんので、せめて睡眠だけは確保しようというのが私の意見でございます。

よろしいでしょうか。

○福島構成員 はい。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、村上構成員お願いします。

○村上構成員 ありがとうございます。日本労働組合総連合会の村上でございます。

谷川先生、どうもありがとうございました。

先生の資料の32ページのスライドで拝見しますと、やらされ感ではなくて、自らやりがいを感じながら働くことが大事だということ。それが元気でいられることの動機になっているのだらうなということは、ドクターもそうですけれども、ドクター以外でも同様のことではないかと感じておりました。

ただ、やりがいを持っていながらも、そのために働き過ぎてしまうと、今度はバーンアウトのほうに行ってしまうかねないということがあるのかなと思っておりまして、いかにリカバリーを続けていくかが大事だという御提起だったと思っています。仕事から離れた

自分の時間を確保できるかということは大変重要だとよくわかりました。ありがとうございました。ほかの職種でも大変参考になるかと思います。

もう一点は、これは先生の御報告とは、また、異なるのですけれども、勤務間インターバルが大変重要だということの御意見が多数出ている点についてです。それは実際に導入しようと思うと、人員確保はもちろん、労働時間管理をきちんとすることが定着していないとなかなか実行に移せないのではないかと考えておまして、そこの課題にどのように対応するかというのがあるのではないかと考えています。

3点目で、谷川先生の御報告ですが、睡眠時間が非常に大事だということで、だからといって労働時間が全く関係ないということではなく、睡眠時間を確保するために現在の労災認定基準があるということは前提としてははずせないのではないかと考えております。

参考資料1の21ページ、「医師の脳・心臓疾患事案の認定要件、負荷要因」の、被災された医師の時間外労働の平均データを見ますと、80時間未満や、80時間前後となっており、やはりその部分を意識をして議論していかなくてはいけないのではないかと。1ヶ月の時間外労働が80時間を超えたら、必ず病気になるということではありませんが、そこはやはり押さえておく必要があると思います。また、ドクターのやりがいということの一方でこの分析からも、精神的な緊張のある仕事だということも、検討の際には十分に考慮に入れる必要があるのではないかと考えております。

最後にもう一点、きょうの御説明の資料の中の女性医師の問題のところ、大変驚いたデータがございます。（資料3）29ページの、育休の取得の有無とその期間及び理由で、育休を取得しなかった理由のトップが「制度がなかったため」という点です。さらにこれは平成29年の報告書ということで、大変驚いたところがございます。代替の先生がいないから育休が取得できないなどというのは、ほかの職場でもよくあることですから、制度がないという認識があるとすれば、それこそ解決していく課題ではないかと思われました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。育休の制度がないというのは時々聞く話で、法律上は許されていないのですが、そういうことがあるのは承知しているところではあります。

それでは、森本構成員どうぞ。

○森本構成員 谷川先生、ありがとうございます。

1点お伺いさせていただきたいのですけれども、睡眠と疲労の回復などの関係で、うちの場合は特に細切れの仮眠だけではなくて、定期的に一定の時間で睡眠をとる形ではなく、夜であったり、昼であったりと、不規則な睡眠になる場合があると思います。不規則な睡眠と疲労の回復にかかる時間との関連性がありましたら、教えていただきたいというのが1つです。

それともう一点は、事務局からいただいた資料の中で、わかれば教えていただきたいのですが、（資料3）24ページの、院内保育の関係です。育児との両立が非常に重要だと思うのですが、院内保育を利用しない最も多い理由が「施設までの送迎の負担が大き

い」となっているのですけれども、これは若干わかりづらいところがあります。事務局がつくられた資料ではないので、すぐにわかるわけではないかもしれませんが、少しわかれば教えていただきたいと思います。

以上です。

○岩村座長 では、まず谷川先生、お願いいたします。

○谷川参考人 まず、昼とか夜とかはあんまり医者はないのですね。ただ、あるとすれば、日直のときにちょっと時間があることがありますけれども、基本は、交代業務と同じで、アンカーとなるのがちゃんとキーポイント、夜の10時から朝の6時までの間のどこで寝るか。これが基本です。先ほど、遠野構成員の御質問に答えられませんでしたでしたが、私も考えたら、交代勤務で、日勤・日勤・日勤・準夜・準夜・夜勤・夜勤・明け・休み・休みというような、これで発電所は365日回っておりますから、彼らの中で、やはりそれに疲弊してしまって、どんどん太っていくわ、お酒を飲まなければやっていけないわ、たばこを吸うわという人がいる一方で、明け・休み・休みをうまく使って運動をしたりとか、そういう人たちのほうは本当にやせていて、また、それに対して、逆に、休みがほかの人と重ならない分、安くゴルフに行けるとか、本当にそういうエンジョイしている人がいるのですね。医者の場合は、そこまで休みはないものの、基本としては、夜間に寝る。どうしても寝られないときは、2時間ぐらいまではほかのところで寝てもいいけれども、余り寝過ぎますと、今度は、夜眠るときに眠れなくなってくる。

これは非常に皆さんに訴えたいのは、人間は眠くなったら寝るだろうというのは、これほうそです。特に40過ぎたらできません。これは若手がメインのカンファレンスとかだからいいかもしれませんが、若いときはそれこそ15～16時間眠れましたけれども、眠れませんよね。私が考えますのは睡眠の質。睡眠の質ということは、細切れなことに対してきちんと睡眠時間をある程度一定のところにおさめる努力をする。また、働かせる側もそれを努力しなければいけないと、というのが1つです。

不眠を持っている人に対しては、ちゃんと不眠をケアしないと、不眠が鬱のもとにもなりますし、逆に、鬱が不眠の火種になりますので、そこが大事です。

あと、もう一点は無呼吸。これは恐らく30代以降になりますとどんどんふえてきますので、そういう意味ではちゃんとしたコアのタイムに寝ること。そして、睡眠時間、そして、夜勤ですね。それと不眠、無呼吸。この4つをきちんと押さえることで、多分8～9割はカバーできるのではないかと思います。

○森本構成員 ありがとうございます。

○岩村座長 あと、事務局のほうはいかがでしょう。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 済みません。事務局の資料ではないので、女性医師支援センターに確認して、お答えが必要であればお答えしたいと思います。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

○森本構成員 はい。

○岩村座長 それでは、大変お待たせいたしました。山本構成員どうぞ。

○山本構成員 ありがとうございます。

資料3の6ページに働き方の時間が出ておりますけれども、この中で、手術の17時間は、これはまさに谷川先生のお話で言えば、ワークエンゲイジメントそのものだと思うのですね。ここが例え延長されたとしても、非常にやりがいがあることだし、私自身も手術大好きな眼科医ですので、一日じゅう手術室にいても何の苦痛もないわけです。しかし、手術を終わって、夕方あるいは夜おそくまで終わって、それから、病棟を診なければいけないとなると、あーあということになる。これが表で言うところのICU病棟41.3時間はまさにそこに当たると思います。ここをいかに短くしていくかという、ここが外科医にとっては一番重要なところではないかなと思いますし、これは以前に、診療看護師のところで御紹介があったように、ここをやらないで済むような仕組み、手術例え10時間12時間かかったとしても、終わったら「お疲れさん」と言ってビールを飲みに行けるような、そういう仕組みにしていくことが非常に重要だと思いますので、それは、特定行為研修を修了した看護師、あるいは、診療看護師という表現もありますけれども、そこを重点配備して、これが特に大学病院だけではなくて、少し時間はかかるにしても、急性期の病院にはしっかり配置ができるような仕組みづくりをぜひ進めていただきたいと思います。1つ目はそれでございます。

それから、先ほど、馬場構成員から病児保育のお話が出ましたけれども、大学病院の経験から言うと、病児保育を大学病院ですら設置するのがなかなかハードルが高い。お金もかかるし、それから、需要が季節変動も大きいし、いつ、そういうお子さんがいらっしゃるかも読めないということで、負担としてはかなり重いものがあると思います。これを病院ごとにやっていくのはかなり厳しいなど。確かに、病児保育のニーズはものすごい高いし、これを置くことで、女性医療従事者の負担はかなり軽減されますので、その辺は地域の医療機関でまとまってやるとかそういうことも、ぜひ、行政の主導となって考えていただく必要があるのではないかとということで、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。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

谷川先生にちょっとお尋ねしたいことがございまして。

先生の資料の41ページで、これは仕組みとしていろいろなことを考えることは大事ですけれども、結局、最後は、お一人お一人の先生の健康をどう守るかというお話になると。ですから、脳・心臓疾患を防ぐ、あるいは、精神疾患を予防するのは非常に大事なことであって、それを誰がスクリーニングして、どういう対応をしていくのかと、最終的にはそういう話になると思うのですね。先生は、具体的にこういったアクチグラフとか、DBTとかポリグラフとか、あるいはワークホリズムかワークエンゲイジメントかという鑑別が必要

だということで、これを実施していくというか、こういう担当をしていく方が産業医であり、産業保健に関わる方たちなのだと思うのですけれども、現状、産業医についても、各地方の病院ではなかなか十分に院内で提供できない。これは日本医師会が産業医を養成していますので、今は10万人近くいらっしゃるのですけれども、そうは言いつつ、臨床を行いながら嘱託でやっておられる先生方が非常に多いという実態もありますので、これ全てをやらないと、先生のこの健康状態をチェックできないのか、あるいは、何か簡便な方法で、これを使うと、産業保健のスタッフにも負荷を余りかけないで最低限のチェックができるみたいなものを。これは例示がいっぱいいつているので、これを全部やるとなるとなかなか大変だなとちょっと思ったのです。

それと、黒澤先生が大学病院で産業保健を実際にやっておられますけれども、その職員全体を、長時間働いている先生をきちんとチェックするには、どのぐらいの例えばスタッフがいたらそういうことができるのかというような、現時点での何かお考えを教えてください。

○谷川参考人 これは、恐らくどの程度の時間医師を拘束するか、労働時間にするかによって、どの程度厚くするかが変わってくると思うのですね。それは、逆に、聞かされていなかったもので、例えば、上限20時間になりますけれども、恐らく医者はその2倍は働かないといけないのかなと。そうなったときに一番恐れるのは、医師の判断でいくと、まだ行ける。それも客観的に、これは危ないよというのが自分で自覚できないといけないのですね。そうやってきますと、アクチグラフと簡易PSGとPVTぐらいしかないのですね。それと、もう一つ大事なことは、精神的な自分はどうですというときに、ストレスチェックで上司、同僚がありますけれども、それ以外に大事なこととして、ワーカホリックかそうでないかの区別、こういう新たな視点で自分のやっている仕事を見直すことが大事だと思うのですね。これは、自分でも多分医者はできると思います。しかし、一番いいのは、産業医の先生が、例えば講習をやっていきますでしょう。その中の一環としてこういう概念を先生がアドバイスする。もし、できなかつたら、そこを自分で自覚はできると思うのですが、一番大事なことは、上司に値する人は、きちんとワークエンゲイジメントとかワーカホリックとかジョブクラフティングとかわかって働かせているか。そこも関わってくるから、そうなってくると、余り新たなあれは要らないですよ。私はそういうことも考えながらこれを書きました。ただ、一番大事なことは、どこで就業制限をかけるのか、その権限はどの方がどのように持つのか。これはわからないので、こういう書き方をしました。お答えになっていますでしょうか。

○今村構成員 大変参考になりました。

医師自身に、自分が健康でなければならないという意識、人間ですから、当然あるとは思いますが、先生がおっしゃるように、気がつかないでがんがん働いてしまうという方が多い中で、どこまで自分で客観的に自己評価ができるかというのが課題かなと思っていて、誰か第三者的な評価がやはり必要だろうと。

○谷川参考人　そうです。誰かがやらなければいけない。これは昔からある本の例ですけども、ある医学部の学生が登山に行くときに、その学生だけは一緒に行けない。なぜかといったら、最後の最後まで頑張っていて突然倒れると。要するに、最後の最後まで頑張っていて倒れるという例は、やはり第三者は必要だろうと思います。

○岩村座長　黒澤構成員、いかがでしょうか。

○黒澤構成員　私は、東北大学全体の産業医で、大学病院の産業医を担当しています。大学病院は、東北大学では約3,000人働く者がおられて、それを3人の専任の産業医が担当しています。私の担当分としては1,500人程度の人を担当しているのですけれども、医師の長時間の面談は私がしております。

谷川先生がお示しになったこのようなもの、やはり医師の面談をする際には、喜んでやっているかどうかというのと、それから、燃え尽きてもう疲れ切っているというようなことは、非常に一番大事なポイントとして見ております。ですから、こういう客観的な指標があれば、パイロット的にやってみるのもおもしろいなと思ったのですけれども、この点はやはり大事だなということで、もし、燃え尽きていて、「もう、先生本当に疲れているんです」とか言った場合は、もちろん措置をしますし、それから、「僕らは働くしかしようがないですから」とかと言う場合でも、こちら側でどれぐらい寝られているとか、ふだんの健康診断の結果はどうであるとかということを見て、上司に対して「ちょっと危ないんじゃないか」とかいうようなことはやったりしています。

何人いればいいかという質問なのですが、そこに答えるためには、3人いても真面目にやれば、産業医のほうがバーンアウトしてしまうというような状況になっています。メンタルの相談が結構大変でして、3,000人もやっていますと、1%メンタル起こしただけでも、300人もメンタルの人がいる。それを産業医3人で対応するというのは非常に大変だなとは感じております。

○岩村座長　ありがとうございました。

片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員　ありがとうございます。

すばらしい御発表をいただきまして、ありがとうございます。

育児中に女性医師に関しましては、よく言われる感想としては、全然寝られない病院の当直を毎日やっているのとはほぼ感覚的には同じという意見があって、まさに慢性睡眠不足の状況で、さらに、女性医師の場合、7割が夫が男性医師であるというのを承って、そういう意味では変わっていく育児でもあるということで、その中で仕事を行うことになると、現在の長時間労働に対応できずに離職ということが現実問題は残っていると思います。ただ、働きたいわけでもない、やる気がないわけでもないで、そこをどのようにサポートするかは非常に大事だと思います。

先ほど、村上構成員から、育休のシステムがないからというのが35%もあったということがありましたけれども、恐らく育休のシステムは各病院にももちろんあると思うのですけ

れども、これは我々の病院でも同じかもしれないのですけれども、育休をとるためには、その前に1年以上働いているということと、それから、休んだ後、確実に復職するという両方の条件を満たすことが必要で、例えば当直、オンコールありのそういう長時間労働が前提で確実に戻れますかということになると、それもやはりちょっと難しいということで、そこが保証できないので、確実に戻りますとは言えない、だから、育休がとれないという、そういうことは多いのではないかと思います。ですので、事務の方に聞いたとしても、確実に当直、オンコールありで、戻るようなポストしかなければ、「戻れないのですよね」という形で、「休めます」という説明も多分ないということもあるのかもしれない。我々の病院では、柔軟に勤務できるというポジションをつくる前は、育休取得者はほとんどゼロでした。ですので、妊娠したことを事務の方に言っても、「じゃ、退職は必要ですか」というふうに言われた人も聞きます。復帰が確実にできるというそこを整えないと、休むこともできないということかなと思います。

一方で、29ページを見ますと、育児休業取得期間はほとんど1年未満で戻ってこられている方が大半ということで、これを見ていくと、女性医師はいろいろな状況の中で育休をとって、努力して戻ってこられている方が多いという証拠でもあるかなと考えています。ですので、先ほどの産業医面談等のお話もありましたけれども、勤務時間は短いかもしれませんが、女性医師に対しても、家での睡眠不足とか、家での労働ということも加味して、そういった対象に含めていただくのがいいかと思います。

それから、病児保育に関しては非常に必要だと思いますし、ただ、一つの病院での負担は大きいのも事実でございますので、先ほど山本構成員から御意見がありましたように、地域で連携してということは非常に大事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、岡留構成員をお願いします。

○岡留構成員 簡潔明瞭に行きたいと思いますが、今後の検討でタスク・シフティングが資料に入っていますけれども、僕らが考えるタスク・シフティングという、例えばコンセプトとしては、頭の中では動いているのですが、では、具体的にはどういうことなのかと。これは、現在、その業務内容を、例えば救急救命士がどういう業務内容なのか、あるいは、臨床工学技士がどういうことをしているのか。これは法的な医師の指示のもとでという一文が必ずついていますけれども、では、具体的にはどういう業務内容をタスク・シフトできるのかというような、そういう下部の展開をこれからしていかないと、これは事務方へのお願いでもあるのですが、そういう詳細な分析・検討は今後必要になってくるのではないかなと思うのですが、その辺、いかがでございますでしょうか。

○岩村座長 事務局のほう、お答えはいかがでございますでしょうか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

重要な御指摘をいただきました。全体的に、タスク・シフティング、タスク・シェアリ

ングの主たるものとしましては、関係する学会からもヒアリング等をして、看護師さんの関連職種でも、山本構成員からもそういうお話がありましたので、重要な視点ということで、これはきょうの御議論も踏まえまして、現状でやれることを考えてございますが、これは引き続き、さまざまな視点で考えていくことでもあると思いますので、ここの検討会でやるかどうか、いろいろあるとは思いますが、そういったことについては御指摘の点は大変重要だと認識をしているところでございます。

○岩村座長 よろしゅうございましょうか。

○岡留構成員 はい。

○岩村座長 では、戎構成員どうぞ。

○戎構成員 ありがとうございます。

医師とチームで働く者としての睡眠不足の方と一緒に働くのは業務の遂行に影響してまいりますので、病院の経営、運営、管理の上層部の方々には、今回のこの谷川先生の御発表も受けまして、ぜひ、環境改善のほうに積極的に取り組んでいただきたいと思うのが一スタッフの意見です。

それから、私は経営をしたことはございませんけれども、経営管理上、収益に影響するようなことがあっては、この一步をなかなか踏み出していただけられない部分が現状だと思います。何か取組をするときには、こういった助成金があるとかですね。例えば、今回、資料にいただいたインターバルの導入で助成金があるといったふうな、こういうものもですが、働き方改革によって何らかの取組をした場合には、こういう助成金がありますよというのを、経営管理者の方々が簡単にわかるような何か一覧であったりとか、そういったものを御用意していただけると、現場の方々がより気持ちよく、その環境改善と一緒に取り組んでいただけるのではないかなと思ったのが、私の一スタッフの意見になります。

それから、特定行為研修ですけれども、今、特定行為研修を終えられて臨床に出ている方はまずまずいらっしゃると思いますが、まだ人数が伸びておりません。それは、特定行為の研修を修了した方々がどんな働き方を今されているかというところ、この研修が終わった後に、インセンティブが付くか付かないというのは各施設によって全く違いますし、その額もかなりの幅があります。そういった現状の中で、どこにモチベーションを持っていくかということも踏まえて、この学習をするのにも、そんなに簡単に学習を終えられるわけではありません。共通科目315時間、プラス区分別の科目が38行為分で700時間ぐらいありますので、そういったものに費やすお金と時間は、人生の中でもお金だけでは解決できないものもあると思います。そういったところでは、各施設がインセンティブなりをつけやすいような仕組みづくりも考えていただきたいなと思います。

最後に、保育所の件ですけれども、女性も男性もそうですけれども、お子さんを一時的に預けないといけないというところの場所は非常に重要になってくると思います。今後も少子化が進みますので、その方々にも働いていただかなければ未来が狭くなってしまいますので、病院自体が病児保育も含めて保育所を持つときに、保育士の方々を雇用するとき

に、経済面のところが一般の保育所よりも低いとなると、雇用の希望がないのですね。なので、そういった面も含めて、病院だったり、その施設だったり、保育所なり病児保育なりを設けるときに、保育士さんに快く働いていただけるような助成のほうも少し考えていただけたらありが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。

そうしますと、時間の関係で、赤星構成員が手を挙げておられて、それから、城守構成員、島田構成員、三島構成員、そこまでということにさせていただいてよろしいでしょうか。

それでは、残り時間余りありませんので、なるべく簡潔にお願いできればと思います。よろしくをお願いします。

では、赤星構成員どうぞ。

○赤星構成員 ありがとうございます。

私からは、谷川先生に意見と質問をさせていただければと思います。

救急の現場で働いている立場からすると、連続勤務時間制限とかインターバル規制は設けていただければ、休めてありがたいというのはありますが、現実的に、例えばこの場合は日中休みになるとか、さっき森本先生がおっしゃっていたようにありますし、人によって休憩になった瞬間に寝られるわけでもないと思うのですが、谷川先生御自身が睡眠医学の専門家として、実際、インターバル規制等を設ける場合に、今の日本の状況だと、どれぐらいインターバルを設けることが理想的とお考えなのかということ、そもそもそういう一律のことを設けられると思われるのということをお聞きさせていただきたいというのが1点です。

もう一つが、さっきのワークエンゲイジメントとワーカホリック等のお話ですが、僕も基本はワークエンゲイジメントでいるつもりですが、1週間先はワーカホリックかもしれないし、そこで、10台連続で救急車であれば、その翌週はバーンアウトしているかもしれません。また、明けるとワークエンゲイジメントになります。そうすると、どの週にチェックをするか。いつのタイミングでチェックをするかで結果が変わってくると思うのですが、そうなってくると、どちらかというところ、そのスクリーニングをかけるときに、今、自分がどのポジションにいるのかということを知るよりは、自分はどれぐらい変動しやすいのかということを知るほうが、そのスクリーニングの効果としてはあるのかなという気もするのですけれども、そういうことを測る方法はあるのかということをお聞きしたいと思います。よろしくをお願いします。

○谷川参考人 非常に大事なポイントだと思います。これは私のプリントではなくて、諸外国で、フランスで12時間とかいろいろありましたけれども、国の置かれた状態だと思うのです。地域とか、ですから、これは一律に8時間とか9時間とか9時間とか10時間とかと言えるかどうかについては、ちょっとわかりません。アメリカの例では、8時間がマ

ストで、10時間以上できればとりたい。それが参考になるのではないかと思います。

もう一つ、ワークエンゲイジメントの話、これは非常におもしろいのですけれども、同じことがストレスチェックの義務化でストレス度を測るときには起こります。私は、IT企業で物すごく高いストレスの人に初めの年に面談したら、ほとんどの人が「もう、この会社を辞めようと思っています」「もう、辞めます」とか、結構高い、悪いなというのが実感としてありました。結局、そういうストレスの量とか質は、先生がおっしゃるように、どんどん上がり下がりますよね。当然、それと同じように、ワークエンゲイジメントとかそういう誰でも変わって、あるときはワーカホリックみたいにやらされる感覚、あるときはリカバリーがある。どの時点が大事なのではなくて、どの時点もどの時点も変動するのは当たり前なのです。ただ、余りにもひどいときはそれを是正するという一つの目安、モニタリングの指標だと思うのです。

ですから、やっても意味がないのではなく、どの時点のデータも大事で、もしも、それを自分でこれが変動するものと考えた上で、今はここだなと思うと頑張ろうとか、ちょっとこれは休まないといけないなとかという、そういう使い方がいいのではないかと思います。すが、いかがでしょうか。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました、城守構成員どうぞ。

○城守構成員 谷川先生ありがとうございます。

今の御質問に非常に似ているなと思ったのですけれども、今回の先生の御発表で、就労時間と同じように、それ以上に睡眠時間のほうがストレス等に影響を受けるこの結果はなかなか大きいかと思うわけですが、そうすると、医師としては基本的に、労働と睡眠の量と質というものを産業医が個別に面談してチェックをしていかざるを得ないということになるわけですが、先ほどお話がございましたように、産業医の数も少ないということになってくると、そこで誰が診るのかということ是非常に難しい。そして、さっきも出ていましたけれども、ドクターというのは結構ワーカホリックが多いと思うのですよ。ワークエンゲイジメントではなくてワーカホリックなのに、それを認めない人もいるという場合に、それをどういうふうにして説得していったらいいのかということなんかも何か示唆があったらよいかと思いますし、なければ、連続勤務時間制限とかインターバル規制等である程度規制せざるを得ないのかなということになるのでしょうか。

○谷川参考人 1つは、ロールモデルは非常に大事だと思うのです。ワーカホリックの上司はワーカホリックの弟子たちを育てると思いますし、そういう意味では上司が変わらないといけません。人間は機械ではありませんから、働けるだけ働けというのは無理でございます。これは、例えば医師の教育の中で、いかにワークエンゲイジメントを高めるかとかですね。ワーカホリックになりがちなときに、ちょっと是正するような仕組みを上司も考える。言ってみたら、この国の医療の中で、労働時間を制限しないといけないという流れが来たときに、単に時間を制限するだけではなくて、むしろ、その質を変えていかない

といけない。上司がうまく何かワークエンゲイジメントを高めるような指導をすると思うのですね。それを今までしてこなかっただけで、とにかくやれと言うのも、医師は従順ですから、今までどおりにやりますので、それをちょっと見直したらどうかなと私は思いますけれども、いかがでしょうか。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、島田構成員どうぞ。

○島田構成員 事務局への提案ですが、タスク・シフティングを考える上で、病院全体の業務構造改革は重要になると思うので、そういう意味では、最近のRPA（ロボティック・プロセス・オートメーション）とかああいうのをどんどん病院に入れて、省力化を図っていくことによって、全体の病院の労働量は確保できると思うのですが、ただ、導入にかなり初期費用がかかるので、そういう点を助成するとか、こういうこともこの枠の中で考えていただきたいなということです。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。

最後、三島構成員どうぞ。

○三島構成員 ありがとうございます。

私のほうからは、女性医師支援というところで述べさせていただきたいです。助け合う時間に制限があるような男性女性問わず助け合う医療ということで、チーム医療をいかにもっとスピード感を持って推進していくか。そして、チーム医療にどうやって参加しやすい仕組みをつくっていくかということをもっと早急に発信すべきだと思います。

例えば、私の法人内の女性医師にヒアリングすると、チーム医療でうまくいった例、うまくいかなかった例、それで参加することを、現場に戻ることを気兼ねする者もいましたので、例えば診療のあり方とか、申し送りの仕方とか、そういった診療内容の標準化、記載の方法、予科の待機等のグループでの診療の回し方など、いろいろなノウハウはもっと共有が必要だと思いますので、いろいろな現場の好事例を積極的に集めて発信していくことが必要かなと思います。

もう一点は、チーム医療に参加しやすい仕組みということで、資料にもICTの利用が出ておりますけれども、例えば自宅でできる作業を、そういったテクノロジーを使ってできるものはないかというのをもっと検討したりとか、例えば、オンラインでカンファレンスに自宅から参加するでありますとか、そういったことは今からでもできることかなと思います。あとは、セキュリティとかいろいろな前提を検討した上で、例えば、自宅にいながらチーム医療の診療の場に関わる、外来も入院の患者さんの医療の現場に関わる方法を、適切な状況を検討した上で、もっと話し合っていく必要があるかなと思っております。また、そういったチーム医療をやっていることを評価する仕組みも必要かなと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、豊田構成員どうぞ。

○豊田構成員 谷川先生、お話をありがとうございました。本当にそのとおりだなと思うことばかりで、私の場合は、末端の事務職員の時に、クラークとしてずっと先生方、看護師さんを責任あるお仕事で大変だなと見ていましたが、患者相談窓口の相談員として患者さんの御相談を受ける立場になってからは、職員の相談もどんどんふえていきました。実際に職員の話聞いてみると、やりがいを持っているからこそ無理してしまうことも感じました。相談員から見ると、そこまではやめたほうがよいのではないかと思うことでも、頑張りたい気持ちも聞かされて、だけれども、その後、バーンアウトしてしまう危険性を感じ、本当にとっても恐いことだなということを感じてきました。今日のお話を伺っていて、何か指標がないとできないのではと感じましたので、参考にさせていただいて、ぜひつくり上げていかれたらと思いました。

一方、私は、急変に気づいてもらえなかった遺族でもあるので、手術をした後など、医師にはまだ残って診てもらいたいと思ってしまったり、それから、しっかり診てもらって急変に気づいてほしいということも願います。でもそれはドクターでなくてもいい場合もありますし、主治医、執刀医以外の医師、またはほかのスタッフに診ていてほしいと患者や家族は願い、心配なことを話しかけたいという希望がありますので、まさにきょう皆様が発言されていた、最後に三島構成員も中島構成員もおっしゃっていますけれども、チーム医療が大切ですし、それから、特定行為研修などももう少し発展していけるように、患者の立場としても必要性を感じていますので、これから、ぜひ、医師ともにつくり上げていきたいと思いました。きょうはとてもよいお話を聞かせていただき、ありがとうございました。

○岩村座長 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させていただきたいと思います。

谷川教授におかれましては、お忙しい中、夜おそくまで御同席をいただき、かつ、大変有益なお話をいただきまして、まことにありがとうございました。

○山本構成員 座長、次回のことをちょっと一言だけ申し上げたいのですけれども、簡潔に申し上げます。

○岩村座長 では、どうぞ。

○山本構成員 次回以降、自己研さんの労働に含める含めないという話が出ると思うのですけれども、そこで、大学病院で診療しつつ、なおかつ、研究をやっている身からいたしますと、特に日本の医学研究はノーベル賞を見るまでもなく、非常にレベルが高くて、世界的に評価されているわけですが、この研究は上司の指示に基づくものではなくて、やはり自由な恣意に基づく研究こそが本来の研究でありますし、そこがしっかり担保される仕組みが必要ではないかなと。自由な恣意に基づく研究が阻害されないような制度設計はぜひ必要ではないか。これは、次回以降、事務局がいろいろ御準備される中でお考えいただきたいなと思うところでございます。

ありがとうございます。

○岩村座長 ありがとうございます。多分、研究と自己研さんとはちょっと違う論点かなという気がしますので、その辺、また、事務局のほうでちょっと整理をしていただければと思います。

黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 大変申しわけございません。

全体に提案ですけれども、これだけ睡眠時間が足りないことがいけないというふうにな確認できたわけですので、その点だけでも、全国の医師やあるいは医療機関に呼びかけるように、事務局のほうで検討をいただけないでしょうか。お願いします。

○岩村座長 貴重な御提案だと思いますので、また、事務局等で御検討いただければと思います。ありがとうございます。

それでは、次回でございますけれども、今、山本構成員からもお話がありましたけれども、本日の議題1でも説明があったところではありますが、自己研さんの労働時間外等についての考え方を議題の1つとすることを予定しております。

また、9月から個別の論点の部分をずっとやらせていただきましたけれども、その中で、医療の特性あるいは医師の方々の特殊性についても幾つか論点が浮かび上がってきているのかなというようにも思っております。これにつきましても、事務局のほうで体系をある程度組み立てた整理をしていただいて、次回、議論ができるように、資料等の用意をお願いできればと思います。

それでは、最後になりましたけれども、次回の日程について、事務局から御説明いただきたいと思えます。

○乗腰医師・看護師働き方改革推進官 次回の検討会は、構成員の皆様には既に御案内いたしておりますが、11月19日（月）18時からを予定しております。

○岩村座長 きょうは大変おそくまでありがとうございました。

これで終了とさせていただきます。