

2021-7-1 第12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12回「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を開催します。

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、構成員全ての皆様が御出席となっております。

また、構成員をお務めいただいていた山本修一千葉大学病院臨床試験部特任教授に置かれましては、独立行政法人地域医療機能推進機構の理事に御就任されたことに伴いまして、構成員として横手幸太郎千葉大学医学部附属病院長と交代されることとなりました。

横手構成員から一言御挨拶をいただけますでしょうか。

○横手構成員 御紹介をありがとうございます。

千葉大学病院長の横手と申します。

今回、初めて参加させていただきます。私自身、若い頃から、朝早くから夜遅くまで土日もなく、できるだけ長く、1人で診療・研究・教育の3人分働くのが大学病院の医師の務めであると教えられ育ってきた者ですから、今の限られたマンパワーの中で、労働時間を大幅に短縮しながら、大学の研究の力を落とさずに、また、日本各地の地域医療を担っていくのは、極めて難しい命題だと感じております。

そのような中で、時代の流れ、社会の変化に応じて、例えば私たちの子や孫の代に医者が働き甲斐のある職業であり続け、また、患者さんの命を救うという役目をしっかりと果たせるために、どのようなことができるかということに知恵を絞り、皆様と御一緒に考えさせていただければと思っております。

今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

○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。

本日は、事務局といたしまして、文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室の島居剛志室長にお越しいただいております。

同じく議題「2. 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」を御報告いただくため、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた医師の働き方改革が大学病院勤務医師の働き方に与える影響の検証とその対策に資する研究の調査担当でいらっしゃいます、慶應義塾大学特任教授の斐英洙先生に参考人としてお越しいただいております。

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

医政局医事課長山本英紀でございます。

医師養成等企画調整室長の福田亮介でございます。

続きまして、資料の確認をいたします。

議事次第に続いて、資料1といたしまして、医療法等の一部を改正する法律の成立について。

資料 2-1、資料 2-2 としまして、医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査について。

資料 3 としまして、勤務医に対する情報発信に関する作業部会について。

資料 4-1 から資料 4-3 といたしまして、医師労働時間短縮計画に関する資料を 3 点つけさせていただいております、

参考資料としまして、議事次第にあります参考資料 1 から参考資料 4 まで、4 点おつけをさせていただいております。

不足する資料等ございましたら、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。

(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 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くださいますよう、お願い申し上げます。

なお、操作方法が不明な場合には、画面に向かって手を挙げていただきますよう、お願いいたします。

御発言終了後には、再度、マイクをミュートにさせていただくとともに、Zoom サービス内の「手を下げる」ボタンも押し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、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 どうもありがとうございました。

それでは、議事に入らせていただきたいと思います。

議題「1.『良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律』の成立について」につきまして、資料 1 を使っ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 1 について、御説明させていただきます。

1 枚おめくりください。1 ページが法律の概要になっております。

改正の趣旨としては、今回、この検討会で御議論いただいていた働き方改革以外の項目も盛り込まれていますけれども、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働に対し、医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を

講ずるといった改正の趣旨になっております。

改正の概要でございますけれども、項目の一つ目が本検討会でも御議論いただいていた医師の働き方改革に関するものでございまして、内容といたしましては、2024年の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向けて、三つのボツを書かせてもらっています。

一つ目は、勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成。

二つ目は、地域医療の確保とか、集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設。

三つ目として、健康確保措置をしっかりと実施していただくといった内容の法律を提出し、成立したところでございます。

働き方改革以外でございますけれども、二つ目が医療関係職種の専門性の活用ということで、働き方にも関連してきますが、タスク・シフト／シェアの推進のために医療関係職種の業務範囲を見直すための改正とか、医師養成課程、歯科医師養成課程の見直しということで、共用試験を公的に位置づけ、その合格を受験資格要件とするとともに、それに合格した者が臨床実習として医業を行うことを明確化する改正でございます。

ただ、三つ目として、地域の実情に応じた医療提供体制の確保ということで、医療計画の記載事項、5疾病5事業にプラス新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項を1事業として追加するものであったり、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援ということで、医療介護総合確保法において、総合確保基金の柱として1本位置づけて、国が全額負担する枠組みを設けたといった改正とか、あとは、外来医療の明確化・連携ということで、医療資源を重点的に活用する外来等について、報告を求める外来機能報告制度の創設等を行うといった内容をまとめた法律を提出し、成立していただいたところでございます。

2ページは、審議の経過を御紹介するものになっております。

今年の3月18日に提案理由説明をしまして、衆議院で16時間の法案審査と参考人の意見陳述を経て、4月8日に可決されております。

その後、参議院で少し時間を要したのですけれども、こちらでも13時間程度の法案審査と参考人の意見陳述を経て、5月21日に可決、5月28日に法律の公布という形になっております。

もう一枚、おめくりください。今回の成立した法律ですけれども、この検討会で御議論をいただいていた内容から1点、法律化するに当たって、変更を加えている点がございしますので、その点につきまして、改めて御説明と御報告をさせていただきたいと思っております。

具体的には労働時間短縮計画に関する部分ですけれども、一つ目の○に書かせていただいておりますように、この検討会での議論では、2024年よりも前であっても、時間外と休日労働が年間960時間を超える医師が勤務している医療機関は、時短計画の作成を義務として位置づけるという形で御議論をいただいていたところでした。

その点が条文化するに当たって、法制局からもこうした義務づけが医師に対する時間外労働の上限規制適用前に義務対象を特定すること、それを履行確保していくことが難しいのではないかという法制的な課題などが指摘されたことから、今回、提出に至った法律につきましては、上限規制の適用前、2023年度末までにおける労働時間短縮計画については、その作成を努力義務とするとともに、計画に基づく取組を実施する医療機関に対して、都道府県が支援を行うことで、対応可能な医療機関から取組を促していくといった枠組みに変更させていただいております。

具体的には下に新旧のような形で載せておりますけれども、原案では、2023年度末までにつきましては、時間外・休日労働が年960時間を超える医師が勤務している医療機関に対して、時短計画の作成とその都道府県への提出、当該計画に基づく取組の実施、そういったことを義務づけるといった内容になっております。

二つ目の○ですが、Bとか、Cの指定を受ける際には、時短計画に基づく取組状況について第三者評価を受審するといった形で御議論をいただいております。

これにつきまして、右側ですけれども、同様に時間外・休日労働が年間960時間を超える医師が勤務している医療機関に対する時短計画の在り方ですが、時短計画の作成を努力義務とする点と、作成した場合は都道府県に出していただくところは代わっていないのですけれども、作成を努力義務にした関係で、取組の部分についてまで規定しない形になっております。

その関係で二つ目の○ですけれども、B、Cの指定を受ける医療機関については、時短計画の内容について評価を受ける形に変更になっております。

4ページです。今の変更点も踏まえて、2024年4月に向けたスケジュールがどうなっているのかということについてまとめた資料になっております。

2024年4月前までは、時短計画の作成が努力義務になったということですが、スケジュール上、大きな変更はございませんで、というのも、一番上の緑色の帯ですけれども、時短計画案の作成に書かせていただいておりますように、結局、連携B、C水準、そういった指定を受けようとする場合には、第三者評価を受審する前までに時短計画を作成していただく必要があるということで、2024年度以降も960時間を超えて働かざるを得ないようなところは、引き続き時短計画を造らなければいけないところは変わっておりませんので、その点も含めて、スケジュールに大きな変更はないものと考えております。

時短計画案をつくっていただいた後に、二つ目の水色の帯ですけれども、医療機関勤務環境評価センターと書かせていただいておりますが、これが評価機能とここでの議論で呼んでいたものになりますけれども、条文化するに当たって、こういった名称をつけさせていただいておりますので、今後、これまで評価機能と記載していたものは、評価センターという記載に統一させていただきたいと思っております。評価センターによる第三者評価を受けた上で、都道府県から特例水準の指定を受けるという、ここで御議論をいただいていた大きな流れは変わるものではございません。

並行して、下に二つの帯をつけておりますけれども、C-1水準に関連しては、臨床研修とか、専門研修プログラムにおける時間外労働時間数を明示するといった御議論をいただいておりますので、そういった取組も順次進めていきたいと思っておりますし、C-2につきましては、審査組織による医療機関の個別審査を経た上でなければ、C-2の指定までは至らないので、そういった取組が円滑に進められるよう、C-2についても議論を深めていきたいと考えております。

5ページになります。こちらは時短計画の作成を努力義務としたことも関係してくるのですけれども、2024年度まで、個別の医療機関の取組状況を国としてどうフォローアップしていくのかということをもとめさせていただいております。

左に黒字で囲みもなく書かせてもらっているのは、これまで緊急的な取組を医療機関に呼びかけた後、どういった形でフォローアップしてきたかということを書かせてもらっていますが、このときと同じような枠組みで、真ん中の紫の箱の中ですけれども、全病院を対象にして労働時間把握状況がどうなっているのかということの調査をしたいと考えております。

その調査結果を勤改センターに伝達することで、勤改センターを通じたフォローアップ、あとは、基金とか、診療報酬による支援とか、勤改センターを通じた技術的な時短計画作成とか、取組の技術的な支援も継続して行っていきたいと考えております。

6ページから少し文字が多くなってまいりますが、法律の成立に附帯決議が付されておりますので、そちらをご紹介するものになっております。こちらは医師の働き方改革に関する事項のみを抜粋したものになっておりますが、6ページが衆議院の附帯決議、7ページ、8ページが参議院でいただいた附帯決議となっております。

これら附帯決議でどういったことが言われているのか、あるいはどう対応していくのかということについて、9ページ以降に考え方を少し整理させていただいております。分量が多いので、項目の御紹介にとどめさせていただきたいと思っております。

地域医療提供体制確保のために必要な支援に関する事項であったり、評価センターに関する事項であったり、あるいは10ページを見ていただいて、労働時間短縮について、大臣指針をつくることになっておりますけれども、そこにこういったことも盛り込んでほしいといった内容が10ページに載せております。

11ページは将来に向けた労働時間短縮に関する事項、その他制度周知・支援に関する事項といった形でまとめさせていただいております。

12ページもその他働き方改革に関連する事項として、ここまで広い切れなかったものを載せておりますが、いずれの項目もこれまでこの場で御議論をいただき、我々から御説明し、あるいはこの場で御了承いただいた大きな流れを逸脱するものではないと考えておりますので、そういった点も含めて、後ほど御覧いただければと思っております。

13ページに、こちらは別の法律になりますが、育介法の改正もこの通常国会で成立しておりますので、そちらの附帯決議を御紹介するものになっております。

参議院と衆議院、参先議の関係で参議院を上に乗せておりますけれども、長々と書かれていますが、関連する部分としては、最後の2行です。「加えて」以降ですけれども、今回、育介法の改正で期間の定めのある労働契約を結んでいる労働者の育児休業の取得要件が緩和されたというところがございます、1年間の雇用継続が要件になっておったのですけれども、その部分が廃止されたという改正がある一方で、もう一つの子が1歳半になるまで雇用継続が見込まれるという要件については、引き続き残っていることとの関係で、臨床研修とか、専門研修を受けている専攻医については、医療機関を転々とする関係で育休が取りづらいといった御意見が国会の中でも議論されて、そういった研修を受けている医師が育休を取得しやすくなるような方策を検討することが附帯決議に盛り込まれております。

こちらにつきましては、基本的には研修制度の中でどういった工夫ができるかということを検討していくことになると思いますので、それぞれ医道審の臨床研修部会、あるいは専門研修部会で御議論をいただき、その結果について、また改めてこの場でも御報告をさせていただきたいと考えております。

最後の14ページに今後の検討事項です。検討会の場で御議論をさせていただきたいことを改めてまとめております。

主な検討事項として、①～⑦までまとめておりますけれども、このうち①～③が本日の議題にさせていただいているものになっております。

①は、医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査の報告ということで、本日の議題2の中で、参考人の斐先生からレポートをいただきたいと考えております。

②ですけれども、勤務医に対する情報発信に関する作業部会についての報告ということで、これは取りまとめの会で鈴木先生からの御発案で、若手、あるいは勤務医に対して情報発信をうまくやっていくための部会をつくってはどうかという御意見があって、この場で御了承いただいたことについて、現在の進捗状況を御報告させていただきたいというものです。

③として、時短計画の作成ガイドラインについてですけれども、先ほど御説明しました作成が努力義務となったことも含めて、以前、この場で一度お示しした時短計画作成ガイドラインに修正を加えておりますので、それをお示しし、また、御意見をいただきたいと考えております。

右側の④～⑦については、次回以降、資料を準備したいと思っておりますけれども、追加的健康確保措置の詳細とか、勤務環境評価センターの運営に関すること、あるいはC-2水準に関する事項、あとは、これもこの場で内容については一度お諮りしたものではありませんけれども、付帯決議に盛り込まれたものも含めて、大臣指針をしっかり指針の形でこの場でお示しして、また御意見をいただきたいと考えております。

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、ただいまの説明につきましては、御質問、御意見等があれば、承りたいと思いますが、いかがでございましょうか。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。

2023年度末までの労働時間短縮計画の作成が努力義務とされたことは、受け止めますが、必要な医療機関に対する特例水準の指定が、2024年4月の時間外労働の上限規制の適用開始に間に合わないということがないように、しっかりと取り組んでいただきたいと思います。

事務局からの説明にもございましたが、資料1の5ページに記載の通り、全病院を対象とした労働時間把握状況等の調査なども今後予定されていますので、効果的に活用して、2024年4月に向けたスケジュールの周知であるとか、医療機関による積極的な取組を促すような厚生労働省からの情報発信、進捗状況の把握とフォローアップ等をぜひ実施していただき、把握した状況については、本検討会にも御報告いただきたいと思います。

資料1の4ページには、2024年4月に向けたスケジュールが示されていますが、指定までの一連の取組が前倒しで行われるよう支援をお願い致します。

また、参議院の附帯決議の七.にも記載がございますが、時間外労働の上限が960時間以下の水準が適用される医師の方においても、さらなる勤務環境の改善が求められる旨、周知徹底していただいて、具体的な取組が進むように、ぜひとも支援を行っていただきたいと思います。

以上、意見です。

○遠藤座長 御意見として承りました。ありがとうございます。

オンラインでお手を挙げておられます島田構成員、続いて、家保構成員の順番でお願いしたいと思います。

島田構成員、お願いいたします。

○島田構成員 ありがとうございます。

時短計画が努力義務化になったのは残念なのですが、それはそれでやむを得ないと思うのですが、ここでぜひお願いをしたいのは、努力義務になったのだから、24年までやらなくてもいいという雰囲気をつくるのではなくて、グッドプラクティスを積み上げていく方向での施策をぜひ考えていただきたい。

例えばそうした時短計画に積極的なところに対して、モデル事業のようなことで奨励するような措置を含めて、全体として努力義務だからやらなくていいという雰囲気をつくらないように、積極的な手立てを取っていただければ、大変ありがたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

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。

努力義務になったことは、先ほどもお話がありましたように、残念であることは事実で

すが、やむを得ない点はあろうかと思えます。ただ、実務的に最終の指定をする都道府県の立場で申し上げますと、2024年の期限が決まっていますので、その間に指定の申請等が多数あると、審査が困難になることが想定されます。

特に、一つの病院のみで完結すればいいのですが、連携B水準やC-1水準を希望して複数の都道府県に関係病院がまたがる病院の審査については、都道府県だけではなく、医療機関勤務環境評価センターでの第三者評価でもかなり時間を要すると思われま。きちっと評価することが全体の働き方改革にとっては大切なことだと思いますので、通知とか、何でも構いませんが、一定の要件に該当するところにはできるだけ早く取り組んでいただくことを、方針として希望する旨を記載していただけるとありがたいということでございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

続いて、片岡構成員がお手をお挙げになっておられます。片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

資料1の13ページなのですが、参考の育児休業、介護休業に関する法律に対する附帯決議についてですが、先ほどこちらは特に研修医、専攻医が対象になった内容ということで御意見があったのですが、医師に関しましては、特に若い世代で異動が多いというのは、研修医、専攻医だけの問題ではないので、子育て世代の医師が働きやすいという観点から、研修医、専攻医に限らずという形で、本検討会としても推進できる見直しにさせていただけたらと思いましたので、意見を述べさせていただきました。ありがとうございます。

○遠藤座長 先ほど専攻医と初期研修医をそれぞれの部会で検討という話がありましたけれども、専攻医は別に専攻医ではない人も同じ年代にいるのでというお話だったと思います。ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。森構成員、どうぞ。

○森構成員 ありがとうございます。森です。

13ページ目の育児休業云々の項目の中で、今の片岡構成員のことと少し重複するかもしれませんが、臨床研修医、専門医を目指す医師など、勤務先を短期間で移らざるを得ないものが育児休業を取得しやすくなるよう、必要な方策を検討することというのは、具体的には専門医プログラムに入っている人たちに対して、カリキュラムにしてくださいというような認識なのでしょうか。

○遠藤座長 事務局、コメントをお願いいたします。

○土岐医事課長補佐 事務局です。

お答えさせていただきます。専攻医とか、臨床研修医等、医療機関との雇用計画が実態としてどうなっているのかというところの詳細を把握しないことには、雇用継続が何年続いているのかとか、あるいは子が1歳半になるときに雇用継続をしているという要件があ



りますので、それを満たすためにはどういった形で契約を結んでいただくのがいいのか、あるいは研修全体で複数の医療機関にまたがっていくような場合も、基幹施設と協力型の施設の労働契約はどういう形でやっていただくことが、育休の取得という観点で望ましいのかという分析が必要になってくると考えておりました、まずは実態の把握をしっかりとやっていきたいと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 専門医プログラムなどについて、特別にプログラムをカリキュラムにしないとか、そういうことではないという認識ですね。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○土岐医事課長補佐 当然カリキュラム制を各学会にお願いしているところは、これまでの専門研修部会の議論の中でもずっとお願いしてきたところではありますので、そういった取組は継続してお願いしていくことになろうかと思えますけれども、今回の育休の取得という観点で、プログラム制とカリキュラム制がどうこうというところを直接御議論いただくことまで考えているものではございません。

○森構成員 分かりました。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。

ほかにございますか。

それでは、資料1につきましては、このぐらいでよろしいかと思えます。

議題「2. 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」に移りたいと思えます。

それでは、資料2-1と資料2-2につきまして、裏参考人から御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願ひします。

○裏参考人 慶應義塾大学の裏でございます。

本日は、貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。

それでは、早速ではございますが、医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査について、御報告をさせていただきます。

資料2-1、資料2-2がございますが、資料2-1を御覧ください。

1ページ目を見ていただきますと、目的が大きく二つございます。

大学病院を主たる勤務先としている医師についての調査でございます。今回、新型コロナウイルスがございました。その影響も踏まえつつ、副業・兼業先も含めた、当然大学病院を含めた詳細な勤務実態を調査しております。

二つ目、時間外労働時間の上限規制が適用された場合、大学医局から関連病院、いわゆる地域の病院の派遣はどうなるのか、または地域医療提供体制の影響はどうなるのか。そういったところも調査してございます。

2ページ目を御覧いただきます。今回、ちょうど昨年8月の検討会でも御報告をさせ

ていただきました調査の延長線上になってございます。今回は 10 の大学病院を調査させていただきます。

10 大学病院の選んだ項目でございますが、地域の隔たりがないこと、偏りがないこと、そして、国公立、私立のどちらも含まれること、医師偏在指標の上位と下位の都道府県が含まれることを条件に選ばせていただいております。

10 大学病院から合計 26 診療科を選ばせていただきました。なお、この 26 診療科は、各大学病院の病院長、または事務部門の方々がその大学病院において長時間労働の医師が多いと考えられる診療科をピックアップしていただいております。この点は、大学の主観または御事情によって選んでいただいている状況でございます。

調査・集計方法は、そこに書いてございますとおりでございます。

なお、労働時間としての換算は、診療時間及び診療外業務を労働時間として集計してございます。

大学院生の先生方に関しましては、研究の時間は労働時間から除外させていただいております。それと同時に、10 大学病院の病院長を含めまして、キーパーソンの方々にヒアリングも実施しております。

3 ページ目を見ていただきますと、これは今まで検討会で言われてきたとおりでございます。年水準 960 時間、週換算 60 時間、連携 B または B 水準、C 水準 1,860 時間、そういった形でターゲットゾーンを決めてございます。

4 ページ目を見ていただきますと、今回の調査は、大きく 2 パターンを御用意しております。

上段でございます。大学病院での勤務の宿日直中の待機を含むという労働時間換算、そして、副業・兼業先での勤務は、宿日直中の待機を除く、これを 1 パターンとしてございます。

下段を見ていただきますと、大学病院は変わりません。宿日直中の待機を含みます。副業・兼業先での勤務で宿日直中の待機を含む、そういったパターンを設けております。つまり副業・兼業先での宿日直中の待機を除く場合と含む場合、そういったところで場合分けしてございます。

5 ページ目を見ていただきますと、10 大学 26 診療科を調査させていただきました。その詳細でございます。

大学病院名は伏せさせていただきます。単なるアルファベットになってございます。

診療科も大学病院の特定の診療科のお名前が個別にございますが、一般名に変更させていただきます。

ちょうど真ん中辺りでございますが、副業・兼業先の宿日直中許可基準を取っているかどうか、把握しているかどうかということも聞いてございます。

大学病院内で自己研さんのルールがあるか、ないか、そういったところも聞いてござい

ます。

一番右ですが、大学の所在地の医師偏在指標で上位、下位を分けてございます。

6 ページ目、有効回答数になります。

トータル 531 名の先生方に御回答をいただいております。うち大学院生は 68 名になってございます。

性別等々はそこに書いています。

7 ページ目を見ていただきますと、ここからが結果になります。先ほど申しました総数 531 名の先生方の回答でございます。

一番左上のグラフでございますが、大学病院の副業・兼業先共に宿日直のときの待機時間を含んでございます。

表の見方でございますが、横軸が大学病院での労働時間、縦軸が副業先での労働時間、赤のラインが左から右下に引っ張っています。基本的にはこれが時間外休日労働を年 960 時間換算にした場合でございます。つまり赤のラインより左下のところが A 水準になるわけでございます。

その赤のラインの右側、斜めに黒のラインがございますが、こちらが 1,860 時間換算でございます。

黒のラインの右側にプロットされているところが連携 B または B 水準、C 水準を超過されている先生方という見方になるわけでございます。

その下に面積で小さい色のついたところがあります。これがいわゆるイメージ図でございます。

スライドの右側の上を見ていただきますと、えんじ色の枠で囲ってございます。これは大学病院で待機を含み、そして、副業・兼業先の待機を除く場合のグラフでございます。これを見ていただきますと、いわゆる 1,860 時間超えの先生方の数がぐっと減っていることが分かると思います。

このページの下段を見ていただきますと、それを % で示しております。特にえんじで囲ったところでございますが、色分けで水色が A 水準、ピンクが連携 B 水準、濃い赤が B・C 水準、黄色が連携 B または B・C 水準を超過される、つまり 1,860 時間を超えるという先生方の割合になります。これを見ますと、黄色のところは 10.4% という値になっているわけでございます。

8 ページ目を見ていただきますと、これは平均労働時間を診療科別に分けてございます。そして、各グラフは水色が大学病院、肌色が副業・兼業先でございます。これを大学病院の各診療科に分けてございます。

これを見ていただきますと、大学病院、副業・兼業先共に待機を含むとした場合、大学病院の平均労働時間は 48 時間 16 分、副業先の平均労働時間は 18 時間 16 分、合計 66 時間 33 分となっております。

副業・兼業先を除くとした場合は、副業・兼業先の平均労働時間は 9 時間 31 分、合計 57

時間 47 分となっております。副業・兼業先を入れる、入れない、そういった形で分けて  
ございます。

9 ページ目を見ていただきますと、これも同じく診療科別ではございますが、縦のグラ  
フの見方が業務内容別になってございます。業務内容は、診療業務が紫、診療外業務が黄  
色、待機がピンクになってございます。

こちらも大学病院、副業・兼業先共に待機を含むとした場合、平均の総労働時間は 66 時  
間 33 分で行いました。そのうち、診療業務の平均時間が 43 時間 19 分、診療外業務の平  
均時間が 10 時間 47 分、待機時間が 12 時間 26 分になってございます。

副業・兼業先の待機を除いた場合、待機時間が 3 時間 41 分となり、合計で 57 時間 47 分  
となっております。

10 ページ目を見ていただきますと、大学病院には大学院生がおられますので、大学院生  
が 68 名おられました。531 名の回答中 68 名の大学院生がおられましたので、その大学院  
生の先生方の回答を考慮した平均労働時間を算出してございます。

大学院生を除いた集計を行いました。大学病院、副業・兼業先共に待機を含むとした場  
合、D 大学の脳外、G 大学の心外、J 大学の消化器外科の診療科において、80 時間超えと  
いうデータが出てございます。

副業・兼業先の待機を除いた場合、1 診療科のみで 80 時間超えとなっております。

11 ページ目を見ていただきますと、今度は宿日直中の業務内容を診療科別で分析してお  
ります。縦のグラフも紫が診療業務、黄色が診療外業務、ピンクが待機になってございま  
す。

上段の大学病院での宿日直中の診療業務の平均割合は 10%未満が 2 診療科、10~20%未  
満が 10 診療科、20~30%未満が 7 診療科、30%が 5 診療科になってございます。このよう  
に宿日直中の業務内容に関して、色分けして書いてございます。

12 ページ目でございます。10 大学のキーパーソンの方々にヒアリングをさせていただ  
きました。その結果の概要でございます。

ここに書いてあるとおりでございますが、特に強調すべきところは、一番上の○でござ  
います。今回、地域医療提供体制の懸念事項がございました。そういったところに関しま  
して、医師派遣の縮小を上限規制を守るために第一選択とするような診療科はございま  
せんでした。

二つ目の○に書いてございます。医局員の収入です。若い先生も多いということですので、  
副業・兼業先での勤務を削減することは、現実的には難しいだろうというお声を頂戴  
しております。

三つ目の○、これも一つの問題点だと思いますが、ほとんどの診療科が副業・兼業先の  
宿日直許可基準の取得状況の把握をできていなかった。そういった声が多くございました。

ほか、幾つも大事な点がございまして、医療を受ける側の認識を変えてもらう必要があ  
る。一番下でございますが、救急医療提供体制の集約化、または各医療機関の役割の明確

化、そういったところも同時に検討していく必要があるというお声を頂戴しております。

13 ページ目でございます。まとめになります。

大学病院で待機を含む、そして、副業・兼業先の待機を除くとした場合、いわゆる 1,860 時間を超過する医師の割合は 10.4% ございました。これは平成 28 年度の調査、または医師の勤務実態調査とほぼ同程度でございました。

実際に 10 大学病院は様々に取組をされてございます。実際にそれで労働時間の短縮をされたという結果が出ている診療科もございます。そういった形で大学病院の皆様方は取り組んでおられる状況でございます。

三つ目の○でございますが、所在地の医師偏在指標です。上位から下位までございますが、今回、その指標の高低によって、労働時間の長短の傾向は特に認められませんでした。

一番最後の○でございますが、時間外労働の上限規制に向けました勤務体制の整備に関しまして、現状の労働時間の適切な把握は一丁目一番地ということを構成員の先生方は御認識されているとお리だと思ひます。今回、その勤務実態把握をかなり詳細にさせていただきました。それで見えてきた様々な景色があると思ひてございます。こういった勤務実態把握を早期に各医療機関で行っていただくことが非常に大事だと思ひます。

ここまでがこの資料に基づきました研究の報告でございます。

追加で二つほどメッセージを述べさせていただきます。

一つ目は、今回、勤務実態調査をさせていただきました。詳細な把握はかなり大仕事であり、ドクターの積極的な協力が不可欠でございます。そして、院内のガイドラインの策定をしているか、していないか、そういった形でこれが診療の自己研さんに当たるのか、そうではないのか、そういったところが明記されていないと、お答えされる先生方も御苦勞されたと思ひてございます。冒頭でも申しました副業・兼業先の詳細な把握も重要で、そういったところの把握も非常に大事なポイントだと思ひてございます。

二つ目は 1 点目に関連いたしまして、各医療機関、既存の勤怠管理についてです。それぞれの医療機関は勤怠管理を一生懸命されていると思ひます。例えばタイムカード、または IT を使った勤怠管理システム、今、そういったものがされているのですが、残念ながら、それではまだまだ不十分だと言わざるを得ない部分がございます。これだけ勤務形態がモザイク状、非常に複雑に入り組んでいるといったところでございますので、各病院の勤務実態に合わせた方策を今一度考えていただくべきだと思ひます。例えば IT システムを入れたら全てが解決する、そういった問題ではないと思ひております。働く先生方の健康を守るためにも、実態に近い勤怠管理の導入を本腰を入れてやっていく、こういったことがより一層必要になってくると思ひております。

最後でございますが、今回、医師の勤務実態把握に関しまして、研究班でマニュアルを作成させていただきました。今回、参考資料 1 として添付させていただいております。このマニュアルに基づいて、各病院様で勤務実態把握をしっかりとされる際の参考にしていただけたらと思ひております。

以上、私からの報告でございます。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。

それでは、ただいまの裏参考人からの御説明について、御意見、御質問等があれば、承りたいと思います。森本構成員、お願いいたします。

○森本構成員 調査結果の取りまとめ、また、御報告をありがとうございました。

今回、御報告をいただいた調査は、兼業、副業の実態も含めて、労働時間の状況、業務の内訳、勤務環境改善の取組・検討状況などについて、調査対象以外の医療機関における今後の労働時間短縮に向けた取組にも大いに参考になるものだと考えております。大変ありがとうございました。

つきましては、引き続き類似の調査の実施などについても、ぜひとも御検討をいただきたいと思います。

資料 13 ページの結論のところでも御報告をいただきましたが、時間外労働の上限規制の導入に向けて勤務体制を整備していくため、まずは現在の勤務実態を数値的に明らかにしていくことは非常に重要な課題だと思います。

資料 1 でもご説明がありましたが、今年度、全病院を対象とした労働時間の把握状況の調査なども予定されていると伺っております。また、今回の調査を基に医師の勤務実態把握マニュアルも作成されているとのこと。こうしたものについても、全ての医療機関で実際にしっかりと活用されるように取組をお願いします。

資料 2-2 の参考データにつきまして、医師の長時間労働につながる課題、あるいは労働時間短縮のために有効と思われる対策などに関して、他の医療機関においても参考となる具体的な事例がこれらを参考に示せるのではないかと考えております。

つきましては、労働時間短縮の好事例のみならず、場合によっては、長時間労働が顕著な事例なども活用しながら、医療機関における課題の気づき、あるいは取組の実施を促すような効果的な情報発信についても、御検討をいただきたいと思います。

加えて、参考データによりますと、今後さらなる勤務体制の見直し、あるいはタスク・シフト/シェアの取組の実施を検討している医療機関もあるとされています。

今後の取組による労働時間短縮の進捗状況などについても、フォローをしていただき、併せて公表していただくことも重要ではないかと考えておりますので、よろしく申し上げます。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

先ほど来、お手を挙げておられる日本医師会はどちらでしょうか。今村構成員、城守構成員、どちらでしょうか。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。

裏先生、大変な調査で、御本人もおっしゃっておられましたけれども、御苦労されたことということで、感謝を申し上げたいと思います。ありがとうございます。

ただ、2点、気になるところがありまして、一つは、6ページの救急科の先生のところが1人だけの調査になっております。これは私のイメージだけではなく、過去の検討会でも救急科の先生の長時間労働のデータがあったと思うのですけれども、8ページの平均労働時間は、1人の先生のデータだけで最も少ない労働時間が救急科になってしまっていて、これは先ほどから追加の調査みたいなお話がありましたけれども、例えば十分に今回の調査では把握できていないと思われるようなものについては、厚生労働省等におかれても、追加的にもう少し調べたほうが良いと感じましたので、お願いも含めて意見として申し上げたいと思います。

もう一点は、12ページの地域医療を守るために医師の派遣の縮小を上限規制を遵守するための第一選択とする診療科はなかったという結論を御報告いただいて、これはこれである意味大事なことだと思いますが、一方、アスタリスクを見ますと、労働時間の短縮の取組を行っていて、でも、上限を超えている場合は、医師派遣体制の縮小の可能性について、5分の1の診療科が考えているという表現がございます。まずは診療科に特徴があるのか、地域の医師の不足地域とそうではないところに差があるのかということをお教えいただければと思います。

労働時間短縮の取組が本当に十分に行われているのかどうか、また、医師が上限を超えていた場合に、本当に地域の中でしっかりと連携の下で何か取組をしていくのか。つまり例えば勤改センターがしっかりと支援するとか、あるいは都道府県が支援するとか、そういうことがなくて、単純に自院でそれなりに頑張ったけれども、どうしても超えてしまう人が出るので、そういった場合には派遣を考えますみたいな安直な形にならないように、しっかりと考えていただきたい。これは今回の調査に関してのことではありませんけれども、こういう傾向があるということは、ある意味まだ心配なところがありますので、ぜひとも国でもお考え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。

裏参考人、コメントがあれば、お願いします。

○裏参考人 今村先生、ありがとうございます。2点、共に鋭い御意見だと思います。

1点目、おっしゃるように、救急科が1名しかございません。今回は大学病院から推薦、自院で多忙だという形で、大学病院の御事情で選んでいただいたところがございますので、おっしゃるようにさらなる追加調査は必要だと思っております。それが1点目です。

2点目、25診療科のうちの5診療科でございますが、今、覚えている限りでは、地域または診療科等に特徴があったかという、そうではないと思います。

ただし、資料2-2に各大学病院のヒアリング内容の結果が書いてございますので、そちらを御参考にしていただけたらと思うのですけれども、やはり引上げの可能性があると、もともと人手が少ない医局、そういったところがそれをより一層切実に考えているという印象を持ってございます。

以上2点でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

それでは、オンラインでお手をお挙げになっている堤構成員、鈴木構成員、森構成員の順番でお願いしたいと思います。堤構成員からお願いいたします。

○堤構成員 ありがとうございます。

斐先生におかれましては、非常に詳細な調査をしていただきまして、ありがとうございます。大変参考になりました。

私もヒアリングの結果の概要のところで質問をさせていただければと思っております。まず最初の概要のところに挙がっておりました医師派遣の縮小に関しては、第一選択とする診療科は少なかったということで伺っております。少し下がりにまして、研究や教育に関して、時間を短縮することにより、国際競争力の低下が懸念されるという御意見もございまして、医師派遣縮小が第一選択ではないというものが、やはり研究や教育を削らざるを得ないというニュアンスでのお答えなのかどうかという部分に関して、感覚的などころでも教えていただければと思ひまして、質問させていただきます。よろしく願いいたします。

○遠藤座長 斐参考人、お願いします。

○斐参考人 御指摘ありがとうございます。

あくまでも感覚的なものではございますが、先生が御指摘のところは、幾分あるかと思ひます。やはり地域医療を守るために、臨床で医師を派遣することが前提に考えられるのですが、研究や教育をある程度犠牲にして、それをせざるを得ないというニュアンスでお答えいただいた大学も当然でございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

堤構成員、よろしゅうございますか。

○堤構成員 ありがとうございます。

本件に関しては、森構成員もそうですけれども、私たちが大変懸念をしているところでもございますので、何らかのソリューションがあるかどうかに関して、また、いろいろな知見などを教えていただければと思っております。

以上でございます。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。

お待たせしました。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。

斐先生、いつもお世話になっております。この研究は、私も若手、中堅の立場で参加させていただきまして、いろいろな声から私自身も大変勉強させていただきました。コロナの中での調査ということで、御苦勞もあったかと思われま。

私からは7ページですけれども、非常に分かりやすいグラフを示していただいたと思う



のですが、7ページで待機時間を含むものと含まないもの、これを見比べてみますと、やはり青いドットに比べまして、緑のドットのほうでは、副業・兼業先での労働時間で待機が多い。そこがすっぽり抜けていますので、副業・兼業先での宿日直許可というところが、今後非常に鍵になってくるというのは、このグラフ一つですごくよく分かると思っています。

一方で、やはり3年あるからということで、現場のいろんな声を聞きますと、宿日直許可の状況に関しては、なかなか把握し切れていないということと、認識もまだまだ低いということで、現場の医師として一番懸念しているのは、ぎりぎりになってこういった確認をばたばたすると、ぎりぎりになればなるほど地域医療への影響がより大きくなってきますし、調整が効かなくなってくる。それは収入面においてもそうですので、何かしらの方策でこういったところへのでこ入れを早くやっていただきたいというのが、正直な気持ちです。

もう一点ですけれども、これに対して、例えば大学病院で働く実際の医師としては、兼業・副業が非常に重要になってくるのは、今後も変わらないと思うのですが、一番診療に影響があると思いますのが、副業・兼業先で宿泊を伴った場合、帰院した後、戻ってきた後、翌日の勤務体制というのは、議論がまだ至っていない気がいたします。なので、その辺りも含めて、ぎりぎりになってこういった議論が始まってしまうと、本質的な改善にならずに、現場の医師に結局負担がかかることになってしまいますので、宿日直許可基準の状況の把握とともに、大学病院に帰院した後に関しても、今後、法制化されていく中では当然ルール上守っていかねばいけないのですけれども、現場として具体的にどのような勤務体制を組んでいくかということまで考えていくような雰囲気づくりをお願いしたいと思います。

以上になります。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

森構成員、お待たせをいたしました。どうぞ。

○森構成員 ありがとうございます。

斐先生、大変詳細で、的確で、本当に分かりやすいデータをありがとうございました。とても御苦労が多かったと思いますけれども、大変勉強になりました。

私からは斐先生に直接の質問というわけではないのですが、幾つか申し上げたいと思います。

一つは、7ページのものを見たときに少し違和感があったのですけれども、その後に10ページを示していただいて、これが、今、私が感じている実感に非常に合うということでした。すなわち、大学院生を外すと、勤務時間が全体として非常に長くなっている。これは当たり前だと思いますけれども、その中で、大学院生の場合、研究の時間は除くという話になったと思います。根本的なところなのですが、現在、特に臨床系の大学院を希望する人の数というのは、どんどん右肩下がりと認識しています。文科省がひよっとしたら

データをお持ちかもしれませんが、私の感覚としてはそんな感じがいたします。そうしますと、研究力の維持のためには、1人の大学院生への負担がますます重くなっている状況になります。ですので、大学院生というのは、あくまでも学生といえば学生なのですが、ただ、臨床の場合は臨床業務をしながら、その業務の中から得られた成果を研究していくという側面もあって、一般の医学部以外の大学院生とはかなり質が異なるのです。ですので、私の考えとしては、大学院生は大学院の研究も含めてちゃんと勤務している、勤務時間に含まれるということをごくどこかでぜひ議論していただきたいと願っています。そうでないと、大学院生の中から過労死してくる人が出てくるのではないかと非常に心配しています。

もう一つは、別の会議で出たことですが、そもそも当直をしなくてもいいような病院でも当直医が必要だということも指摘がありますので、ほとんど呼ばれることがなくて、ただいることだけが要求されるということです。そういうところは、もともとの法律的なこともあるのでしょうけれども、医師会の先生方も一緒になって、その辺はぜひ考えていただいて、そもそもの当直を減らすという努力もしないといけないのではないかと考えています。

最後に文科省の島居先生もおられるので、ちょっと申し上げたいのですが、大学病院は国民からの協力も必要だということですので、ぜひ文科省と厚労省が一緒になって、大学病院に、国民の皆様、患者さんの皆様に、土曜、日曜、あるいは休日の面談とか、そういうものはしないでほしいという通達を一斉に出してほしい。ある病院は土日もしっかりと応対してくれますという話になると、なかなか難しいので、一斉にそういうお願いというか、指示を出すようにしていただけないかと思っております。

以上です。ありがとうございます。

○遠藤座長 貴重な御意見をありがとうございました。

片岡構成員、お待たせいたしました。

○片岡構成員 ありがとうございます。

斐先生、また、研究グループの皆様、大変詳細なデータを集めていただき、分析していただき、本当にありがとうございました。大変な作業だったと思います。

幾つか意見なのですが、5ページで所在地の医師偏在指標を上位、中位、下位ということで、分けてデータを出していただいたのですが、斐先生から上位のところは必ずしも労働時間が短いわけではないということで、この理由としては、他の都道府県への派遣があるのではないかという御意見をいただきましたけれども、実情そのとおりではないかと思っておりますので、さらなる調査が行われる場合には、こういったところに派遣しているのかという辺りもデータがあれば、ありがたいと思います。

現在、様々な指標が県単位を中心とされておりますし、例えば専攻医のシーリングなども県単位のデータが基になっておりますけれども、自治体を超えた医療提供体制を支えているという実態がございますので、この調査からもそういったことが見えてくるのではな

いかと思います。

また、大学病院の機能として、医師不足地域を支えるということも非常に大きい役割を果たしていると思いますので、派遣先がどういったところなのか、例えば医師不足地域かどうかといったことも示せる可能性があるのではないかと思います。

あと、各病院の担当者からのヒアリングは非常に重要だと思います。現場の声として大切だと思っておりますけれども、例えば年齢とか、大学院生あるいは指導の立場といった属性によっても、様々な意見があると思います。ヒアリングという形だと全ての方の意見を集めるのはなかなか難しい状況がございますので、アンケートという形でもいいので、様々な属性、年齢の方の意見を集めることができれば、今後参考になるのではないかと思います。

ありがとうございます。以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

幾つか御意見がございましたけれども、裏参考人、何かコメントはございますか。

○裏参考人 片岡先生、ありがとうございます。幾つも重要な示唆をいただきました。

最初に先生がおっしゃいました医師の派遣先の偏在指標、そういったところは、今回おっしゃるように十分に把握できていない部分がございますので、非常に大事なポイントだと思います。10大学の中でもかなり広範囲に医師を派遣している大学病院が実際にございます。そうなりますと、大学病院またはその地域の実態によって、そういった現状が変わってくると思っております。先生からいただきました御示唆、もし追加でできるのであれば、ぜひ検討したいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

お待たせしました。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。

裏先生によるデータの分析もそうですが、参考資料1としてつけていただいている勤務実態把握マニュアルは非常に分かりやすいと思います。

その中で、16ページには、移動時間についてもきちっと把握するようという指摘がございました。先ほどお話のありました都道府県をまたぐような支援とか、地方の都道府県にとってみると、複数の医療機関を応援される方の移動の問題というのは非常に大きい課題であり、把握することは必要だと思いますし、次回以降で検討される追加的健康確保措置の実施に当たっても、やはり配慮すべき事案ではないかと思います。

ただ、一方、労働時間上どういう取扱いにするのかというところが、このマニュアルの中には記載がございませんでした。私は、移動時間は労働時間に基本的に含まれないと理解しておりますが、その点をきちっと明確にした上で、健康確保措置にいかに関与させるのかということを考えていくことが必要だと思います。

また、割と有名な医師の方から、例えば地方に呼ばれての依頼講演について、文部科学

省の関係者から謝金をもらう部分は労働だというお話があったようです。謝金をもらえるのであれば、当然労働だとは思いますが、それだけを取り上げて、前後の移動時間も全て労働時間に含まれるという理解になりますと、地方の研修医や専攻医にとっては、中央の有名な先生方が地方に来て、間近で勉強する機会が非常に難しくなってしまいます。医療関係者は労働法規上の問題を御存じでない方もそれなりにいらっしゃいますので、その辺りについては明確に書いていただいて、現実には地方での若手医師の育成に影響がないように考えていただければと思います。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

裏参考人、コメントをお願いします。

○裏参考人 家保先生、ありがとうございます。

特に地方は移動時間も非常に大きな問題だと思っております。今回の調査では、移動時間は、おっしゃるように、労働時間には換算しておりません。ただし、今回データではお示ししていませんが、有効回答者の中で1週間の移動時間の平均は約2時間となっております。ただし、最も移動時間が長い先生は13時間ほどというデータもございます。そうなりますと、移動時間が長時間にわたる先生方の健康確保措置も視野に入れて、特に地方の病院は考えていく、そういったことは非常に大事なところだと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

馬場構成員、今のことに関係いたしますか。関係ありませんか。

それでは、順番で島崎構成員、お願いいたします。

○島崎構成員 島崎です。

裏先生、大変な御苦勞があったのではないかと思います、貴重な研究資料だと存じます。どうもありがとうございました。

その上でまず家保構成員がおっしゃったことに関していうと、私もかねてからこの検討会で指摘しておりますように、移動時間は労働時間ではないかもしれませんが、その態様によっては、例えば自分の車で運転し移動中に居眠りし事故を起こしてしまうようなケース等がありますので、健康確保措置については十分配慮していただきたいと思っております。

私の質問は、宿日直中の待機の扱いについてです。先ほど御説明がありましたように、副業・兼業先での宿日直中の待機を労働時間としてカウントするかしないかによって、評価がかなり違ってくると思います。その点は先ほど鈴木構成員がおっしゃったとおりでと思うのですが、私の質問は宿日直中の待機の実態です。つまり、待機の具体的な内容は、例えばいわゆる手待ち時間みたいなものなのか、まばら勤務みたいな状態なのか。言い換えると、宿日直の許可を取ったときに、労働時間としてカウントされ得るような内容なのか、そうでないのかということについては、この調査では分からなかったというこ

となのでしょうか。あるいは仮に分からないにしても、調査をされていて、恐らくこれは労働時間としてカウントされないだろうという感触、あるいはその逆のような感触をお持ちでしょうか。細かい質問で恐縮なのですが、重要な点なのでお尋ねする次第です。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○遠藤座長 褒参考人、お願いします。

○褒参考人 島崎先生、非常に貴重な御意見ありがとうございます。

この調査は、医師の主観、医師の自己申告に基づいての調査でございます。宿日直の待機のときに当然何らかの業務が発生します。その時間は先生方がこの調査票に書いていただくという形になって、我々はそれを集計させていただいております。そうなりますと、宿日直中で何らかの業務が出た場合は、それを基本的には数値としてカウントしてございますので、データに表れているとおりでと思います。そうなりますと、それを基に宿日直許可基準が取れる、取れないというのは、やはり各病院の対応になると思っております。

当然ながら、実際に先生方が自己申告されておられる業務が本当にその時間なのか、そういったところまで細かく調査することは、今回なかなか難しいところではございますが、さらなる調査をする場合には、その定義づけをしっかりとってからされることを望んでおります。

宿日直許可基準が取れるか、取れないかによって、先生がおっしゃるように、労働時間の差がかなり大きく出てきます。そうなりますと、地域の医療機関というのは、その視点をしっかりと深掘りしながら、これから自院の診療体制を見直していくという議論されていくと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

○島崎構成員 事情がよく分かりました。どうもありがとうございました。

○遠藤座長 馬場構成員、お待たせいたしました。

○馬場構成員 ありがとうございます。

褒参考人からの資料は、すごくすばらしいと思います。

今も宿日直の話が褒参考人からありましたけれども、11ページの待機時間の分布を見ますと、大学病院でさえもこれだけ待機時間があるのかと思いました。そして、兼業・副業先では、この待機時間を見れば、普通に考えれば、この中には宿日直許可が取れる病院がかなり混ざっているということが想像されますけれども、12ページのまとめには、ほとんどの診療科が副業・兼業先の宿日直許可の取得状況の把握はできていなかったとあります。大学からできていなかっただけではなくて、兼業・副業先でも自分のところの宿日直許可があやふやであったり、あるいは宿日直許可が取れるのに取っていない、少し改善して努力すれば宿日直許可が取れるのに取ろうとしていない。全国を見ていると、そのようなことがたくさん見受けられるように思います。令和元年7月の通知でかなり取りやすくなっているはずですので、さらなる通知の周知、取得に関する支援、そういったことが地域医

療を守るため、あるいは勤務医の労働環境をよくするためには必要なのではないかと考えています。意見です。

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、オンラインで、鈴木構成員、お待たせいたしました。どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

今の議論に関連しまして、ぜひ一言知っておいていただきたい点がありましたので、発言させていただきたいと思います。

宿日直中の業務というのは、なかなか見えないというのが実情だと思います。時間の議論になっていきますと、当直先の病院での診療業務にフォーカスされがちですけれども、実態としては、出張先でほとんど診療業務がないとしても、大学病院の医師は、皆さん御存じのように、教育、研究、診療、多岐にわたるものやっていて、ほとんどがペーパーワークなのです。私もそうなのですけれども、寝泊りしている病院で多くのペーパーワークをこなします。つまり病院を早く出なければいけないので、ペーパーワークを休めるような病院でたくさんやっているという実態があって、そこで寝られないということもあります。

これはこれまで議論があまり出ていなかったと思いますが、宿日直許可を取る、取らないというところの議論の中で、実際の医師のペーパーワークの負担ですとか、診療業務ではほとんど負担がないけれども、大学からの持ち越しの業務が非常に多いということにもぜひ目を向けていただきたいと思っています。その中には当然研さんというところも含まれると思いますけれども、現場の若手、中堅の医師としては、その辺りが負担になっている部分も非常に多いということは、ぜひお伝えしておきたいところだと思っています。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。

ほかにはいかがでしょうか。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。

斐先生、お疲れさまでした。

結論の四つ目の○のところは全く同感なのですが、これは日本の救急医療の宿命とも言うべき、解決すべき課題になると思うのですが、集約化を徹底するかどうかということです。この1行に含まれている意味というのは、非常に大きいのだらうと思います。

先々週、日本救急医学会の働き方改革のシンポジウムに呼ばれまして、意見を述べてみました。そこには大学病院の救急部も来ていますし、NHOの救急センターの連中も来ていましたし、二次病院の救急部の先生方も来ておられましたが、将来的には救急医のドクターの分散ではなくて、むしろ集約化をきちっとして、これは地域医療構想とも関連しますけれども、どうやったらその地域で救急医療を効率的に回していけるかということに必ず帰結してくるのではないかと思います。

斐先生、一つ質問なのですが、これは兼業を行っているドクターを主体とした調査です。そうしますと、例えば二次病院の二次医療、二次救急をやっているドクターたちの実態はどうかとか、ほかのそういうものに広げていくような考えはないでしょうか。今日のデータを見せていただいて、かなり迫力があると思ったのですが、先生、その辺はいかがでしょうか。

○遠藤座長 斐参考人、どうぞ。

○斐参考人 岡留先生、ありがとうございます。極めて大事なポイントだと思います。

先ほど片岡先生からもありましたように、地域で派遣される病院を見る際には、大きく三つのポイントがあると思います。一つは、地域です。その地域が医師少数区域なのかどうか。二つ目はどういう機能をしているのか。まさに救急をやっているのか、やっていないのか。三つ目は、先ほど馬場先生がおっしゃいましたように、宿日直許可基準を取っているのか、取っていないのか、または取れるか、取れないか、そういった副業・兼業先のさらなる詳細な分類というのは、これからより一層必要になってくると思います。

そういった意味で、構成員の先生方の何名かもおっしゃっておられますが、単一の病院で地域医療を守るのではなくて、面で守っていく際には、地域の病院の情報を加味して、医師の派遣を含めて検討していく。そのような必要がこれから出てくると思います。おっしゃるとおりでございます。

以上です。

○岡留構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかによろしゅうございますか。横手構成員、お願いいたします。

○横手構成員 千葉大学の横手でございます。

斐先生、素晴らしい御提案をありがとうございました。

ただいま御回答いただいた内容と関連するのですけれども、働き方、労働時間の縮減ということに対して、病院の中、あるいは診療科の中だけではなく、地域の複数の病院、医療機関との連携の中でそれを解決しているような事例というのは、先生の今回の調査の中であったかどうか、あるいはそのような兆しがあるのかどうか、もしよろしければ教えてください。

○遠藤座長 斐参考人、お願いいたします。

○斐参考人 ありがとうございます。

今、先生に御指摘いただきましたように、地域を挙げて、大学病院を中心にして取り組んでいる事例は実際にございます。それが完全に機能しているかどうかは別問題ですが、取り組んでいる、取り組み始めているというのは、いい傾向だと思います。それにさらなる国の支援、または地域医療連携のさらなる推進のための地域間、大学病院を中心としたコミュニケーション等々をさらに深めていく必要があると思っております。好事例を横展開していく、そして、うまくいかない場合、なぜうまくいかないのかということ

こういう場で共有していく、そういった取組がさらにそれを推進させていくと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、大分時間も押しておりますので、次の議題に移りたいと思います。

表参考人におかれましては、示唆的な調査をどうもありがとうございました。非常に議論が深まったと思いますので、今後もよろしくお願いいたします。

それでは、議題「3. 勤務医に対する情報発信に関する作業部会について」に移りたいと思います。

それでは、資料3を事務局から説明してください。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

資料3をお手元に御用意ください。

資料1の御説明の際にも一部触れさせていただきましたが、勤務医に対する情報発信に関する作業部会を設置し、進めることについて御報告させていただきます。

働き方改革を進めるに当たりまして、現場の医師に対して情報発信をすることの重要性については、本検討会におきましても深く御指摘をいただいたところでございます。

1ページ目、真ん中辺りの中間取りまとめの抜粋を御覧いただければと思います。太字の部分でございますけれども、当事者である医師に対しては、多忙であるがゆえに情報が届きにくいという傾向があるため、効果的な情報発信・周知の方策について検討する必要がある。こういったものの検討を進める場として、本作業部会を設置したいと考えております。

他方、開催趣旨の三つ目の○を御覧いただければと思いますけれども、現状におきましては、長時間労働を行いつつ、使命感を持って地域医療を支えている医師が存在するということを念頭に、単に医師の労働時間の上限規制に関する周知のみを目的とするのではなく、必要な医療提供体制の維持と勤務医の健康の確保の両立の議論を適切に発信していくことが重要だと考えておきまして、こういったことを踏まえながら、適切な情報発信、効果的な周知、そういったものについて検討する場として考えております。

進め方のイメージとしましては、下の黄緑色の図を御覧いただければと思います。作業部会におきましては、情報を届ける対象の分析、どのようなマインドセットへの変革を促していくかといったゴール設定、そのためにどのような内容で、どのような方法で情報発信するかということについての検討、そういったものを通じて勤務医に対する情報発信の方法論の作成をし、将来的にはそういった情報発信を実際に実施するところを目標にしております。

2ページ目を御覧いただければと思います。検討に際しまして、構成員のイメージとしましては、現場の医師、病院事務、広告・メディア業界の専門の方、そういったところを念頭にイメージしております。



現場の医師に関しましては、若手あるいは管理職級などに偏るのではなく、効果的な議論を促すために、管理職級、中堅、若手、それぞれの立場からバランスよく構成することを考えております。また、医療者ではないのですが、病院の現場をよく知っている方の御視点ですとか、情報発信を実際にするという観点で、そういった知見を持たれる広告・メディア業界の方を構成員として加えていくことを想定しております。

右側のスケジュールと議題のイメージを御覧いただければと思います。本検討会において、今日御報告させていただきましたので、準備ができ次第、7月からそういった議論を具体的に進めたいと思っております。

8月以降、医師の情報選択行動ですとか、具体的な内容、手法について議論をしながら、今後の取組の進め方について進めていくことを考えております。

また、参考人からヒアリング等を行うことも、必要に応じて検討してまいりたいと思っております。

一定の議論を取りまとめましたら、こちらの検討会でも御報告させていただくことを予定しております。

資料3につきましては、以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、作業部会につきまして、御意見、御質問等があれば承りたいと思いますが、いかがでございましょうか。岡留構成員、森本構成員の順番でお願いいたします。

○岡留構成員 ありがとうございます。

事務局にお願いというか、私の頭では理解しにくいところがあるのですが、例えば1ページの主な論点と成果物のイメージに掲げてあることを頭の中で整理しようと思っても、全く浮かんでこないのです。この表現というのは、マネジメントに関する専門雑誌から引き抜いてきたような表現の羅列みたいなものに見えてしょうがないのですが、もう少し勤務医が分かりやすい言葉で言えるように表現できないかものか。この前、事前レクを受けたときに、このイメージではイメージさえも浮かんでこないという感じがしたのですが、いかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○土岐医事課長補佐 御指摘ありがとうございます。

当然実際に情報発信していくに当たっては、分かりやすい言葉でしっかり伝えていくことが重要ですので、作業部会の議論の中でも、ここで書かせていただいている表現にとらわれることなく、分かりやすい表現を用いた議論、実際の発信の方法であったり、内容を検討していきたいと考えております。

○遠藤座長 岡留構成員、いかがでしょうか。

○岡留構成員 よろしくお願いいたします。とにかく難解な文章です。どういうことを言いたいのか、どういうことを言っているのか、頭の中にイメージできないわけです。こういう表現よりは、むしろもっと分かりやすい表現でさらっと言ったほうがいいのではない

かと思うのですが、この辺に一考を要することを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。

森本構成員、お待たせしました。

○森本構成員 ありがとうございます。

勤務医に対する情報発信は非常に重要だと考えております。必ずしもこの作業部会に対してのお願いというわけではないのですが、実際に労働時間短縮の取組を進めるに当たっては、医師だけでなく、周りの医療従事者の理解と協力が必要になってくると考えておりますので、医療従事者全体への情報発信も併せて検討いただきたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、オンラインで、森構成員、お願いいたします。

○森構成員 ありがとうございます。

作業部会をつくって情報を発信すること自体は、非常にいいことで、私は賛成したいと思います。

ただ、その一方で、各学会とか、あるいは病院、医師会の先生方、例えば学会の学術集会のときに、こういうメッセージを必ず流すようにしてもらおうということをお願いするだけで、相当違うと思います。

例えば厚労省で2枚ぐらいのスライドをつくって、しかも、字がたくさんではなくて、岡留先生が言われるように必要最小限、分かりやすいもので、日本医学会連合にお願いして、日本医学会連合から全ての学会に、これを学術集会のときに必ず出してくださいというお願いをするだけでも、大分違うと思います。インフォメーションを与える。

そして、詳しいことは、例えば厚労省のホームページで見てくださるか、厚労省のホームページは量が膨大なので、必ず知っておかないといけないところだけ、そのコーナーみたいなものを設けて、スライドはせいぜい数枚程度で分かるような形のものをつくっていただいて、そこにアクセスできるようにしていただけるだけで、相当違うと思います。この作業部会自体はもちろん賛成なのですけれども、そういうことも併せて検討していただければ、大変いいと思います。

以上です。

○遠藤座長 重要な御指摘をありがとうございました。

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。

現場の忙しい先生方、ドクターの皆様にも効果的に伝えていくというのが主眼になっておりますので、今日いただきました御指摘も踏まえて、分かりやすいシンプルな発信も心がけた議論をしていきたいと考えております。

○遠藤座長 よろしく申し上げます。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 学会にお願いすれば、学術集会のときに必ず流してくれると思いますので、スライド2枚ぐらいで案内をしてもらって、そこから厚労省のホームページへアクセスできるように、そして、アクセスした部分は物すごく分かりやすくということ、それだけで大分違うと思いますので、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。

事務局、御検討をお願いいたします。

城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

医師の働き方改革に関しては、管理者の先生方はかなり意識をされつつあると思うのですが、実際、当事者である勤務医の先生方は、まだまだ自分たちの問題として捉えられていないという点に関して、情報発信をするということは、本当に大切なことであろうと思っております。

しかし、先ほどからお話が出ておりましたが、発信をする内容が、もちろん医師の働き方改革は勤務医の先生方の健康確保ということが第一義ではあるわけですが、それによって地域医療に影響を及ぼすということも、副次的に生じてくるということも、いかに分かりやすくまとめるかというのは、私は大変難しいのではないかと思います。ですので、その辺りは、この検討会でそういう意識を持った上でシンプルなまとめを作成していただき、そして、広告・メディアの方もいらっしゃるということですので、そういう方に様々な媒体を使ってうまく広報ができるという形で、周知・広報をお願いしたいという要望でございます。よろしく願いします。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

ほかにございますか。よろしゅうございますか。ありがとうございます。

それでは、先に進ませていただきます。次は、議題「4. 医師労働時間短縮計画作成ガイドラインについて」でございます。

資料4-1から資料4-3までについて、事務局から御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。

資料4-1から資料4-3が時短計画作成ガイドラインについての資料になりますけれども、基本的には資料4-1を用いて御説明をさせていただければと思います。

医師労働時間短縮計画策定ガイドラインにつきましては、これまでこの検討会の中でも御議論いただき、中間取りまとめの際にも計画作成ガイドライン案としてお示ししてきたところではありますけれども、議題1の中でも御説明させていただいたように、時短計画の作成が、2024年3月までは努力義務になっているということを踏まえた修正ですとか、あとは、細かい点も含めた表現ぶりの修正も多少加えておりますので、主な修正点をまとめたものが資料4-1となっております。

大きな修正点としては、今、御説明しました努力義務となったことを踏まえての修正で

して、1 ページ目の一つ目の●と枠囲いになっている記載の部分でございます。下線を引いておりますけれども、年間の時間外・休日労働時間数が 960 時間を超える医師が勤務する医療機関に対して、令和 5 年度末までの計画については、その作成を努力義務としつつ、連携 B・B・C 水準の指定を受けることを予定している医療機関につきましては、令和 6 年度以降の計画の案を、評価センターによる評価を受審する前までに作成する必要があるということを明記させていただいております。そのほか、細かい点もありますけれども、これに伴う修正が多数を占めております。

2 ページも多少細かい話にはなりますけれども、一番上の●のところです。記載事項につきまして、これまで必須記載事項、任意記載事項という表現を用いてきたのですが、任意記載事項は、記載そのものが任意であるという誤解が生じるのではないかとということもありましたので、要は記載の中身が任意であるということが分かるような表現ぶりに修正させていただいております。

次の●ですけれども、これまで任意記載事項と言っていたものに、項目として、C-1 水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化という項目を、これは C-1 水準の指定の要件として、検証の効率化を図った上で、なお長時間労働になるということが指定要件にもなっていますので、検証の効率化のための取組についても、内容は任意ですが、時短計画に書いていただくことを新たに追記しております。

今回、新たに作成したものとして、2 ページの下から二つ目の●ですけれども、計画のひな形と作成例をお示ししております。資料 4-2 になります。

ひな形と作成例ということですのでけれども、まず 1 ページで時短計画のひな形として、どういった項目についての記載が必要なのかということを一覧でお見せしております。

その上で、2 ページ以降に具体的にどういう形で記載をしていっていただくのかということ、記載例という形でお示しさせていただいております。

作成例①が令和 3 年度から令和 5 年度、努力義務の期間の計画についての作成例になっております。

作成例②、4 ページが、令和 6 年度、要は指定申請を受ける際にこういった形で計画の案をつくっていただきたいという作成例をお示ししているところでございます。

資料の説明は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局から修正した箇所の説明と作成例が出てきたわけでありまして、御意見、御質問等をいただければと思いますが、いかがでございましょうか。馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 医師労働時間短縮計画作成ガイドラインですが、非常につくりやすそうなものに収れんしていただきまして、本当にありがとうございます。

これは実際に使いながら、また修正していくということが、この後加わっていくのだろうと思っておりますけれども、細かなことになって恐縮なのですが、幾つか気がついたことにつ

いて述べさせていただきます。

ガイドライン案そのものは資料4-3です。23ページの下の方の労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）ということで、その中に、以下に記載の取組内容等は記載例としての参考であると書いていただいているのですけれども、これをひな形として示すと、普通の医療機関でよくあるケースとして、参考例を一番大事なことかのように使う場合が考えられますので、ここはくどいほど書いていただいて、必ずしもここにこだわらなくていいということが、誰にでも分かるほうがありがたいと思っています。

次にタスク・シフト/シェアという項目が挙がっていますが、この中で看護師、医師事務作業補助者ということで、ここで終わっているのですが、実際のものがどのようなポップアップになったりするのかわからないのですけれども、せめてその他というか、それ以外の職種の方たちについても記載できるようにしておいたほうがいいのではないかと考えています。

(2) 医師の業務の見直しということで、ここでは宿日直体制について触れていますが、これは各病院の取組の中で一番の肝になる部分だと思いますが、ここではあくまで宿日直の人数を減らして、そして、交代制にするという形になっていますけれども、もう一つの在り方としては宿日直の人数を増やして、宿直許可を取れるようにするという方向性もあると思いますので、どちらがいいかは分からなくて、各病院によってまた違うと思います。このように人を減らせば、専門外の患者さんを診なければいけないという精神的負担が当直医にかかる可能性もあって、それはどちらがいいかわからない、あるいはオンコールでたくさん呼ばれて、かえって大変とか、そういったこともあり得ますので、宿日直許可等にも触れた具体例を幾つか挙げていただくほうがいいのではないかと考えています。

そういった意味では、次のICTについても、もう少し幾つか例があってもいいと思っています。

(4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理ですけれども、当然ながら労働時間短縮を副業・副業先をお願いすることは大事なのですが、夜間当直が一番多いと思うのですが、これに関しては労働時間短縮そのものをお願いできるケースというのはかなり限局的であって、宿直許可を取ってくださいというお願いのほうが、ダイレクトなのではないかと思っていますので、その点についても触れておいていただいたほうがいいのではないかと考えています。

以上です。

○遠藤座長 重要な御指摘をいただいていると思います。ありがとうございます。

城守構成員、お手を挙げておられますか。お願いいたします。

○城守構成員 ありがとうございます。

まず時短計画の作成ガイドラインの案、ひな形をつくっていただいたというのは、各病院の管理者の先生方にとっては大変ありがたいことであろうと思います。先生方からは、

どうやってつくっていいか分からないというお声が以前から多かったので、これは大きな一歩になると思います。

その中において、これは要望になるかと思いますが、まず資料4-3の6ページの都道府県との関係のところなのですが、先ほどの斐先生のお話の中でも、一丁目一番地は勤務実態の正確な把握ということがございましたが、把握をした後は時短計画を作成することになるわけですが、ひな形を作成していただいたとはいえ、現場の先生方は社労士のアドバイスを受けつつも、どう書いていいか分からないということもあろうと思います。

そのときに、6ページの(2)の勤務環境改善支援センター、いわゆる勤改センターの役割として、相談し、アドバイスを受けることができるという書き方、現実はこの書き方になるかと思いますが、ポンチ絵などをつくられて、分からないことがあれば、勤改センターに相談をすると記載していただいたほうが、勤改センターの役割も明確化されるのではないかと思いますので、御検討をお願いしたいというのが1点です。

もう一点は、同じ資料4-3の13ページの評価センターによる評価との関係でございますが、時短計画の作成が義務から努力義務になった。義務のときは、例えば2024年からスタートする場合、2022年度ぐらいには書面調査をかけ、そして、調査内容が悪いところは2023年度に訪問調査をするという形になっていたように思います。これが努力義務になったことによって、評価センターの形としてはどういう影響を受けるのかということ、また、申請をする医療機関においては、影響は大きく受けないと思いますが、前回と同じような工程表の絵を描いていただいたほうが、現場の先生がスケジュールを組むのに分かりやすいのではないかと思います。ポンチ絵的なものを作成していただいたほうが、よりスムーズに進むと思うので、その2点を要望として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。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

それでは、ただいまの案件につきましても、様々な御意見が出ましたので、事務局としては、できるものについては対応していただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

全体を通して何かあれば承りますが、よろしゅうございますか。

それでは、長時間、活発な御議論をいただきまして、ありがとうございます。本日の議題は終了いたしましたので、これぐらいにさせていただきますと思います。

本日は重要な御意見が幾つも出ましたので、事務局はそれらを整理して、次回以降の議論に資するようなものをつくっていただきたいと思っておりますし、また、積み残しの課題もございますので、それもきちんと整理をして、今後の議論に資するようなものをつくっていただければと思います。

それでは、事務局から今後の日程について、御説明をお願いしたいと思います。

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 次回の日程につきまして、追って事務局よりお知らせをさせていただきます。

○遠藤座長 それでは、これもちまして、本日の検討会を終了したいと思います。長時間どうもありがとうございました。