

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第13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。

本日は、赤星構成員、荒木構成員、中島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。お手元の資料をごらんいただければと思います。配付資料は、資料1「第12回の議論のまとめ」、資料2「時間外労働規制のあり方について」、資料3「時間外労働規制のあり方について（議論のための参考資料）」、資料4「第12回までの議論のまとめ」、資料5「医師の労働時間短縮に向けて（案）」でございます。

不足する資料、乱丁・落丁がございましたら、事務局にお申しつけください。

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、座長にお願いいたします。

それでは、座長、よろしく願いいたします。

○岩村座長 皆様、こんにちは。

それでは、早速本日の議事に入りたいと思います。

今回は、「医療の特性・医師の特殊性について」、関連しまして「医師の研さんと労働時間に関する考え方について」御議論をいただいたところでございます。

きょうは、お手元の議事次第にありますように、2番目の議題がメインでありまして、「時間外労働規制のあり方について」の御検討をいただきたいと考えております。

その前に、前回の研さんに関する議論につきましては、個別の論点の御指摘もございましたところですので、いつものとおりであります。事務局のほうで整理していただきました「議論のまとめ」を確認しておきたいと存じます。

それでは、事務局のほう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 事務局でございます。

お手元の資料1をお願いいたします。前回の研さんの部分に関する議論のまとめを作成させていただきました。2ページは、事務局がお示しした研さんと労働時間に関する考え方(案)につきまして、上司が判断しやすくなる何らかの指標、具体例が必要ではないか。また、上司に確認を求めていくというスキームについて、こなれていくのではないか、なかなか難しいのではないか、さまざまな御意見を頂戴したところであります。

一番下の「今後の検討の方向性(案)」ですけれども、考え方につきましては、前回の事務局(案)をベースに文言の整理をさせていただきまして、考え方として通知を発出すると。そういう方向で考えさせていただければと思っております。また、監督行政において、集団指導などもいたしますので、そういう中では労働時間管理の必要性ということも

御説明してまいりたいと考えております。

3 ページをごらんください。この考え方につきまして、適正な運用を現場で行っていただくための御支援という観点からの御議論もいただいたかと思えます。上司の判断が適正にできるよう支援する取り組み。また、学会の関与といったことですか、研さんチェックソフトといったような御指摘もいただいて、ICTなどでの省力化とか、上司と部下の関係性に対する配慮、そういったことが論点として挙げられたかと思えます。

一番下の方向性（案）のところですが、この考え方をお示した上で、適正な運用、あるいは運用における負担軽減のための仕組み、そうしたものについては引き続き御議論をいただければと思っております。

最後に、4 ページでございます。そのほかの御意見といたしましてまとめておりますが、こうした研さん、勉強というものの中に労働となるものがあるということについては、それに十分配慮した上限時間の設定をという御意見もございましたし、大学で行われている技術開発そのものについての取り扱いについてのお尋ねもございました。また、研さんを行う時間についての賃金設定といったものについても御質問をいただいたところでございます。

一番下の方向性（案）ですが、労働に当たる研さんについて抑制をしないということですか、健康管理といったことにつきましては、後ほどの時間外労働規制のあり方の議論の中で御議論いただきたいと思っております。

また、賃金の取り扱いは、個別の事情を踏まえた話し合いでということでもありますので、医療勤務環境改善支援センターに御相談をいただきたいとまとめさせていただいております。

資料1の御説明は以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま資料1につきまして説明をいただいたところでありますが、これについての御意見あるいは御質問など、さらには前回の議論に加えての追加といった御意見がありましたら、お出しいただければと思えます。

なお、この件については、この後で議論します本日の主たる議題とも関連する部分がございますので、資料1にありますような個別の論点につきましては、また回を改めて議論をさせていただきたいと考えております。いかがでございましょうか。では、鶴田委員、どうぞ。

○鶴田構成員 2 ページの四角の下から2番目は、私が発言した内容ですけれども、この前提となることについてお話ししたいと思います。前回自己研さんの具体的な項目とかそういうのが示されていて、そういう具体的な項目については時間外ですよ、労働時間には含めませんよという話だと思えますが、ここでの議論を踏まえて、こういうものは時間外であるということを下に書いてあるような通知で示すとか、もしくは労働時間管理の方針としてこういう方針をつくってくださいとか、手順をつくってくださいとか、リストアップ

してくださいというものを国のほうで示して、各医療機関側でこういうものをつくる。手順的にはそういう形でやってもらったほうが、医療機関としてはばらつきがないし、ある程度一定のものができると思います。

私が所管している病院のほうに監督署から、時間外勤務の名簿による労働時間の記録と、電子カルテのログイン・ログオフの入退室日報との記録時間に相違が生じていると。相違が生じている原因を合理的に説明できない状況が認められますと指導票をもらっているのですが、その場合も、カルテにログインするときに、ただ単に診ただけなのか、処方しただけなのか、それによって労働時間であることもあるし、労働時間でないこともあると思うので、そういうチェックリスト等があれば、監督署と病院が話をするとき、合理的に説明することが可能かなと思いますので、追加的に発言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しょうか。では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 4ページの「いただいた御意見の概要」の最後のところで、前回時間がなかったので村上委員にお伺いできなかつたので、改めて教えていただきたいのですけれども、私が、24時間稼働して、設備が職場にしかなくて、そこでしか研さんできない職業は、医師以外にはないのではないかとということで、いや、こういった事例もありますということで事例を紹介いただいたのですが、ここで働いている方たちの研さんというのは、どちらかというとオン・ザ・ジョブ・トレーニングで、その中で仕事をしながら研さんをしていると。

私の言っている医師は、その職場はあるけれども、カルテのような情報というのは持ち出せないで、そこで自分の研さんのためにしていて、仕事とは関係ない場所という意味だったのですが、ここにある発電所や交通関係、パイロットという方たちは、その職場で仕事ではなく、その場において研さんするということがあるのかということをお教えいただければと思います。

○岩村座長 村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。

研さんの中身について、パイロットなども運転ではなく、操縦のトレーニングを事業場内で行っているということだと24時間稼働している業務で、設備が職場にしかなくて、その場でしか研さんできない職業として、医師以外にもこうした職業もあるのではないかと申し上げました。

○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。よろしゅうございましょうか。ありがとうございます。

それでは、次に、議題2「時間外労働規制のあり方」に進みたいと存じます。これにつきましては、事務局のほうで資料2から4までを御用意いただいておりますので、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 ありがとうございます。

まず、資料4からお願いできればと思います。第12回までの議論のまとめということで、この検討会も12回御議論いただいていたわけですが、これまでの議論の大まかな部分をかいつまんでまとめさせていただきました。

1 ページ「医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方」でございます。これは中間論点整理の冒頭、1の書き出しのところでおまとめいただいたものを、若干圧縮しまして記載させていただきました。

医師がなぜこういう長時間労働になっているのか。一方で、医師も一人の人間として健康への影響が懸念される、疲弊せずに働けることが重要であるということ。多様で柔軟な働き方の実現が不十分だという中で、女性医師の割合の上昇、あるいはワーク・ライフ・バランスへの配慮というものをどう考えていくか。一番下のところですが、医師の働き方は、国民の医療ニーズに応えるものだという点で、改革には個々の労使間の対応だけではなく、社会全体としてどのように考えるかという観点が不可欠だと。こういう基本認識でこれまで御議論をいただいていたかと思います。

おめくりいただいて、2ページでございます。そうした医師についても働き方改革を進めるという際に、考慮を要する医療の特性、医師の特殊性ということで、前回御議論いただいたもののまとめでございます。冒頭1つ目の○は、事務局から御提案をしました4つの医療の特性をそのまま記載させていただきました。御議論の中では、こうした特性がある中で、勤務環境整備が十分でないので、出産・育児期の女性など時間制約のある医師にとって就業継続しにくい働き方となっている。こういう御議論があったかと思います。

こうした状況を踏まえて、時間外労働の上限時間数の設定において考慮する必要があるということで、お出しいただいた点を5つ記載しております。1つは、一般労働者に適用される考え方の達成を目指した短縮に取り組むということ。医療の公共性、不確実性、そういうものを考慮した水準とし、医療現場において診療が萎縮しないようにという御意見がございました。

医療安全の観点からの健康状態の維持とか、健康確保という観点からは6時間程度の睡眠を確保できること。あるいは労働に当たる研さん。今ほども御議論いただきましたが、勤務医側の自由意思によって必要とするものを行える、そういうものが大事ではないか。こういった御議論があったかと思います。

一番下です。こうした時間外労働の上限時間数の検討におきましては、規制の適用時期、2024年4月、おおむね5年後というのが既に定まっております中で、医師偏在の状況等々、そこに記載しておりますように、さまざま医療のあり方自体が変わっていくということを踏まえて、時間軸を十分に考慮して設定する。こういった御議論が前回あったかと思いません。

3ページに進んでいただきまして、こうした働き方改革の議論を契機として、今後医療はどのような姿を目指していくのかということでございます。おおむね3つの四角でくくっ

ておりますけれども、1つ目は労働時間管理の適正化ということで、大きくは宿日直、研さんの扱いということであります。宿日直につきましては、9月にお示しした事務局（案）について御議論いただきまして、研さんについては、先ほど資料1で振り返らせていただいたとおり、事務局（案）について御議論いただきました。いずれも個々の表現はともかくとしまして、大きな方向性としては御異論がなかったのではないかと認識しておりまして、こうした基準の現代化、研さんの考え方、手続を示すといったことで、労働時間管理が適切に行えるように支援していくということだったかと思えます。

そういった上で、労働時間短縮をしっかりと図っていくということですが、ここは医療機関内のマネジメント改革、医療提供体制における機能分化・連携の推進、上手な医療のかかり方の周知、こうしたものに取り組んでいくということと、チーム医療の推進ですとか、ICT等による業務改革が実際に進んでいくための実効的な支援策という御議論もいただけてきたかと思えます。

一番下です。そのような中で、医師の健康確保のためには、長時間労働の是正はもちろん必要でありますけれども、それだけではなく、前々回の御議論にありました連続勤務時間制限、勤務間インターバル確保、そういったものによります睡眠時間の確保とか、一人一人の健康状態を確認しながら勤務させる。そういったことが重要ではないかという御議論がございました。

さらに、女性医師の関係では、働き方と保育環境の両面から勤務環境を整備していくといった御議論だったかと思えます。

このほかに、国民の医療のかかり方につきましても、この検討会前半で主に御議論をいただいて、問題提起いただいたこともございますけれども、この会議の場だけではなくて、今、かかり方の懇談会も開催しておりますので、これらについては次回以降で審議状況の御報告をさせていただきたいと思っております。そうした中で医療提供の姿をまとめていくということになるかと思えます。

4ページでございます。こうした中で、医師の働き方に関する制度上の論点をどう考えるかということ。時間外労働の上限時間数に関する基本的な考え方としましては、先ほど御紹介させていただいたような医療の特性の議論の中で幾つか御指摘をいただいております。

応招義務についても制度上の論点であります。9月に研究班の岩田先生から御報告いただいたとおりの内容を改めて資料に記載しております。おおむねこれまで12回の御議論をダイジェストでまとめさせていただいたものが以上でございます。

こうしたこれまでの御議論をいただいてきた上で、事務局としての本日の御提案が資料2でございます。適宜資料3を参照しながらお願いできればと思えます。

資料2の1ページは、時間外労働規制についての基本的な考え方を整理して御提案するものであります。1つは、大きな方向性として、医師も働き方改革をしっかりと進めていかなければならないということで、労働時間の短縮を進めていく。そのための方策、小さなポツで3つ書いてございますが、これまでの議論で見ていただいた項目でございま

す。

この中で、特に2つ目の医療機関内のマネジメント改革等についてですが、資料3の3ページは、11月9日の回で極めて長い勤務時間になっている医師についてどう改革していくか、どう短縮、削減を図っていくかということをお示ししておりましたが、さらに具体化をして書き込んでみたものでございます。

棒グラフ様のものが2本ありますが、左側は週勤務時間100時間のケースということで、極めて長時間となっている医師の事例です。右側に短縮後の姿というものをに入れておりますが、これは現行規制における最大の規制水準ということで、週勤務時間6時間程度のケースというものを以前お示ししておりました。その間もどのようにすれば削減できるのか。例えば手術の時間というところは、医療ニーズに直結している部分でありまして、削減しにくいということからしますと、外来から上の部分を削減可能時間と置きまして、これを半分ぐらいに減らすと左から右に行けるという計算になります。ただ、何によってどのように削減できるかというのは、病院機能、診療科の特性、地域における状況、これまでにその医療機関でなされてきた取り組み、そういうものによりまして、今後どれができるのか、どれが有効なのかということも異なってまいります。

仮にということで下に表をつけておりますが、左から右に外来から上の部分を半分減らせばということでありますが、例えば病棟の6割をタスク・シフト、タスク・シェアすればということでありますとか、外来機能の分担、救急の分担。例えばそういうことをすれば、60時間ぐらいまで減らせるのではないかとということでございます。基本的にはこういう削減が可能となるような強力な支援策が必要となるということかと思っております。

資料2の2ページでございます。今のような時間短縮に医療界、行政、あわせてしっかり取り組んだ上で、2024年4月以降の上限規制をどう考えるかということでございます。1つ目、達成を目指す水準としまして、医療は24時間365日ニーズがありまして、休日であってもどうしても休日労働を指示せざるを得ないという場面もございますので、休日労働込みの時間数として設定してはどうかということが1つ目です。

その上で、休日込みの考え方としましては、現在、脳・心臓疾患の労災認定基準におきまして、複数月平均80時間、単月100時間というものもございまして、これらも考慮して、年間時間数、月当たり時間数として設定してはどうかという御提案であります。

これは一般則を超える水準ということになりますので、追加的健康確保措置①②という2つを書いておりますが、①に努めるように求める。これは連続勤務時間制限、勤務間インターバルというものでどうかということでもあります。

一番下ですけれども、月当たりの上限につきましては、前回御議論いただいたような医療の公共性・不確実性ということからしますと、医療ニーズの集中等が十分考えられるものでありますので、面接指導、その結果を踏まえた就業上の措置を講ずるということを条件に、例外を認めるということでどうかという御提案でございます。

健康確保措置の詳細について、3ページでございます。健康確保ということがこれまで

も非常に重要だという御議論いただいてまいりましたが、基本的な考え方としまして3つ記載しております。医療提供体制のあり方として、健康確保措置、医療の質や安全の確保のために重要だということ。勤務日において最低限必要な睡眠、1日6時間程度が確保できることを基本に考えてはどうか。個人ごとの健康状態をチェックすることとしてはどうか。

これらについて、追加的健康確保措置①②、今、申し上げたインターバル、連続勤務制限、それらについて長時間の手術や急患の対応など、やむを得ない場合に休息時間を確保できないという御議論もこれまでございました。そういう場合については、積み立てた別途の休暇ということも代償休暇として実施してはどうかという御提案でございます。

一番下の追加提供健康確保措置②のほうですが、これは医師による面接指導、健康状態が悪い場合の労働時間や当直回数の減ということを講じ、必要に応じて健康状態について客観的な把握を継続的に行うというモニタリングによりまして、しっかり取り組んでいくことでどうかという御提案であります。

4ページでございます。今ほどの達成を目指す水準の設定に当たりましては、これまでの御議論を踏まえますと、2つの観点から2024年4月、規制の適用時期の時点での実現可能性、妥当性を踏まえた何らかの配慮が必要か検討する必要があるということで、2つお示ししております。(1) 地域医療が適切に確保されるか。(2) 医療の質の維持・向上のための診療経験の担保ということでございます。

地域医療確保の観点からということで、資料3の7ページをあわせてごらんいただければと思います。現状の病院勤務医の週勤務時間の分布を見ますと、赤い線、いわゆる年間960時間というところを超える部分が4割。その倍の青い線を超えるところが1割。もとの数字の3倍の2,880時間を超えるところが約2%という状況であります。

資料2の3つ目の四角です。今後短縮に鋭意取り組んでいくわけでありましてけれども、地域の医療ニーズが大きく減少するなどの事情がない限り、今、見ていただいたグラフの右側のほうに分布している医師の時間を例えば半分あるいは3分の1、こうしたところまで大幅に削減するのは困難と想定される。全ての医師の時間外労働時間数を規制の適用時期において、達成を目指す水準以下とすることは、地域医療提供体制への影響が懸念される場合があると考えております。

そのためということで、やむを得ず達成を目指す水準を超えざるを得ない場合については、対象の医療機関を特定した上で、経過措置を設けてはどうかという御提案であります。やむを得ずということですが、5年間でとり得る改革に全力で取り組むということが大前提ではありますが、それでもなお達成を目指す水準に到達しないような場合に、医療の公共性、不確実性等の特性を踏まえた経過措置を設けてはどうかという趣旨でございます。

4ページです。その場合でありましても医師の健康を確実に確保するということから、先ほど連続勤務時間制限、勤務間インターバルについては努めると御説明いたしましたが、この経過措置として設ける部分については、義務づけによりまして睡眠時間が確保できる

労務管理により、現状極めて長時間となっている一部の医師の労働時間を大幅に削減するというところでどうかという御提案でございます。

月当たり時間数の上限の関係での追加的健康確保措置②のほうは、先ほどと同じでございます。

3つ目です。経過措置としての時間外労働上限水準につきましては、冒頭見ていただいた連続勤務制限等を必須とした場合に、年間の時間外労働がどの程度まで圧縮されるかを踏まえて、その水準を目安に検討してはどうかという御提案でございます。

また、この経過措置でありますので、やむを得ず許容するという性質上、その期間をどうするか。達成を目指す水準に近づけていくための仕組みをどうするか。あるいは対象、これまで御議論いただいてきたような女性医師の働きやすさという観点でどう考えるか。こういった個別の論点があるかと思っておりますので、御議論いただければと思います。

6ページは、2つ目の視点で、医療の質を維持・向上するための診療経験の観点からということであります。ここは主に若手の先生を想定しているわけですが、特に20～30代の医師の勤務時間が長くなっている中で、それはどうしても24時間365日の医療ニーズの勤務負担が比較的多くかかっていることのあらわれでもあり、他方、知識・手技の向上に取り組む時期でもある。なかなか両面を分けがたい部分があるかと思っております。そういう中で、労働時間の短縮に取り組むわけですが、短縮の仕方によっては、診療経験を得るための期間が長期化するというおそれもありまして、これは養成のおくれですとか、医療の質、提供体制への影響ということも懸念されるということでございます。

したがって、一定の期間集中的に技能の向上のための診療を必要とする医師について、政策的必要性から、医療機関を特定した上で本人の申し出に基づいて、達成を目指す水準よりも高い別の水準を適用できることとしてはどうかということでございます。

ただし、この水準ですけれども、そもそも医師の労働時間短縮に取り組んでいく、全体として短くなっていくということとの関係、あるいは医師養成の観点、そういう両面から必要十分なものであるべきと考えられますので、随時検証する必要があるのではないかとということでございます。

最後の健康確保措置につきましては、経過措置のところと同じ内容で御提案しているところでございます。

以上を図解したものが資料3の5ページでございます。一番左に達成を目指す水準。右側に地域医療の観点からの検討。一番右に維持・向上の観点からの検討ということで、今、御説明した上限時間の設定と上乗せ健康確保措置の組み合わせを図解してございます。

資料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。

それでは、今、資料2、資料3に基づいて事務局から説明がありましたけれども、これについての御質問あるいは御意見がありましたら、お出しいただきたいと思っております。それでは、山本構成員、どうぞ。



○山本構成員 これは質問というか、サジェスションですが、資料3の7ページの勤務時間の区分等の割合というのは、常にいろんな議論の大前提となっているわけではありますが、実際これを調べたのは平成28年、働き方改革、医師の働き方ということが議論される以前のデータであるということが一つ。それから研さんその他も全く考えられていませんし、それから日当直のことも全部込みの時間で考えられていますので、この2年ぐらいの間で働き方の議論がいろいろ進んでいく中で、現場でもさまざまな工夫が行われつつある中で、ここは一度何らかの形で見直す必要があるのではないかと思うのですが、その辺、事務局のお考えはいかがかと思います。

○岩村座長 では、事務局、お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先生おっしゃるとおり、これは、今回新たな現代化の案などを資料3の最初のほうに、宿日直とか自己研さんとか出しておりますけれども、それを反映していない以前のデータであることは確かです。さらに、宿日直に関しては全部労働時間と計算していますので、若干オーバーエスティメートぎみであるということも確かでございますので、この検討会での議論などを踏まえて、さらなる調査等が必要であれば対応してまいりたいと思います。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

ほかはいかがでございましょうか。では、馬場構成員、そして村上構成員からお願いいたします。

○馬場構成員 資料3の1ページ、宿日直の許可基準のところについて確認があるのですが、四角の中のポツの2つ目、外来について書いてある部分です。こちらの括弧の中に「例えば非輪番日であるなど」ということが書いてありますが、「例えば」がありますので、これは例示であって、例えば輪番制度をとらない地域の二次救急医療機関においても、昼間と同態様な働き方ではなく、診療密度がまばらな場合は該当し得るということで理解してよろしいのでしょうか。

○岩村座長 事務局、いかがでしょうか。

○安里医療勤務環境改善推進室長 そのように御理解いただいて結構でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

○馬場構成員 はい。

○岩村座長 では、村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 資料2の2ページで、随所に「時間外労働の上限時間として達成を目指す水準」とあります。繰り返しになりますが、上限規制は2019年4月1日から施行ですので、現時点でまだ規制はされておらず、さらに医師については5年間猶予ということでありませぬ。達成を目指す水準は一体、いつ達成を目指すのでしょうか。私は5年後だと思っているのですが、いかがでしょうか。

1つ目の四角の1行目に「一般則と同水準を目指すべきであるが」とありますが、ここ

で言う「一般則」とは、何を指してイメージされているのでしょうか。上限規制の一般則と言うと、月45時間年360時間を原則とし、特別な場合は年間720時間、複数月平均80時間、単月100時間とされていますけれども、この場合の「一般則」というのは何を指しているか、まず教えていただきたいと思います。

○岩村座長 一般則は、3番目の四角の※のところに一応説明があると思いますけれども、事務局のほうでお答えをお願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 1点目ですけれども、達成を目指す水準の達成時期がいつなのかというお尋ねだったかと思いますが、これは規制の適用時期であります2024年4月を目指すということではあります、それで地域医療との関係がどうかということで、経過措置的なものを検討する必要があるのではないかと。そういう御提案でございます。

2点目につきましては、今、座長から補足いただきましたけれども、2ページの一冊上に書いてあります一般則のところは、月45、年間360、臨時の場合720、こういう水準につきまして「一般則」と表記をさせていただきました。

○岩村座長 村上委員、どうぞ。

○村上構成員

その一般則を目指すべきである一方で、その前段階にもう一つ「達成を目指す水準」というのを別に置くのでしょうか。上限時間規制が5年間猶予というのは、そもそもそれが経過措置なのではないかと思いますが、そうではなく、一般則ではない別の水準を置いて、さらに適用が2024年ではなく、もっと先延ばしになるということなののでしょうか。

○岩村座長 事務局、いかがでしょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 この5年間でそもそも経過措置なのではないかということではありますが、5年の適用猶予を法律上いただいている間に、達成を目指す水準になるべく近づけていくということが大前提かと思いますが、ただ、それによりまして、先ほど見ていただいたような勤務時間の分布という状況もございますので、地域医療への影響からどうかということはこの検討会で御議論いただいてきたと承知をしています。

そういう意味では、達成を目指す水準は2024年4月に設定をするものとして提案をしておりますけれども、それで全ての医療機関、医師がカバーされて、地域医療への影響がないかという観点で経過措置的なものも要るのではないかと。こういう御提案でございます。

○岩村座長 では、褒構成員、どうぞ。

○褒構成員 資料2の1ページ目の大きな方向性のところです。大きな方向性としては、おおむね賛成ですけれども、マネジメント改革のところ。マネジメントを常日ごろなりわいとしている人間からしますと、マネジメント改革というのは大きく2種類に分かれます。1つは業務改革、もう一つは意識改革、つまり組織改革を含めたものです。その2つはセットでございます。となりますと、今、ここに書いてございますのはタスク・シフティング等々業務改革寄りの話。これは非常に大事ですけれども、現場でいろいろマネジメントをやっておりますと、意識改革というのはかなり大きなハードルになっております。

となりますと、マネジメント改革のところにぜひ意識改革または組織改革等々のところも入れていただかないと、絵に描いた餅になってしまうのもったいないなと思っております。

これまでドクター個人の自己犠牲または献身性に依じて進んできたわけですが、これからはドクター本人の意識改革と、そして病院経営者の意識改革もなくてはならないものかなと思っておりますので、ぜひ方向性に加えていただきたいと思いますと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

そのほかいかがでございましょう。では、福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 先ほどの上限時間の検討のところですが、一般則と同水準を最終的に目指すというのは当然のことだと思っておりますけれども、それはある程度の年数をかけて段階的に減らしていく必要があると考えます。資料のほうにも段階的に減らしていくという図がありましたが、これが5年では難しいのではないかと思います。何らかの検証を経て実現不可能であるといったことが示せれば、例えば10年とか、そのぐらいのスパンについても検討が必要になるかもしれないと思っております。

それから、以前に年間の上限時間だけではなくて、月当たりの時間数を検討するに当たって、36協定の今の原則、月45時間を超えるのは最長でも6回という原則がありますけれども、この6回に限るという制限を何とか年間に平準化できないということを申し上げたいと思うのです。これについては、以前時間に関する特例を設けるのだから、それ以外の特例というか、他の特別な考え方はないと言われていたと思うのですが、回数というのもやはりかなりネックになってくると思うので、年間に平準化できれば、もう少し実現可能性のある年数というのは短くなっていく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、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 最終的には今、議論のありました目指すべき水準を目指すべきというのは、そのとおりだと思います。そうは言っても、現状が医師の長時間労働で医療のシステムが成り立っているということを考えますと、一般と同じ労働規制でやると医療体制が崩れてしまうということを鑑みれば、特例を設けるということはやむを得ないと考えざるを得ないと思います。

その場合にその特例がずっと走ってしまうことではいけないわけで、いろんな条件を考えるべきだと思います。御提案のような形になるかと思っておりますけれども、例えば医師の過労死を予防するという観点では、資料3の5ページに挙げられていますが、月当たりの時間数の上限を超える場合の面接指導ということは、今、システムとしてはありますけれども、もしこのような例外的なことをするというのであれば、ここをしっかりと機能するように考えなければいけない。これが機能する仕組みを考えなくてはいけないと思います。

また、これは医師が医師の面接指導をするということになるので、医師会で調査をしましたときも、ここは医療機関では余り機能していない部分であります。ですから、医療機

関で機能させるためには、何らかの講習会をやったらいいかどうかという具体的なことはわからないのですが、ここをしっかりと機能させるためにどうしたらいいかというのは、産業衛生学会とかそういう学会と連携して考えるということが必要になるかもしれませんが、とにかくこれが機能しないと過労死を防ぐということにアプローチできないと思います。

あとは、連続の勤務の時間の制限というのは、今のシステムにない制度ですので、今、ここに付けるというのは非常に画期的なことではないかと思います。これがしっかりと機能するための仕組みと申しますか、例えば真ん中のところで連続勤務時間制限とか、勤務間インターバルの確保ですとか、代償休暇のセットですとか、こういうのは義務になる。一番左だと努力義務ですけれども、真ん中は義務だということだと、例えば東北地方の基幹病院とかそういうところだと、今の状況でこれをきっちり守りますと成り立たなくなるというところがあるのではないかと思います。

私は呼吸器科ですが、1人で呼吸器科をやっている基幹病院などもあると思うので、そういうときにはインターバルの確保。寝ますけれども、途中で起こされたり、コンサルトされたり、代償休暇をとろうにもかわりの先生がいないとか、いろんなことがあると思いますので、そういうことをケアする仕組みが同時に必要なのではないかと思います。

もう一つ、ドクターの健康をケアする仕組みとそれを守る仕組み、どうやってそれを機能的にするかということと、もう一つは経営的な視点で、ドクターの働く時間が減ると病院の収入が減る。これは当然のことです。それからドクターの勤務時間を管理するということは、ドクターの勤務時間、残業すれば残業代を支払う、あるいは日当直のことがかわれば、そういうところも支払う。病院の収入が減るのに残業代を支払うとか、それに見合う賃金を支払うということになりますと、病院の経営にもかかわる。ですから、そういう経営的なケアみたいなことも、これを推し進める意味では非常に必要になっ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、今村構成員、工藤構成員、片岡構成員ということで、その後、こちら側ということをお願いしたいと思います。

では、どうぞ。

○今村構成員 2点ございます。今の黒澤構成員の意見にも通ずることだと思うのですが、医師の追加的な健康確保措置というのは非常に重要なものだと思っております、資料2の3ページに健康状態の個別的なモニタリングを行うと。前回は具体的な手法等をお示しいただいたのですが、これを確実に実施できるような仕組みをどのように構築するかというのはすごく重要だと思っております。

もう一点、地域医療の確保ということが大きな柱になっているのですが、この話は例えば今、病床の機能分化・連携、いわゆる地域医療構想と密接にかかわることですし、

それから医師の需給、地域と診療科の偏在ということについても欠くべからざる話だと思っています。

ここにお集まりの委員の中でそういった進捗状況についてある程度御理解いただいている方もいると思うのですが、そういった議論が今、どのようなタイムスケジュールで流れているかということも改めて何かの機会にお示しいただいて、それを前提にして今後の改革をどのように最終的にゴールに持っていくかということを考えていただいたら、ありがたいなと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、工藤構成員、どうぞ。

○工藤構成員 ありがとうございます。

労働時間がテーマですので、触れておきたいと思います。労働時間管理はもともと使用者の義務であることが、なかなか医療機関では周知されていない面もあると思います。そのため、医師だけではなく、全ての医療関係者に周知徹底する必要があるのではないかと考えます。

また、その際、労働時間管理については、医師の場合、自施設だけではなくて、ほかの施設で働くこともあるかと思いますが、その労働者の全ての労働時間、他施設で働いている時間も含め、労働時間管理をし、健康管理がなされる仕組みが必要と考えます。

また、雇用契約上の雇い主だけではなくて、各級の管理監督者には安全衛生への配慮義務があります。その点も周知し、管理監督者は義務違反が問われる対象になることもあることを知ってもらう必要があります。

今後具体的に上限時間の話になっていくかと思いますが、労災認定基準は命にかかわる基準であることを踏まえ、その基準を上回る働き方をさせる責任は、雇用主だけではなく、各級の管理監督者にあることを明確にし、労働時間管理が各段階で適切に行われる体制をとっていくべきだと思います。

次に、インターバル規制についてです。インターバル時間の適切な確保に向けて、自施設だけの限定された中で取り組むことは、医師のもともとの人数のこともあり、難しい面もあります。そのため、地域の医療資源の協力も得ながら取り組んでいくことを考えてもいいのではないのでしょうか。

最後に、タスク・シェア、タスク・シフトについてです。他職種へのタスクシェアもしくはタスク・シフトは、それぞれの施設でそれなりに進んできていると思います。さらに他職種に対し行うことは、受け入れる側の抵抗感、難しさ、もしくはその資格を得る時間も必要になります。

他職種へのタスクシフトも進めていかなければならないと思いますが、他職種だけではなく、医師間もしくは医師同士のタスク・シェア、タスク・シフトもさらに進めていく必要があるのではないのでしょうか。例えば短時間勤務でしか働けない、勤務時間に制限があ

る方も働けるような環境整備をすることにより、今は働いてはいないけれども、潜在的に働く意思がある医師の就業場所を確保し、働ける医師数をふやすということにもつながっていくのではないかと思います。その点についても議論を進め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、片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。2点あります。

地域医療提供体制の確保のために、対象となる医療機関を特定した上で、経過措置の水準を設けるという点に関して、追加的な健康確保措置を講じるというのは当然重要なことだと思うのですが、それ以外に絶対的に医師不足があるような施設も多く存在しているので、その場合に連携施設からの代替医師の配置を行うことも義務づけるなどということで、実際に医師の数もふやすような対策をセットにするということも必要なのではないかと思います。

連携施設からサポートを行うのであれば、サポートを行う側の医療機関にも何らかのインセンティブをつけるとか、そういった工夫もできるのではないかと思います。

女性医師に関して述べます。女性医師の場合、インターバル制を実行するときには、女性医師をサポートされる側に立つことが、例えば育児中であれば多いかと思いますけれども、そのインターバル制で夜間勤務の方が家に帰る間に、日中しか働くことができない育児中の方が今度はサポートする側に回るということも可能ですので、そうすると、フルタイム勤務ができない場合でも組織に貢献できますし、働く意義にもつながるので、そういうふうによく回っていけば、望ましい方向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、一旦こちらにということで、三島構成員、お願いします。

○三島構成員 私は2点あります。1つは、医療の質の維持・向上の観点から検討するとありました資料3の5ページのところです。もう一点はインターバルについてです。

まず、医療の質の維持・向上の観点というところで、一定の期間集中的に技能を向上するためにそういった高い水準というものを設定するというのは、そういったことが必要なキャリアパス、医師というのはいると思いますので、これは賛成ですが、ただ、それが形だけのものにならないように、それがしっかり学べるような体制、勤務環境改善策もされた上でしているのかというのを確認したり、モニタリングする仕組みが必要だと思います。決められた時間の中で必要な研修を進めるような勤務スケジュールや研修計画を事前に病院側と勤務医がシミュレーションして、それを納得した上でするような丁寧なプロセスが必要かと思いますので、そのあたりを今後しっかり議論していく必要があるのではないかと思います。

2点目、インターバルについてです。現状、今の状態でも人員でありますとか、タスク・

シフト、シェアを進めていかないと難しいのではないかと考えています。女性医師のお話も先ほどありましたし、若い勤務医だと、例えば複数の医療機関で勤務している場合などもあると思いますので、そういった労働時間の管理をいかに行っていくかというところ。あとは、それをする理由というところで給与の問題などもあると思いますので、そういった現状をしっかりと調査、把握する必要があるかと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、森本構成員、お願いします。

○森本構成員 森本です。

資料2関係ですけれども、上限規制の関係です。医師の上限規制は、一般則に休日労働を加えたもの、あるいはいわゆる過労死基準などを踏まえた設定、これに加えて地域医療確保の観点から、4ページに地域医療体制への影響が懸念される場合とし「達成をめざすべき水準」を超える労働時間の設定なども記載がしてあります。地域医療体制を確保するために、恒常的な業務としていわゆる過労死基準を超える労働をし続けなければいけないこと自体が根本的に問題があるのではないかと考えます。まずその問題をどのように改善するか議論した上で、どうしても上限時間におさまらない場合について、どう考えるべきか議論するといった進め方をすべきではないでしょうか。

また、6ページ、医療の質の維持・向上のための診療経験が担保される観点からとありますが、この場合も医療の質の維持・向上あるいは研修といった目的で必要な勤務時間が、いわゆる通常の勤務時間プラス過労死基準の時間を超える時間なのか。それ以外の研修などではない時間で削れる時間が本当にないのか。このような観点からもしっかりと議論した上で、検討すべきだろうと考えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、こちらでお手元が挙がっていた城守構成員、猪俣構成員、戎構成員という順番でお願いいたします。

○城守構成員 ありがとうございます。資料3の3ページ、5ページです。労働時間の短縮に向けてのイメージ図であるとか、上限時間数と上乘せ健康確保措置の骨格をこういう形で作っていただいたのは十分に評価できるかなと思います。その中で、先ほど黒澤構成員がおっしゃっていましたが、実際法的な経過措置である24年に向けてという形の中で、地域によっては医師が足りなかったり、ないしは医療提供体制そのものが非常に弱かったりということで、なかなか達成ができないというところも多いという可能性は極めて高いと現場感覚で思うわけですが、その中において、少なくとも法的なこの5年間の間も、一年一年どのような改善が行われているのかということをチェックしていくことになろうかと思っています。

チェック的な体制等に関して、現在案として何か具体的に持っておられるのかどうか。

ないしはざっくりとしたチェックポイントとしてこういうことを重視してということ。もちろん時間数というのはあるのでしょうけれども、そういうことがありましたら、お教え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。

まず、こちらをやっていただいて、その後、質問があれば、まとめてお答えいただくということにしたいと思います。それでは、猪俣構成員、どうぞ。

○猪俣構成員 猪俣です。私からは2点ございます。

まずは大学病院に勤務する医師として、資料3の5ページにありますように、経過措置といたしましても、一律でなく水準を設定していただくということは非常に賛成です。そうすれば、私たちもより柔軟に技術の向上に取り組めるかなと考えています。

一方で、本人の申し出に基づいて対象を限定するとありますけれども、そういった本人の申し出というところが形骸化しないように、例えば全員が申し出をしななければいけないような雰囲気になってしまうとか、そういったことがないようなシステムの整備をしっかりと検討していただければと思います。

2点目が、先ほど黒澤構成員や三島構成員からもありましたけれども、代償休暇の確保についてです。例えば大学病院でもそうですが、私たちのような中堅が診療の働き手、中心になっていることも非常に多くて、週の中で休日をとれといっても、とるのが現状では非常に難しい。例えば次の外来の予約が半年先まで埋まっていますよとか、次の日は手術の予定が組まれていて、急に休んでしまうと、そういった手術の患者さんに対して手術を行えなくなる。そういったことも危惧されるように感じておりますので、ある程度こういった代償休暇をとる日程というのは、幅を持たせた上でとれるようなシステムを検討していただけないかと考えております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、戎構成員、どうぞ。

○戎構成員 ありがとうございます。私のほうからは2点考えたことをお話しさせていただきます。

まず1点は、資料2の1ページ目の大きな方向性のタスク・シフティングや勤務環境改善等というところですが、この検討会自体が医師の労働時間についてどのように考えていくかというところを理解した上ということですが、こちらは、より推進するためにはこのタスクをシフティングされる、もしくはシェアリングされる方々の労働環境といったところをなくしてはタスク・シフトやシェアというのはできないと思いますので、この議論の中では細かいところまで議論する時間はないと思いますが、そういった人たちの勤務環境改善も含めてのマネジメント改革というところでこの意味合いを受け取らせていただいています。



もう一点は、基本的な考え方の中にさまざまな案がありまして、これらが有効に機能すれば先生方の日々の勤務が改善されていくのではないかと考えておりますが、ただ、現在管理をされている医師の方々がこれらの業務を全て行えるかというところ、それも負荷になるのではないかと思います。

もしかすると、経営管理を専門とされる方が別にその病院の中や、地区、県で第三者的なそういったポジションの方を置いてさしあげないと、なかなか労働規制についてしっかり管理していくというところまではいかないのかなと思いましたが、第三者機関も含めて、現在管理をされている先生方の負担をどのように軽減して、より末端にいらっしゃる先生方の勤務が改善されるかというところをチェックしていけるようなシステムが必要ではないかと思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、豊田構成員、どうぞ。

○豊田構成員 皆様のお話を聞いていると、本当にそのとおりでなと思うことばかりなのですが、患者家族の視点からも発言させていただきたいと思えます。医師が長時間労働なのはもう間違いのない事実で、上手な医療のかかり方懇談会のほうでも、医療従事者以外の方が多く参加されていますので、そこで先日も赤星構成員からのお話を聞かれた皆さんは、こんなに医師が大変な状況なんて知らなかったということで、大変驚かれていたことがすごく印象的でした。

一方で、私はアクセス制限の懸念を最初から申し上げているのですが、今は患者さん、国民への理解というところが同時進行というより、少し後ろから出発しているということもありまして、まだ理解を得られている状態ではないということを見ると、急なスピードで進めるのは、受け入れるのが難しいかなという心配があります。

今改めてご説明いただいた中で感じたのは、福島構成員もおっしゃっていましたが、私も5年間の中で、いろいろ検証していただいた上で、段階的に行っていただき、医療者側にも国民、患者さん側にも、両者に説明して理解を得ながら進めていく形にさせていただかないと、ほかの構成員の先生方がおっしゃるように、医師もそれでは実際の医療を行えないのではないかという現実もあると思えますので、個別性、地域性にも配慮しながら、患者の思いを含めて考えると、やはり一度には難しいのではないかと思いました。

もう一つ、私は病院の中で患者相談、職員相談を受けている立場ですので、黒澤構成員のお話もそのとおりでなと思いましたが、それを産業医のような立場の方が担うのか。それとも、最近では小中高の学校だとカウンセラーが入っている所がありますが、そういう医師をケアするような仕組みをつくっていただければ検討の必要性を感じました。

例えば、私がこれまで担当してきた患者サポート体制充実加算による体制では、医療事故が発生したときには、患者さんのサポートだけでなく、当事者の職員のサポートも担うことが業務指針の中に組み込まれています。ですが、これは患者さんのサポート加算な

ので、この体制で職員の不安を聞くというのは難しいと思いますので、また別の手だてで院内の体制をつくる必要があると思いました。

戒構成員がおっしゃるように、院内で医師以外の職種の人たちがこれらのことを理解して協力するということがないと、とてもとてもできないと思います。また、褒構成員がおっしゃるように、マネジメントをしっかりと、理解を得た上で行動しないと、何一つうまくいかないと思いますので、そういった患者の思いも含めて、医療機関の中の体制に向けて厚生労働省もぜひお考えいただきたいと思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、一旦ここで事務局のほうから質問があった点などについてお答えいただければと思います。よろしく願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 城守先生のほうから5年間の経過措置の間のチェックとか、そのようなことをどのように考えるのかという御質問をいただきましたが、先ほど山本先生へのお答えもしましたけれども、あくまでもこの調査は今までのルールに基づいた、しかも若干そういう仮定を置いた調査でございますので、今回こういうことになった後どういうふうになるのかということは、この働き方改革の結論も踏まえまして、何らかの形で実態を把握しなければならないと考えております。今、明確にこのような調査ということをお答えできる段階ではないのですが、そのようなことは必要だと事務局は考えております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

では、城守構成員。

○城守構成員 今回の議論とはちょっと違って申しわけないのですが、基本的に時間等をチェックするということになると、労基がチェックすると勘違いをされる医療機関も多くなるのではないかと思いますので、労基署と病院の間のバッファ的な第三者機能的なものに医療機関が届け出るとか、そういう配慮を持った形でチェックをしていながら、進むべき、収束すべき時間に向けて努力を続けると。そういう体制にしていただければありがたいかなと思いますので、御検討のほど、よろしく願いします。

ありがとうございました。

○岩村座長 ありがとうございました。

それでは、鶴田構成員、岡留構成員ということでお願いします。

○鶴田構成員 基本的考え方の1、2、3の中で、3番目に「医療の質や安全の確保のために重要である」と書いてありますが、この視点はどちらかというと医療機関に対して求めているような順番になっているので、基本的な考え方の1のところはこの点を少し触れて欲しい。「医師の過重労働は、酩酊した状態で診療するようなものと例えられることから、国民に対しては好ましくない」とのメッセージを出していただけるとありがたい。

上手な医療のかかり方の周知に関し、我々が地域医療の確保を図るためのパンフレット

には、今、急ぐ必要のない状況はこういうものですよという例示を挙げたりします。検討会の中でも「医療の質・安全確保の観点からの効果は期待される」と資料3の4ページ目にありますし、資料4の中にも同じように「医療の質や安全を確保する」と書いてありますので、これが国民に対するメッセージとして基本的な考え方の中にあっただろうかと思っています。それが第1点目です。

第2点目は、罰則規定を義務づけするということがいろいろと書いてありますが、現状の安衛法とか労働基準法とかで義務づけたものに対する罰則というのは、具体的にどんなものがあるか、ここで義務づけた場合の罰則はどういうものが考えられるかということをお教えいただきたい。

以上です。

○岩村座長 質問については後でまとめてということで。では、岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 多くの構成員の方々からマネジメント、タスク・シフティングを前向きにやらないといけないという趣旨がわかるわけですが、では、具体的にタスク・シフティングにどういうものが含まれているのか、その詳細なところがなかなかわかりにくいのではないかと考えているのです。

そういった観点がありましたので、四病協としてタスク・シフティングというのは具体的にはどういうことを言っているのだと。その一つのデータを出すために、例えば臨床工学技士会、それから看護協会、看護部門の諸君、薬剤師、救急救命士、この4つの職種について今、調査を行って、どういう現場の実態なのか。僕は全ての項目をさっと見たのですが、「医師の指示のもとで」と全て書いてあるのです。こういったときに、では、タスク・シフティングというのはどういうことを言うのか。そここのところの具体的な解釈は、現場の意見を取り入れていかないとわからないだろうと思うのです。ですから、そのデータを近々ここで出せたらいいかなと思っていますので、ひとつよろしく願いいたします。

○岩村座長 それでは、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 先ほど片岡委員から医師の不足地域に医師を派遣するようなお話がありました。私も他の検討会の中でさまざまな議論をしているということについての委員の共通の理解が非常に必要だと思っているのですが、今、医師の少数地域について、医師少数地域というのはどういうところかということをお改めて設定するということを議論していて、少数地域には都道府県が都道府県の事務として医師を派遣していくと。その際にその先生のキャリアをしっかりと確保することと、健康がしっかりと守られるということが条件になるということが議論をされているわけです。

その際に、都道府県に設置されている勤務環境改善支援センターは、従来から非常に重要な組織だと思っているのに、いろんな課題があっても機能していない。その中でも財源の問題があっても、医政局からの予算と労働基準局からの予算があるけれども、どちらも中途半端な予算になっていて、これから勤務環境改善支援センターの機能というのは相当に強化しなければいけないという中で、しっかりと財源というものを確保していただきたい

いと思っています。

特に、医政局の予算は消費者を財源とした基金の中を出しているわけで、今回消費税率が8%から10%に上がるときのその手法をどうするのだという問題もあるかと思うのですが、しっかりと機能するものとしての財源確保をお願いしたいと思っています。これはお願いです。

もう一点お願いがありまして、労働基準法の中では半年間は低い上限で、残り半年のほうは別の上限でというたてつけになっているという理解をしていますが、小売業などと違って、すごく忙しい時期がこの時期だというふうに限定することはできないわけで、一年の中でどの時期が忙しくなるかというのは正直わからないと。例えば冬で、インフルエンザで忙しいと言ったって、ことしの夏のようにインフルエンザが夏にはやるなどということもあるわけで、予想ができないわけですから、こういった上限についての議論は次回以降になると思っていますけれども、できるだけ柔軟な設定が可能な制度設計にしていきたい。このこともお願いであります。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、一旦事務局にお投げしたいと思います。では、お願いいたします。

○黒澤労働条件政策課長 先ほど鶴田構成員から労働基準法あるいは労働安全衛生法の罰則について御質問がございました。これは法律の条文によりましては若干の違いはございますが、基本的なパターンといたしましては、罰則つきで義務づけられているものと、罰則がなく義務づけられているものと両方ございまして、「義務」という言葉がイコール刑罰という意味ではなくて、法律上は罰則のない義務といったものもまたございます。

問題の罰則がある場合でございますが、例えば30万円とか50万円といった罰金のみがついている場合、あるいはそういった罰金または懲役といったもの。懲役にはいろいろございますが、規定上は6カ月といった場合が多いかと思っております。

このように義務と申しました場合につきましても、罰則がついている場合とついていない場合がございます。ただ、いずれにいたしましても、私ども労働基準監督署におきましては、こういった労務管理のルールをきちんと守っていただくというところにまずは主眼を置いてございますので、もしもそういったものが守られていないということがありましたときには、まずはそれをきちんと実証していただきますように、丁寧な御指導を申し上げますということを基本にしているというものでございます。

なお、本日の資料3の5ページの骨格イメージの中でも「義務」ということが書いてございますので、ここが鶴田構成員の御指摘のところであろうと思いますが、先ほど申し上げましたように、義務という形にした場合であっても、それをどのような形で課していくのかというようなやり方はあるかと思っております。本日の事務局の御提案は一つのイメージでございまして、その制度設計の詳細につきましては、この場での御議論を踏まえた上で議論が進められていくものであると承知しております。

○岩村座長 ありがとうございます。

今、課長が説明したとおりで、特に安衛法になりますと、義務と言っている場合とそうでない場合と分かれています。例えばこの4月から裁量労働とか管理職であっても勤務時間の把握をしなければいけないというのが、使用者、事業主に課されますけれども、これは罰則がついていない義務ということになっています。

ただ、罰則がついていないから意味がないかというと、そういうことではなくて、法律上課されている義務ですので、例えば今の例でありますと、勤務時間の把握を怠っていた結果として、例えば月100時間以上働かせていたということで、過労死の問題あるいは精神疾患の問題が発生した場合には、単に労災保険法上の補償の問題だけではなくて、安全配慮義務違反という形で、損害賠償をさらに請求されるという問題が発生するということがありますので、法律上の義務になっているというのは、刑罰はかからなくても、別のところで大きな意味を持つてくることがあるということだけは申し上げておきたいと思います。これは労働基準局の所管ではないので、私のほうで補足をさせていただきたいと思います。

それでは、こちらで手が挙がっていた山本構成員、遠野構成員からお願いいたします。

○山本構成員 今の件とは違う話でよろしいでしょうか。

○岩村座長 どうぞ。

○山本構成員 先ほど来出ていた目指す水準にいつ達成するのか、あるいはどうやって達成するのかという問題で、資料3の3ページに「イメージ」と大きく書いてあって、どこかの広告みたいな書き方で書いてありますが、下に時間数イメージで表が出ていますけれども、これはどれももっともだ、これをやってくれたらかなり勤務医は楽になるというのが明らかですが、実際にこれをやろうと思ったら、とんでもなく時間とお金。制度設計するだけでも物すごく時間かかる。それからお金もかかる。2番目、3番目などは地域医療構想が完璧に回らない限りできない話でありまして、ある意味現状では全く絵に描いた餅であるということで、極めて観念的だと思うのです。

ですから、この辺は具体的に時間数の削減をどうやって進めていくのかということについて、ある程度工程表なりを示していかないと、5年後の2024年4月の段階で一体どうなっているのか、全く予測もつかないし、議論も難しいのではないかと思います。この辺について、事務局はいかがお考えでしょうか。

○岩村座長 では、遠野構成員、お願いします。

○遠野構成員 現状の地域と診療科の偏在の中で上限規制が始まれば、患者さんへのサービス、医療提供が少なくなるのは確実に、例えば検査5件、手術3件とやっていたのが、検査3件、手術1件とかと減らして、患者さんへの医療がどんどん延びていくということで、患者さんに対して不利益が出るのですけれども、ただ、こういう上限規制をやっていくのは仕方ないというか、必要なことですので、これは進むとして、そういったことが始まれば、地域にしる診療科にしる、これは大変なことだということで、もっと大きなところ、例えば医師の需給分科会と連動したりして、医師が地域を一旦強制というほどでもないですが、インテンシブを高くして強制に近く配置されたりとか、あるいは小児科医師養

成に国が本腰を入れるとか、そういったもっと大きな力が働いて、患者さん・地域住民への苦しい時期があったとしても、かえって何かいいことが始まるのではないかという淡い期待を抱いている者です。

上限時間数についての経過措置ということがありますけれども、結局いつかはやらなければだめなので、これも回が進むに従って2年間とか具体的な数字を決めたりして、とりあえず今、話し合っていることを決めて、進めていけたらと思っています。

長時間労働と研さんということには今、触れませんでしたけれども、地域医療ということでそういうふうに思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、島田構成員、どうぞ。

○島田構成員 ありがとうございます。

資料3の5ページのイメージのところでございます。追加的な措置としての連続勤務時間制限、勤務間インターバルの確保、代償休暇ということですが、その具体的な中身というのは非常に多様であり得るのだろうと考えております。その意味で、一番左のところで上限を超える場合というのが、今の段階から努力義務だというふうにしてしまうのが適当なのかどうか。ありようというのは、右側の1、2とは違うにしても、何らかの追加的な措置が十分可能なのではないかということも含めて、少し緩やかに議論していただければなということが要望でございます。

勤務間インターバルの問題につきましては、厚生労働省さんのほうで制度普及に関する検討会を一般企業を対象としてやっております、私もその委員だったのですが、今、黒澤課長がいらっしゃいますけれども、近々その報告書も出まして、具体例なども出ていますので参考にして、追加的な健康確保措置については、今後具体的に詰めていくのですが、最初から努力義務という形で考えないほうがいいのではないかと考えているところでございます。

先ほど猪俣構成員のほうからあった、仮に代償休暇を置いた場合、どういう期間でということについては大変重要な御指摘だと思います。既に今の基準法の中でもないわけではない仕組みですので、例えば諸外国でもあるような口座制みたいな形でためていって休暇としてとれるとか、そういう対応は十分可能なのではないかと感じました。

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、一旦事務局のほうから先ほど御質問がありました点についてお答えいただければと思います。よろしく申し上げます。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

山本先生のほうから、医者への労働時間の短縮のイメージ図について御質問をいただきましたが、確かにそうございまして、下の時間数イメージの削減イメージについては、絵

に描いた餅とおっしゃられましたけれども、その餅を描いたようなものでございまして、これをちゃんとしていかなければいけないというのは、事務局としてもきちんとしていけないところです。

例えばあした特定行為・研修部会がございますので、その中でも新たな特定行為の研修修了看護師のものなどを御提案させていただき予定でございまして、さまざまなものを動かしてまいりますので、この削減のイメージをもうちょっと具体化できるように事務局としても努力してまいりたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、褒構成員、どうぞ。

○褒構成員 先ほど今村構成員もおっしゃっていました勤務環境改善支援センター、勤改センターの役割はますます重要になるかなと思います。働き方改革の中で勤改センターの役割というのは、まさに潤滑油かなと思っております。地域によってもセンターごとによっても質のばらつき、または人員の資源のばらつきがかなり多いと聞いております。特に資料3の5ページに描いてございますイメージ図に関して、地域医療確保の観点から、医療の質の維持・向上の観点からということで、対象医療機関を決めていくと書いてあります。対象医療機関が多い地域の勤改センターというのは、かなり多くの問い合わせ、または何らかのサポートの要請が多くなっていく。となると、全国各地の勤改センター一律ではなくて、濃淡をつけていくような形で資源の投下をしていくという形が好ましいかなと思います。

実際にこの仕組みが走り出したときに、恐らく現場は混乱すると思います。となりますと、さまざまな現場からの相談または問題点が上がってくる。それを勤改センターが集めて類型化して、その解決策を考えて、それを今後そういう相談が上がってくるであろうところに横展開していくという形で、既存の仕組みを最大限活用していくというのが、これまでの流れに応じたものかなと思っております。

病院の経営現場でこのお話が出てくると、どうしよう、どうしようと今から既に混乱ぎみになっているわけです。となりますと、何らかの形で方向性を示し、近くにすぐに相談できる場所があると、経営者または病院で働く方々とする、非常に安心するのではないのでしょうか。不安にさせる制度でなくて、これがあることで安心が増幅するような制度にするというのが非常に大事なポイントかなと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、福島構成員、村上構成員ということでお願いします。

○福島構成員 今の医療勤務環境改善支援センターの件に加えて意見を申し上げたいのですが、特例を実施するという仮定すると、追加的な健康確保措置などを義務づけるということですが、5年間全力で取り組むという前提で特例を設けるというお話があったかと思うのですけれども、そうすると、本当に全力でやっているのかどうかというのを検

証する必要性が出てくると思うのです。実際どうするのかといったときに、先ほど例えば監督署が臨検のような形でやるのかといったこともあるかとは思いますがあまり賛成ではなく、これよりは今おっしゃった支援センターの機能として充実させるということが考えられると思います。

今、勤改センターの助言・指導ということで、別の委員会がありまして、全国でブロックごとに支援センターのメンバーを集めて助言・指導を行っているところですが、まだまだ支援センターでどんなことをやったらいいのかというのがわからないというところが多くて、支援センターを機能させてこういったことに参加させるということになれば、さらに助言とか指導が必要ではないかと思っています。病院から勤務環境改善の取り組みについて、こういった計画でやっていきますということを出せているという支援センターがありました。全病院から計画を出させて、それを確認した上で、ある程度の時間が経過したところで、本当にその実行がなされたかどうか、アウトプットの評価をするということでの検証が可能ではないかという話がありました。

ただし、現状は、支援センターは県の枠組みの中で行っていて、担当官が1人であったり、お金もないので何もできないという意見が多くて、その数でなおかつ管轄の医療機関全ての書類を見るのが難しい。だから、計画届を出させても全然中身を見るができないのだと。もったいない状況でありました。

ですから、そういった支援センターを機能させるということを考えていくと、予算のこととか、人のこととか、そういったことを加味して、何らかのもう少し発展的な方法を御検討いただければと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 資料3の5ページの図についてです。この骨格（イメージ）について、ほかの構成員の皆様方は何ら違和感を覚えていらっしゃらないようですが、時間数を書いていないため、なかなか難しい部分はあるものの、私自身は、先ほど御質問させていただいたように、若干違和感を覚えているところです。

つまり、一般則がどこにも出てきておらず、「達成を目指す水準」というのがいきなり出てきており、先ほどのお話で言うと、2024年は「達成を目指す水準」ではなく、その先にあるとお聞きしたので、この図、イメージは違和感があります。

働き方改革において労働時間の上限規制の議論がなぜ始まったのかといえば、過労死、過労自殺などをどのようになくしていくのかということが一つの大きな要因だったと思います。その観点からすると、複数月平均80時間とか単月100時間という上限設定になったことに対して大きな批判があったことを、皆様方、ぜひ御認識いただいた上でこの議論をしてきたいと思っています。私たちはこのようなことを考えながら議論をしなくてはなりません。



その上で、5ページの真ん中(1)地域医療確保の観点から検討するという例外と、(2)医療の質の維持・向上の観点から検討する例外がありますが、(1)のほうは、2018年の段階で今からこれを考えなくてはいけないのか、まず疑問を感じております。どちらから先にやるのかということだと思いますが、このような例外を設けなくてもいいようにどのように長時間労働削減に向けた施策を進めていくかということを中心に議論すべきであり、例外の議論を現段階でやっている、「達成を目指す水準」も一般則の適用もどんどん先に延びてしまうのではないのかという懸念を持っております。

今、病院、医療機関以外の職場では労使一体となって上限規制の問題にどのように対応していくか、四苦八苦しているところです。中小企業では人事担当の専門の人たちがいないような職場であっても何とか36協定を結ぶために、働き方改革推進支援センターなどに相談しながら、どのように取り組んでいくか真剣に話し合っているところです。そのような営みもある中で、今から5年先のその先の先のことまで議論しなくてはいけないのか、疑問があります。

医療機関の実態や医師の働き方については大分議論を重ねてきているので、かなり理解はしているつもりですが、ただ、なおこの法律を議論するに当たっては長時間労働の是正という視点というのは欠かせないのではないかと考えております。

2つ目の例外として、本人の申し出に基づいて医療技術の向上のために、若手の医師に対して例外的な基準を設けてはどうかというお話だと思います。これに関しても、本人の申し出があれば、「達成を目指す水準」が労災認定基準の時間外労働の水準も考慮した水準であるとする、かなり長くなる可能性があり、なぜ本人の申し出があれば労働基準の最低基準を解除できるのか、疑問があります。

もう一点は、健康確保措置の例示についてです。どのような場合であってもインターバル規制は検討されるべきだと思います。一方で、代償休暇については、先ほど島田構成員からドイツの労働時間口座というものもあるのではないのかという御示唆がありましたが、民間企業の職場では、なかなかとれないのが実態です。研究者の皆さん方からも労働時間口座を入れてはどうか、時間には時間で返すという考え方もあるのではないのかという御示唆をいただきますが、現実の職場ではなかなか取得できていないのが実情ですので、そのような点を踏まえて御検討いただ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、黒澤構成員からお手が上がっていましたので、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 今の点について、僕は産業医的な観点というのがありますけれども、一般の方々と同じ条件にするべきだという考えをずっと持っていましたので、この点に関して違和感を抱かなかったかどうかということですが、私の解釈としては、休日労働も入っているということで、一般則よりも医師のことについて考えた基準になっている。つまり、時間数とか、時間だけでなく、内容が考えられていると僕は解釈しました。

上限を決めるということに関しては、最初から上限を決めるかという今の話、僕もそうは思うのですが、よくよく考えてみますと、労働時間というのは一番基準になるポイントなので、どういうところが上限なのかわかりませんが、上限を決めておかないと前に進まないという側面もありそうな気がするのです。どこに上限を決めるかというのはよくわかりませんが、上限の時間数を設定するのは、テンポラリーには必要だと。最終的にそういう医師の特例をなくすというのが本当だということは、ここで確認されているようですので、そのことを前提の上でというのがもう成り立っているということなのだと思います。

本人の申し出に基づくというのは、医師が勉強したいとか、そういうところを尊重しようという意味だと僕は解釈いたしました。

インターバルの確保とか代償休暇のセットですが、これは非常に難しい問題だと思いますので、勤務環境改善支援センターというのは県ごとになっていて、例えば東北の各県とか医師の足りないところの中で医師の供給をどうするかということは、インターバルの確保とか代償休暇とセットだと思うのです。これのセットを足りないところで工面し合うというのではなくて、県を越えて全国的な観点でそういうシステムをしないと機能しないと思うのです。インターバルの確保とか代償休暇のセットを実施する場合には、そのような仕組みをぜひ考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。

では、事務局のほうからお願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 申しわけありません。先ほどの村上構成員からいただいたコメントの関係で、冒頭のほうで御質問いただいたことに対して、若干御説明が不足しておりましたので、改めて御回答申し上げます。

資料3の5ページの骨格（イメージ）でございます。ここでお示ししている達成を目指す水準、（1）（2）という2つの検討事項、この3つを2024年4月から適用されるものとして考えてはどうかという御提案でございます。なので、2024年4月の時点であるべく多くの医師が一番左のところに入れるようにしていくことが非常に重要でありまして、全部入れればいいのかもわからないのですけれども、（1）（2）のような観点からの検証が必要ではないか。検証した上で、こういうものを置いてはどうか。そういう御提案でございます。

5年間ありますので、その間に（1）のようなものはなくて、なるべく一番左なのではないかということは、御指摘のとおりだと思いますけれども、この検討会は今年度末までに結論を出していただくというのが、働き方改革実行計画上の検討期限でありまして、その後、この5年間で医療のあり方自体が変わっていくというのは、働き方改革ということを別にしましても生じる事情だと思うのですが、5年後を見越して今、規制水準を決めるというのは、もとより難しい課題ではありますが、この5年間の動きも見越して、ただ、5年後必要となる制度上の手当ては何なのかという観点で御議論いただければと思ってお

ります。

以上、補足でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局、どうぞ。

○千正医療政策企画官 1点補足でございます。資料3の5ページの右側の黄色い部分、技能向上についてです。本人申し出ということですが、もちろん、若いお医者さんを中心として、しっかりと技術を学んでいきたいという声に応えてという面はあるのですけれども、資料2の6ページの3つ目の四角の最後のところ、要するに、長くやりたいからやらせるのだという意味ではなくて、こういうことをしっかり確保していかないと、ひいては養成がおくれて、患者が受ける医療の質、医療提供体制への影響があるので、こういうのは必要ではないかという考えでお示ししているものです。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、渋谷副座長、どうぞ。

○渋谷副座長 ありがとうございます。

1つコメントと1つ質問です。最初は資料3の3ページのいわゆる絵に描いた餅の図です。これはいい図だと思うのですが、病院勤務の話なので、先ほど片岡先生と今村先生がおっしゃった医師の不足地域においては、医師の派遣という数合わせだけでなく、地域の機能をきちんと考えた上で、プライマリーケアの部分でタスク・シフティングを含め、ちゃんと考えていく時代だと思っております。

四病協、岡留先生がおっしゃった「医師の指導のもとに」という文言を含め、医療の範囲もいろいろ検討していく時期にも来ていると思っておりますので、そうした方向性。方向性だけでも構わないのですが、ほかで検討会があると思っておりますけれども、そうしたものも期待しています。

もう一つ、労働時間管理の適正化というのは、まさに一丁目一番地だと思うのですが、これまた笑われるかもしれませんが、最近メディアで無給医の存在が話題になっております。そこで事務局に2つ質問があるのですが、1つは、報道で文科省が無給医のことを調査しますと言っているのを聞きましたが、厚労省も関係すると思うのですが、それは連携しているのでしょうか。

もう一つは、無給医が存在するかしらないか。医療界は、存在するのは皆、周知の事実だと思うのですが、僕は個人的に知っているのですが、文科省の実態調査を踏まえて厚労省としても対応するのでしょうか、そうでもないのでしょうか。余り適切な質問でなくて申しわけないですが、2点。厚労省が連携しているのか。2つ目は、文科省と一緒にやって、無給医が存在するのだったら、どういうふうにしていくのかということをお聞きしたいのですが、

○岩村座長 いかがでしょうか。では、事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 若干紹介が難しい質問ではあるのですが、文科省とふだん連携しているのは我々なので、その観点からあれしますと、文科省のほうから全大学にその点について調査するというお話は聞いておりますけれども、具体的な時期や制度設計やその他、そういうことについて、細かい情報共有まではまだできていないという状況でございます。今後必要に応じてそのような連携も必要かもしれませんので、検討してまいりたいと思います。済みません。

○渋谷副座長 もう一個だけ。資料3の7ページで、先ほど山本先生が、2年前のデータだから、今、いろいろ起こっているのを見ると、これは適切でない、あるいは事務局からすると、過大評価でないかというところがありましたけれども、先ほど無給医の話を何で出したかという、要は、それを幾らやっても、無給医の存在とかをわかっているのにそういうものをきちんと見ていかないと、本質的な改革にならないのではないかということをお願いしたかったので、別にそこを無理くり言っているわけではない。

それから、無給医をちゃんとやるなら、医療の実態調査が何で画期的かという、病院や医局の意向に沿わない、医師個人から返答してもらう仕組みでこの実態調査を厚労省医政局がきちんとやってくれたと思うのですが、だから、文科省も大学に丸投げで、ありませんというのでなくて、医局とか病院が調整できないように、医師個人が返せるようなちゃんとした調査をやっていくことが初めて実態調査になると思いますし、それによって方向性として過剰労働とか超過勤務を減らして行って、本当に生産性を高めるというものは、今、何が起こっているか。そしてちゃんと調査した上でやっていくというのが方向性として大事だと思うので、そこを改めてお願いしたいなと思った次第であります。

○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 若干の感想も含めてお話をしたいと思います。12年ぐらい前、日本医師会も勤務医の過重労働に対して、テレビCMで男性医師版、女性医師版、いかに勤務医が大変な環境にあるかということ国民に訴えさせていただきましたけれども、当時はそういうことに関して何の反応もなかった。

しかしながら、今回全般的な労働者の働き方改革の中で、ようやく医師についてもそういう目が向けられて、資料3の7ページにありますように、現在でも時間外労働が非常に長い。これは山本先生から御指摘いただいたように若干変わっているのかもしれませんが、相変わらずこういう状況にある中で、今回こういう議論をして少しでも前進しようということが起こっているということは、すばらしいことだなと。そのゴール、どこまでに達成するかというスピード感はすごく大事だと思うのですが、先ほど渡邊さんからも御説明いただいたように、では、5年後にどの程度改革が進むかということをおと半年で予測するということは非常に難しいと思っています。

ですから、何か理想とすることを行ったことで逆に現場に混乱が起こるのはまずいのではないかというのは、この委員会の委員の先生の共通の理解だとはいえ、段階を踏んで、

きちんとした改革がどの程度のスピードで進んでいるのかということを確認しながら実施していくことが重要だと思います。

改めて上限の規制の問題というのは、上限が決まったときに、そこまで医師に働いてもらうということを言っているのではなくて、できるだけ少ない時間の中で働いているのだけれども、やむを得ずその上限を超えるケースがあったときに罰則がかかるようなことがないように、安全面のために設定する時間だと理解をしています。

何か間違ったメッセージで、上限時間を長くしたときに、全ての医師をそのように働かせるのかという議論になってしまうと、間違った理解になるのではないかと考えておりますので、改めてのお話だと思いますけれども、申し上げました。

病院経営者からすると、労働時間が長くなるということは、それだけお金をいっぱい払わなくてはいけないことで、今の非常に厳しい病院経営の中ではそんなことをしようというふうには余り思わないと。先ほど裴先生からありましたけれども、マネジメントというのはすごく大事なので、病院側もこれからできるだけ努力をして減らしていこうということを期待したいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

申しわけないですが、時間のほうが大体来てしまったので、森本構成員、山本構成員、恐縮ですが、非常に簡潔にお願いしたいと思います。

○森本構成員 資料3の関係です。地域医療確保の観点からと医療の質の維持・向上の観点から、「達成を目指す水準」を上回るさらに高い上限時間数を設定するというのですが、先ほども申し上げましたが、「達成を目指す水準」が、脳・心臓疾患の労災認定基準における労働時間の水準を考慮して定めようとしているわけですあり、過労死基準を超えた基準を初めから設定すること自体、余り賛同ができないというのが1点です。

もう1点、医療の質の維持・向上の観点から「達成を目指す水準」より高い別の水準を設けるということですが、この必要な水準についても今後この検討会で議論をしていくのか、教えていただけたらと思います。

以上です。

○岩村座長 では、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 資料3の5ページのところで、今、渋谷構成員からちょっと矢が飛びかかってきた大学病院の観点ですが、5ページの図というのは、地域医療と研さんという部分に注目していますけれども、大学病院が担っている研究という機能。私は機会があるごとにお話ししておりますが、研究というのは非常に重要な機能である。一方で、研究というのは、皆さん、イメージしにくいかと思いますが、実際にはここからここまでが研究だよとなかなか言いにくい。実験していると、ネズミにちょっと試薬をやって、何時間たって、またその反応を見てどうこうということを繰り返していくわけで、どこからどこまでがそもそもその時間なのかというので、非常に切りにくい状態にある。

そう考えると、今まで研究者に対しては専門業務型の裁量労働制というのがはまってきたと考えます。ただ、最近いろんな事情で柔軟な運用が難しくなっているということも聞いておりますが、研究者という立場、スタンスで考えた場合に、裁量労働制のあり方は一体どうなのか。その辺について事務局としてお考えがあれば、お聞かせいただきたいというのが一つです。難しければ、研究者というところの枠組みがなかなかはまらない、裁量労働なり何なりという別の考え方でいかなければいけないということを論点整理にしておいていただきたい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。

では、後者のほうは、そういう御意見があったということにさせていただいて、森本構成員から時間数の問題の御質問がありましたので、その点だけ事務局のほうからお願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 この検討会におきまして、医師の時間外労働の上限時間数を御検討いただいて、結論を出していただくということでありますので、今回こういう3つの骨格で御提案しましたが、こういう3つで組み立てていくということになりましたときに、それぞれに数字を入れて結論を取りまとめるということが年度末までの一つの目標ではないか。事務局としてはそのように考えてございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、時間もそろそろということもあり、もう一件お諮りしたいことがありますので、議題2についての御議論はここまでとさせていただければと思います。本日いただいた御意見も踏まえまして、引き続きまた検討を続けてまいりたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

最後でございますけれども、前々回の検討会における議論におきまして、医師の皆さんの健康確保における睡眠の重要性ということにつきまして、おおむねの共通の認識が得られたのではないかと考えております。

そのときにも事務局と検討するというお話で話を差し上げたように思っておりますが、事務局と御相談しまして、資料5のような形でまとめておりまして、これを2月におまとめいただきました「緊急的な取組」の再周知という形で取りまとめさせていただきたいと存じますが、これにつきまして何か御意見等があれば伺いたいと思いますが、いかがでございますでしょうか。よろしゅうございましょうか。

(首肯する委員あり)

○岩村座長 それでは、この資料5のような形の取りまとめということで、後日事務局のほうから記者発表をしていただくことにさせていただきたいと思いますが、よろしゅうございましょうか。

(首肯する委員あり)

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局におかれましては、そのようにお願いいたします。

今後の進め方の関係で私のほうから最後に一言申し上げさせていただきたいと思います。時間外労働規制のあり方につきましては、きょうも議論いただいているわけでありませけれども、今回から数回かけて御議論いただきたいと考えております。きょう事務局から資料2ということで御紹介いただきましたが、そこでも述べられていましたように、この問題というのは、医師の皆さんの健康や医療の安全を確保していかなければいけないという視点というもの、もう一つ、地域医療を確保していかなければいけないという視点というものがあり、さらにもう一つは、医師の皆様の研さんを阻害しないようにする。その3つがあつて、それをバランスよく保つ、維持する仕組みとしていくということが重要だと思っております。

今回、資料2で事務局のほうからお示しいただいた案というのは、その3つの視点というものを踏まえた上で、将来的には医師の皆様の健康確保、医療安全という観点から、なるべく理想に近い形に近づけていくということの基本とする。私の理解では、資料3の5ページの図がありますが、きょうの事務局の御提案の一つの大きな肝は、一番左があくまでも達成を目指す水準であることにあつると理解しております。ただ、先ほども申し上げたように、これが医師の皆様の健康確保、医療安全の観点から目指す水準であるにあつたけれども、しかし、他方で、地域医療を確保していくという観点からしますと、きょう事務局からも説明がありましたが、そういった事情を考えたときには、それを配慮しなければいけないということです。やはりどうしても時間がかかるであろうということがあつたす。

もう一つは、医師の皆様、とりわけ若手でこれから一人前の医師として活躍していくことを目指す皆様の研さんというものを確保していかなければいけないということす。そういう観点を配慮するという構成になっていると思つたす。

資料3の5ページのもう一つの肝は、(1)(2)はいずれも対象は限定ということにしてあつるところです。それぞれ対象医療機関を特定という限定があつているというところがもう一つの肝かなと思つたす。

もちろんのことですけれども、その上で、さらに(1)(2)のような場合であつても、医師の皆さんの健康確保のために、一般よりもより強い健康確保措置をしていただくということを医療機関の側にお求め、お願いをするという構成になっていると理解しております。

前回は申し上げましたが、どうしてもテーマごとに議論をするということがあつたのですが、きょうの事務局の御提案は、説明でもありましたように、他のいろんなこれから取り組んでいく措置、すなわち、医師のタスク・シフティングとか、医師の皆さんの仕事をどうやって減らして効率化し、合理化していくというもの、あるいは地域医療についてどういふ措置をこれから講じていくかとか、そういったものとのセットでこれから進めていくというのが全体の構成です。これは先ほど事務局からお答えいただいたとおりでありますが、そういうものだということ全体像として理解した上で、この問題を考えていく必

要があるのかなと思っております。

必ずしも完全に議論が集約されていると認識はしておりませんが、構成員の皆様の間での共通認識というものがそれなりにはできているのかなと思っております。ですので、まだ御意見がいろいろあるということも十分承知しておりますので、事務局におかれましては、その点も含めて、きょう構成員の皆様から出た論点などを踏まえて、次回以降の議論のために必要な資料の用意をしていただきたいと思います。

冒頭で事務局から資料4について説明をいただいたところでありますけれども、そのときに事務局のほうからも御説明がありましたが、これまでの議論をまとめる作業に入ることとの関係で資料4というものをつくっていただいているということでもあります。細かい点の表現ぶりでありますとか、あるいは重要な論点が落ちていないかという点について、構成員の皆様方におかれましては、ぜひ御確認をいただきたいと思いますし、次回の検討会の場か、あるいは作業を効率的に進めるためには、むしろ事務局に個別にコメント、あるいは御注意いただくことがあればお寄せいただくほうがありがたいかなと思います。資料4の内容を充実させていく、さらに必要な内容を加えるために御協力を賜りたく、よろしくお願いを申し上げたいと思います。

最後に、次回の日程につきまして事務局のほうから説明をいただきたいと思います。よろしく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 次回の検討会につきましては、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。

それでは、きょう充実した御意見を出していただき、大変ありがとうございました。これもちましてきょうの会議は終了とさせていただきます。