

2026-9-10 第2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

○市川医療経営改革課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第2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。

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さしあげるべきところではございますけれども、時間の関係上、座席表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の早川室長に御出席をいただいております。

また、議題に入る前に、事務局におきまして人事異動があり、佐々木医政局長をはじめ新たに着任をしております。お手元の座席表に反映しておりますので、御紹介させていただきます。

それでは、撮影につきましてはここ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、録音することはできませんので、御留意ください。

(冒頭カメラ撮り終了)

○市川医療経営改革課長補佐 それでは、資料の確認をお願いいたします。資料につきましては、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きましては、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、3、参考資料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、事務局にお申し出ください。

なお、御発言の際は座長の指名後をお願いいたします。オンライン参加の構成員におかれましては、御発言を希望される場合、Zoomの「手を挙げる」機能を御利用ください。また、御発言される時以外はマイクをミュートにさせていただくようお願いいたします。

それでは、以降の議事運営につきましては、座長をお願いいたします。小塩座長、よろしくをお願いいたします。

○小塩座長 おはようございます。それでは、早速議事に入らせていただきたいと思います。

本日の議題は、「医師の働き方改革の推進について」ということでございます。

最初に、家保構成員より資料を提出していただいておりますので、その御説明をお願いいたします。

○家保構成員 衛生部長会の家保です。資料1に基づきまして、各都道府県の医師の働き方改革への取組状況について御説明させていただきます。

では、1ページをお願いします。特定労務管理対象機関で最初に申請したところは来年から更新になりますので、全都道府県で医療勤務環境改善支援センターと協働しまして申

請手続等の支援を行っております。概括的に言いますと、B水準が403、連携Bが148、C-1が135、C-2が13ということで、単純に足しますと479ということですが、重複がありますのでもう少し減ってくると思います。ただ、都道府県による差が非常に大きく、50病院の東京を始め、大阪、神奈川、愛知、千葉の28病院がトップ5で、それに対して2病院だけが7県、3病院が10県と、都道府県毎に病院数、人口も異なりますのでやむを得ないですが、状況にかなりの違いがあります。

来年に向けての手続ですが、医療機関勤務環境評価センターによる評価受審の時期を昨年の夏頃にお示しいただきましたので、新規受審では評価対象外とされている項目が追加されるなどの情報提供もできており、各都道府県で順調に進んでいると思っております。

それらの取組を主体的にサポートしているのが、2ページに示す医療勤務環境改善支援センターで、半分が直営、もう半分が委託型という状況です。委託先としては各県の医師会や病院協会さん、それから私立病院協会さん等々ということで、活動内容としては個別相談、研修会、広報誌の発行等、メニューは大体一緒なのですが、活動の活発さに差があります。後で事例をホームページから取って報告させていただきます。

都道府県が、「課題と意識している事項」ですが、医療機関勤務環境改善支援センターについて認知度がいまいちであり、もう少しあったら良いというのがまず一点目でございます。

それから、医療機関側の熱意が少し下がってきたとの意見もありました。当初の課題がクリアし、ある程度取組が落ち着いてきたということで、少し山を越えた感があるかなと思われます。

もう一つは、労務管理の相談は結構多いのですが、医業経営に関する相談があまり増えていません。これは医業経営という個別の話なので、都道府県や外部に相談しづらいというのがあるかもしれません。

あと、医療機関の人事異動で事務の方や院長が異動されると熱意が少し下がってしまう、フォローアップされないという状況もあります。それから、支援が大規模病院に集中する傾向があって中小医療機関に対応しづらい、対応すべきニーズが医師だけではなく看護師などいろいろな要素が出てきており、相談のニーズが多様化しているということで勤改センターとしても対応にかなり苦労されているようです。

各都道府県の取組を、3ページ以下に示します。これは北海道のホームページから取りましたが、実際の取組事例を紹介して改善できますよという事例を示していただいております。ただ、これを年度で細かく見ていきますと2018年、19年と初期の状況で最近どうなっているのか、リバイスしていただけていないのが残念なところです。

それから、4ページが広報誌で、愛知県では今までで50号、東京都は75号とかなりの頻度で情報提供されているところもあれば、あまり発行していないところもあるということで、差が大きいようです。

それから、5ページが鹿児島県の取組です。働き方改革のチェックリストを作って、こ

ういうところに関して相談を受けられますとか、研修会のテーマについても医師だけではなく有給休暇やハラスメント、待遇など、いろいろな内容で講師の派遣を実施しているので活用いただくような広報をしています。

加えて、鹿児島の勤改センターではQ&Aをかなり充実させています。6ページをお願いします。左のところにある項目をクリックすると、右側に書いてある項目についてアンサーが出てくる。使いやすいようになんかなり工夫していただいています。

7ページが東京都の例で、支援内容については目次だけ左側にありますが、このような内容を支援できますというのを分かりやすく示していただいています。右側に75号と書いている勤改センターの広報誌には、PDCAサイクルにおける評価指標の設定という非常に実例的な内容を示しています。

8ページの大分県では、ホスピレートというテーマで外部に委託して「大分県働きたい医療機関認証制度」を県が独自に設定をして、令和5年度から7年度にかけて10病院の認定を行ったり、国の補助金制度の内容を現場に伝えるようなことをホームページで示す取組をやっております。

最後、9ページです。これは部長会で総意としてとりまとめたものではなく、多くの都道府県からの意見をピックアップさせていただきました。一つには、予算の確保をぜひともお願いしたいということです。今回、基金に区分Ⅵが出ましたので、Ⅵの枠の確保をお願いしたい。ただ、従来からあった区分Ⅳと区分Ⅵとの区別が不明確になっていますので、そこは整理をしていただきたい。診療報酬との関係の補助要件を見直していただきたい。それから、補正予算も含めてできるだけ早く情報提供をお願いしたい。各都道府県の予算要求が必要になりますので、公表時期が年を越えるとなかなか予算要求しづらい状況になりますので、できるだけ早い情報提供をお願いします。

それからあと一点、都道府県や医療関係者だけの取組では限界がありますので、制度的な対応、それから広く国民に向けた啓発など、国においても積極的な対応をお願いしたい。医師だけではなく勤改センターには看護師確保など、ほかの職種の確保について相談がございいます。タスクシフトしようにもする先の人員が確保しづらいということで、ほかの審議会や検討会でも議論はされておられますので、各都道府県に情報提供いただきたい。現場と一緒に国の活動を現場で生かすようなことを心がけていきたいと思いますので、よろしくをお願いしたいと思います。

説明は以上でございます。

○小塩座長 家保構成員、どうもありがとうございました。非常に詳細な御報告、感謝申し上げます。

引き続きまして、事務局より資料2の説明をお願いいたします。

○吉川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、こちらから資料2「第1回検討会での議論の整理等について」を御説明させていただきます。よろしくお願いいたします。

では、次のページ、表題でございますけれども、まず1ポツの「第1回検討会での意見の整理」について御説明させていただきます。

では、2ページ目、「第1回検討会での意見の整理」でございます。こちらは主な御意見を事務局の責任で整理させていただいております。御意見の趣旨を踏まえて文言を整理していることを御了承くださいませ。時間が限られますので、御説明も要点を抜粋し説明させていただこうと思います。

では、まず「1. 医師の働き方改革全般に関する事項」でございます。まず、医師の労働時間は全体として着実に縮減しており、制度施行後の取組は一定の成果を上げている。また、地域医療への影響は一部見られるものの、全体としては大きな混乱なく制度が定着している。一方で、長時間労働の医師がいる医療機関、そして大学病院等では、長時間労働に係る取組において引き続き課題がある。そして、長時間労働が継続している要因等を分析し、さらなる推進に取り組む必要があるという御意見をいただきました。

2ポツですけれども、「医療機関における勤務時間短縮に関する事項」ということで、医療機関における取組といたしましては、今後、ICT・AIの活用等による業務効率化をさらに推進する必要があるということ、自己研鑽、労働時間の区分に関する混乱が依然として見られており、考え方の整理や周知が必要であること、宿日直許可や追加的健康確保措置について、運用状況の継続的な確認等を通し適切な運用を図る必要があるということ。

そして次、「(2) 都道府県における支援」でございますけれども、勤改センターの体制や活動内容に都道府県格差があり、体制強化が必要であるということ、そして、長時間労働が継続している医療機関等に対しまして、都道府県と勤改センターが連携して重点的な支援を行う必要があるということ。

おめくりいただきまして、(3)でございます。「国等における支援」ですけれども、重複ですがICTの導入が必要であろう。そして、医師、臨床研修医、管理者等に対し、制度内容や働き方改革の趣旨について引き続き周知を図る必要がある。短縮目標ラインについては実態調査の結果も踏まえ、さらなる労働時間の短縮に向けて検討すべきである。

3ポツでございます。臨床研修やC水準の運用等については、健康確保を前提としつつ、研修機会の確保と労働時間規制のバランスについて検討が必要である。C-2水準については制度の理解不足、申請手続の煩雑さが課題であり、周知や申請負担の軽減を進めるべき。C水準の在り方については引き続き検討が必要である。

そして、「4. 医師の働き方改革を取り巻く施策との関係に関する事項」でございますけれども、地域医療構想、医師偏在対策、医療従事者の確保に関する取組と一体的に進める必要があり、連携B、B水準の廃止目標に向けては慎重な議論が必要である。そして、大学病院については教育・研究・診療機能を担う特性を踏まえた対応が必要である。また、子育て世代等の柔軟な働き方の整備を進めることが必要であるという御意見をいただいたところでございます。

では、おめくりいただきまして、次に「2. 第1回検討会で指摘のあった追加資料等」

でございます。

では、まず大学病院の働き方についてというところでございます。前回の第1回の検討会で、大学病院の医師の働き方の詳細について教えてほしいと構成員から御意見をいただいたところでございます。「大学病院の医師の労働時間短縮のための実践マニュアル」というのを作っておりまして、本マニュアルは大学病院の働き方改革を進めるに当たりましてどのようにしていいか分からないと悩みを持つ大学病院で働く職員、特に医師、労務管理の担当事務部門、そして各職種の管理者の方に向けて作成したものでございます。

具体的な内容について、医師の勤怠把握と労務管理体制の構築・整備であったり、医師の働き方改革を進めるための病院全体の取組であったり、そして診療科による具体的な労働時間短縮の取組の報告について御紹介をしております。詳細については資料のとおりでございますので、次に進ませていただきます。

では、次に6ページ目、全国病院長医学部長会議様で調査いただきました、令和7年度大学病院における週平均労働／診療時間（職位別）のデータをお示ししております。左側のグラフでは、全ての職員において労働時間の中に占める割合が診療時間が最も長いということが示されております。そして右側のグラフでは、週31時間以上の割合の方が助教で67%、全体でも56.8%が週31時間以上診療に携わっておられるということが分かりました。こちらが大学病院の職員の働き方でございます。

そして次、7ページ目をおめくりいただきまして、自己研鑽についてその考え方の周知をということを構成員の方から前回御意見をいただいたところでございます。医師の研鑽につきましては各医療機関で適切な理解とルールづくりがされるよう、研鑽に関する通達の内容をまとめた解説資料を令和6年3月に公開しております。具体的な内容といたしまして、研鑽に関するルールを作成するための手続例、そして参考例をお示ししております。ちょっと字が細かいのですが、内容については資料を御参照くださいませ。

では、おめくりいただきまして8ページ目、この解説資料や通達等を活用いただきまして、医師の研鑽について労働時間との区別を明確にするための工夫をされている病院の事例を紹介しようと思います。2つの医療機関の事例でございますけれども、まず1つ目、労働時間と自己研鑽の線引きを周知されている例でございます。下の表にありますように、時間外労働に該当するもの、時間外労働に該当しないものというのをお示しいただいております。

そして2つ目の病院ですけれども、働き方改革に関するワーキンググループの中で業務と研鑽の線引きについて検討を行っていただいている例でございます。このような解説資料や通達を活用した取組でございます。

では、おめくりいただきまして、複数の構成員から前回の検討会でICT・AIの導入が必要ではないか、好事例を示してほしいという御意見をいただいたところでございます。ICTの活用事例につきまして、2つの病院と厚労科研の研究をお示ししようと思います。

まず1つ目ですけれども、9ページ目、今村総合病院の事例でございます。AIのカルテ

問診システムを導入いたしまして、AIの問診だったり音声認識を組み合わせまして、患者様の問診回答から診療録作成までを省力化した事例でございます。問診案内と電子カルテへの転記・取り込み時間が短縮されまして、患者対応と診療に充てられる時間が増加しましたという御報告をいただいております。詳細は資料を御覧いただきたいのですが、検証結果といたしまして、医師の作業負担の軽減であったり、問診の質の均一化、そして患者負担の軽減につながったというところでございます。

では、10ページ目に行っていただきまして、2つ目の病院の事例でございます。中部徳洲会病院様の事例でございますけれども、AI文書作成システムの導入によりまして、文書作成時間の削減効果が見られたというところでございます。こちらも詳細は資料を御覧くださいませ。検証結果におきましては、文書作成に係る負担軽減が見られ、また、人間が見落としがちな過去の記録もAIが抽出したということで質の向上につながったというところでございます。

様々ICT・AIの活用がある中で、厚労科研でその効果検証を行ったのが11ページ目の資料でございます。本調査におきまして、電子問診、音声入力、RPA、動画作成の4種類のICTを対象に、その労働時間短縮効果、そして音声入力を分析したものでございます。音声入力につきましては費用対効果と時短効果も見られまして、4種類のICTの中でも最も効果が高いことが明らかになったというところでございます。詳細は資料を御覧くださいませ。

このようにICT・AIの導入によってかなり時間短縮であったり勤務環境改善につながったという御報告をいただいているところでございます。12ページ目、このような結果から、ICT・AIの活用等による医療機関の業務効率化・勤務環境改善を支援してまいりたいと考えているところでございまして、今後、継続的に支援することができるよう、地域医療介護総合確保基金に業務効率化・勤務環境改善の取組を支援するための新たな事業を設けるというところでございます。

また、③でございますけれども、都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療機関の労務管理等の支援に加えまして、業務効率化に係る助言・指導等も行えるよう努める旨を明確化するというところでございます。

おめくりいただきまして、次からが面接指導実施体制の運用状況についてお示しいただきたいと前回の検討会で構成員から御意見をいただいたところでございます。こちらは面接指導の実施状況を令和6年4月から9月における実施体制についてお示ししたものでございます。左側でございますけれども、面接指導実施医師は一医療機関当たり平均13名で、うち産業医が1.42名でございました。3つ目のポツでございますけれども、面接指導対象医師と面接指導実施医師のマッチングの方法が、直属の上司を面接指導実施医師にしないこととしているところが83.5%と多く見られることが分かりました。面接指導対象医師の属性が面接結果に影響しないように配慮されている機関が多いことが分かりました。

また、勤務間インターバル、右側でございます。多くの特定労務管理対象機関が勤務間インターバル、そして代償休息を確保する対象を設けていることが分かりました。

そして、次に14ページ目に移ります。こちらからが事務局からの周知でございます。改正労働施策総合推進法において、ハラスメント対策の強化ということが言及されております。具体的には1ポツ①ですけれども、カスタマーハラスメントを防止するため、事業主に雇用管理上必要な措置を義務づけ、国が指針を示すとともに、カスタマーハラスメントに起因する問題に関する国、事業主、そして労働者及び顧客等の責務を明確化するというところでございます。こちらは令和8年10月1日、来月が施行日となっております。

その具体でございますけれども、おめくりいただきまして15ページ目でございます。「職場におけるカスタマーハラスメントに事業主が雇用管理上講ずべき措置」という資料でございます。具体的な内容をこの15ページにお示ししております。詳細は資料を御覧くださいませ。

おめくりいただきまして、16ページ目でございます。医療分野におけるカスタマーハラスメント対策の推進について、医療分野においてのカスタマーハラスメントというのは他分野と比較的違うようなものも想定されることから、学識経験者、そして医療関係団体の関係者で構成される委員会を踏まえまして、医療機関・医療関係団体へのアンケート及びヒアリング調査を実施しております。そして、業種別マニュアル、広報ポスター、リーフレットを作成いたしまして周知を行う予定としております。

資料2につきましては以上でございます。

○小塩座長 ありがとうございます。

資料2に関する議論は資料3の説明の後にまとめて行うことを考えておりますが、現時点で確認しておきたいこと、御質問等はございますでしょうか。もしあればお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、引き続き資料3の説明を事務局からお願いいたします。

○吉川医師等医療従事者働き方改革推進室長 では、資料3の御説明をさせていただきます。医療勤務環境改善支援センターの在り方、そして短縮目標ライン等についての資料でございます。

では、おめくりいただきまして1ページ目、「医師の働き方改革の推進に係る論点」という資料でございます。こちらは第1回7月13日の検討会で事務局からお示ししました論点をまとめたものでございます。第1回でも御説明させていただいておりますので、詳細は資料を御覧ください。

では、おめくりいただきまして2ページ目でございます。「検討スケジュール及び検討課題」ということで、第1回7月13日におきましては、医師の働き方改革のこれまでの取組及び現況についてお示しいたしました。また、今後の検討の進め方について御議論いただきました。本日第2回におきましては、家保構成員からの御発表、また、こちらに記載しているような内容を議論していただきたいと考えております。

また、第3回以降でございますけれども、本日の検討会を踏まえた議論であったり、労

働規制に係る医師及び医療機関への周知ほかについて御議論いただきまして、最終的に取りまとめをしていきたいと考えております。

では、おめくりいただきまして、表題でございます。「医療勤務環境改善支援センターの在り方について」というところで、議論いただくに当たって必要な資料と、そして課題・論点についてお示ししたいと思います。

では、4ページ目でございます。「医療勤務環境改善支援に向けた年次活動計画及び作成等について」の事務連絡について御説明をさせていただきます。都道府県に対しまして事務連絡をお出しして、年次活動計画をPDCAサイクルに基づいて継続的に改善していただくための手順、そして記載事項を整理したものでございます。医療機関における勤務労働時間短縮計画の進捗、そして勤改センターの自己評価を踏まえまして、都道府県が毎年度、支援方針や成果目標を見直しながら計画的に医療機関の勤務環境改善に取り組むことをお願いしているものでございます。先ほど申し上げましたとおり、年次活動計画の見直し等の主な記載事項についてお示ししております。詳細は資料を御覧くださいませ。

では、おめくりいただきまして、年次活動計画の作成というところでございます。都道府県において勤改センターにおける自己チェックリストですね、字が小さいのですが、この資料の左側でございます。この自己チェックリストの結果、特定労務管理対象機関における医師の労働時間短縮計画の見直し状況等を確認した上で、年次活動計画を策定していただくようお願いしております。年次活動計画の記載で、こちらもち字が小さいのですが、右側でございます。御参考にさせていただきますと幸いです。

このように年次活動計画を策定していただくのですが、6ページ目、能動的に勤改センター様に御活動いただくに当たって、我々といたしまして、厚生労働省では都道府県勤改センターにおける支援の質の向上、地域における議論促進等のため、勤改センターにおける自己チェックリストの結果等を我々で回収、そして分析いたしまして、各勤改センター様の強み、そして課題等を整理したフィードバックシートというのを我々で作成して、都道府県へフィードバックしております。このフィードバックシートの具体につきましては、左側でございます。また、取組事例シート、関連助言シートというのを作っております。こちらもち資料を参考にさせていただきますと幸いです。

その上で、実際に支援をしていただくに当たって、勤改センターの体制でございます。アドバイザーというのを設置いただくことをお願いしており、その役割と連携でございます。7ページ目、勤改センターには医療労務管理アドバイザー（社労士の方々）、そして医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）を配置いただき、労務管理・医業経営双方の観点から医療機関を支援するということをお願いしております。効果的な支援をいただくに当たっては、労務管理または医業経営のみの希望であっても両アドバイザーで訪問対応を行う、随時情報共有をするといった勤改センター内でのアドバイザー間の連携を不可欠であろうと考えております。

ただ、昨今、ICT・AIの御説明も先ほどさせていただきましたけれども、このICT・AI化

の流れで勤改センターが医療機関からの相談ニーズに十分に答えられていないのではという御意見もいただくところではございます。医療労務管理アドバイザー、そして医業経営アドバイザーそれぞれの業務についてはこちらの7ページの資料を御参照いただけますと幸いです。

8ページ目に移ります。4ページ目で御紹介いたしました都道府県が策定する年次活動計画において、地域の実情に応じて年次目標を設定するということをお願いしているところではございますが、アウトカム指標を設定している都道府県が一部にとどまっていること、また、目標設定そのものが行われていない都道府県も見られるというのが現状でございます。また、アウトカム指標を設定している都道府県においても、その多くが労働時間、時間に着目したものであり、勤務環境改善全体の成果指標は限定的というところではございます。各都道府県様が作っていただいておりますアウトプット・アウトカムを抜粋したものは、こちらの8ページ目の資料にお示ししております。

では、9ページ目に移ります。こちらは課題と論点について事務局からお示しするものでございます。医療勤務環境改善支援センターの在り方について、機能強化と効果的な業務運営について、本日、議論いただきたいと思います。現状については先ほど御説明したとおりでございますけれども、勤改センターについては先ほど御発表もありましたけれども地域規模や医療機関数の違いといった構造的な要因も背景にあって、あるいは体制に差が見られるというところではございます。そして、支援実績、支援内容についても地域差があるということではございます。勤改センターの年次活動計画の策定に当たりましてはアウトカム指標を設定している都道府県は一部であるということ、そして、指標を設定していても多くは医師の労働時間に着目したものであり、勤務環境改善全体の成果をはかる指標は限定的であるということではございます。

論点といたしまして、国といたしましては医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援を通じまして勤改センターの体制を拡充し、そしてまた、業務効率化や勤務環境改善に資するICT機器等の導入・活用についても、勤改センターが医療機関に適切な助言等を行えるよう支援を進めてはどうかと考えております。

また、都道府県においては特定労務管理対象機関や小児・周産期・救急医療機関等における労務管理の状況の把握、さらなる支援の実施に取り組んでいただきたい。また、厚生労働省のフィードバックシートを活用いたしまして、運営協議会、連絡調整会議などにおいて、その都道府県の全国値や前年度実績と比較して取組が進んでいない事項、項目について議論を行っていただき、重点的な支援が必要な地域や医療機関を選定した上で医療機関に対する効果的な支援を進める必要があるのではないか。その上で、勤改センターの機能強化と効果的な運営業務をするに当たっては、各都道府県において支援成果を適切に把握・評価できるよう実効性のあるアウトカム設定を進めるとともに、継続的な状況把握、課題分析及び改善に向けたフォローアップ支援の充実を図ってはどうかということを論点として挙げさせていただいております。こちらは資料をお示ししておりますが、この資料

3を全て御説明した上で議論いただきたいと思っております。

では、次に10ページ目、「短縮目標ラインについて」でございます。

では、おめくりいただきまして11ページ目でございます。前回の検討会7月13日でもお示ししましたが、おさらいでございます。関係条文ですが、地域医療確保暫定特例水準については関連法の施行後3年ごとに見直しを検討することとされております。2つ目の丸「医師の労働時間短縮等に関する指針」でございますけれども、国は地域医療確保暫定特例水準について、短縮目標ラインについても3年ごとに見直しを検討すると記載されております。今回、この短縮目標ラインについて議論いただきたいと考えております。

おめくりいただきまして12ページ目でございます。こちら前回第1回の検討会でお示したものでございますけれども、週労働時間の区分別割合をお示したものでございます。こちらは医療従事者に1週間の労働時間を計算していただいてそれを提出いただき、1年分に換算したものでございます。週労働時間区分ごとの病院常勤勤務医の割合は週50時間以上の全区分で着実に減少していることが示されております。短縮目標ラインを議論いただく上でこのような実態をお示ししていきたいと思えます。

こちらが1週間の勤務実態からのものでございましたけれども、13ページ目が、特定労務管理対象機関に対する実態調査でございます。こちらの対象機関は表題のとおり特定労務管理対象機関に対して行っておりまして、実際の労働時間について御回答いただいております。集計対象は5ポツを御覧いただいているとおりでございます。

では、実際のデータでございます。14ページ目でございます。今回、連携B・B水準医師の短縮目標ラインについての議論をいただきたいという観点から、連携B・B水準医師の結果をお示ししております。時間外・休日労働時間の働き方改革施行後の状況でございます。このグラフを御覧いただきまして、内訳はおおよそ3分の2が大学病院の本院・分院です。残り3分の1程度がその他医療機関でございます。連携B・B水準医師における時間外・休日労働時間が年960時間を超える割合というのが令和6年度から令和7年度にかけて1.3ポイント低下しております。なお、この960時間超えの連携B・B水準医師の施設内訳ですけれども、大学病院以外の医療機関もかなり多くなっておりまして、そういう結果が見られたというところでございます。

さらに、今の結果を深掘りしていきたいと思えます。15ページ目でございます。連携B・B水準医師のうち、時間外・休日労働時間が年960時間を超える医師数を診療科別で見させていただきますと、赤のところです。循環器内科、外科と消化器外科がこちらのグラフは分かれていますのすけれども、内容を見ると同じものでございまして合わせております。外科、そして心臓血管外科、そして救急科の順に多いことが分かりました。

そして次、16ページ目に移っていただきますと、こちらが医療機関ごとの最大時間外・休日労働時間の状況でございます。連携B・B水準の最大時間外・休日労働時間と医療機関数を見たグラフでございますけれども、最大時間外・休日労働時間が960時間を超える医師を持っている医療機関が依然として約8割を占めており、その8割の内訳を見ますと、

年960時間から年1,440時間の範囲に7割の方々が集中していることが分かりました。このような状況でございますので、この結果を踏まえて議論をしていただきたいと考えております。

17ページ目に移ります。こちら第1回の検討会でお示しした資料の再掲でございます。「医師の働き方改革の推進に向けた国の施策等」でございます。連携B・B水準の目標ラインを検討するに当たりまして、医師の働き方改革の推進に向けて、国において医療法に基づき医師の労働時間短縮等に関する指針を定めているほか、地域医療介護総合確保基金等を通じた支援を行っているというその状況をお示ししております。この17ページの資料におきまして右側のグラフ、第1回7月13日の検討会におきましては、B・連携B水準適用医師の年間の時間外・休日労働時間の目標値の設定、短縮目標ラインのイメージをお示ししているところでございます。令和6年4月時点での年間の時間外・休日労働時間を基に、令和17年度末までの解消に向けた段階的な労働時間縮減のイメージをこのような図でお示ししているところでございます。

では、18ページ目に移っていただきます。こちらは参考でございますけれども、令和2年に行われました第11回医師の働き方改革の推進に関する検討会でお示しした資料でございます。医師の時間外労働短縮目標ラインについてお示したものでございますけれども、2035年度末をめどに地域医療確保暫定特例水準を解消するために全ての地域医療確保暫定特例水準適用医師が到達することを目指すべき時間外労働・休日労働を含む上限時間数を目標値として設定するものです。その際、各医療機関が着実に労働時間を短縮することができるよう短縮目標ライン、2035年度末の目標値である960時間に向けて一定の期間、例えば3年ごとの段階的な目標値を設定することとしてはどうかということをお示ししており、この下の表でございますけれども、2024年度のスタートが1,860時間で、2036年960時間に向けて、2027年、30年、33年と段階的な時間の数値をお示したものでございます。こちらのような議論をかつてされていたところでございます。

また、19ページ目、参考といたしまして、医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進といたしまして、令和8年度診療報酬改定で地域医療体制確保加算の見直しが行われております。若手医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科において、当該医療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価するということと、そして、特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の時間外・休日労働時間の上限に係る水準を見直すというところで、改定後が右側でございます。地域医療体制確保加算を評価するに当たりまして、施設基準といたしまして当該医療機関に勤務する対象医師の一年間の時間外・休日労働が令和8年度においては1,635時間以下とされております。こちらは参考の資料でございます。

では、おめくりいただきまして20ページ目でございます。短縮目標ラインについての論点でございます。この目標ラインの見直しにつきまして、現状、特定労務管理対象機関に

おける連携B・B水準の医師の時間外・休日労働時間の実情については全体として縮減傾向が見られております。一方で、高い労働負荷が認められる医師層においては依然として長時間労働が認められており、各医療機関における連携B・B水準医師の最大時間外・休日労働時間が年960時間を超える医療機関はなお8割を占めております。年960時間超え医師数を診療科別に見ますと、循環器内科、外科、心臓血管外科、救急科の順に多いことが分かりました。

論点でございますけれども、「医師の労働時間短縮等に関する指針」における連携B・B水準の次期短縮目標ラインの検討に当たりましては、医師がその健康を確保しつつ、良質かつ適切な医療を行うこと、地域医療への影響を最小限にすることに配慮し、着実に縮減できるような目標設定を行ってはどうか。その上で、特定労務管理対象機関における医師の労働時間の縮減を着実に進めるため、国・都道府県においては、時間外・休日労働時間が多い医療機関・診療科の課題を引き続き分析し、その結果を踏まえた対応を進めることにより、実効性のある時短計画の策定・実施を促していき、重点的に支援する必要があるのではないかということでございます。こちらも御説明が終わりました後、議論いただけたらと思っております。

では、おめくりいただきまして21ページ目、「C水準等の運用について」でございます。

22ページ目に移ります。こちらは7月13日の第1回の検討会でもお示ししたものでございますけれども、本日御議論いただくに当たり、再度御説明をさせていただきます。臨床研修における勤務の実態でございます。臨床研修医の働き方について、下のグラフでございますけれども、就業終了時刻後に残ることが原則禁止または禁止されていたと答えた割合が臨床研修医さんの中で2割程度ございまして、時間外労働時間の規制によらず臨床研修医を帰宅させる方針を取っている施設があることが分かりました。

おめくりいただきまして23ページ目でございます。では、実際時間外・休日労働の上限が臨床研修に与えた影響についてでございます。臨床研修プログラム責任者、そして臨床研修医を対象に行った臨床研修修了者アンケートの結果でございます。時間外・休日労働の上限により研修時間が十分に確保できなかったとするプログラム責任者が3割程度、そして臨床研修医さんで1割程度いらっしゃるということが分かりました。それをお示ししたグラフが23ページ目の資料でございます。

では、おめくりいただきまして、24ページ目でございます。C水準等の運用についての論点でございます。この適切な運用について、臨床研修においては御本人のニーズにおいて残って修練を積みたいと回答した臨床研修医の割合は6割以上でありました。そして、時間外・休日労働時間の規制によらず臨床研修医を帰宅させる方針を取っている施設に従事していた医師の割合が2割程度でございました。医師の働き方改革に伴う時間外・休日労働の上限規制により研修時間の確保が十分でなかったとする回答がプログラム責任者で約3割、臨床研修医で1割見られたというところでございます。

また、本日、資料としてはお示ししておりませんが、前回の資料で医師の働き方改革制

度や労働関連法令制度に関する理解が臨床研修に関してはプログラム責任者、臨床研修医ともに項目によってばらつきがあり、専攻医以降のC水準についても制度理解の不足が見られるということが7月13日の資料でもお示しさせていただいたところでございます。今回の参考資料にも入れさせていただいております。

論点でございますけれども、臨床研修医は一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験するということ、そして医師としての基礎的な技能・能力を習得することが出来る期間でございます。各臨床研修病院が定めた臨床研修の目標や内容等を踏まえまして、必要に応じて当直等も含め修練に励む時間を確保する必要がある場合においては、例えば各病院において臨床研修医に対して就業終了時刻後の院内滞在を一律に禁止とするなどの過剰な制限までは求めているものではないといった周知を行うこと、もちろん健康確保が前提でございますけれども、医療機関ごとに臨床研修医が希望する修練を行える環境を確保できるように対応してはどうか。

そして、労働時間短縮や医師の健康確保を着実に実施するに当たって、制度の趣旨、そして具体的な運用についてプログラム責任者や臨床研修医が十分に理解することが重要であることから、医師の働き方改革や労働法について、例えばトップマネジメント研修や臨床研修におけるプログラム責任者養成講習会等を利用するなど、実効性のある周知を図ってはどうかということでございます。

また、今回、資料にお示ししておりますが、こちらも参考資料に入れております。C-2水準に関しましては、各学会に対して改めて制度の周知等に関する情報提供を行うとともに、該当し得る具体的な技能、水準を適用する状況等について定期的なブラッシュアップを促し、現場の実情に応じた適切な申請につながるよう取り組むこととしてはどうか。さらに、申請に係る負担の軽減に向けて、学会や現場の意見にも留意して、マニュアルの充実や具体例の紹介等に取り組んではどうかというところでございます。

長く御説明させていただきましたが、これらについて構成員の先生方に議論いただこうと思います。よろしくお願いいたします。

○小塩座長 どうもありがとうございました。

それでは、議論に入りたいと思うのですが、論点がかなり多岐にわたりますので、最初に、冒頭に御発表いただいた家保構成員の御報告について御質問、あるいはコメントがございましたら、お願いします。それからその次に、資料2で事務局からこれまでの議論の振り返り、それから構成員の皆さんからいただいた宿題返しがございましたので、それについて確認したいことがございましたら、それを指摘していただきたいと思います。その後で資料3についての3つの論点について御議論いただきたいと思うのですが、それでは、最初に家保構成員の御報告について御質問、コメントはございますでしょうか。

よろしいでしょうか。勤改センターのお話ですので、後でまとめて議論が出てくるかもしれません。よろしくお願いいたします。

それでは続きまして、資料2、前回の議論のまとめ、それから事務局が用意した宿題に

対する回答ですけれども、それについての確認しておきたいこと等々はございますでしょうか。

それでは、前田構成員、お願いいたします。

○前田構成員 AJMC・医師の働き方検討会の前田です。

吉川室長からいろいろ御説明いただきましたけれども、5ページにありますように、大学病院も医師の働き方改革がかなり進んでいるところもあります。ただ、5ページの右側にあるように、心臓血管外科など特定の科はなかなか進まないということで、病院によっては大学によっては医師は内科系で少し余裕がある科というものもあるので、その科にポストを与えて心臓外科を手伝ってあげるという例も見られています。

それから、当直に関しては全科当直をすとか、あるいは内科系一般がまとまって当直するという体制を取っているところもあります。それから御説明いただきましたように、音声入力やAIサマリーを使った医師の働き方改革が進んでいるのではないかなと思っています。

一方、御提案がいろいろありましたけれども、医師の業務効率化・改善のために、地域医療介護総合確保基金というところで支援をいただきたいという内容が盛り込まれています。私も時々お話ししますが、これは県の医療財政にすごく左右されますので、そういうことがないように制度設計していただければ助かるかなと思っています。

それから、カスタマーハラスメントについてもコメントがございましたけれども、これは非常に良い取組ではないかなと思っています。これは勤務の環境改善で大変助かるというか、医師もこれは時間を非常に要しますし、心身疲労しますので、このカスタマーハラスメントについては非常に良い取組ではないかなと思いました。

コメントです。

○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。

森構成員、オンラインでお手が挙がっております。よろしくお願いします。

○森構成員 森です。よろしくお願いします。

説明いただいた32枚のスライドの14枚目のスライドを出していただいてもいいですか。

○小塩座長 共有していただけますでしょうか。

○森構成員 大学での研鑽をどうするかというところの話だと思うのですが、これですね。これでちょうど真ん中の「病院内の整理の例」と括弧で囲んだところの「時間外労働に該当するもの（上司の指示により行う）」、それから「時間外労働時間に該当しないもの（自己研鑽を含む）」というのがありますけれども、この時間外労働時間に該当しないものとして、2番目のポツに「院内での自主的な研究活動」というのがあります。これが非常に難しいなと思っているのですが、と申しますのは、大学の柱として診療と研究と教育という3本柱というのは常々言われているわけで、そうしますと、3本柱のうちの研究が時間外労働に該当しないものに入れられてしまっているというところで、そ

うしますと、大学病院としては研究はしないでもいいのかという話になってしまうことが問題ですので、ここは確かに難しいのですけれども、自主的な研究というのをどう捉えるかというのをもう一度しっかり考えないと、さらに日本の医療研究レベルというのが低下することは否めないと思います。ですので、このところは非常に重要なことだと思います。

文科省の早川先生もいらっしゃることなので、例えば臨床の科におきましてはスタッフ数というのが決まっています。少ない診療科では5名ぐらいのスタッフでやっているところもありますし、大きい診療科では15名、ひょっとしたら20名ぐらいいるところもあるかもしれません。その中で全員に研究もしなさい、教育もしなさい、診療もしなさいというのは、これまではそれで通用してきたのですけれども、今後はこれでは通用しないだろうと思うのです。ですので、一つの案としては、臨床科のスタッフを例えば2年間ごとに、2年間は教育をメインにやる、あるいは研究をメインにやる、あるいは診療だけをメインにやるということを決めて、特に若い助教クラスにはそういうことでやってもらって、それからそれが終わった後に自分は診療を中心にやりたいとか、自分は教育をやってもいいとか、あるいは研究を主体にしたいという進路というか、選択肢を広げる意味でもそういう役割分担をすれば、研究時間もある程度確保できるような仕組みになるのではないかなと思いますので、ぜひその辺を御勘案いただいて、大学での研究レベルというのがこれ以上落ちないように、さらには伸びていくように、ぜひ御勘案いただけないかなと思います。

以上です。

○小塩座長 どうもありがとうございました。

では、今の若手の医師の役割分担についてのコメントに関して、早川さんからコメントをお願いいたします。

○早川医学教育課大学病院支援室長 森先生、ありがとうございます。私どもも研究や教育の時間、パフォーマンスを確保していくということは非常に重要だと思っております。

ちょっと資料が飛びますけれども、参考資料の95ページに文科省の今年度の概算要求の内容を示させていただいております。大学病院のリバランス促進事業というものでございます。おっしゃるとおり、私どもも大学病院における研究や教育、診療のバランスの在り方ということについては問題視しております。そのための財源確保についても重要な課題となっております。

こうした中、こういう教育、研究、診療のバランスを整える事業としてリバランス促進事業というものを概算要求したところでございます。記載にあるとおり、大学病院が担う高度医療を行いつつ、人的・物的資源を教育研究エフォートの増加を図るためにシフトしていこうというものでございまして、633億円の内訳としましては、まさしく先生がおっしゃったような研究に専念するような方々の人件費や物件費というものを措置することを考えてございます。こうした事業も活用しながら、文科省としても研究や教育のパフォーマンスの向上を図っていきたいと思っております。

以上です。

○小塩座長 どうもありがとうございました。

森構成員、お願いします。

○森構成員 早川先生、どうもありがとうございます。

もしそうであれば、なおさら研究というのを時間外労働にするというのはちょっと矛盾があるのではないかと思いますので、そのところはもう一度議論が必要かなと思いますけれども、前田先生、御意見はどうでしょうか。

○前田構成員 先生に御指摘いただいたとおりだと思います。

医師の研鑽と労働時間の概要という資料がありましたけれども、それは出せますか。医師の研鑽と労働時間の概要で、ツリー図がある。これです、これが一番分かりやすいかなと思ったのですが、研鑽というのがありますね。本来業務の傍ら、医師の自らの知識の習得の場合、所定時間内に行う場合にはこれは労働時間に該当するとあって、外に置くような場合に上司の命令があった場合には労働時間ですけれども、そうでなかったら労働時間に該当しないと区別されています。

実際は労働時間内に行うことが結構多くて、例えば木曜日の午後、外来もないし、診療もないし、では私は研究しますと、あるいは新たな論文を読みますと皆さんやっているわけですが、ここは労働として認められるのですけれども、それ以外の例えば火曜日は非常に忙しくて時間外に自分の勉強をする場合には、それは労働ではないと言われていて、医師は非常に混乱するわけですが、この時間内にやる部分が、今、診療が非常に圧力がかかっていて、病院の経営のために時間外に該当する労働時間内に行う部分が非常に削られているという実態があります。ですので、森委員が今指摘されたように、そこを確保してあげるために一定時間、例えばアメリカのようにクリニカルデューティーを半年間外すとか、あるいは週1回は診療しない状況をつくってあげるとか、そのように強制的につくらないと、診療の圧力で時間内に行っている研究、あるいは自己研鑽が削られている実態があるかなと思っています。

○小塩座長 ありがとうございます。

その前に、先ほど野原構成員がお手を挙げていらっしゃいますので、お願いいたします。

○野原構成員 ありがとうございます。

今の先生方の御意見に賛同するものですが、大学病院だけではなくて、地域の病院においても臨床研修医を受け入れているところであれば、教育というのを大学等で行っている講義のイメージで考えますと、教育というのが一般病院ではないようなイメージもあるかもしれませんが、臨床研修医の教育、あるいは医学生の受入れをしてくださっている病院においては、病院内の業務が診療のみではなくて教育というのも含められているかと思います。診療を見せることだけで教育が完了はしていないので、診療という数え方ですと教育が業務に入っていないようなことになると、これも問題かなと思っています。

今まで先生方からシフトを組んでというお話も、シフトというのは2年間とか、半年間ということもよろしいかと思えますけれども、同時にできるような方法もいろいろなお声を聞いて様々なバランスの取り方があるのかなと思っております。

先ほど極端な例で時間外で全部臨床研修医を帰してしまうというところが、それは指導医側の勤務環境の問題で指導をすることができないので帰らざるを得ないという場合もあるのかなということも想像いたしました。いずれにいたしましても、先ほど来先生方がおっしゃっているように診療の時間がすごく長くなるという圧が強過ぎることが、この教育及び研究を時間外でやらざるを得ないというか、その部分も労働時間に含まれないにしても医師が必ず行わなければいけないものと考えられますので、それをイメージした中で診療時間と研究、教育のバランスの取り方、文部科学省さんはそのような記載でありましたが、そこが重要かと思っております。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

続きまして、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。

今、森構成員や文部科学省の方からいろいろコメントをいただきましたが、先生方がおっしゃっているように、資料2の6ページの左の棒グラフの労働時間の割合を見ますと教育と研究と診療時間とのバランスが非常に悪いというのは事実だろうと思えます。これは皆さんもお分かりのとおり、大学病院といえども一定程度運営をしていかなければいけないということにおいて、運営管理費を生むための圧がこの部分にすごくかかっている。よって、大学病院もいろいろなケースを診ざるを得ないということになり、大学病院の機能も様々になってしまっている。すなわち、本来の「教育機関としての医療機関」という役割がかなり抑えられてしまっている結果であろうと思えます。

この点に関しては、今回の資料にもあるように、診療報酬において一定の支援がありますが、診療報酬だけでそれを解決するということはなかなか困難であろうということは明確です。文部科学省は先ほど森構成員からの質問に回答された、今回、新たな事業として予算要求するということですが、私としては、まだまだ足りないだろうと思えますので、しっかり頑張ってください、予算の獲得をお願いしたいなと思えます。

自己研鑽に関してですが、先ほど前田構成員もおっしゃいました通り、令和元年に通知で出た法文が、上司の明示・暗示の指示・命令の有無によってのみ区分を決めるという書きぶりになっているため、ここは非常に解釈が難しかったというのが事実です。資料2の7ページの内容を令和6年度に厚生労働省から出していただき、これによって一定程度の仕分けができたので、制度開始当初からこういうものを示していただければ、現場が少しは混乱せずに済んだかなと思えます。森構成員がおっしゃられた研究の部分は、非常にいろいろなパターンがあると思えます。ですから、上司がそれを無理にこれは「自己研鑽だ」、というように区分するのは決して良くないことで、例えば診療科、医局の中で医局員と上

長がそれぞれの研究に関してはどう区分しようか、ということをお互いが100%納得はできなくても、一定程度理解をして、その理解を共有するということによって、勤務医の先生方の不満というものも少しは減ると思います。

繰り返しですが、根本は、資料2の6ページにある左の労働時間のバランスの悪さです。ここが全てで、その大元は大学病院の運営ができるかできないかということにつながるわけですので、そこは解決しないことには駄目かなと思っております。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

続きまして、濱口構成員、お願いいたします。

○濱口構成員 ありがとうございます。

資料3の1ページについてコメントさせていただきます。まず、「医療機関における勤務時間短縮に関する事項」ですが、今回、事例紹介もありましたように、業務の効率化に取り組んでいる医療機関に「どのような方法を導入すればどう効率化するのか」ということをお示しいただき、ほかの医療機関に対してもそれをしっかり明示して横展開できるようにしてもらえればというお願いです。

次に、その下の、「医師の働き方改革を取り巻く政策との関係に関する事項」の特にカスタマーハラスメントの部分ですが、今年度、業種別カスハラ対策取組支援事業の検討委員会に私も構成員として参画しております。御存じのように10月1日から医療機関を含む全ての事業主に対してカスハラ対策が義務化されます。医療現場においては、患者あるいは家族からの迷惑行為はペイハラとも呼ばれており、各地の医師会では対策方針の策定、注意喚起のポスター掲示といった動きを進めているところです。これに加え、相談窓口の設定あるいは対応手順のマニュアルの整備という3本柱が義務づけられています。

ただ、このように義務づけることは大事なのですが、実際には加害者に対して一定程度の毅然とした態度も必要ですし、場合によってはそれに対する罰則がなければ、根本的な解決につながらないと思います。例えば、各都道府県の医師会では、ポスターの中に「都道府県警察」という文言を入れていますが、それも一つの抑制効果になります。実際の現場では、本当に殺人をしようとする家族も存在するわけですから、「カスハラ対策を頑張りましょう」ではなくてもう少し厳しい対策も考えなければいけません。事件が起こったときでは遅いので、繰り返しですが加害者に対する罰則も少し考えてはどうかということ、そうでないと抑止効果につながらないのではないかと考えています。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

今、資料2についてのコメントをいただいたのですけれども、菅村構成員、続きましてお願いいたします。

○菅村構成員 御説明ありがとうございます。

資料2につきまして、全体としては医師の働き方改革が着実に進んでいると認識してお

りますが、先ほど構成員の先生方から御発言があったように、各医療機関における自己研鑽や宿日直許可の運用には課題があると思っておりますし、それが調査結果にも出ていると考えております。

資料3以降はこの後の議論になるかと思いますが、今回の論点で示された中には、先ほど来議論になっている自己研鑽や宿日直許可について明示的な記載がありません。次回以降の議論になるのかもしれませんが、自己研鑽の区分けの明確化、宿日直許可についてもやはり検討をすべきではないかと考えておりますし、また、都道府県の立入検査の検査項目に追加することなどについても前向きに御検討いただきたいと思いますと考えております。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

既に資料3についての論点にもやや踏み込んだ非常に重要なコメントをいただきました。ありがとうございます。

それでは、もう既に何人かの構成員の方からもコメントをいただいておりますけれども、改めて資料3の中に提示されている3つの論点について、構成員の方々の御意見を頂戴したいと思います。最初に、勤改センターの在り方についてということですが、これについては家保委員からも冒頭に御説明がございましたが、構成員の方々から御意見、御質問等はございますでしょうか。

それでは、濱口構成員、お願いいたします

○濱口構成員 資料3の9ページですが、今回、家保構成員から丁寧に全国の状況について御説明いただきましたが、勤改センターの職員は専任でない場合も多いため、ICTの導入や、職員の増員は当然不可欠だと思います。日本医師会では対応している医療機関勤務環境評価センターでは、特定労務管理対象機関の指定を受けるために受審した医療機関の評価結果を都道府県に通知することに法律上なっています。ついては、都道府県から管下医療機関の勤務環境あるいは労働管理体制に対する情報を勤改センターに示し、その情報を基に長時間労働が生じている医療機関への働きかけをぜひとも行ってもらいたいと思います。

この点に関しては、厚生労働省が主催している都道府県医療機関勤務環境改善担当者会議で評価センターから都道府県の御担当に向けて、特定労務管理対象機関に対して勤改センターがぜひとも伴走型支援を行っていただきたいということをお伝えしているところです。勤改センターの利活用も非常に重要なので、都道府県でしっかりと考えていただきたいです。

各都道府県で特定労務管理対象機関を捕捉することは、数としてはそれほど難しくないのではないかと思いますので、都道府県は特に重点的な支援が必要な地域や医療機関を把握し、そこを中心に支援をしていただくという形が一番いいのではないかと考えています。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

それでは、勤改センターについては今、濱口委員からも厚生労働省からの支援の在り方

について御議論いただきましたけれども、森本構成員から勤改センターが能動的に活動するための課題や提案というのがございましたら、それを改めて整理していただきたいと思います。

○森本構成員　ありがとうございます。森本です。お願いします。

資料3の4ページ目、支援方針や成果目標を見直しながらという形で、次ページにあります年次活動計画を各都道府県につくっていただいていると思うのですが、私はスーパーバイザーで複数の都道府県にお邪魔させていただいているのですが、実際これをつくってアドバイザーに周知しているセンターと全く見せていないセンターがあり、周知しているのとしなくてモチベーションが全く違っているように感じています。

その中で年次活動計画、年次目標作成の中で、ビジョンであったりこういった目的というものが抜けておまして、KPIだけ追っているというセンターもたくさんあります。そうしますと、取りあえずKPIが先行して訪問して件数がクリアできればいいよねという形になってくるので、なかなか好事例が出てこないなと感じております。

実際、当初ありましたように、勤改センターの周知不足というのは他の構成員の先生方からも説明があったかと思うのですが、何をしてくれるかという支援の段階が医療機関で納得といいますか、見えてこないことが多くて、本来のゴールは自院で改善する力をつけるPDCAのマネジメントシステムを入れることなのですが、どこまで伴走してくれるのかが見えなくて、実際に課題を洗い出すということもおおむねできていない医療機関も多いのかなというのを感じております。

ですので、能動的に動くといったところで感じるのは、アドバイザーがどういう支援をしたら医療機関のためになるのか、そして地域のためになるのかというのをしっかり考えていただいて、都道府県がそのためにどういった取組をするのかという仕組みづくりですね。個人個人考えて動いてくれと言われてもアドバイザーは実は動けなくて、では医療機関はそのぼんやりしたところで動けるかというとはやはり動けないので、こういった目標でセンターは動いています、そのために支援ができます、ただ、その支援もコンサルのようにできるわけでもなく、そして労基のように指導できるわけでもないで、どのような形で伴走させていただきますというのを各地域の特性を踏まえて目標を立てていただいて提案していく。場合によってはどのような形で提案していくのかというロードマップ等を示していただいて、それによってどう動いていくのかというのをしっかりと地域全体の課題として考えていただく必要があると感じております。

アドバイザーのスキル等も少しばらつきがあるという御指摘がありますので、では何が足りないのかといったところを明確にさせていただく。そして、先ほどからICT・AIの話も出ておりますけれども、これも実は医業経営コンサルタント、医業経営アドバイザーだからできるというわけではないのですよ。得意分野がありますので、これはどこまでやるとうまくいくのか、場合によってはセキュリティーの関係で頓挫しているような医療機関もあるというの聞いておりますので、そういったところで課題を抽出した上で、これをクリ

アするためにこういった支援が必要なのかというのを各都道府県から吸い上げていくことが必要ではないかなと感じております。

あと最後に、こういった場で先生方のお話を聞くことがたくさんあるのですが、実際アドバイザーとして会うことは事務方と会うことが非常に多いです。事務方の話している内容と実際に現場で働いているドクターである先生方のお話に少し乖離があるような気がしておりますので、勤改センターが訪問させていただいたときは先生方に同席していただけたらうれしいなと思います。

長くなりまして申し訳ございません。

○小塩座長 どうもありがとうございました。

続きまして、オンラインでお二人お手が挙がっています。まず、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。

勤改センターの支援体制の課題として、家保構成員からも御指摘がありましたけれども、各医療機関が特例水準や宿日直許可を取得してこの2年間で比較的順調に働き方改革も遂行されたことにより、一山越えて相談しようとする熱意が低下しているという実態はあると思います。

しかし、まだ課題があるので、勤改センターが効果的に業務を運営するためには、都道府県が重点的に支援が必要な地域や医療機関を選定する。例えば次の議論にもありますけれども、連携B、あるいはB水準の医療機関で1,200時間超えがいるような医療機関をある一定の基準で選定して、そして勤改センターが伴走的支援のような形で能動的に活動できる体制を構築することが重要ではないかと思います。現状、相談を待っていて受動的に対応しているとあまり効果的な支援はできないと思いますので、その点、今後検討いただければと思います。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

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。

今、岡先生からも重要な御指摘がございましたけれども、私も長くこの委員会に参加させていただいて、数年前の勤改センターの状況から比べると格段の進歩があることに心から敬意を表したいと思います。地域によってまだ温度差、濃淡差があるようでございますけれども、一つお願いしたいのは、これだけ非常に活発に、しかもどんどん成熟している勤改センターの存在、状況を特に大学の先生方にもっともっとしっかり周知する。勤改センターというのがあってこういうことをやっているということをぜひしっかり周知するような努力というか、そういうことをしていただけると大変ありがたいなと思います。

例えば私が勤めている大学病院でも勤改センターの話はあまり出てこないのですね。でも、今日のお話を伺っていてもこれだけ大変なことをしっかりやっておられるので、こう

いう仕組みがあつてこんなにサポートができるということを例えば全国医学部長病院長会議など、要するに各大学のトップの先生方が集まる場でもぜひこまめに紹介していただいたり、あるいは日本医師会の活動を通じて医療機関の皆さんに周知徹底をしていくことがより重要ではないかなと思いますので、その辺、御尽力をお願いできればと思います。

以上です。

○小塩座長　ありがとうございました。

続きまして、馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員　馬場でございます。四病院団体協議会の代表としてここに出ていますけれども、大阪の勤改センターのセンター長ですので、ここは勤改センターの立場でお話をさせていただきます。

7 ページに医療労務管理アドバイザーと医業経営アドバイザーの図がありますけれども、本当にこれは車の両輪で、適切な医業経営アドバイザーの確保ということが本当に大事になってきていますので、ぜひ全国的には病院団体、医師会等と連携して人材確保をお願いしたいし、そのために厚労省には積極的にこの部分に関与していただきたいと思っています。

そして今回、年次活動計画の話やアウトカム指標の設定の話をいただきましたけれども、これは本当に重要なことだと思います。しかし、勤改センターができたときと現状との一番の違いというのは、最初の医師の働き方改革に関する検討会るとき、物すごくタスク・シフト/シェアの議論をしてまとまり上げてきたのですけれども、タスク・シフト/シェアをしようにも、今、医師以外の職種の人材確保が本当に大変になっているという状況です。多くの病院は経営難の中、高額な有料職業紹介所を使ったりという状況にあります。

そういった意味で、今回、ICT・AIの活用に勤改センターが助言を与えるということは重要なことだと思っていますけれども、森本構成員からも少し話がありましたけれども、勤改センターのアドバイザーはICT・AIの専門家では決してありませんので、こういった部分に対して厚生労働省から具体的な支援、助言をぜひお願いしたいと思っています。

ただ、それだけでは不十分でAI・ICTではできないことも多いので、人材確保が本当に必要です。勤務環境改善支援センターは本来、医師以外の人たちも対象のはずなのですが、ほとんどが医師の働き方改革の仕事だけになってしまっていますので、医師以外の職員の勤務環境を改善するという視点が本当は大事ではないかなと思っています。外国人や障害者、短時間しか働けない人、高齢者、無資格者といった人たちと一緒に働くという多様性の推進ということも今後していかないといけないですし、医師以外の人たちの勤務環境の改善も医師と併せてぜひ推進していかないといけないのですけれども、大阪の勤改センターでも重要性は共有できているのですけれども、具体的にはなかなか仕事が進まないということがありますので、この部分に対しても厚労省から積極的に働きかけていただければありがたいと思います。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございました。

続きまして、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。

今、馬場先生から御紹介がありました7ページで私も1つ意見を申し上げたいと思います。この両輪で医療労務管理アドバイザー、それから医業経営アドバイザーはそれぞれの役割を持っておられて、医業経営アドバイザーの中でPDCAサイクルを効果的に実施するための助言や支援というのがありますけれども、これは本当に私は大切なことだと思っております。医療だけでなく労務に関しても申し上げられるものではないかなと認識しております。

言ってみれば、先ほども森本構成員からありましたけれども、マネジメントのシステムといったものを中に入れて病院の中で改善をしていこうという一つの考え方だと、それが自律的な改善につながっていくような大きな枠組みの中にPDCAはあると思いますので、こういうものが考え方として医療機関につながっていくとすごくいいのではないかなと思っています。

このPDCAの中には、お話にもありましたけれども、アウトカムのお話もありますが、最終的な労働時間だけではなくてそこまでに至るプロセスを評価しながら改善をしていくというサイクルになっていると思うので、考え方がつながっていくといいのではないかなと考えるところです。

資料2にちょっとだけ移って恐縮ですけれども、12ページに医療機関の業務効率化・勤務環境改善の支援というのがあります。③に勤改センターがあります。今までお話があったように体制拡充、機能強化をぜひ図っていただければと思っております。医療機関の労務管理等の支援に加えて業務効率化に係る助言・指導等も行うように努める旨を明確化するとありますけれども、この業務効率化の部分をもう少し広げてといいますか、先ほどのマネジメントの仕組みであるとか、そういうものに係る助言ができるような形の目標をつくっていただければありがたいかなと思っております。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございました。

続きまして、野原構成員、お願いいたします。

○野原構成員 ありがとうございます。野原です。

私からは、勤改センターがこのように重要ないろいろな皆さんの役割を担うようになっているかと思うのですけれども、勤改センターができたときも地域医療支援センターと連携して実施するという枠組みで書かれていたかと思います。地域医療センターは医師確保や地域医療の継続・充実というところを検討されているかと思うのですけれども、そこと連携して行うことで、一つの医療機関の中でどうにもならない勤務時間とか、B水準の場合は地域に出しているわけなので、そこを勤改センターのアドバイザーの方々が地域の医療状況を全て確認というか理解して、その中で実施するということよりは、地域医療支

援センターと十分な連携をもって実施されていくということで、より勤改センターが活動しやすいといえますか、活動ができるような形になるのではないかなと思っております。

ICT・AIに関して、先ほど来専門家がいらないというお話があったかと思いますが、エビデンスとしてもICT・AIを入れることによって時間削減というのを示していただいていますけれども、これはそのエビデンスはありますが、実装研究というところには至っていないかと思うので、どうしたらそれが実装できるかというところを今後、研究も含めてやっていかれるといいかなと思いました。

以上です。

○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非常に貴重な御意見を数多くいただきました。

時間的な制約がございますので、2番目の論点に移りたいと思います。時短のお話です。ただ、このお話をする前に私たちが共有しておかないといけないことといたしまして、実際に大学病院等で働き方改革でどういう好事例が見られるかということを知っておいたほうがいいと思います。これにつきまして、前田構成員が全国医学部長病院長会議で御紹介があったようですので、それについて私たちが共有すべき事例がございましたら、手短に御紹介していただければと思います。

○前田構成員 ありがとうございます。

これは吉川室長がお話ししたときに少しコメントしたのですが、大学の中は診療科で忙しさにばらつきがあります。心臓血管外科は非常に忙しいとしまして、内科系で少し余裕がある診療科があった場合にそれにポストを与えて、内科の先生にポストを1個あげるから心臓血管外科を手伝ってくださいとあげると、分かりました、50%は心臓外科のためにエフォートを使いますというふうに診療科で助け合うという事例があります。

それから当直も、ちらっと言いましたが、全科当直をすとか、あるいは各科の内科系で1人の当直にすとか、当直を減らすということも行われています。

それからAIですけれども、私自身はまだあまり使っていないのですが、AIの音声入力だったり、それから退院時サマリーであったり、いろいろなことをAIが書いてくれると非常に助かりますので、その部分は医師の働き方改革に非常に貢献するのではないかなと考えています。

それから、これはまだこれからの課題ですけれども、大学病院というのは非常に外来の枠が多いです。専門家がたくさん、例えば正規だったら手の専門家があって、足の専門家があって、脊椎の専門家があって、いろいろな専門外来があって、普通の同じ規模の病院よりも外来の数が非常にたくさん立っています。しかしながら、医師がこれはあと入院からお任せしますと言ったら、医師事務作業補助者が分かりましたとして入院のオーダーを打ってくれたり、食事の処方箋を書いてくれたり、全部自動的にやってくれれば助かるのですが、今はなかなか一人の医師にクラークさんなどもつけられないので、それを自分でやっていて働き方改革が進まないという点があって、大学病院ならではの特質と

して外来機能をどうやっていくかというのは各病院取り組んでいく課題かなと思っています。

○小塩座長　ありがとうございました。

それでは、短縮目標ラインについて御議論いただきたいと思うのですけれども、先ほどの資料3の20ページに論点を事務局から提出していただいております。これに沿って構成員の皆さんの御意見を伺いたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

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。

医師の時間外労働短縮目標ラインを設定して見直すという考え方に関して、今回、3年に一度の制度見直しをするという当初の方針と整合性を取ったということではよろしいかなと思いますが、医療機関勤務環境評価センターの業務を請け負っている中で、労働時間が短縮できないところ、そして労働時間が順調に短縮しているところ、逆に大きく労働時間が増えるところ、そのようなデータが散見されます。

その理由をいろいろ聞いてみますと、医療機関の中で分析がしっかりできていないということがあります。労働時間が短縮できない、あるいは増えたのは、自分の医療機関において人が減ったのか、それとも業務量が非常に増えたのか、それはシステムの変更によるものなのか、それともほかの問題なのか。さらには院外の問題として、医療提供体制的に、どういう形の医療機関で診療科の変更があったとか、ないしは医療機関を閉じた、それによって自院の業務量が増えた等々、要因はいろいろあるわけですが、そういったことを区分けしてしっかりと見ていくことを先ほどの話もありましたが、各医療機関に勤改センターがアドバイスをしていただければと思います。

というのは、我々は評価するに当たって、医療機関に色々お話をお聴きして、結果的に「勤改センターにしっかりと相談をしてください」とお願いするわけですが、実際にはそうしない医療機関もあります。それがなぜかという、一つには勤改センターが労働行政と情報を共有しているのではとされている節がまだあり、そこを払拭しないことには恐らく、勤改センターを使う医療機関は使う一方、使わない医療機関はずっと使わない。しかし本当は、使わない医療機関を直さないと駄目ですので、しっかりと勤改センターがフォローをして各医療機関に分析を行っていただく、そうすることでその医療機関では何が問題となって時短がうまく進まないのかが分かりますので、その課題への対応もできるようになる。

ですから、病院にこういう形にすればいい、と提案するような現行の資料はよろしいのですが、医療機関は相対的にこれを見られても「じゃあうちの医療機関ではどうすればいいのか」ということになってしまうので、具体的に考えさせることで問題点の抽出とそれに対しての対応策がしっかり出てきますので、そういう形で進めて行ければよいかと思います。何度も言いますが、そのためには勤改センターのマンパワーを増大し、都道府県行政との連携をしっかりといただく。国は今回、予算要望で過去の5倍ぐらい予算をつ

けておられますが、2035年を目途にB・連携Bというのはなくなるわけで、勤改センターの業務量は減ってきますから、職員を常勤として雇うのは難しいと思います。パートとして雇っていただきマンパワーは増やしていただくという2点で時短計画の見直しもスムーズに進むのではないかと思いますから、この点はよろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

オンラインで岡構成員がお手を挙げていらっしゃいますので、よろしくお願ひします。

○岡構成員 ありがとうございます。

連携B・B水準の短縮目標ラインの見直し、あるいは設定することは必要だと考えますが、地域医療への影響を考えますと、過度な短縮目標とはせず、2035年に向けて段階的に縮減する目標設定にすべきだと思います。

14ページで示されていますが、年960時間を超える割合は減少傾向にありますが、特に1,200時間を超えている医師数は分布上は少ないですけれども、この中身をぜひ分析していただきたいのですけれども、恐らくこの中には循環器内科、あるいは消化器外科、心臓血管外科、救急科の医師が多く含まれていることが予想されます。これらの診療科は緊急を要する場合が多いという特徴、そして専門家当直ですね、独自で緊急性が高いので当直しているということがありますので、その中で宿日直許可を取っていないような業務の場合も多いということを考えますと、ここのところで急激に時間短縮を設定するということは地域の救急医療に及ぼす影響が大きいので、ここは段階的なものを設定するということは今後考えていただければと思います。

また、連携B・B水準の医療機関の多くが地域医療体制確保加算を算定していると思われるので、この加算の算定条件である時間外・休日労働時間、令和8年度であれば1,635で、令和9年度は1,560ですので、このような時間を一つの目安として今後、段階的な短縮計画を考えるというのも一つの考えだと思いますので、ぜひ御検討ください。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

それでは、菅村構成員、お願ひします。

○菅村構成員 ありがとうございます。菅村です。

短縮目標ラインにつきましては、20ページに御提示いただいている論点の検討の方向性については異論はございません。

その上で14ページを見ると、先ほどの構成員の先生方からも言及がございましたが、時間外・休日労働が年960時間を超える医師の割合は一定減少しておりますが、16ページの最大値で見ると8割の医療機関で960時間超となっています。12ページにもございますが、ワンウィークスタディーではあるものの週労働時間が100時間を超えている医師もいらっしゃるということを踏まえると、過労死ラインを超えるような時間外労働は早急に是正する必要があるのではないかと考えております。

次期の短縮目標ラインについては、2035年度末に確実に960時間を達成するよう、各医療機関の取組をさらに後押しするような段階的な目標設定が重要であると思っております。診療報酬における評価や都道府県による支援などの各種施策と併せて、勤改センターも含め、知恵を絞ることが重要と思っております。

加えて、C水準についても改正医療法の参議院の附帯決議において将来的な縮減に向けた検討に着手することが求められております。本検討会において高度な医療技術や研究の維持・発展との両立を図りつつ、B水準と同様に短縮目標ラインを定めるなど計画的・段階的な縮減に向けた具体的なロードマップの検討にも着手する必要があると考えております。

○小塩座長　ありがとうございました。

それでは、長野構成員、お願いいたします。

○長野構成員　ありがとうございます。

まず、C水準等の運用に関して資料3の24ページに論点が示されておりますが、先ほど菅村構成員から発言があったとおり、いつまでも1,860時間という水準を残置させるべきではなく、中期的に減少させていく道筋を描くべきと思っております。

また、C-2水準の制度趣旨や対象技能の考え方が、医療機関内で十分に浸透していない状況を踏まえれば、論点に記載されている実効性のある周知、マニュアルの充実や具体例の紹介等に取り組むことは重要であると考えます。

また一方で、論点の1つ目にありますけれども、過剰な制限を求める趣旨ではないことの周知も、確かにそうですが、資料3の22ページの不明・曖昧だったという回答が3割程度あることが問題ではないでしょうか。先ほど森先生をはじめ多くの先生からお話がありましたが、自己研鑽の区分けの明確なルールを設けることが非常に重要ではないかと思っております。しっかり周知して適切な運用を促すべきだと思っております。

臨床研修プログラム責任者といった指導側の長時間労働の問題についても、まずは制度の正しい理解を促すとともに、指導のための修練の効率化の取組を進めることが必要ではないかと考えております。

資料2ですが、まずは働き方改革を進める意味では労働時間の適正把握と短縮という事前対応が最も重要だと思いますが、前回城守構成員が言及された面接指導、就業上の措置、勤務間インターバルなどの追加的健康確保措置の確実な実施を徹底する取組は欠かせないと思います。

今回の資料2の13ページを見ると、連携B・B水準で回答が得られた病院で面接指導医は直属の上司にしないことという回答が8割強となっております。また、勤務間インターバル、代償休息についても全医師や努力義務の医師を対象として取り組んでいる施設も一定割合ございます。努力義務であるA水準の医療機関を含め、こうした前向きな取組が広がっていくよう、好事例の横展開をぜひお願いしたいと思っております。

そして、こういった医療機関の取組を支援していくためには、冒頭に家保先生の御説明がありましたが、資料9ページの論点にあるとおり、勤改センターの機能強化や地域差の是正を検討していくことが必要ではないかと考えます。

最後にカスタマーハラスメントについて。私が所属している病院では、ポスター掲示はもちろん、患者さんの待合室などでカスハラ防止を促す院内放送を流す取組をしております。また、SNS等の普及で、悪気なく患者さんがスタッフの写真を勝手に撮ってしまい、撮られた側は迷惑行為と感ずることもあります。濱口先生がおっしゃったとおり悪質な事例もありますので、抑止効果も含めて医療従事者の全体の職場環境を改善する意味でも、資料2の16ページのように取組を強力に推進していただきたいと考えております。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

続きまして、馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 ありがとうございます。

20ページにありますように、「地域医療への影響を最小限にすることに配慮し」と、まさにこのとおりで、国民のためということを考えたときには地域医療への影響を最小限にして、本当に「着実に」と書いてあるとおりにしていただきたいと思っています。

18ページを見ていただければ、ここにも「連携B水準については、地域医療の確保の観点から、特に丁寧に実態を踏まえて検討を行う」と書いていただいていますけれども、連携B水準につきましては大学病院の医師派遣機能ということを考えてときに、2036年に本当に960時間というゴールでいいのかどうかということも含めて、連携B・Bと一まとめに書いていますけれども、連携B水準とB水準については別途の水準を決めるというぐらいの気持ちでやっていったほうがいいのではないかなと思っています。

以上です。

○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。

濱口構成員、お願いいたします。

○濱口構成員 先ほど城守構成員からお話がありましたが、短縮目標ラインは拙速に進めるべきではありません。地域医療への影響などもありますし、前にもお話ししました通り、例えば院内での中堅医師へのしわ寄せなど、いろいろな細かい課題がたくさんございます。そういったことを考えると、縮減ありきで進めていくのではなく、繰り返しになりますが丁寧に進めていくべきです。

それからまた、C水準に関しては、医療機関の管理者やプログラム責任者への認知がまだまだのようですし、その方たちに大量の説明資料を提供してもどうも抵抗感があるようです。とにかくここだけは知ってほしいという要点を絞った資料を厚生労働省が作成することも周知につながるのではないかと思いますので、ぜひよろしくお願いします。

○小塩座長 ありがとうございます。

続きまして、野原構成員、お願いいたします。

○野原構成員 野原です。ありがとうございます。

私はこの短縮目標につきまして、18ページに示されている当時①で策定された段階的な数字というのは妥当なものではないかと思っておりますし、これを変えるほどの何かがあるかなというのは思っていないというか、着実な時間の減少というのは見られると思いました。

16ページにグラフを示していただいておりますけれども、令和6年から令和7年にかけて、1年間ですけれども1,680とか1,920時間以上となっているところは数パーセントですけれども、1年でこれだけ減少が見られているということを考えますと、次の目標設定のところまで5%ぐらいがまた左に移動するということかと思っておりますので、数字的にはきちんと目標を立ててそこを目指すという姿勢を見せるということが非常に重要かなと思っております。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

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。

大学小児科で働いていて、本当に現場に近いところにおりますので、こういう場でどういう発言ができるのか悩みながら今日も出席していたのですが、せっかく参加しておりますので、比較的規模の大きな大学医局で人事を担当しているという立場から、地域の勤務医確保の観点から一つと、離職後復帰の観点、まだ働いていない医師がいるという医師の人材という点から一つ、割とうまくいっているなと思っている取組を共有させていただければと思います。

まず、地域の勤務医確保の取組なのですが、いわゆる後期研修医の研修期間というのは基幹施設を軸に複数の関連施設や連携施設が関わっております。当科の場合は東京にありますので、基幹施設の研修、つまり東京都内の勤務というのは最低限の6か月にとどめるようにしております。残りの期間は他県にある関連施設や連携施設に派遣している状況です。その行き先の大半が足元充足率と呼ばれるものが低い地域の医療機関になっていて、そういったところでの勤務というのはもっと働きたいとか、吸収したいと思っている時期の若手医師を人材不足の地域貢献に活用するという運用にもなっております。入局者の数がよほど増減しない限りは安定して循環している状況です。

我々は小児科なのですが、救急診療なども夜間診療をしているような施設というのは宿日直許可が出ているとしても、全科当直ではなくて各科当直の場合は最低8人の医師がいないと回らないというわけなのですが、そうした施設と研修の親和性の高さというのが継続できている要因だと思っております。

ただ、こういったことは医師の地域偏在の課題なども絡んでくると思いますので、働き方改革の論点だけでは進められない問題ですので、横の連携も必要かなと感じております。

もう一つ、離職後復帰という点なのですけれども、育児や介護からの復帰について、復帰後いきなりフルで勤務できる医師というのはほとんどいなくて、勤務が不定期となったり、あと突発的な事情で休務を余儀なくされたり、短期的な見通しすら立てづらい中で働いてもらわないといけない状況です。そういう意味では常勤で働いている医師とは条件が根本的に異なりますので、同じ業務を課すというのは非現実的で、小児科などの場合は時短の先生には主に外来業務に従事してもらっています。外来業務であれば患者さんごとそれぞれの受診時間内で何らかの落としどころを見つけて一旦区切るということの繰り返しですので、逆に連続性のあるような病棟診療とは異なって、時短の医師にとってはマネジメントしやすい。あとは似たような背景を抱える医師同士でカバーし合えるというところで、心理的負担も軽減されると想像しています。常勤医も外来診療はしているのですけれども、タイミングによってはそういった先生に任せることで病棟対応、あるいは教育、研究に集中できる時間を確保できるというところで、役割分担できるメリットは大きいかなと思っています。

あと、これはまた別件なのですけれども、医局員の人事調整をしていると、これとは別に本人の疾病、身体的疾患のこともあるのですけれども、主にはメンタル面の課題を抱える医師というのも一定数おりまして、こうした特徴を有する医師というのはある程度規模の大きな施設で心理的安全性を保った環境で勤務を続けるのが望ましいなと感じる場面が多いです。

ただ、なかなか適用できる雇用枠や制度がないので、結果的にスポットのバイトとか、場合によっては自由診療のクリニックなどでしのぐしかない人材というのも一定数いる状況なので、そうした層も掘り起こせると、長い目を見たときに人手不足の解消につながるのではないかなと考えています。

これはあくまで一例で、地域や施設、あるいは診療科によっても特性や文化背景が全く異なると思いますので、それぞれによって工夫できる点があると思いますし、先ほど来話題に出ていますように、勤改センターなどがこういった相談にも応じてくれるということであれば、かなり心強いかなとは感じております。

以上です。ありがとうございます。

○小塩座長 ありがとうございます。非常にたくさん貴重な御意見を頂戴いたしました。

残り時間が少なくなったのですけれども、3番目のテーマも非常に重要ですので、構成員の方々からの御意見を頂戴したいと思います。C水準の運用についてということでございます。この論点につきましては既にコメントをいただいているのですけれども、資料3の24ページに論点がまとめられておりますので、それに沿って御議論をいただきたいと思っています。

どなたからでも結構ですが、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。

このC水準に関しては、特にC-1の臨床研修についてコメントさせていただきますが、

先ほどの資料3の22ページにおいて、時間になると研修医を全員帰すという病院が2割近くあるというデータもいただきました。臨床研修のプログラムは各医療機関で様々なものをつくっておられますし、それを一定程度内部評価していく形で設定されていると思いますが、臨床研修の期間において医療に関しての研修を一定程度しっかりと行っていくということは、働き方改革の課題、先ほどから出ている地域医療への影響とともに、医療の質の維持・向上という点に大きく影響すると思います。

今日は文部科学省の方もおられますし、この臨床研修に関してのプログラム等に関しては違う検討会でも議論されておられると思いますが、臨床研修において適切な質・量を保ったプログラムをつくっていただきたいなと思います。これは私の要望です。

C-2に関しては、これも前回の検討会から出ているとおり、この制度そのものを各学会の先生方が十分に御理解されていないように感じます。各学会の担当の理事の先生は2年に1回ぐらい替わられます。そうしますと前任からの引継ぎもないですし、制度も非常に複雑ですので、その御理解をしっかりといただくためにも、厚生労働省の方には本当に申し訳ないですが各学会に直接出向いていただいて、しっかり説明していただくという形にしていきたい。C-2の時間短縮についても検討する必要があるのではないかと思います。御意見はそのとおりなのですが、申請事例がかなり少ないですから、まだスタートにも立っていません。まずはこのC水準という制度がどういう意味を持っているのかということも御理解していただくためにその説明を厚生労働省の方にはしっかりと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。

以上です。

○小塩座長　ありがとうございました。

続きまして、オンラインで岡構成員がお手を挙げていらっしゃると思いますので、お願いいたします。

○岡構成員　ありがとうございます。

今の城守構成員の御発言にちょっと重なると思うのですが、C-2水準についてだけ1つ意見を述べたいと思います。

C-2水準は制度の趣旨の理解不足や申請の煩雑さゆえに、本来C-2水準に該当する場合でもB水準のままでいる医療機関が多いと思います。ただ、2035年近くになりますとB水準がなくなるということになると、B水準の医療機関、あるいはそこで働いている医師がいわゆる駆け込み申請の形でC-2水準に申請する、中にはC-2水準に該当しないようなケースの申請も出て現場が混乱することも予想されますので、早い段階でC-2水準を適切に運用されるような制度の周知、対策を考える必要があると思います。

先ほどもC-2水準の1,860という時間に懸念の意見もあったと思います。私もそれは賛同しますが、これはC-2水準の徹底と1,860時間の両方を同時に議論すると現場は混乱しますので、まずはC-2水準の周知徹底、それから適切にその医療機関に申請していただくということをまず優先して、ある程度C-2水準の医療機関が増えた段階で各学

会の意見を聴きながらこの1,860時間が妥当かどうかというものを議論するという順番のほうがいいと思いますので、ぜひその点、御議論いただければと思います。

以上です。

○小塩座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。追加でどなたかいらっしゃいますか。よろしいでしょうか。

それでは、本日、各構成員の方々から非常に数多くの貴重な御意見を頂戴いたしましたので、事務局におかれましては、本日いただいた御意見を整理した上で、引き続き医師の働き方改革の推進に向けた具体的な議論ができるように、次回の検討会において必要な資料を提示していただくようお願いいたします。

それでは、本日用意しておりました議題は以上となりますが、事務局から連絡事項はございますでしょうか。

○市川医療経営改革課長補佐 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、追って御連絡さしあげます。

事務局からは以上でございます。

○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って貴重な御意見を頂戴いたしました。本当にありがとうございました。

それでは、これで第2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」を終了させていただきます。ありがとうございました。