

2023-10-12 第18回医師の働き方改革の推進に関する検討会

○島田医事課長補佐 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第18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ありがとうございます。

会の開始に先立って、構成員の交代がございますので御紹介させていただきます。

猪口構成員におかれましては、公益社団法人日本医師会常任理事、濱口構成員と交代。

岡留構成員におかれましては、一般社団法人日本病院会副会長、岡構成員と交代。

森本構成員におかれましては、保健医療福祉労働組合協議会副会長、長野構成員と交代されることとなりました。

濱口構成員については本日御欠席との御連絡をいただいておりますゆえ、本日御出席の岡構成員、長野構成員から一言御挨拶をお願いいたします。

岡構成員、お願いいたします。

○岡構成員 皆さんこんにちは、日本病院会の岡でございます。

岡留副会長に替わって、今回この会に参加させていただきます。現在、静岡県の聖隷浜松病院の院長をしております、働き方改革は今、私も苦勞している立場ですので、この検討会でまたいろいろ勉強させていただきながら、いろいろなことを進めていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○島田医事課長補佐 ありがとうございます。

続きまして、長野構成員をお願いいたします。

○長野構成員 着席での御挨拶をお許してください。私、保健医療福祉労働組合協議会の副会長を務めております長野と申します。

重い責任のある立場であることを踏まえて意見を述べたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○島田医事課長補佐 ありがとうございます。

次に、本日の構成員の欠席等についてお伝えいたします。

先ほど申し上げました濱口構成員のほか、水島構成員におかれましては所用により御欠席との御連絡をいただいております。

堤構成員におかれましては、所用により会の途中で御退場との御連絡をいただいております。

また、本日はオブザーバーとして、文部科学省高等教育局医学教育課、俵幸嗣課長及び文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室、永田昭浩室長にお越しいただいております。本日は公務のため、オンラインでの参加となります。

また、事務局についても、前回の医師の働き方改革の推進に関する検討会から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。

医政局医政局長、浅沼一成。

大臣官房審議官、宮本直樹。

医政局総務課長、姫野泰啓。

地域医療計画課長、佐々木孝治。

医事課長、林修一郎。

医事課医師等医療従事者働き方改革推進室長、佐々木康輔。

医事課課長補佐、島田将広。

続きまして、労働基準局大臣官房審議官、増田嗣郎。

監督課長、竹野佑喜。

労働条件政策課長、澁谷秀行。

以上となります。

続きまして、資料の確認をいたします。配付資料を御確認いただければと思います。

タブレット内、資料1「医師の働き方改革の施行に向けた進捗状況について」。

資料2「医師の勤務実態について」。

資料3「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査結果について」。

参考資料につきましては、参考資料1-1から1-3まで、参考資料2-1から2-3まで、参考資料3、参考資料4につきましてタブレット内にあるかを御確認いただければと思います。

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。

よろしいでしょうか。

それでは、カメラ撮りはここまでとさせていただきますので、御退室をよろしく願いいたします。

(カメラ退室)

○島田医事課長補佐 それでは、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くださいようお願いいたします。

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。

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、よろしく願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

皆様、こんにちは。久しぶりの開催ということになります。新しい構成員の方々も加えまして、新たな開催ということでございます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、早速議事に移りたいと思います。

議題1の「医師の働き方改革の施行に向けた進捗状況について」を議題としたいと思っております。

資料1について、事務局から説明をお願いしたいと思います。

○佐々木医師等医療従事者働き方改革推進室長 それでは、資料1について御説明させていただきます。先生方のお手元に資料1を映していただければと思います。

まず、「医師の働き方改革の施行に向けた進捗状況について」でございますけれども、1ページ進んでいただきまして、これまでの経緯をここに記載させていただいております。

本検討会は、前身の医師の働き方改革に関する検討会報告書において、制度の大枠を取りまとめた際に引き続き検討するとされた事項について検討するために令和元年の第1回より開催されまして、法改正が必要な事項と、それ以外の運用上等で対応できる事項等に分けて検討を行ってきたというような経緯がございます。

その中で、法改正が必要な事項につきましては、令和2年12月に取りまとめられました中間取りまとめを公表いたしまして、その内容を盛り込んだ医療法等の改正が令和3年5月に公布されたというような状況でございます。

また、その医療法改正以降も引き続き法改正によらない運用上の事項等について検討を行うため、令和3年7月より本検討会を再開して「医師労働時間短縮計画策定ガイドライン」や医療機関勤務環境評価センター、評価センターと我々は言うておりますけれども、それにおける評価方法、あるいはC-2水準に係る審査方法等について御議論いただいております。

こういった検討事項につきましては、第17回の本検討会で一定の結論を得たというような状況でございます。時短計画の策定ガイドライン、あるいは評価ガイドラインについて令和4年4月に公表したというような状況になっております。

そういったある程度、その制度の大枠、方針等を定めていただきまして、それ以降、事務局、または都道府県、医療機関において医師の働き方改革の施行に向けて様々に取り組んでいただいておりますので、その進捗状況について御報告させていただければと思っております。

報告事項につきましては、まず資料1につきましては以下、「評価センターの評価受審について」「C-2水準関連審査について」「面接指導実施医師の養成について」、そして「勤務医に対する情報発信に関する作業部会を受けた取組について」、この4つを御報告させていただければと思っております。

まず「評価センターの評価受審について」でございますけれども、3ページに進んでいただきますと、評価センターの「設立の目的」についてここに記載しております。

病院または診療所に勤務する医師の労働時間の短縮のための取組の状況等について評価

を行うこと及び労働時間の短縮のための取組について、医療機関の管理者に対して必要な助言・指導を行うことにより、医師による良質かつ適切な医療の効率的な提供に資することを目的として、令和4年4月に改正医療法に基づいて厚労省が日本医師会を指定して設置したものとなっております。

また、その「事業概要」といたしましては3つ書いてございますように、医師の労働時間の短縮のための取組の状況、その他、厚労省令で定める事項について評価を行うということで、これは今、一番取り組んでいただいていることかと思っております。

そのほか、2番目に書いてありますように、そういった取組について医療機関の管理者に対し、必要な助言及び指導を行うこと。また、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療機関における医師の労働時間の短縮を促進するための業務を行う。こういったことが事業概要となっております。

また、その評価を行うに当たって、その実施方法について一番下に記載しております。受審医療機関の評価は、医師である「医療サーベイヤー」と社会保険労務士である「労務管理サーベイヤー」が2名1組となって実施いただいております。それぞれのサーベイヤーにつきましては一定の業務経験等を有する方であって、評価センターが実施する養成研修を修了した方が担当をしております。

また、この評価の受審に当たりましては、全て一括してオンラインシステムを活用して申請できるような状況となっております。

続きまして、次のページにいただきまして、こちらは本検討会の第15回の資料で出させていただいたものを一部更新したのになっておりますけれども、その評価の考え方について記載しております。

まず「全体評価に関する事項」につきまして、一番左上に書いておりますように、まず労働関係法令及び医療法に規定された事項について満たしているかどうかというようなことを確認した上で、そういった法令関係以外の労務管理体制や労働時間短縮に向けた取組が十分に行われているかどうか。

そして、そういった取組を経て、実際にアウトカムとして労働時間の実績で改善しているか、していないか。こういった3つの観点から評価することとなっております。全体評価として上記の考え方に沿って、下のように定型的な文で示すというようなことが「全体評価の考え方」として本検討会においてまとめられた方針となっております。また、そういった評価の考え方を受けて評価をいただいているというように承知しております。

次のページにいただきまして、これまでの受審申込み状況について記載しております。

医療機関が特定労務管理対象機関の指定を受けるためには評価センターの受審が必要でありまして、評価センターの受審につきましては昨年10月31日より申込み受付を開始しております。本年の10月9日時点で受審申込み数は471件というようになっていると伺っております。

続きまして、「C-2水準関連審査について」を御説明させていただきます。

7ページにいていただきまして、まず「C-2水準の対象技能となり得る具体的な技能の考え方」について、こちらも本検討会で御議論いただきました内容について改めて記載しております。

その具体的な技能の考え方としましては、一番上に書いてありますように「C-2水準の対象分野」において対象技能となり得る技能であって、かつ、その「技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」というようなものが存在するものと考えております。

具体的に、その対象分野につきましては日本専門医機構の定める基本領域であって、2に移りますけれども、例えば先進医療を含むような保険未収載の治療・手術技術を修得するため、あるいは良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるけれども、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまでの到達が困難な技能、さらにそういったものであってやむを得ず長時間労働が必要となる業務、こういったものがC-2水準の対象技能となり得るというふうに考えております。

次のページにいていただきまして、実際そのC-2水準をこれまで審査しておりますけれども、どのように審査されているかというものがここに記載されております。

一番上に医療機関が行うもの、あるいは医師が行うもの、真ん中がC-2水準事務局、そして下が基本19領域の学会に御協力いただいているものとなっておりますけれども、基本的に医療機関、あるいは医師から技能研修計画、医療機関申請書を作成いただいて、その申請に基づいて各基本領域の先生方に複数の学会から事前審査をいただいた上で、その事前審査の取りまとめをして実際の審査委員会で審査を行う。

それで、その審査結果を各医療機関の医師に受領機関として報告するというような流れになっておりまして、またそういったプロセスについては統括委員会でその適切性についてチェックいただいているというような流れになっております。

続きまして、次のページにいていただきまして、その審査判定の方法の考え方について、改めてこちらも本検討会で御議論いただいた内容でございますけれども記載しております。

その審査に当たって、まずその医師個人が作成いただく技能研修計画の審査につきましては「1. 技能研修計画の審査」の1つ目に書いてございますように、その対象技能の修得にやむを得ず長時間労働を必要とする根拠の妥当性があるかどうかといった観点。

あるいは、2つ目の「C-2水準の対象技能の修得に求められる研修予定症例数の妥当性評価の観点」に書いてありますように、研修予定症例数の妥当性があるかどうかといった観点も含めて総合的に判定を行っている。

また、その医療機関の教育研修機関としての審査につきましては「2. 医療機関の教育研修環境の評価」に記載しておりますけれども、その医療機関の教育研修環境の妥当性、例えば点線の四角で囲っておりますが、基本領域の専門医取得以降の医師を指導できる医

師・設備・症例数等が十分であるかといったことや、学会施設認定を取得しているかといったことを踏まえて判定を行っているというような状況でございます。

次に、これまで「審査承認となった申請分野と技能名について」、こちらに記載しております。

現在まで、C-2水準の審査において承認となった分野及び技能研修計画の審査の技能名・分野というものは以下のとおりでございまして、具体的な分野といたしましては小児科、外科、産婦人科がある。

また、その中でも、例えば小児科であればハイリスク新生児の蘇生・全身管理、外科であれば先天性、後天性心疾患に関する手術及びその周術期管理や、食道がんに関する手術やその管理、あるいは肝胆膵に関する手術とその管理、産婦人科で言えば異常妊娠における母体と胎児に対する周産期管理、これ以外にもございますけれども、こういったものについて承認となっているような状況でございます。

また、こちらにつきましては※に書いておりますけれども、その技能名のみで審査を行っているということではなく、先ほど申し上げましたように全体的にやむを得ず長時間労働を必要とする根拠があるかどうか、あるいは研修予定症例数が妥当であるか、そういった観点も踏まえて総合的に判定をしております。

また、2番目に書いておりますけれども、C-2水準の対象となり得る具体的な技能の考え方につきましては、この改正医療法の施行後、審査事例を重ねる中で定期的な見直しを行っていくこととされております。そのC-2水準の対象技能の類型化や、あるいは予定症例数の目安、対象技能の教育研修機関に求められる要件等の検討と併せて、今後、厚労科研を活用してそういった検証を行えればと思っております。

以上がC-2水準の審査の御報告になりまして、次に「面接指導実施医師の養成について」御報告させていただきます。

12ページに移っていただきますと、面接指導に関する内容が記載されております。

この面接指導につきましては追加で健康確保措置の大きな実施事項になっておりまして、一番上に書いてございますように、改正医療法により1か月の時間外・休日労働が100時間以上となることを見込まれる全ての水準の医師に適用されるものでございまして、面接指導実施医師につきましては産業医であっても、その面接指導に必要な知見に係る講習を受講して実施する必要があるがございます。具体的なスキームにつきましては、下の表に記載しております。

そして、実際その講習につきましては次のページに具体的にどのようなものを行っているかということに記載しております。先ほど申し上げましたように、面接指導実施医師につきましては産業医も含めまして長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習を受講して従事することとなりますけれども、本検討会で議論いただきましたカリキュラムイメージも踏まえまして、この長時間労働医師への面接指導の実施に係る研修事業において、長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアルに基づき、この面接指導に関

する講習会、eラーニングを作成しております。

それで、そのカリキュラムにつきましては下に5つ記載しておりますけれども、「総論・法制論」から「健康管理」「追加的健康確保措置」、あるいは「面接指導の実際」「意見書作成の実際」等につきまして大きく5つに分けて、このeラーニングで学んでいただくというようになっております。

この講習会につきましては、ポータルサイト「医師の働き方改革面接指導実施医師養成ナビ」を紹介して実施しております、これまで10月10日時点におきまして7,117名の先生方に修了いただいて修了証を発行しているというような状況でございます。

また次のページにいただきました、この面接指導につきましては、面接指導だけではなくてより効果的な面接指導を行いたいというような先生方のために、面接指導実施医師のロールプレイ研修というものを厚生労働省で事業として実施しております。

こちらの対象といたしましては上に記載しておりますように、面接指導実施医師の修了証を発行された方となっております、本検討会中での取りまとめで公開しておりますマニュアルに基づいて、下の参考資料1-1、2、3に書いておりますけれども、クイックガイド、あるいはワークブックというものを用いながらロールプレイ研修を先生方で行っていただいて、実際に効果的な面接指導を行うためのロールプレイというものを行っていただくというようなことを実施しております。

最後に、「勤務医に対する情報発信に関する作業部会を受けた取組について」御報告させていただきます。

16ページを御覧いただければと思いますけれども、勤務医につきましてはこれまで左上に書いておりますように、医師の多くは院内から情報を得ている、あるいはインターネット経由で得ることが多いのですけれども、そういった勤務医の先生方につきましては、この働き方改革についてまだまだ十分に周知していく必要があるだろうということで、この作業部会を本検討会の下で開催して約5回にわたって議論いただいております。

その内容につきましては右上に書いておりますけれども、「情報発信・周知の基本的な考え方」といたしまして、医師の前提知識が必ずしも十分でないことを念頭に置いて、あるいはその働き方改革というのは「組織文化」の改革であって、管理者だけではなくて実際に働いている先生方の当事者意識の醸成が必要である。また、日常的に顔が見える関係性の中での発信が効果的であったり、あるいはポータルサイト等で情報を発信すべきではないか。

このような考え方に基づきまして、下の四角に記載しておりますように、その「情報発信内容」や「発信主体・媒体」、あるいは「行動変容につなげる方策」について御議論をいただき、まとめていただいております。

こういった方針に基づきまして、これまで厚生労働省といたしましてこういった取組をしてきたかということについて次の17ページに記載しております。

まず1点目でございますけれども、医師の働き方改革に関する解説スライドを作成いた

しまして、こちらは厚労省で用意しております「いきいき働く医療機関サポートWeb」、我々は「いきサポ」と呼んでおりますが、そこにアップロードして自由にアクセスいただけるようにしております。

また、それ以外にも自主学习としてeラーニングを御用意したりとか、あるいは本日の参考資料にもつけさせていただいておりますけれども、より身近に手に取っていただけて、より働き方改革に親しみやすく、また制度を理解いただけるように解説漫画というものを作成しております。

また、各医療機関の中で意見交換を行って、働き方改革について、より十分に理解を深めていくことが非常に重要でございますけれども、そういった意見交換を行う場合のマニュアルを作成したり、あるいはそういった意見交換について自院のみでなく厚労省からもサポートさせていただいて、実際にどのように意見交換を行うかというものについて企画立案・運営等を支援するサポートプロジェクトについても本年の9月より開始いたしております。

そして、さらに勤務医だけでなく医学生に向けまして労働教育法の推進について講義を行う。それで、実際その講師の紹介や派遣、あるいは教材の作成等を経て支援を行っているというようなことが、これまで行ってきた取組になっております。

以上、簡単ではございますけれども、昨年、本検討会終了後、我々あるいは医療機関、都道府県に御対応いただけてきたことについての御報告となります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

本日は、この評価センターに所属しておられます城守構成員も御参加いただいておりますので、ただいま説明いただきました資料1について御意見、御質問等があれば城守構成員からお願いしたいと思います。いかがでございましょうか。

○城守構成員 ありがとうございます。

評価センターでは、昨年の4月に厚生労働省より指定を受けて現在、受審申込のあった医療機関の評価を実施していますが、基本的には資料の表にございましたとおり、現在、受審申込数は470件余りで、それに対して約3割程度は評価が終了しているというのが現状です。

まず、私からは以上です。

○遠藤座長 また何かあればよろしくお願いたします。

それでは、いかがでございましょうか。資料1について、評価センターについての御説明でありましたけれども、御意見、御質問があれば承りたいと思います。

それでは、富高構成お願いたします。

○富高構成員 御説明ありがとうございます。

今、城守構成員からも報告いただきましたけれども、評価センターの評価受審申込みについては一定の件数も積み上がってきておりますが、評価完了はまだ3割となっております。約半年後に法施行が迫っておりますので、慎重かつ丁寧な審査を継続していただきな

がら、評価完了までの取組がスムーズになされるよう、引き続き御対応をお願いしたいと思っております。

また、C-2水準の関連審査についても報告いただきました。我々も従前より懸念してきたところがございますけれども、本来であればB水準の指定を申請すべき案件がC-2水準の中に紛れ込むようなことがないように、今後C-2水準とB水準の区分けの考え方も一層明確にすることが重要だと考えております。10ページにも記載いただいているように、厚生労働科学研究の活用もぜひ進めていただきたいと思いますけれども、医療機関勤務環境評価センターの各委員会、またはC-2統括委員会でもさまざま議論されていると思いますので、そうした議論内容についても一定期間を区切って定期的に本検討会に報告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。

事務運営のやり方については検討させていただきたいと思いますので、よろしくお願ひします。

それでは、オンラインで家保構成員がお手を挙げておられますのでどうぞ。

○家保構成員 ありがとうございます。

県の立場から幾つかお話と、御質問をさせていただきたいと思います。

受審センターの実績は、非常に順調にいらっていると思ひました。

ただ、都道府県の立場で言うると、地域別に何件受審があつたのか知りたかつたのですが、これは受審センターのホームページを見て大体分かりましたので問題は解決しました。

一番多いのは、東京都で51件申請があり、少ないのは2件の県が11県ありました。当県では5件受審をして、審査結果が返つてきたのは2件で、大体申請から評価までの期間が3か月ぐらい要しています。標準的にどの程度要するかを明示していただけると非常にありがたいと思ひています。

当県の場合、5件のうち2件の結果が返つてきておまして、残り6月とか7月に申請したところはまだ中間評価であるとか、お返事が全然返つてきていない状況です。都道府県の立場で言うると申請事務に対して承認するかということで、関係医療機関とも話をする必要から、是非情報提供いただけるとありがたいと思ひますし、各都道府県で足りていないところを助けるようなことになるのかなと思ひます。

もう一点が、資料の4ページの「全体評価の考え方」というところで評価区分を4つ、定例的な文章で示されるということになっています。興味があるとしたら、非常に問題がなく進んでいるのと、なかなか下のほうの区分で進んでいない部分とか、そういう割合もぜひ教えていただけると、今後、各医療機関と協議する際に参考になるかと思ひますので、その辺りを教えていただければと思ひます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御要望ですが、これは事務局のお考えをちょっとお聞きしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○佐々木医師等医療従事者働き方改革推進室長 ありがとうございます。

まず各県における評価センターの受審状況と、それに対する結果が返ってきている状況ということについて、そういった状況を県においても把握して、各受審状況はどうなっているのか、取組は進んでいるのかというようなことを共有いただければということで、まず第1点目はそういったことであつたかと思います。

こちらにつきましては、まず評価結果が終わりましたら医療機関に返すとともに、都道府県にもその結果がお伝えされるというふうになっているかと思っておりますし、また、その評価の途中で、例えば必要な取組等があれば、それはそういった医療機関からも勤環センター等に御相談いただきながらその必要な取組を行っていただき、都道府県においてもそういったことに対して連携いただくというようなことが必要かと思っております。

また、その割合ということにつきましては事務局のほうでは承知しておりませんで、もし可能であれば評価センターのほうからお願いできればと思います。

○遠藤座長 では、お願いします。

○城守構成員 今の件ですが、まずこの取組が進んでいない医療機関というのは、基本的に申請書類を出していただいたのですが、その添付資料に関して不十分なところがあるという内容だと思います。その点に関しましては、評価センターのサーベイヤーおよび事務局から、医療機関のヒアリングを含めて丁寧なやり取りをさせていただき、どのような形の資料が必要なのか、どのような規定ないしはその運用のルール等が必要なのかといった具体的な事例もお示ししながら、各医療機関が取り組めるという形で支援させていただいているところです。

ただし、各医療機関だけで考えていただいて、理解に齟齬があるといけませんので、先ほど事務局からお話があったように、分からないところや迷うときは地元の勤環センターが医療機関をバックアップし、しっかりと相談をしてくださいとなっています。

それで、先ほど約3割弱の受審医療機関で評価が終わっているということですが、残りの現在、評価中の7割の大多数が必要資料の再提出といいますか、調整のやり取りをしているという段階です。

それで、これから申請することを想定しておられる医療機関がございましたら、今年の5月に国の評価に関するガイドライン、いわゆる評価項目と評価基準のガイドラインの要約版を評価センターのホームページにアップしていますので、その要約版を御覧いただきますと、必要な資料の御理解がより深まるかなと思います。それをしっかりと御活用していただきながら申請に取り組んでいただければと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 城守構成員、どうもありがとうございました。

事務局よろしいですか。続きはないですね。

そのデータの公開の絡みで私からも一言ですが、ここでは5ページで466件の受審の受入れがあったということですが、これはトータルではなく、特例水準ごとに何割ぐらいがBで申請があるのかとか、連携Bで申請があるのか、多分Bが一番多いだろうと思うのですが、その辺の割合が分かるとよろしいかと思うのですが、評価センターのホームページには出ておりませんか。

○佐々木医師等医療従事者働き方改革推進室長 はい。

○遠藤座長 ですので、もしそれが可能であるならば、その辺も明らかにしていただくと全体がよく見えてくるかと思しますので、御検討いただければと思います。

ほかにいかがですか。

島崎構成員、どうぞ。

○島崎構成員 C-2の水準につきましては、ここの検討会でも随分議論がありました。私もいろいろ申し上げましたが、その関係で少し確認も含めて質問をしたいと思います。

このC-2の水準をめぐる懸念事項が2つあったと思います。1つは、先ほど富高構成員が指摘されましたように、本来、B水準で申請すべきものがC-2という形で上がってくるのではないかという点です。

ただ、この点については10ページの資料を見る限りはそういう感じではなさそうな気がしますけれども、もう一つは、これは鈴木構成員も懸念していたことだと思いますが、症例数が分散してしまうのではないか。そして、医療機関の集約化ということと逆行する動きになりはしないかという懸念もあったと思います。

その点についても、10ページの資料を見る限りは、対象領域はかなり限定されているので、そういう懸念はないのかなという気はしますけれども、確認の意味で、このC-2の水準の審査は審査中でまだいろいろたまっているのか、そうではなく、ほぼこれで出尽くしたということなのか教えていただきたいと思います。

今、申し上げた点については、本来、件数ぐらい出してもよいような気はしますけれども、今の時点で件数等を出しにくいのであれば、どんな状況になっているのか。つまり、申請は分散しているのか、そうではなくて医療水準が高いところからだけしか申請が出てきていないのか、その辺りについて御説明いただきたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局お願いいたします。

○佐々木医師等医療従事者働き方改革推進室長 ありがとうございます。

先生のおっしゃるとおり、まずBとC-2につきましては、こちらは適切に審査を行う上で非常に重要な観点かと思っております、こちらの技能でも出ておりますように、基本的にはC-2につきましては技能水準を高めるという上でやむを得ず長時間労働というような観点が非常に重要となっておりまして、その観点があるかどうかということを主に置いて審査をいたしておりますので、そういった点でC-2に妥当だろうというようなものを審査させていただいております。

また、集約化、例えば三次医療圏などで必要な医療と、あるいは二次医療圏も含めて必

要な医療というものは変わってきておりますけれども、それにつきましては一体的に三次医療圏で必要な医療だけがこのC-2の技能ではないだろうというような御意見もいただいているかと思うのですが、その中でC-2の考え方につきましては7ページに記載しておりますけれども、広域的にある程度集約化して必要な技能と、あるいは専門医を取得した後にある程度一人前になるために必要な技能と、そういった観点で審査をしているということでございますので、その点いずれの技能が出てきた場合であっても、いずれの場合もまずはC-2として技能を高めるために必要なかどうか、あるいはそれがやむを得ず長時間労働になるのかというような観点で、しっかり現状審査しているというように認識しております。

以上でお答えになっておりますでしょうか。

○島崎構成員 申請がまだたまっている状態なのか、どういう審査状況になっているのかを知りたいのです。端的に言えば、私が懸念していることがないのか、最終的には、実際のC-2の申請がどうなっているのかということを行後にもきちんとフォローしていくことになるので、今の段階で言えることをおっしゃってくださいという質問です。

それから、誤解があるといけないのですけれども、私はC-2を限定しろということを書いてきたわけではなくて、本来、技能修得のために必要な技能領域があるのであれば、それは日本の医療技術の維持向上のために必要なことなので、申請をヘジテート（躊躇）させるという趣旨ではありません。その点は念のため申し上げておきたいと思いますが、今のC-2の申請が全体としてどういう状況になっているのかということをお教えいただきたいと思っております。

○藤川医事課長補佐 事務局でございます。

これまでC-2水準の審査に関しましては、2度審査を行ってまいっております。日本専門医機構の定める基本領域、19の学会、組織に所属していただいております先生方に御協力を得て、一つ一つの申請を丁寧に見させていただいているところでございます。

本日の資料の10ページにございますとおり、医療機関の教育研修環境において現状、厚生労働大臣の確認行為を終えて承認という形になっているのは、小児科、外科、産婦人科でございますけれども、現在も審査は通年でございまして、他分野の領域からも正直、申請はございます。今後も一つ一つ、各学術団体の協力を得ながら審査を丁寧に進めてまいりたいと思っております。

また、申請のバックグラウンドでございます研修のフィールドとなります医療機関につきましては、まずはどちらかと言いますと、やはり皆様が想定されているような大規模な三次医療施設ですとか、大学病院に代表されるようなある程度の総合病院といったところがほとんどというか、全てでございます。

しかしながら、今後もそういった医療機関でないところからの申請であった場合であっても、学術団体の先生方の丁寧な審査の下、そういった医療機関でなくても高度な医療の修得に十分な教育研修環境を保っているような医療機関であれば審査が通ることもあろう

かと思えます。そこにつきましては、制度の周知を各申請であられる医療機関や医師の方に丁寧に周知を進めながら、今後も一つ一つ審査を進めてまいりたいと思っております。

特に我々厚生労働省といたしましては、厚生労働大臣の確認行為でございますので責任を持ってやってまいりたいと思っておりますし、今後も引き続き先生方、そして医療機関への周知に努めてまいりたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

関連で、今お話にも出ましたけれども、先ほど私が申し上げました特例水準ごとの申請の比率というようなことをやる時に、大学病院だけを別枠にするとか、あるいは特定機能病院だけ別枠にするとか、そういうことでバランスがどういうふうになるのかということが分かるように集計していただけるとよろしいかと思っておりますので、よろしく御検討ください。

それでは、お待たせしました。鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

まずは、これだけ短期間の中で日本医師会をはじめとしました評価センターの方々や厚生労働省の事務局の方、そしてC-2水準の評価事務局等、非常に大変な作業をされているということに改めて敬意を表したいと思えます。

その上で、私からはC水準の問題を少し取り上げたいと思うのですが、今回はC-2に関して議論がされているというところだと思うのですが、実際に申請をしたくてもなかなか受け入れてもらえないという声も聞こえてきます。実際はかなり長時間労働をしていて、C-1、C-2に相当するような若手や中堅の医師がなかなかうまく申請にたどり着けていないという声も聞きますし、そもそもC-1、C-2に関しては、趣旨としましては若手や中堅の研さん、修練の機会を妨げないということだったと思っています。

本来、未来の医療の発展に力を注ぐべきこれらの医師が、なかなかきちんとしたシステムの中で働けないとなってしまうと、今後の医療の発展、もちろん個人もそうですけれども、日本全体としても萎縮していくという懸念もございます。

実際に今C-2水準の報告をいただいたのですが、かなり丁寧に厳しく見ていただいているということは非常に前向きに捉えているのですが、一方で、逆に制限し過ぎることで、先ほど島崎構成員からもお話が出たように、本当に必要な人に届いていないというような懸念もございます。

その辺りは逆に、より一層の必要な人への取得に向けた働きかけや何らかの工夫というのも必要になってくるのではないかと個人的には感じております。

この辺りのC-2だけではなくてC-1も含めて、現状に対する認識ですとか、今後の対応などについて、もし可能な範囲でお答えいただけるのであれば見解を教え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。

では、事務局から何かコメントはございますか。

○佐々木医師等医療従事者働き方改革推進室長 ありがとうございます。

鈴木先生のおっしゃるとおり、C-2 水準につきましては個人の先生方が技能を高めるという点で非常に重要でございますし、また、そういった観点を通じて各地域の医療を支えるというような側面もございますので、このC-2 水準が個人の先生方がまず申請されたいと言ったときに適切にそういったことが可能かどうかということが一つの大きなポイントだろうと思っています。

それで、実際にまずC-2 水準で申請されたいというようなことを御希望される先生が、その対象となる医療機関で可能かどうかということにつきましては、その医療機関の研修体制等も可能かどうかや、あるいは労働として960時間を超えるようなことが可能かどうかというようなこともございますので、そういった御希望のある先生がその対象となる医療機関に御相談をいただくというのが、まずは大切なことであろうと思っております。

また、そういった先生方がどのようにC-2 を申請するのか、実際医療機関と相談した上で、あるいは並行してどういうようにC-2 を申請したらよいのかというような場合には、事務局にもC-2 水準の相談窓口というものを設置しておりますので、ぜひそういったところにも御相談を寄せていただければと思っております。

以上が、C-2 につきましてはの現状の対応かと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

鈴木構成員、いかがでしょう。

○鈴木構成員 医師個人というのは非常に弱いもので、実際に医師個人が病院に掛け合っても、そういうところもかなり聞こえてくるのですけれども、門前払いになってしまうという状況もございますので、やはりその相談窓口とか、そういったところを強化したり、必要な人にきちんとC-1 ですとかC-2 が届くということも重要かと思えます。

もう一点だけ、その理由としましては、例えばアメリカですと若手の10年未満の医師は時間外労働が週に40時間までは許容されているんですね。それで、これはあまりにも厳しく、960時間以下の医師ばかりになってしまうと、本当にこれで将来の日本の医療は大丈夫かという懸念もやはり出てくると思えます。そのためのC-1 やC-2 の枠だったと思いますので、この辺りはどの塩梅がいいかということを中心に我々検討会を含めてサーベイランスしていく必要があるのではないかと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。重要な御指摘をいただいたと思います。

それでは、お待たせしました。堤構成員、お願いいたします。

○堤構成員 ありがとうございます。

私は本日、学内の会議を主催しなければならぬため、これで失礼しますので、情報提供だけさせていただければ幸いです。

私からは面接指導実施医師の養成講習会、いわゆるeラーニングと、それからロールプレイ研修に関わっておりますので、こちらのほうですが、よろしいでしょうか。

○遠藤座長 お願いします。

○堤構成員 先ほど御紹介がありましたけれども、eラーニングは本検討会で議論されました当該講習のカリキュラムのイメージを踏まえまして、長時間労働医師への健康確保措置に関するマニュアルを基に製作されております。

御案内のとおり、このマニュアル自体は医師の面接指導に直接関わっている産業保健の専門家や有識者によって、本検討会での合意事項と、関連のエビデンスをまとめたものです。順次改定されておりまして、令和4年度末にもこちらは改定されております。

資料を含めて147ページもある大部なものですので、このマニュアルから一部引用する形で、研修会で使用されている面接指導の進め方、クイックガイドといったものが作られているというようなことをございます。

このクイックガイドは、面接指導実施医師に業務の進め方を分かりやすくシンプルに伝えるような形で説明しているようなものをございまして、初めて面接を行っていただく医師でもできるようなことをイメージさせていただいております。

面接指導実施医師の養成をさらに進めるために、ロールプレイ研修が本年8月から始まっているといったようなことをございます。こちらのロールプレイ研修は滞りなく進んでいると伺っております。eラーニングを作成した監修者の方々がファシリテーターをされていますけれども、別に研修を受けた方が、またふありりて一た一となって、いわゆる屋根瓦方式で順次研修が行われているような形をございます。マニュアルも更新されており、教材類は、この後ホームページにアップされると伺っております。

ロールプレイ研修は、オンラインで行われておりまして、1回当たり4時間のコースです。事例が6つ用意されておりまして、意見書の書き方を含めて効果的な面接指導の実施方法を取得することが目的とされています。本年度は900名ほどの医師の参加が見込まれるということで、伺っているところによりますと、来年度も実施予定ということです。

このロールプレイの研修の評価ですけれども、アンケートをされておりまして。面接指導実施医師を務めることに自信を持ったと言われる方が95%を数えているような状況です。意識の高い方が受講されているというところもあるかもしれませんが、受講者をもっと増やした方がいいというような評価もいただいているようなところでは。

一方で、いろいろ建設的な意見もいただいています。細かいところでは研修の進め方もいただいているところなのですが、大きな視点では医師の働き方改革自体の周知に関連する必要性などもまだ出ているようなこともありますので、こういうところはまた参考にされるものと認識をしております。

私のほうからは情報提供だけをございますけれども、発言させていただきました。

以上をございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。貴重な情報の提供をいただきました。

ほかに御意見ございますか。

では、岡構成員どうぞ。

○岡構成員 ありがとうございます。

今の面接指導実施なのですが、やはりこれは一番重要なと思ってしまして、7,000人以上受けたということで、ロールプレイ研修は900名の予定ということで、今おっしゃったように確かにこれを受けている方はかなり意識の高い人なのですが、正直言って7,000、8,000人受けていて、その中にはそこまで意識の高い人が含まれていない場合もある。

その中で私は見たのですが、このクイックガイドというのは非常にすばらしくてコンパクトになっているのですが、これを周知徹底させる方法ですね。例えば、もう面接指導実施医師の資格を取った人に、恐らくメールアドレスとか分かっていたら強制的に送るとか、恐らくホームページから見に来るといふ先生はやはり意識の高い人なんですね。病院から言われて取ったという人も結構いると思うので、面接をしっかりとやるという意味ではこのクイックガイドをいかに面接指導実施医師の取った先生方に周知するか、その方法をぜひ考えていただいて、あとはタイミングも多分大事だと思います。あまり早くやっても駄目なので、ぜひそこを考えていただきたいということで、これはお願いです。

それから、ちょっと気になったのですが、C-2水準でこれは医師が取るといふことですが、これはBもあれなのですが、例えばC-2水準を今いる病院で申請して取った医師が実際に法を施行された4月から別な病院に異動になったときとか、そういう想定といふのはどのようにされているのか、教えていただきたいと思います。

○遠藤座長 そういうことはありますね。

いかがでしょうか。事務局、どうぞ。

○藤川医事課長補佐 岡先生、ありがとうございます。事務局でございます。

C-2水準の技能研修計画、こちらの内容が厚生労働大臣に確認された先生に対してC-2水準が初めて適用されますが、技能研修計画にはその研修の場となります医療機関名を必ず記載することになっております。そうなりますと、厚生労働大臣の確認を終えた段階の技能研修計画とは別の医療機関で業務が行われる場合は、大変申し訳ないのですが、やはりその医療機関でまた新たにC-2水準を適用されたい場合は技能研修計画をもう一度作り直していただいて審査を受けていただく仕組みとなっております。

以上でございます。

○岡構成員 そうすると、異動した先の医療機関が全然そこをやっていない場合は、その医療機関でまたやるということで、そのタイムラグというか、その猶予といふのはある程度認めていただくことは。

○藤川医事課長補佐 事務局でございます。ありがとうございます。

医師の異動自体が、例えばですけれども、来週いきなり異動ということは通常は想定されていないものと認識しております。通常、数か月前、少なくとも2、3か月前ということで、まずはその異動が決まった段階で、その先生が次なる勤務先でC-2水準の適用を希望される場合は、なるべく早く次の御指導をいただくような先生や、次の勤務先の事務局様にC-2水準の希望をお伝えいただきたいと思っております。

その上で、先生の御指摘のとおり、その医療機関が例えばC-2水準の指定は評価センターの評価結果や都道府県からの指定も当然必要になってまいります。そういったことを考えますと、確かにその時点で評価センターの受審がまだの場合はそれ相当の時間はやはりかかってしまうものでございます。

このため、現状C-2水準を御希望されているような方がいらっしゃって、今年度のうちに指定をもらっていて、いわゆる前の先駆者といえますか、そういった方がいらっしゃればC-2水準の技能研修計画の審査自体は通年行っておりますので、ある意味、審査の結果としてはなるべく素早く申請者へ返しておるところでございますが、評価センターの評価受審や指定申請というものが入りますとちょっとお時間がかかるというふうに認識していただければと思っております。

○岡構成員 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。森構成員、よろしくお願いたします。

○森構成員 森です。今日は移動中で、車の中から申し訳ありません。

まず、先ほどのC-1、C-2の機関申請の件ですけれども、各大学、基幹病院がC-1、C-2の申請をすると、どうも働き方改革の関係でむしろ人が集まらないといううわさとか、そういう話になって、皆さんかなり自重して、どちらかというともB-2、Bで申請をしているというような話を多方面からお聞きします。その結果、思ったほどC-2で出しているところが少ないというような結果につながっていると思います。

ただ、その一方で、先ほど来の御質問にもありましたけれども、その結果がむしろ集約化にある程度つながっているという側面もあるように思います。ある程度、症例数が集まっているところがきちんと申請しているようにお見受けします。

それから、藤川先生のリーダーシップでどういったものがC-2になるかということはかなり慎重に議論しておりまして、各学会から担当者が出て議論を重ねております。その結果、現時点では大変適切な案件が認められていると思いますので、方向性としては非常にいい進め方をされていらっしゃるのではないかと認識しております。

以上です。よろしくお願いたします。

○遠藤座長 貴重な御意見、ありがとうございます。

ほかにございますか。

それでは、長野構成員お願いたします。

○長野構成員 長野でございます。

資料1の③の「面接指導実施医師の養成について」発言をさせていただきます。

資料の13ページにありますように、当初8,000人を予定していたところ、現在7,117名修了という実績となっております。日常にご多忙な先生方の御協力に深く感謝したいと思っております。先ほど岡構成員もクイックガイドのお話をされましたけれども、養成講習の内容についても幅広いカリキュラムであり、受講後のロールプレイなど、きめ細かい配慮がなされていると思っております。

ただ、講習の質を確保するためには最新の知見に応じた講習内容や、実施形態の見直しを行っていく必要があると思っていますし、また、今後の法改正等について適切な対応をしていく観点から、フォローアップ研修などの検討も必要ではないかと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、片岡構成員、お待たせいたしました、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

このように非常に緻密に進めていただきまして、関係の各皆様に御礼申し上げます。私はC-1について一言、意見を述べたいと思います。

鈴木先生も少し触れられましたけれども、病院としてはAとか、連携Bにどちらかという傾きがちで、C-1を出しづらいついた先ほど森構成員もおっしゃいましたような動きはやはりあるようです。そうすると研修医としてはもっと学びたいという希望があっても、病院としてそれをなかなか認めにくいというようなこととか、あるいは実情と乖離してしまったりというようなことも懸念されますので、研修医の学ぶ意欲に萎縮が起らないような工夫、現状にどのように合わせていくかということも必要かと思いました。

以上です。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。貴重な御意見として承りました。

ほかによろしゅうございますか。

それでは、事務局どうぞ。

○佐々木医師等医療従事者働き方改革推進室長 先ほど長野先生から少し御質問をいただきましたマニュアルのアップデートやフォローアップについてということでございますけれども、こちらのマニュアルにつきましても令和2年に一度作成されたものが、令和4年に改めて新たな知見等を含めてアップデートしたというような経緯もございますので、今後も必要に応じてそういったものは検討すべきなのかなと思っていますし、フォローアップ研修についても必要に応じて我々も考えさせていただければと思います。

以上になります。

○遠藤座長 長野構成員、よろしゅうございますか。

○長野構成員 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、お待たせしました。馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 私からは、議題1の「勤務医に対する情報発信に関する作業部会を受けた取組について」ですけれども、勤務医の先生方の正しい理解なくして働き方改革の成功はないと思っていますので、この作業部会について私は注目をずっとしているのですけれども、勤務医の先生方の理解ということに関しましては、肌感覚としてまだまだきちんと理解していただいていないなと感じる部分もございます。

また、管理する側と管理される側の分断につながるような発信にならないかどうかということも常々心配していたのですけれども、今のところそれは杞憂に終わっていると思

ます。適切な発信をしていただいていると感じています。漫画を使うという取組も非常によいアイデアだと思いますし、今後も作業部会におかれましては本会と連携を取りながら適切な発信を積極的にしていただければと思っております。

また、併せて国民に対する情報発信についても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。

議題の1については、大体よろしゅうございますか。

それでは、議題の2及び議題の3で、議題の2は「医師の勤務実態について」、議題の3は「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査結果について」ということで、どちらも関連のある内容でございますので、議題の2と議題の3はまとめて行いたいと思えます。

それでは、事務局から資料の2及び資料3について御説明をお願いいたします。

○佐々木医師等医療従事者働き方改革推進室長 それでは、まず資料2「医師の勤務実態について」を御説明させていただければと思えます。

まず、資料2の1ページに本実態調査に関する概要が記載されております。こちらにつきましては、令和6年4月の法施行に向けて医師の時間外労働の状況やその分布等の実態把握がやはり必要であるというようなことで、同様の調査を平成28年、または令和元年度にも実施しておりまして、引き続き昨年度にも実施したというものになります。

また、その実施期間につきましては「3. 調査期間」に書いてありますように、令和4年7月11日から17日と1週間かけて調査させていただいたものになっております。

それで、実際にその調査の対象ですが、労働時間の把握という点につきましては「4. 調査対象」の②を見ていただければと思うのですけれども、全病院の半数の病院を無作為に抽出して、そういった病院に勤めておられる先生方、また、それ以外の診療所及び介護老人保健施設等の先生方を対象として1週間の労働時間等の調査を行ったというようなものになっております。

次のページにいただきましたしまして、具体的に今回提出、御報告させていただきますデータを使った分析対象をこちらの2ページに記載しております。全回答は1万9879名の先生方からいただいております、そういった先生方のうち必要事項の記載が漏れていたり、あるいはその実施要項から逸脱があったりとか、そういった先生方を除いた1万4933名の先生方のうち、通常、我々労働時間で働き方改革に主に取り組んでいただいている病院の常勤医1万1466名を対象として今回のデータを出させていただきます。

その結果ですけれども、3ページに記載しております。これまでの調査と比較して並べておりまして、平成28年、令和元年、そして今回の令和4年の調査につきましては、グレー、ブルー、オレンジで記載しておりますけれども、一番上に記載しておりますように年に時間外・休日労働時間が1,920時間を超える先生方の割合というものが平成28年調査では9.7%であって、令和元年が8.5%であったものが、昨年度には3.6%と減少していたというような状況でございます。

次に4ページに移りまして、各診療科の1,860時間超えの先生方の割合についても記載しております。それで、今回、平成28年、令和元年の際には、例えば産婦人科、脳外科、救急、外科というような先生方が1,860時間超えの例としてはある程度高い割合であったものが、今回どういったことになったかと申しますと、まず脳外科であれば9.9%、外科で言えば7.1%と、それぞれ10%以下になってきているというような状況でございました。

以上が、まず今回の医師の勤務実態調査についての資料2の御説明になります。

続きまして資料3ですが、これとは別にこれまで医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査というものも行っていましたので、こちらも御説明させていただければと思います。

先ほどの調査が医師個人、先生方から御回答いただいていたというようなものになりますけれども、こちらは都道府県や各医療機関を通して御回答いただいた調査になっております。

1ページ進んでいただきまして、「第2回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」について記載しております。第1回調査につきましては令和4年3月に実施いたしましたけれども、今回の働き方改革に向けてまだまだ準備は整っていなかった。各医療機関は準備が整っていなかったということや、あるいはその調査に向けて質問事項が多岐にわたっていてなかなかその評価が難しかったということで、第2回調査からこちらに記載しております。

第2回調査につきましては、調査対象は大学病院の本院81病院と、都道府県の中で地域医療提供体制維持に必要な医療機関について、昨年7月から8月にかけて調査を実施しております。

調査事項といたしましては、基本的に1,860時間超えの医師がどれくらいいるかというようなことを伺っておりまして、右に結果の概要を記載しておりますけれども、大学病院で言えば右の真ん中になりますが、1,860時間超えの医師につきましては1,095人、56病院であったというような結果になっております。

また、都道府県を介した各大学病院本院以外の先生方におきましては993名、303医療機関で1,860時間相当超えの先生方がおられたというような結果になっております。

続きまして2ページに移っていただきまして、第2回調査の直後の昨年8月から9月にかけて行った調査になっております。こちらにつきましては左下を見ていただければと思いますけれども、その調査時点ではなくて令和6年4月時点で時間外・休日労働時間が1,860時間相当超えと見込まれる医師がどれくらいいるかというようなことを調査したものになっております。

また、令和6年4月時点で医師の引き揚げにより診療機能への支障を来すことが見込まれる医療機関についても併せて伺っております。

その結果になりますけれども、大学病院本院におきましては令和6年4月時点でまだ1,860時間超えとなるような先生方が8病院で69名おられるのではないかとというような回

答をいただいております。

また、都道府県につきましては237名の先生方が令和6年4月時点でも1,860時間を超えるのではないかと。あるいは、医師の引き揚げによる診療所への支障が見込まれるというような回答につきましては43医療機関あったという状況になっております。

こういった調査を昨年実施しておりまして、本年度引き続きフォローアップとして6月から7月にかけて改めて同様の調査を行っております。そちらは、3ページに記載しております。

「調査事項」になりますけれども、こちらは改めて調査時点における1,860時間超えの先生方がどれくらいおられたか。また、令和6年4月時点で1,860時間超えとなる先生方がどれくらいおられるか。そして、令和6年4月時点で医師の引き揚げによる診療機能への支障を来すと見込まれる医療機関数はどれくらいあるかというようなこととお伺いしております。

その結果になりますけれども、右に記載しております。まず、調査時点の1,860時間超えの医師数につきましては516名であった。また、令和6年4月時点でもなお1,860時間を超えると見込まれる先生方は83名であって、引き揚げにより診療機能への支障が見込まれると御回答いただいた医療機関は30医療機関というような状況でございました。

こちらはばらばらと記載しておりますので、一つの表にしてまとめて分かりやすくお示ししておりますものを4ページに記載しております。

こちらは先ほどの結果をまとめたものになりますけれども、調査時点で1,860時間を超える先生方がどれくらいおられるかというようなものにつきましては、まず第2回調査、昨年度につきましては右上にございますが、993名おられる。それで、そちらが今年6月から7月にかけて実施したものにつきましては516名に減少していた。

また、令和6年4月時点でどれくらい1,860時間を超える先生方がおられるかというようなことにつきましては、昨年調査した際に237名であったものが、今年の6月時点では83名にいずれも減少していたというような状況でございました。

資料2、3を通じまして、いずれも1,860時間を超える先生方というのは減少傾向にあると認識しておりますけれども、引き続きこういった先生方が令和6年4月の働き方改革施行に向けてしっかりと1,860時間以内に収まるように、また地域医療を確保しながらそういった先生方の勤務環境を改善できるように、都道府県と連携して適切に対応してまいりたいと思っております。

事務局からは以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの報告結果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。いかがでございましょう。

それでは、富高構成員お願いいたします。

○富高構成員 ありがとうございます。

資料2で「医師の勤務実態について」の報告をいただきましたが、今回の調査結果を見ますと年960時間以上の割合がいずれも減少しており、これは各医療機関の取組が一定程度進んできているものと捉えております。

ただ、依然として、年1,860時間換算以上の割合が3.6%あるということですが、これは当然のことながら来年の3月末までにしっかりと是正を図っていただく必要があると思います。また、B、C水準の指定を受けた医療機関に対しても、まずは年960時間に向けた短縮の取組も引き続きしっかりと促していただきたいと思います。

加えて、大学病院ですけれども、文科省が今年の2月に実施した調査研究報告の中で医師個人の調査も行われているかと思えます。それによれば、診療、教育、研究で働き方改革による改善を感じられないという割合がいずれも過半数を超えているということです。働き方改革は単に時間外労働や休日労働を法定上限の枠内にとどめるということだけではなくて、やはり現場の医師の方たちが健康確保やワーク・ライフ・バランスの改善を実感できるものとしていくことが非常に重要だと思っております。そういった観点を含めて労働時間の適正把握ガイドラインなども周知していただきながら、引き続きの取組をお願いしたいと思います。

また、専門業務型の裁量労働制の適用者が来年の4月時点で8,000名ぐらい見込まれているとのものですけれども、適切な裁量や処遇の確保の観点から、今般、本人同意の義務化や、健康・福祉確保措置のメニューの拡充など、そうした労働者保護につながる制度改正が行われておりますので、文科省とも連携をしつつ、制度の適正運用に向けた対応が進むように、ぜひ取組をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、よろしゅうございますか。

○佐々木医師等医療従事者働き方改革推進室長 はい。

○遠藤座長 それでは、ほかに御意見ございますか。

今、一瞬、森構成員が手を挙げられたようですが、森構成員お願いいたします。

○森構成員 この2回の調査でかなり時間が減っているということは、大変喜ばしいことだと思います。

コメントなのですが、この理由は幾つかもちろん挙げられると思いますが、1つはまず勤怠管理がきちんとなされ始めたということがあると思います。これまでは、おおよその時間で超過勤務の時間を考えたりしていたところが、きちんと管理することによってある程度正確なところが出てきているあかしではないかと思えます。

それからもう一つは、各診療科で非常に工夫がなされ始めております。この働き方改革の意識浸透が十分し始めていることの表れではないかと思えます。具体的に、例えば私は外科医なのですが、外科ではカンファレンスの時間をきっちり決めてやるとか、それから手術前の全症例の提示を非常に問題のある症例に絞ったりとか、あるいはできる限

りオンライン会議にしたりとか、そういうところで極めて全員が同じ方向を向いて時間を節約しようという方向に動き始めているというのを肌で感じます。

そういう状況ですので、今後もより時間的などころは短縮が進んでいってくれるのではないかと期待しますが、一方でやはり自己研さんというのを改めてしっかり考えておかないといけないなとも考えています。この中に自己研さんというのがどの程度含まれるのか。そこを無視しているというか、あるいは含まれているというか、その辺もちょっと分からないところがありますので、まずはこれを進めながら、その一方で自己研さんというところをもう一度振り返ってみるようなことをしないとイケないのではないかと思いますので、コメントさせていただきました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

時短の理由についてコメントをいただきました。その中で、自己研さんというのは考えようによってはある程度幅を持って解釈できるような問題ですので、その辺りについてももう少し深く考えるべきではないかという御提案だったと受け止めさせていただきました。ありがとうございます。

横手構成員、お待たせしました。

○横手構成員 ありがとうございます。オンラインでの参加にて失礼いたします。

本日、様々な資料を詳細に御説明いただき、時間、あるいはその内容の改善というものが進んでいることを認識いたしました。これはひとえに厚生労働省の皆さんの御指導、そして各病院を含めた関係者の努力の賜物だと思います。

一方で、この労働時間、あるいは人数だけでは評価し切れない部分が背景に隠れているというふうに私は感じております。

と申しますのは、時間外労働を縮減していく。それをしっかり評価して、その分の人件費を支払っていくというようなことをしている中で、時間は収まったけれども、病院の経営が回らなくなるということも起き始めているように感じます。

すなわち、人件費の増加分、あるいは現在の物価の高騰、それから光熱費など、様々な外部環境の変化があって、また今後は基本給もベースアップしていくと予想されますが、それが現在の診療報酬の中では吸収し切れません。また大学では、先ほども御発言がありましたが、診療だけでなく研究や教育と一緒に担っています。今の労働時間は、ほとんどが診療に当たる時間ということでございますから、この時間は抑えたけれども研究、教育が回らなくなると、結果的に国民に大きな不利益を与えてしまうことになりかねないと懸念します。

そのような意味では、2024年の4月に向けて準備をするということだけでなく、今後10年、20年、特に2035年の連携Bがなくなる時に向けた体制作りのためには圧倒的に資金が足りないと思います。それがないと持続可能な、真に医師の健康を確保し、魅力ある職場をつくり、活力ある社会に貢献していくということが実現できないと思いますので、本当

の意味での働き方改革が医療の世界でしっかりと続いていくための財政支援をお忘れなく、お願いしたいと、大学病院、医学部からの強く要望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。御意見として承りました。当検討会は診療報酬等について審議するところではありませんけれども、御意見として受け止めましたので、事務局としてはしかるべき対応をお願いしたいと思います。

それでは、鈴木構成員、次は島崎構成員でお願いします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

まずは、改めまして精密な調査をしていただいて、また分かりやすく御報告いただきありがとうございます。特に資料2の3ページのグラフを見ますと、やはり皆さんもおっしゃっているとおり、かなり長時間労働が減ってきたということが手に取るように見えて、これは非常に前向きなことかなと感じております。

ただ、その一方で、医師の労働というのは皆さん御存じのように労働としての研さんも含めてかなり多岐にわたるといことはこの検討会でも十分議論されてきたと思います。これらは一勤務医の立場から見ますと、突然業務が減って、どんどん労働時間が短くなるというものでもないのかなとも思っています。実態との乖離がないのかということとは十分に注意を払っていく必要があると感じています。

一部では、例えば臨床カンファレンスなども勤務時間に認められなくなってしまったということも実際に見聞きしています。そういった実態と乖離のない制度運用、医師の働き方改革が実現されるということが勤務医一人一人を守って、それが患者さんへの提供の質につながっていくものと信じています。

今回のデータでは、最新の令和4年の調査を見ますと、現状でA水準を超える医師が20%程度いるということがデータから分かると思います。つまり、これはすなわちB水準もしくはC水準に同等数が移行されていく必要があるとも捉えられると思うんです。ですから、この辺りはせっかくの全国調査で信頼性も高いデータですので、今後このデータと申請水準の実態に大きな乖離がないかどうかということは何らかの形で我々のほうで検証していく必要があるのではないかと感じております。

私からは意見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。大変重要な御指摘を承りました。

それでは、島崎構成員、先ほど来からお手を挙げていらっしゃるようですのでどうぞ。

○島崎構成員 意見が2つあります。まず1つは簡単ですが、先ほど馬場構成員もおっしゃったのですけれども、国民に対する周知は非常に重要だと思います。一般の人と話をしていると、2024年問題というのは。物流とか建設業の話ですねと言われてしまい、医師の働き方改革の施行が2024年度ということが必ずしも十分意識されていないと思います。

私は国民に医師の働き方改革の犠牲を強いることが適当だとはもちろん思っていないのですけれども、やはりいろいろな面で国民の理解と協力を求めていくことも必要だと思

ますので、この点については一層周知を図っていただきたいと思います。

それから、もう1つの意見なのですが、こういう準備状況の調査を丁寧にしていくということは非常に重要だと思います。ただ、あえて申し上げますと、例えば宿日直許可などについてもまだ申請中であるとか考慮中といったところもあるのだらうと思います。

その理由としては、来年度の大学の医局人事がまだ決まっておらず市中病院への医師派遣の方針がきちんと示されていないといったこともあると思います。また、このことは必ずしも適切ではないと思いますけれども、医療機関によっては一人ひとりの医師の労働時間が短くなるので医師を増員したい、ではその増員の医師は一体どこから確保するのかという議論をしているところも中にはあります。

そういう面では、資料の3の医師の引き揚げによる診療機能への支障が見込まれる医療機関が30医療機関で済むのか。率直に言うと、これは私の肌感覚とはちょっと違う感じがします。もちろん、これは杞憂であれば、それに越したことはないのですが。

そこで、これは以前も申し上げたのですが、医師の働き方改革の影響は非常に多岐にわたるわけで、例えば診療科偏在にどういう影響を及ぼすのかとか、それから先ほど横手構成員もおっしゃっておられたかもしれないですが、大学病院の若手医師の処遇にどういうふうに影響してくるかとか、モチベーションがどうなっていくのかとか、こういうことが懸念されるわけですが、とりわけ地域医療との関係で懸念されるのは救急医療体制への影響だらうと思います。

この問題が難しいのは、自分の病院だけ考えていけばよいわけではなくて、例えば、近隣の病院がもう救急を受けなくなったということになると、他のどこかの医療機関にその分のしわ寄せがいくわけです。そういうことになると、地域ごとに複雑な連立方程式を解くのと似たようなところがあると思います。

したがって、大学病院、地域の病院、あるいは医師会、さらに救急搬送を担う消防本部など関係者が協力をして、来年4月以降の救急医療体制がどういうふうになるのか。もちろん一から全部やり直す必要はなくて、これは大丈夫だということが確認できればよいわけですから、そういう救急医療のシミュレーションをぜひ一度やるべきなのではないかと思っています。

繰り返しになりますけれども、地域ごとにいろんな工夫が当然あってしかるべきであって、例えば必ずしも二次医療圏にこだわる必要はないかもしれないし、大学の医局の人事の時期などもあるかもしれないのでそのタイミングの検討も必要でしょうし、それからコロナ渦でよくも悪くもいろいろな経験を積んでおり、地域の中で役割分担や連携のネットワークが既にあるところも存在しますので、そういうものを活用しながら、一度そういう救急医療のシミュレーションをどこかの段階でぜひ地域ごとにやるように督促をさせていただきたいと思います。

なぜそんなことを言っているかということ、私は地域ごとにシミュレーションをすべきだといろいろなところで言ってきたのですが、家保委員から怒られるかもしれません

が、例えば医師の働き方改革の都道府県の担当課と地域医療構想の担当課が違うとか、救急医療の担当課が違うのでできないとか、そういうことを言われても結局困るのは地域の住民なのですから、ぜひ一度そこは医師の働き方改革の施行のリスク管理の観点からもそういうシミュレーションを行うことを督促していただきたいと思います。

以上、意見です。

○遠藤座長 重要な御指摘、ありがとうございました。

ほかにございますか。

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。

島崎構成員から、都道府県できちんとそういうものを議論すべきということを御指摘いただきました。今年度はちょうど地域保健医療計画の策定年でございまして、各種の計画を策定するときに当然、医師確保なり、この医師の働き方改革も含めて議論することになると思います。御指摘の点も踏まえながら各計画を議論するための関係者が集まる場がありますので、その点も踏まえた議論いただけるように、全国衛生部長会として今度総会もありますので、そういう点は各都道府県にお話はしたいと思います。非常に大事な点だと思います。

混乱しますと最終的に困るのは都道府県民ですので、ぜひともその観点は重視したいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

長野構成員、どうぞ。

○長野構成員 ありがとうございます。

先ほどから構成員の皆さんから労働時間が短くなったとの発言もありましたが、医療機関の労使をはじめ、関係者の御尽力によって着実に取組が進んでいると思います。しかし、資料を見ますと、来年の4月時点で年1,860時間超えとなる見込み数として83名という記載がされております。当然、施行前までにゼロにしていかなければならないと思っておりますが、そういった医療機関に関して都道府県等からどのような働きかけをしているかということをお伺いしたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○坪井医師・看護師等働き方改革推進官 事務局でございます。

これまでいただきました御意見について回答させていただければと思いますけれども、まず馬場先生、それから島崎先生から御指摘いただいております国民周知の関係でございます。

確かに今のところ、例えば物流等についてかなり周知広報されている部分がございます

けれども、医師に関しても今年度予算を計上しておりまして、これからまさに取り組んでいくところでございます。近々、実際にやっていくという形になろうかと思っておりますので、周知広報に関しても皆様の御協力をいただければと思っておりますのでございます。

それから、富高先生、鈴木先生、森先生から御指摘いただきましたように、研さんを含むいわゆる労働時間をいかに正確に把握するかというところと、労働時間に関する認識、正しい理解をしていただくというのは非常に重要なことと思っております。これまでもかなり病院長の先生向けのセミナー等々で、この検討会でもかなり研さん等については議論いただいたと思っておりますけれども、その考え方について周知をさせていただいている状況でございます。

富高先生から大学病院についても御指摘いただきましたけれども、大学病院については大学病院と連携する中で働き方改革セミナーに参加させていただいていまして、その中で様々な周知をさせていただいているところでございます。これからもそういった機会を活用させていただきながら、正しく理解をしていただくための適切な広報周知をしっかりとやっていきたいと思っておりますのでございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

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。

労働時間が短縮しているのは非常に好ましい結果であろうと、これは皆さんも思っておられると思いますが、先ほど島崎先生がおっしゃられた地域医療への影響ということに関して1つコメントをさせていただきたいと思っております。

この評価センターにおいて、評価項目の基準の中に副業兼業先とのやり取りに関する項目がございます。また、その副業兼業も含めた形のシフト表の作成をする仕組みとか、そういう項目等もございます。

これは推測にはなりますが、恐らく評価センターへ申請していただく時点で、医師派遣をしている医療機関に対しての対応も各申請をする医療機関においてはおおよそ決まってくる可能性が非常に高いと踏んでおります。

恐らく今後、厚生労働省でも地域医療への影響をアンケート調査等されると思っておりますし、当会でもそれは検討しておりますが、調査をすることによって、より具体的な現状というものが見えてくるのではないかと思います。

あと、事務局といたしますか、都道府県に対してのお願いになろうと思っております。2024年の4月からこの制度スタートとなるわけですが、特に現在、評価センターにおいては、受審医療機関から様々な資料を提出していただき、評価を行っております。

評価センターでの評価が終了した段階で、最終的にその結果を医療機関と都道府県にお返しして、都道府県が医療審議会等の審議を経て指定されるということになります。

現在お聞きしている範囲内では、都道府県の指定の期日はこの秋から冬にかけてというところが大変多いとお聞きしております。

しかし、一方、先ほどお示ししましたが、現在評価をしている医療機関の中には、体制の再整備等で資料の提出、再提出とかなり時間がかかっておられる医療機関もございます。また、これから申請される医療機関もまだ少しあろうかと思えます。このような医療機関に対しての評価は一定の時間がかかりますので、現在の都道府県の対応ではその指定の締切りに間に合わないということも想定されます。ですので、都道府県におかれましては柔軟な対応をしていただいて、できるだけ2024年の4月には指定をしていただく体制を取っていただければありがたいと思えます。これは私のお願いでございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、関連でお願いいたします。

○佐々木医師等医療従事者働き方改革推進室長 ありがとうございます。

先ほど城守先生や島崎先生、長野先生からも御発言いただきましたように、地域医療への観点というのは非常に一つ大きな働き方改革を進めるに当たって重要な観点であると思っております。そういった点でこの働き方改革の準備状況調査というものを昨年から行ってきたというようなことがございます。

それで、まず1,860時間超えの先生方ですが、昨年から続き、現状もこういった先生方がおられるというようなところでございますけれども、こういう1,860時間超えの先生方がおられるような病院につきましては各都道府県に対しまして常々フォローアップをお願いしているところでございまして、我々も連携しながらそういった医療機関が勤務環境を改善しながら、また地域医療に提供体制を確保しながら、そういった先生方が1,860時間以内に収められるように支援を続けているというような状況でございます。

その上で、先ほど島崎先生からもありましたけれども、人事異動のタイミングで、今後そういった地域の医療の引き揚げ等が起こるのではないかというような御懸念もあるかと思っておりますので、そういった適切なタイミングで今後もこの準備状況調査につきましては引き続き地域医療に影響がないかを十分に確認しながら都道府県と連携して進めてまいりたいと思っております。

また、評価につきましても、これまでは常々、早期の受審をできるようにということによって都道府県には支援の体制をお願いしておりましたけれども、今後とも令和6年4月に向けて評価がしっかりとできるように連携しながら進めてまいりたいと思っております。

以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。都道府県へのお願いということがありまして、家保構成員がお手を挙げておりますのでお願いします。

○家保構成員 ありがとうございます。

都道府県としては、やはり現実に業務を担っていただく病院が法律の違反の状態になることは本意ではございません。きちんと手続を踏まえてやっていただけるように、県の医療審議会など、会議の手順がありますが、見直していくところは見直していきたいと思

ます。

ただ、一方でどういように現在進捗しているのかという情報も適宜、各都道府県の勤管センターに評価センターから情報をいただければと思います。

当県の場合は、大体みんなが分かった状態で中間評価なり、評価センターからの返事待ちというような段階です。とにかく審査センター、勤管センター、県がお互い各都道府県の中で情報を持ち合って進めていくことが必要だと思いますので、城守構成員のおっしゃったお話については十分全国衛生部長会の会合でもお話しさせていただいて、現実的に各病院が困らないように各都道府県でも頑張っていきたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

城守構成員、お願いします。

○城守構成員 家保構成員、ありがとうございます。

評価センターとしても、きちんと評価をしながら時間に合うような形で進めていきたいと思っています。また、その情報の提供等につきましては医療機関との個別な事情ということにもなりますので、どのような共有の仕方があるのかということも含めて厚生労働省と調整を図りたいと思います。

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。

ありがとうございます。それでは、本日は事務局から現状についてデータをもって御説明いただきまして、それについて我々は共有できたかと思っています。また、いろいろな課題も御提案されましたので、適宜事務局におかれましては御対応いただければと思います。

これで今後の進捗状況等々もフォローできるような感じになってきたかなという思いですし、それから来年度になりますとまさにこれが実行されるわけでありますので、そうなってくると、その効果とといいますか、問題とといいますか、当初から地域医療への影響と、それから研修・研究への影響ということが関連されていたのでBやCをつくったわけですが、それが有効なのかどうかということも検証しなければならないでしょうし、新たな課題が生まれているのかとか、あるいは先ほど言った自己研さんというものの在り方、実質的に適切に運用されているのかどうかとか、そういうようないろいろな課題もあるかと思っていますので、恐らくこの検討会はそういうことのフォローアップも当然やっていかなければいけないと思っております。また事務局と相談して、今後進めていきたいと思えます。

それでは、本日の議題は以上でございますけれども、特段、何かございますか。よろしゅうございますか。

それでは、本日の議題は以上とさせていただきますと思います。

今後の進め方につきまして、事務局から何かございますか。

○島田医事課長補佐 ありがとうございます。

次回の日程につきましては、追って事務局よりお知らせ申し上げます。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。

それでは、これをもちまして本日の会議は終了したいと思います。どうも長時間ありがとうございました。