

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 定刻となりましたので、ただいまより第15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。

荒木構成員より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。資料1「第13回までの議論のまとめ」、資料2は第14回検討会における議論について、参考資料1「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会の開催について」、参考資料2「人生会議に関する取組状況について」でございます。

失礼しました。赤星構成員も御欠席との御連絡をいただいております。

なお、前回までの資料をまとめましたファイルについては、追って御用意をさせていただきます。

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、岩村座長、よろしくお願いたします。

○岩村座長 皆さん、こんにちは。一昨日お目にかかったばかりでございますが、お忙しい中、きょうも御出席を賜りまして、まことにありがとうございます。

早速議事に入らせていただきたいと存じます。お手元の議事次第をごらんいただきたいと思います。議題の1番目は、前回14回に続きまして、医師の働き方改革に関連する各種検討状況についての報告ということで、「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会について」ということでございます。この懇談会の座長は渋谷副座長にお務めいただいておりますので、渋谷副座長からこの懇談会の取りまとめについて御紹介をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いたします。

○渋谷副座長 ありがとうございます。

私は、かかり方もやって、検討会もやって、何か医政局の一員みたいな形で、日々厚労省にはせ参じている状態ではありますが、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会というのは、2年前の新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会、通称ビジョン検討会で示したように、医師の働き方改革というのは、需給・偏在の問題とか、専門医を含めた医師の養成の問題とか、医療機関の機能、機関の集約化の課題とか、医療・介護の連携とか、最後に国民の医療のかかり方、そうしたのがセットであると申し上げた次第であります。

その中で一環として医療提供体制側の課題だけでなく、国民の医療のかかり方に関する懇談会を立てていただいたことについて、厚労省に対して感謝申し上げたいと思います。

お手元の資料の2ページ目に書いてありますけれども、この懇談会の趣旨としては、医療提供者側の取り組みだけではなくて、患者やその家族である国民の医療のかかり方に関する理解が欠かせないと。ともすると、病院に行こう、医者に診てもらおう、大病院に行こう、休めないから時間外診療あるいは休日にかかろうという形になりがちだと。それによって医師側にも負担が非常にかかるというようなさまざまな要因があります。

構成員を見ていただくと非常にユニークなのですが、デーモン閣下のように人間でないメンバーもいましたが、しかし、このメンバーに通じているのは、基本的には現場目線であるということ。それから何かの団体を背負っている方もいらっしゃるかもしれませんが、基本的にはそうでなくて、国民目線で、正直言うとプロセス的に真剣勝負で、5回やったのですが、4回目に私たちがつくったたたき台をぼろぼろにされて、その後、激論を交わしながら、当日の13時半発表のときに、11時に出したという形で、最後まで妥協せずに激論したということです。

元事務次官で懇談会メンバーの村木さんが、普通はいろいろな関係者の意見を入れていくと内容が悪くなるものだが、今回は全く逆だったと言った意見が非常に印象的でした。

結論から申し上げますと、日本の医療は危機的状況であるということ認識してほしい。まず危機の共通認識ということ。それから、全ての人にかかわる医師である。それは行政任せとか、医療提供者だけの頑張りではなくて、国民全体、全ての人の問題です。医師が大変だから新たな資格を創設しようという議論でなくて、国民の方々が困るから、ちゃんとしていきましょう。我々、そこはぶれなかったですね。さまざまなメンバーがいましたけれども、何度も申し上げますが、現場目線、国民目線というのは1回もぶれなかった。

3ページ目を見ていただきたいのですが、プロセスは先ほど申し上げました。

4ページ目。そこで私たちは何を言ったかという、「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト宣言！」という形で、ともすると、最初に出したたたき台は、よくある審議会を踏襲しないということだったのですけれども、かなり文章もかたかったので、こうした国民に伝わりやすい言葉にしました。構成員が今後も「『いのちをまもり、医療をまもる』ための5つの方策の実施を提案し、これは国民すべてが関わるプロジェクトであることを、ここに宣言します」と。

5ページ目を見ていただきたいのですが、特に医療の危機と現場崩壊は深刻だと。これは構成員のメンバーの方々が本当にびっくりするほどの状態であると。これはいろんなデータが出てきます。例えば毎週、毎日、医師の3.6%が自殺を考えると。何回か出てきたと思うのですが、この懇談会で特にそれを指摘する方はいらっしゃらなかったのですけれども、こちらのかかり方のほうでワーク・ライフバランスの小室淑恵さんから、この数字は見たことがない、これを見てびっくりしないほうがおかしいというメッセージをいただいたわけです。

そうした感覚というのは非常に大事であって、構成員のメンバー、国民からすると少し

意識が高いですし、有名人が多いのですが、彼ら、彼女からの目線からしても、今の医療というのは危機的であるし、現場崩壊は深刻だという認識はいただいた。だから、彼らのメッセージとして、総体として日本にとって喫緊の課題です。ですから、これは国、自治体だけではなく、医療提供者だけではなく、民間企業、市民社会を含めた全ての人を考え、参加し、行動すべきということで、5つの方策を提案しました。

まず第一に、何よりも患者・家族の不安を解消する取り組みをやりましょうということです。もう一つは、物事を変えていくときは危機感を共有しなければいけないということで、医療の現場が危機的である状況をちゃんと共有していきましょう。3つ目が、1番にかかわるのですけれども、緊急時はとにかく#8000とかそうしたものを使って、そして自分たちがどうしたらいいかということをしつづつ周知徹底していこう。それから信頼できる医療情報。今、ウェブとかいろんなサイトがありますが、フェイクなものもたくさんありますし、それをきちんと医療の専門家、国がお墨つきを与えるような形で、まとめサイトに行けばある。昔、UKのほうでNHSでも一つのサイトがありましたけれども、そこに行ったらそうした情報が見られる。

チーム医療徹底ということは、特に豊田さんを初め、患者さんの立場、あるいは家族の立場からのそうした視点は非常に大事であって、ともするとチーム医療というと、言葉だけが動いているところがありますけれども、そうではなくて、患者・家族の相談体制も含めて、医者だけではなくて、看護師さん、薬剤師さん、コメディカルを含めた体制を強化しましょうと。

我々としては、陳腐な施策を並べるのではなくて、まず方向性を出して、それに対して具体的な施策をやっていっていただき、そして国だけに任せるのではなくて、懇談会のメンバーがこれからもちゃんと目を光らせますよと。これが終わりではなくて、今後もやっていきますよということコミットして、一応宣言しました。

残りのページは参考資料ですが、簡単に説明させていただきます。6ページ目の参考資料1です。医師は全職種で最も労働時間が長いとか、3.6%が自殺や死を毎日考えるとか、6.5%が抑うつ中等度以上。これは日本医師会の調査でありますけれども、この数字は何度も言われたのですが、改めてかかり方のほうの懇談会、こうした医療関係者でない部分でこういうことを申し上げると、皆さん、びっくりするわけです。こうした原因ですとこのを放っておくと、確実に医療の現場は崩壊しますと。まずその危機感の共有を国民としましょうと。

7ページ目に行くと、医療危機というのは、ともすると行政が悪いとか、あるいは医療提供者が悪いとか、そういう話でなくて、我々市民側、あるいは企業の問題とか、いろいろあると思うのです。もちろん、社会経済状況は厳しいですよ。行政側の要因としては、例えば診療報酬の改定とか、ここにある政策決定プロセスもそうですが、なかなか国民や現場医師の声が届きにくいとか、必要な情報が必要な人に提供・伝達できていない。例えばキャンペーンをやっても、ポスターを張って終わりとか、そういう形でないものをやら

なければいけないとか、民間企業でも例えば体調が悪いとき休めないとか、そうした簡単なこともなかなか難しい。

市民側の要因としては、左側の上ですが、医師の意見だけを信頼したり、軽症重症にかかわらず大病院に行くとか、救急車を簡単に使うと。

医療側としては、医師がヒエラルキーのトップで、全てをやるべきだとか、ある意味では男性中心の働き方。今、ここにいらっしゃる方には当たり前のことなのですが、改めてそれを示さないと、要因というのは自分とは関係ない、行政の問題、医者の問題ではなくて、全ての人がかかわる問題ですよというふうに考えたわけです。

8 ページ目は、国民総力戦でやらなければいけません。ですから、行政、医療提供者だけではなくて、民間企業も市民もアクションをやっていきたいと思います。

9 ページ目、10 ページ目は施策の例ですが、先ほど挙げた5つの方策の中でこうした例。ブレットにチェックボックスがあるので、これを一個ずつ、ことしから来年、デーモン閣下率いるメンバーがチェックをしていくということになっています。

市民においてはこうしたチーム医療のあり方とか、提供者サイドにおいては、医療のかかり方の啓発。これはかかりつけ医の先生方の力も必要です。それからタスク・シフト、シェアということも医療提供者側としてやっていかなければいけないし、患者支援体制とかそうしたものもやっていく。何よりもメンバーの総意として、お医者さんはもうちょっと休んでください、休める体制をもっとつくってあげてくださいと。結果として国民が本当に安全・安心の医療を受けられるなら、休んでもらいたいというのが非常に大きいです。

10 ページ目に行くと、行政のアクションとしては、このプロジェクトを継続して、効果を検証していく。そのためには、第三者的に見ましょと。

今回のこの検討会のフィードバックとしては、かかり方の部分で強調したいのは、国民側にもちゃんと伝える。医療というのは危機的な状況にあると。その中で何が問題なのかというのを、行政、医療提供者だけの視点ではなくて、国民全体のムーブメントとしていく必要がある。参加者としては、そうしたものに本当にコミットしていただいたことがありますので、厚労省にはこうした提案をしましたがけれども、メンバーとしては今後もこうしたアクションをやっていこうということで終わった次第です。

先ほど申し上げたように、もっと働けというよりは、もう少し休んで、本当に質の高いものをやってもらいたいというのが、国民自身も理解しなければいけないことですし、それはこうした検討会においても非常に重要な案件だと思いますので、今回このかかり方ということを契機に、そして国民目線、現場目線というものの議論もぜひこの検討会の提案の中にも入れ込んでいただければと考えております。

ありがとうございました。

○岩村座長 渋谷副座長、大変ありがとうございました。

それでは、ただいま御紹介いただきました上手な医療のかかり方を広めるための懇談会の取りまとめにつきまして、御意見あるいは御質問がありましたら、お出しいただきたい

と思います。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。

本当に素晴らしい取りまとめをしていただいて、感謝を申し上げたいと思います。従来からこれは医療提供者だけの議論ではないということを私どもも申し上げていたところなので、本当に具体的な素晴らしい取り組みだと思います。

1点、民間企業のアクションというところにつきまして、これから具体的に何をやっていくかというときに、企業にどうやって働きかけをしていくかということが非常に重要になると考えていまして、今、疾病と職業の両立であるとか、あるいは健康経営とか、さまざまな取り組みを企業がやられようとしている中で、主導的には厚労省の労働基準局もかわられていると思うのですが、経産省もそういう取り組みをされている。したがって、厚労省だけの問題ではなくて、多様な働き方を具体的にやっていかないと、こういうメッセージはあっても、それが現場に伝わらないということになると思います。厚労省のほうも今、経産省とともに健康経営、健康寿命の延伸ということで取り組まれていると思いますので、そういう中でさまざまな団体が一緒にこれを進めていかれるように御検討いただければ、大変ありがたいなと思っています。

ありがとうございます。

○岩村座長 ほかにはいかがでございましょうか。では、工藤構成員、どうぞ。

○工藤構成員 ありがとうございます。

素晴らしいまとめですので、ぜひ実現という方向に持っていきたいと思います。

1つ意見で、今、今村構成員からもありました民間企業のアクションのところですが、民間企業の社会的責任という視点からさらに取り組みが進むように、ぜひ厚労省のほうでもこれから働きかけていただきたいです。民間企業は、社会的な責任を担って活動しているわけですし、特に感染症予防など、そういう面では、企業の取り組みが重要かと思いますので、ぜひお願いしたいと思います。

以上です。

○岩村座長 では、渋谷副座長、どうぞ。

○渋谷副座長 今村先生、工藤先生、ありがとうございました。

2つとも全く同意いたします。健康経営並びに民間企業のアクションというのは、ともすると従業員の健康を守るというのはコストだという意識があるのですが、今、CSR、社会的責任という倫理的な話よりも、むしろ健康そのものが投資の対象になりつつある。むしろ健康を守ることで経営が改善して、そして企業の価値も上がる、そういう時代になりつつあると思うのです。その一環として、先生おっしゃったような厚労と経産、あるいは政府一体となり、そして民間も含んでやっていく。例えば日本健康会議とか、素晴らしい母体があります。医師会も参加していると思いますし、そういうのをもっと活用していただければいいのではないかと。

それから、先ほど言ったCSRに関してですが、まさに経営のほうでアドバイスしている小

室さんが言っていて、2番目の「柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす」。例えば指標化することで、健康に投資していますというメッセージが投資家にもちゃんと伝わり、それが企業の価値を高める。そういうサイクルをもっとふやしていこう。ただ倫理的にもっとやりましょうと言うだけではなかなかインセンティブがかからないので、もう少しそうした実利的な部分でも健康というものへの投資を促進する。そして企業の価値というものに健康を。本流にそこを打ち込むというメッセージをここに込めたつもりですので、まさに先生がおっしゃったような方向性を出したということで、これからそういうことに関しては具体的にやっていくと思いますので、その辺は事務局に聞いていただければいいと思います。我々のメッセージとしては、むしろ健康経営というものが企業の経営の本質そのものになっていただければというメッセージです。

○岩村座長 では、三島構成員、どうぞ。

○三島構成員 地域で総合診療医、かかりつけ医として勤務する立場から、患者さん、一般の方々に継続して学んでいただくかということもとても大切だと思います。病院のかかり方、風邪のときの対応の仕方、小さなときから学んでいくということも大事かと思うので、学校教育との連携というところも今後ぜひ進めていただければと思います。

以上です。

○岩村座長 ほかにはいかがでございましょう。では、遠野構成員。

○遠野構成員 すばらしい成果をありがとうございます。

資料の9ページにある市民アクションの例というところの、「抗生物質をもらうための受診を控える」という点に関して、私は自院で院内感染対策も担当しているので、非常に啓蒙したい事項と考えています。そのほか電話相談の#8000とか#7119を広めるためにはどんな形があるか。この会議の中で具体的案が出ていたら、それを参考にいろいろ感染対策について活動してみたいと思うのですけれども、何かありましたでしょうか。

○岩村座長 では、渋谷副座長、お願いします。

○渋谷副座長 ありがとうございます。

まず、抗生物質云々というのは、全部書くと切りがないので、これはアクションの例ということで、典型的にわかりやすいのは、意識の高い人でも風邪には抗生物質が効くという方も結構多かったということメンバーの方から伺いましたので、今、AMRという抗菌剤耐性に対するアクションがありますので、一つの例として入れました。

#8000について、かけても実際にかからないとか、まだ普及が進んでいない部分もかなりありますので、今回のことを契機に進めると。どうしたら進められるかというのをかなり議論して、ここにはあえてその詳細を書かなかったのですが、それはなぜかということ、詳細を煮詰めないうちに書いても、恐らく失敗するだろうと。これからの医療においても、厚労省の広報においても、我々医療提供体制側と国民とのそうしたコミュニケーションのツールとしても、伝え方というのは非常に本質的な話であって、今はTwitterに載せればい

いとか、SNSでまけばいいと言いますけれども、佐藤さんというそうしたことの専門家が言っていたのですが、Twitterを使っている人の中の80%トラッキングは、使っている人の中のごくわずかであって、都市部以外の地域の人とか高齢者の方は全く使っていないと。そうした人たちが一番意見を得るのは誰かという、友達か家族と。だから、身近な口コミ、信頼できる人の口コミが一番効果的だと。だからこそ、これは短期決戦ではないのですけれども、信頼できる中では、かかりつけの先生とか、地域のコミュニティーの方とか、そうしたものを少しずつやっていくしかない。実際の延岡市の例からしてもそうだったのです。

実際やると、不要なものが減っているというデータがあるので、私たちは、ともするとアクセス制限するのかと最初に言われたのですが、そうではなくて、アクセス制限、例えば救急車を有料化するとか、何とかなのチャージをするといっても、短期的には減るのですけれども、結局、戻るケースがほとんどであって、行動変容になかなかつながらないのです。ですから、我々としては、結構時間がかかるし、難しいのかもしれないけれども、これは本質的な議論であって、まずは医療が危機にあるということを共有していただいて、そしてこうしたアクションをちゃんとフォローする。形式的にポスターを張って終わりではなくて、デーモン閣下もおっしゃっていたのですが、彼は最近コンサートで#8000を訴え続けているのですよ。でも、そういうことで少しずつやっていく。全員がとにかく#8000を冷蔵庫の前にぺたっと張ってもいいのです。携帯に#8000がデファクトで入っていると、何でもいいのですけれども、そういう形で広げるしかない。まずはそういうものやっていく。

申しわけないですが、僕自身も#8000を知らなかったもので、そういう状態ですから、まずそこからやっていく。アクセス制限よりも、こうしたものをまずやって、それでもどうしようもなければ、そちらに進むしかないのですけれども、まずは医療のかかれる人に本当にかかわる。そして自分たちでできるものを作って、受け手も賢くなって、提供者と国民側と一緒に自分たちの健康を考えていく方向性を、これを契機にやっていきましょう。それは、ともすると提供体制の本質的な話ですし、この働き方改革の中でも取り上げていただけるような問題であるといいなと考えています。

○遠野構成員 ありがとうございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでございましょう。それでは、中島構成員、どうぞ。

○中島構成員 ありがとうございます。

私のほうからは1つ意見です。10ページ目「民間企業のアクションの例」の一番上の「従業員の健康を守る」というところを、「従業員と家族の健康を守ることを経営の柱とする」にさせていただけると、例えばお子さんのぐあいが悪いとき、日勤帯のうちにちゃんと職員を休ませて病院を受診できるようになるとか、あと、おじいちゃんとかおばあちゃんの手術の前の医師のICを、日勤帯のうちに行って日常業務内に受けることができるような動き

につながるのかなと思うので、意見として出しました。

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。

では、片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 すばらしいおまとめを本当にありがとうございます。

2点ありまして、1つは質問です。9ページ目の市民のアクションの例ということで、「日中であれば院内の患者・家族支援窓口を活用できる」というのは、こういった窓口をこれからつくっていく、現実的に広げていくという計画と理解してよろしいでしょうか。

○岩村座長 では、事務局のほうでお願いします。

○奥野地域医療計画課長補佐 この議論につきましては、検討会におきまして、さまざまな構成員から相談体制、いろいろあるという議論がありまして、国としても患者・家族支援体制の構築ということでお示しをしているところでございます。

医療機関におきましては、基本的にそれに従って窓口を設けているところも多かろうと思っておりますが、もしそういったところがないところがあれば、策定について働きかけをしていくということかと存じまして、基本的には既に割と普及をしているというお話も伺っておりますが、ないところがもしあるとすれば、そういった普及については今後引き続き行っていくということだと思っております。

○岩村座長 では、豊田構成員、どうぞ。

○豊田構成員 私が実際に病院の中で担当者をしているのですけれども、平成24年の診療報酬改定で患者サポート体制充実加算が誕生しまして、担当者には「医療対話推進者」という名前がついています。この体制は多職種で対応するというところで、例えば医療的なご質問は医療有資格者が対応したり、事務職も一定の研修を受けて知識や経験を持つ人であれば、専門職につなげたりするという役割で、既にその体制がスタートしてしまっていて、現在、全国で約3,500近くの医療機関がこの加算の申請をしているそうですが、それだけでは不十分なので、これから中の体制をもう少ししっかりと確立させようということで、夜間や休日にもし具合が悪くなったらどうすればいいのかというご質問を受けたりして、なるべく日中にそういう対応ができるようにするというのも一つ目指しているのではないかとこの意見で、懇談会ではこのお話が出ました。

○片岡構成員 ありがとうございます。

○岩村座長 では、渋谷構成員、どうぞ。

○渋谷副座長 先ほどの中島さんの従業員・家族もという話ですが、5ページ目の「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクトの5つの方策の第1番目「患者・家族の不安を解消する取組」ですので、これはメンバーの意見ですけれども、厚労省はそう思っていないかもしれないですが、「患者・家族」というのはパッケージです。それは僕の意見、メンバーの意見ですけれども、あくまでも患者・家族の不安を第一にというのを1番に出した。その後に医療の現場が危機的であるというのを出したのです。



ですから、前回医師の働き方のためにタスク・シフトとかでないというのを言いましたけれども、我々としては、患者・家族の健康、患者・家族の命、患者・家族の不安をどう解消するかということから考えたということをもう一回強調したいと思います。そこが全ての原点であって、そのために何をすべきか。他方、医療というのは本当に危機的な状況であって、そのためにはどうしていくかというのが、まさにここに突きつけられた命題であると思います。

もう一つ、チーム医療。デーモン閣下によると、「チーム」でなくて、「ティーム」と呼ばなければいけないらしいのですけれども、彼も何で薬剤師さんとか看護師さんにもっとやらせたらいけないのと素朴な疑問で言うわけですよ。そうした議論も排除しないですよ。国民の声として、働き方の中でも次に向かう方向性として出していただければと。この懇談会からもそうしたメッセージを込めていると考えております。

以上です。

○岩村座長 片岡構成員、まだ終わっていないと思いますので、どうぞ。

○片岡構成員 済みません。ありがとうございます。

私も既存の取り組みを広げるのか、それとも全く新しいものなのかということがちょっと気になったのでお聞きしました。ありがとうございます。

○豊田構成員 この懇談会の中もそうですし、働き方の中でも発言した覚えがあるのですが、新しく変えていかなければいけないというのは当然だと思うのですが、一方で、既存でできているものを同じ医療現場の中で知られていなかったりするので、既存でできている体制をもう少ししっかりとつくっていくというほうが近道ですし、院内で必ずこのことを熟知している方が潜在的にもいらっしゃるので、ぜひそうしていただきたいという思いで発言させていただきました。

○片岡構成員 ありがとうございます。より一層の周知をしていただくようないい機会ではないかと思います。

あと一つは感想ですけれども、#8000番に関しては、実際に協力している先生から、「自分はこのように協力していて、頑張っている」といった生の声を聞くと、先ほどの口コミではないですけれども、顔が見えるというか、こういうふうにいるんな方たちが頑張っているのだということが見えてくるので、広報の際に、そういう生の声が伝わるような工夫もあつたらいいのかなと思いました。

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、斐構成員、どうぞ。

○斐構成員 ありがとうございます。

先ほど渋谷副座長が御説明いただいたとおりなのですが、懇談会の議論で、最後にデーモン閣下がこれはゴールではない、スタートであるということ非常に強調されておられました。この宣言が発表された当日と翌日にはかなりニュースでもウェブでも取り上げら

れました。ただ、今日になると、かなり収束してしまっている。そういった意味では、まさにここにおられる委員の先生方は情報発信力の非常に強い方々が集まっていると思われます。となりますと、この宣言をぜひ皆様のお力でこれから盛り上げていていただきたいと思っております。せっかくいいことをつくったのですけれども、それが埋もれてしまうのは、ここにかかわった人間としてあまりにももったいないなと思っておりますので、ぜひここはお願いさせていただきたいと思っております。

○岩村座長 では、渋谷構成員、どうぞ。

○渋谷副座長 最後に一言です。前回もこの働き方の中で、検討会として方向性を出すのですけれども、例えば行政が何をすべきか、医療提供体制は何をすべきか、国民は何を考えるか、あるいは企業、市民社会というのはどうすべきか、そうしたアイテムというのでも少し議論するという議論があったと思うのですが、アクションオリエンテッドな方向性というものを出すとともに、今回は5つの方策としてある程度の方向性を出す。その両方が必要であって、先ほど豊田さんのほうから既存の中でまだ知られていないものをどう広めるか。そして既存で限界があるものを次にどうつなげるか。そしてその先をどうするか。その3つがないと、どうも手前のような議論で終わって、そして現状維持に走る。

赤星さんは多分きょう疲れて来ていないと思うのですが、あるいは休みがとれない。でも、それが現実なのです。だって、1人減ってしまったのですから。1年前に中間報告が出て、終わった後、彼に楽になりましたかと聞いたら、いや、全然楽になっていません。彼のような人の声を聞いて、それに対してどう応えるかということをしていかないと、変わらないのです。だから、これは一過性で、デーモンコミッションで、デーモンさんが発表したから、ニュースに出て、はい、終わりではなくて、これは今回のメンバーに何度も聞きました。彼らはこれを注視して、発信力のある人たちですから、これをコミットして見ていく。そうしてそれを少しずつでもいいから広めていく。それしかないのです。

ですから、先ほど裏先生がおっしゃったように、ぜひここにいる皆さんの力をかりたいと思いますし、それぞれのステークホルダーができることをやっていく。それが総力戦の意味であって、今、後ろに座っているメディアの方々もそうした力があるので、本当に協力をお願いしたいなと思っております。

最後に、そんなくもせず、予定調和のないメンバーに最後までつき合ってくださいました事務局には本当に感謝をしたいと思います。ありがとうございました。

○岩村座長 ありがとうございます。

大体このあたりでよろしいですか。では、岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 どうしても医療のことになると、提供サイド、患者さん、それに介在する保険者団体というのがあるのです。一番根幹を担っているのはこの部分ではないかと以前から思っているのですが、渋谷先生にちょっとお聞きしたいのですが、この要綱の中に保険団体を示唆するようなところはいかがでしょうか。

○渋谷副座長 実際に資料の3ページ目を見ていただきますと、健保組合というものも来

ていただいて、取り組みについて伺いました。実際にさまざまな広報活動をやっているのですけれども、メンバーの中から、健保組合はデータをきちんととって、それに対して企業はどのような行動をしているか、そうしたものをきちんと示していく必要があると。ですから、10ページの「民間企業のアクションの例」の中に込めた思いとしては、まさに健康経営とか、経営の柱にするもの、7ページ目の「民間企業側の要因」の中には「健診のデータが効果的に活用されていない」とか、健診だけではなくて、そうした健保組合のデータを含めて、もう少しデータを使って近代的な行動変容、広報活動、そうしたものをやっていってください。そしてそれが企業の投資、価値につながって、従業員の健康につながるような。ここの字面からは読みにくいことなのですけれども、そうしたメッセージを込めたつもりであります。

○岡留構成員 わかりました。

○岩村座長 ほかはよろしいでしょうか。

では、この懇談会についての御意見、御質問はここまでとさせていただきたいと思いません。渋谷副座長、ありがとうございました。

それでは、続きまして、事務局のほうで参考資料2を御用意いただいております。人生会議についての資料ということでございますので、事務局のほうから御紹介をいただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

○鈴木地域医療計画課長 それでは、参考資料2に基づきまして御説明をさせていただきます。「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）に関する取組状況」ということとございまして、2ページのところを見ていただきたいのですが、これまで人生の最終段階におけます医療の普及・啓発の在り方に関する検討会を行ってきておりましたが、この中の「主なとりまとめの内容」のところとございまして、人生の最終段階における医療・ケアについて、事前に繰り返し話し合う取組（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）が医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透することが重要であるという結論が出ました。

それにつきまして、これを普及・啓発するときに、リーフレットの作成とか、いわゆる「ACP」という名称がなかなか国民になじみにくいという御指摘もありましたので、この辺を事務局のほうで検討すべきという御意見もいただいたところでございます。

それを踏まえまして、4ページ目をごらんいただければと思います。まず1つは、ACPの普及のためのリーフレットにつきまして、右側にありますようなリーフレットを事務局のほうで作成させていただきまして、これにつきましては、厚生労働省のホームページ、または都道府県、医療・介護団体におきましてこういった活用をいただくよう周知を図ったところでございます。

名称の関係につきましては、最後のページになりますが、8月13日から9月14日の1か月をかけまして、「ACP」の新しい名称を一般公募させていただきました。結果、1,073件の応募がございまして、写真にあります委員の先生方に議論していただきまして、最終的

に愛称が「人生会議」という形で決定されたところでございます。

同時に、この会議におきまして、指定する記念日みたいなものをつくってはどうかというお話もございましたので、「11月30日（いい看取り・看取られ）は『人生会議の日』」ということで、これもあわせて決定をさせていただきます、今、周知を図っているところでございます。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

今の御紹介につきまして、何か御質問あるいは御意見ありますでしょうか。よろしゅうございましょうか。

それでは、議題1はここまでとさせていただきます、議題2「時間外労働規制のあり方について」に進みたいと思います。前回第14回におきまして、第13回までの議論のまとめを骨子案のたたき台ということで、事務局のほうからお示しいただいたところです。そして今回はこの骨子案たたき台の議論の時間が余りとれませんでしたので、きょう御議論をいただければと存じます。

前回第14回の議論につきましては、資料2ということでまとめていただいているところであり、資料1の骨子案たたき台に反映できるものは、それに追記をしていただいているところです。これらをベースにしまして、骨子案、取りまとめに向けました議論を深めていただければと存じます。

まず最初に、事務局から資料についての説明をいただきたいと思いますので、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。事務局でございます。

議事の途中でございましたが、机上の青いファイル、それから前回の17日の資料を配付させていただきました。若干準備不足でばたばたしましたことをおわび申し上げます。

資料1と2ですけれども、まず資料2のほうからごらんいただければと思います。おととい第14回の議論ですが、骨子案たたき台としてお示ししたものの柱立てに沿って御議論のまとめをさせていただきました。間の日数があいておりませんでしたので、構成員の皆様様の御確認をいただくこともできず、そういう意味では未定稿という位置づけでお許しいただければと思っております。

全体的に御意見をまとめさせていただいておりますが、斜め字にしているものがございます。14回の議論のまとめの中から、資料1にできるだけ溶け込ませられるものは反映しておりますが、御質問や図の修正、あるいはまだ深まっていないと思われるような点につきましては反映できておりませんので、その部分を斜め字にさせていただきます。冒頭、医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方のところですが、ここは本日のかかり方の関係、先ほどの議事でもございましたが、現場へのメッセージとなる取りまとめとしていくべきでありますとか、医師の大変さを受けとめて、大変な医療を国民全体で守っていく、そしてかかり方についても触れていく、国民の視点、医療者の視点等々、こうい

う御指摘がございました。これらについては引き続き御議論を深めていただいて、骨子案たたき台のほうも修正をしていきたいと思っております。

この関連で、医療の特性・医師の特殊性については、11月の御議論を中心にまとめたものが資料1のほうに既に入っておりますけれども、これについて表現の適正化、「自由意思」という部分について修正すべきという御意見もいただいたところでございます。

2ページをごらんください。章立てとしましては2つ目ですけれども、今後目指していく医療の姿の部分で、前回看護師の特定行為研修制度のパッケージ化について御報告を申し上げます。これについては評価、期待の御意見を多くいただいた上で、個別論点の御指摘としまして、実際の導入を想定した制度設計について、具体的なものをいろいろいただいたところでございます。

この関連で、タスク・シフティングの推進に向けて、現行の資格制度を前提とせず今後の検討を行っていくべきという御指摘もいただきましたし、一方で、医師の働き方改革のために資格制度を検討することへの御疑問というものもいただいたかと思えます。

3ページは、制度上の論点ということですが、前々回お示ししました時間外労働規制についての事務局案に重ねまして、前回健康確保措置の部分について追加的な御提案もいたしまして、御議論をいただきました。

これら事務局案をまとめてということでの御意見だと思えますが、まずA、B、Cという骨格を3つお示ししております。これにつきまして、枠組み自体にまだ違和感があり、賛同できないという御意見でありますとか、若手の先生方からは、若手医師の働き方がこれで本当に変わっていくのかという観点から、タスク・シフティングの義務化でありますとか、偏在対策、機能分化・連携、そういったものをしっかり取り組むこと、あるいは進捗状況の見える化というものが必須ではないかということがあったかと思えます。

健康確保措置の義務化については、法改正が必要ではないかといった御指摘。

また、一医療機関だけでは解決できない問題も多いといったこともあったかと思えます。

真ん中ほど「Aについて」。これは達成を目指す水準というところですが、これについては健康確保措置が努力義務でいいのかという趣旨の御意見をいただいたかと思えます。

その下「Bについて」。これは経過措置の部分ですけれども、上限時間数については、5年の努力の後の水準として、一般則に近づけるということ。一方で、医療を成り立たせるという裏づけが必要だということ。労災認定基準に当たるような水準は認められないという御意見。

一方で、健康確保措置を義務化するならば、この上限時間数についてはかなり高くして、柔軟性を持たせる必要がある。こういった御意見もいただいたかと思えます。

いずれにしても、これは一時的な措置だということであれば、何年かけて達成を目指す水準に行くのかということを示すべき。あるいは経過措置の医療機関に対する支援の取り組みを強力に進めるべき。こういったことも改めてあったかと思えます。

こういう経過措置対象に対する医師確保の課題、かえってしにくくなるのではないかと

いう御懸念もいただきました。

Cは、技能向上のためのという枠組みの部分です。本来技術の習得というのは業務時間内に行われるべきだという御意見。本人の申し出というところについては、前々回も御懸念をいろいろいただいておりますが、申し出た本人の健康が十分に確保できるなら認めるとすべきではないかといった御意見だったかと思えます。

追加的健康確保措置について。前回御提案した連続勤務時間制限等についてですが、これについては、必要性は御理解いただいた上で、医療機関によっては導入が困難ではないかという御意見。水準を決めただけではなくて、偏在対策、あるいは医師同士のタスク・シェアなどの工夫で遵守できるようにしていくことが必要だという御意見だったかと思えます。

面接指導につきましては、実施する産業医の確保、講習による質の担保。あるいは就業上の措置を講ずることがやむを得ずできないようなところの努力の状況に対する配慮。こういうことも御議論としては出たかと思えます。

以上を踏まえまして、資料1については青字を入れてある部分が修正させていただいた点でございます。重ねてきょう御議論いただければと思っております。

冒頭1ページの総論、基本的な考え方のところは若干の修正をしておりますが、きょうのかかり方の御議論なども踏まえて、もう少し書き込んでいく作業も必要かと思えます。総論的にこの部分に入れておくべき要素につきましては、御意見を頂戴できればと思えます。

2ページをごらんいただきますと、青字の部分が上から3つ目の○の一番最後の小さなポツでございます。これは研さんを自由意思で行うという部分について、いただいた御意見を踏まえて表現を直させていただいたものでございます。

3ページです。上から3つ目の○、医師の労働時間短縮の具体的方向性の中で、上限規制の枠組みの御議論の中では、医師偏在対策の重要性ということも繰り返し出てきておりますので、この部分に入れさせていただきました。

その次の着実に進めていくための効率化等々の取り組みとその実効的な支援策であります。小さなポツで幾つか追記をさせていただきました。前回御報告をしました特定行為研修制度についての御説明と、それについては個別論点を整理した上で、円滑な実施が強く期待されるというふうにまとめさせていただきました。

これに伴うタスク・シフティングの推進に向けた資格制度の論点につきましては、先ほど御紹介したものと同一文章を入れさせていただいております。

おめくりいただいて、4ページのほうです。これは前回御報告をさせていただいた診断書の簡素化の部分についても御紹介を入れてございます。

5ページからであります。制度上の論点としまして、前回も御提案しております事務局案であります。1点、上から3行目のところですが、前回事務局がこの作業をする際にミスがございまして、月当たりの上限「△△△時間」というところですが、例外ありとい

うものが一番上のAの○にだけ入っておりまして、B、Cのところに記述が抜けておりました。12月5日に御提案をしたときには全て例外があり得るということで御提案しておりましたので、その部分、Aのところに「以下同じ」と書かせていただいております。申しわけありません。

一番下の○「(A)については」というところで、努力義務である健康確保措置であれば、適用要件にならないのではないかと御意見もありましたので、若干の表現の適正化をさせていただいております。また、具体的な①から③の追加的健康確保措置の内容につきましては、事務局から御提案した内容を上書きさせていただきました。

これにつきまして、6ページ以降、先ほど御紹介いただいた御意見を青字で各所に入れさせていただいております。6ページ一番下のところは、タスク・シフト等々の取り組みを必須にするということが必要ではないか。あるいは次のページに行きまして、健康確保措置の義務化等についての法改正の必要性。あるいは達成を目指す水準について、健康確保措置の義務づけの程度について検討すべきといったこと。それから経過措置の部分については、上限時間数にかかる2つの方向性の御意見でございました。

8ページをごらんいただきまして、追加的健康確保措置については、連続勤務時間制限等についての導入に対する懸念。面接指導の実効性確保のそれぞれの論点。先ほど御紹介したものを追記させていただいております。

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、資料1、資料2と、今の事務局からの説明につきまして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。では、福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 2の労働時間管理の適正化のところのチーム医療の段です。前回の議論の中でNP等の話があったときに、現行資格制度を前提とせずにといった話はなかったのではないかと記憶しております。現行資格制度を前提とした議論を進めつつも、将来に向けてNP等の制度を含めた検討をいただきたいと発言したつもりでございましたので、このような書き方をされてしまうと、全く現行資格制度を前提としない議論という捉え方をされてしまうのではないかとと思ひまして、そこは修正をいただきたいと思ひます。

○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、戎構成員、どうぞ。

○戎構成員 ありがとうございます。

私のほうからは御意見になります。この場は医師の働き方改革を検討する会であることは私も重々承知の上で、ただ、先ほど渋谷副座長もおっしゃられたように、その最終目的というのは今ある人材資源の中で、医療を受ける方々のためにどうやって医療現場を改革できるかということをお前提に御意見させていただきたいと思ひます。

一昨日前に私のほうからもお話しさせていただいた内容も含めまして、チーム医療の推進に関してタスク・シフト、シェアという点において、現行のものだったり、新しい特定

行為研修のパッケージ化については、医療を受ける方々にとっての必要性と利点という結果を期待してということであれば、時代の変化に伴ってそのニーズに合わせて私たちが取り組んでいかななくてはいけないことだと考えております。

看護師は、メディカルスタッフの中ではn数として多いということと、患者さんに近い存在であること、多職種との関係性の構築をしやすいという利点もあってだと思っておりますが、医療の質を担保するという観点から、医師の方々からも役割拡大については期待されているということに関しては、看護師の役割としては非常に喜ばしいことではないかと考えております。

現在医師の働き方改革はもちろん同様に必要なのですけれども、それに伴って、医療現場で働いている皆さんの働き方の改革。もちろん看護師の働き方の改革も必要になってくると思います。そうでなければ、こちらで期待していただいているような業務拡大という形にはなかなか持っていけないところでもあります。

その中で、一昨日御意見いただいたように、特定行為研修修了の看護師を雇用するための人件費に関する支援だったり、研修を受けるための看護師へのインセンティブだったり、そういったところの御考慮をいただきたいと思っております。

今回の特定行為研修、看護師に向けてというものは、医療現場の看護師にフォーカスをされてつくられているものではあります。本当の意味でタスク・シフト、シェアをしていかなければならないというのであれば、医療現場には看護師以外にも薬剤師、臨床工学技士、理学療法士、私がここでお伝えできないほどの職種がおりますので、そちらの方々も仕事のタスクをオーバーラップして行っていただけるような、具体的な役割の見直しというの国の方から提示して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、渋谷副座長、お願いいたします。

○渋谷副座長 今のお二人の意見に非常に賛同するのですけれども、資料2の2ページ目「タスク・シフティングの推進に向けて、現行資格制度を前提とせずに今後の検討を行っていくべきとの指摘があった一方で、医師の働き方改革のために資格制度を検討することへの疑問も示された」。これは前回の議論、本当にまとまったものなのでしょうか。

僕の記憶の限りでは、戎さんがおっしゃられた、目の前の患者さんを救うために、医師の指示がないから、どうしようかとちゅうちょしている現場の声というのがあったわけです。豊田さんは、医療界が本気で例えばNPOを含めタスク・シフトをやるなら、国民や患者も協力するはずだと確信を得たとおっしゃいましたね。そして、きょう来ていない赤星先生から、中間整理を出されて1年たつが、自分の働き方は変わっていません、もっと厳しくなっているという声。何でそういう声がここに反映されていないのですか。こういう重要な意見をあえて入れないというのは意図的なのですか。事務局に聞きたいのですけれども。いかがでしょうか。



○岩村座長 では、事務局のほうでお願いします。課長、お願いします。

○北波総務課長 おとついの意見というものをつづめれば、両論あったということをごささせさせていただいたということをごさしますので、特に意図的な編集をしているというわけではごさしません。

○渋谷副座長 では、厚労省はどこを向いているのかということになるわけですね。ここにいる有識者の中で誰の意見を尊重するのか。やはり現場の声なのではないでしょうか。もちろん、団体とか経営者の声は大事ですよ。でも、今、している議論はそんなことでなくて、まさに医療のかかり方。僕が最初に発言しましたね。今、医療は危機にあるのだ、これは国民全体で考える問題だと。それをあえて伝えたのは、こういうことの原因ですよ。医療の危機をどうしたらいいのか。そして国民に安全・安心な医療をどう提供するかどうかというメッセージをここから出さない限り、結局、何も変わらないのではないかとメッセージを与えるしかない。

このままだと病院経営が成り立ちませんとか、NPOをつくと取り分が減るとか、そういうせこい話をしているのではなくて、現場の医師とか、コメディカルとか、患者の声を取り上げて、それを政策に結びつけるプロセスが必要だと。両論併記と言うのであれば、それもちゃんと取り込むべきではないでしょうか。

今しているのは、もちろん今の制度の中で何ができるか、現行法で何ができるか、最大限努力しているのはわかるのですけれども、前回は繰り返し申し上げたのですが、この先、赤星先生のことばかり申し上げて申しわけないのですけれども、彼がこの先この分野でやっていき、燃え尽きたくない。彼は燃え尽きないで本当に必死にやっていますよ。その声を取り上げないで、何が行政なのかと思いますよ。何がここにいる人たちの総意なのかと思いますよ。僕は言う立場ではないかもしれないけれども、でも、あえて言わせていただくのは、このまともにそうした態度があらわれているのですよ。

それを取り上げて、そして政策として。これは調整が面倒くさいですよ。でも、あえて書いてその先につなげるという方向性を示さないと、何も変わらないということ、メッセージを与えかねない。だから、それをちゃんと取り上げてほしいです。それを真剣に議論してほしいと願っています。難しいかもしれないけれども、あえてその方向性は出さないと、将来ある若い人たちとか現場は疲弊するだけだ。それを僕はかかり方の検討会からこちらに伝えたかったわけですよ。それをやることを国民は嫌がらないですよ。だって、医療が崩壊して、現場の医師が疲弊していたら、困るのは自分たちですから。その声を無視して、調整が面倒くさいからとか、両論併記だからとか。でも、これは全然両論併記ではないではないですか。現場の声が入っていないではないですか。そこを本当にお願ひします。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、先ほど今村構成員からお手が挙がっていましたので。

○今村構成員 ありがとうございます。

資料1の3ページの「医師の労働時間の短縮のために」ということで、「医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師双方の意識改革）」ということが書いてあります。お医者さんにも健康に働いていただくという意識を持っていただくということはすごく大事なことだと思うのですが、今、企業でもそうですけれども、トップの意識が変わらないと現場は変わらない。恐らくどんな仕組みをつくっても、医療機関のトップがきちんとした対応がとれなければ、何も変わらないと思っているのです。だから、ここに言葉として「管理者」と一言で書いてあるのですが、本当に管理者の先生方がそういう思いを持ってやっていただくためには、どういうことを仕組みの中に組み込むかというのはすごく大事だと思っています。

余り個別の先生の例を挙げたくないのですが、実際に今、厳しい環境の中で働いている先生がもしいるとしたら、では、現行の労働安全衛生として守られているのか。働く医師を孤立させるので働けなくなってしまう。だから、トップが働いている先生の一人一人の思いに添えていくという姿勢こそが大事だと思っているので、ぜひそのことに触れていただければありがたいなと思っています。

それから、渋谷先生に非常に厳しく反応されてしまっているのも、あえて述べさせていただくと、この会は非常に限られた2年の中で、労働時間をどうするかということをもっと決めなければいけないというのは、大きなミッションとして多分あるのだと思います。その中で、先ほど戎さんからのお話があったのですが、現行の資格を持っている人たちが本当にその役割を果たしているかどうか。

例えば薬剤師さんの話はすごく大事だと思っています。実は薬剤師さんというのは、日本の中で物すごく数が多いのに、本当に必要とされている病院薬剤師さんの数は少ない。これは待遇の問題とかさまざまな課題があって、厚労省の保険局の中でも中医協で薬剤師の働き方改革という話が出たときに、それは調剤薬局の話であって、病院薬剤師さんの話ではないわけです。だから、病院の中の薬剤師さんが本当に機能を発揮できるような仕組みが大事だと。

ほかの職種についても、チーム医療の中でどれだけみんなが自分のことができるかということを考えていただくことはすごく大事なことだと思っていて、現行の資格を持っている人たちの中で、まずはやるべきことを議論していただきたいなということが思いとしてあります。

それを踏まえて、渋谷先生がおっしゃるように、将来的にはそういう人たちも必要なのではないかという議論は、別途違う場所でやることなのかもしれない。ただ、その方向性を見せてほしいというお話なのだと思うのですが、そこまで議論が踏み込んでしまうと、今やるべきことがなかなかまとまらないのではないかと持っているということだけ御理解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。

ほかにはいかがでしょうか。では、森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 前回は質問しましたが、前回示された資料2-1の3つの表で、「達成を目指す水準」と、地域医療確保の観点から経過措置を検討するもの、あるいは医療の質の維持・向上の観点から「達成を目指す水準」を上回る水準として設定するものの提案がありました。この案の中で、「達成をめざす水準」以外の特例については、対象医療機関の限定や年齢的な規制などを入れる予定があるのでしょうか。そのような点について共有化ができておらず、考え方を示してほしいと前回お話をしましたので、改めてお聞かせいただければと思います。また、例えば医療の質の維持・向上の観点から達成をめざす水準より高い別の水準の対象に研修医は該当するのでしょうか。具体的なイメージについて教えていただきたいというのが1点目です。

2点目は、資料2の10ページ、勤務間インターバルの関係です。導入は困難な面もあるとの意見も確かだと思いますが、前回は申し上げた通り、この表の例示の通り、9時間のインターバルを入れたとしても時間外勤務を月160時間行うことができ、通常の勤務時間を入れると、月当たり400時間を超える勤務も可能です。この間、最低6時間睡眠をとれる体制をとる必要があるとのヒアリング報告を受けたことなども踏まえると、工夫しながら勤務間インターバルを確実に入れていくことは必要だという意見も申し上げました。この意見も入れていただきたいと思います。

3点目は、前回法改正の関係の質問があったのですが、法改正の関係です。私の管轄では、医師の中でも公務員もいて、法律の適用関係が若干異なる人間もおりまして、そのあたりも含めて規制がかかるような形で考えているかどうか。この3点についてお伺いしたいと思います。

○岩村座長 では、事務局のほうからお答えをお願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

1点目ですけれども、前回は御指摘いただいたところでありまして、B、Cの類型の対象医療機関の特定、あるいは特にCのほうについては年齢的な、例えば研修医なのかとか、そういったところの具体的なイメージをとということではありますが、これについては、申しわけありませんが事務局からはまだ御提案をできていない状況でして、前回、おととい御指摘をいただいたのですけれども、本日には御準備ができなかったということで、御理解いただきたいと思います。ただ、当然御議論いただかないと全体の議論が深まっていけない部分だと思いますので、今後早急に準備をいたしたいと考えております。これが1点目でございます。

2点目のインターバルのところですが、申しわけありませんが前回の森本構成員の御意見を十分に踏まえた修正に今回できておりませんでしたので、インターバルを確実に入れるのは必要だということで、記載を追記させていただきたいと思います。

最後の法改正の関係で、公務員も適用関係として異なるけれども、どうかということではありますが、仮に医療のあり方ということであれば、運営主体が官か民かといったところは余り関係がない部分でありまして、そういうことで公務員の部分にも当然

及んでいくような規制のあり方を考えるのではないかと考えております。

以上でございます。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

○森本構成員 はい。

○岩村座長 ほかにはいかがでございましょう。それでは、鶴田構成員、城守構成員というところでお願いします。

○鶴田構成員 3ページの中ほど「その上で、医師の労働時間短縮のために」の部分です。1つは、「地域医療提供体制における機能分化・連携の推進」と書いてあるので、いいのですが、これをどの程度書くかが大事だと思います。その上のポツのタスク・シフトのことから言いますと、基本的に私は、病院もしくは地域によって全然違って、タスク・シフトが成り立つのは、同じ数の患者さんがその病院に例えば5,000人来て、その中でタスク・シフトすると、医師の労働時間は減少すると思うのですが、タスク・シフトした分だけ患者さんが来れば、医師の労働時間は変わらないという状況が実際あります。

私が県立がんセンターの管理部門にいるときに、乳腺外科等は夜の10時ぐらいまで働いていて、それを7時にはやめるようにしました。それはなぜかということ、事務部門とかほかの部門の職員も働かざるを得ないということから、7時には終わらせるようにしました。その地域の中でどういうふうに連携をとっていくかということ具体的にはやらないと労働時間の短縮にはつながらない。都市とか地域によってさまざまなので難しいですが、労働時間を短縮する観点で機能分化・連携の推進を具体的に、例示としてもう少し書いてもらいたい。

例えば一人部長の診療科などで、患者さんが来れば必ず診ないといけないとすれば、幾つかの病院が眼科とかで輪番制をとるとか、夜間救急体制をとる、ある時間になったらその医療機関は閉めて、ある特定の病院が、眼科だけではないですが、輪番制で診ていくとか、そういうものも考えないと労働時間の短縮にはつながらない。単なる機能分化・連携の推進と言葉上はこれでいいのですけれども、具体的な例示があったほうが取り組みやすいのかなと思います。この報告書に書くかどうかは別にして、そういうものも検討してもらおうといいのかなと思います。

○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 タスク・シフトに関しては、もちろん医療界もそれを進めていくということに関しては誰も異論はないと思います。ただ、看護師さんの特定行為研修医制度も含めて、一つの医療行為というものに対して、これをシフトすることによって有効性・安全性が担保できるのかということを確認しつつシフトしていくということで、患者さんにとって利すると。そういう考え方でこれはスタートしているわけだと思うのです。

しかし、例えばナースプラクティショナーも含めて、患者さんを全人的に診ていく中において、業務をシフトしていくということになると、それに対しての知識とか技術とか、

そういう研修を考えるとということになると、これは医師、看護師、薬剤師さんもそうですが、そういう形の新たな職種をつくるという話になるわけですから、そうすると、根本的な話が必要になってくると思います。

ですので、将来的な話としては、それは否定するものでもないと思いますが、今、働き方改革のこの流れの中においてそれを明記すべきであるというのは、いかがなものかなと思いますので、そのあたりは御検討していただいたほうがよいかと思います。

以上です。

○岩村座長 では、渋谷副座長。

○渋谷副座長 何度も申し上げますけれども、僕は、今回特定の包括、プライマリ部分での推進、在宅においても推進というのはすばらしいと思うのですが、ただ、新しい資格創設云々、そのための前段階の議論というのは、方向性を示した後でやるべきことでありますし、前回猪俣さんもおっしゃっていましたが、もちろん今の時間外の規制においても、目標、達成すべき水準をちゃんと明確にして、特例があると。それはまさにここで話す部分だと思うのですが、ただ、特例を設けることはやむを得ないとしても、きちんとタスク・シフトをしたり、偏在対策をしたり、医療機関の機能の集約化。救急とかにおいても、外科においても小さい病院がばらばらあるから、医者がいろいろ分散して、スケールメリットはないし、効率感がないわけですね。

だから、時間外は大事だと思います。でも、時間外で切ると、医者が足りないという議論はそれとパッケージではないですか。病院の集約化も含め、表裏一体なわけですよ。そしてそこに専門医制度とか地域医療構想、いろいろかかってくるわけです。もちろん、今、需給・偏在の分科会があるし、専門医のものもあるし、機能の集約化とかあると思うのです。でも、そうしたものの議論というのは、働き方改革という観点から入れ込まないと。なぜなら、働き方改革は時間だけれども、時間外規制というのは結果であって、目的ではないわけです。その前段階の部分の議論というものをパラレルに入れないと、ここだけ特出しをすると、病院経営の先生方が病院経営が成り立たないと言うのは、そのとおりだと思いますよ。だから、それは議論に乗せない、やはり一方向からの議論になるとしか思えないですし、それは今はできないからやらないというメッセージは、現場の先生方に本当にネガティブなメッセージを与えるしかならないと思います。結局、何も変わらない。疲弊して、みんな燃え尽きていく。

赤星先生はきょうも来たかったですけれども、患者さんを診ていて来られない。暇がない。ここにいらっしゃる方は暇人かどうか知らないですけども、こういう暇を持っている。でも、そういう人たちの声でなくて、今、現場で寝ないで頑張っている人の声を上げないで働き方改革なんか起こるわけがないのですよ。そこはわかってほしいです。

その中で現状と、これの政治的な動きとか、いろんな団体の思惑もあるかもしれないけれども、ここに来なかった赤星さんの世代は今、何をやっているか、よく考えてほしいですよ。その人たちにどう報いるか。それを今できないからでなくて、ポジショントークで

なくて、同僚、一緒に働いているお医者さんの一員として見守ってあげて、その人たちに希望を与えるような方向性をぜひ出していただければと思っております。

そのために今、議論していると思う。よくわかるのですが、それはここで議論することではないと。まさにここでそういうものを出さない限り、本当の働き方改革のメッセージにはならないのではないかと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 先ほど今村構成員がちょっとおっしゃった管理者の意識改革は、非常に重要なポイントだと思います。病院を運営する立場の人間がそこを考えなければいけない。しかも、以前申し上げたことがあります。戦後の長い医療制度の整備・改革の中で、初めて医者個人の働き方というところにスポットライトが当てられたので、この機会を逃すべきではないと考えます。

ただ、一方で、病院を経営している立場からすると、どう考えたって経費はふえます。この不安は物すごく大きい。しかも、現在の医療経済の中で、病院の経営というのは特に厳しい状態に置かれています。まして、消費税もあのような形で決着してしまうと、この先どんなことが起こるのか、非常に不安が強い。

例えば大学病院の場合には、特定行為研修の研修をかなりのスピードで、かなりの規模はやらなければいけないとなると、これによって起こる医者の負担、あるいは経済的負担、不安も非常に大きいわけであります。そういう品のないことをこの場で言うてはいけないうとと言われてしまうかもしれないですが、やはりこの経済的な問題は絶対避けて通れないし、現場の先生方もそうだし、それを預かる我々経営者も非常に不安でしょうがない。ここでいろいろ書いてある改革を確実に推し進めるための経済的な支援、経済的なバックアップは必ずやりますよということをぜひ入れていただかないと、いいことがいっぱい書いてあるけれども、いや、僕らは本当にそれをできるのかというところの不安を払拭する、そのような方向性もぜひ打ち出していきたいと思えます。品のないことを申し上げて申しわけありませんが、よろしく願いいたします。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、馬場構成員、斐構成員、村上構成員という順番でお願いいたします。では、馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 前回28時間の連続勤務時間制限とか、9時間のインターバル制限、当直明けは18時間ですけれども、これはかなり厳しいと述べさせていただきました。これを病院団体に持ち帰りまして話し合いました。やはりかなり厳しいという意見が大勢なのですが、しかし、改革も非常に大事だと思いますので、勤務医の健康確保、勤務環境改善のためには、努力して私たちは受け入れるべきだとおおむね意見をまとめることができました。

ただし、やはり超過勤務時間の経過措置上限が緩やかで、かなり高い水準であることが

必須だと思っております。将来あるべき水準に持っていくことは本当に大事で、当然だと思えますけれども、少なくとも当面は柔軟性を持たせた水準でなければ、地域医療に大混乱をもたらし、結局、国民にとって大きな不利益となる可能性が高いと思えます。ぜひ御配慮いただければと思えます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、裊構成員、どうぞ。

○裊構成員 資料1の3ページ目の中ほどに「地域医療提供体制における機能分化・連携の推進」と書いてございますが、いろいろ地方の病院を回っていると、ミクロのレベルでは努力に限界があるというのは非常に強く感じます。となりますと、マクロのレベルで、先ほど渋谷座長がおっしゃいましたように、機能分化・連携は当然ながら、集約化、再構築、つまり、地域医療提供体制の整備にのっとった、整合性のとれたマクロのところの大きな推進力がないと、ミクロ、経営現場、臨床現場の話で何とかなるような問題ではないと思うのです。ですから、大きな両輪をしっかりと回していくような全体像、イメージ図を提示することで、現場も安心するし、経営者も安心するし、何といたって患者さんが安心します。

となりますと、働き方改革が結局、医療の現場の改革でなくて改悪になってしまうと、これは元も子もない話でございます。となりますと、マクロをしっかりと整えてから、そしてミクロで足りないところを補っていく。そういう設計図をいま一度確認したほうがよろしいかなと思っております。

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、村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。幾つか意見と質問をさせていただければと思えます。

1点目は、渋谷副座長が冒頭におっしゃっていた御意見に賛同します。本日の資料1の6ページが前回の検討会で赤星構成員がおっしゃっていた意見であると思えます。結論においてはこういうことをおっしゃっていたのですが、その前段として、A、B、Cという案では、自分たちの働き方は変わらないのではないかという懸念をおっしゃっておりましたので、その点を記載していくべきであると思えます。危機感を共有していくべきという冒頭の御発言もありまして、現状維持ではなくて、医師の働き方を変えていく方向性であることを示していくことが必要であると思えます。

2点目は、以上のこと踏まえますと、総論の部分で書いてあるのかもしれませんが、地域医療の確保と医師の健康確保を、天秤にかけるのではなくて、両立させなくてはならず、両方大事であることを書いていただきたいと思います。

3点目に、今村先生からも山本先生からも医療機関のトップの考え方や意識改革が重要という御指摘がありまして、それもそのとおりであると思えました。しかしトップだけで

なく、医師の皆さん方も当事者として病院の働き方について一緒に考えていくために、集団的労使関係というものも必要なアイテムですので、記載をしていただきたいと思います。

4点目は意見です。この議論に際しまして、ネット上での、現場の若い先生方の書き込みなどを拝見していると、上限規制をするだけでは働き方が変わらないのではないかと、いう不安感や、仕事量をどのように減らしていくのか、人をふやしてもらわないと回らないのではないかなどの御意見がたくさんあります。そのような不安感にどのように応えていくかも重要だと思っております。その観点から言いますと、一部報道では特例として時間外労働の上限について年間1,920時間という数字が出されておりますが、考えてみますと、一般のフルタイム労働者の年間の総実労働時間は2,000時間です。その倍近くになることを踏まえて慎重に検討していかなければならないということ意見をとして申し上げておきたいと思えます。

5点目は事務局に質問です。資料1の5ページで、AもBもCも健康確保措置として医師の面接指導が書かれております。言葉尻を捉えてしまって申しわけありませんが、「就業上の措置を講ずることとしていること」が義務になっているのですが、これは「講ずること」ではなくて、「講ずることとしていること」なののでしょうか。実際講じなくてはならない義務ではないかと思えますので、ここの書きぶりについて疑問があります。

6点目は、就業の措置として図のほうでは「ドクターストップ」と書いてありますが、資料1の本文では、「労働時間の短縮や当直回数の減等」のみであり、これらは必ずしもドクターストップになっているのでしょうか。ドクターストップとするのであれば、もう少しほかの措置はないのでしょうか。

7点目は、事務局案の時間外労働の上限時間数の△△△時間は、労災認定基準を参考にすると、80時間や100時間という数値が考えられますが、仮に80時間とした場合、既に労働安全衛生法で本人の申し出による医師の面接指導が義務化されております。そのため、これが新たな措置と言い得るのかということころは、どのように考えればいいのかということです。

8点目は、医師の面接指導の対象となる上限時間数を仮に月80時間として、それを上限としつつも、健康確保措置、医師の面接指導があれば超えてもよいということになっていますが、これは上限がなく、面接指導さえすれば何時間でも超えてよいのでしょうか。

最後に、医師の面接指導の結果、必要な就業上の措置がとられない場合は医療機関名を公表などということも書いてありましたが、そもそも要件を満たさないということであれば、特例ではなくて、Aに戻る措置を講ずることとすべきではないでしょうか。おわかりになる範囲で教えていただければと思えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

質問が大分ありましたので、まずそれについて事務局のほうからお答えいただきたいと思います。



○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

1つ目が面接指導の関係で「就業上の措置を講ずることとしていること」となっており、「講ずること」ではないのかということでもあります。時系列で申し上げますと、医療機関で36協定を締結する段階でどの上限が適用されるかということが決まっている必要がありますが、その時点では、個別にA先生、B先生が働いて何時間を超えたので面接指導をしたかどうかというのはまだ発生しておらずわからないため、講ずることとしている仕組みがあるということをもって確認するのではないかと、ということですが

ただ、36協定は最長1年ということで、繰り返されていくと思いますので、実質的に講じていることが確認できないようなところはだめだということになるのだと思いますが、これは最後の点とも関係しまして、健康確保措置をきちんとできていないところについてはAに戻るとのことだと思っておりますが、まずは「講ずることとしていること」によって要件確認をするのではないかと。そういう趣旨で記載をいたしました。ただ、実際に講じていただかないといけないというのは、御指摘のとおりであります。

2点目、就業上の措置、図のほうでは「ドクターストップ」と確かに記載してございまして、文章のほうでは「労働時間の減」とか「当直回数の減」とか、そういう書き方になっています。基本的に図のほうを簡単にしてしまったのでありますが、趣旨としては同じものでして、労働時間の減とか当直回数を減らすということ以上に、すぐ出勤停止という大変ですが、一旦お休みしていただかないといけないという状況であれば、そういうことも実際にあるかと思っておりますので、それは現在例示をしていないということで御理解いただければと思います。

3点目の80時間超えの、既にある労働安全衛生法の申し出た場合の面接指導との関係ですが、これまでいただいてきた御議論ですと、まず面接指導によっては、きちんと睡眠がとれているかどうかを確認したほうがいいのではないかとか、そういう御議論だったかと思っておりますし、その方法についてはさまざまな医学的検査の機械などについても、これは11月の谷川参考人からプレゼンいただいた中でもお示ししていただいたものがございまして、そういう意味では、一般的な面接指導のスキームよりも中身的にかなり追加があるのではないかと考えています。具体的な方法論をどうするかというところは、御議論をまだいただいていないところでもありますけれども、上乘せになるのではないかと考えております。

4点目ですけれども、面接指導を行った場合に、月の△△△時間というところを超えて、その後何時間でもよいのかということにつきましては、事務局としては、月当たりというところを例えば二段階にするとか、そういう案は御提案していないわけではありますが、月について、年間のような絶対の上限ラインがあるべきだということでありましたら、ぜひそういう御議論を頂戴したいと思っております。

公表のところは、先ほど申し上げることが基本でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、猪俣構成員が先ほどからお手を挙げていましたので、どうぞ。

○猪俣構成員 資料1の3ページ「労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性」において「ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善」と記載がありますが、果たして病院単位でこういったICTの活用を今後すぐにできるのでしょうか。ICTの技術活用を具体的にどうやればいいのかわからないとか、初期の導入コストが高くかかり、実際には導入できないなど非常に心配です。

最近ではIoTや、その医療版のIoMT、人工知能、ビッグデータなど広く普及してきたと思いますが、いまだに病院においてはなかなか導入まで至っていないと思います。特に病院では安全性というものが非常に重視されますので、ほかの安全が重視される業界、例えば航空業界とか運送業界とか、その他安全性が非常に重要視される業界などのICT導入のベストプラクティスをぜひ病院の活用事例にも落とし込んでいただいて、普及していただくようなことが必要ではないかと思います。

また、医療におけるこういったICTの活用などの産官学連携を国として広くブーストしていただいて、ガソリンと電気が組み合わさったハイブリッド車が出たように、ぜひ我々医師と人工知能(AI)が組み合わさることで効率化ができるようなICTの普及を推進していただければと思います。

以上になります。

○岩村座長 ありがとうございます。

島田構成員からお手が挙がっていますので、どうぞ。

○島田構成員 ありがとうございます。

先ほど今村構成員がおっしゃった管理者、トップの意識が非常に重要だということは、民間の労働時間短縮の状況を踏まえても大変重要な御指摘だと理解しております。加えて、村上構成員からのそこに労使を絡ませて検討していくべきだということも、全体として労働時間等改善委員会の活用という方向性とも絡めて非常に重要な御指摘だと受けとめております。

前回、いつまでに達成すべき水準に全体が行くのかという御議論もあった中で、2ページの「強力に進めていく具体的方向性」あるいは制度上の論点双方に、具体的な計画を労使で立てて、いわばPDCAサイクルを回していけるような運営上の仕組みを入れ込んでいただきたいというのが私の要望でございます。そこはぜひやっていただきたい。

それから、今、御発言のあった猪俣構成員の御指摘は大変重要な御指摘で、以前、そういう点に関して相当な初期費用がかかるので、この点については補助金を含めた措置ということがどうしても必要なのではないかという発言をしたかと思うのですが、どういう形で踏み込めるかわかりませんが、その点も御配慮いただければと思います。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

中島構成員、今村構成員、片岡構成員、三島構成員、その順番でお願いします。では、

中島構成員、どうぞ。

○中島構成員 私のほうからは2点お願いします。

1つは資料1の3ページ、3つ目の○の「地域医療提供体制における機能分化・連携の推進」のところですか。「連携の推進」のところ「医療情報の整理と共有化」というところを入れていただけたらどうかと思います。先生方の最初のころの御意見で、情報の共有が非常に手間がかかる、働き方として大きな問題になっているというのがありましたので、ここでできれば大なたを振るっていただいて、マイナンバーを入力すれば、全ての情報が医療も福祉も共有できるような日本になっていただけるといいなと常日ごろ思っています。

もう一つは、前回参加できなくて申しわけなかったのですが、私のほうからもNPについて一言お願いしたいと思います。NPについてはこの検討会の大分初期のころに戎検討委員等から発表がありまして、NPのすばらしさ、特に急性期におけるすばらしさについては、委員の皆様が賛同されたと思っており今回この骨子案には載せていただく必要があると考えます。特定行為のパッケージ化はすばらしいのですけれども、やはり大学院に行って2年間学んでから現場に出てくるNPの方とはレベルが違うというところ。もう一つは、今後医師数の不足で医療の集約化がされた場合に、残ったほうの地域で例えば診療所に医師が1人もいないような地域が今後あると思います。現在すでにそういった地域に訪問しております。

そういうときに、例えば集約化されて立派な病院があるのはすばらしいのですけれども、例えば、うちのばあちゃんが転んで皮がべろんとめくってしまったというぐらいでそんな大きな病院に受診するのは非常に時間も無駄ですし、病院のほうもそれくらいは地域でやってほしいと思われると思うのです。そういうときに、例えば診療所に医師が週に3日派遣されて、残りの3日はNPがいるなどという地域ができれば、NPがちょっと診ていただいて、プレ診断をしていただいて、そこで簡単な処置もしていただけたら、今後いいかなと思います。将来の高齢化や人口減少を見据えていくと、今のうちからNPは準備しておくといいのかなと個人的に思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 先ほど病院の管理者のお話を申し上げて、何人かの委員の先生方も御賛同いただいて、大変ありがたいなと思いますが、管理者の方たちは管理者の方たちとして孤立していて、何をしたいかわからないというケースもあるかと思います。地域の中でそういった病院を運営していく方たちをどうやって支援していくのかというのはすごく大事だと。これはもともと勤務環境改善支援センター、医療の中で設けられているセンターですけれども、何度も申し上げますが、残念ながら機能が十分でない、財政的な支援もないという中で、先ほどからお話が合った機能分化であるとか、地域の中のさまざまな取り

組みをきちんとアドバイス、第三者的にできるという仕組みは絶対に必要なのではないかと。つまり、医師を孤立させるのと同様に、病院を孤立させてしまっていけないと思いますので、ぜひそういった第三者的な機能を考えていただければありがたいなと思っています。

それから、猪俣構成員あるいは島田先生もおっしゃった財政的な支援。ここでも改革するには支援が要するという話なのですが、まさしく今、予算を議論している中で、電子カルテとかICT化について、財務省も相当御理解をいただいたのだと。我々も非常に強くしていましたけれども、かなりの財政的な支援がされるという話がありますし、それから税制の中でも働き方改革とか、医療機能分化・連携のための税制ということで、従来認められていなかった税制もどうもできると聞いています。こういったものをきちんと活用できるようにすることも第三者的なアドバイスがあつて。いろんな仕組みがあるのに、それを知らないままいるということがよくあるのだと思います。だから、それをきっちりと知らせていくということが非常に重要なのではないかとということで、情報提供という形でお話を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、三島構成員、どうぞ。

○三島構成員 ありがとうございます。

皆様方の意見に追加することとして、一つは、特例の措置の中で患者さんのために技能を上げたいと思っている医師が、本当に研さんに集中できるような業務の内容になっているのか、そのためにちゃんと働き方改革のタスク・シェア、シフトが進んでいるのか、そしてその前提としての健康確保策がきちんとできているか、研修の質とか勤務の質、健康確保策の仕組みが回っているか、モニタリングというのは、しっかり強調して記載しておく必要があるのではないかと思います。前回も申しましたが、それが形骸化してしまうと、忙しい地域、忙しい診療科をより下げてしまって、診療科偏在とか地域偏在がより悪化してしまう可能性もあるのではないかと考えています。

2点目は、先ほどNPの話もありましたけれども、医療者の世代も徐々にかわってくる中で、若い医師の中で地域チームというものの教育も少しずつ広がってきていますし、多職種の方と協力して患者さんに対して必要な医療をしていくというのは、共通認識としてかなり持ってきているかなと思っています。医師がすべきことは医師が集中して、いろいろな特性を生かした診療をするということ、いい面、より効果的にできるのだよということを、患者さん、一般の方にポジティブな面をしっかり伝えていくということもメッセージの中で大切なのかなと思っています。

上限規制と離れますけれども、資料1の4ページ目「医師の健康確保等勤務環境改善の方向性」の○の2つ目、女性医師が働きやすい勤務環境の記載のところですが、この中で書いてあることはすごく大切なことだと思うのですが、「フルタイム勤務が難しい女性医師が日中のサポートに入ることができれば」というのが、どうやら女性医師はサポートをするというのが主体のような印象を受けてしまって、言わんとしていることは、悪意を持っ

て書いていらっしゃるわけではないと思うのですが、書き方として、女性医師であってもそうでなくても、時間制約がある医師がチームの一員として役割を担って、限られた時間の中でパフォーマンスで評価される、それを可能にする仕組みがビジョンとしては大切なのかなと思いましたので、そのあたりを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、片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

資料1の「(1)なぜ今医師の働き方改革が必要なのか」という一番最初のところですが、渋谷先生からもありましたように、まずはなぜ必要なのかということの前提となるものとして、危機感の共有というのが大事なのではないかと思います。地域医療提供体制と医師の健康確保の両立ということをもっと書くべきではないかという村上構成員の意見もありましたけれども、今の状態というのはどちらもが危機。だから、地域医療提供体制自体もこのままもつのかどうかということがあり、ぎりぎりの状態でやっている地域がたくさんありますし、それから医師のほうもぎりぎりの状態で働いている人が現場では悲鳴を上げているという状況があります。今、どちらも非常に危機的な状況で、何とか持ちこたえているというのが現状です。危機的な状況をどうやって解決するかということが必要で、だから改革が必要なのだということをもっとメッセージとして伝わったほうがいいのではないかと思います。

上限規制ありきではなくという意見もありましたけれども、結局、現場のほうは上限規制をされても仕事は減らない、減るはずがないと見える。そうなると、無給労働といえますか、実際は働いているけれども、それが労働と認められないということが起こるのではないか、だったら今より悪くなるのではないかといった不安感もあるのではないかと思います。だから、私たちの取り組む課題は、医療をどう守るか、地域医療と医療をする人をどう守るかであって、そのためにするのだということをもっと強く言うべきであろうと思います。

褒構成員も言われたように、ミクロのレベルではもうどうにもならない、できることは全部し尽くしているという状況もあるかもしれないので、地域医療構想とも連動するとか、もうちょっと大きい視点も盛り込む必要があるかと思っています。

NPに関しては、私もぜひ入れていただいたほうがいい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、先ほど黒澤構成員が手を挙げておられましたので、どうぞ。

○黒澤構成員 済みません。そもそも論になってしまうかもしれませんが、これをニュース等で報道されたりして、医師が結構関心があって読んでいるわけですが、どうも労働基準法の週40時間と混同して言っているような人もいまして、よく考えてみます

と、私どもで産業医の講習などをやっていると、労働法規に医師自身がなじんでいなくて、36協定とかも初めて聞くというコメントが寄せられてりしています。

ですから、この書きぶりですが、いきなり時間外労働規制ということになっていますが、一番最初のこの会で示されたあれでも、週40時間で9時～17時で勤めている医師もたくさんいらっしゃると思いますので、基本はそこだということをぜひ書いておいてほしいなと思うのです。30%か40%かわかりませんが、それで働いている人は、それでいいですみたいなことではないかと思うのです。

そう考えると、「達成を目指す水準」と書いてあると、本来ならば9時～17時、アフター5、そういうのが達成水準ではないかと思うのですが、これが36協定で決める上限のその達成水準になっているはずだと思うのですけれども、そういうのが余り伝わっていないように思います。ですから、書きぶりをちょっと。そうしないと、医師はブラックのまま働けというふうな誤解を招いていると思います。

もう一つは、働き方改革で、現行は36協定プラス特別条項という組み合わせになっているわけですが、それが上限を設けてという形になっていて、よく見てみるとそんな形だなと思うのですけれども、これは二段階でいいような気がしてきて、達成を目指す水準というのは週40時間にしておいて、あと、36協定でどれぐらい必要なのだというのを各病院が出せばいいだけの話ではないか。例えば上限をここで決めておいて、上限を超えるような時間が必要だということを36協定で書いてきた場合に、その病院に対しては、行政なり厚労省なり、労働基準監督署が最初に見ると思うのですが、その働き方をいいですよという感じでやらないで、そのときに調整できるような仕組みにできないかなと今、考えたのです。

うちは年間960時間にしないとやっていけませんということが36協定で届けられるわけですので、その時点で何か対策を打つべきではないか。病院に対して救済ではないですが、労働基準監督署がやらなくても、労働基準監督署が指示して、例えば普通の会社でしたら、労働衛生コンサルタントに頼むとか、そういう道筋があるわけで、医師会に協力していただいたり、あるいは医師の偏在のコントロールを36協定の時点で考えてアドバイスするか、あるいはやる。

そうしないと、ここに医師の面接指導があれば80時間とかになるということになっているのですけれども、例えば僕が医師の面接指導をして休みなさいと言っても、病院としてそれは困るということになって、休ませられないとか、休んだ場合には誰も診る人がいなくて、結局、患者さんが困るということになってしまうわけで、そうすると、休ませなさいとドクターストップをかけたときの補償を考えると、何もないということになりますので、最初の36協定の時点で行政あるいはシステムがそういうふうを考えてあげないと、なかなかうまく回らない。例えば地方で困った状態を放置したような状況でこのシステムを回してしまうということになりかねないと思うので、そういう仕組みにしたらどうかと思ったのですが、どうでしょう。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局のほうからコメントがあればお願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 事実関係だけ申し上げますし、必要に応じて基準局から補足があるかもしれませんが、まず先生が今、36協定プラス特別条項の二段階とおっしゃったことは、これまでの御議論の中でも、現行の36協定、一般則でありますと、月45時間というものと特別条項というものがあって、特別条項については年6回までとなっていて、この6回というところが、むしろなくしたほうがいいのではないという御議論はいただいていたところかと思えます。

週40時間であるべきだというのは、先生のおっしゃるとおりでして、ここは骨格のAの類型を達成すべきというふうに表現したところが、先生が前半で御指摘いただいたような誤解のもとかもしれませんので、そこは検討させていただきたいと思えますが、36協定の構造としては今、申し上げたような形になっている。

例えば一般則で来年の4月から起こることとしましては、720時間という年の協定時間を超えたものは届け出できないということだと思えます。これが協定上の上限時間ではまっているということは、届け出できないということでありまして、先生がおっしゃったような960時間で届け出られて、それをもとに何か考えるということではなくて、この検討会で御議論いただいた上限時間を超えるものは、基本的に届け出できないということでお考えいただくのではないかと思えます。

基準局から補足があればお願いします。大丈夫ですか。

○岩村座長 基準局、よろしいですか。

○黒澤労働条件政策課長 はい。

○岩村座長 それでは、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 そういうことではなくて、960でないと回らないという病院の声を労働基準監督署のほうで聞いてあげるべきではないかという意味なのですけれども。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

それは、今後A、B、Cの類型の具体的な水準設定で、どこまでをどういうラインで認めるか、どういうラインで考えていくかということだと思えますので。

○黒澤構成員 いえ、労働時間は認めなくていいと思うのですが、その労働時間を守らせるために、労働基準監督署で相談を受けた時点でそういう窓口といいますか、そういうのをしたらどうかという意見です。

○岩村座長 では、事務局、お願いします。

○千正医療政策企画官 そういう状況に追い込まれざるを得ない病院があって、それが必要だという場合に、医療機関自体も努力していただくというのはもちろんですが、それだけではなくて、偏在とかそういうのを含めてどういう支援ができていくかという御意見だと受けとめました。もちろん、労基署というのもありますし、医療のほうで何ができるかというのもあると思えますが。

○岩村座長 黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 済みません。現行の制度が労基署に届けるということになっていきますので、労基署と申し上げましたが、その時点で病院だけで解決するということができないと思いますし、地域だけで解決するということもできないと思いますし、そこに何らかの上のコントロールが働かないと成り立たないと思うのです。ですから、そういう仕組みを考えたらどうかということなのですけれども。

○岩村座長 ありがとうございます。

全体として今までの議論というのは、時間外労働の上限規制を医療機関についてどうするかということがこの検討会の第一のミッションなのですが、しかし、それを実現するために、個々の医療機関の努力ではできない部分についてどうしましょうかということもあわせて御議論いただいていると私としては理解しているところですので、今の黒澤構成員の御意見というのは、全体とすればそういう御趣旨かなと受けとめればよろしいかと理解をさせていただきました。

残り時間がそれほどないので、皆様お手を挙げていらっしゃると思いますので、それぞれ簡潔にお願いできればと思います。では、先ほどお手を挙げていた工藤構成員、鶴田構成員、今、お手が上がったのが遠野構成員、城守構成員、福島構成員。申しわけありませんが、ここまでということにさせていただければと思います。あと、渋谷副座長がもう一言ということでございます。

それでは、工藤構成員からどうぞ。

○工藤構成員 ありがとうございます。

資料1の3ページの先ほどご意見があった「医師の労働時間の短縮のために」という点についてです。タスク・シフティング、タスク・シェアリングということがこれまで言われてきていますが、医師の労働時間短縮に向けては、医療を行う上でチーム医療の提案もありました。現在は、チーム医療全てとは言いませんが、医師をトップとしたうえで、ほかの職種が共同で行う体制が一般的かと思いますが、チーム医療により医師の業務量そのものはそれほど減っていません。医師の業務量を減らすためには、それぞれの職種が複数でグループをつくり、その中で業務をオーバーラップさせるという形にすべきだと思います。きょうも少し話があったかと思いますが、オーバーラップさせながら、一人一人にかかる負担を想定した業務形態を考えていかないと、なかなか休みがとれません。1人が全てをやろうとするのは到底無理がありますから、複数で同じ仕事をオーバーラップしながらやるということも、業務移管や共同化というところで考えていく必要があるのではないかという意見です。

○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 資料1の1ページの一番下の○の「医師の働き方は、国民の医療ニーズに応ずるものである点」、この点についての意見ですが、今日の上手な医療のかかり方を広



めるための懇談会の議論とか、人生会議に関する取組状況の説明があったので、この1ページは大分変わるかもしれませんが、現在、幾つかの地域で特養から病院に終末期の患者さんが送られて、その病院が回らないとか、救急車で運ばれた人の8割、9割は軽症であるとか、そういう実態を踏まえると、本当に必要な医療、適切な医療とはどのようなものか、そのあたりについて前回も話していますけれども、ここの表現について配慮してもらえればと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、遠野構成員、どうぞ。

○遠野構成員 この骨子案を完成するに当たって、インターバルの時間や睡眠時間が具体的にあるのですが、同僚や上司と話をしていると、年間何時間なのか、そこにみんな興味があります。結局、今のところ正解は720であって、自動車運転業務が960になったようですし、研究開発は上限規制なしとなりましたので、960であっても1,920であってもそれは正解ではなくて、各構成員の立場とか病院の様子で意見がばらばらだと思えます。これから新しいデータが出るというのはなさそうですし、今後の話し合いとしてどんな感じでこの時間決めをしていくのか。事務局で案というか、何を根拠にこの数字が決まっていくのか。どういう議論をしていけばいいのかというイメージが湧かなくて、もしお考えがあれば教えてほしいです。

○岩村座長 では、事務局のほうで可能な範囲でお答えいただければと思います。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

前々回に時間外規制の骨格をお示ししまして、時間についても先生方にゼロから考えていただくというよりは、事務局案を適切な時期に御提示して御議論いただくということになろうかと思えます。その準備を鋭意いたしたいと思えます。

○岩村座長 それでは、城守構成員、お願いいたします。

○城守構成員 ありがとうございます。

この働き方改革がうまくいくかどうか、一つの肝として管理者の意識改革というのは、その論をまたないのはわかるわけですが、前回もちょっと申し上げましたが、一つの医療機関だけでは、その地域において努力しても改善が難しいというケースが地方では多々あると思うのです。そうした場合に、先ほども少し座長のほうからもお話がございましたが、労働法制とはまた違って、地域の医療行政が医師の勤務時間の短縮に向けた環境整備を支援する体制を組み入れるということはできるのではないかと思うので、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、福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 先ほど36協定の上限の話があったのですけれども、忘れてならないのは、

医師は特別だということで5年後になった。でも、ほかの産業、ほかの職種の方というのは法的な拘束を間もなく受けるわけで、そこには罰則もあるということです。そこと医師の働き方を比較したときに余りにも乖離するようなものであってはならないと思いますので、それを一言言っておきたいと思います。

質問ですが、管理監督者は労働時間の規制を受けないということもあって、インターバル規制とかそういったものも除外されると考えてよろしいのかどうか、確認させてください。

○岩村座長 事務局が今の段階でそこまで考えているかどうかなのですが、今後検討するというのであれば、それはそれでと思いますけれども。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ちょっと検討させていただければと思います。御指摘ありがとうございます。

○福島構成員 現場の医師でできないことを管理監督者に全部上げようという傾向になりはしないかと危惧しているだけです。

○岩村座長 御指摘ありがとうございます。

それでは、猪俣構成員からお手が挙がっていましたので。

○猪俣構成員 資料1の3ページにある医療機関内のマネジメント改革ということも、実行する上でリーダーシップの意識の改革というのは必要不可欠と考えています。しかし、これまで医師のリーダーシップ層の学び直しの機会というのはなかなかなかったのではないかと考えています。例えば企業では管理職になる際にはマネジメント研修を受けたり、私がアメリカに留学していた際には、教授は2週間マネジメント講習を受講していたりしましたけれども、日本の病院を顧みてみますと、このような取り組みというのは余り聞いたことがございません。そのほとんどが個人的努力とか、個人的資質で賄われてきたのではないかと考えています。

ですので、医療機関内のマネジメント改革を行う上でどういった具体的案があるかと考えてみると、例えば病院経営層のマネジメントプログラムの参加率を病院の質の指標として推奨したり、モニタリングすることも大事だと思いますし、医師とか病院の経営者が参加しやすい形とか、参加しやすい時間でのマネジメント講習を整備するというのも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。

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。2点あります。

まず、先ほど片岡先生がおっしゃったように、議論のまとめの骨子案の1ページ目、最初の総論に医療は危機的状況にあると。危機感をちゃんと共有してほしいのです。上手なかかり方の参考資料1の6ページにも書いたのですが、医療というものが今、本当に危機的状況にあるのだという危機感の共有から物事の変化というのが始まるので、まず危機感

をきちんと共有していただきたいと思います。

それに加えて、医師の働き方改革というのは、この検討会は恐らく時間外規制を含めて幾つかのパッケージで出すのですけれども、そもそも需給・偏在の問題、専門医を含めた養成の問題、医療機関の機能の集約化の議論、医療・介護の連携、そして医療のかかり方とセットであると。それを明記していただかないと、時間外規制というのは、結局、目的になりがちですね。結果であって、目的でない。だから、そこは大事なのです。

さらに、最後に少し書いたのですが、これは国民全ての人が考えるべき課題だということ明記していただかないと、ぱらっと読むと何となく危機感もないし、今までの議論の延長線上のような意識があるので、これは違うのだよというドライブをかけていただくような書きぶりにしていただきたい。これはコミュニケーションの問題だと思うのです。コンテンツはあるので。

もう一つ、その上で、最初に今村先生がおっしゃった持続可能性と健康確保をどう両立するのかという議論を徹底的にしたところを明記していただければと思います。

2つ目です。馬場先生、民間の病院の経営者というのはすばらしいなと思います。その御尽力、先ほどの発言に感謝したいのですけれども、だからこそ裏先生のマクロの支援というのは大事だと思いますが、その上で、村上先生がおっしゃった経過措置。資料1の6ページの下、これは赤星先生のコメントだったと思うのですけれども、きちんとタスク・シフトをやってほしいと彼が最後に言い残して帰ったと思うのですが、経過措置について、タスク・シフトと労働条件の改善というのを徹底的に義務にしていいただかないと、ある程度の猶予は必要かもしれないのですが、最大限タスク・シフトもして、さらに効率化をして、できる限りマネジメントを頑張った上で、どうしてもしようがない医療機関だけ認めるべきであるし、やる気、そこまでやらないと変わらないですよというメッセージを出さないと、結局、小手先のチェックボックスだけやって、実際は何もやっていないような状態になる。だから、有効性のある、経過措置においても本当に前向きに、タスク・シフトと労働条件、環境を徹底的にやった上で、認めるような方向性を出していただかないと難しいのかなと。

たとえ経過措置の上限まで行かなくても、適宜労働時間のモニタリングも入れて、それよりも低い時間であっても一定の時間を決めて、それを超えた医療機関というのは、タスク・シフトの状況とか労務管理をきちんと見ていく。その進捗をアクションオリエンテッドでやっていくような方向性というものをできるだけ出していただくような方向性にできない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。

ほぼ時間になってしまいましたので、申しわけありませんが、きょうの議論はここまでとさせていただきます。

きょう、いろいろ御議論いただきましたけれども、この検討会の肝は、労働時間との関

係で労働基準局ということになりそうなのが、労働基準局だけではなく、医政局も同じようにこの検討会で事務局を務めていただいているというところにあります。ですので、労働時間規制の問題を考えるに当たって必要な医療政策上の問題もあわせて考えましょうという体制になっています。ここに、この検討会の一つの大きな特徴と重要なところがあるのだと思います。きょういろいろな御意見が出ましたので、また事務局のほうでそれをもとにたたき台のブラッシュアップをしていただければなと思います。

今後としましては、きょういただいた御議論も踏まえまして、それを整理した上で、骨子として中間的に取りまとめまして、その後、引き続いて残された論点について議論を深めていただければと考えております。繰り返しになりますが、この問題というのは非常に重要な政策的な課題でもございますし、また検討の期限が切られてしまっておりますので、おとといやって、またきょうやっているように、非常に集中的に会議を開催し、御議論いただいているということではありますが、しかし、他方で着実な御議論というのもいただいて進めていく必要もあるかと考えております。

もちろん、この検討会の一つの目標というのは、時間外労働の具体的な上限時間数をどうするかということでもありますけれども、それについてはまた検討会できちっと御議論をいただく必要がございます。先ほど事務局からもありましたように、まずは事務局のほうで案を示させていただくということを私としても考えているわけではありますが、現時点では具体的な数字を事務局のほうで提示できる段階ではないので、骨子の中に盛り込むことはちょっと難しいかなと思っているところであります。

次回から具体的な時間外労働の上限時間数について議論ができるように、その点、事務局のほうで準備をいただければとお願いをしておきたいと思っております。

また、前回もお願いしたところでありますが、きょうの議論を踏まえた上で、事務局が骨子案を作成するに当たっての御意見あるいはコメント等、さらにきょう言い尽くせなかったものがおありでしたら、メールあるいは書面などで事務局のほうに御提出いただければと思います。皆様、年末でお忙しいというのは重々承知しておりますけれども、事務局の作業の都合というのもございますので、もし御意見あるいはコメントがおありであれば、今週の金曜日、あさってまでに事務局のほうにお送りいただければと思います。

次回骨子案を提示させていただくことを考えておりますが、それにつきましては、きょういただいた議論なども鑑みまして、それも踏まえて私と事務局のほうで整理をさせていただいて、それを事前に構成員の皆様にも見ていただくという形で進めさせていただければと考えておりますが、それでよろしゅうございましょうか。

(「はい」と声あり)

○岩村座長 ありがとうございます。

最後に次回の日程につきまして、事務局から説明をいただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

○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

らせを申し上げます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、本日の会議はここまでということにさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。