

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 それでは、定刻になりましたので、ただいまより第16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、猪俣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。また、森本構成員より所用によりおくれて出席をされると御連絡をいただいております。

続きまして、資料の確認をいたします。お手元の議事次第にございます資料でございます。資料1-1「とりまとめ骨子（案）」。資料1-2「とりまとめ骨子（案）の参考」ということで、前回からの修正点を表示したものでございます。資料2「時間外労働規制のあり方について③（上限時間数について）」。資料3「時間外労働規制のあり方について③」。これは参考資料でございます。資料4「『医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組』に係るフォローアップ調査について」。参考資料1「医療機関における医師の労働時間の短縮に向けた取組について」。参考資料2「労災認定基準の概要」。参考資料3として渋谷副座長からの提出資料がございます。

それに加えまして、各構成員のお手元には今村構成員より資料が配付されております。

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。

それでは、カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

（カメラ退室）

○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 皆様、こんにちは。新年最初の検討会ということでございます、ことしもどうぞよろしくお願いを申し上げます。

では、早速議事に入りたいと存じます。お手元の議事次第をごらんいただきたいと思います。議題の1番目は「とりまとめの骨子案について」ということになっております。本日は、前回議論を頂戴しました骨子案たたき台につきまして、構成員の皆様から頂戴しました御意見などを盛り込んだ「とりまとめ骨子（案）」ということで、事務局のほうで準備をいただいております。議論の進捗状況というものを踏まえまして、副題として「議論の到達点と残る論点の整理」ということになっております。

構成員の皆様におかれましては、事前にこれについてごらんいただいているものと承知しておりますけれども、まず事務局から簡単に説明をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

お手元の資料1-1と1-2がございますが、1-1、溶け込み版のほうで御説明をさせていただきます。事前にごらんいただいているかと思っておりますので、簡単に御紹介にとどめたいと思います。冒頭、医師の働き方改革を進める基本認識といたしまして、2ページ

から。前回、前々回等の総論的な御意見をここで総括的にまとめさせていただきました。前回お示ししています議論のまとめ、骨子案、たたき台から追記した部分で申し上げますと、2ページの上から2つ目の○、医師の自己犠牲により支えられている我が国の医療の危機的な状況、現状認識。これを変えていくという、そのパラの最後の部分。それからその次のところですが、過労死等をなくし、健康で充実して働き続けることのできる社会を目指すといったようなこと。

そのページの一番下、医師の長時間労働の背景としてございます医療のさまざまな課題が絡み合っているということと、医療の質や安全の確保、健康確保、これらが表裏一体であるということ。全ての人々が医療を受ける可能性があることに鑑みて、国民全体、社会全体で改革を進めていく。そういう認識を書かせていただきました。

3ページの真ん中ほどからでございます。前回、前々回の各論で、「また」のパラグラフにつきましては、多々御議論いただいたチーム医療の部分でございます。安全性・有効性を確認しつつ医師以外の医療従事者、患者の思いも含めた検討も重要であると。総論のところにも記載をさせていただきました。

次のところにつきましては、若手の先生方からいただきました医療現場の働き方が変わっていないのではないかと、本当に変わっていくのか、こういう問題意識。それに対して、各立場から、これは医療機関と医療従事者の間の労使関係、それから行政、国民、医療分野、労働分野、さまざまな方面から医療と医師の両方を守り、改革に取り組んでいくというふうにさせていただきました。

時間的なことで申し上げますと、2024年4月からの適用までの間に最大限の改革。その後も絶え間なく取り組みを進めるという御議論だったかと思えます。

おめぐりいただきまして、次の医療の特性・医師の特殊性の部分ですけれども、これにつきましては、資料で触れていました応招義務といったことも追記させていただいたのと、公共性の部分を補強する要素としまして、公的医療保険での運営ということも記述をさせていただきました。

真ん中ほどからございます上限時間数の検討において考慮する必要があるというところにつきましては、若干の記述の整理をさせていただいております。

6ページからが「働き方改革の議論を契機とした今後目指す医療提供の姿」ということでございます。さまざま個別の論点、御指摘いただいた部分は反映させていただいております。7ページ、チーム医療の推進のところですが、前回御紹介をしました特定行為研修のパッケージ化に加えて、「また、更なる」というところのパラグラフの7ページの冒頭でございます。ナース・プラクティショナーなど、従来の役割分担を変えていく制度的対応を検討していくべきとの指摘。一方で、現行の資格のもとでの各職種の役割分担をどのようにしていくかについて、さらに検討すべきとの指摘。いずれにせよ、現行制度のもとでのタスク・シフトを最大限推進しつつ、より能動的に対応できる仕組みを整えることが重要で、そのための議論を引き続き深めていく。こういう形でまとめさせていただ

きました。

そのページの下の方になりますけれども、トップマネジメント研修の必要性でありますとか、書面でいただいた御意見ですが、現行の医療法に基づく医療勤務環境マネジメントシステムの取り組みの必要性ということにも触れさせていただきました。

8ページ、支援の方向性ということで、こうした医療機関の取り組みに対する実効的な支援策。また、勤改センターの機能強化、財源確保といったことも御議論にございましたし、9ページのほうは、前回渋谷副座長から御報告いただきました医療のかかり方の懇談会の関係と、その関係でいただいた御意見を反映させていただいております。

10ページからは時間外労働の上限時間数の設定ということでありまして、冒頭2つの※でこの部分のステータスを明確にさせていただいております。事務局案を御提示し、議論いただき、賛否双方の御意見をいただいております。具体的時間数については、まだ記述がございませんが、この後、事務局案を御提案しまして、年度末の取りまとめまでに具体的時間数も含めて意見集約をいただくということになるかと思っております。

ここの骨格につきましては、前回まで記述していたものでありますけれども、冒頭のところで、前回、本来は時間外労働のない週40時間が望ましいのではないかという一般則のお考えについても触れるべきだという御意見がございましたので、それを記述しておりますのと、あと、Aというところにつきましては、前回まで「達成を目指す水準」という表現をしておりましたが、ややミスリードの感があるという御意見もございましたので、その呼称については今回削除しております。

11ページの下から事務局案に対する御議論の状況ということでございます。まず、AからCの骨格については、上限時間と健康確保措置の組み合わせの骨格について十分評価できるという御意見があった一方で、一般則を目指すのではないか、労災認定基準を超えて恒常的に働き続けることの問題点。時間数が示されていない中での骨格の合意はなかなか難しい。こういう御意見だったかと思っております。

12ページに行ってくださいまして、真ん中ほどにA、B、Cの論点、追加的健康確保措置についての御意見を頂戴しております。連続勤務時間制限や勤務間インターバルは確実に導入すべきだ。一方で、遵守は厳しいけれども、これは努力をしていかなければならないものだ。こういう御意見だったかと思っております。

そのページ一番下、こうしたB、Cという高い上限の部分につきましては、健康確保措置を組み合わせるだけではなくて、タスク・シフト等々についても組み合わせ、それをモニタリングしていくということも必要ではないかという御議論だったかと思っております。

13ページの一番下から2つ目です。こういう部分について第三者支援機関が支援することとしてはどうか。それによって重点的な支援をして経過措置を解消していく。こういう御議論もいただいたところでございます。

最後に14ページ、残る検討課題ということで、ただいまの骨子案にはAからCの具体的な上限時間数は入っておりませんので、こういうものが残っているところでございますし、

B、Cの骨格の詳細、健康確保措置の実施、あるいは今のBをAに近づけていく取り組みの支援等々、まだまだ御議論いただかないといけないところでありますが、現時点としてこのような整理をさせていただきました。

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、今、事務局から説明をいただきました骨子案につきまして、御意見、御質問などがありましたらお出しいただきたいと思います。では、遠野委員、どうぞ。

○遠野構成員 初めに、言葉の定義ですけれども、Bの地域医療を考慮したという場合の「地域医療」というのが、あたかも地方のというか、田舎の医療に限定された話のように聞こえてしまうのですが、本来は地域医療構想とかの一般の地域医療ということですね。ということで、言葉を変えられないかと思いました。新聞の報道を見て思ったので、変更はどのようなものでしょうか。今回の「地域医療」という言葉は、地方のという意味ではないということを確認したいです。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、事務局のほう、いかがでしょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 基本的に今、遠野先生がおっしゃったとおりの認識でして、地域医療構想という意味での、一般名詞としての「地域」という言葉を使っているのでありまして、これは例えば医師少数とか僻地とか、そういうことを想定して「地域」と呼んでいるものではございませんし、この骨子の中では表現し切れておりませんが、この後、資料2、3で御議論いただく際にはそうしたことも資料上、明記をしているところでございます。

○遠野構成員 ありがとうございます。

○岩村座長 念のため申し上げますと、B、Cについては、12ページで「地域医療構想」とかそういうことに言及しておりますので、「地域」と言ってもそういう意味だというのは、このあたりで読み取っていただけるのではないかと考えているところでございます。

ほかにはいかがでございましょうか。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。

11ページ以降について、次の資料でも議論になるかと思いますが、A、B、Cの枠組みそのものに関し、上限時間数が示されていないので、そもそも議論が難しいという話をさせていただきました。それだけではなく、要件と効果がよくわからないところがあります。

「義務」と書かれていますが、その義務が果たされなかった場合にどうなるのかということも判然としていません。義務を果たさなかったとしても、結局、何のサンクションもなかったり、あるいは時間外労働が強要されてしまうのでは意味がありません。義務づけの度合いについても、このとりまとめ骨子案では抽象的だという意見もあったことをぜひつけ加えていただきたいと思います。

また、前回の検討会で、BあるいはCの時間外労働の上限時間数について、年1,920時間

といった報道があることに対して、一般労働者の年間平均の実労働時間である2,000時間に極めて近い水準であって、医師は倍働けというのかという懸念があることを申し上げたつもりです。意見として述べておりますので、その点も記載をいただきたいと思います。

最後に、3ページの下から2つ目の○の部分です。医療機関におけるトップの意識改革の重要性とともに、私は、病院の中での集団的労使関係の重要性を指摘し、集団の話し合いの中で、病院の勤務時間のあり方や、業務のあり方をどのように見直していくのか、話し合っていくことが重要だということを申し上げました。その趣旨は入っていますが、「労使」という文言が入っておりませんで、できれば「労使」という文言も入れ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。

ほかにはいかがでしょう。では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 前回に引き続いてこの骨子案の中身、前回の御指摘を受けていろいろ修正が入ったという理解をしています。私は、基本的におおむねこの骨格案に賛成している立場です。今、村上さんから御指摘いただいたような点は、14ページ、今後の制度上の論点にかかわる課題ということで、この骨格案、骨子案を認めた上で、詳細について議論していくということがよいのかなと個人的には思っています。書かれていることは、本当に重要な論点に触れていただいているなという気がしています。医師が健康で、誇りを持って働けるような仕組みをどのようにつくっていくか。総論的なところは踏まえられているの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。

ほかにはいかがでしょうか。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。

10ページの表現を変えたということで、今回A、B、Cという形になっていますが、骨子案でこのような形になれば、A、B、Cは固定されるのでしょうか。それとも今後の議論により、BとCが統一されたり、もしくはAが一般則と同水準になったり、そのような変更はあり得るのか、お聞きしたいです。

○岩村座長 では、事務局、お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

Aが一般則となるということは、数字との関係だと思っておりますので、この後、御議論いただければと思いますが、BとCというのは、必要性としては全く違う理屈として御提案をしていますので、それが一緒になるということはなかなか考えにくいのではないかと思います。ただ、Cについては、そもそも必要なのかという御意見を頂戴しているかと思っておりますので、今後の御議論ではないかと認識しているところでございます。

○岩村座長 ほかにいかがでございましょう。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。細かいところを2点お願いします。

6ページの○の3つ目「その上で、医師の労働時間の短縮のために」という文言があるのですけれども、この「短縮」というのは、では、看護師はふえていいのかと考えてしまう、ちょっと突っ込んでしまうようなところがあるので、「適正化」とかそういう文言に変えていただけると、ありがたいかなと思います。

6のページの下「患者に対するきめ細かなケアによる」云々というところは、すごくいい文言だなと思うのですが、「見込まれる」の後に、「そのためには、医療機関内における合意形成のもと」と。看護師サイドも一緒に協議をして、合意した上でという文言を入れていただけると、シェアを一緒にする側としてはいいかなと思います。今、現場の看護師は、タスク・シェアを自分たちがやるなどということは全く考えていない方がほとんどですので、協議の上の合意が必要ということを一言入れていただければいいかなと思いました。

また、前回もちょっと話したのですけれども、私は、医師の労働時間を本当に短縮していくためには、医師と協働して働ける、タスク・シェアリングできる特定行為修了看護師と一緒に、医師が不在の場面でも能動的に働けるNPの両輪で支えていく必要があるかなと考えていますので、この下の文言ももうちょっと前向きに書いていただけるといいかなと思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょう。では、渋谷副座長、どうぞ。

○渋谷副座長 事務局においては、いろんな意見をバランスよくまとめていただいて、本当に感謝します。

細かいのですけれども、6ページ目の上から3つ目の○の3つ目のポツ、一番下の文章です。機能分化・連携の推進と地域医療構想と連動した取り組みというのは本当に賛成ですが、さらに、具体的に機能の集約化とか重点化とか、そうした文言も入れていただいたほうが。特に外科系とか救急とか、そうした機能の集約化というのはこれから大事になるので、もう少し踏み込んで書いていただいたほうがいいのかなという印象があります。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 先ほど中島構成員がおっしゃったNPのことについて、つけ足していただければと思って申し上げます。長いスパンで物事を全て考えていくということからすると、例えば時間外労働を2035年ぐらいまでに何とかしようということからしてみても、そのくらいの長いスパンで看護師に仕事をシフトしていくことを考えなければいけないと思うのです。ですから、7ページの直していただいた部分のNPの部分ですけれども、これでもぼやとした書き方になっていると思うので、最後のところに「NPの制度創設について検討する場を設けることが必要だ」ということまで踏み込んだ書き方をしていただける

と、ありがたいと思います。それはやはり2035年までという長いスパンで検討しているにもかかわらず、実際に目標水準にこぎつけるための対策として長期のスパンで考えるという視点としては、NP制度の検討ということも大事なのではないかと思うので、ぜひ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。

ほかにはいかがでしょうか。では、馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 とりまとめ骨子案の「1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方」というところは、本当にわかりやすく書いていただいて、ありがたいなと思っています。ここの部分が一番大事で、今後医療関係者、特に勤務医の先生方がこの部分を読んで、こうでなければいけないということですので、今の段階でも若干言葉的に難しい、あるいはぴんとこない労働関係の言葉が使われてありますが、これぐらい仕方ないと思うのですけれども、今後できるだけ勤務医の先生方が肌で実感として感じられるような易しい文章で落としていただけると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。

ほかにはいかがでしょうか。では、村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 繰り返し申し上げますが、とりまとめ骨子案の10ページの「3. 医師の働き方に関する制度上の論点」についてです。※印で、「賛否双方の意見も出された」や、「具体的時間数も含めて意見集約を行う」と記載されていますが、私自身、A、B、Cの枠組みに合意しているわけではありません。ただ、枠組みを前提にした議論には参加していきますが、中身がわからないままこの枠組みに賛同するという話ではないということです。Cの必要性や、先ほど申し上げたBの義務づけの度合いや中身がよくわからないという部分があります。「勤務間インターバル」という言葉自体はわかりますが、果たされなかった場合どうなるのか、「代償休暇」と書いてありますが、代償休暇をいつまでにとるのか、とれなかった場合どうなるのかという点についても、ここではわかりません。そのような中で法的枠組みまで基本的なところを合意したということではありませんので、あらかじめ意見として申し上げておきたいと思います。

○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 医師の働く時間を減らすということと言いますと、速効的ではありませんが、将来的に患者さんを減らしていくということが大切で、病気を防ぐためには予防医療、お酒とかたばことか、いろんな生活習慣とか、そういうことが大切だということをコメントで書かせていただいたら、予防医療について骨子案で触れたいと思いますという御回答だったのですが、3ページ目の上に「予防医療の推進」と書かれてあって、そこで触れていただいたということだと思うのですが、産業医をしていて思いますのは、一般の医療が

予防医療に足を向けておられないとすごく感じています。根元のところをちゃんと診療するということが大事だと思いますので、その点、もうちょっとスペースを割いて書いていただくとありがたいかなと思います。意見でした。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、裴構成員、どうぞ。

○裴構成員 7ページ目あたりでしょうか。医療機関のマネジメント側の視点に追加していただきたいのですが、罰則だったり、またはやらされ感が漂っている改革というのは、一般的には長続きしません。となりますと、マネジメント側の心境としましては、この改革をすることで病院側にも何らかのメリットがあると。つまり、職員が長く働いてくれる、または人が集まりやすい、または医療の質が上がる。そういったマネジメント側のメリットをもう少し付記していただくと、より現場感が出てくるのかなと。この働き方改革を進めることで結果的には選ばれる病院づくりというものが恐らくゴールかなと思います。となりますと、あめとむちのむち、やらされ感を前面に出す形でなくて、努力することで病院側、マネジメント側にも大きなメリットがあるのだと。ちょっと夢を見せる文言があると、より前に進む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。

では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 先ほど黒澤構成員がおっしゃったことは大変大事で、医療需要を減らすということが大事だと思います。医療の必要量が決まっていると、結局、医師がやろうが、それを看護師さんにタスク・シフトしようが、そのほかの職種に渡そうが、今度そちらの過重労働につながる。先ほどもちょっとその話がございましたし、中島構成員がおっしゃるように、現場の看護師さんは、自分たちが医師の仕事をタスク・シェアしていくという意識が十分に浸透していないという事実もあるという中で、簡単にタスク・シェアによって医師の働き方だけではなく、医療機関全てに働いている人たちの労働の問題を解決するとは思えないのです。来年4月1日から医師以外の人たちは新しい法律、相当厳しいルールのもとで働くということで、ある意味労働者の権利が守られるということになっているわけですから、では、医師の仕事をどんどん他の職種に渡せばいいというもの、なかなかそう簡単な話ではない。だから、ここは病院の中で丁寧に合意形成をしっかりとやって。先ほどそういう御意見がありましたけれども、マネジメントの話にもつながると思うのですが、そこをきちんと丁寧にやっていかないと簡単にはいかないなというのがあります。それをこの骨子の中でどのように触れていくのか。ある特定の職種のことだけを挙げるということではなく、チーム医療全体の中での合意形成というものも大事だということを改めて申し上げたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 先ほど褒構成員からお話があったところは非常に重要でございまして、病院の患者側からしますと、あれをやれ、これをやれということが満載で、ただでさえ経営で非常に苦しんでいるところで、こういう人事面でまた負荷がかかる。これをやることによるメリット。議論に参加している人間はわかりますけれども、そうでなくて、上から降ってくるほうとしては、そこを非常にわかりやすい形で提示する必要があるのではないかと思います。

それから、最初のほうで渋谷構成員がおっしゃった医療機関の集約化。私はこれを割と早い時期からずっと申しておりますが、地域医療構想が進んでも、そこが具体的な姿としてなかなか見えてこない中では、集約化ということ一度打ち出さないと、そもそも回らなくなる、解決できないのではないかと思いますので、この辺も踏み込んだ書き方が必要ではないかと考えます。

○岩村座長 ほかにはいかがでしょうか。では、島田構成員、どうぞ。

○島田構成員 先ほどから出ております病院全体としての合意形成ということにかかわっては、それぞれものではありませんが、現在でも労働時間等設定改善委員会という仕組みもありますので、それをそのままやるのか、あるいは病院向けにうまく対応できるようにするのかわかりませんが、そこは合意形成の仕組みとして一つ組み込んでおいたほうがいいのではないかと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、戎構成員、どうぞ。

○戎構成員 ありがとうございます。

看護師の立場からですが、とりまとめ骨子案の作成、ありがとうございます。6ページ、7ページに書かれているチーム医療の推進に関しては、ほとんどのことが看護師の内容になっておりますので、先にお話しさせていただいたように、チーム医療の推進を図るのは看護師だけではだめなので、医療現場にいる臨床工学技士とか、理学療法士とか、特に薬剤師とか、そういったところの役割もさらにここの中に具体的に書いていただけると、その方々もモチベーションを保ってこのチーム医療をもっと前向きに考えてくださるのではないかと思います。その方々を雇用する医療施設のほうも、その方たちをどんどん利用していこうという気になっていただけるのではないかと思いますので、ここに書いてある8割方の看護師に関係している部分に加えて、ほかの職種の内容についても話し合う機会があれば、ぜひ書いていただきたいなと思っています。もしくは現行でこういったものの内容をタスク・シェア、シフトできるのではないかとこのものがあつたら、ぜひ織り込んでいただきたいと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。では、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

今までの議論をしっかりとまとめていただけた骨子かなと拝見しております。先ほどもA、B、Cというところの中身等が見えにくいというお話もございましたが、これまでの議論の中で、医師の勤務時間を短縮していくということに大きな影響を及ぼす、地域医療構想を初めとする医療計画とか、医師の偏在とか、診療科の偏在、それ自体がまだ解決されていっていないということ、極めて不確定要素が多い中で、現段階において明確な内容をここに付記するということはなかなか難しいのだろうと思いますので、私はこの状態で大枠をつくっていただくということで十分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。

ほかはいかがでしょう。それでは、局長、お願いいたします。

○吉田医政局長 事務局の医政局長でございます。

とりまとめ骨子、本日の提案に至るまでの間、前回の会議から皆様方から積極的な御提案をいただき、ありがとうございました。その上で、本日いただきました意見について、率直に申し上げますと、私どもとしては、後半の、先ほど来村上構成員のほうからもお話がございましたように、さらに細部の具体的な制度設計に向けての御議論に進めたいという思いもございましたので、できるだけ骨子についてはこれまでの議論の到達点として、文言としては固めたいなと思って本日の会議に臨んでおります。

ただ、先ほど来幾つかいただいた御意見の中には、私どもがここで作業をさせていただいて、また御発言の内容を正確に押さえるためにも若干の確認が要るのかなという部分もございます。この会議の最中も並行して作業を進めながら、本当ならば帰りがけまでに各委員の方々に御確認をいただけるところまで行ければいいのですが、非常に多くの量の御発言をいただいたところもございますので、もしお許しいただければ、あとについては座長のほうにお任せいただくというか、御発言者と座長の間において、ある程度私ども事務局、御相談させていただくような形で進めさせていただくことを前提に、私どももきょう御発言いただいたものを整理させていただけないかと思っております。

たくさん御発言いただきましたので、私どもとしては知恵を絞ってそのあたりの表現ぶりについては工夫をさせていただきたいと思っております。その上で、この会議において、前回、前々回と時間をとって御議論いただきました6ページ目から7ページ目にかけてのチーム医療の関係につきましては、今いただきました御発言一つ一つは改めて精査をさせていただく必要があろうかと思っておりますが、特にキーワードとしてのナース・プラクティショナーをめぐる議論については、この会議においても幾つかの御議論をいただいた上で、私どもとしては、きょうここに御提示させていただいたような文章を基本的には整理をさせていただき、お諮りをさせていただいたつもりでございます。

もちろん、この会議におけるこれまでの議論の一つ一つの御発言からすれば、この文言に込められているいろんな思いとして、あるいはここから次に進むべき道として、いろんな御発言をきょうまた重ねていただいたかと思っておりますが、基本的にこの部分について

は一つ一つの御発言に対して、ここで受けています、ここで受けていますということを上上げるのは時間の関係上控えさせていただきたいと思いますが、私どもとしてはお諮りした文言をベースにした上で、それ以外のところについては、この骨子を見た上で、きょういただいた御発言という部分について対応させていただくという方針で考えております。そのような形で座長を初め、構成員の皆さん方に合意をいただければ、進めさせ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。

座長の側としても事務局とこの間いろいろ調整をしてきているところですが、このとりまとめの骨子案については、まだ議論をしなければいけない部分が残っておりますが、きょう文言をなるべく確定させたいと考えていたところでございますので、今、医政局長からお話があったようなやり方でこの後少しやらせていただいてということで進めさせていただければと思いますけれども、いかがでございましょうか。よろしゅうございましょうか。

(「はい」と声あり)

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、事務方は議論の進行と文言の修正の両方ということで、ちょっと大変かと思いますが、そういうことで進めていただければと思います。

とりまとめの骨子案について、ほかに御発言がなければ、文言の確定の部分は一番最後に回すということにさせていただき、議題の2のほうに移りたいと思いますけれども、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。

それでは、議事次第にあります議題の2番目「時間外労働規制のあり方」に進みたいと思います。先ほどもちょっと言及がありましたが、具体的な上限時間数などにつきまして、事務局で案を用意していただいております。これは前回事務局のほうからもそういう話があったところでございます。その資料として資料2から4まで用意いただいておりますので、それについて説明を事務局からいただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。多少ボリュームがある資料になっておりまして、時間をいただきますので、お許しいただければと思います。

まず、資料2と3でございます。今回、時間外労働の上限規制の骨格にありますA、Bの案につきまして、時間数と、特にBの制度設計について、さらなる事務局案を御用意しております。まず資料3で説明をさせていただきます。

3ページからごらんください。これまで見ていただいている医師の勤務時間の分布でございます。時間外、年960時間程度となる週60時間勤務を超えるところで約4割。年1,920時間程度となる80時間勤務を超えるところで約1割ということでございます。下側の表には年間就業日数の分布を置いておりますけれども、医師の稼働日はかなり多いということ

でございます、こうした働き方で支えられている我が国の医療をどう改革していくか、方向性を御提案するものでございます。

4ページをごらんください。図の下3分の1程度のところに青い線がございます。時間外労働年960時間以内、休日労働込み、こうした罰則つき上限水準を2024年に適用するという案を御提案いたします。これが前回まで達成を目指す水準、Aということで御提案してきたものでありまして、これは各月平均的に働くとすると、月平均80時間。一般労働者の罰則ラインと同じ水準であります。今後5年間でできるだけ多くの医師がこの線より下となるように全力で改革を進めたいと考えています。

しかしながら、地域住民から必要とされる医療提供ということをこの検討会でも御議論いただいていたわけですが、これは各地域ごと、先ほど遠野先生からもございました都市部、そうでないところに共通した必要性でありまして、決して僻地など医師不足地域に限った問題ではございませんが、2024年までの5年間ではやむなく年960時間以内というラインの遵守に到達できないというケースもあろうかと思えます。後ほどこの類型を説明いたしますが、これについて、経過的に年1,900~2,000時間程度以内という罰則つきの上限水準を御提案いたします。

資料の中では赤い線を真ん中ほどに引いております。資料上、呼称が抜けておりますが、「暫定特例水準」という呼称で後ほど整理したいと思います。こういうラインを御提案するものです。考え方としましては、病院勤務医の勤務時間分布の上位約1割、2万人と思われるところを確実に削減するというところでございます。右上の吹き出しにありますとおり、時間数で見て上位約1割の医師は、病院の3割、大学病院や救命救急センターのある病院のほとんどに存在するというところでございます。決して局所的な問題ではなく、どの地域でも、あるいは住民にも改革の影響が生じ得るという問題でございます。

この図の左上を見ていただきますと、年内の会議で御提案してきた連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間との関係でございます。これらの水準でも夢のような話だという勤務医の先生方のお声もお聞きしています。こうした強制的な労働時間制限を導入し、さらに週の1回法定休日以上の休暇をとって、またさらに時間を短縮して初めて1,900~2,000時間という水準が達成できるということでございます。先ほど見ていただいたような年間就業日数の実態からいきますと、そういう中で労働時間の規制をするということは、その分の医師の業務が確実に削減されるよう、医療のあり方、国民のかかり方そのものを変えていかなければ実現できない水準でありまして、医療のあり方等については後ほど具体的なものを見ていただきたいと思います。

赤い線、1,900~2,000時間程度という水準が非常に高いために、何らの改革を行わないのではないかと、あるいは現状よりも働かせる案なのではないかという受けとめもあるかもしれません。5ページは、病院勤務医の働き方がどう変化するかを模式的に示したものでございます。左側は冒頭見ていただいていたいつもの青い棒グラフですけれども、これを縦にしまして線をつなげたものでございます。これを右側のように5年間で変えていくという

ことですが、できるだけ年960時間以下を目指すということですので、960時間、青い線より下の部分が大きく膨らんでいく。こういう5年間をたどるということでございます。

1,900時間あるいは2,000時間の上というところは完全になくなる。罰則つき上限時間というのはこういうものであるということでございます。そして青と赤の線の間のところについても、960のラインよりも下に行けるよう、さらに短縮をしていく。全体としてはこういう改革の姿になります。

6ページでございます。年末の段階でお示ししていた骨格の図は、真ん中と左に緑の枠がありまして、右に黄色い枠がある。左からA、B、Cというものでありました。これに追加的健康確保措置をセットにするという骨格図でしたが、それに時間数を御提案させていただきまして、かつ時系列として真ん中に2024年4月からの姿、右側に将来の姿として整理をいたしました。将来の、Bの終期については、後ほど御説明をさせていただきます。将来はBがなくなるということが経過措置としての御提案でありますので、こういう姿だということでございます。

7ページをごらんください。時間外労働年960時間あるいは1,900時間程度という上限のラインですが、これらがどういう日々の働き方になるのか、数字のみではなかなか具体的なイメージが湧かないと思いますので、働き方の例というものをつくってみたものがございます。左側960時間程度の例で申し上げると、宿日直許可のない当直を週に1回やると、それだけで既に時間外が15時間でございます。その間にある程度仮眠がとれたとしても、労働密度がまばらだということまで言えないものは、15時間全体を労働時間として考えるというのが労働時間規制上のルールです。そうしますと、ほかの日はほとんど時間外労働はできず、かつ下の枠にありますけれども、これで年間80日程度、おおむね1カ月に6日、7日休むような、そのぐらいの休みをとって初めて年間960時間というところが達成できるということでもあります。なるべく多くの医師が2024年までにこれを実現できるようにするというのが事務局の提案でございます。医療現場を知る皆様は、相当難しい水準だということがおわかりいただけるかと思いますが、これが御提案の肝の部分でございます。

1,900時間という部分につきましては、右側になります。図の帯の長さとしては、左よりも当然長くなっているわけですが、それでも最低限必要な睡眠が確保できるような9時間のインターバル、連続勤務時間制限によって働き過ぎを抑制するという。このような働き方でも同じく年間80日程度の休みを確保しなければ、年間1,900時間程度にはおさまらないということでもありますし、これを一定期間で左側のAの働き方に絶え間なく近づけていく努力をするということでございます。

9ページに飛んでいただきまして、Bですけれども、経過措置と呼んでおりました地域医療確保暫定特例水準というものであります。これが必要なかという御意見はこれまでもございました。一つは医師需給との関係で必要だということではありますが、需給推計のグラフは、これまでも何度もお示ししているものがございます。Aの水準での規制、緑の線を前提としますと、2024年ではマクロでもまだ1万人の需給ギャップがございます。さ

らに医師偏在があり、その解消に向けた施策に着手していること。そういうことを考慮せずに、時間外労働規制のみを単独に考えるということにはならなからうと思えます。

また、一番下に医療計画、医師確保計画サイクルを記載しておりますけれども、こういう行政のサイクルの中で政策医療の確保が行われているということを考えますと、時間外労働規制と必要な医療提供を調和させるために、この枠組みの中で変革をしていく必要があるだろうと思っております。

もう一つ必要性といたしまして、10ページでございます。医師の労働時間短縮に取り組んできた医療機関の一例であります。かつて月150時間あるいは200時間、こういう時間外の先生方が多くいらした病院におきまして、医師の労働時間を短縮するというところで取り組んだ結果の平均時間の推移でございます。これまで当直をされていなかったベテランの先生方も当直をして何とか時間数を下げてきておりますけれども、月100時間超えの解消というところには時間がかかっているという状況とお聞きしています。削減の過程では救急車の受入件数が減り、外来を一部閉めて、若手の先生方からは研さんの機会が減少したというお声があるとも聞いています。こうした対応のために、患者さんの理解をいただきながら進めておられるわけですが、それでもまだ必要な医療提供に従事する医師というところで、時間の短縮がし切れないということでもあります。

医師の労働時間短縮にすべからず時間がかかるわけではないといたしましても、最後の1人まで確実に短縮し切るという点では一定の時間を要するという点です。罰則ラインというのは、1人でも超えてはならない線ということでもあります。これを設定するに当たっては、こういう実態をしっかりと念頭に置かなければならないのではないかとということで、御用意をいたしました。ここまでの大きな枠組みでございます。

字の資料で幾つか補足をさせていただきます。資料2の2ページをごらんください。網かけの部分でありますけれども、労働基準法におきます医師の特例を改めて記載しています。一般則の時間外労働規制の決め方としましては、網かけの中に①から③までございます。平日の時間外労働。これは一般則であります、いわゆる限度時間。月45時間、年360時間。臨時の場合ということで、年720時間。それとは別に休日労働込みで複数月平均80時間、単月100時間未満ということでございます。医師についてもこの3種類に相当するものを定める必要がございます、これまでA、B、Cについてそれぞれどうするかということになるわけですが、今回御提案したAで休日込み、年960時間以内、原則月100時間未満、Bで休日込み、年1,900～2,000時間程度以内、原則月100時間未満というのは、③の休日込み罰則ラインに相当するものとして御提案をしております。①、②についてどう考えるかというのは別途整理してお示ししたいと思います。

一番下ですけれども、医師の上限時間数の設定に当たりまして、休日込みで考えるというのは、今ほどの提案、あるいは昨年末1に御提案したとおりでございます。また、その後の御議論でも御意見をいただいておりますけれども、②の臨時の場合を想定した36協定を締結する際の年6月までという一般則の規制につきましては、医師の場合は臨時性という

のが時季によって生じるものではないということで、6月に限らないというもので御提案をしております。

3ページ、念のためですけれども、A、B、Cの呼称につきましては、ここに書いてあるもの自体は骨子案から抜粋しておりますが、Aについての※書きのところですが、「診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準」と記載をさせていただいています。Bにつきましては、「地域医療が適切に確保されるかの観点から、より高い別の水準を経過措置として設ける」ということでありますけれども、「地域医療確保暫定特例水準」と表記をさせていただきました。

4ページ以降は、ただいま資料3を用いまして御説明した内容でありますので、9ページまで飛んでいただければと思います。Bの暫定特例水準の対象医療機関についてでございます。ここから制度設計になります。対象医療機関としましては、冒頭の四角のところに①から③まで記載をしています。地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間となる医療機関。この医療機関であれば全ての医師が長時間でよいということではありませんで、この機能に連動してどういう対象業務が合理的に説明できるのかというところで、36協定の締結時に特定いただくのではないかと考えています。

②、③ですけれども、先ほども御議論が出ましたような、地域の医療提供体制の構築方針と整合的であったり、あるいはマネジメント研修の受講、タスク・シフト等が計画的に推進されているということを確認した上で、やむを得ず長時間労働となるところを限定的に認めるという御提案です。

※書きをしておりますが、先ほどの質疑にありましてとおり、地域医療の観点から必須とされる機能というのは、医師少数区域等に限らず、各都道府県・二次医療圏において医療ニーズに対応するために必須とされる機能を有する医療機関が該当し得るとさせていただきました。

特に①についてということで、下半分でございます。地域医療の観点から必須とされる機能が何なのかということで、まずはここが一番大きな外延部分になってまいります。ア、イ、ウと3つ書いていますが、それぞれ概念の重複はあろうかと思えます。1つは救急・在宅医療提供体制の中で、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するようなもの。5疾病・5事業であります政策医療の部分。ウとしまして、特に専門的な知識・技術、継続的な疾病治療・管理を求められ、代替困難なものということで、高度のがん治療とか移植医療等、こういうものを想定して、地域医療の観点から必須というものを整理させていただきました。

これらの機能につきまして、国として一定の客観要件を整理し、一方で、地域の個別事情を踏まえるということも必要かもしれませんが、恣意的な適用とならないよう定めるとすることが必要ではないかと考えております。

また、やむなく長時間労働となるということについては、次の②、③の要件を満たして、なお、Aの水準、年960時間以内というところに到達できないということではいかかという

ことでございます。

10ページ、②、③のところは、やむを得ずというところの要件であります。何ら労働時間短縮に向けた努力をしないままに、現状追認でこれの適用が認められることのないような要件ということではありますが、地域の医療提供体制の構築方針と整合的だということにつきましては、各地域での御議論の状況等がございますので、こういう手続面を検討するのではないかと。

③のほうですが、マネジメント研修、タスク・シフト等につきましては、取り組み状況や計画策定の状況ということで確認していくのではないかと。

次のところですが、いずれにしましても、地域医療提供体制を踏まえた判断をするということですので、都道府県において対象医療機関を特定する枠組みとしてはどうか。特定をされた場合に、必要な支援を重点的に受けることができることとしてはどうか。

冒頭申し上げましたとおり、高い上限が適用され、それを確実に下げていくことが必要になってまいりますので、こういう構成をしております。

一番下のところに暫定特例水準の終了目標年限について記載しております。資料3の11ページをごらんいただければと思います。終了目標年限でございますが、先ほども医師需給との関係で申し上げましたけれども、医師偏在対策の進捗と合わせた周期の設定ということがいいのではないかとということで御提案してございます。真ん中ほどにございますが、医師偏在対策においては、地域枠、地元枠の増員効果がある程度蓄積した段階で、都道府県における需給均衡を達成するという考え方で目標面を2036年と設定しております。

そこに合わせまして、2024年にこの上限規制が施行されるわけですが、暫定特例水準についても35年度末を終了目標としてはどうか。それに当たりましては、医療計画としては第8次、第9次の2回分のサイクルが回っていくこととなりますが、それぞれ中間見直し、見直しというものがございますので、実態調査、検討をしながら働き方の実態も見ていくのではないかと。

その大前提といたしまして、左下の四角い枠ですが、2024年の施行までの間に、暫定特例水準の適用対象については集中的な支援によってなるべく少なくするということが必要だろうということで、整理をさせていただきました。

字の資料の11ページに戻っていただければと思います。こうした2024年まで、あるいはその先の重点的な支援によりまして長時間労働の医療機関に対する支援をしていくということではありますが、真ん中ほどから、ノウハウ面の支援、制度上の対応については、特定行為研修制度のパッケージ化ということを年末より御提案してございます。あるいは財政面の対応ということで、特に医療機関経営への影響を考慮していくということ。こういう実効的な支援策が必要になろうかと思っております。

パワーポイントのほうに戻っていただきまして、13ページからが支援策の関係でございます。医療機関内の取り組みといたしまして、緊急対策に掲げた項目から着実に取り組んでいただく必要があるわけですが、右側にいろいろ施策を挙げてございます。31年

度から税法上の特別償却の適用。これはこれまで御指摘のありましたICTの導入に係る財政支援にも対応するというものであります。あるいは好事例の収集・展開の予算事業。これは予算案に乗せてございます。福祉医療機構による融資拡充等も予算案に計上いたしました。

その上で、ポイントとなりますタスク・シフト、タスク・シェアについて、14ページをごらんください。14ページ冒頭にありますとおり、暫定特例水準の案ということで、事務局から御提案している1,900~2,000時間程度を超えるところで病院勤務医の先生、約2万人いらっしゃいます。その先生方の労働時間を週80時間以内に確実におさめる改革を5年間で行う必要がございます。外科医の先生を想定して、オーバーしている20時間分をどう減らすかということですが、15ページをごらんいただきますと、これは何度か見ていただいたスライドであります。基本のタスク・シフトとして削減可能な7%分を徹底して行うということ。

17ページ、特定行為の関係ということで見ますと、タイムスタディ調査によりますれば、外科系の先生の7%程度が特定行為に当たる業務時間があります。こういう7%分を特定行為研修修了看護師が分担していくということを考えまして、パッケージ研修の修了者数としては1万人程度必要ではないかということで、18ページにその養成に係る見通しを作成してございます。指定研修機関をふやし、研修を受けていただくということでありますけれども、そもそも特定行為研修の推進といいますのは、医療機関にとっても看護師自身にとってもさまざまなメリットがあるということの中で、制度自体の普及をしながら、パッケージ研修の推進に行政として力を入れていくということかと思っております。

最後に、タスク・シェアの関係ですけれども、2008年以降、地域枠を中心とした臨時的な医学部定員の増をしております。医師数の増、こうしたものを考えますと、2024年段階で義務年限にある5,000人程度の医師の約4分の1がこうした暫定特例水準の適用される医療機関に派遣されますれば、タスク・シェアすることによって効果的に時間を下げているのではないかと。こういう施策の組み合わせによりまして、冒頭緑の三角の部分をなくしていくという御提案をしましたが、精力的に取り組んでいきたいと考えております。

最後に、字の資料に戻っていただきまして、12ページからでございます。今回お示ししている上限時間数などにつきましては、これから御議論いただくこととなりますけれども、あくまで骨格としては上限時間数と追加的健康確保措置のセットだという御提案になっております。上限時間数と追加的健康確保措置をあわせ見たときに、医師の健康が確保される制度となっているかという観点から全体を考えていただければと思います。追加的健康確保措置につきましては、まだ論点のみしかお示しできておりませんが、例えば12ページのAの年間960時間以内というところに組み合わせる措置としましては、Aの水準といいますのは、各月平均的に働く場合は一般労働者の水準と同様でありますので、連続勤務時間規制等については努力義務が適当ではないかとさせていただきます。

13ページ、月の原則であります100時間未満を超える場合の面接指導について、その実施

時期など、実効性をどう考えていくか。

14ページ、Bの年間1,900～2,000時間程度以内に組み合わせる措置ということで、連続勤務時間制限は、宿日直許可を受けている場合は対象外だということで御提案しておりますが、実際に当直が終わってみると実働が多かったという場合もあろうかと思えます。そういう場合に休息を確保する何らかの対応が必要ではないか。あるいは前回御指摘いただいた管理監督者の扱いですとか、先ほども御議論に出ました代償休暇の付与の時機、より個人に着目した健康確保の必要性等を今後整理させていただきたいと思えます。資料2と3は以上でございます。

資料4につきましては、中身の御説明は細かくいたしませんけれども、緊急対策の実施状況につきまして、9月末から10月にかけて状況を調査いたしました。今後も定期的にフォローアップいたしまして、行政として御支援すべきところに取り組んでいきたいと考えております。

長くなりましたが、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、事務局の御説明につきまして、御質問あるいは御意見を頂戴したいと存じます。ただ、あらかじめ申し上げておきたいと思えますが、今、事務局の説明にもありましたように、時間外労働規制の具体的な上限時間とそれに関連するさまざまな事項というのが非常に複雑な内容になっております。これは既に今までも御議論いただいたとおり、医師の時間外労働の規制のあり方というものが、医療の供給体制とかそういったものと非常に密接にかかわる。つまり、時間だけを考えればいいという話ではなく、日本の医療供給体制のこれからをどういうものとして考えるかということとあわせて考えないと実現できない、そういうことに由来するものだと思えます。

そのため、上限時間数についての具体案を出していただきましたけれども、その考え方とか、暫定特例水準の適用対象をどうするかとか、その終了時期をどう考えて、そこへどうやって持っていくのか。そういう意味で、非常に多くの論点が含まれるという形になっております。きょうは5時までの予定となっております。最後のとりまとめ骨子案の取りまとめの時間を考えますと、時間がそれほど多く残されているわけではございません。したがって、次回もきょう事務局のほうで御用意いただいた資料をベースに引き続き議論をいただきたいと思います。そういう前提でお考えいただいできょうは御発言をいただければと思えます。

それでは、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。

冒頭厚生労働省にお願いをしたいことがございます。本日の議論の中の資料というか、いろいろ提案、提出をしていただいているわけですが、メディアの中で事前にまさしくこの資料がないと書けないような中身が出ているということについては、しっかりと資料を管理していただきたいということをお願いしたいのです。なぜかという、資料3の3ペ

ージをごらんいただきますと、時間数が出ておりますけれども、現在は36協定を結べば、医師は青天井で働くということになっているわけです。そういう状況にあっても、時間外が月80時間以下の人たちが6割ぐらいいらっしゃる。非常に長時間働いている先生たちの労働時間をどうやって減らしていくかという議論をこの場で前向きにやろうという中で、数字だけ出てくると、あたかもそこまで働かせるのかという間違ったメッセージにつながっていると思うので、こういう資料の取り扱いについては極めて慎重にしていきたいなと思っています。

資料3の5ページにあるような上限時間数については、あえて何も申し上げませんけれども、現状2,400時間を超えるような先生たちをまずはどうやって減らしていくのか。さらには段階を踏んで通常の労働者の方たちと同じような働き方ができることを目指すということが大事であって、そのプロセスが非常に重要だと思っています。そういう意味で、5ページにあるように、2万人を超える先生たちがなくなるということは非常に意味もあることだと思いますし、3割の6万人の方たちの人数をできるだけ減らしていくということにも非常に意味があることだと思っています。

10ページを見ていただくと、これは有名な病院なので、余り名前は言いませんが、時間外労働の賃金の支払いによって平均時間外の労働時間を減らしていくという取り組みをされたということですが、これは患者さんがいなくなったわけではないので、ここの病院にかからなくなった方たちというのは、結局、よその病院にかかっているということだと思います。そうすると、その病院には新たな負荷がかかるということで、1つの病院という話ではなくて、まさしく座長がおっしゃったように、日本の医療提供体制そのものにかかわる話でありますので、こういったあるべき姿を求めていくのに一定の時間がかかるということは理解をしていただきたいと思います。

村上委員が先ほどの議論の中でおっしゃったように、例えば健康確保策についてきちんと守られるのかどうかというのは、すごく大事な点だと思っています、そこがしっかりと担保されないと、こういった医師の働き方の特例を認めるということは、なかなか容認されないのだろうなと思っていますので、こういった健康確保上乗せ策がきちんと守られるような仕組みづくりについても、具体的にしっかりと御検討いただければと思っています。

○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か。では、岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 ただいま今村構成員がおっしゃったことに私も全く同感です。3日前の全国紙に2,000時間という数字がすぐ出てきたのです。一般の国民の方は、一般紙に出ているところを見ると、医師は2,000時間まで働いていいのかという印象を持つのだと思うのです。議論の中身の詳細なことを全く抜きにして、ただ2,000時間という数字だけが先行しますから、へー、医師は2,000時間まで働いているのかという誤った情報を国民に与えることになるのではないかと思いますので、医政局を含めて、その辺の情報の管理については非常に慎重にやってもらいたいと思います。

もう一点です。私は心臓血管外科医ですので、今回の上限時間について、ここには病院団体の代表として来ていますけれども、一人の心臓血管外科医として考える上限時間について述べさせていただきたいと思います。御存じのように、心臓血管外科というのは、心臓や血管という生命に直結する診療科であります。その一方、一人前になるためには多くの手術経験、あるいは多くの症例を経験しなければならない。これはアメリカのデータにもあるのですが、手術件数が減ると手術の成績も悪くなるというエビデンスがはっきり出ているのです。要するに、経験症例が非常に大事だということです。

これはタスク・シフティングにも一部ひっかかってくると思いますが、術後ICUに入ったときに、そこに集中治療専門医がいれば、彼らに任せていいのですけれども、日本全国全てそういう状況がそろっているわけではないのです。日本の今の状況は、患者さんの状態は常に主治医が判断していかないといけない。そういう場に、手術、再手術をするかどうかという判断を求められるということが多いわけです。

こうした状況で、先ほどのデータで2,000時間を超えるような医師が非常に多いということもありますが、5年間という猶予期間で医療界を挙げてタスク・シフティング、あるいはタスク・シェアリングに取り組んでいけば、この水準はきっとクリアできるだろうと思っています。アメリカのレジデントのACGMEのデータも出たと思いますけれども、週平均80時間という規制とほぼ同じ水準でもありますので、既に海外で実際にこういうシステムの中で医療が回っていている。私たちは、ある意味安全な基準でもないと科学的に考えているわけですから、人の生命に直結する医療の世界ではこうした観点も医療界の中で非常に大事になってくるのです。ただ時間では区切れないという部分があります。

そうはいつても、5年後に1,900~2,000時間という罰則の範囲を適用しても絶対大丈夫かと言われると、正直心配もあります。上限時間についての議論は、医療の質を含めたいろんなエビデンスをそこでディスカッションしながら慎重に行うべきであるだろうと考えています。上限時間については、5年後にこれを適用する前の段階で、本当にこの基準を適用していいのかどうか、慎重な検証が必要になってくるのではないかと考えております。

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、褒構成員、どうぞ。

○褒構成員 ありがとうございます。

この議論に関して2つの視点で深めていきたいと思います。1つは時間軸です。2024年4月とあります。今、2019年ですが、スタートとゴールが今、明記されました。となりますと、その間の定点観測をどれぐらいの頻度で入れていくのが重要です。スタートとゴールだけではなくて、途中経過ポイントのきちんとしたフォローがないと、ふたをあけてみたら、思った方向に行かないということはままあることとございます。となりますと、1年ごとなのか、2年ごとなのか、そういった形でこのお取り組みに関しての定点観測とその協議の場というものを設けたほうがいいかなと思います。

2つ目が、今回の改革に関しての検証の質です。例えば医師の時間外労働が無事に減りましたが、ただ、その副作用として、先ほど今村構成員がおっしゃいましたように、例えば医療の質が脅かされる。または救急車の断る件数がぐっと増えてしまう。または看護師さんの負担が一気に増えてしまう。そういった好ましくない副作用が出た場合、医師はハッピーだけれども、そのほかの人がアンハッピーであるというのは、非常にもったいない改革になるかなと思います。となりますと、検証の質もここでしっかり設計した段階でスタートすべきかなと思っております。時間軸と検証の質、その2点のポイントが大事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。

では、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 ありがとうございます。

資料3の4ページのいわゆる10%の人たち、そこに大学病院の9割が入るという資料が出ております。確かにほかの資料などで大学病院がタスク・シフティングあるいはタスク・シェアリングがおくれているというデータもあることは事実であります。それ以上に、大学病院の外科系は、非常に重症で、よそで扱えないような患者さんたちのかなりシビアな手術、あるいは処置を行っているという現状があると思います。もちろん、ナース・プラクティショナーの導入などをすることによって、大学病院の勤務医の負担を軽減しなければいけないことは事実でありますけれども、一方で、そういう重症な患者を、やっとならだけの人手を投入して何とか救っているというところは無視できないのではないかと思います。

現場の外科系のドクターなどが懸念するところは、今後ナース・プラクティショナーの導入などが進むにしても、現状は皆無でありますから、これが導入の初期には、先ほど御指摘があったように、医療の質がちゃんと担保できる状態で導入がいくのか、タスク・シフティングが進むのかということについては、現場はかなり懸念しているところだと思います。その辺を社会がどういうふうに理解していくのか、一時的であれ医療の質が低下するということに対して許容されるのかどうかということも一つ問題ではないかと思います。

1割という人間が、医療の高度化に伴って生じているというところ。この人たちがいることで救える命があるということも直視しなければいけないのではないかと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、鶴田構成員、工藤構成員、お願いします。

○鶴田構成員 私が調べたところでは、特定機能病院の100床当たりの医師数は、平成22年の時点で一番多いのは、100床当たり50-59人前後、それが平成29年になると60-69人となっています。800床ぐらいの病院だと1病院当たり約500人、大きな病院のドクターがふえている。その前の10年についてもかなりの数の医師が大学病院にふえてきているという実態ある。それは山本先生がおっしゃるように、高度医療に伴ってふえているのですが、全

国の病院数の82%は300床以下の病院で、そこにいる医者数は病院医師数の33%ぐらいしかいない。だから、システムとしてどう考えていくかということも考えておかないといけない。大学で行っている高度医療が全て必要な高度医療かも含めて検討しておかないとならない。今後も大学に医師が集まって、小さな病院には行かないということにもなりかねないので、そのあたりをどうするかという議論が必要ではないか？こうした資料がある程度必要かと思います。それは100床レベル、200床、300床か、100、300、500、700床かは別として、どういう病院にどれだけの医者がいて、その医者は一人当たり患者さんを何人診るのかという資料を出してもらおうと、また働き方を考える際には考え方が変わるのではないかと思います。

平成28年の病院報告を見ると、100床未満の病院では、医者1人当たりが外来12.4名、入院7.3名。大学病院みたいな700床規模の病院では、医師1人が入院患者2人、外来3.3人診ており、4～5倍の差がある。これをどう考えるか。それをしっかり議論しないと、時間外の労働は改善しないのかなと思います。

先ほど今村先生が指摘された病院の患者さんがどこに行ったか？その患者さんは同じような医療を受けているか？必ずしもそうではないかもしれませんが、もっといい医療を受けているかもしれないし、質の低い医療かもしれない。それはわかりませんが、将来、現場では現実的にそういう問題が出てくるのかなと思います。今、厚生労働省が示しているような時間を減らすという方向性はいいのですが、あくまで医療システムとの絡みがあると思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、工藤構成員、どうぞ。

○工藤構成員 ありがとうございます。2点ございます。

1点目は、事務局に質問です。今回上限時間数を入れた案を出していただいております。数字そのものについては次回発言させていただきますが、今回の資料で、脳・心臓疾患や精神障害の労災認定基準の概要が出ていますが、今回出た年2,000時間の上限時間は、労災認定基準とどのような関係を持つてくるのでしょうか。もしくは全く関係ないのでしょうか。その点をどのように考えているのか教えていただきたいと思います。

2点目は、上限時間数の設定に当たっては、資料3の3スライド目、「病院勤務医の週勤務時間の区分別割合、医師の年間就業日数」で示されている通り、これまでの調査結果を根拠としているようですが、本検討会でとりまとめた「緊急的な取組」を2018年2月に公表し、現在それぞれの医療機関で取り組んでいるところです。フォローアップ調査の結果によると、フォローアップでいけば、なかなか進んでいないという医療機関もあるかと思いますが、取り組みの結果によって週勤務時間の区分別割合が変わってくる可能性は当然ありますし、変わっていかねばなりません。年1920時間以上の割合が1割という数字も変化することが考えられ、示していただいた上限時間数を改めて検討する必要も出てくるのではないかと思います。ぜひその点についても調査し、状況を把握していただきたい

いと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかに質問があるかもしれませんが、まとめてからにしたいと思います。

それでは、赤星構成員から手が挙がっていきまして、その後、三島構成員ということでお願いします。

○赤星構成員 僕は実際に働いている救急の若手として発言をさせていただければと思います。前回出席できなかったのですが、前々回はまだ時間とかが出ていなくて、地域医療確保暫定特例水準の案だけ出ていたかと思いますが、そのときに単純に上限時間を上乗せしただけでは僕の働き方は変わらないという趣旨のことをお話しさせてもらったわけですが、今回それに付随していろんなアイデアが出されていて、最初1,900~2,000時間と見たときは、正直長いなと思ったわけですがけれども、ただ、資料3の7ページの働き方の案を実際に見てみると、これが1,900~2,000時間ということになると思うのですが、僕の直感ですが、現在で考えれば余裕なのです。そう思うと、実感としては、現場を考えると、これでも保てるかどうか不安だなというのが逆に思うようになるというのが率直な意見です。

今回は、この特例水準にはタスク・シフトの取り組みを前々回のほうからつけ加えていただいている、それに加えて、単純な時間の問題だけではなく、直されてくるのがたくさんあると実感しています。タスク・シフトもそうですし、あと労務管理をしっかりやらないとこれは実現できないので、そうすると、僕が時間外に働いた時間は賃金が払われてくるようになるわけですね。そうすると、時間外賃金がしっかり払われてくるようになる。現在もそうですけれども、より正確に管理されるようになる。さらに、これを実現するためには、救命センターは医師数名でインターバル9時間なんて不可能だと思うので、そのスタッフを確保しなければいけなくなると、自然と集約化とかそういう話になってくるはずなんです。なので、集約化も進んでくる。これを守れないと罰則になると考えると、割と妥当なアイデアなのかなと実感いたします。

ただ、唯一の懸念は、特例水準を設定した場合、認定された病院が出てきて、その名前が公表されるようになると思うのですが、若手がその病院に研修とか働きに行きたがるようになるというか、ここは上限時間まで働くことになるのではないかという懸念で避けてしまうというのではないかという懸念が、今のところあるかなと思います。

以上です。

○岩村座長 実際に働く現場の御体験に基づく御発言で、大変有益な御発言だと思いました。

それでは、三島構成員、どうぞ。

○三島構成員 三島です。

赤星先生の発言につけ加えなのですが、数字だけ見ていると、とても現場感とギャップ

があると思っていて、自分が研修医だったころを振り返っても、地域の中核病院だったのですけれども、7ページにあるAの960時間の働き方を見ると、ごく一般的な研修医はもっと働いているだろうなという感じがしますし、感覚としてこれを目標とすること。それで大変な思いをして苦しみながら勤務をしている人が、実際にしっかり休んで、しっかり働くような体制を目指して、4割が改善するということ。それに対してインターバルや健康確保策をしっかり行うということを考えると、働く者としては現実的なのというよりも、かなり高い目標に感じてしまっています。それが医療業界がほかの業界の常識とはかなり外れてしまっている部分だと思いますが、今までそういった長時間の労働が普通のように行われていたというのは、私の感覚としても改めて感じました。

960時間という目標、上限を設定したとしても、それは下げていくべきものだと思うので、数字だけを見てその時間を働かせればいいのではなくて、しっかり現場で働き方を変えていくというのを、現場の国民や国が総力となって進めていくことが必要だと思いますし、特例水準の2,000時間とかそういったところに関しても、それは下げていくべきものであり、この目標をちゃんと認識して進めていく。そういった内容の発信をしっかりしていかないと、現場の混乱とか、特に同世代の勤務医から大変な不安が挙がっておりますので、そういったところの発信が重要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、渋谷副座長、お願いします。

○渋谷副座長 先ほど鶴田先生とか山本先生から大学病院とかほかの大きな病院の生産性の話があったと思うので、一応僕も学者の端くれなので、添付資料を参考資料3につけたのですけれども、最近、現場のほうから幾つか実証的研究を拾ってみたのです。最初病院の生産性ということで、いろんな定義がありますが、これは私が座長をやったビジョン検討会のほうで医師の実態調査の一環として拾ったデータを研究班のほうで分析していただいたものなのです。これは非常にざくっとした分析です。

生産性にかかわる要因として、病院の規模とか、病院当たりの医師の数とか、あるいは看護職員の数で比較したところ、医師数50名を超える大規模病院、大学病院とか急性期病院、地域の中核病院が多いと思いますが、やはり医師数ではなくて、生産性に一番かかわるのは、医師1人当たりの看護職員数だと。看護職員数が少ないと、医師の労働生産性も低くなるし、逆に看護職員が多いと、医師の生産性も上がる。ですから、看護職員の数の経済、スケールエコノミーがありますよと。非常にざっくりした分析ですが、だから、ここにあるように、2,000~3,000時間働いているのは大学病院とか、そうしたところの若手なわけです。2,000~3,000時間働くというのはあり得ないわけです。

本当に生産性が高いかというのと、必ずしもそうではないというデータが実際に出ているわけです。大学病院は、もちろん研究もあるし、教育もあるし、山本先生がおっしゃったように、重症患者もたくさん来ると思います。ただ、総合百貨店的な非常に生産性が悪い

部分があると思うので、そうしたものをタスク・シフトも鑑みながら変えていこうというメッセージを出さないと、これはいつまでも変わらない。実際に実証的データからそうした生産性というのは、看護職員とかそうしたスキルミックスをきちんとすることで上げることができるというのが明確に出ています。それが1つです。

もう一つは、タスク・シフトをすると、いろいろなサービスとか質とか、必ず議論になると思うのです。最近救急のほうで、今、国際医療福祉大に移られた、元東京ベイにいらっしゃった志賀先生たちがやった現場での経験ですけれども、救急外来診療において特定行為看護師さん。これは修士をとったちょっとステップアップした方と医師。メインは研修医ですが、その2つの群を比較しても、結構救急のあれで重症患者さんとか複雑な患者さんが来ます。今、外傷だけでなく、高齢者のいろんな疾患を持った方がたくさん来るのは救急外来だと思うのですけれども、そして重症度とか年齢とか、そうしたものを調整した上でも、入院期間というのは、看護師さんがやったほうの群と研修生がやった群が全く変わらない。患者さんの満足度というのは実際とっていらっしゃるの、今のところはデータがないのですが、そうしたサービスの質においては必ずしも遜色がないと。これは僕の意見でなくて実証データの意見なので、参考ということで御提示させていただいた次第です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、お手が挙がっているのは承知しているのですが、ここで1回切って、先ほどの質問に対するお答えをお願いいたします。

○北波総務課長 まず、冒頭報道に関する御指摘が幾つかありましたので、総務課長のほうからお答えさせていただきたいと思います。ごらんのように、今回につきましては、事務局案ということで資料を整えさせていただきまして、この場で御説明をし、また御議論をいただく前提で整えております。報道があったということについては、御指摘のとおりでございます。事務局といたしましては、各構成員の先生方に事前に御説明し、また御意見を伺いながら準備をしてきた。その間も資料管理については厳重に徹底してきたというところは御理解いただきたいと思います。

先ほど三島先生からもありましたように、まさに発信というものについて、きちんと意見を集約する上でも大事だと考えておりますし、そういうことから申しましたら、今回の上限というものの位置づけ、また、特例というものをどういうふうに扱っていくのか。こういうものもセットできちんと御説明をさせていただく。こういうものであろうと思っております。

事前に報道が出たということは非常に遺憾だと思っておりますし、今後年度末にかけての議論におきましても、資料の管理というものについては改めて徹底をしていきたいと思っておりますので、構成員の先生方もよろしくお願ひしたいと思っております。どうぞよろしくお願ひします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 続きまして、工藤構成員からいただいた労災認定基準との

関係でございますが、この御提案は上限時間数としての御提案でございます。仮に今回御提案した水準で実施するということになった場合、その水準が適用される中で働かれて、何かあって労災申請がなされたときには、労災認定基準に沿った、従前の運用どおりの認定の判断がなされるのだらうと思います。それは別々のものとして、従前どおり労災のほうは労災の実務としてなされるということであろうかと思えます。

一方で、これまでの御議論は、先ほど御説明申し上げましたとおり、上限時間数と追加的健康確保措置がセットということでありまして、追加的健康確保措置でありますので、一般ルールとしての健康確保措置、産業保健の取り組みは当然になされていることに加えて、さらに追加をする御提案をしております。その中で医師が健康を害さないように働くということを実現していかなければ、この上限時間数についてご理解はいただけないのではないかと考えております。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、先ほど片岡構成員から手が挙がっていましたので、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

鶴田構成員の御意見に少し似た部分があるのですが、資料3の8ページは、週勤務時間が80時間を超える者がいる病院の割合という資料で、大学病院、救命救急機能を有する病院ではそういった方がいるというデータではあるのですが、2万人いらっしゃる、特に長時間労働をしている方が実際にどこに分布しているかというのは、この資料からは読み取れないのではないかと思います。

先ほど鶴田構成員もおっしゃられたように、中小規模の病院、200床未満の病院だと、そういう長時間労働の方が少ないかのようにこの資料では見えてしまうのですが、地域の現場で一次救急、二次救急になっている病院は、救急を担う病院であって、かつ規模が小さいと医師数も少ない。そういうところには非常に過重な労働、負荷がかかっているということもあろうかと思えますので、長時間勤務の方がどこに分布しているかというあたりは、もうちょっと明確な資料があったほうがいいですし、そこに対するきちんとした対策ということも今後考えていく必要があろうかと思えます。

また、先ほど渋谷構成員がお出しいただいたデータで、看護師数が非常に重要という御指摘がありましたけれども、医師数が少ないようなところは看護師も不足しているので、そういったところで実際にどうやってタスク・シフトをするのかというのは、現実問題なかなか難しいということもあろうかと思えますので、そのあたりもデータが今後必要ではないかと思いました。

資料3の19ページ、地域卒卒業医師について、今後タスク・シェアの可能性ということがありますけれども、確かに地域医療を担う人材の育成ということで、そういうミッションを持っていると思うのですが、単に労働力の補填ということにならないように、教育体制の確保であるとか、そのあたりをあわせて進めていく必要があると感じました。

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、事務局のほうからお願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今回の片岡先生の御説明に関しまして、目の前のファイルにございますが、第13回の医師の働き方改革の検討会におきまして、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）」の7ページ目以降に、かなり詳細な労働時間ごとの年代や診療科ごとのデータを出させていただいております。

今の片岡先生の問題意識の観点で言えば、10ページのあたりで、例えば週90～100時間、週100時間以上というすごい労働時間をしている方は、高度急性期、急性期、回復期ということで、例えば高度急性期が90%だったり、勤務先所在地だと、都市部と地方部がほぼ50%だったりといったさまざまなデータがございます。また御指摘の点がございましたら、さまざまな分析は可能でございますので、御指摘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。

ほかにはいかがでございましょうか。それでは、城守構成員、戎構成員、福島構成員からお願いします。

○城守構成員 ありがとうございます。

資料3の14ページに極めて労働時間の長い医師の労働時間短縮に関してのイメージ図が出ておまして、先ほどからタスク・シフト、タスク・シェアというお話が出ていますけれども、特定看護師さん等の養成の図を見ても、なかなか厳しい状況が続きそうだなというのは見てとれるかと思いますが、でも、していかなければならないということは間違いないと思います。

その中で、2024年には少なくとも960時間はクリアしていかなければいけないという形の話になっているわけですし、私もそのとおりだと思いますし、それに向けて医療機関は最大限の努力をすべきだと思いますが、先ほど表構成員からもお話がございましたように、その間どういう形でそれが達成されていきつつあるのかということに関しては、労働時間のチェックということは、10万人調査等も含めて、されることは可能かと思いますが、同時に基本的に地域医療に対してどういう影響があるのか。先ほど救急の話もございましたが、どういう評価項目をもって、地域医療にどういう影響を与えるのか、そういう観点のチェックということも重ねていただければと思います。その中で2024年に向けて現実的な形として数字が折り合っているのかどうかということが見えてくるのかなと思います。

もう一点、地域の事情に勘案したという特例の認定に関しては、恐らく都道府県が認定をされるということになるのだらうと思いますが、国として一定のガイドラインみたいなものを出されるのでしょうか。地域に丸投げということではないと思うのですが、そのあたりはどういうふうにお考えなのか。それだけ教えてください。

○岩村座長 ありがとうございます。

質問について、事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 1点目でございますけれども、資料3の11ページのところで、これがどういう制度になるにせよ、5年後に制度開始なわけでございますが、その5年間何もしないということは、事務局は全く考えておらず、11ページのとおり、医師の労働時間短縮のための実効的な支援策、実態調査などもしながら、特例水準の対象をなるべく少なくするという努力を最大限やってまいりたいと思っております。そのような中で、労働時間だけでなく、地域医療への影響をあわせて評価するというのはなかなか難しいポイントでございますが、非常に重要な御指摘でございますので、どのようなことがその調査の中でできるかを踏まえて検討してまいりたいと思っております。

2点目、経過措置の医療機関でございますけれども、資料2のほうに文字でいろいろ書かせていただいております。さまざまな条件、5疾病・5事業、地域医療への重要なポイントがどこかとか、9ページ、地域医療の観点から必須とされる機能がどのようなものかという例示を出させていただいておりますが、いずれにせよ、最終的に都道府県が決めるという方向でございますが、国から何らかの基準を示すというのは当然のことだと考えております。

○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。

私のほうは、資料3の(2)の実効的な支援策のところ、タスク・シフティングのところですが、「特定行為研修の推進に係る支援等について」のページですが、18ページに2023年に1万人程度と書かれているのと、指定研修機関が400カ所ぐらいと。今、87カ所ぐらいだと思うのですが、目標は高く持っていて構わないと思うのですけれども、例えば認定看護師の教育課程であっても、二十数年を経てやっと1万9000人程度の認定看護師が今、各分野にいます。私が卒業した分野が集中ケアですので、17年ぐらいかけてやっと1,200名程度の進行状況です。

先生方が考える特定行為を看護師のほうにシフトするという部分に関して、教育は、恐らく認定看護師の教育課程よりもプラスアルファ医学の部分进行学习しなくてはならないところにあると思うのです。就学年数を考えたとしても、短期間でこれだけの人数を養成するというのは難しいところではないかと思っておりますのと、このパッケージ化については賛成しておりますけれども、今回このパッケージ化をするに当たって、教育の内容というものは、患者のためにあるもの、その場に働くスタッフ、医師も含めて、そのためになるような教育カリキュラムでないと、ただこの特定行為ができるというだけ。例えば一部分だけできる行為を持ったとしても、その患者さんに対して、集合的な治療にかかわるところの援助というのはなかなか難しいですので、教育の中身を十分お考えになられたほうがいいのではないかと思います。

というのも、私が現在特定行為研修にかかわっているのと、日本のJNPという方々と働いているプラス特定行為研修という、そことはまた違ったカリキュラムにかかわって卒業し

ていく方々にかかわっていますので、その教育内容とカリキュラム、そういうものの違いによって、卒業時点でどこまで見ていけるかというのは全然変わってくると思います。せっかくいいものをつくるのであれば、もちろん部分的なものができるということも大事かもしれないのですけれども、患者さんを全体的に見るといふことの力を育てられるようなカリキュラムのほうがいいかと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、先に御退室されるということなので、中島構成員、どうぞ。

○中島構成員 ありがとうございます。

済みません。私、ちょっと早目に出るので、先ほど医政局長のほうからNPについての質問があったので、それについて自分の考えを話してもよろしいでしょうか。済みません。

私は、この検討会ではどちらかという特定行為のほうをたくさんお話ししていたと思います。それはふだん一緒に働いていて、特定行為研修修了看護師の可能性をすごく感じているからです。ただ、私がお話しているのは、病棟の中で働いていただける特定行為修了看護師として考えていました。病棟で優秀で責任感のあるナースが特定行為修了の研修を修了し病棟に戻った場合には、病棟の看護の質は上がりますけれども、今回のようにパッケージ化されてしまうと、その看護師は医局の専属になってしまう可能性があると考えました。ですので、パッケージ化をわざわざするのだったら、NPもいてもいいのかなと考えています。それから、ちょうど1年ぐらい前に戎さんと磯部先生がNPの活躍についてこの場で話されたときに、磯部先生がNPは前期研修医と同じぐらいに働いてくれるという発言がすごく残っていて、特定行為修了看護師はそのようには働けないのではないかと教育内容などを見て思っています。

もう一つは、集約化された後の地域にNPのナースが1人いていただければ、6カ月とか1年ごとに医師が派遣されてきた場合に、住民のことをよく知っているNPがいて協働するといった使い方もプライマリーケアの場面で有効かなと思って言っています。

NPの議論は検討会では、ずっとあったと思って発言しています。NPと特定行為修了看護師が両輪でやっていくことは何のデメリットもないのかなと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 確認をさせていただきたいことがあります。資料2の2ページの一番下の部分ですが、これは結構重要な視点で、臨時的な必要がある場合、今は原則論では1年間に6回に限るといふことなので、6回に限るとした場合に、どんなに上限時間を高く設定したとしても、6回45時間におさめなくてはいけないというのがある限りは、違法状態というのはなくならないと思うのです。ですから、6回に限らず、年間を通して12回で案分して、平均してという考え方というのは、コンプライアンスという意味でも非常に重要な

視点だと思しますので、今の時点では「6ヶ月に限らないこととしてはどうか」という書き方ですけれども、これは年間を通して平均化してということによっていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、遠野構成員、どうぞ。

○遠野構成員 今後Bの状況からAに持っていくためには、ロードマップにもあるように、地域枠医師と地元養成の奨学生医師の働きが大きく期待されています。しかし、私が調べた範囲なので多少の誤差はあるのですが、今、岩手県では地域枠医師が、年間15人を養成し、5年目を迎えています。この中で卒後臨床研修が終わった地域枠医師が卒後3年目、4年目、5年目で、全部で45人います。岩手県には26の県立病院がありまして、中核が9で、そのほかは地域病院ということになっていて、地域枠医誌には地域病院に行っていた方がいいのです。しかし、現在地域病院に行っている医師は、45人中2～3人で、ほとんどの医師は県中心部である本線沿いの大きな県立病院で勤務して、貸与義務を消化しています。

私が言いたいのは、県の調整で地域枠医師の調整をと書いてあるのですが、恐らくそれらの地域枠医師は、なかなか県の調整どおりには動いてくれないです。つまり、国、厚労省から貸与金で医師になった場合は都道府県からの義理を果たすようにとか、果たさないと途中で貸与金を返還する医師もいるので、そういったときは貸与金は倍返しとか、強い縛りがないと岩手県の場合のような地域枠医師に期待する地方に勤務するということは無いです。そうでなければ、地方病院でBになった場合Aには戻りようがないという状況が心配されます。地方病院でAになるためには、そういった国、厚労省の指導という観点も考えて頂きたいのでよろしくお願いいたします。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、森本構成員から手が挙がっていたと思います。

○森本構成員 遅刻してきて申しわけございません。おくれてきた関係で、今まで出た意見と重複するところもあるかと思いますが、御容赦いただきたいと思います。

上限時間について、年1,900～2,000時間という案が示されています。資料3で見ると、約1割の医師が年1,920時間を超える時間外労働をしているということですが、一般労働者は、時間外労働も含めれば、約2,000時間が年間総実労働時間に当たります。年2000時間を上限とするのであれば、一般労働者の2人分働いている感覚なのだとすることをまず認識する必要があると思います。

その上で、今回「緊急的な取組」にかかるフォローアップ調査が示されていますが、残念ながら「検討に着手していない」という回答がかなりの数に上っている結果を見ると、現場の意識改革も大きく必要があるのではないかと感じます。

続いて、今回労災の認定基準について、資料を入れていただいています。年1,920時間を、月で計算すると160時間になりますが、この数字は精神障害の労災認定基準の時間数に

あたります。精神障害の労災認定基準を見てみますと、発症直前の1カ月におおむね160時間を超えるような時間外労働をした場合は、「特別な出来事」として捉えらるようになっていきます。そして、その下、120時間の時間外労働が2カ月、あるいは100時間以上の時間外労働が3カ月連続した場合は、それ自体を「出来事」として災害と労働との関係が強いと認めるという基準になっているのです。年1,920時間～2,000時間という、この労災認定基準を大きく超えた基準ということになり、いつ労働災害が起きてもおかしくないという状態になりかねないということで、余りに時間数が長過ぎると認識しています。

私の組織に所属している労働組合関係のこの間の取り組みを御紹介したいと思います。公立病院などでこの間、労働基準監督署から様々な御指摘を受け、36協定の締結内容について見直しをした医療機関があります。そのようなところでは、年1,000時間程度をめどに36協定を見直し、働き方を改善しているところが多いです。それらとの整合性から、あるいはこれまでの労働基準監督の状況から見ても、1,900時間～2,000時間という時間は非常に長過ぎると考えますので、ぜひ上限時間数については短くすることを検討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。

それでは、村上構成員、馬場構成員からお手が挙がっていたと思いますので、その順番でお願いいたします。

○村上構成員 ありがとうございます。

申し上げたい意見は多数ございますが、時間もありませんので、また次回に申し上げることとして、2点のみ申し上げたいと思います。1点目は、今の森本委員の意見と重なりますが、年1,900時間や2,000時間という報道がなされたことを受け、私どものところにも心配する声が多く寄せられています。それは必ずしもドクターからではないのですが、本検討会に参加してドクターの皆さんは職業人として使命感がすごく強いと痛感しているところです。ただ、そうはいっても、年1,900時間～2,000時間で本当に大丈夫なのか、実労働時間数でなくて、時間外労働の時間数なのかという驚きの声をもって受けとめられているということです。

一般的な働き方の世界の話ぜひ御認識いただきたいと思っていますし、ドクターもドクター以外も同じ人間ということ改めて考え、この議論をしていくべきだと思います。

2点目は、年1,900～2,000時間の根拠として、資料3の3ページに病院勤務医の週勤務時間の区分割合が示されていますが、この調査は勤務時間を労働時間とみなしているところがありますし、研さんの時間についても整理をするということであれば、この分布自体が全体的に変わっていくのではないのでしょうか。つまり、年1,920時間を超えている方々が1割いることを前提にしているようですが、実際は1割ではなくて、2.7%と1.8%の合計の5%以下ぐらいということもあるのではないのでしょうか。年960時間超えの方々が4割ではなく、22.1%の方になってくるのではないかとということも考えて議論をすべきではない

かと思えます。

資料2の7ページ、特例水準のBの時間数で、上位約1割が該当する年間時間外のところを引き下げていくために、年1,900~2,000時間と書いてありますけれども、実際は1割に満たないこともあるのではないのでしょうか。

また、その下の※印が大変気になっていまして、一般労働者についても、月80時間以上の割合は約1割となっているとありますが、一般労働者の上限規制を議論する際に、上位1割をカットするという議論はしておりません。あたかも一般労働者も、このような議論をしたから医師も同じような議論をするという根拠づけはやめていただきたいと思えます。

その他については次回申し上げたいと思えます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 暫定措置型の(B)というものにつきましても、ここを医療機関が選んだからといって、全てその医療機関で働く医師が1,900~2,000時間働かなければいけないということではなく、ひょっとしたら1人もそういう人が出ないかもしれない。けれども、安全弁というか、一番大事なことは地域医療を守ること、そして国民に不利益を与えないということから考えると、この程度の安全な余裕というのはやむを得ないのかなと思えます。

また、資料3の11ページに終了目標年限(案)というのがありますが、図としてはこれでいいと思うのですが、実態調査、検討を行いながら、最終的に暫定特例水準の適用終了を目標としていくと。この図は全くそのものだと思うのですが、余りにも2036年3月の終了目標ということが強調され過ぎると、私たちが改革を進めるわけですから、何か変化が起きると。特に医師の分布が変わる可能性があると思うのです。赤星構成員が言われる集約化というのが起こってきて、それが美しい形で行われていけばいいのですが、BからAに性急に移行しようとする医療機関が無理に地域にあらわれると、逆にその地域のほかの医療機関が今までAで行けていたのに、Bでないと行けなくなってしまうということが起きるやもしれません。

ですから、何が起きるかわからないので、表構成員が言われるような実態調査、検討を今後きちんとしていって、最終的にはそういう特例水準の適用がなくなる、そういう社会を目指していくということが大事だと思っています。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはございませんでしょうか。では、渋谷構成員、どうぞ。

○渋谷副座長 きょうは時間外の数字の議論がすごく進んでいるのですが、個人的な意見を少し申し上げたいのですが、この検討会は医師の健康確保と医療の持続可能性という観点から議論を進めたと思えますし、初回のほうには中原さんなど、過労死の御遺族の意見とか、いろんな意見を伺ったと思えます。座長は法令で、僕は医系ということで、僕は個人的には医療者側にすごくシンパシーを持って、皆さん、いろいろなお立場がある

のですけれども、それを乗り越えて、国民が安心して医療にかかることができる制度を守って、そして現場のお医者さん、特に若い人が希望を持てるような方向性を出したいと考えてきたと思います。

この前、新聞で地方では医師が2,000時間超えというのを見て本当に驚きました。ネットとかを見ると、医者を殺すのかという声が巻き起こっているのも事実だと思います。個人的に地方で医師が2,000時間、許されるというのは僕も反対ですし、ただ、きょうの議論を聞くと、その解釈が必ずしも正しくはない。

ただ、そうはいつでも、今、ネットとかいろいろ見ていたのですけれども、現場のお医者さんたちは全然納得していないです。例えば1,920より下がったらいいのではないかという雰囲気を感じている方も多いと思います。片岡先生がおっしゃったように、これは大学病院だけでなく、地方の救急病院で、周りの助けもなく、日々苦闘している先生がたくさんいると思うのです。そういう人たちがこの検討会の議論を非常に注視しているのです。

こういう質問をしていいのかわからないのですけれども、この部屋の中でお医者さんの立場で政策を進める立場にいる最高責任者というのは、迫井審議官だと思うのです。個人的な名前を出してごめんなさいね。僕は迫井先生をよく存じ上げているのですが、若いころは外科医で、2,000、3,000時間の大学病院で四苦八苦していた人なのです。大学病院の激務の中でいろんな矛盾を感じて厚労行政に進んだという新聞の記事を見て僕は感激したのです。

そこで伺いたいのです。個人に聞いてごめんなさいね。厚生労働省としては本当にどこを目指しているのですか。例えば1,920より下がったら、それでいいのかとか、そういう話なのか。立場上ノーコメントでも構わないのですが、先生が厚労行政に進んだ原点を思い出していただいて、現場の医療で日々、本当に患者のために尽くしている方々を思い起こして、厚労行政、厚生労働省としては本当にどこを目指しているのかというのを改めて伺いたいのです。いかがでしょうか。

○岩村座長 審議官、いかがでございましょうか。お願いいたします。

○迫井審議官 御指名でありますし、このような形で御質問を受けたのは、役人人生、それなりに長いのですが初めてで、本日の議論は非常に重要な議論だと思いますので、お時間をちょっといただいてお話をさせていただくと、私自身がこういう行政を目指したというのは、きょうの議論は割と象徴的でありまして、現場の方々が一生懸命いろんなことをやっている。患者さんは困っている。地域の医療で命を助けてほしいと思ってきている。一生懸命いろいろやっているのだけれども矛盾することが起きるとというのが、医療においては、行政との関係、法律との関係、制度との関係、そしてさまざまな費用の償還とか、医療費とか、そういったことがあって、現場の努力ではなしがたしものがあるということで、こういう場に身を置く人間も必要ではないかというのが、青い気持ちではありましたが、そういう偽らざる気持ちです。

その象徴例の一つは医師の働き方。私自身も当時そうでした。今、渋谷先生がおっしゃったように、外科でしたので、3日寝ないとか、手術時間20時間ということはままたりましたし、そういった中で救われる命があるというのを実際に体験して、医師という仕事は本当に素晴らしい仕事だと思えるのですが、一人医師だけ、あるいは医療スタッフだけが頑張れば医療がよくなるということではないというのが、まず大きな前提であります。

したがって、この場の議論を非常に大事にさせていただきたいと思います。もちろん、大事にされていると思いますが、我々事務局も、私は医師の資格を持っていますが、そうでない、法令事務官の方も含めて、みんなで一緒になってこの議論をちゃんと遂行して、よりよきものにしていくという気持ちでやっているということでございます。

その中で、きょうの関連で一体どういうところ、落ちよという話であります。私たちはこの議論の終結を目指して努力をする立場にありますので、現時点で必ずしも十分な意見の一致が見られない。これはそのとおりだと思います。ただ、私たちの目の前にあるのは難しい2つの困難な課題。お医者さんの命、健康を守っていくという問題意識と努力。一方で、救われる命が救われないということのないように、医療の提供体制をしっかり守っていく。なかなかながたし2つの課題、ミッションを両立させるために努力をするという点では、きょうの委員の先生方も私たち事務局も基本的に気持ちは一つだろうと思いますので、私たちとしては精いっぱい、不退転の決意で、歯を食いしばってサポートさせていただきたいと思っておりますので、委員の先生方におかれましても、引き続き可能な限りよりよき制度を目指して、意見の一致を見るように努力をしていただけないかなというのが、せっかく私に振っていただいた渋谷副座長のお話でありますので、そういう願いを込めてお答えしたいと思っております。

ありがとうございました。

○岩村座長 では、渋谷副座長。

○渋谷副座長 ポイントは、最初に今村先生がおっしゃったように、960時間をとにかく目指していくというメッセージは正しいのでしょうか。1,920が段階的にあっても、そこで終わりではなくて、とにかく総力を挙げて960に行くのだと。そういう思いで厚生労働省はやっているのでしょうか。

○岩村座長 どうぞ。

○迫井審議官 手短かに追加でお話をすれば、目指すべき姿というのは、この点においても一致をしているという理解しております。これは委員の方々も同じでありますし、私たちも同じですが、働く時間、特に健康、過労死を防ぐという観点からしますと、目指すべきは一般労働者の水準であるということです。

ただ、それを遂行するに当たって、現場の医療をちゃんと守りながら、保ちながら、そして先ほど意見の中にも一つありましたが、できると思うけれども、本当にできるかわからない。偽らざるお気持ちも私たちとしては大事に酌み取りながら、よりよき制度を目指していくべきではないかと考えております。

○岩村座長 ありがとうございます。

まだ御意見があるかもしれませんが、先ほど申し上げましたように、次回もこの議論は継続ということですので、きょうのところは時間の都合もありますから、ここまですべてとさせていただきたいと思います。

実は宿題が最後に残ってしまっていて、とりまとめの骨子案について、先ほど申し上げたように修正を事務局のほうで検討いただいております。その案ができたということですので、大変申しわけないのですが、暫時時間をいただいて一旦休憩とさせていただいて、その上で再開とさせていただきたいと思います。それほど休憩時間が長くかかるということではないと思いますが、御理解をいただければと思います。

それでは、暫時休憩ということにさせていただきます。

(休憩)

○岩村座長 それでは、再開をさせていただきたいと思います。吉田局長、お願いいたします。

○吉田医政局長 先ほど私が申し上げましたので、私が再び発言をさせていただきたいと思います。今、この場における御発言につきまして、私ども事務局として整理をさせていただいたものを岩村座長において御確認をしていただきましたので、配付をさせていただきたいと思います。

ただ、残念ながらこの会議の時間が予定時間より延びておまして、中座をされました片岡委員から追加の御発言をいただきました。この部分についても、今、座長のほうと相談させていただいて、それも反映すべきではないかという御指示をいただいておりますが、今からお手元にお配りする資料には入っておりません。それを印刷するには少し時間がかかってしまいますので、恐縮ですが、その部分は口頭で事務局から補足させていただくということを前提に、座長に御了解いただきました資料を今から配付をさせ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。

実は表構成員からも同じようにいただいておりますので、申しわけありませんが、それも口頭で事務局のほうから説明をしていただくということにしたいと思います。

それでは、配付をお願いいたします。

(修正案配付)

○岩村座長 では、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○千正医療政策企画官 お配りした修正案について御説明いたします。まず、3ページの上、黒澤構成員のほうから予防医療の推進は大事なので、もう少し記述を厚くという御意見がありましたので、ここに書いてあるようなものを加筆させていただきました。

3ページの下から2つ目の○、「労使間の」というところを村上構成員が入れるようにということで、追加しております。

6ページの上から3つ目の○、「医師の労働時間の短縮のために」と。医師の労働時間

を短縮して、タスク・シフトを受ける側がきつくなつては元も子もないので、そういった合意形成も大事にしてほしいということ。それから同じ趣旨で、「短縮」ではなくて「適正化」のほうがよいのではないかという御意見を中島構成員からいただきました。「短縮」という言葉につきましては、これまで労働時間の短縮ということで議論を進めてまいりましたことと、「適正化」ということよりも、よりダイレクトに「短縮」のほうがわかりやすいと思いますが、御趣旨を踏まえて、その下の「業務の移管や共同化」のところで「医療従事者の合意形成のもとで」というのを追加しております。

渋谷副座長から地域医療提供体制の中での集約化・重点化という観点も追加するようという御意見を入れております。

7ページ上のほうに「医療従事者の合意形成のもとで」と。これは中島構成員、今村構成員、島田構成員、複数の構成員から御意見をいただきました。

中ほどのタスク・シフティングのところですが、戎構成員から御意見がございました。「多くの医療専門職種それぞれが」というふうに幅広く読めるような書きぶりにいたしました。

中島構成員からもう少し前向きに書けないかということで、「着実に」という言葉を追加しております。

7ページの下から3つ目の○。これは斐構成員から、やらされてやるものは長続きしない、医療機関にもメリットがあるということをしっかり書くようという御指摘がありました。斐先生はもう帰られましたけれども、ここは追記があるので、読ませていただきます。「医療機関側にもマネジメント改革により」、この後に追加がありまして、「よりよい職場づくりが進み」という言葉が入り、その後は書いてあるとおりで、「医療従事者の確保・定着が図られるなどの」と続く。こういったことで斐先生の了解をいただきました。

8ページの上から3つ目「女性医師等が働きやすい環境の整備の推進」というところですが、帰り際に片岡構成員から御意見がございました。2行目から読ませていただきます。「連続勤務時間制限等の導入により、勤務時間に制約のある医師もチームの一員として重要な役割を担うことにより」、その後、半分ぐらい削られて、「働く意義にもつながっていくと期待される」。こういう修正をいただいております。

12ページ一番上でございます。これは村上構成員からいただいた意見を反映したものでございます。

修正箇所は以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

今、事務局からきょう提示のありましたとりまとめ骨子案についての修正案の説明をいただいたところですが、これにつきまして御意見あるいは御質問がございませうでしょうか。よろしゅうございませうか。それでは、渋谷構成員、どうぞ。

○渋谷副座長 済みません。細かいことで申しわけないですが、中島さん、帰られたのですけれども、僕の理解では、7ページの「そのための議論を引き続き着実に」というのは、

英語で言うと、continuously graduallyということだと思うのですが、そうでなくて、「議論を引き続き着実に」というのは非常に大事だと思うのですが、彼女はたしかその場を形成するぐらいの前向きな言葉はいかがかということをおっしゃったと思うのですけれども、それはいかがでしょうか。

○岩村座長 私が答えるのは何かかもしれませんが、その点については最初に医政局長のほうからお話があって、それでこういう表現にしましたというお話がそもそもありましたので、それを前提としつつ、しかし、中島構成員の御意見を踏まえて「着実に」という言葉を入れたと理解しているところがございます。よろしゅうございましょうか。

○渋谷副座長 「着実に」というのは、何か具体性がないなという気がするのですが、いかがでしょうか。

○岩村座長 では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 済みません。今、気がついたので、ちょっと検討していただければと思うのは、8ページの女性医師の働きやすい環境の整備のところですが、1行目に「さらに、働き方と保育環境」と。あくまでお子さんがいて保育をするということだけが書かれているのですけれども、例えば介護の話もあるでしょうし、お子さんがいなくても、女性医師の働き方というのはいろいろあると思うので、例えば「保育環境等」とかという文言をちょっと入れていただくということは可能なのでしょうか。

○岩村座長 入れるということによろしいかと思しますので、「等」を入れるということしたいと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、赤字で直した部分にプラスして、今、口頭で事務局から御説明いただいたもので修正を加え、さらに今、今村構成員から御提案のあった部分についての修正を加えるということによろしいですか。事務局、何かありますか。

○千正医療政策企画官 細かいところですが、今村構成員から御意見いただいた8ページの女性医師等が働きやすい環境のところ、「働き方と保育環境等」。「等」を入れたことによって、両面の「両」がちょっと意味が通らなくなるので、「両」を取るということにしたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。そのほうが適切かと思えます。

○渋谷副座長 「着実に」をちょっと変えて、「確実に」というのはだめですか。

○岩村座長 事務局、オーケーですか。

○千正医療政策企画官 はい。そのようにいたします。

○岩村座長 それでは、今、渋谷構成員の御提案ということで、そこを直すことといたします。

あと、島田構成員からどうぞ。

○島田構成員 大変恐縮です。3ページ、村上構成員からの御提案で修正があった部分なのですが、村上構成員の御趣旨には賛成なのですが、ただ、「医療機関と医療従事者が話

し合い」という括弧の中で、これが説明になっているような印象になると、逆に狭くなってしまわないかと思います。例えば括弧の中を「勤務環境改善に向けた労使交渉など」ということで、例示のような形にしたほうがいいのではないかなと思いました。

○岩村座長 ありがとうございます。

村上構成員、いかがですか。私も若干その点は気になっていて、つまり、医療機関と医療従事者の話し合いというのは、もちろん労使という立場でも行われますけれども、場合によっては医療従事者同士の話という意味もあり得るので、労使と特化してしまうのはどうかなという気はちょっとしていたのです。ですので、「組合交渉など労使間の取組など」となると、文言がやや重なるので、もしあれでしたら、「労使間の」というのが入りましたので、「組合交渉」を取りまして、「改善に向けた労使間の取組など」とするというのはいかがかと思いますが。もう少し広目のほうが適切かなという気がするのですね。

村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 前は、集团的労使関係について申し上げたところです。「集团的労使関係」という言葉そのものが、労働関係者はよくわかるけれども、医療界の皆さんにはなじまないのではないかということで、このような表現になったと聞いています。「組合交渉」でなくて、「労使間」という表現にすると、個別の労使と解釈される可能性があります。医師と医療機関が個別に話し合うということではなく、医師や医療従事者の集団と医療機関がきちんと話し合うことが、労働時間規制や勤務環境改善の問題解決に向けて重要であると思います。そのニュアンスが残る形にするために、「組合」という表現も入れていただき、最後「労使」も入れていただきたいという話をしたところです。きょうも議事録が残りますので、その趣旨がきちんと伝わるということであれば「労使間」ということでも構いません。

○岩村座長 ありがとうございます。

もちろん、村上委員のおっしゃることは非常によく理解するのですが、他方で、ちょっと狭いかなという気もしなくもないものですから、もしよろしければ「組合交渉」の部分を取って、そして「向けた労使間の取組など」という表現にさせていただいて、今おっしゃっていただいたように、議事録にはこれが残りますので、その意味での趣旨の紛れはないかなと思いますが、よろしゅうございましょうか。

○村上構成員 はい。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今のところはそのように修正するというにさせていただきたいと思えます。

島田委員もこれでよろしいでしょうか。

○島田構成員 結構です。

○岩村座長 それでは、赤字で修正した部分、さらに今、口頭で修正した部分を含めて、

とりまとめの骨子案については、きょうのところはこれで確定させていただくということにしたいと思います。皆様、どうもありがとうございました。

大変時間がオーバーしてしまって、私の時間コントロールがまずくて、申しわけなかったと思いますが、本日の議論はここまでということにさせていただき、きょう時間の上限について御議論いただきましたけれども、これは次回引き続いて御議論を頂戴したいと存じます。

最後に、次回の日程につきまして、事務局のほうから案内をお願いいたします。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 次回検討会につきましては、追ってお知らせいたします。

○岩村座長 ありがとうございました。

それでは、大変時間を超過して申しわけございませんでしたが、これで本日は終了とさせていただきますと思います。長時間にわたりましてありがとうございました。