

○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21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。

まず、本日の出欠でございます。中島構成員より、所用により御欠席との御連絡をいただいております。また、三島構成員、鶴田構成員より、おくれて御出席との御連絡をいただいております。

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、これは前回の検討会資料1と同じものでございます。

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）、こちらも前回の資料2と同じものでございます。

それから、構成員の皆様の机の上に、本日御欠席の中島構成員からの意見、1枚物が配られておるかと思っております。

また、本日、皆様の机の上に幾つか、医師の働き方改革に関しまして、事務局より、具体的な提案をして以降、いただきました意見書、要望書を配付させていただいております。クリップどめのものでございます。頭紙に一覧がございますけれども、上の3つにつきましては、本検討会、検討会の構成員宛てのものでございます。それから、下の3つにつきましては、厚生労働大臣、厚生労働省宛てにいただいたものでございます。本日の御議論に当たり、御参照いただければと思っております。

それから、もう一つ、お手元に全国社会保険労務士連合会、日本の医師会の「働き方改革法改正で何が変わるの？」というパンフレットが配付されておるかと思っております。

以上、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、座長をお願いいたします。岩村座長、よろしく願いいたします。

○岩村座長 皆様、こんにちは。

それでは、議事に入りたいと存じます。

お手元の議事次第にありますように、きょうの議題は「時間外労働規制のあり方について」ということでございます。一昨日、第20回検討会を開いたばかりで、それに引き続いてということになりますが、本日も報告書（案）についての御審議をお願いしたいと思います。

前日も申し上げましたように、本日も3を中心に議論させていただきたいと存じますけれども、本日、報告書（案）に対する御意見というものを一通りお出しただけですよう、1と2に関して、もし御意見がありましたら、それもお出しただければと思っております。ま

た、特に、一昨日の検討会を御欠席あるいは御発言をいただけていない方には、ぜひ御発言いただければと思いますので、ぜひよろしくお願いいたします。

まず初めに、事務局から、前回のこの検討会で頂戴しましたいろいろな御意見につきまして、検討に時間が必要なものを除いて、きょうの時点で修正作業の方向性について、御説明いただけるというものがあれば、まずその説明をいただければと思います。

よろしくをお願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。一昨日に引き続き、恐縮でございます。よろしくをお願いいたします。

これは、資料がない中で大変恐縮でございますが、一昨日の御議論、さまざまいただきました中で、今、座長からもありましたとおり、制度検討に若干の時間を要するものにつきましては、お答え、本日は難しいものもございますけれども、表現ぶりについて、いただいた御指摘に関して、幾つか、この部分で今後修正作業をしてみたいということでお話し申し上げたいと思います。

まず、報告書の全体像、あるいはその議論の内容の、全ての医師に1860時間が適用されるなどの誤解でありますとか、労務管理・健康管理確保措置といったものとセットの上限であるといったことについて、正しく医師、当然医療機関に理解していただくことが必要だという御意見を頂戴したかと思えます。これにつきましては、今後、報告書（案）の概要版なども作成してまいりますけれども、その中で適切な周知が図られるような内容に取りまとめていきたいと考えています。

それから、資料1、9ページからが制度上の論点ということで、前回御議論いただいた部分ですけれども、1枚めくっていただいて10ページの冒頭でございます。時間外上限規制の複数月規制をしない部分の理由づけについて、医師不足等の表現が少し足りないのではないかという御意見、頂戴しておりました。ここについては、表現で整理させていただきたいと思っております。

続きまして、健康確保措置の関係ですが、19ページからごらんいただきますと、面接指導のところがございます。これにつきまして、面接指導をどのような体制で実施するのかなど、事前に想定する枠組みというか、そういうものについて、労働時間短縮計画の中に入れて確認すべきではないかという御指摘を頂戴しておりました。その方向で記載させていただきたいと思っております。

続きまして、健康確保措置の流れで、就業上の措置が21ページにございます。22ページの一番上の○に「就業上の措置を実効あるものとする観点からも」ということで、特に医師少数区域における偏在対策との連携について、前回より新たに記載させていただいております。文章を誤読のないように順番をひっくり返したらどうかという御指摘がございました。これについても反映いたしたいと思っております。

最後ですけれども、26ページ、24年4月までの実態把握に関しまして、各医療機関が取り組んでいる緊急対策の実施状況、取組状況についても、（B）・（C）水準の適用対象

としての特定の参考にすべきだという御意見を頂戴しておりました。これにつきましては、前のページ、25ページですけれども、この特定の業務というのは、特定の作業の部分につきましては、23年度中に作業が終了していないといけないということがございまして、それまでの間、医師労働時間短縮計画に基づいて取組をしていただくこととなりますけれども、この緊急対策の内容がきちんと計画の中に取り込まれて、その計画の確認をもって、緊急対策の実施状況が確認できているという形に整理させていただきたいと思っておりますので、その方向で文章についても反映いたしたいと考えております。

あわせて、「おわりに」の部分について、ぜひ記載をとということで御意見、頂戴しました。厚生労働省としての支援の方向性についても文章で工夫してまいりたいと思っております。

このほか、本日いただいた御意見と前回いただいたものにつきまして、作業を続け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、報告書（案）につきまして、御意見あるいは御質問などがありましたら、お出しいただきたいと思っております。

では、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 3番じゃなくてよろしいでしょうか。

○岩村座長 どうぞ。

○山本構成員 前回、3番中心でしたので、発言しませんでした、7ページでございます。○の3つ目、大学病院における医師の研究との絡みでございますが、この検討会で私、かねてから申し上げているように、私とか片岡構成員、あるいは猪俣構成員などのように、大学医学部の臨床系教員というのは、半分医師で半分研究者というハイブリットでございます。

この検討会で医師については決めていただいたので、半身は働き方が決まっていますけれども、全身としてどうするのかという議論が尽くされておりませんので、このような議論を開始すべきではないかという意見もあったということをご記載していただいているところでございますが、この辺の新たな議論が必要だということは、構成員の皆様方も御異論がないのではないかと思いますので、できましたら、ここは「開始すべきである」などの、もう少ししっかりした先の方向性を示すような書きぶりに変えていただくと、我々大学、勤務医は全部で6万人ぐらいおりますので、我々が迷わないような方向性をぜひ打ち出していただきたいと考えます。

○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 ありがとうございます。

私からは、まず、(B)水準と(C)水準で提案されている、労災認定を上回る基準で

ある年1860時間の上限について、明確に改めて反対ということをお願いしたいと思います。これまでの不幸な事故などを踏まえ検討が加えられた労災認定基準は、健康を損なうと判断できる水準です。全ての医師がこの水準で働くわけではないと言いますが、ここまで働かせることができるのかの考えが発生してもおかしくないと思います。医師個人からすれば、36協定で定められれば、その上限時間数が100%適用されます。そして、正当な理由がなければ拒否できないということにもなります。

医師は、病気を治すだけでなく、人々の健康の維持・改善も業務の一つと考えます。その医師に労災認定基準を超える長時間労働を認めるということは、医師の健康確保にはほど遠い状況となり、診断・治療を的確に判断することにも影響するということになると思います。

また、追加的健康確保措置についても、健康確保と言いながら、異常をいかに早く見つけるかという視点での措置に見えます。健康を損なう要素を排除する視点からの対応には、ほど遠いものと言えるかと思えます。

また、医師の働き方は、医療機関に勤務する他職種にも大きく影響するものです。現在示されている、医師の長時間労働はやむを得ないとする上限規制では、地域医療を担う医師や専門性を高めようとする医師の確保にはつながらず、医師不足を増大させることになると考えます。現状からの発想ではなく、一般の労働者の基準をもとに医師の健康を確保するという視点からの時間設定を、改めて提起すべきと考えます。医師が健康に働き、そして家族や友人とともに健全な社会生活を営むことができる労働時間規制が必要と考えています。

少し前置きが長くなりましたが、その上で、私から意見を3点述べたいと思います。

1つ目は、25ページの上から1つ目の○にあります「医師労働時間短縮計画」に関してです。新しい規制がスタートする2024年までの5年間は、医師の働き方改革を進める上で重要な時期と考えます。今まで必ずしも労働時間管理などを適切に行ってこなかった医療機関が、自分の組織の労働時間を適切に把握するルールをつくり、それを医師に浸透させていく。この取組を強力に進めていく必要がありますが、これは決して医師だけで完結するものではありません。多職種へのタスク・シフトやタスク・シェアも必要ですので、看護師やコメディカルも含めて、医療機関で働く全ての者を巻き込んで取り組んでいく必要があるかと思えます。その意味で、(B)水準の対象の前提となる「医師労働時間短縮計画」も、決して医師だけでつくれるわけではありません。ついては、この短縮計画の策定に当たっては、医師だけでなく、医師以外の医療機関で働く者が関与・参加してつくることが必要であり、それをぜひ法令上、義務化していただきたいと思えます。

続いて、2点目は、前回の検討会でも触れましたが、22ページの追加的健康確保措置についてです。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の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。代償休息は、時間単位で取得することも可能な仕組みですが、細切れの休息では心身の十分な回

復は見込めません。長時間の手術などがあって、どうしてもインターバルがとれなかったということは当然あり、その際に代償休息を付与するというのを否定するものではありません。しかし、代償休息ばかりとなっている医療機関は、追加的健康確保措置を講じていないと見るべきです。報告書上だけでなく、法令上も連続勤務時間規制と勤務間インターバルを原則とし、代償休息はあくまでも例外であることをしっかり明記する必要があると考えます。その上で、代償休息ばかりといった例外的な運用となっている場合は、適正化させる仕組みを検討していただきたいと思います。それでもなお、原則と例外が逆転している場合などは、(B)や(C)の特定から外すといったアプローチが必要であると考えます。

最後に、10から11ページの部分にかかわることです。現在の医療は、専門性や広い知識が求められる場面も多く、医師個人での対応ではなく、チームでの対応が求められています。医師個人の業務量を減らすために、医師間の連携や他職種への業務移管など、これまで以上に医師の業務のあり方にかかる事項も含め、早急に検討することを明確にする必要があると考えます。その際、医師個人で担う役割と、チームで担う役割を考慮しながら検討を進めることが、将来的に教育の現場における労働時間短縮にもつながっていくと考えます。

以上、3点意見を述べさせていただきました。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。

では、島田構成員、どうぞ。

○島田構成員 3点ほど述べさせていただきます。

1つ目は、今、工藤構成員から御発言があった点とも関連いたしますが、医師の労働時間短縮計画の作成とPDCAサイクルの問題です。2024年までにどうするかというのは決定的に重要だと思っておりますが、この医師労働時間短縮計画の作成については、報告書(案)では、医療勤務環境改善マネジメントシステムの中で行うということでございます。このシステムには、多様な医療関係者が参加するということが前提となっておりますので、それで結構だと思うのですが、同時に、ここに特別に現場の医師の方々の意見が反映できるような制度的な保障というものを、この医師労働時間短縮計画の作成については、特別に考えるということを加えていただけないかというのが1点でございます。

2番目は、労働法制との関係では、36協定の締結と、その36協定自体のPDCAというものが重要になるかと思えます。まず、締結に際してでございますが、医師の方々の意見が反映できるということについて、協定の当事者がその意見反映をできるように努めるというところまで規定できないのかなというのが1つでございます。

また、36協定の時間外労働の実施状況でございますが、36協定自体はそういう仕組みをストレートには持っていませんので、報告書の中にもありますが、衛生委員会と労働時間等設定改善委員会も含めてでございますが、ここで継続的にチェックするということを義務づけることができないのかということでございます。

また、現実の場面では、管理部門による事前チェックというものが重要になると思います。私の勤務している大学では、月の半ばで人事課が各箇所に時間外労働の多い職員を特定してアラートを出しているということをやっているわけですが、そういうことを含めて、結果が出てということではなくて、それをきちんと協定された時間内にとどめるという仕組みを推奨していく必要があるのではないかと思います。

それから、これは「おわりに」というところにぜひつけ加えていただきたいと思いますが、現行法でもそのことが言われておりますが、36協定の基準というのはあくまでも上限であって、必要以上の時間外労働を予定しないよう、36協定の当事者が配慮するということをここで強調していただきたいなと思っております。

1点目、ちょっと言い漏らした点がありまして、この医師労働時間短縮計画の作成においては、勤改センターを含めた専門家の助言ということが重要だということも、あわせてつけ加えていただければと思います。

以上でございます。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、遠野構成員、それから黒澤構成員、お願いします。

○遠野構成員 ありがとうございます。

長時間労働の言葉、1860という数字が確かにひとり歩きしているように感じます。我々勤務医の時間外労働はあくまでも36協定の範囲なので、管理者が一方的に1860を決めるわけではありません。我々労働者側、勤務医側の代表、職員の皆さんの過半数代表と管理者、院長先生などと話し合いの上で上限時間が決まるわけですから、一方的に長時間働かせられるという感覚は私にはありません。

しかし、36協定というものの概念が皆さんにはなかなか伝わりにくくて、一方的に上限が1860時間になるとお考えになっている先生方もおります。あくまでも36協定で上限が決まるというのを、私もできるだけ皆さんに知ってもらおうとしています。今回の決定は問題ないとは言えないのかもしれないですけども、そういった周知をすれば、働く側にとって何ら大きな心配は要らないのではないかと考えます。

そして、今回の検討会では、勤務間インターバルというのが決まりました。当院でも現在は当直明けは休んでもいいことになっているのですが、同僚の他の人に悪いと考え、休まず働きます。今後、インターバルが義務化になれば、休みやすくなり、リフレッシュできる時間が持てると思います。実際、当院でも研修医は当直明けは休んでもらっていますが、休んだ後は大分楽だという意見があります。

それが一般の普通の常勤医にも今後適用されるので、当院にとっては、今回の検討会の話し合いで決まったことは、勤務医としては少し楽になるという感覚があります。あくまでも超過勤務の上限時間が36協定で決まるということを、世間一般、および勤務医に知ってもらえるように広報活動などをしてほしいです。私もしますので、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。

それでは、黒澤構成員、お願いします。

○黒澤構成員 資料1の24ページ、2024年4月までの労働時間短縮について。この期間に、1つぜひ必要だと思うことです。2000時間を超える労働者がいるというのは、今までも何回も出てきたことですが、恐らく1週間の調査で、その結果をもとに推定するというもので、本当に2000時間を超えている人を同定しているわけではないと思います。もし本当にそういう2000時間を超えるような人がいたとすれば、緊急的に対策を考えなければいけないのではないかと思います。

24ページでは、状況確認を含めた強力なてこ入れを行うということが書かれてありまして、その中にそういうことが含まれているということかもしれませんけれども、急いで労働時間の実態を把握して、もし本当に2000とか3000という超長時間の労働実態があるのであれば、それをターゲットにした対策みたいなことが、この5年の間にぜひやらなければいけないことではないかと思います。ですから、わかりやすくといいますか、そういう点を入れ込んではどうかと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、三島構成員、褒構成員ということでお願いいたします。

○三島構成員 三島です。

今まで、この検討会で議論してきたことを振り返りまして、進める上で重要と思うことを改めて述べさせていただきます。

それは、医師の長時間労働ありきで考えるのではなく、医療水準をどうやって維持するかを考えながら、一人一人の医師の働き方を必ず是正して、医師が自分の健康を最優先で確保できるようにするということがゴールだと思っています。そのために、この取組自体が今の医療界を根本から変革することになると思いますので、理想を書きながらも、現実的な水準から段階的に改革を必ず実行していただくということが必要だと思っています。着実に労働時間を短縮し、最終的に目指すべき水準を達成することが重要ですし、繰り返しそういうメッセージを発信していく必要があると思います。

そのために、短期間のうちに、5年の間にすぐに行っていただきたいこととして、繰り返しになりますが、5つあります。

1つは、タスク・シェア、タスク・シフトをそれぞれの現場でどう進めていくかということ。

あと、働き方改革が形骸化することがないように、全ての医療機関で労務管理を徹底させて、長時間労働是正に取り組む医療機関を評価して、我々勤務医に見える化すること。

長時間労働是正に取り組まない医療機関が、特例の対象に決してならないようにするという事です。

あと、先ほどもお話ありましたけれども、勤務医の我々も36協定のことを知らない人がほとんどという現状が、この検討会でも繰り返し共有されていますので、この5年の短期間の間に勤務医に対して、形式的なものにとどまらない、全ての医師が教育や研修、こういった労働管理についての研修を必ず受けられるという取組も、ぜひこの報告書に記載すべきではないかと思います。これらによってチーム医療を進め、勤務医自身がワーク・ライフ・バランスや個人の価値観によって、多様な働き方を選択するようになることが必要と思います。

報告書（案）には、これらの方向性が書き込まれていると私は理解しています。この報告書の内容をいかに実現していくか、医療界だけでなく、社会全体で取り組んでいかねばならないと思います。

追加で述べたいこととしましては、医療機関の集約化や機能分化を早急に進めるために、プライマリーケアのおくれを強化することが必要だと思います。プライマリーケアを強化することが、国民や患者さんの不安を受けとめて、受診を適正化することにつながると考えますので、そういったメッセージもこの報告書に入れたいと思います。そして、この短期間の間にも、勤務時間に制約のある医師もチームの一員として役割を果たすことができるような、女性医師が活躍できるような環境の好事例とか、そういった現場でできることに取り組んでいけるような環境整備をしていくことが重要と思います。

長くなりますが、最後に、臨床研修病院において、（C）－1水準が確実に下がっていくことを希望しますし、医学教育や研修の効率化に対する国からの支援と継続的なモニタリング、そして、それを公表する仕組みが必要と考えます。

また、この報告書の中にもありますが、評価機能というもののの中に、必ず若手医師だとか勤務医の当事者が意見を出せるような仕組みというものを入れていただきたいと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、褒構成員、どうぞ。

○褒構成員 ありがとうございます。

時間外の上限をどうするのかというのは非常に悩ましい議論ですけれども、今、この瞬間も1860時間以上働いている2万人の先生方がおられるという実態を、我々は真摯に受けとめないといけない。それと、医師会さんのデータでしょうか、3.6%のドクターが実際に自死または自殺を毎週考えるというような、非常に過酷な環境であるということですので、どこかで線を引かなければいけないというのは非常に厳しいところですが、私も前を見て進まなければいけないなと思っています。

報告書に関して、未来志向で3つほど視点を述べさせてください。

1つは、今回の医師の働き方改革の1丁目1番地は、労務管理であるのは間違いない。労務管理は、ある意味マネジメント改革ですけれども、マネジメント改革には2種類ござ



います。1つは、管理系の改革です。つまり、組織を管理していく改革。もう一つは、創造系の改革、クリエイションです。労務管理は、間違いなく管理系の改革です。そういった管理系の改革を推し進める際にキーパーソンになるのは、トップマネジャーではなくてミドルマネジャーです。

つまり、診療部長だったり、医長だったり、そういった方々に対して、この働き方改革の先ほどお話のあった労務管理の方法、36協定等々をしっかりと周知しないと、これは絵に描いた餅になってしまって、幾らトップが言ったとしても、現場、特にミドルマネジャークラスは、恐らく40代、50代ですので、がむしゃら世代で、いわゆる武勇伝を振り回すタイプの方々です。となりますと、彼ら、彼女らにどう意識改革を迫るのかというのが、この働き方改革の本丸かなと思っています。労務改革・労務管理をしっかりとしようというお題目だけではなくて、それをどう落とし込んでいくのかまで盛り込まないと、せっかく書いた改革ももったいないかな。それがまず1点目です。

2つ目が、報告書の26ページでしょうか、上段にございます評価機能です。これは、まさに非常に大事なところでございまして、恐らくこの評価機能がどう機能するかによって、改革の中身がかなり変わっていくかなと。となりますと、早い段階でこの評価機能の内情を明らかにしていただいて、そして評価自身がオープンで、かつフェアな評価になるように、ぜひここにも盛り込んでいただきたいなと思います。この評価機能で、この改革の進め方が周りから評価されると私は思っております。それが2点目でございます。

3点目でございます。この働き方改革の延長線上に必ずあるのは、患者さんの命かなと私は思っております。となりますと、時間外労働の制限が入った結果、そこにかかる病院、またはその地域の医療の質が低下するというのは本末転倒で、あってはならないことだというふうに思います。となりますと、勤務する先生方の健康を考え、かつ、その地域の医療の質を低下させないという連立方程式を解くような形で改革を進めないと、どちらかがよくなって、どちらかが悪くなるというのはあってはならないことかなと思っております。いずれにしても、未来志向という形で、この3点、紹介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。

それでは、村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 発言する機会が、もう余りないかと思しますので、少し長くなりますが、何点か申し上げたいと思います。

まず、年1860時間と終了目標の年限についてです。前回の検討会の終了近くの時間帯に、(B)水準の終了年限について、事務局から終期は定めないという答弁があり、大変驚きました。年間上限1860時間というのは現状を考えれば難しい数字、という岡留構成員などの御意見を、全面的に否定するつもりではありません。しかし、年1860時間という数字は、一般社会では過労死水準をはるかに上回る、非常識な数字であるということもまた事実です。この数字を2024年度までに多少見直していただければと思いますが、これに近い水準の

数字を労働基準法施行規則に書くということは大変な抵抗感があり、こんなことならば席を立ってしまいたいという思いが胸をよぎることもあります。しかし、議論を重ねてきた構成員の皆さん方は、何とか医師の長時間労働をなくしていかなければならないという認識に立たれているということは理解しており、そのために年1860時間という数字が出てきていますが、少しでも改革を前に進めなければならぬということで、そのために力を尽くしたいと思い、議論に参加してまいりました。960時間や1860時間などの数字も、勤務環境の改善策というものも、報告書がまとまれば、私たち構成員はその重みを背負うこととなります。医療界の先生方も、この部屋の外の方からは、なぜ労務管理をしなくてはいけないのかなどと言われることになるでしょうし、例えばお隣の三島構成員は、若いドクターの立場から、悩みながら（B）水準や（C）水準の議論に対応されてきたということをお隣にいてひしひしと感じておりました。私どもも、反対や懸念の表明をしておりますが、それでも報告書がまとまれば、私たち構成員はその内容をまとめたこと責任を分担することになります。そうであれば、事務局の皆さんも、「医師需給の実態などを見ないと暫定特例水準の終期は決められない」などとおっしゃらずに、終期を法的に明記することにかじを切っていただきたいと思っております。吉田局長が前回の最後に力強く決意表明されたように、本気で担当者が変わっても取り組み続けるのだということを示していただきたいと思っております。2032年ぐらいになってから、2035年度末に960時間にどうしてもおさまられない医療機関が出そうだということが判明するということはあるかもしれませんが、ないかもしれません。しかし、それはそのときの話であって、今、わからないから決められないということではないと思っております。

また、より重要な点は、報告書（案）では、1860時間がいつ1500時間とか1200時間になるのかさえ不明であり、このままでは1860時間という時間が全く下がっていかないおそれもあるのではないかと考えています。せめて、1500時間、1200時間などについて、いつ引き下げるのかということを示し、法令上も明らかにしていただきたいと思っております。そのような道筋が示されていなければ、労働政策審議会での議論の入り口にも立てません。

2点目は、年1860時間という時間の意味についてです。11ページには、（B）水準について、「まずは上位1割に該当する医師の労働時間を確実に短縮することとし、1860時間とする」とあります。この水準の設定の仕方については、辞任された渋谷構成員からは、なぜ1割なのかとの御意見があり、また、私たちも一般の労働者の2人分の労働時間であることや、過労死水準をはるかに超える水準で、賛同できないということを繰り返し述べてきました。そのため、年1860時間という時間が客観的にどのような数字なのかということも、あわせて記載いただきたいと思っております。具体的には、（A）水準の2倍近い水準であり、労災認定基準をはるかに超え、いつ労災が発生してもおかしくない時間であるということです。そのような時間であるがゆえに、痛ましい労災を発生させないために、追加的な健康確保措置が極めて重要であるということが、関係者にも説得力を持って理解されることになるのではないかと考えます。

3点目に、「実態」とは何かということです。検討会では、事あるごとに、「実態を踏まえて」との意見や説明があります。前回、城守構成員からも実態を踏まえてという御意見があったところです。私自身も、政策を考える場合には、実態を踏まえるということは極めて重要であると考えておりますが、肝心なのは実態の中身です。26ページの(4)には、実態調査を踏まえた段階的な見直しとか、2024年4月までの実態調査などがありますが、この「実態」には、勤務医の時間外労働の状況がどのようになっているのかということだけでなく、勤務医の脳・心臓疾患や精神障害等の労災の申請・認定の状況も含まれると思います。そのことも報告書に明記いただきたいと思います。

4点目に、やや細かな点になりますが、20ページの医師による面接指導に関する医学的検討についてです。こちらには、睡眠や疲労の状況について確認する事項を含めた効果的な面接指導の実施方法についてと記載がありますが、念押し的に申し上げます。この点については、第18回の会議でも申し上げましたが、医学的見地から検討する際には、産業保健の知見を集めて検討いただきたいと思います。その際は、健康な成人男性を基準に、倒れる間際の徴候をチェックするというのではなく、年齢や性別の違いや個体差も加味しながら、疲労からの回復だけでなく、疲労の蓄積を予防するという視点を持った面接指導のあり方、何をチェックしていくのかということについての検討をしていただきたいと思います。そのこともぜひ記載いただきたいと思います。

5点目に、当事者の参加とフォローアップの必要性についてです。本日、私どもの手元にもさまざまな関係者の皆様からの御意見が配付されています。この間、私自身も、医師の働き方改革に関する、様々な勉強会やシンポジウムなどに、参加してきました。その中で、当事者の皆さんの間でも、このように関心が高まっていき、自分たちはこのままでいいのか考えていただく動きが出てきたことは、本当に歓迎すべきであると思います。

その中では、上限時間数を決めるだけでは改革は進まないという声や、大学病院の給与のみでは生活できないという声、また、医療機関の集約化を進めてほしいという切実な声がありました。このほかにもさまざまな声がある中で、今後、このような声をどのように聞いて、集めて、進めていくのかということが重要であると思います。例えば、法務省の法制審議会の各部会では、中間的な取りまとめを行った段階でパブリックコメントを行い、その内容も共有した上で、さらに法改正の議論をしています。そのことにより、当事者や当事者に近い関係者の方々の意見の集約や現場実態や課題の把握ができるとともに、その方々に議論の状況や内容を理解していただくということにもつながります。勤務医の労働環境改善は、病院経営者の皆さんとともに、病院で働く勤務医の皆さんにこそかわる問題でありますので、すぐにでも理解いただき、対話を重ねていくということが必要であると思います。

6点目に、本検討会では、最初のころに東京過労死を考える家族の会の中原さんよりヒアリングをさせていただきました。そのことを皆さん、覚えていらっしゃると思います。ただ、この間、その議論はどこに行ってしまったのだろうかと思わざるを得ないような状

況もあり、ぜひ厚生労働省の皆さんには、改めて御遺族の声を聞いていただきたいと思えます。私も先日、研修医のお嬢さんを亡くされた御遺族の方の発言を聞きました。御遺族の方が自分の名前と顔を出して表に出てくるということは、大変な勇気と覚悟をもってなされることです。そのような覚悟をもって、ここで声を上げなくてはいけないということで立ち上がられた御遺族の声をぜひ聞いていただきたいと思えます。過労死をどのようにしたらなくせるのかという施策についても、今後、ぜひ具体的な政策の中に落とし込んでいただくヒントにしていきたいと思えます。

7点目に、やや細かな点になりますが、本日も私のところには、現場の医師からの声ということで、幾つか声が寄せられています。ただ、これはそもそも、本検討会の中でも確認されてきたことであると思えますし、また、労働法制でも担保されていることについても、不安があるということで声を出されたのだと思えます。例えばということで申し上げますと、勤怠管理、労務管理については、客観的に把握してくれるのだろうか、その担保が必要という声であります。労働時間の客観的な把握は、安全衛生法などでも担保されていますが、そのこと自体も周知されていません。ぜひ報告書を周知される際には、このようなことも記載していただきたいと思えます。また、労災認定基準についての懸念の声もございませぬ。(B)や(C)水準であっても、その水準のもとで働く勤務医の方々が過労死、過労自殺などをされたときに、労災認定基準というのは、一般の労働者と同様に複数月80時間、単月100時間という基準が適用されないのではないのかという不安感があるため、そのこと自体もきちんと御理解いただけるようにしていくことが必要だと思えます。

8点目に、本検討会の中では、医療機関の皆さんへの相談援助が大変重要であるということで議論されてきましたが、個人の勤務医の皆さん方が何か不安があった場合などに、相談できる機関がどこかないのかという御意見もありました。基本的には、職場の中で解決できる場所があれば一番ですが、そうでなければ、どこに相談すればいいのかということについても、あわせて考えていくことが必要であると思えます。そういった具体的な中身も2024年度までの5年の中で検討していかなければならないと思えますので、御検討をお願いしたいと思えます。

最後に、ロードマップとして、1月の検討会などで、いつまでに、何をやるのかというさまざまな施策が示されております。このようなことが本当に実行されているのかということを確認し、よりよいやり方に改善していくことも必要であると思えます。そういうことをチェックし、またフォローしていくような仕組みづくりも、ぜひお願いしたいと思えます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、鶴田構成員、赤星構成員、今村構成員ということでお願いします。

○鶴田構成員 5ページの労働時間短縮を強力に進めるための具体的な方向性についてです。地域の医療提供体制における機能分化とか連携・集約化、重点化は大事であり、地域医療

調整会議の中で各病院が連携して救急体制をとるとか、今はどちらかという土日の救急体制が取られています、ウィークデイの夜、この病院しか開けないとか、地域医療構想の中で議論すれば、今は5つの病院が当直されているところが、1つの病院になれば、医師の労働時間はかなり下がる可能性があるのでは地域医療調整会議の中での議論の一つとして、取組と成果を見ていくのも良いかと思えます。

次に、1、2でもよろしいですか。

○岩村座長 どうぞ。

○鶴田構成員 医師の性別の話ですけれども、1ページに「女性医師の割合が上昇していることや仕事と生活の調和への関心が高まっている」とありますが、後ろの「仕事と生活への調和への関心」というのは、その上のポツの「医師は、医師である前に一人の人間であり」、家庭人である。したがって、ここのワーク・ライフ・バランスを上にかいたらどうかと思えます。

それに関連して、7ページの下の方に「女性医師等が働きやすい環境の整備の推進」とありますけれども、「女性医師等」というのはどんな意味なのか、よくわかりませんが、女性医師を特出しするのであれば「等」は要らないし、ここの下にかいてあるのは女性医師だけの話ではなくて、医師そのものの自体の働きやすい環境の整備をするのであれば、「女性」を省いたらどうかと思えます。

もう一点は、2ページの真ん中のところに「医療のかかり方についての国民の理解を得ながら」とありますけれども、予防対策というのはかかり方なのですか？。予防対策は、別に行を変えとかして、医師のかかり方については、国民の理解を得ながら、必要なときに必要な医療を受けられる体制を維持していく。途中に入っている言葉は、病気にならないように、予防を別途書いたらどうかという点で意見を述べます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、赤星構成員、どうぞ。

○赤星構成員 赤星です。

私からは、まず3点申し上げたいと思えます。

1つは、さっき斐構成員も少しおっしゃっていましたが、これを実際に施行していくとなると、病院によってはどうか、いろいろなところで既に労務管理をやるという取組が始まっていて、どこかというのはちょっとあれですけれども、例えば病院によってはICカードを、来たとき、出るときに押して、さらに書類を時間外で書いて、さらにエクセル入力をしてという、労務管理をするがゆえに、医師が書く書類が5枚ぐらいふえるみたいな、ちょっと本末転倒みたいな仕組みになったりすることもあるかと思えますので、そういうものをうまくやっている病院はたくさんあると思えますので、御紹介しながら、効率よくできる仕組みを進めていただければと思っています。

さらに、そのやり方の問題どころか、1860時間、働かせていいという勘違いをされている病院の経営者の方もたくさんいらっしゃいますし、病院長の方もたくさんいらっしゃる

と思いますので、そういうわけではないという、全体像と仕組みがどうなっているのかというのは、周知を徹底的に進めていただきたいなど。2024年、各病院が変更する前に周知されないと、変えてから、また変えるというのはいろいろな混乱を招くので、早急をお願いしたいなと思っているというのが1つ目です。

もう一つは、三島構成員ともお話しして、若手がというのもあるのですが、僕の周りでも、そんなに働きたいのみたいな意見をいただくことがたくさんありますし、一方で、病院のお偉い方々には、もっと長くしてほしいとか、そういう意見をいただくこともあります。本質がそこじゃないのだというところがもう少し伝わるといいなと思っていて、1860時間というのは大事なことですけれども、そうじゃなくて、例えば（B）基準にしたら、タスク・シフトを一緒に進めなければいけないという義務がついてきますし、実際問題、1860時間、忙しい病院が全ての医師に働かせた場合、労務管理を徹底するということが決まりになるわけなので、物すごく赤字になると僕は思うのです。

そうすると、そもそもそれは実現できないので、いかに短縮できるかという方向に思考が働くとなると僕は認識していますし、その労務管理が徹底されるというのが（B）基準で、すぐに短縮に向いていく。（C）基準にしても、時間外がどれぐらいあると明示されるわけですね。そうすると、長いと研修医は来てくれないし、僕も自分も行きたいと思わないわけなので、そういう市場の原理も含めて、一つの改革であると。

さらに、それに加えてインターバルだの、いろいろな政策がくっついて一つの働き方改革になっているのだということを皆さんに知っていただいた上で、懸念されることは何かということまで、世間のドクターの皆さんとか国民の皆さんがなっただけかというのかなと切実に思っています。

私は、直接御説明した上で、いただいているような懸念事項としては、主に2点だけで、先日も申し上げましたが、1つは、（C）基準の16ページです。本当に明示した時間数と、実際そこにマッチした後に、働いている時間外の労働時間がかかなり乖離していた場合は、精神的にも肉体的にもかなりの打撃を受けると思いますので、例えば、丸ポチの一番最初、先日も申し上げましたが、「是正させる」という言い方ではなくて、「是正させ、されない場合は、これらの指定とか認定の撤回を考慮する」というぐらいの強い言いぶりにしていただいたほうが、若手は安心するのかなと思っています。

さらに、あとは（B）基準は、2035年までに本当に終わるのか。担当者の皆さん、厚労省の方々が変わったりした場合に、何となくほわっと1860時間でゴーとならないかどうかということ、皆さん心配されていますので、これは状況が変わっていくから書けないと私は認識していますから、「おわりに」とか（B）の基準のところ、もう少し確実に進めていくのだという気概が伝わるような言い方になると、我々、安心できるのかなと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

次、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

私は、1点、地域医療提供体制の確保という柱に限ってお話しをさせていただきたいと思っておりますけれども、10ページにそのことが触れられているのですけれども、先ほど鶴田構成員からも調整会議という発言がございました。地域の医療提供体制の確保ということでは、大きな柱として、今、地域医療構想のお話もありますけれども、そのことが文言でどこにも出てきていないのかなと思います。偏在のことだけが書かれているので、少し触れておいていただいたほうがいいのかなとちょっと思います。

それを踏まえて、先ほど暫定特例水準解消のお話が村上構成員から出て、ゴールをしっかりと2036年3月というのを法律に明記すべきだという御意見がありました。これは、できるだけ早く、こういった（B）水準というものを解消していくということについては、私も全く賛成です。その大きな前提として、今、医師の地域偏在の話と診療科偏在の話が間違いなくあって、非常に長時間働いている先生も、全ての科に均等にあるわけではなくて、ある診療科に限って非常に長時間働いている先生たちが多くという事実もあるわけですから、そういう意味で、医師の地域偏在対策、診療科偏在対策というものが働き方改革に関係してくる非常に大きな要素だと思っています。

そういった意味で、2036年3月にゴールを切っているというのは、まさしく偏在対策をどのようにPDCAサイクルを回していくのかという、最初だけ4年ですけれども、あと3年単位でずっと回っていくという、それを見ながらということで、整合性をとってやっていくということになっております。そちらのほうでは、偏在対策というもののゴールというのは、別に法律に明記されていることではないのです。したがって、ゴールを目標として置くことはいいと思うのですけれども、法律の中まで明記するとすると、これは非常に重いことになるし、その偏在対策の進捗状況との整合性という意味では、そこまでのことを法律の中に書くというのはなかなか難しいのかなと思っています。

ここに集まっている人も含めて、現場は改革のマインドがどこまで進んでいるかという若干の危惧はないわけではありませんけれども、ある程度こういうものがまとまって出てくれば、我々は我々として医療界に対して全面的に働きかけをしていきますし、私、終わりに厚生労働省にぜひ支援してほしいと申し上げたことは、そういうことも含めて、患者さんも含めて、医療側も含めて変えていくのだという大変革をやっていこうというメッセージをしっかりと出していくことが大事だと思っていますし、余りがちがちにすると、それと違ったときにどうするのかという議論になりますので、法律の明記ということに関しては、私は控えていただいたほうがありがたいなと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、片岡構成員、その後、森本構成員ということでお願いします。

○片岡構成員 ありがとうございます。

私も、(B) 基準、(C) 基準について、少し意見を述べたいと思います。

(B) 基準に関しましては、何名かの委員の方からもお話がありましたとおり、可能な限り、少しでも短縮するという方向を最後まで模索していただきたいと思います。(C) は、対象者が限定されている。要するに、年数で限定されているという点でも意味が違うと思います。もし、少しでも短い時間の設定というのが、この限られた3月末までにという中で非常に難しいということであれば、村上構成員がおっしゃられたように、少しでも現状改善のための具体的な道筋が見える形を出していくことが望まれるのではないかと思います。

だから、1年後に例えば1500時間とか2年後に何時間といった形で、これは実現できるかどうかという部分はあるかと思いますが、今のこれでもう決まったということではなくて、少しでも段階が見える形にすべきではないかと思います。

それから、(C) 基準に関してですけれども、(C) - 1について、例えば初期研修医については、米国のACGMEでは週80時間の労働時間ということで、もちろん文化的なバックグラウンドが違うので、比較するというのは難しいのかもしれませんが、少なくとも米国の先行事例などは参考にできるし、そこと大きく乖離していないということではあるかと思いますが、だから、もちろんそれで問題がないということではなく、改善のための見直しは必要だと思います。

一方で、現状でも研修医の先生の健康というのは、プログラムがかなり定まっていることから、かなり留意されて守られているという印象を持っています。むしろ、3年目以降の医師とか若手の指導医クラスに過重な負担がかかっていることは、従来から指摘されています。そういう観点からは、(C) - 1もさることながら、(C) - 2の基準については、より厳密な適用が必要なのではないかと思います。専門医プログラムとの整合性、足並みをそろえる必要はあると思いますが、可能な限り、高い上限値を容認しない方向を盛り込む必要があるのではないかと思います。

それから、何名かの方がおっしゃられましたけれども、例えばまた米国の話であれですけれども、米国では、研修医が労働時間のルールに違反しているということがあったら、匿名でACGMEに申し入れできるシステムがあるそうですけれども、院内で解決しようとしても、研修医あるいは若手の先生というのは、立場が弱かったり、そこで声を上げるというのはなかなか難しいのではないかと思います。

なので、どこが評価するかという評価システムの話もありましたけれども、そういった院内だけの解決ということ、あるいは県内での解決ということだけではなくて、匿名でも構わない、最初の労働条件と違うとか、実際はこういう状況であるといったことを声を上げることができるシステムというものが必要なのではないかと思います。

最後、感想ですけれども、私も第5回の中原さんの御発表ですごく衝撃を受けたし、自分も非常に考え方が変わったと思います。自分自身が20年前に研修医、医師になったということで、長時間労働が前提の働き方というのが医師のあるべき姿として、本当に骨身に



染みてしまっていて、そういう価値観を持っていたと思います。

ですので、さっきモーレツ世代と言われましたけれども、40代、50代以上の方、価値観から変える必要があると思います。現場は変わらないといけないと思いますし、そういう意味で、中原さんを初めとする、そういった声を上げてくださっている方、あるいは現在、声を上げることができず、本当に目の前の患者さん、あるいは目の前の仕事に忙殺されている方、そういった方が少しでも納得できるような内容に、あるいは少しでもよい方向を目指すべきではないかと、最後は感想ですけれども、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。

それでは、森本構成員、戎構成員、猪俣構成員ということでお願いします。

○森本構成員 ありがとうございます。

まず、報告書（案）の3ページ、医師の応召義務との関係の整理に関してです。1つ目の○で応召義務の関係について整理した上で、2つ目の○で、「応召義務があるからといって、医師は際限のない長時間労働を求められると解することは正当ではない」とし、この下に「他方」ということで、読み方によっては、応召義務が長時間につながることを肯定するようにも読まれかねないような形になっております。むしろ、この「他方」以下のところは、○の1つ目の、応召義務を踏まえた特殊性があることや、実態として職業倫理として機能していることなどが医師の長時間労働につながってきた側面があるとした上で整理をしたほうが、文章的に読みやすいと思いますので、検討いただきたいというのが1つです。

次に、（B）、（C）の水準に関してです。上限年1860時間は、何度も申し上げておりますけれども、一般の労働者の2倍に当たる労働時間であり、労災認定基準もはるかに上回っています。育児・介護などへの参画や人間らしい生活ができる勤務時間・労働時間ではないという観点からも反対であり、長時間労働ができる人しか医療に従事できない状況が続くようであれば、結果として、地域医療をはじめとして、医療提供体制を持続的に維持していくことが難しい状況が生まれてくると感じています。一方で、医師が長時間労働となっている現状を踏まえ、この現状から、医師の健康を確保しつつ、現状よりも着実に労働時間を短縮していくべきであり、こういったことにつながる形で報告書を取りまとめたいというのが、全ての構成員の一致した思いだろうとも感じているところです。

その上で、何点か意見ですけれども、まず1点目です。27ページ、2024年度から上限規制の導入が予定されていますが、それまでに実態把握をすると記載がされています。上限時間数についても、この実態把握を踏まえ、必要に応じて検証することなども記載いただければということが1つです。

それから、前回検討会でも申し上げましたが、年1860時間という数字が示されたことにより、先ほど何名かの方からもありましたが、その上限時間数で36協定を締結しようとする医療機関の声を耳にしています。36協定における上限時間数は、職場ごとに労使で話し

合って、実態あるいは実績に応じて締結すべきですが、現状では、正確な勤務状況・勤務時間が把握されていない医療機関が多く見られます。そういった医療機関では労使ともに具体的に何時間に定めればいいのか、定める指標となるものが見当たらない場合が多いのではないかと感じています。

また、このような状況が長く続いていくようでは、結果として労働時間の短縮にはつながりません。今後医療機関は、労働時間をしっかり把握することに加えて、医師の労働時間短縮計画を作成することになりますが、医師の労働時間短縮計画は、当然、前年度の時間外労働の実績の記載が必要です。それをもとに短縮計画を立てることになりますが、ついでには、計画に記載する前年度実績と36協定時間数が余りに乖離する場合には、当然のことながら、都道府県も含めて指導すべきです。

さらに、計画を策定すれば終わりというものではなく、実績の時間数を明示して、達成状況を毎年検証し、あわせて計画の修正なども行う枠組みをセットでつくっていくことで、実際の勤務時間を減らしていくことにつながるのではないのでしょうか。あるいは、36協定を何時間で結んだらよいか検討する指標にもつながると思いますので、こうしたことについても記載いただきたいと思います。何よりも着実に労働時間を削減していくということが重要であると考えます。

加えて、計画をつくっても、実行されていない、あるいは結果として時間外労働が削減されていないという場合には、(B)、(C)の医療機関として特定しないということについても、ぜひ明記いただきたいと思います。

次に、(B)の終了目標年限ですが、なぜ「終了年限」とできないのか、理解できないところです。暫定特例水準という形で定められるものと考えていますが、法令上の特例である以上は終了年限とすべきです。また、年1860時間という上限が2035年度まで続くことがあってはなりません。報告書26ページで、「医療計画の見直しサイクルに合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」と書いてありますが、「段階的引き下げに向けた見直しを行う」と記載すべきです。何よりも、長時間労働を是正していくために医師の需給も含めて体制を整えていくこと、そして目指すべきものと対応すべきもの、この関係を明確にする点からも、法令上もしっかりと特例の終期を明記いただきたいと思います。

最後に、(C)に関し、26ページの一番下の○についてです。(C)の終了年限は、長期的に検証していく必要があるとして、「その検証手法につき別途検討に着手する」と記載してあります。医療水準の確保の観点から検証することも確かに必要であると感じていますが、来年以降、実際の勤務時間も把握できると考えています。その実績も踏まえて、(C)の上限時間数についても検討することを明記いただきたいと思います。加えて、(B)の観点とは若干変わりますが、医師の労働時間短縮計画の中にも、特に(C)-1、研修部分について、実態も踏まえて検討いただくことをお願いしたいと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、戎構成員、どうぞ。

○戎構成員 ありがとうございます。

前回出席できませんでしたので、少しおくれた意見になるかもしれませんが、4点ほど意見を述べさせていただきます。

私、個人的には、36協定上の結んだ上限に関しては、960時間、一般則に近いところを望んでおります。ただ、今の医療現場で、どうしてもこの（B）基準をつくらなくてはならないということなのであれば、組織とか組織を管理する管理者ができるだけ960時間を目指すということを基準に、国から何かしらのアプローチをし続けていただきたいかなと思います。

この話題は医師なので、医師に関するお話しをしますが、先ほど何名かの構成員の方が言われたように、医師も一人の人間で、家庭を持っている方たちであることに変わりはないということなので、それを国民がわかっていないわけではないと私は思っております。ですので、どうしてもしようがない場合の1860時間という数字が出てくるかもしれませんが、基本的には960時間を目指していただきたいなと思っております。

2点目ですが、恐らく日本の中だと、医療従事者全員が仕事量と人数を考えると、集約化がどうしても必要になってくると思っております。集約化した場合にアクセスの問題が起こってくると思いますので、医師の働き方改革を進めると同時に、患者さんがアクセスに困らないような方法を考えていただきたいと思っておりますし、医療現場の医療提供者側の医療提供の仕方についても、多職種によるタスク・シェアだったり、シフトだったり、オーバーラップさせていく機能をもっと推進できるような取組を、国から推進していただきたいなと思っております。

3点目ですが、今回、このように働き方をどうやっていくかということが、通常の仕事方改革を国民に提供する話題が非常に広まっていますので、実際に働く現場に出る前の段階で、どういった働き方の取り決めが今あるのかということ、医師だけでなく、医療従事者全員が知ることができるような、学校教育の一番最後のあたりでもいいですので、何か取組があったらいいのかなと思います。そうすると、新しい方は若いし、出てきたばかりなので、こういう労務管理的なことに物すごくうとくなくなってしまっていて、上に言われるがまま、やらされるがままということもありますので、そういったことがないように、情報は必ず持ってもらえるような仕組みにしていきたいなと思っております。

最後に、26ページです。（B）水準は、（1）のとおり暫定的な特例であることから、将来云々と書いてあるのですけれども、できれば、この中間見直しの3年置きに行うタイミングの中で、（B）基準が中止になる可能性についても御記入いただけないかなと思われました。これが36年まで続くというのは、今、働いている20代、30代の人たちは、既に働き盛りで一生懸命頑張っている時期を10年以上も過ごすことになってしまうので、可能な限り早目に、この（B）水準をクリアできるように取り組むという意味で、途中で中止す

ることでもあるという意味合いの記載をしていただけたらありがたいなと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。多分、中止というよりは、達成できたのでということだと思います。

済みません、今村構成員、手が挙がっているのですけれども、その前に猪俣構成員にお願いしたいと思います。

○猪俣構成員 ありがとうございます。

まず、本検討会を通じて、今まで労働基準法の枠外に置かれていた、労働者としての医師の立場というものが明確になったことというのは、非常に重要なことかと感じております。そして、今後重要なことは、働き方改革の医師への適用に与えられた、この5年間の執行猶予期間中に、各医療機関が体制を整えて準備をして、2024年4月の施行時には、混乱なく医療の運営が行われることだと思っております。特に、労働時間で問題のある働き方をしている医師というのは、大学病院の勤務医であったり、救急病院で救急対応している医師、地域の医療を担っている医師、若手や中堅医師、そして産婦人科系、外科系など、今回の調査で浮き彫りになったところがあると思います。

我々の働く大学病院でも、勤務体制というのは、先ほど山本構成員がおっしゃいましたように、臨床業務、患者さんを診る業務だけでなく、研究とか教育など、さまざまあって、労務管理の徹底というのは非常にチャレンジングな課題かもしれません。しかし、各医療機関において早急に対応を目指すとともに、今回の働き方改革で新たに追加された代償休暇をしっかりと適用するということは、少なからず我々勤務医の働き方を向上できるのではないかと考えております。

マネジメント改革やコメディカルへの権限移譲、IoTやAIなどテクノロジーの積極的な導入など、我々が将来的に向かう方向性は見えてきていると思いますけれども、医療機関ごとの特徴を生かしつつの導入に関する汎用的なノウハウというのは、まだ確立できていないと思いますし、医療機関にとって、これらの導入はコストもリスクも大きく発生することですので、このような働き方改革に向けた医療機関の活動に対して、例えば診療報酬など、経営面から見てのインセンティブとか補助金などの財政面での対応に関しても、今後、政府のほうはぜひ御検討願えればと思います。

以上になります。

○岩村座長 ありがとうございます。

そうしましたら、お手が挙がっている順番で、城守構成員、豊田構成員、そして今村構成員ということをお願いします。

○城守構成員 ありがとうございます。

この働き方改革、ドクターの長時間労働を是正して、健康を確保してということが主眼であることは間違いのないわけですが、そうすることによって、地域の医療提供体制にどういった影響が出るかということとの兼ね合いということで議論が進んできたと思います。そ

の中で、現在、第7次医療計画が進んでいるわけですが、そこにおいては、医師の不足、診療科間の偏在とか、または地域偏在というものが解消されなければいけないという命題。

さらには、そこに地域医療構想という概念が入って、そして、専門医制度が新たに改築されていっているという状況で、現在、提供体制そのものがかなり大きくさま変わりしようとしているという状況に、この働き方改革を投入するということになるわけです。これが、地域医療の提供体制にどういう影響を及ぼすかというのは、正直、現場も含めて予測できない部分というのかなりあるのではないかと思います。

そういうことを考えますと、できれば（B）の終期というものを明記するという御意見というのは理解できなくもないのですが、何が起こるか分からない、どうなっていくかわからないという中において、そこを明記してしまうと、改革が一方向にだけ進むということにもなりますので、そこはなかなか難しいのではないかなと思います。

あとは、（B）、（C）の指定、そしてまた取り消しのお話も出ておりましたが、今、お話ししましたように、医療機関の管理者がなかなか理解できていないという現状がございますが、これからはそれを周知するという意味において、理解が進むと思います。それでも、頑張っても、それがなかなか達成できないというケースもまま出てくる可能性がございます。そうした場合に、それがどうしてできないのかという評価ですね。評価機能というものもありますけれども、そこをしっかりとチェックする体制を構築してもらいたい。

何が原因でできないのか。それは、自院だけで改善できるのか、それとも地域全体で改善していかなければいけないのかということも含めて、それを分析して、それをもう一度フィードバックして、それでもできないということであれば、それは管理者の責任なのか、それとも医療機関の責任なのか、それとも地域として無理なのか、そのあたりまでも踏み込んだ形での検討が必要であろうと思います。これは、その指定の後の、達成できなかったことに対するペナルティーに対する前に、この制度というものをしっかりと構築していただきたいと思います。

そこで、1点だけ御質問ですけれども、13ページの一番下の○で、（B）の指定要件になるわけですが、i、ii、iiiの条件がございます。このi、ii、iiiの条件とは別にivという条件があるわけですが、これは今、私が言いましたように「公共性と不確実性が強く働くもの」ということであれば、都道府県の知事が医療の確保のために必要と認める医療機関と呼んでよいのかという確認をお願いしたいと思います。

もう一点だけ、最後に。皆さんのお手元にお配りしております働き方改革の法改正、先ほどから医療機関の管理者がなかなか理解できていないということも現実問題、ままございます。ですので、この後ろにもございますように、全国の社労士会の御協力を得て、日本医師会と共同名で、この4月から働き方改革というものでどう変わるのかということを知りたいと思っております。この3月の末までには、会員の先生方の全ての管理者、事務長にこれが届くことになってございますので、これは先ほどからございますように、労働

時間の状況の把握というものが義務化されたとか、この会の中では当たり前のお話ですけども、そういうことをチェック形式で配布しようとしております。

こういうことをして、管理者の意識を大きく変えていっていただきながら、そして働き方改革を推進していただく。それでもだめな場合の原因分析というものを、かなりしっかりしていただきたいということでございます。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

御質問の点は後ほどということにしまして、豊田構成員、どうぞ。

○豊田構成員 私は、以前にも申し上げたのですが、先ほどからお名前が出ている中原さんと15年ぐらい前に出会っているのですけれども、そのさらに1年ぐらい前に、私自身が医療事故で息子を亡くするという経験をして、その後、中原さんと出会ったときに、医師側にも大変なことが起きているという事実を知りました。その後、そうは言っても、どうしたらいいかわからず、とにかく自分たちの体験をそれぞれ語って、みんなで考えていこうということで、それぞれ自分たちなりの取組を続けてきたわけですけどもね。

考えてみれば、医師は当然国民でもありますし、それから患者にならない医療者もいませんので、両方の状況の悲劇を経験する可能性を秘めているわけですから、患者さんが困るような方向性にならないということを考えなければいけないという中で、今の段階だと過重労働と言われても仕方がない上限時間が提示されているということに対しては、反対されている医師・団体の皆さんが、一度決めてしまうと簡単に変えることが難しいということの懸念や、それから、簡単にタスク・シフトができない現状というものをわかっているので、反対されるということは私の立場でも想像できることです。

ですが、このままでいるわけにはいきませんので、体制を変えなければいけないといったときに、どう考えても現状の体制を保つことはできない。というのは、赤星構成員からもわかりやすい説明があったと思います。となると、タスク・シフトやタスク・シェアの部分などを早急にやっていかなければならないということで、医師以外のメディカルスタッフの方々の意識改革や業務改革というところでは、中島構成員が書面で提出してくださっていますけれども、私も全く同感です。そのために、なるべく早い段階から医療提供者側の意識改革や実行に移すこと。

そして、国民にも理解していただき、かかり方を早く示して、実際のかかり方について周知していくこと、協力を求めることというのをやっていただかなくてはならないと思いますので、医師も入っている、全ての国民がこういうことをやっていかななくてはならないということを、ほかの構成員の皆さん、同じように発言されていると思いますので、ぜひ全ての人がやっていかなければならないということ、もちろんこの本体のほうに内容が入っていますけれども、改めて「おわりに」のところに入れていただきたいと思います。

渋谷副座長が座長としてすごく尽力されて取りまとめていただいた「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！」についても、5つの方策を示して、具体的にや

っていこうと。継続的にコミットして進捗をチェックしますと、そちらも宣言していますので、村上構成員もおっしゃっていたように、私たちはここはちょっと賛成できないなと思いつつも、覚悟を決めて、この報告書をまとめようということですので、これはかかり方の懇談会と同じように、継続的にコミットしていくということ。これは、構成員の責任ということだけではなくて、医療現場、患者さん側、国民全てが協力していきましょうということを改めて、ここに載せ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、今村構成員、そして福島構成員ということでお願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。

地域医療提供体制の話ばかりしていると、何だ、医師会は医師の健康を考えないのかと言われると困るので、改めて申し上げておきますけれども、10年前に日本医師会はテレビコマーシャルで、勤務医の過重な労働というものを国民に訴えるために、メッセージとして流させていただいた。これは、上手な医療のかかり方でも御紹介申し上げた。時代が10年ずれていたのかなと思いますけれども、まず大前提として、勤務医の方の健康確保というのが絶対大事だというのは、ここにいる全ての人の共通の理解。もう一つが地域医療のお話だということです。

先ほど森本さんから、需給の話というのは、この働き方ということで私が申し上げたのですけれども、需給の分科会でなぜ偏在を解消しなければならないかということは、国民が同じ保険料や税金を払っているのに、受けられる医療に地域によって格差があるのはおかしいという大きな命題の中で、偏在対策をどのように早急に進めていくかという話になっていますので、その後こういう働き方の話が出てきて、これはとても大きな、密接な関係にあるということが、先ほど城守さんからあったと理解いただければと思います。

それで、日本の医療提供体制は、物すごく長い間にしっかりでき上がってきたもので、この働き方がいいなんて全然思っていないのですけれども、大きいタンカーみたいなものなので、右に曲がらなければいけないと言っても、急速に右にかじを切れないのです。だから、少しずつあるべき方向に直していくというやり方しか、私はとれないと思っています。その中で、エビデンスとかデータ、実態をしっかり把握して検証して、何を改めなければいけないのかということを確認しておくということは、すごく大事なことだと私は思います。

あえて申し上げますと、例えば個別の医療機関の理解、取組というものが、まずは大前提であるとは思いますが、これは城守先生の話と重複するかもしれませんが、病院だけでできることは限界があって、地域の中で連携しながらやっていかなければいけないというのは、この会の中でも何人かの先生がおっしゃっていたことだと思います。例えば、病院単位でやってしまうと、自分の病院が改革をするために、外来診療を制限しましょうということが実際に起こっているわけです。そうすると、次にどういうことが起こ

るかという、その患者さんたちは違う地域の病院にかかって、今度はそちらに負荷がかかって、結局、そこが長時間労働になってしまう。

(B) 指定をしているということは、県の中でどの医療機関とどの医療機関がどのように機能分化して連携しながら、お互いに助け合ってやっていくのかという中で、この病院については(B) 指定としましょうということを認定するという仕組みになっているわけで、その機能がしっかりと発揮されるということが、私は大事なのかなと思っています。個別の病院に対するペナルティーみたいな話に余りしないほうが、地域全体としての医療提供体制を守っていく上では重要じゃないかなと思っておりますので、そのことだけ申し上げておきます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、福島構成員、それから馬場構成員ということでお願いします。

○福島構成員 この働き方改革を実現するには、今後、労務管理、労働時間管理の重要性というのを労使双方にしっかりと周知することが重要だと思います。そして、ドクター自身も自分のタイムマネジメントを含めたマネジメントをしっかりしなければいけないということの意識を持っていただきたいと思います。

そうした前提でちょっと申し上げておきたいと思うのですが、24ページの兼業についてです。おとこの前の回の検討会のときにこれを御質問された構成員の先生がいらっちゃって、そのときの事務方の回答として、一般とかけ離れた特例を設けることは難しいという内容のことをおっしゃっていました。この医師の兼業に関しては、改めて検討するというところで終わってはいるのですが、一般とかけ離れた特例を設けるのは難しいということであると、労働時間の管理のあり方に大きく影響してくると思うのです。

今、複数の事業場で労働する場合は、労基法上は通算されるということ。加えて、事業主に労働者の労働時間の適正把握義務が生じるということを見ると、兼業の事実を把握している場合は通算するということですね。そうすると、その通算された労働時間を前提に、上限規制なり、割り増し賃金のこととか、健康確保の観点といった措置についても考えなければいけないということ。一方で、兼業先の事業主は、ほかの事業場で働いていることを前提に、副業を承知して働かせているということになるわけですから、その兼業先の事業主にも労働時間の把握義務がある。それに見合った対応が求められるということになるかと思います。

実際には、こうした時間管理は相当難しいものになるだろうと思いますけれども、医師だけ特別という考え方はできないだろうということですから、これから医師の労働時間の削減というのは、今まで以上により厳しいものになるかと思います。さらに通算した場合の、健康確保措置というものが重要課題ということになってくるかと思います。

それから、今、申し上げた労基法上は労働時間は通算しますが、労災では非通算という点も問題だと思います。労災は個々の事業主が補償責任を負うということで、兼業先で万一不幸な出来事が起こった場合には、その兼業先の報酬だけがもたなくなって生活補償がなさ



れるということです。もし、この兼業についてのルールというものを一般のルールに準用して医師に当てはめるといふことであれば、つまり兼業を含めて労働時間を通算するといふことであれば、労災に関しても通算して補償する仕組みというものを考えていただきたいと思います。

雇用保険や社会保険に関しても、細切れの勤務をしていては何の補償も得られないという状況がありますので、労働時間の通算を考える場合には、現行制度の見直しを含めて、医療現場に慎重に当てはめていただきたいということをお願いし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。私の承知している限りでは、関係する審議会等で今の労災の問題や雇用保険の問題は検討しているところではございます。

次に、馬場構成員。

○馬場構成員 私たちが目指さないといけないのは、必死に努力して、2024年から始まる新体制の入り口に立つこと、これが本当に一番大事なことだと思っています。ある意味、さぼってきた医療界が本気になるわけですから、5年後の混乱なき軟着陸を行うために、この5年間はゴールを動かさないでいただきたいと思っています。もちろん、その後、始まる見直しにつきましても、本気でやっていかなければいけないと思っていますけれども、終了年限を含めた数字を現段階でがちがちに固めるのは、地域医療を危うくする可能性があると思っています。

例えば、一つの病院の改革が、地域全体で見ると周辺病院の負荷を大きくしまして、別の病院で超過勤務時間が延びるといふことが起きるかもしれません。医師の超過勤務時間問題というの、複雑な医療界のひずみの一つの鍵にしかすぎませんので、予測不能の因子が非常に多くあると思っています。

ロードマップについては、事務局案どおりといふことで賛成でございます。もちろん、一番最後、27ページに書いてあるように、2024年4月の適用前においても、医師の時間外労働の実態把握・調査といったことを行うといふことは賛成ですし、追加的支援策を講じていくといふことのために、これを使っていればと思っています。

それと、そういったときにもし可能であれば、自殺や死を考えている医師が3.6%あるといふ衝撃的な数字についても、ちょっとフォローしていただいて、5年後、10年後にはこれがゼロになっているといふことをぜひ確認したいと思っています。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

では、荒木構成員、どうぞ。

○荒木構成員 ありがとうございます。

前回欠席しておりましたので、しばらく皆様のお話を聞かせていただいております。今回の医師の働き方改革は、医師の命とともに国民の生命も守るといふ、2つの重大な任務のための議論だといふことで、現状の長時間労働を確実に、着実に改善していくといふ

ことについては、この検討会でコンセンサスがあったと思います。問題は、その手法について、さまざま議論があるようでありますけれども、今回、長時間労働を規制するために、絶対的な上限を設定することを議論しております。全ての法規制がそうですけれども、いろいろなサンクションをつけても、最終的には、その法規制についての国民の規範意識に支えられていなければ、その規制は実効性がないことになってしまうと考えております。

この検討会、当初は、そもそも医師は労働者なのかというところから議論が始まって、労基法の適用対象とならないのではないかという議論もあったと思います。そうした議論を経て、勤務医は労働者であって、労働基準法の適用もある、そうすると、労働時間規制の適用もあるということになってくる。現状としては、必ずしも医師の労働時間管理が十分になされていない状況から、そうではなくて、きちんと労働時間の規制の対象とする。そうすると、時間外労働をするためには36協定を締結する必要がある。その36協定を締結する場合の上限が何かというところで、その最大限の上限として1860といった数字も出てきているという状況だろうと思います。

36協定を結ぶ場合の絶対的上限というのは、一般の労働者についても4月からの改正で初めて入ります。医師についても、この絶対的上限について議論していただいているということですから、全く新しい規制を入れるということです。新しい規制・規範を入れる場合に、到底そんな規範はどんなに努力しても守れないということであれば実効性がなくなってしまいますし、とりわけ医師の場合は、新しい規制が入ったとしても、自分は医師として、患者の命を守るために、これで診療をやめるわけにはいかないとされる方がいたら、規制がどうなっていくとも自分は働き続けなければいけないと思われる方も出てくると思います。

そういうことであれば、新しい規範というものは守られないし、医師として守るべきでもない規範と受けとめられますと、その新しい規制は、どんなに罰則をつけても、実態としては実効性がないということになりかねません。そういう現場におられる医師が、実際は時間外労働をしても時間外労働はなかったことにして済ますというのは、恐らく最も誰もが望まない状況だろうと思います。したがって、実際の労働をきちんと反映した上で、労働時間短縮が着実に進むという規範を議論すべき状況なのだろうと思います。

今回、1860という数字が出ておりますけれども、先ほど黒澤構成員から、2000時間を超えれば3000時間の時間外労働をされている方、そういう方をターゲットにした規制をすべきではないかという話がありましたけれども、この1860というのはまさにそのための数値だろうと思います。一般の医師については、そこまで働かせてよいというものでは決してなくて、もっと短いところを目指した労務管理をしていくべきものだと考えています。

赤星構成員からも、市場原理を使っていくことが重要だとおっしゃったと思います。そうだと思います。実は、弁護士の世界でも、非常に長時間労働をやっている涉外弁護士事務所もありますけれども、そういう中から、もっと人間らしいワーク・ライフ・バランスがとれた弁護士業をしたいという方は、企業の勤務弁護士に行くという若い優秀な方が出

てきております。今回の上限規制は、36協定を結んでも、医師自身が望んでも働かせてはいけないという数値ですけれども、それよりも低いところで現場で話し合っ、より魅力的な就業環境を提供すれば、そこによりたくさんの優秀な医師が集まってくるというシステムがワークするように考えるべきだろうと思います。

時間外労働の上限規制というのは、医師の働き方改革、長時間労働の対策のうちの一つの側面でありまして、この上限規制だけで全てが解決するものではありません。そもそも今回の上限規制が、インターバル規制や連続勤務の制限とセットになっているということもまず踏まえておくことが大事ですけれども、これらの労働時間規制だけで問題が解決するものではなく、医師の需給体制とかタスク・シフティングとか地域医療の提供体制、それから、これまで十分でなかった病院の労務管理、国民の医療のかかり方の意識改革、そういった総合的な対策を全面的に進めていく中で、その重要な要素として長時間労働の絶対的の上限規制があるということだろうと思います。そういう総合的な施策の中の一つの位置づけであるということも、よく理解していただくことが大事だろうと思います。

今回の（B）水準というのは、あくまで暫定特例措置です。ですので、これでとどまるとよいということではない。法律に書くか否かは別にいたしまして、これはあくまで暫定であって、行政としては、これを着実に短縮していくという責任を負っているということも認識して施策を進めていただければと考えております。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、森本構成員、岡留構成員ということでお願いしたいと思います。

○森本構成員 終了年限の関係です。あくまで私は、「終了目標年限」ではなく、「終了年限」とすべきと考えていますが、だからといって、2035年になって、実態の勤務時間として（A）水準におさまらない医療機関に対し、強制的に（A）水準にすべきであるとは思っていません。

ただ、今回の報告書は、医師が目指すべき水準として（A）水準を定めて、その上で、現状を踏まえて、年960時間におさまらせないということから（B）水準を暫定的に設けることとしています。この暫定的に設けた水準から、着実に（A）水準に近づけていくために総力を尽くしていきましょう、こういう努力をしていこうという報告書、計画書だと思っています。そうであるからこそ、終了年限はきちんと位置づけた上で、報告書とすべきと考えているということも御理解いただきたいです。

もう一点、きょう、パンフレットを配付していただきました。大変見やすく、わかりやすいパンフレットですが、御承知とは思いますが、2ページ、使用者から労働者に対し、年次有給休暇を年5日間時季指定して付与することが義務づけられます。パンフレットでは規模を問わず、全ての医療機関に適用となっていますが、実はこれは全ての医療機関ではありません。個々の医療機関において、どのような法改正が適用になり、どういう現状があるというのがなかなかわかりにくいので、研修や学習の機会についても、

報告書の中で少し強化して記載いただければと思います。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 ありがとうございます。

先ほど村上構成員から、1860時間、一般の労働者から考えると極めて非常識という衝撃的な発言がありましたけれども、僕ら、医療提供サイド、病院団体としては、1860まで働いていいよということでは決してないわけです。それを960に向かって、この5年間で必死にいろいろなことをやりながら努力して、縮小・縮減していこうという姿勢を病院団体は持っているということを御確認いただければと思います。

もう一点、13ページの1つ目の○に、先ほどから問題になっていますけれども、荒木構成員からも御指摘がありましたように、(B)水準のところはどうしても引っかかってくるということなので、地域医療提供体制を踏まえた判断ということですから、これは都道府県が非常に主導権を持つてくると思いますが、このときに以下に書いてある i、ii、iii、ivの標準カテゴリーのところを、都道府県で解釈の違いが出ないようにしていただきたい。というのは、私見になりますが、労働基準監督局、都道府県の指導監督の状況を見てみますと、いろいろな温度差があるのですね。こんなところに入ったのか、ここでこういうペナルティーがあるのか、都道府県によって極めて温度差がある。

ですから、こういう医政判断でやるときには、全国統一のきちんとしたスタンダードを明確にさせていただきたいというのが病院団体としてのお願いということになります。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

最後、事務局のほうから御質問へのお答え等をいただきたいと思うのですが、その前ということで御発言ございますでしょうか。

では、村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 一言だけ申し上げます。(B)の暫定特例水準というのは、あくまでも暫定であるということですが、どうしても思い出してしまうのが揮発油税の暫定税率の問題です。暫定税率も当分の間ということであったにもかかわらず、現在も続いていることを踏まえると、やはり終了年限を明確に書かなければ、いつまでも続いてしまうという懸念は払拭されないということを一言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。

では、斐構成員、どうぞ。

○斐構成員 済みません、1点だけ。

26ページの先ほどお話しした評価機能については、その性質上、一番上の大きな○の2つ目のポツで、地域医療提供体制の実情、タスク・シフト等々で、必要な医療に関する知見ですけれども、これはぜひ医療と労務という言葉をぜひ入れていただきたい。労務管理、

非常に大事ですので、医療と労務ということを入れていただくことを切望します。

以上です。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、事務局のほうで質問に対するお答え、その他、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 明確に私どもが答えなければいけなかったのは、城守先生のほうからのものだと認識しております。13ページ、まさに城守先生がおっしゃるとおりの意味で書いたつもりでございますけれども、i、ii、iii、その他という意味で、公共性と不確実性が強いものというもので、しかも例示として、このようなものという解釈で私どもも書かせていただいております。都道府県ごとにぶれがないようにということで、このようなものを国から示して、各都道府県できちんとした基準で運用されるようにすると考えております。

○岩村座長 ありがとうございます。

きょうは、このあたりでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

そうしましたら、本日、大変充実した御意見、御議論いただきまして、まことにありがとうございます。わずか3日の短い間に2回開催という、非常にタイトなスケジュールの中で議論を深めていただき、まことにありがとうございます。

前回ときょうのこの2回分の議論を踏まえて、事務局におかれましては、報告書（案）の修正の作業というものをしていただくようお願いしたいと思っております。

最後になりますけれども、次回の日程につきまして、事務局のほうからお願いいたします。

○乗越医師・看護師等働き方改革推進官 次回につきましては、追ってお知らせ申し上げます。

○岩村座長 ありがとうございます。

それでは、3日間に2回という本当にタイトなスケジュールの中、御協力いただきまして、まことにありがとうございました。きょうの会議は、ここまでということで終了させていただきたいと思っております。

ありがとうございました。