

○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14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、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

まず、構成員の出欠でございます。三島構成員から少しおくれるとの連絡がございましたので、後ほど来られます。

荒木構成員、片岡構成員、中島構成員より所用により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。議事次第、座席表。それから、配付資料といたしまして、資料1、2-1、2-2、参考資料1、参考資料2、参考資料3でございます。参考資料3につきましては、前回の検討会で御了承いただきました緊急アピールについてプレスリリースをお出ししましたので、参考に配付させていただいております。

不足等ございましたら、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ので、カメラの方は退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○千正医療政策企画官 ありがとうございます。

それでは、以降の議事運営につきましては、岩村座長をお願いいたします。

○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。

前回(第13回)のこの検討会におきましては、「時間外労働規制のあり方について」ということで、事務局のほうから骨格案を提示していただいて御議論いただいたところでございます。今後の年内の進め方につきまして事務局とも相談いたしましたところでございますので、まず、それにつきまして、お諮りしたいと存じます。

これまで、この検討会といたしましては、年末に骨子を取りまとめられるよう議論を進めてきていただいているところでございますけれども、前回(第13回)の資料4「第12回までの議論のまとめ」に、さらに、今、申し上げた前回(第13回)の議論の分を追加したものを事務局のほうで作成していただいているところでございます。これが資料1ということになります。

骨子につきましては、これまでのこの検討会で皆様に御議論いただいたところを踏まえて取りまとめることとなりますので、資料1は、その意味で骨子案のたたき台というものとなるかと存じます。当然のことではございますけれども、特に前回(第13回)の事務局の案につきましては、賛同の御意見もあれば、御反対という趣旨の御意見の両方がございましたので、この資料1では、その両方の議論を併記するという形でまとめていただいております。

先ほど申し上げた年内の議論でございますけれども、既に皆様にはお知らせしている、

きょうのことは当然でありますけれども、それから明後日、19日の水曜日が予定されており、できれば、年内については、それに加えてあと1回ぐらいではないかと思っておりますので、構成員の皆様方におかれましては、これらの会の議論がこれから資料1に書き込まれていくって骨子となっていくということを意識いただきながら、これから議論を進めていただければと存じますし、加えて、次回の第15回、あさってに向けて、書面で意見をお出しただくということも、もし御希望であればお願いしたいと思っておりますし、それにつきましても、この会議での御発言というものと同様に扱わせていただきたいと思いますと考えております。

年内につきましては、このような形で進めていきたいと考えておりますけれども、これでよろしゅうございましょうか。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 今の座長の御意見で結構なのですけれども、書面で意見を提出した場合に、その意見については、最終的な骨子案に載るか載らないかという判断は、例えばその意見に反対という御意見もあった場合に、どういう取り扱いになるのかだけ一応確認させていただければと思います。

○岩村座長 それでは、事務局のほうで、その点、お願いできますでしょうか。では、局長、お願いします。

○吉田医政局長 医政局長でございます。

委員の皆様方には、きょうまでもそうですし、きょうから、非常に頻度も高く、お忙しい中、お時間をいただくこと、まず事務局として御礼と御協力のほど、お願い申し上げたいと思います。

その上で、今、今村構成員からの御発言につきましては、座長を初めとする委員の皆様方の同意というものが、我々事務局としては、それを踏まえてということでございますが、事務局なれしている立場からすると、今、お話のございましたように、書面が出された意見に対しては、発言として扱う場合であってもいろいろな御意見があろうと思っておりますし、最終的にペーパーに反映する際には、座長の御指示に基づいて、各委員にもう一度御確認いただくというプロセスを経た上でということになるかと思っておりますので、委員の皆様方の御指示、そして、座長の御指示があれば、そのような形で事務局としては取り運ばせていただきたいと思いますと考えております。

○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。時間的制約があるので、限りはあるかもしれませんが、もしお気づきの点があれば、ペーパーで出されたものについて、この検討会の場で御意見を述べていただくということでも結構ですし、場合によっては、そのペーパーに出された意見に対して、またペーパーで御意見をいただくということでも構わないと思います。いずれにしろ、今、局長が説明されたような取り扱いでやらせていただければと存じます。

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。

○今村構成員 はい。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今、申し上げたような形で進めさせていただきたいと存じます。

なお、この資料1につきまして、前回（第13回）の議論の中身を振り返るということも兼ねまして、事務局のほうから簡単に御説明をいただきたいと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 事務局でございます。

資料1をごらんいただければと思います。今、座長から御紹介のありましたような趣旨で作成しております。

まず、冒頭、「1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方」でございますが、前回、この部分に個別に書き込んだらどうかという御指摘もいただいておりますけれども、総論部分でありまして、本日、それから次回の御議論も踏まえて、全体的な見直しをしたいと考えてございます。

2ページを見ていただきますと、「医療の特性・医師の特殊性」の流れの最後のところですが、前回御審議いただいた内容を見え消しで入れております。先ほど、参考資料3として御紹介申し上げた緊急的な取組の着実・強力な実施ということが、2024年4月の前においても求められるということを追記させていただきました。

3ページでございます。「今後目指していく医療提供の姿」の関係ですが、まず、労働時間管理の適正化に関しましては、医師の研鑽の労働時間管理について、適正な取り扱いの確認・支援ということ。これは前回、資料1で引き続き御議論いただくということで確認させていただいた部分を追記しております。

それから、労働時間短縮を強力に進めていくための方向性ということで、前回御指摘をいただいた意識改革の関係。

また、前々回のことで漏れておりましたが、技術を活用した効率化の部分。他職種も含めた勤務環境改善、こうした御指摘をいただいたかと思っております。

この後、議事2で御報告申し上げます診断書の関係、看護師の特定行為研修制度の関係については、実行的な支援策ということで御報告させていただきたいと思っております。

一番下ですが、こうした労働時間短縮について、医療機関の機能等々、あるいはこれまでの取組によりまして、今後、どういうものが可能か、あるいは有効か、これについて分析して、医療機関みずから取り組んでいくことが必要であり、そのための支援も不可欠である。前回御提起した内容を書かせていただきました。

おめくりいただきまして、4ページ冒頭ですが、大学病院における研究を行う医師の労働時間制度について問題提起をいただきましたので、記載しております。

それから、その下ですが、勤務環境改善の方向性としましては、重ねて御議論いただいております健康確保の関係、それから、前回いただいた御意見としまして、女性医師等、就労時間に制限のある医師の関係について記載させていただきました。

医療の上手なかかり方に関しまして、別途御報告させていただきたいと思っております。

す。

5 ページからが、前回の御議論のメインでありました時間外労働の上限時間数の設定等についてということでもあります。ここから、編集上見え消しにしておりませんが、5 ページから 8 ページまでは新しい内容であります。

5 ページ、記載しておりますのは、事務局案の概要ということでございます。前回、2024 年 4 月から適用する、患者に対する診療に従事している勤務医の時間外労働規制における上限水準ということで、3 種類の御提案をさせていただきました。それを 3 つの〇で(A)、(B)、(C)としまして、(A)が「達成を目指す水準」。必要な地域医療が適切に確保される観点から、より高い別の水準、これが(B)です。(C)としまして、医療の質の維持・向上のための診療経験担保の観点から、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、政策的な必要性ということの高い別の水準、こうした3 種類を御提案いたしました。

これに関する追加的健康確保措置ですけれども、(A)についての内容、月の時間外労働時間数を超える場合の面接指導等の義務。

それから、5 ページ、一番下に①から③まで記載しておりますけれども、勤務間インターバルの確保、連続勤務時間制限等の努力義務をまとめさせていただいています。

おめぐりいただきまして、6 ページの冒頭、(B)、(C)につきましては、今ほどの勤務間インターバル確保、連続勤務時間制限について義務ということ整理させていただいていたかと思えます。

こうした事務局案に対する御意見ということで、6 ページの真ん中ほどからですけれども、まず、(A)～(C)の骨格について、時間をかけて段階的に引き下げていくことが重要であるといった御意見。

一方で、5 年間の適用猶予期間、2024 年までの間に一般則を目指すべきであり、今から経過措置を設定することはおかしいのではないかという御意見。

ただ、5 年後にどの程度改革が進むかを予測するのは困難であるという御意見。

それから、一般則がどこにも出てこないということについての違和感でありますとか、一般則の上限規制水準の際に、複数月平均80時間、単月100時間ということ自体に大きな批判があったことを認識すべきという御意見。

それから、「達成を目指す水準」が労災設定基準も考慮した水準であり、さらにそれを超えた基準を設定するということに対して賛同できないという御意見。恒常的にその働き方を続けることは問題であるということでもあります。

それから、各論でありますけれども、特別条項の月数制限はすべきでないという御意見でありますとか、上限時間数の水準というのは、そこまで働くというものではなくて、やむを得ず働かせた場合に罰則がかからないようにするというものではないかといった御意見もございました。

特に、(B)の地域医療の観点の経過措置というところでもありますけれども、これにつ

いては、地域医療の観点で必要だという御意見。

それから、医師偏在対策、地域医療構想等とのかかわりのスケジュール感を踏まえて、ゴールへの持っていき方を考えるべきという御意見。これについては、後ほどの議事3でも御報告をさせていただきます。

こうした経過措置については、期間を区切るべきとか、地方の医療機関等々への配慮が必要ではないかという御意見だったかと思えます。

それから、(C)につきましても、設定に賛成だという御意見をいただきましたが、適用において勤務環境改善等が必要であるということ。

一方で、研修以外のところで本当に短縮できないのか、その検証が必要ではないかということですか、本人申し出に係る実態論、法制論の御意見がございました。

追加的健康確保措置についてですけれども、これが極めて重要だということと、そもそも労働時間管理等について周知するという観点の御意見。

それから、達成を目指す水準についても努力義務ではないのではないかと。

あるいは、代償休暇の枠組みにつきましても、8ページにかけて、いただいた御意見を記載しております。

最後に、労働時間短縮等の実施の支援ということでありまして、医療の実態に配慮しながら、努力に対する支援ということで、第三者機関を設けてはどうかという御意見もございましたし、現行制度にございます都道府県の医療勤務環境改善支援センターにつきまして、相当の機能強化、財源確保といった検討の御指摘もございました。

前回の御議論は、大体、以上のようなところだったかと思えます。

説明は以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、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などがありましたら、お出しいただければと思います。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へ進みたいと存じます。お手元の議事次第にもあるとおりでありますけれども、医師の働き方改革に関連する各種検討状況についての御報告をいただくということでもあります。今回と次回の2回に分けて、これらについて事務局のほうから御報告をいただくことにしたいと思います。

今回につきましては、民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化の関係、看護師の特定行為研修関係という2つの点について取り上げたいと思います。

まず、事務局のほうから説明をいただきたいと思えます。どうぞよろしく願いいたします。

○北波総務課長 それでは、総務課から御説明させていただきます。

参考資料1をごらんいただければと思います。「民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会」につきましては、ことしの2月、経緯・目的の2番目の

○にありますとおり、この検討会で「中間的な論点整理」の際に、医師の業務のうち、文書作成に係る業務のあり方についても問題提起がなされ、文書量の削減であるとか文書作成の手間というものをどう考えるかということ。また、医師は医師でなければならない業務に注力すべきという意見があったことを受けまして、8月から12月までの4回にわたって、この研究会を、医療界、そして民間の保険業界の参加のもとで行わせていただいたというものでございます。

これにつきましては、論点の整理、議論の整理ということで、去る12月13日に取りまとめをさせていただきましたので、御報告させていただきます。

「対応の方向性」につきまして、2ページ以降にございますので、ごらんいただければと思います。

2ページでございますが、一番下に注2があります。研究会では、民間保険会社の診断書等に加えて、行政が求める文書の簡素化等についても、今後検討が進められていくことを期待する声がございました。

また、3ページをごらんいただきまして、これが内容でございます。大きくは、一番上のところでございますが、民間保険会社では、自主的なガイドラインというものを策定されております。これにつきまして、ガイドラインを適時・適切に改定していくということで、保険業界全体としての継続的な取組を行うことが重要である。

また、その見直しに当たりましては、2番目の○でございますが、医療機関側の負担感軽減、それから、保険制度、民間保険ですが、生命保険、損害保険の健全性の維持、この両面から記載内容について整理、見直しを行っていく必要性が提言されております。特に、経過欄、前医。これは、申請されている時点の医療機関の前にどういうところにかかわっていたかということを書き添えることにつきまして、どのように取り扱うかということについての議論も行ったところでございますが、こういうものについてきちんと検証し、また必要に応じて簡素化していく。また、簡易請求も進めていくということが考えられるとしたところでございます。

また、標準的なイメージにつきましても、ガイドラインに例示するということも考えられるという議論の整理を行っているところでございます。

また、3番目でございますが、簡素化、簡易請求を突き進めると、かえって追加照会を招く可能性もある。こういうバランスが必要であるという御意見もございました。

こういう点も盛り込んだ上で、民間の医療機関、これは別紙でございますが、この資料の5ページの次のところでございます。生命保険協会、日本損害保険協会、外国損害保険協会様のほうから、ガイドライン改定の方向性というものをまとめていただいております。それぞれ、簡略請求の推進であるとか診断書項目の見直し、病院への電話照会についての望ましい、配慮すべき点、こういうものにつきまして、きちんと検討した上で、方法としましては、年度内に改定作業を順次進めていきたいということで取りまとめていただけたところでございます。

今後、具体的な作業につきましては、事務局といたしましてもフォローしながら進めていきたいと考えております。

以上でございます。

○堀岡医師養成等企画調整室長 続きます、参考資料2の「特定行為研修制度について」の資料を医師養成室の堀岡から御説明させていただきます。

1枚おめくりいただきまして、資料の1ページでございますけれども、ことし9月3日に日本外科学会、日本麻酔科学会のほうから、タスク・シフトについての要望書をいただいた内容を混ぜ込んだ資料となっております。

論点1の下の点線の5つ目のところでございますけれども、現在の特定行為研修制度は、個別の行為ごとに研修を行う仕組みとなっており、手術前後の病棟管理業務や術前・術後管理など一連の業務を担うためには不十分だという要望書をいただきまして、下の対応の方向性でございますけれども、既に領域ごとのコース設定をされている例がありますけれども、それぞれ頻度が高い特定行為を、例えば、在宅、慢性期、外科、周術期管理などの領域でパッケージ化してはどうかという対応の方向性でまとめております。

次から、2、3、4ページがパッケージ化の細かい行為でございますが、ここで一つ一つの事について御説明するのはあれしますけれども、行為区分ごとの研修時間から症例数に変えたりして、実地に即したような研修を行って、特定行為のパッケージ化を進めるという資料となっております。

最後の5ページがまとめてございまして、特定行為研修制度のパッケージ化によるチーム医療の推進についてという資料でございます。今回、外科術後管理領域、術中麻酔管理領域、在宅・慢性期領域という、大きく3つで特定行為研修をパッケージ化してございまして、この黄色の枠で括った中には、外科の先生、特に術後管理などで非常に多くの時間をとられているという要望もいただきました。

ですので、呼吸管理、循環動態、例えば輸液の管理といった、かなり細かいことまでが含まれているようなものも特定行為のパッケージにして、下にまとめているように、外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示で可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質の向上及びチーム医療を推進する。

また、在宅・慢性期領域においても、さまざまな患者に対応できるようなパッケージにして、柔軟な対応を可能にするという枠組みをつくっております。これによって、患者に対するきめ細やかなケアによる医療の質の向上や、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれるという資料となっております。

これらにつきまして、特定行為研修部会のほうでは既に議論が進んでございまして、来年、これらの研修パッケージで研修をする施設の申請を受け付けることになっておりますので、事務局としてもできるだけ幅広い医療機関にこのパッケージ化の研修施設になっていただくよう、努力してまいり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。

それでは、ただいま事務局のほうから、2つの点につきまして資料に基づいて御説明いただいたところでございます。これについて御意見あるいは御質問がありましたら、お出しただければと思います。

では、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 特定行為研修のパッケージ化についてでありますけれども、これは外科医あるいは麻酔科医の負担が大きく軽減されるものとして評価できる、大変期待しているところでございます。

ただ、実際に研修を行う場というのは、まず大学病院で行わなければいけないだろうということ。それから、従来の看護師教育の枠からはみ出すものですので、この部分は医師がかなり研修にかかわらなければいけないということで、この研修を行うことによる医師の負担増というのも、大学病院の病院長の間ではかなり懸念されている状況でございますので、その辺は余り負担がふえないような形での研修に関する制度設計をお考えいただきたいということ。

また、新たにこういう特定行為研修を受けた看護師を雇用することによる、人件費増への懸念というのも挙がっておりますので、それに対する対応。

あと、この特定行為研修を受けたいと看護師が手を上げるような、何らかのインセンティブというのはどういうふうにご考えておられるのか。

その辺、3つの点について御質問させていただきたいと思います。

○岩村座長 もしほかにあれば、少しまとめて事務局にお答えいただきたいと思います。

それでは、戎構成員、森本構成員、遠野構成員でお願いします。

○戎構成員 私のほうからは、1点質問がございます。

現在、特定行為研修が86機関ぐらいで行われていますが、そちらのほうに関してはどのような扱いになるのか教えていただきたいのと。

パッケージ化した場合の時間数と、現在、さまざまな区分ごとに行われている研修の時間数、このパッケージで組むと短くなるのですけれども、別々にとってしまうと短くできないということになってしまうと、カリキュラム上、整合性が合わなくなってしまうのですが、その辺の部分について、現行、カリキュラムとしてある分に関しては、どのような扱いになるのか、教えてください。

○岩村座長 それでは、森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 私も特定行為研修に関してですけれども、パッケージ化することによって、ある程度医師の仕事がタスク・シフトできるだろうと考えるのですが、逆に、包括的な指示のもととなるのですけれども、現場ではどこまでの指示を受けて、どこまでの作業ができるのかということについて、十分なコンセンサスを得ていただきたいというのが1つと。



それと、以前も話が出ていたと思うのですけれども、一定、新たな看護師の資格などの制度についても、今後も検討していく、あるいはそういうことによって、より医師のタスク・シフトが進むのではないかと思いますので、その辺の御検討もお願いしたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、遠野構成員、どうぞ。

○遠野構成員 パッケージに関する項目で質問ですが、1つは、この項目一つ一つが各領域の学会と相談しながら決まったことなのかという点と。

あと、例えば外科術後管理領域ということですが、気管カニューレの交換とか中心静脈カテーテル抜去といった行為が、院内の外科病棟に限らず、各診療科の患者さんにも対応できるものか。例えば、内科系の患者さんにも実施していいのかなどに関して質問です。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、ここで一旦切らせていただいて、御質問の点について事務局のほうからお答えいただければと思います。お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 まず、山本先生から御質問いただいた、雇用に対する人件費と研修施設への配慮でございますけれども、現時点でも研修施設に対する財政的な支援というものはあるのですけれども、今回、パッケージ化を踏まえて、どのようなことができるかというのは、さまざま検討してまいりたいと思います。

行為を受けたい、研修を受けたいというインセンティブでございますけれども、医療機関の中での待遇の話だと思いますけれども、国からすることはなかなか難しい部分もあるところがございます。どのようなことができるか、好事例の紹介など、さまざまな観点から対応を検討してまいりたいと思います。

戎さんのものは、後ほど別の者からお話ししますが、森本委員のほうからいただいた包括的指示の範囲などについては、十分に関係学会などと調整して、包括的指示の内容のあり方みたいなものは、事務局としてもさまざまな場面できちんと出していこうと思っております。また、まずは、このような枠組み、今回、かなり抜本的な枠組みを示しておりますので、その対応を踏まえて、今後必要に応じて検討していきたいと考えております。

また、遠野構成員からいただいた外科学会、麻酔科学会には研究班をつくっていただいて、どのようなものをパッケージにすべきなのかという研究をしていただいた結果でございますので、外科学会、麻酔科学会とは十分に意思疎通させていただいて、このパッケージ化の議論をさせていただいております。

また、内科病棟など、もちろんこの研修を受けた者であれば、どこの病棟であろうが、

たとえ医療機関を移ったとしても、この包括的指示の枠組みで十分できる能力のある看護師ということでございますので、それについては、外科の病棟でなければだめという制限はございません。

○岩村座長 では、渋谷構成員、どうぞ。

○渋谷構成員 ありがとうございます。

この検討会で、来週でしたか、上手な医療のかかり方の御報告をさせていただきたいと思うのですが、その最終的な懇談会が先ほどあったのですけれども、デーモン閣下メンバーが非常に印象的なことをおっしゃっていたのですけれども、彼が一番驚いたのはそこにいらっしゃる赤星先生のプレゼンだったのです。実際に、きょう聞いたら、また1人やめて、さらに大変な中で、わざわざこの懇談会に来ている。そうした、週四、五回当直して、ほとんど休みがなくて、医療の現場が本当に疲弊し切っているというのを聞いて、非常にショックを受けた。

今、ここで話しているタスク・シフトにしても、こんなものでいいのですか。時間外労働の話が出たときに、本当に医者が足りない。彼みたいに、今だって眠そうな、倒れそうな顔をしていますけれども、そういう若い人たちの姿を見て、この程度のタスク・シフトで本当にいいのですかという議論があると思います。だから、皆さん真剣に現場の人を考えて、この検討会がもう少し若い人に希望を与えるようなことを出さないと、何となく、まあまあ、この辺でいいだろうというドライブで終わってしまうと、現場の人は疲弊し切っています。

何より上手なかかり方で、むしろ国民側が、お医者さん、もうちょっと休んでくださいとか、我々もかかり方を変えるから、本当に一緒に頑張りましょうみたいなメッセージを次回伝えたいと思います。きょう、ニュースに出ると思います。聞いていると、赤星先生みたいな、特出しして申しわけないですけれども、デーモン閣下は本当に心打たれて、一部のメンバーは涙したプレゼンをしてくれたのです。本当にくたくたの中で、時間外労働規制をしたときにどうするのか。医者が足りないから、この辺でいいのではないかということではなくて、本当にもっとできるパッケージを出さないと、本当に医療は危機だというメッセージを皆さん、わかっていただきたい。

だから、タスク・シフトにおいても、これはすばらしい包括的指示ということで進んだけれども、前回、僕が申し上げたような、看護師さんとか薬剤師さんがやるようなことをもう少し能動的にやれるような方向性はないのか。医者をふやせないなら、もっとそういう人たちにやってもらうしかないじゃないか。そのために制度を担保する。プライマリーにおいても、ナースプラクティスみたいなことも検討してもいいじゃないかみたいなメッセージを出さないと、本当に医療は危機だということは、むしろ我々よりも、デーモンさんとかのほうのはるかに理解していただいたということをお伝えしたかった。次回、また伝えますけれども、若い人に希望を与えるような議論をもっと期待したいなと思っています。

済みません、副座長が言うことじゃないのですけれども、本当に国民目線で若い人にもっといいメッセージを皆さんに出していただければと思います。済みません、余計なことだったかもしれません。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、豊田構成員、それから福島構成員、お願いします。

○豊田構成員 私も、今、褒構成員、城守構成員と一緒に、上手な医療のかかり方懇談会に参加してきたのですけれども、一般の方に現状を伝えるとここまで気持ちが届くのだということを直接体感したような感じでした。それで、思わず渋谷先生もおっしゃられたのだと思うのですけれども。この検討会の中で、皆さんが、医師のことで一生懸命発言されていることについては、もちろん私も同じ思いなのですけれども、それだけではなく私は、立場上も経験上も、患者さんの目線を忘れないでくださいということを申し上げたいと思います。

でも、この間ずっと懇談会や検討会でいろいろな意見を聞いて繰り返し考えているうちに、実際の医療現場の医師は、患者さんがすごく悪い結果になったり、ダメージを受けることが一番のショックで、患者さんのことを思っているから疲弊するほど頑張っているのだと思いますので、そう考えると、単に医師の働く時間を短くしてという考えだけでは解決できないから、こうやって多くの人を巻き込んでも、なかなか見いだせないでいるのだということを改めて思いました。

ですから、渋谷先生がおっしゃるように、さまざまなパッケージ化が必要だというのは本当に私もそう思いましたし、これは看護師だけではなくて、ほかの職種の方々もそうだと思います。また、私自身も、看護師がすごく危機感を感じていたのに、医師の指示をもらえないがためにずっと待たされ続けて家族を亡くした経験がありますので、そういった経験からも、ぜひこの特定行為研修制度のパッケージ化というのは進めていただきたいと思いましたが、渋谷先生がおっしゃるように、ナース・プラクティショナー制度のようなものが、もし日本で実現するのであれば、ぜひそういったものについても考えていくことが必要ではないかと思いました。

感触として、医療界がしっかりとこういうものやってみようという声を挙げてくださったら、国民や患者さんは協力しようとして動いていただけるのではないかということを感じましたので、私からも患者さんの目線といいますか、患者さん中心の医療という視点を外さないでいただきながら、ぜひこういった新しいことにチャレンジしていただきたいと思います。そして、我々も一緒に協力していきたいと思いましたが、一言発言させていただきました。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 私も、このパッケージ化については、医師の負担軽減のためには非常に有効であると思います。ただ、特定行為研修を受けた看護師さんについても、医師の指示が

不可欠ということなので、医師がいないと動けないというのが現状であることから、最終的にかなりの負担軽減になるということではないのではないかとということが想像されます。

よって、例えば、今、渋谷構成員がおっしゃったように、NPなどの必要性もあるのではないかと考えています。米国等のNPに関しては、診断権とか薬剤処方権限とか治療処理の権限とか、そういったものもきちんとありますので、医師がいなくても、質の担保ができてさえいれば動けるといえることがあると思います。ですから、NPの必要性ということについてもぜひ検討していただきたいと考えています。

ただ、今の日本にはもちろん存在しないわけで、保助看法等の改正というのでも必要になってくると思うので、すぐに実現するのは難しいと思いますが、この特定行為研修制度による、医師から看護師へのタスク・シフティングを考える上では、ぜひNPの検討ということも見据えてほしいという要望をつけ加えておきたいと考えています。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ただいまの議論をいろいろ伺っていて感じたことを申し上げたいと思いますが、すけれども、新しい資格というお話、それはそれで大事な議論だと思いますので、十分にやったらいいと思います。

ただ、例えば薬剤師さんとか検査技師さんとか、そもそも現行の資格を持っている人たちの中でどうタスク・シフトするかという議論は、まだ余りされていないと思うのですね。今まで保助看法の中で、具体的な指示があれば看護師さんが何でも医療行為ができるようになっていても、患者さんから見ると、それが本当にきちんと安全なことなのかどうか、看護師さんの質がわからないということがあって、こういった特定行為研修制度ができた。

その対象となる医療行為についても徐々に幅を広げてきて、それをさらに効率的に行うためにパッケージ化してきたということで、そもそもある、今の資格というものをまずきちんと活用するということが私は大前提だと。そのことが医療安全にもつながるわけですね。だから、先ほど福島さんからもお話あったように、海外にそういう事例があって、その人たちが非常に有効に医療の中で機能されているということがあるということなので、大変参考にはなるわけですが、今ない資格を新たにつくるという議論と、今の仕組みの中で、少なくともしっかりと医師の働き方を変えていくという現在の問題とはちょっと違うのではないかと。

それで、渋谷先生がおっしゃるように、将来的希望という意味で、そういうことも議論されていくということは、私はそれはそれで重要なことだと思うのですが、今ここで議論することなのかどうかということは、ちょっと考えたほうがいいのではないかと考えています。そもそも新しい資格をつくるのに、医師の働き方を軽減するために、その職種をつくるというのは、議論が逆転しているのではないかと考えています。だから、その資格の人は、その資格が自分たちにとって大事な資格なのかということがまずあった上で、そのことが医師の働き方にも資するという話であって、医師の働き方を軽減するために新し

い資格をつくるみたいな議論はやめたほうがいいのではないかと私は思います。

○岩村座長 では、渋谷構成員、どうぞ。

○渋谷構成員 今回の今村先生のお言葉は全くそのとおりのですけども、私は別に医師の働き方を軽減するためにそういう議論をすることがいいのではなくて、結局、今の医療危機で誰が困るかという、国民が困るわけですよ。国民が安全・安心を担保できない、質を担保できない。救急外来に疲弊した先生が来て、80%がヒヤリハットを経験して、半分が睡眠時間不足を経験して、3.6%は毎日自殺を考えるような医者が出て、本当に日本の医療は担保できるのですか。それを国民が納得して、それがいいと言うならやるべきだと思います。

だから、私が申し上げているのは、希望を言っているわけじゃない。パラレルで、そうした、みんなで議論する方向性を出さないと、今あるものから、さらにそれを国民目線でどうしたらいいかという議論にならない。それを、恐らく豊田さんが患者さんの立場からおっしゃってくださったと僕は思っています。ですから、僕は、先生がおっしゃるのもわかるし、ここまで努力されて、今回、パッケージ化、しかも在宅まで踏み込んでいただければ本当にありがたいと思いますが、それだけでは十分じゃないのではないかと。本当に国民が困る。そうしたら、何が対応できるかというのは、我々、ここにいる方々が知恵を絞るものである。

実際、医者は大変なのです。一番長時間働いているし、病院勤務の方々は大変だと思います。大変だったら、ちゃんと聞いてくれたのだと、現場の先生がこの議論を聞いて納得して頑張ろうと思ってくれるようなことを出さないと。むしろ、僕が一番嫌なのは現場の先生をがっかりさせることなのです。その人たちの声を届けて、国民も、我々も本当に大変な医療を守っていこう。それを、前回のかかり方の懇談会で一番のミッションにしたわけです。そこをわかっていたいただきたい。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、戎構成員、お願いします。

○戎構成員 先生方の御意見も踏まえた上で、私、看護師なので、この特定行為研修をどういう位置づけで自分が感じているかといいますと、やらなくていいものであれば、やらないほうがいいと思っているナースの中にはいますけれども、実際、僻地だけでなく、一般の200床、300床ぐらいの病床であったとしても、先生がいなくて自分が手を出せないということのジレンマに物すごく陥って、自分がこの行為ができれば、患者さんがもしかしたらもっと早く助けられたかもしれないという思いのもとに、特定行為研修を受けていらっしゃる方がほとんどだと思います。

ですので、別に医師の働き方の改革をするために、私たちが特定行為研修を受けているわけではありませんし、私たちがNPという制度を医師の働き方改革のために望んでいるわけではありません。目の前に患者さんがいて、自分たちができることがあるかもしれないのにできないということのほうが、私たちにとっては重要なことだと思います。

今、私は私たちと言いましたが、この意見は私だけの意見になるかもしれませんが、制度化していただきたいということに関しても、もちろん責任の範疇がどこにあるのかということに関してもそうですが、制度化していただければ、その職種になった場合にはその責任を取らざるを得ないわけで、そういった改正とか職場環境の改善といったものも複合的にやっていかななくてはならないと思っています。

ただ、今、この働き方改革の中で、すぐにNPの制度ができる、PAの制度ができるというのは、物すごく難しいことだなと私自身も思っています。この特定行為研修が、看護師でもできるのであれば、患者さんのために何か手を出せることがあればという意味で広がっていくというのは、私の中では物すごく賛成しております。

最初に私、質問させていただいたのですが、それに対するお答えを事務局からお願いします。

○岩村座長 では、事務局、お願いします。

○習田看護サービス推進室長 看護サービス推進室長でございます。

先ほどございました、今ある87の指定研修機関が既に区分を複数、行っている場合については、もう一度申請し直していただければパッケージ化するということもできますし、そうでなくて、今までどおりするという選択もあろうと思います。ただ、この申請については、なるべく簡素化して、指定研修機関の苦にならないようにと現在考えております。

○岩村座長 ありがとうございます。

今の件ですか。そうしたら、戎構成員、どうぞ。

○戎構成員 細かいことで申しわけありません。このパッケージ化のほうの共通科目の時間数ですが、共通科目自体は、すべて区分別に行く前に、皆さん、受講しなければいけないのですけれども、このパッケージ化だと共通科目自体の共通科目を受ける時間数が減っているのですね。そこが現行のものと全く違ってくるので、そこはどうなるのでしょうか。

○習田看護サービス推進室長 今まで共通科目を受けた方々については、改めて受けるという必要はございません。

○岩村座長 多分、御質問の趣旨は、逆に初めて受ける方が、むしろ共通科目が減るのではないかという趣旨だととりましたけれどもね。

○習田看護サービス推進室長 失礼いたしました。

区分ごとのままでも、パッケージ化においても、新たにこの研修を受ける方々は、共通科目は250時間になるということでございます。

○岩村座長 細かいところは、また事務局と別途やっていただきたいと思いますので、申しわけございません。

それでは、岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 先日も申し上げましたけれども、こういうタスク・シフティングと、簡単にシンプルなワードで言うと、非常に漠然とした感じになるのです。

それで、四病院団体協議会では、ナース、救急救命士、臨床工学技士、薬剤師、ドクタ

一に非常に近いところにいる職種の人たちにどういふところが移譲できるのかというたたき台をつくって、これから本格的議論に入るのですが、いずれにしても、どの法律。例えば、保助看法にしても、救急救命士法にしても、臨床工学技士法、こういう法律を見てみると、全て医師の指示のもとにということが必ず言明してあります。日本の法律にこのようなことが非常にきちんとされていると、果たしてタスク・シフティングというのはどういふことだろうかという疑問がわいてくるのです。だから、その辺のところの子細な検討を、法律解釈を含めて考えていかないと、このタスク・シフティングは僕はアドバンスしないのではないかというおそれがあるものですから、発言させていただきました。

○岩村座長 ありがとうございます。

先ほど来、事務局のほうでお手を挙げていただいているので、課長、お願いいたします。

○北波総務課長 先ほどから、看護師の業務、もしくはタスク・シフティング、また医師の指示というところについて少し御意見等がありましたので、若干コメントさせていただきますと思います。

NPとおっしゃられたのは、アメリカのナース・プラクティショナーという制度だと思います。ただ、私も、我が国の現行制度を前提に考えるという話もありますし、またアメリカはアメリカで、制度創設の背景、目的、役割というものが異なっていますので、単純にそれがどうのという話にはならないと考えています。

また、そういうアメリカの制度というのは、医師の指示なく、独自の判断でということでございますけれども、今、岡留構成員からもコメントがありましたように、我が国の制度につきましては、現行法で、基本的には、医師の指示なくして診療の補助行為を行うことはできないという制度になっております。こういうところについて、どう考えるかということについては、当然ながら、医療従事者全体の教育体系のあり方も含めて、総合的に考えなければならない話でございますので、1つ、タスク・シフティングの文脈だけでは議論できないのではないかと考えるところでございます。

先ほど、かかり方の懇談会で御提言をまとめていただきました。その中で、チーム医療の徹底というものが大きく取り上げられておりました。これにつきましては、さまざまな方法を喫緊の課題として進めていきたいと考えております。そういう中で、現行法の中でどのようなことができるかを中心に、まずは考える必要があるだろうと思っております。当然、今、事務局のほうから説明いたしました特定行為につきましては、医師の指示である手順書の範囲内で、医師の直接的な指示を待たずに、患者の状態を見きわめて特定行為を行うという包括的指示という枠組みになっております。

そういう中で、基本的な医療のあり方というものを前提にした上で、どのような形で現場がうまく動いていくか、また円滑に動いていくか。それから、今回のパッケージにつきましても、いかに利活用できるかという観点からの検討を行っているというところなんです。そういうことをぜひ前提にさせていただいて、御議論していただければと思っているところです。

よろしく申し上げます。

○岩村座長 ありがとうございます。

きょう、ほかにもう一つ大きな案件がございますので、今の課長の発言を受けて、もしどうしてもということがあればですけども、よろしいでしょうか。発言を抑えつけたように大変申しわけないですが、御理解賜りまして。

では、渋谷構成員、どうぞ。

○渋谷構成員 その現行制度のもとでというのはわかるのですけれども、僕は何度も申し上げた、これは将来に向けた働き方の大きな転換点ですし、ここで現行制度だから、この程度までという発想ではなくて、こうした方向にドライブをかけましょう、こうしたものも検討の中に入れましょうというメッセージが必要だと思えますし、それがフォワード・ルッキングな若い人へのメッセージだと思えますし、これから医療が変わっていく。

今村先生、いつもおっしゃるように、確かに短期的、中長期的なものに分けていかなければいけない。直近では、時間外制限の問題あるいは応召義務の解釈というのは大きいでしょうし、この包括パッケージというのは非常に大きな転換点だと思います。だから、関係者の皆さんに僕は本当に感謝していますし、ここまで踏み込んですばらしいと思えますし、医師会の英断だと思います。ただ、その先も含めて、ここで議論することではないのかもしれない。ただ、そうした方向性というものを考えていただくことは大事なのかなと思っております。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、また課長、お願いします。

○北波総務課長 済みません、副座長からおしかりを受けたような感じでございます。申しわけございません。

基本的には、フォワード・ルッキングにいろいろな可能性を含めて考えていく。これは、当然ながら議論はオープンだと思っておりますし、私たちも誠実に対応していきたいと考えておりますので、今後とも先生方の御指導を賜りますよう、よろしく申し上げます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、私の議事進行がちょっとうまくありませんが、議題3のほうに進みたいと思います。議題3は、前回に引き続きまして、「時間外労働規制のあり方について」ということでございます。これにつきまして、事務局のほうで資料2-1と2-2を御用意いただいているところでございますので、まず、それについての説明をいただきたいと思えます。

よろしく願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 それでは、資料2-1からごらんいただきますよう、お願いいたします。

めくっていただきまして、5ページまでは、前回までにお示しした資料の再掲でございます。



2 ページは、前回ごらんいただいた上限時間数と上乘せ健康確保措置の骨格（イメージ）でございます。この中で赤い枠で囲んでおりますが、健康確保措置の詳細について、本日、資料を御準備いたしました。

5 ページを見ていただきますと、この中で勤務間インターバルというものがございしますが、これについてのさまざまな位置づけの確認でございます。表の中に幾つか囲みをしておりますが、我が国におきましては、労働時間等設定改善法の中で、時間数等についての設定はないということ。助成金の中では、9 時間以上が助成要件であること。また、外国の状況としましては、EUでは11時間、あるいはフランスの医師については12時間、米国においては、インターバルは8 時間、最長シフト時間が24時間プラス4 時間というものが例としてはございます。

6 ページは、前回も見えていただいたような週勤務時間の分布でございます。連続勤務時間制限・勤務間インターバルによりまして、極めて長時間労働となっている医師の労働時間を大幅に削減できるのではないかとということでお示しさせていただきました。

詳細、7 ページでございます。

冒頭の健康確保措置の基本的な考え方としましては、勤務日において、最低限必要な睡眠（1 日6 時間程度）というのがこれまでの御議論だったかと思えます。これを基本に考えることとしてはどうかとさせていただきます。

その中で、具体的な検討としまして、まず、連続勤務時間制限につきましては、医療法においては、病院の管理者は医師に宿直させるとしておりますので、当直勤務日において十分な睡眠が確保できないケースもございしますが、そのような勤務の後にまとまった休息がとれるよう、これは米国の例も参考に28時間、これは24時間、プラス引き継ぎ4 時間という連続勤務時間制限としてはどうかという御提案でございます。

それから、勤務間インターバルについては、次の□をごらんいただきますと、医療現場の実態としましていわゆる準夜帯と言われます24時ごろまでに時間外の対応が生じやすい。翌朝は、7 時あるいは8 時前後から業務を開始している。大体、こういう動線かと思えます。こうしたところに勤務間インターバルを導入していくには、かなりの改革が必要だということ、今ほども説明申し上げた特定行為研修修了看護師の御活躍でありましたり、他科の医師とのタスク・シェアということですか、事務作業については、医師事務作業補助者へのタスク・シフトをお願いしていくということを強力に進めるということではないかと思えます。

その上で、最低限必要なラインとしまして、当直及び当直明けの日を除いて、24時間の中で、次の勤務までに9 時間のインターバルを確保することとしてはどうかという御提案でございます。当直明けの日につきましては、今ほど申し上げましたとおり、28時間連続勤務制限ということでありまして、2 日にかかっているということからしまして、9 時間掛ける2 日分の18時間のインターバルをあけるということの御提案をいたします。

一番下ですけれども、仮にこのような水準で導入しましても、実際に睡眠が確保され、

健康が維持されているかどうかということについては、個人差が当然ございますので、面接指導と健康状態の個別的モニタリングによりまして把握し、必要な場合には就業上の措置につなげるということかどうかと考えてございます。

めくっていただきまして、8ページ、9ページですけれども、8ページは、現状、極めて長時間労働となっている医師が、どのような働き方になっているかということモデル的に置いてみたものでございます。月曜日から日曜日まで、勤務時間100時間という想定がどのような働き方か。この週は1日休めたということにしておりますけれども、始業時間よりも前から出られるドクターは多いと思いますし、夜もかなり遅いという状況から、9ページをごらんいただきますと、これを連続勤務時間制限28時間で切り、かつ勤務間インターバルを各日9時間と設定した場合にどうなるかということでお示しさせていただきました。イメージということでごらんいただければと思います。

続きまして、10ページでございます。追加的健康確保措置②という、面接指導等についてまとめさせていただきました。これについても、医療の質や安全を確保するために、健康状態が悪化した医師が長時間労働を続けることがないようにするというものでありますけれども、観点としましては、3つ、上から2つ目の□に書かせていただいております。産業保健の観点からきちんと判断（スクリーニング）できるということ。それから、実施する側の医師の第三者性とか勤務先からの独立性。面接指導結果に基づいて医師が意見を述べることとなりますが、それがきちんと就業上の措置につながるということの3つが重要かと思っております。

1つ目につきましては、産業医の養成研修・講習というものが既にごございますので、これに加えて、特に長時間労働の同じ資格職であります医師の面接指導に際して、どういうことに留意してやるべきかということを上乗せいただいて、面接指導に従事することかどうか。

2点目、第三者性・独立性ということからしますと、院外の医師とすることでありまして、院内の医師であります場合も独立性が確認できる仕組みが必要ではないか。

3点目、医師が面接指導をしまして、意見を述べて、就業上の措置につながるかどうかというところですが、実際、その医療機関で勤務環境改善が図れるかどうかというところにも非常に左右されるということで、医療機関として努力していただく部分は当然必要ですけれども、医師偏在対策等の施策面でカバーすべき部分もあり、これらの関連施策との有機的な連携をどう図るか。これについて、資料2-2のほうでも御紹介申し上げます。

最後に、就業上の措置につながらない場合の実効性の担保としまして、どのような措置が考えられるかということも、論点として書かせていただきました。

11ページ以降は、関連のデータを添付しております。

資料2-1は以上でございます。

○奥野地域医療計画課長補佐 続きまして、資料2-2の御説明をさせていただきます。

今、御説明申し上げましたとおり、医療提供体制の組み方によって、医師の働き方というものは大分影響を受けますことから、本日、今の医療提供体制の議論につきまして状況を簡単に御説明させていただきます。

1 ページ目に、医療提供体制の現在の状況をまとめさせていただいております。

基本的な考え方といたしましては、ここに書いてございますが、今、地域で求められる医療機能が、人口構造の変化等もあり変化を迎えている中で、病院完結型から地域完結型への転換が必要であるということでございます。その受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護などを充実させるとともに、地域における医師の確保を同時に進めていくということが、今の我々の医療提供体制改革のミッションだと認識しております。

まず、地域医療構想につきましては、医療機能、ここに高度急性期、急性期、回復期、慢性期とございますが、こういった機能の分化・連携を進めていただき、良質かつ適切な医療を効率的に提供する。こういうことを目的といたしまして、2025年のそれぞれの機能ごとの医療需要と病床の必要量の推計を既にいただいたところでございます。

この姿を目指していただいて、公立・公的医療機関から、まずは具体的対応方針を集中的に決めていただいているところでございまして、こちらが今年度中に策定が完了する予定という状況になっております。

地域医療の確保に配慮しつつ医師の働き方改革を進めるという観点からは、2025年にしっかりと地域医療構想を実現し、最大限、医療提供体制の効率化を図っておく必要があると我々としては考えておりますので、医師の働き方改革が2024年に実現するという前提で、こうした議論を進めて、速やかに具体的な医療機関の再編に着手していくという姿勢で臨んでいるところでございます。

一方、医師偏在対策につきましても、これと整合性をとる形で進める必要があるのかなと考えておまして、本年7月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」という法律を提出・成立いたしましたので、医師偏在対策を法改正に基づき行うということは今、進めております。具体的には、全国ベースで医師の多寡を客観的に評価できる指標、医師偏在指標を算出し、医師少数区域・多数区域を定め、例えば地域枠の増員などの具体的な施策を含む医師確保計画を都道府県が主体的に作成するといった実効的な偏在対策を実施する仕組みを整備したところでございます。

後ろ、参考資料で御用意しておりますが、例えば地域医療構想の進め方につきましては、7 ページ目をおめくりいただければと思います。こちらは、本年の経済財政諮問会議のほうに提出させていただいた資料でございますが、2017、18年度で、公立・公的の速やかな議論に着手しておまして、来年度、その評価検証を速やかに行い、PDCAサイクルを回し、2024年の達成に向けて、こちらは速やかに具体的な施策を打っていく。

下のほうにも、具体的推進策ということで、幾つかの手法を取り入れ、速やかに進めていくということで、2024年までに適切に進めていく必要があると考えております。

例えば、9 ページ目をごらんいただければと思います。こちらは奈良県の例でございま

すが、再編による集約化のメリットといたしまして、再編後の姿の右に集約化による急性期機能の向上とございます。少ない医師数で、より多くの救急搬送を受け入れられるといったメリットもございますので、働き方の観点からも、こうした施策を強力に進めていく必要があるということでございます。

一方で、医師偏在対策につきましては、スケジュール感を16ページ目にお示ししているところでございます。こちらは、国会でもいろいろ御議論いただきましたが、速やかに着手すべきという強い御意見もいただいておりますので、できるだけ前倒しで施行するという観点から、公布日施行で施行できるものは既に着手しており、そのほかの施策についても、主に来年度から施行するというところで、あと3カ月強しかございませんが、ほぼそこまで施策を着手するというところで、急ピッチで施行準備を進めているところでございます。こちらで2024年までに、現場で医師偏在対策がしっかりと回るよう、施行に向けて努力していくということでございます。

以上、簡単ではございますが、御説明とさせていただきます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま事務局のほうから、資料2-1、資料2-2について御説明いただいたところでございますけれども、これらに関しまして、御意見あるいは御質問がありましたら、お願いしたいと思います。

それでは、表構成員、馬場構成員ということでお願いいたします。

○表構成員 連続勤務インターバルの件ですけれども、資料2-1の7ページでしょうか。このインターバルの定義を教えてくださいたいのです。これは、完全休養という意味でしょうか、それとも、在宅に帰って、オンコール、病院にまで行かないけれども、頻回に1時間に1回、電話で起こされるとかも含まれるのでしょうか？術後の患者さんというのは、手術後に完全に開放でなく結構そういう場合がある。となると、タスク・シェア、タスク・シフトできる相手がいればいいのですけれども、そうではなくて、本当にぎりぎり回している病院では、睡眠時間6時間というものの、断続的に電話が来る、または何らかの在宅のアクションをしなければいけないという場合はどう考えたらよろしいでしょうか。

○岩村座長 では、答えを少しまとめてお願いすることにしまして、馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 連続勤務時間とかインターバルの導入ということは、医師の健康確保や医療安全の観点から本当に必要だと思うのですけれども、7ページにあります事務局案。24プラス4、28時間連続勤務とか、あるいは9時間のインターバルというのは、現場の感覚からいってかなり厳しいように感じています。診療への影響がかなり大きく出るのではないかと心配があります。

同じ資料の2ページ目、3つのうちの真ん中の経過措置型。この中で、本当にこういうものが努力義務じゃなしに本当に義務化されると、地域医療が守られるのかどうかということは、私はかなり疑問に思っています。

11ページを見ていただきますと、28時間以内の連続勤務が確保できているのが全体の

30%しかない。70%の医師に影響が出る。インターバルも、43%の医師が9時間未満であるということにすぎないと思います。もちろん、これらを改めていくということは非常に重要なことですが、この数字がぼんと決まってしまうと、地域医療は本当に大丈夫かなという感じが少しします。どうしてもこの水準で行くのであれば、地域医療あるいは国民生活を守るためには、今後、議論される超過勤務時間の経過措置上限については、かなり高くして柔軟性を持たせていただく必要がある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。

村上構成員が挙がっていて、その後、山本構成員ということをお願いいたします。

○村上構成員 資料2-2だけではなくて、資料1についてもよろしいでしょうか。

○岩村座長 資料1は、後で時間をとりますので、そのときにとと思うのですが、もし関連するということであれば。

○村上構成員 ありがとうございます。

座長から冒頭、御紹介がありましたように、前回は申し上げましたけれども、きょうの資料2-1の2ページの枠組み自体はまだ違和感を持っており賛同してはおりませんが、議論をしていくに当たって、前提条件を確認させていただければと思います。

まず、資料1は後でご説明頂けるということでしたが、〇〇〇時間や△△△時間という数字が入っていない時間について、具体的な時間数はいつ提示され、議論するのかということが、そもそもの疑問です。

その上で、△△△時間というのは、資料2-1、「達成を目指す水準」の(1)の地域医療での例外と、(2)の医療の質の維持・向上のための例外でも同じ△が3つの時間が示されています。これは同じ時間数と理解してよいのでしょうか。

それから、資料1で、「達成を目指す水準(A)」について、資料2-1の、月当たりの時間数の薄紫の枠部分と、その下の連続勤務時間制限などの努力義務は、「適用要件」と書いてあるのですが、努力義務であれば「適用要件」とはいえないのではないのでしょうか。

また、もう一点申し上げますと、改正労基法では、医師についての時間外労働の上限時間数を厚生労働省令で定めるとなっています。本検討会での議論は、この上限時間数を何時間にするかということであったと思っておりますが、新たな健康確保措置を定めていくのであれば、法改正が必要ではないかと思えます。労働基準法、あるいは労働安全衛生法の改正も視野に入れたうえで、このような検討を推し進めていくのか、確認したいと思えます。

以上です。

○岩村座長 それでは、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 私は、先ほどの馬場構成員の御意見と同様でございますが、確かに連続勤務時間28時間、それから勤務間インターバル9時間。これは、先ほどの渋谷先生じゃないですけども、若い人たちのために、こういうものは絶対入れていかなければいけないな

と思います。

ただ、現実を考えると、例えば資料2-1の8ページ。これは、多分、事務局が気を聞かせて、木曜日休みと入っていますけれども、現実には週の半ばで休みがとれる急性期病院があるとは思えませんし、ここも埋まるような状況で実際回しているとなると、特に高度急性期病院、難易度が高い手術が多いと、夜遅くまで手術がどんどん長引いていって、しかも朝早くから患者を診なければいけないという状況があると、これだけいきなり決めて、やれと言われても、どこも回らなくなる。地域の病院だけじゃなくて、大学病院も同じようなことになりかねない。

ここは、目標値としてはいいと思いますけれども、どうやってこれを徹底していくのかという議論を、ぜひ並行して進めていただきたいと思うところがございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、赤星構成員と今村構成員まで、1回お願いして、それで事務局から質問に対するお答えをいただくことにしたいと思います。

では、赤星構成員、どうぞ。

○赤星構成員 先ほど渋谷先生から、現場で働く側からとしてのとか、私個人になってしまうかもしれませんが、意見をお伝えできればと思います。

資料2-1の2ページの案で、山本先生とか馬場先生がおっしゃることも、逆に僕はよくわかるし、現場で働いているからこそ、実際にこのインターバルの時間が適用されたら、自分の病院がどうなるかなと考えると、ちょっと厳しいなというのはわかるのですけれども、厳しいから、この案でいくと、僕の勤務体制は特例(1)とか(2)になるだろうと考えて、それで時間外がある程度できるようになるというか、することになるだろうと思うと、今の働いている状況と働いている時間と、何が変わるのか。確かに、現状、法律的に認められないというか、グレーゾーンになっているところが白黒はっきりした形にはなるけれども、僕の働き方は何も変わらないと正直思います。

なので、現状もよくわかるので、この案自体は賛成しますが、もしこれをやるのであれば、将来的に達成を目指す水準に行くための一時的な措置なのか。だったら、何年で達成するのですか、どのぐらいの期間で達成するのですかというのは、はっきり一緒に出していただかないと、我々の働き方は変わらないのではないかというのが1つ。

あと、こういう時間外とかに関する措置は認められて、タスク・シフティングとかは努力義務ということになると、例えば中間的な取組の発表からタスク・シフティングは、もう1年以上話題になっていますけれども、何か変わった感じはそんなにしないのです。そうすると、実際にタスク・シフティングを推進していくためには、何かしらのパワーがないとならないのかなと思っているので、例えば、この措置を認めるかわりに、タスク・シフティングは義務ですよとか、そういうことをやっていただかないと、働き方改革検討委員会で働き方はなかなか変わらないのではないかというのが私の意見です。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 私は、追加的な健康確保措置というところで、3ページについて質問と意見を述べさせていただきますけれども、もともと医療機関の産業保健が十分ないというのは、この検討会でも話題になっておりまして、緊急提言の中でもその話があったわけですが、今後、さらにこれをしっかりとやっていく。さらには、より強固な追加的な健康確保措置を行うということで、一番下に、精神面・肉体面の健康状態について客観的な把握を継続的に行う、健康状態の個別的なモニタリングを行う。これは、とても重要なことだと思いますけれども、具体的にどういうことを厚労省として考えられているのか。

逆に言うと、これがちゃんとできるということはすごく大事なことだと思うので、ちょっとお考えを聞きたいということと。

それから、個々の医療機関が、先ほどの提言にもちょっとあった外部の医師ですね。例えば、産業医。地方に行くと、産業医の先生がなかなかいच्छらなくて、管理者である医師が産業医をしているという、そもそもの問題点があるということで、外部から産業医を連れてくるという話がありましたけれども、地方に行くと、そういった先生を個別の医療機関が探してきて、現実的に来ていただくことは難しい。

ということで考えると、前から第三者機関というものも提言されていますけれども、一定の医師をそういうところにある程度プールという言い方はちょっとおかしいですけれども、何かそういう仕組みをつくっていかないとちょっと難しいのではないかなと思っていますので、その点についても御意見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。

それでは、一旦ここで切らせていただいて、各御質問について事務局のほうからお答えをいただければと思います。

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。

まず、裏構成員からいただきました、終業しているけれども、オンコールで呼ばれたらどうかということですが、オンコールの場合には、その分、代償休暇でカバーする。インターバル9時間とあって、とれなかった分については、代償休暇でカバーするということではないかと考えております。

それから、村上構成員からいただきましたご質問が3点あったかと思いますが、上限時間の数字について、いつ議論するのかという点ですが、前回の骨格についての御議論、それから今回の追加的な健康確保措置の御議論等も踏まえまして、座長と御相談して事務局案として御準備させていただきたいと思っております。

2点目ですが、月当たりの上限時間数のところは、A、B、C、同じ時間であるかというお尋ねですが、月当たりのところは、これは労災認定基準等も考慮してということで、同じ時間を想定してございます。もちろん、同じではないのではないかと

う御意見もあるかと思しますので、御議論いただければと思います。

それから、最後、達成を目指す水準、いわゆるAについて、連続勤務時間制限等が努力義務であれば、それは適用要件にならないのではないかという御指摘でしたけれども、済みません、日本語の整理がよくなかったところもございしますので、ちょっと表現ぶりを精査させていただきたいと思っております。

○千正医療政策企画官 今村構成員からありました、個別的モニタリングをどう考えているかということについてでございますけれども、これは睡眠がしっかりと確保できているのかという状況をチェックしていく、継続的にモニタリングしていくというのが大事だろうと考えております。どのようなやり方ができるか、技術的な問題等々あると思しますので、引き続き検討していきたいと考えております。

以上です。

○堀岡医師養成等企画調整室長 さらに補足させていただきます。

赤星先生のほうから、実質上の方策について、さまざま御提言いただきましたけれども、資料2-1、骨格のイメージとしては、さまざまな意見があるままで事務局で提示させていただいておりますけれども、いずれにせよ、御指摘いただいたように、実質上、タスク・シフトがきちんと進まなければいけないという思いは我々も一緒に、前回、私のほうから絵に描いた餅というお話しをしましたけれども、きちんと削減が身になるように、実質上の制度設計の中で、それをきちんと確保していくようなものを、資料2-1以降、今後の議論でも事務局のほうでも出させていただきますけれども、そのような制度設計をしてみたいと思っております。

○岩村座長 ありがとうございます。

今村構成員の御質問がありました。

○今村構成員 先ほどの産業医を外部から来ていただくことに対する。

○堀岡医師養成等企画調整室長 外部から面接指導する医師をどのように確保するかという点についても、一つの論点になってございます。御指摘の点も含めて検討していきたいと思っております。

○岩村座長 それでは、鶴田構成員、猪俣構成員、そのお二人をまずお願いします。

○鶴田構成員 この会議の議論が医師の過重労働を避けるという観点からされていますので、資料の8、9ページに示された考え方については、私は何らかのこうした規制をして、過労死がないようにすることは大事だと思います。

また、一般の労働者では週休2日ありますが、これは週休1日という話なので、少ないですが、ある程度休みがとれる形というのは必要だと思います。

1点だけ質問ですけれども、産婦人科は特殊で、待機時間があって、平均300時間というデータがありますけれども、そういう産婦人科の待機とかを含めたものについて検討されているかどうか、後で教えていただきたいと思っております。



もう一点は、意見ですけれども、働き方改革にも医師の需給にも関係することですけれども、今後、キュアからケアという医療の方向の中で、高齢者医療のあり方とか、人生の最終段階の医療が本当に適切で必要なものかということをしっかり議論していくことも必要かなと思います。それがしっかり取り組まれば、医師の過重労働の防止に寄与するという思いがあります。

資料1については、後で話があるということでしたが、国民的視点、提供者の視点、行政の視点とか、ある程度分けて記載して頂きたい。そして、なぜこの検討会で国民に対して報告書を提案するかというのを、国民と医療提供者の視点とも、もう少しインパクトがある形で書いていただきたいなと思います。これは、要望です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、猪俣構成員、どうぞ。

○猪俣構成員 ありがとうございます。猪俣です。

まず、資料2-1の2ページ目の3つの骨格についてです。達成すべき水準というのが一番左のものであるというのは、私はわかりますが、一見すると3つ並んでしまっていて、分かりにくいと考えますので、まずは達成を目指す水準というものがあって、その上で2つの限定対象があるということをもう少しわかりやすく図示してほしいと思います。

一方で、僕も赤星構成員と同じ意見ですが、特例を設けるといのはやむを得ないとしても、今回の議論が、先ほど渋谷構成員からもありましたタスク・シフトや医師の偏在の問題、そして医療機関の機能分化等への対応を強力に進めていくものでなければ、今の働き方は変わらなくて、将来的にも現状を追認するものになってしまうのではないかと考えております。ですので、この特例の対象となる医療機関には、一定以上のタスク・シフトを義務づけましようとか、特定行為研修制度を推進してくださいといった、働き方改革の推進を何か見える化してもらうような特例の認証のあり方というものを検討していただければと思います。

以上であります。

○岩村座長 ありがとうございます。

1回、ここで切らせていただいて、御質問に事務局のほうからお答えいただきたいと思っております。さっき村上構成員の御質問に1つ答えがなかったようですので、それもあわせてお願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 申しわけありません。村上構成員から、さっき3つと申し上げましたが、4つ目がございました。大変失礼いたしました。

今回の上限時間数については、省令で定めることとなっており、それ以外に新たな健康確保措置ということであれば、法改正も必要になるのではないかと考えておりますが、御議論いただいた中で、これはどのような法令で、何を義務づけるかというのは、その規制の目的でありますとか義務づけの内容によりまして、整理をするということかと思っておりますので、御議論が取りまとまった段階でどのような法令上の措置が必要になるかという

ことを整理させていただきたいと考えております。

○岩村座長 それで、鶴田構成員の御質問があったと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 鶴田構成員から産婦人科のお話がありましたけれども、我々、診療科で何か場合分けすることは、この骨格のイメージにも一切ございませんし、事務局から提示したことはないと思っております。産婦人科に限らず、長時間労働の外科とか救急といったものがございいますので、あくまでもこの資料2-1の2ページの骨格のイメージの中で、例えば地域医療体制の確保の観点で、そういったものがあるのであれば、そういう議論をするということで、診療科のそういった議論というのは、事務局のほうからは今のところは検討していないというものでございます。

鶴田構成員の骨子の書き方については、また、必要に応じて、こちらのほうで検討させていただきます。

○鶴田構成員 産婦人科のことを個別にここに書くということではありませんけれども、産婦人科医会を含めて、産婦人科の特殊性にも配慮してほしいという意見がありましたので、発言しておきます。

○岩村座長 ありがとうございます。

こちらで何人かお手が挙がっていましたので、島田構成員から始めて、こう行って、それで遠野構成員として、その後、三島構成員が手を挙げていらっしゃる、森本構成員という順番で行きたいと思っております。

では、島田構成員、どうぞ。

○島田構成員 資料2-1の2ページの先ほどから議論になっております3つの図に関する意見です。

(1)、(2)を設けるのかというところに議論がかなり集中しておりますが、ベースとなるべき達成を目指す水準というところをどう固めていくのかという議論が、なお必要ではないかと考えております。この達成を目指す水準というのを考えるときに、一般則のほうの水準というのを考えていきますと、それでも既に年間720という水準が示されているわけです。ただ、一般則の場合は、決して恒常的に長い時間というのではなくて、特別の事情の中で月45時間というのを超えるという仕組みの中で、単月、休日労働も含めて100時間未満という水準が出されているわけです。

ところが、医師の場合は、恒常的に、何か特別な事情のときにふやすというわけではないと思っておりますので、その仕組みの中で、健康確保を踏まえて、どういう水準にするかということになるかと思うのです。その場合に、一般則との関係で、上乘せの追加的健康確保措置が、達成を目指す水準は努力義務だというのは、一般則を逸脱していくということとの関係では、少し弱いのではないかと考えております。

月当たりの水準が一般則からどのぐらい改良してくるのかというのは、上限とともに、それぞれのところでの36協定の定める時間数によると思っておりますので、措置はさまざま柔軟なグラデュエーションがあつていいと思うのですが、最初から、前回申し上げましたが、

努力義務と置いてしまうのは、やや不十分ではないかということでございますので、今後議論いただければと思っております。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 私も資料2-1の2ページ目について、確認といたしますか、このイメージは2024年から実施されるという案だと理解しています。したがって、今すぐこれをやれということではなくて、5年後にこの水準に行くと思っておりますので、5年後にこの水準になれるように、その期間の猶予は5年間あるということで解釈しています。

したがって、今の一般の働き方改革の水準よりも高い医師の働く時間の水準を決めるというのは、恐らく5年後、努力しても、今の医療が成り立たなくなってしまうようにというところで、そういう裏づけのある、ある程度の数字を出して、そして、その時間にする。本当のところは、5年後、一般の働き方の水準にするのが一番いいと思っておりますけれども、それは医療を担保するというので、やむを得ないことかなと思っております。

ただ、医師が長時間働くというのは、これは明らかなことなので、医師にもいいことが何かないと、とても受け入れられないような状況になっていると思っております。ですから、例えば医師のいいことというのは、今、地方で1人でやっている勤務医などは、おうちに帰っても、あるいは飲み屋さんで飲んでいても電話がかかってくる。呼び出しがかかる。電話で済めばいいですけれども、行かなければいけない。アフター5がなかなか楽しめない。普通にアフター5を楽しめる時間をつくるにはどうしたらいいかというと、ここに書いてあるインターバルとか、ある程度の休暇をセットしていただく。

でも、そうすると、特に地方にある病院などは、そんなことは不可能だということになると思っております。そこには、偏在の問題もありますし、病院の経済の問題とか、いろいろあると思っておりますけれども、例えば人を休ませるために、地方の大学病院の医局に頼んで、この先生を休ませるために1週間だけバイトで派遣していただきと言っても、大学もなかなか人が出せなかったりということもありますし、そうすると、無理なことをやれということになってしまうのではないかと思います。

私、医師の偏在のことについては、県を越えて、実質的なといたしますか、そういうものを厚労省が後ろ盾になって進めていただかないと、地方でもなかなか医者が休めないということになってしまうと思うので、そういう仕組みとかをしっかりとした上で、5年後にそういうことができ上がった上でということになるのではないかと思います。

また、産業医とかの面接指導とかありますが、ここに書いているように、医療機関の産業医がなかなかうまく機能していない現実がありますので、この面接指導とか疲労している医師をしっかりと見きわめられるような、医療機関での産業医の講習とか研修をしっかりとした上で、そういう準備をした上で、ぜひお願いしたいと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、工藤構成員、どうぞ。

○工藤構成員 ありがとうございます。

資料2-1の7ページの、医療の特性を踏まえた具体的な検討 ②勤務間インターバルのところ、翌朝は7時から8時前後に業務を開始していると記載されていますが、外来と入院の両方を診る医師の場合、どうしても外来を診る前に病棟のほうの業務の指示をするために、結果的に早く出勤せざるを得ない状況である場合が多いと思います。外来と入院を分けるなどのタスク・シェアリングをして、その機能が十分発揮できれば、早朝から出勤する必要がなくなるので、勤務間インターバルを確保できるのではないかとということが1点です。

次に、資料2-1の2ページについて、「達成を目指す水準」ということであれば、一般の労働者と同じ水準とすべきであると考えます。ただ、今すぐというわけにもいきません。また、さまざまな地域的な事情や、置かれている施設の状況等を考えたときに、一定の期間において水準を別に定めることは必要なかもしれません。それでも、医師の健康と地域医療の確保、両方をうまくかみ合わせないと、医師の確保ができないことが十分考えられます。

特に、地域医療の確保に関しては、厳しい労働条件のところに医者が果たして来るでしょうか。労働条件というものは、医師にとっても重要な選択肢の一つですから、そこに対する配慮をしていかなければなりません。その際、上限時間を設定するにしても、過労死の認定基準を超える時間数は論外で、いかに一般の労働者に近づけた時間設定をしていくか。そしてそれを、行政もしくは医療機関が、どのように実現をしていくのかということが大事であると考えます。

また、業務上必要な技術の取得のために、「達成をめざす水準」より高い別の水準を設けるとしてはありますが、これまでの議論にもありました通り、本来、業務上必要な技術の取得は、勤務時間内に行われなければならないことを改めて確認しておくべきです。

さらに、特例の対象要件として「対象医療機関を特定し、本人の申し出に基づく」とされていますが、特に若い医師の場合に、どこまで本人の意思を貫けるでしょうか。立場上、弱いということからすれば、申し出なければならない状況に遭遇することも十分考えられますので、申し出があったから可とするのではなく、申し出た医師の健康を十分に配慮した上で可とすべきと考えます。

先ほどもご意見が出ていましたが、患者は、的確に判断ができる医師による診療を望んでいます。その観点からも、医師が疲弊し判断力が鈍るような状況に置くべきではないと思います。今後、この検討会で、そのような視点からもさらに話を進めていくべきです。

最後になりますが、医師や医療従事者の犠牲の上に成り立つような医療供給体制を、この検討会としては求めていくべきではないと考えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

医師の働き方改革のこの検討会、医師の過労ということで、時間外労働を減らしていこう、医師の健康確保をしていこうという議論をしていきながら、実際問題は、そういう形で時間制限をすると地域医療に大きな影響が出るということ、いろいろな切り口でこれまでいろいろな委員さんが発言されて、その点に関しては、この委員の皆さんもほぼ意見としては共有されていると思います。そういう中においても、勤務医の先生方の健康確保というものがまず第1だろうというところで、睡眠時間の話等もございまして、勤務間インターバル、また連続勤務時間の制限のお話が出てくるというか、つながってくるということになってきているわけですが。

先ほどからもいろいろお話がございまして、これはできるところはどんどんしていただくと必要があるわけですが、地方によっては、そのインターバルをすると患者さんが診られないということもあるわけなので、そういう意味では、努力義務というのは、一定の配慮を内包しているということであろうと思います。

ですけれども、その上にございます、2-1の2ページ目です。面接指導ということが一つの大きな肝になりますので、先ほども少しお話が出ていましたけれども、この面接指導に関しては、しっかりとした体制が組めるようにするためにはどうすればいいのかということは、厚労省としてもしっかり考えていただきたいなと思います。

その中で、今後、経過措置も含めた目標設定の数字等も出てこようかと思いますが、医師の地域偏在、そして、先ほどからお話が出ています地域医療構想のような、いろいろな不確定要素がございまして、その数字がもし何か出たとしても、その数字に収れんしていくのはなかなか難しいという状況が見てとれるかなと思います。

そういうときに、恐らく各医療機関に勤務環境の改善計画等を立てるとということは、義務的にされると思いますけれども、医療機関だけの問題ではなくて、その医療機関が地域において、どういう医療の提供体制、地域医療を担っているのかという観点を考えると、その医療圏においての行政、ないしはそのほかの医療関係団体も含めた、全体的な中においての義務化といいますか、努力義務化みたいな、そういう形をとっていかれないと、一医療機関だけの問題では恐らく解決できないところが非常に多いと思いますので、その観点の制度設計も入れていただければと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

あと、お一人、遠野構成員。

○遠野構成員 先ほどから面接指導のお話が今村先生や城守先生から出ていて、ちょっと重なって、さらに細かい話で申しわけないです。

私も、実際、産業医の資格があるので、院内の2~3人の産業医でやっているのですが、医師の面接というのは実は結構難しく、約束しても、検査ですとか外来が長引

いてだめでしたとか、全然面接できないこともよくあります。したがって、院外の医師の先生を招いて面接時間を設定しても、当院の状況だと実施が難しいです。従って院内産業医の我々数人で今後もやっていくしかないと思っています。

そこで質問です。2-1の10ページにある、院内の産業医の養成研修・講習を修了した医師とする場合、独立性が確認できる仕組みとする等の工夫というところが、どういうイメージか、わかりません。事務局側で想定しているような仕組みというのを、サンプルとか、教えてほしいです。

○岩村座長 ありがとうございます。

お答えは、また後でまとめてということにしたいと思います。

それでは、お待たせしました、三島構成員、どうぞ。

○三島構成員 三島です。

私は、上乘せ健康確保措置の骨格（イメージ）の部分で、（2）医師の質の維持・向上の観点からというところ、そういった研鑽を阻害しないような仕組みも必要だと思いますが、まず、上乘せという表現の仕方とか使い方は注意すべきかなと思っています、まず、こういったことをする前提としての、しっかりとしたタスク・シェア、シフト、そして第三者機関なども含めた健康管理、医師が自分自身の労働時間を管理するとか、そういったベースの部分、前提をしっかりと行って、マイナス1、ゼロの部分をしっかり行った上で、こういった仕組みが成り立つようなイメージ図にする。

そうしないと、このままだと、ぱっと見ると、長く働くことがありきで、健康確保措置はどこまでするのだろう。現場はすごく不安になったり、意欲を削がれる部分があると思いますので、そのあたりの見せ方と、いかにタスク・シェア、シフトを進めていくか。これは、具体的にどういったものを進めていくかという基準づくりを明確に示すべきではないかなと思います。

そして、もう一つ、（1）の地域医療確保の観点から検討する措置のイメージのところですけども、これは移行の間の措置だとしても、実際に現場で医療資源なども乏しい、大変な状況で働いていらっしゃる先生方が、こういう状況で働き続けることで、例えば時間制約のある女性医師も含めて、こういうところで働くのをためらうような流れになってしまって、働き方改革を断行するのに時間がかかってしまうおそれもありますので、そういった（1）の対象期間に対して、医療機関を超えて、地域全体で医師の人的なサポートであるとか、代償のサポートといったものを強力に推し進める必要があると思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 時間もないので、簡潔に申し上げます。

資料2-1の2ページで、まず「達成を目指す水準」の健康確保措置が努力義務とされていますが、一定期間を置いて義務とした上で、地域医療あるいは緊急を要する対応など

はできる形とするべきと考えています。

その上で、その右側、(1)と(2)のところですが、そもそも、このような設定自体に反対ですが、対象医療機関や、あるいは(2)のほうで言うと、期間も含めてイメージが共有化されておらず、共有が必要ではないかと思えます。

次に、あくまでマスコミ報道ですので、真実かは分かりませんが、この(1)、(2)に関して、時間外労働の上限時間数を月160時間にするという話を聞きました。時間外労働月160時間は労災等における精神疾患の認定基準の一つの指標となっていると思えます。月160時間以上の時間外労働があった場合は、業務の質的な過重性、つまりは、精神的あるいは肉体的に強度の負荷を受けるような業務ではなく、いわゆる軽作業なども含めて、その時間を超える時間外労働があったことをもって、業務との起因性、関連づけされるという基準であり、そのような基準に当たる上限は認められないと考えております。

それから、9ページの勤務間インターバルについてです。この例示で、月曜から金曜まで、インターバルを確保しなければいけない時間まで勤務すると想定すると、日直の扱いをどう考えるかは別として、1日15時間、休憩を入れても14時間勤務になります。あるいは、木曜日が休暇となっていますが、現実的には木曜日は休暇をとれません。

9時間の勤務間インターバルを入れたとしても、月160時間を超える時間外勤務が発生することを踏まえて、このインターバルでこのまま行けるかどうかという問題は別としても、最低限、この程度の対応はしていく必要があるという認識はするべきでは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、ここで御質問につきまして事務局のほうからお答えいただきたいと思えます。

よろしく申し上げます。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

遠野構成員からいただきました、面接指導を院内の医師が行う場合の外部性・第三者性の部分だったかと思えます。例えば、そうした面接指導をどのように実施して、経過がどうだったかということを外に報告していただくということで、きちんと適切に実施し、それが就業上の措置に結びついていることを確認していくことが考えられると思えますが、この点はそういうことでいいかどうかということも含めて、御議論いただいたらと思えます。

○岩村座長 ありがとうございます。

資料2-1、2-2関係は、このあたりでよろしいでしょうか。

では、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 済みません、先ほど言い忘れたのですが、インターバルの定義について、重要な問題だと思います。大学病院などですと、勤めていなくてもバイトをしていたり、体を使っていたりするときがありますので、インターバルの定義については、先ほどオン

コールがあった場合には代償時間に組み入れればいいという話がありましたが、僕はそんな問題じゃないのではないかなと思います。インターバルはインターバルで休んでもらったほうがいいので、その辺はちゃんと休んだ上で、しかも代償休暇みたいに、もし時間外の労働が長時間あれば、そこにちゃんと休みをつくってあげて、うれしいなという感じにしてあげないと働けないと思う。

また、全国一律、そうっていないと、田舎の病院に行っても大丈夫みたいな気持ちにならないと思います。ですから、田舎の病院に行ってもインターバルがあるし、それから、代償休暇というか、長時間働けばまとまった休みもとれるとか、そういうふうに制度設計してほしいなと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

兼業に関しては、労働時間の通算の問題をどうするかということがありまして、現在、厚労省の労働部局のほうで検討会をつくって検討しているという状況ですので、その様子を見た上で考えるということになろうかと思います。

では、褒構成員。

○褒構成員 時間もないので、簡潔に。

2-1の10ページですけれども、最後の、結果的に就業上の措置がとられない場合、例えば当該医療機関名を公表する等々ございますけれども、余り簡単に考えていただきたくない。と言いますのも、こういうブラック認定的なことをされてしまうと、ただでさえ医師が集まらない地方病院というのは非常に厳しくなります。医師の中での病院の評判というのは、またたく間に広がっていきますので、例えばということなので、断りがあると思いますけれども、非常にセンシティブな問題であると思います。

経営努力不足によるものは仕方がないと思います。しかし、地方によってはやむを得ない事情で、どんなに措置を講じてもなかなかうまくいかないところがあると思いますので、その辺の文言もぜひ気をつけていただきたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

このあたりでよろしいでしょうか。

では、1に戻りますが。よろしいですか。では、1回、2-1、2-2はここで切らせていただいて、それで資料1について、最後、また少しお時間をいただきたいと思います。申しわけありません、あと5分しかないのですが、もうちょっと延ばさせていただくことを御了承いただきたいと思います。資料1について、きょうの議論も踏まえて御意見、御質問等があればお願いいたします。

では、まず村上構成員、それから鶴田構成員ということでお願いします。

○村上構成員 意見や質問は、また次回とっておりますが、代償休暇の取得状況について、データを出していただけるとありがたいとおもっております。現在でも、時間外労働が



月60時間超えた部分については、労使協定により代償休暇にかえることができる規定がありますが、私どもの組織の中では、その措置をとっているところは聞いたことがありません。どれぐらい使われているのかというデータを見せていただくと、議論の参考にな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、鶴田構成員、どうぞ。

○鶴田構成員 先ほど少し述べましたけれども、4ページに医療の上手なかかり方に関する周知という、これはまだ報告されていないので、記載されていないと思いますが、その内容を一番最初のところに少し入れてほしいと思います。

最後に、まとめとして、医療機関の責務、もしくは役割、もしくは気をつけることという形で、医療機関とか国民とか行政とか、それぞれの責任とか役割を書いて提言をまとめるというのはいかがかなと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかに資料1について、いかがでしょうか。きょうの議論も踏まえてということではあります。

では、福島構成員。

○福島構成員 勤務医の長時間労働を考えたときに、2ページの○の2つ目の一番下のところ、労働に当たる研鑽であっても、勤務医側の自由意思によって必要とするものを行えることという文章は、ちょっと違和感を覚えます。これに関しては、自由意思という言葉も、もし別の表現ができるのであれば変えていただきたいと思います。例えば、勤務医側の研鑽の意欲を削がないという点に留意しつつ、質の維持のために必要とするものを行えることという形で、自由意思だけで行う研鑽では決してないということを明記す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。

では、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 今の点ですが、例えば医師会に医師の倫理綱領みたいなものがありますけれども、使命感といったらあれかもしれませんけれども、自由意思というよりも、医師の特殊性を鑑みた言葉遣いのほうがいいかなと思いました。

○岩村座長 ありがとうございます。

ただ、他方で、研鑽の問題の労働時間性に関する話ですので、今のお二人の御意見も参考にしながら、しかし、別途考えさせていただく必要があるかなと思います。

ほかにはいかがでしょうか。きょうのところはよろしいでしょうか。

それでは、資料1につきましては、ここまでということにさせていただきたいと思いません。

冒頭にも申し上げましたので、繰り返しになりますが、今回はあさってなので、余り時間はありませんけれども、もし資料1について、さらに追加等の御意見がありましたら、正式に書面で出せとは言いませんが、メールでも別に構いませんし、お電話でも構わないと思いますけれども、お気づきの点があればお出しただければと思います。その上で、次回、骨子取りまとめに向けた議論を進めてまいりたいと考えております。

きょうの議論を踏まえて、資料1をあさってまでに修正するというのも、事務局もそれこそ残業がすごいことになってしまいそうな気がしますので、難しいかなと思います。ですので、事務局も大変だと思いますけれども、きょういただいた御議論の中身がわかるような資料を準備していただいて、今回はそれを皆様にごらんいただきつつ、引き続き議論をさせていただきたいと考えております。御協力のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、本日の議論はここまでとさせていただきたいと思います。

最後に、次回の日程について事務局からお願いいたします。

○千正医療政策企画官 次回の検討会は、あさって19日水曜日15時から、午後3時からを予定しております。

○岩村座長 ありがとうございます。

週に2回も、しかも1日置いてということで、構成員の皆様方にも大変御多忙の中、恐縮でございますけれども、よろしくをお願いいたします。

それでは、長時間にわたりましてありがとうございました。本日の会議はここまでということにさせていただきたいと思います。