

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 定刻となりましたので、ただいまより、第9回「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を開催したいと思います。

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。

まず、出欠でございますが、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、島崎構成員より、所用により、途中で御退席されることを御連絡いただいております。

また、本日は、議事次第の議題3にあります「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」について、御報告をいただくため「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」のマニュアル作成担当で、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をいただいております。

続きまして、資料の確認をいたします。

議事次第の下から資料1といたしまして「第8回の議論のまとめ」。

資料2としまして「副業・兼業を行う医師に関する地域医療確保暫定特例水準の適用について」。

資料3-1としまして「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル(概要)」。

資料3-2としまして「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」。

資料4としまして「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について」。

そのほか、参考資料1から参考資料3まで、参考資料を3点つけさせていただきます。

不足する資料、落丁等ございましたら、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。

(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には、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。

それでは、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います。

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。

遅い時間からの開始でございます。本日も、よろしくお願ひいたします。

それでは、議事に移らせていただきます。

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きまし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、これが資料1ということでありますので、資料1につきまして、事務局から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1を御覧ください。

「第8回の議論のまとめ」ということでまとめさせていただいております。

1枚おめぐりいただいて、1ページには、第1回から第8回までの開催状況あるいはそこで取り扱った議題についてまとめさせていただいております。

前回は、医師労働時間短縮計画策定ガイドライン（案）についてお示しし、御議論いただいたのと、あとは、2つの実態調査の結果について御説明し、御議論いただきました。

次のページに進んでください。

2ページでは、追加的健康確保措置について、平時の副業・兼業との兼ね合いのところと、それから、災害時の追加的健康確保措置についていただいて御意見についてまとめております。

まず、副業・兼業との関係の部分では、1つ目の四角です。副業・兼業先での勤務により生じた代償休息についても、翌月末までに取得させるというのは厳し過ぎるのではないかという御意見、それから、医師の場合は、地域医療を確保するために副業・兼業が不可欠であり、使用者の指示による副業・兼業については、自己申告でなく、事前に把握するなど、独自の仕組みを検討すべきなのではないかといった御意見。

それから、自己申告の関係で3つ目の四角ですけれども、特に若手の医師の中には、自己申告イコール自由であると捉えている方もいらっしゃるもので、自己申告がベースということと、それがイコール自由ではないということをしっかり伝えていくことが重要といった御意見がございました。

続きまして、災害時の追加的健康確保措置についてでございますが、これにつきましては、災害の臨時対応が収束した後は、速やかに代償休息を付与すること、これを何かしら医療法などで規定すべきではないかといった御意見がございました。

これらを受けまして、今後の検討の方向性ですけれども、1つ目の四角、それから、2つ目の四角に関連してきますけれども、できるだけ代償休息が必要な状況とならないような労働時間管理方法について、事務局として1つの案を整理して御提示しております。

次のページになります。

副業・兼業を行う医師における労働時間管理法の例としてお示ししているものです。

副業・兼業には、主たる勤務先からの派遣によるものと、医師個人の希望に基づくものがあるという前提で整理をさせていただいております。

①から④とありますけれども、①についてが、主たる勤務先からの派遣によるものにつ

いての労働時間の管理方法。

②が、それに加えて医師個人の希望に基づく副業・兼業が加わったときの管理方法になっております。

①ですけれども、まず、主たる勤務先は、派遣先における勤務を含めて、時間外、休日労働の上限ですとか、連続勤務時間制限あるいは勤務間インターバルといった規制を遵守できるようなシフトを組んでいただく。

主たる勤務先、それから、副業・兼業先でのそれぞれの労働時間の上限、これを医師との話し合い等により事前に設定しておくということをお示ししております。

医師個人の希望に基づく副業・兼業につきましては、主たる勤務先の派遣によるシフト、これを前提として、その上でさらに規制を遵守できるような形で、追加で入れたい副業・兼業先の勤務予定を入れて、事前に自己申告をしていただくという形で整理しております。

※印で書かせていただいておりますけれども、①、②、いずれの場合につきましても、当然、突発的な業務が発生することは想定されますので、そこを想定して、あらかじめ上限規制の範囲内で遵守できるように、ゆとりを持った時間設定をしていただくことが必要であろうということも併せてお示しさせていただいております。

③、④が、突発的な業務が発生した場合の自己申告についての取り決めというか、管理方法についてお示ししたもので、③が原則を書かせていただいておりますが、基本的には、予定した時間より長く勤務してしまった場合には、面接指導の実施ですとか、代償休息を付与するといった観点から随時自己申告していただく必要があろうかと思っております。

④のただし書ですが、これは、面接指導の実施ですとか、代償休息の付与が直ちに必要にならない場合については、翌月にまとめて自己申告するという形でもよいということをお示ししております。

具体的には、1つ目のポツが、B・C水準の適用で、毎月面接指導が予定されているようなドクターについては、面接指導は毎月実施されることが予定されていますので、代償休息が発生しない場合、これは、翌月にまとめての自己申告でいいであろうと。

それ以外の医師については、代償休息が発生しないということに加えて、その月の時間外、休日労働が100時間以上になるおそれがない場合、この場合は、翌月に1か月分まとめて自己申告すればよいという形で整理させていただいております。

1ページ戻っていただいて、先ほどのいただいた御意見の概要のその他の部分に対して、下の今後の検討の方向性の2つ目のポツでお示ししておりますが、本日、資料4で改めて御説明しますが、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針というものをつくることにして、その中でいただいた御意見を踏まえた取組をそれぞれが行うことが望ましいということに記載していくという形で御提案させていただいております。

続きまして、4ページにお進みください。

4ページは、面接指導の実施体制についての御意見でした。

面接指導実施医師の必要数と、その養成のための講習内容及びスケジュールについて、

どのような検討がされているのかという御意見に対する、今後の検討の方向性ですけれども、詳細な計算、推計方法は、次のページでも改めて御説明しますが、面接指導実施医師の必要数は、約8,000人と推定しております。

その上で、この養成につきましては、e-ラーニング教材を作成して、1時間程度の講習を想定している。

具体的な養成スケジュールにつきましては、まず、e-ラーニングの教材を来年度開発し、再来年度、2022年度から2023年度の2年間で養成を行うこと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。

1 ページおめくりください。

8,000人という推計の算出方法が5ページに記載させていただいております。

まず、面接指導対象医師を推計しています。少し字が小さいですけれども、一番上のポツからですけれども、直近の三師調査における医師の病院従事者数が20万8000人ぐらい。

これと、先日公表し、御説明した勤務実態調査におきまして、時間外労働時間が年960時間換算を超える割合というものが37.8%ですので、これを機械的に掛け合わせて、約8万人ぐらいの医師が面接指導の対象医師として推計しております。

これは、年960時間を超える方を推計対象としていますので、必ずしもみんなが毎月100時間を超えるというわけではない中で、ここを水準として推計しておりますので、事務局としては、これは多目に見積もって、約8万人ではないかと考えております。

この8万人に対して、面接指導を行う医師ですけれども、下の塊に進んでいただいて、大体1人で10人ぐらいの医師の面接指導をすると仮定すると、全国で8,000人という、先ほど御説明した数字が算出されるということでございます。

次のページには、先ほどe-ラーニングの講習を予定していると御説明しましたが、面接指導実施医師に向けたカリキュラムのイメージということで、今、産業医の基礎研修カリキュラムの中から、今回の健康確保措置等々に関わる部分を抜粋してきたものに加えて、当然、医療法上の規制がどうなっているのかということですか、これは、後ほど研究班からの報告もあるかと思っておりますけれども、健康管理の中で、睡眠負債による健康影響というものも見ていただくということになっておりますので、その点について、それから、追加的健康確保措置についてといったものを加えたものをカリキュラムとしてイメージしているというものをお示ししたものになっております。御参考です。

次のページに進んでいただいて、次は、前回お示した時短計画策定ガイドラインについていただいた御意見です。

1つ目の四角が、副業・兼業先での労働時間管理を含めて、それを前提に労働時間をいかに短縮するかという観点が必要になるので、その旨もガイドラインに記載すべきではないかという御意見。

2つ目の四角につきましては、宿日直、それから当直の取扱いについて、もう少し見直しを図るということを含めて、ガイドラインをつくってはどうかという御意見をいただい

ております。

1点目につきましては、次の資料2の中で詳しく御説明させていただきますが、自院だけの時間外・休日労働時間は年960時間を超えていないけれども、副業・兼業先の時間外・休日労働を通算すると、960時間を超えてしまうような場合の、まず、上限規制がどうあるべきかということと、時短計画の策定についての考え方を資料2としてまとめておりますので、これは、後ほど御説明させていただきます。

それから、宿日直許可の有無に応じた適切な労働時間管理を徹底することにつきましては、ガイドラインに改めて追記するという方向で検討させていただければと思っております。

最後に8ページになります。

こちらは、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の御意見です。

今回の調査におきましては、2つの地域、2つの大学を対象に行ったもので、大学病院からの聞き取りを中心とした調査になっておりましたが、御意見としては、派遣先の医療機関にも当然影響を及ぼす可能性があるのも、そこも含めたしっかり調査すべきではないかという御意見をいただいております。

今回の2つの調査につきましては、医局からの聞き取りの中でも、医師の派遣を引き上げるといったことを考えていないという形での調査結果を得られておりますので、そういった意味で、大学病院のみの聞き取りあるいは調査になっておりましたけれども、今後、ほかの地域における調査も当然検討しておりますので、その際には、一定の医師派遣の縮小が起り得る場合が、当然、想定されますので、そういった場合に、派遣先の医療機関における影響についても併せて調査するという方向で検討させていただければと考えております。

資料1の説明は、以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま報告のありました資料1につきまして、御質問、御意見等あればいただきたいと思っております。いかがでございましょうか。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 後ほどのお話に関係することは、お聞きしないで、とりあえず、今の資料だけなのですが、前回、追加的健康確保措置における面接指導の準備状況について御質問をさせていただいたのですけれども、講習時間を1時間という設定にされておられます。非常にコンパクトに要領よくやっていただけるということですし、それから、e-ラーニングということなので、これは、必ずやらなければいけないという必要はないと思うのですけれども、1時間ということであれば、うちの病院でこの先生をということであれば、すぐに、ある意味、教材さえできていれば、そんなに時間がかかる講習でもないのかなと思っていて、2年間かけてというような時間になっておりますけれども、もう少し速やかに、それは、期限をいつまでと切る必要はないと思うのですけれども、できるだけ早く取り組

んでいただくことが大事なのかなと。

そうすることによって、これが現実的に機能するものかどうかということもある程度早目に把握できるのではないかと考えております。

それから、1人10分から40分の時間だとすると、約2.2時間と、これは年間にすると、長い先生だと30時間、40時間になると。この先生のこの時間というのは、例えば、960時間にかかわるようなお話も出てくる可能性もあると思っているのですけれども、その辺については、何か事務局でお考えはあるのでしょうか。

つまり、このこと自体が新しい、いわゆる労働になるのかなとと思っているのですけれども、そのことをお答え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。

○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、今、御指摘いただいていた論点は、これまでの検討会の中でも、何度も御指摘いただいたところで、医師の働き方改革のために、働き方が解約されるというような、この矛盾が生じないように、その点も含めて、今回、研究班の中で御検討いただいて、バランスを取りながら、どこまで効率化した上で、それなりにスクリーニングして、やはり健康確保を、何かしらの措置をしないといけない人たちは、どうスクリーニングするのかという観点でまとめていただいて、こういった10分から40分というところを出していただいておりますので、やはり、この働き方改革を進めるに当たっても、一定程度の負荷が、これでさらに上乘せされるという事実は免れないですが、できるだけ効率化をしていただいた上で、この結果なのかなとと思っています。

実際に運用していくに当たっては、さらに10分から40分とありますが、中には、面接以外の時間もございますので、さらに効率化する上で、どうすればいいかという議論は、今後もあり得るかなと、各医療機関の中での議論もしていただけるのかなとっております。

○遠藤座長 今村構成員、いかがでしょうか。

○今村構成員 結構です。できるだけ負担が少ない形で面接指導をしていただくという工夫はしていただければと思います。

後ほど、御本人の、いわゆるチェックについても、いろいろ具体的に出てくるのだらうと思っていますけれども、また、そのときに御意見を申し上げたいと思います。

○遠藤座長 よろしく申し上げます。

それでは、お待たせしました、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。

私からは、2ページの災害時の追加的健康確保措置の取扱いについてです。前回は発言をさせていただいたのですが、災害時の緊急対応が収束した後、措置の履行が可能になり次第、速やかに休息を付与することが望ましいということをお大臣指針に記載することが、今後の検討の方向性として示されております。

大臣指針により医療機関が取り組むべき推奨事項として明確に示すことは、一定の注意

喚起にはつながるのだろうと考えておりますが、これに法的拘束力があるわけではなく、また、労基法33条1項あるいは医療法に基づく申請の許可要件にもなり得ないということから、実効性については弱いのではないかと心配をしているところです。

労基法33条1項が適用される場合においても、安全衛生法等により、やむを得ず長時間労働を行わせた労働者に対しては、面接指導を実施し、適切な事後措置を講じることは使用者の義務であるといったことから、代償休息の速やかな付与について、例えば、監督業務の中で確認を行っていくなど、実効性を担保する何らかの仕組みについて検討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 ありがとうございます。

これは、御意見として承る形でよろしゅうございますね。事務局からは、何かコメントは必要ですか、森本構成員。

では、事務局、お願いいたします。

○尾田監督課長 監督課長でございますが、最終的にどのような制度設計になるかということにもなるかと思っておりますが、監督行政の中でできることがあるかどうかということは検討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。

ほかに、いかがでございましょう。

それでは、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。

8ページの地域医療への影響ということで、今後は、派遣先の医療機関における影響についても併せて調査するというところでよろしくお願ひしたいと思っております。

事務局に少しお聞きしたい点が1点ございます。

これまで、例えば、前回の検討会、そして、今回の推進検討において、医師の働き方改革を推進すると、その制度設計をしていくということにおいて、かなり地域医療に大きな影響が出るのではないかという御指摘というものは、たびたびいろんな方から出てきたと思っております。

しかし、その都度、制度設計の中において、前回示していただいたような様々な調査等を踏まえながら対応策を練ってきたというのが現状であると思っております。

しかし、実際に地域にどのような影響が出るかということに関しては、制度設計が終わって、制度がスタートする2024年以降でないという実態は分からないということになると思っております。

この検討会が、働き方の改革を推進する枠組みづくりを議論する場であるということは重々承知しておりますが、少なくとも、この制度がスタートした後に、地域にどのような影響が出るのかということに関して、その地域で、どのような場でチェックをするのか、どのような会議体でチェックをするのかというスキーム、言ってみれば、この検討会の本来

の枠組みとは違う、エキストラの枠組みではありますけれども、そこも一定程度示しておくということは必要ではないかと思えます。

この検討会、まだまだ続きますので、事務局としては、その辺りをどうお考えになっているのか、ちょっとお聞かせ願えればと思えます。

○遠藤座長 いかがでしょうか。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。

まさしく医師の働き方改革を推進するに当たって、地域医療提供体制にどのような影響を与えるのかということに関しましては、これまでもかなり論点として議論されてきて、例えば、参考資料に、これまでの議論のまとめの19ページにございますB・C水準の指定に当たっての流れの中でも、地域医療対策協議会や医療審議会が指定する病院に当たって意見を言うというような規定も盛り込んできたわけでございます。

こういった中で、やはりこの働き方改革の地域医療提供体制への影響というのは、しっかり都道府県単位でも見ていただくと必要があると思えますし、それで、まずはどう評価するのか今後議論していく必要があると思えますが、御指摘のとおり、24年以降、制度的なところでどうのような医療提供体制に影響があったのかということは議論を再度していく必要性も当然あるかと思っております。

具体的にどのような体制で、どのような場で議論していくのかということに関しましては、今後、事務局の中でも整理させていただきたいと思えます。御指摘ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

今、お話があったように、これから働き方改革だけではなくて、そのほかにも地域医療構想と、そして、医師の偏在対策というそれぞれの改革が地域で行われるわけですが、それぞれ地域偏在では地対協であったりとか、そして、地域医療構想は調整会議という形での協議の場というのが一定程度決まっていますので、この働き方改革に関しても一定程度、どこで議論をしていくという筋道を都道府県に示してあげるとすることで、議論をする場というのが明確になってくると思えますので、よろしくお願ひしたいと思えます。

○遠藤座長 お待たせしました、森構成員、どうぞ。

○森構成員 今、地域医療への配慮の話が出ましたのであれですけれども、私どものところの話で恐縮なのですが、実際に地域、かなりへんぴといたら言葉は悪いかもしれませんが、地方での病院へのサポートというか、医師派遣というのは、大学院生がかなり担っているのです。

それで、大学院生についての働き方というのは、実際どんなふうにご考えておられるのですか。大学院生というのは、当然、朝に大学来て、夕方まで研究してというのが基本なのですが、ただ、実際には、彼らが主戦力になって、夕方から次の日の朝までという

形で行って担っていると。

特に外科は、非常に若い人が少なくなっているという現状もあって、大学への派遣依頼というのが年々ずっと増えていっているのです。その中で、入ってくる人が少ない中で、一人当たりの行く回数というのはどんどん増えている状況なのです。

私たちは、スタッフはきちんと労務管理ができると思うのですが、大学院生の取扱いというのは、今、どんなふうを考えておられるのでしょうか。その研究している時間というのを、結局、労働時間として見ているのか、あるいは今回の議論の中では、大学院生というのは取り扱っていないのかというところが、ちょっと理解できていないのでお願いします。

○遠藤座長 それでは、事務局、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。

大学院生であるかどうかにかかわらず、基本的には、指揮命令下で労務をしているかどうか、それで労働者になるかどうかというのは判断されることになりますので、当然、派遣されて診療に従事している間というのは、基本的には、派遣先の医療機関の指揮命令下で勤務しているという形になりますので、労働時間として考えられることになると思います。

あと、研究の時間については、これは個別判断になってくると思いますけれども、医局だったり、教授だったりとの関係で、指揮命令下にあるかどうかという個別判断の下で、労働かどうかということが判断されていくことになるかと思えます。

○遠藤座長 森構成員、どうぞ。

○森構成員 確かにそのとおりなのですが、大学院生は、本来、研究がメインということなので、研究の時間というのが、労働なのかどうかというところを非常に私どもも悩ましくて、もし、これを労働とすれば、地域への医師派遣というのは、多分、成り立っていかないと思うのです。

だからといって、これをまた、そういうオーバーワークを認めていいかという話にもなってくると思うので、その辺のところ、私ども、やはり若い人を守りたいという気持ちが非常に強いので、具体的にどういうふうにかえたらいいのかと、その方向性が分からないものですから、今日の議論とはかけ離れてすみませんけれども。

○遠藤座長 事務局、何かありますか、研究の位置づけですね。

○安里医療労働企画官 労働基準局の医療労働企画官をしております、安里です。

繰り返しになってしまうのですが、やはり個別に見てみないと、労働者なのか、そうではないのかというのは判断つかないことかと思えます。

大学院生は、労働をするためにではなくて、研究をするために大学に入っているということであると思えますので、研究の部分で対価を得ているとか、労働とみなされる部分がない場合、それは個別に判断していくことにはなりますが、大学に入って勉強する学生が、学生として研究に勤しんでいるという範囲内であれば、労働ではないということもあると

思います。

ただし、地域に派遣されて診療に従事している時間は、間違いなく労働時間になると思っていますので、大学院生についても、労働時間はどこかというのを判断しながら、時間の管理をしていただくという話となるかと思えます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

森構成員、よろしいですか。

関連で山本構成員、お願いします。

○山本構成員 今ほどの大学院生の議論というのは、あくまでも大学院生の身分で研究している場合は学生であるから、労働時間にはカウントしないという、私自身は、そういう認識で今まで来ておりました。

ただ、アルバイトに出た場合は、それは当然行った先で雇用関係が発生しますので、そこはそうなる。

ただ、また、話が脱線しますけれども、悩ましいのは、一方で、大学院生に、大学病院で臨床をやらせる場合に、無給というのはできないものですから、その場合には、非常勤の委員という雇用関係を結んで働かせると。だから、臨床の部分については、雇用関係が成り立っているから労働と見なす。

ただ、それ以外の研究に関しては学生が学位を取るために研究しているから、そこは学生としての仕事というような切り分けで、私は認識していましたがけれども、そういうことでいいのですかね、まとめてしまいましたけれども。

○遠藤座長 事務局、何かコメントはありますか。

○安里医療労働企画官 丁寧に解説していただいてありがとうございます。おっしゃるような理解のもとに、この検討会や、先の検討会で議論のやりとりをさせていただいておりました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

さっきから島田構成員がお手を挙げておられますので、もし、この話に関連するのであれば、島田構成員、お願いしたいと思います。

○島田構成員 最初のお答えがはっきりしなかったもので、挙手をさせていただいたのですが、山本構成員の御認識で全く間違いはないと思います。今、安里さんのほうから補足をいただいたことでより明確になったと思います。確認したいのは、あくまでも雇われている時間が労働時間といたしますか、労働者だということです。大学院生が研究している場合は、これは一般的に大学院生が別の大学の非常勤講師をやるということと同じで、その時間は労働時間には該当しません。ただ、トータルとして見たときに大学院生を研究と就労を。大学院の健康という視点でをどう考えていくのか、これは、この検討会とはやや離れて別の問題としての検討をする必要はあろうかと思えます。労働時間としての整理は、以上の議論で結構かと思えます。失礼しました。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

今村構成員。

○今村構成員 今、島田先生がまさしくおっしゃったように、労働か労働でないかという整理は、まさしく皆さんがおっしゃるとおりなのですけれども、若い医師、大学院の医師が徹夜で研究をして、その後以外に勤務に行かなければいけないと、そういった方の健康をどう確保するかというのは、別の視点できちんと考えていただく必要があるのではないかとということだけを申し上げておきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

大体よろしゅうございますか。

それでは、山本構成員、お願いいたします。

○山本構成員 面接指導を行う医師の養成に関することですが、今、事務局からのお話で、1時間ぐらいの講習でできるということで、養成そのものは、そんなに手間がかからない。

ただ、私が思うのは、これをやるという人がいるのだろうかということです。産業医は、資格を取ると、一生それで食べていけますので、老後の保障にもなるからやる人はいるけれども、取って何がいいのという話に必ずなると思います。その辺のインセンティブというのは、どうお考えなのでしょうか。

○遠藤座長 事務局、何かございますか。

○土岐医事課長補佐 基本的な考え方といたしましては、面接指導の実施が月100時間を超える場合には、義務として課されていく形になりますので、そこは病院管理者の責任において、面接指導ができる体制を整えていただくということが使用者としての、あるいは病院管理者としての義務を果たす上で必要になってくるものだと考えております。

○遠藤座長 山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 要するに、各病院で何とかしろということですね。

○遠藤座長 森構成員、どうぞ。

○森構成員 今のお話少し関係するかもしれませんが、あれですけれども、この面接官を1時間でコンパクトにというのは、非常に私どもにとってはありがたいと思うのですが、その一方で、方針として、同じ面接官が、要するに、その都度、違う面接官が面接をするのか、あるいは基本的に同じ面接官が、担当をある程度決めてずっとフォローアップしていくのか、一長一短あると思うのです。同じ人が見ることで継続性があるという面があれば、いろんな違う面接官が見ることによって、多角的に判断できるということもあろうかと思うのですけれども、厚労省としては、1人の面接官が、できるだけ同じ人をフォローアップしていくという方針なのか、あるいはとにかく来たものを順に割り振ってという感じなのか。

○遠藤座長 それでは、谷川参考人、お願いいたします。

○谷川参考人 私のほうに振られましたので、回答させていただきます。これは病院の特性によると思います。

例えば、小規模の病院であれば、産業医の先生が面接指導を実施する医師を兼ねてもい

いと思います。

ただ、余りにも多い医師数であったときには、産業医の先生だけでは手が回りませんので、イメージとしては、各科の部長クラスとか、科長クラスの先生が、自分の下の先生ではない人を見るというような、そういう形でしていただければと思います。

その際、このマニュアルをつくるときに、インセンティブは全く考えておりませんでした。恐らく、これは、先ほどお話がありましたように、管理者の責任において、管理者が、産業医がそれを行ってもいいだろうし、もしくは産業医だけでは手一杯の場合は、部科長クラスの先生方をお願いをして、そして、若い先生方の過労状況をなるべく的確に把握していただくという趣旨とっております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

大体御意見は、よろしゅうございますか。

それでは、鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

今のことに関連してですけれども、大体産業医もそうだと思うのですけれども、どうしても特定の診療科に偏る傾向が予測されると思うのです。面接指導実施医師に関しても、恐らく偏ってくるのではないかというところがあると思うのですが、実際には、多岐にわたる診療科の医師への対応が必要というところで、なるべくバラエティーがあったほうがいい。

例えば、外科系であれば、外科系なりの悩みというのが理解し得る面接指導医師が養成されるほうが望ましいのではないかと思うのですけれども、その辺り、何か仕掛けとか、今の時点で考えていらっしゃることはありますかでしょうか。

○谷川参考人 ちょっとお答えになるかどうか分かりませんが、私が今回のマニュアルをつくるときに想定したのは、たとえ眼科、耳鼻科、整形外科、皮膚科の先生等、ふだん産業医活動を余りされてない、もしくはメンタルヘルスについては、ふだん接しておられない先生でもできるような仕組みを考えております。

ですから、本来、1時間のe-ラーニングといいますのも、結局、精神科の先生とか、ふだん産業医をされている先生でしたら、それほど苦にならないというか、ふだんやっている長時間労働の面談を少しモディファイすればいいと思うのですが、そこはいろいろと考えていただきたいということで、後ほど御説明しますけれども、医師におけるバーンアウトの問題とワーク・エンゲージメントの問題、そして、さらに睡眠負債と、この3つにつきまして、恐らくこれまでなかった視点も含めて、長時間労働の医師の健康確保を図りたいと考えております。

○遠藤座長 ほかにございますか。

よろしゅうございますか。

それでは、第1番目の議題は、これぐらいにさせていただきます。

次に、議題の2でございます。「副業・兼業を行う医師に関する地域医療確保暫定特例

水準の適用について」に移りたいと思います。

資料2について、事務局から説明をお願いします。

○土岐医事課長補佐 事務局でございます。引き続き、御説明させていただきます。資料2を御覧ください。

1枚めくっていただきますと、グラフが掲載されたページが2ページ続いております。

こちらにつきましては、今回、議題にさせていただいております「副業・兼業を行う医師に関する地域医療確保暫定特例水準の適用について」につきましては、前回の検討会で、表先生の研究班の調査結果の中で提言としていただいたことを踏まえて検討を行ったものをお示しするものですが、勤務実態調査の中からも、その必要性が明らかになっておりますので、そちらについて提示させていただいております。

1ページが、病院全体、それから大学病院、それから大学病院以外で見たときに、どのくらいのドクターが副業・兼業を行っているのかというデータでございますけれども、大学病院では、9割以上が複数の医療機関で勤務していて、中には3か所あるいは4か所以上で勤務されている方、これも半数弱いらっしゃるということがデータとしても出てきております。

次の2ページですけれども、こちらは副業・兼業の労働時間の割合についてのデータになりますが、緑の部分が主たる勤務先での勤務時間が週60時間以内に収まっていて、兼業先での勤務時間を通算しても週60時間以内、要は副業・兼業を通算してもA水準に収まっている方でございます。

逆にオレンジの部分が、主たる勤務先のみで勤務してA水準を超えている960時間を超えている方の割合。

今回問題になりますのは、青の部分ですけれども、こちらが主たる勤務先での勤務時間が60時間以内に収まっているのだけれども、副業・兼業を行うことによって、勤務時間を通算すると週60時間を超えてしまっている方の割合になっております。

こちらやはり大学病院で見ると、かなり高い割合で、4分の1弱の方がそういった働き方をされているということが改めて明らかになっております。

こうした実態を踏まえまして、3ページで考え方を整理させていただいております。

上の箱の中は、先ほどお示したものも含めて、実態と課題について記載させていただいておりますけれども、副業・兼業を行う労働者の労働時間は、基準法に基づいて通算することとされております。

このため、A水準が適用される業務に従事する医師は、ほかの医療機関で副業・兼業を行う場合は、副業・兼業先での労働時間を通算した労働時間、時間外・休日労働時間が960時間に達してしまうと、それ以降、時間外労働が、いずれの病院でも行えないことになると。

一方で、大学病院等の常勤勤務医の一定数は、当該大学病院等における時間外・休日労働時間が年960時間以内であるが、副業・兼業先での労働時間を通算すると、年960時間を

超過しているという実態が、先ほど御覧いただいた青に該当する方が一定数いらっしゃるという実態を上の方の中でお示ししています。

これを受けて、下の箱の中ですけれども、医師が行う副業・兼業のうち、医局からの指示ですとか、要請によって大学病院から関連病院に派遣されているケースですとか、地域医療支援病院から医師の少ない医療機関に派遣されているようなケースを見れば、これは地域全体で医療提供体制を確保するという観点から必須のものと言えらると思いますけれども、こうしたケースについても、当然こういう働き方をする医師について、十分な健康確保を図る必要があるということです。

それから、これらについて、960時間を遵守しろという形にしてしまった場合、これを守るために派遣医師の引き上げにつながるというおそれもございまして、こうした場合に、副業・兼業先での労働時間と通算した時間外・休日労働はB水準の年1,860時間まで可能とすることとしてはどうかということで、御提案させていただいております。

具体的には、次のページを御覧ください。

こちらがB水準の対象となる医療機関の機能ということで、赤字の部分以外は、これまでもお示してきたB水準の対象医療機関の考え方になっております。

これらに加えて、医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関というものを新たに設けるというか、明示するという形の御提案でございます。

戻っていただきまして、先ほどの3ページの最後の○ですけれども、ただし書きとしまして、この派遣をすることによって、960時間を超えてしまっている場合については、本業先の医療機関では、基本的には、960時間に収まっているという前提で、今回の枠組みを提示しておりますが、仮にそういった方が、どちらかの主たる勤務先で960時間を超える必要性が出てくる場合につきましては、これは従来のB水準の指定を受けていただく必要があるということ、ただし書きのところではまとめて書かせていただいております。

次の5ページを御覧ください。

こうした類型を設けて、御説明したとおりなのですが、その場合の時短計画をどのように考えるかということについてまとめたのが5ページになっております。

当然、こういう働き方をするドクターについても、労働時間の短縮に向けた取組をなされる必要があるわけですが、一方、この類型の場合、主たる勤務先での勤務時間については、年960時間に収まっているという状況ですので、では、時短計画に基づく短縮というのをどこまで求めていくのかということが論点になろうかと思っております。

下の箱に進んでいただいて、まず、時短計画の策定をどう考えるかというところですが、1つ目の○です。医師が行う副業・兼業が地域医療確保の観点から必要と考えられる場合に、常勤勤務先の医療機関の判断でB水準の指定の申請を行うこととなります。

したがって、こうした場合に、この副業・兼業を前提として医師の労働時間の短縮に取り組むことは、B水準の指定の申請を行う医療機関の責務であるといえるのではないかと

いう形でお示ししております。

この考え方にに基づきますと、次の○ですけれども、こうした場合にも、当然B水準の指定の申請を行う医療機関には、時短計画の策定を求めることが筋ではないかということ。

それから、その時短計画の中で、どこまで求めるかというところですが、下線、太字にしておりますけれども、自院における労働時間短縮に可能な限り取り組むということ。

それから、副業・兼業先における当該医師の勤務対応をある程度管理可能な場合、関連病院に派遣する場合などを想定しておりますけれども、こういった場合には、シフトの調整などによるトータルでの労働時間の短縮を図るということも時短計画の中に位置づけて取り組んでいただく必要があるのではないかということ。

それ以外の場合につきましても、副業兼業先に対しても労働時間短縮の協力を要請していくということが適当ではないかと考えております。

これは、具体的には、副業・兼業先に対しても、例えば、宿日直の許可をしっかりと取ってくださいという要請をしていくとか、そういったことが考えられるのではないかと考えております。

説明は、以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、御意見、御質問を承りたいと思います。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 どなたも質問がないので、ちょっと私のほうから、大学病院が複数の勤務先、兼業先を持っている医師、特に2つ以上となると、70%を超えると、3つ以上でも40%を超えているわけですね。

例えば、1対1の関係の兼業であれば、ここにお示しいただいたように、時短計画だとか、そういうことも申し上げやすいのだと思うのですけれども、このように複数になると、一番手っ取り早いのは、外勤先を引き揚げることによって、時間を短くすることによってどうしてもなりがちなのではないかなという危惧をちょっと持っていて、マクロ的に単純に合計時間が何時間、何時間ということであっても、実際の派遣を受けている地域にとって必要な医療機関とすると、それぞれが自分のところは必要な医療を提供しているということになると、なかなか単純に時間を減らすというわけにもいかない。3か所だったら2時間ずつ減らすのかと、そんなこともできないという中で、やはり、どのように時短計画をつくっていくのかというのは、相当に、現実的には難しい課題があるのではないかと。

そのときに、先ほど城守構成員からも御指摘があったように、今後、地域医療の提供に影響が出るようなことが起こった場合に、どのようにしていくのかと、どの場で議論するのかというようなこと。お尻が決まっていますから、確実に、そのゴールに向かって短くしていくときに、やはり、そういういろんな問題が起こってきたときに、どう対応するの

かと。

医師の健康確保はもちろん重要なので、こういう取組自体を否定するものでは全くありませんけれども、やはり、地域医療の観点も非常に重要だと思っておりますので、その辺の御意見というか、こういう複数の兼業先がある場合についての考え方について、ちょっと教えて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。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

非常に難しい御質問をいただいたと思っております。

御指摘のとおり、特に大学病院であることは多いかと思えますけれども、そこから関連病院や地域で本当に必要とされている病院に副業・兼業に行っていただく、派遣するというようなケースは、非常に多く日本の中では起きていることだと思えますし、御指摘のとおり、派遣した先が、本当に重要な役割を担っていて、なかなかそこを時短できないというような実情も当然あり得ることだと思っております。

その中で、こういった、今回新たに提案させていただいている類型のB水準において、どのような調整の中で時短を進めていくのか、非常に難しく、恐らく本当に地域医療提供体制を考える中で、どこを短くしていくのかということを経験しないと、これはなかなか時短が進まない事例だと思っております。

御質問をいただいたのは、先ほども城守構成員からもいただいたように、それをどこの場で議論するのかということは、非常に難しい論点かと思えますが、今、この場でぱっと事務局としてはお答えできることはございませんけれども、非常に重要な論点をいただいたと思っておりますので、今後も事務局の中で、まずは整理させていただきたいと思っております。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。

では、関連で山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 私もほぼ同じ観点ですが、5ページの下の方の四角の最初の○ですけれども、医師が行う副業・兼業が地域医療確保の観点から必要と考えられると、これは社会の要請にほかならないと、医療提供体制がこうなのだから、お願いしますよと言っているにもかかわらず、その下に、労働時間の短縮に取り組むことは、医療機関の責務であると、これは、やはり話として矛盾していないかな、社会の要請でやっているのに、それを短縮するのが医療機関の責務と、あたかも医療機関だけに、この責務を負わせるような書きぶりに対して、かなり抵抗感を覚えますが、いかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、何かありますか。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

地域医療提供体制全体の中で、時短の取組を進めていく必要があるだろうと。それについて、どこで具体的な議論をするかについてというのは、今、場がないので、なかなか今の時点でお答えすることは難しいけれども、今後、検討させていただきたいというのは、

先ほどお答えしたとおりでございます。

その答えの中でも触れておりますけれども、やはり、時短の取組は、一医療機関だけの取組ではできないということは、我々事務局としても当然承知しておりますし、ここで書かせていただいたのは、制度の立てつけとして、時短計画をしっかりとつくって、当該医師についての労働時間短縮を進めていただくということについて、当然、雇用主たる医療機関の管理者にもコミットしていただく必要があるということが言いたかったわけで、別に、そこだけに責任を押しつけるとか、そういった趣旨ではございませんので、誤解のなきようにしていただければと思います。

○山本構成員 地域医療提供体制の見直しも必須であるという前提の上で、これがあるということを確認したかったまででございます。ありがとうございます。

○遠藤座長 リモートの向こうで、大分お手を挙げていらっしゃる方がいらっしゃいますので、5人の方が既にお手を挙げていらっしゃいますので、そちらに移りたいと思います。

島崎構成員が、時間が限られているということなので、まず、島崎構成員からお願いしたいと思います。

○島崎構成員 ありがとうございます。

私は、副業・兼業の問題は、地域医療に及ぼす影響という面でも、法制的な仕組み方という面でも、医師の働き方改革に中でも最も難しい問題の1つというか、影響の大きい重要な問題の1つだと思っていました。

また、私は、本来は、副業・兼業の場合は、B、C水準とは異なる、いわばD水準のような1つの類型を設けてもおかしくはないと思っていました。なぜかといいますと、医療機関単体で完結する場合と違い、派遣元、派遣先双方に相互影響関係があり、一定の責任が生じるということがあるからです。

ただ、先ほどから事務局の説明を聞いていて、そこまで大がかりなD類型のような別箇の類型をつくらなくても、論理的には一応説明としては成り立っているというように思いました。そのことを申し上げた上で、3点ばかり質問も含めて申し上げたいと思います。

1点目ですが、4ページ目の医師の派遣を通じて地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関のところの例示のところ、大学病院、地域医療支援病院等と書いてあります。例示と書いてありますので、地域医療支援病院だから当然にこの類型に該当するという趣旨ではないと思いますけれども、地域医療支援病院の中には、そういう役割を必ずしも果たしていないところもあるのが現実です。その一方で、あえて固有名詞を挙げれば、北海道の砂川市立病院とか名寄市立病院のように、医師の派遣機能というのが地域医療を支える上で極めて重要な役割を担っているながら、地域医療支援病院になっていないケースもあります。要は、地域医療支援病院であるからといったことではなく、地域医療確保に重要な役割を果たしているかどうかという実態をよく見て判断していくべきだというのが意見であります。

2つ目は、今、申し上げたこととも関係しますけれども、3ページのところで、そうい

う医療機関をどうやって都道府県知事が判断することになるのかという点につきましては、医療機関からの申請に基づき、指定プロセスの中で都道府県知事が判断することとなるだけでなく書かれています。つまり、「指定プロセスの中で」ということしか書いていないのですけれども、具体的に、どのように、例えばいかなるデータをもって判断をしていくのかということについて、少し説明を要すると思います。これは質問です。

3つ目は意見なのですがすけれども、副業・兼業の場合、例えば、派遣元から派遣先に移動する間、あるいは派遣先から派遣元に戻っていく間、いわゆる移動時間ですけれども、この移動時間が労働基準法上の労働時間かといいますと、通常は労働時間ではないだろうと思います。しかし、現実には、その移動時間が長く、自分の車を運転し移動するような場合、過労によって居眠りをしてしまい事故を起こすというケースが現実にあります。そういう実態を踏まえたと、確かに移動時間を労働時間として構成するのは難しいにしても、一定のゆとりをもった労働時間の管理であるとか、適切な健康確保措置を講じるといった、適切な配慮が必要になってくることは間違いないと思います。その点について、ぜひ何らかの記述をしていただきたいというのが意見です。

以上、1点目と3点目は意見ですが、2つ目は質問ですのでお答えいただきたいと思います。

○遠藤座長 では、質問について、あるいは意見でもコメントがあれば。

○島崎構成員 もちろん、1と2についてもコメントがあれば、ぜひいただきたいと思います。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

まず、御質問の点ですけれども、確かに今回お示した類型での指定申請を受けた際に、都道府県がどういう基準を持って、あるいはどういう部分を見て判断していくのかという御質問かと思いますが、これにつきましては、これまでのB水準の対象となる医療機関機能というものも4ページにお示ししておりますけれども、三次救ですとか二次救については、年間救急車受入台数ですとか、そういった過去の実績を見た上で、ある程度判断していくという形になっておりますし、今回の事例につきましても、何らかの情報を都道府県に対してお示ししていただく必要があろうかと思っております。例えば、申請を行う医療機関の前年度の医師の派遣実績といったもの、これを添付していただく。それを見た上で、この地域の必要な医療機関にしっかり派遣をしていただいているのだなと都道府県のほうで御判断いただくといったようなことが考えられるのではないかと考えております。

1点目と3点目につきましては、非常に重要な御指摘だと思っておりますので、それを踏まえた検討を引き続きさせていただければと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました、家保構成員、お願いします。

○家保構成員 ありがとうございます。

事務局から提案いただいた案は、現在の状況を踏まえたと、B水準のところを組み込むというのは、非常に妥当ではないかと思っております。

ただ、これまでの議論でB水準については、ゆくゆくは是正をして、この部分を解消するというようなこと了解されています。

上2つの四角については、ゆくゆくはなくなるのですが、一番最後、今回追加した部分については、地域医療の確保の観点から、なかなか解消するのが難しくなる部分だと思いますので、その点も踏まえて、ぜひ考えていただきたいというのが意見でございます。

あわせて、この部分については、大学病院の特に後期研修医の方が含まれます。実質ではC1に該当する病院でも重複するものになりますので、Bだけではなく、C1の部分についても併せて検討した上で、記載をしていただきたいと思っております。

先ほど、島崎構成員もおっしゃったように、どういう判断をするのかということにつきましては、当面は、今までのB水準で示されている病院とかなり重複する部分がありますので、その中で派遣実績とか、そういうことを積み重ねていって、都道府県ができるだけ公平な判断をできるような部分の情報を集めてやっていければ、できるのではないかと考えております。

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。御意見として承りました。ありがとうございます。

それでは、続きまして、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。

4ページの一番下の※印のところなのですけれども、B水準の適用については、指定を受けた医療機関における全ての医師の業務が当然に該当するというわけではなく、36協定の締結時に特定していくという考え方が、これまでも示されてきたところでもありますけれども、地域医療提供体制を確保するために医師を派遣する医療機関に対してB水準を適用する場合、副業・兼業の場合も、36協定についてはそれぞれの事業所における時間外労働について協定を締結することになると思っております。したがって、副業・兼業を行う医師に対するB水準の適用に関しては、36協定に代わって申請時に対象医師を明確にする仕組みなどを導入して、医療機関の指定などが適切に行われるようにし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。御意見として承りました。

それでは、続きまして、仁平構成員、お願いいたします。

○仁平構成員 5ページの最後のところに、副業・兼業先に対しても労働時間短縮の協力を要請すると記載されていますが、実際にそうした取組を進めるためには、常勤の勤務先と副業・兼業先間での定期的な協議体制の整備の必要性であるとか、先ほど少し事務局のほうから御説明もありましたが、協力を要請する内容の具体例などというものを、時短計画の策定ガイドラインなどの中で具体的に示していくことが必要だと思いますので、意見

として申し上げておきます。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、お待たせしました、岡留構成員、お願いいたします。

○岡留構成員 ありがとうございます。

先ほど家保構成員のほうから指摘されたことと少し重なるかもしれませんが、要するに2035年に、この計画のB水準がなくなっていくだろうというような計画の下に動いているわけですが、この計画の下に、今、進行している状況と、5ページの一番下のゴシックで書いてありますが、ここの辺りの表現が、少し矛盾が出てくるのではないかという感じがするのです。

それは、やはり地域医療は非常に大事なことです。これは、まず、真っ先に挙げないといけません。時間外が兼務先で増えることによって、これがなかなか時短の方向に動かない場合、では、どうするのか、あるいは2035年までの間に定期的に実態調査をやりながら、その都度モディフィケーションを加えながら何かそれに対処していくのか、さっき森本構成員が言われましたプロセスというような表現をしてありますけれども、その辺のところをどういうふうに考えていくのか。整合性が取れるような表現にしておかないと、将来的には、少しこの辺に矛盾が生じてくるのではないかなと思うのですが、その辺の御意見を行政当局のほうにお聞きしたいのですが。

○遠藤座長 類似の御意見が出ておりますので、新たに追加したことに伴う、これまでの議論の整合性の話が、幾つか御意見で出ていますから、少しその辺を整理して御回答いただければと思います。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

先ほども、山本構成員のほうの御質問の中でもお答えを少ししたこととも、似たようなお答えになるかと思っておりますけれども、こちらの記載につきましては、あくまでB水準の申請を行う医療機関が時短計画をつくる必要があるのかどうか、そして、その中で、どこまで取り組んでいっていただくことを時短計画に書いていただくのかという切り口で、こちらの資料を作成させていただいております。

ただ、当然、労働時間の短縮がそれだけで済むとは、我々も思っておりませんので、地域全体で、あるいは行政機関がどういう関わり方をして、地域の中での医師の働き方を見直していくかということについては、継続して議論が必要な事項だと思っておりますし、2036年に向けてB水準を解消していくという目標に向かって、今後も必要な議論を積み重ねていくことが必要だろうと考えております。お答えになっているかどうか分かりませんが、すみません。

○遠藤座長 ありがとうございます。

岡留構成員、いかがでしょうか。

○岡留構成員 その辺のところは、ひとつくれぐれもよろしくお願いいたします。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、片岡構成員、お待たせしました。

○片岡構成員 ありがとうございます。

1つは、島崎構成員からの御意見とほぼ一緒なのですけれども、あと、森構成員も御指摘されていたと思うのですけれども、特に若い先生において、医療過疎地域に派遣される場合など、かなりの移動時間が発生したり、また、車を運転しての移動が求められる場合というのがありますので、労働時間に仮に含まれないとしても、その時間の安全については、派遣元が包括的に責任を持つのか、あるいは派遣先も同様に責任を負うのかといったようなことを明確にしておくことも、今後必要ではないかと思いましたが、いずれにしても、そういう兼務を担っている医師を守れるような、注釈という形がいいのか、ちょっと分からないのですけれども、ぜひ、その辺りを注意喚起するような方向にさせていただけたらと希望します。

それから、岡留構成員の先ほどの意見と重なるのですけれども、結局のところ、病院と病院との協議だけで全体の時間を短縮するのが現実問題難しいという可能性は大いにあると思いますので、自治体を含めて、いわゆる第三者的なリバイスが入るような仕組みを構築していくような方向性を考えていただけたらと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

何か事務局、コメントはありますか、特段よろしいですか。ありがとうございます。

それでは、フロアで何か御意見があれば、では、城守構成員、鈴木構成員の順番でお願いします。それから、山本構成員。

○城守構成員 ありがとうございます。

これも意見としてお聞きしていただければと思います。

先ほどから皆さん方がお話をされているとおりでございますが、基本的には、今回の事務局の提案が妥当な、具体的な流れを作るのではないかなと思います。

ただ、5ページの下の枠組み、先ほどから岡留構成員もお話をされていたように、時間軸的な記載があれば、もう少し分かりやすい。要は、各医療機関が派遣先、派遣元ともに時短の計画をして、そして時短をしていくという中において、時間が経つことによって、医師の偏在であるとか、地域医療構想とか、そういうものが徐々に解消されていくであろうと推測されますので、その時点で、先ほど御質問したように、それぞれをどういう場で議論していったら、最終的に統合して議論していけばいいのかということをしていけば、必ず時短計画というのはうまく達成できるのではないかなと思いますので、文章的に時間軸的な内容を入れていただければ、これでよいかなと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

私は、大学病院の勤務医という立場で意見を述べさせていただきたいのですが、何度かこの検討会の中でも、私も当直明けでここに来ているですとか、そんな話もさせていただいた中で、今、手帳を見たら、今月、私は10回当直してしまっていて、思い起こすと半分ぐらいは寝られない当直なのですね。やはり、下の指導にずっと張りつきだったりとか、そういったことが現状です。

その中で、今回の枠を見てみますと、1,860時間まで大学病院の勤務医に対してのスキームがきちんと明記されているということは安心感にもつながるかなと、これがどんどん少なくなってしまうと、実際に地域医療提供体制を維持するためにやっている、そういう使命感でやっていることが認められなくなってしまうという不安もあったので、そういったところで安心感につながっているかなと感じています。

ただ、その一方で、今日の資料1の3ページ目のところで、副業・兼業を行う医師における労働時間管理方法の1行目のところに、きれいに整理していただいていると思うのですが、副業・兼業には、主たる勤務先からの派遣によるものと、医師個人の希望に基づくものと明記されていて、実際そうだと思います。

私の10回の当直も半数以上は、本務先である大学病院と、そこからの指示において行っているところです。

ただ、一方で、数回に関しては、個人の希望に基づいて行っているものなのですが、個人の希望に基づく、この表記を見ると、どうしても稼ぎに行っているみたいなニュアンスにも聞こえかねないとか、実際、そういう面もあると思うのですが、私の場合、もちろんそういうニュアンスは全くないのですが、実際には医療過疎地域において、当直に行くことで、その地域医療を担っているという使命感もあって、実際そうだと思うのですが、これを運用していくときに、実際に本務先が、これを認めるということになってくると思うのですが、そこで、あなた個人の希望で行っているから、これは駄目だよとなりかねないのではないかなというのを結構危惧していて、本務先の大学病院の医局ないし病院からの指示で行っているところはいいのですが、ほかにも地域医療提供体制を担うために、非常に重要な副業・兼業というのはあると思うのですが、それがあくまで医師個人によってひもづいているものであると、それが駄目だということになってしまうと、結構、これは問題になるのではないかなと思っていて、特に開業医の先生にとっては死活問題、よく聞こえてきますけれども、大学医局に頭を下げないと派遣してもらえないのではないかとということもよく聞こえますので、この辺り、きれいに整理はされているのですが、医師個人の希望に基づくものというところが、運用の仕方によっては危ない方向に行ってしまう、地域医療提供体制の崩壊につながるのではないかなと思っています。

この辺り、お考えとかを聞かせて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。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

今日初めてお示した枠組みになりますので、詳細については、これからもいろいろ御意見をいただきながら詰めていきたいと思っております。

1つ言えますのは、この枠組みでのB医療機関としての指定を受けるのは、医療機関単位で受けることになりますので、どこに派遣するか、要はここに派遣するのはオーケー、ここに派遣するのは指定しないといった形の枠組みは考えておりませんので、あくまで地域に対して必要な医師を派遣するという機能を持っている医療機関として指定して、そこから派遣される医師については、このB水準の適用になるという枠組みで考えておりますので、特定の派遣先に出ることだけを狙い撃ちして指定しないとか、そういう議論にはならないような制度設計にしたいとは考えています。

○遠藤座長 鈴木構成員、いかがでしょうか。

○鈴木構成員 ちょっと深い議論になってしまうかもしれないのですが、場合によっては、関係性の中で、そこには行くなとかというところが現実的にはあって、ただ、OBの先生とか、地域の必要性に応じて個人で行っているという場合があるので、なかなかそこでうまく折り合いがつかないというケースも出てくるのではないかなと、そこを多分、地域の先生方は不安に思っているという声はよく聞きますので、この辺りは丁寧に議論を進めていただければと思います。

○遠藤座長 よろしく願いいたします。

それでは、お待たせしました、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 今の鈴木構成員の話は、結局、各病院だとどう判断するかという問題も出ますね。これは、医局あるいは病院で管理だからいいよ、こっちでやる。でも、これは、おまえたち勝手に行っているのだから、例えば、さっきの時間短縮をこれからしなければいけないというようなときに、それをおまえたち勝手にやっているのだから、そこをおまえたち短くしろよというような議論になりかねないということも心配されているのです。そういうことだと思えます。もっと大きな制度というよりは、各病院の中の運用の問題だと思います。

私が申し上げたいのは、今まで副業・兼業、特に大学病院医師の副業・兼業については、地域医療提供体制という観点でいろいろ議論されてきましたが、これは、表の理由ですね。

でも、これは本当に重要なことで、その裏側には、やはり大学病院の非常に安い給料を、これで補填して、大学病院の医師の生活を支えているという部分があるということは事実であります。

では、その分、大学病院が給料を出せば一番いいわけですが、実際には、そんなことをしたら大学病院の経営は破綻しますし、では、医者数を減らして、その分、一人当たりの人件費を増やすかというのと、それも今の業務量ではとてもできないということで、今の診療報酬体系の中で、大学病院の経営としては、今の医師の給料というのはやっとなわけです。

一方で、若いドクターだと、国立病院と比較すると、5割から6割ぐらいの給料しか出せていないという現状が、そこをこの副業・兼業で埋めているという、本当に切実な問題もありますので、だから、やみくもに何でもいいから短くしろとやっていると、最終的に、大学病院では飯が食えないから、やはり大学など行きたくないよという話になりかねないというのが、これは切実な問題としての意見ですが、その辺の認識はいかがでございましょうか。

○遠藤座長 いかがでしょうか。

○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。

今回の診療報酬の改定におきまして、救急病院等の勤務医の働き方改革に対して、特例的な対応ということで、0.08%の対応ということを、今回させていただいたところでございます。

そういったところを、まずは、実態を把握しながら、今回のような対応に関して、どのような影響があったのかということ把握しながら、そして、2024年に向けて実際に時短をしていくために大学病院の経営状況の状況も見ながら、具体的にどういうふうに対応していくのかということに関しましては、また、文部科学省とも協議をしながら、我々は検討を深めていく必要はあると思っておりますので、いただいた課題は、非常に難しい課題かと思っておりますが、引き続き、我々としても検討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。重要な御指摘を平場で言っていただきまして、ありがとうございます。

それでは、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・兼業について、地域医療体制の確保という観点から、少し別個に考えなければならぬのではないかと提議し、取り入れていただいたということもございますので、今の議論について、ちょっと申し上げたいと思います。今、国全体としては、通常の場合の兼業というのは、なるべく認めていくが、時間管理については、通算しますという方針です。

今、山本構成員が言われたこととの関連でいうと、どちらかといえば、個人のキャリアだとか、あるいは個人の収入のアップについては、一般のルールに服すということになると思います。

医師の場合には、地域医療体制の確保という公的な要請がありますので、別途の枠組みを考えて、病院が責任を持つてという仕組みにするというのが今回の提案です。そうしないと、副業・兼業の管理が大変だということで、副業・兼業が地域医療体制の確保という観点を捨象した対応になりかねないからです。

ですので今回提案された2つの区分の意味を踏まえた議論が必要だということは確認しておいたほうがいいのではないだろうかと思っております。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

大体御意見は出尽くしたかと思しますので、時間も押しておりますので、次の議題に移らせていただきたいと思います。

議題の3番目は、長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアルでございます。資料3-1と3-2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。よろしく申し上げます。

○谷川参考人 順天堂大学の谷川です。よろしくお願いたします。

資料3-2のマニュアルの概要、資料3-1を基に御説明したいと思います。

まず、資料3-2をお開きいただきたいのですが、目次構成は、このようになっておまして、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳが、面接指導の目的、体制等、この枠組みについて説明しております。

さらに長時間労働の医師の面接指導までの流れということで、管理者の役割について述べております。

そして、Ⅲで面接指導を担う面接指導実施医師の役割、そのポイント、留意点が述べられています。

さらに就業上の措置、代償休息の付与についてはⅣの長時間労働の医師への対策で、述べられています。

また、面接指導実施医師が、このような面接を行う背景となる、参考資料1、2、3、4、5を挙げております。

面接指導実施の目的の中にもありますが、長時間労働を行うことにより、一般の労働者でも、過労死等ということで、循環器疾患のリスク、うつ病をはじめとする精神的な不調のリスクが高まるわけですから、そういうものをいかに早期にスクリーニングでき、また、それを専門医に委ねる、もしくは産業医と連携するかというところに力点を置いております。

目次の次のページは、今回の作成委員の名簿です。平成31年までこの検討会の委員を務められた黒澤先生、また、今回の検討委員会も務められています堤先生は、この話題につきましては、非常に造詣も深く、また、黒澤先生は、実際に産業医として長時間労働の勤務の医師を対象に面接を行っておられます。

また、堤先生は、職場のストレスについて様々な検討をされてきております。

それに加えて、堀江先生は産業医科大学で、長時間労働、また、過労死等につきましても、非常に多くの研究、また、書籍も書かれておまして、また、労働安全衛生総合研究所の吉川先生は、皆様御存じのように、長時間労働、過労死等につきまして、造詣の深い先生方でおられます。

これらの先生方に、いろいろとアドバイスをいただき、また、御執筆をいただきまして、この先のほうの参考資料、この辺りが先ほど、鈴木構成員のほうから御質問がありました、

仕掛けです。まず、参考資料の1番、長時間労働の医師に関する面接指導のロールプレイ研修、このようなこともやってくださいということで、研修会の資料を載せております。

次に、参考資料2、ワーク・エンゲージメントとバーンアウト、これはふだん医学部では習わない領域なのですけれども、一生懸命働いている医師は、ぱっと見て、ワーカホリズムなのか、ワーク・エンゲージメントなのか区別がつかない。一生懸命働いている背景が、この30ページに述べていますように、仕事が楽しい「I want to work」という認知によって行われているのか、仕事から離れたときの罪悪感や不安を回避するために仕事をせざるを得ない「I have to work」という認知なのか、こういうことも各医師が自分たちで問い直さないといけないのではないかと考えております。

また、次の資料の3のPVTは、少し聞きなれない言葉かもしれませんが。Psychomotor Vigilance Test、と言う客観的な慢性睡眠不足の指標が、既に米国では、研究もしくは実用で使われております。

43ページにありますように、この指標を使いますと、3時間睡眠とか5時間睡眠を1週間続けますと、結構へろへろになりまして、たとえ8時間睡眠を3日間、代償休息を取りましても、未だ元に戻らないということが示されています。

次の44ページにありますように、2週間の間、ずっと4時間睡眠でいく、6時間睡眠でいくと、全く寝ていないときの一晩の徹夜状態に6時間睡眠でなり、二晩の徹夜状態に4時間睡眠で陥るとということが示されております。

また、長時間労働の睡眠の観点から、これまでの疫学研究もまとめております。

睡眠時の無呼吸や、シフトワーク等も大事な要因であること等です。

さらに参考資料5では、医療安全の観点です。これまで、医師の健康確保が、この会のテーマですが、何のために健康確保をするのかといいますと、実は医師自体の命ももちろん大事なのですが、医師が健康確保できなければ、先ほど来話題になっていました通勤中の交通事故リスクが、米国では相当高くなるとか、針刺し事故が高くなるとか、そういう観点からハーバードの睡眠のグループなどでは、2004年頃からニューイングランド・ジャーナルに多くの論文を出し続けております。

一方では、米国のトレーニング制度が、54ページに掲げていますように、外科の先生方を中心に、従来の通り24時間以上働かせてもいいのではないかとか、やはり16時間以内に収めたほうがいいのではないかとということで、まだ議論中というところもございます。

そういうことも踏まえまして、これらの知識も、面接指導実施医師にはつけていただければと考えております。

次に資料3-1のほうに移りますが、ここに書いていますように、1ページ目、事業者もしくは管理者が、まず、面接指導実施医師を選任しまして、その方々に必要な情報の提供を行って、それに基づいて、面接指導実施医師が面接指導、健康相談を医師に対して行い、その結果を報告し、それによって就業上の措置を事業者もしくは管理者から行う流れになります。

その際、産業医と連携して行うことが望ましい、もしくは面接指導実施医師を産業医が担うことも可能と書いてあります。

ですから、この青い部分は、今回医療法等で新たに行う枠組みで、赤い部分は、これまでの従来の労働安全衛生法による枠組みで行ってきたことです。

次の2ページ、これは今回の面接指導の実施のステップ1、2、3、4とありますが、ここに掲げましたように、まずは睡眠及び労働の状況を確認する。その確認をするための資料として、4ページにあります、これは一般の労働安全衛生法で用いられています長時間労働の方々に対する疲労蓄積度自己診断チェックリストですけれども、この中で、初めの13問、いらいらするとか、不安だとか、落ち着かない、こういう症状の中で、4問以上が3点で、あと、時々あると回答した場合、これで21点の計算ですが、そういう方々は、やはり加えないといけないだろうと考えました。たとえ100時間を超える前であっても。次の深夜勤務とか、時間外労働とか、こういうのがありますけれども、その負担がどれくらい大きいと感じているかどうかということで、この負担度が勤務の状況と合わせて4点以上になるような方につきましても、加えないといけないということも踏まえまして、確認事項が書かれています。

直近2週間の1日平均睡眠時間がやはり6時間未満だとか、本人が希望する場合、そういう自己診断チェックリストとかにもかかわらず、本人が面接をしてほしいと希望する場合には、そういう方を面接するというのを盛り込んであります。

実際に面接指導を行った後、勤務の状況、睡眠負債の状況、疲労の蓄積の状況、心身の状況などを総合的に判断して、ステップ3に移り、本人への指導区分ないし、就業上の措置の報告をすることになります。

心身の状況については、21ページです。長時間労働の医師面接用、これは、一般の労働者の面接結果を記入するものをモディファイしたのですが、疲労度の蓄積状況というのは低いか、高いか、4段階で各項目ございますが、それに加えて、睡眠負債の状況、どの程度睡眠が、この2週間ほどで足りていないかというのを示すものを面接の結果、得た所見を書く欄がございます。

これにつきましては、15ページのコラムにあります睡眠負債の把握で有用な項目、例えばいつでも、どこでも寝ようと思えば寝られる、これは寝られて当たり前かなと思いますけれども、実は、それは当たり前ではないのです。そういうことができるということは、睡眠負債がたまっている根拠になります。

そして、例えば、睡眠時間を十分に取っていると思っても、昼食後の午後に眠気、疲労を感じることもあるとか、様々な観点からヒントになることが書いてあります。夕方のカンファレンスで起きていようと思っても、スライドが出た瞬間に寝てしまうとか、これは我々の経験も踏まえたことですが、これは大事なことでして、そういうことから判断して睡眠負債がどうかということを書いていただく。

資料3-1に戻りますが、面接指導の実施時期につきまして、A水準で80時間到達した

頃とか、疲労度を確認して、そのとき何ともなければ、100時間を超えてからでも良しとするとか、いろいろと書きました。

ほとんど100時間を超えるような場合には、あらかじめ決めておいた時期に面接指導を実施しても良いということも書いてあります。

その次、5ページが、面接指導における確認事項、ここを書くに際しては、次の6ページ、精神的な場合、疲労蓄積度チェックにおいて、4番、5番、7番、10番、11番、12番という鬱を疑わせるような自覚症状が高い場合は、この鬱病の簡便な構造化面接をやっていただければと思います。それによって、ちょっと怪しいなと思えば、産業医の先生と情報共有して、専門医の先生の受診を促す等の対策が取れるのではないかと考えております。

次の7ページ、面接指導における保健指導につきましては、一般的なことから睡眠の量と質、そして、ストレスコーピング等について、含まれています。

9ページ、効果的な休息の付与方法につきましては、これは、様々なこれまでの知見を基にして、次の10ページに書かれているように、勤務間インターバルの延長は、睡眠の量と質の向上につながる可能性が高いことを述べています。

そして、代償休息を生じさせる勤務の発生後、できる限り早く付与をしましようにと勧められています。

また、オンコールからの解放、シフト制の厳格化などの配慮により、勤務間のインターバルは、仕事から切り離された状況を設定することが効果的な代償休息の付与につながることを述べております。

最後に11ページですが、面接指導に要する時間、面接指導による時間が1年間で30時間に上がると、どうするのだという話もございましたが、恐らく10名平均で、毎月見ていただくときに、ある程度的人数の方は、措置不要ということで、5分以内の面接、また、チェックリストの確認も、それほど大した時間はかからないと思います。

ただ、やはり1人、2人におきましては、少し丁寧な面接、そして、指導が必要と考えられ、場合によっては、産業医の先生方との情報共有も大事だと思います。

以上駆け足ではございますが、このマニュアルの概要につきまして、御説明いたしました。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいま谷川参考人から御説明いただきました内容について、御意見、御質問等あれば、いただきたいと思います。

今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

冒頭、資料1のところで、今回、1時間の研修が終了すると、それもe-ラーニングという大変ありがたいというお話を申し上げました。

正直申し上げて、今、谷川先生から御講演いただいた内容というのは、非常に緻密にしっかりと作られているなと思いますけれども、この内容を産業保健の、いわゆる講習会を

受けていない人が、1時間でどこまで理解できるかという、正直ハードルはかなり高いのではないかと考えておまして、実は、今、日本医師会の所定の講習を受け安衛法上の産業医になる資格要件を満たした医師は、10万4000人おられます。実際産業医の仕事をしていなくても、そもそも産業医の講習50時間を受けていると、基本的なことは、講習を受けたという方が、例えば、1時間のこういった勉強をして現場で取り組んでいただくのと、初めてこれに取り組む方が1時間で理解できるかという、全然違うと思いますので、ぜひ事務局には、私、冒頭1年間ぐらいだと申し上げましたけれども、対象をきちんと選んでいただいて、パターンを分けていただいたらいいのではないかなというのは、正直な感想です。

あと2点質問がありまして、長くなって恐縮ですけれども、1点、前にもこの議論をしたときに、例えば、飛行機のパイロット等は心循環器系等あるいは鉄道の運転手さんについては、労働安全性法の健診以外に、特別に上乘せの、例えば循環器系の血液の検査等の検査を上乘せしているという話も伺っているという話もございましたけれども、こういったメンタルの部分以外の循環系、それもある一定以上の年齢になっている、40歳以上の先生方に対する何か検査というものを、改めて上乘せするお気持ちはあるのかどうか、これは病院側が自発的にやればよいという話なのかもしれませんけれども、そういうことがどうなのかというのが1つございます。

それから、谷川先生に御質問は、睡眠負債のお話で、資料3-2の15ページに、いろいろこういうことがあると、どうも睡眠負債があるよというものが挙がっていて、これは専門の先生が見ると、例えば、この中のこれとこれがあれば3なのだとか、そういうことが即座に分かるのかもしれないのですけれども、そうでないと、これはポイントがついていませんので、何が3で何が2でという、いわゆる重症度というのはなかなか普通の方には分からないのかなと思っておりますので、これは、最終的な案ではないと思うのですけれども、もし、最終的なマニュアルを決定していただく際には、なるべく本当に分かりやすい客観的なものをつくっていただけるとありがたいと思っておりますので、ぜひお願いしたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 では、まず、事務局からコメントをいただきたいと思います。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今村構成員より、飛行機のパイロットのように、追加的に心血管リスクとかの評価をする必要があるのではないかというような御質問をいただきましたが、まず、当然、この面接指導をやるに当たっては、年次の健診を行っていただくということは必要なことだと思いますので、それをやっていただいた上で、さらなる面接指導で毎月見ていくに当たって、評価がそれだけでは十分ではないかどうかということに関してましては、また、改めて研究班の先生方とも、その点に関して議論をさせていただきまして、次回以降、お答えさせていただきますと思います。

○今村構成員 研修のことは、いかがですか。1時間の研修でという。

○加藤医師養成等企画調整室長 今、御指摘いただきましたとおり、かなり内容が多く、本当に1時間で研修として十分なのかどうかということに関しましては、もう一度見直させていただいて、バックグラウンドの有無によって、パターンを考えていくという必要性に関しましては、改めて検討させていただきたいと思います。

○今村構成員 ありがとうございます。ぜひ、よろしくをお願いします。

特に、ロールプレイというお話が、谷川先生からもございましたけれども、多分、これは非常に有用な仕組みで、時間はかかると思うのですが、実際に経験してみるということが非常に重要だと思っていますので、ぜひ御検討をいただければと思います。

○遠藤座長 では、谷川先生、お願いいたします。

○谷川参考人 今、お話にありました、睡眠負債の、客観的な重症度判定ですが、本当はPVTを使うのが一番客観的ですが、そんなわけにもいきませんので、先生がおっしゃったように、15ページの項目を点数化できる質問紙を作成してある程度、誰がやっても、こういうときに睡眠負債が起こっていると把握できるようなものを考えます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、画面の向こうで手を挙げておられる、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。

資料3-2の8ページ目には、面接指導実施医師及び産業医をはじめとする産業保健スタッフが中心となってという感じで、スタッフという言葉、チームがここに出てくるのですが、それ以外は、どちらかというと、医師が全部するというような形になっていますけれども、資料1の5ページ目にも、面接指導を行う医師1人当たり月に約2.2時間、かなりたくさん時間が想定されていますけれども、例えば、臨床心理士があらかじめ見て、報告書を作っておいて、それを見ながらインタビューするというようなことであれば、多分、半分以下の時間で済むというようなことになるとと思いますので、せっかくのタスク・シェアとかタスク・シフトを推進する委員会でもあるわけですから、その辺のタスク・シェア、タスク・シフトをするチームアプローチ的な考えを少し推奨されるような形になればいいと思うのですけれども。

○遠藤座長 いかがでしょう、どなたにコメントをいただきましょうか。

○馬場構成員 事務局でも、谷川先生でも結構ですけれども。

○遠藤座長 谷川先生、お願いいたします。

○谷川参考人 これは、事務局から、違う答えが出るかもしれませんが、私としては、臨床心理士が、必ずしも今回適任ではないと思います。この辺りは面接指導実施医師という、医師がすることが大事ではないかと思っています。

もう一つ、チェックリストを回答して点数化するところまでは、本人だけでできる作業なので、実際に結果を見るところで、それほど時間はかからないのではないかと思います。これまで産業医として、このチェックリストの結果を見て、ぱっと判定する分については、

コメディカルの力を借りないといけないという感じではないと思っております。

その辺りも、実際に使っていただいて、実は、もう少しこういう方の手を借りたほうがいいよというご意見がありましたら、また、考えたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局は、特段よろしいですね。

馬場構成員、よろしいですか。

ありがとうございました。

ほかに、それでは、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。

谷川先生が、実施方法についての案として、資料3-1の2ページに、管理者が疲労の状況の確認をするというステップ1がございますが、ここを確認事項という形で記載していただいているのですけれども、確認事項は、基本的には、これでいいと思うのですが、実際、職場では、ドクターがどれだけ疲れているかどうかというのは、意外と周りのスタッフのほうがよく気がつくことも多いと思うのですよ。かなり疲れているのではないかと。

ということもございますので、要するに、確認事項のところにメディカルスタッフからの情報という項目も1つ入れていただいてもいいのではないかというのが1点。

もう一点は、ステップ3のところ、いわゆる報告書、そして、意見書の作成に当たっては、必要に応じて、産業医と連携することが望ましいと、そのとおりであろうと思いますが、特にメンタルヘルスに関しては、産業医の先生でも、メンタルヘルスに関して、若干弱いといえますか、非常にデリケートなところもございます。

確かに、先生が資料3-1でお示しいただいたPSIDという方法、これはかなりよく鬱状態の方をチェックできるとお聞きしておりますが、やはり、面接指導医が判断に迷ったりというようなことも出てくるのではないかと思いますので、ここは、ステップ3のところは、産業医とか精神科医といえますか、そういう記載にしてもどうかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○遠藤座長 谷川参考人、どうぞ。

○谷川参考人 ありがとうございます。

1番目の御指摘ですが、メディカルスタッフからの情報を基にというのは、非常にいいアイデアと思うのですが、実際に、それをどのように集めるかというのが、それを集めるところまでも管理者の責任とするのか、それともメディカルスタッフからの情報を面接指導実施医師が何らかの形で聴取するとか、その辺りの、実際に運用するときには、スキームを考えられていますでしょうか、ちょっと逆質問で申し訳ないのですけれども、僕のほうも、なかなか入れにくいと思うのですが、どうでしょう。

○城守構成員 いや、先生、これは定量的に何か方法を策定するということは、先生おっしゃるように、多分無理かなと思うのですけれども、ただ、情報として一定程度疲労があるのか、ないのか、スタッフから見てどうかというコメントをもらうみたいな形にして、

参考資料という形、ですから、1 2 3 4とは別に、参考資料として、そういう形のものをつけるというのも1つの手ではないかなと思うので、御参考までに。

○谷川参考人 逆にいえば、ここではなくて、ステップ1の睡眠及び疲労の状況の確認のところで、聞くとかでしょうか。その辺、また、考えさせてください。

○城守構成員 はい、では、よろしく申し上げます。

○谷川参考人 もう一点ですが、産業医と連携するというところで、産業医の先生でも、なかなか精神科的なことには、少し疎い方もおられるかと、実際そうかもしれませんが、ここで私が思っているのは、面接指導実施医師のみに全て負担をかぶせてしまうのではなくて、産業医の先生と相談してやってくださいということとして、もし、怪しいなと思えば、その時点で、5ページに書いてありますように、医療機関紹介というのを書いていますが、ここに丸をつけていただいて、医療機関もしくは専門医受診ということで、その時点で回してもらってもいいのではないかと考えております。

ここで、例えば、同じ病院の中に精神科がない場合では、なかなか精神科の先生とタッグを組むのは難しいかもしれませんので、そういうときは、医療機関紹介というところで丸をしていただければいいかと思っておりますが、いかがでしょうか。

○遠藤座長 城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 そういう形まで行けば、そこに丸をしてもいいと思うのですがけれども、若干ちょっとどうかなというケース、そういう場合に、メンタルヘルスの先生方との連携が取れるような形を構築しておくことが望ましいみたいな形の記載にしておくのがいいのかなと思ったものですから。

○谷川参考人 その辺、また、こちらのほうでも相談させてください。作成委員の先生方とも御相談してから決めたいと思います。

○遠藤座長 よろしく申し上げます。

では、森構成員、お待たせしました。

○森構成員 私も城守構成員の御意見に大変賛成で、具体的には、多分、病棟医長と看護師長が一番身近でいろいろ接する機会が多いので、その人たちの意見というか、ごくごく簡潔なのでいいので、詳し過ぎると、皆さん、また、それで仕事が増えてしまうので、ごくごく簡単なものでいいので、それを添付してもらおうというような形を取っていただければ、ある意味、有用ではないかなと思います。

○谷川参考人 分かりました。そういう意味では、所属する病棟の師長もしくは、枠組みとすれば、同じ科の先生は書かないということになっていますから、その科の上司が書くとかということではよろしいでしょうかね。

○森構成員 はい。ドクターと看護師は重要だと思いますので、ドクターと看護師の両方から意見をもらうというのは、できればありがたいなと思います。

○谷川参考人 分かりました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

大分時間が押しておりますので、それでは、簡潔に山本構成員、お願いします。

○山本構成員 谷川先生に御質問なのですが、医師のメンタルヘルス、もちろん長時間労働は、かなりやばいのですが、あと、やはりパワハラが結構効いている場合が多いというのは、個人的経験なのですが、それは、ここでどこか引っかけたり、全く別の問題だからといって切り離してしまうのか、その辺のお考えは、いかがでしょうか。

○谷川参考人 これは、なかなか難しい問題でして、今回、長時間労働ということで書いたわけですが、パワハラという課題が出てきますと、例えば、逆に患者さんからのプレッシャーだとか、様々なことが入ってきます。

ですから、そういうものがプラス長時間労働とそれがミックスした場合に、より影響を与えるということがあるので、吉川先生とも相談させていただいて、医師がメンタルヘルス不調を来すような要因をどこかにコラムにまとめて、こういうことにも留意してくださいということで、先生のパワハラも入れさせていただくということでどうでしょうか。

○遠藤座長 それでは、積極的な御意見をありがとうございます。

それでは、次の議題に進ませていただきたいと思います。

議題の4は「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について」でございます。

資料4につきまして、事務局から説明をお願いします。

○土岐医事課長補佐 事務局でございます。

資料4について、御説明させていただきます。

まず、1ページを御覧ください。

今日御提案させていただいておりますのは、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針というものを策定いたしまして、この中で3つの事項を盛り込むこととしてはどうかという形でお示しております。

1点目につきましては、今日も御議論の中で、労働時間の短縮の取組は、医療機関だけの取組だけではなくて、行政ですとか、あるいは地域全体で考えていく必要があるという御意見が再三出ておりましたけれども、そういった、そもそも時短を進めていくことが必要であり、それはみんなで考えていく必要があることなのであるという基本的な考え方を大上段に掲げる必要があろうかと思って、①の基本的な考え方として提示するものでございます。

続きまして、②医師の時間外労働短縮目標ラインですけれども、こちらは、今年の検討会報告書の中でも、こういったものを作るべしとされておりますので、それに沿ったものを今回、御提示するものでございます。

③各関係者が取り組むべき推奨事項としまして、この検討会の中でも、これまで制度で義務づけるところまではいかないものでも、いろいろ推奨される事項というものが議論の中で出てきましたので、そういったものを拾い集めて、各関係者が取り組むべき推奨事項としてまとめ直したものを御提示するものでございます。

次の2ページを御覧ください。

「時間外労働短縮目標ラインについて」ということで、案をお示ししております。

これは、2036年4月にB水準を解消するということを目標に時短を進めていくという話は、今日の議論の中でも出ておりましたけれども、そこに向けて、どのようなスパンで、どのようなスケジュールで時短を進めていくのかということについてお示しするものになっております。

ただ、その際、留意しなければいけないのが、2024年の時点、施行の時点で、どの医療機関も1,860時間という上限に張りついているかということ、そんなことはございませんので、当然、足元の長時間労働の時間に応じて、2036年に向けた短縮目標というものをお示ししていく必要があろうかと思っておりますし、当然これは全ての医療機関が、これと全く同じような時短の進め方になるとも思っておりませんので、こういったものも目安にしながら、各医療機関において、時短の取組を進めていただくという位置づけのものとして、お示ししてはどうかと考えております。

最後の四角のところ、B水準の見直しについての記載もさせていただいております。

B水準については、働き方改革に関する検討会報告書において、段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施することとされております。

短縮目標ラインについても、当然B水準の上限時間が具体で見直された際には、こちらの短縮目標ラインについても、当然、それに合わせて見直しを検討する必要があるかと思っております。

括弧で、なお書きで書かせていただいておりますのは、今回短縮目標ラインをお示しするものではありませんが、これが自動的にB水準の上限時間数の引き下げと連動するものではなく、当然、勤務時間の実態を見ながらB水準の上限時間、規制にかかる部分については、別途検討した上で、引き下げをするならば引き下げをするという判断をしていくということを括弧のなお書きで書かせていただいております。

さらに、次のページに進んでいただきまして、3ページ、4ページ、それから5ページに各関係者が取り組むべき推奨事項についてということでまとめております。

これも、これまで御議論いただいてきた中で出た御意見を参考に、基本的には書かせていただいております、3ページが行政、国、都道府県に対する推奨事項ということで、行政の役割として、1つ目の四角として地域医療提供体制改革と一体となった医師の働き方改革の推進に関する事項。

2つ目の四角では、都道府県に対するものですが、国民の適切な医療のかかり方につながるような評価結果の公表方法。

3点目は、国、都道府県ともに、各都道府県におけるB・C水準の運用に関する事項として、望ましいことを掲げております。

次のページに進んでいただきまして、4ページでは、医療機関（使用者）としておりますけれども、それに対する推奨事項ということで、幾つか挙げさせていただいておりますが、直近の議論の中で出た御意見を踏まえたものとしたしましては、3つ目の四角、医師

の健康確保に関する事項というところで、副業・兼業先の労働時間を把握する仕組みを設け、これに基づいて連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを遵守できるような勤務計画を作成することが望ましいといったことですか、災害時等に追加的健康確保措置を直ちに履行することが困難となった場合には、履行が可能となり次第、速やかに十分な休息を付与することが望ましい。

こういったことをまとめてさせていただいております。

次の5ページになりますけれども、こちらは、医師個人に対する推奨事項と、それから、国民、医療の受け手に対する推奨事項を掲載しております。

医師に対する推奨事項といたしましては、これも最近議論になった部分ですけれども、副業・兼業を行うに当たっては、自己の労働時間や健康管理の把握管理に努め、副業・兼業先の労働時間を本業先に適切に自己申告することが望ましいということ、ここに記載させていただいております。

それと国民に対する推奨事項としては、医療のかかり方が医師の働き方にも大きくかわってくる部分でございますので、国民は、自らのかかり方を見直すことが望ましいということも明記させていただいております。

説明は、以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明について、御意見、御質問等あれば、いただきたいと思えます。

今村構成員、お願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。

1つだけ、これは城守先生が出ておられた上手な医療のかかり方のお話なのですが、この書きぶりは、ちょっと違うのかなと思っていて、医師の働き方改革というのは、医師が健康で働けると、そのことは国民に良質、安全な医療を提供できるのだから、国民にとっても重要な問題だから、受診の在り方について考えてほしいという話なのだと思うのです。

これは、要するに医師の働き方改革は、医師だけの問題ではありませんとさらっと書いてあるのですが、やはり国民への医療の問題と大きく関わっているのだということ、国民に知っていただきたいということなので、ちょっと記載ぶりを検討していただければと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、関連でよろしいでしょうか。

では、先ほどから手を挙げておられる方が先におられますので、仁平構成員、お願いいたします。

○仁平構成員 ありがとうございます。

2ページにあります、時短目標ラインについての意見です。

一定の期間ごとに、段階的な時短目標を設定することは、個々の医療機関が2035年度末のB水準廃止に向けて、着実に医師の労働時間を短縮していく上で、道しるべとなるものであって、有効だと思っております。

また、一律の義務づけというのは、やはり難しいのでしょうかから、大臣指針などのような形で示すことも、そうなのだろうと思う次第です。

それぞれの地域、医療機関の実情というのは、様々に異なると思います。だからこそ、個々の医療機関が自院の課題を明確に把握して、着実に取組を進めることが、やはり重要だと考えております。

ですから、時短計画もPDCAサイクルを回していくことになると思いますが、そこで実施後の結果を評価する際に、時間外労働の短縮実績と目標の達成度を評価し、個々の医療機関が単独で取り組める課題と個別では解決が難しい課題をきちんと整理して、その課題に応じて改善を図っていけるようなシステムの構築が必要ではないかと考えております。

さらに、表の中で、2036年の短縮目標ラインは一律で年960時間という記載になっております。これは、2035年度末でのB水準の解消に向けてのものと理解しているわけですが、そもそもA水準の年960時間というのは、一般則における特別条項の上限に相当するものです。

本来、一般則における時間外労働の上限というのは年360時間ですので、それを踏まえますと、年960時間が医師の働き方改革のゴールではなく、さらにその先の一般則の適用に向けた不断の取組が求められるものだと考えます。

そうしたことも記載しておくべきではないかと考えますので、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。

それでは、家保構成員、お願いいたします。

○家保構成員 ありがとうございます。

私も仁平構成員と同じようなことですが、2ページ目の短期目標ラインで、全て2036年に960時間というのがあります。当面の目標としてはそうかもしれませんが、一般職よりも多いということを見ると、例えば、例③の年1,200時間の場合も同じようにするのではなく、可能であれば、もう少し早い段階で達成することが望ましいということをごきちん記載したほうがよいのではないかと考えております。

また、4ページ、5ページのところの推奨事項でございます。医療の受け手、国民に対する推奨事項については、望ましいという表現で終わられるというのはよく分かるのですが、医療機関もしくは医師についても同様の望ましい、確かに望ましいのかもしれませんが、やはりもっと積極的に取り組んでいただきたいと考えますので、大臣指針としては望ましいというのではなく、もう少し進めるというようなところが伝わるような文末としたほうがよいのではないかと考えております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、城守構成員、お待たせいたしました。お願いします。

○城守構成員 ありがとうございます。

各関係者が取り組むべき推奨事項、3ページ、4ページなのですが、Ⅰが行政で、Ⅱが医療機関となっているわけですが、各医療機関で時短を一生懸命取り組んでも、なかなか成果が出にくいという状況等も考えられるわけですが、そういうときに、地域でいろいろと共同して、ないしは地域の会議体で調整を行うということもすると思います。そういう意味では、やはり、ここは地域の医療関係者という項目を1つ入れたほうが、国や都道府県の役割を拝見していると、都道府県の役割でもなさそうですので、地域の医療関係者ないしは医療機関という形のくくりを1つ入れて、そこで地域の支援とか、ないしは、機能の文化とか、連携とか、共同とか、そういう形のものを入れてもいいのではないかと思うのですが、これは、いかが考えられますか。

○遠藤座長 それでは、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。

先ほど来、近況に伴うB水準の議論からもありましたように、やはり地域の中で、どのような時短に、副業・兼業先を含めて取り組むのかといった観点も含めて、各医療機関のみならず、地域医療提供体制の中で関係者を含めて取り組むべき事項というのは、恐らくこれまでも議論をされていた中で多数ございますので、それを読み込める、推奨していくような項目というのは、御指摘のとおり必要だと認識しておりますので、そのような記載ぶりを、また、検討させていただきたいと思います。

○遠藤座長 よろしくをお願いします。

では、馬場構成員、お待たせしました。

○馬場構成員 ありがとうございます。

2ページのところの時間外労働短縮目標の表ですが、ここには、2036年に960時間ということになってはいますが、2036年に960にならないC1、C2の短縮については、ここでは表現をしないのですねというのが最初の質問です。

2つ目は、蒸し返すようで悪いのですが、直線的に減っていくようなイメージというのは、普通、従来のBの水準の医療機関では、こういう目標はなくなるかもしれないけれども、今回提示されたような自院では960時間達成されていると、あと、派遣先でプラスアルファがあるというのは、みんな直線的にならずに、どこかでごそっと派遣先をやめてしまうとか、あるいは最後まで実は派遣先は切れずに残ってしまうとか、そういう形になることが推定されてしまうので、場合によっては、単なるBでなしに、B1、B2とっていいぐらいの、大分類型が違うのではないかという気がするのですが、どうでしょうか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

まず、1点目につきましては、これは、あくまでB水準を2036年4月に向けて解消していくための目標として定めるものですので、Cの医療機関を念頭に置いたものではないというのは、御理解のとおりだと思っております。

2点につきましては、直線的に減っていくものではないというのは、御指摘のあった副業・兼業をする医療従事者の勤務時間だけではなくて、恐らく働き方改革の取組のやり方だったり、中身によって、時間の減り方というのが一気に効いてくる年があったり、なかなか効かない年があったりと、それは医療機関ごとに様々だと思っております。

ただ、我々としてお示しする形が、こうやって直線的に切っていくという形でしか、ちょっとアイデアがなかったものですから、例としては、こういう形でお示ししておりますけれども、当然、そういった意味で、毎年割って示すという形ではなくて、何年かのスパンを置いて、道しるべとなるような形でお示しさせていただいておりますので、その時短の進み方が、当然医療機関によって様々であるということについて、留意した形での記載ということも含めて検討させていただければと思っております。

○遠藤座長 よろしくお願いたします。

ほかに、いかがでございましょうか。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 一番最後の国民に対する推奨事項というところで、医療のかかり方に関する事項なのですが、最後の文章は、国民は、自らのかかり方を見直すことが望ましいというのは、大変そのとおりなのですが、ただ、国民にとっては、非常に漠然とし過ぎていて、具体的にどうしたらいいのかというのが、多分、分からないと思うので、もう一行ぐらい追加してもらって、時間内に受診をしてもらうとか、そういうのを1つ、2つ例みたいなものを書いていただくほうが、より国民にとっては分かりやすいのではないかと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに、いかがでございましょうか。

よろしゅうございますか。

大体意見も出尽くしたと思いますので、本件につきましては、これぐらいにさせていただきたいと思います。

本日、大変多くの議論がなされましたので、いろんな御意見も出されましたので、本日の御意見を踏まえまして、次回以降は、これまでの全体の整理をしっかりと事務局としてはやっていただきたいと思いますので、御用意をお願いしたいと思います。

それでは、次回の日程について、事務局からお聞きしたいと思いますので、いかがでしょうか。

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 ありがとうございます。

次回につきましては、追ってお知らせをさせていただきます。

○遠藤座長 それでは、本日は、予定していた時間をオーバーしてしまって、大変申し訳ございませんでした。本日の会議は、これに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。