

2021-8-23 第14回医師の働き方改革の推進に関する検討会

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 それでは、定刻を過ぎましたので、ただいまより第14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、お集まりいただきましてどうもありがとうございます。

本日、出席予定ですが、まだ片岡構成員のみ入られていないという状況でございます。

また、事務局に人事異動がございましたので構成員の皆様に御紹介申し上げます。

医政局医事課企画調整専門官、谷嶋弘修でございます。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

資料1としまして「C-2水準の対象分野と技能の考え方について」。

資料2-1といたしまして「医療機関勤務環境評価センターの評価について」。

資料2-2としまして「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン」。

参考資料1としまして「前回の検討会でいただいた主なご意見と今後の対応」。

参考資料2と参考資料3といたしまして、それぞれ検討会の取りまとめをつけさせていただきます。

不足する資料、落丁等ございましたら、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)

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 本日の会議の進め方について、御説明いたします。

本日、オンラインで御参加いただいている構成員の皆様は、御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

御発言の際は、Zoomサービス内の「手を挙げる」ボタンをクリックいただき、座長の指名を受けた後に御発言をお願いいたします。その際は、マイクのミュートを解除してくださいませよう、お願いいたします。

なお、操作方法が不明な場合には、画面に向かって手を挙げていただきますようお願いいたします。

御発言終了後は、再度、マイクをミュートにさせていただくとともに、Zoomサービス内の「手を下げる」ボタンも押しさせていただきます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、座長をお願いいたします。

遠藤座長、よろしくをお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、早速、議事に移らせていただきたいと思います。

まず議題の「1. C-2水準の対象分野と技能の考え方について」。資料1につきまして

事務局から説明をお願いいたします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

資料1「C-2水準の対象分野と技能の考え方について」を御覧ください。

それでは、2ページ目、お願いいたします。

C-2水準の考え方につきまして、これまでの議論について簡単に復習させていただきたいというように思います。C-2水準、これまでの議論の枠組み中の○の3つを御覧いただければと思いますけれども、これまでの検討会におきまして、我が国の医療水準の維持発展に向けて高度な技能を有する医師を育成するということが公益上必要な分野においては、一定期間、集中的に取り組むことを可能としなければ、医療が維持発展できないというような観点から、こういった業務に従事する医師に関しては適用する時間外・休日労働時間の上限を1,860とするような枠組みとしてC-2水準が設けられました。

医籍登録後、臨床従事6年目以降の者がそういった分野、高度な技能を有する医師の育成が公益上必要な分野において、当該技能の育成に関する診療業務を行う場合に適用されるというような枠組みでございます。これまで昨年までの推進検討会ですとか中間取りまとめにおきましても、この考え方につきまして一定まとめられたところでございます。

具体的に改正医療法の規定におきましては、C-2水準に関しましては点線の枠組みのとおりに書かれております。改正医療法の規定というところを御覧ください。括弧を外した形で読み上げさせていただきます。

都道府県知事は、当分の間、特定分野における高度な技能を有する医師を育成するために、当該技能の修得のための研修を行う病院または診療所であって、当該研修を受ける医師をやむを得ず長時間従事させる必要がある業務として厚生労働省令で定めるものがあると認められるものを当該病院または診療所の開設者の申請により、特定高度技能研修機関として指定することができるというような形になっておりますが、具体的にC-2水準を運用するに当たっては、矢印の下のさらなる検討が必要な論点を御覧いただければと思いますが、ここに掲げます3つの事項について運用に向けて整理をしたいというように考えております。

まず1つ目がC-2水準の対象分野。これは特定分野というようにしておりますが、その考え方。2つ目がC-2水準の対象技能となり得る分野（特定分野における高度な技能）の考え方。そして、3つ目ですけれども、技能の修得にやむを得ず長時間が必要となる業務の考え方。これらにつきましてC-2水準の具体的な運用に向けて本日御議論いただきたいというように思っております。

資料、3ページ目を御覧ください。

まず1つ目のC-2水準の対象分野の考え方についてでございます。C-2水準の分野につきましては、先ほど御説明させていただいたとおりでございますけれども、今回、案としてC-2水準の対象分野の考え方として下の枠組みのところをお示しさせていただいております。重なる部分がございますが、C-2水準の対象分野として厚生労働大臣が公示す

るものは、我が国の医療水準の維持発展のために必要な診療領域において、高度な技能を有する医師を育成することが公益上特に必要と認められる医療の分野とすることとしてはどうか。その際、我が国の医療水準の維持発展のために必要な診療領域については、日本専門医機構の定める基本19領域としてはどうかというところをお示しさせていただいております。参考に、基本19領域につきましては下のところに書かれている領域がそれに当たるものでございます。

続きまして、4ページ目を御覧ください。

先ほど来申し上げております特定分野における高度な技能についての考え方を整理したいというように考えております。矢印の下にありますC-2水準の対象技能となり得る技能、いわゆる高度な技能の考え方について案をお示しさせていただいております。

まず1つ目の○ですけれども、我が国の医療水準を維持発展していくためには、新たな治療法や新規医療機器を用いた手術法等、新たな技能を開発していくことが必要であります。こうした技能については、研究等を通じ、有効性や安全性を確認される途上にあることから、C-2水準の対象技能になり得る高度な技能であると考えられます。我が国においては、研究等を通じ有効性や安全性が確認された際には、保険適用がされることが基本であることを踏まえ、保険未収載の治療・手術技術がこうした技能に相当するというように考えられます。

続きまして、2つ目の○のところでございますが、必ずしも新たな技能ではなくても、医療水準の維持発展のためにその技能を有する医師を継続的に育成する必要があるとあって、一定レベル以上の修練が必要な技能といったものが存在いたします。こうした技能は基本領域の専門医取得段階の修練では、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで到達することが困難なものがございまして、医師の育成を通じて技能を均てん化し、国民に対し良質かつ安全な医療を提供するためには必要というようなことから、C-2水準の対象の技能になり得るというように考えられます。

以上の考え方から、下の細い緑の二重線の枠組みを御覧ください。C-2水準の対象となり得る技能の考え方として、まず1つ目、医学研究や医療技術の進歩により新たに登場した、保険未収載の治療・手術技術、先進医療も含む。それから、2つ目、良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技能、こうしたものがC-2水準の対象となり得る技能の考え方としてお示しさせていただいております。

最後、5ページ目を御覧ください。

やむを得ず長時間労働が必要となる業務の考え方について、先ほどまで御説明しております考え方もそうですけれども、C-2水準の技能の整理に当たって、関係学会等にヒアリングなどを行っており、考え方を整理しております。やむを得ず長時間労働が必要となる業務の考え方については、少し飛びますけれども、緑色の枠線、ア、イ、ウを御覧いただ

ければと思います。

技能習得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務の考え方につきましては、まずア、診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できないもの。イ、同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できないもの。ウ、その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶもの。これらの要件に1つ以上該当するものがやむを得ず長時間労働が必要となる業務というように整理しております。

6 ページ目を御覧ください。

今、申し上げました3つの事項につきましてまとめた図になります。C-2水準の技能となり得る技能の具体的な考え方につきましては、C-2水準の対象分野に該当するものとしましては、日本専門医機構が定める基本19領域において高度な技能を有する医師を育成することが公益上特に必要と認められるような分野であって、2、先ほど申し上げました2つの事項のいずれかを満たす場合であって、かつやむを得ず長時間労働が必要となる業務、アからウのいずれか1つ以上に該当するもの、こうした要件を満たすものが具体的なC-2水準の技能として考えられるのではないかというような考えをお示しさせていただいております。

7 ページ以降、具体的な運用になりますけれども、今回お認めいただきましたC-2水準の技能につきましては、厚生労働省から委託の形としてその事務を運用しながらC-2水準の審査を行うというような運用を考えております。具体的には、各領域の関係学会の協力を得ながらC-2水準の技能、それから、教育研修環境や技能実習計画について審査をした上でC-2水準の審査、認定をするというような運用を考えております。

資料1、御説明の最後になります。8 ページを御覧ください。

審査組織の業務スケジュールでございます。医療機関の研修環境及び個人の技能研修計画の個別審査に先立って、2021年度中にその考え方についてまず整理を行いたいというように考えております。そして、2022年度中にはそういった研修環境、それから、個人の研修計画を個別審査できるような手続を進めたいというように考えております。なお、2024年度以降は初回審査に加え、医療機関は3年に1回、医師個人が作成する技能研修計画は計画期間3年以内に応じて、更新に係る審査を実施するという事としております。

今回、この技能の考え方等についてお認めいただきましたら、今後、事務的にそういった審査ですとかもろもろの手続等の準備を進めたいというように考えております。

資料1について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、ただいま事務局が説明された内容につきまして、御質問、御意見等あれば承りたいと思います。いかがでございましょう。

では、島田構成員、お願いいたします。

○島田構成員 ありがとうございます。

C-2水準の対象業務について細かく要件を設定されて、一つ一つについては異論のない

ところなのですが、確認をしておきたいと思うのは、最後の3つ目のところのア、イ、ウのうち、特にアとウはその日1日の労働時間の長さをもう少し長くしなければいけないというのが中心になろうかと思えますし、イも日常的なものだと思います。これのどれかに該当しないけれども、技能水準を確保するためにこのC-2水準の時間外労働を要するというような技能というのはないと考えていいのかというところは若干疑問がございます。

そこは専門家の方々がヒアリングされているということなのですが、今後のことも考えると、ア、イ、ウというのは例示ぐらいにとどめたほうがいいのではないかというように思いますので、御検討いただければというように思います。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、ただいまの御質問について、あるいは御意見について、コメントがあればお願いいたします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、先生御指摘いただきましたア、イ、ウの考え方につきましては、関係学会のヒアリング等を通じて整理したものではありませんけれども、先生のおっしゃるとおり完全に完璧にこれが全てのC-2水準の理念に該当する技能を網羅できているかというところでは確かに完全と言い切るものではないというように思っております。

C-2水準の具体的な審査をするときには、いわゆる審査組織のほうで具体的な審査をしていく形になりますので、今回いただいた議論を踏まえた基本技能の基本的な考え方に沿って適切に柔軟に対応すべきというように考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、次に、森本構成員、島崎構成員の順番でお願いいたします。

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。

C-2水準の対象技能については6ページ目で示されているとおりで、対象となる技能を現時点で全て特定することはできないのだろうと思えますが、一方で、対象技能が必要以上に拡大することがないように、今後の運用を徹底していただきたい。

それから、医療技術は日進月歩でありますから、新たな技能の追加あるいは技能によってはその修得にかかる時間が短縮されていく可能性も想定されます。

8ページ目に審査組織の業務スケジュール（案）が示されていますが、①の技能の整理については、2021年度の実施というところにとどめることなく、対象業務の審査や、更新状況なども踏まえ、確認、見直しを行うことも検討してはどうかと考えます。また、対象者の研修内容の実態あるいは労働時間の状況も踏まえ、C-2水準の在り方や審査の適正性などを検証していくことも必要ではないかと考えます。

更に、C-2水準の運用を進めていく中で高度な技能の修得には必ず長時間労働が伴う、という認識が定着してしまうことがないように、技能研修計画の審査に加えて医師の労働

時間短縮計画の策定あるいは評価センターによる評価なども通じて、労働時間全体の短縮の取組がしっかりと行われるようにしていただきたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

幾つか御提案もございましたけれども、事務局、何かコメントがあればお願いしたいと思います。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まず、C-2水準の技能が実際にどのように運用されたり認定されたり、あるいは審査されているかというところにつきましては、実際に運用が始まって適切なタイミングでそれが評価できるような形で、この検討会等も使いながら振り返るような形でしたいというように考えております。

それから、C-2水準であれば必ず長時間労働が必要というような決めつけにならないようにというところでございますけれども、C-2水準の認定を受ける場合であっても時短計画を提出する形になっておりますので、そういった取組を通じて時短を進めていただきたいと思いますというように考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 森本構成員、何かコメントございますか。

○森本構成員 分かりました。

○遠藤座長 よろしいですか。

それでは、続きまして、島崎構成員、お願いいたします。

○島崎構成員 島崎です。

私は対象の特定がきちんとしてできているかどうかという観点から2つ質問します。

まず議論の前提ですが、特定分野それから対象技能について言えば、最終的には審査組織が判断する形になるのかもしれませんが、法律上はその審査組織に白紙委任していません。つまり、法律上は、特定分野、対象技能という言葉が使われているように、分野や技能に関して一定の限定を加えることが予定されているのだと思います。けれども、その観点から言いますと、まず4ページのところの対象技能に関して言いますと、「保険未収載の治療・手術技術」と書いてあります。事務局に質問なのですが、これは保険外併用療養費の評価療養の対象となる技術のような、つまり、保険収載されていないけれども有効性・安全性がある程度確認されたものに限るという趣旨なのでしょうか。それとも、そうではなくて、そこまで至っていないような、語弊があるかもしれませんが有象無象の技術まで、つまり、保険収載されていない一切の治療技術とか手術手技まで含んでしまうのでしょうか。その点について、まず質問したいと思います。

○遠藤座長 では、事務局、お願いいたします。

○福田医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まず、ここに書かれております趣旨は、その安全性や有効性を確立していないような開

発途上にある技術、技能であるというような考え方で記載させていただいておまして、必ずしも評価療養の枠組みを指すものではないというように考えております。しかしながら、先生の御指摘のとおり、いわゆる有象無象といえますか、医学的に不適切と言ったらあれですけども、そういった医療技術が含まれないような形で関係学会等にウオッチしていただきながら審査するというような枠組みを考えております。

○島崎構成員 最終的に審査のところでのこのチェックが入るといのは構わないのですが、法令上は審査組織に白紙委任するのではなく、一定の特定をしようとしているわけですから、「保険未収載の治療・手術技術」というと、今言ったように有象無象の技術まで全部含まれてしまうことになるのではないのでしょうか。つまり、何ら特定されていないことになってしまうと思いますが、いかがでしょうか。

念のために申し上げますと、私、保険外併用療養費の対象となる評価療養に限定すべきだということを行っているわけではありません。しかし、もし「保険未収載の治療・手術技術」と書いている意味が、保険収載されているもの以外全てが対象だということであれば、実質的には何ら限定したことにならないというように思いますけれども、いかがでしょうか。

○遠藤座長 では、事務局、どうぞ。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

対象となる技能の考え方についてでございますけれども、枠組みとしては、やはり研究開発途上にあるような枠組みを指しておりますが、特定の段に至っては、そういった学会や専門的な知見があらわれる方々の御意見を踏まえるということで特定というような枠組みになるのではないかとこのように考えておりますが、いかがでしょうか。

○島崎構成員 それは具体的に省令上、どうやって書くのでしょうか。それが分かりません。考え方がきちんと整理されていないのではないかと思います。まずそのことを申し上げたいと思います。

次に、対象の分野の考え方についても聞きたいと思います。対象の分野については、日本専門医機構が定める基本領域（19領域）ということになっていきますね。私の質問は、臨床の領域でこの19領域に含まれないものがあるのでしょうか。もし、全ての臨床領域が、この基本領域（19領域）でカバーされてしまうのであれば、先ほどの質問と同じように何ら限定したことにならないというように思います。逆に、もし19領域でカバーできない臨床の中でそういう領域があるのであれば、それはなぜ外したのかという説明が必要になると考えますが、その点について説明していただきたいと思います。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まず、対象分野のほうですけども、基本的に19領域で診療領域は全て含まれるというように考えております。それが一点です。

もう一つ、先ほどの少し補足説明させていただければと思います。保険適用外であれば

それ以外の技能というような形の御意見をいただきました。基本的に研究等を通じて実施される医療であっても有効性・安全性が確認された際には保険適用されることが基本というような考え方ですので、基本的には、まずそういった保険適用を目指しているような研究が前提になるというところで考えております。

すみません、御趣旨を踏まえて、特に対象技能となり得る技能の考え方につきましては、そういった趣旨が伝わるような書き方に修正、検討したいというように考えております。

○島崎構成員 対象分野については先ほど申し上げたように、この19領域で臨床分野が全てカバーされるということであれば、実質的には何ら限定をかけたことにならないと思いますよ。その上で申し上げれば、対象分野については限定をかけられないから全てを対象にするのだというのであれば、それはそれで一つの考え方だと思いますけれども、いずれにせよ、考え方を少し整理する必要があるのではないかと思います。

質問と意見は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントがあればお願いします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

医療の特性上、公益上必要な分野が非常に大きいと思いますので、なかなか説明が不十分で申し訳ございませんでした。考え方については、しっかり整理したいというように思います。

○遠藤座長 よろしくお願ひいたします。

それでは、続きまして、家保構成員、お願ひいたします。

○家保構成員 ありがとうございます。

C-2分野については非常に専門的な部分がありますので、都道府県としてはどのように審査業務等を行うか心配しておりました。それについては今回、7ページに書いてあるような審査組織をつくっていただいて、医療法での厚生労働大臣の確認をする、それが都道府県にとって特定高度技術研修機関として指定される候補になるというようにしていただきましたので、技術的な面での困難性はないと思います。

その後、都道府県は、厚生労働大臣の確認を受けた医療機関からの申請に基づいて各都道府県の医療審議会での意見を聴いた上で承認するというスキームになるということで、そういう理解でよろしいかというのがまず一点、質問でございます。

あわせて、この承認のところ、審査については教育環境については一定期間、3年に一度の更新とか、個々の医師についての技能研修計画は計画期間に応じた更新審査というのがございます。となりますと、都道府県の承認についてもそういう期間の概念が入ってくるのか、入ってこないのかということを示していただきたいと思います。もし期間の概念が入るのであれば、該当する医師がいなくなった場合に、以前、承認した都道府県の承認がどうなっていくのか、取り消すのか、または、失効するのかという点についても、行政手続上の問題もございまして明示していただきたいのが要望でございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局のコメントをいただきますけれども、今、打合せをしているようなので、よろしいですか。

では、事務局、お願いいたします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まず1点目につきましては、先生の御理解のとおりでございます。

2点目につきましては、医療機関が例えば3年で指定を受けて、その途中で適用される医師がいなくなったりということは確かにあり得るかなというように思っております。そしてまた別の医師が少し期間を置いて来る場合には新たに研修機関も併せてチェックするような運用になるかと思っておりますけれども、いずれにしろ、どのような期間でどのようなタイミングでそれぞれ審査するかというところは明らかに整理したいというように思っております。

○遠藤座長 家保構成員、いかがでしょう。

○家保構成員 ありがとうございます。それで結構です。

あわせて、都道府県には国の承認を得る際のいろいろな資料、医療機関から提出されたもの等、また更新の結果とかいろいろな情報を是非とも提供していただきたいと思っております。立入検査等、いろいろな場面で確認をして、その結果を各医療機関に指導なり改善を求めることも想定されますので、是非ともその点はよろしく願います。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。次は今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 何点かございますけれども、先ほど専門医機構の専門医のお話をいただいたと思っております。私も今、専門医機構の副理事長を拝命しておりますので、その観点から若干お話をさせていただきたいと思っておりますけれども、今回の仕組みは、少なくともまず標準的な医療はそれぞれの診療領域が行えるということで専門医を取得する。さらには、今の新しい専門医機構では、いわゆる更新をする際に医療は日進月歩ということで新しい医療技術、新しい知識を確認するための試験を行うということが各学会の中で決められているということがございます。

また、さらに、それぞれの診療領域を基盤としてサブスペシャリティーというのがあるのですが、実はこのサブスペシャリティーもそれぞれの診療領域だけではなく複数の診療領域をベースにしてサブスペシャリティーも構成されているということで、単に領域が全部含んでいるのではないかというお話だけではなくて、まず専門医を取得するというところがベースになった上で、さらにどの領域からどのような新しい技術が出てくるかということは正直分からないわけで、必ずしもその診療領域を限定して出てくるわけではないという意味で、この専門医機構の19の診療領域というものを認めているということについて

ては、私としては適正ではないかなというように考えております。

1点、今回の事務局からの御提案につきましてはおおむね賛成なのですが、最後のスケジュールのこと、これは森本構成員からもちょっとお話が出ましたけれども、これも今、専門医機構の中で大変大きな問題になっていることが、実は専門医を取得するための専攻医の方々が勤めている病院というものは、コロナの問題で例えば今、病院に対してコロナの患者をどんどん受け入れてくれということで非常に一般の医療についての制限を受けるということが現実起こっております。

そういう中で専門医を取得する方たちの専攻医のプログラムが全く進まないというような問題が結構いろいろな病院で起こっております、このスケジュールというのは、どのことでもスケジュールを決めておくというのは非常に重要なことなので、これはこれで大前提だということとはよく分かりますが、昨年の12月の時点でのいわゆる状況と、今のこのコロナの感染状況というのは全く違う状況になっておりますので、そういった意味で、このこういった仕組みが粛々と進むかということ、なかなか一つの課題もあると思いますので、事務局としては、足元をしっかりと確認しながらスケジュールを着実に進めていただければというように思っております。

以上、お願いします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントございますか。

○福田医師養成等企画調整室長 特にございません。ありがとうございます。

○遠藤座長 それでは、お待たせいたしました。横手構成員、お願いいたします。

○横手構成員 ありがとうございます。

これまで御提案いただいた御質問とも一部重複しますが、今回、対象分野を基本19領域ということでございます。中でも例えば内科系、外科系などは基本の内科専門医、外科専門医を取得した後に、より特殊なといいますか、専門性の高い領域、例えば心臓血管外科や消化器内科など、侵襲的であり、また、複雑な手技を要する、そういうサブスペシャリティーがつながっていきます。この文章だけを見ると、そういうサブスペシャリティーが本当に包含されているのかどうかというのが十分読み取れない心配もあるように思いますが、この基本19領域というのはその後につながるサブスペシャリティーの研修、研鑽も含めたものと理解してよいのかどうか改めて事務局の御見解を頂戴したいと思います。いかがでしょうか。

○遠藤座長 では、事務局、お願いいたします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先生のおっしゃるとおり、例えば内科であったり外科であったり様々なサブスペシャリティーがこれにぶら下がるといいますか、発展的につながっているというような形だと思います。実際にはそういった領域も含めた形で含まれるというような形で御理解いただければというように思っております。

○遠藤座長 横手構成員、いかがでしょう。

○横手構成員 今後、この文章が表に出たときに、サブスペシャリティー領域が含まれることが間違いなく理解され、実施されるということであれば結構だと思います。ありがとうございました。

○遠藤座長 ありがとうございます。事務局もよろしく御検討をお願いいたします。

それでは、お待たせいたしました。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、C-2水準に関しましては、以前、私、申し上げましたように、このC-2の枠というのは未来の医療の発展ですとか若手の人材育成という観点で非常に重要だなというように感じておりましたので、若手、中堅の立場としては、こうした議論が少し踏み込んで進んでいっているということに関して大変安心しております。

その中で、実際に私ぐらいの世代がこのC-2水準を目指していくというようなところになると思いますが、そういった当事者の立場から考えてみますと、なかなかまとめるのは難しいなというのは正直分かっているのですが、それを考えても、やはり具体的なところが見えにくいなというように感じております。

実際にこのC-2を使おうかなと考えたときにイメージが湧きにくいというところがありますので、できれば、難しいなと思うのですが、事前にもう少し特定した事例ですとか、あとは実際にこのC-2水準が運用された後に具体的な承認された事例なんかをある程度公開できるような仕組みがあると実際にこれを運用していく中で当事者としては分かりやすくなっていくのかなというように思います。もちろん、あまり具体的になり過ぎると、その後、何でこれは認められなかったのだとかそういった問題も生ずるかと思うのですが、現実的に可能な範囲でそういった形で事前と運用後の事後に公開されるような仕組みがあると当事者としては非常に分かりやすくなっていくのではないかなというように思います。御検討、よろしくをお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

何か事務局、ありますか。幾つかの議論は基本的に現実的によく分からないところがあるというところが共通しているところがあるかと思いますけれども、何かコメントございますか。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先生御指摘いただきましたとおり、実際にこの枠組みを使って申請される先生方が困らないように何かしら申請のイメージですとか準備はしたいというように考えております。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

鈴木構成員、よろしいですか。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかにございますか。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、最初の議題はこれぐらいにさせていただきます、次に議題の2番でございます「医療機関勤務環境評価センターの評価について」、これに移りたいと思います。

事務局から資料2-1、2-2について、御説明をお願いしたいと思います。よろしくをお願いします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

資料2-1、そして、資料2-2を御用意ください。「医療機関勤務環境評価センターの評価について」でございます。

過去の推進検討会におきまして、資料2-2でございます「医療機関の医師労働時間短縮の取組に関するガイドライン」、これについて御議論、御確認いただいたところでございます。これについて修正や新たな検討につきまして今回お諮りしたいというように思っております。資料2-1に基づいて御説明させていただきます。

それでは、おめくりいただきまして、まず「評価の視点について」でございます。

資料の2ページ目、医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドラインの修正についてを御覧ください。

先ほど申し上げましたとおり、この評価センターの評価の視点に関しまして具体的な評価項目や評価基準につきまして、これは令和元年度の厚労科研において作成されましたガイドラインを参照とするということとしております。これにつきまして、令和2年度、医師の労働時間短縮の取組の分析・評価のための「評価機能」の設置準備事業における検討ですとか、それから、大臣指針の内容の見直しを踏まえまして、先ほど申し上げましたガイドラインについて修正を行ったものでございます。これについて御確認等をいただきたいというように思っております。

また、今回お示しさせていただく修正事項はございますけれども、今年度、さらに「評価機能」の設置準備事業における模擬評価等を行う予定でして、今後も修正を行う可能性がある旨、併せてお知らせいたします。

修正点でございますけれども、＜主な修正点＞のところを御覧ください。

まず評価項目について、幾つかの事項を追加したいというように考えております。片括弧のところですが、医師労働時間短縮計画の作成、月の時間外・休日労働時間が155時間を超えた場合の措置の実施、副業・兼業を行う医師の労働時間の管理、C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化、そして、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針において医療機関に対する推奨事項とされている事項等について追加させていただきたいというように考えております。なお、追加する項目等につきましては、資料2-2の赤字にしているところがございますので、併せてお知らせいたします。

それから、評価についてでございますけれども、各項目について○×による評価を行うこととしておりました。その評価を行うに当たっては、評価の基準が明確になるよう、一つの項目に複数の要素が入らないように内容について整理をしております。

また、評価センターにおいては、実際には時短計画に記載された内容を参照しながら評

価・分析等を行うことが考えられますので、全体として順番や文言を修正や適正化しております。また、全体評価に関する記載も追加しております。こちら、後ほど詳細を御説明させていただきます。

おめくりいただきまして3ページ目でございますけれども、全体の評価の視点でございます。例えばストラクチャーとして労務管理体制、プロセス、時短に向けた取組、それから、実際の労働時間の短縮や取組実施後の評価、アウトカム、こういったものにつきましてそれぞれの評価の視点から評価項目を設けているというような構成になっております。

続きまして「全体評価と都道府県の指定について」を御覧ください。

資料の2-1、5ページ目を御覧いただければと思います。先ほど申し上げましたとおり、それぞれの項目について、○あるいは×で評価するというような形のことを想定しておりますが、その評価に応じて全体評価というようなものを案としてお示しさせていただいております。評価は評価センターからそれぞれの病院に通知することを想定しております。具体的な案としましてはSからA、B、C、Dの5段階を考えております。

まず下の四角のところを御覧いただければと思いますが、他の医療機関にも推奨できるような取組が行われている場合にはS。Aでございますけれども、取組は十分行われており、そのアウトカム、時短も進んでいる場合にはA。取組が十分行われているけれども、まだなかなか労働時間短縮が進んでいない場合はB。取組に改善の必要があり、時短計画案から今後の取組の改善が見込まれる場合にはC。取組に改善の必要があり、時短計画の案も見直しが必要である場合にはDというような形で考えております。

2つ目の四角でございます。医師の労働時間短縮に向けた医療機関の取組の具体的な評価の基準は、今後試行しながら検討したいというように考えております。

そして、次の6ページのスライドにもございますけれども、労働関係法令等に規定されておりますような事項ですとか医療法に規定された時短計画の作成、追加的健康確保措置の実施体制に改善が必要な場合には、その段階では評価を保留というような形を考えておまして、改善後に再度評価を行うというような流れを想定しております。なお、改善に当たっては、勤改センターの支援を受けることも可能でございます。

また、2022年から2023年度の書面評価におきまして、評価結果がDの医療機関につきましては、2023年度に訪問評価を行いまして時短計画案の見直し、それから、今後の取組の改善について、助言・指導を行うということを想定しております。

最後の四角でございますけれども、評価結果がBの医療機関につきまして、指定する場合には、BまたはCの場合は医療機関による自主的な取組を原則としつつ、都道府県による必要な支援を講ずることとした上で指定を行いまして、Dの場合には時短計画案の見直しを踏まえ、今後の取組の改善が見込まれることを確認した上で指定を行うというようなことを考えております。

6ページ目でございますけれども、SからA、B、C、D、それから、評価保留の考え方についてイメージをお示しさせていただいております。先ほど説明した内容と重複しま

すけれども、それぞれの評価項目の評価の状況に応じてそれぞれの評価を行うということを想定しております。

続きまして「評価のスケジュールについて」、御説明させていただきます。

8 ページ目を御覧ください。各医療機関の評価の受審のスケジュールでございます。2024年の4月から時間外上限規制の適用が始まるわけでございますけれども、2022年から2023年にまず書面で評価を受けて、評価結果がDになった場合には2023年度に追加で訪問評価を受けるといようなことを想定しております。

例えばX病院のように2022年度中に書面評価を受けて2023年度に指定申請を受け、2024年4月に間に合うような形で指定を受ける。あるいはY病院のようにあらかじめ勤改センターによく相談しておいて、2023年度、速やかに書面評価を受けて指定申請を受け、2024年に間に合うといようなことも考えられます。

また、Z病院の場合ですと、例えば書面評価の結果、訪問評価を受けることになったとしても十分前もってその評価を受けていれば2024年4月に間に合うような形が考えられます。しかしながら、U病院のように事前に準備が不十分な場合で2023年度に評価を受けますと、場合によっては訪問評価を受けて2024年に指定が間に合わないといような可能性もございますので、そういったことがないように事前に早く準備をしていただくか、あるいは勤改センターへあらかじめ相談し、助言・指導を受けるといようなことが望ましいという形で考えております。

なお、3つ目の○でございますけれども、2024年度以降、3年後の再指定または新規の指定に向けて評価を受審する場合には、訪問評価を受けるといこととしております。

資料最後、9 ページ目を御覧ください。内容は重なることもございますけれども、評価センターの業務のスケジュールとしましては、2022から2023年度は全てB・連携B・C水準を受けようとする医療機関の評価受審が全て必要でございますので、原則書面評価を行うといこととしておまして、書面評価にある評価結果がDになったものに関しては訪問評価を行うといようなことを考えております。

2024年度以降は3年間を一区くりとしまして、その間に各医療機関は1回、訪問評価を受審し、年度途中でB・連携B・C水準に移行しようとする医療機関の評価は随時対応していくといことを想定しております。また、現在もしておりますけれども、評価者養成のための講習につきまして、今年度から実施し、その後は業務の進捗や組織の体制に応じて実施していくことを想定しております。

資料2につきましては以上でございます。

○遠藤座長 2-2の説明は特段ないわけですか。

○福田医師養成等企画調整室長 今、御説明させていただきました内容を赤字でお示しておりますけれども、基本的な修正内容等につきましては、今、御説明を申し上げましたとおりでございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま事務局から説明のあった内容につきまして、御意見、御質問等をいただければと思います。

横手構成員、お願いいたします。

○横手構成員 御説明ありがとうございました。基本的なところを2点、御質問申し上げます。

一つは、私が聞き漏らしたかもしれないのですが、指定という言葉を使っていたきましたが、この指定は何々病院とかどういう名称の、あるいはどういう資格に関する指定というように理解すればよいのかというのが一つでございます。

あと、もう一つは、今の御説明から理解するに、Dでなければその指定を受けられるというように理解いたしましたが、例えばSはAに比べて、AはBに比べて何かアドバンテージがあるのかどうか。つまり、より高いランクの評価を受けることで何か病院にとってのメリットというものがあるのかどうかですね。その2点について御質問させていただきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、どうぞ。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まず指定に関してでございますけれども、例えばどこそ病院のどういった業務が、あるいはどういった研修プログラムがBである、あるいは連携Bである、あるいはC-1水準であるという評価を病院の業務や研修プログラムごとに評価を受けるというような形になっております。

それから、全体評価のところでございますけれども、Dであっても訪問評価を受けて改善が見込まれるという場合には指定を受けることが可能というように考えております。SやAであれば何かメリットがあるのかというところでございますけれども、これはどちらかというところとしっかり評価を受けてPDCAサイクルを回して、それぞれの医療機関で取組を促していくというような観点でそれぞれの評価を考えているところでして、それ自体が一つの機能を果たすかなというように考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 横手構成員、いかがでしょうか。

○横手構成員 ありがとうございます。

そうすると、この指定については、それこそ何々認証のようなものをその病院に関するための指定というよりも、それぞれの評価項目がちゃんと基準を満たしているということの指定、認定という理解でよろしいですね。

○遠藤座長 事務局、どうでしょう。

○福田医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まず指定を受けるのは例えば連携BであるとかCであるとか、あるいはC-1、C-2であるとか、そういった枠組みであるというような指定を受けるというような形でございます。この評価に関しては、評価機能がそれぞれの病院がどのようなストラクチャー、

労務管理体制を持っているか、あるいはどういった取組を進めているか、時短がどれくらい進んでいるかという評価機能、評価センターが評価する形になっておりまして、そのフィードバックとして、例えばSである、Aであるというようなフィードバックをする形になっておりますので、B、連携B、C水準を受ける指定と、それから、評価の結果は一応別でお考えいただければというように考えています。

○横手構成員 なるほど。分かりました。水準の指定、それから、それぞれの項目の評価ということと理解いたしました。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。仁平構成員、どうぞ。

○仁平構成員 ありがとうございます。

5 ページ目、全体評価について、何のための全体評価かということ言えば、特にB評価以下の医療機関が上位の評価へ着実にステップアップしていけるように、評価センターによる分析・評価を適切な支援につなげていくことが重要だと思います。

例えばB評価の医療機関について、自分の病院だけでは解決できない理由が考えられるのであれば、評価センターには要因分析を行っていただいて、その結果が国や都道府県などによる適切な対策に生かされるように取組を進めていただきたいと思います。

一方、労働時間短縮の取組が一向に進まず、医師労働時間短縮計画にも改善が見られない医療機関がある場合、そこが指定を受け続けるようなことになると、他の医療機関の取組への意欲をそぐことにもなりかねないので、そうした医療機関への指定については、ぜひ慎重な対応をお願いしたいと思います。

また、B、連携B水準は、基本的に2024年度に適用が一斉に開始されて、その後、3年間で1クールとして再指定が行われることになるかと理解しておりますが、そのタイミングを捉えて、勤務環境の改善状況や医師の時間外労働短縮目標ラインへの到達状況などを定期的に確認し、場合によっては水準の見直しを検討していただくことも必要ではないかと考えております。

以上、意見でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

幾つか御意見が出ましたけれども、事務局、これに対して何かコメントはありますか。よろしいですか。

○福田医師養成等企画調整室長 大丈夫です。

○遠藤座長 では、次、仁平構成員、よろしいでしょうか。一応コメントとして承りました。

○仁平構成員 はい。意見として申し上げます。ありがとうございました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

その次、日本医師会、どちらの先生でしょうか。

それでは、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。

今、事務局のほうからスケジュールに関して御説明をいただいたわけですが、全般的にかなりタイトな状況になりつつあるという中において、2ページの○の3つ目のところがございますように、現在、評価機能、評価センターの設置準備事業ということをしていて、その中において、今後、出来上がった評価案を基にして模擬評価を行うというスケジュールになろうと思います。

この模擬評価を行って、さらに今後も修正を行う可能性があるというようにここに記載をされているわけですが、恐らくこの模擬評価が行われて評価等が行われるのは今年の秋以降になるのではないかなと思うのですが、かなり評価の最終的な評価案ではなくて評価方法というものに時間的なずれが生じるということもありますので、この辺り、事務局としては模擬評価によつての評価案のさらなる変更というのはどういう程度まで考えておられるのかということが質問一点でございます。

あとは要望でございますが、例えば5ページ等がございますように上から3つ目の四角のところ、要は関係法令に対しての規定された事項が満たせない場合は保留になるわけですが、この保留をされた場合はすぐにその旨を通達して改善して再評価を行うということになりますので、このタイムスケジュールもかなりタイトになるということもあろうと思います。

そこで、以前からお話ししていることですが、勤改センターの支援を受けることも可能という記載になっているわけですが、どうもこの制度設計の中において勤改センターの役割がどのタイミングで行われるのがいいのかということが見えにくいと思うのです。ですので、例えばこれは自院の勤務時間を把握して960時間超になるドクターがおられるということが分かった場合には、もしくは連携B、B、Cの視点を受けるという予定の病院さんであれば、都道府県にまず相談をするということで、そこで勤改センターの役割がありますよね。

ですから、フローチャートみたいに、その後、相談をするところに勤改センターの役割がある。そして、そこで評価センターへのそれぞれの時短計画をつくって、さらに落とし込んでいくというときに再評価ないしは評価の保留になったときに、ここでもう一度勤改センターの支援を受けるという矢印を入れるとか、そういうフローチャートを分かりやすくつくっていただくと、どのタイミングで勤改センターの出番があるのかどうかということも明確になりますし、また、医療機関のほうからもどのタイミングで相談すればいいのかということも分かりやすくなると思いますので、その辺り、一度御検討していただければよいかというように思うのが要望一点。

もう一点の要望ですが、これは同じ5ページのところの全体評価の案でございますが、前身の推進検討会の前回の検討会でこの枠組みの中にあるようにS、A、B、C、Dという形の記載になったわけですが、今後、議論されるであろう公表ということがあろうと思います。この公表に向けてSとかAとかBとかCとかDという記載になりますと優

劣がついているわけですがけれども、優劣が非常に分かりやすいというか、逆に言うと非常にインパクトが強くなってブラック的な病院なのではないかみたいなイメージも出かねないということもありますので、ここの表記の方法に関しても事務局にもう少し工夫をしていただきたいなというように、これも要望でございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、質問と御要望がありましたので、御対応をよろしく願いいたします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まず1点目の御質問に関してでございますけれども、今年度の委託事業の中で、評価機能の準備をしていただく中で模擬審査を行っていただくものというように考えております。その際には資料2-2のガイドラインにあります項目ですとか、それから、基準に沿って評価をしていただくことを想定しております。

今回御議論いただいた大きな評価の枠組みについては基本的に多く変わるところはないかなというように考えておりますけれども、それぞれの項目について、可能な限り適正文言となるような形で確認はいたしました。実際に評価する中で評価が難しいものであったりとか、何を見たらいいかはっきりしないものなどが実際模擬審査を進める中で明らかになる可能性があるかなというように思っております。どういった観点でこういったそれぞれの項目を評価するのが適当か、そういったものについて模擬審査の中で確認していただきながら必要な修正があれば修正を行うというようなことを考えております。

御要望のまず1点目については、事務局のほうで今後検討したいと思っております。

全体評価の公表方法につきましては、今後御議論いただくものというように思っておりますけれども、御意見を踏まえて検討したいというように思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

城守構成員、いかがでしょうか。御質問、答えはよろしいですか。

○城守構成員 そうですね。今、事務局のほうからのお答えでよろしいかと思っておりますけれども、お願いしたいと思っておりますが、いずれにしても、スケジュールがどうしても後ろにずれ込んできているのは間違いございませんので、ここはできるだけスムーズに動くような形で事務局のほうも差配をしていただきたいと思います。よろしく申し上げます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、続いて、森構成員、お待たせいたしました。よろしく願いいたします。

○森構成員 ありがとうございます。

評価機能センターのことで来年度から作業が始まるということなのですが、短い時間でたくさんをやるというわけにはいかない。しかも、かなり正確に迅速に対応しないといけないところが多いと思っておりますけれども、この評価機能センター自体の仕組みについて、私たち、まだ十分理解していないのではないかと思います。現在、その構成図というか

仕組みがどうなっているかというのを教えていただきたいのと、それから、勤改センターについては以前より各都道府県においてもかなり関わる人が少ないということが指摘されていたと思いますが、そういう中で勤改センターにいろいろなことをまたお願いして、その体制について何か策を練っておられるのかという、その2点を教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。

では、事務局、お答えいただけますか。

○福田医師養成等企画調整室長 まず評価センターでございますけれども、少し法律の条文を読ませていただきますと「厚生労働大臣は、当分の間、労働が長時間にわたる医師の労働時間を短縮するための病院又は診療所における取組を評価することにより医師による良質かつ適切な医療の効率的な提供に資することを目的とする一般社団法人又は一般財団法人であって、次条に規定する業務を適切かつ確実に行うことができる」と認められるものを、その申請により、医療機関勤務環境評価センターとして指定することができる」というような形になっておりますので、こういった業務を担っていただく法人を指定する枠組みで施行をしていくことを想定しております。

また、先ほど来、スケジュールの点を御指摘いただいているところと思います。先ほどの少し補足で御説明させていただければと思いますけれども、資料2-2で、今後、委託事業の中でまた修正をするというような形で私、申し上げましたが、基本的な枠組みであったりとか取り組んでいただく事項について大きな変更は今後もございませんので、こういったものを参考にしていただきながら各医療機関においては取組を進めていただきたいというように考えております。

続きまして。

○安里医療労働企画官 勤改センターについて御質問いただきました。その点について御説明いたします。

勤改センターの活動については、確かに都道府県によって差があることも長年指摘いただいております。毎年研修を拡充するなど工夫をするとともに、体制についても予算上の工夫を行うなどの対応を進めております。今年度はどの都道府県であっても必ず一つの医療機関についてしっかり通年で支援を行うという取組をまず始めておまして、今まであまりお客さんがいなかったような、支援実績の乏しい勤改センターにおいてもまず経験を積んでいただくという取組を進めております。

また、これまで検討会でもご議論いただきました、医師労働時間短縮計画の作成支援ですとか、今回御議論いただいております評価センターの評価のガイドラインを踏まえた支援についても勤改センターの方でしっかり対応していけるように研修の機会などを充実させまして、また、都道府県の勤改センターと本省とのホットラインも活性化させ、そうした中でしっかりどこの都道府県においても対応ができるという体制を目指して進んでおります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

森構成員、御質問についてはいかがでしょうか。

○森構成員 ありがとうございます。

多くの作業がある中で評価するところがまずかなりしっかり構成されないと、実際に提出、申請した時点で非常な混乱が起こる可能性が高いのではないかと思って質問させていただきました。ありがとうございました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

もう少し具体的な回答を期待されたのだと思いますけれども、法律の条文が読まれましたが、そういう方向で今、検討されているということだと思います。ありがとうございます。

それでは、続きまして、家保構成員、お願いいたします。

○家保構成員 ありがとうございます。

5 ページに示された全体評価 5 段階は都道府県にとっても非常に分かりやすくありがたいと思っております。ただ、その中でDの評価を得たところについては2024年以前の場合は再度訪問審査を行って助言・指導を行うということですので、訪問評価についても併せて5段階で評価されるというふうな理解しております。

その結果、Dになりますと各都道府県としましてはこれを指定することは事実上難しいように思われます。と申しますのは、改善の必要があり、かつ労働時間短縮計画の見直しが必要なものを認めるというのは、やはり行政当局としては非常に難解なので、C以上の評価になるように少なくとも医師労働時間短縮計画の見直しということはやっていただくことが望ましいと思っております。その点明確にさせていただけるとありがたいと考えます。

特に5ページの一番下のところ、Dの場合は、時短計画の見直し内容を踏まえ、今後の取組の改善が見込まれることを確認した上で、見込まれることを確認したということは実質Cですので、そういう意味の点でもその辺りを明確にさせていただきたいという要望でございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、御要望ではありますけれども、実質的な質問でもありますのでお答えいただきたいと思えます。

○安里医療労働企画官 訪問評価について御質問いただきました。評価については書面評価の段階で確定をさせたいと思っております。訪問評価の後にその評価を変更するという予定はございません。訪問評価の中でD評価を出されたときに見直しが必要だといった点が、もう改善が終わっていただければ訪問評価の際に改善が確認されましたということになると考えております。

家保構成員から御指摘いただいたのは、全ての医療機関がそもそもDにならないような、そのような形に持って行っていただきたいということだと思いますけれども、それについ

では今の全病院を対象にして医師の働き方改革の取組状況の調査をさせていただいておりますが、その調査結果を全都道府県の勤改センターと共有することとさせていただいております。

勤改センターの方で年960時間以上の医師がいる医療機関などの把握がこれで可能になりますので、そうした取りこぼしがないように都道府県の勤改センターから医療機関への働きかけを行っていただいて、もし2024年までに、医師の時間外労働を年960時間以下とすることが難しいであろうと見込まれる場合には、例えば、もう指定に向けた準備を今から始めましょうと呼びかけていただいて、評価の保留にならないように、また、Dにならないように、支援を進めていただきたいというように思っております。

○遠藤座長 家保構成員、いかがでしょう。

○家保構成員 ありがとうございます。

そうしますと、2024年度以降、更新に際しての訪問評価については5段階の総合評価をやるが、2023年度に行われる書面評価の後の訪問評価については、それは修正しないという、ちょっと同じ言葉を使いながら違った意味合いの訪問評価という言葉になりますので、区別したほうが分かりやすいのではと思います。実際、訪問評価をされればきちっと評価をしたことを当該病院もしくは公にするほうが手続としては正しいのではないかなと私自身は思います。これは意見でございます。

○遠藤座長 事務局、何かコメントございますか。

○安里医療労働企画官 御指摘の点は、次回以降の検討会で評価結果の公表の在り方も御議論いただこうと思っておりますけれども、その中でしっかり評価の結果などもオープンにしながら、適切に指定をしたことが分かるような評価方法について検討させていただきたいと思っております。

○遠藤座長 家保構成員、よろしいですか。ありがとうございます。

では、島崎構成員、お願いいたします。

○島崎構成員 島崎です。

全体評価の考え方の案の6ページの考え方について確認を含めて教えていただきたいと思います。先ほどの城守構成員の御質問とも関係するのですが、S、A、B、C、Dというのは、大学における学生の成績評価に当てはめると、Sが秀、Aが優、Bが良、Cが可で、Dは不可だけれども追試によって最終的に合格もあり得る、評価保留というのはクリティカルな評価項目について×がついているときには不可とする。雑駁な言い方をすれば。こんな考え方だろうと思います。私が質問したいことは、大学の成績評価では同じ先生がつけた評価であれば、A、B、C、Dは、この順番どおりの成績だと思っておりますが、今般の全体評価では、果たしてBとCは明確な優劣がつくのかということです。

例えばBで評価時点における取組はクリアしているが、労働時間は減少していない。なぜかという、この病院としては労働時間短縮に向けて一生懸命やっているのだけれども、地域のいろいろな医療事情によって、結果的にはこの病院の労働時間は減少してないとい

うことで、そのようなことが起こり得るというのは理解できます。ただし、繰り返しになりますが、労働時間は減っていないのです。一方、Cは改善の必要がありという項目はあるけれども、これがそれほどクリティカルな項目ではなくて比較的軽微な項目について×がついた。しかも微妙な判断によって×がついた。しかし、この病院はその他の項目についてはきちんと取り組んでいて、実際、労働時間も減少しているという場合、これもCですが、先ほどのBに比べ本当に劣後しているかということ、結構微妙なのではないでしょうか。それにもかかわらず、S、A、B、C、Dというような明確な序列がついた形で評価されたときに、果たして評価される側は納得感があるのだろうか、あるいはもっと評価を上を引き上げていきたいというモチベーションが湧くのだろうかという気がするのですが、この点についてはいかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、いかがでしょう。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

S、A、B、C、D、これは評価をつける形になっておりますけれども、医療機関間の例えば労働環境ですとか、そういったものの優劣をつけたいというような趣旨では全くございませんで、それぞれの医療機関が時短に向けた取組を進めていく中で、そういった取組に対してフィードバック、PDCAサイクルを回していただくような取組を促すような形の情報を提供するというような趣旨で考えております。そういった観点でお受け止めいただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

○島崎構成員 しかし、これは公表する以上、そういう受け止め方に必ずしもならないということは考えておいた方がよろしいように思います。それほど私自身はこだわっているわけではないのですけれども、評価を受ける側のモチベーションなどいろいろなことに影響してくる話なので、トライアルのようなことも含めて丁寧に考えたほうがよろしいのではないかというのが私の意見です。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○福田医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

具体的な評価の基準はまず今後検討したいというように思っております。それから、公表の仕方についても今後よくよく検討したいというように思っております。ありがとうございます。

○島崎構成員 分かりました。どうもありがとうございました。

○遠藤座長 よろしく申し上げます。

それでは、鈴木構成員、お待たせいたしました。どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。私からは2点ありまして、一つは質問、一つは要望になります。

資料2-1の6ページ目の分かりやすくまとめていただいた全体評価の考え方というところなのですが、これは評価保留になった場合に状況によってはあまり想定したくないのですが、この評価保留の場合に悪質なとか、緊急性を要するような法令違反な

どがあった場合は、やはり現場でつらい思いをしている先生方もいるという場合も想定されますが、その場合にどのように介入していくかというのがちょっと分かりにくかったので、その辺り、説明をしていただきたい。つまり、D評価の場合には再度訪問評価をすることが明記されていますけれども、法令違反があった場合にどうするかということが少し読み取れなかったので補足説明をいただきたいというように考えております。

2つ目は要望になりますけれども、先ほど城守構成員からも公表の件で意見が出たというように思いますが、やはりこの公表によってネガティブな病院の評価になってしまう、それが公表されてしまうことでのインパクトというのは非常に大きいと思いますので、やはり慎重に公表の仕方を考えていただきたいというように思うのと同時に、私、勤務医の立場からしますと、例えば一度バーンアウトした先生が次の就職先を探すときに、こういった情報というのが予防的な観点でも次の再度のバーンアウトを防ぐとか、また新たに活躍できる場を探す、そういった意味では非常に予防的な機能を果たすというように思いますので、そういったところが両立するような形で分かりやすい公表の仕方を考えていただければというように思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、質問と御要望でしたけれども、質問について、まずお答えいただければと思います。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

評価の結果として一番左にありますような労働関係法令及び医療法に規定された事項を満たさない事項があった場合でございますけれども、これはやはり医療機関に対してまず改善を促すというところはするとともに、必要に応じて勤改センターにつなぐような対応ができるかなというように考えております。

また、それ以外の評価も同様ですけれども、Dの場合であっても例えば見直しの内容を踏まえて今後の改善が見込まれたことを確認した上で支援を行う、指定を行うというような形になっておりますが、どの評価であっても適切に支援、それから、助言をする枠組みをした上で指定をするというようなことを考えたいと思っております。

また、評価の公表につきましては、本日、たくさん御意見をいただきましたので、改めて検討したいというように思っております。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

鈴木構成員、質問についてはよろしいですか。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

重大な法令違反などがあった場合に、そういった病院で仮にですけれども、こういった判定をした直後に過労死が起きてしまったりひどいような事案が起きた場合に、早く介入しておけばよかったというようにならないような仕組みを考えていただければというように思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 ありがとうございます。

私も全体評価の考え方、6ページについて御質問があるのですが、労働時間の実績についてですが、労働時間数の減少があれば○ということですので、これは逆に言えば労働時間数の減少がなければ○がつかないということで、労働時間が長いときはだんだん短くするというのは簡単だと思うのですが、ある一定の時間数になってくると実際に短くするということが困難になってくることがあるかと思えます。

そういう中でも、これはB水準の話であればやはり960時間以下を目指すということでどんどん実績として減らしていかなければいけないというのは理解できるのですが、例えばC-1水準を目指す場合はある程度の時間数、例えば1,100時間とかそれぐらいまで減ってきたときに、もうその研修上、どうしてもこれぐらいは必要だという判断がある場合もあるかと思うのですが、その際でも労働時間数の減少がなければSやらAは取れないということになるのでしょうか。

これはC-1水準を狙う病院としては、やはりS評価を取りたいと思うのが普通の発想だと思うのですが、そういった病院でも実際の労働時間数が短縮されなければすごく全体時間数としてはそこそこ減っていてもBまでしか取れないということになるのでしょうか。お願いします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今、事務局が相談をしていますので、その後、お答えさせていただきます。

では、事務局、どうぞ。

○福田医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

評価の項目の中でB水準、連携B水準、C水準が適用される医師の平均労働時間数、これを評価する形になっておりまして、全体としては、これがやはり短縮の方向に進む方向で取り組んでいただきたいというような趣旨でございます。しかしながら、先生が御指摘いただいたとおり、C-1水準にあるような研修における必要な時間というのはなかなか評価の軸として確かに検討の余地があると思います。今後、評価の考え方を検討していく中で御意見を踏まえて検討したいというように考えております。

○遠藤座長 馬場構成員、いかがでしょう。

○馬場構成員 分かりました。ありがとうございます。よろしく申し上げます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。今村構成員、よろしく申し上げます。

○今村構成員 ありがとうございます。

評価センターの評価という極めて細部な極めて重要な議論なのだろうと思いますけれども、改めてざっくりした意見で恐縮なのですが、これは病院の優劣を決めるようなお話ではないわけで、全ての日本中の病院で働いている先生が不必要な長時間労働を減らして健

康で働けるためにどういう仕組みをつくるかというところが大前提にあるのだというように思います。

その中で、先ほど家保構成員からD評価がついたら県としてはそれを認めるのはなかなか難しいというお話もございました。これはB水準の中ではやはり地域にとって、都道府県にとって必要な医療機関というような病院もかなりそういうものに含まれているわけですね。先ほど城守構成員からもあった勤改センター自体も県が運営することになっておりますし、また、いろいろな報告を受けていろいろ県が公表していくまでのプロセスの中でも県が助言をしたり支援をしていくということも書かれているわけで、やはり全ての県がその県内でいろいろ頑張っておられる医療機関あるいは頑張っている先生たちがきちんと働けるように県が主体的に支援をしていただくというスタンスもぜひ持っていただいて取組をやっていたらというように思っております。これはお願いでございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。では、御意見として賜りました。ありがとうございます。

失礼いたしました。堤構成員が先ほど来、お手を挙げておられるのを映っていなかったもので失礼いたしました。堤構成員、お願いいたします。

○堤構成員 ありがとうございます。

こちらの通信状況が悪くて不都合があればまたお許してください。私のほうから確認になります。今回、この評価のメインは恐らく時短は大きな要素となると思いますけれども、C水準の議論があったときに時間が短くても十分な研修ができなくなったらこれは本末転倒というようなお話がどちらかであったように思います。

私がよく資料を読み込めていないのかもしれないかもしれませんが、ストラクチャーやプロセス、それから、アウトカムといったようなところにまとめてあるものの中に研修の効率化といったようなものがあまり見えないような、そういうような気がしております。難しいことかとは思いますが、十分にこれが評価されていくのかどうかということに関して少し確認をさせていただきたいと思って発言させていただきました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、いかがでしょう。

○福田医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

資料2-2の24ページのところに、先生が今、御指摘いただきました事項について評価の項目を今回付け加えさせていただいております。具体的には、例えばですけれども、82の項目ですが「臨床研修医・専攻医について、研修の効率化の取組を実施している」というような評価項目も今回追加しております、こういった観点も評価させていただきたいというように考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 堤構成員、いかがでしょうか。

○堤構成員 ありがとうございます。

これも確かに難しいことかもしれませんが、恐らくこれは機関のほうへお尋ねというような形の評価の仕方になるかと思いますが、研修医方がどのように十分に学べたかどうかというのがどこかで突合ができるような形ができれば理想的かなということを少し考えておりましたので、また教えていただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、森構成員、お願いいたします。

○森構成員 私のは1番目の事項についての質問ですので、また後ほどさせていただきます。すみません。

○遠藤座長 よろしいですか。

○森構成員 1番目のでもよろしいですか。

○遠藤座長 失礼しました。1番目の議題で結構でございます。申し訳ありません。

○森構成員 すみません。それでは、C-2水準の時間のことなのですが、例えば私どものことで恐縮なのですが、内視鏡を使った手術をするという訓練をする場合に、そのビデオを用いてみんなですっと見ながら、ここがいい、ここがどうだという批判というか批評し合いながらずっとやるのですね。

ですので、手術自体は時間内に終わったとしても、その後に研さんのためにずっとそういうことをやること自体が自己研さんなのか、改めてそういう専門医を取るための時間なのかということはある程度しっかりしておかないといけないなというところがありますので、今後、恐らく事務局からC-2水準について各学会にももう少し詰めた討議がしていただける、質問していただけるとと思いますので、その際にそのこともちょっとお含みおきいただいでしていただければというように思います。すみません、2番目の議題の途中に変なことを申し上げて申し訳ないです。よろしく申し上げます。

○遠藤座長 とんでもありませんでした。私こそ失礼しました。

それでは、事務局、コメントをお願いいたします。

○安里医療労働企画官 医師の研さんに関する整理をしたほうが良いという御質問かと思いますが、研さんについては既に令和元年7月に通知を出させていただいております。先生から今、御質問をいただきましたような、ビデオを使った学習会をしているという場合に労働時間に当たるのか、労働時間に当たらない自己研さんの時間と整理するのかですが、通知中にももう少し細かく書いてありますが、そこに出席することが必須ですという形でやっている場合は例えば労働時間になりますが、任意参加ですよ、自宅学習用にビデオをよかったら見てくださいとか、そういう形であくまで任意でやっていますという場合には労働時間に該当しないこともあり得るかと思えます。

その通知中にも書いておりますけれども、それぞれの医療機関においてどういうことを

労働時間として扱って、どういう時間は労働時間として扱わないのかという考え方などを整理していただいてしっかり適切に管理して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。

森構成員、いかがでしょうか。

○森構成員 大変ありがとうございます。大変ファジーで難しいところは重々承知しているのですが、これはある病院は自己研さんだと、ある病院はそうではないというような本当にばらばらになってしまうのが一番統制を取れなくて評価するほうも難しくなると思いますので、ここは学会等ともよく打合せをしていただいて、ある程度の基準を決めるということをお考えいただければそのほうが大変ありがたいと思います。事務の方々、本当に一生懸命やっただいて、これ以上いろいろ無理を申し上げるのは大変恐縮しているのですけれども、ぜひお考えいただければありがたいと思います。よろしく願います。

○遠藤座長 事務局、何かコメントございますか。お願いいたします。

○安里医療労働企画官 先生、ありがとうございます。

ただ、1点、1つ補足して申し上げますと、どの時間を労働時間と扱って、ある意味必須の、例えばビデオ学習会に参加しなさいという形で運用するのか、任意参加ですよという形で運用するのかというのは、それぞれの医療機関に自由裁量がある分野かと思っております。それについて公的に、厚生労働省が何らかの基準を出すということは想定されないと思っております。

先生がおっしゃるように学会の中で水準合わせをする必要があるということであれば、それぞれの学会においてこういうような取組が適切でないかというようなガイドラインを出されるとかそういう整理になってくるかと思っております。

○森構成員 大変よく分かりました。ありがとうございます。また相談させていただきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。家保構成員、どうぞ。

○家保構成員 ありがとうございます。

先ほど今村構成員から都道府県の関与というお話がございました。当然、県としては所管の医療機関の勤務環境が改善するようにぜひ積極的に取り組んでいかなければいけないというのは十分認識しております。ただ、医療機関の数や勤改センターの活動等、様々な部分に差が出てきているというのも事実だと思いますので、その点についてはできるだけレベルが上がるようにしたいと思っております。ただ、ここに書いていますようにDのように見直しが必要であるということそのまま放置するわけではございません。きちんと指導したり評価機関の訪問評価、または勤改センターの活動で少なくとも将来的には時短計画の改正案により労働、取組の改善が見込まれるという評価をしないと指定というのには至りませんので、その点は医療機関と共にしっかり取り組んでいきたいと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

ほかに御意見ございますか。よろしゅうございますか。どうもありがとうございました。活発な御意見をいただきまして、感謝申し上げます。

それでは、本日の議論はこれぐらいにさせていただければと思います。いろいろな御意見、御要望も出ましたので、事務局におかれましては、これらを整理して今後の議論に資するようにはしていただきたいと思います。

それから、事務局、今後の日程について、何かありますか。

○田中医師等医療従事者の働き方改革推進室長 ありがとうございます。

次回の日程につきましては、追ってまたお知らせをさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○遠藤座長 それでは、本日の会議はこれをもって終了したいと思います。どうも長時間ありがとうございました。