

○西岡臨床研修指導官 それでは、定刻を少し過ぎましたので、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して、誠にありがとうございます。

まず、会議の前に事務局で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。このほど着任いたしました医師臨床研修推進室長の児玉です。

○児玉医師臨床研修推進室長 よろしく申し上げます。

○西岡臨床研修指導官 続きまして、委員の欠席についてですが、本日、相原委員からは所用により御欠席との連絡を頂いております。また清水委員におかれましては、到着が少し遅れておるようなのですが、会議につきましても所用により途中退席という御連絡を頂いております。

続きまして、オブザーバーについてですが、文部科学省医学教育課から荒木企画官にお越しいただいております。

カメラの撮影等につきましては、ここまでとさせていただきます。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

前回の部会で桐野部会長が任期満了により御退任されましたので、改めて部会長の指名をさせていただければと思います。

慣例により、選任されるまでの間、私のほうで議事を進めさせていただきたいと思っております。

本日の議題は「部会長の指名について」「令和3年度都道府県別募集定員上限について」「臨床研修制度における働き方改革への対応について」でございます。

まずは、議題1「部会長の指名について」でございますが、医道審議会令第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せんでしょうか。

羽鳥委員、お願いします。

○羽鳥委員 大学及び市中病院における臨床研修医の育成に長年御尽力されておられます、國土先生を推薦したいと思いますのですが、いかがでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○佐々木医事課長 ありがとうございます。

羽鳥委員より國土委員にお願いしたいということがございまして、今、異議なしという御発言もございましたので、國土委員に部会長をお願いしたいと思います。

國土委員におかれましては、部会長席への御移動をお願い申し上げます。

(國土委員 部会長席に移動)

○佐々木医事課長 では、以降の議事運営につきましては、國土部会長、よろしくお願

いたします。

○国土部会長 それでは、一言だけ御挨拶申し上げます。

ただいま部会長に御推薦いただきまして、ありがとうございました。私は、この部会では本当に新参者でございますけれども、これまで長年この部会の議論に加わってこられました委員の先生方に御指導いただきながら部会長を務めさせていただきたいと思います。今日も募集定員などのシビアな議題がありますけれども、よろしく願いいたします。

それでは、議事を進めさせていただきたいと思います。

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 本日はペーパーレスにて開催することとし、委員の皆様方には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を御覧ください。

PDF資料で00から始まっておりますが、座席表、議事次第、資料1、資料2、参考資料1とさせていただいております。また、お手元に机上配付としてA3、少し大きい紙の募集定員上限案を配らせていただいております。

不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください

○国土部会長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、早速議事に入りたいと思います。議事1は終わりましたので、議事2「令和3年度都道府県別募集定員上限について」と、議事3「臨床研修制度における働き方改革への対応について」、この2つを御議論させていただきたいと思います。

まず、事務局より資料1「令和3年度都道府県別募集定員上限について」を説明いただいた後で、続けて机上配付資料「都道府県別募集定員の上限（案）」について御説明いただきます。その後で、議題2について各委員の御意見・御質問をお願いしたいと思います。

それでは、事務局より御説明をよろしくお願いいたします。

○佐野主査 それでは、資料1を御覧ください。「令和3年度都道府県別募集定員上限について」です。

2ページですが、臨床研修の必修化後、研修医が都市部に集中する傾向が続いておりましたことから、平成22年度の研修から都道府県別に研修希望者に対する募集定員の倍率の目標を設定いたしまして、平成27年度には1.22倍まで縮小、令和2年度には1.1倍、今後令和7年度には約1.05倍まで縮小させる予定となっております、偏在対策が行われておりました。

一方で、3ページですが、昨年11月の医師需給分科会におきまして、6都府県、東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡といった大都市部の都道府県で採用を内定する者の割合が年々低下していたところ、ここ数年横ばいになっており、偏在是正効果が弱まっているという指摘がなされました。

4ページを御覧ください。都道府県別の募集定員の上限につきましては、平成29年度の臨床研修部会での議論を踏まえまして、平成30年3月30日に今回の令和3年度の募集定員

の上限の設定から幾つか見直しを行うことが決定されております。

まず、基本的な算出方法につきましては、人口分布の割合もしくは医学部の入学定員の割合、どちらか多いほうの割合で案分した数がもともと基本の数として設定されておりましたが、平成30年3月30日の報告書におきましては、人口に比べて医学部定員が明らかに多いような都道府県の問題が指摘されていたことから、医学部入学定員のほうが採用数として採用されている場合は、人口分布による算出の1.2倍を限度とするということで決定されております。

さらに、地理的条件等の加算につきまして、ここに記載の(a)(b)(c)(d)、もともと4つの条件について加算が行われておりましたが、それに加えて、医師が少数の区域の人口に対しても加算を行うことで報告書の中で決定がされております。

さらに、この後に先ほどのスライドでお示したように、需給分科会で医師偏在効果が弱まっていることや、患者の流出入を調整したいという考え方も出てきたことから、今回、平成30年3月の報告書に加えて、さらに幾つか追加で見直しを行うことを事務局案として提案させていただきます。

続きまして、5ページを御覧ください。こちらからが今回の上限設定に関する資料となります。

まず、従来どおりの計算により、令和3年度の全国の募集定員の上限が何人になるのかという計算についてです。まず、全部で4段ございますが、2段目の1万288人という数が令和2年度の研修医の募集における実数となります。さらに、そこから令和3年度の研修希望者の数を推計するに当たりまして、まず医学部の在学生在が79人増えていること及び国試浪人生が101人増えていることなどから計算をいたしますと、令和3年度の研修希望者は1万468人と推計されます。そこに今回、募集定員の上限の算定に当たりまして、今年は倍率が先ほど御説明いたしました1.09倍となりますので、1万468人に1.09をかけました1万1410人。さらに、その外側に599人追加の数がございまして、こちらは何の数かと申しますと、昨年、国が各都道府県の定員上限を定めておりますが、その数と実際に都道府県が募集定員を用意した数の差分となります。その599を足した数字、1万2009人が従来どおりに計算した募集定員の上限となります。

続きまして、今回の見直しにおける事務局案を御説明させていただきたいと思っております。6ページを御覧ください。

まず、医学部入学定員による算定の限度設定ということで、こちらは先ほど御説明いたしました平成30年3月の医師臨床研修部会の報告書に記載がございまして、従来の数に関しましては、人口または医学部入学定員の計算を用いた数のうち大きいほうが採用されておりますが、一部の都道府県におきましては人口に比べて著しく多い定数となっております。そのため、医学部入学定員を用いる場合は、人口に基づいた値の1.2倍を限度とすること。

続きまして、地理的条件等の変更に関しまして、地理的条件等の加算のうち人口10万人

対医師数や高齢化率に関しましては、患者の流出入や人口構成を加味した加算に変更する。さらに、離島人口による加算に関しては調整してはどうか。また、具体的には医師少数地域の人口に応じた定員を配分した上で、医師が需要に対して相対的に少ない都道府県ほど多くの定員が設定されるよう、一部の定員を配分してはどうかという御提案をさせていただいております。

続きまして、3点目の地域枠による補正です。現状も地域枠による補正がなされておりますが、募集定員を十分に用意できている都道府県のみ追加される仕組みとなっております。もともと医師が多い都道府県に優位な設定となっております。そこで、全ての都道府県におきまして、地域枠の定員に関しては別枠として計算を行い加算することとしてはどうかという御提案です。

続きまして、7ページです。前年度と定員上限と募集定員の差分の加算の縮小ということで、こちらは先ほどの5ページで言いますと、599という倍率の外側に設定されている数字の話となります。こちらの数値に関しましては、今までどういう形で各都道府県に定員の配分がされていたかと申しますと、前年度の採用実績に基づいて各都道府県に配分されておりました。そのため定員をあまり用意できていない、多くは地方の都道府県になりますが、その定員を実際に採用数が多い都市部に多く配分するという仕組みとなっております。偏在是正の観点からはこの加算は段階的に縮小すべきと考えられますので、段階的に縮小した厳格な定員管理ができるようにしてはどうかという御提案をさせていただいております。

続きまして、定員設定の弾力化に伴うルールの変更ですが、現状の規則では、施設ごとの募集定員を原則最低2人にするといった調整を行うために、従来は国が7割の設定し、その後都道府県が残された3割を用いて都道府県内の定員を設定するという仕組みとなっております。その限られた3割を用いて原則最低2人にするといったような調整を行うことはなかなか困難であるといった事情がありましたことから、国が定めた上限を超えた範囲で募集定員の設定をすることを可能としておりました。しかし、今回の令和3年度の臨床研修の定員設定からは制度が変わりまして、都道府県が全ての定員を自由に決めることができるという仕組みになりましたので、原則最低2人にするといったルールを守った上で、国が定めた定員上限の範囲内で設定するような仕組みとしてはどうかという御提案になります。

最後に、激変緩和ルールの変更ということで、今までは当面の間、前年度の採用数プラス5人の定員を確保するという規則がございます。偏在是正の観点からはこちらは本来廃止すべきですが、そうしますと今回ほかにもいろいろな見直しがございますので、激変緩和は残す必要があると考えまして、プラス5の部分をとって前年度の採用数を定員として確保してはどうかということを事務局案として提案させていただいております。

最後に8ページが、今までの変更点を踏まえてどのような計算式になるかという表になります。

まず、全国の募集定員の上限に関しましては研修希望者の1.09倍に、先ほど申しました今回で言うと599の部分の5分の4倍をかけたものを全国の募集定員の上限としてはどうか。

さらに、各都道府県の募集定員の上限に関しましては、基本となる考え方は、人口か医学部の入学定員か、どちらの割合が多いのかということで計算をいたしますが、赤字で記載しておりますとおり、人口分布の1.2倍を限度とするという点及び地域枠の加算、さらに地理的条件等による加算の赤字で書いてあります(3)(4)、人口当たり医師数及び高齢化率の代わりに医師少数区域の人口や都道府県間の医師の偏在状況を踏まえた加算に変更する。その上で、最終的に①から③の合計が前年度の採用実績に満たない場合、前年度の採用数を当該都道府県の上限とするといった激変緩和を最後に行うという形で、計算方法の案として御提案させていただいております。

参考資料は、先ほど申しました今回の定員設定から完全に都道府県が全て決めるといった内容でございます。

続きまして、机上配付資料のA3の大きい紙を御覧ください。

計算方法は先ほどのスライドでお示ししたとおりですが、こちらの表でも再度御説明させていただきますと、1～3番は令和2年度、平成31年度の実績値となります。5番の列からが今回令和3年度の研修の募集定員の上限の計算部分となっております。6番の列が人口に応じた数、8番の列が入学定員に応じた数となります。9番の列が今回変更が加わったところですが、6番と8番のうち多いほう、ただし8番を使う場合は6番の1.2倍を上限とするということになっております。その数に基づいた基本となる数が10番の列となっております。そこに地域枠に応じた数12番の列及び14番の地理的条件等の加算が面積当たりの医師数による加算で、16番の列が離島人口による加算となります。さらに、19番の列が医師が少数の区域の人口による加算。最後に、残りの数を都道府県全体の医師の偏在状況により案分しております。20番の列は、医師が少ない都道府県ほど多い定員が配置されるような加算でございます。21の列が今まで申し上げたものを全て足した数となります。さらに、この数が昨年採用実績、3番の列の数に満たない場合は、昨年の採用実績の数は保証するというので補正がかけられております。最終的な都道府県別の募集定員の上限につきましては、25番の列の数字となります。

説明は以上となります。

○国土部会長 ありがとうございます。

都市部への集中を緩和するという議論は、ずっとこの会で方向性は認められていると理解しておりますが、今回は最近の都市部への集中緩和が横ばいであるという数字に基づいて、さらにそれを厳しく算定するという案の御説明であったと思います。この案につきまして、御質問・御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

この中で特に、大きく減る、大きく増えるというところを、この表から読み解くのは皆さん時間がかかると思うのですが、ポイントを御説明いただけますでしょうか。例

えば、県当たり医学校が2校あるところはかなり大きく変わると思うのですが、少しかみ砕いてお願いします。

○佐野主査 今回大きく変わる点としましては、一番大きいものは医学部定員のほうが多い場合は、人口の1.2倍を上限とするといった平成30年3月の報告書にある部分です。こちらの変更によりまして、例えば、人口は少ないけれども医学部が複数あるような都道府県に関しましては、人口に応じたいわゆる医療需要に近いような数に変更されております。

また、地域枠に関しましては、今までは一部の都道府県のみを加算でしたが、全国全ての都道府県で加算となっておりますので、そちらも数としましてはそこまで大きくはないですけれども、全ての都道府県に影響がある点ということになります。

○国土部会長 地域枠の加算は何番でしたか。

○佐野主査 地域枠の人数自体が11番となりまして、実際に加算される数は今回その1.09倍となりますので、12番の列が実際に加算される数となります。

○国土部会長 この表を見ながら比較するのはかなり難しいと思いますので、少しお時間をかけて見ていただきたいと思います。例えば、石川県などは2校あるわけですがけれども、今年が161であって採用実績が99、今回認められる定員が130ということで31減ると見ていく表だと思います。

差が出るようなコラムを1個つくっていただいたほうがわかりやすかったですけれども、あと東京もかなり減りますね。東京は1,473の定員で採用実績が1,353、今回は採用実績のほうが優先されて1,353ということですから、単純にやると120ぐらい減ると。恐らく国試不合格者分ですさらに減るだろうという予想がされるわけですがけれども、いかがでしょうか。少し時間をかけましょうか。何か御発言があったらどうぞ。

神野委員。

○神野委員 100万人しかいないのに医学部が2つある石川なのですけれども、恐らく県の担当者はびっくりすると思うのだけれども、採用実績と比べると募集定員が大きいのがまだ救いなのかなとは思いつつです。

7ページに「定員設定の弾力化に伴うルールの変更」という項目がございます。今回の新たな提案といたしまして、原則最低2人にするというところを廃止してはどうかという御意見のようですがけれども、特に中小病院の研修を考えますと、1人ということになると教育的な切磋琢磨するという観点からいかがなものかということで、特に上限が少ない県においては、最低2人要件というのは残したほうがいいのではないかと。その分は多少県が上乘せするくらいの弾力化はありなのかなと思いますが、どうでしょうか。

○国土部会長 上乘せというのは、県全体の定員もその調整によってちょっと増えるということですか。

○神野委員 1人のところがあった場合には、最低2人という要件を守っていただくと、若干増える可能性があるかなと思うのですが、その辺も厳しくやるかどうかということですが。臨床研修指定病院の退出基準はもちろんあるわけですから、ずっと来ていな

いところはしようがないと思うのですけれども、それなりに1人、2人いるところに関しては、今度全部1人という基準になると、ちょっと厳しいのではないかと思います。

○国土部会長 これは、地域に限らず全体にかかわる一般論としてということになりますか。

○神野委員 石川の話だけではなく、一般論としてそういうことを御提案したいと思いません。

○国土部会長 研修の実を考えるべきであるという御意見だと思いますが、この件について御議論いただきながら、もう少し時間をかけて表を見ていただきたいと思います。

これについては厚生労働省から。

○佐々木医事課長 今日の提案の全体的なことに関しましては引き続き御議論いただきながら、事務局で少し具体的に対応可能かどうか含めて検討させていただいて、この場でお返事できるものについては、後ほど調整が済んだ段階で、また事務局からお時間を頂いて、このように対応しますという形で後ほど御報告させていただきたいと思っています。

○国土部会長 新井委員、どうぞ。

○新井委員 今日の議論前提となるのは、3ページの6都道府県の減少の度合いが平成29年、平成30年、令和元年と横ばいになっているということだと思います。これが適当でないということで、今回いろいろな対策を講じるということですが、一つ教えていただきたいのは、青の線がどこまで下がったら理想とするのか、ゴールはあるのかということです。永遠に減り続けたらいいのか、果たしてゴールはどこにあるのかということです。ゴールがあるのであればそこから逆算してどういうプランで是正するのかということが決まるようにも思うのですけれども、その辺お聞かせいただけますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 どこまでいくのがゴールなのかというのは、もちろん考え方によります。なので、臨床研修でまさしく偏在を是正するところまで考えれば、どんどん低いほうがいいわけではございますけれども、定員に関しては適正な研修環境があるかということが一義的には非常に重要なわけで、そういう観点で今回見直していただく医学部定員と人口の割合に関しましては、これまで御議論いただいたように医療需要、1人の研修医が何人の患者さんを担当し得るのかという観点からすると、一定程度人口に合わせたほうがいだろうという観点で今回見直しております。そういう意味では、一つゴールとなり得るのは、今回募集定員を25番でお示ししておりますけれども、一定要件のもと、これまでの加味すべきことを全て加味したら21番になるわけですが、これを6都府県で足し合わせたところが一定のゴールという見方もございますが、もちろん様々な考え方はあると思いますので一概には言えませんが、一つの考え方としては今お示したとおり21番かと思っています。

○佐々木医事課長 補足です。今の新井委員の御質問は、本体資料の3ページの点だと思います。この表で横ばいになっているからという御指摘もありましたが、都市部への集中を是正していこうということは、もともとの議論であった上に直近の状況もこういうこと

であるということで、今回さらにそれを踏まえて提案をさせていただいているということがあります。

あとは、これは実は別の視点で議論も必要ではございますけれども、6都府県を大都市としておりますが、例えば、神奈川や愛知というのは必ずしも医師多数ではないのではないかという議論も医師需給分科会等でお出しておりますので、今後いわゆる大都市圏とそれ以外との比較で、従来の6都府県という形がそもそも妥当かどうかは少し検討が必要だと思っております。過去からの比較のため、今日はこの形で資料として出させていただいているということでございます。

○国土部会長 3ページの新井先生の御質問のグラフで、6都府県の人口比というのはどのくらいになるのでしょうか。これが適切な指標かどうかは別として、これまでの経過を見るのに一応使うということであれば、これはこれで重要だと思いますが、患者数という意味ではそれがゴールになるのではないですか。医師の養成数は、またもう少し上のラインにいくのでしょうかけれども。すぐ答えられなければ後でも結構です。

どうぞ。

○児玉医師臨床研修推進室長 人口比でいくと大体33%というのが一応参考値としてはあります。

○国土部会長 そんなに下がりますかね。もうちょっと上のような気がしますけれども。分かりました、それは後で確認していただくことにして。

森委員、どうぞ。

○森委員 指標だということは分かったのですが、3ページの今、新井委員がおっしゃったことと同じようなことなのですが、これが指標になっているのかどうかは別にして、並行しているので6都府県だけではなくて、大きいところの偏在をもうちょっと大きくしなければいけないという話で、実際には各県ごとにはデータとしては別々に指標を使っているはずですよ。だから、まとめて6都府県というわけではないのでしょうか。そこら辺がよく分からないのですが、要するに、これは見かけでこういうふうに見えるので、では、6都府県のどこが多いのかを見て、各県ごとにやったという感じに見えるので、そうすると、この6都府県が横ばいになっているのはあまり意味がないですよ。

○佐々木医事課長 そういう意味で、先ほどもお話し申し上げましたが、過去からこの比較をやってまいりましたけれども、今後これをフォローアップ、評価していくに当たって、このやり方でいいかどうかというのは少し検討が必要という認識でございます。

○国土部会長 岡村委員どうぞ。

○岡村委員 3ページの6都府県が横ばいになっているという話と、5ページの599人の外へ出ている分は相対するわけですよ。結局、599人の受入れについては、地方の県のキャパシティがないために、その分が大都市圏に配分されていると、そのように私は理解しています。

話は変わるのですが、机上配付の最終的な募集定員上限案の25番と、平成31年度の採用



実績の3番を比較しますと、募集定員の上限案よりも採用実績が多いところはないですね。計算をして案を出したけれども、ほとんどの県は届いていないですよ。多分、基幹病院とか人気のある病院はフルマッチに近いのだろうと思いますけれども、結果的に人気のない病院といったところが追いつかないために、募集定員の上限を十分満たすことができないという結果が出ているのではないかと解釈しています。

○加藤医師養成等企画調整室長 今、岡村委員御指摘のとおり、この599がどう分配されていったかということが横ばいにつながったという分析は我々の見解とも一致しております。過去この599を設置する際には、なかなか地方でも用意し切れないから、キャパがないからということで採用実績に基づいて分配しておりましたが、本当にキャパがないのかというのは、地方においても募集定員として定員は募集しているのですが採用できていない。募集定員というはある意味一定のキャパを示しているわけですので、それでも採用実績を満たしていないというのは本当にキャパがないと言えるのかという観点もあるかと思えます。そういう観点も含めて今回見直しを提案させていただきました。

先ほど御質問の目標のパーセンテージですが、先ほど申しあげました21番を仮に足し上げたもので計算しますと31%になります。

○国土部会長 いかがでしょうか。羽鳥委員。

○羽鳥委員 臨床研修定員の議論をする前に、そもそも論から言うと、医師偏在を初期研修医の数でコントロールするのは無理だと思います。厚労省からみれば調整をしていきたいという気持ちは分かるのですが、専門医・専攻医の募集もそうですけれども、東京も石川県も岡山とか少し多めだということも、結果的には5年、10年たっていくと医師少数区域にもどっていきますが、地域に皆さん行っているわけです。勉強は都会でしたいということであっても最終的な調整はできているのだと思うので、臨床研修定員を決めなくてもいいのではないかと思います。この案を提示して令和3年度からという、今の5年生あたりは結構びびっているのだと思うので、もう少し時間的な余裕があってもいいのではないかと思います。もう少し緻密な議論をしてやってもいいのではないかと思います。ここでいろいろな調整をするというのは、これから勉強しようと思っている方々にとっては負担が大き過ぎるのではないかと思います。

○佐々木医事課長 御指摘ありがとうございます。今回、議論をきちんとトレースできるように資料も用意したつもりですけれども、今、調整は働いているという御意見もありましたが、従来の取り組みでは、地域偏在、診療科偏在というものが十分是正されてこなかったもので、平成30年の医師法、医療法改正の中で、各都道府県で医師確保計画をつくり、そして、初期研修に関して言いますと、都道府県ごとの総枠は国で決めますが、各病院の定員・配置を国から都道府県に権限委譲し、具体的な配置については地対協で議論いただくということになったところでございます。

少し時間をかければという御指摘もありましたが、令和2年4月から都道府県の事務になるところでございます。実は本日の会議の結果も各都道府県は心待ちにしているのが

実情です。2月上旬にも地対協の会議が既に予定されている地域が幾つかございまして、早く提供してほしいとの強い要望を頂いているところでございます。今日の御議論の中で先ほど見直しの御指摘もありましたので少し検討して後ほど回答させていただきますが、具体的な結果は今日決めていただいて、各都道府県に提示はさせていただきたいと思っております。

○国土部会長 森委員。

○森委員 確認なのですが、都道府県に権限委譲するということは、例えば簡単に言うと、定員を押さえてくると、私は愛知県なのですが、愛知県の真ん中のほうはフルマッチのままなのですが、辺縁が削られていくんですね。つまり、都道府県の中の偏在が極めて助長されるということがあるのです。それは今度は都道府県で考えろということになるわけですよ。これはすごく大変なことなのですがけれども、知事さんたちは分かっているのでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 都道府県権限委譲に関しましては、この臨床研修部会でも何度も御議論いただきましたが、我々も都道府県に向けて研修会や講習会を含めて何度もこれまで1年以上かけて説明してまいりましたので、それを経て今回、地対協を早めに設定して、そういう県内の偏在対策に資するような定員配置をしたいということで今、準備をされているものと我々は認識しておりますので、繰り返しになりますが、現状としては今回の会で決める必要があると認識しております。

○国土部会長 いかがでしょうか。神野委員。

○神野委員 先ほど新井委員がおっしゃった3ページで、先ほど人口では33で、21を足すと31%、これは独り歩きしそうでちょっと怖いですがけれども、本来ならばそのために偏在指数をつくったわけですね。流出入とか医師の構成比とか。なので、偏在指数を基にして目標値みたいなものを出したほうが間違いないのではないかと。そうすると、流出入などを考えると、もしかしたら東京は31とか33よりももうちょっと高くなるのかなという気もしないではないと思いますので、偏在指数と絡めてやってほしいなと思います。

○国土部会長 新井委員。

○新井委員 しつこいのですがけれども3ページの図で、定員制というかキャップをかぶせるのは平成22年からですよ。そうすると、平成22年の研修から都道府県別の募集定員に上限を設定したということですから、この方針だと、平成22年から研修を始めた人たちは、ちょうど今、専門医の研修を終えるぐらいのところですよ。

○加藤医師養成等企画調整室長 もうちょっと早いです。平成27年ぐらいには。

○新井委員 そうすると、ようやくここ数年で、一応専門医として医療を支える立場になるという状況になると思います。ですから、今日ご説明のあったことは、一々もっともで全く異論はないのだけれども、この上制限が地域偏在にしても、臨床科偏在にしても、どういう影響を及ぼすかというのは、少なくとも今の時点で明確にこうだと言えるのですか。ここで決めたことが5年後、10年後にどういう結果をもたらすか。もちろん地域偏在を是

正するという事は正しいし、そのために研修医の上限を定めることも正しいとは思いますが、ただこれも、これがもうちょっとしたときにどういう結末をもたらすのか。さっきのどこがゴールなのかにも少し関連するのですけれども、その辺の考察があってもいいような気が若干するのですけれども、いかがですか。

○佐々木医事課長 なかなかお答えするのが難しいですが、ある程度の前提をおいて予測するしかないのと思っております。医師需給分科会などでは医師の地域偏在を是正するには入学時、初期研修時、専門研修時という3つ時期に取り組みが必要であるという議論がされてきました。この臨床研修部会においては、初期研修時の議論をしていきたい場があります。この6都府県の比較が今後使えるかどうかというのはありますが、少なくとも過去からの経緯では、これを一つの指標として差を縮めていこうということをしてきたところでございます。今回の案も大半の地域県は採用実績を上回る募集定員となっておりますし、また、過去の実績の一つの上限として、募集定員が下回るところは配慮するということが案であります。

先ほど御指摘がありました、資料の7ページの2つ目「定員設定の弾力化に伴うルールの変更」のところに関して、今までのお話も踏まえて考えたところでございますが、研修医が1人になるということが起きてしまうということに対する配慮を従来やってきたということに関して、今回廃止ということで、御提案申し上げたわけでございますが、先ほど御指摘がありましたが、各都道府県もこれから調整していくということもありますので、国が定めた上限に加えて、最低限2人にするという調整を加えることによって、各地域の議論の調整の余地を残すこともあり得るのかなと感じているところでございます。それも含めまして、また御議論いただければと思います。

○国土部会長 羽鳥委員。

○羽鳥委員 今年の実績より厚労省が告示になった募集定員のほうが上回っているということですが、東京都をみますと、去年の実績のみで定数をきめてしまうそのうち、例年10%の方が国家試験に落ちることを考えると、実際には1割減ということですよ。例えば、東京とか幾つかの県では、見かけ上、募集定員を今年の実績に合わせてしまうと東京10%減になるということを示しているということですから、そういうことを考えると、もうちょっと余裕を持って告示になってもいいのかなと思います。

○佐々木医事課長 事務局の説明が不足しており申し訳ないのですが、今回の机上配付資料を見ていただきますと、各都道府県が本来配分されるべき定員枠があるわけですが、前年度実績を確保するために、各県地域から定員枠を提供いただいているという構造になっております。全体としては偏在是正を進めていくという中であって、緩和するための工夫を入れさせていただいているということでございます。

先ほど新井委員からも御指摘がございましたが、各地域で初期研修だけではなく専門研修、地域枠の議論もこれから出てまいります。その影響がどのような形で出てくるのかについては、確かにフォローアップしながら施策の微調整をさせていただく必要があります

ので、それに関しましては今後、検討をしてみたいと思います。

なおかつ、今議論いただいている募集定員上限に関しましては、本日、この会としての御意見を踏まえた上で、各都道府県に内示していきたいと思っているところです。その内示の結果を踏まえて、また各都道府県からも御意見があると思いますし、また地対協でも議論いただきますので、そういったものを総合的に踏まえて最終的などという形でまとまったかについては、この臨床研修部会でも御報告し、御議論していただこうと思っております。

○国土部会長 すみません、私ちょっと理解していなかったのですが、今日ここで定数をまず決めて提言して、その後どういう手続になるのか、もう一回御説明いただけますか。本日の結論が確定ではないということですか。

○佐々木医事課長 机上配付資料の一番左の欄を見ていただきますと、実はほとんどの県が上から3つ目などもそうですが、国として上限を設定しておいても実際に募集定員として設定できていないとか、先ほど申し上げたように、地域での話し合いでそれを超える数を設定しているという例がございます。ですので、今後、我々が募集定員上限案を各都道府県に内示した後で、実際に地域で御議論いただく中で最終的に幾つかになるかというところはございますので、各都道府県の定員が最終的にどうなったかは、またこの部会に御報告するということになると思っております。

○国土部会長 例えば、おたくの県は数十増やしましたよと。だけれども、結局、その県で検討したらそれほど必要ないということ、少ないということもあり得るし、その逆もあり得るということですね。

○佐々木医事課長 さようでございます。

○国土部会長 どうぞ。

○羽鳥委員 その場合、さっき599が足りなかったのが東京などに行ったということですが、それが今度はあり得ないということですね。

○加藤医師養成等企画調整室長 599は今回5分の4として加味していますので、既に599の5分の4は配分されているわけでございます。1番と2番の差には、先ほど申し上げたように、定員が用意できなかったことによる減少と、御提案いただいたように定員が1しかないところを2にすることによって増えているところなので、増減が両方ともにあり得るということですので、例えば、京都に関しましては昨年度262配分しているのを270使っておりますので、そういった増減が今後、都道府県で決めていただく中で出てきますので、それを国に報告していただいた後、また先生方に御提示するというプロセスでございます。

○国土部会長 いかがでしょうか。新井委員どうぞ。

○新井委員 理解できましたけれども、最低2人というのは廃止というよりも、最低2人をどうするかは全く県に委ねてしまって、別に県が最低2人というルールをつくっても、定員の中で収まっていればそれは全く問題ないという理解ですね。ですから、2人の廃止というのは誤解されないようにうまく伝えないとまずいように思います。最低2人とするかどうかは県の裁量だがその代わり定員にちゃんと収めてくださいよということよろし

いのですよね。

○佐々木医事課長 従来からも様々な検討の結果、募集定員上限を超えることも起きておりますので、今回は具体例として今の最低2人というのは明確にお示しして、各地域の地対協で御議論いただきたいと思っております。

○国土部会長 森委員。

○森委員 若干総論的ではあるのですが、入り口を精緻にしていくということはとても大事なことだと思っておりますし、そうなのだと思いますが、私たちが現場にいて今やっけていることが実感として解離が若干あるんですよね。何で解離があるかという、例えば地方である程度医者が足りないというのはロケーションが問題というか、数が配置されれば何とかなる。都市部というのはそこそこ医者がいる。そうすると、医者が何を選択しているかで全然違ってきてしまうんですね。私は名古屋にいますけれども、愛知県は医師不足地域ですが、名古屋市には医者はたくさんいるんです。では、医師募集をすると来るかという来ないんです、大変な病院には来ないです。今そういう流れがあって、結局、入り口を精緻にしても、現場でどういう仕事に就いてどういうことをやっているかで物すごく左右されるので、あまりここだけ頑張っても現場とはすごく解離が起こるんです。これは定員の問題もそうだし、専門医制度のシーリングの問題もそうなのですが、全く実感と違うところがかかってくるという感じがするんです。実際、どういう仕事に就いている人たちがどうなっているかというのは都道府県に丸投げしてしまうのですか。そこは国が関与するのかもしれないのか、そのあたりを教えてもらいたいのですが。要するに、適正配置ではないけれども、仕事の内容まで踏み込まないとゴールが見えないと思うんですよ。

○加藤医師養成等企画調整室長 臨床研修医の各都道府県における定員の配置に関しましては、今回から10割を各都道府県に配置することになりますので、少し恣意的な配置であったり、あるいは偏在対策としてもあまり適正ではないような配置が起きたりという御懸念は、既にこの臨床研修部会でも幾つか御指摘があったところでございます。ですので、我々としても基本的にはこれまで厚労省がどういうふう配置してきたのかということ、マニュアルを通じて適切な配置の仕方に関してはお示しさせていただいておりますし、今回どのような基準で各都道府県が配置したのかも御報告いただくことになっております。それはこの臨床研修部会でもお示ししていただきながら、配置のあり方に関しましては御議論いただきたいと思っております。基本的には各都道府県の権限となりましたけれども、我々も引き続き注視していくということでございます。

1点目、森委員に御指摘いただいたとおり、医師の配置に関しましては、もちろん定員をキリキリ絞っていくだけで偏在は解決できるわけではございませんし、非常に重労働のところは人気がないという傾向が強まっているのは我々も承知しているところでございまして、御存じのとおり2024年から始まる医師の働き方改革に向けて、長時間労働になっている医師の働き方をまさに是正して、女性医師も含めてどの医師もどこでも働けるような環境をつくっていくことを目指して、我々も定員のことだけではなく働き方も含めて取

り組ませていただいておりますので、なかなかすぐには効果が見えないのかもしれませんが、併せて取り組ませていただきたいと思います。

○国土部会長 神野委員。

○神野委員 一応、先ほどの最低2人ということに対しては、中小の研修病院に対して考慮いただいたと理解いたしますし、ブレーキペダルではないですけれども、多少遊びがあったとしても、例えばそれがなぜ1人多いのだとか、2人多いのだということを都道府県がきちんと説明できればよろしいと理解してよろしいのですよね。何が何でもこの定員ではなくてということですね。

○佐々木医事課長 具体的には、増える可能性があるケースとしては2人配置を申しておりますけれども、今回の大きく制度も見直しをいたしますし、各都道府県に内示する中で具体的な意見・提案に関しては、しっかりと意見交換しながら進めてまいりたいと思えますし、かつ、どのような形で意見があつて、どう対応したか、適切なものかどうかも含めまして、今後とも臨床研修部会でまた御議論いただければと思っております。

○国土部会長 私がちょっと気になりますのは、各県を見てみると例えば、傾向として東北地方は割とプラスが多くて、西日本はプラスマイナスいろいろです。マイナス幅が多いのは数えてみると、石川県と岡山県が特に採用実数よりもかなり減らされるようです。神奈川もそうですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 いずれも採用実績から下回るところはございません。

○国土部会長 県が設定した総数よりはかなり減りますよね。要するにこれはどういうことが起こるか想像すると、おたくの病院はゼロにしてくださいとか、2を0にしてくださいという病院が幾つか出てくるはずですね。病院によっては死活問題になるようなことが部分的に発生するのではないかと心配いたしますが。

○佐々木医事課長 御指摘の点も地域の中ではいろいろな議論が起きるかと思いますが、実際に活用できていないということもございしますので、より魅力的なプログラムを各病院が切磋琢磨して用意していただくことで、その地域に残っていただく医師をつくっていく必要もございしますので、地域としてきちんと定員埋めていただけるような見直しの機会としても使っていただければと思っております。

○国土部会長 それは正論だと思いますが、先ほど羽鳥委員から少し時間的な余裕を持ったほうがいいのかという御意見や、私は司会役なので言いにくいのですけれども、例えば、激変緩和のために振れ幅を半分にするとか、そういう調整はあり得るのでしょうか。

○佐々木医事課長 事務局の説明が不足しているなど反省しているところでございますが、この提案の基となっている内容につきましては、本部会で何回か御議論いただき、基本的な設計に関しては先ほど本体資料の4ページでお示ししたとおり、決まってきたということでございます。今回、具体的な数字案を御提示しましたのでいろいろと御議論はあると思えますけれども、各都道府県が待っておりますので、まずはこの数字を提示させていた

だきたいと思っております。先ほど申し上げたとおり各都道府県において今後、具体的な議論を各地域の地対協で実施されていきますので、まずは提示した上で地域の意見の動向を見た上で、最終的な状況についてこの部会に御報告し、また御意見をいただきたいと思っております。なお、今の部会長の御提案は、本日はは決定しないということでしょうか。

○国土部会長 いや、そういう意味ではありません。司会役が提案するのはあまりよくないので、これ以上は控えますが、可能性を伺っただけです。

いかがでしょうか。どうぞ。

○新井委員 この数字は前の部会の議論を踏まえたものであるし、非常にご苦労されて精緻に算出したものだと思いますので尊重されるべきだと考えます。一方で、東京で言えばいつまで減らされ続けるのかということに対して心配する声もあります。したがって、長期的展望に立ってどういう方向性に行くのか、さっきの3ページの青いラインの、ゴールはとりあえず今ははっきりしていないと理解しましたけれども、そういうことも併せて長期展望を示していただきたいと思えます。

○佐々木医事課長 令和7年に初期研修医の1.05倍までを定員とするというゴールは決まっております。あくまでも、それをどう分配していくかというお話でございますので、これは大変申し訳ないのですが、現在医師が多数集まっている地域の定員を維持するということは地の地域が増えないということになります。現状を追認という話ですと従来の議論を踏まえた調整できないということになります。先ほど来、様々な取り組みの影響について御懸念いただいておりますので、今回の議論を踏まえた懸念点につきまして、しっかりフォローアップする中で各地域の意見なども出てまいると思えますので、影響の評価については、引き続きの御議論を賜りたいと思っておりますのでございます。

○国土部会長 森委員、いかがですか。

○森委員 ちょっとお願いするだけなのですけれども、これも都道府県に数字を出す際に、定員を絞っていくと必ずヒエラルキーが各都道府県にございまして、強いところは全く減らさずに弱いところが減っていくというヒエラルキーがありますので、そうならないように、要するに地域内での格差を是正するように動いてくれということを一言つけ加えていただけると助かります。

○国土部会長 木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 一番重視すべきは、研修効果と医療ニーズにあった研修ができるかということだと思います。その点で4ページで、今までの研修部会でこういったファクターを設定して落としどころをつけて、今回精緻な数字が出たということで、実際に見ますと東京や京都は人口の割にはドクターが多い、偏在指標も確かに300を超えているということで、出た数字を見ると私はこれで妥当なのではないかと考えます。都市部ですと、研修医が仕事がなくあぶれてしまうということが実際に起こっていることがあると思えますので、研修医がどれだけ研修効果を上げられるかを考えますと、これまでの議論の4ページのファクターを考えてというこの数字は問題ないかと私は思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

全体として若干の懸念はあるものの、基本的な方針としてはこうあるべきなのではないかということでもよろしいでしょうか。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 研修医数を増やした県についてですが、病院募集定員をかなり上回っている県もありますが、この場合、例えば、指導医数や病院の体力が追いつかないということは起こらないのでしょうか。研修医数についてそういった事情も踏まえた上で考えられたのでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 我々としても、大都市部を絞っていくに当たって、地方において研修する方たちが増えていくことを見込んでおります。ただ、募集定員が今回配分するのに比べて、例えば、2番の令和2年度に配置している定員が明らかに少ない県もございますので、そういったところではこれから指導医を確保するよう御尽力をいただかないといけないと思っています。なので、すぐに用意できるかということ、すぐには用意できないかもしれませんが、徐々に研修医が増えていく中でこれだけ指導医が必要になるのだということが出てくれば、徐々に増やしていくことになるかと思えますし、我々としてもできるだけ指導体制を支援するという事は打ち出しておりますので、そのようにしていきたいと思っております。

○国土部会長 大体御意見は出尽くしましたでしょうか。

では、まとめて行きたいと思えます。最初に神野委員がおっしゃった7ページの「定員設定の弾力化に伴うルールの変更」の最低2名ということについては、どういう形にいたしましょうか。

○佐々木医事課長 先ほど明確に申しませんでしたでしたが、7ページの2つ目のルールに関しては廃止ということではなくて、こういった要素を考慮して各都道府県が設定するという取り扱いにしたいと思っております。

○国土部会長 こちらは残しておくということでもよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それ以外につきましては、計算いただいた数字で都道府県に提示していただくという結論でもよろしいでしょうか。ありがとうございます。そのようにさせていただきたいと思えます。この議論を踏まえて、当部会では引き続き審議ということになります。

続きまして、議題3に移りたいと思えます。こちらは「臨床研修制度における働き方改革への対応」ということでもございますが、事務局から資料2について説明いただいた後で、また議論をお願いしたいと思います。

それでは、よろしく申し上げます。

○加藤医師養成等企画調整室長 資料2を御覧ください。「臨床研修制度における医師の働き方改革への対応について」ということで、これまでも一度、医師の働き方改革につきましては御紹介させていただいたこともございますけれども、現在、医師の働き方改革を



推進する検討会ということで徐々に議論は煮詰まってきておりますので、この段階で確定事項ではございませんけれども、おおよその議論が固まった部分を御紹介させていただきながら、臨床研修制度においてどのように対応していくのか本日、御議論いただければと思っております。

それでは、2ページを御覧いただけますでしょうか。医師の働き方改革において一番影響が大きいのが医師の時間外労働の規制ということで「上限規制」と呼んでおりますけれども、これは2024年4月から適用される予定になっております。臨床研修制度におきましては(C)-1水準というものが設けられておりまして、一定期間は集中的に勤務することによって技能向上をする必要があるのではないかという観点から、年1,860時間という上限規制を特例的に臨床研修医、そして専攻医に対して病院が選択できるという制度設計になっております。その場合は下半分にございますとおり、追加的健康確保措置と連続勤務時間制限28時間、そして勤務間のインターバルを9時間確保する、あるいは取れない場合は代償休息を取ることを義務化して、健康確保をしていくという制度設計になっております。

3ページは今申し上げましたように、一番右にございます集中的技能向上水準というものが36協定で1,860時間まで締結できることになるわけではございますけれども、このように整理させていただいております。

4ページは、勤務時間が週当たり60時間以上になっている診療科の割合でございますが、これは臨床研修においても産婦人科、外科、救急相当の時間外労働時間があるということを示しております。

5ページは飛ばさせていただきます。

6ページ以降が、(C)-1水準の指定要件とプロセスになります。

7ページを御覧いただきますと、どの病院も手を挙げれば(C)-1水準になれるよというものではなくて、4番にございますとおり、36協定において年960時間を超える協定をする。これは労使交渉によって決まるわけですが、そういった合意が得られていることや、6番にございますとおり時短計画が作成されていること、あるいは7番、第三者評価の評価を受審していること。そして、8番にありますとおり、先ほど申し上げましたような追加的健康確保措置の実施体制が整備されていることが客観的にも担保される必要があるということをお示ししております。

少し飛ばしまして9ページを御覧いただきますと、指定における具体的な流れをお示ししております。2024年から(C)-1水準が適用されることとなりますけれども、医療機関としましては様々な整備の後、計画を都道府県に提出することとなります。先ほど申し上げました第三者評価、これを今「評価機能」と呼んでおりますけれども、受けていただいて、その結果に合わせて計画を練り直すと。そして再度提出して、地域医療の観点から地対協だとか医療審議会からの意見を経て、都道府県が最終的に病院を指定するというような流れを想定しております。

10ページにさせていただきますと、第三者評価ということでどのような労務管理体制に

なっているのか、時間短縮のプロセスをしっかりと踏んでいるのか、最終的なアウトカムとして960時間以上の方たちがどの程度いるのかということ第三者評価機関に評価していただくことを想定しております、その評価の視点のイメージをお示ししております。

11ページは、それぞれ今回、医師の働き方改革を行うに当たって多くの関係機関が関与することになりますが、(C)-1 水準の臨床研修のところを御覧いただきますと、都道府県におきましては年次報告やあるいは研修医を募集するに当たって、様々な要件を課すことを予定しております。医療法第25条の立入検査によって実際に追加的健康確保措置を講じられる体制があるのかを確認しております。

続きまして13ページに移っていただきますと、追加的健康確保措置の義務に関してお示ししておりますが、先ほど申し上げましたとおり、(C)-1 水準というものは連続勤務時間制限、インターバル規制、面接指導が義務化されてまいりますので、これをどのように履行しているのかは先ほど申し上げましたとおり、医療法第25条の立入検査等々を経て、十分にされていない場合は都道府県による支援や改善命令をされるというような立てつけになっております。

14ページは時短計画の項目でございますが、取り組むべきこととしては、現状のアウトカム、どれくらいの時間外労働者が臨床研修においてもどの程度いるのか、意識改革や啓発、タスク・シフト／シェアをどの程度やっていて、さらにどう改善していくのかをこの中で盛り込んでいただくということになっております。

15ページは、タスク・シフト／シェアを推進するための検討会を今開催しておりますが、その中で提案させていただいた内容の中に、最終的に、医師が本来多職種にタスク・シフトすべきものを臨床研修医が担っているケースはどうしても多数あるだろうという観点から、臨床研修医アンケート、これは毎年2年目の最後にやらせていただいておりますけれども、研修医を対象に現在、厚労省としてもタスク・シフトすべき項目を出させていただいておりますので、そういったものが実際どうなっているのかを定点観測して分析の後、タスク・シフト／シェアを改善する政策の立案に生かさせていただこうということを計画しております。

このような医師の働き方改革を進めるには17ページにございますけれども、2024年までの見通しということで、2024年から上限規制が始まりますので、その前には時短計画、評価機能による評価等々を受ける必要がございます。

来年度に関しましても18ページを御覧いただきますと、臨床研修に関しましてはプログラムに上限規制の時間を記載する必要がございますので、36協定を2020年度に結び直していただいて、時間外労働の実態把握をするというのが来年実施していただかないといけない項目になります。そして、時短計画を作成し、2022年には評価機能の受審が迫ってまいります。

2023年にはその計画に基づいた募集をするという予定になっておりますので、この計画に基づいてどのように対応していくのかというのが、19ページにお示しさせていただきます

ておりますが、今年度中に年960時間以上を超える可能性がある病院に関しては、客観的な労務管理をして時短計画を作成し、2022年には評価機能を受審する必要があることをまず周知徹底するということを検討しております。

また、働き方改革の履行を確保するために幾つか今回、省令等の改正を検討しております。また、時短計画をつくるに当たっては、当事者である研修医と指導者との意見交換が十分される必要があるという観点から、臨床研修管理委員会において協議事項として定めるということを検討しております。

また、法律に定められた報告事項の中に時間外労働時間の実績を盛り込むことと、先ほど申し上げましたとおり、タスク・シフト／シェアを含む実態を臨床研修医アンケートの中にも盛り込んでいただいて、今後も分析していくということを案として考えております。

20ページでございますが、今、働き方検討会でも指摘されておりますが、労働時間を短縮することによって研修効果が落ちるのではないかと、やみくもに当直の回数を減らせばいいのではないかとというような議論もされていると聞いておりますけれども、我々としてはそういった懸念があることを承知した上で、1点目にありますとおり、臨床研修医が十分な診療能力を取得するためのプログラムの要件について、研修に関するエビデンスを参考に時短の取り組みを行いながら、高い研修効果を得るための推奨事項や取り組みの好事例などを研究班で検討していただければどうかということで御提案させていただきます。

これまでこの臨床研修部会でもJAMEPという客観的な評価の試験を御紹介させていただいて、その分析の中でしっかり臨床研修効果を見込むには当直回数は4～5回ではないかということや、自己研さんの時間は1時半程度確保できるのが望ましいこと等が提案されてエビデンスとしても出てきておりますので、そういったものをどう活用するか。そして、当直といっても臨床研修医はほとんど夜勤のようなものだと思いますので、そうしたものを労働時間の中にどう納めていくかということでは、変形労働時間制というものを導入しているプログラムがございますので、そうした好事例をお示ししていただくのがいいのではないかとこのことを御提案申し上げます。

また、2点目に関しましては、960時間以上は今で言う過労死水準を超えているわけですので、基本的には学生がプログラム、どれくらい時間外労働時間を課される可能性があるのかを見て選んでいただくシステムになりますので、そうすると、時間外労働時間が短いところを選ぶ傾向になるのではないかとこの研修病院の懸念から、研修医の労働時間を減らす傾向にあるとも聞いておりますが、ここにお示しさせていただいたとおり、プログラム研修効果と関連して客観的な指標、病棟の受け持ち患者数や救急外来での経験症例数やJAMEP等の試験の結果などもしっかり時短の進捗とともに併せてお示ししていただく中で、そういうことも含めて研修医に選んでいただけるように制度としても設計したらどうかということをお提案させていただきますので、御議論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。

既に皆さん御存じのとおり、働き方改革の制度改革がどういうふうに応用されるかについての御説明でしたが、御質問・御意見ございますか。岡村委員。

○岡村委員 今、説明していただいた14ページですけれども、医師労働時間短縮計画の項目例の必須記載ですが、これは臨床研修医ではなくて全体の医師の話ですよ。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘のとおりでございます。もちろん、これを作成するに当たって全医師を対象にして作成していただきますので、その中には臨床研修医がどうかということところは1番の時間外労働の中にもしっかりと、診療科ごとということでございますけれども、臨床研修医がどうかということも記載していただく必要があると思いますので、そういったところは臨床研修制度と関連するかと思いますし、先ほど申し上げましたように、タスク・シフト/シェアの多くは臨床研修医が最後までシフトシェアできずに業務を行っている実態もあるという観点から、そういったところも含めて計画を作成していただくということになるかと思います。

○岡村委員 その場合、臨床研修でなければ固定の病院で1年間なら1年間いるわけですけれども、臨床研修の場合はローテーションをしたり、院外の施設で研修しますので、それは誰が管理することになりますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 今まさしく医師の働き方改革の推進検討会で検討しているところではございますけれども、一義的にはプログラムとしての責任は基幹型臨床研修病院にございますので、少なくとも協力型のところでどのような時間外労働が発生しているのかに関しましては、十分に情報交換しながら把握していただいて、最後取りまとめてプログラムとして年どれくらい時間外労働があるのかはお示ししていただくことになるかと思っております。

○国土部会長 金丸委員。

○金丸委員 2点というか関連なので、4ページの研修医の労働時間が突出しているということでマークしてあるのですが、救急科と匹敵するくらいと。これは数値ですからそのとおりだろうと思うのですが、救急科は実際の労働そのものだと思うのですが、研修医というのはどこかに学習者としての要素の時間が入っていると思うんです。労働者の位置づけだからこういう計算になるのかもしれないのですけれども、実際の中身としては、この中には相当部分の学習者としての時間が案分されているのではないかと。

その点に関連して14ページ、先ほど岡村委員がおっしゃった、左下の項目のタスク・シフト/シェアですが、研修医は当然経験を踏まなければいけない部分ですよ。だから、ここの経験があることと、先ほど少しコメントされましたが、ここに記載されている研修においては多職種にシフトができるかもしれないけれども、研修の2年間というのは多職種でできるかもしれないこともやったほうが研修効果が上がるという部分でも実はあるわけですね。それが最後の懸念というところ、整理して詳しくこういうことをしたいという非常に建設的な好事例の研究であるとか、まさにそこにも通ずるのかなということで、そう

いったことが働き方改革施行に向けてもう少し踏み込んだ整理ができて、もちろん一番大事なのは健康管理が入ったということだと思います。今までなかった部分がしっかりと入った中で、さらに研修効果、研修の充実、単に時間で効率よくということではもちろんないと思うのですが、研修医は学習者でもあるという視点を踏み込んで重ねて検討いただくとありがたいかなと思ったのですが、いかがでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 少し補足させていただきますと、今御指摘いただいたとおり、4ページに労働時間ということで臨床研修医は長いという実態をお示ししておりますが、一応2016年に行った役務実態調査で、そのときには指示があるかないかを明記していただくことになっておりました。指示がないところを積み上げて、この時間帯になっておりますので、基本的には自己学習、自己研さんと言われているところは除かれた数字かと我々としては認識しておりますが、新たに昨年行ったものに関しましては、さらに診療時間か診療時間外、要はカンファレンスかどうかというところまで分けてデータをとるようしておりますので、またそういった結果も併せて御提示させていただきながら御議論いただきたいと思いますと思っております。

先ほど御懸念いただきましたタスク・シフト／シェアに関しましては、まさしく御指摘のとおり、ここに例示してある、いわゆる採血やルートの確保、静脈注射というようなものは当然、研修医のときに一定程度の経験が必要になるものだと思います。我々今回、臨床研修アンケートにも盛り込ませていただいたのは、研修として習得のために行っているのかという点と、漫然とそれを2年間業務として課されてやっているのかというところを分けて聞くようにしておりますので、そういった分析結果も踏まえて、またいろいろと御指摘いただけたらと思っております。

○国土部会長 いかがでしょうか。岡村委員。

○岡村委員 2ページでA、B、(C)-1、(C)-2というのがありますが、Aが960時間で、Bと(C)-1、(C)-2は1,860時間なのですけれども、あまりにも違いがあり過ぎて、しかも月100時間と言っているわけですから、本来なら1,200時間というのが間にあっても不思議ではないのですが、例えば14ページの調査項目も1,860時間以上の割合と、その下で960～1,860時間となっているのは全部一緒にしてしまうわけですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 説明が不足しておりますが大変恐縮ですけれども、2ページの1,860時間は、先ほど申し上げましたように2016年に行った勤務実態調査におきまして、勤務医の上10%がおよそ1,860時間に近いという観点から、地域医療への影響等々を加味して2024年までに全ての医師が1,860時間未満になることを目指そうということにしておりますので、もちろんこれだけ働けというメッセージではないということは繰り返し我々としても提示させていただいております。

今、御指摘いただいたような時短計画における項目に関しましても、960～1,860時間のニーズの割合ということで記載しているので、1,860時間以内に入ればいいというわけではなくて、実態は今1,400か1,500時間ぐらいの人が何人いるのかということは診療科別に出

していただいて、その人たちが960時間未満を目指すにはどうすればいいかということ御議論いただいた上で、ここに記載させていただくということを検討しておりますので、項目だけ出すと960時間超えていても1,860時間未満だったらいいのかと見えてしまうかと思えますけれども、まさしく時短計画の作成のガイドラインを今後、厚労省としても出していく予定でございますので、もう少しメッセージとしても分かりやすく伝わるように努めていきたいと思えます。

○国土部会長 ほかはいかがでしょうか。木戸委員。

○木戸委員 制度設計においては先ほどお話がありましたように、研修効果を最大にするということが大変重要かと思えます。研究班でそういった検討が進んでいるということですが、都市部や地方、大学病院、市中病院、様々なシチュエーションで違うと思えますので、多様なところからのエビデンスを蓄積して、どうしたら一番少ない時間で高い研修効果が上げられるかをきちんと検討していくべきだと思えます。

もう一点は、弱い立場の人を守る仕組みが一番重要で、研修医は医療現場で最も弱い立場で、しかも1カ月とか2カ月とか短期間でローテートしていきますので、大変ストレスフルな環境で働いています。そういった方の心身への長時間労働の影響は、私ども慣れている人とは全然違うと思えますので、そういった方に関して格段の追加的健康確保措置を講じるということが大変重要だと思えます。国の検討会でも(C)-1水準の方は別途の義務なども出ていますけれども、相談窓口をきちんと設置するとか、組織としてこういった方を守る体制づくりが求められると思えます。何よりも研修医の方の立場に立って、(C)-1水準とA水準をそれぞれ選んだときに、今どうなるか、将来の自分の医師としてのキャリアがどうなるかが少し見えてくるような情報公開も大変大事ですので、自分でそういった情報を見ながら将来どのコースを取るか選択できるようなことを私どもは考えていく必要があると思えます。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

私から質問ですけれども、(C)-1水準病院と(C)-1水準ではない病院ができて、同じ病院の中でも(C)-1水準のプログラムとそうではないプログラムがいろいろ混在するというような想定でしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘のとおり、(C)-1水準とA水準の病院が、要は臨床研修医に対する36協定が960時間未満で結ばれているのか、以上で結ばれているのかで分かれてくることとなります。(C)-1水準の指定を受けた病院においても、プログラムを分けるということも可能かと思えますし、あくまで36協定でどこまで結んでいるのかということとなりますので、実際に勤務されるに当たっては、雇用契約書の中でその方とは個別に契約して、(C)-1水準を満たしている病院だが、960時間未満の雇用契約書を特定の臨床研修医と結ぶというようなことも可能でございます。

○国土部会長 新井委員、例えば順天堂大学ではどうされますか。

○新井委員 (C)-1を取らないとというか、(C)-1とそうでないものが混在すると、研修に入る前の人たちがどういう基準でそこを選ぶのかがちょっと心配です。やすきに流れるというのを、一律に批判はできないけれども、そこが一つ心配です。かといって、実際はそうならざるを得ないだろうなとも思っています。さっきのお話ではないですけども、いかにプログラム自体が魅力あるもので、そこに行ったら自分がしっかりと研修できるのだということを明示しないといけない、それが我々の責務だと思います。

私自身は研修医がタスク・シフトをする側に立つというのは、あまりイメージとして持っていなかったのですが、言われるとおりに漫然と業務を行うというのは確かによくないと思います。こういうことを実際に実効性をもって行うには、今よく言われているシームレスの教育で卒前に、今1年目の研修医がやっていることを学部の前倒しする、それによってこういうことがより現実のものになってくるのかなと思います。この場で議論することではないのかもしれませんが、ぜひ卒前卒後の医師育成をシームレスにするということを厚労省・文科省で進めていただきたいと強く思いました。

あと、前回、JAMEPをお聞きして非常に印象的でした。大学病院では、まだ20に満たないところしか採用していないということでしたので、実は私どもの大学は来年度から採用することにしました。評価を客観的に行うことを示して、研修医にも見えるし、我々にも見えるという方向でいくべきなのかなと思っています。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

スケジュールの確認ですけども、18ページにタイムテーブルがありますが、医療機関宛てに周知するのは今年度末というスケジュールでよろしいでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 末というわけではなく、まずこの場で御議論いただいた後、できるだけ早く周知させていただいて、2020年4月から客観的な労務管理の下、実態の把握を各医療機関にさせていただく必要がございますので、早めに発出していきたくと思います。

○国土部会長 よろしいでしょうか。ほかに御質問がなければ、この件につきましては、今回の議論を踏まえて当部会で引き続き審議をしていきたいと思っております。

本日予定した議題は以上でございますが、これ以外でも結構でございますが、皆様から何か御意見・御質問がございましたら、御発言をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

ないようでしたら、今後の進め方について、事務局からよろしく申し上げます。

○西岡臨床研修指導官 本日御議論いただきました御意見を整理させていただきまして、必要な対応を行ってまいります。

次回の部会開催日程につきましては、また改めて事務局から委員の先生方に御連絡させていただきます。

○国土部会長 次の部会は大体いつ頃を想定していますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 今年度が新規指定最後になりますけれども、その指定のスケジュールが例年2月ほどに行っておりますので、年度内にはもう一回あると思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、本日は長時間にわたり活発な御議論・御審議ありがとうございました。

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。