

○岩間医師・看護師等働き方改革推進官 定刻となりましたので、ただいまより、第3回「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、遅い時間にかかわらずお集まりいただきまして、ありがとうございます。

本日は、島田構成員、森構成員より欠席との御連絡をいただいております。

続きまして資料の確認をいたします。本日議論いただく会議資料につきましては、クリップどめしておりますけれども、資料1「第2回の議論のまとめ」、資料2「地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組みについて」という2点でありまして、それに、参考資料として報告書、前回のものをつけております。

不足する資料、落丁などがございましたら、事務局にお申しつけください。

カメラ撮りにつきましてはここまでとさせていただきます。

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。それでは、遠藤座長、お願いいたします。

○遠藤座長 遅い時刻からの開催でございますけれども、御参集いただきまして、どうもありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思います。

まず初めに、前回の検討会でいただいた御意見を事務局のほうでまとめておりますので、事務局から、資料1の第2回の議論のまとめについて説明をお願いしたいと思います。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

資料1「第2回の議論のまとめ」をごらんいただければと思います。前回9月2日の第2回の検討会における御意見の概要をまとめております。前回は、追加的健康確保措置、それから、医師労働時間短縮計画及び評価機能について御議論いただきました。

まず1ページ目でございますけれども、追加的健康確保措置に関する御意見をまとめております。生活習慣病等、リスクを持っている医師の方々もおおり、機械的に面接指導の対象者を時間で区切ると、そういった方々を拾い上げられないのではないか。月80時間以上の時間外労働が続いていると、A水準等であっても面接指導が必要ではないか。面接指導を行うのに必要な医師数、業務量、より効率的、また形骸化しないような効果的な面接指導のあり方について、またセーフティネットとしての面接指導の重要性について御意見がございました。

今後の検討の方向性といたしましては、労働安全衛生法に基づく一般的健康診断におきまして、既往歴、血圧等の健康状況の診断が行われておりますが、今回の追加的健康確保措置としての面接指導は、医事法制において、時間外・休日労働が月100時間に達する前に実施を義務づけるものという前提のもとで、その面接指導を行う医師の必要人数、業務量は今後お示しする予定でございまして、効率的かつ効果的な面接指導の方法につきましても今後検討させていただければと考えております。

また、医療機関における追加的健康確保措置の実施状況については、医療法第25条第1

項に基づく立入検査において確認することを前回お示しいたしましたけれども、その各県別の実施状況のデータについてお求めがございましたので、2ページ目にお示ししております。

2ページ目の表でございますけれども、平成28年度の立入検査の実施病院数、実施率を示しております。基本的には毎年実施されておりますけれども、東京都が3年に1回、高知県は2年に1回、鳥取県は一部調書で対応、熊本県は地震の影響で未実施が発生したというような状況でございます。

続きまして3ページ目でございますけれども、追加的健康確保措置に関するその他の意見でございます。医療法上の開設者と管理者の違い、義務と罰則のかかり方について御質問いただきました。医療法において開設者は、医療機関の開設・経営の責任主体であるのに対し、管理者は、開設者の任命を受けて医療機関の管理・運営について責任を持つ者になります。医師に対する健康確保措置については、医療機関の管理・運営に係るものであるため、管理者に課し、追加的健康確保措置に関する改善命令、また、それに従わない場合の罰則につきましても、最終的な責任者である開設者に対して行われることになるかと考えております。

例えば医療法第30条の13において病床機能報告が管理者に求められておりますけれども、病床機能報告の不履行、虚偽報告があった場合の是正命令は開設者に対して行われることとされており、これと同様のたてつけになろうと考えております。

続きまして4ページ目でございますが、それ以外の意見といたしまして、医師確保が困難な地域では、管理者が努力しても、追加的健康確保措置の実施が困難な場合があるので、都道府県による支援が重要ではないか。全国的なレベルでの医師の融通が必要ではないか。前回の使用中のフローチャートについて、関係者との情報共有を位置づけるべきではないか。医師から追加的健康確保措置の未実施の申告があった場合に、きちんと立入検査を行うことを担保すべきとの御意見がございました。

都道府県による支援や医師からの申告の取扱いにつきましては、立入検査要綱等において明示することを念頭に引き続き検討することとし、フローチャートの修正版は、本日、資料を5ページ目にお示ししております。

5ページ目の図でございますけれども、図の真ん中に四角で「追加的健康確保措置の実施状況を関係者と共有」と入れさせていただいております。

以上が変更点でございます。

続きまして、6ページ目をお開きください。医師労働時間短縮計画等に関する御意見でございます。時短計画につきましては、早くガイドラインを示すべきではないか。既存の労使委員会や労働時間等設定改善委員会を活用してPDCAサイクルを回してはどうかといった御意見につきましては、ガイドラインにつきましては、2021年度より前のできるだけ早い段階でお示しをし、その際、具体的なプロセスについてもあわせてお示ししたいと考えております。また、医師少数区域等におけるB水準の医療機関では、外来業務の見直しや診療

科編成といった対応では労働時間の短縮が進まないのではないかという御意見につきましては、都道府県がB水準の医療機関に対する支援を優先的に行うことを可能とする方向で検討し、管理者のマネジメント研修につきましては必修とすべきではないかという御意見につきましては、時短計画に必須記載項目として求める方向で検討しております。

最後に7ページ目でございますけれども、評価と支援の機能に関する御意見、評価機能の組織のたてつけ、それから評価者の要件等につきまして御意見いただきましたけれども、これらにつきましては、次回第4回で事務局案をお示ししたいと考えております。

資料1の説明は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして御意見、御質問があればお願いいたします。

それでは、家保構成員。

○家保構成員 まずは、弁解的になるかもしれませんが、当県職員の立場もありますので、1点。2ページの立入検査の実施率、高知県がワースト3になっております。高知県では2年に1回でございますが、正確には、中核市である高知市が2年に1回で、県が所管しているところにつきましては、確実に年1回やっております。やはりこういうことを推進するためには、きちっとチェックするための体制としては年1回やる必要がありますので、高知市にはきちっと、申し入れしております。今後もそのような対応はしていきたいと思っておりますので、補足的にお話をさせていただきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。ほかに何かございますか。

今村構成員、お願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。2点ございます。

今の家保構成員のお話しになった件ですけれども、これは都道府県に任せるというお話なのか、これをやる以上は、やはり全て同じように実施していただく必要があろうと思っておりますけれども、その辺、厚生労働省どのようにお考えなのかということと、5ページのフローチャートで、左側も右側も、下から2つ目のところで、改善命令が出て、改善命令が出れば当然改善していただくのは当たり前だと思うので、それに従わなかったら罰則が出ると、さらに取り消しされるというようなことも当たり前かなとは思いますが、この改善、罰則と取り消しというのは同時に起こることなのかどうかという、この確認ですね。この間に何か違いがあるのかどうかということをお教えください。

○遠藤座長 それでは、事務局、お願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

まず1点目の県別実施状況に関してですけれども、追加的健康確保措置の確認につきましては2024年4月からとなりますけれども、その間に、厚労省、都道府県と調整する方向で検討しております。

それから、2点目の罰則と取り消しの順序に関してですが、一般的には、立入検査における指導、その後に都道府県による支援、その後に改善命令とありますけれども、その改

善命令の前後に開設者に対する管理者の変更命令を行うことが考えられます。それから、改善命令に従わなかった場合の罰則としての取り消しに関しまして、それぞれ異なるプロセスでありますので、一概に前後関係があるものではないと考えております。

○遠藤座長 今村構成員、いかがでしょう。

○今村構成員 1点目はわかりましたけれども、2点目が具体的によくわからなかったのですけれども、罰則が与えられたら必ず取り消されるわけでもないということがあるということですね。取り消しのほうが、病院にしてみると、ある意味、大変なことになるのかなという気もするのですけれども、そういう理解でよろしいのでしょうか。

○大宮医療経営支援課長補佐 はい、そのように理解しております。

○遠藤座長 ほかにいかがでしょう。

鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

今回の資料1の6ページの、管理者のマネジメント研修は必修とすべきではないかというところで、前回資料ですと、資料4の8ページのところに、意識改革、啓発のところでも管理者マネジメント研修というのが入ってしまっていて、前回、私が発言させていただいたところですが、このマネジメント研修については既に院内で行われているような医療安全ですとか医療倫理、感染対策等の研修と同様に、より多くの院内医療従事者に必修とするのはどうかということで発言させていただきました。

この理由としまして、実際にB水準ですとかC水準の対象となる医師は若手から中堅であることが多く想定されますので、こういった医師の働き方改革の文化をいち早く浸透させるということと、持続可能な形で根づかせるためには教育のシステムというのも重要だと捉えております。

しかしながら、こういった必修の講義というのは、既に学会等でも多くなっていますので、そういったところでは負担がかかり過ぎないようにマネジメント教育を充実させるという点に関して検討していただけると非常にありがたいと思います。実際に医師経験年数が10年目前後から管理業務を担っている医師も非常に多くおりますので、管理者のみならず、幅広い医療従事者に向けて研修を行うということが2036年以降に向けた準備として非常に重要なのではないかと思います。

さらにあと、今後、初期研修医ですとか後期研修医等にも当てはまってくるということで、自らが自らの業務をマネジメントするという必要性も出てくるかと思っておりますので、研修医も含めた学ぶ機会の創出ということについて、この場で御議論いただけるといいのではないかと考えています。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見ということで、特段、事務局からのコメントは必要ないですか。

○鈴木構成員 (首肯)

○遠藤座長 ほかにございますか。

村上構成員、お願いします。

○村上構成員 ありがとうございます。

2点ほどありまして、1点目は、先ほどの家保構成員、今村構成員等の御指摘と重なる部分ですけれども、1ページから2ページに関しての追加的健康確保措置の部分であります。2ページに今回立入検査の実施状況のデータを示していただきましたけれども、全て、100%実施ということではないということからすると、前回は意見として申し上げて、こちらには記載されておりませんが、原則年1回ではなくて、最低年1回ということを経済上担保していただくことが必要ではないかと思っておりますので、意見として重ねて申し上げます。

2点目はやや細かな点になりますが、3ページの、追加的健康確保措置の義務がかかる主体の開設者と管理者の問題につきまして整理いただいているところであります。ただ、この整理が悪いと言っているわけではありませんが、都道府県立の公立病院の場合、開設者は都道府県知事になりまして、その場合、改善命令や指定の取り消しも都道府県知事自らが行うことになることについてどのようになっていくかということはやや疑問点がございます。公立病院であっても追加的健康確保措置がきちんと行われることを、法制上もきちんと担保していただく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○遠藤座長 特に後段の部分は事務局からコメントを求めますか。御意見ということで承って。

○村上構成員 そうですね。本日でなくても、いずれかの時点で何かしらの御回答をいただければと思います。

○遠藤座長 ほかにいかがでございましょう。

島崎構成員、どうぞ。

○島崎構成員 今の3ページのところですけれども、これは私が前回指摘した部分です。医療法上、義務がかかる主体が開設者と管理者と2つあるという点も確かに申し上げたのですけれども、そのこともさることながら、労働基準法上の義務を負う使用者でありますとか、労働安全衛生法上の事業者の概念と平仄が合うのかということも言ったつもりです。

例えば3ページの(参考2)のところを見ますと、労働基準法において使用者というのは、使用者が義務者になっているのです。そして、その義務者というのはその履行の責任者であって、部長とか課長等の形式にこだわっているわけではなくて、義務について実質的に一定の権限を与えられているものだという解釈のようです。それから、労働安全衛生法上の事業者というのは、これは事業者というのが義務者であって、この事業者というのは、法人企業であれば当該法人だと。法人の代表者ではないという話になりますね。

こうしたときに、先ほどの御説明とこのペーパーだと、医療法上の管理者というのは病院長であることは間違いのないと思っておりますけれども、そうすると労働基準法上の労働時間の

管理の義務を負う使用者というのは病院長なのですかとか、それとも実質的に管理を行う、例えば事務局長とか、そういう人にかかってくるのか。あるいは労働安全法上面接指導を行う義務を負うのが仮に法人だとしますと、医療法上の健康確保措置の実施義務を負うのが法人ではなくて病院長であるということとの齟齬というか違いが出てくるのだけれども、その点はそれでよいという話になるのか。あるいは、そもそも基本的には労働基準法上の特例として医療法上のいろんな義務なり基準を定めているわけで、そうすると、労働基準法なり労働安全衛生法上の命令違反であるとか、あるいは罰則ということと、医療法上の罰則が重条的にかかってくることになるのかとか、そういうことについてはきちんと整理しておかないとやはりまずいだろうと思います。その点について、もしコメントがあればいただきたいと思いますし、時間の関係でそれはきちんと整理した上でということであればそれで構わないのですけれども、よろしくお願ひしたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。いかがでございましょうか、事務局。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

御指摘のとおり、労働基準法上の使用者と医療法上の開設者、管理者については個別具体的な判断になりますので、対応関係、必ずしもないというものでございます。今回の資料上の整理ですと、労働基準法の上限規制違反については、労働基準法が労働者保護の観点から使用者と労働者の雇用関係を前提に使用者に対して罰則がかかるという全体の枠組み、それから、医療法においては医療提供体制を確保するために、追加的健康確保措置についても長時間労働の医師の健康確保という観点から、追加的健康確保措置、医療法に位置づけるということを検討しております、医療法全体の枠組みということで、医療の管理者に義務を課すというような形で整理しておりますけれども、御指摘を踏まえてさらに検討したいと考えております。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。ほかにまだ何かございしますか。

それでは、堤構成員、お願ひいたします。

○堤構成員 前回、私、出席できていませんで誤解しているかもしれませんので、確認の意味も込めてですけれども、医師等の労働時間の短縮計画等の中で、前回の御意見の中にオンコール体制のことが議論されていたのではないかと思いますけれども、今回ちょっと御紹介ないのが、ちょっと確認ということでお願ひしたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局、コメントをお願ひします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

いろんな点につきましてまだ少し整理が必要でございますので、またさまざまな視点での御議論、今後参考にしながら、少し取り扱いについても何か御議論いただけるようなことも含めて検討してまいりたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。そのような対応を。

○堤構成員 大変重要なことだと認識しておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。ほかにいかがでございましょう。

大体よろしゅうございますか。

ありがとうございました。それでは、資料1についてはこれぐらいにさせていただきます。次に、資料2でございまして、こちらが本日の議題の中心になるわけですが、資料2「地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組みについて」、この資料について、まず説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。資料2、地域医療確保暫定特例水準、いわゆる（B）水準及び集中的技能向上水準、いわゆる（C）水準の指定の枠組みについて、資料をごらんいただければと思います。

まず、1ページ目から3ページですけれども、ことし3月にまとめられております医師の働き方改革に関する報告書のうち、（B）水準及び（C）水準の指定に関する部分の抜粋になります。概要を簡単に御説明させていただきます。

1ページ目の中ほどでございますけれども、（B）水準の要件に関してでございます。①の地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関であること、②の（B）水準の適用が地域の医療提供体制の構築方針と整合的であること、③の管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること、医師の時間外労働が短縮していること、短縮していない場合には評価機能による長時間労働の実態、労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき労働時間短縮に向けた追加的な対応がとられていること、労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないことを要件とされております。

続いて、1ページ飛びまして3ページ目の（C）－1水準の適用に関する報告書の記載でございますけれども、1つ目のポツにございまして、臨床研修病院ごとの臨床研修プログラム、各学会及び日本専門医機構の認定する専門研修プログラム、カリキュラムにおいて適正な労務管理と研修の効率化を前提として、各研修における時間外労働の想定最大時間数を明示し、それが（A）水準を超えることとされております。

また、同じページの中ほど、（C）－2水準の適用に当たっては、我が国の医療技術の水準向上に向け先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要である分野を審査組織において指定し、当該医師を育成するために必要な設備、体制を整備している医療機関を都道府県が特定することとされております。

こうした報告書の記載を踏まえまして、4ページ目に改めて「検討の視点」をお示ししております。4ページ目をごらんください。まず（B）水準ですが、地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ず（A）水準を超えざるを得ない場合の水準であるため、地域医療の観点から必須とされる機能に限定して指定を行う必要があります。また、医療機関のマネジメント改革や地域医療提供体制における機能分化・連携、地域での医師確保、国民の上手な医療のかかり方に関する周知などの対応を最大限実行した上で、なお必要な地域医療の確保の観点から設けられるものであることから、医療機関において労働関係法令の

遵守及び医師の労働時間短縮に向けた対応が適切にとられていることの確認が重要となります。

一方、医療資源が限られている地域がある中で、(B) 医療機関の指定・取消に当たっては、地域医療提供体制の影響も鑑みながら、医療計画等の地域医療の提供体制の構築方針と整合的であることが求められ、こうした院内及び地域医療提供体制の双方の状況を踏まえ、適切に都道府県が指定を行える枠組みとなっているかという視点が重要ではないかと考えております。

また、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの水準である(C) - 1、(C) - 2につきましても、時間短縮を促す仕組みが確保されているかといった視点が重要ではないか。

それから、(C) - 2の対象となる分野、医師を審査する新たな審査組織については、我が国の医療技術の水準向上の観点から、医療の技術革新に応じて審査を行えるものになっているかという視点が重要ではないかと考えております。

こうした視点から、まず、(B) 水準の医療機関の指定の枠組みの事務局案を5ページ目から7ページ目にまとめております。

なお、これ以降、資料中の下線部につきましては、3月の検討会報告書において示されていなかった、または明確にされていなかった事項となります。

まず5ページ目の最初のところですが、(B) 指定の申請は各医療機関の開設者からの都道府県に対する申請に基づき、都道府県が指定を行う形となります。指定の要件としては、①医療機能が以下の類型に該当するか否かということで、3月の報告書でまとめられました三次救急医療機関や二次救急医療機関、かつ、年間救急車受入台数1,000台以上など、灰色の四角の中に列挙された医療機関であるかどうか。

②として、時間外・休日労働の実績や都道府県医療審議会の意見を踏まえ、36協定において年960時間、すなわち(A) 水準を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをすることがやむを得ない業務が存在することが必要となります。

また、6ページ目ですが、③の地域の医療提供体制との整合性ということで、(B) 水準を適用することが医療計画等の地域の医療提供体制の構築方針と整合的であることについては、都道府県医療審議会の意見を聞くということを3月の検討会報告書には記載されておりましたがけれども、医療機関の機能分化・連携等を進めるため協議状況を勘案し、地域医療構想との整合性を確認する観点から、都道府県は地域医療構想調整会議から協議の状況を都道府県医療審議会に報告させることにより、地域医療構想との整合性を担保することも考えられるのではないかと考えております。

④の医師労働時間短縮計画の策定につきましては、前回第2回の検討会で御議論いただきましたけれども、年1回のPDCAサイクルにより計画の見直しを含めて労働時間短縮に取り組むことから、年1回の都道府県への計画の提出を求めることとしてはどうかとしております。



そのほか、次回詳細について御議論いただきたいと考えております⑤の評価機能による評価の受審、それから、⑥の追加的健康確保措置の実施体制の整備ということで、都道府県は時短計画、それから、シフト表等によりその実施体制を確認することになるのではないかと考えております。

最後に7ページ目でございますけれども、⑦労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと、ということで、医療機関は雇用主として労働関係法令の遵守が求められますが、特に（B）医療機関は長時間労働が許容されており、より適切な労働時間管理等が求められることから、労働時間に関する労働基準法の規定に違反したことにより、過去1年以内に送検され、公表された場合には、（B）医療機関としての指定を認めないこととしてはどうかという案をお示ししております。

以上が（B）指定の要件の事務局案になります。

8ページ目は、参考として（B）水準の適応フローをまとめております。（B）水準対象医療機関の指定の後、対象業務について36協定を締結し、追加的健康確保措置の実施等が必要となりますが、36協定は対象業務で限定されますので、当然のことながら、（B）水準医療機関として指定されたからといって、そこに勤務する全医師が（B）水準の対象になるわけではないということでございます。

続きまして、9ページ目をごらんいただければと思います。9ページと10ページは（C）－1水準の指定要件について事務局案をまとめております。（C）－1の要件、①としては、まず、指定対象の研修プログラムである必要がありますが、その際、3月の報告書にありましたが、適正な労務管理と研修の効率化が前提となります。指定申請の際には各研修における時間外労働の想定最大時間数直近の実績を明示し、これが960時間を超えることを示すこととなりますが、その際、適正な労務管理を評価機能による評価結果により把握し、研修の効率化を地域医療対策協議会等の意見を聞いた上で都道府県知事が確認することとしてはどうかと考えております。

また、臨床研修につきまして、毎年4月に都道府県に対して行われる年次報告等において時間外労働の時間数を確認し、明らかに申請時間数を上回る場合や、評価機能により労働時間短縮の取組が不十分とされている場合には都道府県が実地調査を行うということが考えられると考えております。

それから、医療機関は、研修の効率化に向けて医師労働時間短縮計画の見直し等を行うということを想定しております。

続いて10ページでございますけれども、専門研修につきましても、地域医療対策協議会等の意見を聞いた上で都道府県知事が指定を行うことを想定しておりますが、毎年の専攻医募集において前年度実績と想定の間外労働時間を明記し、大幅な乖離や重大かつ悪質な労働基準法の違反が認められる場合には改善を求めるということも想定しております。

②から⑥につきましては（B）水準と同じ要件ですけれども、③の時短計画の策定に関しまして、例えば（C）－1独自にカンファレンスの開始時間や所要時間、明らかに研鑽

に資さない業務や学会発表等の吟味について記載することも考えられるため、それらを項目例としてお示ししております。

また、(B)水準と同様、④の評価機能の評価受審を指定要件として位置づけしております。

次の11ページ目でございますけれども、こちら、(C)－1指定のフロー図になりますので、12ページをごらんいただければと思います。(C)－2水準の指定の枠組みについての事務局案でございます。3月の検討会の報告書におきましては、我が国の医療技術の水準向上に向け先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要である分野を審査組織において指定するとされておりましたが、具体的には、(C)－2水準の分野につきましては、厚生労働大臣が審査組織における議論を踏まえてこうした分野を指定してはどうかと考えております。

分野に関する基本的な考え方といたしましては、(1)高度な技能が必要で、(2)当該技能の習得及びその維持には相当程度の時間、関連業務への従事が必要で、(3)関連業務の遂行に当たって、例えば高度・長時間の手術等途中で交代することが困難であることや、診療上、連続的に診療を同一医師が続けることが求められる分野を想定しております。

また、習得対象となる技能の具体的内容を習得に必要なとされる症例数等も含めて審査組織が示すこととしてはどうかと考えております。示す内容は、(C)－2水準の適用を求める医師が作成する「高度特定技能育成計画」の審査時に参照することを想定し、審査組織が対象分野について議論するほか、医療機関の教育、研修環境及び「高度特定技能育成計画」の内容を審査することを想定しております。

続いて13ページ目をごらんください。(C)－2水準の指定要件になります。まず①についてですが、対象分野における医師の育成が可能であることということで、先ほどの厚生労働大臣が公示する分野において医師を育成するのに十分な教育研修環境を有していることが必要となりますが、その具体的な確認の流れとしては、次の2パターンを想定しております。

まず1つ目ですが、既に高度な技能を有する医師を育成することについて、一定の担保がなされていると考えられる医療機関。具体的には、特定機能病院、臨床研究中核病院、基本領域の学会が認定する専門研修認定医療機関の基幹型等については、医療機関の申請に基づき指定を行い、医師個人の「高度特定技能育成計画」が審査組織に承認されれば、(C)－2の適用を可能とするというパターンになります。

2つ目のパターンですが、こうした医療機関以外に勤務する医師が「高度特定技能育成計画」を作成し、審査組織でこの計画と医療機関の教育研修環境についてあわせて審査を行い、それが承認されれば、(C)－2の適用を可能とするというパターンになります。

なお、「高度特定技能育成計画」は、後ほど御説明いたしますけれども、(C)－2水準の適用のため、医師個人が作成し、医療機関を通じて審査組織に提出される計画となり

ます。

続いて、14ページの②から⑥の（C）－2の指定要件につきましては、評価機能による評価も含め、（B）水準、（C）－1水準と同様の要件になります。

14ページの下の医師個人が作成し医療機関を通じて審査組織に提出する高度特定技能育成計画につきましては、高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野における医師の育成が可能なものとなっているか否かを審査組織が判断するため、計画期間、経験を行う分野、習得予定の技術、経験予定症例数、手術数、指導者・医療機関の状況、研修、学会、論文発表等学術活動の予定等の記載を求めることとしてはどうかと考えております。

続いて15ページ目でございますけれども、審査組織の体系図の事務局案になります。審査組織につきましては、技能の指定や審査業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要があると考えられますが、具体的な組織の運営方法につきましては、以下のように、厚生労働省からの指定や委託といった形として、各学会から審査への参加や技術的助言を得ることとしてはどうかと考えております。

厚生労働省が分野の公示をし、審査組織が技能の特定、運営、個別組織を担い、その際、各領域の関連学会が技術的助言を行うということを想定しております。

最後に、3ページ飛びまして19ページ目をごらんいただければと思います。（B）（C）医療機関の指定の期間、それから、指定の取り消しについての事務局案でございます。

まず、（B）（C）指定の有効期間でございますけれども、（B）水準は医療計画等の地域の医療提供体制の構築方針と整合的であることが求められるため、（B）医療機関としての指定期間としては、医療計画の中間見直しの間隔である3年を踏まえまして、3年としてはどうかと考えております。

また、（C）－1、（C）－2の医療機関につきましては、地域の医療提供体制の構築方針との整合性は必ずしも求められない一方、医療機関単位では、（B）医療機関と重複することが想定され、また、更新制とすることにより、指定要件の適合性を定期的かつ包括的に点検することが可能となることから、（B）医療機関と同じく、有効期間3年としてはどうかと考えております。

さらに、（C）－2水準の適用に必要な高度特定技能育成計画の有効期間につきましては、育成計画に一定の区切りを設定し、定期的に計画を見直すことで適切な育成を担保するという観点から、3年以内で医師が定める期間としてはどうかと考えております。

また、指定の取り消しにつきましては、これらの指定期間内であっても、医療機関が（B）（C）の指定要件を満たさなくなった場合、都道府県知事による指定の取り消しがなされるということは考えられますが、取り消しの後は、これらの水準を前提とした時間外・休日労働を行えず、医療提供の継続が困難となるため、（B）（C）水準の医療機関の指定が取り消されるに当たっては、地域の医療提供体制及び当該医療機関内の医療従事者への影響を考慮し、直ちに取り消しがなされるのではなく、都道府県による支援・改善命令等

により改善に向けた取組を行うこととしてはどうかと考えております。

また、(B)水準の指定の取り消しに当たっては、地域の医療提供体制の構築方針との整合性確保の観点から、指定のときと同様に、都道府県医療審議会の意見聴取を行うこととしてはどうかと考えております。

以降は参考資料でございますので、適宜御参照いただければと思います。

資料2の説明は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、皆様から御意見いただきたいと思っております。いかがでございましょう。

それでは、家保構成員、お願いします。その次に今村構成員、お願いします。

○家保構成員 何点かありますので、まず(B)水準について質問した後で、意見を述べさせていただきますと思います。

都道府県としては、(B)については地域医療との関係で当然指定には協力的に関与しないといけないというのはわかりますけれども、具体的に指定する際に、先ほど申し上げたように、①に相当する医療機能に関する業務まで限定明示するのか、それとも、医療機関を総括的と言ったらいいいのか、全体を指定するような形にするのか、指定行為として具体的にどのようなことを想定されているのか、教えていただければと思います。

○遠藤座長 では、事務局、お願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

資料の(B)水準の指定の要件は5ページ目から7ページ目に要件を列挙しております。これらの要件全てに該当しているかどうかを都道府県が確認し、都道府県知事はその医療機関に対して(B)指定を行いますけれども、その後に36協定の締結が必要になり、そこで業務が特定されますので、そこで、その業務に従事する医師の方のみに(B)水準の適用がなされ、それ以外の医師の方については(A)水準の適用がなされると考えております。

○遠藤座長 家保構成員、どうぞ。

○家保構成員 ということは、病院全体として指定をして、後で36協定でということですが、具体的には、その判断自体がちゃんとしているかどうかは都道府県及び地域医療対策協議会は36協定を見ないとわからない。白紙委任のような形で指定をして、後で確認するというのは、都道府県の立場として責任を持ちかねるというよう思っています。あらかじめ、この8ページのところでいうと、36協定締結の前の申請に当たって、36協定でどういう業務の範囲で、どういう医師が対象になるのかをきちっと明確にした上で申請していただかないと、都道府県としては責任を持ってないというのが今のところの考え方で、そこは意見として述べさせていただきますと思います。

ほかにも、(C) - 1とか、よろしいでしょうか。

続きまして(C) - 1水準についてです。1点目、9ページに研修の効率化を検証するというのがございますけれども、具体的にどういうことを想定されているのか。各プログ

ラムに記載された時間外労働の想定を確認することが省力化と言われましても、それは地域医療対策協議会の委員さんも都道府県も非常に困惑しますので、具体的なところをぜひとも明示していただきたいと思います。

続きまして11ページの、これも（C）－1ですけれども、下段にございます「（C）－1水準の医師個人の特定」というのは専攻医とか研修医だけなのか、それを指導する医師、上級医も含むのかどうかあたりもきちっと明示した上で、どちらかをぜひお示しいただきたいと思います。

3点目、（C）－1については、研修時期によって医療機関が変わりますので、雇用先が変わります。都道府県としては指定した医療機関への立ち入り等でその期間内についてはチェックができますが、トータルで1年を通じての研修医、専攻医の労働環境の確認というのは非常に難しくなります。制度的にもきちっとプログラムの主体になる病院が管理するような仕組み、例えば異動に当たっては、必ず時間外労働時間とか種々の課題を引き継いで後続の医療機関が確認するというような仕組みをぜひ織り込んでいただきたいと思います。

それから4点目になりますが、各都道府県の指定権限はあくまでも当該都道府県に所在する医療機関にしか及びませんので、指定自体は当該医療機関からの申請に基づいて行う。他の医療機関を含めて包括的に申請があったからといって、主体となる医療機関以外も指定するというのは行政手続上は非常に問題があると思います。ぜひとも各プログラムに参加する各医療機関が申請するということを前提に、その場合、各都道府県に対する事務量がどれだけ軽減するかということもあわせてやっていただきたいなと思います。

複数の診療科とか、複数のプログラムに参加している医療機関、多数あります。それが一々そのプログラムごとに申請されますと、都道府県としては膨大な事務量を精査することになります。かつ、36協定はその当該医療機関に従事される医師に対してほぼ同じような内容、なかには、診療科によって若干限度額は変わるかもしれませんが、になると思いますので、医療機関単位で申請するという前提の下にやっていただければと思いますので、その点をお願いします。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。幾つか御要望ありました。事務局、何かコメントはありますか。

調整官、お願いいたします。

○堀岡保健医療技術調整官 最初は研修の効率化についての御質問だと思いますのでお答えさせていただきますけれども、確かに、家保構成員がおっしゃるとおり、なかなか難しいところはあるのですけれども、特に（C）－1の臨床研修については、まさに臨床研修病院の指定自身も都道府県で、学会が絡むスキームではないので、研修の効率化というと、やはり研修の内容とそれに見合った36時間になっているかどうかということに尽きるのですが、本当に労務管理だけを見る世界ではないので、地域医療対策協議会であればその臨

床研修病院についての議論もなされていますし、地域医療の関係者もたくさん参加しておりますので、ここで研修の効率化、具体的には医師労働時間短縮計画の例えば例としてカンファレンスの開始時間とか、万が一、明らかに研鑽に資さない業務があるかどうかとか、そういったことになりますけれども、そういうのを地域医療対策協議会で今意見を聞いて確認していただけないかという趣旨で書いております。なかなか難しいというのは御指摘のとおりだと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

○山本構成員 今に関連して、発言をよろしいでしょうか。

○遠藤座長 それでは、山本構成員、お願いします。

○山本構成員 この「研修の効率化」という言葉が前回の検討会の報告書には載っておりますが、ここで、そもそも研修とかける時間とその成果については全く何もわかっていないのですね。だから、このままこの「研修の効率化」という言葉だけをひとり歩きさせると、ただ単に時間を短くすればいいではないかという話になりかねないと思うのですね。そもそもどのような時間をかけることがいい研修ができるか。我々、ここで必要なのはあくまでも成果でありますので、ちゃんとした医者を育てることがこの研修の重要なところでありますから、安易に効率化という、確かに前に報告書には載っておりますけれども、しっかり定義もされないまま、ここで「効率化」という言葉を走らせるのは非常に危険だと思います。これは臨床研修制度の形骸化にもつながりかねない重大な問題だと思いますので、ここはしっかり認識していただく必要があるかなと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。では、医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 今に関連のところでございますので。「効率化」と言うと、ただ短くすればというイメージが確かに感じられる言葉だと思いますので、用い方は少し注意したいと思いますけれども、目指すところとしましては、最初にこの時間を設定しているわけでございますけれども、実績に応じて最初は指定していただくのだと思います。その中で、やはりまずは指定した中で実際に研修の中身を見ていただいて、その時間で十分やられているのかどうか、もしくはこの時間については必ずしも必要かどうかということを見えていただくという意味でありまして、必ずしも短くすることが全て大事というよりは、そういう視点を持ちながら常に見ていただくということが大事ではないかなと理解しております。

○遠藤座長 ありがとうございます。今村構成員、お待たせしました。

○今村構成員 ありがとうございます。

3点ありましたけれども、1点目については山本構成員と全くと同じ考え方ですので、今、厚労省の事務局から御回答いただきましたので結構ですけれども、11ページの専門研修プログラムのところ、ちょっとこれは確認ですが、私も専門機構の当事者なので、2つ目から3つ目にかけてですが、医療機関は時間外労働時間の上限を設定して、(A)水準を超える場合には学会に申請すると。学会がそれを受けて「専門医機構審査後」という表

現がありますけれども、この審査と言っているものは、時間のことでなくて、従来どおりのプログラムの審査という理解でよろしいのかどうかという、まず確認をさせていただければと思います。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

各学会で一次審査をして、プログラム自体、一次審査を学会がして、二次審査が専門医機構でやっていただいておりますけれども、このプログラムの内容とともに、この労働時間にも合わせて審査していただくということでイメージして記載させていただいております。

○今村構成員 例えば学会や機構がプログラムの時間を見るというのは、何を見るのでしょうか。例えば720時間超えていますと。超えていたら、このプログラムは不適かどうかということはこの時点では判断できないわけですね。その後に都道府県が指定するということになると、そもそも挙がってきた時間が適切かどうかという判断はできないのではないかと思いますけれども、それはいかがでしょうか。

○遠藤座長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 これも先ほどの話と少し関連がございますが、まず最初に設定するときは、実際にどのような研修をやられているかという実績に基づいてつくっていただくこととなりますので、どういう形で例えば1,860であるとか960というのを決められているかというのをチェックいただく根拠といいますか、そういうのを見ていただくということになると思いますが、その後につきましては、実際、各この基幹病院になると思いますけれども、基幹病院のほうでどういう形で時間がきちんとチェックというか、確認というか、そういう取組がされているかということを見ていただくということで、そういう点につきましても、今回いろいろと御議論いただいておりますので、各研修病院もそうですけれども、例えば、基幹病院がどういう視点で確認すればいいかということは、何かわかるようなもの、マニュアルといいますか、指針といいますか、ガイドラインといいますか、そういうものが要るのではないかとということも事務局のほうで考えているところでございます。

○今村構成員 機構もいつも本当に、都道府県であるとか、いろんなところから厳しい御意見をいただいでいて、専攻医も募集に至るまでのプロセスが毎年変わってくるという、非常にいろんな作業がおくれるという傾向にあります。今一生懸命取り組んで、少しでもそういうことがスムーズに進むようにと努力しておりますけれども、さらに挙がってくるプログラムの中身の時間の関係まで機構のほうで判断するとなると、相当の作業量になってくると。来年から、これから順次また大変な作業が起こってくると、いつまでも本当に順調に専門医制度が回らないということになるので、この辺ちょっとぜひ御検討いただければと思います。どこが、この時間、学会も同じことをやり、さらに機構もやりと。今、わかりやすい判断の材料という御意見ですけれども、ここはぜひ御検討いただければと思

ます。

それからもう一点が、14ページの(C) - 2のほうですけれども、高度特定技能育成計画、これは個人の医師が自分で計画をつくって申請されるということで、やっていることが何が高度か、自分が一番よくわかっているというお話かもしれませんが、これを見ると、やはり計画期間、経験、習得予定の技術、経験予定症例数、手術数、指導者数、医療機関の状況、研修、学会、論文発表、学術活動の予定等と極めて、本当にありとあらゆる情報を医師個人が集めて、それを出さなければいけないという、そのこと自体の負担というのもあるかと思しますので、これをだめだと言っているのではないのですけれども、先生が申請しやすいような、なるべく負担の少ない形を工夫していただければありがたいなと思っておりますので、これは要望です。

○遠藤座長 ありがとうございます。それでは、先ほどお手をお挙げになっておられたので、片岡構成員、城守構成員の順番でお願いしたいと思います。

○片岡構成員 ありがとうございます。

1つは質問で、(C) - 1水準の9ページですけれども、初期研修も専攻医の研修もそうだと思うのですけれども、プログラムを評価するということになる、初期研修だと一つの病院で完結するものもありますけれども、専攻医の場合は基本的にはローテーションする複数の病院で研修するということになるかと思えます。全ての病院の状況を、基幹の病院が掌握してプログラム申請するというところだろうとは思いますが、例えばその場合に、メインの病院は960時間未満になっていても、その連携する病院が明らかに大幅に超えているといった場合には、メインのほうも(C)水準に認定されなければいけないのか、あるいはそこが考え方が大いに異なる病院とは連携を組めない、例えば時間をあくまでも(A)水準で貫くといったような考え方の病院同士でないとなかなか連携しづらくなるのかとか、そのあたりは、もし何か現時点でお考えがあれば教えていただきたいと思えます。

もう一つが、(C) - 2に関してですけれども、先ほど今村構成員もおっしゃいましたが、個人がどのような研修をするということを申請するということになっております。有効期間は3年となっておりますが、例えば技術を習得するためにやむなく長時間という思いでいろいろと計画して申請しても、実際は、雑用といいますか、その習得というところではない、非常に日常的な業務に忙殺されて、結局は余り計画どおりにいかなかったというような場合に、3年間それが引き続いてしまうのはちょっと問題があるのではないかと思います。やはり実効性や進捗をチェックする仕組みが要るのではないかと思います。また、不適切に運用されているといった場合は、計画通りが履行されていない場合にはそれを申し出るような仕組みも必要なのではないかと思いました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。今、お二つコメントがありましたけれども、前段のほうは質問に近かったと思います。後段は御意見ですが、もし何かそれに関連でお考えがあればまたお聞きしたいと思います。



事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 1つ目の(C)－1水準の、特に臨床研修のプログラムに関して、基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院、これはもちろん(A)と(C)の組み合わせが起こり得るわけですが、基本的には、最終的にプログラムとして(C)－1として指定されるべきかどうかという観点で、基幹型病院が協力型病院の労務状況もあわせて把握した上で最終的な判断をしていただくということかと思えます。いろんな組み合わせがあるかと思えますので、そういった組み合わせのときにどのような手続にすべきかということは今後整理していきたいと思っています。

○遠藤座長 では、後段につきましては今後の議論とさせていただきたいと思えます。

それでは、先ほどお手をお挙げになった城守構成員、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(B)水準、(C)水準の指定、そしてその後の流れに関しては、これまで何度も説明をいただいていますし、大まかな流れとしてはこれでよろしいかなあと思うわけですが、まず(B)水準に関してですけれども、(B)水準は、特に地方の先生方とお話をさせていただく機会がよくあるわけですが、その都道府県の支援を受けても、果たしてできるのかどうか非常に不安であるというお声を非常にいただくことが多いわけです。その中でも、やはり健康確保措置という、時間短縮ということを主眼にしてこの計画を遂行していくことになるわけですが、以前から申していますように、それによって地域医療に対してどのような影響があるのかどうかということを具体的な指標を事務局にはぜひとも示していただきたい。

例えば夜間・休日等の救急件数であるとか、救急時間のアクセス時間であるとか、いろいろ考えられるとは思いますが、それはぜひとも指標としてしっかり、同じスパンで、この計画の進行とともにそれがはかれるような形で策定していただいて、そして、その指標をもとに、地域の提供体制をどのような形にしていくのかという協議の場も、恐らく医療体制や協議会等になるのかもしれませんが、そのあたりも明示をしっかりと考えていただきたいという要望でございます。

その(C)水準に関しましては、9ページ、これは先ほどから山本構成員、今村構成員、そして片岡構成員もおっしゃっているとおりでございますが、指定の申請に際しては、時短という意味から、適正な労務管理と研修の効率化というこの2つが切り口として明示されておりますけれども、やはり研修が適切な質を担保した形で行えるのかどうかという視点がこのページにはないということがございます。

特に臨床研修医のプログラムに関しては都道府県がその指定をするわけですが、その指定に関しての質の担保を果たして都道府県でできるのかどうか、ここに評価機能を加わせるのかどうか、そのあたりも御検討願いたいと思えます。これは短期的な研修の質の評価ということになるかと思えます。

それとともに、この(C)－1水準、(C)－2水準の長期にわたっての医療の質の向

上が果たして本当に図られているのかどうかということはどういう形でチェックしていくのかということは、これは直近には要らないと思いますが、その考え方もぜひとも御検討していただきたいと思います。

最後に、(C)－2の審査機関ですけれども、これはイメージとして、高度な技能というのはいろいろなことが想定されますけれども、やはり専門的な学会等が基本的な考えを示して、それをもとにして審査組織で最終的に決定されるというイメージで考えていてよろしいのでしょうか。これだけです。

○遠藤座長 では、事務局、審査組織のイメージについてのお尋ねがありました。いかがでしょう。

○堀岡保健医療技術調整官 ありがとうございます。

最初の1件については、城守先生、たびたび指摘いただいております、前回の3月にとりまとめた検討会の資料の最後のほうにも出してございましたけれども、労働時間が短くなっても、例えば土曜日の外来をやめたり、救急車の台数が1,000台減ったりといった病院の例のパワーポイントなど、事務局からも出させていただいておりますけれども、働き方改革の進捗と同時に、地域にどういう影響を与えているのかということに関しては、なかなか難しいとは思いますが、何かできることを考えたいと思っております。これは繰り返しお話をさせていただいております。

審査組織については、まとめて後ほど参考というふうに言ったので特に御説明しなかったのですが、15ページに審査組織についてというイメージ図を書いておまして、まさに先生が今おっしゃったようなイメージであります。これについては、(C)－2は非常に高度なもの、これは外科的なものも内科的なものももちろんいろいろ考えられると思えますけれども、まさに行政で質の担保と労のバランスを全て審査するということはなかなか難しいところだと思いますので、このイメージ図のように、各領域の関連学会の力をかりながら審査組織で審査基準等を定めていただいて、厚生労働省から分野の公示などしていただくということを考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。よろしいですか。

それでは、家保構成員、お願いいたします。

○家保構成員 先ほど言い残したことで、(C)－2水準でございます。(B)水準とか(C)－1水準は地方、都道府県が関与する余地というのは当然あると思います。地域医療の影響、それから臨床研修、専門研修、専門医機構への意見具申とかあるのですが、(C)－2に関しましては、国が示しましたパターン2つ見ますと、都道府県以外でも判断できる②から⑥の要件を満たせば、国が指定し、もしくは学会が指定し、または国が指定する機関等が認定した医療機関がほぼ自動的に(C)－2に該当し、都道府県はそれを指定するという、都道府県としては単なる追認ということとなり、意思決定の面で、私自身、地方としては何か変な違和感があります。

反面、そのような判定、高度医療の部分の評価を都道府県ができるかという、私自身、そんな自信もございませんし、多分、多くの都道府県はそういう能力はない。ないので、多分、特定機能病院や臨床研修中核病院は直接国が指定しているという現状がございます。こういうことを考えますと、できれば（C）－2水準に関する指定業務は、国が直接するか、または国が指定する審査機関に権限を与えるような枠組みで全国的な規模で統一的な判断をしていただくのが公平かつ、適切ではと思います。

当然、どの機関が指定してしましても、実際の確認については、医療法25条第1項に基づく立入検査で確認しないといけません。どこが指定した病院でも都道府県が立入検査をやっておりますので、そこは確実にしますけれども、やはり指定の部分については、（B）と（C）－1、（C）－2、色合いが全然違いますので、ぜひ考えていただきたいというのが希望でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。ほかに。

それでは、水島構成員からお願いいたします。

○水島構成員 ありがとうございます。

10ページの専門研修2つ目のポツの主語について確認させていただきます。前半は指定を受けた医療機関と理解してよろしいでしょうか。後半は都道府県知事という理解でよろしいでしょうか。

関連して、「重大かつ悪質な労働基準法の違反」とありますが、前の時間外労働時間等を受けているのか、あるいは労働基準法全般を指しているのかを確認させていただきます。

それから、「改善を求める」とあるのは、改善を求める必要があるけれども、指定そのものには影響しない、影響させないという趣旨でよろしいでしょうか。

以上、確認的な質問です。よろしくお願いします。

○遠藤座長 この文言に関しての詳細な意味合いを確認したいと。いかがでしょう。

○堀岡保健医療技術調整官 改善を求めたり、今いただいた主語については都道府県を考えておまして、当然、「重大かつ悪質な労働基準法違反」というのは、時間だけでなく、最低賃金など、そういったものも含まれると考えております。改善を求める対象としましては、日本専門医機構、学会、またその個別の違反した病院というもの全てに改善を求めなければならないと考えております。

○遠藤座長 水島構成員、どうぞ。

○水島構成員 ありがとうございます。労働基準法の違反が労働時間に限らないということですが、これは過去に違反していたようなことを都道府県知事で把握されるということでしょうか。それとも、既に指導とかなされていた場合に対応するとか、そういうお話なのでしょうか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○大宮医療経営支援課長補佐 労働基準関係法令、具体的にどの条項が該当するかについて、今後具体的に整理したいと考えております。

それから、今回の重大かつ悪質な違反については、送検され公表された場合という形にしております。ですので、公表された事実については県のほうで把握ができると考えております。

○遠藤座長 水島構成員、よろしいですか。

それでは、森本構成員、お願いいたします。

○森本構成員 ありがとうございます。

私から何点かですけれども、まず1点目が、5ページから7ページの（B）水準の指定要件の関係です。今回、「以下の要件全てに該当しているかを確認する」と明記いただいているのですけれども、この指定要件について都道府県の方とお話をさせていただくと、3番などを重視して指定するというような誤解も少し聞こえてくるようです。法律上も、7つの要件全て必須要件であるということと明記していただきたいということと、周知のほうもお願いしておきたいということが1点目です。

これと関連してですけれども、指定要件の①などは客観的に判断できるのではと思いますが、③ほかの要件については、都道府県によって判断基準に多少ばらつきが出てくるのではないかということも懸念されると思っています。都道府県の指定状況など、国が助言あるいは監督できるような仕組みについても少し検討してはどうかということが2点目です。

3点目は、12ページです。（C）－2の関係ですけれども、今回、基本的な考え方ということで示されているのですが、そもそも対象医師数は、どのぐらい、どの程度と見込まれているのか、数字があれば教えていただきたいと思います。なかなか難しいのかもしれないですが。

4点目は、この（C）－2ですが、前回の検討会の中でも、いわゆるスーパードクターを育成するのだという説明を何度かいただいたと思っていますのですけれども、「高度技能」の水準によって対象となる人数は大きく異なってくると思います。その水準についてもある程度のものを示すべきではないかということが1つです。

最後に、19ページ、指定の取り消しの関係です。指定の取り消しについての考え方が書いてあるのですけれども、指定要件を満たさなくなったという場合は、当然のことながら、指定から外れる。その上で改善状況を見ながら指定する、これが本来的な筋だろうと思うのですけれども、記載内容を見ていくと、少しその辺について誤解を受けるようなこともあると思いますので、資料1の5ページにあるような資料やフローチャートなどもあわせて説明をいただきたいと思います。肝心なことはここからですが、指定要件を満たさないようになった段階で都道府県が支援、あるいは改善指導するというのではなくて、勤改センターも人手不足の問題とかもさまざまありますけれども、連携をしながら、指定要件を満たさなくなるような対策、支援をぜひ考えていただきたいと思います。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。（C）－2の対象者についてどのぐらいかというこ

とは質問としてありましたが、事務局としては何か想定がありますか。

医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 現時点で何人ぐらいということはまだ見込めておりません。それは、やはり専門的、高度な分野について関係する学会や、いろんなさまざまな御意見をいただきながらこの要件を詰めていくという必要がございますので、現時点で正確に何人ぐらいということは見込めていないというところがございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。関連でしょうか。

○今村構成員 はい。

○遠藤座長 では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 今の森本構成員の、どの程度が想定されるか。こういう書かれ方していると、そのように御質問が出るのも当然かと思うのですけれども、医療って日進月歩で、あるときには高度であったものが一般化されてくると。その高度な技術を誰が取り組みたいかというのは、それぞれのもともとの診療科の人数であったり技術であったりということで大きく変わってしまうので、あるときには全く日本で初めて行うような技術が、10年たったら日本中で今もう一般的に行われている技術だという、刻々と変化するので、最初からその数字を想定することは難しいと思っていて、それはやはりそれぞれの学会がその時点での医療レベルを考えながら、これは今高度と考えられる国民にとって本当にこれから必要な医療なんだねということで普遍化して広がっていくだろうと思うので、そこはある程度学会の考えに任せていただくのが私はいいのではないかなあと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。それでは、先ほどお手をお挙げになっていた順番で、馬場構成員、山本構成員、村上構成員の順番でお願いしたいと思います。

馬場構成員、お願いします。

○馬場構成員 私からは（C）－2水準について2点ですけれども、まず最初は12ページですね。分野指定というところで、基本的な考え方の、ここに3つ挙げておりますけれども、（3）のところ、これはあくまで確認ですけれども、「例えば」以下、「高度で長時間の手術等途中で交代するのが困難であることや、診療上、連続的に診療を同一医師が続けることが求められる分野」と。例えばですが、例示だと思うのですけれども、一見、手術という言葉がありますので外科的分野が中心になるかのような印象を受けますけれども、これはもちろん、外科的な分野以外でも含まれるのですよねということの確認が1点です。

それから2点目ですけれども、13ページ。これは（C）－2水準の指定される医療機関についてですけれども、真ん中ぐらいですね。※印の後に、医療機関の類型が3つ、特定機能病院、臨床研究中核病院、基本領域の学会が認定する専門研修認定医療機関等と3つ医療機関が具体的に書いてあって、「等」があるのですけれども、恐らくこれ、普通に見る限りは、この「等」が何かということを示すような仕組みがないように、この文章からは思えます。私、脳神経外科医ですけれども、例えば包括的脳卒中センターとか、あるいは、ひょっとしたらがん診療連携拠点病院とか、いろんな類型はきっと考えられると思う

ので、「等」の中身が決められるように、例えば審査組織がこの「等」については指定することにするとか、何かこの「等」について決めるような仕組みが必要ではないかと思うのですけれども、どうでしょうか。

○遠藤座長 それでは、事務局、コメントをお願いいたします。

○堀岡保健医療技術調整官 ありがとうございます。

1点目は、もちろん、確かに一番わかりやすいのは手術といった外科的なものでございますけれども、臓器移植の病棟管理とか白血病に対する病棟管理とか、そういった内科的なものであっても、高度かつ修練に時間かかる技術というものは当然あるものと認識しております。

2つ目のところの13ページの「等」の部分でございますけれども、例えば、今、基本領域しか、日本専門医機構、ないですけれども、将来的にサブスペなどの基幹型というのも考えられるかもしれませんし、今、先生が御指摘いただきましたような健康局が定めている疾病別のそういったものも考えられますので、今後、審査組織がどのように定めるかという段階においてきちんと整理をして、先生から御指摘いただいたことは前向きに検討したいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、山本構成員、お願いいたします。

○山本構成員 私も、(C)－2の部分でちょっとコメントというか、お願いがございます。先ほど今村構成員が言われたように、やはり高度という部分というのは本当に日進月歩というか、日々変わるものでございます。私自身の経験でも、二十数年前に全国で5人ぐらいしかちゃんと教える人のいないところで、それこそ明け方まで手術して技術を習得したという経験がございます。ところが、それは今もう全国どこの大学病院でも普通に行われるような技術になっているということがありますので、本当にここ、審査の部分に余りガチガチにはめ込んでしまいますと、そうでないところ、例えば先ほど出ている、どういう病院を対象としているか、特定機能病院4者だと今お話ありましたけれども、その「等」の中にも入らないところで実際には行われている。かつて私がやったところを考えると、このどこにも当てはまらないところで研修をしてその技術を学んだという経験がございますから、ここはやはり柔軟に、その学会等が絡むということが非常に重要であります。余り要件等を厳しくすると、ここは本当の最先端の技術を学べなくなる、あるいはその最先端の技術をあまねく医療として広く提供できるようなことに持っていけない危惧があります。ここはぜひ、私自身の経験からも強くお願いしたいというところでございます。

それからもう一点は、これは細かなところで申しわけありませんが、10ページの専門研修の③のところですね。労働時間短縮計画の策定の(例)のところ、「明らかに研鑽に資さない業務」、これはいわゆる雑用とか、上から言われてやるどうでもいい仕事でしょうけれども、その次の学会発表。この「明らかに研鑽に資さない」がどこにかかるのだからよくわかりませんが、研鑽に資さない業務だけなのか何なのかわかりません。学会

発表というのは、これも専門研修においては非常に重要な要素でございますので、そもそもここに学会発表と入ることに非常に違和感を覚えますが、この点に関して事務局の見解をお伺いしたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局、コメントをお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 済みません。余り意識せず、「明らかに研鑽に資さない」と書いておりますけれども、学会発表も明らかに、これが本当に研鑽に資しているのかという吟味は必要だという意味でここに記載させていただいておりますので、先ほど来、この研修の効率化ということに御議論いただいておりますとおりに、減らせというような強いメッセージにならないよう、記載ぶりに関しては今後も検討させていただきたいと思っております。

○遠藤座長 調整官、どうぞ。

○堀岡保健医療技術調整官 もう一点でございます。先生の最初の御質問でございますけれども、まさに先生がおっしゃることを事務局としても危惧しております。まず、15ページのスキームで考えた、各領域の関連学会の技術的助言をきちんと受けたものにするということ。そして、まさにその上の特定機能病院とか臨床研究中核病院でなくても、そういったものがあることというのは幾らでもあることでございますので、そのためにこの黒い星マークの2つ目のものをわざわざつくっているところがございますので、先生の問題意識を踏まえて、きちんと2つ目のところも運用していきたいと思っております。

○遠藤座長 よろしいですか。

それでは、村上構成員、お待たせしました。

○村上構成員 (B)(C)の指定要件の⑦労働関係法令の重大かつ悪質な違反について、意見等をお伺いしたいと思います。水島構成員の御質問に関して、具体的な条項については別途お示しいただけるということですが、それに際してのリクエストでもありません。検討会の報告書では、1ページにありますように、「労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。具体的な内容は、地域医療提供体制への影響や他制度の取扱い等を考慮して検討」となっております。ここがさまざまな議論の到達点だったと理解しております。

今回お示しいただいているのは、7ページになりまして、労働時間に関する労働基準法の規定に違反ということで、労働基準法に限定するというのと、その中でも特に労働時間という限定をつけているということで、これは限定し過ぎではないかと考えております。

先ほど最低賃金という話もありましたけれども、無給医の問題なども踏まえまして、賃金未払いについて規定する労基法24条の違反であるとか最賃法違反なども対象条項に加えるべきであると思っております。また、年次有給休暇付与義務に関しても加えていくことが必要ではないかと思っておりますので、やはり具体的な、何が対象条項になるのかということはおそらくここで確認しておかなければ次の議論に進めないのではないかと考えておりますので、次回以降お示しいただきたいと思っております。

また、「過去1年以内に送検され、公表された場合」となっている点につきましても、

報告書では「他制度の取扱い等を考慮して検討」とされておりまして、なぜ送検事案に絞り込まれているのかというところが疑問でございます。他制度として何を参照してこのような取扱いに限定する御提案をされたのかということについてお伺いしたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局、お願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

送検、公表より1年以内の指定を認めないという要件に関しましては、例えば青少年の雇用の促進等に関する法律において、送検後1年間は求人不受理を行うといったような欠格事由を法律上規定されておりますので、そうした他制度の取扱いを踏まえて1年間と案としてお示ししているということでございます。

○遠藤座長 村上構成員、どうぞ。

○村上構成員 今の事案だけではなくて、例えば職業安定法では、1年間以内に2回の同一条項違反で是正指導を受けた場合も求人不受理となりますし、また、「過労死等ゼロ緊急対策」におきましては、送検に至らずとも1年間に2事業所で違法な長時間労働があった場合に公表ということもございます。そういった、どのような制度があつて、その上で何を選んでいくのかということについては議論のプロセスとして明らかにしておくべきだと思います。その点、対象条項や違反のレベル感につきましても、他制度の取扱いももう一度改めて皆さん共通理解をした上で決めていくべきだと思いますので、その点、お願いしたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、岡留構成員からお願いします。

○岡留構成員 ありがとうございます。

さっきから(C)－2の審査組織で非常に話題になっていますけれども、現在の若いドクターは、博士号よりも、早く専門医をとりたい。そして、誰もやっていない高度な医療をやりたいという志向が非常に高いですね。もうデータ御存じだと思いますが、博士号をとりたいというのは3割しかいないのですね。ですから、そういうバックグラウンドを見ると、ここに山本先生いらっしゃいますけれども、大学の特定機能病院だけではなくて、民間といいますか、公的あるいは私的病院群でそういう専門的な高度な医療をやれるのがいっぱいいるのですね。そういったところに若いドクター諸君がアプライしてくるわけです。それをこの(C)－2の審査組織でこれからやっていこうということですが、これは事務局への要望なのですが、このシェーマでいくと、審査組織が学術団体、アカデミアですよ、そして、その下を支える関連領域の学会ありますけれども、この図式でいくと、私は非常にわかりにくくなるなあと。

なぜかという、審査組織というのは公明で、第三者性があつて、誰もが納得する審査組織でないといけないといつも思っていますので、その辺の構成要素をどうするかということをもう少し詳しく述べていただいたらいいかなという、これも要望でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。



それでは、堤構成員、島崎構成員の順番でお願いいたしたいと思います。

○堤構成員 ありがとうございます。

今回、深くお話をすることになるかどうかちょっとわかりませんが、先ほどから質の担保の中で出ていることで、研修の効率化であるとか、それから雑用というお言葉が出ておりましたけれども、どちらかでお話があったかもしれませんけれども、いわゆる当事者である研修医や、それから専攻医の意見を評価の中に、参考でもいいので入れるようにされると、先ほどの、実質的にとても研修ができるところであるとか、一方でちょっと期待外れだったところというのが評価に入って、都道府県はいろいろと考えることができるのではないかと思います、意見として申し述べたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、島崎構成員、お願いします。

○島崎構成員 何点かあるのですけれども、最初は5ページの(B)水準の指定要件の該当性の話です。森本構成員、あるいは家保構成員の御指摘とも関連するのですけれども、確かに、ある程度地域医療の多様性というか、実情の違いがありますので、あまり画一的な規定の仕方にしてしまうと漏れが出てきてしまいますので、いわゆる「掃きだめ条項」みたいなものを設けておかなければいけないという要請があることは認めますが、その一方で、労働基準法の特例に関する指定についてバラバラだということもいかなものかという気もします。もしこの指定等の行為が自治事務だとしますと、技術的な助言しかできないということになります。都道府県が行う指定などの行為の性格について、自治事務としてお考えになっているのか、それとも法定受託事務としてお考えになっているのか、何か現段階でのお考えがあるのでしょうか。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。(B)(C)の医療機関に対する指定に関しまして、医療法に規定して自治事務として整理するということを考えております。ですので、地方自治法の245条の4で技術的助言、勧告、資料の提出要求という規定がございますので、都道府県に対しては一般的な国の関与としてそういった技術的助言が可能になるということを考えております。

○島崎構成員 もしそれであれば、意見ですけれども、ここの例えば「公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関」とありますが、何でもかんでも都道府県知事がこじつけて指定してしまうということがないように、その解釈であるとか趣旨については少し丁寧に書くべきなのではないかと思います。

それから2つ目ですけれども、揚げ足をとっているわけでは決してないのですけれども、6ページのところのアンダーライン引いた部分、「都道府県は、地域医療構想調整会議から協議の状況を都道府県医療審議会に報告させること等により地域医療構想との整合性を

担保する」というこの部分ですが、地域医療構想は一応2025年を目標にしているわけですよ。そうすると、この法律の施行が2024年の4月だとすると、どういう整理になるのですかね。つまり、地域医療構想について、2025年に到達した後、ローリングしていくというようなことは、少なくともこれまで厚生労働省として言ってきたことではないと思うのですけれども、そこまでの含意がここの表現の中に入っているのですか。

○遠藤座長 では、事務局、お願いいたします。

○鈴木地域医療計画課長 計画課長でございます。

先生おっしゃるとおり、地域医療構想につきましては、2025年の各地域の医療の絵姿をどうするかということで、各地域の中で議論していただいているものでございます。中間的なといいますか、第一弾としての目的は2025年というのがありますが、地域医療構想といいますか、地域の医療体制につきましては、それ以降もやはり議論していかなければいけないというような、少なくとも2040年まではいろんな状況が変わってきますので議論していかなければいけないと思いますけれども、そのフレームは今後検討するということになると思います。ですので、少なからず地域の医療体制どうするかというところは今後とも必要ではないかと思っているところでございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

○島崎構成員 この検討会は地域医療構想について議論する場ではありませんので意見は保留しておきます。3つ目として、これは2回目のときに申し上げたのかもしれませんがけれども、兼業問題はどのような処理になるのでしょうか。というのは、きょうあった議論でも、例えば本務はA病院で、兼業先のところで例えば（C）－1の医療機関で専門的な研修を行うとか、あるいは（C）－2の医療機関で先進的な医療技能を習得しようとする場合、ここに書いてあるような、例えば追加的な健康確保措置の実施体制の整備であるとか、医師労働時間短縮計画の策定の状況であるとか等々は、どのような義務や要件のかかり方になってくるのでしょうか。これはなかなか整理が難しい点が出てくると思うのですけれども、前回の御説明ですと、労政審で一般原則としての兼業の問題について議論されているので、その検討結果を待ってというニュアンスだったと思いますが、どうするのでしょうか。

つまり、今日は、まだそのところについては結論が出ていないから、いずれ、この問題についてはほかのところとも全部関係するので、まとめて議論するという整理になっているのでしょうか。

○遠藤座長 事務局、何かありますか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

さまざまなところに関係してまいりますので、主たる事務局である医事課ということでお答えします。兼業の問題につきましては、先ほど、同じ状況であるかという御指摘でございましたけれども、一般則との関係ということの中で、今後やはり重要な視点であるということは御指摘のとおりだと思いますので、そういう御意見を踏まえながら、医療の

分野での議論につきましても必要に応じ、またいろんな資料を出させていただいてということだと思っております。現状では同じ状況でございます。現状では同じ状況でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

○島崎構成員 そういうことしか今の段階ではそうかもしれませんけれども、実務上はいろんな業務の負荷のかかり方や実効性は全然違ってきてしまうので、今後のスケジュールとの関係もあるのかもしれませんけれども、その点はきちんと議論しておくべき点だろうということを申し上げておきたいと思えます。

○遠藤座長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

家保構成員、どうぞ。

○家保構成員 何度も申しわけありませんけれども、5ページのところで、(B)については、指定の申請の主体というのがわざわざ各医療機関ときちんと明示していただいているのですけれども、9ページの(C)－1水準のところには何もなく、すぐ水準の話になってしまいます。事務を担う都道府県としては、一体そのあたりについてどう国では考えておられるのか、一度お話をお伺いしてみたいと思えます。

○遠藤座長 では、事務局、お願いいたします。医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 11ページのフローチャートを見ていただけるとわかると思うのですが、少なくとも(C)－1の中で臨床研修の病院に関しましては、都道府県のほうに臨床研修指定病院の指定の権限が委譲されますので、申請が都道府県にまいりますので、自動的にそれとセットでこの点についてもということになると思っております。

もう一つ、専門研修のことにつきましては、な運用といいますか、実務を回していくかということは少し整理が必要でございますが、いずれにしましても、都道府県のほうできちんと対応いただけるような形で整理していくという方向でございますので、今後、具体的なところはまたお示ししてまいりたいと思えます。

○遠藤座長 家保構成員、どうぞ。

○家保構成員 臨床研修については県で今後認定するということになりましたが、場合によっては、他の都道府県の医療機関に、地域医療研修等で出向することもございます。専門研修については都道府県をまたいでいくパターンもございます。ある都道府県に申請されても、他の都道府県の医療機関にどのように情報を流すのか、また指定については、先ほども申しましたけれども、都道府県に所在する医療機関を指定できますけれども、他の都道府県については権限が及ばないというところがあります。そのあたりは十分よく考えていただきたいと思えます。

私どもの県のように少ないところはいいと思えますけれども、東京、埼玉とか首都圏のところに関連病院が入り交じっているところに一つの基幹プログラムで申請されて、後の整理を都道府県にしろと言われましても、それは絶対悲鳴が出るというのは想像しやすいと思えますので、そういうところも踏まえて、申請主体というのを、(C)－2は別だと

思いますけれども、特に（C）－1についてはよく考えていただきたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。ほかに。

では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。何度も済みません。

先ほど城守構成員がお話しした地域医療への影響ということに関して改めてちょっと事務局に伺いたいのですが、個別の医療機関が（B）水準にあって、努力をして、時間外労働時間を減らしてきたと。その部分ではうまくいきましたと。しかしながら、提供される医療のアウトプットの総量みたいなものが減ったときに、ただ減ったというだけの話ではなく、他の地域の病院に影響、当然してくると。そちらのほうは今まで時間内でおさまっていたものが、今度逆に負荷がかかってくるという、その地域全体の都道府県の評価というものを地対協でする際に、議論できるような材料というものがあるのかどうか。

そういう意味では、前にも申し上げたように、時間外の短縮計画と同時に、医療のアウトプットについても参考資料でそれぞれに提供していただいて、地対協で、全体としてその地域の中の医療には大きな影響が起こっていないねとか、少しこれは影響が出ていますねみたいなことをやはり議論できるような仕組みにしておかないと、地域の医療に混乱が生じるのではないかなと思いますので、その辺もぜひお考えをいただければと思います。

○遠藤座長 御意見として承ることでよろしいですね。

ほかにいかがでしょう。

それでは、鈴木構成員、お願いします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

この（C）－1、（C）－2に関しては、日本の未来の医療を担う人材の育成ということで非常に重要なスキームかなと思っております。当然のことだと思いますけれども、その中でどうしても（A）と（B）のあたりの議論に時間を割かれてきたということで、この（C）のところ、若手中堅としては是非もう少し時間を、割いていただきたいなと思っています。

その中で、この（C）－1、（C）－2、繰り返し説明を受けていく中で非常にいいなと思ったのが、最終的にきちっとアプライする本人たちが自由な意思のもとに選択できるということが担保されているということに関しては非常によいのではないかと思いますし、そこに関しては、そのように今後も継続して仕組みをつくっていただきたいなと思っています。

ちょっと細かい点で、（C）－1と（C）－2それぞれに対して2つずつ御質問とお願いがあるのですが、まず（C）－1に関してです。10ページの③に「医師労働時間短縮計画の策定」というところがございますので、このところで、（C）－1といっても初期研修と後期研修では研修の内容も違いますし、病院から診療科から求められる役割等も違ってきますので、ここで例示などを出していかれると思うのですが、そのときに少し場合分けしていただけるとわかりやすいのではないかなと思います。これが1点です

ね。

もう一つ、(C)－1のところ、2つ目ですけれども、1ページ戻りまして9ページ目のところになりますが、先ほど来お話が出ている研修の効率化というところで、どうしても少しネガティブに捉えられてしまう向きがあるかと思えます。実際にこういったものが今情報として皆さん見ると思えますので、例えば十分な研修機会の確保とか、診療経験の確保とか、そういったことが担保されるような文言が入ると(C)－1にアプライする若者が少し安心できるのではないかなと思えます。どうしてもこれを読むと、労務管理と研修の効率化と聞くとすごく前向きな研修にはならぬようなイメージを抱かれてしまうかと思えますので、そんなあたりで文言を入れていただけないかというお願いです。

ちょっと長くなって申しわけないです。(C)－2に関してですけれども、これも2点ありまして、14ページ目ですが、これも先ほど来議論されている、高度特定技能育成計画のところになります。これは例えば特定のサブスペシャリティの取得、専門医の取得に対して一定の計画を出すと思うのですけれども、実際にこれから研修を受けようとする医師個人がイメージできるのかなというところがありまして、どういった研修をしたら良いか、どのぐらい症例を積んだらどこまで成長できるかと医師個人で判断して計画を立てるのはちょっと難しいのではないかなと思っております。逆に、これはある程度資格をとった者等が示してあげるほうが、実際にこの(C)－2に当てはまる人たちの負担軽減にもなるのではないかなと思っておりますので、そのあたりも検討いただけないかと思っております。

(C)－2の最後ですけれども、(C)－2の枠組みの事例の中に、例えば大学病院で研究ですとか教育に時間を割いていきたい、役割を担っていきたいという思いがある場合に、ここにアプライするというのはあり得るのかというところで、以前から大学病院の医師の役割ということで、私自身もそうですけれども、診療以外にも多くの業務を抱えていまして、その中でどうしても役割を果たしたいという思いがある人にとって、(C)－2にアプライするというのはありなのか、それとも、そういったことは想定していないのかということもちょっとお聞きしておきたいと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。3つほど御意見、御要望だと思いますが、最後については事務局のお考えをお聞きしたいということですね。

医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 御指摘いただいた点、非常に重要な点もございまして、医師の働き方改革と言っているわけですから、医師の負担がこれによってすごくふえてしまうということも本末転倒でございますので、わかりやすい事例の提供であったり、いろんなものをできるだけ事前に準備するとか、各学会と連携しながら現場の先生方に情報提供していくとかなどについては取り組んでいく必要があると思っております。

今の御指摘の点でございましてけれども、今回、我々事務局としましては、まずこの基本的な考え方をもとに、関係学会、それから現場の先生方と具体的なものを進めていくとい

うことをございますので、必ずしも今の時点でこういうものに限るという考え方を持ってお示ししているところではございませんので、また、きょう御議論いただいた点などを踏まえながら、追加的な資料といいますか、出させていただきますながら少し詰めていくような点も残っているかなと思っているところをございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 繰り返しになってしまうのですけれども、やはり業務が多岐にわたる、大学病院だけではないと思うのですけれども、医師の今後の研鑽の萎縮につながらないような枠組みというのもぜひ考えていただきたいと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。ほかにいかがでございましょう。

城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

きょうの皆様方の議論をちょっとお聞きしていても、改めて、この資料、21ページの今後の2024年までの見通し、これをじっくり見させていただいていると、24年からスタートですから、そうすると23年には決まっていけない。そのためには22年には少なくとも一定程度の形ができています。そのためには、時短計画として、もうあしたからでも、きょうからでも始めないといけません。そういう、走りながら考えるという、お尻が切れていますので、この中において、指定をする各都道府県の役割としての具体的な内容とか評価機能、次の回に例示として挙がってくると思いますけれども、審査機関もまだ決まっていけないという、非常に心もとないといえますか、非常に不安な部分がありますので、これは1回目のときにも私申したのですけれども、前倒しというよりは、しっかりとした形で、現場が混乱しない状態の、要するにタイムスケジュールを再度考え直して頑張っていたきたいなあと。これは事務局に対してのお願いであるわけですが、そのあたり、ちょっとよろしくお願ひしたいと思ひます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

大体御意見、よろしゅうございますか。

ありがとうございます。本日は、(B)水準、(C)水準につきまして、事務局の初めての原案ということでありましたので、多様な御意見が出たかと思ひます。事務局におかれましては、非常に多くの御意見が出ましたので、これらの御意見、あるいは残る課題、こういったものを整理していただくようにお願ひいたします。

それでは、本日の議論はこれぐらいにさせていただきますと思ひますが、次回日程について、事務局、何かありますか。

○岩間医師・看護師等働き方改革推進官 次回につきましては追ってお知らせ申し上げます。

○遠藤座長 それでは、本日は長時間どうもありがとうございました。これにて終了させていただきますと思ひます。