

○高原臨床研修指導官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和4年度第1回「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」を開催いたします。

本日は、先生方におかれましては、御多忙のところ御出席を賜り、誠にありがとうございます。

初めに、新たに委員に御就任いただきました3名の方を御紹介させていただきます。

日本医師会の釜菴委員でございます。

小牧市民病院長の谷口委員でございます。

○谷口委員 よろしくお願ひします。

○高原臨床研修指導官 そして、本日、オンラインで御出席いただいております新潟県知事の花角委員でございます。

○花角委員 よろしくお願ひします。

○高原臨床研修指導官 お願いいたします。

また、本日は、新井委員、伊野委員、木戸委員、宮地委員におかれましては、オンラインで御出席いただいております。

なお、新井委員と花角委員におかれましては、途中退席される予定とお伺いしております。

さらに、文部科学省高等教育局医学教育課からは、堀岡企画官にオブザーバーとして御参画いただいております。

○堀岡企画官 よろしくお願ひします。

○高原臨床研修指導官 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)

○高原臨床研修指導官 それでは、以降の議事運営につきましては、国土部会長にお願いいたします。

○国土部会長 皆さん、おはようございます。12月に入りまして、かなり委員会が立て込んでおりますが、お忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。また、ちょっと寝不足の委員もいらっしゃるかもしれませんが、集中してよろしくお願ひいたします。

それでは、まず、資料の確認を事務局からお願いいたします。

○高原臨床研修指導官 それでは、資料の確認をお願いいたします。お手元の資料を御覧ください。

本日は、資料1から4、及び参考資料1から3をお配りしてございます。

不足する資料がございましたら、事務局までお知らせください。

本日、オンラインで御参加いただいている委員の皆様におかれましては、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申し上げます。

御発言の際は、Zoomサービス内の「手を挙げる」ボタンをクリックいただき、部会長の指名を受けた後に、マイクのミュートを解除して御発言をお願いいたします。また、御発言終了後は、再度、マイクをミュートにさせていただきますようお願い申し上げます。

それでは、部会長、引き続きお願いいたします。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、議事を進めたいと思います。本日の議題は4つございます。第1が「令和6年度の各都道府県の募集定員上限について」、2番目が「都道府県による令和5年度の臨床研修病院の募集定員設定について」、3番目が「令和5年度基礎研究医プログラムの採用状況等について」、4番目が「医師臨床研修制度の見直しの検討について」であります。

まず、資料1「令和6年度の各都道府県の募集定員上限について」、事務局から説明をお願いします。

○小林企画専門官 それでは、説明させていただきます。資料1を御覧ください。

まず、ページをおめくりいただきまして、2ページ目でございます。皆様も御承知のとおり、平成16年度からの臨床研修の必修化後においては、全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大したため、平成22年度の研修から、国が都道府県の募集定員について上限の設定をしております。全国の臨床研修希望者数分の全国の募集定員数、すなわち募集定員倍率を年々縮小させることで、都市部への臨床研修医の偏在を是正してきており、目標といたしましては、令和7年度に約1.05倍まで縮小させるという方針で進めているところでございます。

研修医の募集定員数、希望者数、募集定員倍率の推移のグラフですけれども、令和5年度の研修におきましては、倍率が1.06倍となっております。

次の3ページをおめくりください。研修医の採用人数の割合の推移につきましては、大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の採用人数の割合は、平成15年度51.3%から、令和4年度は40.7%まで減少しております。

それでは、次の4ページをおめくりください。令和6年度の臨床研修の募集定員につきましては、まず、臨床研修の研修希望者数の推計を算出して、そこから募集定員を算出しておりますが、令和6年度の研修希望者につきましては、以下の方法で算出することを御提案いたします。

4ページの真ん中の赤い四角部分でございますが、令和6年度の研修希望者数は1万538人と推計しております。これは、①令和5年度実施のマッチングに参加する者の人数1万334人と、②マッチングに参加しない令和5年度時点の自治医科大学及び防衛医科大学校の6年生の人数204人から算出しています。

さらに、この内訳としましては、令和5年度実施のマッチングに参加する者の人数については、A. 令和5年度時点の6年生のうちマッチングに参加する者の人数を9334人と推計しております。これは、令和3年度時点の4年生の人数から推計しております。そこに、B. 令和4年度の医師国家試験不合格者数853人を追加し、これは令和4年度時点の6年生

の人数から推計しております。さらに、C. 国外の医学部の卒業者・卒業予定者数147人を加えて1万334人としております。Cにつきましては、直近3回のマッチングに参加した国外の医学部の卒業者・卒業予定者数の平均で代替しております。

また、②の令和5年度時点の自治医科大学及び防衛医科大学校の6年生の人数204人につきましては、令和4年度時点の5年生の人数で代替しております。

次のページをおめくりください。5ページ目は令和6年度の全国の募集定員上限と各都道府県の募集定員上限の算出方法についてです。

まず、全国の募集定員上限ですが、先ほどの研修希望者数1万538人に1.06を掛けたもの。この1.06につきましては、令和2年の1.1から0.1ずつ段階的に下げてきており、令和6年度は1.06となりますが、その値に、令和5年度の募集定員上限、こちらは国が都道府県に配った数となりますが1万1260人と、募集定員、こちらは各都道府県が各臨床研修病院に配った数1万1066人の差分194人に、かける5分の1をしたものを足した値が、全国の募集定員上限1万1209人となります。この5分の1をかけるということは、これまでルールで行っており、毎年5分の1ずつ減らしてきて、次年度は0となるということになります。

全国の募集定員上限を算出した上で、次に各都道府県の募集定員上限を算出します。まず、研修希望者1万538人のうち、実際に医師国家試験に合格して研修医となる人数を、国家試験の合格率の平均から算出しており、それを9484人と推計しております。この9484人におきまして、全国の各都道府県の人口分布、もしくは医学部入学定員者数の多いほうで按分しております。これより、①基本となる数を算出します。ただし、入学定員を用いる場合は、人口分布の1.2倍を限度としております。

そして、全国の募集定員上限1万1209人から研修医総数9484人を引いた1725人分を分配していきませんが、まず、②地域枠による加算として、各都道府県の地域枠入学者数に1.06を掛けたものを当該都道府県に加算いたします。

そして、③地理的条件等による加算として、(1)100平方キロメートル当たりの医師数、そして離島の人口、これらはそれぞれに一定の係数を掛けた値を加算し、その残りの数として「都道府県の医師少数区域の人口を全国の人口で割ったもの」を掛けた値を加算します。そして、さらに残った数として、都道府県間の医師偏在状況に応じて按分していきます。この、①から③の合計で仮上限を算出いたします。

その後、④としましては、激変緩和（直近の採用数保障）を行います。激変緩和とは、直近である令和4年度の採用数に満たない場合、その都道府県の令和4年度の採用数を当該都道府県の募集定員上限とする措置をこれまで行ってきております。これにより追加する定員におきましては、他の都道府県の仮上限から、定員を削減して捻出します。ただし、令和5年度の、国が都道府県に配った数である募集定員上限を、全て臨床研修病院に配分しきった都道府県におきましては、この仮上限からの定員削減の対象外とすることを昨年度から行っております。

その後、⑤として、募集定員上限の減少率が全国の募集定員の上限の減少率を上回る場

合の加算を行いたいと考えております。こちらにつきましては、①から④の結果、令和5年度の募集定員上限1万1260人と、令和6年度の募集定員上限1万1209人を比較すると減少率が全国で0.5%となりますが、こちらを上回る都道府県におきまして、ただし、この都道府県というのは、令和5年度の募集定員上限を全て配分しており、かつ、④の対象ではない都道府県に限りますけれども、こちらにおきましては、減少率が0.5%となるまで加算するものとしてはどうかと考えております。

⑤の加算定員におきましては、昨年度と同様の加算となっております。このような御提案をさせていただきたいと思っております。

こちらが資料1の御説明となります。以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。大変複雑な計算方法であります。長年にわたって皆様の知恵を結集して、こういう形におさまってきているのかなと私は理解しておりますが、ただいまの説明について、委員の皆様から御意見、御質問等ありましたら、御発言をお願いします。よろしいでしょうか。

新井先生、どうぞ。

○新井委員 順天堂の新井です。

外国の医学部を卒業した研修医希望者につきましては、今の御説明でマッチングのシステムに完全に組み込まれているという理解でよろしいのですね。以前、外国の医学部を卒業した研修医希望者が都市部に集中するという問題が指摘されて、その是正を図ろうという話が確かあったように記憶しています。今日の表を見ると組み込まれているように見えるので、是正されたのかなと思った次第です。

○小林企画専門官 ありがとうございます。外国の医学部を卒業して日本で働きたいという方に関しましては、今回、マッチングの計算の中に確実に組み込むようにしております。

○国土部会長 よろしいでしょうか。147人として入れているわけですが、外国の医学部を卒業した研修医希望者数の最近のトレンドを事前に伺ったのですけれども、149、135、159という3年のトレンドのようですので、余り大きな変化は今のところないということでございます。

花角委員、御発言をお願いいたします。

○花角委員 ありがとうございます。改めて、今回、委員に就任いたしました新潟県の花角です。どうぞよろしく申し上げます。

まず、臨床研修制度をめぐって、様々な論点があろうかと思えますけれども、全国知事会などでの議論は、1つは、よい医師を育成するための質の高い研修という論点と並んで、医師の地域偏在への対応ということが大きな関心事となっております。直近の見直しは令和2年度と聞いておりますけれども、令和2年度の見直しにおいては、都市部への集中をさらに抑制しながら、2025年には臨床研修病院の募集定員倍率を1.05倍にするとされております。

しかし、今、御説明いただいた資料1の3ページ目の対のグラフを見ますと、平成29年

ぐらいからは大都市部への集中度合いは大きく変化していないですね。平成15年と比べて減少したという御説明をいただきましたけれども、確かに20年前と比べればそうかもしれませんが、この4～5年はほとんど変化していないというふうに見えます。臨床研修の質を保ちながら偏在解消を行っていくということに関して、もう一段の取組が必要ではないかと考えています。

その観点から2点、具体的なことを申し上げたいと思います。

1点目は、募集定員の算定において、医学部入学定員の按分という考え方です。これは、改めてその合理性を検討すべきではないか、という点であります。臨床研修の質を考えたときに、経験できる症例数ということが重要であって、症例数ということを考えると、人口を基本にすべきであると思います。ただ、人口が少ない県あるいは人口密度の問題など、一定の配慮すべき部分はあるかと思しますので、そうした一定の配慮と併せて、募集定員の算定の基本的なところをもう一度考えていく必要があるのではないのでしょうか。それが1点目です。

2つ目は、激変緩和措置の点であります。現在の激変緩和措置、前年の採用実績まで募集定員を増加させることができる、保障するという表現になっています。これは、昨年も議論があったと聞いておりますけれども、募集定員と採用実績には1割程度の乖離があるから、実際にはそこまで増加しないのだと事務局が御説明されていたと聞いています。

ところが、大都市圏、6都府県の数字を確認いたしますと、令和6年度は前年度と比べて39名の募集定員の増加になっています。このやり方で募集定員を最終的に1.05倍に近づけるといことになりますと、都市部の定員が固定化されたままで地方の定員が減っていくという構造になるのではないかと心配しています。もともと都市部への集中を避けるという趣旨から考えて、この方法が適切かどうか、改めて御確認、検討いただきたいと思えます。

最後に、規模感というお話をしておきたいと思うのですが、将来的な医師需給が地方と大都市圏でどのようなバランスになっているかという点でありまして、国の将来の医師需給推計では、2036年の医師の過剰数、これは都市部で合計2万人を超えると推計していますが、一方で、必要な医師数が供給医師数を下回る、医師が不足するという県を全て合計しましても、1500人程度であります。つまり、過剰数2万人、医師不足数1500人という数字の感覚でありまして、地域の偏在対策といっても、大都市圏に集中している医師を大きく地方へ動かすというイメージではないのではないかと考えています。現状を見ながら、よく調整していくということだと思っております。

私からは以上です。

○国土部会長 重要な御意見ありがとうございます。

1番、私から確認ですけれども、医学部入学定員の按分というのは、医学部入学定員が現在大学毎にほぼ100人から120人になっているところを、人口の多い県の医学部を増やして、人口の少ない県を減らすとか、もう少し細かく規定するべしという御意見なのでしょ

うか。

○花角委員 調整は要ると思うのですけれども、基本は研修の症例数をどれだけ得られるかというところをベースにすべきだということで、人口が基本だろうと。医学部の入学定員という考え方を入れるのは、これは研修制度を平成15年に改めたときの経緯でしかないのではないかというのが、発言の根底にあります。

○国土部会長 では、厚労省から御発言をお願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 まず、1点目の御質問は、この資料5ページ目の①、「基本となる数」の按分の仕方として医学部入学定員を用いると、その県の研修医の数が大きくなり過ぎるのではないか。人口の方で一律で按分したほうがいいのではないかということだと思いますけれども、御説明させていただきますと、この「基本となる数」の算定に当たりましては、全国の研修医総数9484人を、まず委員、おっしゃっていただきましたように、人口、または医学部入学定員で按分した結果、大きいほうの数字をその都道府県の数字とします。

ただし、医学部入学定員を用いる場合は、人口で按分した結果の1.2倍を限度としているということでございます。この数字に基づきまして、研修医総数9484人を再度按分して、各都道府県の「基本となる数」を決定するということです。この際、医学部入学定員を用いる場合は、人口で按分した場合の1.2倍を限度としたのは、30年3月の部会の報告書におきまして、入学定員を用いている都道府県では、人口で按分した場合の定員に比べて必要以上の定員増となることがあるということがあるため、一定の上限を設けることが必要であるという提言がなされたことを踏まえ、令和3年度研修から、部会で御議論いただいた結果として、1.2倍の限度を設定している。医学部入学定員で按分した結果、定員が大きくなり過ぎないようにといった措置は入れさせていただいているということです。

この1.2倍をもっと下げるべき、場合によっては医学部入学定員で按分することやめるべきという御意見もあるかと思っておりますけれども、これをどうすべきかということにつきましては、まずは、医学部入学定員で按分している県の定員の設定の状況ですとか、研修医の採用ですとか、そういったもろもろのことを今後分析して検討していくことが必要ではないかなということを考えているところでございます。こちらが1点目のところでございます。

2点目は、3ページのところ、都市部の6都府県と、それ以外のところの、数字は広がってはいますけれども、その進み方が遅くなっているということだと思います。我々も、この1つの要因としましては、資料の5ページに書いてございます④の激変緩和措置ということで、直近の採用数までは保障するという措置があることが一部寄与しているということはあると思います。こちらにつきましても、従来、前年度の採用数、足す5までは保障するというのでやっておったわけですが、偏在是正をさらに進める観点から、令和3年度からは、その直近の採用数まで保証するとしたところでございまして、要は激変緩和の度合いを減らしてはきているというところでございます。

都道府県の中には、この措置をぜひ維持すべきだという御意見のところも複数ある中でありますけれども、当然、偏在是正を進めていくことが重要ですので、今後、この措置の在り方も含めて検討していければと考えておるところでございます。

以上です。

○国土部会長 森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。日精協の森でございます。

今のグラフの件ですけれども、こういったグラフを見るときに私たち、注意しなければいけないのは2つあると思うのですが、まず、6都府県で本当にそれでいいのかという問題がありますね。この5年間、余り下がっていないというのは、もしかすると、この6都府県の考え方が余り適切ではなくなったのかもしれない。もう一つは、大都市部は研修が充実している病院が多いことは間違いない。ですから、その充実している病院を選択するのが、このぐらいで落ち着いているので下がりが悪くなったという考え方もできるかもしれません。

偏在を考えるときに、既に6都府県といった大きな単位ではなくて、もう少し小さな単位で偏在を検討しなければいけないということが分かってきて、同じ県の中でも、医師が集中しているところと集中していないところがあることがもう分かっているわけですから、6都府県の表だけから数字をいじっていくと、大きな間違いを起こす可能性がある。これは目安であって、これに基づいて何かを考えるというのは、そろそろもう少し繊細な細かいデータを集めたほうが、医師偏在についてはいいのではないかという意見です。

以上です。

○国土部会長 御意見ありがとうございます。いずれにしましても、さらにデータをいろいろな視点から収集していただく必要があるかなと思いますけれども、厚労省から何か発言ありますか。

○錦医師臨床研修推進室長 おっしゃっていただいたとおり、都市部の6都府県は、伝統的に平成15年からずっと取ってきている数字であるということでございます。これは、平成15年度の採用人数の上位6都府県でございまして、必修化時点におきまして、採用数上位の6都府県というのは、全体の半数程度を占めていたことから、偏在是正の状況を継続的に確認するための一つの指標というか、切り口として、この採用割合というものに着目してきたのではないかと考えております。

ただ、今は医師偏在指標というものがあって、医師多数県とか医師少数県といった形で見られるようになってきておりますので、これを偏在是正の効果を測る指標として、どのように取り入れていくのかということについて、今後、我々も今の御意見等を踏まえて検討しなければならないと考えております。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御意見、釜菴委員。

○釜菴委員 日本医師会の釜菴と申します。

今、花角知事さんからも御指摘がありましたけれども、この医師の地域偏在という問題は、確かに平成16年の臨床研修制度の大きな変更以降、特に課題になってきているわけですが、現状において、医学部を卒業した方々の研修がいかに効率よくできて、そして早く必要なレベルに達していただくかということも極めて大事でありまして、その点からしますと、募集定員の対応だけで医師の偏在の是正を十分行うというのは、もうとても難しいと思います。

ですから、むしろ医師に成り立ての方の研修は、いかに効率よく短期間でしっかりしたレベルに達していただくかということ担保することをもう少し重点化すべきで、医師不足地域において勤務する医師をいかに増やしていくかというのは、また別の視点で対応しないと、とても難しいのではないかなと感じております。

以上です。

○国土部会長 この問題は、いつも専門医の定員についての検討でもいつも議論になっているところですが、ありがとうございます。

木戸委員、御発言ください。

○木戸委員 今、先生方からお話がありましたけれども、医師偏在の問題が、研修医とか専攻医など、動きやすい若手医師の配置で解決するといった取組には、どうしても限界があると私も思います。本日の後ほどの議題4で、医師臨床研修制度の見直しのところで、また話があるかもしれませんが、受け入れる研修医の数が臨床研修を行うために適切であるかどうか、そこが一番重要であり、病床数とか年間入院患者数に対して、実際多過ぎる場合があるのではないかと。そういう指摘があると資料4にありますので、これは都市部のところかもしれませんが、地方かもしれませんが、どちらもあり得ることだと思います。

まずは、研修の環境がしっかり確保されているかが第一優先であり、それを見極めた上で、偏在についてももちろん対策していくことが大切だと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御意見ありますでしょうか。

ないようでしたら、大変貴重な御指摘をいただきましたので、引き続き、厚労省のほうには、データの収集等、お願いして、今回の算出方法については、一応、合意いただいたということよろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局において、議論を踏まえて対応をお願いいたします。

次に、資料2「都道府県による令和5年度の臨床研修病院の募集定員設定について」、事務局から説明をお願いします。

○高原臨床研修指導官 令和2年度から、各都道府県内の募集定員の配分につきましては、

各都道府県が行っているという状況でございまして、資料2につきましては、令和5年度から開始する臨床研修におきまして、各都道府県がどのような臨床研修病院に定員配分を行ったかという状況を、大学病院、公立病院、都道府県所管病院ごとに取りまとめ、その状況を御報告する資料となっております。

おめくりいただきまして、2ページ目でございます。こちらは都道府県別大学病院の募集定員設定状況でございます。令和5年度研修における大学病院の定員比率は、全体で39.2%となっており、前年度から0.3%減少しているという状況でございます。

続きまして、3ページ目でございますけれども、こちらは都道府県別の公立病院の募集定員設定状況でございます。令和5年度研修における公立病院の定員比率は、全体で26.3%となっており、前年度から0.1%増加しているという状況でございます。

最後、4ページ目でございますけれども、こちらは都道府県別の都道府県所管病院の募集定員設定状況でございます。令和5年度研修における都道府県所管病院の定員比率は、全体で10.2%となっており、前年度と同率となっております。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

これは、御報告について皆さんにコメントいただければということになるかと思えます。大学病院の人气が落ちているというのはニュースにもなっておりますが、定員としては、ほんのわずかに減っているという状況だと思えます。

それから、各都道府県の中で募集定員を設定できるようになって、極端なことが行われていないかということをご皆さんに一応チェックいただくという趣旨もあるかと思えますが、御覧になって何か御意見等ありましたら、お願いいたします。よろしいですか。制度が変わりましたけれども、各都道府県で適切に募集定員の設定が行われているよだということ、この部会としても確認させていただいたということにしたいと思えます。また、お気づきの点がありましたら、後でも御発言いただければと思えます。よろしくお願ひいたします。

それでは、次に移りたいと思えます。資料3「令和5年度基礎研究医プログラムの採用状況等について」、事務局から報告をお願いします。

○高原臨床研修指導官 資料3の2ページを御覧いただければと思えます。こちら、令和5年度の基礎研究医プログラムの採用状況でございます。令和5年度基礎研究医プログラムは、32の大学病院において設置され、募集定員の総数は40名でございました。現時点におきまして30名の応募があり、計20名が採用予定となっております。

続きまして、4ページ目でございます。こちら、基礎研究医プログラムの概要となっております。令和4年度研修から、基礎医学に意欲がある学生を対象とした臨床研修と基礎研究を両立するための基礎研究医プログラムを開始しているところでございます。こちらの定員につきましては、一般の募集定員とは別枠の定員を設定し、一般のマッチングに先行して選考しているところでございます。

基礎研究医プログラムにつきましては、直近3年間の研修医の採用実績が平均25人以上の基幹型臨床研修病院である大学病院が対象となり、基幹型臨床研修病院の開設者は、基礎研究医プログラムの開始年度の前々年の10月31日までに、都道府県知事に届出が必要となっております。

プログラムにつきましては、以下に記載する5つの要件を満たすことが必要となっております。また、募集定員は原則1名となっております。

5ページ目でございます。こちら、平成30年3月30日の医師臨床研修部会報告書の抜粋となっております。（2）研究医養成との関係の中で、3つ目のマルでございますけれども、優れた基礎医学研究医を養成するため、基礎医学に意欲があり、基礎医学系の大学院に入学する医師を対象に、臨床研修と基礎医学を両立するための基礎医育成・研修コースを大学病院に設置することが望ましい。この基礎医育成・研修コースについては、募集定員を一般の募集定員とは別枠とし、選考を一般のマッチングとは分けて実施することとするとされているところでございます。

6ページ目でございます。こちらは、医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行についてという省令施行通知の抜粋でございます。こちらには、基礎研究医プログラムの概要や定員の配分方法が記載されているところでございます。

最後、7ページ目でございます。こちら、外国人留学生の状況についてでございます。昨年度の臨床研修部会において御審議いただきまして、令和5年度開始の臨床研修から、一定の条件を満たす外国人留学生については、通常のマッチングによらず採用できることとし、その場合は、各基幹型臨床研修病院の募集定員及び当該病院が所在する都道府県の募集定員上限とは関係なく受け入れることができることとしたところでございます。

令和5年度開始の臨床研修において上記の取扱いを受ける外国人留学生につきましては、以下のとおり、国際医療福祉大学から報告があったところでございます。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

まず、基礎研究医プログラムについて御発言がありましたらお願いしたいと思います。

どうぞ、岡村委員。

○岡村委員 この基礎研究医プログラムの募集定員が全国で40名で、結果的には採用人数が20名ということになって、せっかくの制度なのに残念だなと思います。各大学の内訳を見ますと、例えば筑波大学は応募者が3名いるのに定員が1名であったわけです。そういう形で見ますと、京都大学も3名の応募だけでも、定員が2名だった。奈良県立医大も応募者4名で定員が2名だったということで、これはもし定員が多ければ、この方々は採用できたのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○国土部会長 何か情報がありますでしょうか。

○高原臨床研修指導官 結果として、こういう形で応募があったところでございまして、定員と応募のバランスについての評価は難しいところでございます。

定員につきましては、先ほど少し御説明したとおり、6ページ目の⑦で定員配分方法について記載させていただいております、まず、各大学病院に1名ずつ定員を設定いたしまして、総定員に余りがある場合に、残りの定員を科研費等⑤(iv)の金額が多い順に1名ずつ設定。さらに残りの定員がある場合は、⑤(v)の基礎医学分野でImpact Factor 15以上の論文が過去3年間にあるところに、多い順から1名ずつ設定するという形で定員配分をさせていただいているところをごさいます、この方法によりまして算定した結果でございます。

○国土部会長 どうぞ。

○岡村委員 条件のうち、7番目を言われましたが、5番目の条件が科研費のことなど、いろいろありますね。できれば、この基準を少し弱めることで、募集定員を増やすことはできないのかなと思います。

○錦医師臨床研修推進室長 そもそも、この基礎研究プログラムは、先ほど御審議いただいた定員の外で合計40名ということ部会でお決めいただいておりますので、その数字を増やすかどうかという判断をまずしていくことかと思えます。それは、まさにこのプログラムの進捗状況等を勘案して、40を増やすのかどうかということを考えて、そうすると、各大学に配分できる定員も増えてまいりますので、そういった順序になるものと思っております。

○岡村委員 その際、募集定員40でスタートして、応募が30だったわけですが、応募があった時点で、筑波大学とか京都大学は定員より多くの応募があったことが分かりますね。そういう場合に何か連絡をとって、ちょっと増やすということではできないのですか。

○錦医師臨床研修推進室長 この定員自体は、毎年度、この部会で合計数も決めますし、各大学の配分も決めますので、その後の応募状況に応じて定員を増やすということは、システム上、今はやれないということですが、今後のこの仕組みの仕込み次第では、各大学の余剰定員分を置いておいて、必要とする大学があれば、つけ加えるということもできるかと思えますけれども、今、そういったシステムにはしていないということでございます。

○国土部会長 岡村委員の御意見、ごもっともで、これはちょっともったいないと感じます。指導がちゃんとできなければいけないですけれども、募集の途中で大幅に枠が余っていることが分かっているのであれば、余っているから、枠を回せますよということを枠が不足している大学にお知らせしてもいいような気がするのですけれども、どうでしょう。せつかくの枠を、基礎医学者志望者がこれからますます減っていく状況の中、大変申し訳ない感じがしますが。

○錦医師臨床研修推進室長 この基礎研究医プログラムをいかに充実させていくかということにつきましては、今、いただいたような御意見を踏まえて、今後、事務局としても検討していきたいと思えますし、またそういったことをご諮りできればと思います。

○国土部会長 挙手の順番でお願いしたいと思います。

森委員、御発言ください。

○森委員 森でございます。ありがとうございます。

今、お話があったとおり、私もその点を気にしておりました。

もう一つは、30人のうち、定員のところで削られた人たちを除いても、まだ何人か落ちているわけですが、これはどういう形で落ちたのか、ちょっと教えてもらえますでしょうか。

○高原臨床研修指導官 個別に全てを確認しているわけではございませんが、各大学におきまして選考基準が定められて選考されているものと思いますので、その選考過程の中で基準を満たさないなどの事情があったものと推測いたしております。

○森委員 ありがとうございます。

○国土部会長 これ、今回初めてでしたか。

○錦医師臨床研修推進室長 今回、二度目でございます。

○国土部会長 去年、40人の定員で何人でしたか。

○小林企画専門官 昨年度は、40人の定員のうち、応募者数が24人、採用人数が24人ございました。

○国土部会長 なるほど、多少減ったということですね。調査のお願いばかりで恐縮ですが、各大学に制度についても一度意見をいろいろ求めるのが大事なかなと思います。

木戸委員、どうぞ御発言ください。

○木戸委員 先ほどの御質問に関連して、定員オーバーで応募しても採用されない学生が今回6名いらっしゃった。こういった方は、基礎プログラムもあらかじめマッチングに参加することになったのでしょうか。というのは、今はまだその数が少ないですが、今後、もし応募者が増えてきて希望がなかなか通りにくくなった場合、今、お話があったように、例えば二次募集の形で、ほかの大学の基礎研究プログラムに入って基礎医学に進みやすい環境をどんどん提供していくことも御検討いただきたいと思います。

あとは、基礎研究医プログラムの応募が予想より大幅に少ないことについては、まだ制度が始まったばかりで仕方がないと思いますけれども、もっと増やしていくべきだと思います。学生さんたちは、基礎研究と臨床研修が本当に両立するか、大変不安に思っていると思います。このプログラムを修了する方が次年度以降、どんどん出てきますので、実際に臨床の基本についてもしっかりと修得できているとか、そこをきちんとモニタリングして広報していく。そして、その方々のその後の進路がどうなっているかといったことも、できる範囲で学生さんたちに情報提供して魅力を伝えていく取組も進めていくべきだと思います。

私からは以上です。

○国土部会長 大変重要な点かと思えます。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 清水でございます。

今の点に関連してですが、平成30年の報告書の研究医のところ、そのまま文章をお読みいたしますと、「研修医の到達目標が確実に達成されるよう研修管理委員会で定期的な確認を行うとともに、次回見直しに向けて研修医の到達目標の達成度を追跡調査することとする」という文言がございます。私も2年目の方が修了される時期だと思っておりますから、今、木戸先生がおっしゃったように、到達目標の達成度とか、その後の進路について部会でぜひ報告していただきたいと存じます。

それから、研究医の定員そのものの人数を増やすべきというお声が多くございますけれども、臨床研修の制度の理念から申しますと、私自身は、2年間は臨床研修に専念すべきと思っております。研究医を増やすことの是非については、大変申し訳ないのだけれども、増やすことを前提ではなく中立的に議論していただければと思っております。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

このリストの中にある順天堂大学と聖マリアンナ医科大学ご所属の委員の先生がいらっしゃるのですけれども、何か御発言ありますでしょうか。

新井先生、お願いします。

○新井委員 順天堂の新井でございます。

我々の施設では、このコースに入った場合には、臨床研修を終わって基礎研究の大学院に進むことをある程度義務化しています。そして、そこで学位を取得すれば、従来の定員枠外で助教のポストを付与するという条件として示しています。したがって、本当に基礎研究医となるという相当の覚悟がないと、ハードルは高いと思います。ちょっと研究に興味があるからみたいな雰囲気ですと、現実はそのようなのだよということを言うとしたじろいになってしまうような学生もいるように聞いています。そういうことが、募集の定員を十分満たさなかったことと関係しているように思います。ただ、大学によってやり方が少し違うのかもしれませんが。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

伊野委員、御発言ありますでしょうか。

○伊野委員 ありがとうございます。

私どもも1人、希望者がいまして、大学院、研究室とも話をして、それなりの道はつくったのですが、結局、いろいろな事情から本学の基礎研究医プログラムには入っていただけませんでした。もう少し私どもも工夫が必要かと思っております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

京都大学からも宮地委員が参加されていますが、何か御発言ありますでしょうか。

○宮地委員 いえ、私からは追加はございません。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。

ほかに御意見、御発言ありますでしょうか。

ないようでしたら、建設的な御意見をいろいろいただきましたので、調査、フォローアップについて厚労省のほうで検討をお願いしたいと思います。ありがとうございました。

次に、外国人留学生の状況ですね。これにつきましては、先ほどの資料3の最後のページだったと思います。国際医療福祉大学から、12名の行き先がこういうふうになったということであります。ちなみに、ほかの大学からは、この外国人留学生枠についての申請はなかったですか。もう一回、説明をお願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 こちらの制度につきましては、昨年度の部会でお認めいただいた後、文部科学省を通じて各大学のほうに周知しまして、該当者がいる場合は報告してほしいということをお願いした結果でございまして、結果として、御覧の国際医療福祉大学、1件から報告があったということでございます。

○国土部会長 結果的には国際医療福祉大学成田病院のある千葉県にあまり行かなくて、福岡県、栃木県の病院に分散しているということでございますが、これについて何か御意見、御発言ございますでしょうか。

伊野委員、お願いします。

○伊野委員 ありがとうございます。

分散しているのですけれども、全て国際医療福祉大学の関連の病院のようにお見受けいたしますが、そのようでございますでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 そのとおりでございます。

○伊野委員 分かりませんが、ここは研修医の方々の希望も含めて、たまたまこうなったみたいなのでしょうか。それとも何か取り決めがあるのか、教えていただければと思います。結局、県をまたいでも、同じ組織でしか研修できないのかどうかということが知りたいところでございます。よろしく願いいたします。

○錦医師臨床研修推進室長 お答えいたします。

この12名につきましては、国際医療福祉大学が奨学金を給付している方々であるということでございます。我々、聞いております報告では、彼らの出身国の医療の状況とか学生などの希望を考慮して、こちらの大学のグループの5つの病院のいずれかの病院に分散させて臨床研修することを予定しているという報告を受けていたところでございます。

○国土部会長 岡村委員、お願いします。

○岡村委員 今の伊野先生の御意見なのですけれども、実は私、この前の委員会で、この外国人留学生については、通常のマッチングによらず採用できることという条件がありますので、普通にしていると、そのままだと千葉県ばかりになってしまうのではないかとこの危惧があったので、それだったら、国際医療福祉大学はグループで基幹型の臨床研修病院を他府県に持っておられるので、それで分散することも考えられたらどうですかという意見を私が言ったので、聞いてもらったかどうか分かりませんが、意見を言った者としてはそういうことなのです。

○国土部会長 ありがとうございます。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 清水でございます。

今のことに関連してですけれども、2つあるのですが、1つは、この表にある3病院への分散の仕方はどうされたのかなというのが気になります。今、おっしゃったように、千葉県の大学病院さんだけでなく、栃木県や福岡県にまで広げて、しかも福岡県が一番多くなっている理由を知りたいと思います。

それから、外国人留学生の奨学金をもらっている方は、トータルの12名だけだったのかどうか。もしほかにおられるようだったら、ほかの方々はどうされているのかというのを知りたいと思いました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 1点目につきましては、繰り返しになりますけれども、出身国の医療の状況とか学生などの希望を考慮した結果として、こういった分散の状況にしたということで承知しております。

奨学金につきましては、外国人留学生、この大学は20名受け入れておりますけれども、そのうちの12名に対して奨学金を給付しているということでございます。

○国土部会長 そうすると、ほかの8名は通常のマッチングで。

○錦医師臨床研修推進室長 そういうことでございます。

○国土部会長 あと、高木病院というのはかなり大きな病院と聞いていますが、大学の附属病院ですか。

○錦医師臨床研修推進室長 大学の附属病院ではございません。

○国土部会長 附属病院じゃないけれども、関連した病院と言うことでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 医療法人社団高邦会というところが設立している病院です。

○国土部会長 ちなみに、その3つの病院の通常の枠の定員というのは何人ぐらいでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 高木病院は8名でございます。国際医療福祉大学病院栃木県は27名、成田病院は40名です。

○国土部会長 ということは、高木病院の中で外国人留学生の比率がかなり多い。半分近くは外国人ということですね。

○錦医師臨床研修推進室長 そうです。この8人の外側で、この外国人留学生6人は受け入れますけれども、14分の6が外国人留学生。おっしゃるとおりです。

○国土部会長 そういうことですね。

文科省から御参加の方、どうぞ御発言ください。

○堀岡企画官 文科省の堀岡ですけれども、すみません、若干時期を逸しているのですが、

国際医療福祉大学、20名、外国人の留学生がいるのですが、そのうちの12名が国費留学の方で、残り8名は私費留学の方です。この12名のマッチング外の人たちは、全員国費の留学の方だと聞いておりますので、より、そういった活躍をその国から期待されている方について、マッチング外でやっているということで、趣旨には合っているのかなと考えております。

○国土部会長 ありがとうございます。

御質問の中で、単純な疑問としては、この3つの施設をどういうふうにしたのか、強制的なのか、希望なのか、その辺は問い合わせてもいいのではないかと思います。

どうぞ。

○山本医事課長 事務局でございます。

今回の議論を踏まえて、もう少しどういう形で病院を選んだのか、詳細な情報が得られれば、次回の会議等々で御報告させていただければと考えております。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

あと、高木病院は外国人比率が高いので、指導体制が大丈夫かなという気もちよっとするので、フォローアップもよろしくお願ひしたいと思います。よろしいでしょうか。

伊野委員、御発言ありますか。

○伊野委員 ありがとうございます。

加えて、高木病院は8名のところが14名になっていらっしゃるの、研修環境がしっかり守られているかどうかということも、お聞きになっていただければと思います。

以上です。

○国土部会長 重要な御指摘ありがとうございます。ありがとうございました。

それでは、次に移ります。資料4「医師臨床研修制度の見直しの検討について」、説明をお願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 資料4「医師臨床研修制度の見直しの検討について」でございます。

おめぐりいただきまして、2ページからでございます。医師臨床研修制度につきまして、平成16年度に必修化したわけですが、おおむね5年ごとに見直しを行っていただいています。直近は、30年3月におまとめいただいた報告書を踏まえまして、令和2年度から新たな制度の下で研修を実施してございます。経緯は御覧いただいているとおりですが、3ページ目、4ページ目に、令和2年度研修、このように見直したという部分をおつけしてございます。

ポイントとしては、1点目、卒前・卒後の一貫した医師養成ということで、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」を4ページにつけておりますが、かなり大きく見直しをいただきまして、これにつきましては、文部科学省の医学教育モデル・コア・カリキュラムと整合的なものになるようにつくっていただいたということでございます。

2点目の到達目標・方略・評価、中でも方略の③でございます。これまでは、内科、救急、地域医療が必修であったところに加えまして、外科、小児科、産婦人科、精神科を必修にした上で、一般外来の研修を含むことということで、かなり大きく変えていただいたということで、令和2年度研修からはこういった形で行われています。

4ページが到達目標、方略・評価ですので、御確認いただければと思います。今、これが適用されているということです。

5ページからですけれども、5年ごとに見直すということで、今後、御議論いただければと思っておりますけれども、既存の様々な文書で論点として言われているものについて事実関係を御報告いたします。

まず、基幹型臨床研修病院の指定基準です。こちらは、年間の入院患者数というものがございます。臨床研修省令におきまして、指定基準としては、臨床研修を行うために必要な症例があることと規定されております。これを具体化するために、平成22年度から、省令の施行通知におきまして、入院患者の数については、年間3000人以上であることというものが設けられたところでした。

これに関しまして、地方自治体から、これを緩和してほしいという要望がございまして、昨年、部会にも御報告させていただきましたけれども、議論がなされた結果、2つ目の●でございます。「令和3年の地方からの提案等に関する対応方針」という文書が閣議決定されておきまして、その中において、3000人の扱いにつきましては「医師臨床研修部会での議論を踏まえて検討し、令和5年度中に結論を得る。その結果に基づいて、必要な措置を講ずる」とされましたので、1つ、宿題といたしますか、論点としては考えてございます。

2点目が、受け入れる研修医の数というものです。こちらは、指定基準として、臨床研修を行うために研修医の数が適切であることというのを規定しておりますけれども、省令の施行通知におきましては、病床数を10で割った数、または年間の入院患者数を100で割った数を超えないものであることというルールがございまして、こちらにつきまして、直近でまとめていただいた30年3月の部会の報告書におきましては、この部分について検討すべきであるとされております。

3つ目が、第三者評価です。省令の施行通知におきまして、基幹型臨床研修病院は「第三者による評価を受け、その結果を公表することが強く推奨される」と記載されております。こちらの部分につきまして、30年3月の報告書ですけれども、1行目でございます。「次回以降の見直しの際に、第三者評価を義務化することを前提とした検討を行うべきである」ということを書かれています。これについても宿題として検討いただく必要があるということです。

4つ目が、地域医療の研修です。現在、2年間の研修期間のうち、4週以上、地域医療の研修を行っていただくことになっています。この部分につきまして、地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会の令和2年度提言に書いていますように、地域医療の研修期間を半年程度確保できる制度に見直すことという御提言をいただいております。こういった

ことを踏まえまして検討する必要があるのではないかということです。

これは、既存の文書で言われている論点ですので、これ以外にも、今、我々、関係の学会の方々、団体の方々、また都道府県ですとか、そういったところにアンケート、ヒアリングを事務的に行わせていただいております、論点とすべきところについて事務的に精査しています。

そういったことも踏まえて、今後、整理して御提示したいと思っておりますけれども、今後のスケジュール感としましては、6ページでございます。スケジュールの案ですけれども、令和5年3月頃、遅くとも4月と思っておりますけれども、医師臨床研修部会において審議を開始していただければ。月1回程度と書いておりますけれども、これは最も頻繁に行う場合ということでイメージしておりますけれども、当然、論点のボリュームですとか内容に応じて、部会長と御相談して決定していくべきと思っております。これは最も厳しい場合という感じでありますけれども、こういったことを書かせていただいております。

1年ほど御議論いただきまして、令和6年3月頃、報告書を取りまとめていただければと思っております。その後、周知・準備期間等を置きまして、令和7年4月から見直し内容に基づく研修の開始ということでございます。

また、これは、事務局として考えていることでありますけれども、ここもまた御意見いただければと思っておりますが、令和2年度研修から、到達目標、方略・評価というものをかなり大きく変えましたけれども、この部分にまで手を入れるかということにつきましては、まだ卒業生がほとんど出ていないという状況、またコロナという特殊な状況もあったことから、どこまでやるのかということにつきましても御検討いただく必要があると思っております。

今回、参考として、参考資料3をおつけしておりますけれども、国立大学医学部長会議、大学医学部の教育病院の在り方に関する検討委員会から、この医師臨床研修制度に関する見直しの要望書が届いておりますので、御紹介しておきます。こういったものも踏まえまして、今後、見直しについて御議論をいただければと考えておるところでございます。

以上です。

○国土部会長 説明ありがとうございました。

予定を伺うところでは、来年度いっぱいかけて議論しましょうということで、今日はキックオフという趣旨で、最初に皆さんに自由に御意見、御発言をお願いしたいと思います。資料の5ページにいろいろ論点がありますので、それに即して、あるいはそれ以外の観点についてもお願いしたいと思います。

それでは、これは順番で私からお声がけしたいと思います。ウェブ参加の委員の先生方に先にお届けしたいと思います。あいうえお順で恐縮ですが、新井委員から御発言お願いできますでしょうか。

○高原臨床研修指導官 新井委員は、もう退席されている可能性がございます。

○国土部会長　そうですか。伊野委員はいらっしゃいますか。では、伊野委員から御発言をお願いいたします。

○伊野委員　1点目、すみません、この論点にはないのですが、このほどモデル・コア・カリキュラムが改訂になりまして、到達目標がかなり変わりました。特に、情報・科学技術を活かす能力といったものも入ってきましたので、令和4年にこのモデル・コア・カリキュラムが変わっていて、基本的にはシームレスにするというところで、今後の到達目標も多分変えざるを得ないと思うのですが、そういったところについては何か予定はございますでしょうか。

○小林企画専門官　ありがとうございます。

文部科学省で行われている医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂については、今年度、改訂版が出されて、適用されるのは令和6年度の新入生からということになると伺っています。彼らが臨床研修医になるとすると、令和12年度以降になりますので、適用されている到達目標の整合性等も踏まえて御検討いただければと思っております。

○国土部会長　堀岡さん、どうぞ御発言ください。

○堀岡企画官　まさに今、小林専門官が言ったことを言おうと思っております。なので、今回、11月18日にこうしたモデル・コア・カリキュラムの卒業生が令和12年なので、大分ずれるかな。今は、昔のモデル・コア・カリの人々が毎年卒業していつている状況でございます。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。

伊野委員、よろしいでしょうか。

○伊野委員　ありがとうございました。

○国土部会長　続きまして、木戸委員、御発言ください。

○木戸委員　ありがとうございます。

ここに挙げていただいた論点以外で、見直しにおいて検討したらいいのかなと思うことが幾つかあります。

まず、臨床研修の時期は、多くの場合、男女とも子育て時期と重なります。少子化がこれだけ深刻な問題となっている現在、ライフイベントと、より両立しやすい制度設計。例えば、状況によっては、研修期間についてももう少し柔軟に対応するとか、保育環境の整備なども含めて、そういう視点も取り入れるべきではないかと思えます。

もう一つは、迫りつつある働き方改革への対応です。もちろん、指導医自身の労務管理の問題にも関わってくることで、非常に重要です。研修医においては、A水準かC1水準、そのどちらかになるかと思えますけれども、時間を制限しているかどうか。それによって、臨床研修の効果がどう違うかといったこともモニタリングして、よりよい臨床研修はどのぐらいの時間であるかに関しては、引き続き検討する必要があると思えます。

あと、未来を担う若手医師が臨床研修できるいろいろな選択肢を増やして、ダイバーシティを増やしていくことは非常に重要です。もちろん、一定の必修で押さえるべきとこ

ろはしっかり押さえて、そのほかのところはかなり自由度を持たせて、例えば基礎研究を2か月ぐらい見に行きたいとか、ほかの施設とか、場合によっては少し外国を見てきたいとか、いろいろなところで経験を高めていただく。そこが、いろいろな活躍の場を広げていく可能性があります。

異動させることに関しましては、若手医師もかえって負担になって、寮の整備とか、異動すると、また新しく保育所を探さなければいけないという問題は、また別途手当てして、費用の問題もあると思いますけれども、できるだけいろいろな体験ができるような魅力的なプログラムを整備すべきだと思います。

もう一点は、今、オンラインがかなりいろいろなところで使われて、学会もオンラインとかハイブリッドになっています。ですから、オンラインを取り入れた研修効果を上げる仕組み。例えば、研修先によって臨床検討会もありますけれども、ほかのところのおもしろい臨床検討会とか研修の勉強会に参加できるといった仕組みをもう少し入れて、どこにいても、地方でも、東京とかであっても、勉強したい方はしっかり勉強できるような取組ができるようにしてあげられたらいいかなと思います。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

花角委員は退席ですか。はい。

それでは、宮地委員、よろしくをお願いします。

○宮地委員 ありがとうございます。

私からは2点です。

まず、第三者機関による外部評価を一層進めるかどうかの点ですけれども、これに関しては、前回改定した臨床研修のプログラム自体が、現状としてどの程度、本当に研修医の効果的な教育に寄与するものになっているのか、改善が必要な点はないのかといったところをしっかりと確認した上で、それに対してきちんと見合った研修が提供できているかを外部評価してもらおうという、2段階目に当たるものだと思いますので、私としては、すぐに推し進める段階には、今はまだないかなと考えております。

それに伴って、特に改善が必要なものがないかということの中に、一点目として、研修医の評価に関する議論を、ぜひこの改定の議論の論点に加えていただきたいと思っています。現状では、到達目標に対して、かなり緻密に、形成的評価、総括的評価が設計されていますが、評価に関わってきた複数の指導医にヒアリングしてみると、評価するものの分量が多過ぎて、かえって適当になってしまっている。評価の質が逆に落ちてしまっている可能性であったり、関わりが浅い他職種でも評価しなければならないという状況で、回答不能という回答ばかりになってしまうといった状況があります。

また、評価表が多過ぎるために、確認して、それを管理するだけで非常に大きな事務負担になっていて、研修医自体も研修の内容ですとか、先ほど木戸委員からもありましたように、自分がこういうことを学びたい、こういう学習が必要だというニーズに合わせるよ

うな余裕も全くないまま、修了要件の達成度のチェックのみに終始してしまうといったような、意味のない、表面だけの評価運用に陥っている可能性が指摘されています。

なので、現状を評価した上で、本当に目指すべき学習アウトカムを評価するものだけに絞るといった評価のスリム化も含めて、現状の問題点についての情報収集と、それを踏まえた審議をこの部会でもぜひお願いしたいと思います。

2点目ですが、改定の論点に、指導医講習会に関する開催指針の見直しも含めていただきたいと思っています。現在は、原則として2泊3日、16時間以上という時間での縛りの講習会に参加しなければなりません。私のように子育て中であったり、若手・介護中の指導医は、この形態での参加は非常に困難です。その点で、教育機会の不均等がずっと続いている状態です。また、講習会に拘束される時間だけで指導医として必要な能力を養成されたということは、全く保証されません。

コロナ禍で、働き方改革など、近年、社会状況も変わってきていますので、これまでのような同期型、すなわち全員がその時間、その場に参加する必要がある現地開催方式だけでは、もはや対応できないと思います。より多くの指導医が教育を受ける機会を得られるようにすること、指導医講習会の本当の意味での質保証という観点から、非同期、すなわち参加者がそれぞれ参加できるタイミングで参加する学習形態や学習内容の分割履修、各学会など、ほかの指導医養成プログラムと重複するコンテンツの共有などのスリム化などが現実的に考えられる状態だと思えます。

事例として、名古屋大学さんは、反転授業形式での非同期のプログラムを含めた、完全オンライン形式での開催をされていまして、これについては、医学教育学会雑誌から実践報告として論文化されております。

すみません、長くなりましたが、以上です。

○国土部会長 貴重な御意見ありがとうございました。

厚労省から発言があったら、途中でも合図してください。今、御意見を伺っておりますので。

それでは、会場に参加の委員の先生に御発言をお願いしたいと思います。こちらから、岡村先生からお願いします。

○岡村委員 何でもいいのですか。

○国土部会長 何でも、この資料にとらわれなくて結構です。

○岡村委員 来年3月から臨床研修部会における審議を約1年間でやるわけですね。そのときに、参考資料3で、国立大学医学部長会議と大学医学部の教育病院の在り方に関する検討委員会から、厚労大臣とこの部会に対しての要望書が出ているのですが、これを見ますと、内容的には、例えば臨床研修制度について、新しい理念を御検討いただくことを要望しますとか、今後の医学の進歩を支える基礎医学者の育成についても視野に入れてくださいというのが出てきているのですが、何か具体的なイメージがわからないのです。まるで丸投げのように思います。

そうしますと、来年3月から1年間かけて、この部会で検討した後で、結局、こんなんじゃない駄目、検討が足りないという意見が、もしかしたら全国医学部長会議とか知事会とか、そういったところから出てくる可能性はあると思うので、来年3月の審議を始める前に、パブコメみたいな形で具体的な、このようなことを検討してほしいということを募ったほうが良いと思います。

○国土部会長 どうぞ。

○錦医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

実は、この参考資料3の要望書を出していただいた団体も含めて、アンケートを出しておりまして、今後の見直しの論点として考えるべきところ等についてお聴きししております。必要に応じてヒアリング等も行わせていただいております。事務的にはそういったことを吸い上げておりますので、本日の先生方の御意見と、これらを集約したものを整理して、まずは論点化していくということかと思っております。

○国土部会長 この文書、私も直接、手渡しでいただいたのですが、その場に具体的な要望について再度お願いしますと申し上げたのですが、その回答を今お待ちしている状況であります。ありがとうございます。

それでは、釜菴委員、御発言ください。

○釜菴委員 ありがとうございます。

資料の3ページから、新たに研修制度の見直しが令和2年から適用されて変えてくるということですが、この変更あるいは見直しによって、研修の実態がどういうふうに変わってきたのかというのが、なかなかよく見えないところがあって。これは、先ほども既に御指摘がありましたけれども、その辺りのところが十分評価されないといけないなと強く感じます。

特に、私ども医師会と医学部長病院長会議と何度も協議いたしました中で、3ページの一番上のところに書いてある、卒前・卒後の一貫した医師養成。特に、総合的な診療能力、全人的に患者さんを捉える取組というところが非常に強く求められて、これは全国の医療現場で非常に強く求められているわけでありまして、この研修の見直しをしたことによって、よい方向に向かっているのかどうかということが非常に知りたいところでありまして、何とかその辺りが改善しているという手応えがつかめるといい。それを踏まえて、来年の検討に取り組むことができれば、非常にありがたいなと思っております。

それから、これも既に指摘が出ているところですが、医師の働き方改革というのがありますが、卒後の臨床研修の時期は、自分自身の経験はもう大昔の話になってしまいましたけれども、医師に成り立てで、いろいろな経験を積む極めて重要な時期。この時期は、勤務の時間等ということよりは、いかに短い間にいろいろなことを身につけることができるかという非常に大事な時期だなと感じるわけです。一方で、この臨床研修の時期に、9時～5時という時間で研修医が医療現場から離れるという状況が本当によいのかどうかというところは、ずっと疑問であります。

ですから、働き方改革の問題もしっかり取り組まなければいけないのですが、この時期の大事な研修の実を上げるために、今の仕組みやいろいろな取組の規制が適切なものであるかどうかという視点でも、今回、もう一度見直してみる必要があると感じております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

次に、清水委員、御発言をお願いします。

○清水委員 ありがとうございます。

私も3つほどお願いしたいと思っていることがございます。1つは、まだ2020年、令和2年からの研修が開始されたばかりで、この3月にやっと1期生が出てくるという段階で、改定したことを拙速に改定、また再度見直すのは時期が早いと思っています。令和2年開始の研修医からの、先ほど釜菴先生がおっしゃいましたけれども、その後の実際の実力ですとか進路などをきちんと確認した上で、次の改定を考えるのが妥当ではないかなと思っています。

2つ目は、研修病院の質の担保という意味で、先ほどの地域偏在の点、それから研究コースの妥当性なども踏まえて、症例数や研修環境などについては、第三者評価が必要と思っています。各病院からの自己申請だけでは不十分ではないかなと思うところです。それに当たっては、症例数として、過去に決定された病床数を10で除した値とか、年間の入院患者数を100で除した値が、本当に妥当なのかどうかということも検討しなければいけないわけで、その場合、全病院のデータが必要で、それには第三者評価が必要なのではないかなと思っています。

年間入院患者数3000人以上という要件も、今、3000人未満2700人以上だとサイトビジットが必要ですがけれども、3000人はどこで決めたのかということできえ、基準がちゃんとなかったわけですから、それも本当に必要なのかどうかということはきちんと把握する必要があるかなと思っています。

3点目は、都道府県にいろいろな定員数とか臨床研修病院の指定などの権利が移行されたために、以前はREISという管理システムがあったのですが、それが機能しなくなってしまって、各病院のホームページ上で公開するにとどまるということになりました。したがって、研修医や学生たちは、その病院のホームページを見に行かないと、その病院の状況が分からないという状況になっています。一括して確認することができませんので、ぜひ臨床研修病院全体の状況を確認できるコントロールシステムみたいなものが必要ではないかなと思いますので、それをお願いしたいと思います。

ごめんなさい、さっき3点と申しましたが、4点目を忘れていました。今、定員が20名以上の場合は、小児科コースと産婦人科コースをつくらなければならないことになっているのですが、今年のマッチングの実績を拝見しても、それが埋まることはほとんどないと言うと語弊があるかもしれませんが、都市部の有名病院、有名大学さんでは埋まりますけれども、地方のマッチ率は非常に低いと認識しております。小児科も産婦人科も必須にな

りましたので、その特別コースみたいなものもそろそろ考え直したほうがいいのかなど思っています。

その4点でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

3番目の点については、何か厚労省から発言をお願いできますか。私も事実を認識していないのですが、一括して。

○錦医師臨床研修推進室長 情報を一覧で見られるような環境を整えよ、ということだと思いますけれども、現在やらせていただいているのは、厚生局単位で各臨床研修病院のホームページのリンク先を整備しているというぐらいにとどまっておりますので、どういった形でより分かりやすく情報を提供するのかということにつきましては、少し考えていきたいと思っております。

○国土部会長 この件については、制度全体の見直しよりも早いスケジュールでできるなら、前倒しで検討を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、谷口委員、御発言をお願いします。

○谷口委員 ありがとうございます。

今日、初めて参加させていただきまして、初めて見る資料もあって、興味深く見せていただきました。その中で、最後の方の医学部長会議からの文書にもありましたけれども、卒前教育が今、変わりつつあるということで、そうすると、初期臨床研修に求められるものも少しずつ変わってくるのだらうなという感じがしています。

そういう観点で、医師臨床研修制度の理念というのを見てみますと、メインのところは変わらないと思うのですね。医師としての人格を涵養するとか、将来、専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識するとか、この辺りはいいと思うのですけれども、その次の部分の「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な臨床能力を身に付けることができる」ということで、もしこの辺りの部分が卒前教育でかなりのところがカバーされるようであれば、もう一步踏み込んだものが必要なのかなと感じました。

あと、この中で、もし追加するならば、今の日本は高齢化社会になっておりますし、患者の診療に関してもすごく複雑化している。1人の患者さんが幾つもの疾病を持っている。そういった人に対応するということを考えると、よく言われていますけれども、総合診療マインドを持った医師とか救急マインドを持った医師とか、そういった医師の重要性というものがすごく大事になってくるのではないかと思います。

一方で、専門医制度を見ていても、総合診療専門医がどんどん増えてくる感じもありませんし、学会を中心にして、総合診療のできる医師の育成を進めてはいるものの、まず初期臨床研修の段階で、そういったマインドを大事にしてほしいというようなメッセージを送るのが非常に大事じゃないかなという気がしております。先ほど釜沼先生も言われましたけれども、卒前と卒後、一貫してシームレスな教育をするということ。あと、全

人的な医療をするというところをもっと重点を置いたほうがいいのではないかなというのが、感じたところです。

あと、根本が、いい医師になってもらいたいということですので、研修環境と研修の質が非常に大事だと思います。これで十分かどうか分かりませんが、第三者評価というものはある程度関与して、外から見えるようにする必要があるのではないかとこのころは感じておりますし、指導体制ということを見ると、人数が少ない病院とかクリニックですと、その指導にかけられる時間というものもかなり制限されてくる可能性があります。

ですので、地域医療については、ある程度の期間は確保するという事は大事だと思いますけれども、余り長くし過ぎても、今度、研修に対する指導体制がしっかり担保できるかどうかというところを確認した上でないと、単に人材として当てにされてしまうということが起こり得ないかなというのは懸念されるところです。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、森委員、御発言をお願いします。

○森委員 ありがとうございます。

今回の見直しは、私はマイナーチェンジだろうと勝手に思っておりますけれども、先ほどから出ているように、シームレスな教育課程も含めて、次の改定、見直しときにはかなり大きな変更をせざるを得ない。だから、その議論はもう始めなければいけないのかもしれないですが、次回の議論については、1年間の議論でそこまでいくのは多分無理だろうと思っています。したがって、この4つの論点については妥当だと思いますし、また、学会とか団体にヒアリングされているということなので、その情報も来るでしょうし。

それから、先ほど議論の中にありました、委員の先生がおっしゃった講習会の在り方も、柔軟性をもって、もう少し受けやすいようなシステムにするというのは、これも大事なことだと思って聞いておりました。したがって、こういった点を論点、中心に、もちろん理念は確認しながら、きちんと次の5年間を考えるということではないかなと思っています。

むしろ、喫緊に関係すると思われるのは、先ほどから出ているような働き方改革が、まず制度として変わってくる。そのときに、働き方改革というのは、研修医だけではなくて指導医にも関わってくるわけですから、指導体制にも関係する可能性がある。なので、この辺りは繊細だろうと思っています。

もう一つは、急速に進んでいる医療DX。これもどんどん閣議決定されて、それで医療現場にどんどん下ろされてくる可能性がありますね。この1～2年で急速に進む可能性があるものですから、こういったものの情報も、できればこの審議会のほうに出していただかないと、見当違いのことを言うてしまう可能性があるのです。今、どういう医療状況にあるかということは、逐一教えていただけたらうれしいなと思っております。

それから、蛇足ですけども、次の見直しのときには、今、出ておりましたようなモデル・コア・カリキュラムも含めたシームレスなものを考えつつ、釜薙先生がおっしゃった、全人的なものがちゃんとできているかということをもう一回きちんと見直さなければいけない、急速に今、若い先生方は、専門研修が終わった後、なぜか知りませんが、全人的医療ではないビジネスモデルに走る先生がたくさん増えている。これが現実なのですね。なので、この辺りは、我々の教育のやり方が少し間違っていた可能性もありますので、この辺りのことも含めて、今回はここをしっかりと議論しなければいけないなと思っております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

最後に私から。いろいろな御意見、出尽くしたと思いますが、森委員がおっしゃったように、スケジュール感から見ると、今回はマイナーチェンジで、恐らくその次の次ぐらいが大きな変更になるかもしれないというふうに私も感じます。

先ほども出てきましたが、シームレスな医師の養成ということを考えて、卒前の臨床教育を厚くして臨床研修をコンパクトにしようという流れがあると思います。先日も医師国家試験出題基準の見直しがあったのですけれども、出題範囲をスリムにして国家試験受験勉強の負担を少し減らして、特に医学部の最終学年では国家試験の準備に追われて、臨床実習が十分にできない大学もあるという状況を何とか改善しようという動きがあります。そちらの動きも見ながらではありますけれども、例えば研修期間を短くするとか、そういう議論も次々回ぐらいにはあるのかもしれないと思っております。

もう一つは、木戸委員がおっしゃったライフイベントとの両立というのも非常に重要だと思います。女性医師の比率が増えているという事実があります。それから、日本人の少子化というのは大きな問題ですが、私は個人的には、女性医師のようなプロフェッションの人たちの生涯未婚率が高かったり、出産が少なかったり、そういうことが、大きく考えると日本の将来にも響いてくると考えています。研修制度がそういう医師にもちゃんと無理なくできるように改定が必要なのかなと思います。そのためには、以前行ったと思えますけれども、若い人の視点とか実際に研修を受ける人の視点が必要だと思いますので、またヒアリング等、来年度に向けて準備をお願いできればと思っております。

もう一つは、かかりつけ医機能というのが今、いろいろなところで言われていますけれども、先ほどの総合診療専門医の数は、私が調べたところによると、ここ5年ぐらい、卒業生の2.3%ぐらいでしょうか、非常に少ないレベルなので、総合診療専門医ではない人が結局かかりつけ医になるわけです。かかりつけ医機能の制度化が進んで行こうとしている中で、臨床研修でそれについて、そういう視点を教える、そういう教育も必要になってくるのかなと思います。

医療DXももちろん大切で、かかりつけ医機能の中にPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）とか、そういう話も出てきますので、そういう動きに合わせたマイナーチェンジは、マイ

ナーと言ってしまうとちょっと語弊がありますが、次回の見直しについて議論になっていくのかなと思っております。ありがとうございました。

委員の皆様から追加で何か発言がありましたら、お願いしたいと思いますが。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 すみません、追加の追加で申し訳ないのですけれども、卒前の医師養成制度の変更との関わりで、先ほども臨床実習中にどれぐらいの実地、例えば基本的臨床能力の養成とか、それができたかどうかということを臨床研修病院も知っていなければならないと思いますので、共用試験の公的化ですとか、卒業試験の問題数の変更とか、そういうものと関係して、これから臨床実習を大学病院だけではなく、地域医療の現場である臨床研修病院にもたくさんお願いしなければならないと思いますので、その辺のことも制度の中に何らかの形で取り入れられるか、もしくはデータを頂けたりするとうれしいかなと思っておりました。追加の追加で申し訳ありません。

○国土部会長 追加で結構です。今日は、自由な意見出しをお願いしたい思います。

岡村委員、どうぞ。

○岡村委員 先ほどから卒前・卒後のシームレスな教育ということ、卒前教育ということがいろいろ出てきたのですけれども、私、日本医学教育評価機構のメンバーをしております。スチューデントドクターの話もありましたけれども、全国医学部長病院長会議の役員をされていて、ちょうどスチューデントドクター制度を導入するときの当事者だったのです。

現在の卒前教育の状況をちょっとお話ししますと、いわゆる外圧、まさに黒船じゃないのですけれども、アメリカのECFMGが、世界基準に則った医学教育をしていない大学の卒業生はアメリカへの留学を認めないと。最初は2023年からだったと思いますけれども、コロナで延びそうですけれども、それで大騒ぎになりました。それで、日本の医学教育は何が問題だったかということ、臨床実習への参加が全く足りていない。それまで、例えば48週平均だったのが72週ぐらいは要るとか、いろいろな意味での学生の参加が全く足りなくて、その結果として、日本の初期臨床研修を終わったレベルが、アメリカの医学生卒業前のレベルと一緒にだすと。そういったことがいろいろ問題になりました。

現在、日本にある82の医科大学・医学部全部が日本医学教育評価機構のチェックを受けるようになっていて、5日間ぐらい、私も現地調査で行くのですけれども、実習風景とかプログラムとか、全部チェックするので、卒前教育が結構変わってきています。OSCEがありますけれども、卒業前にPost-CC OSCEを制度化することによって、問題になっている医師国家試験のウエイトをもう少し下げることで、そうすれば、予備校化している6年生の期間を臨床実習に充てることができるのではないかということ、卒前のほうも大分変わってきているという現状をちょっとお話ししておきたいと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

宮地委員、どうぞ御発言ください。

○宮地委員 ありがとうございます。

今の先生のお話に重ねる形になりますけれども、卒前教育のほうでは、先生方御存じのように、医学教育モデル・コア・カリキュラムがこのほど改訂となっております。この改訂されたモデル・コア・カリキュラムで入学し、卒後の臨床研修を行う世代はまだ大分先ですので、実際、これを伴う形で整合性を取る形で臨床研修の資質・能力を議論するのはまだ先になりますけれども、先ほど全人的な医療ができる医療人の育成について御発言があったと思いますが、まさにモデル・コア・カリキュラムはそちらの方向に大きく明文化するような形で変わっておりますので、少し視野に入れながら議論していくのも将来的な方向性としてはいいのではないかと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに追加の御発言ありますでしょうか。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 先ほど部会長からもお話がありましたが、今、様々なところでもかかりつけ医機能についての議論が進んでいます。これは、患者さんに全人的に対応し、患者さんの医療情報をきちんと統括し、そこに必要なヘルスケアマネジメントをする能力だと思います。これを修得するのはなかなか難しいところですが、何とか工夫して、医学生、そして臨床研修のところに、幅広く、いろいろな現場を体験する時期がありますので、この時期が非常に重要かと思います。かかりつけ医機能を求められる状況に対応できる医師が求められているということで、養成していくという視点も重要かと思います。

研修が終われば、すぐに美容とかビジネスに進む人もいます。もちろん、それを否定するわけではありませんが、患者さんに積極的に関わって、喜びも悲しみも共に共有することで、医師としてのやりがい、プロフェッショナルリズムを育てていくことが教育の上では最も大切と、臨床研修病院の指導医の立場として、私もいつも自らに言い聞かせていますが、なかなか難しいことだと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、伊野委員、御発言ください。

○伊野委員 ありがとうございます。

また卒前とのシームレスということで恐縮ですが、先ほど岡村委員がおっしゃったように、以前、日本の臨床実習はプアだと国際的評価組織からご指摘を受けたという経緯がございます。これからは臨床実習の2年、臨床研修の2年の合計4年間において臨床現場で実際の患者さんの診療に携わる、そういった豊かな到達目標に即した研修環境、実習環境が必要になります。そのように考えますと、大学病院だけでは困難で、地域医療を担う市中病院の先生方にも、臨床の場面で4年間、育てていくのだというご理解と御協力をいただければと思います。

また、質のよい臨床研修にするためには臨床実習修了時の関門にありますPCC-OSCEも質

の担保をする必要があると思っています。既に市中病院の先生方には、OSCEの評価者として御参加いただいておりますが、ぜひ引き続き充実した臨床教育に御協力いただければと思います。そのような観点からも、臨床実習から臨床研修への本格的なシームレス化という視点で今後ともご議論いただければ幸いです。

○国土部会長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。大変活発な御発言をいただきまして、ありがとうございます。

それでは、事務局において、ただいまの議論を踏まえて、来年度の見直しについての準備をお願いしたいと思います。

以上で議題は全て終了いたしました。御協力ありがとうございました。

今後の進め方について事務局から御説明をお願いします。

○高原臨床研修指導官 本日いただきました御意見を整理しまして、必要な対応を行ってまいりたいと考えております。

次回の部会開催日程につきましては、改めて調整させていただきます。

以上でございます。

○国土部会長 本日は、長時間にわたり御審議ありがとうございました。

これで、本日の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。