

○谷嶋企画調整専門官 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第17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。

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、構成員をお務めいただいていた仁平章日本労働組合総連合会総合政策推進局長におかれましては、人事異動に伴い、構成員を富高裕子日本労働組合総連合会総合政策推進局長と交代されることとなりました。

富高構成員から一言御挨拶をお願いいたします。

○富高構成員 ありがとうございます。連合の富高でございます。引き続きよろしく願いいたします。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

続きまして、資料の確認をいたします。

本日は議題が4つございまして、1つ目が「医師の働き方改革に関する政省令等について」、2つ目が「勤務医に対する情報発信に関する作業部会における議論のまとめについて」、3つ目が「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について」、4つ目が「審査組織の運用について」でございます。

配付資料といたしまして、資料1から資料4まで、参考資料といたしまして、参考資料1-1から1-4まで、参考資料2につきましては2-1と2-2、そして、参考資料3から5までございます。

不足する資料、乱丁、落丁がございましたら、事務局にお申しつけください。

カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

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、どうぞ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。

本日もどうぞよろしく願いいたします。

それでは、議題1に入りたいと思います。議題1は「医師の働き方改革に関する政省令等について」でございます。

では、関連資料である資料1の説明を事務局からお願いいたします。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

それでは、資料1を説明させていただきます。

「医師の働き方に関する政省令等について」でございます。

医師の働き方改革に関する政省令・告示につきましては、令和4年1月19日等に公布されたところでございます。そのため、こちらの公布されたものを御報告させていただければと思います。

主な改正事項はこちらの資料のとおりでございますが、今後、施行に向けて具体的な運用内容等が整理でき次第、順次、都道府県や医療機関等にお示ししていく予定でございます。

基本的には、今まで検討会の中で御議論いただいたものを法令の形にしたというものでございます。

簡単に御説明させていただきます。

まず、左のほうですが、医療法に基づく政省令等でございます。

大きく4つございまして、1つ目が医師の労働時間短縮等に関する指針でございます。こちらは検討会で御議論いただいたものを指針として作成させていただいたというものでございます。

2つ目が医療機関勤務環境評価センターに関する事項でございます。センターの指定手続や評価の事項などについて定めております。

3つ目が特例水準の対象となる医療機関に関する事項でございます。B水準や連携B水準、C-1、C-2水準の医療機関について、それぞれに係る事項、そして、共通の事項について手続を定めさせていただいているものでございます。

最後に、4つ目が追加的健康確保措置に関する事項でございます。勤務間インターバルの確保方法や面接指導関係の事項を規定しております。

ここまでが医療法に関係するものでございまして、右側、オレンジのところでございますが、労働基準法に基づく省令・告示でございます。特例水準に関する事項としまして、医師の時間外・休日労働の上限時間につきまして、A水準の年間960時間やB・連携B・C-1・C-2水準の年1,860時間といったところを規定しているものでございます。

最後に、下の労働安全衛生法に基づく省令でございます。こちらは面接指導に関する事項を定めておりまして、労働基準法に基づく省令で定められた面接指導を労働安全衛生法に基づく面接指導としても位置づけているところでございます。

こちら、御報告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。

報告事項ではございますけれども、何か御質問、御意見等はございますか。

富高構成員、お願いいたします。

○富高構成員 ありがとうございます。

内容については問題ないと考えております。

先ほど施行に向けて整理次第、順次お示ししていくと報告いただきました。2024年4月からの確実な法施行に向けて、今、準備していただいていると思っておりますが、ぜひ国、都道府県における諸準備を着実に進めていただけるよう、改めてお願いしておきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見として承りました。

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、次の議題2「勤務医に対する情報発信に関する作業部会における議論のまとめについて」に移りたいと思っております。

関連する資料であります資料2の説明をお願いいたします。

○柴田課長補佐 事務局でございます。

資料2「勤務医に対する情報発信に関する作業部会における議論のまとめについて」を御覧ください。

以前、本検討会でおまとめいただいた中間取りまとめにおきまして、2024年度からの上限規制の施行に向け、今後、それぞれの医療現場において勤務医に対する周知が不可欠である一方、勤務医は多忙ゆえに情報が届きにくいという状況がありますことから、効果的な情報発信及び周知の方策について検討が必要であるとの御指摘をいただきました。

これを受けまして、医師の働き方改革の内容を広く勤務医に伝えるための方法論について、当事者、また、情報発信の専門家などに御参画いただきまして、作業部会をこの検討会の下に設置して、集中的に検討を行ってまいりました。

ここの左側にお示ししておりますように、熊本大学病院の病院長でいらっしゃいます馬場秀夫先生に座長をお務めいただきまして、医療機関の管理者、そして、中堅、若手、臨床研修医を含む各世代の医師の皆様、そして、医療機関の事務部門の立場の方や、医療界以外からメディア並びに情報発信に御知見をお持ちの方々に構成員をお務めいただきました。

昨年11月から5回にわたりまして作業部会を開催し、本日、議論のまとめを公表しております。その内容について御報告申し上げます。

次のページを御覧ください。

まず、左上でございますが、情報発信の対象となる勤務医について分析を行いました。

これは構成員の皆様の所属先の医療機関の御協力を得て行いましたところ、やはり制度内容についての認知度が十分でないという状況が明らかとなりました。特に若手の世代では、そもそも働き方改革の動きについてほとんど御存じないというような声も聴かれまして、また、制度の詳細については、中堅以上の世代の方にも十分浸透していないということが分かりました。

同時に、勤務医の皆様は多忙ゆえに、外部のメディアなどから情報を得る機会が少なく、多くの情報を院内の関係者、例えば上級医や同僚、そして、事務部門からの発信により得ているということが明らかとなりました。その上で、御自身が興味を持った情報を深掘りするにはインターネットを利用するというところでございました。

こうしたことを踏まえまして、右側でございますが、情報発信に当たっての基本的考え方として記載しております。

まず、情報を伝える対象となる医師は前提知識が必ずしも十分でないということを念頭に置いた発信が必要であるということです。

そして、これは常々この会においても御意見をいただいておりますけれども、働き方改革は言わば組織文化そのものを変えていくチャレンジであります。したがって、当然、管理者層の意識改革ということも重要ですけれども、同時に、個々の勤務医、そして、他職種を含めました職員全員の当事者意識の醸成が不可欠であるということでございます。

また、医師の情報収集行動、現状のものに合った形で情報発信を行っていく必要があるということでございまして、まずは院内での顔が見える関係性の中での情報発信が効果的であり、これをそれぞれの医療機関で円滑に行えるように行政として支援を行うことが重要であると考えております。

その一環としまして、行政がインターネット上のポータルサイトなどでこの院内での発信の素材となるような情報を提供していくことが効果的であると考えております。

そして、下の真ん中のところですが、発信すべきメッセージの根幹となる点が2点ございます。

一つは、働き方改革を進めることは、勤務医御自身の健康と暮らしを守ることはもとより、そのことを通じて、患者に提供される医療の質・安全を確保することにつながるということです。

そして、2点目として、働き方改革を進める上では、それぞれの地域の足元で必要とされている医療提供体制と勤務医の健康確保という2つの命題をいかに両立していくかがポイントとなるという点をそれぞれの現場の勤務医の皆様にご理解いただくことが重要であると考えております。

作業部会では、これらのことを踏まえまして、具体的な情報発信の方法論として取りまとめました。

まず、発信する内容については、今申し上げましたような働き方の改革をする意義、必要性、こうした基本的な考え方について、シンプルなメッセージとして浸透させていくと

いうこと。そして、受け手の前提知識に応じて、基礎編、詳細編という2つの段階で制度の細かい内容を解説していくことが適当だと考えております。

そして、発信の主体につきましては、先ほど御説明いたしましたように、それぞれの医療機関の院内での発信ということと、行政等によるインターネットを通じた発信が効果的であると整理をしております。

こうした発信においては、行政に加えまして、様々な医療関係団体の御協力をいただいて、情報を広く届けていくことが重要だと考えております。

こうした活動をサポートするために、厚生労働省として、今後、周知用の分かりやすい素材を作成・配布して、各医療機関の御負担の軽減につなげていきたいと考えております。

また、制度の内容について、知識としての周知ということにとどまらず、実際に各医療機関の中で取組を進めていただいて、勤務医の行動変容につなげていただくために、参考となる取組事例というものを作業部会の中で検証いたしました。

一つは、医療機関の中で幅広い世代あるいは職種を代表した職員による意見交換会というものを実施することです。これは、実際に3つの医療機関の中で御協力をいただきまして実施してみましたところ、世代間の役割、働き方改革に関する考え方の違いについて相互理解が深まったですとか、あるいは院内で解決すべき課題を明らかにする上で非常に効果的だったというような御感想をいただいたところです。

また、この点、資料に十分書き込めておりませんが、参考資料で取りまとめ本体あるいはその概要というものはおつけしておりますが、その中には記載しておりますが、医療機関の中の全ての医師の皆様にも周知を進めるために、例えば全員参加型での講習会といったものが効果的ではないかという御意見もございました。

こうした取組を実施する際の準備方法ですとか、あるいは開催マニュアルといったものを今後厚生労働省として整理いたしまして、それぞれの医療機関における実施をサポートしていきたいと考えております。

以上、作業部会での議論の成果を御報告いたしました。これを踏まえまして、来年度以降の予算事業を含めて、周知活動に取り組んでまいりたいと思います。

その上でですけれども、次のページを御覧いただければと思います。

今、最後に御紹介した医療機関内の意見交換会についてでございます。この点、作業部会の中で非常に効果的であったということから、制度として医師労働時間短縮計画をつくることとなっておりますが、このガイドラインの中でも触れてはどうかという御提案が言わば作業部会からの御意見ということでございました。この点について、この推進検討会の場で御議論いただきたく、簡潔に御説明を申し上げます。

この3ページ上側のところは議論のまとめを引いておりますが、御説明は重複しますので割愛させていただきます。下の論点というところがございます。いわゆる時短計画でございますが、それぞれの院内の医師、その他の関係者の意見を聞いて作成することというように医療法上でも規定しておりますが、これまでこの会で御議論いただいた時短計画

の作成ガイドラインの中でも、例えば医師を含む合議体で議論することなど、具体的な手法について記載をしているところがございます。

この中に、この作業部会での成果を踏まえまして、試行的に実施した意見交換会というものについても、一つの効果的な手法の例示として書き込んでどうかという御提案でございます。

具体的な案については次のページに記載の案をおつけしておりますので、御参照いただければと思います。

この点について修正することを御了承いただけましたらば、これをもちまして、これまでこの会で御議論いただいてきましたこのガイドラインは確定版という形で世の中にお示しして、そして、それぞれの医療機関での時短計画の作成の際の指針として御活用いただきたいと考えております。

長くなりましたが、御説明は以上でございます。御議論のほど、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。

それでは、ただいま事務局から説明のあった内容について、御意見、御質問等があれば承りたいと思います。いかがでございましょうか。

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。

また、作業部会での検討、大変お疲れさまでした。

ガイドラインへの追記については特に異論はございません。このとおり追加をしていただきたいと思います。関連して、医療機関内での意見交換の実施というところが2ページに挙げられていますけれども、実際の現場の職員が求めているのは、今回の働き方改革によって具体的に何が変わるのかということに加えて、実際に現場でどのように何をすればいいのかという具体的なところだろうと感じております。個々の医療機関においてとるべき行動というのは少しずつ違う部分も生じてくると思っております。個々の医療機関からの求めに応じて、例えば医療勤務環境改善支援センターによる協力を得て具体的なサポートをしていくなど、より一層の工夫をいただきたいと思いますと考えております。

関連して、そのためにも、勤務環境改善支援センターに関する予算や人員体制等についても強化することについて検討いただきたいと思いますと感じております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。御要望として承りました。

それでは、鈴木構成員、お待たせいたしました。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

私も作業部会のほうに参加させていただきまして、まずはこの短期間の間にこれだけのものをまとめていただいたということで、事務局に心から感謝を申し上げたいと思います。

この議論をいろいろ見つめてきまして、病院の中での課題や個人レベルの課題など、い

ろいろなものが浮き上がってきたわけなのですから、ぜひこの出た結論がきちんと遂行されていくかということを検証していくべきだという意見が作業部会でも多く出たように思います。ですので、作業部会自体は終わってしまいましたので、ぜひこの検討会の中で、作業部会で話し合った内容やコンセプトが、あと2年しかないというところですし、さらに、2年が終わっても終わりということではないので、情報発信、情報共有に関してきちんとしたコンセプトで進められているかということをご検証して確認するようなことを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 どうもありがとうございました。後半の部分も御意見として承りました。

では、お待たせしました。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。

すみずみのところまで情報を共有するというごことはぜひお願いしたいと以前から申し上げていたわけですが、こういう作業部会でしっかりしていただいて、本当にうれしく、ありがたく思います。

その一方で、私が勤務しているところで意見交換会というものをモデルで受けさせていただきまして、参加した皆さんから大変好評で、今まではほとんど知らなかったと。特に若い先生方は認識ができていなかったということが改めて浮き彫りになったことと、こういう問題を世代の垣根を越えて共有できて、同じベクトルを向けるということで非常にありがたいという意見が多かったので、こういうことを付け加えることに関してはぜひお願いしたいと思います。

さらに枠組みを広げて、いわゆるコメディカル、メディカルスタッフの方々です。ドクターだけではなくて他職種の方々にも参加していただいてやるということもさらに進めることができれば、理解度がより深まるかなとも感じました。

以上でございます。ありがとうございました。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、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。

今、多くの構成員の方からお話があったことと共通のことではあるのですが、この交換会は非常に重要で、まずは全ての医療機関で行っていただけるような枠組みとか仕組みが必要かなと。なかなか義務化というのは難しいのかもしれませんが、ぜひ全ての医療機関で行っていただけるようなことを厚労省には考えていただきたいなと思っています。

この名称は意見交換会なのか、以前からマネジメントというような言葉がありましたけれども、どちらかというと管理者の方が病院全体のマネジメントをするという意味でマネジメントという使われ方をしているのだと思うのですが、病院全体として医療機関の機能を発揮できるようなマネジメントという意味では同じようなことを言っているのかなと思

っていて、もう一点は、こういった医師の働き方の制度を周知するという事だけではなくて、当然のことながら、この医師の働き方というのは病院にとってほかの職種の方から見てもどういう意味があるのか。

これはタスクシフト／タスクシェアの話にも関わるのですけれども、例えば医師が行っている業務を他の職種にタスクシフトするとなると、当然、その方たちにいろいろな影響が及ぶわけで、タスクシフト／シェアの中でもこういったみんなが集まった意見交換というものが必要になってくるので、単に知識としての働き方の制度を周知するという事ではなくて、そのことが全体の医療機関の中の他の職種の方たちにも及ぼす影響、また、そういった方たちの理解も非常に重要だという意味で、名称がどうかは別として、ぜひこれは多くの方に参加していただいて、幅広く議論をしていただくということが重要なのではないかなと改めて思っております。

これも意見でございます。よろしく願いいたします。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、片岡構成員、お願いします。

○片岡構成員 ありがとうございます。

作業部会の皆様、また、事務局の皆様、非常に立派なまとめをしていただきましてありがとうございます。

私も意見交換会については非常に重要な取組で、ぜひ全ての医療機関でそれができるようにといった仕組みが必要だと思います。例えば指導医講習会に少し構造が似てるかなと思うのですけれども、医師の臨床研修制度が始まって、その制度内容について皆が理解して、指導医としての必要なものを得ていくという知識の伝達だけではなくて、やはり皆で話し合う機会が定期的に持たれたりということも非常に重要な側面を持っていて、指導医講習会を積み重ねていくことで研修制度自体も改善、指導医の資質だけではなくて研修制度の熟成ということにもつながっていると思うので、できればこの意見交換会も、定期的にとというのは難しいとしても、1回だけということではなくていい仕組みとしてそれぞれの医療機関で開催をある程度段階的に継続的にということができたらいいのかなと思いました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

馬場構成員、どうぞ。

○馬場構成員 私からも、既に発表いただいた先生方とおおむね変わらないのですけれども、今回発信すべきコンセプトとして、患者にとっての医療の質あるいは地域に必要な医療提供体制の維持といったものと勤務医の先生方の健康確保を両立させなければいけないというようなこともきちんと書き込んでいただいておまして、今回の議論のまとめは病院管理側・病院経営側の立場から見ましても非常によくまとまっているのではないかなと

思っています。

本当に短時間にこれだけのものをまとめていただいて、鈴木先生をはじめ、構成員の先生方、本当にありがとうございます。感謝と敬意を表したいと思っております。

それから、世代や職員の異なる複数の医師、他の医療職種、事務職の参加による院内意見交換会の活用というのは、本当にこれから私たちがしていかなければいけない一番大事な部分だと思っています。そういった意味では、私もガイドラインでの例示ということは賛成させていただきます。

作業部会の構成員の先生方は勤務医の先生方が中心ということなのですが、今後も病院管理者とか労働団体代表などが加わって、より幅広い構成員を持つようなこの親会のほうと連携を取りながら、活発に活動していただければと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかによろしゅうございますか。

ありがとうございます。

ただいま御発言をいただいた構成員の皆様、基本的にはこのガイドラインにおいてもこの内容を入れるということに対しては賛同いただけたと思います。

また、様々重要な御指摘もいただいております。非常に有効性が高いだろうと思われる事柄も承りましたので、事務局におかれましては、それらの非常に重要な御指摘に適切に対応していただけるようによろしくお願いいたします。

ありがとうございます。

続きまして、議題3「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について」に移りたいと思いますが、これも関連する資料の資料3について、事務局から説明をお願いします。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

資料3「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について」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が医療機関の評価を行う際の具体的な評価項目及び評価基準につきましては、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を参照することとしまして、これまでこの検討会におきまして評価ガイドラインの内容について検討を行ってきたところでございます。

その後でございますが、令和2年度の評価センターの設置準備事業における検討や、医師労働時間短縮計画作成ガイドライン案や医師の労働時間短縮等に関する大臣指針の内容を踏まえまして、昨年8月に開催しましたこの検討会におきまして、評価ガイドラインの修正案を提示させていただいたところでございます。

この修正案に基づきまして、令和3年度の評価センターの設置準備事業におきまして、16の病院に対して、実際に評価センターにおける模擬的な評価（模擬評価）を実施いたし

ました。

この模擬評価に参加しました、医療機関関係者や模擬評価を実際に行ったサーベイヤ（医師・社会保険労務士）に対するヒアリング結果を踏まえまして、評価ガイドラインについて、次のように大きく3つに整理しております。

1つ目が、医療機関の勤務環境、労働管理体制・仕組みに関する評価項目を「プロセス」から「ストラクチャー」へ移動しております。

2つ目が、サーベイヤが模擬評価を行った際に、提出書類の同一箇所を確認することで、評価項目の複数を同時に評価可能。そういった内容につきましては、それらの項目を統合いたしております。

3つ目が、法令規定事項としての必須項目の内容を適正化しております。

その他、ヒアリングの結果を踏まえまして、評価項目の文言の整理を事務的に行っております。

令和4年度から評価センターによる評価が開始されるといったことから、これらの実地検証を踏まえた整理をもって、評価ガイドラインの運用を実際に開始した上で、今後、評価センターが指定法人として運用されていく中で必要が生じた場合につきましては、この検討会等で報告・検討の上、ガイドラインの改版を行うこととしたいと考えております。

続きまして、先ほど御説明させていただいた評価ガイドラインの整理を反映しました評価の内容・評価の視点についてでございます。

医師労働時間短縮計画の記載事項等を参考にしまして、以下のような視点で、各項目について定量的な評価と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。

大きく3つ構成がございましてストラクチャー、プロセス、アウトカムに分かれておりまして、ストラクチャーのところの評価内容が、医師の労働時間短縮に向けた労務管理体制の構築となっております。

主な評価の視点としましては、先ほどの説明ともかぶりますが、医師の労働時間短縮に求められる基本的労務管理体制ですとか、医師の勤務環境の適切な把握と管理に求められる労務管理体制、産業保健の仕組みと活用などがございます。

プロセスのところにつきましては、医師の労働時間短縮に向けた取組が評価内容となっております。その取組が実施されたかどうかというところになっていきます。具体的などころでは、医師の適切な勤務計画が作成されているかどうかなどがございます。

最後に、アウトカムのところがございます。こちらは結果といたしまして、労務管理体制の構築と労働時間の短縮の取組実施後の評価を内容としているものでございます。評価の視点としましては、実際に労務管理体制の構築と労働時間短縮に向けた取組を実施した後の結果がどのようなになっているかというところで、医療機関全体の状況や医師や患者の状況を見るというものになっております。

これらの項目を見て評価することとなります。

説明は以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいま説明いただきましたけれども、これについて御質問、御意見等がおありになる方、よろしく願いいたします。

富高構成員、お願いいたします。

○富高構成員 ありがとうございます。

1点、事務局に確認ですけれども、評価センターがガイドラインに沿って評価を行う際に、前年度の実績が記載された医師労働時間短縮計画のほか、どのような方法で取組状況、実績を把握していくのかというところをお伺いしたいと思います。例えば各医療機関への聞き取りや訪問ということも考えがあるのかということも含めてお伺いしたいと思います。

○遠藤座長 では、事務局、お願いいたします。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

実際に書面の形式によりまして、時短計画に書かれているもの以外の部分について確認していくという形でございます。

○遠藤座長 富高構成員、いかがでしょうか。

○富高構成員 聞き取りや訪問ということも行いながら確認していくということでよろしいですか。

○遠藤座長 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。

初年度におきましては、書面でここに書かれてありますような項目をチェックするのに様々な院内の規定や書類を確認する形になろうかと思えます。そうした中で、当然足りないものがあれば聞き取って準備していただいたりというようなことになろうかと思えますし、評価の結果、訪問が必要と判断された場合には、訪問してさらに確認されるというような運用になると予定しております。

○遠藤座長 富高構成員、いかがでしょうか。

○富高構成員 ありがとうございます。

医療機関勤務環境評価センターの実務の負荷があまりにも増えていくと、実行可能性というところにも関わってくると思いますので、その点も考慮することは必要だと思いますけれども、今回の見直しによって評価する内容が減少したり、形骸化することがないように留意し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 ありがとうございます。

頭の整理のためにもう一度、この医療機関勤務環境評価センターの概要、概要というのは全国に幾つぐらい置くのかとか、1つずつの施設は何名ぐらいの人を配置するかとか、

その辺のところ、現時点でのことを教えていただけませんか。

○遠藤座長 では、事務局、お答えください。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

そちらの詳細につきましては、今後決まっていくものでございます。

○遠藤座長 森構成員。

○森構成員 と言っても、ある程度決まっていないと、どこまでどうするかというのをここでいろいろ議論していても。

それをつくる仕組みというのは同時並行で進めているということなのですね。

○谷嶋企画調整専門官 今後必要な手続を進めていって、実際に2024年の施行に向けましてしっかりと準備できるようにしていきたいと考えております。

○遠藤座長 森構成員、いかがでしょうか。

○森構成員 今からいろいろつくると言うよりは、大体概要があるとは思うのですけれども。あまり表に出せないこともあるのかもしれないので、よろしく願いするしかないのですが、お願いいたします。

○遠藤座長 事務局、よろしく願いいたします。

森構成員、ありがとうございました。

それでは、岡留構成員、お願いいたします。

○岡留構成員 ありがとうございます。

非常によくできていると思うのですが、いろいろなところで講演をしたときに、2枚目のストラクチャー、プロセス、アウトカム、評価の場合にはこういう表現をするのでしょけれども、一般のドクター、職員は分かりにくいと言うのです。ストラクチャー、プロセス、アウトカム、評価をするのに例えば日本語として適当な訳語はないのかなという感じがするのですが、その辺について、事務局にお願いがあるのですが、このストラクチャー、プロセス、アウトカムで、分かる人は分かるかもしれませんが、末端の病院の職員にはなかなか分かりにくい部分もあると聞きますので、何かいい訳語があったら置き換えておいたほうがいいかなと思うのですが、事務局の見解をお伺いしたいと思います。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○福田医師養成等企画調整室長 岡留先生、御指摘ありがとうございます

これはいわゆるPDCAサイクルを回すというようなところですか、あるいはある取組を進めていく上で、その体制や構造がどうなっているかというところと、実際にそれを回すプロセス、取組がどういうことかというところと、その結果はどうなるかというところについて評価するという基本的な考え方で、実はこれに限ったものではなくて、様々こういうような何か取組を促すようなフレームワークとして一般的にあるようなワードと申しますか、構造であると私自身は何っております。

そうした中で、ただ、医療機関の方々はそういったところに特になじみがないと。私自身も初めてこれを見たときはそうでしたけれども、ストラクチャーが具体的に医療機関に

置き換えるとどうなのかというところでイメージが湧かないという御認識も確かにそのとおりだと理解しております。

ですので、一般的なワードとして使われるというところでいうと、これを直ちに置き換えるというのはなかなかぱっと出てこないのですけれども、例えば御説明いただくときに、院内の管理体制としてどうかというところ、それをどう取り組んでいくか、運用していいかという1つ目に申し上げたところが、ストラクチャーの部分。プロセスの部分としては、そういった体制の中でどう取組を進めていくか、運用していくか。構造があって、その取組を進めていけば、必然的に結果、アウトカムにつながるというところで、労働時間の短縮の取組後の結果などというところで置き換えながら御説明していただくと、御理解いただける側面もあるかなと思っておりますし、私たち自身も様々な場で御説明させていただくときには、一般的なワードとそれをかみ砕いてお伝えするように、少し補足して使い分けておりますので、もし今後ぜひ先生が周知していただく際には、一般的なワードがあるはあるにしろ、医療現場にブレイクダウンするとういう形ですというふうに御説明していただくと、少し参考にしていただければという思いで御説明させていただきました。

○岡留構成員 大体分かりました。

今、あなたがまさに言った取組、それから、進行の度合い、取組の状況、結果の公表、結果がどうなったかといった言葉を使いながら説明していったほうが非常に分かりやすい。

実は、この話をするのは、先ほど今村構成員から、近年になって分かったことは、やはりこれは医師だけの働き方改革ではないということですよ。病院全体でタスクシェア／タスクシフトをしながら、病院の効率化をいかに図っていくかということにつながりますので、みんなが分かりやすいような文言を使っていくということはこれから大事になってくるのではないかなという観点から、僕はこういう希望を出したところであります。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、こういう御指摘もありますので、分かりやすいような言葉を、併記していただいても結構ですので、書いていただければと思います。

事務局、どうぞ。

○柴田課長補佐 事務局でございます。

御指摘はまさにそのとおりだと思っております、実際に参考資料4という形で評価ガイドラインをおつけしておりますが、この中で、6ページでございますけれども、このストラクチャー、プロセス、アウトカムというそれぞれについて書き下す形で、ストラクチャーと言えは医師の労働時間短縮に向けた労務管理体制を構築していくことについてでありますということですか、プロセスというのは取組のことを指すということですか、アウトカムは実施後の評価に当たるというようなことについては、ガイドラインの中でも少し書き下した形でも書いておりますので、様々な場で御説明する際には、そういったことがきちんと伝わるような形で周知をしてまいりたいと思います。

以上でございます。

○遠藤座長 よろしく願いいたします。

関連ですけれども、私から一言、1ページにここでの整理をしたという内容、○の3つ目で評価項目を「プロセス」から「ストラクチャー」へ移動ということで、どちらかという評価の対象がここで言うストラクチャーが中心になっていくという理解でよろしいのかどうかということ、事務局、お願いいたします。

○谷嶋企画調整専門官 御指摘のとおりでございます。

○遠藤座長 そういう意味で、体制整備というところが評価のポイントになっていくということだと思います。

ほかにございますか。

森構成員、お願いいたします。

○森構成員 私も岡留構成員の御意見に賛成で、例えば今のスライドの一番最後の枠の中で、ストラクチャー、プロセス、アウトカムというところを今説明いただいたように、それぞれストラクチャーの後に括弧書きでそういうことを書いていただくと。この表を見たときにすぐ分かると思うので、一々どこどこに書いてはなくて、この表をみんな見るわけですから、この表の中でストラクチャーという言葉の後に括弧書きで、今のような説明を書いて、簡単な言葉で書いていただくといいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、よろしく願います。

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す。

続きまして、議題4「審査組織の運用について」、これも関連資料が資料4でございますので、事務局から説明をお願いします。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

資料4、審査組織の運用について御説明させていただきます。

以前検討会で御議論いただきましたところでございますが、委託事業の状況などを踏まえまして、どのように審査をしていくか御説明させていただければと思います。

まず最初に、以前検討会で御議論いただいたことを簡単におさらいさせていただければと思います。

1ページでございますが、C-2水準の対象技能となり得る具体的な技能の考え方です。こちらは既に御議論いただきましたが、大きく3つ、C-2水準の対象分野に該当し、かつ、C-2水準の対象技能となり得る技能の考え方へ該当し、かつ、技能の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該当するといったものがC-2水準の対象技能となり得る具体的な技能であると整理しているところでございます。

次のページでございますが、その際に、論点としましてC-2水準の対象分野等の考え方

に関する意見を踏まえた上で、C-2水準の対象技能となり得る具体的な技能の考え方についてどのように考えるかということで、前回10月に御議論いただいたところでございます。先ほど御説明した1ページのとおりとなったところでございます。

続きまして3ページ、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が、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いうところで、こちらも様々御議論いただきまして、次の4ページのとおり、運用を行うこととされたところでございます。

4ページが図として前回お示ししたものでございますが、審査組織のイメージでございます。厚生労働省からの委託を受けた審査組織において、全体を統括する委員会、そして、審査委員会。実際には審査委員会のところで審査を実施していただくという仕組みでございます。それに当たって、実際はまずC-2水準の審査を希望する医療機関ごとに特定分野ごとに申請をいただき、医師個人の発意に基づく技能研修計画を作成いただいて、それを申請いただいたものを審査するという仕組みでございました。

続きまして、5ページでございます。ここからが新しい資料でございます。

C-2水準の技能に関する審査についてでございますが、令和3年度の審査組織の準備に関する委託事業においては、C-2水準に関する調査・研究や基本19領域の学会へのヒアリング調査に加えて、複数の異なる分野の学術団体から技術的助言を得る形での模擬的な審査、モデル審査と言いますが、そちらを実施して、審査組織の運用開始に向けて技能研修計画の内容や医療機関の教育研修環境の審査判定について整理し、モデル審査を踏まえた申請様式の作成を行ったところでございます。

その中で、審査組織の準備に関する事業全般を通じて、次の点が確認されたところがございます。大きく3つございます。

まず1つ目でございますが、C-2水準の対象技能は個別性が高い。具体的には、※書きのところでございますが、技能自体が多岐にわたることに加えて、同一の技能であっても、申請を行う医師の申請時点での習熟度、目標とする当該技能の習得レベル、習得にかかる総研修時間といったものが一律ではないといった状況のため、技能研修計画に記載する各技能の習得に求められる研修予定症例数につきまして、あらかじめ網羅的な基準を設定することはなかなか困難である。

2つ目でございますが、1ページにございました施設水準の対象技能となり得る具体的な技能の3つの考え方と関連してきますが、モデル審査を踏まえますと、技能研修計画の審査では、申請された技能について、審査項目のうち、○の1つ目、対象分野の該当性とC-2水準の対象技能となり得る技能の考え方の該当性につきましては、当該技能の対象分野の関連学会以外の専門家でも妥当性の判断がおおむね可能であるといったことから、複数の専門家による審査を行うことで透明性が担保できると考えられるといった御意見でした。

2つ目が、習得にやむを得ず長時間労働を必要とする根拠の妥当性、そして、習得に求

められる研修予定症例数の妥当性については、複数の観点から総合的に判断する必要があるというところでした。

大きな3つ目のところですが、モデル審査を踏まえたと、医療機関の教育研修環境の審査につきましては、各学術団体が認定している施設基準がその判定の目安となることが多く、基本領域の専門医取得以降の医師を指導する体制といったものが重要視されるといったところでした。

最後のページですが、先ほど申し上げた②の複数の観点からの総合的判断といった観点でございます。こちらは、審査に当たっては、技能研修計画や医療機関の教育研修環境について、これから述べる下の観点を踏まえた総合的な判定を行うということでございます。

大きく2つございまして、1つ目が技能研修計画の審査に当たってでございます。C-2水準の対象技能の習得にやむを得ず長時間労働を必要とする根拠の妥当性評価の観点といたしましては、(ア)、(イ)、(ウ)とございますが、診療の時間帯を選択できない現場でなければ習得できない。具体的には平日・日中以外の時間帯においても実施されることが多い技能かどうか。技能と関連した重篤な合併症への研究対応の必要性が見込まれるかどうか。

2つ目の(イ)でございますが、同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ習得できない。具体的には、特殊性の高い領域の技能と特定医師の継続対応の必要性が見込まれるか。技能と関連した重篤な合併症の発生に備えて、同一医師による継続対応の必要性が見込まれるかどうかでございます。

最後の(ウ)が、その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ技能及びその前後の業務を含めて、時間外・休日労働が生じるかどうかといった観点でございます。

2つ目が、C-2水準の対象技能の習得に求められる研修予定症例数の妥当性評価、こちらの観点といたしましては、技能名と最も関連の強い個別技能の研修予定症例数が極端に少ないかですとか、主たる技能の研修予定症例数はその技能の医療機関の年間見込み症例数に対して割合が極端に低くないかなどが観点として挙げられているところでございます。

続きまして、2つ目の医療機関の教育研修環境の審査についてでございますが、こちらは1つ観点としてございまして、C-2水準の対象技能の習得に求められる医療機関の教育研修環境の妥当性評価。こちらの観点といたしまして、分野ごとに基本領域の専門医取得以降の医師を指導できる医師・設備・症例数等が十分であるかですとか、分野ごとに基本領域の専門医取得以降の医師が修練するための学会施設認定を取得しているかなどが観点として挙げられております。

最後に、引き続き検討すべき事項といたしまして、2つございます。C-2水準の対象と技能となり得る具体的な技能の考え方につきましては、先日の改正医療法の施行後、審査組織による審査事例を重ねていく中で定期的な見直しを行っていく。

2つ目が、審査組織運用開始後のC-2水準の対象技能の類型化や習得予定症例数の目安、C-2水準の対象議論の教育研修関係に求められる要件等、こちらにつきましても、審査組織による審査事例を重ねる中で、例えば本検討会などにおいて定期的に報告及び確認を行って、必要に応じて運用の見直しを行っていくといったことが引き続き検討すべき事項と考えております。

資料の説明は以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、これは前回、当部会でも議論になったことの続きなわけですがけれども、説明のあった内容につきまして、御意見、御質問があれば承りたいと思います。

森構成員、お願いいたします。

○森構成員 最後のスライドのC-2水準における技能研修計画及び医療機関の教育研究環境に関する審査判定についてというところの、C-2水準の対象技能の習得にやむを得ず長時間労働を必要とする根拠の妥当性評価の観点ということで、これは幾つかの関連する学会が集まってこれを検討するということではありますけれども、実はこれは結構難しく、関連する学会が集まっているいろいろな審査すること自体はいいと思うのですが、19の基本領域の学会に今のこの条件というか考え方の基準を出して、そして、その学会としてどういことがこれに相当するかということを経つか提示してもらおう。案を出してもらっておいたほうが、審査委員に選ばれた先生方もその都度数名で判断するというのはかなり責任が重いので、各学会からある程度の基準が出ていけば、それに沿った判断がしやすくなるだろうとも思いますので、19の基本学会のほうにC-2に水準するものがどういうものかと。その判断としてはこういうことで判断してほしいということで、それを基に、幾つかどうか、相当すると思われるものを提出してもらっておくほうが、ただ、各学会では、それによってそれが確約されたものではないということはもちろん伝えないといけないのですが、提案としてそういう案を出していただくのはどうだろうかと思いつきながらお聞きしました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、御提案についていかがでしょうか。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

森先生、ありがとうございます。

今回の考えに示されてどういうふう運用していくかということについて、学会から何かしら技能の考え方とかというのはある程度事前という御提案だったと受け止めております。実際に運用を進めていく中で、様々な学会の方々にまた御協力いただく形になるかと思っておりますので、そうした中で効率的に、かつ、ぶれがないような運用ができる余地を、いただいた御意見を踏まえて検討したいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

森構成員、よろしいですか。

○森構成員 結構です。よろしくお願いたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。森本構成員、どうぞ。

○森本構成員 ありがとうございます。

C-2水準技能についてなのですけれども、実際に申請する医師の側から見ても、C-2水準の対象となる技能の明確化というのは非常に重要なのだらうと思っています。

5ページにあるのですけれども、あらかじめ網羅的な基準を設定することは困難ということは理解できるのですが、まずは、具体的な期日あるいは申請件数などを区切って、C-2水準の対象技能について一定の考え方を改めて検討する必要があるのではないかと考えております。

また、この審査に資する症例数のデータベース化なども進められるということですが、審査結果あるいはこのデータベース化などを含めてしっかりと公表をしていくことも必要不可欠な要素なのだと感じております。そのことによって、審査の客観性はもとより、医療機関から見た予見可能性を高めるという意味合いもありますし、さらに言うと、C-2水準とB水準を明確に区別していくためのエビデンスにもなっていくと考えていますので、これらの公表などについて具体的な検討が行われているのであれば、今後の対応をまずお伺いしておきたいと思っております。

もう一点、6ページのところです。適切な労働時間管理、それから、健康確保措置の履行確保といった観点から、審査委員会あるいは統括委員会からの専門的な報告も受けつつ、本検討会としても、報告確認というところにとどまらず、定期的な検証を行うということにはなっているのですけれども、この定期的な検証は具体的にどのぐらいの時期に行うかということが定められている、あるいは検討されているのであれば、それを教えていただきたいというのが一つです。

それから、最後のところに「必要に応じて見直し」とありますが、この「必要に応じて」というのは具体的にどのようなことを契機として必要だと考えて見直しを想定しているのか、現時点での考え方があったら教えていただきたいということです。

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、事務局、御質問もありませんのでお願いたします。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

まず、最後に2つ御質問いただいた引き続き検討すべき事項に書いてある見直しの話と「必要に応じて」のところでございます。

定期的な見直しにつきましては、実際に制度が施行されてから様々事例が出てくると思っています。その事例が出てくる中で、実際にそれがどういったものなのかどうなのかというところを、事例を重ねる中で見直しを行っていくことを考えまして、それがいつというこ

とを今申し上げることはできないのですけれども、施行をした後、適切なタイミングでこちらの検討会などで報告させていただいて、見直しをさせていただくということだと考えております。

次に、「必要に応じて」のところでございますが、こちらにつきましても、まずは本検討会などにおきまして報告や確認を行っていただくことが重要かと思っております。その中で、実際に報告を受けて確認を検討会で行っていただいた内容を踏まえまして、今の考え方から変えるべきところが出てくるといった状況がございましたら、そこはしっかりと見直しを行っていくということだと思っております。

○遠藤座長 以上ですか。

森本構成員、いかがでしょうか。

○森本構成員 分かったようで分からないのですけれども、1つだけ追加でお願いをしておきたいと思えます。暫定の特例水準推進が2035年の末に解消されるということになるのですけれども、そうなると、B水準は基本的になくなるということになってくるわけです。それより以前にやはりしっかりとC-2水準とB水準の考え方を明確に区別していく必要があると思えます。まだどういう段階で見直すかということは決まっていないということなのですが、一定の年限を定めた上でしっかりと検証をしていただきたいということだけお願いをしておきたいと思えます。

以上です。

○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ので、事務局、御対応をお願いします。

お待たせしました。鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

前回の検討会でも多くの議論がなされた点だと思うのですが、前回までは雲をつかむような話だったような気がするのです。私自身も勤務医の立場でC-2水準を見たとき、やはり具体的なイメージが湧かないというのが大きな問題点だったと思えます。その中で、今回の新しい資料も見まして、少しイメージが湧いてきた部分もあるかなと思っております。

私からは2点あるのですが、1点目は、資料4の最後の6ページの1の(イ)の考え方のところなのですが、同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ習得できないというところは非常に分かる文面ではあるのですが、その一方で、今後、分業制やシフト制を考えていかなければいけないという中では、そういった考えを妨げるという側面もあるように思うのです。この本当に連続しないと検査が積めない分野というのは、まだ誰も分からないし、誰も示すことができない中で、例えば海外の事例や医学の分野ですと何かしらのエビデンスがあるかというのを少し検索しながら、こういったところを詰めていったほうがいいのではないかと。ではないと、どこの診療科でも同一の患者を同一の医師が継続してみたほうがいいというのは出てくる話だと思いますので、この辺りを今後客観的に少し詰めていっていただきたいというのがまず1点目です。

もう一点目に関しましては、審査判定の方法についてなのですが、まず、モデル審査の話は、少し出てきているのですが、この検討会の中でまとまった資料は出ていましたでしょうか。あまり出ていなかったような気もして、私、自分の産婦人科学会のほうから少し聞いたところによると、この資料にもありますように、モデル審査を19領域で行ったということは聞いていました。このピアレビューの仕組みは非常によいと思うのです。お互いがお互いをいい意味で監視するということと、建設的にC-2を決めていくという意味で、すごくいいと思うのですが、この判定基準というのは、実際にモデル審査のときにどのように判定基準を置いたのかということをお教えいただきたいです。それで、このモデル審査を基に実際の審査をしていくと思うのですが、審査結果の開示方法ですとか、どのように透明性を持たせていくかというところをぜひクリアにしていきたいのです。そうでないと、やはり若手や中堅への安心につながらない部分がありますので、仕組み自体は非常によいのですが、なかなかまだ見えてこないというところがありますので、そこを少し明らかにしていただくことができないでしょうかという質問とお願いということになります。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。大変重要な御指摘だと思います。

2つありましたけれども、事務局から順次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。

まず1点目ですが、6ページの1の(イ)のところ、これはこういう考え方はありながらも、これからの分業とかシフトという考え方にそぐわないのではないかと、このような御指摘をいただきました。これは確かに先生の御指摘の点はあるかと思いますが、実際は、様々な技能がこれから申請していく中で、(ウ)に該当するような技能はどういうものがあるのかといったところも確認していかなければいけないなと思っております。これもかねてからの御指摘をいただいておりますので、見直しの中でしっかり検討できるような形にはしたいと考えております。

それから、判定の方法ですが、今回、我々、様々な学会の方々に協力いただきましてモデル審査を実施いたしました。逆に御審査いただいていた議論を基準化するのであれば、こういった文言になるというような形で、逆引きするような形で蓄積していった議論の過程を基準にするというものではないかというところで、今回おまとめしたものを考え方としてお示ししているところでございます。

今後、恐らく申請が承認されたり、あるいは不可となったりするという形になるかと思っております。審査で不可になった場合だったらその理由ですとか、あるいは結果についてのしっかり公表して、先ほどもいただいたと思いますけれども、その運用については御指摘を踏まえてしっかり分かるように対応したいと考えております。

以上です。

○遠藤座長 鈴木構成員、いかがでしょうか。

○鈴木構成員 私が確認不足でしたら申し訳ないのですけれども、モデル審査の内容というのはこの検討会で資料として出されていましてでしょうか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○福田医師養成等企画調整室長 個別の資料については特にお出ししておりません。

○鈴木構成員 もし可能でしたら、議論の基本として、そこから学ぶべきところというのはあると思いますので、出せる範囲で構わないのですけれども、ぜひどういうモデル審査が行われて、どういったところが問題点だったかということをおこの検討会でもんでいくことが重要なのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

御指摘を踏まえまして、今後、どのような形で御指摘の点ができるか検討させていただければと思います。

○鈴木構成員 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

○遠藤座長 よろしく願いします。

お待たせしました。島崎構成員、どうぞ。

○島崎構成員 島崎です。

この件については、2つ問題というか論点があったと思います。一つは、B水準の抜け道にならないかどうかという危惧であり、もう一つは、これは鈴木構成員もかねてからおっしゃっていたことですが、症例が分散するのではないかという懸念です。このため、2回ばかりこの検討会でも、私自身こだわりを持って意見を述べてきたところです。

先ほどモデル審査の話がありました。事前にいろいろ御説明を伺った限りでは、審査組織の委員間の牽制作用が相当効いており、かなり厳格な絞り込みがなされたと承知しております。そういう意味では、私が危惧していたよりも相互牽制作用も働き適正な審査が行われていると思いますけれども、ただ今、鈴木構成員から御指摘あった点は大切だと思います。確かに個別の事案ですので、マスキングが必要な部分はあるかもしれませんが、今後4月以降、実際に審査が行われた結果について、先ほど定期的にとということが必ずしも明示的に言えないというお話がありましたけれども、例えば半年に1度とか、一定の件数がまとまった時点で、この検討会にある程度具体的な審査の内容や議論があった点などについて少し丁寧に御説明していただくべきではないか。そのほうが審査の運用のより適切な実施を図っていくために必要ではないかと思います。この点はぜひ検討いただきたいと思います。

私からは、その上で2つ質問があります。一つは、B水準とC-2水準は趣旨が違うということ徹底するという話がこれまでの検討会であったと思うのですが、これは各学会等に対してどのように話をするのか、誰を対象に話をするのかよく分からない点もあるのですけれども、しずれにせよ、B水準とC-2水準は性格が違うのだということの周知徹底について、その後どういう形で行われたのかということが質問の第1です。

もう一つの質問は、今日の資料の4ページに戻るのですけれども、審査の運用のところでは、この審査組織というのは、本来はこのような大がかりな組織を想定していたわけではないと思いますけれども、結果的に、この審査組織で個別具体的な判断をすることになった結果、大がかりな組織になってしまったという面があるのだと思います。

私が聞きたいのは、この審査組織の真ん中のちょっと下のところです。医療機関に対して審査結果の通知をする形になっているのですけれども、先ほど御説明があったとおり、この審査の結果というのは、承認なのか許可なのかは、よく分かりませんが、いずれにせよ、オーケーであるか、オーケーではないかということを知りたい形になるのだらうと思います。私の質問は、この審査結果について不服がある場合、つまり、駄目だと言われたときに、申請を行った医療機関あるいは個々の医師は、審査結果の通知そのものを一種の行政処分として、その取消を求めて争うことができるのか。それとも、そもそもこの審査組織が駄目だと言ったものについては、都道府県知事は特定高度技能研修機関の指定を行うことはできないはずであり、都道府県の不指定という処分の取消を求めて争うことになるのでしょうか。この辺りの整理もきちんとしておかないと、私は後でいろいろな紛争のネタになってしまうことを危惧しているのですけれども、その点についてお答えいただきたいなと思います。

まとめますと、この運用の在り方についてはいろいろ注文がありますけれども、全体としては了解ですが、今申し上げた2つの質問についてお答え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。

それでは、事務局、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。

御指摘ありがとうございます。

まず、1点目のBとC-2水準の趣旨のところでございますが、こちらはBとC-2水準の趣旨が違うことはしっかりとお伝えした上で、対応いただく必要があると考えております。どのように周知を行っていくかについては引き続き検討させていただければと考えておりますが、何らかに対応できればと考えております。

2つ目の実際の審査組織のイメージのところでの御質問でございますが、審査組織というところについては、厚生労働大臣から実際の委託を受けているというところでございます。処分行為の主体につきましては厚生労働大臣であるということから、不服申立てなどが来た場合については、その申立て先は厚生労働大臣になると考えております。

その他、まだまだこの審査組織について、引き続きこの検討会などでも御議論いただく内容はあろうと思っております。そこにつきましては、引き続きこの検討会で御議論いただければと考えております。

○遠藤座長 よろしいですか。

島崎構成員、いかがでしょうか。

○島崎構成員 前段の周知の方法については、必要性は分かった上で今後検討するという

お答えですが、特に学会に対して十分周知してほしいと思います。

それから、もう一つの質問については、そうしますと、そもそも法律上想定されていない処分を行ってしまうことになるのではないのでしょうか。先ほど申し上げたように、そもそも法律上は大がかりな審査組織を想定していません。繰り返しますが、医療機関が審査結果について不服な場合、都道府県知事の特定技能研修機関の不指定の処分について争うことができるし、その前段としての審査組織のノーという審査結果、これが不承認なのか何なのかはよく分かりませんが、その処分についても争えるということになるということですか。

いずれにしても、法制的な整理をもう一回きちんとされたほうがよいのではないかなと思います。これは結構デリケートな問題で、実際に審査結果について不服の申立て等が行われる可能性があるので、お伺いしている次第です。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○柴田課長補佐 事務局でございます。

御懸念の点は我々としてもそのとおりでございまして、今後よく整理をしたいと思っております。必要とあらば個別に御説明をさせていただきたいと思っておりますけれども、この場では1点、今、御指摘のありました審査組織における決定というものの法制上の位置づけでありますけれども、これは医療法におきまして厚生労働大臣が確認を行うということの規定しておりますので、その確認に係る実務の部分について審査組織に業務委託をするということでございますので、医療法において、この審査組織における審査というものは厚生労働大臣による確認という法的位置づけを持ったものとなっております。

したがって、先ほど御答弁申し上げたとおり、これは行政処分当たるものということで、不服申立ての先は厚生労働大臣になるということでございます。

○島崎構成員 今回の御説明は、審査組織は厚生労働大臣の委託を受けているので、この審査組織を行う審査結果は確認という処分だということをおっしゃっているのだと思うのですが、やや釈然としないことに加えて、先ほど申し上げたように、ノーという審査結果が下されると、その結果、都道府県知事は研修機関としての指定ができなくなり、その不指定処分も争うことができるはずですが、いずれにせよ、その辺りの法的整理をもう一度していただいたほうがよろしいかと思っております。以上、意見です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

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。

島崎構成員がおっしゃられた御意見は、都道府県の立場としては非常に危惧するところですので、ぜひ整理をよろしくお願ひしたいと思います。

6ページの技能研修計画については個別性が非常に強いので、事前に情報収集をすることはできないと思っておりますが、二つ目の医療機関の教育研修環境の審査については、事前の情報がかんちんと分かっているわけですので、できれば都道府県ごとにどういうところが候

補になるのかを、各診療科分野ごとにぜひとも厚生労働省でリストアップしていただきたい。そして、地域偏在があるかどうかという点を見ていただければありがたい。これはお願いでございます。

と申しますのは、こういうところで審査に出てきた医療機関に、より長時間というか高度な技術を学びたいという若手医師が選択し、一層大都市部に若手が集中してしまうことになりますと、医師偏在を助長するような仕組みになる可能性もあります。そういう点にはぜひ留意をいただくような観点で表現を行っていただければありがたいという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。

大変重要な御指摘かと思っておりますので、事務局としては適切な対応をできる範囲でお願いいたしたいと思っております。

それでは、家保構成員、よろしいですか。

○家保構成員 結構です。ありがとうございます。

○遠藤座長 では、お待たせしました。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。

私はC-2に関する話なのですが、参考資料5についての意見なので、もし参考資料5は御説明をこれからいただく予定でしたら、その後に御質問したいと思うのですけれども、もし参考資料についてでも今お話ししてもよければ。

○遠藤座長 結構です。

○片岡構成員 よろしいでしょうか。

参考資料5に技能研修計画の申請書案というものが出してあると思うのですけれども、C-2に関しましては個人の発意に基づくというのが前提だと思うのですが、実際の現場で過重労働にならないようにというのは、やはり本人の裁量のみでは難しいケースも多いと思いますので、もし研修を受けている方が健康を害するようなことがあったときに、個人の発意に基づく計画なのでといった形で、自己責任ということにならないような方策も必要ではないかと思っています。

ですので、この参考資料5は医療機関担当者の記入欄というところがありまして、そこには研修を受ける方の健康といったことに関する文言は特に今はない状況なのですけれども、例えば責任者の方が申請者の技術の習得と健康の確保の両立を支援するといった配慮をするという文章があってもいいのではないかと思いますので、意見として述べさせていただきます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

医師の働き方改革ですから、医師個人の健康ということも重要になるわけですが、ただいまの御発言について、現在、事務局として何かコメントはございますか。

検討するということでもよろしくお願ひいたします。

片岡構成員、ありがとうございました。

ほかにかがでございましょうか。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。

横手構成員、お手を挙げておられます。お願ひいたします。

○横手構成員 ありがとうございます。

この内容ではなく、全体を通じてでもよろしいですか。

○遠藤座長 結構です。お願ひいたします。

○横手構成員 ありがとうございます。千葉大学の横手でございます。

本日の会議を含めて、医師の働き方改革の具体的な進め方が次々と定まっていき、また、大学病院においても2年後に向けて粛々と準備を進めているところでございます。

一方で、本来、この医師の働き方改革は、地域医療構想と医師偏在対策とともに三位一体の改革として進められることになっていたと思うのでありますけれども、後の2つ、地域医療構想と医師偏在対策の明確な進展があまり見えていないのではないかとこのころに不安を感じているところでございます。働き方改革を通じて、医師の労働環境あるいは健康確保というものがなされて、一方で、大学病院の医師の総労働時間が短縮いたしますので、今の日本の医療の構造のままですと、やはりどう頑張っても派遣や兼業で補われている地域医療を大学病院あるいは大学病院の医師の努力と工夫だけで維持していくことは困難があるのではないかなと物理的に思うのです。そうした場合に、地域医療計画に基づく医療機関の集約も含めた三位一体の改革というのは改めて不可欠になっていくのではないかと思います、その辺り、今日の働き方改革の各論とは別なのですけれども、現状あるいは今後の計画というのが、あと2年でございますので、どうなっているのかということをもしよろしければこの場でお尋ねしたいと思ひまして、発言させていただきました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、お願ひいたします。

○鷺見地域医療計画課長 地域医療計画課長の鷺見でございます。

先生、御意見ありがとうございます。

地域医療構想につきましては、現在、2025年までの取組を着実に進めるとしているところでございます。これにつきましては、ちょうど昨年末に、「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」におきまして、新興感染症対応を追加の上、2024年度から開始いたします第8次医療計画の策定作業と併せて、2022年度、2023年度の2年間において、民間病院も含めて議論を進めるということで合意がなされたところであり、都道府県の地域医療構想調整会議等で議論をしていく必要がございます。こうした中で、この地域医療構想の推進につきましても、しっかりとこの2年間をかけて進めさせていただきたいということをお願いをしているところでございます。

また、先生がおっしゃいますように、医師の働き方改革と地域医療構想は非常に密接に

関係するところがございます。当然、医師の偏在この部分についても同様でございます。地域の医療を確保していくためには、これらが一体となって議論を進めることが極めて重要だということは御指摘のとおりでございます。そういう観点で私も本日の会議に出席させていただいておりますし、逆に私どもの会議に医事課の課長も出席するというような形で一緒になって進めているところがございますので、また進捗等につきましては先生方にも御報告をさせていただければと思います。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

横手構成員、いかがでしょうか。

○横手構成員 大変ありがとうございます。何とぞよろしくお願ひ申し上げます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに全体を通じてということで御意見はございますか。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、本日の議題は全て終了したということにさせていただきたいと思ひます。

本日の議論を踏まえまして、医師の働き方改革の制度施行に向けた今後の準備につきましては、議論はおおむね出尽くしたかなと思ひております。

事務局におかれましては、本日の議論を踏まえて今後の取組を進めていただければと思ひます。様々な宿題も出ておりますので、適切な御対応をよろしくお願ひいたします。

それでは、事務局から今後の日程について何かございますか。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

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 よろしくお願ひします。

それでは、これをもちまして本日の会議を終了したいと思ひます。

どうも長時間ありがとうございます。