

○西岡臨床研修指導官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから、「医道審議会 医師分科会医師臨床研修部会」を開催いたします。

本日は、先生方には御多忙のところ御出席を賜り、まことにありがとうございます。

まず初めに、新たに委員になられた先生方の御紹介をいたします。

まず、聖マリアンナ医科大学総合教育センター長、伊野美幸先生でございます。

続きまして、日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長、木戸道子先生です。

事務局にも変更ございましたので、お知らせいたします。

4月1日付で臨床研修指導官を拝命しました、私、西岡でございます。どうぞよろしくお願ひします。

本日の委員の出欠状況につきまして御案内申し上げます。本日、相原委員、新井委員、森委員から御欠席との連絡を頂戴しております。

また、文部科学省医学教育課からは、荒木企画官にオブザーバーとしてお越しいただいております。

また、本日欠席されております森委員の代理として、日本精神科病院協会から野木参考人にお越しいただいております。

また、NPO法人卒後臨床研修評価機構からは岩崎専務理事に参考人としてお越しいただいております。

部会として、本日の審議に参考人として御出席の承認をいただきたいのですが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○西岡臨床研修指導官 ありがとうございます。

それでは、以降の議事運営につきまして、部会長にお願いいたします。また、撮影はここまでとさせていただきます。

桐野先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

○桐野部会長 それでは、いつものとおり、まず資料の確認について、事務局からお願いいたします。

○西岡臨床研修指導官 それでは、資料の確認でございます。

本日より、臨床研修部会におきましても、ペーパーレスを実施していくこととしておりまして、委員、それから参考人の先生方にはそれぞれお手元にタブレットを御用意させていただいております。お手元のタブレットから資料の御確認お願ひいたします。

まず、上から通し番号をつけております。PDFで00、資料0、議事次第でございます。それから、01で当研修部会の席次、02、資料1として、今後の都道府県が行う実地調査における第三者評価の活用等について、資料2として、医師の働き方改革について、参考資料1としまして、本日の部会の委員名簿を用意しております。それから、参考資料2になりますが、NPO法人卒後臨床研修評価機構における研修病院の評価概要ということでPDFを御用意させていただいております。

不足する資料等がございましたら、事務局にお申しつけください。

よろしいでしょうか。

○桐野部会長 それでは、これから議事に入らせていただきます。

本日の議題は、第1部と第2部に分かれまして、第2部のほうは非公開の審議になります。第1部では、1. 実地調査における第三者評価の活用等について、2. 医師の働き方改革について、3. その他ということになっております。第2部は、「臨床研修病院の指定継続に係る審査等」であります。

まず、議題1、「実地調査における第三者評価の活用等について」を御審議願います。最初に、事務局より資料1の説明をお願いいたします。続けて、NPO法人卒後臨床研修評価機構の岩崎参考人より提出いただいている参考資料2について、第三者評価の現状について御説明をいただきたいと思っております。

それでは、事務局より先に説明を始めていただきます。お願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 それでは、タブレットで資料1をお開きいただきますようよろしくをお願いいたします。

今後の都道府県が行う実地調査における第三者評価の活用等についてになります。

スライド2ページ目になりますけれども、これまでの現状と課題をまとめさせていただいております。現状としましては、昨年度の医師法、医療法の改正を受けまして、令和2年度以降の都道府県が行う実地調査につきまして、本年3月に臨床研修省令と、それに伴う施行通知文書を3月29日付で整備したところでございます。

この実地調査につきましては、2ポツ目になりますけれども、下線部にありますとおり、現在策定中の実地調査の実施要綱について、具体的に詳細な手続きの規定を今後さらに整備する予定でございます。

ただし、この実地調査につきましては、先日の臨床研修部会でも委員の先生方より御指摘いただきまして、第三者評価による評価を導入したほうがいいのではないのかというような御指摘を多数いただきましたので、この点、第三者評価をこの実地調査の中でも位置づけられないかということで、今回、議題として取り上げさせていただいております。

課題の2つ目にございますとおり、ただし、現在、臨床研修病院は1,000以上ございますので、全てを急に義務づけるのは難しいのではないかということで、こういった課題がある中でどういった改善をなし得るのかということで、本日御議論いただきたいと思います。

3ページ目になりますけれども、左側が先ほど少し触れさせていただきました改正医師法の概要になります。左半分の中ほどにございますとおり、この医師法の改正の中で臨床研修関係の見直しのございまして、赤字にございますとおり、都道府県知事が臨床研修病院を指定することという形で、指定権限が国から都道府県のほうに移譲されている現状でございます。

右側には、その改正医師法に基づきまして、省令を3月26日付で発出しておりますけれども、この報告徴収等の第17条の2項に、この赤字にございますとおり、「都道府県知事

は、臨床研修病院の指定を受けようとする病院又は臨床研修病院が法第十六条の二第三項各号に規定する基準に適合しているかどうかを確認するために必要があるときは実地に調査することができる」ということで、この実地調査に関しましても、都道府県の権限として省令で定めております。

具体的には次の4ページ目になりますけれども、施行通知のほうでお示ししております。抜き出しまして、第3の当面の取扱いの2（1）に赤字でございますとおり、「都道府県知事は、個別の実地調査等により、適切な指導体制が確保され、かつ、研修医が基本的な診療能力を修得することができる」と認められる場合に限り、基幹型臨床研修病院として指定を継続するものであること」など、幾つか規定がございますけれども、今回、都道府県知事が行う「実地調査等により」というような表現をさせていただくことにより、現行の実地調査に加えて、第三者評価等もそこに位置づけられるような規定とさせていただいております。

続きまして、これまでの議論を一応振り返らせていただきたいのですが、6ページをごらんいただければと思います。臨床研修部会の報告書の概要になります。こちら、訪問調査等該当箇所だけ抜粋しておりますけれども、この評価に関しましては、委員の先生方からも多数御意見をいただきまして、赤字でございますとおり、これまで3段階の評価でしたけれども、より適正な評価が行えるようにということで、B-を加える、この4段階の評価を、今回、2020年度から取り入れようということでとりまとめていただいております。

続きまして7ページ目に移りますけれども、こちら、第三者評価に関しましても、御意見をいただいたものに基づきまして記載しておりますが、1段落目の最後でございますとおり、「第三者からの評価を受けることを強く推奨する」。義務づけまではいいないですけれども、「強く推奨する」という言葉でまとめております。

2パラ目の最後の段落になりますけれども、「第三者評価の認定基準の整理を行い、特定の実施機関に限定することがないようにするとともに受審する病院の負担等についても考慮すべきである」ということで、この第三者評価に関しましてもさまざまな点で御議論いただきまして、このように課題も整理されております。

こういった背景から、8ページ目に移らせていただきますけれども、事務局提案として、この2点を今回提案させていただいております。「指定の継続の可否を判断するために都道府県が行う実地調査については、第三者評価機関による評価に代替できることとしてはどうか」ということで、指定継続の病院の対象になりますのが、この下2つ、「2年連続で入院患者数が3,000人を下回る場合」と「書面調査の結果、指定基準を満たしていない疑いのある場合」となりますけれども、これを実地調査ではなく、第三者評価機関による評価で代替してはどうかというのが1点目の御提案です。

2点目に関しましては、この第三者評価機関によってされる評価に関しては、条件としてこの2つ挙げておりますが、研修医へのインタビューも行うことだとか、先ほど触れました4段階評価を行うことを条件とするというようなことで、今回、事務局提案を提示さ

せていただきます。

以降、参考情報ですけれども、まず9ページ目でございますのは、現行の2019年4月現在の開設者別の基幹型臨床研修病院の数になります。現行、総計で1,037ございまして、各開設者別にはごらんのとおりです。

また、今回、規模として実地調査はどれぐらいの規模なのかということで、御参考までに10ページに、これまで国が実施してきた実地調査の実績ということで、過去3年分の実地調査の数をお示ししております。ごらんのとおり、48から、最大で70ということで、およそ50から70程度の実地調査が現行実施されているということになります。

11ページ目に移りますけれども、実際に実地調査でどのような評価を行っているかということで、御参考までに評価項目を、現状版ではございますけれども、お示ししております。

続きまして12ページ目、13ページ目は、これまでの訪問調査と実地調査のスキームをお示ししておりますので、御参照ください。

また、最後の14ページ目に関しましては、これまで訪問調査と実地調査と分けておりましたけれども、2020年度以降、統一して実地調査というような名称に統合するわけではございませんけれども、今回、第三者評価として代替し得るかどうかという対象になるのが、この右側の①と③になります。継続しての実地調査を第三者評価機関による評価に代替し得るかどうかということをお議論いただきたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

説明は以上になります。

○桐野部会長 それでは、岩崎参考人から、第三者評価の現状についてお願ひいたします。

○岩崎参考人 ありがとうございます。NPO法人卒後臨床研修評価機構の専務理事をしております岩崎でございます。きょうは、こういう機会を与えていただきまして、大変ありがとうございました。

まず1ページ目でございますが、当評価機構の概要ということで、英語名称をJCEPと略させていただきます。理事長は高久史麿であります。

次のページであります。12年前にJCEPを設立しまして評価事業を開始し、「臨床研修病院における研修の質の向上」と、「よい医師の育成」に役に立ち、また「研修医の価値ある行動変容をもたらすよい臨床研修プログラムの作成に寄与する」ものとして、2007年から認定事業を開始したところでございます。

○桐野部会長 JCEPでの研修病院評価の概要、05、参考資料2について説明していただいています。

○岩崎参考人 失礼しました。その05の資料の次の目的であります。「国民に対する医療の質の改善と向上を目指すため、臨床研修病院における研修プログラムの評価や研修状況の評価を行い、臨床研修病院のプログラムの改善、よい医師の養成に寄与することを目的として、評価事業を行っている」ところであります。

次のスライドであります、JCEPの評価事業としましては主に3つの調査がございます。「新規の訪問調査」、「更新の訪問調査」、「更新書面調査」です。そのほか、サーベイヤーの育成という意味での人材育成事業、それから、毎年、3課題程度の研究課題を決めて研究開発事業、臨床研修に関する情報提供事業等もやらせていただいています。

その（附）と書いたところに、厚労省がやっています実地調査へのサーベイヤーの派遣協力をこれまでしてまいりました。

次のスライドですが、基本的には「評価の原則」と言われるものに従って、私どもの指導体制並びに研修プログラムの評価を行っているところでございます。

次のスライドですが、評価項目が全部で123項目ございます。その全てが評価の原則を満たしておりまして、評価の原則と申しますのは、妥当性、信頼性、客観性、効率性、特異性というこの原則を満たした評価項目です。

次のスライド。訪問調査でどのようにして評価をするかということで、方法論でございますけれども、真ん中の右側にありますように、小項目が88項目あります。まず小項目をa、b、cの3段階で判定しています。もしも小項目に1つでもcがあれば、左側の中項目の3段階の評価は「要改善」ということになります。bであれば「要検討」、aであれば、「適切」ということであります。こういう小項目、中項目、大項目と分かれた3階層構造によるアルゴリズムによって私どもの評価が成り立っているわけでありまして。この「要改善」が6項目以上あれば、再調査を行うというシステムになっております。

実際の評価結果は報告書として、次のスライド、これはある病院に対して「評価のまとめ」ということで、このように書かせていただきました。私どもは改善が目的でございますので、ほめそやすわけではございませんが、最初にポジティブ評価をして、真ん中のほうにネガティブ評価をして、最後に励ましの言葉を書いて、いわゆるPNP方式でまとめをさせていただきます。

それから、PgというのはPostgraduateの略であります、主にプログラム評価のところであります。例えばこのPg. 5. 4のところをご覧くださいますと、そこに中項目Pg. 5. 4があり、その下に小項目Pg. 5. 4. 5があります。その一つ一つの小項目をまず判定します。小項目にbが1つあれば中項目が「要検討」ということになって、このPg. 5. 4というところは「要検討」になっているわけです。その由縁は、Pg. 5. 4. 5がbであるからであります。そういうところに一つ一つのコメントをして、なぜ「要検討」なのかということを書いて、どうすればよくなるかということを書いて、それを123項目に及んで、全項目、そういう評価をして、各研修病院に改善に努めてほしいということを報告しているわけでありまして。

次のページであります、現在までの認定病院数で、6月1日発行分となっておりますが、認定証を発行済みの病院が254病院。それから有効というのは、そこに差がありますのは、更新しなかった病院がこの差であります。有効数が229病院ということになります。

そのほか、私どもは、エクセレント賞というのを設けておりまして、促進のための一つ

の材料として活用しています。

次のスライド、11ページになります。これは大学病院だけの特記したものでありますが、そのほかの病院に関しましては、きょう皆様のお手元に配付しているJCEPのパンフレットの中の一覧にあります通り全ての病院名を公表しております。

次のスライドは都道府県別の認定病院の数を示したわけで、開設者主体別でありまして、54病院と表示されていますが、医療法人であります。次が市町村。そういった順で、医療生協、日赤、都道府県という順で、開設主体別にはこういう分布になっております。

次のスライド、13ページであります。これは都道府県別で認定病院をカウントしたグラフでございます。ごらんになれますように、まだ0件の県があります。後でゆっくりごらんいただければと思います。

それから、次の第三者評価という意味合いでJCEPで考えておりますのは、第三者評価の定義は私は大変難しいと。評価について長年研究を続けておりますけれども、いまだに第三者評価は難しいなあと思っています。医療評価の場合には、厳密に最も第三者的なものは、医療関係者ではない、国民（患者を含む）と言える。これが純粹の第三者の方であろうと。しかし、評価の実際の場合には第三者的な立場で評価する、トレーニングを受けたサーベイヤー（調査者）によって行われるのが一般的であります。これは国際的にもそういうことで、米国が中心になって最も熱心であります。そういうサーベイヤーのトレーニングが行われております。

サーベイヤーは、医師を初め医療職にある者たちで、つまり、同僚評価と言えるのではないか。国際的にもと先ほどから申し上げておりますが、第三者的な医療関係者が医療評価を行っているのが一般的であります。アメリカにおけるジョイントコミッションと言われるところ、日本ではJCIというので有名でありますけれども、もともとはThe Joint Commissionと言われるところが始めて、今日まで半世紀にわたって行っています。

ただ、米国では、JCの認定がメディケアとかメディケイドの支払い要件になっていることによって、やや強制的になっていると。しかし、あくまでこのジョイントコミッションがやっている医療評価は、基本的な考え方としては、KAIZEN（改善）という日本語を使っていて、これはトヨタのカイゼン運動からとったと、私がアメリカに勉強に行ったときにそういう話をしておりました。彼らのところへ行くと、カイゼンということが非常に日常的に使われております。

そこで、研修病院はどのようにして評価されているのかということが次のスライドで、米国のACGME（卒後医学教育認可評議会）が行っております。主にプログラムを評価しているのですが、今日的なアウトカム基盤型の医学教育、そういうものをここ自身が目指しております。ここが主導的になって、アメリカ全体の研修病院を評価していく機関になっているわけであります。詳しくは、沖縄県立中部病院の尾原先生という方の文献から引用させていただいております。

それから、次の16ページにありますようにアメリカのACGMEの役割になっています。従来

のアメリカで行われたものちょっと違和感があるのは、募集停止、研修プログラム認定取消まで行っているということは最近行われるようになったということでありまして、従来とも、ACGMEといえどもカイゼンを目標にしてやってきたのではないかと私は推察しております。

17ページ、第三者による外部評価を受けることの意義としてまとめましたのは、一言で言えばAccountability（説明責任）。これは自院に対する、国民に対する、研修医に対する、連携する医療機関に対するアカウンタビリティです。将来の医師の行動というのは、卒前の医学教育のあり方を含めて、国の制度よりも研修機関でのカリキュラムや研修プログラムに左右されるものであると私は信じております。

次の18ページ、臨床研修医に価値ある行動変容。つまり、よい臨床医になるにはどうすればよいかということでもまとめさせていただきましたけれども、研修病院の全ての職員が指導医、指導者であり、一丸となって研修医育成に努めなければならないと思っております。全ての医師には後輩を良医に育てる義務があると。教えることは学ぶこと、教えてみて初めてわかる自らの能力、研修医の価値ある行動変容をもたらすようなよい研修プログラムの作成から始まるのではないかと考えています。

19ページに移りますと、評価をすることで初めて自院の研修病院としての、どこに問題があり、どこをどう見直すべきかが明らかとなります。評価なくして研修や診療の質の改善はないと思っております。

医道審議会での先ほどの報告書の中にもありましたけれども、こういう文書が平成30年3月31日付で報告されております。

以上、JCEPの臨床研修評価の概要について申し上げましたけれども、一方、医療機能評価機構というのが、今、一般の病院機能評価をやっておりますが、私はその立ち上げから全部関与しておりまして、その時代に、研修病院の評価はやはり教育問題が主であるし、プログラムの評価などが含まれているので、一般病院の評価とは別枠でつくるべきだということが報告されました。そして、独立して研究会を立ち上げ、その後今のNPO法人JCEPを設立したわけでありまして。

以上であります。ありがとうございました。

○桐野部会長 どうもありがとうございます。

それでは、今、事務局及び岩崎先生から説明があった資料1及び参考資料の御説明について、御意見、御質問があれば。

神野先生、お願いします。

○神野委員 岩崎参考人に3点質問させてください。

まず1点目はちょっと技術的な話ですけれども、13ページの都道府県認定病院のこの縦軸の、パーセントだと思うのですけれども、これは数ですか。

○岩崎参考人 数病院数です。

○神野委員 ただ、例えば同じ2位でも、青森、岩手、宮城は2ですけれども、宮城だけ

すごく高くなっていますよね。左からいくと。2位、2位、2位ですけども、あるいは山形の2位とみんな高さが違うのですけれども、これはどういう意味なのでしょう。

○岩崎参考人 未認定の病院です。

○桐野部会長 白いほうが評価を受けた病院数ですね。

○神野委員 わかりました。これが1点目。

次に2点目からちょっと本質的な話ですけども、先ほど事務局のほうの資料1のときに、これまで国がやっていたのは、A、B+、B-、Cという総合判定、あるいは研修医へのインタビューの話があるわけですけども、今、JCEPでおやりになっているのは大項目の判定どまりであって、総合判定とか研修医のインタビューを別出しで書くということは御対応可能でしょうかというのが2点目です。

○岩崎参考人 現在も私どもは訪問調査の中で、研修医と指導医それぞれにインタビューをして、おります。

○神野委員 そうすると、JCEPの評価プラス、この国に合わせたバージョンというのも作成可能であるということですよ。

○岩崎参考人 そうです。

○神野委員 あと3番目の質問ですけども、病院機能評価も、今、3rdGになって、病院に対して、その現場でサーベイヤーの方々によって積極的な改善提案とか行われるように変わってきたと思うのですけれども、JCEPのこの評価に関して、現場での改善提案、それから、先ほども、少し励ましの話とかネガティブなお話をしておっしゃっていましたが、こうやったらよくなるのではないですかとかいったようなことが現場で話し合う、あるいは報告書で提案されるということもありということによろしいでしょうか。

○岩崎参考人 はい。最後に全体的な「講評・意見交換」を院長先生も含めていたします。そして後日、報告書として調査結果と認定証いただいてお送りしております。先ほど説明したように。

○神野委員 ということは、どうしたらよくなるかという改善も提案いただけるということですね。

○岩崎参考人 当然でありますね。

○神野委員 わかりました。次につながるので、ちょっと押さえておきました。ありがとうございます。

○桐野部会長 そのほか。

岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 10ページ目に、認定病院数の発行済みと有効というのがありますよね。それで、254病院が発行済みで、更新しなかった病院が25病院あるということになりますよね。これは、先生、原因は何なのでしょう。2年ごとに更新することになっているわけですよ。

○岩崎参考人 更新は2年ごとに書面調査、4年ごとに訪問調査を行っておりますが、私ど



もは2年ごとの更新がなければ認定病院から外すということであり、認定証に有効期限を明示して出しておりますが、その期限が切れて有効でなくなります。

○岡村委員 254病院で25病院ということは約1割ということになりますが、きょう先生が配られましたこのJCEPの冊子にはさんであります、6月1日時点での254病院の一覧を今拝見しますと、病床数150未満の病院が5つあるのですね。よく出てくる入院患者数3,000というのが一つの基準で出てくるのですが、ちょうど150床が3,000という基準に相当しますが、この150以下の病院というのは基幹病院としての認定を受けているのでしょうか。

○岩崎参考人 はい。厚労省が基幹型として認めた病院であります。

○岡村委員 これはすごく大事なところで、今後、第三者機関の評価をこの認定の更新の基準とかに取り入れるということになった場合に、いつもこういう部会で問題になる。基準を満たしていない病院をどうするか。その更新のときに、例えば2年続けてとかいうのがよく出てくるわけですが、そういった病院が例えば3,000を切って、要するに研修するに足りるだけの十分な症例数がないということになったときに、そういった病院は、先ほど、a b cとか中項目とかがありましたけれども、どのような評価になっているのでしょうか。

○岩崎参考人 私どもは4段階評価ではございませんので、それにお答えするわけにはいかないのですけれども、この指定取り消しとか、それは行政的なものの処置の問題でありますので、私どもの評価としてはあくまで改善していただくと。一旦報告書を出した後で認定基準に満たない場合は改善の期間をお待ちして、3~6ヶ月後にもう一度、このところをどのように見直されたか再調査に行きます。そういう改善指導をやりながら、もう一度受けていただく。それでもだめだったらもう一度というふうな、あくまで何回も何回も改善計画をしていただき再調査を経てできれば全部認定できるようにしてあげるのが私どもの役割だと思っております。

ついでに、そういう御発言をいただきましたので、実は全体的な印象として、小さい病院と言うと表現が悪いですが、いわゆる3,000名以下の入院患者さんの病院ほど熱心な研修病院であるということが、大方の私どものサーベイヤーの感想でございます。

○桐野部会長 どうぞ。

○野木参考人 参考人の野木です。

当然、先生よく知っておられると思うのですが、第三者評価というのは非常に大切なことで、いいことだと思っておりますし、反対するわけではないのですが、一番問題になってくるのはサーベイヤーの方の質。機能評価なんかを受けた場合、その病院によっては、非常にサーベイヤーが細かいところを、重箱の隅をつついて、ここはだめだとかいうようなサーベイヤーの方もおられるし、非常にその辺はおおらかにされるサーベイヤーの方もおられるし。そのサーベイヤーによってそこが違ってくるというのは、いつも機能評価なんか受けて思うところなので、その辺を今後やはり気をつけてもらうという意味合いで、サーベイヤーの質の担保という意味合いでは、何か、先生、ありますか。

○岩崎参考人 サーベイヤーの質の担保は、通年行っているOJT研修とサーベイヤー講習会

の再受講の場となります。報告書については評価委員会の中で確認をします。医療機能評価機構で、私、サーベイヤーを何百人と育てましたけれども、その中で最も批判を受けるのがそういう問題であります。そのことを十分私はわかった上で、この研修の質の評価には特に注意して、ぶれがサーベイヤーによってないようなことを注意しております。ありがとうございました。

○桐野部会長 そのほか何か。

どうぞ、金丸先生。

○金丸委員 念のための数の確認ですが、最初の資料の1番目で示していただいた、厚生局の調査の数が示された部分が資料1の10ですかね。それで、28年度から30年度、大体50～70件数という調査実績が示されています。岩崎先生のほうで、資料も現時点での数ということをお示しいただいているのですが、ちなみに、これからこの4段階に少し変わるにしても、年間の対応できるボリュームといますか。今は義務にもなっていないので、積極的なアプライがなくてこういう結果なのか、あるいは、もし仮に義務だったとすると、今度は対応する力という意味でどれぐらいの対応できる部分がこの機構にはあると考えてよろしいのでしょうか。

○岩崎参考人 その推測が大変難しいところですが、私どもは、この厚労省の報告書の中にもありますように、やはり義務化がないために受けないという病院が割にアンケートでも多いのです。義務化されれば受けますよとか。私どもの評価としては、評価事業としては、評価というのは自主的に受けていただくのが一番いいのではないかと考えております。

ただ、義務化された場合に、1,000病院が一度にアプライしてこられても、それは受けかねるわけで、日にち調整を。今現在でも、3月、4月、5月、そのあたりが少ないのですね。そして、一気に夏休み時分になると手が上がってくるのですけれども、そのあたりで数の調整をいつでもしているところで、そういうバランスをとりながら、私どもの内部で、事務局的に数を制限しながらやらせていただいております。調整は可能であると思っています。

それから、2年ごとの再更新であり、4年ごとの訪問調査ということでありますので、できれば4年間の間でバランスよくお受けいただければと思っております。

○金丸委員 ということは、4年間の間に大体、仮に、より積極的に希望があるように仕組まれたときに、それに対する対応できる部分としては、4年という歳月の中で大体対応ができる範囲ということで理解してもよろしいでしょうか。

○岩崎参考人 だと想定はしておりますけれども、想定外のことが起こるかもわかりませんけれども、できるだけそういう努力をしていきたいと思っております。

○金丸委員 ありがとうございます。

○岩崎参考人 ただ、私の耳に入っているところでは、私のところに相談に来ているある人がいるのですが、評価機構を別につくっていいだろうか。それは大いに歓迎だから、

お手伝いしますよとは申し上げております。そういう団体ができればいいのではないかなと、大いに歓迎したいと思っております。例えば東北ブロックで、その評価機構でやってほしいとか、九州ブロックは九州ブロックでと、そのような割り振りでやっていただくのもいいのかなと。一括して、一ところでやるというふうな考えを私は持っておりません。評価機構、幾つあってもいい。ただ、その質の確保、担保ができるような評価機構ができればと。10年かかってもなかなか、私ども、まだまだ発展途上にあるとは考えております。

○桐野部会長 そのほか。

清水先生、どうぞ。

○清水委員 厚労省の資料のほうについて確認したいのですけれども、資料1の10ページ目の、先ほど金丸先生も御指摘された、国が実施した実地調査実績、過去3カ年の分ですが、これは例の3003003000人以下ではなくて、個々の地方厚生局が独自に病院に入って調査された数だと認識していたのですが、いかがでしょうか。この数は何の数だかお教えいただけますでしょうか。

○桐野部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師臨床研修専門官 今、御指摘いただいた数に関しましては、資料1の14ページをごらんいただきたいと思っておりますけれども、これまで実地調査と呼称していたものが左側の③、④に該当しますので、この③、④を足し合わせたものがそれぞれ各厚生局が提出してきた数ということになりますので、そのように御理解いただければと思います。

○桐野部会長 よろしいですか。

そのほか御質問、どうぞ。

○神野委員 前回のこの部会でちょっとお話ししたことですけれども、この費用負担の話ですけれども、例えば診療報酬上で、例えば緩和ケアなど一部の要件として病院機能評価が必要であるという要件があります。それは何も国がお金を払っているわけではなくて、もし要件を満たしたければ病院機能評価を受けて、それで診療報酬上報酬をいただくということだと思います。一方、こちらのスキームは、全部国、厚生局持ちでこの調査をやってきました。今度県に行って、JCEPさん、あるいは第三者の評価が必須化とするならば、先ほど岩崎参考人がおっしゃったように、今、JCEPの評価では、改善提案とか、病院をよくするためにどうするかという話し合いが行われるということでした。そこまで、この指定の継続、あるいは解除というところに行政がお金を出す必要があるのか。

そういった意味では、この第三者評価をもし基準を満たせなくなった病院に課すとするならば、各病院が自主的に受けて、それを国に提出するというスキームのほうがすっきりするのではないかなと思われませんが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 これは事務局にお答えいただく？

○神野委員 その費用負担のお話を実は事務局のほうにお伺いしたいと思います。

○桐野部会長 これは費用負担の基本的考え方ですね。よろしく申し上げます。

○岡部医師臨床研修推進室長 事務局です。

第三者評価を、基幹型、1,000近くの病院に義務づける、それで第三者評価をするということであれば、その費用負担は当然病院になると思っています。今回事務局から提案させていただいているのは、都道府県が指定継続の可否を判断するための実地調査、これの評価の代替として第三者評価機関の評価を活用するということになっています。指定の可否の判断のための実地調査の評価を第三者機関の評価で代替するということですので、この部分は都道府県が行う実地調査の代替ということですので、この場合の第三者評価機関の評価の費用負担は、基本的には都道府県と考えております。

○神野委員 病院側からすればお金払ってもらえるのは非常に結構な話だけれども、何かちょっと納得いかないというか、改善提案までしていただいて、全部都道府県持ちというのはちょっとまだ納得しておりません。

○桐野部会長 どうぞ、岡村先生。

○岡村委員 今の神野先生のお話と同じですけれども、結局、指定基準を満たすか満たさないかの判定にこの第三者を使うということになると、基準を最初から満たしているところは実地調査の必要はないわけですよ。そうすると、満たしていない病院のために都道府県のお金を使うというのはちょっと変ではないかなと思いますが、いかがでしょう。

○桐野部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師臨床研修専門官 先ほど御説明させていただいたとおり、今、議論している第三者評価と言われている部分に関しましては恐らく2つに切り分けないとイケなくて、1つは、実地調査の代替の部分というところと、もう一つは、今まで岩崎参考人が御説明いただいた改善につながる部分、前向きな評価の部分と、ここに関しては、今2つが混在した状況で御議論いただいておりますので、今、事務局から御説明した、都道府県が費用負担をしないとイケないという部分に関しましては、あくまで実地調査の代替部分になります。

それプラスアルファ、我々がこれまで行ってきた実地調査以上のものに関して、その部分の費用負担をどうするかに関しましては今後の議論かと思っておりますので、またその辺は詰めさせていただきたいと思っております。

○桐野部会長 神野先生、どうぞ。

○神野委員 そうすると、JCEPさんにこの監査部分と改善部分と、2つつくってもらわないとイケないということになるのですね。

○加藤医師臨床研修専門官 なので、その2つを切り分けた部分に関しまして、例えば、今、実地調査の代替部分に関しては、理屈上、都道府県が費用負担すべきものではございますので、そこは都道府県が出すと。プラスアルファ、改善の部分に関しましては、その病院のこれまでどおり負担とするというのが一つの整理かと思っておりますけれども、その実地調査が必要になった病院がその改善の部分まで自ら費用を負担して第三者評価を受けるかどうかという、そこはそうならないことも多くあると思っておりますので、その辺はまた今後

整理が必要かと思えます。

○桐野部会長 そのほかいかがですか。

国土先生、どうぞ。

○国土委員 岩崎先生にお伺いしたいのですが、JCEPの目的はやはり改善のほうにどうか、それが法人の目的と書かれておりますので、今の評価の部分だけを切り分けて、それはむしろ認可に当たるわけですので、その施設が悪ければその施設は外れると、そのような判断をやることに携わることについては、特に機構として、JCEPとして問題ないのかと。

○岩崎参考人 JCEPとしてはむしろ、指定の取り消しとか指定をするとかいうのは行政権の権限範囲だろうと思っていますので、民間の団体としては、私どもは評価の認定ということで終わると。その認定の報告書を、どういう組み合わせになるかわかりませんが、報告書を都道府県に上げて、その報告書を見て、どのように判断されるかというのは都道府県の権限に入っていくのかなと思っています。

○国土委員 それは理解しますけれども、そこで切り分けられるかということだけお伺いしたかったのです。

○岩崎参考人 切り分けられると思います。

○桐野部会長 そのほかございますでしょうか。

清水先生、どうぞ。

○清水委員 前回の会議でも申し上げたとおり私もあまりお役にたててはいませんがJCEPのサーベイヤーなのですが、JCEPで行っている現在の第三者評価の項目よりも、実地調査と皆さんがおっしゃっている認定のための評価項目はずっと少ないのですね。実地調査の評価項目はどちらかというJCEPの項目に含まれているので、その部分を第三者評価から抜き出して実地調査に使うということは可能ではないか思うのですが、やはり評価項目をこれからどうするかにかかわるのではないかと思います。岩崎先生の前で僭越ではありますが、JCEPが今やっている第三者評価の評価項目の中から実地の認定のための項目を抜き出してそのまま行か、それとも第三者評価が今までやってきたものと全く別個に、今までの実地調査と同じ項目だけで行っていくかということがまだ決まっていないのであれば、そこを決めないと今の話は判断できないのではないかなと思いますが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 今の問題はちょっと重要ですけども、事務局の考え方はいかがですか。

○岡部医師臨床研修推進室長 事務局の今回の提案は、切り分けて考えています。指定の可否の判断に係る評価の部分というのは資料1の11ページですね。これまで国が訪問調査の中でやってきた評価項目、これをやっていただくということ。そして、現行は3段階評価ですけども、これを来年度以降は4段階で行っていくということで、JCEP等の第三者評価機関の評価とは別に、都道府県に対しては、国の評価項目をつけて都道府県のほうに提出していただくという形で、切り分けて仕組みとしては考えております。

○野木参考人 清水先生の質問とよく似ているとは思いますが、いろいろなことをもう少し議論、第三者評価、議論しないと、例えば本当に今の現状の4年に1回でいいの

かというあたりも僕は大分疑問点があって、4年に1回したら、真ん中で研修医の先生、2年、もう素通りで通ってしまったけれども、後で非常にランクが下がってしまったとなったら、その先生、ではどうするのだという話になるので、やはりもう少し、どのようにそこをきれいな形で、4年間放置するのではなしに、どういう形で見ていくのか、もう少し議論してもいいのかなという気はしますね。だから、一回通ってしまったら4年間しないでよくて、次受けたらCになっていたといったらちょっと問題にはなると思いますので、その辺の担保なんかもちよっと要るのかなあという気がします。

○桐野部会長 では、まず岩崎先生、どうぞ。

○岩崎参考人 先ほど私、4年と申しましたのは、経験則で訪問調査を4年にしたのです。2年ごとに実は書面による調査と改善レポートを出していただいております。そのレポートの中に質問等があれば書面で回答しています。質の担保をそういうことでもしておるわけです。そういうことで、訪問調査するのは4年に1回。しかし、書類で審査しているのが2年ごと、このための手続きは1年ごと（毎年）に行っているのです。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○岡部医師臨床研修推進室長 事務局です。

国の訪問調査のその調査の周期ですけれども、この部会でお決めいただきまして、A評価であれば4年に1回になります。そしてB評価ですと2年に1回、さらに必要に応じて部会の判断で、例えばまた来年度も調査を実施するとか、そこはそういう形で周期については決まっております。

○桐野部会長 大分時間が過ぎてしまいましたが、きょう委員の皆さんに審議していただきたいのは、実地調査における第三者評価の活用をしていいかどうかということでありまして、それのもっと詳細にわたることまで全部含めて本日承認というわけではないと思いますが、ですから、基本的には、実地調査、すなわち、2年続けて3,000人に満たないような場合、あるいは書面調査をした結果、指定基準に満たないような病院について、資料1の11ページにあります臨床研修病院の実地調査における評価項目というものに準拠して、4段階で評価していただく。それで研修医インタビューをしていただくというような概要で進めていただく。その具体的な内容については、JCEPに全部お願いするとまだ決まったわけでもなくて、まあそうなるでしょうけれども、この辺のところはまだ未定のところがありますので、そういう未定の部分があるということを了解の上で、基本的にはこの活用の方向でよいということまで本日合意していただければよいのかと思いますが。次の議題もあるので余り時間かけられないのですが、全くまだ何も合意していないのにどんどん進めたということであれば問題ですけれども、今申し上げた範囲内のことで、詳しい事務手続等のことについては事務局で検討していただいた上で実施するということになると思います。

どうぞ、事務局から。

○岡部医師臨床研修推進室長 本日、事務局提案、資料1の8ページですね。この方向性

について、この部会でお認めいただけるということであれば、きょう御指摘いただいた費用負担のあり方ですとか、そこら辺は実地調査の実施要綱のほうに書いていきますので、ここで整理をして、事務的には進めさせていただければと思います。

○桐野部会長 また細部の実施の要綱については、やはりJCEPとすり合わせをしていただかないと、JCEPがとてもできないような案が出てくるとちょっと実施不能になりますので、その辺のところはよろしくお願ひしたいと。そういう取扱いでよろしいでしょうか。

○神野委員 済みません、先生。

○桐野部会長 どうぞ。

○神野委員 ちょっと確認ですけれども、これはもちろん、都道府県が独自でやってもいいわけですよね。基準は国がつくるということによろしいですね。もう一回、もう既に決まったことかもしれないけれども、都道府県がやった結果はこの部会に来る、それとも都道府県が勝手に判断する、結果はこの部会に出てくるのでしたっけ。

○岡部医師臨床研修推進室長 省令の施行通知上、都道府県が実地調査した場合は国に通知するとなっています。国が調査した場合はまた都道府県に通知するという、相互の通知の規定がございますので、そういう形で、都道府県の行為は国に上がってくる仕組みになっています。

○神野委員 ここの役割として、きょうの第2部のように、都道府県が決定しようとしたことに対して、監査というか、するのはここだということによろしいですね。

○桐野部会長 意見が言えるようになってはいるはずですね。すなわち、いろいろ議論はあったけれども、3,000人という枠と、それから、指定基準を満たしているかどうかという、その外形標準的なものに一応はめられて、それでその次に評価したものが戻ってきて、それに対して意見を言えるということだと思いますが、それでよろしいですか。

(「はい」と声あり)

○桐野部会長 よろしければ、次に進んでよろしいでしょうか。

(「はい」と声あり)

○桐野部会長 それでは、今の問題については詳細な手続などについて事務局で準備を進めるということになっておりますので、よろしくお願ひいたします。

2番、医師の働き方改革について、事務局より資料2の説明をお願いいたします。

○加藤医師臨床研修専門官 それでは、資料2をごらんください。「医師の働き方改革について」になります。

2ページ目から4ページ目が、本年3月にとりまとめられた「医師働き方改革に関する検討会の報告書の概要」になります。この中で時間外労働上限規制の構成というものが4ページ目の頭にありますけれども、この中でA水準、B水準、C-1水準、C-2水準というものがハイライトされておりますけれども、この臨床研修におきましてはこのC-1水準が適用になりますので、その点を中心に御説明させていただきたいと思ひます。

5ページ目をごらんください。「B・C水準の適用の対象・手順等」ということで、C

ー1水準に関しましてはオレンジ色の枠でお示ししております。上から2つ目になりますが、臨床研修、専門研修プログラムにおきましては、想定最大時間外労働、これは実績値をベースにしたものですが、これを明示する必要があるというような規定になっております。これがA水準、960時間以上を超える医療機関に関しましては、都道府県が特定することとなっております。

その上で36協定を締結することは可能になっており、ここがポイントですが、医師が明示時間数を踏まえ、自らプログラムを選択・応募するというような規定でとりまとめられております。こういった時間外労働の基準に関しましては、その中ほどにございますとおり、時間外労働上限規制の施行が2024年にありますので、これは医師に関してですけれども、これに向けて準備を進める必要があるということになります。

6ページ目になりますけれども、2024年、真ん中にごございますCー1水準ということで、集中的技能向上水準と名称をつけられておりますけれども、これに関しては1,860時間ということで上限がただあるだけではなく、その下にごございますとおり、連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間の確保、そして、それがかなわないときの代償休息のセットが、これは義務化されておりますので、この点、御理解いただければと思います。

この後、働き方改革のとりまとめの資料を幾つか掲載しておりますけれども、特に特徴的なところとしましては、8ページをごらんいただきますと、これまでどおり、時間外労働に関しましては、医師に関して1,904時間というのが上位10%水準になりますけれども、10%以上の人たちが1,900時間を超えているということですので、これに対する対応というのがこれまで議論されてきたわけがございます。

9ページ目にありますのが、このC水準と同等のB水準になります1,800時間程度の勤務実態のイメージということで、水色でお示ししているのがイメージになりますので、現状の臨床研修医たちが実際に1,800時間以内で勤務した場合の週当たりの労働時間はこのようにイメージいただけるのではないかと思います。

少しページを飛ばしまして11ページをごらんいただきますと、診療科別の週当たりの勤務時間60時間以上超えている病院常勤医師の診療科別の割合ということで、産婦人科に次いで、臨床研修医が週60時間以上超えている医師に関しましては48%と非常に多いということになるかと思います。

次に、集中的技能向上水準の適用フローとございますけれども、こちらがCー1水準を適用しようとした場合の手続になりますが、緑色の枠で囲まれている左上にごございますとおり、臨床研修病院ごとの臨床研修プログラムが各研修における時間外労働の想定最大時間数というのを明示する必要があるとございまして、これがA水準を超える場合にはCー1水準ということになりますけれども、これを都道府県が特定すると。特定に伴い、当該医療機関に関しましては健康確保措置が義務づけられるというような整理になっております。これに基づいて36協定が締結されるというフローになっておりますので、こちらを御理解いただければと思います。



続きまして、地域医療確保暫定特例水準の適用フローがございますけれども、同様に、今後、C-1水準に関しましては適用フローをさらに詰めていく段階がございます。緊急的な取組に関しましては今回ちょっと御説明を飛ばさせていただきますけれども、16ページ、17ページ目に宿・日直や自己研鑽の考え方に関してもお示ししておりますけれども、今後取組事項として、例えば18ページ目にタスク・シフティング等の例示をさせていただいております。

臨床研修に関しましては、先ほど申し上げましたとおり、C-1水準の適用ということで、最後の21ページに医師の働き方改革における臨床研修制度の対応スケジュール（案）ということでお示しておりますが、2024年度施行に向けまして、臨床研修は2年間のプログラムでございますので、2023年の臨床研修医にも2年目に適用されることを考えますと、2022年にはそのルールに基づいた募集や応募が必要になりますし、2021年度に関しましては、そのプログラムの登録、そして都道府県におけるC-1水準の特定が必要になってきます。

そういった観点から、2020年には36協定の締結や時間外労働の実態の把握、これを実績を示す必要がございますので、来年度にはこういったスケジュールで取り組む必要があるというようなことが、現状、これまでの議論の中で決まっております。

最後のページでございますとおり、今後、今年度に関しましてはC-1水準適用の可能性がございますので、36協定の締結の状況の確認や、2020年度、来年度に関しましてはその実績を確認するよう、厚生労働省としても周知する必要があるのではないかということできりとめさせていただきます。

説明は以上になります。

○桐野部会長 ただいまの御説明に対して、質問、御意見等ございますでしょうか。

全体は大体国のほうで決まっていることであって、初期臨床研修に関しては、この一番最後のスライドであるように、2020年度においては実績を確認するよう周知したいという趣旨でございますが、まあ当たり前といえば当たり前だと思います。

どうぞ、お願いします。

○木戸委員 資料の6ページのところでちょっと質問したいところがあるのですが、このC-1水準の下の健康確保措置のところで、初期研修については連続勤務時間の制限を強化して徹底するけれども、代償休息不要ということで、後期と分けた理由と根拠について質問します。

○堀岡医師養成等企画調整室長 この代償休息というのは、緊急手術が延びたり、例えばどうしてもその医師でないと救えない患者さんが来たときに、やむを得ず、そのインターバルの9時間を破っても、例えば呼び出したりして、そのかわりに代償休息を与えるという制度なのです。初期研修に関しては、その医師がいなければ命を救えないということは制度上考えられない。指導医もいますので、代償休息というものはあり得ない。つまり、途中でそういうことは、つまり、代償休息でインターバルを厳しくとらせるということが

働き方改革検討会の中で出ておりますので、初期研修に関しては、代償休息は不要というか、代償休息という制度を使うこと自体があってはならないということでございます。

○桐野部会長 よろしいですか。

そのほか何か。

国土先生、どうぞ。

○国土委員 プログラムごとに労働時間を明示しなければいけないということでしたが、そうしますと、それぞれの、1,860というプログラムもあれば1,000というプログラムもあればと、そういうのがかなりばらばらに明示されるだろうという想定でよろしいのでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 そのとおりです。

○国土委員 それを見て応募すると。もう一つお聞きしたかったのは、2024年以降は、将来に向けて縮減傾向と書いてありますが、実際はどうなることが大体予想されるのかということで、もしそれが960になるのであれば、2024年に向けてプログラムを少しずつ上限を減らしていかないとうまく移行できないのではないかと想像するのですけれども。

○堀岡医師養成等企画調整室長 こちらは、Bは医師の偏在とか診療科偏在によってやむを得ず、地域医療のためがあるということ、2036年にはそれをなくすということで厚労省やっているの、なくなると。Cは、一方、一人前の医師になるためにどれぐらい自己研鑽的労働が必要なのかという観点でこれは用意しているものなので、例えば医学の進歩とか、トレーニング法の進歩で減るということは確かにあり得るのですけれども、偏在が原因でこれが起きているものではないので、そういう意味で、将来に向けて縮減傾向という記載の仕方を書いているものでございまして、ただ、もちろん、外科の先生の一部では、例えばマイクロサージャリーができて、ややこしいことがあれば逆に長くなることもあり得るのではないかとというような御指摘をいただいておりますけれども、働き方改革という流れもあるので、やはりトレーニング方法を効率化して、でき得る限り将来に向けて縮減していただくということで検討会の中でとりまとまったということなんです。

○国土委員 そうしますと、2024年に向けてのタイムテーブルというのはざっくりお示しいただきましたけれども、その中で、そういう減らしていくとか、そういうことはまだ今余り考えなくていいという理解でよろしいのですか。やはり減らしていかなければいけない？

○堀岡医師養成等企画調整室長 そもそもこの制度自体がまず2024年からはまるものなので、まずは2024年にこれでスタートしますということでございます。済みません。

○桐野部会長 どうぞ、金丸先生。

○金丸委員 ちょっと視点が変わるかもしれませんが、研修医の整理でC-1というのがされているのですが、指導者の部分という、大学が今どういう形で、副業も含めて今まだ検討中と聞いているのですが、ここにも結構関係してくるということにもならないのかなあと思っているのですが、どうなのでしょう。

○桐野部会長 お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 御質問の意図が理解し切れているかわからないですが、この1,860時間という労働時間条件は兼業も含まれるものということは、我々ずうっと明示しておりまして、兼業については含まれます。ただし、例えばどうやって健康確保措置を通算するのかとか、そういった論点というのは多々ありますので、それについて今後検討するものがあると思いますが、時間としては通算するというのもう法律ではっきり書いてあるものでございますので、それはもうどうしようもないことです。

○桐野部会長 どうぞ。

○金丸委員 兼業の整理はまだと理解していたのですが、つまり、大学の先生が研修の指導の部分、あるいは研究の部分、あるいは社会的貢献という中で地域医療を貢献を通して支援している部分、こういうのが形から見ると副業の部分があるのですが、それはもう時間外と含めて整理されたのでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今まででも、副業、兼業というのは全部時間外の中に入れて通算できないものなので、それは労働基準法の根本のルールですので、今回の医師の働き方改革で何か新しく議論されるものではない問題なのですね。

なお、さっき、すさまじい労働時間のグラフが出ておりますけれども、この8ページのグラフは全部兼業が含まれた労働時間ですので、一応そういったことは全員、働き方改革検討会の委員は踏まえた上で、1,850時間という、960時間を大きく超えている時間数ですので、というのが議論されているというのが結論でございます。

済みません。もう一つだけ加えるとすれば、自己研鑽については、医師については、通常の職業と少し異なる部分があるということは検討会でも議論になりまして、17ページに、「医師の労働時間にかかる論点の取扱い」とございまして、例えば研究とかそういったものに関しては、左の学会とか院内勉強会等への参加などについては、所定労働外に自ら申し出て上司の指示なく行う場合には、業務上必須ではない行為で、労働時間には一般的に該当しないという考え方を新たに示されていますので、こういったことを踏まえて、それぞれ個々に判断していくものだと思います。

○金丸委員 既に今御説明がありましたように、全てがそこも整理されている現段階と理解していいのですね。というのは、もちろん、それは全体の方向性からいくと必要なことで大事なことだと思うのですが、地方の県の状況を見ると、これによってかなり壊滅的に、救急とか、僻地医療含めて崩壊しかねない様相も一方にはあるという認識は多分あると思うのですね。これをどうやって整合性を持って、だからこそ、5年とか猶予があるし、今踏み込んでいただいているかもしれないのですが、もう少し踏み込んで、偏在ということの解消を、文言幾つか出てきますよね。さらに踏み込んだ仕組みということが検討されなければ、恐らく、よりよい働き方改革、今説明があったことが、全体の医療の崩壊なく、研修の質を担保し、それぞれの指導医にとってもそこが満たされるということの方向性にそぐわない、実効が上がらないというところもあるように思うのですが、ここで議論する

ことでないかもしれないのですけれども、ちょっと気になっているので、どうなのでしょう。

○桐野部会長 恐らく同じようなことを議論されたと思うのですが。

お願いします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

御指摘のとおり、働き方の検討会でもそういう議論がなされたところがございます。これは全ての施策が関連して動いていて、結果としてこの1,860というところも達成できるという認識でございまして、地域医療構想を初めとする医療機関の機能分化の連携もやり、かつ、医師の偏在、それから診療科偏在もやりというようなこと、そして、タスクシフトということで医師がやるべき仕事に集中するという、全部が連動していかないとなかなか達成できないという認識でございまして、実はこの関係する部会でも御指摘いただいておりますし、さまざま個別の関係学会とかいろんな方からも御指摘いただいておりますので、そういったものが鳥瞰図的に一望のもとにわかるような資料も今後つくりながら、いろいろ議論していただくようなことを考えているところでございます。

いずれにしても、御指摘のとおり、全ての施策を動員してやっていかなければならないという理解でございます。

○金丸委員 ですよ。だから、結局、その一番の大前提が偏在の解消、これが大前提に土台の上で、多分、今、御説明のところに行くのかなあと思ったところですが。ここで意見してもあれですが。

○桐野部会長 そのほか御意見。

木戸先生、お願いします。

○木戸委員 これは質問ではなくて意見ですけれども、やはり研修医は若いですし、体力があるうちにたくさん働いて勉強したいということで、非常に時間が長いプログラムを積極的に選ぶ方も多いかと思います。ただ、やはり社会人としても未熟ですし、立場も弱いので、働いてみたら、やはりメンタルにやられてしまう方もあったりして、過労死に結びつくような不幸なことがあってはならないと思います。ですから、こういったプログラムを柔軟に選択できるようにして、場合によってはもう少し時間の短いところに移れるとか、柔軟な選択肢が選べるようにするとか、あとはやはり健康確保策をきちんとモニタリングすること、それから、相談窓口をきちんと設置して対応するようにしていただけるといいと、意見として申し上げます。

○桐野部会長 そのほか、何か御意見ございますか。

どうぞ、お願いします。

○伊野委員 研修医の労働時間を守ることはとても大切なことだと思います。先ほどのC-1とC-2の代償休息というのは、スキルの面で研修医がそれに当たることはないからという御説明だったのですけれども、例えば看取りだとかそういったなどのときに、やはり受け持ち医でそこにいたいというときは例外として認めるスタンスでよろしいので

しょうか。それとも、もうここは時間でかっちりして、チームの誰かがいるのだから、それでいいじゃないかというふうにされるのでしょうか。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 すごくお気持ちはわかりますし、私もそういう経験もございまして、医師として非常に重要な経験だというのは百も承知ですけれども、まさにそれが働き方改革でして、そういう医師の自己犠牲にのっとった働き方だけに頼ってはいけないというのが働き方改革一丁目一番地ですので、そのお看取りをするためにずうっと残るとするのは労働以外の何ものでもないもので、それをやるのであれば、それは連続労働以内にならなければならないし、インターバルについて厳密にとらなければならないというのがこの一丁目一番地なので、それを例外というふうに我々として考えることは難しいと思っています。

○桐野部会長 そのほか何か。

○伊野委員 すみません。少しジレンマがあります。私たちも、絶対それがグッドエクスキューズになって、彼らが長くいることは全く望みません。ただ、やはり人の終わりというのは時間でどうにもならないことがあって、それで、研修医の自由意思でというところもだめだとしてしまうことがいいかどうかということについては、私自身が今迷っております。

○桐野部会長 羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 僕も今、日本医師会で終末期医療の担当をやっているのですが、先生のお悩みも本当によくわかるのですがけれども、ちょっとその視点から外れて、今、本当に正しく清い、理想的な先生の話をおっしゃるけれども、もうちょっと都会で、大学病院とか、お給料大してもらえないと。だけど、家族もいる。生活のために、申しわけないけれども、所属長には黙って土日アルバイトに行き、寝当直のところならいいけれども、フルに働かされるような当直だと。でも、本当はそれも管理されるのですよね。誰が管理するのですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 管理者です。

○羽鳥委員 管理者というのは所属病院の管理者ということで、バイト先の管理者ではなくですよね。

○堀岡医師養成等企画調整室長 兼業する場合には、その主たるものの管理者と兼業先と両方がお互いの労働時間を把握してということになっています。

○羽鳥委員 普通は、だから、兼業先というか、主たる病院の所属長には黙って行くのですよね。

○桐野部会長 お願いします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

実は兼業に関しては医師だけの話ではございまして、いろんな業種の方、特に最近、一般的にも、サラリーマンが社内起業であるとか、いろんな形態が出てきておりますので、

兼業についてどのように考えるかということについて、労働部局のほうで今検討会をやっているところでございます。医師も労働者でございますので、その検討の結果を踏まえて、そこら辺はきちっと整理するということですので、担当課者が申し出ておりました概念としてはそういうことですが、実際どう運用していくかということについては、今少し労働部局のほうで検討しているということでございます。また、それがまとまりましたら、医療界のほうにも共有して、どういう仕組みをつくっていくかということになるかと思っております。

○桐野部会長 何かいろんなことがぐるぐると動いているので、連動しているのが、これは働き方改革検討会でやっているんだ、それでいいんだともなかなか言えない面がございますね。そのほか、ぜひこれは言っておきたいという。

金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 タイミングを逸してしまったのですが、私も、伊野先生がおっしゃったように、学術的に自分の意思で勉強するのは申し出によって除外されるという部分があるので、看取りであるとか、本人の意思でそこに残る部分にして、かくかくしかじかで、これもだめだ、労働時間外労働にという部分が当てはまらないようにすることができる余地はあるのでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ごめんなさい。僕、この17ページから一步も踏み出したことを言えないのですけれども、見学中に診療を行っているのはまず絶対なのです。だから、看取りを自分で行っていると、それはもう明らかに診療を行っているのだとどうともならないと思うのですけれども、そうでない、例えば指導医が看取りをするのに、自由な意思に基づいて、業務上必須でない行為を所定労働時間外に自ら申し出て、上司の指示なく行っていることを確認していれば労働時間に該当しないものとして取り扱うという可能性は、自己研鑽として整理されるということはあるのかもしれませんが、この17ページ以上のことは何とも、今の時点では我々から言えるものではございません。

○桐野部会長 国土先生、どうぞ。

○国土委員 今に関連して、自己研鑽と労働との境界が特に初期研修で曖昧になると思っていますので、もう少し詰めていただきたいなと思います。学会関係、学会の準備とかそういうのは全部自己研鑽ということになります。でも、研修医は学会発表しなければいけませんよね。だから、そのためにやはりやらなければいけないわけで、それが労働にならないのかということとはちょっと常に問題になるのかなと思います。ですから、それはぜひ検討をお願いします。

それから、先ほど出ました、特に大学病院の中堅の人は、大学病院の給料よりもアルバイトの給料のほうが多い人も結構いるわけですね。そういう方は、先ほどの医師以外の兼業とはちょっと違うような気がしますので、今、日本医学会でも、それから全国医学部長病院長会議でもかなり問題視して検討していると聞いておりますので、ぜひ引き続き検討をお願いしたいと思います。

○桐野部会長 そのほか、いかがでしょうか。

清水先生、どうぞ。

○清水委員 厚労省の方に申しあげてももう決まったことに関してこれ以上のことはおっしゃれないのは重々承知の上で、あえて議事録にぜひ載せていただきたいのですけれども、この部会で、2020年からの新しい到達目標を検討してきたと思いますが、目標Aに、いわゆるプロフェッショナルリズム、医師の基本的価値観というのをわざわざ作成しました。そこには自らを高める姿勢ですとか利他的な態度という項目が入っていますが、それを1,860時間内という時間だけで達成する機会を奪ってしまうのはどうかなと思っておりますので、ぜひ議事録に載せておいていただきたいと思います。

○桐野部会長 そのほか、ぜひ言っておきたいと思われる。

一方で、1,860時間というのはむちゃくちゃであるという、つまり、多過ぎるという意見もあるわけで、だから、今回の改革を物すごく善意にとれば、1,860というのを一応のめどに、それ以上長いめっちゃくちゃな労働は今回は抑制するようにしましょうということであると。1,860がいいと言っているわけではないので、その辺のところは、これは余り座長が言ってはいけないのですが、医療界もそういう方向で努力する必要があるかなあと感じましたね。何か。

もしよろしければ次に進みたいのですが、よろしいでしょうか。

(「はい」と声あり)

○桐野部会長 それでは、この件については、進捗があり次第、またこの本部会に御報告いただくということで、今後お願いいたします。

第1部の審議は以上で終了いたします。