

○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18回「医師の働き方改革に関する検討会」を開催します。

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

本日は、赤星構成員、荒木構成員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、片岡構成員より所用により途中退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。

次第、座席表に続きまして、資料1、資料2、こちらは第17回検討会の資料1、資料2と同じものを配付させていただいております。

資料3 時間外労働規制のあり方について④（追加資料）、

資料4 時間外労働規制のあり方について④（議論のための参考資料）、

以上でございます。

不足する資料、乱丁・落丁がございましたら、事務局にお申しつけください。

カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

以降の議事運営につきましては座長にお願いをいたします。

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。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ければと思います。

前々回の後半から時間外労働規制の上限時間数についての議論を進めてきたところでございます。きょうの議事次第にもございますように、時間外労働規制のあり方についてということで、この議論をきょうも引き続き行いたいと存じます。

前回のこの検討会での皆様の御議論を踏まえまして、事務局で追加資料を用意していただいております。内容といたしましては、追加的な健康確保措置の内容であるとか、上限規制との関係などの詳細。それから、前から御議論いただいております（A）と（B）という2つの上限を2024年に適用するまでのプロセス。そして、上限規制の内容の詳細という大きく3つからなっております。

前回のデータに関しまして、御議論をいただいたところでございますけれども、事務局のほうでその作業について行うには時間がかかるということでございますので、きょうには間に合いませんでした。そこで、本日は時間数のデータがなくても議論が可能な制度の面につきまして、御議論を頂戴したいと考えております。

例えば前回の資料で（B）につきましては、暫定特例水準の対象猶予期間であるとか、その終了時期などについても、事務局から案を出していただいているところでもありますけれども、これらにつきましては、まだ必ずしも十分に議論を頂戴していないと存じておりますので、きょうはこのあたりにつきましても、御議論を頂戴できればと考えております。

それでは、まず議論に入る前に、事務局のほうからきょう提出いただいている資料についての説明をいただきたいと思っております。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と2は、ただいま座長からもございましたとおり、前回までと同じものでございますので、説明を割愛させていただきまして、資料3と4をごらんいただければと思います。

随時両方見ていただく形になりますが、まず資料の3、字の資料ですけれども、2ページからです。

これまでお示ししております上限規制に関する事務局案のまとめを冒頭にしてございます。(A) (B) (C)という3種類の構成をお示ししておりますが、このうち特に(B)は必要な地域医療が適切に確保されるかという観点から2024年4月時点での実現可能性、妥当性を踏まえた配慮が必要ではないかという御趣旨で提案しております。時間外労働の上限規制に加えて、追加的健康確保措置を合わせて義務づけることによって、医師の健康確保と地域医療の両立を図ることを目指す案であります。

また、(A) (B)ともに時間外労働を月100時間未満を原則としつつも、追加的健康確保措置②といたしまして、面接指導等を講ずる場合に例外的に超過を認める案にしております。これも患者数が多い、緊急手術が重なった等々の月単位のそういう対応を要する場合を想定してのものでありますので、必要な地域医療の確保を念頭に置いた案になっております。

このようにいたしますと、事務局案の(A) (B)いずれも必要な地域医療の確保に配慮する案であります。他方で日々の患者ニーズへの対応を優先する余り、追加的健康確保措置の実施がおざなりになってはならないということで、今回追加的健康確保措置の実効性に関する整理を幾つかさせていただきました。

3ページをごらんいただきますと「代償休息」というスライドでございます。これまで「代償休暇」と表現しておりましたが、後で御説明申しあげますけれども「休息」と整理をさせていただきました。こちらについては、そもそも勤務日においては最低限必要な睡眠を確保する。1日・2日単位の疲労回復という発想で連続勤務時間制限、勤務間インターバルを御議論いただきました。

これは一方で1つ目の四角の※書きの1つ目ですけれども、長時間の手術で途中で先生は帰るわけにはいかないことでありますとか、そこでしか診られない急患を受けていただくとか、そのようなやむを得ない事情があった場合に、どうしても時間のはみ出してしまふことがあるかと思えます。そういうやむを得ない場合の、休息時間を確保できなかったかわりに、代償のものを実施してはどうかという趣旨での御提案でありました。

上のほうに戻っていただきまして、小さなポツで2つ書いておりますけれども、そういう観点からしますと、なるべく早く休むこと、それから、発生の都度、時間単位でもいいから休むことが重要ではないかということで、「休暇」というまとまった形に限らないという意味で「休息」という呼称に変えさせていただいております。

その付与方法が2つ目の四角に書いておりますが、所定労働時間中における時間休とい

う形も当然想定されますし、連続した休息という意味では、勤務間インターバルの義務としては9時間でありませけれども、その部分を代償分の時間を乗せて伸ばしていく形でもいいかと考えております。

いずれにしましても、代償休息を生じさせる勤務が発生した日の翌月末までに、必ず付与して休息をとらせることでどうかという御提案でございます。

4ページを見ていただきますと、面接指導の関係であります。面接指導につきましては月の時間外労働について100時間未満という原則のラインを超える場合に求める措置で、基本的には事前実施を義務づけの内容とすべきではないかとしております。

他方で、事前を徹底いたしますと、面接指導ができないために、これは日程調整がつかないとかそういうことも含めて、面接指導が行えないために月100時間以上の時間外労働が命じられないようなこととなりますと、診療体制への影響も懸念されますので、ここは(B)と(A)に分けまして、趣旨を損なわない範囲の整理をさせていただきました。

(B)につきましては、1つ目のポツですけれども、これは基本的に年間の時間外労働時間数が高いほうでありますので、事前実施を必須として、例えば前の月に80時間を超えた場合には、当月100時間以上ということも念頭に見越して、あらかじめスケジュールを組んでおくようなことを推奨してはどうか。

(A)のほうは、時間外100時間以上は事実上少なくなりますので、当月の時間外労働時間が80時間を超えたときに、まず睡眠負債、鬱、ストレスといった状況について、「所要の確認等」としてしておりますが、これは簡単な検査を念頭に置いています。そういうものをやっただいて、基準値を超える人については事前実施、超えなかった人については事後でも構わないと。面接指導自体が外れるわけではない。このような整理をさせていただいた上で、今申し上げたような睡眠負債等に関する検査項目など、技術的な部分につきましては、この検討会の取りまとめ後に別途検討をいただくことでいかがかと思っております。

いずれにしましても、この面接指導の結果によりまして、就業制限をしないといけない場合がございます。面接指導をしていただいたドクターから医療機関管理者に意見を述べることとなりますが、管理者のほうは当該意見を踏まえて、まず、必要な就業上の措置を最優先で講じていただく。それに伴って一時的な診療縮小が生じる場合には、それをどうするかを地域も含めて考えることになろうかと思えます。

続きまして、5ページでございます。このほかの追加的健康確保措置に係る論点ということで、これまで出てきております連続勤務時間制限等、あるいは面接指導等につきましては、いずれも医療の安全や質の確保といった観点から、過労により健康を害した医師が提供体制を担わないようにという趣旨で、医事法制・医療政策における義務づけ等を検討していきたいと考えております。

このようになりますので、※書きで、以前に管理監督者をどうするかという御質問も頂戴したこともございましたが、こうした方々も措置の対象になるだろうと考えております。

こうした場合、この追加的健康確保措置の実施の担保ですけれども、医事法制・医療政策の中での仕組みを考えることが一般的だろうかと思います。まずは実施の記録、それからその保存、事後的に確認できるようにしておくことで、基本的には考えたいと思っております。

こうした仕組みによりまして、面接指導を行う医師が院内のドクターであったとしても、客観性を担保することができるのではないかと。また、面接指導を行う医師については、その必要な知見にかかる講習を受けていただいて、面接指導に従事することを想定しておりまして、管理者は除くという形ではなかろうかと思っております。そうした基本的な履行確認があった上で、実施の強制的担保ということで、基本的な実施状況の確認、また、それをやっていない場合に促すといったようなことを超えて、なお、実施されない場合の強制的な担保については、さらに検討する必要があるかと思っております。

こうした健康確保措置の実施・未実施と上限適用との関係につきまして、資料4、スライドのほうの4ページをごらんいただければと思います。フローで整理をしております。

(B)の水準が適用される条件としてインターバル、あるいは連続勤務制限といったものをお願いするかどうか、あるいはタスク・シフト等々の要件がかかるようなことではありますが、どういう流れになるかの簡単な整理でございます。

左上の箱から始まっておりますけれども、まず、(B)の医療機関は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になるということでもありますので、ここを都道府県知事で特定をしていただくのが、1月11日に御提案したスキームの始まり部分でございます。

次の箱ですけれども、そこから、特定された医療機関に追加的健康確保措置が義務づけとなり、一方で長時間労働の解消に向けた重点支援を受けられることとなります。このあたりは医療政策の中の枠組みであります。

下の左側、そうした医療機関におきましてやむなく長時間労働となる特定された業務の従事になるドクターについては、労基法の省令上の(B)の高いほうの水準が適用され、その範囲内での36協定締結が可能となりますので、その中で時間外の時間数、あるいはその従事する人数、健康福祉措置として何を講ずるかを協定していただく。

次の四角ですけれども、追加的健康確保措置の履行確認を行います。実施されていない場合には、実施させることと、実施しない場合に(B)の医療機関、このスライドは(B)の医療機関の想定でありますので、(B)を外すことを県として考えるか、その必要性について検討いただく。それはもう地域医療提供体制のあり方そのものでありますので、(B)を外すのがいいのか、そこがきちんと守れるように何らかの強力な支援を行うのか、そういうことを御検討いただく。

最後に、特定された医療機関でなくなれば、(B)の適用条件を満たしませんので、(B)か(A)かという意味では(A)に戻るようになります。(B)水準を前提とした36協定が無効となり、新たな協定を締結していただかないと、32条違反になるような整理でございます。

います。

ここまでが追加的健康確保措置の関係でございます。

資料3のほうに戻っていただきまして、6ページをごらんください。2つ目のパーツでありますけれども、2024年4月までの5年間の動きを現時点で御提案している事務局案（A）（B）の構成を前提に提案させていただいております。

6ページの冒頭、まず、5年間の間になるべく多くの医療機関がA水準の適用を目指すのが基本でございます。その上で、まず、労働時間管理の適正化が要るだろうということです。「緊急的な取組」のフォローアップ調査については、前々回に御報告申し上げましたが、まだまだ適正な労働時間管理がされている状況には遠いこともありますので、これはちょっと後ほど申し上げますが、強力なてこ入れが要るだろうと。一方で、この検討会で御議論いただいた宿日直、研鑽の扱いについては、取り扱いの通達の発出と周知の取り組みが必要だろうと思っております。

その上で、ステップ2ですけれども、各医療機関が（A）が適用されるのか（B）が適用されるのかによりまして、どのぐらいの数字を目標に労働時間短縮をしないといけなかが大分変わってくるということでもあります。（B）水準について、まず機能で見て、地域医療提供体制においてその機能を有しているのかどうか。また、やむなく長時間で（A）に行けないのか。こうしたことについて、現状と5年後を見通して検討いただく。

その上で、ステップ3の医師労働時間短縮計画をつくっていただき、下げるべく取り組みをしていただく。

こうした医療機関の取り組みがあった上で、一番下ですけれども（B）水準の適用対象という医療機関については、24年4月から上限適用でありますので、23年度中には都道府県知事による特定が終了している必要があるかと思えます。

資料4の5ページをごらんいただきますと、今申し上げた流れを図解としてお示ししております。医療機関X、Y、Zという3種類置いております。

Xは機能の（B）要件を満たさないもので、これは（A）水準の適用だということで、労働時間短縮をしていただく。

YとZ、機能が（B）要件を満たす場合に短縮の取り組みをして、（A）水準が達成できる場合もあり、これが一番すばらしい例かと思えます。そこまではまだ難しいということで（B）の特定を挟んで24年度時点では（B）水準の適用。こうした状況が各県の地域医療提供体制の中で起こってまいりますので、右側の縦書きの部分の箱がありますが、都道府県において（A）（B）の役割分担も含めた医療提供体制のあり方、それから必要な支援策を不断に御検討いただく必要があるかと思えます。

このまま次の6ページを見ていただきまして、今御説明しました医療機関の流れと同じものを6ページの左半分に置いておりますが、こうした医療機関の流れについて、バックアップする仕組みということで、右側に幾つか整理をしております。労働時間の考え方の周知が、まず必要となりますし、その下ですけれども、国として、医師の労働時間短縮目

標ラインの設定が要るのではないかと考えております。

これは前回の御議論の中でもこういう罰則つきの上限というハードルだけではなく、ソフトローとか、あるべき水準を示すとか、そういうやり方ももって進めるべきではないかという御意見も頂戴しておりました。こういうラインを設定して、(B)水準適用対象であっても、確実により低い水準に近づけていけるような取り組みが要るだろうということでございます。

また、都道府県におきましては、域内の全体状況を把握いただくことで、医療機関の時間外の概況の把握、あるいは(B)の候補になるところがどこなのか。そういうところを見ていただくという一つの部分と、それから、既存施策という意味で勤務環境改善の支援、医師偏在対策地域医療構想、いろいろなものがございますので、そういうものを推進するに当たって、この各医療機関の労働時間の実態の状況も勘案しながらやっていただくことが必要ではないかということでございます。

こうした取り組みと合わせて、一番右に評価機能とを書かせていただきました。これは各医療機関が労働時間短縮に取り組んでいただくわけですがけれども、これまでここで御議論いただきましたとおり、個々の医療機関の努力だけで全て短縮がなされていくかという、なかなかそれだけでは十分ではなくて、地域の医療提供体制のあり方、かかり方など、一医療機関の外で面的な対応をすべきものもあるので、各医療機関の長時間労働の要因分析・評価、評価結果に対する取り組み状況の指導が要るのではないかという観点から、評価機能が必要ではないかという御提案でございます。

これは都道府県からも独立のものとして御提案をしております、医療機関の状況について、当然、医療機関で、例えばタスク・シフトでこういうところがまだ不十分だという点を頑張らせていただくために、医療機関に対して取り組み評価結果を通知して、取り組みを促すことも必要でしょうし、施策として対応しなければならない部分については、都道府県で対応していただくと。こういうような流れになっていくのではないかと考えてございます。

続きまして7ページですけれども、先ほど労働時間管理の関係でまだまだ取り組みが不十分であると申し上げましたが、緊急対策のフォローアップ調査も踏まえて、冒頭の四角囲みの2つ目の四角ですけれども、緊急対策未実施の病院につきましては、来年度中に都道府県の勤改センターから全件、個別の状況確認をして対応を求めてお願いする方向で整理をさせていただきました。

その資料を続けて見ていただきまして、9ページ、10ページですけれども、事務局案でこれまで御提案しているものによって、勤務医から見て何が変わるのか。あるいは患者さん、国民の側から見てどう変わるのかということで、若干チラシ風のものですけれども、整理をさせていただきました。わかりやすく正しくお伝えしていくことが必要であろうということで整理をさせていただいたものでございます。

資料3の字のほうの資料の10ページに戻っていただければと思います。最後のパーツで

すけれども、上限時間の規制の構成について御説明をしたいと思います。

10ページからは36協定上の上限時間であり、3つ目の四角を見ていただきますと、36協定上の上限時間数として、平日の時間外労働の水準、それから臨時的な必要がある場合の水準、この2つを定めなければなりません、まず、この①の部分につきましては、下に図解が載っておりますけれども、一般則では月45時間、年360時間とされているいわゆる限度時間でございます。(A)水準、(B)水準の医師について、いずれも一般則と同じものを定めてはどうかという御提案でございます。

続きまして11ページをごらんいただきますと、臨時的な必要がある場合の協定時間の案でございます。これにつきましても、下半分の図解を見ていただきますと、一般則については月100時間未満、月45時間を超える月数は年間6カ月以内とされておりまして、年につきましては休日労働を含まず720時間以下となっております。

医師については、これまで御提案してきた内容でありますけれども、月については100時間未満、一定の健康確保措置を行った場合の例外あり、月制限はしないという案で、年につきましては休日労働を含む数字として(A)については960時間以下、(B)については年1,900~2,000時間以下で御提案しておりますが、上の枠囲みの箱の一番下に※書きをしておりますとおり、1,900~2,000時間程度以下の部分につきましては、前回までもさまざま御指摘をいただいておりますので、データの整理をさせていただいております。前回までの事務局案に合わせて記載をしておりますので、御了承いただければと思います。

12ページは、36協定によっても超えられない時間外労働の上限であります。これも下の図解を見ていただきますと、一般則は月100時間未満、複数月平均80時間以下でありますけれども、これも前回御提案しておりますが、月100時間未満、それぞれの年の数字で整理をさせていただきました。複数月規制は医師についてはしないという御提案の確認でございます。

最後に13ページですけれども、これは36協定の一般ルールから考えられることの改めでの整理でございます。36協定におきまして、一番上の小さなポツの1つ目ですけれども、労働者の範囲、あるいは4つ目ですけれども、一般則では1日、1カ月、1年で労働させることができる時間を定めなければならないことになっております。

それから、次の四角の例えば4つ目のポツですけれども、限度時間を超える場合には健康及び福祉を確保する措置で規定することになっております。これらについて、医師についても同様の項目を記載することでどうかということです。

以上で資料説明は終わりになりますが、資料4の最後、13ページからでございます。副業・兼業の場合の労働時間管理の資料を添付させていただきました。前回も構成員の先生から御質問をいただきましたので、先ほど御説明した上限の最後の36協定によっても超えられない水準は、実労働時間の通算だと、アルバイトの分も含めてと申し上げました。現行の通算のルールについての資料を添付させていただいておりますので、必要に応じて御参照いただければと思います。

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、ここから皆様の御議論をいただきたいと存じます。きょうの進め方でございますけれども、御承知のように3時間という時間設定でございます。そこでさすがに3時間連続というわけにもいかないと思いますので、前半、後半と分けて、途中で休憩を入れさせていただきたいと存じます。前半といたしましては、今から大体4時半ぐらいまでと念頭に置いた上で、きょう事務局のほうで御提出いただいている資料と今の御説明について、また、そのほかの論点もあるかもしれませんが、御発言いただければと思います。

その上で、本日は制度面の論点について、事務局のほうで資料が用意されている項目については一通り御議論を頂戴できればと思っておりますので、議論の進み方を見させていただいた上で、後半は場合によっては特にこの部分という個別の論点の設定をさせていただくことも含めて、進めてまいりたいと存じますけれども、このような進め方でよろしゅうございましょうか。

(首肯する委員あり)

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、まず前半部分ということで、どういう論点でも結構でございますので、資料について、あるいは説明についての質問、あるいは御意見などがあれば、お願いをしたいと思います。

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。

資料4で確認というか、教えていただければと思います。資料4の4ページに暫定の特例水準とその適用要件となる追加的な健康確保措置という流れが出ています。全体としては、私はこれはよくできていると思うのですが、細かい点で確認させていただくと、一番左上の病院を都道府県知事が指定することについての流れは、個別の医療機関がまず自分の病院はこういう状況になっているので適用してほしいという申請をするような形で上げて、それを例えば都道府県の中の審議会等で議論をして、そこで決まったことを都道府県知事が認定するような流れを想定されているということでよろしいのでしょうか。

その際、個別の医療機関がきちんと適切に、自分の医療機関の中の働き方がこうなっているということが、そもそも今なかなか実態としてできていないということがある中で、勤改センターがきちんとそこを確かめるような話になっていますけれども、まずはその辺の関係をちょっと教えていただければと思います。

○岩村座長 では、1つのポイントだと思いますので、事務局のほうでお答えを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。



基本的に今村構成員がおっしゃったような流れになるかと思っております。ただ、今の資料4の5ページでも整理をさせていただきましたとおり、23年度に指定なりの特定をしていただくということでありまして、この(B)の医療機関は、まず地域医療の機能の面の要件を満たすことが前提になります。これは前回までの資料でも御提案しておりますので、きょう御議論いただければと思います。

まず、機能がそこに合っていることと、あと、タスク・シフトであったり、労務管理は大前提でありますけれども、短縮の取り組みをかなりきちんとやっていただいた上でどうかということでもありますので、まず、やってきたことの確認というのが最後に要るだろうと。そういう意味では割とこの5年間、まだまだあるような印象ももしかするとあるかもしれませんが、この5年間の間に最後の年でこうした特定を行うという行政行為に入ること考えますと余り時間はありませんで、今から労務管理の適正化を確実にやっていただく。当然、短くする取り組みも1年、2年、3年ごとでやっていただく中で、ここはもうやむを得ないだろうという判断がされていくような流れで考えております。

その短縮の取り組みに当たって、勤改センターの支援ですとか、あるいは医師偏在対策でありますとか、そういうものが施策としては講じられていながら、医療機関としても頑張ってくださいということになるかと思えます。

○今村構成員 ありがとうございます。

大分すっきりよくわかりました。それを前提として、この右側の括弧に移ったときに、この(B)と指定されたときに、さらに重点支援を受けることができるという記載があるのですけれども、この重点支援を行うところは勤改センターなのか、あるいは先ほどお話のあったような第三者的な場所がこれを行うのか。ここはいかがなのでしょう。

○渡邊医療経営支援課長補佐 すみません。表現が言葉足らずでありました。

この重点支援の部分は極めて長い時間のところの実態をどう改革していくかということで、個別的には勤改センターであったり、地域医療支援センターであったり、いろいろな施策が当たってくると思いますが、そのどれをやれば効果的なのか、まさに勤改センター以前にタスク・シフトをもっとしっかりやっていただくとか、そういうことかもしれませんので、そのあたりのアセスメントというか、評価は先ほど別のシートで御提案した評価機能のほうから、御提案をしていくような形になるかと思えます。そういう意味では、県行政の部分と第三者の評価と両方が当たるイメージであります。

○今村構成員 ありがとうございます。

この部分も大分はつきりわかりました。その場合、本当に実効性のある取り組みにするためには、今ある勤改センターと、それからさらに第三者的な機能を持つ場所が、相当密接に連携をしなければいけないと思います。今でも勤改センターの中で2つの機能があって、その機能がうまく連携していないという御意見が非常にあちこちから出ているので、いろいろな機能を持つ場所ができればできるほど、それぞれの連携が十分にできなくなってくるので、そこは相当しっかりと制度的にそういった連携ができるものを、やはりつく

っていただくことが大事かなと思います。

ありがとうございました。

○岩村座長 ありがとうございました。

それでは、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 今、今村構成員が指摘されました資料4の4ページに関連いたしまして、私は下の部分について意見を申し上げたいと思います。下の部分の流れで言うと、(B)の対象医療機関の追加的健康確保措置は、都道府県が履行確認を行い、実施されていない場合は実施をさせ、そのときに必要な支援を行うことになっております。

この追加的健康確保措置は、(B)の上限時間数の範囲内での36協定締結が可能になる前提条件として位置づけられていると理解しております。その観点から言うと、履行されていない場合に実施できるように都道府県が支援を行い、なお実施しない場合は、その時点で(B)の特定対象から外し、(A)の対象となると思っていました。しかし、資料4の4ページでは支援してもなお実施しない場合は、都道府県が特定対象としておく必要性を検討し、検討結果に応じて(B)から外すか検討することになっております。

十分に支援されているにもかかわらず、それでもなおできなかった、やらなかったということであれば、すぐに(B)の特定対象から外すことが適当ではないかと思います。そうでなければ、やはり追加的健康確保措置が着実に確実に講じられることを担保できないのではないかと懸念があり、この点は改善をいただきたいと思います。

また、どこかに説明が書いてあるのかもしれませんが、追加的健康確保措置の履行確認の方法についてです。履行確認は都道府県が実施状況をどのように把握するのでしょうか。医療機関から報告をいただくのでしょうか。報告をいただく場合は、毎月報告していただくのかどうか、どのようにして確認するのか等、よく見えませんので、その点について御質問です。

以上です。

○岩村座長 では、事務局のほう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。

2点目の履行確認の仕方ですけれども、資料3、字の資料のほうの5ページをごらんいただきますと、今のは四角の2つ目でございます。「この場合」というパラの3行目ですけれども、基本的には医療機関の中で実施の記録をきちんとしていただく。それはこの人について連続勤務制限、あるいはインターバル、面接指導をきちんと実施していたという実施の記録で当然保存する。それも事後的に確認できるようにしておくことで、この事後的確認のところを都道府県なり、あるいは第三者の機能になるかもしれませんが、このあたりを、どのようにするのが実効的に確認できるかという観点で、改めて整理をさせていただきます。

基本的には毎月報告のようなものではなくて、記録の保存と事後的な確認で想定をして

おります。

○岩村座長 村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 今の御説明だと、何かあった場合に事後的に確認することになるのでしょうか。追加的健康確保措置は、(B)の対象医療機関で働く医師の皆さんの健康確保のために行うものです。それがきちんと履行されているかどうかを、確認するというのであれば、定期的に履行状況を確認していかなければ、実効性が伴わないのではないかと思います。事後的確認だけでなく、どのように実効性を担保するのかについて、御検討いただけないかと思います。

以上です。

○岩村座長 事務局、いかがですか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 言葉足らずで申しわけありません。

事後的な確認のところを何かあった場合だけなのか、あるいは定期的なのか。医療行政の中では医療監視もござりますが、例えば年に1回とか、そういうこともあるかと思いません。そのあたりを御議論もいただいた上で、事務局としても案を整理したいと思います。

ありがとうございます。

○岩村座長 もしよろしければ、村上構成員、続けてどうぞ。

○村上構成員 御検討いただけるということですが、年に1回の履行確認で果たして医師の健康確保や医療安全が守られるのでしょうか。私は医療機関の者ではありませんが、労働者の立場から不安があります。報告をいただくということであれば、あるいは事後確認をするのであれば、頻度を上げるべきであると、意見として申し上げておきたいと思いません。

別件でもよろしいでしょうか。資料3の先ほどの5ページの部分です。追加的健康確保措置について、前回、基本的には労働基準法など労働法制で規定すべきと意見を述べました。本日の資料では、5ページの一番上の四角で、医事法制・医療政策における義務づけなどを検討中とされております。その理由は何かをお尋ねしたいと思います。

説明書きのところでは「過労により健康を害した医師が医療提供体制を担うことのないようにするために求めるものとの位置づけで、医事法制・医療政策における義務付けを検討中」と書かれておりますが、このことが労働法制ではなく、医事法制で定める理由でしょうか。

追加的健康確保措置の趣旨は、医師がやむなく長時間勤務せざるを得ない状況になっても、そしてワーク・ライフ・バランスは損なわれたとしても、せめて過重労働による健康障害が生じないようにするために、最低限の睡眠時間を確保されるようにすることであると思っています。過労により健康を害した医師を医療提供体制から外すことが目的ではなく、過労により医師が健康を害さないようにすることが目的であると思っています。

その観点から言いますと、医療安全はもちろん大事ですが、そのために医師が過重労働で健康を害してはならないと思っています。こうした規制の趣旨を明確にするためにも、追加

的健康確保措置は労働法制で規定すべきであると考えております。とりわけ医師の面接指導は、既に労働安全衛生法で類似の規定がありますし、産業医による面接指導や、事後措置についても詳しい規定があります。働き方改革により、産業保健のあり方について充実したことを踏まえても、やはり労働安全衛生法に規定していくことが適当ではないかと思えます。

とりあえず以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

今の点、事務局のほうはいかがですか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

医事法制・医療政策における義務づけの趣旨としては、ここに書いてあるとおりでございまして、医師の健康確保というのは、片方から見れば労働法制における守るべき法益・価値でもありますし、医療提供体制においてもそれは同様に必要なものだと思っています。そのことについて、医療提供体制上の政策上の措置をしてはどうかというような御提案でございまして。

面接指導の件については、御意見として承りたいと思います。

○岩村座長 ほかにいかがでございましょうか。

それでは山本構成員、それから森本構成員ということでお願いをいたします。

○山本構成員 先ほど村上構成員から資料4の4ページの四角が5つあるうちの下の真ん中の部分、それでもなお実施しない場合は、そもそも検討する必要がないのではないかなというような、多分御指摘があったと思うのです。

ここをちょっと確認なのですが、これは実施しない場合というのは、いろいろな行政側からの支援があるにもかかわらず、サボっちゃっているというか、意図的にというか、やらないことを意味するのか。あるいは、もう一生懸命やっているけれども、例えばそのリソースそのものが少なく、例えば地方の本当に小規模だけれども、地域の医療を担っているようなところではなかなかそこが充足できない場合もある。そういうことを想定しているのか。この辺はどうなのでしょう。

例えば今申し上げたような地方でなかなかリソースが割けない場合には、一生懸命やったけれども、患者さんも多くてなかなかうまくいかないのですよということは、当然起こり得ると思うのですが、その辺は事務局はいかがお考えなのでしょう。

○岩村座長 事務局のほうでいかがでしょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

今、山本先生がおっしゃったことで言いますと、意図的にやらないような場合は、特定対象から外すことに当然なるかと思えます。リソースの問題だというときに、実施のために必要な支援を都道府県にしっかりやっていただく。その必要な支援も、例えば医師派遣等々になりますと、一定の期間がかかる可能性もありますので、施策としても必要な応援はしっかりやりますけれども、それでも提供体制がもうどうしても持たない場合であれば、

提供体制のあり方自体から検討していただくようなことになるのではないかと考えております。

○岩村座長 山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 ありがとうございます。

それから、リソース絡みなのですけれども、健康確保措置できめ細かに面接指導などが入るのは大変すばらしいことだと思っておりますが、実際に今いる産業医の数でそれが果たして賄えるのか。今後どれくらいふやしていけばこれが実現するのか。絵に描いた餅にならずに済むのか。その辺のお考えをぜひ聞かせていただきたいと思います。

例えば現状、うちなどでも産業医はおりますけれども、コ・メディカルのケアでもう精いっぱいでありまして、それから、自分たちがそれぞれの診療科に所属しておりますので、片手間で産業医をやっている中では、とてもこういうきめ細かな対応は、現状では難しいのではないかなと思うので、その辺の将来展望というか、そこへの施策についてお聞かせいただきたいと思います。

○岩村座長 事務局、いかがでしょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 産業医全体のことについて、もし基準局で補足があれば補足をとと思いますが、前半のことで申し上げますと、資料3の5ページをごらんいただきますと、3つ目の四角でございます。「こうした仕組みとすることにより」というところの※書きですけれども、面接指導の回数がある意味毎月やるようなドクターも一定数いらっしゃるような大規模な病院でありますと、なかなか産業医の先生だけで回しきれるかというのは、先生の御指摘のとおりかと思っております。

この点は、長時間の医師の面接指導がきちんとできればいいということかと思っておりますので、その部分の講習を受けていただいた先生に従事していただく想定でございますが、必ずしも産業医に限るということは、事務局としては今考えていないところでございます。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

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。

まず、(B)の特例水準の上限時間数を、年1,900~2,000時間とする案が出ています。実際にはその時間まで全ての医師の方が働くことにはならないことは理解していますが、地域医療などを確保するために一般則を上回る上限時間数を定める観点から、その時間数を議論していますが、一定数の医師は上限時間に近い時間を働かざるを得ないケースが出てくることを、まず認識すべきであると思っております。その上で、勤務時間の精査、あるいは前回もお願いをしていますが、必要な資料について改めて精査し、提出して頂きたいと思っております。

その上で、資料4の4ページのところです。今の質問と若干関連しますが、まず一番左上のところでは、

「地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医

療機関であることを都道府県知事が特定」をするというところについて、やむなく都道府県知事が特定をする以上は、2024年までの労働時間の縮減の取り組みや、36協定の締結、あるいは適正な勤務時間管理、これらの措置が当然のことながらなされている病院が特定の対象となり、なされていない病院は対象外となると認識してよいのでしょうか。

また、その隣の重点支援などを含めて、現状（A）の特例水準を超えて働かざるを得ない医師も、全てとは言いませんが、特定の一部を除き、ほとんどの医師が、将来的には縮減して960時間に近づくイメージでよろしいのでしょうか。

次に、資料3の14ページのところです。「時間外労働の上限規制の枠組み全体の整理(案)」ということでおまとめをいただいております。

検討中の案として（A）水準、（B）水準ともに月の時間外労働時間について、100時間未満を原則としつつ、追加的健康確保措置を行った場合に例外があるということです。月の上限について例外を認めると、月300時間～400時間という36協定の締結も可能となりかねません。一定の上限時間数を設けるべきであり、通常で言えば年間労働時間を1月にならした時間の約1.5倍程度の時間数が、季節的な変動を踏まえると適正であると思います。

一定の上限時間数を定めるべきとした上で、これに関係する追加的健康確保措置について、月100時間超えのときに、先ほど説明がありました（A）水準、（B）水準とも医師による面接指導をすることとなっています。今の上限時間数の案では、月200時間、300時間の時間外労働も可能になりまして、その際に、再度医師による面接指導など追加的健康確保措置を改めて検討、あるいは何らかの対策をする必要があるのではないかと強く思います。

長くなりますがもう一点だけ、済みません。代償休息について確認です。

代償休息と言うからには、代償とされる時間は所定労働時間に当たると解釈をしています。そうなりますと、むしろ勤務間インターバルよりもかなり取得が厳しいのではないかと、実態として考えるところです。加えて、むしろ代償休息のような形をつくれればつくほどそちらに逃げてしまうところがあるので、なくすべきであると思います。

以上です。

○岩村座長 何点か御質問と御意見だと思いますが、質問の点について、事務局のほうでお答えできるところについて、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。

資料4の4ページ左上の枠の、やむなく長時間の特定の部分で御質問をいただいたかと思えます。ここはまさに次の5ページのフロー図で整理をしましたような2024年までの縮減の努力を精いっぱいやっていただくのは、これまでの御議論のとおりでございます。その中にタスク・シフトですとか、マネジメント研修だとかも含まれておりますし、1つ御指摘いただいた適正な時間管理で言いますと、適正な時間管理をしていないということは、労働時間であるものがカウントされていない実態かと思えますが、現実問題として、きちんとカウントしないのにこの（B）水準でないと足りないような実態にはならないだろう

と思われます。

この宿日直の時間、あるいは研鑽の時間を改めて整理をして考え方に沿ってきちんと、洗いざらいと言うと変ですけども、医師の時間の実態がどうなっているかというのを医療機関ごとに振り返っていただいて、その中でこの（B）水準であれば、短縮の努力をしていただいた上で、この特定行為に向かっていくことでありまして、適正な時間管理というのは大前提だということでございます。

それから、そういう流れの中で将来的に確実に縮減していくことでよいかという確認をいただいたかと思います。前回までもお示ししている資料のほうでありますけれども、資料2の4ページをごらんいただければと思います。

これは前回もごらんいただいた資料ですけども、2024年4月の時点で、事務局案でありますと赤線のところに暫定水準がありまして、そこを超える医師は24年には、いてはならないという意味で、確実に下がっていきます。それが暫定特例水準の適用終了時期に向けて、さらにその960と1,900～2,000という間のところも消滅していかないといけないわけでありまして、そういう意味では確実に全体が縮減方向に向かうのは、事務局案の要の部分だと思っております。

後半は御意見として承る部分かと思いますが、よろしいでしょうか。

○岩村座長 森本構成員、よろしいでしょうか。

それでは工藤構成員、島田構成員、城守構成員という順番でお願いいたします。

○工藤構成員 ありがとうございます。

今の、森本構成員の発言と若干被りますが、年1,900～2,000時間の根拠となるデータについてです。1週間の時間外労働の時間数を1年間に換算しており、年間を通じて医療の需要は余り大きな変動がないということでしたが、個々の働き方からすれば、一時的な人手不足や、学会や研究会などさまざまなことが集中した場面もあるかと思います。データを見直す際や、上限時間数を検討される際には、そのようなことも踏まえてぜひお願いしたいということが1点です。

また、36協定との関係にもなりますが、資料2の3枚目のスライド、前回も出ている資料で、これまで上位1割を減らすということで、年1,900～2,000時間という数字が出ていたと思います。赤線のところの時間外月80時間、年間960時間というところまで見ると、40.5%という形で、あと30%の方がここに入るわけですが、実際上位10%減らすというところで行くと、タスク・シフト、タスク・シェアリングなどがどこまで進むかということもあります。結果的に業務量が変わらなければ、ここの年1,920時間以下の人たちが、これまで以上に長時間労働になってしまう可能性も否定はできないのではないのでしょうか。

さらに36協定ということでいけば、残業拒否が果たしてできるのでしょうか。これまで時間外労働の上限規制は明確にはなかったため、労働時間管理が徹底されてなかったという問題はありますが、年1,900～2,000時間という水準で決まってしまうと、それに則った36協定、その条件でないにしても、これまで以上の働き方を求められる医師が確実に増え

ていきます。さらに、これまでは労働時間がそれほど長くなかった医師でも、36協定で結んでいるのだから上限時間まで働くことが義務化されて、働かざるを得ない状況にもなるのではないかと危惧するところです。そのあたりはどう考えていただけるのか、教えていただきたいと思います。

○岩村座長 それでは、事務局のほうでお答えを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。

基本的には、これはコ・メディカルも含めてだと思えますけれども、医療機関全体の効率化を図り、医師の特に長時間労働の人の時間の縮減によって、ほかの人が長くなることのないようにしていくのが基本的には一番望ましい姿だとは思っています。

一方で、医療ニーズがそれほど減っていかない中でそこまできれいにいくかどうかは、個々の医療機関の状況にもよるかと思えます。これまで御紹介している中でも、タスク・シフトもそうですし、タスクシェアについては、当然医師の間で、今、比較的勤務時間が短い人とシェアしていただく部分は、どうしても現実問題で出てくる部分ではないかと思えます。そのことと、36協定を結んでいることを理由に働かざるを得なくなることについては、若干ちょっと違うのではないかとも思えますけれども、基本的な認識としては、今、申し上げたとおりでございます。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

工藤構成員、どうぞ。

○工藤構成員 ただ実際、暫定でも上限時間数が設定され、その時間数を踏まえて36協定を結ぶわけですから、個々人からすれば、強制力を持っており、拒否できないものと受けとめてしまうことは十分考えられると思えます。その中の1つで月100時間を超える場合には、残業を拒否してもいいと言うか、拒否できるような考え方も、たしか出されているかと思えますけれども、そこらとの関係がどうなのかということをお教えいただければと思います。

○岩村座長 事務局、お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 少し、先ほどの渡邊からの説明の補足的になるのですが、資料4の6ページを見ていただければと思います。

今の御指摘のポイント、まず1つ目が、その暫定特例水準は、もちろん事務局案としては、今、御提案しているものなわけですが、その中で特にどうしても必要なもののみ適用されるものであり、全員が適用されるものではないということが、まず前提です。

さらにそういったいわゆる、例えば6ページにX、Y、Zという医療機関の例で出していますけれども、Zの中で、これは例えば事務局提案どおりで1,900、御議論中だということは百も承知で申し上げて1,900だとしますと、たまたま1,500までうまくいっている医療機関があって、(A)にはいかないけれども、(B)の対象にはなるという医療機関があったときに、例えば改革圧力がかからなくなって、逆に1,900みたいに戻ってしまったり、そういうことがあるのではないかというようなことと、多分同じ問題意識だと思います。



そういうことがないように、我々はまず、ステップ3のところであるように医師の労働時間短縮計画を作成して、PDCAサイクルによる短縮はやって、改革が後退しないようにすることは必ずやらせていただきます。

さらに国のほうでも、医師の時間外労働短縮目標ラインを設定したり、都道府県とか、また、新たな評価機能をつくりますので、そういったいわゆる改革の戻り、手戻りのようなことを絶対にならないような仕組みは、この資料4の6ページのところで全体的に御説明させていただいているようなつもりでございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは島田構成員、どうぞ。

○島田構成員 ありがとうございます。

何点か御質問と意見を述べさせていただきます。

1つは代償休息の件でございます。代償休息という形で今回出された趣旨はよくわかりますので、必ずしも代償休暇にこだわる必要はないと思います。ただ、1つは実務的にかなり管理が大変だなという気がするのですが、その点はさておき、随分前に1日6時間の睡眠が、やはり健康確保のために重要だという御提案があり、しかし、そうではない場合の話になるかと思っておりますので、その際にどういう形で休息をとるのが、健康確保、あるいは回復と言うのでしょうか。最も適切なのかを少し医学的な見地から出せないのか。ただ、代償休暇よりも代償休息だけでは必ずしも、うまくいくのかなというような不安を思いました。

それから、最初に言うべきだったのですが、今回はやはり追加的健康措置でございますので、一般則をいわば超えるということですので、これが本当に確保できるのか、社会的にも決定的に重要なのだらうと思っておりますが、その点で2番目には面接の関連でございます。

先ほど村上構成員からも多少御意見があったのですが、労働安全衛生法でもさまざまな面接が出ている中で、例えば今回から80時間を超えた場合には、本人が申し出があれば面接をしなければならない。このように100時間から短縮をされたと理解をしておりますが、そういうことを含めて、安全衛生法上に既にある制度と、今回のとかがうまく整合すると言いますか、現場レベルでいきますと何が何だかわからないことになりかねないのではないかなということがございますので、整理が必要なのではないかと。

今回のを読みますと、趣旨としては80時間を超えた場合には相当程度、実質的にはやらなければならない方向になっていると思っておりますので、その点は大変結構かなと思っておりますが、その辺の整理をお願いしたいということでございます。

3つ目ですが、私もちょっと、先ほど村上構成員がおっしゃっていた医事法制・医療政策と労働法制との関連について、若干確認も含めてお聞きしたいと思います。もちろん医療だけではなくて、さまざまな業法で労働時間等を規制するようなことはあるわけで、そういう医事法制でこうした措置をとることは問題ないと考えておりますが、ただ、確認を

したいのは、今回はそれを踏まえた上で全て、やはり36協定で締結をすることになりますので、いわばそこでは当然、労働基準法上の根拠を持つという意味では、こちらは医事法制、こちらは労働法制ということではなくて、重疊的に適用になっているという理解を私はしているのですが、それでよろしいのかということです。

そういう点でちょっと気になったのは、先ほどのやりとりの中で、追加的健康確保措置の実施の確認は、これは医事法制の中で実施状況を確認ということなのですが、そこはもうちょっと考えたほうがいいのではないかと。もちろんこれを否定するわけではないのですが、後も申し上げますけれども、どういう枠組みでやるのかというときに、労働基準法なり、あるいは労働時間等設定改善法とか、あるいは労働安全衛生法で、恒常的な監視のシステムがあるわけですので、これとどう連結をさせていくのが一番妥当なのかは、かなり重要な課題になっていくのではないかと考えております。

それと、今回の場合、やはり36協定がどう実効性のあるものとして締結されるのかが決定的に重要なのだらうと思いますが、この点は少し考えたほうがいいのではないかと。思うのは、36協定というのは締結の、労働側の主体者は、過半数を組織する労働組合がある場合はその労働組合ですが、医療の中でなかなかそういうことは考えづらいと思っております。そうすると、過半数の代表するものになりますが、通常は、例えば病院なら病院が雇っている正規の職員、非正規も含めた全体の中での過半数代表になるかと思うのです。

そうなった場合に、一体誰が過半数代表になるのかというときに、必ずしも医師になるわけではないとなってくるわけですが、今回の場合、医師に関する特別の法制度をつくるときに、一体誰がそのことを決めるのかについては、一般的な36協定の仕組みで本当に適正に機能していくのだろうかというような点が気になります。

それは多分、先ほど医療行政の中でそういう短縮計画をおつくりになるとなっているのですが、これもやはり総合的に労働法制と合わせて機能するようなPDCAサイクルをつくっていかないと、先ほど村上構成員がおっしゃっていたような恒常的な監視とか、あるいは仕組みがうまくいかないのではないかと。

要するに36協定は、必ずしも事前にさまざまな協議を踏まえてということが、法律上義務づけられているわけではないので、そういう適切な36協定が医師集団との関係でどうつくられるのかについて、もう少し踏み込んだものが必要なのではないかと。ということです。

長くなって申しわけないのですが、最後です。

今回、先ほどもあった今後の5年後の実施という中で、どこまで準備をするのかが決定的に重要だと思っております。そういう点はかなり考えられているのですが、この5年を担うPDCAサイクルの主体をどこに置くのかということをもう少し深めたほうがいいのではないかと。特に5年しかないということです。最初のときに、恐らく緊急措置の中で言われていた実情把握をやられることになって、それを踏まえてということになっていくと、かなり時間がないのではないかと。

ですので、1回早い段階で5年後を見通した計画を必ずつくらせて、3年たったあたり

で中間総括をするような、PDCAの具体的な中身を決めておかないと、なかなか難しいのではないかと。5年後に実施ですので、医療機関の選定の時期が4年目といいますと、それからまた36協定を定めなければいけないわけで、そこら辺を踏まえたかなりきめの細かい5年間の計画を今後詰めていく必要があるのではないかと思います。

ちょっと長くなって申しわけございませんでした。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局のほうで答えをお願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 まず、最初の代償休息のとり方、何かうまいこと医学的によりやり方できないかでございますが、まず先ほど森本委員から言われたときにもちょっと言おうかと思ったのですけれども、代償休息そのものは、絶対に必要なものだと思っております。これがないということは、つまりインターバルは絶対に100%とらせることだとは思っています。

医学の場合には必ず、あの人でないとどうしても救えないという患者がいるので、そういう制度にしても、その先生をインターバル中だけれども、どうしてもしようがないから来てもらおうということが絶対に起こるのです。

それがないことで逆に何と言うのでしょうか。実態が影に隠れて、実際には呼び出されたのだけれども、呼び出されていないようなことになってしまうほうがよくないので、代償休息は、絶対にインターバルと連続時間勤務規制というのは厳しく、ちゃんと履行を確保するという前提のもとでないと、多分現場では回らないと思っております。そうでないと患者の命も脅かされるようなものになってしまうと思っておりますので、それはどうしても、制度としてはつくらせていただきたいと、まず一つ、事務局としては思っております。

休息のやり方、確かに先生がおっしゃるとおり、例えば3時間代償休息をとるので、真っ昼間に3時間、ちょっと手があいたから就業時間に帰っても、睡眠時間につながらないです。確かにそれはおっしゃるとおりで、そこはどのようにとらせ方にするにせよ、例えば睡眠に関するエビデンスは世界的にも整っていて、以前、順天堂大学の谷川教授からもプレゼンしてもらったと思いますけれども、例えば一定期間連続して6時間以下の睡眠だと、主観的な眠気が強くないけれども、客観的な覚醒度は低下してきたりというようなことがあるわけです。

なので、そういったことをモニタリングしたりすることも、ちょっと検討しなければいけないと思っておりますので、そういうのとの兼ね合いで、きちんと代償休息をどんなとり方をするのか、例えば朝長くするとか、必ず夜早く帰るようなとり方にするとか、そういうようなことはあると思っております。

きちんとそういった医学的知見も踏まえて、健康が守れるようなとり方になるようなものというのは、ちょっと我々のほうでも、例えばモデル的なものとか、そういう細かな制度設計のときに考えたいと思っております。ちょっと医学的なもの以外のことについては、労働基準局マターの別の担当のものからお答えいたします。

○岩村座長 いかがでしょうか。

では、お願いいたします。

○黒澤労働条件政策課長 私からは36協定の関係の部分を申し上げたいと思います。

36協定の締結当事者の問題、あるいはそれが実効性のある内容として、定めたものが履行確保されていくという観点でございます。この点に関しましては、以前から島田構成員からも設定改善委員会、つまり事業場の中における労使できちんとものを見ていくというような仕組みも活用してはどうかというような御指摘もございました。あるいは、先般の1月11日の取りまとめ骨子の中でも勤務環境の改善に向けた労使間の取り組み、ここは村上構成員の御指摘などもあって、そのように明記をされているところでございます。

今回はあくまでも法律上、36協定という仕組みが維持された上で、その時間数をどうするかというところでございますので、法制度としては、あくまでもこの36協定でやっていき、今、島田構成員から御指摘がございましたように、締結当事者が適正に選ばれるのも当然に必要なことであり、そこはもちろん一般の場合も同様でございますが、適正に取り組んでまいりたいと思います。

その上で、今般はこの後5年間の取り組みも含めまして、労働時間、勤務時間を短縮していくようなお取り組みをしていただくことになってございますので、そういった運用がなされる中で、いかに実効性があり、かつ現場の実情に即した計画がつくられてフォローされていくかという部分であろうと思いますので、この点に関しては1つの宿題といえますか、今後の運用の検討ということで、受けとめさせていただきたいと存じます。

○岩村座長 では島田構成員、どうぞ。

○島田構成員 過半数代表者は必ずしも1人でなくてもいいのですよね。複数いてもだめだということはない。どうでしたか。

○黒澤労働条件政策課長 人数に関しての規定といったものは特段なかったとは思いますが、ただ、その趣旨としましては、労働者を代表するものとしての意見がきちんとそこで集約をされるということになると思います。基本的には1人のものが想定されているとは思いますが、その1人の方がどのように事業場の中の労働者の意見を集約するかという問題は当然であろうと思います。

医療機関におかれても、もちろん医師の方もいらっしゃるれば、ほかの職種の方もさまざまいらっしゃるわけでございますし、全体が有機的に機能して、一つの事業場としてなりたっているものだと思いますので、そういった中でうまく現実に即した形で意見が集約されていくものであらうと考えてございます。

○島田構成員 パート有期法の就業規則のところでは、努力義務ですけれども、当事者の意見を聞く規定が既にあるかと思うのですが、そういうことも合わせて、今回できるとしたら、少なくともそこに何らかの形で医師の方が入るような、それは現行法制の中でもできるのではないかなと思っているのですが、御検討いただければということだけです。

○黒澤労働条件政策課長 御指摘として受けとめさせていただきます。

○岩村座長 島田構成員の御指摘は非常に重い話でありまして、現行の過半数組合でない過半数代表者をどうするかという一般論のところにつながるので、なかなか今回の議論の枠の中でやるのは難しいかなという気はいたします。ただ、通達、あるいはその他でこういうことが望ましいと基準行政の中でやっていただくこと自体は、いいことなのかなと思いますけれども、なかなかこの検討会でそこまで、さらに踏み込むのはちょっと難しい気がいたします。

それでは城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

何点かちょっと現場的に聞きたいことがございまして、資料4の4ページ、先ほどから何度か話題になっております枠組みの下の真ん中の部分ですけれども、確かに追加的な健康確保対策を履行していない。支援を受けたにもかかわらず、できる体制にもかかわらずという、そういう機関は適用を外すことは当然であろうと思うのですけれども、ほとんどの場合は、現場の医療の提供体制上なかなか医師が確保できないとか、特殊な事情があつてできないということが多い。

それに対して、先ほど提供体制全般を検討して改善していくというお答えを事務局からいただきましたけれども、この検討するというのは、基本的にはこれは提供体制全体なので、都道府県だろうと思うのですけれども、大体どういうところで検討をしてお考えなのか。もしくはそういうことを想定されておられればちょっとお聞きしたいのが1点です。

あと、資料4の6ページですけれども、労働時間の実態を的確に把握していくことは、もちろん非常に大事なことであるわけですが、その後のステップ3の医師の労働時間の短縮計画、これは先ほどの御説明で国の時間外労働短縮目標ラインの設定に基づいて恐らく、これは計画を立てろということだと思いますが、この労働短縮目標ラインはどういう位置づけと言いますか、どういうことをある程度想定されておられるのか。2024年に向けては一定のラインとして数字が決まりますので、数字が2つあるのもおかしいことでしょうし、例えば何時間短縮をしていくかとか、そういうことを想定されているのか。どまなければ、結果的に現状と余り変わらないのではないかとい

そして、先ほどの例えば健康確保対策の措置を履行しているかどうかのチェックとか、その勤務時間の実態の的確な把握とか、そういうものは恐らく勤改センターを通して労基署がしていけるのかなというイメージはございますが、実際、その中でそれを要因分析して評価して指導していくことになると、要するに時間の把握とか、基準に合わさないとかいう問題ではなくて、どうしてそれがなかなか履行できないのかということ、それは医療の提供体制においていろいろなファクターがあるからそうなるわけですね。

そういうことを評価、指導していこうとなると、恐らく労働では無理だろうとなりますので、そういう意味においての評価機能として、第三者機関等を想定されているのかなとも思いますけれども、そのあたりはそういう認識でよいのかどうか。

最後に、この追加的健康確保の対策に関しては面接指導が非常に重要になるわけですね

れども、よく言われていますように、産業医の先生方は数も少なくはないのですけれども、なかなか多忙であることもあって、一定の研修を受けた先生方もそれに参加できるということを書いてあったと思うのですが、その研修体制に関しても、どういうことをある程度想定されているのか。そのあたりもお聞かせ願えたらと思います。

○岩村座長 それでは事務局、お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 まずは先ほど来、話題になっている都道府県が当該医療体制を特定対象としておく地域医療体制のあり方について検討して、検討結果に応じて特定対象から外すところの細かな解釈とか想定のところだと思いますけれども、医療の問題について非常に大きなのは、会社と最も違うのは、地域医療提供体制でどうともならない場合があるというようなことでございます。

例えば最もわかりやすい例で言えば、ある地域に（B）医療機関が複数あると、逆に複数あることで（B）が守れなくて、インターバルができていないような状況があったとします。そうしましたら、地域医療提供体制そのものをいろいろ考えて、医療機能を効率化したりすることで（B）を必ずインターバルが守れるような状況になるかもしれなくて、つまり地域全体で、個別の機関がさぼっているとかそういう問題ではなくて、それが達成できないことがあり得るわけです。

そういうことをこれは想定して書いているので、先ほどさまざまな委員から御指摘をいただいたように、履行確保をしていなかったら、そんな論外で即退場なのではないかという議論はそれはそれで、サボっていたり悪意があるのだったら、それは即退場なのですが、それではどうしようもない、その地域の医療の提供体制全体の問題のときには、悪意があるわけではなくてそういう状況になっているので、こういう議論が必要だということを書いております。

そういうことを考えると、それは問題によりますけれども、今、私が申し上げたような例の状況で、インターバルとか健康確保措置が履行しきれない場合だったら、例えば地域医療構想調整会議で議論をしたり、もしくはそうでない場合だったら、例えば医療審議会でも議論したりということがあって、問題によって違うと思いますけれども、地域医療の提供体制のあり方という意味では、そういった場が考えられるのではないかと考えております。

2つ目がラインのことでございますけれども、これにつきましては、先ほど申し上げたとおり、いわゆる改革が進んでいるのに改悪が起きるようなことを防止する観点で、資料4の6ページに記載をさせていただいておりますけれども、次回以降、労働の再集計として、さまざまな労働時間条件についても一度また議論していただく機会を、我々はまた設けようと思っておりますので、そのときにどういうラインで設定して、どういう考え方なのかは、きちんと細かく整理をしてお示しをしたいと思います。

また、面接指導とか研修の中身についての御質問でございましたけれども、私も一応産業医ですけれども、産業医であったとしても、例えばこういう今回の新しい仕組みとか、

そういうことに関して、恐らく研修を受けているような産業医、また、この議論を丁寧に追っている方は少ないと思いますので、そういうようなことはわからないと思います。

今まで労働安全衛生法で決まっていなかった新たなインターバルとかそういうこと、また（B）医療機関と（A）医療機関のこととか、そういったこともございますので、そういったことを新たに研修しなおしていかないといけないと思いますので、そういった研修の中身をさらに上乘せすることを今考えておりますけれども、ここについても細かな、例えば何時間ぐらい、どんな機関がということについては、我々はまだ制度設計しきれていないところがございます、イメージとしてはそういう研修の中身を知っていただく必要があると考えております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

それでは鶴田構成員、どうぞ。

○鶴田構成員 資料4の地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関であることを都道府県知事が特定すると書いてありますけれども、この点について要望としては、各都道府県の意見も聞いていただきたいのが、まず1点目です。

次に、これを踏まえて今、私自身が感じる点を言えば、必須とされる機能は、絶対的に必須なもの、相対的に必須なものがあると思うので、例えば救急医療であるとか、三次の高度医療であるとか、そういうある程度のガイドラインとか指針等を示す必要があるのではないかと思います。

都道府県の実態を言えば、医療監視は年に1回やれるかどうかという実態があります。つまり、人材不足だということが1つです。先ほど勤務環境改善センターの話が出ましたけれども、これは労働基準行政と衛生行政とが連携してやることで、勤務環境改善センターは運営されています。実際はここで働く県職員は片手間であるし、ほかは労働局から誰かアドバイザーに来てもらってやっている状況があるので、こういうことをする場合に、全国斉一行政の視点、もしくは基準行政の視点からやるのか、都道府県の独自性を尊重してやるのかということもあると思うので、そのあたりもある程度、国として指針的なものを示してもらわないと各県ばらばらになる可能性がある。

それと、先ほど医療審議会との話がありましたけれども、これを決定する過程についても、どこで決定するのか。医療審議会は年に1回か2回しか開催しない中で、そういうタイムスケジュールに合うのかどうかとか含めて、さまざまな問題があると思いますので、ある程度、都道府県の意見も聞いた上で少しこの決め方を出していただきたいと思います。

これは要望です。

○岩村座長 ありがとうございます。

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。

鶴田構成員の御意見を頂戴いたしまして、都道府県の御意見を伺いながらというのは、本当にそのとおりでと思いますので、確認をさせていただきたいと思います。その上で、この地域医療に必須という（B）医療機関の要件の部分ですけれども、座長からも冒頭若干触れていただいたのですが、資料1の9ページに、前回この部分は御提案をしております。

この必須とされる機能が何なのかは、資料1の9ページ下半分に（ア）（イ）（ウ）ということで、救急あるいは高度専門的な知識、継続的な疾病治療管理、代替困難というようなもので幾つか例示をさせていただいておりますが、ここは下から3行目にも書いておりますが、国として一定の客観要件を整理した上で、個別具体的にどの医療機関が当たるのかは、地域ごとに判断いただくとしても、どういう類型が認められるかは、この検討会である程度絞って限定的に決めていただきたいと思っておりますので、ちょっとこの部分も後半かもしれませんが、御議論いただければということで申し上げたいと思います。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

○鶴田構成員 結構です。

○岩村座長 それでは遠野構成員、どうぞ。

○遠野構成員 お願いします。

資料4の6ページの右半分の図で国（厚生労働省）が、医師の時間外労働短縮目標ラインの設定等、全体方針を策定とあります。

鶴田構成員と話が重なってしまうのですが、その手前の4ページの、フローの図にあるように、都道府県知事が（B）と一旦認定し、それを経時的に評価した時に、全国的な基準や、平均的に見れば、（A）の適応に変わるといような医療機関があったとしても、その地域医療の事情をよく知っている都道府県が（B）のままで適応という判断をしたとします。それが最初に示した6ページの厚労省の策定ラインに合わなくても、それは県の事情で判断されたことなので、後々厚労省からその判断に対して変更の指導が入ったり、あるいは労基から急に注意が入ったりなどということがなく、都道府県の判断が尊重されるのか確認したいです。

○岩村座長 事務局、いかがですか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 改めてですけれども、この6ページにございます医師の労働時間短縮目標ラインです。ここは仮に（B）の水準が1,900とかだった場合に、そこと960時間、これが（A）がそうだった場合にですけれども、この間は非常に間があいていますので、1,900に近いところからどういう目標で下げていただくかの中間的なラインがあったほうが取り組みやすいのではないかと、簡単に申し上げますとそういう趣旨でございます。

先ほどちょっと説明を飛ばしましたが、字の資料、資料3の7ページの上から2つ目の四角の1つ目のポツに今の趣旨を書いております。ですので、これは医療行政の中で設ける労働時間短縮のさまざまな取り組みの中の1つの仕掛けのようなものでありますので、ここに合っているかどうかというか、これを目指して頑張ってくださいというようなものでござ



いまして、合っていないからといってどうこうというものはありません。ただ、この水準が達成できないと、暫定水準がなくなって（A）しかなくなったときに現実問題（A）の水準をオーバーするわけで、ここは監督指導マターになってくるわけでありまして、そういうこととして御認識いただければと思います。

○岩村座長 若干補足しますと、一種これは都道府県の行政権限を発動するか、発動しないかという問題になります。したがって、もし健康確保措置の履行がなされていないということで指導等をして、しかし実施してくれない。都道府県としては、必要性があるからということで、特定対象から外さないでそのままにしておくということは判断としてあり得るとというのが、先ほど来事務局の御説明のとおりだと思います。

ただ、場合によって、もしその判断自身が非常に恣意的なもので、間違っていたことになり、かつその結果として、もし不幸にしてお医者様が過労死されるようなことになると、恐らく遺族の側は都道府県に対しても損害賠償を請求することになり得るかだと思います。ですので、そういう意味では、都道府県のこの権限の行使・不行使の責任は結構厳しいものがあるだろうと理解しています。

よろしいでしょうか。

こちら側でたくさんお待ちだということはよくわかっているのですが、大体最初にお話をしました4時半というめどになりましたので10分間、16時40分まで休憩とさせていただきますと思います。

その後、こちらからの御発言で始めることにさせていただきますと思います。

では、休憩といたします。

（休 憩）

○岩村座長 それでは、再開をさせていただきたいと存じます。

先ほど申し上げたように私の左手からということで、裏構成員からどうぞ。

○裏構成員 ありがとうございます。

私のほうは、資料4の6ページと資料3のこれも6ページです。

このステップ3のところですが、このステップ3のところですが、「医師労働時間短縮計画」と書かれています。私は非常に重要だと思っておりまして、まさに今回の改革の肝の一つだと思います。

資料3のほうでは、各医療機関が作成するという形で書いてございますが、実際、この計画に関して、医療機関、医療経営の立場から申しますと2つ視点がございます、まず、そもそもつくれるのかどうか。つまり、意味のあるものがつくれるのかどうか。

先ほど堀岡さんからお話がありましたように、病院単体でできるものは結構限られているところがございます。特に、地域に医師が全然いないというところで、計画を自院だけで立てられるのかどうかというのは非常に大きな問題でございます。そうなりますと、その都道府県の関与がこのPDCAのPの時点から入るべきかということもまず、論点でござ

ざいます。

2つ目の視点が、実行できるのかということです。つまり、リソースがないところで、実行できる小ぶりの計画にするのか。それともリソース確保、つまり人的資源まで確保するという計画までを実行に落とし込んでいくのかで大きく変わってきます。病院の単体で見ますと、これは計画というよりも経営戦略の一環になりますので、コントロール可能な範囲とアンコントロールな範囲の住み分けは非常に大事で、外部要因でコントロールできないところまで計画に盛り込むのは非常にナンセンスでございます。

繰り返しますけれども、各医療機関で作成というのはかなりハードルが高いものかと思えます。そうなりますと、最初の段階から、例えば、このB要件の医療機関の作成は都道府県が最初から関与するとか、そういった形にしたほうが恐らく離陸するのは早いかなと思っております。

一番避けていただきたいのは、プランは書いたけれども、その後、実行できない、または、実行しても意味がない、プラン倒れになってしまうということです。計画は描いたが実行できなということは経営ではまああることでございます。そうなる何が困るかという、現場が経営に裏切られたということで、働き方改革に関してそっぽを向いてしまう。そうなる本末転倒でございますので、ぜひ医師労働時間短縮計画にもう少し重きを置いてコメントをさせていただきました。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、馬場構成員どうぞ。

○馬場構成員 ありがとうございます。

順番が回ってくる前に大分議論が進んでしまったのですけれども、資料4の4ページと資料3の5ページについて、3つ意見がありますが、1つ目は大分議論が進んでしまいまして、何回も問題になっております5つの箱の中の下の段の真ん中の後半部分です。これについては、城守構成員の質問に対する堀岡さんの答えで十分だと思うのですけれども、これは「実施しない場合」と書いていますけれども、本当は実施できない場合というニュアンスだと思うのです。地域医療提供体制で変わりのない医療機関が一発退場で隣に行ってしまうと、その地域の住民の方たちが本当に死んでしまうことになりますので、ぜひこの仕組みについてはきっちりと機能するような仕組みをつくっていただければと思っています。

2つ目で資料3の5ページですけれども、一番上の四角、追加的健康確保措置の①についてですけれども、ここでは医事法制・医療政策における義務づけが検討されているというのですが、本当にこの事務局案に対しましては、大賛成でございます。

私は、働き方改革について説明を各地で病院団体にすることが多いのですけれども、なかなか勤務医の労働者性とか話してもわかっていただけないです。それに対して応召義務の話とかは、すぐ病院の先生方あるいは労働管理者が食いついてくるということで、やは

り医事法制・医療政策で義務づけることを検討するほうが実効性は上がると思いますので、ぜひこれを進めていただきたいと思います。

それから、2つ目の四角の実施状況の確認なのですが、余りここをきつくやってみますと、例えば医療監視を1年に1回ありましても、私たちの病院からしてみると、もう1年たってしまったということが本音でございまして、ふだん医療監視の対応をしているわけではなしに、目の前にいる患者さんを助けている。地域の方たちの生命を守っている。そちらの仕事が主でございまして、ここは余り過度な負担にしないでいただきたいと思っております。ぜひそれをお願いしたいと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、福島構成員どうぞ。

○福島構成員 私も資料3のページ5の幾つかの四角についてお話をしたいと思うのですが、医事法制の確認の外、つまり労働法の枠でこうした義務づけを検討することになると、恐らく労働局とか労働基準監督署をイメージする医療機関が多いと思います。労働基準監督署などが介入することは、やはり最後のラインとして温存していただいて、その前にすぐには罰則につながらない機関での確認であるとか支援とか指導をお願いしたいと思っております。

それからもう一つ、36協定の関係で申し上げますと、2024年にはこの水準を超えれば違法状態になるという上限時間の判断をするに当たっての議論を、今しているわけですが、この5年間の準備期間が非常に大事だと思うのです。

医師以外の医療従事者には、4月1日から法定どおりの上限が適用になるわけですが、医師についてはこの5年間でどういうふうに捉えたらいいのかということ、もう一回確認しておきたいのです。改正法の適用は5年後。そうするとこの5年間は従前どおりということなのでしょうか。

その場合は、例えば特別条項の上限時間は無制限であるけれども、月45時間を超えていいのは6回だけ。このルールを5年間使うということであれば、例えば、5年後に6回のルールを撤廃したところで意味はなく、今からすぐに45時間の中に収めるための方法を考えなければならないということになりますので、この5年間はどういうふうに取り扱ったらいいのかということを確認したい。この5年間は来るべき上限規制に向けてさまざまな対策を講じたり、工夫したり、できるだけ短い時間になるように頑張る時期なのだから、規制を取り払って、いわば不問の期間であると考えていいのか。そこのところをお答えいただきたいと思います。

それから、これはお願いに近いものでもあるのですが、どうかこの5年間に関しては、本気で対策を考えている医療機関に対して、監督署の臨検をお控えていただきたいと思うのです。申告によって悪質な違反が明白である場合は別としても、少しの間、この5年間に関しては、医療機関の自浄作用を見守っていただけないでしょうか。

5年後の水準はとても大事なことです。でも、毎日が進行形である医療機関において、この5年間がとまったままの時間ではないわけです。ですから、日々その役割を果たす中で模索して検討して、実行して、試行錯誤の5年間になると思われるので、少し見守っていただきたいという願いがございます。

それから、ぜひ支援センターの活用をお考えいただきたいと思うのです。上限規制の特例の要件が実行されているかなど、確認する機関として、都道府県あるいは第三者機能を使うことは想定されているようではございますけれども、せっかくなつくた都道府県の支援センターですから、ぜひそのときに支援センターの活用をお考えいただければと思います。

以上です。

○岩村座長 事務局のほう、いかがでしょうか。

お願いいたします。

○黒澤労働条件政策課長 今、御指摘ございましたけれども、この5年間ということではございますが、ここに関してはまだ適用が猶予されてございますので、そういった上限の規制はないということではあるのです。

ただ、法的にはそうでございますが、この間ここでずっと御議論いただきましたように、この5年間できちんと時間の短縮に結びつけていく。それによって今、事務局案では、1,900から2,000などがございますが、そこよりも低いところまで持っていくことが一つ難事業としてあるのではないかということがこの場の御議論であったと思います。法律上はもちろん上限はないということではあるのですが、今、監督指導のあり方への配慮というお話もあったわけではございますが、法的なところは置いておきましても、実際に時短を進めていく取り組みは、この5年間で強力に進めていただくというのが、この場での御議論であったと思いますので、そのような認識で取り組んでいくことが重要であると考えてございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

36協定は当然締結しなければいけないので、そのところはぜひ勘違いをしていただかないようお願いしたいと思います。

それから、監督権限については、これをうっかり猶予しますと、先ほど申し上げたように、仮に過労死その他の事故が起きた場合、今度は国が損害賠償請求をされる可能性がありますので、容易なことではないと御理解いただきたいと思います。

それでは、三島構成員、お願いします。

○三島構成員 私のほうは、2点要望としてお話しさせていただきます。

1点目は少し細かいところなんですけれども、資料3の5ページにあります追加的健康確保措置における面接指導の点で、3つ目のポチで院内の医師であっても、「客観性を担保することができるのではないか」とありましたが、やはりこの点は実際の現場でヒエラルキー等もある中で、それが本当に形式として客観的にできたとしても中身が実効性を持ってできているのかという点は、研修の中身などもこれから検討されるということなので、

よくよく吟味して、丁寧に検討していただければと思っております。

もう一点は、少し全体的な話になりますが、資料4の9ページに勤務医から見た働き方の変化の資料を今回つくっていただいています。どのように伝えていくかという点で、少し要望をお伝えさせていただきます。

前回は少しお話しさせていただきましたが、個別の検討がこうやって進んでいきますけれども、なかなか私の周り、医療現場の勤務医の中で全体像の理解が追いついていない印象がまだまだございます。検討会の本来の目的である医師の健康確保に対する大きなお答えとして、一つは連続勤務時間の制限やインターバル規制によって確実に病院から離れる仕組みを新たに導入していくということ。これは、現状の働き方に比べれば大きな転換ではないかと思えますし、先ほどもありましたように、この5年の間でもしっかり進めていくといった姿勢を理解していくことが大事ではないかと思えます。

むしろ、その逆に若手医師の間で、結局働き方は何も変わらないのではないかとか、むしろ現状より悪くなるのではないかという動揺も広がっております。これらの健康確保措置によって確実に改革を進めていかねばならないということ、こういった資料、よりこういったものをつくっていただいて、活用しつつ、現場の勤務医に伝えることが重要かと思えます。

あと、働き方改革を進めるために、勤務医と医療機関がともに双方が取り組んでいくことが重要だと感じています。現状やらなければいけないそういった労働管理の点だとか、勤務医自身が36協定、そういった感じのルール、今回の改革によって自分たちがどういう現状に置かれるのかということ、我が事として理解する必要があるかと思えます。

ですので、これまでの議論の中で今回、議論している仕組みがそれぞれの医療機関でしっかり履行されて、地域医療の特例水準も適切なデータに基づいて高くないような数字としながら、できるだけ早く上限を下げて最終的に撤廃していくこと。勤務医の働き方を今より確実によくしていくというメッセージをこの検討会として、事務局としてより強力にもっと発信していくべき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、村上構成員どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。

4点、申し上げたいと思います。

まず、冒頭に追加的健康確保措置を医事法制で定めることについて御説明はいただきましたが、医事法制に位置づける場合の説明ということで、医事法制でのみ規定する必然性を説明されたとは受け取れませんでした。島田構成員がおっしゃっていたように、労働法制と両方で担保していくべきではないかと思っております。

病院の中での追加的健康確保措置の実効性の担保ということ言えば、労働時間等設定

改善法に基づく労働時間等設定改善委員会などの仕組みを活用して、より多くの職種の方々の意見を聞きながら36協定を締結していくべきです。また、労働安全衛生法に基づく衛生委員会でも労働時間等設定改善委員会を兼ねることができます。モニタリング機能も発揮できるということであれば、そのような仕組みも十分考えられると思っており、検討いただきたいと思えます。

もう一点、医事法制だけでないほうが良いと考えている理由は、医師による面接指導は別として、勤務間インターバルや連続勤務時間制限は、B水準に当たるかどうかのメルクマールというか、Bに当たるときの前提条件として設定されていると理解しております。

そのBになるかどうかで、Bになる場合については追加的健康確保措置2つを義務づけていますが、個別の勤務医の問題も少し考えていただいたほうがよいのではないかと思います。つまり、特例水準の対象となるかどうかで言えば、先ほどの資料4の4ページの5つの箱の中にある、どのような場合に特定から外すのかという点について、追加的健康確保措置を実施できない場合には、都道府県でも実施のために必要な支援を行い、医療提供体制全体から検討するとされています。そうではなく、個別の勤務医に健康被害があるような場合や、これ以上継続して働くことが難しい場合に、労働法制で何か担保していくことが必要であり、医事法制と労働法制、両方で定めるべきであると思えます。

2点目は、資料3の2ページ、連続勤務時間規制と勤務間インターバルについてです。連続勤務時間制限は、宿日直許可がある場合の当直時間も含めるべきであると思えます。宿日直許可は労働基準法上の労働時間として、賃金支払いの基礎になる時間として扱われるかどうかという基準であります。

一方、連続勤務時間制限は追加的健康確保として行われるのであれば、労働基準法上の労働時間に当たるかどうかでシフトの組み方が変わるよりも、宿日直許可がある当直時間も含めて、連続勤務時間制限の適用とするほうが、医療機関にとってもかえって負担がないのではないかと思います。緊急事態が発生した場合に、宿日直許可を受けていたけれども、結局労働時間に当たるといったときに、連続勤務時間制限を守れなかったとなるよりは、あらかじめそのようなシフトを組めるようにしていくことが必要であると思えます。

3点目は、追加的健康確保措置としての代償休息の問題について、今まで申し上げてきましたが、代償休息や代償休暇、いずれも置くべきではないと考えております。

理由は何点かございまして、今、おっしゃっていましたがけれども、代償休息の管理は極めて煩雑であり、結局取得できないのではないかとということです。

また、連続勤務時間制限や勤務間インターバルを行わなくてもよいという運用につながりかねないのではないのでしょうか。連続勤務時間制限と勤務間インターバルを前提にしたシフトを組んでいただけるように、医療機関内や地域の医療提供機関の協力で体制を整備していくことを追求すべきであると考えております。

時間外労働の代償休息であれば理解できますが、連続時間制限や勤務間インターバルは健康確保の問題ですので、代替の措置として健康確保にはつながらないのではないでしょ

うか。細切れの時間を休んでも、健康確保の実効性はないのではないかと思います。

これは、追加的健康確保措置の義務づけの度合いとの関係であると思っており、先ほどの資料3の4ページの箱のように、実施していなかったときに、どのような扱いとなるのかと、関連していると思っております。

履行状況を確認するときに、例えば1回やっていなかったからといって、直ちに罰則がかかるわけでもなく、適用対象から除くわけでもなく、常態として実施できているのかどうか、見ていくことであると理解しています。

実施していなかったから罰則がかかるということであれば、幅を持たせることが必要かもしれませんが、そうではないのであれば、代償休息ではなく、これまでも勤務間インターバルや連続勤務時間制限をイメージ図などでも示してこられたのですから、そちらを追求していくべきだと思います。

最後に、資料2の11ページであります。この特例水準(B)がいつまで続くのかについて、まず暫定特例水準の適用の終了目標年限として2036年3月とされています。この年限自体長いと思っておりますが、さらに「終了年限」ではなく、「終了目標年限」なのでしょうか。この時点で必ず終わるということであれば、「目標」とするべきではないと思います。

その上で、上限時間数を段階的に引き下げていくということは書かれていますが、確認です。例えば2027年に第8次医療計画の中間見直しや、2030年に第9次医療計画の見直し、その中間見直しもあるということですが、各タイミングにおいて、特例水準の時間数も下げていくのでしょうか。もう少し明確にしていくべきだと思います。段階的な引き下げによって(A)に近づけていくことの実効性が担保できるのではないかと思います。

意見は以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

その前に片岡構成員が途中で御退席ということなので、先に御発言いただければと思います。

○片岡構成員 申し訳ありません。

私は1点なのですが、資料3の7ページの一番下、それから資料4の6ページについて述べたいと思います。

こちらで都道府県の役割として医療機関の支援、また実態把握を踏まえた医療提供体制の検討になっているのですが、これは、さらりと書いてあるけれども、非常に難しい大きい課題だと思います。

例えば、通常は勤務時間が何とか基準範囲内に保てている医療機関であっても、常勤医師が病欠するあるいは産休ということで、急激に負担が増すことはよくあることで、実際の現実問題としてもそういう急な欠員が出たときにどう対処するかというのはこの医療機関でも非常に困っているし、それは医療機関だけで対応するのは難しいし、ではと言って都道府県がそこに対応できる有効な方策があるかというとなかなか難しいものがあると思います。

ただ、少なくとも想定されるようなそういう場合にはこうするという支援は都道府県それぞれの事情はあるかとは思いますが、都道府県に任せるということではなくて、現実的な、例えば医師会の女医バンクを利用するとか、いわゆるこれは都道府県別ではなくて、もう少しネットワークを通じて対応できるということもあろうかと思っておりますので、そういう現実的な案もつくっておくことも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、一旦ここで事務局からお答えをいただきたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 村上構成員から5点いただいた中の、最初の2つは御意見として承りたいと思っております。

3点目の連続勤務時間の宿日直許可がある場合も連続勤務制限の対象とすべきではないかという御意見でありましたので、改めて事務局提案の趣旨を御説明させていただきたいと思っております。

連続勤務制限、勤務間インターバルは、休息がとれないことに対して何かきちんと1日最低限必要な睡眠の確保ができるような働き方に変えていくべきではないかという観点で御提案をしております。連続勤務制限と言いましたときに、1日目の日勤があつてそのまま当直に入って、ここがいわゆる寝当直というものであつたり宿日直許可が受けられるぐらい労働密度がまばらだというものであれば、当直中の仮眠という形である程度寝られているのが実態かと思っております。

その寝られていることをもって、その日の睡眠は確保できると考えますと、翌日の連続勤務制限を昼までとするほどではないのではないか。これは宿日直許可がある場合とない場合で大きく違うのではないかということで、事務局案のような御提案をさせていただいております。

4点目、代償休息については、先ほど堀岡室長からもお答え申し上げましたとおり、必要だと考えた上で事務局案の提起をさせていただきますので、これについて繰り返しは申し上げませんが、そのとおりの趣旨でございます。

最後の5点目の資料2の11ページ、暫定特例水準の終了目標年限でありますけれども、これにつきましては、これまでの御議論の中でも水準設定は水準設定として、随時実態を見ながら検証していくべきだということは御意見を頂戴していたかと思っております。そういう意味で、11ページの資料上は2027年、30年、33年というある意味医療政策上の3つの節目に実態調査検討を入れてはどうかという御提案をしておりますが、仮にこの実態調査をしまして、実態が非常に労働時間としては短縮されてきているとなつたときに、法令上限を2024年に設定したままで置いておく合理性は乏しいかと思っておりますので、実態を見ながら水準としても下げるようにしていくことは、2036年の目標に向けて十分あることかと考えております。



以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、渋谷副座長、今村構成員、工藤構成員、黒澤構成員という順番でお願いをいたします。

○渋谷副座長 ありがとうございます。

寒くて頭が回らなくて、ようやく回ってきたので、質問1つと要望1つと意見1つです。

質問に関しては、資料3の4ページの一番下の面接指導等のところですが、面接指導の結果によっていろいろな問題があった場合は、時間外労働に制限、就業日数の制限等をすべきということが書いてありますけれども、その下の下線で医師の健康確保のために必要な就業上の措置を最優先で講じると。今まではどちらかという医療体制の維持・持続可能性と健康確保の保持のバランスをとると言っていたのですけれども、この部分はかなり踏み込んで、医師の健康確保を優先しましょうと聞こえますけれども、そういうふうに解釈してよろしいのでしょうかという質問が1つです。

2つ目は要望ですけれども、三島さんがおっしゃったように資料4の9、10です。使用前、使用後みたいなイメージですけれども、非常にわかりやすいのです。9ページは、ネットとか見ていると、前回議論でありましたけれども、検討会の内容がほぼ知られていなくて、ひとり歩きしたり誤解があることが非常に多いので、資料9ページみたいなイメージは、検討会の方は当たり前だと思うのですけれども、検討会の外の実際の現場の方はこういう資料がないとわからない。

特に10ページ、これだけ国民医療のかかり方が大事で、その観点から国民から見てどう変わるのかと。この議論の中で一番抜けているのは、国民の理解というか国民の危機感の共有がない。だから、地域において病院機能の集約という話になると、病院がなくなると困るという意見しか出ないのだと思うのです。

だから、国民目線、資料10ページは実は非常に大事で、私はよく事務方に言うのですけれども、例えば一番上の国民から見て、「医師の健康が確保され、より安心・安全な医療を受けられることを目指す」というのは、国民に言ったってわからないですよ。むしろ、疲れた医者が出てきてあなたは本当に大丈夫なのですかとか、2つ目の「多様な医療専門職の専門性を活かしたきめ細やかなケア、新技術を活かした効率的で質の高いサービスを受けられることを目指す」というのは、何を言っているのかよくわからないのです。

だから、本当に国民から見て、何が変わるかということ、もう少し国民目線から書いていただいて、本当にこうした周知をしていく努力をしないと、特にこれから時間というものが出て、また同じように炎上することはぜひ避けたいので、今、本当に大事な時期だし、きょうの本質的な議論はここにいらっしゃる方はわかるのですけれども、外の人に本当に理解していただかないと。特に、国民の方にわかっていただけるような書きぶりとかをしないと、誤解が広がってまた同じことを繰り返すので、急がして本当に申しわけないので、この資料だけでもそうした目線を改めてお願いしたいと思います。

最後に意見ですけれども、先ほども福島さんは本当に優しい人で、温かく見守ってほしいと。私みたいな人がそういうのを聞くと、楽しいのだなと思ってしまうので、できるだけ踏み込んで厳しくしてから見守ったほうが、人の性格として、最初に甘いことを言われると楽をするのです。だから、福島さんが言いたいことはわかるのですけれども、できるだけここは踏み込んで前向きにやっていただきたいという、本当にばかげたことですが、個人的な意見として言わせていただきます。最初の質問だけ答えていただければ。

○岩村座長 では、事務局、お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今、渋谷先生に御指摘いただいたとおり、資料3の4ページの部分でございますけれども、我々、地域医療で患者も死なないようにして勤務医の健康もきちんと確保するという両方の制度を両立するという方向で言ってきたわけですが、このポイントに関しましては、面接指導の結果、健康を害しているとある程度判断された医師についてですので、それは、もうそういう問題ではなくて、その医師に関しては当該意見を踏まえ、健康確保のために必要な就業上の措置は最優先で講じるのは当然のことでございます。まず、それをやった上でその医師があいた穴をどうやって埋めるかというのをみんなで考えるということでございます。面接指導でいわゆるイエローカードが出ている医師なわけですから、最優先できちんと健康を守る措置を講ずることはぶれないところでございます。

2つ目のわかりやすい資料というところで、かかり方でも事務局は上から目線だと言われたところがございますので、これは国民から見ても見やすい資料でないといけないと思いますので、10ページの部分は表現とかわかりやすさに重点を置いたものできちんと見直しさせていただきたいと思います。

3つ目に先生から御意見としていただいたと思いますけれども、同じ資料4の7ページ、緊急的な取り組みの徹底に向けてとございます。全ての医療機関に適正な労務管理をといることを、労働基準局からではなく、医政局でつくった資料でございます。

それぐらいでございます。例えば高度急性期とか、急性期と答えている病院の中でも36協定を締結する必要がないと答えてくるような医療機関がございます。そんなはずはございませんので、そういうことについて都道府県のほうで、全件個別にきちんと状況確認を行って、本当に36協定を結んでいないということは40時間以上働いている医師が一人もいないということでございます。そんなはずはありませんので、きちんと全ての医療機関に適正な労務管理をといることは我々もそういうふうに思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。

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。

資料3の14ページ、最後のスライドなのですけれども、先ほど森本委員からもお話があ

った健康確保措置を行った場合に、この100時間未満の例外があると。その例外と言ったって上は幾らでもあるではないかという御意見もあって、確かにそういうことはあり得ると思います。

先ほど、たしか工藤委員が医療の需要については、余りでこぼこはないのではないかというお話もありましたけれども、まさしく医療従事者からすると、この寒い時期、特に温度変化が非常に激しい時期、今回、循環器基本法も通りましたけれども、脳卒中や脳出血あるいは心筋梗塞が非常にふえることは自明のことです。また、そういう時期にことしみたいにインフルエンザが大流行すると救急の医療現場は長時間働くことがあり得ると思います。

その際、何時間ということではなくて、今、100時間以上は一定の健康確保措置を上乗せすると言っていますけれども、どちらかという面接指導というメンタルの面を重要視していて、身体的な評価についてが少し弱いのではないかと思います。例えば面接したときに、医師に、大丈夫ですよ先生と言われたらそれで終わりになってしまっただけで本当はいいのかなというものがあって、客観的という文言が入っていますけれども、一体どういうことを想定されているのか、もうちょっと身体的な、いわゆる健康確保措置というものをある一定の時間をさらに超えた場合にはこういうものが必要だという設定をすることによって、医師の健康をより確保していくことができるのではないかと思います。その点について、事務局の御意見をお聞かせ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。

事務局はいかがでしょうか。お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 面接指導で聞くことに関しては、メンタル的なものだけではなくて、心身の不調につながるようなものも見ていきますので、総合的に健康を確保できるようなものにしていきたいと考えております。

○今村構成員 もともと日本医師会は医師の健康確保を10年前からずっと言い続けていて、その中で医療機関が働く医師の健康に対してきちんと留意することが非常に重要だということが1点です。

もう一つは、医師自身が自分の健康を自分で守っていかなくてはいけないという意識を持っていただかなければいけないと言っていますけれども、現実的には、医師が医師に対して面接することの難しさがあることも事実です。ですから、相当客観的な評価ができるように、医師はある意味科学者ですから、きちんとしたデータを示されたら、やはりそうだねという理解も進むと思っています。ですので、100時間ということではなくて、そういうステップを置くこと。例えばさらに長時間が起こった場合に、そういった身体的な客観的指標を置くことができるかどうかについて教えていただければと思います。そういう意味です。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

では、事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 これは今までのスキームにいろいろ上乘せしたり、そういったものでこの面接資料の中身を考えているものでございますので、正直なところ、どのようなことができるか、物すごく細かいこの指標までということは現時点ではまだできていないのですけれども、医師が医師で、長時間労働なわけですから、先生に適切な指標、適切な面接指導のあり方をきちんと労働部局とも協力しながら検討していきたいと思えます。

○今村構成員 労働の話ではなくて、医療の話として客観的なデータはあり得るのではないですか。

前にヒアリングをしたときにも、客観的なものがあるのではないかという意見があったので、申し上げているのです。

○岩村座長 お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 前回のヒアリングのときには、ある一定以上寝ていないと主観的な覚醒度とか注意力が明確に下がっていく指標があるということは、参考人からも御指摘をいただいたところですので、そういったことも参考にした面接指導のやり方を何らかお示ししないといけないとは考えています。

○岩村座長 よろしく願いいたします。

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。

追加的健康確保措置について、資料3の5で、医事法制・医療政策で義務づけるとされていますが、やはり労働法制で義務付けるべきだと思います。医事法制・医療政策での義務にしようとしているわけですから、そうすれば各個人からすれば権利、もしくはそれに対してきちんとした理解も必要になってきますので、ぜひ労働法制の中での位置づけを明確化していただきたいという意見です。

もう1点お聞きしたいのが、医師に関しては上限規制が5年間適用猶予されていますが、一般の労働者は、ことしの4月から法改正が適用になり、36協定の新様式では、特別条項の対象業務の明確化や、原則を超えて労働させる理由の記載が求められます。この点について、5年猶予の医師も一般の労働者と同じように記載が求められるのでしょうか。どのようにお考えかをお聞かせ頂きたいです。

○岩村座長 では、事務局、お願いします。

○黒澤労働条件政策課長 ただいまありました業務区分を細分化していく、あるいは時間外労働をさせる必要がある場合を明確にしていくということについては、これまでにおきましても、大臣告示という限度基準告示といったものもございまして、そういった中でもこれまで進めてきておりまして、それを引き続き4月以降もやっていくというものが基本でございます。

したがいまして、医師の場合におきましては、この上限に関しては5年間は猶予されるわけではございます。しかし、この36協定という仕組みは、今までどおり今後5年間も続

いてまいりますので、そこに関してはこの一般の方と同様に業務区分をできる限り細分化する。そして、時間外労働をさせる必要がある事由もできる限り明確に定めていただくということは、一般の方と同様に取り組んでいただくべきものでございます。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

それでは、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 幾つかコメント、質問をさせていただきます。

まず、面接指導のところについて資料3の4ページになりますけれども、例えば、ドクターストップとかをかけるときに、管理者に意見をすとなっております。現在も過重労働の面接指導などでも産業医でなくても医師の面接指導になっていると思いますので、医師の意見を尊重するとなっていると思うのですけれども、産業医であれば、勧告とかいうことが安衛法でありますので、それと同様に意見が通るような形でお願いしたい。権限付与となるか。

それと同時に、意見が通るためには管理者といいますか、例えば、病院長ですとか病院の経営層の方ですとか、そういう人の理解も必要ですので、この資料3の5ページに講習を受けるということがありますけれども、管理者に対する教育も必要ではないかと思いません。院長先生に今の医師の働き方改革はこうでこうでとか、もし、面接指導でドクターストップがかかったら、ちゃんとそれを尊重しなくてはいけなくて、もし、かわりのお医者さんがいなかったらどこどこに相談するというものを、病院の経営層あるいは上層部に対しての講習といいますかそういう教育も必要だと思えます。

それから、私は実際に今でも過重労働で医者に対して面接指導をしていますけれども、ドクターストップをかける場合には、ドクターが休みたがらない場合が多い。つまり、俺が休んだら誰がやるのという感じで、患者は運ばれてくるし、かわりの医者はいないし、かわりの医者といってもどんどんかわりばんこにやるようなところでも、いろいろな人がいろいろなところに出かけていたりとか、当番制で自分が休むと全体に響くのでなかなか休めないということがあります。どうやって休ませるかという、上司とか課長とかを連れてきて、メンタルが限界なのでこの人を休ませたいのだけれどもということを書いて、ようやく課長が休めと言って、何とかするからという感じでようやく休んでもらうとかいうことです。

だから、医師が休む場合には、自分が休んでも大丈夫だという担保が欲しいと思うのです。だから、医師が休む場合に、自分が休んでもいいのだというのは、かわりがある、自分が休んでも医療が続くということが必要なもので、その辺の担保をぜひ、先ほど都道府県単位でいろいろやることができましたけれども、都道府県でも偏在があって、医師が足りないところはどうやって首が回らないところも出ると思うので、先ほど片岡構成員も言っていますが、ぜひ都道府県の枠を超えていろいろな形で補充といいますか、人的な代替措置が可能な仕組みをお願いできないかと思えます。医師の少ないところが割を食うといいますか、そういうところが全然解決しないで残ってしまうことになってしまうと思

います。

あとは、この面接指導で安衛法の面接指導は、月の時間が80時間あるいは100時間を超えたときに、次の月に面接指導をすることになっていて、この案では100時間を超えそうならもうその時点でやりましょうということで、これはとてもいいと思うのですけれども、先ほどおっしゃっていた方がいましたが、100時間超えてから、また月の半ばですと140時間、160時間になる可能性があって、100時間で面接したとき、月の途中で面接したときはフォローするような仕組みもぜひ考えておいたほうがいいと思います。

実際、100時間の時点では大丈夫だったけれども、その次もその次の日も少し過重労働気味で大分へばってきたということは絶対あることだと思うので、100時間の時点で大丈夫だとは考えないような形で、フォローする仕組みをつくったらいいのではないかと思います。

次に、資料3の最後の14ページの中で、私は360時間が提示されたのが物すごくいいことだと思います。忙しい病院ばかりではないので、360時間で足る病院はあると思うのです。ですから、これをできるのであれば、一般的な360と同じにするのは非常にいいと思うので、ぜひこれは、このまま行くといいなと思うのですけれども、実は先ほどの説明で医師の時間外労働短縮目標ラインというものがあつたほうがいいのではないかという意見でこれをつくったと。多分、前回それを言ったのは僕だと思うのですけれども、僕の意図は360のラインをつくってはどうかという意図だったので、これは僕の意図ではなかったということを一応議事録に残しておくために発言しておきたいと思うのですが、あつたほうがいいのかどうかというのは、皆さんの判断に委ねたいと思います。

それから、代償休暇の時間なのでありますが、先ほどいろいろ議論がありましたが、措置する立場から言うと、時間休がとれるのは物すごくありがたいことで、非常に休みの取り方に柔軟性が保てるということで、休みをとらせるほうにとってはすごくありがたいと思います。

あと、時間休を代償休息というふうに、これは有給になるのでしょうか。その辺はどういうふうになっているのかを教えてくださいたいと思います。

あと、先ほど来いろいろありました都道府県がBと特定することに関して、特定するまでもなく大体Bになりそうな病院は都道府県でわかると思うので、そういう都道府県にPDCAのPから参加させるという御意見もありましたが、僕も人が足りないと言われる前に病院に対して、どういうふうに人的資源の補給をしたらいいかということを、先回りして話し合いを持つとかいうふうにしたほうがいいのではないかと思います。後から足りないから何とかお願いしますと言われて、それからやるよりも先回りしてやる。

最後になりますけれども、副業でこれを見ますと、時間外に相当する部分は副業だと時間外手当をつけなくてはいけないとか、今まで労働基準法で宿日直にしていたのに、この法律ができてからちゃんと見直しして時間外労働にするとかにすると、やはり賃金がかかる。それから、労働時間を把握することになると、正確に言いにくいのですけれども、今まで余り労働時間を把握していなかった者が労働時間を把握して、たくさん時間外労働の

対価を払わなくてはいけない。あるいはタスクシフトでコメディカルを雇ったりとか、あるいは外部の産業医をお願いしたりして、外部の産業医に対するお金もかかる。経営上、これをやっていると物すごくお金がかかることがいっぱいありそうな気はするのですけれども、それへのサポートもぜひ仕組みの中で考え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。

では、事務局のほうでお願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

1点目、前半は黒澤構成員の御意見ありがとうございます。承りまして、検討に生かさせていただきたいと思います。

短縮目標ラインにつきましては、先生の御趣旨とはずれていたということでありましたが、前回、黒澤構成員からも一定の目標ラインというもの。本日は御欠席でいらっしゃいますが、荒木構成員からも罰則ラインというハードロー中のハードローだけでやるのではなくて、いろいろなソフトローもありますよねという御示唆もございました。こういうことも念頭に、事務局としてB水準のところを下げていくために取り組みやすいラインを置いたらどうかという御提案でございますので、改めて申し上げさせていただきます。

その上で代償休息が有給かどうかというところですが、ここは労使の取り決めで、有給でも無給でもいけるのではないかと考えております。

都道府県でBの候補は大体わかるのではないかと考えてあります。そういうところもあるかもしれませんが、地域の基幹病院とか機能の面での絞り込みは大体目星がつくかと思うのですけれども、時間外の実態を含めてどこの医療機関が特に重点支援が要るのかというところまでは、なかなか県のほうでは現状、そういう観点で医療機関を見てはいないと思いますので、まだ余りわからないところではないかと。まずその実態把握という認識をいただくところからが来年のスタートなのではないかと考えております。

ですが、人的資源の補給のような先回り支援をする、提供体制のあり方を考えることは同時並行で進んでいかないと間に合わないようなものでもありますので、そういうこととして都道府県側とも相談をしてみたいと思います。

最後の経営問題のところは御意見として、これは骨子のとりまとめをいただくまでの御議論でも重々いただいたところかと思っておりますので、検討していきたいと考えています。

○岩村座長 続けてどうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 補足でよろしいでしょうか。

黒澤先生、一番最初におっしゃっていただいた、資料3の14ページの部分のところでございますが、先ほどの今村先生の御趣旨、かみ砕けて理解しきれなかった部分もあったのですけれども、多分同じ御趣旨のことだと思っております。

資料3の14ページの真ん中も右も一定の健康確保措置を行った場合に例外ありと書いてありますけれども、一般則とは違うわけでございますので、そういったものに対する医師

の特性に応じたエビデンスを踏まえて、手厚くさらにそういったことができるかどうかというのは、エビデンスを踏まえて検討してまいりたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

お手が挙がっていきまして、お願いをしたいと思いますが、そろそろ終わりの時間もらみつつということになっております。さすがに3時間コースでさらに延長というのは私も避けたいと思いますので、御協力をいただければと思います。

それでは、猪俣構成員、それから、岡留構成員でお願いします。

○猪俣構成員 ありがとうございます。

資料3の3ページにある事務局案の代償休息について勤務医の立場から考えてみますと、私自身は追加的健康措置の一つの方法としてリーズナブルに感じております。

村上構成員のおっしゃるように、連続勤務時間制限、勤務間インターバルやシフトで調整すべきということは第一に実践すべきと同意した上で、病院ではいつ急患が来るかもわからないですし、どんな病気が来るかというのも全く予想ができません。しかし、病院ではいつでも最悪な状況に対応できる形で準備して待っていなければいけません。例えば小売店のように、きょうはこれだけ販売したら病院は店じまいですというふうにはできないわけです。そのような状況を鑑みても、どんなにベストなシフトを組んでいても、病気の不確実性から病院のオペレーションは容易に崩れていく可能性があるかと考えています。

恐らく定期的な休息に比べて、代償休息による休息は肉体的な休息という意味では、科学的にも医学的にも効果が弱いかもしれないかもしれません。しかし、例えば、私たち勤務医の立場からすると、きょう忙しかったけれども、来月は代償休暇をとってオフィシャルに休むことができるというものがあると、精神的な休息効果やストレス軽減にはつながることもあるのではないかと考えています。

それを1カ月後にとるのが適当かどうかというのは、今後の検討がもちろん必要だとは思いますが、そういった代償休息が健康措置の一環として選択肢の一つになり得るのではないかと考えました。

以上になります。

○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 ありがとうございます。

前回、17回で三島構成員からアルバイトのことで話題提起がありまして、それに対して渡邊課長補佐からも通算で時間をトータルで見るのだという回答があって、それについての私ども病院団体としての意見を端的に述べさせていただきたいと思います。

今回、資料4の後半にネーベン、アルバイトについての資料がついていますけれども、日本の地域医療の場合は、特に中小病院、田舎の僻地病院の医療は、アルバイトで構成されているのです。ここのところは現実的な視点だと思います。

それから、前々回でしたか、山本構成員から大学病院の話が出ました。大学病院で勤務



している医師のうち、地域の病院でアルバイトしていない医師はほとんどいません。それは給料が安いということもありますけれども、日本の昔からの慣習ですよね。アルバイトで生計をつないでいくというのが勤務医なのです。大学病院の勤務医の実態なのです。こういったバイトも含まれている時間だということを病院からのアンケートをとりますと、病院長の諸君でさえも全く認識していないのです。バイトの時間も通算で含まれるという認識がない。ここのところが一つの問題です。

そしてもう一点は、私も20年間院長をやりましたけれども、病院の経営者としての立場からいくと、地域医療に責任を持つ非常に重要な時間外上限設定が来ると、低くすることが非常に厳しい状況が生まれるということだけは認識していただきたいと思います。

もう一点は、資料1の10ページに病院の現場からの意見なのですが、病院会のほうからB医療機関の範囲としてこういうカテゴリー、類型別が出されていますけれども、もちろん高い上限設定で働く医師が少なくなることが目標なのですが、地域医療を守るためにどうしても必要な場合の医療機関がここから漏れないように、例えば10ページの救急医療提供体制というものがあります。では、具体的にはどういうことを指しているのだ。救急車が2,000台なのか、3,000台なのか。こういうところの視点が病院団体としてはもう少し情報が欲しいと。医政局がどういうお考えであるのか、その辺の情報をもう少し与えていただいたらみんなが安心するのかなという要望です。加えてちょっと意見を述べ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、事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 岡留先生のは、資料1の9ページだと思います。そのところで、下のほうに地域医療の観点から必須とされる機能というものの、ア、イ、ウと出させていただいておりますけれども、まさにもちろんB水準はある程度高い水準でございますので、そういう対象となる医師ができるだけ少なくなるようにするということはもちろんです。

一方で、本当に地域医療に必要な医療機関が、地域医療を提供できなくなることも避けなくてはならないと十分に認識しておりますので、今後、労働時間上限についてまた議論するときに、それも合わせて事務局案として出すことを検討していきたいと考えております。そのときにまた御意見を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。

では、山本構成員どうぞ。

○山本構成員 今、岡留構成員からもお話がありましたように、当直あるいは外勤の問題です。非常に大きな問題で、例えば地域の中小病院は、みんな病院に当直を置かなければいけないけれども、その当直医というものもほぼほぼ大学からの派遣で賄っているという現状をぜひ認識していただきたいと思います。むやみな時間制限で、ここはもう当直出せませんよ、大学で当直に行かせてしまうと彼らが大学で仕事ができなくなるから困りま

すということが起きていいのかということ。ここもぜひ今の岡留先生の話ともかかわるけれども、ぜひ直視しなければいけない問題だと考えます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、中島構成員、お願いいたします。

○中島構成員 ありがとうございます。

私のほうからは2点お願いします。

資料4の10ページところに、多様な医療専門職の専門性を生かしながらタスク・シフトということが書いてあるのですが、これは現場では実際にどうしたらよいかというイメージがなかなかできない現状にあると思います。ですので、他職種でタスク・シフトをしながら効率的に働けるようなロールモデルをお示しいただけると各病院の短縮計画が立てやすいかと考えます。

また、特定行為についてなのですが、今後、研修期間が非常にふえてくると考えられます。実際に特定雇用に関連した教材をつくっている会社の方から、日本中から問い合わせが来ていて、設立が非常に多くなるのではないかとということも聞いております。

特定行為というのは、試験の共通化とか、ざっくりしたものはあるのですが、シラバスの共通化といったものがないので、厚労省のほうから各特定研修の研修機関のほうに、各行為の達成基準の質の維持ができるような指導をしていただけると助かると思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、城守構成員のお手が挙がっているのと、豊田構成員、村上構成員、森本構成員ということなので、順番としては森本構成員、城守構成員、豊田構成員、村上構成員という順番でお願いしたいと思います。

○森本構成員 まず、資料3についてです。

追加的健康確保措置の代償休息の関係ですが、そもそも、一般の労働者が超えられない上限時間を超えて労働をする場合に追加的健康確保措置を設けることになっており、まずは、勤務間インターバルなどを含めてしっかり守ってもらう。これを前に打ち出すべきということです。先ほどから代償休息については、どうなのだろうかという議論をしていますが、代償休息取得のために所定労働時間を短縮し勤務シフトを組むことや、休息を与えることは非常に難しいことも踏まえて、原則は連続勤務時間制限と勤務間インターバルの遵守であることをしっかりと打ち出していきたいのが1点目です。

2点目、資料4の13ページ以降の副業・兼業の関係です。

副業・兼業については、先ほども指摘がありましたが、特に地域医療においては、この副業・兼業がないと成り立たない状況もあると思います。

13ページの、労働時間の通算の考え方については変更がないと思います。これはむしろ本討会で検討する事項ではないと思っていますが、それぞれの事業所における36協定の締

結の仕方、あるいは今、A、B水準が何度も示されていますけれども、A、B水準の適用の考え方、月100時間を超える場合の健康確保措置考え方などを改めて整理して具体的に示していただくと非常にわかりやすいのではないかと思います。その点に関して対応をお願いできればと思います。

なお、副業・兼業により、医師の長時間労働の是正や縮減にもある意味ではつなげることが可能ではないでしょうか。あるいは、つなげるためには副業・兼業の活用も必要ではないかという視点も持っております。その視点からも検討をお願いしたいと思います。

最後になりますが、今、議論していることとは少し異なりますが、医師の目指すべき水準を年960時間としているものの、実態としてやはり医師も一人の生活者であり、家庭生活なども含めて男女共同参画あるいは育児責任、介護の責任を果たしていくためには、まだまだ年960時間の上限では不十分であると思います。少なくとも一般則の、今回資料3の最後に示してあります、月45時間、年間360時間を最終的には目指していくべきであることをしっかり記載し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。

それでは城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

先ほどからこの問題、労働法制で行ったほうがいいのか医事法制を加味したほうがいいのかいろいろな御意見があるわけですが、もちろん医師の働き方改革、労働に関するものですから、これは労働法制に規定されるものであるという理解は、我々はわかっているわけです。

しかし、これまでの議論の中にありましたように、では5年後にはこの時間で、この時間におさめられなかったら途中経過も含めて罰則だという労働法制で行くことになれば、話に出ておりますように、医師の数が足りない、財源的にも果たして経営ができるのかということも含めて、従来の医療の提供体制が持たない、壊れてしまうことがかなりの確率で推定されるので、勤務環境改善の努力義務を規定している医事法制も加味して、それで何とか目標設定に、最終的には、労働法制の一般則に向かうということで話が私は進めば現実的でいいと思います。

その中におきまして、重ねての事務局への要望なのですが、資料の6ページにありますようにステップ1からステップ2、ステップ3と確かに今後、さらに効果的な健康確保対策等を含めた提言がなされ、宿日直や自己研さんの考え方も出てくると思います。最終的にこの流れになって進んでいくのだらうと思いますけれども、この中において重要なのは、このステップがうまく進むかどうかというのは、チェック機構をどこがして、評価して指導していくところをどこにしてと、そしてその役割をどういう形で担う組織をつくっていくのかに尽きるだらうと。

そして、最終的な労働法制の規則にしっかりと乗れるような医師の働き方に持っていき

るようになるためには、何度も申しますけれども、その立てつけが非常に重要になると思います。ですので、これは次回以降に事務局から御提示いただくと思うのですが、この組織としての勤改センターの役割なのか、第三者機関なのかわかりませんが、それぞれの役割が本当にステップを進める意味において重要になる認識で御提示をお願いしたいと思います。要望です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。豊田構成員、どうぞ。

○豊田構成員 患者家族の立場として一体どうしたらいいのだろうということを皆さんのお話を伺いながら本当に悩むわけなのですけれども、やはり先ほど渋谷副座長もおっしゃっていましたが、これは医療界だけでできることではないので、もっと国民、行政、民間企業などのステークホルダーとともに考えることが必要で、懇談会でも話し合いをしましたけれども、早急に働きかけをして早く実情を伝えることから進めていただいたほうがいいと思っています。

特に私は、この上限規制適用までの5年間はすごく大事だと思っていて、この期間に何か厳しい指導をし続けるというよりも、そもそも医療現場ではどういうやり方をしたらいいのかわからないのだと思いますので、この5年間でそこを伝えていく作業をしていくことが大事なのではないかと思います。

それと、医師はこれまで余り休んできたことが経験上ないと思いますので、休むことにすごく抵抗があるとか不安があるというお話がたくさん出ていますけれども、それは最もなお話だと思いますので、むしろ世の中を変えていく、日本全体で取り組むのだということを医師に知らせていかないと、不安になるのは当たり前ですし、でも、ほかの医師が休んだり働き方を上手にやっていたら、あっ、働き方を変えていいんだということに自然となっていくしますので、ぜひ国はこの取り組みに予算をかけていただいて、予算のことは新年度になるのでしょうか、早く広める準備をしていただきたいと思います。

これまで、私は患者の立場として、医師が大変だとわかっているのに、一緒になって取り組めなかったのは、かわりになる対策が何も出てこなかったことが大きいです。ただ、大変だ大変だと言われ続けても、それは国民や患者が不安になってしまうだけです。ですから、一緒になって取り組める機会がありませんでした。これまで医師が大変なのはわかっているけれども、どうしたらいいのだろうとずっと考えてきたのですが、これだけ皆さんが必死にかわりになるものを考えて一生懸命理解してもらおうと動いているわけですから、医師も国民ですし、ぜひそこは早急に国民全体に広げていく方向を、そのやり方を早目に事務局のほうから案を出していただきたいと思います。そうしたら私たち一人一人が動けることがあると思います。

例えば、私は今、講演活動で、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会で決まった5つの方策などについて既にお伝えしています。そういう一人一人ができることがあると思うのです。ぜひそのような案を出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。

それでは、村上構成員、もう時間と言いたいところなのですが言いませんので、お願いいたします。

○村上構成員 ありがとうございます。

手短に、きょうお答えは結構ですので、資料なども含めて要望です。

1点目は、時間外労働が月100時間以上の場合の医師による面接指導に関しまして、就業上の措置についての例示が、労働時間や当直回数を減らすとされています。先ほどもお答えにありましたが、医師を休ませるためには、他にどのようなことが考えられるのか、もう少し例示をすべきであると思います。

また、関連して労働安全衛生法との比較も参照しながら考えていくことも必要であると思います。私どもは日ごろなれ親しんでいる世界ですが、医療界の皆様方は必ずしも労働安全衛生法を熟知されているわけではありませんので、そのような資料も改正後の姿を出して御説明いただくことが重要ではないかと思えます。

2点目は、資料3の13ページに上限時間数以外の36協定に記載する事項について整理をいただいております。一般則でも、月45時間、年360時間超える特別条項を締結する場合に健康確保措置を定めなければならないことになっており、追加的健康確保措置も36協定に当然記載することであると思っています。その上で、内容がダブる部分がありますので、そのあたりは整理をしておく必要があるのではないかと考えております。そちらもお願いしたいと思います。

3点目は、睡眠や疲労の状況について確認する事項を含めた効果的な面接指導の実施方法については、別途検討するとされていますが、本件にかかわらず産業保健の知見を集めて、検討をしていただくことが必要ではないかと思えます。その際、その他の職種や業種にも参考になると思えます。また、年齢や性別の違いも加味して御検討いただくことが必要であり、女性であればホルモンバランスへの影響もありますので、そういった観点も加味していただくことが必要ではないかと思っております。

最後に、特例Bの上限時間数についての検討は次回になると思いますが、重ねて1,900時間～2,000時間は余りにも長いことを、本日最後に意見として申し述べておきたいと思えます。

以上です。

○岩村座長 御協力をありがとうございます。

それでは、きょうはここまでとさせていただきたいと思えます。

本日は、時間外労働規制のあり方の、特に制度面につきまして、皆様方の御協力もあり、大変深めた議論ができたように思えます。まことにありがとうございます。

この後、事務局のほうで、きょういただいた御意見も整理していただいて、また、それに対する考えを詰めるといったことについても進めていただきたいと思います。その他、

実はきょう個別に議論していただきたい論点もあったのですが、きょうはできませんでしたので、それも含めて今後の進行の仕方を私と事務局のほうで相談しつつ、次回以降に備えていただきたいと思います。

最後に、次回の日程につきまして、事務局からお願いいたします。

○乗越医師・看護師働き方改革推進官 次回の検討会につきましては、追って御連絡をさせていただきます。

○岩村座長 長時間にわたり、本当にきょうはありがとうございました。