

2026-7-13 第1回 令和8年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会

○杉山医事課長補佐 それでは、定刻となりましたので、ただいまから、第1回「令和8年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様方におかれましては、本日は御多忙のところ御出席を賜り、誠にありがとうございます。

本日は、初回の開催となりますため、座長の選任までの間は、医政局医事課の杉山が進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

本日は、対面及びオンラインによる開催とさせていただいております。オンラインでの参加に関わる留意事項につきましては、事前に送付しております「オンライン参加の留意事項について」を御覧ください。

まず、構成員の皆様の御紹介についてですが、本来であれば、個別に御紹介を差し上げるべきところですが、時間の関係上、座席表及び構成員名簿の配付をもって紹介に代えさせていただきます。また、本日はオブザーバーとして、文部科学省高等教育局の早川室長に御出席をいただいております。

それでは、会議に先立ちまして、医政局長より御挨拶申し上げます。

○森光医政局長 医政局長でございます。検討会の開催に当たりまして、一言御挨拶を申し上げたいと思います。

構成員の皆様方におかれましては、本日御出席を賜りましてありがとうございます。

また、平素より医療行政の推進に御尽力いただきまして、重ねて御礼を申し上げたいと思います。

医師の働き方改革につきましては、2024年4月より制度が施行されております。現在、施行後3年目となっておりますところでございます。私どもとしましては、制度の施行前から施行後にかけて、必要な検討、医療機関や都道府県への支援、制度の影響に関する調査などを行ってきたところでございますけれども、まず、現時点においては、地域医療への大きな影響が生じる状況ではないと考えております。

こうした状況について、まずは現場で御尽力いただいております医師及び医療機関の皆様方、それから都道府県の皆様方には感謝を申し上げたいと思います。

一方で、医師の働き方改革については、その進捗状況を確認し、現場でどのような課題が生じているのか、また、その課題の解決に向けてどのような対応が必要か、丁寧に検討する必要があると考えております。

今回、事務局において様々なデータを整理しております。さらにお集まりいただいている各構成員の皆様方の知見や、現場での御経験も踏まえて御意見をいただきまして、医師の働き方改革をより着実に進めるための方策について検討してまいりたいと考えております。構成員の皆様方には、それぞれの御専門のお立場から忌憚のない御意見を賜りたく存じます。

どうぞよろしくお願いいたします。

○杉山医事課長補佐 それでは、撮影については、これまでとさせていただきます。なお、引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることができませんので、御留意ください。

(冒頭カメラ撮り終了)

○杉山医事課長補佐 それでは、資料の確認をお願いいたします。

資料については、事前に事務局からメールでお送りさせていただいております。会場出席の皆様については、お手元に配付させていただいております議事次第と資料１、２－１、２－２、２－３、参考資料１、２の御確認をお願いいたします。不足する資料がございましたら事務局にお申しつけください。

続きまして、本検討会の座長の選任についてです。お手元の資料１、開催要綱を御覧ください。３の（２）のとおり、座長は構成員の互選により選出することとされております。つきましては、構成員の皆様の中で、御推薦等御意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 日本医療法人協会の馬場でございます。

私といたしましては、中医協においても会長を務められ、医療の働き方改革等の全体にも本当に精通していらっしゃる小塩隆士構成員を推薦したいと思います。

○杉山医事課長補佐 馬場構成員、ありがとうございます。

小塩構成員、また、ほかの構成員の皆様におかれましては、いかがでしょうか。

(異議なしの意思表示あり)

○杉山医事課長補佐 ありがとうございます。

そうしましたら、小塩構成員には座長席に御移動願いますと幸いです。

では、早速でございますが、今後の議事運営については、小塩座長にお願いできればと思います。よろしくお願いいたします。

○小塩座長 よろしくお願いいたします。一橋大学の小塩と申します。

ただいま、構成員の皆様の御意見によりまして、座長を拝命いたしました。医師の働き方改革は非常に重要な施策でありますので、本検討会で必要な議論ができますよう、尽力させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

少し風邪を引きまして声がかかれています、申し訳ございません。

それでは、早速、議事に入らせていただきます。本日の議題は「１．医師の働き方改革の推進について」でございます。それでは、事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

○和泉医師等医療従事者働き方改革推進室長 事務局でございます。

では、お手元の資料の２－１「医師の働き方改革に係る現状等」につきまして御覧いただければと思います。こちらに基づきまして、まず、現状等の御説明をさせていただきます。

たいと思います。資料については、大部になってございますので、要点を絞って御説明をさせていただきたいと思います。

早速ですが、2－1の1枚進んでいただいて1ページ目、まず、経緯等を御説明させていただければと思います。

2ページ目へお進みいただきまして、働き方改革の議論の進捗につきましては、2017年から全体検討を始めて、施行の2024年まで概略を記載してございます。

3ページ目、医療機関の勤務環境改善の経緯といたしまして、段階的に進めてまいりまして、一番下の令和6年のところから制度が施行されているということでございます。

4ページ目、時間外労働上限規制の施行につきましては、上から地域医療構想あるいは医師偏在対策、そして業務効率化等の取組を進めているところでありますが、一番下の時間外労働上限規制につきましては、B水準等を、2035年度末を目標に終了するといった線表で対応させていただいているところでございます。

5ページ目、関係する条文でありまして、2つ目の○、3つ目の○のところに指針あるいは省令を記載しておりますが、下線を引いておりますところ、施行後3年で検討するといった規定があるところであります。

それから、6ページ目にお進みいただきまして、今回の検討会の検討の進め方の案でございますが、制度施行後、医療機関における勤務実態あるいは都道府県の取組状況、こちらを網羅的に確認させていただいて、課題の整理あるいはさらなる取組の推進に向けた検討を進めてはどうかと事務局としては考えておりまして、これ以降の資料によりまして、この現状について御説明をさせていただきたいと思います。

まず、医療機関の勤務実態、9ページまで少し飛ばしてお進みいただければと思います。調査の概要を示しておりますが、令和7年の10月に、1週間の間、勤務時間の実態調査等を行ったものでございまして、この後御説明する内容は、基本的に1週間のものを1年に相当させたものであり、あくまで1週間のデータだということを御留意いただければと思います。

それから、10ページ目以降、概略を10ページ、11ページ目に記載してございますので、適宜御参照いただければと思っております。

12ページ目までお進みいただきまして、週労働時間の区分別の割合をお示ししております。長時間勤務の右側の区分におきましては、全体として直近の黄色い柱が、減少が進んでいる状況でありまして、特に週労働時間が60時間以上、これは年に単純に換算すると、960時間ということになりますが、割合としては15%まで減少しているといった状況になります。

おめくりいただいて13ページ目は、診療科別の労働時間、こちらも全体として短縮傾向が見られているところであります。

さらに進んでいただきまして、14ページ目、こちらは年代別であります。大きな差はないのですけれども、40代の中堅の平均値あるいは中央値にやや高い傾向が見られる状況

かと思っております。

それから、15ページ目は男女別の状況になってございます。

それから、さらにお進みいただいて16ページ目、大学病院かどうかで見ておりまして、大学病院ではやや労働時間が長い傾向にあるということでもあります。

それから、17ページ目、一番左はA水準であります、特例水準の別でB水準等が少し長い傾向にあるといったことになってございます。

お進みいただきまして、18ページ目以降、制度施行後の影響について調査したものをまとめしております。

19ページ目へお進みいただきまして、地域医療への影響に関する調査を医療機関に行ったものでございます。表の中に簡単にまとめておりますが、右側に主な結果というところで記載をしてございますけれども、令和6年度、令和7年度の調査それぞれにおきまして、一定の診療体制の縮小等を見られましたが、一部、地域医療にも影響があるといった結果が出ているところではございますけれども、こういった状況の中で一番冒頭のリード文の3行目に書いてございますとおり、結果については地域でのフォローを促させていただく観点で、都道府県には結果をフィードバックして、さらに、都道府県内でも検討いただくように御案内をしているところであります。

20ページ目と21ページ目、その調査の概略をお示ししておりますので適宜、御覧いただければと思っております。

22ページ目、医療の内容について与えた影響を見た論文の報告になりますけれども、循環器領域におきまして大きな症例数や予後の変化はなかったという報告、一例でございますが、ございましたので御紹介をさせていただきます。

23ページ目以降、意識調査の結果を御紹介してございます。

24ページ目にお進みいただきまして、この働き方改革の進捗あるいは認識につきまして、専攻医等の若手の医師への調査をしたところでございます。働き方改革を進めるべきと考えている割合、6割程度ありまして、見直しが必要と考えている割合は2割程度だったということでございまして、進めるべきではないと答えた割合は非常にわずかだったという結果でございまして、この結果から見直しを行いながら、やはり進めていく必要が示唆されているのではないかと考えております。

それから、25ページ目、同じ調査で、働き方改革の進捗につきまして、進んでいると答えた医師は、進んでいないと答えた医師と、割合としては拮抗している状況になっております。下のほうにサブ解析を入れておりますが、例えば大学病院や、一番下の長時間労働をしている医師、こういったところでは進捗に課題があるということがうかがわれると思っております。

その次に26ページ目でございますけれども、臨床研修に与えた影響ということで、上側がプログラム責任者、下側が臨床研修医の回答でございまして、指導医のほうが研修医本人より、影響があったという回答の割合が高かったと思っております。

27ページ目、働き方に関連する事項の認識の状況につきまして、プログラム責任者と臨床研修医自身に聞いたものでございますけれども、上側の責任者のほう、指導医のほうは認識が比較的高くなっているというところがございます。下側、研修医本人の認識ですけれども、左下にありますとおり、経時的には伸びているところがございますが、右下を見ていただくと、まだ認識が低い部分もあるといった結果かと思っております。

28ページ目以降は、個別の取組になってございますが、まず、タスク・シフト/シェアの状況等になります。

29ページ目は、時短計画のガイドラインにおいて示している取組内容を、メニュー的にお示ししております。

その内容がどんなものかといったものが、30ページ目にお進みいただきまして、それぞれの項目の実施の状況を割合としてお示ししているところでございます。

31ページ目、業務分担の進行の度合いですけれども、進んでいると回答した人が一定割合は、左のほうにございまして、一方で、右下にございますように、長い時間の労働者だけで見ますと、やや分担が進んでないと回答する割合が高くなっていると、こういった傾向が見られる状況になっております。

32ページ目にお進みいただきまして、取組の状況、多くの項目で赤くなっておりまして、プラスが見られるということでございます。

また、33ページ目にお進みいただきますと、施設ごとに見ると、大学病院のほうにより赤い領域が多くて、取組を進めていただいていると、こんな結果になっているかと思っております。

34ページ目にお進みいただきまして、ICTの活用といったところ、病院のDXといったところもございますが、この導入状況につきまして、左側が導入状況でございますけれども、一番進んでいるものは患者向けの動画、こういったものがございまして、2割程度となっております。まだ伸びる余地があると事務局としては見ているところでございます。

35ページ目、病院長の先生方に向けたマネジメントの推進を図る研修、こういったものにも厚労省としても取り組ませていただいているという御紹介でございまして。

36ページ目以降、引き続き、医療機関の取組の労務管理になりますが、37ページ目、まず、医療機関における労働時間の把握の方法でございますけれども、黄色のところは直近でございますが、機器等による管理が増えているといった状況で、おめくりいただき38ページ目でございますが、勤務管理システムの導入状況についてまとめたものでございますけれども、令和7年と令和6年を比べますと、直近のほうが、導入割合が増加しております。

また、39ページ目も同様のデータでございますが、勤務間インターバルあるいは代償休息の確保につきましては、令和7年のほうが、導入が進んでいると、こういった形で労務管理が適切になされる環境整備が進んでいると考えております。

40ページ目は、代償休息の確保の方法ですけれども、様々現場で工夫を取り組まれてい

るところで、令和6年、令和7年の比較ということでございます。

41ページ目、引き続きインターバルと代償休息の確保のための取組、様々なもの、一番上には、例えば変形労働制であったりとか、一番下のほうには、勤怠管理システムによる管理、こういったところも直近では伸びている状況になっていて、現場で工夫がなされているということだと思っております。

42ページ目、引き続き労務管理の中の追加的健康確保措置の面接指導の実施医師に関する養成講習の修了者の状況であります。経時的に受講をいただいております。直近では1万5000人あまりという形になっているところでございます。

43ページ目、自己研鑽の区分設定あるいは運用の状況につきまして、左の図の赤いほうにございますが、区分が明確になっていないといった医療機関は半数以上見られるということで、中身としましては、項目に書いてございますとおり、切り分けが難しいと、こういった実態も聞かれている状況になってございます。

44ページ目、引き続きまして、労働と自己研鑽の考え方につきまして、若手の医師のアンケートでございますけれども、満足または許容範囲と回答した青い割合は、大体半数程度というところで、一方で、例えば大学病院であったりとか、長時間労働になっているような勤務先の医師に関しましては、この区分けの少し不満というところが、高く見られるといった状況になっているかと思えます。

45ページ目、宿日直許可の理解の状況を聞いたものでございますけれども、宿日直許可制度を理解している割合、大体7割ぐらいでありまして、その内容まで理解しているというのは、8割程度ということになってございますが、一部、理解がまだ進んでいないと、こういった状況が見られると思っております。

お進みいただきまして、46ページ目以降、医療機関の中での取組の中で育児との両立あるいは休暇の確保といったところ、働きやすい環境をつくるための基礎データということで御紹介したいと思いますが、47ページ目、まず、女性医師の割合でございますが、経時的に増えておりまして、24.4%ということでございます。右側、医学部の入学者に占める女性の割合、こちらについては、4割程度まで増加しているということで、今後も女性医師の参画が見込まれるところでございます。

48ページ目、こちらは男女別、施設種別あるいは年齢別の医師数を図に表しております。上が男性、下が女性になりますが、男女ともに診療所従事者、年齢とともに増加するというところでありますが、一方で、下側の女性医師を見ていただきますと、30代以降で少し窪みというか、減少が見られておりまして、こういったところは1つ対応が必要なところだろうと思っております。

49ページ目、同じような医師届出票に基づくデータになりますが、医籍登録後の年数別の就業状況を見たものでございますけれども、右側が女性になっておりまして、医籍登録後11年目、30代中盤ぐらいかなと思いますが、この頃に約2割が休業または届け出ないというところになっておりまして、この時期に少し休業が見られるというところは課題にな

っていると思っております。

50ページ目にお進みいただきまして、休業取得中及び復職後の就業の状況であります、左側を御覧いただきますとおり、復職したタイミングで非常勤の割合が増加する。これは、働く環境に戻る過程で、こういうこともあるのかなと思いますが、右側を御覧いただきますと、いわゆる医育機関、大学病院等に勤めている方は少し減ってしまう状況もございますので、ここをつなぎとめるといいますか、取組の必要性、余地があるのかなと見ているところでございます。

51ページ目に進んでいただきまして、女性医師の勤務環境に関する調査をおまとめしております。時短勤務を利用している方、真ん中の赤い点線囲みで囲っておりますけれども、3から4割程度いらっしゃって、育休取得の割合は大体8割以上となっているところであります。一方で、右側の図のほう、取得しなかった理由、赤く囲っておりますが、それ以外も含めてですけれども、その理由といたしましては、制度がないこと、あるいは代わりの医師がいらっしゃらないこと、あるいは収入面で自らということかと思いますが、こういった理由が挙げられているといった状況になってございます。

こうしたところも踏まえまして、52ページ目、これまでの私どもの支援策でございますけれども、子育て世代あるいは女性医師への支援というところは重要なポイントだと思っております。様々な課題を、3つほど代表的なものを記載させていただいております。

53ページ目は、具体的な例としまして、一大学の事例でございますが、キャリアの支援であったり、業務を代替する方への支援といった取組もあると聞いているところでございます。

それから、全体に少し戻りまして、54ページ目までお進みいただきまして、年次有給休暇の取得であったりとか、時間単位の年休の取得のしやすさにつきましてまとめたものでございますが、制度施行後、取りやすくなったと赤色で回答した割合が、取りにくくなった、を上回っているところだと思っております。一方で、年960時間を超えているような右下のような方ですと、取りにくくなったという青色の領域が少し目立っているということが、注目したほうがよいのではないかと思います。

それから、55ページ目、いわゆる、当直明け宿直明けの休暇の取りやすさにつきましても、休みやすくなったという回答が、そうでない場合よりも上回っているかなと思いますが、同様に右下にありますとおり、長時間労働のところだと、少し課題があるのかなと見られるところでございます。

ここまでが、56ページ目、医療機関の取組ということで、少し今の説明を簡単に日本語にまとめさせていただいたページが56ページ目でございます。

次、57ページ目以降で都道府県における医療機関への支援ということを記載させていただいておりますが、58ページ目にお進みいただきまして、こちらは特定労務管理対象機関、いわゆるB水準あるいはC水準といったものについて指定の状況をおまとめしておりますが、表の中の一番右側に、令和8年時点の医療機関の数を、私どもでホームページを通じ

て情報収集しましてカウントしたものでございますが、全体として479ということになってございます。こちらは重複がございますけれども、こういった状況になってございます。

59ページ目、都道府県の支援の体制ということで、都道府県医療勤務環境改善支援センター、いわゆる勤改センターと呼んでおりますけれども、こちらの設置をいただいております、医業経営アドバイザーあるいは医療労務管理アドバイザー、こういった形の専門職の方々の配置をいただきまして、医療機関への支援を行っているといった状況の絵を記載しております。

60ページ目以降は、勤改センターの体制について、まず、60ページ目は、事務担当職員の配置状況、県ごとにお示しをしております。

おめくりいただいて、61ページ目が、医療労務管理アドバイザーの配置の状況、一部の県では1日当たりの配置人数が多くないという状況も見られますが、こういったような全体の状況になってございます。

さらに、62ページ目につきましては、医業経営アドバイザーの配置の状況でありまして、少し、やはり体制としてはまちまちなと思っているところであります。

63ページ目以降は取組の内容になりますが、まず、63ページ目が労務管理アドバイザーの業務実績になります。相談対応あるいは個別支援が、左にありますとおり、9割を超えているという状況でございます。右側に内容を書いておりますが、例えば労働時間管理であったりとか、宿日直許可に関する支援が多くなっていると、こういった状況になってございます。

64ページ目、同じように今度は医業経営アドバイザーの業務実績をおまとめしておりますが、個別支援といったところが7割で高くなっているところでございます。次いでセミナーとか、相談対応、こういったものが高くなっているところでございますが、先ほどの労務管理アドバイザーよりは、少し柱が低めということになっているかなと思います。右側は支援内容を記載しておりますけれども、経営改善という御相談が恐らく多いのかなと思っておりますが、少し割合としても労務管理アドバイザーに比べると、低くなっていると見ております。

65ページ目、対応の実績あるいは支援の内容を都道府県別にお示ししております、何が正解かというところもなかなか難しいところでございますが、活動状況には地域の差があると見ているところでございます。

66ページ目、医療機関から見た、勤改センターの利用状況をまとめてございますが、300床以上の大きな医療機関では、比較的利用経験がある割合が高くなっている一方で、小規模な医療機関では、あまり利用されていないと思っているところでございますが、右側と左側で令和6年、令和7年の比較ができますが、少し直近では、やはり全体としては、利用が伸びているといったような状況と思っております。

こうした中で非常に重要な役割を果たすということでございますけれども、67ページ目、制度施行後の勤改センターの取組の方向性を、私どもの研修の資料でお示ししております

ので御紹介をさせていただければと思います。左下の箱の中の上限規制への対応というのが施行前の取組の中心であったところでございますけれども、赤く囲っている右下のほうでございますが、今後は制度施行後となりますので、その時間短縮ですとか、あるいは勤務環境の改善、こういったものを具体的に進める段階へと進んでいく必要があるといったことで、具体の例を書いておりますが、タスク・シフト/シェアであったり、役割分担あるいはハラスメントの対策、こういったものを通じて、医療機関の勤務環境をよくしていくということが、今後、必要な取組になると思ってございます。

68ページ目、少し事例を御紹介したいと思いますが、こちらは岡山県の勤改センターの取組の事例でございます。様々冒頭のリードに書いてありますとおり、調査を継続的にされているということでございますが、地域医療への影響が大きな医療機関に訪問支援を行ったりだとか、あるいは離職率を下げていくと、具体的な目標設定をしながら、かなり長いこと、一番下のほうに書いてありますが、1年半にわたるような支援、継続的になさって、少しその目標を達成することもできたと、こういった地道な取組もあるということで御紹介をさせていただきました。

69ページ目にお進みいただきまして、こちらの勤改センターは、高知県の勤改センターということでございますが、勤改センターの業務を、医師確保を行う機関にも委託をされているということでございまして、医師確保と勤務環境改善を一体的に進められているということでございます。その結果、下のほうにございますとおり、医師の確保についても一定の成果が見られていると思ひまして、地域の課題に即した活動をしていただいている事例かなと思って御紹介をさせていただいた次第でございます。

70ページ目にお進みいただきまして、都道府県における支援ということで整理をさせていただきます。

71ページ目以降は、評価センター及び国の取組についてであります。72ページ目、この評価センターの体制図でございます。

73ページ目が、評価センターにおける年度ごとの評価の結果ということでお示ししております。労働時間短縮が進んでいるところあるいは一定の課題があるところ、こういったものを評価いただきまして、医療機関にフィードバックをいただいていると、こういった状況になってございます。

74ページ目、評価センターにおける評価受審の進捗の状況につきまして、現在も評価中のもの等々取組を進めていただいているところでございますが、引き続き、こういった形で評価をしていただくと、こういった状況になってございます。

75ページ目、今度は国の施策等になってございますが、この働き方改革の推進に向けた国の施策といたしましては、まず、医療法に基づく医師の労働時間短縮に関する指針、こういったものを定めるとともに、地域医療介護総合確保基金による支援を行っているところでございますが、この赤いような図にございますとおり、目標ラインというものを定めてございまして、令和17年度末までのB・連携B水準の解消に向けて、段階的に労働時間

を短くするためのラインというものを設けさせていただいていまして、こういったものに沿って、時短計画を各医療機関でつくっていただくという取組をさせていただいているところでございます。

76ページ目、まず、財政的な支援のところでございますが、勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業、地域医療介護総合確保基金の1メニューになりますが、この区分Ⅵと呼んでおりますけれども、3つの柱で事業を行っておりまして、都道府県において、こちらを活用していただいているということでございます。

77、78ページ目に、各県の交付額及び内示の状況ということで、6年度の交付額と7年度の内示の状況ということで、都道府県によって差はございますけれども、各県必要に応じて、こういった基金を設置していただいていると、こういった状況かと思っております。

それから、79ページ目にお進みいただきまして、令和6年度になりますが、この基金の交付状況につきまして少し調べをさせていただいて、事業区分別あるいは右側が交付先別の内訳を記載してございまして、先ほど、少し大学病院のというお話もございましたけれども、大学病院への支援というところも、全体の中で見ると大きな割合を占めているところでございます。

それから、個別の御紹介になりますが、80ページ目以降、事業の御紹介になりますが、診療科ごとにも長時間の傾向というのは、少し異なる側面がございますので、この長時間傾向にある診療科、具体的には外科等になりますが、重点的な伴走支援事業を行っておりまして、事例の収集などを取り組ませていただいているところでございます。

81ページ目にお進みいただきますと、この伴走支援事業を行って医療機関に入らせていただく中で、こういった取組があったかということをお紹介しているといったものになってございます。例えば、左側の図ですと、外科、消化器外科の領域で、手術の時間の短縮に向けた取組として、事例を少し分かりやすく整理させていただいたり、こういったものを、いきサポのホームページで御紹介をしていると、こういった御紹介になってございます。

82ページ目にお進みいただきまして、医療専門職支援人材確保あるいは定着支援事業ということで、いわゆる看護補助者、あるいは医師事務作業補助者、こういった方々がタスク・シフト/シェアの観点では非常に重要になってくるところでございますが、こういった方の人材確保といったところも、現場では課題だと聞いておりまして、この確保、定着に向けた周知であったりとか、手引書の作成なども行っている事業でございます。

83ページ目、医師の働き方改革普及啓発事業、国民に向けた周知ということで取組をさせていただいております。

84ページ目以降は、医療現場におけるカスタマーハラスメントの対策ということで、カスタマーハラスメントといったものもよく聞かれるところでございますので、84ページ目には、周知の媒体を御用意してお配りをしていると、こういったものになってございます。

85ページ目、そのカスハラ対策の現場での対応力を上げるという観点で、例えばeラー

ニングの教材の作成等々もさせていただいておりますし、86ページ目にお進みいただきまして、今、オンゴーイングの事業であります、医療分野におけるカスタマーハラスメント対策、さらに進めていくというところで、有識者の先生方にも事業の中でお集まりをいただきまして、医療機関あるいは医療関係団体への調査を行うとともに、業種別のマニュアル、あるいは広報ポスター、リーフレットを作成していくと、こういった予定を立てているところでございます。

87ページ目、若手医師への周知ということで、医学生あるいは臨床研修医への労働法教育に関する情報提供を行っているところでございます。

88ページ目、臨床研修を修了された方、先ほど少し知識がという話がございましたが、駄目押しというか、しっかりと知っていただくために、リーフレットを作成して配付をさせていただいているところでございます。

89ページ目以降、少し話が変わりまして、地域医療の確保と医師の働き方改革の推進に向けた診療報酬上の評価というところでございますが、地域医療体制確保加算という加算がございますけれども、体制整備に係る評価を行っているところでございます。また、地域医療体制確保加算を算定する医療機関、右の図にございますとおり、年々増加をしているところでございまして、その算定要件あるいは施設基準等々につきましては、中央社会保険医療協議会、いわゆる中医協のほうで御議論を継続的にいただいていると、こういった状況を御紹介させていただいております。

90ページ目にお進みいただきまして、直近の令和8年度診療報酬改定における地域医療体制確保加算の具体的な算定要件等々を右側のグリーンのところに記載をさせていただいております。こういった形で真ん中に記載がございますとおり、時間外、休日労働時間の上限といいますか、基準をこちらの算定要件のほうでも設定をいただいて、着実にこのB水準の時間が下がっていくようにということで、点数を診療報酬上でも、はずみをつけていただいている、こういう状況かと思っておりますし、直近では診療科ごとの要件なども入って、よりこの働き方改革をしっかり進めるといった点数で設計をいただいているのかなと思っております。

91ページ目は、この地域医療体制確保加算を届け出ている病院における時間外休日労働の時間につきまして、最大労働時間が令和5年と6年を比較しますと、下がる傾向にあるということで御紹介をいただいております。

92ページ目は、ここまでの内容の小括となっております。

C水準の状況について93ページ目以降を御紹介させていただきます。

まず、前半です。94ページ目、再掲になりますが、C水準の労働時間の状況になってございます。

95ページ目、こちらは、臨床研修医の労働時間につきまして解析をしたものでございますが、C-1研修医のほう、労働時間としてはやや長いといった状況になってございます。

96ページ目、臨床研修医における勤務の意向に関する調査、これも若手の調査になりま

すけれども、所定労働時間を一定程度超えて取り組みたくないという回答は、オレンジのとおり、約1割にとどまっているところでありまして、多くの研修医は、自分の興味あるいは、やりたいことといったことの中で、修練を積みたいという御希望の回答も見られると思っております。

97ページ目、臨床研修における勤務の実態につきましてであります。就業時間後に残るといことが施設の中で原則禁止あるいは禁止されていたと回答されていた割合は約2割ございまして、時間外労働規制、960あるいは1,860というものがございまして、それとは少し別に、研修医を帰宅させる方針の施設もあるということが明らかになっていると思います。

98ページ目、御参考であります。臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力のスコアの関連について調べた報告、過去にも本検討会の前身でも議論がなされましたけれども、年間960から1,000時間程度の時間外労働を行ったグループでの点数は高かったということでございまして、こういったことも念頭に、効率的な研修をしっかりとやるということは重要なことと思っております。

99ページ目、臨床研修から離れて専攻医でございまして、C-1の専攻医の労働時間に関しまして、長時間労働は外科系の専攻医にやや偏在しているといったことであるとか、労働時間が長いほど、論文作成等、ほかの業務の割合が減るといったところも、実態として明らかになっているところでございまして。

100ページ目が、C-2水準に関するものです。基本領域の専門医以降の方のトレーニングだったり、維持ということでございまして、この研究につきましては、対象医師へのタイムスタディ等々で実態を把握していただいているところでございまして、スライドの左下にありますが、教育と修練を並行して行うといった世代になってございまして、こういった負担が明らかになったということで、構成員の森先生に取り仕切っていただいておりますけれども、こういった結果を整理していただいております。

101ページ目以降でございまして、具体的なC-2水準の技能になり得る、具体的な技能の考え方ということで、こちらにお示ししております。真ん中少し右のほうに、高度な医療を担う方の修練あるいは維持といったような目的で、制度を整理してございまして。

102ページ目を御覧いただきまして、こちらが右上にC-2水準統括委員会の資料と書かせていただいておりますけれども、統括委員会でも御議論いただいたC-2水準の議論でございまして、102ページ目、C-2水準の対象として承認された技能ということで整理しておりますけれども、小児心臓血管外科、あるいはそういった外科系の領域を中心に、全身管理あるいは高難度手術に関する技能が多くなっているという状況でありまして、診療科全体としてあるということではないというのが現状でございまして。

103ページ目、C-2水準の対象となる技能、こちらについて改めて書いておりますけれども、高度かつ安全な医療を提供するために基本領域の専門医の段階では習得できないと、真ん中に書いてございまして、そういった技能の習得及び維持を対象としたものでござい

ます。現在の利用状況を踏まえまして、C-2 水準については、さらなる検討をしてはどうかということで、下のほうに矢印として書いているところでございます。

104ページ目、こういった在り方を検討するための、学会のアンケートを行ったところでございまして、105ページ目以降に結果を記載してございますが、C-2 水準に該当する技能、一番上の回答であります、あり得るまたは可能性がある、こういった回答があったのが約4分の3は見られたところでございます。

ほかの結果については、省略させていただきますが、106ページ目、C-2 水準に該当すると回答した学会に対して、必要な時間ということを調査させていただいたところ、一番上の1,860から1,000時間程度と、下のほうまでと、様々な回答をいただいたところでございますが、一部、地域医療体制の維持というところが、目的のような回答もございまして、制度趣旨の丁寧な周知は必要であるということも示唆されたところでございます。

107ページ目、そして108ページ目にいっぱい書いてございますけれども、各学会からC-2 水準に該当すると思われる技能を、学会の意見を踏まえて整理をさせていただいたところでございます。

特に、107、108、いずれのスライドにも書いておりますが、一番下の※書きの小さいところに、様々御意見をいただいたところではございますが、ただ掲載しているものは、あくまで候補でございますので、実際の適用には個別の審査が必要ではございますが、各学会としては、様々な活用の方途が考えられるという結果と思っております。

109ページ目、C-2 水準の医師が少ない理由等々、アンケートをさせていただいたところでございますが、真ん中にもございますけれども、B 水準または連携B 水準、こういったものが適用されているために、C-2 水準を申請する必要がないと、こういった回答の割合が高くなっていると、こういった結果になっているところでございます。

110ページ目以降は、実際に利用されている医療機関への調査であります、111ページ目までお進みいただきまして、医療機関での、細かくいろいろ書いてございますが、やはり個別申請手続が煩雑であることであったりとか、下のほうの表の中に医師本人からの御意見も書いておりますけれども、例えばIDとかパスワード管理を含めた、事務手続の御負担といったところが、忙しい中で課題として挙げられているのかなと受け止めているところであります。

112ページ目、今後の運用に関しましては、これも統括委員会のほうで御議論いただきましたが、矢印の下の方のところでございますけれども、こちらは統括委員会ではお認めをいただいたところでございますが、多くの領域でC-2 水準の必要性、これは示唆されたのかなと思っておりますが、一方で、利用者が少ないといった状況を踏まえて、制度の適切な運用に向けた取組が必要としているところでございます。具体的には、学会への制度趣旨の周知あるいは対象技能の定期的な見直し、ブラッシュアップを促すこと。それから、申請の負担軽減のために、マニュアルの充実など、できることを検討していきたいと考えているところでございます。

こういったところで113ページ目が、C水準あるいは研修医の状況ということで小括とさせていただきます。

114ページ目以降、最後に周辺的な状況の整理でございますが、115ページ目を御覧ください。昨年末に成立した医療法等の一部改正におきまして、赤枠で囲っているような地域医療構想あるいは医師偏在の取組、こういったところを盛り込んだところでございます。

116ページ目、直近、医師偏在対策のパッケージということで整理をさせていただきますが、総合的に対策をしていくということで、従来の取組を、ある種、上回るような総合的な取組、こういったものを進めるということで、117ページ目、そのパッケージの中身、若手あるいは中堅シニア世代に向けた様々な取組を一体的に進めるということで、対応していきたいと思っているところであります。

118ページ目、こちらが、都道府県が御覧いただく医師確保の計画、こちらのガイドラインでございますけれども、こういったものも国のパッケージと一体的に見直しを行いまして、より充実した偏在対策の取組を進めていただけるように国としても取り組んでいるところの御紹介でございます。

119ページ目、今国会で、今、御審議をいただきました健保法等の一部を改正する法律の中身の赤く囲ったところが、医療機関の業務効率化あるいは勤務環境改善に取り組むといったところの事業を、基金に新たに設けるといったこと等々を記載してございます。

詳細は、次のページの120ページ目を御覧いただけますでしょうか、こちらの上のほうにございますけれども、箱の中の①、まず、総合確保基金に、こういった新しい取組を支援する事業を設けるだとか、③、都道府県の勤改センターの体制拡充あるいは機能強化を図ると、こういったところを今後取り組んでいくといったところで、こういった制度改正あるいは支援ということを検討しているところでございます。

121ページ目は、医療関係職種あるいは右側が看護職員の養成確保について、検討会を立てて議論を進めさせていただいているというところの中間の御報告でございます。

122ページ目でございますが、文科省での取組でございますけれども、大学病院の改革プランというところで、経営から一体的に、大学病院の改革を推し進めるということをやっているところでございますし、123ページ目、大病院の機能強化というところで、大学病院改革プランに基づく、必要な取組に対して大きな支援をさせていただいている、こういった状況を御説明したものでございます。

最後124ページ目が小括になってございます。

以上で2-1の御説明となりまして、引き続きまして2-2のほうまでお進みいただけますでしょうか。

2-2の1から5ページ目、これまでの小活の再掲になってございますので、6ページ目までお進みいただきまして、論点を少し整理させていただきます。

まず、1点目、労働時間の実態調査ということで、一定の進捗等々が見られると思っております。また、地域医療への影響に関しても結果を御報告させていただいたところであ

ります。こうした状況を踏まえまして、令和6年4月以降の施行後の改革の状況について、どう考えるかといったこと。

それから、次の領域ですけれども、医療機関における勤務時間短縮に関する事項でございますが、まず、1つ目の墨付き括弧の下のおですけれども、医療機関では、労務管理、進捗があるところがございます。一方で、長時間労働となっている方あるいは大学病院といったところでは、少し課題も示唆されるようなデータもあったかと思いますが、こういった状況を踏まえまして、今後の医療機関における医師の働き方改革の推進に向けた課題や対応をどう考えるかとさせていただいております。

次の○が、都道府県における支援ということで、都道府県においても水準の指定あるいは必要な勤改センターを通じた支援などを担っていただいているところがございます。一方で、体制あるいは取組の内容については、まだばらつきがあるといいますか、今後、課題を踏まえて取り組む必要があると考えておりまして、今後の都道府県における支援の在り方について、どう考えるかとさせていただいております。

次の○、評価センターあるいは国の取組というところがございますが、これまでの取組に加えまして、今般法改正で、医療機関の業務効率化あるいは勤務環境の改善を推進していくこととしているところがございます。こうした状況も踏まえながら、今後の国や関係機関の対応についてどう考えるか、こういったところを御指摘いただければと思っております。

それから、臨床研修あるいはC水準の運用といったところがございますが、C-1水準、一定数の臨床研修医あるいは専攻医に適用されているところ、一方でC-2水準につきましては、少し活用は乏しいという状況になってございます。医師の健康確保は当然前提としながら、効果的、効率的な研修の実施、それから、医師個人の研修への意欲に応えるという観点も重要と思っております、こうした点を踏まえながら、C水準の課題、今後の対応について、どう考えるかとさせていただいております。

最後に、医師の働き方改革を取り巻く政策の状況をもろもろ書かせていただいておりますが、地域医療構想あるいは業務効率化等の取組、一層重要になってきていて動き出している部分もございます。それで、地域で必要な人材の確保といったところ、あるいは偏在対策といったところも、取組を進めさせていただいているところがございます。こうした中で、業務効率化というのは非常に今後重要になってくるというところがございますが、マネジメントあるいはハラスメント、こういった論点もございますけれども、医療機関における業務効率化あるいは勤務環境をよくしていくといったような方策についてどう考えるか、こういったところについても御指摘、御議論をいただければと思っております。

非常に長くなってしまいましたが、事務局からの説明は以上でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○小塩座長 ありがとうございます。非常に詳細な御説明をありがとうございます。

それでは、ただいま事務局から説明していただきました内容について、議論をしていた

だきたいと思いますが、今、御説明にありました資料の2-2の6ページ目に論点がまとめられております。これも念頭に置いて御議論をいただきたいと思うのですが、本日はキックオフということですので、構成員の皆さんから、自由に御意見をいただければと思います。いかがでしょうか。

それでは、岡構成員、お願いいたします。

○岡構成員　ありがとうございます。日本病院会の岡でございます。

まず、医療機関の労働時間の実態調査結果を見ますと、12ページに示されましたように、年間の時間外休日労働時間が960時間を超えている医師の割合が、平成28年の調査の39.2から令和7年の15.0%に減少していること。

また、ページ21から22に示されていますように、働き方改革の地域への影響があまり大きくないという結果でありますので、このことから医師の働き方改革が施行されてから2年の取組の評価としては、やはり各医療機関が意識改革をしつつ、真摯に取り組んできた成果と考えられ、この点においては高く評価したいと思います。

一方で、これはゴールではなく、まだ様々な課題があることは十分認識しておりますので、現時点で重要と思われる課題について4点述べたいと思います。

1点目は、11ページの医師調査で、適用水準について無回答が36%ありますが、これは恐らく自分自身の適用水準を知らないということを意味していると思います。

また、44ページでは、労働と自己研鑽の考え方において、不満である医師の割合がいまだ多いこと、45ページには、宿日直許可について一部に理解していない医師が存在するなど、やはりまだ制度の理解が医師全体に広がっていない状況が見受けられますので、この点においては、国からも改めて各医療機関に自院の医師への制度の周知を図るように促す措置を取っていただくことを要望したいと思います。

2点目は、宿日直許可を取得していない日当直業務のある医師は、日当直時間が全て時間外労働となるため、どうしても時間外労働の時間が多くなる傾向にあると思います。

診療科別で産婦人科や救急科、適用水準ベースでは連携B及びB水準の医師の労働時間が多いですが、その要因として宿日直許可の有無が大きく影響している可能性が高いと思われますが、その点について今回の調査で、もし明らかになるのであればお願いしたいと思いますし、その結果をもって、宿日直許可を取得していない日当直をしている医師に対するさらなる対策を今後考えていくことが重要になると思います。

3点目はタスク・シフトです。

30ページに示されていますように、タスク・シフトは順調に進んでいると思われますが、一方で、今後、看護師をはじめとして、医療従事者の確保が困難となってきた状況において、医師から看護師等の他職種へのタスク・シフトは、ある意味限界に来ているように思われます。

今後は、ICTやAIを活用した業務の効率化や勤務環境の改善などを積極的に進めるべきであると思います。

そして、ICT等の導入のメリットを生かすためには、今回の診療報酬改定で一部進みましたが、人員配置基準や専従要件の緩和をさらに推し進めること、また、ICT導入などに係る補助金や診療報酬での財政的支援を継続することもお願いしたいと思います。

例えば、診療報酬での地域医療体制確保加算は医師の勤務環境、処遇改善には絶対必要な加算であり、91ページに示されていますが、届出をしている医療機関では時間外労働時間が減少傾向にあるとの結果もありますので、この加算については、少なくとも働き方改革の目標終了年限である2036年3月までは、ぜひ継続していただくようお願いしたいと思います。

最後、4点目C水準ですが、96ページの臨床研修医の意識調査では、本人の興味等に応じて残って修練を積みたいと回答した割合が多く、また、98ページには、研修医の時間外労働と臨床能力の関連性を評価した研究では、時間外労働が960から1,200時間の集団は能力が最も高いという結果があります。

一方で、C-1水準を適用している医療機関は少ない現実でありますので、臨床研修医に適用するC-1水準については、1,860という時間の上限などの制度の見直しも含め、臨床研修医の修練と勤務環境のバランスを考えて適切に運用されるような対策を今後考えていく必要があると思います。

あと、C-2水準についても、本来C-2水準で申請すべき医療機関や医師が、Bまた連携Bで申請していることが多いという現実があると思います。

その原因として、C-2水準の制度の理解が進んでいないことや申請の煩雑さがあると思いますので、今後、Bまたは連携Bの特例水準が解消される時期に合わせて、C-2水準を申請することを考える医療機関が多くなるのではないかと考えられますが、やはりなるべく早い時期にC-2水準の基準の見直しを含めて、この制度が適切に運用される対策を立てる必要があると考えます。

以上です。

○小塩座長 どうもありがとうございました。

4点御指摘がありましたけれども、事務局から何かリプライする点はございますでしょうか。

○和泉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。

全体として宿題の部分もあると思いますので、少し精査をさせていただきたいと思えますし、データの御要望があったかと思うのですが、宿日直許可等、出せるかどうかを含めて少し調査を精査させていただいて、出せない場合は、今後、引き続きフォローしていく必要があるという意味だと思うのですが、そこも含めてやっていきたいと思いました。

いずれも宿題というか、検討の方向性として今後の議論に資するように整理をさせていただきたいと思っております。

一旦以上でございます。

○小塩座長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでしょうか。

それでは、長野構成員、お願いいたします。

○長野構成員 ヘルスケア労協の副会長の長野でございます。

私からは3つの点につきまして、医療現場で働く者として、働く仲間からの声と実感を含めて意見を申し上げたいと思います。

まず、1つ目、働き方改革の現状と課題についてです。資料の2－1の12ページ以降、実態調査の結果を見ても全般的に確実に労働時間は縮減していると受け止めております。

ただ一方で、24ページから25ページを見ると、大学病院を中心に若手医師が働き方改革の進捗を十分に実感できていませんし、また、31ページでは、タスク・シフト、タスク・シェアが進んでいるとの回答は3割にとどまるという課題が見られます。

特に、タスク・シフト、タスク・シェアについては、私たちの現場でも確かに進んでいて、81ページにも成功事例が記載されておりますが、「単に看護師など、他の医療従事者の負担が増えただけ」という声や、「看護師の特定医療行為研修修了者が想定ほど増えておらず、医師の業務分担はあまり進んでいない」という声も上がっているところです。

病院全体で、業務全体の見直しと負担軽減に向けたICT等の活用を含めた業務効率化、そして、他職種によるチーム医療の推進とセットで取り組むことが非常に重要です。医師だけでなく、医療現場全体の働き方改革をさらに前進させるという観点から、今後の取組の在り方を検討していくべきではないかと思っております。

2点目は、財政的な支援についてです。物価高対策、賃上げ支援を含めた診療報酬改定がなされたばかりですけれども、地域の医療機関の経営状態は厳しさを増しております。慢性的な人手不足を解消するためには、医師のみならず、医療従事者が全体の勤務環境改善と、継続的な処遇改善が欠かせないということは強調しておきたいと思います。

加えて、今次改定において医師の働き方改革や業務負担軽減を推進する観点での加算も一部拡充されておまして、90ページに記載された地域医療体制確保加算のように、時間外・休日労働の段階的な縮減を評価する仕組みの整備と活用、都道府県による地域医療介護総合確保基金の効果的な活用に向けたさらなる周知など、国として、医療機関の取組を財政的に後押しすることが重要と考えております。

3つ目は、C水準についてです。2036年以降も残るC水準ですけれども、臨床研修・専攻医の研修、高度技能の習得が目的ですけれども、医師の命と健康を守る観点からすれば、年1,860時間の時間外労働という長時間労働を将来にわたって容認すべきなのか疑問を持っています。C水準はあくまで移行、猶予的なものと明確に位置づけて、連携B、B水準と同様に計画的・段階的に縮減していく道筋について、ぜひ本討議会で検討すべきではないかと考えております。

その上で、C－2水準の対象技能について、106ページの学会のアンケート結果で、先ほど説明にもございましたが、「地域医療の維持を目的に必要」、「医師不足の地域では重要」といった理由が散見されることから、制度趣旨の誤認が生じている可能性があると思

います。

今後は、C-2の対象技能の考え方を堅持した上で、112ページの「今後の対応」に記載されたとおり、学会や医療機関に制度の趣旨を正しく周知するとともに、その適正な運用に取り組んでいただきたいと思います。

なお、107ページから108ページには、各学会がC-2の対象技能として想定されるものが掲げられておりますけれども、あくまでこれは個別審査の上で、対象技能に該当するか否か判断するものでありますので、C-2水準が抜け道として濫用されることのないよう、制度趣旨に則った厳格な審査を引き続きお願いしたいと思っています。

私からは以上になります。

○小塩座長 ありがとうございます。

広範囲にわたる御意見を頂戴いたしました。特にC-2について踏み込んだ御議論をいただきました。

よろしいですか、事務局、お願いいたします。

○和泉医師等医療従事者働き方改革推進室長 事務局でございます。

こちらも宿題というか、今後議論させていただければと思っています。C-2水準は、御指摘のとおりとっておりますが、統括委員会の御議論、長野構成員もいらっしゃったと思いますので、少し触れさせていただくと、おっしゃるとおり、制度の周知をしっかりとやっていかなくてはいけないというところは、学会の体制もどんどん変わっていくところがございますので、やはり周知を続けることが重要だという御議論もあったとっております。

その上で、統括委員会の御議論の中で、やはり、現場を担っていただいている医師の先生方と、高度な技能を持つといった方と、実際、地域医療を担っていただく方は、実際同じであるところでもありますので、やはり地域医療に従事しながら修練をやるというところの中でどうしても長くなってしまう、こういったところが、多分学会の思いにも出てきたところはあると思っていまして、いずれにしても、しっかり制度を御理解いただいて、適切に運用していただくと、この適切にが重要だと思っていますので、これについては、よく整理をしまして、今後検討させていただきたいと思っています。

1点だけですが、コメントをさせていただきます。

○小塩座長 ありがとうございます。

それでは、濱口構成員、お願いいたします。

○濱口構成員 日本医師会の濱口でございます。

この論点整理の中の、医療機関における勤務時間の短縮に関する事項の部分、そして、C水準のことについて、コメントをさせていただきます。

御存じのように、日本医師会は、国が指定する評価センターを担っております。今まで医療機関における労働時間の短縮に向けた取組を今までやってきて、その業務を通じて見えてきたことに関して、説明をします。

評価項目および評価基準のストラクチャー部分については、医療法によりシステム等を導入して労務管理することが法文に明記されたことで、施行前より医療機関の労務管理の状況が整備されてきていると感じているところです。

また、医師の健康確保措置として、宿日直の確保あるいは勤務間インターバルの対応、面接指導の実施体制等の実施プロセスも整ってきております。

そのことにより、労働時間の管理、タスク・シフト/シェアなどの対応の結果が、2024年度以降のアウトカム項目に数値として表われておりまして、医師の働き方改革による労働時間の縮減が進んでいるとは思われます。

また、今後の都道府県における支援に関してですが、労働時間数という点においては、確かに働き方改革は進んでおりますが、今回お示しされた資料にあります勤改センターの人員体制等から把握できる各都道府県の状況、あるいは各医療機関の状況をクローズアップし、改善していない部分あるいは何が改善の障壁になっているかどうかは、もっと探るべきだと考えております。

また、地域医療への影響を可能な限り抑えて、医療の質を担保しつつ労働時間を短縮することが重要ですので、やはり、それぞれの都道府県、医療機関でどのような影響が生じているかというのを把握すべきだと思います。

また、評価センターを受審する医療機関数は年々減少すると見込まれ、都道府県で把握できる数に収れんしていくと思われますので、都道府県から域内の特定労務管理対象機関への支援の取組も、強化していただきたいと考えているところです。

また、C水準についてですが、医療の現場からは技能を習得するため一定の時間数を働きたいという意見を若手医師からもらう機会も多いです。それを踏まえると、研修医の働き方に関しては、再考の余地があると考えているところです。

これは、現在の制度設計がベースになりますが、より働きたい医師が働けるような仕組みを講じることがよいのではないか、その際、面接指導体制を含めて、健康管理措置を強化してあげることがよいのではないか。もちろん、上司の指示ということではなくて、あくまでも自発的に働きたいということが前提でございます。

また、C-2水準に関する学会アンケートを見ると、理解度が低いように感じますので、定期的に反復して、制度を周知説明する必要があると感じるところです。また、医療機関や医師へのヒアリングで申請が煩雑であるという意見も多かった点については、何らかの形で簡略化等の対策を講ずべきだと感じるところでございます。

また、先ほどの統計にありましたように、研修医を含む若手の医師については、現状では、ある程度労働時間を削減できたとしても、中堅以上の医師の長時間労働を改善するための全ての年齢層に対しての働き方改革を浸透させなければ、結局は、中堅クラスの年代の医師ばかりに労働時間削減のしわ寄せが行くことになるということも併せて考えるべきではないかと考えるところです。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございました。

働き方改革、それからC-2の在り方について、具体的な御提言もいただきました。よろしいでしょうか。

それでは、続きまして、菅村構成員、お願いします。

○菅村構成員 ありがとうございます。連合の菅村です。

私からは、大きく3点の意見を申し上げたいと思います。

まず、1点目、現状の受け止めと今後の方向性についてです。医師の働き方改革がスタートして2年以上が経過し、本日御紹介いただいた調査の結果などを見ると、着実に取組は進んでいるものと認識しております。

資料の13ページの診療科別で見ると、外科や産婦人科、救急科などは、いまだに約4人に1人の方が週60時間以上ではあるとの結果が出ておりますけれども、12ページを見ると、全体的な傾向として労働時間が大きく減少しているということは、この間の各医療機関の労使をはじめとした働き方改革の取組の御尽力による成果と受け止めております。

一方、昨年の調査結果でも、計算上は年1,860時間を超える週80時間以上の医師がゼロではないという点については懸念を持っております。

その上で、これからの課題としましては、B水準、連携B水準からA水準への円滑な移行を進め、予定どおり2035年度末での廃止を確実に実現することが重要と思っております。そのためにも調査の結果や現場実態を踏まえつつ、可能な限り短縮目標ラインは下げていく方向で検討すべきではないかと考えております。

さらに、A水準につきましても、実態の把握と一層の改善も重要ではないかと思っております。A水準は年960時間で、一般労働者の上限規制よりも大幅に長い時間数であることからすると、早期の一般則への移行も見据えた検討が必要ではないかと考えております。

2点目は、労働時間の適正な把握に関してです。資料の37ページにございますけれども、労働時間の客観的な把握方法への移行は進んでいると認識しております。

一方、労働時間と自己研鑽の区分けについては、6割以上の医療機関で明確化できていないということが43ページの資料でも示され、また、約半数の医師の方が不満を抱えており、自己研鑽を労働とみなすべきと回答していると認識しております。

医師の働き方改革が実効性あるものとなるか否かは、労働時間から除外される自己研鑽の区分けの明確化や、宿日直許可の適切な運用にかかっていると考えております。現場での研鑽と労働時間の区分けや、宿日直許可に係る実際の運用について、その適否の判断を各医療機関任せにせず、都道府県による定期的なモニタリングを通じて改善を図る仕組みを整備すべきではないかと考えております。また、不適切な運用が見られる場合には、労基署による厳格な指導監督もお願いします。

最後3点目、さらなる取組の推進に向けた体制整備についてです。勤改センターの職員の配置状況などが59ページ以降に示されておりますけれども、数値などを見ると都道府県ごとにばらつきがあり、66ページの利用状況を見ても、病床規模別に大きな開きがあると

認識しております。

今国会で成立いたしました健康保険法等改正法をてことしまして、必要な予算の確保を含めて、勤改センターの機能と体制強化を進めていただき、都道府県による医療機関の支援強化を図るべきではないかと考えております。

私からは以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

菅村構成員からも3点、課題を御指摘いただきました。特に2点目の自己研鑽と、普通の勤務との線引きというのは、私も、こういう仕事ですので、どこまでが仕事で、どこまでが自分の興味なのか線引きが難しいのですが、医師の場合は、それは非常に大変だと思います。それについて何か、制度的な整理という点で、何か事務局から御発言はありますでしょうか。

○玉田医療労働企画官 ありがとうございます。事務局でございます。

自己研鑽につきましては、まさに医師のところは非常に難しいということで、令和になりましても整理をしているところでございますけれども、特に、アンケート結果を菅村構成員から御指摘いただいたように、医療機関の中でしっかりと御理解をいただく、管理者と医師の方がしっかりと認識を共有していただくということの取組が必要だと考えております。しっかりとコミュニケーションを取っていただくということを、我々としても推進していきたいと考えてございます。

特に勤改センターの活動を見ると、労働時間の管理については、かなり支援をしているということになっている一方、自己研鑽の項目が上位のほうになかなか入ってきておらず、実績が少ないのかなというところが見て取れましたので、勤改センターでのしっかりとした支援ができていくといいのかなと思っております。

菅村構成員から御指摘いただきましたように、まずは、運用をしっかりとした上で、結果として労働時間が減っていくと、そのように取り組ませていただければと思います。ありがとうございます。

○小塩座長 ありがとうございます。

それでは、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。北里大学の堤でございます。

私は、先ほど御紹介いただきました専攻医等の意識調査等に関連して、少し意見を述べたいと思います。

24ページにありますように、見直しが必要と考えている割合が一定程度あるということであったり、また、27ページでは、働き方改革の関連の制度に関する理解について、項目によってばらつきがあったということに関連することですが、この見直しが必要と考えているという部分に関して、どういう内容を見直したらいいのかという、そういう具体的なことが聞かれているかどうかというのは、確認をさせていただいてとは思っているのですが、そういう部分が分かってくると、具体的な課題から介入に入れるのではないかと

など考えているところが1点でございます。

先ほど御紹介があったように、C水準に関連しても、医師個人のモチベーションはとても大切にしたい部分はあるのですけれども、決してそれは長時間で研修をすると考えてもらいたくはないような部分がありまして、その辺りは制度の理解であるとか、そういうところが分かっていないのか、それとも、もっとテクニカルな部分で、現場で齟齬があるのかといったところは整理ができると、いろいろな対策が、また具体的になるのではないかと考えているところでございます。

そして、それに関連することですけれども、最近いろいろなところで産業保健関係の学会とかに出ておりますと非常に好事例が出てきているようにも思っていて、そういう事例であるとか、学会関係の勉強会を出しているようなものというのは、教育にも使えるのではないかと思いますので、そういう面でも、学会を使っていただくというのが1つあるかなと考えています。

私のほうからは、以上でございます。

○小塩座長 ただいま、堤構成員から御質問がございました。24ページのところ、アンケート調査の結果で見直しというのがございますが、この具体的な内容というのが、アンケート調査から分かるかという御質問ですが、いかがですか。

○和泉医師等医療従事者働き方改革推進室長 堤構成員、ありがとうございます。

実は、資料の最後の2-3のほうに調査概要を記載しているのですが、1万2,000人ぐらいの回答でございまして、結論といたしまして、具体的に何を直すというのは取っていないところがございます。

他方で、これは、いろいろなクロス集計ができますので、例えば、進捗が悪いところで課題があるのかとか、先ほどの自己研鑽区分とか、いろいろなところで、組み直してみれば、どこが課題かというところは、少し整理ができる可能性はあると思いますので、そこは、先生の御指摘を踏まえて、今後解析できるかというところは検討させていただきたいと思っております。

自由記載もあるのでございますけれども、いろいろな意見がございまして、どこまで整理できるか分かりませんが、一旦そういったデータの整理等をするというところと、おっしゃるとおり意欲というところは、今回出させていただいたのですけれども、まさに健康確保が前提であるというのは、この議論の出発点でございますし、かつ効率的に研修をしていただくという点、それから、今、お知恵をいただきました産業保健でのよい事例、いろいろなものを組み合わせて、ありようを今後詰めていきたいと思っておりますので御意見として承って、今後、議論をさせていただければと思っております。

○小塩座長 よろしいですか。

○堤構成員 ありがとうございます。

本当にいろいろな水準が重なっていると思いますので、そういう解析をしていただきますとありがたいと思います。よろしくお願いいたします。

○小塩座長　ありがとうございました。

オンラインで前田構成員、お手が挙がっておりますので、よろしくお願いいたします。

○前田構成員　前田です。

まず、現状の分析ですけれども、AJMCの調査でも連携B水準が減少しています。働き方改革は一定程度進んでいるのではないかと考えていますけれども、病院勤務医の診療労働時間は週平均1.3時間伸びているという、そういう結果も出ています。これは、病院経営が、最近非常に悪化していますけれども、診療圧力が高まっているのではないかなと思っています。

大学病院は、患者さんを集めたり、それから、より多くの患者さんを診るということが可能であるために、実際に診療時間が延びているのではないかなと思っています。これは、医師の働き方推進のブレーキになっている、1つの要因ではないかなと理解しています。

それから、診療圧力は中堅の医師にかかっているのですけれども、一方、若手の医師がもっと残って勤務したいという評価が出ているというのに少し驚きましたけれども、若手はプロフェッショナルとして成立する重要な時期ですので、一律病院に残るのを原則禁止とか、これは少し緩める方向もあっていいのではないかなと思いました。中堅に偏っている診療圧力の改善にも寄与するかもしれないと考えています。

それから、医師の働き方改革の対策として、ICTは非常に効果的と思っていますけれども、まだまだその効果が出るには不十分というか、もう少し時間がたつてくるとその効果が実際に現れてくるのではないかと思いますけれども、導入コストあるいは維持に非常にコストがかかりますので、その補助が重要ではないかと考えています。

それから、医師の働き方改革で、やはり医療現場というのは労働集約型ですので、タスク・シフトはやはり重要な働き方改革になると思っています。

大学病院は、非常に外来に立つ医師も多いですし、医師事務作業補助者とか、あるいは心理士だとか多職種が非常にサポートになりますので重要ですが、これを雇うとなるとコストが問題になってきますので、そこも補助が必要かなと思っています。

補助の観点から言いますと、地域医療体制確保加算、これは非常に助かっていますし、大変評価しています。

一方で、地域医療介護総合確保基金、これは県の財政状況が因子として絡むのは明らかでして、県の交付額一覧にあるように、ほぼゼロから数十億円と、非常に大きな開きがありますので、こういう大きな差が出ないような仕組みを考えていただければと考えています。

以上です。

○小塩座長　ありがとうございました。

特に大学病院につきまして、ICTとか、タスク・シフトへのサポートも必要ではないかと。それから、加算の在り方についても御意見をいただきましたが、事務局いかがでしょうか。

○和泉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。

この検討会で全部できるか、いろいろありますが、重要な論点でございますので、改めて施策全体を見ながらどう進めていけるかといったところは整理していきたいと思っております。

金銭的なところは、様々な施策で合わせてやっているところもございますので、この働き方改革の中で、どこまでできるのかというところは、少し事務局で預かって整理をさせていただければと思います。

以上でございます。

○小塩座長　ありがとうございます。

ほかは、よろしいでしょうか、それでは、家保構成員、お願いいたします。

○家保構成員　全国衛生部長会の家保です。

都道府県は実際の実務を担っておりまして、58ページにあるように、令和6年で460の特定労務管理対象機関を認定しております。3年が経過して、これから年度の後半に、更新に向けた実務が始まってくるということで、正直、どきどきしている部分もございます。

と申しますのは、都道府県によって対象となる数が全然違います。当県のように、5つぐらいしかなくて、ふだんからよく分かっているところと、大都市圏のようにすさまじい数があるところと全然違っております。それから、今後実績として、勤務時間の短縮の効果が出てきたときに、それをどのように考えるのかということについても、今後の指導の部分もございますので、そういう点について、国や、医師会の先生方等も含めていろいろな意見交換をしながら進めていきたいと思っております。

あと、タスク・シフトの関係で、国から業務効率化・職場環境改善支援事業補助金が今回出てまいりました。今、各都道府県に補助申請がなされ、審査しております。医師の関係では、文書のAIによるサマリーなどをできるだけ省力化する、それを見てチェックだけするという形での時間の節減とかというのがかなり出ております。

それ以外にも、看護師関係では見守りセンサーの要望とか、後は基金の区分Ⅳで新たに対応していくところで、かなりの補助申請がございます。多分、今年度だけではなく今後とも続くと思いますのでぜひとも予算の確保、お願いしたいと現場としては思っております。

それから、勤改センターについても同様でございます。今回人員を出していただきました。

ただ、小さな都道府県で言いますと、今回の特定労務管理対象機関というのは、比較的大きな規模ですので、初回の申請の際には、結構、事務手続きなど御相談はあるのでしょうかとも一定軌道に乗ると、そんなに事務方のほうもしっかりされていますので、問題はないかとは思いますが。実際、今、相談に乗っているのは、割と中小規模の医療機関で、医師自体もそうですけれども、看護師確保に向けた環境改善とか、医師の働き方とは違う部分での勤改センターの役割というのが出てまいっていますので、ぜひともその辺りも含めた上での取組とか現状を把握していただけるとありがたいと思います。

多分、今後、2040年に向けて、都道府県格差の状況が変わってきます。地域の状況に応じた支援というのを、ぜひとも考えていただきたいというのがお願いでございます。

以上でございます。

○小塩座長 ありがとうございます。

家保構成員からは、特定労務管理対象機関、それから、勤改センターについて地域差がかなりありますから、きめの細かい対応が必要であるという御指摘がありました。それについてよろしいでしょうか。

事務局から何かありますか。

○和泉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。

今日は、あまり地域差というところは着目できなかったところでございますので、もしよろしければ、ぜひ、家保構成員にも都道府県の状況等も聞きながら、今後、議論を充実させていきたいと思ひまして、幾つか地域医療の調査をさせていただいたところはございますけれども、これを県の皆さんにフィードバックすることもそうではあります、どうやったら地域の実情に応じた対応になるかというところは、ぜひこの検討会で議論させていただければと思っております。

○小塩座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。ほかに、それでは、馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 日本医療法人協会の馬場でございます。私からは、3つ意見を言わせてください。

1つ目です。病院経営の非常に厳しい状況にあることが、医師の働き方改革に影響を与えないかどうかという懸念なのですけれども、本当にここまでは、2年あまり過ぎていますけれども、まずまず本当に順調に来ているなど思っているのですけれども、病院は御存じのように本当に非常に経営状況が厳しい。そういう経営状況の危機が、過度の負担を勤務医のほうに今後与えていかないかどうかということについては、注視していかないといけないのではないかなと思っております。

経営危機ということで言うと、今回診療報酬改定3.09%、たくさん上げていただいたのですけれども、正直言うと全然足りないという感じで、物価がどんどん上がっている、人件費もアップしないといけないということで大変です。例えば、救急ということ1つ取ってみても、昨年度補助金を救急の件数でいただいたということ、あるいは今回の診療報酬改定でも救急件数というのがかなり大きなキーになっているということで、大学病院とか三次救急を持つ地域の急性期の拠点病院が、少なくとも大阪など都市部においては、必要以上にその経営を改善するために、高齢者救急を含む救急搬送を断らず全て引き受けるような指示が経営陣から出ているように聞いているケースが、結構多く見られるように私個人は感じています。

本来は、この新しい地域医療構想では、医療機関の役割分担というのが非常に重要で、高齢者救急が必要以上に急性期拠点病院や大学病院に集中しないように、求めていこうと

しているにもかかわらず、経営上の理論が優先されているようなケースもあるように思います。

ここまで比較的順調に進んできた医師の働き方改革が、一部の地域や病院では、今後悪い方向に変化し、勤務医に過度の肉体的、心理的負担がかかる危険性がないかどうかということも、本検討会でも注視していく必要があると思いますし、もちろん、これはこの検討会とは関係ないですけれども、新しい地域医療構想の議論の場でも、病院間の役割分担については、議論を急いでいただきたいと思います。

それと、病院の経営危機というのは、お金の問題だけではないのです。人が足りない、人材不足ということも非常に問題になっていて、私個人は、やはり医師の勤務量削減ということはICTの活用とかもありますけれども、やはり現時点での本丸は他職種へのタスク・シフト/シェアだと思っています。

そういう意味で、医師以外の職種、本当に事務職も含めて、他産業への流出ということが非常に顕著になっていますし、そもそも医療界への志望が減っているという状況の中で、タスク・シフト/シェアを、本当にそれどころではないという病院が今後増えてくる可能性はあると思いますので、やはりその辺の対策もきっちり練っていく必要があるのではないかなと思っています。

以上が1つ目で、2つ目です。

2つ目は、勤改センターのことなのですが、62ページを見ていただくと、やはり医業経営アドバイザーの配置というのは、本当に都道府県によってばらばら感があって、私、大阪府の勤改センターのセンター長をしていますので、感じるころはあるのですが、大阪においては、医業経営アドバイザーは、結構数がいます。やはり医業経営アドバイザーと、労務管理のアドバイザーが、本当にタッグを組むことによって、本当に相乗効果があらわれます。だから少なくとも私が見る限り大阪の勤改センターの医業経営アドバイザーは、労務管理にも長けているし、そして、医療労務管理アドバイザー即ち社労士さんたちも、本当に医療経営のことをよく勉強していると思います。これは、やはりチームを組んで、お互いにオフの時間も含めて、やはり話し合うということがいい影響を与えていると思います。ゼロとか1とかの登録者の都道府県に関しては、やはり厚労省が介入してでも、都道府県の医師会あるいは病院団体等と協力して、何とかこの医業経営アドバイザーの確保ということをすべきではないのかなと思っています。

3つ目は、今後の行程のことなのですが、今後、2036年3月、B水準、連携B水準の廃止目標に向けて検討していくことになると思うのですが、やはり新しい地域医療構想でも触れられているように、大学病院の医師派遣機能ということを考えたときには、特に連携B水準の廃止行程に関しては、慎重に議論をしていただくべきだと思います。

以上、3点、よろしくお願いいたします。

○小塩座長　ありがとうございました。

馬場構成員からも、3点、重要な御指摘をいただきました。その中で私自身も少し気になるところがあります。地域医療構想の在り方と、この働き方改革の関連性を、ここで議論するのですか、あるいはほかのところと連携しながら議論していくのでしょうか、その辺がちょっと分からないので、もしよろしければ説明していただけますでしょうか。

○和泉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。

地域医療構想は、多分、先生方も御存じのとおり、一定の取りまとめをした上で、ガイドラインも先日、医政局からお出しをさせていただいていると思います。

この方向性自体は、御議論いただいた上で出させていただいたところでございまして、進捗や、どう進んでいくかというところは、引き続き、私どもはしっかり見ていく必要があると思いますし、必要に応じてフィードバックをぜひこの場でもさせていただきたいと思いますが、制度そのものは現時点でガイドラインとして形にはなったと思いますので、その中でどうやっていくかというところはあるのだろうと思っておりますが、恐らく働き方の1つのゴールである2036年というところに、かなり近い線表が構想のほうでも引かれていますので、医療提供体制とこの働き方は一体だとは思っておりますので、そういった形で相互にフィードバックするような議論ができるような対応を私ども事務局のほうでは、考えさせていただきたいと思いますが、制度そのものを考えるという場には、ここはならないのかなと思っております。

○小塩座長 ほかにいかがでしょうか。

それでは、城守構成員、お願いいたします。

○城守構成員 ありがとうございます。

先ほど濱口構成員も御説明をしていますが、日本医師会では、医療機関勤務環境評価センターの委託を受けておりますので、それも踏まえた上で、今回3点ほど、私のほうからもコメントさせていただきたいと思います。

今回、厚労省から提示いただいた、いわゆる10万人調査の結果を見ても、年齢別、性別等や勤務先も含め、どのカテゴリーにおいても労働時間は縮減傾向にあることは確かにそのとおりでろうと思っておりますし、その他の様々な研究とか、提示いただいた調査結果を見ても、働き方改革は一定程度進んできていると見て取れるかなと思います。

ただし、このデータを見ていると、一定程度、長時間労働を余儀なくされる、いわゆる1,860時間に近いようなドクターがおられる医療機関があると、それは、その地域においての特徴があるのかもしれませんが、そういうことが認められるということも、本日の御提示いただいた資料からは類推できるかなと思います。

資料2-2にて、論点を何点か挙げていただき、これに基づいてお話をいろいろ伺っていたわけですが、やはりこの論点ごとの整理に沿って全体的な長時間労働の縮減に取り組むことは大事ですし、重要だと思います。しかしながら、それとともに、先ほど言いましたように、長時間労働が残っている、いわゆる働き方改革がうまく進んでいない医療機関、また、その地域というものがあるわけですから、それにフォーカスを当てて、何に起因し

てそのようになっているのか、それは地域も医療機関も同じだと思うのですが、そういうことへの対応、そして、それに対しての支援をしていただくということが重要になるのではないかと思います。それは、本日いただいた論点を横断的に見ていくことにもなるかと思います。

例えば、医療機関ですと、先ほどからお話が出ていますように、医師不足については、その医療機関自身の医療需要に対応できないということなのか、それとも、地域の医療機関が統廃合されたり閉院されたりして医療需要が急速に増加した結果なのか、さらには、その医療機関の診療体制に問題があったりしているのか。

そして、管理者、特に病院長等のマネジメント研修の受講者は少しずつ増えているようですが、やはり管理者の働き方改革に関しての御理解というものが極めて重要になってきますので、資料では病院長等と書いてありますが、できればトップの方のマネジメント研修を、さらに充実していただければと思います。

そういうこともありますので、これらのようなことに対しては、先ほどからいろいろな方の御意見も出ておりますが、働き方改革がうまくいっていないとされる医療機関に関するデータは、各都道府県が持っているわけですから、そのデータを勤改センターと共有していただき、そのデータに基づいて、勤改センターはたしかその各医療機関に出向くことができる、ないしは各医療機関から要請があった場合には動けると、それ以外は自発的に動くということがなかなかできないともお聞きしておりますが、そういう形で都道府県行政が勤改センターにしっかりと情報共有したうえで、勤改センターは都道府県から要請を受けたら、各医療機関に対しての課題にしっかりと支援していただくと。

そのためには、先ほどからいろいろ御意見が出ていますが、都道府県によって勤改センターの人員体制が非常に弱い、特に医療労務管理者の方があまりおられないということがありますので、その辺りは、予算も含めて国にはしっかりと要望をしていきたいと思っております。

2点目ですが、医師の働き方改革の制度の再周知です。先ほどからいろいろお話が出ていますように、例えばC-2においてもそうですし、さらには、本日の27ページの資料にありますように、このアンケートの結果を見ると、臨床研修医の先生方は、やはり制度に対しての御理解が比較的少ない。一方、このプログラム責任者の先生方はプログラムをつくることによって、時間配分ということも考えなければいけないですから、制度を理解せざるを得ないところだろうと思いますが、もう一つその上の、トップの病院長ないしは管理者の方は本当に理解されているのかどうかということもあろうと思います。引き続き、制度の再周知を、いろいろな方策を重ねてしていただければと思います。

最後、もう一点です。働き方改革制度が、いろいろな意味において、うまく機能していくかどうかという1つの肝は、皆さんも少しおっしゃっておられたかもしれませんが、やはり面接指導実施体制です。各医療機関において、これがうまく制度設計されているのか、そして、それが本当にうまく運用できているのかどうかということです。

ですから、そういう意味において面接指導のチェック体制は、毎年立入検査で行われることになると思いますので、そこにおいて、特にどういう点をチェックして見ていけばいいかということを、厚労省のほうから各都道府県の立入検査をする方々に対して指導をしていただくとともに、人員体制の充実をしていただければと思います。

少なくとも面接指導をしっかりすることによって、そのドクターが過労になっているかどうか、かなり把握できますし、それは、とりもなおさず、この制度において、これがうまく機能していくのかどうかということの1つの指標にもなりますので、その点お願いしたいと思います。

私からは以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

働き方改革をより確実に進めていくために、介入の仕方というのですかね、より実効性のある問題点の析出、それから指導の在り方を考えるべきだという御見解がありましたが、それは、よろしいですか。

○和泉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。

今日は概略的なのというか、全体のデータが中心でございましたので、御指摘いただいたとおり、あるいはほかの構成員からも御指摘をいただきましたが、やはり地域ごとの状況みたいなところは非常に重要だという御指摘だと思ひまして、ぜひ、データとしてどのようなものが出せるか整理をしながら、地域の課題をどう抽出していくかということについて、一定の御回答ができるように準備をしたいなと思いますし、周知あるいは面接指導の体制といったところも、今般、少しデータをお出ししましたが、引き続き、この検討会でぜひ考えさせていただければと思ってございます。

以上でございます。

○小塩座長 ありがとうございます。

オンラインで、森構成員が、先ほどからお手を挙げていらっしゃるようです。大変失礼いたしました。お待たせいたしました、森構成員、お願いいたします。

○森構成員 よろしく申し上げます。

少し通信状況が悪いので大変申し訳ないのですが、まず、全体的には労働時間が減っているということで、これは行政と当事者の双方の努力の結果だろうと評価したいと思います。

何名かの構成員の方が御指摘いただきましたけれども、その一方で、一定程度の方が長時間勤務を続けているということで、この理由あるいはその解析というのが今後必須だろうと考えます。

私自身C-2水準の厚労省の班会議を担当させていただいていますので、その観点でお話ししますと、これも先ほど来の多くの先生方、構成員の方が御指摘されていましたが、C-2水準の枠組みの中に地域医療の維持というところが入っているアンケート結果が、かなり見られます。要するに、制度自体の理解が十分ではないというところだと思います。

いますので、この辺は、改めて制度を認識して、十分理解してもらうような工夫が必要かなと思います。

あと、C-2の当事者の方々にアンケートをずっとやって、オンラインを通じてあるいは直接面談してのヒアリングも行っていますけれども、その中で多く見られた意見として、労働と研鑽の区分というのが、やはり問題だということが挙げられております。

研鑽につきましては、上司の命令があるかどうかということが1つの基準だと考えていますけれども、この上司の命令か否かというところの、この上司に相当する方々が施設によって意見が異なっているということも見受けられると思いますので、この辺をどうするかということを、やはりしっかり考えないと、各施設任せでは十分ではないだろうと思っています。

国立大学と私立大学でも、かなり意見の相違があるように思うのですが、やはり経営に直結するようなところでは、できるだけ研鑽を労働時間に含めないという、そういう考えの先生方も多くおられるのも事実ですので、この辺、難しい問題がありますけれども、ぜひ全国的な意見統一、方向性を同じくするような努力をしていただきたいなと思っています。

それから、私はアカデミアの立場として1つだけ申し上げますと、今回労働時間短縮というのが、とにかく大きい課題で、それから医師の健康確保というのが、最後の命題だと思いますけれども、一方で、どうしても研究に取られる時間が削減される、減っていくということが、これは、以前から指摘されております。ですので、文科省の先生方もおられるということですので、ぜひ医師の働き方のアンケートと同時に、例えば業績、英語論文の出版数とか、アカデミアの活動というもののアンケートというのも同時に行っていると思いますので、その辺のデータも併せて出していただいて、やはり日本の研究力が落ちないような方向、労働時間の短縮とともに、それに伴って、むしろ業績も増えているといういい方向性に向かうべく、情報を共有しながらディスカッションを進めるのがよいかなと思いますので、よろしく願いしたいと思います。

以上です。

○小塩座長 森構成員、どうもありがとうございました。

森構成員からもC-2で研鑽と、それから勤務との線引きをどうするかという点を、できれば明らかに、全国で共通の基準があればという御指摘がありました。

それと、もう一つ業績の評価についてどのように考えるかという御意見がありましたけれども、これについては、いかがでしょうか、文科省の担当の早川さん、もし、コメントがございましたら。

○早川医学教育課大学病院支援室長 文科省医学教育課の大学病院担当をしております、早川と申します。よろしくお願いいたします。

先ほど先生がおっしゃったとおり、やはり大学ですので、適正な労働環境を整備することと、当然ながら質の高い医療を提供し続けるということは大変重要だと思っています。

ます。

一方で、やはり教育研究機能というのをも併せて維持していく、または伸ばしていくということが大変重要だと思っております、先ほど資料の説明でいただきました大学病院機能強化推進事業というものもその一環として行わせていただいているものと考えております。

先ほどの業績、研究時間、研究成果の件ですけれども、この検討会のスコープとすることかということとは、厚生労働省の担当の方とも連携して精査させていただければと思いますので、よろしくお願いします。

○小塩座長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでしょうか

それでは、野原構成員、お願いいたします。

○野原構成員 野原でございます。ありがとうございます。

もう既にいろいろ先生方からお話が出ているかと思うのですが、医師への周知ということについて、医学部の学生に、私は大学におりますので講義はしておりますが、4年生の学生に講義をする大学が多いのではないかなと思っております、2024年の4年生に教えていて、2024年は5年生と6年生にもなるべくお話をしたのですけれども、その学年が、今、ようやく2024年に話を聞いた子が2026年ということなので、これから現場に出ていく医師となる学生たちは、学生のときにきちんと教育は一旦受けていると。

それで、私たちが話した時点では、かなり素直に、そういうことができたのだというのを強く感じていて、現場もそう変わっていると信じて現場に向かっていくという状況があります。

ただ、少し上の先輩に話を聞くと、まだまだ現場はそうではないのだということが、個人的に伝わってきてしまうことがあるので、その辺の研修医以降の方たちの教育というところが、非常に重要なのだと考えておりまして、現場にいる者としては、そちらにも力を入れていきたいなと思ひましたし、その辺への御協力があればと思ひました。

あと、ICTとか、DXとかという話がたくさん出ているかと思うのですが、どうも要望を聞いても、あまりどれが有用であるかというところも回答が少ないようで、34ページを見ておりますけれども、やはり良好事例というか、何が入ると、どのように役に立つのかという経験もないですし、そういうものを上から入れてもらっているという経験がないのではないかなと感じていて、モデル的にそういうものを幾つかのところで入れていただくようなことがあると、良好事例が横に伝わっていくのではないかなと考えて見ておりました。

あと、労働と自己研鑽の区分けというところは、非常にやはり難しいと思っております、これが労働となれば、賃金が発生するというところが問題なのかと思ひます。

ただ、健康管理という意味では、労働時間であろうが、自己研鑽であろうが、起きてずっと何かをしているということだと、睡眠時間、休養の時間というのがないということ

になります。宿日直許可が取られていて、そこはもう労働時間ではないとなっていますけれども、例えば、当直室できちんと寝ているのかですとか、当直室の環境がちゃんとしているのか、寝る環境があるのかですとか、当直時間で疲労が回復できているのか、疲れが取れているのかということは、別の観点で調査ができるといいますか、今、デバイスもいろいろございますし、当直室がどのように使われているかというのは、客観的に見ることもできるのではないかと思います。労働か自己研鑽かというところは、この会議でも、この後、検討が必要かと思えますけれども、健康管理という意味での睡眠時間の確認ですとか、疲労からの回復がどの程度あるかということは、別の方法として見ていくことが可能ではないかなと思っております。

以上です。

○小塩座長 野原構成員、どうもありがとうございます。

自己研鑽か、勤務かという点については、健康管理という観点からのモニタリングが必要だという御指摘がありましたけれども、それについて、よろしいですか。

○和泉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。

今日は、事例が十分紹介できていないところもありまして、そういった情報も研究班で検討していただいているところがございますので、健康管理の在り方、ICTの活用等、今回さらっと述べただけなのですけれども、いろいろな予算事業等で知見が得られているところもございますので、導入しやすいような事例等、御紹介できるよう準備を今後検討したいと思います。

○小塩座長 ありがとうございます。

ほかは、よろしいですか。

それでは、森本構成員、お願いいたします。

○森本構成員 ありがとうございます。

私は、医療勤務環境改善支援センターで10年活動をさせていただいております。

お話を聞いている中で、期待を大きくいただいているなど感じており、またPDCA導入というのが、最初の勤改センターの業務だったと思うのですが、現在、やはりまだ「何してくれる人ぞ」という、認識を持つ医療機関がたくさんございまして、さらに支援、助言という関わり方が難しく、小さな課題等を見つけ出した上で、管理部門等にやっていただくということが必要になり、医療機関からは、「ちょっと対応するのは難しいよ」という、そういったお声をいつもいただいております。

PDCAをどのように進めていくかという中で好事例をいきサボ等で挙げていただいております、こういったやり方があるのだという勉強や参考になるのですが、そこに行き着いたルート、思考というのがなかなか見えてこないのが現状です。「貴院では、この好事例を参照されてはどうですか」という話をしたときに、「ではやりましょう」という受け入れるためのプロセスが見えてこないのが受け入れ難い、判断し難いというところがあります。もし可能であれば、アンケート等で、「こういったことをしたのでうまくいかなかった」という、

取組をしたけれどもできなかったという内容や阻害要因等をアンケートで拾い出していただけだと判断材料が増えるので非常にありがたいなと思っております。

支援、助言の中で、業務実績ですが、63ページにいろいろなものが載っているのですが、実際の現場では踏み込んだ支援ではなく枝葉の内容が多いなと感じております。相談対応で、「これは、どうしたらいいですか」といった支援をするというよりも、電話対応で終わってしまう内容も多いので、相談の内容の深掘りもアドバイザーの方々に同時にしていただけるようになるとセンター利用が増えるのではないかと感じております。

そして、最後になりますが管理部門の方と、アドバイザーの方々はかなり密な関係を築けていると思うのですが、院長、センター長、理事長の先生方と話している中で、やはり管理部門の方と話している内容や認識とちょっと違うなと感じる部分もたくさんございますので、管理部門へのアンケートももちろんですが、できれば、センター長や院長先生のアンケートも別途いただけると、現場の医師の方々の主観の参考になり支援に繋げやすいと感じております。

○小塩座長 ありがとうございます。

勤改センターの在り方について、より詳細な実態調査が必要であろうということです。好事例だけではなくて、うまくいかなかった例も含めてという御指摘がありました。ありがとうございます。

ほかは、よろしいでしょうか。

それでは、絹巻構成員、お願いいたします。

○絹巻構成員 ありがとうございます。

私は小児科医で、大学病院で医局員の人事調整をしているという立場です。ですので、制度のようなマクロな視点ではなくて、現場でふだん見えていることというところで、2点、お伝えしたいなと思っています。

1つは、大学病院に関することなのですが、大学病院は、御存じのとおり、学生、初期研修医、専攻医、若手医師、指導医、管理職、大学院生と様々な職位がありまして、雇用条件也多岐にわたっています。

さらには教育という目に見えた成果とか、評価につながりにくい業務の割合も相当あります。

それで、全体の人件費ですとか、見た目の労働時間を整えるために、雇用条件が不利な医師にしわ寄せがいつている可能性があるかなと思っています。例えば、大学院生のように、本来であれば研究に従事しているべき時間を診療に割いていたとしても、労働時間としてカウントされないという医師もいるでしょうし、あるいは管理監督者や裁量労働の場合は、現実的には残業していたとしても労働時間として見えにくいという状況も水面下にはあると思うので、そういったところも、多分、大学病院と、それ以外の施設で少し評価に差が出ている1つの理由になっているかなと思うので、そういったところも細かく見て

いただけるといいかなと思います。

もう一つは、休職からの復帰という点なのですが、出産、育児だけではなく、介護や本人の疾病あるいは留学などからの復帰、いろいろなパターンがあると思うのですが、いきなり100%の業務というのは難しく、それぞれの事情に合わせて、折り合いをつける必要があるのですが、そういった事情で、やむを得ず離職したという場合には、その離職中に可能な作業というのもあると思うので、そういったことを提案されることで、意欲が保持されたという意見もよく聞きます。

その後、復職した後も、勤務を続けていけるような、継続可能な、現実的な勤務のラインをよく相談して、復帰後も業務内容を定期的に見直して相談して、本人の有事には周りがカバーできるような配置調整というのが望まれるとは思いますが。

特に、復帰時の本人の不安というのは特に大きくて、実現可能な目標設定を少しずつクリアしながらスモールステップで行動拡大できると、その後のキャリア形成がスムーズな印象はあります。

ですので、週半日からでも契約可能にするとか、あとは時短を受入れる枠組みを整えるっていったことで、それそのものが受入れ側にとっても、日中の人員確保から、その全体の業務軽減につながるということが期待されると思います。

特に、そうしたことは大学のような大きな組織で実践することで、復帰者にとっては医局などのネットワークに接して、様々なロールモデルに遭遇できるでしょうし、将来像を明確にする機会も増えますし、組織側としても復帰者のニーズを把握しやすいですし、雇用オファーも集まってくる環境なので、マッチングなど、その後のキャリア形成にも寄与し得るかなと思うので、そういったところがもっと整っていくといいのかなというのが、現場としては感じているところです。

追加で1つ質問というか、最初に御提示いただいた資料の19ページで、働き方改革の影響で、医療体制の縮小、撤退が一定数あったと思うのですが、そういった地域では、集約化にはつながらなかったという評価なのでしょうか。その辺りが少し今後どういう方向に向かっていったらいいのか、不安になる情報だなと思って聞いておりました。

以上です。

○小塩座長　ありがとうございます。

ただいま、御質問を1ついただきましたけれども、それについて、いかがですか、19ページです。

○和泉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。

2回調査しまして、6年、7年両方影響が出るという回答がございまして、それぞれ次のページ以降にあるのですが、まず、計画的にもともと少しずつ絞っていたのか、いろいろな状況があると思っていて、今回お持ちしていなかったのが、少し整理をさせていただいて、御紹介できるものを、用意できればと思います。

21ページ目のほうの7年度は、サンプリング調査になっていますので、細かく出るか分

からないのですけれども、御指摘のような集約が計画的になされたかどうかというところは、情報があつたはずでありますので、今後整理して、持ち寄らせていただきたいと思いますっております。

また、冒頭いただきました復職の在り方等々、非常に重要だと思っております、医事課は、私どもで医師の確保というところもやっておりますが、やはりデータを御紹介したとおり、せっかく医師になっていただいたのにもかかわらず、離れていくというのは非常に残念なところもございますし、重要な戦力だということもあると思いますので、皆さんが働きやすい環境というところを、ぜひ引き続き御知見をいただきながら、検討をさせていただければと思っております。

以上でございます。すみません。

○小塩座長 ありがとうございます。

これで一通り御発言はありましたでしょうか、どなたか、まだという方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

非常に貴重な御意見を頂戴いたしました。各構成員の方々から、これから事務局は持ち帰って、さらに検討していただく必要があるかと思えます。本日いただいた議論を整理していただいた上で、引き続き、医師の働き方改革の推進に向けた、より具体的な議論ができるように、次回以降の検討会のために資料を用意していただければと思っております。

それでは、本日用意していただいた議題は以上になりますが、事務局から連絡していただくことはございますでしょうか。

○事務局 事務局でございます。

次回の検討会の日程等につきましては、座長、構成員の皆様と調整の上、追って御連絡させていただければと思っております。

事務局からは以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

それでは、構成員の皆様におかれましては、本日は長時間にわたり貴重な御議論をいただき、本当にありがとうございました。

これで、第1回「令和8年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会」を終了いたします。どうもありがとうございました。