2026-10-29　第３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３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さしあげるべきところではございますが、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、文部科学省高等教育局・早川室長、また、参考人として、日本外科学会から武冨参考人、日本循環器学会から小林参考人に現地御出席、東京女子医科大学から多賀谷参考人にウェブで御出席をいただいております。

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、録音を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しております。会場出席者の皆様におかれましては、お手元に配付させていただいております議事次第、資料１から５、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、座長の指名後にお願いいたします。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、御発言されるとき以外はマイクをミュートにし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、座長にお願いいたします。小塩座長、よろしくお願いいたします。

○小塩座長　それでは、早速議事に入らせていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

本日の議題は、「１．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、事務局より資料１の説明をお願いいたします。

○杉山医師等医療従事者働き方改革推進室長補佐　よろしくお願いいたします。厚労省の杉山です。

それでは、資料１を御覧ください。資料１は、「第２回検討会までの議論の整理等について」となっております。

ページをおめくりいただきまして１ページ目、こちらは第１回で出させていただいた論点のまとめでございます。医師の働き方改革全般に関する事項、医療機関における勤務時間短縮に関する事項、臨床研修やＣ水準の運用等に関する事項、また、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の４項目について挙げさせていただいておりました。

次のページをよろしくお願いいたします。２～３ページ目につきましては、第１回検討会での御意見を整理したものを先ほどの項目に沿って提示させていただいたものです。こちらは前回第２回検討会での再掲資料になりますので、説明は割愛させていただきます。

２ページおめくりいただきまして、４ページ目、５ページ目が今回の資料となります。前回出た意見を整理させていただいております。

まず、医師の働き方改革全般に関する事項ですが、こちらは労働時間短縮が困難な診療科もあり、診療科ごとの実情を踏まえた対応が必要な点や、地域医療への影響も考慮して進めていく必要などの御意見がありました。

医療機関における取組におきましては、AIやICTなどの導入に関する御意見が変わらずあったこと、また、研鑽と労働時間の区分についての御意見がございました。また、都道府県における支援におきましては、勤改センターの活動実績や支援内容に県ごとに差があり、体制強化が必要であること、また、周知不足などの御指摘がございました。また、国等における支援におきましては、短縮目標ラインについては2035年に960時間を目標に実態を踏まえながら検討していくことや、連携Ｂ・Ｂ水準などについても今後の在り方を検討していく必要性の御指摘がございました。

次のページをお願いいたします。臨床研修やＣ水準に関しましては、Ｃ－２水準に関しまして、第１回でも御指摘いただいたように制度理解の周知などの御意見をいただき、また、研修医に関しましては、健康確保を前提としながらも研修機会との両立を図っていく必要があるなどの御意見をいただきました。

また、最後は大学病院に関する特性への配慮や、育児・介護等に関わる医師への復職支援など、多様なキャリア形成支援について、また、10月１日から法施行されましたカスハラ対策に関する御意見をいただきました。

最後のページを御覧ください。これらを踏まえまして、本日御検討いただきたい事項としましては、まず１つ目、参考人として東京女子医大の多賀谷医師に発表いただき、女性医師等の復職・多様な働き方についてを一つの論点とさせていただきたいと思っております。また次に、日本外科学会の武冨理事長と循環器学会の小林理事長からの参考人発表を踏まえまして、労働時間が長い診療科・医療機関についてを一つの論点とさせていただきたいと思っております。また最後に、宿日直・研鑽について御議論をいただければと考えております。

以上になります。

○小塩座長　ありがとうございました。

本日は、ただいま御紹介がありましたように３名の参考人の方々から御発表をお願いしたいと思っております。最初に、武冨参考人から資料２の説明をお願いいたします。

○武冨参考人　ただいま御紹介いただきました、日本外科学会で理事長を拝命しております、北海道大学の武冨でございます。本日はこのような発表の機会を与えていただきまし

て本当にありがとうございます。また、日頃より、外科医師につきましていろいろな施策を講じていただきましたことに厚く御礼を申し上げます。どうもありがとうございます。

それでは、早速時間も限られておりますので、資料としては数十枚用意しておりますので、割愛しながら話させていただきます。外科医師の働き方改革の現状と課題ということでよろしくお願いいたします。

続いて、次のスライドをお願いいたします。これは皆様御存じかと思いますけれども、日本外科学会の外科医師を取り巻く関係で最も課題なのは、若手医師の外科離れです。このグラフでは、平成20年を各診療科１とした場合にどれぐらい増えているのか、この間、２つの医科大学が出て定員も増員になっていますので、全体的な医師数は増えているのですけれども、ここを見ていただいて分かるように外科が一番下ということは10数年前からほぼ横ばいということで、ほかの診療科が1.5倍以上増えているのに外科は増えていないという現状がございます。

スライドをお願いいたします。これは日本外科学会の構成ですけれども、10年前と比べて50歳未満の医師数は50.6％から43.6％に着実に減っているというデータでございます。

スライドをお願いいたします。その中でも我々のところは６つのサブスペシャリティーがあるわけですけれども、実質乳腺外科、呼吸器外科、小児外科等は増えている。心臓血管外科はほぼ横ばい。その中でいわゆる一般外科といわれる一番マジョリティーの消化器外科医師数は減っておりまして、今日はスライドを出しませんけれども、2040年には現在のままで行くと半分の消化器外科医師数になってしまうという発表もございます。

スライドをお願いいたします。これは都道府県別の外科学会の会員ですけれども、全国平均で50歳未満の外科医師数を赤のバーで示していますけれども、43.9％なのですけれども、その中で最多なのが東京です。東京は当然若手の外科医が多いわけなのですけれども、東京でも50歳未満の外科医師数は50％を切っております。最低なのが高知県で、実に31％しかいない。７割が50歳以上の外科医師が支えているという地域偏在もございます。

スライドをお願いいたします。なぜ若手医師が外科を志望しないのかということで、これは日本専門医機構からのデータですけれども、ワークライフバランスの確保が難しい、将来的に専門性を維持しづらい、医師が不足しており過酷なイメージがある、出産、育児、子供の教育に協力的でない、仕事の内容が想像と違う、ハラスメントが多そうだからということで、かなり職場環境に関わるようなイメージもあるのだと思いますけれども、外科を回避しているという理由が透けて見えます。

スライドをお願いいたします。日本外科学会としても何とか増やしたいということで、医師の働き方改革が2024年に始まりまして、会員にアンケート調査を行いました。アンケートに答えていただいた診療科としては、先ほどの分布の半分以上が消化器外科で、心臓血管外科、呼吸器外科と続きます。

続いてお願いします。医師の働き方について、見づらくて申し訳ありませんけれども、主なところのアンケート結果だけお話しさせていただきますと、一番上、医師の働き方改

革が始まって診療科の医師の数が増えたかということへの回答としては減っているほうが多いという結果ですし、次のメディカルスタッフ（看護師、技師、薬剤師）で外科の診療に関わる数が増えましたかということに関しても変わらないがほとんどで、むしろ減っているほうが多い。それから次、医師事務作業補助者の数が増えましたか。これは変わらないが71％ですけれども、若干ですけれども施設によっては増えているほうが多い。NCDといって、我々は手術要領を全例NCD（National Clinical Database）という機構を作りまして登録しているわけなのですけれども、その項目も100項目以上ありますので大変なのですけれども、そのデータベースの入力は誰が行っていますかということで、医師事務作業補助者が45％、医局秘書等の診療科で雇用している者が16.6％、ただ、やはりこういう事務作業なのですけれども、31％はいまだに外科医師が行わざるを得ないということになります。

次のスライドをお願いいたします。左上になりますけれども、当直明けになるたけ帰れる環境をということで働き方改革が始まっていると思いますけれども、当直明けに帰宅できる体制になっていますかということで、47％が当直明けであってもあまり・全く帰宅できない状況が続いておりますし、また、夜間の緊急手術、これは当直でなくても呼び出されることがありますけれども、翌日は帰宅できる体制になっていますか、全く帰宅できないが44％で､62％はあまり･全く帰宅できないという状況です。右側の真ん中ぐらいのQ28、時間外労働の時間に関しましては、時間外労働はやや減っている。ただし、不変というのが60％あります。

スライドを次へお願いいたします。左側の下から３番目、Q37の仕事のストレスについては、働き方改革以降、ストレスがややから大幅に増えているという結果になっておりますし、一番下の収入に関しましては31％の会員において収入がややから大幅に減少しているという会員のアンケート結果になります。

まだこれは始まって１年未満のところでのアンケート結果ですので、いずれも２年たっておりますので、継続してどのように変化しているのかというのは会員アンケートをやっていきたいと考えておりますけれども、昨年の段階では緒に就いた段階で、外科医においては医師の働き方改革はそう進んでいないということになります。

続いて、こういったものを踏まえまして、次のスライドをお願いいたします。日本外科学会では様々な活動方針、特に労働環境、そして彼らの教育体制等、なるたけ負担を減らしながらやっていこうということで考えております。

スライドをお願いいたします。これは前の医政局長の森光先生に提言しに行った際の写真になりますけれども、やはり外科医不足を認識していただきたい、また、外科の集約化とコモンディジーズ、例えば胆嚢炎や虫垂炎、ヘルニアといったものに関するコモンディジーズの医療は均てん化しないといけないということで、外科医はどうしても現場で何でもできるということで、非外科、例えばお腹が痛くて手術しなくていいけれども、それも外科が診る。例えば抗がん剤、それから緩和医療といったものも地方では外科医が担って

いるという状況を御説明させていただきました。

こういったものを打破するためには３つ方策があります。一つが外科医を増やすこと、もう一つはDX、デジタル化の推進、もう一つがタスクフォースになりますけれども、その３点について活動してまいりました。

スライドをお願いいたします。タスクシフトに関しましては、NP(Nurse Practitioners)だったり、Physician Assistantsといったものの拡充が必要ではないか。

次をお願いいたします。これはアメリカにおけるNP/PA制度ですけれども、しっかりと理系の大学を卒業した後に２年もしくは３年の修士課程で教育をして、医師の医療の補助をするという制度が確立しております。アメリカの臨床を見るとそういう人たちが病棟で大活躍しているということを考えて、外科医は本当に手術だけに集中できるという体制が整っておりますので、何とかこれを目指したいなと考えております。

スライドをお願いいたします。先ほど申しましたNCDに関しまして、このデータベースを用いて本当に日本で今後の人口減少も踏まえて何人の外科医が要るのかということもアカデミアから発信していかないといけないということで研究調査も行っております。

スライドをお願いいたします。これは神戸大学の掛地先生、NCDの委員長になりますけれども、日本を３つの人口密度、灰色の部分、中密度がオレンジ、青が高密度、東京を含めた都心になりますけれども、当然高齢化率も右のグラフのように違うというデータになります。この３地域によって手術でどういうことが行われているのか。

スライドをお願いいたします。左側から結腸切除、胃切除、そして膵頭十二指腸切除、いわゆるがんの手術になりますけれども、年齢を反映して結腸切除では低密度地域で非常に手術症例が多い。中密度、高密度の県によって徐々に下がっていく。胃切除は最近、ヘリコバクター・ピロリの発見やEMRという内科的な手技が浸透していますので、かなり日本全国で手術が減っています。それでも低密度・中密度・高密度ではこういう分布、膵頭十二指腸切除は若干若年の方、50代の方でも見つかるということから特に変わりありません。ただし、10年前に比べると右肩上がりに手術症例は増えているということになります。

スライドをお願いいたします。それで、上段のグラフを見ていただきたいのですけれども、一番左が10年目以下、そして真ん中が10年目から19年目、いわゆる一番右側が20年目以上のベテラン医師なのですけれども、結腸切除、いわゆる消化器外科の手術での登竜門、最初の入り口になるわけですけれども、当然若い人に多くさせたいということで、９年目まで、そして中堅どころの10年目から19年目までが頑張って手術しているのですけれども、一番右側、20年目以上の外科医は低密度の地域で大活躍して手術をいっぱいしている。恐らくこれが10年たったらこれを担う人たちがいなくなるのではないか。今はバランスが取れていますけれども、そういった現状が浮き彫りになってまいりました。

スライドをお願いいたします。また、外科医が不足しているということで、本年６月に外科医療確保特別加算を算定いただきまして、本当に外科医としては心強く思っておりまして、ありがたく思っております。ただ、これは日経メディカルの調べになりますけれど

も、所属施設における両加算、両加算というのは地域医療体制確保加算２の上に外科医療確保特別加算がつくわけなのですけれども、その両加算の算定状況といたしましては合わせて15％の手術しか加算が取れていない。

右側は、手当の支給対象か否か。これは個人的な執刀医になりますけれども、12％程度。ただ、分からないと回答している方が４割ぐらいいますので、日経メディカルのデータ的には10％といいますけれども、かなりこの加算の恩恵を受けている医師というのは少ないということになります。

スライドをお願いいたします。医師への還元率というのは15％つくわけですけれども、その15％の財源の中で３割以上を外科医に直接支払うという規定になっているのですけれども、その30％以上が何割ぐらいまで外科医に当たっているかというと、40％未満が12.5で、50％未満が17.7、60％未満が13.3ということで、少ない比率。それ以外の部分は今は病院の収入にまだ入ってしまっているということが現状であります。

スライドをお願いいたします。医師一人一人に月額どれぐらい外科医師に渡っているかということになりますと、一番多いのが上から３番目、月２万円から３万円程度ということになります。

スライドをお願いいたします。これは全国的な調査でしたので、北大消化器外科Ⅰの関連施設22施設に実際に外科医療確保特別加算が支給されていますか。支給されているのは僅か１施設、そして今年度中に予定されているのが１施設の合計２施設と、支給されない、できないが20になります。

ということで、スライドをお願いいたします。こちらはその理由なのですけれども、結局ベースになる地域医療体制確保加算２が算定できない理由というのが、年間200例以上の症例がない、また、５年以上の経験医師数が６名、また、チーム制・交代制ができない、勤務間インターバルができない、そして他病院との術後フォローアップ体制の確保ができない、何よりもこういったものを踏まえて地域医療体制確保加算２というのが算定できないので、外科医療確保特別加算も算定できないということになります。

お時間が来ましたので、これ以降は外科学会の活動を示しているスライドになりますので、御参照いただければと思います。

以上です。

○小塩座長　どうもありがとうございました。

ただいまの御報告についての議論は資料５の説明の後にまとめて行いたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは引き続きまして、小林参考人から資料３の御説明をお願いいたします。

○小林参考人　皆さん、おはようございます。日本循環器学会の代表理事をしています、小林です。本日はこのような機会を与えていただきまして誠にありがとうございます。

今日は循環器内科の現状と働き方改革について、皆様に知っていただければと思います。

では、着座にて失礼いたします。

循環器医療は「待てない医療」であります。急性心筋梗塞は、心臓に栄養を送る冠状動脈が閉塞して起こります。カテーテル治療でこの閉塞した血管を一刻も早く再灌流することが重要です。ということは、夜中に患者さんが来ても待っていられないのです。夜中に来たら、我々循環器内科医が呼び出されてカテーテル治療をしなくてはいけないというのが心筋梗塞の原則です。

問題なのは非都市部、特に一部の病院には循環器内科医が僅か３～４名しかいないのです。そうすると、３名の医師の病院で、夜間・休日の緊急PCIを２人の医師でやると残り１人しかいない状況で、翌日に代償休息を取ることは困難な状態にあります。

病院の集約化の議論があるかと思うのですが、これも簡単ではありません。これは国立循環器病研究センターの西村部長が作成した長崎県でのモデルですが、一番左の状態がこれまでの状態です。救急車で搬送する時に平均37.6分かかります。これを県に１つ、すごく立派な病院を１つ造ったとすると、ここにありますように搬送時間は86.6分、２倍以上になり、患者さんの予後が悪くなると考えられます。すなわち、県に１つ立派な病院を造るのは循環器医療では駄目なのです。一方、２次医療圏に１つずつとするのは、平均搬送時間が29.7分と、適切な集約化が重要です。このことを覚えておいていただいて、後でまた話をしたいと思います。

今問題なのが、先ほど外科のほうでもありましたように、日本循環器学会の新規入会員数が激減していることです。厚労省のデータで計算すると、内科全体は20%以上増えています。外科医はマイナス４％ですが、実は循環器内科はマイナス７％と外科医以上に激減しています。

循環器内科の人気がないかというと、そうではないのです。これは以前、外部機関に取ってもらったアンケートなのですが､循環器内科が一番人気なのです｡循環器内科が8.8%、消化器が８％、一番人気があるのです。

では、なぜこれが循環器内科医増加につながらないか。これは同じアンケートの別の項目なのですが、まとめて書きますとこうなります。高得点、良いと思ってくれるところ、やりがいがありそう、プライドが持てそう、ほかの診療科と比べて人の命を救えそう、難易度の高い仕事に挑戦できそう、手技が身につきそう。私もカテーテル治療専門でやってきましたので、こういうことを思ってやってきました。

ただ一方、低得点がこれなのです。働くのがつらそう、リスクがありそう、自分や家族のための時間が取りにくそう、QOLが低そう、ワークライフバランスが悪そう、あと、これは私が付け加えたのですけれども、給与は他の診療科と変わらないのです。以前はいきなり専門研修に入ったのですけれども、今は研修制度が変わって２年間、言えばモラトリアムの２年間があるのです。そうすると、最初循環器内科でやっていこうと志を持っても、２年間いろいろなことを見ていく間にだんだん、これは大変そうだからやめようという人が増えているというのが現状なのです。ですので、循環器内科医になる人が減っているという現状があるわけです。

いつも岩手県のことをお示しするのですけれども、ご存じのように岩手県というのは四国と同じぐらいの広さがあります。盛岡市にはたくさん循環器内科医がいるのですけれども、沿岸沿いの病院を見ていただくと、循環器内科医は３人、４人、３人なのです。この間を救急車で運んでも１時間以上かかります。こちらは近そうに見えてもここには山があるのですね。山越えしなくてはいけない。夜中はドクターヘリも飛ばない。このような状況で、先ほど言ったようにある程度の集約化は必要ですけれども、これ以上集約化ができない状況、これが非都市部の現状なのです。

そういう状況において、沿岸部の地域では、80歳以上の急性心筋梗塞患者の急性期カテーテル治療率がどのぐらいかというと55%、80歳以上では半数近くの患者さんが急性心筋梗塞の急性期にカテーテル治療をしてもらえなくなってしまっているのです。東京だったらほとんどの患者さんでカテーテル治療が行われています。それが地方に行くと、このような現状なのです。

日本心血管インターベンション治療学会のデータによると、残念なことに心筋梗塞の死亡率が少しずつ上がっています。これは、これまで述べたようなことが反映されていると思われます。以前は、日本は世界で一番心筋梗塞の死亡率が低かったのですけれども、今は世界一ではなくなってしまいました。

このような現状を知っていただくために、日本循環器学会としても、「国民の皆様へ：『循環器医不足が深刻な状況です』」として、ホームページに掲載しています。先ほどの各種データもこのホームページに載せてあります。また、若い先生たちに循環器内科医になってもらうために、若い先生向けの講習会であったり、半数近くの医学生が女性ですので、女性医学生、女性医師向けのキャリア相談会など、いろいろな活動をたくさんしています。

これは日本心血管インターベンション治療学会が作っているハートマップというものです。これには２つの意味がありまして、一つはカテーテル治療を行う施設がどこにあるかというのを示しています。もう一つが搬送時間です。「指定救急車搬送時間」のところをクリックするとこのように色がつきまして、自分の住んでいるところから、どのぐらいの搬送時間であるかが分かります。これは90分と書いてあり、90分以内だったらいいではないかと思うかもしれませんけれども、これは搬送するだけの時間です。救急隊が患者さんのところへ来たときには、救急隊が病院に電話をかけて、受け入れの交渉をしなくてはなりません。例えば宮古市の病院がカテーテル治療中であったら、受け入れできないということもあります。さらに遠くの病院まで搬送しなくてはなりません。また、八幡平市や遠野市、大槌町、山田町などは、カテーテル治療施設がありません。これが日本の現状なのです。

このような現状を受けまして、日本心血管インターベンション治療学会が「KEEP 94 PROJECT　救える命を、未来へ。」というプロジェクトを始めました。ぜひとも皆様、お時間があったらヤフーなどの検索エンジンで「KEEP 94 PROJECT」と入れていただくと出てき

ます。長崎県島原半島の人口は13万だそうですが、島原半島には緊急カテーテル治療をする先生が１人しかいらっしゃらないのです。ということは、急性心筋梗塞の患者が搬送されたら、この先生が夜中でも呼ばれるし、日曜日でも呼ばれる。ずっとこの先生がここにいないとこの地域の医療が守れないということが起こっています。５分ほどのムービーとなっていますので、ぜひとも興味があったら「KEEP 94 PROJECT」で一回見ていただきたいと思います。

このような状況ですので、厚労省の先生方にも何回もこの状況を訴えさせていただいています。また、脳卒中・循環器病対策基本法を制定いただきましたので、そのフォローアップ議連の委員長の田村憲久先生、事務局長の自見はなこ先生を始めとする国会議員の先生方に、このような現状を何とかしていただきたいとお話ししています。

このような活動もご考慮いただき、今回の診療報酬改定におきましては、医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策①において地域医療体制確保加算２が制定されたと考えております。若手医師が減っていて医療確保が必要とされる診療科である、消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科から３診療科以内を選び手当を支給するというもので、循環器内科を内科で唯一入れていただきました。これに関しては深く皆様に感謝したい思っています。

ただ、実際に加算が取れるかアンケートをしましたところ、取れている施設が４分の１ほどしかないのです。また、取れたとしても、外科もそうでありましたけれども、手当額としましては１万円未満が４分の１、あとは１～2.9万円が35％で、これで循環器内科医になってくださいと言われて、若い人がなってくれるかというと、ちょっと難しいのではないかと考えざるを得ないのではないかと思います。

日本心血管インターベンション治療学会が働き方改革のアンケートを行い、76%の622施設が回答しています。通常、アンケートは答えてくれないことも多いのですが、働き方改革には問題意識が強いのだと思われます。勤務間インターバルが取れないからA水準でやらないといけないとA水準になった施設も多いようなのですが、４割以上の施設が実態と乖離していると回答しています。６割ほどの施設で勤務間インターバルが取れない状況です。85％の施設で、日勤から連続勤務で４時間以上休憩を確保できないことがあると回答しています。このような状況で働いているのが循環器内科医なのです。

循環器内科医が３名の病院が岩手県の沿岸部にありました。例えば夜間に緊急のカテーテル治療を行ったとします。先ほど言ったように２人の医師でやることが多いので、翌朝に２人に代償休息が必要になります。そうしたら、残り１人で病棟、外来、全部やるということになってしまうのです。休ませないのではなくて、休ませられないのです。この構造を何とかする、すなわち人の手当てをしていただかないと、働き方改革は非常に難しいことになっているというのが現状です。

学会としてもタスク・シフト/シェアは重要と考えています。特定行為研修を修了された看護師さんに修了証明書を交付しています。また、最近は、治療が良くなったことで、逆

説的に心不全患者が多くなり、心不全パンデミックとなっており、メディカルスタッフに心不全診療を一緒に担っていただく、心不全療養指導士制度を創設して、タスクシフトに努めています。

一方、タスクシフトを阻む「医行為」の壁があります。医行為というのは原則医師しかやってはいけない行為のことです。インデフレーターはここの先にバルーンをつけて、狭くなったところにデリバリーしたバルーンを広げるものです。この操作をセカンドオペレーターがやります。インデフレーターはすごく急激に圧力が上がることはありません。また、ファーストオペレーターが指示して、気圧をあげていくので、セカンドオペレーターがやること自体に危険性は少ないのですが、これは治療行為になるので、これの操作が医行為とされ、医師しかやってはいけませんでした。

ただ、数年前に法令の改正をしていただき看護師もできるようになりました。ただ、放射線被曝の問題などから、女性が多い看護師では広まらないのです。このために臨床工学技士や臨床検査技師などにも広げようとしたときに、医行為だからできないということが指摘されました。タスクシフトをしようと思ってもできないのです。カテーテル治療を２人の医師でなく１人の医師でやれば、１人の医師は他の業務をする時間が取れます。夜中も１人の医師でやれば、３名の医師の病院でも翌日２人の医師が働けるのです。このようなタスクシフトをしても臨床上あまり問題とならないようなものは、国としてぜひ会議体か何かをつくっていただき、迅速にタスクシフトできるようにしていただきたいと思います。

心臓血管外科医の先生方を循環器医療に生かしていただきたいとも考えています。心臓血管外科医の先生方はご高齢になったときに手術をやらない方も増えてきます。そうしたときに、循環器医として働いていただけたらと思うのです。専門医の区分として、今は循環器内科専門医ですけれども、循環器専門医としていただきたいと思っています。心臓血管外科専門医のままでいいのではないかと思われるかもしれませんが、循環器専門医は施設認定だったり、加算のことなどいろいろな場面で必要になります。ぜひとも心臓血管外科医の先生方も、循環器専門医となれるように、日本専門医機構に国からも訴えていただけるとありがたいと思っております。

もう一つが、地域医療を維持するために医師の配置を考えるということです。特定機能病院の要件として地域医療への人的協力、すなわち医師の派遣が加わったと伺っております。ただ、医師がたくさんいる大学はいいでしょうが、そうでない大学もあると思います。そうした場合には派遣したいが派遣できなくて、この要件を満たさない可能性が懸念されるのではないかと思うのです。

ですので、医師を確保の手当てをしていただくことが非常に重要だと思っており、そのためには専門医制度を使うのが一番いいのではないかと思います。専門医を取るためのある期間は必ず大学または中核病院に所属するとして、その一定期間を地域で働くとします。そうすると、昔の医局制度みたいになるのではないかと懸念される方もいるかと思うので

すが、そうではありません。昔の医局制度は医局が派遣先を決めたからいけないのです。そうではなくて、国、県、大学、地域の病院、みんなで話し合ってどこに医師を配置するかを決めるということが重要なのです。この専門医制度を使えば、職業選択の自由という問題は専門医を取らなければいいのでクリアできると思います。国の指導で、このような制度に変えていただくことが必要だと思います。

ただ、これを循環器内科だけでやると、循環器内科医だけ非都市部に行かされるということになってしまい、益々循環器内科医が減ることになるので、ぜひとも全ての診療科でこれを考えていただくことが重要だと思います。

最後のスライドになりますが、地域医療を支える人員の配置・財政の支援が必要です。少人数で緊急のカテーテル治療を担う施設の実情に即した制度と代替人員の確保、安全性を担保したタスクシフトの推進、多職種の業務範囲を検討し、これを早くやっていただく仕組みを整備していただくこと。医師地域偏在を是正する仕組みづくり、心臓血管外科医の経験活用と専門医制度における地域研修体制の構築ということをぜひとも皆様にお願いしたいと思っています。

本日はこのような機会を与えていただきましてありがとうございました。

○小塩座長　どうもありがとうございました。

それでは引き続きまして、オンラインで多賀谷参考人から資料４の説明をお願いいたします。

○多賀谷参考人　皆様、こんにちは。東京女子医大の呼吸器内科の多賀谷悦子でございます。本日はこのような発表の機会を与えていただきましてありがとうございます。

今､外科学会､循環器学会のお話を聞いて､私も呼吸器内科のDEIの委員長でありまして、そちらのほうを話したいところでありますが、途中少しお話しさせていただきますが、この女性医師が増えている中で､学生さんも半分女性という中で､どうやってDEIで女性と男性をということで、当院の大学での取組についてお話しさせていただければと思います。

次をお願いいたします。当院は女性医療キャリア形成センターというので、平成28年に文科省からダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ（特色型）というのに採用されました。それを行ってきていまして、令和３年に今までのことが評価されまして、現在、先端型に採択されておりまして、このように続けております。

一つは、主にダイバーシティーというので働き方の多様性を推進するというので環境整備事業というのをやっております。それから、大学病院ですので女性医療のリーダー育成ということと、もう一つは女性医師として研究とか、それを続けていくことを支援する。あともう一つ、看護学部もありますので、看護師のほうも同じようなキャリア開発支援部門がございます。そして大学としては、国の政策でもありましたけれども、教授率の30％の達成と維持と、あと介護支援の制度利用者の比率を0.6％達成ということをしております。

次をお願いいたします。一つはグローバルヘルスリーダー育成ということで、吉岡彌生

先生が創立者でございますけれども、YAYOIプロジェクトということで、ここに女性の在職比率、それから新規採用、昇進・昇格においても女性研究者、指導能力、それから国際活躍できるような業績を大学として支援していくということで、一つは上位職への積極的登用ということと、それから、それに関しては研究力の向上、もう一つはダイバーシティー、なので、企業もそうですけれどもキャリアアップしていく人の支援と、それからキャリアアップではなくてずっと続けられていくという２つの支援が必要なわけでございます。そして、女性だから登用するというと今はいろいろ問題になっていますが、逆差別になってしまいますので、しっかりそこは研究力とかリーダー育成として育成して、この人だったら能力があって、こういうことを獲得しているということを担保して上級職へということでやっております。

次をお願いいたします。これは女性・男性両方とも研究者、初めはこの女性の先生で育児・介護などによる先生に研究支援を行っていて、支援者を行っていたのですけれども、いや、これはやはりダイバーシティー、男性の研究者にもということで、男性の先生で奥様も研究者だったり、医師だったり、時間が取れない、２人で子育てして医師を続けているという先生たちに、研究したい、それから学位を取りたいという人たちにこういう利用をしていただいております。

次をお願いします。今まで、これが緑のところが講師、それから紫が准教授、赤が教授になっております。これは2021年から2026年までこのパーセンテージの推移で、私どもの施設はほかの施設の倍ぐらい、全国平均は20数パーセントが大学病院の女性医師でありますけれども、女子医大では40％おりますので、比率としても高くなることもありますが、先ほどお話ししましたように、キャリアアップの支援をしながら行っているという状況でございます。

次をお願いいたします。これが女性医療リーダー育成部門というもので、そこのリーダー育成部門に私は入りたいという人はそこに応募して入っていただいて、そこでいろいろなレクチャーを受けたり､それから教授になられた先生たちがどういうロールモデルとか、あとどういうプレゼンテーション、どういうことを研究してきたか、自分はどういうモチベーションでやってきたかということで、ロールモデルの先生方のお話を聞いていただくのと、あとは、女性の場合は視座を高めるといいますか、組織全体としての自分のポジション、それから社会に貢献していく仕事であるというところをしっかり教育していくということが大事なので、自分が上に上がったら下をどうやって育てていくかというリーダー教育ということをしてまいりました。登録制はこのように設けております。

次をお願いします。あとは、今度はキャリア支援ではなくて、いかに医師が続けていかれるか。これはどこの病院もされていると思いますけれども、子育て支援、院内保育と、ファミリーサポート、院内保育はこの院内にありまして、こちらにありますようにほとんどが日中の働いている時間の保育でありますが、大学病院ですので病児保育も受けております。

あと、下のファミリーサポート、これは女子医大と東京医大でやっているのですけれども、NPO法人と一緒にやっているのですが、子育ての支援を受けたい医師、それから看護師、いろいろあります。それで、子育ての支援をしたい人というのは地域の方です。その地域の方で子育て支援をしたいという方々にレクチャーを受けていただきまして、コーディネーターが調整して、ファミリーサポートでお迎えに行ってもらったり、お食事の介助などをしてもらったりという形で協力していただいて、大学祭でもそのファミリーサポートの人たちと共同でこういうブースを出展してこういうことをやっていますというのを広く広めております。

次をお願いいたします。もう一方、この介護支援というのは、今度は先ほどの年齢層が高くなった先生たちもおりますし、それから女性のキャリアの先生たちも介護しながら仕事している職員もおります。この令和３年から先端型事業を取得してからいろいろな支援を始めまして、本学は0.34から0.5、そして目標は0.6％ということで、今、利用者が増えている状況でございます。特色型から先端型に変わったということでいろいろなことの支援ができるようになりまして、これは男女ともにそうですし、職種もいろいろな職種の方が利用しているという状況でございまして、女性の教授職の先生もこの支援を受けている先生がおります。

次をお願いします。これは岡山大学のデータでございますけれども、一般的に女性医師の離職時期というのは、離職が46.6％、90％が卒業10年以内ということで結婚して出産して育児をしたり、また、旦那さんの転勤だったりというところで、どこの大学でも全国的なこのようなカーブを取っていくわけでございます。

次をお願いします。そこで、この復職キャリア支援、これは今、学会でも私たちはテーマにしているのですけれども、これはまずGoogleフォームで相談を受け付けます。そこで事務局で対応を検討して、この方はちゃんと面談をしたほうがいい方か、それとも普通に事務局の対応でいい方かということを私たち部門と部門長で相談しております。次に面談実施ということで相談者の方に面談に来ていただきまして、コロナのときはウェブ面談でしておりました。次に研修候補ということで、その方が研修を希望されているときには、それはうちの病院というわけではなくてこういう施設があるとか、それから、その地域でしたらこういうところが受けてくれるのではないか、また、卒業生が地方にいる場合にはその卒業生の地方の先生に伺って、そこの病院で引き受けていただけるかご相談して研修候補先の面談をしております。

研修実施というところの電子カルテ使用や職員証発行というのは、以前、当院で内視鏡の研修や産科の研修というのを希望される先生が多かったので、そういうものを積極的に受けていたのですけれども、コロナ禍以降、なかなか実習というのが難しくなって、これは全国の地域にお願いしているという状況でございます。

次をお願いいたします。相談者は、東京の大学でありますので66％が東京の方で、海外、留学先からの問合せもございます。出身大学は、私たちのところで中はロールモデルがい

ますので、他大学が80％ということでございます。研修診療科としては内科の希望が女性ということもあって多いのですけれども、やはり産婦人科や外科系で女性の先生にお話を聞きたいということもあって、ロールモデルとしてキャリアプランをいろいろ提示しております。

女性の場合はどうしてもどこに相談していいかというのが分からない。でも、大学を離れてしまうとなかなか指導医だった先生に直接聞くというか、本当にどのように専門医を取っていいのかなというのに不安があって、それから、現場の勘を取り戻すということでどこに聞いていいかということが問題になっていますので、こういう支援を現場復帰へということでやっております。

次をお願いします。今まで相談のみで大体解決する方が６割、それから研修ということでいろいろなところの研修先を御紹介して４割弱、あとは最初のヒアリングが重要で、自分がどういうことが不安なのか、どういうことを求めているのかということがはっきりしない方が多いのですね。何となく不安、どうしたらいいのでしょうみたいなところを面談していって、問題点をちゃんと抽出していく。それで、私はこういうことが心配だったのだとか、こういう道に進んでみたいとか、こういうプランがあるということを本人が自覚して、そして本人がそこを確認して自分で次を考えられるようにしていくということが重要であります。

次をお願いいたします。ここから呼吸器内科ということで、先ほど私も呼吸器内科医で、外科系、循環器系ももちろんそうですけれども、呼吸器内科は消化器内科の３分の１、それから循環器内科の２分の１ということで全国でも少ないということは先生たちも御存じだと思いますが、県によっては専門医が本当に数人で、東京都の区の中でも呼吸器内科の専門医が数人というところがあります。肺がんも多いですし、肺炎、喘息、COPDなど呼吸器疾患は多いので、呼吸器の専門が少ない県は死亡率が高いというのも学会で発表しております。

今回は呼吸器内科といっても私どもの施設のお話をまずさせていただきます。次をお願いします。呼吸器内科としてうちの大学でキャリア支援相談というのが、見ていただくとＡ医師47歳、Ｂ医師54歳、Ｃ医師52歳ということで、この47歳の地方国立大学出身で呼吸器内科の助教でお子さんが３人いて、地方の国立大学から市中病院での勤務を通告されて、とても大学での研究を続けたい希望がありまして、当院にいらっしゃいました。学会等でDEIなどいろいろ活動していますのと、あとは東京近辺で私たちは呼吸器の女性医師の会をやっているのと、うちは客員教授も入れますと70代、60代、50代、40代、30代の全ての年代の女性医師が働いておりまして、なかなかそういう環境を見たことがないというので、そういうことでも見学や相談にいらっしゃったりします。

お話をした結果、国公立、１、１、１、３という教授１、准教授１、助教３というふうに国公立は決まっていますし、出身大学もそうなっていたのですけれども、兼務や嘱託などをいろいろ駆使しまして、それで助教として採用して、彼女は研究者で結構AMEDを取っ

たりいろいろ頑張って、講師に上がっております。

Ｂ医師は地方国立出身なのですけれども､出産･育児後に大学に戻れない状況になって、地方の病院に自分で探して勤務をしていて、家庭の事情で東京の病院に非常勤で勤務しておりました。ただ、やはり専門医を取りたいという希望があって、これを復職支援のほうに相談に行って、どうやったら呼吸器の専門医を取れるのだということでいろいろなところのプランニングをお話しして一度うちの病院に見学にと言ったときに、もしかしたら専門医を自分でも取れるのではないかということで嘱託医として採用いたしました｡その後、かなり頑張られて、今年専門医を受けられるまでちゃんと論文も出しましたし、それから発表もしましたし、そういうことで今年、専門医の取得の試験を受けます。

Ｃ医師は52歳でお子さんが３人いらっしゃって、地方の国立大学出身で医学系のドクターと、それから工学系のドクターも取得されて長いこと研究を病院の講師としてやっておりました。その後、工学系の博士を取得された後に呼吸器内科に戻って仕事を続けたい希望もあってどうしようかというところだったのですが、大学病院はどこでもそうですけれどもポジションも確保できないということと、医工系ということで御自分のやりたいお仕事がなかなか見つからないということでいらっしゃいました。うちが早稲田の工学系との研究施設があるので、AIを用いた画像診断をやっている先生でしたので、そういうところでやってはどうかということで、今、研究準備をしながら来ております。

こういう形で、御覧のように女性で子育てのときに離職してしまう方の中で、今、私どもの施設で、ほかのところもそうなのですが、50代の女性医師が３人専門医取得を準備しております。一人がこのＢ医師なのですけれども、復職した女性医師はかなりモチベーションがあって働いてくれます。いかにいろいろな年代の女性医師と一緒に働くことでプランニングができるかということを考えております。

次をお願いします。先ほどお話ししましたけれども、こういう形でお子さんがいる先生も出張先や都内の市中病院にもこのように医長として出しております。ここにありますようにWomen Physicians Wellness Conferenceというのを東京近辺の呼吸器内科の女性医師の会ということで、これはまず一つは講演の機会を与えております。自分の研究の発表というのをしていただいて、それからその後、意見交換で、各大学とか御自分はこうやって続けているとか、そうしますと、どこの施設も呼吸器内科も循環器内科も大学の中でも人数が少ない中で、自分が病気になったり、あとはお子さんのことで外勤に行けないといったときに医局の中で補充ができないときに、こういう近隣の施設の女性医師とのネットワークで、私のところで今日は行ける医師がいますみたいになると、そういうネットワークでつながることができます。

それから、企業の管理職の女性の声も聞いたりしております。こういう資生堂ショックとかいろいろ、これは女性ならではのことがありますけれども、ロールモデルとか、時間の関係で次をお願いいたします。私たちは呼吸器内科として厚労省のこういう支援を受けて、お家にいても在宅で仕事ができるような支援というのもやっております。

次をお願いします。こういう形でオンライン診療の先駆けのようなトライアルをしますと、患者さんの医療費も減りますし、受診回数も減っているということで、呼吸器内科の育児、介護、それから患者さんの親の就労支援にもなるという医療費の適正化にもなっております。

次をお願いします。これが最後ですけれども、先ほどお話にも出たように、うちもNPナースが居てすごくいいのと、それからジョブシェアリングということで、作業事務の人が入ることで大分違います。あと、今、うちがうまくいっているのが、変形労働制の導入をしたことによって、お子さんがいる先生でも時短ではなく変形労働制でできるということがありますし、あとは管理職の支援を行っていくことというのも重要であります。キャリアアップということもありますが、インセンティブを獲得する、あとは先ほど循環器内科のすごくいいなと思ったのですけれども、うちも地方と都内の多施設の連携というのができるといいなと思いますし、効率を考えたシステムというのは今、学会主導型で学会とともに、あとは専門医制度についても、取り組んでいきたいと思っております。

以上でございます。

○小塩座長　御報告どうもありがとうございました。

以上で３名の方から御報告をいただいたのですけれども、引き続いて事務局から資料５の御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　では引き続きまして、事務局から資料５についての御説明をさせていただきます。「女性医師等の復職・多様な働き方、労働時間が長い診療科・医療機関、宿日直・研鑽について」という資料でございます。

では、おめくりいただきまして、先ほど御説明した３つでございます。

２ページ目もおめくりいただきまして、３ページ目に行ってください。ありがとうございます。医籍登録後のキャリアということでございます。このキャリアパスにおきまして就業形態ごとの変化を見ますと、先ほどの多賀谷先生のお話もございましたけれども、医籍登録後11年目前後ぐらいにおいて休業の取得者等の割合が多く、全体に占める割合が男性医師では数パーセントなのですけれども、女性医師では20％強と比較的大きくなっております。こちらは医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会の資料でございます。医師届出票を基に集計したもので、また令和８年度も登録が始まりますのでよろしくお願いいたします。

おめくりいただきまして４ページ目、休業取得中と復職後の就業状況の変化ということでございますけれども、先ほど御説明した過去３回分の医師届出票におきまして、休業から復帰した後､常勤形態や医育機関で従事する医師の割合というのは減少しておりまして、非常勤形態や診療所で従事されるお医者さんの割合が増加するというところでございます。

おめくりください。そういった状況でございますけれども、子育て世代や女性医師等が希望すれば継続的に診療を続けることができるよう、現場における取組に係る好事例の収集、都道府県において取組を進めるための事業を行っておりまして、ここに３つ挙げさせ

ていただいております。こういった事業を進めることによって支援を進めてまいりたいと思っております。

次をおめくりくださいませ。では、今申し上げました好事例でございます。子育て支援・復職支援等に関する取組として広島大学の事例を紹介しております。勤務、診療体制、復職支援に係る取組といたしましては、各診療科と相談し、医局人事にプラス１で枠を用意しまして、勤務日数・時間を自由に決められるということをやっていただいているという事例でございます。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７ページ目です。こちらは課題、現状認識、そして論点というところで、本日議論いただきたい内容の１つ目でございます。先ほど御説明したとおりですけれども、医籍登録後のキャリアパスにおきまして、11年目前後において休業の取得者等の割合が多く、かつ、女性が多いというところでございます。そして、育児や介護等と仕事の両立を図る医師がその能力を発揮しながら就業を継続できるよう個々の事情に応じた柔軟な働き方を推進することが重要であり、そして、離職した医師については復職に当たり不安があるということもありますので、円滑な職場復帰等を支援していくことが重要であるということでございます。

論点といたしまして、ライフイベントとキャリアが両立できるような柔軟な働き方の整備がされている病院の先ほどのような具体例を示し、医療機関等の紹介から採用に至るまで支援するとともに、短時間勤務の働き方などを希望する医師も含めた労務分担や勤務環境改善に取り組む必要、そして、国においても引き続き好事例収集・横展開、就業支援、キャリア形成に関する講習会等の支援などを進めてはどうかというところでございます。

全て御説明させていただいてから議論と思っております。２つ目、労働時間が長い診療科・医療機関でございます。

では、９ページ目に行ってください。これは前回９月10日の検討会でお示しした連携Ｂ・Ｂ水準の医師における時間外・休日労働の様子でございます。詳細は割愛いたしますけれども、960時間超えの医師が必ずしも大学だけでなくてその他医療機関にも多いということが分かりました。

次の10ページ目をお願いいたします。連携Ｂ・Ｂ水準で960時間超えの医師を診療科別に見ますと、循環器内科、外科、そして心臓血管外科、救急の順に多かったというところで、こういったこともありましたので、本日、外科、循環器領域においての現状について御発表いただいたというところでございます。

おめくりいただきまして、11ページ目、外科、循環器等の労働時間が長い診療科について、働く方にかなりいろいろな課題があるということは先ほどの御発表でも分かりました。具体的には診療機能を担う特性であったり、休息時間の取りにくさ、分担の課題等があるということでございます。また、診療科・医療機関の機能・役割によって課題が異なるということから、タスク・シフト/シェア等、それぞれの事情に応じた取組を進める必要があるということでございます。

論点といたしまして、そういった診療科・医療機関ではございますけれども、労働時間短縮、勤務環境改善の推進に向けまして、各医療機関が医師労働時間短縮計画を作成する際に、タスク・シフト/シェア、ICT活用、医師の適切な理解に基づく労務管理、そして効率的かつ効果的な研修・修練の環境整備ということを念頭に置きながら、医師労働時間短縮計画を作成いただいてはどうか。また、そういった960時間を超える医師が多い医療機関におきまして、勤改センターが重点的に支援をしてはどうか。また、追加的健康確保措置の着実な実施を引き続き確保していくことが重要であり、そのために実態を把握するとともに、適切な運用のための事例の収集、横展開を引き続き行ってはどうかというところでございます。

先ほどの御発表で医師確保や医療提供体制のお話もございました。そういった課題があるのはこちらもよく認識したところでございますけれども、本検討会におきましては、そういう医療提供体制ということではなく働き方、あるいは勤務環境改善について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12ページ目、宿日直・研鑽についてでございます。

13ページ目を見ていただきますと、宿日直許可の件数でございます。令和４年から６年にかけて許可件数が多くなっております。これは恐らく令和６年４月から労働時間の上限規制が施行されたということもありまして、それに合わせて各医療機関から申請がされたのではないかということがうかがわれる資料でございます。

おめくりいただきまして14ページ目、では、宿日直許可の取得状況についての医師の理解です。取得状況について７割程度の医師が理解しておりますけれども、そのうち許可内容まで理解されているのは７割のうち約８割というところでございまして、一部に理解していない層も存在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15ページ目、この15ページ目と16ページ目が改めて宿日直許可の基準についてお示ししているものでございます。15ページ目につきましては一般的な許可基準についてでございまして、詳細は資料を御覧ください。

16ページ目に行っていただきまして、こちらが医師等についてです。医師等の宿直勤務につきましては、一般的な許可基準に関してより具体的な判断基準を示されております。ここに書かれているようなものを全て満たす場合に許可を与えるというふうに取り扱うこととされております。

17ページ目をお願いします。では、話題が変わりまして、次に研鑽でございます。こちらは研鑽に関する医療機関の調査でございます。自己研鑽の区分けが明確になっていない医療機関が半数以上あるということでございまして、その理由として診療・教育・研究との切り分けの判断が難しい、申請等の手続が具体化されていないといった理由が挙げられております。

18ページ目をお願いいたします。こちらも医師に対する意識調査でございますが、対象が若手医師です。若手医師で労働と自己研鑽の区分についての満足度を聞いているのです

けれども、満足または許容範囲と答えた割合が半数以上、一方で大学病院であったり労働時間が長い勤務先である医師において、その区分について大きな不満がある割合が多かったというアンケート調査の結果でございます。

19ページ目をお願いいたします。では、改めて医師の研鑽と労働についてお示しいたします。医師の研鑽とは、診療等の本来業務の傍ら、医師の自らの知識の獲得や技能の向上を図るために行う学習、研究ということでございます。労働時間に該当するかどうかは使用者の指揮命令下に置かれているかどうかで判断されまして、所定労働時間内に行う研鑽は労働時間に該当しますけれども、所定労働時間外に行う研鑽につきましては労働時間に該当する場合としない場合がございます。

詳細は資料を御覧いただくのですけれども、イメージ図を次の20ページ目にお示ししております。このイメージ図ですけれども、研鑽のうち業務上必須なもの、すなわち上司の明示または黙示の指示によって実施する研鑽として労働時間に該当するというところでございまして、下のところ、研鑽が業務上必須かどうか、イコール労働時間に該当するかどうかは経験や業務内容などを踏まえて判断いただき、この線引きについては各医療機関で定めていただくことになります。

おめくりいただきまして21ページ目でございます。医師の研鑽の労働時間管理の取扱いについて、その考え方と適切に取り扱うための手続を通達（令和元年７月１日付）でお示ししているところでございまして、詳細は資料を御覧ください。

また、22ページ目、大学病院におきまして、医師の研鑽については別途この資料のように整理をしております。研鑽と本来業務の明確な区分が困難な場合が多いと考えられることから、医師本人と上司の間で円滑なコミュニケーションを取り、双方の理解の一致のために十分な確認を行うことに特に留意が必要であることとしております。

おめくりいただきまして23ページ目、こちらは前回の検討会でも御説明した資料でございますけれども、研鑽についての解説資料を作っておりまして、手続などの参考例をお示ししております。

24ページ目でございます。大学や都道府県の希望に応じて、医学生や臨床研修医、若いお医者さんだったり、お医者さんの卵だったり、医師の働き方改革や労働法の基礎知識に関する講義などをさせていただいているところでございます。そういったことを通じまして機運の醸成を図っております。

では、最後のページでございます。宿日直・研鑽についての論点ということで、宿日直許可につきましては先ほど御説明したとおり、令和４年から６年にかけて医師に対する宿日直許可件数が急増いたしました。恐らく令和６年４月に向けて各医療機関から許可申請がされた状況がうかがわれます。宿日直勤務を行う医師のうち、その許可内容まで理解されている方があまり多くはなく、一部理解していない層も存在する。

研鑽の扱いにつきましては、区分けを明確にするための規定区分が定められているかが４割程度にとどまっております。その理由といたしまして、診療・教育・研究との切り分

けが難しいであったり、申請・記録・承認の手続が具体化されていないといったものがございます。

そして、研鑽と労働時間について、専攻医への意識調査によると、特に大学病院だったり労働時間が長い勤務先の医師では不満があるという割合が多く、その背景といたしまして、理解していないことであったり、上司との話合いがなされず納得していないことも一定考えられるというところでございます。

論点ですが、宿日直許可につきましては、実態が許可された内容に沿っているかなど、適切に運用されることも重要であり、このため、各医療機関においては宿日直許可に沿った実態になっているかどうかを確認するよう促すとともに、勤改センターによる支援につなげることが重要ではないか。

そして、研鑽と労働時間の区分については、今まで一定の考え方を示してきましたけれども、医療機関による理解や運用にまだ差がある状況でございます。そのため、医療機関の実態に合った研鑽に関するルールが作成され、円滑な上司とのコミュニケーションを通じた適切な運用が行われるよう、ルールの周知を改めて徹底するとともに好事例の収集・横展開をしつつ､勤改センターによる支援につなげてはどうかというところでございます。

事務局からの御説明は以上でございます。

○小塩座長　どうもありがとうございました。

それでは、50分ぐらい残されているのですけれども、議論に移りたいと思います。今日は非常に重要なテーマが目白押しになっておりますので、ぜひ先生方の御意見を伺いたいと思います。

議論は３つに分けたいと思います。１つ目は、多賀谷参考人の御発表、それから女性医師等の復職、多様な働き方に関して議論していただきます。２つ目に、小林参考人、武冨参考人の御報告、そして労働時間が長い診療科・医療機関に関する課題について議論をしていただきます。そして３番目に、宿日直・研鑽に関する議題について御議論をいただきたいと思います。

では、最初に多賀谷参考人の御報告、それから女性医師等の復職、多様な働き方について議論をしていただきたいと思います。最初に議論の口火を切っていただきたいと思いまして､前回の会議で絹巻構成員からこのテーマに関して御意見をいただいておりますので、最初に絹巻構成員、御意見を頂戴いただけますでしょうか。

○絹巻構成員　どうもありがとうございます。小児科医の絹巻と申します。

いろいろな領域や施設での取組の具体例を聞かせていただいて、今日も大変参考になる部分がありました。現状として休業取得者はほぼ女性医師が占めていて、恐らくその大部分は出産を契機としているだろうことは想像できますので、まずはそこをどう復職につなげるかという課題があることはもちろんよく理解しています。ただ、支援対象としてあまり女性ということを強調し過ぎると、結局いろいろ両立を模索していかなくてはいけないのは女性みたいな受け止めにもつながりかねないのではないかなとも思いまして、そもそ

も女性医師も増えていて、そうするとますます休業者の増加に拍車をかけてしまうのではないかという悪循環も懸念しているところです。

実際我々の教室は、ここ10年ぐらいは入局者の男女比が半々になっています。ワークライフバランスへの意識が高まっている昨今ですと、休業取得希望の男女差にはそう大きな開きがあるとは思えなくて、実際初期研修や後期研修といった若手世代を中心に育児休業を取得する男性医師が増えています。こういったことは時間や時代とともに多様な働き方の受入れが進むことが期待されるとは思うのですけれども、将来的に多様な働き方の在り方というのはどういう展望を見据えているのかというか、どういう状況を目指しているのかみたいなある程度明確な将来像がないと、結局その場しのぎの対応の繰り返しになるのかなという感じもしております。現場としてはとにかく人手が足りないわけなので、短時間であっても業務分担してもらえると大変助かりますし、そのことが復職支援にもなるのなら、そこは一石二鳥かなと思います。

一方で、休業者が出ることで現場に残る医師たちが不在分をカバーしないといけないわけなのですけれども、もちろん仲間の休業をサポートしたいという純粋な気持ちは当然持ち合わせているのですが、もともとの業務負担が既に過多な状況だと、そういう善意だけでは乗り切れないという実情もあります。代員配置といったことが困難なのであれば、そういうカバーに対する評価や対価みたいなものが保障されていると、現場の葛藤というか、不満感みたいなものが少し和らぐのではというのが、大学内や関連施設の人事を担当している者としての肌感覚ではあります。

これは何となくの直感ですけれども、女性医師の配偶者が医師なのかそうではないのかとか、そもそも女性の職業が医師かそうではないのかによって、その女性の復職率や復職時の勤務形態というのは何か差があるのかどうなのかというのが、もしそういう情報があれば知りたいなと思っていて、もし差があるのであれば、他業種の取組も参考に取り入れることができると思いますし、逆にもし差がないということであれば、これは医師業に限った課題ではないので、こういう狭い業界単独ではなかなか解決できないのかなとも思いました。

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した。

他業種の例については、事務局は何か情報をお持ちでしょうか。

○吉川医師等医療従事者働き方改革推進室長　そこまで詳しいものを今持ち合わせておりませんが、大変参考になる御意見をいただいたと思っておりますので、確認させていただこうと思います。

○小塩座長　ほかに、それでは、濵口構成員、お願いいたします。

○濵口構成員　日本医師会の濵口でございます。議題１についてお話をさせていただきたいと思います。

参考資料の91ページにもあるのですが、日本医師会では厚生労働省の補助金事業として、

ドクターサポートセンター内で女性医師支援センター事業を行っています。１つ目に、再就業講習会事業として、女性医師等の再就業支援やキャリア形成に対する講習会を実施して、その付随として託児サービスを用意しています。講習会は医学生、研修医等をサポートするための会、女性医師等の勤務環境の整備に関する病院長・病院開設者・管理者への講習会、それから地域における女性医師等支援のための会があり、いずれも開催費用の一部を補助しています。託児サービスについては、育児中の医師の学習機会を確保するために、医師会が主催する研修会で託児サービスを併設するための費用補助も行ってます。

また、２つ目ですが、医師向けの働き方を支えるハンドブックも作成しています。ハンドブックは勤務医向けに「医師の多様な働き方を支えるハンドブック」というタイトルで、医師が社会人として働く上での基礎知識や、出産・育児などに対して直面する課題の解決を支える制度などの情報を取りまとめています。

また、ハンドブックは主に再就業講習会で資料として配付するほか、大学医学部に送付して卒業生にも配付し、医学生、あるいは研修医などの若手勤務医をはじめ多くの医師に活用いただいています。なお、管理者向けに、医師の多様な働き方を支援するためのハンドブックも作成中で、来年度から配付を予定しています。

３つ目に、女性医師等の就業促進のための調査事業を行っています。直近３年の調査としては、令和６年度に８年ごとの定点調査で女性医師の勤務環境の現況における調査、令和７年度に女性医師･シニア医師の活躍に向けた病院･有床診療所調査を実施しています。今年度は､医師の育児･介護等と就業継続に関する実態調査を今年12月に予定しています。調査結果はドクターサポートセンターのホームページで公表しています。

なお、女性医師のキャリア形成については、日本産婦人科医会の調査、主に周産期医療に携わる女性医師への調査では、妊娠・出産の場面でキャリアを諦めるケースは比較的少なく、子供の就学、あるいは進学のタイミングのほうがキャリア継続の壁が高いということで、そのままリタイアしているケースも多いというデータもあります。

また、先ほどからお話がありましたが、医師のキャリア形成において本人の能力・技量を裏づけるものとして専門医取得が一つの大きな指標になっていますので、現場でも「専門医までは絶対に取りたい」という感覚は強いように感じています。今回の論点で、国においても好事例の収集・横展開や就業支援、講習会の支援は引き続き、厚生労働省が実施する各種事業を用いて、確実に行っていただきたいと思います。

以上でございます。

○小塩座長　御意見ありがとうございました。

オンラインでお二人、手が挙がっております。それでは、最初に岡構成員、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。

今の育児休業等ですけれども、絹巻構成員もお話ししたように、今は女性医師だけでなく近年は男性も育児休業を取得するケースも増えており、各医療機関において多様で柔軟

な働き方を実現するための環境整備は進められていると認識しており、こうした取組は今後も積極的に推進するべきものであると思います。

一方で私が懸念しているのは、育児休業や短時間勤務を取得する医師が増えること自体は望ましいことでありますが、その分の業務がほかの医師に集中し、残された医師の負担が増えてしまう場合があるという点です。柔軟な働き方を推進する一方で、それを支える医師への支援が十分になければ、結果として職場全体の負担軽減につながらないおそれがあります。現状、医師を一時的に補充するということは大学の医局でも難しいということがありますので、例えば業務を代替する医師のインセンティブの在り方を検討する、あるいはもう個々の医療機関だけで対応するのは限界なので、地域の医療機関同士で医師を補完し合う仕組みを考えることも今後必要ではないかと思います。

これは簡単に解決できる問題ではありませんが、多様で柔軟な働き方を実効性のあるものにするためには、育児休業等を取得する医師への支援だけではなく、それを支える医師の負担にも目を向ける必要があり、今後、こうした視点から議論を深めていただきたいと思いますし、もし好事例があれば、横展開して議論を深めていただければと思います。

私からは以上です。

○小塩座長　ありがとうございました。

続きまして、前田構成員、お願いいたします。

○前田構成員　岡山大学の前田です。

広島大学の取組が紹介されていましたし、それから、多賀谷先生のお話も非常に参考になり、興味深くお伺いしました。

岡山大学病院も女性医師のキャリア形成、あるいは復帰を支援するMUSCATプロジェクトというものをやっています。これはどういうプロジェクトかというと、女性は医師になって早い段階、つまり一人前になる前に出産や育児でキャリアを中断する方がおられます。そういう方が復帰する場合、非常にまだ一人前になっていないのに不安が大きいという声があって、研修医レベルから再開できるということと、それから時短であったり、週１日、あるいは２日でいいというプログラムになっています。そうすると、大分卒業年度がたっても研修レベルからもう一回実習できる、あるいは訓練できるということで非常に喜ばれていますし、また自信がついたら本格的に大学病院、あるいは外の病院で復帰する、それを紹介するというシステムです。

特徴は、広島大学の取組にもありますけれども、プラス１です。つまり、子供の都合で抜けても迷惑がかからないということは非常に心理的負担を下げますし、プラス１という贅沢なことができないとお考えかもしれませんけれども、復帰すればちゃんとプラス１が結果的には還元されるわけですから、復帰されるまではプラス１で配置してあげるのがよいのではないかなと思っています。

○小塩座長　ありがとうございました。

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。

女性医師だけではなくて男性医師も含めて育児等々の問題ということが大きいということで従前より言われているのですけれども、私の希望というか、かなり突飛なことを申し上げるかもしれませんけれども、まずは病院の院内保育というのをとにかく充実させるということを全国の病院ができるような仕組みを国としてもぜひつくるような動きをしていただければなと思います。院内保育は特にお子さんが風邪を引いたとか、熱を出したというときに親がすぐ呼ばれるということになりますので、そういうところもケアできるような仕組み、それから院内保育だけではなくて今度は小学生低学年、あるいは高学年ぐらいまできちんとケアできる病院の近く、あるいは院内できちんとケアできるという体制、もちろん保育士などの問題もあろうかと思いますので、その辺はおじいちゃん、おばあちゃんとか、ボランティアで募るとか、いろいろな工夫ができると思います。

ですので、根幹的には子供さんを持つ両親のドクターが安心して働ける、あるいは研修できるという環境づくりというのが最も重要で、お金もかかるかもしれませんけれども、そこを充実させることでかなりいろいろな問題が解決できるのではないかなと想像しますので、その辺を少しお考えいただければなと思います。かなり突飛なことかもしれませんけれども、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。

それでは、お二人手が上がっています。家保構成員からお願いいたします。

○家保構成員　全国衛生部長会の家保です。

高知県では臨床研修が始まった直後ぐらいから女性医師の復職について非常に関係する社団法人で取り組んでおりました。当時に比べると、コロナの後は、大学病院に関係する方々については相談がほとんどない。非常に大学自身が女性医師が増えているということを意識して、各医局に残っていただくような取組を強力に進めているような気がします。

それが一例として広島大学や、先ほどお話がありました岡山大学のような状況にはなっていますけれども、逆に市中の病院で女性医師や男性の育児休業というところに対してどういう取組をしていったらいいのかという情報が正直あまり共通化されない。それに対しての対応としては、前回説明いたしました勤改センターというのが相談の窓口になるのですけれども、やはり地域差が非常に大きくなります。好事例といってもなかなか単県では集まりづらいというのがありますので、そのような事例をぜひとも国のほうで収集していただいて、それを勤改センターに提供していただく。また、勤改センターが民間の病院の育児休業者の対応等にこんな事例がありましたよというのを紹介できるような仕組みというのはぜひとも進めていただけることが、幅広いところで女性医師等の復職、多様性の働き方に貢献するのではないかなと思いますので、ぜひともお願いしたいと思います。

○小塩座長　ありがとうございました。

続きまして、菅村構成員、お願いいたします。

○菅村構成員　ありがとうございます。連合の菅村です。

女性医師にフォーカスされた論点立てになっていますが、先ほど絹巻構成員からもございましたように、女性に特化するのではなく、性別を問わず育児や介護と仕事の両立を図ることができるようにしていくことが必要かと思っております。

先ほど、外科の先生や循環器の先生方から御発表もございましたが、一部の診療科では若手が入ってくることが減っており、その原因としてワーク・ライフ・バランスへの懸念が示されていたと思います。医療機関全体での「働き方改革」のさらなる推進がその対策の主軸であって、前回も発言をさせていただきましたけれども、実効性ある労働時間の縮減も含めて着実に進めていくことが重要であると思っております。

また、好事例として東京女子医大での取組を御紹介いただきましたけれども、キャリア相談において、女性の場合、なかなか相談できる先輩がいないということがあり、自分の出身大学にとどまらない幅広い範囲で相談できることというのは非常に重要であると思っております。

一方、先ほど来、構成員の先生方からも御発言がありましたが、医師に限らず一般の会社においても、若手の男性は女性と同様に育児休業などを取得する割合が非常に増えており、キャリアの継続という観点で男性も同様に悩みがあるのだと思います。「女性医師が働き続けるため」にというより、「誰もが働き続けられるため」という観点で御検討いただくことが重要であり、そうした取組に対する医療機関への財政面を含めた支援も併せて御検討いただければと思います。

以上です。

○小塩座長　それでは、最後の御発言をお願いします。長野構成員、お願いいたします。

○長野構成員　ヘルスケア労協の長野と申します。

今、菅村構成員からも発言がありましたが、医療現場でライフステージの変化などを理由として離職し、キャリアの断絶が生じて、復帰しようとしても非正規で働いているという実態があります。労働組合としても、男性を含めて医師や医療補助者が育児休業を取得しづらいという実情があるという声も聞いておりますので、先ほど岡先生も発言されていましたが、こういったライフステージの変化が生じても安心して働き続けられるような環境整備をぜひお願いしたいと思います。

また、多賀谷先生からの東京女子医大の取組や、資料にある広島大学の取組も大変参考になりますが、特に資料にある広島大学の複数主治医制の積極的な導入、また、休校時の学童保育の利用支援などは、子育てや介護、あるいは医師自身の治療と仕事の両立の観点からは非常に有意義な取組であると考えます。好事例の収集や横展開にとどまらず、例えば複数主治医制を制度として確立している場合には、チーム医療加算のように医療の質向上の観点から診療報酬などで評価するなど、踏み込んだ対応もぜひ検討していただきたいと思います。

以上になります。

○小塩座長　ありがとうございます。

ほかにもお手を挙げていらっしゃる方々がいらっしゃるのですけれども、時間の関係で申し訳ございません。ただ、オンラインで多賀谷先生がお手を挙げていらっしゃいますので、最後にコメントをお願いいたします。

○多賀谷参考人　今の皆さんの御意見は本当にごもっともということで、やはりダイバーシティーですから、女性が働きやすいというか、みんなが働きやすい職場というのが特に医師の場合も重要で、さっき言った環境整備ということで言いますと、男性の先生の奥様がお医者さんではないときも、お子さんが病気になったときには保育を受けるという形をしているのですね。なので、そういう多様性を持ってやるということが必要だなと。

あと、先生がおっしゃったように複数主治医制度はできればどこの病院もやるということが必要ですし、あとキャリアプランとしては、先ほど女性医師のキャリアプランについてお話ししましたけれども、ちゃんと男性医師のキャリアプランというのも同様に行うという形で、こういういろいろなレクチャーを受けられるような形になっておりますし、今、うちも半々なので、男性も皆さん育児休暇を取ります。なので、環境整備ということで先生たちのお話を伺いまして、ドクターならではのということもありますけれども、やはり育児支援と、それからそのときに市中病院だと人数が少なくなってしまうので、同じような環境の育児をしている先生たちを２人とかでやって、あと、うちは変形労働制が結構うまくいったので、すごく仕事の仕方を変えなくても変形労働制で結構うまくいくこともあるので、そういうところを検討していかれるといいかなと思いました。

以上でございます。

○小塩座長　どうもありがとうございました。

それでは、２番目のテーマに移りたいと思います。小林参考人、武冨参考人の御報告、それから、労働時間が長い診療科・医療機関に関する議題につきまして、御議論いただきたいと思います。

最初に、このテーマに関して厚労科研で御研究されていると伺っているのですけれども、堤構成員からコメントをいただければありがたいと思います。

○堤構成員　ありがとうございます。堤でございます。

構造的な課題がお話のあった中で、ちょっと軸が違いますけれども、健康確保措置に関連して、御紹介のように順天堂大学の谷川武先生が長時間労働医師の健康確保措置のマニュアルに関して改訂を今行っておられます。この研究では、できるだけ客観的な知見をマニュアルに盛り込むといったことを主軸に置いております。研究には文献レビューのアップデートであるとか、実際の長時間労働医師を対象にした研究であるとか、それから、日本医師会様が関係しておられますけれども、医療提供体制の影響といった複数の柱がございます。

その中で２点ほど知見を御紹介しますと、長時間労働医師はPVTという、いわゆる刺激を与えてそれに対する反応時間を見る睡眠負債を評価する検査で把握される睡眠負債の頻度

が一般の労働者の７倍近くあるといったことであるとか､主観的には眠気を主張されても､そういった主観的なことだけではなかなか客観的な睡眠の負債は評価できないといったことが明らかになってきておりますので、冒頭申し上げましたように、将来的にはという部分はありますけれども、医師の状態をできるだけ客観的に把握して、それを適切なケアにつなげるといったことを目指して研究を進められていますので、健康確保措置というところでの情報提供ということで申し上げたいと思います。

以上です。

○小塩座長　情報提供ありがとうございました。

ほかに御意見、コメントはございますでしょうか。

濵口構成員。

○濵口構成員　それでは、議題の２番についてお話をさせていただきます。

先ほども紹介がありましたが、特定労務管理対象機関が医師労働時間短縮計画を作成する際にチェックする項目については、令和６年11月改正の『医師労働時間短縮計画作成ガイドライン』がありますので、これをしっかりと理解して時短計画を作成していただきたいということ。

また、作成に当たっては、令和４年４月に国が定めた『医療機関の医師の労働期間短縮の取組の評価に関するガイドライン（評価項目と評価基準）』も併せて参照することが非常に重要です。評価項目・評価基準の内容は医師の労働時間短縮のための基本的な事項ですので、これを理解していないと労務管理、それから労働時間の短縮に向けた対応ができないということにもなりかねないと思います。

また、労働時間短縮や勤務環境改善の推進として、各医療機関で労務に関する部分をきちんと管理・整備できる体制を取っていただくことも必要で、これに関しては勤改センターの労務管理アドバイザーが支援して体制を整えていくことが今後ますます重要になってくると思います。

また、労働時間が長い診療科・医療機関に対して、追加的健康確保措置の着実な実施も重要です。各医療機関においては、改正医療法に基づく面接指導等のルールを、旧来の労働安全衛生法による面接指導とは別の枠組みで作成して、長時間労働医師への面接指導実施体制を着実に整備することが重要です。

最後に、院内で同僚の健康を守るという意味では、疲れている同僚への声かけ等、医師間、職員間の日頃のコミュニケーションが非常に重要で、これも職場の健康を守っていくことにつながるのではないかと思います。

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　私からは２点あります。

１点目は、働き方改革ど真ん中というよりは、小林参考人に確認と質問をしたいのです

けれども、武冨参考人の資料の12ページ目にありますように、高難度外科医療の集約化と外科的コモンディジーズ医療の均てん化についてということで、これは非常に重要なことで、集約化だけではなしに均てん化していかなければいけないものもあるということで、そういった意味では循環器の疾患の多くは本来であれば均てん化していかなければいけないようなものだけれども、地域によってはどうしても医療資源の関係上必ずしもそうはいかないというところなのだと思います。小林参考人の17ページの資料にありますように、専攻医の研修期間を活用した地域配置ということで、これは非常に方向性としては理解できるのですけれども、ここでいう地域中核病院というのは、急性期拠点病院や地域医療構想というものではなしに、その地域地域で循環器の疾患に対して中核的に頑張っている病院という意味なのでしょうねということを確認しておきたかったことが１点目です。

２点目は、小林参考人からお示しいただいた15ページにありますインデフレーターの操作の問題です。これのタスク・シフト/シェアに障壁があるということで、ぜひMEに対するタスク・シフト/シェアというのは早急に検討して進めていただきたいと思っています。今回の事例だけでなしに、タスク・シフト/シェアがやはり私は働き方改革の本丸というか、勤務医の超過勤務時間を削減する大きな有力な手段だと思うのですけれども、新しい手技や新しいテクノロジーがどんどん出てきていますし、AI、その他の技術の進歩でタスクシフトが可能になりそうな仕事というのも増えていっているように思います。そういった意味ではほかにも同じような事案がないかどうか、本来はタスク・シフト/シェアができるのに今は法令上できていないといったことについても今後継続的に調査して議論していただきたいなと思っています。

タスク・シフト/シェアということで言うと、ボリューム的にはナースが中心になると思うのですけれども、NPやフィジシャンズアシスタントということよりは、まずは特定行為研修の拡充ということが重要になってくると思います。特定行為の拡大についても継続的に議論していただきたいし、特定行為研修修了ナースが増えるような支援もお願いしたいと思います。診療報酬等で特定行為研修修了ナースの配置を評価する等もありがたいのですけれども、有資格者の奪い合いにならないようにむしろ養成にインセンティブ、例えば自院のナースに資格を取らせると手当増分の一部を補助していただけるとか、いろいろあると思うのですけれども、そういったことも考えていただけるとありがたいです。

以上です。

○小塩座長　ありがとうございました。

今、１点、小林参考人への確認させていただきたいという点が、17ページの御報告のところで研修の均てん化というお言葉がありましたけれども、それについてコメントいただけますでしょうか。

○小林参考人　ありがとうございます。

中核病院に関しまして、今おっしゃっていただいたことを当面は考えているのですけれども、ただ、私の最終的な考えとしましては、これは各県においてどこを中核病院とする

かというところまで踏み込んで考えていただいたほうがいいのではないかと思うのです。２次医療圏において、循環器だけではなくて全ての診療科を診られるようなしっかりした中核病院を造って、そこに大学から派遣をする。循環器だけでやっていく病院ではなく、内科だったら全ての内科が診られるような､後期研修医も満足するような中核病院を､国、県で考えていただくのが私はいいのではないかと思っています。理想的なことを言っていますけれども、現実的なところでぜひ落としどころを考えていただけたらと思います。

インデフレーターに関しましても非常にありがたく感じます。これに関しては日本心血管インターベンション治療学会と臨床検査技師会から厚労省にお願いするとともに、内閣府規制改革推進室にもご相談していまして､春の議題には上がらなかったのですけれども、秋の議題には上げていただけるのではないかという話を伺っております。医行為なので法律改正が必要で数年かかりますよと言われてしまい、確かにそうだとは思うのですけれども、そこを規制改革ということで早めに改正できるような会議体などを考えていただきたいと思っています。循環器だけでなく、他科においてもこういう困っていることがたくさんあると思いますので、ぜひともお考えいただけたらタスクシフトが進むのではないかと思っております。

○小塩座長　ありがとうございました。

時間の制約で全ての構成員の方々の御意見を伺うのは時間がないのですけれども、オンラインで最初にお手を挙げていらっしゃった森構成員の御意見を伺いたいと思います。よろしくお願いいたします。

○森構成員　ありがとうございます。

先ほどの馬場構成員の御意見に全く賛同するものなのですけれども、小林先生、それから武冨先生から苦しい現状をお話しいただきましたけれども、給与を少し上げていただいているということで大変ありがたく思う次第なのですが、その範囲がまだまだ非常に狭いということで、これの適用をもう少し広げないといけないのではないかというのが一つあります。

それから、もう一つ重要なのは、給料もそうなのですけれども、オフをしっかり取ってもらうということをより明確化しないといけない。そのためにはタスクシフトやAIの活用などを含めて、いかにしてそれを実現できるかという好事例を示していただくということが重要かなと思います。

それから、さらにもう一点、循環器内科の手技、あるいは外科の手術はすぐさま結果として見えることになりますし、そのことはすなわち医療訴訟という面にも直結する問題になります。若手・中堅のドクターが普通にやって、その結果でも予期せぬようなインシデントに見舞われた場合にきちんとそういうことをサポートするということをもっとしっかり打ち出して、要するに中堅、若手、ベテランの先生もそうですけれども、そういった方々が不要な心配にとらわれないようなこともぜひ考えていただけたらなと思います。

以上、３点です。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、最後に３番目のテーマ、宿日直・研鑽に関する議題について御意見を頂戴したいと思います。

それでは、最初に菅村構成員、お願いいたします。

○菅村構成員　ありがとうございます。連合の菅村です。

医師の働き方改革を実質化させるためには、宿日直許可の適正な運用と自己研鑽・労働時間の区分けが適正になされることが非常に重要だと考えております。特に宿日直許可については資料の13ページで御説明いただきましたが、令和４年から６年にかけて非常に多くの許可が出されており、それに本当に実態が伴っているのか疑問に思っております。

今年３月には都内の大学病院の勤務医が宿直中にくも膜下出血を発症した事案について、宿直時間の全てを労働時間と認定し、国の労災不支給処分を取り消すような判決もございました。そういった実態も踏まえる必要があると考えております。

論点にあるように、勤務実態が許可内容に沿っているかを確認することは当然ですが、それだけでは十分ではありません。宿日直許可は許可の期限が定められていないため、2024年４月の医師の働き方改革スタート前に許可されたものが今も継続していると認識しております。医療機関全体の働き方の見直しが今進められている中、従事する医師の数などの前提条件も大きく変化していると考えておりまして、そうしたことを踏まえると、許可の期限がなく無期限の宿日直許可を認めることには違和感を持っているということは申し上げておきたいと思います。

宿日直許可自体の在り方については労政審の所掌であることは認識しておりますが、許可期限の新設も検討に加え、定期的な報告と労基署によるモニタリングといった抜本的な見直しが必要ではないかと考えております。宿日直許可に沿った勤務実態になっているかについては、単純に許可を出すということだけではなく、都道府県などが定期的に立入検査などを行い、実質的に適正な運用が確保されているかを確認していただくということが不可欠であると考えております。

以上です。

○小塩座長　ありがとうございました。

続きまして、長野構成員、お願いいたします。

○長野構成員　ヘルスケア労協の長野と申します。

私からは自己研鑽について。資料５の17ページを見ますと、医療機関の６割が研鑽の区分を明確化するためのルールを整備していないと回答がございます。また、18ページには、医師側も労働と自己研鑽の区分について不満があるという回答が半数に上っております。私も医療現場におり、診療・教育・研究の切り分けが難しい場面も承知しておりますが、同じ施設の中でも上司の考え方も相違があって、それが自己研鑽になるのか業務になるのかが曖昧なところが数多くあります。したがって、自己研鑽と労働時間の区分けを明確化しないと、医師の長時間労働問題は解決しないと考えております。

６割の医療機関がルールを定めていないという実態を踏まえれば、自己研鑽に関するルールを定めることも医療機関の義務とするような法制的な手当も検討すべきではないかと考えております。

以上になります。

○小塩座長　どうもありがとうございました。

続きまして、濵口構成員、お願いいたします。

○濵口構成員　議題の３番ですが、今回、各医療機関が宿日直許可証に沿った実態になっているかどうかの確認を促すということについては、宿日直許可を取得した時点と現在の実態が乖離していないか、医療機関で自主的に見直しができるよう、勤改センターが医療機関に寄り添って支援していただきたいと思います。

なお、評価センターを受審する医療機関については、宿日直許可に関する項目も含めた評価項目・基準で評価し、医療機関及び都道府県に日本医師会評価センターから評価結果を通知していますので、結果通知を受けた都道府県は管下の勤改センターと連携し、医療機関が現状に即した形で対応できるように導いてもらいたい。その点は国から都道府県に対して周知していただきたいと思います。

以上です。

○小塩座長　ありがとうございました。

それでは、オンラインでお手が挙がっています、岡構成員、お願いいたします。

○岡構成員　私も宿日直許可について１点だけ意見を述べたいと思います。

宿日直許可については運用上改善すべき点があることは、菅村構成員からもありましたようにそういうことがあるのは承知しておりますが、全体としてはおおむね順調に進んでいると認識しています。

そのため、現時点で制度全体を大幅に見直すことを優先するよりは、今、濵口構成員からもありましたように、各医療機関において実際の宿日直業務の内容や勤務実態が許可の内容に合致しているかを改めて確認することが重要ではないかと考えます。その上で、実態と許可の内容に乖離がある場合には、必要に応じて勤改センターの支援も受けながら適切な運用に改善していくことを望んでいきたいと思います。

急激な制度の見直しそのものを目的にするのではなく、まずは現行制度が適切に運用されているかを確認して、現場の実態に即した対応を進めていくことが重要であると考えます。

以上です。

○小塩座長　ありがとうございました。

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。

25ページに書かれている論点にあるように、先ほど先生方がおっしゃった宿日直許可に沿った実態になっているかどうかの確認、それから、研鑽に関する考え方やルールの周知

というのは当然のことだと思います。それを勤改センターによる支援につなげていくことが重要というのもごもっともだと思いますが、半分ぐらいが行政機関で直営でやっておりますので、具体的にどうしていったらいいのかというのを、事例や資料なりを作っていただければと思います。

前回も大阪府の馬場先生がおっしゃったように医療機関や病院団体が委託を受けてやっている場合は現実に沿ってかなり分かっていることはあるのですが、都道府県直営ですと少し委託とは違いますので、ぜひともその点について事例を集めていただいて、都道府県側に情報提供いただければ、より中身の濃い対応・支援ができるかなと思いますので、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。

それでは、続きまして森本構成員、お願いします。

○森本構成員　ありがとうございます。

今回、勤改センターが支援を行ってはどうかという２点について、発言させていただきたいと思います。

宿日直許可に関しましては、現状と乖離しているという話をいろいろお聞きする機会が多いですが、現場の声を吸い上げる機会を設けながら、原因は何なのか、なぜこのような乖離が起きたのかといった原因を踏まえながら、管理部門と、現場、そしてセンターが支援させていただけると、うまく進んでいくのではないかなと思っております。

研鑽ルールに関しましては、聖路加ルールを利用されている医療機関が多いと思いますが、それにプラスしまして私が支援させていただいた医療機関では迷わないルールというのが大事だねということで、上長の指示の場合は頂きたいデータはここことゴールを明確にしていただいて、その上で、ゴール到達の目安時間は自己研鑽ではなくて労働時間として申請してくださいという上長指示を併せて申請してくださいといったルールをつくっているケースもございます。現状を精査してルールを見直していただけたらと思います。

○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。

今、宿日直許可の問題等々の御意見がありますけれども、私も１回目の検討会でも申し上げましたけれども、現在、宿日直許可というのは相当の睡眠設備の設置と、十分に睡眠が取り得ることということになっていますけれども、客観的に今、睡眠時間を取るということがデジタルデバイスで取れるということもありますので、追加的健康確保措置の中でそういったことも見ながら面談をしていただくということが重要かなと思っています。

医師の働き方改革の目標とするところは、先ほど長時間で循環器の先生と外科のほうからもお話がありましたけれども、たった１人の医師がその地域を支えているというところの問題を何とか解決するというのが一義的な目的であって、それ以外については少し時間がかかっても何とかやっていけるのではないかと思うのですけれども、現に本当に数名で

支えているようなところをどうしていくかというのをここでは議論が重要なのではないかなと思っております。

時間がないので、先ほどどうしても発言したくてお時間がなかったということなのですけれども、女性医師といいますか、あらゆるジェンダーの医師がどのように働いていくかということで、育児を完全なるキャリア中断という考え方がすごく多いなと思っているのですけれども、妊娠・出産のところでは患者の体験もできますし、育児というのは自分以外の人間を24時間365日観察するという意味では、医師にとっては非常に重要な経験でもあるかと思っています。研究で１～２年留学するときも日本の医療現場から離れているという意味では同じ考え方ですので、留学から帰ってきたという医師をこれから一生懸命育てていくということを病院の側も考えて、育児休業を取る医師たちにもそういうつもりで待っているのだということを伝えていただきたいと強く思っております。

以上です。

○小塩座長　ありがとうございました。

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。

自己研鑽の件に関して１点だけコメントさせていただきます。自己研鑽については、今、多くの構成員の方々から明確な線引きをしてほしいという御意見もあったと思うのですが、これは大変難しい部分です。各医療機関、各診療科によって研鑽の内容も変わってきますので一律に線引きするということはなかなか難しいのだろうと思います。

本日の資料５の20ページの本来業務と研鑽を示した円グラフについて、結局「研鑽」は業務上必須か否かという区分けで分けられていると思いますが、これはなかなか分かりにくい表になっていると私は思います。法令上明確に規定されているのは、「上司の明示・黙示の指示・命令があるのかどうか」ということが一つの大きな基準になっているわけですから、先ほど構成員からもお話がございましたけれども、やはりその基準に基づいて、医療機関として統一した考え方を決めていただく。その考え方については医局員の先生方にも共有していただき、ディスカッションも含めた上で決めていただくことが現実的ではないかなと思います。

私からは以上です。

○小塩座長　どうもありがとうございました。

よろしいですか。

では、絹巻構成員、最後にお願いいたします。

○絹巻構成員　時間がぎりぎりの中、すみません。今の御発言にもあったように、現場からの葛藤というか、そういった点で一言発言させていただきたいのですけれども、労働と研鑽の管理というところで、管理者としては時間の管理を気にしていて、それはもちろん労働者の健康管理に直結するもので、働き方改革の根幹にある部分だとは理解しておりますが、一方で、労働者というか医師の立場から見ますと、時間の管理と時間外手当などの

賃金の管理というのもあって、両者はリンクはしていても必ずしも一致はしていないというところがこういう研鑽問題につながっている部分もあるかなと感じています。

医師の職業というのは言わずもがなですがかなり特殊で、誤解を恐れず言えば、勤務時間外は全て自己研鑽と言ってもいいぐらい患者さんのことを考えているときもあると思うのです。もちろん医師それぞれに職業の捉え方というのは違いますし、そうあるべきと言っているわけではないのですけれども、時間という観点で見たときに、実際のところ勤務と非勤務の境界がすごく分かりづらい職業なので、そういった部分が評価されると医師側の不満感みたいなものは解消するように思いますし、あと、大学病院などは相対的に給与が少ないというところで、先ほど御提示いただいたアンケート結果はそういった対価みたいなものへの不満も反映されてしまっているのかなと感じました。

以上です。

○小塩座長　どうもありがとうございました。

そろそろ時間となりましたので、このあたりで終了とさせていただきます。

本日も含めてこれまでの検討会で構成員の方々から多くの貴重な御意見を頂戴いたしました。事務局におかれましては、現状の確認も含めてこれまでの議論をよく整理していただいて、今後の検討会に向けて準備を進めるようにお願いいたします。

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、事務局から御連絡していただくことはございますか。

○吉川医師等医療従事者働き方改革推進室長　構成員の先生方、本当にありがとうございました。

令和６年４月から始まった働き方改革も２年半たちましたけれども、改めて周知を徹底したり、あるいは一度ちょっと見直しをしていただいたり、あるいは我々としても好事例をちゃんと収集して皆さんに知っていただくということをしなければいけないなと改めて感じたところでございますし、かなり課題が多いこともよく分かりました。我々といたしましてしっかりと整理して次に向けて準備をしたいと思います。

また、タスクシフトにつきまして、必要なものをぜひ議論していきたいと思うところですけれども、法的な論点であったり、あるいは安全性、そしてそもそもの働き方・勤務環境改善の有効性が前提となっていると思います。こういったところもありますので、関係の学会の方々ともしっかり議論をしながら十分な情報収集を行いまして、必要な対応をしていきたいと思っております。

次回、大分課題、論点をいただきましたので、しっかり整理したいと思うところ、お時間をいただくかもしれませんが、今後、座長、構成員の皆様と調整の上、次の日程は追って連絡させていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。

○小塩座長　どうもありがとうございました。

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議論をして

いただき、本当にありがとうございました。

これをもちまして、第３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。どうもありがとうございました。