

○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17回「医師の働き方改革に関する検討会」を開催します。

構成員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

本日は、赤星構成員より所用により御欠席の御連絡をいただいております。また、戎構成員より所用によりおくれるとの御連絡をいただいております。

最初に、資料の確認をいたします。

次第、座席表に続きまして、資料1「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2「時間外労働規制のあり方について③（議論のための参考資料）」、それから、前回取りまとめいただいたものを参考資料1「とりまとめ骨子」としてつけております。それから、参考資料2「労災認定基準の概要」を添付しております。

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。

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をお願いいたします。

それでは、岩村座長、よろしく願いいたします。

○岩村座長 皆さん、こんにちは。早速でございますけれども、議事に入りたいと存じます。

前回は「とりまとめ骨子」案について御議論を頂戴しまして、会議の場での修正も含めて構成員の皆様にご確認いただいたものを「とりまとめ」版ということで事務局から各構成員の皆様にお送りさせていただいたところであります。

本日は、お手元の議事次第をごらんいただきますとおわかりになりますように、「時間外労働規制のあり方について」ということで、前回の後半での御議論を続けるということをお願いをしたいと存じます。前回からそれほど日があいているわけでもございませんので、事務局による資料の説明は割愛させていただきたいと思っております。もちろん、再度説明をしてほしいということがございましたら、質疑の中でそれを事務局におっしゃっていただければと存じます。

論点そのものはかなり多岐にわたっておりますけれども、きょうは2回目の議論ということもありますので、どこからでも結構でございます。御意見、御質問をお出しいただければと存じます。

また、きょうはこの議題だけが唯一のものでございますので、お一方に複数回御発言をいただくことも可能かと存じます。他方で、そうはいつても、発言を独占いただかないようお願いしたいと思っております。

それでは、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、こちらから島田委員、黒澤構成員、工藤構成員という順番でいきたいと思

ます。

○島田構成員 前回御報告いただいた緊急対策のフォローアップ調査でございますが、着手していない医療機関が結構あるということで、実質状況は必ずしも満足できる状況にはないのではないかと感じたわけです。

そこで1点事務局にお願いしたいのは、その理由はどこら辺にあるのか。要するに実施状況が悪いということについて、事務局でお考えがあればお教えいただきたいということ。

しかし、現実にはこのような状況ですので、今後、対策として、具体的に着手できるようなきめ細かいものを出すというような、補足といいますか、てこ入れが必要なのではないかとこの点が私の意見でございます。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。

事務局で何かありますか。よろしいですか。

では、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。

お答えに先立ちまして、資料で1点おわびがございます。

本日の配付資料の資料1と2というのは、前回の資料2と3をそのまま添付しているのですが、その関係で、資料1のほうで資料3のレファレンス部分を書いている部分があります。例えば4ページの右上とかに「資料3 P 3～8」というラベルが張ってあるのですが、これは「資料2」の誤りでありまして、全体的に「資料3」のままになっております。この点だけおわびさせていただきます。恐縮でございます。

その上で、前回お示ししました緊急対策のフォローアップ調査ですけれども、さまざまな方法で督促をしまして回収率が上がったこともありまして、例えば、団体からの周知の届かないような医療機関にもお返事いただいているという状況もありまして、実施率がやや下がったということかと思っております。引き続き、この緊急対策の周知ですとか、5年後に向けたスケジュール感も念頭に、強力に取り組んでいただくような働きかけをしていかなければならない。事務局としてはこのように考えています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

島田委員、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、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 私からは、今回の資料1の2ページの最初の「一般則が求めている水準と同様の労働時間を達成することを目指すべきであり」、1点目は、このことを言っているのだということをしっかり世間にといいますか、一般に訴えるようにしていただきたいと思っております。

もう一点は確認です。その下に「2024年4月から適用」ということで、現在の働き方改革の一般則を5年間適用するという意味にとれますけれども、これを適用するということ

は、2024年4月から適用される水準よりも、言い方が難しいですが、厳しいといえますか、そういうことになっています。どうやって整合性をとるのかなというのがちょっとわからなかったのと、なぜ「当分の間」と書いてあるか。「2024年3月まで」と書けばいいのにどうして「当分の間」と書いてあるのか。

済みませんが、この2点を確認できればと思うのです。

○岩村座長 では、事務局、お答えをお願いします。

○黒澤労働条件政策課長 労働基準局でございます。

全体としましては、今回のこの上限規制に関しましてはことしの4月1日から施行されるものでございまして、医業に従事する医師に関しましては、さらにそこから5年後まで適用が猶予されることになっております。したがって、この5年間は上限自体がございませんで、5年が過ぎた後にその上限が適用される。現在御議論いただいております、この場におきますこの上限の水準が、5年たった後に適用されることになる水準でございます。

一方、労働基準法の附則におきましては、現在御議論をいただいておりますような措置に関しましては当分の間となつてございますので、そちらに関しましては、今後の状況等を見ながら、将来においてその後のあり方が議論されていくというものであろうと考えてございます。

○岩村座長 黒澤構成員、よろしいでしょうか。

○黒澤構成員 結局どういうことだったか理解できていないです。

○岩村座長 この特例で定めている医療に従事する医師の皆様については、2024年3月までは現在の法制がそのまま適用されるということでありまして、改正法は適用されないこととなります。2024年4月からについてどうするかということ、今、この検討会で御検討いただいているということでございます。

○黒澤構成員 そうすると、今の法律が適用されるのか。ここに書いてあるのは、新しい法律が適用されるという感じで読めますけれども。

○岩村座長 それはそういうことではなくて、2024年3月までは現在適用されている法律がそのまま適用されるということでございます。

よろしいでしょうか。

○黒澤構成員 わかりました。ありがとうございました。

○岩村座長 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。

私からは質問と意見です。

質問は資料1の4ページの一番下の項に「年間80日程度の休日確保する」と書かれていますが、週休2日の場合は祝日を加えて年間休日は130日程度、週休1日の場合は祝日を加えて年間休日は80日程度になるかと思えます。どのような計算で年間80日程度の休日となるのでしょうか。

また、5ページで医師需給に触れています。医師需給の観点から、育成というか、教育

というか、一人前になるまでに時間がかかることが、年1900～2000時間という上限を設ける理由の一つに挙げられていたかと思います。医師不足解消に向けては、医師免許を持っているけれども、何らかの事情で働けない、もしくは労働条件が合わないなどの理由により就業していない潜在医師の活用が必要です。看護師については、短時間勤務の看護師などが、働ける環境をつくって、潜在看護師に就業してもらう取り組みがなされています。今回出されている資料等からは、私の見方が悪いのかもしれませんが、潜在医師の活用という観点がなかなか見当たりません。フルタイムは難しいけれども、3時間、4時間、半日など、短時間の働き方を望んでいる医師もいるでしょうし、そのような方に就業してもらえれば、医師需給の考え方もまた変わってくると思います。その辺りはどうお考えでしょうか。その点についても検討会で触れていくべきだろうと考えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

事務局、よろしいですか。では、お答えできる限りでお願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 1つ目の休日80日程度のところですが、法定休日は、52週ということで52日を見込みまして、おっしゃった祝日ということで言いますと、カレンダー上、16日ぐらいかと思います。これに加えて、当然、年休もございますので、そういうものも含んで80日ぐらいを想定するという設定をしております。

○岩村座長 では、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 もう一つ、引き続きまして。

先ほど御指摘いただいたとおり、潜在的な医師の活用を考えるべきというものでございますけれども、第11回の資料3の部分に、女性医師などの活躍支援という、女性医師が働きやすい勤務環境をどのように整備していくかというのをしておりますが、医籍登録後年数別の就業率。例えば女性医師に関しては38歳ぐらいのとき、医籍登録後12年ぐらいのときに就業率が1回下がって80%程度となっております。それが、56歳、59歳、30年、33年ぐらいのところまで緩やかに回復して、65歳ぐらいまで男女ともに80%程度就業率となるというのが医師の就業率でして、就業率そのものは看護師よりは非常に高い状況になっております。ただし、例えば38歳、36歳ぐらいだと、女性医師は男性医師と比べて10%ぐらい就業率の乖離がございますので、女性医師が働きやすい環境を整えることで男性医師と同程度の就業率になるということを行政としても目指すべきでございます。

一方、そういう働き方になりますと、もちろん、男性医師の就業率もある程度下がる。当然、育休をとったりということは考えられますので、我々が進める働き方をよくしていく方向で、医師の需給という意味でどちらに行くのかというのは、正直言うと、今の時点で将来何十年も先を見通すのは非常に難しい側面があると思います。

いずれにせよ、今の需給推計のこのグラフにおいては、今の就業率の分布がずっと続くということを前提にやっておりますので、これが変わってきたら、随時きちんと見直さなければならぬという意味では、女性医師の活躍の推進の観点からも御指摘のとおりでござ

います。そういうことがございましたら、随時、医師需給推計というのは見直さなければいけないというのはおっしゃるとおりだと思います。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

では、工藤構成員、どうぞ。

○工藤構成員 週休2日の場合に年間130日程度の休日となることを踏まえれば、年間80日程度の休日では不十分ではないかと思えます。

また、潜在医師については、女性だけでなく男性も同様に、やはり働きやすい環境をつくらないと戻ってきません。働きやすい環境をつくる観点からも、前回の事務局案で示された、年1900～2000時間という数字が出てくれば、現に働きたいと思っている人でも、そんなに働かされるのかという思いが出てきて、就業をためらうことにもなりかねません。年1900～2000時間になるのかどうかは検討会の議論の結果によりますが、やはりそれに近い数字になれば、今、就業している医師も離職をせざるを得ないということにもなりかねない危惧が大きいと思えます。そのような視点からの協議をぜひ行っていただきたいということで、意見として述べさせていただきます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、もうお一方、こちら側ということで、片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

私の意見も工藤構成員の意見と少し似たところがあるのですけれども、2つ目の資料の6番の「医師の時間外労働規制について」。2024年からの地域医療確保暫定特例水準で、1900とか2000時間も上限になり得る施設が認められるといいますか、どうしてもやむを得ない場合はということだと思えますけれども、そういった施設ですと、よほど条件が整った人しか勤務できない、という懸念を持たれることになることとなります。女性医師に限らず、時間制約がある医師はそういった施設では働きづらいということになります。そうなりますと、働きやすくすることによって、潜在医師も含めて、より多数の人が分担し合っていて、現在も過重労働となっている人を少しでも減らすという方向性にはむしろ逆行すると思えますし、そういった施設は、時間制約がある方からは敬遠され、結局は医療提供体制に影響を及ぼすのではないかと危惧いたします。

ですので、この時間上限をもうちょっと妥当な数字に。本当は、理想的には5年後に全ての施設が960時間というところを目指すべきだと思いますけれども、それがどうしても難しいということであれば、この時間設定に関してはもう少し議論が必要な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、遠野構成員、どうぞ。

○遠野構成員 確認事項です。

まず1つは、一般則にある、「45時間を超えるのは年6カ月」とか、「複数月平均月80時間以内」とか、今回の資料1の4ページにある水準（A）には特にその点について書いていません。（A）では45時間を超えるのは年6回までというのはもう考えず、月平均の勤務時間を考えていけばいいのか。月平均で80時間というのを基準にして考える土台の案になっているのかという点を1つ聞きたい。

他に、2017年ごろには、いろいろな病院がドクターとの労使契約が月の超過勤務200時間と言う点で、改善指導が労働基準局から入っているという報道が散見されたのですけれども、この年2000時間という時間が労働基準監督署にとって許容される時間なのか、見解をお聞きしたいです。

その2点、お願いします。

○岩村座長 それでは、労働条件政策課長、お願いします。

○黒澤労働条件政策課長 まず、御指摘の1点目の6カ月の話でございます。恐縮ですが、今、ごらんいただいているお手元の資料の2ページ目をお開きいただきたいと存じます。

お手元の2ページ目「上限時間数の検討に当たって（1）」の一番下に白いチェックボックスのようなものがございます。こちらに、休日であっても医師の診療が必要な場合には休日労働といったものが出てくるということで、最後の2行に書いてございますが、医師の場合、時季によって臨時的な必要が生ずるわけではないことから「適用を年6ヶ月に限らないこととしてはどうか」というのが今回の案になってございます。

それから、御指摘の2点目、仮に2000時間といった場合の水準でございますが、これまでの議論におきましても、医師の健康をしっかりと確保することと地域医療の提供体制を確保することの両立をどのように図っていくのかということで、この場において真摯な御議論がされてきているものと考えてございます。したがって、どのような健康確保措置があり得るのか、さらに、最終的に960、さらには一般則に向けてどのような取り組みを進めていくのかといったことを全体的に評価した上で制度設計がされていくものであると理解をしております。

○遠野構成員 わかりました。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、福島構成員、三島構成員まで行って1回切らせていただいて、その後、渋谷副座長ということでいきたいと思っております。

それでは、斐構成員、お願いします。

○斐構成員 ありがとうございます。

資料1の2ページ目の「基本的な考え方」のところです。上の口の一番上のポツに「医療機関内のマネジメント改革」とございます。私、各地でいろいろな病院経営者とお話をしていると、1つの医療機関単独での働き方改革というのは限界があるのではないかという声をかなり聞いております。当然ながら、地域医療構想の中で同時に推進しながらという話なのですけれども、ここに書いてございます「医療機関内のマネジメント改革」の

みならず医療機関“間”のマネジメント改革。例えば人材の融通だったり、教育の共同化だったり。そういった形で、まさに点ではなくて面で働き方改革を進めないと、個別・単独でやっていくとなると、かなり限界があると思っております。

となりますと、面で進める上でいろいろな知見が共有されて、さらにそこにたまっていく。個別でやっていくと、そこで完結してしまって非常にもったいない話になると思っております。今までは患者さんを通じた地域医療連携ネットワークでございましたけれども、これからはもう一つ多層的に、働き方改革を通じた地域医療ネットワーク的なものを構築していくような両にらみでやっていかないと、病院単独では非常に難しいと思います。結果的に、病院の集約化または機能特化になっていくとは思いますが、そのプロセスとして働き方改革を地域医療連携の中に盛り込んでいくというのは、これからの地域医療構想にも文脈としては非常に即した考え方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、福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 労働時間の上限規制について、この検討会で今までさまざま議論してきたことをきちんと理解した御意見ではない、あるいは報道ではないということがありますので、それについて正しい認識を持ってほしいと思って発言させていただきます。

今、あたかも2000時間の労働を容認するようなお話になっているということがあるかと思うのです。そんなに働かされるなら復帰しないとか、やめるというようなお話。それは決して、2000時間働きなさいと言っていることではなくて、もともと36協定等の違反にならないための上限時間だったと理解しています。

労基法において認められているのは、皆さん御承知のとおり、1日8時間・1週40時間であり、医療機関の場合はほとんどが変形労働時間制をとっているから、1日8時間を超えて働くことが可能だということ。そして、それを超える場合は、36協定の締結・届け出が必要であって、あくまでも1カ月45時間、1カ月の変形であっても1年360時間までというのが原則だということ。そしてさらに必要な特別な事情がある場合だけこれを超えることができるということです。しかも、それは、労使が同意した範囲においてその時間外労働をさせても刑事上の責任を問わないとするための要件であって、決してそこまで働かせていいと言っているのではないということだけは確認しておきたいと思えます。

さらには、その労使間で不一致が存在する場合は、例えば労働者側がどうしても受け入れることができないとした場合は、そこでもう一回話し合いをしていただくこととなります。たとえその結果として事業の正常な運営が阻害されることになったとしても、納得のいく範囲でしか定められないということも忘れてはならないと思えます。

今、例えば2000時間を超えるような36協定だったら監督署が目をつけるのかというお話がありましたけれども、現に監督署の是正勧告があるというのは、36協定のその範囲、労使で決めた範囲を超えているから是正勧告があるということであって、単に2000時間だと

いうことで違反だと言っているわけではないということも1つ考えなければならないと思います。但し、労働時間を短くする工夫を全力でやっていかなければならないというのは当然のことですし、絵に描いた餅にならないように、各年度、あるいは一定期間にどういうふうに具体策を講じていくのか、計画をきちんと練って、その計画を出させて、それをモニタリングしていくことが大事だと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、三島構成員、どうぞ。

○三島構成員 三島です。時間上限数の検討について考えと、あと、質問を事務局にさせていただければと思います。

まず、960時間という上限について、これまで議論の中で出てきたような現状の医師の働き方に比べると大きく改善されるものであり、全ての医療機関が本当に早急に一般則を含めて目指すべきと受けとめています。

この特例水準の1900から2000時間という上限も、前回の資料でもあったように、現状でそれより多くの労働時間を強いられている医師がいるということ、あくまでも本当に経過措置である、将来的に960時間におさめていくということ、あと、インターバル連続勤務時間制限を必ず徹底するというのを考えれば、一定の改善の方向性になるのではないかと思います。

しかし、我々の世代の若手や勤務医からは大変懸念があります。それは、医療現場やSNS等でもありますけれども、2000時間まで働くことを義務づけられるのではないかとか、結局、5年間何も変わらなくて、サービス残業だとか、過少申告することになるのではないかとか、そういった不安や混乱が広がっています。あと、そういったインパクトのある数字だけがひとり歩きしているようにも思います。また、先ほどもお話を上がったみたいに、そういった特例があることで医師がそういう現場を去ってしまうことにもつながりかねないと思っています。

その意味で質問させていただきたいのは、2000時間という数もこれからまだ議論があると思うのですが、暫定特例水準の対象となる医療機関の全ての医師が直ちにそういった労働を強制されるものではないのだということ。あとは、複数の医療機関で働く勤務医も多いです。そういったバイトなどの勤務時間が労働時間に含まれず、2000時間の労働にそういった時間がさらに上乗せされるのではないかと懸念も広まっているように感じます。2000時間というものがそういったアルバイトなどの労働時間などを通算したものなのかどうかもちょっと確認したいと思いました。

また、そういった2000から960時間にどうやっておさめていくのかというところの実効性のあるプランやモニターをされていく過程を示さなければ、先ほどもあったように、絵に描いた餅となって不安が解消されないと思いますので、その点について事務局としてどのようにお考えかということの説明を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、事務局、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。御質問いただいたのは3点かと思
います。

1つ目ですけれども、事務局から御提案している暫定特例水準、1900から2000時間程度
以内のみならず、Aの960時間のほうもそうですが、これは法令上の上限としての御提案で
あります。罰則ラインとしての御提案でありますので、例えば暫定特例水準で言いました
ときに、その限定された医療機関に勤務する全てのドクターがその水準の労働を許容され
るというものでは決してございません。三島構成員の御質問に先立ちまして福島構成員か
ら御説明いただいたことが非常にわかりやすかったかと思いますが、基本的にそのとおり
ですので、この点、事実関係を間違いのないようにお知らせしていきたいと思っております。

それから、2点目のアルバイトの件です。御提案している上限というのは法令上の罰則
ラインであります。これは何度かこの検討会でも御議論に出たかと思いますが、労働時間
というのは複数勤務の場合には通算されるということでありまして、この上限の設定に
ついては通算した時間数で考える。1900から2000という中にアルバイトの分が含まれてい
るということでございます。

3点目は、どうやってAの水準に近づけていくのか。これは、なるべく多くの医療機関
がまずは2024年4月段階で960時間の適用にいけるように5年間で、行政も含めて頑張ると
いうことであります。暫定特例水準についても、これは恒久措置ではございませんので、
なるべく早く下げていけるように取り組むこととなりますが、そのときに実効性のあるプ
ランといいますのは、やはり計画をつくってしっかり取り組むことが必要かと思えます。

資料1の10ページをごらんいただきますと、上から3つ目のところですが、例えば管理
者のマネジメント研修ですとか、何度も御議論いただいた、若手の先生方からも御期待を
いただいているタスクシフトの部分の計画的推進などに関して、労働時間削減のための取
り組み状況を計画などによって確認をしていく。そういうPDCAをしっかりと回していくこ
とによって5年後までになるべくAの適用に持っていく。それから、Bの適用を減らしてい
く。事務局の提案はこのようになってございます。

ありがとうございます。

○岩村座長 三島構成員、よろしいでしょうか。

○三島構成員 はい。

○岩村座長 それでは、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。

福島構成員、三島構成員から言っていたいただいたように、バイトの扱いとか、当直の扱い
とか、あと、ネットとか見ていると、時間外賃金について全然払わないでこれ以上時間が

延びるのではないかみたいな誤解がすごく多いので、こうした場できちんと、そうした当直の扱いとかバイトの扱いも入るのだよとか。それから、時間外勤務に関しても、労務管理を徹底的にやることで、そういうものもこれから払われる状況になるのだというのをきちんと明確に言っていただけたほうがいいのかなど。

そこは置いておいて、私はデータのほうの質問をしたいのです。

1つは、1920という時間で、それが1割というのが今回の議論の中心になっています。そのカットオフに関して、今、ここでどうこうする議論ではないのです。そのデータ自体は、2016年だったと思うのですけれども、医師の働き方の実態調査ということで、私が座長を務めたビジョン検討会でやった調査だと思うのです。そのときは、先ほど何人かのメンバーの方からありましたけれども、労基が入ったり、中間的な緊急対応とか、そうしたものも考慮されておりませんし、そもそもそのときは勤務時間イコール労働時間という形で集計されたと思うのです。ですから、1920時間あるいは2000時間が1割というふうにその当時はなっていたのですけれども、数年たって、もしかしたらその値はかなり減ってきているのではないかと。ビジョン検討会で出した医師の勤務時間の分布というのが分布としてやや過大評価とされる可能性はあるのではないかと個人的には思っています。データはあるので、1枚1枚、勤務時間、労働時間で分配するのは難しいかもしれないですけども、もし再集計する時間があつたら、次回報告をいただければ非常に参考になるのかなと思いました。それが1つ目です。

もう一つは、何で2000時間なのかという議論のときに、2000時間を超える医師が1割、医療機関でいうと、大学病院の8割とか、救急病院などの基幹病院があるので、そこが一気に変革を起こすとかなり大変なことが起きる。恐らくそういうことも事実かもしれないし、そうではないかもしれない。その議論自体が非常に定性的なのです。それは結局、定量的なデータがないので評価のしようがないのです。ある人にとっては大変だろうし、ある人にとってはそうではないという、結局、神学論争になりがちなのが1つ。

過去の資料をばらばら見ていたのですけれども、例えば第11回検討会の資料2の「今後の検討の進め方（案）」の中に、今後の医療のあり方、医師の特殊性を含む医療の特性、時間外の話という3つの柱があります。「とりまとめ骨子」案を出す前に、地域医療への影響とか、経営影響の検証ということが入っているのです。では、何時間だったら、どの地域でどれだけの医師が足りる足りないということとか、実際にどういう可能性があるか。最後に、2040年に、こうした医師の上限とか、そうした幾つかのマクロのデータは出ているのですが、ある地域とか、ある機関とか、ある科で、実際にそのカットオフをはねたときにどういう影響があるかというのを本当に検証しているのか。そして、経営影響などはどうなのか。そうした議論というのは、申しわけないのですけれども、そこがタイムテーブルになった部分という、そのデータとか、その議論というのが少し抜けている気がするのです。今、しごく定性的な議論に終始して、結局、神学論争で終わりがちなので、その時間という分布をきちんともう一回再解析していただいて、各カットオフしたときに実際

どういふ影響があるのか。特にこういう地域ではこうした影響があるとか、こういう地域ではこういう方向にすれば乗り切れるのではないかというのをかなりマクロで、全国の医師の需給だけ見て、今、地域ごとにニーズも対応も全然違う中で、かなりアバウトな議論で何となく物事が進んでいるのではないのでしょうか。そうすると、それぞれの人によって見る場も違うし、結局、合意をとるためには何らかのそうしたテーブルに乗せるような、検証できるようなある程度のデータというのが欲しいなと個人的には思いました。

済みません。ちょっと難しかったら、ちょっと時間的にと言っていたいただいて構わないですが、その2点についてお願いできればと思います。

○岩村座長 では、事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 以前もちらっと黒澤先生から御質問いただいたときに私からも御説明したことがございますけれども、確かにこれは、渋谷副座長に協力をお願いして、去年10万人調査をやったときのデータで、データとしては、当時の実態を非常にあらわしていたものではございます。例えば、当時は自己研さんの議論とか、そういうことがないまま、勤務時間というものをべたっととっているの、いわゆる法的な労働時間というのはある程度乖離があり得るのは確かでございます。

やはり個票をめくらないとなかなか難しいところはございます。そのような中で実態にどのように近づけていけるかということは、お時間をいただかなければできない部分もあるとは思いますが、やってみようと思います。

また、1900時間とか週80時間超えの医師が、どのような科で、どんな年代で、どんなところなのかということの詳細な分析などもあわせてやらせていただければと思っています。調査の限界とか、Nの問題とかもあるので、どこまでできるのかというのはあれですが、実態に近いものをきちんと出せるように事務局でも用意したいと思っています。

前半に渋谷先生が言っていた労働時間管理をきちんとやるということは、事務局として当然のこととございまして、先ほど島田先生から御指摘いただいたような客観的な労働時間管理をしていないし、さらにする必要もないと答えるような医療機関はあり得ないと厚生労働省としても思っておりますので、そういうことは5年の間に絶対に進めていく所存でございます。

○岩村座長 では、渋谷副座長。

○渋谷副座長 それに関連して。

例えば2000時間を超えている医師が1割いるとして、その医師の分布というのは、もちろん正規分布していないので、平均値ではなくて中央値でいいと思うのですが、それが2300、2400時間だとすると、1日1時間減らすだけでも2000時間は結構変わる。そこにどういう人がいて、どの時間、例えば1日30～40分減らすだけでもかなり変わるのではないかと。例えばビジョン検討会でも、医療クラーク、雑用と言っては変ですが、非常に大事な仕事ですが、カルテ書きとか、患者の移送とか、そうしたものを減らすだけでも1日47分減る。もちろん、それを全員やっていたら、そのマージンで減る率は

減るかもしれないですけれども、実際に30分減らすというのは、意外と、やろうと思えばできる話である。実際にどういうインターベーションをやったときにどのくらい減るかというのも、そうしたデータがないと議論がしにくい。よろしければ、そのカットオフによってどういう分布があって、平均値と中央値、どのくらいの医師がいるのかというのも、簡単に行動を書けばすぐ出るデータだと思うので、個票をめくるのは申しわけないのですけれども、もし可能であればお願いします。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、申しわけないのですが、先に村上委員にお願いしたいと思います。

○村上構成員 今、Bの議論がされていますが、私は先にAについて意見と質問をさせていただければと思います。

1点目は、資料1の2ページ、1つ目の□の、休日労働込みの時間数で上限設定してはどうかという御提案についてです。法定休日労働込みの時間数で上限設定を行うことに特に異論はございませんが、そのことで、労基法で定められている週休または4週4休の原則を勤務医に対してないがしろにするものであってはならないと思います。また、4週4休を確保し、法定休日の割り増し賃金の支払いも免れるものではないということの確認も必要であると思います。

2点目は、資料1の3ページは御説明だけなので、4ページについてです。恐らくここからが法律の議論になるかと思いますが、中身が判然としない部分がありますので、少し細かくなりますが、指摘をさせていただければと思います。

まず1つ目の□で、一般則の限度時間に当たるものとしてどのようなものを定めるべきかということですが、こちらは、月45時間・年360時間とすべきであると思います。その理由としては、医療機関の中でも、月45時間で36協定を締結して何とか遵守しているところもありますので、そのような医療機関の努力を無にせず、きちんと守っていただき続けるためにも月45時間・年360時間の限度時間は一般則と同様にすべきであると思います。

次に、P2の一般則の①、②に当たるものをどのように考えるべきかという問いかけが4ページの一番上の□の※にあります。その部分について質問です。月45時間・年360時間を限度時間とした上で、一般則の特別条項の年720時間に当たる部分を960時間にするという御提案であると考えていましたが、そうではないのでしょうか。

年960時間・月100時間は、36協定で定める一般則の特別条項に当たる部分として理解してよいのかということです。今回の時間外労働の上限規制は、これまで大臣告示はあったものの法律上の規制はなく、36協定を結び、その範囲内での時間外労働であれば、特段、労基法32条違反とならなかったところに、法律で上限を定めるものです。仮に休日労働込みで年960時間以内・月100時間未満を一般則の例外として定めるのであれば、それは②の、36協定で結ぶ特別条項の上限時間として定めるべきものであると思います。36協定は年720時間で定めておきながら、それを年960時間まで働かせても罰則はかからないと言っているように読めてしまっていますが、その点はいかがでしょうか。上限時間数について合意してい

るというわけではありませんが、年960時間・月100時間を仮に定めるのであれば、それは36協定の特別条項の上限時間数とするべきであると思います。

3点目は、月100時間未満について、健康確保措置が実施されれば例外ありとしている点について、問題点が幾つもあるのではないかと思います。一般則を議論する際には、労災認定基準を守ることを労使で合意してきました。そのため、例えば四半期決算などの業務でやむなく80時間を超える月があったとしても、そのような月が連続しないようにするために、どの月の平均をとっても80時間を超えないという要件をつけております。月100時間を超える例外はなかなか認めがたいものでありますが、仮に認めるとしても、複数月平均月80時間の要件をつけておくべきであると思います。例えば1月には緊急の手術などの対応のために120時間の時間外労働を行った場合、その翌月には60時間を超えないようにする措置が必要ではないでしょうか。そのような措置がないと、医師の面接指導さえ受けていれば、1カ月200時間、300時間の時間外労働が許容されてしまう懸念があるので、申し上げます。

また、月100時間未満の例外要件が13ページの追加的健康確保措置しかありませんが、法律で定める上限や、職場の労使が合意した水準を超えて働かせることを許容することについて、法的にどのように説明できるのでしょうか。かなり議論の必要があり、この点についてはまだ検討が不十分ではないかと思います。

さらに、月100時間未満の例外要件として、医師による面接指導とその結果を踏まえた就業上の措置を講ずるとしてありますが、この要件は、労働基準法や労働安全衛生法で定め、実施していない場合には罰則の対象とすべきであると思います。支援策は第三者機関などが行うことが適当であり、措置がとられていない場合の支援などについてもそのような機関でやるべきであると思います。一方、措置がとられていない場合の監督・指導などについて、労働時間規制にかかわるものは労働関係法で措置すべきであると思います。

最後に、医師による面接指導は速やかに行うことが必要であり、「即座に行えるものばかりではない」と書いてありますが、健康確保策であれば、何カ月も経過してから行っても意味がないため、すぐに行うようにすべきだと思います。また、面接指導を行う医師の客観性というのは、御指摘のとおり、重要であると思います。

差し当たりは以上です。

○岩村座長 事務局のほうは。

では、労働条件政策課長、お願いします。

○黒澤労働条件政策課長 ただいま村上構成員から御指摘いただいた点でございます。

まず1点目に関しまして、法定休日を含めるという考え方をよしとしたとしても、休日に関する規制、週1日あるいは4週4休、あるいは割り増し賃金といったものを免れるものではないというのは、まさに御指摘のとおりであると考えてございまして、今回の、あくまでも、先ほども御議論がありました労働時間の管理といったものをきちんとやり、36協定といったものをきちんと締結していく、そういった当然のルールをきちんと守った

うえでの議論であると考えてございます。

以下、何点か御指摘があったところでございますが、それらに関しましては、いずれもこの場において議論を深めていく、そしてまた、私ども事務局におきましてもその検討を進めていくものであるという点であると思っておりますので、それらの詳細につきましては、ただいまの御意見も踏まえまして御議論いただき、また、事務局においても検討を進めていくものであると考えてございます。

○岩村座長 それでは、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。

前回、事務局から提案された推奨を踏まえて、本当にいろいろな報道がされましたし、私のところにもさまざまな御意見が参りました。

先ほど福島委員からもお話があったように、この検討会の中の詳細な議論というものが現場に理解されておらず、なかなか難しいなど。前回も審議官から厚労省の意見表明がされましたけれども、そういったものもきちんと現場に伝わっていないのが実態だと思います。引き続き、この議論の中身が多くの人に広く知られるようにと思っています。

日本医師会は、とにかく医師の健康を守る、そして、そのことが国民にとって良質な医療を提供するというところで、平成20年から会内に勤務医の健康支援をする委員会を設けて活動してまいりましたけれども、勤務医の健康な働き方のためには、でき得る限り早く、一般労働者と同じ考え方のレベルまで労働時間を下げていくことは絶対に必要だと思っておりますし、この委員会の先生方の基本的な合意だと私は理解しています。

そういった中で、前回御提案いただいた1900から2000という具体的な数字ですけれども、先ほど渋谷副座長からもお話があった、エビデンスとして根拠になるものがまだまだ弱いのではないかと、もっと詳細に検討ということで、そのとおりだと思っております。どうしても数字がひとり歩きするので、今、過酷な勤務に苦しんでおられる勤務医の先生方からすると、先ほどのように、こんなに働かされるのかとか、こんなに長時間という意見が出てくることについては、私もよく理解できると思います。

そういったことを前提として、その上限時間をどのように設定するかということ。1つは勤務医の健康支援ということですし、もう一つは地域医療ということで、患者の命を守る観点からこの上限を設定した場合に、形式的にこの労働時間を超えてしまったとしても、新しい法律では罰則があるのは間違いないのです。我々医療者からすると、患者さんの命を救うために働いたことで時間を超えてしまったときに罰則がかかるということはなかなか容認されにくいと思っております。今回、上限規制がかかった場合に、どのような場合であったら、違法性が問われないのですかと。例えば、大きな災害が起こったときに、長時間働くことになったと。それは罰されることはありませんよということは誰でも理解できると思うのですけれども、そういう現場の医師もわかりやすい具体的な事例を含めて示していただけないかと思っています。そういうことが示されれば、いわゆる上限時間はより低く設定することが可能になるのではないかと考えています。

こういったことを整理した上で、現在あるデータに対する各委員からの御指摘もありますし、5年間の改革スピードを限界まで高めた上で、より過酷な勤務に苦しんでいる勤務医の先生方が希望を持てる働き方に対する上限時間を設定していただきたいということです。このためには「上手な医師のかかり方」のお話もありましたけれども、どうしても命にかかわる医療というのは行っていかなければいけません、そうでないものにかかわる国民の方たちの医療の利用の仕方ということは、この「上手な医療のかかり方」の委員会の中の方向性というのも速やかに取り組んでいただかなければいけませんし、これは我々医療者だけではなくて、国民の側の方たちにも御理解いただかなければいけないことだと思っています。対立するような話ではなくて、国民の医療というのは、ある意味、国民の財産だと思っておりますので、ぜひともそういった立場でそれぞれの方々が御理解いただければと思っています。

それを踏まえた上で、事務局に御質問です。今、上限が960を超える時間設定になった場合に追加的な健康措置が設けられている。この中身が、今、検討、検討と書かれているわけですが、これが具体的なものとなって、それがきちんと守られていくことが、そういう上限時間をより上に設定することの大前提になると思っています。今、島田先生からもお話があった、いわゆる緊急提言に対する取り組みもなかなか進んでいない中で、より上位の健康確保措置が出てきたときに、これはどのようになっていくのか、どのようにしてそれを実行していくのかという厚労省の考えを教えてください。

○岩村座長 御質問ですが、事務局、いかがでしょうか。

お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 失礼します。

今、今村構成員から最後に御指摘ございました追加的健康確保措置をどのような枠組みとして実施していくかということです。今回、追加的健康確保措置については、資料1の12ページから以降の論点のみを列挙したような記載になっておりまして、これまでのところ、連続勤務時間の制限の時間ですとか勤務間インターバルの部分は年末に比較的具体的な御議論をいただきましたが、それ以外の全体について事務局資料がまだ御準備できていない状況でございます。

これは先ほどの村上構成員の御指摘とも重なるところかと思っておりますので、早急に準備をいたします。事務局提案の趣旨としては、上限規制とこの追加的健康確保措置をセットで医師の健康を確保し、地域医療と両立できるぎりぎりのところをどう目指していくかということですので、この部分は早急に準備をさせていただきたいと思っております。

○岩村座長 今村構成員。

○今村構成員 もう一点。上限規制を超えた場合の罰則について、こういう場合だったら罰則から外れるというような具体的なことを何か示せるのかどうかについて、ぜひ教えていただければと思います。

○岩村座長 いかがでしょうか。

では、労働条件政策課長。

○黒澤労働条件政策課長 恐縮ですが、一般論として申し上げさせていただきます。

もちろん、具体的な事案に関しましては個別に見ていかなければいけないわけですが、先ほど今村構成員もこの趣旨と思われましたのは、労働基準法33条におきまして緊急的な災害等の場合に関しましては特例の規定もございます。したがって、御指摘の趣旨に関しましては、そこの部分も含めまして、あるいはそういった制度もあるといったことも含めてきちんと御理解を進めていくということが肝要であると思っておりますので、今後の留意事項としていきたいと存じます。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

○今村構成員 はい。

○岩村座長 では、城守構成員、それから黒澤構成員ということでお願いします。

○城守構成員 ありがとうございます。

今、時間外労働の上限の設定に関して、誰もがこの960時間よりも少なくなればよいと思っているのは事実だろうと思います。日本の医療の提供体制というのは、戦後80年以上守ったのですけれども、その中ででき上がってきた制度がこういう形になって、我々もそうでしたけれども、医師に過酷な労働を帰して、そして成り立ってきたということがあるという事実がございます。

そういう中において、今後、この時間設定をいわゆる労基法上の時間に無理に落とし込んでいくのか、それとも、この会でこれまで10万人調査に基づいて出てきた数字として、先ほど渋谷先生がおっしゃいましたように、この調査そのものが古いということもございます。その条件設定も少し違うところもありますので、恐らく時間設定的にはもう少し低くなるのだろうなという予測はつきます。いずれにしても、論理を積み上げていって、その中で時間を設定していくということは1つあるかと私は思います。

本来であれば、時間設定をこういう時間にすれば地域医療にどのような影響を及ぼすのかを調査した上で、その結果として時間設定を積み上げていけば一番よかったのでしょけれども、時間的な余裕もございませんので。

ここからが御質問なのですが、今後、この4月から一定程度取りまとめがあって、5年先の時間数字設定というのがいずれ示されると思うのです。そのときに、その年次年次、勤務環境、いわゆる労働時間がどのように変わっていったのか、そして、そのことが地域医療にどのような影響を及ぼしているのかを調査することによって、5年後に設定した時間の変動をつくるような仕組みが法の中でできるのかどうかということをお尋ねしたいと思っております。

何度も申しますが、無理に時間をつくって、そこにはめ込んでいくということは極めて危険な行為であります。設定が低くあろうが、高くあろうが。要するに、常に検証を繰り返していくということ。5年間余裕がありますので、この5年間を有効に使うシステムとか制度設計が可能なのかどうかをお尋ねしたいと思っております。

○岩村座長 現時点ではなかなかお答えにくいかなという気はしますが、事務局、いかがでしょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

5年間の間あるいはその後も含めて検証が必要だということにつきましては、これまでのこの検討会においても何度も御意見を頂戴しておりますし、そもそも、現状において議論の素材となっております10万人調査についての問題提起も、これまでもあわせていただいているところでございます。

そのときそのときの検証と、5年後の適用水準をどうするかということは、その検証した結果も見ながらまたこのように御議論いただいて御判断いただくものかと思っておりますので、現時点でなかなか申し上げにくいところではありますが、検証を行うことの必要性は恐らく構成員の皆さま方に合意をいただけるところではないかと思っております。

○岩村座長 城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。御検討のほど、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それと、先ほども少し御意見が出ていましたけれども、個別の医療機関で最適化を図っていくということは当然すべきことであろうと思ひますが、その地域において個別の医療機関がばらばらに時間短縮をするという形をとりますと、その地域においての救急も含めた医療提供体制に大きな影響を及ぼす可能性があるわけですね。ですから、必ずどこかで調整していかなければいけないと思ひます。例えば地域の保健医療協議会といったところで、それぞれの病院のありようなども検討する場を設けながら、個別の医療機関の改善とともに地域の医療提供体制の調和と改善というものを常にチェックする体制も組めればと思ひますので、よろしくお願ひします。

○岩村座長 では、事務局、お願ひします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

先ほど、斐先生からも地域全体できちんと議論していかなければ意味がないという御指摘をいただいたところでございます。まさにそのとおりでございまして、今、上限設定についても御議論いただいている最中でございますけれども、地域医療確保暫定水準を満たす医療機関というものはどんな医療機関なのかという考え方、また、どういうふうにして指定していくのかということもきちんと議論していかなければならないポイントでございまして、そういった御指摘を踏まえて、きちんと地域の中でもそういう協力ができていくような枠組みをつくっていきたくと思ひます。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 これまでの議論にありますとおり、今、報道などで時間がひとり歩きしているというのはそのとおりだと思ひます。

先ほどありましたように、この時間数というのは取り締まりの時間だというようなことだと思ひますけれども、今村先生がおっしゃったように、我々としては一生懸命働いて、

働き過ぎて罰せられるというようなことはイメージに合わないというのはそのとおりなのですが、これは理解が得られるというよりも、罰則をかける範囲がそこだということはいくぶんわかるので、時間数は別にして、今の36協定でも、例えば45時間までということで一応線が示されていたりしますけれども、医師が働く場合の36協定を出すときは、大体この時間ぐらいが適当ですというような推薦のレベルを出しておくことで受け入れやすくなるのではないかと思うのです。例えば医師の時間外労働を、休日込みで今のレベルの45時間にしましょうということを入れていく。

それから、もう一つ理解が得られない理由として、医師の面接指導ということがびんとこないのではないかと思うのです。つまり、医療機関で医師の面接指導が余りやられていない。あるいは、やられていても実質的なものではない。ですから、この点を何とかしないといけないと思います。

中間のあれでも既存の取り組みをしっかりとやるというようなことが書かれておりますけれども、既存の取り組みとして、多分9割以上の医療機関で産業医などが選任されているのですが、医師会のデータですと実質的なことがやられていない。専任の産業医がいないところが多いので、面接指導も片手間になってきてしまっている。そういう医療機関が多いからではないかと思います。長時間労働の面談も形式的、アリバイ的な面談になっているというようなことがあるのではないかと思います。

例えば今、厚生労働省でやっている病気と就労の両立支援でやりますと、病気の方とお話しして、時短でこれぐらいだとできるかなとか、半日勤務でやったらというようなことで、これは事業主の働き方に柔軟性があるということが必要です。

そういう柔軟性を医療機関に求めて、例えばここに書いてある医師の面接指導は産業医などが想定されていると思うのですけれども、産業医がある程度コーディネーター的な役割をして、病院に意見をしてというような体制で、しかも、働き過ぎたときには、これは今の制度設計でいうと代償休暇などにいくと思うのですが、今、新しい働き方改革の法案では、有給休暇をある程度とらせることが強制みたいな形になっていると思うのですけれども、たくさん働いた場合にはその分を積み立てして代償休暇でやらせるというような感じで、そこにちょっと強制力を持たせるような感じにしてはどうかなと思うのです。

そこで問題になるのが、今度はかわりの医者がいないというようなことになると思うのですけれども、かわりの医者がいないことは一つの病院では何ともできない。一つの県でも何ともできないかもしれない。なので、その部分は行政のほう、あるいは医師会、各地の大学病院など、いろいろなところと力を合わせて、地域の医療が成り立つように考えていかなくてはいけないところではないかと思います。

骨子案の3ページ一番下に、「2024年4月からの時間外労働規制の適用までの猶予期間の間に、最大限の改革を行い」と書いてあります。なので、その期間にぜひ、医師の実効ある面接ができることと、その医師が何か措置をしたときに、産業医は意見をしてアドバイスをするのが役割で、実際に措置するのは病院側ですので、病院がちゅうちょなく代

替の医師や手当がちゃんとつくようにというところまでぜひしっかり考えていただいてやっ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。

それでは、森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 ありがとうございます。

資料2、Bの特例水準についてです。

先ほどから年1,900～2,000時間という数字がひとり歩きしているという意見もありますが、前回も話しました通り、年1,900～2,000時間という、月160時間を超える時間外勤務を12カ月続けるということです。

現在1割を超える医師がそのような勤務を行っている実態を踏まえて、上限規制をどうするかということを議論しておりますが、大きく体制などが変わらない限りは、その1割にあたる医師は地域医療を守るため、あるいは医療提供体制を守るために、長時間労働の実態にあると思います。

年1,900時間～2,000時間という上限を設けた場合、そのような医師は引き続き上限に近い水準にとどまることが想定されます。決して全ての医師ではないものの、かなりの医師がこの年1,900～2,000という時間まで働くことになりかねないということはまず認識しておく必要があると思います。

その上で、6ページの2035年度末までに暫定特例水準の解消と記載されている点についてです。9ページに「地域医療確保暫定特例水準を設定する必要性」として医師需給との関係という表が示されています。この表を見ると、あくまでマクロでの考え方ですが、需要ケース2の週60時間、年間960時間を時間外労働の上限とする、いわゆるAの水準に相当するまで均衡するのが2028年という推計が出ています。

需要ケース3の1,920時間の時間外労働に相当するマクロでの需給は既に達成しているという状況にあるため、年1,900～2,000時間とする暫定特例水準は、2035年まで継続することなく、長時間労働にある医師への対応を早急に進めて、早急に解消すべきであると考えます。

そして、もう一点は質問です。

1割の医師がおおむね年1,920時間を超える時間外労働をしているということを示した3ページの表は、先ほどから指摘がありますが、診療時間と診療外時間、加えて、オンコール待機を除く待機時間を全て勤務時間とした取り扱いになっているということです。

それが本当に勤務時間に当たるのかもわからない実態である上、この調査は1週間の定点調査であり、1週間の勤務時間をもとに1年間の勤務時間を算出するとこのような勤務体系になると言われています。マクロでの勤務時間の総計、あるいは医師全体の忙しさを示すデータとしてはいいとは思いますが、長時間勤務の医師は、本当に1年間同じ勤務サイクルのまま働いているのでしょうか。特に労働時間が長いところ、短いところについて

は、本当にこのような統計になるのか、大きな疑問を感じているところであります。時間外労働の上限時間数を決めるに当たって、1年間の時間外労働の実態がつぶさにわかる資料がもしあれば提供いただきたいと思います。

以上です。

○岩村座長 では、事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今、御指摘を大きく3点いただいたと思います。

まず1つ目の、ある程度改革が進んでいって労働時間が少ないところを逆行するという御指摘については、我々もそういう問題意識を持っておりますので、改革が逆行するなどということはあり得ないので、そういうことがないような仕組みをきちんと考えて、次回以降、皆様方に御提示したいと思っております。

2つ目、暫定特例水準、マクロとミクロの医師需給の表がございました。これは少しややこしい話でございますが、資料2の9ページの医師需給との関係での御質問だと思います。

これは御指摘のとおり、需要ケース3は1,920時間の時間外・休日労働に相当したものでございまして、日本中の全ての医師に、例えば今、過酷な勤務をしている診療科におまえは行く、こういうところはおまえが働きに行くのだと100%の強制力を持って全員を配置したらマクロで達成するという、非常に非現実で難しい推計のもとでマクロで言っているものでございまして、ミクロで達成するというのは全然違う話になってまいります。

医療法及び医師法も改正いたしまして、偏在対策について我々は真剣に取り組んでいくつもりでございますが、例えば需要ケース2で2028年にマクロで均衡するというのは、今、申し上げたとおり、100%の強制力を持った偏在対策もやるというような前提でやるマクロでございまして、現在、我々は偏在対策でさまざまな仕掛けをしており、地域枠や認定医師の問題、医師少数区域への優先的な地域医療支援センターの配慮などを頑張って進めていくつもりでございますけれども、それで達成するのがこの11ページの暫定特例水準の適用終了目標でございまして、もちろん途中でミクロの需給の偏在がどんどん達成することがあれば、それはその暫定特例水準を見直しすることは可能でございますが、今の政策目標という意味での整合性からするとこういう目標になるというものでございます。

3つ目の統計の問題でございますが、確かに調査のやり方などは、今、森本委員が御指摘したとおりでございます。1週間ずっと調べたものを1年分に引き延ばしておりますが、我々もその点いろいろ検討いたしましたけれども、例えば12月は、夏に比べると若干患者の需要が多い月でございます。さまざまな医療施設調査を踏まえて見てみますと、確かに若干多いのですが、実は1割もない程度の上限でございまして、医療の需要というものは余り大きな変動がない問題でございます。

だから、これは12月の調査なので、ほんの少しはそういうことがあり得るのですけれども、基本的には、例えば非常に過酷な勤務の心臓血管外科医で、夏はすごく暇だなんていうことは、医療従事者の感覚からしても余りない問題でございますので、統計の限界とい

うものがございしますが、少なくとも2年前の状況に応じて、この仮定のもとでは1年の勤務実態をある程度あらわしているものだと考えております。

以上でございます。

○岩村座長 森本構成員、よろしいですか。

○森本構成員 マクロ、あるいはおおむねこのような勤務時間になるということ自体はわからなくもありませんが、これを医師一人一人に直したときに、本当にその1週間の勤務を365日1年間同じパターンで勤務をしていると言えるのかということ、特に勤務時間が長いところや、短いところでは、誤差が大きいのではないかと感じます。本当に医師全体の1割が年1,900時間を超える時間外労働をしているのかがわかるデータがないかということです。

○岩村座長 事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今、需要のデータを申しあげましたけれども、ほかにもいろいろ調査はありますので、もう一度あらゆる調査を見直して、きちんと御納得いただけるような答えを考えてまいりたいと思います。

○岩村座長 それでは、馬場構成員、それから山本構成員ということでお願いします。

○馬場構成員 私も地域医療確保暫定特例水準確保（B）についてなのですが、この1,900～2,000時間という超過勤務上限につきましては、いろいろな議論もありますし、一部に批判も、そして、誤解もすごくあるように思っています。

福島構成員が言われたように、決して単純に2,000時間までは働かせていいという数字ではないと思っていますし、一部の報道では病院が医師に長時間労働を強いるかのように言われているのはすごく残念です。

現実の働き方を見た上での安全域を考慮した数字だと思いますし、しかもインターバルや連続勤務時間などのさらなる安全装置を組み込んだ上での数字なので、これぐらいからスタートしないと、地域医療が絶対に守られるかということ非常に疑問が残ります。地域医療が崩壊して、救急医療が崩壊してからでは遅いと思いますし、それよりも、今後見直しを定期的に行って、改善を継続していくことのほうが大事なのではないかなと思っています。

救えるはずの命が失われるという結果にならないように、この1,900～2,000という時間数はとりあえず認めていただいて、その上でいつまでも1,900～2,000ではないということで、今後慎重に見直しを行いながら改革を進めていくべきだと私としては思っています。

それから、なかなか順番が回ってこないのもう一点言わせてください。

資料1の13ページ、「追加的健康確保措置について（2）」なのですが、ここに書いてある面接指導を行う医師の第三者性、勤務先医療機関からの独立性について、もちろんある程度の独立性があるということは非常に大事だと思っているのですが、あたかも医療機関が悪い介入をするかのように聞こえてしまいます。そうではなしに、基本的に医療機関はよい介入をしたい。つまり、みんなにハッピーになってほしいと思っています。

と思いますので、それよりも、私としては機動性とか実効性といったことも非常に大きなファクターになっているのではないかなと思っています。

病院というのは、医師とか医療チームが現場にいるということがほかの産業と全然違いまして、だからこそすぐに手が打てる。このアドバンテージを絶対に失ってはいけないと思います。

ちなみに、うちの病院ではまだ医師に対しての面接が行われたケースはないのですけれども、職員に対する面接は、勤務医による産業医、ナース、臨床心理士の医療チームによってなされるということなので、ここの部分だけにチームの話が書いていないのはどうかなという気はしております。

意見です。

○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 先ほど来、1,920時間以上の医師が1割いるというこの数字に関してもいろいろ御議論がされていて、基幹病院の院長あるいは幹部クラスと話をすると、でも、実際はこんなにいないよねという話も出て、これは数字を右にシフトしているのではないのというような意見も結構出てきているので、計算の捉え方などをもう一回整理した上で、もうちょっと精緻な数字を出していかないとだめではないかなと思います。

ただ、そうは言っても、これがゼロになるわけではなくて、先ほど馬場構成員も言われたように、その分これで地域医療を守っているという現状は絶対に無視できないわけで、けしからんと言われても、それで助かった命があるということは、絶対に皆さんにも知っていただかなければいけないのではないかなと思います。

もう一つは、資料2の7ページで1,900時間程度の働き方イメージというものが提示されていますけれども、たしか前に赤星構成員がこれを見て、これだと結構楽だよねとぼそつと言われたのを覚えていらっしゃる方もいますが、これも地域の医療を担っている基幹病院クラスで考えると、これだったらこの中なら入るよね、何とかおさまるでしょうという意見は大多数であります。

ただ、一方で、救急やICU、NICUなどの医師の絶対数が少ないところはちょっと危ないのではないかな。ただ、そこがちょっと危ないのではないかなというのが、さっき渋谷先生が言われたように、不安だよね、回らないよねという定性的な意見が出てきてしまう。

例えば、この検討会が始まる段階で、タイムスタディーなどを厚労省はやっておられていて、データもお持ちのはずなので、そこで本当に危ない、とんでもない時間働いているような医師の実態を見ていただいて、こことこことこを整理するともうちょっと時間が短くなるのではないか、ここは結構無駄な時間を使っていますかなど、これはイメージですと書かないといけないような時間割を見せるのではなくて、もうちょっと匿名で構いませんから、サンプルして、こういうふうにするとこんな危ないところでも何とかここまでは入りますよ、ただ、これ以上やるにはもうちょっとちゃんと地域での医療機関の統合

その他が必要ですよというような、具体的なイメージと言うと変ですけども、イメージではないイメージを出していただかないと、現場の若い先生たちも不安だし、病院を預かる管理者も不安だし、みんな不安でしょうがない。データがないわけではないと思うので、ここはぜひ御検討いただきたいと思います。

もう一つ、先ほどアルバイトの話が出ましたが、御存じのように大学病院の医師はほぼ全員が、実家がよっぽど金持ちでもない限り、奥さんが稼いでくれない限りはみんなアルバイトをして食っています。

ちょっと議論がずれて申しわけないのですが、その背景としては卒前、卒後の教育で人が必要である。あるいは、教育をまだ受けている医師の数も多いということで、病床当たりの医師の数は一般病院に比べてはるかに多い。一方で、人件費は極端に抑えられている。給料がすごく抑えられることで病院の経営が成り立つような仕組みになってしまって、診療報酬上もそういうふうに算定されておりますので、我々としてもアルバイトに行かないで食っていけるならそれにこしたことはないわけで、そういうふうな仕組みができればいいなと思います。

ただ、アルバイトはこれによって地域医療を支えているという部分もございますので、常勤医師が出せない部分に非常勤医師を出すことで、何とか地域を支えているというところもあるので、これが全ての時間規制の中に入るのは当然のこととは思いますが、それで今度は人が出せなくなってしまうたら、それはそれで困るよねという懸念があるということもお伝えしたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、渋谷副座長にお願いしまして、その後、岡留構成員、猪俣構成員ということでお願いします。

その前に、事務局からお答えがあるということで、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 山本先生、御指摘ありがとうございます。

山本先生、大学にも御協力いただきまして、24時間医師が何をしているのかというものをきちんと細かく調査したタイムスタディーはございます。実はさまざまな分析をしております、余り目立たないのですが、例えば資料2の17ページなどはそのタイムスタディーからつくったものでございます。

我々は特定行為のパッケージで抜本的なタスクシフトを進めていくというようなことを繰り返し申し上げておりますけれども、どういうぐらいになるのか。タイムスタディーの調査で一枚一枚めくって見てみますと、例えば長時間労働している外科系の医師だと、そのうちの約7%の部分でそういった業務をやっているということの一つ一つ拾ったりしております、例えばこれでいくと週100時間勤務の外科系医師が7%程度、週7時間程度はそれだけでもタスクシフトが進んだら労働時間が短くなるみたいな分析をしているところでございます。

どこまでできるかわかりませんが、少なくとも実態と近づけるような最終形というものを、今後ともやってお示ししていきたいと思っております。

データについてでございますけれども、私のほうにもいろいろな御意見をいただいておりますが、現場の先生と話しますと、労働時間の数え方にアルバイトを入れなくていいと思っていらっしゃったり、宿日直の場合も、いわゆる寝られない当直をしているにもかかわらず、宿日直は労働時間の別だと考えていらっしゃったりすることもございますので、この1,920時間の例でお示ししているものが誤解されているところはあるかと思えます。

いずれにせよ、地域医療も確保して、勤務医の健康確保もできるような制度設計はしないといけないと思えますので、本当の労働時間の考え方というものも我々はきちんと周知をしながら、御意見をいただいきたいと考えております。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、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。

前日も迫井審議官から960時間がゴールだということをおっしゃっていただいて、きょう、今村先生のほうから、医師会のほうも究極点はそこだと。医師会が医療界を挙げてそうしたメッセージを前向きに出すことが大事であって、きょうは産婦人科の学会のほうからももう少し時間外については考慮しろというようなメッセージも出ていますし、医療界を挙げてそうした議論が今、深まっているということは、これから改革するいい機会だと思っております。そうしたものをメディアのほうでももう少し取り上げていただいて、この検討会の方向性というものを示していただければと思います。

その上で、先ほど森本構成員のほうから、資料2の9ページにマクロの図が出て、2028年に均衡すると言っていましたけれども、厚労省のほうからはこれは強制的に配置してと。タスクシフト7%は単に医療クラークの7%だと思うのです。だから、先ほど堀岡さんがおっしゃった包括的なタスクシフトが入っていないので、逆に前倒しになる可能性がある。

さらに、今の時間外規制を入れることで、機能分担化や集約化といった地域医療構想に補完的に動く可能性もあるわけですね。そうした相乗効果もありますし、その際に地域医療が混乱しないように、そうした地域医療構想をさらに加速させるような方向性というのは、今回も結局パッケージになるわけですし、地域偏在の問題、地域医療構想の問題、集約化、重点化の問題、それから働き方というのは、前回座長もおっしゃったようにパッケージなので、固定した発想ではなくてそれぞれ関連しながらやっていく。

ですので、山本先生がおっしゃったような地域医療に対する影響や、救急においても、今回、救急学会という本当に大変な人たちからも何とか変えていこうというメッセージが出ていますので、それをきちんと受けとめて、医療界としてもゴールに向けて大きな改革をやっていくというメッセージを改めて出していただくようにしたいと。

そのためのたたき台になるデータや考え方、それから、これは固定した仮定に基づいてやっているの、もう少しこれから今、ここで議論したようなタスクシフトをもってやっ

ていく。これはシミュレーションなので、勝手にやって、ばらばら変わっていくと思うのですけれども、ただ、あくまでもこれは仮定で、医療クラークを入れた上でのタスクシフトにすぎないので、さらに地域医療構想が進むような可能性もあるので、そこはバランスをとりながら、馬場先生がおっしゃったように、地域で頑張っている先生たちは一気に改革すると非常に濁流に巻き込まれて大変なことになると思うのですが、そのときに本当に一生懸命やっている先生ほど、ちゃんとした報酬やインセンティブもつけていながら、非常に大きな変化の時期である5年間は改めて前に進めるというメッセージを出していただければと思っております。

ありがとうございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 前回のこの会で、一心臓血管外科医の時間外労働がどうしても長時間にならざるを得ないということを経々と述べさせていただきましたが、先ほど馬場構成員や各構成員の方がおっしゃったように、この2,000時間という数字が先行していて、今のメディアの論調では、2,000時間というのは医師が働く時間なのというような印象で捉えているのです。

そうではないのだと、私たちはこの厳しい医療環境の中で、健康対策やいろいろな連続時間勤務制度、インターバル制度など厳しい制約を入れながらも、今、2,000のところを仮にとっています。

私がきょう提案したいことは、資料2の5ページをごらんください。

今後の改革のイメージ案というところで、2024年に1,900~2,000時間程度まで圧縮するというような方向性を今、打ち出されていますが、この960時間と1,900~2,000時間との間を埋めるデータ。先ほど渋谷先生がおっしゃいましたように、ここで時間外はどういうことをしているか、あるいはその詳細なデータの解析ができるかどうか。四病協も厚生労働省と一緒にタイムスタディーの調査をやったのですが、このデータで、この960から2,000の間を埋めていく時間外の詳細、あるいはどういう業務なのかという実態をもう少し掘り下げていただければ、将来的に非常にいいのではないかなと私は考えるのですが、事務局、いかがでしょうか。

○岩村座長 では、事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 さまざまな先生からも御指摘いただいておりますので、ここで言う1,900~2,000時間超えの医師がどういう属性なのか、どういう年代なのか、また、960を超えて2,000時間の間もどういう属性、どういう人なのかというような分析は、次回以降きちんと出していきたいと思います。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

○岡留構成員 ありがとうございます。

○岩村座長 それでは、猪俣構成員、どうぞ。

○猪俣構成員 ありがとうございます。

17回までに行われた医師の働き方改革を通じて、私の周りの勤務医の考え方や感じ方は、本日皆様がおっしゃられたように、非常に変わってきているように感じます。

当初は、例えば医師の就労時間制限に対して、医師のプロフェッショナルオートノミーを制限してほしくない、私たちは自分たちの判断のもとに業務をしていくという考え方でした。しかし、我々の医師の働き方改革に関する検討会によって、医師も人間であり、労働基準法のもとで働いていくというべきではないかという検討がされました。そこで、これまでの検討会からB案、C案などが提案されたのに対し、今度は2,000時間も私たちが働かせるのかと、周りの勤務医の先生方の考え方も少しずつ変わってきたようです。この点については、福島構成員がおっしゃったように、そうではないことをきちんと周知していただくことで、皆さんにしっかり理解していただくように努めていただきたいと思います。

もう一点は、私としては医療はやはり公共のものであって、日本の医療は世界一の医療を提供できていると感じております。そして、地域の医療を守ることが、私たち医師の使命であって、我々が医師を目指した根幹にあると考えています。その上で、2019年4月1日から2024年4月1日までの5年間というのは、医師の働き方を改革する上でも、地域医療を保つ上でも、重要な準備期間になると思っております。

一方で、勤務している病院を見ていまして、例えば2019年4月からどんな準備をしているのかなどがまだまだ見えていなかったり、行動に移せていないのが実情ではないかなと思っております。

それは、例えばどんな病院に最も影響が出てしまうのかなど具体的にわかっていないかもしれないし、病院においては、例えば、大学病院に特に問題があるのか、市中病院なのか、それともはたまた地域なのか。都会の病院にそういった問題、ひずみが生じてしまうのか。あとは、病院の中を見ても、例えば医師への給与はどうなってしまうのかとか、財務の問題が生じてしまうのか、医療提供体制は保っていけるのかといった、具体的に病院のどのような部分に影響が出てくるのかということ、渋谷構成員もおっしゃいましたけれども、ぜひ早急に分析していただいて、シナリオベースでもいいですので幾つか出していただいて、4月になるべく間に合うように、そういった病院にアラームを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。

まず、村上構成員、それから今村構成員、荒木構成員の順番でお願いしたいと思います。

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。

幾つか意見と質問がありますが、まず資料2の7ページのイメージ図について、山本構成員からも御意見がありました。このイメージ図が少し粗いのではないかという感想を持っております。イメージ図は宿日直許可がない前提で書かれていますが、宿日直許可あ

りの当直があれば拘束時間は長くなっていくのではないのでしょうか。実態に合わせた詳細なイメージ図を出していただくことが必要と思います。

2点目は、Bについてもいろいろ申し上げたいことはありますが、時間も限られていますので意見が重なるところは割愛し、追加的健康確保措置について申し上げたいと思います。資料1の12ページの、まず、連続勤務時間制限についてです。28時間とすることについて、現状よりよくなるという声もあるようですが、逆に28時間連続勤務で医療安全が確保されるという科学的な根拠はあるのでしょうか。

また、連続勤務時間制限と9時間の勤務間インターバル確保を義務づけるという御提案ですが、実施できなかった場合には代償休暇を付与すればよいとなっております。この代償休暇というのは休日ではないということではないかと思っております。例えば勤務間インターバルを、本当は9時間なのだけれども、緊急手術などが入り5時間しか確保できなかったときには、かわりにどこかで4時間分勤務から開放することをお考えであると思いますが、こういった細切れの休暇で本当に疲労回復につながるのでしょうか。

1,900~2,000時間という水準については今後も議論があると思いますが、仮にそれだけの時間外労働を許容するのであれば、それに足りる健康確保措置とは言いがたいのではないのでしょうか。つまり、健康確保措置を講ずることができなければ代償休暇をどこかでとって少し休めばいいのであれば、十分な健康確保と言えるのか、疑問があります。

3点目は、連続勤務時間制限と勤務間インターバル確保という部分については、当然、労働基準法で定めるべきであると思います。医療機関に対しマネジメントやタスクシェアリングなどについてチェックし、指導していく部分は、医療政策の分野で担保すべきであると思いますが、繰り返しになりますが、労働時間法制に関する規制は労働関係法令で定めることが適当ではないかと思えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

先ほど山本構成員から機能の集約というお話が出て、まさしくこれは働き方改革の中で大変重要な要素だと思います。

渋谷副座長からも産科という具体的な診療科名が挙がって、恐らくこれは質が高い医療を提供するという意味でも、医師の働き方改革の中でもある程度の機能の集約と、そこにたくさんの医師がいるということがすごく大事だということはそのとおりだと思うのです。

ただ、私が伺った産科のお話では、自分の大学では関連病院は全部少数の産科医で、分娩は取り扱わない。だから、機能を集約してやっているのだというお話で、また立派な取り組みをされているなと思いましたがけれども、産科医療の中でそういう集約化が全国的に行われているのかどうかということが、残念ながら私はわかりません。

それで、例えば今、自治体病院などでは、うちの地域に産科を取り扱う病院がなくなっ

てしまうのかという国民側の危惧であるとか、意見に伴って、自治体の長の方からすれば、うちの地域のこの病院から産科をなくすことはできないのだという話になってしまって、理念としてはよくわかるのですけれども、一体どういうところがリーダーシップをとってその集約化を図っていくのかということ具体的を考えていかない限り、なかなか進んでいかないのではないかなと思っています。

地域医療構想もその理念としてはいいのだけれども、実際にそれを進めていく上には、経営の問題あるいは自治体病院の問題もあり、いろいろな課題があるわけですが、厚生労働省としてはこういう特に産科などの集約化は、学会が指導すべきことなのか。それとも、ある程度大学なりそういう大きなところがリーダーシップをとってやっていくのか、行政的になのか、大変難しい話だと思いますけれども、何かお考えはおありでしょうか。

○岩村座長 いかがでしょうか。

では、お願いいたします。

○佐々木医事課長 事務局でございます。

人材の確保と地域医療の両方の視点があると思いますので、医事課長のほうからお答えいたします。

今、御指摘のありました、特に産科、救急などはこの働き方改革の検討を達成するためには集約化が必要というようなことであります。ただし、地域によってはお話し合いが非常に難しいということも承知しております。

どこが主役になるかということは、地域医療構想の考え方で言えば、都道府県が事務局になりまして、医師会や大学などが参加してやるということになっておりますので、ぜひとも今回の働き方改革は、我々国のほうもしっかり情報提供しますけれども、各都道府県がもう一回きちんと地域医療を守っていく責任があるということを考えていただきたいと思っております。

国としては好事例などを展開しながら、あとは大学や医師会などとも連携しながら、まさに総力を挙げて、さらに地域医療構想を進めていく。それで、きちんと人材の配分などをしていかないといけないということで、再度そういったことも徹底していく必要があるということだと思っております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 村上構成員から御指摘いただいた28時間の連続勤務の根拠でございますけれども、真正面からのお答えになっていないのは百も承知で、大変申しわけないながら申し上げますと、例えば第11回の勤務医の検討会のほうでも資料で出しておりますが、非常に残念でございますけれども、例えば当直でずっと勤務していても、28時間以下で帰れている医師は3割にも満たない状況です。

もちろん私もそうですけれども、恐らく医師で当直をしたことある人で、次の日午前中

で帰れたことがあるという経験はほとんどないと思いますので、少なくともそういうことをなくそう、少しでもよくしようという観点での御提案でございますので、明確にそういう根拠が現時点で示しているわけではないですが、少なくとも現時点で28時間以下でインターバルでできているのは3割以下であり、当直明けの勤務負担軽減というものもほとんどやっていない状況が、調査でも明確に示されているところでございます。

また、もう一つ、根拠と言えるものでもないですけれども、アメリカのACGMEではそのような基準で勤務の提言というものを示しておるため、国際的にそういう基準でやっている国もあるという御紹介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。

それでは、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 実は今の点、これがあつたからではないのですけれども、病院の過重労働の対策という点で、あるうちの科で当直の次の日に半ドンで終わりとしているところがありまして、まさしくこれは28時間なのですけれども、面談をしていますと、本当に楽になりましたという声があるのは事実です。

もとが悪かったので、それをいかどうかと言うのはまた別なのですけれども、私も当直した次の日は残業までして働いたという経験がありますので、大体の医師が今、現実にはそういうことが当たり前になっているかもしれないのですけれども、ちょっとでも半ドンまでとしてもらうと、物すごく体が楽だという感覚になるのだそうで、一応そのことだけお伝えします。

○岩村座長 貴重な御意見をありがとうございます。

それでは、お待たせしました。鶴田構成員、どうぞ。

○鶴田構成員 先ほど、勤務時間の話がありましたけれども、十数年前に、ある全国展開している病院の勤務時間を見ると、15%ぐらいの方は時間外労働が80時間を超えていました。しかしながら、それを詳細に見ていくと、時間外勤務時間にお金を払うということにはなっていませんでしたので、実際はここまで勤務しているのだけれども、経営上お金を払えないから時間外勤務時間としてはここまで勤務したことにして集計していたという実態もあつたものですから、昔のデータは余り当てにならない。今回タイムスタディーをされて、各病院の時間外勤務が何時間という数字を調べれば、大体何%の方が何時間時間外勤務をしているという数字が出る可能性があると思います。今は働いたらそれに対する給与を払わないといけないので、昔とはちょっと違うかなという気がします。

次に、例えば患者さんが100人いて、2つの病院でその患者さんを受け入れると、計算上、医者は2倍働かないといけない。1つの病院が受け入れれば、例えば1人の医師が8時間勤務すれば8時間、2つの病院だったら2人の労働時間は計16時間という数字が出てくるということになります。

したがって、この取りまとめの中に、地域医療提供体制の機能分化、連携等の改革が必要であるとあちこち書いてありますけれども、例えば救急は一般の日も引き受ける病院

は輪番制でやるとか、休日だけではなくて通常の日にもそういうふうにやっていけば、ある程度働く時間は少なくなるのだろうと思います。

院内の当直体制も、内科、外科の2人で当直するなど、診療科ごとの当直をやめれば、当然時間数が少なくなっていくので、そういう地域の連携もしくは各医療機関の働き方も含めて、ある程度のガイドラインを検討してもらったらどうかと思います。

資料2の10ページのデータで、ある病院に集中するから働き方を変えて時間が少なくなったというのは、逆にほかの病院に患者さんが行っているからこういう数字になったという話であって、どういうふうな診療提供体制をとるかは地域における医師の勤務時間に大きく影響すると思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

そうしたら、まだ多数お手が挙がっていますので、荒木構成員にはもうちょっと待っていただいて、斐構成員、それから片岡構成員、荒木構成員ということで、申しわけないのですが、時間もそろそろということで、ここまでにさせていただければと思います。

それでは、斐構成員、どうぞ。

○斐構成員 では、手短に。

日本医師会さんが調べた医師のアンケートで、毎週または毎日具体的に死、自死を考える方が3.6%、ざっくり医者が30万人とすると、約1万人ですね。1万人がそういうふうに考えるということが現実で、これもまた、例えば1日当たりどれぐらいかということ、ざっくり計算すると30人。今、こういう検討会をしている間でも、非常に厳しい労働環境の中で自死または死を具体的に考える方がおられるということがリアルな現実かなと思います。

そして、資料2の4ページの左側で、2,880時間越えが3,600人います。先ほど渋谷副座長がおっしゃいましたように、このデータは精緻な検証が必要だということですが、2万人も含めて、なぜこの方々がこういう長時間労働をしているのか。実態だけを見るのではなくて、問題はどこにあるのかということ掘り下げるようなデータをとらないと、上っ面だけになってしまう恐れがあります。

私は、恐らく問題は大きく分けて4つかなと思います。1つは、地域医療提供体制の全体の問題。2つ目は病院の管理、マネジメントの問題。3つ目はその医師個人の能力または意識、何らかの個別理由。そして、4つ目は国民、その地域の医療のかかり方の問題と、大きく分けて4つあると思います。その4つのイシューつまり問題がどこにあるのかということを確認していかないと、次のソリューション・解決策が打てないのです。そうなりますと、さらに精緻なデータを調べる場合、そこまでぜひ掘り下げていただきたいと思います。

2024年までの工程表の中で、この上位3,600人または2万人がファーストプライオリティーであって、トリアージでいうと最優先事項であるということをごまかさないことになりません。満遍なくやるのではなくて、まずこの緑の三角形の頂点から優先的にやっつけていくというような意気込みをぜひ見せていただきたいと思っております。

データの向こうには必ず人がいるということを、我々は肝に銘じないといけな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、片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

この検討会にずっと参加してきて、こういうプロセスを知っていると、今の出ている素案も理解できる部分はもちろんあるのですけれども、多くの方が言われているように、数字がひとり歩きしてしまって、それに対する混乱というか不安が起こっているというのはよくないことだと思っています。

地域医療体制の安定化と保持、医師、医療人の健康確保という難しいことを両立するために、これは医療者だけではなくて、患者さんとも手を取り合いながら、お互いに本気で知恵を絞って、難しいことだけれども解決していくということが必要だと思うので、先ほど褓先生も言われましたけれども、本当に地域を支えて頑張っている方が希望を持てるような方針、単に上限ということだけではなくて、希望をどう持てるかということも具体案も含めて出していく必要があるかなと思います。

自験例でいいますと、岡山大学病院は平成20年に柔軟な働き方を導入して、現場の意識調査を7年前と今回行ったのですけれども、7年前に柔軟な働き方を導入したばかりのときには、短時間勤務など甘えである、そんなの許せないという意見も実際に出ていました。しかし、今回の調査では、やはり働き方改革は必要である、ライフイベントと仕事の両立をするときには、柔軟な働き方というものは当然であるという意見が多数を占めておりました。

その理由としては、社会の変化もあると思いますが、病院の中で実際にマンパワーがふえたことが影響していると思います。現実的にはいろいろな軋轢もあったかもしれないけれども、実際に人がふえたということで、ライフイベントがあっても働けることは大事なのだということも共有できたのではないかと思います。復帰した女性医師が地域で本当に医師不足で苦勞しておられる病院の外来や産休医師のカバーに入るといったこともできるようになっています。

ですので、上限規制だけではなくて、もっと現実的に可能な解決策をどんどん出していくことも必要かと思っています。

ありがとうございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

たびたびお待たせしましたが、荒木構成員、どうぞ。

○荒木構成員 ありがとうございます。

私は労働法を専門としております。2,000時間という数字が出たところ、そこまで働かせるのかという点については、既に福島構成員から適切な解説があったところですが、

労働基準法の36協定というものは労働者側に時間外労働に対する拒否権を与えているものです。労働側が36協定を結ばない限りは、1時間たりとも時間外労働は適法にできないという制度です。これは一般の労働者も医師も同様です。

そうは言っても、この数字が出ると、そこまで働かされるのではないかというような声が出てくるのは、実はこの36協定を結ぶ過半数代表者というものが本当にきちんと機能しているかという懸念が恐らくあるのだらうと思います。実際にデータを調べたところ、36協定を結んでいても、使用者が指名した者が結んでいたり、あるいは親睦会の会長がそのまま代表として結んでいたりという例が相当見られる。しかし、このような例は最高裁で明白に違法な36協定であって、そういう協定を結んでも時間外労働はさせてはならないということが確定しております。

したがって、今回上限の数字が出ておりますけれども、それはあくまで現場の労使がそこまで働いてもいい、そこまで働いてもらいたいということで合意をしても働かせてはいけない上限を議論しているということ国民にもよく理解していただく必要があると思います。

上限が決まっても、現場の労使がどうやって労働時間を削減していくか。今回はBが出ていますけれども、Aのほうでは960、あるいは一般労働者だと720というところに削減していくべきだということが共有されているわけです。

そうすると、現場の労使で、単に何時間時間外労働をするかという時間数だけではなくて、今回議論しておりますとおり、どうやったらタスクシフトが進んでいって、時間外労働を削減できるのか、そういうことをきちんと議論できるような場として活用していくということが重要だろうと考えております。

今、この1,900、2,000と言っているのは、ハードロー中のハードローでありまして、それに違反したら罰則がかかるという数字を議論しておりますけれども、政策を実現するためには裁判所に言ったら違法と判断されるというハードローによる規制のほか、ソフトローと我々は言っておりますけれども、さまざまなインセンティブを与えたり、動機づけをしたり、それから、今回議論されておりますとおり、医師の供給体制あるいは医療の集中化という医療体制の問題、それから、国民の医療の上手なかかり方を普及させていくというのもソフトローの典型です。こういう総合的な施策を総動員してやっていかないと、時間外労働の上限規制だけでこの問題に対応しようとしても、それは到底うまく行かないように思います。

黒澤構成員は望ましいレベルを示したらどうだとおっしゃいました。これもソフトローの一つだと思います。ハードローでこれ以上はどうしても許容できないという絶対的な上限を決めた上で、より望ましい状況にソフトローを活用しながら進んでいくという姿勢が大事ではないかと思えます。

実は、1987年までは労働基準法上は法定労働時間は48時間でした。これを法律上40時間に改正し、しかし、その実現にあたっては段階を追いながら48時間を40時間に削減すると

いうことになったわけですが、この過程でも政府が盛んにいろいろなキャンペーンを行いました。今回も国民の医療へのかかり方なども含めて国民的なキャンペーンを行いながら、長時間労働についての対策をしていくということが必要だろうと思っています。

今回、取りまとめの骨子の3ページに、国民の医療と医師の双方を守るという決意の下に医師の働き方改革に取り組むと書かれていることに大変感銘を受けましたけれども、そういう議論をやっているということを国民によく知っていただくことが必要かと思えました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

きょうはここまでとさせていただきたいと思います。

きょう御発言いただいて御議論いただいた結果として、医療機関でお働きいただいている医師の方々の時間外労働をどうやって削減するかということについては、おおむね皆さんの意見の一致はあると思います。もちろん、どのレベルまで下げるかというところはまだ議論がありますけれども、その点はまずコンセンサスができていのかなと思っておりまして、このこと自体は非常に大事なことだろうと思っています。

ただ、きょう幾つか御意見がありましたけれども、上限時間をどう設定するかによって医師の方々の行動が変わる可能性もあるのですが、他方で、経営の観点、その他から、医療機関の行動も変わる可能性が当然あります。そのことが最終的には医師の需給調整の問題にもかなり影響する可能性もありますので、そういう意味ではデータをしっかりそろえていただいた上でご議論頂きたいとは思いますが、しかし、他方で将来予測はそう簡単ではないなという気はしています。しかし、なるべく定性的な議論を避けて、データに基づいた議論をするということが、結局将来を考えると非常に大きな影響を持っているだろうと思っています。

個人的には、Aのタイプにせよ、Bのタイプにせよ、インターバル規制と連続勤務規制を入れることが、特に医師の皆様の働き方には一番大きな効果があるだろうと私は思っています。これはある意味強制的に病院から引き剥がすということですので、それが持っている意味というのは、とりわけ休養や気分の転換という観点からすると非常に重要なものであると考えております。

きょう、大分御議論いただきましたので、事務局と私のほうで出た意見について整理させていただいた上で、その結果を見つつ、次回さらにどういう議論をしていただくかということについて、また検討した上で御提案を差し上げたいと思います。

きょうはお忙しい中、大変充実した議論をいただきまして、まことにありがとうございました。

それでは、きょうはこれで閉会とさせていただきたいと思いますが、次回の検討会について、事務局からお願いします。

○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す。

それでは、きょうはこれで終了とさせていただきます。長時間ありがとうございました。