

2020-9-4 令和2年度第2回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会

○西岡臨床研修指導官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和2年度第2回「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」を開催します。

本日は、先生方には御多忙のところ御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

まず初めに、当部会の委員の御案内ですが、新たに全国知事会から長野県知事阿部守一氏が委員になられましたので、御案内いたします。なお、本日は所用のため、代理として全国知事会長長野県健康福祉部から牧地域医療担当部長にオンラインで出席いただいております。

その他出席状況ですが、本日は相原委員が所用により御欠席。また、当会場にお越しいただいた委員4名のほか、正面スクリーンには6名の委員の皆様方にオンラインで御出席いただいております。

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御参加いただいております。

マスコミの方の撮影は、ここまでとさせていただきます。

(マスコミ頭撮り終了)

○西岡臨床研修指導官 それでは、以後の議事運営につきまして、国土部会長にお願いいたします。

○国土部会長 部会長の国土でございます。

本日は、このようなオンラインの会議ということで、初めての試みだと思っておりますが、よろしくをお願いいたします。東京は大変暑いですが、皆さん、いかがでしょうか。

それでは、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ておりまして、委員の先生方の皆様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。

資料0の座席表から、資料1、2、3、4、参考資料1、議事次第とありますが、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。よろしいでしょうか。

また、本日、オンラインで御参加いただいている委員の皆様は、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。また、御発言の際は、このアプリ、Zoomサービス内の「手を挙げる」というボタンがございますので、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の上、御発言いただきますようお願いいたします。また、御発言終了後は、マイクを再度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、引き続きよろしくお願いいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めてまいりたいと思います。

本日の議題は4つございます。まず、「新型コロナウイルスの影響に伴う実地調査の実

施について」、2番目が「基礎研究医プログラムの運用について」、3番目が「地域医療重点プログラムの運用について」、そして最後、4番目が「地域医療研修について」でございます。

まず、資料1の「新型コロナウイルスの影響に伴う実地調査の実施について」を事務局より説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○佐野主査 事務局でございます。それでは、資料1を御確認ください。資料1「新型コロナウイルスの影響に伴う実地調査の実施について」という資料になります。

入院患者数が一定以下の臨床研修病院に対しましては、臨床研修の質の担保のために実地調査を行うこととなっていると思っておりますが、今般の新型コロナウイルス感染症の影響によりまして、入院患者数が減少しているといった臨床研修病院からの報告がございましたので、それに対する対応について、今回御審議いただきたいと考えております。

それでは、資料の2ページ目を御覧ください。訪問調査等の見直しについてという、こちらは過去の臨床研修部会における資料となりますが、昨年度までは実施主体が国でありまして、この審議会におきまして、新規指定でしたり、継続指定の審査を行っていただいていたところでございます。今年度より、ちょうど実施主体が都道府県に変わりました、都道府県が新規指定や継続指定の実地調査を行うことという定めとなっております。

具体的にどういったところに実地調査を行うのかということに関しましては、ここにも記載がありますが、次の3ページ目に省令の施行通知に記載がございます。基本的には、臨床研修病院の指定の基準といたしまして、入院患者数が年間3000人以上であることとございますが、当面の取扱いといたしまして、入院患者数が3000人を切っていた場合でも、年間2700人以上である場合には、個別の実地調査等を行い、指定の可否を判断するものとされてございます。

今回、新型コロナウイルス感染症の影響により、入院患者数が減少したことで、この3000人という基準、また2700人という基準を下回る可能性がある臨床研修病院があるということで、次の4ページ目となりますが、指定の継続や新規指定について、それぞれの場合において、どのような対応を行うかということで事務局案を提示しております。

まず、指定の継続につきまして、マル1の(i)入院患者が3000人に満たない場合、実地調査を必須とするかということに関しまして、今までは3000人以上である場合には実地調査は必須ではないという状況でございました。

それに対して、事務局案、下のほうになります。マル1の(i)です。コロナウイルス感染症発生前におきまして、一度も3000人未満になったことがない研修病院に関しましては、実地調査を必須としないこととしてはどうか。また、仮に実地調査を行う場合も、対面で行う実地調査につきましては簡略化いたしまして、書面による詳細な調査やウェブを用いた調査の併用など、実施方法については、柔軟に取り扱うことも可能としてはどうかということで事務局案を出させていただいております。

また、2700人に満たない場合、マル1の(ii)になりますが、先ほど御説明させていた

いただきました実地調査の結果、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獲得することができると認められる場合におきましては、従前より臨床研修を行っていた病院でございますので、指定の継続を認めることとしてはどうかと、事務局案はさせていただきます。

続きまして、新規の指定につきまして。こちらは新規の指定となりますので、基幹型臨床研修病院として研修環境の提供についての実績はございません。そのため、事務局案といたしましては、入院患者数が3000人未満の場合は実地調査を必須とするべきではないか。また、2700人に満たない場合は、現行の通知どおりに新規指定は認めないべきではないかということで提案させていただきます。

この点について、今回、御審議いただければと思います。参考資料は、訪問調査についての昨年度までの状況と、今年度からの状況を、今までの部会資料ですが、それぞれつけさせていただきますので、御参考にしていただければと思います。

事務局からは以上になります。

○国土部会長 ありがとうございます。

今年度から、この実地調査の主体が都道府県に移るところで、コロナという新しい事態が生じて、それについての変更の御提案だと思います。

御意見ございますでしょうか。

会場のほうから森先生、どうぞ。

○森委員 森でございます。

内容は分かったのですが、これはいつから始まって、いつまでという時期は決まっているのでしょうか。それとも、これからずっとこういうやり方をする。都道府県に知らせるときに、都道府県はどう考えるかという問題もあるので、今回に限ってこういうことなのか、これから先、どのぐらいのスパンでやるのかということが分からなかったのですが。

○国土部会長 どうぞ。

○佐野主査 事務局でございます。

基本的に今回、新型コロナウイルス感染症の影響に伴う一時的な対応ということになります。コロナウイルスの感染症の流行がいつ終息して、今回の影響がなくなるかということに関しましては、まだ見えない状況でございますので、このお尻の期限について定めることは困難かと考えております。

○国土部会長 とりあえず今年度ということですね。

最初に、ウェブで行うことも許容するということがあったのですが、それもやむを得ないかなと思います。各都道府県の判断になると思いますが、いかがでしょうか。

岡村先生、手を挙げていらっしゃいますでしょうか。まず、岡村先生からお願いいたします。

○岡村委員 この実地調査についてですけれども、今回、国から都道府県に変わることで、それから新型コロナの影響があるということはよく考えなければなりません。実地調査の

必要性について、入院患者数が3000人と2700人という数字が出てきます。2700人以上であってという文言は出てくるのですが、2700人を下回るという言葉が余り出てこないのですね。その場合、これまで2700人を下回っている場合は、最初から実地調査の対象にもしないと受け取っていいのでしょうか。

○国土部会長 佐野さん、どうぞ。

○佐野主査 事務局でございます。

2700人を下回る場合に関しましては、3ページ目の当面の取扱いのところになります。3の2の(1)を御覧いただきたいのですが、この省令施行通知の3行目になりますが、平成24年4月1日より前に臨床研修病院として指定されていた場合におきましては、実地調査において臨床研修病院への調査に基づき体制が確保されている場合は、指定を継続できるという規定がございますので、こちらに基づいて、今までも臨床研修部会で御審議いただいていたところと存じております。

○国土部会長 平成24年以前に承認された病院ということですね。

○佐野主査 はい。

○国土部会長 よろしいのでしょうか。

○岡村委員 そうすると、24年以降に指定された病院に関しては、2700人を下回れば、実地調査の対象にもしないということでしょうか。

○佐野主査 そのようになります。

○岡村委員 はい。

○国土部会長 次、清水委員、お願いします。

○清水委員 ありがとうございます。

昨年からBプラスとBマイナスに分けたと思うのですがけれども、昨年Bマイナスであった病院は、今年、もう一度Bマイナスになると取消しになってしまわれると思うので、慎重に判断しなければいけないかなと思っております。その場合に、ウェブだけで十分かなということが懸念されるのですがけれども、それについて、どれぐらいの病院数がおありで、今の点について、どのようにお考えでしょうか、お聞きしたいと思います。

○国土部会長 事務局、お願いします。

○佐野主査 事務局でございます。

まず、Bマイナスの評価が取り入れられるのは今年度からとなります。ですので、Bマイナスという評価がつく病院が幾つあるのかというのは、まだ分からない状況となっております。

○国土部会長 お願いします。

○加藤医師養成等企画調査室長 昨年は、今年度よりBマイナスを導入するに当たって、恐らくBマイナス相当だろうという形で御議論いただいております。正確には手元にございませぬけれども、そういった点に関しましては、今、清水先生御指摘のとおり、かなり慎重に判断する必要がございますので、その点は都道府県ともよく我々と認識を共有し

て、対応していただくように御連絡させていただきたいと思います。

○清水委員 そうすると、私の理解不足だったのかもしれませんが、実際には今年と来年にBマイナスが2年続いたらということになるわけですね。

○佐野主査 そのようになります。

○清水委員 承知いたしました。ありがとうございます。

○国土部会長 それでは、木戸委員、お願いします。

○木戸委員 木戸でございます。

新型コロナの影響が長引いてしまって、単年度ではなくて、かなり長くなりますと、患者さんの受診抑制などで今後も医療需要が落ち込んだままになる可能性があると思います。特に、今年の医学生たちは、現場の臨床実習がほとんどできないということですので、卒後、よりしっかりとした研修環境を確保してあげる責任があると思います。ですから、指定におきましては、事務局案にはおおむね賛成で、指定の継続と新規の指定を分けて、このように対応するというのは非常に良いかと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、金丸委員、お願いいたします。

○金丸委員 念のための確認ですが、今回示されたコロナの影響下での事務局案のとおりかなと思うのですが、今年度から県のほうに、こういう評価とか実地調査を権限移譲で動く仕組みが始まっていると思います。そういった中で、こういう突然の環境の変化といたしますか、この対応について、始まりの途上の段階でのことなので、ちょっと不安を感じるのですが、この点、国と県との相談といたしますか、どのような仕組みが改めて加えられているのでしょうか。

○国土部会長 事務局、お願いします。

○佐野主査 実地調査に関しましては、やり方に関します通知、説明文書といったものを国から都道府県のほうに出しております。今回、こういった特例を取ることとなりますが、この部会の審議を踏まえまして、都道府県のほうには、ここで決まったやり方については、丁寧に説明して共有を図っていきたいと考えております。

○金丸委員 その際に、都道府県にとっては全く初めての、全てが真っ白のスタートということかと思うのです。厚生局のほうでの実地調査、この変化が要請に基づいてという仕組みに変わっていると思うのです。改めて、戸惑いを少なくするためにも、初年度、このコロナの中ですから、さらにとということかもしれません。県のほうから積極的に活用していくような、少し踏み込んだ通知等も検討いただけるとどうなのかなと思つての発言です。いかがでしょうか。

○国土部会長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調査室長 事務局でございます。

先生御指摘のとおり、都道府県権限移譲がなされた初年度で、このようなことが起きて

しまったということは、我々も全く予想していなかったことでございます。中には、今回提案させていただいたようなウェブを用いた調査というのを、初回からウェブを用いないといけないという状況に陥ることも考えられるわけでございます。その際には、そもそも調査をどういう形で行っていたのかということが全く分からない中でウェブでやるというのは、非常にハードルが高いことだと思いますので、そういった取組をするに当たっては、これまで経験のある厚生局が十分な支援をする必要があるという認識で我々はおります。

なので、先生御指摘いただきましたように、さらに厚生局が各都道府県を支援できるように、我々も綿密に連絡を取り合いながら、支援する体制を検討していきたいと思っております。御指摘ありがとうございます。

○金丸委員 ありがとうございます。

○国土部会長 ウェブを用いた調査については、細かくは規定しないで、各都道府県に任せするという理解でよろしいですか。

○加藤医師養成等企画調査室長 はい。

○国土部会長 ほかにございますでしょうか。

私から1点、マル1の(i)、これまで3000人を切ったことがない病院の中で、今回コロナの対応で病院の在り方そのものをがらっと変えた病院がありますね。そういう病院はどうなるのですか。

○加藤医師養成等企画調査室長 今回のコロナの対応の中で、コロナ患者さんを非常に積極的に受け入れていただいて、がくんと入院患者数が減った病院もあるかと思っております。その点に関しましては、個別のケース・バイ・ケースでの判断が必要になってくると思っておりますので、適宜、都道府県にも、厚労省のほうに御相談いただきながら適切に判断していただけるように、我々も連携を図っていきたいと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御発言ございませんでしょうか。いろいろ御質問いただきましたけれども、大きな反対意見とか修正意見はないと理解いたしました。ということで、議題1につきまして、おおむね事務局の案で皆さんの御了承をいただけたと思っておりますが、よろしいでしょうか。

(「はい」と声あり)

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局提案どおりということで、お願いしたいと思います。ありがとうございます。

それでは、2番目の議題に移りたいと思っております。資料2の「基礎研究医プログラムの運用について」、事務局から説明をお願いします。

○佐野主査 事務局でございます。

それでは、資料2を御覧ください。「基礎研究医プログラムの運用について」という資

料になります。こちらは、今までも何度か部会のほうで御議論いただいていたものとなりますが、令和4年度からこのプログラムが運用される予定となっております。それに当たりまして、幾つか追加でこの部会で御審議いただきたい内容がございますので、今回、議題として挙げさせていただきます。

2 ページ目を御覧ください。臨床研修における基礎研究医プログラムということで、2 ページ目は、今までの部会の審議で既に決まっている内容になります。

背景といたしましては、我が国の国際競争力、特に基礎医学分野における競争力に関しましては、相対的に低下傾向であるということで、令和4年度の研修から、臨床研修と基礎研究の両立を可能とする基礎研究医プログラムを始める予定となっております。

このコースの具体的な内容に関しましては、真ん中のオレンジで囲んであるところに5つの項目が並んでおりますが、選択研修の期間に、16週以上、24週未満の基礎医学の教室に所属する期間を設けること。また、臨床研修修了後、4年以内をめどに基礎医学の論文を作成すること等の要件が決められております。こちらに沿ったプログラムに関しまして、一般のマッチングよりも先に選考を行って募集を行うという枠組みとなっております。

3 ページ目を御覧ください。今までの議論の流れについて、簡単にまとめさせていただきます。

まず、平成30年の臨床研修部会の報告書におきまして、このような基礎研究医プログラムを設けることが記載されておきまして、平成30年度第4回の部会において要件等の御議論をいただきました。それに基づき、平成31年3月29日に省令施行通知を発出しております。

4 ページ目に具体的な内容が記載されておりますが、先ほど説明させていただきました設置要件に加えまして、定員を決める要件についてなど、記載がございます。

5 ページ目からは、今回御審議いただきたい内容となりますが、前回の部会の議論におきまして、全国の総定員を40名とすることまで決まっておりますが、具体的にどの大学、どの都道府県ごとに定員を設定するかという点について、今回御議論いただきたいと考えております。

真ん中の施行通知の欄に記載されている5つの条件というのは、定員を決める際に考えるべき点となります。

今回、事務局案といたしましては、客観性、公平性、透明性の観点から、(i)～(v)の中で、4番目の科研費の金額や論文数により定員を決めてはどうかということで提示させていただきます。

まず、現在のところ何大学から応募があるかというのは分からない状況ですので、場合分けで書いておりますが、応募が40大学より多い場合は、科研費等の金額が多い順に1名ずつ設定する。また、40大学より少ない場合に関しましては、まず各大学、要件を満たすところに関しましては、1名ずつ定員を設定した上で、次に残りの定員を科研費等の金額が多い順に1名ずつ設定し、さらに残りの定員に関しては、論文数に応じて設定してはど

うかということで、事務局案として出させていただきます。

特に、40大学以下の場合のイメージに関しましては、6ページ目に図を用意しております。仮に全国の定員が、本当は40名ですけれども、便宜的に10名として、5大学から手が挙げた場合、E大学というのとはもともと要件を満たさないでゼロ名。そのほかの大学に関しまして、まず1名ずつ定員を配り、その後、科研費の金額が多い順に、要件を満たすところに関しては1名ずつ定員を設定し、最後に論文数に応じて定員を設定するという流れで決めてはどうかということとなります。

続きまして、2点目になります。7ページ目で、大学院の入学についてということで、もともとこのプログラム設置に係る議論におきましては、大学院に入学することを念頭に置いて御審議いただいていたと思います。改めてスケジュールなどの詳細を詰めておりますが、その中でプログラムの選考時期に関しまして、どうしても大学院入試よりも前にある状況となりますので、選考時点では大学院入試試験に合格するかは不透明な状況で、場合によっては、選考したものの、大学院の入試に落ちてしまうということがあります。

現在の施行通知の中では、書き方が少し曖昧となっております。基礎医学系の教室に所属するという形となっておりますので、大学院生として所属するのが必須なのかどうかという点について、今回御議論いただきたいと考えております。

事務局案といたしましては、臨床研修中ということもありまして、一般の大学院生と比較して、研究に時間を十分に充てることは困難であると考えられることから、大学院生として所属する。すなわち、大学院への入学に関しては必須とせず、研究生等、それ以外の身分で所属し、例えばゼミなどに参加するといったことも可能としてはどうか。ただし、臨床研修修了後におきましては、大学院生の身分となることが望ましいとしてはどうかということで事務局案を提案させていただきます。

8ページ目、9ページ目は、今後のプロセスに関するまとめとなります。8ページ目、令和4年度の4月から研修を開始する予定ですので、令和3年度の6月の通常のマッチングの前の5月に選考を行うこととなります。それに先立ち、今年の10月末が基礎研究医プログラム提出の締切りとなっておりますので、今回、この場で御議論いただきたいということで考えております。

また、9ページ目は、それぞれ学生や大学病院、都道府県などが何を行うかということを示しております。先ほどの8ページ目と、内容としては重複いたしますが、学生のところを見ていただきたいと思いますが、2021年5月に採用活動を行いまして、採用された方は、そのまま受験する方は大学院入試を受験して、不採用となった方に関しては通常のマッチングのほうに入っていくといった流れとなります。

以上、大学院ごとの定員についてという点、また大学院生として所属することを必須とするかという点、また、スケジュールに関して、委員の先生方から御意見いただきたいと思っております。



事務局からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

これも新しい制度でございますが、プログラムの締め切りがこの10月末に迫っておりますので、詳細を決めましょうということだと思います。論点は2つございます。御意見、御発言がございましたら、挙手をお願いいたします。

神野先生、お願いします。

○神野委員 神野です。

まず、後の論点の大学院が必須かどうかということに関しては、後から大学院に入ってもよろしいと思いますので、必須でなくてもいいのではないかと思います。

それから、先のほうの論点ですけれども、この臨床研修の目的は、医師免許を持っている以上は、きちんとプライマリーケアができるというのが大前提であるので、選択研修期間中に16週以上24週未満、6か月未満の基礎医学の教室に所属するということですので、当然のことながら、必須研修とか残りの選択の部分は、普通の臨床研修をやっていただくことになると思います。そういった意味では、マッチングが早くできるという利点だけと言ったら失礼ですけれども、になると思うのです。

逆に言うと、基礎研究プログラムに入らなくも、普通のマッチングをやった後でも、6か月間の基礎医学教室に所属することは当然できるわけですね。そういった意味で、両方からできるということをちょっと確認したいなと思いました。国家試験が終わってから、いろいろなキャリアチェンジ、キャリアパスがありますので、いろいろな可能性があるかなと思いました。

以上です。

○国土部会長 今回の御質問については、どうでしょうか。この制度に入らなくても同じことはできるのですか。

○佐野主査 事務局です。

絶対にやってはいけないということは明記されていませんが、臨床研修の到達目標などを勘案いたしますと、通常は考えられないかと存じます。

○国土部会長 同じだと、この制度の存在意義が問われてしまって、充足しないのではないかと心配をさせていただきます。

○神野委員 ありがとうございます。

○国土部会長 それでは、岡村委員、お願いします。

○岡村委員 事務局案におおむね賛成です。40名という定員についてですが、我が国としても基礎研究医の養成というのはとても大事なことなので、多くの大学から手が挙がることを期待するわけですが、先ほどの基幹型の病院の場合は、3000人とか2700人とか、随分融通をきかせているのに、こちらは40を超えたら選抜になってしまうというのがちょっと腑に落ちない。余りにも多い大学の数だとまずいかもかもしれませんが、この40というのに少し融通をきかせたらいいかと思うのですが、それはできないのでしょうか。

○国土部会長 事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調査室長 この制度自体、平成30年の取りまとめの際にも随分議論していただきましたけれども、適切に臨床研修の到達目標を達成しながら、この基礎研究の力も十分つけられるのかということに関しましては、こういった制度を作ったものの、十分な検証をしていく必要があるという御意見をいただいております。そういう観点で、まず40名でスタートして、ちゃんとそれを評価しながら広げていこうというのが、これまでの御議論だったと思います。この40名というのは、今後ずっと40名でいいというわけではなく、評価をしながら適切な人数を検討していくことになっていたと思います。

また、大きなビジョンとして、日本の医学部卒の研究医がどれぐらい必要なのかということも、この議論の前提になってくると思いますけれども、そういったことも含めて検証しながら、今後、この定員に関しては議論していただきたいなと思っております。もう一点、マッチングにもかなり影響を及ぼすということは、複数の委員の先生方からも御意見をいただいておりますので、広く検証しながら、この人数に関しても御議論いただきたいと思っております。

○国土部会長 この制度についての人気とか関心度というのはどうでしょう。質問はかなり来ていると聞いていますが。

○加藤医師養成等企画調査室長 学生のほうからどれぐらい希望があるのかということは、今、我々の調査もできていませんので、全く不明でございます。正直、ふたを開けてみないと分からない状況です。

○国土部会長 新井委員、お願いします。

○新井委員 今、岡村委員からお話があったように、この制度は大変結構と私は思います。臨床研修を修了せずに基礎の教室にいきなり入ろうと決断し切れない医学部卒業生にとっては、非常に良い制度ではないかと思えます。

上限40人という数字も出てきましたが、まずは40人から始めて、その動静を見ながら数を増やすということも議論していけばいいのではないかと思います。私がお伺いしたい、最終的な理想形は、やはり臨床研修を修了した資格を持つ基礎研究者を養成するのか、あるいは臨床研修中に基礎系の研究室に所属して、サイエンティフィックマインドを持つ臨床医を理想とするのか。どちらでもいいのでしょうか、これはどちらの方向性を目指すといったことに関して明確な方針は、あるのでしょうか。

○国土部会長 お願いします。

○加藤医師養成等企画調査室長 それを明確に明記しているわけじゃないですけども、これまでの議論の中では、先生御指摘いただいた前者、臨床研修の後、基礎研究者になる方を念頭に置いて、この制度設計はしていると我々は認識しております。それ以外の目的も含めるべきだという議論を妨げるものではございませんけれども、これまでの議論に関しては、今、申し上げたとおりだと思っております。

○新井委員 分かりました。私もそれでいいと思うのです。それを明言するのは難しいの

かもしれないけれども、そういう雰囲気は大学のほうにある程度伝えていただいたほうが望ましい形に誘導できるのではないかと思います。その辺の工夫をぜひお願いいたします。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御発言ございますでしょうか。

伊野先生、お願いします。

○伊野委員 ありがとうございます。

40名から始めるということですが、2019年度の全国医学部長病院長会議の調査で、アンケートに参加した80校中39校がすでにMD-PhDコースを持っています。ですから、今、基礎に行くか、臨床に行くかというのは別として、多様性として、そういったリサーチマインドを卒然卒後で続けて醸成するプログラムを持てるのは良い試みだと思います40名から始めて、動向を見て、場合によっては増員の可能性も考えていただければ、と思います。

ありがとうございます。

○国土部会長 森委員、お願いします。

○森委員 おおまかには賛成ですが、今、御議論があったところですが、これを将来的には基礎へ行く人たちを養成するのだということは分かるのですけれども、最近の若い先生方は、いろいろな決まりごとに従ってくれないことが結構多いございます。ですから、これはなぜそんな強制力があるのかと言われたときに、これは強制力がないわけですね。

だから、そこに余り重点を置くよりは、早い時期から基礎の勉強をきっちりしたいという人たちをできるだけ増やすことによって、基礎へ行く人を最終的に増やしていくという目標を持ったほうが僕はいいと思っています。ここに行く人たちだけを基礎に生かせるのだという雰囲気になってしまうと、逆にいろいろな弊害が起こるような気がするので、まず、こういう入り口を作りましたということで、基礎にみんなで目を向けようじゃないかというところがスタートではないかと僕は理解しているのですが、それで良いでしょうか。

○国土部会長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調査室長 基礎研究医を十分増やしていくための取組は、臨時定員の中にも研究医枠というものを設けておりますし、今、伊野委員から御紹介いただいたように、MD-PhDコースがこれだけ増えてきているということからも、卒前教育から広く取り組んでいただいていると思っています。その中で、あくまで臨床研修において、臨床もやりながら研究マインドも育てていきたいという方の受け皿を、ここで作ろうということです。

なので、必ずしもこれだけ基礎研究医を増やしていくというわけではなく、多くのMD-PhDコースは医学部6年間に2年から3年足しているところが多いと思いますけれども、そこで研究してきたので、2年間は臨床をきっちりやりたいという方も当然いらっしゃると思いますので、あくまでオプションとして位置づけながら、どういうふうに学生に評価されていくのかということを我々はちゃんと検証しながら、よりよいコースというものを今後も

検討していきたいと思ひますし、本コースの対象枠数のボリューム感も御議論いただきながら、理想的なものを検討していきたいと思ひております。

○森委員 毎年でなくてもいいですけども、学生さんでここへ進んでいかれた方からのフィードバックというものをぜひきちんとしてもらえると、これの意味があったかどうか分かると思ひます。

よろしくお願ひいたします。

○国土部会長 フォローアップは絶対必要ですね。定員を充足できるかどうかということと、大学院に入ったかどうか、その辺はずっとフォローアップする必要があると思ひます。

ほかに御発言ございますでしょうか。

私からちょっと細かいことですけども質問します。基礎医学の論文、基礎医学の研究費というのは、概念的には分かるのですが、実際上は臨床との境界領域がかなりあるように思ひます。ちゃんと切り分けられるのかとちょっと心配するんですけども、その点についてはいかがでしょうか。

○佐野主査 基礎医学として、特に研究費に関して、どういった研究をカウントすればいいのかといった点につきましては、既に問い合わせなども来ているところでございます。例えば、今回科研費が1つ基準となっておりますが、科研費におきましては、基礎医学に相当する区分というものもございますので、どういった区分のものを今回申請に当たって数えるべきなのかという点につきましては、今後示していきたいと思ひております。

○国土部会長 加藤室長。

○加藤医師養成等企画調査室長 先生御指摘のとおり、臨床研究とのボーダーというものがなかなか難しい中で、大学が幅広い研究費を得ている実態からも、基礎で得ている研究費はどれぐらいなのかということと、医療教育全体で、臨床も含めてどれぐらい研究費を得ているかという相関も少し見ながら、この判断基準が適切なかどうかということは、ここ数年見て、検証することも検討して参ります。

○国土部会長 基礎と臨床を余り分けずに、総額でやっても余り変わらないのではないかという気が個人的にはしているんですけども、これでスタートしますので、フォローアップしていただきたいと思ひます。

ほかに御発言ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、御議論ありがとうございました。議題2につきましても、大きな修正意見等はなかったと理解しております。この点につきましては、提案どおりということでお認めいただきたいと思ひますが、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。

次に、議題3に移りたいと思ひます。資料3の「地域医療重点プログラムの運用について」、事務局から御説明をお願いします。

○佐野主査 それでは、資料3を御覧ください。「地域医療重点プログラムの運用について」

て」という資料になります。こちら先ほどの研究医プログラムと同様、令和4年度から開始される予定のプログラムとなります。

それでは、2ページ目を御覧ください。このプログラムが設けられた背景ですが、現在、地域枠の医学部生がどんどん増えてきている状況ですが、現行の枠組みですと、地域枠の医学生も一般の医学生と同様、マッチングに参加して臨床研修を行う病院を決めることとなっております。そういった場合、一部の地域枠の医学生においては、従事要件内の臨床研修病院に全てアンマッチしてしまうのではないかと懸念が示されたことから、一般のマッチングよりも先に、地域枠の医学生を対象に臨床研修を行う病院を決めるという枠組みが必要ではないかということで、今回、令和4年度から設けられることが決まっているものとなります。

3ページ目を御覧ください。現在、この地域医療重点プログラムに関して、この部会の審議を踏まえまして決定している事項のまとめとなります。先ほども御説明させていただきましたとおり、令和4年度から一般のマッチングに先行して選考を行う枠組みとなります。

その対象となるプログラムに関しましては、下の枠内の赤く色を塗っているところになりますが、医師少数区域における地域医療の研修が12週以上のプログラムを対象に、定員の一部、募集定員の2割または5名の少ないほうを対象に、地域枠等限定枠ということで一般のマッチングより先に、ここの部分で地域枠の医学生を対象に選考を行うという枠組みとなっております。

4ページ目を御覧ください。今回、追加で検討が必要な事項についてということですが、まず、対象となる学生について、現在の省令施行通知におきましては「当該都道府県において臨床研修期間中に従事要件等が課されている者」という、少し曖昧な形となっておりますが、先日、8月31日の医師需給分科会におきまして、地域枠の定義について改めて議論が行われております。その中で、令和3年度以前に入学した医師については、様々な条件を持つ制度が混在していることから、「都道府県が奨学金を貸与し、かつ医師少数区域等での従事要件が課されている医師」を対象として、様々な制度を運用していったらどうかということで、おおむね了承が得られたこと。

以上を踏まえまして、都道府県が奨学金を貸与し、従事要件が課されており、地域医療対策協議会が今回のこの地域医療重点プログラムで選考を行う必要性を認めた者という形で、以前の条件よりもこのようにクリアにしてはどうかという提案となります。

また、地域医療研修を行う場所につきましては、現在、医師少数区域となっておりますが、実際、医師少数区域がない都道府県というのも存在することから、都道府県が定める「医師少数スポット」における研修も認めることとしてはどうかということで、事務局案として提案させていただいております。

また、先ほど研究医のときにも今後の見直しについての議論があったと思いますが、この地域重点プログラムに関しましても、現在、地域枠の一部、具体的には募集定員の2割

または5名の少ないほうということで設定されていますが、こちらも応募状況等を勘案し、今後引き続き議論を行うべきではないかということで提案させていただいております。

最後、5ページ目、6ページ目は、先ほどの研究医プログラムと同様に、今後のスケジュールを示させていただいております。こちら、令和4年度、2022年度の4月から研修開始の予定となっておりますので、来年6月の通常のマッチングの前、5月に選考を行う予定となっております。

また、6ページ目ですが、こちらこのプログラムで不採用となった医学生に関しましては、通常のマッチングに参加するという流れとなります。

参考資料として、今までの通知や地域枠の定義、需給分科会の資料などをつけておりますので、適宜御参照ください。

事務局からは以上となります。

○国土部会長 ありがとうございます。

これも新しい制度で、地域医療重点プログラムの運用についての御提案であります。御発言でございますでしょうか。

金丸先生、それから羽鳥先生でしょうか。金丸先生、お願いします。

○金丸委員 対象のことで、研修場所について、4ページです。医師少数区域は、これまでに様々なことで分かりやすく整理されてきているのですが、具体的に都道府県が定める医師少数スポット、念のための確認です。市町村合併して、大きな市の中に、従来、村とかかなり辺地にあって、そこが市としての概念で少数ではない。だけれども、そこはまさにスポットだというイメージとして、分かりやすく言うと捉えてよろしいのでしょうか。スポットの定義みたいなものは何かありますでしょうか。

○国土部会長 事務局、お願いします。

○佐野主査 事務局でございます。

この医師少数スポットというのは、都道府県が定める医師確保計画の中で、既に都道府県が定めているものとなります。全都道府県、提出済みとなっておりますので、そちらのことを指しております。

○金丸委員 ありがとうございます。各都道府県で、この位置づけが整理済みということで理解してよろしいですか。

○佐野主査 そのとおりです。

○金丸委員 ありがとうございます。

○国土部会長 相当な数あるのですか。

○佐野主査 都道府県によって、かなり設定しているところと設定していないところがあります。そもそも医師少数区域が多い都道府県におきましては、スポットを設定する必要が低いので、そういったところに関しては、ほとんど設定されていないところもあります。

○国土部会長 分かりました。

次、羽鳥委員、お願いします。

○羽鳥委員 2ページでマッチングですが、一般のマッチングよりも先に地域枠の方を対象に行いますね。県内の相手先の病院はある程度絞っているということでしょうか。それとも、全ての病院が対象になるということでしょうか。そうすると、地域枠の方のほうが先に自分の行きたいところを選べるということで、一般枠の方よりも有利になってしまうと思い、不公平になりませんかでしょうか。

○佐野主査 事務局でございます。

そういった御議論も過去、この審議会でもございました。4ページの一番下の今後の検証についてというところに少し記載させていただいているのですけれども、平成30年の部会の報告書の際の議論のときにも、地域枠だけ特別扱いすると適正な競争が行われたいのではないかとといった御意見がございました。これを受けまして、今回、まずは地域枠の全員ではなくて、そのうちの一部、2割を限度に先に選考を行うという枠組みを作ってはどうかということで、このように定められたと認識しております。

○羽鳥委員 分かりました。そうすると、相手先の病院も指定しないということですね。

○佐野主査 基本的には、このプログラムを作りたいという病院が手を挙げる形になります。

○国土部会長 でも、事前に連絡を取り合うということはあるかもしれませんね。

○佐野主査 こういった形で上限が決められておりますので、どこの病院に設定していくということは、当然、都道府県と連携して進めることになると思います。

○国土部会長 それでは、神野先生、お願いします。

○神野委員 ありがとうございます。

医師需給分科会の地域枠の定義に、こちらでも整合性を取ってやるということに対しては大賛成でございます。

今、羽鳥先生がお話しになったのと関連ですけれども、4ページ目の一番下です。いわゆる人気病院は、確かににはじかれる可能性がありますけれども、各都道府県の臨床研修指定病院全てでフルマッチの県はないと思います。東京都は別にしまして、いわゆる地域枠がたくさんいるような地方で。そうすると、いわゆる人気病院にはマッチングしなかったけれども、そうじゃない病院には2次募集で行ける可能性が十分あるわけです。これは、前回のこの会議でもお話ししていた話です。

ここでは、地域枠学生が都道府県当局と十分話し合いをして進路を決めていただきたい。そうすることによって、人気病院ばかりに先に行くということはないかなと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。2次募集の中で、この地域枠で入る人も出てくるだろうということですか。

○加藤医師養成等企画調査室長 事務局でございます。

基本的には、これは先行して採用するわけでございますので、この枠に関して2次募集

で再度ということは考えておりません。

○国土部会長 別々にはやらないけれども、実質的にそうなる可能性はあるということですね。すみません、それで結構です。

○加藤医師養成等企画調査室長 分かりました。

○国土部会長 岡村委員、お願いします。

○岡村委員 今の羽鳥先生、神野先生の指摘されたことと関係しているのですが、これまで地域枠の学生で、従事要件を故意に満たさないようにするために、人気のある病院に応募して、結果的にアンマッチになったから県外へ出ていくということが見られたわけです。そうすると、今回の制度を使って県と話し合うことによって、一般枠よりも先にどこかの県内の病院にマッチするということになるのでしょうか。

○佐野主査 そのようになります。

○国土部会長 それに関連して、逆に学生の側から言うと、地域枠の人は必ずこれに応募しなければいけないというわけでもないですか。一旦はこれに応募しなさいと指導するのですか。

○佐野主査 3 ページ目に記載させていただいておりますが、地域枠等限定枠という、赤字の右下のほうの点線の枠で囲まれているところですが、地域枠等の医学生のうち、希望する者を対象に、今回この制度を運用していくこととなっております。

○国土部会長 では、あくまで希望者だけということですね。ということですか。

それでは、清水委員、お願いします。

○清水委員 ありがとうございます。

今の3 ページ目の地域密着型臨床研修病院について、ちょっと確認させていただきたいのですが、募集定員の2割または5名より少ないほうに、マッチングの前に研修場所を決めるのは、この地域密着型臨床研修病院においてだけということによろしいでしょうか。

6 ページに記載されているように病院がマッチの前に地域密着型臨床研修病院の申請をする必要があると思うのですが、そのような病院が都道府県にゼロだった場合には、どういう対応になるのでしょうか。この2点について、お教えてください。

○国土部会長 お願いします。

○佐野主査 事務局です。

今回、例えば医師少数区域における地域医療の研修期間を12週以上にするといった要件を満たすプログラムを作成し、応募して認められたところが地域密着型臨床研修病院として認定されることとなります。当然、そういったプログラムを作って応募してくる病院がなかった場合は、その都道府県においては、この地域医療重点プログラムはないことになりますので、先に採用といったことも必然的にできなくなるということになります。

○清水委員 ありがとうございます。

○国土部会長 ほかに御発言ございますでしょうか。よろしいでしょうか。



いろいろ御発言いただきましたが、4ページをもう一回確認しておきますけれども、提案につきましては、まず、対象となる学生は「都道府県が奨学金を貸与し、かつ医師少数区域等での従事要件が課されており、地域医療対策協議会が地域医療重点プログラムで選考を行う必要性を認めた者」にするという提案ですね。

それから、地域医療研修場所については「医師少数区域」だけではなくて、都道府県が定める「医師少数スポット」における研修も認めるという2点について、特段の反対意見はなかったと理解いたしますが、よろしいでしょうか。

(「はい」と声あり)

○国土部会長 ありがとうございます。本日は、この2点でいいですか。ありがとうございます。

それでは、最後の議題、「地域医療研修について」に移りたいと思います。それでは、資料4について、事務局から説明をお願いいたします。

○佐野主査 事務局でございます。

それでは、資料4を御覧ください。「地域医療研修について」という資料となります。

2ページ目を御覧ください。現在、臨床研修における地域医療研修の期間につきましては、平成16年度の制度導入時より、1か月以上の地域医療研修が必修とされております。ただ、後ほどのページで御紹介いたしますが、この地域医療研修に関しまして、医師の地域偏在・診療科偏在是正の観点から、この期間を現在よりも長くするべきといった要望書等が提出されているところとなっております。このような状況を踏まえまして、本年3月の医師需給分科会におきまして、この点についても、委員からその課題等について意見が述べられたところでございます。

また、こちら後ほどお示ししますが、医師需給分科会におきましては、全体の医師の偏在に関しては需給分科会で議論するものの、臨床研修医や専門研修における個別の課題につきましては、それぞれ対応する審議会において議論を行うべきという整理がなされたことから、今回、この臨床研修における地域医療研修の期間について、本部会、医師臨床研修部会において改めて御議論いただきたいと思いますと考えております。

3ページ目を御覧ください。地域医療研修につきましては、現在の到達目標や定められている規定について、こちらにまとめております。

まず、到達目標に関しまして、地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できるということで、基本的には医師の偏在といった概念はなく、到達目標の中におきましては、こういったことを研修で学ぶというのが主眼に置かれている状況でございます。

また、行う施設に関しましては、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所ということで、一時期よりも行う場所については条件が厳しくなっているという状況でございます。

続きまして、4ページ目、5ページ目に、先ほど御説明いたしました地域医療研修の期

間に関する、知事会等からの要望書についてまとめております。

4 ページ目ですが、右側の赤線の枠で囲った部分が今回の該当する部分となりますが、大学高学年と臨床研修を一体的に運用することにより、高い診療能力を身につけた臨床研修医を育成し、医師少数の地域等で半年間以上、臨床に携われるようにすることとすることで、高学年と臨床研修を一体的に運用するということが、これはいわゆるシームレスな医師養成の議論に関わる取組についてということですが、こちらの取組が一定以上進んだ状況においては、臨床研修医がこの段階で今までよりも能力がついているということを前提に、もう少しこの期間を延ばしてはどうかといった趣旨の要望となっております。

5 ページ目は、本年8月ということで、最近の医師少数の都道府県知事の連名での要望書となりますが、こちらも同様に、この地域医療研修の期間を半年程度確保できる制度に見直すことといった形で要望書が提出されております。

6 ページ目ですが、要望書内にありましたシームレスな医師養成といった観点につきましては、この臨床研修部会においても以前から御審議いただいているところと存じておりますが、臨床研修におきましては、医学部教育のモデル・コア・カリキュラムと統合的なカリキュラム、到達目標になるように、今年度から到達目標等を変えるということで御審議いただいていたところとなります。

また、医学部教育に関しまして、特に最近、Student Doctor、いわゆる共用試験（CBT・OSCE）に合格した医学生に対して、法的な位置づけをすることに関して、医師分科会におきまして報告書が取りまとめられております。こういった取組が、シームレスな医師養成に向けては着実に進められているところといった背景がございます。

7 ページ目に、そのStudent Doctorの法的位置づけについてということで、報告書の概要についてのスライドを示させていただいております。CBT・OSCEを公的化し、それに合格したStudent Doctorに関しましては、法的な位置づけとし、診療参加型臨床実習を行うための環境の整備という意味で、このような報告書が出ております。

続きまして、8 ページ目に、医師需給分科会における議論の整理ということで、先ほども簡単に御説明いたしました。総合的な医師の需給のバランスや偏在対策の在り方につきましては医師需給分科会で議論し、個別の施策に関しましては臨床研修部会や、専門研修部会といった対応する審議会で行うべきといった整理がされております。

具体的には、9 ページ目となりますが、例えば地域枠に関しましては医師需給分科会、臨床研修医の都道府県ごとの定員など、臨床研修における課題については医師臨床研修部会、シーリング等の専門医に係る施策につきましては専門研修部会で御議論いただいているところとなります。

10 ページ目ですが、こちらが今年の3月に医師需給分科会で、この点に関して、短い時間ですが、一度御意見をいただいた際の意見となります。

まず、臨床研修全体の質に関しまして、この2年間のうち半年間を全員に地域医療研修を課すというのは、臨床研修において求める内容からいって、バランスが悪くなってしまう

うのではないかとといった、質に関する観点。

また、地域の医療機関の受入れのキャパシティに関しても、全ての研修医を半年間受け入れるのはなかなか難しいのではないかとといった観点。

地域住民の立場からも、医療や質や安心感という観点から難しいのではないかとといった視点からの御意見をいただいております。

最後に、11ページ目に論点となります。需給分科会ではこういった御意見が出ておりますが、改めて医師臨床研修部会として、この課題に関してどのように考えていくべきかということで、今回、臨床研修部会としては初めて出す議題となりますので、委員の先生方から幅広く御意見をいただきたいと考えております。

具体的には、先ほど御説明しましたStudent Doctorの法的位置づけ等の取組により、診療参加型臨床実習が進み、臨床研修開始時に現在よりも臨床能力が向上したという場合におきまして、今後の地域医療研修、そもそもの在り方について、特に研修としての観点や、先ほど要望書などで言われていた地域医療への貢献の観点も含めて、どのように考えるか。

また、そういった場合におきまして、到達目標でしたり、実際に研修を行う施設や期間について、どのように定めることが妥当と考えるか。

また、今後、どのような情報を収集して分析を行うべきかという点について、委員の先生方から御意見をいただきたいと考えております。

事務局からは以上となります。

○国土部会長 ありがとうございます。

最後、一番重い課題であります。事務局から特に半年間延ばしましょうという提案をするわけではなくて、今回は広くディスカッションしていただきたいということだと思いますが、御発言がありましたらお願いします。

まず、森委員、お願いします。

○森委員 シームレスな医師養成の教育スタイルについては、問題はないと思うし、いわゆるStudent Doctorが位置づけられるということについても、皆さん御存じのとおりなので、その辺りから臨床研修が始まっていると考えれば、現在の臨床研修が2年必要なのかどうかという議論が1つ必要になると思います。それがあつた上で、これを1年半にするとか1年にするということになれば、その後、専門研修に行くのか、あるいは地域の研修をそこにはめ込むのかという議論になると僕は理解しています。

今のまま、Student Doctorの臨床スタイルが始まるのが早くなった上で、2年もまた確保し、そのうちの半年間は外に出ましようというのは、若干論理に無理があるような気がいたしました。シームレスな医師養成をするということの中に、地域に行くことを6か月するというのが、僕の頭の中にすんなり入ってこないです。そこを少し区別して検討しないとまずいのではないかと思います。

つまり、Student Doctorが始まることによって、現在の初期研修がそのままいいのかどうかという議論があつて、2年が必要だとか1年半でいいのではないか、1年がいいの

ではないかという議論があった上で、その中身がどうなのかというときに先ほどの問題が起こってくる。一緒にそれを考えようとすると、ポイントがちょっとずれてしまうのではないかと思います。どういうお医者さんを作るのか。ただ、地域にたくさん出てくるお医者さんを作るために、このシームレスな医師養成をするわけではないので、その部分と地域へ出るという話は、ちょっと議論する場所が違うようなのです。分かりにくいですが、そういうふうに感じました。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、（数人の挙手があり）挙手の順番が分からなくなりましたが、新井委員からお願いいたします。

○新井委員 今のお話とも少し関連するのですけれども、6ページにあるシームレスは、これは誰も反対することはないのですけれども、実はこれではまだ足りなくて、今、Post-CC OSCEが導入されようとしています、それを拡充して充実させようとの議論があり、さらに、その先にある国家試験をPost-CC OSCEの導入によって大きく変えようという議論もあります。実は国家試験の改革がないと、本当の意味でのシームレスな医師養成というのは不可能だと思います。

その上で確かに今お話があったように、臨床研修が2年必要なのか、卒後1年でいいのではないかなど、期間についてのいろいろな議論が成立するように思います。その上で、臨床研修が1年でいいということになれば、その1年を終えた若い医師、これはある程度自己判断で診療行為を行える資質を有している訳で、このような医師がその後半月なりを地域に出ていく、そういった議論になるのかなと私は感じました。

したがって、仮に地域での研修6か月というのを決めるとすれば、シームレスな医師養成が、今言ったような形で完全に達成できていないと、この議論にはなかなか移れないと理解するのですけれども、そういうことで事務局、よろしいのでしょうか。

○国土部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調査室長 この提案自体が我々のしているものじゃございませんので、どういう考え方でこの提案がされたかということは、我々、十分に説明し切れなものですけれども、今、森委員からも御指摘ありましたとおり、シームレスな医師養成が前提となっているという点では、もちろんそうなのですが、これまで医師分科会で御議論いただいた、いわゆるStudent Doctorを公的化するということの目的は、診療参加型臨床実習を充実させる。要するに、5年生、6年生の実習をもっと診療参加型にして、今の臨床研修で修正していたことまで実践できるようにするということが大きな目標でございます。

ただ、このStudent Doctorを医師法の中で位置づけることによって、それがすぐ達成できるかという、患者の理解とか実習の体制とか、様々な課題が医師分科会でも御指摘がありました。ですので、そこの医師分科会での議論では、進めるためにStudent Doctorを法的に位置づけるということは、必要ではあるけれども、十分でない。ほかの要因も解釈されて、初めて診療参加型の臨床実習というものが本当に意味をなしてくるだろうという

議論でしたので、つまりその点で、このStudent Doctorが始まったからといって、今、臨床研修でやっているものが、5年生、6年生ですぐできるようになるものではないという議論でございました。

プラスアルファ、今、新井委員が御指摘されたように、シームレスな医師養成においては、Post-CC OSCEなどを十分に活用することによって、今、6年生では国家試験の準備のために、ベッドサイドラーニングが分断されているという課題に関して解を求めて、今、国家試験の改善検討部会などでも議論されているところでございます。

ですので、今、御指摘のとおり、シームレスな医師養成の課程を完成させるためには、まだ様々なステップがあるという認識で、医師分科会でも御議論いただいておりますし、国家試験の改革に関しても、まだまだ課題があるという認識で我々事務局としては考えているところでございます。

○新井委員 了解しました。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、順番にお願いしたいと思います。神野先生、御発言をお願いいたします。

○神野委員 今の議論のままの質問だったのですがけれども、私も前提条件として、Student Doctor等々、国家試験の問題とかをまず解決しないと、こっちには来ないのではないかと。いきなり6か月の話というのは、ちょっと早過ぎるのではないかと気がいたします。もし地域医療に6か月に行っても、今度はそちらの指導医の問題とか、地域医療に行ったほうの病院の負担もそれなりにある。本当は、もっとでき上がったドクターに来てほしいというのが、いわゆる医師不足地域の病院あるいは診療所の思いだと思いますので、ちょっと議論が早過ぎるのかなと思いました。

以上、意見です。

○国土部会長 ありがとうございます。

御発言、意見、質問なども結構でございます。

それでは、清水委員、お願いいたします。

○清水委員 ありがとうございます。

私も今の皆さんの御意見と同じだったのですがけれども、現段階の臨床研修医は、たとえ2年目であっても、必ず指導医からスーパーバイズが必要で、1人では診療が完結できないと思います。地域に行かれても、指導はしなければいけないし、評価もしなければいけない。2020年度開始EPOC2になった制度では指導医の確実な評価というものが必須になりましたので、逆に地域では負荷が増えるのではないかと私は思います。医師少数地域に対しては、3年目以降のもう少し成熟した医師が地域に行くような仕組みを作ったほうが、地域の皆さんにとっては有益なのではないかと実際には思うところです。

現実には、このコロナ禍になってから、臨床実習も臨床研修も地域に来てもらっては困ると言われていることが多くて、そういう状況で臨床研修が進まないということもあります。地域において医者を育てるとするのは大学とか大きなところだけではなく、地域がみんな

で研修医を育てるという文化を全国的に醸成しておかないと、今みたいな議論には行けないのではないかという気がいたします。

以上、意見です。すみません。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、金丸委員、お願いいたします。

○金丸委員 私も、委員の先生方、言われたとおり、同感する部分が多いのですが、最後に清水先生も言っていただきましたが、地域で研修医を迎え、育み、育てる。こういった文化が、場所によってはあるのですが、全体としてというのは望まれるかなと思います。これは、まさにStudent Doctorが法的に位置づけられた中においては、もっと地域参加型の実習の充実に向けての大前提として必要な部分かなと感じます。

今回の半年間の位置づけの議論ですが、需給分科会の皆様の意見にもあるとおり、今、様々に言われたように無理があるのではないかというのは、私も同感です。ただ、何とかして地域での医師ということは、地域の現場から見ると、位置づけられてほしいというのが総意だと思います。

そういった中で、今、清水先生が言われましたが、3年目以降で、例えば専門研修の19領域、全ての領域に半年とか1年位置づけられる。ここでの議論ではもちろんないですが、それも1つなのかもしれないというのを以前から思っていた部分でもあります。ただ、足元に帰ってみると、今回、令和2年から始まったばかりの新しい研修制度の中で、地域医療研修も含めて、8週以上が望ましいということも明記していただいているのと、先ほど議論いただいた地域医療重点プログラムも3か月というところが、地域枠等という限定の中ではありますけれども、始まります。

そういった中で、今後検証という部分になるかもしれませんが、実態として全国が新しいプログラムで、この地域医療研修が1か月なのか、2か月なのか、3か月なのか。全体の結果も踏まえながら、先ほどの先生方の意見のとおり。（音声中断）

以上です。

○国土部会長 すみません、最後の5秒ぐらい聞こえなかったので、金丸先生、もう一回お願いできますでしょうか。

○金丸委員 ええと。

○国土部会長 分かりました。結構です。後でまた追加がございましたら、お願いします。失礼しました。

それでは、木戸先生、お願いします。

○木戸委員 この資料の5ページにあるような提言が出ているということは、それぞれの自治体の知事さんたちも医師不足で大変困っていらっしゃるという実情は分かると思います。

ただ、9ページの分科会の意見にあるのは、それともっともで、若い医師だけで地域医療を賄おうというのは本当に無理があるところで、先生方の御意見と私も全く同様です。

ですから、首長さんたちは、これを機会に、地域医療研修は各県が魅力あるプログラム、たくさんの方が応募できるようなプログラムをぜひ提示していただいて、しっかりした指導体制、指導医を置いて、こうやって私たちの県はできるのだというものを、むしろ提案し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。

それでは、岡村先生、お願いします。

○岡村委員 それぞれの立場でいろいろな意見があるのですけれども、1つは、需給分科会で出た意見で、受け入れ側の病院が受け入れるだけのキャパシティがないみたいなことが書かれていますけれども、私はそうは思わないです。基幹型にしても、協力型にしても、若い人が行くということで、いろいろ助かっているし、十分な研修を提供できているところはあると思います。

確かに、今の日本の卒後の2年間の初期研修医というのが、例えばアメリカの医学生ができることを、ちょうど今、日本の研修医がやっている。そういう指摘はあるのですけれども、それはどんどん変えていかないといけないことなので、今の議論だと、日本は全然変わらないような気がするのです。もっと前向きに、今のシームレスのこともそうですし、卒前もそうですけれども、卒後もどんどん若い医師を活用し、活用することによって、その人たちが力をつけるという方向に持っていけないといけないのではないかと感じて聞いていました。

○国土部会長 羽鳥委員、お願いします。

○羽鳥委員 皆さんの意見は全くそのとおりだと思います。ただ、知事会の要望というの、へき地、医療資源の乏しいところでの医師不足のことを表しているのだと思います。

医学部5、6年と臨床研修2年のシームレスの話、それからCBT・OSCE、CATOでの議論にも参加させていただいているのですが、まだ全体の議論が進んでいないなという感じがします。要するに、4年間のシームレスの中で、どれだけいい医師を早く立派な医師を育てるかということが、まだ議論として十分じゃないと思います。特に、Student Doctorの法的な位置づけ。何か事故を起こしたときの補償、身分的にも医師免許の保障など法的に救うこと。そして、患者さんの同意がまだなかなか得にくいという状況。医師免許を取っていない人に触られたくないとか、そういう状況もあるので、国民のマインドも変わっていてももらわないといけないだろうなと思います。

そういうことを踏まえて、この辺の議論をラッシュに進めていかないと、知事会の要望にはきっと応えられないだろうなと思います。知事会の要望として、6ヶ月研修医に来てほしいということでもありますけれども、諸先生方がおっしゃられたように、卒後4年目、3年目ぐらいの先生に行ってもらうのではなくて、例えば専門研修の専攻医の方、あるいは既に専門医を取られて更新するときの条件にするとか、そういうことも踏まえてやっていただくのが、本当は地域の患者さんにとっても適切な医療が受けられると思います。

ただ、1つ問題点は、この臨床研修は国の決まりであって、法的に位置づけられているのに対して、専門医研修は一般社団法人日本専門医機構がやっているということもあるので、その辺のことで、専門医に対しては強制力がなくなってしまうのは少し残念かもしれませんが、この辺はこれからもしっかり議論していくことが大事だろうなと思いました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

伊野委員、お願いします。

○伊野委員 すみません、私も皆さんとほぼ同意見ですが、卒前のクリニカルクラークシップについて、本学だけかもしれませんが、実は、大学病院も指導医不足なのです。現場はぎりぎりの人数で、研修医にもStudent Doctorにも対応している状態でしかも、先ほどご指摘がありましたように、患者さん側のマインドセットもまだ追いついていないというところがあります。

ただ、方向性としては確実に参加型臨床実習へ向かっているもので、ゆくゆくはもっと積極的にチーム医療に参加し研鑽を積める真のクリニカルクラークシップになっていくとは思っています。ただ、まだその渦中で始まったばかりの大学もあり、各科でも温度差があるというところが現状です。

また、先ほど、研修期間を「6か月」と、まずは期間のご提示でしたが、基本的にこれは研修医の臨床研修ですので、どのようなアウトカムを目指すプログラムなのか、それにはどのくらいの期間が妥当なのか、そういった議論から始めないと、本末転倒になってしまうと私は思いました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

この資料の5ページの提言の中に名前を連ねていらっしゃる長野県知事の阿部知事も委員でいらっしゃいます。本日は代理で牧さんが御参加いただいておりますが、これまでの議論をお聞きになって、かなり慎重意見が多かったと思いますが、何か御発言ございますでしょうか。

○牧代理 ありがとうございます。阿部委員、所用のため欠席で、私、牧弘志が代理で出ています。よろしく願いいたします。

今、皆様の御意見をお聞きしている中で、確かにそのとおりだと思うのですが、私ども地域医療を支える身といたしましては、医師不足というものがどうしても深刻化しておりまして、そういう中で、今まで各都道府県が地域を支える医師を養成するということで、医師確保のことをやっているのですが、医師の自由に任せていると今の状態が続いているということで、何か制度的に地域に従事できる仕組みが作れないかということで、こういう御提言をさせていただいておりますので、皆様からの議論をよろしく願いいたします。

ありがとうございます。



○国土部会長 ありがとうございます。

新井委員から手が挙がっております。新井委員、よろしくお願ひします。

○新井委員 事務局が答えられるかどうか分からないですけれども、今の卒前・卒後のシームレスの医師育成というのが、大分いろいろなものが詰まってきたのですけれども、最後の一手、二手、三手ぐらいがまだ足りない状態だと思います。例えば、知事会の非常に強い要望があつて、臨床研修の中に半年間、地域医療に従事させるということが、もししっかりと制度化された場合に、医師の育成のシームレスの最後の一手、二手、三手が俄然進む力になるということがあり得るのですか。ちょっと答えにくいかもしれないけれどもね。

○国土部会長 どなたに聞きますか。事務局。

○加藤医師養成等企画調査室長 御質問ありがとうございます。

この臨床研修の半年を地域医療にすることが、シームレスの医師養成の歯車をより回すということは、基本的にはないと思っています。シームレスの医師養成、先ほど新井委員、最初に御発言いただいたとおり、医学部の6年生のときに国家試験で臨床実習が中断してしまっているというところが、シームレスの医師養成を考えないといけない一番のポイントでございますので、国家試験改善検討部会が議論されていますけれども、いつも今の国家試験に代われるPost-CC OSCEをどのように法的に位置づけられるのかという議論が主題でございますが、その点に関しては、今回の臨床研修の中での半年間の地域医療研修とは全く別の議論でございます。

Post-CC OSCEの中には様々な課題がございますけれども、別の観点でその議論を進めていただいたり、あるいは取組を進めていただく中で、このシームレスの医師養成の課程というのはより成熟していくと思います。

○新井委員 分かりました。今のお答えがまさに正論だと思うのですけれども、知事会の要望はかなり大きいと私も思います。ですから、ある意味政治力がここに大きく働いて、一気呵成に今、議論していることが進むということが、もしかしたらあるのではないかと、僕の半分妄想ですけれども、お尋ねしました。

もう結構です。以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

金丸委員から手が挙がっています。金丸委員、どうぞ。

○金丸委員 先ほどは失礼しました。

先ほどの長野県の知事代理の方もおっしゃいましたが、要望事項の4ページ目の1番目のことと5番目は関わっているのかなと思われるのです。それで、先ほどの3年目以降という話も、ここに何か仕組みとして盛り込むことができないかという議論で一步進むかな。ただ、臨床研修の2年間の中で半年間というのは、研修医として医師としての能力が上がっていく。育ちやすく、あるいは中身を深めるチャンスの地域医療の現場だという認識を私たちは持っています。したがって、それが半年という無理がない中で、3か月の重点プ

プログラムということで、地域枠とはいえ始まっている。ここも大事な一歩として捉えられないかどうか。

もう一つは、新しい研修制度で8週以上が望ましいとまで踏み込んでいただきましたが、ここももっと各地域で取り入れられるような協議というか、進めることが、次のもう一歩になって、それ以外は先ほどStudent Doctorからの積み上げた議論を、また一つ一つ議論しながら、最終的にこれがどういう形で位置づけられるかという議論を深めていただくとありがたいかなと思ったところです。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

今日は、文科省から島田企画官がご出席です。今までシームレスな医師養成についてかなりディスカッションしましたが、文科省として今の議論をお聞きになって、何か御発言ございますでしょうか。

○文部科学省島田企画官 文部科学省の島田です。

シームレスな医師養成は、文部科学省と厚生労働省と連携してまいりたいと考えております。今、文部科学省は、目の前といたしましては、モデル・コア・カリキュラムの次の改訂に向けて、現状、どのような医学教育が行われているかなどの調査を実施する実施先の公募を始めるところでございますけれども、こういったことについても先生方の御意見を踏まえながら進めていって、地域医療を目指す医師も含めて、より世の中に役に立つような医師養成ができるように、そういったことを検討してまいりたいと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

新井委員から、まだ乗り越えなければいけないハードルがあるということについてのいろいろな対策があると理解いたしますが、ほかに何か御発言ございますでしょうか。

今日は、結論は多分出さなくていいというか、出ないと思えますけれども、いろいろ御議論ありがとうございます。全国知事会等からの切実な御要望について、この研修部会でもいろいろ議論させていただきました。これまでの議論をまとめるのは難しいですが、1つは、シームレスな医師養成改革のまだ途中であるということで、これが達成されて、臨床研修医の臨床能力がもう少し上がらないと、現実的には今の段階で6か月、地域に派遣するのは難しいかもしれないという議論。

それから、指導する側の地域も今の段階ではまだ負荷が大きいのではないかという懸念がありました。

それから、金丸先生からは、地域枠での3か月の重点プログラムがあるので、それをまず活用するのがよいのではないかという御意見があったと思います。

それから、岡村先生のほうからは、もう少し積極的に考えるべきだという御意見だったと思います。

私も皆さんの御意見に賛同するものですが、もう一つ言わせていただくと、専門医の制度設計のときもそうだったのですけれども、要するにトレーニングの立場からの議

論がすっぱり抜けているような気がするのです。ですので、主に20代後半の医師たちのいろいろなライフイベントもある中で、女性医師も増えている。そういう中で、こういう制度がうまく回っていくかどうかということもぜひ考えながら、これからの制度設計を考えるべきであると感じました。それだけつけ加えさせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

このような形で、今日はいろいろ議論させていただいて、大変ありがとうございました。この問題につきましても、医師需給分科会の意見を参考にして、我々の部会でも議論させていただいて、これからの医師の養成の変化に応じながら、また考えていきたい。問題の先延ばしみたいで、阿部委員からおしかりを受けるかもしれませんが、今日のところはこのような形で終わりたいと思います。ありがとうございました。

それでは、今日用意いたしました議題は以上です。皆様、活発な御議論、大変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いたします。

○西岡臨床研修指導官 事務局でございます。長時間にわたり、ありがとうございます。

次回の部会開催日程につきましては、また改めて事務局より委員の皆様方に御連絡させていただきます。どうぞよろしくをお願いいたします。

○国土部会長 それでは、今日は長時間にわたりまして、活発な御議論ありがとうございました。

それでは、これで「医師臨床研修部会」を終了いたします。