

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

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

まず初めに、委員の出欠等について御案内申し上げます。本日、金丸委員、国土委員、森委員から御欠席との御連絡を受けております。

また、新井委員、羽鳥委員から所用により到着がとおけると御連絡を頂戴しております。

続きまして、オブザーバーについて御案内申し上げます。文部科学省医学教育課から荒木企画官にオブザーバーとしてお越しいただいております。

また、本日は議題1の地域医療への従事要件の審議に関し、5施設の院長または代理の方、それから自治体から茨城県、高知県及び宮崎県の医師確保担当課長、東京医科大学学長が参考人として御出席いただいております。

さらに、議題2の臨床研修における臨床能力評価体系に関して、日本医療教育プログラム推進機構から西崎プロジェクトマネージャーが御出席いただいております。

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

(「異議なし」と声あり)

○西岡臨床研修指導官 ありがとうございます。

続きまして、事務局にも変更がございましたので、お知らせ申し上げます。

7月1日付で医政局医事課課長補佐に異動しました、土岐でございます。

○土岐医事課長補佐 7月1日付で医政局医事課課長補佐を拝命いたしました、土岐と申します。よろしく願いいたします。

○西岡臨床研修指導官 以降の議事運営につきましては、部会長をお願いいたします。

また、撮影はここまでとさせていただきますので、よろしく願いいたします。

では、よろしく申し上げます。

○桐野部会長 それでは、いつものとおり資料の確認を最初をお願いいたします。

○西岡臨床研修指導官 前回に引き続きまして、当部会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、参考人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。お手元のタブレットから資料をごらんください。

全てPDFのファイルで御用意しております。00番、議事次第と座席表から、01、資料1「地域医療への従事要件等が課されている研修希望者を採用決定した医療機関への対応について」、資料2「臨床研修における臨床能力評価体系について」、参考資料1「医道審議会 医師分科会医師臨床研修部会委員名簿」、参考資料2「地域枠・臨時定員増について」、参考資料3-1「千葉中央メディカルセンターでの初期臨床研修の取り組み」、参考資料3-2「2018年度「基本的臨床能力評価試験」アンケート結果」、参考資料3-3「2018年度受験医療機関一覧」、参考資料3-5-1「成績通知書サンプル(医療機関)」、参考資料3-5-2「成績通知書サンプル(個人)」、参考資料3-6「エビデンス1」、

参考資料 3-7「エビデンス 2」、参考資料 3「JAMEP 基本的臨床能力評価試験に関する参考資料」、参考資料 3-4「テスト分析具体例」、ここまでよろしいでしょうか。

なお、委員の皆様のテーブルのみになりますが、本日の議題 1 の参考として、各参考人から提出いただきました資料等を、研修医との個人情報削除した上で机上配付資料として御用意しております。こちらにつきましては会議後回収させていただきますので、そのまま机上に置いておいてください。

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。よろしいでしょうか。

それでは、部会長、引き続きよろしくお願いいたします。

○桐野部会長 それでは、議事に入らせていただきたいと思います。

本日の議題は、1「地域医療への従事要件等が課されている研修希望者を採用決定した医療機関への対応について」、2が「臨床研修における臨床能力評価体系について」であります。

議題 1 に入りますが、最初に事務局から参考人の御紹介をお願いいたします。

○西岡臨床研修指導官 それでは、本日参考人として御出席いただいている医療機関、都道府県、大学を御紹介いたします。

まず、東京医科大病院から三木保氏。

新松戸中央総合病院、松尾亮太氏。

製鉄記念広畑病院、橘史朗氏。

相模原協同病院、井關治和氏。

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、小濱守安氏。

自治体に移りまして、茨城県保健福祉部から小野幸子氏。

高知県健康政策部から川内敦文氏。

宮崎県福祉保健部から和田陽市氏。

最後に、東京医科大学学長、林由希子氏。

以上、5 医療機関、3 県、1 大学でございます。

○桐野部会長 どうもありがとうございました。

では、本日は、事務局から資料 1 を御説明いただいた後に、参考人として御出席いただいている 3 つの県の案件ごとに審議をすることにいたします。初めに、医療機関から 1 ～ 2 分程度で、地域枠であった研修希望者を採用した経緯を、続いて都道府県から、地域枠からの離脱やその採用が妥当と判断するかどうかを、理由も含めて同じく 1 ～ 2 分程度で御説明いただき、続いて、委員からの質疑応答の時間を充てたいと思います。その上で、当部会としては、1、当該研修希望者の採用が妥当なものであったか、2、当該採用を行った医療機関への対応措置の 2 点について結論をまとめていきたいと思います。

また、研修医の氏名など個人を特定する情報については、御発言に当たり御留意くださいますようお願いいたします。

それでは、事務局より資料の説明をお願いします。

○西岡臨床研修指導官 それでは、資料1につきまして、御説明申し上げます。タブレットの資料1「地域医療への従事要件等が課されている研修希望者を採用決定した医療機関への対応について」をお開きください。

スライド2枚目でございます、「従事要件等が課されている研修希望者を採用決定した医療機関に対する現状と課題」ということでまとめております。

まず、現状と課題でございますが、各都道府県では、大学医学部に地域枠を設定し、地域医療に従事する強い意志を持った学生に対して修学資金を貸与し、将来、特定地域や特定診療科で一定期間従事することを条件に返済を免除しているという状況でございます。

昨年7月26日の当部会において、地域枠に係る修学資金貸与の契約は、民法に基づく金銭貸借契約のため、従事要件の達成前に完済すれば契約解除は可能としても、ここから赤字でございますが、地域枠で入学した事実までが消滅するものではなく、地域の医師確保を目的とする地域枠制度の趣旨、入試の出願資格等に従事要件の確約等が含まれていることから、地域枠離脱者の道義的責任は残ること等が確認されたところです。

当該部会での審議に基づきまして、厚生労働省といたしましては、昨年8月20日付で臨床研修病院に対して、県や大学が地域枠の離脱を妥当と評価しているか十分に確認すること、県や大学が地域枠離脱を妥当と評価していない場合には、趣旨に反した採用は望ましくないことを周知する通知文書を発出したところでございます。さらに、本年4月19日付で、県や大学が離脱を妥当と評価していない研修希望者を採用した臨床研修病院に対しては補助金を減額する旨等の通知文書を発出したところです。

しかしながら、平成30年度において、都道府県の情報提供により策定した従事要件が課されている地域枠の研修希望者リストに記載された879名のうち9名が地域枠から離脱、うち5名については、県や大学が離脱を妥当と評価していないにもかかわらず、従事要件に合致しない他県の臨床研修病院に採用決定されたことが今回発覚しました。

スライドを1枚おめくりいただきまして、全体になりますが、地域枠制度利用者879名のうち赤字部分でございます。地域枠離脱、全体の約1%、9名でございますうち、従事要件外で研修中、うち都道府県等が離脱を妥当と評価していない者5名について、今回議論をしていただきたいと思います。

1枚進んでいただきますと、昨年度、平成30年度第1回当部会における資料3を参考に添付してございます。

1枚お進みいただきまして、平成29年7月31日付で厚生労働省から発出した通知でございますが、そのうちの1、赤字になります、採用決定前に地域医療への従事要件等を必ず確認すること。その際、該当する都道府県や大学が従事要件からの離脱を妥当なものとして評価しているかの有無を十分に確認していただきたい旨を記載しております。

5としまして、該当する都道府県及び大学に照会することができる、大学への照会は都道府県を経由して行っていただきたい。

7としまして、地域枠で入学している者について、奨学金の返還の有無にかかわらず、

県や大学がその地域枠の従事要件からの離脱を妥当なものとして評価していない場合には、地域枠制度の趣旨や地域医療の安定的確保を尊重する観点に鑑み、臨床研修病院等が趣旨に反した採用をすることは望ましくない旨を周知いたしました。

1枚進んでいただきまして、本年4月19日付の通知でございますが、医師臨床研修費補助事業の実施に当たっての取り扱いに関する抜粋でございます。この中の赤字部分でございます「5 補助金を交付しないことがある場合の取扱いについて (1) 補助金の全部又は一部を交付しないことがある場合の具体的な事例」として、2のオになりますが、臨床研修病院が県周囲の募集及び採用を行う際の留意事項等について、通知の趣旨に反し、臨床研修期間中に他都道府県等において従事要件が課されている研修希望者を採用した場合、及び従事要件等からの離脱者であって都道府県または大学がその離脱を妥当なものとして評価していない研修希望者を採用した場合等と明示しております。

最後に論点になりますが、最後のスライド、7ページ目でございます。現状の上述した取り組みにもかかわらず、県や大学に十分に確認することなく、県や大学が地域枠離脱を妥当と評価していない研修希望者を採用決定した臨床研修病院に対して、医師臨床研修費補助金の減額等を行うことについて、どう考えるか。

2つ目として、上記補助金の減等に加えて、募集定員の減員あるいは臨床研修病院の指定の取り消しを行うことについて、どう考えるか。また、その他の対応すべき措置としてどのようなものがあるか。それを論点として提示しております。

続きまして、机上配付資料に関する御説明をさせていただきます。

当部会におきまして、本日ヒアリングを実施するわけですが、それに先立ちまして、各医療機関、従事要件を課した都道府県からそれぞれ調査票を提出いただきました。委員の皆様方のお手元には、各調査票に加えて、それら一覧を確認できるA3の大きい紙を御用意してございます。概略はこのA3の紙をもってですが、この後、個別の医療機関、それから都道府県からの御説明の際には、お手元の個票をそれぞれごらんいただきながら議論をいただきたいと思っております。

資料の説明は以上です。

○桐野部会長 どうもありがとうございました。

それでは、各参考人から順番に1～2分程度、地域枠であった研修希望者を採用された経緯、採用の妥当性の判断などの御説明をお願いいたします。

最初に、茨城県関係について、東京医科大学から三木参考人、お願いをいたします。

○三木参考人 東京医科大学の三木でございます。それでは、御説明させていただきます。

平成30年7月28日土曜日に、筆記及び面接による採用試験を実施いたしました。平成29年より、厚生労働省医政局医事課から関東信越厚生局医事課経由で従事要件が課せられている者のリストの提供を受けていることもあり、面接の際には受験者一人一人に対して地域枠の有無について確認はしておりません。その後、8月21日及び28日に関東信越厚生局医事課よりリストの提供を受けたため、当院受験者の中に地域枠による従事要件が課せら

れた者がいるか否かを確認したところ、当該受験者の記載がなかったことから対象外と判断し、医師臨床研修マッチングシステムに登録いたしました。

当該受験者については、平成30年10月18日にマッチしており、その後、卒業試験、国家試験にも合格したため、当院の初期研修医として採用したものであります。

なお、繰り返しになりますが、学生への地域枠の確認はしておりません。また、学生から地域枠である旨の申し出があったかということに関しても、ありませんでした。

それから、都道府県の当該学生の紹介はしておりません。また、大学への当該学生の照会の有無もしておりません。

以上でございます。

○桐野部会長 続いて、新松戸中央総合病院から松尾参考人、お願いします。

○松尾参考人 新松戸中央総合病院の松尾でございます。

当院では、地域枠学生の採用というか受験が初めてでした。それで、今年の採用試験が8月28日だったのですが、そのときに地域枠の学生さんの採用に関しては慎重になるようにということは承知しておりまして、一つの大きな根拠でリストに載っているか載っていないかということをお我々は大変意識していました。採用面接のときに受験者に地域枠であるかないかということをお慎重に聴取いたしまして、当該学生からは、実は地域枠なのだという返事がありました。地域枠だから茨城県以外での就職はできないのではないかと話をしたところ、既に地域枠の修学資金に関しては返済をしていると。それから、茨城県からも契約解除通知書というのをもらったという返事がありました。

それ以外に、大学の臨床研修担当の教授2名に相談をして、契約解除をしてほかの県で採用しても構わないかという相談をしたそうですが、そのときにはそれでは承知したと、大学から県のほうには連絡をしておくということでした。

それから、当該学生が県の担当者とメールでやりとりをしていまして、そこで明確にメールで、茨城県での従事義務はなくなりましたという文言をいただいたということで、それを根拠にして採用しましたが、振り返ってみますと、当然、留意事項にあるように、県への問い合わせというプロセスが私どもの中で、しっかり解除されたという思い込みがありまして、そのプロセスが抜けていたということだったと思います。

以上です。

○桐野部会長 どうもありがとうございます。

なお、この茨城県関係の地域枠の研修希望者の出身大学である東京医科大学からも、林参考人にお越しいただいております。

それでは、事務局及び参考人の説明等に関して、委員の皆様から御質問や御意見をいただきたいと思っております。採用が妥当であったか、医療機関に対する対応措置等についてどうするか、御意見をお願いいたします。

○岡部医師臨床研修推進室長 部会長、済みません、まず、茨城県のほうからの説明を。

○桐野部会長 失礼いたしました。茨城県から小野参考人。

○小野参考人 茨城県でございます。

まず初めに1名、最初の方、Aさんとお呼びいたしますけれども、Aさんにつきましては、離脱の理由ということで県のほうに2つの点をお話しされております。1つ目は、亡くなったおばあ様が都内で開業していた医院を継ぎたいということで、その人脈づくりを早く始めるために東京で研修を始めたいということ。それから、2番目といたしましては、都内にお住まいのお母様が体調不良で、自分がそばにいてサポートしたいということで、離脱をして、初期研修から東京都のほうで研修を始めたいという御相談がございました。

県といたしましては、1つ目の開業につきましては、医師になられてすぐ開業するというわけではないので、9年間の従事義務を茨城県でしていただいて、その後から東京のほうに行かれても間に合うのではないかというお話。それから、お母様につきましても、つきっきりでというわけではないようだったので、例えば東京のほうに行きやすい、できるだけ茨城県の南のほうで従事期間を過ごしていただきながら義務を果たした上でお母様のサポートということも考えてはどうかという話もさせていただきました。

ということで、理由といたしまして、県としては、妥当というふうには考えていないということでございます。

30年3月に初めに電話にて離脱の意思が表明されまして、その後、県、それから大学の先生方にも御協力をいただいて面談等を通して説得を試みましたが、結局翻意をしていただくことはできずに、7月に離脱ということになりました。

それから、お二人目でございます。この方はBさんとお呼びいたしますけれども、この方につきましても、Aさんと全く同様の時系列、同じ時期に同じようなお話があったという状況でございます。理由といたしましては、都内にお住まいのおばあ様のぐあいが悪くて、お母様がサポートをしていらっしゃるのですが、お母様も体調が悪くなったということで、自分がお母様のサポートをするしかないということで、東京で働きながらサポートをしたいという理由だということでした。この方は、ほかにもお父様も健在でいらっしゃるし、御本人以外にきょうだいもいらっしゃるし、この方だけがお母様のお世話をしなくてはならないという理由が少し私どもとしても納得ができず、この方につきましても妥当ではないという判断をしてございます。

時系列といたしましては、Aさんと全く同じで3月に電話にて離脱の意思が表明された後、Aさんと全く同じでしたので、2名とも大学のほうに御相談いたしまして、大学としても面談等をしていただきましたけれども、やはり首尾一貫して全く理由を変えることはなく、離脱の意思も変わらないということで、この方も同様に7月に離脱が決定してございます。

以上です。

○桐野部会長 小野参考人、済みませんでした。

それでは、委員の皆様から御意見をいただきたいと思っております。どうぞ。

○岡村委員 まず、この9名のリストのうち3名が東京医大で茨城県枠ということで、随

分多いなと思ったのですけれども、幾つかお聞きしたいのですが、1つは東京医大の附属病院で研修医を採用するときには、自学出身者であっても面接はしますよね。そのときに地域枠であるということは、自学だったらわかるのではないのでしょうか。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

○三木参考人 地域枠であることは、その時点で確認しておりません。

○岡村委員 物すごく不思議なのですけれども、逆に学長先生がいらっしゃっているのであれですけれども、結局これは卒業する学生を持っている学部の方と、研修する附属病院側の問題とどちらもあると思うのですが、やはり大学としては地域枠の学生であることはちゃんと伝えるべきであるし、そして、附属病院側は、ましてや自分のところの大学の出身者であれば、それを知らなかった、リストになかったというのは余りにもずさんではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○三木参考人 卒後研修センターを中心に面接等をやっている中で、個人情報の中の一部として、そのことに関しては従来聞いていなかったということです。しかし、今回の通達にありましたように、みずから聞くということの通達に基づいたことのチェックまでしていなかったということでは申しわけないと思いますけれども、従前、昨年までは個人情報ということで、していなかったということは事実です。

○桐野部会長 岡村先生。

○岡村委員 あともう一つは、はっきり言って、こういった行為というのは要するに倫理観がないと私は思います。そのときに大学として、それぞれの大学にディプロマポリシーというものがあると思いますが、単に学業の成績だけではなくて、医師としての倫理観を身につけた者を卒業させるというのが多くの大学のやり方ではないかと思いますが、マッチングの希望を出す時点で大学側が把握しているのであれば、これは卒業させないという手があるのではないかと思いますが、いかがですか。

○桐野部会長 大学からお願いします。

○林参考人 確かに倫理観というところからいくと、地域の医療に貢献するというところで入学を許可されている学生ということで、当然のことかなと思います。ただ、その学生たちがどこにマッチングを希望しているかというところ、それぞれの個人の特に地域枠だからどこにマッチングをしているかというところまでを本学のほうで十分に把握していなかったのも確かにまずいことではあったのかなと思っておりますけれども、実際のところ、それぞれの学生がどこにマッチングに行くというところを意識して卒業要件とマッチさせるということは、しておりません。

○桐野部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 清水でございます。

質問なのですけれども、お二人とも関東信越厚生局さんからのリストを受け取った際にお名前がなかったと書かれているのですが、なぜなかったのか、おわかりでしょうか。

○桐野部会長 これはどなたにお答えいただけますか。

事務局からお願いいたします。

○岡部医師臨床研修推進室長 事務局です。

都道府県から提出いただいて作成しましたリストというのは、8月10日時点のもので作成しております。8月10日より前に地域枠を離脱した方については、都道府県がリストに載せないことになっておりますので、それで今回のような形でリストにはなかったという記録になったということでございます。

○清水委員 たびたびで済みませんが、8月10日というのは、卒業年の8月10日ということでしょうか。

○岡部医師臨床研修推進室長 この地域枠のリストを作成したのが8月10日ということでございます。医学部の6年生ですから、まだ卒業はしていない状況です。

○桐野部会長 わかりましたか、清水先生。

○清水委員 わかりました。わかりましたが、8月10日より前に離脱しているとリストから除かれるというのは何かおかしい気がするのですけれども、何でそういう仕組みになったのかを教えてください。

○桐野部会長 お答えいただけますか。離脱は誰が離脱であると認定されたのでしょうか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

リストをつくるときには、その時点で地域枠の学生さんということでお尋ねをしておりました。今回課題だと思っております、やはりその前の時点で抜けられている方がほかの県の例でも出ておるようでございます。ただし、今回議論いただいている地域枠というのは、そもそも入学の時点のものであるわけでございますので、今後、調べる際には、今回こういった抜け落ちというのが発生しておりますので、各都道府県に対して尋ねる際には、入学の時点で地域枠の方のリストをつくって、それにつきましてどうするかということをしちんと各病院に検討していただけるような形で見直しをする必要があるという認識でございます。

○桐野部会長 神野先生。

○神野委員 この後も関係しているの、時系列をもう一回ですけれども、茨城県が聞いたのは5年生の3月ということですのでよろしいですね。それから大学と御本人と県が入って、いろいろと相談していたということですね。それで、8月の段階ではもう離脱という判断がされているということなのですね。そうすると、少なくとも、特にAさんというか、1番の方は出身大学と研修病院が同じ東京医科大学ですので、これはやはり知らないというのはおかしいのではないかと思うのです。なぜならば、今、5年生の3月から6年生の1学期全部、議論の最中ですので、大学は絶対にそれは承知していらっしゃるはずではないですか。それが附属病院に伝わっていないというのは、何か解せないのですけれども、いかがでしょうか。

○林参考人 その3月の時点で離脱希望というふうにして、その後うちの大学のほうでも本人と面談をしております、やはり道義的な問題もあるのだから残るべきではない



かと。理由も含めて学生の言い分も聞きましたけれども、それを聞いた上で、やはりそれは十分な離脱の理由にはならないのではないかとということで御本人にも説得を何度もしました。ただ、そここのところで最終的に離脱、お金を返して県のほうから義務要件がなくなりましたという通知をいただいたという連絡は学生からはもらっていないのです。なので、それがどうなったかというのを聞く義務があったのかもしれませんが、結論的にそれが県のほうとして受け入れられたのかどうかということに関しての把握まではできていなかったということが事実だと思います。

○桐野部会長 時間の制限もございますので、この採用が妥当なものであったか、どうであったかということも含めて御審議をお願いしたいと思いますが、御意見をお願いいたします。

神野先生。

○神野委員 とにかく、本人がうそをついたのか、病院が確認しなかったのか、県が甘やかしたのかと、この3点の比重で決めていくしかないと思うのですが、1番の方に対しては、私は大学と附属病院との間の連携不足ということは否めないと思いますし、2番の方に対しては、私の個人的な意見ですけれども、県が結構早く手放したというか、甘やかしたところもちょっと問題があるのかなという気もしないではないですけれども、きちんと病院側にも県のほうからもそういう状況だと伝えた上で判断していただく。それにもかかわらず病院が入れたとすれば、病院がまずいということになるかなと思います。

○桐野部会長 何かございますか。どうぞ。

○三木参考人 私も神野先生の意見と同旨でございまして、もちろんきちんと情報が入っていれば、学内の連携もあったかもしれませんが、茨城県から通知が本人のところに来たのが7月25日付になっています。それを確認してから本人が伝える、あるいは大学のほうで、あるいは病院のほうで確認するすべがあればよかったですけれども、従来どおり、一昨年までは基本的には厚労省からいただくリストに基づいて、それに厳粛にやっておりますし、もし離脱のことがわかれば、その時点では道義的、あるいは倫理的に問題があるということで採用条件から外れるのが我々の考え方でございます。

○桐野部会長 木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 92.6%の地域枠の方がきちんと従事要件に従って研修されている現状を見ますと、県から御説明がありましたような理由で今回お二人が離脱というのは、内容的には私も妥当ではなくて、やはり離脱の理由にはならないと考えます。

ただ、採用に関しては、2件それぞれ違うと思います。大学病院さんのほうは先生方がおっしゃるように自分のところの大学の学生さんを把握していないということで、これは非常に問題だと思いますけれども、もう一件のほうはリストから抜けていたということで、これは非常に把握するのが難しかったということで、これを同等に考えるのは難しいかと思えます。

今回、やはりシステムの問題がありますので、8月10日より前にリストから抜けてしま

った方が把握できないということを、先ほど議論がございますように、入学者リストのところからきちんと把握できるように、次年度からは早急に切りかえるべきだと思います。

以上でございます。

○桐野部会長 ありがとうございます。

どうぞ、お願いします。

○相原委員 今、先生がおっしゃったとおりだと思うのです。ただ単に学生さんに面接するとき、うちの大学も使っているのですけれども、あなたは地域枠ですかという質問項目を用紙につけておいて、そこにマルかバツかでちゃんと確認ができるのです。そんなに大仰な話ではなくて、その時点でそういう項目をつくってあって、そこで地域枠ですとマルがつけば、そこでいろいろ対応ができたと思うのです。

それから、とてもこの理由はお二人とも認められる理由ではないと思っております。

○桐野部会長 事務局からどうぞ。

○岡部医師臨床研修推進室長 事務局から補足でございます。

1番目と2番目のそれぞれの採用が妥当であったかどうかの判断の参考情報ですけれども、きょう事務局から御説明しましたように、資料1の5ページ、昨年8月20日付で発出しました施行通知文書でございますように、まず1のほうで、研修希望者本人だけではなくて、都道府県と大学に採用を検討する病院が必ず確認することと書いてあります。そして、従事要件からの離脱自体を都道府県と大学が妥当と評価しているかどうかの確認も十分に行うこととしております。そして、施行通知の7で、離脱が妥当と都道府県と大学が評価していない場合には採用は望ましくないというふうでございます。

今回の1つ目と2つ目のケースについては、本人のほうには、リストがなかったから確認しなかったということなのですからけれども、本来であれば、病院が研修希望者から確認は当然のこととして、さらに地域枠を持っております都道府県、それから大学のほうに離脱が妥当だったかどうかの確認を行わなくてははいけない。その確認を行っていなかったということですので、ここの部分が少しどうなのかということでございます。

○桐野部会長 伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 確認なのですけれども、リストになかったということなのですが、マッチングのIDだとかそういったところで区別がつくようなシステムにはなっていないのでしょうか。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○岡部医師臨床研修推進室長 委員御指摘のとおり、マッチングのほうは今年度からシステム改修をしまして、地域枠を離脱した方も地域枠用のマッチング参加のIDが付与されることとなりますので、本年のマッチングからはシステム化されていますので、確認作業はできることになっています。ただし、30年度の採用の方法はまだシステム化された前の話ですので、今回はリストにないと確認ができないということでございます。

○伊野委員 ありがとうございます。

○桐野部会長 今年度からはもっとしっかりしたシステムになるとはいえ、29年7月に発出された厚労省の留意事項というものに従って妥当性を判断するしかないのかなと思いますが、委員の皆様方の御意見では、A、Bの御両名とも多少ニュアンスの違いがありますが、妥当なものではなかったという御意見だと思いますが、そういうふうと考えてよろしいでしょうか。

それでは、御審議いただいた2つの病院については、評価結果としては、採用は妥当なものではなかったということが委員の御意見でございます。

どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の結果をいただきまして、また、事務局のほうで検討させていただいた上で、対応につきましては、また先生方に御報告申し上げたいと思います。

○桐野部会長 続いて、高知県関係について、製鉄記念広畑病院から橘参考人をお願いいたします。

○橘参考人 橘でございます。よろしく申し上げます。

私どもの学生ですけれども、5月に見学に来ましたときに彼自身から高知県の説明を受けておりました。その後、それではうちは採用できないという話をさせていただきまして、大学、高知県の理解を得ないとだめですよ、採れませんよという話もさせていただきました。その後、彼から大学、高知県の理解を得たという話を言ってまいりまして、貸し付けの辞退届を出したと、そしてそれが採用されたという格好のことを伝えてまいりました。

そういう格好でしたけれども、マッチングの順位としては下にほうにさせてもらったのですが、上の学生が抜けてしまいましたので、結果として採用となってしまいました。簡単に言えば、そういう格好の経緯でございます。

○桐野部会長 それでは、高知県から、川内参考人をお願いをいたします。

○川内参考人 高知県でございます。

まず、この件の経緯でございますけれども、当該学生が6年生の際の4月ごろ、地域医療支援センター業務を委託している高知大学の担当教員から離脱の意向があるようだという情報提供がありまして、その後、大学の担当教員による面談で一定、意思があることを確認できました。その後、5月に本人から県に電話で相談があり、5月に面談をしております。6月には大学の医学部長が2回、本人と面談をしまして、地域枠としての従事要件がある上で離脱をすることについての問題提起もしていただいております。その後、6月中に口頭ですが、正式に奨学金を辞退したいという本人からの表明がありましたので、7月25日に県と高知大学医学部長、それと本人、そして父親と面談をいたしました。

その理由としては、家族、具体的には母親がメンタルヘルス不調であって、地元でそばにいながら医師として働きたいという意向がありました。このような個人的な事情は感情的には理解できないわけではありませんが、この地域枠、そして奨学金の借り受け趣旨からすると妥当ではないと判断をいたしました。

ただ、一方で、奨学金は金銭貸借契約に基づくものですので、県と借受者は同等ですので、この辞退を拒むことはできません。ただし、大学としては地域枠として入学し、高知県の地域医療に貢献することを確約するという前提で入学しておりますので、この道義的責任は今後に残るも残るものかと思えます。結果、8月に奨学生としての取り消しをして、全額償還をいただいております。

繰り返しになりますが、今後も可能な限り高知県での臨床業務を行っていただきたいと県としては考えております。

なお、これまでの間に採用された病院から県及び大学に対しての問い合わせはございませんでした。

以上です。

○桐野部会長 ただいま御説明いただきました、高知県の研修のFという方に関する御説明について、この採用が妥当であったかどうかについて、御意見をいただきたいと思えます。

神野先生、どうぞ。

○神野委員 今、高知県の方からお話を伺ったのですけれども、そこで下がってはだめなのではないかと思うのです。恐らくこの方を高知大学に入れたおかげで、1人高知県で働きたいと思っている人は大学を落ちているわけですね。それが条件として、お金のことよりもそれが一番大きな要件だと思うのです。先ほどからお話を伺うと、県の方も大学も、それから病院も、しようがないねというところがどこかにある感じがして、今のFさんに関しては、県も簡単に認めないような体制はとれないものかなと思ってなりません。

○桐野部会長 岡村委員、どうぞ。

○岡村委員 先ほどの茨城もそうだし、今の高知もそうなのですけれども、マッチングの数カ月前ぐらいになってからそういう動きがあるということで、何か慌てて対応しているような気がします。地域枠の学生と一般枠の学生というのは、カリキュラムだとか大学生生活は同じように扱わないといけないのですけれども、ただ、卒後のことに関しては、1年次からかなりたたき込む必要があると私は考えております。ですから、結構、和歌山の場合ですと、知事の表敬訪問だとかそういったこともかなりやりますし、マッチングの前も念を押すようにして、知事と会うようにしております。

やはり神野先生がおっしゃるように、最終的にやむを得ないので奨学金を返してくれれば手が出せないなというのに終わると、これだとまた同じようなことが続くのではないかという危惧があります。

○桐野部会長 木戸委員、お願いいたします。

○木戸委員 今のお話がありましたように、やはり地域枠というのは医師遍在対策におきまして非常に重要なところでございます。このようなモラルハザードがありますと、今後、地域枠に新しく入ってくる方に非常によくない影響があるかと思えます。

また、お話がありましたように、大学の責任は非常に大きくて、大学も地域枠の学生さ

んを預かっているという責任と自覚を持ってきちんと学生さんに対して働きかけ、キャリアサポートを行う義務があると思います。自分のところの学生でどの学生が地域枠かも知らないというのは言語道断ではないかと思いますが、やはりきちんとそういった方に地域で働く喜びということを教えて、地域の患者さんのために尽くすような自覚を育てていただきたいと思います。

離脱の要件に関しては、この方に関しても、やはり妥当な理由ではないと私も考えます。

○桐野部会長 相原先生、どうぞ。

○相原委員 非常に基本的な質問でお恥ずかしいのですが、先ほどからお金を返すともう物が言えないみたいな雰囲気はちょっとあるのですが、契約というのは奨学寄附金を県に返せば、もう県は、倫理的にはだめですよと言っても何の拘束力も法的にはないということではよろしいのでしょうか。

○桐野部会長 県のほうで何か。

○岡部医師臨床研修推進室長 事務局でございます。

本日の資料1の2ページ目、現状と課題の2つ目の○に書かせていただいております。基本的には修学資金貸与の契約というのは民法に基づく金銭貸借契約のためなので、本人が返済したいと言え、そして実際に完済すれば、契約というのは解除せざるを得ない状況でございます。ただし、論点として残りますのは、そういった法的な責任というのは契約解除ということで免除されても、やはり地域枠で入学した事実までは末梢ができないわけです、道義的責任は残るということが昨年の部会で確認されたところでございます。

○桐野部会長 本日審議の対象になっている研修医の皆さんは、みんな別枠入試で入ってこられて、神野先生が先ほどおっしゃったように、他の受験生を排除して、私は地域枠に邁進するから入れてくださいと入っているわけです。それが突如、研修の直前にやめますといった場合は、相当の理由があって、誰が考えてもなるほどと思うようなことがあり、多分、事前にきちんとそれなりの手順を踏んで進んでくれば、当委員会の委員の先生方もそれはやむを得ないとお考えになるのではないかと思います。

今の件について御意見ございますか。今の件というのは研修生のFという方に関して。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 先ほどの2例が同じような事由で認められないということであれば、こちらを特別視する必要はないのではないかと思います。

○桐野部会長 清水委員、いかがですか。突然当てて済みません。全員の先生方に一言ずつ。

○清水委員 ありがとうございます。

この問題は2～3年ぐらい前から問題になっていて、当初は最初からペナルティーという話もあったのですが、それを1年、2年猶予があって、ちゃんとコーチをして、各県、各臨床研修病院がある各大学さんにアナウンスをして、それでもだめだったときは仕方がないねという話になっていたと思いますので、やはり今回は認識の甘さというか、

それは否めないのではないかと思いますので、皆さんの御意見に賛成でございます。

○桐野部会長 委員の御意見は、当該研修生の採用に関しても、採用は妥当ではないという御意見であったと思います。

事務局、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の先生方の御意見を踏まえまして、事務局のほうで取り扱いを検討しまして、また先生方に御報告したいと思っております。

○桐野部会長 最後に、宮崎県関係につきまして、相模原協同病院から井關参考人、お願いいたします。

○井關参考人 よろしく申し上げます。

当院に応募しました研修生につきましてですが、まず、平成30年2月に見学希望がございまして、3月27日に病院見学をしました。見学のときには、地域枠という話は本人からは聞いていなかったのですが、7月中旬に採用試験の必要書類を受け取りまして、8月3日に面接試験を行っております。この面接試験のときに、本人からも地域枠で入っているけれども、自分は初期研修については制約がないものであるという申し出を受けました。当時確認した書類では、宮崎大学の地域枠に2種類ございまして、本人の主張を担当の者が了解したという経緯でございます。

7月下旬まで責任者の医師が対応しておりましたが、そのとき、厚生労働省からの通知について常に責任者のところに来ると考えて気にしていたのですけれども、7月下旬に当人が骨折入院をしまして、その後の対応がとれなくなり、8月3日には事務局及びそれ以外の医師で面接をしているという次第です。

その後、8月21日に通達があったということなのですけれども、当院、地域枠について今回が初めてだと思うのですけれども、それまでも産業医大などから研修を受けておりまして、それと同じシステムで初期研修が終わった後の地域医療だろうと担当者たちが考えていたために、厚労省からの事務連絡が責任者ではなくて事務のほうに届いていたことに対して確認が不十分だったということで、ここを非常に反省しております。

その後は特に連絡事項はありませんで、2月に大学から連絡がありました。地域枠の学生であり、本来宮崎県で初期研修をしていただきたかったのですが、募集要項のこともあるので、初期研修を修了後、宮崎県で働いてもらうようお願いするという話で了承したと言われたために、4月に採用と、そのようになっております。

○桐野部会長 続きまして、沖縄県立南部医療センター・こども医療センターから、小濱参考人、お願いいたします。

○小濱参考人 よろしく申し上げます。

該当の学生は、8月30日に私どもの施設を訪問、面接を受けております。その際に私も、地域枠であるかどうかは確認いたしました。地域枠の学生であるということが確認できましたので、県外で研修ができるのかどうか、まず戻って確認をしていただくように本

人に説明いたしました。あと、当方からも、病院からも県のほうに確認しますということをお伝えしました。

それから、9月25日に宮崎県のほうに、宮崎県の地域枠の学生が面接を行ったということをお知らせ申し上げまして、その正式なお返事をいただいたのが10月5日になります。そうすると、マッチングがちょうど終わった時期、文書が届いたのが10月5日だったものから、マッチングを決めていかなければいけなかったのに、マッチングのリストに載せてしまいました。結果的に、それが反省すべきことかなとは思っております。

ただ、順位的には、本人の成績等を含めて公平に並べておきましたけれども、採用は難しいのかなと、当院のマッチングは難しいのかなと判断しておりましたが、マッチングいたしましたして、それから、急遽対策を宮崎県のほうに御連絡申し上げて、いろいろ対応をさせていただきます。

大学のほうとも確認しましたところ、11月9日時点で大学の医学部長のほうに御連絡申し上げましたところ、本人との面接がまだ終わっていないということが判明いたしました。しかし、これはもうマッチングが終了しているということで、なかなか戻すのは難しいのかなということをいろいろ考えまして、11月20日に病院長、沖縄県の担当者、研修センター長の3名が直接宮崎県に伺って、大学で宮崎県の担当者、大学を含めて検討いたしました。そのときの判断といたしまして、まず1つはマッチングの結果を受け入れて沖縄で採用するという形にして宮崎県のプログラムに変更して研修するという案。それから、マッチング結果を受け入れて2年間沖縄で研修をした後、宮崎県で専攻医の研修を行うという案があるのではないかとということを議論させていただきました。

その後、学部長が再度学生と面談いたしましたして、沖縄県で2年間の初期研修を終了後、宮崎県で専攻医の研修を行うということで合意いたしました。本人は沖縄で研修をする際にも、2年終わった時点では必ず宮崎に戻って専攻医研修は宮崎で行って、宮崎に尽くしたいということを申しておりました。これは学部長が面談したときも同じような御意見をいただいております。

以上です。

○桐野部会長 続きまして、宮崎県から和田参考人、お願いいたします。

○和田参考人 宮崎県です。

まず、2名の研修医につきましては、リストに氏名を掲載していたことを御報告させていただきます。相模原協同病院さんのほうの研修医でございますけれども、8月下旬に県、9月には大学が本人に県内での研修をするように要請しておりますけれども、本人は、それ以外は全く県や大学に相談することなく自分でマッチングを進めておりました。最終的に病院のほうからも県には連絡がございまして、マッチングが決まった後に大学が面談したときに、こういう結果になりましたということで報告を受けたところでございます。

それから、沖縄のほうの南部医療センターの研修医でございますけれども、これは先ほど病院のほうからありましたように、病院のほうから連絡をいただいて、県と大学と協議

させていただいて、回答としては10月1日に、これは電話でございませけれども、採用しないというお願いをしておりますが、そのときに病院のほうから、県と大学の考え方を文書でいただきたいと言われたので、多分文書の発出は後になったかと思っておりますけれども、10月1日の時点で採用しないようお願いしております。

我々が理解しているところでは、病院のほうがマッチングした研修医を採用しないと、今度はマッチングのほうでペナルティーがあるかもしれないということでそのまま採用されたというふうに県としては理解しております。

以上でございます。

○桐野部会長 それでは、この件に関して御意見をお願いいたします。

岡村委員、どうぞ。それから伊野委員。

○岡村委員 今の3つの広畑、相模原、南部の院長先生方ですけれども、何か聞いていると、マッチングの順位を割と下のほうにしておいてという話が聞こえてきたのですが、これは、例えばその人が成績がいいから順位を上にする、あるいは余りよくないから下にする、そういったことは全く関係ないレベルの話だと思います。ですから、これは県の意見を聞いてとか、大学の意見を聞いての問題ではないということを確認しておかなければいけないことだと思っております。

○桐野部会長 伊野委員、神野先生の順でお願いします。

○伊野委員 宮崎県の方にお聞きしたいのですけれども、宮崎県の地域枠は、臨床研修は外でやってもよくて、戻ってくれば良いというお考えでいらっしゃるのでしょうか。

○桐野部会長 宮崎県、お願いします。

○和田参考人 大変申しわけありません。一番難しいところは、宮崎県は奨学金を貸与する地域枠と貸与しない地域枠とがございませ。どちらもあくまでも宮崎県の地域医療に貢献するということを約束して、一般入試とは別枠で入学してきている学生になって、入試要項に、実はこの当時は卒業後、研修を県内で受けなければいけないというような記載がございませでしたので、大学と県ですごく指導をしているところなのですけれども、そこをどうしても理解していただけない一部の学生さんがいらっしゃって、このようなことが発生していることは事実でございます。こういう発生があると、県も大学もこれは入試の要項に最初から臨床研修はこうなるとかいうことを、今後、今はキャリアプログラムを受けなければいけないとか、そういうことをどんどん重ねて追加していくような状況になっているということでございませ。

○桐野部会長 それでは、神野先生、それから相原先生。

○神野委員 私も同じことを聞こうと思ったのですけれども、そうすると、今、特にGの相模原協同病院の学生さんは、募集要項にはそれでもいいと書いてあったので採ったというふうに、先ほどの相模原協同病院はおっしゃったのですけれども、そういうことでよろしいのですか。確認です。

○桐野部会長 宮崎県、お願いします。



○和田参考人 募集要項にそういう記載はないのですが、本来、地域医療に従事するという強い意志を持って入学してくる者でございますので、大学も県も当然、臨床研修を県内で行っていただくべきだという考え方で対応をしております。恐らく、このときに奨学金貸与のない地域枠の入学者は10名だったと思うのですが、10名のうち2人がこのような考え方で県外に出ていこうと考えてしまったというところがございます。

○桐野部会長 それでは、神野委員。

○神野委員 ということは、先ほどまでの話と違って、宮崎県の募集要項に明示していなかったということで、学生はそのように解釈したということになると、ちょっと扱いが難しくなるのかなという気がいたします。

ただ、宮崎県は九州で唯一の医師不足県で、随分鷹揚な考え方だなどと思ってしまいました。

○桐野部会長 相原委員、どうぞ。

○相原委員 この人たちではないのですが、宮崎大学の学生さんと話したときに、うちの地域枠は臨床研修の間は別に縛りはありませんという答えを何人かからもらったことがあります。ですから、県がそう思っている、それを大学がきちんとそういうことを育てていく間に言っていない、または書いていなければ、この場合、2年間外でお二人とも大学に戻ってくるといったら、倫理的に本人たちは別に悪いとは思っていないと思うのです。

去年か何かは、そこら辺から大学は厳しくちゃんと伝えるようになったとは聞いているのですが、その前までは余り学生に伝えていないということを聞いていたのですが、県のほうというよりは大学がきちんとちゃんと学生を、そういうことを教えながら育てていないのかなということでもちょっと懸念を持っていました。

○桐野部会長 宮崎県、どうぞ。

○和田参考人 実は、要項は26年度の入学者からはきちんと書くように大学と協議していますけれども、大学が決して育てていないというわけではなくて、本当に一生懸命宮崎大学の医学部にはやっけていただいておりますので、この場をおかりしまして、その点だけは、本当に今、大学と県と一生懸命やって、そういう意味で言えば、県外に出ていったのが2名にとどまっているというふうに御理解をいただいたほうがいいのかもしいかなというところなんです。

○相原委員 育てていないというのは教育していないという意味ではなくて、意識を育てていないという意味です。

○和田参考人 それは今、本当に一生懸命取り組んでいるところでございますので、大学の名誉もでございますので、県のほうからそこだけは言わせていただきたいと思います。

○桐野部会長 木戸委員、どうぞ。それから清水委員。

○木戸委員 この2名は、初期研修修了後に県のほうに戻って地域医療に貢献するというふうに確約と書いてございますが、この確約の方法はどのようなものなのでしょう。例えば、書面で何か契約をしているとか、これは下手するとまた反故になってしまうことがあ

りますが、その場合の対応とか県民に対する責任はどのようなのでしょうか。

この方は、例えばいろいろなことも県や大学に相談しないで今回マッチングに登録するような方なので、そういったリスクもあるのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。

○桐野部会長 宮崎県、お願いします。

○和田参考人 現在、この2名につきましては、県と大学で面接を定期的に行って、書面ではございませんが、口頭で確約をいただいているという状況でございます。

それとつけ加えて、現在、研修を行っていただいております病院からも強力に働きかけていただいております。

○桐野部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 確認ですけれども、宮崎県の地域枠入学対象者は、全部宮崎大学さんだけでしょうか。

○桐野部会長 宮崎県、お願いします。

○和田参考人 宮崎大学以外に、長崎大学に2名ほど枠がございます。こちらは奨学金を貸与している枠でございます。

○清水委員 では、今もそういう方がいらっしゃるかどうかわかりませんが、奨学金を貸与されていなくて地域枠というのは、単なるという言い方は変ですが、入学時のメリットだけということですね。

○桐野部会長 どうぞ。

○和田参考人 現在、宮崎県は、宮崎大学医学部には奨学金を貸与する地域枠が10名と、奨学金を貸与しない地域枠が10名ございます。ただ、これはあくまでも一般入試ではないので、枠が外れているということですが、あくまでも地域医療に従事する強い意志を持った学生に入学してきてもらうというような状況になっております。以前は例えば卒後の臨床研修をどうするとか、要項にそこまで明快に記載がなかった時点がございますので、平成26年度からは明快に記載するようにして、こういう問題が起きないようにしているところでございます。

○桐野部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 もう一点、今の点で私も確認したかったのですが、平成26年から要項に書かれているということは、この該当のお二人はそれより前の入学者ですから、彼らが持っていた要件というのは、宮崎県での地域医療に従事することを希望する人ということだけということでしょうか。

○桐野部会長 何か、宮崎県。

○和田参考人 そのとおりでございます。

○桐野部会長 それでは、御審議いただいた2つの病院について、この採用が妥当であったかどうかを御審議いただきたいのですが、あくまでも採用が妥当であったかどうかを御審議いただくのであって、研修医がよかったか悪かったかということではございませんの

で、ちょっとそこを。いかがでしょうか。

○岡部医師臨床研修推進室長 済みません。事務局でございます。

採用が妥当であったかどうかの補足情報でございます。きょう、病院側から御説明があったように、まず、相模原協同病院のほうの採用については、研修希望者本人には確認はしております。ただし、地域規約を持っている県、それから大学のほうには、マッチング前には確認していなかったといった手続の不備がございました。

それから、沖縄のこども医療センターのほうです。こちらは県と大学にも確認はしたということでございました。ただし、その確認の時期が、まず研修希望者からは8月30日に申し出があったのです。ただし、都道府県への問い合わせ自体は9月25日です。1カ月近くたっております。そして、マッチング希望順位登録の締め切りの10月4日の直前には県のほうに問い合わせをしている。確かに10月5日付で文書が届いたということでございましたけれども、県への確認のタイミングですね。時期のほうが少し遅かったのではないかとということをご指摘させていただきます。

○桐野部会長 よろしいでしょうか。委員の方々から妥当性についての言及がございましたら。

どうぞ、お願いします。

○井關参考人 私も県への確認、責任者が不在のために十分できていなかったという点で非常に反省しておりますし、申しわけなく思っております。

ただ、当時の事務局の対応については、本人から宮崎大学の募集要項を見せられまして、地域推薦入試と地域特別枠推薦入試がありまして、特別枠推薦入試は宮崎県医師修学資金の貸与を受け、臨床研修修了後に一定期間、県が指定する宮崎県内の医療機関に勤務することになりますということが書いておられまして、地域枠推薦入試、これは彼の枠ですけれども、こちらは、あすの宮崎県の医療を担うという強い意志を有すると、そう書いただけだったものですから、当時の事務方がそれを真に受け取ってしまったということが我々の反省なのですけれども、その旨、弁明させていただきます。

○岡部医師臨床研修推進室長 補足でございます。

おっしゃるとおり研修希望者への確認、それから従事要件の確認というのは事務的にはされていたと思うのですが、それを都道府県のほうに確認するということになかったのかなと思っております。

○井關参考人 そうです。私もそれは先ほど申し上げたように反省しております。ただ、厚生労働省からの通知には、全てのというのではなくて、問題がある場合というふうに書いてあります。それをちょっと事務方が読み間違ったということです。通知について常に従事要件が課されたものであったかということを書いているので、それを取り違ってしまったということをご説明させていただきます。

○桐野部会長 宮崎県、どうぞ。

○和田参考人 少なくとも宮崎県としては、リストに掲載していたということは事実でござ

ざいますので。

○井關参考人 そうなのです。ですから、その辺も先ほども確認が不十分だったと申し上げているのですが、事務方はもう8月3日の時点で本人の面談を終えておりまして、本人からそういう話を聞いていたものですから、これに該当していないと思ひまして、確認が不十分だったと。これについては非常に反省しているところです。

○桐野部会長 岡村委員、お願いします。

○岡村委員 桐野部会長がこれらの案件について妥当かどうかということを尋ねられましたけれども、まず基本的に一番問題を起こしているのはこの離脱した研修医であるということですね。何かこういう会議のときに大学の責任である、県の責任である、あるいは採用した病院である、それぞれに落ち度はあるかもしれませんが、少なくとも最終的に今の桐野部会長の質問に対しては、私は、妥当ではなかったというふうに考えます。

○桐野部会長 そのほか委員の皆様から御意見はございますか。よろしゅうございますか。

今までお伺いした限りでは、御審議いただいた2つの病院の採用については、採用は妥当ではなかったという御意見だったと思いますが、それでよろしゅうございますか。もちろんいろいろ理解できる面、あるいはいろいろな不備が、もうちょっといろいろな準備をすればよかったという面がなかったとは言えないまでも、やはり全体から見ますと、この採用が妥当であったかどうかということであれば、妥当とは言えなかったということではよろしゅうございますか。

お願いします。

○佐々木医事課長 ありがとうございます。

先生方の今の御審議の結果を踏まえまして、事務局で取り扱いを検討しまして、また御報告申し上げます。

○桐野部会長 以上のおりでございますが、皆様、よろしいですか。

東京医科大学学長、お願いします。

○林参考人 今回の事案等を踏まえまして、大学としてもいろいろ不備があったというのはよくわかっております。ただ、こここのところ先ほどから出ていました医療機関に対する現状と課題というところにありますけれども、今回の修学資金を契約解除にはなるけれども、学生の道義的責任は残るところで、大学としてもその責任というか、倫理観というのをきっちりと教育していくべきだと思っております。

ただ、そのところで先ほど岡村先生が最初におっしゃいましたけれども、例えば県外にマッチングに出て就職が決まったら卒業させないであるとか、そこまでの権限を大学は恐らくは持てないだろうと思っておりますし、また、どこまで大学として学生に対して強制力を持てるのかということが非常に線引きとしては難しいと思っております。

入学時点で地域枠というのは非常に今、問題になっておりまして、大切な取り組みだと思っておりますけれども、入学者を受け入れる大学といたしましては、例えば契約解除になったとしても、道義的責任は残って、きちんと地域での医療に携わらないといけませ

んよということまでしっかりと指導していただくことができれば、学生も離脱しようということができないのだなという自覚を持って希望してくれると思うのです。

実際に離脱のできない仕組みというものをきちんとつくっていくことも必要なのではないかなと思います。できるだけ地域枠をとって地域にお返しするような教育をするということで、大学は一生懸命御協力できるところはしようと思いますけれども、そのところで道義的というか倫理的教育がうまくいかなかったからといって大学が責任をとれと言われても、そのところはなかなか難しいのかなと思います。

以上です。

○桐野部会長 岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 随分感覚が違うなと思いました。というのは、恐らく地方の大学とかだと、やはり県に対して、県との結びつきということを物すごく、常に意識しているのです。ですから、やはり東京にある私学ということで、しかも茨城県からの枠をもらっている。何かお客さんのような感じであって、例えば東京医大が伊豆諸島のほうに必ず何人か送らないといけない。そういう学生を育てるという感覚であれば、今の先生が言われたようなことは起こらないのではないかという気がします。

○桐野部会長 木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 先ほどから地域枠から離脱させないとか非常に強制力の高いような言い方をしているのですけれども、地域枠というのをもう少しポジティブに考えていただいて、地域で医師を育てるということで、地域枠は決して悪いものではなくて、地域で非常に頑張って研修して医療に貢献するという非常に素晴らしいお仕事なわけです。ですから、そのよさというのをきちんと教育する方向で、大学のほうもきちんとキャリアサポートをしていただければと思います。

以上です。

○桐野部会長 神野委員、どうぞ。

○神野委員 結局、採った病院が悪い、あるいは県が悪いというような話があるのですけれども、本人に対してどこでペナルティーをかけるかという話がなかなか見えない。以前のこの会議でも申し上げたのですけれども、そして、このまま大学を卒業させました。今度、臨床研修病院でもっと倫理を教育しろと。今度、臨床研修病院が2年間で卒業を認めるのは何事だという話になってしまうし、臨床研修病院も何となく認めてしまうと、今度は後期研修で認めたのは何事だということで国民から叱られるということなのです。これは決まりがないからこれからの話だと思うのですけれども、例えば地域枠離脱者に対して何らかの国としてのペナルティーもここに記載すべきなのかな。それには例えば大学卒業させないとか、国家試験を受けさせないとかいうことまでやるかどうかという、今度は逆に国の腹の据わりぐあいが試されてくるのかなとも思います。

○桐野部会長 そのほか御意見ございますか。どうぞ。

○川内参考人 高知県でございます。

先ほど各委員の先生方から、県がこの離脱を簡単に認めてしまっているのだからという御指摘をいただきました。本当にそのとおりだと思います。ただ、多少の対応の濃淡はあるのかもしれませんが、各県も、決して簡単に手放しているということではありませんで、本県の場合も、大学と県が共同で、幹部が直接本人と面談を数回繰り返しております。個人的な理由によって奨学金を辞退するという問題も説明し、そして、地域枠で入学をしたことの道義的な責任も残るということを重ね重ね説明した上で、ただ、最終的には奨学金については金銭貸借契約でございますので、辞退の申し出があった場合に、一般的には断ることが難しいということで、奨学金としての離脱を認めざるを得ないという結果だけが残るということでございます。

ただ、地域枠としての入学の責任というものを今後どのように担保していくのか。もっと言うと、奨学金の制度ももう少し実効性のあるものにできないかということは県としてもまた検討してまいりたいと思います。

○桐野部会長 清水先生、どうぞ。

○清水委員 ありがとうございます。

都道府県さんとか大学さんがとても努力されているということは重々承知の上で申し上げるのですけれども、以前にこの部会で学生をもっと信用しましょうよと発言をしたこともあったかと思うのですが、實際上、1学年90万人の時代に、90人に1人が医学部に入れる時代なのですね。それから、別の資料を拝見しますと、900人から1,000人が地域枠で入学している。つまり、大学10個分ぐらい、8個とか9個分ぐらいの学生が地域枠で医学部に行っているということを考えると、その方たちをどのようにして地域の医療に貢献していただくように育てるかというのは、事大学だけではなくて都道府県も、それから私たち研修病院もみんなで考えないといけない問題だなと思います。

総論的なことなのですけれども、学生もちゃんと教育しなければいけないし、学生にも自覚を持ってもらうためにはどうすればいいのかなというのを、きょうは悩ましく思っていました。

○桐野部会長 事実の確認ですけれども、地域枠の学生は別枠あるいは手挙げ、いずれにしても合計すると1,800人ぐらいになると思いますが、事務局、御存じですか。

○加藤医師臨床研修専門官 1,600台だと思います。

○桐野部会長 それぐらい数が多い。昔で言えば医学校16校ぐらいの数になります。今は。

○加藤医師臨床研修専門官 1,674名です。

○桐野部会長 地域枠は、入学のときに地域医療をやると言って鎖につながれたような存在のものとは全く違って、地域医療を担っていただくために全体として育てていくという立場で制度としてつくっていかないとうまくいかないのではないかと思うので、そういう観点からいろいろなチェック機構とか、彼らを上手に地域医療にガイドしていくような教育方針とかいうようなことが重要になると思いますし、また、全体に金輪際何があっても離脱できないというのではないので、離脱についてどのような手順があり得るかというこ

とについても、金さえ返せばいいというものではないということは、この委員会で何度も何度も繰り返して確認をいただいておりますけれども、必要ではないかと思えます。

羽鳥先生、お願いします。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥です。

途中から参加したのでついていけないかもしれませんが、前にもお願いしたと思うのですが、一人一人の先生のデータベースをきちんとつくっていくというのが大事だと思います。この問題はその先生にとっての倫理的な側面もあると思うので、約束したことが守れなかったということは何らかのペナルティーが必要なのではないかとということが1つ。例えば、学生のときにOSCEとかCBTで、もしiPhoneをつけているだけでもその場で試験を受けることはストップですね。1年留年ですね。そのぐらい重いことを科している一方で、こちらは入学時、ここが一番重いと思うのですが、ある意味で楽に入ってきたにもかかわらず、ずるしてそのままいってしまうというようなことであるのは、やはりちょっと公平ではないのではないかと思います。

医師の倫理教育というのはありますけれども、学生のときもやるし、卒業してからも、それから臨床の場に行ってからやるべきですが、そういう観点からも考えてもいいのではないかと思います。

もちろん、それを回復する方法、例えば地域にきちんと医師になって何年かしてから9年勤めたらそれは消えるとか、そういう手法は必要だと思いますが、気持ちとしてはデータベースをきちんとつくってほしいということです。

○桐野部会長 お願いします。

○三木参考人 たくさんの御意見をありがとうございました。

何よりも地域枠に基づいて地域の医療の担保をとるということの本会の趣旨はすごく大事だと思います。その点においては、どれがあり、これがありというよりも、今回私どもで特に強く感じていたのは、大学、病院、地域自治体、それから厚労省の情報の共有に断絶があったというのは事実だと思うのです。ぜひ私たちもその辺の情報をきちんと、今回の趣旨に基づいて情報共有していただきたい。

もちろん学生さんの本来の意志は大事ですが、それを成就させるための周りの環境の情報共有ができていなかったことは、やはり認識すべきだと思います。

○桐野部会長 ありがとうございました。

委員の方から何か後発言はよろしゅうございますか。

それでは、どうもありがとうございました。

どうぞ。

○林参考人 1点だけお願いがあるのですが、地域枠が卒後9年という非常に長い期間、地域のほうで医療に携わってくださいという仕組みだと思うのですが、卒後9年というのはある意味ライフイベントの時期でもありまして、例えば女子の、女子だけのライフイベントではないのですが、例えば結婚して子供を産む。その相手の方が地方の

方だったら、やはりついていってというような案件も出てくると思うのです。例えばそういう場合に、奨学金をいただいてしまったので、その地域ということはあるかもしれないのですけれども、別の地域の地域医療を充実させなければいけない地域であったら、場所を移してもそちらで医療に携わることが許されるような仕組みがもしできれば、かなり柔軟にこの仕組みがいけるのではないかなと思います。

○桐野部会長 その辺の地域枠制度の改善というか、今後のことについては、今後とも議論が必要かと思いますが。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

きょういろいろと御指摘もいただきましたので、各研修病院さんでの取り組みをしていただくということも大事であります。我々も都道府県や各大学と連携しながら、地域枠の学生さんがきちんと地域で活躍できるようにしていくということで、さまざまな改善、改良というのは必要だと思っています。またいろいろと検討してまいりたいと思います。

○桐野部会長 もしよろしければ、この審議はここまでにしたいと思います。参考人の皆様方には、大変御多忙の中御出席をいただきまして、ありがとうございます。

また、事務局におかれましては、本日、この採用は妥当でないという結論でございましたので、今後については、また御検討いただきたいと思っております。

続きまして、議題2「臨床研修における臨床能力評価体系について」の審議に入りたいと思います。まず、事務局から資料の説明をいただいた後に、参考人から御提出いただいた資料の御説明をしていただき、その後に御意見などをいただきたいと思っております。

それでは、事務局から順に説明をお願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 よろしく申し上げます。

それでは、資料2のPDFをお開きください。こちらは「臨床研修における臨床能力評価体系について」ということで、まず、現状と課題を2ページで御説明させていただきます。

これまで臨床研修の評価につきましては、繰り返し議論がされてきましたけれども、平成25年の取りまとめにおきましては、臨床研修医の評価に関して明確な評価基準がないため、評価の程度にばらつきがあるなどとの御指摘がございました。今回、臨床研修制度の見直しを行うわけですけれども、昨年の取りまとめにおきましては、新たに研修医の評価票、これは360度評価を取り入れているわけですが、今後、全国的にそれを標準化していくということで進めているところでございます。

また、各臨床研修病院に関しましては、前回の臨床研修部会におきまして、第三者評価の重要性などについて御議論いただきまして、現在、強く推奨しているところでございます。

ただし、課題としてございますのは、実際に臨床研修プログラムの有効性と記載しましたが、どれぐらい臨床能力が伸びているのか、伸ばせているのかという点や、あるいは臨床研修は2年間ございますけれども、1年目に中間評価などを行って、どういった分野での研修が不十分なのかということの把握が現状困難なのではないかというような課題があ



るかと思えます。

また、今回取り上げさせていただいた背景のもう一つとしまして、3ページ目でございますけれども、医療法及び医師法の一部を改正する法律附則第2条ということで御説明いただきます。現状、医師法、医療法の改正、これまで何度も取り上げさせていただきましたが、その附則におきましても、この第2項で、「政府は、臨床研修の評価に関する調査研究を行うものとし、当該調査研究の結果を勘案し、臨床研修と医師が臨床研修を修了した後に受ける医療に関する専門的な知識及び技能に関する研修、これはいわゆる専門研修が該当しますけれども、この整合性をとれたものにするということに関して、医師の資質の向上がより実効的に図られるように、臨床研修のあり方について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後3年以内に法制上の措置その他必要な措置を講ずるものとする」ということで附則に記載されております。

こういった観点からも、臨床研修と専門研修における整合性を図るための評価という部分に関して、今後、我々は議論をしていかなければいけないような状況でございます。

4ページ目に移りまして、この附則の第2項の太字になっていない冒頭の調査研究の部分に関しまして、厚生労働省としましては、研究班を立ち上げまして、シームレスな医学教育のための研究班とございますけれども、その中の一つの分担研究で臨床研究の評価体系の構築ということで、福井先生に分担研究者になっていただいておりますけれども、この客観的な評価が必要だろうということは何度か公開でも御議論いただいているところでございますので、この点に関しまして、今、研究を進めていただいている現状でございます。

この際に、これまでももちろん臨床研修はプライマリーケア能力を高めるものということで質的評価、臨床の中での評価というものが最も重要だということもございますけれども、このような客観的指標が必要だというような御議論を踏まえて、今回、JAMEPさんの試験を採用させていただいて、このような評価体系で研究の対象とさせていただいております。

今回、この研究の内容としましては、臨床研修が妥当なものかどうかというお題をいただいておりますが、実際に今、臨床研修、1年目、2年目は全ての方が臨床研修を受けておりますので、直接的に臨床研修を受けなかった方を対象にすることはできないという観点から、簡易的ではございますけれども、継続プログラム、弾力プログラムをスーパーローテーションを7科目しているところと3科目のところと比較して、いわゆる臨床研修の正当性ということを今回テストを使って評価していただいて、次の5ページ目でございますとおり、2018年の試験の平均得点におきましては、疾病各論、平均と4つ目の項目でございます以外は、全体を通じまして、いわゆる7科目必修の継続プログラムのほうが得点が高かったということで、臨床研修の一定の正当性をこういった客観的な指標でも評価され得るものということで研究を進めております。

こういった客観的な指標に関しましては、繰り返しになりますが、もちろん臨床の中での評価に補完するものとして、我々も今後検討するべきものと捉えておりまして、6ペー

ジ目に移りますけれども、現状、シームレスな医師養成に向けて改革を進めているところです。これまで医師分科会におきましても、Student DoctorだとかCBTの公的化の議論を進めておりますけれども、この全体像の中で下にございます評価に関しましては、実際に臨床研修で用いられてきたEPOCを臨床実習においても使えるようにするというような取り組みもしておりますし、また、CBT・OSCEで知識や技能の評価に関しましては、CBTを公的に位置づけるというような検討もしておりますが、臨床研修の終了時にこういった客観的な評価を補完的に取り入れるということも、今回議論させていただきたいと思っております。

今回、西崎先生にお越しいただいておりますけれども、現状、4割の臨床研修医が受けているJAMEPの試験というのが、今最も臨床研修に使われているものでございますので、今回御紹介いただきながら、御議論いただくものと思っております。

最後に論点、7ページ目でございますけれども、今回の位置づけを先生方に正しく御理解いただきたいということで、繰り返しにはなりますけれども、臨床研修医の評価は、あくまで臨床の中で指導医によって到達目標に基づいて評価されるものでございますし、また、来年度からは評価票を用いて360度評価を行っていくものでございますので、あくまでそれが大前提でございますけれども、やはりプログラム間の評価だとか、あるいは制度変更の評価、専門研修等の連動性の評価などを主たる目途として、臨床研修プログラムの評価、客観的な研修医の能力評価のためにJAMEPの基本的臨床能力評価試験等の客観的能力試験の活用を推奨することとしてはどうかということをお願いいたします。

また、我々事務局としましては、見込まれる効果としまして、研修の途中でどれだけの到達度にあるのかということや、あるいは今回、西崎先生にも御紹介いただきますけれども、臨床研修プログラムの見直しなどにも各臨床研修プログラムで使っているようですので、そのようなプラスの面を十分に評価してはどうかということで、今回提案させていただきます。

懸念点として、あくまでこの試験が臨床研修終了の可否を決めるものではないということの位置づけに関しましては、御理解いただければと思っております。やはりベッドサイドでの臨床研修が最優先されるべきものですし、この試験対策によって臨床研修の研修自体がおろそかになるようなことはあってはならないと思っておりますので、この位置づけに関しても御意見いただければと思っております。

説明は以上になります。

○桐野部会長 それでは、日本医療教育プログラム推進機構から御説明をお願いします。西崎先生。

○西崎参考人 よろしく申し上げます。

参考資料3を御参照ください。JAMEPの基本的臨床能力評価試験がどういうものかということをお願いいたします。

スライドの2枚目に移ります。まず、背景ですけれども、2004年4月より臨床研修が義

務化されましたが、研修プログラムの運営や実施体制は各医療機関の裁量に委ねられているところが大きいと思います。さらには、臨床研修における客観的なアウトカム指標というものはいまだ確立されておらず、教育内容は医療機関によってさまざまであろうと考えております。その結果、研修医のスキルにも大きな差が生まれているのが現状かと思いません。

このような本邦の現状におきまして、研修医教育の標準化及び質向上は喫緊の課題だと私たちも思っております。そこで、JAMEPは、これらの課題解決を目指して研修医教育の支援活動を実施しております。

次のスライドに移ります。JAMEPは、Japan Institute for Advancement of Medical Education Programの略です。目的は、こちらに書かれていますとおりで、2005年9月に設立されたNPO法人でございます。

具体的な取り組みといたしましては、一番下の①から③に挙げさせていただきましたとおり、この後、御説明させていただく基本的臨床能力評価試験（GM-ITE）以外に、スキルアップセミナー、CLiPというものを実践しております。スキルアップセミナーにつきましては、Program-Based Learningスタイルのインタラクティブなセミナープログラムでございます。CLiPに関しましては、医学生・研修医を含む全ての医師を対象とした臨床スキルと知識・経験を共有するためのウェブによる情報共有システムでございます。

次のスライドに移ります。JAMEPの役員ですが、代表理事に黒川清先生、その他こちらに記載させていただきましたメンバーで構成されております。

次のスライドに移ります。ここからGM-ITEについて詳しく御説明さしあげます。

まず、GM-ITEは初期研修医を対象とした「In-Training Exam」です。この試験により、初期研修医の基本的臨床能力の評価が可能となり、また、各医療機関は、初期研修医の客観的な臨床能力の実力を知ることができると考えております。そして、この試験結果を次年度の研修に役立てて、今後力を入れるべき分野・領域を把握して、総合的な臨床能力を身につけるための研修指導計画の立案が可能となると考えております。こちらは後ほど参考資料3-1で具体的な取り組みを御紹介させていただきます。

また、試験結果は、各医療機関における臨床研修プログラムの評価・改善にも活用できるのではないかと考えております。こちら後ほど参考資料3-2、医療機関アンケート結果を用いて説明を補足させていただきます。2018年度は初期研修医約6,200名と、3分の1以上が受験しているという現状でございます。

それでは、参考資料3-1のスライドをあけていただければと思います。千葉中央メディカルセンターでの初期臨床研修の取り組みになります。

こちらの1枚目のスライドは、千葉中央メディカルセンターがどういった病院かということを示すスライドになります。

次のスライドがその取り組みの内容になります。一番左の問題と書かれている10問が、この病院で正答率がゼロだった問題を抽出したものになります。この病院では、約10名の

初期研修医がございまして、試験を受けております。その隣の受験者全体の正答率というのが試験全体の各問題の正答率です。右側にそれぞれの問題の内容がございまして、この年は主に薬の治療適用や副作用についてが3問あって、全体10問のうちの3割ということで、そちらの弱点を補完するために次年度に薬の適用、副作用等の薬に関連する研修会、セミナーなどを開催して、プログラムの改善に役立てたというふうに報告を受けております。

こちらは夏に毎年シンポジウムをやっているのですが、そのときに初期研修プログラム責任者の松葉先生に報告していただく内容になります。

次に、参考資料3-2のアンケート結果を開いてください。こちらはボリュームが少し多くなりますので、一部分だけ説明させていただきます。14ページのQ9.まで飛んでいただければと思います。Q9.は本試験の活用についてのアンケートでございまして。左側の円グラフにお示しさせていただきましたように、研修医の個人評価に役立てるのみならず、オレレジの部分です。プログラムの見直し改善に38.7%の医療機関が活用しているということがこのアンケート結果からもわかります。右側にフリーコメントがございまして、上のやや真ん中辺のところに記載がございまして、やはり弱い部分の研修プログラムの改善に役立つ。そういったコメントを得ております。

また、研修医の個人評価へのフィードバックに関しましては、例えばこれは一つの施設の例かもしれませんが、各学年のベストレジデント選抜の上での評価項目の一つにしている等の、そういったコメントをいただいております。

それでは、スライドのほうに戻りたいと思います。スライド6ページ目の説明に移ります。左側が各参加施設・受験者数の推移でございまして。第1回目は2012年に開催しまして、初めは21病院、約210名の参加でしたが、その後、呼びかけによりまして、第8回、2019年には503病院、約6,200名が受験するに拡大いたしました。

右側が主に実務を担当している評価試験の実行委員会になります。問題作成委員会には獨協医科大学の志水先生、また、後ほど御説明させていただきますが、テスト分析の委員といたしましては大学入試センターの大久保先生、そして、査読委員会には委員長に徳田安春先生、以下、委員の方にいろいろとお手伝いしていただいております。

参加施設に関しましては、参考資料3-3を見ていただければと思いますが、北海道から沖縄まで8エリアに分けて、どの地域も万遍なく受験しているということがわかります。

それでは、次のスライド、7ページに移ります。問題作成のプロセスでございまして。問題作成は4月にまず前年度の問題のテスト分析を行います。これは後ほど参考資料で解説させていただきます。5月に問題作成委員会にてプレミーティングを行いまして、その年の作成する問題の分野、科目、疾患等の調整を行います。6月上旬に1回目の問題作成委員会を開催いたしまして、問題作成要領の説明、オリエンテーションを行って、問題作成委員に問題作成を依頼いたします。

6月中旬から8月下旬が問題作成期間となります。9月上旬に査読委員による査読評価を行います。9月中旬に査読委員会にて100問から60問に問題を絞り込みます。その後、問題作成委員に査読結果をフィードバックして問題の修正を依頼いたします。10月上旬に問題作成委員会第2回を開催いたしまして、修正してもらった問題について再度検討して調整いたします。10月中旬にはパイロット試験、こちらは約10名のシニアレジデントを対象に試験的に受けていただきます。パイロット試験で極端に正答率が高いもの、低いものに関しましては、さらに見直しをかけて問題作成委員会の第3回にてそちらの修正案を検討、調整いたします。11月中旬に最終調整、11月下旬に問題をフィックスして、1月下旬に試験を実施いたします。

それでは、参考資料3-4のテスト分析の具体例について御説明させていただきます。

初めのページに出てくるものが2018年の4番目の問題なのですが、これは動画の問題で、神経疾患の上腕の動画があつて、それを見て何の病気かを答えるという身体所見をベースにした問題であります。こちらのグラフの見方なのですが、左側が研修1年目の結果、右側が研修2年目の結果です。こちらは正答選択肢が1になります。横軸、ランクが1から5の番号を付していますが、こちらはこの試験全体、60問で最も得点が高いグループが5、最も得点が低いグループが1になります。この問題はいい問題、良問なのですが、その意味としましては、全体的に点が高いほうがしっかりと正答選択肢を選ぶことができている。また、5の選択肢、ディストラクターと呼ばれて間違いやすい選択肢なのですが、こちらは全体の成績が低い人は間違つて、だんだん正答率が高い人はしっかり識別できている。こういう波形を得られた問題は、よく練られている問題だというふうに我々は認識しております。

2ページ飛ばしていただきますと、今度は悪い問題のテスト分析の結果が出てきます。こちらは2018年度の49問目の問題なのですが、まずこちらは正答率が94.5%で、1年目と2年目でほとんど差がない。むしろ1年目のほうが少し高いぐらいになっています。こちらはディストラクターと呼ばれる迷う選択肢もなく、ほとんどの人が2を選んでいるということで、こういう問題は恐らくディストラクターをつくってあげたり、あとは問題文を少し訂正することでいい問題に変えられる可能性があるのも、こういったものをフィードバックして次年度につなげております。

それでは、大もとのスライドに戻ります。8ページの問題作成プロセス2に移ります。GM-ITEは、医療面接・プロフェッショナリズム、症候学・臨床推論、身体診察法・臨床手技、疾病各論の4つの分野で構成されております。選択肢は五者択一の形式で、2016年度までは100問でしたが、それ以降は60問に絞り込む形にしております。

難易度設定に関しましては、60%程度の研修医が正答できるような難易度設定にして、また、範囲といたしましては、初期研修医が経験すべきcommon disease（厚生労働省が経験目標にしている疾患）を中心に、幅広い疾患領域で出題するようにしております。

また、臨床研修の実践で培われるスキルが評価できるように、知識を問う問題が中心で

はなく、医療現場でのマネジメントを問う問題や問題解決を問うような問題を多く入れております。2018年度からは動画問題を取り入れて、より一層実践経験を評価する試験内容としています。

動画問題のテーマは下に記載させてもらいましたように、神経血管の上気道狭窄音または呼吸器疾患の喘鳴、あとは首の所見の拍動から不整脈を診断するなど、身体所見をベースにした問題を中心にしております。

次のスライドに移ります。こちらは9ページ目、実施要項です。これはホームページや何かに載せて呼びかけているものですが、受験料は1人当たり5,400円徴収させていただいております。申し込みは医療機関または病院グループ・都道府県単位とさせていただいております。

次のページに移りたいと思います。11ページ目と12ページ目は、医療機関と個人へのフィードバックのレポートになります。こちらは参考資料3-5-1、3-5-2とございますので、詳細はそちらを見ていただければと思いますが、レーダーチャートになっていて、弱点がぱっとわかるようになってございます。

それでは、次に、12ページに移りたいと思います。

こちらの試験結果は膨大なデータが得られますので、こちらのデータをしっかりと解析して、世の中にフィードバックしたいという思いから、GM-ITEの結果と、あとは教育環境の関連性を見るような研究を私たちのグループのほうで幾つか進めております。

1つ目のエビデンスが、こちらは2012年度の解析結果ですが、参加施設数が21、解析対象者数は206と、まだ少なかったのですが、総合診療科がある研修施設のほうがスコアが有意に高かった。または都会よりも郊外で研修をした方のほうが点数が高かった。そのような結果になりました。

13ページ目に関しましては、至適work loadとGM-ITE高得点との関連性のエビデンスになります。救急当直回数が多ければいいということではなく、月に4～5回が点数が一番高く相関したと。あと、受け持ち人数は極端に少ないと点数が低く、常時12人以上しっかりとした経験がいいのではないかとということがわかりました。

14ページ目、こちらはまだ投稿準備中のエビデンスですが、こちらは2017年度の2,257名の初期研修医を対象にした結果、GMローテーションを実際に回った研修医のほうが圧倒的にGM-ITEスコアが高かったということがわかりました。

最後の2ページ、課題と展望です。課題に関しましては、各施設の試験実施時の状況が把握できていない。これはお任せしているというところがございます。

2つ目が、まだCBTになっていませんので、ペーパー試験による受験者及び事務局の負担が大きいという点が挙げられます。

3つ目は、大学病院の参加率がまだ1割程度と少ないということが挙げられます。

4つ目は、せっかく得られたデータですので、オープンにしてデータシェアリングの体制をつくりたいと思っております。

5つ目は、これはあくまでも横断的なデータですので、追跡調査が実施できていないというのが課題として挙げられます。

最後に展望ですが、CBTの導入を検討しております。

あと、データシェアリングの観点で、JAMEPの中に倫理委員会を発足しようということで、6月に理事会の承認を得て設置いたしました。

また、日本の研修医の位置を知りたいので、国際比較も検討しております。

最後に、追跡調査をしたいということで、可能であればコホート研究も計画していきたいと思っております。

以上です。

○桐野部会長 どうもありがとうございました。

ただいま事務局及び日本医療教育プログラム推進機構から御説明をいただいた件について、何か質問や御意見がございましたら、お願いいたします。

岡村委員、どうぞ。

○岡村委員 動画を取り入れられるというのはいい試みだと思うのですが、だんだんふやしていければ、今、どれぐらいの比重なのでしょう。

○西崎参考人 今は6問、試験に。

○岡村委員 60問中。

○西崎参考人 はい。6問です。やはり動画問題をつくるのはなかなかエフォートがかかるので、ふやしていきたいとは思いますが、一気にふえないので、徐々にふやしていきたいと考えております。ありがとうございます。

○桐野部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 ありがとうございます。

ちょっと確認したいのですが、1点は、6ページ目の実行委員会のメンバー、問題作成委員会のメンバーが20名なのですが、この20名で全部問題をつくっていらっしゃるのかということと、その20名の選択はどのようにされたかということをお聞きしたいと思います。

○桐野部会長 お願いします。

○西崎参考人 20名で問題は作成しております。各分野に割り振って問題は作成しております。実際の選定に関しましては、事務局を中心に、この分野で実務経験が豊かで問題の作成に適しているだろうと思う人を指名して、やっております。

○桐野部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 そうしますと、指名というのは、例えば先ほど前の前のページぐらいにあった理事の先生方とか、そういう方たちからの人づてみたいな、そういうことがメインでしょうか。

○西崎参考人 理事の先生方の人づてもございますし、また、我々が実際に実行委員会の中のプログラムマネージャーとしての私や、問題作成委員会の委員長、副委員長などのディ

スカッションの中で選抜していくという形でございます。

○桐野部会長 相原先生、どうぞ。

○相原委員 先ほど大学が10%ぐらいというお話なのですが、大学が採用しない理由というのは何かお気づきでしょうか。

○西崎参考人 こちらに関しては、我々も理由はわからなくて、データも持ち合わせていないので、これからの検討課題だと考えております。

○桐野部会長 どうぞ。

○伊野委員 データをありがとうございました。

先ほど総合診療の科を持っているところのほうが高いとおっしゃったのですが、作間のデザインがそういった方向に偏っているとか、失礼ですがそういった傾向はございませんでしょうか。

○桐野部会長 どうぞ。

○西崎参考人 ありがとうございます。

こちらはやはり初期研修医の教育ということですので、基本的には前提としてはゼネラルな資質というものを問うようにはなっているのですが、ただ、精神科、救急、産婦人科等を含む7領域の問題を作成してございますので、必ずしも内科に偏っているわけではないかと思っています。

○桐野部会長 神野先生、どうぞ。

○神野委員 先ほどの事務局から示された資料2の論点のところ、この活用を推奨してはどうかということに関しては、よろしいのではないかと思います。

ただ、1つ質問ですけれども、今度、モデルチェンジをして外科とかがふえるではないですか。それに対しての対応はもうお済みでしょうか。細かい問題はわからないのですけれども。

○西崎参考人 具体的な議論にはなっていないのですけれども、検討していきたいと考えております。

○桐野部会長 そのほかはございますか。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 よりよき初期研修ができるように常に客観的なアウトカムを評価しながら研修をフィードバックして改善していくという、このような取り組みのためには、こういった試験を活用するのは大変よろしいかと思います。

ただ、やはり問題の質が重要で、過去問を繰り返し勉強しているような人が高得点をとれるのではなくて、ベッドサイドできちんと研修に参加している方がきちんと評価されるような問題をどう維持していくかというのは非常に難しいかと思っています。

あとはさまざまなエビデンスも非常に興味深い結果があって、都会よりも郊外のほうが点数が高かったとか、あとは至適work loadもあったということですので、今、働き方改革のC水準が問題になっておりますが、どのぐらい実際に負荷をかけたら一番いいアウトカ



ムになるかということにも使えるのかなというふうに向って、興味深く聞いておりました。ありがとうございました。

○桐野部会長 新井委員、どうぞ。それから伊野委員。

○新井委員 大変興味深いお話をお聞かせいただきました。これを導入していく方向性というのは正しいのではないかと思うのですけれども、やはり何人かの委員から御指摘があったように、問題の客観性とかその辺がCBTレベルまでとは言わなくても、そこに近い形にぜひ持っていく、何か組織的な取り組みをぜひお願いしたいと思います。

もう一つは、きょうあえてこれをここで議論を事務局が提示されたということは、最終的にこの理想の医師育成の、今、卒前卒後のシームレスがあって、国家試験を少し軽くしようとかいろいろな議論があって、その中でこういう取り組みがどのように完結していくのかというのは非常に興味のあるところで、ある程度はそういうことを念頭に置いて、それが何とはあえて申し上げませんが、そういう形のことを考えながらやっていったほうがいいのではないかと思います。

○桐野部会長 事務局、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の御指摘はまさに重要でございます、これをそのまま単純に今の仕組みに当てはめるといふことであると、実際に今、大学がなぜ取り入れていないのかとか、いろいろ分析しなければいけない。本当に参加してくださる病院の先生方の御努力でできているぐらいのことだと思いますので、制度にしていくということであれば、そもそも今の御指摘のシームレスな医師養成の全体の中でどういう形で組み込むかという形の流れになります。きょうはどちらかというところについて、そういう検討を進めていくことでいかがでしょうかということをおまづ御提案したということで、すぐこれを導入するというのではなくて、今の全体のほかの部会で議論しているものの中で、これも少しあわせて検討を進めさせていただきたいということではどうかというような御提案でございます。

○桐野部会長 伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 先日、臨床研修のあり方のほうのワーキンググループで決めたアウトカムがあるのですけれども、そのどこに当たるのか。多分、知識やそういったところだとは思うのですけれども、この一部であるということの、その辺をどう考えていけばいいのか。

○桐野部会長 これは事務局、どうぞ。

○加藤医師臨床研修専門官 まだ見直しに当たって昨年取りまとめたばかりでございますけれども、昨年の取り組みまとめにおきましては、この議論がなされておりましたので、公式な臨床研修の見直しに当たって、評価体系の中で公式にこれを位置づけるということは我々としては時期尚早なのかなと思っております。まだ4割程度の臨床研修の先生たちも取り組んでいる事実はございますので、そういう中で、いろいろと今御指摘いただいた課題を踏まえて、よりよい評価に向けて今後も議論をしていく中で、知識なのか、知識だけではない臨床推論も評価され得るということも御説明がありましたけ

れども、どのように位置づけていけばいいのかということ先生方からも御意見いただきながら、議論していきたいと思っております。

○桐野部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 ありがとうございます。

厚労省の方にお聞きしたいのですけれども、先ほど厚労省が説明してくださった資料2の6ページ目で、先ほど臨床推論もおっしゃいましたが、臨床推論も知識だけだと思います。それで、この6ページの一番右端の赤丸の部分ですが、診療参加型臨床実習の前も後もOSCE・CBT、医師国家試験、「Post CC OSCE」というのが導入されますと、技能・態度もはかることとなりますが、今のお話ですと、この評価3回目、臨床研修修了時にも技能・態度の評価をされることは前提にお考えいただいているということによろしいでしょうか。

○加藤医師臨床研修専門官 事務局でございます。

これまでの臨床研修に関しましては、繰り返し先生方にも御議論いただいたとおり、あくまでこの根本的な評価に関しましては、臨床の中で上級医あるいは360度評価を用いた評価票を用いるということが評価の中心でございます。加えて客観的な評価という意味で、今回御議論いただいたJAMEPの試験に関しまして御議論いただきましたけれども、清水委員御指摘のとおり、技能や態度もあわせて、OSCEあるいはそれにかわるもので客観的な評価を加えていくことが妥当と思っておりますので、その点も加えて、今後御議論いただければなと思っております。

○桐野部会長 伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 ありがとうございます。

今の同じ資料2の4ページに客観指標による評価というところで、2-2ですが、GMCのPLAB利用について検討と書いてあるのですが、こちらも御検討されていらっしゃるのでしょうか。

○加藤医師臨床研修専門官 事務局です。

こちらは、要は、先ほどJAMEPで問題の質が十分なのかどうかという御指摘もございまして、これは研究班の中での検討で、附則の第2条の2項に書かれているような調査研究の内容として、英国のPLABの使用を検討しているだけです。これを全面的に臨床研修の制度の中に取り入れるということは全く検討しておりません。あくまでこの研究の中での一つの項目として、この研究班が考えられていたということでございます。

○伊野委員 ありがとうございます。

○桐野部会長 そのほか、委員の先生から何かございますか。

先ほど事務局からお話がありましたように、ここで何か決めるということではございませんので、今後の議論をまたお願いして、その議論を当部会にて継続して行っていくということでございます。もし委員の先生方から何か御意見、御質問がなければ、本日の議題はこれで終了とさせていただきます。

また、その他御意見、御質問等がございますようでしたら、お願いをいたしたいと思えます。よろしいですか。

それでは、今後の進め方ということで、事務局からお願いいたします。

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

また、次回の部会開催日程につきましては、改めて委員の先生方に御連絡させていただき、調整したいと思っております。

以上です。

○桐野部会長 本日は長時間にわたり御審議をいただき、どうもありがとうございました。

委員の先生方には、御多忙の中にかかわらず御協力いただきましたこと、厚く御礼申し上げます。

○岡部医師臨床研修推進室長 最後に、事務局より、委員の異動について御連絡させていただきます。

桐野部会長におかれましては、任期満了に伴い、本日の部会が最後の御出席となっております。これまでの本部会に対する御尽力に、事務局を代表しまして感謝を申し上げます。（拍手）

○桐野部会長 随分長い間やらせていただいて、最初はこの初期臨床研修制度は大もめにもめまして、1回目の見直しでプログラムの弾力化ということが行われて、まだそのころは研修医の各都道府県の採用上限とかいうのも安定していない時期だったと思いますが、その辺も皆さんの意見がだんだん一つの方向にまとまってきましたし、採用数などについても一定の方向で、現在、ほぼ安定しているように思います。

ただ、初期臨床研修制度につきましては、とてもいいという意見は少なく、やはりまだまだ改善の余地ありということでもありますけれども、初期臨床研修制度について、よくないというふうにおっしゃる方々の中には全く違う2つのベクトルがありまして、1つのベクトルは、シームレスなプログラムをどんどん発展させて、学ぶべきことは医学生の時代にやってしまうので、初期臨床研修制度は廃止せよという方向の方もおいでになるし、いやいや、そうではなくて、もっと初期臨床研修制度の質を向上して、がっちりした教育研修を行った上で診療に従事する医師にするべきだという意見もある。何とか、全然違うベクトルが、あるとき意見が一致して、この制度はだめだという議論になってしまうので、その辺のところはよく区別して議論していただきたい。

私自身は、この間ずっとやってきまして、この制度はやはり改善をして、今後も日本の医学教育の、あるいは医師の資質の向上にぜひ貢献をしていただきたいと思いますと思っております。

長い間、どうもありがとうございました。（拍手）

以上で本日の部会を終わらせていただきます。