

○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22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が、鶴田構成員より、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

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）。

参考資料1、報告書（案）概要。

構成員の皆様のお手元には、医師の働き方改革に関する要望書2点、こちらをお配りさせていただきます。

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。

（報道関係者退室）

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 以降の議事運営につきましては、座長をお願いいたします。

それでは、岩村座長、よろしくお願ひします。

○岩村座長 皆様、おはようございます。

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けれども、本日の議題は「1. 報告書（案）について」となっております。

前回、前々回におきまして、報告書（案）について、まとまった御議論を頂戴したところでございます。本日は、そこでいただいた御意見を踏まえまして、報告書（案）の修正、そして「4. おわりに」の提案を事務局からいただいております。

構成員の皆様には、これらを事前にごらんいただきまして、追加修正の御意見なども伺った上で、先ほど紹介がありました、資料1になっております。

それでは、事務局から資料の説明をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 おはようございます。事務局でございます。

お手元の資料1に沿いまして、御説明させていただきます。

前回、前々回の御意見と、今回の事前御説明でいただきました御意見を反映してございます。主なものを御説明させていただきます。

2ページでございます。脚注の1を追加しております。報告書（案）におきましては、全体に医師と表現しておりますけれども、当然ながら御議論いただけてきましたのは、労基法等の適用がある勤務医でありますので、その旨のお断りをしてございます。

そのほかの1の章の（1）基本認識、（2）医師の特殊性の部分につきましては、前回

御指摘をいただいた記述の順番の整理などをいたしております。

4 ページをごらんいただきますと、脚注の2がございませう。この中で、2024年から導入される罰則つき規制の罰則内容を改めて注記をしてございませう。構成員から御要望があったものでございませう。

6 ページから2の章でございませう。冒頭の「(労働時間管理の適正化)」に關しまして、脚注の4を入れてございませう。安衛法上は、客観的な把握が義務づけられるということでございませう。

このページの一番下の部分ですが、短縮の方向性に関しまして、機能分化・連携とあわせて、プライマリ・ケアの充実についても、記載をさせていただきます。

8 ページでございませう。上から3つ目の○をごらんいただきますと、研究者のために必要な議論に關しまして、文末表現を「開始すべきであるとの意見があった」に修正させていただきます。

10ページからでございませう。(A) 水準、(B) 水準、(C) 水準の内容であります。

(A) 水準に關する最後の注記ですけれども、11ページの冒頭、小さなポツがございませう。最後の7行、なお書きでありますけれども、複数月平均規制をしない理由につきまして、前回の御意見を踏まえまして、追記をしてございませう。

12ページから(B) 水準に關してであります。脚注10を追記してございませう。脚注10は、高い上限が適用される場合であっても、労災認定基準は、一般の基準に沿った個別判断ということで、一般と同じであることを明確にしてございませう。

13ページの脚注14でございませう。これも同じような趣旨であります、前回いただいた御意見の箇所がございませう。1,860時間につきましては、前回の報告書(案)においても、これまで御議論いただいてきた考え方を整理してございませうけれども、それにあわせて、労災認定基準の中にある時間外労働の時間数との対比を示させていただきます。

14ページの冒頭の「○」です。「なお」というパラがございませう。1,860時間につきましては「過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から、賛同できないとする意見があった」という旨を記載してございませう。

(B) の対象医療機関であります。前回、前々回の御指摘を踏まえ、そのページの下③に2つ追加をしてございませう。

1つは、実際の労働時間が短縮していることという要件であります、ただし、これにつきましては、例えば全体の労働時間短縮が進んでいく中で、(B) の医療機関に医療需要が集中して、なかなか短縮していけないということも考えられ、一律に短縮を要件化できないということがございませう。短縮していない場合には、地域も含めて対応が進捗し、追加対応がとられるとしてございませう。

もう一つですけれども、労働関係法令の重大、悪質な違反がないことということを追加してございませう。これについて、具体的な内容は、ほかの要件と同様に具体化できるよう、

国として検討いたしたいと思いますが、前々回の御指摘では、求人の不受理、これは一定期間を不受理とするという仕組みでありますけれども、そのようにという御提案もございました。しかしながら（B）医療機関の特定というのは、地域医療上、必要なものを特定するという仕組みでありますので、例えば6カ月は認めないという整理は難しいこともありまして、こうしたことも考慮しながら、検討していく必要があると考えております。

17ページをごらんいただきますと（C）水準でございます。

3つ目の「○」の（C）－1水準のエビデンス部分ですが、前々回、書面で御意見を頂戴しておりました。我が国のエビデンスの状況を丁寧に記載させていただいた上で、米国の取り扱いについて、※書き、ただし書きを追加しております。

18ページをごらんいただきますと、続いて（C）－1水準の2つ目の「○」でございます。若手の先生方からいただいた、適正な労務管理と研修の効率化が重要であるということ、プログラムで示した時間数と実態が乖離している場合に、研修病院の指定等の取り消しも含めて、対応するということを明記しております。

19ページですけれども、（A）水準、（B）水準、（C）水準はここで終わるわけですが、脚注16と脚注17を追加しております。これらの医師の特例水準については、医療機関で患者に対する診療に従事する勤務医に適用するというので、これまで御議論いただきましたけれども、その外延として、老健施設、介護医療院については、不確実性等の特殊性が該当するというので、医療機関と同様の取り扱いです。

それから、医療に従事する医師であっても、こうした特殊性が該当しないと考えられる医師については、一般則だということで、幾つか例示をさせていただきました。

20ページから、追加で健康確保措置でございます。大きく4点であります。

20ページの下方に「＜その他＞」がございます。これが155時間の措置でありますけれども、これは追加的健康確保措置のうち、当初の事務局提案になく、御議論の中で追加をした部分であります。

位置づけとしましては、追加的健康確保措置に含まれ、医事法制で定めるということで、24ページの1つ目の「○」に具体的な内容として、労働時間短縮ということで整理をした上で26ページをごらんいただきますと、36協定に記載する健康福祉措置であるという整理をしております。医事法制上の位置づけとしては、連続勤務制限、あるいは面接指導と異なるものと整理をしまして、あくまで年上限を超えないことを側面的に担保する仕組みとしてございます。

少し戻っていただきまして、22ページ、3つ目の「○」の「また」以降をごらんいただきたいと思いますが、代償休息の例外措置だということの明確化でございます。同趣旨の記載が25ページにもございます。

そのページの一番下の※ですけれども、面接指導の実施体制を労働時間短縮計画に記載しておくことを追記しております。

23ページですけれども、上から3つ目の「○」、今後、医学的見地から検討する事項で

ありますが、年齢、性別の違い等の考慮など、いただいた御意見を追記してございます。

27ページをごらんください。26ページの下からが2024年までの労働時間短縮の章でございます。27ページ冒頭、前回いただいた御意見ですけれども、中堅管理職の理解、取り組み、あるいは管理部門のサポート、ほかのコメディカルの意識改革・業務改革、こういったことが重要であるという記載でございます。

すぐ下の「○」の※書きですけれども、労務管理の適正化を進めるに当たりましては、当面、勤改センターの機能が重要であります。それは、引き続き、取り締まりということではなく、ソフトの相談支援機関としての役割のもとで行うことを明記させていただきました。

そのページの一番下の「○」であります、労働時間短縮計画についてですけれども、これが実際に時間を短縮していくツールに、実効的に機能していくように、さまざまな御指摘いただきましたので、※書きを幾つか追加しております。

現行医療法でも、マネジメントシステムという努力義務がございまして、各職種が参加して、計画、あるいはPDCA、そういうものをしていくことになっております。この努力義務を、医師については、義務に格上げすることを念頭に検討したいと考えておりまして、そのことについては、2024年より前に必要であると考えております。

28ページにまたがりますけれども、この計画の中に緊急対策の項目、あるいは前年度の実績時間数を記載することとしまして、2024年までの進捗を見ていけるようにということと、これまでの御議論の中では、実態の時間数が低いにもかかわらず、協定が1,860時間に張りつくのではないかといたした御懸念もいただいております。医療機関の中で、こうした見える化を図りまして、見えてきたものを検討するというプロセスにおいて、適切な時間数での36協定締結につながっていくことが重要だと考えております。

次のパラですけれども、医療機関が労働関係法令を学ぶということを記載していただきましたが、医療従事者に対しても、同様に周知するという内容を記載させていただきました。

29ページでございます。1つ目の「○」が中ほどにありますけれども、評価機能についての御指摘でございます。組織・機関については、今後、具体的な検討をしまいたしますが、実際の分析・評価に当たっては、勤務医の先生方の御意見、あるいは労務に関する知見、こういうものも反映されるように、検討していきたいと思っております。

最後に（B）水準、（C）水準の将来のあり方が、そのページの下からでございます。前回の御議論を踏まえまして、まず（B）水準ですけれども、30ページにかけまして、医療計画のサイクルにあわせて、実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施し、2035年度末を目標に終了年限とするということでございます。

次のパラにつきましては、このことを法令上明記するとさせていただきます。

（C）水準の検証につきましては、労働時間短縮計画で把握される実績も踏まえることを追記しております。

「（2024年までの実態把握等）」でありますけれども、医師の時間外労働、労災補償状況、提供体制の実態把握を踏まえ「必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証を行う」とまとめさせていただきました。

最後の「4. おわりに」ですけれども、これまでの御議論全体を振り返って、まとめさせていただきます。御意見を頂戴しているというところでございます。説明については、省略させていただきます。

以上でございます。ありがとうございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

前回、前々回の検討会でいただいた御意見につきましては、おおむね丁寧に反映しているものと思っております。

この検討会は、きょうが最終回ということでございますので、これまで1年8カ月、22回にわたる御議論のまとめということで、主としてですが、報告書（案）に対する総括的な御意見を中心に、お出しただけだと思います。いかがでございましょうか。

黒澤構成員、そして、福島構成員、馬場構成員ということでお願いします。

○黒澤構成員 最終案についてですけれども、緊急的な取り組みのところと見比べていたのですが、緊急的な取り組みのところ、既存の産業保健の仕組みの活用ということがありまして、もちろん安衛法で既にありますので、既存の産業保健がちゃんと病院の中で備わっているという前提で書かれているとは思いますが、中間的な取り組みがうまく実施されていないとか、そういう話もありましたので、例えば（B）水準ですとか、うまく機能するためには、健康確保措置ですとか、そういうものがうまく働かないといけない、それが大前提になるわけで、そういう場合には、安衛法の管理体制みたいなものが、病院の中でしっかりしていないと、医師1人ではできないわけですし、そういうことがどの部分に反映されているか、ちょっと気になったので、確認といいますか、どういうふうに意識されているかをお聞きできればと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

私の理解では、この報告書は、既にこの検討会でおまとめいただいた、緊急的な取り組みのお願いを前提とした上でのものだと思っております。その意味では、既存の産業衛生の仕組みは、当然活用するという前提のもとで、これは書かれていると思っております。

事務局から何かアクションがありましたら、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。

基本的に今、座長がおっしゃったとおりでございます。改めて産業医の選任ですとか、そうしたところに触れている部分はございません。

○岩村座長 黒澤構成員、どうぞ。

○黒澤構成員 「4. おわりに」というところで、医師の健康確保のための取り組みの中に、それも含まれているという解釈でよろしいということですね。

○渡邊医療経営支援課長補佐 そのように御理解いただいて、結構でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

福島構成員、どうぞ。

○福島構成員 ささまざまな御意見があると思います。特に上限規制については、賛否両論あるということは、誰もが承知していることだと思いますけれども、それでも何の制限もなかったところから、少なくともここまでは前進したということですから、一定の評価をさせていただいてよろしいのではないかと考えています。しかし、これは決してこれによしということではなくて、あくまでスタートラインに立ったということですので、重要なのは、時間だけを意識するというのではなくて、健康確保措置をしっかりととることだと思います。

ただ、上限時間が長過ぎるという批判だけを繰り返すということではなくて、これからは健康ということに重点を置きつつ、できるだけ早い時期に、目標とした時間に到達する努力をしていくことに、力を尽くすことが大事だと思っています。

1点だけ、確認しておきたいことがあります。これからいろいろな方法で実態把握をしながら、毎年、健康確保措置をとられているかどうかの検証を進めていくことですが、27ページ目の2つ目の「○」、ここで勤改センターの役割について触れています。私は全国の勤改センターの現場の担当者の方々ですとか、アドバイザーを交えて意見交換会などを行って、勤改センターの活用に向けた改善策を検討しているのですが、その中で感じたことは、この検討会の意見や本省の意図が正確に伝わっていないということです。

特に報告書内の言葉の意味を取り違えていることがありますので、ここを確認しておきたいのですが、例えば「個別の状況確認を含めた強力なてこ入れを行う」という文言に対して、誤解を解いておく必要があるのではないかと考えています。これは決して勤改センターに取り締まりをさせるという意味ではなくて、あくまで緊急的な取り組みが未実施である医療機関に対しての強いメッセージであって、勤改センターが取り締まりの実施機関であるということを言っているのではないという解釈でよろしいかと思いますが、その確認をさせていただきます。

その上で、下の「※」のところで、勤改センターが「引き続き相談支援機関としての役割の下、全件、個別に状況確認を行い」云々とありますけれども、これは取り締まりのために訪問するのではなくて、あくまで相談支援機関として訪問をして、未実施の事項について、医療機関の自主的な取り組みの支援を行うものだという事によろしいでしょうか。このことをきちんと伝えないと、誤解され、訪問を拒否されるという事態にもなってしまおうということを懸念しております。

中央での議論であるとか、事務連絡の解釈ということについて、末端まで浸透していない状況が見受けられます。担当課長会議であるとか、アドバイザーへの説明会、そういったものを通して、我々の本意・真意をお伝えいただきたいと思っています。本来の目的が誤解なく伝わるよう、地方行政にも、病院にも、アドバイザーにも周知をしていただきたいと思っています。お願いいたします。

○岩村座長 事務局、いかがでしょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

福島先生の御懸念は、今後のこの報告書の周知、あるいは都道府県とのやりとりの中では、十二分に気をつけてまいりたいと思います。

ここの趣旨としましては、※書きのとおり、勤改センターについては、引き続き、相談支援機関としての役割でありますので、必要な対応は、相談支援の枠の中で行うということで、取り締まりではございません。このことは、明確に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。

今、福島構成員がおっしゃいましたように、今後の周知体制、広報が非常に重要であるのは、言うまでもないことだと思っております。

馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 1つだけ、確認をさせてください。27ページの終わりから28ページにかけて、医師労働時間短縮計画の部分は、前回よりかなりボリュームがふえているのですが、(B)水準、(C)水準の勤務時間が長い医療機関では、当然のことだと思うのですが、作業量ということに関しては、かなり大きいとは思いますが。

確認なのですけれども、働き方改革が既に大分進んでいて、余裕で960時間がいけるという医療機関においては、医師労働時間短縮計画の作成が必要ではないということで、理解してよろしいのでしょうか。

○岩村座長 事務局、お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

今の時間数などの部分につきましては、27ページの一番下の「※」の2つ目に記載しております、医師の長時間労働の実態があるところをどの範囲で考えるかということですが、現行の努力義務ということもございまして、それともあわせて、義務づけにつきましては、当面優先されるのは(A)水準の超過部分ではないかと考えております。この点については、検討してまいりたいと思います。

○岩村座長 馬場構成員、いかがでしょうか。

○馬場構成員 わかったような、わからないような感じなのですけれども、努力義務はわかるのですが、(A)水準を余裕で達成できる医療機関が、医師労働時間短縮計画の作成は必ずしも必要でないと、この文章からは理解していたのですけれども、それは違うのでしょうか。

○岩村座長 事務局、お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 基本的には、その御理解で構いません。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

○馬場構成員 はい。

○岩村座長 ほかにいかがでございましょうか。今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 22回という長期にわたる検討で、全体のこの報告書に関する感想について

は、先ほどの福島構成員と全く同じ感想を持っております。

それを踏まえたと「4. おわりに」の部分につきましては、前回も、厚生労働省に、医療提供体制の大改革であるので、ぜひ決意を書きいただきたいということで、かなり書いていただいていると思うのですけれども、31ページの上から1つ目の「○」なのですが、2つ目の文章の4行目から「さらに、これと同時に」云々というところの主語は、最後の「厚生労働省をはじめとした行政の具体的対応を強く求める」というところにつながっていると思うのですが、例えば医師の働き方改革は、医療提供対策の改革、医師偏在是正・確保策と密接にかかわるということで、その部分は「各施策が総合的に進捗すること」と書かれていて、自然に進捗していくみたいなききぶりになっているのですけれども、まさしくこれ自体、厚生労働省に全力を挙げて取り組んでいただく施策だと思います。だから、これは「関連する各施策を総合的に進捗させること」で、最後の文章の「行政の具体的対応を強く求める」につながるのではないかと思います。

特に行政の具体的な対応については、こういう施策は、今、始まっていることなので「行政の速やかな具体的対応を求める」ぐらいの書きぶりにしていただくと、ありがたいと思っております。よろしく願いいたします。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでございましょうか。斐構成員、どうぞ。

○斐構成員 いろんな御意見をいただきまして、こういう形で報告がまとまったことは、非常に喜ばしいことだと思っております。当然ながら、細部にわたっては、まだまだ追及しなければいけないところはあると思います。

1点だけ、9ページの上手な医療のかかり方のところですが、この働き方改革は、当然ながら、医療提供側と医療ニーズ側の患者さん、または住民側の意識が非常に大きなドライバーだと思っております。そうなりますと、30ページ近くある報告書の中で、かかり方に関して、残念ながら、ここにしか書かれていない、または部分的に少し出てくる形ですので、我々は、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会にもかなり積極的に突っ込んだと思っておりますので、ここは方向性だけではなくて、具体的な施策、この報告書を患者さん、または住民の方々にも読んでいただいて、我が事感、総力戦と書いてございますので、その意識を高めるようなところを、もしお時間がありましたら、追記いただきたいと思います。

それを踏まえまして「4. おわりに」にも、上手な医療のかかり方、または国民、住民の視点が余り出ていませんので、可能でしたら「4. おわりに」にも入れていただくと、より全体で何とかしていこうという感が出てくると思っております。コメントでございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

事務局、お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会の御議論の結

果をまとめていただいた、この検討会でも御報告をいただいたスライドがあると思います。これについて、1つは、参考資料に追加をさせていただきたいと思います。それが1点です。

「4. おわりに」ですけれども、31ページの1つ目の「○」がございます。先ほど今村構成員からも言及があったパラグラフでありますけれども、その最後の3行ですが、今、御指摘いただいた、医療提供体制の改革等の総合的進捗に続けて「今まで以上に医療に係る国民の理解や関わり」というところがございます。これについて、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会のまとめも踏まえてといったような追記をさせていただく方向で、少し膨らませたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでございましょうか。遠野構成員、どうぞ。

○遠野構成員 ありがとうございます。

事務局にお伺いしたいのですが、29ページにある評価機能についてなのですが、2024年から（B）に想定される病院も、2024年を待たず、恐らくどの病院でも、時間外労働の短縮に向けて努力すると思うのですが、もちろん評価機能は、2024年以降の（B）から（A）に向かっていく取り組み状況の評価ということだと思うのですが、評価機能の存在がいつごろでき上がって、2024年を待たずに、いろんな病院を評価してくれるものなのか、それから、2024年以降の取り組み状況を想定して立ち上げるのか、その辺のイメージ的なものはどうなのでしょう。

○岩村座長 事務局、お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

基本的には、報告書全体としまして、2024年4月の段階で、なるべく多くの医療機関、医師が（A）の適用になるように、全力で取り組むということでもありますので、そういう意味では、評価の機能もできるだけ早期にということでもあります。これにつきましては、報告書（案）にありますとおり、機能・組織についての検討を要しますので、それとの兼ね合いで、事務局としてできるだけ努力をしたいというところでございます。

○岩村座長 ほかにいかがでございましょうか。山本構成員、それから、三島構成員ということでお願いします。

○山本構成員 8ページの真ん中辺の研究に関するところは、少し書きぶりを強めていただきました。確かにこの検討会の中で、それほど議論を深掘りしていただいたわけではないので、この報告書の書きぶりとしては、これでいたし方ないと考えております。

ただ、兼業の問題もまだ先に検討が持ち越されておまして、研究の問題と兼業の問題の2つは、大学病院の勤務医にとって、働き方に非常に大きくかわる部分でございまして、今後ここはしっかりとした検討をしていただきたいと考えております。コメントでございまして。

○岩村座長 ありがとうございます。

三島構成員、どうぞ。

○三島構成員 三島です。

今までの検討会の議論を振り返って、改めて重要だと感じたことを述べさせていただきます。

皆さんとの共通認識として、最終的な目標に向けて、2024年を待たず、今から早急にやるべきことを変えていくという、そういった方向性というのは、みんなで共有できていることだと思います。

その上で、前回の検討会で、荒木構成員からお話しがあった規範意識という言葉は、すごく印象に残っています。先ほど福島構成員からもあったように、この内容を正しく理解して、それを守る、守らねばならないものという認識を、これからどれだけ社会に広げていけるかということが、大切だと思います。

例えば勤務医の若手の立場からすると、(C)水準について懸念することとして、勤務医がそれぞれの医療機関の実態から乖離していたり、医学教育や研修の管理が適切になされることなく、長時間労働を強いるような抜け道に使われることがあってはなりませんし、そのような意向では議論していないと思います。これが新しく基本的に守るべきもので、前と変わらない体制のままにいるということは、決して許させる風潮になってはいけません。

そのために、一部繰り返しになりますが、要望と質問として、報告書の中にありますように、労働関係法令の知識を周知すること、それに加えて、各勤務医と経営者、指導医を含めて、具体的な研修を早急に設けることというのは、意味合いとしては含まれているとは思いますが、改めて要望したいところです。

もう一点は(B)水準の評価機能に勤務医の意見を反映させるということがございましたけれども、(C)水準についても、審査組織に対して、きちんと現場から意見を上げられるような仕組みを具体的に望みます。

そういったものがなされなければ、現状が変わらなければ、前回、赤星構成員からもありましたように、勤務医がそういった情報共有をして、研修病院としての魅力がなくなってしまう、そんな病院に応募しない、自分の健康のことを考えて選択しないということを実行することになるでしょう。(B)水準も同様で、それはその病院が医師確保に難渋することにつながりかねないと思います。

一方、地域医療提供体制の課題や集約化に時間をかけて取り組むとしても、現場でできる業務改革に現場が知恵を絞って、研修の質をなるべく担保して、チーム医療を推進し、時間制約があっても働く環境をつくるのが、人材を得ることには必要ですし、それに向かって、そういった姿勢があれば、勤務医も一緒に取り組めると思います。そういった各立場からの取り組みが医療の質を高め、安心を高めること、患者さん、国民の安心・安全につながるということを本当に強く意識することが重要ですし、そういったことをこの報告書をきっかけに、厚生労働省も含め、事務局も含め、我々が社会に発信していく、その

ために使われることを切に望んでおります。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

猪俣構成員、どうぞ。

○猪俣構成員 ありがとうございます。

8ページの大学における研究についてなのですが、山本構成員がおっしゃったように、大学病院をはじめとしまして、医療における研究は、診療や教育に並ぶ重要な責務だと考えています。その上で、医療の継続の発展には、研究は必要不可欠だと考えています。これは山本構成員のような、大学病院にいる経営層だけの考えではなくて、私のような中堅勤務医師も、そういったミッションを持って、大学病院で勤務をしております。

検討会の初頭にありましたように、医師の勤務はモザイク状であって、診療、教育、研究は、複雑に絡み合った上でなされています。しかし、本検討会において、研究に関する議論というのは、不十分であると考えております。今後は、大学病院などにおける研究を行う医師に対する労働時間制度については、運用実態を顧みた上で、医師の研究や医療のイノベーションを阻害しないように、研究者のために必要な議論も必要であることに留意していただければと思います。

以上になります。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでございましょうか。黒澤構成員、城守構成員ということで、お願いします。

○黒澤構成員 私も大学の産業医をしておりますので、今の御議論の研究という面は、とても賛同いたします。ただ、大学間の話し合いを聞いておりますと、一方では、大学の安全衛生管理体制は不十分なところが多くて、研究者のための労働のあり方ということは、検討が必要といたしますか、研究者の研究を確保できるようにと思います。同時に、大学病院、あるいは大学そのものの労働衛生管理体制をしっかりと整備することも必要だということとは、認識しておくべきだと思います。

遠野構成員がおっしゃっていた、評価のことなのですが、都道府県が評価をすることになると思うのですが、都道府県ごとに評価の実態が異なるということが、結構考えられるのではないかと思います。計画を見ることが出来る人といいますか、労働時間の短縮の計画をどういうふうにするかということ各病院が出したときに、スルーして、ただ判こを押すということだけではなくて、計画をしっかりと評価できる人がいてほしいと思います。行政側には、それをお願いしたいと思います。

1点、前回ちょっとお話したのですが、確認のためといたしますか、連続勤務で28時間と書かれていますが、例えば当直と書いてあるのですが、手術などで連続勤務になったときも、連続勤務の28時間の適用を受けるかどうかということが、いまいちはっきりしていないような感じはするのですが、その点、お伺いできればと思います。

○岩村座長 事務局、お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 お答えします。

前回、先生に御指摘いただいて、事務局で整理いたしましたけれども、当直とか、そういう場合について、もちろん眠れない当直の場合には、もともと予測できるあれですので、次の日の診療の予定も含めて、当然28時間連続勤務で行うものでございます。

一方、今、先生がおっしゃったのは、かなり限定的なことで、例えば5時に手術が終わる予定だったのが、大変な合併症が起きて、一晩中ずっと手術をして、インターバルの9時間にも入り込むような残業が起きた場合ということだと思いますけれども、その場合には、通常の手配できない残業でございますので、労務管理として、時間外手当は払っていただいたり、労働時間として計算するのは当然でございますけれども、制度としての健康確保としては、インターバルの9時間に食い込んだ分の代償休暇を次の月までのとるとというのが、この報告書の制度の中身だと考えています。まさにそういうときのために、代償休暇というものは、あるものだと考えております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

報告書をまとめていただいて、ありがとうございます。

ようやく働き方改革に関して、基本的なフレームワークができ上がって、それをみんなで共有し、タイムスケジュールも設定をされたということであろうと思います。

要望ではございますが、今、基本的なフレームワークができたとお話ししましたが、先ほどから多くの構成員からお話しが出ておりますように、詳細に関して、例えば宿日直に関しての考え方とか、研さんの解釈の仕方、そして、大変重要な問題になっていきますけれども、副業・兼業の取り扱い方、さらには評価機能のあり方、ないしは勤務環境改善支援センターとの関係とか、勤務関係の改善の短縮計画を策定するに当たって、このあたりが極めて大きな影響を及ぼすということになると思いますので、何としましてもこの検討をできるだけ早く、また、しっかりとした検討をしていただいて、フレームワークとタイムスケジュールがうまく回るように、お願いをしたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

今村構成員、片岡構成員、岡留構成員ということで、お願いします。

○今村構成員 私は、確認です。先ほど黒澤構成員から評価については、都道府県がというお話しがあったのですが、文章としては、都道府県から中立だということの確認だけをしたかったということです。

○岩村座長 事務局、お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 お答えせずに、失礼いたしました。報告書（案）の29ページでございます。今の評価機能の部分ですけれども「評価機能については、その性質上、

都道府県から中立の機能」ということで、これは個々の医療機関の医師の長時間労働が医療機関内のマネジメント、タスク・シフト等の問題であるのか、提供体制の課題であって、改革していくべきものなのか等々、あるいはかかり方等の課題があるのかといったことを客観的・中立に評価をするという機能でありますので、都道府県からは中立のものということで、想定をしております。黒澤先生がおっしゃった、都道府県を超えて、評価の軸のぶれがないようにということも、しっかりと踏まえて、具体的なあり方を検討してまいりたいと思います。

○岩村座長 ありがとうございます。

片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

まず報告書をまとめていただきましたことに、敬意を表したいと思います。

1つは、先ほど今村構成員が言われたとおり、評価機能についてのところを確認したかったのですけれども、今、御説明いただいたので、ある程度はクリアになったと思います。評価機能についての記載は、非常に重要なところだと思いますので、こちらについては、少し要望も含めて述べたいと思います。

先ほど三島構成員からもあったかと思いますが、評価機能については（B）のみではなく、全体についての評価機能を有するというところでいいのでしょうかということと、もしそれであるならば（C）について、今後、考えていく上でも、重要な役割を有していくのではないかと思いますので、勤務医、特に若手、あるいは今、現実に非常に困っているといったところ、そういう声を拾い上げる場所としても、機能できるのではないかと思いますけれども、それについていかがでしょうかというのが、1つ目の質問です。

○岩村座長 事務局、お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

評価機能につきましては、29ページの今の評価機能の部分の○の前のパラにも、少しずつ出てくるわけでありまして、基本的に地域医療提供体制の実情も踏まえて、分析・評価をし、必要な施策等につなげていく。必要な施策というのは、偏在対策であったり、医師確保対策であったりということ、これまで構想をしております。

29ページの上から3つ目のポツがあります。当面、優先順位としましては（B）水準を超えているところ、これは2024年の後は超えているところはないわけですが、それまでの間は（B）水準を超えているところをなくしていくことが先決であり、あるいは地域の中で、ここが（B）になるのだろうかというところを、当面、なるべく早く（A）に近づけていくという意味で、優先になろうかと思えます。今、申し上げたことが基本ではありますが、片岡先生がおっしゃった（C）水準等につきましても、御意見を踏まえて、検討してまいりたいと思います。

○岩村座長 どうぞ。

○片岡構成員 続けて、もう一つ意見をよろしいでしょうか。今回、上限設定、特に（B）

水準に関して言えば、非常に著しい長時間勤務を行っている医師、1割程度いらっしゃる長時間勤務を行っている方について、とにかく少しでも基準を下げていくということを目標に考えられた時間設定だと思いますので、実際にそういう取り組みを行って、著しい長時間勤務をしている方がどのように減っていったという、そういう現実的・客観的なデータを集積して、それをまた把握して公開するとか、あるいは共有していくという機能は、ここが持つのが望ましいのではないかと思いますし、そこをきちんとしていくことが、改革をするために大事なステップなのではないかと思いました。

それから、机上資料に医師の働き方を考える会代表、あるいは東京過労死を考える家族の会会員の方からの要望書が出ていると思うのですが、そちらにも当直を含めた医師の就労データの収集と公開をきちんと行うこととか、労働者からの相談を受け付ける第三者機関を設置することといった御要望が上がっていると思うのですが、それらのこともこういった評価機能がきちんとしたデータを把握する、また、直接的に働く人からの意見・要望を吸い上げるような機能を持つ、そういったことができるようになれば、こういった要望書に述べられているようなことも、反映できるのではないかと思いましたので、そちらも御検討いただけたらと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 ありがとうございます。

非常によくできた報告書だろうと、病院団体としては評価しているのですが、先ほど城守構成員から、例えば宿日直の件、あるいは自己研さんについて、今後の医政局からの通知発出の問題を含めて御質問がありましたけれども、きょう、私がお聞きしたいのは、医政局として、例えば今、タスク・シフティングは7%減ずることができるというデータが出たのですが、タスク・シフティングについての今後の展開、今後の方向性、あるいはタスク・シェアについてもそうですが、実は病院団体で手分けをして、今、タスク・シフティング、各法令をずっと見てみますと、物すごく膨大な量なのです。これは現法令では絶対に変えられない、これは法の解釈によっては変えられるかもしれない、その切り分けのところが非常に難しいのですが、今後の展開ということになりますけれども、その辺についての医政局のお考え、どういう方向で、あるいは分科会を持って検討していくのかどうか、その辺の具体的な方策は、今、お持ちなのでしょうか。

○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 タスク・シフトについては、今、特定行為のパッケージというもので、全面的に推進しておりますけれども、それだけではない部分もあるということは承知しておりますので、今後、この検討会が終わった後も、きちんと検討してまいりたいと考えております。

○岩村座長 よろしいでしょうか。

赤星構成員、どうぞ。

○赤星構成員 赤星です。

私からは、特に要望というわけではないのですが、全体を振り返ってということなので、そもそもこういう検討会に、私のような若いぺいぺいの救急医を入れていただいて、現場の声をなるべく酌み取っていただけるとい、意向をとっていただいた厚労省の方々を初め、検討会の構成員の皆様非常に感謝しているというのが1つです。

あとは、その意見を尊重していただけた皆様方、特に偉い病院の先生方が多々いる中で、聞いていただけたということに非常に感謝をしておりますし、それが実際にこういう報告書に、自分が若手から聞いた意見等、申し上げたことが載っているということは非常に感謝しています。

現状を見てみると、時間などが取り沙汰されて、若い先生方からの批判が非常に多いという実情があります。それはここにかかわった私の責任もありますので、本当はいろんな原理がかかわっているのです、時間だけではないですという説明に努めてまいりたいという決意をここで申し上げたいというのが1つです。

その一方で、本当に大変なのは、管理者の方々だと認識しています。病院長を初め、管理者の先生方というのは、非常に大変だと思っていますので、その方々をバックアップしていただけるような仕組みになるように、厚労省の方々に、財源的にも、政策的にも御協力いただきたいと思っています。

先ほど三島構成員とか、前回、荒木構成員がおっしゃっていたような規範意識というのは、私も持っていて、赤信号も渡ろうと思えば渡れます。なので、それをあえてとまろうと思いたくなるような、財源的な得策があったり、あるいは近くに小学生がいて、守りたくなるような赤信号になる、目がついているという仕組みになればいいと思っていますので、それに関しては、さまざまな団体のお偉い先生方がたくさんいらっしゃいますので、地域医療を守らなければいけないという責任が非常に強いことも理解していますが、一方で、先生方が発する御発言から、各管理者の先生方は、これは本当にやらなければいけないという、本気度を感じ取ることも多いと思いますので、それは心からお願いしたいと思います。

今後、この検討会がなくなると、私もこういう発言の機会はなくなりますし、その後を追えなくなってしまうので、若手の勤務医等の意見を申し上げる機会等をつくっていただければと思います。ぜひよろしくお願いします。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

戒構成員、どうぞ。

○戒構成員 ありがとうございます。

まず膨大な意見の取りまとめをいただき、事務局の皆様、座長の岩村先生、ありがとうございます。

普通に読んだら、読みたくないと思うぐらい、意見がいっぱいあるのですけれども、これは必要不可欠な内容が取りまとめられていると、私も3回ぐらい読ませていただきましたが、そういう内容になっておりました。ありがとうございます。

この内容を見まして、先ほど何人かの方の御発言にもありましたが、2024年までに一般則を目指す、休日の時間外を考えたときに960時間を目指す、(A)水準を目指すというものに加えて、できない場合の対策として(B)案があるという位置づけで、私は理解しております。だから、これに関係する皆様も、(B)案の時間だけが先行してしまっている世論といいますか、世間一般的なところを踏まえた上でも、実際のところは(A)水準を目指しているということを、最後に強調させていただきたいと思っております。

これだけの取りまとめを行った上で、各施設の管理者の皆様であったり、運営に関係する皆様におかれましては、医師の働き方改革をもとに、この話し合いはされてきましたけれども、病院の中で働く多職種の働き方のバランスを考えた上で、組織運営をしてい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。

ほかにはいかがでございましょうか。村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。

個別の意見というよりは、全体的な感想と今後の要望について、申し上げたいと思います。

1年8カ月にわたり、勤務医の皆さんの命や健康を守ることと、誰もが安心して医療を受けることができる環境を整備すること、その双方が必要であるという立場で、本検討会に参加してまいりました。医療現場の皆様方からの声や実情、医療提供体制の問題なども伺いながら、一方で、勤務医も1人の労働者であることを踏まえて、意見を申し上げてきたつもりです。

前回申し上げた意見につきましては、暫定特例水準の終了年限と3年ごとの段階的な見直しについて法令上明記すること、2024年までに規制水準の検証を行うこと、労災認定基準と上限時間数の関係について、詳しく記載していただいたと思います。

赤星先生がおっしゃったように、報告書を読んで、皆さん方の不安感が払拭するということではありませんが、「4. おわりに」にも記載されているように、ここから出発していくということは、共通理解になっていると思います。報告書の取りまとめは、ゴールではなく、福島構成員がおっしゃったように、ようやくスタート地点に立ったと思っております。また課題はたくさんありますが、関係者それぞれの努力と工夫で前に進めていくことが重要であると考えています。

また、要望として1点申し上げます。本日、報告書(案)の概要を出されており、医療関係者や、あるいは政策にかかわっている皆さん方にとっては、かなりコンパクトにまとめた内容であると思います。しかし、一般のドクターの皆さん方がこれで全て理解でき

るのかという懸念があります。さらに、病院経営者と勤務医だけではなく、チーム医療を支えていらっしゃる看護師やメディカルの皆さん方にも理解いただく必要があります。また、私どものところには、勤務医の皆さん方の近くで働いている医薬品メーカーの組合員からも、様々な声をいただいております、そういった皆さん方が理解できるようにしていかなければいけないと思います。概要はこちらでいいのですけれども、わかりやすく周知するためのツールなども、用意をいただく必要があると思います。

最後に、三島構成員からお話のあった、医師のワークルール教育については、ぜひ実現していただきたいと思います。予算がかかるような話ではないですし、様々な資源もあります。私どもも大学で寄附講座などもやらせていただいております、お声がけいただければ、いつでも馳せ参じますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでございましょうか。豊田構成員、どうぞ。

○豊田構成員 取りまとめ、ありがとうございました。

私は、医師の健康を確保するということと、救わなければならない患者さんが受診できなくなるようなことだけは避けていただきたいという気持ちで、この検討会に参加してまいりました。もちろんさまざまな御事情があるということは、改めて理解できましたし、その中で、どうしていったらいいかということと一緒に考えていくことができたことに、本当に感謝しております。

今、まさにスタートラインに立ったというお話しでしたけれども、これからどのようにやっていくかということで、国民への理解や周知というところを早急にやっていくことと、チーム医療の推進、タスク・シフト、タスク・シェアを早急に進めていかなければ、まず時間を制限するということは不可能だと思います。その部分については、赤星構成員がおっしゃられたように、私の場合は、患者相談窓口の担当や人材養成などをやっておりますので、そういうところで、少しでも何かできることがあったら、やっていきたいと思っております。

7ページのチームの推進のところなのですけれども、今、村上構成員もおっしゃいましたが、できれば、国民の方などが読まれてもわかるようにしたほうがよくて、でも、そうはいっても、かみ砕き過ぎるわけにもいかないと思いますが、例えばチーム医療といっても、チーム医療とは何かとなってしまいます。上手な医療のかかり方を広めるための懇談会は、医療従事者以外の方が多く参加されていまして、意味がわかりにくいとか、難しいという意見がたくさん出て、かなりわかりやすくまとめていただいております。チーム医療のところを読んでいても、看護師にタスク・シフトするみたいな印象になっているのですけれども、当然ほかの職種の方々にたくさん協力をいただかないとできませんので、その方々がモチベーションを持っていただけるように、我々も一緒にやっていくと思っております。

全部の職種の人をこの文章の中に入れるのは、確かに難しいと思うのですが、例えばチーム医療とはというところで、下で解説をしていただくとか、何かあると、わかりやすく、私も患者代表と言いながら、医療現場に長くいるので、麻痺してしまっているところがあるのですが、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会に出て、改めて国民が参加するというところで、少しでもこういうところがわかりやすくなっていると、そして、多職種の皆さんが、医師、看護師以外の皆さんがしっかり自分たちもやっていかなければいけないということを自覚していただけるように、何か追加していただけると、ありがたいと思いました。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。中島構成員、どうぞ。

○中島構成員 ありがとうございます。

さまざまな御意見をぎりぎりまでまとめていただき、ありがとうございます。

一看護師として、お話しします。今回の報告書をもとにした、医療界へのさまざまなアクションは、医療職の業務の整理をするよい機会になると捉えています。大きな変革を起こせるかと思って、いつも業務の無駄が多いと思っている看護師としては、よい機会だと、本当にわくわくしているところもあるのですが、業務の無駄を少しずつ、そして、少しでも早く省いていって、医師の持っていたたくさんの荷物をほかの医療職がみんなでタスク・シェアを行っていけるように、努力していきたいと思っています。

ありがとうございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。斐構成員、どうぞ。

○斐構成員 次につながる、未来形の視点として、コメントさせてください。

先ほどのスタートであるというのは、非常にいい言葉だと思います。そうすると、2024年までの5年間はある意味マラソンだと思っています。マラソンをうまく走り切るには2つのポイントがあって、1つは適切な給水所、つまり、サポート、それが恐らく勤改センターであったり、診療報酬、または何らかの財源的なサポートだったりと思います。そういったものをうまく使いながら走り切るような体制をつくっていく。当然ながらサポート、給水所の質はすごく大事で、むやみやたらに給水所があっても仕方がなくて、そこにきちんとスポーツドリンクが置いてあるとか、質はかなり問われると思います。例えば勤改センターで都道府県のばらつきがあるというのは、あってはならないことだと思いますし、質の統一化をしていただきたい。

2つ目は、ドライなお話をして申しわけないのですが、マラソンの中でどうして走り切れない人もいます。つまり、脱落する人、または脱落予備群です。そういった人に対してどういった救済措置をしていったらいいのかということです。働き方改革というのは、ある意味、劇薬だと思っています。これは病院経営者にとっても、かなりの劇薬です。

切れ味鋭いお薬ですから、当然作用も大きく出るし、副作用も想定する。そうなると、副作用が出たときの対応をどうするのか、そして、副作用をどういう形で予知していくのか。予知していく1つが評価機能だと思うのですけれども、センサーの機能を磨いていかないと、例えば地域医療も、崩壊してしまっただごめんなさいというのはあってはならないことだと思いますので、脱落してはならない層をどう救っていくのかということは非常に大事だと思います。

様々な努力をしても、周りに大きい病院があるなどの理由で、努力しても無理だという形の病院も出てくる可能性があると思います。言葉は悪いのですけれども、そういった方々は、どう市場から撤退していくのか、どう病床を縮小するのか、または外来機能を洗練させていくのか、つまり撤退戦略を描く必要が出てきます。そこで、撤退好事例みたいな形で、地域医療に即した形で、こういう形で自院を縮小、撤退していくのかという花道のひな型をつくってあげるのも1つ必要だと思います。

全員が全員、完璧に走り切れませんと思います。そうなりますと、脱落者に対してのケアというのも、これから出てくる。そういったときに、今から予測しておかないと、出てから対応するというモグラたたきではないスムーズにいかないと思っております。地域医療を守るためには、そういったいいバランスをどうつくっていくのかということ、今から考えていきたいと思っております。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まさにそういったことは、ある程度医療機関の中でも、自分が走り切れるかどうかということもあれですし、それを都道府県とか、地域医療提供体制の責任主体が知るという意味でも、医師労働時間短縮計画をつくっていく中でわかっていくと思いますし、それを議論する中で、先生が後段で言ったことは、地域医療提供体制の効率化なので、今、我々が推進しようとしている医療機能提供体制の効率化、地域医療構想の推進などと同じでございますので、働き方の問題も含めて、地域医療構想調整会議で真摯に議論が進むように、我々も都道府県をサポートしてまいりたいと思います。

○岩村座長 ほかにはいかがでございましょうか。荒木構成員、どうぞ。

○荒木構成員 ありがとうございます。

今回の医師の働き方改革の問題は、皆さんが目指すべきゴールと実態の間に大きな乖離があるという課題だったと思います。こういう場合、普通、労働政策としては、まずはソフトローである努力義務を設定して、そして新しい規範意識が当事者あるいは国民の間に定着するのを待って、ハードロー化していくということが多かったのですけれども、今回はそういう努力義務ではなくて、最初から罰則付きのハードローで対処するというので、これは今回の取り組みの1つの特徴だろうと考えています。

そのこともありまして、水準についてはいろいろな議論があったかと思えますけれども、皆さん、おっしゃっているとおり、これはあくまでスタートであって、ゴールではないということが大事だと思います。ある意味では、スロー・バット・ステディーという言葉がありますけれども、ゴールを目指すにはもう少しスピードアップしたほうがいいのではないかという意見は当然あるのですが、大事なことはステディー、着実にこの施策を実施するという事だろうと思えます。そのためには、ハードローだけに頼るのではなくて、総合的な施策として実施していくことが重要だと考えています。

ハードローによる規制は、それを守れない場合にはサンクション、制裁がかかるということになるのですが、今回の医師の働き方改革では、サンクションとともに、というか、それ以上にサポートが大事だと思っています。ハードローの規範を守れない医療機関に、医療行為をやめなさいということは、決して望ましい解決ではなくて、規範を守れない医療機関には、どうしたら守れるようになるのかという、サポートをしていくことがより重要であり、そのためにこそ総合的な施策が必要だと考えています。

いずれにしても、望ましいゴールに向けて、さまざまな議論があり、その中には、両立しがたい主張もあったかと思えますけれども、大事なことは、意見を取りまとめて、意思決定をし、少しでも先に進むということだと考えます。

そういう点では、今回大変難しい調整だったと思えますけれども、この報告書をまとめていただいた皆様の努力を多としたいと思いますし、とりわけ事務局の皆さんには、自分たちの働き方改革を棚上げして、粉骨砕身努力いただいたと感謝しております。その点に、お礼を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

○岩村座長 ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

それでは、この後は、報告書（案）の取りまとめ方ですが、幾つか修正の御意見をいただいておりますので、それにつきましてはそれほど数多くないということから、事務局から口頭で御確認をいただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 本日も御意見を賜りまして、ありがとうございました。

修正の御意見をいただいた順番に、御説明申し上げたいと思えます。

報告書（案）の31ページをごらんください。「4. おわりに」の31ページの1つ目の「○」、「こうした認識に立って」のところですが、7行目「関連する各施策」の行を見ていただきますと、「関連する各施策が」を「関連する施策を」に変えまして、「総合的に進捗する」を「総合的に進捗させる」に変えます。

そのまま進んでいただいて「さらに」の後ですが「今まで以上に医療に係る国民の理解」と進んでいきますが、その部分について「さらに『「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！』に盛り込まれた方向で、今まで以上に医療に係る国民の理解や関わりも不可欠である』」と修正させていただきたいと思えます。

前半は今村構成員から、後半は斐構成員からいただいた部分でございます。

褒構成員の御意見ですけれども、続きまして、9ページをごらんいただきますと、今の国民プロジェクト宣言の内容を御紹介しているのが、9ページでございます。ここに脚注を入れまして、プロジェクトチームを紹介しております、厚労省のホームページのURLを入れたいと思います。

それから、参考資料にも同様に資料をつけたいと思います。

つける資料としましては、第15回の検討会、12月19日でありますけれども、参考資料1がございます。4ページからがプロジェクト宣言になっておりまして、4ページから10ページまでプロジェクト宣言の資料、7枚を追加させていただきたいと思います。

プロジェクト宣言の中では、豊田構成員から御指摘をいただいたチーム医療の件についても触れられておりますが、いただいた御指摘の趣旨であります、いろいろな医療専門職という部分につきましては、7ページで申しますと、真ん中に小さなポツが4つございます。その3つ目の下から3行ですけれども「多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし」ということで、骨子の段階でかなり御議論いただいた部分だと思います。あるいは、総論で申し上げますと3ページですけれども、冒頭「また、医療は医師だけでなく」という部分で「多様な職種の連携」といったことも含めて、整理をいたしておりますので、このあたりで受けとめさせていただいているということで整理できればと思っております。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

まだありますか。事務局、続けてどうぞ。

○渡邊医療経営支援課長補佐 大変失礼いたしました。31ページに、もう一点ございました。

31ページの「こうした認識」のバラですけれども、文末でございます。「厚生労働省をはじめとした行政の」の後に「速やかな」を入れまして、「速やかな具体的対応を強く求める」とさせていただきます。大変失礼いたしました。

○岩村座長 それぞれいただいた修正の御提案は、反映されたと思いますけれども、よろしいでしょうか。

今、加えました修正につきましては、もう一度、構成員の皆様にご改めとお配りをした上で、御確認いただいたもので、最後は座長がチェックをして、その部分については御一任いただいて確定版とさせていただくことにしたいと思いますけれども、それでよろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、最後に事務局から発言の御要望がございますので、よろしく願いいたします。

○吉田医政局長 事務局を務めております、医政局長でございます。

22回にわたる熱心な御議論、そして本日その議論の取りまとめをいただきましたこと、

本当にありがとうございました。心から感謝を申し上げたいと思います。

本検討会で御議論いただきましたことを通じてのコンセンサス、そしてお配りさせていただきましたように、過労死をなさった家族の方々の御意見などを共有させていただきました。そういうものを拝見しまして、医師の方々の長時間の労働時間に支えられている、今の危機的な状況を是正しなければいけない。長い時間外労働を短縮することをはじめとして、この分野はもちろん医師の方だけではありません。多くの医療分野における働き方改革を強力に、そして着実に進めなければいけないという思いを改めて強くさせていただきました。

そのためには、これまでの御議論と重なるところもございますが、個々の医療機関におかれて、それぞれの具体的な取り組みを進めていただく、あるいは患者さん、住民の方々に御理解をいただいて、上手なかかり方を実践していただくことも必要でありますけれども、私ども医療政策、あるいは行政としては、これも関係者の方々が多うございますので御理解をいただくことは当然であります。地域医療構想を具体的な形にする、あるいは地域別・診療科別の医師偏在と言われる状態を是正することを、働き方改革と一体として、セットで進めなければいけないと思います。諸施策を一体として進めさせていただかなければ、今回御議論いただいたような働き方改革も進まないという懸念がありますし、逆に地域医療として取り組んできたこれら諸施策を、働き方改革と総合的に展開する、あるいは組み立てていくということが、何よりも地域医療の立場からも求められていると思います。

今「4. おわりに」のところで、行政は速やかにという御指摘もいただき、修文がなされましたけれども、具体的には2024年を待たずに、私どもとしては平成31年度、幾つか予定している事業をきちんと実施をする。そして、来年度以降の予算など、政府として、行政としてやらなければいけないところで、必要な支援策を盛り込む。いわば政策手段を挙げて、働き方改革に取り組んでいただく医療機関、地域を支援させていただき、そこで働く医療関係者の方々の健康を守っていくという形につなげたいと思っております。

重ねてではありますが、今回、御議論をいただきましたこと、御礼を申し上げ、そして、それぞれのお立場、これだけの方々に御参集をいただきましたので、引き続き、この問題に関しての御理解あるいは御指導、そして、御支援をいただくことをお願い申し上げます。事務局からの御挨拶とさせていただきます。今後ともよろしく願いいたします。

○岩村座長 両局長、大変ありがとうございました。

最後に、私からも一言申し上げさせていただきます。

1年8カ月にわたり、22回という大変多くの回を重ね、その間、熱心な御議論をいただき、きょう、こうして取りまとめをすることができました。まことにありがとうございました。

ただ、先ほど何人かの構成員の方からも指摘がありましたように、この取りまとめというのは、あくまでこれから何をやっていくかということをも明らかにし、関係するさまざま

な当事者の方々に今後の課題を提示して、その解決を目指していただくという、そのためのものだと考えております。したがって、きょうの報告書で書かれたさまざまな改革、改正の提案を、今後着実に進めること、停滞したり、後戻りすることなく、強い決意をもってこれから着実に進めていくことがまさに大事であると思っております。

関係当事者におかれましては、当然のことながらこの関係当事者として医療機関の各団体、さらには個々の経営者の方々ということがまずございますけれども、この報告書を真摯に受けとめて、今後、労務管理を適正化し、2024年、さらには最終的な目標に向けて、労働時間の短縮と医療供給体制の再構築、その他の課題にぜひ真摯に取り組んでいただきたいと思っております。

また、住民、さらには患者様の理解がなければ、こうした医療機関の諸団体、あるいは経営者の方々の努力というのは、必ずしも実が結ばないということになってしまいますので、住民、患者様にもこの改革が持っている意味を十分に御理解いただいて、御協力をいただければと思っております。

とりわけ、これから医師の世界に入ろうとする若い人たち、あるいはきょうここにも3人いらっしゃいますけれども、既に医療機関の中で、例えば救急部門などで非常に熱心に活動していただいている皆さんが、これから先、労務管理が適正化され、きちんとした労働時間の中で、安心して、かつ熱意を持って働けるようになるということが、今後の日本の医療にとって非常に重要であるということをぜひ各方面で御理解いただければと思っております。それを、私も強く願っております。

最後になりましたけれども、座長の進行がうまくいかない中、構成員の皆様、この会是非常にお助けいただきましたし、さらには個別にお名前は申し上げませんが、医政局の吉田局長、労働基準局の坂口局長を初めとする事務局の皆様にも大変御尽力をいただきました。そのおかげをもちまして、何とかきょうこの報告書にたどり着けたと思っております。この間の皆様方の御協力、御支援に厚くお礼を申し上げたいと思っております。ありがとうございました。

それでは、本日の検討会は、これをもちまして終了とさせていただきたいと思っております。長い期間にわたりまして、本当にありがとうございました。