

○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3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、新たに委員に就任された先生を御紹介いたします。

横手幸太郎委員でございます。

○横手委員 どうぞよろしくお願ひいたします。

○高原臨床研修指導官 また、岡村委員、釜菴委員、木戸委員、谷口委員、花角委員、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。

さらに、文部科学省医学教育課からは、オンラインにて堀岡伸彦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)

○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 皆様、こんにちは。

本日は、私を入れますと5人の委員が現地参加ということで、現地参加が大分増えてまいりましたけれども、引き続き、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ひいたします。

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

本日、お配りしてございますのは、議事次第、資料1、資料2、それから参考資料1でございます。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します。また、御発言終了後は、再度、マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、部会長、お願ひいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めたいと思います。本日の議題は「1. 医師臨床研修制度の見直しの検討について」「2. その他」になっております。

まず、議題1に関して、事務局から資料1及び2を説明してください。

○錦医師臨床研修推進室長 それでは、よろしくお願ひします。

資料1です。こちらは、12月2日に開催した部会において、医師臨床研修制度の見直しに関して、先生方からいただいた御意見を並べているものです。適宜、御確認いただければ

ばと思います。

資料2を御説明します。私からは、前回の部会で先生方からいただいた御意見を踏まえまして、今後、議論すべきと考えられる論点を一通り御説明します。今後は、テーマごとに関係者からのヒアリングを行いつつ、議論を深めていただければと考えております。ですので、今回は各テーマについて何らかの結論を出していただく必要はないものと考えてございます。事務局としては、今回は各委員から各テーマについて、御見解のほか、今後、どのような視点や観点で議論すべきか等について御意見をいただければと考えておりまして、資料2はそのためのたたき台と考えてございます。

その際、今後、議論を深めるために、どのような方からヒアリングすべきか、どのようなデータを用意すべきか、また、そのヒアリングの際にどのような点を説明いただくべきか等について御提案があれば、併せてお話しいただければと考えております。

では、資料2ですが、おめくりいただきまして、右下に2と書いてあるページです。医師臨床研修制度の見直しに関する指摘の例ということで、これは12月2日の部会でもお示しした資料でありまして、過去、このような指摘がなされているというものです。

おめくりいただきまして、資料3ページ目です。令和3年12月22日の部会で提示した資料ですけれども、募集定員上限の算出方法についても見直しをしていかなければならないというものです。こちらにつきまして事務局としましては、部会では年末に定員を検討しますので、それに関連して議論していくことになろうかと考えております。

4ページです。ここから幾つか各論です。今回の見直しの方向性についてという部分です。

まず、現状のところ、医師臨床研修制度は、御案内のように、おおむね5年ごとに見直しが行われております。そして、医師臨床研修制度の内容は大きく2つに分けられるのではないかと考えております。1つは、その研修の中身の部分、到達目標、方略及び評価と言われる部分でありまして、2つ目が、それ以外の諸制度であります。例えば臨床研修病院の指定の基準とか、先ほど御覧いただいた各都道府県の募集定員上限の設定方法といった部分でございます。令和2年度から新たに作成いただいた「臨床研修の到達目標、方略及び評価」に基づいた研修が実施されておりまして、令和4年3月に初めての修了者が出たところでございます。

課題、問題意識ですけれども、現行の新しい「臨床研修の到達目標、方略及び評価」といいますのは、従来のものからかなり大幅に見直しいただいたところですが。必修科を増やし、到達目標も改めて整理いただいた。あと、評価方法も標準化いただいた。そのような大幅な見直しを経たものでありまして、令和2年度研修から適用されたばかりのものを考えると、現時点において、これの評価は困難であると考えております。

ですので、検討の方向性、論点のところですが、今回の見直しにおいては、原則として「臨床研修の到達目標、方略及び評価」以外の部分を中心に検討してはどうかということで、この到達目標、方略・評価のところも当然議論していただくわけですけれども、メイ

ンはそれ以外の部分ということで考えてはどうかということです。

6 ページをお開きいただければと思います。②です。こちらは、先ほど到達目標、方略及び評価以外を中心にとっておきながら、どちらかという方略に関連する部分ではありますが、例外的に議論いただく必要があるものと考えておまして、②の地域での研修機会の充実についてという部分です。

臨床研修の期間、2年間ありますが、そのうち4週以上は地域医療研修というものを行っていただく必要があります。へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院または診療所で、地域医療研修を行っていただく必要があります。

課題、問題意識ですが、「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」、11県の知事の方で構成されている会として、花角委員もメンバーでおられるわけですが、こちらから、令和2年度に提言をいただいております。内容としては、地域で活躍できる医師の養成に資するよう、2年目における地域医療研修の拡大やその他の必修科目の一部を地域の医療機関で実施する制度の確立により、地域の医療機関で研修する期間を半年程度確保できる制度に見直すことといった御提言をいただいております。

参考2のところを御覧いただければと思いますが、それでは、今、地域医療研修、4週以上とした上で、現実に何週行われているかということについて、修了者にアンケートしたところ、平均4.27週であったところです。

検討の方向性、論点ですが、地域医療研修の充実に係る課題。ここの「充実」というのは、主に地域医療研修の週数の延長のことを想定して書いておりますが、その課題として、受入施設の確保、病院・診療所といったところをどう確保するのか。また、地域医療の実践を指導できる指導医をどう確保するのか。あとは、地域医療研修の期間を延ばすとなりますと、基本的には選択研修の期間を短くせざるを得ないと考えておりますが、そのことについて、どう考えるのかということです。その上で、地域医療研修の週数はどうあるべきかということとか、また、その他の充実方策がもしあれば、御議論いただければと考えているところです。こちらが6ページです。

次に、8ページです。③の基幹型病院の指定の基準、そのうち年間の入院患者数という部分です。

現状のところで、研修の質を担保するために、基幹型臨床研修病院の指定の基準として、臨床研修省令で「臨床研修を行うために必要な症例があること」と規定しています。平成22年度からは、研修医が必要な症例をより確実に経験できるようにするために、臨床研修省令の施行通知におきまして、ここを具体化したところです。「入院患者の数については、年間3000人以上であること」としたところです。

※のところですが、平成22年度にこの数値を設定したということとして、それ以前から臨床研修病院として指定された病院というのも当然あったわけですが、そちらにつきましては、年間入院患者数3000人未満であっても、実地調査の結果、認められる場合は指定が継続されることとなっております。

○の3つ目ですが、令和3年度は、年間の入院患者数が3000人未満の基幹型臨床研修病院というのは37でございます。今、基幹型臨床研修病院は、全体で1000ほどありますので、そのうちの37が3000人未満で研修を行っておられるということです。

課題、問題意識ですけれども、この指定の基準に関しては、地方公共団体から緩和の要望が寄せられています。具体的には、ある二次医療圏、今、基幹型臨床研修病院がない二次医療圏に基幹型臨床研修病院を置きたいと考えておられ、3000人というところで引っかかっているということで、緩和の要望が寄せられています。「令和3年の地方からの提案等に関する対応方針」（令和3年12月閣議決定）におきまして、この指定基準のうち、必要な症例の内容については、地域の実情を把握しつつ、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こととなっています。

参考として、臨床研修病院の指定は都道府県が行うことになっていますので、都道府県にアンケートしたところ、この3000人以上という基準が「適切である」というのが20、「適切でない」というのが12であったところです。「適切でない」と回答した都道府県の御意見の例は、記載のとおりです。

検討の方向性、論点としては、基幹型臨床研修病院の指定の基準「臨床研修を行うために必要な症例があること」は大事な部分だと思いますけれども、こちらについては、どのような指標、基準、方法等で確認することが適切かというところです。引き続き、年間の入院患者数でみるということであれば、その数値というのはどのようなものが適切かということですか、ほかに何か病床数とか、そういった切り口があるのかどうかといったことについて御議論いただければということです。

少し飛びまして、13ページです。左上に④と書いてある基幹型臨床研修病院の指定の基準。受け入れる研修医の数という部分です。

臨床研修省令では、基幹型臨床研修病院の指定の基準として「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こと」と規定しており、臨床研修省令の施行通知でもう少し具体的に記載しています。3行目ですけれども、病床数を10で割った数又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。この数字というのは、1年次と2年次の研修医の数を合計したものが超えないようにしなさいということです。

課題、問題意識ですけれども、これはまさに30年3月におまとめいただいた報告書の中で、現在の規定では、病床数や年間入院患者数に対して多すぎる場合があるのではないかとといった意見があり、今後、ここも含めて検討すべきである、とされております。

検討の方向性、論点としては、この基幹型臨床研修病院の指定の基準「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こと」というのは、どのような指標、基準、方法等で確認することが適切か、御議論いただければということです。

次に、14ページ、⑤、第三者評価の在り方についてです。

現状、基幹型臨床研修病院につきましては、研修の質の確保の観点から、臨床研修省令の施行通知におきまして「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」とされております。現在、我々のアンケートの結果では、約4割の基幹型臨床研修病院が第三者評価を受審して結果を公表していると自己申告いただいているところです。この第三者評価を実施する団体としては、NPO法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）というものがございまして、その概要は参考2のところに記載しています。

課題、問題意識としては、こちら30年3月の部会の報告書において「次回以降の見直しの際に、この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」と指摘いただいております、これについて検討いただく必要があると考えています。

検討の方向性、論点、一番下ですけれども、第三者評価の在り方につきましては、第三者評価実施の実態、JCEPの取組状況ということになるかと思っておりますけれども、そこをちゃんとお聞きした上で検討してはどうかと考えております。

2つ目の○ですけれども、いずれにしましても、課題というのはこういったものがあるのではないかとということで、その評価の目的・内容をどのように整理するのか。今、JCEPが実施されておりますが、その評価方法でよしとするのかということ。

その実施機関のキャパシティ。基本的にはこの1団体しかないという中で、もし仮に義務化するということになれば、今の3倍程度の病院を評価いただくこととなりますけれども、そのキャパシティをどう考えるのか。更新期間につきましては、今、基本的に4年ということで聞いておりますが、それでよいのかどうか。あと、その病院の費用負担ですね。JCEPの場合ですと、非会員で55万円の費用がかかるということですが、これをどのように考えるのかといった論点があるのではないかと考えております。こちらが14ページです。

最後、15ページの⑥、小児科・産科プログラムについてです。

小児科・産科医不足を解消するために、平成22年度から、臨床研修省令の施行通知において、募集定員が20人以上の基幹型臨床研修病院、ですから、多めの研修医を抱えておられる病院においては、将来、小児科医または産科医になることを希望する研修医を対象として、小児科または産科の研修を重点的に行うプログラム（募集定員各2名以上）を必ず設けることとしています。なお、令和2年度から、4週以上の小児科研修と産婦人科研修を必修としたところです。小児科と産婦人科は、令和2年度以前は選択必修という形でしたけれども、令和2年度からは必修にしたところです。

課題、問題意識ですけれども、本制度につきましては、小児科研修と産婦人科研修が必修とされたことも踏まえて、この意義等を改めて検討することが必要である旨、指摘されているということで、12月2日の部会におきましても、そのような御意見があったところです。

参考2ですけれども、この小児科・産科プログラムの定員充足率を見ますと、46.8%。一方で、それ以外の一般のプログラムの充足率は81%ということで、一般のプログラムと比べると定員の充足で少し苦戦している。それは、都市部が集まる6都府県であっても同様です。

御参考までに、参考4ですけれども、小児科・産科プログラム修了者の研修前の希望診療科と、修了時点の将来希望する診療科を聞いてみたデータです。左の小児科プログラム修了者の一番下の91人というところを御覧いただければと思いますが、令和4年修了者は91人が小児科プログラムに入ったということですが、このプログラムを修了した時点でどの診療科を希望するかを聞いたところ、小児科だというのが59名、小児科以外が32名です。同じく右のところ、産科プログラムは78名の方が入られましたけれども、産婦人科を修了時点で希望するのが51名、それ以外が27名ということで、これが多いのか少ないのかというのは評価が難しいところですが、数値としてはこのようになっているということです。

検討の方向性、論点としては、この小児科・産科の研修を重点的に行うプログラムの設置を義務づける意義について、どのように考えるのかというところです。

今後の予定、17ページです。本日が3月27日、以下、各論点について関係者からのヒアリング等を行いつつ、審議していただければと考えておりました、令和6年3月頃に報告書を取りまとめいただければと考えております。令和7年4月からは、その見直し内容に基づく研修を開始するというところで、段取りとしては考えているところです。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

本日は、今、御説明いただきました論点1から6について順番に意見交換をお願いしたいと思います。割り算しますと大体12分ずつということになりますので、御協力お願いしたいと思います。最後に、改めて全体について御意見、御質問をいただきたいと思います。

まず確認ですけれども、都道府県のアンケートがありますが、足して四十幾つにならないのですけれども、これはどうしてでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 これは回答がなかったり、意見として、どちらでもないという意見であった場合は、そこから除いています。

○国土部会長 どちらでもない、という意見もあるのですね？

○錦医師臨床研修推進室長 あります。

○国土部会長 それでは、論点1、今回の見直しの方向性について、事務局からも提案いただいております。それから、資料1のほうにも昨年の暮れに同じような御意見をいただいておりますが、いかがでしょうか。御意見のある委員の方、御発言をお願いします。

花角委員、よろしくお願ひいたします。

○花角委員 ありがとうございます。

私のほうから、まず、今回の見直しの方向性、原則として研修の到達目標や方略及び評価以外の部分を中心に検討するという御提案、このことについては、基本的に異論はありません。その上で、前回、12月の部会でも発言いたしましたけれども、臨床研修の募集定員の算定方法、特に人口按分の取扱いについて改めて申し上げたいと思います。

繰り返しになりますけれども、臨床研修の質を確保する上では、経験できる症例数が重要だと思っておりますし、その症例数を考える上では、人口が基本的な数になると思って

います。そのため、臨床研修の募集定員を算定する上では、医学部定員按分というものがありますけれども、それよりも人口按分をより重視していくことが重要であると思っています。もちろん、人口が少ない県、あるいは人口密度が小さい県、こうした県への一定の配慮も必要ではあります。

そこで、この点について、12月の部会の際に厚生労働省さんからお答えをいただいたのは、医学部定員按分を用いる場合には、人口按分の1.2倍を限度としているのだというお話をいただきました。さらに、その上で、今後、分析して検討していく必要があると御回答いただいておりますけれども、ぜひとも具体的な検討を進めていただきたい。人口按分をより重視した形が必要ではないかと思っています。

もう一つは、激変緩和措置であります。これも12月の部会のときに発言させていただきましたけれども、御承知のとおり、現在の激変緩和措置、大都市部において前年の採用実績まで募集定員を戻す、増加させることが可能となっています。このやり方を続けていきますと、募集定員の総数を1.05倍に近づけていく中で、大都市部の定員が固定されたままということになり、地方の定員が逆に減っていく構造になります。この構造、このやり方では、大都市部への集中を避けるという趣旨で議論してきたことから考えますと、本当に適切なのかどうか。激変緩和のやり方につきましては、引き続き検討を続けていただきたいと思っています。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

全体の方針については御賛同いただいて、定員についての御意見をいただきましたが、これについては、また必要なデータをそろえていただく必要があると思います。いわば別の論点の御提案ということになるかと思しますので、対応をお願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 そこは、しっかりと検討させていただければと考えております。ありがとうございます。

○花角委員 お願いします。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、宮地委員、御発言ください。

○宮地委員 ありがとうございます。

私は、プログラム評価論の一般論としてという観点から発言させていただきますけれども、一般的に教育プログラムの評価を行うべきタイミングというのは、数年分の修了者が出たときといった、極めて長期的なものだけではありません。特に、評価の実現可能性などの問題点を含めた短期的なアウトカムに関しては、本来、次の改定までにある程度定期的に把握すべきではないかというのが私の個人的な意見です。

ただ、プログラム評価の原則として、変えられないことについて評価しないという原則があります。たとえこの1年間、データ収集を行ったとしても、それが次の見直しに反映されるような計画が現時点でないのであれば、労を割いて、このタイミングで調査を組む

のではなく、次の改定に向けたフェーズでしっかりとした計画的なプログラム評価を行う、それに注力するという方向性については賛成いたします。ただし、この1年間も、その予備調査的な位置づけで、関係各所への情報収集をできる限り続けられるほうが望ましいのではないかと思います。

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。宮地委員、短期的アウトカムとして、何か今、提案いただくようなことはございますでしょうか。

○宮地委員 現場での実際に評価がどれくらい望ましい形で行われているのかといった点や、資質・能力に関して、これは実際に2年間の研修では到底経験し得ないものがあるかどうかといった辺りは、1サイクル、1回目の修了生が出た時点でも、情報としては収集できるものだと思います。

ただし、今回、コロナという非常にイレギュラーな状況がありましたので、それを踏まえてというデータ収集になりますけれども、全く評価できないものではないと思います。

○国土部会長 事務局としてはどうでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 御指摘のとおりかと思います。実は、令和4年3月に、我々、指導医とプログラム責任者に対してアンケートを行っておりまして、この新しく設定いただいた到達目標、これは項目ごとに適切と考えるかどうかということですか、その到達目標に対応して評価票を今回、策定しておりますけれども、この評価票の適切性も5段階で聞いております。まだ集計中ではありますけれども、こういったことは最低限の取組ですがさせていただいておりますので、そういったことを分析しながら全体の見直しがあったのかということについては、また議論していくということかと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。では、次回以降の会議でまとまりましたら、御報告、お願いしたいと思います。

ほかに論点の1番目。

どうぞ、清水委員、お願いします。

○清水委員 清水でございます。ありがとうございます。

検討の方向性、論点として、原則として到達目標、方略と評価以外の部分をとということについては、賛同いたします。この間も申しましたが、今回の見直しによる修了生がこの3月にやっと2学年目が出ますので、改定された到達目標、方略と評価について評価するのは時期尚早と思うのですが、1点お願いしたいことがございます。働き方改革が始まる折、救急の並行研修不可という点はお考え直しいただけたらうれしいです。並行研修ができないために、働き方改革の影響をうけて救急の研修が十分でなくなってしまう。救急当直などができなくなってしまうということが散見されるようにお聞きしております。ぜひ、並行研修の是非について検討していただけたらありがたいと思います。

以上です。

○国土部会長 これについては、いかがでしょうか。データ収集は可能でしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 データというより、救急の部分の扱いにつきましては、指導ガイドラインの中で記載されておりますので、この改定が必要になると考えております。そこは、先生方の御意見いただいて、またどうしていくのかということを考えていくということかと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 私も、この検討の方向性は賛同いたします。これから卒前のモデル・コア・カリキュラムが改訂になりますので、次回以降でそれに併せて到達目標、方略及び評価を見直していくことで賛成いたします。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。モデル・コア・カリキュラムの改訂、それから医師国家試験の出題基準、順番に変わっていきますので、うまくシンクロさせていただいて、この制度の大幅な改革について検討いただければと思いますが、よろしいでしょうか。

横手委員、お願いします。

○横手委員 ありがとうございます。

今、先生方から御意見あったことと全く同じで、卒前・卒後のシームレスな研修というのが1つのモットーだと思いますので、この点をぜひ今後、総合的に御勘案いただきたいということを発言したいと思います。

それから、全国医学部長病院長会議で幾つかアンケートを取って、個別の内容をお尋ねしたのでありますけれども、医療圏ごとに大分事情が異なりつつあるという実情があるようで、例えば研修病院の指定の基準で、専ら今、入院患者3000人というところありますけれども、地域によっては入院期間がかなり短縮して患者さんが減っているというところが、外来の研修も重要であるということがありますが、外来患者数なども勘案していただくとありがたいという意見がありました。また、年間の剖検例とか剖検率の基準が厳しくて、なかなか対応しかねるという意見がありましたので、今後、少し御参考賜りますと幸いです。

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。関連するところで、また御発言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、議題1の今回の見直しの方向性につきましては、原則として「臨床研修の到達目標、方略及び評価」以外の部分を中心にとということで、先ほどいただいた御意見も参考にしながら、必要なデータをまた徐々に出していただくということにしたいと思います。ありがとうございます。

それでは、論点2、地域での研修機会の充実について御意見をいただきたいと思います。これだけは内容に関わる部分ですが、現時点で「4週以上（8週以上が望ましい）」ということですが、花角委員、御発言ありましたら、どうぞ。

○花角委員 ありがとうございます。

地域での研修機会の充実ということでありますけれども、地域における研修について大切なことは、研修の質を担保した上で、臨床研修医のニーズも踏まえた内容にしていくということではないかと考えています。新潟県では、今年、地域医療を中心に経験できる地方の病院と、様々な経験ができる県外の大都市部の病院が連携するプログラムを創設いたしました。1年、1年の研修期間でありますけれども、こうした地方と大都市部の両方の特徴あるいは特性を生かした研修が経験できるプログラム。全国の医学生からもかなり選んでいただきまして、研修医の中にはこうしたニーズが一定程度あるのではないかと感じています。

現状、臨床研修に関する厚生労働省令では、原則、臨床研修病院群を構成する協力型などの臨床研修病院は、同一の都道府県内にあることが基本とされています。それらの地域を越える場合、つまり県をまたぐ場合は、地域医療の上で連携が強いことなど、正当な理由があることが求められています。ここで提案させていただきたいのは、一定の要件の下で地方と大都市部の病院が都道府県を越えて連携するプログラムを柔軟に設定できるようにすることで、お互いの魅力を生かして研修医のニーズを踏まえた研修を用意していく。これは意義があるのではないかと考えています。さらに、その際には、連携する両者に対してインセンティブを付与することができれば、研修医のニーズに応えたプログラムが増えていくのではないかと考えております。

また、地域医療研修の期間を延ばすということについて、かつて知事の会で、一部、半年程度ということを提案したこともございますけれども、むしろ固定させることよりも、柔軟に設定できるようにするということが、上限を何週にするかということはもちろん議論がありますけれども、オプションとして研修期間を上限の範囲内で選択できる、研修期間を延ばすという方法。現在、8週が望ましいとされていますけれども、研修期間を延ばす方法もあるのではないかと考えています。その際には、指導医を大都市部から地方へ派遣することを促進することで、地方の研修体制を整備促進と受入能力を拡大することについて、国からの支援も行っていただきたいと思います。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。研修の質の担保と研修医のニーズ、両方考えておられて、非常に重要な御指摘だと思いますが、県をまたぐプログラムについては、現状であると思うのですが、どういうルールになっているのか、あるいはその数とかが把握できているかどうか、事務局からお願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 今回のルールにつきましては、委員、御指摘いただいたとおりでございます。改めて御説明申し上げますと、臨床研修省令の施行通知で書いてあるものでございまして、臨床研修病院を構成する臨床研修病院及び協力施設は、原則、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることを基本とし、それらの地域を越える場合は、以下のような正当な理由があることとございまして、3つございまして、1つは、へき地・

離島等を含めた医師不足地域における地域医療研修であること。

2つ目としまして、生活圏を同じくする県境を越えた隣接する二次医療圏における協力型臨床研修病院及び協力施設との連携であること。

3つ目としまして、その他、基幹型臨床研修病院と地域医療の上で連携が強く、十分な指導体制の下で様々なバリエーションの経験と能力形成が可能であり、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な基本的な診療能力を身につけることのできる良質な研修が見込まれる場合であること、ということです。

これに当てはまるプログラムがどれだけあるのかというのは、今、把握できておりませんが、ルールとしてはこのようになっているということです。

○国土部会長 ありがとうございます。私の病院も都会にありますけれども、長崎県に派遣していたりしておりますので、その情報も集まればいいかなと思います。今日は御意見をいただいて、どういうデータが議論のために必要かというのを出していきたいと思いますので、よろしくお願いします。

あと、私のほうから確認ですが、先ほどインセンティブという言葉がありましたが、具体的には何かお考えがあったら、ちょっとお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○花角委員 すみません、これは大都市部に定員を少し追加配分するとか、大都市部側の病院のほうのインセンティブをイメージしています。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、順番に御指名します。宮地委員、御発言ください。

○宮地委員 ありがとうございます。

まず、この臨床研修プログラムは、研修修了時に全員に獲得されるべき資質・能力、プロフェッショナリズムを定め、それを獲得するためのプログラムをデザインするという立てつけになっています。したがって、ここでの議論は、地域医療研修でこそ獲得が求められる資質・能力とは何かということを出発点にして、それを獲得するために必要な学習経験というのはどういうものか。その学習経験の獲得を促進する因子、または阻害する因子というのは何かという観点から、データを収集した上で議論することが重要ではないかと思います。

その学習経験が純粋に地域での研修期間に依存するものであり、期間を延ばせば充足するものだという分析ができるのであれば、その期間を延ばすという議論をする意味があります。それだけでないのであれば、違う観点からの議論が必要です。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

続きまして、木戸委員、御発言ください。

○木戸委員 研修修了者と都道府県のアンケート結果が示されていますが、これはとても参考になるデータだと思います。研修修了者の約7割がこの研修期間で適当であったという一方、長かったとか短かったという方も一定いることが分かりました。

それから、都道府県へのアンケートの結果で、これは質問なのですが、大都市圏を抱えている都道府県と地方とで、回答に何か傾向の違いがあるか。例えば現行でいいところが23個あるのですけれども、それが都市部だけなのか、地方も含まれているのか。それぞれでどのような意見が上がってきているのかということも、もう少し詳しく教えていただければと思います。また、今後やるときにも、分析の際にそういった特性に応じて結果を示していただくと、それぞれの意見が分かるかと思います。

以上です。

○国土部会長 最初の私の質問にも関係しますが、23プラス3だと26しかないのです、それ以外はどちらでもよいというのもおかしな回答だと思いますが、いかがでしょう。

○錦医師臨床研修推進室長 特に意見がないということです。

あと、全体のアンケートのやり方としては、どの県がどういった回答をしたのかということについては、公表しませんのでお答えくださいということをお願いしておりますので、具体的な県名を出さない形で出せるかどうか、ちょっと整理して検討してみたいと思っております。

○国土部会長 具体的な県名を出さないで、今の御質問に答えられるか、検討をお願いします。

森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。

それぞれの委員の先生方がおっしゃっているとおりだと思って聞いておりましたけれども、研修の内容をきちんと提示できるかどうか。要するに、その内容が先ほどから言っている質の担保とかニーズが反映できているかということも大事なことなのですが、それによって期間をフレキシブルにするということは非常に難しい。というのは、必修に影響する可能性があるのです、この辺もどのぐらいまでフレキシブルにできるのかというのは、きちんと明示しなければならない。現在、必修はいじらないということを決めているわけなので、必修が減るということであれば、何のための必修なのかということになってしまいます。

ですので、その辺りのことは非常に慎重にしなければならないので、フレキシブルというのはとてもきれいな言葉なのですが、どこまでフレキシブルにできるのかということを示す必要があるかと思います。

以上です。

○国土部会長 重要な御指摘ありがとうございます。

この2番目の課題について、いかがでしょうか。今日の段階ではそれぞれ結論を出すところまではいかないと思いますので、論点等を出していただければいいと思いますが、清水委員、どうぞ。

○清水委員 ありがとうございます。清水でございます。

現状の一番最後の黒いポツの中の、地域医療研修の内容とそのエフォートのところで、

一般外来研修が30%というのがございます。実のところ、今回の研修の目標で、どこの病院も一番苦労しているのは外来研修だと思うのですが、実際に一般外来研修を地域医療でなさっている研修医がどのぐらいの人数なのかも知りたいところです。それによって、一般外来研修だけではなく、地域医療で学ばなければならないことはほかにもあると思うのですが、地域医療の目標がどれくらい達成されているのかということが少し気になるところです。資料に記載されている訪問診療とか介護・老人保健施設などの研修もできているということは分かるのですが、地域医療研修の中で一般外来研修の研修を行っているプログラムがどれぐらいあるのかというのが気になります。

以上でございます。

○国土部会長 今の御質問、何かデータがありますか。

○錦医師臨床研修推進室長 今、すぐお示しできるものはないので、アンケートを分析して、どこまで今の部分に対応できるか考えてみたいと思います。

○国土部会長 はい。

2番目の議題については、よろしいでしょうか。今、いただいた御意見に沿ったデータ収集等、検討をお願いしたいと思います。ヒアリングという話もありましたが、ヒアリングしたほうがいいという御意見ありましたら、またお願いしたいと思います。ありがとうございます。最後に、またまとめて御意見を申し上げますので、そのときに御発言ください。

それでは、論点3に参ります。基幹型病院の指定の基準（年間の入院患者数）について御意見いただきたい。もう既に外来の数を加味したらどうかという意見をいただいておりますが、いかがでしょうか。これはすでに何回か議論していると思いますが、年間3000人入院患者というのは、特にクリアなエビデンスがあるわけではないと理解しております。ただ、このルールは研修制度開始後しばらくしてから適用されましたので、当初から入っている施設の中には、3000を切っている施設が少数含まれています。一方、新規参入の場合はこのルールが適用されて満たさないと除外される、という不公平があるという理解かと思いますが、いかがでしょうか。

横手委員のほうから、外来患者数というのは具体的にデータを取らないといけないと思いますが、どのようなデータを取ればよろしいでしょうか。

○横手委員 その点については、まだアンケートの入り口ということで、具体的な意見はないのですけれども、必要によっては、AJMCのほうでまたアンケートなどを取ることは可能だと思っております。

○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。

今の外来患者数の御発言に賛成する趣旨の発言になりますけれども、年間入院患者数を研修指定病院の根幹の条件にすることは、人口構造や医療構造の変化に既に見合っていない

と思います。具体的に外来患者数、救急患者数も加味できるのか、研修環境を特徴づけるパラメータとして、何が適切なのかということに関しては、今、横手委員がおっしゃったように、今後、検討が必要な状況かと思いますが、その場合、重要なのは、実際に研修医が診療に携われる患者層であるかどうかという点だと思います。

専門医の見学しかできない外来の患者数では、研修の質の担保にはなりません。すなわち、外来患者数をパラメータに入れるかどうかという議論は、外来研修の実態調査と充足がセットになるわけで、先ほど清水先生の御発言にもありましたけれども、例えば地域医療研修という教育環境がどの程度、外来研修の役を担っているかなど、こういった調査をすることで、論点3に資するデータを入手できるのではないかと思います。

もう一点、検討の方法について発言してもよろしいでしょうか。

○国土部会長 どうぞ。

○宮地委員 これは、次の改定に向けた調査研究の検討の際に加味していただければという発言ですけれども、症例、すなわち経験すべき29症候26疾病・病態がこれでいいのかといった再評価ともセットで調査研究していただくことを、ぜひ御検討いただきたいです。各症状・疾病・病態について、病棟でどれぐらい現在、診療されているのか。外来というセッティングでどれぐらい診療されているのか。さらに、研修医は2年間で、どの診療セッティングで、どの程度、実際に経験しているのかといったデータを改めて取ることで、それを基に実際に何を経験すべきか、それを経験するためには、どのような診療セッティングで、どのような患者層が必要なのかという議論が、より具体的にできるのではないかと思います。

すみません、以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。かなり細かいリクエストですけれども、いかがでしょう。そこまでデータが取れますか。経験すべき症例数の外来・入院の別。

○錦医師臨床研修推進室長 今、直ちにお答えはなかなか難しいですけれども、何ができるか検討していきたいと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

岡村委員、どうぞ御発言ください。

○岡村委員 いつも出てくる年間の入院患者数3000という数字なのですけれども、基幹型病院の指定基準が3000ということで境界があります。一方で、受け入れる研修医の数で、原則として病床数を10で除した数または年間の入院患者数を100で除した数ということになっているのですが、年間入院患者数3000を100で割ると30人ということになるのです。確かに指導医1人が指導を受け持つ研修医を5人までとするという縛りもあるのですけれども、それにしても、30人というのは十分な研修をするだけの資源がない基準になっているので、単純計算すると30人受け入れられるというのは、ちょっと整合性がないように思います。

○国土部会長 ありがとうございます。4番に関わる御意見ですね。分かりました。

3を先にしたいと思いますが、私あるがん専門病院のデータを見たことがあります、売上・稼働額を見ますと、外来と入院が同じぐらいになってきて、そういう病院では外来での比重がかなり増えている。そういう状況の中で、入院患者数だけで研修の質を問うというのは、確かに片手落ちかなと思います。

一方で、人口減少の日本の中で、絶対数としても入院患者数全体がだんだん減っていくだろうということも想定されるわけですが、いかがでしょうか。外来を加味するのは、1つリーズナブルな御意見だと思います。

森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。

今の話ですけれども、外来が増えているのは事実、そうだと思いますが、大事なのは入院期間が短くなっているために外来が増えているというケースもあるわけです。ですから、入院の患者数はただ人数を減らせばいいのだという問題でもないと思いますので、その辺りはきちんと計算していただかないといけないと思います。もともとこの3000人というものに確固たる理由は、なかったと理解しておりますので、そうなると、いろいろなことを後づけで細かいことを設定していてもあまり意味がないと思います。

なので、これは国のほうで、大体こんなことが必要なので、この程度はどうでしょうかというのに対して、こちらは検討するしかないと思います。今の話で外来がとても増えている。それは事実だけれども、外来はなぜ増えているかというのをきちんと調べていただいた上で、もしかすると入院の回転が非常に早くなっていて入院数が減っていないかもしれない。そういう病院もあるかもしれないですね。その辺りのことは、きちんと計算していただいたほうがいいかなと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。入院延べ日数ではありませんので、確かに短期でも長期でも1とカウントされるわけですね。

横手委員、どうぞ。

○横手委員 入院患者数、外来患者数、大まかに取れば、その病院の研修できる許容数になるのでしょうかけれども、本当のことを言うと、研修医が担当できる、あるいは研修に当たることのできる症例数というところが出てくると、一番よいのでしょうか。ただ、それを病院ごとに一律に評価するのは難しいと思うのですけれども、というふうに今の議論をお聞きしていて感じました。

○国土部会長 毎年、3000を少し切る病院については、個別に検討することになっているわけですが、そういういわばボーダーラインのところ、経験症例数について、何かデータを出していたりするのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 そこは調べまして、データがあればお出ししたいと思います。

○国土部会長 この件について、必要なデータについて何か御意見とかありましたら。

伊野委員、何かありますか。ほかでも結構です。

○伊野委員 生活者としての患者さんをどう見るかという方向に医学教育もシフトしてきておりますので、外来がどうあるかというのは重要な観点だと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、この論点3について、よろしいでしょうか。4も少し関連していますので、論点4に取りあえず移りたいと思います。論点4は、基幹型病院の指定の基準（受け入れる研修医の数）です。先ほどありました病床数を10で除した数又は年間の入院患者数を100で除した数を超えないものという基準であります。岡村委員、もう一度御発言をお願いしますか。すみません。

○岡村委員 3000人の話がいつも出てきて、入院患者数が3000人より少ないところでは十分な研修ができないのではないかというのがベースにあります。今の4番の基幹型病院の指定基準で受け入れる研修医の数が、病床数を10で割った、あるいは年間の入院患者数を100で割ったとなっているのですけれども、3000人で100だとすると30人まで受け入れられることになってしまうのですけれども、あまりにも変な話だと思います。

○国土部会長 確かにおっしゃるとおりで、ボーダーラインぎりぎりの病院で毎年15人採用できることになってしまうのですね。これは言ってみればかなり緩い基準なのかなと私は理解していたのですけれども、これがそのままカットオフになるというか、ほかの都道府県の全体のシーリングとか、そういうことが利いてくるのかなと思います。厚労省として何か見解はありますか。

○錦医師臨床研修推進室長 具体的に調べたわけではないのですけれども、今、この基準で汲々としている臨床研修病院があるとはあまり聞いていないので、割とゆったりとしたものになっているという認識は、感覚としてはありますけれども、持っております。

○国土部会長 ということなので、あまり一生懸命議論しても、というか、クリティカルな基準ではないように思います。ただ、これをもっと厳しくしても、あまり生産的でもないと思うので、今回、これについてはこのくらいでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、5に移りたいと思います。第三者評価の在り方についてであります。これについては、JCEPが今、唯一やっぺらっぺら。JCEPの方に来ていただくかという話になるかと思えます。

森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。

この中で義務化の話が出てきているのですけれども、義務化はまだ少し早いのではないかというのが私の意見です。というのは、義務化をするのであれば、少なくとも2か所以上の評価機関がないと、1か所に評価してもらおうということになるのは非常に危険だなということが1つ。ピアレビューも含めて、新たな方法も追加して考える必要があると。その上で、第三者評価をきちんと義務化するという順番があるのではないかなと思います。

それと、少し気になるのは、厚労省に質問なのですけれども、NPO法人のこの機構というのは、会員制と書いてあるのですが、なぜ会員制になっているのでしょうか。会員になっていない人となっている人というのは、全く同じように評価されるわけですね。なのになぜ会員制というのできているのか、ちょっと教えてほしいのですけれど。

○錦医師臨床研修推進室長 申し訳ございません。そこは把握できておりません。

○国土部会長 どなたか御存じの方、いらっしゃいますか。岡村委員、御存じですか。

○岡村委員 私、質問するつもりで手を挙げたのです。よろしいですか。私もJCEPのことはそんなに詳しくないので、JCEPのホームページを見てみたのですけれども、やっておられるメンバーの方々は、本当にそうそうたるメンバーですし、スタートしてからどんどん受審する病院数が増えていっているのです、実績を上げておられることはたしかだと思っております。

ただ、実際に受審された病院がどの程度の評価を受けているかということに関しては、例えば一番新しい評価で平成28年度の方までしか数字が公表されていないのです。それと、例えば新規の受審病院とか更新の実施というのは500ぐらいあるのですけれども、再調査の実施数が8つぐらい。多分、再調査になっているというのは、十分な基準を満たしていないということなのかなと思うのですけれども、期待はするのですけれども、まだちょっと時期尚早な気はします。

○国土部会長 ありがとうございます。

横手委員、全国医学部長会議で何かこの件について議論になったことはございます。質問で恐縮です。

○横手委員 それについては、見てみたのですけれども、特段、これといった意見が今のところはないようです。ただ、受審している結果がホームページに公表されているとか、あるいは受審するけれども、病院自体で公表していないところがあるというところが、もう少し均質化してくるとよいのかなという気はいたします。

○国土部会長 ありがとうございます。

宮地委員、先に手を挙げたので、宮地委員、清水委員でお願いします。

○宮地委員 すみません、ありがとうございます。

私もホームページから評価項目について拝見しましたがけれども、ほかの先生方と同じ意見でして、第三者機関による評価の項目として、どのような内容が必要なのか、それをどのような方法で評価するのかを吟味した上で、その後、義務化について検討すべきでない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。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 ありがとうございます。

私自身のことを先に申し上げておきますが、JCEPの理事を務めております。なぜ会員病

院さんがおられるのかということについては、申し訳ございませんが不勉強で存じ上げません。ただし、JCEPの評価項目は皆様御存じのWFMEの評価を目標にしてつくられておりまして、評価の方法としては病院機能評価と同様の3階層法を使用しております。理事であることを考慮しますとCOIが発生してしまい今後の議論に参加することが難しいかもしれませんが、内容に遜色があるとか、何か特にどこかに偏っているとは考えておりません。

私が申し上げたいことは、前回の改定時に受審病院の数が少ないので、もう少し様子をみたほうがいいのかというご意見があり、それで努力義務になったと認識しております。なぜ受審しないのかというアンケートを取りますと、義務ではないからという御意見があったりして、確かに森先生がおっしゃるように、評価機構が1つしかない場合には、受審の機会が少なくてなかなか難しいかもしれませんが、ACGMEも1か所しかございませんので、1か所だから駄目ということではないかなと思っています。

むしろ、ちゃんと義務化して受審病院を増やした上で、評価項目が妥当なのかどうかということを吟味すべきかと思います。WFMEの評価項目と比べても、それほど遜色はないと思っていますので、義務が先か、受審病院が増えるのが先かという、鶏と卵との関係と同様だと思います。

私が申し上げたいことはもう一つございまして、現在のサーベイヤーの人数と年間のサーベイの回数での受審病院数の伸びから、どれぐらいのサーベイヤーの方がいたら、例えば何年後にどれぐらい受審病院数が増える、というような予測を立てるシミュレーションが可能かをお聞きしたいと思います。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

木戸委員、どうぞ御発言ください。

○木戸委員 病院機能評価もそうですけれども、第三者による客観的評価によって、自分たちでは気づかないいろいろな問題点を指摘してもらって、いわゆる建設的なアドバイスを受けて、それがよりよい研修につながるということであれば、第三者評価を受けるという意義は大変大きいと思います。

ただ、先生方がおっしゃいますように、評価基準とか評価のガイドラインをきちんと公表して評価の透明性を高めて、それが適切かどうかをより広いところで議論していく仕組みが重要ではないかと思います。

私からは以上です。

○国土部会長 森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。余計なことを言ってしまったので、ちょっと反省しておりますが。

今、任意だから、お金をたくさん払って見てもらっていると思います。義務化といった場合は、これは国から補助金が出るとか、そういうことになるのでしょうか。つまり、義務化というのは、やらなければ研修病院として認めないということにもなりかねないわけ

なので、これは何らかの形で国が関与するのかなと思ってそういうお考えはあるのかどうか、ちょっとお聞きしたいと思います。

○錦医師臨床研修推進室長 義務化するかどうかは今後の議論かと思いますが、その後、国がどう対応するのかというのも、まだお答えするのは難しいかと思います。

○国土部会長 言質はいただけないということで。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 私も、不確かですが、黎明期に関わっておりまして、原資のないところで何とか第三者評価を立ち上げたいということも、NPOという形をお取りになった一因であったと記憶しているのですが、記憶違いでありましたら申し訳ございません。

卒前はJACMEという評価組織がありますが、卒後でも指導医が研修医に対して質的評価もするのであれば、その組織が、研修環境として妥当かどうか、というところの外部評価は必要になるのではないかと思います。それが現実的に、ご負担が多いなどのクリアすべきこともあるかもしれませんが、グローバルに鑑みても、その方向にあると思いますので、引き続き議論をお願いしたいと思います。

○国土部会長 慎重意見から割と前向きな意見とか、いろいろいただいたと思いますが、まとめさせていただきますと、今、この時点で義務化ありきではなくて、JCEPの方に来ていただいて、今、出たような疑問もいろいろ投げかけさせていただいて、お聞きする。これはぜひ必要かなと思います。

もう一つは、受審したほうの立場からも意見を聞きたいと思います。適当な施設に心当たりはあるでしょうか。JCEPに紹介してもらおうと付度ありますから。

○錦医師臨床研修推進室長 必要であれば事務局のほうで考えてみたいと思います。

○国土部会長 では、この課題については、そういう方向でぜひ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。

それでは、6番目、小児科・産科プログラムについて、基幹病院で今、義務になっているのですね。その見直しについてということだと思いますが、いかがでしょうか。都道府県のアンケートでは、意義があるという意見のほうが多いことは多いように見えます。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 ありがとうございます。

初期研修におきましては、ほかにも基礎研究コースとか地域医療重点コースとか、本人の将来の進路にできるだけ対応できるように、いろいろ工夫されたプログラムが多数あって、学生さんもどれにするか悩ましいぐらい、本当に多様なプログラムが提供されています。そこで大切なのは、基本的な臨床能力を身につけることはもちろんですが、御本人の希望をできるだけ尊重して、持てる能力を伸ばせるように、卒業直後の大切な2年間を過ごしてもらおうことだと思います。

ここからはあくまでも個人的な意見で、産婦人科学会や医会などの組織の代表の意見ではありませんけれども、初期研修修了後に産婦人科に進む人数は、全体としては増加傾向

にあります。ただ、地域偏在がかなり大きくて、いわゆる東京一極集中の状態であることが現実です。地方では、産科医不足は引き続き深刻で、調査によりますと、今、現場を支えている高齢の医師が引退したら、安心してお産できる施設がなくなるぐらい危機的な状況の地方も結構あります。

現在、我が国で大きな政策課題となっている少子化対策のためには、産科とか小児科を特に地方において支える人材を育てる取組は、引き続き重要であることは言うまでもありませんが、それを初期研修プログラムに設置しても、肝心な地方においてほとんど応募がない現状では、この仕組みには限界があって、見直しあるいは中止が必要と言わざるを得ません。

また、都市部においても問題がないわけではなくて、私の勤務先にも実際、産婦人科とか小児科のプログラムがもともとありますけれども、都市部のために人気があって、かなりの倍率で、今のところ幸いフルマッチなのですけれども、将来、産婦人科医となることを前提に研修が組まれて、産婦人科を9か月ローテートして、2年目から夜間・休日のシフトにも入ってもらっています。教えるほうもそのつもりで、帝王切開の執刀とかを10例以上経験してもらって、多くの手間と時間をかけて指導・育成しているのですが、そこにもともと産婦人科志望ではそもそもない方が、ほかは難しいからということで産婦人科志望と偽ってエントリーすることが少なからずあります。

研修の後半になってから、自分ももともとほかの診療科志望だったので、そっちに行きますと言われて、結構がっかりすることもありますし、本人もそこからまだ残りのところ、長い間、産婦人科にローテートするので、お互いに負担になることも少なからずあります。あまり入り口で進路を限定しないで、選択必修のところは全員がしっかり研修していただいて、それ以外に自由選択のところ研修医本人が重点的に学びたいところを選んで、プログラム責任者と相談しながらある程度カスタマイズできる仕組みのほうが、私はこの重点プログラムをやるよりはいいのではないかと思います。

ただ、制度を変える場合には、制度の実績と効果を踏まえて適切に対応すべきで、今回、この資料に挙げられているような都道府県とか研修修了者のアンケート結果はもちろん重要だと思いますけれども、ほかにも現場の声を聴く取組として、パブコメとかヒアリングも重要かと思います。その際には、どの人からヒアリングするかということに関して、公平な意見を聴かなければいけませんので、対象者をどう選定するかということも慎重に検討していただく必要があるかと思います。

私のほうから以上です。

○国土部会長 産婦人科医の木戸委員が本会にはいらっしゃいますので、別の産婦人科医からのヒアリングはあえて必要ないという感じもいたしましたが、私のほうから確認ですけれども、今、都道府県のアンケートはあるわけですね。そうすると、小児科・産科プログラム、要するに基幹病院に対するアンケートみたいなものは意味があるでしょうか。木戸委員、いかがでしょうか。

○木戸委員 指導層と実際修了した方、それぞれに対してアンケートがあるべきと思います。

○国土部会長 分かりました。ありがとうございます。  
宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 ありがとうございます。

私は、多分、木戸委員と、また違う角度からの発言になると思いますけれども、私は事前レクで、この資料のマル4の表、実際に小児科プログラムと産科プログラムを修了した人の中で、専門性として小児科・産科を選んだ人の割合についてのレクを受けて、一定、このプログラムを修了したことで、専門に進んだ人たちを確保できているという分析結果だということを伺いました。

その認識の上での発言ですけれども、効果がもしあるという分析の結果であれば、国として小児専門医・産科専門医をもっと増やしたい、増やさなければ、国民からの医療ニーズに応えられないという認識があるのであれば、それを反映すべきですし、その方略として、このプログラムを設置するということに関しては問題ないのではないかと思います。地方偏在に関しては、もちろん木戸委員のおっしゃるとおりですが、国全体としてというメッセージとしては、プログラムを設置するというのは大きなメッセージになると思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに、この件について御意見ありますでしょうか。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 参考の②にありますように、定員充足率が地方だと46.8%と低いものが、何で研修病院が困っているかという、ほかはフルマッチしているのだけれども、小児科・産婦人科のところが埋まらなくてフルマッチになれない。そうすると、次の年の研修医の人数の算定のときにそれが響いてくる。しかも、例えば20人だったら4人の枠なのです。そういったところが少し負担になっているという話をお聞きしましたので、ここで発言させていただきました。

○国土部会長 ありがとうございます。そのような御意見もぜひ聴取したいと思います。

よろしいでしょうか。これで、大体どういうところからヒアリングするか、どういうところからデータを頂くかというのはまとまりましたか。

○錦医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。議事録を確認させていただきまして、どのようなデータを収集すべきか、どのような方からヒアリングしていくかということについては、事務局として整理して、また部会長と御相談したいと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。活発に御討議いただきまして、ありがとうございました。

それでは、全体を通じて御発言、御意見ありましたら。あるいは、質問でも結構ですが、

いかがでしょうか。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 第三者評価のところ、JCEPの理事と申しあげましたので、もしかしたら本番の議論になりましたら、あまり発言できないかもしれないので、今のうちにお伝えしたいのですが、JCEPのホームページをぜひ御覧いただきたいと思います。評価項目とか評価のプロセスについても、きちんとホームページ上で公開されておりますし、どの病院さんが受審されているかということが掲載されております。もちろん細かなことは出ていないのですけれども、ぜひ一度御覧いただければと存じます。

それから、私は今サーベイヤールとして何うほうの立場ですが、受審病院の経験もあって、臨床研修について一生懸命体制を整備しようとなさっている先生方が、院内の臨床研修に対する周知がなかなか難しい、協力を得られないという場合に、JCEPの受審を通して、言い方が悪いですが、外圧を利用するということがあります。研修医さんに充実した研修をしていただくためにJCEPの受審時では、病院機能評価と同じですので、評価の時には院長先生とか病院の執行部は必ず出席していただきますから、そういうときにお話しさせていただくことで、1人で孤軍奮闘していたプログラム責任者によって、病院の執行部の方たちに内容を知っていただくということに利用されていることもございます。

そういった意味で、義務化するというのは、臨床研修を充実させていく上である程度の役割は果たしていると思いますし、木戸先生がおっしゃってくださいましたように、病院の臨床研修の質を担保するという意味では、とても重要なことであると思いますので、私としては、ぜひ義務化していただきたいと心から願うところでございます。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。非常によく分かりました。JCEPからのヒアリングはぜひやらせていただきますし、受審されたほうの立場の御意見も聴きたいと思います。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 今のJCEPの活動なのですけれども、基本、ピア評価です。指導医がほかの病院に行ってピア評価をしているのですけれども、私たち臨床医は目の前の患者さんへの臨床も大切ですが、こういった臨床研修の質の向上やPost-CC OSCE評価者など、次世代を育成する活動に、一般の臨床医である指導医の先生方が貢献することを奨励するような文化になっていただければと思います。自分の外勤も削って評価に参加されて手弁当でやっていらっしゃる方もいらっしゃるのです、そういった風土を醸成していただければと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、森委員、どうぞ御発言ください。

○森委員 ありがとうございます。

義務化に反対するものではないのですけれども、まず、機能評価と同じで、こういうものを受けていることが一般に分かるように提示する必要があると思うのですが、このところ数年間はコロナ禍の中で、恐らくなかなかうまくいっていなかったのではないかと、

ちょっと予測されるのです。なので、これから第三者評価を取っているということが出てきて、それを見て、例えば研修医が評価するということが始まると自然に増えていくだろうと思います。その中で義務化というのが自然に起こってくるのではないかなと私は思っております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

横手委員、どうぞ。

○横手委員 第三者評価、本当に極めて重要で、質の担保に大事だということは全くそのとおりだと思うのです。1つ、これは感覚的なことなのですけれども、こういう評価がどんどん増えていって、医療安全。あとは、大学病院だと臨床研究の部分もあったり、そして卒前教育、卒後教育。今の人的リソースで人件費をこれ以上、なかなか増やせないでしょうし、全部これをやってどんどん増えていくことが対応可能なのかどうかというのが、物理的に限界に近づいているのではないかという感じがするのですけれども、それらを総合的に全部見直して、効率化とか、ある程度重複しているところを省力化したり、そんな取組みたいなものはなされているところがあるのでしょうか。

ちょっと話がそれるのですけれども、働き方も含めて限界に近づいているような気がしないでもないという、議論がずれますけれども、質問です。

○国土部会長 恐らく受審した病院の感想などを伺うことも、それにつながるかなと思っております。

○横手委員 よろしく願いいたします。

○国土部会長 一応、全部終わりましたので、JCEPについては、そういうヒアリングの方向でお願いしたいと思います。

ほかに全体を通じて何か御発言ございますでしょうか。

それでは、ないようでしたら、議題2のほうに移りたいと思います。「その他」であります。事務局から12月2日の部会における外国人留学生に関わる指摘事項に関する報告がありますので、よろしく申し上げます。

○小林企画専門官 それでは、前回、12月2日臨床研修部会で御指摘のありました国際医療福祉大学の留学生における臨床研修病院の決定方法について御説明させていただきます。

まず、留学生12名の臨床研修病院の決定方法の詳細について、特に高木病院が6名と最多となった理由について、国際医療福祉大学に聴き取りをしました。国際医療福祉大学によりますと、1期生として入学した特待奨学生12名は、大学と交わした覚書により、本人の希望を聴取して臨床研修病院を決定することとなっています。そのため大学のほうでは、その12名の特待奨学生と数回にわたり個別面談を実施され、専門としたい領域や研修希望病院、キャリアプラン等について聴取したとのことでした。

また、特待奨学生は、母国の医療事情について詳しく調べており、特に6年次にそれぞれの母国の医療機関で実施した海外臨床実習での経験を踏まえ、母国の医療事情に加えて、

将来の専門性についても整理されていたとのことでした。今回、高木病院に配属することになった6名は、面談時に高木病院の周辺の医療事情が母国と似た環境にあるとか、初期研修1年目は、高度の専門性よりは、むしろ幅広く疾患を経験したいといった発言が多かったとのことでした。

国際医療福祉大学における基幹型臨床研修病院は、成田病院、高木病院を含め5病院あり、いずれの病院も研修プログラムの特徴として、2年目はグループ内の臨床研修病院・臨床研修協力施設にて、それぞれの将来の専門性を意識した分野での研修を選択できるようになっているとのことでした。そのため、基幹型臨床研修病院として高木病院に配属することになった6名は、2年目については、そのまま高木病院で研修することを考えている者がいる一方で、本院である国際医療福祉大学成田病院で研修することも考えている学生もいるとのことでした。このように、特待奨学生での今回の臨床研修病院の決定においては、奨学生との綿密な面談により研修病院を決定したとのことでした。

次に、高木病院の本来の募集定員が8名のところ、外国人留学生6名を受け入れて14名となりますが、その場合の研修環境はどうかといった御質問がございましたが、令和5年4月1日時点において、高木病院の研修医数は、1年次の研修医が本来の募集定員8人と外国人、合わせて14名。そして、2年次の研修医8名、トータルとして22名となります。こちらに関しましては、高木病院の病床数506床、及び年間入院患者数6605名から算出される受入可能な研修医数の範囲内であるとの答えをいただいています。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

もう一回確認ですけれども、6名が高木病院、あとどこの病院でしょうか。成田に2名？

○錦医師臨床研修推進室長 成田に3名、栃木県の国際医療福祉大学病院に3名。

○国土部会長 栃木県の病院の病床数は幾つでしたか。

○錦医師臨床研修推進室長 今、お調べします。

○国土部会長 成田のほうは、たしか600ありますが、まだ半分ぐらいしか稼働していないと聞いておりますので、稼働病床数から見れば比例配分っぽい数になっているように私、個人的には感じましたが。いかがでしょうか。今の御説明で何か追加の御指摘とか御質問ございますでしょうか。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 恐れ入ります。

1点目が、留学生が行う研修プログラムは、既に公にされている各病院の研修プログラムに則っての実施なのか、もしくは留学生用の別個の研修プログラムが用意されているのか、そこはいかがでしょうか。

○小林企画専門官 国際医療福祉大学に聴き取りを行ったところ、留学生が行う研修プログラムについては、既に公にされている各病院の研修プログラムにのっとり実施の予定

ですが、臨床研修修了後に将来、母国に戻った際に、個々に希望する専門性等を考慮し、協力型臨床研修病院・臨床研修協力施設の追加等の別個の研修プログラムを検討しているとのこと。

○伊野委員 ありがとうございます。

もう一点が、病床数で満たしているのは分かったのですが、研修医5名に対して指導医が1名以上配置されていることとなっております。この条件についてはいかがでしょうか。

○小林企画専門官 高木病院における臨床研修指導医は、2023年3月現在、内科14名、救急医療部1名、外科2名、麻酔科1名、小児科1名、産婦人科5名、心臓血管外科1名、呼吸器外科2名、整形外科2名、放射線科5名、病理部1名、合計35名を配置しており、4月からの22名の初期研修医の指導条件を満たしているとのこと。

○伊野委員 ありがとうございます。

○国土部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 ありがとうございます。

先ほど伊野先生からの1つ目の質問に、留学生の状況に応じて、別途、研修プログラムを検討するとおっしゃったかと思うのですが、この方たちはもうマッチングが終わっている方たちですね。ということは、その方たちに対しては、プログラムを新たにつくれないと思うのですが、別途のプログラムを検討するのは今後であるというふうに理解してよろしいでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 そこは、これ以上の情報が今ないところでありますが、臨床研修省令と施行通知におきまして、「やむを得ない場合」というところがありますので、その場合は途中での変更も可能となっております。それであれば途中で変更できますし、基本的には、その次の年の受入れからということかと思えますけれども、省令上は「やむを得ない場合」と判断されれば、当該研修医の研修の途中であってもプログラムは変更できるという制度になってございます。

○国土部会長 どうぞ。

○清水委員 省令の該当部分を存じませんでした。そうしますと、やむを得ずというのは、物すごく嫌な言い方をすると、ほかのプログラムでも可能になってしまうということになりますね。今まで、それによって、あらかじめ設定されたプログラムじゃないプログラムで研修された研修医さんはいらっしゃるのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 過去、実績は分かりませんが、この「やむを得ない場合」というところに当てはまると判断がなされれば、届出で途中でプログラム変更ができるとなっておりますので、制度上、それは可能だということ。

○清水委員 承知いたしました。

○国土部会長 ありがとうございます。

この件は本当に前例がありませんので、皆さん、慎重にお考えになって質問されているものと理解しております。

○錦医師臨床研修推進室長 先ほどご質問の国際医療福祉大学の栃木県の大学病院の病床数ですけれども、408床でございます。

○国土部会長 稼働病床数からみると現時点では高木病院が一番大きい病院ですね。

それでは、いろいろ御質問いただきましたが、一応、今の時点ではルールを満たしているというところで、非常に優秀な外国人の方だと聞いております。日本語も問題なく、医師国家試験も日本語で受けたと聞いておりますので、フォローアップさせていただくということによろしいでしょうか。

どうぞ。

○横手委員 今、お聞きして思ったのですけれども、次の年も全く同じ数が恐らく入っていくのだと思うのですけれども、そういう意味では、先ほどお話の前例がないということ、来年度の初期研修医については、どういう研修がなされ、どんな効果だったかということの評価というのは、この1年で何か行われる予定なののでしょうか。それは他の研修と変わらないわけですね。

○錦医師臨床研修推進室長 厚労省として特別に何かをとっては考えていません。

○横手委員 特別な留学生事例ですけれども、次の年以降も同じことが面々と続いていく中で、何らかの評価が行われ、ここはこうしたほうが良いという指導が入ったり、あるいはこのままいきましょうという判断がなされたりという計画というのはあるのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 毎年、この部会で外国人留学生を何名、マッチング外で受け入れたかということにつきましては、報告させていただくことになっております。その際に、質問のような形で委員から御指摘いただければ、それは大学のほうにつないで整理させていただくということはあると思いますけれども、特段、そこだけを捉えて集中的に何かするという事は考えていなかったところです。

○横手委員 了解しました。ありがとうございます。

○国土部会長 そうしますと、来年度のどこかのタイミングで質問があった場合、質問することは可能になりますね。

○錦医師臨床研修推進室長 それは大学におつなぎして、また回答を取り寄せるということとはできると思います。

○国土部会長 ちなみに、高木病院はJCEPを受審しているのですか。

○清水委員 分かりません。

○伊野委員 ただ、研修医は？

○清水委員 この4月から。

○錦医師臨床研修推進室長 外国人留学生以外は現在も受け入れています。

○清水委員 この大学卒業以外にということですね。

○国土部会長 それは後でまたしゃべっていただければと思います。ありがとうございました。

では、この件については、そういうことで引き続き見守らせていただくということによ

ろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、議題は以上でございますが、今後の進め方について事務局からよろしくお願  
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  
まいります。

次回の部会開催日程につきましては、改めて調整させていただきます。

○国土部会長 それでは、本日は、長時間にわたり御審議いただきまして、ありがとうござ  
いしました。これで、本日の医師臨床研修部会を終了いたします。失礼いたします。