

○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20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、荒木構成員、戎構成員、片岡構成員、褔構成員から所用により御欠席との御連絡をいただいております。

初めに、開催要綱の変更について御報告申し上げます。資料次第の後ろについております開催要綱をごらんください。副座長をお務めいただいております渋谷健司構成員におかれましては、2月22日付で構成員辞任届を受領いたしましたので、開催要綱上の構成員名簿における表記を「2019年2月まで」として変更させて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 報告書（案）

資料2 時間外労働規制のあり方について⑥（議論のための参考資料）

また、構成員の皆様の机上には、本日御欠席の片岡構成員からの提出資料をお配りしております。

不足する資料、乱丁・落丁がございましたら、事務局にお申しつけください。

カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

（カメラ退室）

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 以降の議事運営につきましては座長をお願いをいたします。それでは、岩村座長、よろしく申し上げます。

○岩村座長 皆様、おはようございます。年度末のお忙しい中、御参集いただき、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ますと、きょうの議題としまして「時間外労働規制のあり方について」ということとございます。前回までの議論で、時間外労働規制のあり方につきまして一通り事務局から案が提示され、御議論をいただいて、議論はかなり深まったと思っております。そこで、本日は事務局に最終報告書の案を用意いただいております。

この検討会で1月に取りまとめでいただきました取りまとめ骨子のうち、両論併記という形となっております「3. 医師の働き方に関する制度上の論点」の部分がある意味、上書きするという形で、事務局の案と前回までに議論してきた内容、そして積み残しとなっている項目についての整理というものをまとめているところです。

きょうから残る会議の回におきまして、3. の部分を中心に御議論を頂戴しまして、最終報告書をまとめていきたいと考えているところとございますけれども、このような進め方でよろしゅうございませうか。

(委員 異議なし)

○岩村座長 ありがとうございます。

もちろん1.あるいは2.の部分について御意見等があれば頂戴したいと思いますですが、まずきょうは3.を議論させていただいて、もし時間等に余裕があれば1.あるいは2.についての御意見もいただければと思いますし、また次回以降についても、もちろん1.なり2.について御意見をいただくということでも結構でございます。

それでは、まず事務局からきょう用意いただいている資料についての御説明をいただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 おはようございます。よろしくお願いたします。事務局でございます。

お手元の資料1をごらんいただければと思います。今ほど座長からもございましたが、1月11日におまとめいただきました取りまとめ骨子の1.と2.はほぼ生かしまして、3.について大きく更新しているという中身でございます。1.と2.につきましても最終報告書ということですので、日本語表現のブラッシュアップはさせていただいております。

簡単に全体を流してごらんいただきたいと思います。

まず冒頭5行ですけれども、医師の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点で御議論いただいてまいりました。その取りまとめということでございます。

続きまして、基本的な考え方、基本認識の部分は1月の御議論のとおりでございますので、内容は割愛させていただきます。

3ページに参りまして「医師の診療業務の特殊性」というところでございます。ここは11月に特殊性について整理させていただきまして、その後、年明け以降、(B)水準、(C)水準を中心とした時間数の御議論をお願いしたところでございます。

取りまとめ骨子の段階では、応召義務の取り扱いについて補論という形で後ろに置いておりましたが、それを冒頭に書き込ませていただきました。医療機関としては労働基準法との関係法令を遵守した上で業務遂行できる体制・環境整備を行う必要があり、違法な診療指示等に勤務医が従わなくても、それは労働関係法令上の問題であって、応召義務上の問題は生じないということでございます。

そういう点も含めまして、改めて医師が行う診療業務の働き方を見たときに4つの特殊性があるということで、これは11月来整理をしております公共性、不確実性、高度の専門性、技術革新と水準向上ということでございますが、(B)水準、(C)水準の議論をお願いした結果、公共性をまず一番に持ってきたほうが整理がいいのではないかと考えまして、不確実性と順番の入れかえをしておりますが、4つであるということには変わらないということかと思っております。

5ページをごらんいただきますと、2.働き方改革の議論を契機とした医療提供の姿ということでして、ここはほぼ骨子とりまとめと同じ内容でございますが、冒頭3つの○につきましましては、改めまして労働時間管理の考え方、宿日直許可基準の現代化、研鑽の労働

時間該当の整理、これは9月あるいは11月に御議論いただいたものですが、それについて改めて整理をして方向性を書かせていただきました。

この章が8ページまで続きまして、9ページから3. 制度上の論点というところがございます。構成としましては、時間外労働の上限ということで、(A)水準、(B)水準、(C)水準の御説明をし、追加的健康確保措置の御説明をいたしまして、2024年4月、新しい規制の適用までの労働時間短縮にどのように取り組むか、その後、(B)水準、(C)水準は将来どのように変わっていくか、こういう形で構成をさせていただいております。

9ページに小さなポツがたくさん立っておりますが、これは(A)水準の時間数でございますが、資料2の3ページをごらんいただきますと、A、B、Cの各水準を緑、緑、黄色という枠でとりまして、表に時間数を整理しております。上限規制として定めますものは36協定で締結できる時間数の上限、協定によっても超えられない時間数ということで、3種類の定め方になりますので、それを9ページのポツで表現してございます。

例えば休日込みで設定をすとか6カ月制限をしないというようなことは、これまでの御提案どおりであります。加えまして9ページの一連の(A)水準の表記の最後、10ページの冒頭をごらんいただきますと、「なお」というところがございます。前回も御質問を頂戴しておりましたが、複数月平均規制というのが一般則にはございます。これを医師についてはこれまでの事務局案では御提案していないわけですが、その考え方を記載しています。

ある月の医療ニーズが多くて時間外労働が長かったという場合に、翌月は必ず低くして平均値が一定となるように調節するというのは、医療の場合はなかなか難しいということで、複数月平均による規制をしないということで整理をさせていただいておりますので、この点を申し上げたいと思います。

10ページはこういう(A)水準の適用に当たりまして、地域医療確保の観点からの(A)水準を超えざるを得ない場合の想定ということで、医師需給との関係、医療計画のサイクルに基づく地域医療の改革状況の問題、日々の患者ニーズへの対応ということで、これまで御提示していた必要性の部分でございます。

11ページに参りまして(B)水準の内容、先ほどの表のものでございますけれども、同様に御説明をしております。この中で小さなポツが4つございます。4つ目ですが、前回も御議論いただきました1,860時間というところの考え方を改めて整理をさせていただいております。これまで事務局がお示してきたものでございます。

医師の勤務時間の分布において、まずは上位1割に該当する労働時間を確実に短縮するというので、脚注8、この年1,860時間を超えると推定される医師がいる医療機関の割合がついております。これまでお示してきたものになりますが、こうした医療機関が広く存在しているという状況の中で、例えば、本文のほうですが、年間3,000時間近い時間外労働をしている医師もいる中で、週に20時間分、これは削減の方法につきましても、一定の根拠を持ったタスク・シフティングの見込み、タスク・シェアリングの見込みとい

うこともお示した上で、ここまでであればできるのではないかという御提示をさせていただきます。そういう水準だということの御説明をさせていただいております。

12ページの真ん中ほどから、今の（B）水準の対象医療機関でございます。これにつきましては、若干の加筆をしておりますのが①の部分です。

地域医療の観点から必須とされる機能を果たす医療機関を適用対象とするということですが、当該医療機関内の全ての医師の業務が当然にこの高い水準に該当するというわけではありませんで、必須とされる機能を果たすために必要な業務に従事する人に対して適用されるということを変更して書きくたしております。

それから、（B）医療機関の対象というところで、13ページの真ん中ほどの○で「上記（ア）～（ウ）のような機能について」というところですが、これも前回お示ししておりましたところに御意見を頂戴しました2点を修正させていただきました。

1つはiiのところですが、二次救急かつ年間救急車受入台数1,000台以上、かつ5疾病5事業というところにつきまして、「夜間・休日・時間外入院件数500件以上」というところも「救急車受入台数」と「又は」という形で追記をしております。

それからiv、精神科救急ということも御意見を頂戴しましたので、特に患者が集中するところと限定させていただいた上で記載をしております。これに伴いまして全体の数を改めて整理いたしまして、1,500程度と再整理をさせていただきました。

14ページに行きまして、このほかの（B）医療機関の要件については、これまでお示しているものでございます。

14ページ下ほどから（C）水準の必要性でありますけれども、（C）水準の1つ目の○の小さなポツが2つございます。

まず臨床研修・専門研修についての診療経験の必要性、学習・研鑽に積極的な医師の意欲に応えるということと、医師養成の問題でございます。

もう一つは、高度な技能を提供するということが必要なところで、一定期間集中的に取り組むことを可能としなければ、新しい診断・治療法の活用・普及が滞るということで、改めて必要性の整理をさせていただきました。

特に（C）-2につきましては、15ページを見ていただきますと、一番上の○に※書きをつけておきまして、分野のイメージですけれども、高度に専門的な医療ということでもありますので、三次医療圏単位またはより広域で提供しているようなもので、一定期間集中的に修練しないといけないような分野ではないかということで、定性的な記載ではございますが、追記をさせていただいております。

この水準のところについては、次の○の1つ目のポツに直接的なエビデンスは現在のところ存在しないということを記載しておりましたが、この関係で、本日御欠席でいらっしゃる片岡構成員から机上配布で御意見を頂戴しております。このエビデンスがないところについては、米国のACGMEのものなどについてもこれまで議論してきたのではないかという御意見を頂戴しておりますので、片岡先生の御意見も踏まえて御議論を賜ればと

思っております。

このページの下の方で（C）水準につきましても、管理者のマネジメント研修、タスクシフト等については（B）水準と同じように求めていくのだらうと思っておりますので、この点、前回の資料では明確にしておりませんでした、明記させていただいております。

そのまま（C）水準の説明が続きますが、これは前回の御提示どおりでありますので、16ページの下まで行っていただきまして、16ページ下から2つ目の○です。（C）水準の設計の中では、例えば（C）－2水準の審査組織の設計などが残っております。これについては医療の技術革新・水準向上の観点から検討することが必要でありますので、引き続き検討ということでまとめさせていただきました。

17ページから健康確保措置の関係でございます。これについては、これまで御提案している①、②という形で2つに分けてございますが、これまで御提案のものを記載させていただいております。

18ページが一番下の○、「ただし」というところをごらんいただきますと、連続勤務時間制限については全体としては28時間という御提案をしておりますが、初期研修医について前回御議論を頂戴したところでございます。

事務局からは、前回、連続勤務時間制限15時間、必ずインターバルをとるということで御提案しておりましたが、24時間という御意見もございましたので、15時間で9時間休むという形か、24時間の連続勤務制限でその後1日休むという形にするか、いずれかではないかという整理にさせていただきました。

続きまして、代償休息は例外のものだということも明記させていただきまして、19ページからまとめております。

面接指導の関係です。これまで御提案していた面接指導のスキームを書かせていただいた中で、20ページをごらんいただきますと、上から1つ目の○の※の2つ目でございます。院内の産業保健チーム等、コメディカルも含めて健康に配慮することも重要だという御意見を頂戴しておりましたので、面接指導の関連として記載をさせていただいております。

さらにそのページが一番下の○です。これまでの御議論の中で、ドクターはみずからの健康に関心が薄いということがございました。こうした面接指導などのスキームを円滑に現場で実施していただくためには、職場の中で健康に気を配っていくという環境づくりをしていくことも必要でありますので、そのあたりの措置も必要ではないかということで、ここは新しい御提案でございますが、提案させていただいております。

21ページから面接指導に続きます就業上の措置の部分ですけれども、これについてはなかなか実効性が難しいのではないかという御議論を頂戴しておりました。21ページが一番上の○ですけれども、改めまして就業上の措置を講じないといけないような場合は、それが最優先であるということと、それに伴う一時的な診療縮小に対しては医師確保・地域医療提供体制における機能分化・連携・地域住民に理解を求めるといったものによって、医療提供体制全体として必要な医療提供を確保していくように対応するのではないかという

ことで明記をしています。

その関連でそのページの一番下、「こうした就業上の措置を」というところですが、特に医師少数区域で長期間にわたって（B）水準が適用されて負担がかかっているようなドクターにつきましては、医師偏在対策の中での工夫ができるのではないかとということでございます。

22ページに行きまして、医師労働時間短縮計画、今回のスキームの中で義務づけになりますようなものにおいて、どこに優先対応しないといけないかというのは都道府県が認識できますので、地域医療支援センターにつないで優先対応できるようにしていくということではないかと思っております。

こうした追加的健康確保措置の医事法制・医療政策において位置づけるということで、これはこれまでの事務局提案でございます。

それに加えて、労働法制の中でも措置すべきではないかという御意見をこれまで頂戴しておりました。23ページの冒頭でございます。労働法制における位置づけとしましては、医事法制とあわせまして、面接指導について労働安全衛生法上、義務づけられている面接指導としても位置づけ、衛生委員会による調査審議等が及ぶこととする方向で検討したいと考えております。

これに伴いまして、そのページの下から2つ目ですが、実施状況の確認等というものが発生しますし、これとは別に36協定に関する労働基準監督署の指導の対象だということで、この36協定の関係はこれまでお示ししていた整理のとおりでございます。

そのページの一番下に兼業についてということがございます。労働時間管理のあり方、追加的健康確保措置のあり方について整理が必要であります。現在は一般則の検討会が開催され、検討がされております。このため、本件につきましては改めて検討するという形にさせていただきました。

24ページからは、労働時間短縮を2024年までに医療機関においても取り組んでいただきますし、行政からの御支援等もしっかり取り組んでいきたいということでございます。基本的な考え方はこれまでどおりでございますので、説明は割愛させていただきたいと思っております。

最後、26ページをごらんください。（B）水準、（C）水準の将来のあり方でございます。（B）水準につきましては、これまでも御説明しておりますとおり暫定的な特例ということで、将来的にはなくなり、（C）水準の対象業務を除いて（A）水準に適用が収れんしていくということになります。医療計画の見直しサイクル、これはタイムスケジュール表でもお示ししておりましたが、2027年度、2030年度、2033年度ということが想定されます。これに合わせて実態調査等を踏まえた見直しの検討を行いながら、2035年度末を終了目標年限とするということでございます。

一方で、（C）水準については効率的な研修によりまして時間短縮が図られる可能性というものもございますので、将来的な縮減は志向していきつつ、研修の質、医療の質とと

もに中長期的な検証が必要だろうと考えております。これにつきましては、検証手法をどうするかというところからまず検討に着手したいと考えております。

これらの（Ｂ）、（Ｃ）の2024年以降の道行きでございますが、一方で2024年4月までの実態把握ということで最後に書かせていただきました。実態把握は不可欠だということで繰り返し御議論を頂戴してきたかと思えます。

また、時間外労働の実態だけでなく、時間外労働が縮減することによって医療提供体制がどうなってきたかということも見ていかないとはいけませんので、そういうところを見まして、必要に応じた追加的支援策等を講じていく必要があるということでまとめさせていただきます。

最後に、「おわりに」というところがございます。本日以降の御議論も踏まえて、まとめをこの部分に記載したいと思っております。例えば、これまでも御意見をいただいておりますように、現場のドクターに改革の方向性を正しく御理解いただくために努力しないといけないということがございます。そうしたことを念頭に、ここに書き込む事項をまとめてまいりたいと思っておりますが、これについても御意見を頂戴できればと思っております。

説明は以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま資料1につきまして、資料2も使いつつ御説明をいただいたところでございます。これにつきまして、御質問あるいは御意見がありましたらお出しいただければと存じます。

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。

まずは19ページの追加的健康確保措置の①-3 代償休息についてです。追加的健康確保措置は連続勤務時間制限と勤務間インターバル確保が大前提であり、代償休息取得を安易に認める制度設計とすべきではないと考えます。その考え方からすると、やはり少し書きぶりが弱いと思えます。

結果的にこの表現でいけば、代償休息ばかりとなっている医療機関が出てきてしまう懸念があり、追加的健康確保措置をきちんと講じていない医療機関は、（Ｂ）や（Ｃ）の特定から外すことも明記する必要があると考えます。

2点目は、20ページの追加的健康確保措置②-1の面接指導の最初の○の4行目で、前回は「100時間以上となる前に面接指導を行うこと等」の「等」という言葉がなかったと思えます。その「等」については下の※に該当すると思えますが、この表現では、ほかの措置を講ずれば面接指導を行わなくてもいいという捉え方にもなると思えますので、やはり面接指導を行うことが基本であることも明記しておくべきであると思えます。

3点目は、22ページの一番下の※の追加的健康確保措置のところでは、（Ｂ）と（Ｃ）の特定対象から外れれば、特定対象を前提とした36協定は無効となると記載されています。

しかし、逆の見方をすると、割増賃金を適切に支払っておらず労基法37条違反となった場合など、労働基準法法令の違反が認められた医療機関については、(B)や(C)の対象から外すことを明記すべきであると考えます。

1回の違反で外れるのか、それとも一定の猶予を持つのか、違反のレベル感については職業安定法の求人不受理や、「過労死等ゼロ」緊急対策で講じられた企業名の公表制度等も参考に制度設計を検討すべきであると考えます。

4点目は、26ページの最後のところです。2024年4月までの労働時間短縮について、「(地域医療確保暫定特例水準の終了目標時期)」の2行目に、「(C)水準の対象となる業務を除き」と記載されています。しかし、(C)水準についても、できる限り(A)水準に近づけていくべきであるということをはっきり明記すべきです。その下の「(集中的技能向上水準の将来のあり方)」で記載していると言われるかもしれませんが、3行目の「縮減を志向しつつ」という記述だけでなく、やはりもっと明確にすべきであると考えます。

最後に、26ページの最後の「(2024年4月までの実態把握等)」についてです。当検討会がまとめた「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の各医療機関における取り組みの実施状況等も、(B)及び(C)を選定する際の参考にすることを明確に記述し、「緊急的な取組」が今後、確実に早急に進むような表現にしていく必要があると思いますので、御検討をお願いします。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 ありがとうございます。

私も、3番を中心ということなので、まず13ページのところで、いわゆる(B)水準の医療機関の特定の関係で意見を申し上げます。13ページの○の3つ目で具体的な基準として、(ア)(イ)の観点から、i、ii、iii、ivと、三次救急、二次救急、それから年間救急車1,000台以上といったものが設定されて、下の※に「以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,500程度と見込まれる」と記載されています。この時間外労働の実態を踏まえずに、iからivの基準だけに着目をして医療機関数を見ると、幾つぐらいの医療機関数になるのでしょうか。なお、iiiとivについてはある程度裁量が働くということで、iとiiに関しての条件をクリアする医療機関はどのぐらいの数になるのでしょうか。また、「時間外労働の実態」とは何をもとにしているのか教えていただきたいというのが1点目です。

2点目は、12ページの対象医療機関の関係の①のところで、先ほど御説明いただきました36協定締結時に、具体的にどの業務あるいはどの医師がやむなく長時間労働になるか、特定されると記載されています。これに関連して、36協定というのは大抵の職場では前年の時間外労働、あるいは勤務実績などを踏まえた時間数で協定を締結しています。その一方で今回、医師の場合は時間外労働も含めた勤務時間の把握自体が現時点できていない

状況にあるという話も、この検討会の中でも幾度となく出てきています。

そうした中でことしの4月からの36協定締結に関して、今、提案されている（B）水準の上限時間の年1,860時間で36協定を締結しようという話を複数の医療機関の関係者からお伺いしています。

年1,860時間という上限時間数は、むしろ今まで締結していた36協定の時間数よりも長い時間です。実際に時間外労働がそこまでなくても、上限時間数を超えてしまうことがないよう、安全を見積もって年1,860時間で結ぶという話をお伺いしています。

何度も繰り返しの発言になりますが、年1,860時間自体には反対ですが、（B）水準は地域医療体制確保のため、やむなく長時間労働になる医師に対し追加的な健康措置も含めて必要最小限の範囲で時間外勤務が認められる基準と認識をしています。当然のことながら早期の解消を目指すべきものであり、労働時間の短縮は全ての医療機関で求められると思います。

これからも、あるいは2024年以降も、漫然と上限年1,860時間という時間で36協定を締結していたのでは、労働時間の短縮につながっていかない。あるいは労働時間短縮のインセンティブが働きません。今後、特に特例水準が適用される病院については、労働時間管理は適用の前提条件であるため、より正確な勤務時間の把握が行われることと思います。その上で、36協定の締結・届け出に当たっては、特別な事情があれば別ですが、前年実績を大きく上回るなどの協定は基本的に認められないとすることを記載すべきです。

最後に、（C）の上限時間数について、きょう片岡構成員からも文書が出ています。現在（C）の上限時間数は、具体的な科学的根拠がないため（B）水準と同様に年1860時間となっていますが、（C）－1あるいは（C）－2に関しても2024年に向けて一定のエビデンスができてくると思います。医療計画、あるいは医療需給とは関係がない話ですので、早期の見直しをすることなども記載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。

工藤構成員、森本構成員の御質問の点と、もし御意見について何か事務局のほうでコメントがあれば、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。

まず、工藤構成員からいただきました連続勤務時間制限、インターバルと代償休息との関係でございます。代償休息ばかりになるのではないかとこのところでございますが、これは報告書案の中でも代償休息のほうは例外的だということにしていますので、きちんとそういうことが担保される制度設計を検討していきたいと考えております。

その履行という点で申し上げますと、きちんと連続勤務時間制限・インターバルがとれていないならば（B）（C）の特定を外すべきではないかと伺ったと認識しておりますが、聞き違いであれば恐縮なのですが、履行の確認というところかというと、19ページの下から2つ目の○ですが、代償休息まで含めて3つセットだと思っております。それと（B）（C）

指定との関係でいうと22ページの一番下の○でございますが、まず追加的健康確保措置の実施の担保という仕組みがいろいろあった上で、未実施の場合には特定を外すということはここに明記させていただいております。

ただし、(B) 水準につきましては、地域医療提供体制のあり方を含めた検討が必要だということにつきましては、前々回だったかと思いますが、御議論いただいた部分だと思っております。

面接指導の20ページの1つ目の○、「月100時間以上となる前に面接指導を行うこと等を義務づける」との「等」が何でもいいことになってしまうのではないかという御指摘だったかと思いますが、従前より面接指導とその前の疲労度の検査といえますか、睡眠負債等の検査を行うという仕組みで御提案しております、この一連のパッケージにきちんと着手しているという意味でここに「等」を入れております。何でもいいということではなくて、基本的には疲労度検査とプラス面接指導のプロセスを義務づける、100時間となる前にそのプロセスに入ることが義務づけの対象だという整理でございます。

それから、労働基準関係法令の違反がある場合は、(B) (C) の指定対象から外すべきだ、それを (B) (C) の指定基準にすべきだという御意見かと思いますが、これについては (B) (C) の特定を都道府県にということで御提案しておりますが、そこでどこまでの確認ができるのかということとの兼ね合いもございますので、これは少し検討させていただきたいと思っております。

最後に、26ページ、(B) (C) 水準の将来の道行きの違いのところについて御意見を賜りましたが、あくまでここは (B) 水準については暫定特例水準であるという意味で、当然に (A) に収れんしていくということで御提案しておりました。(C) については将来的な縮減というところに入っているのかもしれないがということで御意見をいただきましたが、ご指摘のとおり将来的な縮減というところで表現したいと考えております。

最後に緊急対策の実施状況等につきましては、当然に (B) (C) 特定の前提として医師労働時間短縮計画の中で、労務管理ですとかマネジメント研修ですとか、いろいろなものはきちんとやっておくことを確認いたしますが、緊急対策がきちんと実施されるということについても担保できるような書き方にいたしたいと思っております。

とりあえず以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局から続けてどうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今、森本構成員から御質問をいただいた (B) 対象医療機関のももとの数ということでございますけれども、i の枠組みに入れている三次救急医療機関が約300、ii の枠組みに入れている二次救急医療機関であり、年間救急車受入台数1,000台以上または夜間・休日・時間外入院件数500件以上であり、5疾病・5事業の何らかに記載のある医療機関というのは約1,400がベースだと見込んでおりますが、その中の三次救急だと約9割、二次救急だと約7割は2024年までに年間960時間を超える医師が一人も

いなくなる割合がある一定以上ありますので、そこを見込んで、今回の合計1,500という数字で推定しております。

○岩村座長 では、続けてどうぞ。

○渡邊医療経営支援課長補佐 恐縮でございます。

森本構成員からいただいた2点目ですけれども、前年実績を大きく上回る36協定はよくないということでした。現実問題、そういうことだと思います。

一方で、現状においてはきちんと時間の管理が徹底されていない中で、適正化をする最初のタイミングという大変ですけれども、そのところにおいては時間数が上がるということも十分に考えられますし、それがあつて、闇に潜っていくようなことのないように時間管理をきちんとやるということをベースにこれまで御議論いただいてきたかと思っておりますので、最初のところについては少しそういう事情もあるのではないかとということで申し上げさせていただきたいと思つてます。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 先ほどの(C)水準の将来的な縮減に関する御意見の中で、現状の医療供給体制に影響を及ぼさないのではないかと御発言もございましたけれども、逆に医師の教育にかかわることで非常に長期的な影響が出てきかねない。現状の医師不足にはかわらないかもしれないけれども、どれくらいの時間が医師の教育のために本当に必要であるかというところははっきりした数字がないし、ACGMEでも1,920時間相当という規制がかかっている中で、ここはやはり事務局案にあるように中長期的にしっかり検証しつつ、縮減方向を定めていかないと、将来的に禍根を残すことになりかねないと懸念いたします。

○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 ありがとうございます。

ただいま事務局や山本先生からおっしゃっていただいたこととかなり共通なことになるかと思つてますが、先ほど工藤構成員から、一度ではないにしても、ルールを守らない(B)病院については(B)指定を外すというお話があつて、当然のことながら、いろいろやらなければいけないルールをしっかりと守らなければ、それは当然(B)水準を外すということになるのだと思うのですけれども、もともと都道府県知事が、その地域医療にとって必要な機能ということで(B)水準を指定しているということになりますので、それがかえつて地域医療に悪影響を及ぼしてはいけない場合も中にはあつるかと思つてます。

この参考資料の中に、今後の5年間の取り組みの話としても出ておりますけれども、医療機関ごとにしっかりと計画をまずつくってもらつて、それがきちんと機能しているかどうかを評価していくということが大前提になっているので、ルールが守れなかった原因についてもしっかりと検証した上で、都道府県知事がそれを外すということが必要なのではないかと思つてました。

それから、(C)水準を(A)水準並みに持っていくということを具体的に記載したほうがいいのではないかというお話でしたけれども、もともと(A)水準というのは標準的な医療が行えるところまで成長した先生の基準であって、それを目標に(C)水準を設定するというのは、先ほども少しおっしゃったのですけれども、そもそも(C)水準の目的に合っていないと思います。できるだけ(C)水準も下げていくという努力は必要だと思いますけれども、そこのゴールを(A)水準というところに設定すると書き込むことは少し違うのではないかと思います。

それから、森本さんから、前年の実績に応じてそれを超えないような36協定ということですが、そもそも4月1日から、今までできていなかったところもまず御自分の医療機関の中で時間管理をしっかりとしていくのだということが大前提。これも参考資料の7ページに実例がステップとして挙げられていて、X機関、Y機関、Z機関という記載がありますけれども、そもそも全てが、低いところがそれを上げて今回申請する、あるいはそれを認定するというプロセスがあるわけで、実質上きちんとした労働時間で管理されている方を県が認定していくということは想定しづらいのかなと。

渡邊さんから、いろいろな事情で、改めてしっかりとやってみたら、やはりとてもその時間内におさまらないということがあるのかもしれませんが。そういった場合は、当然のことながらその地域医療における必要性和時に認定されるということになろうかと思えますけれども、そもそもステップ1の中で今後5年以内にチェックをしていったら、その時間内におさまっているものをあえて医療機関側が長時間に長くする、なおかつ、それを県が認定するということは考えにくいなと思っておりますので、そこの前年の実績、ルールをどうするかというのは御議論したほうがいいと思います。

個人的な感想ですが、そう思っております。以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 少し誤解があったようですが、1年目に実態に合わせた36協定が締結されるということ自体を問題視しているわけではありません。

そうではなく、実際の勤務時間と大きくかけ離れた36協定が結べるという状況にならないように、あるいは勤務時間、労働時間を短縮していかないといけないというインセンティブにつながるような36協定の結び方になるように記載をしてほしいということで御理解をいただきたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、三島構成員、どうぞ。

○三島構成員 私のほうからは要望と幾つか質問を、重なる部分がありますけれども、させていただきます。

まず要望についてですが、これまでの検討会で医師の健康確保をいかにしていく

かという点について議論をしてきました。検討会の取りまとめが近づくにつれて、現場周辺でもこの問題に対する関心や危機感といったものも急に高まってきておりますし、声を上げようという取り組みも行われています。こういった取り組みそのものはとても大切なものですし、現場の当事者をしっかり巻き込んだ議論をしていくということだと思えます。

一方で、繰り返し申し上げているように、これまでこの検討会における議論というのが正確に現場の勤務医に伝わっていない面もあるのではないかと思います。

先ほどもありましたけれども、例えば全ての医師が1,860時間の時間外労働を強制されるのではないかと、誰でもそういった契約が気軽に結べるのではないかとといった懸念など、十分に正確な理解に基づかない不安や混乱が広まっているということは非常に残念に思っています。

検討会の委員として、私個人としても、そして会全体としても発信していくべきと思えますし、改めて事務局にもそういった発信・広報というところの要請をお願いしたいと思っております。

きょうはメディアの方も多くいらっしやっていますし、この場で改めてこの検討会の議論、現場の勤務医の健康確保についての検討内容を当事者にわかりやすく伝えていただき、正しい理解に基づく議論が広まってほしいと思っています。

長くなりましたが、幾つか事務局に質問させていただきたく思います。

1つ目は労働管理と賃金の問題です。残念ながら適切な労働管理がなされていない現状もあり、きちんと労働時間に見合った賃金が支払われていない医師も多く、結果、こうして常勤医の給料が低くなっていたり、公平でない扱いを受けているという場合もあります。この点が今回の働き方改革により、しっかり確実に改善されるのか。特に現状で宿日直許可を受けている場合の勤務実態が、許可基準とかけ離れている場合が多く、許可基準見直し後も当直中の明らかな労働時間がきちんと管理されて、適切な時間外手当の支払いがこれによってどうなされるのかという点がまず1点目です。

2点目は（B）水準についてです。以前も検討会で意見があったように、（B）水準のある医療機関や診療科を特に若手の勤務医が敬遠して、医師偏在や診療科偏在を悪化させるのではないかと懸念しています。（B）水準が適用される医師であっても、1,860時間の上限いっぱいの時間外労働に固定化されるのではなく、短期的にしっかり労働時間を短縮させていくことができるのかという点がもう一つ質問としてございます。

3点目として、（C）水準についてです。（C）水準の適用される研修医について、やる気に満ちて働きたいと思う若い医師が、使命感により自分自身の心身のケアという面を顧みず長時間のプログラムを選択してしまったり、あるいは研修医という立場から、周囲に気を使ってといいますか、現状から長時間のプログラムを選択することを強いられることによって、バーンアウトや過労死につながってしまうということがあってはならないと思えます。

本人の希望に応じてプログラム選択と健康の確保ができるのかという点、このあたりも

改めて説明いただきたい。そして、この報告書にもそういった記載をすべきではないかと思えます。

そして、水準の短縮についてです。医療の質の確保という観点から、エビデンスがこれから必要となっていくという点では、すぐに短縮していくことが難しい面もあるかと思いますが、そもそも時間内にきちんと医学教育を行うといった工夫をきちんとしているかとか、労働管理がもちろん前提としてきちんとされている、そういったことがされているからこそ（C）水準がなされるという、（C）水準の対象へのいろいろな基準というか、そういった記載をもう少しすべきではないかと思えます。

また、（C）水準のあり方の今後の検討方法についても、先ほども御説明がありましたけれども、もう少し詳しく記載すべきではないかと思えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、事務局からお願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 御質問ありがとうございます。

幾つか、長くなるかもしれませんが、丁寧にお答えをしたいと思います。

まず1つ目の宿日直基準と時間外賃金の手当についてでございます。この週末、マスコミなどでもこの件に触られたこともあって、私もインターネットなどを見ておりますけれども、大変な誤解が生じていると考えております。

宿日直基準は結構重要でございますので、今までの議論をなぞってきちんと御説明したいと思えます。

目の前の資料をお開きいただけますでしょうか。第9回、9月3日。宿日直についてはこの検討会で常々かなり深い議論をしておりますので、マスコミの方も聞いていますので、きちんと御説明をしたいと思います。

9月3日の宿日直についての資料でございます。資料4の13、14ページのところでございますけれども、宿日直基準というのは昭和24年に出たものでございまして、病室の定時巡回、定時検脈、検温等という基準になってございます。

まず原則として、夜間勤務というのは、通常は労働時間なわけございまして、時間外の賃金が全部支払われる。ただし、この宿日直許可基準に当てはまった場合に、待機時間については時間外賃金が宿日直手当でもよいという基準だと認識しております。

それが、この定時検脈、病室巡回等は昭和二十何年のときにはそういった実態はあったのかもしれませんが、それについては全く今の医療の状態とはかけ離れているのは、多分医師であれば誰でもわかると思えますので、それを現代化するというお話だと考えております。

現状の実態がどうなっているかと申しますと、その後、調査がずっと続いておりますけれども、21ページ、22ページに、平日時間外の患者対応状況というものがある宿日直許可のあり・なしで、4病協に調査を協力依頼していただいて、宿日直許可がある病院とない病院

でどのような状態なのかというものをやった調査がございます。

例えば21ページを見ていただければと思います。一番上の病院はかなりの患者さんに対応している。1日に二百数十人を診たりしているが、宿日直許可がありという状況になっているということでございます。つまり、この病院は宿日直手当で対応しているということでございます。

これが定時検脈に当たるかどうかというのは、これだけを見てもわからないことございますけれども、基準が現代化されていないということが問題なのではないかということで、12月5日の第13回の資料3「時間外労働規制のあり方について（議論のための参考資料）」の1ページで、宿日直の現代化の案というものを事務局からお示しさせていただいております。これでおおむね検討会委員の皆様方の了解をいただいたと考えております。

病棟当直において、少数の要注意患者の状態の変動への対応について問診等を行ったり、通常想定されない救急、例えば二次救急の非輪番日という例示はしておりますけれども、そのような状態の外来患者やかかりつけ患者の変動についての指示、確認を行うこと。また、救急入院もまれであるということであって、十分な睡眠がとれているという場合には宿日直許可は取り消さないという現代化の案をお示しさせていただいているところでございます。

今までそういう実態があったということ踏まえて、今回の参考資料にもございます。

資料2の12ページでございます。労働時間管理に向けて適正な取り組みというもの、「すべての医療機関に適正な労務管理を!!」ということは事務局からの資料でも出させていただいているところでございますし、18ページ、労働時間管理がなされておらず、勤務時間に見合った支払いがなされていない実態があるということでございますので、労働時間管理がきちんと行われ、時間外割り増し賃金をきちんと支払われるようになる。寝られない当直、宿日直許可を受けていない当直は待機時間も含め時間外労働にするということは、きちんと変化のイメージとして明示をさせていただいているものでございまして、ネットなどで出ているように、待機時間が全て労働時間からも賃金からも宿日直は今後払われなくなるということは全くの間違いでございますので、ここではっきりと申し上げておきたいと思っております。

幾つか御質問いただいておりますけれども、2つ目、1,860時間に張りついてしまうのではないかと御質問です。これは今まで森本構成員などからも、今回の検討会の中でもかなり御指摘いただいておりますけれども、今の資料2の7ページにございますとおり、現在はいろいろ難しい問題がありますけれども、時間外労働時間の実態を的確に把握しきれているとは我々も思っておりません。ステップ1できちんと時間外労働時間の実態を適正に把握した後、限界まで短縮して、医師労働時間短縮計画を作成して、PDCAサイクルを厳しくまずこの5年間の中でもやっつけようと考えておりますので、実態とかけ離れた36協定を結ぶことも問題だと思っておりますし、きちんと労働時間短縮計画などの中でもPDCAサイクルを回して、そんなことが起きないようにしたいと考えております。

3つ目でございます。（C）水準を適用される医師の研修医が守る問題でございます。まず大前提として、今まで明記されていなかった初期研修や後期研修でどれぐらいの時間外労働が見込まれるのかということを示した上で、自由に選択していただくという選択しやすいものをつくった上で、さらに今回の取りまとめの18ページに書かせていただいておりますけれども、特に（C）－1水準が適用される初期研修医について、この一番下のポツでございます。一日ごとに疲労を回復させる意味で、今回の（B）水準の連続勤務時間28時間というのから、初期研修医は15時間にすること。また、前回馬場先生からも御発言いただいたとおり、もしくは救急などの初期研修で24時間連続勤務して24時間休むという実態もあるということで、2つパターンを用意させていただいております。

このように普通の医師よりも厳しい労働の守る仕組みというものをつくった上で、さらに初期研修医については代償休暇というものをつくらない。逆に言うと、必ずインターバル、百パーセント必ず守るという制度をつくるということをしております。

4点目、先ほどさまざまな委員からも御発言いただいておりますけれども、（C）水準をすぐに引き上げることは、我々も確かに根拠なく引き上げることは難しいと考えております。26ページの最後の（C）水準のところ、山本構成員からも御指摘いただきましたけれども、これは我々としても検証方法も含めて難しいと思っております。例えば何時間にしたら外科医の手術がうまくなるのか、うまくならなかったのかということと、労働時間と、例えば手術症例数の関係みたいなものを全て考えながら検証しなければいけないので、非常に難しいとは思っておりますが、効率的な研修というもの、例えばシミュレーターとか、そういったものがどんどん今、技術革新で出ておりますので、効率的な研修を実施して、医師の質を下げないで、かつできるだけ時間を短くすることは事務局としても重要だと思っておりますので、それに向けて努力をするために、検証手法からきちんと検討するということを書いております。

ここにいる委員の皆様方は多分気持ちは同じだと思いますけれども、医療の質にも配慮した上で、でき得る限り短くしていくということだと考えております。

長くなって大変恐縮でございます。

○岩村座長

それでは、福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 まず36協定について少しお話ししたいと思います。

先ほど前年度実績を前提にして締結するのが一般的だが、今1,860を上限に締結しようとしている病院がふえてきているというお話がありました。しかし、36協定の上限というのは、あくまでも労使で決めることであって、こうした数字があるからといって自動的に設定するものではないということを重視していただきたいと思っております。

それから、前年度実績を大きく上回る届け出は認められないとするようにしてはどうかという御意見がありましたけれども、前年までの医師の労働時間の把握というのが余り確定的なものではなくて曖昧であったと思うのです。これまで労働時間とはされてこなかつ

た研鑽であるとか当直の中の労働時間といったものが表面化してくれば、やはり労働時間の増加というのは見込まれると思います。

実は今までもやっていたことが見える化されるということかとは思いますが、そうした時間を含めて労働時間の適正管理がなされるという前提であれば、上限を1,860としても、実質的には今よりはかなりの時間が削減される結果になるのではないかと思います。なので、私としては、違法とならない上限の設定ということであれば、1,860時間ということについては一定の評価をしています。

今、世間ではこの1,860という時間だけがひとり歩きをして、一部では医師を殺す気かというような報道もありますけれども、きょう、あすで劇的に労働時間を減らせるというわけではないので、やはりスローダウンは必要ではないかと考えるからです。

もちろんそれでよいわけではなく、段階的に下げていく努力をしていかなければなりませんし、いろいろな措置をとるということは前提として考えるわけですが、最初から諦めてしまわないように、現実的な可能な数字から始めることが大事なのではないかと思っています。

何度も申し上げておりますけれども、ここまで働かせていいなどと、構成員の誰も考えていません。少なければ少ないほうがいい。でも、法令違反とならない、言わばセーフティネットとして考えていただきたいと思っています。

私は社労士として臨検に立ち会うことはたくさんありますけれども、指摘事項があったときの医療機関の苦悩というのは、本当に法律を守りたいと思っても守れないジレンマなのです。

ですから、この上限時間の設定というのは、違法とはならない最後のラインとして設定し、日々これを45時間以内にするための努力をしていくということのほうが重要ではないかと思っています。

いずれにしても労使で協定するわけですから、労使協定の本来の目的である労働時間短縮、労使のコミュニケーション、そのためにしっかりと話し合いの場を持っていただきたいと思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。何点か申し上げます。

まず、今、福島構成員からもございました（B）水準の上限時間数年1,860時間についてです。三島構成員からも正しく理解されていないという御指摘がありまして、そのこと自体は確かに全体像を示していくことは大事であると思います。

それは勤務医の皆さんだけではなくて医療機関の皆さん方にも正しく理解していただくことが必要です。安易に年1860時間が認められるということではなく、きちんと労務管理をし、時間外手当も支払った上で、勤務間インターバル、そして連続勤務時間制限も行う

ことが前提でなければ特例対象とはならないことをしっかりお伝えしていく、理解していただくということもあわせて必要であると思います。

年1860時間まで時間外労働をさせてよいということではないことや、全ての医師がそこまで働かされるということではないことも理解しております。しかし、医療の分野というのは国の過労死、過労自殺防止対策の重点分野でもあり、大多数の医師ではなくとも一部の医師が過重労働で健康を害したり、バーンアウトされたり、最悪の場合は命を落とされているという事例があることを踏まえると、年1,860時間という上限時間時間数について、この場では賛同できないということだけは申し上げておきたいと思います。

その上で、今、福島構成員から年1860時間は労基法32条違反とならないための上限時間であり、バッファーを見込んでいる時間という主旨のご発言がありましたが、アクシデントなどを想定しなければ、実際の上限時間数はどの程度になるのでしょうか。一概に数字で示せるものではないことは十分理解をしておりますが、現場の先生方の不安感を払拭するためにも、本当はこの程度におさめるべきであるとか、36協定自体は長い時間で締結するかもしれないけれども、勤務シフトは長時間労働とならない時間で組んでおくということを示すべきです。そうでなければ、現場の勤務医の皆さんやコメディカルの皆さん方も不安感が解消されず、安心して36協定を結べないのではないかと思います。

また、病院の組織率は恐らくまだ低いため、過半数労働組合ではなく、過半数代表者が36協定を締結することになります。誰が過半数代表者になっても長い時間の36協定を結ばなくてはならないといったときに、本当にこの時間で大丈夫か不安に思うことがあると思います。その不安を解消するためにも、何かモデルのようなものを示していく必要があるのではないのでしょうか。なお、先ほど工藤構成員から（B）（C）水準の対象医療機関について、追加的健康確保措置を講じなかった場合は特例対象から外すことについて、残業代を払っていない医療機関は外すべきではないかという意見がありました。それに対して今村構成員などからも御意見があったところですが、先ほど工藤構成員がおっしゃった内容は、労基法37条違反1回ではなく、過去1年に同一条項で違反が2件あり是正勧告されたというような事案や、あるいは「過労死等ゼロ」緊急対策というのは高橋まつりさんの事件の後に打ち出された緊急対策でありまして、過去1年間に2事業場で違法な長時間労働があり、是正指導されたにもかかわらず違法な状態が続いていたというときに、企業名公表するという制度でありまして、それほど数多くある話ではありません。労働関係法令を守らなければいけないというメッセージを出すためには、このような措置も追加しておくことが必要ではないかと思います。事務局の方からは、都道府県が対象医療機関の選定の役割を担うため、どれだけ情報を把握できるかという御説明はありましたが、こういったことこそ都道府県と医療政策と労働政策が連携して取り組むべき課題であると思います。ぜひ実現に向けて考えるとともに、報告書の中にも記載いただきたいです。

まだ申し上げたい点はありますけれども、差し当たりは以上です。

○岩村座長 何か事務局のほうでありますか。一応御意見ということで承るということでは

よろしいでしょうか。

それでは、赤星構成員、お願いします。

○赤星構成員 お久しぶりです。12月から2月は救急の繁忙期でなかなか抜けられず、久々に参加させていただいております。

私からは3点、意見とお願いをしたいと思います。

まず時間に関してです。毎回申し上げているのですが、1,860時間と聞くと長いなという気分になるわけですが、実際、私の周りでも本当なのかみたいなことで言われることはたくさんありますが、救急で働いている実感としては、1,860時間というのはむしろ実現するのはかなり難しいのかなというぐらい短くなっていると思うので、むしろ守れるルールをつくるというのが一番大事かなと思っています。

例えばこれを960時間にすると、いろいろな病院が960時間に表面上見せかけて、いかにただ働きをさせるかみたいな思考回路になってしまうと本末転倒なので、守れるルールをつくるという意味で1,860時間に事務局で設定していただいているのかなという認識をしています。

次に、(B)水準に関しては、段階的に是正をしていくということで非常にいいアイデアだと思っています。2035年までには960時間を何が何でも目指すということを事務局のほうで気概を持ってやっていただきたいなと思っていますし、できることなら26ページの終了目標年限というのも義務にしてほしいと思っていますが、現実的にはそれはできないと思っていますので、それぐらいの気持ちでやっていただければなと思っています。

(C)水準に関しては、私に最も直結してくることだと思っていますが、1,860時間という時間そのものに関しては特に大きな反対は思いません。というのも、この想定最大時間数を明示していくということによって、そもそも教育もやっていない、健康確保策もやっていないけれども、時間外1,860ですなどという病院で研修しようと思う人がまずいないので、そういう市場原理でどんどん是正されていくものだと認識していますが、例えば想定最大時間数を明示して、それが90時間ですよといったのに、実際は1,860時間働かされるというのはあってはならないし、それがいわゆる研修医、初期研修・後期研修医が病んでいく根本原因になってしまうと思うので、私は16ページの「(C) - 1水準の適用に当たっては」の最初の○の最後ですけれども、「明示した時間数が実態と乖離している等の場合は臨床研修病院の指定……にかかる制度の中で是正させる」ではなくて、いっそのこと、その臨床研修病院の指定を外したり、専門研修プログラムのカリキュラムの認定を外す、あるいは(C) - 1の認定を外すぐらいの強さがあった方がいいのかなとは思っております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、遠野構成員、続いて鶴田構成員ということで、お願いします。

○遠野構成員 資料1の21ページ以降で健康確保措置ということで下の段、○で言えば4

つ目の「医師少数区域等」という文章あたりから都道府県の役割というのが以降のページにかけてかなり出て来ます。医師充足率（医師偏在指標）が、都道府県別47位の岩手では、長時間労働の対策として問題になるのはインターバルの確保です。長時間労働は今、当たり前なのですけれども、交代の医師が不足でインターバルの確保というのは厳しいです。それに対して県が状況を把握して、地域医療支援センターあるいは医療勤務環境改善支援センター等と連携し、21ページの下の方注16にあるように、地域医療支援センターの役割として医師派遣等を通じた重点的な医師確保を図るとあります。しかし、都道府県と地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターというのは実質同じ部署で、恐らくそういった健康確保措置の実施性も同じ部署が担当するということになります。つまり、県がドクタープールの役割を担うのは不可能だと思います。今後も、インターバルであいた診療のところを埋めるドクターの確保は難しく、県内では困難と考えられます。

お手数でなければ、第5回検討会の資料3の14ページに医師の分布の日本地図があるのですが、岩手県は盛岡地区だけが開業医が多いので赤になっていますが、ほぼピンクや赤の医師の多い西日本側から、青などの東日本側、北海道に大きく支援してくれるような、そういった県の単位の組織ではなくて、国の単位の大きな組織で、インターバルの穴埋めとか医師少数区域での医師の確保という働きかけをしてほしいです。県が医師確保に関する全てを担うというのは、将来としては絵に描いた餅のような気がします。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、鶴田構成員、どうぞ。

○鶴田構成員 今回の質問とほぼ同じような内容になるかと思いますが、22ページから23ページについて質問をさせていただきたいと思います。

追加的健康確保措置に関してですけれども、まず22ページの一番上の○のところの医事法制・医療政策における義務づけというのは、その上に書いてある「①（連続勤務時間制限・勤務間インターバル等）」と「②（面接指導等）」についてであるか、ないかをまずお聞きしたいというのが1つです。

その次に、23ページについて、書いてある内容がよくわからないのですが、1つ目の○の「面接指導については、安全衛生法上で義務づけられている面接指導としても位置づけ」、5つ目の○の2行目に「面接指導について労働安全衛生法上のものとしても位置づけること」と書いてあるのですが、現状は面接指導は安全衛生法上で義務づけられていないのかというのが質問です。

次に、病院において安全衛生法上で義務づけられた健康診断の受診率は医療関係者、特に医師が一番悪いのです。そうした中で、責任体制のことを考えると、産業医は事業主に勧告し、事業主は就業上の措置を取るという流れになっていると思いますが、それを守らない、要するに健康診断でさえ受けない医師が産業医の言うことを余り聞かないで亡くなったという場合の責任は医師本人の責任という面もあるのですか？というのが質問です。

ここに書いてある内容について、具体的に、先ほど言った義務化が医事法制上に義務づけられるときの監督責任とか、そういう体系は変わるのですかということ。要するに、産業医ではない構図の中で都道府県に役割が来るという理解でよろしいのですか？ということをお聞きしたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

事務局のほうはいかがでしょう。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。

まず面接指導につきましては、20ページの1つ目の○の※を見ていただきますと、面接指導実施医師については、産業医に限るということではなくて、きちんと面接指導に従事することができる人とするを想定しています。

そうした面接指導あるいは連続勤務制限、インターバル等の今回の追加的健康確保措置ですけれども、22ページ、今ほど鶴田構成員から御指摘いただいた1つ目の○ですが、いずれも医療の安全、質の確保等の観点から、過労により健康を害した医師が提供体制を担っているというのは、医療提供体制の問題としてよくないという方向でこの検討会でもずっと御意見を頂戴してきたかと思えます。

そういうことからすると、医療提供体制を改革していく、よくしていくという観点での義務づけは医事法制・医療政策の中で行うのではないかということとなりますが、ここはただ法制上の措置について検討しなければなりませんので、そういう形の記載になっております。

そのこととあわせて、23ページにあります「労働法制における位置づけ」というところは、これまで御提案している月100時間超となる前の義務づけということについては、今の安衛法上の体系とはそのまま同じではない。100時間前のところで必ず実施するというのは、今の安衛法で義務づけられているものとは全く一緒ではないわけでありまして、安衛法上の整理をした上で、医事法制においても担保をし、安衛法においても担保をすることになるかと思えます。

お答えになっているかどうかわかりませんが、以上でございます。

○岩村座長 では、続けてどうぞ。

○堀岡医師養成等規格調整室長 先ほど遠野構成員からいただいた岩手県の実情で、絵に描いた餅になってしまうのではないかとということがございますが、我々もこれが簡単な取り組みであるとは思っておりませんが、結局これがうまくいかなければ、最終的に働き方改革、もちろん医療機関の内部のマネジメントを改革した後でございますけれども、うまくいかないということだとは思っておりまして、今回、改正した医療法、医師法で診療科偏在、地域偏在にどんどん取り組んでいくということでございます。

一つ言えるのは、大きく変わるのは、地域枠医師などの増加というのもかなり大きくなるものがございます。例えば平成31年、ことしですけれども、約3,000人地域枠医師というものが全国でおられるのですが、今、医学部定員をずっとふやしておりますので、あと

数年で1万人近くの地域枠医師が生まれることとなります。それについては、偏在対策としては我々としても非常に重要なポイントだと思っております。岩手県は確かに医師少数県で47位でございますけれども、そういうところはまたこの地域枠医師が多い県でございますので、今後とも医療法・医師法の権限の中でそういった県に対する地域枠の支援というものを厚労省としても強めてまいりますけれども、そういった努力は今後どんどん花開いてくるということは、ひとつ申し上げておきたいと思っております。

○岩村座長 では、鶴田構成員、どうぞ。

○鶴田構成員 新しい医事法制・医療政策における義務づけというのは、安衛法とは違う形で義務づけられるということで理解します。

その場合に、安衛法上は医師が面接指導し、それに対していろいろな就業上の措置をするわけですが、そうした場合の都道府県の役割は、チェックするだけでよろしいのですか。具体的な指導は安衛法上の指導に任せるという理解でよろしいのですか。

○岩村座長 では、事務局お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 その部分でございますが、22ページの3つ目の○をごらんいただきますと、これまでも鶴田構成員からも御意見を頂戴しているかと思っておりますが、医事法制・医療政策における義務を誰が確認していくかというところでございますと、医事法制でありますと通常、都道府県ということは考えられますが、具体的にどのように履行確認をしていくかについては、県の意見もよくお聞きしながら引き続き検討していきたいと思っております。

現時点で詳細について、こういう形というものを持っているわけではございません。

○岩村座長 あと一つお尋ねがあったのは、お医者様がなかなか産業医の言うことをお聞きにならないという件でありますけれども、これについてはこれから申し上げるようなことになるかなと思っております。もし産業医の先生の言うことをお聞きにならずに面談を受けないと言って、かつ健康確保を自分でもやっていないということで、例えばその方が診療等が過重でお亡くなりになるとか病気になられるということがあった場合に、それが労災保険法上業務外になるかということ、多分業務外にはならないと思っております。

他方で、場合によって御本人あるいは遺族の方から病院に対して損害賠償請求がなされるという可能性はありますけれども、そのことも多分、漫然と病院の側が、面接も受けていない、健康確保措置をやらうとしても言うことを聞かないのに、その医師の方をそのまま就労させていたということであれば、病院は多分損害賠償請求を負わなければいけないということになるかと思っております。

あとは、お医者様個人の面接を受けなかったとかそういったことが、法律用語でいうところの過失相殺の対象になるかという形での議論になるだろうと思っております。

城守構成員がお手を挙げていらっしゃったので、お願いします。

○城守構成員 ありがとうございます。

今、議論になっております（B）（C）の水準ですが、基本的には1,860という数

字は同じように見えますけれども、考え方は基本的には違って、（B）のほうは、例の10万人調査によって一定程度これぐらいの方がこれぐらいの加重労働をしているということに対して、厚労省のほうからその1割、3,000時間とか働いている方の勤務時間を削減していったり、さらにはタスクシフトで、例えば特定行為の看護師さんを1万人養成して、さらにタスクシフトを加速していくことによって、一定程度この時間にしていこうという形で設定された数字であろうと理解しております。

その中において、26ページの最後ですけれども、この実態把握というところは絶対に重要で、先ほどから皆さんも御意見として出しておられると思うのですが、その中で、いわゆる労働実態に関しては当然把握するのが当たり前ののですが、ここにも「地域医療提供体制の状況等を踏まえ」と書いてございます。実際問題として医療の縮小であったり、救急体制の撤退であったり、いろいろなことが起こる可能性がありますから、以前からお願いをしておりますが、どういう評価項目を立てて検証していくのかということもあわせてお願いしたいと思っております。

もちろん（B）に関しては、960に限りなく近づけていくことがその使命であるということとは言うまでもないという理解はしております。

そこで、もし可能であれば追加で支援策、もしくは現在何か考えておられたら教えていただきたいというのが1点。

それと、（C）に関しては1,860というものも、恐らくACGMEの週80時間という数字からはじき出された数字に近いという設定で、設定されたものであろうと理解しています。

その中において、先ほど三島構成員もおっしゃっていましたが、個人の研修に対する多様性というものがあるということもしっかり踏まえてほしいという御意見もございます。恐らく研修プログラムに関しては複数のものが出ざるを得ないのかということもありますが、そういう中において、先ほども赤星構成員からお話が出ていましたが、これが守れていない場合、どこがチェックするのか、医療勤務環境改善支援センターなのか、それとも第三者機関なのか、それを教えていただきたいということでございます。

それと、先ほどからこの1,860が正しいのかどうかというのは根拠がないということで、確かに日本の医療の提供体制とアメリカの提供体制は違いますから、これが本当に適切な数字かどうかというのはわからないのですが、例えば第8回の働き方改革の資料2-2の15ページに日医のほうから出している参考資料がございまして、アメリカではどんどん研修医の研修時間を削減していったら、80時間という設定にして、結果としていろいろと研修上に不都合がかなり出てきているというレポートが出ていますので、それはひとつ参考にされて、今後の時間の調整に御検討していただいたらよいかと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

先に御意見を少し伺ってからと思います。馬場構成員、岡留構成員、今村構成員、そして村上構成員という順番でお願いいたします。

○馬場構成員 ありがとうございます。2点あります。

24ページの2つ目の○の下の※のところ、まさに緊急取り組みができていない病院についての個別の指導を行ったり、対応を求めていくのが勤務環境改善支援センターの役割だとは思っておりますが、勤務環境改善支援センターとしては、普通は秘密を守りますから気軽に相談してねというスタンスで今まで相談業務を請け負っておりますので、書きぶりが少しきつ過ぎるかなということは思います。

できれば、この「全件」を外していただくとか、別に強制調査する権限があるわけではないので、「必要な支援、助言を行う」とか、この程度にとどめておかないと、逆に相談件数そのものが減ってしまうということになってしまうのではないかとという危惧がございます。以上が1点です。

2点目ですけれども、23ページの一番下の○、兼業についてです。現在、一般労働者のことについての検討会が行われているということなので、これを終えてから改めて検討するという事柄なわけですが、これは確認なのですが、当然ながら一般労働者で検討された結果がその後の検討のベースになるということで考えてよろしいのでしょうか。

以上です。

○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。

検討会も大体18回、19回とかなり収れんした状況になってきてはいるのだろうと思いますが、きょうのまとめを見て、26ページの「4. おわりに」のところ、参考になるかどうか、今までの流れとして、私たち医療界を代表した意見を少し述べさせていただきます。

これまでの検討会において、36協定さえも知らない多くの病院がこれから時間管理をやっているということなのです。ここところが今までと全く違うところですね。そのためにこの検討会では相当議論を積み重ねてきました。その上で出てきました1,860という数字、あるいは960という数字は、医療界にとっては相当厳しい数字だと思っています。

例えば私は心臓血管外科医ですが、本当に2024年までにこれを達成できるかどうか、自信はありません。しかし、決まった以上、この4月から5年間かけて一定の目標を定め、そして医療界が総力を挙げてこの働き方改革に取り組んでいく、このことが最も重要なことで、そのためには今月末までに1,860、960という数字をきちんと決めて取りまとめる必要があるだろうと。目標に向かってそれに前進しよう、改善していこうと。

医療崩壊する上限時間のエビデンスなど、全くそういうものはありません。それは誰にもわからないのです。恐らくもっと調査をすれば出てくるのではないかとこの考えもおありでしょうが、全くそういうことは不可能だと思います。

それよりも、早く目標を決めて、4月以降タスク・シフティング等、具体的な労働時間縮減策を粛々と、議論を詰めながら、そして各施設、各病院でその実効性を問うていくということのほうが一番重要な時期に来てい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。

では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 私からはこの資料、きょう出していただいた報告書の最後の「おわりに」というところが今、空欄になっていて、ここに厚労省が最後に何かを書かれるのだと思うのですけれども、ぜひその点についてお願いをしたいと思っております。

この検討会でさまざまな立場の方たちがいろいろな議論をしながら、今まで20回まで来ているわけですけれども、共通のことは、今も岡留先生がおっしゃったように、医師の健康はしっかり守っていかなければいけないのだ、無駄な長時間労働はやめていくのだというのはみんなの総意だと思っておりますし、地域医療を守る重要性ということも皆さん共通だと思っております。

そういったことを前提として、先ほど城守先生もアメリカの例を出されていましたが、各国において医療提供体制は全く違う中で、アメリカでは民間の医療保険を基本としていて、結局医療は本当にいわゆるサービスであって、お金のある人はよい医療を受けられるけれども、下手をすれば、お金がなければ医療を受けられないという社会の中で、一方、我が国では公的保険として医療を行ってきた。財源は基本的には貴重な国民の方の保険料であったり税金が主になっていて、こういった公的な基盤に基づいて日本の医療は提供されているわけですが、日本の医療提供者あるいは医療機関というのは、そういった中で、少し言葉は大げさになるかもしれませんが、奉仕の精神というものを醸成してきたと思います。

今、各医療機関は、特に民間医療機関はぎりぎりの経営を強いられている中で、賢明にその地域のために医療を提供してきたという実態がございます。そうした中で、この医師の働き方が行われてきた。これは決していい働き方ではなかったのだろうと。それを改めていきたいということですが、国民もある意味それを容認してきたということがあると思います。

長きにわたってこうして形成されてきた医師の働き方について、今回提案されているような働き方改革を実践していくということ、今、岡留先生もおっしゃいましたが、余裕を持ってできるという医療機関は多分ないのだと思います。本当に努力目標を決めて、一生懸命みんなで頑張っていこうというメッセージが非常に大事だと思います。

私も立場上、勤務医の先生もそうですし、いろいろな医療団体に呼ばれてこの働き方改革の議論というのをお話しすると、三島構成員からもあったように、本当にどういう議論がされているか、ほとんど御理解いただけていないのが実情で、数字だけがひとり歩きしているというのが実態であろうかと思っておりますけれども、そういったことを置いておいて、異口同音で皆さんがおっしゃることは何かというと、この議論されている改革内容というのは日本の医療にとってこれまで経験したことのない取り組みをしていくということだと思っております。大きな変革だと。

きょうは医政局、保険局、労働基準局がお集まりになっておりますけれども、ぜひ決意を持って厚生労働省として全面的にこういう取り組みを支援していただくということを、この「おわりに」にしっかりと記載をしていただきたいと思います。これは我々の強力なお願いです。

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 私からは、「おわりに」のところではなく各論のところですが、細かな点も含めて3点申し上げます。

1点目は10ページの冒頭に、「ある月の医療ニーズが多く時間外労働が長かった場合に、翌月必ず短くして平均値が一定となるように調節することは困難である」とされており、これは前回、なぜできないのか申し上げたことの回答だと思えます。理由として医師の診療業務の公共性・不確実性が挙がっていますが、必ずしもそういうことではないのではないのでしょうか。つまり、十分な勤務医の方々がいらっしゃれば、複数月平均による規制を設けることはできるわけですし、医療業務の不確実性や公共性が原因ではないため、記載を少し考えていただきたいと思います。

2点目は、26ページの(4)の1つ目の○です。先ほど赤星構成員がおっしゃった意見に本当に賛同しています。第18回検討会でも申し上げましたが、(B)水準については将来的になくしていくことを明確にしていくべきです。気概を持って、気持ちで、と赤星構成員はおっしゃいましたが、私は気持ちだけではなく、2035年度末を「終了目標年限」ではなく、「終了年限」とすることをここに明記するとともに、法令上でも定めるべきだと思います。岡留構成員がおっしゃったように、目標を決めてスタートさせることが重要であり、その目標は何をするのかということであれば、いつまでという期限をはっきりさせておくことが極めて重要でありますので、その点について記載をいただきたいと思います。

3点目は、21ページに、(B)水準では追加的健康確保措置を講じていれば、100時間以上であっても何時間でもよいのかという質問の回答として、21ページの下から2つ目の○で「(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」とあります。この、「就業上の措置」の内容と効果を明記することが必要であると思えます。

月155時間を超えた翌月は、例えば時間外労働を禁止する、就業日数を制限するなど、複数月で連続して155時間を超えない措置が必ず講じられることを明記するべきです。

また、この措置が正しく講じられていない場合は、(B)(C)の特例水準を外すことにすべきでありますし、この点についても36協定に記載し、労働基準監督署の指導等の対象とすべきであると思えます。

さらに、月155時間超えの者に対する就業上の措置についても、安全衛生法上に位置づけるべきだと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

一回ここで切りまして、まとめて事務局のほうでお答えなどをお願いできればと思います。よろしく申し上げます。

○堀岡医師養成等企画調整室長 まず城守先生のほうから御質問いただいた、26ページの追加的支援策の内容でございます。これについて現時点で何か言えるものというのなかなか難しいのですが、偏在対策か医療機関のマネジメント支援か、どちらかしかやりようがないものでございますので、そこで生じた問題点に応じて、どちらかより具体的な追加的支援策を検討していくということだと思っております。

2つ目は、(C)－1のものについての責任主体というか、私の理解がもし間違っていたらまた御指摘いただければと思うのですが、臨床研修については当然臨床研修プログラムをつくった上で国のほうで認定しておりますし、専門研修については専門医機構のほうで学会がつくったものを認定しておりますので、そこが実態とかけ離れていたり、間違っただけのものやっているのであれば、まずはそこで是正をするということかと思っております。

専門医については、前回もお話ししましたが、国が直接ではないですが、医療法に基づく研修の機会の確保がなされていないということで、きちんと厚生労働大臣から意見を言える規定というものがございまして、そういったスキームを通じて是正を促していくと考えております。

馬場構成員からいただきました、勤務環境改善支援センター全件支援というのはきつ過ぎるという御意見でございますけれども、24ページの2つ目の○のところだと思っております。もしあれば再度御発言いただければと思いますが、私どもとしては来年度きちんと全ての医療機関に労務管理をとすることは必ずやりたいことだと思っておりますので、資料2の12ページにもございまして、例えば客観的な労働時間管理の適正化へ向けた取り組みで検討に着手していないところとか、36協定を結んでいなくて、そもそも結ぶ必要がないと答えているところとか、既存の面接指導の体制がないと答えているような医療機関に関して、勤務環境改善支援センターのほうで状況確認は行っていただきたいと考えております。

また、兼業についての御指摘は、馬場先生が御指摘のとおりでございます。まずは今、労働基準局のほうで議論が進んでおりますので、その議論を見守ってまいりたいと考えております。

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、黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 大分議論が煮詰まって、ついに報告書の案が出てきたところだと思って、報告書を見ておりました。

3点ぐらい確認をしたいと思うのですが、まず1点目は(B)水準になる医療機関とい

うのはどういう医療機関かというのを読みますと、結局2点に集約されて、都道府県の指定を受けること、健康確保措置をすること、これ以上のことはないように思うのですが、まずそれをわかりやすくといいますか、最初に言うておいたほうがいいのではないか。報告書の構成として、そのほうがわかりやすいのではないか。そして、指定を受けるにはこうだと、健康確保措置についてはこうだという流れでいいと思うのです。

あと、健康確保措置が履行されているかどうかというのは、先ほどの議論でありましたが、この指定を受けるために労働時間の短縮計画を作成して、それも指定するときの評価の対象になると理解しておりますけれども、その指定のときに具体的にどういう人が面接するとか、病院の中でどういう医療チームが健康確保措置をするのだとか、そういう具体的な病院の仕組みというものもこの計画の中に入れてはどうか。後で履行を確認するだけではなくて、事前に計画の具体性とか、そういうものを評価してはどうかということがいいのではないかと思います。

2点目は、追加的健康確保措置の18ページの最初の○に「当直明け」と書いてあるのですが、私のこれまでの理解ですと、連続勤務時間の制限というのは当直明けに限らないのではないかと考えていたのです。

つまり、例えば手術が長くなって、当直業務とは全然別ですけれども、28時間とかになってしまったと。それでもマックス28時間までという意味かなと思ったのですが、これだと当直業務をして28時間ということに限られるというふうに見えるのです。この点は、宿日直許可を受けている何とかかんとかと少し混同されるような感じで、言葉の使い方といいますか、その点をはっきりしておいたほうがいいかなと思います。

3点目は兼業のことです。現在、副業、兼業の場合の労働時間管理のあり方に関する検討会で改めて検討すると。これを委ねるということになっているのですが、この検討会は、医師に限らず普通の一般的な副業、兼業でありまして、その中で医師の兼業ということは特別には議論されていないように思います。

この検討会でやっておりますとおり、例えば大学病院の兼業とかということは地域医療に直結することでもありますので、医療の特殊性を考えない兼業の取り扱いというものに、まるきり兼業の取り扱いを委ねていいかというのは少し心配な面があるのですが、その点について見解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。

そうしましたら、どうでしょうか。今、お答えになりますか。あとお二方いらっしゃるのですけれども。

では、先に御発言のほうをいただいてからにしたいと思います。

そうしましたら、猪俣構成員、それから森本構成員ということでお願いしたいと思います。

○猪俣構成員 私からも幾つか確認がありますが、まず初めが資料1の24ページになります。私は大学病院で働いていますが、今後どのようにして労働時間を短縮していくかを

考えた場合に、この24ページの「2024年4月までの労働時間短縮」というものを確認すると思いますが、ここに出てくるステップという言葉が、ここで急に出てきているのかということと、資料2の16ページ、17ページも恐らく同様の内容だと思いますけれども、そちらが何か連動するとか該当する部分があるのかということを確認したいということです。もし該当するようであれば、こちらにも同様のステップという言葉を使っていただくと、わかりやすく明示していただくと、今後、我々も取り組むときにやりやすいと感じました。

あとは、上から3つ目の段落の宿日直や研鑽の取り扱いのところ、今後は通達と周知をきめ細かく行うということがありますが、こちらはぜひしっかり行っていただくと、わかりやすく伝えていただく。もし可能であれば、こういった資料にも宿日直の取り扱いや研鑽の該当事項を細かく盛り込んでいただくと、実際に我々が労働時間を短縮する際の根拠となりますので、入れていただければと思います。

あとは、下から3つ目の○になります。早期に医師労働時間短縮計画を作成するということがありますけれども、こちらは資料2を見ると、基本的には策定は（B）案の場合には義務づけということになりますけれども、こちらは次の25ページにあるとおり、2023年度までに策定して提出すればいいのか、それともその前、2023年までということの理解でよろしいのかというのが確認であります。

あとは、（A）案のほうでもこちらを策定するように、資料2の16ページの上方に書いてありますが、そちらについても期限などはあるのかということを確認したいと思っております。

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、森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 1点目は、26ページのいわゆる（B）水準の終了目標時期というところについてです。2035年度末を目標年限とするという記載がありますが、2035年度末というのは今から17年後であり、医師の育成において10年程度の期間はかかるとしても、2035年までには暫定水準を終了させるために医師養成あるいは地域医療計画など見直しをしながら進めていくという意味で、目標ではなく、「終了年限」とすべきであると思います。

2点目は、これに関連して、資料2の11ページについてです。もともと「地域医療確保暫定特例水準の終了目標年限」というタイトルだったと思いますが、今回「時間外労働規制の施行について」とタイトルが変わっています。これは何か意味があるのでしょうか。

3点目は、資料1の21ページに戻ります。一番下の○で、「こうした就業上の措置を実効あるものとする観点からも、特に医師少数区域等において長期間にわたり（B）水準が適用される長時間労働を行っている医師がいる場合には、当該医師の負担軽減に取り組むほか」と記載されています。これを素直に読むと、長期間にわたって（B）水準、長時間労働の医療機関について負担軽減に取り組むと読まれかねないので、逆にひっくり返して、

(B) 水準が適用される医療機関については医師の負担軽減に取り組むほか、特に医師少数区域などについては特別な対応ができる、といった記載に変えたほうがいいのではないのでしょうか。

最後に、私は実は自治体の職場で長年働いていましたので、その立場から1点申し上げます。今回、医師の勤務時間削減に関しては、都道府県の役割も含めて自治体の役割が非常に重要になってくるのがこの検討会でも議論されています。自治体の現場では、実際には労務管理に詳しい人が医療部門にたくさん配置をされるというわけでもなく、ぎりぎりの人数で業務を回しています。これから公的に医師の労働時間の縮減を図っていくためにも、自治体の体制にもバックアップが必要であることについても御検討、御理解をいただきたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

申しわけありませんけれども、時間の都合もありますので、きょうの構成員からの御発言はここまでとさせていただきますと思います。

それでは、事務局のほうからまとめてお答え等をお願いできればと思います。よろしくお願ひします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

黒澤先生から御指摘いただきました点、医師労働時間短縮計画の中に健康確保措置の履行のための具体的な仕組みも入れ込んではどうかといったあたりは検討させていただきたいと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先生の宿日直28時間の確認なのですが、例えばその日は5時で勤務時間が終わる予定で、当直の予定は入っていなかったけれども、手術が28時間、4時間延びて次の日の朝まで手術だったと。その場合は代償休息とかではなくて、28時間連続規制するべきだという御趣旨ですか。

○黒澤構成員 そのように理解していたのですが、これは違うということですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 これは宿日直許可のありなしとの関係をここで書いていただけなので、そのような事態について書いているものではないので、少し考え方を整理して書きぶりなどを考えさせていただきます。

○石垣監督課長 労働基準局監督課でございます。

先ほど黒澤先生から、一般労働者の副業、兼業の関係でのお尋ねがありまして、確かに御指摘のとおり、一般の労働時間の管理のあり方に関する検討会ということで、今いろいろ調査もしまして検討を進めているところです。

その中でも兼業、副業と一口に言いますが、いろいろな業種、あるいはいろいろな形態で兼業、副業をなされているということがありますので、そういったことを踏まえて、共通のこととしてどういったことを整理していくべきかということを、制度の見直しも念頭に置きまして考えているところでございます。

こちらの23ページの下のほうで書いておりますのは、そういった一般的なものの見直しがあった後で、もちろん医師がそれに全てぴったり当てはまる場合もないかもしれませんが、そのところは医師特有の状況というのは一つ念頭に置いて考えなければいけないというのはありますが、全般の副業、兼業の制度がもし変わってしまうというときに、それと全く別に一から医師だけ百パーセント特別な制度ということもないと思いますので、同じ状況であれば同じような対応、また医師の場合に違う特殊な事情があれば、それはそれを踏まえてということになるかと思えます。

以上です。

○渡邊医療経営支援課長補佐 続きまして、猪俣先生からの御指摘でございます。聞き取りが間違っていたら御指摘いただければと思います。

資料1の24ページ、労働時間短縮の関係でステップ1、2、3ということと、資料2の図との対応関係のことをお尋ねいただいたのでしょうか。

○猪俣構成員 ここで急にステップと出てきていますけれども、資料2のほうではそういう記載とかはあるのでしょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 資料2の7ページをごらんいただきますと「地域医療確保暫定特例水準の適用フロー」というところで、左の図の中にステップ1、2、3というのがございまして、まず労働時間管理をしっかりやって的確に時間数を把握する、自施設の上限の検討をする、短縮幅を見きわめて実際の短縮に取り組む、この部分を指しています。

それから、この医師労働時間短縮計画について2023年度末までに作成するのかというお尋ねがございましたが、資料1の24ページをごらんいただきますと、下から3つ目の○で、今のステップはステップとしてあるわけですが、なるべく早くこの短縮計画はつくって取り組みを始めていただかないと、5年間で目指していくところまでいけないということになりますので、そういう意味では、計画は2023年度まででいいということでは考えておりませんので、なるべく早期にお願いするというのを考えてまいりたいと思います。

森本構成員からの御指摘の中で、例の(B)水準の終了目標というところがございます。これは本日も複数の構成員から御指摘がございましたが、改めて事務局の考え方を申し上げたいと思います。

これまでの事務局案では、(B)水準というのは医師偏在の状況ですとか、それに対する対策の実施状況と実態が連動してくるということもありまして、都道府県の医師偏在の解消目標年であります2036年ということとあわせて、本件については2035年度末を終了目標とするとしています。

これは個々の医療機関で労働時間短縮に取り組んでいただくというのは、もちろんそうなのですけれども、偏在対策等の施策を組み合わせる提供体制の改革に取り組むという意味では、関係者一体となって、一丸となってやっていく、かつ、その進捗を見ていく必要があるということで、終期を確定させないで目標ということでこれまでのところはお示し

しているということを改めて申し上げたいと思います。

その関係の資料で、資料2の11ページでございます。タイトルが変わっているがというご指摘がございましたが、これまでこの11ページの資料は（B）水準の道行きという絵になっておりましたが、一番下に（C）水準の矢印をつけておまして、あるいは2024年の施行までの間のところも実態調査、なるべく暫定特例水準を少なくする努力、追加的支援策の検討ということで、少し書き込みをさせていただいております。そういうこととの関係で、タイトルもあわせて訂正させていただいたということでございます。

最後、21ページの文章について御指摘いただいた部分については、検討させていただきたいと思います。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、局長、どうぞ。

○吉田医政局長 続けて事務局から、医政局長でございます。

今回から全体の報告書案文を御議論いただくということで、これまで20回に及ぶ検討会での御議論の集約をよろしくお願ひしたいと思います。

本日、冒頭のところで、実は私は国会答弁に呼ばれておまして、欠けてしまいましたので、全ての委員の方々の御発言が聞けていないという点、大変残念ではございますが、私が伺った範囲、あるいはこれまでの議論を踏まえて、若干時間もございますので、簡単にコメントを申し上げたいと思います。

これまでの議論、きょうの御発言の中にもありましたように、ここにお集まりの方々、そしてこの検討を見守っていただいている多くの方々に共通する思いとして、今のドクター、医師の働き方を改革しなければならない。具体的にはその象徴として、長時間の時間外労働を短縮しなければいけない。そのために当然社会を挙げて医療界で、そして我々行政も全力をもって取り組むという点については全くその思いであります。

1月11日にまとめていただいたこの検討会のとりまとめ骨子、そしてそれがほとんどそのままの形で本日御議論いただいている報告書の前文のところといたしまししょうか、基本的な考え方のところに記載をしていただいていると思いますが、我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働に支えられて危機的な状況であるということや、日本のよい医療を将来にわたって持続させるために現状を変えていかなければならないということはこの報告書で共通認識としていただいたことは、全く私どもも同感であります。

また、そのためには具体的にどうするかということであるわけで、個々の医療機関におけるマネジメント、先ほど来御議論がありますように、まずは36協定を初めとする個々の医療機関として労働時間管理に取り組んでいただかなければいけない、入り口から早急にやっていただくのはもちろんでありますし、タスクシフトやタスク・シフティングという取り組みもお願いしているところで、そのために必要な制度的な見直しが必要ならば、我々はこの検討会を踏まえてといたしまししょうか、この検討会に続いて別途制度の議論もさせて

いただきたいと思っております。

さりながら、もちろん個々の医療機関で御努力をいただくにしても、この検討を通じて明らかになったように、また本日も遠野構成員からも御発言がありましたように、個々の医療機関だけでは頑張りきれない部分、まさにそれが地域医療における形の問題、議論としては、例えば場合によっては集約、住民の方々の御理解をいただきながら医療の形を変えるとか、あるいは医師の偏在を是正するためには、医師のキャリアパスという意味で、何回か事務局から申し上げているように、2018年、昨年の偏在対策法に基づいて今、施策を具体化している途中ではありますが、関係者の方々の御協力もいただきながら着実に、今まで以上に形にしていくということが強く求められておりますし、逆にそれができなければ、ここで御議論いただいている個々の医師の働き方の実現につながらないという思いは、我々も強く持っております。

したがって、これまでも医療政策全体としてみれば、地域医療構想の問題ですとか、医師の偏在、供給量の問題、キャリアパスの問題ということはそれぞれ取り組ませていただいておりますけれども、我々としては、改めて医師の方々が健康で働き続けられるようにするために、時間短縮をまず徹底しなければいけないということや、そのためには医療政策全体を挙げて、それも具体的に、例えば来年度の概算要求でありますとか、それ以降の幾つかの医療政策における見直し、あるいは個々の事業の進捗に応じての新しい取り組みを進めるということを実際にやらせていただくということをまず私どもとしては基本スタンスとして申し上げた上で、これからこの2024年、そしてその先に向けての医師の働き方のルールをお決めいただく。とりわけ我々としては、2024年までの間にやれるべきことをとにかくやるということが大事だと思っております。

もちろんお金も要るでしょうし、関係者の方々の御理解も要りますので、そういう形での汗もかかせていただきたいと思いますが、全力でその取り組みをさせていただく、その中には上手な医療のかかり方という形で、この間御議論いただきました患者の方々や住民の方々の御理解もいただくということも必要ですし、そのために行政としてやらなければならないことに汗をかかせていただきたいと思っております。

あれやこれや申しておりますが、逆に言うと、あれやこれやを一斉にやらないと、この働き方改革というのは実現しないという思いでおりますので、そのような行政として受けとめがあるということをお願いした上で、年度末に向けて当検討会としてこの働き方についての御議論を集約いただければと思います。

よろしく願いいたします。

○岩村座長 局長、どうもありがとうございました。

今、お話がありましたように、今回のこの最終報告書案の中で提案されているものというのは、全体として一つのパッケージというものでございますので、そういった趣旨を御理解いただいた上で、次回以降また御議論いただければと思います。

また、残念ながら渋谷副座長は辞任されてしまいましたけれども、私の記憶に残ってい

る副座長の御発言としては、やはり改革が若手の医師の皆様が希望を持てるようなものでなければならないということがありまして、そういう観点からも次回少し議論を深めることができればと思いますので、よろしくお願いをしたいと思います。

申しわけありませんけれども、もう時間ということではありますが、まだまだいろいろ発言したいという方もいらっしゃると思いますが、そういうこともありまして、続けて早目に次回を開催させていただいたほうがよろしいと考えたところでございます。

事務局のほうで日程についての御提案があれば、お願いをしたいと思います。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。事務局といたしましても、本日の議論をさらに深めていただきたいと考えておるところでございます。現状としましては日程を、皆様の御都合をあらかじめ聞いたものを考慮いたしますと、明後日、15日、金曜日、13時から開催することは、御同意いただければできるのではないかと考えているところでございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

そうしますと、非常に間があかないということではありますけれども、明後日の13時から次回を開催したいと考えますけれども、よろしゅうございましょうか。

(委員 異議なし)

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、次回につきましては、明後日の13時からということにさせていただきたいと思っております。

本日の会議はここまでということにさせていただきます。長時間にわたりまして熱心な御議論ありがとうございました。