

○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16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。

本日の出欠ですけれども、森構成員、家保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。

続きまして、資料の確認でございますけれども、本日は資料1、参考資料1、参考資料2でございます。

不足する資料、乱丁、落丁ございましたら、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 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。

以降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、よろしくをお願いいたします。

○遠藤座長 皆様、こんばんは。本日もよろしくをお願いいたします。

前回、C-2の範囲について議論が行われまして、事務局原案に対して幾つかの疑義が出たということで、大きくまとめれば長時間労働のある意味抜け穴のような形になる可能性であるとか、あるいは高度な技術の修得に対して、それをゆがめるような作用があり得るのではないかという様々な視点から、そもそも審査組織のスキームがあるわけですが、その辺りのところはもう少しきっちり議論をしていくべきではないかと。特に若い方からの御意見もあったということで、確かにC-2についてはあまり議論してこなかったということもあるものですから、今回はC-2のみを議論としてやりたいということで1回増やしたということでございます。

それでは、早速それらの意見を踏まえまして、事務局から資料が出されておりますので、

事務局から資料の説明をお願いしたいと思います。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

資料1「C-2水準の対象分野等の考え方及び技能等に関する審査の運用について」を御説明させていただきます。

前回の検討会でいただきました御意見を踏まえまして、C-2水準につきまして、改めて資料をお出しさせていただいたものでございます。

今日の資料は大きく3つの構成を取っております。1つ目が「C-2水準に関する議論の経緯について」、2つ目が「C-2水準の対象分野等の考え方について」、そして3つ目が「C-2水準の技能等に関する審査の運用について」でございます。

それでは、1つ目の「C-2水準に関する議論の経緯について」から御説明させていただきます。

前回の御意見を踏まえまして、前身の医師の働き方改革に関する検討会の報告書として昨年末に本検討会で取りまとめいただきました中間とりまとめ、その後、法改正までのC-2の議論の経緯を御説明させていただきます。

2ページを御覧ください。医師の働き方改革に関する検討会で取りまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会報告書」、こちらは平成31年3月に取りまとめいただいておりますが、C-2水準については以下のとおり取りまとめられております。いくつか抜粋して御説明させていただきます。

まず、下線が引いてあるところですが、（集中的技能向上水準の内容）についてです。「（C）水準を以下の2類型に整理する」、2つポツがあるうちの2つ目のポツのところでございます。「医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合」、これを（C）-2としておりました。

そして、この「公益上必要とされる分野」としまして、※書きで「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、我が国の医療水準の維持発展を図る必要がある分野であって、そのための技能を一定の期間、集中的に修練する必要がある分野を想定」とされておりました。

3ページをおめくりください。2つ目の○の「（C）-2水準の適用に当たっては」のところでございます。下2つのポツのところでございます。「高度特定技能については、個々の医師の自由な意欲・希望の下で発案されると考えられることから、医師が主体的に高度特定技能育成計画（※内容に応じ、有期のものを想定）を作成し、当該計画の必要性を所属医療機関に申し出る」、最後のポツのところ「医療機関が当該計画を承認し、当該計画に必要な業務を特定して審査組織に申請し、審査組織における承認を経て、特定された当該業務に上記36協定が適用される」とされております。

※書きのところ「我が国の医療技術の水準向上のための公益上の必要性の判断となる

ことから、高度な医学的見地からの審査を行う組織を設ける必要がある」といった記載が報告書の中でされておりました。

4 ページを御覧ください。その後、医師の働き方改革の推進に関する検討会で議論をいただきました。そして、その検討会の中で取りまとめられた「医師の働き方改革の推進に関する検討会中間とりまとめ」、こちらが昨年12月に取りまとめいただいたものでございます。その中では、以下のとおり取りまとめられました。

【C-2 水準の対象医療機関の指定要件】でございます。「以下の要件全てに該当すること」、そのうちの1つ目のところを御説明させていただきます。「①対象分野における医師の育成が可能であること」「C-2 水準の対象として厚生労働大臣が公示する『我が国の医療技術の水準向上に向け、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要である分野』において、C-2 水準の対象として審査組織が特定する技能を有する医師を育成するのに十分な教育研修環境を有していることを審査組織において確認する」。

そして、この厚生労働大臣のところの公示ですが、「分野の公示は、・高度な技能を有する医師が必要で、・当該技能の習得及びその維持には相当程度の時間、関連業務への従事が必要な分野という基本的な考え方に基づいて行う。例えば、高度で長時間の手術等途中で医師が交代するのが困難であることや、診療上、連続的に診療を同一医師が続けることが求められる分野が考えられる」とされておりました。

そして「公益上必要である分野」として脚注のところでございますが、「前回報告書においては」ということで記載がございます。この前回の報告書が平成30年の報告書のことでございます。「前回報告書においては、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、我が国の医療水準の維持発展を図る必要がある分野であって、そのための技能を一定の期間、集中的に修練する必要がある分野が想定されている」と脚注で中間とりまとめでは書き込まれました。

続いて、1 ページ飛んで6 ページを御覧ください。真ん中のところでございますが、(特定高度技能研修計画)について記載がございます。1 ポツ目のところを御覧ください。「特定高度技能研修計画については、当該医師のC-2 水準の対象分野における特定高度技能の習得が可能なものとなっているか否かを審査組織が判断するため、審査組織が示す習得に必要なとされる症例数、指導医等を参考にしながら、計画期間、経験を行う分野、習得予定の技能、経験予定症例数、手術数、指導者・医療機関の状況、研修、学会、論文発表等学術活動の予定等を記載する」とされておりました。こちらが中間とりまとめであった記載でございます。

続きまして、7 ページを御覧ください。今、御説明させていただきました中間とりまとめを踏まえて、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律、こちらが今年の通常国会において成立いたしました。C-2 水準に関する主な条文は以下のとおり、7 ページ、8 ページに記載がございます。このよう

な形の経緯をたどったものでございます。

続きまして、2つ目のところを御説明させていただきます。「C-2水準の対象分野等の考え方について」でございます。

10ページを御覧ください。C-2水準の対象分野等の考え方について、前回の検討会で様々な意見を頂戴いたしました。主な御意見を紹介させていただきます。

特定高度技能については、中間とりまとめの脚注において、「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」と限定されている。これは、二次医療圏単位で考えるのではなく、三次医療圏あるいはより広域的な単位で考えるような分野の特定をかけている。現在の資料において、合意があったことの文言をなぜ外したのか、事務局において説明すべき。

2つ目、C-2水準については、現在まであまり明確な踏み込んだ議論は行われておらず、中間とりまとめの脚注の記載は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う。C-2水準が明確ではないことから、厚生労働省がC-2水準の対象技能に関する調査研究で各学会のヒアリングを行った結果、現時点で考える高度技能がどのようなものあり、こういった方向でいいのではないかという取りまとめがされたと理解している。

3つ目です。C-2水準は、厚生労働省が基本19領域の学会に意見を求め、それぞれ関係する2階・3階建ての意見も集約している。それだけ多岐にわたる診療領域を、何らかの尺度でくくるのは困難な作業である。それぞれの領域で出てきたものをそれぞれの専門家などで審議した上で、これはC-2水準に相当するであろうという事例を積み重ねていくことが重要ではないか。

最後でございます。審査組織の議論の前身となるべく、厚労省が委託事業によって様々な学会の先生方の知見を伺っている。これを踏まえ、C-2水準の考え方をブラッシュアップした結果、今回の事務局が提案したような形のほうが現実的ではないかという変更と捉えればよいのではないかとといった御意見をいただきました。

それを踏まえまして、C-2水準の対象分野等の考え方に関する経緯、こちらを整理させていただければと思います。

今ほど1つ目のところで申し上げたC-2水準に関する議論の経緯のとおり、C-2水準の対象分野等の考え方については、これまで検討会で議論を行ってきていただいたところでございます。一方で、厚生労働省においては、令和2年度と令和3年度において調査研究事業を行いました。この調査研究事業において、日本専門医機構の定める基本19領域の学会へのヒアリング調査を実施させていただきました。そのヒアリング調査の概要を御説明させていただきます。

大きく3つございます。1つ目が「高度な技能」の考え方についてでございます。公益上特に必要とされる高度な技能については、診療に関わる技能には一定の公益性が存在する中で、技能の修得に高い到達度を求めればほとんどの診療の技能は高度な技能といえるのではないかと。

2つ目でございます。「技能習得にやむを得ず長時間労働が伴う技能」の考え方について、各学会間で共通性の高い考え方を整理すると、3つございました。救急など診療を行う時間帯を選ばず時間外・休日労働が避けられないもの、集中治療等の急変対応において、同一医師による連続的な診療が生じるもの、長時間の手術等、医師が途中交代することができないものでございます。

3つ目が、個別の「技能」名をあらかじめ特定することについてでございます。個々の医療機関における教育研修環境及び個々の医師の習熟度等によって、技能の修得に当たっての業務内容や長時間労働の必要性等は異なることから、こうした前提条件にかかわらず一律に対象となる技能をあらかじめ特定することは困難であり、個別の申請ごとに審査を行うことが必要ではないか、こういった内容がヒアリング調査の結果でいただいた概要でございます。

こうした調査を踏まえ、前回及び前々回の検討会におきまして、「C-2水準の対象技能となり得る具体的な技能の考え方（案）」を提示させていただいたものでございます。

12ページを御覧ください。続きまして、論点としましてC-2水準の対象分野等の考え方に関する経緯、こちらを踏まえた上で、その対象技能となり得る具体的な技能の考え方について、改めてどのように考えるかというところでございます。

方針案を示させていただいておりますが、12ページの方針案と13ページの「C-2水準の対象技能となり得る具体的な技能の考え方（案）」を併せて御覧いただければと思います。

方針案についてでございます。前回及び前々回の検討会でお示しさせていただいた「C-2水準の対象技能となり得る具体的な技能の考え方（案）」につきましても、調査研究ですとか、学会へのヒアリングによって、C-2水準の対象分野や対象技能の考え方が一定程度明らかになってきました。これを踏まえた内容でございます。

具体的に申し上げますと、これらのヒアリング調査を通じまして、C-2水準の対象技能には2つ、1つ目は、先進医療を含む医学研究や医療技術の進歩により新たに登場した技能だけでなく、2つ目、基本領域の専門医取得段階では独立して実施できる等の高いレベルまで到達することが困難な技能も含まれ得ること、こちらが明らかとなりました。

当初は、報告書や中間とりまとめにおいて、対象分野については「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、我が国の医療水準の維持発展を図る必要がある分野であって、そのための技能を一定の期間、集中的に修練する必要がある分野」とされておりましたが、このうち「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」といった限定をかけますと、②の技能、つまり、基本領域の専門医取得段階では独立して実施できる等の高いレベルまで到達することが困難な技能、こちらがC-2水準の対象技能に含まれなくなることが考えられまして、良質かつ適切な医療を提供し続けるための医師の育成に支障を来すことが懸念されると考えたものでございます。

※書きで2つ書かせていただきましたが、当初の議論におきましては、この限定は、①

の先進医療を含む医学研究や医療技術の進歩により新たに登場した技能を念頭に置いたものでございました。

2つ目が、②の技能については、地域における医療水準の確保や、育成に当たっての症例数の確保等の観点から、より小さな医療圏単位で育成を行うことが適当と考えられるものでございました。

このため、「高度に専門的な医療を三次医療圏単位又は広域で提供することにより」といった限定をC-2水準の対象分野全体に適用することはせず、対象分野及び対象技能の考え方は、前回までにお示しした案のとおりとしてはどうかと方針案としてお示しさせていただければと思います。

13ページの図につきましては、前回お示しさせていただいたものとそういった意味で同じものでございます。

最後に、3つ目の「C-2水準の技能等に関する審査の運用について」を御説明させていただきます。

こちらは前回の御意見を踏まえまして、審査の運用について事務局としての案をお示しさせていただくものでございます。

15ページを御覧ください。C-2水準の運用につきましては、様々な御意見をいただきました。細かには申し上げませんが、様々審査の運用に当たって、プロセス面での御意見をいただいたと思っております。

16ページ、17ページを御覧ください。まず、16ページのところの論点としまして、C-2水準の技能等に関する審査の運用については、その審査の適正性・透明性を担保する仕組み等を確認しておくべきではないかと論点提起をさせていただければと思います。

事務局としましては、審査の適正性・透明性を担保する仕組みをお示しさせていただければと思っておりますが、16ページの方針案と17ページの審査組織のイメージ図を併せて御覧いただければと思います。

まず方針案についてでございます。審査の適正性・透明性を担保する仕組み等として、以下のとおりとしてはどうか。

5つ挙げてございます。まず上2つにつきましては、医師個人や医療機関が提出する計画や様式についてでございます。

1つ目、医師が提出する技能研修計画において、計画期間、経験を行う分野、修得予定の技能、経験予定症例数、手術数、指導者・医療機関の状況、研修、学会、論文発表等学術活動の予定等の記載を求めること。

2つ目、医療機関による申請の様式において、当該分野のC-2水準の技能を効率的に修得することが可能となることが明らかとなるような、学会等の定める施設認定の所有状況の記載を求めること（施設認定を有していない場合は、施設認定に相当する、あるいはそれ以上の教育研修環境を有することを示す情報の記載を求めること）。

続きまして、3つ目のポツにつきましては、審査の方法についてでございます。複数の

異なる分野の学術団体から技術的助言を得た上で審査を行うこと。

最後に、下2つにつきましては、今後の見直しの話でございます。

4つ目、審査組織における審査（医療機関の教育研修環境の審査、技能研修計画の審査）の運用について、例えば本検討会等において、報告及び確認し、必要に応じて運用の見直しを行うこと。

最後、5つ目でございます。C-2水準の技能の考え方については、審査組織内に蓄積された技能研修計画の内容を用いて、定期的に見直しを行うこととございます。

具体的な運用の見直しとして、最後になります。17ページに図でお示しさせていただいております。

まず上のところでございますが、審査組織については、C-2水準の審査業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、関連学会等に協力を得る必要があるが、具体的な組織の運営方法については、以下のように、厚生労働省からの委託の形とし、各領域の関連学会等から審査への参加や技術的助言を得ることとする。

技能研修計画は、審査組織で審査を行うこととし、研修予定の具体的な技能の名称のみで審査が行われるのではなく、その計画内容を含めて審査が行われるものとするでございます。

そして、その下が審査組織のイメージの図でございます。厚生労働省から委託をする形で審査組織がございまして、その中で全体を統括する委員会、そして、実際に医療機関の教育研修環境の審査や個別の技能研修計画の審査をする審査委員会でございます。この審査委員会は関連学会などの協力を得て行うものとしております。

また、右のほうで、医師個人の発意に基づく研修計画や医療機関の申請書を作成して、審査組織に申請してもらおうといったイメージでございます。

事務局から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。

前回議論になりましたC-2の対象について、それについての考え方は13ページで前回と同じなわけでありませうけれども、その背景事情について学会へのヒアリング等の詳細な内容についての御説明をされたということでもあります。それを含めて御議論いただきたいと。

もう一つは、この審査のスキームについてはあまり議論がされていなかったということなので、このスキームが果たしてうまくワークできるのかということもあつたと思っておりますので、今回はかなり具体的な内容のものが提案されているということでもあります。

そういう資料が出ておりますけれども、御意見、御質問等をいただければと思います。いかがでございましょうか。

島崎構成員、どうぞ。

○島崎構成員 今の事務局の説明を聞きまして、C-2の対象分野・技能の考え方について、必ずしも得心したわけではありませんけれども、「三次医療圏単位又はより広域で提供」云々という文言が消えた経緯は分かりました。

私の理解は、C-2の対象分野や技能は当初は典型的には臓器移植、心臓血管外科手術などを想定し、「三次医療圏単位又はより広域で提供」云々という文言を書いていたのだと思います。そして、法律の条文も確かにそれに即応したような形になっていると思います。せっかく今回事務局で医療法改正の条文も提示していただいておりますので、多少煩わしくなりすみませんが、資料の7ページの改正医療法の120条の1項を読みますと、特定分野は、アンダーラインが引っ張ってありますけれども、「公益上特に必要と認められるもの」を厚生労働大臣が公示する形になっているわけです。一般的な公益性があれば足りるのではなくて、「特に」という文言が入っています。

そして、特定分野は、その下の5行目ぐらいのところでしょうか。公益上特に必要と認められるものを厚生労働大臣が公示し、それを受けて、当該研修を効率的に行う能力を有することの確認をすると書いており、121条の2項と併せ読むと、審査組織の権能は当該研修を効率的に行う能力を有することの確認を行うことが規定されているわけです。逆を言いますと、そういうことしか法律上は書いていない。これはC-2の対象を極めて限定的に捉えていたと考えれば得心できるころだと思います。

しかし、その後、先ほど御説明がありましたように、学会へのヒアリング調査の結果、対象範囲が広がって、それに伴い審査組織の役割や権能がかなり広がってしまったのだと思います。そうであれば、審査の適正な判断枠組みや判断基準の設定が一層重要になるのではないかと私は思います。

その関連で、事実確認を含め恐縮なのですが、3つばかり質問させていただきたいと思います。

まず1つ目ですけれども、審査組織の準備状況についてお尋ねしたいと思います。資料の8ページを見ますと、医療法の改正附則5条から10条の規定によって、特定高度技能研修機関の指定等については、医師の働き方改革全体が施行される2024年度より前に準備行為を行うことができると書いています。個々の医師が作成する技能研修計画について、そういう準備行為が行えるかどうかは曖昧な点があると思いますけれども、少なくとも特定高度技能の該当性の認定や確認の基準や手順は、2022年4月1日以前、つまり今年度中に決まっていなければなりません。

そこで、資料の11ページを改めて、経緯のヒアリング調査をという資料の部分ですけれども、その上から数行目のところを見ますと、今年度、つまり令和3年度においても審査組織の準備事業を行っている旨が書いてありますね。今年度はもう半分以上過ぎているわけですし、2022年の4月1日までは半年足らずしかありません。ですから、先ほど申し上げた審査組織の準備事業の中で、模擬審査あるいはトライアルなのか、名称はともかくとしまして、そういう何らかの試行（トライアル）みたいなことをやっているのではないかと思いますし、そういうことが行われていてしかるべきだと思いますけれども、まずこの準備事業の進捗状況と成果について御説明いただきたいと思います。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○谷嶋企画調整専門官 先生から御指摘いただきましたいわゆる模擬審査やヒアリングにつきましては、今まさに令和3年度の事業でございます「医師の働き方改革におけるいわゆるC-2水準の対象技能に関する審査組織の準備」事業において行っているところでございます。現時点でまさに事業を行っている状況でございます、今後2022年4月1日までのしかるべき時期までにこの内容を御説明させていただければと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

島崎構成員、どうぞ。

○島崎構成員 もしそういうことであれば、本来、どのような状況かという説明は求められなくてもすべきだと思いますが、その手続論はともかく、次の質問です。今申し上げたように審査組織が行うのは、法律上は当該研修を効率的に行う能力の確認ということになっているわけですが、この効率的に行う能力の確認というのは絶対評価なのか、それとも相対評価、あるいは地域全体の研修の効率性といったものが含まれるのかどうかについてお尋ねしたいと思います。つまり、まず当該医療機関の学会施設認定の有無や指導体制、施設設備等を基にその能力を審査することは当然なのでしょうけれども、それ以外に当該医療機関の近隣により一層もっと効率的にそういう研修を行う施設があるとか、あるいは症例数が分散してしまっただけでその地域の研修効率が低下するリスク、そういうものを判断要素に入れていいのかということなのです。

なぜこんなことを言っているかということ、
「三次医療圏単位又はより広域で」云々という文言には圏域という言葉が入っているわけですから、この圏域単位での研修の効率性を考慮するという考え方が含まれていたのだらうと思います。そして、事務局の資料の12ページの※の「②の技能は、地域における医療水準の確保や、育成に当たっての症例数の確保等の観点から、より小さな医療圏単位で育成を行うことが適当」云々の規定を見ますと、これは圏域単位の考え方が残っていて、私は地域単位で研修の効率性を考えることは政策的には必要なこと、少なくとも議論の対象になり得るのだらうと思うのですけれども、その観点から先ほどの御質問をした次第です。お答えいただければと思います。

○遠藤座長 では、事務局、お願いします。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

当該研修を効率的に行う能力、こちらにつきましては絶対評価なのか相対評価なのかということですが、絶対評価となるのではないかと考えております。一方で、今後見直しを行っていく中でそこがどちらなのかということについてはより決まってくるものではないかと思っております。

医療機関の学会施設認定の有無など以外を見て確認することになるのかといった御質問につきましては、必ず入らないとまでは申し上げることはできないと思いますが、基本的には入らないのではないかと考えております。

○遠藤座長 島崎構成員、どうぞ。

○島崎構成員 やや曖昧な点がまだ議論として残されていると思いますが、時間もありません。

せんので、最後の御質問なのですけれども、C-2水準の対象分野や技能が広がった結果、審査組織の権能や役割が、C-2水準該当性の判断でありますとか、あるいは個々のお医者さんの技能研修計画の個別審査まで拡大したことになるのだらうと思います。そうだとすると、医療機関勤務環境評価センターのような、本来はそういう指定法人として審査の適正性や透明性を担保するための規定を法律上は設けてもいいのではないかと思います。ただもう既に法律は通っているわけですから、仮にそれが無理だとしましても、私はこの資料17ページの図ではガバナンスが不十分だらうと思います。

例えば審査組織の中立性を担保するための利益相反行為の防止、つまり、全体を統括する委員会の委員を誰がどういう形でもって任命するのか、あるいは医師から審査組織に寄せられた相談ということが書いてあるわけですから、それに対してどういう是正措置を講ずるのか、仮にその病院か何かに立入調査などをすれば、あるいはそこに通報すれば、その相談した人の不利益にならないような措置も考えなければいけないと思います。

それから、不承認の場合は、審査結果だけではなくてなぜどの部分がまずくて不承認になったのかという理由も本来きちんと言ってあげないとまずいですし、それに対する不服申立ての仕組みとかも本来整備すべきだと思います。

こうした、言ってみればガバナンスでありますとか、これがうまくワークするためのいろいろな規定を本来は設けなければいけないのだと思いますけれども、その点についてはいかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

おっしゃる点、ごもっともだと思っております。御指摘いただいた件につきましては、まずは17ページのところでもございますが、医師からの相談窓口を審査組織ですとか、あとはC-2水準の審査を希望する医療機関に設置する予定でございます。そのほかの御懸念点につきましても、制度の見直しを行う必要があるかどうかを含めて、必要な検討については今後しっかりと行っ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。よろしいですか。

○島崎構成員 私だけ質問するわけにもいきませんので。

○遠藤座長 これはあくまでもイメージということで、細かい内容については今後検討していくということが返事だと思います。ありがとうございました。

それでは、ほかにはいかがでしょうか。

岡留構成員、どうぞ。

○岡留構成員 C-2の対象分野の考え方ということに関連して、この前から考えていたのですが、C-2高度特定水準に本当に匹敵するような施設はそんなに多いものだらうかという考えがあったのです。なぜかといいますと、このC-2水準に関する有識者会議で出たデータの中で19領域のヒアリングの一覧表を見たのですが、どういうものかということの中に僕らが通常考えているB領域でカバーできるものがほとんどではないかと、私はそうい

う印象を持ったのです。恐らくリストに上がってきたアイテムの半数以上がB領域とオーバーラップしているのではないかと。ですから、このC-2水準の運用に関しては、島崎先生がおっしゃったように審査組織のガバナンスと申しますか、厳格な審査をいかに持ち得るか、そこでその運用をどのようにしていくかが非常に私は大事になってくるのではないかとこの考えを持っております。

例えば、ここに症例数とか云々と書いてありますね。6ページの(特定高度技能研修計画)の中に「審査組織が示す習得に必要なとされる症例数」、そして、ずらっと書いてありますが、例えばC-2水準を広げたときに症例数の分散が起こりますね。本当にその組織で高度特定技能訓練になるかどうか、そういうもともとの疑問が起こるわけです。ですから、このところについてはもっとより精緻な分析をして、これはほとんどB領域でできることだということとの仕分けをきちんとやっておく必要があるのではないかと考えました。

これは私の意見として述べてみたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

BとC-2とがよく割り切りができないのではないかと、BがC-2に交ざるのではないかとこの御意見はほかの構成員からも出ておるわけでありましたが、その辺り、事務局はどうお考えでしょうか。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

御指摘の点、あり得るかと思えます。実際、様々なケースが働き方改革をやる上であり得ると思うのですけれども、重要な話としては、この話は医師の働き方改革を行う制度であるということだと思っております。法律上もA・B・連携B・C-1・C-2というところは明示的に書き分けているところがございます。そのため、BとC-2はその趣旨・目的が異なると考えておまして、法律上の違いもそうですし、趣旨・目的に沿ってしっかりと各医療機関において御対応いただくことが重要かと思っております。そのことについては、厚生労働省としましてもしっかりとこの制度の趣旨・目的を周知していければと考えております。

○遠藤座長 岡留構成員、いかがでしょうか。

○岡留構成員 今の御返事なのですが、私が心配するのは、今、C-2水準で手を挙げて手挙げ方式で審査を通ったとして、将来的にこれはBでいけるのにC-2をわざわざ持ってきたのは何かという、そのバックグラウンドを勘ぐらざるを得ない。2036年、Bが消滅するからC-2に全部移行しておこうと、そういう少しネガティブな意見として私は持っているのですが、そういう抜け道をつくる可能性があるのではないかとこのことを危惧して心配しているからという部分もあります。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

厚生労働省としましてもBとC-2の違いですとか、しっかりと伝えていく必要があると思っております。

また、先ほど御説明させていただいたのですが、今後審査のプロセスの見直しなども必要に応じてやっていく必要があると思っております。そういったところでしっかりと検証していければと考えております。

○遠藤座長 よろしいですか。

それでは、オンラインで片岡構成員がお手を挙げておられますので、片岡構成員、どうぞ。

○片岡構成員 ありがとうございます。

今回、もう一度議論の機会をつくっていただきまして、まず感謝申し上げます。資料についてもありがとうございます。

私の意見も岡留構成員の意見と非常に似通っている部分がございます、やはり現場からもBとC-2の区別、区分けが分かりにくいという声がございます。今の段階でまだどのように審査するかとか、そのプロセス、運用の方法などが固まっていない状況で、たくさんのC-2希望というものが出てきて、それを認めた形でスタートしてしまうと、一回認めたものを後から削っていくのは非常に難しいと思うので、C-2はどのような技能なのかということをしっかり議論を深めた上で、性急にたくさんの技能を盛り込んで見切り発車とならないようにすることがとても重要だと思います。

あるいは、BかC-2か分からない、悩ましいといった場合には、まずBでカバーできるという説明が現場にももう少ししっかり伝わるようにしていただくことも必要ではないかと思えます。

前回のときにも意見を申し上げたのですが、C-2といういわゆる働き方改革の中で特例的に設けられたものが、そこが広がってしまうと全体にも大きい影響が及ぶのではないかと心配しております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

岡留構成員と類似の御意見でありますけれども、特に最初の段階でその辺が曖昧になっていると、C-2で通ったけれどもよく考えてみればこれはBだったというときにどうなるのかという問題も出てくるので、走りながら考えるというのは分かるけれども、できるだけこの辺はクリティカルな課題なので、早い段階である種の方向性を定める必要があるという御意見かと受け止めましたので、事務局としては適正な対応をお願いしたいと思えます。

ほかにいかがでございましょう。

仁平構成員、どうぞ。

○仁平構成員 ありがとうございます。

運用面でのチェックを追加いただいているわけですが、13ページを見ますと、C-2水準の対象となり得る技能について考え方自体は全く変わっていないということだと思っております。このC-2水準に関して、連合にも現場の医師の方々から、運用上は拡大解釈がなさ

れて結局は長時間労働が是正されないのではないかといった懸念の声をいただいております。非常に深刻なお話だと思っています。

今、現場で長時間となっている多くの方々がこの働き方改革に大きな期待を寄せているわけでありませけれども、今回の運用によってこうした方々をぜひ失望させることがないように、審査委員会による審査をきちんと行っていただきたいと思ひますし、この審査委員会、審査組織の全体による審査のプロセスのチェックについてもぜひ厳格に行っていただきたいと思ひています。

加えまして、今後の運用を注視した上でということになるのだと思ひますけれども、対象分野を限定することも含めて、このスキーム全体をぜひ見直す場、改めて設けていただきたいと思ひております。

以上要望しておきたいと思ひます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見ではありませけれども、事務局として何かコメントがあればいただければと思ひます。これまでの御意見と非常にオーバーラップする御意見だったと思ひますけれども、重要な御指摘だったので、何かコメントはございますか。

事務局、どうぞ。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

簡潔に回答させていただきます。まず運用につきまして、これはしっかりやっていく必要があると思ひますので、改めて厚生労働省としても引き続き検討していきたいと思ひております。

また、対象分野の技能の見直しのところでございますが、これも今後必要に応じてどういう形になるのかしっかりと検証していかなければならないと思ひております。それも引き続き検討していきたいと思ひます。

○遠藤座長 恐らく同じような御指摘をされているのだと思ひますので、ぜひその辺はよろしく願ひいたします。

ほかにございますでしょうか。

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。

先ほどから各構成員の方々の御意見をお聞きしていると、その御懸念、また、その考え方に関して理解はさせていただくわけでございますが、先ほどから事務局の説明にもございましたように、これは公益上特に必要とされる高度な技能を各学会にヒアリングをされたときに、各学会もなかなかそれを切り分けることが難しいということで、基本的にその中で共通性の高い考え方として、11ページにこの3つの考え方をまとめられたということであろうと思ひますし、確かに現時点においてその切り分け、この技能は特に公益性が高いとか、この技能は普通の公益性であるというのは、現時点においては誰も決められないのではないかと思ひます。

先ほどからBとCの区別がつかないのではないかということに関しましては、これは制度上、B水準というのは地域医療を確保するためにやむなく960時間を超えているというのが基本的な考え方、そして、C水準というのは特定高度技能、特にC-2というのは医療の質を維持また向上させるという考え方ですので、考え方、いわゆる基準が違うということ事務局には分かりやすく説明できるようにしていただきたいと思います。

そして、このC-2水準を取ることによって長時間労働を強要されるのではないかと御意見もございますが、そもそもこの審査組織で審査をする前に評価センターにもしっかりと評価をしていただく必要がございます。この評価センターでは時短計画、また追加的健康確保措置として勤務間インターバルや連続勤務時間制限というしっかりとした仕組みがございます。これを守っているのかどうかを評価する、そして時短がしっかりと執り行われているのかどうかということもチェックをされるわけですから、のべつ幕なしに長時間労働がそのまま放置されることは、制度上も私はなかなかないのではないかと。そのために、この制度はいろいろな仕組みをいろいろなところにつくって、長時間労働を少なくしていこうとしている制度であろうと理解しております。ですから、まずそういう形で労働時間の管理をしっかりとできるということ。

さらには、この審査組織そのものの運用に関して、今回初めて事務局から16ページ、17ページにわたっておまとめをしていただいたと思いますが、この審査組織においても運用に関しては必要に応じて見直していくということ、さらには定期的な見直しも行うという記載がされているということで、審査組織の中においても定期的な見直しをしていくということ。そして、症例を積み重ねていくことによって公益上特に必要と思われる分野、対象技能も年次それを精度よくまとめ上げていくこともこの組織の中でされますので、そういう点も含めると、基本的には事務局のこの御提案でスタートするというので、それほど大きな不安が出るということは私はないのではないかと思います。

事務局には、私が少し申しましたようなことも含めてさらに分かりやすく周知をしていただきたいと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

先ほど来御発言いただいている先生方も、基本的にはこの審査スキームについて否定をされているということではなくて、運用する上で幾つかの懸念があるのでその辺に注意をしてほしいという御主張だったと理解いたしますけれども、そのように考えてよろしゅうございますね。

そういう意味合いで、明確に分けるのはなかなか難しいという現実的な判断があるのではないかとことを城守構成員はおっしゃったということで、そこら辺のバランスを取りながらぜひ進めていただきたいと思います。

鈴木構成員、お手を挙げておられます。お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

まず、前回の検討会から今回に至るまでの間に、今回の事務局からの提案を見せていただきまして、新たに評価のスキーム、審査のスキームがより詳しく見えるようになってきたというところで、大きく一歩進んでいるのかという印象を抱いております。私もこういった説明を聞いている中で、心配がかなり払拭できている部分も実際にあります。

ただ、一方で、今回、前回の検討会から今日に至るまでの間に、私も自分の意見にずれがないようにより多くの私と近い40前後のいわゆる中堅の医師ですとか若手の医師からいろいろ診療科の特性などを聞いてみたのですけれども、例えば13ページにあるように、この具体的なスキームですけれども、2段目の左側は文言が入るかどうかは別としまして、いわゆる先進医療等をイメージするわけですので、これはいわゆる三次医療圏、その医療圏に語弊があるというのももちろん存じ上げていますけれども、いわゆる三次医療圏単位で考えていくものだ。これは大きく異論はないと思うのですけれども、右側のところが少し不安が大きいというのと、バリエーションがどうしても大きくなってしまいうというところで、ここにはいろいろな対象が入ってくると思うのです。

私も今回いろいろ周りから意見を聞いたところ、現状として教育指導体制が十分でないということも含めて、どうしても960時間必要になってしまう分野が存在することは明白だと思うのです。それは医師の現場の立場として、きちんとした技術を得るためにはどうしても長時間が必要だという分野があるのは事実だと思います。ただ、一方で、ほとんどのケースで高度技能を修得するために、実際、今日現在長時間労働をしている人たちの多くは、高度技能に集中する時間が割けないというのがほとんどの意見なのです。

これが現状でして、制度も非常につくり込まれていますし、コンセプトもよく伝わってまいります。今回評価の仕組みなども含めていただいているので、そういった制度に関してはだんだん安心感は得られているのですけれども、ただ、現実とのギャップが大きいので、そこで若手や中堅、これは若手や中堅だけではなくて指導医層もそうなのですけれども、本当にこれは大丈夫なのかという不安が出ていると思います。ですから、そういった制度と実際の本当の現場の意見とのギャップがまだあることを認識いただければと思います。

これは意見なのですけれども、一つ提案というか、17ページのスキームは先ほども申し上げましたとおりかなり一歩進んで非常にいいなと思っているのですけれども、このC-2に関しては唯一医師個人の発意に基づくものである、これが大きな違いだと思うのです。その中で、この医師からの相談窓口があるというのは非常にいいことだと思います。もしこういったことが可能であれば、相談窓口というのはあくまで受動的な仕組みですので、もう一歩進んでぜひこの検証システムの中に医師から直接意見を聞くということを盛り込んでいただくと、PDCAサイクルではないのですけれども、実際のいいC-2にしていくための貴重な情報が得られるのではないかと思いますし、C-2を実際に取った人を例えば数年後にこういった枠組みの中にきちんと入れていくことが、その経験を基にさらに2036年に向かってよりよいC-2になっていくのではないかと考えます。そう考えますと、まだまだ考

えていくことがたくさんあるのではないかとも思っております。

長くなりましたが、以上でございます。

○遠藤座長 とんでもありません。非常に重要な御指摘をいただいたと思いますので、この運用上については今後どんどん詰めていかなければいけませんので、そのような前向きな御発言はありがたいと思います。

それでは、日本医師会、お願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

皆様の御意見を伺っていて、本当にまだまだ不安がいろいろ多いこともよく分かりました。これはとにかく全く全てが新しく始まる制度なので、どういったことが起こり得るのかをいろいろ考えておくことは非常に本当に重要なことだと思います。

鈴木先生から17ページのこの絵については非常に前向きな御評価をいただいていた。この点について2点私からありまして、1点目はこの審査組織という組織が透明性を持って、また、しっかりとした仕組みとして動くかどうかは非常に重要だというのはまさしくそのとおりなのですが、これはもともと厚生労働省の委託事業になっておりますので、基本的には委託事業の場合には事業実施主体は厚生労働省なのだと思います。そういう意味で厚生労働省がしっかりとしたガバナンスというのですか、この全体の組織が機能することに關しては明確に責任を持っているという理解をしています。

もう一点、これは城守先生が詳しく先ほどお話しされたのですけれども、C-2も時短計画をつくって、評価センターの評価を受ける仕組みになっています。したがって、C-2を申請する医師が、例えば2024年から始まったときに2036年まで12年間ずっとこのC-2水準にいることは基本的にはないわけで、恐らく3年とかそういう時期にそれぞれ見直しが入ってくることになるのだと思います。その際に評価センターの役割は非常に重要で、当初に出した計画どおり時短が進んでいるのかどうかを確認していくことが求められていると。

もう一点は、そういった長時間労働になる方は、いわゆる勤務環境改善支援センターとの関係も非常に重要で、国も勤改センターに対して非常に予算を増やして機能を強化して、働く先生たちの健康がしっかり守られるようにしていこうという方向性がありますので、この絵の中に例えば評価センターや勤改センターとの連携と。つまり、これは単独でC-2の部分だけ見ているものですから様々な不安が出てきていると思います。したがって、事業主体である厚生労働省あるいは今申し上げた評価センター、さらには勤改センターとの連携の中でC-2がしっかり運用されていくということが誰が見ても分かるように、この絵の中にそれを入れていただければ大変ありがたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいま今村構成員からありましたように、その他の様々なチェック機能があるわけなので、それを総合的に入れることが重要なのだということですが、何か事務局、コメントはございますか。

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。

先生に御指摘いただきましたとおり、これは厚生労働省が委託する形になっておりますので、責任は当然我々厚生労働省でございます。今回、組織の運用についてという形でこういったイメージを描かせていただきましたけれども、御指摘いただきましたとおり、例えば評価センターですとか、勤改センターですとか、そういったものと組み合わせて当然医師の働き方改革を進めるものの一部を担っている形になります。その中でこの図に描き込まれるところが、今回全体が必ずしも含まれていないというところでした。今後C-2の運用や他組織との連携といったことも踏まえて、そういったイメージの図をどこかでつくるようにして全体像が分かるように、また、その中で先ほど鈴木先生からも御指摘いただきましたような様々なC-2の声を拾う場なども含めてどう描けるか考え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。

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。

本日はこのC-2水準の議論の経緯も含めて分かりやすくおまとめいただきまして、ありがとうございました。大変整理ができました。

2点発言させていただきたいと思います。まずは医師の働き方改革について、この検討会の外ではまだまだ理解が及んでいないところがあると思ひまして、特に医師の働き方改革という、この医師の時間外労働規制のグラフですね。これがまず第一に頭に浮かぶ方も多いと思うのです。その場合にこのBとC-1・C-2は並列に描かれていて、色分けはされているものの、本質的に何が違うのかびんとこない。今日の議論を伺って、もともとはかなり限定的、特例的なところからC-2がスタートしているのに、それが十分理解されていないところがあると思ひます。ぜひ先ほどお話がありましたように、この周知に努めていただきたいと思ひますし、大学病院の中でもこれを伝えていきたいと思ひます。

2点目は、この17ページの運用は非常に分かりやすくよく考えていただいて、全面的に賛同いたします。一方で、この検討会の中でもまだ様々な意見が出てくる状況ですから、この審査組織が独り歩きしたときに、本日の議論を酌んだ形で適切な運用がなされていくかは本当に蓋を開けてみないと分からないところだと思うのです。そこで、この16ページに記載していただきました、審査組織における審査、教育研究環境の審査や技能研修計画の審査の運用について、例えば本検討会において報告及び確認し、必要に応じて運用の見直しを行うというフィードバックが大事になってくるものと想像します。もし可能であれば、例えばこの文言を17ページのイメージ図の中に加えていただくと、その心がずっと生き続けるのではないかと思ひまして、御提案させていただきます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

確かに16ページでは「例えば本検討会等において」となっておりますが、どうですか。本検討会がもうその役を担うのだとここで決めてしまうのも一つの方法かと思えますけれども、事務局はその辺はどのようにお考えでこういう書き方をされているのでしょうか。事務局、どうぞ。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

まず、どの場にするかというのもあったので「本検討会等」という記載にさせていただきましたが、本検討会において改めて検討を引き続きさせていただければと考えております。

そして、17ページの図ですが、よりよくしていく必要があると思っております。今日いただいた御意見なども踏まえて、よりどうすればちゃんと周知ができるのか、しっかり事務局として考えてい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。

今のことに関連いたしますか。

では、森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 関連してこのC-2のところでは一番心配しているのが、B水準との混在あるいはB水準の抜け道、こういう形にならないかというところを非常に危惧しているところがございます。混在したり抜け道になったりすること自体はもともと想定していないわけですが、適切に運用するために、16ページの審査の適正性・透明性を担保する仕組みについて、先ほど本検討会で運用状況について見直しを行うとされましたが、その見直しを行う時期などについて時間軸が示されていません。例えばスタートして早い段階で、あるいは申請が何件ぐらいたまった段階でといった形で、BとCが適切に区分けがされているかどうかを確認できるような検討なり提示としていただくようお願いをしたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

そうしますと、この全体のスキーム、計画だけをつくって後はというわけにはいきませんので、その責任もありますので、この検討会が全体でどのようにワークしているのかをチェックする形でさせていただくということで、まずそれはよろしゅうございますか。

島崎構成員、どうぞ。

○島崎構成員 その時期なのですけれども。

○遠藤座長 その時期の話はこれから言おうかと思っていました。

○島崎構成員 分かりました。失礼しました。

○遠藤座長 まず、ここがやることに大きな反対がなければ、いきさつもよく分かっている、何が課題かも分かっているということで、やると。そのときに、今度はそのタイミングです。それをどのタイミングでやるかということで、島崎構成員、何か御意見があるのであれば、ぜひお願いします。

○島崎構成員 私が先ほど申し上げたように、審査組織は準備行為をできる形になっているわけです。そして、そのスタートが2022年の4月1日なので、それまでに審査のフレームをつくっておかなくては本来いけないはずなのです。そして、先ほどの御説明だと、そのためのトライアルなのか何か分かりませんが、具体的なシミュレーションをやっているのだとすれば、本来そのようなことがきちんとワークするのかなどを、きちんと報告をして、その上で2022年4月1日からスタートするというのが本来の姿だろうと思います。したがって、施行後ではなくてその前に、そこが2月なのか3月なのかということとはともかくとして、施行の前にきちんとチェックをかけるべきだと私は思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

タイミングについて何かコメントはありますか。

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。

本日、先生方から多く御意見をいただきましたことに加えまして、冒頭御説明させていただきましたとおり、準備事業といたしまして医療機関等あるいは学会の先生方に御協力いただきながら模擬審査などといった準備を進めているところでございますので、それにつきましては2022年4月1日のしかるべき時期でこの場で御報告させていただきたいと思っております。

○遠藤座長 よろしゅうございますか。

ほかに何か御意見はございますか。

島崎構成員、お願いします。

○島崎構成員 度々で申し訳ないのですが、先ほど来、B水準とC水準の混同問題の議論がありますね。私は率直に言うと、厚生労働省としても、例えば学会等にC-2の範囲はどうか尋ねるときに、きちんと説明しなかったと言ったり言い過ぎかもしれませんが、C-2はこういう趣旨なのだということをもう少しきちんと説明すべきだったのだと思います。その結果、前回でしたか、あるいはその前の検討会でしたか、岡留構成員から、本来はB水準のものがC-2のものとして上がってきてしまっているというご発言がありましたが、それを聞いて、そういうことだったのかと思ったのです。この点はもう一度学会も含めて関係者に対して周知徹底というか、C-2の趣旨をきちんと話をするだけでも随分感じは違ってくるのではないかと思います。

率直に言うと、一部の関係者の中にはサブスペシャルティの修得はC-2でやるものだったという認識を持っている人も、全てとは申し上げませんが、前提として、B水準とC水準が本来どういうものなのかということについての理解が欠けている部分があります。したがって、まずB水準とC水準の趣旨を徹底するとともに、そこが流用というか調整弁みたいにならないように、抜け道にならないような制度的な担保の仕組みがあるのかなどは分かりませんが、そういうものを検討していくことが必要なのではないかと思います。

もう一つ、先ほど来、審査組織の在り方の話なのですけれども、私は以前から申し上げているとおり、もし審査組織にいろいろな権限とか権能とかそういうものを与えるのであれば、本来は「評価機能」今は法律上「医療機関勤務環境評価センター」と名前が変わっていますけれども、そこに相当するような規定をきちんと条文上も整備しないと本当はいけないのだと思います。例えば、繰り返しになりますけれども、全体を統括する委員会の委員にしましても、では、その評価センターはどうなっているかといったら、確かに任命はそのセンターの代表者がやるのだけれども、その人選については厚生労働大臣の認可に関わらせているわけです。全くこれと同じようにしなくてはいけないかどうかということは議論があるとしても、なまじこの審査組織の権限が増えてしまったために、そういうガバナンスをきちんとしっかり働かせることが必要なのだと思います。

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。

大体御意見は出尽くしたかと思います。大変重要な御指摘もあったかと思いますので、事務局にはまた少し汗をかいていただくことになると思いますけれども、基本的に事務局が本日提案されたものについては、この検討会としては御了承いただいたという理解でよろしゅうございますか。

運用上様々な御意見もありましたので、それに対して適切な対応をしていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、これで本日の審議は終了させていただきたいと思いますが、事務局から何かございますか。

○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 それでは、長時間どうも貴重なお時間を使っていただきまして、重要な御指摘をいただきました。どうもありがとうございました。