

○岩間医師・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2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、また、遅い時間からお集まりいただきまして、ありがとうございます。

本日は、岡留構成員、片岡構成員、堤構成員、水島構成員より所用により欠席との御連絡をいただいております。

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

(「異議なし」と声あり)

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

続きまして、資料の確認をさせていただきます。本日の資料は4種類配付させていただいております。また、参考資料としては2種類、報告書やその他関連事項について配付させていただきます。

不足する資料あるいは乱丁・落丁などございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、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)

○岩間医師・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、座長にお願いいたします。

それでは、遠藤座長、よろしく願いいたします。

○遠藤座長 では、よろしく願いいたします。

議事に入る前に、前回、7月5日の第1回の検討会におきまして、今後の本検討会におけるスケジュールを示してほしいという御意見がありましたので、事務局でスケジュールを作成しております。資料1「今後の議論の進め方について(案)」が作成されておりますので、事務局から説明をお願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 資料1「医師の働き方改革の推進に関する検討会 今後の議論の進め方について(案)」をごらんいただければと思います。今後の本検討会での議論のスケジュール案をお示ししております。

本日9月2日の第2回は、追加的健康確保措置の履行の枠組み、医師労働時間短縮計画及び評価機能のあり方について御議論いただきたいと思いますと考えております。

次回第3回は10月を予定しておりますけれども、地域医療確保暫定特例水準、いわゆる(B)水準と、集中的技能向上水準、いわゆる(C)水準の特定の枠組みについて、(C)-2の対象範囲やこれを審査する審査組織も含めまして、御議論いただきたいと思いますと考えております。

また、第4回は11月を予定しておりますが、本日御議論いただく評価機能について、本日の御議論を踏まえまして、再度御議論いただくことを考えております。また、それ以外に積み残しの論点がありましたら、ここで御議論いただきたいと思いますと考えております。

第5回は、第2～4回までの議論のまとめを行いまして、年末にかけて第6回を経て、第7回で一定のとりまとめといった形で考えております。

開催時期、回数、議題につきましては、今後の検討状況に応じて変更の可能性がございます。

また、医師の時間外労働の実態把握につきましては、第1回の検討会で御報告させていただき、本日より実施されております医師の働き方に関する勤務実態及び履行等に関する調査の調査結果のとりまとめ後、御報告させていただきたいと考えております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。何か御質問・御意見ございますか。

島崎構成員どうぞ。

○島崎構成員 全体的な進め方そのものについては別に異論があるわけではないのですが、1つ教えていただきたいことがあります。それは、兼業の取り扱いについてです。

3月にまとめられました報告書の中では、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取り扱いについては検討会が設けられているので、その検討を踏まえてということだったと理解しております。ただ、この検討会の報告書が8月8日に出されていて、それを拝読しますと、きょうは検討会の委員の水島先生がいらっしゃらないのですけれども、これで決め打ちということではなくて、考えられる選択肢を提示するような形になっています。さらに、労働政策審議会（労政審）のほうで更にご審議いただくことになっています。それとの関係で、医師の兼業の取り扱いはどこにどういう形で本検討会の検討スケジュールにはめていくのかお尋ねしたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局いかがでしょうか。

○黒澤労働条件政策課長 労働基準局でございます。

今、御指摘いただきました副業・兼業につきましては、今、御紹介いただきましたとおり、去る8月8日に、副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会の報告書を公表させていただきました。こちらにつきましては特に業種・業務を限定することなく、一般的な副業・兼業の場合の労働時間の管理について、有識者の方々に御議論いただいたものでございます。

その報告書におきましては、今、御指摘いただきましたように、複数の選択肢が例示されておりまして、具体的な制度見直しの方向性につきましては、今後、労働政策審議会でご議論いただくという運びになってございます。

したがいまして、この検討会、医師の副業・兼業の場合の労働時間の取り扱いにつきましては、まずは現在存在している制度を前提といたしまして、必要な検討を行っていただくということで考えているところでございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

島崎構成員。

○島崎構成員 ご答弁としてはそういうことになるのだろうと思いますが、労政審でもそ

れほど頻繁にこの問題の検討が行われるわけではないとしますと、時間的な関係、前後関係が大丈夫かなという懸念がありますので、質問させていただきました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見・御質問ございますか。よろしゅうございますか。それでは、資料1については、以上のとおりとさせていただきたいと思います。

それでは、議事に入りたいと思います。本日の議題は、議題1「追加的健康確保措置の履行確保について」、議題2「医師労働時間短縮計画及び評価機能について」の2つでございます。また、前回の検討会でいただいた御意見を事務局でまとめておりますので、最初に、事務局から資料2「第1回の議論のまとめ」について説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○大宮医療経営支援課長補佐 資料2「第1回の議論のまとめ」をごらんいただければと思います。

まず、1ページ目ですが、前回7月5日、第1回検討会における御意見の概要をまとめております。今回は特に評価機能に関しまして多く御意見がございました。

例えば、評価機能の組織についてでございますが、医療の現場を熟知し、また、労働関係法令の知見を有する組織とすべきではないか。また、屋上屋を重ねることにならないか。医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）等と連携して適切な支援ができるのか。シンプルな仕組みにするべきではないか。第三者性にこだわることで、不十分な人員で分離した組織になるのではないか。また、評価機能は都道府県ではなく、全国統一的な機関が行えばよいのではないかといた御意見がございました。

また、評価機能の業務につきましては、評価すべき内容を先に議論すべきではないか。その際、評価のサイクルは毎年なのか、3年に1回などとするかで業務量等が変わってくるのではないか。評価機能による評価開始を前倒しする必要について、また、(B)水準医療機関だけではなく、(C)水準の医療機関も評価を受ける必要があるのではないか。医師が主体性を持って医療機関内での時短計画、PDCAサイクルによる見直しに当たることが求められるのではないかといた御意見がございました。

勤改センターに関しましては、現状余り機能していないとの指摘がある中で、よりよい勤務環境改善のアドバイスができるような組織にするべきではないか。勤改センター自体を見直して、評価機能を付与することも考えられるのではないかと。一方で、業務がさらにふえると機能するのか、評価機能に求められるものを検討する上で、勤改センターの実態把握が必要ではないかといた御意見がございました。

評価機能につきましては、本日の議題2、資料4で御議論いただきたいと考えております。

それ以外の前回の御意見といたしまして、2ページにございますけれども、健康確保措置に関しまして、健診項目や健診回数、PDCAサイクルの中での見直しに関して御意見がございました。これは本日の議題1、資料3での御議論も踏まえまして、今後検討という形

で考えております。

また、(C)-2水準についてですけれども、内科系と外科系のサブスペシャリティは必要な時間数が異なるため、学会へのヒアリングが必要ではないか。(C)-2を審査する審査組織は、審査だけではなく、フォローアップ、評価にもかかわったほうがよいのではないか。計画と実態が合っていないという事態も想定されるという御意見がございました。これらにつきましては、第3回において御議論いただきたいと考えております。

また、本検討会における検討スケジュールを示していただきたいという御意見に関しましては、先ほどの資料1として今後の議論の進め方を提出させていただいております。

資料2の説明は、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。これが議論のまとめということですので、早速、議題1に入りたいと思います。資料3「追加的健康確保措置の履行確保について」、事務局から説明をお願いします。

○大宮医療経営支援課長補佐 続いて、資料3「追加的健康確保措置の履行確保について」をごらんください。

1ページと2ページは、ことし3月にまとめられております医師の働き方改革に関する報告書のうち、追加的健康確保措置の履行確保に係る部分の抜粋になります。

追加的健康確保措置とは、1ページの1つ目の○に、追加的健康確保措置①②とございますように、28時間の連続勤務時間制限、9時間の勤務間インターバルのほか、代償休息、面接指導や面接指導の結果により行われる就業上の措置が該当いたしますけれども、これら医事法制・医療政策における義務づけ等を行う方向で、法制上の措置を引き続き検討することとされております。

以下、報告書の抜粋が続きますけれども、報告書を踏まえ、今回改めて検討の視点を整理させていただいておりますので、3ページに飛んでいただければと思います。

まず、前提といたしまして、追加的健康確保措置は、やむを得ず一般の労働者に適用される時間外労働の上限時間数を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康、医療の質を確保するために行われるものですので、報告書にもございますように、過労により健康を害した医師が医療提供体制を担うことのないよう、医療の質の確保の観点から医事法制・医療政策における義務として措置することとなりますが、その際、確実な履行確保が求められると考えております。

こうしたことを踏まえまして、事務局として以下のような視点が必要と考えております。具体的には、各措置の対象者を適切に特定できるか。確実に各措置が実施できるような責任体制になっているか。各医療機関及び都道府県の実務が回るか。措置の実施状況に対するチェック機能が確実に働くか。履行が不十分な場合に改善が図られるような仕組みとなっているか。医療行政と労働基準行政との間で情報共有が適切に行われるような仕組みとなっているかといった視点から検討が必要と考えておりまして、4ページと5ページに事務局の案を提示させていただいております。

まず、4ページ、追加的健康確保措置の対象者等でございますが、基本的に報告書において整理されておりますけれども、医療機関の管理者が主体として実施し、追加的健康確保措置のうち、面接指導・就業上の措置については、面接指導が100時間という時間外労働の上限を例外的に緩和する措置であることから、100時間以上の時間外労働・休日労働が見込まれる者、すなわち、月100時間以上の時間外・休日労働の36協定を締結した業務の従事者が対象となり、面接指導を行う医師としては、産業医のほか長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受けた医師も含まれますが、医療機関の管理者は除くことを想定しております。また、連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息につきましては、(B)(C)水準医療機関において、(B)(C)水準の対象とされた業務の従事者が対象となります。

それから、確認の枠組みについてでございますが、追加的健康確保措置は医事法制・医療政策における義務等であることから、都道府県が確認することについては報告書で示されておりますが、今回具体的な方法として、医療法第25条第1項に規定する立入検査の中で確認することとしてはどうかということです。立入検査は、都道府県が全病院に対して原則、毎年1回実施されているものになります。また、(B)(C)水準の医療機関に対し、追加的健康確保措置の実施状況を関係者と共有する場、これは既存の場の活用も含め設けることにより、追加的健康確保措置に対する意識の醸成や実施に当たっての課題等の情報交換を促すことが考えられるのではないかと考えております。

続きまして、5ページをごらんください。改善に向けた取り組みとして、追加的健康確保措置が未実施であった場合には、改善に向けた取り組みが重要となりますが、具体的には、まず医療法第25条第1項の立入検査を通じて指導を行うこととあわせて、勤改センター等において追加的健康確保措置の実施に必要な支援を行うほか、必要に応じて地域医療対策協議会等を活用した医師の確保や地域の医療提供体制の機能分化・連携等の必要な措置を行うことが考えられます。それでもなお、追加的健康確保措置が実施されない場合は、都道府県が改善命令の措置を行い、最終的に改善命令に従わない場合には、(B)(C)水準医療機関の特定の取り消しや罰則の適用を行うといった、あくまでも改善を主眼に置いた段階的な履行確保の枠組みとしてはどうかと考えております。

医療法における同様の履行確保の枠組みとして、例えば、地域医療支援病院の施設の基準に違反した場合の使用制限・修繕改築命令、罰則の例等がございますので、罰則の水準等につきましては、こうした現行の医療法上規定されているほかの例を勘案して定められることになるのではないかと考えられます。

また、医療法第25条第1項の立入検査の中で、労働基準法令違反の疑いを発見する場合もあろうかと思いますが、その場合には、まず勤改センターと連携して支援を行い、それでも改善が見込まれない場合には、都道府県労働局へ情報提供を行うという形を想定しております。

次の6ページは、こうした追加的健康確保措置の履行確保のためのフロー図案になります。

す。

上の表の真ん中の赤で囲まれている部分ですけれども、連続勤務時間制限、勤務間インターバル等につきましては、(B)(C)水準医療機関の(B)(C)水準業務の対象者が義務となりますが、流れとしましては左下にありますように、都道府県による(B)(C)医療機関の特定の後、措置の対象者の人数が36協定の締結により決まり、実務上は医療機関において名簿を作成し、出退勤時間、インターバル時間、連続勤務時間、代償休息対象時間数取得状況を記録することになるかと考えられます。

その後、立入検査において実施状況の確認、必要に応じて指導が行われ、改善されれば(B)(C)水準としての特定が継続し、都道府県による支援の後なお未実施の場合は、改善命令も行われることとなります。それでも改善命令に従わず改善されない場合は、罰則、(B)(C)医療機関としての特定の取り消しが行われることになると考えられます。

面接指導等につきましても、右側にありますように、同様の流れになるかと考えております。

7ページ以降は参考資料となります。

7ページは、3月の報告書でまとめられました上限規制の全体像。

8ページは、医療法に基づく立入検査の概要となります。

9ページは、追加的健康確保措置に関する研究についてです。疲労回復に効果的な休息の付与方法、睡眠、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、3月の報告書では医学的見地から別途検討するとされておりましたが、精神運動覚醒テスト(PVT)を用いた疲労、眠気・覚醒度の有用性の検証等を研究班において今年度行うこととしております。本日より実施されております医師の働き方に関する勤務実態及び履行等に関する調査のオンライン調査にあわせて調査を実施しております。

10ページは、PVTの説明になります。

資料の3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。

それでは、事務局の原案も出ておりますので、これについて御質問・御意見等を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 2点ばかり、まず、質問させていただきたいのですけれども、4ページの面接指導・就業上の措置についての対象者等についてですが、時間外労働時間100時間というところ、あるいはさらに36協定を締結した業務の従事者ということで別によろしいかと思いますが、問題は働いている先生、これは年齢にもよると思うのですが、時間と関係なく、もともとの状態が例えば生活習慣病にある程度リスクを持っている方たちというのは、高齢、40歳以上の先生たちは降圧剤を飲まれているとか、脂質異常を持っているとか、あるいは心電図に若干の変化を持っているなど、そういう方たちをどうやって拾い上げておくかというのも結構大事なかなと思っていて、単純に時間で切ってしまうと、そういったり

スクのある人たちを拾い上げることができないのかなど。

これをどういうところで線引きするかなかなか難しく、専門的な知見が必要かと思いますが、事前にそういったリスクがある程度予見されるような方たちについては、時間の基準を若干変えるということがあり得るのかどうかというのは、ちょっと事務局に御意見を伺いたいと思います。

もう一点、PVTはぜひ進めていただきたいのですが、この結論というのはいつごろまでにとりまとめられる予定になっているか、この2点を教えていただければと思います。

○遠藤座長 事務局、よろしく願いいたします。

○堀岡保健医療技術調整官 1つ目の御質問でございますけれども、前回の3月までの報告書でも少し書かれておりますが、もう少し具体的に書いておりますのが6ページ下、面接指導・就業上の措置というのは当然(B)医療機関、(C)医療機関というのはある程度高い36協定があり得るということで、厳しく義務がかかっているわけですが、同月の時間外労働100時間になる前に面接指導ということで、例えば、前月の時間外労働が80時間となった場合、あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおくということを書かせていただいております。(B)(C)医療機関で長い方は、正直長いことが一番考えられますので、このように書かせていただいておりますけれども、今の先生の御指摘を踏まえて持病等をどう考えるかというのは、具体的な制度設計のときに御相談させていただきたいと思えます。

もう一つ、PVTのとりまとめでございますが、ちらっとこの調査の参考資料にも書いておりますけれども、まさにきょうからスタートしております新しい10万人調査とあわせて研究、オンライン調査とあわせて御同意いただいた方を対象に調査しておりますので、そちらの調査とあわせてとりまとめていきたいと思えます。今の時点で集計にどれくらいかかるかわからないのでお答えできないですが、新10万人調査とあわせてとりまとめる予定と考えております。

○今村構成員 今の2点目のお話ですが、全体の先ほどのスケジュール感の中にはちゃんと入っておさまるという理解でよろしいのですね。

○堀岡保健医療技術調整官 そのように努力してまいりたいと思えます。

○今村構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかに何かございますか。

家保構成員、お願いします。

○家保構成員 追加的健康確保措置の対象者についてです。現状の一般則の特別条項付きの36協定の対象者でも、今回、追加的健康確保措置に想定されています面接指導、業務間インターバル、代償休息などの措置が労働法制上の指針で示されて、使用者は適宜選ぶという形になっております。医師とそれ以外の労働者で加重負担による脳・心血管疾患、精神障害のリスクが異ならないのは当然ですので、時間外・休日労働時間に応じて実施すべき追加的健康確保措置の水準は異なるでしょうけれども、少なくとも特別条項付きの36協

定の時間外水準を上回る協定を結び健康確保措置が必要となった方については、一定の面談とか何らかの対応をすることが必要になるのではないかと思います。すなわち(A)(B)(C)の医師の全ての方が、水準としては追加的健康確保措置の対象になると。ただ、(A)水準の中でも一般則の特別条項付きの水準におさまるのであれば、労働規則のほうの水準でいいでしょうし、逆に、100時間を超えるというのは労働安全衛生規則(安衛則)できちんと対応が規定されていますので、それよりは、例えば80時間を超えたのが6カ月を超えとか、一般則の年間720時間を超える時点で一旦、医師の面談を行いリスク評価をした上で、今後どうするかを考えるなど、せっかく労働法制でなく医事法制でこういう規定を設けるのであれば、もう少し考えていただいたほうが、医師の健康管理上は望ましいと思っております。

2点目、病院のチェックの話ですけれども、病院の許認可の権限は都道府県にございますので、立入検査でやっていくのは当然だと思います。ただ、8ページにございますように、中核市等の保健所設置市は立入権限が当該保健所設置市にあります。加えて、全ての保健所設置市が毎年1回立入検査を実施しているわけではございません。そういう話も聞きますので、特に(B)(C)水準など、非常に労働強度の高いところの追加的健康確保措置の徹底を確保する意味では、そのあたりの法制度の整備をきちんと医政局でしていただくとともに、やっていないところへの指導もぜひお願いしたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 御意見としてはありますが、事務局から何かコメントはありますか。

○堀岡保健医療技術調整官 1つ目の御質問は私どもも認識しております、(A)医療機関でも100時間以上36協定を結ぶ、6ページの(A)水準適用者のみの医療機関の100時間以上36協定の月上限の表の真ん中「面接指導・就業上の措置」で、※1で義務という形にしております。(A)水準と(B)水準の義務は、(A)水準はたまたまそういう長時間労働があったと。(B)(C)水準は恒常的にあり得るということで、確かに医療機関のあれは違うと思っておりますので、※1で(A)医療機関は当月の時間外労働が80時間超えになった場合、疲労度確認を行い、疲労の蓄積に応じて面接指導を実施とありますので、一般則よりも義務という形での上乗せはしているつもりでございます。御質問とずれていたら申しわけございません。

2つ目は、立入検査でございますけれども、基本的には原則年1回ということを我々もお示ししておりますので、もちろん都道府県との業務の兼ね合いはあると思っておりますけれども、一方で、これは勤務医の健康を守るというのが新しく加わるべきものですので、業務と踏まえてきちんと制度設計をしてまいりたいと思っております。

○遠藤座長 家保構成員どうぞ。

○家保構成員 100時間については、安衛則のほうでもきちんと現状でもそういう制度になっています。私が気になるのは、トータルの時間として一般則の特別条項付きの限界以上に年間720時間を超えた時点で、やはり(A)であってもきちんと医師の面談をやって、ある

程度健康管理をするとか、月80時間以上が6カ月を超える、例えば、7カ月、8カ月になった時点で確認するという合意をすることが健康管理の上では必要と思います。一気に月100時間を超えるまでは何もしないというのは、少し丁寧さに欠けるかと思って、そういう話をさせていただきました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今村構成員、お願いします。

○今村構成員 今の家保構成員の御意見に多少関連することなのですが、4ページで、いわゆる産業医のほかに長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受けた医師という記載がございます。これは、対象となる医師の数と、実際に面接指導する方、これも医師で勤務医であることも十分あり得るわけで、實際上、幾ら仕組みをつくっても、そもそも物理的に可能な仕組みかどうかというのはとても大事だと思っています。今、家保構成員がおっしゃったように、医師の健康を守るためにはできるだけ対象者を幅広く面接指導したほうがいいというお話はまさしくそのとおりだと思うのですが、面接指導に一体どの程度の時間がかかるのか、その全体量がどのくらいあるのか、それは現実的に機能する時間なのかということも結構大事な話だと思っています、事務局は具体的にこのくらいの時間で、このくらいの人数の医師をいずれは研修で養成して、そのことによって医師の面接指導が行われるのだという具体的なイメージを持たれているかどうかを教えてくださいたいと思います。

○遠藤座長 では、関連で山本構成員どうぞ。

○山本構成員 ここはまさに質問したかったところで、例えば、大学病院などの場合、数百名規模でいて、ほぼほぼ対象者となったときに一体可能なのか、どういう頻度で行わなければいけないのかとか、超えるたびにやっていると、それだけで新たなセクションが必要になるくらいの業務量なので、そこをどう考えておられるか、ぜひ伺いたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局から調整官どうぞ。

○堀岡保健医療技術調整官 確かに、前回の10万人調査のデータでは、1,860時間を超えている医師が10%程度いるわけですので、相当数の人数がいると思われま。一方で、1,860時間というすごい長時間労働なので、きちんと健康を守らないといけないというのは確かなので、義務の方は健康確保を位置づけていただきたいと思っております。4ページの一番上の2つ目、面接指導を行う医師として産業医のみに限っていないのは、そのあたりきちんとバランスをとらなければいけないという考え方で3月までの報告書でもこのように書かれていたと思いますけれども、長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受けた医師も、その面接指導に参加していただくという形で、面接を受ける医師と面接指導する医師というバランスをとっていきたいと思っております。

また、今回PVTについての10万人調査とあわせて、健康の面接指導でどのようなことをやっていくのかも研究しておりますので、そこで余りにも複雑なものにして新たな面接指導で全国の医師が回らなければ本末転倒なので、そのあたりのバランスは踏まえていきたい

と思っております。

また、どのくらい的人数が対象になるのかというのは、(B)医療機関にどのくらい参加するかにも関連するので、次回以降議論する(B)医療機関の要件ともかかわりますけれども、少なくともここに書かれているとおり、確かに大学病院や、例えば外科や心臓外科など、ほとんど診療科の全員がひよっとしたら面接指導の対象になることがあり得ると思いますので、例えば、あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおくというようなことを我々は考えているところでございます。

お答えになっているかどうかあれですが、以上でございます。

○遠藤座長 では、今村構成員、山本構成員、何かあればコメントをいただきたいと思えます。

○山本構成員 1つ確認なのですが、面接指導の頻度、例えば、毎月100時間を超える人たちは毎月やるのですか。

○堀岡保健医療技術調整官 そのように考えております。

○山本構成員 なるほど。

○遠藤座長 では、鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 御発言の機会をいただきありがとうございます。今のことに関してなのですが、同じようなイメージで発言させていただきたいのですが、大学病院で1つの診療科をイメージした場合に、私は産婦人科なのですが、今、大学病院でメンバーの半分くらいが健康確保措置の対象になってくるところで、残りの半分はどうかというと、勤務制限がかかっている先生も多いので、例えば、健康確保措置が就業上の措置を行って翌月制限したとしても、結局それを吸収するのは、ほかにもたくさん働いている長時間労働の人に当直を1回分負担してもらおうとかになってしまっていて、診療科の中でどうやって就業上の措置を図っていくのかというイメージがなかなか湧かなかったというか、現実としては非常に難しいのかなと感じています。その中で、毎月指導を受けた場合に、マンネリ化というか、毎月同じようなことを言われてもなかなか響かなかったり、実際の体制の改善につながらないということもあるかなと思っていて、どうしたらいいのかというのは今悩んで聞いていたのですが、その辺をかなり詰めて議論していければいいかなと思って聞いておりました。コメントです。

○遠藤座長 ありがとうございます。

関連ということでもよろしゅうございますか。では、家保構成員どうぞ。

○家保構成員 100時間を超える方に関する面談というのは、現行、労働法規の中でもやらないといけないという規定になっていましたよね。ですので、今のところこの会議の云々以前に、100を超えた方は必ずやらないといけないというルールにはなっているはずなので、ここでポイントになるのは見込まれる方まで含むかどうかは、確かに健康管理の観点ではありますけれども、超えられた方はやらないといけないという話になりますので、そこは余り議論する意味はないと思いますし、それに向けて医師の面談とわざわざ産業医でない

表現も法律上されているので、そのあたり各施設・医療機関の場合は、研修なりを受けてキャパの問題をできるだけやるような対応をしないと、現実的に守れないのかなという気がいたします。意見でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。今の関連で何かありますか。

山本構成員どうぞ。

○山本構成員 実際どれくらいの数になるかというのは、これから確かに内部調査もしなければいけないですけれども、相当の規模を毎月毎月繰り返していくとなると、さっき御意見があったように本当に形骸化する可能性が非常に高いので、厚生局の立入検査のときにはこれだけの人がいます、いつやりましたかと何月何月とチェックがついているだけで、毎月でやりましたでおしまいということになってしまいますよね。例えば、現状の厚生局の立入検査を考えると、そこにこういう項目が加わると、そういうことにならざるを得ない。それで本当に実効性が上がるのか、非常に疑問を感じました。

○遠藤座長 そういう課題があるという御指示ですので、それらも含めた議論になろうかと思えます。

事務局、お願いします。

○黒澤労働条件政策課長 先ほど労働基準法の御指摘をいただきました。労働安全衛生法の規定でございますが、従来は月100時間だったのですが、この4月からは月80時間を超えて申し出がある方について面接すると。一方、一般則の方は、月100時間を超えないことが上限になっておりますので、一般則の方は月100時間を超えることはないという仕組みでございます。

あと、もう一つでございますが、今の面接指導とその後の措置の御議論だと承知しておりますけれども、本日この後の議題で労働時間の短縮計画の議論がございます。大変お忙しい中で月100時間を超えざるを得ないという中において、今回このような面接指導の仕組みを御提案させていただいておりますが、その同じ忙しさがあるままで右と左とでやりとりをするということではなくて、あくまでも全体として労働時間を短縮していくと。その中でやむを得ず月100時間を超える方については面接指導があるということでございますので、個人に着目しての面接指導と全体でいかにして労働時間を縮減していくのかということと両方あわせて御議論いただくという視点も、また重要であるかと思った次第でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今村構成員、関連でお願いします。

○今村構成員 先ほどちょっと申し上げたように、面接指導の効率的な実施ということで、簡素化して例えば時間が短ければいいという話では全くないのですが、事務局から研究班にぜひお願いしていただきたいのは、こういったツールを使う、道具を使うということはそれはそれで非常に大事なのですが、そういった視点だけではなくて、より効率的にきちんとリスクを判断して指導できるような、その部分のいわゆる面接指導する側の時間の効

率化についても、研究班でぜひ御検討いただきたいということをお願いしたいと思います。
以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今の関連ですね。それでは、森構成員、お願いいたします。

○森構成員 確認なのですが、大学の(C)機関の場合の勤務時間というのは、教育、診療、研究、全部含めた時間でよろしいのですか。

○堀岡保健医療技術調整官 それは、雇用契約と自己研さんの通知などを私どもが出しておりますので、それ次第でございますけれども、それに当たるのであればそれは労働時間でございます。

○森構成員 わかりました。

あと、実際に面接したときの面接の内容というのは、その方の精神状態とか、いわゆる健康状態のチェックということになるのですか。内容というのは、何に主眼を置かれることになるのですか。

○堀岡保健医療技術調整官 資料3の一番最後のページに参考で医学的な資料を、私の力で説明し切れない部分はありますけれども、追加健康確保措置でどのようなものを研究するかということで、前回の検討会でも睡眠と健康との影響がかなり議論になりましたので、今、研究班で検討していただいている内容は、睡眠時間と例えば健康への注意力といったものへの影響をチェックするような項目でどのようなものが適切か。今村先生から御指摘いただいたように、効率的でかつ形骸化しない、例えば、睡眠不足ですかと口頭で聞くだけでは形骸化してしまいますので、客観的にどういうふうに見られるのかということで、いろいろな手法があるようでございまして、それを研究していただいているところでございます。

○森構成員 恐らく、毎月急に労働時間を短縮するというのは、実際上はなかなか難しいと思うんですね。努力義務であることには違いないのでしょうか。そうすると、山本先生がおっしゃったように、毎月毎月同じような人が面接になってしまうことが考えられると思うのですが、その際に全く同じような答えがずっと続いて、結局どんなふうに変更を見込むのかがイメージとしてつかみにくいなところがあるのですが。

○堀岡保健医療技術調整官 資料3の9ページ、10ページを見ていただけますでしょうか。最後のページにPVTがどんなものなのかという、ごく簡単な資料をつけておりますけれども、持続的な注意力とか客観的な眠気というのは、自分の主観的な眠気と客観的な眠気は全然違うので、疲労がどれくらいたまっていて、それをどのようにチェックできるのか、ディスプレイに100分の1秒単位で増加する数字がランダムに出て、それをチェックするような手法があるようです。これと同じようにするかどうかは研究班で検討していただいておりますけれども、そのような形で客観的に注意力を調べるというようなものを考えております。

○森構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 それでは、お待たせしました、村上構成員、お願いします。

○村上構成員 追加的健康確保措置の医師の面接指導に関する医療機関側の先生方のさまざまな御懸念などの意見も出されておりますが、議論の出発点としては、家保構成員と私は同じ問題意識を持っております。なぜ医師の働き方改革が必要なのかと言えば、働き過ぎで倒れてしまう医師を1人でもなくしていこうということですし、それが引いては医療の安全にもつながるということですので、その観点は大事にしていくべきだと考えております。

その上で、面接指導をどのようにやっていくのかということですが、産業衛生学会の先生方と意見交換などをする場があるのですが、効果的なやり方があるとか、会えばわかるとか、いろいろなお話を伺うことができますので、そういったいろいろな知見もいただきながら、より具体的な方策を考えていくことが必要だと思っています。

また、関連で申し上げますと、資料3の2ページでは、検討会報告書の抜粋がございまして、一番上の○にありますように、今回、医事法制でも追加的健康確保措置を義務づけるということですがけれども、一方では、面接指導については安全衛生法でも義務として位置づけていく方向を出しております。これは私どももそうですし、島田先生なども御意見されていたところですがけれども、外部の機関でチェックするというだけではなくて、医療機関の中で、「この先生は本当に具合が悪くないか」ということをチェックしていくことが必要ではないかと思っております。つまり、先生方と医療機関の皆様方で、医療機関の中でどのようになっているのかを定期的にチェックしていくことが、より安全に働いていくことができる職場づくりにつながると思っております。今回3ページ、4ページでは、安全衛生法で位置づけるといったことは書いておりませんが、忘れずに記載していただければと思っております。

この関連では以上です。

○遠藤座長 ほかに面接に関連してございますか。

森本構成員どうぞ。

○森本構成員 現場で感じたことなのですがけれども、私は労働組合を30年近くやっています。悩んだり、精神疾患にかかったり、中には自殺されたりという方と数多く話もさせていただいております。面接指導なのですがけれども、基本的にはここにあるような客観的な健康状態の把握も非常に大事ですが、この間の経験からしても、顔を見ただけで「先月とは状況が違うな」「これはもうだめなのではないか」というように変化がわかる時があります。気が張っているときはそうでもないのですが、どこかで心が折れてしまうとそういう感じになることがあります。あるいは職場では言い出せないのですが、疲れたと言える場所がどこかにあるということは、セーフティーネットという意味でも必ず必要なのではないかと考えていますので、長時間労働、特に月100時間を超えるような時間外労働をされる方は、月に1回は必ずこういった面接指導を受ける機会をつくっていただきたいと思っています。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。大体この関連ではよろしゅうございますか。

それでは、城守構成員が先ほどお手をお挙げになっておられたので、よろしく申し上げます。

○城守構成員 ありがとうございます。資料3の6ページの下の図ですが、まず、事務局に、この罰則規定の対象は管理者で、その内容に関しては詳細には決まっていないという認識でよろしいですね。

○大宮医療経営支援課長補佐 罰則の水準につきましては、またほかとの並びも見てという形になると思います。罰則については、繰り返しになりますけれども、支援を行い改善命令、最終的に従わない場合の罰則という形になりますので、そういった段階的なものとして最終的な履行確保の手段として罰則が規定されているということでございます。

○城守構成員 これからということですね。

それで、今お話しされた立入検査をして、それによって都道府県の支援が必要な状態の医療機関ということになった場合に、恐らくこれから働き方改革というのは全ての人がしていくという認識が共有されてくるでしょうから、管理者におかれても必ず一生懸命その取り組みをされると思います。ところが、地域的な事情であるとか、先ほどお話も少し出ていましたが、精神科医的な要素も必要な産業医ないしはそういう要素の絡んだドクターの確保、純粹に診療科としてのドクターの確保、看護師の確保というものがなかなか地域でできない。要は、できないため実施がなかなかできず、しかし、その地域の医療需要は突然減るわけではございませんので、その医療需要に対応するために何とか頑張らざるを得ないという状況が続けば、さらに未実施の状況になって改善命令という形になるかと思えます。そうすると、管理者としては恐らくそうなりたくないというか、そうするわけにはいかないという意識が働くと思えますので、診療体制を縮小したりするという流れが想定されると。そうした場合には、実際医療現場において地域の住民の方に大きな混乱が起る可能性が出てくる。このような場合、その状態というのは医療機関の責任においてだけでは解消し得ないわけですから、それを都道府県として地域の住民にもどのようにアナウンスメントしていくか考えているのかというのが1点。

そして、一番最初に申しましたように、都道府県による支援が実際うまくワークするような形として、医師の偏在等も含めていろいろな諸問題がある中で、どういうことを考えておられるのか。その2点をお聞かせ願いたいと思います。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○堀岡保健医療技術調整官 結局どのような都道府県による支援を考えているのかということに尽きると思いますけれども、例えば、都道府県において地域枠医師を活用して、もっと医師を支援するとか、都道府県の地域医療対策協議会で大学との連携を踏まえて、医師の派遣を考えていただくとか、なかなか難しいとは思いますがけれども、先生がおっしゃるとおりで、罰則で取り消されて結局困るのは都道府県の県民なので、院内のマネジメン

トが全くいいかげんで、本当に改善命令にも従わないということがあるのであれば、そういうことはあるのかもしれませんが、基本的にはそういうことはないと思っております。都道府県による支援と改善命令で、地域医療対策協議会などで、そのような状況は地域の先生方のまさにエマージェンシーなので助けていただいて、地域医療を守りながら、何とか(B)医療機関を支えていくということを都道府県の中で考えていただくしかないと思っております。

○城守構成員 都道府県には大変重い責任がかぶりそうですので、例えば、公立病院は都道府県で差配をしていくことになると思いますが、公的医療機関になりますと母体となる組織は全国組織のところが多々ございますので、その全国組織の部分とも都道府県がしっかりと協議していただいて、全国的な範囲で医師の融通も含めて検討されたいのではないかと思いますので、そのあたりしっかりと御検討のほど、よろしく願いいたします。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

山本構成員どうぞ。

○山本構成員 今の城守構成員の御発言と関連いたしますけれども、5ページの改善に向けた取り組みで、1つ目は「必要に応じて地域医療対策協議会等を活用した医師の確保や地域の医療提供体制の機能分化・連携等の必要な措置を行うことが考えられる」と、かなり弱気な書き方がされておりますが、今御発言があったように、各医療機関の中で内部のマネジメントを必死に真面目にやって、それでも危ういというのは、その地域の医療提供体制上やむを得ない部分というのは当然出てくると思うんです。2つ目の「それでもなお」というのは何を指すのか。つまり、病院としては一生懸命やっていて、あと地域の医療提供体制等が整わなければ、もうやむなしと読んでいいのか、今までの地域医療構想も考えると、そこは地対協で話がすんなり進むとはなかなか思えないし、そういう中で板挟みになっているときどうするのか。この「それでもなお」というのは、病院として徹底的に内部のマネジメントをやったけれども、外部要因が解決しないから、そのときは業務改善命令等に進まないと考えていいのか、その辺現実的な問題としてどうなのでしょう。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○大宮医療経営支援課長補佐 御指摘のように、実際の都道府県で医師確保、機能分化・連携等必要な措置をまず行うことが必要だという認識ではあるのですが、その中で、「それでもなお」というところで、どこまでの判断といいますか、医療機関の管理者の責任がどこまでなのかというのは、個々の状況に応じて個別に判断ということになるかと思っております。

○山本構成員 これは、どういうふうに法律の条文に落とし込まれるのか非常に心配なところで、もし、このまま書かれてしまうと、ちゃんとやっても周りがだめだと業務改善命令とかにいつてしまうのかなという話になることを心配しています。個々の医療機関によ

って事情が異なるということは、こういう場での議論は当然理解できますけれども、実際にそれが法律となって現場で施行されたときには、そうはいかないのではないかとこのことを大変危惧しますが、いかがでしょうか。

○堀岡保健医療技術調整官 重ねての御説明で恐縮ですけれども、追加で健康確保措置ができていない理由というのと、確かに内部のマネジメントがいかげんな場合と、外部要因でどうしようもない場合というのはあり得ると思います。一方で、院内マネジメントは絶対直していただくとしても、外部要因でどうしようもないことがあったとしても、この1,860時間というのは連続勤務規制とインターバル規制を置いても、それ以上すると勤務医の健康確保がギリギリのところがあるというところで定められたラインでもございます。なので、そっちも絶対守っていただくということは働き方改革の原点なので、それを何とかして守っていただくというのは一丁目一番地でございますので、それが守れるように、さまざまな医師確保策を都道府県でもお願いしたいということしか言いようがないというのが正直なところですよ。それを国としても、そのようなことがないように都道府県を応援するように財政的措置、その他制度的措置をしていきたいと思っております。

○遠藤座長 医事課長どうぞ。

○佐々木医事課長 この文章は、そういう意味では表現ぶりも含めて十分趣旨が伝わるものになっているかどうかというものもありますが、(B)であったり、(C)であったりを指定されているのは地域の話し合いでされるわけですから、まずは各病院での取り組みをやっていたくき、その病院だけでは取り組めない、対応できないところについては、地域で確保策を応援するというのをやっていただくということが一番大事なところがございます。

ですので、実際にどういう形で運用していくのかについては、さまざまな段階で明らかにしていく必要があるとの認識です。御心配なのは都道府県の取り組みが十分ではないのに、病院が頑張らないから取り消しというのはおかしいのではないかとこのこともあったと思いますので、どういう形できちんと運用していただけるかは、実際に制度を進めていくに当たって、今日の御議論も踏まえて、きちんと考えていく必要があると思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今村構成員どうぞ。

○今村構成員 ただいまのことに関連するのですが、4ページに確認の枠組みというものがございます。都道府県が立入検査をされたときに、十分にできていない場合があったときに、あるいは非常にうまくいっていることもあると思いますが、(B)(C)医療機関に対して実施状況を関係者と共有する場を設けると。関係者と言っているのは私の理解では、県内にある同じような(B)(C)の指定を受けているような医療機関を含めた関係者がみんな集って、そういう情報を共有することを想定していると。

2つありまして、1つは、こういう場をつくるのはいいのですが、屋上屋を重ねるよう

に、次から次へといろいろな会議体をつくること自体が非常に現場の負担をふやすことになるので、既存の何かそういう仕組みの中で情報共有することでよいのかどうか。

もう一点は、6ページのフローチャートを見ると、左の真ん中ほどに「立入検査において実施状況を確認、指導」というところがあるのですが、情報共有をしてお互いに助け合おうとかいろいろな取り組みを促すみたいな話というのは、このフローチャートの中で言うと、都道府県による支援より前に来るのか、都道府県の支援に含まれているものなのか。つまり、地域の中でみんなお互いに助け合って共有して取り組みを進めていく。そういうことをしても、個別の病院の独自の判断でそういう取り組みをしなかったら改善命令が出てくるというような流れなのかなと思っていて、この中でのそういった確認、情報共有という項目がないのですが、どう理解したらいいのか、この2点についてお願いしたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局、お願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 1点目の追加的健康確保措置の実施状況を関係者と共有する場に関してですけれども、お話しいただきましたように、既存の会議体の活用も想定しているところでございます。例えば、地域医療対策協議会ですとか、地域医療構想調整会議といった会議体での議論も考えられるかと思っております。

2点目の6ページのフロー図でございますけれども、この資料には載っていないのですが、関係者と共有してというところも含めて、都道府県に改善命令の前から必要になってくることだと思いますので、それについては資料の修正も含めて、それから、具体のフローに関しましても、今後詰めていきたいと思っております。

○遠藤座長 今村構成員、よろしいですか。

それでは、家保構成員。

○家保構成員 都道府県は私だけですので、先ほどからの話で業務的にはかなりしんどいだろうなというのは、現実、私も担当して思っております。やはり協議の場というのは必要ですので、主に地域医療構想調整会議の場できちんと現実を知っていただいて、共有した上で進めていく。その上で、(B)については医療計画と非常に密接に絡んでまいりますので、いろいろな意味での役割分担を推進する中で、集中と分散は考えていかないといけないのかなと思います。

一方で、(C)につきましては、今また別のところで進んでいる専門医のシーリングの問題とか、いろいろな意味で数が地方によっては非常に制限される部分がありまして、人数がないところでこの基準を満たすというのはなかなか難しい部分があります。そういうところも踏まえて、全体の中できちんと動くような仕組み、局長がよく3つの構想を並べて考えるということはおっしゃっていますので、ぜひともそういうところは配慮いただかないと、なかなか都道府県ではうまくいかない、非常に心配しているのが現実です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ほかに。城守構成員どうぞ。

○城守構成員 先ほどの6ページの下の図ですが、先ほど山本構成員もおっしゃっておられたように、努力をしてもなかなか成果が出ないという外部環境の要因が非常に多い医療機関においても、「都道府県による支援」の下に「改善」と「なお未実施の場合」とありますね。この「改善」というのは、さっきも私が申しましたが、無理に改善させることは医療機関としては可能です。でも、そうすると恐らく診療体制は小さくなっていくことは確実にあります。そうしますと、働き方改革というのは確かに医師の健康確保をどのようにしてとるのかということが第一義であることは間違いありませんが、それと同じくらい重要な地域医療の提供体制をどう確保していくのかということが、もう一つのテーマであったと思います。その点を考えますと、このずれは、例えば「なお未実施の場合」と「改善命令」があって改善してみたいな形になっていますが、結局改善して(B)(C)特定の継続となっても、医療の提供体制に害が出る場合と出ない場合という、この図はさらにもう少し続きが要るのではないですかね。もしくは、地域における医療の提供体制に弊害が出ている場合には、都道府県において、また住民を巻き込んだ形において、医療のかかり方も含めてしっかりと議論を行うとか、そういうものを追加していくことによって、2つのテーマを両方とらえた形のフローチャートになるのではないかと思いますので、ちょっと検討してみてください。

○遠藤座長 御意見として承りました。

それでは、村上構成員、お願いします。

○村上構成員 まず、6ページの追加的健康確保措置の履行確保のチャートです。前段の検討会においても、図の形は違いましたけれども内容については議論したところです。医師の健康確保と地域医療の問題について、両方をどのように両立させていくのかというところで導き出された解がこれだったのではないかと考えております。

先ほど、城守構成員はこの続きがあるとおっしゃいましたけれども、私は今村構成員のように、続きではなくて、その前段にさまざまな話し合いの場があったり、関係者との共有といったものがあってしかるべきだと思っており、ここはゴールしておかなければいけないのではないかと考えております。

続いて、4ページについて意見です。履行確認の枠組みとして1つ目で、現在の医療法第25条に関する立入検査について記載されており、原則毎年1回実施されているということですが、これはどの程度実施されているのか、何かデータがあるのか教えていただきたいことと、原則年1回であると、本当にちゃんとやっていただけるのかということもありますので、最低年1回とする必要があるのではないかと考えております。

また、細かな話ですが、現場のドクターから「勤務間インターバルが守られていない」「代償休息がとれない」という申告が都道府県などにあった場合については、立入検査を行うなどの規定が必要ではないかと思われまます。

最後に、検討の視点として、3ページの医療行政と労働基準行政と間で情報共有が適切に行われる仕組みになっているかという点については大変重要だと思っております、両

行政がきちんと連携して、相互通報を行う規定が必要だと考えております。

差し当たり、以上です。

○遠藤座長 事務局への確認事項がありましたけれども、今すぐ対応できなければ後ほどでも結構ですが。

○佐々木医事課長 自治体によって、取り組みの状況がさまざま違うことも聞いておりますので、先ほどの状況につきましては、必要ということであれば座長と御相談して、また資料等を出したいと思います。

○遠藤座長 では、時間も大分迫っておりますので、森本構成員、お願いいたします。

○森本構成員 そもそもなのですからけれども、追加的健康確保措置の(B)(C)水準というのは一般則の上限時間を大幅に超えて、なおかつ地域医療提供体制の確保あるいは集中的技能向上のために過労死基準なども超えて上限時間を設定するとされています。そこに当たっては、追加的健康確保措置を入れ、健康管理もしながら、通常の上限規制を超える基準を定める仕組みになっているはずですので、追加的健康確保措置の実施などは必須であることが前提だと思っています。その上で、5 ページの文章にも書いてあるのですけれども、(B)(C)医療機関の特定の取り消し、罰則の適用に主眼を置くわけではないのですが、あくまでも追加的健康確保措置の履行確保の仕組みとして、その位置づけとして取り消しあるいは罰則の規定を設けておかないと、現実的には実施されないことも可能性としてあるのではないかと考えています。そういった面から罰則などもきちんと定めるべきだと考えています。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

まだ、御意見あるかと思っておりますけれども、かなり時間が押しておりますので、議題1につきましては、本日はこれぐらいにさせていただきたいと思っております。

それでは、議題2に移りたいと思っております。関連する資料は4になります。事務局から説明をお願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 資料4「医師労働時間短縮計画及び評価機能について」をごらんいただければと思います。

1～4 ページまでは、3月の検討会の報告書のうち、時短計画、評価機能に関する部分の抜粋になります。ここでは概要部分だけ御説明させていただきます。

3 ページをごらんいただければと思います。「(3)2014年4月までの労働時間短縮」ということで、各医療機関において医師の労働時間を短縮していくべく、医療機関内で取り組める事項についてなるべく早期に医師労働時間短縮計画を作成し、PDCAサイクルによる取り組みを進めることとされております。2024年4月までのなるべく早期に、医師の長時間労働の実態がある一定の医療機関に対して義務づけ、当該計画においては平成30年2月の医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みの項目など、医師の労働時間短縮のための取り組み項目を記載するほか、前年度の医師の時間外労働実績を記載し、改善状況を各

医療機関において毎年検証することとされております。

次に、4ページは、評価機能に関する報告書の記載の抜粋です。評価機能は、地域医療提供体制の実情も踏まえ、医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取り組みを客観的に分析・評価し、当該医療機関や都道府県に結果を通知し、必要な取り組みを促す機能であり、都道府県から中立な機能であることが必要と整理されております。

こうした報告書の記載を踏まえまして、事務局から検討の視点を5ページにお示ししております。

医師労働時間短縮計画は、報告書において医療機関が計画的に労働時間短縮に向けた取り組みを進められるよう、労働時間の削減に関する目標及び実績並びに労働時間短縮に向けた取り組み状況を記載し、これに基づき自己評価を行うものになります。評価機能が行う労働時間及び短縮に向けたさまざまな取り組みに対する評価のもとになるものと考えられます。

このような観点から、項目として、労働時間の状況の適切な把握及び労働時間短縮の取り組みを促すものとなっているかという視点の検討が必要ではないか。一方、各医療機関によって、これまでの取り組み状況や今後取り組みの実現可能性と異なると考えられるため、全医療機関に共通して求める記載事項として何が適切か。また、医療機関独自の取り組み等、多様性を踏まえたものとなっているかについて検討が必要ではないかと考えております。

さらに、報告書において、同計画の策定に当たっては、医療勤務環境改善マネジメントシステムとして各職種、特に医師が参加して検討を行う等の手順が想定されておりますが、同計画についてPDCAサイクルをどう入れ込んでいくのかといった視点での検討が必要ではないかと考えております。

また、評価機能については、都道府県から独立した第三者機関を想定しておりますが、具体的な機関の制度設計に当たっては、評価機能の業務内容及び業務量を考える必要があるのではないかと。

評価者の要件について、評価項目を適正に評価するために、医療及び労務管理に関する知見が求められると想定されるため、その専門性をどうやって担保するのか。

評価を受ける間隔や訪問評価の実施について、医療機関及び評価機能の負担も勘案しながら検討する必要があるのではないかと考えております。

また、都道府県の勤改センターとの役割分担・連携をどう考えるのか。また、センター自体の活動のあり方についても、改めて検討が必要ではないかといったことを検討の視点としてお示しいたしております。

次に、医師労働時間短縮計画に関して、事務局としての案を6～8ページにお示ししております。まず、6ページをごらんいただければと思います。

時短計画の内容でございますけれども、繰り返しになりますが、各医療機関における医師の労働時間の実績及び削減目標並びに労働時間短縮に向けた取り組みについて記載する

こととなります。

医師の労働時間については、より精緻な目標設定・分析評価のため、平均時間数・最長時間数のほか、960～1,860時間の時間外労働の医師の人数・割合、1,860時間超の医師の人数・割合について、診療科ごとに目標及び実績を記載することを求めることとしてはどうかと考えております。また、当面2024年度までの各年度の削減目標の記載を求めることにより、労働時間の上限規制の適用に向けて、医療機関がより計画的に労働時間短縮に向けた取り組みを進め、進捗状況を把握することができるのではないかと考えております。

また、労働時間短縮に向けた取り組みについては、平成30年2月の医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みに記載されている事項や、3月の検討会報告書において、同計画に盛り込むこととされている事項などが想定されますが、医療機関によって過去に対応済みの事項等もあると考えられ、また、ここに列挙されていない独自の取り組みも想定されることから、計画策定及び評価の際にはこうした医療機関ごとの事情に留意する必要があるのではないかとといった観点から、具体的な項目案を8ページにお示ししてありますので、ごらんいただければと思います。

時短計画の必須記載事項として、2024年度までの労働時間削減の目標と前年度実績のほか、労働時間管理方法や面接指導の実施体制、追加的健康確保措置の実施など、労務管理に関しても記載を求めていますどうかと考えております。

また、労働時間短縮に向けた取り組みとして、意識改革・啓発、タスク・シフティング、医師の業務の見直し、勤務環境改善についても、医療機関の状況、多様性も踏まえながら記載を求めることとしてはどうかという形で案をお示ししております。

1ページ戻っていただきまして、7ページをごらんいただければと思います。時短計画の策定義務といたしましては、36協定上、時間外・休日労働時間が年960時間を超える業務に従事する医師のいる医療機関としてはどうかと考えております。これは、すなわち2024年4月以降は(B)(C)水準の医療機関となりますが、2023年度以前は2024年度以降、(A)水準医療機関となることを予定しているものの、現状(A)水準を超える時間労働している医師が勤務する医療機関も含まれることとなります。

計画の位置づけといたしましては、報告書でも示されているとおり、現在、勤改センターが導入支援を行っております勤務環境改善マネジメントシステムの中で、PDCAサイクルを回すことが想定されますが、その際、各医療機関において医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで労働時間の状況、労働時間削減に向けた計画の策定、取り組み状況の自己評価を行うこととしてはどうかと考えております。

続いて、評価と支援の機能について9ページと10ページにまとめさせていただいております。本日は、評価機能に関する事務局としての具体的な案というよりも、論点をお示しするような形といたしてございまして、本日の御議論・御意見を踏まえまして、次回以降具体的な案をお示ししたいと考えております。

最初に、9ページの業務でございますけれども、医療機関が策定した医師労働時間短縮

計画に基づき、各医療機関の労働時間削減の実績と取り組みを評価することが主な業務となると想定されます。また、評価結果については公表するとともに、医療機関へフィードバックを行い、また、都道府県に合わせて通知し、その結果を踏まえ、勤改センターを含む都道府県が医療機関に対する支援を行うことが必要になると考えられます。また、より精緻な分析評価のため、評価機能の体制と業務量を勘案しつつ、書面での評価のみではなく、医療機関への訪問調査も行うこととしてはどうかと考えております。

また、勤改センターと別に評価機能を置く場合の話になりますが、勤改センターとの連携に関して、勤務環境改善マネジメントシステムの導入支援を行っている観点から、勤改センターが時短計画に沿ったPDCAサイクルの導入支援及び労働時間短縮に向けた相談支援を担うこととしてはどうかと考えております。また、評価機能による訪問調査を含む評価、医療機関、都道府県の通知等の業務における両機関間の連携も検討する必要があると考えております。

そのほかの論点として評価者の要件ですけれども、労務管理等だけではなく、業務の見直しやタスク・シフティング等の取り組みについて評価を行うためには、医療及び労務管理に関する専門的な支援が必要となるため、評価者の養成のための講習を実施することとし、当該講習の受講を評価者としての要件として設定することとしてはどうかと考えております。

次に、10ページの評価対象医療機関・評価の頻度ですが、(B)(C)医療機関については、医師労働時間短縮計画の策定が義務づけられ、(B)医療機関は評価対象になることが想定されますけれども、(C)医療機関について既存の関連組織、新たな審査組織の役割分担や評価に必要な業務量も勘案して、評価の対象とするかどうか検討することについてどう考えるのか。また、医師労働時間短縮計画のPDCAサイクルが1年単位とする一方で、評価機能による評価のサイクルについて、(B)(C)医療機関としての都道府県による特定の有効期間や、評価に必要な業務量も勘案して検討することとしてはどうかといった点について、今後検討が必要と考えております。

11ページ以降は参考資料になります。11ページは、勤改センターの設置状況をお示ししておきまして、委託と直営が約半々となっております。

12ページは、都道府県ごとの勤改センターの活動状況をまとめております。前回検討会でも活動が低調と指摘された勤改センターでございますけれども、説明会、セミナー等開催件数、訪問医療機関数の列で平成29年度、平成30年度の実績を並べて記載しております。都道府県によってばらつきがございますけれども、全体としては増加傾向にあります。

13ページには、勤改センターの課題と活動強化のため、国が実施している取り組みをまとめたものになります。右上の真ん中あたりですけれども、国においては平成29年度以降、能力向上、全国会議や研修会を開催しております。

また、医療機関の状況把握が難しいとの声もあり、資料の左中ほどの点線部分ですが、国において全病院の労務管理状況調査を行い、その結果を都道府県と共有する取り組みを

行っております。

14～17ページまでが、勤務環境改善マネジメントシステムに関する説明。18～20ページが、平成30年2月にまとめられております医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みについて。21、22ページが、先ほど御説明しました労務管理状況調査の概要。最後に、参照条文をつけております。

資料の説明は以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明に関して御意見・御質問ございますか。山本構成員どうぞ。

○山本構成員 まず、6ページの医師労働時間短縮計画についての2つ目の「(労働時間)」ですが、4行目「当面、2024年度までの各年度の削減目標の記載を求める」ということは、2024年からこれをつくれればいいということではなくて、2024年まで毎年やりなさいということですか。一体これはいつからやるのかというのが1つ質問でございます。これは次のページもそうですね、2024年以降、(B)(C)に当てはまる可能性のある医療機関は、それ以前も策定義務の対象に含まれると読めるのですが、一体いつからこれをやるのかについて、お伺いしたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局、お願いします。

○大宮医療経営支援課長補佐 上限規制が2024年4月から適用となりますけれども、前年度は都道府県による特定で、その前に評価機能による評価が2022年度に行われることを想定しておりますので、2021年度から策定が義務づけられるのではないかと想定しております。ただ、その前にも義務づけではないですけれども、策定の推奨という形で医療機関に策定をお願いするといったことも考えておりますが、こちらについてはまだ検討中ですので、それについてはまた今後お示ししたいと考えております。

○遠藤座長 山本構成員、いかがでしょうか。

○山本構成員 そうすると、2021年も策定が義務づけられるということは、2020年度、要するに来年度にはその体制がちゃんと各病院で整っていないとできないということで、これは本当にタイムスケジュール的に可能なかどうか、その辺はどうお考えでしょうか。しかも、これは全病院ですよ。

○堀岡保健医療技術調整官 お手元にある第1回の検討会の資料をごらんいただいたほうがわかりやすいかと思うのですが、7月5日の働き方推進検討会で今後の2024年までのタイムスケジュールを出しております。資料3の5ページでございますけれども、私どもも実は2024年から始まるといっても非常に時間がないということは認識しております。2024年度から(A)水準、(B)水準、(C)水準があるということは、その前の年には都道府県による特定の実施がされなければならないわけです。特定されるということは、その時点で既に評価機能で時短計画を医療機関だけでつくられても、それが果たして適切なものなのかどうかというのもまだあれなので、このとおり時短計画策定の推進を義務化、PDCAというのは2020年度、2021年度から遅くとも始まって、評価機能による第三者機関は遅くとも

2022年から始まらないと、本当にギリギリのタイムスケジュールになると思っております。なので、山本先生の御指摘はそのとおりでございますけれども、2024年から本格的な改革を始めるためには、そうせざるを得ないと考えております。

○遠藤座長 よろしいですか。

では、森本構成員、お願いします。

○森本構成員 今の御発言の関連で、8ページについてです。時短計画の策定は2021年からということですが、8ページには必須記載事項と任意記載事項と分けてありますが、具体的に時短計画に何を記載すべきかについては、指針・ガイドラインなどを定めるということによろしいのかということが1点目です。

2点目は、今も御発言がありましたとおり、2021年から実質的に(B)(C)水準が義務化されることとなりますので、ガイドライン等はかなり早目に策定する必要があるのですが、どこで議論するのもも含めて御回答いただきたいと思います。

3点目に、短縮計画は、医療機関ごとにオリジナルな内容、それぞれ違う内容ということになってくるため、評価するのは非常に難しいと思うのですが、9ページでは講習を受講した者を評価者の要件とするようなことが記載してありますが、単純に講習を受けただけでいいのでしょうか。それから、一定の資格要件、あるいは一定の中立性、あるいは公益性・公平性といった要件を設けることも必要ではないでしょうか。

4点目は、10ページの2行目です。(C)医療機関については、既存の関連組織や新たな審査組織との役割分担や、評価に必要な業務量を勘案して評価の対象とするかどうか検討すると書いてあるのですが、評価の業務量が課題になるから評価しないというのは本末転倒ではないかということです。この前身の検討会でも、構成員から(C)の時間短縮も非常に重要な課題であると訴えられていたと思っています。(C)では時短計画を策定するものを評価しないということになると、つくりっ放しという状況にもなりかねないことから、きちんと評価するよう、検討していただきたいと思います。

5点目に、勤改センターの関係です。12ページ、13ページにセンターの事業実施状況等のデータがあるのですが、12ページを見ていただくと、非常にばらつきが大きいです。委託のところと直営のところがあり、それから、経営と労務管理の2つ観点からアドバイザーを置くとなっているのですが、アドバイザーを常設していても、セミナーあるいは訪問医療機関数が少ないセンターも見られる状況になっています。先ほどあった都道府県の立入検査などで言うと、要綱などで実際に行うべき項目などが細かく定められていると承知しておるのですが、勤改センターの活動についても、そういったものなども定められているのかといったことについても御回答いただけたらと思います。

以上です。

○遠藤座長 幾つかありますけれども、質問と中には御意見といったものもありますが、御意見に関してもコメントがあれば。いかがでしょうか。

○大宮医療経営支援課長補佐 順番に、まず私から回答させていただきます。時短計画に

つきまして、指針やガイドライン等を示す必要があるのではないかと御意見に関しましては、今後具体的にどのような形で策定が必要になるのかをお示ししたいと考えております。

その際、医療機関独自の取り組みもしっかり記載できるような形で検討させていただきたいと思っております。

○安里医療勤務環境改善推進室長 勤改センターについてですけれども、手引書をつくって示しております。平成26年度以降、勤改センターのマニュアル等を作成してきておりますが、平成31年3月、平成30年度末にこれまで出してきました手引きなどをまとめて、改めて新しい手引書を示しております。今年度に入りまして、こちらの手引書ももとにしながら、全国会議、ブロック会議等でセンターの活動について国としてもアドバイスをしている状況になります。幾つか平成29年度、平成30年度で活動をふやしているところに聞きましたら、これまでお客さんが来るのを待っていたけれども、独自に訪問を始めましたというところがありまして、国の働きかけと現場での気運の高まりがあるのではないかと、これからの活動の活性化に期待しているところでございます。

○遠藤座長 全てお答えになったということによろしいですね。

では、島田構成員、お願いします。

○島田構成員 私は、医師の労働時間短縮計画というのがどのようにしてつくられて、それがPDCAサイクルの中でどううまく機能していくのかということが決定的に重要だと考えております。そこでですが、きょうの御説明の中でもありましたように、今回、医療法の枠組みの中で、医療勤務環境改善マネジメントシステムの中で実施されていくということでございまして、この中のPDCAサイクルでは、特に資料の15ページの10番で医療従事者の参画を御提案されて、ここで医療法上も協議組織ということをお考えで、ある種の恒常的な議論の場を従来から想定されていて、これは医師の労働時間短縮計画をきちんとつくる母体として位置づけ得るのではないかと期待しているところでございます。

それに関連して、この体制整備の中では15ページの3にございますように、安全衛生委員会等既存組織の活用も含むと位置づけられているかと思えます。既存というのを今既に医療機関にあるものと狭く考えてしまうとそういうことになってしまうかと思えますが、もうちょっと医師の労働時間短縮計画を医療法と、最終的には36協定に落とし込む、労働法制との接点がございますので、ここはどこできちんとうまく機能させていくのかという観点から見ると、少し御検討いただきたい点があるのではないかと考えております。

といいますのは、36協定ということになりますと、これ自体は特にPDCAサイクルを制度的に持っているわけではございませんが、労働法制の仕組みの中では、36協定を恒常的な組織によって、委員会の決議によって代替できるという仕組みの2つございまして、1つ、労働基準法上にある労使委員会という制度がございます。これは賃金、労働時間、その他当該事業所における労働時間に関する事項を調査・審議し、事業主に対し当該事項について意見を述べることを目的とする委員会、この法令上36協定が代替できる。

もう一つ、より直接的には、労働時間等設定改善法の中に、労働時間等設定改善委員会というものがございまして、これは現在努力義務ですが、ここでも実は36協定の決議もできる。そうすると、いわば医療法上と労働関係法令上の接点として、あるマネジメントシステムの中での協議組織を、もともと安全衛生委員会等を利用できるということであれば、構成員としてはそれほど変わらない。例えば、労働時間等設定改善委員会という位置づけにして、恒常的な組織でPDCAサイクルを回す。そして、それがまた36協定もできるということを少し御検討いただけないかなと思っていますところでございます。

先ほど村上構成員もおっしゃっていましたが、そういう恒常的な組織で単に計画を立てるだけではなくて、さまざまなこれまで安全衛生委員会等が担っていた機能も持ち得るのではないかと思いますので、医療法の既にある仕組みの中でも労働法制との関連で位置づけ得るという方向で考えていただきたいと思います。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、今村構成員、お待たせいたしました。

○今村構成員 要望と質問です。1つ、8ページの医師の労働時間短縮計画の項目例ということで、必須記載事項と一部必須記載事項とすることを検討という整理については、私もこれで結構だと思います。あくまで時短計画なので、こういう中身なのだと思います。ただ、この計画について評価されたものが都道府県に通知されるという仕組みになっている中で、先ほどから城守構成員が地域医療のことを何度も言っていたのですが、確かに時短は完成しました、しかしながら、大きく地域医療が後退して住民の方が医療を受けられない状況になっていますということがもし起こるのであれば、それはそれでいろいろな問題があるということで、それは県に情報が提供されるときに、あくまで時短計画なので必ず義務ではないのだが、参考として医療のアウトカムの数字等もつけられるというような枠組みにさせていただけたらいいのかなと思っています、これは要望です。

もう一つが、先ほど森本構成員からお話があった勤改センターですが、以前から非常に問題になっているわけですが、この勤改センターが直接的な評価機能を担うか、あるいは連携する機関になるのかという位置づけは別としても、勤改センターの役割というのは非常に重要であるということ間違いないと。先ほど、厚労省の事務局から現場の意識も相当変わって、徐々に取り組みが進んできているのだというお話で、確かに微増はしているのですが、そもそも配置されている、例えば社労士の方、医療系コンサルタントと、600も病院がある都道府県と、40ぐらいしかない医療機関が、1対1みたいな中で、恐らく仕事の量は圧倒的に違うのだと思います。今後、厚労省として、医政局も今回の働き方改革の中で予算要望を非常にふやしていただいているということなのですが、それぞれの県によって医療機関の数に応じて予算の傾斜をうんと大きくつけるとか、その中で雇用される社労士あるいはコンサルタント等々の人材について、もっともっとふやしていくという方針を持っておられるのかどうか。今のままでは、今より少し改善しても限度があると

思うんです。相当ここは手を入れないと機能しないのではないかという危惧を持っていますので、その辺の御意見をいただければと思います。

○遠藤座長 事務局、いかがでしょうか。

○安里医療勤務環境改善推進室長 勤改センターの関係でございますが、御指摘はごもつともだと思っております、我々としても各県の状況に合わせた工夫ができるようにしていきたいと思っております。

社労士については、来年度、令和2年度の予算要求ですが、プッシュ型のアプローチをふやしたいと思っておりますので、そういうアプローチがしやすいような予算の組みかえを予定しております。ただ、実は予定している社労士さんの活動が低調なところもありますので、予算を十分に活用し切っていないのではないかという状況もありますので、そうしたことも見ながら、全体としてどういう組みかえをしていけば効率的な予算の執行できるのかということも今後考えていきたいと思っております。

○遠藤座長 よろしいですか。

それでは、鈴木構成員どうぞ。

○鈴木構成員 2点お話しさせていただきます。

1点目として、資料4の8ページですけれども、少しずれてしまうかもしれないのですが、労働時間短縮に向けた取り組みの中で、医師の業務の見直しでオンコール体制の見直しが書かれています。これまでいろいろな議論がされている中で、オンコールの取り扱いについての議論にもう少し時間があってもいいのかなと実は感じておまして、特に地域においては、救急的な疾患が多いような診療科であれば、かなりオンコールに依存しているような地域もあると思います。そういった中で、現在も少人数で回しているようなところに関しては、どうしてもこれからもオンコール体制を続けていかなければいけないという中で、それが時間外労働から外れてしまう中で頻りに呼ばれたり、頻りに電話がかかってくるということも実際に私の知人もいますし、そういった点に関して今まで議論していた中で私が把握できていない部分があればあれですけれども、ここの時短計画の中に書き込んでいくに当たって、もう少しオンコールについての議論も時間があるといいなと感じています。

2点目としては、同じページですが、意識改革・啓発で、第1回にも発言させていただいたのですけれども、現場の医師として、医師の働き方改革をどうしてやるのかというところがなかなか染み渡っていないと思っております。特に、若手・中堅はどうしてやるのか、上が決めたことでしょうかといまだに感じている人がほとんどなのではないかと思っております。そういった中で、管理者のマネジメント研修がありますけれども、これはあくまで提案ですが、現在でも病院の中で例えば医療倫理、医療安全、感染症などに関して必修で受講しなければいけないことが病院内でも講習としてございます。当然、初期研修医も含めてどのフェーズの医師でも理解を促進させる、この改革を推進させるという観点においては、全員が受講するようなものがあってもいいのではないかと考えています。

ただ、今の時点でもそういったものが非常に多いので、そここのすみ分けも含めて検討いただきたいと思いますが、そういった枠組みがないと全員に周知していくのは難しいと思っていますし、医師も10年ぐらいしたら管理側の仕事をすることも多いと思いますので、若いうちからこういったことを進めていくことによって、5年後、10年後にこの改革がさらに全体的に広がっていくように流れていくのではないかと考えております。御提案になります。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見・御提案として受け止めます。とりわけ事務局のコメントは必要ないということによろしゅうございますか。

それでは、まだ何人かの方がいらっしゃいますので、家保構成員どうぞ。

○家保構成員 勤改センター、都道府県からの委託を受けて各都道府県にございます、先ほど国からもいろいろお話がありましたけれども、いろいろな医療機関、中小も含めて相談業務を中心にやっております。今度、新たに医師の労働時間短縮計画をつくることについての相談は、都道府県として受ける対象になるのはそこになると想定されます。

一方で、そこが審査するというのは、ちょっと感覚的になじまない。特に、地域性もない、余り評価せずに労務管理、医療におけるタスク・シフティングなどの知見が重要になるということであれば、勤改センター以外にもそういうところがあるのではないかと考えます。例えば、全国的な規模で医療機能の評価をずっとやっている組織、頭に浮かぶものとしては、日本医療機能評価機構や、医療や労働衛生に関する知見を有する職員が常勤もしくは非常勤でおられる独立行政法人労働者健康安全機構の各都道府県の産業保健総合支援センターなど、そういうようなところに一定の業務をお願いして、評価などをやっていただいてもいいのかなと思います。

ただ、いずれも非常に人手不足、資金不足ですので、今までどおりのところとプラスアルファしては多分受けられませんので、いろいろな枠組みも踏まえて、幅広く検討いただければありがたいなと思います。意見でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、中井参考人、お願いします。

○中井参考人 8ページの労働時間短縮計画の幾つかは、一病院内でできる多くのことが書いてあるわけですが、外来業務を見直すとか、当直の見直し、診療科編成を見直すというものは一医療機関ではできないと思います。(A)水準にある病院はこうした細々としたことで短縮できるけれども、多くの(B)水準の病院はもっと深刻な医師不足にあるわけですから、根本的な地域医療構想も含めて地域の診療体制を見直さないといけないと思います。それを22年から、あるいは21年から計画を出せと言われても、なかなか難しいのではないかと思います。

○遠藤座長 では、事務局から何かコメントがあれば、お願いします。

○堀岡保健医療技術調整官 確かに、院外が絡むものがあって、見直しするのが難しい項

目があるのも確かでございます。項目によっては難しいところもあるのですが、例えば、今申し上げたようにわかりやすく言うと、当直の分担の見直しなどは、例えば今、各科当直で救急隊のようなものをつくっていないような病院が、一時的に救急をするような人を各診療科、特に救急隊を求められがちな循環器とか消化器外科の人を集めて、その人たちが緊急の第1当直を見ると。一方、各科当直は何かあったときでなければ、要は宿日直基準の中で病床である程度寝ることができるという改革をやっているような病院も具体的にありますので、そういう院内でできるような当直の分担の見直し、オンコール体制の見直しも十分あり得ますので、そういうことも含めてこの計画には記載していきたいと思っております。

○中井参考人 それは、いずれにしても業務に結構余裕のある病院の話だと思います。もっと厳しいところは多いと思うので、そういうところで実際にプランを出しなさいと言われても、地域医療構想と兼ねて地域全体を見ないとできないと思いますよね。診療体制を変えることで、本当に地域医療が壊れてしまうようなことが起こり得るところでは、院内でやれるようなプランではどうにもならないという現実があるので、そういう病院も含めて義務化して、こういうプランを出しなさいと言われても、うまくいかないと思います。

○遠藤座長 医事課長どうぞ。

○佐々木医事課長 先生が御指摘のとおり、さまざまな病院によって課題はあると思います。我々の思いとしては、まず病院独自でできることを精いっぱい取り組んでいただいた上で、地域の課題も踏まえて対応する必要があること。例えば、診療体制の縮小でも自分の病院の都合だけで縮小するということになる、先ほど来から議論が出ておりますように、地域で何か問題が発生するということがありますので、いずれにしましても各病院が何かの体制を見直しするということは、まさに地域医療と直結しておりますので、そういう意味では、まずは院内で取り組めることを精いっぱいやっていただいた上で、地域の話し合いの上で書いていただくと、その辺のところは先ほど来、指針やガイドラインという話も出ておりますので、そういった中でどういうところについて院内で書いていただき、こういうところは地域の話し合いのような形で、少しわかりやすく整理させていただくということかなと思っております。

○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 先ほどから、時間がもうないという状況において、勤改センターの充実と評価機能をどうするかはまだ決まっていないということですが、とりあえず、時短計画の指針・ガイドラインは早く出していただきたい、これは要望でございます。

その中において、支援をまず最初にするのは勤改センターでございます。ところが、きょうの資料の12ページ、13ページ、特に12ページの実態を見ても、先ほどからもお話が出ておりましたが、県によっては勤改センターが機能しているのかどうかは非常に怪しいところも多いという中において、この13ページにある従来の業務をしてもらった上に、さら

に時短計画等の相談支援、いわゆる支援業務をしっかりといただくということになるわけですから、こうなると、再度、各都道府県の勤改センターに業務としてしっかりとできるのかどうかという業務能力的な確認を事務局としてはされたほうがいいのではないかと思います。

それでしっかりとやっていけるということであれば、例えば、県によっては予算措置をして人員を強化するという形にすればいいと思うのですが、業務的にこれはなかなか難しいかもしれない、業務の重要性を理解した上でちょっと無理だということであれば、指定も含めてもう一度見直すということも必要になるのではないかと思いますので、そのあたりは一回ゆっくり考えていただきたいと思います。

それと最後に1点だけ。評価機能に関しては、先ほどからもいろいろ出ていますが、従来の既存のものを使っていくというイメージで考えてよろしいのでしょうか。時間的に新しいものをつくるというのは、なかなか難しそうなのですけれども。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○堀岡保健医療技術調整官 資料1にもスケジュールが書かれておりますとおり、第4回11月、評価機能のあり方は、今回は少し概念論にしておりますので、改めてお示しするよう鋭意事務局も詰めておりますので、そのときにもう少し形が見えるように御提案したいと思います。

○城守構成員 よろしくお願いします。

○遠藤座長 それでは、馬場構成員、お願いします。

○馬場構成員 私のほうも勤改センターと評価機能のことですけれども、意見です。

9ページに、業務、医療勤務環境改善支援センターとの連携と書かれてありまして、事務局からも医療勤務環境改善支援センターとの連携というところは、勤改センターと評価機能は別に置く場合の話だという注釈がございましたけれども、全体を見ると、評価機能が訪問調査などを含む評価をすると。勤改センターは相談支援をするという想定になっているかと思いますが、例えば、医療機能評価機構などでも評価だけを行うのではなく、評価を行うと同時に改善支援を行っていることを考えると、わざわざ訪問調査までしての評価と相談支援が別々にあるということは、本当は非合理的なのではないかと。ですから、予算や業務料を考えたら、私の意見ですけれども、勤改センターがそのままであっていいとは思いませんが、勤改センターのてこ入れ、活用をしていくことのほうが、より合理的なのではないかと思っています。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。山本構成員どうぞ。

○山本構成員 皆さんおっしゃっていることと同じなのですけれども、本当に勤改センターがPDCAサイクルを回すと簡単に書いてあるけれども、これだけ多種多様な医療機関があって、大学病院から中小病院までである中で、それぞれの事情に合わせたPDCAサイクルを回すために、勤改センターを一体どうしなければいけないかという計画をむしろ出していた

だきたいと。こういうふう発展させるから、だから勤改センターを使いましょうねと言っていたかかないと、絵に描いた餅以前の状態だと思えます。もちろん立入検査に同行して、○×をチェックすることは可能だけれども、PDCAサイクルを回すのだったら、ここをどう充実していくつもりかということは、ぜひ厚労省もお示しいただかないと、我々もこれでいいですよとはとても言いがたいと思えます。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。

ほかに何かございますか。では、島崎構成員どうぞ。

○島崎構成員 最初のところで申し上げればよかったのかもしれませんが、先ほど医療法の体系に乗せていくときに、義務がかかる主体、罰則がかかる主体をどうするのかという問題はあると思えます。というのは、基本的には義務がかかるのは病院の管理者というイメージでいるのかもしれませんが、例えば、A県立B病院だとすると、病院の管理者はB病院長ですよ。ところが、医療法のいろいろな義務の履行の名宛人はだれかという、例えば医療法の24条の対象は管理者ではありません。開設者に義務がかかっている形になるのです。つまり言いたいのは、医療法上は、開設者と病院の管理者の2つが義務の主体としてあって、どちらに義務がかかるのかという整理をきちんとしておかないとまずいと私は思えます。条文は手元にありますので間違いはないのですけれども、後ほど確認されて、特に今回のように罰則がかかる義務であると、病院長としての義務なのか、法人としての義務なのかを整理しておかないと混乱が起こると思えますので、いずれ整理されるときに注意していただきたいと思えます。

以上、意見です。

○遠藤座長 ありがとうございます。ほかにはよろしゅうございますか。

それでは、本日の議題は以上でございますので、これくらいにさせていただきたいと思えます。事務局におかれましては、本日いろいろな議論が出ました、御意見も出ましたので、それを踏まえた上で、また次回以降、具体案を出していただきたいと思えますので、よろしく願いいたします。

次回の日程についてはいかがでございますでしょうか。

○岩間医師・看護師等働き方改革推進官 次回については、追ってお知らせ申し上げます。

○遠藤座長 それでは、本日はこれで終了したいと思えます。積極的な御議論どうもありがとうございました。