

2019-12-2 医師の働き方改革の推進に関する検討会（第5回）

○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5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、夜分遅い中、大変恐縮です。お集まりいただきまして、ありがとうございます。

本日は、水島構成員より欠席との御連絡をいただいております。

また、本日は資料3のヒアリングに関して、参考人としてNPO法人卒後臨床研修評価機構監事一戸真子様にお越しいただく予定です。なお、本ヒアリングは、評価機能の評価及び組織のあり方に関する議論の参考として行うものであり、評価機能を担う機関として、同機構を想定して実施するものではございませんことを御留意ください。なお、一戸参考人は、所用により途中からの御参加となります。

続きまして、本日の資料の確認をいたします。

資料につきましては、資料として、資料1、資料2、資料3という3点構成と参考資料として3月の検討会の報告書と、先般、厚生労働省において設置いたしました、第1回「医師等医療機関職員の働き方改革推進本部資料」ということで配布させていただいております。

不足する資料、落丁などがございましたら、事務局にお申しつけください。

カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

（報道関係者退室）

○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、よろしくお願いたします。

○遠藤座長 皆さんこんばんは。本日もよろしくお願いたします。

まず初めに、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、事務局から、資料1「第4回の議論のまとめ」について説明をお願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

事務局から、資料1「第4回議論のまとめ」について御説明をさせていただきます。こちらでは、前回の検討会でいただいた御意見と検討の方向性の案をまとめてございます。

まず1ページ目をお開きください。前々回の検討会の御意見の関係でございませぬ。まず、大学病院における複数のプログラムの申請のあり方について、それから、2つ目の健診項目や効果的な健康確保の方法について、それから、3つ目の複数医療機関に勤務する場合の健康確保措置等に関して、御意見・御質問をいただきました。

複数医療機関勤務の取扱いに関しては、後ほど御説明をさせていただきます。

まず、複数都道府県にまたがる臨床研修プログラムの（C）-1の指定申請のあり方についてでございますけれども、2ページ目と3ページ目の前回の検討会の資料の再掲がご

ざいますので、4ページ目をお開きください。臨床研修病院が複数都道府県にまたがる場合についても、基幹型臨床研修病院が協力型臨床研修病院の分もとりまとめて(C)－1指定申請を行うということで、同一都道府県の場合と同様で、この4ページの例ですと、G県にある基幹型臨床研修病院Xがとりまとめて自院の分の(C)－1指定申請をG県に、協力型臨床研修病院Yの分の(C)－1指定申請をH県に提出する形としてはどうかと考えております。ただし、Y病院が直接H県に指定申請を提出することも可能、という案としております。

また、5ページ目と6ページ目でございますけれども、「追加的健康確保措置における面接指導」についてでございます。3月の検討会の報告書におきまして、面接指導を行う医師は必要な講習を受講することとされておりましたけれども、その面接指導を行う医師数の推計、講習の実施方法、カリキュラムイメージをまとめております。

6ページ目の左側に「産業医の基礎研究カリキュラム」を載せてございます。こちらを参考に、長時間労働の医師を面接するために必要と思われる講習の案として右側にカリキュラムイメージをまとめてございます。

続いて、7ページ目でございますけれども、こちらは(C)－2水準適用のため医師が作成する高度特定技能育成計画についての御意見。

それから、8ページ目につきましては、前回の検討会資料にございました評価の視点に関する御意見と検討の方向性(案)をまとめてございます。

それから、9ページ目と10ページ目につきましては、11月20日に開催されました第3回「医師の働き方改革を推進するためのタスクシフト/シェアの推進に関する検討会」の提出資料を掲載しております。こちらで労働時間短縮のために重要と思われる業務を選定し、そのタスクシフト/シェアの取組状況を評価機能による評価項目に加えてはどうかという議論がなされており、その御報告でございます。

続いて、11ページ目ですけれども、こちらは地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センター(勤改センター)との関係でございます。医療法で相互連携が既に規定をされております地域医療支援センターと勤改センターは、12ページですと、都道府県の枠内、右側でございますけれども、資料の左側の評価機能については都道府県から中立であるため、一旦、衛生部局等に評価結果を通知をし、勤務環境改善支援が必要な場合は、勤改センター、医師の確保が必要な医療機関につきましては、地域医療支援センターが支援を行うという形を想定しております。

続いて、13ページ目でございますけれども、評価機能の業務量や体制、それから、組織体系についての御意見でございます。こちらにつきましては、本日、資料2で御説明をさせていただきます。

14ページは評価機能の財政基盤に関する御意見。

それから、15ページ目は評価結果の公表に関する御意見とその検討の方向性の案をまとめてございます。

続きまして、16ページ以降、「複数の医療機関に勤務する医師に対する追加的健康確保措置の取扱いについて」御説明をさせていただきます。

まず17ページ目ですけれども、こちらは前回の検討会資料でございまして、労働基準法と労働安全衛生法の取扱いが異なる中で、医師については、労働時間の上限規制は一般則すなわち労働基準法が適用される一方、追加的健康確保措置については、医事法制・医療政策において位置づけることとしており、医師の健康・医療の質の確保という観点から検討をする必要があるのではないかと。その際には事務負担を考える必要があるのではないかとという形でお示しをしたところでございます。

18ページ以降が新たな資料でございます。

18ページ目、1つ目の四角からでございますけれども、追加的健康確保措置のうち、まず面接指導についてでございます。3月の検討会報告書にもございますように、この面接指導は労働基準法施行規則で規定することとなる月の時間外労働100時間未満という上限規制を例外的に許容する要件として設定すると考えております。このため、面接指導の対象者の決定におきましては、労働基準法の一般則に従って、すなわち、労働基準法第38条第1項の規定に基づいて、副業・兼業先の労働時間を含めて通算し、労働時間の把握については、副業・兼業の促進に関するガイドラインに基づいて、医師の自己申告等により把握するという考え方ができると考えております。ただし、その際、労働時間の管理や面接指導を行う医療機関の決定等における医師及び医療機関への負担が過度なものとならないよう配慮が必要であり、こうした観点から複数医療機関に勤務する医師に対する追加的健康確保措置についての事務局（案）を、面接指導については、19ページ目以降、連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息等については23ページ目以降にまとめてございます。

まず19ページでございます。面接指導とこれを踏まえた就業上の措置についてでございます。面接指導は基本的に月の時間外労働が100時間を超える前に行われる必要がございますが、医療機関における日々の労働時間管理の負担や実効性を考慮し、医師が面接指導の結果を副業・兼業先に提出するなど、医療機関間で面接指導結果が共有されている場合には、1つの医療機関が面接指導をまとめて実施できることとしてはどうかという案でございます。

また、(B) (C) 水準が適用される医師については、恒常的に月の時間外労働が100時間を超えるような働き方も想定されますので、毎月あらかじめ決めておいた時期に疲労度確認、面接指導を実施することで、労働時間をリアルタイムに把握・通算しなくても済むという形としてはどうかというのが1つ目の矢印でございます。

また、(A) 水準が適用される医師については、(B) (C) と比較して恒常的な長時間労働ではないと考えられることから、時間外労働が月100時間超えがあらかじめ見込まれる月において、あらかじめ決めておいた時期に疲労度確認、面接指導を行うこととしてはどうかという案でございます。

3月の検討会報告書においては、(A)水準適用の対象医師について、80時間を超えた後に疲労度確認を行うということとされており、この疲労度確認、面接指導が80時間に到達する前であってもよいという点が、検討会報告書と異なる点でございます。

20ページ目はそれを図示したものでございます。適宜、御参照ください。

また、複数医療機関に勤務する場合に面接指導をどちらの医療機関で行うのかということについての考え方を21ページにまとめてございますが、22ページで図示をしておりますので、22ページをごらんいただければと思います。面接指導・就業上の措置を実施する医療機関については、医師本人の選択により医療機関との相談の上、個別に決定することとする一方、確実な実施を図るため、この図のように整理をし、ガイドライン等で示すこととしてはどうかと考えております。

具体的には、(A)水準医療機関と(B)(C)水準医療機関に勤務する場合には、(B)(C)水準医療機関が面接指導を実施し、例えば、勤務先がいずれも(A)水準医療機関の場合には常勤として勤務する医療機関が実施するなどの考え方をまとめております。

(B)(C)水準医療機関の中にも、(B)(C)水準が適用される医師とされない医師がいらっしゃいますので、その場合分けをしております。

続いて、23ページ目のその他の追加的健康確保措置についてでございます。連続勤務時間制限・勤務間インターバルと、これらが実施できなかった場合の代償休息につきましては、日々単位での疲労の回復を確保することを目的とするものであり、(A)水準の対象医師については努力義務、(B)(C)水準の対象医師については義務とすることと報告書はされておりますが、これらの措置についても自己申告により把握した副業・兼業先の労働も含めて、事前にこれらを遵守できる想定でシフトを組む形の対応が考えられますが、副業・兼業先での突発的な手術等の診療業務が発生することも想定され、一方の医療機関の指揮命令下でない副業・兼業先での時間外・休日労働の結果を随時把握し、インターバルを確保できるように、シフトを日々組み直すことは医療機関への負担が過大であると想定をされますので、こうした観点から検討を行い、疲労の蓄積がなされないよう配慮する必要があるのではないかとという形でまとめております。

それから、24ページにつきましては、月の時間外労働155時間を超えた場合の労働時間の短縮措置についてですが、先ほどの面接指導を行うこととした医療機関がこちらの措置を講ずることを原則としてはどうかという形で案をお示ししております。

25ページ以降は、(B)(C)指定に係る各機関の役割等に関する整理、それから、28ページ目以降が、参考として「上手な医療のかかり方の普及・啓発」の関連資料、それから、最後に36ページと37ページが、医師が作成する文書の簡素化等に関する取組状況を資料としておつけをしております。

資料1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、ただいま説明のあった内容につきまして、御質問、御意見をいただければ

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。

23ページの勤務間インターバル・代償休息関係につきまして、連続勤務時間制限あるいは勤務間インターバルは、(B) (C) 水準対象医師については義務化されることとなっています。ただ、(B) (C) 水準対象医師が勤務間インターバルの時間中に他の医療機関に勤務して疲労が蓄積するというようなことがあると、医師、そして患者双方の観点から見て余り望ましいことではないと考えています。

兼業・副業を連続勤務時間制限や勤務間インターバルの対象外にしてしまうと、事実上連続勤務の制限あるいは勤務間インターバルの確保が行われない状態を認めることになってしまうのではないかと考えます。

そもそも(B) (C) 水準は、現状の医療提供体制を維持するために、医師の健康確保の観点から追加的健康確保措置を義務化することを前提として、いわゆる過労死基準を超える時間外労働を認めるというものであり、過労死あるいは関連疾患の発症リスクが副業・兼業の場合は低減をするといったことは考えられません。

また、緊急時等の対応で勤務間インターバルを確保できなかった場合は代償休息付与等の対応も可能とされていることから、日々シフトを組み直すことが必須ではないと考えており、たちまちのうちに勤務体制の問題を引き起こすということもないのではないかとこのことです。

一つの病院で連続勤務をしていないから良いといった観点ではなく、また、責任の問題でもなく、関連する病院が連携して長時間労働を行う医師の健康を確保する体制をしっかりと構築する必要があると考えており、そのためにも、副業・兼業も含めた措置の義務化が必要であると考えます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいまの御発言に関連してでも結構ですし、そうでなくても結構ですが、何かございますか。

それでは、堤構成員をお願いします。

○堤構成員 6ページの面接指導実施医向けカリキュラムイメージについて、面接指導医の任務を確認させていただければと思います。

先ほど、本日追加で出された資料で、いわゆる面接指導を行った後、疲労度の確認、就業上の措置というような形が書いてあったので、面接指導実施の段階でそういう就業上の措置等のことが発生するのかなと思いますけれども、それはそういう理解でよろしゅうございましょうか。

○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 御質問ありがとうございます。

こちらの追加的健康確保措置の面接指導の実施で、その結果を踏まえて、就業上の措置につきましては、管理者のほうでその面接指導の結果を踏まえて措置を講ずるという形で考えております。

○遠藤座長 よろしゅうございますか。

では、どうぞ。

○堤構成員 そうしますと、その面接指導の内容を管理者にわかりやすく伝えて、管理者のほうでそれを把握して指導の措置をするという、そういう感覚でよろしいでしょうか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○大宮医療経営支援課長補佐 そのような理解でございます。

○遠藤座長 堤構成員。

○堤構成員 どうしても安全衛生法の面接と少し比較してしまうようなところがあるのですけれども、就業上の措置等に関して、面接指導医自身がよく理解をしていないと、そういうような助言とかいうのがなかなか難しいのではないかとということをちょっと考えておりました。

そうしますと、カリキュラムのイメージの中に、いわゆる労働安全衛生法の総論的なことがありますけれども、これだけではなかなか適切な指導というようなことができない。むしろ、その病院のことをよく知っていて適切な助言ができるというようなことが好ましいのかなと考えておりますけれども、いかがでございましょうか。

○遠藤座長 事務局、何かコメントはありますか。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

御指摘いただきましたように、病院の内部のことも適切に理解をしていることが必要となりますので、そのような趣旨で面接が実施されるように、医療機関のほうで仕組みや実施体制を整備していただきたいと考えております。

○遠藤座長 堤構成員、よろしいでしょうか。

では、先に村上構成員、お願いします。

○村上構成員 私も、6ページのカリキュラムを見て少し疑問に思っております。今回、労働安全衛生法が改正されて、産業医の権限が強くなっており、産業医の助言などについて、使用者のほうで十分措置を講じなければならないことになっておりますし、また、産業医に対して事業者がどのような措置を講じたのかということについても情報提供することになっていきます。このこととの比較で言うと、今回の産業医まではいかない面接指導実施医向けカリキュラムがこれで十分なのか、と思います。先ほども堤先生がおっしゃっていたように、何か健康上のトラブル、問題が出ている医師に対して、深夜勤務からは外したほうがよい、などといったアドバイスもできるようにする研修も必要だと思っておりますし、少し権限的なものがあったとしてもよいのではないかと思います。これが1点目です。

それから、5ページの一番下にある面接指導を行う医師の（推定される業務負担）につきまして、「1人15分面接指導を行うとして」というのは、15分やれば良いという話では

なくて、例えば15分面接指導を行ったとして負担はどれぐらいかを示しているという理解でよいか、確認したいと思います。

○遠藤座長 それでは、事務局、確認ということですのでお願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘いただきました面接指導実施医向けのカリキュラムイメージですけれども、御指摘いただいたように、就業上の措置を講じることの必要性等々も含めて、この（４）の追加的健康確保措置におきましては、そういった内容も含まれるべきというふうに考えておりますので、今、この研究班でこのあり方等も検討しておりますので、本日いただいた御意見を参考に検討してまいりたいと思います。

５ページ目の最後にございますとおり、15分面接指導というもの、これは仮定で現在このように置かせていただいただけでございますので、最終的にカリキュラムをつくって、実際に面接指導の目安が何分なのか、あるいは、もちろんその状況に応じて長くなることもあるかと思っておりますけれども、そういうことも含めて検討してまいりたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

村上構成員、よろしいですか。

○村上構成員 はい。

○遠藤座長 では、堤構成員、お願いします。

○堤構成員 ありがとうございます。

今の個人だけではなくて職場に対してもというようなことができると、すごく安心だと思えました。

○遠藤座長 ほかにいかがでしょうか。

それでは、今村構成員どうぞ。

○今村構成員 何点かあってちょっとお時間をいただきたいと思います。

まず1つ、5ページ目にあります、面接指導ですけれども、全国で約1万5000人ぐらいが必要があって、これはあくまで仮定で置いておられるのだとは思いますが、前回、私のほうで評価でどのぐらいの負担がかかるのか、実際に調べてくださいと、後ほど資料2で御報告をいただくと思うのですけれども、面接指導についても、先ほど、15分なのか、あるいは、それ以上なのかというような、まだはっきりしない漠たる数字で仮定を置いているわけですね。

1万5000人面接指導する医師は1万5000人必要だと。産業医は10万人いて実働は3万人だみたいな書きぶりになっていて、何とかなるのかなというようなイメージで書かれていますけれども、私も日本医師会の認定産業医制度で担当していて、10万人ぐらい今まで養成していますけれども、実働はここに書いてあるようにそれよりずっと少なく、なおかつ、いわゆる開業医が嘱託の産業医として活動しているというのが大部分だと思います。

そうすると、当然ながら、産業医以外の病院の医師が何らかの形で面接指導に関わらなければいけないと。それで、今本当に仮定だとおっしゃいましたけれども、15分で1人月2.5時間ということは、10人診るということは、1万5000人×10人ということは、15万人の

医師を毎月面接指導するのかと、こういうようなイメージになっていて、頭の中の計算ではなくて、評価と同様に、実際にある程度の、これはカリキュラムによってどのぐらい時間がかかるかと変更は起こるのでしょうけれども、もう少し地に足の着いた推計をしていただかないと、絵に描いた餅になるのではないかなという思いがありますので、ぜひとも、そこを御検討いただければと思います。

それから、次はお願いですけれども、15ページにありますとおり、評価機能の結果の公表ということで、これは検討会の報告書の中にしっかりと記載されていることなので、公表は公表としてするという事なのだと思いますけれども、今般、公的病院・公立病院の公表とか、公表についてはいろいろ世情を騒がせているというか、つまり、公表をしたことの意味をその公表されたものを見た人たちがどのように受けとめるかというのは、これは本当にいろいろな問題が生じる可能性がありますので、ここにも書かれているように、公表に当たっては留意が必要だということを、ぜひとも、その公表の扱いについては慎重な取り組みをしていただければと思っています。

それから、36ページのこれは参考資料ですけれども、前から、私もいろいろな勤務医の先生のお話を聞くと、民間の医療保険の診断書は物すごく負担になっているという御意見を伺います。厚労省もこういったことでこの文書の見直しに関する研究会的なものを開いていただいたわけですけれども、ここに書かれているようなことは、現実に、今どの程度の効果を上げていて、実際にその病院の医師のいわゆるこういった民間の診断書の負担が、以前はこのぐらいかかったけれども、今はこのぐらいになっているみたいな客観的なデータを厚労省はちゃんと持たれているのかどうかということをちょっと教えてください。

それから、最後になりますけれども、先ほど森本構成員から、副業・兼業のお話がありました。自分も昔はずっと大学病院にいて副業・兼業をしていた立場からすると、いろいろなパターンがあって簡単ではないと思っています。というのは、例えば大学病院が自分の関連している病院に医師を派遣する。これは当然関連している病院に派遣していますから、ある程度両方通算という考え方も出てくるのかもしれませんが、大学病院に依頼があっても、その病院との関連性が全くないということが結構ありまして。例えば、私などはもともとは麻酔科医だったので、緊急的な麻酔があるからぜひ頼むと言うと、地域医療確保のために出ていく。大学としては別に関連しているという感覚はなくても、頼まれば行ってもらわなければしょうがないということもありますし。それから、個人が自分の意思で個人的なつながりで副業・兼業をやられている先生たちも結構たくさんいらっしゃるわけですね。生活のためにやっておられるということもあると思います。

したがって、これを一律に全部、副業・兼業は同じルールの中で義務化して、何かルールをつくるべきだというのは極めて慎重にさせていただきたいなと思っております。

以上です。

○遠藤座長 それでは、事務局、幾つか質問が出ましたので、コメントをお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 まず1点目と2点目に関しましては、私から回答をさせ

ていただきます。

1点目の5ページの推計、今、1万5000人が月2.5時間程度の負担を負うことに関しましては、これは対象医療機関等を今1,500と推計しておりますけれども、今後、「10万人調査」の結果等も出てまいりますし、今後、このカリキュラムに関しても、研究班の中で精査してまいりますので、新たなデータが出てくるたびに、この推計がより精度の高いものになるよう見直してまいりたいと思います。

2つ目に、評価結果の公表に関しまして御意見をいただきました。この点に関しましては、前回も、山本構成員より御指摘いただいております、事務局としまして、今回、15ページに記載させていただきましたとおり、公表に当たっては留意が必要ということで、この点に関しましては、我々としても慎重に検討をすべきだと思っております。評価の公表に当たっては、その内容とタイミング、公表の仕方等々ですね。いずれにおきましても、病院や地域に非常にインパクトのあり得ることだと思っておりますので、これは非常に慎重に我々としても検討をしてみたいと思います。

○堀岡保健医療技術調整官 医師の事務作業、また、今、診断書を記載されるのにどれだけ時間がかかっているかというデータのお話でございますけれども、前回の働き方検討会の際に行った調査でどの程度事務作業をやっていたかというデータがございます。大体1日で医療事務、診断書等の文書作成等で36分の時間がかかっていくと。平均ですけれども、そういうデータがございますので、なかなかかなりの時間だというように考えております。

○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。

その36分と厚労省もおっしゃったように、あくまで平均値ですし、恐らく診療科によっても相当負担感が違うのではないかなとは思いますが、せつかく厚労省が研究会を開いて民間の医療保健においてこういう取組をしていくということがそれぞれまとまったと。そのことが成果にどのように反映しているのかというようなデータがありますかと、そういうことを申し上げました。

○堀岡保健医療技術調整官 この文章の見直しに基づきまして、金融庁のほうで、また、ガイドラインを改定していただいたということは聞いておりますけれども、その結果、さらにどれくらい縮まったかというデータは今は持ち合わせてないところでございます。

今、新たな勤務実態調査をやっておりますので、その中で分析できれば、資料としてお示しし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。

○今村構成員 結構です。ぜひよろしくお願いします。

○遠藤座長 それでは、お手を挙げておられた城守構成員、お願いいたします。

○城守構成員 ありがとうございます。

今村構成員が大体おっしゃいましたので、私のほうからも少しかぶりますけれども、副

業・兼業の件に関してですが、まず事務局に一応確認をしておきたいのですが、自己申告により把握をしていくということになるわけですが、この自己申告により把握をしたというのは、した場合はということですか。これは努力義務という、そういう意味にとってよろしいのでしょうか。

○遠藤座長 では、事務局、よろしいでしょうか。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

自己申告につきましては、自己申告自体が義務か努力義務かということではなくて、自己申告により把握をした場合には通算をしなければならないという、その部分については義務という形になっております。

○城守構成員 場合にはということですね。ありがとうございます。

先ほど今村構成員もおっしゃったように、基本的に、副業・兼業は本当にバリエーションが非常に多いということで、23コマ目にありますように、それぞれの（B）（C）指定の医療機関では、事務局の案でも一定月に面接指導等を行う、チェックを行うという案でございますので、これ以上、制度としてそれを把握してということはなかなか難しいと思います。

それと、これも事務局にお聞きしたいのですが、基本的に労働政策審議会で議論が行われている、現在の労基法に基づいている、副業・兼業の通算の議論でございますが、これは通算する、しないということに関しては、どちらとも言わずに議論が進んでいると聞き及んでおりますが、現状のまま、もしくは、通算したということを想定して、今回も全てのこの制度を事務局として構築されていっているのだらうと思っておりますが、これによっていろいろな二次医療機関等から、派遣が来なくなる、大学からは人が出せなくなるという状況は現場からよく聞くわけですが、実際、これを通算したということで、副業・兼業のこの体制をつくっていくということを想定した場合に、地域がどういう形で変わっていくのかということはある程度把握はされているのでしょうか。

○遠藤座長 医事課長、お願いします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今、まさに医師の働き方改革全体どういう形で具体的な制度設計をするかについて議論していただいております。それに基づいた影響というのを現時点で見込むのはできておりませんが、今回の議論のポイントといたしまして、御指摘のとおり、副業・兼業の問題についての議論は、まだ一般的なルールを検討中のところはございますが、今回、複数医療機関に勤務する医師の追加的健康確保措置に関しましては、これは医事法制の中で位置づけていくということになっておりますので、その中で全体像として議論できるところ、できないところはありますけれども、議論可能なところについて今回事務局から提示をさせていただき、そして、それについての御意見を賜っているというふうな理解でございます。可能なところから先ほどの御指摘のデータも含めまして、出せるものは出してまいりたいとは思っておりますけれども、きょうはこの前提の中で議論できるところと、それから、

こういう点がないと議論できないということも含めまして御指摘いただければと思います。
○遠藤座長 城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 今、事務局がおっしゃったとおり、基本的には医師の健康確保という観点で議論をしていくことは当然なのですけれども、これは3月までやった本検討会のときにも、それによつての地域医療への影響はどうなるのかということのバランスをとりながら体制を組まざるを得ないということで議論がなかなか収束していなかったという部分を、この推進検討会で検討するということにはなっております。

ですが、この視点は地域医療への影響が、難しいとは思いますが、視点としてはほぼ抜けているなということになりますので、例えば、この通算という形で制度ができ上がった場合に、地域の医療が行き詰まった場合に誰が責任をとるのかということもありますので、そのあたりも含めると、決まった議論を、要するに、ぎちぎちの体制でつくっていただくことは現場にかなりの大きな影響が出ますので、そのあたりはしっかりと勘案していただいて御検討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、森構成員、村上構成員、それから、片岡構成員の順番でお願いします。

○森構成員 城守先生がおっしゃった点は非常に私も共感できるところで、実際には、今、私の身近な問題で言いますと、関連する病院あるいは専門医プログラムの中での病院に対して、当直なり宿直なりということでも若い先生方にもお願いしておるのですけれども、理想的にはもちろん医師の健康確保が第一義ではありますが、実際にはそれを達成するためにかかなりの制約がかかると、実際、地域医療が成り立たないところが相当数出るのではないかとこのことをすごく不安に1つは思います。

それから、もう一つは、評価機能の公表のことは、極めて本当に重要で、患者さん側からは敬遠される一つの項目になりますし、それから、専門医プログラム等で医師を派遣する側、行く人たちにとってもブラック病院だということでもそういうところを外さざるを得ないとかそういう話にも発展しかねないということがありますので、これは、発表するにしてもどんなふうな発表をするかということをお考えいただけるということなので、ぜひお願いしたいと思います。

それから、もう一つこの会での議論として成り立つのかどうかはわかりませんが、私自身は2つ非常に重要な点があるのではないかと考えています。1つは大学の研究者の研究時間の勘案をもう一度意識を共有していただければなと思います。

それから、もう一つは、長時間勤務を減らす策としては、医師の側のタスクシフティングを進めないといけないということのほかに、もう一つは、女性外科医の割合がどんどん割合がふえていく中で、女性医師はほとんど外科は選んでくれないという現実もあります。しかしながら、これをそのまま放っておくと、男性医師の割合がどんどん減っていき、外科医希望者はますますいなくなるということで私たちは非常に憂えているわけですね。で

すので、女性医師がどうやって具体的に働けるかという、その観点の議論をどこかでは多分十分されているとは思うのですけれども、この中では私お聞きしたことがないので、ちょっと教えていただければと思います。

いろいろ申しましたけれども、よろしくをお願いします。

○遠藤座長 事務局、幾つか御意見がありました。質問ではなかったようにも思いますけれども、関連するコメントがあれば承りたいと思います。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

女性医師の勤務環境改善に向けては、前回の検討会においても議論していただきまして、院内保育や病児保育、病後児保育、あるいは、勤務体制の時短勤務とか、あらゆる策がどういったものがあるのか、今現状どうであるのかということは御議論していただいたところでございます。

ただ一方で、本当に女性向けにやるのか、女性医師対策としてやるのか、あるいは、それよりも、男性医師も含めて保育や介護に携わる医師が働きやすい勤務環境は何なのかというような観点が重要ではないかといった議論を前回していただきましたけれども、引き続き、この推進検討会でもその視点は非常に重要だと思っております。今回も評価機能におきまして、女性医師あるいはそういった育児や介護に取り組む医師がどのように働けるのかというようなことも評価機能の項目としても入れさせていただいておりますので、あらゆる観点で今先生御指摘いただいたようなポイントを我々としても念頭に置きながら議論をしてまいりたいと思います。

○遠藤座長 森構成員、どうぞ。

○森構成員 大変ありがとうございました。よくわかりました。

もう一つ大学のほうの話をするすと、山本先生のほうがお詳しいのですが、臨床研究のスピードが日本は格段に落ちているというのはいろいろな報道でされているところですが、医師の働き方改革の中で、今現在、厚労省関係のいわゆる医療に関するタスクシフトという話はよくしていただいて、大変ありがたいと思いますが、その一方では、研究の文科省からのタスクシフト、研究面でのタスクシフトをどんなふうにか考えるかということも、ぜひ、厚労省からも文科省に働きかけていただくなりして、大学の研究者の研究スピードがこれ以上鈍らないように、あるいは発展できるようにという観点でのタスクシフト、医療と研究と両方タスクシフトが必要だと思っておりますので、その観点での働き方をぜひお願いできればなと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 ありがとうございます。

城守構成員、森構成員からの御発言を伺ってしまして、前回の検討会での議論をもう一度振り返っていただきたいと思ったところです。時間外労働の上限規制については、一般則ではない基準として（A）水準を定めました。その違いは、月の上限もそうですが、年

間の上限が、720時間か960時間かというところですが、この点は休日労働を含む・含まないということがありますので、おおむね、一般則に近い水準が（A）水準だと思います。（B）水準は、年間上限の960時間でもおさまらないところがあり、地域医療提供体制を守らなくてはならないということから、その水準を今のところは1,860時間まで認めるということになっているわけです。その際には、大変な議論があった中で報告書として取り纏めたという経緯があります。

何を申し上げたいかということ、複数医療機関で勤務しているからといって、（B）・（C）水準を通算して守るのが難しいであるとか、追加的健康確保措置を講じることが難しいという話になってしまうと、何のために（B）・（C）水準という議論をしてきたのか、ということになってしまうのではないかと考えております。この点については、どうやったら地域医療提供体制の問題と医師の健康確保とを両立させることができるのかという視点で、前向きかつ建設的に考えて頂くことが必要ではないかと考えております。これが1点目です。

また、副業・兼業に関する労働時間の自己申告について城守構成員からの事務局のほうに御確認がありましたけれども、自己申告により把握した場合には措置を講じるということでは少し甘いのではないかと考えております。どこで勤務しているのか本人から聞かないと分からないということはあるので、そこは自己申告かもしれませんが、自己申告をさせるところまでは義務としてやっていただかないと、結果、追加的健康確保措置の実効性は上がっていかないのではないかと考えております。

また、自己申告を仮に義務化しなかったとしても、結局、安全配慮義務がかかってきますので、そういう意味からしても自己申告で労働時間を把握しておくことは医療機関にとっても必要ではないかと考えております。

関連しまして、22ページの「面接指導を実施する医療機関についての考え方（案）」で図示されている内容について1点質問です。右下のほうに、「複数の医療機関において（B）（C）水準対象医師として勤務」とありまして、（C）は研修プログラム中なのでそういうことはあり得るのかなと思ったのですが、（B）については、960時間を超える時間外労働をせざるを得ない医師が複数の医療機関で（B）水準の適用対象になりうるのでしょうか。それでは過重労働になってしまう。1カ所、（B）水準の医療機関で（B）適用対象の医師として働きながら（A）でも働くということはあるかもしれないのですが、複数の医療機関で（B）（C）水準対象医師としてよいのかということがあります。そこはどのようなパターンになるのかということをお教えいただければと思います。

最後に、女性医師の問題は前回の検討会で十分議論されたと思ったのですが、私としてはそこは必ずしも十分な合意形成はでき得ず、心残りだった部分です。先ほど事務局の方からもありましたけれども、男性も女性も家事・育児・介護を両立できるような働き方というものを模索していかなければ、女性医師も十分に活躍できないのではないかと認識しておりますので、この検討会なのか、どこか別の場かもしれませんが、もう少し

検討を続けることは必要かもしれないと思っております。

以上です。

○遠藤座長 それでは事務局、御質問もあったので、お答えをお願いします。

○大宮医療経営支援課長補佐 1点目の22ページの右下の図に関してでございますけれども、こちらは「複数の医療機関において（B）（C）水準対象医師として勤務する場合」となっておりますけれども、960を超える場合ですけれども、それが2つ以上という場合に960だとしても1,920になりますので、これは一般的には想定されないケースというふうに考えております。あくまで1,860が上限だという形で考えております。

○遠藤座長 村上構成員。

○村上構成員 これはないということで考えておけばよろしいでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 ちょっと補足させていただきたいと思っておりますけれども、また、事務局でも整理しますが、（B）水準対象の医師ということですので、（B）水準の指定されている医療機関において、例えば救急科など（B）水準の対象の診療科に行つて勤務するような場合におきましては、もちろんトータルで1,860あるいはその上限時間を超えないということは前提でございますけれども、その本務先あるいは副業・兼業先におきまして（B）水準対象医師となるということは現状起こり得ると事務局としても考えておりますので、そういったことを念頭に置いてこのように整理させていただきましたが、ややわかりづらい部分もあるかと思っておりますので、改めまして、より理解がたやすいような記載ぶりは今後検討をしてみたいと思っております。

○遠藤座長 よろしくをお願いします。

それでは、先ほど手を挙げていた片岡構成員、それから、家保構成員の順番でお願いします。

○片岡構成員 ありがとうございます。

私も23ページあたりに関連するところですが、先ほど村上構成員から御意見いただいたところとかなり重なる部分もありますけれども、私も地域の医療機関などでこの働き方改革の今こういう現状でというようなお話をすると、必ず聞かれるのが「兼業をした場合に通算されるのでしょうか」ということです。地域の医療機関の先生方は、「派遣がなくなるのではないか」というのをかなり強い懸念として持っていらっしゃると思っておりますので、そういう意味で地域医療への影響を把握していただきたいという城守構成員の意見には賛成です。

一方で若手医師からは、通算されないのであれば意味がないというような意見もあります。兼業の負担は人によって違うと思っております。生活のために兼業が必要な方もいらっしゃると思っておりますが、いわゆる本務先でかなりの重労働をしていて、さらに、兼業に行くということで、過酷な負担になっている方も、特に若手医師で多くいらっしゃるの事実です。実際に本務先で勤務をして、ほとんど寝てなくて兼業先に行く途中で交通事故で亡くなった方、事故にあいそうになった方、そういった事例は実は結構耳にしたことがある、とい

う話は多く聞きます。

ですので、地域医療機関への影響を、そこを推測して調べていただくと同時に、若手医師自身がそうした兼業の必要性あるいは負担ということをごどのように今現在感じているかということもあわせて現状把握ということをしていただくことも必要なのではないかと思いました。

23ページが一番下の行で、「各医療機関が他の医療機関での勤務時間も考慮した上で」という複数の医療機関がどこもお互いに把握しましょうといったような書き方だとは思いますが、そうすると責任の所在がなかなか見えにくくなるので、本務の一番長く働いているところが全体を把握して、ある程度そこが責任を持つといったような体制のほうが現実的なのではないかという印象は持っております。これに関しては以上です。

先ほど文書に関する現状での実効性はどうなのかという御質問が今村構成員からあったと思うのですが、これは実感としては、今、クラークさんが非常に活躍しておられて、文書作成業務とかをかなり担っていただいておりますので、現状としては非常に楽になった印象は持っています。ただ、いまだに手書きでないとだめな書類とかもあるので、そのあたりは入力できたらより楽になるとか、そういった細かい点での改善点はあろうかと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、家保構成員、城守構成員、島崎構成員の順でお願いします。

○家保構成員 ありがとうございます。

3～4ページ、今までと内容が変わりまして、手続のことについて少しお教えいただきたいと思います。申請について病院が所在する当該都道府県に申請するというふうにやっていたのは非常にありがたいと思います。

ただ一方で、全てのプログラムを見たわけではないですが、眼科の千葉県のプログラムを見ておきますと、私大の分院がお互いを基幹施設と連携施設として相互に位置づけ、加えてその病院を都内の大学本院が連携施設として位置付けるというような形になりますと、申請が3カ所に出てくることになります。また、他のところでも、これも眼科で、都内の大きな眼科病院だと思いますが、都内や県外の基幹施設の連携施設として位置付けられています。各々東京都内の大学病院が2つか3つそこに連携施設にすると、同じ連携施設についていろいろな基幹施設から申請書が出てくる。非常に事務的に煩雑になります。多分、根本としては、(C)－1水準について、初期臨床研修や、専門研修の管理責任は基幹施設が負うということをご前提にこうやられるのでしょうけれども、採用期間中の健康管理とか事務管理は、その病院の開設者もしくは管理者がきちんととられるというのが筋だと思います。あくまでも当該協力型または基幹型として参加している病院については、参加されているプログラムについて全て一括して出していただいて、それをトータルで都

道府県や、後に出てくる評価機能の組織がきちんと評価するという形にしないと実効性が出てこないのではないかと思います。

特に後ほどの議題で出てくる評価のところなど、資料を読ませていただきますと、1病院当たりかなり時間がかかる。これが連携しているところまでの評価を基幹施設の評価の際に全部するとなると、この時間帯ではおさまりませんし、費用面でも高額になりかねません。一方、プログラム毎に評価をすると、手数料も余分にかかることとなります。あくまでも評価は申請された病院全体、(B)病院もしくは(C) - 1、(C) - 2の病院について一体的に病院全体で実施する方が、コスト的にも、また、時間的にも節減できると思いますので、是非検討をいただければと思います。単に手続だけでなく、評価のところと非常に密接に多分関わってくると思いますので、できるだけ効率的にかつ実効が担保できるような方法を検討いただければなと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、城守構成員をお願いします。

○城守構成員 先ほどの村上構成員から前向きにというお話がございましたが、私は決して後ろ向きの話をしているのではないという、その点だけをちょっと御説明しますね。

基本的に、960時間を超えるのは一般的に見ても法的に見てもよくないということは我々もわかっていると。そして、前回の検討会で1,860時間まで認めましたと、先ほどお話がございましたが、認めていただきました。

でも実は、そのほかにもこの副業・兼業とかさまざまな現場で、実はマンパワー的に足りないがために、みんなが補って、結果的に現在の医療の提供体制ができていているという現実があるわけですね。ですので、その中においてドクターの健康確保も健診も面接もほとんどこれまで行われてこなかったというこの現状を鑑みて、事務局がさまざまな追加的健康確保措置というものを策定をして、そして、その中において現状できるだけそれを適用できる最大限の提出をしてくれていると思うのですよ。

ですので、本来であれば、先ほどから森本構成員も含めておっしゃるように、厳格化をしていくということが一番いいのしょうけれども、そうすると、地域の医療が成り立たないというふうになるので、時間をかけて両方がうまくおさまるような形に制度設計をしましょうという話でございますので、決して後ろ向きに議論をしているわけではないということだけ御理解ください。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、島崎構成員。

○島崎構成員 ありがとうございます。

副業・兼業の問題については、これまでも私もどうなっているのかということについて、前提条件についていろいろ聞いてきたわけですがけれども、今回も、今、城守構成員から、それから、村上構成員からあった話、これは本質的な話だと思うのです。そういう議論の

前提として、17ページですけれども、これは前にもお伺いしたのですけれども、労働政策審議会において一般則の取扱いを変更することとなった場合には、その議論の状況にあわせて検討を行うということになっています。この労政審の検討状況はどうなっているのかということをもう一回確認させていただきたいと思います。

恐らく「現在検討中」という御回答になるのかもしれないのですけれども、もう12月ですから、次期通常国会に提出法案調べというのが来ていると思うのですよ。そこでは兼業・副業の法案はどういう取扱いにしているのかということについて、確認させていただきたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局、よろしくをお願いします。

医政局長、どうぞ。

○吉田医政局長 事務局の医政局長でございます。

島崎構成員の御質問は、まず事実関係としての労政審における検討状況についての御照会と、いずれにしても労政審の検討がまだすばっと出てないというのは、この後、基準局からお話があるかと思いますが、そういう状況の中で、実務的な話は別にして、厚生労働省医政局として、医事法制あるいは医療法制についての見直しの中で今回やるということをお照会いただいているのでしょうか。

○島崎構成員 そうではありません。医療法の改正について次期通常国会に法案を出したいと思っているということは、当初この検討会が始まるときに医政局長からそういうお話があって、だからこそ、12月中に一応のとりまとめをするというスケジュールであることは承知しています。

私が聞きたいのは、労働部局のほうで、労働政策審議会において一般則の検討を行ってきたのだけれども、多分、まだ結論がまとまってないのかもしれない。けれども、新たに法律改正をする必要が生じる場合、例えば兼業・副業の場合の労働災害保険の取扱いについて法律上の手当てをするということになったら、それは次期通常国会に法案が出てくる可能性があるのかということをお伺いしたのです。次期通常国会の提出予定法案の調べの取扱いはどうしていますかということをお伺いしたのはそういう意味であり、次期通常国会には、副業・兼業に関する一般原則に関して法律は出さないという決断をしているのか。それともまだ出す可能性はあるという取扱いをしているのかということをお伺いしたのです。

○遠藤座長 それではお願いします。

○黒澤労働条件政策課長 御指摘いただいた中で、さまざまな課題がある中で、特に労働時間通算の部分でございますけれども、これに関しては労働政策審議会でも9月の終わりごろから議論をいただいているところでございます。先般の会議におきまして、今後、整理していくべき事項といったものについても御議論をいただいているところでございますが、この間の議論におきまして、一般の副業・兼業に関しましては、非常に実態が見えにくい中におきまして、さまざまな事例をもとに御議論をいただいているところでございます。

そういった中で、労働者側あるいは使用者側両方で、副業・兼業に伴う長時間労働の間

題あるいは健康確保の問題は大変懸念される部分であって、丁寧な御議論をいただきたいということでございます。

一般則のほうでこの労働時間に関して通算するという法的な措置は既にある中において、しかし、それはどうやって実効性がある管理をするのかと、いわば実効性のある労働時間管理のあり方といったものがこの間のアジェンダだったわけでもございまして、ここに関しては労使とも、企業実務の観点も踏まえて、具体的な議論が必要であるということで、引き続き、この議論が継続をされているというところでもございます。法律上、労働時間に関して通算するというのは既にございまして、問題はそれをどうやって適用するのかという部分に関しまして、引き続き議論が行われているというところでもございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

○島崎構成員 労働時間について通算の規定があることは私も承知しています。私が聞いているのは、労働時間の通算以外で副業・兼業をもう一步進めようということになれば、例えば労災の取扱いの問題とか健康管理とか法律上手当てしなければいけない部分が出てくるではありませんか。その部分については労政審では議論してないということですか。

○遠藤座長 どうぞ。

○黒澤労働条件政策課長 失礼いたしました。労働時間以外に関しまして、今御指摘いただいている労災保険と健康管理に関しても、それぞれ部会や分科会は別になりますけれども、御議論をいただいているところでもございます。現時点におきまして、何か明確な結論といったものは出ていないと承知をしておりますけれども、鋭意、それぞれの部会、分科会で議論が進められているという状況でもございます。

○島崎構成員 であれば、それは次期通常国会には、いずれにしても、一般則に関して副業・兼業の関係の法律改正はされないと理解していいのですか。

何でそんなことを聞いているかということ、医師の働き方の検討会の中で副業・副業に関する議論をやっている、それを基に法案を出したら、すぐに一般則の取扱いが出てきてその整合性をとる必要が生じたらおかしいでしょう。だから聞いているのです。

○遠藤座長 お願いいたします。

○吉永審議官 副業・兼業につきましては、労政審のほうで3つの分科会、部会で議論してございます。それぞれ取扱いにつきまして、慎重な検討が必要な部分もございまして、その中で、労災保険については議論がかなり煮詰まってきたという状況でもございますので、労災保険につきましては、次期通常国会も念頭に置きつつ現在議論をしていただいているという状況になってございます。

○遠藤座長 島田構成員、お願いします。

○島田構成員 今の議論ですけれども、ちょっと確認したほうがいいのではないかと思います。まして発言するのですが、今、一般的に副業・兼業について議論になっているというのは、全体として働き方改革の中でも副業・兼業はもう少し自由化したほうがいいのではないかと、という脈絡で、例えば厚生労働省の就業規則のモデルの中でも原則的には自由なのだと、

こういうことだったのでですね。

今、私たちが議論している医師の副業・兼業の問題は、そこで議論しているような本来自由であるべき就労の機会をどこまで制約できるのかという話とは大分違う議論ではないかと思っておりますので、かつまた、一般則の問題は、通算のところに関しては、むしろ、法律の中身ではなくて、解釈の問題ですので、これについてはいろいろな議論があり得ると思っております。

そこで、きょう御議論が出ていたこととの関係でいくと、医師の場合の副業・兼業の先ほど今村構成員のほうから多様だという御発言があつて、なるほどなと伺ったのですが、その際に、要するに、今、一般的に議論しているような意味で、収入をもっと上げたいとか、あるいは、自分の経験を積みたいというので自分のプライベートな時間を副業・兼業してもいいのではないかという話とは違う、先ほどから城守構成員が言われている地域医療の確保という、個人のというよりは、地域医療の確保という高度な公共性のもとでこの問題をどう考えていくのかというあたりを少し整理して議論を進めないとなかなか難しいのではないかとということをございます。

大変な難しい課題であるかとは思いますが、なぜ必要なのか。先ほど片岡構成員が言われたのを聞いていると、自分がやりたいのではなくて仕方がなくて行っているというような、そういう兼業もあるのかなと思ひまして、それは今一般で議論している話と大分違うと思ひますので、そこらへんも少し副業・兼業ということの具体的な中身ですね、そこを詰めて議論をしたほうがいいのかと思ひました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

初めての方を優先させてください。山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 先ほど来出ている副業・兼業はもろに大学病院のお話でございまして、大学病院の医師はほとんどが副業・兼業に出ているということでありまして。当初、今村構成員からお話があったように、その内容については確かに多種多様であります。ただ、今お話があったように、確かに高度の公共性の確保という視点は非常に重要なのかなと思ひましたが、いずれにしろ非常に複雑である、煩雑であるということがあります。管理をどうするかという問題で、もちろん申告に基づいて本務先である大学病院が集計するあるいは管理に当たるということは否定はしませんけれども、今の高度の公共性の確保という視点から考えれば、最終的な責任を大学病院だけが負うのは極めて厳しいのではないかとすることはちょっと一言申し上げておきたいと思ひます。

それから、副業・兼業に関してとかく地域医療の観点で御議論をいただいておりますけれども、そもそも大学病院は間違いなく（B）（C）に入ると。これは、この中の医療密度が非常に高い、勤務がそもそも時間が長いという中で、例えば、先ほどのような突発的な事故などがあつて代償休息をとらなければいけない場合に、既に大学病院の勤務体制、診療体制がぎちぎちでどうにか回している体制の中で、そこでその部分もまた吸収しろと言われたら、これはもう大学病院の診療体制そのものが崩壊するということになりかねな

いということも、ぜひ、ここは申し上げておきたいと思います。地域医療体制ももちろんですけれども、我々大学病院の診療体制を守るということをまず第一に考えなければいけなくなるということは申し上げておきたいと思います。

先ほどの評価機能の公表につきましては、これは先ほど森構成員からもお話があったように、患者さんの動向もさることながら、若いドクターの動向も非常に重要でありますので、軒並み大学病院はブラックになっている、だから嫌なんだよという話とは違うので、なぜそうせざるを得ないのか、どういう過程をたどっているかなど、細かい説明を丁寧な説明をあわせて公表に当たってはし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。

森本構成員、何かございますか。

○森本構成員 2つの論点が入りまじっているのではないかという感じがします。今回の追加的健康確保措置は、あくまで地域医療提供体制を確保する観点から、追加的健康確保措置を義務づけた上で時間外労働は960時間を超えることができ最大1,860時間まで、と規定がされたものだと思っております。

23ページの話も含めてですが、ここではいわゆる勤務時間の通算をどうするかという話をしているわけではないのですね。実質的に勤務時間が960時間を超えて（B）（C）水準になるときに、面接指導と連続勤務時間制限などが義務化されるわけですが、この勤務間インターバルあるいは代償休息の時間は勤務時間にカウントされるわけではありませんから、そのことによって時間外労働がより減少するということは起きてこないと思っております。

加えて、もともと勤務間インターバルを義務化してほしいというのが私たちの思いでしたが、それだとたちまちシフトにも影響が出てくるということから、代償休息なども一定程度認めるという形にすれば病院も対応できるのではないかと、ということで今回の追加的健康確保措置が設けられたと理解をしています。

したがって、地域医療提供体制にたちまち影響が出るということ自体、どこの部分に関係して影響が出てくるのかが、今の議論の中では見えないなというのがまず1点。そして、これは勤務時間そのものを通算するかどうかという議論ではなくて、あくまで相当な長時間労働を行っている医師に対して健康確保措置をどこかでしっかりと講じていく必要があるのではないかと、という議論の観点から言わせてもらっているということを御理解いただければと思います。

○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。

先ほど山本構成員から、地域医療の確保ももちろん重要だけれども、大学病院の医療機能を保つということ自体も非常に重要だと。まさしくそうなのだろうと思います。私本当にちょっと心配しているのは、例えば、今、何の結論も出ていないのですけれども、こう

いう議論をしていると。そういうことで、実際問題、大学から医師を派遣するのをやめようというようなお声が出ているところも、これは幾つか聞いているのですね。

これは真摯に前向きに議論をすればするほど、直接そういう議論を聞いていない人たちだけは、表面的な結論だけが外にどんどん出ていって、それで、早目に今のうちに体制をとっておかなければ大学側の医療機関が持たないからということで、これは大学全体の意思なのか、医局でそう考えられるのかは別ですけれども、いろいろそれぞれ自分たちの将来の大学の医療機能を保つためにどうするかというのを検討されていくわけですから、そういう風評というのか、結論も出ないうちにいろいろなことが起こってきて、それが、また、地域医療に悪い影響を及ぼすのではないかという危惧は本当に持っております。

したがって、厚生労働省も、いつもこういう話をするとメディアの方たちもいらっしやると、この数字を何の注釈もつけないでただ出すと混乱しますよと、十分注意してやってくださいねというお話をするのですけれども、結果的にいろいろなメディアにいろいろなものがぼーんと出てきて現場が混乱するということは現実に起こっていますので、本当に地域医療の確保は、これは変な話、医師が健康であることはすごく大事で、医師が健康でなければ患者さんは安全安心な医療を受けられないと、そのとおりですけれども、そもそも医療自体を受けられなくなってしまうということも起こり得るので、今、森本構成員がどうしてそういう議論になるのかよく理解できないというようなお話もありましたけれども、もう日本の地域医療はそういう形で長年保たれてきたことがあって、根本的な医療提供体制の議論もしないで労働時間の話だけが出てきた。これは医師の健康確保のためにはすごく大事な議論だとは思いますが、そもそもの根本の医療提供体制の話が何も解決しないのに、ここだけこういうことがどんどん進めば、当然のことながら現場に混乱が起こってくるので、本当にこれは慎重な議論、それから、メディアの方にも慎重な発信をし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。

では、一言だけお願いします。

○森本構成員 お伺いしたいのですが、1,860時間を1,600時間にしようとかいう話をしているわけではないですよ。

○今村構成員 違います。

○森本構成員 あくまで、長時間労働をしたときに追加的健康確保措置を講じるかどうかという話で、それが勤務時間に大きく影響するという話ではないですよ。

○今村構成員 健康確保措置をすることが勤務時間に影響するという話ではないですよ。

○遠藤座長 まだ議論は尽きませんが、もう一つアジェンダがございますので、本日はこれくらいにさせていただきますと思います。

それでは、もう一つの重要なアジェンダでございます。評価機能の議題に移りたいと思います。

それでは、まず事務局から資料2について説明をしていただきまして、続いて、一戸参

考人より資料3について御説明をお願いしたいと思います。

○大宮医療経営支援課長補佐 最初に事務局から、資料2「評価機能について」の御説明を簡単にさせていただきます。

まず1ページ目でございますけれども、こちらは評価機能の組織体系(案)でございますけれども、前回の検討会資料からの変更点としては、地方事務局を置くということ、評価機能に第三者の委員会を設置して中立性を確保すること、地域の医療提供体制と医療機関内の労働時間短縮の取組とその関係を分析するために地域医療構想アドバイザーの意見を聴くという形で、案をお示ししております。

それから、2ページ目でございますけれども、前回の検討会におきまして、全体としての程度の業務量を見込んでいるのか。モデル的に評価を実際の病院でやってみて、作業量・時間等を算出してほしいという御意見をいただきましたので、医療機関の協力をいただきました。実際に2ページ目のとおり評価の施行を実施いたしました。

先週の月曜日25日ですけれども、500床規模の高度急性期・急性期医療を担う医療機関の協力を得て、資料の6～9ページの項目について、書面・ヒアリングによる評価を実施いたしました。実施体制としては2名で行ったものでございます。

3ページ目をお開きいただければと思います。まずセッション1で、主に人事担当者を中心に労務管理に関する状況、セッション2で管理者や事務担当者等に関してタスクシフト/シェア等、勤務環境改善等に関する項目を評価し、合計で250分という結果となっております。ただ、まだ制度化されてない勤務時間インターバル等については評価を実施していないため、実際の評価の使用時間はこれよりも多少ふえるということが想定されます。

4ページ目は、評価を施行した後の協力医療機関からのフィードバックでございますけれども、事前提出書類の事務に手間がかかるので、提出対象・提出期間を絞り込む等、負担軽減に配慮してほしい、本件を評価するに当たっては、地域の医療提供体制や医師の養成等の事項とあわせて評価するべきといったようなフィードバックをいただきました。

今後、今回の試行結果は検討会での意見を踏まえまして、厚労省で研究班を立ち上げまして、大学病院、公立・公的病院、地域の救急医療の中核を担う病院等の医療機関で、さらに検証を行うことを予定してございます。

5ページ目が実際の評価結果の通知書のイメージでございまして、S～Cまで。労働時間短縮の取組と労働時間短縮の状況について、段階評価の案をお示ししております。

6ページ目以降が、その実際の評価通知のイメージでございまして、前回の検討会の御指摘・御意見を踏まえまして、衛生委員会の実施の部分とか、それから、患者の満足度のところにつきましても、最後の9ページの医療のアウトプットのところで追加をしております。

10ページ以降は参考資料でございますので、適宜、御参照をいただければと思います。

最後に補足でございますけれども、本日、NPO法人卒後臨床研修評価機構の一戸様をお招きしておりますけれども、本ヒアリングにつきましては、医療機関に対する訪問評価を行

うというような観点で評価機能に想定されております役割として共通をするということからヒアリングを行っているという趣旨でございますので、その評価機能としてお願いするという趣旨でございませんので、あらかじめ御承知おきをいただければ幸いです。

以上でございます。

○遠藤座長 それでは、続きまして、一戸参考人よりよろしくお願いたします。

○一戸参考人 初めまして、一戸でございます。卒後臨床研修評価機構から参りました。本日はお招きいただき、ありがとうございます。

配布させていただきました資料、確認させていただきたいと思いますが、本日、緑色と青色の各冊子でございますでしょうか。こちらの「NPO法人卒後臨床研修評価機構」の平成30年度の事業報告書並びに同じく青色で書面調査票ありますか。それから、評価の紹介をさせていただいておりますパンフレットでございます。こちらが評価の歴史や概要や流れについてでございます。

そのほか、本日、追加でこちらのホッチキスどめでございますが、医師の臨床研修のガイドラインのかわり、こちらの本検討会にも関連し、書面も自己評価調査票も次のバージョンにちょうどかわったところで、本検討会に該当するところだけを抜粋しております。したがって、こちらは今現在のものでございまして、こちら、今、抜粋したところが関連する部分のみ、今、改定した内容ということでございます。

初めに、若干だけ卒後臨床研修評価機構について御紹介させていただきますと、こちらの緑でございます。緑のこちらの事業報告書をお開けいただければと思います。こちらで使われているスタンダードが67ページ、「自己評価調査票2018年度版」が臨床研修病院の評価スタンダードでございます。臨床研修病院のうち手挙げ方式で出資して評価を受けていただく全ての病院に同じ調査票でございます。

そのほか、こちらのパンフレットを見ていただければと思いますが、第三者評価の場合、設立して十数年たちますが、書面調査と訪問の両方で行っておりますので、それらについてはこちらの流れについて書いてございますので、そういう意味でスタンダードがあり、そちらは自己評価と訪問調査の両方で評価をしていただくと。第三者の場合には、まずは病院の中でいろいろ検討してきましたこのスタンダードを参考にいただき、院内で御評価をしていただき、それをもとに第三者はあくまでも実際にそこにずっといるわけではございませんので、参考になるよう支援を行っているということでございます。

しかしながら、いろいろなデータ、それこそ時間も含めて、それらのデータについては書面調査票に病院様に落としていただきまして、その書面調査票に基づいて病院の特徴を把握させていただいております。その書面調査票がこちらの青い冊子の2ページ目からでございます。2ページ目から書面調査で、あらかじめ臨床研修病院の特徴、具体的な研修の実態を御記入いただいた上で、実際にサーベイヤーによる訪問調査を実施しております。

それで、ちょっとだけ抜粋させていただきましたと、こちらのホッチキスどめでございますが、1ページ目をお開けいただきますと、臨床研修調査票の新しいバージョンでござ

いまして、関係するところだけ少し抜粋させていただきますと、労働時間の状況や労働に該当しない研修について、それから、当直等について、病院の実態を確認させていただいております。

それから、裏の2ページでございますが、健康管理の実施、健康診断、ストレスチェック、予防接種等のものについて、それから、給与といったところを書面であらかじめお聞きしているというのがこちらの3ページ物でございます。

それから、今お配りした最後のスタンダードに関してでございますが、「自己評価調査票 October 2019」が3ページ目でございますが、こちらに関しては、スタンダードのうちでも研修医の処遇に関するところでございますが、Pg4.4というところでございます。Pg4.4 研修医の処遇が確保されているかというところに関しては、「労働者性への配慮がされている必要がある」ということを前提に、Pg4.4.1をごらんいただけるとよろしいのですが、「研修医の位置付け・処遇に関する規程が明確になっているか」という評価項目に対しまして、①②③ということで、病院の中ではあくまでも臨床研修病院全体としてどのように位置づけているかということを確認させていただき、組織図上明確であり、処遇に関する規程があり、全職員に周知されているかと。

特に本検討会と関連する部分といたしましては、青字にさせていただいているところがありますが、こちらの評価に際して、労働に該当しない研さんと判断される条件として、こちらに基づいて研修医がきちんと労働に該当するかを判断してほしいと。

さらに、4.4.2に関しては健康診断でございますが、こちら④のところの青字でございますが、研修医がライフイベントやハラスメントについても相談でき、過労死ももちろんでございますが、いろいろなストレスを抱えた場合、病院全体で救える体制にあるのかということをお聞きしております。

4.4.3でございますが、こちらは当直・時間外研修についてでございますが、こちらも労働に該当しない研さんとの区別を病院独自にきちんと考えて明文化し、責任を病院はとっているかということで、こちらの矢印を見ていただければと思いますが、青字のところですが、当直明けの勤務状況等を確認し、連続勤務時間制限と勤務時間インターバルが確保されているかということをお聞きしております。

あくまでも、臨床研修病院は開設主体によらず全ての大学病院様もお手挙げしていただいておりますので、この卒後臨床研修評価の第三者評価の目的としては、研修医の処遇をはっきりと位置づけ、それから、指導医もオーバーワークにならないような工夫もされているかといったところを確認しております。

そちらが、こちらのスタンダード、新しくかわったところではないところも含めてごらんいただきたいのですが、67ページからのスタンダードの柱を見ていただきますと、69ページでございます。69ページに2.2.3ですが、「臨床研修指導医が確保され、機能しているか」というところは、病院長の責任で組織として研修医も指導医もきっちりと確保されているかという意味で、守られている意味でも、事例があるかと。それから、きっちりとオ

オーバーワークにならないよう守られているかといったようなところも別な項目のところですが、一応確認し、評価をするという体制でございます。

実際、指導医のオーバーワークに関しましては81ページでございます。右側のPg7.1.3は指導する側の体制でございますが、研修医ではなく指導する側を、7.1.3を見ていただきますと、「臨床研修指導医が指導を行う体制が確保されているか」というところの矢印を見ていただきますと、オーバーワークに対しては実際に訪問調査を行いながら、このような実態では少し困るのではということも含め支援をさせていただき、院長先生の責任のもと改善を促すという支援体制を行っております。

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、事務局からの説明及び一戸参考人からの御報告につきまして、御質問・御意見等があれば承りたいと思います。いかがでございましょうか。

それでは、岡留構成員、お願いします。

○岡留構成員 先ほど、事務局の説明に対してちょっとお聞きしたいことがあるのですが、これは四病院団体協議会で検討して、幾つかの点でわからない部分があったものですから、きょうはそれを確認したいと思うのですが、3つほどあります。

まず第1点ですが、(B)水準、(C)水準、医療費もこれから対象になっていくと思うのですが、将来的には、2036年に(B)水準の対象医療機関はなくなりますよね。その後、この評価機能というのは業務の内容が非常に縮小していきだろうと思うのですが、そのへんの組織体として継続性が保持できるかどうかということがまず第1点ですね。

それから、第2点、(C)水準の医療機関は、臨床研修、専門研修を実施する医療機関であります。3年に一度の訪問調査あるいは書面調査をやるという非常にハードなスケジュールを組んでおられますが、本当にこれができる可能性があるのかどうかということが2点目ですね。

それから、3点目、これも前回のときも何人かの構成員から言われましたけれども、地域医療提供体制を維持するために、各病院施設は今非常に努力をしているわけですが、その評価のために、また、手数料を払わないといけないというのは、これは言語道断ではないかと言われたのですけれども、そのへんを国としてどう考えるか。国のサポートは全然考えてないのかというようなことの質問を受けました。

そして、最後の1点、もう一点ですね。(B)水準、(C)水準の医療機関の評価は、労働時間短縮計画が評価された後に、(B)水準、(C)水準の指定要件を満たしているかどうかというのを都道府県が確認し指定されるのか。あるいは、医師労働時間短縮計画等指定要件がどういうタイムスケジュール、どっちになるのかというのがよくわからないという質問が出たので、僕もちょっと答え切れなかったのですが、その4点についてちょっと教えていただけませんか。

○遠藤座長 事務局、コメントをお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

1点目から御回答させていただきたいと思います。(B)(C)水準2024年からスタートするが、2035年度末に向けて(B)水準が減少し、その後、評価機能として組織体としてそれが保持できるかどうかというような御質問をいただきました。

これに関しましては、御指摘のとおり、(B)水準を減る方向で政策をしているというようなことでは間違いございませんので、そういった中でも(C)水準は2035年度以降も続くわけでございますので、その(C)水準がどれぐらいの期間になるのかというようなことも含めて検討をした上で、その中でその評価機能が組織として運営できるような計画を立てていただく必要があるかなとは思っておりますが、これもあわせて、今後、どういう組織体のレベルであるべきかというようなことも含めて検討をしてみたいと思っております。

2つ目に、3年に1回の評価ということが、これは実現可能性はどうだということで御質問をいただきましたけれども、前回依頼、我々としての現時点での想定回数で、今、500回というようなことを念頭に置いて、人員体制も想定してお示ししているわけでございますけれども、今回、先週行ったトライアルにおきましては、現状、医師・社労士二人体制で一日で行うということに関しましては、現時点では実現可能だろうということで、事務局としては考えております。もちろん、より精査していく中でこの業務量がふえ過ぎないのか、体制として本当にできるのかということは、今後も引き続き検討をしてみたいと思います。

3つ目に手数料のことに关しましては、先ほど資料1で御回答させていただきましたけれども、御指摘いただいた点も含めまして、今後、事務局としても検討をしてみたいと思います。

4つ目の時短計画と指定のスケジュール感ですが、これは前回の資料で図示させていただきましたけれども、時短計画の提出と、そして、評価機能による評価の受審をあわせて、その後、各都道府県の医療審議会等々も含めて御審議いただいて、それから、各都道府県から指定していただくというようなスケジュール感になっておりますので、あわせて、前回の資料を御確認いただければと思います。

○遠藤座長 岡留構成員、いかがでしょうか。

○岡留構成員 それでは、各県の医療審議会の中に入って、都道府県と医療機関との間の指定申請と間に医療審議会が入って、検討をしてからということになるのですか。

○遠藤座長 事務局どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 これまでお示しした指定の要件におきましては、今回、医療審議会における審議という要件として盛り込んでおりますので、我々がお示しした案としては、医療審議会ですら十分議論をしていただいた上で、それで、最終的に指定されるかどうかというものを結論づけるというようなことで考えております。

○遠藤座長 岡留構成員、よろしいですか。

○岡留構成員 わかりました。

○遠藤座長 ほかにいかがでございましょう。

それでは、馬場構成員、お願いします。

○馬場構成員 ありがとうございます。

まずは、岡留構成員が言われたように、評価機能に関する経済的負担の軽減については、本当にぜひ御検討いただきたいと思っています。

2点目ですけれども、少し細かいところになって恐縮なのですが、資料の5ページ目ですかね。評価機能・評価結果通知書イメージというところで、S、A、B1、B2、Cという評価がなされているのですが、このB2の場合は、都道府県による支援等を講ずることとした上で、指定を行うという表現になっているのですが、この「都道府県による支援等」ですけれども、これは資料1の例えば12ページ目の図を見ても、ここで何か支援らしいものは、医師の確保等に関する支援と勤務環境改善の助言とこの部分で、B2の医療機関は医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組が十分行われているということですから、実質的には医師の確保等に関する支援ということが多分一番想定されると思うのですが、この「等」の中には、本来、別のものも入っていると思っています。

例えば、医療資源の乏しい地域においては、医師の確保等に関する支援が中心になると思うのですが、都市部において、例えば忙しい病院で、でも、その病院はそれなりにきちんと労働時間問題も考えていて、労働時間短縮は努力していると。そういう病院で周辺に代替機能を持つ病院がたくさんあるというような場合には、当然ながら、過度に患者を集めているということを改善して、地域間で役割分担、そういったことをしていかなければと思いますので、この「等」にそういう地域間の役割分担とかそういったことがはっきりわかるように、医師の確保だけではないというところが見えるように、ぜひ何か文言をお考えいただきたいと思います。

○遠藤座長 御意見として承るということではよろしゅうございましょうか。御要望ということで。

○馬場構成員 はい。

○遠藤座長 ほかにいかがでございましょう。

島崎構成員、どうぞ。

○島崎構成員 資料2の1ページの「評価機能の組織体系(案)」がありますね。これは、評価機能を例えば既存のある組織なり団体なりに二枚看板をかけさせるというか、つまり、実質的にある既存の団体・法人があって、そこに新たにこの評価機能としての業務を付加する場合と、全く新たに独自に団体・法人をつくる場合だと、例えば第三者委員会を設けるかどうかとか、あるいは、ブロック別にと書いてありますが、例えば都道府県ごとに何かそういう機能を持っている場合に、通常考えれば、あえて、それとは別にブロックの機能を持たせる必要はないですね。

何を言いたいかということ、評価機能の組織体系は既存のものを前提にして、あるいは、

既存のものと言っても幾つか候補があるのかもしれませんが、それを前提にする場合と、まったく新たにつくる場合、それから、中央の例えば全国5つの法人をつくる場合と、例えば指定検査機関みたいなものをつくる場合では、全然イメージが違ってくると思うのです。この検討会は12月中に一応のとりまとめをすることになっているのですけれども、何をどこまで決めなければいけないのですか。

○遠藤座長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 この評価機能の組織に関しましては、まずは、評価機能にどういう業務をしてもらうのか。それを行うに当たってはどのような能力が必要なのかというようなあたりのところの議論をしていただければいいと思います。実際、具体的にどこを指定するか等につきましては、必ずしも年内というわけではなく、実際の施行までの間にしっかりと決めていってというふうなイメージでございます。まずは、やる仕事とその求められる機能について御議論いただきたく、今回も、実際に医療機関にそういった評価、支援を行っている団体にも来ていただいて、その御質問にもお答えいただけるように準備しているという状況でございます。

○遠藤座長 島崎構成員。

○島崎構成員 もう12月なので、ここの評価機能に限らずいろいろ検討の積み残し事項があります。話を元に戻してはいけないのかもしれませんが、兼業・副業の追加的健康確保措置も、さっきのペーパーだと具体的に誰がどういう責任を負うかどうかということについて決まったわけではないので、それも決めなければいけない。

この評価機能に関して言うと、具体的にどこが担うか、あるいは、新たにつくるのかということについては、今の課長の御説明だと決めなくていいということなのですか。

○佐々木医事課長 きょうの時点の議論では少なくとも評価の内容、それから、我々としてはこういった組織体系が必要ではないかということに関しまして、御意見を賜ればと思います。

○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。

それでは、鈴木構成員、お願いします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

今回、この評価機能のモデル実施で非常にイメージが湧いてきた気がします。ありがとうございました。

ちょっと細かいところになるのかもしれませんが、例えば、7ページの「タスクシェア/タスクシフト」ないし9ページの、以前からぜひ医師・患者の満足度を入れてくださいということをお願いした部分ですけれども、こういったことが入っているのは非常に良いなと思ったのですが、ここのあたりは書類上のところと実態が乖離しやすい部分でもあると思うのです。そういったところで、現場レベルで本当にこの評価がきちんとなされているかということに関してはどのように担保していくかとか、今回、具体的にどうやって確認

していったかというところですね。

例えば、静脈ラインの確保とかというのは、文言で謳っていても実際になかなか行われていないとかそういったケースもよく聞きますので、その辺りをどのように今回確認したかということ等、今後こういった非常に大事な部分に関して、現場レベルでの取組に関してどのようにしていく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 では、事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 御質問ありがとうございます。事務局でございます。

まず今回に関しましては、このタスクシフト/シェアの項目に関してどのように進んでいるのか。これは実際にタスクシフト/シェアができずにいる場合において、臨床研修医がそれを担っていく可能性が高いということで、臨床研修医をヒアリングして、今、実際どのような状況なのかということでヒアリングを行いました。また、指導医等々からも一部聴くことはできましたので、ある程度状況が把握できたのかなと思っております。

ただ、研修の中でそれが必要なかどうかというようなことも含めて、今後、評価の仕方に関しましては、研究班を通じて、この質問の仕方についてまとめていきたいと思っております。

○遠藤座長 鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 もう一点あるのですけれども、先ほどの医師の満足度のところですが、今回の資料1の8ページでちょっと質問できなかったのですけれども、評価機能の中で管理者と対象医師の意見交換の場の機会を設定するというところで、ここが具体的なところが少し見えないなと思ったのですけれども、こういった観点もこの評価機能の中に入ってくると理解しているのですが、このあたり、意見交換できるのは非常にいいことだとは思いますが、ここら辺の具体的なところを少しイメージがもしあれば教えてください。

○遠藤座長 では、事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 まず、このタスクシフト/シェアに関しましては、研修の側面も関係することから、今回の資料1の27ページ目に、(C)－1に関しましては、C-1水準適応プログラムにおいて、臨床研修管理委員会等からこの時短計画を策定するということが例示させていただきました。これは臨床研修においては既に臨床研修医とその指導医あるいはプログラム責任者を含めてそのプログラムに関して議論する場は法的にも設けられておりますので、これをより有機的にタスクシフト/シェアにおいてもどうあるべきかということをお話しする場ということで、臨床研修には位置づけさせていただきたいと思っておりますし、専門研修においては、今後、同等のようなものを設置していただけるかということをお話しする場にも今後我々としても働きかけていきたいと思っております。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 よろしいですか。

ほかにいかがでしょうか。

山本構成員、村上構成員の順でお願いします。

○山本構成員 評価の方法といいますか、5 ページにSからA、B、Cとありますけれども、この部分で何を聞きたいかというところ、病院によって、例えば大学病院みたいにやたら図体でかくて、そう簡単に方向転換ができないよというところと、中小規模で比較的そこが容易なところと、それから、病院によって持っている機能が全然違うというところがあると思うのですね。そこを一律にこれは評価していくのか。例えば病院機能評価の場合にはちゃんとバージョンが分かれていますよね。そういうことの検討はされているのかどうか、そこを教えてくださいたいと思います。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○堀岡保健医療技術調整官 今の御質問でございますけれども、これはそもそも時短計画自身は医療機関自身がつくるものでございますので、もちろんその大学病院と例えば200床ぐらいの中小病院ではその目標の達成度、また、その事情は違うと思いますので、それを勘案してもともとその時短計画をつくるということになると思いますので、そういった事情も勘案した上でつくっていただきたいと思っております。

○遠藤座長 山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 それは時短計画のお話ですよ。評価の中で、例えばいろいろなプロセスもありますし、タスクシフティング云々というところもあるし、病院の規模によって達成が容易なところとそうでないところがあると思うのですが、そのへんについてグループ分けをちゃんとするのかどうかということをお伺いしています。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘いただいた点に関しまして、今回、500床規模の病院でトライアルしたわけですが、御指摘の点、我々としても十分勘案するべきだと思っております。4 ページ目でございますとおおり、今後の研究班におきましては、まず大学病院で今我々が想定しているものが実際にできるかどうか。その評価のあり方に関してもどうあるべきかどうかということは、一度トライアルを踏まえながら検討してまいりたいと思っておりますので、先生の御指摘も踏まえて進めさせていただ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。

それでは、村上構成員、願います。

○村上構成員 評価機能、評価結果通知書のイメージなどにつきまして、7 ページのタスク・シェア、タスク・シフトのところは、労働時間短縮計画の内容でも示されていたように具体的な項目が例示されているのですが、一方、8 ページの下から2 つ目の「出産・子育て・介護に関する復職、両立支援」の部分については特段の記載がありません。この点は推奨すべき事項として、例えば、働き方のアンケートの調査票にもありましたけれども、当直明けの休みの確保とか、院内の保育施設とか、当直の免除とか、短時間勤務というようなお勧めのメニューなどを出していただくと、ああ、こういうふうに行っていけばいいのかということがわかって参考になるのではないかと思います。

また、右側にある「在宅勤務制度導入等の支援策」は、勤務医の皆さんとしてはあまり

考えにくい事例なのかと思ひまして、資料を出していく際には考慮を頂いた方がよいのではないかと思ひました。

9 ページの労働時間の評価項目につきまして、どのような労働時間短縮計画を作るかにかかっているわけですが、平均の時間数を減らしていくことももちろん大事ですが、他の方の負担は減ったけれども、一部の医師の方が長時間労働を行うということになってはいけませんので、長時間働いている方をなくしていくのだ、というメッセージも出るような形にさせていただいたほうが良いのではないかと思ひました。

○遠藤座長 御要望として承りました。

ほかにいかがでしょうか。

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 ありがとうございます。

評価機能の評価のこの項目研究班を立ち上げてやっていかれるということなのですから、大体どのぐらいのスケジュール感で考えておられるのかというのが1つ。

それから、先ほどのS、A、B、Cという評価ですけれども、極めて主観的な評価ですよ。その調査員が医師と看護師2人で行って、その2人の判断で決めるのか。それとも、そうではなくて、その結果を持ち寄って誰かが公平にやるのか。もしくは、それぞれの項目が重みづけがあって、これがあって何ポイント以上がSになるのだみたいな、そういう客観的なことを考えられているのか、それは今後の検討会で検討することなのか、今、イメージを持っておられるのか、その点について教えてください。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 まず1点目の研究班に関しましては、今年度中の研究班として3月までに一定の成果物を出していただくという方向性でおります。

S～Cの評価のあり方に関しましては、医師と社労士二人での主観的な評価はかなり差が出てしまうということでございますので、もちろんこのS～Cの評価をするに当たっては、より項目に基づいた客観的な評価ができるように、一定のアルゴリズムなり、評価基準等々をより細かく定めていくつもりでございます。これはトライアルを重ねるに当たってどれぐらいの幅があるのかというようなことも含めて見ていく中で、今後検討をしてまいりたいと思ひます。

○今村構成員 ありがとうございます。

その客観性は非常に重要だと思ひ一方、今回の500床の病院の方に聞いたら、いわゆる意見では、なるべく事務負担を軽減してほしいという、これも正直なお声だと思ひます。そのへんのバランスをよく考えていただいて、精緻にやればやるほど今度負担がふえるという話でもいけませんので、そこは慎重にバランスをとってやっていただきたいと思ひます。

○遠藤座長 それでは、城守構成員、お願いします。

○城守構成員 ありがとうございます。

単にコメントでございますが、確かに、この評価機能の評価に関して今後さまざまな研

究班でその項目等の取扱い等について検討されていくのだらうと思いますが、その1ページのそもそもの評価機能の組織体系というところを見ても、この評価機能に求められるのは、基本的には労務管理の機能と、そして、医療の現場がわかっている医療の内容に関してのプロフェッショナルと、そして、さらに、ここにも書いてありますが、地域医療の提供体制、各都道府県の医療の提供体制に関して造詣の深い人もいます。さらには、臨床研修・専門研修の内容に関しても理解をしている人間がいます、高度の医療の技術に関しての知識が必要な人もいます。それぞれここあたりがこの評価機能に求められる役割であろうということを考えますと、既存の組織は一定程度今お話ししたうちの幾つかを抱えている部分はおられると思いますが、全体的に俯瞰してしっかりと見られるということを考えると、組織としては新たな組織体系をつくられたほうがいいのではないかなと思います。

済みません、コメントです。

○遠藤座長 ほかに何かございますか。

それでは、堤構成員、お願いします。

○堤構成員 短くなりますが、4ページの施行先のフィードバックをいただいている、事前提出資料の準備等々のことが書かれています。先ほど今村先生もおっしゃったようなところですが、研究班では恐らく省力化の方法をいろいろ考えていられると思います。前回の資料からもちょっと思っていたのですけれども、例えば3ページにあるセッション1の部分の労務的なものとかは、例えばですけれども、労働基準監督署に出している書類があったりとか、それから、きょう伺っていたら、業務機能評価の機能のダブるところがあったりとかありますので、そういうのが言ってみれば転用できれば、すごく省力化ができるのではないかなと思ったところです。

検討済みかもしれませんが、以上のようなことを気がつきました。

○遠藤座長 ひとつ検討のほどよろしく願いいたします。

ほかにございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございました。

まだまだ御意見あるかと思いますが、予定の時間にそろそろなりますので、本日の議論はこれくらいにさせていただければと思います。

また、本日は一戸参考人に非常に貴重な情報を提供していただきまして、ありがとうございました。

○一戸参考人 ありがとうございました。

○遠藤座長 それでは、事務局におかれましては、本日多様な御意見が出ましたので、本日出た意見あるいは残る課題、それらを少し整理していただきたいと思います。

また、ここまで議論をしていますので、一応本検討会のこれまでの議論を少し整理、まとめるというようなこともひとつやればやっていただきたいと思いますので、次回のその準備をよろしく願いいたします。

最後に、次回の日程についてお願いいたします。

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

○遠藤座長 それでは、本日はこれもちまして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。