

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 定刻になりましたので、ただいまより第19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。

本日の出欠でございますけれども、島田構成員、岡留構成員、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、荒木構成員より所用によりおくれて御出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で御退席されることを御連絡いただいております。

岡留構成員の代理といたしまして、一般社団法人日本病院会常任理事の中井修様に参考人として御出席いただくことにつき、お諮りしたいと思いますが、皆様いかがでございますでしょうか。

(委員 異議なし)

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 ありがとうございます。それでは、中井参考人、よろしく願いいたします。

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 時間外労働規制のあり方について⑤(事務局案の再整理)

資料2 時間外労働規制のあり方について⑤(議論のための参考資料)

資料3 時間外労働規制のあり方について⑤(C水準について)

それから、最後に参考資料といたしまして、馬場構成員から1枚横置きの資料がついております。

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 それでは、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。岩村座長、よろしく願いいたします。

○岩村座長 皆さん、こんにちはどうか、こんばんはどうか、微妙な時間帯でございますけれども、きょうもお忙しい中をお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

それでは、早速議事に入りたいと存じます。

お手元の議事次第をごらんいただきたいと思います。本日の議題は「時間外労働規制のあり方について」ということで、前回に引き続きまして、本日もこのテーマについて御議論をいただきたいと思います。

1月11日に開催しました第16回の後半、そして、1月21日に開催しました第17回、さらに前回2月6日の第18回と、AとBの水準と追加的な健康確保措置の具体的な内容について御議論をいただき、かなり深めていただいたところでございます。

本日は、これらの回での御議論を踏まえた事務局の案の再整理として、資料1を事務局で御用意いただいております。また、あわせて上限規制の水準設定の根拠となっておりますデータにつきましても、これまでいただいた御意見を踏まえた作業を行っていただき、それを資料2にまとめていただいております。そして、資料3ということで、これまでのところ事務局の案が示されておりました、いわゆるC水準、つまり集中的に技能を向上するための診療を必要とする医師の方向けの水準ということになりますけれども、このC水準についても御用意いただいております。

きょうの進め方でございますけれども、また恐縮ですが3時間コースということで大変長い時間になりますが、まず、前半で資料の番号とはちょっと前後するのですが、まず、これまで各論で御議論いただいたうちで、まだ議論をいただけていない積み残し部分でもあります資料3のC水準について御議論をいただきたいと存じます。大体18時ごろまでというつもりではおりますけれども、C水準の事務局案についての御議論をいただいた上で一旦休憩させていただいて、それから後半に入るといふことにさせていただきたいと思います。その上で、後半におきましては、資料1のAとBの水準と追加的健康確保措置、資料2の各データにつきまして御議論を深めていただければと考えております。

そのように進めさせていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

(委員 異議なし)

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、まず、C水準について、事務局で資料3を御用意いただいておりますので、それ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3からお願いできればと思います。

2ページですけれども、C水準につきましては、昨年12月5日の検討会で上限規制の骨格として若干の内容をお示ししておりました。改めてその内容ですけれども、四角囲みの中の3つ目ですが、達成を目指す水準、今A水準と言っているものについて、労働時間の短縮をそこに向けて図っていくけれども、短縮の仕方によっては一定の知識・手技を身につけるために必要な期間が長期化するおそれもあるということで、A水準よりも高い別の水準を適用できることとしてはどうか。この水準について随時検証するということや、追加的健康確保措置が必要だということをお提案しておりました。

詳細が3ページでございます。C水準の適用類型といたしまして、(C)－1、(C)－2の2つに整理させていただきました。

(C)－1といたしまして、初期研修医、専門研修のプログラムに参加なさっている後期研修医の先生方については、一定期間集中的に多くの診療をなさって、さまざまな症例を経験することが基礎技能・能力の取得に必要な不可欠だということで(C)－1の例としております。

(C)－2は、今の(C)－1の先生方を除いた6年目以降の先生方で、高度な技能を有す

る医師になることが公益上必要な分野について、指定された医療機関において一定期間集中的に技能育成に関連する診療をする場合と分けさせていただきました。

4 ページ、具体的なフローをごらんいただきたいと思います。

まず、(C)－1は臨床研修、専門研修、いずれも既にプログラムに沿って行うという制度がございます。そのプログラムの中で各研修におきます時間外労働の想定最大時間数、直近の実績になろうかと思いますが、そういうものを明示いただくということからスタートしてはどうかと思っています。すなわち、時間数が明示されて、それをドクターのほうで見て選んでいただくということになるわけですけれども、時間数がA水準を超える医療機関も出ると思いますが、超えない医療機関も出ることを想定しています。A水準を超える医療機関についてはC水準を適用するということで、その医療機関についてはB水準と同じようなスキームで都道府県に特定いただくということでどうかと考えてございます。

特定に伴いまして、その医療機関の例えば初期研修の先生についてはC水準だということが決まりますので、それに伴って追加的健康確保措置が義務づけられます。また、医療機関の中では36協定を締結し、各医師の先生が医療機関に応募し、採用された場合、当該36協定が適用されていくこととなります。

実態が事前にプログラムではこういう時間だということを示されたものと乖離しているという場合は、臨床研修病院の指定等の中のスキームでは是正させることが考えられるのではないかと考えています。

追加的健康確保措置の実施につきましては、Bの場合と同じように実施を求めていくことを検討しているものです。

下半分が(C)－2です。こちらは高度な技能を有する医師を育成するということで、ある程度限定された分野かつ先生ということになりますので、審査組織によってセレクトすることを考えております。欄外に※1がございまして、我が国の医療基準の水準向上のための公益上の必要性を判断することになりますので、高度な医学的見地からの審査組織が必要ではないか。そういうところで選ぶということがあった上で、施設についてはB水準と同様に都道府県が特定し、C水準の適用対象となる。36協定の締結は先ほどと同じでございます。

実際のところは、先に医療機関において、ドクターが手挙げをするだろうということを想定した手続が今申し上げたところまででございまして、実際には一番右ですけれども、ドクターのほうで主体的に自分はこういう研さん、高度な技能を身につけていくための業務遂行をしたいというようなことを作成いただくことになるかと思えます。一番下に※2がございまして、高度特定技能については、医師の自由な意欲・希望のもとで発案されるものとして想定していますので、医師の側で計画をつくって医療機関に申し出るということになろうかと思えます。それを医療機関から審査組織に出していただいて、承認されるというプロセスを経て36協定の適用になるというプロセスで考えております。

3 ページに戻っていただきまして、上から2つ目の四角でございます。いずれも上限設

定に当たりましては、それぞれ目的が異なりますので、何時間の時間外労働が必要十分なのかということを検討する必要が本来ありますけれども、そういったエビデンスが現在存在しないということがございます。

それぞれ一人前になるというプロセス、あるいは高度な技能というプロセスに資する難しい症例への対応といった業務と、それ以外の日常診療と双方がありますが、これらがなかなか連続的で時間数の中で切り分けて考えることが困難だということを踏まえて、2024年4月の規制適用段階におきましては、その段階で医師に適用される時間外労働の上限のうち高いものと同じ水準を適用し、不断にあるべき水準については検証していくということとどうかと考えております。

一番下、C水準独自の論点ですけれども、この検討におきましては、1つ目ですが、特に若い先生方が長時間労働を強いられることがない制度とすることが必要だろうと考えておきまして、先ほど申し上げましたとおり、(C)－1については、あらかじめ明示された時間数を見て先生方が選ばれるという制度ですので、それによってこの点がクリアできるのではないかと考えています。

2つ目ですけれども、特に入職間もない初期研修医につきましては、御本人が選択したキャリアパスだということはありませんけれども、追加的健康確保措置については手厚くしておくことが考えられるのではないかとことです。連続勤務時間制限については、例えばB水準の場合は28時間としており、これは日勤・当直・日勤で2日目は昼までという想定で28時間ですが、初期研修医の場合は15時間としてはどうか。あるいは代償休暇を認めない。これは初期研修の場合は、その先生がいなくて医療提供できないというわけではないかと思っておりますので、インターバルなり連続勤務制限の時間が来たら必ず帰るとしてはどうかという御提案をさせていただきました。

5ページをごらんいただきますと、臨床研修医、卒後3～5年目、後期研修医に該当している先生方かと思っております、その時間の分布をお示ししております。平素お出ししている勤務実態のデータでございますが、やや二峰性といいますか、右端で上がってくるような実態になっているという状況の中で、(C)－1、(C)－2いずれも学びたいあるいは高度な技能を身につけたいという先生方が、希望する働き方をきちんと選択できることが重要かと思っておりますので、そのような観点で御提案するものでございます。

資料説明は以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま説明をいただきましたC水準についての御質問あるいは御意見がありましたら、お出しいただければと思います。

では、三島構成員どうぞ。

○三島構成員 三島です。意見を述べさせていただきます。

このCの議論につきまして、恐れず言うのであれば、若手の中で高い志を持って技能の向上に取り組みたいと思う医師も多いと思います。制度がこういった方々の思いを邪魔す

ることがないように、C水準について、事務局の提案の中にあるように、選択できる形にするという点については私個人としては賛成いたします。ただ、危惧するのは、それによって望まない医師にまで長時間労働が強制されるということは認められないと思います。高い上限水準は本人の本当に自主的な選択によって適用されるものであること、それがちゃんと保障される方法であること、健康確保措置が確実に実施されるようなあり方が重要だと考えます。やはり健康確保措置も形だけになってしまって、きちんと実行されなかったり、現場の働き方改革が進まなければ、結果的に現状と余り変わらないのではないかと不安も若手の中にございますので、そこはしっかり検討いただきたいと思います。

また、資料にありましたが、どのくらい時間外労働が必要かというエビデンスが現在ないということですが、診療科によっても現状はかなり差があると思いますので、そういったところをぜひ検証して、現場にフィードバックするようなやり方をしっかり検討いただきたいと思います。特に地方では、研修医の募集に課題を抱えている病院も多く、そうした病院で高い上限を設定して若手に敬遠されたり、ますます人が集まらないということにもつながりかねないと考えます。

こういった制度・枠組みをしっかりと取り組むことで、研修医が上限いっぱいの労働が強制されるのではなく、それぞれ自身のキャリアビジョンやライフスタイルに応じた働き方を選択できるようになり得るのではないかと思いますし、そうするように取り組むべきと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、工藤構成員どうぞ。

○工藤構成員 お聞きしたいことが1点ございます。4ページの右上の2つ目、採用（雇用契約開始）後、時間数が実態と乖離している場合について書かれていますが、36協定の上限時間数との乖離を指しているのでしょうか。もしくはもともと提示した上限時間数との乖離でしょうか。36協定の上限時間数と乖離しているということあれば当然、法違反になるため、認定スキームの問題ではなく、法違反という形での対応になると思いますので、その点をお聞きしたいです。

次に、意見が2点です。(C)－2について、このスキームでは医師が主体的に計画書を作成し、医療機関に申し出ると示されています。診療科や専攻によって年数が変わるかもしれませんが、一旦計画書を提出し、審査組織の承認を受けれた場合、いつまで適用されるのでしょうか。一定期間を適用する、もしくは本人が適用を継続するか判断する、医療機関側が判断し継続させない等、そのような段階を踏んだほうがいいのではないのでしょうか。

また、C水準の趣旨は教育の一環ということですので、教育する側の体制ももちろん重要であると思います。そうすれば何人でも適用対象にはならないでしょうし、定員など一定の枠を設ける予定はあるのか、お聞かせ願いたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局、お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 最初の実態と乖離した36協定を結んだ場合は、もちろん基準法違反でもございますけれども、ここで言いたいのは、左側でそもそもプログラム別に直近の実績も踏まえて想定最大数を明示した上で募集しているものですから、万が一それと違う36協定を結んだら、形式的には労働基準法上の違反ではないかもしれませんが、臨床研修病院の指定や専門研修のプログラムの認定スキームの中できちんと国が是正させるということをはっきりとここでうたっているものでございます。

(C)－2の計画に関するところでございますが、確かに詳細な制度設計まで詰め切れていないのですけれども、例えば数年間というレベルで、後期研修医でも3年間の計画なわけでございますから、数年間というレベルでどういうものを自分は高技能したくて、そのために何症例がどうしても必要だから、どうしても時間外労働がこれぐらい必要だというロジックの計画というのは、一定の年数が本来あるべきものだと思いますので、詳細な制度設計を詰めるときに今の御意見を尊重してやらせていただきたいと思います。

最後の御質問は(C)－1でしょうか、(C)－2でしょうか。定員や人数というのは。

○工藤構成員 (C)－2のことです。

○堀岡医師養成等企画調整室長 (C)－1はそもそもプログラムがあるわけですが、(C)－2は技能によりますが、いずれにせよ例えば何か高度な技能をやるときに、その医療機関で何十人もということは通常はあり得ないと思いますので、そちらも詳細な制度設計をするときに御参考にさせていただければと思います。

○岩村座長 工藤構成員、よろしいでしょうか。

それでは、森本構成員どうぞ。

○森本構成員 C水準の上限時間数について、今回B水準と同じ水準で上限時間数のキャップをはめると御提案いただいておりますが、B水準とC水準では、趣旨や制度設計が大きく異なると思います。現時点では上限時間数設定のエビデンスが乏しいため、B水準と合わせるということですが、C水準はそれぞれの研修計画等により実質的な上限時間数が定まり、これをもとに36協定が締結されて労働することが想定されています。現時点ではエビデンスが乏しいということですが、今から具体的な上限時間数などを早急に決めて、その上で上限時間数設定の再検証をする時期を予め定めるべきではないかと思います。

次に、初期研修医の追加的健康確保措置についてです。初期研修医がいないと診療体制が維持できないということは余り想定できないと思いますので、代償休暇などは認めない設定にするのがよいと考えます。

続いて、専門研修に関してです。時間数が実態と乖離している場合、指定あるいは専門研修プログラムの認定スキームの中で是正させると記載されていますが、具体的に毎年是正がされるのか、どのくらいのタイミングで是正していくことを検討しているのでしょうか。

か。

最後に、(C)－2水準に関してです。先ほど定数という話もありましたが、具体的に現時点でどのくらいの数の方が、この基準の適用を受けることを想定されているのでしょうか。また、審査組織の具体的なイメージがあれば教えていただきたいと思います。

以上です。

○岩村座長 事務局いかがでしょうか、お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 再検証の時期については、できる限りBも含めて再度実態調査をするということを私ども申し上げておりますので、その際に同じタイミングでできるかどうかは今はっきりとお答えできませんけれども、でき得る限りこの制度が本当にとどの程度必要なのかというのは短いスパンで検証してまいりたいと思います。

2つ目の御意見は、大変我々もそう思うところでございまして、前回私は代償休息はどうしても必要な場合があると申しましたけれども、初期研修医については理論上その医師がいないと救えない命というのはないわけですから、代償休息を認めず、インターバルを必ず、どんな場合があってもとるという制度にすると考えております。

3つ目の専門研修について、特に認定スキームの中でどうするのかということは、専門研修は一義的には日本専門医機構と各学会でやっているものでございますけれども、今回の改正医療法で、研修の機会確保のために厚生労働大臣から意見を申し上げるという法律上の権限がございますので、そのような中で、例えば36協定の上限を超えたり、事前に明示しているプログラムと違う36協定を結ぶということは、研修の機会確保に資していないと考えますので、その改正医療法のスキームの中できちんと各学会、また日本専門医機構に是正を意見していきたいと考えております。

審査組織については、大変申しわけございません、今の時点でどのような組織と調整してはしっかり申し上げることはできませんが、きちんと高度な特定技能について審査できるようなところ、イメージでいえば我がアカデミアを想定しております。今からきちんとそのような制度設計をしていなければいけないと考えております。

○岩村座長 人数の見通しというお話もあったのですが、それはいかがでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 少なくとも医師の何万人という単位で実施率があるというイメージではなく、一部の高度な特定技能を手に入れたというドクター向けでございまして、現時点でどれくらいというボリューム感はあれですが、医師の何割もが当てはまるものではないと考えております。

○岩村座長 では、山本構成員どうぞ。

○山本構成員 今のことに関連してですが、例えば(C)－2というのは外科系で言うと、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）の難易度でEとか非常に限られた症例数が日本の中で行われるとか、こういうものは本当に限られたセンターでしか取れんもできないし、そういうところで集中的に手術を学ばなければいけないということになると、ある程度数は見えてくるのかなと思います。それは関連しての発言です。

続けてよろしいでしょうか。あと(C)－1に関しては、A水準あるいはB水準ということで選択ができるということは、今の若い子たちはとにかく選ばれるのは苦手だけれども、選ぶのは大好きですので、そういう意味では非常にいい仕組みなのかなと。いろいろ選択肢を用意してあげないと今の子たちはいろいろ言いますので、いいかなと思います。

B水準の場合もプログラムと言うけれども、1年間の間にいろいろな科を回っていきますので、どことは言いませんが、そのときによってすごく暇な科もあるし、一方で、例えば救急みたいにすごく忙しい科もあるわけで、あくまでも通した中での最大値を設定するだけですから、ずっと通してその時間ということは基本的には普通の初期研修プログラムではあり得ないのかなと思います。

それから、先ほど来、初期研修医というのはそんなに診療上重要な役割を担っていないから云々という発言がございしますが、私はそれはちょっと違うかなと思います。地方の特に基幹病院、私が知るようなところでは、かなり初期研修医は戦力として重要な要素を担っているし、なおかつ、そういうところは研修医に人気なんです。要するに同じように働かせてくれる、ファーストタッチからいろいろなことをやらせてくれるということで、そういうところは非常に人気なので、よちよち歩きだから少し仕事量を手加減してあげようというのは優しくていいかなと思いますけれども、余りそこを強調してしまうと、せっかくそういうところで俺たちは一生懸命やりたいのにと思っている若い子のやる気をそぐことにもなりかねないのではないかな。ここは冒頭申し上げたように、今の子たちは選択するのが好きなので、本当にハードにやりたいんだという人たちのやる気をそぐような仕組みは避けるべきではないかなと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、渋谷副座長どうぞ。

○渋谷副座長 ちょっと関連して質問ですけれども、(C)－1に関して、時間外労働の実態を踏まえて医師が各医療機関に応募していくと書いてありますけれども、先ほど山本構成員がおっしゃったように、救急を回ったときとか、産科を回ったときとか、皮膚科を回ったときとか全然時間が違う中で、さっき堀岡さんがアカデミアに任せると言いましたけれども、アカデミアということは学会ですよ。学会が出してくるときは結局最大限出してくるので、余り2,000時間と変わらないのではないかなという印象があるのですが、それは(C)－2のほうですか、ごめんなさい。では、(C)－1はだれが決めるのですか。どういうデータで持ってくるのですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 (C)－1は、例えば去年までの同じ初期研修医が、そのプログラムの中でどのくらい働いていたかということ、これは直近の実績で明示しておりますが。

○渋谷副座長 それは医療機関ごとではなくて、アベレージですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 いえ、医療機関ごとです。

○渋谷副座長 ということは、基本的に非常に低いものと高いものに二極化するのか、そ



れとも結局、高いほうに出すインセンティブがあるのか。特に研修医は次を見越して、特に後期ですけれども、専門医は大学に戻ってくる傾向があるので、大学としては基本的に高いものを出してくるインセンティブがあるような気がするのですけれども、そうすると、C水準とB水準の違いがいま一つよくわからなくなってくるのですか、その明確な説明をお願いしたいのですが。

○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 実質上B水準の病院とC水準の病院が重なることはあり得ると思いますけれども、当然その場合にはC水準が優先されて設定されると考えております。

もう一つは、高く設定するインセンティブというか、直近の実績を踏まえて想定最大時間数を明示するので、例えば、直近時間が1,200なのに、一応1,800で出しておこうみたいなことは少なくとも明示するという形でできないようにしているので、そのようなことは起きないのかなと。実際、研修の中身が余らないのに高い上限設定をやったら、事実上人氣がなくなっていくプログラムというのは幾らでもあるので、そういう意味でも選択ができる仕組みにきちんとしておく必要があるかなと思っております。

○渋谷副座長 例えば、日本専門医機構は、今は随分変わってきたと思いますけれども、数やインチキばかりの数字を出していましたよね。そういうことを考えると、今みたいな話は多分仮定の話であって、実際に回したときに幾ら厚労省が声を出したとしても、間違った数字が出てきて、結局それに翻弄されるのは応募する研修医たちですよ。そこを本当に担保できないと、幾ら今みたいな話をしても、アカデミア、大学病院、そこにかかわる人がちゃんと労務管理をして、きちんとした数字を出せるようにどう担保するのか、そして、その数字が信用できるのか、そして、それを可視化してちゃんとオープンにするのか、そうした道筋が見えない限り、同じ日本専門医機構の同じような枠やシーリングとか、あれは結局全部ではないけれども、ほぼインチキだったわけですよ。でも、そういうことが起きたらだれが困るかといったら、本当に将来を見越す若い人たちなんです。だから、今みたいな話は結構なのだけれども、それをどう担保して、そのときにどういうパニッシュではないけれどもやるのか、ガバナンスをどうするのかをきちんと示していただきたいのですが。

○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 日本専門医機構のガバナンスについては、この検討会とは関係ないですが、非常にさまざまな御意見があるところでございますが、いずれにせよ先生がおっしゃることは、確実な労務管理がなされていることが大前提です。確実に労務管理しないで、実際上は大変な時間やっているのに960で出すというようなことがあってはならないというのは事務局もそう思いますので、そのようなことがあれば、繰り返しの説明になりますけれども、今回の改正医療法の中できちんと厚生労働大臣が意見も専門医機構にも学会にも言えるスキームをつくっていますので、そのような中できちんとプログラ

ムの是正を求めていきたいと考えております。

○岩村座長 恐らくCに限らず、今までの議論ではAでもBでも病院の労務管理については、今後きちんとした体制を構築していただくということが議論の前提になっていると思いますので、それを前提にしながらこのスキームを考えるということだと思います。もちろん、しっかりやっていただくということをどうやって達成していくのかというのは、また別の問題として当然あると思いますけれども、そういう前提と理解しております。

ほかにはいかがでしょうか。では、山本構成員どうぞ。

○山本構成員 アカデミアが上がっておりますので、唯一の人間として。労務管理に関しては、大学病院が一番今まで苦手としてきたところで、しかも、非常に複雑な労働構成をしていますので、今ここをどうするか各大学病院だけではなくて、大学病院の団体としても一生懸命議論して、いい方向の導入に向かって努めているところです。ですので、今、座長がおっしゃったように、客観的な勤怠管理の担保というのは我々もよく承知しているところです。

もう一つ、特に初期研修のプログラムに関しては、さっき申し上げたように、今の若い子たちはいろいろな人がいるので、例えば、大学みたいに幾つかのプログラムを同時並行で走らせるのが可能な場合には、ハードなほうとそうでもないほうという2つのプログラムを多分考えざるを得ないだろうなど。どちらに人気があるのかわからないけれども、とりあえず両方つくっておかないと怖いよねと、我々が今これを見ていて思うのは、多分そう動くだろうなど。実際そういうプログラムをつくっていったら、どちらに人気があるのかそれに合わせて組みかえていくということが起こるだろうなどと思います。

あと、(C)－2に関しましては、例えば、その医療機関なり何なりで働いている、一緒に手術している連中と同じ水準でないとうまくいかない。そこでバリバリやっている連中が例えばB水準でやっていたら、そこでトレーニングを受ける人たちがずっと低いということはあり得ないので、同じ水準で仕事をしない限りはこういう特殊な技能の収れんは不可能ですから、そこはおのずとB水準なり何なりで規定されれば、そこが上限になってくるし、それでないと機能しないと考えます。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、今村構成員どうぞ。

○今村構成員 専門医機構の役員もしておりますので、渋谷先生から非常に厳しい御意見をいただきまして。

○渋谷副座長 よくなったって言ったんですよ。

○今村構成員 真摯に受け止めておりますので、しっかりと対応してまいりたいと思いません。

専門医機構の立場でもありますけれども、(C)－1の専門研修プログラムと書かれているのは、おわかりにならない方もいると思うのですが、プログラム制についても、カリキュラム制についても、どちらも(C)－1に入っているという理解でよろしいのでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 そのとおりです。

○今村構成員 あと、なかなか悩ましい問題だなと思うのは、今、専門医のプログラムに乗ってくる方が、従来よりも都市部に集中してくるという傾向があるということですけれども、当然のことながら都市部の病院というのはすごく症例も多いですし、非常に集中的にいろいろな研修ができるということなのだと思います。そういう医師の偏在ということを見ると、地方の病院というのはプログラムをつくったときに症例数が少ない。そうすると、例えば、日勤のお仕事をした後にそろそろ時間外だよねといったときに自分の対象とする症例が来た場合、もともと症例数が少ないので、それはしっかりと残って研修しなければねということになるので、そうすると、今、山本構成員がお話しになったように、都市部でも大学病院でも2つのプログラムを用意するというで伺っておりますけれども、都市部のほうが効率的に時間を短くできるという話になると、今度は選択する方たちがどういう行動になるか。そのことが医師の偏在をより強化してもいけないなと思っておりまして、これはどういう結論がいいのか、今回の提案については特に反対はしませんけれども、そこは状況を見ていかないといけないのかなと思っています。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。では、遠野構成員どうぞ。

○遠野構成員 (C)－1の初期研修とそれ以降の専門研修の先生に対して確実にインターバルなどの追加的健康確保措置が必要という御提案には本当に大賛成です。2020年から初期研修プログラムが変更になり、小児科と産婦人科と外科と1カ月以上、ローテーションするのが義務になりました。専門研修以降の先生は自分が選んだ道なので、ワークエンゲージメントでハードな仕事も楽しく過ごすでしょうけれども、それらの診療科を好まない研修医の方もいるかもしれません。よって、初期研修のときに好まざる診療科や苦手とする診療科を1カ月以上ローテーションするというのは、かなりきつい仕事になります。「初期研修については」という3ページの下の段にある具体的な数字に関して、今後の検討が必要かもしれないのですが、初期研修医がリカバリーするための健康確保措置は、ほかの後期研修医や(C)－2の先生とは別に明記してほしいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、猪俣構成員どうぞ。

○猪俣構成員 私も(C)－1に関してです。各臨床研修病院は2024年までの間は、研修医の労働時間管理のモニタリングを開始して、2024年までに想定時間外最大時間数を検討する期間ととらえる必要があるということだと思います。これまでは医学生が研修病院を決める際には、研修先の病院に夏休みを利用して見学に行かなければ実際にどんな働き方をしているのか把握する方法がなかった。そうすると、東京の大学の人はいろいろな病院に見に行けるが、地方の医学生は時間がたくさんかかるため、あまり病院を見にいけなかった。しかし、臨床研修病院は決めなければいけないので、何となく決めてしまったという

可能性があった。しかし、こういった研修先の病院の想定時間外最大時間数の情報が少しでも公表されれば、自分の働く環境をある程度自分で選んでいけるということから、想定最大時間数として公表されるのは私自身は賛成です。

また、どちらかというとうち大病院を見ている研修医のほうが規則正しいというか、労働管理しやすい。例えば、入局後の医師は外の病院に行ったりいろいろな労働管理があるが、研修医の労務管理はどちらかといえばしやすいと思いますので、これが病院におけるきちんとした労務管理の起爆剤になっていただければいいかなと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、黒澤構成員どうぞ。

○黒澤構成員 C水準の医療機関に応募する際の話ですが、例えば、冷静に考えて応募できればいいのですけれども、中にはちょっとテンションが高過ぎて、あれもこれもという感じでやる方が見受けられます。そんなに多いわけではありませんが。そうすると、審査の際にちゃんと健康情報という観点も入れて審査したほうがいいと思います。この人は本当に大丈夫かみたいな感じで考える観点も入れたほうがいいのではないかと。余り無条件で書類上これがいいからということで通すよりも、そういう面を入れたほうがいいという意見です。

あと、研修医も面談したことはあるのですけれども、大体救急などで時間数がオーバーして長時間労働の面談をするということが私の場合は多かったように思うのですけれども、自分の研修時代を考えてみても、長時間だからもうやめろというよりは、元気ですね、頑張っただけみたいな感じでやる場合が多くて、余り止めたりというのはなかったのですが、そういう際に少数ですが危ないといえますか、元気に見えてもテンション高過ぎて後からバタッとバーンアウトみたいになってしまう方もいらっしゃるって、本人の意思だけに任せるのは危ない。大丈夫ですという言葉だけに惑わされてはいけません。

ですので、健康確保措置の面談でも、医師だけではなくて、ふだんから見ている人がいればいいなと思うんです。これはBのときにもお話ししたいなと思ったのですけれども、健康確保措置のときに医師の見る人の養成とありますけれども、医師だけでなくチームとしてといいますか、病院全体で医者の働き方を見て、「先生ちょっと」みたいに見られるような感じにすればいいのではないかと。医師の面接指導が基本になるとは思いますけれども、コメディカルのそういうことを見られる方の研修ですとか、病院全体、医師だけではなくて看護師さんも働き方という面ではそういう方向に発展できるかもしれませんが、面接指導だと病院の中で1カ月に1回とかになってしまいがちですけれども、ふだんの働き方を見るというのはすごく大事なことで、そういう制度も一応視野に入れてはどうかと思います。

もう一つ、これは労働時間としてやるわけで、多分これに対して手当を払うことになると思うのですけれども、大体今までの時間外の建前からいくと、事業者側が指示をして時

間外労働させるということになって、ここは研修医が希望して時間外労働する、そういう見方もあると思うのですが、例えば病院側の考えとして、予算がないのでそういう働き方はだめだとか、研修医は働きたいからサービスでもいいから残業したいですみたいなことにならないかなという心配はちょっとしています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。ただ、サービス残業はそもそも基準法違反ですので、だめだということにはなります。

事務局からお願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 最後に黒澤構成員がおっしゃったことについては、座長からもコメントをいただきましたけれども、研修医の方は(C)－1であれば示されたプログラムの時間数を選んで病院を選びはしますけれども、入った後で時間外の例えば1,200とか800時間までの業務を指示するかどうかというのは、通常の間外労働と同じですので、そこは36協定の世界に入るということで、やりたいからやるとかそういうものではないということだけ補足させていただきます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、片岡構成員どうぞ。

○片岡構成員 資料3の3ページに少し関係するのですが、森本構成員もおっしゃったのですが、こういった制度を始めて検証をだれがどのようにどの時期に行うのかというのは非常に重要だと思ひまして、例えば、3ページの下で、初期研修医の場合は連続勤務時間制限を15時間とするのもどうかという案も書いてございますけれども、例えば、米国では2011年に1年目の研修医の連続勤務時間制限がもともと24時間だったものが16時間に設定されて、その影響をすぐ検証されて2013年にはそれが廃止されている、かなり短いタームで検証を行って調整しているということがあると思ひますので、そのように細かく柔軟に調整を行っていくというのが必要だと思ひますが、そのあたりの見通しというのはいかがでしょうか。

それから、研修医に関しましては、産業医の先生の指導・関与も非常に重要だと思ひますけれども、研修センターは研修医のサポートを常に本当に近くでできる存在だと思ひますので、それは恐らく多くの病院でそういったセンターや研修医をサポートするシステムはとられていると思ひますので、そのあたりも乏しいところはきちんとするようにといった方向性も明確に示していただければいいのではないかと思ひます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。質問の点については、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 先ほども検証の年限、タームについては御指摘いただいております、なるべく短くという御意見も踏まえて検討させていただきたいと思ひます。ありがとうございます。

○岩村座長 それでは、城守構成員どうぞ。

○城守構成員 研修医と専門医に関して、(C)－1、(C)－2と分けてプログラムを検討されたことに関しては、一定の評価はされるのではないかと思います。先ほどもお話が出ていましたように、特にプログラムを複数つくらなければならないということになると、思いますので、研修病院の常勤の先生方にかなりの負担が来るのではないかと。そのときに時間設定を前年度踏襲という話もございましたが、新たなプログラム等をつくると時間設定をするのが非常に難しくなるのではないかと。そこで、今、片岡構成員からもしっかりとした検証、それは労働時間に関しての検証、健康に関しての検証もそうですが、研修の質や医療の質の検証も必要になると思います。そうした場合に、先ほどそれを繰り返していけばというお話もございましたけれども、かなりの時間がかかると。労働時間のスパン、健康のスパンに関しての検証は、ある程度の一定時間で結論を出すことも可能かと思いますが、医療の質に関しては少なくとも10年単位で結果を見ていく必要もあるかと思いますので、そのあたりはどのように考えるのかということ。

そして、時間設定に関して非常に難しいのは事実でございますが、先ほど片岡構成員もおっしゃっていましたが、アメリカなどでは、もともと1980年代の中ごろから研修医の健康確保を強く意識して、時間をかなり規制してきたと。それでも現在、週80時間ぐらいの勤務時間になってはいるのですけれども、それが近年見直されて、どちらかという振り子がまた逆に振られかけたりもしているという事実もございます。アメリカでは、既に30年研修制度に関しての実績があるわけですので、そのあたりもしっかりと考慮されて制度設計をしていただきたいと、これは要望になります。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。村上構成員どうぞ。

○村上構成員 特に(C)－1についてです。技術習得のためには若い時期に集中的に経験を積み重ねていくことが重要であるということは、ほかの職種に照らしても一定程度は理解できます。しかし、資料3の3ページにもございますように、現在のところ上限を何時間にするのかについてはエビデンスが存在しない中で、B水準の一番長い上限時間数と合わせていよのか、まだ疑問があるところです。

Bについては時短計画なども進めて、一定程度の時期には年960時間に合わせていく方向性であるにもかかわらず、研修医の皆さんが、病院によってかなり実情が異なるということもあり、実際はかなり強い戦力になっているというお話もあり、そして現実にも研修医の労災がある中で、(C)－1については特段そのようなことが書かれていません。(C)－1の上限時間を引き下げていくことが書かれていない点は、まだ疑問があるところです。

また、三島構成員、遠野構成員、黒澤構成員からもご発言がありましたが、追加的健康確保措置はB水準についても確実に遵守する必要があると思っておりますが、そのためには、36協定にもしっかりと書いていただくことは当然のこととして、確保できなかった場合につ

いては協定を無効にするという効果も生じさせることが必要であるはないかと思ひます。  
以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、馬場構成員どうぞ。

○馬場構成員 私からは2つです。3ページの一番上の四角の2つ目で「6年以降の者」とあるのを、事務局のほうでは「6年目以降の者」という説明をされたと思うのですが、4ページは「移籍登録後の臨床経験6年以上の者」となっていて、1年ずれがあるのではないかと感じております。「6年目以降」と統一するほうがよろしいのではないかと私は思うのですが、間違っていますでしょうか。

2つ目は、3ページの下、初期研修医についての追加的健康確保措置ですが、私も初期研修医については追加的健康確保措置をさらに手厚くすることには賛成なのですが、連続勤務時間制限について15時間という中途半端な時間になりますと、運用上は例えば、宿直許可基準のない宿直において上級医が朝までやっているところを夜に、「では、帰ります、お疲れさまでした」ということになるし、夜中に帰れと言われても交通手段とかそういうところで帰りにくいと。むしろそういうこともあっていいと思うのですが、逆に24時間そのまま朝まで働いて次の日休みとか、そういう働き方の選択もあるのではないかと思いますので、ここは15ではなしに、24プラス4とは言わないですが、24のほうが妥当ではないかと思ひます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。「6年目」か「6年目以降」というのは、いかがですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 1点目は全くのミスです、申しわけございません。「6年目」です。失礼いたしました。

○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 ちょっと確認なのですが、Cの上限規制について、まだB水準とそろえるという話なのですが、Cがそのまま残るという理解を私はしていなくて、2035年にはBはなくなると、2035年末には少なくとも研修の質を保つための時間という意味で(C)-1、(C)-2は残るけれども、全体の時間自体は縮減していくという方向でこれを進めていくという理解なのですが、それでよろしいですか。

○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 研修の機会の効率化とか、例えば今でもカダバートレーニングをより進めたり、シミュレーターとかもありますので、そういうことで実質上縮減するということは十分あると思ひていて、それは実態調査を踏まえてやりたいと思ひております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

では、渋谷構成員どうぞ。

○渋谷副座長 (C)－1と(C)－2で確認なのですけれども、(C)－1のほうは本当に右も左もわからない若い子たちを守ろうというのはよくわかるし、個人がうまくいって本当に透明性が担保された上で自分が考える医療機関の時間数、今はデータがないというのは要は労務管理をちゃんとやっていないからデータがないのだと思いますけれども、それが出てくると。それで個人が選べる機会があると。(C)－2のほうは4ページの右下を読むと、医師が主体的に計画をつくって自分の所属する機関に申し出ると。医療機関が計画を承認するというのは、個人が医療機関と計画をアグリーするのか、医療機関が所属している、要は山本先生がおっしゃった、バリバリやりたい人はやればいいと私もそう思うのですけれども、それは個人なのか、それともそこにいる人々の計画総体を医療機関が承認するとした場合、要は、大学病院の若い人たちは右左に流されて、結局バルクでやると個人が本当にオプトアウトできるのか、本当に自分の力を試したいという人になるのか、それとも全体として医療機関との契約みたいな形になるので、なかなか逃れられないのか、その辺の確認だけをしたいと思います。

○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 今回の御質問は意外と難しい御質問でして、私が言い過ぎていたら労働基準局の方から訂正していただければと思うのですが、労働基準法上は管理者が指示をして労働が起きるということですが、実質上、先生は十分おわかりのとおり、スーパードクターを目指すような人は、例えば、院長から君はスーパードクターを目指しなさいと言われてやるということは現実の運用上はあり得ないですよ。そういう意味で、我々は※2で「高度特定技能については、個々の医師の自由な意欲・希望の元で発案される」ということを書いております。確かに、法的な指示のもとというものと、運用上は私がやりたいですと手を挙げるという、多分医療の世界の方は自然に※2はとらえると思うのですが、そういうところでこれは書いているものでございまして、あくまでも医師が主体的に高度特定技能育成計画をまずはつくるという運用になるのだと思っております。実質上、パワハラのようなことが起きるのではないかということに関しては、個々の医師の自由な意欲をきちんと担保するというはこの制度の根幹でございまして、そういうことはないようにするし、きちんとしていかないといけないとしかお答えのしようがないところです。

○渋谷副座長 要は、自分の自由意志がどこまで担保されるかということを確認したかっただけです。(C)－1では多分自分が選べるオプションはあるのですけれども、(C)－2は入ってしまってオプトアウトを本当にやりたかったのに、結果として医療機関と自分の契約でないならば結構難しいのかなというところがあったので、その辺を確認したかったんです。

○岩村座長 ありがとうございます。詳細なところは検討いただくということかと思いません。



では、褒構成員どうぞ。

○褒構成員 1つ要望というカリクエストなのですけれども、(C)－1、(C)－2いずれにしても経験年数が低い方が対象であるということに鑑みまして、このフローの中でいろいろな取り決めをされている、そしてプログラムが走り出した後で、できるだけ早期かつ頻回に当事者である若いドクターの声を聞く仕組みはつくっておかないと、結局ここで議論して走り出して、結局、現場でいろいろなクレーム・不満がでてくる主体は現場の若い先生であると思います。そうなると、彼ら、彼女らの声を聞く仕組みをこの段階からつくっていただくほうが、より現場に即した働き方改革になるかなと思っております。ですから、走り出してどこかの段階で定点観察するという形で、ぜひ最初からプログラミングしていただいたほうがいいかなと思っております。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、福島構成員どうぞ。

○福島構成員 今回の褒構成員に関連するかもしれませんが、声を聞く機会あるいは時々検証するような機会を設けるという点でお尋ねしたいのですが、例えば(C)－2に該当する病院を都道府県が特定して、その病院に所属するドクターが手挙げをして計画を作成する。その後で審査組織に申請して承認を経て、36協定が適用となるということになるということかと理解しておりますが、この間、どれくらいの時間をイメージしているのかということやまずお伺いしたいと思います。スタートしてから検証する時間をとるということになると、かなり短い時間でこれだけのことがされるという前提でないと、なかなかできないのかなと思います。

それから、36協定の上限時間内でドクターが計画を作成するということですが、ドクター一人で計画作成が完了できるのかどうかという疑問がちょっと残ります。その際、例えば時間の見積もり等に関しては、だれかの助言・指導が必要になってくるのではないかと思います。そういう部分では、労務管理をしっかりしていく必要があると同時に、どなたか指導してくださる方も考えなくてはいけないのではないかとちょっと思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

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 この仕組み全体についてはC水準ですので、2024年度からスタートするものとして現状、御検討・御議論いただいているわけですが、例えば審査組織が要ると、そこがどういう稼働をするものとして想定していくのか等、詳細設計をした上で、初期にどのくらいかかるのかということについては考えていきたいと思えます。

ただ、36協定というのは有効期間が最大1年ということもあるかと思いますので、その中で一定の業務を特定して協定を結んでおき、A先生、B先生が手挙げをされてエントリ

一していくという意味では、計画をつくって申請して承認を得るところが何年もかかるという仕組みにはならないだろうと思っています。

それから、計画作成が個人で完了できるのかというところは御指摘のとおりだと思いますので、例えばこういう技能を身につけるために計画をつくっていきたくとも思われても、それは恐らく医療機関の中で1人でなさるということではなくて、上級の先生の示唆があったり診療科の中で検討される、実行上そのようになるだろうと思っておりますので、御指摘も踏まえて具体的なところは検討したいと考えております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

それでは、黒澤構成員どうぞ。

○黒澤構成員 確認なのですが、(C)－2で専門医などの症例をもうちょっとふやしたいからということで、医療技術の水準向上に向けというものに入るかどうかわからなくなったのですが、そういうのはいかがでしょうか。

○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 あくまでももうちょっと高いレベルのものをイメージしております。そこでどれくらいなのか、高度何レベルなのだと聞かれると、大変申しわけございませんが、今はお答えできませんけれども、ジェネラルな専門医で経験するような症例を対象とするようなものでは全然考えておりません。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

それでは、戎構成員どうぞ。

○戎構成員 1点質問ですけれども、(C)－1で、現在労務管理がされていないからプログラムの時間外労働の想定時間がわからないから、B水準に合わせて(C)－1の時間の上限がこちらに書かれているという理解なのですが、例えば、これは2024年4月から開始ですが、2019年から皆さん労務管理をしっかりされてくると思うので、各研修病院の研修プログラムがどのくらいの時間外なのかというのは、この4年の間にわかってくるのではないかと思います。それを参考に、(C)－1に関しては時間をもう一回評価できるのではないかと考えたのですが、どうでしょうか。

○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 (C)－1については、上の上限を何かというのははっきり言って余り関係ないです。どんな上限があってもBの上を超えてはいけないのは確かなのですが、プログラムごとに直近の実績を踏まえて想定最大数を明示させますので、最大がそれだということであって、プログラムごとに全部変わってくるので、B水準とは全く別の議論をすればいいと考えています。済みません、お答えになっておりますでしょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 補足いたします。戎先生がおっしゃった労務管理ができていないから今どのくらいかわからないので、Bと同じ高さということではなくて、資料3の3ページの2つ目の四角の2つ目ですけれども、要は、日常診療と計算に資するものかというのは分けられないということで、先生方がなさっている仕事の総量で考えないとい

けないという中で、どこかで時間設定をするときにBのものを持ってきて考えてはどうか。スタートとしてはそれを考え、検証していくということはどうかという御提案をしております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。戎構成員。

○戎構成員 そうしましたら、その検証が進めばそれにあわせて、さらに調整が行われていくということでのいいのですよね。

○堀岡医師養成等企画調整室長 そのとおりです。

○岩村座長 必ずしも時間で調整するというのではないかもしれないですね。それは健康確保措置のインターバルの問題とか、連続勤務時間のところをどうするかといったところで調整するという可能性もあるので、労働時間だけで調整するというだけでは必ずしもないかなという気はいたします。

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 今の戎構成員のご発言と同じ趣旨ですが、繰り返し確認したいと思います。C水準はずっと続くわけではないことは今村構成員とのやりとりでわかりましたが、出発点の2024年での上限時間数をB水準と合わせる理由については、特段3ページの2つ目の四角の2点目に書いてあることのみであり、合理的な説明は特段ないということかと思えます。一方で、B水準については5年後の上限時間数を決定するためのデータはなく、現在の状況からすると上位1割をカットするという御説明のみで、B水準の上限時間数を決めようとしているということだと思えます。(C)－1については、もう少し様子を見て2024年の水準を決めるということはあるのではないのでしょうか。暫定的に水準を設定したとしても、少し状況を見ながら考えていくこともあり得ると思いますが、その点はいかがでしょう。

○岩村座長 そこは、先ほど事務局がお答えになったという気がするのですが、最长Bの水準ということであって、あとは研修の計画によって決まってくるということかと思えます。それで前年の実績値を出して、あとは研修医の皆さんが決めていくというスキームであるということなので、Bの最高水準自体はもちろんそれを超えてはいけないということで意味はありますが、しかし、実際の枠の中でどういう研修プログラムをどの限度でやるかというのは、研修医を受け入れる各医療機関がそれぞれの力といったら失礼ですけども、行っている診療の内容に照らして計画されて、その実績が提示されるというスキームだと私は理解しております。

村上構成員どうぞ。

○村上構成員 年1,860時間はあくまでも36協定で定められる最大の上限時間数であり、C水準における個々の上限時間数はどのようなプログラムにするかによって決まっていくという説明は理解しています。しかし、この場で議論されている皆様方はさほど不安を感じていらっしゃるような感じもしますが、この間、一昨年 of 若手医師の方々からの提言などを見ても、長く病院にすることが当然だと言われていて、なかなか長時間労働を解消

できないという声もございました。また、現実に長い労働時間に対しての不安の声も上がっている中で、現段階でB水準の上限時間数と同水準としていることに対して、不安の声はどうしても解消できないのではないかと考えています。それぞれのプログラムの中で上限時間数を決定するというスキームでも、年960時間の中に入るプログラムもあれば、B水準に張りつくようなプログラムもあり、それは自分で選んだからということだけで解決できるのでしょうか。今の時期にここまで決めてしまっているのかということについて、意見として申し上げておきたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。18時を回っているということもあり、3時間コースだということもありますので、かなりきょうはCについても深めた議論をしていただいたように思いますので、Cの水準については、きょうの議論はこのあたりまでとさせていただきますと思います。

休憩時間をとりたいと思いますが、中途半端な時間ですけれども、やはり10分程度は必要かなと思いますので、23分ぐらいまで約10分休憩とさせていただきますと思います。

(休憩)

○岩村座長 それでは、再開したいと思います。

後半ということで、冒頭申し上げましたように、これからAとBの水準に関する議論をいただきたいと存じます。

まず、事務局から資料を1と2ということで御用意いただいておりますので、その説明をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 お手元の資料1をごらんいただければと思います。

まず4ページからお願いいたします。これまで御議論いただきました上限時間数、A水準、B水準につきまして、改めて整理しております。前回までの約2.5回分の御議論の中でいただいた御指摘について、なるべく反映させていただくという方向で修正した部分を赤字にしております。黒字部分はこれまでお示ししている年末以降の資料からの切り貼りに近い形になっておりますので、説明としましては赤字の部分を中心にさせていただきます。

まず、4ページのA水準については、前回も時間数として明確にお示しましたが、通常の時間外労働の上限については月45・年360、一般則と同じ。

臨時的な必要がある場合については、年及び月の両方において休日労働込み。

月については、原則100時間未満、追加的健康確保措置、面接指導等がある場合に例外ありということで、いずれにして36協定において1カ月の場合の定めをしなければならないということです。

年につきましては、脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準を考慮し、

12カ月分として年960時間。臨時的な必要がある場合の適用は、6カ月に限らないとしております。

36協定によっても超えられない時間外労働の上限は、上記の臨時的な必要がある場合の上限と同様の水準ということで御提案をしておりました。

5ページのB水準ですけれども、基本的なところは今のA水準とほぼ同じです。通常の時間外労働は月45・年360。あるいは年・月について休日労働込みとするあたり、月の上限についても同じです。

年についてということで、資料2の2ページをごらんください。データ面につきまして、主に前々回において御意見を多数ちょうだいしておりました。これまでお示ししてまいりました勤務実態調査の数字の精査をしております。青とオレンジのグラフをお示ししておりますが、青いグラフがもともとごらんいただいていたものでございまして、そこからタイムスタディ調査におきます指示なし時間の割合を踏まえて、個票の診療外時間から時間を削るという作業をいたしまして、オレンジのグラフに再度作業いたしました。

青いグラフにおきまして、これまで上位約1割、1,900～2,000時間程度という案をお示ししておりましたが、上位10%というのは1,944時間でございます。赤いグラフにおきましては、これが1,904時間になるということで、12できりよく割れるところまで下に切り下げるといった作業をいたしまして、1,860時間を御提案したいと思っております。

資料1に戻っていただきまして、6ページからが追加的健康確保措置の関係です。骨格としましては、①連続勤務時間制限・インターバル等、②面接指導、就業上の措置というもので組み合わせて構成していくということです。

御指摘いただいた事項として7ページをごらんいただくと、3つ目の四角です。連続勤務時間制限については、宿日直許可を受けている場合を除きと御提案しておりましたが、許可ありの場合であっても勤務負担があるのではないかという問題提起をいただいております。こうした場合に、仮に日中と土曜の労働に従事するといった場合には、翌日以降必要な休息がとれるように配慮することとしてはどうかと考えております。

同様に、勤務間インターバルにつきましても、今の宿日直許可がある場合の当直明けの日がどうなのかということが不明確でしたので、その日は、28時間連続勤務制限がかからないという意味で通常の日勤が可能ですが、その場合は、次の勤務までの9時間インターバル、通常のインターバルをかけるということではないかと考えております。

8ページ、代償休息でございますが、これは前回御議論をいただきました。連続勤務時間制限・勤務間インターバルをあくまで原則と考えるべきという御意見をちょうだいしておりましたので、そのように明記させていただいております。

代償休息の付与方法以降、若干技術的な部分が幾つかございました。ここにありますのは、疲労回復に効果的な休息の付与方法、あるいは9ページにまいりまして、面接指導の前に行います睡眠・疲労の状況についてのいわゆる検査のようなもの内容ですとか、あるいは効果的な面接指導の方法については、医学的見地からの技術的な検討が必要だろう

と思いますので、この検討会のとりまとめ後に別途検討するとまとめてさせていただきます。

面接指導に関しましては、管理者のマネジメント研修の中に盛り込むことによりまして、管理者がこの仕組みをしっかりと理解するということが担保させていただきたいと考えております。

10ページでございます。面接指導の後で必要があれば講ずるという就業上の措置でございます。これについて労働安全衛生法（安衛法）の現行の例示されている項目と対照しまして、表の右側に医師の場合の例示を検討する内容ということで、ほぼパラレルですけれども、記載させていただきました。

一番下ですけれども、面接指導については、月100時間未満という原則を超えていく場合に事前に求めるということで御提案しておりましたが、さらにその後、月の時間数がかさんでいく場合の措置ということで、高い上限、これを12月で割りますと月平均155時間ということになります。その月155時間を超えるような場合には、何らかの就業上の措置、就業時間を具体的に減らすような措置なく恒常的に12月続いていきますと、上限も遵守できないということでもありますので、何らかの就業上の措置を講ずることにはどうかという、新しい御提案でございます。

11ページでございますが、以上のこれまで御議論いただいた健康確保措置につきまして、基本的構造としてまとめております。

医事法制・医療政策における義務づけを検討中ということで、これは前回もごらんいただいた内容です。そうしますと、この義務が適切に実施されているかといったことについて、医事法制の中で確認するということとなりますが、実施に係る記録について保存義務を課し、確認できるようにする。それは、医療政策・医事法制における義務ですので、一般的には都道府県が確認することが考えられると記載しております。

実態上は、医療機関の労務管理面の支援というのは、今、医療勤務環境改善支援センターでしておりますし、それとは別に都道府県から独立のものとして新たな評価機能も前回御提案いたしました。こういうものがどのように参画、組み合わせれば、きめ細かな履行確認ができるのかというあたりにつきましては、前回の御議論も踏まえて都道府県の御意見もいただきながら検討いたしたいと思っております。

これはある意味日常的な確認ですけれども、強制的担保ということも考えられるわけで、医事法制で例えばということで医療法の例を記載しておりますが、勧告・公表、是正命令等さまざまな強制担保措置がございます。こういう法体系上の今あるものとの均衡も踏まえて検討を進めていきたいと考えております。

12ページをごらんいただきますと、労働法制の強制的担保でございます。こちらについては、追加的健康確保措置自体は医事法制・医療政策上の義務ということで現状御提案しているわけですが、個々のケースにおいては36協定上、健康及び福祉を確保するための措置ということで、臨時的な必要がある場合のいわば要件のような形として規定することに

なるかと思えます。

具体的に、臨時的な必要がある場合に、例えばということで数字を入れておりますが、1日、1カ月、1年ということで時間を定めていただくときに、それぞれの健康確保措置をあわせて記載いただくということだろうと思えます。

そうしますと、4つ目の四角にあります。医事法制上の義務づけをどのように確認するかは先ほど申し上げたとおり、これから検討することになります。あわせて36協定に関する労働基準監督署の指導も当然及ぶということです。仮に、医療行政において実施が不十分だということを確認し、あるいは基準行政において確認したということになりますと、相互に通報し合って、双方から働きかけをするというのが通常考えられるのではないかと考えております。

最後に、兼業・副業の場合のさまざまな整理について前回御質問をいただいておりますが、本日ここに載せられませんでしたので、別途整理をさせていただきます。

13ページからが上限時間数B水準の関係のさまざまな制度設計の詳細でございます。これまで御提案しておりますのは、対象医療機関の基本的な考え方としまして、地域医療の観点から必須とされる機能のところだとしておりました。この要件は、下のア、イ、ウと3つございます。救急であったり、政策医療であったり、代替困難なものであったりということで御提案しておりましたが、14ページを見ていただきますと、具体的にどうなのかという御意見が前回ございましたので、改めて整理し直しております。

アとイの観点からということで具体的にしておりますが、まず三次救急。二次救急については、その中で年間救急車受け入れ台数が1,000台以上のところ、かつ5疾病5事業の役割を担っている医療機関ということで、2つの要件をさらにつけさせていただきました。それから、在宅の中の特に積極的な役割を担うところ。最後4番につきましては、以上の3つで出てこない、例えば、小児救急だけをやっておられるようなところを想定したバスケットでございます。

全体として時間外労働の実態を踏まえて、例えば、三次救急と二次救急では少し違うようなところがございますので、あわせて1,400程度の見込みを持っております。

ウの観点につきましては、前ページにこれまでお示ししていたものと同じでございます。

こうした機能の面について、国として客観的な要件を定めて、具体的ななどの医療機関かというのは都道府県において判断いただくのではないかと御提案をしておりますが、さらに、②③と要件がございまして、②は地域の医療提供体制の構築方針と整合的だということをプロセスにおいて確認いただくということです。前回、審議会も含めた特定プロセスについてお尋ねもございましたが、医療審議会等において、地域医療計画との整合性を確認していくということかと思えます。

③は、管理者のマネジメント研修、タスクシフトをきちんとやっているといったことについては、計画をつくって実施していただきながら確認することになるかと思えます。

15ページをごらんいただきますと、特例水準の終了目標年限につきましては、医師偏在

対策等の関係で2035年度末ということをご示ししてまいりました。下の矢印2024年から35年度末に伸びているところに、段階的な見直しの検討と記載させていただきました。医療計画のローリングに合わせて実態調査等を行いまして、段階的な上限の見直しが想定されるということでございます。

16ページ以降の「労働時間短縮に向けて」については、先ほど来御議論もありましたような、まず労務管理の適正化をしていただき、先ほどごらんいただいた機能の面でB医療機関がどういう機能のところに適用されるのかを見ていただいた上で、目指す短縮の幅を医療機関ごとに見据えていただいて短縮していただくということになります。

ステップ3に赤字で記載しておりますが、前回も医療機関内でできないようなことまで計画に入れてもどうかという御議論もございましたので、その部分は医療機関内についての計画であるということ。現行の勤務環境改善マネジメントシステムの制度がございますが、この中では各職種が参加して検討するというのも手引きで御示ししてまいりましたので、そういう実態上の手順になるだろうということを追記しています。

17ページをごらんいただきますと、今のような医療機関の取り組みに対して、国として時間外労働短縮目標ラインという、いわゆるソフトローのものを設定して、なるべくAの水準に近づけていきやすくなるような取り組みをしようということですか、都道府県においては、全体的な域内の状況を把握していただくというようなことが出てまいります。

追記しておりますのは、前回かかり方あるいは医療機関の状況を住民に知らせるような取り組みも必要ではないかという御議論もございましたので、新たな評価の機能によって出てきます医療機関ごとの評価結果については、公表することによって地域住民の皆さんにも考えていただく契機となるようにということも考えられるかと思っております。

こうした分析評価あるいは支援というものは、当面2024年度を目指してB水準を超えているドクターがいる医療機関、B水準適用候補の医療機関、これは2024年時点ではBの適用かもしれませんけれども、この先必ず下げていかないといけないということを念頭に置くと、この2つが優先度が高いのではないかということで、図の中にありました部分を明確化させていただきました。

評価機能について、どのような組織かというお尋ねも前回ございました。これについては、いまだ具体的なものをお示しするに至っておりませんが、その性質上、都道府県から中立のものであるということ、あるいは医療に関する知見が必要だということから、この機能を担う組織機関について検討を進めさせていただきたいと考えております。

資料2ですけれども、先ほど2ページをごらんいただきました。3ページ以降、さまざまなデータでございます。今回精査させていただいた年の上限ラインが1,860という数字になりました。3ページは、その水準を超えている医師の割合ということで、診療科別、年代別の割合でございます。

4ページは、先ほどB医療機関の対象ということで、三次救急、救急車1,000台以上の二次救急ということも御示ししてまいりますが、その属性に絞った週勤務時間の割合でございます。



ます。

5 ページは、以前、週80時間勤務以上の割合ということで似たような体裁のものをごらんいただきおりましたが、今回お示しする暫定特例水準1,860時間を超えると推定される部分につきまして、数字を置き直しているものです。傾向としては大きく変わっていないところでございます。

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、ただいま事務局から御説明いただきました資料1と2について御質問・御意見をいただきたいと思っております。ただ、きょう机上配付で馬場構成員から参考資料ということで資料を配付していただいておりますので、先に同じ資料の説明ということで、馬場構成員に御説明いただければと思っております。お願いいたします。

○馬場構成員 ありがとうございます。それでは、参考資料とあります1枚ものの紙を見ていただければと思っております。

「非常勤医師の地域医療への貢献について」というタイトルがついておりますけれども、これは大阪府内にあります主立った二次救急病院で行いました緊急アンケート調査の結果でございます。ここに書いてありますように、1カ月の当直医師の延べ人数のうち非常勤医師の割合、この非常勤医師というのはほとんど全てが、派遣という言葉が正しいのかどうかわかりませんが、大学病院の医師だということでございます。

26医療機関から回答を得ました。この26医療機関というのは、年間ベースに直しますと救急車の受け入れ件数が約9万件になるということで、これはかなりのボリュームだろうと思っております。

ここに書いてありますように、病院平均約39.5%、延べ人数ベース約28.9%が非常勤医師に頼っている。すなわち夜間・休日救急の30~40%は非常勤医師に頼っているという結果でございます。救急車の件数9万件を単純に考えますと、約3万件程度は非常勤医師が救急を担当しているということになります。

結論といたしまして右下に書いてありますように、比較的医師の数が恵まれていると思われる大阪府でさえ、夜間救急というのはその多くの部分を大学病院からの非常勤医師で支えているということでございますので、非現実的な労働時間上限を設定いたしますと、即非常勤医師派遣の大幅な縮小を招きまして、患者の生命に直接かかわるということになると思っております。また、医師にとりましても兼業というのが重要な収入源であるという側面もございまして。

ぜひ、こういった現実を目を向けまして、拙速な改革は住民に犠牲を出すことにつながりかねないということを理解していただきたいと思っております。

また、これらの医療機関が非常勤医師の確保が結果的にできなくなった場合には、常勤医師をさらに確保しようとしたしますので、周辺自治体から医師を奪うという結果になりまして、地域間格差がさらに強くなるということが想定されると思っております。ですから、

当初の事務局案どおり、私といたしましては、B水準は1,900～2,000時間ということをお願いしたいと思っています。

純然たる説明文はここまでですけれども、もうちょっと意見を言ってよろしいですか。  
○岩村座長 意見は後ほどということをお願いできればと思います。

片岡構成員が先に退室されるということなので、もし意見がおありでしたら今どうぞ。よろしいですか。ありがとうございます。

それでは、ほかの方からも。では、三島構成員どうぞ。

○三島構成員 まず、A・B水準についてですけれども、勤務医の一般的な感覚として、A水準はもちろん現状よりも負担が軽減されるものと感じています。B水準についても、まずこの資料に挙がっている本当に長時間労働を強いられている若い医師が、連続勤務時間制限・勤務間インターバルという確実に病院から離れられる仕組みによって健康が確保されるのであれば、スタートの値としては許容される水準ではないかと考えています。

また、B水準によって若手に長時間労働が強制されることがあってはいけません。若手について本人希望に基づくC水準が適用され、そちらで本人が働き方を選べる仕組みを先ほど申し上げたように十分に担保する必要があると思いますので、その点からもC水準の立てつけとしては、これでいいのかなと私は思っています。ただ、上限水準を確実に下げていく取り組みの実効性の担保をお願いしたいと思っています。

2点要望がございまして、先ほど兼業・副業の件も話が出ましたが、どうしてそれをするかというところで給与の不安というのが、特に若手医師にあると思います。以前、提出させていただいた医学生・若手医師有志の提言書の中でも、働き方改革は進めてほしいけれども、給与の維持が本当に不安に感じているという意見が挙がっていましたので、そちらについて、いろいろ時間制限上の把握のとりまとめを整理されるということなのですが、給与の問題といった不安をどう解消していくかということもあわせて、具体的に検討していきたいと思っております。

もう一点の御要望としては、医師自身が労務管理や仕組みをしっかり学ぶ研修も、しっかり実行していただきたいと思っていますので、そういった点もお願いいたします。

あと、国民の啓蒙がかなり肝だなと思っていますので、かかり方のことは先ほど御説明がありましたけれども、本当に強力に国民に向けての発信を進めていただきたいと思えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、工藤構成員どうぞ。

○工藤構成員 馬場構成員の資料と、事務局案について2点よろしいでしょうか。

馬場構成員の資料で、数字としてお持ちであれば教えていただきたいことが1点あり、当直医師の延べ人数のうち非常勤講師の割合が示されていますが、診療時間、労働時間は何時間程度でしょうか。2点目は、「派遣」という形で書かれていますが、大学からの派

遣、もしくは自主的なアルバイト、どちらを指すのでしょうか。3点目は、当直を行う際は1人、もしくは正規職員との複数人、どちらでやっているのでしょうか。最後に、対象医療機関が受け入れている救急車の台数が年間9万と示されていますが、これは時間外の件数と見ていいのでしょうか、以上4点です。その後に事務局に質問したいと思います。

○岩村座長 では、馬場構成員、お願いできますか。

○馬場構成員 4つあったのでメモし切れなかったのも、一つ一つキーワードだけ教えてもらえませんか。

○工藤構成員 1点目は、労働時間が何時間程度になっているのか。

○馬場構成員 労働時間は、基本的には約16時間の夜間の当直ということになってはいますが、それでも、日曜日、土曜日につきましては当然もう少し長い時間入っているのですが、その時間数ですと調査が煩雑になって、今回は緊急調査ということで時間を早くしたいということでしたので、日曜日でも土曜日でも平日でも1は1ということで計算させていただきました。

○工藤構成員 2点目は、大学からの派遣かアルバイトか。

○馬場構成員 ここには「派遣」と書いておりますけれども、おっしゃられるとおり派遣という言葉はいわゆる派遣であって、本来は自由意志による兼業という場合がほとんどだと思っています。

○工藤構成員 3点目は、当直の実態。

○馬場構成員 それは各病院によって違いまして、1人当直の病院もあれば、2人当直、あるいは最高では5人当直までの病院がありますので、各病院によって違うということです。

○工藤構成員 最後に救急車の台数。

○馬場構成員 救急車の台数は、日中も含めた9万件という数は全日の合計でございます。

○工藤構成員 ありがとうございます。

それでは、事務局に。7ページ、今回赤字で入ったわけですがけれども。

○岩村座長 どちらの資料でしょうか。

○工藤構成員 資料1の7ページ、宿日直許可を受けている場合の追加的健康確保措置について新しく追加になりましたが、その2行目の最後のほうで「翌日以降、必要な休息がとれるように配慮することとする」という形になっています。もし具体的に想定されていることがあれば、お聞きしたいということが1点目です。

2点目は、9ページの2つ目の四角の2行目です。「一人ひとりの健康状態を確認し」という点と、一番最後に赤字で「所要の確認を行う」という点については、だれが行うのでしょうか。

3点目は10ページ、3つ目の四角についてです。これは意見という形になると思いますが、「1,860時間を12ヶ月で平均した時間数(155時間)を超えた際には、何らかの就業上の措置を講ずることとする」という点について、やはり月155時間を超えた場合は、複数月

長時間労働しない仕組みをつくるため、翌月の時間外労働に対しては明確な数字で規制をかけるべきです。極端かもしれませんが、翌月は45時間を上限とし、複数月平均で100時間にするという考え方があっていいのではないのでしょうか。

4点目は、12ページの3つ目の四角の2つ目、「必要な就業上の措置を講ずることを併せて記載」という点について、どのような就業上の措置を講ずるかということを確認に記載させる必要があるのと思います。これだけでは「講ずる」という言葉が入ればいいのか、邪推かもしれませんが、そのようにもとらえられます。

5点目は、17ページの一番上の四角とも関連しますが、15ページの一番下の「時間外労働上限規制」についてです。2024年の施行まで時間が5年間ありますが、これまで当検討会がまとめた「緊急的な取組」を受け、それぞれの医療機関がどう対応したのか、数度にわたり確実に点検し、その実行具合も、B水準とC水準の適用対象を決める際の重要な判断要素にすることを明記することで、「緊急的な取組」がより実効性のあるものになっていくと思います。そうすれば、時間外労働についても、どの時期までに縮減していけるか想定できますので、そのような考え方を入れていただきたいです。

最後に17ページ、新たに追記された最後の四角の評価機能についてです。「必要な医療に関する知見」と書かれていますが、その上で「地域住民が医療の上手なかかり方を考える契機となるように」ということで、地域住民に求めていく必要もあります。そのため、評価機能に地域住民や保険者、患者団体、労働組合等も入れて、医療に関する知見があるというくくりだけではなく、総合的な観点から取り組んでいく必要があるのではないのでしょうか。ぜひその点についても御検討願いたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、事務局から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 何点かございましたので、もしお答え漏れがあれば御指摘いただければと思います。

まず、7ページの連続勤務時間制限がかからない場合の休息の配慮ですけれども、これは宿日直許可のある宿日直中にあった実働の程度によりまして、ある意味義務の範囲としてはやや確定しにくい部分だと思っておりますが、連続勤務制限の代償休息で想定しているような時間休であったり、勤務間インターバルの幅で調整をするといったことが具体的には想定される場所です。

続きまして、9ページの面接指導の前の睡眠疲労の状況の検査のようなものですが、これは面接指導をなさる側のドクターがされるということになるかと思いますが、この部分はなるべく簡単にできるように、ICTで何とかならないかという点も実行上は検討していきたい部分です。ただ、実施の主体という意味では、形式的には面接指導するドクターということになるかと思いますが。

10ページですけれども、一番下の四角の155時間を月で超えていくような場合については、

翌月について45時間などの月の水準に規制をかけるべきではないかという御指摘だったかと思えます。現実問題として、今月はすごく集中して長かったということで、翌月勤務態勢で配慮をして、なるべく下げるといことは現実にもなされているかと思えますし、そういうものが望ましいということにはなろうかと思えます。しかしながら、時間数の規制としてかけてしまいますと、他方では月の上限について原則の月100時間未満というラインを置きながらも、緊急の手術であったり、救急患者さんが多かったというような地域医療の問題を想定して原則を超えられる仕組みを設けているわけですので、二月平均で一定の水準を置いてしまうのは、やや難しいのではないかと、これまでの提案とも合わないのではないかと考えております。引き続き御議論をいただければと思えます。

続きまして、12ページですけれども、36協定上臨時的な必要がある場合の記載の中で、必要な就業上の措置を講ずるといことも記載するという御提案をしております。どのようなものを講ずるかにつきましては、10ページの冒頭ですけれども、就業上の措置については面接指導をなさったドクターが管理者に意見を述べると。それを踏まえて必要なものを管理者として講じますので、ここの36協定上の措置を具体的に記載し切ってしまうというのは、なかなか難しいのではないかと直感的に思うところでございます。

16ページでございます。「緊急的な取組」を中心に医療機関がこの5年間でさまざまな対応をいただき、それについて数度の点検をして、A、Bを決める場合の参考にといご指摘でございました。この点は事務局もほぼ同じことを認識してございまして、この資料の中では「緊急的な取組」に限らず、その資料の下に医師労働時間短縮計画をつくってPDCAを回していただくということで整理をさせていただいています。この短縮計画の項目というのは、基本的に緊急的な取り組みの内容は当然に含むものとして、それについてしっかりやっていただくということが全てのベースになると思っておりますので、その実施状況をどういうタームかといものはありますけれども、確認した上で、特にBを決めるところに進んでいくということだろうと思っております。

最後の17ページ、評価機能の部分ですけれども、これについては医療に関する知見ということで御提案しております。といいますのも、医療機関において、なぜ医師の長時間労働があるのかという部分について、ただ労務管理の問題だけではなくて、地域医療提供体制の面的な課題であったり、あるいはタスクシフトはもうちょっとこういうことができるのではないかということであったり、医療分野の知見がなければどこをどうすればいいか、効果的であるかというのがわかりにくいということもありまして、こういう御提案をしております。

かかり方の観点では、いま具体的なお話のあった保険者、住民、労働組合の参画も当然に必要なと思えますが、機能としてはこの評価機能と若干違う部分でもあろうかと思えます。かかり方の部分については、どういう枠組みが必要なのか御指摘について検討させていただきたいと思えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、先に片岡構成員がお帰りになるので、どうぞ。

○片岡構成員 申しわけありません。余り練れた意見ではないかもしれないのですけれども、資料2の3ページを見ると、勤務時間が精査後も年上限ラインを超える医師の割合ということで、明らかに若手が過重労働であるというデータだと思います。40歳以下が46%になっていると思うのですけれども、また、5ページですが、そういう医師が存在している病院、大学病院だったり、救急を担う病院といったところが多かろうということかと思いますが、Cにそういう方が若手なので該当するから問題ない、現実的には大丈夫ということかもしれませんが、やはり自ら好きでこのように長時間労働している方もいる一方で、どうしてもなくそういったサイクルに組み込まれて自分では声を上げることもできなかつたり、あるいは長時間労働が常態化して声を上げる方法や、どこに言っていとか、自分の直属の上司には言いにくかつたり、あるいはそういう選択肢がなかつたりということもあると思うので、先ほど裴構成員が声を拾うような仕組みが要るのではないかということをおっしゃったと思うのですけれども、調査ということだけではなくて、今だと自分の上司か、そうでなければ労基に声を上げるという方法もあるかもしれないのですけれども、それ以外に中立な場所といますか、こういう現状がある、こういうことで困っているということを通じていけるような仕組みがあれば、より一層いいのではないかと思います。

感想のようなことで申しわけございません。

○岩村座長 ありがとうございます。

森本構成員、お願いいたします。

○森本構成員 改めて確認ですが、資料2の2ページ及び3ページの労働時間に関するデータについてです。2016年12月に行われた「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」、いわゆる「10万人調査」の12月8日から14日まで、自己申告による回答のうち、オンコール待機を除き診療・診療外及び当直の1週間のデータが、1年間継続した場合、上に書いてある年間換算時間になると提示されているものです。そのうち当直時間については、宿日直許可基準に基づく当直であるか否か、ここは区別ができないというところも含めて全て労働時間としてカウントしたものと、それから別調査の「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」、いわゆる「タイムスタディー調査」に基づく指示なし時間の割合4.4%を、前回までのデータから控除したものと理解しています。しかし、以前も申し上げましたが、そもそも1週間の医師の回答データを1年間同様の勤務が続くとして推計した場合、勤務時間が特に長いあるいは特に短い者、2ページの表で言うと左右に寄れば寄るほどデータの精度が低く、かつ過大なものになると思います。宿日直の時間が全て労働時間としてカウントされていることも含めて、3ページの若手医師の勤務時間が長いという結果にも多少の影響があるのではないかと考えます。これらのデータについて、労働時間となり得る最大限のデータであることを前提としても、時間外労働が年1,900時間を超える勤務医が一定数いること自体は理解しておりますが、1割と推計するのは少し過大であ

ると考えています。

上限時間数の設定に当たり、私は地域の医療提供体制を長期的に維持していくためには、労働環境を改善していく必要があると考えております。しかし一方で、短期的には、場合によっては相反する課題、この両方の課題を満たすことが上限時間数の設定に当たって求められていると思います。日本においては、高度かつ全ての地域において必要とされる医療体制が皆様の御努力により提供されていると認識しておりますが、現場においては医師が担うべき業務に比べて、そのソースほか特に地域、診療科ごとの偏在が顕著であり、医師の非常に高い職業倫理あるいは使命感によって、一部とは言えない苛酷な労働環境によって何とか支えられているという現状にあると認識しています。早急に医療現場の働き方を改善する方向性が示されない限り、偏重はますます進んでいくと考えており、近い将来には医療体制が崩壊しかねない状況にあると認識しています。

そのため、現在議論しているB水準の上限時間数が年1,860時間と示されましたが、上限時間数は全ての医師が目指すべきとする水準とはかけ離れた水準であり、地域医療提供体制を確保しつつ実現可能な水準として定めるためには、特に苛酷な勤務状況を改善するインセンティブとして上限時間が作用する必要があると、現状を単に追認する基準であってはならないと考えています。

その上で、例えば、「10万人調査」あるいは「タイムスタディー調査」において、特に長時間勤務となった勤務医の1カ月程度の実績のデータ比較なども提示していただくことはできないでしょうか。

また、指示なし時間の大半は宿日直部分に当たるのかという点についても、わかればお答えいただきたいと思います。

以上です。

○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 それぞれお答え申し上げます。

データの問題につきましていただいた中で、平成28年12月に実施しました勤務実態調査の1週間のデータを1年に延ばすのがどうなのかということでございます。これにつきましては、例えばマクロの統計で就業構造基本調査というものがございしますが、この中でふだんの1週間の就業時間をとっております。これは医師に限らず、さまざまな職業について聞いておりますが、この場合、ふだんの1週間ということで75時間を超える就業時間が医師については15%程度ございます。この75時間以上というのは、お示ししているグラフと同じように計算しますと、年間で1,680時間を超えるようなところが15%ぐらいいるということで、分布としてふだんの週がそうだとやっている別のマクロの統計と、お示ししている勤務実態調査とで、長時間の者の割合がそれほどかけ離れているものではないだろうと思っております。

それから、B水準でいただいた御意見ですが、B水準1,860時間というのが目指すべき水準とかけ離れていて、特に苛酷な勤務の医師を改善するものとすべきだということござ

いました。事務局提案は、繰り返しになりますけれども、目指すべき水準は960時間であるということを改めて申し上げたいのと、特に苛酷な勤務の医師について改善するということは事務局も同じ思いでありまして、上位2万人相当の特に苛酷な部分を改善していくという目標で2024年の水準を設定しているということでございます。

○堀岡医師養成等企画調整室長 引き続き、データの部分について。調査票自体が1週間分しかないので、データの限界ということで1カ月に伸ばすことができない、同じことになってしまうということでございます。

先ほどの指示なし時間をどこから引いたのかということは、全ての調査票の診療時間外時間から引いているので、診療していない時間が勤務時間の中にあるのか、外にあるのか、また当直帯にあるのかということは問わずに引きましたという事実だけお答えさせていただきます。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

それでは、渋谷副座長どうぞ。

○渋谷副座長 最初に一言言って、その後、馬場構成員の資料に対するコメントと事務局に質問があります。

前々回、骨子の中に、長時間労働の医師の自己犠牲に支えられている我が国の医療は危機的な状況にあるという現状認識を共有しようという一文が入ったわけです。例えば、罰則つき規定をつくるということは、使命として頑張っている人が罰せられるのではないかという議論が一部にあります。頑張る人が頑張れるようにするためには、ここで議論したように適切な労務管理が必要だし、頑張る人が頑張れなくなるまで放っておくのは頑張っている人の思いを無にするだけなんです。本来であるならば、医療界で自らこうした過労死や疲弊することがないように対策をしなければならなかったにもかかわらず、それをしてこなかったわけです。できなかったからこそ、刑事罰を抑止しようという方向性になったわけですね。自主的にこの問題を解決できるのであれば、なぜ今までできなかったのか、どうやったらできるのかを立証するのは、まさに我々医療界、現場の先生の責務であって、それができていない現状があるわけです。

その上で、馬場構成員にコメントなのですが、今の労働時間上限設定は医師派遣にかかわるし、医療体制がもたないと。この議論はよくあるのですが、医療機関が24時間365日患者のために使命を全うする使命と特殊性という話と、医師を過重労働させること、すなわち使命を全うするための必要条件というのを同じ土俵で議論すること自体が間違っている。つまり、救急について言うのであれば、医療機関同士の連携や情報共有、病院ごとに閉じたシステムでは基本ないです。地域システムとして対応すべき問題です。それは当たり前だと思います。だから、先生のおっしゃる医療が問題、すなわち入院中の患者に問題が起こるといっているのであるならば、持っている先生方、持っている病院のリソースのインプット・アウトプットがかみ合っていない、要は経営資源管理の基本的な能力の問題、経営の問題です。だから、自分たちの施設の持てるキャパシティでやれ



ることとやれないことを踏まえた経営をすることがまず必要だと思います。

ただ、その上で、先生がおっしゃるように施設のキャパシティを超えて地域内で医療ニーズが発生しているのだとすると、それはもう地域医療計画の話ですよ。それは先生方の個人の問題ではなくて、行政の問題になるわけです。それは裴構成員が毎回おっしゃる、個々の病院でできないものは国あるいは行政がやっぺいこうと。それを単独の病院施設に責任を負わせるように先生が感じることは強く反対しなければいけないし、むしろ労働時間制限は反対すべきではないと思うんです。そこをごっちゃにして、あたかも医師の時間が限られた資源であることを理解しないで、患者さんの命を人質にした神風特攻隊的な話ばかりで、現状維持と経営者の視点でそこには医者や患者さんの姿がないんですよ。そこが、今の資料と先生の考え方で一番の問題だと思います。

それから、もう一つ事務局に質問ですけれども、なぜ、いつの間にか10%のカットオフになっているのですか。昨日これを全部読んで、議事録も見たのですけれども、何で10%の値なのか。1,944で新しく集計して10%をかけたら1,860になったというロジックを教えてください。私は不勉強なのですが、昨夜これを全部読んだのですけれども、そこが全くわからなかったのて、もう一回教えてください。

○岩村座長 では、事務局でお答えをお願いしますでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今回、御提案させていただいている1,860時間というのは、960時間の幅から大幅に超えているということは我々も十分認識しております。今回のものは、実態調査で事務局で一定の仮定を置いて可能な限り労働時間に近くしたものでございますが、5年間で改革を最大限見込んでここまでは実現できるというラインで、それが上位10%の基準と判断して提案したものです。

理由は、例えば、さまざまなデータを私どもとしては頑張って議論の俎上にのせたつもりでございます。例えば、資料2の5ページですが、今回1,860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合は、大学病院の88%、三次救急の84%です。今回B医療機関の要件として御提案している救急車1,000台という基準でも、52%が1,860時間実際にいてしまうという状況がございます。これがいいというものでは全くないです。ただ、現状いてしまうということを言っています。

さらに、3ページもなかなか衝撃的なデータですが、週勤務時間が精査後の年上限ラインを超える医師の割合、つまり1,860時間を超えて働いている医師を診療科別に見たものでございます。例えば、産婦人科は20.5%、つまり産婦人科医の5人に1人は、5年後に禁止ラインとなる基準を超えて働いてしまっているという現状にあります。外科系は14.2%、救急14.1%です。

前々回の資料にもお示しいたしましたけれども、第18回の資料が前にあると思いますので見ていただきたいのですが、資料2の14ページでございます。左側に週勤務時間100時間のケース、いわゆる3,000時間近く働いている先生でございます。右側で週80時間、これは大体1,900、今回の基準に近いような基準でございますけれども、そこにまで改革するため

にどれくらいやらなければならないのかというイメージ図でございます。これは方々で、私は先週も心臓血管外科学会でこの話をいたしましたけれども、非現実的だと非常に厳しい御指摘をいただいておりますが、それくらい厳しいものでございます。

例えば、医療従事者一般が実施可能な業務に係るタスクシフトで7時間、特定行為のパッケージ化、医師の包括的な指示で医療に関するものをできるだけ包括的にタスクシフトするという枠組みで今回つくっているパッケージ化で、これを1万人近くつくるといったことをいろいろ踏まえて、初めて3,000時間の人が1,900時間近くまでとなるものでございます。非常に厳しいものだと思っております。

○渋谷副座長 いいですか。まだロジックを立てるならどうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 もうちょっとだけよろしいですか。今回御提案している上限というのは、先ほどハードローというお話がありましたけれども、労働基準法上罰則のかかる上限という性質があります。そのため、地域力を確保するという観点から、実現できるギリギリのものだと確保しております。繰り返しになるのですけれども、医政局として挙げて医療界の働き方改革に取り組みないと、これでも達成できないレベルだと考えております。

先生御指摘の点は前回も御指摘いただいたので、きちんと受け止めさせていただきたいと思うのですけれども、今回事務局として1,860時間を提案するために必死に考え抜いた結果でございます。これがさまざまなデータ、今申し上げたものは不十分かもしれませんが、提示させていただいたものでございます。

○渋谷副座長 それに対して意見が。1つ目は、先ほど馬場構成員の資料に対して言ったコメントと同じことを言いたいのですけれども、医療機関のレスポンスビリティ、つまり24時間365日対応する使命と特殊性と医師を過重労働させること、使命を全うするための必要条件を全く同じように考え、要は患者の命を言質に、後者を軽んじている発言だと思います。

その上で、私が今聞いた中では大変だ、苦しい、これでも重い、全然定量的なデータないんですよ。だから、10%のロジックを今聞いても全くわからないんです。では、逆に質問しますけれども、2012年の総務省の就業構造基本調査によると、お医者さんが一番長いですよ。年間960時間を超えている人が42%いるんです。次が運転手さんで39.9%。最近、政府のほうでトラックドライバーの上限時間960時間、40%の人が超えているではないですか。では、40%でいいではないですかという議論になりませんか。そこと10%の違いが私は全然わからなくて、なぜ10%なのか、もう一回説明してください。

今、大変だ、苦しい、学会に行って非現実的だと言われたというのですけれども、では、その10%をやることで何が起こって実際にどうなるか、全く定量的な議論がないではないですか。そこでいきなり10%が出てきて、それがあたかも既成事実かのようになって、これで本当に議論を尽くしているのですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 繰り返しになるところと繰り返しにならないところがあ

るのですけれども、もう一度先ほどの前回資料2の14ページをごらんいただきたいのですが、我々はこの14ページを提示するのに現状の医療提供体制等がそのままでは全く思っていないし、ましてや若手の勤務医の命が軽いなどということは全く思いません。だけれども、勤務医の健康を守ることと地域医療を守るとは絶対両立しないといけないとは思っております。

その中で、3,000時間ぐらい働いている人というのは、当直時間が7.8時間、診療外時間18.8時間といった時間もあります。こういった時間も大幅に削減しないと、週80時間というのは達成できないんです。これは医療機関の連携や機能分化を進めないといけないものです。それと、5年間という医療機能の集約化がどこまでできるかということとの勘案で。

○渋谷副座長 だから、10%はどこから出たのですか。どういう議論で10%を持ってきたか教えてほしいんですよ。今言ったのはいいですよ、わかります。ただ、どこから10%という数字が出たのかを教えてください。

○渡邊医療経営支援課長補佐 同じ資料をごらんいただいて3ページですが、勤務時間分布、従前まで見ていただいていた青いグラフです。この上位10%を指しています。

○渋谷副座長 だから、何で10%という値だったのかの根拠を聞きたいだけです。

○岩村座長 では、総務課長から手が挙がっていますから、お願いします。

○北波総務課長 お言葉を返すような形になると思うのですが、トラックドライバーとの比較ということでおっしゃっておられますけれども、医師の場合につきましては、非常に高度な専門性があるという話がございます。先ほどからBの基準とかでも、限定の要件のところでも事務局からも提示させていただいておりますが、診療科によっては大体不可能なお医者さんもあるということなので、要するに、運送業につきましても、確かに長時間労働の方が多いという中で特別な基準がつけられましたけれども、事情が全く異なるということがございます。

もう一つは、前回の資料2の3ページで分布を申し上げました。10%がどうロジカルなのかということですが、一方で、どのようなことを考えれば達成可能なのかということも総合的に考える必要があると思っております。そういうことから1つ申し上げますと、4ページの図式をごらんいただきますと、改革のイメージというものが書いてございます。基本的にはこれは法的な上限でございますので、それ以上に働いておられる方を1人もいない状況にするというところが、この5年間でどうやってやるかと。これにつきましては、医療機関の理解と改革への努力を促していくという政策判断もあると。そういう中で、今回提示させていただいたのが、前回であれば1,900~2,000時間、今回につきましては計算し直して1,860と10%程度の方について、それを全て上限内におさめていくと。その後は36協定で、各医療機関で適当なところを労使で決めていただくという構成で提案しているということでございます。

○渋谷副座長 2点。1つは、今おっしゃったのはトラックドライバーと医者は違うと。代替がきかないし、人の命がかかっているという議論ですよ。2つ目は、やはり10%が

よくわからない。10%だったらまあまあいいのではないかという議論で終わったと思いますけれども、前者に対して、過重労働で死ぬ命の重さというのはトラックドライバーも医者も同じなわけですよ。そして、過重労働で起こる結果、事故、トラックドライバーで失われる命の重さも、患者と交通事故で失う被害者も何ら変わらないんですよ。だから、前提としてそういう発想で物事を議論していることに私はびっくりした。

もう一つは、労働時間の上限規制というのは、前々回ですか、福島構成員に、そこまで働かされる時間を定めたものはないとはっきり言っていただいて、私もスキッとしたのですけれども、ただ、規制を超えて働かせるということは刑罰にして抑止しなければならないほどの残酷なラインなわけですよ。2,000時間というのは余りに多くて、1,500とかも結構大変だというのが出てきたのですが。だから、当たり前のこととして、上限規制よりはるか下のラインで適切な労務管理としての時間、そこは960なのかどうか知らないですけれども、そのラインと上限時間がいわゆるバッファーなわけであって、適切な労務管理をしている状況において十分なバッファーがあれば、万が一急患や入院患者の急変があっても、バッファー内で処理できるような体制をつくる、それが経営だと思います。それが地方ではギリギリだったら、どういうふうに地域医療体制で回すかという議論がすごく欠けていて、具体的に10%やったときに大学病院とかいろいろあるから大変だと言うけれども、結局その部分が変わらない限り現状維持以外の何物でもないと思います。

それからもう一つ、今おっしゃった10%を目指してやる、それはわかるのですが、私が聞いているのは、10%はどこから出てきたのかということがまだわからないという、それだけです。

以上でやめます。

○岩村座長 それでは、先ほど来お手が挙がっていた馬場構成員、お願いします。

○馬場構成員 意見が2つと、質問が1つございます。

まず、1つ目ですけれども、そもそも9時間のインターバルあるいは24時間プラス4時間の連続勤務時間制限、100時間超え医師に対する面談という仕組みを導入するときに、これは相当厳しい基準であると申し上げました。

しかし、これを当然受け入れていかなければいけないと。それにはBにおいて相当長い時間を超勤上限に設定することが必要と申し上げました。1,900から2,000時間でも絶対大丈夫とは言えないのですけれども、まず、これならば実現可能で、かつ地域医療が崩壊せずに国民が死なないラインと私は思っています。一見高い数字にも見えますけれども、アメリカのレジデントに対する制限と同水準の数字ですし、しかも、実際に施行されてから見直しを今後受けるわけですから、ひょっとして結構早い時間にもっと低い上限にできるかもしれないし、10年と言わずもっと短い期間で960になるかもしれないと思っています。ですけれども、スタートラインは安全なラインとして国民が死なないラインでスタートすべきだと思っています。

それから、これに関しましては、日医を中心に医療界の意見をとりまとめた意見書の中

に、てんびんの図があったことをぜひ思い出してほしいと思っています。勤務医の健康確保と地域医療の確保というのはどちらも大切な枠であり、どちらが大切とかそんなことは絶対に言えないと思っています。施行してみないと実現可能かどうかわからない理想的な超勤上限時間にこだわって、国民に死者が出るような過ちを犯してはならないと思っています。絶対に医療が守られるという根拠なしに、この時間を引き下げる議論はおかしいと思いますし、それは施行後の見直しの機会に行うべきだと思っています。大事なことは国民の医療を守ること。しかも、そのために医師が犠牲にならないこと。そのためにインターバルや連続勤務時間制限、医師による面談という安全装置を創設して、さらに定期的に見直しを加えていくという仕組みをつくるのが本当に大事だと思っています。

逆に言いますと、1,900~2,000時間というラインが確保できなければ、9時間のインターバルあるいは24時間プラス4時間の連続勤務時間制限といった枠組みから再議論が必要になると私は思っております。

先ほども申し上げましたように、兼業ということも考えますと、かなり高い水準が必要だと思いますので、ぜひ当初の事務局案どおり、B水準は1,900~2,000時間をお願いしたいと思っています。

重ねて申し上げますけれども、施行後の見直しのほうが私は大事だと思っています。

2つ目ですけれども、資料1の14ページにB水準の医療機関の絞り込みについての案が出ておりますけれども、この中で三次救急医療機関については、これでまず問題ないと思うのですが、二次救急医療機関かつ年間救急車受け入れ台数1,000台以上かつ云々とありますが、年間受け入れ件数1,000件というのは、日中も夜間も含めた数ですけれども、この1,000件というのは少し乱暴な数字のように感じます。それこそどこから出てきたかわからないような数字ですし、三次医療機関へのアクセスの違いや当直医の数も違いますし、地域性もあります。特に夜間救急のあり方はここに大きく左右されると思いますし、本来医師の超勤時間に対する措置ですので、せめて夜間救急の件数や時間外の入院患者数、夜間・休日にどれだけ負担があるかという基準を加えてつくってほしいと思っています。

また、例示の中に小児救急というのがありますが、ここは精神科救急について触れていませんが、これについてもぜひ例示を御検討いただければと思っています。

最後に質問ですけれども、前回の第18回の資料の一番最後にあります副業・兼業の促進に関するガイドラインということで、平成30年1月ガイドライン策定とありますけれども、このガイドラインは勤務医に関しても有効であると考えてよろしいのでしょうか。

○岩村座長 最後の点については基準局かと思しますので、お願いいたします。

○黒澤労働条件政策課長 ただいま御指摘いただきましたガイドラインに関しましては、特段の対象となる業務・業種は限定しておりません。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

それでは、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 改めてのお話なのですけれども、この検討会に参加している先生の中で、

今の医師の働き方がこれでいいと思っている人は多分どなたもいらっしやらないと思います。

それを前提として、目指すところA水準ですけれども、これは960時間だと。それを目指していくのだということも多分、全ての先生の合意なのだろうと思います。その上で、当面の暫定特例をどのくらい水準にするかというところで今、いろいろな意見が出ているということで、地域医療を支えるということで、先ほど森本構成員から医師の偏在や診療科の偏在であるとか、本当に今の医療現場に大きな課題があるということで、違う検討会の中でかなり踏み込んだ偏在対策や診療科も含めて議論していますし、外来診療についてもかなり踏み込んだ議論をしていると。そして、先ほど渋谷副座長がおっしゃったような一つ一つの医療機関だけではなくて、地域の中できちんとした連携をしながら、地域の中の医療体制をどう守るかという議論もしていますと。それを横目で見ながら、こちらの上限の水準をどの程度にセットするかという話になるのだと思います。

★2:21:04 山本構成員から前回アルバイトのお話が出て、今回馬場構成員から先ほどの例が出てきて、これは緊急の調査結果ということなので、これだけを見て絶対的に何かを言うことはなかなか難しいと思うのですけれども、私も山本構成員には申し訳ないのですが、多分資料2の5ページを見ると、今1,860時間を超えると推定している医師がいる病院というのは大学病院です。大学病院は労務管理を今までやりやっていますでしたというお話があって、大学病院がしっかりとした労務管理をしてくとどういうことが起こるかという、自分の病院を犠牲にして外の病院を支えるということをしなくなると。これは、今までも大学病院の医師がいなくなって地域から医師を引き上げるということを大学がされて、本当に地域医療に大きな影響が出たということもありますので、大学病院がしっかりとしたまづは自分の88%の方が1,860時間を超えているということになると、ここをしっかりと管理すればするほど、外には病院から派遣しないということになる可能性がある。

先ほど三島構成員がおっしゃったように、若い先生は若い先生で生活がかかっていますから、そうなれば何をするかというと、わからないところでそういうアルバイトをするということになってしまえば何のための働き方改革かわからないと。きっちり働いている若い先生がどういう働き方をしているかだれもわからない中でそういうことが起こってしまうというおそれもあると思います。

私は、ゴールについてはまさしく渋谷副座長がおっしゃるように、私ども医療界がしっかりとした医師を守るための働き方ということを取り組んでこなかったのではないかと。それについては我々医師会は平成20年から医師の勤務環境を守るということをいろいろやってきましたけれども、十分ではなかったと。我々が出してきたいろいろな資料についても、全く現場で浸透しなかったというのは我々の責任もあるのだと思いますけれども、本当にいろいろな課題がまじって今この医療の現状がある中で、理想というものをどの程度のスピードで実現していくかというのは、すごく大事だし、できるだけ早急にしていくべきだとは思いますが、急激な変化が起こってそのことが大きな医療現場にいろい

ろな混乱を生じるということは好ましいことではないのではないかと感じています。

したがって、渋谷副座長もいわゆる科学者でいらっしゃるのでエビデンスということで、この10%の議論についておっしゃるのは私もよくわかります。しかしながら、正直何時間だったら大丈夫なんだとか、何時間なら医療崩壊するののかというエビデンスもない中の議論なので、まずは少しずつ上限を設定して、それはかならずB設定というのはなくなるわけですから、そのスピードとできるだけ現場の努力で早めていく必要はあると思いますけれども、スタートの時点少し余裕を持ったほうがいいのではないかと感じておりますということだけ申し上げたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

先に裴構成員からお手が挙がっていましたので、どうぞ。

○裴構成員 私からは2点です。

先ほど渋谷副座長、今村構成員のお話とおそらくかぶると思うのですが、そもそもこの改革の大儀は何かという、非常にマインドセットみたいな形になるのですけれども、今まで何もしなかったと。これ以上放置することは許されないという待ったなしの状況であるから、このまま何も結論を出さない、何もしないというのは選択肢としてあり得ないというのは皆さん一致されていると思います。これまで無制限の労働、または無制限のある意味強制労働されてきた実態に対してメスを入れると。そのメスの入れ方を強く入れ過ぎると当然副作用もありますし、出血多量になってしまうと。では、どういうふうにメスを入れるのかというあんばいを今議論しているところだと思います。そして、5年かけて一部の病院は除きますけれども、960時間以上働くドクターを日本から1人もなくすという大きなゴールが設定されております。当然一部の例外、特例水準もありますけれども、それは経過措置も十分講じるという形で今進んでいる状況だと思います。

そうなりますと、何もせず放置するということは医療界をますます悪化させるのは間違いない事実だと思います。となりますと、特に若い先生、特に長時間労働されている先生にフォーカスを当ててトレードアクションプランをやっていくという現実的な視点も今回は必要かなと思っています。

2点目ですけれども、地域連携または複数施設の連携は今まで何度もお話しさせていただいたとおりです、やはり働き方改革の本丸の一部は、病院単体、ある意味私は働き方改革は病院管理の近代化ではないかと思っています。つまり近代化で必要なのは2点ございまして、1つは労務管理の徹底です。これまでされていなくて、我々はエビデンスにこだわる職種であるのに、労働時間のエビデンスはほぼなかったと。実際に1月の検討会でしょうか。労務管理をしっかりしている病院は実質4割ぐらいだったという驚愕の数字が出たわけです。そして何も講じていないというのも3割近くあると。そうなりますと、経営の分野からしても非常におくれている部分でございます。となりますと、Evidence based medicineというのがはやっていきますけれども、これからはEvidence based managementのほうにシフトしないと、なかなか病院経営は立ち行かなくなっていく。つま

り、労務管理をしっかりしないと、当たり前ですけれども働く人から選ばれなくなってしまふという当たり前過ぎる結論が待っているわけです。ですから、労務管理をしっかりしていただくというのがメインエンジンの1つ。

2つ目が、タスクシフトですけれども、タスクシフトはこれまで方法論がたくさん議論されていますので割愛させていただきけれども、タスクシフト、労務管理の2つに共通するファクターは何かというと意識改革です。我々経営をやっている中で意識改革が一番難しく、一番時間がかかります。となると、早目にできるところから手をつけるというのが意識改革の鉄則でございます。

全員が右向け右に一気に意識が変わるということは、まずあり得ません。となりますと、意識改革をどうやるのか。意識改革のターゲットは2つございます。1つ目は管理者です。今お話しした病院経営または病院運営の管理者、それもある意味強制力を働かせながら今、意識改革をやっていると。

2つ目のターゲットは非常に大事ですけれども、医師本人の意識改革です。意識改革をするときに我々が気をつけているのは、いわゆる論理的なアプローチ、こういうデータだから、こういうことだから意識を変えなさいよというのは意外に効果的ではございません。何が効果的かということ、どちらかということ情緒的なアプローチ、例えば、きちんと休まないのはかっこうわるいとか、きちんと休ませないのはいけないとか、そういう環境要因を左右することで、一種の職業人かたぎとかそういうものが変わってきます。やはり職業というのは人から見られて、人から賞賛されてなんぼの世界もございますので、自ら意識を変えていくのは結構難しい。となりますと、ぜひメディアの皆様にもそういった形で御協力いただきたい部分があるかもしれません。環境因子、環境要因から意識改革を進めていくことが非常に大事です。となりますと、これは恐らく実行段階の話になると思うのですけれども、例えば、これから医師本人に働き方改革、きちんと休む、きちんと休ませるということを厚生労働省さん、または勤改センター等々が情報発信していくと思うのですけれども、まさにそのプロモーション戦略の際に、どちらかということロジカルな話ではなくて、さっき言ったイメージをつくっていく情緒的なアプローチでぜひやっていただきたい。具体例をつくったり、そういったことが非常に効果的だと思っております。

以上、2点でございます。改革の大儀は何か。2つ目は、病院単体でできることはまず早急にやらなければいけない。いずれにしてもこの改革はゴールではなくてスタートであると。そのスタートの第一歩というのは大きい一歩か、小さい一歩か、当然ながらいろいろな議論があると思います。ただ、一歩を踏み出さないことには何も前に進まないと思っております。もうこの検討会は3月末ということでカウントダウンが始まっておりますので、その時間軸、延期はないと思っておりますので、しっかり我々一度認識したいなと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。



それでは、戎構成員どうぞ。

○戎構成員 私からは2点なのですが、まず1点は、私も一国民としての視点で、どんな職種の方も、どんな仕事の方も、その仕事の中で高度なことをやられていると思うので、全ての命は平等だと思っております。

そして、医師と一緒に働く者として、そして将来的に私も患者になるかもしれない立場として御意見させていただきます。

まず、今回資料1をまとめてくださったこと、お連れ様でした。4ページに書かれている医師についても一般則と同等の働き方を指すという視点に立って一般則と同じ時間数とするというところがしっかり明記されていることと、5ページ、16ページを見ていただいてもわかるとおり、2024年から自分たちが目指している場所が一般則に近い960時間を目指してこの5年間で改革していくんだよというところをしっかりと明記して下さっているのが、より現実的に皆さんに理解していただけるところではないかと思っています。

今現在の医師数というのがリミットがあって、将来的には2036年には確かにふえていくかもしれないのですけれども、私は今一緒に働いている医師にもこの改革によって通常的生活に戻っていただきたいなと非常に思っています。いろいろな資料の中から、医療が分散すると、そこに必ず医師が必要になりますし、そこに看護師も必要になって、いろいろな職種が必要になってくると思います。この資料の中にもありましたとおり、B水準に当てはまる病院が三次救急であったり、二次救急であったりというところは、医師をより集約化していかなければ、命を助ける面においても医師の働き方の改革がされないままでB水準だけというのは非常に困難なことを強いるのではないかと考えています。

ですので、17ページの医療機関取り組みのバックアップという面に関しては、集約化を進めるような取り組みを都道府県であったり国が少し前向きに何かしら調節していただけたらいいのかなと思っています。医療の集約化は医師だけではなくて、実は看護師やほかの専門職にもいい影響があります。なぜなら、場所が分散されていると患者さんの専門的に診る質が下がります。なので、できるだけ集約化、例えば小児科にしても、産科にしても、小児を診る率が年間で下がると、それだけ小児を専門的に診る質が担保できなくなってしまいます。なので、できるだけ集約化を進めていただいたほうが、命を助けるだけではなくて、命が助かった後にその患者さんがどのように生きるかというところまでを考えたら、集約化というのは国民も一緒に考えられるところではないかと思っています。少しでも患者さん本人の意向を踏まえた医療を提供するためには、それなりにそこに人員を割かなくてはならないし、時間も割かなくてはならないので、この集約化を進めると同時に、もちろん患者さんの地域のアクセスが途絶えてしまうと地域医療に直結すると思うので、そこを国の施策でできるだけアクセスをうまくしていただけるような取り組みを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、中井参考人どうぞ。

○中井参考人 2,000時間も働いている医者が10%もいるときくと私もびっくりするわけですが、なんでそんなことになっているかを考えてみると、医者が少ないわけですよ。勤務医が不足しているからそうなっているわけです。その件に関して渋谷副座長がおっしゃるように病院管理者が今まで怠慢だったわけですよ。勤務医をふやす努力をしてこなかった。皆さん、何で勤務医がいなくなるか、医者だったら知っているのですけれども、待遇が悪いからです。だからいなくなるんです。例えば、公的病院は約50%あるわけですが、その給与体系は大体年齢、経験で本給が決まっています、診療科は関係ないわけです。一生懸命救命とかしていても、暇な科でも本給は同じです。それを何の是正もしないで来たわけです。私どもは整形外科の医局なのですけれども、10年、20年やって先端医療を身につけて、2,000時間も働いているかもしれない。そういう先生に東京だとビルの中でこんなところがあるよと、ここでやりませんかと言われると、そっちのほうが高いわけですよ。そっちに行ってしまうよ。だからいなくなってしまうわけです。私どもの整形外科の医局で平成元年から10年までに90人入局しています。今は45～55歳ですから、みんな働き盛りですよ。残っているのは39人ですよ。あとみんな開業したかという、そういうわけではないけれども、一線ではもういないわけです。そういう状態が現実起きていて、10%の医者が2,000時間も残業しているんですよ。そうしないとやっていけないから。国民皆保険で応じざるを得ないですよ。それを何とかこれを機会に勤務医の待遇を改善するような努力をしていくと。それには医師会の御協力も得て、診療所医療から病院医療に診療報酬をちょっと移してもらおうとか、そういうことも必要かもしれないけれども、まず第一にきちんと本当に森本構成員がおっしゃったように、犠牲を払っている人たちがいて、その人たちにきちんと処遇していない。処遇するようなことを我々は怠ってきたわけです。これから5年間、病院管理者の責任として皆待遇をよくする、処遇をよくする努力をしていきたいと思えます。それには少し余裕を持っていただかないと、先ほど10%はどうなの、本当に患者は困ると言われても何とも言えませんけれども、あとの世でこの検討会が医療崩壊のターニングポイントになったというそしりを招かないようにしていただきたいと思えます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、鶴田構成員、お願いします。

○鶴田構成員 資料1の11ページに都道府県の役割が書いてありますけれども、前回の資料4の4ページに、時間外労働の上限規制と追加的健康確保措置の関係ということで、都道府県にいろいろな役割が付加されるということなので、全国衛生部長会を通じて各県の意見を聞きました。そうした中で、幾つか意見がありましたので御紹介したいと思います。

1つは、地域医療を確保するという我々の役割があるので、医療機関の指定については都道府県が責務を果たさなければならないと思えます。ただ、その場合に、余り各都道府県で格差が起きないようにある程度の全国的な基準は示していただきたいということをお

願いたいと思います。

現状では今まで労働時間については、労働基準行政が担当し、都道府県は担当していませんので、そういう部分について都道府県が何をやるべきか、今後、医事法制を変えられるとすれば、それを都道府県の権限として記載するとか、我々がやれる条件を整備していただきたいと思います。

先ほど述べた資料1の11ページには、確認を行う主体は都道府県と書いてあって、確認だけではなくて今回の改正において都道府県のすべき役割というのが幾つかあると思いますので、その点についても各都道府県の意見をよく聞いていただきたいと思います。

全国知事会とかいろいろありますけれども、今の状況では人とかノウハウ、財政的な問題とか権限とかいろいろ課題がありますので、そういうものを今後医事法制を法改正されるのであれば、その点を配慮した上で対応していただきたいということです。よろしくお願います。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、城守構成員、お願いします。

○城守構成員 なかなか熱い議論が起こっていますけれども、B水準に関しての上限をどういう形で設定していくのかというところで意見が分かれるということであろうと思います。馬場構成員がおっしゃるように、我々医師会もそうなのですが、患者さんの命とドクターの命と、地域医療という難しいバランスをどうやってとりながらよくしていくのかということが求められているわけですが、実際問題は渋谷副座長がおっしゃるように、今まで余り何もしてこなかったのではないかと。だから、強制的にきつく設定するという御意見もわからなくはないのですが、やはり現場の人間からすると、医療というものは一度提供体制が壊れると元に戻すのに数十年以上かかるという不可逆性がございまして、やってみればいいではないかという問題ではないという御理解はいただきたいと思います。

そういう中においても、エビデンスに基づいた一定の上限時間の設定は必要になることは事実です。そこは事務局が頭をひねっていただいて、前回の資料からもこういう時間設定をしてもなかなか難しいのだという説明をいただきながら苦労してやってきたというストーリーを一つの根拠として受け入れる必要があると思います。というのは、ほかに根拠がないわけですから、バナナのたたき売りをしているわけではないので、そういう形にして一定の時間設定をし、それを最終的に労働時間の適切な管理、減縮につながっているのかということが1点。

もう一つは、常に言っていますけれども、地域医療の提供体制の状況が悪化していないのかどうかをしっかりと把握する。その項目ないしはポイントを同時にしっかりと事務局にはつくっていただきたい。

この2つを見比べていきながら最終的には向かうべきA水準に持っていくしか方法はないと思います。そのときに先ほどの先生もおっしゃっていましたが、タスクシフト

も含めて、この会では余り話が出ませんけれども、多大な財源が要るということは事務局はよく御存じだろうと思いますが、その要望もしっかりとあわせてしていただきながら、地域医療の提供の把握と、労働条件の把握、この2つをしっかりと把握できるような評価体制の構築をお願いしたいと思います。要望です。

○岩村座長 渋谷副座長。

○渋谷副座長 名指しされたので。私はやってみればいいのではないかと一言も言っていないですよ。私は、わからない、先生がおっしゃったように、これは崩壊するかもしれないし、崩壊しないかもしれない、わからない定性的なことをやっている限り神学論争しかならないんですよ。だから、どうなるか、10%は何なのか、その根拠は別に学者でなくても資料対ではないですか。根拠がないことを、それしかないから受け入れるしかないというのでは何でもありですよ。私はそうしたくないから、それを詰めて根拠を教えてください。納得できれば私も絶対にサポートするし、裴構成員がおっしゃるように前に進めなければいけないんですよ。私はその数字にこだわっているわけではなくて、その数字が出てきた根拠とその影響が全く見えないから、本当にこのままでいいのかということで申し上げたわけで、やってみればいいなんて無責任なことは一切言っていない。そこだけは誤解を解いておきたいです。

○城守構成員 先生、お言葉を返すようですが、全くわからないということでは私はないと思いますよ。一定程度、先ほど事務局も申しておられたと思いますけれども、非常に苛酷になっておられる労働条件の人は少なくとも最大限カバーして、労働時間を減らしているという割合が一定程度いると。その中においての10%ということもありますし、また、そのためにどういう対策をとれば、どういう時間の縮減ができるかも取り組みとして提示しているわけですから、何もしていないわけでもないし、これは見えても本当にできるのかなということですよ。ですから、決して生ぬるい改革案だとは思わないですね。

○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 最初に感想というか、私は目指すのが960もきついなと思っている人で、360でいいではないかと思う人です。昔、2,000時間くらい大学で働いていましたけれども、ある病院に赴任したら、ほとんど360以下、毎月10時間くらい残業するかなみたいな病院で、忙しいのから暇なのはすぐになれました。人間すぐなれるものだなと。しかも、給料が一般病院のほうがいいんです。だから、バイトしなくて済むし、本当に7時ごろから暇でバドミントンをやったり運動して、物すごく健康的な生活をしました。大学に戻って失敗したかなと思っています。

それはさておき、今回の資料1の健康確保措置について、Cのところでも言ったのですが、医師の面接指導は非常に効くとは思いますが、これをよりよく効かせるためには、今の働き方改革のところでもそうですけれども、普通の安衛法における衛生管理者みたいに週1回とかでも見て回る人がいればいいなと思います。コメディカルですとか、あるい

は事務方でも衛生管理者の知識を持っていれば、うちの病院では週1回ちゃんと回ってまわっていますけれども、先生にああだこうだという情報を上げてもらうということはすごく役立つと思います。より実効的な仕組みにするためには、そういう病院の中のチームみたいなものを育てるといいますか、5年の間にそういう仕組みづくりをしてはどうかと。

それから、健康管理をやるときに、これは前回も言いましたが、ドクターストップをかけるときはかわりのドクターの手当がないとできませんので、働くなど言ってもかわる人がいないとなって、病院側も困るみたいな話になります。

それから、普通の病院ですと大学病院に応援を頼むということになるのですが、今村構成員がおっしゃったように、大学病院も今、医師の働き方改革が厳格化されると人を出さなくなるというか絞ると思います。全く出さないというわけではなくて、大学病院も背に腹はかえられないと思うので、自分のところの労働力を確保するためには、人を派遣する確率が減ると思うんです。ですから、どう確保するか。ドクターストップをかけたときに同じ病院内で確保できない場合、県に頼むとなっていましたけれども、県でも医師の偏在でずっと足りない県が出るという報道がありました。県に頼んでもだめということで、そこをちゃんとやるのがどうか。

今この資料の10ページを見ると、措置の内容が出ていますのでけれども、こういう措置をして、これは多分いろいろな措置をやるのですが、やりっ放しになってしまっただめで、これがちゃんといったのかとか、そうでないと病院に意見書でこういう措置をするのがいいと思いますと産業医は出すわけですけれども、あくまでも措置をするのは多分病院ということになると思うので、病院がしなければそれで終わり、産業医がアリの的にこういう措置を出したとかとなっても、病院がしないと何もならなくて有名無実の決まりになるわけです。ただ、病院もこの措置をするために、ドクターストップをかけるためには、それ相応の代替措置みたいなもの、あるいはこの先生がいませんので、この外来はストップしますみたいなことを仕組み上できるようにするとか、この後のことが少しわかるような感じで書くと、もうちょっと具体的なことがイメージできるようになるのではないかと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、中島構成員、お願いします。

○中島構成員 ナース個人としての意見なのですが、この5年間で960時間を粛々と目指していくしかないと考えています。そのためには先ほど裴構成員がおっしゃった改革が必要だと思います。全く激しく同意いたします。ただ、頭でっかちな方々の頭をかち割るような作業が必要だと思いますので、ここは非常に力を入れて厚労省の方も協力していただければいいかなと思います。

一案なのですが、労務管理については、先ほど山本構成員もおっしゃっていましたが、客観性がある管理が必要ではないかと考えまして、AI等に管理してもらって平等で大体休

暇が必要な医師が速やかに休暇がとれるようにするようなシステムの開発をしていただければいいのではないかと思います。

しかし、その上で1,860時間も必要な面もあるのかと思います。特に田舎で働いていると思います。その場合としては、やはり先ほど黒澤構成員がおっしゃったように、チームコメディカルが医師に声かけをして、心と体が健康に維持できるように協力していかないと考えています。私は今でもやっていますけれども、最近の病棟はナース間やコメディカル間でも互いにいたわるような余裕がなかなかない状況ですので、改めて今回の検討会でのこのような意見等をコメディカルに対してもわかりやすく説明していただけるような環境が必要なのかなと思います。

以上です。

○岩村座長 豊田構成員、お願いします。

○豊田構成員 前回お話ししたことと同じことにもなるのですが、私もまさに裴構成員がおっしゃったことに賛同していますし、取り組めてこなかったという渋谷副座長の真摯な受け止め方がすごく心に響いたのですけれども、そういう中で、今ここでどの時間、どの数字がいいのかというのは私のような患者家族の立場からは本当に難し過ぎて、申しわけないのですけれども出せないという思いです。現状の環境ではB案にせざるを得ないのではないかと思う気持ちもあります。そうしないと患者さんを診てもらえないのではないかと思う一方で、先に体制をどんどん変えていくことができれば、A案の数字ですら多過ぎるのではないか、そのように考えている人が実際に患者さんたちの意見として多く挙がっているのが現状です。そうするとこのままでは意見が出せないということになってしまいますが、では、何をしていったらいいのかといったときに、私も資格のない立場で医療現場に身を置く者として、タスクシフトやタスクシェアを推し進めないといけないと思っています。それには準備することが余りにも多いので、私は皆さんに、早く進めていきませんかということをお願いしたいと思っています、皆さんがまさにおっしゃっているように意識改革もしていかなければなりませんので、それはどの職種の人もやっていかなければならないということを見ると、早くそれを進めていくことが大事だと思っています。前回申し上げましたように、国民、市民の立場の方々に対して、赤星先生が救急体制の現状をお話したときに、なぜ今まで言ってくれなかったのかというようなことを、強く言われたわけですから、これは早い段階で国民に知らせて、取り組めるところはどんどん取り組んでいくことをしていただきたいと思います。

片岡構成員がおっしゃっていたように、相談ができるようなところもということで、私は医療安全の部署で職員相談を受けたりもしているので、それをむしろしっかりと認めて、こういうところでこうしていったらどうかというのをぜひ出していただいて、それぞれのところで早く始めるという準備をしていただきたいと思っています。

数字の提案ができなくて申しわけないのですが。

○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 何点か申し上げます。

1点目に、時間外労働の上限規制は目的ではなく、裴構成員がおっしゃるように医師の健康と安全な医療提供体制を守るための手段であると思っています。ほかの業種や職種も同様に、上限時間を設定することによって、どのようにそれを実現していくのか労使で話し合い、さまざまな工夫をされているところです。

先ほどトラック運転手の話もありました。勤務医とは共通しない部分もあるという御認識かもしれませんが、トラック運転手は荷主との関係もあり、他律的な業務の要素が大きいという意味では、勤務医と同じような特徴があります。本日の午前中も労働基準局の皆様方と一緒にトラック運転手等物流関係の長時間労働をどのように是正していくか検討する会議にも参加いたしました。そこでは本当に真摯な議論が行われております。国民運動的に荷主の事業主さんも巻き込んで、少しでも改善していこうという工夫がなされており、医師においてもいろいろな方々を巻き込んだ議論をし、具体的なことをやっていく必要があると思います。

2点目は、今村構成員が帰られてしまったので次回ぜひ教えていただきたいと思いますが、予告的に申し上げます。これまで上限時間数は労基法32条違反とならないためにバッファーを見込んだ時間数であるとおっしゃっておられたと思いますが、そうであれば、バッファー時間はどれくらいなのでしょう。さまざまな不確定要素があるため一定水準の条件を定める必要があるという御説明だったと思いますが、アクシデントを想定しなければどれくらいの上限時間数におさまるのか、教えていただきたいと思います。

3点目に、追加的健康確保措置については前回も申し上げましたが、特に医師の面接指導は労働安全衛生法で定めるべきと思います。時間もありませんので全ては申し上げませんが、理由は幾つもあります。先ほど黒澤構成員もおっしゃったように、やりっ放しにならないかということでしたが、労働安全衛生法では産業医の意見を踏まえて事業者が必要な措置を講じると定められており、事業者は実施した措置の内容に関する情報を産業医等に提供するということが今回の法改正により変わっております。そのような点を踏まると、労働安全衛生法で定めることにより、追加的健康確保措置の実効性がより高まるのではないかと考えておりますので、検討いただきたいと考えております。

最後に、資料1の3ページに時間外労働の上限規制枠組みの全体の整理とあります。一般則の一番下は月100時間未満、また複数月平均80時間以下と両方ありますが、A水準、B水準には、複数月平均80時間という数字がなくなっております。その理由についてまた次回で結構ですので教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。

それでは、荒木構成員どうぞ。

○荒木構成員 渋谷副座長がおっしゃったように、これまで医師の犠牲の上に成り立って

きたという医療体制から脱却しなければいけない。恐らく皆さんそう思われていると思います。そのためには今回の規制が現場において労働時間短縮のインセンティブをもたらすようなものでなければいけない。その数字としてどうかという議論になったと思います。インセンティブといいますか、実際にそう動くために一番強力な装置としては刑事罰があるということかと思いますが、私はほかの労働基準法等の改革にも関与しておりますが、理想的な状態を目指した法改革を常に考えてはいるのですけれども、それは必ず副作用・副作用を伴います。普通の事業で、経済効率性が低くなってしまったという副作用であれば、まだ企業努力という問題かもしれませんが、今回の医師の働き方改革においてはその副作用が国民の生命にかかわる可能性があるということは念頭に置くべき問題だろうと考えております。

裴構成員がおっしゃったように、今議論している数字というのはあくまで960という一般の医師を目指すための過渡的な制度としてどの数字を設定すべきかというスタートであって、ゴールではないというのは非常に重要な御指摘だと思いました。この過渡的な制度とともに医師のインターバル規制、あるいは連続勤務の上限規制というこれまでなかった新しい健康確保措置が実体法として、ハードローとして入るということは大変大きな意味があるだろうと思います。

それから、この改革はゆっくり考えてやればよいというものではないと思います。一刻も早くコンセンサスを設けて改革に取り組むべき状況にあると考えております。そういう中で、どこが絶対正しい数字かというのは、エビデンスに基づいて解が求められる問題ではないという御指摘がありました。そういうことで事務局が今回1,860時間を、現在アベイラブルな情報の中から出していただいたというのは、ひとつ議論の起点となっておかしくないのだろうと思います。この数字は、あくまで36協定を結んでそれ以上働いてもらいたい、あるいは医師自身が自分でもっと働きたいと言っても許さないという枠を設定する数字です。ですから、現場でより大事なものは、36協定を結んでもそれ以上の時間外労働は許されないという絶対的な枠の中で、36協定をどう締結していくか、そのシステムを改善していくことが重要でありまして、政策にはなっておりませんが、労働法の研究者の間では過半数組合がない場合に、過半数代表者という1人の人が結ぶのでは頼りないということで、過半数代表者を複数化したり、常設化したりという形で機関化していくことで、きちんとした労使協定が結べるようにしていくという提言もなされているところです。

意識改革の話もありましたし、ソフトローも使い、労働時間短縮計画もきちんと立てさせるなど、様々な施策を通じて、労働時間短縮を図るべきです。今回出ている数字の議論というのは、そういう取り組みをするためにも、36協定をもう少し緩く結びたいと言っても結んではならないという数値として議論しているということを踏まえて、さらに検討いただければと思いました。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、渋谷副座長に御発言いただいて、事務局にということにさせていただきたい



と思います。

○渋谷副座長 結構前向きにやっついこうという意味をすごく感じたのですが、全く何もなかったものから労務管理を徹底して、本当に若い人を守って、医療界をよくしていこうということでは皆さん合意していると思いますし、960時間がゴールだというのは総意だと思います。ただ、私の立場としては、やはり1,860という数字に別に遊んでいるわけではなくて、納得したロジックがなくて、とりあえずそれしかないというところは私自身は納得ができないので、前に進めるのであれば私ではない人を副座長に選んでいただけてまとめていただきたいと思っています。それは嘘ではなくて。それを検討していただければありがたいと思っています。

以上です。

○岩村座長 では、事務局お願いします。

○迫井審議官 後半の議論、特に今の渋谷副座長の10%というところが一つのキーになっているように思います。時間ない中で一言だけ申し上げておかなければいけないのは、渋谷先生は特に政策提言あるいはエビデンスに基づいて本来政策を行うべきという視点からお話をされているので、私どもは全くもってそのとおりだと思いますし、できる限り Evidence based health policyであるべきだということだと思います。

その上でですが、医療はさまざまな要因が絡んでいて、現に動いていくものですので、基本的になかなかそういうものを断片的にということも含めてしっかりエビデンスを出していくということは、なかなか難しいということです。特に、10%の数字は渋谷先生の御指摘の話について申し上げますと、例えば計算するとか、統計データを見て厳密にエビデンスを示すということは堀岡室長が一生懸命説明していることを一言で申し上げれば、そういったエビデンスに基づいた資料を出せるということではないのだろうと思います。ただ、何もエビデンスに基づいていないのかというと、これは城守構成員がおっしゃったことと同じかもしれません、私たちは実態をまずいろいろ見ていただいた、ここまでは恐らくできるだろうタスクシフト、さまざまな手当といったことも含めてできるだろうと。そういったことを私たちとして総合的に判断して、これは総務課長が申し上げたことですがけれども、事務局としての御提案です。そういったことが本来困難な政策意思決定につながる議論だからこそ、有識者の皆さんにお願いして議論していただいているのであって、エビデンスやデータ、グラフで10%は導けないという性質のものだろうなということを私たちとしては御理解いただいた上での御提案だと思います。

その上で、もう一言だけ追加させていただくと、地域医療を守るということと本来医師の健康を守るということは本来トレードオフではない。これは別々のイシューであって、別途それぞれ議論すべき、これも渋谷副座長がおっしゃるとおりです。ただ、一方で、政策制度として一つの形にすることを求められているので、これがもともと悩ましい、呂率させることの難しさだろうと思います。そこで管理を徹底させてください、これは皆さんがおっしゃっている、労務管理、勤怠管理をしっかりやってきていないのでしっかりやろ

う、これは皆さんも歯を食いしばって前に進めましょうという話です。それをやる。その上で、短縮していくのだけれども、一方でもし5年たったときにどうしても守らなければいけない医療が地域においてある、それは絞って絞ってプロテクトをかけさせてほしい。それがその数字です。こういう御提案だということを、10%の関連については申し上げておきたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

きょうは1,860時間というものをめぐって後半、大変熱心に御議論いただきまして、まことにありがとうございます。上位10%というところをとって1,860という数字が出てきているということで、その10%の根拠は何かということでのやりとりもありました。私が思うのは、今審議官もおっしゃったように、10%という数字そのものにもともとエビデンスに基づいたものがあるわけではないだろうとっております。この問題が非常に難しいのは、上位10%であるか、20%であるか、そこは横に置いておいても、いずれにしろどこかで線を引いたときに医療機関、そこで働く医者の方々の皆さん、さらには関係する医療関連職の方々、そして患者の皆様、潜在的な関係者の方々も含めて、そういった方々の行動がどう変わるかというのが、実は完全には読めないところが一番この問題の難しいところだと思います。

そういう意味では、私個人は最も長時間働いていて極めて苛酷な労働条件にある方というところにまずターゲットを絞って、そこで絶対的な上限を定めた上で健康確保措置、その他のものと組み合わせた形で医師の方々の健康と生命を守る。他方で、どういうふうに行動が変わるかわからないという中で、先ほどいろいろ御意見がありましたけれども、地域の医療体制の整備、これは医療供給体制、政策の問題だと思いますが、そこをきちんと対応していくという組み合わせでこの問題は考えていくしかないかなと、当初から思っております。

ですので、1,860という数字がどうか、またその根拠は何かということについての御議論はきょう対応していただいたので、事務局におかれましては、また今、審議官のお話もありましたけれども、この点をきょうの議論を踏まえて検討を深めていただければと思います。そうは言っても、実は年度内に何とかとりまとめるというタイムリミットの問題も他方ありますので、皆様方にもその点いろいろ御協力をいただければと思います。

次回以降、まだ議論の残っている部分もありますけれども、最終報告書をまとめる作業と並行しつつ、論点の整理とさらに議論の深化を行っていきたいと考えております。

最後の発言をする前に渋谷副座長から御発言の希望がありましたので、渋谷副座長どうぞ。

○渋谷副座長 手短かに。迫井審議官と岩村座長がおっしゃったことに全く同意で、私自身も別に10%を詰めるつもりはありません。これは非常に日本の医療界にとって、先ほどの城守構成員あるいは中井参考人もご指摘の通り、ランドマーク的な非常に大きな改革だと

思うんです。だからこそ、もっと議論を尽くして、別に時間を延ばすという意味ではなくて、こうした真剣な議論をちゃんとして、現場の人々をもっと取り入れて、現場に説明してやらない限り絶対に禍根を残すんです。私はそれが怖いだけです。別に10%を詰めて出るわけがないんです。だったら、最初からエビデンスはない、どこでダンディールするか、現場の声をどうするか、それをしないで、ここで時間がないからこれでいきましょうというのは非常に危ないと思ったので、私自身はそれに参加できないということを申し上げただけです。だから、審議官と座長の言っていることには全く同意するので、それで進めていただければ構わないです。

○岩村座長 ありがとうございます。

最後に申し上げなければいけないのは、最終報告書をそろそろ想定しつつ進めていかなければいけないということがございます。1月にまとめていただいた骨子のうち、両論併記となっていました時間外労働規制のあり方の部分については、1月以降に一番最初に行っていた議論を反映していくことが主な作業であろうと思います。そういうことで、時間的なスケジュールがかなりタイトであるということもあるので、事務局におかれましては、適宜構成員の方々のお話を伺う等していただきつつ、最終報告書の案についてできれば次回から議論ができるよう準備をしていただければと思います。

最後に次回の日程につきまして、事務局からお願いしたいと思います。

○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、追って御連絡させていただきます。

○岩村座長 ありがとうございます。

きょうは私、座長の不手際で非常に長時間になってしまいまして、申しわけございませんでした。これで閉会とさせていただきます。長い時間ありがとうございました。