

2021-8-4 第13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 事務局です。

それでは、定刻になりましたので、ただいまより第13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大学病院支援室、島居剛志室長に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御紹介申し上げます。

労働基準局労働条件政策課課長補佐の木原大樹でございます。

○木原労働条件政策課長補佐 木原です。よろしくお願いいたします。

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 続きまして、資料の確認をさせていただきます。

資料1といたしまして、追加的健康確保措置の運用について。

資料2としまして「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について」。

参考資料1-1としまして前回の検討会での主な御意見と今後の対応。

参考資料1-2が「医師の宿直義務の例外について」。

参考資料1-3が「医師の勤務実態把握マニュアル」。

参考資料1-4が「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン（案）」。

参考資料2としまして大臣指針の修正点。

参考資料3と参考資料4でそれぞれ検討会の取りまとめをつけ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のほうにお申しつけをください。

それでは、カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

本日の会議の進め方について、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くださいませよう、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、以後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、よろしく願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、早速、議事に移りたいと思います。

本日の議題の「1. 追加的健康確保措置の運用について」、資料1の御説明を事務局からお願いしたいと思います。よろしく願いします。

○土岐医事課長補佐 事務局でございます。

資料1の御説明に入ります前に1点御報告というかお伝えしておきたいことがございます。参考資料の1として前回の検討会で先生方からいただいた御意見と今後の対応についてという形でまとめさせていただいておりますので、また後ほど御覧いただければなというように思います。

それでは、資料1、御説明させていただきます。

資料1ですけれども、追加的健康確保措置、連続勤務時間制限と勤務間インターバルの運用についてということでもまとめさせていただいております。

1ページに基本的な考え方を整理し、その後、論点として今日御議論いただきたい項目を2点、3ページ、4ページにまとめております。その上で5ページ以降ですけれども、実際に勤務パターン別の連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制の適用イメージという形で想定し得るインターバルの在り方について整理させていただいております。

それでは、1ページから御説明させていただきます。

まず基本的な考え方として、基本的なルールにつきましては、この検討会の前身の検討会であります医師の働き方改革に関する検討会において取りまとめたいただいた報告書の中で、この基本的なルールがまとめられているところでございます。おさらいの意味も含めて御説明させていただきます。

まず1つ目の○になりますけれども、連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制については、原則として次の2種類を設けることとされております。

1点目が、始業から24時間以内に9時間の連続した休息时间、インターバルを確保すること。15時間プラス9時間のパターン。これは通常の日勤及び宿日直許可のある宿日直に従事する場合に適用されることとされております。

それから、2点目として、始業から46時間以内に18時間のインターバルを確保するという枠組み。これは28時間の連続勤務時間制限プラス18時間のインターバルという形になっております。こちらにつきましては、宿日直許可のない宿日直に従事する場合に適用されるものとして整理されているところでございます。

2つ目の○ですけれども、確実に休息を確保する観点から、このインターバルにつきましては事前に勤務シフトなどで予定されたものであるということと原則とするということとされております。

続きまして、3つ目の○になります。この予定された9時間、または18時間のインターバル中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合につきましては、代償休息

を事後的に付与することとして整理されているところでございます。

また、宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、これはインターバルが確保されたものとみなして取り扱ってよい。ただし、この場合に通常の勤務時間と同態様の労働が発生した場合には、その時間に相当する時間の休息を事後的に付与する配慮義務を負うこととされております。ここでいう配慮義務ですけれども、※印として、休暇の取得の呼びかけ等の休息時間を確保するための何らかの取組を行う義務が発生するという形で整理をさせていただいております。

続きまして、2の「始業」の考え方ですけれども、この始業から24時間以内あるいは始業から46時間以内という2つの枠組みを説明させていただきましたが、この起点となる始業についての考え方を今回整理してお示しするものになっております。

連続勤務時間制限の起点となる始業については、事前に勤務シフトなどで予定された労働の開始時とするという形で整理しております。例えば1日の間に短時間の休息と労働が繰り返されることが予定されている場合につきましては、それぞれの労働の開始を始業扱いとするという形で整理しております。少し資料を飛びますけれども、7ページに様々な適用イメージをお示ししている中で休息と労働が1日の中で繰り返されるケースについても具体的な事例を整理していますが、ここでいう上のパターン、1日の間に短時間の休息と労働が繰り返されることが予定されている場合、この場合につきましては8時からが始業の①と書かせていただいております。ここから24時間以内に9時間のインターバルを取ってくださいということと、午後1時から5時まで休息を予定しているようなケースにつきましては、この午後5時から24時間の間、午後5時から始業として考え方としては捉えるという形にしております。結果としては、始業①からの24時間の間に9時間インターバルを取ることによって始業②からの24時間の間にも9時間のインターバルは確保される形になるものと考えております。

戻っていただきまして、3番の2種類の連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制の関係でございますが、この24時間以内に9時間という形と46時間以内に18時間のインターバルというものにつきましては、この間に段階的な規制の適用を行うことはないという形で整理されております。ですので、いずれかのルールを守る形で運用していただくことになろうかと思っております。

下に論点として2点、次のページ以降で具体的には御説明させていただきますが、2点、論点を提示させていただいております。まず1点目として、臨床研修医に対する連続勤務時間制限、それから、勤務間インターバル規制等の適用について。それから、2点目として、15時間を超える業務に従事する場合の連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の適用についてという形でございます。

おめぐりいただいて3ページに論点①についてまとめております。

先ほど申し上げました前身の検討会の報告書の中では、臨床研修医については、その他の医師よりも強い追加的健康確保措置を講じることとされておまして、具体的には点線

で囲んだところに報告書の抜粋を載せておりますけれども、1つ目の○、連続勤務時間制限・勤務間インターバルの実施を徹底し、代償休息の必要がないようにする。原則、代償休息の対応は認めないといったような形でまとめられておりました。

2つ目の○ですけれども、2つ目のポツ、臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた24時間の連続勤務時間とする必要がある場合は例外的に認めるが、その後の勤務間インターバルを24時間とすることで、臨床研修医については15時間、9時間あるいは24時間、24時間という枠組みで取りまとめられていたところでございます。

しかしながら、2つ目の○になりますけれども、このルールにのっとった場合、臨床研修における必要性から、夜間・休日のオンコールや宿日直許可のある宿日直に従事する際に、通常の勤務時間と同態様の労働が少しでも発生した場合、翌日24時間、丸1日休ませなければいけないという形になりますので、これが続くようなことがあると研修期間の大部分を休みとせざるを得ない状況も生じかねず、期待された研修効果が獲得できないおそれがあるということから、今回、対応案という形で例外的な取扱いについて提示させていただき、御議論いただきたいというように考えております。

対応案ですけれども、臨床研修医については、始業から24時間以内に9時間のインターバル、それから、48時間以内に24時間の休息時間、24時間プラス24時間のパターンに加えて、一定の要件を満たす場合には代償休息を使うことを認めるという形で御提案させていただいております。

具体的には①になりますけれども、臨床研修における必要性から、オンコールまたは宿日直許可のある宿日直への従事が必要な場合、具体的な例を幾つか挙げさせていただいておりますが、例えば2つ目のポツ、産婦人科の研修において自然分娩の十分な経験をするため。基本的には寝当直のような形で当直に当たっていて、その間に分娩が発生した場合に症例を経験するといったようなことを予定している研修の場合、これは当然、分娩がいつ発生するか予測できませんので、こういう場合には代償休息での対応を認めなければ、限られた期間で十分な症例を経験できないのではないかとということで、こういう場合に限って代償休息での対応を認めるということをお提案させていただくものです。

②、③につきましては、それに加えて臨床研修医の募集時に代償休息を付与する形式での研修を実施する旨を明示していただくということ。それから、3点目としまして、代償休息は、計画的な研修という観点から、通常は当該診療科の研修期間内で処理すべきであり、通常ルールですと代償休息の付与については翌月末まででよいという形で取りまとめられておりますけれども、この臨床研修で代償休息を使う場合については、この付与期限は原則として必要性が生じた診療科の研修期間内とするということも併せて提示させていただいております。

続きまして、4ページに論点の②として提示させていただいておりますけれども、15時間を超える業務に従事する場合の連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制の適用についてということで、代償休息につきましては予定された連続した休息時間中にやむを得な

い理由により発生した労働に従事した場合に付与されるということは原則となりますので、代償休息を付与することを前提とした運用、例えば連続した休息時間を8時間とする勤務シフトを組んで事後的に1時間の代償休息を与えるといったようなことは、原則は認められないこととなりますけれども、一方で、15時間を超える長時間の手術のようにやむを得ない理由により9時間の連続した休息時間を24時間以内に確保できない場合が発生することも想定されます。これへの対応として、個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務が予定されている場合、これにつきましては、代償休息の付与を前提とした運用を認めるという形で御提案させていただいております。

ただし、医師の健康確保の観点から、この代償休息につきましては翌月末までではなくて当該業務の終了後、すぐに付与しなければならないということも併せてお示しするものになっております。

5ページ以降は、先ほど一部御紹介しましたけれども、インターバルの適用イメージをいろいろなパターンをまとめておりますので、こちらも併せて御覧いただければというように思います。

資料の説明は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま説明のあった内容について、御意見、御質問等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。

では、仁平構成員、お願いいたします。

○仁平構成員 3ページ、臨床研修医に対する代償休息の対応方針の部分ですが、代償休息は、これまでの検討会の報告書においても、例外的な措置という位置づけであると認識しております。ついては、対応案①、②の厳格な運用をお願いいたします。

その上で、③について、「代償休息の付与期間は原則として必要性が生じた診療科の研修期間内とし」と記載してあるのですが、診療科ごとの研修期間の長さには、大体の目安があるのか、また、1つの診療科での研修期間が数か月にわたる場合があるのか、実態についてまず質問させてください。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、よろしくお願いいたします。

○土岐医事課長補佐 お答えさせていただきます。

通常の研修プログラムですと1つの診療科の研修期間が大体1か月から三か月ぐらいになることが通常ではないかなというように考えております。その上で、この③の記載になりますけれども、これはあくまで研修期間が短い場合を想定して、翌月末までというルールを適用するとほかの診療科の研修期間に代償休息を付与しなければならなくなるというケースを想定して、あくまでその診療科の中で処理してほしいということを書かせていただいているのであって、3か月ですとか、さらにそれより長い期間の研修期間が想定されるような場合に、そこまで後ろに代償休息を引っ張ってよいという趣旨での記載ではござ

いませんので、その点は確認させていただきたいと思います。

○遠藤座長 仁平構成員、どうぞ。

○仁平構成員 私の質問の趣旨も同様のところにございます。例えば研修期間が3か月の場合、3か月先までの付与で良いと誤解して読む方がないように、こちらは正確に記載いただければと思います。どうも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、何人かの方がお手を挙げておられます。馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 よろしく申し上げます。

資料1についての質問、意見ですけれども、参考資料の4に前回の検討会の報告書があるわけなのですが、この報告書というのは、もう本当に立場の違う構成員がその立場の違いを乗り越えていろいろすり合わせをしたものですので、できるだけこの報告書の文言とか言葉については尊重していただきたいと思っているのですが、今回の資料1の1ページ、基本的な考え方の【1. 基本的なルール】の4つ目の○です。宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなし、この場合に通常の勤務時間と同態様の労働が発生した場合は、管理者は当該労働時間に相当する時間の休息を事後的に付与する配慮義務を行う。

これは元の文章は、参考資料4の22ページにありますけれども、「宿日直許可を受けている場合は、宿日直中に十分睡眠を確保し、一定の疲労回復が可能であると考えられるが、仮に日中と同様の労働に従事することとなった場合には、翌日以降、必要な休息がとれるように配慮することとする」「具体的な配慮の内容については、後述の代償休息も参考に、生じた勤務負担に応じた配慮を行うことが考えられる」というのが元の文章でありまして、元の文章は宿日直許可を受けているということは夜、当然寝られるよねと。だけれども、たまたま非常に忙しくて寝られなかったような場合にはちゃんと休息を取れるように配慮してくださいねという文言だったはずなのですが、今回の基本的なルールを見ますと、通常の勤務時間と同態様の労働が発生した場合と、労働が発生したらというように書かれてしまいますと、例えば準夜帯、7時、8時ぐらいに2時間ぐらい患者さんが来てそこで診察を行った、処置を行った。そういったことも読む人が読めば通常の勤務時間と同態様の労働が発生したと読めなくもなく、そうすると、その後の文章が休息を事後的に付与する配慮義務ですから、例えば2時間の休息を必ず付与しなければいけないというようにこれは読めてしまいますので、本来の趣旨とは違うように思うのですよね。

これは3ページ目を見ていただければ、今度は臨床研修医に対するというところがあるわけなのですが、こちらのほうでは上の段のほうですが、○の2つ目、通常の勤務時間と同態様の労働が少しでも発生した場合と、今度は少しでもという言葉がついていきますので、こうなると、解釈上、一瞬でも患者さんを見たらもうここがアウトみたいなことになってしまわないかと。そうすると、そんな昼間と同じような労働が全く発生しない、一瞬たりとも発生しないような宿直というのは研修効果があるはずがないというように思

いますので、これは本来の趣旨と違うのではないかなと、この辺の文章というのは元の文章を尊重すれば、日中と同様の労働に従事することとなり、睡眠時間を十分に確保できなかった場合はとか、元の文章には睡眠時間の話がついているわけですから、そのところを尊重していただきたいということが1つ目です。

この3ページ目を見ていただければ、ほとんどが破線の中以外は臨床研修医という言葉で終始しています。これは、本当は破線の中にあるようにC-1水準の適用される初期研修医というのが元の文章であって、これを見るとA水準の研修医までこういうことになっているのかとか、あるいは専攻医の人たちのことを後期研修医と言う先生方もいるわけですから、もともと初期研修医という言葉だったものをあえて臨床研修医に直す必要はないと思いますし、特に1ページ目に戻っていただければ、論点と書いてあるやつの①は、まさに臨床研修医と書いてあって、本来は、ここはC-1水準の適用される初期研修医ということが正確なのではないかなと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○遠藤座長 それでは、事務局、よろしくお願いします。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。何点かいただきました。

まず1点目の配慮義務の部分でございますけれども、これはあくまで法令に基づいてルールを定める必要がございますので、配慮義務としてどういったケースに配慮義務をかけるのかということについては、きちんと定める必要があろうかと思っています。その中で、なかなか十分な睡眠時間が確保できなかったみたいな表現を持ち込むことが難しかったので今回のような形で御提示させていただいておりますけれども、御意見いただいた趣旨については、当然しっかり現場に伝わるように周知の仕方、工夫していきたいというように考えております。

それから、2点目の臨床研修医という表現につきましては、これは医師法上、臨床研修制度を位置づけて以降は臨床研修と言った際には医師法に規定する、いわゆる昔言っていた初期研修のみを臨床研修というように呼ぶ形にしまして、役所としてはその呼び方で統一させていただいておりますので、臨床研修医という表現で先生のおっしゃった初期研修を指している言葉として用いさせていただいているところです。

あとC-1水準のというように言われた点につきましては、これはもともとA水準の医師であれば連続勤務時間制限と勤務間インターバルが義務ではなくて努力義務としてかかるという形になりますので、あくまでもこれはC-1あるいはBを前提とした整理であるということについては御理解いただきたいというように考えております。

○遠藤座長 馬場構成員、いかがでしょうか。

○馬場構成員 後のほうのことにしましては、ぜひそのところが読んだ人が分かるようにはっきりと明記をしていただきたいと思いますし、前のほうの話にしましては、注釈だけでなしにやはり文言そのものをもう少しデリケートに考えていただきたいと思っています。

○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。

馬場構成員、それではよろしゅうございますか。

○馬場構成員 結構です。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。水島構成員、よろしくお願ひいたします。

○水島構成員 ありがとうございます。

1 ページの始業の考え方について質問があります。お示しいただいているのは原則の場合と理解しましたが、仮に実際の勤務が勤務シフト等で予定されていた労働の開始時刻とずれた場合の取扱いについて教えていただければと思います。よろしくお願ひします。

○遠藤座長 では、事務局、コメントをお願ひいたします。

○土岐医事課長補佐 御質問ありがとうございます。

予定されていた時刻と実際の始業というか勤務の開始がずれた場合でございますけれども、前にずれる場合と後ろにずれる場合があるかと思ひます。前にずれる場合につきましては、これは休憩時間中に例えば電話で呼び出されて診療に従事するようなケースと同視し得るのかなと思ひますので、事後的に代償休息で対応いただくという前提でもともと定めた時間を始業として取り扱うことになるのかなというように考へております。

それから、後ろにずれ込む場合につきましては、遅刻なのか何なのか分からないですけれども、後ろにずれた場合につきましては、始業が後ろにずれた場合であっても当初の始業から24時間以内に9時間のインターバルを確保できるという形になっていれば、後ろにずれても24時間、9時間ルールは守れる形になりますので、実際に出勤してきた時間を始業として取り扱うこととするという形で整理させていただきたいというように考へております。

○遠藤座長 水島構成員、いかがでしょうか。

○水島構成員 ありがとうございます。了解しました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、次にお手を挙げておられるのが島田構成員、いかがでございますか。

○島田構成員 ありがとうございます。

質問というか意見というか、もしかしたら後に議論される大臣指針との関係で申し上げたほうがいいのかという気もするのですが、以前にも申し上げたのですが、労働基準法における宿日直許可によって労働時間制度が適用除外するという問題と病院が医療提供体制を確保するために法律上、夜間、休日診療を確保するというのは、基本的には別個の問題だというように思ひますね。それとの関係で表現をどうするかというのは難しいのですが、今さらながらで申し訳ないのですが、宿日直許可のある宿日直とか宿日直許可のない宿日直という表現が適切なのかなという気がしております。

宿日直制度あるいは41条3号の適用除外というのは、今日から言うとは非常に古い働き方を前提としているもので、今、民間企業で宿日直などということはどこもやっていないようなことだと思ひますね。それと病院が医療体制確保のためにやるということとは今後、

いろいろな意味で区別をしていく必要があるのではないかなということも少し今後でもいいのですが、考えていただきたいな。やはり41条3号でやるのか、医療法上、この問題をどう考えるかというのは今後検討すべき課題として残しておいたほうがいいのかという趣旨でございます。もし事務局のほうに何か御意見というか、私の認識が間違っていれば御指摘いただければと存じます。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、事務局、ただいまのことについてどなたがコメントされますか。では、よろしくをお願いします。

○土岐医事課長補佐 十分なお答えになっているか分かりませんが、これは宿日直許可を受けている場合と受けてない場合で整理していますのは、先ほど馬場先生からもありましたように、宿日直許可がある場合には、これは宿日直中に十分な睡眠が確保できるということでインターバルの時間として取り扱ってよいというように整理されたものというように理解しております。逆に許可が取れないようなケースについては、それは日中と同様、あるいはそれに近い労働を宿日直中も行うことが前提となっているというように考えておりますので、そういったことを踏まえてこういった整理がなされているというように考えております。

○遠藤座長 島田構成員、いかがでしょうか。

○島田構成員 そのこと自体は大変よく分かるのですが、本来であれば宿日直許可を受けている場合というのは通達の中でも極めて例外的な医療業務だけしか認められていないので、そうすると、やはりここで書かれているようなことというのは、そこからややずれてしまうような事態を想定しているのではないかと思うのですね。しかし、それは病院にとってやむを得ないとするならば、本当に宿日直許可制度の枠組みの中で考えていくべきなのかということは今後も少し検討したほうがいいのかということでございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見として承りました。ありがとうございました。

それでは、続きまして、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 鈴木です。ありがとうございます。

私からは、研修医の仕事の効率化と労働時間というところで意見を述べさせていただきますと思います。

今回、細かい研修医の労働の時間に関していろいろな想定をしていただいたということで、非常に分かりやすいかなというように思っております。その上で、今回の労働時間を少なくしていくという中で、時間を少なくしていくことで当然ながら仕事の密度というのはどうしても下がってってしまうという懸念があるのですけれども、やはり一番懸念しているのが置き去りになってはいけないというところで教育の観点ですね。研修医がいかにかいい教育を受けるかということが置き去りになってはいけないというように思っております。その中でやはり例外的な話がどうしても出てきているのですけれども、時間外とか

宿日直の時間でないと経験できないということではなくて、原則として時間内の中できちんとした多くの症例を積んでいくということをもう少し重視するような議論にしていかなないと、例えば先ほど例に出していただいたような夜間、休日でない貴重な症例に出会えないというのはちょっと矛盾が出てくるのかなというように考えていまして、なるべく時間内に多くの症例を経験できると、そういった原則をぜひ忘れないで議論を進めていっていただければというように思っております。

私からは意見になります。

○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。御意見でしたが、どうぞ。

○土岐医事課長補佐 御意見ありがとうございます。

先生の御指摘につきましては、臨床研修制度をどうしていくかということを考える上でも非常に重要な御意見だというように考えておりますので、我々としては、この働き方改革のみならず、臨床研修制度をどうしていくのかということを検討するに当たっても、今いただいたようなことも念頭に置いて今後考えていきたいというように考えます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、鈴木構成員、それでよろしゅうございますか。

○鈴木構成員 よろしいです。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。次は片岡構成員、よろしく願いいたします。

○片岡構成員 ありがとうございます。

私も鈴木構成員と同じく研修医の先生の教育効果というか診療の質、研修の質をどう担保するかということと、それから、労働時間を短縮していくことの両立をどう取っていくかということが非常に重要かというように思いました。

そういう意味で、このようなプランを考えていただいたということは発展的なことだと思うのですが、例えばアメリカの研修医の場合は2011年に1年目の研修医のみ連続勤務時間制限を16時間に制限されたが、結局これを検証した結果、その制限があるとなしで患者安全とか研修医のバーンアウトの影響がなかったという論文が複数出たために、その1年目に限り連続勤務時間を16時間に制限するというのは意外と短期間で撤廃されたということもあるかと思えます。ですので、どういった規制がどういう結果をもたらすかということを検証しながら前に進めていかなければいけないのではないかというように思います。

ですので、今回のそのルールで代償休息をどのように取るかというのが現場に任される部分が増えてくると思うので、均一なルールではなく現場での運用ということが増えてくるために、そうなると、こうしたルールを適用してどういう結果になるかという検証がやや難しくなることも懸念すべきかなというように思っております、ですので、このルールを行っていくのであれば代償休息の実績をきちっと記録して、その代償休息をかつちり

と取っていったらどういう影響があるかないかという辺りも検証しながら前に進める必要があるのではないかというように思いました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見でしたけれども、事務局、何か関連してコメントはございますか。

では、事務局、どうぞ。

○土岐医事課長補佐 御意見ありがとうございます。

実際に代償休息をどういう形でどのくらい付与したかというのを網羅的に把握していくということがどこまでできるかというのはなかなか難しいところもあるかと思えますけれども、先ほどからの繰り返しになりますが、この働き方改革と臨床研修制度の今後を考えていく上で、今日いただいた御意見というものを参考にして取り組んでいきたいというように考えます。

○遠藤座長 どうぞよろしく願いいたします。

それでは、お待たせしました。城守構成員、お手を挙げておられます。よろしく願いします。

○城守構成員 ありがとうございます。

基本的に事務局から出された、まず3ページの臨床研修医に対しての規制、一定程度研修効果を上げるという意味で例外規定のようにつくられた対応案でございますが、これは先ほどからいろいろ御意見が出ておったと思えますけれども、基本的には病気は時間を選ばずに発生をしますし、それぞれの時間帯において発生した疾患によって対応する条件も変わりますので、そういう意味では、ある意味、うまくここに組み込んでいただけただけではないかなというように思えますし、この2番、3番とかをしっかりと運用していただければよいと思えます。

基本的な質問になると思うのですが、幾つか教えていただきたい点がありますので、この連続勤務時間、勤務間インターバルについて御質問させていただきます。

まず、この4ページの対応案のところですが、個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務、これは恐らく予定上、事前には分かると思うのですが、このパターンとして15時間の9時間というパターン1、そして、28時間の18時間、パターン2というものと別にこれを組み込まれたということだと思のですが、この例外というのは例えば長時間の手術と書いてございますが、それ以外に何かここに規定されるものがあるのかどうかというのを教えていただきたいのがまず1点。

そして、これも基本的なことでは申し訳ないですが、連続勤務時間制限の考え方、始業の考え方にもつながるかと思うのですが、7ページのところで先ほど御説明していただいた図がございまして、この始業①、②とありますが、特にこの間の休憩時間が30分とか1時間とかという場合には、これは連続勤務時間としてカウントするのか、カウントしないのか、新たな始業のポイントとするのか。要するに時間の取扱いはどういうようにし

て事務局は考えておられるのかということを少しお聞きしたいと思います。

まず要するにその2点、お願いできますでしょうか。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、対応をお願いいたします。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

まず1点目の個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務が予定されている場合ですけれども、今の時点で我々が想定しておりますのは長時間の手術だけになるのかなというようには考えております。逆にシフト上、15時間以内に収まっているけれども、患者さんが多く来てしまっただけで勤務時間が伸びたようなケースについては従来のルールの中でも代償休息で対応するという形になるかと思っておりますので、これはあくまでシフトを組む段階で15時間以上のシフトが必要になるケースについては28時間と18時間のルールが宿日直許可のない宿日直に従事する場合に限定されていますので、それ以外で15時間を超えてしまうようなことが予定される場合について、今回、御提案させていただくものになっております。

それから、2点目の休憩時間と勤務時間が細切れになっているようなケースで30分とか1時間とか短い休憩時間の取扱いですけれども、これは勤務時間中の休憩時間に当たるような場合につきましては、ここでいう休息として、要は始業をリセットするものとしては捉えないというようには考えております。

○遠藤座長 城守構成員、いかがでしょうか。

○城守構成員 1つ目の点に関してはよく分かりました。

2点目ですけれども、休憩時間というか、あくまで休息として例えば1時間、間に挟むとした場合に、それは連続が切れるのか、切れないのか、新たな始業になるのかという、その点がいまいちまだ理解できていないわけですが、そこはどうでしょうね。

○遠藤座長 事務局、いかがでしょう。

○土岐医事課長補佐 45分ですとか1時間の基準法上定められている休憩時間、これは付与しなければいけないというようになっていますので、この時間を休憩時間として与える場合には、そこは連続勤務が途切れないというか、初めの始業から24時間というルールを守っていただければいいという形になると思っております。

○遠藤座長 城守構成員、いかがでしょう。

○城守構成員 すみません、1時間の休憩が例えば2回間に挟まったとしてもですか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○土岐医事課長補佐 休憩時間として付与されているのであれば連続勤務として考えることになるかと思っておりますけれども、あまりにも脱法的な運用を認める趣旨ではないので、そこは実態に応じて判断していくことになるのではないかとこのように考えます。

○遠藤座長 城守構成員。

○城守構成員 もう少し整理をしていただければなというように思います。

それと、ここからは意見になると思いますが、今回、いろいろなパターンとして提示を  
していただいて一見整理ができていようにも見えますが、これは恐らく医者の場合、予  
定を組むのは1週間ぐらいしか先の予定は組めないと思いますが、それで組んだ段階でこ  
の連続勤務時間と勤務間インターバルの縛りがあります。それとは別に病院で例えば変形  
労働制なんかを導入するということで、できるだけ時間効率を上げようという形の取組も  
される医療機関も多いと思います。

そうした場合に、今回の論点とはまた少し違いますが、ここでシフトを組んでいくとい  
うことは一般の医療機関の事務クラスにおいても、もちろん医局、医者の人たちが組むと  
いうことも含めて極めて複雑になるということになります。これは何らかの支援に関し  
てやはり勤改センターとかがしっかりと支援をしていただけるということになるのでしょ  
うか。事務局としてどういう予定に考えておられますか。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○土岐医事課長補佐 先生御指摘のとおり、この勤務間インターバル、それから、連続勤  
務時間制限についてはかなり運用するに当たっては難しいというか、複雑な制度になるか  
と思っております。そういった意味で、勤改センターを通じた支援もそうですし、我々と  
しても原理原則というか、しっかりと考え方をお伝えしていくということに加えて勤改セ  
ンターによる支援ですとか、あるいは必要に応じてシフトを組む際の例えば民間のほうで  
シフトを組む支援のツールみたいなものを作っていただくようなことがあれば、そういっ  
たものも活用していただけるということも含めて周知していきたいというように考えてお  
ります。

○遠藤座長 城守構成員、いかがでしょう。

○城守構成員 このシフトを組むアプリなりソフトを事業者が作ったとして、またコンサ  
ルト会社等が医療機関に入ってそれを提示する、提供するというようなことというのはあ  
まり好ましいことではないと思いますし、これはいつも申していますが、本来はそ  
ういうアプリ等は勤改センターで共有をしていただいて勤改センターが機能するのであれ  
ばそこが各医療機関を指導していくという形にさせていただかないと、営利企業がまた医療  
機関の中に入ってという形になるということは我々としては非常に好ましくないと思っ  
ておりますので、そういう形にはならないように勤改センターの体制整備も含めてしっ  
かりしていただきたいというようにこれは強く要望したいと思います。

以上です。

○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。

それでは、お待たせしました。島崎構成員、よろしくお願ひします。

○島崎構成員 島崎です。聞こえますでしょうか。

○遠藤座長 聞こえます。

○島崎構成員 今の城守構成員の質問ともちょっと関係する部分があるのですが、私  
はこういう理解をしています。そもそも大原則は、先ほど説明のありました1ページの

始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間を与える。これが大原則ですね。ただし、病院の場合は夜間当直勤務を行わざるを得ません。その場合、宿日直の許可のあるなしという問題がありますが、宿日直許可のない宿日直に従事した場合については、ただ今申し上げた原則の例外として、28時間の連続勤務時間制限、18時間の連続した休息時間ということがある。私はまずこういう理解をしています。今日、論点として提示がありました、15時間を超える業務に従事する場合の連続勤務時間制限というのは、今、申し上げた例外とは別に、こういうケースについてどう対応するかという問題だと理解していますけれども、それでまずそこはよろしいですか。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○土岐医事課長補佐 御指摘のとおりでございます。

○島崎構成員 分かりました。

であれば、質問になるのですけれども、それがどの程度の例外事項かということがあるように思います。つまり、それが日常茶飯事的にというか頻繁に起こり得るようなケースだとすれば、別途制度的にもう少しきちっとした形で考えなければいけないかもしれません。しかし、15時間を超える業務というのが想定されるにしてもそれほど頻繁に起こり得るものではないということであれば、それは運用の問題として、やむを得ないものとしてその処理をするというやり方もあるのだろうというようには思います。

であれば、お伺いしたいのですけれども、個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務、先ほどありましたように長時間の手術というようなお話があったのですが、これは定量的ではなくて結構なのですが、どの程度の頻度、つまりごく例外的に起こり得るものなのでしょうか。それとも、病院の特に一定規模以上のB水準の適用対象となるような病院であればかなりの頻度で起こるものなのでしょうか。その点について教えていただきたいと思います。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

御質問への回答として十分かどうかはあれですけれども、B水準の対象となるような医療機関、全ての医療機関で頻繁に15時間を超えるような手術を行うというようなことまで想定しているものではございません。当然、そういった症例を多く扱う医療機関においては、日常的にそういう手術をやっているところはあるかと思えますけれども、それが全ての医療機関に当てはまるかということとそんなことはないというように考えております。

○島崎構成員 代償休息は、やむを得ない事情によって労働が発生したときに与えられるということが原則であり、あらかじめ代償休息を付与することを前提にした運用というのは好ましくありません。その意味では原則と原則がバッティングしているわけですが、連続して15時間を超える業務というのが極めて例外的なものだということであれば、結論として、ご提案のような運用を認めることもやむを得ないのではないかと私は思います。

それと、先ほど城守構成員が指摘された点なのですけれども、この6ページ以降の図を

事務方にしましてもお医者さんにしても、きちんと完璧に理解できるかという点、なかなか大変だと思います。では、こういうシフトの組み方を機械的にマニュアルだとかアプリのような形で処理すればよいかという点、そうしますと基本的な考え方が何かということがよく分からなくなってしまいます。したがって、この参考資料の6ページから10ページまでの整理の仕方が本当にこれでよいのかどうか。先ほど申し上げた、そもそも大原則は何であり、かくかくしかじかの利用でその例外が何であって、それから、これは解釈の問題は問題としてこう整理する。するとこういう事例の問題が生じるが、こういうふうで考えるとといったように、もう少し丁寧に書き表したほうが現場にとってみるとありがたいのではないかと思います。

以上、意見です。

○遠藤座長 ありがとうございます。貴重な御意見ありがとうございます。

それでは、続きまして、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。聞こえますでしょうか。

○遠藤座長 よく聞こえます。

○森構成員 ありがとうございます。

先ほどの島崎先生のお話の中でどういったものがあるかということなのですが、一般的には移植に関する手術というのはほぼ15時間を超えるのが普通によくあります。例えば肝臓移植とかは24時間近くかかるということはいましばしばありますし、これは私が3月まで勤めた九州大学では年間70症例ぐらいやっておりますので、ほぼ1週間に1回以上はそういう勤務をしているという現実があります。ですけれども、肝臓移植はどこでもやっているかという点、そういうわけではありませんので、限られた施設ですが、そういうことが実際あるということをお伝えいたします。

それから、2つ目は、先ほど城守先生がまさしく言われたこと、それから、島崎先生もおっしゃったことを私もぜひ申し上げたいと思っております。これは例えば看護師さんの勤務表を作るのは看護師長、副看護師長が作っていることが多いのですが、看護師の場合は働く時間というのがある程度決まっていますので作りやすいとは思いますが、それでも看護師長さんも非常に大変な労力を要しております。毎月毎月ですね。それはなぜかという点、結局子供さんの熱が出たとかいろいろな理由で勤務予定を変えることがしょっちゅう起こっているのです。そうしますと、それを埋めるためにどうするかということを考えるときに非常に大変な作業になっているという現実があります。

そうしますと、このドクターのほうのこれを見ますと、これはさらに本当にとんでもなく大変なのです。ですので、やはりこれは業者がどうのこうのもありましたけれども、国が責任を持ってアプリとかどこでも使えるようなものをまずぜひ作っていただきたい。そして、全国の病院がそれを使えるようにしていただきたい。予定変更がある人が突然働けなくなったときに誰がそれをサポートするかもそれぞれの規模に応じて人数をインプットすれば結果として出てくるというような、そういうのをぜひ作っていただきたい。

これは早急にしていただかないと、ここはかなり根本的な問題、実際始めるに当たって大きな障害になると思うのですね。病院は混乱するばかりだと思いますので、実際に始めるまでの半年ぐらい前には完成して運用をしてもらってまた改善点を見いだしてという作業をして、2024年が始まる時にはほぼ完璧な形のを全国の病院が使えるように何とかしていただきたいというのが私の強い要望です。

以上です。

○遠藤座長 御意見として、御要望として承りました。ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。日本医師会、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。

私の申し上げたかったことの半分については城守構成員、島崎構成員、森構成員、全く同じ思いを持って見ておりました。勤務医の健康確保のためには勤務間インターバルあるいは連続勤務時間制限であるとか代償休息、非常に重要だという原理原則は徹底的に守らなければいけないという中で、事務局が大変苦勞されて4ページから10ページまでに具体的なこういういろいろなイメージをつくられているのですけれども、正直申し上げて、私もこの検討会にはずっと参加させていただいていますが、これをぱっと見てすぐに理解できるかというとなかなか難しいものであります。

先ほどからもあったように、これは管理をする側の方というのはとても大変。そして、もう一つは働いておられる先生方がこれを見て理解できているのかと、自分がどのような代償休息を得るのかとかそういう理解が簡単にできるのかという、こういう話になります。医療現場というのはある程度パターン化できるものも一部あると思いますけれども、ある意味、突発的なことがいろいろ起こってくることがしばしばあるわけですから、そういったときにこのパターンにどうやって当てはめたいのかみたいな話になって、結局アプリがあればいいねという話になってくると、先ほど島崎構成員がおっしゃったようにどういう意味でこういう結論が出ているのかというのは結局理解できないまま進んでいくということにもなってしまいます。

この働き方改革の話はほかの話で今まで基本的な部分です。でも、まだまだ現場に十分に浸透しているとはとても言えなくて行政もあるいは医師会も様々な病院団体も、あるいは勤務医の先生方もいろいろ勉強や現場に理解を進めるための取組を今、されていることだと思いますけれども、さらにこういった複雑な仕組みが入ってくるとますますこの理解が難しくなってくるという危惧もあります。

国で企業任せにするわけではなくて、やはり国がしっかりと国全体の話としてアプリなり何なりを作った上で、その意味合いも十分に現場に理解していただくような説明の機会をつくっていただくことが重要だと思っております。あまりがちがちに最初からやるということは、これは2024年から始まるわけですがけれども、B水準にしても2036年までかけて徐々に勤務時間を短くしていこうという勤務時間についてもいろいろ途中経過があるわけですよね。改善はもう必ずしていかなければなりませんけれども、これをいきなり2024年

に完璧に進める、出来上がるようにするためには相当に大変な苦労があるというように思っております。少し厚生労働省にはいろいろ考えていただければありがたいと思います。これは要望です。

もう一点、これは質問で大変細かいことで恐縮なのですが、ちょっと教えていただきたいのは、資料1の1ページの基本的なルールの4つ目の○なのですが、いわゆる宿日直許可のある場合に通常勤務時間と同態様の労働が発生した場合という記載があります。管理者の方は事後的に付与する配慮義務を負うということで※に休暇取得の呼びかけ等云々と、そういった取組を行う義務が発生するとあるのですが、これは副業・兼業先に行って宿日直許可を得ている病院で宿日直をしていたときに、そういった思わぬ労働みたいなものが発生した場合に、ここで書いている管理者と言っているのは兼業先の管理者を言っているのかどうかということと、この義務を負うというのは、そうすると兼業先の管理者が義務を負う。この休暇の取得の呼びかけ等というのは誰に呼びかけをするのかというのは、勤務している先生に休暇取ってくださいねという呼びかけをすればいいという、そういう意味合いなのかどうか。これはなかなかもともと所属している医療機関と兼業先の医療機関の関係は微妙なところがあるので、この辺、どうように考えればいいのかよく分からなかったもので、これは事務局に質問であります。よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、お答えをお願いいたします。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

ここで配慮義務という形で説明させていただいたのは、まさに先生おっしゃったように休暇の取得の呼びかけなどの具体的なアクションを起こすことまではやってくださいと。ただ、括弧書きに書かせてもらっていますように、必ずしも結果として休息时间確保そのものができなかったとしても義務違反にはならないという形で整理させていただいておりまして、例えばですけれども、先ほど先生がおっしゃったような兼業先で宿日直許可を取っている宿日直に従事している間に通常の勤務時間と同態様の労働が発生したような場合ですが、これは兼業先がそういうことを把握した場合には、例えば本業というか医師を派遣しているところの事業者に対して、こういう労働態様が発生したので配慮をお願いしますと一言声をかけるということもある意味ここでいう何らかの取組、アクションを行ったものとして考えられるのではないかなというように考えます。

○今村構成員 ありがとうございます。

1点だけ。今の説明で大体分かったのですが、休暇の取得の呼びかけを行う相手というのは、もともと勤務されている病院にという意味合いで書かれているのですかということ先ほど伺ったのです。本人なのか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○土岐医事課長補佐 すみません、もともと書かせていただいたときは、これは兼業先と

本業先、本業を行っている医療機関というのを分けて考えていたわけではないので、あくまで自分の医療機関で寝当直、宿日直許可のある宿日直をさせている間に何らかの業務が発生した場合には、当該医師に対して例えば2時間、少し通常の労働と同じような労働をした場合には2時間、時間休を取ったらどうだというように働きかけるといったようなことを想定してここの記載はさせていただいております。

○遠藤座長 今村構成員、いかがでしょう。

○今村構成員 その説明で分かりました。

ですから、ここに書かれている本人へのいわゆる呼びかけや、あるいは兼業先であった場合にはそういう情報をまた派遣されている病院にお伝えするようなこともこの中の取組に入るという理解でよろしいということですね。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○土岐医事課長補佐 そのとおりです。

○今村構成員 分かりました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。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。

先ほどからいろいろ議論を聞いておまして、やはり今、現状として勤務医がいかに複雑に働いているか。それに対していろいろな例外規定ですとかルールを決めていかなければいけないのかなというように感じています。それが現状として必要だというように思っておりますし、先ほど城守構成員がおっしゃっていたように、長くても1週間ぐらいしか予定が立てられないというのが勤務医の働き方の現状かなというように思っています。

ただ、これは根本的に何が問題かということ、実際に働いていてやはり代えがいないということ。専門的な人材の代えがいない、メンバーが少ない、人が足りないということが根本的なところでして、この議論は当然これまでもされてきたと思うのですが、実際に2024年が近づいてくるに際して現状としては実感を伴うほどのやはり人員的なところの改善がまだまだ見られないというところがありまして、これは突然人を集めようとする、それは当然ながらやはり地域医療の崩壊ですとか無秩序な集約化みたいなことにつながってしまうので、そういった点で今日の議論はどうしても人をどうするかということを改善しない限り、どうしても例外を探していくというようなことになってしまうので、この辺りの議論は今後どのように進んでいくのかということをご質問させていただきたいというように思います。

○遠藤座長 事務局、よろしいでしょうか。

○土岐医事課長補佐 ありがとうございます。

先生の御指摘の点につきましては、これまでも何度もここでも御議論されてきたことだというように考えております。医師の働き方改革、これは医療機関の取組だけではなく、地域医療構想ですとか、あるいは医師の偏在対策というものをしっかり講じていかなければ

ば最終的には目指している絵姿は実現できないというように考えておりますので、この検討会での御議論もそうですし、我々のほうで偏在対策を検討している各種審議会がございますので、そちらともこの働き方改革が何をしようとしているのか、あるいはどういった規制がこれから設けられるのかといった情報は共有させていただいておりますし、今後もそういうことを念頭に置いた偏在対策の議論というものも併せて進めていきたいというように考えております。

○遠藤座長 鈴木構成員、よろしいですか。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 それでは、お待たせしました。横手構成員、お願いいたします。

○横手構成員 ありがとうございます。

既に様々な先生方、構成員の皆様がおっしゃったことと大分重複するところではございますが、この勤務パターンの詳細なイメージ例を作っていただきまして非常に御苦労だったと思います。私、大学病院を代表してこの会に参加させていただいておりますけれども、様々な地域にある大学、そして、いろいろな診療科がある中でそれぞれの方たちにこの内容を御説明することはかなり至難の業であるなというように感じております。また、その管理についても、やはり煩雑にならざるを得ない。そうすると、仕事の効率化を図り、できるだけ無駄な労働を減らすという中で、この作業をするだけでもそれに拮抗するような、そういう作業になってしまい得るという矛盾をはらんでいるような気もいたします。

ですので、どのような方法があるか。これは一から作り上げている作業ですので非常に解決は難しいと思うのですが、できるだけ現場の立場に立った管理あるいは御説明の方法を導き出していただきたいということを強く要望します。例えばアメリカやドイツなどではこういうことを既にこの10年、20年、先行して行っていると思うのですが、そのような中に管理の手法などで参考になるものがないのかどうか。諸外国の成功事例がある場合、それを日本に応用することができれば、より分かりやすく、また無理のない方法もあるのかなと思う次第です。これは全く私、知識がないのでありますけれども、そのようなことも御一考の上、ぜひ現場の実情を踏まえてよいものができればと思いますので、何とぞ御検討のほど、お願い申し上げます。

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。

何か事務局、コメントありますか。よろしゅうございますか。

それでは、まだ御意見あるかと思っておりますけれども、かなり予定した時間をオーバーしておりますので、もう一つの議題がありますので、そちらのほうに移りたいと思います。

それでは、議題の2ということで「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について」、これに移りたいと思います。

事務局から資料2についての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2と、それから、参考資料2をお手元に御用意いただければと思います。

医師の労働時間短縮等に関する大臣指針につきましては、既にこの検討会で一度お示しして御議論いただいていたところでございますけれども、法案審議、それから、その後の附帯決議の中で、指針の中でこういったことを明確化すべしというように指摘されている項目が幾つかございますので、その点について反映させた形で今回改めて御提示するものになっております。具体的には、3ページ以降、赤字で追記させていただいております項目が今回新たに書かせていただいたものになっております。

参考資料2を御覧いただきますと、こちらのほうで、附帯決議でこういった形で御指摘いただいているのかということと、それに対応してどこに何を記載したのかということをもとめさせていただいております。全部で4点ございます。

1点目につきましては、労働時間短縮計画、時短計画の案の内容については十分な説明が行われ、対象となる医師からの意見聴取等により、十分な納得を得た上で作成されるべきであることを指針で明確にして、その周知徹底を図ることとされておりますので、その旨、資料2の5ページに追記させていただいております。

それから、2点目としましては、三六協定で定める時間外・休日労働時間については、1,860という上限ばかりが先行しているところですが、これはあくまで三六協定で定める時間はその医療機関で特例水準の対象業務に必要とされる時間数であることを合理的に説明できる必要があるということと、その医療機関の労働時間短縮の取組の実績に応じて三六協定の時間数も見直すべきこと、これも指針において明確にすることとされておりますので、その旨、4ページに追記させていただいております。

3点目として、3点目は2点ありますけれども、一つは医療機関の管理者、それから、面接指導対象医師が健康確保措置、面接指導の義務に誠実に従うよう都道府県の指導の徹底を確保することということで、健康確保措置の履行確保を都道府県がしっかりするようということ。それから、もう一点は、面接指導を実施した医師が「措置不要・通常勤務」以外の判定・報告を行った場合、医療機関の管理者はその判定報告を最大限尊重し、健康確保のため適切な対応を行うべきであることを指針等で明確にすることとされております。これにつきましては、資料2の4ページ、それから、3ページにそれぞれ対応する記載を追記させていただいております。

それから、4点目になります。時間外・休日労働の上限が960時間以下の水準が適用される、いわゆるA水準の医師についても労働時間短縮計画を自主的に作成して取組を進めることが望ましいことを指針において明確にすることということも言われております。これにつきましても資料2の5ページに追記をさせていただいております。

私からの説明は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの報告について、御質問があれば承りたいと思います。

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。

質問というよりは意見に関わるかと思うのです。

○遠藤座長 御意見ももちろん結構でございます。

○島田構成員 ぜひ大臣指針の中で取り上げていただきたいなと思っておりますのは、特に行政をお願いをしたいのですが、一つは先ほどから議論になっておりますように、この制度の実施に当たる実効性確保というのが大変難しい課題になってくるだろうということに加えて、今までの議論に加えると、実は労働基準法や労働安全衛生法上の義務というのも同じ管理者にかぶさってくるわけでありまして、ところが、監督機関がどうしても労基署と医療関係は都道府県というように分かれてくるとお思いますので、そのことが実効性を確保する障害にならないような工夫というのをぜひ行政レベルでは考えていただきたいというのが1点でございます。

それから、2点目が、先ほどから多くの構成員、城守構成員、森構成員等々がお話ししていた現場に対する支援ということなのですが、先ほどの様々な先生方のことに加えて、実は、管理上は多分労働基準法上の義務の履行も併せてやらなければいけない。要するに単なる時間管理だけではなくて賃金管理もここに絡んでくるというように思うのですね。そうなってくると、各医師の時間外労働の管理と医療法上の観点からの管理というのは同時にセットでできないと、とてもではないけれども、難しいのではないかと。

三六協定との関係でいいますと1か月単位で全部違法状態の発生がどうかというのは出てきますので、これについては先ほどから皆さん御指摘しているように各医療機関が財政的に負担にならないようにフリーソフトのようなものを国が責任を持って準備して、ある一定の入力を行えば要するに医療法上のチェックもできるし、労働基準法上あるいは労働安全衛生法上のチェックもできるという仕組みがないと実効性の確保は極めて難しいのではないかと。その点はぜひ国の役割として大臣指針の中でも明記していただきたいなというように思います。

それから、今村構成員がおっしゃっていたように、これは実施に当たっていきなりうまくいくかというのは非常に難しいと思うのですね。もともとPDCAサイクルということを私、強調してまいりましたが、特に実施後の何年間かという中で規制をするかという観点ではなくてフィードバックをして実効性を確保していくような措置というのを併せてお考えいただきたいなということなのです。

長くなって恐縮なのですが、労働法の観点から若干触れられていない点を付け加えておきたいと思うのですが、1点目は、御存じのように労働契約法という法律があって、使用者は労働契約上、5条で安全配慮義務を負うということになっております。したがって、その医療機関は医療法上の様々な義務違反に対する行政上の措置だけではなくて個々の医師に対する安全配慮義務を負っておりますので、個別の医師との関係で安全配慮義務違反が問われる可能性というのはあるということ、かなり医療機関に対して周知徹底をしたほうがいいのではないかとということです。

あと1点、やや技術的なことなのですが、当然、三六協定の締結が前提となってまいります、これはもう周知されているのであればいいのですが、過半数代表の選出について、母数となるというか、選挙権者というのは非常勤も含めて全ての直用の方がその母数になるということですね。ですので、そこを除いたところで選んでいるときちっとした選出ではないということになると、もともとの三六協定が問題だということにもなりかねないので、その点はぜひ選出手続については、これまでもやられているとは思いますが、改めて行政のほうからも周知をお願いしたいなということです。

長くなって恐縮ですが、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。大変重要な御指摘をありがとうございました。御意見として承りました。

ほかに何か御意見、御質問ございますでしょうか。

では、事務局、お願いいたします。

○土岐医事課長補佐 すみません、先ほど今村構成員からの御質問に対してお答えした点で少し訂正と補足をさせていただきたいと思っております。具体的には配慮義務についての御質問に対してお答えした部分ですけれども、すみません、今回の改正医療法上、配慮義務、配慮しなければならない義務につきましては、指定を受けている医療機関の管理者にかかるという形で規定はさせていただいております。そういった意味では、兼業先で発生した場合についても情報を得た自己申告なり兼業先から情報を得た指定を受けている側の医療機関においても何らかのアクションを取っていただくことまでを求める形になるかと思っております。

あとは同じ改正医療法の中で、指定を受けている医療機関の管理者は兼業先の管理者に対して必要な協力を求めることができるという規定も併せて規定させていただいておりますので、この辺りも併せて活用していただきながら必要な取組を取っていただきたいというように考えております。

○遠藤座長 今村構成員、何か御意見ございますか。

○今村構成員 今の御説明を伺ってそういうことかという理解はできましたけれども、やはり派遣する病院と派遣をしていただく病院の関係の中で非常に難しい部分だなと思って改めて伺っておりました。

そういったことで自分の病院から派遣している先が、いわゆる宿日直許可を得ていたとしても時々そういうケースが起こることになると派遣する病院としてはいろいろなことをやはり考えられることもあり得るので、この辺はどういうことが起こってくるか慎重に見ていかなければいけないなというように思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見、御質問等ございますでしょうか。

全体を通してでも結構ですけれども、いかがでございましょう。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、本日の議論はこれまでにさせていただきたいと思います。積極的な御発言、どうもありがとうございました。

ただいまの本日の御議論を踏まえまして、事務局におかれましては様々な御意見が出されましたので、それらを踏まえまして必要な法令の改正準備を進めていただくようお願いしたいと思いますけれども、特に最初の議題の1の追加的健康確保措置に伴う医師のシフトの組み方は非常に難しい、複雑であるので、そのところは少し整理してほしいということが強い御要望であったと思いますので、適切な対応をぜひお考え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について、御説明をお願いしたいと思います。

○山本医事課長 事務局でございます。

次回の日程につきまして、また追って事務局から御連絡をさせていただければと思っております。また、この会議の日程は遅い時間帯が多くなっておりますけれども、日程調整のほうを工夫させていただいて、また個別にいろいろと御相談させていただくこともあろうかと思いますが、通常の勤務時間内でできる限り開催できるように調整させていただければと思っております。お忙しい先生方が多いかと思うので遅くなってしまうこともあろうかと思いますが、できる限り事務局としても努力したいと思いますので、御協力のほど、よろしく願いいたします。

事務局からは以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、本日の会議はこれにて終了したいと思います。どうもありがとうございました。