

○佐々木医事課長 定刻より少し早いようでございますが、委員の皆様方おそろいでございますので、ただいまより、第1回「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を開催いたします。

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

座長の選任までの間、進行を務めさせていただきます医政局医事課長でございます。よろしく願いいたします。

本検討会の構成員につきましては、資料1の開催要綱の別紙のとおりでございます。

なお、堤構成員につきましては、本日所用のため御欠席でございます。

また、島崎構成員は多少おくれて来られると承っております。

続きまして、事務局の紹介でございます。

事務局でございますが、医政局・労働基準局・保険局より出席いたしております。人数が多いため紹介は割愛させていただき、座席表により御確認をいただければと思います。

医政局長、労働基準局長より、一言御挨拶を申し上げます。

○吉田医政局長 事務局を務めます医政局長でございます。

構成員の皆様方におかれましては、今回、この「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を立ち上げるに当たりまして、御参集をお願い申し上げましたところ、御快諾をいただきまして、本当にありがとうございます。

さて早速、本日1回目ということで、お忙しい中、御参集をいただいて、重ねて御礼を申し上げたいと思います。

もう皆様方御案内のように、今、医療機関あるいは医療界挙げて、我が国全体として取り組まなければならないこの働き改革というものに、それぞれのところで取り組んでいる。あるいは、それに向けていろいろな検討を進めていただいていると承知をしております。

とりわけ、医師につきましては、今年の3月に、先行する「医師の働き方改革に関する検討会」がまとめていただきました報告書に基づいて、時間外労働の上限規制が適用されます2024年4月に向けて、それぞれの医療機関も、それに先立って、今足元からそれぞれの勤務時間管理あるいは勤務環境改善、そして、労働時間短縮の取組を進めていただいていると私どもは受けとめております。

厚生労働省としましては、この機運を大事に、そして、それをさらに醸成するというスタンスに立って、報告書とりまとめの内容の周知とか、あるいは、個々の医療機関が取り組んでおられることに対する支援に努めてまいります。とともに、その報告書の中で、医事法制あるいは医療政策で対応するとされた事項につきましては、法制面の検討を着実に進めることが重要であると思っております。

また、医師の働き方改革の議論の中で大事だという御指摘をいただいておりますタスク・シフティングあるいはタスク・シェアにつきましては、別途、これは先日からござ

いますけれども、関係団体の方々を中心にお話を伺うという取組も始めさせていただいて
いるところでございます。

そのような中、この検討会におきましては、特に、医事法制あるいは医療政策に係る法
制面の検討について、御参集いただきました皆様に御議論をいただきたいと思っております。
大変お忙しい皆様方のお時間をいただく形ではございますけれども、私どもとしては、
今後の議論の進捗に応じてとは言え、最速で、来年の通常国会に必要な法的な提案ができ
るように、これからの御議論の中で、年内には一定のとりまとめのような形をお願いした
いと思っております。

2024年と言っても、すぐまいります。さらに、既に幾つか医療現場あるいは地方自治体、
地方医療関係者の間では動きが始まっていると思っておりますし、また、さらに、始めて
いただくよう我々としても支援あるいはいろいろな働きかけをしていかなければならない
と思っております。

この検討会でいろいろな御議論をいただき、そして、私どもとしては、現場の勤務医の
方々、そして、都道府県の行政関係者の方々など、広くいろいろな方々の御意見も伺い、
意見交換をするような機会も設けながら進んでいきたいと考えておりますので、構成員の
皆様方におかれましては、検討会での御議論をよろしくお願い申し上げたいということ
を冒頭申し上げまして、この改革推進に関する検討会発足、キックオフに当たりましての御
挨拶とさせていただきます。

よろしく願いいたします。

○坂口労働基準局長 続きまして、労働基準局長をしております坂口でございます。どう
ぞよろしくお願いいたします。

皆様には、お忙しいところ、本検討会の構成員をお引き受けいただきまして、ありが
うございます。心から感謝申し上げます。

今も医政局長からございましたとおり、この検討会の前進の検討会におきまして、医師
の健康確保と、そして、国民の医療の確保という2つの難しい命題がある中で、医師の時
間外労働の上限規制についていろいろ議論を重ねていただいて、上限規制の大きな枠組み
についてお示しをいただいたところでございます。

本検討会では、この上限規制の制度化に向けて、制度設計の細部について、さらに議論
をお願いすることとなっております。皆様には、さまざまなお立場の専門家ということ
で、その見識をもとにさまざまな御議論をいただいて、私ども、この医師の労働時間の短
縮を着実に進めて、そして、医師の健康確保が担保される実効性の高い仕組みとなるよう
に、真摯な御議論をいただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたしま
す。

○佐々木医事課長 次に、本検討会の座長につきましては、遠藤構成員をお願いしたいと
思いますが、皆様いかがでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○佐々木医事課長 それでは、本検討会の座長は遠藤構成員にお願いしたいと存じます。以降の議事運営につきましては、座長にお願いいたします。

(遠藤構成員、座長席に移動)

○遠藤座長 ただいま座長を拝命いたしました国立社会保障・人口問題研究所の遠藤でございます。どうぞよろしくお願いたします。

本検討会の検討事項の骨格は、先ほどお話がありましたように、先行して開催されました「医師の働き方改革に関する検討会」において議論されてきた内容であるわけですが、本検討会は、その細部について議論を深めるとい、こういう位置づけにあるかと思ひます。

芸術や建築の分野では、「神は細部に宿る」という言葉がありますが、すばらしい作品は、細かいところをきちんと仕上げてこそ仕上がっており、こだわったディティールこそが作品の本質を決めるのだという言葉らしいのですけれども、制度設計も同様だと思ひます。細部、ディティールの詰めが制度全体を有効に機能させるかどうかを決定するのだと思ひます。そういう意味で本検討会の役割はまさに重要であると考えております。

構成員の皆様の御協力を得て議論を深めていければと思ひますので、どうぞよろしくお願いたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思ひます。まずは、事務局から資料の確認をお願いいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 事務局でございます。

カメラの方はここで御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○渡邊医療経営支援課長補佐 それでは、お手元の資料の確認をさせていただきます。

議事次第と座席表がございまして、資料1の開催要綱でございます。ただいま、両局長から申し上げました開催の趣旨が1.に記載されております。検討事項につきましては、後ほど、議事の中で御説明をさせていただきたいと思ひます。

資料2-1「検討を要する論点(案)」、2-2が先の3月28日にとりまとめの報告書の抜粋でございます。

資料3は「検討を要する論点」についての参考資料でございます。

資料4-1、4-2は、議題2の関係ですけれども、「令和元年 医師の働き方実態調査について」という一枚紙と調査票でございます。

参考資料は3点、先の検討会の報告書、それから、平成28年(2016年)の厚労特研の調査の調査票、それから、7月1日付けで宿日直許可基準・研さんに係る労働時間に関する通達が出ておりますので、御参考までに添付をさせていただきました。

資料は以上でございます。過不足、落丁等ございましたら、事務局にお申しつけください。

○遠藤座長 よろしゅうございますか。

それでは、本日の用意された議題は、

1. 検討を要する論点（案）について
2. 医師の勤務実態の把握について

以上の2点でございます。

それでは、まず議題1について、事務局から資料説明をお願いしたいと思います。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

議題1は、資料2-1、2-2、3を使いますけれども、資料2-1と3をごらんいただきながら、御説明をさせていただければと思います。2-2は、適宜、御参照願えればと思います。

まず、資料3の2ページをごらんいただきながら、2-1の「検討を要する論点（案）」も見ていただければと思います。

先の検討会でまとまっている「医師の時間外労働規制について」ですけれども、資料2によりますとおり、2024年4月以降の医師の時間外労働の上限規制は（A）・（B）・（C）-1・（C）-2という大きく3種類の設定ということと、これと組み合わせる形で、追加的健康確保措置を図の下半分にお示ししているところでございます。

この（B）・（C）-1・（C）-2は特例の水準でありまして、この対象医療機関を特定すると図の中に書いております。

資料2-1に戻っていただきますと、1の（1）の部分ですけれども、今ほどの（B）・（C）の対象医療機関の特定にかかる枠組みが1つの論点になってまいります。小さなポツが3つございまして。この（B）・（C）の対象医療機関は都道府県が指定、認定等の行政行為により特定するスキームということで、要件などについては、ある程度先の検討会で御議論が済んでいるというところでございますが、要件認定等の実務面も含めた詳細が御検討をいただく必要があるというところでございます。

資料3、7ページをごらんいただきますと、（B）・（C）-1・（C）-2の対象医療機関の特定要件を一覧にしています。縦に見ていただきますと、上から項目1、2、3という3つがございます。（B）・（C）-1・（C）-2、それぞれの水準を特色づけるものがこの1、2、3でございまして、（B）については地域医療の特例ということで、医療機関機能の議論をしていただきました。詳細につきましては、次のページに救急とか代替困難な医療ということで、医療機能の要件を整理させていただいております。

それから、表に戻っていただき、（C）-1については、臨床研修病院・専門研修プログラムの参加医療機関についての特例ということで2がございまして、（C）-2は高度特定機能でありますので、そのような医師を養成する教育研修環境があるというようなことで要件づけるという意味で、3の部分でございます。

（B）・（C）-1・（C）-2の共通のところといたしまして、4であります。36協定におきまして、年960時間を超えるような協定の必要があるという必要性の部分でございます。それぞれ実績面、（C）-1についてはプログラムで明示されている時間も合わ

せて、実績をまず確認をし、こうした必要性があることを見る部分と、加えまして、(B)については、都道府県医療審議会、あるいは、(C)－2については審査組織ということで、必要性について何らかの合議体で確認をいただくというところも出てまいります。

さらに、(B)につきましても、5の医療計画と整合的であるとして提供体制との関係を見ていくというところと、6、7につきましても、それぞれ特例ではありますが、労働時間短縮に向けてしっかり取組がされていることを確認するために、時短計画の作成、及び(B)につきましても暫定特例という位置づけも踏まえた評価機能によるコンサルテーション・評価を受けていることを整理しております。

8、9につきましても、こうした水準、特例水準の適用に当たってということの基礎的な要件になりますが、追加的健康確保措置が義務づけになりますので、きちんと実施できる体制の要件、それから、労働関係法令の重大・悪質な違反がないことについても共通に求めると、こういうような要件設定でございました。

その資料の4ページに戻っていただきまして、ただいま要件がいろいろ出てきたわけですが、2024年4月までの間に、どのようにその要件確認をしていくかということがございます。図の一番右側が2024年度となっております、この時点で、(A)水準の医師だけの医療機関、それから、(B)・(C)－1・(C)－2のこのあたりは重複もあり得るわけですが、適用対象医療機関が決まっていなければならないということであり、その前の2023年度に都道府県による特定が行われると想定されることとなります。

現状では、図の一番左を見ていただきますと、労務管理の適正化等に取り組んでいただいておりますし、図の一番上には矢印がございまして、なるべく多くの方に(A)水準の適用をとということで、医療機関の取組、それから、行政からの御支援ということをしております。

そうした中で、矢印の下を見ていただきますと、時短計画をつくって取り組むというプロセスが特定の前提として必要でありますし、それを評価機能が評価をするということも踏まえて、矢印がちょっと曲がっている部分ですが、都道府県の特定ということになってきます。これは(B)の部分でございます。

それから、真ん中の下ほどですが、(C)－1につきましても、まず、臨床研修・専門研修プログラムの中で、時間外労働時間数を明示させることが前提になりますので、そのプロセスがあつて都道府県の特定だということでありまして、(C)－2については、個別審査を審査組織で行うことになっております。この都道府県の特定の前に、審査組織がある程度稼働していることが必要になってこようかと思っております。

以上のところが、縦の紙に戻っていただきまして、(1)の論点の関係ですが、今申し上げましたように、全体の流れと、それから、時短計画、評価機能、審査組織といった個別論点が出てまいります、これらをどのようにつくり上げていくかという部分が、これからの検討事項になってまいります。

(2)をごらんいただきますと、追加的健康確保措置の義務化及び履行確保でございま

して。追加的健康確保措置の内容については、パワーポイント資料3の3ページをごらんいただきますと、先ほど見ていただいたものをもう少し詳細に、真ん中ほどに、追加的健康確保措置の表の枠がございます。連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間、それから、面接指導といったようなものが、それぞれの実施要件とともに記載をしております。

その表の下を見ていただきますと、医事法制・医療政策における義務づけ、実施状況確認等を行うということで検討をお願いすることになります。面接指導については、安衛法のものとしても位置づけるということでございましたが、医事法制の位置付けに関して、都道府県の権限なども含めた詳細の検討が必要ということでもあります。

2枚目をめくっていただきまして、特に履行の確保という御議論になりますと、日常的な管理、それから、定期的にそれをどのように確認するか。未実施が見られた場合に、どのように正していくか。あるいは、これは（B）・（C）水準提供対象の特定との関係についても、検討していただくというところがございます。

（3）時短計画、評価機能につきましては、（1）とも重複をいたしますが、それぞれ効果的に医師の労働時間短縮になるためにどのように構成をしていくかということでございます。

ここまでが、医事法制、医療政策における措置を要する事項という部分であります。

それから、2024年の時間外規制前の適用前においても、実態把握が不可欠であることでありますので、実態把握についても御審議をいただきたいと、こういうような状況でございます。

資料の説明は以上でございます。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいま資料説明にありましたように、この検討会、基本的にはこの資料2-1「検討を要する論点（案）」と、こういう流れで議論していくことになろうかと思っておりますけれども、本日は初回ということもありますので、領域を決めることなく、全体的に御質問・御意見等をいただければと思います。

また、検討会のデッドラインもできていることでもありますので、進め方、検討の仕方についても御意見があれば承りたいと思います。

どなたでも結構でございます。いかがでございましょう。

岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 パワーポイント資料3の4ページと5ページですが、一番左に「労務管理の適正化」という1行ですらっと書いておられますけれども、労務管理の適正化という、医療機関としてはやらなければならないことですが、医療機関にはそれぞれいろいろな専門職が存在していることも事実であります。職種によって処遇や労働条件が異なるといった特殊な事情もあります。

医師について言いますと、複数の診療科があり、朝早いカンファレンスを行う診療科も

あれば、夕方にカンファレンスを行うような科もあって、一律ではいかないだろうと。さらに、医師の勤務時間はこれまで検討会でいつも出ておりました研さん、これが労働なのか労働でないのかということが非常にタイムスタディの結果から混在しているのはっきりしてきましたので、一口にここに「労務管理の適正化」と1行ですらっと書いておられるのが、僕にはちょっと不満かなという感じがして、こういう質問をさせていただきました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見ということでよろしゅうございますね。

○岡留構成員 はい。

○遠藤座長 それでは、今村構成員お願いいたします。

○今村構成員 ちょっと教えていただきたいことがあります。資料3の4ページ、5ページですけれども、「評価機能による第三者評価」ということで、都道府県から独立ということですが、この独立という意味は、都道府県がどこまで関与してはいけないということを行っているのでしょうか。県が指定するのだから、当然、その指定に関わる部分に1ミリたりとも県が関与してはいけないという理解でよろしいのでしょうか。まず、それを教えてください。

○遠藤座長 事務局、いかがでございましょうか。

○渡邊医療経営支援課長補佐 「評価機能による第三者評価」の部分ですが、まず、医師の長時間労働の実態を見させていただいて、その院内のマネジメントで解決していける部分、あるいは、提供体制の課題がある部分、医師派遣など行政の施策で対応していける部分、いろいろな要因が出てこようかと思えます。

こうした要因分析をして、都道府県に対しても医師派遣等の必要性もお知らせするというようなことでございますので、そういう意味で評価機能は都道府県から独立、中立の機能というところまでも、先の検討会では御議論いただいたということでもあります。

医療の現場の専門知見を持って、医療機関の時短の取組も見させていただいて、そういうことに都道府県が特定をすると、こういうようなプロセスを考えているところでございます。

○遠藤座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

理論上は全くそのとおりだと思います。ただ、これは国レベルではなくて、例えば、審査機関は国レベルと書いてありますが、第三者機関というものは恐らくその県の中で想定をされているのだらうと思います。しかし、今、御説明いただいたような、医療の現場のことをよく理解・熟知していて、きちんと評価できるというような組織をいろいろな形で作れるのかという問題があると思います。必ずしも、勤務環境改善支援センターが適切と言うようなつもりではありませんが、例えば勤務環境改善支援センターも医療機関の勤務管理を改善するために医療法の中に設置されていた組織として県の中にあります。地域

によっては県から委託をされて医師会が中心的に実施をしているところもあるし、直接的に県がやっておられても、医師会が関与しているところもあるしというようなさまざまな形があらうかと思います。しかし、そもそも勤務環境改善支援センターそのものがまだまだしっかりと機能していない。

そこを強化して、もっとよりよい環境改善のアドバイスができるような組織にしていかなければいけないという状況がある中で、また、別途、仕組みをつくると、屋上屋を重ねるような形のもので地域の中にいっぱいできて、それぞれがきちんと連携をして、本当に医療機関にとって適切なアドバイスや支援ができるのかと思いますが、非常に心配をするところなので、きちんと整理をしていかないと。どういう整理がいいかというのは、私、今すぐアイデアがあるわけではないですが、できるだけ仕組み自体はシンプルにしておいたほうが機能するのではないかなと思っております。これは要望ということでお願いをしたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。第三者評価機関の主体・機能について課題があるので、要件等ということだと思います。

森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 ありがとうございます。

私も関連するのですが、資料3の10ページの評価機能についてです。

今ほど御発言があったとおり、評価機能は「医療に関する知見を有することが必要」と記載してありますが、医師の長時間労働の実態、それから、労働時間短縮の取組を分析する役割を担うこととなります。そういった面から言えば、評価機能は労働関係法令の知見、それから、経験などを有している組織、仕組みとすべきであると考えております。その点からも今後検討を進めていただきたいということが1点目です。

2点目に、評価機能は、今時点の考え方ですけれども、公的機関が行うイメージなのか、あるいは、民間委託で行うイメージなのでしょう。今言った、医療に関する知見と労働に関する知見、両方の面から評価できる組織自体、私は余りイメージがわからないため、教えていただきたいです。

3点目は、評価機能は都道府県からの中立は当然のことながら、医療機関からも中立性を保つ必要があると思います。その点からも検討を進めていただきたいということです。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、ちょっと事務局にコメントを求めたいと思いますけれども、今村構成員、森本構成員から、いろいろな問題が出ましたので、何かコメントがあればお聞かせいただきたいと思います。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

この評価機能につきましては、先の検討会においても、事務局案を十分御提示できなかった部分ではありますが、先ほど、冒頭、座長からも、細部をしっかりとということでありま

したので、検討させていただきまして、御提案をいたしたいと思います。

そういう意味では、森本構成員から2点目として御質問をいただきました、公的機関なのか民間であるのか、今のところ、医療と労務の両方からこういう分析・評価ができるところは余り思いつかないがという御指摘もございましたが、こういう部分についても、これから養成をしていくようなことも念頭に置いて考えていきたいと思います。追って、事務局案によりまして御議論をいただければと思っております。

○遠藤座長 よろしく願いいたします。

ほかにいかがでございますでしょうか。

城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

この働き方改革、冒頭、座長がお話しされたように、骨格はでき上がって、細部を詰めていくという作業になるわけですが、基本的に、お尻が2024年ということで切られている中で、走りながらつくっていくので、かなりタイトなスケジュールになるのではないかという予測が立ちます。

その中で、資料3の5ページのタイムスケジュールを見ても、例えば時短計画、勤務状態を把握して、その時短計画を各医療機関が策定をするということになるわけですが、その支援・チェックを勤改センターが行ない、その計画をこの第三者評価機能が評価・分析をするというたてつけになっているのだらうと思います。しかし、この評価機能を遅くとも2022年までにつくるという記載がございますが、2020年ということになりますと、そこから実質1年ちょっとしかないということを考えますと、それでは時間的に間に合わないのではないかなと思います。この評価機能は、恐らく別の組織としてつくられるのであれば、もう少し前倒しにされることは考えておりますでしょうか。

それと、先ほど今村構成員もおっしゃっておられましたが、評価機能が整うまでの間、勤務環境改善支援センターが各医療機関の勤務実態を把握し、支援していくという中において、現時点においては、その主体となるところが都道府県であったり、医師会であったり、ほかの団体であったりということで、その実態がばらばらであって、なおかつ、その機能もまだ十分ではないという中において、かなりの数の勤改センターの機能強化をしていかなければいけないことがあると思います。そのあたりの予算立ても含めて、現在、どのように計画をされているのか。

また、この評価機能が同じように評価をしていくということになれば、いっそのこと、この勤改センターそのものを見直して、この評価機能をさらに後づけでつけていく組織にするということも一つの方策ではないかなということもあるので、これは御検討をお願いしたいと思います。

もう一点だけ。都道府県が（B）水準、（C）水準を指定していくときには、例えば資料3の7ページには、（B）であれば、都道府県の医療審議会が意見聴取すると4番に書いてございますが、これを見ても、どこでその議論をして、そして、決めていくというこ

とをお考えになっておられるのか。

この2点よろしくをお願いします。

○遠藤座長 それでは、事務局よろしくお願ひいたします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 1点目の勤改センターと評価機能との関係、それから、評価機能を新しく考えるのであれば、2020年からでは間に合わないのではないかと、こういったような問題提起をいただいたかと思ひます。

資料3の4ページあるいは5ページの図ですけれども、それぞれの枠の下などに※書きをしまして、「遅くとも」というような表現をしておりますが、まさに、この表現のとおりでございまして、遅くともここからはこうなっていなければなかなか後ろに間に合わないというような整理をさせていただきましたので、場合によっては、もっと前倒しであるというような御議論もあろうかと思ひます。これも、事務局案を見ていただく際に、あわせて、御議論をいただければと思ひます。

それから、先ほど今村構成員からも御指摘いただきましたが、この評価機能と勤改センターとの関係についてです。現状は勤改センターしかございませんので、当面、その労務管理の適正化等々には御支援申し上げるということになるわけですが、この評価機能との棲み分けや役割分担、あるいは、城守構成員からはその後の見直しでというようなこともございましたので、このあたりについても整理ということで、この後、事務局案を御議論いただきたいと思っております。

それから、7ページの表ですけれども、(B)水準の意見聴取の場ということにつきましては、これは都道府県の医療提供体制の状況からして、この医療機関には(B)水準を適用することがやむなしというようなことを御審議ということでもありますので、医療審議会ではないかと、先の検討会においても御議論をいただいたところかと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

城守構成員、よろしいですか。

○城守構成員 はい。

○遠藤座長 ほかにいかがでしょうか。

それでは、家保構成員お願ひいたします。

○家保構成員 先ほどからの議論のところ、第三者評価のところでございます。(B)水準については、地域医療の観点から都道府県が審査をする。それとは別の中立性ということは、評価の基準は地域医療とは違う観点で評価をきちんとするという趣旨だと思ひます。

そうなりますと、各県に本当にそういう仕組みを設置する必要があるのかが疑問です。あくまでも、時短計画とか労務管理について、きちんと統一的に全国的に検討評価をする機関があるのであればよいと思ひます。正直、当県のような非常に人口の少ない県では、専門家もそんなにいませんし、先ほど言及がありました勤務環境改善支援センターが担当

できればよいですが、さらに業務が増えるということになりますと、現実的には動きにくくなります。統一という観点からも、ぜひ、都道府県ではないという観点で設置をすることも考えられるのであれば、御検討をいただければと思います。

それから、それ以外になりますけれども、7ページの表ですが、(C)－1水準については、合議について、都道府県の合議での確認が必要ない。多分、プログラムが認められたときに承認されると想定されますので、臨床研修につきましては、都道府県に認定主体が変わりますので、臨床研修には当然責任を持たないといけないと思いますが、専門研修については、日本専門医機構が指定をしますので、都道府県の権限と整理をされても、現場としてはなかなか難しい部分があります。後半は意見でございます。

以上でございます。

○遠藤座長 前半も御意見と承りまして、よろしゅうございますか。

○家保構成員 はい。

○遠藤座長 それでは、お待たせしました。今村構成員どうぞ。

○今村構成員 きょうは座長から自由に議論をしてほしいということなので、(2)番の追加的健康確保措置の義務化について、ちょっと事務局に教えていただきたいのですが、健康確保措置はいろいろある中で、1つ基本的な部分として、健康診査があります。これは安衛法の中で義務化されている健診項目は決まっているわけですが、特殊な化学物質などを扱われるような事業所等においては、いわゆる一般的な健診以外に健診項目が上乘せされています。しかしながら、時間の流れからと言って、健診項目を安衛法の中でふやすみたいな話は多分なかなか正直難しいのだろうという理解をしています。これは聞くところによると、例えば、人の生命に直結するようなパイロットなどは、いわゆる安衛法ではない別の法律の枠組みの中で健診項目をふやしたり、あるいは、健診の回数をふやしたりというようなことがあるとなっています。医療も、いわゆる長時間労働が人の命に直結するものと思っています。そういう視点で、例えば、医療法の中で健診項目を上乘せするか、あるいは、健診回数をふやすといったことはルール化できるのかどうかというのをぜひ教えていただければと思います。

今申し上げたように、安衛法の中でいじるのはなかなか難しいのだろうと思うので、まず、そういうことがそもそも可能なかどうかということをお教えいただければと思います。

○遠藤座長 事務局、すぐ回答できるかどうかはあれですが、コメントをお願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 済みません。今村先生の御質問に答えられるかどうかかわからないのですけれども、我々、(2)に書いているとおり、安衛法でも、面接指導等を義務づけしていますけれども、医療法かどうかわかりませんが、今おっしゃったとおり、上乘せの健康確保措置は個別法でさらに上乘せしているような例もありますので、前回の3月までの検討会でも、医事法制で何らかの上乗せをするという観点での検討も行

うということで締められていますので、先生のおっしゃるような検討をするつもりでございますけれども、ちょっとお答えになっていきますでしょうか。

○遠藤座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 検討をしていただけたというのはストレートにお答えをいただいたのだという理解で、何がどういう健診項目か、長時間労働、特に医師の適切な安全な医療の提供に関わるか。エビデンス云々という話はなかなか難しい問題はあるかと思いますが、長時間労働は比較的年齢の高い方の心血管系による事故も結構多いという理解をしていますので、今の安衛法の健診だけで、本当に医師の長時間労働といったものが何かチェックできるような健診項目を挙げていくことができるならば、それはいわゆる追加的な健康確保措置になるのかなと思っています。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 理解しました。パイロットならパイロット、医師だったら長時間労働で睡眠不足で医療にどう影響を与えるかということが多分この健康確保措置を決めたポイントだと思いますので、そういうのがきちんとチェックできるような項目を何らかの形できちんと検討をして、この医事法制で、さらに、位置づけていかないといけないと事務局も思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございますでしょうか。

山本構成員、お願いいたします。

○山本構成員 ちょっと戻りますけれども、先ほど家保構成員から、何でもかんでも都道府県でどうなのだというお話がありましたので、審査も評価も、そして、実施も全て都道府県となると、やはり先ほど御指摘があったように、それだけの人材がそもそも、国のレベルであればそれは十分独立した構成で可能だと思いますが、都道府県レベルで、今、高知県でお話がありましたが、私も、千葉県で考えても、これはおおよそ無理だと思います。それだけの人材を確保することは非常に難しいだろうなと思います。

これは、今、国の上げるという御提案もございましたけれども、逆に、独立ということにあんまりこだわらないで、透明性をきっちり確保しつつ、その実効性を上げる。とにかく前へ進めることを重点に置いて、透明性を確保しながら進めるという考え方もあるのではないかなと。余り独立性にこだわって、分離した組織で、人が全然いない、ばらばらのすかすかの組織をつくって先に進まないよりは、そういう考え方もあるのではないかなと思います。

これは意見でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

お待たせいたしました。村上構成員どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。

個別の検討課題というよりは、全体的な話も含めて何点か申し上げたいと思います。ま

ず1点目は、前回の検討会を3月末で閉じてから、さまざまな場で医師の働き方改革に関連する議論を進めていただいていると承知しております。地域医療構想、また、医師の偏在対策についても、着実に進めていただきたいということのお願いです。

2点目は、この検討会に関し、先ほど座長から、ディテールの詰めが重要であるという御発言がございましたし、また、医政局長からは年内をめどにとりまとめというお話がございました。開催回数について、月1回開催しても年内であと5回しかなく、月2回の開催はできるのかという懸念もございます。そうすると、開催回数に限度がある中で、どのように議論を詰めていくかということが重要になりますので、できれば、何月に何について検討するのかといった論点ごとの検討スケジュールを次回ぜひ出していただいて、計画的に議論を進めていただきたいというお願いです。

3点目は、資料2-1の「検討を要する論点（案）」についてです。こちらの中身は今後検討するとして、案としては、検討会の報告書を見れば、このようなことだったのだろうと思います。その中で、次の議題にもありますが、医師の時間外労働の実態については、改めて、調査をして把握をするということでもありますけれども、検討会報告書の中では、把握だけではなく、「規制水準の検証」というものもございました。年内にできるかどうかは別として、検証も行うことを確認しておきたいと思います。

4点目は、資料3の7ページ、時短計画の評価に関しまして、どこが評価するかというお話で、先ほど来、御議論があります。資料3の7ページの7の「時短計画の内容につき評価機能の評価を受けている」という点です。まず、(C)については、評価を受けなくてもよいという書き方になってはいますが、何らかの評価することが必要ではないでしょうか。検討会報告書では、(C)についても研修及び医療の質について評価するということを書いていたと思いますので、(B)への評価と同じものかは別として、何らかの評価は必要ではないかということ、意見として申し上げたいと思います。また、「時短計画の内容につき評価機能の評価を受けている」ということは、追加対策の検討が予定されているということだけではなく、時短計画がきちんと実施されているか、履行確認を受けるということだと思いますので、その点についても確認をしておきたいと思います。

5点目は、この検討会の論点ではございませんけれども、医師の働き方ということに関連して、この機会に御質問をしておきたい点があります。文科省により公表されました大学病院の無給医の問題でございまして、これについて厚生労働省として今後どのように取り組んでいくのかということについても、ぜひお聞かせいただきたいと思います。今後の改善策、恐らく、長期的な改善策ということも考えなければならないかと思いますが、その点についても、次回以降、お聞かせいただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見と、あと、コメントが必要な御意見が混ざっていたと思いますけれども、事務局、答えられる内容で対応をしていただければと思います。事務局どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 済みません、縦割りで申しわけありません。まずは、医政で答えられる範囲で答えさせていただきますと、スケジュールについては検討をさせていただきます。2回目以降、全体像が見える形できちんと議論をしていただきたいとは我々も思っております。

実態把握については、村上構成員に御指摘いただいたとおり、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いうことで、3月のとりまとめでもそういうふうにとりまとめておりますので、そのようにしたいと思っております。

3つ目、評価(C)－1、(C)－2についてでございますけれども、(B)と(C)だと、評価の仕方、つまり、(B)についてはきちんと労働時間短縮が確認しているかということです。誰でもタスク・シフトの状況はどうかということ、評価の軸はわかりやすいわけですが、(C)については、いわゆる研さんの内容と時間とが整合的かどうかというような評価になるかと思っておりますので、少し難しい形にはなるかと思っております。特に、(C)－2に関しては、そもそも審査組織で審査をすることになっておりますので、そこで評価と言えば評価というような形にはなっていると思っておりますが、(C)－1について、特に初期研修の部分などについては、御指摘の部分もございまして、どのようなことが可能かということにはちょっと考えさせていただきたいと思っております。

4つ目のポイントは、当然のことございまして、7ページの7個目で、「時短計画の内容につき評価機能の評価を受けている」と文言もなっているので、そのようにやっているのですけれども、6番のところ、そもそも「労働時間短縮の取組が確認できる」ということなので、計画を立てて、そもそも労働時間を短くしようとして取組をしているということは、(B)水準の指定の前提でございまして、きちんとそのようなことも踏まえて、都道府県にさせていただくような基準としていきたいと思っております。

5つ目の無給医に関しては、後ほど、基準局からもお答えいただければと思っておりますが、厚生労働省としても大学病院にきちんと労務管理をしていただくということは、医療提供体制の上でも非常に重要だと思っておりますので、文部科学省は、大学に今後は労務管理をきちんとやるということ、そして、今まで、もし、そのようなことがあった場合には、きちんと解消することを、文科省としても責任持って通知を出していただいておりますので、まずは、そのとおりきちんと守ることとしていくのだというように考えております。

○遠藤座長 無給医について、追加でよろしく申し上げます。

○石垣監督課長 労働基準局の監督課長でございます。

今ほど、堀岡室長からも、無給医の関係でお話がありましたけれども、医師も労働者でございまして、もし、賃金不払いということがあれば、労働基準法違反でございまして、なので、速やかに改善が図られる必要があると考えております。

ただ、今ほどお話がありましたけれども、文科省、それから、各大学が、専門家も入れて改善をさせるということで、今、取り組んでおられまして。また、その実行状況も確認をすると伺っておりますので、改善が図られていくというふうには考えておりますけれど

も、労働者の方々から、個別に、労働基準法違反の状況があると申告などがありました場合には、私どもは、法律に基づいてよく状況確認をして、改善していくように取り組んでまいりたいと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

村上構成員、よろしいですね。

○村上構成員 はい。

○遠藤座長 それでは、森構成員、それから鈴木構成員の順番でお願いします。

では、森構成員どうぞ。

○森構成員 この労働時間の短縮に関しましては、厚労省の事務局の人たちがすごい働いて、事務局の人こそ働き方改革が必要ではないかと思うのですが、資料3の7ページの6番目の「時短計画が策定され、労働時間短縮の取組が確認できる」というところですが、私は大学病院で外科を担当しているのですけれども、厚労省のデータでも、労働時間と、若手が希望する診療科というところでは、見事な反比例の関係にあって、大学病院の産婦人科、外科が悲惨な状況にあるわけですが、その中で、どんなふうに労働時間を短縮していくかという実際のところが、1つは、もちろんタスク・シフトとか、そういうところが現実的には動き出しているところは非常にありがたいことですが、それだけでは、試算では週7時間ぐらいの軽減だと、全体1年間で300時間ちょっとぐらいの軽減ということなのですが、それでも全く足りないわけですね。

そういう現実がある中で、どんなふうに具体的に短縮していくということを、国としては考えているか。そこそ知恵を出し合わないといけないとは思いますが、私たちが実際働いていると、どこをどうやって短縮したらいいのかなというのをいつも悩みながらやっているものですから、そういうところを何かアイデアがありましたら、教えていただければと思います。

○遠藤座長 事務局に対する御質問ということですね。短縮の具体的なアイデアについてということですので、お願いします。

事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先の検討会でも、絵に描いた餅だと御批判をいただいているのは百も承知で、週1時間のタスク・シフトについても御説明はしているところでございます。まさに、森先生おっしゃるとおり、そのうちの7時間分についてはタスク・シフトで行っていくということを目指していくところでございます。

さらに、例えば、地域枠で入っている先生は、診療科を選ぶときに、総合的な診療に従事する割合が高かったりというようなことを前回の検討会でも御紹介したりしております。そういったことも踏まえて、タスク・シフトは院内だけの問題でございますけれども、院外の要素も加えて、例えば医療機能の提供体制の効率化や、今、先生に御指摘いただいた診療科偏在などをトータルで直していかないと減らすことはできないものでございますの

で、その中のタスク・シフトも1つのパーツでございますので、まず、医療機関内で行うこととしてはタスク・シフトを一生懸命やっただけ。特定行為のパッケージなども我々が用意しているものでございますけれども、さらに、我々は政策としても、地域偏在の解消、また、医療機能提供体制の効率化などに取り組んでいきたいというように考えております。

○遠藤座長 森構成員、よろしいですか。

○森構成員 はい。

○遠藤座長 では、鈴木構成員お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

私は大学で勤務している若手医師という立場でお話をさせていただきたいと思っているのですが、きょうは、細部に制度設計をしていくというお話が何度か出ています。非常につくり込まれているなというふうに、この制度設計の計画を見て思うのですが、現場の若手・中堅医師、実際にこれが適用となるような勤務医の我々に関しては、なかなかここまでキャッチアップできていないというのが現状です。私もこういったことに興味を持っていろいろ勉強してきたわけですが、こういった話を振っても、全くわからないというような人が多いですし、基本的にネガティブなイメージを抱いている医療現場の勤務医が多いかなと思っております。それをポジティブな印象に変えていかない限り、実際にすごくいい制度をつくったとしても、受ける側が受け入れられないのではないかなということを感じております。

幾つか質問があるのでありますが、今回、(C)－1、(C)－2のあたりも肝かとも思うのですが、時間数を明示するというのは非常にいいかなと私は思っています。ただ、多分、どうしても時間だけが先走ってしまうのではないかなという懸念があります。その中で、実際にプログラムにアプライする医師としては、実際、この時間でどういったことがちゃんと担保されているか。要するに、今までと変わらず、きちんとした教育を受けられるとか、そういったことも含めて、当然、明示していかないといけないかなと思っております。

また、(C)－2の部分に関しても、サブスペシャリティを目指すような先生が該当するかどうかと思うのですが、これからの議論かと思いますが、時間のない中で、こういった領域が適用になるかですとか、診療科のサブスペシャリティにおいても、必要な時間数は、また、全然違うかなと思ってますし、そのあたり、今後、半年の中でどこまで詰めていけるのかということと、現在、もし、お考えとかがあれば聞かせていただきたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 1つ目の御指摘は非常にそうございまして、今だと、多分、病院の名前で何となく研修の内容を、例えば有名な研修病院だと研修が受けられるということは、いわゆるうわさというか、ほぼ確実なわけですが、それで選ばれて

いると思います。

我々、臨床研修部会でも、臨床研修が終わった後の評価が、今、議論になっておりまして、前回の臨床研修部会でも、臨床研修が終わった後に客観的な評価をすることを国としても推薦するというようなことをしてはどうかというふうなことで議論が進んでおります。

例えばでございますけれども、そういった施策と実際に時間外労働をしている時間をリンクして評価するというようなことも、施策の1つとしては検討可能でございますので、そういったことも検討をしてみたいと。つまり、両方提示されていれば、それがわかるわけですから、そういうことも検討していきたいと思っております。

(C) - 2については、正直、我々としても、今、先生方に表できちんと言えるような責任を持ったものをお持ちできておりませんが、例えば、1つの難しい何かの手術を検査するといっても、例えば個人とか指導医とか、その病院の状況によってどれぐらいの時間でそれが身につけられるということも違うと思いますので、どちらかという、個人の計画によって時間数も変わってくるのではないかと。個別の個人ごとに計画を出していただくことを考えておりますので、今、定性的な御説明しかできませんけれども、全く個人ごとの計画になるようなことをイメージしております。

○遠藤座長 鈴木構成員、いかがですか。

○鈴木構成員 追加で1点確認をしたいのですが、(C) - 2のところ、サブスペシャリティで、どうしても外科系ですと、手術で拘束される時間が長いので、ほかの内科系のサブスペシャリティとは要する時間とかも少し変わってくるかと思うのですが、そういった形で診療科ごとの専門医がサブステの学会とかにヒアリングとかそういったことは、予定はありますでしょうか。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 御指摘を踏まえて、審査組織を議論するときに、どのような議論の進め方にするのか考えさせていただきます。

○遠藤座長 よろしいですか。

○鈴木構成員 はい。

○遠藤座長 では、こちらが先ほど手を挙げておられたので、こちら側から少し行きたいと思っております。

それでは、島田構成員、島崎構成員、片岡構成員の順番でお願いします。

○島田構成員 どうもありがとうございます。

1つは、先ほどから議論になっている審査組織というものをどういう制度設計にするかというのは、今回、非常に重要な課題だと考えているわけですが、前回の検討会の中で、最終的には、医療法制の中では都道府県の役割が重要であるということにはなったのですが、その段階、前回の検討会の構成メンバーの中で、都道府県関連の方が構成員の中で余り多くなかったように思います。そういう意味で、その点が、きょう御発言のあったような形で、具体的な議論が不十分だったと考えているところでございます。

まさに、そこを詰めていくのが今回の役割だと思うのですが、先ほどから出ていることの繰り返しかとは思いますが、これは都道府県の権限なので、そこに任せるということではなくて、かなり思い切った、本当に機能する制度設計を検討していくことを、ぜひ、ここではやっていきたいなというのが1点でございます。

もう一点は、1つは、医師労働時間短縮計画、これが本当にできていくのかということが非常に重要なわけですが、前回からもお話ししているように、これがうまくきちんと医療機関の中でPDCAサイクルが回って現実化していくのかと。それをどう制度的に保証していくのかということが重要になってくると思います。この点は、労働法制の中でも実は制度化されているわけではございませんので、この点を、今後、どう詰めていくのか。

特に、医師のということだけではなくて、労働時間の短縮を当面の医療機関全体の中で考えていくようなことが必要になってくると思います。それとの関連で、先ほど鈴木構成員からもございましたが、それが現場になかなか浸透していかないということは、もちろん周知徹底は必要だということになるのですが、実は、この時短計画なりのPDCAサイクルを組む中で、どれだけ現場の医師の方々に主体性を持っていただくような仕掛けをつくるのかということもかなり検討をする必要があると思っております。

追加的な健康確保措置の履行確保の問題についても、まさに、PDCAの中で検討ができるような仕掛けをつくるのかということが、今回、要かなと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、島崎構成員お願いいたします。

○島崎構成員 まず、遅れてまいり恐縮ですけれども、資料を拝見し、また、今の議論を聞いておまして、すごく大変だなという気がします。スケジュール的に見てもそうですし、内容的に見ても大変だと思います。

昨年度末にまとめられた報告書の内容を、言ってみれば、縦のものを横にすればいいという、そういう単純な話ではなさそうな感じがいたします。また、改めていろいろ議論すべき点があり、なおかつ、私は冒頭出られなかったのですけれども、今年中に検討会でまとめるということだとすると、相当ハードだなという気がします。

もう一つ、国もそうですけれども、私が非常に心配しておりますのは都道府県の体制の話です。というのは、まず、この資料3の5ページにありますように、実施体制のところでは都道府県の役割がいろいろ出てくるわけです。もちろん、先ほど家保構成員がおっしゃったように、これは必ずしも県ではなくてもよいのかといった、個々の話はともかくとしまして、相当都道府県がコミットしなければいけないことは間違いがないわけです。

それに加えて、働き方改革のインパクトはまた別にありまして、言うまでもなく、医師の偏在是正や地域医療構想という、つまり、医療資源の再配置や再編をやっていかなければいけないわけです。今回の検討会は、そのこと自体が対象となっていないのは、もちろん重々承知しておりますけれども、2024年にいきなりというわけにはいかないわけですか

ら、それに向けて着々と進めなければいけないわけです。

ところが、今の都道府県の医療政策の担当部局の人材の状況はどうなっているかといいますと、私は47都道府県の調査をしたわけではありませんが、私どもが承知している限りは、各都道府県とも、定員削減がかかっている中で、むしろ、都道府県の中で医療政策部局は定員削減の対象にならないのがまだましといった状態、はっきり言えば、増えておらずにどうにか現状維持というのが精一杯の都道府県が結構あるのではないかと思います。

そうした中で、こういうふうな業務の負荷がかかっていく。なおかつ、今回、この検討会の検討テーマとは直接ではないけれども、さっき申し上げた医師の偏在是正とか地域医療構想をさらに進めていくということに、果たして、都道府県はついてこられるのだろうかという危惧を強く持っております。

事務局に聞くよりも、家保構成員がおられるのでお伺いしたいのですが、知事会なりとして、そのへんをどういうふうにお考えになっているのかちょっとお聞かせをいただきたいと思います。

○遠藤座長 では家保構成員、何かコメントがあればお願いします。

○家保構成員 知事会と言われましても、一副部長です。

ただ、都道府県としては、医療は非常に重要な項目だと認識しております。特に、医療政策、地域医療構想などを進めることは、社会保障制度が継続するためには、ぜひとも強力に取り組まないといけないテーマだとは思っております。

ただ、先ほどおっしゃられたように、定員の問題とか、それから、それに従事する専門スタッフ、公衆衛生医師の確保も難しい現状もございますので、十分なことができていくかどうかというのは、正直、自信がございません。ただ、きちんと取り組んでいかないといけない部分ですので、その点については、国にもいろいろな面で支援をお願いしないといけないというふうには思っております。

○遠藤座長 では、島崎構成員どうぞ。

○島崎構成員 御答弁としてはそのとおりだと思うのですが、これまでとはフェーズが全然違う。地域医療構想という枠組みをつくった時点でも、多少フェーズが違っているかもしれませんが、医師の働き方改革のインパクトは非常に大きいわけです。なぜかという、長時間労働で受けとめてきたものが受けとめられなくなるからです。もし、上限規制を超えた労働を放置していれば、それは刑事罰まで問われるわけです。ということになると、今まで、日本の医療は、さまざまな医療ニーズを長時間労働で受けとめていた部分が、言ってみれば市中に投げ出されるわけです。それを患者サイドで全部受けとめるか。つまり、今までとは全然違う体制だから患者側が一定程度我慢しろと言えるかということ、そこは難しい。では、医師をふやすか。しかし、それについてはいろいろ議論があった末に、そういう選択はしないということになったわけで、そういう話になれば、医療資源を再配置するよりしようがないという話になりますよね。つまり、これまでとは医療政策のフェーズが全く違うことになる。

だから、本来、今回の検討会のテーマの業務にしても、どのくらい業務量がふえて、私はだから全てその業務量に見合った増員を組めということを申し上げるわけではありませんけれども、どのくらいの業務量になるかどうかということについては、構成員に申し上げるのは失礼かとは思いますが、都道府県としてきちんと受けとめないと、いくら制度をつくったとしても機能しないということになることを強く危惧をしています。このへんでやめておきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、先ほどお手をお挙げの片岡構成員お願いいたします。

○片岡構成員 ありがとうございます。

さまざまな構成員がもう既に指摘されていることなので、資料3の5ページですけれども、私も、(C) - 2の医療機関の義務履行に関して、履行確保を行うのは都道府県としていけば、それが都道府県の役割として、実際可能かどうかということが少し気になりました。

それから、(C) - 2対象の個別審査をどこが行うかというところは大きい論点ということで認識しましたけれども、先ほど鈴木構成員もおっしゃいましたけれども、専門性がかなり高い領域の内容になると思いますので、まずは、専門機構との関係性をどう持つのかどうか。あるいは、各学会、大学などの医育機関がどのように対応をしていくかというあたりもかなり考えていく必要があるのではないかと思います。

それから、個別審査に関して言えば、審査するだけではなくて、フォローアップ、評価にも関わっていただいたほうがいいのではないかと思います。例えば、実際にその計画と実態が合っていないとか、そういったことも起こり得ると思いますし、それから、研修医あるいは専攻医は立場が弱い存在だと思うので、それで、実際に看板に書いてあるのと違って、非常に長時間労働であるとか、あるいは、そういったようなときにきちんと申し入れできる、その上で評価してもらうことができる、そういった仕組みは必要なのではないかなと思いました。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

お待たせいたしました。先ほど、森本構成員が手を挙げておられましたね。森本構成員、それから、馬場構成員の順番でお願いします。

○森本構成員 短時間でと思います。

評価機能に関して、先ほどから、どこに設置すべきなのかという議論があります。しかし、評価機能が評価すべき内容をもう少し先行して詰めないと、評価機能が担うべき、その作業の量や質的な問題が見えてこないため、どこに設置をしていいのか、どういう形で設置をしていいのかという議論が進まないのではないかと思います。そのため、そちらのほうを先行して議論してはどうでしょうか。当然のことながら、詳細までというわけにはいかないとは思いますが。

それともう一点、各医療機関においても、労働時間短縮の取組を進めていると思うので、その目安となるようなモデルケースのようなものをどこかで実施をさせていただいて、その取組などもこの検討会の中で紹介、あるいは、参考にさせていただきながら議論を進めていくことも検討していただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、事務局のコメントは要らないですね。

そういう要望があるということで、地域医療構想はよく出てきますけれども、こっちのほうは何も出てきてないということですね。

○森本構成員 はい。

○遠藤座長 それでは、馬場構成員どうぞ。

○馬場構成員 ありがとうございます。

前回の検討会では、勤務医の健康確保と地域医療の確保という本当にバランスのよいとりまとめができたのではないかなと思っていますけれども、私、今、その結果を、全国に講演して回っているのですけれども、よく出る意見が、そんなのできないよという意見が非常に多いと。だから、きちんと話をして、事情を聞いて、そして、こうしたらできますよという話をすれば、みんなわかってくださるのですね。だけど、それを日本全国で誰がするのかということになってくると、評価機能の部分も大きな役割を本来持つておかないといけないと思うのですね。評価するだけなしに、きっちりこうしたらいいよということまで言えるということ。それができないと、字面だけとか、表面上きちんと達成できているということだけであれば、それこそ、例えば大学病院初め特定の医療機関が頭数をふやすということだけで対処しようということをしたら、地域のほかの病院には医者がいなくなるわけですから、そこには混乱が起きると。

そういった役割は、医療勤務環境改善支援センターの役割でもあるのだと思うのですけれども、そもそも、この医療勤務環境改善支援センターは、医師の働き方改革を主業務としてつくられた組織ではなく、実質的には、ナースを初めとして普通の多くの医師以外の人たちの働き方が中心であって、医師はどちらかというとおまけという感じで当初つくられていったという印象があります。直のところも委託のところもありますけれども、本当に医師の働き方に関する業務ができるのかどうかということを一回、きちんと見直す必要はあると思いますし、そもそもそういう医療の現場もわかっている、そして、労働法制もわかっているという人材をきちんと養成していくことも大事なのではないかなと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、城守構成員の順番でお願いします。

○今村構成員 済みません、私が何回も申し上げて、恐縮です。

今、馬場先生がおっしゃった勤務環境改善支援センターについては、私も当初から関わ

りを持っていたので、一言追加をさせていただきたいと思います。これはなかなか機能していないし、どういう医療機関の職種の人に対して対応されていたかというのは、まさしく、今、馬場構成員がおっしゃったように、看護師に対する取組を行っておられるところが多く、医師に対してはなかなかそれが進んでなかったというのは事実です。しかし、設立されたとき、当時、厚生労働省は本当に看護師の勤務環境を、省を挙げて、局長が集まられて省内に会議までつくって取り組まれていたときに、病院団体と医師会で、決して看護師だけを対象にするのではなく、看護師も大事だが、医師の働き方が非常に重要であるから、そういったものをしっかりと支援していくべきだということを申し上げています。それだけでできたわけではないとは思いますが、法改正までしてできたから、そもそもの発端で言えば、医師も対象になっています。それを機能させることが大事だと思っています。

そのことを踏まえた上で、先ほどから幾つか出て、戻って恐縮ですが、資料3の7ページの7番で、時短計画の内容について評価をすると。つまり、森本構成員が先ほどおっしゃったような、何を評価するのかというのは、病院がつくっている時短計画がきちんと適切に行われているかどうかを評価するということだと思っています。

(B)水準しかこれはないというのは、私もこれを見た瞬間に、(C)水準は何もしないのかなという気持ちもあったので、これは村上構成員がおっしゃったように、何らかの評価はあっていいと思います。そこで考えなければいけないのは、(B)水準は2036年までは続くが、確実に全て(B)水準はなくなり、960時間以内におさまるということなので、確実にこれを実行しなければいけません。そのため、評価が非常に重要になってくると思います。

その際に、事務局にもう一度確認ですが、これは、最初に(B)水準を都道府県が指定するときだけではなくて、(B)水準がその医療機関がなくなるまでずっと毎年続くという作業だという理解でよろしいのでしょうか。

○遠藤座長 では、事務局お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

資料3の最後のページが、今、今村構成員から御提起をいただいた(B)水準が終わることに向けたプロセスということでもあります。この間、(B)水準の適用をなくするようには、実際に(B)水準適用になっている医療機関の実態が、労働時間という意味では下がっていかなければいけないのですけれども、そのために、現場ではその計画をつくって、それを評価するということでもありますので、最初だけではなくて、ずっとローリングしていくというか、島田構成員からもあった、PDCAの一つの促しをしていくというようなことになります。

ただ、それが毎年毎年かというのは、ちょっと御議論があろうかと思ひまして。

○今村構成員 ありがとうございます。

今のお話しにあるとおり、総量の話を確認したかった。これをやる期間の総量がどの程

度になるかということは結構大きな問題だと思っています。これを毎年やることになると、評価するところに相当大変な作業が毎年毎年かかることとなります。これは2024年から2036年までだと12年間あるわけですから例えば3年に1回ずつ評価をしていくというような、そういう感覚であれば、その期間も、先ほど、県がやるのか、そうでないのかという話もありましたが、そういう問題につながってくるかなと思っているので、伺いました。今、ここで、何年に1回とか毎年かというのはお返事できないのはそのとおりだと思いますが、そこもきちんと御検討をいただければと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、城守構成員どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

いろいろな御意見はそのとおりだと思うのですが、基本的に、この計画がスムーズに最初進み出すというところにおいて、ポイントの1つは、各医療機関がその勤務実態を把握した上での時短計画をしっかりとつくれるのかということだ。それに関しては、先ほど森本構成員がおっしゃったように、何らかの指標というものを国が早く出していただく必要がありますので、これはお願いしたいと思います。

もう一つ、先ほどから出ています勤改センターです。この機能が極めて重要になってくるであろうという中において、今、今村構成員からお話が出ましたように、設立の実態が異なる中において、実際、これから勤改センターに求められる機能を、それぞれの勤改センターが果たせるのかという、その実態の把握を早急にされるべきだろうと思います。医療機関の実態把握という言葉はよく出ますけれども、勤改センターの実態把握によって勤改センターを機能強化するのか、それとも、勤改センターのあり方そのものを見直していくのかという議論につながっていくと思いますので、その実態把握をされるべきだと思いますが、この点はいかがでしょうか。

○遠藤座長 では、事務局お願いします。

○渡邊医療経営支援課長補佐 勤改センターの業務の体制とか実施の状況、こういう支援をしているとか、あるいは、対象がどのぐらいだとか、そういったようなことについては、厚労省のほうで都道府県から集約をしておりますので、昨年度のものをどのぐらいのタイミングで出せるかというのはあるのですが、早急に整理をいたしたいと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 もう少し追加をさせていただきますと、勤務環境改善支援センターの能力について御指摘をいただいておりますけれども、例えば、今年、先日出した宿日直とか自己研さんの通知の内容などについて、基準局と勤務環境改善支援センターが主体的に各地で説明会をしたり、また、各医療機関に対する労務管理の調査をしたりというようなことを我々も企画しておりますので、人員上できるのかどうかということもありますが、我々としても、機能強化をそのような形でも図っていったらいいつもりでございますので、今後、実効性のあるようなものによりしていきたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○城守構成員 今お答えいただいたとおり、本当にここが機能しないと、この計画はスタートからつまづくということは見えていますので、ここは現実に即した形の政策が打てるように、その把握に努めていただいて、それぞれの県によって事情が違うと思いますので、それに対応した方策をとっていただければと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

山本構成員、お願ひいたします。

○山本構成員 先ほど、森構成員あるいは鈴木構成員から、大学病院の取組についてお話がございましたけれども、正直申し上げて、この働き方改革を進める上で一番しんどいのは大学病院でございまして、先ほど来、御指摘ある地域医療への影響なども非常に大きなものが出てくることが予想されまして。まず、中でどういうふうに変えていくかという問題が非常に重要でありまして。もちろん、タスク・シフティングのための特定行為研修修了看護師を養成するという点につきましては、これは大学病院が率先してやろうということで、全国医学部長病院長会議あるいは国立大学病院長会議で、結構腰の重い、遅い大学病院などを後ろからつんつんつつつきながら、とにかく5年後の1万人というこの途方もない計画に向けて、少しでもキャッチアップできるように進めているところではございます。

ただ一方で、先ほど、鈴木構成員からもちょっと話があったように、中の意識がどうかというと、どうも他人事みたいな感じで、実際、特定行為研修修了看護師を配置したとしても、そんなに大幅に、特に外科系の勤務時間が改善されるわけではないと。改善されないとなれば何が起ころかということ、研究とか教育という、また、もう2つ重要なタスク、これは前の検討会でも私は申し上げておりますが、診療以外の部分に大きな影響が出てくることは間違いありません。

もう一つ必要なのは、我々自身、大学の中にいる医師それぞれ、あるいは、各診療科あるいは医局単位で、まず頭の体操をしっかりとやっていくべきではないか。森構成員がおられるところでちょっと恐縮ですが、それぞれ慣習的なところもかなりあると思いますので、ここをこの世の中の流れに合わせてどういうふうに変えていくかという、この1年ぐらいをかけて頭の体操を我々の中でしっかりとやっていかなければいけないと思います。これは、先ほどあったように、医師が主体的にこの改革に取り組んでいくことと直結するかと思います。我々、病院長会議としても、今、いろいろな病院長に訴えているところではあります。ぜひ、このへんは厚労省も一緒になったり、文科省も含めて、大学病院の中からもいろいろなことを変えなければいけないのだよねという機運を盛り上げていきたいと思ひますので、これは、ぜひ、御強力をよろしくお願ひ申し上げます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、森構成員、それから、水島構成員の順番でお願いします。

○森構成員 山本先生、本当にありがとうございます。大変的確と言ったら大変失礼ですけども、御意見をいただきました。

その一方で、私どもが危惧していることの1つは、日本の臨床の論文が非常に少なくなっているという現状がありまして、この働き方改革によって勤務時間は少しよくなるかもしれないけれども、そういう世界に向けた情報発信みたいなのがますます低くなっていくのではないかというのをすごく心配しています。そういうのも含めて、大学人当事者が自分たちの実際の問題ですので、それは向き合わないといけないというところがありますけれども、その一方で、先ほどちょっと質問をさせていただいたように、具体的にどこをどういうふうにしたらいいかというのをきゅうきゅうに詰めていっても、なかなか千八百何十時間までおさまらないという現実があって、非常に苦戦しているところですので、そのへんも厚労省の先生方と一緒にぜひ知恵を出し合えればなと思っております。

どうもありがとうございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

どうもお待たせしました。水島構成員どうぞ。

○水島構成員 ありがとうございます。

私が申し上げるまでもないことですし、検討会では十分に共有されていると認識していますが、今回の改革は、(A)水準の適用をできるだけ目指すことにあります。しかしながら、検討会の外では、(A)水準の適用を目指すというところではなく、いかにきちんと評価を受けて、特定を受けて、(B)、(C) - 1、(C) - 2をクリアできるかが注目されてしまうのではないかを危惧します。時間数も、あくまで上限であって、上限いっぱい働かせることができるということではないという認識を、深めることが必要だと思います。

もちろん、この検討会ではこの仕組みが機能するように、評価であったり特定のあり方を議論することが大事ですけども、それとあわせまして、今年度から予定されている労務管理の適正化や時短計画をどのようにうまく進めるかについても、厚生労働省、医師会の皆様、そして、各医師の意識改革も並行して進めていく必要があると強く感じました。

コメントです。以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 ありがとうございます。

先ほど島崎構成員がお話しになった地域医療構想の件ですね。これは前の検討会でも、医療機関の集約化あるいは機能分化が必須であるということを申し上げておりましたし、厚労省もそこは認識されて、三位一体の改革とかという旗を一瞬挙げたり、引っ込めたりされておりますけれども、やはりここは本当に重要なところで。

○堀岡医師養成等企画調整室長 引っ込めてないです。

○山本構成員 引っ込めてないですか。

三位一体かどうかは別として、そこもきっちり並行して進んでいないと、各医療機関の取組なり、タスク・シフティングなりをやっていても、これは限界がありますので、そことのリンクはどういう形で図られるのか。地域医療構想の集約化、その他がちゃんというふうに進んでいるから、横目で見ながらこっちも進めるという、その機能はどういうふうに進んでいくのかなというのがよく見えない。そっちはそっちで勝手にやるからということでもいいのかどうか、そのへんは厚労省はどういうふうにお考えなのか伺いたいと思います。

○遠藤座長 私も聞きたいですね。三位一体改革と相互依存していますので、そこはどういうふうにして対応しているのかということですね。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の御質問は、この前身の検討会でも議論になったのは御指摘どおりでございます。今、地域医療構想、医師偏在対策、そして、この働き方改革ということで進んでいるわけですが、当然、全てリンクしていると理解しているところでございます。各々の分野ごとに検討を進めておりますけれども、例えば、さまざまな分野での議論の状況が必要に応じ、この検討の場でも御紹介するということはあると思いますが、ここの検討会としましては、まずは、この働き方の部分につきましての細部を詰めていただくということをしていただきながら、当然、今、御指摘の関係するところの議論も鋭意進めてまいりたいと思いますし、適宜、御質問に対しては事務局でお答えしながら進めていただきたいと思いますところでございます。

○遠藤座長 山本構成員、よろしいですか。

○山本構成員 はい。

○遠藤座長 それでは、きょうは第1回ということでありまして、大変厳しい御意見も多々ありました。多様な御意見が出ましたので、次回以降は、恐らくはこの内容ごとに、各論点ごとの議論という形になっていくと思いますけれども、本日の御意見等を踏まえた形で進めさせていただきたいと思います。

事務局は必要な資料等をよろしくお願いいたします。

それでは、議題2に移りたいと思います。「医師の勤務実態の把握について」でございます。事務局から資料が出ておりますので、説明をお願いします。

○松浦医事課長補佐 事務局でございます。資料4-1、4-2について御説明させていただければと思います。

4-1でございますが、医師の働き方の実態調査でございます。平成28年に井元先生が研究代表者になっていただいて、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」、いわゆる10万人調査を行っていただいたところではございますが、これと同程度の勤務実態調査を現在検討してございます。

研究班のメンバーは、2. で、小池先生に研究代表者になっていただいておりますが、

この中の分担研究者は、順天堂大学の谷川先生にこの調査研究をしていただくと、そのような予定になってございます。

調査期間については、9月2日～8日の祝日等が入らない、この1週間にさせていただきます予定になっております。

調査対象については、4. にございますとおり、前回との比較で一覧表をつくらせていただいておりますが、今回は、配布対象病院2,331病院で、全体で3分の1程度の施設に調査票をお配りして、その調査票をお配りした施設に対して、全てに医師票を配布するというような形で調査をさせていただきます。今回は、配布対象病院を広げて8,000病院に施設票については配布し、そのうちの3割程度の医療機関について医師票を配布するというような予定になっております。

それに加えて、老健施設とか介護療養型医療施設等、今回は配布していませんが、医師が勤務しておられる施設については、今回は配布をする予定になっております。

加えて、回答率を上げるために、今回は、平成30年度から三師調査・医師届出票にメールアドレスを記載いただいて、厚生労働省から周知等をさせていただきます場合については同意をいただいている方については、メールアドレスを使わせていただくことができることになっておりますので、メールアドレスを記載いただいた方のうち、病院で勤務する方等について、厚生労働省の研究費でこういう調査をやっているというような案内をお送りすると。これは施設票が医療機関に配布されても、先生方まで届かないことがままあったとお聞きしていますので、いろいろな方法を使って回答率を上げるという取組をしていきたいと思っております。

続いて、4-2でございます。こちらは、研究班で検討いただいている調査票になります。

まず、医師票でございます。冒頭から、御本人の情報を御記載いただいて、主たる診療科や専門資格についてもお答えいただくことになっております。

2ページ目については、いわゆる緊急的な取組として行っていただきたいような内容について、実際、どれぐらいなされているかということもお聞きしております。

めくっていただいて、3ページ目、4ページ目、こちらは出産・育児等で離職された方等がおられるかと思っておりますので、そのあたりの状況についてお聞きしています。

おめくりいただいて、こちらが一番メインの調査になるかと思っておりますが、9月2日～8日の1週間の労働時間について御記載いただくような調査になっておりまして、5ページから、用語の定義等を記載いただいております。

めくっていただいた7ページ目からがこの調査票になっておりまして、最初に、記載例を書かせていただいておりますが、主たる勤務先と主たる勤務先以外での勤務について、診療業務、診療業務外で、そのうち指示がある・なし、宿日直があればその時間、当直・オンコールがあればその期間を矢印で記載いただくということになっておりまして、これを30分ごとの調査票が1週間つけていただく、かなり大変な調査だとは思いますが、

ぜひお願いしたいと、そのような調査になっております。

続いて、11ページ目以降は施設票となっております。こちらは前回の調査と大きく変わらない調査になっておりますが、問1から、施設の情報を聞いています。

おめくりいただいて、例えば、医師確保の定着に関してどのような取組をしているのか、有休取得の状況とか、あるいは、14ページ目は36協定を締結しているか、そのあたりの状況等についてお聞きしています。

問13については、医師の労働時間の把握方法をどのような形で把握しているのか。そして、最後は、医師と同じ項目でございますけれども、緊急的な取組は病院としてどれくらいやっているのかと、そのあたりをお聞きしている調査票。これを研究班のほうで御検討をいただいているものでございます。

事務局からの説明は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいま説明がありました調査法方法と調査票の内容につきまして、御意見・御質問等があれば承りたいと思いますが、いかがでしょうか。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 この調査はすごく重要な調査だと思います。できるだけ多くの先生にこれをお答えしていただくことがとても大事だと思っていて、中身を見ると、先生方にとっては負担の多い調査票になっていると思いますが、働き方を細かく調べるためには、どうしてもこのぐらいの内容が必要なのだろうということはよく理解できます。

その際に、できるだけ多くの先生に書いていただくのは、先ほど鈴木構成員からもお話がありましたように、現場の先生方が今どういう議論がされていて、一体これが何のために、自分たちにどう影響してくるのかということがしっかりとメッセージとして伝わらないと、そういう日常の仕事の忙しい中で、これを書こうという気持ちにはなかなかないのではないかと。したがって、何のためにこの調査をやる、そのことが先生方にとって将来どういうふうになっていくのだということをメッセージとしてしっかりわかるように、前文というか、何か文書を一緒につけていただくことが大事かなと思っております。

あわせて、きょうは大学病院の先生もいらっしゃっていますし、病院団体の先生もいらっしゃいますし、我々、医師会もそうですけれども、そのことを会員の先生の病院や医療機関が理解していただいて、そこに勤務している先生に、大事なことからこれを書いてねという働きかけをしてもらうというプロセスが大事かなと思っておりますので、ぜひともお願いしたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。

村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 2点ございます。この調査の重要性は今村構成員と同意見でございます。

その上で、1点目は、医師調査票の問3、問4、問5などで、育児のための離職経験の有無や、どのような取組があれば勤務を継続できたか等を聞いている項目があります。働き方改革の中では、女性医師の働きやすい環境を整備しなくてはならないということを行っていると思いますし、そのこと自体は大事だと思いますが、設問はこの内容でよいのでしょうか。別途切り離して、内容を充実させてもよいのではないかと思うテーマではないかと考えております。選択肢などを見ましても、女性のドクターに聞かなければわかりませんが、回答の選択肢はこれだけで十分なのかという気もしております。つまり、ほかの医師が早く帰る環境であれば、自分たちも一緒に帰れるけれども、そのような環境になってない風習や文化により長時間労働となり、そのために離職をせざるを得なかったという声も一部では伺っておりますので、そのような声を汲み取るためには、回答欄についても、自由記入欄の充実など、工夫をしてよいのではないのでしょうか。仕事と育児の両立に関してこの調査で伺うのであれば、回答欄の工夫が必要であると思いました。

2点目は、施設調査票では、労働時間の管理方法について問う設問も入れていただいておりますが、医師の調査票においても、労働時間をどのように管理されているのか、時間外労働を申請できているか、残業手当が支払われているのかなどについても聞いてはどうかと思いますので、御検討をいただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

まず、このようなすごく重要な調査になると思いますので、私も大変結果を楽しみにしているところで、今思っております。

今の村上構成員の発言に少し重なるところですが、今回、離職ということで、出産とか育児という切り口ですけれども、介護とか、あとは、今回、医師の働き方改革というところですので、いかなる理由であっても、離職してしまった人の背景などもちょっと気になるのかなと思ったのですけれども、作業量とかも含めて現実的なところでどこまでできるのかなと、今思いながら拝聴しておりました。そのあたりは、今回に関してはここでフォーカスを絞るということなのでしょう。

○山本構成員 関連して、私もお願いします。

○遠藤座長 では、関連で、山本構成員どうぞ。

○山本構成員 私も、何が一番大事な調査項目なのかというところがちょっとぼけているかなと。今回、後ろの勤務の時間のところを細かく聞くところに主眼があるのだとすれば、前のほうに離職云々についてしまっていると、もう自分と関係ないかなという印象を受けてしまうかなという気もします。

離職を聞くのであれば、今、鈴木構成員が言ったように、パワハラだったり、燃え尽きてしまったりとか、いろいろな要因が多分あると思うので、そのへんを育児云々だけでは

なくて、深掘りする。どのぐらい心が折れてしまっている医者がいるのかみたいなところに深掘りするというやり方があるのかなと思いました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまのお二人の御意見をお聞きして、事務局として、何かコメントはございますか。

○松浦医事課長補佐 ありがとうございます。

御指摘のとおり、介護やその他の理由等を研究班はかなり御検討されたとはお聞きしていますが、全体の総量の関係でこの量になっているとお聞きしていますが、きょういただいた御意見については、研究班の先生方にもお伝えしていきたいと思っております。

ありがとうございます。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。

ほかにいかがでしょうか。

森本構成員、お願ひします。

○森本構成員 ありがとうございます。

今、議論があった点ですが、もし、こういう形で聞くとすれば、前の6問ぐらいまでを後段に持っていくことにより、労働時間に関する設問が強調して見えるのではないかと思いますので、設問順についても検討もいただければと思います。

○遠藤座長 山本構成員も同じような御発言が出ておりますので、その構成も工夫をしていただければと思います。

ほかに何かございますか。

よろしゅうございますか。

ありがとうございます。

それでは、ただいま幾つか御意見が出ましたので、研究班における調査においては、御意見を踏まえながら実施するようによろしくお願ひいたします。

それでは、以上、用意いたしました議題は全て終了いたしました。

それでは、次回の日程について、事務局から何かありますか。

○佐々木医事課長 ありがとうございます。

次回の検討会の日程は、事務局で調整の上、改めて、御連絡をさせていただきます。

○遠藤座長 では、よろしくお願ひします。

それでは、本日の会議、若干時間を残しておりますけれども、このへんで終了したいと思います。

どうも、長時間ありがとうございました。