

○高原臨床研修指導官 それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和3年度第1回「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」を開催させていただきます。

本日は、先生方には御多忙のところ御出席を賜り、誠にありがとうございます。

会議に先立ちまして、事務局に人事異動がございましたので、御紹介させていただきます。

このほど着任しました医政局長の伊原と審議官の大坪につきましては、本日所用によりまして欠席とさせていただきます。

続きまして、医事課長の山本でございます。

医師臨床研修推進室の錦でございます。

企画専門官の小林でございます。

そして私、臨床研修指導官の高原でございます。よろしくお願いいたします。

また、本日は、阿部委員と新井委員が御欠席。羽鳥委員、伊野委員、岡村委員、神野委員、木戸委員、森委員は、オンラインで御出席をいただいております。なお、阿部委員の代理として、全国知事会長野県健康福祉部から原参事にオンラインで御出席いただいております。また、神野委員からは、所用によりまして途中退席される旨、御連絡を受けております。

また、文部科学省医学教育課からは、島田企画官にオブザーバーとしてオンラインで御参加いただいております。

マスコミの方の撮影につきましては、ここまでとさせていただきます。

(マスコミ頭撮り終了)

○山本医事課長 医事課長でございます。

前回の部会で国土部会長が任期満了となっておりますので、改めて部会長の指名をさせていただければと思っております。慣例によりまして、任命されるまでの間、私のほうで議事を進めさせていただければと思います。よろしくお願いいたします。

本日の議題は「1. 部会長の選任について」「2. 国際医療福祉大学の留学生の臨床研修に係る対応について」「3. 医師の時間外労働の上限規制における臨床研修医への対応について」「4. 育児・介護休業法の改正を踏まえた取組について」「5. 臨床研修病院の指定に係る地方分権改革に関する提案と今後の対応について」です。

まず、議題1の部会長の選任でございますが、医道審議会例第6条第3項の規定により、部会長は当該部会に属する委員の互選により選出することとされております。つきましては、委員の先生方の中で指名に当たり推薦または自薦等の御意見はございますか。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥ですけれども、よろしいでしょうか。

国土先生を推薦したいと思います。大学・市中病院における臨床研修医の育成に関して長年御尽力されておりました、経験も大変深いですので、国土委員がふさわしいかと思

ますが、いかがでしょうか。

○岡村委員 岡村です。賛成します。

(「異議なし」と声あり)

○山本医事課長 ありがとうございます。羽鳥委員より国土委員にお願いしたいという御発言があり、また多くの委員から御反応いただいております。よろしいでしょうか。

それでは、国土委員にお願いさせていただければと思います。

それでは、以降の議事運営につきましては、国土委員にお願いいたします。よろしくお願ひいたします。

○国土部会長 国土でございます。皆様、御指名いただきまして、大変ありがとうございました。前期に引き続いて大変大任でございますが、一生懸命務めさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

それでは、まず、資料の確認について事務局からお願ひいたします。

○高原臨床研修指導官 それでは、資料の確認をお願いいたします。本日はペーパーレスを実践していくこととし、委員の先生方にはタブレットを御用意させていただいております。タブレットをお持ちの方につきましては、お手元のタブレット左上の「令和3年第1回」をクリックいただきまして、資料の確認をお願いいたします。

資料につきましては、議事次第、資料1、資料2、資料3、資料4。それから、参考資料といたしまして、参考資料1、参考資料2を御用意してございます。不足する資料がございましたら、事務局までお知らせください。

本日、オンラインで御参加いただいている委員及び参考人の皆様は、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、部会長の指名を受けた後にマイクのミュートを解除して御発言をお願いいたします。また、御発言終了後は、再度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。

それでは、部会長、引き続きお願ひいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めたいと思います。

本日の議題は、「国際医療福祉大学の留学生の臨床研修に係る対応について」「医師の時間外労働の上限規制における臨床研修医への対応について」「育児・介護休業法の改正を踏まえた取組について」「臨床研修病院の指定に係る地方分権改革に関する提案と今後の対応について」です。

それではまず、資料1「国際医療福祉大学の留学生の臨床研修に係る対応について」、事務局より御説明をお願いします。

○小林企画専門官 それでは、国際医療福祉大学の留学生の臨床研修に係る対応についての御説明をさせていただきます。

スライドの1枚目を御覧ください。国際医療福祉大学は千葉県成田市にありますが、国家戦略特区制度を活用し、平成29年4月に開設されております。

特区における医学部新設に関する方針に関しては、下の紫の四角を御覧ください。世界最高水準の「国際医療拠点」としての医学部の新設のため、以下の留意点への対応状況について、成田市分科会における議論を踏まえ、内閣府、文部科学省、厚生労働省において確認を行った上で必要な取組を進めることとする。具体的には、国際医療拠点としてふさわしい留学生の割合、海外の大学生との学生交流に関する協定の締結など、この事項について総合的に取り組み、際立った特徴を有するものであることといった趣旨でつくられております。

次のページを御覧ください。国際医療福祉大学医学部では、令和5年3月に第1期生140名が卒業し、同年4月から臨床研修に進む予定となっております。

第1期生140名のうち20名が留学生であり、同大学はこれらの留学生に対して国際医療福祉大学成田病院を基幹型臨床研修病院として臨床研修を実施する方針となっております。

同大学の方針を踏まえ、千葉県からは国に対して「国際医療拠点をつくるという国家戦略特区の趣旨を踏まえた外国人留学生の研修を行う臨床研修病院にのみ定員配分することのできる、『外国人留学生により加算された定員』の創設など、国家戦略特区の趣旨に鑑み、弾力的な扱いをお願いしたい」旨の要望がなされております。

それを踏まえまして対応案としては、国際医療福祉大学医学部の設立は、「国際医療拠点をつくるという国家戦略特区の趣旨に基づくものであり、また、留学生の受け入れは「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針」に沿って行われているものです。

国家戦略特区において、養成課程（大学、臨床研修）から留学生を受け入れ、医師としてのスキルを獲得・向上させることにより、「国際医療拠点」の実現を目指そうとする千葉県及び国際医療福祉大学の取組に対して、臨床研修制度においても一定の配慮が必要ではないかと考えております。

このため、例えば留学生が、国際医療福祉大学成田病院において確実に臨床研修を受けることができるよう、令和5年度の都道府県別の募集定員上限を定める際、必要な定員を千葉県に加算するとともに、当該定員に係る研修医の募集及び採用の決定は、医師臨床研修マッチング前に行うことを検討してはどうかと考えております。また、その際に、当該定員の活用状況については、当部会でフォローアップすることとしてはどうかと考えております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。国際医療福祉大学の卒業生第1期生が令和5年3月に140名が卒業するというところで、そのうちの20名の留学生についての特別枠の御要望ですが、御意見がありましたら御発言をお願いしたいと思います。

神野先生、よろしく申し上げます。

○神野委員 ありがとうございます。2ページの方針、進め方は、もうできてしまったものですので以前の方針だと思えるのですけれども、「世界最高水準の国際医療拠点」と書いてございます。そういった意味で、今度の140名のうちの20名の外国人学生は、世界最高水

準の国際医療拠点の外国人ということで、私としては臨床研修を受けるのというか、まさにこの方々が普通に日本の医師国家試験を通過して、普通に日本の中で臨床研修をやって、普通に勤務するとするならば、世界最高水準の国際医療拠点ではありません。この方々は本来、研究者になるべき人なのではないかと、この設立の趣旨からしたら思ってしまうのですけれども、その辺の感覚というか認識は間違っているのでしょうか。普通の医者をつくっているだけなのでしょう。その辺は文科省かもしれませんけれども、設立の趣旨からしていかがなものかということでお聞きしたいと思います。

○国土部会長 今回の御質問について発言できる方はいらっしゃいますか。国際医療福祉大学の方がいらっしゃると一番いいのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 大学がつくっております計画書の中では、どういった医師を養成するかにつきまして、留学生について卒業後、母国のリーダーとして活躍できる医師を養成するというのがうたわれておりまして、その手段の一つとして、我々としては、成田病院で臨床研修を行いたいということだと理解しております。

○神野委員 分かりましたが、それが世界最高水準かどうかというところだけ、まだ納得できないところでございます。

○国土部会長 私から確認ですけれども、この20名の外国籍の方たちは、日本語で日本の医師国家試験を受ける見込みなのでしょうか。

○小林企画専門官 この方々は、まず日本語で共用試験を受けられて、その後、日本語で医師国家試験を受ける方々です。

○国土部会長 それは義務ではないですね。要するに、その方がそのまま母国に帰りますと言った場合は、帰ってしまうのですか。

○錦医師臨床研修推進室長 正確には千葉県及び大学に確認する必要がありますけれども、この20人の留学生のうち半数程度は大学からの奨学金を受け取って留学されている方で、その方につきましては、大学が指定するところで臨床研修等を受けなければならないとされておりまして、残りの数人の方につきましては、そこまでの大学との間の決まりはないと聞いております。

○国土部会長 では、岡村先生、お願いいたします。

○岡村委員 また別の観点です。スライド3の「対応方針（案）」の3つ目ですが、アンダーラインで「必要な定員を千葉県に加算するとともに、当該定員に係る研修医の募集及び採用の決定は、医師臨床研修マッチング前に行うことを検討してはどうか」というのがありますが、この枠が決まった後で医師臨床研修マッチング前に行うことに関しては問題ないと思うのですが、「必要な定員を千葉県に加算する」というところに問題があると思います。というのは、現在の臨床研修制度の定員枠は、たびたび問題になりますが、大都市圏の定員枠を減らして、その分を地方に持っていくという話になっているかと思うのですが、千葉県は大都市圏に入っているのにわざわざ特区ということで定員を加算するのはちょっと理解できません。

○国土部会長 これについては意見を伺っておくだけでいいですか。分かりました。

あとは、順不同ですみません、伊野委員、どうぞ御発言ください。

○伊野委員 ありがとうございます。3ページ上の○の2番に「成田病院を基幹型臨床研修病院として、臨床研修を実施する方針」と20名の留学生に対してあるのですが、そもそもマッチングは医学生が自身のキャリアデザインに従って自分で選べるというシステムであるのに、マッチングをする前にこの20名の臨床研修を成田病院で行うと決定してしまうことの根拠がいま一つ分かりません。

すでに、今までも外国人実地修練制度等で、そういった外国籍の医学部卒業生の方々への配慮や教育は多くの大学病院や臨床病院で既になさっていて慣れていますし、外国籍の研修医についても同様です。ですから、どうして成田病院に20名集めなければいけないのか、そのときに留学生の方々のご希望やキャリアデザインに本当に沿っている研修が行えるのかも含めて、マッチングでやってきた臨床研修となじまないように思えて意見を述べさせていただきました。それから、成田病院は令和4年度からの臨床研修病院ですよ。実績がないところも少し不安になりました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

では、次に羽鳥先生、よろしく願いいたします。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥です。

この20名の方は、2年の研修が終わったらお国へ戻られるのかという点が1つ。

それから、伊野先生からも御指摘がありましたけれども、ほかの施設に移ることが可能なかどうか。要するに千葉県に縛られるのかどうか。というのは、千葉県は過去の臨床研修マッチングのとき、医学部の定員で25名の地域枠というものを設定していたのですが、千葉大はこの25名の地域枠を一般枠に潜り込ませてしまったという実績があります。こういう事業を千葉県に任せるといえるのは、不安があります。千葉県は確かに医師不足かもしれませんが、千葉県に加算するのは違和感があります。まさに神野先生がおっしゃったように、国際医療拠点としての国家戦略の特区の趣旨としてやるということですから、国家レベルで考えるということであって、千葉県に加算するというのは、その縛りをきちんとつくれるのかどうか、その辺について教えていただきたいと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。岡村委員の意見にもあったと思いますが、千葉県は大都市という扱いでしたか。広い県ですよ。それだけ教えていただけますか。

○錦医師臨床研修推進室長 6大都市圏とその他でデータ分析をしているかと思いますが、その6大都市圏の中に千葉県は入っておりません。

○国土部会長 分かりました。

では、次に森委員、御発言ください。

○森委員 日精協の森でございます。

今、大体話を聞いていて、同じような話だなと思っているのですが、はっきりしないのは「国家戦略特区による国際医療拠点」という名前が出てきて、やっていることはどうも技能実習生とあまり変わりがなくて、奨学金がついた技能実習をやって母国へ帰っていただくのかなど。それと国際医療拠点がどうも結びつかないのですが、そのあたりをきれいに説明していただけるかどうかというのが1つ。

もう一つは、これは国の戦略特区なので、国のほうが意見を持っていると解釈していいのかどうか。要するに、権限移譲で県知事がいろいろな点で行われるわけですね。この問題については全て国が関わるよという認識でいいのかどうか、その2点をお願いいたします。

以上です。

○国土部会長 2番目の点については、いかがでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 当然、定員の上限範囲内で実際に病院に定員を張りつけるのは都道府県の権限ですけれども、定員の上限を定めるに当たっての計算式につきましては、国が部会にお諮りして決定することになっておりますので、そういった意味において今回提案しているのは、千葉県に本来の計算式の外枠に20人を出してはどうかという御提案をしているところでございます。

○国土部会長 外枠については当然ここで議論するということですね。ありがとうございます。

では、清水委員、お願いします。

○清水委員 私も、皆様の御意見と同じなのですけれども、まず、2年間の臨床研修を終了したらお国に戻るのであれば、臨床研修は不要なのではないかと思うのが1点。

それから、千葉県の成田病院でだけ研修するというのであれば、それは今、日本が持っている臨床研修の理念に対して、そこだけ特別扱いをするという点で不具合が生ずるのではないかということが2点目。

3点目は、その20名の研修医の方々が、伊野先生もおっしゃいましたけれども、2年修了後にほかの県に行かれるとか、もしくはマッチングを介して千葉県のほかの病院やほかの県に行きたいと思ったときには、それを妨げることになってしまうので、逆差別みたいなことにならないのかという点を危惧いたしますが、いかがでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 まず前提といたしまして、留学生の20名のうち数人は大学から奨学金を受け取っている方々でございまして、この方々については6～9年の間で大学が指定する日本及び母国の医療機関において臨床研修期間も含めて医療に従事することになっております。

奨学金を受け取っていない方々につきましても、大学との間の決まりはその方についてはないという状況ですけれども、大学としては同様の方針で対応したいと聞いておりますので、今回の提案をしているということでございます。

実際この留学生の方々が入る研修プログラムがどういったものになるかにつきましては、

基幹型臨床研修病院として令和4年度から成田病院はスタートしますので、そのプログラムはございますけれども、令和5年度、この留学生を受け入れる段になってどのようなプログラムで実施されるかについては、令和4年度と同じものかもしれませんし、変わるかもしれないといった状況でございます。

○国土部会長 それでは、本日御欠席ですけれども、新井委員から事前にメールで御意見をいただきましたので、皆さんと同じような御意見は省かせていただいて、それ以外のところを読ませていただきます。

1つは、国家戦略特区における医学部新設として認可されたのは140名全員でありますので、留学生以外の120名の対応がどうなるのか。この120名について、国際的な医療人材の育成をどのように担保するのかが明確でないのではないか。そういう中で留学生20名を特別扱いすることは問題ではないのかという御意見をいただきました。

もう一つは、仮にこの20名の枠を認めたとして、その後の国際的な医療人材の育成のプロセスがどのようなものか。例えば、現存の専門研修との整合性をどのように図るかなど明確でない点が多いという御指摘がありました。

以上です。

皆さんの御意見を拝聴していますと、いくつかの疑問や懸念が示されたと思います。それを踏まえたと本日この場で、この20名をこのまま御提案のとおりお認めするのは少し難しいかなと部会長として思います。まず、今日御発言いただいた意見・懸念について、どなたから回答いただくのか分かりませんが、回答あるいは調査をしていただくと。それで、もう一度委員の先生方にお諮りするという手順でよろしいでしょうか。

神野先生どうぞ。

○神野委員 すみません、繰り返しになりますけれども、今までの9年間の拘束などを含めると、普通のお医者さんをつくっているだけではないですかと。とするならば、特別枠にする必要ないと思いますけれども、これは御回答いただくなら、まず成田病院さんのお気持ちも聞かなければいけないと思いますし、それをお認めになった厚労省、文科省、内閣府の御意見も必要なのではないかと。設立の趣旨をきちんともう一度改めて確認させていただきたいと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

私から追加の質問として、今現在この20名を含めた140名が大学設立の趣旨にのっとり順調に教育が進んでいるのかどうかということを確認していただきたいと思います。

それから、この20名の方が卒業した時点で日本の国家試験を受ける、受けないは別として、能力・スキルあるいは語学力も含めて、どういうものが期待されて見込まれるのかを質問申し上げたいと思います。大学に対しても恐らく調査していただくことになると思いますけれども、よろしく願いいたします。

それでは、この議題についてはここで終わりたいと思います。

それでは、2番目の議題に移りたいと思います。資料2を御覧ください。「医師の時間

外労働の上限規制における臨床研修医への対応について」、事務局から説明をお願いします。

○藤川課長補佐 資料2について御説明させていただきます。

1枚おめくりください。医師の働き方改革につきましては現在、医師の働き方改革の推進に関する検討会にて検討が重ねられておりまして、その前身といたしましては医師の働き方改革に関する検討会にても、その制度設計について議論がなされてまいりました。この医師の働き方改革を含めました法案が、さきの国会、本年5月に成立しております。法律名といたしましては「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」となっております。

改正の趣旨といたしましては、「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観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる」となっております。

改正の概要でございます。項目の1つ目が、医師の働き方改革に関するものでございまして、内容といたしましては、2024年度の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向けて3つ書かせていただいております。1つ目は、勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成。2つ目は、地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設。3つ目といたしまして、健康確保措置をしっかりと実施していただくといった内容の法律を提出し、成立したところでございます。

働き方改革以外のところでございますけれども、2つ目が医療関係職種の専門性の活用ということで、働き方にも関連してまいりますが、タスクシフト/シェアの推進のために、医療関係職種の業務範囲を見直すための改正や、医師養成課程、歯科医師養成課程の見直しということで、共用試験を公的に位置づけ、その合格を受検資格要件とするとともに、それに合格した者が臨床実習として医業を行うことを明確化するという改正でございます。

さらに3つ目といたしましては、地域の実情に応じた医療提供体制の確保ということで、医療計画の記載事項、5疾病・5事業にプラス新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項を1事業として追加するものでしたり、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援ということで、地域医療介護総合確保推進法におきまして総合確保基金の柱として位置づけまして、国が全額負担する枠組みを設けるといった改正や、外来医療の明確化・連携ということで、医療資源を重点的に活用する外来等につきまして、報告を求める外来機能報告制度の創設等を行うといった内容をまとめた法律を提出し、成立したところでございます。

2ページをおめくりください。こちらが医師の働き方改革の制度概要について説明させ



ていただいている資料となっております。

真ん中よりやや上の部分を御覧ください。現状、医師は長時間労働にさらされており、また医療機関におきましては労務管理が不十分でしたり、また一部の医療機関におきましては、まだまだ業務が医師に集中するといった現状がございます。これらを踏まえ、今後目指す姿といたしまして、労務管理を徹底し、労働時間の短縮により医師の健康を確保する。加えて、全ての医療専門職それぞれが自らの能力を生かして、より能動的に対応できるようにする。そのことにより、質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者さんに提供していく。こちらを目指した内容となっております。

具体的には、一番下の表を御覧ください。2024年4月より医師に対しまして時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用が開始となります。医療機関に適用される水準といたしまして、A、連携B、B、C-1、C-2の5つの水準が適用されることとなります。

Aといいますのが、一般労働者と同程度されております年の時間外・休日労働の上限を960時間とするものでございます。

連携B、B水準といいますものが、地域医療確保暫定特例水準と呼ばれておりまして、まず連携B水準といいますものが、医師を派遣するような病院に適用されるような水準。またB水準といいますのは、救急医療など自院での労働時間がどうしても長時間となってしまうといった地域医療を支えていくために、現在も長時間労働を行っているような医療機関に対して適用されるものとなっております、こちらの連携B、Bはいずれも年間の時間外・休日労働の上限が1,860時間とされております。

また、C-1、C-2水準に関しましては、集中的技能向上水準と呼ばれるものでございまして、医師が一定期間集中的に技能を向上していくために、やむを得ず時間外・休日労働が960時間を超えてしまうといったことが、日本の医療の発展、また医療の質の向上のためには必要であろうとする考えから設けられたものでございまして、C-1水準が臨床研修医及び専門研修、すなわち専攻医の先生方に適用される基準でございます。C-2は、さらにそういった臨床研修や専門研修プログラムを終えられた先生方、大体医籍登録後6年目以降の先生方に適用される水準でございまして、こちらのC水準も年間の時間外・休日労働の上限時間が1,860時間となっております。

3ページです。ただいま申し上げましたことを模式的に表しました資料です。A水準、連携B水準、B水準、C-1、C-2水準と、高さがやや違うような図となっております。こちらは時間外労働の時間数を模式的に示しておりますが、連携B水準からC-2水準に関しましては、年間1,860時間という非常に長い時間外・休日労働を容認することとなることから、下に書いております面接指導及び追加的健康確保措置が、連携B、B、C-1、C-2水準には義務づけられることとなっております。

追加的健康確保措置の内容といたしましては、連続勤務時間制限や勤務間インターバル、代償休息といったものになりまして、B水準からC-2水準の指定を受けました医療機関におかれましては、こういった追加的健康確保措置の履行が求められることとなります。

また、図の右側を御覧ください。将来的には2035年度末を目標に、B水準及び連携B水準は解消を目指しております。また、C-1、C-2水準の時間外・休日労働の上限1,860時間も、将来に向けては縮減を目指しております。

4 ページです。一方、医療機関におかれましては、様々な水準の医師が勤務していることが予想されます。例えば、図にお示ししておりますような医療機関の場合は、連携B、B、C-1、C-2のいずれの水準の医師も存在することになりますので、A水準を除きまして連携B、B、C-1、C-2の4つの指定を都道府県から受ける必要があります。

5 ページです。こちらが、医師の働き方改革の制度施行に向けた2024年4月に向けたスケジュールについておまとめしたものとなっております。

まずは、真ん中にごございます青の矢印を御覧ください。都道府県による特例水準、すなわち連携B、B、C-1、C-2水準の対象医療機関の指定に向けて、上下双方より黒い矢印が伸びております。まず、この指定のためには、上の水色の矢印にあります医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価が必要となります。労働時間の実績や労働時間短縮に対する取組状況の評価を受けまして、都道府県はその結果を基に指定を行うこととなります。

また、この評価を受ける前には、一番上の黄緑の矢印にあります医師労働時間短縮計画案を作成いただく必要がございます。こちらは、この評価センターが時短計画案に基づいて評価を行うことから、特例水準の指定を受けようとする医療機関におかれましては、評価の前にこの時短計画案の作成が必要となります。

その上で、下方にごございますグレーの矢印を御覧ください。C-1水準につきましては、臨床研修、専門研修プログラムにおける時間外労働時間数を明示するといった、指定に向けての準備が必要となっております。

6 ページが、C-1水準の指定のフローでございます。

左にお示ししております臨床研修プログラムのフローを御覧ください。まず、各医療機関におかれましては、既存の臨床研修プログラムにおけます勤務時間の実態を把握していただきます。その後、各医療機関は実態に基づく各プログラムにおける時間外労働時間の上限を設定し、それがA水準、すなわち時間外・休日労働が960時間を超える場合、都道府県に申請が必要となります。

各都道府県におかれましては、地域医療対策協議会で議論していただき、その後都道府県が指定を決定いたします。その後、都道府県の指定の後、医療機関におかれましては36協定の締結・改正となります。その後、マッチング協議会にそのプログラムを登録し、募集が開始となり、医学生におきましては、時間外労働の上限を確認の上、プログラムを選択し応募していただく。そして、最終的には国家試験に合格後、入職時に雇用契約を締結していただくこととなります。

7 ページは、C-1水準対象医療機関の指定に関しておまとめした表となっております。

各医療機関は、当該医療機関におけます研修期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働が年960時間を超える場合には、C-1水準の対象医療機関としての指

定を必要とし、年間960時間を超えない場合にはC-1水準の対象医療機関の指定は不要となっております。

その上で、基幹型臨床研修病院が自分の医療機関でC-1の指定が要るか、要らないかにかかわらず、年間を通じた時間外・休日労働時間を基幹型の施設は協力型臨床研修病院も含めて、しっかり管理していただくという整理になっております。

また、下から3つ目の行でございますけれども、時短計画につきましては、C-1指定が必要な医療機関ごとにつくっていただくとした上で、都道府県への提出については基幹型が取りまとめて提出することを可能としております。

評価センターによる評価の受審につきましても、原則はC-1指定が必要な医療機関ごとに受審することとした上で、基幹型の病院が訪問評価を受けている場合、ほかの施設・研修機関が1年未満のようなケースにつきましては、書面のみでの評価も可能とするといった形で整理させていただいております。

その上で、8ページを御覧ください。今まで申し上げましたことをおまとめしている内容が、上段の四角内の内容となっております。その上で、今回、C-1水準の臨床研修医への対応について、本部会において検討を行っていただきたい事項が下の2つでございます。

1つ目、臨床研修プログラムにおけます想定労働時間の具体的な記載方法。2つ目が、C-1水準の対象となる臨床研修プログラムにおけます想定労働時間の明示を開始する年度でございます。

9ページです。まず、臨床研修プログラムにおけます想定労働時間の具体的な記載方法でございます。臨床研修におきましては、複数医療機関にまたがるプログラムが多数存在することから、各施設におけます時間外・休日労働時間数の上限の設定及び明示方法についての具体的な記載方法について検討する必要があります。

これに対しまして事務局といたしまして、複数医療機関にまたがる臨床研修プログラムにおける想定労働時間の記載方法について案を御提案させていただきたいと思っております。基幹型臨床研修病院のC-1水準の要否にかかわらず、臨床研修プログラム内に時間外・休日労働の想定上限時間数及び過去の時間外・休日労働時間の実績を基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院ごとに一覧表に明示していただくのはどうかとしております。

10ページを御参照ください。こちらは案でございますけれども、例としまして、X病院を基幹型臨床研修病院としたX病院〇〇臨床研修プログラムを挙げております。

表の一番左から御覧ください。こちらはX病院〇〇臨床研修プログラムに属している病院名を記載しております。まず、X病院が基幹型でございます、それに付随するようにイ、ロ、ハ、ニといった協力型の臨床研修病院が含まれていると見ていただければと思います。こちらのそれぞれの医療機関は、所在地が上から3つは東京都、下2つは山口県、富山県とそれぞれなっております。

その上で、真ん中の列でございますけれども、時間外・休日労働の年単位換算した想定上限時間数が明示されております。上から1,600、900、1,500、100、1,600時間となっております。

りまして、こちらは年単位に換算した時間を明示していただくことになっております。

加えて、医師の働き方改革の推進に関する検討会におきましては、このプログラム内におおよその当直・日直回数を宿日直許可の有無も含めて記載するように取りまとめられておりまして、この表におきましても御覧のような例を挙げさせていただいております。

さらに一番右に参考といたしまして、前年度の実績を書きいただく必要がございますため、1,700時間や860時間といった例を記載させていただいております。

11ページは、先ほどの表を基にしたC-1水準の指定の可否と詳細について記載させていただいたものとなります。当然ながら真ん中の列の時間外・休日労働の想定上限時間数が960時間を超える場合にC-1水準が必要となりますことから、この表のX病院、口病院、口病院の3病院におかれましては、C-1水準の指定が必要となります。

最後に、12ページをおめくりください。C-1水準の対象となる臨床研修プログラムにおけます想定労働時間の明示を開始する年度については、制度の円滑な運用を担保するために、医師の時間外労働の上限規制が適用されます2024年度の時点で、2年次臨床研修医として研修を行う予定となります2022年度募集、すなわち2023年度開始の臨床研修プログラム内には、想定労働時間の明示を行うことが望ましいのですが、各臨床研修病院におけます臨床研修医の労働時間数の把握や、プログラム内での取りまとめ等に係る負担を踏まえる必要があると考えております。

このため事務局の御提案といたしましては、各臨床研修病院におけます準備負担を踏まえまして、遅くとも1年次から医師の時間外労働の上限規制が適用されることとなります2023年度募集、すなわち2024年度開始の臨床研修プログラム内には、想定労働時間の明示を行うこととしてはどうか、こちらを御提案させていただきます。

以上になります。

○国土部会長 ありがとうございます。働き方改革に伴う例外規定については、皆さん御存じのとおりですので、そこはいいと思うのですが、検討事項2つになります。

まず1番目、臨床研修において複数の医療機関にまたがる場合の記載方法についての御提案ですが、まずこれについて御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

木戸委員、お願いします。

○木戸委員 資料の10ページにある記載方法の事務局案は、参考となる記載も添付されていて必要な情報が一覧となっており、大変分かりやすくいいと思います。ただ、こうした情報が誤解のないように伝わること。特に医学生に間違いのないように理解してもらうことが大変重要です。医学生はA水準とC-1水準のどちらを選ぶかで必ず迷うことと思います。

また、この時間数だけを見て、いわゆるブラックな研修先としてみなされてしまうことを恐れる研修病院もあることが懸念されます。ただ、そもそもこの上限時間数は、全ての医師をその時間まで働かせていいということではなくて、もし超えてしまう事態が生じた場合に、医療機関が法令をきちんと守れるようにするための制度であることをきちんと理

解していただくことと、また、研修医を守るためには様々な健康確保措置、先ほど御説明がありましたが、そういったものがきちんとあること、これらをきちんと周知していただく必要があると思います。

逆に、上限時間が低いということは、時間が過ぎているから興味深い症例があっても処置に立ち会えなかったり、診療に参加できなくなってしまうというリスクもあることも学生さんに理解していただかなければいけないと思います。

以前、この部会でも紹介されたJAMEPによる研究成果で、週60時間以下の労働時間の研修医たちは、週60～65時間と比べてGM-ITEの点数が低いという報告がありました。そうしたエビデンスも含めて、その病院のA水準のプログラムではどのくらいの研修ができるのか、C-1水準と比べてどれくらい研修の量と質が異なるのか、医学生の立場に立ってきちんと必要な情報を提供してあげるべきと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

岡村委員、お願いします。

○岡村委員 スライド10で、各臨床研修プログラムの基幹型と協力型の病院のそれぞれの時間外労働時間が書いてありますが、一方で、スライド4では同じ医療機関でも診療科によってA水準からC-1水準までいろいろ異なっているということなので、同じ臨床研修プログラムに入っても全く時間外労働時間が異なる。それを1つの臨床プログラムとして提出するという事は、なかなか難しいと思います。

それから、現在我々が議論しないといけないことは、2年間の臨床研修の期間です。厚生労働省としては、現在の臨床研修制度で2年間の研修医たちの時間外労働時間にどのくらいのばらつきがあるかといった資料はあるのでしょうか。

○国土部会長 今の御質問はどうでしょうか。

○福田医師養成等企画調整室長 まず、ここに示されている例えば1,600や900とか選択される診療科や個人によって、同じ研修プログラムであっても多少ばらつきがあるといったものも、どういった形で反映するかという御指摘かと思います。今回書かせていただいておりますのは想定の上限時間数をお示しするのかなという案で、全員がこの上限まで働くという趣旨ではないということは、先ほど木戸先生にも御指摘いただいたところではありますけれども、そのばらつきをどう示すかは確かに課題かと思っております。今回、上限時間という形で案としてお示しさせていただきましたけれども、これが適切かどうか、ぜひ御意見をいただければと思います。

2点目のそれぞれの臨床研修病院あるいは病院で、どれくらいの時間外を働いているかについての情報をどの程度我々が把握しているかでございますけれども、現状で特段お示しできるようなものは把握してございません。まさに今実態としては、それぞれの医療機関にどれくらい時間外がありますか、ぜひ把握してくださいという促しをしている段階ですので、まず、それぞれの機関でしっかり労働時間を把握していただきたいというお願い

をしている段でございます。

○国土部会長 ほかに御意見ございますか。

清水委員、お願いします。

○清水委員 どの部会だったか失念しているのですが、全医師対象に労働時間の調査をしたと思うのですけれども、そのデータで研修医のデータはなかったのでしょうか。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

過去に2回、平成30年と令和元年だったと思いますけれども、全勤務医を対象に兼業先も含めた労働時間を把握した調査がございました。ただ、その中で臨床研修医に限った分析については、そこまで層別したデータがあったかどうかは今把握できておりませんので、確認させていただきます。

○清水委員 本当に私の記憶の中だけなのですけれども、1,860時間を大幅に超えるところは非常に少なく、1,860時間が妥当かという議論になったかと。一部の心臓血管外科などは非常に多かったと思うのですけれども、それほど多くなかったと記憶しているのですが、もしデータがあったら、先ほど岡村先生がお尋ねになったような労働時間と到達度、メンタリティーの問題とか、そういうものがもし比較できるようなデータがありましたら、お見せいただけるとうれしく思います。

○国土部会長 木戸委員、御発言ありますか。

○木戸委員 今の点ですけれども、先ほどの調査は医師の働き方検討委員会並びに推進検討会で調査しているはずです。そこで診療科別、臨床研修医ということで特記した枠を作って調べていまして、我々産婦人科では非常に高かったのですけれども、それとほぼ同程度で臨床研修医は極めて長い労働時間であったことを記憶しております。データに関しては厚労省さんでお持ちだと思います。

以上です。

○国土部会長 ちょっと別の視点から。私どもの病院は、医師の数が多分多い病院のほうに入るのだと思いますが、事務方に聞くとC-1を申請する事務手続が非常に大変だと、負担になると。だから、できるだけAで収めたいという力学が働くように聞いています。実際、噂ではありますが、ある全国ネットの病院では、本部からA水準に全部合わせるように指令が出て、臨床研修の話ですが、臨床研修については全病院A水準になるという動きもあるように聞いています。

実際、私の感覚としては、労働時間に関する制度変更の予定が公表された時点で各病院の意識がかなり変わって、できないところもあると思いますけれども、できる病院は既にA水準。例えば、私の病院ではA水準をほぼ満たしていると聞いておりますので、準備はどんどん進んでいるのではないかと。先ほどあった全国調査の時点とは状況が大分違っている可能性があるのですが、もう一回調査するのも意味があるかなと私は今、感じました。確かに、それだけ短くなったときに本当に同じような医師としての能力が備わっているかどうかは、もちろん検証が必要だろうとは思いますが。

話がちょっと横道にそれたかもしれませんが、1番目の具体的な記載方法については、これでよろしいでしょうか。

どうぞ。

○清水委員 御提案だと思っておりますが、これを推奨するという事は、これ以外の記載方法もあるという意味でよろしいですか。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

これ以外というのは、これ以外の記載をすることについて、ここでお諮りするかどうかということでしょうか。それとも、それぞれの医療機関で、これ以外の情報を書く幅があるかどうかということでしょうか。

○清水委員 すみません、聞き方がまずかったのかもしれませんが、検討が必要な事項として、臨床研修プログラムにおける想定労働時間の具体的な記載方法が今日の検討事項ですよね。その案として、こういうフォーマットを考えているということよろしいわけですか。

○福田医師養成等企画調整室長 はい、そのとおりでございます。

○清水委員 それ以外のものは、今のところはフォーマットとしてはないということですね。例えば、A案、B案、C案があって、どれがいいかということではなく、この案で提案したいということよろしいですか。

○福田医師養成等企画調整室長 はい、おっしゃるとおりです。

○清水委員 ありがとうございます。

もう一個だけ質問してもいいですか。私が勉強不足なのかもしれませんが、宿日直の許可がありとかなしというのは、なしなのに宿日直をしているというのはどう解釈すればいいのでしょうか。

○藤川課長補佐 事務局でございます。御意見ありがとうございます。

まず、宿日直許可があるかなしかで、その時間を労働時間と含めるか否かに関わってまいります。そのため各医療機関におかれましては、宿日直許可の取れている宿日直であるか、また、宿日直許可の取れていない宿日直であるのかを、いま一度御確認いただくように周知を行っているところでございます。

また、実態として宿日直許可が取れるような宿日直であれば、そういったものを申請していただくとか、そういったことを取り組んでいただくように呼びかけているところでもございます。

○福田医師養成等企画調整室長 補足になりますけれども、通常の医療機関では当直という形でやられていると思います。いわゆる当直は宿日直のことでございます。宿日直許可というのがありまして、宿日直許可を監督署に届け出て認められると、許可の取れた部分が労働時間から免除されているような形でカウントされることになりますので、宿日直許可のある宿日直と宿日直許可のない宿日直がある形になります。それについて、宿日直許可の有無を記載することをイメージとして書かせていただいております。

○清水委員 どなたが許可するのでしょうか。

○国土部会長 労基署と言いましたよね。

○羽鳥委員 すみません、羽鳥ですけれども、よろしいでしょうか。

今の宿日直ですけれども、労働基準局によって判断が分かれる場合が非常に多いと聞いています。例えば、土日の連直を認めるところもあり、土曜日と日曜日を2つの週に分けてやれば連直ではないという考え方があります。その基準を各地の基準局任せでやっていると、かなり難しいのではないかと思うので、もう少し厚生労働省の中でも、あるいは医師会、医学会、いろいろなところと基準を決めていかないとまずいということはないでしょうか。あるいは基準は決めないほうが良いという考えもきっとあるのだろうなと思えますけれども、それについてはいかがでしょうか。

○国土部会長 お答えできますか。

○福田医師養成等企画調整室長 宿日直許可については、先生がおっしゃるとおり様々な懸念・課題を働き方改革を進める上で御指摘いただいているところでございます。我々医政局の立場として、基準局とよく懸念を伝えたり連携をしながら、現場の医療機関で適切に宿日直許可を取っていただけるような働きかけは務めていきたいと考えております。

○国土部会長 そうすると、全体を見渡した調査みたいなものも行われますか。宿日直許可というのが実際どのくらい認められているのか。

○福田医師養成等企画調整室長 我々が実施するものとしては予定していないのが実情ですけれども、例えば、関係の医療団体などで行われるというお話は伺っております。

○国土部会長 また情報提供をお願いします。

○福田医師養成等企画調整室長 承知いたしました。

○国土部会長 では、お待たせしました。森委員、お願いします。

○森委員 今の宿日直のことは言われたとおりなのですが、労基によって今出たように全く違って、考え方も違ってれば、労基によっては随分昔に出してくれた記憶はあるけれども書類はないとか、そういうことで宿日直の許可が取れているのか取れていないのかよく分からないまま宿日直になっているというケースがあったり、実際はひどい状態なのです。なので、このあたりはきちんとするというよりは、現状に合わせた形で厚労省できちんと指導していただかないと、労基に任せるとばらばらの結果になるような気がするのです、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それと、あの表はとても分かりやすいと思ったのですが、例えば、協力病院でほんのちょっとだけ協力している病院、そんなに長くいないとか、そこも1年分の換算をして出すわけですね。そのときにいる時間で計算をすると、1年ずっといたらC-1水準までいってしまうけれどもという場合に、その病院がC-1水準を届け出なければいけないというのも何となく不自然な感じがするのですが、協力病院として短期間いる病院でも1年換算して過ぎてしまったらC-1だと出すのでしょうか。単純な疑問なのですが。

○藤川課長補佐 御意見ありがとうございます。事務局でございます。



こちらに関しましては、昨年末に医師の働き方改革の推進に関する検討会にて御議論いただいた内容でございます。当然ながら、先生からいただいた御意見のような御懸念もいただいておりますが、結論としては年換算しない限り960を超えるか超えないかが分からないということで、医師の働き方改革の推進に関する検討会で合意を得た年換算といった考え方でございます。

○森委員 承知しているのですが、そうすると私たちが協力病院としてやるときに時間数を増やさないように努力しますよね。ほんの数か月いるために全て書類をそろえて出さなければいけないなどというばかげたことは事務局はしないので、何とか減らそうということでA水準にしてしまう。作為的にいろいろなことが起こるのではないかという懸念があるということだけお伝えしておきます。

以上です。

○国土部会長 伊野委員は御発言ありますか。

○伊野委員 森先生と同じ意見でした。

それともう一つは、先ほど清水委員と木戸委員から御指摘がありました資料は、令和3年8月4日の医師の働き方改革の推進に関する検討会でお出しになった、週当たり勤務時間60時間以上の病院勤務医師の診療科別割合ではないかと思えます。そのときに産婦人科が53.3%と一番高く、次の48%が臨床研修医でございました。時間がずれてしまいましたが、数値を含めてお伝えしました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、神野委員、お願いします。

○神野委員 森委員のおっしゃった話と同じなのですけれども、1年間の協力型と1か月の協力型とどうするのという話があると思うのですけれども、1か月でもきちんと雇用契約を労使として結んだ場合にC-1なのかAなのかという判断をする。雇用契約を結ばないような形、例えば出向として2週間行っておいで、3週間行っておいでといった場合は元の基幹型との雇用契約ですので、それは恐らく雇用契約を結んでいないところでC-1なのかAなのかという話はできませんよねということによろしいですね。

○藤川課長補佐 事務局でございます。

先生のおっしゃるとおりでございます。

○神野委員 ありがとうございます。

○国土部会長 ほかに御意見はございませんか。ないようでしたら、1番目の件については、このような形の記載をお認めすることにしたいと思えます。

それでは、2番目の時期についてですが、御提案は23年度募集、24年度開始の臨床研修プログラム内には想定労働時間の明示を行うこととするという御提案ですが、これについてはいかがでしょうか。

木戸委員、お願いします。

○木戸委員 遅くとも1年次から適用となる2023年度募集とありますが、これはちょっと遅いのではないかと思います。なぜかといいますと、その前の2022年度募集においても細かい数字はともかく、研修病院が2024年からC-1水準プログラムを設置する予定があるのかどうか、こういった見通しだけでも医学生に示しておく必要があるのではないかと思います。多くの研修病院では屋根瓦方式ということで、2年生が1年生を指導して救急外来のファーストタッチの診療を行っていますが、もしC-1水準の研修プログラムを置かないのであれば、1年生にはA水準が適用されるので時間外はあまりできない。それで現場が回ればいいのですが、業務量が全体に減らなければ、2年生あるいはさらにその上の学年にしわ寄せが行く可能性があります。コロナ禍で医療機関に余裕がないことは十分理解できますけれども、コロナ禍を口実に、やるべきことや大きな手間がかからないはずのことまで先送りするのは適切ではないと思います。やはり制度が移行する狭間の時期に、研修医や医学生に不利益が生じることはよくないと思いますし、何よりも現場の医療機関が混乱することは避けなければいけないと思います。あらかじめどのような問題が想定されるかを、そういった課題を踏まえた制度設計について、あらかじめ検討しておくことが重要かと思えます。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。提案の23年度募集からということになりますと、移行期の方は1年始めた段階で来年から実はC-1だよということを知らされることが想定されるということですね。

もう一つの趣旨は、遅くする理由は、さきほど私もちょっと言いましたが、恐らく準備する病院側の事務手続が大変だということを配慮してという御提案だと思いますが、神野先生どうぞ。

○神野委員 今、座長のおっしゃったように、22年募集ということになりますと、もう間もなくということと、途中からあなたはC-1ねという人が出てくることになると思いますので、募集時点で行ったらすぐに分かるという意味では、私は原案に賛成いたします。

○国土部会長 原案ということは、やむを得ないということですか。

○神野委員 23年募集からです。

○国土部会長 折衷案みたいな形では義務化はしないけれども、できるだけ明示するのが望ましいぐらいで22年度やるというのはちょっと玉虫色過ぎますか。どうでしょう。

○福田医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先生方のおっしゃるとおりだと思いますけれども、我々としても、間に合うのであればやっていただくほうが望ましいというのは変わらないところでして、その趣旨は12ページの上の四角で書かせていただきました。

一方で、どのくらいそれが実現可能かも踏まえて、遅くとも23年度という形で書きましたので、やり方はいろいろこれから踏まえて検討させていただきたいと思いますが、23年度には絶対にみんなが書いてあって、間に合ったところもなるべく22年で間に合うよ

うに書いていただくというやり方は検討したいと考えております。

○国土部会長 努力義務、望ましいということですね。そういう形ならよろしいでしょうか。恐らくA水準でやると決めた病院も結構あると思うので、それはそれで明示すると思います。よろしいでしょうか。

それでは、一応御提案どおりでお認めして、22年度募集については要請という形で検討いただくことにしたいと思います。ありがとうございます。

それでは、3番目の議題に移ります。資料3を御覧ください。「育児・介護休業法の改正を踏まえた取組について」、事務局から御説明をお願いします。

○小林企画専門官 今般、育児・介護休業法が改正されましたので、そちらに関する臨床研修に対する取組についての御説明をさせていただきます。

スライド1枚目を御覧ください。こちらが令和3年度9月9日に公布されました、今般成立しました育児・介護休業法の改正でございます。改正の趣旨としましては、出産・育児等による労働者の離職を防ぎ、希望に応じて男女ともに仕事と育児等を両立できるようにするため、子の出生直後の時期における柔軟な育児休業の枠組みの創設、育児休業を取得しやすい雇用環境整備及び労働者に対する個別の周知・意向確認の措置の義務づけ、育児休業給付に関する所要の規定の整備等の措置を講ずるという趣旨でございます。

概要に関しては、次の四角1～6です。今回、臨床研修部会でお諮りさせていただきますのは5番についてです。有期雇用労働者の育児・介護休業取得要件の緩和されました。有期雇用労働者の育児休業及び介護休業の取得要件のうち「事業主に引き続き雇用された期間が1年以上である者」であることという要件を廃止するということがございました。こちらは令和4年4月1日より施行となります。

次のページをおめくりください。こちらの改正法の附帯決議、衆参同様ですがけれども、「臨床研修医や専門医を目指す医師など、勤務先を短期間で移らざるを得ない者が育児休業を取得しやすくなるよう必要な方策を検討すること」とされました。

次のページをおめくりください。また、先ほどの働き方改革の話でも出てきました、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案に対する附帯決議でも、子育て世代の医療従事者が仕事と出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備すること。さらに参議院におきましては、「臨床研修以降の研さん期間中の医師が育児休業を取得しやすくなるような方策の検討を含め」といった文言がございます。こちらを踏まえて、臨床研修での取組を考えていきたいと考えております。

次のページをおめくりください。現行の臨床研修期間における休止の扱いと現状についてです。

まず上の四角です。1つ目、医師法において「診療に従事しようとする医師は、二年以上、都道府県知事の指定する病院又は外国の病院で厚生労働大臣の指定するものにおいて、臨床研修を受けなければならない」とされております。

2つ目、「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」では、管理者は、研修医が研修期間の間に、以下に定める休止期間の上限を減じた日数以上の研修を実施しなければ修了と認めてはならない旨を規定されております。

まず、休止の理由に関しては、(ア)研修休止の理由として認めるものは、傷病、妊娠、出産、育児その他正当な理由であること。(イ)必要履修期間等についての基準に関して、研修期間を通じた休止期間の上限は90日とすること。(ウ)休止期間の上限を超える場合の取扱いについては、研修休止期間が90日を超える場合には、未修了とするものであること。この場合、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を行い、90日を超えた日数分以上の日数の研修を行うこととされております。

下の四角です。当課で調べたところ、臨床研修の未修了及び休止の理由についてです。

1つ目、令和3年3月時点で未修了の扱いとなっている者は78名おりました。このうち32名が出産・育児を未修了の理由としております。2つ目、令和3年4月時点での研修再開者は上と同数ではありますが78名でありました。うち13名が出産・育児を休止時の理由としております。

次のページをおめくりください。今までの現状を踏まえて、これからの取組に関してです。臨床研修医の育児休業について。臨床研修医は通常2年間の有期雇用労働者です。今回の育児・介護休業法の改正により、有期雇用労働者の育児休業の取得要件の一つである「事業主に引き続き雇用された期間が1年以上である者」が廃止されることで、臨床研修医についても、育児休業の取得要件が緩和されます。併せて、臨床研修病院においては、育児休業の取得を希望する臨床研修医が確実に取得できるよう制度の周知を図ることが必要となります。国においても、臨床研修の関係者に対し、制度の周知を図ることが必要ではないかと考えております。

そして、妊娠・出産・育児と臨床研修の両立を図るための方策についてです。今回の育児・介護休業法改正及び附帯決議並びに「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」の附帯決議の趣旨を踏まえ、臨床研修医が、妊娠・出産・育児と臨床研修の両立を図ることができるような方策を検討してはどうかと考えております。

方策の例を下に挙げております。1つ目、臨床研修病院が、妊娠・出産・育児と臨床研修の両立に向けた取組の内容について、研修プログラムに記載するとともに、ホームページ等で公表することを推進してはどうか。こちらの取組の例としては、下の※で挙げております。研修医がライフイベントについて相談できる窓口の設置、妊娠中の体調不良時に休憩できる場所やスペースの確保、研修医の子どもが利用できる院内保育園・病児保育室の設置、一時保育利用時・ベビーシッター利用時の補助などが挙げられます。

2つ目、臨床研修病院の指定に当たり、妊娠・出産・育児と臨床研修の両立に向けた取組を行っていることを考慮してはどうか。

3つ目、都道府県において、各病院における妊娠・出産・育児と臨床研修の両立に向け

た取組を評価し、優れた取組を行っている臨床研修病院については、募集定員の設定の際に考慮することを推奨してはどうかといった例を挙げております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。妊娠・出産・育児・介護と臨床研修の両立について、大変重要な御提案・御提言だと思いますが、今日は特にこの件につきましては何か皆さんに決めていただくというのではなくて、自由に御発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。

木戸委員からお願いします。

○木戸委員 ここであえて申し上げますが、この資料の6ページに「女性」という言葉が一言もないことは大変重要です。妊娠・出産は女性しかできませんが、育児は女性だけが担うことではありません。

2ページの改正の趣旨には「男女ともに」と書いてあります。今回の改正で男性の育児休業についても大きく位置づけられていますので、ここに書いてあることは当然男性研修医にも適用されるべきであることを改めて確認したいと思います。

そこで、具体的な方策として6ページにあるように、両立に向けた取組を研修プログラムに明示して、募集定員設定の際に考慮するなどの施策は大変いい施策だと思います。

その下を取組の例が示されていますが、中でも子どもの預け先の確保は研修する上で不可欠です。これがないと働くことは絶対にできません。現在、研修プログラムにおいて一施設では完結せず、協力施設でローテートしながら研修しなければいけませんし、時には引っ越しが必要となります。その際に、年度途中で、しかも研修医の場合は嘱託など非常に不安定な身分であることが多いです。そういった場合に子どもの預け先を見つける、保育所に入所させるというのは非常に難しく、待機児童が多いところではまさに至難の業です。運よく見つかったとしてもまた数か月で異動するので、もう一度手続が必要になる。これを繰り返すこと、あるいは諦めて子どもと離れて単身赴任を余儀なくされる、それはあまりにも酷ではないでしょうか。少子化を少しでも食い止めるためには、子育て世代への支援を強化することが重要ではないかと思えます。

そのために、研修病院あるいは1つでは難しければ地域の研修病院が共同経営するなど保育所をつくって、どこかに必ず子どもの預け先を確保できるようにすることはできないでしょうか。可能ならそれをプログラムに明記してあれば、研修医が研修先を選ぶ際に大いに参考になると思います。

また、単に保育所をつくればいいという発想にとどまてはいけないと思います。研修医に子どもがいて当直免除というのではなくて、能力を磨く機会をきちんと確保する仕組みづくりも大切です。例えば、週1回でもいいので夜間保育を設置するなどして、安心して当直に参加して、救急患者さんの診療などを通じて研修としてのスキルアップができるようにすべきです。

最後に、有効な施策を考えるときには、当事者にとって何が必要かを若い世代から広く

意見を取り入れる仕組みをぜひ検討するべきだと思います。

以上です。

○国土部会長 重要な御指摘ありがとうございます。保育園の充実は私もぜひお願いしたいところですが、どういう形でできるのか、実際、院内保育園がない病院はかなりあると思うのですけれども、それについて支援などをぜひ具体化していただきたいと思います。

神野委員、お願いします。

○神野委員 5ページです。この育児休業については法律で決まったわけですので、それを粛々とやることになると思います。

その一方で、臨床研修の質を担保することも重要な視点だと思うのですけれども、休止の理由、休止期間が(イ)に書いてございます。上限が90であると。もちろんそれを超える休止があった場合は、後で受けなさいという留年みたいな形になるのかなと思うのですけれども、ただ、このプログラムが始まる時に、多くの病院では外の協力病院に行くのも含めて2年間の計画を立てるわけですよ。最初から分かっていたらいろいろなことができると思いますけれども、途中で出産・育児というライフイベントがあったときに、例えば1か月の研修とか2か月の研修をどこかに入れて、それは動かしがたいという場合があるわけではないですか。その場合は90日を超えないかもしれないのですけれども、例えば60日間の研修が空いてしまったといった場合には、未履修の部分は、時間が超えるかもしれないのですけれども後でやるという考え方が研修の質の意味では重要だと思うのですけれども、そういう考え方でよろしいですよということをお聞きしたいと思います。

○国土部会長 どうでしょうか。ただ、実際には追加研修をやると年度の途中になったりして、その後実際どうなっているのかが心配にもなってくるのですが、厚労省から何か御発言ありますか。

伊野委員、御発言がありましたらどうぞ。

○伊野委員 私どもでは、90日のお休みがあるおかげで、逆に1年目であっても妊娠・出産が分かった場合は積極的に休んでいただいて、その後で90日以上を未修了として延長して研修を修了していただいています。我々は、未修了となることはそれほど不名誉なことではなくて、到達度に達するのにそれぞれの長さがあるので、しかもライフイベントということで今までやってきたのですが、それでよろしかったかどうかを神野先生の御意見と同じですが、私もここで確認させていただこうと思いました。

以上です。

○国土部会長 厚労省の見解はありますか。実際にそういうふう運用しているのだと思うのですが。

○清水委員 厚労省さんではないのですけれども、医師法第16条2の第1項に係ることでQ&Aにも出ていますが、到達目標の中にローテーションすべき診療科というのがありますので、必修科ローテーションについてはその期間は守らなければならないと。例えば、内科24週を1週欠落した場合には、選択科の中で必修科をやることによって補完してください

と書かれていると思いますが、それでよろしいですね。なので、今言った90日の中に、先ほど神野先生もおっしゃられた、実際にやらねばならない診療科が、例えば外病院でなくてはいけない地域医療が、妊娠・出産・育児のためにその期間にできなかった場合には、可能であれば選択科を潰して地域医療に行かなくてはいけないし、それも無理だった場合には、2年終了時には未修了として、その後4週間の地域医療をするというようなやり方にならざるを得ないかなと私は理解しておりました。

以上です。

○錦医師臨床研修推進室長 今まさにおっしゃっていただいたことは、5ページの(イ)(ウ)の部分に書いておりました、おっしゃっていただいたとおりでございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

清水委員、追加でどうぞ。

○清水委員 関連して、研修医の方々に臨床研修の2年間について、このように考えていただくことは大歓迎ではあるのですが、実のことを言うと、研修以外の3年目以降に妊娠・出産を迎える方たちが圧倒的に多いわけで、M現象や30代の就業人数が減ってしまう等、研修医だけ厚くするのではなく、ぜひここは全ての年代において厚くすることと並行してやっていただかないと、また研修医だけ手厚くとなってしまう可能性がありますので、ぜひそこは一緒にお考えいただければと思います。

以上です。

○山本医事課長 事務局でございます。

清水委員の御指摘はそのとおりだと思っております、法改正を踏まえた対応につきましては、この臨床研修部会とともに専門研修部会でも御検討いただければと考えております。

以上でございます。

○国土部会長 さっきもありましたけれども、保育園の申込みも、例えばナースの方などは常勤職員なのですけれども、そっち（常勤職員）が優先なんですね。ですから、非常勤である専攻医までのお子さんというのは本当にいつも苦労されていると思います。

私から質問ですけれども、6ページの募集定員の設定の際に考慮することを推奨するというのは、何か具体的に計画があるのか。

○錦医師臨床研修推進室長 これは、まさにアイデアとして事務局で御提案しているものでございますので、実際にこれがいいアイデアだということであれば、今後の都道府県の定員の差配の際に、こういった取組をしているところを高く評価して、そこについて定員をできるだけ手厚くつけていただくようなことについて、省令の施行通知に書くことになるかと思っておりますけれども、まさにここは御議論いただければと思っております。

○国土部会長 皆さん賛同されていると思いますが、逆に言うと、どういうふうに取り組んでいるかを評価しなければいけないと思いますので、それについてはぜひ考えていただければと思います。

ほかにこの件について何か御発言ありますか。よろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○国土部会長 ありがとうございます。それでは、いただいた意見を参考に、また施策を考えていただきたいと思います。

最後の4番、資料4を御覧ください。「臨床研修病院の指定に係る地方分権改革に関する提案と今後の対応について」、事務局から説明をお願いします。

○高原臨床研修指導官 資料4を御説明させていただきます。

2ページを御覧ください。平成30年の医療法及び医師法の一部を改正する法律によりまして、令和2年度から臨床研修病院の指定権限が国から都道府県へ移譲されたところでございます。

臨床研修病院の指定は都道府県の自治事務とされましたが、臨床研修の質のばらつきや特定の医療機関等が優遇される事態を防ぐため、国としましては、法令及び施行通知によりまして、指定基準を定めているところでございます。

医師法第16条の2第3項において、都道府県知事は、第1号から第4号までに規定する基準を満たすと認めるときでなければ臨床研修病院の指定をしてはならないものとされており、第4号におきましては「臨床研修の実施に関する厚生労働省令で定める基準に適合するものであること」とされてございます。

当該基準につきましては、臨床研修の基本理念、臨床研修病院の指定基準等を定める医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第6条において規定されているところでございます。

さらに、臨床研修の基本理念を全国的に実現し、臨床研修の質の均てん化を図るために、具体的な指定基準等を「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」ということで医政局長通知で示しているところでございます。

3ページでございます。令和3年度地方分権改革に関する提案事項としまして、令和2年度から、国から都道府県に対して権限移譲がなされている臨床研修病院の指定に関する都道府県知事の裁量権の拡大や施行通知に関する提案、具体的には指定基準の緩和及び規定形式についてが寄せられているところでございます。

点線で囲まれたところに、令和3年度地方分権改革に関する提案事項の抜粋を載せさせていただきます。そこでは、医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行についての第2の5(1)エの基準に係る都道府県知事の裁量権の拡大、具体的には、二次医療圏内に基幹型臨床研修病院がない場合に限り、入院患者実数の基準を撤廃または緩和すること。また、基準の緩和等が困難である場合は、当該通知が地方自治法に基づく技術的助言であり、当該基準を参酌して地方の実情に応じた指定を行うことが可能であることを明確化することといった形で提案事項がなされているところでございます。

事務局の対応としましては、今後、地方分権室主催のヒアリング等が開催される予定でございますので、地方分権改革の議論を踏まえまして、今後、医師臨床研修部会におきま



して対応を検討することとしてはどうかという御提案でございます。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。これについては御意見があろうかと思いますが、いかがでしょうか。

岡村委員、お願いします。

○岡村委員 都道府県知事の裁量権の拡大に関してですが、ある程度はいいと思いますし、3ページの例えば、二次医療圏に基幹型臨床研修病院がない場合に限りということは認めて良いと思います。これまでこの部会でいろいろ問題になった1つに、最初の指定に関してはある程度の基準が満たされているのですが、特に基幹型病院の更新のときになると基準を満たしていない病院が多々あって、特によく3,000人問題が出てきますけれども、2,000人にも達していないようなところがずるずると認められているといったこともありますので、1つの基準はしっかり守っていただいて、ただし、先ほどの二次医療圏内に基幹型病院がない場合は認めるとか、ある程度やむを得ないところは認めていいと思うのですが、その辺をしっかりやっていただきたいと思います。

○国土部会長 3,000人問題とおっしゃいましたが、これについては毎年再評価の俎上に上ってくる病院があると思うのですけれども、私の質問は、これらの病院は二次医療圏内にほかに病院がないところでしょうか。それは調べましたか。

○錦医師臨床研修推進室長 そういったルールはありませんので、3,000人を下回っているところについては2年に1回都道府県が調査を行いまして、研修の質が担保されているということであれば指定を継続することになっております。

○国土部会長 そうではなくて、この提案を認めた場合、それらの病院は二次医療圏内にほかになければ、その事情を斟酌しなければいけないと思うのですけれども、実際はどうですか。

○錦医師臨床研修推進室長 今そこを斟酌しなければならないというルールがあるわけではないです。

○国土部会長 ですから、斟酌するとすれば実際当てはまるかどうかを知りたかったのですが。

○錦医師臨床研修推進室長 そういったデータは持ち合わせていないところでございます。

○国土部会長 また調査をお願いしたいと思います。

○錦医師臨床研修推進室長 かしこまりました。

○国土部会長 御提案は、今日は特に決めるわけではないという理解ですが、こういう流れであるということですね。

羽鳥委員、御発言ありましたらどうぞ。

○羽鳥委員 今、岡村先生が御指摘されたことと関係しますけれども、地方分権を裁量拡大したということは、ここの部会で最も懸念されたことだったと思います。ですから、最初から言われるように緩めていくというのは危ないなという気もしますので、条件をつけ

ていただくのが大事だと思います。

先ほどの3,000人問題で、今一番少ないところは1,500人程度と聞いたのですけれども、国土部会長の質問とも重なりますけれども、この病院が基幹型臨床研修病院がない場合に相当するというわけではないと考えてよろしいでしょうか。

○国土部会長 それは今即答できないということですので、調査をお願いしたいと思いません。

○羽鳥委員 分かりました。

○国土部会長 地域医療を守るために研修医を配置してくださいというのは、研修医から見るとちょっと気の毒な気がしますけれども、岡村委員どうぞ。

○岡村委員 指定に関しては、どうしても研修内容や研修の質というよりも労働力としての観点からが多いと思います。例えば、地方の厚生局の方々の評価あるいは今日は長野県の参考人の原参事が来ていらっしゃるけれども、どうしても行政というのはニーズがあると応えたいといった観点が多いと思います。例えば、ある県で今回これだけの病院なのに基幹型として認められたのだからということで、独り歩きしてだんだん崩壊になってしまうことを懸念します。ですから、地方分権ということはいいいことではありますけれども、ルールはルールとしてしっかり守っていただきたいと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

長野県から原参事が御出席ですが、何かコメントがありましたら、お願いします。

○原参考人 長野県の原でございます。お世話になっております。

一定の研修水準を担保することは大変大切なことだと思いますし、委員の先生方のおっしゃっていることはそのとおりだと思います。

一方で、地方では医療人材の確保が課題であることは間違いございませんので、そういった視点もくんでいただければと思います。

以上でございます。ありがとうございます。

○国土部会長 木戸委員、御発言ありますか。

○木戸委員 地域医療の実情を最もよく知る都道府県が権限を持つことは決して悪いことではないと思いますが、先ほどから御意見がありますように、全体の均てん化を図って、ここでは認められたけれども、ここでは認められないというような不公平がないように。それから、何よりも研修の質と量をきちんと確保することは研修医に対してのこの大きな責任だと思います。どこかでチェック機能が働くべきであり、この部会はこれまで指定や更新で議論してきたことや数多くのデータを有していますので、この部会有一些程度は今後も関わっていくべきだと思います。

あと、地方によってはなかなか研修が不十分な場合には、最近はWebを使った研修や勉強会も上手に利用しながら、研修の質が落ちないような工夫も検討すべきだと思います。

以上です。

○国土部会長 重要な御指摘ありがとうございます。この件につきましては、医師分科会

医師臨床研修部会としては、懸念を持ちながら地方分権の拡大に協力するという立場かなと思います。

どうぞ。

○清水委員 今の点で、私も皆さんがおっしゃるように、地方の事情をよく御存じの都道府県が判断されることが間違いだとは決して思わないのですけれども、例えば、今回出されているこのような病院さんが、1年後、2年後に研修医が本当に来ているのかどうか、研修医が実際にどのような研修を受けられているのかについての何らかの調査みたいなものができるといいかなと思います。

それから、先ほど錦さんがおっしゃいました、2年に一度の3,000人未満、2,700人以上の病院の調査も、本当は都道府県に移譲したときにこの部会に御報告くださいとなっていたはずだと思うのですが、都道府県での調査結果がどうなったか、その御報告もいただけていないと思います。その辺は部会としては研修の質の担保をするための何らかの対策が必要なのではないかと思しますので、御検討いただければと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

○錦医師臨床研修推進室長 3,000人未満の入院患者数の指定病院につきましては、都道府県が実地調査をすることになっておりまして、その際、研修医に対していろいろとインタビューして調査して、質が担保されているかどうかを確認するというところでございます。先生におっしゃっていただいたように、実地調査をしましたら厚生労働省へその結果を通知することになっております。ただ、令和2年度の都道府県への移譲以降、そういう連絡は来ていないということでございますので、まだ実施されていないことだと我々としては受け止めております。実施されまして通知がありましたら、その内容等についていろいろと分析することはあり得るかと考えております。

○国土部会長 リマインドが必要ですかね。

○錦医師臨床研修推進室長 2年連続して入院患者が3,000人を下回るということですので、そういった状況を都道府県が見て必要なタイミングで入るといったことだと思います。

○国土部会長 フォローアップをしっかりとお願いしたいと思います。

活発な御議論ありがとうございました。それでは、この件については引き続き検討をお願いしたいと思います。

以上で、本日予定した議題は終了いたしました。

そのほかに皆様から何か御意見・御質問があれば御発言をお願いしたいと思います、全体を通していかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○国土部会長 ありがとうございました。

それでは、今後の進め方について、事務局から御説明をお願いします。

○高原臨床研修指導官 本日いただきました御意見を整理し、必要な対応を行ってまいります。

たいと考えてございます。

次回の部会開催日程につきましては、改めて調整させていただきます。

○国土部会長 ありがとうございます。特に一番最初の議題については、引き続き検討になりましたので、ぜひよろしくをお願いします。

それでは、本日は長時間にわたり御審議いただきまして、大変ありがとうございました。委員の先生方には、御多忙の中にもかかわらずありがとうございます。

それでは、本日の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会を終了いたします。ありがとうございました。