

2020-11-18 第10回医師の働き方改革の推進に関する検討会

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただいまより第10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。

出欠でございますが、島田構成員より、所用により途中で御退席されるということを御連絡いただいております。

また、本日は参考資料1の「臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力との関連性に関する検討」について御報告いただくため、NPO法人日本医療教育プログラム推進機構、基本的臨床能力評価試験プロジェクトマネージャーの西崎祐史先生に参考人としてお越し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。

資料1といたしまして「第9回の議論のまとめ」。

資料2といたしまして「中間とりまとめに向けて更なる検討が必要な事項について」。

資料3-1としまして「中間とりまとめ（案）」。

資料3-2といたしまして「これまでの議論のまとめについて（案）」。

参考資料1としまして「臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力との関連性に関する検討」。

参考資料2といたしまして「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」となっております。

不足する資料等、万が一ございましたら、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。よろしいでしょうか。

（報道関係者退室）

○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いたします。

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、座長をお願いいたします。

それでは、遠藤座長、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 皆様、こんばんは。少し遅い時間からの会議でございますけれども、本日も

どうぞよろしくお願ひいたします。

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おりますので、資料1について事務局からの御説明をいただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○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9回の議論のまとめ」としてまとめさせていただいております。

1 ページを御覧いただきますと、過去9回の議題について一覧してあります。第9回、前回は「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」ということで、自院のみでは960時間に収まっているけれども、副業・兼業を行うことによってそれを超えてしまう方について、どういった対応をしていくのかということについてお示しして御議論いただきました。また、それと併せまして健康確保措置に関するマニュアル、それから、労働時間短縮に関する大臣指針についても御説明し、御意見をいただいたところ です。

2 ページを御覧ください。副業・兼業に関連いたしまして、地域医療への影響に関する御意見をいただいております。これは前々回でも出た御議論ではありましたが、地域医療に影響が出てくることに関して、それぞれの地域で、どのような場で確認、議論をしていくのかということを示すべきではないかという御意見、いただいております。

ここにつきましては、今後の検討の方向性ですけれども、B・C水準の指定に当たって、都道府県が指定に先立って医療審議会の意見を聴取するという枠組みを検討していることも踏まえまして、この地域医療への影響につきましても医療審議会で議論することとしてはどうかという形で提案させていただいております。その医療審議会の在り方も、現在も都道府県によって様々でして、実質的な議論につきましては、医療審に分科会を設けて御議論いただくことですか、あるいは地対協において議論を行うことも想定されるということも付記させていただいております。

次のページを御覧いただきますと、これはこれまでもお示ししてきております指定に当たっての基本的な流れになりますけれども、この右下のところに都道府県との関係で、都道府県医療審議会に対して都道府県が意見を聴取し、それに対して意見するという記載を加えさせていただいております。

続いて、4 ページに進んでいただきまして、こちらは副業・兼業を行う医師に関する地域医療確保暫定特例水準適用についての御意見でございますが、自院では960時間に収まっているけれども、副業・兼業することによってそれを超えてしまう方もB水準に新たに対象にするという御提案に対して、こういった形もB水準として加えていくのであれば、2035年度末にここも含めて解消するのはなかなか難しいのではないかと。時短の方向になかなか進まないのではないかとといった御意見が出た一方で、各医療機関が本業先と兼業先、共に時短に取り組んでいく中で、医師偏在対策ですとか地域医療構想も併せて進んでいくこと

が想定されるので、そういったことで時間軸的な内容も含めて示していくのがいいのではないかという御意見がございました。

これらの御意見をまとめまして今後の検討の方向性としてお示ししておりますけれども、まず副業・兼業を行う医師に対するものも含めまして、B水準の解消というものは2035年度末を目指していくということを掲げております。それに向けまして、各医療機関において、まず自院での年960時間以内の時間外・休日労働を達成できるように取り組んでいただくということと、併せまして、これは前回もお示ししていましたが、兼業先も含めた年960時間以内の達成に向けて可能な限り兼業先にも働きかけていただくということ。それに加えまして、地域の中で医師偏在対策ですとか地域医療構想といった地域医療提供体制の改革を進めることによって、各地域で医師の長時間労働の必要性が解消されてB水準の解消につながることをお示ししていくということで方向性を示させていただいております。

続いて、5ページに進んでいただきまして、これも副業・兼業を行う医師に対するB水準の適用についての御意見です。ここにつきましては、まずB水準の適用については、指定を受けた医療機関の全ての医師の業務が当然に該当するものではないこと。それから、今回の副業・兼業を行う医師に対するB水準の適用に関しては、36協定とは別に対象医師を特定する仕組みを導入すべきではないかといった御意見。それから、C-1水準に該当する医師が副業・兼業を行う場合の取扱いについても示してほしいといった御意見が出ておりました。

これに対しまして、今回の副業・兼業を行う医師に対するB水準につきましても、当然指定を受けた医療機関に所属する全ての医師が該当するわけではなく、副業・兼業の状況を踏まえて特定されるということを改めて整理させていただきました。

次のページを御覧ください。前回お示しした資料では、B水準の対象の医療機能の中の一つに、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形でお示しさせていただきましたが、その業務内容がより明確になるように、これまでのB水準対象医療機関と前回お示しした副業・兼業を通じて地域医療を支えるB水準対象医療機関というものの類型を分けて改めてお示したものになります。

これまでのB水準対象医療機関につきましては上段になります。さらに、対象労働者が明確になるようにという御意見もございましたので、長時間労働の必要性があることという項も立てまして、その中で「B水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、下記の医師に限られる」ということで、この医療機能を果たすためにやむなく予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師がいることということを明記させていただいております。

下段ですけれども、前はB水準の中に完全に含まれる形でお示していたものを切り分けました。連携B水準対象医療機関というように命名させていただいておりますが、内容的には前回お示したものと同様でございます。

長時間労働の必要性としては、この連携B水準が適用されるのは医療機関内の全ての医師ではなく、自院において予定される時間外・休日労働は960時間以内であるが、この地域に派遣されること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、これを果たすためにやむなく他の医療機関での勤務と通算での予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在することという形で明記させていただきました。

次のページに進んでいただきまして、これを絵にしたものも資料として提示させていただいております。こちらの見方ですけれども、左側に一つの医療機関を想定した絵を書かせていただいております。当然、一つの医療機関の中でも様々な診療科がございますし、様々な働き方、様々な業務がある中で、このA水準の業務に従事する医師という者については、当然、何ら指定を受けなくても右側の医師に適用される水準としては自院の36協定で定めることができる時間も960時間以下ですし、実際に働くことができる時間、これは通算も含めての話ですけれども、これも960時間以下という形になりますが、仮にこの中に、赤囲みにしてありますが、特定の診療科で緊急対応ですとか夜間の対応が多い診療科といったものが想定されますが、こういったところでB水準に該当するような業務に従事して長時間労働が必要となる医師につきましては、Bの指定を受けていただくことが必要というのを右側の表の一番左のところにお示ししております。このBの指定を受けた場合には、そういった業務に従事する医師については、自院での上限時間が1,860時間、それから、実際に働くことができる時間も1,860時間となります。

少し飛ばしてしまいましたが、オレンジの矢印で、自院では、この緑の960時間以内に収まっているけれども、地域医療確保のために派遣されて通算で長時間労働が必要となる医師がいるケースにつきましては連携Bの指定を受けていただいて、この場合につきましては、こうした医師については、自院では960時間以下が上限となりますが、副業・兼業先との通算で実際に働くことができる時間が1,860時間以下になるということをお示ししております。

同じような形でC-1、C-2についても下にお示ししております、専門研修、臨床研修、それから、特定の高度な技能の修得につきましては、こういった医師がいる場合には、それぞれC-1、C-2の指定を取っていただいて、右にお示したような時間の水準が適用されることとなります。

この絵に示したような働き方全ての医師がいるようなケースにつきましては、右下のところですが、この医療機関の例の場合は、連携B、B、C-1、C-2の4つの指定が必要となるという形でお示ししているものになります。

戻っていただきまして、いただいた御意見の2点目です。C-1水準に該当する医師が副業・兼業を行う場合の取扱いにつきましては、今後の検討の方向性の2つ目のポツですけれども、専攻医については、C-1水準が適用される医師が副業・兼業を行う場合には、主たる勤務先と副業・兼業先の労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は1,860時間となる。これを含めて副業・兼業を行う場合の時間外・休日労働時間の上限の考え方について8ペ

ージで整理させていただいております。

行ったり来たりで恐縮ですが、8ページを御覧ください。こちらが先ほどの7ページの絵を前提にして2つの医療機関でそれぞれどういった水準が適用されるかというものを整理したものになっておりまして、左肩に書かせていただいておりますのがA水準の医療機関、2つで勤務する医師の場合の上限時間の考え方。右上がBあるいはCの水準の指定を受けた医療機関、複数で勤務する場合の考え方。これはいずれも960時間、1,860時間ということで統一されていますので、単独の医療機関の中での上限時間も960時間あるいは1,860時間ですし、通算で実際に働くことができる時間も960時間と1,860時間となります。

下段ですけれども、片方が指定を受けていて片方が指定を受けていないケースについてです。左下が、片方が1,860時間、自院で1,860時間が可能なB・Cの指定を受けている場合で、副業・兼業先として指定を受けていない医療機関で働く場合ですけれども、こういったケースでは、自院の36協定で定めることができる時間としては、当然、B・C指定を受けているところでは1,860時間になりますし、その指定を受けていない医療機関②、副業・兼業先と先ほど御説明しましたが、こちらでは960時間以下となります。

ただ、一方で、その医師個人が実際に働くことができる時間としましては、B・Cの指定を受けているところは当然1,860時間以下となりますし、副業・兼業先につきましても通算した際に、ここが960時間を下回ってしまうと、当然時間外労働がさせられないという状況になってしまいますので、ここにつきましても1,860時間以下まで働くことができる時間としてお示ししております。

右下が前回お示した連携Bと指定を受けていない医療機関の2つで勤務するケースですけれども、こちらも通算の考え方は先ほどと同じで、その上で、自院で働ける時間についてはいずれも960時間以下となり、いずれかの医療機関が連携Bの指定を受けていれば通算では1,860時間まで働くことができるという整理になっております。

続きまして、9ページになります。副業・兼業に付随する論点として、移動時間が結構長時間になるケースもあるので、そこについても配慮が必要ではないかという御意見ですとか、移動時間中の安全について責任の所在の明確化が必要ではないかという御意見もいただきました。ここにつきましては、大臣指針の中において兼業先との間の往復の移動時間も考慮した上でシフトを組むということを記載する方向で検討させていただいております。

また、責任の所在の部分につきましては、労災保険制度においては、通勤災害の取扱いとして事業所間の移動の場合には移動先の事業所の労災保険を適用して保険給付を受けられるという形になっておりますので、そちらを改めてお示しさせていただいております。

続きまして、10ページになります。こちらは健康確保措置に関するマニュアルについて、様々な御意見をいただきました。ハイライトしておりますので、そちらだけ読ませさせていただきますので、産業保健の知識の有無等でパターンを分けて講習を設定したらいいのではないかといった御意見。それから、その中でもロールプレイは非常に有効な仕組みである

ということ。周囲のスタッフからの情報や意見も睡眠及び疲労の状況の確認事項として追加してはどうかといった御意見。産業医だけではなく精神科医と連携することについても記載が必要ではないかといった御意見。睡眠負債の程度を4段階で判定する基準について客観的なものがあるといいのではないかといった御意見。それから、面接指導においてパワハラの有無についても確認できないかといった御意見です。

これらの御意見につきましては、基本的にはマニュアルのほうに取り入れる形で検討させていただきたいと思っております。下の検討の方向性については具体的な取り入れ方についても書かせていただいております。

続きまして、11ページです。こちらは時短系、労働時間短縮に関する大臣指針について、こちらも様々御意見いただきました。これも基本的にはいただいた御意見を反映させる形で考えておりますので、いただいた御意見のハイライトした部分を御紹介させていただきます。

年960時間が医師の働き方改革の最終目標ではないので、それも記載しておくべきではないかということ。それから、2036年度に960時間を一律に達成するように見えるが、可能であれば、早い段階で達成できるよう取り組むことが望ましいということも書くべきではないかといった御意見。医療機関や医師に対する推奨事項が「望ましい」よりももっと積極的に取り組んでもらいたいという御意見。地域の医療関係者、または医療機関に対する推奨事項を設けて、地域医療提供体制における機能分化・連携等についても記載してはどうかといった御意見。それから、国民に対する推奨事項について、医師が健康に働けることは国民に良質で安全な医療を提供できることであり、国民にとっても重要な問題なので、受診の在り方について考えてほしいということであり、記載を検討してほしいといった御意見。時間内に受診する等の適切なかかり方についての具体例の記載があったほうがいいのではないかといった御意見でございます。

次のページ以降に、前回お示しした大臣指針の概要について、一部修正する形で掲載しております。先ほど御説明した御意見を反映する形で修正した部分を赤字にしておりますので、御確認いただければと思います。

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、ただいまの御報告内容につきまして、御意見、御質問等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。

馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 それでは、兼業問題につきまして2つ、質問というか、お願いがございます。

1つ目ですけれども、例えば文部科学省医学教育課の大学病院に勤務する教員の労働条件等に関するアンケート調査結果というようなものを見ると、ここで回答している45病院のうち28病院が兼業・副業を労働時間に通算する場合、地域医療機関への医師派遣が困難

になり、地域医療体制への影響等が懸念されると答えているのですが、こういう結果もあって、私の周辺ではやはり各病院が大学病院から将来、兼業の時間が通算されればバイト切りに合うのではないかということをご心配しているような病院の声をたくさん聞きます。そういう意味では、今回、B水準、従来のB水準と一線を画する形で連携Bという水準を明示していただけたのは本当にありがたいなというように思っています。

当然、2036年3月のB水準の終了目標に向かって、各病院、努力していくわけですが、中間見直し等で地域医療を守る観点から、本当に終了していいのかどうかということは慎重に検討、判断されるものだと思っておりますが、特に連携Bにつきましては地域医療を守る観点から、より慎重に検討、判断していただきたいなというように思っています。

以上が1点目で、2番目ですけれども、兼業という問題は大学病院に限らないというように思っています。私の病院でも、私と同じエリアのほかの病院に当直バイトに行っているというような医師が多数います。都市部の二次救の当直というのは大体同じような状況になっているのではないかなと思います。大学病院のバイトがよいバイトで、一般病院のバイトが悪いバイトでということはないと思いますので、どちらもやはり地域医療を守る観点からはきっと大事と思っております。

こういう現実の状況を背景に考えますと、従来のB水準の三次救と二次救とかがA水準を当然目指していくわけですけれども、目指すときに兼業している医師がそこにいる場合に、本業と兼業先の勤務時間をバランスよく減らしていくということはかなり難しいと思いますので、まず普通に考えられるのは、自院で960時間を目指そうということが多分普通の考えになってくると思うのです。ですから、この新しくできた連携Bというのが従来のBの病院にとってよい中間目標というようになり得るのではないかなというように考えています。

そこで、ちょっと危惧されるのが、連携Bのところでの医療機能のところを例示として「大学病院、地域医療支援病院等のうち当該役割を担うもの」というように書いていますけれども、これは、あくまで例示であって、大学病院とかでなくても三次救、二次救の従来のB水準の病院が取りあえず、まず頑張るってこの連携Bを目指せるということを確認したいというように思いますし、もし、それがそうであるならば、Bから連携Bを目指すというのも一つの通過点としては考え得るよということをごぜひ明示していただきたいというように思っています。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見ではありましたが、もし事務局、何かコメントがあれば、よろしくお願ひします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、冒頭、触れていただきました文科省の調査に関しましては我々も把握しているところ

ろでございますけれども、各大学で関連病院からの医師を引き上げないといけないかもしれないというような懸念の声に関しましては、我々もそういったご認識であるということに関してはしっかり受け止める必要があるというように思っております。ただし、もう既に大学病院調査、2大学をお示ししましたけれども、やはりまず実態を把握していただくということが一番重要かというように思っています。その上で、どのような対策を打ち得るのかということは研究班に行ってくださいましたけれども、我々もつぶさにその内容を見てみると、やはりその実態によって取り得る対策というのは明らかに異なるということが今回の一つの教訓でもございますので、今、また新たに研究班によって多数の8~10ぐらいの大学でやっていただくことを計画しており、徐々に進めておりますが、そういった大学病院の調査を進めていくということが2024年に向けた対策にまさしくなり得るというように思っておりますので、我々もそれを支援してまいりたいというように思っております。

そして、どのような対策を講じて、労働の実態を十分把握していないと、もしかしたら超えてしまうかもしれないということで引上げが起きてしまう可能性もございますので、その客観的な労務管理がしっかりできるような支援というのを厚労省としても考えていきたいというように思っています。

御指摘の連携Bの位置づけでございますけれども、馬場構成員御指摘のとおり、当然、通常のB、これまで用いてきたBの対象医療機関に関しましては、自院で時短計画をつくるという観点からも、まずは自院で960時間を目指すということになる医療機関が多いと思いますので、そういう観点ではBから連携Bに移って、そして、Aになるというような医療機関が多数あるのではないかとこのように認識しております。そういう観点で、御指摘のとおり、当然、地域で重要な役割を担っている医療機関に兼業・副業をお願いしているのが大学の実情だと思いますけれども、どういう形で時短を進めていくのかということは各大学を含め、そのBの医療機関に検討していただけるように我々としても発信していきたいというように思っております。

そういった考え方があるのだということの明記に関しましては御指摘のとおりだと思いますので、我々のほうでどのように明示していくのかということは引き取らせ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。

それでは、今村構成員、お待たせしました。

○今村構成員 ありがとうございます。

9ページの通勤災害のお話なのですが、これを拝見すると、兼業先と、もともとのお勤めのところで両方で労災保険に加入していることを前提としてお話になっていると思うのですが、例えばあの病院に行こうという仕事をしてきてくださいという指示に基づいてその病院に行った場合も、このような考え方で整理するという事なのではないでしょうか。

○遠藤座長 それでは、事務局、お願いします。

○安里医療労働企画官 事務局、労働基準局です。

基本的に今のようなお話が事実上あったとしても、雇用関係としては恐らくそれぞれの病院で雇用されていると思いますので、雇用されているところの労災で処理をされることになるというようになっております。

○今村構成員 そうすると、多くの今の医療現場で起こっている実際の兼業・副業というのは、出先のところで全てその方について労災保険を加入していただかなければいけないという整理ということですか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○吉永労働基準局長 労災保険制度につきましては、雇用保険とか社会保険と違まして個別にこの労働者はこの事業所に加入しているという整理ではございませんで、総賃金に対して保険料をお支払いいただくということで当該事業所における労災についてカバーするという考え方になってございますので、そういう意味では、それぞれの事業所の労災保険を使いますけれども、手続がそれぞれの病院で行われますが、それについてそれぞれで加入手続を行うということは必要ないということになります。

その上で、労災保険制度については、通常ですとその事業所で災害が起こった場合についてはメリット制ということで労災保険料が上がったりすることがありますのでけれども、通勤災害についてはその適用はございませんので、そういう意味での問題ということとはございませんので、通常の賃金総額に対してお支払いいただいているものについて、その労災が適用になるという形になります。

○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 すみません、私が労災保険の詳細の理解が十分にできていないところもあるので先ほどのような御質問をさせていただいたのですけれども、そうすると、例えば先生たちを受け入れている医療機関、地域の医療機関が仮に大学から10人の先生が来られているといった場合のその先生たちに対する労災保険の加入というのは、その人数とかとあまり関係なく負担は増えないということなのですか。そうではなくて、やはり人数が多ければ多いだけそれだけの保険料というのは増えるということなのでしょうか。

○遠藤座長 労働基準局長、お願いします。

○吉永労働基準局長 保険料につきましては、賃金総額に対して保険料を掛けるという形になりますので、もちろん人数が何かというのもございますけれども、結局幾ら給料としてお支払いになっているかという形になりますので、そういう意味で一定の時間、働いている方がいらっしゃる場合に、その人数が増えても賃金が変わらないということであれば、そこについて御負担がかかるということにはならないというように考えています。

○今村構成員 ただ、当然、賃金がたくさん発生するわけですからたくさん来ていただければ、その分はそれに応じて当然のことながら増えるという理解ですね。

○吉永労働基準局長 そこは御指摘のとおりになります。

○今村構成員 分かりました。ありがとうございます。

○遠藤座長 そのほかにございますか。

森構成員、よろしくをお願いします。

○森構成員 今、今村先生から出た案件で大変細かいことで恐縮ですが、ちょっと教えていただきたいのは、アルバイトに行くときに現実的に片道2時間半とか約3時間近くかけて行く人たちが存在します。そのときに、この両方の病院の労災保険というのが例えば大学病院と地域の病院であらかじめ決められた人だけに適用されるのか、あるいはよく手術が長引いてほかの人にどうしても急に代わってもらおうということもあり得るのです。そのときに名前をあらかじめ提示されていない方というのが行った場合の仕組みというのはどのように考えるのでしょうか。

○遠藤座長 では、労働基準局長、お願いいたします。

○吉永労働基準局長 労災保険につきましては、実際にその現場で働いていて、そこで通勤災害も含めて災害に遭われた方に対して事後的に確認をして、それについて補償をするという仕組みになってございますので、実際に行かれた方が通勤なり、あるいは病院の中でということもあり得ますけれども、災害に遭われた場合につきまして、それを労災として認定をして、その分についてお支払いするというスキームになってございます。

したがって、御指摘の場合で代わりの方が行かれたという場合につきましては、代わりの方につきまして、行った先の病院から報酬が支払われているということになるかと思っておりますので、その意味では、そのことをもってお支払いをするという形になります。

今年の法改正によりまして、お支払いの総額につきましては兼業の部分を含めて認定を行って、その分についてお支払いするという形になってございますので、お支払い額は兼業・副業を含めたトータルのものをベースとしてお支払いするというフレームになってございます。

○森構成員 ありがとうございます。よく分かりました。

もう一つなのですが、自分のことで大変恐縮なのですが、私、九州大学の福岡に勤めておりますが、私どものところから長崎県のほうとか大分県のほうにサポート、手伝いに行っている人、定期的に行っている人が何人かいます。これは片道約3時間ぐらいかけて行って大変かわいそうなのです。ここに往復の移動時間も考慮し、十分な勤務間インターバルが確保できるようなシフトを組むということを記載してはどうかとあるのですが、これは具体的にどんなことを想定されているのでしょうか。

○遠藤座長 では、これは事務局、どなたかよろしくをお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

当然、今、ここに記載しているとおり、往復の移動時間というのは労働時間にならないものの、今、御指摘のとおり、福岡から長崎、大分で片道2～3時間かかる場合、往復ですと4～6時間かもしれませんが、それだけの移動時間が身体的にも負荷がかかっている

健康にも一定の影響を及ぼすことは考えられるという観点で、労働時間としては勘案しないものの、その後、兼業して帰ってきた後にできるだけ休息を長めに取る、インターバルを長めに取るだとか、そういったことがシフトの中で配慮されることが望ましいというようにさせていただいております。

○森構成員 ということは、これは各病院での努力義務というか、努力目標ということになるということですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 そのような認識でおります。

○森構成員 分かりました。ありがとうございます。

○遠藤座長 では、関連で、山本構成員、お願いいたします。

○山本構成員 ということは、これはぶっちゃけになってしまいますけれども、例えばこの部分を勤務間インターバルに勘案するなどというのはないよねということですか。だって、そこは仕事していないわけだからという考え方もできると思うのですけれども、その辺はどうでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 労働時間ではないという観点で、勤務間インターバルでカウントできるかと言えば、事実上、法的には可能なのかもしれませんけれども、それは今の趣旨から申し上げますと当然望ましくないですので、そこは御配慮いただくべきことだというように認識しております。

○遠藤座長 ほかにございますか。

では、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

今回、Bと連携Bという形で分けていただけて非常に整理がきれいになったかなという形で見せていただいているのですが、7ページ、8ページのところにありますように、いずれにしても、医療機関B・Cないしは連携Bが派遣をするという形になるわけだと思うのです。先ほど馬場構成員からもお話があったように、文科省のアンケート調査なんかでは、やはり一定程度、派遣を引き上げなければいけないのではないかと答える大学もまだ非常に多い。確かに事務局は御説明があったように勤務時間をしっかりと把握するとか、そういう体制もできていないのでそこからしっかりと管理をしてということでもいいと思うのですけれども、その大学ないしは派遣をする基幹病院としては、自分のところではなくて、まず要するにそこから撤退をするという行動を取ることもやはり考えられるのではないかな。

そうしたときに、これは強制力がないので、中間取りまとめとして、まずはしっかりと自院から960時間を目指すという時短計画をつくる。派遣先を引き上げるということをしていないというようなことをやはりしっかりと明記していただきたいな。ただ、強制力がないので、そういうことが実際起こる可能性があります。ですので、それを何かチェックする、ないしはという体制といいますか、そういうことというのは今から一定程度枠が決まった中で言うのも申し訳ないのですけれども、ちょっと考えていただけないかなという要望な

のですが、いかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、何かコメントありますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

当然、時短計画でB水準を中心に進めていただくに当たって、やはり地域医療提供体制に十分配慮した上で時短計画を作成し、どう進めていくのかということを検討していただきたいということに関しては、それは我々の中でも報告書の中でも記載できるということかと思えます。さらに、それをチェックする機能に関しましては、どの頻度でどのようにチェックするのかというのは非常に難しいかと思えますが、前回の検討会でも御議論いただいたように、やはり2024年度以降もこの医療提供体制にどう働き方改革が影響し得るのかということは、本日の検討会の資料でも医療審議会というように記載させていただきましたけれども、都道府県の中でそういうことを議論する場をしっかりと設けて、そこで地域全体の地域医療提供体制に関しては御議論いただく場が一つ必要なのかなというようには思います。

ただ、今、多分先生がおっしゃっているのは、もっと小さい単位でそのような影響に関してチェックする機構、何か仕組みとかが必要だというような御指摘なのかもしれませんが、それに関しましては都道府県の中でどのような検討の場が設置できるか。例えば構想調整会議の単位であればそれは機能するのかというような議論もあるかと思えますので、都道府県の中でそういうものが設置し得るのかどうか慎重な検討が必要になるかと思えます。少し事務局の中でも引き取らせていただいで検討させて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 それほど大層なシステムをつくるということでもなく、例えば今、おっしゃったようにそのチェックをどのタイミングでするのかということというのはなかなか難しい。ですので、派遣をしていただいている医療機関から例えば引上げみたいなことが起こりそうだという事案が起こったときには、例えば調整会議等にその報告をすとか、要するに何かそういう形がありますよということを組み入れてもらうだけで多分かなり機能するのではないかなと思うので御検討のほど、よろしくお願ひしたいと思ひます。

○遠藤座長 では、事務局、御検討をよろしくお願ひします。

ほかにございますか。

山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 まず最初に、文科省の調査がかなりハレーションを呼んでいるようでございますが、これはたしか今年の2月に調査されていて、この検討会がちょうど止まっている、まだ兼業・副業の議論が全くされない状態。ただ、兼業・副業も通算されてしまうのだからという状態での調査であります。この段階でまだ全国医学部長病院長会議も国立大学病院長会議も、この兼業・副業、どうするかということについて会員に全くアクションを起こしていない状態でのアンケート調査ということで、今とかなり状況が違ってきて

いるということは御理解いただきたいというように思います。

私からの質問というかもう一つは、4ページのところなのですが、その兼業・副業も含めてB水準は2035年末の解消を目指していくということで、これは当然、連携Bもここに入るわけでありましたが、ここで例えば連携Bの場合、まずは自院での年960時間以内を達成できるように取り組んでいただくというけれども、連携Bの場合はもう既に達成しているわけでありましてね。そこで、兼業を含め、この960時間の達成に向けてもうやることはないにもかかわらず、今度は可能な限り兼業先にも働きかけていただく。働きかけというのは一体何なのだ。もしかすると城守構成員が御心配になるようなことも何か働きかけの中には含まれてしまうのかもしれないということがあります。その後には地域医療提供体制を考えるというように書いてある。これは絶対順番が逆だと思うのです。特に960時間以内を達成してしまっているところであれば、これは兼業のためにやむを得ず人を出していきそうになってしまうのであれば、まず地域として地域医療体制をきっちり整理して、それがなくなるといったような状況というのをまず達成していただく。

城守構成員のお考えだと、逆に引き上げたら、あそこは引き上げた、あそこは引き上げたと大学が怒られることにもなりかねないかなということもちょっと懸念はしますが、むしろ地域医療体制をきっちりするというところをまず重点を置いていただきたいなど。もちろん、1,860時間、もともとB水準のところに関しては、自分のところをいかに効率よくするかということがまず先になることは当然ではあります。この辺はしっかり順番を間違えないような形にしていきたいというように思いますが、いかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、何かありますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘のとおりだというように認識しております。やはり働き方改革を推進していくためには、御指摘のとおり、偏在対策、そして、地域医療構想等、地域医療提供体制の改革を同時に議論していく必要は必ず地域ごとにあると思いますので、そういった先にまず兼業先に働きかけていくというようなメッセージにならないような記載ぶりというのは少し工夫させていただきたいなというように思います。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。

大体よろしゅうございますか。

それでは、鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。2点ございます。

1点目は、今回、先ほどから幾つかコメントが出ていますように連携Bという枠組みができて非常に分かりやすくなったなというように思っていますし、私自身も大学病院で働く医師として前回も発言させてもらいましたけれども、たくさん当直、外勤があるというところで、こういった枠のイメージがすごくつきやすいなというように思っています。

ただ、だんだん枠が増えてきたということもありまして混乱する部分もあるかなというように思っているのですけれども、特にこれは実際に動かしていくのは現場の医師個人個人、自分がどこに当てはまるかというのを考えていくわけだと思うのですが、整理なので

すが、B・C水準の指定ということに関しては3年ごとということが明記されているということで分かりやすいのですが、これは個人を見てみますと個人に紐づいてくる部分はあると思うのですが、36協定との絡みもあると思うのですが、毎年毎年更新されるようなイメージになってくるかなというように思うのですが、例えば今年はBだけれども、来年は連携Bとか、もともとCだったけれども、次の年はBとか、入れ替わったりですとか、あとは診療科の中でもかなりキメラ的にいろいろな人が入り交ざると思うのですが、その辺りを分かりやすく記載してある場所があるのかということと、なければあったほうがいいのかな。個人に関しては毎年条件が変わっていくのだよということが書いてあるのか、私も全部確認し切れていないのですが、どういうスパンでこの枠が運用されていくかということに記載いただけないかというのが1つ目です。

もう一点は、話題にあまり出ていなかったのですが、後段の大臣指針のところなのですが、私、とてもこの大臣指針に期待しているところなのですが、非常に重要なのが4番目の医師に対する推奨事項というところだと思うのですが、ステークホルダーごとに推奨事項が書かれているのですが、今の話に関わってきますが、やはり医師個人の意識改革と行動変容が非常に重要になってくる中で、ほかのところは結構分厚いのですが、記載内容としては少し物足りないのかなというように率直に感じています。

何を言いたいかというと、やはり長時間労働によって当直明けも働いている医師の医療の質の低下ということが明らかに懸念されるところで、それによって患者さんに提供される医療の質も低下するということを医師個人が自覚する必要があると思っていまして、自分ではできると思っているのが勤務医の性だと思うのですが、その辺りもせっかくのこの機会なので、やはり自分自身、見直して、医療の質が低下する、長時間労働によって低下してしまうということで、そういったことも認識した上で働き方改革に取り組んでいくということをぜひこういった中でも記載がもし可能であればできないのかなというように思っています。そうすることで、医師個人個人が必要を感じて行動変容につながっていくのかなというように思っています。いかがでしょうか。

○遠藤座長 御要望と、あと質問に関係するものがありました。事務局、お願いします。

○土岐医事課長補佐 1点目につきましては、これはまさに前回も御意見が出ました個々の労働者をどういう形でどのレベルで特定していくのかということと似たような御意見なのだということに捉えております。これにつきましては、もちろん個別に切り取って履行確保するという段階で、この業務の対象労働者はどの人ですかという部分では当然特定できるものだと思うのですが、それを事前にどういう形で示していくのが雇用管理であったり、あるいは労働者の医師の自覚を促すという観点で適切なのかという部分につきましては、これは運用上の課題だと思っておりますので、引き続き検討させていただければというように思っております。

2点目につきましても、何かこの指針の中で工夫できる場所があればと思っておりますので、検討させていただければと思います。ありがとうございました。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。よろしゅうござひますか。ありがとうござひました。

それでは、片岡構成員、お手を挙げておられます。失礼いたしました。片岡構成員、お願ひいたします。

○片岡構成員 すみません、ありがとうござひます。

今回、連携Bについて整理していただいて非常に分かりやすくなって感謝いたします。また、前回の会議で出ました移動時間中の安全についても実際に非常に長時間の移動を伴う方もおられるという事実がありますので、それについても言及していただいて大臣指針にも盛り込んでいただきますことを感謝いたします。

その中で、先ほど森構成員からもござひましたけれども、やはり県境を越えて副業に行かれるパターンというのも結構ありますので、その場合、どのように兼業先との調整をしていくかということは重要です。地域医療構想や医師偏在対策、そういったところも含めて考えていくということが出されていますが、どうしても県単位の議論になることが多いと思います。県をまたいだ移動や、医療提供体制のカバーというのも実際には行われているということを踏まえて、いろいろなことが県単位の対策になるというのは分かるのですが、もう少し広域で考えるような視点も実際には必要になるのかなと思います。それは現場でいろいろと工夫なさっていることだとは思いますが、もしそういったことを書き入れるような余地があれば、というように思いました。

以上です。ありがとうござひます。

○遠藤座長 事務局、ただいまの御発言について何かありますか。よろしくお願ひします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でござひます。

この県境を越えて医療提供体制を構築しているというのは、この働き方改革に限らず、やはり医師の派遣の実態で当然あることで、県によっては地対協に隣県の方を入れているだとか、そのような工夫は現場で行われていることに関しては承知しております。御指摘のとおり、県境を越えた場合も含めてしっかり十分検討する必要があるのだということに関しましては、何か工夫させていただきたいと思ひます。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。

○片岡構成員 ありがとうござひます。

○遠藤座長 それでは、大分時間も押しておりますので、本件につきましてはこの辺りにさせていただきますと思ひます。

それでは、2つ目の議題でござひます。議題の「2. 中間とりまとめに向けて更なる検討が必要な事項について」、これに移りたいと思ひます。

資料2について事務局から御説明をお願ひします。

○土岐医事課長補佐 事務局でござひます。

資料2を御覧ください。

本日、次の議題で中間取りまとめの案をお示ししているわけではござひますけれども、こちらを作成していく過程で論点として改めてこの場で御議論いただきたいという事項に

ついて、積み残しを整理し直したものを資料2としてお示ししております。

資料2、1枚めくっていただきますと、これは過去の検討会、第4回と第5回でお示した資料を再掲しております。こちらはC-1水準の対象医療機関の指定に当たりまして、研修プログラム、複数の医療機関が関わってくるわけですけれども、それにつきまして、どこの医療機関がC-1水準の指定を受ける必要があるのかということと、あと指定の申請については、どこがどのように行うのかという観点で御議論いただいた際の資料になっております。

1 ページに左側に想定されるケースとして、1年間に複数施設で研修するケースと、2年間のプログラムで1年目と2年目で研修医療機関が異なる場合といった形でケースをお示しして、それぞれについて検討を行ったものでございます。

2 ページを御覧いただきますと、当時の議論としては、1年目、2年目で、1年目は1つの医療機関、2年目は2つの医療機関、計3つの医療機関で研修を行うようなプログラムになっていた場合について整理したのがこちらになりますけれども、当時の御議論いただいた際には、上の○の2つ目、各病院がA水準相当の労働を超える場合、当然、1年通じてではありませんので、その数か月を年単位に換算した場合に年960時間を超えるような場合にはC-1の指定が必要であるということと、指定の申請に当たっては、研修を取りまとめる基幹型の研修病院がまとめて申請するという形でお示しして御議論いただいたところでございます。

さらに1枚めくっていただきますと、研修プログラムの中には県をまたいで行うものもございまして、そういった際に指定の申請先の都道府県が異なってくるという事情もございまして、そういったケースも想定して議論が必要だということで整理したのが次のページになっております。

こういったケースにも対応するために、指定の申請について基本は基幹型の研修病院が取りまとめるけれども、違う異なる県にあるようなケースですとかそういったところが直接申請したほうが事務手続は煩雑でないといったようなことも想定されるので、このケースで言いますとY病院がH県に申請することも可能という形でお示しをさせていただいたところ です。

これにつきまして、一番下に<いただいたご意見>という形で記載をさせていただいておりますけれども、その第5回の御議論の中で基幹型がまとめて申請するというのはできればやめてほしい。これはなぜかといいますと、それぞれ協力型の臨床研修病院もきちんとその病院の開設者の責任として時短の取組ですとかCの指定機関であるということ意識していただきたいといった形での御意見をいただいております。

こちらも踏まえまして、次のページを御覧ください。上の箱の中で書かせていただいておりますけれども、第4回、第5回の検討会における議論を踏まえまして、改めて整理させていただきました。基幹型研修病院・基幹施設がC-1指定を受けてプログラム期間中の年間を通じた時間外・休日労働時間を管理するという原則とする。これはプログラム

全体を管理していますので、年間を通じた労働時間については当然基幹型の研修病院が把握、管理できるだろうということで、こういう原則を掲げさせていただいております。

その上で、プログラム内の各医療機関ですけれども、この当該医療機関における研修期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、例えば9か月間、その医療機関であれば9分の12を掛けた労働時間、これが年960時間を超えるような場合についてはC-1の指定を必要とする。これは第4回、第5回でお示ししたものと変わるものではないです。これが超えない場合にはC-1の指定は不要とするという整理にしております。その上で、申請主体ですけれども、これにつきましては、基本的にC-1指定を必要とする医療機関が申請し、それぞれ指定を受けるという形で再整理させていただいております。その上で、基幹型の医療機関が申請書類を取りまとめて提出するといった事務の代行をするという取扱いで再提案させていただいております。

その上で、第4回、第5回でそこまで御議論いただけなかったという観点として「一方で」からの先の記載でございますけれども、この基幹型研修病院と基幹施設における労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働は960時間を超えない場合のプログラム期間中の年間を通じた時間外・休日労働時間の管理主体ですとか、あるいは協力型がC-1指定を受ける際の時短計画の策定はどうするのか、あるいは評価機能による評価をどういう形で受けるのかということについて整理が必要であるという形で課題を提起させていただいております。

その整理といたしまして矢印の下ですけれども、基幹型の施設が、自院でC-1指定が要るか要らないかにかかわらず、年間通じてそのプログラムが960時間を超えるような働き方を必要とするプログラムということであれば、それは年間を通じた時間外・休日労働時間を基幹型の施設はしっかり管理していただくという形で提案させていただいております。

その上で、時短計画につきましては2つ目の○ですけれども、これはC-1指定が必要な医療機関ごとに作っていただくとした上で、都道府県への提出については基幹型が取りまとめて提出することを可能としてはどうかという形で整理させていただいております。

評価機能による評価の受審につきましても、原則はC-1指定が必要な医療機関ごとに受審することとした上で、基幹型の病院が訪問評価を受けている場合でほかの施設、研修期間が1年未満のようなケースにつきましては、書面のみでの評価を可能とするといった形で進めてはどうかということで整理させていただいております。

次のページに、今、御説明したものを表としてお示ししたのもも掲載しておりますので、併せて御覧いただければと思います。

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、御質問等をいただければと思います。

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。

私から問題提起をさせていただいた部分ですが、矢印の下に書いていますように、対象者の管理というのはプログラムの責任者である基幹型臨床研修病院・基幹施設で行うというのは当然だと思います。ただ、個々の人の管理ではなく施設としての時短計画等々というのは各施設が行うべきです。申請に当たって提示いただいた考え方もあるかとは思いますが、当県のように病院数が少なく、申請するところがある程度想定される場合は可能だとは思いますが、首都圏や大阪圏のように都道府県をまたいで、しかもプログラム数が非常に多い地域においては、申請受付というものが非常に煩雑になるように思います。

認定された後の時短計画の実行状況とか進行状況については、各都道府県が各々の病院を認定するわけですのできちっとチェックはできますが、その前の段階のところの手間をできれば省きたい、省力化していただきたいというのが私ども都道府県側の希望です。実行可能性があるのかどうか、首都圏などの非常にプログラムが入り交じり、かつ施設数が多いところの都道府県の意見をぜひとも聞いていただきたいと思います。

試しに山本構成員がいらっしゃる千葉県を見ますと、千葉大学だけでも19のプログラム。一つのプログラムで20以上の連携病院の資料が提出され、それを千葉県が一手に集約化し、他県へ送るという事務作業が発生してまいります。事前に、都道府県の意見を吸い上げておかないと、後日、混乱のもとになるかもしれませんので、ぜひともその点は事務局のほうにお願いしたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントはありますか。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

今の御指摘は、評価機能による評価を受ける際にも同様のことが当てはまると考えられますので、運用上、こういった形で進めるのがスムーズに指定申請、それから、評価、指定という手続が進むのかという点については、事務局のほうでも引き取って検討させていただきたいと思います。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。

それでは、今村構成員、次に岡留構成員でお願いしたいと思います。

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。

資料の5ページのC-1水準対象医療機関の指定に係る整理の案のところ、カリキュラム制のことが記載をいただいておりますけれども、これはカリキュラム制を取るかどうか、移行しているかどうかというのは本人がプログラムを外れてカリキュラムに移行します。その方の専攻医の期間というのは時間的な制限は全くなくて、ある期間はカリキュラム制にのっとっている専攻医ではあるけれども、その病院にいる間、必ずしもそれがいわゆる専門医を取るための必要な要件を満たすような病院でないところに一定期間行っているというような場合も多分あるのだと思うのです。

10年で専門医になりますとか、それぞれに裁量がかなりあるという中で、ここの右側に書いてあるカリキュラム制における専門研修施設はC-1を取らなければいけないという記載になっているのですけれども、この意味は、そういったカリキュラム制に移行しているような人たちを自院で専門研修をするような手挙げをしている施設については、このC-1を申請しなければいけないという意味なのでしょうか。それとも、通常の長時間働いている先生がいればB水準という意味でBだけを取っていただければいいという意味なのか、そこがよく分からないのです。あまりそんな例は多くないと思うのですけれども、ちょっと御説明をいただければと思います。

○遠藤座長 では、事務局、説明をお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今の御質問は、C-1としてカリキュラム制の専攻医を受け入れる施設が、その施設としてそういう可能性があるのであれば手挙げをしておかないといけないのか、あるいはカリキュラム制の専攻医がいる間は指定されればいいのかということかと思いますが、基本的には現状では前者で対応されるべきかと思っております。ですので、カリキュラム制で専門研修を当該専門研修施設で受ける場合に当たって、カリキュラム制で960時間を超える可能性がある場合においては、この指定を受けていただく必要があるというような理解でおります。

○遠藤座長 今村構成員。

○今村構成員 分かりました。ありがとうございました。

その際に、やはりなかなかカリキュラム制が広く広がっていないということで、各学会がカリキュラム制を取ってもいいということを専門医制度の中できちんとした仕組みを一応はつくっていただいているにしても、大部分がプログラム制で運用されているという中で、逆に言うと、病院側からすると、そういったいろいろな申請をしなければいけないとか、当然手間も発生する。そのことによってカリキュラム制を利用するような先生たちの障害にならない、もうそんなのだったら面倒くさいから来てくれなくていいよという話にならないようにぜひしていただきたいなというように思っていますので、何かその辺をどうすればいいのかは具体的な案があるわけではないのですけれども、一応検討はしておいていただきたいなと思います。

○遠藤座長 では、事務局、何かあれば。

○加藤医師養成等企画調整室長 そうというような施設に関しては、基本的にこのカリキュラム制だけがC-1に該当するということは多くなく、当然プログラムとしてもC-1だからこそ、そこで研修するに当たってC-1になるというようなパターンが多いと思いますので、事前に評価機能で評価をされているとは思いますが。

恐らくカリキュラム制でその人たちが来るのだとなったときに、どういう手続をすればいいのかということに関して、できるだけ速やかに指定申請もしないといけないと思いますので、どのような形でやるのか、カリキュラム制を促進するためにも、これが足かせに

ならないように効率的に対応可能にするべきだという観点だと思いますので、その点に関しましては、また整理させていただきたいと思います。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。

それでは、お待たせしました。岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 ありがとうございます。この前からB・C水準のことでいろいろ出てくるところに評価機能というキーワードがあるのですが、これは先に帰るかもしれませんが資料1の3ページ、よくこの図は見るのですが、B・C水準の指定に当たっての基本的な流れ、これは案として出ているわけですが、この評価機能というのはどういう機能なのか、なかなか漠然とした形でしか見えてこない。しかも、都道府県の勤環センターを含むというような、まさに各都道府県で非常に温度差のあるようなところを含むというようなこともありますし、さらに、その下に都道府県の医療審議会の意見を聴取してそれを反映させるのだと評価機能全体の流れが非常に漠然とした総論的なものにしか見えてこないのですが、その業務内容といいますか、各論的にはどういうことをやるところなのかなというのを少し事務局のほうから教えていただければありがたいなと思うのです。

以上です。

○遠藤座長 では、事務局、よろしくお願ひします。

○土岐医事課長補佐 評価機能は外部機関として第三者的に医療機関の時短の取組について評価する機能ということで御提案させていただいているものですが、別紙3、別紙4と右肩についている資料を御覧いただきますと、これは過去に研究班の報告という形でこの検討会の中でもお示しし、御説明したものになりますが、時短の取組状況の評価項目と評価基準という資料と、それから、評価に関するガイドラインというものをお示ししておりまして、こういったものに基づいた客観的な労働時間短縮の取組の状況について評価を行っていただくものとしてこれまで御議論してきていただいたものというように認識しております。

○岡留構成員 例えばこの評価機能については中央に、東京でしようけれども、東京にセンターがありまして、各ブロックに置くというような構想がありますね。そういうところとのつながりと、それから、それを各県に落としたときのマッチングといいますか、そういう関係はどうなるのでしょうか。これは質問です。

○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。

評価につきましては、基本的には全国一律の基準でやっていただく必要があるということで全国に1つの機関。もちろん、それは各都道府県にある医療機関の評価を行いますので、手足を持ってなのか、ブロックごとに出先があつてなのか分かりませんが、そういった形で評価ができる体制を持っているところを評価機能として活用していくことになろうかと思ひます。その評価を受けた都道府県は、当然、その都道府県の地域医療の状況も踏まえた上で指定をするかどうかという御判断を都道府県のほうでなされることになろうか

と思います。

○遠藤座長 岡留構成員。

○岡留構成員 私、100%理解していないのかもしれませんが、今のところは結構でございます。ありがとうございました。

○遠藤座長 ありがとうございます。もし事務局、何か後で追加することでもあれば適宜お願いしたいと思います。

ほかにございますか。大体よろしゅうございますか。ありがとうございます。

それでは、本件はこのぐらいにさせていただきまして、次は議題の3に移りたいと思います。議題の3は「これまでの議論のまとめについて」でございます。関連資料が資料3-1と3-2でございますので、事務局からこれらについて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3-1と3-2ということで、これまでの議論のまとめを中間取りまとめ案としてお示しさせていただいております。

資料3-2につきましては、これまでの検討会の中でも参考資料としてずっとお示ししながらリバイスしてきたものを改めておつけしているものになっておりまして、こちらをベースに文章化したものが資料3-1ということで中間取りまとめ（案）としてお示ししているものになっております。

資料3-1、文章になっておりますので全体を読み上げたりするとかなり時間を取ってしまいますので全体の構成について簡単に御説明させていただきたいと思います。

1 ページ目に目次をつけさせていただいておりますけれども、まず第1として、この第1の項目の中が、ここで御議論いただきました制度上、制度設計の大枠、枠組みについてお示ししているのが第1の部分になります。第1の中で、まず1として指定に係る枠組みということで、B水準、C水準についてそれぞれ整理してお示ししているということ。それから、2として追加的健康確保措置の義務化、それから、その履行確保に係る枠組みについてお示しているものです。その中身としては、追加的健康確保措置の具体的な内容、それから、履行確保の枠組み、改善に向けた取組と、あとは検討会の中でも明示的に御議論いただきました災害時等における取扱いというものも項目立てて記載させていただいております。

3 としまして時短計画に係る枠組み、それから、4 項として複数医療機関に勤務する医師に係る取扱いということで、この場でもかなり御議論いただいた副業・兼業に関する取扱いにつきましては項目を1つ立てて記載をまとめております。

それから、5 項として先ほど御質問もありました評価機能に係る枠組みとしてどういった業務を行うのか、評価方法あるいはその評価の頻度はどうなのか、実施体制はどうするのかといったことについてまとめております。

6 項として、これも本日も御議論いただきましたが、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針ということで、今までポンチ絵の形でお示してきたものをある程度文章化して盛

り込ませていただいております。

第2といたしまして「医師の時間外労働の実態把握」ということで、この検討に当たりましても10万人調査と呼ばれている医師の勤務時間の実態調査、それから、今日も議論の中で出ました大学病院に御協力いただきました地域医療の実態調査、その話と、あとは今後も引き続き同じような調査が必要であるということも含めて、この項目の中で記載させていただきます。

第3として「今後の検討事項」として、制度の枠組みについては、この報告書の中で、中間取りまとめの中で法制化していく上での制度の枠組み、大枠についてお示ししていると思っておりますが、運用上、必要な事項も含めて今後さらに検討が必要な事項についても第3としてまとめております。

第4の「おわりに」については、まだ記載がされていない状態ですけれども、取りまとめの段階では何かしら結びの言葉を記載させていただきたいと思っております。

簡単ですが、説明は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいま御説明ありました、また、この内容について御覧になっていただいて、御意見、御質問等あればいただきたいと思えます。

森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 3点ほど質問、意見をさせていただきます。まず1点目が6ページのところです。これは先ほど資料1でも多少議論が出ており、前回は発言させていただいたのですが、医療機関内でどの医師のどの業務がB水準の対象となるのかということについては、36協定締結時に基本的には特定するのだという考え方が示されていますが、今回示されている連携Bという水準に関しては、36協定は通算されないため、960時間を超えることにはならないので、36協定上では連携Bの対象となる医師を特定することができないという状況になります。ですので、6ページのところに、4～5ページのB水準の対象を36協定時に特定するという記載と同じような形で、6ページのところに、連携B水準の場合の特定方法について明記をすることが必要なのではないかと考えております。

2点目が15ページ、3. 医師の労働時間短縮計画に係る枠組みの5つ目のパラグラフについてです。2024年に上限規制がスタートし、2035年までにB水準を廃止していくという方向性が決まっております、これまでも、この方向性にむけて着実に各医療機関が労働時間短縮の取組を進めていくことが重要だということになっております。ここの記載につきまして、医師の労働時間の短縮に向けた取組は医師労働時間短縮計画を適宜見直すことが期待されるという形でまとめてあるのですが、ここの部分は非常に重要ですので、適宜点検、見直すこととするなど、より積極的な書きぶりをする必要があるのではないかと考えます。

それから、28ページの今後の検討事項についてです。この中間取りまとめがいつまでの中間取りまとめなのか、あるいは今後の検討事項というのがどこまで先を指すのかが必ず

しも明らかではないということもあるのですが、2024年の上限規制適用開始あるいは2035年度末のB水準終了まで含めて様々な検討事項が記載をされていると考えています。

特に第3、4パラグラフについて、2035年度末に向けて着実に労働時間を短縮していく必要性が示されており、第4パラグラフでは地域医療への影響について、県が主体的に支援を行っていくという記載になっています。これも共通理解だと考えているのですが、今、医師の長時間労働で地域医療が現実的には守られているなか、医療機関単独の取組ではどうしても時間短縮をすることができないというのも実態だろうと考えています。

その上で、県が地域医療の関係を支援していくということになるのですけれども、当然のことながら、マクロの医師の需給の問題であるとか、それから、医療のかかり方の問題であるとか、そういったことも一体的に進めていかないと、2024年の規制のスタートあるいは2035年の規制の廃止までに確実に医師の勤務時間を短縮していくことにつながっていないのではないかと考えております。その観点から、大臣指針の部分に若干記載があるのですけれども、ぜひここに国の関与も含めた記載を追加していただきたいと考えているところです。

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でよろしゅうございますか。事務局からのコメントは特段。では、もし何かあれば事務局からお願いします。検討しますでも結構ですよ。

○土岐医事課長補佐 いずれの御指摘についてもしっかり受け止めて記載する方向で検討させていただければと思います。

○遠藤座長 よろしく申し上げます。

ほかに、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

2点、お尋ねしたいと思うのですが、中間取りまとめの19ページです。地域医療提供体制への影響というところですが、ここはどういう枠組みで議論すればいいのかということに記載していただいているということですのでよろしいかなと思うのですが、この1行目、2024年の時間外労働の上限規制適用後というように書いておられるのですが、先ほどからの議論もありますように、基本的にはその前から地域医療に対してどういう影響が出ているかということはしっかりチェックしていただく必要がございますので、その2024年の制度が円滑にスタートするように、それ以前からしっかりと検討していただきたいという書きぶりをしていただきたい。これは要望が一点。

もう一つ、同じページの評価機能に係る枠組み、先ほども少し御質問がございましたが、これは質問なのですけれども、資料3-2の36ページにありますように、2022年から書面の評価が行われるというスケジュールが書いてあるわけですが、この評価機能というのは時短計画の分析、評価も行う、さらには地域医療への影響の検討も行う、さらにはサーベイヤーの養成もするとか要するにかなりの業務量になっているということで、組織として

も大変重労働になる、大変大きな組織になるだろうということが想定されるわけですが、これは書面審査を2022年からするとすると、2021年度には少なくとも機能がスタートしていいないといけないという形になると思うのですが、現実問題、どういうスケジュール感で事務局としては要するに評価機能というものを決定するのか。そのプロセスなんかも少し分かることがあればお教え願いたいのです。

○遠藤座長 現在分かっている範囲で結構ですので、お願いします。

○土岐医事課長補佐 1点目の御指摘につきましては、ぜひ反映させていただきたいと思えます。

2点目の評価機能に係るスケジュールにつきましては、これは、まずは法律の中でしっかりと評価機能を位置づけていくことが必要となりますので、基本的に具体的なアクションは国会に法案を提出して国会の御審議を経た上でという形になります。当然、その前提で、想定される評価機能として指定を受ける機関として想定されるところには準備を当然進めていただく必要があろうかと思えますので、そこは準備のための予算については今年度も確保しておりますし、そういった形で今年度、それから、来年度も継続して準備を進めていければなというように考えております。

○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。

その法案が通ってからというのはよく理解しているわけですが、なかなか要するに時間的にお尻が切れているだけに非常にタイトな状態のようですので、その辺り、この評価機能に当たる組織が疲弊しないような形で配慮をしながらそのスケジュールを立てていただければと思いますので、よろしくお願ひしたいと思えます。

○遠藤座長 では、事務局、よろしくお願ひいたします。

ほかにございますか。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

今の城守構成員のお話にも共通するかもしれないのですけれども、3-1の10ページのほうで審査組織についての記載がございます。審査組織については3-2のほうの18ページに審査組織の案というものが今まで示されているのですけれども、先ほど評価機能については36ページにきちんとタイム、今、非常にタイトな時間の制限があるというのは城守先生のおっしゃるとおりですが、少なくともこのタイムスケジュールが出ているのですが、多分審査組織というものについてのタイムスケジュールというのが全く示されていないように思えます。同じように今の御説明、事務局からあったような御説明の理解でよいのかどうか。

それから、審査組織についてもやはり相当一定程度の準備というものが多分必要になってくるので、何となく漠然とはこういう形なのだなというのは分かるのですけれども、より具体的なことをある程度進めていかないと、お尻が決まっていることなので、とても間

に合わないという状況になりかねないので、その辺のスケジュール感というものもあらかじめ事務局からしっかりと示していただくということが重要なのではないかなと思っておりますので、ぜひともお願いしたいと思います。

○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。

○加藤医師養成等企画調整室長 審査組織につきましては、これは最終的にC-2ですので個人を特定していくことになると思います。ですので、B水準、C水準の医療機関を指定する評価機能よりは、どちらかというところと少しどうしても遅れるものと認識しています。2024年の直前に最終的には指定するような形でないと、2年前に指定した人がその後、2年後、その医療機関にいる確率というのは、医師に関してはそんなに高くないわけですので、特にこういうC-2に該当するような個人に関してはそれほど事前に指定するような形ではなくなると思います。そういう意味では、今、お示ししている評価機能よりは遅れての指定プロセスになると思いますけれども、いずれにしても、今年度よりこちらに関しても予算を用意して準備に入っていくわけではございますが、御指摘のとおり、一定程度のスケジュール感ということはまだお示しさせていただきたいと思っています。

○遠藤座長 今村構成員。

○今村構成員 ありがとうございます。

今も御説明いただいたように、本当に後ろにずれてぎりぎりの話になるだけに、よりしっかりとスケジュール感を持っていただかないと間に合わなくなるというように思っておりますので、今、御説明いただいたようにぜひよろしく願いいたします。

○遠藤座長 では、山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 私から2点ございます。

1つ目は3-1の22ページ、(7)の評価機能の財政基盤というところで、受審手数料は医療機関から徴収することと書いてありまして、これはこの検討会でも既に御議論いただいたこととございますけれども、私ども病院の管理者として、評価機能とかと聞くととても高い、あちらのほうの機能評価をつい思い浮かべてしまうわけとございます。何百万というほうを思い浮かべてしまうわけとございまして、やはり今回の働き方改革を確実に実行する上で、各病院の今後の人件費がどれだけ膨らむのか全く予想がつかない。そして、その財政的裏打ちがどうなるかも全くこれが保証されていない状況で、やはり少しでもこの現場の医療機関の管理者の不安をそぐためにも、ぜひここは過大な負担にならないようにとか、働き方改革の遂行に当たって生じる各医療機関の負担をそれ以上重くしないようにとか、何かそういう形でのくぎを刺していただけないものかどうか、そこは御検討いただきたいなと思うのが一つとございます。

それから、2つ目ですけれども、29ページです。今後の検討課題の一番最後のほうに大学病院について6行にわたって記載をしていただいたことは大変ありがたく思います。先行する前の検討会では2行ぐらい、大学病院は別に検討すべきという意見があったとかと

いうぐらいしか書いていただけなかった中で、今回、このように書いていただけたのは本当にありがたいと思います。

ここにも書いていただいておりますように、大学病院の使命というのは非常に多岐にわたっている。特に最近では教育に関しても大学病院がしっかりやるようにということが卒前・卒後の教育での役割も増えてまいりますし、それから、医学研究を牽引する臨床研究をしっかりやれということでもかなりお尻をたたかれているような状況でございます。

一方で、大学病院の医師というのは、勤務医20万人のうちの6万人が大学病院の勤務医でかなりの数を占めている。今回のこの検討会で御議論いただいた長時間労働しているのもほとんどは大学病院勤務医であるし、それから、兼業の問題もほとんどが大学病院に関連する問題であります。その中で、やはりここで今後、特に大学病院における働き方改革の在り方については検討が必要であるという書きぶりだけでは、また先送り、それこそ先ほどのお尻が決まっているということではないですが、お尻にこれは間に合わないではないかと、6万人という大ボリュームがどうやったらいいのかという決着がつかない状態でじりじりと締切り、デッドラインに向かって進んでいくという状況が変わらないように危惧されます。

ですので、もっと書きぶりを踏み込んでいただいて、特にこの問題はもう厚労省だけではなくて文部科学省も当然入らなければいけない問題なので、ここはより積極的に訴求に検討の場を立ち上げるとか、立ち上げるべきであるとか、そういう形を明記していただけないものか、その辺、今の2点について御見解を伺いたいと思います。よろしくお願ひします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、何か御意見があれば。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

1点目の評価機能の受審料に関しましては、当然、それが医療機関の過大な負担になるということに関しましては我々も望むところではございませんので、記載ぶりに関してはまた引き取らせていただきたいと思います。

2点目の大学病院での働き方に関しましては、今、山本構成員が御指摘のとおり、我々、医事課も医師養成に関しては様々な検討会、審議会を持っていて、国家試験の検討をするに当たってもPost-CC OSCEでまた大学病院の先生方に負担がかかるだとか、あるいは学生ドクターの議論においても、また大学病院の先生たちが多忙過ぎて十分コミットできない。非常に大学病院の医師に関しては負担がさらに高まっているような現状であることは深く認識しております。

今、御指摘のとおり、今回の我々の検討会においては、この診療を行っている医師に関して働き方をどうするかということでここまで御議論いただきましたけれども、御指摘のとおり、これまで何度も山本構成員には御指摘いただいておりますが、当然、この医師の働き方改革が医師の健康を向上させるのみならず、やはり医療の質と、そして、医療安全

にも寄与するものだという前提に乗って議論している以上、その医療安全や医療の質に関する教育に関してどのような影響があるのかということは当然念頭に置きながら進めるべきことですので、御指摘のとおり、その研究や教育に対してもどのような影響があるのかというのは十分我々としても見ていく必要があるというように思っております。文部科学省のコミットも必要だというような御指摘もございましたので、その点に関しましては改めて文部科学省とも協議させていただきながら、この記載ぶりについても検討させていただきたいというように思います。

○遠藤座長 どうぞよろしく申し上げます。

それでは、森構成員、それから、鈴木構成員の順番でお願いします。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 ありがとうございます。

山本先生が本当に貴重な御意見を言っていただきまして、また、加藤さんからも真摯な御回答をいただいて大変ありがたく思います。

私、前から、やはり文科省も一緒にこれはぜひ問題共有してやっていただきたいということを言っていたのですが、その理由は、皆さん御存じのように日本の科学分野における研究論文数というのが明らかに減っています。その中で臨床からの論文というのももちろん減っていますし、それから、基礎系からの論文というのも減っています。ですので、科学の中で医学系というのはかなり減っているのが現状です。

その中であって、この委員会というのは特に臨床の診療をやっているという方を対象なのですが、実は診療をやっているとは言いながら、研究も教育もかなりの時間、やらないといけない。一つには、例えば臨床研修病院の指定に関しましても論文数が幾つあるかとか、そういうことが一つの足かせにもなっています。それをクリアしないとイケないということもあります。ですので、診療と同様に同じぐらいに研究、それから、教育というのは重要ですので、そういう観点からやはり文科省の人にも入っていただいているいろいろ討議しないとこの話は進まないというように個人的にも非常に思っておりますので、ぜひ御勘案いただいてそういう方向で進めていただければと願います。よろしく願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

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、2点ございまして、1点目は山本構成員、森構成員と同意見でして、私も大学病院のまさに若手・中堅医師の立場として、この議論なくして本質的な医師の働き方改革はやはりないというように思っておりますので、すごく難しい課題だというようにはよくよく分かっているのですが、ぜひ深い議論を続けていただけたらというように思っています。

何度か私もここでエピソードを話させていただいているのですが、やはり厳しい労働環境ということは、現場は待ったなしで、診療に求められるものも非常に大きくなっ

てきていまして、その中でさらに教育、研究ということで今、お二人から話があったように複雑にいろいろな業務が絡み合っているのですが、そういった状況の中で、やはり魅力が低下しているということがありまして、若手の中で今、何とか専門医とかそういったところの資格取得ということを目指す医師も非常に増えてきて、この会の趣旨であります働き方も重視するということになると泥くさく教育とか研究をやっていくという、そこにモチベーションを向けるという医師がすごく少なくなっていますので、その議論を先延ばしにするのではなくて、なるべく早くして人材の流出を防ぐということが日本の医療の未来を変えていくというように思っていますし、それがどんどん流出しているという現状にあるということを変更して認識いただけたらというように思っています。

もう一点は、こういった議論なのですけれども、今後の検討課題の中で私が何度かお話しさせていただいているのですが、これをどうやって浸透させていくかということが非常に重要だなというように思っています、前段の検討会と今回の検討会とかなり深い議論まで来ているのですが、やはり現場の実際に運用していく医師個人個人はほとんどこれを知らないということが一番の課題だと思っています、そのロードマップも制度設計ですとかそういったところの議論はかなり進んできていると思うのですが、個人個人に実際にどうやって理解していってもらおうかということをもう少し検討課題として加えていただけたらというように思っています。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

特段、後段については重要な御指摘だと思いますので、事務局、何か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。

先ほどの議論でも大臣指針の中で医師に対して勤務環境の改善が医療の質の安全にもつながるのだということを知っていただく必要があるというような御指摘もございましたけれども、やはり今、これまで前回の検討会、そして、この検討会を通じて、この枠組み、制度設計、御議論してきたわけですが、当然それを現場に落とししていく、2024年までに現場に落とししていくということに関しまして、この検討会、この中間取りまとめでまとめるものの、その後も議論していくに当たっては、そのポイントが非常に重要なのだというように思っています。最終的に医師が意識を改革して、2024年までにこの枠組みで取り組み、そして、医師の健康を確保するとともに地域医療提供体制が十分に機能するようにどのようにしていけばいいのかということに関しましては引き続きの検討課題だと思いますので、御指摘のとおり、この検討事項の中に含めるべきだというように認識しておりますので、その点はまた記載してお示しさせていただきたいというように思います。

○遠藤座長 医政局長、どうぞ。

○迫井医政局長 一言だけ、鈴木構成員の話にレスポンスしたいのですが、若い人たち、特に医師はやはり日頃忙しいということもあって、通常のメディアをなかなか御覧いただ

けない。働き方改革とかホームページとかで我々も情報発信しているのですがなかなか伝わっていないという典型的な情報に関するアクセスが十分でないということだと思います。これは、実はコロナ対策で今、そういった議論がまさになされておまして、5つの場面とか5つの提言ということを一生懸命発信しているのですが、実際に一番動いていただきたい若い世代がSNS等が中心で、結局は一般メディアからのアクセスが遠いという課題を抱えていて、それは何とかしなければいけないという話になっています。今、お話をお聞きしてすごく共通だなと思いましたので、そちらのほうでそういう検討をしているということですから、応用問題として働き方改革についてもそういったコミュニケーションをしっかりとやっていけるように事務局としても考えていきたいと思っております。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。

ほかにごありますか。

仁平構成員、お願いいたします。

○仁平構成員 どうもありがとうございます。私からも3点ございます。

14ページでございます。履行確保の枠組みについての記載がございますが、現在、記載していただいているのは外部からのチェックが中心かと思えます。しかし、ここは追加的健康確保措置をしっかりと講じていくための措置を記載する個所だと考えておりますので、外部によるチェックのみならず、まず当事者である現場の医師と医療関係者、労使が定期的にしっかりと取り組むという視点も大事なのではないかと考えております。

別紙2の時短計画策定ガイドラインには、時短計画の改定に際して労使でPDCAサイクルを回して自己評価を行うということが記載されておりますが、それに加えて、別紙4、評価に関するガイドラインでは、追加的健康確保措置においても、既存の衛生委員会の効果的な活用が求められること等が記載をされております。ですので、この中間とりまとめにおいても、職場の労使で構成される場を活用し、より日常的に追加的健康確保措置の履行を労使で確認、徹底していくという観点を盛り込んでいただけないかというのが1点目でございます。

2点目は19ページになりますが、本日も議論になっております複数の医療機関に勤務する医師に関わる問題でございます。今回、新たに設定されている連携B水準についても、記載のとおりでございますが、2035年度末には廃止を達成する必要があるものですから、複数の医療機関に勤務する医師においても時短を着実にやっていく必要があるもので、その点もさらに丁寧に記載したほうが良いのではないかと考えております。

具体的には、19ページの(4)、最後のところに、それ以外の場合も副業・兼業先に対して労働時間短縮の協力を要請するという記載があるのですが、前回の検討会でも申し上げたのですが、実際に医療機関がそういった取組を進められるように、自分の病院と副業・兼業先との間の協力関係の在り方や要請の具体的な例について、時短計画策定ガイドラインを参照するように記載していただいて、当該ガイドラインには、具体的にどのように協

力を要請するののかという具体例等を記載するといった工夫をしていただけないかというのが2点目でございます。

3点目は、27ページ、医師の時間外労働の実態把握の第2パラグラフです。令和元年の勤務実態調査の結果を受けて、引き続きB・C水準において時間外労働の上限を1,860時間とすることが示されていますが、先の検討会の考え方に基づきますと、今回の調査が1,860時間という上限規制を大きく覆すものでないということは私も理解しております。しかし、この調査結果を受けて、1,860時間という規制水準が妥当なのかということについては、まだ検討会で議論が十分尽くされたわけではないのではないかと考えているところでございます。

年1,860時間という過労死等の認定基準を大きく上回る上限規制は、段階的な縮減に向けた方策を着実に実施することとセットであると考えております。

したがって、このパラグラフですが、今回や今後実施していく実態調査の結果などを踏まえて、規制水準の見直しを可能な限り前倒しで検討することも考えられるということ、また、2035年度末のB水準廃止を達成するため、例えばであります、途中段階の2030年などで規制水準の引下げの着実な実施を目指すといった趣旨の記載を加えていただくこともぜひ御検討いただけないかと考えております。

意見として3点申し上げました。以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。御意見として承りました。

ほかにもございますか。よろしゅうございますか。

それでは、御意見、出尽くしたかと思しますので、本議題につきましてはこれまでにさせていただきますと思います。

本日用意いたしました3つの議題は以上でございますが、参考資料1としまして西崎参考人から「臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力との関連性に関する検討」という資料を頂いておりますので、これにつきまして西崎参考人から御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願ひします。

○西崎参考人 ありがとうございます。

私のほうからは、臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力との関連について検討いたしましたので、御報告させていただきます。

それでは、1枚めくっていただければと思います。

まず初めに、基本的臨床能力評価試験（GM-ITE）について簡単に説明させていただきます。GM-ITEとは、日本医療教育プログラム推進機構（JAMEP）が開発した初期臨床研修医を対象とした客観的臨床能力試験でございます。2011年度より導入されまして、2019年度には539病院、6,869名が受験するほどの規模に拡大いたしました。問題の構成につきましては、こちらのスライドに記載させていただきましたとおり、4分野で構成されております。また、診療科に関しましては、内科・外科・小児科・産婦人科・精神科と幅広い疾患領域が網羅されております。

今回の研究は2019年度、GM-ITEを受験した臨床研修医の中で同意を取得できた5,593名を対象といたしました。研究方法につきましては、GM-ITEスコアとアンケート調査で把握した研修医の労働時間との関連性について解析したクロスセクショナルスタディーとなります。

次のスライドに移りたいと思います。

研究の背景でございますが、研修医は基本的臨床能力を身につけるために一定以上の研修時間の確保が必要と考えられますが、その一方で、過度な労働はメンタルヘルスに悪影響を与えることが知られております。しかしながら、本邦におきましては臨床研修医の労働時間上限を設定するに当たってのエビデンスが乏しいことから、今回、本研究を実施することといたしました。

それでは、次のスライドに移りたいと思います。

本研究では、労働時間を8つのカテゴリーに分類し、検討いたしました。カテゴリー4と5の間が年平均時間外労働時間960時間に該当し、カテゴリー7が年1,860時間に該当いたします。

次のスライドに移りたいと思います。

こちらの円グラフが研究参加者の特徴となります。学年は1年次、2年次が半々で、性別は男性が多く、病院種別につきましては市中病院が多いという結果となっております。

次のスライドに移りたいと思います。

こちらの折れ線グラフは労働時間のカテゴリー構成比になりますが、カテゴリー5、60～65時間と回答した研修医が約20%と最も多いことが分かりました。

次のスライドに移りたいと思います。

こちらの折れ線グラフにつきましては、男女差について比較したものでございますが、カテゴリーごとの男女差に違いを認めませんでした。

次のスライドに移りたいと思います。

こちらが労働時間とGM-ITEスコアの関連性を示したグラフになります。こちら、最も回答数が多かったカテゴリー5をレファレンスとしておりますが、アスタリスクのついているカテゴリー4、カテゴリー2、カテゴリー1で有意にスコアが低いことが分かります。その一方で、労働時間が長いカテゴリー6、7、8において、スコアが上昇するというような結果は得られませんでした。

それでは、次のスライドに移りたいと思います。

こちらは学年で層別化した結果となります。濃いブルーが1年次、薄いブルーが2年次になります。1年次はカテゴリー2、カテゴリー1でスコアが低くなり、2年次ではカテゴリー4以下の全てのカテゴリーでスコアが低くなることが分かりました。

次のスライドに移りたいと思います。

次のスライドは、性別で層別化した結果となります。濃いブルーが女性で、薄いブルーが男性です。女性は男性と比較してカテゴリー4以下のカテゴリーでの点数の低下が緩や

かで、カテゴリー1、カテゴリー3では有意な低下は認めませんでした。その一方で、男性は女性と比較して短い労働時間とスコアの負の関連性が強く、カテゴリー1、カテゴリー2では顕著にスコアが低いことが分かります。

次のスライドに移りたいと思います。

こちらは病院種別で層別化した結果となります。濃いブルーが大学病院の本院です。薄いブルーが大学病院の分院、そして、緑が市中病院の結果となります。こちらの結果で特徴的なのは、大学病院本院における労働時間が最も短いカテゴリー1で4点以上という非常に顕著なスコアの低下が認められたという点でございます。

次のスライドに移りたいと思います。

ここから数枚のスライドは多変量解析の結果になります。私たちが過去に報告してきた研究で自習時間、ER当直回数、入院受け持ち患者数がGM-ITEスコアと有意に関連することが分かっておりますので、それらの因子を説明変数に加えて調整しました。これからお示しする結果も含めて、どの結果も今までお示ししてきた単変量解析の結果と傾向に変わりはありません。

それでは、次のページに行きたいと思います。

次のページは、性別で層別化した結果になりますが、時間に限りがございますので多変量解析の結果の説明の詳細は割愛させていただきます。

では、次のスライドに移りたいと思います。

こちらは病院種別で層別化した多変量解析の結果です。単変量解析の結果と同様の傾向でございます。

それでは、次のスライド、まとめのスライドに移りたいと思います。

結果のまとめです。全体的な傾向として週60時間以下の労働時間の研修医たちは、週60～65時間の労働時間の研修医たちと比べ、GM-ITEスコアの低下が認められました。一方で、週65時間以上の労働時間の研修医たちは週60～65時間の労働時間の研修医たちと比べ、GM-ITEスコアの有意な上昇は認められませんでした。

次のスライドが最後のスライドになります。

考察です。本研究の結果からは、年960時間～1,200時間、カテゴリー5を超える時間外労働を行った研修医においては、GM-ITEスコアの上昇を示しませんでしたことから、研修効果を最大化する観点からはC-1水準の時間外労働時間の上限、年1,860時間は、今後、減少させるのが適当であろうと本結果からは考えます。本研究の結果からは、各プログラムは研修医の時間外労働の上限を年960時間～1,200時間、ここで言うカテゴリー5になるように研修を構成することが研修医にとっての教育と心身の健康バランスとの観点からは適切である可能性があると思われまます。

また、今後は年960時間、すみません、これは誤植です。「時間」の誤りですが、今後は年960時間未満の時間外労働時間であっても研修効果が十分得られるプログラムが望まれることから、達成に向けたさらなる検討が期待されております。

以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

興味深い調査結果の御報告でしたけれども、何か御意見、御質問等ございますでしょうか。

山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 大変興味深い結果をお示しいただいてありがとうございます。特に時間を延ばしても効果が変わらないというところは非常に我々にとってある意味で衝撃的なデータだったというように思います。大学病院におきましても研修医の扱いは非常に難しいものがありまして、なるべく早く帰そうよと、あまり無駄にいてもらってもしょうがないよねというところが最近、管理者側はそういう考えになってきて、研修医が配属されている診療科にお願いはするところではありますが、一部の診療科では、いやいや、夜中一緒に仕事してこそ研修だし、そんな先に帰っても研修なんかにならないのだよとかというような言い方をする教授も少なく、この辺が非常に困っているところがございます。そういう人たちに対してはある程度の説得力があるかなと思いつつも、でも、やはりなかなかこのデータだけでは崩せないかなというところがあるのですが、その辺はどういうように今後考えていけばいいのでしょうか。

○遠藤座長 西崎参考人、お願いします。

○西崎参考人 ありがとうございます。

おっしゃられるとおりで、このデータだけではやはりそこは限界だと思っております。ただ、今後の展開として、現在、今、2学年で約1万8000人の研修医の中で約7,000人が受験するようになったのですが、3分の1強というところですが、より受験者を増やして、全研修医のデータで解析するということでさらなる堅いエビデンスを世の中に発信していければいいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見ございますか。

鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 私も大変これは興味深く拝聴させていただいておりました。

2点あるのですが、一点は、これはかなり個人の特性によっても変わってくるかなと思っていて、実際、現場を見てみると、これは大学病院のスコアがすごく低くなったというのが納得いくというところもあって、責任感が低いような研修医の先生も増えているなというような印象なのですが、その辺りの個人特性みたいなものはデータで取っていらっしゃいますでしょうかというのが一点です。

もう一点なのですが、考察のところ、これも私、今、非常に納得して聞いていたのですが、このC-1水準においては初期だけではなくて後期研修医も含まれますので、その辺りでは今回、初期研修医という点に関しては非常に納得いくのですが、後期研修医に関してはまた別の議論が必要かなと思いますので、一応確認で意見とさせていただきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

西崎参考人、どうぞ。

○西崎参考人 1点目の質問に対して私から回答させていただきます。

個人の特性に依存するのではないかということで、我々、これは約10年ぐらい前からデータを取っていて、毎年アウトリーチ活動ということでアンケート結果とスコアの関連について論文として報告させていただいているのですが、その中でスコアと正の相関を認める要素としては、一つは、ある一定以上の入院患者数を受け持っているという点、あとは至適なER当直回数というのも認めています。ER当直回数については、多くやれば良いというものではなくて、ある程度の数というものが分かっております。あとはUpToDate等の電子的なメディカルリソース、電子書籍のようなものを使っている人のほうが点数は高い。あとは、これは最近、私のほうで公表させていただいたのが、総合診療科にローテーションしている研修医のほうが有意に点数は高い。その辺りが個人の特性で有意になっている要素かと思えます。ありがとうございます。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

西崎参考人がまとめていただいたC-1の適正な時間に関しましては、御指摘のとおり、まず、このデータからは、当然、臨床研修医に関しては、ということでございます。当然、専門研修医に関しましても同様な視点で、同じような試験はとも同じようにはできませんけれども、やはり研修をいかに効率的にやるのか、労働時間と研修の効果というような視点でどうあるべきか、研修はどうあるべきかということに関しては今後検討していただく必要があるかなというように思っておりますので、これは日本専門医機構とも連携して取り組む必要があると思っておりますので、その観点においても我々としても働きかけていきたいというように思っております。

○遠藤座長 鈴木構成員、よろしいですか。

それでは、オンラインで片岡構成員、お待たせしました。どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

大変貴重なデータをお示しいただきまして感謝いたします。個人の特性についてもどういう特性があると点数がよくなるかということも非常に現場の感覚からしても合致しているというように感じます。

一つ質問なのですが、このカテゴリー5というのが960時間～1,200時間というところで、ちょうどその960時間のところが境目になっているので、実際、960時間～1,200時間の中の960時間に近くても大丈夫なのか、それともやはり1,200時間に近いあたりの研修時間の方が引っ張ってよくなっているのか、その辺りがクリアになればと思います。ちょうど960時間が妥当なのか、その境目がどちらのほうにあるのかあたりは、もう少し細かくカテゴリーを分けて評価するなど可能でしょうか。勤務時間をどうしても960時間に収めることが必要なのかどうかという今後を考える上でどのような印象をお持ちか、もし分かれば教えてください。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、西崎参考人、お願いします。

○西崎参考人 大変貴重な御意見、ありがとうございます。

おっしゃられるとおり、このカテゴリー5の中でどちら寄りの労働時間なのかということについては非常に重要な観点だと思います。ただ、今回、我々は、この8つのカテゴリーで質問、アンケートをしているので、この中身の詳細は把握しておりません。ただ、今後も毎年、この試験を受けてくれる研修医の数は増えていくことが予想されますので、次年度以降のアンケートにこのカテゴリー5をより細かく分けた区分での質問を入れるということで、その辺りのデータは取れるのではないかと思いますので検討したいと思います。

○片岡構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにございますでしょうか。よろしゅうございますか。

ありがとうございます。時間も予定していた時間になりましたので、本日の議論につきましてはこの辺りにさせていただければと思います。積極的な御発言をいただきまして、どうもありがとうございました。

事務局においては、本日、多様な御意見が出ましたので「中間とりまとめ（案）」につきましては修正をしていただくように検討していただきたいと思います。

それでは、事務局から、今後の日程等について御説明をお願いします。

○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。

次回の日程につきましては、追ってお知らせを申し上げます。また、取りまとめに向けて、本日の御議論に加えて御意見がございましたら、11月27日金曜日までに事務局まで御連絡いただければと思います。よろしくお願いたします。

○遠藤座長 では、そのようによろしくお願いたします。

それでは、本日の会議は終了させていただきます。どうも長時間ありがとうございました。