

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 事務局でございます。

定刻となりましたので、ただいまより、第8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、お集まりいただきまして、どうもありがとうございます。

私は、人事異動の関係で、岩間の後任となりました田中と申します。今後、事務局からの御案内は、私からさせていただきます。よろしくお願いいたします。

出欠でございますが、森構成員より欠席との御連絡をいただいております。

また、本日は、議題3にあります、医師の勤務実態調査について御報告いただくため、医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究班の調査担当で、順天堂大学大学院医学系研究科教授の谷川武先生に参考人としてお越しいただいております。

また、同じく議題3にあります、医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査について御報告いただくため、医療機関の医師の労働時間短縮の取組状況の評価に関する研究の調査担当で、慶應義塾大学特任教授の斐英洙先生に参考人としてお越しいただいております。

また、事務局に人事異動がございましたので、構成員の皆様にご紹介申し上げます。

医政局長、迫井正深でございます。

遅れておりますが、医政局総務課長、熊木正人でございます。

医政局医事課長、迫野春彦でございます。

労働基準局長、吉永和生でございます。

労働基準局監督課長、尾田進でございます。

安全衛生部労働衛生課長、高倉俊二でございます。

続きまして、資料の確認をいたします。

議事次第、構成員名簿、席次のほか、資料1といたしまして、医師の働き方改革の推進に関する検討会の開催状況と、これまでの議論。

資料2としまして、第7回の議論のまとめ。

資料3としまして、医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）。

資料4といたしまして、令和元年、医師の勤務実態調査。

資料5として、医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査。

参考資料1としまして、これまでの議論のまとめについて（案）。

参考資料2としまして、医師の働き方改革に関する検討会報告書。

参考資料3-1としまして、副業・兼業の場合の労働時間管理について（経緯等）。

参考資料3-2としまして、副業・兼業の促進に関するガイドライン（改定版）（案）。

参考資料4-1としまして、医師の労働時間短縮の取組に関する評価項目。

参考資料4-2として、医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドラインでございます。

不足等ございましたら、お申し付けいただければと思います。

それでは、カメラ撮りは、ここまでとさせていただきます。カメラの方は、退室をよろしくお願いいたします。

(カメラ退室)

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 本日の会議の進め方について、御説明をさせていただきます。

本日、オンラインで御参加いただいている構成員の皆様は、御発言時以外は、マイクをミュートにさせていただきますよう、お願いいたします。

御発言の際は、Zoomサービス内の手を挙げるボタンをクリックいただき、座長の指名を受けた後に御発言をお願いいたします。その際は、マイクのミュートを解除していただきますよう、お願いいたします。

御発言終了後は、再度、マイクをミュートにさせていただきますよう、お願いいたします。

以降の議事運営につきましては、座長にお願いしたいと思っております。

それでは、遠藤座長、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

久しぶりの開催でございます。どうぞ、よろしくお願いいたします。

それでは、議事に移りたいと思っております。

まず初めに、これまでの検討会の開催状況と、前回の検討会でいただいた御意見を事務局のほうでまとめていただいておりますので、それが資料1と資料2になりますが、資料1と資料2につきまして、事務局から御説明をお願いしたいと思います。

○土岐医事課長補佐 事務局でございます。

私のほうから、資料1と資料2について御説明をさせていただきます。

まず、資料1を御覧ください。

「『医師の働き方改革の推進に関する検討会』の開催状況とこれまでの議論」ということで、これまで、こういった資料をつけていなかったのですが、今回、久しぶりの開催ということもありますので、振り返りの意味も含めてつけさせていただきました。

1ページめくっていただきますと、第1回から第7回まで、下から順に開催経緯を掲載させていただきます。

昨年の7月5日にキックオフし、今年の春まで7回議論を重ねてきたところでございます。

第7回の前回は、医師労働時間短縮計画策定ガイドラインの骨子案をお示しして御議論いただいていたところでございます。

続きまして、その第7回の議論のまとめということで、資料2としてまとめておりますので、そちらを御覧ください。

まず、1ページめくっていただきまして、前回の御議論の中で、災害時における追加的健康確保措置の取扱いについて御質問があり、こちら、口頭でお答えした内容にはなりませんけれども、今後の検討の方向性ということで、整理をまとめさせていただいております。

現行の労働基準法の中でも、第33条第1項の規定で、災害その他避けることのできない事由によって、臨時の必要がある場合については、行政官庁の許可を受けて、労働時間の規定の例外を受けることができるという規定がございます。

医療法のほうで追加的健康確保措置を規定していくこととなりますけれども、そちらにつきましても、この基準法の規定を参考に災害時等緊急事態には、例外の規定を設けるという方向で検討してはどうかという形でまとめさせていただいております。

ただし、面接指導については、災害時等であっても実施を求めていく。健康状況を確認するという部分については必要だと思いますので、その部分については、災害時等であっても実施を求めることとしてはどうかとさせていただいております。

ただし、災害対応をしている中で、従来どおりの面接指導がしっかりできるのかということもございますので、通常時の面接指導よりも簡便なものとしてはどうかという形で御提案させていただいております。

次の2ページにお進みください。

2ページでは「追加的健康確保措置について」という見出しをつけさせていただいておりますけれども、こちら、内容としましては、追加的健康確保措置の対象とする際の労働時間、特に副業・兼業を行っている場合の通算をどのように考えるかというところについての御意見が多数出されております。

これに対しまして、考え方ですけれども、本日は、参考資料3として一般則での副業・兼業時の労働時間の把握と管理についての取扱いについて参考資料をつけておりますので、そちらは、後ほど御説明させていただきますけれども、こちらの一般則の考え方と同様に、労働時間管理については自己申告をベースとし、医療機関は把握した時間に基づき追加的健康確保措置を実施する義務を負い、またシフトを組むこととするという形で整理させていただいております。

基本的には、事前に自己申告してもらおうのですけれども、当然、副業先、兼業先で突発的に、臨時的に追加で勤務したようなケースも出てくるかと思っておりますので、そういった場合につきましても、事後的に申告をしていただいて、代償休息で対応していただくという形になるかと思っております。

続きまして、3ページになります。

代償休息の取扱いについてでございます。これが、あらかじめ予定されていた法定休日のようなところを代償休息として参入できるというのは、いかがなものかという御意見が出されました。

当然、前回の中でも様々な御意見がありましたけれども、休日を代償休息に充てるのは望ましくないのではないかという方向で御議論いただきましたので、その旨、まとめてお

ります。

今後の検討の方向性ですけれども、代償休息はあらかじめ予定されていた休日以外で取得することが望ましい。特に、面接指導の結果によって、個別に必要性が認められる場合には、あらかじめ予定されていた休日以外に代償休息を取得させることとしてはどうかとしております。

続きまして、4ページになります。

本日、2つの実態調査の結果について、改めてお示し、御議論いただくこととしておりますけれども、こういった調査について、今後、どのような頻度で、どうやって実施していくのかという御質問が出されました。

今後の検討の方向性ですけれども、まず、1つは、上限規制適用開始前の2023年度までは、地域によって異なる状況を把握して、それぞれの地域の特殊性を踏まえた上での対応を検討することが必要となるため、医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査、こちらにつきましては、後ほど御説明があるかと思っておりますけれども、今回2つの地域についての調査を行ったものでありますけれども、その他の地域における実施というものも検討していきたいと考えております。

一方で、医師の勤務実態調査につきましては、これも上限規制の適用開始前に実施するという方向で、その手法や実施するタイミングについては、今後、引き続き検討していきたいと考えております。

規制が適用された後、2024年度以降、こちらにつきましては、さらに先、2035年度末にはB水準の終了目標としておりますので、そちらに向けて時短を進めていくというためにも、定期的な実態調査、実態把握が必要だと考えております。

続きまして、5ページになります。

こちらは、6ページの図と一緒に御覧いただければと思います。

「面接指導に係る実施体制について」ということで、産業医と面接指導実施医師との関係について御意見が出されておりました。

こちらの整理といたしましては、事業場における産業保健が円滑に実施されるためにも、産業医が中心となる面接指導体制を構築できることは望ましいことなので、面接指導実施医師が面接指導を行った際、その結果等について、必要に応じて産業医に共有することとしてはどうかとしております。

6ページの図を見ていただきますと、右のほうに産業医と面接指導実施医師というものを書かせてもらっていますけれども、ここが連携して、結果の報告ですとか、あるいは情報の共有といった部分について、必要な連携をして、結果報告についても産業医と連携して行うことが望ましいとさせていただいております。

それと、面接指導実施医師を産業医自身が面接指導を実施することもできますので、その旨も注釈として書かせていただいております。

続いて、7ページです。

「評価機能について」ということで、これも8ページに図をつけておりますので、そちらと併せて御覧いただければと思います。

評価機能につきましては、既存の法人を指定先とすることを念頭に置いているように見えるが、具体的な指定先の候補はあるのかという御質問、これは、繰り返し出されている御質問かと思えます。

これにつきましては、第7回の資料1で示した評価機能の組織体制の案、これが8ページでつけているもの、こちらは、少し改編しておりますけれども、8ページにつけているものの基のものをお示していたわけですが、これにつきましては、評価機能の中立性、それから、医療機能の労働時間短縮の取組の実績を評価する際の客観性を担保するために考えられた立てつけとしてお示したものになっております。

さらに、具体的な指定先を検討するに当たっては、組織の立てつけのほかに、こういった視点が必要ではないかということでまとめさせていただいております。

1つは、医療機関の労働時間短縮の取組を評価するに際して、医療の現場に精通していることが望ましい。

それから、医療機関の労働時間短縮の取組を客観的に評価する体制が整備されていることに加え、当該取組と地域医療提供体制との関係を分析する体制が整っていること。

もう一点として、評価対象となる医療機関が全国にあるということに鑑みまして、評価機能を担う組織も全国をカバーできる体制を有しているといったことを踏まえて、指定先を考えていく必要があるのではなかろうかと思っております。

最後、9ページになりますけれども、前回時短計画の策定ガイドラインの骨子案をお示したところですが、この策定の流れの中に「勤改センターの策定支援」という表現がございまして、これが、こういった形で勤改センターに関わるのかというのをガイドライン中に書き込んでほしいという御意見がございました。

こちらにつきましては、御指摘を踏まえまして、ガイドライン本体につきましては、資料3として御用意しておりますので、また、後ほど御説明させていただきますが、関係部分を抜粋しておりますので、御紹介します。

「策定の流れ」の中に、計画の策定に当たっては、必要に応じて医療勤務環境改善支援センターに相談し、アドバイスを受けることが望ましい。その際、計画の内容のみならず、医療機関の勤務環境の改善に向けた支援を同センターから受けることも効果的と考えられるという形で記載させていただいております。

私からの説明は、以上です。

○伊藤労働条件政策課長補佐 労働基準局でございます。

続きまして、先ほど医政局より説明のありました、副業・兼業の場合の労働時間管理について、私のほうから現状を報告いたします。

参考資料3-1と3-2を用いて説明させていただきますので、御用意のほど、お願いいたします。

参考資料3-1を1枚おめくりいただけますでしょうか。昨年12月に一度副業・兼業の労働時間管理について報告をさせていただきましたけれども、少し時間も空いてしまいましたことから振り返りをさせていただければと存じます。

もともと副業・兼業の労働時間管理につきましては、平成29年の働き方改革の実行計画において副業・兼業を促進していくという方向性が示された中で、労働時間管理、健康管理の在り方など、検討を進めるということで、課題として私どもは頂戴したところでございます。

一旦、右の箱でございますけれども「柔軟な働き方に関する検討会」という記載がございますけれども、こちらで、副業・兼業に関する議論を行っていただきまして、平成30年の1月に副業・兼業のガイドラインの策定あるいはモデル就業規則の改定をさせていただいて、これまで私ども周知を行ってきたところでございます。

一方で、それ以降も副業・兼業を行うに当たって、やはり労働時間管理など、非常に難しい点があるという御指摘もいただいておりますので、昨年の秋から、また、労働政策審議会におきまして、こちらの副業・兼業の場合における労働時間管理の在り方について御議論をいただいていたところであります。

また、今年の1月には、今村構成員にも分科会のほうに御出席いただいて、医師の働き方の関係に関するプレゼンテーションをいただきまして、そちらも参考にさせていただきながら議論を行ってまいったところでございます。

次の4ページを御覧いただきますと「現状と課題」というところで、副業・兼業の場合における労働時間管理は、何が問題だったかというところでございますけれども、現状といたしまして、労働基準法、法定労働時間ですとか、時間外労働の上限規制等について規定がございますけれども、そういった労働時間に関する規定の適用については、労働時間を通算するというような規定が労働基準法にございます。

また、労働基準局長通達において、こちらは事業場が異なる、それは事業主を異にする場合も含むとお示しをさせていただいたところでございまして、副業・兼業を行われる労働者の方を使用される使用者に関しましては、通算して労働基準法を順守していただくということが必要だというのが現状でございます。

その中で、なかなか副業・兼業について過重労働となって本業に支障が出る、あるいは労働時間の把握管理が困難であるといったところが企業から御指摘をいただいていたところでございまして、労働者の健康確保、企業も労働者も対応できる労働時間ルールの明確化というところが、これまで検討課題として、私ども労働政策審議会において議論をさせていただいてきたところでございます。

次の7ページを御覧いただきますと、こちら、労働政策審議会でお示しをしている資料でございますが、もともとは、今年の7月の閣議決定、成長戦略の実行計画に記載されているところの文言でございます。

ここに政府としての副業・兼業の労働時間管理の方向性について示されているところで

ございますので、こちらを御説明させていただきます。

左側中央よりやや下の（１）番ですけれども「労働者の自己申告制について」というところでございます。

自分のところの労働時間であれば、使用者の方は労働時間を把握できるということはあるということだと思いますけれども、一方で、副業・兼業先での労働時間については、なかなか把握が難しいといったところの御指摘もありましたので、こちらについては、労働者の自己申告によることとするというところで、手続、様式などを定めるというような記載がございます。

この際に、副業・兼業について、これは労働者からの申告によって、申告された時間でやっていたら、企業は責任を問われないこととするといったような記載がございます。

また（２）番として「簡便な労働時間管理の方法について」というところでございます。兼業を希望する労働者について、A社というのが、先に契約をした会社ですけれども、A社における所定の労働時間を前提に、A社と、もう一個兼業先のB社の時間を通算して、法定労働時間や上限規制の範囲内となるよう、あらかじめ枠を設定しておく、B社の労働時間を設定するといったような方向性が示されました。

ここの労働時間管理の方法については、あらかじめ、その労働時間の枠、上限というものを企業と労働者の間で合意しておけば、それによって、日々お互いの労働時間を把握しなくても、法律が遵守できるといったようなものでございます。

このような政府全体の方向性がある中で、８ページでございますけれども、労働政策審議会において、労働時間の通算が必要となる場合ですとか、副業・兼業の確認方法、あるいは労働時間の通算、簡便な労働時間管理の方法について、６月、７月、８月と３回御議論をいただきまして、昨日の労働政策審議会労働条件分科会におきまして、私ども副業・兼業の促進に関するガイドラインの改定案をお示しして御了承をいただいたところでございます。

そちらが参考資料３－２でございます。少し先ほど成長戦略の文言などで紹介させていただきましたところの関連の記載を紹介させていただければと存じます。

ページ数が少し飛んでしまって恐縮ですけれども、11ページでございます。

ウの（ア）のbでございますけれども「労働時間の通算」というところの記載でございますけれども、こちらは労働基準法の第38条第1項の規定による通算については、自らの事業場における労働時間と労働者からの申告等により把握した他の使用者の事業場における労働時間とを通算することによって行うと。

こちらは、自己申告でいただいた労働時間を用いて通算すればよいということを明確にさせていただいたところでございます。

その前提として、1ページお戻りいただいて恐縮なのですが、10ページのイの「副業・兼業の確認」の（ア）の最後のパラグラフでございますけれども、そういった自己申告の前提といたしまして、使用者は、副業・兼業に伴う労務管理を適切に行うため、届出

制など、副業・兼業の内容、有無を確認するための仕組みを設けておくことが望ましいというような記載をさせていただいております。

こういった形で、どのように副業・兼業を行う労働者から情報をもらうかというところを労使で話し合いをいただきまして、その仕組みに基づいて副業・兼業の内容あるいは時間などを申告していただき、それによって通算管理をしていただくと、そういった考えをお示しさせていただいております。

続きまして、12ページでございますけれども、少し先ほどの追加的健康確保措置のところと関連するような中身かと思っておりますので、簡単に紹介させていただきますと、12ページの一番下のcでございますけれども「所定外労働時間の把握」というところがございます。

所定外ということで、予定されていない時間に関する記述でございますけれども、やはり、自己申告といっても、毎日毎日申告してもらわなければいけないのかというような御疑問もあろうかと思っておりますけれども、私どもとしては、ここは労働基準法の関係の記載ではございますけれども、労働基準法は、法定の労働時間ですとか、時間外労働の上限規制等を遵守いただくために把握していただく必要があるものですので、必ずしも日々把握する必要はなくて、労働基準法を順守いただくために必要な頻度で把握すれば足りるということ、こちらを明確にさせていただこうかと記載をさせていただいております。

例としては、一定の日数分をまとめて申告等をいただく、あるいは所定労働時間、もともとの予定どおり働いた場合には、申告は不要として、さらにそれを超えた場合などについて、所定どおりでなかった場合に申告していただくと、そういったことも考えられるということをお示しさせていただいているところでございます。

長くなりまして恐縮ですが、最後に、資料3-2の14ページから御覧いただきますと、14ページ以下に「簡便な労働時間管理の方法」ということで記載をさせていただいております。

こちらは、文章が長うございますので、先ほどの資料、また、行ったり来たりして恐縮でございますけれども、参考資料3-1の最後の9ページを御覧いただきながら説明させていただければと思います。

参考資料3-1の9ページの文章で紹介しているところは、一番下の図を念頭に置いてございますけれども、先契約している企業Aで所定外労働がある場合、かつ、副業先Bで働かれる場合については、どこかで法定労働時間Aを超えているという前提の図でございますけれども、Aでの法定労働時間を超えた労働時間の枠、また、その場合、Bは1時間目から法定外の労働時間ということで順番として積み上がると整理いたしまして、そのBでの労働時間のそれぞれについて上限を設定していただき、その範囲内で働いていただくと。その場合には、Aについては、割増賃金を法定外あるいはもともと所定外で払っている場合にはお支払いいただくと。それで、Bは、割増賃金をお支払いいただくというようなことで、あらかじめ、こういった上限の設定を合意することによって、日々の労働時間管理を不要として、簡便な労働時間管理ができると、こういったようなモデルを、こ

ちらを採用いただくということもできるということでお示しをさせているところでございます。

以上のような内容のガイドラインの案、昨日、労働政策審議会において御承認いただきましたので、また、これ自体はまだ案でございますけれども、厚生労働省労働基準局において、早期に改定したガイドラインのほうを発表して、周知・広報に努めてまいりたいと思っております。

私からの説明は、以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

ただいま、医政局と基準局から御説明いただきました。この内容につきまして、御意見をいただきたいと思っております。

特に、資料2につきましては、事務局原案が示されておりますので、これらを含めて、御意見、御質問等をいただければと思います。いかがでございましょうか。

山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 私は、資料2の2ページのところを教えてくださいなのですが、下の囲みの2つ目のポツのところ、事後的に申告された場合、要するに兼業先での勤務が予定外に延びたりとかした場合には、事後申告で代償休息で対応するというところでございますけれども、この代償休息は、たしか本務先で起きた場合は、翌月末まででしたか、1か月以内に対応しなければいけないという、かなり本務先としてもきつい縛りだと思うのです。

それが、兼業先で起きたこと、つまり本務先としてはコントロールのしようのないところで起きたことに対しても、やはり同じように翌月末という、かなりきつい状況下での代償休息を与えなければいけないのか、これが頻発すると、かなり本務先としては、時間のコントロールが難しくなるということが想定されますが、それは、やはり同じ兼業先で起きたことでも、本務先と同じように対応しなければいけないと理解しなければいけないのでしょうか。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、山本構成員からは、2ページ目の副業・兼業先における労働時間の管理で、この代償休息を取るに当たっての把握するタイミングに関して御質問をいただきました。

これは、まさしく事前のものは、ここに記載してあるとおり、シフトを組むなどにおいては、事前に労働時間を、兼業先のものも想定しているもので組んでいるわけでございますけれども、代償休息は、基本的には予定外に兼業先での労働時間が延びてしまった場合に、代償休息が兼業先との間の関係でも発生してしまうということになるかと思っております。

そういった場合に、これは次回の検討会で効果的な代償休息の取り方というのは御議論いただく予定でございますけれども、やはり代償休息、例えば一月に関して10時間あるい

は20時間仮に発生してしまった場合、それが、まとめて翌月までに何とか取ればいいのかという、やはり健康管理の観点からすると、代償休息が発生してしまった場合においては、できるだけ早期に代償休息を取ることが望ましいだろうという方向性で、今、まとめられようという形で聞いております。

ですので、やはり効果的に代償休息を取るに当たっては、本当に1週間単位なのか、2週間単位なのか、すばやくそれを把握して取る方法というのが、副業・兼業との兼ね合いの中でも非常に重要なことと考えています。

ただし、それを管理者が管理するというのは、非常に負担が大きい話ですので、できるだけ実際の診療の場面においては、チーム制などを組んでいることが多いわけですので、柔軟性を持った勤務体系を取れるような工夫もしていただきながら、早期に代償休息を取れる体制を今後組んでいただくことが非常に重要なことと思っています。

また、そういった代償休息が多く発生しないようなシフトの組み方ということも、今後検討していく必要があるのかなと思っています。

以上です。

○遠藤座長 山本構成員、いかがでしょうか。

○山本構成員 ただ、これが本務先で代償休息が発生しないようにというのは、本務先で十分管理ができるのですけれども、兼業先でというのは、やはり手が届かない、ほかの病院での勤務のわけですから、そこまでなかなか介入ができないとなると、余り厳しい縛りが入ってしまうと、極端な話、そういう代償休息が生じるような兼業はしないでちょうだいと言わざるを得なくなるというようなところが危惧されると思います。

○遠藤座長 御意見として承りました。ありがとうございます。

ほかに、いかがでしょうか。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

先ほど資料1で、今までの開催状況ということで、改めて、半年ぶりということで、今までも同じようなことを伺ったかもしれないのですけれども、このコロナの状況の中で、余り検討が進んではいないのだらうと思うのですけれども、現在どういう状況か、もし、現在まだ検討されていなければ、これから先のスケジュールというのを教えていただきたいということが2点あります。

1つは、5ページにあります、産業医もしくは面接指導医の情報の共有ということで、これは、両者を情報共有するというのは、非常に重要なことだとは思いますが、そもそも面接指導医師というのは、現在はいないわけで、実際、働き方改革の当事者になる臨床医が面接指導医になるということなので、一体どのくらいの面接指導医師が必要で、産業医そのものが面接するケースと、面接指導医師が新たに作るケースが多分あると、正確なことは分からないのですけれども、おおよその割合であるとか、もし、面接指導医師が一定の数字必要ならば、その方たちの研修の内容と、それから、どのくらいのペースで

養成したら間に合うのかというような具体的なものを、今の時点で何か御検討されているのか、もし、されていないとすると、いつ頃それを議論して結論を出すのかということをお教えいただければということです。

もう一点が、最後のページの勤務改善支援センター、これは、ますます役割が重要になってくるけれども、以前から御指摘があるように、勤改センターの取組というのは本当にばらばらで、これをいかに機能強化していくかというのは、とても大きな課題だと思っております。一体人員的にはどのくらい配置されていれば、ここに書かれているようなことができるのか、あるいは予算的に、現在は2つの予算が合わさって実施されているわけですが、多分、みんなどこでも十分ではないというお声が非常に聞こえてきているので、そういったものをどのくらいちゃんと確保すれば、機能として、きちんとした機能が発揮できるのかというような想定をされているのか、この2点について、現行がどうなのかということと、現在、まだ検討されていないならば、今後、いつ頃までに検討をされるのかということだけ教えてください。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、企画調整室長、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まず、1点目の面接指導に関してですが、今村構成員御指摘のとおり、確かに産業医、そして、面接指導実施医師双方が行う可能性はありますけれども、我々基本的には、安衛法の中でも、66条に定められているのは、面接指導をするのは、産業医として限定しているわけではなくて、医師となっておりますので、基本的には、面接指導実施医師が行うものとして検討していく必要があるかなと思っております。

その中で、連携でございますけれども、この点、これまでの検討会でも何度かこの部分は議論されてきましたが、まだ、我々の今回の医療法の中で定めるのは、この青の矢印のところで、面接指導実施医師に関しても、基本的には、その結果の報告は事業者に対して行うものと想定して、この枠組みを作成しています。

その中で、産業医が必要になってくるケースに関しては、産業医のほうは当然専門性も高いわけですので、判断に迷うときだとか、そうしたケースに限られてくると思いますので、今回、5ページ目に記載させていただいたとおり、必要に応じて産業医に共有するというのが基本的なラインになるのかなと思っております。

その中で、どれぐらいの人数が必要なのかということに関しましては、どの程度の面接指導に、どの程度の時間をかけるべきなのかということ、もちろん、その議論がベースになってくると思います。

この議論に関しましては、長時間勤務を行う医師の健康確保措置の研究班で、今、まとめていただいておりますので、次回の検討会で、この点、深く御議論させていただければなと思っておりますので、よろしくお願いたします。

そして、最後の勤改センターに関しましては、御指摘のとおり、非常に働き方改革の中

でも重要な役割を担っていただくわけで、今の体制では、不十分ではないかという御指摘は、これまでも何度もいただいております。我々も予算を措置しながら少しずつ増やして、体制を強化していく予定でいますけれども、中には、予算が問題ではなくて、担っていただけるような人材が足りないのだというような地域の声もございますので、予算を少し拡充しながら、地域でどれだけ実際に、こういった人材の確保ができるのか、現場の実情も踏まえながら、最終的な目標も定めて、2014年までにどのような形を整えていけばいいのかということに関しましては、引き続き24年に向けて厚労省としても取り組んでまいりたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今村構成員、よろしいですか。

○今村構成員 はい。

○遠藤座長 ほかにございますか。よろしゅうございますか。

大体御意見は出尽くしたと思っておりますので、議題の1につきましては、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、議題の2に進みたいと思っております。

議題の2「医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）について」でございます。

資料の3について、事務局から御説明をお願いします。

島田構成員、お願いいたします。

○島田構成員 ありがとうございます。

副業・兼業の件で一言発言させていただきます。

○遠藤座長 失礼いたしました。

○島田構成員 とんでもないです、ありがとうございます。

副業・兼業について、今日、事務局のほうから一般的な仕組みについて御報告をいただきまして、それはそれでよく分かりました。医師についてもこの枠組みの中で考えていかなければいけないと思うのですが、ただ、この検討会で考えなければいけない医師の副業・兼業は、実は2つのタイプがあるのではないかと思います。

第一は、通常の民間企業と同じように、労働者、この場合でいえば、医師が自らの意思で、勤務する病院とは関係なしにやるという場合もあるかと思います。第2は、特に医師の場合については、地域の医療体制を確保するために、兼業というのが、どうも不可欠だといういみでの兼業です。この検討会で議論してきた医師の兼業は、後者の問題だと思っております。

そうすると、やはり今、政府で進められてきているような意味での副業・兼業の推進とは違う要素というのがあるのではないかというのが1点です。

もう一つは、時間外労働の枠組みが一般労働者と違い、長いという側面もあります。この2つの点を考えますと、医師が自分の医師で現在の勤務先とは関係なしに行う兼業については、一般の枠組みの中で考えればよいと思うのですが、地域医療体制の確保というこ

とで、兼業先と勤務している病院との間で、いわば相互補完的な関係があるというものについては、兼業先と、もともとの勤務先との一体的な関係を考慮した、独自の仕組みを少し考えたほうがいいのではないかと考えます。

先ほどの代償休日の話でも、予定されているところに関しては、やはり考えていかなければいけないですが、しかし、そうではないということになると、山本構成員がおっしゃったような問題というのが出てくるのではないかと思いますので、今後も、この点、御検討を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。

これは、御意見として承ればよろしいですか。

○島田構成員 はい、結構です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

私、この操作がうまくできずに、皆さん、チャットで手を挙げておられるのを把握しておりませんでしたので、すみません。

それでは、先ほど来、お手を挙げておられる方で、森本構成員、お願いします。

○森本構成員 ありがとうございます。

まずは、この間、医療従事者の皆さんの御尽力にお礼を申し上げておきたいと思います。

中身につきましては、資料2の1ページ、災害時における追加的健康確保措置の取扱いについてです。

労働基準法第33条第1項が適用される場合でも、使用者は安全配慮義務を免れるものではなく、長時間労働による健康障害を防止するため、実際の時間外労働を最低限に抑える必要があると考えております。

やむを得ず、時間外労働が長時間に及んだ場合でも、労働安全衛生法上、労働者からの申出に応じて面接指導を実施し、適切な事後措置を講じることが義務づけられております。

災害時における追加的健康確保措置の取扱いについて、労働基準法第33条第1項の規定を参考に医療法に位置づけるとされておりまして、今後の方向性は、簡便な形で面接指導の実施を求めるということで説明をいただいたところでございますが、連続勤務時間制限あるいは勤務間インターバル、代償休息の実施については、特に位置づけが記載されていないという状況です。

しかしながら、B水準あるいはC水準の医師については、一般則を大きく上回る時間外労働の上限が適用されるということで、特に恒常的な長時間労働による健康リスクが通常でも高いと思っております。そこに災害等の緊急対応で、さらなる長時間労働あるいは連続勤務などの負荷が加わった場合に、深刻な健康被害や過労死などを引き起こしかねないといった懸念がございます。

こういったことから、第33条第1項を参考とした規定を医療法で定める場合においても、少なくとも災害の臨時対応が収束した後に、すみやかに代償休息を付与することなどを規

定すべきと思いますので、御検討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。

御意見として承ります。

それでは、お待たせいたしました、堤構成員、お願いいたします。

○堤構成員 ありがとうございます。

実は、私も、今の災害時のことで、御確認をと思っておりました。

面接指導を簡便なものにするというのは、やはりそのときの状況で大変大切なことだと思いましたが、今、森本構成員もおっしゃられたことに近いことですが、タイミングとか、そういう長期にわたる状況というようなことも考えたほうがいいのかと伺っていたところでございます。

私からは、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

お二方から、同じ内容のコメントがありましたので、事務局、何かあれば、コメントをいただければと思います。

○土岐医事課長補佐 事務局でございます。御意見ありがとうございます。

当然、災害対応ですとか、緊急時の対応で、かなり負荷をかけた労働をした後に、緊張が緩んだ瞬間というの、人間は危ないと思いますし、そういったときに、必要な健康確保というのをさせていただくというのは当たり前のことだと思っております。

それを義務づけという形で行うのが適切なのか、あるいは望ましいものにつきましては、指針のような形でまとめていくことも考えておりますので、そういった形でお示していくということも含めて検討させていただきたいと思っております。

○遠藤座長 どうぞ、よろしくお願いいたします。

それでは、続きまして、お待たせしました、仁平構成員、どうぞ。

○仁平構成員 ありがとうございます。

私からは、3点ほどあるのですが、1点目は、1ページ目の災害時の取扱いについてです。労働基準法第33条第1項、これは災害などの事象それ自体で判断されるわけではなく、それぞれの事業者から労基署へ届出が出て、災害の状況や、他の事業者の対応状況、当該労働の緊急性、必要性等を勘案して監督署が個別に判断して許可を与えるものだと認識しております。

その上で、労働基準法第33条第1項の規定を参考に医療法に位置づけると書いてあるのですが、それはどのような形なるのでしょうか。例えば、事業所ごとに時間外労働については監督署へ届出を行うとして、追加的健康確保措置については、どちらに届出をするのか。そして、2つの届出がセットで行われて、この運用がなされるのかということについて、イメージを教えてください。

なおかつ、その運用に当たっては、厳格に行うべきだという意見も含めて1点目でござ

います。

2点目が、2ページ目の追加的健康確保措置についてであります。

事務局より、昨日の労働条件分科会で改定が了承されたガイドラインのポイントを説明いただきましたが、その議論に参加した者として、使用者による労働時間管理や健康管理についてもより詳細な整理がなされたということが1つと、副業・兼業においても長時間労働にならないように留意していくことが大事であり、自己申告等を行ったことによって、不利益な取扱いをすることはできないことなど、労働者保護の観点ガイドラインには盛り込まれているということ、改めて申し上げておきたいと思っております。

確かに、副業・兼業における実際の労働時間を把握するために、御本人からの申告を受けるということは理解するわけではありますが、先ほど島田構成員も言われておりましたが、そもそも地域の医療提供体制を維持する目的などから、使用者の指示によって副業・兼業を行う場合も間々あるということですので、その場合については、自己申告ではなくて医療機関が副業・兼業先の労働時間を事前に把握して、適切な労働時間管理を行うべきであると考えております。

また、研修医が生活を支えるためにアルバイトをかけ持ちし、結果として長時間労働に陥っているという実態もございます。

その中で、自己申告を抑制したりせず、あるいは申告しやすい環境を整える必要があるのではないかと考えております。

今般改定されるガイドラインに盛り込まれた労働者保護の観点も踏まえて、今まで医師の労務管理が適切に行われてこなかった医療機関においても、副業・兼業の労働時間を管理する仕組みの導入や周知、コミュニケーションの強化など、マネジメントをしっかりとしていく中で、医師の長時間労働の削減と健康確保を着実に進めていくべきだと考えております。

3点目は、3ページ目の代償休息についてであります。

これについては、先ほど事務局からもございましたが、取扱いとしては、研究班からの報告を改めて受けた上で、次回に検討するという認識で良いのかを確認したいのと、代償休息を休日以外に必ず取得させることを面接指導の結果による個別の判断に基づくこととすると、実際は休日に取得させることが多く発生するなど、代償休息の付与が形骸化しかねないのではないか、ということも意見として申し上げます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

幾つか、事務局へのお尋ねもあったかと思っておりますので、答えられる範囲で、事務局、お願いいたします。

○土岐医事課長補佐 まず、1点目の災害時の取扱いについて、規定のイメージと、基準法との関係についての御質問がございました。

上限時間規制につきましては、基準法の規制になりますので、基準法の世界で処理して

いただくということで、今の基準法の33条の規定を使っていただくことになろうかと思えます。

一方で、ここに書かせていただいている医療法上に位置づけることを検討としているものにつきましては、要は、追加的健康確保措置については、医療法上位置づけるものになりますので、その例外についても当然医療法に位置づけた上で、これは監督署長ではなく、基本的には都道府県が医療機関の指定なども行っていますので、都道府県のほうに届け出ていただいて、個別に判断していただくという形になるのかなと思っております。

○加藤医師養成等企画調整室長 3点目でございますけれども、3ページ目の代償休息に関しましては、基本的に、この青枠で囲んだ考え方で進めさせていただければと思っております。

その上で、効果的な代償休息の取り方ということに関しましては、次回にまた御議論をいただきたいと思いますが、そもそものところとしましては、代償休息を取らなくてもいように勤務形態を考えるということは非常に重要だと思っておりますので、先ほど触れていただきましたとおり、副業・兼業の中で、健康確保措置に関しては、使用者の指示により、副業・兼業を開始した場合においては、その協議を行うなど、そもそもガイドラインに記載しているわけでございますので、その中で、やはり勤務間インターバルを適切に取るように協議をいただいたりだとか、そういったこと取組というのは、マニュアルなどにも記載するなど、代償休息を取らないといけない状況に、できるだけならないような方法などに関しても、今後検討をさせていただければと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ちょっと時間も押しておりますので、少し早めにいきたいと思えます。

鈴木構成員、お待たせいたしました、よろしく願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

まず初め、この間、議論が止まっている中で、少し不安もありましたけれども、このように、また改めて議論が再開するというので、一勤務医としても非常に安心しているといえますか、これからも力強く働き方改革に関する議論が進んでいくことを願っています。

私からは、2点あるのですけれども、1つ目は、副業・兼業についてになります。2つ目に関しては、評価機能のところになります。

1つ目の副業・兼業のところは、今日は、先ほど考え方の一般則のガイドラインの案が示されたということで、これは、医師においても、これに即す形として、ある程度固まったと理解してよろしいものでしょうか。

といいますのも、自己申告を基にするとか、そういったところに関しては、詳しい若手や中堅も大分気にしているところですので、少し生々しい話ではありますけれども、逆に自己申告という言葉に結構反応していて、自由なのではないかと捉えている人も結構多いのです。

それを、この自己申告という曖昧な部分、曖昧な大事さというのもあると思うのですけ

れども、自己申告がベースということイコール自由ではないということをはかんに伝えていくかということが非常に大事なのかなと思います。

この点に関して、どのように周知していくかということは、お考えになっていますでしょうかということをお尋ねしたいと思います。

2点目は、評価機能についてなのですが、本日の資料でも7ページ目のところに、評価機能のことについては、後でもまた紹介があるのだと思うのですが、評価機能というのは、勤務医を適切な労働環境の下で働けるように守ってくれる役割だと認識しているのですが、これだけ緻密な評価を適切に進めていくということが、真の意味での働き方改革の実現につながると考えています。

そういった中で、7ページ目にも具体的な評価機能を担う組織の要件が示されていると思うのですが、実際、これを見ますと、これを満たすような組織は、非常に限られているのかなと考えています。

この点に関しては、数日前にも、今週、一部メディアの記事で、日本医師会さんのほうで前向きに検討されているというような報道も目にしました。

若手医師の立場、中堅医師の立場からは、事務局機能を含めて、こういった組織基盤がしっかりしているところに担っていただきたいというのが本音のところでは。

実際のところ、今後どのように進んでいくのかということ、この場でお話しできる範囲で構いませんので、御意見をいただきたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、事務局、2つまずありましたけれども、自己申告の考え方、それについてお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、副業・兼業に関して、一般則がそのまま医療界にも適用されるのかということで御質問をいただきました。

基本的には、一般則に基づいて、医療界に関しても実施していくということになるかと思いますが、先ほど、曖昧なのではないかと、自己申告しなくてもいいと捉えられかねないという御指摘もございましたけれども、当然、例えば、大学病院でも関連病院に、あらかじめ副業・兼業するシフトが組まれているような場合においては、先ほども触れさせていただきましたような使用者の指示による当該副業・兼業を開始した場合においては、協議を行うことが適当であると記載がございますので、当然、自己申告前から把握できているものに関しては、それに基づいてシフトなどが組まれた上で、健康確保措置も取られていくものと考えております。

追加的に、何か基準局からあれば。

○遠藤座長 お願いいたします。

○伊藤労働条件政策課長補佐 労働基準局でございます。御指摘ありがとうございます。

私どもが、先ほど御説明をさせていただきました、副業・兼業のガイドラインの改定案でございますけれども、例えば、参考資料3-2の18ページを御覧いただきますと、今まで労働時間管理については、どちらかというと、使用者の皆様の対応というところを中心に御説明させていただいてございましたけれども、参考資料3-2の18ページには、労働者の方の対応といった記載も、私ども設けさせていただいているところでございます。

その中で、やはり4の「労働者の対応」の(2)というところでございますけれども、なかなか地域医療提供体制のためというところで、医師の場合、難しかろうというところもあると認識しておりますけれども、副業・兼業を行うに当たっては、副業・兼業による過労によって健康を害したり、業務に支障を来したりすることがないように、労働者が自ら各事業場の業務の進捗事業など、健康状態を管理する必要があるといった記載もさせていただいているところでございますし、また、他の事業場の業務量、自らの健康の状況等について報告することは、企業による健康確保措置を実効あるものとする観点から有効であると記載をさせていただいております。

まさに、これは追加的健康確保措置を講じていただくに当たっても妥当する記述かなと考えておまして、やはり健康確保のためにも、業務量、健康の状況など、適切に報告をいただくということ、これが何より重要だと考えているところでございます。

○遠藤座長 では、続けてどうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 2点目の評価機能に関しましては、これまで何回も御議論いただきましたけれども、最終的に指定行為をするのは、法改正後となりますので、現時点で、この検討会の中で、どこに担っていただくということを決定する必要はございません。

ただし、2024年までに評価機能と、それ相応の業務量が発生するものでございますし、枠組みも、まだ、細かいところを詰める部分もございますので、そういった観点で、今回、お示しさせていただいた要件に該当するような組織に御検討いただくということは、現時点で必要なことと考えております。

その点で、今、日本医師会ということで御指摘もございましたので、もし、何か追加的に、今村構成員あるいは城守構成員から御発言があれば、お願いいたします。

○遠藤座長 それでは、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

鈴木委員から、具体的な団体名をいただきました。日本医師会も、この評価機能というのは、今後の医師の働き方改革にとって非常に重要な仕組みだと思っておまして、お医者さんが健康で働けるためには、この機能をしっかり発揮していく必要があるのだろうなと思っています。

7ページを拝見すると、3つの要件があって、医療現場に精通しているとか、あるいは地域医療提供体制との関係の分析だとか、全国をカバーしていると、こういう3つの論点でいえば、私どもの組織も、まさしくこういうことが行えるとも思えるわけですが、

現実的には、この評価機能というのは、非常に多岐にわたることが課題になると。

例えば、健康の管理、いわゆる労務管理の話もそうですし、そして、医療機関の経営の話、地域医療提供体制の話、経営については、特に大学病院など特殊組織の経営のことも分かっていなければならない。それから、学術的なこと、それから病院機能と言われている、そういったものについても、非常に幅広く深い知見を持たないとできないと考えておりました、私どもも、こういう機能を担うということを考える上で、単独で、自ら私どもの団体だけで、そういうことが、果たしてできるのかということ、大変大きな課題になっていて、大きなそれぞれの専門団体としっかりと連携をする中で、初めてそういうことが実現可能になるのではないかと考えております。

組織を運営していくということは、そこに働く人がどのぐらい必要なのか、あるいは財政的なものがどうなのか、これは受検をされる病院から費用をいただくと考えられているようですけれども、実際、今、コロナで非常に病院経営が厳しい中で、一体病院にどれだけそういう御負担ができるのかどうかというような問題もあって、そういう細かいことをきちんと議論していく中で、前向きに議論に参加したいと考えているところです。

ぜひとも、そういったいろんなところと協力をしながら議論が進められればよいと考えております。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、大体御意見が出尽くしたようですので、議題の1につきましても、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、議題の2に移りたいと思っております。

医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）でございます。資料3につきまして、事務局から御説明をお願いしたいと思います。

○土岐医事課長補佐 事務局でございます。

資料3につきまして、御説明させていただきます。少し文字が多い資料になっておりますが、なるべく簡潔に御説明させていただければと思っております。

まず、前回の検討会で、ガイドラインの骨子案をお示ししたのになりますけれども、それに文章を付記していった形になっております。

まず、3ページから中身が始まりますけれども、趣旨、それから、策定義務対象医療機関ということを書かせてもらっていますが、策定義務対象医療機関にペンディングのPとつけさせていただいております。

これが次の議題にもなっております、実態調査の報告の中で、少しB医療機関の考え方について御提言をいただいております、少し先取りしてお話しさせていただきますと、今までB医療機関の考え方につきましては、基本的に自院での勤務時間が960時間を超えてしまうものを対象にBとして、ここで御議論をいただいていたわけですが、調査の結果、兼業に医師を派遣することによって、960を超えてしまうような働き方をされているケースが多く見受けられたということで、そういった働き方をしている方もBの対

象にしていくべきではないかという御提言をいただいているところです。

そこも踏まえて、現状では、これまでの議論に沿ったBの対象ということで記載させていただいておりますので、ペンディングということでPをつけさせていただいております。続きまして、4ページです。

計画期間ですけれども、ここもまたペンディングが出てくるのですけれども、これは計画の始期を令和3年4月1日までの任意の日という形で記載させていただいておりますけれども、もともと昨年検討を行って、今年の通常国会を目指した検討を行っていたという関係で、令和3年の4月1日までに確実に施行がされているだろうという前提で議論をしていたために、3年4月1日まで任意の日とさせていただいておりましたが、ちょっと法案提出のスケジュールがずれ込んでいる関係で、ここもこの時期については、法案提出のスケジュールに合わせて記載を変更することになろうかなと思っております。

次の計画の対象医師について、時短計画は、ほかの職種ですとか、長時間労働を担っている医師以外の医師、要は960以内に収まって医師というものも、当然勤務環境の改善ですから、労働時間の短縮の影響を受けるものだけでも、基本的に計画対象としては、長時間労働を行っている医師を対象とするという旨を書かせていただいております。

5ページ、計画の策定の流れです。こちらに、先ほど資料2で御説明した勤務環境改善支援センターの関わりの部分、これが真ん中より少し下辺りに書かせていただいているということ。

あとは、PDCAサイクルをしっかりと回していただくということも、こちらに記載させていただいております。

具体的には、5ページの下「6 記載事項」となっているところの上3つのパラグラフになりますけれども、医療機関は、計画に前年度の実績を記入し、また、必要な見直しを行った上で、毎年都道府県に提出する。

最後のパラグラフですけれども、上述のPDCAサイクルの中で自己評価を行うこととする。具体的には、直近1年間の労働時間の短縮状況について確認を行い、労働時間短縮目標ラインとの乖離の度合いも踏まえた上で、必要に応じて目標値の見直しや具体的な取組内容の改善等を行うことが期待されるということを書かせていただいております。

続きまして、具体的な取組については、6ページ以降になりますけれども、こちらは「必須記載事項」と8ページに「任意記載事項」という形に分けて記載させていただいております。

8ページの「任意記載事項」につきましては、初めの文章で説明させていただいておりますけれども、タスク・シフト/シェアの取組であったりとか、そういったものについては、各医療機関の実情によって何に取り組むべきかということも変わってこようかと思っておりますので、任意的な記載事項として整理させていただいているところでございます。

少し駆け足になりましたが、説明は、以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいま御報告のあった内容に関連しまして、妻参考人より、医師の労働時間短縮の取組の評価に関する調査研究の資料をいただいております。

参考資料4-1と4-2が、それに該当いたしますが、妻参考人から、簡単に御説明をお願いできればと思います。

○妻参考人 慶應義塾大学の妻でございます。

今日は、貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。

では、簡潔に御説明させていただきます。

まず、参考資料4-1を御覧ください。

今回の研究は、ヒアリング等々を中心にいたしまして、複数の病院の労務管理の現場を各ステークホルダーの関係者の方々から聞いています。

ページをめくっていただきますと、大きく目次があります。参考資料4-1の目次です。

大きく3つの視点、まず、労務管理体制、組織の中で、そういう体制をどう考えるのか、といったストラクチャー項目です。

そして、2番に行きまして、プロセス項目であり、労働時間短縮に向けた取組、どのような取組をしていくのか等です。

その下、3つ目ですが、実際のアクション、そして、そのアクションをどう評価するのか、アウトカム項目という大きく3つの視点で、今回評価を考えてございます。

詳細は各項目、また、後ほど御覧いただきたいと思いますが、それらを踏まえまして、今度は参考資料4-2を御覧ください。

この評価項目と評価基準に沿いまして、医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドラインというものを研究班で作らせていただきました。

趣旨のほうは時間の関係で割愛させていただきますが、このガイドラインは、大きく5つの視点で構成されております。

その中に書いてございます①番から⑤番まででございます。こちらのほうを少し御説明させていただきます。

1 ページ目の①番です。

まず、労務管理体制の構築、そして、院内のルールの設定をいただいています。さらに、設定だけではなくて周知もしっかりしてくださいということを明記させていただいております。

就業規則、36協定、宿日直許可基準等々、そういったものもしっかりと院内で規定していただくというような形で、労務管理体制をしっかりと作っていただくことが重要です。

2 ページ目を見ていただきまして、その①番に関しての評価項目、具体的には、どういったことを評価していくのかというものが、先ほどの参考資料4-1に書いてございます評価項目として、四角の中に書いているところでございます。

そして、同じく2つ目の視点、②番、2 ページ目の後半部分でございますが、医師の先生方の勤務計画を作成いただくということになっています。

流動的な部分はあるかもしれませんが、日々の勤務計画をできるだけ前もってシフト作成頂き、休日等々の確保、そして、副業兼務先の勤務時間もできるだけ前もって把握していただきたいと考えています。

そして、そういったものを含めまして、勤務間インターバルまたは連続勤務時間の制限、そういったものを具体的に計画に落とし込んでいただく流れになります。

②番の作成に関しましての評価項目は、また、参考資料4-1に書いてございます、2.1.1で書いています。

そして、3ページ目を見ていただきますと、③と書いています。

勤務医の労働時間の実態把握と管理、これは、まさに、働き方改革の議論でいつも言われている一丁目一番地と言われてございます。実態把握なくして計画なしと言われてるように、しっかりと実態把握をしていただきたいと思っています。

タイムカード等々を使いまして、労働時間をしっかりと把握、そして、申告をいただく体制を作っていただく項目に関しましては、参考資料4-1の四角に書いてございます、2.1.2等々に書いてございます。

そして、3ページ目の下に行きますと、④番、労働時間短縮に向けた取組です。具体的に院内でアクションをしていただくというような形です。

これも多岐にわたるアクションがあると思いますが、管理職層に向けた研修等々、そして自己研鑽、ルール策定等々、そういったものがあるかと思っております。

4ページ目を見ていただきますと、後半部分に四角で、具体的に評価項目として定めるものを参考資料4-1に書いています。

最後5つ目です。

医師の健康確保に関しての取組、これは非常に大事なところですが、産業医の先生方、または面接指導実施医師、そういった体制をしっかりと整えていただきまして、院内で働く勤務医の先生方の健康確保を守っていただくこととなります。

そういった形で、最後の5ページ目を見ていただきますと、評価項目として参考資料4-1を御参考くださいという形になっています。

以上、駆け足ではございますが、今回の研究での評価基準、そして、ガイドラインを作成させていただきました。

ここで、皆様方に研究班のほうからメッセージといいますか、1つお伝えさせていただきたいのが、病院の労務管理はまだまだ発展途上です。そして、この評価項目を単純に厳しくすればいいというわけではないかなと、私は思っております。実態と余りにかけ離れた評価項目を作ってしまうと、まさに絵に描いた餅になってしまいまして、現場が逆に疲弊してしまう、そういったものを我々は懸念しております。

ですから、もしかすると、甘過ぎるというようなお叱りを受けるかもしれません。ただし、我々勤務医の先生方を守るべく必要最低限の項目だけはきちんと押さえておこうというような思いで、そういう評価項目、その視点を入れたつもりでございます。

皆様方からの御意見をいただきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、事務局から御説明のあった資料3の内容、それから、参考人より御説明のありました参考資料4-1と4-2、これについて御意見、御質問等をいただければと思います。

馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 ありがとうございます。

2つ質問というか、お願いというかがございます。

資料3の6ページ、1つ目は、ささいなことです。ここで労働時間管理方法、下から4行目のところにありますけれども、これはICカードと書いていますけれども、例えば、うちの病院の場合、打刻式のタイムカードから顔認証システムに変えようということになっております。いろんな取組があると思いますので、ICカードの後に等を入れていただけるほうがありがたいかなと思っております。これは、ささいなことです。

2つ目でございますけれども、4ページ目の3の計画期間ですが、計画の始めにつきましては、ペンディングだということで、その理由が法案提出のスケジュールによるということでございましたけれども、これは、ぜひ新型コロナウイルスの感染の状況等も考えていただければと思っております。

私の病院なのですけれども、二次救急の病院で、基本的にはコロナ以外の患者さんを扱う病院ですけれども、もちろんその中にコロナ疑似症の患者さんが紛れていて、これがややこしいです。発熱している患者さんにつきましては、検査が終了するまで、コロナ陽性だという扱いで、非常に手間がかかります。

4月、5月と非常にコロナウイルスが大変だった時期は、患者数も少なく、平均労働時間は減少したのですけれども、6月、7月と患者数が徐々に回復してきますと、コロナの対策の分だけ従来よりも労働時間がかなり増加しています。

平均も増加しているのですけれども、特に上位5名、忙しい人は本当に忙しくなって、特定の医師に負担がかかっています。コロナを診る人とコロナを診ない人の役割分担が、病院の中で割とはっきりしていますし、その部分で、医師の間の協力というのは、かなり難しいのではないかなと思っております。

うちの病院の場合では、若いドクターは、コロナに関しては、感染したときの重症化リスクが高い高齢ドクターの分をかなりカバーしているというところもありますので、この辺のところの整理は、かなり難しいし、他職種との間のタスク・シェア、タスク・シフトも、かなり困難です。逆にインフルエンザの鼻咽頭ぬぐい液の採取が従来の、臨床検査技師の仕事だったのが、コロナと区別がつかないということで、ドクターへの逆シフトが起こっています。また、その病院の管理者・経営トップの意識が、働き方改革というよりは、コロナのほうでかなり精一杯ということになっています。B、C水準の指定を受けるよう

な病院は、特にコロナに向き合っている病院が多いと思いますし、本来、A水準の病院もこの時期だけ960時間超えの医師が出ている可能性もありますので、ぜひ、短縮計画策定のスケジュールに関しては、その部分も考慮していただければと思っています。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見でしたけれども、事務局として、何かコメントがあれば、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まさしく、コロナ禍で、この働き方改革をどうするかのことに関しては、一つ命題ではございますけれども、労働時間が長くなった、短くなったという点もございますが、やはり、こういったエマージェンシーのときに、どのような医療機関の中でのマネジメントが重要なのかということは非常に重要なポイントで、先ほど、逆タスク・シフトが起きているというような御指摘もございましたけれども、各医療機関の中で、どのようなマネジメントがされれば、このエマージェンシーの中でも、そういった勤務環境というのを守っていけるのかということに関しまして、我々は特別研究班を立てまして、コロナ禍以外にも、今後もちろん当然パンデミックや災害等々が起きてくると思いますので、そういったことにも生きるような形で研究をしていただいて、また、この働き方改革にも寄与できるようにしていきたいと思っています。

その上で、この計画を立てる時期に関しましては、御指摘のとおり、今、非常に不安定な時期でございますので、何をベースにするかというような議論は、1つあるかと思えます。そういった観点で、今後の計画始期に関しても検討していきたいと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました、家保構成員、片岡構成員の次に、城守構成員でお願いしたいと思います。

○家保構成員 家保でございます。ありがとうございます。

策定ガイドラインの3ページの一番下の辺り、なお書きで書いていますように、36協定自体は各医療機関で締結されますので、今回の策定ガイドラインも医療機関単位での労働時間ということを焦点に当てて書かれておりますが、先ほど来、いろいろお話に出ています副業の問題の労働時間を合算した上での評価ということがありますと、やはり各病院の時短計画を策定する際にも、副業とかの時間管理もきちんと含めた上で、それを前提に自院の労働時間をいかに短縮するかという観点が必要になると思います。

今回のガイドラインでは、その点に関して余り明確に書かれていないような気もいたしますし、先ほど、裏参考人に説明をいただきました評価に関するガイドラインでは、きちんと押さえられていますので、計画策定のガイドラインにも、その点について、きちんと記載をしていただければと思います。

私のほうは、以上です。

○遠藤座長 御意見として承りました。ありがとうございます。

では、片岡委員、お願いいたします。

○片岡構成員 ありがとうございます。

私のほうも、副業・兼業についてのガイドラインの点で、口頭で御説明のあった点について、少し質問と意見を述べたいと思います。

兼業も含めて労働時間と考えると、それらが生じる病院、大学病院等を想定されると思いますが、そういうところもB水準に含めるべきというのは、現場の感覚として妥当と考えます。

ただ、1つの医療機関のみで労働時間短縮に取り組むことと比較すると、兼業を含めて時間短縮を行うことは、一層難しいと思いますので、それについて、評価機構としては、こういったような指導を行ったり、介入を行ったりすることになるのか、そういった見通しは、どのように考えておられるのかというのがあれば、教えてください。

特に、いずれA水準に収束していくということを考えれば、そういったきちんとした見通しに沿って計画的に進めていかないと、現実的になかなか難しいものもあるのではないかと思います。

こういった兼業というのは、先ほど、どなたかからの御指摘もありましたように、地域医療を守るために、自らの意思ということだけではなく、上長からの指示で兼業を行っている若い医師が多いものですから、そういった方がしっかり守られるように方策を考えていく必要があるかと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントありますか、では、お願いいたします。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

今、お二方から御指摘をいただきましたが、確かにB水準の医療機関の範囲を改めて整理する必要があるということは、先ほど申し上げたとおりで、その際に、自院だけの労働時間を見ると、960時間を超えていないようなケースにこういった時短計画の在り方が考えられるのか、あるいは評価については、こういった軸で評価を行っていくのかということは、これまで議論の中で行ってきた時短計画の在り方あるいは評価機能の評価の在り方とは異なる部分も当然出てこようかと思っておりますので、そこも少し整理した上で、次回以降、どこかのタイミングでお示ししたいと思っております。

○遠藤座長 よろしくお願いいたします。

それでは、お待たせいたしました、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

資料5の裴先生の医師の働き方改革が地域医療へ及ぼす影響に関する調査、これは、まさしくこの検討会で、一番肝になる非常に難しいポイントでございまして、それに対して調査をしていただいたことに感謝いたします。

また、この評価の項目、また、評価基準に関して適切に、私は設定していただいている

など感じております。

そこで、先生に1点御質問、そして、事務局に1点御質問なのですけれども、今回、大学病院、特に医師を派遣するほうでございまして、これは、全国にも82ほどございまして、2つセレクトされているわけですが、結果として、余り960に収まりそうなところであったということですが、大学病院も救急をしっかりと受けて活発にやられているところと、そうではなくて、そうではない疾患をしっかりと治療するということに分かれていると思うのですが、この対象のA、Bというのは、どういう大学病院であったのかということをお尋ねしたいのが1点です。

もう一点は、大学からドクターを派遣するという視点においても調査ということで、これは非常に興味深く拝見させていただいたわけですが、一方、大学から医師を派遣してもらった地域の医療機関においては、この派遣の状況というのが、一番大きく影響するのですけれども、これを受けて、これとともに自院での時短計画を含めた働き方改革を進めていくということによって、自院の医療体制が変化すると、場合によっては、診療時間の変更であったり、または、診療科ないしは診療の縮小ということも起こり得るということになるわけですが、そこにおいて、その体制の変更が、地域にどういう影響を及ぼしているのかということの評価する、ないしはチェックすることに関して、事務局は、どういうふうにご考慮されるのか、その2点をお願いしたいと思います。

○遠藤座長 城守構成員、今の話は、多分、これから御説明のある調査結果に基づいて、参考人に御質問されているのだと思いますので、これから説明のあった後に、その御質問に対して、参考人からお答えいただくという形にさせていただければと思います。

事務局も、それでよろしいですか、事務局も、そのときに対応させていただくということで。

それでは、お待たせいたしました、鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。たびたびすみません。

資料3のガイドラインについて、質問、意見になりますけれども、6ページのところから見ていただきたいのですけれども、必須記載事項のところ、労働時間数と書いてあって、これが一番重要なベースの情報になると思うのですけれども、この点について、先ほどの研究班のデータなどを見てみまして、やはり960時間以上の実態があるということは、既に分かっているわけなのですが、実際に、昨年7月に通達が出た宿日直の再定義というところで、それに即して現場の扱いが変わっているかということ、実際には、ほとんど変わっていないというのが現状で、このまま宿日直が見直されないまま、この時間数が書き込まれていくのではないかという不安が非常に大きいわけです。

今回、こういったガイドラインが出て、実際に必須記載事項として労働時間数を病院が示していくということになるかと思うのですけれども、ここにぜひ、しっかり宿日直と当直についての見直しを図っていただくということも含めて、文言を入れていただけないかというところが、御質問とお願いということになります。

実際に、私も産婦人科としてたくさん当直していく中で、夜勤扱いになっているという事は、身の回りではほとんど聞きませんので、こういった実態が、本当にこのガイドライン等を経て変わっていくのかということに、すごく大きな不安を抱えています。

ただ、こういった変化というのは、すごく病院ですとか、地域にとって大きな変化になりますので、安易な変更というのはできないという事情もあると思っていますので、その辺りで、病院ですとか、地域に対する具体的なサポートというのをお願いできればと思っています。

以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、コメントがあれば、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、御指摘いただいた点、非常に重要だと感じております。

まず、そもそも昨年7月1日に宿日直や自己研鑽の考え方を改めて通知でお示しさせていただきましたが、非常に細かく定義したものでございますので、文章としても非常に長くなっていて、現場に十分行き渡っているかという点、御指摘のとおりかなと思っています。

我々も様々な場面で、講演会や、あるいはいろんな議論をさせていただきますけれども、本当に根本的なところですね、当直とは何ぞやというところや、副業・兼業が時間としては通算されるのだぞというような、本当に根本的なところを、まだ、御理解いただけていない部分があるのかなと感じておりますし、そういった興味、関心を持っていただけている方の中でも、そのような理解のレベルですので、現場は、本当に1,860時間を超えて働かされている勤務医、特に若い医師が、今の医師の働き方改革の根本的なところを十分に理解していただけているとは、正直思いません。

ですので、現状、こういった検討会で枠組みを御議論いただきまして、法改正を含めて枠組みを作っておりますけれども、当然、来年度以降は、現場に全ての医療関係者、そして病院で働く事務方の方も含めて御理解をいただけるような取組というものを進めていかないといけないと思っています。

具体的に御指摘いただきましたガイドラインの中においても、基本的なところに関しては、記載を加えるなどをして、理解のそごがないように、記載ぶりに関しては共有していく必要があると思っています。

以上です。

○遠藤座長 鈴木構成員、よろしいですか。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

このまま行きますと、宿日直という扱いのまま、翌日も働くという現状は変わらないと、それだけが、とにかく不安であるということ、皆さんに共有していただきたいと思えます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、時間も押しておりますので、この議論につきましては、本日は、このぐらいにしまして、議題の3に移りたいと思います。

議題の3は「医師の勤務実態調査及び医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査について」でございます。

まず、資料4「令和元年 医師の勤務実態調査」につきまして、谷川参考人から御説明をお願いできればと思います。よろしくお願いいたします。

○谷川参考人 順天堂大学の谷川です。このたびは、お招きいただきまして、ありがとうございます。

この調査は、令和元年に実施しまして、3月頃に発表が、4月になり、5月になり、8月になりました。まず、調査概要、資料4を見ていただきたいのですが、目的としては、2024年4月の医師に対する時間外労働上限規制適用前において、以前にされた平成28年の勤務実態調査から、既に4年経っておりますので、その時点での新たな同等規模の勤務実態調査を行うことを目的として、小池先生が研究代表者を務めておられます研究班で実施したものです。

その後、コロナがこのような状況になりまして、いろいろと医師を取り巻く状況も変わっておりますが、それを基にしながら、このデータを見ていただければと思います。

令和元年9月2日から8日の間に調査しまして、前は紙ベースの調査でしたが、紙ベースに加えまして、ウェブでも回答できるようにページを作成して、周知をいたしました。

配布数は、ここに書いてあるとおりです。

このような調査の限界で、回収率は20%ほどしかございませんが、今回、調査内容の中には、性、年齢、診療科、主たる勤務先、種別ごとの医師の1週間の労働時間、そして、タスク・シフト/シェアの取組等についても調査を行っております。

次の2ページを御覧いただきたいのですが、今回は、ウェブ回答を含む医師調査票の回答者数、全部で2万382件ございまして、そして、前回の調査と比べても同等以上の回答数を得ております。

その前の平成30年の医師、歯科医師、薬剤師統計、以下、平成30年の三師統計と呼びますけれども、その性別の割合につきましては、平成28年の前回調査と三師統計とほぼ同等の割合となっております。

次の3ページを御覧下さい。診療所も含めた回答者の比較で、今回の調査と前回の調査、そして、三師統計との調査で比べますと、今回は30代、40代の回収率が高い、一方、60代以降では低いという傾向が認められました。

4ページですが、今回の中で、病院の常勤勤務のみを比べた部分です。平成28年の前回調査は、常勤勤務医と回答したものです。

平成30年の三師統計は、病院従事者数のデータです。

それで比較しますと、やはり、先ほどの傾向と少し似ておりますが、40代の回答が今回

は多いということが認められました。

次に、5 ページですが、今回の調査の中で、病院常勤勤務と回答した方々で比較しますと、平成30年の三師統計とのデータ、これは病院従事者数のデータですが、割合で行きますと、若干内科が、今回では低く、そして、皮膚科が非常に高く、臨床研修医が低いというような、幾つかの診療科で大きくばらつく傾向が認められました。

なお、平成28年の前回調査のときは、19診療科での回答はなかったもので、比較不可のために書かれておりません。

次に、6 ページですが、主たる勤務先の分布です。平成28年の前回調査では、常勤勤務医、非常勤勤務医、病院診療所の開設者、未回答で分類されているため、比較ができませんで、平成30年の三師統計において、医療施設、介護老人保健施設、介護医療院の従事者数のデータの左以外の施設の従事者数は含まないと書いていますけれども、医師の調査票では、今回、三師統計と比較しますと、回答者は、病院勤務者が多く、若干三師統計のほうでは、クリニック、診療所の方が多いという結果が出ております。

さらに、病院に勤務されている方を100としたときに、平成30年の三師統計では、大学病院以外と大学病院の割合が、大体7割対3割に対しまして、今回は6割対4割と、若干大学病院の回答者が多い傾向が認められております。

次の7 ページですが、今回の調査は、病院勤務医の長時間労働の実態を把握することが、主たる目的の調査であることから、また、平成28年の前回調査との比較も試みる必要があることから、週4日以上働いている病院勤務医のデータについて分析を行うこととしました。

なお、平成28年前回調査と同様、兼業先の労働時間も含めて調査を行っております。

ここで幾つか注がついているのですけれども、結局、病院常勤医師の下の図を御覧いただきたいのですが、医師調査票の回収数1万5675人から3日以下の調査票は省きまして、4日以上の方を見ますと9,064人、その中で性、年齢、主たる診療科、主たる勤務先の回答のある調査票が若干減りまして、合計8,937人、これが今回の分析対象となります。

次の8 ページを御覧いただきたいのですが、この8,937人のデータ、病院常勤医師ですが、三師統計とのデータと、ほぼ性別の割合が一致しております。

次の9 ページを御覧いただきたいのですが、この8,937人のデータは、やはり平成30年の三師統計と比較して、20代、30代がやや少なく、40代の回答が多い傾向、これは、まだ、この母集団でも認められております。

さらに、次の10ページですが、先ほど全体の中で診療科分布に大きなばらつきが、幾つかであると御指摘しましたが、その傾向が、この集団でも、そのまま認められております。

次の11ページ、この8,937人の主たる勤務先は、ここに書いていますように、先ほども述べましたが、大学病院の割合が三師統計と比べまして、若干多い傾向となっております。

12ページですが、この結果を踏まえまして、診療科の医師数、診療科内の性と年齢を調整し、勤務医療機関別の医師数、診療科別の大学病院、大学病院以外を調整するというこ

とが必要と考えられ、また、今回の調査では、医療機関における宿日直許可取得の有無も設問に含めており、より精緻に労働時間を捉えることをするために、宿日直許可を得ている医療機関に勤務する医師の宿日直勤務中の待機時間を労働時間から除外しました。

さらに、今回の分析対象調査票の診療科別、性、年齢、勤務医療機関の構成が平成30年の三師統計の構成と同様になるように調整を行った結果が次の最後のページです。

これを御覧いただきますと、平成28年の前回調査とほぼ同等の結果が出ております。前回は上位10%が1,904時間、そこで雇用管理の便宜上、12か月で割り切りのよい近似値として1,860時間としておりますが、今回の上位10%は1,824時間になっております。

そういうことで、ほぼ同等、若干この図では減っているように見えますけれども、このような結果が得られましたので、御報告いたします。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、資料5「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」につきまして、裏参考人から御説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○裏参考人 再び失礼します。慶應義塾大学の裏でございます。

それでは、資料5のほうを御覧ください。

先ほど、議論になってございます、地域医療への影響に関する調査の結果報告です。

まず、資料の1ページ目を見ていただきますと、必要性、これは、皆様方、御承知おきのおりだと思いますので、簡単に説明します。左側に「調査プロセス①」と書いています。大学が地域の関連病院に派遣していると、そういった状況を把握します。

そして、上段に行きまして「調査プロセス②」です。その大学病院自体の労働時間もはっきり把握します。

そして、真ん中ほどに行きまして「調査プロセス③」でござす。関連病院におけます診療科の提供体制と人員について、その派遣をマネジメントしている大学の教授または医局長の先生方にお話を聞きました。

そして、左のほうを見ていただきますと「調査プロセス④」という形で、上限時間を適用された場合、どういった動きになるのかというシミュレーションまでしています。

資料をめくっていただきますと、2ページ目ですが「概要①」と書いています。

目的のほうは割愛させていただきます。

調査期間は、令和2年の2月から3月でございます。コロナが忙しくなる前と考えます。

各大学医局で定めていただきました1週間をターゲットにしています。

その下、調査対象は、A大学、B大学の2大学、計6診療科です。

ちなみに、A大学は72名の先生方、そして、B大学は70名の先生方から回答を頂戴しております。

調査内容は、ここに書いていますが、実際に勤務されている医師の働き方の現状、そし

て、先ほど申しました管理者のヒアリング等々をしてございます。

それでは、調査結果を御説明させていただきますが、まず、今の資料のちょうど中ほど、調査結果①と書いています。

1週間の兼務先を含む平均労働時間です。両大学6診療科いずれも大学病院だけで平均週60時間、これは年換算で960時間、A水準を超えませんでした。

A大学、B大学、2つありますが、比較しましたところ、A大学のほうが1,920時間、週80時間以上の割合が多かった結果取っています。これは、兼務も含んでいます。

○の3つ目です。1週間の労働時間が100時間を超えた先生は142名中1名、その方は、B大学の救急にお勤めの先生でした。

○の4つ目です。集計では、大学での労働時間が短い先生のほうが、兼務先での労働時間が長い傾向にあったという結果になっています。

次の3ページ目です。「概要②」と書いてます。

調査結果②、上段のほうを見ていただきますと、大学病院と兼務先の労働時間を通算いたしました。B水準の上限である年1,860時間に相当する時間を超過して勤務する先生は一定数存在します。

ただし、労働時間から宿日直中の待機時間を除外すると、その割合は低くなっています。

今回、宿日直の待機時間も労働時間とカウントしていますので、そういった結果になっています。

○の2つ目です。ほとんどの診療科で副業の兼務先での宿日直の診療時間の割合は、大学に比べて少なかったということになっています。

詳細なデータは、そのグラフを御覧ください。

そして、下段のほうに行っていただきますと、調査結果③です。勤務間インターバルと代償休息はどうだったかということですが、○の1つ目、142名中、勤務間インターバルが9時間確保できなかった先生は1名いました。

その他の先生方は、9時間のインターバルを確保できました。ただし、1名の確保できなかった先生も1週間以内に勤務間インターバルの幅を延長するというような形で、代償休息を獲得いただいています。

大学の先生は多いのですが、宿日直明けも引き続き日勤業務についている先生がおられました。最長36時間勤務となっています。

そういった連続勤務時間が長くなる先生方がおられるのですが、そういったインターバルの調整をしましたところ、1週間以内に所定勤務時間内に時間休を取得することなく、勤務間インターバルの幅の調整で代償休息はクリアーできたという結果になっています。

そして、一番下、調査結果④と書いています。上限規制が適用された場合、どういった労働不足、または人材不足になるのかというシミュレーションをしています。

○の1つ目です。各診療科で適用された場合、その実態に基づきまして、どれくらい上限を超えている時間があるのかというデータです。

右の表を見ていただきますと、例えば、A大学の消化器内科 $n = 28$ と書いていますが、28時間45分と書いています。これが上限の超過した時間です。

これは、カウントした先生方トータルの時間ですので、これを診療科の平均労働時間で割りますと、実際に、その超過勤務を埋める際に、0.49人の人員が必要だというデータです。

そういった形で、A大学は大体1人ぐらい、B大学は大体0.5人ぐらいが必要になるというような形となります。

ただし、宿日直の待機時間を含めない場合は、より少ない先生の数で補填可能ということになっております。

そして、4ページ目を見ていただきますと、今度は、管理者です、教授の先生方等からヒアリングをさせていただきました。

全て読むのは、時間の関係で避けさせていただきますが、一番上段の5つ〇が並んでいます、その4番目、5番目です。

管理者の先生方から、地域医療を守るという観点から、医師の派遣をやめることは難しいというお声を頂戴しております。

5つ目の〇です。大学病院の上限を守るために医師を引き上げるというようなことを考えている医局はなかったという形で、大学側の地域医療を守る危機感というものは、非常に強い感じを私は受けてございます。

そして、上段真ん中辺り「調査のまとめ」と書いています。簡潔に述べさせていただきます。

まず、1つ目ですが、宿日直をやっている部分は、その専門家でなければ駄目だというわけではありません。大学病院の複数のほかの診療科で分担することで、そういった形の宿日直、労働時間の短縮可能性があるということです。

そして、〇の2つ目です。関連病院、つまり兼務先で宿日直許可を取っているかどうかというのは、今回、残念ながら時間の関係で、詳細な調査はできておりません。そこで、宿日直許可を取っているという前提でクリアーに労働時間を分けるとなりますと、トータルの時間は減っていくのかなと思います。

〇の3つ目が非常に大事かと思えます。大学のみならず、地域全体で役割の明確化、そして、提供体制を検討していく必要があるのかなと思っています。

そして、最後に、当研究班からの問題提起とさせていただきますと、各診療科または各大学によって、それぞれ事情または背景が異なります。労働時間短縮計画を一律に決めるのではなくて、それぞれの大学や診療科が実態に即した労働時間の短縮計画が必要かと思っております。

そして、先ほどから議論になっています、兼務先の労働時間を入れてしまいますと、どうしてもA水準を超えてしまうという先生が多うございました。だからこそ、兼業の通算の考え方、または地域医療提供体制の考え方、両輪をしっかりと考えることが、これから

は必要になってくるのかなと思っております。

以上、簡単ではございますが、今回の調査の結果報告をさせていただきました。

最後でございますが、ここに書いてございません、2点を追加させていただきます。

まず、1点目、ヒアリングに参加させていただきまして、先ほど、構成員の鈴木先生からお話がありましたように、医師自身の理解または医師自身の意識が、やはりヒアリングの中でも、まだまだ低いという感覚を持っています。

さらに、管理職の意識改革、まだまだ伸びしろがあるのかなと思っております。それが1点目。

2点目が、大学単独でできることと、大学単独ではどうしてもできないことがございます。そうなりますと、地域全体を面で見ながら、そして、大学を巻き込んでいくというような、まさに地域医療提供体制を視野に入れた労働時間管理をしていく必要があるのかなと思います。

恐らく大学だけで努力しても、かなり限界がある部分は見えてくるのかなと思っております。

以上、私からの報告でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

大変貴重な報告を2つ御報告いただきました。

それでは、御意見等をいただければと思いますが、先ほど、城守構成員から御質問がありましたので、もう一度お聞きしますか、質問内容は、大丈夫ですか。

では、お願いいたします。

○裏参考人 城守先生、ありがとうございます。非常に大事な視点だと思います。

まず、断りとして、医療機関または個人が特定される懸念がございますので、大学名の公表は避けさせていただきます。

ただし、どういった大学かと申しますと、まず、A大学は地方にある大学、そして、B大学は都市近く。

そして、都道府県1医大という形で選ばせていただいております。

そして、A、B大学は、医師少数地域を含む県から選ばせていただきました。

2大学でございますので、それが、先ほど御指摘のありました、日本全体を表しているのかというと、そこはなかなか難しい回答かなと思いますが、典型例と研究班では考えて選ばせていただきました。

以上、御回答でございます。

○遠藤座長 城守構成員、よろしかったですか。

○城守構成員 本当に質問が前後して申し訳なかったですけども、ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかにいかがでございますでしょうか。

それでは、岡留構成員、お願いいたします。

○岡留構成員 褒参考人、本当に貴重なデータをありがとうございました。

このデータを見ていて、一番決定的な、デターミナントファクターになっているのは、私は宿日直許可基準を取っているか、いないかというところが、非常に大きいウエートを占めてくるのではないかなと思うのですが、先生、このデータから宿日直基準の、もちろん非常に重要なことではあるのですが、その重要性、分析上、先生が感じられたことがあれば、教えていただけませんか。

○遠藤座長 では、褒参考人、お願いいたします。

○褒参考人 岡留先生、ありがとうございます。

まさにおっしゃるとおりでございます。この宿日直許可基準を受けているか、受けていないかによって、かなり結果が大きく左右いたします。

先ほどちらっとお話しさせていただきました、今回の調査の限界といたしまして、関連病院群はたくさんございますが、その一つの一つの宿日直許可基準を確認することには至ってございません。

ですから、もし、そういった追加の調査が許されるのであれば、そういった関連病院の宿日直許可基準もしっかりと把握させていただきまして、そこでの実際の労働、また、待機時間はどうだったのかというところで、より精緻なデータになるのかなと思っております。

結果的には、この調査の数字は、かなり幅があるというのは、御指摘のとおりだと思っております。

○岡留構成員 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、森本構成員、お願いいたします。

○森本構成員 ありがとうございます。

どちらの調査も、今後の取組の参考になる貴重な調査だと思います。大変ありがとうございました。

時間もないので、簡単に1点だけお願いというか、質問をさせていただきたいのですけれども、資料5の2ページ、下側の労働時間分布のグラフについてです。

これを見ると、縦軸に兼務先での労働時間が表示されています。この兼務先の労働時間というのは、恐らく複数の兼務先を合わせると、こういう時間になるということで表示されているのだらうと思いますが、どちらの調査でも構わないのですけれども、36協定の関係もあり、1か所の兼務先での最長労働時間、それから、平均的な兼務先1か所当たりの労働時間などが分かれば、教えていただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 いかがでしょうか。

○褒参考人 まさに、鋭い御指摘ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。

残念ながら、おっしゃるとおり、この兼務時間はトータルの兼務時間になってございま

す。現状では、データとして一つ一つの兼務時間を把握することは難しいというお答えをせざるを得ません。

私からは、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに、いかがでございましょうか。

山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 斐先生の研究班に、私もメンバーとして加わらせていただきました。

これの4ページのところで、やはり大学だけではどうにもならないと、地域医療提供体制そのものを何とかしてもらわないと回らないよというのは、このとおりでございまして、特に、これまで大学の医局の医師派遣能力がかなり低下する中で、常勤医を多くの病院から引き揚げてきた。そこの穴埋めのために、何とかそれでも常勤を引き揚げても、何とか医療体制を維持するために、非常勤を出してきているという部分がございしますので、これで非常勤を引き揚げたら、現状のままであれば、医療体制は崩壊することは間違いない。

ですので、やはり、しっかり医療提供体制の見直しも同時にやらなければ、これは回らないということが、如実に表れていると思います。

先ほど、鈴木構成員から宿日直許可基準、見直されたのに、現実、何も変わっていない、どうなっているのかというお話がございましたが、これは、そのとおりで、実際の医療提供体制は何も変わっていない中で、では、この宿日直許可基準に合わせてやりますねとやったら、どうなるか、それは大学病院の診療体制は崩壊するわけでございますので、やはり、この辺全部一体となって、事務局側から基準の改定の周知が足りないのではないかという話ですが、それ以前の問題だと、私は認識していますので、ここは、やはり三位一体という言葉もありますが、やはり、しっかり地域医療提供体制を立て直すというところが、まず、重要ではないかなというコメントでございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに、御意見ありますか。

○城守構成員 すみません、先ほどの事務局の。

○遠藤座長 では、事務局への質問が、先ほどありましたので、もう一度言っただけですか。

○城守構成員 今、山本先生がおっしゃったのと似ているのですけれども、基本的に大学からの切り口で、今回調査していただいていますけれども、大学の派遣の変更に伴って、派遣先の医療機関が自院で働き方改革をすることによって、その医療機関の医療提供体制が変更、変わりますね。その変更になった形のトータルが、地域医療に大きな影響を及ぼすわけですので、その確認をどういうふうにご考えておられるのか、そこを教えてください。

○遠藤座長 では、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘ありがとうございます。

まさしく、今回の褒研究員の結果におきましては、関連病院から引き揚げを第一選択するという医局はなかったということでございますので、すぐさま、まず、引き揚げが起きないだろうという結果になっています。

先ほど、褒参考人から御指摘いただいたように、やはり関連病院でどういう影響があるのかということに関しましては、今回、十分に見ることができなかったポイントかと思えます。

やはり大学病院から派遣されている医師、そして、常勤として派遣されている医師、そして、臨時的に派遣されている医師、それぞれの働き方改革が進むと、関連病院にどう影響が及ぼされるのかという観点を含めて、引き続き地域全体の医療提供体制が検討課題になると思っております。

この大学病院におきましては、検討の結果、やはりの研究に与える影響というところは、特出しして記載されておりますので、やはり、今回の対象の大学におきましては、診療を守って研究が低下してしまうのではないかという判断、特定の教授や医局長などからのヒアリングだとは思いますが、そういう判断をされたのかと思っております。

ただ、それは、一部の先生方のお考えでございますので、より広く、様々な教授や医局長からも意見を聞きながら、どのように診療をまず守りながら、そして研究もしっかりやれるような体制を築けるのかということは、引き続き、こういった調査を行っていく中で検討していきたいと思っております。

○遠藤座長 城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

今のお話は、そのとおりなのですが、基本的に、その地域では、診療体制が時々刻々と変わっていくということに関して、何か明らかな指標というのをつけるのは難しいかなということは理解しますが、ただ、地域の、例えば保健医療対策協議会とかがありますね。そういうところをうまく活用されて、その中で、例えば、医療計画の中において、いろいろな科の指標とかがありますから、そういうものも活用して地域の体制がどうなっているかということをチェックしていかれると、恐らくそれなりに大きなそごを来すということはないのではないかと思いますので、御検討ください。

○遠藤座長 ほかに、何かございますか。

よろしゅうございますか。

本日は、本当に積極的な御発言をありがとうございました。

それでは、予定していた時間になりましたので、本日の議論は、この辺りにしたいと思います。

いろいろと御意見も出ましたので、事務局におかれましては、本日たくさん出ました御意見の整理、あるいは、まだ残っている課題もありますので、それらをまとめて、きちんと整理をしていただいて、これからの議論に資するものを作っていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それから、今後の予定について、何か事務局からありますか。

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 次回の日程自体については、改めて御連絡させていただきたいと思いますが、今後、年末に向けてということですが、基本的には2024年の適用へ向けて、来年の通常国会ということが必要ということも想定しながら、年末に向けて、また、前のようにスピードを上げて検討会を開催させていただければと考えております。

具体的な日程につきましては、改めてお知らせさせていただきたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

そのような流れだということであります。

それでは、これにて、本日の会議は終了させていただきます。

どうもありがとうございました。