

2020-12-14 第11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 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第11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。

本日は、事務局として、文部科学省高等教育局医学教育課の丸山課長にお越しいただいております。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

議事次第のほか、配付資料といたしまして、資料1として「中間とりまとめ（案）」でございます。この中で別添1～3、参考資料もお配りさせていただいております。

このほか、参考資料1としまして「『中間とりまとめ（案）』にいただいたご意見と対応状況」。

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」をお配りしております。

不足する資料等ございましたら、事務局のほうへ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ですが、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。

それでは、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。

遠藤座長、よろしくをお願いいたします。

○遠藤座長 皆様、こんばんは。本日もよろしくをお願いいたします。

それでは早速、議題に入りたいと思います。

本日の議題は「中間とりまとめ（案）について」でございます。本日は、前回いろいろと御議論がございまして、それを反映した形の「中間とりまとめ（案）」が事務局から出されておりますので、それを中心に御意見を賜りたいと思います。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

○土岐医事課長補佐 事務局でございます。

それでは、資料の説明をさせていただきます。

資料1「中間とりまとめ（案）」とそれに付随しています参考資料、参考資料1の「『中

間とりまとめ（案）』にいただいたご意見と対応状況」の3つの資料を用いて御説明させていただきます。

まず、資料1としてお示ししています「中間とりまとめ（案）」ですけれども、今、座長のほうからありましたように、前回お示しした事務局案に御議論いただいた内容、それから後日メール等で寄せられた御意見を踏まえた修正を加えたものになっております。修正部分につきましては、網かけをつけております。

それから、いただいた御意見のほかに2点ほど事務局のほうでも修正を加えておりますので、まずそこから御説明させていただきます。

目次を御覧いただいて、第1の1の「（3）対象医療機関の指定の期間・取消」について記載が漏れておったということで、事務局のほうで追記する形で修正させていただきます。

「4 複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い」の中で、「（2）複数医療機関に勤務する医師に係る時間外・休日労働の上限」の項目も追記させていただきます。

内容といたしましては、参考資料の23ページを御覧ください。こちらの資料は、先日の検討会でお示しさせていただいた「複数医療機関に勤務する医師に適用される時間外・休日労働の上限の考え方」でございますが、これについて文章化して、改めて盛り込ませていただいたというところが、先ほど御説明した4の（2）の部分になります。

続きまして、「『中間とりまとめ（案）』にいただいたご意見と対応状況」という資料を御覧いただければと思います。画面のほうは字が小さくて恐縮ですけれども、前回の御議論の中でいただいた御意見と、後日いただいた御意見、全て左側にまとめております。それに対する対応を右側にまとめております。

まず、1ページ目からでございますけれども、時短計画の見直しの部分の記載について、適宜見直すということ、より積極的な書きぶりとする必要があるのではないかという御意見をいただきまして、右側の「少なくとも年1回点検し、必要な改善を行う」といった形の修正を行わせていただいております。

次が連携Bについての御意見で、こちらは医師の特定方法について明記されたいということで、右側を御覧ください。2行目にありますけれども、予定される副業・兼業の内容を踏まえて事前に特定するという旨、追記させていただきます。

次の3つの御意見がC-1に係る意見で、カリキュラムとしての指定について、カリキュラム制を利用したい医師の妨げとならないよう工夫されたいといった御意見や、特に大都市圏ではC-1の申請が非常に煩雑になると考えられるので、都道府県の意見をよく聞いて進めるようにといった御意見がございました。これらについても基本的に反映させる形で修正させていただきます。

1ページ目の一番下と次のページの上から4点ほどが、C-2に係る御意見でございます。主立ったものとしては2ページ目の一番上ですけれども、もともと原案では特定高度技能育成計画を個人が作成するという形でお示ししていたのですが、これについて、まず1つ

は、指導者がある程度土台となるひな形をつくるのが普通ではないかといった御意見と、研修を受ける側が作成するというものであれば、育成計画という名称は少しおかしいのではないかといった御意見がございました。

これにつきまして、特定高度技能研修計画という形で名称を改めさせていただいたほか、指導者の関与といった部分についても反映させていただいております。

C-2関係では2ページの上から4つ目ですけれども、審査組織についてのタイムスケジュールを示されたいといった御意見がございました。これにつきましては、参考資料の10ページ及び11ページを御覧ください。まず、10ページが審査組織の概念図ですけれども、これまで下の審査組織の部分が全体を統括する委員会で大きくくりにしたもののみをお示ししていたのですけれども、スケジュールを示すに当たって、業務の中身を少し細分化した形で整理させていただいております。具体的にやるものとして、特定高度技能の特定、医療機関の教育研修環境の審査、そして特定高度技能研修計画の審査という、主立って3つの業務があるという形で整理をしております。

次のページを御覧ください。今、申しあげました3点を2024年度の上限規制の適用までに順次こなしていく形になりますけれども、まずは技能の特定が先決であろうということで、お示しのようなスケジュールを整理させていただいております。このタイムスケジュールにつきまして、中間取りまとめ(案)の中でも文章で追記させていただいております。

またいただいた御意見と対応状況に戻っていただいて、続きまして、2ページの下から2つ目につきましては、B、連携B、C水準、全てを指していますが、主にC-1、C-2に関わってくるところかと思えますけれども、医療機関の指定と医師個人への適用が違うということを明記してほしいということで、修正させていただいております。

次のページを御覧ください。「第1-4 複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い」も多くの御意見をいただきました。まず、1点目ですけれども、移動時間の配慮についても取りまとめの中でしっかり書いてほしいという御意見がございましたので、そちらを反映させていただいております。

第1-4に関する意見の3つ目から4点ほど、B水準から連携B水準を目指すといったことや、引上げが第一選択とならないよう、要は総じて地域医療提供体制に影響が大きい部分なので、そこについての御意見を多数いただきました。この部分につきまして、B水準から連携B水準へ移行するという。それから、地域医療提供体制へしっかり配慮した上で進めていくということを追記させていただいております。

その他、細かい意見も含めてまとめさせていただいておりますが、基本的には全ていただいた御意見を反映させていただいているところです。

続きまして、5ページを御覧ください。「今後の検討事項」のところで、大学病院について特記した項目を設けておったところですが、ここに文科省も交えた検討の場の立ち上げについて記載してほしいという御意見をいただきまして、文部科学省とも調整の上、下線の「文部科学省と厚生労働省が連携して検討の場を設ける必要がある」といった

記載を追記させていただいております。

次の御意見ですけれども、働き方改革においては、医師個人の意識改革と行動変容が非常に重要であるということを強調されたいということですので、意識改革と行動変容の重要性について改めて追記させていただいております。

最後に「おわりに」の部分は、前回記載がなかった部分ですけれども、こちらについても、これまでの総括を「おわりに」に記載させていただくとともに、いただいた御意見からも、年960時間以内達成のために兼業先に働きかける、その後に地域医療提供体制を考えるという順番ではなくて、まずは地域として地域医療提供体制を整理するという順序を間違えないようにしていただきたいといった御意見や、国の関与を含めた記載を追加いただきたいといった御意見がございましたので、地域医療構想、医師偏在対策と一体的に進めていくということと、行政もそこにしっかり関与して進めていくといったことも「おわりに」の中に記載させていただいております。

全体として説明は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局から、前回の皆様方の御発言を反映する形、及び事務局として足りなかったと思われるところを加筆したものがこの取りまとめ（案）でございます。

この取りまとめ（案）は、これまで1年5か月にわたって皆様方と御議論させていただいたものをある意味集約する形のものでございますので、この中でお考えがちゃんと反映されているか、あるいは新たに一言言いたいことがあるなど、いろいろな御意見もあるかと思っておりますけれども、ぜひ活発な御意見を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。

森本構成員、お願いします。

○森本構成員 ありがとうございます。

事務局も御苦労さまでした。

中間取りまとめについて、文章の修正ということではなく、意見として少しお話をさせていただきたいと思っております。

まずは12ページ、今回追加された指定医療機関の取消しの関係です。これは前段の検討会においてもかなり御議論をさせていただいたと思っております。要件を満たさなくなったら、即座に指定を取り消せというわけではないのですけれども、当然のことながら指定後3年間は過ぎて次に更新する際に、そのままでは要件を満たしておらず指定されないことになるわけですから、指定が取り消されるような状況になったら、しっかりと改善させることが重要だろうと思っておりますので、そういった取組について引き続き御支援をお願いしておきたいということ。

それから、22ページの（5）に追記をいただいた後段の関係について、B水準から連携B、それからAにという形で丁寧に記載をいただいております。そして、34ページのまとめの最後の○のところに、960時間の達成に向けて可能な限り副業・兼業先にも働きかけてい

ただくとあります。これは自院のことではないので可能な限りと書いてあるのですけれども、これらも含めて、丁寧に書いていただいているとは思っているのですが、読み方によっては若干後ろ向きに見える部分もあると感じております。31ページにも記載していただいておりますが、改めて、2035年度末に確実にB水準自体が廃止できるように、段階的に着実に勤務時間の縮減に向けた取組が進んでいくように、事務局としても引き続きしっかりと対応させていただきたいという意見でございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

修文というよりも、実際の対応の仕方としての御意見ということですが、事務局、何かコメントはありますか。御意見として受け止めるということでもよろしゅうございますね。

ありがとうございました。

それでは、オンラインで片岡構成員が手を挙げておられますので、お願いいたします。

○片岡構成員 ありがとうございます。

非常に丁寧に意見を全て拾い上げていただいて、このように盛り込んでいただいてありがとうございます。1点追加でお願いしたいことなのですけれども、参考資料の2ページの追加のところで、特定高度技能研修計画と実態が乖離するような場合に、研修している医師本人が直接相談できる体制を構築しということを追記していただきまして、ありがとうございます。「構築し」の後に、審査組織に対して計画の取下げを申し出ることを可能とするという1文がつながるのですけれども、取下げだけが解決法ではなくて、教育研修環境の改善を求めたり、ということが必要だと思います。取下げができるだけだと、医師本人にデメリットが大きいと思いますので、教育研修環境の審査を行う組織に対し相談できるのみならず、教育研修環境の改善を求めたり、といったような文言を含めていただければ大変ありがたいと思いました。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。まさしくおっしゃるとおりだと思います。

ほかにいかがでございましょうか。

それでは、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。

事務局においては、この間の調整も含めありがとうございます。中間の取りまとめあたり、森本構成員と重複する部分もあり恐縮ですが、発言させていただきたいと思えます。

検討会では、2035年度末の暫定特例水準の終了に向けて、地域の医療提供体制を守りつつ、いかに医師の労働時間の短縮と健康確保に取り組んでいくのかということについて我々は議論を重ねてきました。何度も申し上げていることですが、B水準と連携B水準における時間外労働の上限は、一般則の特別条項の上限と同様の水準であるA水準へと、できるだけ早期かつ着実に移行していけるように取り組んでいくことが大事だと改め

て考えております。

31ページの第2の2つ目の○に網かけで加えていただいておりますが、地域医療確保暫定特例水準について、段階的な見直しの検討を行いつつ、必要な引下げを実施すると記載されてございます。ぜひ2035年度末の終了年限に向けて、可能な限り前倒しで特例水準の見直しの検討を行うなど、積極的な姿勢で臨んでいくことが必要だということについて、改めてこの場で意識合わせをお願いしたいと考えている次第でございます。

また、35ページの「おわりに」にも記載がございしますが、本検討会は今後も議論を継続するとのことでございます。医師の働き方改革の進捗状況の確認と特例水準の見直し等も含めた必要な改善を定期的に行っていくことが大事だと考えておりますので、我々も労働組合の立場から引き続きしっかりと関わり、対応していきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

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。御要望として承りました。

それでは、オンラインで今村構成員がお手を挙げておられますので、お願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。

1点御質問と1点意見です。

先ほど事務局から、中間取りまとめ（案）にあらかじめ各委員から意見をということでしたが、そのときに質問あるいは意見を出しておらず申し訳ないですが、改めて確認したいことが1点。

それは、特にC水準に当たるところで、今までこの中身について詳しい議論があまりされていなかったような気がしております。特に特定高度技能という表現なのですが、基本的に集中的技能向上水準がC水準にあって、さらにC-2で特定高度技能という表現になっているのですが、C-1については臨床研修、専攻医の専門医研修ということで、必ずしも技術的なことよりも、広い意味での医療の習得ということだと思うので、特に外科系に限らず内科的なものも含んで研修をするという意味だと思っております。

特定高度技能というところを見ると、何となく技術的、手技的なものが強調されていて、もちろんそれは一番大きな部分だとは思っておりますが、そうでないような部分がこの範囲に入るのかどうか若干気になっております。

C-2のところは、特に日本の今後の医療を担っていく先生方の医療技術水準を上げていくというか、世界に後れを取らないイノベーションもこの中から起こってくるのではないかと考えています。しかし、記載がどちらかという手術数とか習得予定の技能という表現ぶりが11ページに書かれています。そういう技能を習得するための基礎的な勉強時間とか、極端な例で言うと、人に対して技能を行う前に、動物に対する技能習得もそうですし、シミュレーションで何かをやっていくというような、そういうことも含まれるのかどうかということについて、事務局のお考えを教えてくださいというのがまず質問です。その後意見と言わせていただきたいと思います。

○遠藤座長 基本はネーミングの問題もあるのだとは思いますが、少なくともここに書かれていることの範囲としてどういうことを考えておられるのかという質問ですので、事務局、お願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、御質問をありがとうございました。

参考資料1の1ページ目の最後にございますとおり、例えば高度で長時間の手術等、途中で医師が交代するのは困難であることや、診療上、連続的に診療を同一医師が続けることが求められる分野が考えられるという記述で今回まとめさせていただきました。特に前段部分は外科系を想起するような記載ぶりでございますが、後段のところはどちらかというとそうではない内科系のものでも、特にICUやNICUなど特定の医師が継続的に同一の患者さんを診療しないとけないような分野ということで、そういったところを意識して記載させていただきました。

動物などを用いたシミュレーションあるいはそういった訓練等が含まれるかどうかということでございますけれども、それが診療の一連の準備行為である場合は労働時間に当然該当されることから、今、御指摘があったようなケースは当然含まれるかと思っておりますけれども、この点に関しましては、それぞれの分野で行っている業務が非常に幅広い観点から、今年度の厚生労働省の事業の中でどのような事業が当たり得るのかということは、各学会等を通じて調査を行って、それをまとめていただく予定になっておりますので、そういったものを通じて、より明確にどういう要件になるのかということを決めていただくといいプロセスを考えております。

また、そういった内容が固まり次第、本検討会におきましても事務局から御報告させていただきますと思っております。

○今村構成員 ありがとうございました。

もう一点は意見に近いものなのですが、12ページの上から7行目、やはりC-2のことなのですが、特定高度技能の特定をまず行うとあります。基本的にはこのとおりだと思うのですが、技能の特定をして、それに基づいて医師個人が申請をするという立てつけになっていると思っておりますが、現在、特定高度技能という特定を受けなくても、例えばある医師が、こういう行為は今後非常に重要になってくるので、自分としてはこれは申請したいというようなケースがあったときに、それを受け入れるような枠組みがあるのかどうか。

この御意見の中にも一部ありましたけれども、2ページに、審査組織に相談できるようにという項目があります。これはあくまでも計画作成の段階、運用に関してと書いているのですが、学会やアカデミアの中で、特定行為というもののうち現在範疇として入ってなくても、後で申請をして、その審査組織が、自分たちは気がついていなかったけれども、これは新しい高度な技能、これから多くのところで取り入れられる可能性があるのだなというようなことで、個人の起点から始まるというようなことが可能なのかどうか。これはぜひそういうルートも残されるべきではないかと思うのですが、その点、厚労省のお考え

を教えてください。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

参考資料の10ページを御覧いただければと思います。「C-2水準の審査組織について(案)」という形で今回お示しさせていただいておりますけれども、審査組織の枠内にあります「①特定高度技能の特定」ということで、技能の特定に関する委員会を設けることを案として御提案させていただいております。そこには、各領域の関連学会が確実にコミットすることを担保していただきたいと思っております。いずれの技能に関しましても、基本的にはどこかの分野、領域の学会が関連していることが多いと思いますので、その学会を通じて、日進月歩新たな技術は当然現場に入ってくるかと思っております。各学会がそれを吸い上げて、この委員会にかけるということで、それぞれの分野でどれぐらいの期間でそれを検討するかということは今後の課題かと思っておりますけれども、医療の技術の進歩に合わせた特定の仕方をこの委員会の中で検討して頂くと思っております。

○今村構成員 ありがとうございます。

今の御説明だと、いずれにしてもこういった行為を先に特定するという枠組みは変わらないと。そのルートが、最初からのいわゆる審査組織の中の行為の確定とは別に、学会ごとに吸い上げて、こういったものも行為として認めてほしいという形の中で決まったら、個人の医師が初めて申請できるということについては変わらないということですか。

それとも、私が申し上げているのは、そういう学会とかを必ずしも通すわけではなくて、個人が申請をしてきたときに、直接審査することはできないという理解になるのでしょうか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 特定の医療機関あるいは医師個人が、これが特定技能だろうとって申請されてきた場合に、その客観性を担保するためには、同分野の同領域の医師による学術的な評価が必要になると思いますので、そういった観点では、現時点では各領域の関連学会を通じて、この委員会の中で議論していただくのが基本的なプロセスになるかと思っております。

ただ、そういったものに該当しない、あるいはそれでは不都合が起きるという場合においてのルートに関しては、御指摘も踏まえて今後検討させていただきたいと思っております。

○今村構成員 ありがとうございます。

仕組みなので、きっちりとしたルールをつくっておくことが大事なので、今の事務局の御説明で理解できましたが、もしそういうやり方でいろいろな現場の意見を吸い上げるということであれば、もともとの審査組織前の段階で、学会がこのことについてそれぞれの医師にそういう情報をしっかり提供していただいて、学会としてそれを吸い上げるという仕組みもつくっていただくということをしっかりと準備し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。



学会の関係あるいは大学病院の関係の構成員もいらっしゃいますので、この問題について議論させていただきたいと思います。どなたかいらっしゃいますか。

山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 今、今村構成員から御指摘いただいたところは非常に重要で、1つ目は、特定高度技能の特定をどれくらいの間隔でやるかというところ。これは非常に重要なところで、例えば3年に一度ではとても間に合わないことは間違いありませんので、どんどんアップデートしていく必要があるということ。

それから、今村構成員の2つ目の御指摘はかなり重要で、アカデミアの中樞が必ずしも最先端の医療技術を分かっているかということ、自分もそこにいますけれども、これは結構分からない部分があるかなと。それから、これはアカデミアの流れと、その本流に乗っていない人などと言ってしまうと変なことになりますけれども、そういう部分があるので、例えば診療報酬に乗せるとか、あるいは先進医療に乗せるとか、そういう公の制度に技能に乗せるといえるときは、確かに学会の認定は必要かもしれないけれども、そうではない、まだそこまでマチュアでないような技能あるいはテクニックというものに関してどのように配慮していくかという部分は、ちゃんとその受け皿を残しておく必要があるのではないかと思います。そうでないと、そういう人たちがC-2基準を得られないとなると、闇に潜っていくということが起こり得ますので、そうならない対策を考えておく必要があるかなと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

関連して御意見はありますか。

森構成員、お願いします。

○森構成員 今村先生、山本先生の御意見は大変ごもつともだと思いますが、私は外科が専門ですが、少なくとも外科系の学会の多くは逐次、会員からどの技術、どの技能が必要かということを知り、それを客観視して判断する仕組みを持っております。ですので、加藤先生がおっしゃったように、特別なものがあるからこれをすぐ認めてほしいということではなくて、客観的にそれが患者さんに寄与するかどうか、そして先進的なものであるか等を含めて判断していただくことは重要だろうと思います。

その一方で、もちろん今村先生、山本先生が御指摘のような申請するルートを確保したほうが良いというのは当然かと思えます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

この件では他に何か御意見はございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございます。

非常に重要な御指摘をいただいておりますので、事務局としては要検討ということで、よろしく願いいたします。

それ以外の内容でも結構でございますけれども、いかがでしょうか。

堤構成員がお手を挙げておられますので、お願いします。

○堤構成員 ありがとうございます。

私からは、確認のような形になります。今回の中間取りまとめを通して拝見して、追加的健康確保措置の部分の面接指導、就業上の措置に関連することで、以前もしかしたら審議があったのかもしれないのですが、確認させていただければと思います。

この面接指導と就業上の措置と労働安全衛生法上の長時間労働者に対する面接指導というものがありますが、そのすみ分けというか役割分担が明確だったかどうか、過去のものを探してみたのですが少し分かりにくかったので、確認をしたいと思っています。

例えば、どちらも該当すると面接をしなければならないのかといったことになると、少しリソースを使い過ぎてしまう部分もございますし、指示、指導が異なってしまいますとコンフリクトが発生します。そういう部分が気になったものですから、小さいところですが確認をさせていただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、事務局、お願いいたします。

○高倉安全衛生部労働衛生課長 労働衛生課でございます。

参考資料の16ページに追加的健康確保措置の面接指導に係る実施体制ということでお示ししておりますけれども、この面接指導が労働安全衛生法に示しますところの面接指導というものが満たすというか、兼ねて、一致したものとして行えるように、実施事業者と産業医、面接指導実施医師。産業医のほうは衛生委員会のほうにも参画しておりますので、こういう形で、労働安全衛生法による枠組みとしても面接指導が捉えられるといった形に調整していきたいと考えております。

○安里医療労働企画官 補足でよろしいでしょうか。事務局です。

今、見ていただいている参考資料の枠外に※書きで「追加的健康確保措置の面接指導は、医療法において位置付けることと併せて、労働安全衛生法の面接指導としても位置付け、衛生委員会による調査審議等が及ぶ方向で検討」と書いておりますが、この方向で検討した結果、今、御説明差し上げたように、安全衛生法で行うものと医療法で行うものを同じような内容にしていくことによって、1つの面接指導によって両方の義務を果たしているという形で整理をしようと思っております、御懸念のような面接指導を二重にしなければいけないという事態は避ける方向で予定しております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

堤構成員、いかがでしょうか。

○堤構成員 ありがとうございます。確認ができました。

内容的には一元化する方向でということで理解しましたが、細かいところで恐らくすり合わせる部分が必要になってくると思いますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

以上です。ありがとうございました。

○遠藤座長 ありがとうございました。

ほかにいかがでございましょうか。

それでは、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

事務局がつくってくださった中間取りまとめ（案）、基本的には非常によく頑張っていたで、感謝しているところでございます。

要望1点と確認をお願いしたいのですが、要望に関してはこれと関係ないのですが、現場の先生方、特に院長先生方に働き方のお話をしますと、2021年度から時短計画を策定しないと駄目なのよね、全然分からないのだけれどもというお声が非常に多うございます。これは要するにトップマネジメントとしてももう少し研修をしていただかなければいけないのですが、それとは別に、次年度、年が明けたら勤改センターには時短計画の策定に向けて、病院の顧問をしておられる社労士の先生もいらっしゃるでしょうから、その辺りはしっかりと内容を伝えて、支援していただければと思います。

それと、取りまとめの22ページから23ページにかけての地域医療提供体制への影響について、特に23ページの上の網かけの部分に関しては、医師派遣の縮小等により、地域医療支援センター、勤改センター等に報告・相談という記載をしていただいて、ありがたいなと思っておるところでございます。これは確認なのですが、同センターが対策を講じる仕組みを設けることも考えられるということで、いろいろな可能性を示唆した記載ですので、次の検討会でまた議論していただいてもよいかと思います。恐らくここだけでは地域医療の影響についての対応は無理だと思いますので、このような情報がセンター等に入った場合には、医療審議会や地対協に情報を共有していただいて、県全体として考えていただくということ。そして、各都道府県でこういう情報が集積されたら、厚生労働省として半年に1回か年に1回、情報の集約をするということは、次の検討会で仕組み等も含めて検討するという理解でよろしいのでしょうか。

○遠藤座長 今後の仕組みの考え方としてよろしいかどうかということですが、事務局、お考えをお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

後段の各センター等が対策を講じる仕組みをという記載にさせていただいたのは、まさしくこの地域医療支援センターのみならず医療審議会やほかの地対協を含めて対策を講じていただきたいということで「等」を入れておりますけれども、より有機的に機能する仕組みに関しましては、先生にいただいた御指摘も踏まえて、今後さらに具体的な検討をしていきたいと思っております。

○遠藤座長 城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

あと1点、コロナの状況で働き方改革も影響を受けている医療機関、影響を受けていな

い医療機関があるわけですが、今回のフレームワークというのは平時の働き方改革という理解ですので、私はこの内容でよいかと思っていますのですが、ただ、今回のコロナに限らず、医療機関の外の環境が大きくさま変わりするということを経験したわけで、本来ならばA水準で予定していた医療機関がなかなか間に合わなくなってしまったとか、評価機能の評価を受けられなくなってしまったとか、取消しに関しても、そういう影響で本来ならば十分できそうなどころでなかなか時短計画が実行できなかったとか、様々なことが起こることもあり得るということで、そのような異例の状況に関しては、今回の平時の働き方のフレームワークということを中心にしながら、次回、引き続き行われる検討会でそういう辺りも検討する。そのように理解してよろしいでしょうか。

○遠藤座長 事務局、いかがでしょうか。

○土岐医事課長補佐 今回のフレームワークの適用に当たって、災害、それから今回の感染症のような事態が起きた場合にどう対応していくのかという御質問かと思えますけれども、これは今回御議論いただいている枠組みに限ったことではなくて、医療行政をやっている中で、災害時あるいは今回のコロナもそうですけれども、様々な形で特例の検討あるいは柔軟な運用には我々は努めてきておるところでございまして、当然この働き方改革のフレームワークを進めていく中でも、災害やコロナの流行のような普通でない状況が発生したときには、その状況に応じた対応をしっかりとっていくということかと思えます。

○遠藤座長 したがって、現状でもそういう対応はしていると。例えば診療報酬の特例をするとか、要件を緩和するという事はやっているもので、それと同様の対応をするのだということですね。

城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 了解いたしました。なかなか想定できない、よく言われる想定外のことにしても、この働き方改革はかなり影響を受けそうですので、その辺りの対応も含めてよろしくお願ひしたいと思えます。

ありがとうございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、画面で手を挙げておられる鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

まず、今回の中間取りまとめ（案）に際しまして、幾つか意見を出させていただいたのですけれども、うまく取り入れていただいて、事務局各位の皆様に関しましては、本当に感謝申し上げます。

私からは3点あるのですけれども、1点目としましては、先ほど来、今村構成員、山本構成員、森構成員からの御発言もあったように、C-2のところなのですが、ここの議論はまだまだ尽くし切れていないというところがあるかと思えますので、今後検討会が継続していくという中で、以前もお話しさせていただいたのですが、C-2のところはこれからの日本の未来の医療を担っていく人たちのための枠組みですので、もっと議論が必要だと思って

います。

その中で、前回の検討会では西崎参考人のほうから初期研修に関する非常に重要なエビデンスが示されたと思うのですけれども、一方で、後期研修医に関してや高度技能のための人たちに対して、どれだけ研修をしたら適切な研修効果が得られるかという部分に関しては、まだエビデンスが足りていないというところもあるかと思っておりますので、今後もしこういったところ、時間はかかるのかもしれないのですけれども、必要な時間数、適切な時間数を検討していくことも必要なのではないかと思っております。それが1点目になります。

2点目としましては、本検討会が今後も継続していく中で、まだ検討し切れていない部分を検討していくということが中間取りまとめ（案）にも書かれていますので、その点に関しては非常に前向きな内容かなと捉えておりますので、感謝しております。

3点目なのですけれども、いただいた御意見と対応状況の中の「第3 今後の検討事項」のところにも記載いただいておりますが、こういった枠組み、制度設計に関しましては、この検討会や関係各位がかなり時間を費やして、ここまで積み上げてきたものだと考えておりまして、現場感覚としても、私としてはそんなに乖離ない制度設計になってきているのかなと思うのです。

一方で、医師個人の意識改革や行動変容という部分に関しましてはまだまだというところで、先ほども御意見が出たと思うのですけれども、実際、病院長に話を聞いても、どうやっていいかわからないというところも当然あると思えますし、本当に医師個人、一人一人に聞いてみても、何ですかそれというのが現状かなと思っておりますので、こういったことを実際に進めていくための何らかの会議体というか、そういったものを設置いただいてもいいのではないかと思っております。制度設計の話の中では議論し尽くせないような、どうやったら一人一人の行動を変えていけるかということに関して、若手や中堅を中心とした会議体のようなものがあってもいいのかなと思っておりますので、この部分に関しては、私からの提案とさせていただきます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

最後の点は御提案ということで、周知のための作業部会やワーキンググループといったものをこの組織の下部組織として設けたらどうかという御提案ですが、いかがでございましょうか。ある意味、我々が幾ら制度をつくっても、現場がそれをうまく理解していないということがあれば非常に大きな問題ですので、大変重要な点を御指摘いただいているかなと思います。そのような部会の設置については、御同意を得られますでしょうか。よろしゅうございますか。

細部についてはまた検討するという形にしましても、そのような検討部会あるいはワーキンググループのようなものを設置するという方向にさせていただきたいと思っております。よろしゅうございますか。

(首肯する委員あり)

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、山本構成員、お願いいたします。

○山本構成員 最後の大学病院の部分につきましては、文科省と厚労省とで協議いただいて、連携して検討の場を設ける必要があるという一文を入れていただきまして、本当にありがとうございます。

毎度申し上げておりますように、大学病院に本当に労働時間の長い医師がたくさん存在するということで、2024年に向けてとにかく1,860時間を超える人たちをゼロにしなければいけないということは、我々は全力を挙げて取り組むつもりでおりますが、その先、10年後にA水準にみんな入れようよとなるとちょっとどうなのだろうというのが正直なところでございます。

というのは、例えば診療に関して申し上げれば、機能分化が進めば進むほど、大学病院に期待される診療内容は高度化してまいりますので、その分だけかなり時間もかかってくる。あるいは、なおかつしっかり健全な経営を維持しなければいけないということになると、そうそう簡単に診療部分の時間短縮はできるものではないと思います。

また、地域医療から引き上げるなよというお話をたくさんいただいておりますので、ここも守らなければいけないとなると、一体どこにしわ寄せが行ってしまうのだろうということが大変危惧されるわけであります。

研究と教育というのは、逆に言うと、我々大学病院にとっての一番のよりどころでございます。これがなければ大学病院である意味はないので、ここの時間をどう守っていくのかということであります。

このような状況下で、2035年にA水準にするのだよと言われると、大変頭がくらくらして、乾いた笑いしか出てこないということが我々の本音でございます。単純に考えれば、大学にいる人間を増やせばいいのではないかということになりますが、その場合の財源はどうするのか。人はどうするのか。人を地域から大学に引き上げるということになったら、またこれはこれでお叱りをいただいってしまうということで、我々大学病院の人間は、2024年は何とかするにしても、2035年に向けた長期的な取組について、本当にどうすればいいのかということが全く分からないという非常に悩ましいところでございます。

そんな中で、大学病院というのは文部科学省と厚生労働省の2つの省から御指導いただいて、二重支配を受けているところでございますので、ぜひこの2つの省が連携を取っていただいて、どのように進むことで、我々大学病院の使命がきっちり果たせるのかということをお支援助けたいと思います。

今日はせっかく丸山医学教育課長も御出席いただいておりますので、この辺について何かお考えがあれば、お伺いしたいと思うところでございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御指名ですので、医学教育課長、お願いいたします。

○文部科学省高等教育局丸山医学教育課長 ありがとうございます。

文部科学省医学教育課長の丸山でございます。

ただいまの御指摘ですけれども、基本的には厚生労働省と連携、協力する形で、特にこの記述にありますように、病院における働き方改革特有の課題についてはということが書いてありますので、現場の意見を伺いながら、どういうところに課題もしくはこの先検討すべき内容があるのかということ掘り起こした上で、どのような形で厚労省と連携して検討する場をつくれるかということに関して考えてい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。

山本構成員、どうぞ。

○山本構成員 ありがとうございます。期待したいと思います。

あと、私から事務局のほうに2点質問がございます。

1点目は、一般病院に勤務する医師については自己研鑽というものが認められて、ここは労働に入らないという規定がされておりますが、例えば大学病院医師の場合、研究の中からそういうものを切り分けるということが果たして可能なかどうかというのが1つでございます。

2点目は、我々大学病院にいて非常に悩ましいのは、研究者に関しては専門業務型裁量労働制が広く認められているわけでありますが、一方で診療に関しては裁量の部分はほとんどないということで、両方を並立させることがそもそも可能なかどうかということ。ここがいつも大きな壁となつてぶち当たるわけですが、その辺について何か御見解があればお教えいただきたいと思っております。

○遠藤座長 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。

まず、自己研鑽につきましては、御指摘のとおり、昨年7月に一般的な考え方としては明確にさせていただいたところでございます。通達の中では、医療機関に勤務する医師が学会への参加や学位取得のための研究など自由な意思に基づき所定労働時間外に使用者の指示なく行う時間については、一般的に労働時間に該当しないということをお示ししております。

一方で、大学等における研究に従事する皆様につきましては、勤務形態や研究活動によってその働き方は流動的かつ多様であると認識しておりまして、まずは研究者の勤務形態、類型ごとに、皆様の働き方を詳細に把握する必要があると思っております。

今、文科省の課長から御発言がございましたが、新型コロナウイルス感染症の状況も見ながら、今後、大学等の活動に与える影響を勘案しながら、連携して検討を進めてまいりたいと思っております。

もう一つ、2点目の裁量労働に関する御指摘でございます。専門業務型裁量労働制につきましては、労働者に大幅に業務の遂行方法を委ねるという必要性から、業務の遂行の手段、時間配分の決定等に関しまして、具体的な指示を使用者がすることが困難な業務を対

象としております。そのため、裁量の無い労働をみなしの対象時間に含めることは認められないという運用になっております。

大学における教授研究の業務につきましては、主に研究に従事する場合には対象とされておりますが、一方で、診療の業務につきましては、専ら診療行為をする教授等が従事するものは教授研究の業務には含まれないという扱いになりますが、医学研究を行う教授がその一環として従事する診療の業務であって、チーム制により行うものにつきましては、教授研究の業務の一環として取り扱って差し支えないという運用になっております。

最終的には個別の判断ということになりますが、裁量のある研究と、研究の一環とは言えない通常の診療行為を実施している場合、その全てを裁量労働として見るという運用につきましては、現在のところ困難であると考えております。

○遠藤座長 山本構成員、よろしいですか。

○山本構成員 はい。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、オンラインで今村構成員、岡留構成員、鈴木構成員の順番でお願いしたいと思います。

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。

先ほど城守構成員、鈴木構成員から、現場へのこういった情報の浸透が非常に重要だという御指摘をいただいて、私もまさしくそのとおりでと思います。

数年にわたって、本当に各委員が真摯に御議論されて、それを厚労省がこういう形でまとめられた。この議論に参加している人間は、一つ一つ積み上げられてきているプロセスがあるので、相当に理解があるのですが、現場の先生方からすると、突然こういうまとまった形でどんと提示されたときに、相当に情報の格差があって、大変だなと受け止められると思います。

この件について、できるだけ現場の方たちに、こういった今の状況をよく御理解いただく必要があると思います。その際に、先ほど城守先生からもコロナ感染症のお話がありましたし、基準局からの御説明でもコロナの影響を見ながらという御発言があったと思いますが、他の審議会等のいろいろなまとまったものを見ると、コロナについてかなり触れているものが多いように思います。この議論はコロナ感染症の流行前に始まった議論なので、平時のものとして、こういう形で取りまとめられるのはある意味当然のことだと思うのですが、しかしながら、今のコロナの流行拡大の状況が非常に異例のものであって、その異例の状況の中でこういうものが出たときに、現場の感覚からすると、今の状況を全然考えないで、こういうことをただ粛々と出してきただと受け止められるということは、あまりいいことではないのかなと思っています。

35ページの最後の「おわりに」というところに初めてコロナという言葉が1つ出てきているのです。コロナ感染症が流行している中で、本当に日々奮闘している医師がいるので、



引き続き医師の働き方を推進していくべきであるという、これ自体は私も全く間違っていないことだと思うのですが、例えば医師だけではなくて、看護師さんや医療機関の中の職種は今、相当に困難な状況に置かれていて、例えばタスク・シフト／タスク・シェアで医師の労働を引き受けていく各職種の人たちも、本当にコロナ感染症の流行の中で困難に立ち向かっている方たちが非常にいる。そういうことに対する理解や配慮というものが少し全体の取りまとめの冒頭にあってもいいのかなという気はして、現場の方たちに対する思いやりとか理解がある中で、現場としてはぜひこういうことをやってほしいというメッセージが必要なのではないかと感じております。

どのような形で取り入れていただくかは別として、そういった今のいつ終息するか全く分からない中で、例えばマネジメント研修をやらうとか、院内で医師の働き方を変えていくために各職種が何をやっていくのかという、とても大事な話をしなければいけない中なのですが、現実にはそんなことをしている余裕もないという状況があるのだと思いますので、そういったことへの配慮が何らかの形で記載されるように工夫をしていただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。検討させていただくことにさせていただきたいと思います。

続きまして、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。

先ほど鈴木構成員から言われたことは、私は全く同感です。勤務医の集会によく呼ばれて、働き方改革についてしゃべってくれというものを生で経験したのですが、最終的に、医者あるいは病院長のトップが意識変容、行動が変わらない限り、これは変わらないなという意識をいつも僕は持っているのです。先ほど鈴木先生は行動変容を促したい、そういう分科会をつくったらどうかという御提案がありましたけれども、そういった地道な取扱い、プロセスがこれから必要になっていくのではないかと。

日本病院会で調べたところでは、30%近く、トップマネジメントが何であるかということが分からない先生がいっぱいいらっしゃるのです。意識改革、意識改革というけれども、何をしたらいいのか。全く意味さえ分かっていない先生方もいらっしゃる。あえてここで言いますけれども、そういう意識の中で、働き方改革、働き方改革と言っても、猫に小判だろうと思います。ですから、そういう分科会を通じて行動変容をいかに促していくかの討議をきちんと地道にやっていくプロセスを置いて、国のほうで検討されたらどうかという感じがしました。

鈴木先生のお考えに全く同感であります。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。鈴木先生のお考えを支持するというお話でした。

次に鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 再度ありがとうございます。

まず、岡留構成員、意見を支持していただいて、ありがとうございます。

私からは2点なのですが、先ほど今村構成員からコロナに関しての言及があったと思うのですが、コロナのことを十分に考慮してこの制度設計を考えていくということも非常に重要だと僕も本当に思っています。

一方で、コロナで働き方改革ができないということはまた別なのかなと思っていて、コロナということがどうしてもキーワードになって、バイアスがかかり過ぎてしまう部分もあるかと思うのですが、コロナウイルスの感染拡大によって、かなり無駄な業務が削減されたということも事実でありまして、例えばオンラインのミーティングが増えたりして、研鑽として自宅から参加できるようになるようなシーンも増えてきましたし、夕方のカンファレンスが短くなるか、各病院で行っている工夫も多いと思いますので、この新型コロナ感染症の拡大に伴って、これを考慮するという事とともに、これをてこにして働き方改革ができるという側面もあるということをご皆さんでぜひ共有していただきたいと思っております。

2点目としましては、先ほど山本構成員から文科省との絡みというところで御発言があったかと思うのですが、本日、文科省から丸山課長が来られているということがありますので、私から大学病院の勤務医として、現場の状況を少しだけ御紹介したいと思います。

皆さん御存じのように、今、医学部の学生さんはコロナの影響で全然病院に来られていないというのが現状かと思えます。もちろん大学によっては違うと思うのですが、特に臨床実習が全然できていないのです。これは非常に危惧しているところなのですが、人を診るというトレーニングが全然できていないというのが医学部の4、5、6年生の現状かと思えます。

今後、医師の働き方改革が進んでいく中で、当然何かを効率化、削減しないといけないと考えますと、大学の勤務医の立場にとっては、日々臨床が忙しい中で、時間を制限するとなると、学生さんへの教育がそがれてしまうという心配があります。今回の働き方改革の中で医学教育ともかなり密接に関係しているということは明白だと思いますので、ぜひ今後も文科省の方々とも議論を続けていくということを私、若手、中堅の立場からも重ねてお願いしたいと思っております。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

馬場構成員が手を挙げておられますので、お願いいたします。

○馬場構成員 ありがとうございます。

いろいろ中間取りまとめに盛り込んでいただきまして、ありがとうございます。

今村構成員や城守構成員、鈴木構成員のほかにもありましたけれども、コロナ禍の中で、私の病院のある大阪をはじめ全国の医療現場は混乱していると思います。その中でも、2024

年4月の新制度開始に向けて、この改革は粛々と進めていくということについては、原則として賛成ですし、そうあるべきだと思っています。

ただ、新型コロナウイルス感染症の今後の状況については不透明な部分もありますので、本当に予定どおり進めていけるかどうかを常に慎重に検討、判断して、その上で進めていただきたいと思っています。

また、2036年3月のB水準解消目標につきましても、当然、解消を目指すべきなのですが、その視点で地域医療を守れるかどうかということ、そのときの状況を考慮して本当に解消できるかどうかということ、慎重に検討していただきたいと思っていますし、特に連携B水準につきましても、より慎重に行っていただきたいと思っています。

このことにつきましては中間取りまとめの28ページで触れていただいておりますが、書きぶりが少し分かりにくいと思いますし、十数年先の検討になると思いますので、改めてここで強調しておきたいと思っています。

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す。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 先ほど山本構成員がおっしゃったことを、私も同じ大学の者として非常にありがたく思います。文科省の丸山課長もいらっしゃるということで、文科省と厚労省が一緒になって考えていくという姿勢を打ち出していただいたことは大変ありがたく思います。

大学の場合、臨床、研究、教育という3本柱なのですが、今回は臨床あるいは教育が重点で、研究は自己研鑽という形になっていると思います。日本の研究力が低下しているということは言われて久しいわけで、一方で、資源の乏しい日本で科学技術立国という言葉も言われて久しいわけなのですが、科学技術立国のスタンスが今や崩れつつあるという中で、医療系の果たす役割、今まで大きかったところがどんどん縮小していつているのもその理由の一つだと私も危惧しております。

実は研究におきまして、私たちのところは働き方改革に全く逆行している状況で、大変心苦しく思いますし、何とかしたいと思っているのですが、現状を申しますと朝6時に全員出勤してきます。夜10時過ぎになってようやく1人、2人帰り始めるという状況で、本当に悲惨なのです。ただ、病棟の業務が終わるのが6時、7時くらいになります。その後論文を書いたり研究をしたりするというのをやっております。

私どものことで大変恐縮ですが、そういう状況を、臨床と教育で労働時間ということで、研究は自己研鑽だという話になってしまうと、いつまでたっても大学の働き方は本質的に全然変わらないということになると思います。ですので、山本先生が危惧されていることは本当にそのとおりで、私たちは一体どうしたらいいかというところは本当に悩ましくて、ただこれは私どもだけの問題ではなくて、日本全体、日本のチーム力、総合力を底上げするという意味では全く欠かせない問題だと思います。次からの委員会の中では、ぜひ文科省もお越しいただいて、一緒に討議を進めていただくようお願い申し上げます。

私どもの勝手な言い分ばかりで恐縮なのですが、以上で意見とさせていただきます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。貴重な御意見として承りました。

ほかに何かございますか。大体よろしゅうございますか。

それでは、御意見は出尽くしたと思われまので、少し話をまとめさせていただきたいと思ひます。

まず、この中間取りまとめ（案）につきましては、事務局が非常に精緻にいろいろと意見を整理していただいて、盛り込んでいただいたということもあって、基本的には御了承を得たかなと思ひます。ただ、部分部分に書きよう、その他についていろいろと御意見もありましたので、この辺のところは、場合によっては修文が必要かなと思われるところもあります。もしよろしければ、中間取りまとめ（案）につきましては、部分的な修正が中心になりますけれども、座長預かりということにさせていただければと思ひますけれども、いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。

（首肯する委員あり）

○遠藤座長 ありがとうございます。

中間取りまとめ（案）についてはそのような処理をさせていただきたいと思ひます。

それから、作業部会の設置、要するに周知に関するワーキンググループの設置も今回決まったということで、御了解いただいたということを確認させていただきたいと思ひます。よろしゅうございますね。

今日、いろいろな御意見が出ました。これはむしろ今後議論するアジェンダとして非常に重要なものが幾つも出てきたと思ひます。大学病院のありようについても含めていろいろと出てまいりましたので、これは取りまとめ（案）の中に書かれておりますように、当部会は今後継続するということになっておりますので、その中で適宜議論を進めていければと思ひますので、よろしくお願ひします。

本来であれば、どなたか事務局から御挨拶があるのですがけれども、ちょうど中間取りまとめ（案）がまとまりましたので、区切りがよろしい時期でもあるものですから、私ではとても僭越でございませけれども、この1年5か月にわたりまして11回、議論が行われまして、まさに皆様方の御協力のおかげでこの中間取りまとめ（案）をまとめることができました。本当にどうもありがとうございます。御協力に心より感謝申し上げます。

引き続き、またいろいろと課題がありますので、今後も御協力のほど、どうぞよろしくお願ひいたします。ありがとうございました。

それでは、本日のアジェンダは全て終了いたしましたので、議論はここまでにしたいと思ひます。

事務局から何かありますか。

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 どうもありがとうございました。

連絡事項につきましては、現時点で特になしでございます。

○遠藤座長 それでは、本日はどうもありがとうございました。

どうぞよいお年をと言えるかどうか分かりませんが、ありがとうございました。