

○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4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、夜分遅い時間にも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、片岡構成員、島田構成員より御欠席、また、森構成員、山本構成員はおくれて御出席との御連絡をちょうだいしております。

また、吉田医政局長、迫井審議官、鈴木地域医療計画課長及び加藤医師養成等企画調整室長は、別の公務の関係上おかれての出席となります。

続きまして、本日の資料の確認をいたします。

資料1 第3回の議論のまとめ

資料2 評価機能について

参考資料として、3月の検討会の報告書を配付させていただいております。

不足する資料、落丁などございましたら、事務局にお申しつけください。

カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

(報道関係者退室)

○岩間医師・看護師等働き方改革推進官 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、よろしくお願いたします。

○遠藤座長 皆さん、よろしくお願いたします。

本日の議題は「評価機能について」でございます。配付資料が2つございます。資料1が「第3回の議論のまとめ」でございます。まず、この資料の説明から入りたいと思います。事務局、説明をお願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 事務局から資料1「第3回の議論のまとめ」の御説明をさせていただければと思います。今回は資料のページ数が多くございますので、簡単に概要のみ御説明させていただければと思います。

1 ページをお開きください。前々回の御意見に関連いたしまして、研修医等を含めたマネジメントの研修の機会の提供、追加的健康確保措置の移行確保に関して、立入検査を最低年1回行うことの担保、公立病院での健康確保措置の適正な実施の担保、罰則の適用に当たっての医療法上の管理者と労働基準法上の使用者の違いについての整理に関する御意見に対しまして、検討の方向性の案をまとめております。

2 ページは、都道府県における(B)医療機関の指定に際して、業務の特定の仕方、解釈・趣旨の具体化についての御意見の概要、検討の方向性の案をおまとめしております。

続きまして、3～5ページは、現行の36協定届の様式を御参考として掲載させていただいております。

続きまして、6ページの上半分は、労働時間短縮に伴う地域医療への影響を因るための指標についての御意見。下半分につきましては、複数の医療機関で研修を行う臨床研修の

(C)-1指定のあり方についての意見、それから検討の方向性の案をお示しております。

臨床研修の(C)-1指定のあり方につきましては、7ページと8ページにお示ししております。8ページの図にありますように、基幹型臨床研修病院が協力型臨床研修病院の分もとりまとめて(C)-1指定の申請を行うという形の案としております。

9ページは、時短計画について、(C)水準に係る指導医等に関する考え方について。

10ページにつきましては、(C)-1水準の指定の際に前提となります研修の効率化について、検討の方向性を提示しております。

11ページでございますけれども、(C)-2水準の医療機関の指定の主体について、それから、(C)-2水準の対象となる人数、規模感、考え方の案をお示しております。

12ページは、(C)-2水準に関しまして、医師が作成する高度特定技能育成計画の適正な運用のチェック、それから、対象となる医師の考え方について方向性の案をまとめております。

13ページは、(B)(C)水準の不指定・取り消しの要件となります重大かつ悪質な労働関係法令違反について、対象となる法律の条項と違反の程度をまとめております。

また、14ページで、労働関係法令に関する他制度の例、対象条項違反の程度、対象期間について表にしてまとめております。

続きまして15ページは、(B)(C)指定に関する国の関与について、それから、オンコール、副業・兼業に関する御意見と検討の方向性の案をまとめております。

オンコールの取り扱いにつきましては、本日、事実確認のための資料といたしまして、16ページから提出しております。

16ページ、考え方といたしまして、オンコール待機時間全体が労働時間に該当するかどうかは、呼び出しの頻度、活動の制限の程度等労働から離れているかを個別具体的に判断することをお示しております。

17ページは、平成29年に策定されました労働時間の判断基準に関するガイドライン。

18ページ以降が、過去の裁判例・判例をつけております。

最後に、23ページでございますけれども、複数医療機関に勤務する場合の追加的健康確保措置の取り扱いについての資料となります。労働基準法と労働安全衛生法の整理も含めまして、全体的な検討の方向性の案といたしまして、労働時間の上限規制について一般則と同じ取り扱い、医事法制・医療政策に新たに位置づけることとしている追加的健康確保措置に関する複数勤務の取り扱いにつきましては、本検討会での検討を行うこととしてはどうかという形で案をまとめております。

資料1の説明は以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいまの説明に関しまして、御意見・御質問等あれば承りたいと思います。特に、事務局原案が出ておりますので、御質問等あれば御意見をいただきたいと思います。いかがでございましょうか。

堤構成員、お願いします。

○堤構成員 前回のオンコールに関連することと、複数の医療機関に勤務することの確認をさせていただきまして、今回資料を挙げていただきまして、ありがとうございました。関連する事項として、いろいろなお仕事の仕方があるかもしれませんが、大学病院の医師は関係がかなり重なってくると思いますので、ぜひ勉強させていただきたいと思っております。今後ともよろしくお願いします。ありがとうございました。

○遠藤座長 ほかにいかがでございましょうか。家保構成員。

○家保構成員 資料の7ページ、8ページに(C)-1水準の医療機関の考え方を整理していただきました。複数の都道府県にまたがる場合の申請のあり方については引き続きということで、あわせて大学病院等では複数のプログラムについて申請するということが出てきます。それを個別のプログラムで認定するのか、病院全体として認定するのかということについても、あわせて整理していただければと思います。管理者、開設者は1人ですので、個々のプログラムで申請されると非常に煩多というのがありますし、判断基準が違っていると、都道府県として評価することも難しくなりますので、その点をきちんと整理をしていただければと思います。

以上でございます。

○遠藤座長 事務局、この件について何かコメントはありますか。

○大宮医療経営支援課長補佐 御指摘を踏まえまして、今後整理させていただきたいと思っております。

○遠藤座長 よろしく申し上げます。

ほかに何かございますか。村上構成員どうぞ。

○村上構成員 13ページの(B)(C)水準の不指定及び取り消しの要件としての重大かつ悪質な労働関係法令違反についての前回の意見を踏まえた御説明をいただきまして、ありがとうございます。1点確認ですけれども、大変細かい点なのですが、13ページの一番下にあります「送検・公表に至った事案について、(B)(C)水準の指定の取消要件とすることとしてはどうか」という点ですが、指定の取り消しだけではなくて、一旦指定していたところを取り消すことと同時に、このような医療機関についてはもともと指定しないという両方の要件だということではよろしいでしょうか。その確認です。

○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 こちらに関しましては、御指摘のとおりでございまして、初回の指定の際に確認する要件となりますので、重大かつ悪質な労働関係法令違反で送検・公表に至った場合には指定されないという形になります。

○遠藤座長 村上構成員、よろしいですか。

ほかにいかがでしょう。鈴木構成員どうぞ。

○鈴木構成員 12ページですけれども、前回、高度特定技能育成計画について作成する医師の負担が少ない形にしてほしいということで意見を述べさせていただきました。それに

対応する形で「考慮したものとする」と記載いただき、ありがとうございます。

この部分ですけれども、前回も少しお話しさせていただいたかもしれませんが、専門医取得の教わる側が作成するというのは非常に困難かなと思いますし、そもそも教わる側は技術や研さんに時間を費やすべきだと思いますし、どれだけ時間を費やしたらきちんとした技能が習得できるかというのは非常に判断が難しいと思いますので、このあたりをもう少し今後具体化していただけると、特に若手・中堅に負担がないような形での考慮をお願いできればと思います。

以上です。

○遠藤座長 御意見として承りました。

ほかに何かありますか。堤構成員どうぞ。

○堤構成員 今回の12ページの下段でございますけれども、「大学病院で研究に時間を割きたいと思っている場合、診療以外の業務もある中で、そのような人が申請できるのか」ということで「大学病院の医師についても、主たる業務が診療の場合には、(C)-2水準の申請が可能」という形でお答えいただいておりますが、御存じのとおり大学病院は臨床もあるかもしれませんが、研究も教育もありますし、その辺のバランスといいますか整理について、お考えの部分があれば教えていただきたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局、何か考えがあれば。

○安里医療勤務環境改善推進室長 お答えいたします。今回この検討会でも議論していただいております医師の時間外規制の関係でございますが、もともと診療に従事する医師を対象としておりましたので、あくまで今、検討していただいている規制の対象は、診療をメインとする医師となっております。ただ、大学病院では研究や教授、診療といったものを同時に行っている医師がいらっしゃることは我々も認識しております。その中であくまで診療をしっかりやっという方については、今回の規制の対象という形で考えております。

実態も踏まえながら見ていく話にはなりますが、大学で少しでも研究しているからといって対象ではありませんということをお考えはおりませんので、今回はこういう資料の書き方とさせていただきます。

○堤構成員 たてつけは了解いたしました。ただし、それだけの仕事をされているという人たちが存在することが課題として挙がるかなと思ったので、確認させていただきました。ありがとうございます。

○遠藤座長 島崎構成員どうぞ。

○島崎構成員 せっかく労働部局の幹部の方もいらっしゃるのでもちよっとお尋ねしたいと思います。3ページですが、かねてから申し上げておおり、労働時間の上限規制について副業・兼業する場合の取り扱いをどうするかというのは、実務的にも非常に難しい問題だと思います。この資料の中に、今後、労働政策審議会（労政審）において一般則の取り扱いを変更することになった場合に云々と書いてあるわけですが、労政審では今どうい

議論になっているのでしょうか。あるいは今後、いつごろまでに結論を出すなり、あるいは暫定的であれ検討の状況について報告できるような状態になるのでしょうか。

○遠藤座長 事務局からコメントをお願いします。

○石垣監督課長 監督課長でございます。

副業・兼業については、今、委員に御指摘いただきましたけれども、昨年の夏から今年の夏までにかけて、副業・兼業の労働時間等のあり方の検討会ということで、大学の先生や実務課の方々を委員とした検討会が開かれておりました。その検討会の報告書が8月8日に公表されておまして、その中に制度的にどういった考え方を取り得るかといったものをいろいろな論点ごとに整理したものということでお出しさせていただいております。

そういった論点がありまして、9月以降、労働政策審議会の中に検討会で議論された資料などもお出ししながら、まさに御議論を始めていただいたようなところということでございまして、かなり論点が幅広くわたりますし、考え方的な整理に加えまして、実務的に労使の方々の手続を詰めていくような部分もありますものですから、今の時点でいつまでにまとめられるということはお示しできないような状況ですけれども、議論は労働政策審議会において開催されるたびに御議論をお願いしている状況でございます。

○島崎構成員 率直に申し上げて、いつまでということが言えないということになりますと、言ってみれば、一般則を前提としてその例外を作るのかという議論をすることができません。このため、現状の取り扱いを前提として医師の兼業・副業の議論を詰めていかなければいけないという話になるわけですが、一般則の取り扱いが変更される可能性がもしあるかもしれないのであれば、この検討会の12月までのとりまとめとの関係はどうなるのかが問題になるだろうと思います。

最終的な結論がどうなるかについては、この問題のために労働政策審議会の審議を頻繁にというわけにはなかなかいかないかもしれないですけれども、医師に働き方改革の議論においてこの問題が厚生労働省にとって非常に大きな問題であることは間違いのないと思います。そうであれば、もう少しこういう方向であるとか、あるいは今、労政審でこういう議論をしていて、医師の働き方改革に関してもこういう視点で考えるべきではないかとか、そのくらいのサジェスションなりは得られないものなのでしょうか。素人のような質問で申しわけないのですが、何かを心配しているかということ、ここでせつかく議論して出したのに、兼業・副業の一般則の前提そのものが変わるかもしれないという話になりますと、この検討会の進め方としてどうなのかという気が率直にするのですが、その点についていかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、コメントをお願いいたします。

○安里医療勤務環境改善推進室長 御指摘ありがとうございます。一般則の議論ですが、今、監督課長から説明がありましたように、まだ労政審の中でこういう方向性といったものが見えてきていない段階でございます。労政審で方向性なりが見えてくる形になりましたら、こちらの検討会にも御報告させていただきながら議論を進めていただきたいと思います。

ております。

こうした状況ですので、この検討会の事務局としては、本日の23ページの資料に書かれたとおりでございますが、上限規制としてどう扱うかという部分と、今回この検討会では追加的健康確保措置、これは医療行政において規制するものですが、その取り扱いをどうするのかという2種類の事項がございますので、医療行政として考える必要がある追加的健康確保措置について、まず議論させていただければという資料とさせていただきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。ただいまの内容に関連してでも結構ですし、違う内容でも結構でございますけれども、何かございますか。

村上構成員どうぞ。

○村上構成員 労働政策審議会に9月まで出ておりました、10月は担当がかわりまして出ていないのですが、一委員ですので責任を持ったコメントではないのですが、議論の様子だけお伝えしたいと思います。副業・兼業に関する労働時間の通算の問題について、労働政策審議会の議論では、通算するべきではないというような御意見は出ていないという感触を持っております。使用者側の委員の皆さん方から出てくるのは、通算はするのだけれども、どうやって通算すればいいのかという、かなり実務的な御意見で、自己申告してもらわないと、どこで何時間働いているかわからないではないかというような御質問・御意見が繰り返し出されていると承知しております。そのあたりの実務的なところをどうやっていくのかといったことが論点となって、さまざま検討が進むのではないかということとを9月の段階では思っておりました。ということで、通算すべきではないという話ではなかったということだけ、お伝えしておきたいと思います。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

ほかに何かございますか。今村構成員どうぞ。

○今村構成員 追加的健康確保措置の取り扱い、23ページのところで確認なのですが、医師に対するというところで、今お話があった複数の医療機関に勤務する場合の追加的健康確保措置と、そもそもの長時間労働にかかわる追加的健康確保措置は、基本的に時間で同じという考え方でよろしいのですか。あえてここを区別する記載があるのですけれども。

○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 今回、複数医療機関に勤務する場合の追加的健康確保措置の取り扱いとしておりますのは、複数の医療機関に勤務する場合に、例えば、面接指導の場合、(B)(C)の医療機関については100時間を超える前に面接指導を行うという形で報告書がまとめられておりますけれども、2つの医療機関の労働時間を足して100時間となる前に面接指導をするという形にするのかどうかというのが面接指導に関しての内容ですけれども、そういったことが例えば、連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、月155時間超の措置、それぞれの追加的健康確保措置について複数医療機関の労働時間の通算

をどうするかという形で、それについては具体的に検討する必要があるのではないかと
いうことでお示ししております。

○今村構成員 私が伺いたかったのは、追加的健康確保措置の中身の話と、それを複数の
医療機関にどのように実施するかという話は多分違って、健康確保措置そのものは時
間で決まっているんですよということを確認したかったんです。そもそもこの追加的健康
確保措置の話は少し出たことがありますけれども、具体的に何を健康確保措置とするか
という中で、例えば、勤務間インターバルという話がありますけれども、健診項目をふや
すであるとか、本人の健康状態をウェアラブルで確認するとかいろいろなお話がありまし
たけれども、そちらは具体的にはまだ何も決まっていなわけですよ。

先ほどの労働側からのお話で、そもそも複数の機関で働く、これは医療機関に限らず、
一般の労働者についても、まだ何も決まっていなから健康確保措置を決めたいというお
話ですけれども、そもそも複数のところで働いた場合に、どちらで健康確保措置化するか
というのは、一般の方たちも多分同じ話になるわけですよ。それが決まっていなと、
ここで議論することは多分、中身以外にはできないのではないですか。運用のことは。

○遠藤座長 事務局、コメントをお願いします。

○大宮医療経営支援課長補佐 追加的健康確保措置の具体的な運用につきまして、例えば
効果的な健康確保措置の方法、面接指導含めましてですが、これまでも御指摘をいただい
ており宿題事項だと認識しております。

ただ、今回お示ししておりますのは、どうやって時間を通算するかに関しての検討の必
要性について論点としておりますけれども、おっしゃるとおり、複数機関の場合どちらの
医療機関が面接指導をして、具体的にはどうするのかという全体像に関しまして、今後整
理していかなければいけないと思っておりますが、今回はあくまで複数医療機関に勤務す
る場合ということで、兼業・副業の議論に関連して上限時間の規制と追加的健康確保措置
につきましては、労働基準法と医事法制・医療法制それぞれの措置について法律上のたて
つけも異なりますので、区別して整理する必要があるのだろうと考えております。

○遠藤座長 今村構成員、よろしいですか。

○今村構成員 理解力がないせいかわかりませんが、具体的なイメージがよくわか
らなかつたのですけれども、ここに「検討する必要があるのではないか」とこの検討会に
投げかけられているので、では、どういうふうに検討すればいいのでしょうかという話な
んです。それを検討する際の方向性を事務局はある程度お持ちなのではしょうから、それを
わかりやすくお示しいただきたいという意味でお話ししました。

○遠藤座長 医事課長、お願いします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

23ページの資料に関しましては、どこかで結論を出していかなければいけない内容です。
前回の会議で話題にも出ておりますので、まずは、現状の整理を提示させていただいてお
ります。最終的にはこの検討会でも決めていかなければいけないことについて書かせてい

ただいておりますが、事務局として今こういうやり方がいいということまでは具体的な成案を持っておりません。まずは現状を御提示した上で、きょうも意見交換していただいておりますが、そういったものを踏まえながら必要なことを詰めていくという段階であります。

○遠藤座長 ありがとうございます。そういうことですので、いろいろと御意見をいただきたいという意味合いもありますので、いかがでしょうか。

水島構成員、お願いいたします。

○水島構成員 私も、労政審の労働条件分科会に出ております。10月は欠席しましたが、まだ議論が始まったところだと思います。

例えば、労働時間を管理することに過度な事務負担を負わないような仕組みを検討する必要がある、といった課題は労働条件分科会でも議論になると考えます。このような点について御意見をいただけますと、労働条件分科会の議論にも反映できるかと思っております。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。いかがでしょうか。

御意見もないようですので、この議論はさらに詰めた議論が今後展開されていかなければいけない話ですので、またそういう場で御議論を詰めていただくということにさせていただいて、事務局から何かコメントはありますか。よろしゅうございますか。

では、とりあえず本日は資料1につきましてはこれまでとさせていただいて、資料2の議論に移りたいと思います。事務局から資料2について説明をお願いします。

○大宮医療経営支援課長補佐 資料2「評価機能について」、御説明させていただきます。

1 ページ、2 ページは、3月の報告書の抜粋でございます。

3 ページは、これまでに本検討会でいただいた御意見をまとめております。

検討の視点を4ページにまとめておりますので、4ページから御説明させていただければと思います。

まず、検討の視点の分析評価の性格ですけれども、(B)(C)水準の医療機関につきましては、時短計画に基づいて労働時間短縮に取り組んでいただくこととなりますけれども、評価機能による長時間労働の実態、労働時間短縮の取り組み状況の分析評価と、各医療機関の医師労働時間短縮計画はどのような関係にあるのか検討が必要ではないか。

都道府県による(B)(C)の医療機関の指定に当たって、都道府県は評価機能による評価結果をどのように踏まえるのか。

(C)水準の医療機関に対して評価を行う場合、都道府県や審査組織との役割分担が必要ではないか。

医療機関内の医療提供体制やマネジメントのみならず、地域の医療提供体制や患者数等に対する労働時間への影響、評価との関連づけについて検討が必要ではないか。

それから、組織・体制につきましては、評価機能について具体的な機関の制度設計に当たっては、評価機能の業務内容、業務量を考える必要があるのではないか。

評価者の要件について、医療及び労務管理に関する専門性をどうやって担保するのか。

評価を受ける間隔や訪問調査の実施については、医療機関、評価機能の負担も勘案しながら検討する必要があるのではないか。

都道府県の医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）との役割分担・連携をどう考えるのか。

以上のような視点から、今後2024年4月の労働時間の上限規制適用までのスケジュールを見据え、円滑に対象医療機関に対する評価業務が行えるような枠組みになっているかという形で検討の視点をまとめております。

続きまして、参考資料に飛んでいただきたいと思います。18ページをごらんいただければと思います。こちらは毎回、参考資料として提出させていただいておりますけれども、2024年4月に向けた今後の見通しの資料でございます。

2021年度から医療機関における時短計画の策定が義務化され、医療機関は時短計画に沿って労働時間短縮を進め、その取り組み状況について2022年度から評価機能による第三者評価を受け、その評価結果を踏まえ、2023年度に都道府県による(B)(C)医療機関の指定、2024年度からの上限規制適用開始というスケジュールをお示ししております。

こうしたスケジュールを念頭に、本体資料に戻っていただきまして、5ページをお開きいただければと思います。5ページ以降で、評価機能に関する事務局案をまとめております。

評価機能の役割といたしましては、労働時間削減の実績と取り組みの評価のほか、評価者養成に必要な講習の実施が考えられますが、その評価の視点については、次のページのようなイメージでの分析評価を行うこととしてはどうかと考えております。

6ページをお開きください。評価の視点のイメージということで、医師労働時間短縮計画（時短計画）の項目をもとに、評価の視点をストラクチャー、プロセス、アウトカムに分けて各項目について評価を行うイメージとしております。

参考として、医師数や病床数といった医療機関の医療提供体制や手術件数、患者数、救急車受け入れ台数といった医療のアウトプットの指標を付し、各項目について定量的な段階評価とともに評価者の所見についても記載する形としてはどうかと考えております。

続きまして、7ページをごらんいただければと思います。医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）との関係でございますけれども、下線部になりますが、医師労働時間短縮計画の目標の妥当性も含めた計画策定の相談支援については勤改センターが行い、評価機能は労働時間短縮の取り組みの実績について客観的に評価することとし、お互いに連携し、評価後も勤改センターによる支援を引き続き行う形としてはどうかと考えております。

8ページは、評価結果の取り扱いについてでございます。3月の報告書では評価機能による評価結果については公表されるとともに、医療機関へのフィードバック、都道府県への通知を行うと整理されております。また、評価結果の公表についてですが、リピュテ

ーションリスクに配慮しつつ、より多面的な視点での情報公開を行うべきではないかと考えております。

また、都道府県に通知された後の評価結果の取り扱いにつきまして、(a)(b)と分けて9ページと10ページにまとめております。

9ページをごらんください。評価機能による評価結果を受けて行う都道府県の取り組みですけれども、評価機能による評価結果により、①医療機関内の労働時間短縮の取り組みが進んでいない医療機関。②医療機関内の労働時間短縮の取り組みは進んでいるけれども、実績として労働時間の削減が進んでいない医療機関を把握することができますが、①の医療機関については、まず勤改センター等が勤務環境改善・マネジメント改革に対して支援を行い、PDCAサイクルの中でさらに時短に取り組むことが想定されますけれども、②の医療機関につきましては、例えば患者数、救急車受け入れ台数等の急激な増加、医師少数区域等で医師確保が困難な場合、医師数の減少地域の医療提供体制の見直し等が必要であるといった状況も想定されるため、評価機能による評価結果としては、さらなる時短を図るために医師の確保、医療提供体制の見直しが必要ということで、医師の派遣等の措置も必要と考えられるのではないかとといった所見を、評価機能評価者が記載することが考えられるのではないかと。その所見を踏まえて、都道府県が必要な支援を行うことが求められるのではないかとという形で案をお示ししております。

続きまして、10ページでございますけれども、都道府県による(B)(C)指定に当たっての評価結果の取り扱いでございます。都道府県は、評価機能による評価結果を踏まえて(B)(C)水準の医療機関の指定を行う。このため評価結果において実際に医師の時間外労働が短縮している必要がありますが、ただし、先ほどありました(a)の②のように、実績として労働時間の短縮が進んでいない医療機関であっても、院内の労働時間短縮の取り組みが進んでおり、その他の(B)水準の指定要件に該当しているといったことも考えられる。ですので、都道府県による(B)(C)水準の指定に当たっては、当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、時短計画等の見直しによって追加的な対応がとられている必要があると。

こうした対応の進捗等が十分であると評価機能によって評価されるよう、都道府県は先ほどの支援を行い改善を求めていくとともに、その上で地域の医療提供体制確保の観点から、(B)(C)水準の医療機関の指定について検討していく必要があるのではないかと考えております。

11ページは、評価機能による評価を含めました(B)(C)水準の指定の基本的な流れを図示しております。

続きまして、12ページでございますけれども、評価機能による評価に当たっては、書面だけではなく医療機関を訪問し、勤務医に対する聞き取りを行うこと。また、評価者の体制として下線部ですけれども、医療分野と労務管理分野の専門性を相互に補完するため、社会保険労務士と医師または看護師等の体制で評価を行い、加えて養成講習の受講を求め

ることで評価業務の趣旨や評価の視点を理解していただくこととしてはどうかと考えております。

また、評価機能の財政基盤につきましては、手数料の徴収を原則とすること、また、その金額は評価機能の業務の性質・評価に当たって、実際に想定されるコスト等を踏まえて今後検討することとしてはどうかと考えております。

13ページは、評価対象医療機関につきましては、(B)水準と(C)水準の医療機関。

評価のサイクルといたしましては、(B)(C)水準の指定の有効期間と同様に3年とし、2024年度より前の評価につきましては、2022年度に書面評価を一斉に行い、2023年度から評価結果の悪い医療機関から訪問評価を行うこととしてはどうかと案をお示ししております。

業務量・体制のイメージですけれども、医師に対するヒアリングを含めまして、労働時間・労務管理の状況等を評価する必要があるため、一日につき1医療機関を医療職、社労士を含む2名体制で訪問評価を行うと仮定し、その前後の評価の準備や結果のまとめを考えますと、1週間つき1医療機関の評価と考え、常勤の場合にはそれぞれ10～15人程度、非常勤の場合は50～100人程度が必要となるのではないかと推計しております。

なお、ここでは(B)(C)医療機関は1,500医療機関程度と見込んでおまして、3年サイクルですので1年間約500医療機関の評価と仮定しております。

また、評価者のほかに、訪問評価の日程調整等を行う事務局機能が必要ではないかと考えております。

14ページは、評価機能を国からの指定とする形式、または登録要件に合致した機関が評価・講習業務を担う登録制の案がそれぞれ考えられるのではないかとお示ししております。

15ページは、各医療機関から見た評価受審のスケジュール。

16ページは、評価機能から見た評価業務と講習業務のスケジュールをお示ししております。

17ページ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。

資料の2の説明は以上でございます。

○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いて御質問・御意見を承ればと思いますが、いかがでしょうか。

水島構成員、お願いいたします。

○水島構成員 6ページの評価の視点の具体的な内容を確認させていただきたいのですが、ストラクチャーのところで、後半は安全衛生法に基づく内容であるのに対して、上の2つはかなりざっくりしているので、お尋ねします。

1つは、人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備で、就業規則は当然考えられますが、そのほかにどのような内容を想定されていますか。

また、労使交渉は、どのようなものを想定されているのでしょうか。

次に、意見ですけれども、労務管理体制ということですので、健康診断の実施は項目としてややなじまない感じがしました。むしろ衛生委員会が単に設置されているだけではなくて、機能しているかどうか。そうしたところを評価する必要があるのではないかと考えます。

以上です。

○遠藤座長 事務局、コメントをお願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 御指摘いただきました就業規則以外何が考えられるのか、それから労使交渉に関して、健康診断の実施についての妥当性につきまして、御指摘を踏まえて検討させていただきたいと思います。

○遠藤座長 水島構成員、御検討いただけるということで、よろしいですか。

ほかにいかがでしょう。今村構成員どうぞ。

○今村構成員 ちょっと確認をさせていただきたいのですけれども、1ページの検討会の報告書の抜粋の中ほどにある評価機能のところ、「客観的な要因分析・評価」という記載があるのですけれども、要因の分析とあえて書かれているのですが、先ほどの評価の6ページの視点では、どちらかというところと分析するというよりも、ただこうでしたと、やっている、やっていないみたいな、いわゆるストラクチャーにしても、プロセスにしても、アウトカムにしても、単純に出てきたものを書くだけだと思うのですけれども、この辺の要因分析との関係というのはどうなるのでしょうか。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 6ページの「評価の視点のイメージ（案）」の一番上の四角をごらんいただければと思います。評価を行う上で定量的な段階評価、労働時間短縮が進んでいるか、進んでいないかといった評価とともに、「（○○○の状況の中で、○○に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等）」という定性的な所見を評価結果とすることを考えておまして、例えば、一番下の参考で入れております医療機関の医療提供体制、医療機関の医療アウトプットですが、こういった指標と見比べながら、例えば患者数、救急車受け入れ台数の急激な増加といった状況の中で、労働時間短縮が進んでいないという要因分析を所見としてお示しすることが考えられるのではないかと考えております。

○今村構成員 つまり、短縮計画が進まない原因はいろいろ考えられると思うんです。マネジメントがうまくいっていないですねとか、あるいはタスクシェアあるいはシフトで受ける側が過重労働になるからシフトできていないんですとか、今おっしゃったような救急車の受け入れ台数がふえてきているので、なかなか進まないんですというようなところを全部分析することまで含めて評価ということですか。

つまり、6ページだけ見ると、今言ったようにある程度の数字だけが出てくる、あるいはプラスマイナスが出てくるということなのですから、それプラスさまざまな分析を一つ一つに加えていくという作業量があるという理解でいいのですか。

○遠藤座長 医事課長どうぞ。

○佐々木医事課長 この報告書の記載は3行さらっと書いてありますけれども、御指摘のとおり重い内容と考えております。先ほど申し上げたように、医療機関の時短計画の取り組みが進んでいる、進んでいないというときに、当然、各医療機関の取り組みだけでなく、地域の中でその医療機関が担っている役割とか、機能分化という部分も含めて検討しないと対応できない内容があるというのが、この報告書をまとめていく検討会の議論でもございました。評価機能として期待される役割としましては、院内の取り組みのみならず、地域・他の病院との関係も含めた評価分析というイメージでこの報告書の内容は書かれていると理解しております。

○今村構成員 ですから、今回の評価をする人なりを養成していくというお話ですが、そういうものは個別の医療機関のみならず、地域全体を評価できるような人たちを養成するという御説明ということですか。

○佐々木医事課長 はい。そういった人材が必要ということが念頭にあるわけで、養成をしていかなければいけないとは思っております。

○今村構成員 そういう人がいたら、それはすばらしいと思いますが、現実的にはなかなか難しいし、もう時間も決められている中で、実際に1,500の医療機関の分析をしていくことが本当に現実的に可能なのかどうかという問題はあると思います。理想は理想としてわかりますけれども、実際にできるかどうかという話ですね。

さらに、これから誰がそれを担っていくのかという議論もしていかなければいけないということになるわけですから、そこは余り過大なことを最初から求めないほうがいいのではないかという気はちょっとしております。

○遠藤座長 岡留構成員どうぞ。

○岡留構成員 この評価機能についてのイメージがなかなか浮かびがたいのですが、例えば、6ページのこれだけの作業量を勤改センター労務士と、看護師ないしドクターの2名体制でチェックすると。今の今村構成員の質問とちょっとダブるのですが、こういった作業を進めていく上で、現在の勤改センターの状況から考えて、本当にこれが可能なのかなと。あるいは都道府県と連携してという表現がありますけれども、それが具体的にはどういうことになっていくのか、イメージがなかなか湧きにくいのですが、その辺についてはいかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘いただきましたとおり、6ページを各医療機関が細かに見ていくという業務自体は非常にボリュームがあることですので、今回お示した社労士及び看護師または医師という体制で、実際に訪問調査を一日で可能かどうかに関しても、十分考慮させていただきたいと思っております。

また、今、勤改センターがというお話がございましたけれども、この評価機能をどこが担うのかに関しましても、今回、業務量等々もお示ししておりますので、本日の議論を踏

まえてどういったところが評価機能を担っていただけるのかは検討していきたいと思っております。

○岡留構成員 7ページの4つ目の□ですが、医療勤務環境改善支援センターは評価機能と連携し、評価機能による評価後においてもセンターによる支援を引き続き行う、非常にわかるような、わからないような文言になっているんですね。主語が誰で、術語がどれかということまで含めて私には理解しがたいのですか、この文章はいかがでしょうか。

○遠藤座長 説明をお願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 こちらの記載ですけれども、勤改センターが2回出てきておまして、非常にわかりにくい記載になって申しわけございません。主語といたしましては、医療機関が評価機能による評価を受けた後も、例えば評価結果で労働時間短縮が不十分といった場合、今後どうやって労働時間短縮をしていくべきかについての相談支援を勤改センターが行うという形で考えております。

○遠藤座長 今村構成員どうぞ。

○今村構成員 今、勤改センターの議論があったので、これは勤改センターそのものが評価をするわけではないというのはわかりました。その中で、改善をしていくための支援を勤改センターがするのだと。

9ページの下から2つ目の□で、評価機能による評価結果としては、さらなる労働時間の短縮を図るためには医師数の確保が必要だといった場合に、「所見を踏まえて、都道府県が必要な支援を行うことが求められるのではないか」という記載があるのですけれども、もともと医療法の中に勤改センターと地域医療支援センターは連携するということが書かれていて、例えば、地域医療支援センターが派遣した地域が非常に労務環境が悪ければ勤改センターが支援する、あるいは最初に勤改センターが入ったけれどもどうしても人がいないためになかなか労務環境が変わらない場合には、地域医療センターに連携してそこから人を派遣すると、もともと医療法の中に書いてあるわけですね。これはそのことを言っておられるのか、それとも評価の機能を受けて、それをまた勤改センターが支援するというステップを踏んで、なおかつ今申し上げたように、地域医療支援センターに人がいないからということで、地域医療支援センターなり県に連絡するというスキームを考えておられるのか。連携がふえればふえるほど、なかなかスムーズに進まなくなるという問題もあるし、かといって、勤改センターがあるのだからそれは活用すべきだというのは私も理解できるのですが、この書きぶりがわかりにくい。誰が誰に連絡をして、こういう手続をとるのかということを確認に教えていただきたいと思えます。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○佐々木医事課長 9ページでございますが、今御指摘のとおり、医療法の中で勤改センターと地域医療支援センターが位置づけてあり、その連携についても記載がされているところでございます。基本的には医師派遣等の措置に関しましては、都道府県が地対協などの議論を踏まえて、この医療機関に医師を出すということになりますので、この資料では

記載しておりませんが、既存の組織が当然入ってくると思いますので、今後、図式化してその辺の既存の組織との関係がわかるように少し整理して御提示させていただきたいと思っております。

○遠藤座長 よろしくをお願いします。

城守構成員、お願いいたします。

○城守構成員 今の御説明の勤改センターですが、確かに、時短計画の策定を各医療機関がする際に相談と支援を行う。そして、評価機能が評価した後の再取り組みに関しても勤改センターが支援を行うという立てつけは十分に理解できますが、そうしますと、勤改センターの役割としては、かなり重要かつ業務量がふえるということですので、勤改センターの人員も含めた配置等の充実は必須かなというイメージがあるということが1点。

もう一点は、(B)(C)の指定に関してですけれども、実績として労働時間の削減が進んでいるということが基本であるということが9ページにも書いてございますが、実際問題9ページの3つ目の□にありますように、地域の患者さんがふえたり、ないしは医療提供体制の機能分化連携が進んでいない、医師の偏在があるとか、さまざまな医療機関自身の取り組みではなかなか改善が難しいことに関しては、都道府県が支援することになります。評価機能の評価を受けた後で都道府県が支援することになりますよね。そうしますと、自院の努力だけでは改善しないという内容に関しては、都道府県の指定の後になりますので、そうすると指定されないということになると思うのですが、そのあたりはいかがなのでしょう。

○遠藤座長 では、事務局いかがでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘ありがとうございます。評価機能によって評価結果が出ますけれども、その評価結果だけで指定する、しないを決めないということは前回御説明させていただきました。今回の資料の11ページにもお示しさせていただいておりますが、評価機能によって評価結果を通知しますが、その結果に基づいて各医療機関が、再度計画を練って再提出するというフローももちろん検討しておりますので、都道府県から評価結果に基づいてどのような支援が考えられるのかに関しては、医療機関と都道府県の中で十分調整していただいた中で再度計画を提出していただいて、(B)(C)指定を医療審議会などで御議論いただいて、御意見をいただくという流れを考えております。

○城守構成員 ありがとうございます。そうしますと、評価機能で評価を受けて、その後、都道府県の支援を受けるということですが、先ほどもお話ししましたとおり、都道府県が支援をしようとしても、なかなか支援ができないというファクターもかなりある場合に、指定に関して一律に指定しないということはいかなるものかと思いますが、その点はどうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 (B)(C)医療機関の指定については、評価機能の結果に基づいて医療提供体制が十分でないとももちろん時短計画が進まないというのもございますので、必ずしも一辺倒で指定しないという方向では我々は考えておりませんで、医療審議

会や地対協で地域の中でどう医療提供体制を整えるかのという観点で十分議論した上で、都道府県には御判断いただくということで考えております。

○佐々木医事課長 補足させていただきます。調整できないケースは、あり得るかもしれませんが、調整できるように徹底して都道府県でも努力していただくということが前提になっております。ですので、まずは調整すべく取り組んでいただきたいと思います。具体的な好事例などについて、国でも情報を集めて提供するとか、いろいろ支援していくということはやりたいと思います。

いずれにしても、先ほど岡留構成員からもありましたが、もう少し具体的なイメージが必要ということについては繰り返しご指摘をいただいております。今後いろいろな医療機関から協力も得ようと思っておりますけれども、具体的な事例や指針、ガイドラインなど、どういった形で進めていったらいいのかということをし少し細かなものは、医療機関もそうですし、指導される立場の都道府県としても必要と思っております。並行して、そういうことも事務局としては進めてまいりたいと思っておりますのでございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、関連ということで今村構成員どうぞ。

○今村構成員 今、具体的なというお話があって、どうしても頭の中だけで考えていると、ピンと来ない部分があるんですね。例えば、仮にモデル的にここに掲げられているものを実際の病院で、どのくらいの時間がかかったり、手間がかかったりということをやってみないと、このぐらいでできますとか、そういう具体性がない、頭の体操みたいな議論をしても、全然ピンと来ないんですね。もう時間が決まっていて、お尻があるということなのかもしれないけれども、例えば、医師なり看護師が1人と社労士、そもそも社労士協会は今いろいろ一生懸命医療の現場のことをやっていたらということですが、地域で聞いてみると、従来の社労士さんではなかなか今すぐには難しいという声を私も聞いていて、たくさん社労士をここに雇用することは多分できないわけですから、どの程度の作業がかかるのかということ、まずはどこか協力していただける医療機関の中でやってみたらいいのではないかと思います。

もう一点、私ばかり申し上げて恐縮なのですが、12ページ、13ページでさらっと書いてあるのですけれども、13ページにこれだけの人がかかるわけなので、当然コストがかかるわけですね。そのコストを誰が負担するかというので、それは受審する医療機関が、(B)指定を受けるのだから、(C)指定を受けるのだから、当然払うべきだという考え方もあるかもしれないのですけれども、今回のような改革というのは本当に日本のこれからの医療を大きく左右していくような話になっていると。(B)(C)指定だって、(B)という指定は地域医療を暫定的にとにかく確保するというので(B)指定を受けるということであれば、非常に公的な性格を持っているわけですね。こういったものを受益者負担なのだからと、あたかも益があるような感じで病院に払えと。そのコストも今はわかりません、今後検討しますみたいな話になっていて、これはぜひ公的な財政的支援も考えていただく必要があ

るのではないかと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

お待たせしました。森構成員どうぞ。

○森構成員 私は3つ質問があったのですが、1つは、まさしく今村構成員に今おっしゃっていただいたので、あと2つ質問させていただきます。

13ページ、14ページに評価機能のある程度の、特に14ページに体系化されてありますけれども、これは法人として組織をつくった場合に、左側であれば、例えば東京に本部があって、そこに常勤の人が15名くらいいて、その人たちが全国を統合していくという形だと思えるのですが、それでも現実的には地方、地方の状況もあって難しいのではないかとともに思います。

一方で右側は、地方から出てきたものにある程度お任せしてということなのですが、これはまた逆に、全国的な統合性がなかなかとりにくいのではないかとこのところもありますので、右側のそれぞれの地方と厚生労働大臣を結ぶ真ん中に統合的に扱う組織が必要ではないかと思うのですが、その点はどうでしょうか。

○遠藤座長 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 全国的に統一的去るという観点と、地方の都道府県の実態を踏まえて評価を行うという両面が必要だという御指摘は、我々としても検討させていただいております。御指摘のとおり登録制ですと、地方の団体を担えるというメリットもございますが、指定に関しましては、今お示ししているところでは評価機能で1つの全国組織のように見えますけれども、支部を置くといったことに関しては指定の形式でも可能だと思いますので、そういったところも踏まえて今後検討してまいりたいと思います。御指摘ありがとうございます。

○森構成員 ありがとうございます。

もう一つは、13ページの下に具体的な人数を書いているのですが、これも先ほどの今村構成員の御質問と重なるとは思いますが、業務量が実際どの程度かというのは、1回ぐらいやってみないとどのくらい大変かというのが把握できなくて、おおよそこれくらいだと頭勘定でやると、なかなか実態にそぐわないところが出てくるのではないかとこの感じがします。

そうはいつでも進めないといけないという観点から、実際は2022年に始まるということで、この15人の人たちにどういうことを具体的に教育して、どれくらいの期間教育して、どの程度だったら合格ということで採用するのかという、その辺は何かお考えが今の時点であるのでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 まさしく2人の体制、社労士や医師・看護師等が担ってもらって業務内容を本日御議論いただいておりますので、きょう御議論いただいた内容を踏まえて、最終的にどのような養成課程でどれくらいの期間研修に費やすべきかに関しては、また事務局で今後検討してまいりたいと思います。

○遠藤座長 よろしいですか。ほかにいかがでしょうか。

鈴木構成員、お願いします。

○鈴木構成員 評価指定のイメージになるのですけれども、この中身、アウトカムなどを見てみますと、かなりハードなエンドポイントという形で示されているのですけれども、イメージしてみると少し管理者側の視点が強いかなと感じていまして、これは大きく病院の中にメスを入れるような改革だと思っているわけですが、例えば、手術をした場合に、手術時間の短縮や出血量が少なくなったということは当然重要なわけですが、実際に患者さんがどのように感じてQOLがよくなったのかとか、患者さんの満足度はどうかというのは非常に重要な視点かなと思います。

つまり、勤務医の時間の削減を図った後に、勤務医としてワークエンゲージメントやモチベーションがどうなったかという、まさにPRO的な視点があると、よりよくなるのではないかなと思うのですが、先ほどから岡留構成員や今村構成員から出ているように、これ自体が非常に内容が重い中で、この意見を言うのはちょっとどうかと思いながら悩んでいたのですけれども、ただ、受け手側の視点を評価できるような点も考慮いただけるといいのではないかなと思いますが、いかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、何かコメントありますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 先ほどのコメントでは、これだけでもすごいボリュームが多いのではないかなということもございましたので、正直今、体制として2人体制で訪問調査が必要なのではないかなということで、実際にトライアルもやってみるべしというような御意見もいただきましたので、今後の検討の中で、もちろん今、委員がおっしゃったような視点は非常に重要だと思いますので、そういったことも加味できるかどうかは検討してまいりたいと思います。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかにいかがでしょうか。家保構成員、お願いします。

○家保構成員 評価機能につきましては2ページに書いていますように、都道府県から中立の立場という大前提を考えますと、医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センターともに法定で都道府県の業務になっています。外部へ委託できるという規定がありますので、半数近くの都道府県が委託しており、両者が評価に関与すると、中立という意味では非常に問題が出てくると思います。ふだんから両センターともに各医療機関の状況を聞いて、適宜支援するという枠組みで進めるのが医療法の趣旨ではないかなと思いますので、今回書かれているように医療勤務環境改善支援センターと連携をとるとするのは当然そうだと思います。結果を重視しながら、ふだんから支援をするという枠組みの中で置くような形で、別枠で考えていただくのが都道府県としては法的な意味での整理もできますし、指定についての判断も容易かなと思います。意見でございます。

○遠藤座長 御意見としてちょうだいいたしました。ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。馬場構成員どうぞ。

○馬場構成員 12ページの財政基盤についてですけれども、今村構成員が指摘されたように、病院の収支というのは決していいわけではありませんので、過大な負担にならないように、何らかの財政的措置を考えていただきたいと思いますし、そもそも価格設定についてということですが、例えば、日本医療機能評価機構による病院機能評価であれば、病床の規模によって120～250万円、大学病院は450万円だっただけだと思っておりますけれども、割と高い金額が設定されてあって、そのような水準にならないようにぜひお願いしたいということ。

それから、コストの中には訪問に関する交通費コストがあると思っておりますので、必ずしも中央の一極集中のような評価体制がいいとは思えません。そういった意味では、都道府県単位あるいはブロック単位といったことも、ぜひ検討していただきたいと思います。そのほうが地域の事情がわかるし、例えば、勤改センターとの連携に関しても、本当に中央一極集中で47都道府県の勤改センターと全部連携がとれるのかということも非常に疑問に感じますので、その辺のこともぜひ御検討いただければと思っております。

○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。村上構成員どうぞ。

○村上構成員 私も、先ほどから皆様方から御意見が出ている6ページの評価の視点のイメージをずっと拝見しておまして、社労士資格を持っているので、もし副業でこういった仕事をするなら、どうできるかなと思いつつ見ていました。ある程度資料をきちんとそろえていただければチェックできる箇所はあるのかなと思っていたのですが、各項目について定量的な段階評価をするところ、例えば衛生委員会を設置している、していないということだと1点か0点という話なのではないでしょうか。段階評価がなじむものとなじまないものがあるような気がいたしておまして、その辺の取り組みの実態を適切に評価できるような指標をつくらないと難しいのかなという感じがいたしましたので、トライアル的にやられるときに、そのようなことにも気をつけて設計いただければと思っております。

また、9ページ、10ページで、評価結果の取り扱いについてどのようにするかということがありまして、労働時間短縮の取り組みは進んでいるけれども労働時間削減が進んでいない医療機関についても支援していきながら、(B)水準を指定することも考えられるというような御提案だと思うのですが、目標を掲げていて全然進んでいないところをどのように扱っていくのかについては、少し慎重に考えていただいたほうがよいのではないかと思います。都道府県の支援もかなりやることを前提にするとは言っても、結局、患者数が多いということだけで取り組みが進んでいかないのではないかと懸念がございますので、そのあたりのことも御検討いただければと思います。

また、最低点数とか足切りといったような、何か基準を設けないと、都道府県の皆様方もどうやってこの結果を取り扱えばいいのかということになるのではないかと思いますので、そこも具体的な検討を進めていただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

ほかに何かございますか。堤構成員どうぞ。

○堤構成員 質問になります。8ページで、最初のほうを私が十分に把握していないのかもしれないけれども、評価機能が公表されることにより、医療のかかり方を見直すきっかけになることが期待される等々のところですが、評価機能の公表の仕方にもよると思いますけれども、例えば、患者さんがどういうビヘイビアをとることが期待されるのか、具体的にどういうイメージがあって書かれているのか御紹介いただければと思います。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 公表することによって、例えば6ページにもございませとおり、アウトカムで960時間以上働いている医師がこの医療機関にはこれぐらいいるのだということが地域の方々にもわかるようになりますので、救急外来の適切なかかり方などに関しましては、これまでも厚労省において上手な医療のかかり方を広めるための懇談会などで議論してきたとおり、地域住民の方々が医療機関を支えていくという観点で受診の仕方等々、啓発にも使用されるのではないかと考えております。

○堤構成員 いわゆるポジティブに評価されて、患者さんたちもそれに対して学んでいただいてビヘイビアを変えていただければいいと期待されるのですけれども、例えば、患者さんがその病院を敬遠してしまうというような情報としてとられると、医療機関としてはちょっと困るかなと。なので、出し方と、うまい評価のされ方が大切かなと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、城守構成員どうぞ。

○城守構成員 今回の堤構成員と同じ公表に関してですが、今お話があったとおり、公表は基本的にすべきということはよいかなと思うのですけれども、医療機関が努力をせずに労働時間の短縮ができていないというのはあってはならないことですので、しっかりと公表するという意味もあるわけですが、今お話があったように、公表することによって住民がかかりにくくなるという視点とは別に、実はその医療機関は、その地域においては医療の確保において非常に重要であるという位置づけであるにもかかわらず、公表されることによって、あの医療機関に行くと長時間労働させられる、時短計画もなかなか取り組んでいないということで、逆にお医者さんがそこに行かなくなることによって、さらに時短の解消がされにくくなるという側面もあり得るかなと思いますので、いわゆる自院での努力を最大限し、さらに、都道府県の支援もしっかりしていただいているにもかかわらず、なかなか時短ができないような医療機関に関しては、何らかの公表に関しての配慮をしていただければとお願いしたいと思います。

○遠藤座長 よろしく申し上げます。

ほかにいかがでございましょうか。森構成員どうぞ。

○森構成員 今の御意見は至極ごもっともだとは思いますが、公表する際にどこをどうするかということは、かなり難しいのではないかと思います。私が心配するのは、

今回の四百幾つの病院の公表にしましても、地域の人たちはそういう話のバックグラウンドがわからないままに受け取りますから、どうしても病院がなくなってしまうのではないかという話にいきなりなってしまうのが現状で、実際に私たちの近くでもそういうお話があります。それから、若いドクターにそういう病院にという話をしても当然行きたがらないとか、あるいは看護師さんの採用内定が取り消されたとか、いろいろ不利益な点が出ています。

これもオープンにする責務はあろうかとは思いますが、オープンにした場合にドクターが長時間やっている病院には行きたくないと思うのが患者さんの心理で、そうすると、ますます病院格差を助長してしまう可能性もあると思います。ですので、本当にどうしたらいいかというのは、そのまま本当に公表して皆さんで考えなさいというよりは、むしろ仕組みづくりをするとともに、国として国民にしつこいぐらいに教育するというか、啓蒙していくことが非常に重要ではないかと思えます。そういう機会をぜひあわせて、国民にかなりしつこく啓蒙していただければと思います。

○遠藤座長 非常に重要な御指摘だと思います。

ほかにいかがでございましょうか。今村構成員どうぞ。

○今村構成員 今、皆様方の議論を伺っていて、あるいは厚労省の事務局ともやりとりをさせていただいて、評価の組織のあり方あるいは評価の中身や、今お話があった公表の仕方、すべて本当にこれからの日本の医療提供体制に物すごく大きく影響するお話だと思っています。医師の働き方についても制度の根幹になるわけです。兼業・副業の話も含めて、まだまだ結論が出ていないようなこともあって、こちらの評価の話だけスケジュールが決まっているので、ある一定のスピード感でいろいろ議論していかなければいけないという事務局のお立場もよくわかりますけれども、さっき私が申し上げたように、ちゃんとした試行をやるとか具体的な確認をしながら、ある程度のスピード感を持ちながら、でも慎重の上にも慎重に議論を進めて結論を出していただきたいということを改めてお願いしたいと思います。

本当に頭の上で考えて、こうやったらいいんじゃないのと、先ほどの公表の話もそうですけれども、国民の方々にいきなり生のデータをボンと出すと、いろいろな混乱を起こすということは何度も何度も起こっているわけですから、本当に慎重にやっていただければと思います。改めての話ですけれども、よろしく申し上げます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

山本構成員、お願いいたします。

○山本構成員 おくれて参りましたので、ちょっと議論からピントが外れるかもしれませんが、今の公表の問題につきましては、発表の仕方によっては、あの病院はブラックだとか、軒並み大学病院が名前を挙げられてブラックだとか、ますます大学病院離れを助長しかねないところがあると思います。これは当然のことながら我々としても努力はいたしますが、もう一つは公表の時期の問題もあるのかなと。1回評価したから、それ一発ですぐ

公表するのか、最初は医療機関と都道府県に通知して、中でしっかりやりなさいよということをお促ししておいて、その次のタイミングで公表するとか、公表のタイミングもぜひ御検討いただきたいなと思います。先ほど来、皆さん御指摘のいたずらに世の中の混乱をあおる、あるいはそこに飛びつく人たちも当然大勢おりますので、所期の目的がしっかり達成できるような形で進め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。

ほかにかがでございましょうか。大体よろしゅうございますか。それでは、本日非常に積極的な御発言をいただきまして、どうもありがとうございました。本日の議題は以上でございますので、本日の検討会はこれにて終了したいと思います。

事務局におかれましては、さまざまな御意見が出ましたので、それぞれに対して所要の対応をお願いしたいと思います。

事務局から全体を通して何かコメントはありますか。医事課長どうぞ。

○佐々木医事課長 いろいろと御指摘をいただいておりますところにつきましては、鋭意努力しまして、次回以降の場で御提示できるものはどんどん出していきたいと思っております。

○遠藤座長 よろしく願いいたします。

それでは、次回の日程について何かありますか。

○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、本日の会議はこれにて終了したいと思います。長時間どうもありがとうございました。