

2021-9-15 第15回医師の働き方改革の推進に関する検討会

○草野医師等医療従事者の働き方改革推進室長 定刻となりましたので、ただいまより第15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ありがとうございます。

本日の出欠でございますけれども、水島構成員より所用により御欠席との御連絡をいただいております。

また、事務局に人事異動がございましたので、構成員の皆様にご紹介申し上げます。

医政局長の伊原です。

大臣官房審議官の大坪です。

地域医療計画課長の鷺見です。

医師・看護師等働き方改革推進官（医療労働企画官）の坪井です。

医事課長補佐の藤川です。

大臣官房審議官の青山です。

労働条件政策課長の松原です。

最後になりますけれども、私は医師等医療従事者の働き方改革推進室長となりました草野です。どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、資料の確認をいたします。

本日は資料1と資料2がございます。

不足する資料、乱丁、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。カメラの方は御退室ください。

（カメラ退室）

○草野医師等医療従事者の働き方改革推進室長 続きまして、会議の進め方の説明をいたします。

本日の会議の進め方ですけれども、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」ボタンも押していただきますようお願いいたします。

以後の議事運営につきましては、座長をお願いいたします。

それでは、遠藤座長、よろしく願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

皆様、本日もどうぞよろしくお願ひいたします。

本日は、法案成立後の4回目の会合になるということでございまして、本日の議論で大きな論点は一通り議論いただけたこととなります。

事務局におかれましては、本日の議論を踏まえた施行に向けた法令改正の準備を進めていただくとともに、これまでの議論あるいは本日いただくであろう御意見を踏まえた法令改正を踏まえた具体的な取組を進めていただければと思います。

また、そのようなことを前提に本日の御議論をいただければと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、議題に入りたいと思います。議題1、第12回以降の検討会を踏まえたさらなる検討が必要な事項について、これについて資料1の説明を事務局からお願ひいたします。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

それでは、資料1について御説明させていただきます。「第12回以降の検討会でのご指摘を踏まえたこれまでの議論の補足について」でございます。

1 ページ、おめぐりください。これまで第12回から14回まで計3回にわたり、医療法等の法律及び附帯決議を踏まえまして、検討会において働き方改革の施行に向けて検討を行わせていただきました。

本日の検討会におきましては、評価結果の公表方法の議論を予定しているところでございますが、当該議論をもって検討会にて議論すべき論点を一通り議論させていただくこととなります。そのため、今までの御意見を踏まえ、検討会の資料の修正、そして、資料の追加等、補足を行わせていただきました。

12回から14回まで大きな項目で7つ議論させていただいておりますが、本日は④から⑥、「追加的健康確保措置の運用について」「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」「C-2水準の対象分野と技能の考え方」、こちらについての議論の補足を議題1としてさせていただきます。後半で⑦の「医療機関勤務環境評価センターの評価について」を御議論いただければと思います。

最初に「追加的健康確保措置の運用について」でございます。

3 ページ目をおめぐりいただければと思います。前回までの中で様々御議論いただき、御意見をいただきました。

複数の勤務間インターバルの例について完璧に理解できるかという点、大変な部分もあるのではないかと。

代償休息について、通常の研修プログラムですと1つの診療科の研修期間、1か月から3か月程度になりますが、研修期間内に代替休息を取得させればそれが3か月先であってもよい、そういった誤解をしないように正確な記載をしていただきたい。

「宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合は、9時間の連続した休息時間が確保されたものとみなし、この場合に通常の勤務時間と同態様の労働が発生した

場合は、管理者は、当該労働時間に相当する時間の休息を事後的に付与する配慮義務を負う」、こういった表現をさせていただいておりましたが、報告書における「宿日直中に通常の勤務時間と同態様の労働が発生することで睡眠時間を十分に確保できない場合は、配慮義務が発生する」といった表現の趣旨と資料の記載内容が異なって見えるのではないかとといった御意見をいただいていたところでございます。

これらを踏まえまして、事務局としまして、追加的健康確保措置の運用について、基本的なルールを分かりやすく説明した資料、こちらが必要かという認識の下、新たに作成しております。また、いただきました御意見に基づいて、過去の資料を一部修正しております。

その他、C-1 水準が適用される臨床研修医への追加的健康確保措置の適用に関する資料、こちらを新たに作成しております。

具体的には4ページから7ページまででございます。

まず6ページ目、7ページ目でございますが、6ページ目は、以前の検討会でお示しさせていただいていた連続勤務時間制限・勤務間インターバルの基本的な考え方、論点整理の資料でございます。

それに併せて、C-1 水準につきましても、実際、臨床研修医への連続勤務時間制限やインターバル規制、どのように適用されるのかという資料を参考でつけさせていただきました。

これらの資料をより分かりやすくした資料としまして、4ページ目、5ページ目を作成させていただいております。中身につきましては、以前御説明させていただいた内容をより簡潔にしたものでございますが、基本となる要素を抜き出したものでございます。基本的には太字で勤務シフト等を組むに当たっての基本ルールですとか、代償休息の基本ルールを書かせていただいておりますが、原則はそういった形で書かせていただいております。

一方、例外規定もございますので、それは*のところやや小さめに記載させていただいております。

これが実際に連続勤務時間制限・インターバル規制を考えるに当たっての基本となるルールで、基本はこれに基づいて実際の運用を行っていただくということかと考えております。

続きまして、8ページ以降「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について」でございます。

9ページ、いただいた御意見を書かせていただいております。36協定との関係で、1か月単位ですべからず違法状態の発生があるかどうかを確認する必要があるため、各医療機関の財政的負担にならないように、例えばフリーソフトのようなものを国が責任を持って準備し、一定の入力を行うことで各法律上の項目をチェックできる仕組みがないと実効性の確保は難しいのではないかと、こちらを国の役割として指針に明記していただきたいといった意見をいただいております。

この意見に基づいて、過去の資料の一部を修正させていただいております。

10ページ以降ですが、基本的には以前お示しさせていただいている資料を再度提示させていただいているものですが、その中で12ページ目でございます。先ほどの御意見いただいた点について「行政（国・都道府県）に求められる事項」の中の、特に国の部分について赤字で記載を追加しております。「国は、医師の働き方改革について、医師を始めとした医療関係者の理解の醸成に努めるとともに、各医療機関において、雇用する医師の適切な労務管理や健康確保が実施されるよう、医療機関に対し必要な支援を行うこと」といった形で追記をさせていただきました。

大臣指針については以上になります。

続きまして、16ページ目以降でございます。「C-2水準の対象分野と技能の考え方について」でございます。

17ページ目、いただいた御意見を挙げさせていただいております。1つ目ですが、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ではないかと。「C-2水準の対象分野」の考え方について、基本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、何ら制限をかけたことにならないのではないかと。

2つ目です。法律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。「C-2水準の対象技能となり得る技能」の考え方について、「保険未収載の治療・手術技術」というのが保険収載されているもの以外全てが対象だとすれば、実質的に何ら限定したことにならないのではないかと。

一方、3つ目の意見としまして、専門医機構における専門医制度において、専門医を取得する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は分からないため、専門医機構の19の診療領域をC-2水準の対象分野として認めることについては、適切ではないかといった意見をいただいております。

これらのいただいた御意見に基づいて、一部資料を修正しております。

18ページ目でございます。まずは「C-2水準の対象分野の考え方」のところについて、修正させていただいております。真ん中の「C-2水準の対象分野の考え方」のところ、赤字で追記させていただいております。趣旨としましては、改正医療法上の記載としまして、公益上特に必要と認められるものといった記載となっているところでございます。一方、この分野につきましては、医学の進歩とともに、高度な技能が必要となる領域はあらかじめ限定されていないといったこともございまして、19の基本領域のいずれかには入るといふことになると考えております。一方、現時点で何らかの分野を外したわけではございません。こういった趣旨の下、赤字を記載させていただいております。

続きまして、19ページでございますが、こちらは「C-2水準の対象技能となり得る技能の考え方」でございます。一番下のその考え方のところに記載を追記させていただいております。赤字の部分でございますが、「我が国の医療水準を維持発展していくために必要

とされる」、もともとこういった趣旨でございましたので、その趣旨を明確に記載させていただきます。

資料1の説明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。以上でよろしいですか。

それでは、ただいま事務局から説明のあった内容、これはこれまでの各構成員からの質問、御意見に対する事務局の回答ということでありましてけれども、これについて御意見、御質問があればいただければと思います。いかがでございましょう。

では、仁平構成員、お願いいたします。

○仁平構成員 どうもありがとうございます。

C-2水準の対象技能となり得る技能の考え方について、医学の進歩により新しい技術や高度な技能は変わっていくことから、対象分野を幅広く設定して、要件もある程度幅を持たせたものと理解しております。そうだとすると、前回も申し上げましたが、今後、運用を進めていく中で、対象技能が引き続き指定を受けるにふさわしいかどうか、定期的に確認、見直しを実施することが重要なのではないかと考えます。今般提示されている考え方において、そうした仕組みは担保されているのか、お尋ね致します。

さらに、そうした確認、見直しの仕組みをしっかりと機能させていくためには、対象技能を公表していくことについても御検討いただきたいと思います。要望です。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御質問と御要望ですので、もしそれについてもコメントがあればいただければと思います。事務局、いかがでしょう。

○谷嶋企画調整専門官 御意見ありがとうございます。事務局でございます。

1点目、御質問いただきました実際に対象技能の幅を持たせているという中で、今後どのようにしていくのかというところでございます。実際の運用を今後行っていく中でどういった技能が入ってくるのか、入ってこないのか、様々あると思います。そういった事例について、いくつかたまった時点で、どの場になるかというところはございますが、この検討会などで御報告をさせていただいた上で、しっかりと適切な運用に向けて引き続き議論していくことが必要だと思っております。

2点目につきましては、御意見として承らせていただければと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

仁平構成員、いかがでしょう。

○仁平構成員 引き続きこの場ででもということもございましたので、よろしくお願ひしたいと思います。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、森構成員、お願いいたします。

○森構成員 ありがとうございます。

スライド右下の12番です。赤字で書いたところですが、**「国は、医師の働き方改革について、医師を始めとした医療関係者の理解の醸成に努めるとともに、各医療機関において、雇用する医師の適切な労務管理や健康確保が実施されるよう、医療機関に対し必要な支援を行うこと」とあって、非常にこれはありがたいというか、すばらしいと思うのですが、これは文章には書けないのでしょうか、例えば医療関係者の理解の醸成に努めるといふところ、あるいは医療機関に対して必要な支援を行うといふのは、具体的にはどういふことを厚労省としてはイメージしているのでしょうか。**

○遠藤座長 事務局、いかがでしょう。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

実際にどういふところを考えているかというところでございますが、例えば医療機関に対してどういった支援を行っていくのか、予算の面もございますので、そういった中で何ができるのかというところを厚労省としてもしっかりと検討していく必要があると思っております。

○遠藤座長 森構成員、どうぞ。

○森構成員 書き方としてはこのように書くしかないと思うのですが、すごく大幅に貢献していただけるのか、物すごく小幅の貢献なのかというのが、捉えるほうとしては千差万別の捉え方があるので、こういうことを質問されたときにある程度こういうことを考えていますぐらいの幾つかの例をお考えいただいと大変ありがたいとは思っています。

○遠藤座長 事務局、いかがですか。もう少し具体的に。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

その辺もまた何ができるか検討させていただきます。ありがとうございます。

○遠藤座長 森構成員、今すぐは御回答できないけれども、検討させていただくということです。

○森構成員 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、事務局、よろしく申し上げます。

それでは、鈴木構成員、お待たせしました。お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

C-2水準に関して、私も意見をさせていただければと思います。先ほど仁平構成員から出ましたように、私もかなり近い意見でして、このC-2水準というのは未来の日本の医療を支える重要な柱だと、若手、中堅の立場からも改めて思っています。

その上で、いろいろ考えてみますと、なかなか絞り切れないということも事実としてあるのかと思います。それをあまりにも明らかにすることで難しい面も出てくるというのも十分理解しているのですが、ただ、こうして見てみますと、応募する立場の者からすると、どういったものが実際に対象になっていくかが見えづらいところがありますので、運用していく中でというところもあると思うのですが、前回の検討会でも検討していただくというコメントはいただいたのですが、何らかの形で事前に十分応募者が大体ど

ういったものが対象になっていくかが見えるような仕組みが必要なのかと思っています。

このC-2水準がなかなか絞り切れないというのは、皆さん何となく感じているところだと思っておりますけれども、ただ、実際に運用していくときに、どこでもいろいろな地域でC-2水準の適用範囲が乱立するような形になってしまうというのは好ましくないかと思っていますので、効率的に症例が集積して、必要な高度技能に対してある特定の施設で研修ができるような仕組みを改めて考え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。

御提案ではありますけれども、事務局、ただいまのことについてコメントがあればお願いいたします。

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。

C-2水準のところ、これは新しい枠組みでございますして、運用しながらというところはこれまでもお伝えさせていただいたところではあります。一方で、実際にその運用が適切にやられているとか、あるいは対象となる医師の方々が適切に申請できるかといったところについては様々な形があると思っておりますけれども、こういった検討会の場で御報告させていただくことや、それ以外に皆様に周知したりお知らせする機会を通じて、いただいた御意見に沿った対応ができるように事務局として運用を検討してまいりたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

鈴木構成員、いかがでしょう。

○鈴木構成員 コメントをありがとうございます。

実際に本当に長時間研修しないと得られないような高度技能はそんなに多いかというのと、そんなに多くないはずなのです。ですから、その辺りをもう一度客観的に精査できるように、審査組織の中でも議論を進めていただければと思います。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、島崎構成員、お願いいたします。

○島崎構成員 前回私が一番強く意見を言ったと思っておりますが、もう一回18ページに即して申し上げます。C-2水準の対象分野の考え方なのですけれども、法制的に見て、これは1,860時間という時間外の労働時間を特例的に認めるに足る、「公益上特に必要」と書いてあるわけです。つまり、公益上普通に必要があればよいということではなくて、法制上も「特に」必要と医療法上限定的に書かれているわけです。しかし、前回示された案文だと、この限定が十分されているとは言い難いということをおっしゃいました。基本的には今回提示されている案も十分な限定がされているとは言い難いと思います。

今、鈴木構成員のお話を伺っていて非常に意を強くしたというか、全く私が懸念してい

ることと同じなのですが、何が問題かというところ、この審査組織が実質的に審査をする形になると思うのですが、法令上、イエス、ノーの基準・根拠がはっきりしておりません。したがって、イエスというにしても、駄目だというにしても、例えばある人が申請をしてきて、こういう特定技能の修得をしたいのですと言ったときに、事務局案は駄目だという法令上の根拠が明確ではないのです。これがまず問題だと思います。

その結果、何が起こるかというところ、そこも鈴木構成員が御指摘されたとおりでして、「雨後のタケノコ」と言うと言い過ぎかもしれませんが、これも駄目だという明確な根拠がないのだったら認めざるを得ないということになってしまい、その結果、C-2の高度技能の修得をする医師の養成ということが分散化されてしまうのではないかということが懸念される。これが一番大きな問題だろうと思います。

前回私はそういうことを申し上げたので、改めてこの検討会の中間とりまとめがどうなっていたのかを見てみますと、参考資料5なのですけれども、この10ページを見ると、特定高度技能について、こういう限定がされているわけです。せっかくなので御覧いただきたいのですが、脚注のところ、この特定高度技能ということについては「高度に専門的な医療を三次医療圏単位又はより広域で提供することにより」という限定がなされているわけです。どういうことかといえ、この特定高度技能というのは、二次医療圏単位で考えていることではなくて、三次医療圏あるいはもっと広域的な単位で考えるような、そういう広域で提供されるようなものだという分野の特定をかけているわけです。この中間報告の脚注の文章というのは、もともとその前の岩村先生が座長をお務めになっていた検討会の報告書のC-2の水準の分野の考え方をそのまま引っ張っているわけです。そうであれば、少なくともその文言については、それをそのまま使うというのが本来の在り方なのではないかと思えます。

したがって、ここの文案については、ただいま申し上げたように、細かな文言はともかくとしまして「高度に専門的な医療を三次医療圏単位又はより広域で提供することにより」という言葉を加えることによって、ある程度の限定をかけていただきたいと思えます。これは意見です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、コメントがあればお願いいたします。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

過去のとりまとめや報告書の中で御指摘いただいた記載があること、先生のおっしゃる通りでございます。事務局としましては、その記載も踏まえて検討などを行いまして、こういった形で御提案させていただいたところではございましたが、改めまして先生から重要な御懸念をいただいたことを踏まえまして、構成員の皆様方からも御意見を伺えればと思えます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

島崎構成員、いかがでしょうか。

○島崎構成員 まず手続的なことですが、確かにC-2についてはこれまで本検討会で十分な議論がなかったのかもしれませんが、私も明確に議論した記憶はあまりないのですが、こういうことを言うのはいかがなものかという意見もあるかもしれませんが、前回の検討会でせつかくC-2の議論をしているのです。そうであれば、本検討会の中間報告あるいはその前身の検討会で合意に達したことを、絶対に落としてはいけないということを言っているわけではないのですけれども、かくかくしかじかの理由でこの文言については削除したということは説明すべきだと思います。

それは手続的な話なのですけれども、それはともかくとして、先ほどの鈴木構成員の御意見は、私が聞く限りだと同じような御懸念だと思いますので、ほかの方の御意見もぜひ伺いたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ちょうど鈴木構成員と島崎構成員からC-2の範囲についてどう考えるかということが議論になっておりますので、これに関連して議論させていただきたいと思います。これに関連して何か御意見のある方、お手を挙げていただけますでしょうか。

それでは、ずっとさっきから手を挙げていらっしゃる方の順番で、片岡構成員、お願いいたします。

○片岡構成員 ありがとうございます。

私も鈴木構成員、島崎構成員と全く同じところで意見を述べたいと思っておりまして、C-2の範囲について質問と意見を述べさせていただきたいと思います。

私も全く同じ部分で懸念といいますか、課題があるのではないかと考えております。というのが、いずれBや連携BというものはAに収束していくということが言われておりますけれども、C-1やC-2に関してはAに収束していくということが明記はされていないことを考えると、今後C-1・C-2の方が、特に若い先生がここに該当することを考えると、その先生方が十分な技能を修得する機会を確保することは非常に重要ですが、一方で、その先生方の健康の確保ということも非常に重視しなければいけないと考えます。

そうなりますと、全ての分野からC-2の申請ができる、限定しにくいというのは、それはそのとおりではあると思うのですけれども、非常にたくさん上がってくる可能性も十分考えられて、そのときにどのようにそれを選択して限定していくのかという辺りが、まだ今の段階では見えないと思っています。

先ほど島崎構成員から三次医療圏という分野の限定は既に議論されているのではないかと御指摘があったと思いますが、その医療圏の限定ということも非常に重要だと思いますし、また、様々な分野あるいは技能が上がってきたときに、どのようにそれをピックアップしていくのか、限定していくのかということはどう少し掘り下げていく必要があるのではないかと考えました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

取りあえずC-2の範囲についての御意見を一通りお聞きしてから、事務局からのコメントをいただきたいと思います。

それでは、横手構成員もC-2関連ということでよろしゅうございますか。お願いします。
○横手構成員 ありがとうございます。

C-2に関連して、前回コメントさせていただいたことと重複しますが、今回この範囲が示されたことに対して、周囲からも心配の声が一部上がっておりましたので、このことについてお話しさせていただきます。

と申しますのは、この基本19領域の中で特に内科、外科というのは、その基本の専門医以降に、心臓血管外科ですとか、消化器内科ですとか、さらに高度なより詳細な技術を身につけることにより多くの時間を費やしてしまうということで、今のC-2水準の対象の分野の考え方だけを見ると、1階建ての内科、外科の分野だけが対象になると読めてしまうのです。その2階建ての部分の専門というものも非常に技量を習熟する上では重要でございますので、そこまで含んだ基本19領域の考え方であるということを改めて確認させていただきたいと思います。いかがでしょうか。

○遠藤座長 それでは、一通りC-2について御意見を聞いた後で、まとめて事務局からお答えいただく形にさせていただきたいと思います。

○横手構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 それでは、関連で日本医師会、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

まず、島崎構成員から御指摘のあった参考資料の10ページ、欄外に書かれているもの、改めて私も資料を見せていただいて、こういう記載だったのかと、つまり、あまり明確な記憶がないような状況でしたので、御指摘のとおり、一旦途中の議論のまとめとして書かれたものの中のことがどんどん知らない間に変わっているのだという御指摘はそういうことなのだろうと思いました。

ただし、先ほど島崎構成員からもお話があったように、C-2についてはあまり明確な踏み込んだ議論はなくて、この記載もあくまでこの時点で想定されているという記載だったのだと思います。そのC-2が明確にどういうことを言っているのか分からないということで、厚労省が委託事業でC-2水準の対象技能に関する調査研究の委員会を設けられて、その中で各学会のヒアリングをして、各学会が現時点で考える高度技能というのはどういうものなのかということ、これは学会ごとに多分いろいろなお考えがあって少しずつ違いがあるのでしょうかけれども、現時点でおおよそこういった方向でいいのではないかとというとりまとめがされたのだと理解をしています。

高度技能が不明確だと多くの人が手を挙げてくるのではないかと、御心配は私もよく分かって、雨後のタケノコのごとくというお話ですけれども、基本的には医師がまず医師として自分がやっていることが高度な技能だという申請と同時に、医療機関も同時に併せて申請してくるということですし、審査をする組織もそれぞれ専門家がたくさん集まっ

て議論をしていくので、どんどん申請されたものがどんどんやみくもに認められていくという理解は基本的にはしておりません。

C-1・C-2についても、これは時間短縮計画をきちんとつくって、より合理的な時間に減らしていくというのが大前提の仕組みでありますので、C-1・C-2というものが永久に1,860時間の労働時間になるということはないと理解をしております。

医療というのは物すごく日進月歩で変わっていきますので、私が大学を離れて、当時、大学を離れる時点で高度な技能、当時は本当に限られた先生たちがやっていたことが、もう今や当たり前のように普通の技術になっていて、とても高度な技能とは言えない状況になっている技術も多数あります。

したがって、ある程度専門家がその時点でこれが高度な技能だ、先生方の思いでこういうことを自分は新しい技術としてやっていきたいという思いを酌み取って、そういうことを十分勘案した上で専門家の大勢の目を通して高度な技能と認定しましょうという形になると理解をしておりますので、現時点で一つ一つ明確にこういうものが高度な技能だということを特定することはなかなか難しいので、ある程度事例を集めていながら、こういった検討会の場で、こういうものを考えているのだということがみんなの合意になっていけばいいのではないかと考えています。

最初から完全なものをつくるということは、なかなかこれは新しい仕組みですので、難しいと覚悟しておりますので、いろいろな御意見があることはよく分かりますけれども、スタートの時点で何らかの一定のもので始めないと何も決まらないということになってしまうので、私は今回の事務局の考えでまずは始めた上で、いろいろな事例を集めていって、こういった場で御議論いただくということによろしいのではないかと覚悟しております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見として承りました。

それでは、鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

繰り返し、C-2に関して発言をさせていただきたいと思っております。これはサブスペシャリティの学会が指定するような研修施設とかなり似たような話かと思っております。私の場合は婦人科がんが専門なのです。この19領域の2階建ての部分で婦人科腫瘍の専門医というものを持っているのです。つまり、希少な婦人科がんの症例をたくさん経験することでその専門医を取得します。これが年々指定の施設が増えていくことで、結局、その症例の奪い合いということになっているのです。効率的な研修という観点から非常に矛盾するということが実際に起きています。

これは私の分野だけではなくて恐らくそういった分野はあると思うのですが、今回このC-2に関して同じようなことが起こり得ないかを私は懸念しております。結局C-2を取ったところが症例を持っていく理由になったりとか、そういったところに使われてしまうことを一番懸念しております。効率的な研修という観点からは、大きな視点でどう

いったところに高度技能を集中させるかという観点が必要なのではないかと私は思っています。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいまも御意見であったわけですが、効率的な運営をするための一つのアイデアということをお示しされたと思います。

それでは、事務局からコメントをいただきたいのですが、まずはその中で横手構成員から事務局への質問という形のものがありました。内科、外科というところのより高度な、言ってみればサブスペシャリティの話と絡んでいるのかという印象を受けましたけれども、事務局、コメントをいただけますか。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。

前回の検討会でも同趣旨の御質問をいただいたかと思っております。今回の基本領域の内科ですとか、外科ですとか、そういった形でお示しさせていただきましたけれども、実態としては、例えば内科であればその先には循環器内科があったり、その先にはさらに例えばインターベンション、不整脈など様々なサブスペシャリティがあるという形で構造化されていると思っています。今回お示しさせていただいておまして、文言上ターゲットとするのは、その一番下の部分でございますけれども、当然その先のサブスペシャリティ、2階、3階建ての部分についても網羅されているというところで、改めて事務局として確認させていただきたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

横手構成員、今のコメントでいかがですか。

○横手構成員 明確に御回答いただきまして、ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

C-2についていろいろと御意見が出ました。C-2が数限りなく出てくるのではないかと御意見。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 途中で申し訳ございません。

私も基本的に今村委員の御意見に賛同します。島崎先生あるいは鈴木先生の御意見、至極ごもっともではありますけれども、このC-2の話、このワーキンググループの中で基本の19領域に意見を求めまして、基本の19の領域はそれぞれ関係する2階建て、3階建ての意見も聞いた上で意見をまとめて集約して出しておりますので、決して基本19の領域だけで話をしたというわけではなくて、ほぼ全て関係するような学会の意見を総まとめにして19の領域が代表して出しているという認識だと私自身は思っております。ですから、今村委員がおっしゃるように、それだけ多岐にわたる領域を例えば時間でくくるとか、何らかの尺度でくくるというのは極めて難しい作業です。ですから、それぞれの領域で出てきた

ものをそれぞれの専門家、他科を含めた専門家で審議した上で、これはC-2に相当するであろうという事例を一つずつ積み重ねていくことが重要ではないかと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見として承りました。

島崎構成員、お願いいたします。

○島崎構成員 今村先生をはじめ何人かの方のご意見についてですが、確かに限定が技術的につけられにくいというのは、私もそのとおりだと思います。ただ、鈴木構成員が追加でおっしゃったことは、これは決して私は杞憂ではないと思います。つまり、彼がやるなら私もやらなければいけないとか、あるいは失礼な言い方になるかもしれませんが、学会の中で声の大きい人が、ぜひこういう技術についてはほかの分野に先駆けてやっていかななくてはならないと言い出したときに、審査組織がそれに対し駄目だということを言えなくなってしまうのではないのでしょうか。

もちろんここで全て詳細に決めろということを行っているわけではなくて、ある程度いろいろ審査を通じながら実績を積み上げていくことが必要だし、それを公開していくことも必要なのですけれども、これは決して軽微なことを言っているわけではなくて、高度技術の集積をしていくのか分散化したままでいいのかという、医療政策の基本に関わる話だと思っているからこそ私はだわっているのです。

もし事務局原案でいくというのであったら、これまでの検討会で確かに十分な議論がされていないというのはそのとおりかもしれませんが、そうであればこそ、なぜこの合意が一応あった文言、先ほど申し上げました「三次医療圏またはそれを越える」という文言を外したのかということについて、それは説明すべきだと思います。

同時に、この文言を入れた場合にどのような問題が生ずるのかということについてもきちんと説明していただきたいと思います。

○遠藤座長 これは今、事務局からコメントをいただきたいということですか。

○島崎構成員 そういうことです。

○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。

まず前回の検討会資料、今回の検討会資料で、中間とりまとめ、それから前身の検討会の文言のところの反映ができていない、こういう部分について提示できていないというところについてでございます。先生に御指摘いただくまでは、あえて落とすという意図がなかったものですから、大変恥ずかしい話なのですけれども、2つの検討会の報告書を踏まえたもので新たに今回お示ししているという認識でおりました。ですから、ここの文言は意図的に落とすわけではないという点については御説明させていただければと思います。

その上で、この文言があった場合にどういう運用上影響が出るかということに関しましては、そういった流れですので、ここで明確に申し上げることはなかなか難しいのですけ

れども、改めて現在C-2水準の技能を考える中では、まさに形がないものをつくっていくというところだと思っております。

先生方からいただいております御意見はごもつともで、例えば研修の効率的な在り方ですか、あるいは技能の範囲をどうするかですか、あるいは学会とか、少し様々な意見に客観的というか主観的な御意見に基づいて審査されたりするのではないかと、様々な御懸念があるかと思っております。スタートの段階で明確な技能の基準やその範囲をお示しすることは、これはなかなか技術的にも非常に難しいものかと思っております。一方で、審査を進めていく中で、例えば審査組織であればこのような複数の専門家の目を見て審査するですか、実績についてはこういった検討会の場などで御報告させていただくという手続をすることをもって運用の妥当性、制度の適正性、そのようなものについて担保する形をまず取っていくという形でやらせてやらせていただけないかと考えているところでございます。

○遠藤座長 重要な御指摘を先生方からいただいておりますが、それに対して事務局としては今のようなお答えをされているわけです。

関連だと思えますけれども、日本医師会の城守構成員、お願いいたします。

○城守構成員 ありがとうございます。

今、事務局からお答えをされたので、それにかぶるような話になるかもしれませんが、もともと先ほどからお話しされているのはこの特定の分野のお話で、そこに対象の技能が紛れ込んで論点が幾つかに分かれているなど聞いておったわけですが、島崎先生が御懸念されているのは、まずその分野に関しての記載があるにもかかわらずということだと思えます。

これは、先ほど今村先生もおっしゃっていたように、前回の検討会、そして今回の検討会もそうですが、C-2の議論はほぼされていなかったと私も記憶をしております。その中において、この検討会において一定程度ここに記載しているのは、こういう三次医療圏単位等々の記載、こういうことが想定されるという形で、前身の検討会でそういう議論がほぼあったこともなくこういう記載になっていたということであれば、この検討会で一定程度の想定をしたことは、それを今回この委託事業によって審査組織の前進となるべく、いろいろな学会の先生方の知見をいただいて、そして、このC-2の考え方をブラッシュアップしていった中において、今回の事務局が提案されたような形にしていたほうが現実的なのではないかという変更と捉えていただければ、島崎先生の御懸念は一定程度払拭できるのかと。どこかでその記載の変更に関してのコメントを書く必要は、事務局としてはあるかと思えます。

先ほどから技能に関してはいろいろお話が出ていますが、その技能を現段階において縛るという基準そのものを見いだすことができない状況の中において、一定程度この委託事業で各学会の先生方が集まって、まずはこれでスタートしてみたらどうだろうという形で、そして、集まってきた技能に関してこの審査組織でしっかりと審査をしていただき、先ほ

どからお話が少し出ていましたけれども、場合によってはそれを公表するということ、それを繰り返していきながらC-2のあるべき基準を緩く見定めていくという考え方でよろしいのではないのでしょうかと我々は思っております。

以上、意見でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。岡留構成員、よろしくお願いいたします。

○岡留構成員 ありがとうございます。

先ほどからC-2水準についてのディスカッションがずっと続いていますけれども、先日、このC-2水準に関する有識者委員会でも議論になったのですが、専門領域の19学会からのヒアリングのリストを見せていただいたのですが、そのときに私が感じたのは、C-2水準に当てはまる項目なのか、これはB水準ではないかというような混同している部分がいっぱい見られたと思うのです。それぐらい専門委員会、19の基本領域学会のところでも、その対応に恐らくまだ混乱を来しているのではないかという感じがしました。

ですから、私はそういった意味で今度C-2水準の認定については、審査組織の透明性、公平性といいますか、それと公開性ですね。誰にでも公開できるというような第三者評価に頼るような審査組織をきっちりつくっていくことのほうが一番大事なことではないかと。もうあと2年半しかありませんので、急いでやることはもうそういったショートアプローチでいかにざるを得ないのかという感じがしております。これは意見として申し上げておきたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

日本医師会、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。

私は違った視点でお話をさせていただければと思います。先ほど鈴木先生、そして、島崎先生から、いろいろなところからどんどん同じような計画が上がってきて、それをこちらは認めてこちらは認めないというようなことは混乱を招くのではないかという御指摘があったかと思います。

恐らくこれはそれぞれの先生が自分の研修計画を多分申請のときに、どういう書き方になるかは別として、申請書に書き込むことに当然なってくるのだと思います。同じような技術があちこちから出てきたときに、例えばある先生は3年の間にこの症例を30例経験して、その経験するための時間はこの程度だと。別の先生は、同じような技術を修得するのにその3倍の症例を書いてこられて、それは3年間だというような、そういうもし同じような技術がいっぱい集まってくれば、当然委員会の中でそれを見ることとなります。そうすると、極めて限られた症例で日本中に何例ぐらいあるかなどということは専門の先生たちはみんな分かっておられるわけですから、それを足し算したら日本の症例の5倍になっていますなどといったらこれは現実的なものではないですねという判断は、当然専門家の先生だったらお分かりになることだと私は思っていて、合理的な判断は専門家の先生た

ちが集まってきちんとやっていただけるのではないかと考えております。

また、先ほど透明性のお話がありましたけれども、そういった結論がどのように決まったかというものが第三者的に評価できると。これは一部のクローズドではなくて、こういった組織はいろいろなあらゆる分野の方たちが入った形で議論することになっているのだと思いますので、まずは何かの形で始めないことには一切進まない、もう残り限られた時間なので、まずはこういう形で始めていくことは大事なのかとは考えております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

大体御意見は出尽くしましたか。

各委員の御意見をお聞きしましたけれども、事務局、何かコメントはありますか。

事務局、どうぞ。

○山本医事課長 本日、様々この点については御意見をいただけたとあっておまして、今後の取扱いについては、いただいた意見を踏まえて取扱いを座長と相談させていただければと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 では、C-2、確かに新しい制度ですので、そこはC-1と違うところありますから、対象がどこまでになるのかがよく分からないということ、重要な課題でありますので、これをどう扱うかということについては一通りこの議論が終わった後でまた皆様にお諮りしたいかと思っておりますので、取りあえずC-2については今のような御意見があったということでもまとめさせていただきたいと思っております。

それでは、最初の資料1について、ほかの視点でも結構でございますので、御意見、御質問等があれば承りたいと思っております。

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。

今回一つのまとめの機会ということで意見を申し上げたいと思っております。この働き方改革を進める上で、地域医療への支援を両立させることが大変重要な課題という共通の認識があると思っております。その意味で、大学病院は各地域に医師を派遣してきているわけですが、今回、労働時間の管理、各病院の評価などが都道府県ごとに行われる予定だと思っております。一方で、大学病院から地域への人員の派遣は、都道府県の境を越えて隣の地域にも及んでいます。現在のところ、この勤務時間管理は個人レベルで行われて、そして、それをその病院がまとめて都道府県に提出する形だと思っておりますが、例えば都道府県の中で医療を守ろうと思って行動したとしても、労働時間を短くすることで隣の県への支援が滞ってしまう、縮小されてしまうということが起き得るのではないかと。今、その部分のセーフティネットが十分ではないのではないかと。この管理を各病院レベル、個人レベルで行うのはなかなか難しいので、その地域全体として、例えば派遣元の病院と派遣先の病院を医療機関番号で整理するなど組織単位の集計システムがないと、なかなかこの両立が難しくなっ

てくるのではないかということを懸念しております。

ですから、そういう組織レベルで県域を越えて働き方と地域の医療支援を両立できるために、例えば厚生労働省様の予算措置も含めて組織レベルの派遣状況をちゃんとモニターできるような仕組みを導入していただけないだろうか。もしそういうことが行われる場合は、国立大学病院としても全面的に協力させていただきたいと思っております。そのような視点を少し御検討いただければと思ひまして、発言させていただきました。

○遠藤座長 重要な御意見だと思ひます。

事務局、ただいまのことについてコメントがあればお願いいたします。

○谷嶋企画調整専門官 御意見ありがとうございます。

おっしゃるとおり、各都道府県内での地域医療を守ることが重要なのに加えて、都道府県を越えた中で何ができるのか、しっかり考えていく必要があると思ひています。事務局としてもどういうことができるのか検討してまいりたいと思ひます。

○遠藤座長 よろしくお願ひいたします。

では、島崎構成員、お待たせしました。

○島崎構成員 こちらはそんなにこだわりませんが、4ページからの整理の仕方について一言申し上げたいと思ひます。前回、私は、この連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制、代償休息についていろいろ意見を言ったのですけれども、基本を抜き書きせよということ言ったつもりはありません。私が言いたかったのは、前回出された資料は非常に複雑というか、やむを得ない面があるのですけれども、基本が何であって、その例外が何であって、それから、これは解釈の問題としてこういう解釈をするのだという問題と、その結果、こういう実例が起こりますよということの解説がぐちゃぐちゃというと失礼かと思ひますけれども、それが一つのペーパーの中にかかれていたために、これを理解できる人はほとんどいないということ言ったのです。

これだけ大きな法律改正を行い、しかも、実務にいろいろな影響を及ぼす改正をしたわけですから、さらに今後省令も定めていかなければいけない、通知も出していくことになったときに、本当は一番望ましいのは、法令の解释权を持っている医政局医事課が法令の逐条解説と併せて考え方をきちんと書くことだと思ひます。それがあれば、これは確かにこういうことなのだということが徳心できるのです。それがないうちに何が起きているかということ、審議会の資料がそのまま独り歩きして使われるという実態になっているのだと思ひます。

ですから、今日はこれ以上申し上げませんが、それから、役所が本を出すというのは監修料問題などいろいろな問題があつて難しいのも承知していますが、ぜひこれだけの大きな改正をし、実務にいろいろな影響を及ぼすことをやっているわけですから、基本が何であつて、どういう考え方に基ついてこういう整理をしたのかということについては、きちんとしたものを是非書いていただきたい。これは単行本でなくても、どこかの雑誌への連続解説でも結構ですから、そういうものをぜひ出していただきたいと思ひているとい

うことです。どうぞよろしく申し上げます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、いかがですか。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

前回までの御意見の中で、島崎先生の御意図もあり、ほかの先生からももっと分かりやすくといったご意見もありまして、今回この2枚の資料をつくらせていただきました。また、島崎先生から今、御意見いただきましたこと、御意見として承らせていただければと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに資料1について何か御意見等ございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございます。

そういたしますと、資料1については、このC-2の対象の在り方については意見が分かれているわけでありませけれども、それ以外については御承認をいただいたという理解をさせていただきます。よろしゅうございますね。

(首肯する構成員あり)

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、次の議題2でございます。評価結果の公表及び全体評価についてに移りたいと思います。

それでは、資料2について事務局から説明をお願いいたします。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。資料2について御説明させていただきます。

「医療機関勤務環境評価センターによる評価結果の取扱い等について」でございます。

はじめに「医療機関勤務環境評価センターによる全体評価を含む評価結果について」でございます。

2ページから説明させていただきます。2ページは中間とりまとめの抜粋でございます。中間とりまとめの中で「評価機能に係る枠組み」として評価方法を記載させていただいております。また、評価の視点としても様々記載させていただいていたところがございます。

次に、3ページでございます。そういった中で前回の検討会で意見をいただきました。全体評価についてと評価結果の公表の方法について御意見いただいたところがございます。全体評価については、こちらは何件かいただいた意見としては、S・A・B・C・Dといった記載をしていたものについて、例えば病院の優劣を印象づけるのではないか、もしくは明確な序列がついてしまうのではないか、それは納得感があるのかといった御意見をいただきました。

次に、5段階の全体評価は都道府県にとって分かりやすい。一方で、訪問評価で助言や指導を行った結果についても併せて評価された上でD評価になると、各都道府県がこれを指定することは事実上難しいのではないかとといったご意見もいただいております。

また、一番下のポツでは、ストラクチャーやプロセス、アウトカムとまとめてあるもの

の中に、研修の効率化といった内容があまり見えないのではないかとといったご意見もいただいていたところでございます。

次に、評価結果の公表についてですが、2つございます。特にB評価以下の医療機関が上位の評価に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・評価を都道府県が適切な支援につなげていくことが重要である。

バーンアウトした医師が次の就職先を探すときに、医療機関勤務環境評価センターの評価結果を参考にすることが再度のバーンアウトを防ぎ、新たな活躍できる場を探すという意味で予防的な機能を果たすのではないか、公表の仕方を考えていただきたいといったご意見をいただきました。

次に、4ページでございますが、これまでの議論の整理でございます。これまでの議論としましては、評価センターによる評価は、医師労働時間短縮計画の記載事項を基に、評価の視点に基づき行うこととし、また、評価の各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見を評価結果として付すこととしております。

第5回及び6回の働き方推進検討会におきまして、「評価機能・評価結果通知書イメージ」を御提示の上で議論を行っておりまして、評価センターは、各項目の評価を総合した全体評価を冒頭に示した上で、評価の各項目の定量的または定性的な所見を付して、評価結果として医療機関及び都道府県へ通知を行うこととしているといった議論がございました。

こういった議論と前回いただいた御意見を踏まえまして、事務局としての対応案を挙げさせていただいております。いただいた御意見について、以下のとおり対応することとしてはどうか。

評価センターによる評価は医療機関の評価の一面にすぎず、医療機関の優劣を示す趣旨ではないことから、全体評価については、定型的な文章で示すこととしてはどうか。こちらは後ほどお示しさせていただきます。

評価について、書面評価時点で今後の取組予定に関し見直しの必要ありとされた場合には、その時点では評価を行わず、訪問評価を行い、訪問評価後に評価結果を示すこととしてはどうか。

まずは1つ目の事務局案のところについて、5ページを御覧いただければと思います。全体評価の考え方（案）でございます。全体評価に記載する内容を以下のとおり整理してはどうかということで、改めて全体評価について事務局で整理させていただいたというものでございます。大きく3つ全体評価に当たってございます。

1つ目が、労働関係法令及び医療法に規定された事項でございます。こちらについては全てを満たす必要がございます。もし改善が必要な場合は、評価を保留とするということを考えております。

2つ目が、1つ目のところ以外の労務管理体制や労働時間短縮に向けた取組でございます。具体的な評価の基準については今後検討いたしますが、大きく2つ評価時点におけ

る取組状況と今後の取組予定に分けて、それぞれ改善の必要がありなのかもしくは十分なのか、見直しの必要がありなのか十分なのかという形で3つの段階に分けております。

3つ目が、労働時間の実績でございます。この実績というのは改善の度合いで判断するということでございますが、具体的な評価の基準は今後検討することとしております。

一方、具体的には、B・連携B・C水準が適用されている医師の各水準ごとの例えば平均労働時間数や最長労働時間数、そういったものの実績を基本としまして検討していくことを考えております。結果としては改善している、していないの2パターンがございます。

そういった考え方を基に、全体評価につきましては、下の枠囲みのところでございますが、その整理に従って定型的な文で示すこととすると、例えば以下のようになるのではないかと、あくまで例でございますが、4つ書いております。

医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組、これが十分に行われている、もしくは改善の必要があるで上下2つに分かれております。その上で、労働時間短縮が一番上ですと進んでいる、2つ目ですと進んでいないといった形になっております。取組に改善の必要があるといったものにつきましては、3つ目については医師労働時間短縮計画案から今後の取組の改善が見込まれる、4つ目は労働時間短縮計画案も見直しが必要であるといった文言で記載することを考えております。

続きまして、6ページのところでございます。前回お示しさせていただいた全体評価の考え方のところから、赤字部分は修正した箇所でございます。

一番上からです。労働関係法令及び医療法に規定された事項について全ての項目が満たされている旨を記載する。こちら、先ほどの5ページ目の1つ目のところでございますが、全て満たしている場合はその旨をしっかりと記載しておくという趣旨でございます。

2つ目、模範となる取組がある場合には、評価の中で言及する。実際にほかの医療機関などにお示しできるような模範的な取組がある場合は、その旨を併せて記載することが考えられるのではないかとこのところでございます。

3つ目が、医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組の具体的な評価の基準も含め、評価方法の詳細については今後試行しながら検討する。

4つ目ですが、前段部分は変わりませんが、労働関係法令に規定された事項及び医療法に規定された医師労働時間短縮計画の作成や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し、改善後に再度評価を行う。なお、改善に当たって、医療勤務環境改善支援センターの支援を受けることを評価センターから推奨する。

次のところでございますが、2022年度、2023年度の書面評価において、「医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があり、医師労働時間短縮計画案も見直しが必要である」と見込まれる場合には、評価センターは書面のみで評価を決定せずに、訪問を踏まえて評価を行うこととする。なお、評価センターは、訪問による評価の前に、取組の見直しについて、医療機関に対し助言を行うこととする。ここにつきましては、もともとは書面のみで評価を決定することと、その時点で評価を決定することとしておりまし

たが、訪問後に評価をするというように決定のタイミングを変更したという旨の記載でございます。

続きまして、7ページ以降でございます。「都道府県が行う評価結果の公表について」でございます。

こちら8ページ、9ページに中間とりまとめの記載を書かせていただいております。時間の関係上、省略させていただきます。

10ページに、これまでの議論の整理と論点について記載させていただいております。まず、これまでの議論の整理でございます。評価結果の公表については、医療法の改正において「都道府県知事は、(略)通知された評価の結果を公表しなければならない」とされております。

また、中間とりまとめにおいては、都道府県による評価結果の公表は、まず、都道府県がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定を行う際に、評価結果を適切に踏まえることを担保するために行うことを目的とし、さらには、公表という場を利用して、国民が医療のかかり方を見直すきっかけとなることを期待するものとして記載がございます。

一方で、過去の検討会におきましては、評価結果の具体的な公表内容は、患者や医師、医師の派遣を行う病院等に与える影響を考慮しつつ、検討が必要であるといった御意見もございました。

また、前回の検討会の議論は以下のとおりでございますが、こちらは先ほど御説明させていただいた2つのご意見でございます。

こういったことなどを踏まえまして、下の部分、論点でございます。先ほどの全体評価の考え方とも結びつくところではございますが、都道府県が行う評価結果の公表事項について、それから、都道府県が行う評価結果の公表の時期及び方法についてでございます。

続きまして、11ページで今の論点に関する事務局の考え方でございます。こちらは都道府県が行う評価結果の公表の考え方としてお示しさせていただくものでございます。

まず1つ目のところでございます。「都道府県がB・連携B・C水準の対象医療機関の指定を行う際に、評価結果を適切に踏まえることを担保する観点から、都道府県が評価結果を公表する」という評価結果の公表の趣旨を踏まえ、以下のようにしてはどうか。

①評価センターによる評価結果を踏まえた指定がなされていることが確認できるよう、評価結果については、都道府県による支援等の必要性の指摘も含めて、定性的な所見を示すことが適切ではないか。

②また、評価結果において取組の見直しが必要とされた医療機関や、評価結果において都道府県による支援の必要性が指摘された医療機関については、都道府県として必要な見直しがなされている旨を確認したことや、必要な支援に関する都道府県としての対応方針を公表することが求められるのではないか。

③都道府県の事務負担を軽減する観点から、評価結果の通知を受けてからおおむね1年以内に、各都道府県のホームページ等において、評価センターによる評価を公表すること

としてはどうか。（ただし、指定の公示時には評価結果が公表されていることが望ましいのではないかと）といったものでございます。

2つ目でございます。上記に加えまして、「評価結果を公表することにより、医療のかかり方を見直すきっかけとなることが期待される」とされていることを踏まえまして、以下のようにすることが望ましいのではないかと。

①評価結果の公表と併せて、都道府県として医療提供体制の全体像をどのように描き、各医療機関の機能をどのように整理しているかを示し、医師の労働時間短縮の観点から、住民に対してどのような医療のかかり方を求めるのか、具体的な内容を併せて示してはどうか。

②こうしたメッセージが住民に広く伝わるよう、都道府県ホームページ等を用いて評価結果の公表を行うのが望ましいのではないかとでございます。

より具体的なイメージとして、12ページ、13ページとお示しさせていただいております。こちらが実際に都道府県が行う評価結果の公表イメージでございます。

12ページが、B水準と連携B水準でございます。病院ごとに指定の種類、指定の事由を書いた上で、医療機関勤務環境評価センターの評価の概要を記載し、都道府県による記載事項、こちらは任意記載を想定しておりますが、この中で都道府県による支援の方針を記載いただくということを例として考えております。

具体的には、例えば一番上ですと、X病院について、B水準、救急医療で指定されたと。例えば評価結果については「労働関係法令及び医療法に規定された事項について必要な要件を満たしている。それ以外の労務管理体制の整備や労働時間短縮に向けた取組として〇〇が十分になされている。労働時間短縮も進んでいる」といった例でございます。それ以外の例も下に記載しております。

「都道府県による支援の方針」のところでございますが、これは既に医療機関において十分になされている場合は記載は書いておりませんが、そうではない場合に、例えば「都道府県においては、労働時間の短縮のため勤務環境改善支援センターを通じて必要な支援を行うこととする」といった記載など、都道府県がどう支援していくのかという方針を記載いただく予定でございます。

同じように、13ページでC-1水準とC-2水準について記載させていただいております。こちら各病院について指定の種類、研修の内容を書いた上で、先ほどと同様に「評価結果の概要」と「都道府県による支援の方針」、こちらに記載を書くといったものとなっております。

最後に「都道府県が行う特定労務管理対象機関の指定の公示について」でございます。今まで説明した内容は評価結果の公表でございますが、それを受けて実際に都道府県が指定した場合の公示のイメージでございます。

15ページでございます。改正医療法において、都道府県知事が、特定労務管理対象機関の指定を行った場合は、その旨を公示することを定めております。

指定の公示については、以下のように整理してはどうかと考えております。

(1) 指定内容が具体的に分かるように、指定種別・指定事由、指定年月日、指定期限を公表事項としてはどうか。

(2) 指定の公示は、指定の都度、都道府県のホームページ等で行うこととしてはどうか。

具体的なイメージは、以下の図のとおりでございます。

資料2の説明につきまし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、これにつきまして御意見、御質問等があれば承りたいと思います。

岡留構成員、森本構成員、馬場構成員の順番でお願いします。

○岡留構成員 丁寧な説明をありがとうございました。

5段階評価はいろいろランキングみたいになって、これはもう中止になったのでよかったと思うのですが、働き方推進に関する検討会の最終的なとりまとめのところで、あの当時は評価機能と言っていましたけれども、評価機能が「PDCAサイクル」云々という表現をしていましたね。今回この「PDCAサイクル」という言葉を使わなかった主な理由というのは何かあったのでしょうか。

と申しますのは、病院によっては恐らく2年半しかありませんので、これから準備、来年、再来年度内にこれを準備しないといけないので、その2年の間に評価を受けないといけないということになりますと、非常にこれに遅れてくる部分もあるのではないかと思います。そういった場合にPDCAサイクルを果たして本当に回せるのかという感じが懸念、危惧されるものですから、質問をしてみました。事務局のお考えを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。

では、事務局、コメントをお願いします。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。ありがとうございます。

PDCAサイクル、今回の資料では特に明記しておりませんが、評価を通じて医療機関で取組を進めていただく、PDCAサイクルを回していただくというところはお願いしたいと思っております。これは実際に医療機関が評価機能の申請を行い、都道府県からB水準なりC水準なり指定を受けるという中で、取組に関する評価を受けたり、それをまた新たな次の時短の取組に向けて活用するというような観点で言いますと、まさにこのプロセス自体がPDCAサイクルそのものになるかと考えております。

実際の制度施行までの2024年までに向けては、こういった評価機能を通じたPDCAサイクルを短いスパンで取組を進めていく必要が求められるのではないかとこのところについての岡留先生の御指摘だと思っております。これに関しては様々ございますけれども、例えば前回の資料でお示しさせていただきましたように、勤改センターに早めに御相談いただくとか、そういった形で取組に関してチェックや相談をしたり、それを通じて取組をさら

に進めていただくという形で、取組を進めていただきたいと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 今回の件についてなのですが、ストラクチャーとプロセスは大体分かるのですが、ここにアウトカムの項目が入っていますので、その結果が出る、出てそれからそれを基にまた改善を図っていくことになると、かなり時間的な余裕がないと、ここはうまく回らないのではないかと心配をしているものですから、その辺についての心配は無用なのでしょうか。

○遠藤座長 事務局、いかがでしょう。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

必要な支援を完了するというよりもまず支援を始めていただく、医療機関の労働時間の短縮の取組を進めていってもらうということかと考えております。

○遠藤座長 岡留構成員、いかがですか。

○岡留構成員 周りの病院の幹部の職員から、2年ちょっとでこれをやるのですか、すごいですね、急いでいるこのありようは何なのですかという疑問を持たれたものですから、大丈夫なのではないのとは言うておきましたけれどもね。

以上です。ありがとうございました。

○遠藤座長 事務局、何か追加でコメントはございますか。

○谷嶋企画調整専門官 今回まずやっていただくこととしては、しっかり労働時間を減らすための取組をやっていただくということかと思っております。結果については重要にはなってくるのですけれども、まずは取組というところかと思っております。

○遠藤座長 岡留構成員、よろしいでしょうか。

○岡留構成員 はい。

○遠藤座長 それでは、お待たせいたしました。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。

私からは、お願いと意見をさせていただきます。まず、12ページ、都道府県が行う評価結果の公表のイメージの一番下、Z病院の「評価結果の概要」について。3行目から「訪問調査により確認したが、見直しの必要がある」と記載されておりますが、これは、これまでの評語において、訪問評価を経てもなおD評価にとどまる医療機関に当たると思いますが。こうした医療機関については、地域の医療提供体制に重大な影響を与える場合などに限り、「都道府県による記載」の箇所にあるように、都道府県の支援等により取組の改善の見込みがある場合には、指定を受ける可能性があることと整理したものと承知しておりますが、2回目以降、同様の評価を受けることがないように、引き続き支援の強化をお願い致します。

次に、意見です。7ページより示されている評価結果の公表については、指定の適正性

を保つ役割を果たすのみならず、医療機関に適切な取組を促したり、また、医師が自らの職場を選択する際の判断材料ともなり得る情報を提供する役割なども期待されると考えています。

その上で、5ページの全体評価の考え方については、評語により、医療機関に序列がつけられる、ないしは医療機関による取組が全て優劣で評価されることのないようにする観点から、改めて整理されたものと思っておりますが、評語によらず文章による評価結果を示し、公表するとしても、それぞれの医療機関における労務管理体制の状況あるいは労働時間の短縮に向けた取組がどの評価段階に位置するのか、このページに例示されている全体評価の定型文を必ず盛り込むといった形で、統一かつ分かりやすい記載となるように工夫をしていただきたいと思います。

加えて、再指定の評価結果を公表する際には、労働時間の短縮に関するアウトカムとして、実績値の推移を公表していくことも検討していただきたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 御意見として承りました。

事務局、何かコメントはありますか。

○谷嶋企画調整専門官 御意見ありがとうございます。

2回目以降については、必ず訪問評価をやることになると思うのですがけれども、そんな中でどういった支援をして、どういった形にしていくのか、しっかりと勤務環境改善支援センターや都道府県とも連携してやっていく必要があると思っております。

次に、全体評価の考え方のところ、分かりやすい評価となるようにというところで御意見をいただきました。ここの記載につきましては、しっかりと労働時間短縮に取り組んでいる医療機関についてそれが分かるといった形で、さらに取り組んでいこうという形になっていく、そういうことが非常に重要かと思っております。よりよい方向に進んでいくように、どういった記載がいいかということは引き続きやっていく中で検討していく話かと思っておりますので、そこは御意見として承らせていただければと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

続きまして、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。

今回お示しいただきました評価の在り方あるいは評価結果の公表について、おおむね賛成でございます。1点だけ、少しだけ私が懸念するところがございますので、お話をさせていただきます。

12ページ、13ページに評価結果の公表イメージが書かれてあって、ここに「都道府県による記載（任意記載）」というものが右の欄にあるのですけれども、ここは「支援を行うこととする」と、支援の具体的な中身にはほとんど触れられていないということで、なかなか書きようも難しいのだとは思いますが、支援というのは、私が考えるには助言や指

導などが普通になるのでしょうかけれども、もちろん中には財政支援であったり、医師派遣であったり、そういったことも当然含まれてくると思うのです。都道府県によって、近隣に同じ機能を持って適切な勤務環境を提供している病院があるにもかかわらず、医師派遣等の不適切な支援を例えば自治体病院等の特定の病院だけに行ってしまうとか、そういったことがありはしないかということは若干危惧されます。そうすると、結局健全に頑張っている近隣の病院を今度はかえって苦境に立たせることになりますので、何かその歯止めになるというか、くぎを刺すというか、少しだけもう一歩具体的にこの記載、支援の方針については踏み込んでいただいたほうがいいのではないかという気はしております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見ですけれども、何か事務局、関連してコメントはございますか。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

各医療機関によっても実情が異なり、都道府県の中でも様々実情が異なる中で医療提供体制を構築しているというところで、任意記載としているところもございます。どういった支援が適切なのか、これにつきましては、国でどのような支援ができるかということもございますが、都道府県と勤改センターとしっかりと協力いただいて、都道府県全体の医療提供体制を考えた上で取り組んでいただくことが重要かと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。

○馬場構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 それでは、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。

5 ページの評価センターの評価の見直しについては、これで結構だと思います。前回お話ししたように書面評価だけで決めるのではなく、訪問評価の前の助言による取組見直し結果も含めて、訪問評価で決定するのはいいと思います。

ただ、この場合、5 ページの最後のところ、計画の見直しが必要だという評価センターとしての全体評価結果の認識のままでは、都道府県として承認しがたく、勤改センターからの助言等により時短計画が見直され取組の改善が見込まれるという認識を得て初めて承認できます。都道府県が行う評価結果の公表に当たっては、このことを意識した書きぶりになっているのではないかと考えております。具体的な例でいうと、12 ページの一番下のような形で、勤務環境改善支援センターによる支援の結果、取組の見直しが行われたと。要するに、行政当局としては、改善する可能性があるという認識を持った上で承認という形が必要だと考えております。

それから、先ほど馬場委員のおっしゃったように、都道府県の中で各医療機関の取扱いは不合理な格差が生じるのではとの懸念がございます。ただ、今回具体的に承認するに当たっては都道府県の医療審議会の意見を聞くということとなっており、その際にいろいろ

な支援策、また現状について議論がされますので、一定支援策についても整理がされると思いますし、その議論を踏まえた上で各都道府県、どこまで書けるかは別といたしまして、記載するということになると思います。

ただ、こういう公表について都道府県は取り組んでまいりますが、あわせて、医療機関自身もできるだけこういう情報については積極的に公表していただきたいと思います。特にC-1水準の医療機関については、研修医さん、専攻医さんが研修プログラムを選ぶわけですので、その前の悩む段階できちんと時短計画や労働時間についてはお知らせすることが、参考になると思います。また、どこかにありましたが、バーンアウトした医師が勤務場所を選ぶときにも同じようなことが想定されるので、全て都道府県が情報提供を担うのだけでなく、各医療機関でもできる範囲で公表に取り組んでいただくことが望ましいと思います。これは大臣告示に入れるのか、それともC-1水準ですので専門医のプログラムの仕組みで取り組むのか、いろいろあるかもしれませんが、できるだけ医療機関としても情報提供に取り組んでいただきたいというのが都道府県の希望でございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

都道府県のお立場から非常に貴重な御意見、ありがとうございました。事務局に対しても御意見があった、あるいは医療機関に対してと言ってもいいのかもしれませんが、選択をするわけなので、それを事前にきちんと決めておいてほしいということですね。ありがとうございました。

それでは、お待たせしました。今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

資料の8ページなのですが、都道府県への通知というところで、②に医療機関内の労働時間短縮、取組は進んでいるけれども、結果として労働時間の短縮が進んでいない医療機関を都道府県が把握することができる、こういう記載がございます。例えば派遣されてきている先生が派遣元の都合でどうしても引き揚げざるを得ないことになったときに、他の残された先生たちの労働時間がどうしても長くなってしまうことも起こり得ると思いますし、現場でやむを得ず自分の病院の努力だけではどうしようもないことがどうしても発生し得ると思っています。

下のほうに「②の医療機関については、医師確保に対する支援」という記載があります。先ほど馬場先生から御指摘いただいたように、恣意的な支援ということはまずいのだろうと思いますけれども、平成28年か30年か、正確に覚えていないのですが、医療法の改正の中で都道府県に設けられている、この勤改センターだけではなくともともと医師派遣機能のある地域医療支援センター、これは都道府県が運営することになっていて、この2つの都道府県の機関が連携することが法律の中に位置づけられたと思います。したがって、勤改センターの情報は本来地域医療支援センターに行く、あるいは地域医療支援センターが派遣した先生の病院はきちんと労働環境が守られているかどうかを情報としてお互いに共

有する仕組みがあるわけです。

当初、地域医療支援センターなども、そもそも派遣する医師などいないではないかというお話もあったのですが、今は地域枠ということでかなりそういった医師の先生方もいらっしゃる。しっかりとした医師のキャリアアップを図りながらそういう病院で働いていただくことが可能な仕組みになっている。つまり、仕組みがちゃんとあるのだけでも、ここには全くそういう記載がないというのも少し違和感があります。どうしても医師が不足しているために長時間労働になってしまうところもあるのであれば、都道府県がしっかりと地域医療支援センターを活用して、医師をそういうところに派遣していただく。つまり、法律の中に書かれているのにそれが実際に機能しないということになると意味がないと思っておりますので、その点もいろいろ記載については御配慮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。

続きまして、森構成員、お願いいたします。

○森構成員 ありがとうございます。

私は違った観点からの質問で恐縮なのですが、この評価する側の医療機関勤務環境評価センターあるいは都道府県、その評価体制の構築あるいはそれに関わる人材の育成や確保、その辺は大丈夫なのでしょうか。かなり急速にこれだけ進んでいる中で、それに対応できるだけの仕組みというか、人材確保、教育ができていますでしょうか。

○遠藤座長 ありがとうございます。重要な御指摘だと思います。

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、評価機能の評価体制について、これまで評価機能と言っておりました評価センターについて、これは準備のための委託事業を今年度から実施しております。これにつきましても、先般御議論いただきました評価項目あるいは評価基準といったものを通じた評価者、サーバイヤーの育成や、それに関わる必要な教材等の作成についても並行して準備を進めているところでございます。こういった準備を通じて施行に向けた準備をしっかり進めていきたいと考えております。

○森構成員 分かりました。ありがとうございます。

それと、先ほど家保構成員がおっしゃったこと、すごく大事だと思いますけれども、若い先生方がマッチングする前に情報を開示することは非常に重要だと思います。ただ、家保構成員に申し上げておきますけれども、実際は若い先生方は今はすごく優遇されていて、むしろ中堅どころぐらいのところはかなりしわ寄せが行っている現状があって、そういう現状もあることだけは現場としてお伝えしておかないといけない。だから、この後に質問される鈴木構成員とかそれよりちょっと若い先生方、かなりしわ寄せが行っていると思うのです。そういうこともあるということだけ、余計な話ですけども、申し添えたいと思

います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

まさにしわ寄せを食っている世代の中堅になるのですけれども、私からは、まず評価結果の公表に関しては、ネガティブなインパクトを極力抑えるような形で、むしろ文章にさせていただくことで非常によく読めば分かりやすいのかと、私としては非常に好意的に捉えております。

一方で、15ページの都道府県が行う指定の公示イメージを見てみますと、仮に自分が勤務医で次の勤務先を考えるですとか、派遣元がどういったところに派遣するかと考えるときに、「指定事由」などを見てみると「救急医療」ですとか「医師派遣」「居宅等における医療」と書いてあるのですけれども、具体的に必要な情報というのは実際には診療科だったりとか、そういった情報が必要なケースも出てくると思うのですが、その辺りはオープンデータの中でどのように個人がアクセスしたりですとか、派遣元がその派遣先を考えるときに利用できる情報となるのかを質問させ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。

いかがでしょうか。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

そういった先生の御指摘のような形で分かることは重要かと考えております。もともとここにつきましては、病院ごとに指定の種類や事由ごとに検討してきたという経緯の中で、実際にどういった診療科などを把握できるかということにつきましては、必ずしも今は把握できる状況にはならないのかと思っております。

一方で、一つの診療科内でも人によって様々な実態がある中で、実際この公示のイメージの中で、まず今回は大枠を各都道府県のホームページで見て分かるということかと思っております。その上で、実際にその詳細につきましては、個別に医療機関とやり取りをする中で正確な情報を把握していただくということかかと考えております。

○遠藤座長 鈴木構成員、いかがでしょうか。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

医師個人の立場というのは非常に弱いもので、なかなか病院と掛け合う中で正しい情報をもらえないことも実際にはあつたりしますので、その辺りを配慮いただいて進めていただければと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 よろしくお願いいたします。

それでは、日本医師会、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

今回のテーマであります評価結果の公表に関しては、事務局の出されたこの案で私はよろしいかと思っております。これによって医療機関がよくないとか、要するに、間違っ

イメージを住民の方等に植え付けないという形でかなり配慮していただいたと感謝しております。

本日のテーマとは違うのですが、本日あります参考資料3のところに、勤改センターの活用についてという1枚紙をつくっていただいたみたいで、これは以前からしつこく申しておることに関して、今回の勤務環境の改善に関しての工程のどこにどのタイミングで勤改センターがかむのかということを図示していただいた形で、かなり分かりやすくなっていると感謝しております。

1点、本日の資料2の8ページにあります「評価結果の取扱い」の①のところですね。医療機関内の労働時間短縮の取組が進んでいない医療機関ということに関しては、その下に都道府県の勤改センター等によってマネジメントの支援をしていただくと書かれているわけですが、これは先ほどからお話が出ています評価センターも、2024年に向けてかなり業務がタイトになってきている状態でございます、この評価を一度受けて、その後で勤改センターの支援を受けるというのでは二度手間になるかと思しますので、特にこの参考資料3のところに、評価センターによる評価を受審するのであれば事前にこの勤改センターの支援をしっかりと受けるとしていただいたほうが、タイムラグもあまり出なくてよろしいのではないかと思いますので、御検討していただければと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントはありますか。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

先生のおっしゃったこと、ごもっともだと思います。図の中で真ん中の「評価センターによる評価の受審」、青色であると思いますが、その下のところで「受審の前に各都道府県の勤改センターにご相談いただけます」と書かせてはいただいているのですが、より分かりやすい記載など趣旨を踏まえて何らか検討させていただければと思います。

○遠藤座長 よろしくお願ひします。

続いて、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。

先ほど鈴木構成員からお話がありました都道府県の指定の公示のイメージ、私どもも具体的にどういうことをしたらいいのかという部分が悩ましいところでございます。多分見られる方々は細かい情報まで欲しいということがございますが、都道府県によっては数百の医療機関を指定する中で、一々個々の情報を提供するのは実際には難しいかと思ひます。よって、評価センターが一定申請される医療機関の了解を得て、統一的なホームページや検索システムをぜひ設定していただくことが望ましいかと思ひます。もしくは申請される医療機関自体が、先ほど申し上げましたように情報公開のところにリンクを貼るという形でやっていただくと、都道府県における負担がかなり軽減されます。是非とも、皆さん方の御協力を得ながらできるだけ利用者にとってプラスになるような仕組みを考えて

いただければという希望でございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにもございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございました。

そうしますと、この資料2につきましては幾つかの御要望はございましたけれども、基本的には事務局原案について御同意を得たということによろしゅうございますか。

(首肯する構成員あり)

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、資料1でC-2の範囲についてどうするかということについて、事務局原案について、現状、このやり方でやるしかないという御意見もある反面、幾つかの懸念が複数の構成員から出されております。そこで、何らかの修正は必要ではないかと思えますけれども、そのやり方なのですが、2通りあるかと思えます。事務局に修正案をつくっていただいてもう一度この場で議論をするやり方と、座長一任といたしましょうか、そのような形で対応するという方法、2つあります。なかなかこれは難しい、結構懸念を示す先生の数が多いので微妙なところであるわけですが、何かこの進め方について御意見はありますか。

もちろん各委員との調整はさせていただきますが、座長一任という形によろしゅうございますか。

島崎構成員。

○島崎構成員 私はこれまで座長一任に関して反対したことはないのですが、少なくとも今回の件については、そもそも先ほど申し上げた「三次医療圏」云々という文言がなぜ最初の検討会のときに入ったのか。すみませんが、これは自分自身気がついたのが昨晩だったものですから、私は過去の議事録を確認できていません。私の推測で言うと、三次医療圏またはそれを超えるという文言がいきなり入るとはとても考えにくいです。確かにこの検討会ではあまり議論されていなかったというのはそのとおりだと思うのですが、前身の検討会でいきなり入ったとは思えないので、そもそもどういう議論だったのかということも含めてぜひ確認していただきたいと思えます。

その上で、これは私だけが意見を申し上げているわけではなく複数の構成員の方が懸念を示しているわけなので、座長一任でも最終的にはやむを得ないかもしれませんが、少なくともその了解はぜひ取っていただきたいと思えます。

○遠藤座長 もちろん今、座長一任にするか、あるいはもう一度この議論について平場でやるかどうかを皆様にお諮りをしているわけで、特段御意見がなかったものですから、座長一任でよいかどうかという質問の仕方では皆さんの御意見を聞いているだけで、反対ということであればそれで結構ですので、それであれば。

○島崎構成員 時間との関係で何か制約があるのでしょうか。

○遠藤座長 時間との関係の制約は、事務局、どうでしょう。

○山本医事課長 一定程度はございますけれども、これは丁寧な議論が必要だと思っております。したがって、まずは島崎先生からお話がありましたように経緯を確認しまして、個別の先生方に御説明をさせていただき、その上で必要に応じて会を開くのか、もうその段階で終わるのかについては、座長と相談をさせていただければと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 したがって、私も随分審議会の座長をやっているのですけれども、このくらい異論が出た場合にはなかなか座長一任とするには微妙なところだという感じがして、今、明確に言えないところなのです。

○島崎構成員 分かりました。

○遠藤座長 それでは、この場では座長一任とするかどうかも座長一任にさせていただきまして、皆様にいろいろ御意見を聞いて、必要であればもう一度この問題で会を開くという対応、非常にめったにないような対応ですけれども、そういう対応でよろしゅうございますか。

○島崎構成員 それ以上こだわりませんが、もし時間的な余裕があるのであれば、私はこれだけ意見が出ており重要な点なので、もう一回議論したほうが良いと思います。

○遠藤座長 ほかの方はどんな意見でしょうか。時間的余裕があるようですので、私はどちらでも構いませんけれども、C-2について何か御意見はございますか。

それでは、特段御意見もないということではありますが、もう一度やったほうが良いという明確な御意見がありますので、事務局には少し汗をかいていただくこととなりますけれども、もう一度やりますか。対応可能ですか。

確かにC-2についての議論はあまりしていないということもありましたので、それについては、次回、事務局の修正案をベースにもう一度御議論いただきたいと思います。そういう対応でよろしゅうございますか。

(首肯する構成員あり)

○遠藤座長 ありがとうございます。それでは、そのようにさせていただきたいと思いません。

以上で、本日用意いたしましたアジェンダは全て終了いたしました。

事務局、何かございますか。今後の日程等についてございますか。

○草野医師等医療従事者の働き方改革推進室長 次回の日程につきましては、追って事務局よりお知らせ申し上げます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、長時間、積極的な御意見いただきました。

どうも失礼しました。横手構成員、どうぞ。

○横手構成員

次回また開催されるということがあるのかもしれませんが、一つのまとめの機会という

ことで、一連の会議でテーマにならなかった裁量労働制に関してコメントさせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

○遠藤座長 結構です。

○横手構成員 大学病院は、皆様に共通認識をいただいておりますように、診療のほか教育と研究を使命として行っています。特に医師の育成と生涯教育にも尽力しているところでございます。また、大学病院では、研究に従事できるということが医師のモチベーション、魅力になっているという面もございます。

今回、特別に定められた医師の勤務時間の上限を今後短縮していくためには、その具体的な管理方法の利便性も含めて変形労働制が望ましい、あるいは適しているという認識が広く行き渡りつつあるように感じています。一方で、勤務時間管理を適切に行うことの重要性を十分に認識した上で、研究を中心に、そして、その一環として診療も行うという医師のスタイルも大学には必要なのではないかと、そういう場合にはこの裁量労働制を十分に活用していくことも大事なのではないかと感じます。

A・B・連携BあるいはC水準がそれぞれの病院で画一的な適用ではなく、各病院の診療領域や対象医師によって適切に運用されるという方向性になっていきますので、それと同様に、裁量労働制も、研究を中心とする大学病院の教員である医師に、適切に運用される形が望ましいと感じる次第でございます。そのことを意見として表明させていただきます。

今後、この検討会のもとに設置された「大学病院の医師の働き方に関する検討会」を通じて、具体的な課題を解決し、実効性のある運用を目指していきたいと思っております。また今後この検討会が開催されるまでの間に、待てない課題も山積していると思っておりますので、ぜひこれからも厚生労働省様あるいは文部科学省様と協議の上、各種の通知や解釈など、周知できる体制をお願いしていきたいと思う次第でございます。

時間が限られた中、発言の機会を賜り、ありがとうございました。

○遠藤座長 ありがとうございました。

裁量労働制について、事務方で何かコメントはございますか。

お願いいたします。

○坪井医療労働企画官 御意見ありがとうございます。

裁量労働制につきましては、実際に対応されている大学についてもあるとは承知しております。引き続き必要な周知等をしていくことが重要と考えておりますので、御指摘も踏まえて取り組んでいきたいと考えてございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。よろしく申し上げます。

それでは、時間にもなりましたので、本日はこれにて会議を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。