

○千正医療政策企画官 それでは、定刻となりましたので、ただいまより、第12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。前回に引き続き夜間の開催となり、大変恐縮でございます。

初めに、構成員の出欠の確認でございます。

片岡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。

赤星構成員から所用によりおくれて参加されると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。

議事次第、座席表、資料1～3、参考資料1と2がございます。

それから、机上に配布させていただいております「医師が元気に働くための7カ条」と、「勤務医の健康を守る病院7カ条」、これは日本医師会のパンフレットを参考に配布させていただいております。

万一、不足する資料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、カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

(カメラ退室)

○千正医療政策企画官 以降の議事運営につきましては、岩村座長に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思います。お手元の議事次第をごらんいただければと思います。

まず、議題の1番目は、「第11回の議論のまとめ（勤務環境改善策について）」になっております。

前回は、「勤務環境改善策について」ということで、医師の皆さんの業務量・労働時間数の削減方策、それから、医師の皆様の健康確保策、そして、女性医師の方が働きやすい勤務環境整備、につきまして御議論を頂戴したところでございます。

特に、健康確保に関しましては、谷川参考人にお越しをいただきまして、大変有益な御示唆・御教示をいただいたと思っております。

こうした前回のまとめにつきまして、いつもと同様、「今後の検討の方向性（案）」をあわせて事務局で整理をさせていただいております。まず、それにつきまして事務局から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 ありがとうございます。

資料1をごらんいただければと思います。前回から日もまだ余りたっておりませんので、御記憶に新しいところかと思いますが、2ページからごらんいただければと思います。

まず、前回、健康確保措置に関する御議論をいただいた中で、「連続勤務時間制限・勤務間インターバルについて」さまざまな御意見を頂戴しました。現場感と齟齬なく診療イメージが湧く案を示してほしいといったような御意見、あるいは、医療の現場の不確実性

にあわせて、実態に合わせた休暇を別途とらせるとか、そういう工夫も要るのではないかなというようなこと。

それから、こうしたインターバルなどの前提として、労働時間管理がしっかり定着していることが重要である。そこをどうするかといったような問題提起もいただきました。

これにつきましては、下に、「今後の検討の方向性（案）」ということでお示ししておりますが、具体的な案を今後御提示しまして、御議論を継続いただきたいと思っております。

3 ページからは、谷川参考人の御報告に関して、3～5 ページまで、便宜上、3つのパラに分けて整理をしておりますが、御示唆いただいたのは、個々人の医師の心の健康の状態とか睡眠の状況を確認して労務管理していくことの重要性というような御示唆だったかと思えます。こうした個別的な健康管理についても、今後、具体的な案を御提示して、議論を継続いただければと思っております。

6 ページに進んでいただければと思えます。この健康確保に関する議論の中で、今後の時間外労働の上限規制に関する御意見もいただいたかと思えます。例えば、いただいた御意見の上から4つ目・5つ目ですけれども、前は、睡眠が非常に重要だという御議論をいただいたわけですが、一方で、労働時間規制も非常に重要であるというような観点からの御意見を頂戴しております。

それから、その次ですけれども、上限水準の議論に当たっては、科学的エビデンスに基づく検討が必要だというようなこと。それから、質の高い医療のあり方という観点からの規制も考えられるのではないかと。そういうような御示唆もいただいたかと思えます。

これらについては、今後、時間外労働の上限規制に関する案を御提示する際に勘案させていただいて、御議論いただければと思っております。

7 ページからは、「業務量・労働時間の短縮について」ということで、前回、タスク・シフティングとかICTを使った業務改革等さまざまな御意見をいただきました。ここは、プロセスやノウハウの支援と財政的な支援、2つの論点が大きく出てきているかと思えますので、これについては、事務局において検討させていただきたいと思っております。

8 ページ、特に、このタスク・シフティングの関係で、特定行為研修を修了した看護師へのタスク・シフトの関係をまとめていますが、基本的には、今申し上げた、タスク・シフト全体の議論と同じ方向性で検討をしていきたいということでございます。

9 ページ、10 ページは女性医師の関係であります。働き方の観点では、育休の制度もない場合があるというような議論もございました。そういう働き方の観点での重点的な取組とか、保育環境の整備。これは既に支援策等も十分ございますので、これらの周知といったようなことに、これも事務局として重点的に取り組んでいきたいというふうにさせていただいております。

前回の振り返りは以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

ただいま御説明いただいた点につきまして、御意見あるいは御質問、または、前回の議論に追加しての御意見等がございましたら、お出しいただければと思います。

いかがでございましょうか。

よろしいでしょうか。

なお、前回の最後に、黒澤構成員から御提案をいただいた件がございます。黒澤構成員からは、睡眠を確保することの重要性について周知をしてはどうかという御提案をいただいたところでございます。

この検討会といたしまして、医療機関に対する緊急対策の再周知というような形でのアピール文をまとめてはいかがかと考えております。

そこで、その方向で皆様の御了解が得られるようでしたら、渋谷副座長、事務局とも相談をしまして、次回、文案を準備させていただければと考えているところでございます。この点につきまして、もし、御意見があれば、頂戴できればと思いますけれども、いかがでございましょうか。

よろしゅうございましょうか。

ありがとうございます。

では、そのような形で進めさせて頂きたいと思っております。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 全く賛成です。ぜひ御検討いただければと思うのですが、先ほど、事務局からも御説明、御紹介をいただいた資料として、ここに掲げてある、「医師が元気に働くための7カ条」と「勤務医の健康を守る7カ条」は、平成20年に日本医師会の中で、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」を立ち上げて、その中で最初のアウトカムとしてこれを作成させていただきました。

「医師が元気に働くための7カ条」の1番目ですけれども、睡眠時間を十分確保しましょうということ、最低6時間の睡眠時間は質の高い医療の提供に欠かせない、患者さんのために睡眠不足は許されません」と、こういうメッセージなのですが、睡眠も重要なのですが、そのほかについても非常に重要なことを書かせていただいているので、ぜひ、参考にして取り入れていただければ、大変ありがたい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。

よろしゅうございましょうか。

それでは、引き続きまして、議事次第にあります議題の2番目と3番目に進みたいと思っております。2番目が「医療の特性・医師の特殊性について」、3番目が「医師の研鑽と労働時間に関する考え方について」でございますけれども、それにつきまして、内容が関連する部分もございまして、一括して御議論をいただきたいと考えております。まず、事務局から、資料2と資料3について、続けて御説明をいただきまして、その後、両者をまとめて質疑あるいは意見交換を行わせていただければと考えております。

それでは、まず事務局から説明をお願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 まず、資料2でございます。今回、「医療の特性・医師の特殊性について」ということでまとめております。2ページ、3ページからごらんください。

まず、「医師の働き方の観点からみた医療の特性」ということで、2ページに4つの要素を書き出しております。公共性、不確実性、高度の専門性、それから、技術革新・水準向上と、こういう4つの観点で整理をしてみたものでございます。

具体的には、3ページでありますけれども、この医療の特性というようなものは、例えば医療経済の教科書等々において整理がされておりますが、こと医師の働き方の観点でどうかについて、本日の議論のために事務局でたたき台として、改めて整理をしてみたものでございます。

まず不確実性ということで、疾病の発生、症状の変化、これは人体にかかわる医学ということでもありますので、予見不可能であること、非常に個別性が高いというようなこと、効果の不確実性が高いこと、そういったようなかたまりが1つあるかと思えます。事業の不確実性はどのような業界にもある程度存在するかと思えますが、ニーズの発生そのもの、それに対する対応、その後の展開というところで個体差が大きい。そういうものが内包されていることが特徴ではないかということでもあります。

2つ目が公共性であります。これは、国民が求める医療に対する日常的なアクセス、質、利便性、継続性などは、医療提供体制として、国民皆保険と相まってこうしたものに答えることを目指してきたものであります。アクセスとの関係では、一方で医療需要、特に急性期について今後ピークアウトするというようなことを前提として体制を構築していくことになろうかと思えます。

この公共性に関するものということで、1つは職業倫理が強く働くというところがあるかと思えます。これまでも応招義務の文脈で御議論いただいてきたような、診療をなるべく断らないということでもありますとか、目の前の患者に常に最善を尽くすと、そういったような行動にあらわれてくるかと思えます。

それから、また、別の観点から申し上げますと、こういう公共サービスの質とも関係しますが、人命を預かることに関して、医療安全の確保が必要不可欠であろうということです。

ここまでは、おおむね医療の特性でありますので、医療専門職にはある程度共通するところかと思えます。その中で、特に医師についてということで考えますと、医師の高度の専門性ということから、医師の養成には約10年の長期を要し、業務独占とされているということでもあります。10年の長期を要するということは、需給調整に時間がかかるということ。それから、業務独占ということは、医師でなければできない仕事がある程度厳然と存在しているという特徴があるかと思えます。

それから、4つ目のかたまりは、技術革新と水準向上ということでもありますけれども、医学がサイエンスだということから、その革新のスピードがかなり速いということに、一

一人の医師、医療現場が常にキャッチアップしていかなければならず、知識・手技の向上が常に必要だということ。医療の水準を向上させていくために、新しい診断法・治療法の追求と、それは一部の医師だけではなく、広くどこでも活用・普及（均てん化）を目指している。つまりトップのところを高めていくということと裾野を広くしていく両方が必要であるということで、そのために医師個人がかなり努力・研さんをしてきたということであろうかと思えます。治療行為・手術は特許制度の対象外でもありまして、医師個人にその努力はかなり依存してきたのではないかと。また、医師としてのキャリアパスから見ますと、さまざまな勤務先を移りながら経験を積んでいくというあらわれにもなっているのではないかと整理させていただきました。

御議論さまざまあるところかと思えますので、御議論いただければと思います。

4 ページ、5 ページは、条文で確認をさせていただくところでありまして、医療提供の理念、それから、医師とそのほかの医療従事者の制度上の関係ということで、御参照をいただければと思います。

6 ページは、「働き方と医療安全との関係」でありまして、医療事故やヒヤリ・ハットの経験について、勤務時間区分ごとに見たデータ等も入れさせていただきました。

7 ページ、8 ページをごらんいただければと思います。先ほど、一旦整理をさせていただいた特性のところの上の2つであります医療の公共性と不確実性、この関係について整理をしたものでございます。

1 つ目の○から見ていただきますと、医療の公共性ということからしますと、医療ニーズが生じることに對してある程度対応できる医療提供体制が求められるわけでありまして、疾病の発生、症状の変化が予見不可能だということからしまして、限界事例として、事前に労働契約等で想定した範囲を超えて医療機関が勤務医に診療指示せざるを得ない局面も生じるであろうと思われま。

従来、この点が応招義務の論点として、時間規制の水準ぎりぎりのときに、応招義務として診療しないといけないのかどうかという論点として考えられることが多かったかと存じます。ですけれども、この応招義務については、第10回検討会（9月19日）で、岩田先生から御報告をいただいたところですが、その点の振り返り的なことにはなりますが、小さなポツで4つ記載させていただきました。

1 つは、応招義務は公法上の義務でありまして、医師個人の民刑事法上の責任あるいは医療機関と医師の労働契約に法的な影響を直接及ぼすものではないということ。

一方で、実態として、この応招義務が診療拒否をしてはならないという職業倫理・規範として機能をし、社会的要請あるいは国民の期待を受けとめてきた。

そういう意味で、応招義務は純粋な法的効果以上に意味を持ち、医師の過重労働につながってきたが、当然のことながら、その際限ない長時間労働を求めているようなものではないということまで、構成員の皆様方とも確認をさせていただいたかと思えます。

応招義務についてこのように理解をしますと、すなわち、冒頭の限界事例、事前に想定

した範囲を超えて診療指示せざるを得ない場合をどうするかということですが、これは応招義務の問題ではないとしても、医療提供においては起こり得る局面であります。これをどう考えるかというところで、「個々の医療機関が、想定を超えて生じた医療ニーズに対応するための診療指示をして医師に労働させること」をどう扱うべきかということで、次のページに論点を、改めて、整理させていただいております。

上の2つが基本的な考え方であります。

基本的には、医療の公共性を踏まえて医療ニーズをある程度事前に想定をして体制を組み、それが時間外労働であるならば、必要な手続（36協定）とか、そういった必要な手続をしていただくことが基本の1つかと思います。

もう一つは、したがって、診療体制を組むに当たって、ぎりぎりの局面でその医療機関のその先生でなければ診られないというような場面が生じて、この労働契約であったり、36協定の想定範囲内で対応できるような環境整備をしていくことが必要だと。その環境整備は、タスク・シフティング、勤務環境改善等のマネジメント改革で、医師の業務をなるべく減らすことでもありますし、地域医療体制における機能分化・連携というようなことでもあろうかと思っております。

こういう中で、今後どう考えていくかというところが3つ目、4つ目ですけれども、1つは、こうしたマネジメント改革・提供体制の再編、機能分化・連携をして、労働時間短縮の取組をしていく。法令で定める時間外労働の上限時間数は、医療の公共性を踏まえれば、それでもなお必要とされる医療ニーズに対応できる水準とする必要があるのではないか。そうでなければ公共性が損なわれてしまいかねないのではないかということで、これが1つの御提案でございます。

4つ目でございます。こうした必要とされる医療ニーズに対応できる水準に設定してもなお、極めて限定的な場合であるとはいえ、人命救護という法益の重要性に鑑み、上限時間を超過する状況において診療指示せざるを得ない場合もやはり依然としてあるのではないかということで、4つ目に記載をしております。

その場合、極めて限定的な場合ということで※書きをしておりますが、一刻一刻非常に生命にかかわるような状況の救急患者さんがいらして、その医師の診察能力、地域の医療提供体制の状況からして、その先生でなければ治療が不可能だというような場合はあろうかと思っております。そうした場合に、その医師が健康上診療できるというようなことであれば、診療指示を行わざるを得ない、診療させざるを得ないということもあると考えられますけれども、そういう場合をどう考えていくかということが論点の2つ目でございます。これについて、後ほど御議論をいただければと思います。

9ページからは、医師養成の過程とか、これまでの医学部定員増加の経緯、それから、人口10万単位医師数、OECDの水準との比較等をつけさせていただきました。

12ページ、13ページは、医師の需給推計であります。働き方改革の上限時間設定の結論は出ておりませんが、当面、平成32、33年度の医学部定員について結論を出さなけ

ればならないこともありまして、「医療従事者の需給に関する検討会」という別の検討会の場で推計をしているものでございます。

労働時間について、ある程度幅を持って推計をするということで、13ページにケース1、2、3と労働時間上限の見込み方を3パターン置いています。この3パターンに対応して12ページの青・緑・紫の3本の線ですけれども、例えば真ん中の需要ケース2は週60時間制限、単純計算で月80時間の時間外労働という水準でありますけれども、これで推計をしますと、2028年ごろ、マクロの医師数としては35万人程度で均衡すると推計しています。

14ページ、15ページは、「議論のための視点」でございます。

14ページの1つ目ですけれども、主に不確実性と公共性の観点であります。不確実性に対応しながら公共サービスとして一定の日常的アクセス、質を確保するというところが、この医師について特殊なところではないかということ。

それから、不確実性に対して、地域医療体制全体として必ず対応できなければならないということ。先ほどの論点をどう考えるかということでもあります。

3つ目は医師養成の関係です。今、見ていただいたとおり、過去10年余り、医学部の入学定員増を図ってきておりまして、今後、医療需要のピークアウトが見込まれるという中で、2028年以降の医師需給のマクロでの均衡も見込まれております。将来的には、医師に求められる仕事量が減少すると考えられる中で、養成に10年以上要することを踏まえ、当面は、医師数の増加等によって医療提供量をふやすという方向性はとりにくいのではないかと。

一方で、今後の医療需要のピークアウトを見通しまして、医療機関の機能分化・連携を進めてきております。こうした取組は時間外労働の上限規制の導入、労働時間短縮において、重要な前提となるのではないかと。

15ページをごらんいただきますと、主に、こちらは公共性、技術革新・水準というような辺りの論点であります。医師は、非常に職業倫理が強く働いて、我が国の医療提供体制を支えてきたということかと思っておりますけれども、こうした職業倫理の意義を認めた上で、健康確保をしっかりと図ること。

それから、2つ目にありますような、医療安全の観点からも、確実な休息が必要ではないか。おおむね、これまでの議論の中で、こういうような方向性だったかと思っております。

一番下でありますけれども、医師が新しい診断・治療法の追求等々に取り組んで、水準向上が図られてきたことを踏まえて、労働時間規制における医師の研さんをどう考えるかということでございます。

これまで医師の研さんについては、「自己研鑽」という言葉で表現をさせていただいておりました。前々回の議論で、自己研さんの中に、この後資料3でも御説明いたしますが、労働のものと労働でないものがあると整理をしていくときに「自己研鑽の労働」というやや語義矛盾的なものも生じてまいりますので、ここからは「研鑽」として用語の統一をさせていただこうと思っております。

資料2については、以上でございます。

○安里医療勤務環境改善推進室長 続きまして、資料3の説明をさせていただきます。

今、御説明がありましたように、自己研さんと言っておりましたものの中に、労働に該当する研さん、労働に該当しない研さんがございましたので、今後は「研鑽」とさせていただきます。「医師の研鑽と労働時間に関する考え方について」でございます。

1枚おめくりいただいて、2ページ目をごらんいただければと思います。

労働時間に関する考え方としましては、3ページ目にありますようなガイドラインを示しておりましたり、また、これまで基準局で通達を出したりしておりましたので、そちらをもとに、これは医師に限らずですけれども、研さんと言われる行為の労働時間外該当性についてまとめたのが2ページ目になってございます。

まず1点目ですが、「労働時間とは」という基本を確認しておりますが、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことを言いまして、使用者の明示または黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間。これが原則でございます。

「このため、」としまして、2点目ですが、それではということで、例えば1点目、労働から離れることが保障されている状態で行われているもの。それから、例えば2点目ですが、不利益扱いによる実施の強制がないなど、自由な意思に基づき実施されていると、そういうようなものであれば、使用者から明示または黙示の指示がないと認められるのではないか。このような研さんを行う時間は労働時間に該当しないであろうということをもとめております。

注釈として、労働から離れることの保障についてですけれども、使用者から指示があった場合に即時に業務に従事することが求められている場合は、労働から離れていることが保障されておりませんので、いわゆる手待ち時間として労働時間に入ってくるという解釈になってございます。ですので、労働にもし該当しない研さんであるならば、みずからの判断で終了することができる必要があるというのを書いてございます。

それから、黙示の指示についても注釈をつけてございます。所定労働時間外に自発的に研さんを行っている、そういう場合であっても、その行っている内容が業務そのものでしたり、業務に必要な準備行為またはその業務の終了後に業務に関連して行われる後処理、こういうものに該当しまして、事業場内で行う時間である場合は、使用者が明示的に指示をしていなくても、使用者がそういうことをしているという認識を持っていましたら、黙示の指示が推認されて、労働時間に該当する場合がございます。

それから、最後の四角ですが、「なお、」として書いておりますが、労働時間に該当するか否かというのは、労働者の行為が使用者の指揮命令下に置かれていたかどうかということの評価することによって客観的に定まるものと考えられておまして、就業規則等どのように定めているかにはよりません。また、個別具体的に判断されるとされております。

以上、原則を確認いたしまして、4ページ目にお進みいただければと思います。

それでは、医者の場合にどう考えていったらいいかでございますけれども、基本的な考え方といたしましては、先ほど御確認いただいた2ページ目に掲げた考え方は医者であっても共通でございます。

ただし、ということで、2点目、3点目の四角でございますけれども、医師については、研さんが非常に必要とされているという状況にあります。ただ一方で、3点目ですが、「中間的な論点整理」にも書かれておりますけれども、関係者間で共通の認識がなくて、判断が困難になっているという状況が指摘されておりますので、今回、医者の場合に当てはめたらどういう考え方になるかというのを示させていただいております。

次の四角でございますが、押さえておくべき特徴としまして、医師の研さんについては、医学自体が非常に高度で専門的である、技術革新も非常に進んでいることを踏まえますと、業務上必須かどうかの判断をするに当たっては、上司が行う、そういうことにしかよらざるを得ないのではないかという考えに基づきまして、最後の四角ですが、医師の研さんについて、労働に該当する範囲がどういうものであるかというのを、医師本人、上司、使用者、関係者が明確に確認し得るよう、基本となる考え方を示すこと。

それから、上司の指示とその労働時間の該当性の判断がどういう関係にあるか、ここら辺を明確化するような手続、これを示させていただいております。

それが、5ページ目から具体的な内容でございますが、これまで検討会の中で、医師の研さんの類型として掲げられてきたものについて、それぞれ考えをまとめて示しております。

まず、診療ガイドラインの勉強など、いわゆる診療にまつわって事前にまた事後に振り返って勉強をするようなものについてでございます。表の右のほうを見ていただきますと、まず「労働時間の基本的な考え方」を書かせていただいておりますが、今申し上げたような項目については、一般的に、診療の準備行為または診療後の後処理に当たるだろうということで、労働時間に該当するのが一般的だと思います。ただ、本当に自由な意思に基づいて、業務上必須ではない行為を、所定労働時間外に、上司の指示なく行っている、そういうような時間については、労働時間に該当しないと考えられるでしょうとしております。

その下の段に書いておりますが、こういう基本的な考え方ですので、こういうことがいろいろな手続をとって、しっかりそうだとということが確認されている場合には、こうした行為を行う時間は労働時間に該当しないという形で取り扱うことになるでしょう、というのをまとめております。

次のページ、6ページ目に行きますと、今度は、学会、院内勉強会、本来業務とは区別された臨床研究にかかる論文執筆等、大学院の勉強、専門医の取得等と挙がっておりますが、こちらは、先ほどとは逆で、こうした項目についてはよく奨励されていることがあるかと思いますが、奨励されていても、自由な意思に基づいて業務上必須ではない行為を所定労働時間外に上司の指示なく行っている場合には、一般的に、労働時間に該当しないと

考えられるでしょうとまとめております。

ただし書きとしては、今言ったことを逆転させて書いておりますが、実質上不利益が課されていて、実施が余儀なくされている場合、業務上必須である場合、上司が指示しているような場合、そういう場合は労働時間に該当しますとしております。

具体的なイメージが湧きにくいと思いますので、箇条書きで例えばこういうものと挙げておりますが、お読みいただければと思います。例えば、中ほど、学会等で参加・発表や論文投稿が医療機関に割り当てられておられますが、個人への強制的な割り当てがないもの。それから、研究本来業務等ではない診療メインでいらっしゃるお医者さんが院内の臨床データ等を利用して研究活動を行っている。これは上司には命じられていなくて、自主的な場合。こういうような場合は労働時間に該当しないという形になるかと思っております。下の段に、そういうことがしっかり確認されておれば、労働時間に該当しないものとして取り扱うでしょうということを書いております。

続く7ページ目ですが、同じように整理をしておりますが、こちらは、症例の経験を得たい、それから、上司や先輩の術を見たいということで見学を行っている場合についてまとめております。

見学の場合も、基本構成は一緒ですけれども、自由な意思で、業務上必須ではなくて、指示もされていなくて、見学をしている。所定労働時間外に、当直シフトでもないのに待機をしている。そういう場合は労働時間に該当しないと考えられますと書いております。

ただしとしまして、見学中に実際に診療を行った場合、手術の場合は手伝いという表現になるかもしれませんが、診療に係る行為を行った場合は労働時間に該当しますし、また、見学中に診療、手伝い等を行うことが慣習化・常態化している場合には見学に当たる時間全てが労働時間に該当するでしょうとまとめております。

下の段には、手続をとってしっかり確認されておればという話を書いております。

8ページ目に、実際、そうしたことを確認するための手続はどういうものが望ましいかというのを書いてございます。

まず1点目の四角ですが、所定労働時間外に労働に該当しない研さんを行う場合には、みずから申し出て、上司による確認を得ましょうということなどを書いております。こうしたことをとった記録を3年間ほど保存していただけますと、労働時間の適切な管理が行われたことも明らかになるでしょうと書いております。

また、実際、その上司が確認を行います。確認においては、先ほど、表で確認させていただいた点ですが、正しく確認行為を行っていただかなければいけないということで、本来業務等に該当するものは労働時間とか、あとは、業務上必須かどうかというのは、個々のお医者さんごとによって変わってくるでしょうということで、個別に判断してくださいという点などを書いております。

最後、なお書きでございまして、これもちょっとしつこくて恐縮ですけれども、研さんが労働に該当するかどうかは、こちらで手続は御紹介しておりますが、基本、客観的に決

まるものでございまして、手続を踏むことによってそれに該当しているかどうかを確認していく、そういう関係でございまして、御留意いただければと思います。

9ページですけれども、労働に該当しない研さんについて、先ほどの手続を踏んで始めれば、それでよしではなくて、労働から離れることを保障していただく必要があると思いますので、通常勤務とは明確に切り分けた運用をする必要がありますということを書いています。切り分ける手法はいろいろあるかと思いますが、例えば、白衣は脱いで行うとか、そういうことを例示として挙げております。

それから、診療体制に含めないことが重要でして、突発的な必要が生じた場合は除いて、通常業務への従事は指示しないでくださいということを書いております。

また、後半のほうで、もし、指示をして、診療を行っていただいた場合には、労働時間として扱ってくださいということ。それから、研さんだとして残っていることで、指示することが常態化している場合には、全て労働時間という扱いになりますというのを書いております。

続く10ページ目ですけれども、こうした運用を適切に行うために、今述べたような考え方とか、うちの病院ではどういう手続を踏むのだというようなことを書面に明らかにする必要がありますのではないかと。それから、そうしたことを上司が意識するだけではなくて、お医者さん本人にも手続の履行を徹底していただいて、また、看護師さん等他職種の方から声がかかる場合もありますので、他職種の方も含めて、こういう手続だということを周知をしていただく必要があるのではないかとしております。

最後、なお書きとしましては、学会等への旅費を医療機関が出している場合がございますが、福利厚生の一環として出す場合もございますので、そういうことと労働時間に該当するかどうかというのは直接には関係しませんというのをまとめております。

以上、事務局としてお示ししている案ですが、11ページに「議論のための視点」を書いておりました。

今回、お示した案について、労働と労働でないものを切り分ける形になっているかという点。

それから、2点目ですが、手続として、お医者さんに自己申告をしていただいて、上司が確認する仕組みとなっておりますが、適切かという点。

それから、労働時間に該当しない研さんであっても、医者に一定の負担がかかりますので、その点の配慮が必要ではないかという点。

これまで、労働時間の管理について、運用面での負担が大きいという話がありましたが、今回、一定の手続と一定の取組をお願いする形になっております。実際の実務上の工夫としましては、例えば、上司に今回残っていいかと聞くときに、あらかじめ、月間の研さん計画、どういう内容の研さんを行いたいかというのを包括して許可をもらってしまして。きょうは、研さん計画の研さんで残りたいのだという形で連絡をするとか、事務担当者を間に置きますとか、そういうような工夫はあるかなということも掲げております。

最後に、医師の研さんについては、それを阻害しないでおきたいというのが共通の思いであるかとは思いますが、今回のその医師の研さん意欲を阻害するものになってないか、それから、適切な形で研さんの実施が図られる、そういうものになっているかというところを御議論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、論点の2、論点の3についてのただいまの事務局からの御説明につきまして、御質問あるいは御意見がございましたら、お出しをいただきたいと思います。

工藤構成員、お願いいたします。

○工藤構成員 ありがとうございます。

資料2「医療の特性・医師の特殊性について」の3ページで、不確実性が一番最初に挙げられております。病気や疾病なり、そこから来る予見不可能性もしくは治療効果の不確実性というものももちろんあろうかとは思いますが、ただ、医師が若い医師なのか、それとも、経験豊富な医師なのかにより、予見不可能性や不確実性の程度が違ってくるといことはとらえておく必要があるのではないかと考えます。

また、「人命を預かるため、医療安全の確保が必要不可欠」とありますが、医療安全の確保のためには、判断する人間が的確に判断できる状態、つまり、健康状態になればならないことは大前提だと思えます。健康が維持できる働き方を基本として、労働時間管理もしくは基準の設定を今後具体的にやっていく必要があるのではないかなと考えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

それでは、斐構成員、続いて、馬場構成員ということで、お願いいたします。

○斐構成員 ありがとうございます。

事務局の方々、詳細な説明をありがとうございます。

資料3の研さんで、4ページと8ページから見ますと、上司の権限と言ったらいいのでしょうか、上司の考え方がかなり大きく影響するかなと思えます。上司も医師でありますので、上司の意識改革を進めていかないとなかなか難しい。病院というのは、各診療科の先生方が、あんまり経営者の言うことを聞かない病院も結構ございますので、そうしますと、経営者が上司に対して、診療科のトップに対してグリップするという点に関して、完全にグリップできるかというのはなかなか難しいところがございます。したがって、別のアプローチ、例えば学会からだったり、また、何らかのアプローチで、上司の先生方の意識改革は必要かなと思えます。

さらに、意識改革する場合、私は2つのポイントが大事かなと思えます。1つはわかりやすい説明。上司の方々も医師で、プレイングマネージャーですので、マネジメントに関しては少し知識がない方がまだまだ多いところがございます。それで、わかりやすい説明を

何らか必要と思います、例えば、パンフレット等々を創るのも一案です。

2つ目が多くの接点を設けることです。経営者から一言言うだけではなくて、何度も何度もそういう部下の管理、または、若い先生方の研さんはこうなのだよということを、接点を多くしていくことは非常に大事かなと思います。

私が仮に上司だったら、部下の研さんの管理だったり、事前申告だったり、そういったものは結構面倒くさいかなと思ってしまい、もういいや、自分で部下の仕事も全部やっせまおうとなる懸念もあります。そうしますと、タスク・シフトではなくて、上司が忙しくなって、逆タスク・シフトみたいになってしまいがちなところも、私は副作用として考えざるを得ません。となると、上司のマネジメント能力であったり、上司の仕事量が飽和しないようにする、そういったところもちょっと伏線として考えておいたほうが、この策がより効果的になるのではないかなと思っています。

以上、2点でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、馬場構成員どうぞ。

○馬場構成員 資料3の7ページ目の手術の場合のことについて、ちょっと意見を述べさせていただきます。

手を出せば、手術に参加すれば、それが労働時間に当たるということは、そうかなとも思うのですけれども、本来、例えば、術者と正式の助手だけで事足りるけれども、見学した若いドクターが希望して、例えば、最後の皮膚縫合だけ練習したいので、そこだけちょっとさせてもらえませんかとかいう申し出があった場合に、これを労働として取り扱って、かつ、割増賃金まで支払うということであれば、やはり上司としては許可しづらくなると。研さんの機会を奪うことになるのではないかなと思います。

ですから、こういった場合には、必ずしも必要ではなくて、研さんのためということであれば、通常と違う水準の給与を支払うことが可能かどうか。仕組みとして、そういったことが可能にならないかどうかということ、ぜひ検討をしていただきたいと思います。

これは手術に限らず、意外によくあるケースでして。実際に、私の病院でも、指導医の先生方のほうから、初期研修医が早く出てきて、採血の練習をしたい、それを許可していいですかということの話があったときに、私としては、それは超過勤務だから、超過勤務としてきちんと申告して取り扱ってくださいということなのですから、これ1回ぐらいだったらいいのですけれども、これ何回も何回もということになると、こちらとしては練習させてあげたいのですけれども、ナースが通常行う業務をドクターが練習したいというものに割増賃金を払ってというのはなかなか難しいのですよね。だけど、水準が違う賃金支払いが可能になれば、こういったことも積極的に研さんの機会をふやしてあげられることになりますので、その辺のところをぜひ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。

ほかにはいかがでしょうか。

では、遠野構成員にお願いをしたいと思います。どうぞ。

○遠野構成員 今、ちょうど上司の資質と、労働、研鑽を判断するトレーニングが必要ということと、賃金の話が出ましたが、私は、今、外科5人のチームで外科長なので、ちょうどこの上司に当たります。日常業務の中で例えば、月半ばで胆のう摘出があつて、若い先生に「勉強をしておけよ」と言った場合、それは超過勤務になり、中堅の先生には特に言わないのですが、中堅の先生も恐らく、自分で明日手術だからと勉強をしたいと思います。従って研修医には超過勤務賃金が出て、中堅の先生には自己研さんということで賃金が出ないということになります。月末であれば、どちらも指示をして超過勤務とし、上限規制に当たらないようにはできそうです。しかし、月半ばに研鑽として超過勤務が出ないと、月末に結果として、上限に届かなければ、その研鑽を私が命令をすれば超過勤務として賃金がもらえたはずですので、何か不公平感が出ると思います。したがって、上司としては、労働、研鑽を区別する難しい判断が必要だと、今、構成員の先生方のお話を聞いて思いました。

ですから、難しいとは思いますが、症例あるいは診療科によって、アルゴリズムのような、例えば、担当患者さんについての研鑽であれば労働とか、担当患者さんに関する学習でなければ研鑽とか、締切のないいつでも休んだりできる学習であれば研鑽とか、何かそういった指標みたいなものができれば、上司としては、労働と研鑽の判断がしやすいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、山本構成員どうぞ。

○山本構成員 早くに当てていただいて、ありがとうございます。

まず、この研さんの考え方で、自由な意思というのを繰り返し強調していただけているのは非常に素晴らしいことだと思います。ここを我々が危惧するのは、研さんを労働時間として規制されてしまうと、そもそもの医者としてのモチベーションはかなり阻害される可能性がありますので、ここは大変評価をさせていただきたいと思います。

そういうところで、質問が3つございます。

1つ目は、研さんの中に新しい治療法や新薬についての勉強というところがございますが、例えば大学の場合には、むしろ、新しい技術あるいは医療機器等の開発そのものを行っているわけですが、聞くところによると、こういう新しい技術・機械等の開発はそもそも時間外規制から除外されていると聞いておりますけれども、このような考え方で、医師の働き方改革の検討において、外であるということまで理解してよろしいのかということでもあります。それから、例えば36協定で、もともと我々は36協定を結んでおりませんが、そういう場合に、外に出すことが可能なのかということが1つ目でございます。

それから、2つ目として、先ほど、旅費の支給云々で、福利厚生として出す場合には労

働時間の判断に直接関係しないというふうにあります、例えば、これは出張であるという形で出張旅費が支給される場合には、ここはどういうふうに考えればいいのかということが2つ目。

それから、3つ目は、先ほど馬場構成員からいろいろ御意見があったように、本当にこんなに細かく管理していたら、とても現場は回らなくて、「もう、いいよ。おまえらはやらなくて、俺たちがやるから」という話に本当になりかねないと思うのです。そうすると、現実的対応としては、包括的に、例えばこの人は何時間ぐらいが大体そういう研さんに当たるよねというようなやり方ができないのか。これ、本当にぎちぎちにやったら、みんな一人ずつ事務員を張りつけなければいけなくなりますので、その辺についてのお考えをお聞かせいただきたいと思います。

よろしくお願いします。

○岩村座長 先にお答えになりますか。もう少しまとめてからのほうがいいかな。

まとめてからにしましょうか。

それでは、赤星構成員から。

○赤星構成員 私からは3点ですね。

1つは、自由意思の場合は自己研さんというのは認めていただいているかなとは思いますが、この形で決まった場合でも、どうしても自己研さんにならないものがやはり発生して、この前の検討会でも申し上げたような、お互い上司も僕も自由意思だけど、診療報酬は病院に入ってしまう手技に関してはどうしても労働になるというお話だったので。まず、どうしても研さんに入らなくて労働になってしまうものに関しては、その上限規制のところを組み込んで、ちゃんとした労働時間になっていくという形で計算してもらえないかなという、上限規制を設けるのであれば、そういうのがあるよということを踏まえた上での上限規制を考慮いただけないかというお願いが1つ。

そうをもってしても、僕の後期研修の立場で、例えば、資料3の7ページの下にほうにある手技の手伝いだとか、さっきいろいろな例が出ていたと思うのですが、山ほどあるのですけれども、それを全部制限された場合は、後期研修として必要な手技とか知識とかを賄うのはちょっと難しいのではないかなと直感的に思います。正直、実際難しいのかどうかはわからないのですが、それがエビデンス的に、実際そういうものが何時間必要でというのであれば、この制度が適用されたときに、それがしっかり確保されているのかどうかというのを確認していただければなというのが1つですね。

最後は、もう一つ、研さんの時間の管理を上司が合意していればとかという、上司に管理されるのは、実際難しいというのもあると思うし、例えば上司が労働だよねとか研さんだよねと思ったものを、僕が合意するとか言われても、「はい」みたいな感じになるので、正直、その形そのままというのは難しいのではないかなと思うのですよね。

そうすると、例えば、今、救急医学会とかでは、上司ではなくて、学会が各病院の上司に、労務管理をしているかどうかを確認するシステムをつくろうとか、提案をとりまとめ

をしていますので、今度、もし、可能であれば、そういう御紹介もさせていただければと思いますが、そういう形での制限とか、そういう形での管理というのも考えていけないかなというのが御提案です。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

資料2の2ページにあります、この4つの要素が医療の特殊性ということで、まさしく、これは非常に我々の実感に即しているものだと思います。それを踏まえた上で、8ページについてちょっと御意見を申し上げたいと思います。

こういったタスク・シフティングとか勤務環境改善医療機関がとり得るマネジメント改革は非常に重要なことなので、こういうことは当然行っていくということが大前提、環境整備が大前提だと思います。

それを踏まえた上で、4つ目の○に、「極めて限定的な場合であるとはいえ、人命救護」というような書きぶりになっています。これは、例えば、明らかに心筋梗塞を起こしますよとか、あるいは、ひどい外傷で担ぎ込まれてきました、これはわかるのですけれども、例えば、もうあと30分ぐらいで自分は帰らなければいけないといったときに、腹痛の患者が来ますという話になれば、「ああ、そうか。腹痛ぐらいなら30分で処理できるよね」ということで、いいよ、いいよと言って、来て、受けてみて、検査をしてみたら、もう急性膵炎だったと。このままいくと生命に直結するよねと。自分しかいないから、じゃ、これはちゃんと落ち着くまで病棟に入れて、しっかりと管理しましょうといえ、当然のことながら、そういう時間はどんどん延びていくわけですね。

したがって、「極めて限定的」というふうな書きぶりではなく、日常、そういう人命に直結するようなことが予測もせず起こり得るという不確実性があることはぜひ御理解をいただきたいなと思っております。

これは、ぜひ厚生労働省に伺いたいのは、今回の時間の規制については、罰則がついているわけですね。そうすると、例えば、そういった医師に治療をしてもらった結果として、やむなく時間を超えてしまったときに、上司に、病院の管理者に、それは刑罰あるいは罰金等の罰則がかかるのかどうかという、そういう運用になっては、医療が萎縮してしまうのではないかという危惧を非常に持っておりますので、その点を具体的にどのように取り組まれるのか、ちょっと教えていただければと思います。

それから、資料3ですけれども、これは、今回は切り分けの議論なので、私の申し上げることはちょっと違う話になるかもしれません。どちらかという、医療・医師の特殊性という話になると思うのですけれども、前回のこの会で、私が御質問をさせていただいたことについて、まだ、御回答いただけてないことがあります。それは、24時間事業を行っているところで、その事業場でしか自己研さんできないような事業がほかにあるのもし

ようかというお問い合わせをしました。そのことについて、そういった事業がほかにもあるのかどうかということと。

それから、もう一点、どの事業というかどの職場でも全て、自己研さんは当然のことながらあるというのは私もよく存じておりますし、どの職業でも、自己研さんを一生懸命やる人とそうでない人がいるというのも、これも多分間違いないと思います。そうは言いつつ、医師として我々はいろいろな人を見てきましたけれども、その程度の差はあっても、やはり自己研さんというものに対する考え方は医師は非常に強いものがあるという、そういうものもあると思うので、職業によって自己研さんの時間というものが統計的に何かあるのかどうかということが、もし、何かありましたら、教えていただければと思います。

私からは、以上です。

○岩村座長 それでは、この辺で一回切りまして、事務局から、御質問等についてのお答えをいただくということでお願いいたします。

では、監督課長お願いします。

○石垣監督課長 いろいろと御質問をありがとうございます。幾つか現行の法解釈・運用のところで御質問をいただきましたので、その辺を中心に、まず御回答をさせていただきたいと思います。

山本構成員から、新技術や新商品の開発などをした場合の取り扱いということでございますけれども、これについては、そういう研究開発につきましては、今回の労働基準法の改正とか、医師の働き方のこの検討会の後につきましても、時間外労働の上限規制の対象外ということになりますので、研究開発に当たるものがあれば、いわゆる時間外労働の上限規制の対象とは別の扱いになりますということがあります。

それから、今は36協定を届けていない状態で、仮に届けるとしたときにも、そういう商品技術・新商品などに当たるような研究開発を行っている場合に、それが外れるのかどうかということですが、1つ目の御質問と同じでございますして、36条の規制からもそういう意味では外れますので、別扱いにさせていただいて結構という考え方になります。

それから、資料3の10ページでございますけれども、福利厚生の一環として、旅費に相当するものを支給する場合にということなのですが、これは、個別具体的にということに最終的にはなると思うのですが、いわゆる業務命令として出張をさせるという性格である場合には労働時間になりますけれども、よく一般の会社で、自己啓発の一環ですけれども、それに関係するようないろいろな費用を福利厚生的に支援をする場合があります。そういうものでしたら、仮に参加するための旅費をその組織として病院が支弁をしても、業務命令という扱いにならない場合もあり得ますので、そういうことについて御説明をしたというものでございます。

それから、今村構成員からの御質問で、医師の方がいろいろ例示で挙げていただきましたような地域医療の非常に大変なところで、患者さんの容体も、先ほどのお言葉で言いますと、不確実性があるって、いきなりいろいろな措置をしなければいけないような状況の中

で、上限規制が入ったときにどのように対応するかということについてでございます。

私どもは、全国の労働基準監督署、行政指導という形で使用者の方々に対しまして、いろいろな御指導、是正勧告等をさせていただいておりますけれども、これはいわゆる使用者の方に対して、法違反の事実を御認識をいただきまして、これを法違反ですよということで是正をしていただくようお願いをして、将来、再び法違反の状態にならないようにするというのを基本にしておりますので、とにかく見つけたら、なるべく処罰をするとか、そういうことを目的としているものでは決してございません。

例示いただいたように、非常にいろいろな状況がある中で、上限の時間を超過したような場合があって、やむを得ないような理由で引き起こされてしまったということであっても、上限時間を越えたという点では、労働基準法違反かどうかということ言えば、上限を越えているので違反ということにはなりますけれども、その点だけで直ちに送検手続をとるというものではございませんでして。最初に申し上げたように、まずは是正を勧告して直していただく。将来に向かってそういうことが起きないように取組みを行っていただくということをごさいます。私どものほうも、そういうさまざま困難な事情を踏まえて対応をするように、現場の監督署のほうには話をしていきたいと思っておりますので、そこはよく状況をお伺いしながら粘り強くお話を伺いながら対応をしていきたいということで考えております。

とりあえず、以上でございます。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

今村構成員からいただきました、研さんの関係での2点です。24時間事業をやっているような事業場でないと研さんできないような職業がほかにもあるのかということですが、これは、前回御質問をいただいてから、基準局ともいろいろ議論もしましたが、ほかにはちょっとないのではないかという議論をしているところでございます。

もう一つ、ほかの職業も見た中での医師がより研さんしているというようなデータがあるかどうかですけれども、統計データでご準備できるようにしたいと思います。

以上です。

○岩村座長 今の件ですね。

では、今村構成員お願いします。

○今村構成員 監督課長、ありがとうございました。

いきなり罰則を当てはめないというのは、私はそれを信じています。したがって、「これは法令違反だよ。気をつけてください」と言うのも、そのとおりだと思うのですけれども、「これを続けたら、あなたは罰せられますよ」というメッセージになると、そのことが萎縮医療になって、もうこれ以上患者さんは受けられないね、今度やったら罰則になるねという萎縮医療につながることはないように、丁寧に本当にお話をさせていただきたい。やむを得ず個別の事情があって、それがどうしても仕方なくなったという場合と、常態的にそういうことをやっているというのは、意味が多分全然違うと思うのですね。その点を

ぜひ基準局には丁寧に対応していただきたいということだけお願いをさせていただきたいと思えます。

○岩村座長 それでは、まず福島構成員、それから、三島構成員、あと、森本構成員、お願いいたします。

○福島構成員 今回の議論に関してですけれども、今まで、緊急的に上限時間を超過する状況が発生した場合で結果として36協定の特別条項の上限を超えてしまっても、診療を優先した結果としてそうなったのであるということ、ほとんどのケースで、今後改善するという報告をするというような対応をして受領していただいていたと思います。

でも、つい最近、36協定の1日の上限時間を4時間ちょっと超えたということだけで送検されたという事例がありました。実際にこういった事例があるということが、今、結構ニュースで広がっています。そうなってくると、36協定の上限をちょっと超しただけでも送検されるような案件になってしまうのだとしたら、医療機関では、そうした取り扱いが今後ポピュラーになってしまうかもしれないという危惧があります。

ですから、もちろん時短への努力などいろいろなことを尽くした上で、実態として違法状態にならない程度の上限規制というものを考えなければならないのではないかと思います。どのくらいの時間までを認め得るのかというのは非常に難しいのですけれども、検討するとすれば、前回の議論における6時間程度の睡眠を確保する、それから、過労死の認定基準と考えあわせて、80時間×12カ月＝960ぐらいかなとは思うのですけれども。そういったことで、今、「違反があっても即罰則とはならない」というお話でしたけれども、実態としてそういった事実があるということはどういうふうに考えた方がいいのかということ伺いたしたいと思います。

○岩村座長 では、ちょっとまとめてから事務局に答えて頂くように致します。

それでは、三島構成員どうぞ。

○三島構成員 三島です。私は意見になります。

医師の研さん計画のところですが、まず、自分が研さん計画をどうやって立てるかというのを自分の身に置きかえて考えてみたときに、先ほど赤星構成員がおっしゃったみたいに、どこまでが業務上必須なのかというのを上司に判断してもらおうというところで、ある程度指標というか何か必要なのかなと思いました。

例えば、外科や救急といった科ごとにも違うと思いますし、あとは、研修医であるかどうか。採血が必須、業務上の研さんも含めて、労働の中で必須な立場もあれば、そうでもない人もいます。全てを個別にというよりも、まずそういった現状を、そういった科ごとに年代別にどの程度の業務上必須のものがあるのかというのを検討して、もし、研さん計画をもしつくとするならば、何か指標となるような、そういったモデルのようなものを幾つか示すといいのかなと思いました。

そして、その中で、業務上に必要なものをちゃんと練りたい、研さんを積みたいものができるような上限時間の設定、または、個別的に、健康を確保した上での運用が必要かと

思います。

あとは、自己研さんを自由意思でやる中で、長く自己研さんをする中で、その人の健康管理もとても大事だと思いますので、睡眠や在院時間等を含めた健康管理体制と一緒に運用すべきだと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、森本構成員どうぞ。

○森本構成員 今のご意見とかぶるのですけれども、研さんの関係についてです。あくまで自由な意思あるいは業務上必須ではない行為といったところは、これは逆をとれば、指示が業務命令あるいは業務に関連する行為が労働時間に当たることは明らかなので、そうでない行為に関して、事前に労働時間に当たらないことを明らかにすることは非常にいいと思います。先ほどのご意見もあったように、具体的な例などがある程度示されないと、上司も判断が非常に難しいということのほかに、上司により労働か労働でないか、判断に大きな差が出てしまうということがありますので、具体的な例示が少し必要だと思います。

また、所定労働時間外に在院して労働に該当しない研鑽を行う場合の、上司の確認や指示を3年間程度記録するということがございますので、実際に行ってみた後、それを検証するような仕組みづくりも必要ではないかと思えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、城守構成員どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

今、資料3の基本的な考え方を御説明いただいたわけですが、基本的には、自由意思に基づきと、そして、上司の指示がないと所定労働時間外、そして、業務上必須ではなくというこの項目ですが、先ほどからも少し御意見が出ておりますけれども、医療行為において、業務上必須でないという行為は私はほぼないと思うのですよ。全て業務上必須になる。業務というのは医療のことですから。ですから、そういう意味においては、ここを切り分けるということを上司に委ねることは多分無理だろうと。

という中において、先ほどから、例示というお話も出ていますけれども、例示をするにしても、上司はその例示をどうやって知り得ていくのかということになりますし、先ほど今村先生からお話もございましたように、直接、労基署からいきなり指導が入ると、それこそ「もう、全て私がしますよ」という話になりますので、その辺り、それを研修といいますか、それをわかるような体制というもの、労基署との間にワンクッション置かれるような取組とかそういうことはお考えにはならないのでしょうか。それとも、いきなり労基署とという形になられるのでしょうか。いかがでしょうか。

○岩村座長 ありがとうございます。

幾つか御質問が出ましたので、ここで一回まとめてということで、事務局のほうから御

回答をいただければと思います。

では、監督課長お願いします。

○石垣監督課長 いろいろと御質問ありがとうございます。

福島構成員からいただきました件でございますけれども、4時間協定を超えたところだというようなお話だったのですけれども、個別の事案についてどういう経緯があつて、どういう状況だったかということについては、ちょっとお答えがなかなか難しく、差し控えさせていただきたいと思ひますけれども、一般論といたしましては、労働基準監督署においては、長時間労働が可能となるような36協定につきまして、届け出時や監督指導時に、限度基準告示に基づいてその時間を短縮していただくように指導をしているところがございます。そうした指導があることについては御理解をいただきたいというふうには思ひます。

監督指導に際しましては、医師の方々の長時間労働にはさまざまな要因、先ほど来お話が出ているような地域医療とか、治療個別の不確実性とか、いろいろとあろうかと思ひますので、きょうに限らず、この働き方改革に関する検討会での御議論も踏まえまして、よくお話を伺いながら、行政指導に努めていくように、今後、この検討会の御議論がまとまった後に、しっかりとそういうことを現場のほうにも通知をしていきたいと思ひております。

それから、自由な意思の判断がなかなか難しいのではないかというお話を何人かの方からいただいております。

病院の中で活動をした中で、どういうものが労働時間かということについては、資料にもございますように、客観的に決まるところが基本でございます。その基本で決まる中で、手続的にしっかりと切り分けていただきたいということで、資料3の8ページの一番上の四角のところにも書いてございますけれども、まず、上司の命令等があれば、そこは、上司の命令で働いているので労働時間ということになるわけですがけれども、そこが一旦終わったというふうに区切りをつけた後で、みずから申し出ていただいて、上司の方に確認をしていただいてという手続をとるようにしております。もし、ここで、本来、労働時間であるべきものを労働時間でないように、労働者の方から申し出るようにさせて、仮にそれで確認をして、働かせたとしても、実態のところを見たときに、それが客観的に見れば労働時間ということである場合に、そこはそういう客観的な事実で判断をしていくこととなりますので、そういうところの手続をしっかりと踏んでいただいて、手続上、その実態を明確にさせていただくということなのかなと考えております。

お手間がかかるところは大変恐縮なところではありますけれども、ここは運用をしていく中で、なるべく皆様方病院の方々の現場でも、そのこなれた形というのがだんだんと出てくるのではないかと思います。労働時間の管理の中の一環として自己研さんをなされた時間を把握するというところがございますので、ここは最初のうちはなれないという部分もありますので、なかなか大変かとは思ひますが、管理・把握をしていただくようお願い

をしたいというところでございます。

労働時間の記録に関する資料自体も、労基法上は、保存の年限が3年となっておりますので、同じ期間で把握をしていただくと、そこで整合性がついて判断ができるということにもなりますので、ここはぜひお願いをしたいというところでございます。

城守構成員から、上司に対する、何が自己研さんに当たるというふうに判断していいのか、認めていいのか、確認の対象になるのかというものですけれども、私どもは、今回の検討会の御議論を踏まえまして、最終的にこういう方向性だということが決まりました場合には、今、ほかのいろいろな業種さんでもそうなのですけれども、個別の監督とは別に、相談や支援をする窓口を私ども監督署の中にも設けておりますし、勤怠センター等もありますので、そういうところで決まった制度については、まず、よく周知をしていって、必要に応じては研修会等への御協力などもするというようなことも含めて、よく周知に努めていくということが必要だと思っております。

済みません、雑駁ですが、以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

○城守構成員 ちょっといいですか。

○岩村座長 では、城守構成員どうぞ。

○城守構成員 今、勤改センターとかというお答えをいただきまして、勤改センターの充実ということが現実的かなと私も思うのですけれども、ただ、あそこの財源は、労働局からと、それと、医政局からと両方入っていますよね。ですから、特に社労士さん等に関しては、どうしても労働基準監督署の意向を強く受けてしまうという可能性もありますし、そういう意味では、財源ももう一度考え直していただいたほうがいいのではないかなと、これは要望です。

以上です。

○岩村座長 それでは、村上構成員お願いします。

○村上構成員 資料2と資料3、両方に対し御意見を申し上げたいと思います。

まず、資料3の研さんについて、先ほど今村構成員から、24時間稼働している事業で、その事業場でないと研さんできない仕事はあまり考えられないのではないかという御質問がありました。が、私も不案内なのですけれども、例えば、交通関係とか発電所などは、事業場に行かないと設備がないので、訓練はできないのではないかと思います。パイロットの方々なども、ある程度職場でなければ研さんができないのではないかと考えております。

また、労働時間の取扱いについて様々なルール化をし、労働に該当しない研鑽を行う場合には上司に届け出て、一つ一つ確認していくことについての御提案に対して、ほかの先生方からは、大変だというようなご意見がありました。しかし私は、この点については、今、監督課長がお話しされたことには賛同しております。様々なイメージづくりをしていって、これからも議論が必要だと思いますが、ある程度イメージが固まっていけば、実際に取り組んでみるとこなれていくのではないかと思います。私ども民間の事業所において

も、例えばOff-JTとか選択的な研修のメニューなどをつくった場合に、費用の負担をどうするのかとか、労働時間に該当するのかという点は、労使でかなり詰めて話し合います。強制でないため労働時間とはしない場合も、費用は負担するなど、研修の扱いを相談し決定していきますので、そのような営みを通して少しずつ固まっていくのではないかなと思っています。今後、引き続き議論をしていきたいと思っています。

次に、資料2の医療の特性などについての御議論について8ページの先ほど今村構成員が指摘された部分の4つ目の点です。ここについては、方向性は違うかもしれませんが、私もこの議論は「極めて限定的な場合」と書いてある点は、時間外労働の上限規制の時間数をどんな時間数に決定しても出てくる話ではあるのではないかなと思っています。こちらの点は、例えば上限時間を月45時間にしても、月80時間にしても、このような事態は発生し得るので、そのこと自体は少し脇に置いて考えてみる必要があるのではないかなと考えました。

その上の、「労働時間短縮の取組を踏まえてなお必要とされる医療ニーズに対応できる水準とする必要があるのではないかな」については、これは労働時間短縮の取組と医療ニーズに対応できる水準の設定、どちらを先に行っていくのかという話ですが、むしろ、私としては、一般の労働時間上限規制は45時間360時間が限度時間であり、特別条項で年720時間という数字があって、また、単月100時間、複数月平均80時間という数字がありますので、その時間をどうしたら達成できるのかという観点からも、考えていかななくてはならないのではないかなと思っています。この問いについては、そのように考えております。

また、もう一点、医療の特性について、2～3ページに整理されております。1点、大変申し上げにくいのですが、この間のいろいろな御議論などを聞いておりますと、医療の現場の特性としては、女性医師の就業継続がなかなか困難であることも特性の1つではないかなと思っています。妊娠・出産・育児との両立が難しい。ハードな勤務が前提になっており、その点がなかなか解消できてなくて、1日8時間やせめて10時間といった労働時間で育児とも両立できるような勤務形態が余りスタンダードになっていないと、前回もお話がありました。働き続けたい女性医師の方が働いていなかったり、あるいは、医者を目指したい女性が排除されたりすることがあるということであれば、その点も今回、医師の働き方全体を見直していく上では、1つの観点として持っていくべきでは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、黒澤構成員どうぞ。

○黒澤構成員 資料2と資料3について意見したいと思います。

最初に、資料2の4つのこのグラフを見たときに、何かうまいこと視点を考えたなと思うのですが、こういうふうな視点でやっていくというふうな方向性が示されたことは非常によかったなと思いました。

それから、資料3のほうも、今までぼんやりしていたのが、よくここまで具体的に書いたなと思って、非常に意欲的な内容で。内容は別にして、よかったなと、たたき台としては非常にいいのではないかと思います。今、資料3などは予想どおりの議論になっているなと思うのですけれども、その上で、主に2点お話ししたいと思います。

1点目は、今の議論を聞いていますと、医師は現状で過重労働するのが当たり前というようなそういう雰囲気と言っているような気がするのです。これはデータ上もそうできて、『日本医事新報』か何かで出ていた資料によると、EUとアメリカの医師の働き方と日本の医師の働き方を比べていて、結論から言いますと、EUとアメリカはベッド数当たりの医師数とかそういう数で日本よりも医師数が多くて、働く時間も少ない。日本は、働く医師は少ないけれども、医師の長時間労働によってそれを補っているという構図になっているのです。ですから、今、現状において医師数は足りてなくて、しかも、その医療を成り立たせるために、医師の労働時間が長いこと、医師がたくさん働くことを前提に医療が成り立っているというようなことは、現状として真実だと思います。

私は、ここで医師の労働時間の上限を、医師だけ特別な例外をつくらうというのは反対の立場で、どの職種であっても同じ労働基準法でやるべきだと思うわけで、医師だからもっと働けとか、言い方は悪いかもしれませんが、死なないように働きたいなのはおかしいと思いますので、労働基準法に則って、今の働き方改革の法律に則って考えるべきだと思うのですけれども、そうするには、医師不足、医師の労働力不足というのが現状としてあるわけで。

それから、こちらのグラフを見ますと、このグラフもちゃんと考えているのかな。そんなことを言うと失礼ですけれども、例えば、この医師の需給推計とか、資料2の12ページですけれども、こうやってケース1、ケース2、ケース3と書かれてあるのですが、日本の場合にはちょっと特殊で。何が特殊かと申しますと、日当直の時間が労働時間に含まれていなかったりする。これは、日当直が時間外労働として扱ってないといいますか、労働基準法上の日当直として換算されていると労働時間に入らないとかいうことがあるので、多分、これでも随分アンダー・エスティメートな結果になっているのではないかと思います。

こういう中で、見た目よりも、この数字よりもたくさん医師が働かなくてはいけないというような状況になっていて、しかも、問題は正当な賃金が払われていない。つまり、時間外労働なのに、日当直の3分の1の給料で働かされているとか、あるいは、今、自己研さんの議論がありますけれども、自己研さん、新たに、もし、それが労働時間になると、今までそういう時間も病院なんかではほとんど払われていなかったのに、また、そのお金を払わなくてはいけないとかいう、そういう問題になると思うのですけれども、たくさん働いている割にその時間外の給料が払われていないとか、そういう構図になっているわけ。そのことは、結局、見た目よりも結構大変な状況だと思うわけです。

今、公共性と不確実性、これ両立させるというふうなことで書いてあるのですけれども、

8ページの皆さんがおっしゃっている、人命救護とか、これはとても深刻に書かれてあるのですが、医療の現場ではいくらでもあることで、労働時間が過剰なことをもって診療拒否するのは、医師の場合には法律で決めるというよりも、医療倫理としてできにくいような状況になっていて、医者としてちゃんと教育されると、患者さんを放っておけないというふうなことにはなると思うので、その点は尊重をするような内容にしたほうがいいかなと思うのですけれども、同時に、その場合、その後ちゃんと休みをとるとか、あるいは、助けが来るようにするとか、「大変だから助けに来て」みたいに同僚に言いやすい環境とか、私は研修医のときには、同僚が何人かいまして、自分が大変だと同僚を呼んで、一緒に手伝ってもらうとか、当直のときとかはよくやっていたけれども、そういうフォローの体制をどういうふうにするかと。医師を孤立させないといいますか、そういうふうな点を工夫するように、単に時間で規制するというよりも、そういうところのケアを厚くしたほうがいいんじゃないかなと思います。

需給関係で、医師の教育、養成は10年かかるということで、これからどうやって医師不足が続いてしまうということですので、地方の医師の偏在とかそういうことも重要ですし、それをどうやるか。あるいは、特に女性の労働力とか、そういう潜在的な労働力、あるいは、高齢者の労働力とか、大学などは65歳あるいは60歳で辞めてしまうというようなことになっていますので、その後の労働力と言っては失礼ですけれども、そういう潜在的な労働力があると思いますので、そういう潜在的な労働力をどういうふうにリクルートするかとか、そういうふうな観点もぜひ検討するべき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、事務局からお答えをいただけるようですので、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今、需給推計についての問題点を幾つか御指摘いただきましたので、事実関係として、この需給推計をどのようにやったかということを中心と御説明させていただきますと、今、資料2の恐らく12ページの部分の御指摘だと思います。この需給推計についてはマクロ推計ですので、偏在対策との関係が非常に重要だということは先生御指摘のとおりでございますけれども、日当直の時間につきましては、これは宿日直基準にかかわらず、全て労働時間ということで推計をしておりますので、当直をしている時間、また、土日出てきている時間は、そちらは全部労働時間なので、宿日直基準との関係だけで言うと、アンダー・エスティメートというか、むしろ、どちらかと言えばオーバー・エスティメートな労働時間推計をしているというところでございます。

一方で、需給推計ケース1、2、3は、労働時間の制限をそれぞれ、次の13ページの表のとおりのような労働時間上限の見込みをやった上での需給推計でございますけれども、最初に言ったとおりマクロ推計でございますので、偏在対策のいかんによって地方のところどうまく回らなくなることがあることは確かにそのとおりでございます。

なお、労働時間の適正化の見込み方も7%という形で、今回、10万人調査で調査をした

エビデンスに基づいたものでやっておりますので、これよりさらにタスク・シフトを進めれば、需要についてはさらに下がるという見込みは、それは厚生労働省としても頑張っていかなければならない問題だというように思っております。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、副座長が御発言を希望されていますので、どうぞ。

○渋谷副座長 今の7%ということに関しては、基本的には、医療事務だけのタスク・シフトですよね。ですから、これは推計としては、医師需給に関してはある意味では保守的なものなので、恐らくタスク・シフトを進めていけば、需給においてはもっと少なめでもいいんじゃないかと。

そういう観点から、医師会から出していただいた「勤務医の健康を守る病院7カ条」の中で、5番目に「診療に専念できるように配慮してくれる病院」は、僕はすばらしいと思うのですけれども、これはタスク・シフトの精神だと思うのですが、これもよく読むと、やはり医療事務的なものということにちょっとフォーカスが置いてあるので、私、今、「上手な医療のかかり方」という受け手サイドの見方の座長もやっているのですが、これからは、何でも医師にということから、これは医師にと、付加価値を医師に求めるという方向性をもう少し出していくと。

あくまでタスク・シフトということで、その権限の分捕り合戦ということではなくて、医師法を読んでいると、資料2の5ページを読んでいると、70年代の本当に縦割り、ヒエラルキーで、医師トップダウンというのが読み取れるのですけれども、時代は、患者を中心としたフラットな協働の方向性になっていますし、これからは、本当に医師が中心になりながらも、看護師さんとか薬剤師さんとかそういう人たちが能動的に活躍できるような、サポートするような方向性とか、そうしたものもどんどんこうした働き方改革の医師数がどうこうという神学論争的なものよりも、現実的に、本当に負担を減らしていく方向、本当に黒澤先生がおっしゃるような、過重労働が当たり前というのは、僕も本当におかしいと思っていますから、エビデンスをきちんと見ながら、そして、そうした方向性を前向きに出していくことを、ぜひ、事務局を含め、検討会の皆さんにお願いしたいと思っております。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、鶴田構成員、それから、今村構成員ということでお願いいたします。

○鶴田構成員 今、病院においては、この働き方改革等の議論が始まって、多くの病院がだんだんとタイムカードを導入して、労働時間を管理して来ていると思います。そうした中で、病院管理者と労働基準局が対峙したときに何が問題かというところ、この今の議論を踏まえて、労働か、非労働かを区別するわけです。1つの提案ですが、各病院が労働時間管理の方針をつくるとか、その手順を決めるとか、もしくは、その後のチェックリストをつくるとか、ここでの議論が整理された上で、この時間帯は、例えばABCとか何でもいいのですけれども、丸をつけて、これは労働時間外、これは労働だというような簡単なチ

チェックリストがあった上で、病院管理者と労働基準局がこれをお互いに理解した上でこれは労働時間とするもの、そういうふうなものがあると、病院の管理者としては労働時間管理がしやすいのかなというのが1点です。

もう一点は、労働時間の規制という面と、正当な労働対価が払われているかどうかという面が別途あるものですから、その辺りのこともそういうチェックリスト等を含めて解決できるのではないかという感じがしましたので、意見として述べたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

黒澤構成員のおっしゃったことは大変大事なことで、恐らくここに集まっている、参加している構成員の中で、今の医師の働き方がいいというふうに肯定している人は多分誰もいないと思います。ですから、あるべきゴールとしての医師の働き方はちゃんと頭に置きながらも、来年の3月までには省令で決めなければいけないことがあるという現実もある中でどういう設定をするのかという、その議論なのだと思います。つまり、ゴールの話と今やるべきことを一緒にしてしまうとなかなか厳しいことになってしまうかなという認識を持っています。

黒澤構成員から御指摘いただいたような今の医療提供体制の問題については、需給の問題もそうですし、地方の減少の中で急性期医療のニーズもどんどん減ってくる中で、地域医療構想ということで、病床機能の分化あるいは統合というようなことも、これからどんどん急激に起こってくる中で、予見できないどの程度の時間設定をしたらいいのかという、これは、今、予見ができない段階にあるのだと思います。したがって、医師が健康で働けるため、あるいは、今、渋谷副座長からもお話があったタスク・シフトの話も含めて課題がいっぱいあり過ぎて、それを一緒にあわせたら一体どうなるのか。結果として、そのことが地域の住民の医療に影響が出て困ることなので、ゴールはゴールとして見せながら、どの程度の時間でそこに向かっていくのかという話を分けて考えていただきたいなと思います。

○岩村座長 では、黒澤構成員どうぞ。

○黒澤構成員 今村先生の御意見に全く賛成です。ただ、そのゴールがみんなで共有できているかどうかという点を僕はすごく懸念するといいますか、医師は働けばいいのだというような、そういうことではなくて、医師も皆さんと同じく一般のといいますか、労働基準法で、そんな特例ではなくて、やるのが本当の姿だと思いますので、その点を言いたかった。

それから、もう一つは資料3で言いたかったことが1つあったのですが、ごめんなさい、忘れました。後で。

○岩村座長 また、次回以降でも結構でございます。

ほかにかがでございましょうか。

それでは、山本構成員、それから、褒構成員でお願いします。

○山本構成員 ちょっと話を戻させていただきたいのですけれども、当初、研さんの確認のところが非常に現場で煩雑ではないかというお話をしたところ、そのうちこなれるでしょうというようなお話なのですけれども、本当にそうなのかなど。これ実際に、多分、この想定として、オフィスに皆さんそろっている、あるいは、一緒になってみんなグループで働いている。では、これで現場は終わりね。じゃ、ここでお仕事は終わりねというのだったら、その都度確認とかとわかると思いますけれども、あるいは、例えば医長一人にドクター2人ぐらいの小さな所帯であれば、朝から晩まで一緒に仕事をしているから、じゃ、ここまでがお仕事ね。あと、君たちは自己研さんねとできると思いますけれども、ちょっと規模が大きくなったら、ある医者は別室で働いて、ある医者は病棟でやったり、ある医師は検査室にいるとか、あちこちにばらばらに散らばっているときに、一体こんなものができるのというのが。誰がそばにいて、ちゃんと「はい、君、ここまで研さん」「ここから研さん」とかと言えるかというのは、現場を考えたときに、逆に、上司の立場としてそれを指示するかしらないかとかで、そういうところを見ると、非常に現実離れしているなということを思います。

例えば、11ページに「月間の研さん計画をあらかじめ作成し」とかありますけれども、こんなものだって机上の空論もいいところでしてね。「君、今度学会の発表があるから、それは全部で8時間あれば準備できるよね」とかそんなことができるわけなくて、この辺はこのまま先へ進むととんでもないことになるんじゃないかなというのが感想ですので、ぜひ、ここはよく考えた上で文字にさせていただきたいなと思います。

意見であり、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、褒構成員どうぞ。

○褒構成員 2点ございます。

今、1点目は、山本構成員がまさにおっしゃっていただいたところで、そもそも研さんは自発性かつ主体性が前提として、学びたいときはいつ来るかわからないし、計画的なところはある一部分だと思います。そうなりますと、管理的要素をあんまりがちっと入れ過ぎると、逆に、研さん意欲を失ってしまって、医療の質が非常に不安定になってしまうということで、少し注意を払っていただきたいなというのが1点目です。

2点目が、病院経営の立場から、日本は民間病院がかなり多いので、民間病院も地域医療体制でかなり頑張っているのはもう周知のことだと思います。となりますと、当然、病院経営者としたら、正当な労働対価は払いたい。ただ、ない袖は振れない部分も少なからずある。となりますと、先ほど、萎縮医療という言葉が出てきましたけれども、病院経営からすると、萎縮経営というところも少なからず副作用として出てくる懸念も無視できません。つまり、不採算部門をもうカットし、その分、正当な人件費に充てようというような形で、本当は何とか回ってきた地域医療がもしかすると壊れてしまいかねない

点を考える必要があるかと思えます。そういった全体感を持ちながらの病院経営の視点、そして、現場の視点、両方をにらみながらやっていくのが、バランスの良い議論か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、工藤構成員どうぞ。

○工藤構成員 ありがとうございます。

少し視点がずれるかもしれませんが、医師が行っているものが業務なのか、労働時間に当たるのか当たらないのかという議論がきょうは中心かと思えます。しかし、それを明確にするということであれば、例えば医師の行為が労働時間に当たり、超過勤務が発生した場合に、それを超過勤務手当で払うか払わないかという対象になってくるということで、病院経営にも大きく影響することになります。ただ、そもそも論であれば、今、働き方改革ということで、タスク・シフトなり、タスク・シェアリングという話が出てきていますが、医師の時間外労働を減らすことは当然大事ですし、減らさなければならなりません。

タスク・シフト、タスク・シェアリングによって、今まで時間外に行っていた業務を日中に行えれば時間外労働はそもそも減っていくということになってくると思います。ですから、タスク・シェアリングなりシフトをできるだけ確実にいき、日中に今まで時間外に行っていた業務を本来の労働時間の中で行うという検討というか、それをさらに推し進めていく必要があると思います。そうすることによってトータルの労働時間を減らすことにもなるということになるだろうなという意見です。

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、遠野構成員にお願いします。

○中島構成員 ありがとうございます。

タスク・シェアをしていく立場の看護師から見ますと、医師の労働時間を少なくしていくためにも協力していきたいというのがありますので、私は、今回出していただいた資料で上司が部下とともに労働時間について、つまり計算も含めたものについて管理していくのは妥当ではないかなと思えます。

ただ、医師の管理者は看護管理者と違って、管理だけやっているわけではないので大変な負担があると思いますので、そこは、厚労省の方が研さんチェックソフトみたいなのを開発していただいて、ある程度楽にできる目安と、そのソフトの内容は、その時期のその先生方がそこでやるべき内容がある程度網羅されているといいのかなと思いました。

あと、もう一つ、上司の方と部下の方の関係性が非常に今以上に深くなると思いますので、そういう場合に生じてくる人間関係についてもある程度の配慮が必要かと思えます。部下が上司と意見が合わない場合、困ってしまっている場合に相談できる仕組みとかをあ

る程度決めていただけるといいのかなと思いました。

以上です。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、遠野構成員どうぞ。

○遠野構成員 先ほど、上司が自己研さんに関して判断が難しいと言いましたが、小規模病院としては研鑽の予定や申告はいいと思いました。というのは、今後は時間外労働の上限規制がありますが、自己研さんか労働か、どう分けたいのかと考えています。軽減税率のように、個別事例のQ&Aを作成し、参考にしたらいいか。あるいは、どうしたらいいのだろうと考えていました。今回提案の、申告で研鑽をあらかじめ、上司が決めるというのは、今の病院ではできると思いました。この話はゼロにせず、どうか検討が続いてほしいと思いました。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局お願いします。

○千正医療政策企画官 資料3のような取り扱いについて、管理がなかなか大変ではないかというような御意見と、内容についてはいいのではないかという両方の御意見があったように思います。管理が大変だということ、いろいろ先生方の御意見をいただいたのは大変参考になると思っております。よりどころとなるような例示とか、そういったものがあればというようなお話とか、あるいは、それをアドバイスしてくれるような機能が必要ではないかというような話とか、あるいは、研さんチェックソフトとか、ITなりあるいは技術を使ってそういう難しさ、煩わしさを軽減していくことによってそのデメリットを減らしていく。いずれも大変有用な御意見だと思いますので、受けとめさせていただいて、どういうことができるか検討していき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。

それでは戎構成員、済みません。なるべく簡潔にお願いできればと思います。

○戎構成員 ありがとうございます。

医療の公共性と不確実性をどのように両立させるかという御提示に関しては、この内容を見ますと、管理者だったり経営者だったりというその考え方とかマネジメントがすごく影響すると思っておりますので、そちらのそういう業務的なところをサポートするシステムがあればいいのかなと思いました。

あと、もう一つ、資料3の研さんの部分ですけれども、上司とその部下が話し合って決めるのは私も賛成で、看護師の場合も、時間外が出た場合には、どんな理由で時間外を行っていたかということの話の時間を持ちますし、それによって、その時間外の適正というものも判断していきます。ただ、上司にかかる負担も大きくなりますし、その話し合いを持つ時間をつくるということが、今、現状の仕事の仕方では難しいのではないと思っておりますので、そういったところをどうやって解決していくかというのが必要ではないかと思っております。

おります。

あと、タスク・シフト、シェアに関してですけれども、医師の8～9割がシフトだったりシェアだったりというのを望んでいるかとは思いますが、ごく限局された医師の中には、看護師がそのようなことを行わなくていいという実際の現場の意見も聞いたことがございますので、こういったところに関しては、もっと広く特定行為の必要性を医師自身が医師へ伝達するというか、広く広められるような場所があればいいのかなと思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

あと、黒澤構成員と赤星構成員の手が挙がっていらっしゃいますので、申しわけないのですが、ここまでということにさせていただければと思います。

それでは、黒澤構成員どうぞ。

○黒澤構成員 さっき忘れたこととも関連するのですが、この上司の指示でやるというのはほかの会社も全部そうで、そもそも時間外労働は指示でやるのが基本になっていると思いますので、医師も例外でなくするというに、そういう大方針のもとに行くとするれば、時間外労働もしっかり指示のもとでやるという原則は、僕は貫くべきだし、ここに書いてあるのも、そういう意味では非常に納得できる内容ではないかと思います。

ただ、今の時間外労働の状況を見ると、例えば僕などもそうですけれども、時間外労働の申請が来たとき、ほとんどめくら判のようにはいはいとやっていって、それが本当に時間外で必要なかどうかというのはその人任せというか、その人を信用してやっているというのが現状で、ほかのところも大体そうなのではないかと思うのです。いや、あんまり長過ぎるからというのは、病院でやったりするかもしれませんが、何かそんなふうなイメージで見えておりました。

例えば「業務上必須ではない行為」というのを、指示は上司が考えますけれども、例えば業務上必須ではない行為というのを誰が判断するかとか、これも上司なのかというのはこの書きぶりではわからないのですけれども、そういう点、上司とはそごができるというようなことは当然考えられるので、その辺の業務上困るような点を少し詰めていってやっていけばいいと思いました。

皆さんの意見は、医師の現場の意見と上司の意見が違う、あるいは現場のコミュニケーションがないとか、いろいろ個別の事案に当たるようなところが問題になるという、そういう御懸念だと思います。僕も当然そうなるなと思います。大原則は大原則としてこれでいいということで、個別の事案に関しては、いろいろ想定される事案をいろいろと考えていくという方針でいいのではないかと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、赤星構成員どうぞ。

○赤星構成員 済みません、2点だけ。

タスク・シフティングに関しては大賛成ですし、皆さんも大賛成だと思うのですけれど

も、では、実際にこれを急に進めていこうといったときに、例えば救急の領域だと、救命士さんに今タスク・シフトしようと思うと、規定があつて、現場がないとできなくて、病院だつてできないというので、病院では救命士さんはなかなか手技とかやってもらいづらいという現状もあるし、看護師さんも病院によって、特定看護師でないとルートをとってはいけないと思っている病院もあつて、それによってルートをとってくれないというか、きょうは特定看護師がいないので無理ですみたいなことが起きたりするので、そういう周知と法整備というか、そういうところを、もし、皆さんがタスク・シフティングに賛同されるのであれば、しっかりと進めていければいいのかなと思うのが1つ。

もう一つは、さっき黒澤構成員もおっしゃっていましたが、僕も、働かずに給金が成り立つなら働かずに済ませたいし、そんな過重労働をしたくて望んでいるわけではないのですけれども、現実的にはやらないとその地域のというか、幾つかの病院で勤務していますが、自分が行かないと成り立たないと思うことも実は結構あつて。なので、そこは正確に何時間以上働くと本当に健康を害するのとかと。あと、何時間みんなが勤務しないとその地域医療が守れないのかというの、もし、把握できるのであれば把握できて、それで、その間の時間帯で、守れない法律をつくっても意味ないと思うので、そうすると、別に今と一緒にじゃないですか。なので、みんなが守れる法律をつくるために、それは守れる見通しがある形で上限規制をつくってほしいということですね。

よろしくお願ひします。

○岩村座長 ありがとうございます。

きょうは、とりわけ医師の研さんと労働時間に関する議論ということで、いろいろ御意見をいただいたと思います。事務局のほうでは、医師の研さんが非常に重要であるという、そういう認識のもとで、しかし、他方で労働時間法制との間で、どこで調和点をとるかというのを模索された結果がきょうの資料3で出てきた御提案だと、私としては理解しております。

きょうは、この論点を中心的に取り上げてということだったのですが、しかし、重要なのは、1つは、先ほど今村構成員もちょっとおっしゃいましたが、時間軸の問題があることです。つまり、明日から上限規制がかかってどうのこうのという話ではなく、少なくとも医療機関については現行法のままで行く時間がまだ残されているということです。

それから、もう一つは、きょうの参考資料1で示されているテーマが、全体として一つの一体を成していることです。したがって、研さんの部分についても、例えば労働時間に当たるとなった場合、直ちにそれが人件費増になるかどうかというのは、それはほかの方策のところはどうなるかということによって決まってくることなので、その辺を全部トータルとしてとらえた上で検討をしなければいけないだろうと思っております。

そういうことで、また、きょう、研さんについてはいろいろ御意見をいただきまして、先ほど、事務局からも、さらに、それを踏まえて、使いやすいものになるようにということでも御検討いただけるということですので、そこをぜひお願いしたいと思ひます。

申しわけありませんけれども、時間もまいりましたので、本日の議論はここまでとさせていただきます。

今ちょっと触れましたけれども、参考資料1をごらんいただければと思いますが、きょう御議論をいただきました議題2の「医療の特性・医師の特殊性」、それから、議題3の「研鑽と労働時間」をもちまして、9月の初めに予定しました各論の議論が一巡したということになります。

事務局のほうで、毎回、議論のまとめをつくっていただいておりますので、それを構成員の皆様に御参照いただければ、この間の議論の進捗がある程度把握できますし、それで、頭の整理ができるのではないかと考えております。

次回以降、積み残しとなっている事項につきましての議論ができますよう、引き続き、事務局のほうで御準備をいただければと思います。

それでは、次回の日程につきまして、事務局から御説明いただければと思います。

○千正医療政策企画官 次回の日程については、調整の上、お知らせいたします。

○岩村座長 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

それでは、きょう、また、大変夜遅くまで熱心に御議論をいただきまして、ありがとうございました。きょうの会議はここまでということで、終了させていただきます。

ありがとうございました。