

# 参議院厚生労働委員会会議録第一号

平成二十九年三月九日(木曜日)

午前十時開会

出席者は左のとおり。

委員長 羽生田 俊君  
理事 島村 大君  
そのだ修光君  
高階恵美子君  
足立 信也君  
山本 香苗君

委員

石井みどり君  
小川 克巳君  
太田 房江君  
木村 義雄君  
自見はなこ君  
馬場 成志君  
藤井 基之君  
三原じゅん子君  
宮島 喜文君  
石橋 通宏君  
川合 孝典君  
川田 龍平君  
牧山ひろえ君  
熊野 正士君  
谷合 正明君  
倉林 明子君  
片山 大介君  
福島みずほ君  
薬師寺みちよ君

国務大臣 厚生労働大臣 塩崎 恭久君  
副大臣 厚生労働副大臣 橋本 岳君

第七部 厚生労働委員会会議録第二号 平成二十九年三月九日【参議院】

大臣政務官 古屋 範子君  
厚生労働大臣政務官 堀内 詔子君  
厚生労働大臣政務官 馬場 成志君

事務局側

常任委員会専門員 吉岡 成子君  
政府参考人 内閣官房働き方改革実現推進室次長 小林 洋司君  
内閣府子ども・子育て本部審議官 中島 誠君  
消防庁審議官 猿渡 知之君  
文部科学大臣官房審議官 瀧本 寛君  
厚生労働大臣官房総括審議官 宮川 晃君  
厚生労働大臣官房技術・国際保健総括審議官 福田 祐典君  
厚生労働大臣官房年金管理審議官 伊原 和人君  
厚生労働省医政局長 神田 裕二君  
厚生労働省健康局長 福島 靖正君  
厚生労働省医薬・生活衛生局長 武田 俊彦君  
厚生労働省医薬・生活衛生局安全部長 北島 智子君  
厚生労働省労働基準局長 山越 敬一君

厚生労働省労働基準局長 山越 敬一君

厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部長 鈴木英二郎君  
厚生労働省職業能力開発局長 宮野 基一君  
厚生労働省雇用均等・児童家庭局長 吉田 学君  
厚生労働省社会・援護局長 定塚由美子君  
厚生労働省老健局長 蒲原 基道君  
厚生労働省保険局長 鈴木 康裕君  
厚生労働省年金局長 鈴木 俊彦君  
厚生労働省政策統括官 福本 浩樹君

本日の会議に付した案件

○政府参考人の出席要求に関する件

○社会保障及び労働問題等に関する調査(厚生労働行政の基本施策に関する件)

○委員長(羽生田俊君) ただいまから厚生労働委員会を開会いたします。

政府参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

社会保障及び労働問題等に関する調査のため、本日の委員会に、理事会協議のとおり、厚生労働省医政局長神田裕二君外十九名を政府参考人として出席を求め、その説明を聴取することに御異議ございませんか。

「異議なし」と呼ぶ者あり

○委員長(羽生田俊君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(羽生田俊君) 社会保障及び労働問題等

に関する調査を議題とし、厚生労働行政の基本施策に関する件について質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○足立信也君 おはようございます。

今委員長からもありましたように、今年度といいますが、おととい、三月七日の日本学術会議の声明、安全保障技術研究推進制度、これは非常に問題が多いという声明です。科学者などのグループからは制度の廃止を要求するという意見も出されています。新聞を読みますと評価は分かれているような感じがありますけれども、そういう声明が出ました。

皆さん御案内のように、この安全保障技術研究推進制度というのは、将来の軍事装備開発につなげるという明確な目的を持った制度です。この予算が、二十七年分から始まりまして、三・一億円の予算で決算が二・七億円です。今年度は予算として六億円です。来年度予算、今審議中ですが、百十億円、かなり思い切った増額になっています。これまで百五十三件の応募があつて十九の研究が採択されています。

大臣は、この前の所信表明の冒頭で、「はじめに」のところで、国民の安全、安心の確保に万全を期す、これと全く同レベルの並列で、我が国の経済社会の発展に寄与するために全力で取り組むと、そのように表明されました。そこで、私自身は、この大きな予算の増額も含め大変懸念を持っています。

実は、私、大学の先輩、後輩という関係もあつて、ロボットスーツHALのサイバードインですね、山海さんの一般財団法人山海健康財団というところの評議員をしています。これは、海外からも軍事利用、このロボットスーツをですね、相当



腫などの罹患率上昇に関しては、皆様既にたばこの健康被害は御承知のとおりだと思います。小児科であれば胎児の発育遅延や小さく産まれてくる低出生体重児、乳幼児突然死症候群や、あるいはたばこを誤って食べてしまう誤嚥、たばこ約一本分が乳幼児のニコチンの致死量になりまして、その日々の診察の積み重ねの結果として、お命を本当に大切にしたい、もったいない、たばこの健康被害にはできるだけ多くの方々に遭ってほしくないなど、素直にそして強く感じているところでありまして。是非議論の大前提として健康被害の医学的な知識については正しく認識してほしいと願っております。

その上で、今週、自民党のたばこ議連から受動喫煙防止に対する基本理念として対策案が示されました。基本理念に、欲せざる受動喫煙を防止するために分煙を推進するとあり、欲せざるとはまさにそのとおりであります。ただ、科学的には、たばこの煙の粒子は二・五マイクロ程度の非常に小さなものであるからこそ、肺の一番奥にある構造物の肺胞にまで到達してしまいます。受動喫煙を防止するという医学的そして科学的な観点からは、今回の対策にある施設等の指定は不要だという考えは残念ながら成り立つとは私は考えておりません。

また、もう一つ対策案をよく見てみますと、全ての種類の施設の小学校や中学校、大学、あるいは官公庁なども含みますが、全ての種類の施設の執務室は事務所（職場）と同様の扱いと書いてございまして、ひもとくと対象外とも読み取れるところに行き着きます。

受動喫煙の健康被害に遭う理由の多くは、人間関係や職場の関係上断れなかったというのを挙げています。真に欲せざる受動喫煙を防止することこそ、私は健康弱者を守るために必要なことであると考えております。

そこで、塩崎厚労大臣にお伺いをいたします。この度示された対策についてどのようにお感じになっておられるのか、御見解をお伺いいたします。

す。  
○国務大臣（塩崎泰久君） 御質問ありがとうございます。

なかなかゆくりこの御説明を、厚生労働省の考え方を説明をさせていただく機会も少ない中であつて、今、自民党のたばこ議連の案というものについてのコメントを御質問いただいたわけでありまして、そこに至るに当たつても、一度厚生労働省として今どう考えているのかということ整理した上で、少しお時間を頂戴して説明させていただきますだけというふうには、お許しをいただければというふうに思います。

平成十五年以降十四年間、健康増進法に基づいて、施設の管理者に受動喫煙防止の努力義務というのを設けて、自主的な取組にお任せをしてきたわけでありましたが、たばこを吸わない国民が今八割を超えているにもかかわらず、いまだ約四割以上の方々が、飲食店などのいわゆる公共の場、ここで受動喫煙を今お話のありましたとおり受けている現状がございます。また、受動喫煙を受けなければ亡くならずに済んだ方が少なくとも年間一万五千人はいるだろうという推計もござい

す。  
我が国は、たばこの規制に関する世界保健機関の枠組条約、FCTCの締約国であつて、WHOからは、屋内全面禁煙義務の法律がないために受動喫煙対策につきましても世界最低レベルのランクということになっております。

今年一月の安倍総理の施政方針演説の中でも、受動喫煙対策の徹底についての発言がございました。

こうした中で、先般、厚生労働省の基本的な考え方の方案という、やや回りくどいタイトルで考え方を示しましたが、その具体的な内容は、まずプライベート空間は規制対象外と、公共の場については施設や場所の性質を十分に考慮して限定した場所での禁煙とするなど、言わば日本型の分煙社会、これを目指そうということでございます。これによって我が国の位置付けはWHOの四段階

の最低レベルからワンランクだけ上がるという、そういう非常に穏やかな案を私どもとしてはお示しをさせていただいております。

三月七日に公表されました自民党の議連の受動喫煙防止対策の案は、幾つかの点で今のこの厚生労働省の考え方と異なっていると思ひます。議連の案では、喫煙を楽しむことと受動喫煙を受けたくないことを国民の権利として同列に扱つてい

ます。喫煙の自由は公共の福祉に反しない限りもちろん認められるものでありますけれども、飲食店も含めた公共の場において、国民の八割を超える非喫煙者、そして妊婦、子供さん、がん患者、ぜんそく患者、外国人などのいわゆるサイレントマジョリティーの方々の健康が喫煙者の喫煙の自由よりも後回しにされているという看過できない現状は、やはり議連の案では変えられないというふう

に思つております。また、この議連の案では、飲食店や販売、娯楽等のサービス業施設において禁煙、分煙、喫煙等の表示の義務のみとなつておりまして、これでは、妊婦、子供をして患者などが利用できる飲食店の選択肢を狭めてしまつて、それに加えて、職場の歓送迎会とか取引先との接待で先ほどございました望まない受動喫煙、いわゆる嫌々受動喫煙を強いられる事態、そして従業員やアルバイトの大学生、高校生、これが煙にさらされるということが避けられないというふうに思

います。  
このように、議連の案ではほぼ現状の努力義務での対応と変わらないので、国際的にも今の四分

類の最低ランクのままでも何も変わらないと、大きく見劣りをしてしまうために、国民の健康を守る立場である厚生労働省としては、受動喫煙の害から国民を守れない全く不十分な内容だというふう

に思つております。  
また、問題は、飲食店の経営の問題に御懸念が強く示されています。ただ、WHOの国際がん研究機関が二〇〇九年にまとめたハンドブックによりますと、世界各国の信頼度の高い論文を分析を

いたしますと、ほとんどがレストラン、バーを法律で全面禁煙にしても経営に影響がないという報告がなされています。中には売上げが増えたという国もあったとのことでございます。これは八割の人が、ほかの国も大体八割が吸わなくて二割が吸うと、二割の方々の中で一定程度減るかも分らないけれど、逆に今度、八割の方からお店に行

くようになるということもあるようござい

ます。  
それから、税収に対する懸念を財務省などからいただいておりますけれども、それからアメリカ、イギリス、韓国などでは、喫煙率の推移について、受動喫煙防止のための規制の前後で変化は見られなかつたと。そういうことから、税収に対する影響もそれほど大きいことはないというふうに推察をされております。

何といつても、二〇二〇年には東京オリンピック・パラリンピックを、そしてその前年のワールドカップラグビーもありまして。多くの外国人の皆様方には、インバウンドで来てくださるという

ことと歓迎をしていくわけでありまして、そういった方々へのおもてなしの観点からも、私どもは理解を賜りながら国会の法案提出に向けて全力で取り組んでいきたいと、このように思つております。  
○自見はなご君 ありがとうございます。  
大臣自らがしっかりと時間を取つていただきまして、そして厚生労働省の現在の考え方についてお答えをいただいたことは非常に意義が深いと思つております。  
おっしゃるとおり、八割はたばこを吸わない私

初期臨床医研修、そして専門医の仕組みについて、省庁横断的に医師のキャリアデザインとして一貫して取り組んでほしいと要望をさせていただきました。その後、医学部を所管する文科省と初期研修を所管する厚生労働省で取組を進めてくださっているのと伺っております。

特に、二月二十二日は合同で委員会を開催し、ついに卒前卒後の教育と研修の四年間の到達目標を九項目で同じ目標に向かってそろえることができたというところであります。平成十六年度の初期臨床研修の義務化開始から既に十二年以上たっておりますので、私自身の感覚からすると、当初からこのような合同委員会を実施してほしかったなと思っておりますが、いずれにいたしましても、今回の取組の意義は非常に大きかったと認識しております。

さて、その初期臨床研修制度は五年ごとの見直しになりますので、そろそろ見直しに向けての準備をされる時期かと思えます。

厚生省に質問をさせていただきます。  
この度の初期研修の見直しに当たっては、本制度が成立した平成十二年と比較して、一つ、平成十七年十二月から導入された共用試験により、卒前教育が大幅に臨床能力の取得に向かって改善したこと、二つ、今年二月二十二日の合同委員会を受けて、初期臨床研修とシームレスにつながりつつあること、三つ、新たな専門医の仕組みの議論が進んでいること、この一、二、三の背景の中、今後は、初期研修医、初期臨床におけるより総合的なジェネラル、いわゆる総合的な診療能力の取得により重要性が増すこと、そして女性医師の活躍の具体例がより求められていることなど、今までと背景が全く違っていると思っております。  
そのような中、厚生労働省は初期研修の見直しに当たってどのような方向性を示そうとお考えでしょうか。お聞かせください。

○政府参事人(神田裕二君) 先生御指摘のとおり、医師のキャリアデザインに関しては、文部科学省がモデル・コア・カリキュラムを示して

おります医学教育と、厚生労働省が研修の到達目標を定めております臨床研修など、一連の医師養成課程において教育内容や医師として目指す姿が整合していることや総合的な診療能力が習得されることが重要であるというふうにご考えております。

先生御指摘のとおり、卒前教育においては、シミュレーション教育の充実ですとか、診療参加型臨床実習実施ガイドラインの大幅な拡充など、医学教育における臨床実習の充実により臨床研修とシームレスな教育となるよう、モデル・コア・カリキュラムに関する検討が進められてきたところでございます。

先ほど先生から御紹介がございましたように、今年の二月に文科省のモデル・コア・カリキュラムの改訂に関する専門研究委員会と厚生労働省の医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループの合同会議を開催いたしました。医学教育と臨床研修との教育内容の整合性が図られるよう連携を進めてきたところでございます。その結果、医学教育のモデル・コア・カリキュラムと臨床研修の到達目標について共有化が図られたところでございます。

厚生労働省といたしましては、今後の医療提供体制の構築を見据えまして、これに対応した医師養成につぎまして、卒前と卒後の医師養成課程、また先ほどございました専門医の養成課程などが整合的なものとなりますよう、引き続き文部科学省、関係団体とも緊密に連携していきたいというふうにご考えております。

○自見はな君 大変心強い方向性を示してくださいます。誠にありがとうございます。  
残念ながら、現状では初期臨床研修が形骸化しているのではないかとこの声もあるのも事実でございます。是非、この初期研修の二年間と、そして医学部の後半の二年間、この四年間をシームレスに連結して、そして私たちが医師が総合的な臨床能力をこの四年間で十分に習得できるんだという時期になるように、厚生労働省としても合同で力

を合わせて頑張ってくださいよう心からお願いをいたします。  
それでは、次の質問に移ります。専門医の仕組みについてお尋ねをいたします。  
新しい専門医の仕組みは、平成二十五年に厚生労働省の専門医の在り方に関する検討会で議論された結果、現在の日本専門医機構でその制度設計をすることになりました。この間、今日に至るまで、学会や大学関係者など、様々な専門家が集まり、議論を深めてくださったことに深く感謝をしております。

制度設計と言葉で言っても、当初の目的であり、専門医の質を担保しつつ、そして大勢の医師たちに修養してもらおう環境づくりに関しては決して簡単なものではないことや、加えて、医療が地域社会の生命線そのものであること、育児や介護による離職など、様々な医師の働き方にもより一層の配慮が必要などの理由から、その制度設計の影響が非常に大きいと判断され、去年の七月に一度立ち止まって考える時間の猶予を与えられたのは、関係者皆様が御承知のとおりであります。その後、発足した吉村理事長の新体制の下で各種議論を更に深める努力を熱心してくださっていることにも重ねて深く感謝しているところであります。

そのような取組の中、現在は三月中旬をめどに基本方針をまとめようとしているタイミングであると聞いておりますが、実は先日、私のところに、医師、歯科医師の資格を持つ市長たちで構成される医系市長会から、専門医制度についての問題点の指摘と計画の根本的な改善を求めた要望書をいただきました。同様の要望書を塩崎厚生労働大臣、菅官房長官、横倉日本医師会長にも提出をしているというところでございました。私も要望書を熟読し、これは重たく受け止めなければと切に感じたところであります。

内容としては、中小規模病院が危機に陥る懸念、地方創生に逆行する危機と医師偏在の助長、医師の診療活動開始年齢の遅延と医療コストの増大、総合診療医という専門医の矛盾等々、全部で六つの問題点を指摘しておりました。  
市長は地方自治の、その地域の責任者であります。水道や道路などの生活インフラにももちろん責任を持ちますが、当然、医療という社会的インフラの整備にも責任を持ちます。地域に医療がなくなれば、人がそこに安心して住むことができなくなります。このような当事者意識から、特に医系市長たちが来年四月から実施されようとしている専門医の仕組みについてこの度のタイミングで声を上げているということには、私は非常に大きな意味があると感じております。

私は、プロフェッショナルオートノミーという言葉は専門性の高い医師が集団として国民医療全体に責任を持つことと理解しており、その責任には、分かりやすい言葉で関係者に自分たちの考えを説明し、広く国民の皆様にも理解していただく責任も含むと考えております。そして、かねてから幾度も申し上げておりますが、日本専門医機構には社会に対しての説明責任があると私は思っております。

蛇足ですが、私は卒業いたしましたのが平成十六年度でありましたので、初期臨床研修医制度の初年度の人間に当たります。制度が変わる節目の中、医学部六年生の春になっても私たちの描くべきキャリアデザインが全く見えず、先行きが見えないためのこのストレスの多い時期を当事者として経験してまいりました。今現在の研修医一年目、二年目の近々の当事者たちも同じ思いを抱いている医師が多いと思っております。

私は、この度の新専門医の話について、二点申し上げます。  
一点目、この度の専門医の仕組みは、法律ではない分、日本専門医機構によるより能動的な関係者に対しての説明や意見交換の場面の設定が求められると考えております。特に、この度の自治体の首長、医学部生、研修医、患者様や関係者の声を聞く機会を持つてほしいと思っております。パブリックコメントなどを広く受け付ける機会を設

けることを含めて、基本方針を決定する前には丁寧プロセスを是非踏んでいただきたいと願っております。

一点目でございますが、そもそも専門医の質を高めることが主目的だったと認識をしております。そして、その手段としてプログラム制を含めて検討されてきたことと思います。ただ、現在のように行き過ぎたプログラム制は医師の時間と場所に対して大きな制約を加え、ひいては医師の配置にまで踏み込んでしまっている現状、これはともすると、私は、一部で手段が目的化しているのではないかとこのようにも考えざるを得ません。

厚生労働大臣にお伺いをいたします。  
厚生労働省は、地域医療の所轄官庁として、現状のままでは地域医療に影響が出てくるという地方自治の声をどのように受け止め対応していくつもりでしょうか、お考えをお聞かせください。  
○国務大臣(塩崎恭久君) 今お話がありました医系市長会、私のところにも福島県の相馬市長、立谷さんが来られて、多分同じものだろうと思っておりますが、御要望、御意見を拝聴いたしましたところでございます。

新たな専門医については、平成二十五年に医政局の下に専門医の在り方に関する検討会というのでございまして、そこで、今の考え方の基本でありますプロフェッショナルオートノミーという概念の下で民間の専門家による自律的なものとして専門医機構ができたという、こういう経緯があつて、平成二十九年からの養成を開始することというふうになっていたわけでありまして。

しかし、私も去年、参議院選挙前にいろいろな地方にもお邪魔をしたときに、特に過疎地などに参りましたときの地域医療に対する懸念というのが非常に強かった、また、果ては大病院の復権じゃないかとか、いろんなことが言われていて、一番大事なのは、やはり地域医療への悪影響というものを心配する声が多かったというのを非常に私ども強く感じ、またそれは、必ずしも医師、医師会だけではなくて、地方自治体の首長の皆さん

方が心配をされているということがありました。そういうことで、私どもで考えた末に、一旦立ち止まって考えていただけないだろうかということとを私から申し上げて、それを受け止めて、昨年六月に新たな制度の実施には慎重な検討を行うように私どもから日本専門医機構と関係学会に対して要望を行つて、その結果、養成開始が一年延長され、現在、日本専門医機構において平成三十年からの養成開始に向けた準備を行つていまして、ところが、制度の変更に向けて様々な取組がなされているわけでありまして、一方で、今お話のあったような、地方自治体の首長さんからは依然として新たな制度が開始されることによつて地域医療に悪影響があるんじゃないかという懸念を強く示される向きがまだまだあるということが分かつてまいりました。

厚生労働省としては、地域医療に責任を負う立場でございます。新たな仕組みがこの地域医療にしっかりと配慮されたものとなる必要が当然あるわけでありまして、必要な場合には、地域医療に従事する医師あるいは自治体の首長などを含めた場で日本専門医機構に対して抜本的な対応を求めたいというふうに思っています。

先ほどもお話がありましたように、的確な御指摘がありました。法律ではない形での制度ができていまして、したがつて説明責任があるんじゃないか、機構にはというお話がありました。そして、若い医師の皆さん方にとつても、これ浪人も何もしないでストレートに行つても終わるのは二十九歳であります。したがつて、ちょうど女性の場合には結婚されたり子供さんを持たれたり、いろんなことがあつて、それがまたいろいろ難しい問題にもつながっている。

それから、何となくこれを取らないと一人前と見られないということですが、それはやはり国家試験を通つて初めて医師であり、それ以上でも以下でもないということでありまして、その辺をどう考えるのか。取らない場合に、では、どういふふうに評価をされるのかというふうなこ

ともありますし、そんなことも含めてしっかりと専門医機構に考えていただきたいと思つたし、我々も地域医療の立場から専門医の養成というのはどうあるべきなのかということをはっきり考えていきたいと、こう思つております。

○自見はなご君 ありがとうございます。  
専門医制度については、それぞれのステークホルダーの意見が十分に反映される制度となりますように、地域医療に責任を持つ厚生労働省としても、その連携については国民生活そのものへの責任を持つて是非臨んでほしいと思つております。

また、平成二十五年の専門医の在り方に関する検討会を基にして日本専門医機構が考えた制度が今回のことでございますから、大本の検討の内容自体も抜本的に考える機会を是非お持ちいただけたら有り難いと考えております。

それでは、次の質問に移ります。働き方改革についてお尋ねをいたします。  
昨年の九月に内閣官房に働き方改革実現会議が設置され、各省庁の垣根を越えて今まで難しかった働き方改革に着手されていることに大きな敬意を感じております。特に小児科医療の現場では、一九九九年当時でありますけれども、小児科の勤務医だった医師が過労死をしたということを受けて様々な問題提起や対策もされてまいりました。自助努力として医局ごとあるいは病院単位での勤務環境改善の取組を精力的に進めてくださったところももちろんございましたし、小児科の場合には、患者団体の母親の団体が、特に子供の小児科医をサポートするという観点から、母親の子供の病気に対する理解を深めるグループ活動を展開してくださつたりと、患者と医師が一体となつての取組にも日々感謝しながら日常の診療を続けている医師は多いところであります。

また、この度の若い女性の過労による自死もそうですけれども、社会全体で悲劇は繰り返さないんだという強い決意を持ち、省庁を挙げてこの度の働き方改革に臨んでいただけたらと思つております。

さて、その働き方改革の意味するところ、そして今現在の世の中の流れというものを十分に加味した上で、医師の仕事の特性について二点言及し、質問をさせていただきます。

第一は、既に御承知とは思いますが、医師には医師法に定める応招義務がございます。勤務時間の内外を問わず、診療を求めらる患者さんが来れば、医師である限りその求めを拒むことは法律上できません。応招義務は我が国独自の法律であります。また、勤務医が開業医かということは特に応招義務の掛かる範囲には特段の法律的な差はありません。

第二に、医師は自己研さんという特殊性があることでございます。私も小児科の専門医ですが、医学部卒業後十年ぐらいを掛けて専門医を取つてからも、やっとスタートラインに立つたばかりだなどという感覚を持つくらい、日々刻々進化する、進歩する医療の知識を貪欲に学ぶため、生涯にわたつて自己研さんをする必要があります。

私自身は勤務医でございますが、実は私は自分自身を労働者というふうには思つたことはありませんが、また、自己研さんを止めるということ、医師である以上、最も無責任なことであると思つていますが、最近では、大変悲しいことに、現実の話として、医師が自己研さんをする機会を、罰則規定があるから出勤しないでくれ、帰つてくれ、カルテを開かないでくれというような医療機関から出始めております。

このような医師という仕事の特殊性を踏まえ、医師の労働時間に上限を課し、かつ罰則を伴う上限規制の対象とするには、法律面から見ても応招義務との矛盾がありますし、医師の在り方と照らし合わせて考えても、どうしても違和感があります。ワークシェアや育児休暇、介護休暇の取得の推進、医療施設での保育の充実など、医療現場での働き方改革はたゆまず進めていくことは大前提としてですが、今のままの議論では、現場では医師の特殊性が加味されていないことに困惑をしております。

第七部 厚生労働委員会会議録第二号 平成二十九年三月九日 【参議院】

厚生労働大臣にお伺いをいたします。

医師は、医師法に基づく応招義務があるほか、日々進歩する医療技術に追いつくための自己研さん、研究も求められる特殊な職業であります。医師の働き方改革の取組については、内閣官房の働き方改革実現推進室とよく連携していただきたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(塩崎恭久君) 私ども厚生労働省は、労働基準法であったり労働安全衛生法であったり、労働行政を治める法律を預かっている、そういう立場であります。今回の働き方改革実現会議につきましては、加藤大臣とともに私は共同議長代理ということになっていて、ここはもう議論の取りまとめを二人して頑張らないかぬという、そういうことでございまして、役割分担しながら、実態を見据えて、今お話のありました医師の特性なども踏まえた上で、実効性の上がる結論を実行計画に、これは三月末までにまとめますが、ここに明記ができるように引き続きしっかりと取り組んでいきたいと思っております。また、厚生労働省にあつては、医師などの医療関係者の働き方については、これは今大きな変わり目に来ているんだらうと私も思います。

昨年十月に立ち上げてこの三月に取りまとめをいたします新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会、渋谷検討会と我々呼んでいますが、ここでも医師などの皆さん方の働き方についてしっかりと議論して、明るい未来を切り開いていきたいというふうに思っています。

○自見はなこ君 大変心強い大臣からの御答弁を頂戴いたしました。大変有り難く思っているところであります。是非、現場が混乱することがないように、引き続き大臣には、医師を含めた私たち医療職の働き方改革の先頭に立っていただきたいというふうに思っております。

それでは、次の質問に移ります。女性の医療職に関する質問でございます。

善整備についてでございます。

医療の質を落とさずに女性医療職の働き方改革に臨むに当たり、ワークシェア、保育の問題、女性医療職の健康問題のこの三つの課題に医療関係団体が横断的に取り組む時期がやってきたというふうに思っております。特に女性医療職は、夜勤による身体や勤務環境によるストレスなどによるホルモンのバランスによる不調を来す方が大変多いのも事実でございます。健康対策は勤務環境改善と並び両輪として非常に大切であると考えております。

最大の課題は、離職しないことと復職しやすい環境を整えることでありまして、今年の一月二十七日に、議員活動として、女性医療職エンパワメント推進議連を超党派の議員連盟として設立をさせていただきました。ここにおられる多くの関係の先生方にも役員に入っていたいただいております。大変有り難いことに、この議連には二百名を超える超党派の議連の先生方五十名以上の団体、医療団体にも参画をいただいております。その機運の高まりを肌で感じているところでもございます。

また一方で、地方自治体においても、女性医療職の勤務環境整備の取組が進められております。例えば、本日、お手元に、皆様、資料が配られたかと思っておりますけれども、三重県においては、女性が働きやすい医療機関を県が認定をしております。職場環境づくりや保育、介護支援などを行っている医療機関に認定書を交付したりホームページ等で周知を行っておりますので、御覧ください。

ここで質問に入ります。厚生労働省にお伺いをいたします。

○政府参考人(神田裕二君) 先生御指摘のとおり、女性医療職の方々の勤務環境の整備は大変重要でございます。

要な課題であるというふうに認識いたしております。

このため、医療法を改正いたしました。医療機関の管理者に対して医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組を求めるとともに、各都道府県に勤務環境改善支援センターを設置いたしました。勤務環境の改善に取り組む医療機関を医療労務管理、医療経営のアドバイザーが総合的、専門的に支援する体制を整備しているところでございます。これによりまして、各医療機関におきましては、子育て等のライフイベントに応じた夜勤免除や短時間勤務制度の導入、復職前後の研修の実施、院内保育所の整備などの取組が進められていくところでございまして、厚生労働省としても、ホームページ等で好事例の普及に努めているところでございます。

それから、先生今御紹介ございましたが、三重県の、女性が働きやすい医療機関の認証制度についてでございますが、二ページ目のところにアドバイス、支援というふうに書いてございますけれども、この実際の認証に当たりまして改善の必要がある点につきましては、三重県の医療勤務環境改善支援センターがアドバイス、支援を行う仕組みというふうになってございまして、この仕組みについても、このセンターの活用が図られている事例であるというふうに承知いたしております。

また、女性医師につきましては、出産、育児後の復職支援が重要であるというふうに考えてございまして、復職を希望する女性医師に対して医療機関や再研修先の紹介等を行います女性医師バンク事業の実施、都道府県における女性医師の復職に関する相談窓口の設置でございますとか、復職研修を実施する医療機関に対する財政支援、また、復職支援から継続した勤務まで、女性医師支援の先駆的な取組を行う医療機関に対してモデル事業の構築をしていただくというふうな取組を行っているところでございます。

それから、先ほど大臣からも御紹介がございましたけれども、新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会を立ち上げまして、女性医師の復職の障害となっている点などについて大規模な実態調査を実施しております。女性医師の支援の在り方についても議論をいただいているところでございます。

今後とも、女性医療職のエンパワメント推進議員連盟の御意見等もお伺いしながら、ワーク・ライフ・バランス等にも配慮した取組を促進いたしまして、ライフステージに応じた支援が行えるよう医療従事者の勤務環境の改善に取り組んでまいりたいと考えております。

○自見はなこ君 ありがとうございます。

第一回目の設立総会のときの議員連盟の会ですけれども、実に、今、医師でいいますと大体三代の私たち、あつ、私、四十代になってしまいました。そして病院薬剤師の方々は六〇%が女性だ。それぞれの団体でかなり精力的に男女共同参画をやっているんだけれども、横断的な取組が今までなかったと、非常に画期的な会を開催してくれてありがとうございますという声を、勇気をもらいましたという言葉をたくさんいただきました。

私がこの三重の例がすばらしいなと思いましたが、これは勝手に私、三位一体の太陽作戦と呼んでおりますけれども、これ、県の医療界、医師会、病院協会、そして看護協会、そうした医療界と、そして県庁と、そして労働基準局も入って本来であれば規制するところもそこに既に入っているに取組をしようというものでありまして、大変画期的であると思っております。是非参考にしていただきたいと思っております。

また、もう一点、この医療勤務の改善に対してでございますけれども、一点だけ、民間病院と公立病院というのはいずれ経営母体に関しましては違った特性を持っておりまして、その辺りにも是非配慮をした仕組みをつくっていただきます。大変有り難いと思っております。

それでは次の質問に移ります。医療とICTに



関する質問でございます。

大臣の所信をお伺いいたしました。そして、医療ICTに関しては塩崎大臣のリーダーシップの下、統合して丸ごと進めようという気概が伝わってまいりました。

大臣の意気込みやデータヘルス等に関してのお考えを是非お伺いできたらと思います。よろしくお願いたします。

○国務大臣(塩崎恭久君) ICTを始め、この技術革新がどんどん進む中で、日本は今、超高齢社会というものを迎えているわけでありまして、質の高い健康、医療、介護、こういったサービスを効率的に提供して、健康長寿を実現するというにはどうも至っていないところだと私たちは思っています。したがって、この最先端のICTをフル活用していくことが重要ではないか。

しかし、現在は、健康、医療、介護の分野ではデータが、例えば医療機関、保険者、自治体、審査支払機関、こういったところに分散しておりましてつながらないという、そういうことになっております。必ずしも国民が具体的なメリットを実感できないという状態であります。こういうことから、健康、医療、介護のデータを有機的に連結をして、標準化をして、そして産官学が利用可能な介護を含めた保健医療データプラットフォームというものを二〇二〇年度から本格的に稼働させようということで、先般、省内にデータヘルス改革推進本部というのを立ち上げました。今も鋭意、皆、力を出して検討しております。

こういう中で、一人一人の健康、医療、介護のデータをつなげて科学的に分析をするということもできるようなにして、一人一人の履歴とか、それも見えるようにしながら、予防医療の促進とか、生活習慣病対策とか、新たな治療法の開発とか、あるいは創薬、そして自立支援介護、こういったことを実現をして、それぞれにとって最適な健康管理とか、あるいは医療、そしてまた介護を目指しているということ、今、二〇二〇年目掛けて頑張っているところでございます。

○自見はなこ君 どうもありがとうございます。是非、省庁の中でまずは横断的な取組を開始されたところだと思いますが、今度、日本丸ごとということ、医療界も、そしてほかの省庁も全て巻き込んで大胆に進めていくっていただきたいというふうな考えがござります。

本日は誠にありがとうございます。○倉林明子君 日本共産党の倉林明子です。所信でも触れられました働き方改革、とりわけ長時間労働の規制に関わって質問をしたいと思っております。

この三月一日付けで、原発の再稼働審査業務を残業時間規制適用除外としていた通達については撤回するようにと求めてきた経過もござります。これ廃止するというところで新たな通達が発出されたということ、何とております。

それでは、今後、この新たな通達で、対象業務の三六協定、一体これどうなっていくのか、御説明ください。

○国務大臣(塩崎恭久君) これはかねてから倉林先生からも御指摘を受けていた通達でございます。三月一日に改めて廃止通達を発出をさせていただきます。平成二十五年の労働基準局長通達の対象としておりました新規制基準適合性の審査に関する通達でありましたが、その業務については、平成二十九年四月一日以降、限度基準告示が全面的に適用されるということになったわけでございます。

三月一日時点で既に届けられておりまして、四月以降も有効な三六協定については、延長時間が限度基準告示に適合していない場合は労働基準監督署等において再提出するよう指導を行うことになっております。また、今月中に届け出られる三六協定につきましては、四月一日以降における延長時間が限度基準告示に適合していない場合には、協定を受理せずに返却をして再提出するように指導を行うということになっておるところでございます。

○倉林明子君 つまり、上限は大臣告示である、月四十五時間、年間三百六十時間までと、新たな三六協定についてはそれを指すように指導を掛けていく、こういう理解でよろしいですか。○国務大臣(塩崎恭久君) そのとおりでございます。

○倉林明子君 私、なかなか踏み込んだ中身になっていないと思うんですね。対象業務に限られていてはいえ、この見直した通達の中身で指導を徹底していただきたいと強く申し上げておきたいと思っております。

その上で、資料の一を見ていただきたいんですね。問題は、対象業務はこうして大臣告示で縛りを掛けて指導していくことでありますけれども、それ以外の原発における三六協定の現状はどうだろうか、これ衆議院で高橋千鶴子議員も紹介した資料になっております。

三六協定の現状でこれ見ますと、最大で一日十六時間というところあります。柏崎刈羽、翌始業時刻までを限度ということですから、一日八時間原則ですけれども、二十四時間オーケーという規定になってる。さらに、月でいいますと何と百七十時間が最大、年間でいいますと最大千二百時間ですよ。びつくりするような限度になってると思うんですね。

さらに、驚いたことに、衆議院の質疑で明らかになったことですが、この協定締結というのは年間で結びますね。ところが、この期間半分を超過したところで、上限六回、これを繰り返してしまつて上限を超えちゃうんですね。上限を超えてしまつてしまうようなことになる。月の上限六回やればもう超えてしまつてしまうようなことになると。そういう場合、再度の届出があった場合は受理を拒めないということになっているということですね。

そこで、そもそも原則論として確認したいんです。特別条項が結ぶるこの特別な事情というのは何か、これ説明いただきたい。

○政府参考人(山越敬一君) お答え申し上げます。三六協定におきまして特別条項を設ける場合がございますけれども、これは特別の事情がある場合とされておりまして、この特別の事情とは臨時的なものに限られるということとされておりまして、例えばでございますけれども、予算、決算の業務とか、ボーナス商戦に伴う業務の繁忙、納期の逼迫などがこれに当たるといふふうな解しているところがございます。また、今申し上げました臨時的なものというのは、一時的又は突発的に時間外労働を行わせる必要があるものがございます。具体的には、通達でございますけれども、全体として一年の半分を超えないということが見込まれるものとされているところでございます。

御質問のこの事例でございますけれども、これは個別の事業所に関する内容でございますので、お答えは差し控えてさせていただきますと思っております。

○倉林明子君 大体今の説明のとおりなんです。一年間にしていて、繁忙期だから、特別な事情だからということでこの期間、六回超えたらあかんよということになってるんですね。ところが、残る半年も特別条項を適用する三六協定を結び、つまり年間を通じて適用されるということが今の法上は可能だということですね。

一般論として私確認したいと思うんですけれども、こうしたやり方、半分来たら使い切つてもうたさかい、もう一回再協定やというふうなやり方というのは、特別な事情と言えるのかどうか。どうですか。

○政府参考人(山越敬一君) お答え申し上げます。