

○出雲臨床研修指導官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和5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。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中御出席を賜り、誠にありがとうございます。

本日は、清水委員、横手委員、宮地委員は御欠席、岡村委員、釜菴委員、木戸委員、谷口委員、花角委員、森委員はオンラインで御出席いただいております。

また、オブザーバーとしてオンラインにて、文部科学省高等教育局医学教育課から堀岡企画官に御参加いただいております。

議題に入る前に、前回から事務局で人事異動がございましたので、御紹介させていただきます。

厚生労働省医政局長の浅沼でございます。

○浅沼医政局長 医政局長の浅沼でございます。

委員の皆様におかれましては、本日は御多忙の中御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

また、平素より医療行政の推進に御尽力いただきまして、重ねて感謝を申し上げます。

現在、委員の皆様におかれましては、臨床研修の質の向上と医師の養成課程における偏在対策の推進といった観点から、令和7年度研修に向けて、臨床研修制度の見直し等につきまして、御議論をいただいているところでございます。

引き続き、それぞれの御専門のお立場から忌憚のない御意見を賜りたく存じます。

簡単ではございますが、どうぞよろしく願いいたします。

○出雲臨床研修指導官 それでは、マスコミの方の撮影は、ここまでとさせていただきます。

これ以降の議事運営につきましては、国土部会長、お願いいたします。

○国土部会長 皆さん、こんにちは。本日もよろしくお願いいたします。

まず、資料の確認をお願いいたします。

○出雲臨床研修指導官 事前に議事次第、資料1「地域における研修機会の充実に向けた取組について」、資料2「医師臨床研修指導ガイドラインー2020年度版ー新旧対照表」、参考資料1として委員名簿、参考資料2として「医師臨床研修指導ガイドラインー2020年度版ー」、参考資料3として、本日御欠席の清水委員の意見を配付しておりますので、お手元に御準備いただきますよう、お願いいたします。不足する資料がございましたら、事務局にお知らせください。

また、本日、オンラインで御参加いただいている委員及び参考人の皆様は、御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。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

ユ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、国土部会長、引き続きお願いいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めたいと思います。

本日の1つ目の議題は「医師臨床研修制度の見直し（地域における研修機会の充実に向けた取組）の検討について」です。

まず、資料1について、事務局から説明をお願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 よろしく申し上げます。

資料1です。おめくりいただきまして、2ページからです。

まず、今回の論点について御説明申し上げます。

3月27日の部会で既にお配りしている資料ですが「地域での研修機会の充実にについて」です。

2年間の臨床研修期間のうち、御案内のように4週以上は、地域医療研修というものを行っていただくことになっています。

これに関連して、中ほどの「課題、問題意識」のところですが、「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」、これは、花角委員も入っておられる、医師少数県等12県で構成する会です、こちらから1つ提言をいただいております。

地域医療研修の拡大等によって、「地域」すなわち、こういった医師少数県等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、という提言をいただいております。

この地域医療研修は、実際にどの程度行われているのかについて修了者に聞いてみたところ、中ほどの参考②のところですが、4.27週という結果でした。

このことを踏まえますと、地域医療研修をそのまま6倍程度に拡大するというのは難しいのではないかと考えられるところです。

次に3ページですが、これに関連した、もう一つの論点として「募集定員上限の算出方法の見直しについて」がございます。

これは、毎年度部会でも御審議をいただいて、国が各都道府県の募集定員上限を毎年度設定して、研修医の偏在是正に取り組んでいるものですが、この算出方法を工夫することで、「地域」、すなわち医師少数県等で研修する方を増やすと、そういったことを考えております。これらが今回の論点です。

4ページから関連のデータを御紹介します。

今回、研修を実施する都道府県、場所にフォーカスを当てるため、臨床研修の成果と研修実施場所との関係について、データを幾つか御用意したところです。

研修医が習得した診療能力に係る客観的なデータがあればよいかと思っておりますけれども、我々は把握しておりませんので、以下、関連のデータとして、毎年度実施している修了者アンケートで把握した修了者の自己評価の結果、すなわち満足度ですとか、達成度。こういったものを以下お示しします。

まず1つ目は、臨床研修全体の2年間が終わった後で、どれだけ満足したかというのを

5段階で聞いたデータです。

これを臨床研修を行った都道府県との関係で見たものでして、令和5年8月の医師偏在指標に基づいて、医師少数県、医師中程度県、医師多数県という形で47都道府県を分類して、それぞれの満足度がどうであったのかというものを見たものです。

全体で見ても平均4.04で、これは現場の皆様が取組によりまして、かなり高い満足度をいただいているということかと思えますけれども、その中でも医師少数県は平均4.1ということで、ほかの区分に比べて高くなっています。

次に5ページですが、こちらは臨床研修の到達目標です。これをどれだけ達成できたのかについての自己評価を聞いています。

「1 医師としての基本的価値観」のところの下に書いておりますが、「5 身に付いた」から「1 まったく身に付いていない」までの5段階で聞いたものです。

肯定的な評価をした「5」と「4」の割合の合計が最も高い区分を赤枠で囲っております。そうすると「1 医師としての基本的価値観」につきましては、医師少数県と医師多数県が同率で1位になっています。以下、御覧いただければと思います。医師少数県もかなり健闘しているところです。

6ページをお願いします。

こちらは「5 コミュニケーション能力」から「8 社会における医療の実践」まで、同じように見たものでして、こちらは医師多数県が「5」、「4」の合計が高くなっている項目が多くなっています。

次に7ページをお願いします。

こちらは「9 科学的探求」から「12 病棟における診療」です。御覧のとおり医師少数県が少し優位になっています。

次は8ページで、「13 初期救急における診療」「14 地域医療における診療」の両方も医師少数県が最も多くなっています。

次に9ページ、「救急患者の重症度及び緊急度の判断が身についたか」、これは5段階ではなくて、「確実にできる、自信がある」「だいたいできる、たぶんできる」等という形で聞いておりまして、この2つの高い評価をつけたものの割合は、医師少数県が一番多くなっています。

次に10ページ、冒頭で申し上げた4週程度の地域医療研修を行った都道府県と、どの程度の割合の研修医が、下記の項目のような影響を受けたかといった関係を調べたものです。これも御覧のとおり、医師少数県が、かなり高くなっています。

以上、御覧いただきましたとおり、医師少数県における研修の成果というのは、いずれも僅差の部分が多くて、あくまで研修修了者の受け止めということではありますけれども、他の区分の都道府県に、勝るとも劣らないような結果になっていると考えられます。

次に11ページから、研修医の偏在是正の取組について、御紹介します。

平成22年度研修から、国が各都道府県の募集定員上限を設定して、研修医の偏在是正を

図っています。

平成27年度からは、募集定員倍率を令和2年度に向けて、約1.10倍まで縮小するという
ことで、これによって、都市部の都道府県以外にも研修医が集まるように誘導してきたと
ころです。

令和3年度からは、さらに令和7年度に約1.05倍まで縮小するという目標を定めて、現
在取り組んでいるところです。

次に12ページです。

具体的な各都道府県の募集定員上限の算出方法です。次は令和7年度ということになり
ますので、現行と同じ方法で令和7年度の募集定員上限を算出するとしたら、という前提
で御説明したいと思います。

まず、上に「研修希望者数」というものがありますが、これは、令和7年度にどれだけ
の方が研修を希望するのかという人数であり、これを推計します。ここで1万538人と書い
ているのは、令和6年度の計算のときに使った数字をそのまま仮置きしているものですが、
まず研修希望者数として1万538人を算出する。そして、先ほど御覧いただいた倍率が、令
和7年度は1.05倍ですので、これを掛けて、一番上に記載している、「全国の募集定員上
限」1万1064人という数字を得るわけです。

この1万1064人を47都道府県にどう配るのかというのが、下の「各都道府県の募集定員
上限」というところです。

まず、①の「基本となる数」というカテゴリーで配分しますが、その数は、先ほど御覧
いただいた1万538人のうちの9割に当たる9,484人、これをまず①の「基本となる数」と
いうことで配ってしまおうということです。

その配り方は、2通りありまして、Aの「人口」とBの「医学部入学定員」というもの
です。

「人口」は、その名のとおり各都道府県の人口で、9,484人を案分するということ。

「医学部入学定員」のほうは、各都道府県の医学部入学定員で同じく9,484人を案分する
ということです。

少しややこしくなりますが、このうち大きいほうの数字を当該都道府県の数字としまし
て、それを全都道府県分直し直して、もう一度9,484人を案分し直すということをしており
ます。

ただし、Bの「医学部入学定員」を用いる場合は、あまりこの計算結果が大きくなり過
ぎないように、Aの「人口」で計算した場合の1.2倍を限度にするということで歯止めをか
けておるところです。

次に②の「地域枠による加算」、あと③の「地理的条件等による加算」として、地理的
条件等が不利な都道府県ほど定員が多く配分されるという処理をしまして、一旦「仮上限」
というものを小さくさせていただいております。

その上で、④の「激変緩和措置」というものがございます。この①から③の処理を行っ

て、各都道府県の「仮上限」というものを一旦出しますが、その数字が、令和7年度から見た場合の直近の採用人数、直近の数字として分かるのが令和5年度のものになりますので、この令和5年度の採用人数よりも少ない都道府県は、令和5年度の採用人数と前年度に当たる令和6年度の募集定員上限のうち、少ないほうの人数をその都道府県の募集定員上限とするということでありまして、要は、募集定員上限を戻すということを激変緩和措置として行っているところです。

これについてはいろいろと御意見があるところですが、こういった形で毎年度やっております。

13ページからは、こういった取組を行ってきた成果を御紹介します。

大都市部のある東京から福岡までの6都府県の採用人数の割合。これは、平成15年度の51.3%から直近では39.9%まで減ってきているということです。

逆に言うと、それ以外の41道県の採用割合が増えてきているということで、このことの評価は、いろいろあると思いますけれども、偏在是正は、進んではきていると言えるかと思っております。

14ページは、先ほどの6都府県は、実は、全てが医師多数県というわけではないため、もう少し医師多数であるか、医師少数であるかというところに焦点を当てて、この割合の推移を見直したものが、こちらの資料です。

令和5年8月時点の医師偏在指標に基づいて、医師多数県と医師少数県を定義しまして、これを平成15年度にさかのぼって、研修医の採用人数の割合の推移を見たものです。

そうすると、医師多数県、緑のグラフは、53.1%から38.7%まで減っていると。逆に医師少数県は、18.6%から28.1%まで増えてきているということです。

15ページが、それをさらに細かく見てきたものでして、医師多数県、医師少数県といってもいろいろありますので、医師多数県の上位5県を緑のグラフとしています。35.4%が24.0%に減ってきていると。医師少数県のほうも、5位刻みで見たものでありまして、「医師少数県B」という下位6位から10位の県が、7.5%から14.2%まで、倍増近く採用の割合が増えてきていることが見て取れるかと思えます。

16ページですが、これは全都道府県分の採用人数の割合の推移を出したものであり、各都道府県の研修医の採用人数の割合を平成15年度から令和5年度まで見たものです。

黄色のマーカーをしている29道県というのは平成15年度と令和5年度と比較して採用人数の割合が増えた道県であり、逆に白の枠のままのところは減らしている都府県ということです。東京都は20.9%から13.6%まで多く減らしておりますし、京都、福岡なども大きく減らしているところです。

次は17ページをお願いします。

これは、毎年度、部会の審議をいただいて、厚生労働省が設定している各都道府県の募集定員上限と採用人数の関係について、棒グラフで表したものです。

左側の青の棒グラフが、募集定員上限、厚生労働省から各都道府県に示している募集定

員の上限です。

右側の黄色の棒グラフが、それに対して実際にどれだけ研修医を採用できたかというものを表したもので、それを募集定員上限で割ったものをパーセンテージで表示しています。

京都、大阪を見ていただくと、「募集定員上限」と言いながら100%を超えている、これにつきましては、後ほどまた詳細は御説明いたしますけれども、実は都道府県の判断で、「募集定員上限」を上回る形で募集定員を設定できるという制度がありまして、これを活用した場合は、募集定員上限よりも募集定員が上回って、結果的に採用人数が、この募集定員上限を上回るという現象が起き得る、100%を超える場合があるということなのですけれども、そういったことも踏まえて見てみますと、我々が提示している募集定員上限1人に対して最も効率よく採用できているのが、京都府の1.028人です。青森県が最も少なく0.369人です。平均0.834人、83.4%が平均であり、凸凹が生じています。

18ページです。

横軸に、令和5年8月時点の医師偏在指標に基づいて、右に行くほど医師多数県、左に行くほど医師少数県ということで、青のバーより右側が医師多数県、赤と青のバーに挟まれているところが医師中程度県、赤のバーよりも左が医師少数県ということで、まず47都道府県をマッピングした上で、先ほど御覧いただいた募集定員上限に占める採用人数の割合、これは研修医の「採用力」というものに近いかもかもしれませんが、この割合を今度は縦軸に取ってクロスしてマッピングしたものが、こちらの資料です。

これを御覧いただきますと、6つの部分に分かれるわけですが、右上の東京、京都などが含まれる部分は、今も医師多数県であり、かつ、毎年度研修医をかなりしっかりと採用することができている都道府県と考えられます。

逆に、左下のところは、今、医師少数県と評価されており、研修医を採用する力も平均よりは下になっている、そういった都道府県であるということです。

次に19ページです。これは昨年、厚生労働省から事務的に各都道府県の担当課にアンケートをした結果でして、この募集定員上限の算出方法をどう考えますかとお聞きしたものです。

そうすると、適切であるとするのが19、分からない・その他とするのが5でありまして、合計24の都道府県が今のままである程度いいのではないかとこのところですので、このことを踏まえると、先ほど御覧いただいた募集定員上限の算出方法を根本から変える必要ではないのかなと、事務局としては考えております。一方で、改めるべきとする都道府県も同数程度、23ございまして、何らかの対応が必要であろうと考えておりますし、特に激変緩和措置につきましては、多くの都道府県から廃止、縮小すべきという御意見をいただいております。この点を中心に改める必要があるのではないかと考えたところです。

次に20ページです。今、御覧いただいた施策の内容ですとか、成果等を踏まえまして、また、都道府県の御意見・御要望等も踏まえまして、今回、施策の方向性として3点提案したいと考えております。

まず、1点目の21ページです。激変緩和措置についてです。こちらは、花角委員が6月22日の部会に資料を提出され御説明いただきましたけれども、本日も35ページに、そのときの資料を添付しております。

これに関連した部分です。先ほどのおさらいになりますけれども、各都道府県の募集定員上限につきましては、一旦「仮上限」というものを算出します。

ただ、この「仮上限」が、その都道府県の前々年度の採用人数よりも少ない場合は、激変緩和措置として、当該採用人数と前年度の募集定員上限のうち、少ないほうの人数を、その都道府県の募集定員上限としています。

具体例で御覧いただいたほうが分かりやすいかと思いますが、令和6年度の募集定員上限につきましては、東京都は一旦「仮上限」として1,223人という数字を算出したところです。ただ、これで終わりではなくて、右から2番目の令和5年度の募集定員上限1,280、令和4年度の採用人数1,287、これの小さいほうの1,280までは戻そうということになりますので、57人を加算しまして、結局、令和6年度の募集定員上限は1,280ということで、前年度から減っていないということです。京都府にも同様の現象が生じているところです。

このように、激変緩和措置の対象の都道府県の募集定員上限が、実際に固定化されておりますので、令和7年度以降については、以下のように改めてはどうかという御提案です。

「仮上限」が当該都道府県の前々年度の採用人数よりも少ない場合は、当該採用人数と、ここまでは同じですけれども、前年度の募集定員上限掛ける0.99、1%減ですね。そのうち少ないほうの人数を、当該都道府県の募集定員上限としてはどうかということです。要は、前年度の募集定員上限よりは、少しは減るという制度に改めてはどうかという御提案です。

次に22ページです。

「臨床研修病院の募集定員を1から2に増加するための加算について（案）」というものです。

先ほどの17ページで募集定員上限に占める採用人数の割合が100%を超える都道府県について御説明したことに関連する部分ですが、都道府県において募集定員を臨床研修病院に配分してみた結果、やむを得ず募集定員が1となった病院につきましては、当該都道府県の募集定員上限とは関係なく、当該病院の募集定員を2に増加するための加算ができるということにしています。

ただ、当然のことではありますが、都道府県が当該加算を活用する場合は、募集定員上限を上回る募集定員の設定が可能になるため、偏在是正効果が弱まることになると考えております。

令和6年度の実績で見ますと、この加算を活用した都道府県数は11でありまして、11の都道府県が合計48人分、募集定員上限を上回る形で募集定員を生み出しているという結果になっています。

こういったことを踏まえた提案ですが、各都道府県は、臨床研修病院の募集定員につい

て、全て調整することが今はできますので、令和7年度以降においては、臨床研修病院の募集定員を2とするための加算は、あくまでその都道府県の募集定員上限の範囲内のやりくりでしていただきたいという御提案です。

最後が23ページ、3点目です。「地域における研修機会の充実に向けた募集定員配分について（案）」です。

冒頭で御紹介いたしましたけれども、「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」から、地域で活躍できる医師の養成に資するよう、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、といった提言をいただいております。

また、本部会、これも花角委員からいただいた御意見ですが、地域での研修機会を充実する観点から、地域医療を中心に経験できる地方と、大都市部の両方の特性、魅力を生かした研修プログラムの設定を推進してはどうか、という意見をいただいたところです。

これも6月22日の部会で、資料を御提出いただいております。本日の資料として36ページにおつけしています。

こういったことを踏まえまして、令和8年度以降は、医師多数県の募集定員上限のうち、一定程度を「医師少数県」または「医師中程度県の医師少数区域」に所在する臨床研修病院で半年間以上研修を行うプログラムの募集定員に充てることとしてはどうかと提案しています。

派遣元は医師多数県全てではなくて、*の1のところに書いておりますが、募集定員上限に占める採用人数の割合が、全国平均以上の都道府県ということです。

先ほど御覧いただいた18ページの資料であれば、右上のところに入っている6つの都道府県が派遣元となりますが、この場合沖縄県も入ってはきますけれども「ただし」としまして、沖縄県は、地理的事情、歴史的事情など特殊事情を有するところでありますので、これは除いてはどうかと考えておまして、それ以外の都道府県の募集定員上限のうち、一定程度を半年間派遣する枠として充ててはどうかという御提案です。

この一定程度というのは、取りあえず5%と考えてございまして、この5%を「医師少数県」または「医師中程度県の医師少数区域」に所在する臨床研修病院で半年間以上研修を行う、そういった定員に充てていただきたいと。

派遣先は、医師少数県、医師中程度県の全てではなくて、これも*の3のところに書いておりますが、研修医を採用する力が高いところは除いて、募集定員上限に占める採用人数の割合が、全国平均以下の都道府県に限ってはどうか。18ページの資料で言いますと、左下のところと、下の真ん中のところに入っている都道府県を対象にしてはどうかと考えています。

このような取組を通じて、地域における研修機会の充実を図ってはどうかという御提案です。

24ページは、これを、もし、令和8年度から実施するとした場合のスケジュールのイメージを書かせていただいております、「広域連携型プログラム枠」と仮に呼んで、どの

ようなスケジュール感になるのかというのを書かせていただいています。

今回、この3つの御提案について御議論いただければと思っております。

資料1の御説明は、以上ですが、本日御欠席のお二人の委員から御意見をいただいておりますので、それを読み上げさせて。

○国土部会長 それは、後にしましょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 承知しました。

○国土部会長 まず、御出席の皆さんから、御質問やコメントをいただきたいと思います。今日、非常に詳細なデータをお示しいただいたのは、大変参考になったと思います。先に私の理解を申し上げますと、先人の皆さんが作り上げた定員配分のルールは、非常にすばらしいものなので、基本的には、これは維持しながら、どのように修正するかという事を、今日御議論いただくということになるかと思えます。

それでは、御質問、御意見がある委員の方は、挙手あるいは御発言をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、木戸委員、どうぞ御発言ください。

○木戸委員 様々な広いテーマで議論が必要かと思いますが、それぞれの項目について分けてコメントをさせていただきます。

まず、地域医療研修の期間ですけれども、資料1の2ページの修了者アンケートを見ますと、研修医の7割が、この研修期間が妥当としていまして、今の4週間という設定が適切ではないかと思えます。

ただ、短かったという回答が15%あったことから、より長く地域で研修したいというニーズが一定数あって、地域でしっかり学びたい研修医がいることは、大変頼もしいことだと思います。

一律に必修期間を長くするというのではなくて、希望者には自由選択期間の中で対応するのが妥当かなと、私は思います。

続いて、募集定員上限の算出方法の見直しについてのコメントです。

こうやっていろいろ数字を操作して、なるべく都市部の定員の上限を狭めていって、医師不足地域に研修医を配置しようとしても、医学生立場からは、希望しないところで研修をせざるを得ないケースが出てしまうのは、あまり望ましくないと思います。

強制力ではなくて、できるだけ医学生や研修医の希望をかなえる形で配置できることが、最も望ましいことではあります。

その中で、今回御紹介があった臨床研修修了者アンケートで、様々な項目で医師少数県のほうが、むしろ満足度が高いというのは重要なエビデンスであって、私ども現場感覚としても、やはり医師不足のところのほうが、救急対応をはじめとして、研修医が戦力として現場で働いて実践力をつけられると感じておりますので、なるほどという実感を持って受け止めたところではあります。

こうしたデータは、ぜひ研修先を選ぶ医学生とか、その保護者の方にも知っていただい

て、できるだけ医師少数地域ではあまり勉強できないのではないかという誤解を持っているかと思しますので、そういった誤解や不安をなくすのに、適切に広報していただきたいと思えます。

ただ、このデータを見る時に、背景に何らかの交絡因子がある可能性があつて、例えば多数県の場合は大学病院が多いですので、大学にも人が集まる。その場合、大学での研修者の割合が増えて、逆に少数県では大学のほうにあまり人が集まらないので、臨床研修病院の研修者の割合が多いのではないかということも考えられます。できれば、もう少し踏み込んで、データのサブ解析を行っていただいて、どういうシチュエーションにおいて、研修の満足度が高くなるかをしっかり分析して、今後に生かしていただきたいと思えます。

最後に18ページの募集定員上限に占める採用人数の割合と医師偏在指標について、コメントをさせていただきますけれども、この表の中で、左上のところにある県の取組を、ぜひ好事例として横展開すべきだと思えます。

例えば、県名を出して恐縮ですけれども、近年、埼玉県とかでかなり研修医の数を増やしていて、相当頑張っていて取り組まれているのをホームページでも拝見させていただきました。

現在、左下の区分にある県でも、既にかかなり努力されていると思えますけれども、もう少し魅力が広く伝わるように、こうしたところを参考にして、さらに取り組んでいただければと思えます。

資料の36ページにある広域連携型プログラム枠というのを御提案いただいていますけれども、これは、本当に非常にいい案で、医師少数県で研修する機会が増えますので、県にとってもメリットがありますし、研修医にとっても、いろいろなところで研修ができて、現場の見聞を深める機会がありますので、非常に魅力的だと私は思います。

ただ、研修医にとって、転居に伴ってお金がかかるとか、宿舎を探すとか、そういった負担が発生しないように配慮が必要で、今後、もし、これを運用した場合に、実際採用になった研修医が待遇、満足度、進路がどうなるか、きちんとフォローして、その結果をこの部会に報告していただいて、共有し、フィードバックしていくといいと思えます。

長くなりましたが、私からのコメントは以上です。

○国土部会長 重要な御指摘をありがとうございました。

1つ確認ですが、このアンケートは貴重なデータなのですけれども、公表する予定があるのでしょうか。

事務局から、お願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 今、令和4年修了者アンケートの全体的な集計をしております。今回の部会の資料として必要な部分を先出しで今回出させていただきました。当然この資料は公開ですので、今回のデータは世の中に出ておりますが、それ以外のアンケートの部分についても集計が終わり次第、全体として公表することを考えております。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、利用したい方は利用して、引用してもいいという理解でよろしいですか、ありがとうございます。

それでは、岡村委員、よろしくお願いします。

○岡村委員 今回お示しいただいた点に関して、大変よく考えられた提案だと思います。私は、ほぼ全て賛成の立場です。質問ということで、1つ確認したいのですが、最後のほうの医師多数県の募集定員上限のうち一定程度を医師少数県にというところですが、同じ医師少数県でも、埼玉県とか千葉県は、人口が多いために医師少数県となっていると思います。医師少数県として、千葉県、埼玉県のようにかなり東京に近いところに、地域医療研修という形でいくという点について、何か限定みたいなことはないのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 すみません、先ほど丁寧に御説明することができず、申し訳ございません。

23ページを御覧いただければと思いますが、派遣先としては、医師少数県であれば全てということではなくて、*の3のところも併せて御覧いただければと思いますが、募集定員上限に占める採用人数の割合が、全国平均以下の都道府県に限るとしております。18ページでいいますと、赤のバーから左のところは全て医師少数県になるわけですが、募集定員上限に占める採用人数の割合が、平均83.4%でありまして、それを上回る埼玉県、静岡県、千葉県は、今回の派遣先の都道府県の対象外としてはどうかという提案をしております。

というのも、これらの県は研修医を採用する力が平均よりも高いと言えるかと思いますが、そこは御自分の力で、ある程度採用をいただけるのかなと思っておりますが、これが平均よりも下の都道府県については、都市部の医師多数県の都道府県の基幹型病院が研修医を採用して半年程度派遣いただくというスキームが適しているのではないかと考えて、派遣先は医師少数県全てではなくて、御指摘をいただいたとおり、限定をかけることを考えているところでございます。

○岡村委員 ありがとうございます。よく分かりました。

○国土部会長 ありがとうございます。

続きまして、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。

たくさんのお話だったので、資料と提案に分けてお話をしたいのですが、今日見させていただいた資料で1つずつお話をしたいのですが、アンケートのことでございますけれども、今、非常にこのアンケートは大事だという話が出たのですが、これは、現行を平均して4.2週程度の場合のアンケートなのですね。だから、これが6か月になっても同じように行くかどうかというのは全く分からないわけで、これを丸のみするのは少し危険だなと私は思っています。

ただ、先ほどもありましたように、こういった地域でやる、今、4週程度行っていますけれども、ほとんどの人が、いろいろなことが経験できる、要するに都市部だと大勢の先

生がいるから、なかなか経験できないこともいっぱい経験できるというので、非常に評価が高くなるというのは当然だと思うのですが、果たして、これが6か月続いたときに、同じような評価が続くかどうかというのは、非常に疑問だと思いますので、このデータの扱いは、少し慎重にしたほうがいいのではないかと思います。

それから、医師少数県と多数県のグラフ化をしていただいて、前から6都道府県はおかしいよと申し上げていたのですが、医師少数県と多数県で分けていただいたのは、大変適切なグラフをつくっていただき、ありがとうございます。これは、お礼でございます。

それから、都道府県別の表が出ていましたけれども、これも専門医機構でもよく出てくるのですが、東京が減ると、東京近郊だけが増えているのです。だから埼玉、千葉の辺りがどっと増えるのだけれども、実際に医師少数で困っている県はなかなか増えない。

これは、やはり今の仕組みがそうなっていますので、そうやって考えると、厚生労働省がおっしゃっている、いわゆる仮称の広域連携プログラムですかね、こういったものを最初から規定してしまったほうが、今のようなことにならないかなと思いました。

おおむね提案については、私は賛成したいと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

確認ですけれども、今回の修正案がそのまま実施されたとすると、各病院から地域との連携のプログラムを申請するわけですが、それをお認めするのは、やはり都道府県の権限でお認めすると、そういうことになるのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 我々が各都道府県に募集定員上限を割り振りますけれども、派遣元として該当する都道府県につきましては、その5%分、例えば100人であれば100人分をどの基幹型病院に割りつけるかということにつきましては、都道府県と病院のほうで協議しながら、また、地域医療対策協議会の審議なども経ながら決定いただくということかと考えております。

○国土部会長 その趣旨に合っているかどうかの確認と判断も、都道府県でやると。

○錦医師臨床研修推進室長 そうです。都道府県のほうでお願いしたいと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、花角委員、どうぞ御発言ください。

○花角委員 ありがとうございます。

まず、先ほど事務局からも御紹介いただきましたけれども、先般6月に部会長の御配慮をいただきまして、医師の偏在是正の観点に立った臨床研修制度の見直しについて、お話をさせていただきましたけれども、今回、事務局のほうから具体的な見直し案をお示しいただいたこと、まずは感謝申し上げたいと思います。

基本的に事務局案に賛成いたしますけれども、その上で、幾つかお話をしたいと思えます。

まず1点目は、先ほど来、アンケートの結果について御発言がございましたけれども、

私どもは、このアンケートの結果を拝見いたしまして、臨床研修全体の満足度が医師少数県のほうが高く、達成度の自己評価でも多くの項目で、医師少数県のほうが高いという結果が出ているということについては、本当に日々地域医療の確保・充実に頭を悩ませている者にとって、また、臨床研修医の教育に一生懸命努力している関係者にとって、非常に勇気づけられるデータだと思っています。

大都市圏の研修環境は、魅力的な住環境とか教育環境とか、そういったことに引かれて、大都市を研修先を選ぶ風潮もあると思うのですが、今回のデータで、医師少数県で臨床研修を受けるメリットなり意義なり、満足度の高さといったところも、ぜひ今後、大学や医学生にお伝え願いたい、医師の偏在是正の一助になるとも思っておりまして、ぜひ情報の発信や広報をお願いしたいと思います。

もう一つ、14ページ、15ページで、研修医の採用人数の割合が、少数県のシェアが上がってきているというお話がございましたけれども、これは、簡単に事務局からの御説明で触れられましたけれども、15ページの医師少数県の中でも、埼玉とか千葉ないしは静岡が伸びているからであって、その他の本来的な医師少数県では、それほど大きな変化はないというのが実感でありますので、その点、改めて御認識をお願いしたいと思います。

続いて、施策の方向性について、少し長くなりますが、3点ほど、それぞれ事務局から御提案いただいた方向性について、コメントをさせていただきたいと思います。

1点目の事務局案の①の激変緩和措置でありますけれども、これまでの激変緩和措置で都市部への定員が固定化されていまして、今回の事務局案によりまして、激変緩和措置が縮小される所、これは偏在是正に一定の効果があると考えられますので、先ほど申し上げましたように、基本的には賛成です。

2点目の資料の22ページ目になりますけれども、募集定員の枠外で1から2に加算をしていたという、ここはそもそも加算が枠外で行われていたこと自体が理解しにくいところでもありますので、募集定員上限の範囲内で行うという、この事務局案は、当然、賛成であります。

最後に、23ページの研修機会、仮称で広域連携型プログラム枠と名づけていただいておりますけれども、これも非常にありがたい御提案だと思っています。

ただ、注意すべきは、先ほど来話題になっていますが、18ページの送り出す側と受け入れる側、東日本と西日本にそれぞれ偏っていますので、組み合わせが偏らないような運用上の工夫が要るのかなと思います。

また、現状5%程度から始めたいということで伺っていますけれども、ぜひ、運用状況を見ながら、この割合を増加させていくことも考えていただきたいと思います。

最後に、事務局の説明とは少し離れるのですが、一点、念のためにお伝えしたいのは、医師の確保計画との関係であります。

今、医師確保計画の策定作業が進められているのですが、その前に国から、恐らく間もなく年間の不足養成数というものが示されることになっていると思います。この年間不足

養成数を踏まえて医師確保計画を策定するわけですけれども、今回設定する臨床研修医の募集定員上限と直接は関係ない形になっています。しかし、年間不足養成数を下回るような募集定員の上限ということになりますと、それは整合性がないように感じますので、そのところは、きちんと国のほうで確認をしていただきたいと思います。

最後に、すみません、長くなりましたけれども、全国の募集定員上限の令和8年度以降の算定方法について、現在、事務局案では、研修希望者の総数の1.05倍に設定することが示されておりますが、そもそも研修希望者数の1割程度は国家試験で不合格になるのが通例です。つまり1,000人程度減りますので、募集定員と実際の充足数を見ますと、現在でも1,500人ぐらい差があります。医師の偏在是正の観点からは、この募集定員の縮減の余地がまだあるのではないかと感じます。令和8年度研修以降の募集定員の上限の算出方法については、引き続き、しっかりと見直しをお願いしたいと思います。

長くなりましたけれども、以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

一点だけ、22ページですか、定員1の病院をつくらないという特例ですけれども、お聞きしたところによると、特定の都道府県でこの特例を活用しているということが分かっています。今回、これが適用されると、当該自治体から、定員が減って困るという声が上がってくるのではないかと少し心配しますが、どうでしょう、錦さん。

○花角委員 私が答えるのですか。

○国土部会長 いやいや、花角委員は結構です。事務局のほうから、すみません。

○錦医師臨床研修推進室長 今、部会長がおっしゃっていただいたように、都市部の県を中心に、これを多く活用されている都道府県がございますけれども、そもそも「募集定員上限」ということでお示ししておりますし、都道府県のほうが、それを全体の中の調整の中で配分することができますので、そこは、調整の上、うまくやっていただきたいということを我々しっかりと説明してまいりたいと思います。

○国土部会長 先ほど100%を超えた府県辺りが、それに該当するかもしれません。ありがとうございます。

それでは、谷口委員、どうぞ御発言ください。その後、伊野委員、すみません。

○谷口委員 今回の資料のいろいろなアンケート結果とかを興味深く拝見いたしました。特に、医師少数県で研修された方の満足度が高いということがとても新鮮でした。

ただ、少し気をつけなくてはいけないのは、あくまでもこれは研修医の満足度ということですので、研修医が求めるものと、実際に初期研修で得られたものとの比較の結果だと思うのです。

nの数を見ても全体が6,700人のうちの医師少数県は1,700人ということですので、約4分の1ぐらいになると思うのですが、当初から医師少数圏での研修を希望した人の評価であるということ、少し頭に留めて考える必要があるのかなと思います。

ですから、もし、こういうことを進めるのであっても、先ほど木戸委員が言われました

けれども、基本的には自由選択にして、希望する人には選択できるようなスタイルを進めるのがよろしいのではないかと思います。

若い時代に医師少数県での医療を経験することについては、私も非常に有意義なことだろうと思いますが、昨年12月のときにも発言をいたしました。そもそも医師少数県であるということを見ると、やはり初期研修医の指導には、それなりに手がかかることから、研修期間が長期間になった場合にも、指導体制がしっかり確保できるかどうかというところについては、きちんとチェックをする体制をつくっておかないと、形骸化してしまう可能性があるのではないかと心配しております。以上です。

○国土部会長 重要な御指摘をありがとうございます。

このアンケートについては、皆さん、今日初めて見たデータで、高い評価をいただいています。その結果の解釈については、いろいろなりミテーションがあるということも併記しておかないと、間違った解釈もあり得ると御指摘だったと思います。

それから、後で清水委員の御意見を披露いただきますけれども、そもそも初期研修医の定員をいじることによって医師の地域偏在を解消するというのは、少し違うのではないかと意見も、やはりずっとありますので、そういう意見も考慮しながらということになると思います。

それでは、伊野委員、よろしく願いいたします。

○伊野委員 ありがとうございます。大変参考になるアンケートでございました。

幾つか質問がございます。お示しされました広域連携プログラムというのは、マストになるのでしょうか、それとも各病院からの手挙げになるのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 これは、都道府県がどのようにこれを配分されるかということかと思っておりますので、都道府県のほうから病院に働きかけて設定いただくこともあるかと思っておりますし、公募のような形で募集して枠を埋めるということもあるかと思っておりますが、その具体的な運用の方法は、まだ決めているわけではありませんけれども、基本的には都道府県のほうで調整して配分いただくことを考えております。

○伊野委員 それでは、運用や枠決めは都道府県であって、ここではないということでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 本日の資料ではこの程度しか書いておりませんが、今のところ事務局の考えとしては、募集定員上限のうち何人をおこの枠に当てていただきたいというところまでが、国が決定する部分でありまして、それ以降は都道府県と管内の基幹型病院との調整によって決めていただくことを考えております。

○伊野委員 ありがとうございます。

あともう一つよろしいでしょうか。以前、研修医を6か月間地域医療にというご提案を受けて、その議論の際に、先ほどもおっしゃったように、その折は、地域医療だけで6か月というのは、プログラムの内容や、サポートなどについて、もう少し議論が必要ではないかと思っておりました。その後、地域医療重点プログラムが3か月、12週ということになりました。

た。それが参考資料としてありますが、これについては、これからでしょうか、それとも、この資料にも少し触れてもよろしいでしょうか。

○国土部会長 はい。

○伊野委員 このプログラムについてはマッチングが、令和4年で募集定員の3分の1、令和5年でも2分の1にも満たないというところでどうかと思っておりました。

また、地域医療教育に比較的熱心な病院のプログラムを、ホームページ上で見させていただくと、やはり12週というところが多いように思いました。そこで印象的だったのは、この臨床研修プログラムの後に、地域で活躍していただくためには、やはり救急はじめ様々なスキルを備えた人間が、地域医療の前線を担うべきで、それに能う教育をしなくてはいけないという臨床研修病院の基本方針でした。例えば、地域医療振興協会や、亀田総合のプログラムもそのような主旨で組まれておりましたので、ぜひ、そういう観点で広域連携プログラムを組むようご考慮いただければと思います。

また、先日、地域卒の学生の意見を聞く機会があったのですが、プログラムも大切ですが、やはりサポート体制について明らかでないと、研修医も学生さんも不安を払拭するのが難しいようでした。

もし6か月ものプログラム、研修期間の4分の1ですね、それを組むのであれば、都市部と地方の連携は、病院同士の連携になるのか、科の選択はどうするのかなど、もう少し作り込みが必要ではないかと思いました。ぜひ、研修の質という観点もご考慮いただければと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

モデルプログラムみたいなものがあるのもいいのかなとは思いますが、私から一つ確認ですけれども、地域での研修期間を半年以上としています、3か月では駄目なのですか、この辺りは、どういう考えでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 ここは、「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」の御提案が半年間というところで、あまり短過ぎても、その地域の実情等を学ぶことができないかなと考えまして、せっかく行くのであれば半年間というところで、取りあえずは設定をさせていただいているところでございます。

○国土部会長 それについては、特に御異論はございませんか。

伊野委員、何かございますか。

○伊野委員 以前の議論の際に、参考として、研修医さんたちにも御意見をいただいたのです、何人かですけれども、そのときに、比較的地域医療に熱心な研修医さんが来てくださったのですが、僕たちならいいけれども、僕たちでも6か月は、と考えるところもあるし、これを一般に、研修医全員にというのは、少し無理があると思うと指摘いただきました事を付け加えさせていただきます。

○国土部会長 ありがとうございます。

少し姑息な言い方ですけれども、「半年程度」という表現にしておいて、3か月ぐらいまでは認めるよというのは駄目でしょうか。

林さん、どうぞ。

○林医事課長 すみません、議論が混乱しているようなので、少し整理をさせていただきたいのですけれども、地域医療研修の期間を延ばして6か月行ってくださいということではなくて、通常の内科とか外科とか、それぞれ選択される研修を地域の病院で半年以上やってくださいというものですので、地域医療研修の3か月が長いという声をもって、これを3か月にすべきだということには当たらないと思っています。

医師少数地域の都道府県であっても、大きな病院はたくさんございますので、そういうところに行って研修をしていただく、そこでは、今日、最初のほうでお示しをさせていただいているように、基幹型病院等で地域の研修医と同様の研修が受けられるということでございます。その議論については、混乱がないようお願いしたいと思います。

○国土部会長 外科とか産婦人科とか、例えば、そういう科で半年、少数県でやるということですね。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 ということは、いわゆる、たすきがけということですね。

○林医事課長 そうだと思います。

○伊野委員 分かりました。ありがとうございます。

○国土部会長 あと、この件についての私からの疑問は、医師多数県側の病院が連携先を決めるというか、選べるということなんでしょうか。少数県とのマッチングみたいなことになるのでしょうか、実際の作業はどういうイメージでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 医師多数県に所在する基幹型病院が、この条件に当てはまる医師少数県の協力型病院を見つけてきて、そこと連携してプログラムを共同で設定するというところでございます。

○国土部会長 組む相手を決めるのは、多数県側の病院ということになるのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 プログラムとしては、多数県に所在する基幹型研修病院のプログラムになります。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、今日、御欠席のお二人の委員のコメントを読み上げていただけますでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 かしこまりました。まず、清水委員の御意見でございます。参考資料3ということで、紙でいただいておりますので、御覧をいただきながらお聞きいただければと思います。

先ほど来御議論をいただいている、施策の方向性③地域における研修機会の充実に向けた募集定員配分について、私自身も、医師少数地域の診療に従事しており、これからの日本の医療を支える「地域で活躍できる医師の養成」が大変重要で、喫緊の課題であること

は十分理解しているつもりです。また今回御提案の施策は、医師少数地域での医療の現状を知って、そのような地域で医師として働こうとする若い医師を増やす可能性を秘めているかもしれません。

臨床研修の2年間は、臨床研修の基本理念にのっとり、将来国民の負託に応える医師を育成するために最も貴重な期間であり、研修医に寄り添って育成することが大切だと考えます。また臨床現場においては、指導医が多くの時間をかけて研修医の行動を見守り、きめ細やかにフィードバックすることが、研修医の成長のために大変重要ですが、医師不足の地域において半年もの間、研修医の指導が可能な人的資源を確保できるかどうかも問題です。施策を実施される折には、これらに十分な配慮をしていただけるよう、切に願うものであります。

さらにもっと重要なことは、医師地域偏在対策を臨床研修制度内のみで対応しようとするのは本質的ではないと考えます。以前から議論されているようにシニア医師の活用など、医師養成過程全体像の中で検討していただきたく、重ねてお願いするものであります。

2点目は、直接今回のテーマとは関係ありませんけれども、いただいておりますので、読み上げさせていただきます。

副プログラム責任者の資格について「令和5年3月31日改正 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（以下施行通知）」には「5. 臨床研修病院の指定基準」には、「ケ プログラム責任者を適切に配置していること」の項目があります。その説明は以下のとおりです。

「当該病院において、7(3)を満たしたプログラム責任者が、研修プログラムごとに配置されていることをいうものであること。ただし、20人以上の研修医が1つの研修プログラムに基づいて臨床研修を受ける場合には、原則として、プログラム責任者とともに、副プログラム責任者を配置し、プログラム責任者及び副プログラム責任者の受け持つ研修医の数が1人当たり20人を超えないようにすること」。

この記載を見ますと、プログラム責任者と副プログラム責任者とは、その責務の内容に相違がないものと理解できそうです。しかしながら、2023年4月以降はプログラム責任者については、施行通知内7(3)において講習会受講などの要件が課せられておりますが、副プログラム責任者についての明示はございません。

副プログラム責任者についても、その資格についてプログラム責任者と同等の要件が必要である旨を、施行通知に明記することを提案いたします

こちらの2点目につきましては、今回、直接のテーマに関わる部分ではありませんので、まず、事務局で受け止めさせていただきまして、また部会長とも御相談して、対応を検討させていただきたいと思っております。

以上です。

もう一つ、資料としては出てきておりませんが、本日御欠席の宮地先生から御意見をいただいておりますので、読み上げさせていただきます。

地域研修の必要期間については、期間を延ばすことで求められている教育アウトカムが獲得できるかという観点から検討していただきたい旨を、以前の部会でも申し上げておりました。その立場から、広域連携型プログラム枠について意見を申し上げます。

まず総論として、取りあえず将来の選択肢を狭めたくない若い世代にとって、その選択肢を誰かに奪われるような困り込まれる状況は避けておきたいと思う反応を引き起こす可能性があることは、想定しておく必要があります。

また、実施に際して一番懸念されるのは、その受皿側の教育負担の増加と臨床業務へのしわ寄せ、結果として教育の質が低下し、その地域で働くことへの研修医のモチベーションが低下することです。

この施策を進める上では、現場の負担軽減と教育の質の担保として、多職種を含めた指導リソースをどう確保するか議論は必須と考えます。

また、教える側の負担を軽減し、研修医を守るためにも、例えば、自立して外来や夜間救急が任せられるかといった、地域での研修を開始する時点で、どのような能力がどの程度必要かを明確にし、地域研修前、恐らくは1年目終了の時点で、それを保障する評価の仕組みを検討する必要もあると思います。

こういった御意見をいただいております。

○国土部会長 ありがとうございます。

今の御意見は、地域研修と先ほどの少数県での研修が少し混同されているということですが、林さん、そういうことでいいですか。宮地委員のご意見は地域研修という言葉を使っていますね。

○林医事課長 すみません、今の宮地先生の御意見は、誤解なく御理解いただいた上での御意見かもしれないと、どちらかは判別できないので。

○国土部会長 ただ、1行目に「地域研修の必要期間については」と書いていらっしゃるもので、だから、少し誤解があるかもしれませんね。

○錦医師臨床研修推進室長 そうですね、冒頭の部分はたしかにそのように記載されていますが、事務局として受け取りましたのは、今回のプログラムで受皿となる、半年間送られる側の病院の指導体制等について、配慮が必要ではないかと、そういった御意見をいただいたものとして受け止めておりました。

○国土部会長 大体委員の皆さんに御意見をいただいたかと思いますが、釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 すみません、遅くなって申し訳ありません。

本日の資料で、まず、11ページに平成16年に、この研修が始まって以降の折れ線グラフがあつて、平成20年辺りのところが、1.35倍という募集定員の数と、それから研修を希望される方の数の乖離が非常に多くて、これがかなり全国的な医師の移動につながったという中で、この倍率を令和7年度に約1.05まで縮小するというところで、大分縮小されてきたので、そういう意味では、様相が大分変わってきたとは思いますが。

先ほど花角知事さんからもお話があったように、募集定員と研修希望者の数は、これ以上はやりようがないのだろうと思いますけれども、実際には、その結果としてどうなったかというのが、17ページに書いていて、これを見ると、やはり場合によっては、募集定員と実際に採用される人との数、これは国家試験で不合格になったら、それはあれなのですけれども、やはり四十何パーセントというところがあるわけですね。これは、まだ、実際に採用される人と募集との間の乖離というのは、県によって違うと、100%になっているところもありますけれども、そこは現状においても、かなり乖離があるのだなということも、もう一度認識しなければいけないと思います。

ただ、これをどうやったらもっと改善ができるかということ、なかなかそこは難しいのですけれども、こういう現実がある中で、今日御提案のような対応も踏まえてということなのだろうと思います。

ですから、やはり今日の御提案のような取組は、ぜひ検討していくべきで、一方、特に臨床研修医が医師の偏在解消にどこまで役割を担うべきかというのは、常に考えていかなければならないところで、臨床研修医が今やるべきことは、なるべく早い時期にしっかりあるレベルまで達して、その先で役に立つということが一番大事でありますので、その辺りのバランスを今後も取っていく必要があるのだろうと思います。

この1.05という目標はとても大変だろうなど、当時考えていましたけれども、幸いにそこまでの域に達してきたわけですけれども、一方で、実際の募集と採用との比較をしてみると、県によって、まだ、これだけ違いがあるのだというところは、もう一度認識をしなければいけないと感じましたので、指摘をさせていただきました。

以上です。

○国土部会長 釜薙先生、ありがとうございました。

今日は決を採るわけではありませんが、事務局側からの3つの提案について、おおむね賛同いただいた意見が多かったかと理解いたします。

追加で御発言はよろしいでしょうか。

ないようでしたら、この件については、これで終了したいと思います。非常に活発な御意見をありがとうございました。

それでは、今の議論を踏まえまして、事務局のほうで必要な対応の検討をお願いしたいと思います。

それでは、その他の議案に移ります。

事務局から説明をお願いします。

○出雲臨床研修指導官 事務局でございます。資料2を御覧いただければと思います。

12ページから21ページ目になりますが、令和6年4月から医師の働き方改革が施行されることに伴いまして、医師臨床研修指導ガイドラインの研修医の労務環境に関する記載について改正をしております。

また、この改正と併せまして、3ページ目から12ページ目にかけて、現行のガイドライ

ン策定時には開発予定とされておりました、研修医が経験した症状などを記録するとともに、上級医や看護師の方が研修の達成度を評価するための情報システムである新EPOCについて、時点更新を行っております。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

これは報告ということで、この件について、何か御質問、御意見はありますでしょうか。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 今回、御説明いただいた資料2ですけれども、医師の働き方改革に長らく関わってきた立場から、全体の資料を拝見して、5か所ほどコメントをさせていただきたいと思います。

まず1点目ですけれども、13ページからの働き方改革の関連のところなのですけれども「④時間外・休日労働の割増賃金」ところで「割増賃金を支払うこととなっている」というのがわざわざついているのですが、支払うことになっているが、実は支払っていないとかというニュアンスがあり得るかもしれませんので、「支払う」と、右側の旧のままで文を止めていいのではないかと思います。

続いて、同じページの「2) 時間外労働について」に関して「臨床研修医/専攻医の研修のために長時間労働が必要な場合に適用されるC-1水準」と書いてあります。

これは、さっと見ますと、研修のためにということであれば、研修医は皆、基本的に長時間労働がオーケーと誤解されかねません。ここを正確に、やはり法律に基づいてつくられている制度ですので、集中的技能向上のために、長時間労働が必要であると都道府県から指定を受けたプログラムにおいて適用されるC-1水準とすべきで、しかも、自らそうしたプログラムを研修医が選択、応募した場合に限り適用される水準ですので、これは誤解のないように記載をしていただきたいと思います。

3点目です。14ページの上から2つ目のパラグラフですけれども、また、月単位では原則として時間外・休日労働時間を100時間未満とする必要があるが、後述するような面接指導を実施すれば、100時間以上も行わせることができると書いてあります。これは、やはり、基本的には100時間未満とする必要があるとして、ただし、そういった休日労働が長くなる場合には、面接指導をはじめ、健康確保措置を実施する義務があるとして、こうやって面接指導をすれば長く働いていいのだよという書き方は、あまり適切ではないので修正すべきではないかと思います。

次は15ページです。「医師になったばかりである臨床研修医の心情にも配慮し、休暇の申し出やすい環境を整えるよう臨床研修指導医へ周知を行うことも一案である」と書いてあります。「ことも一案である」は、あったほうがいいかどうかは、少し御検討をいただいて、やはり指導医は、どうしても昔の考え方で、なかなか配慮してくれる人とは限りません。できれば「周知を行う」で止めて「一案である」というのは不要ではないかと、私は考えました。

最後です。20ページの右下、旧のところに、かなり削除する部分が挙げられて、左側にはありません。

特に「研修医の労働環境を守るためには、労働時間の管理は当然であるが、労働そのものを減らすための方策についても」とずっと書いてあって、最後に「サポートする仕組みの充実が求められる」と、ここは、大変いいことが書いてあります。

先日来、甲南医療センターなどで、研修医の過労死事案が相次いで報道されています。昨今、こういった適切なことを、削除せずに、あえて削除するのは大変もったいないことですので、この部分は、ぜひ継続して掲載していただきたいと、私としては要望したいと思います。御検討をよろしくお願いします。

私からは以上です。

○国土部会長 木戸先生、大変丁寧に資料を検討をいただきまして、ありがとうございました。どれももっともな御意見のように思うのですが、事務局からコメントをいただけますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

木戸先生から、今、御指摘をいただきました点につきましては、確かにそのとおりかという点も多数ございましたので、基本的には医師の働き方改革で、来年度から施行される法案の条文に沿って、少し適切に修正させていただければと思います。

最後の文面の（５）で削除されたところにつきましても、こちらは、基本的に働き方改革の中でのみ込まれている、医師の働き方改革の法施行に当たって、その理念が入っている部分ではありますが、確かに先生のおっしゃるとおりの部分もございますので、その点どのように残せるかということについては、また、改めて検討させていただければと思います。

○国土部会長 この資料は、まだ修正は可能という理解でいいのですか、報告としていますが。

○出雲臨床研修指導官 修正したものを改めて御報告させていただきます。

○国土部会長 では、委員の皆さんに、確認のためにもう一回お送りしたほうがいいですね。

木戸委員、大変ありがとうございました。非常に重要な御指摘だったと思います。

また、今日はこれで議論は終わりですけれども、甲南病院の過労死といいますか、自殺された事案とか、研修医の自殺は、ほかにもないわけではないと認識しています。その原因はいろいろあるようで、必ずしも過労死だけとは限らないと思いますけれども、これについては、この部会の役割ではないと聞いておりますけれども、常に心に留めておかなければいけない課題かなと思っております。ありがとうございます。

用意した議題は以上ですね。本日予定した議題は以上でございます。これ以外に何か委員の皆様から御発言ありましたら、お願いしたいと思いますが、何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 最後に国土部会長先生が言ってくださったことはとても大切で、それで私もサポートをお願いをしました。やはり、住み慣れたところ以外のところで、それから友人もいなかったり、孤独になってしまう可能性もある、指導医や病院もサポートはして下さるでしょうけれども、プログラム以外のところのサポートも、どうぞよろしく願いいたします。

○国土部会長 もう少し言わせていただきますと、我々の世代は、このスーパーローテを経験していない世代ですので、今の若い人たちのストレスを、多分、自分ごととしてなかなか感じられない部分もあるかもしれないと思うのです。

私事ですが、私の娘が、最近二年のスーパーローテを終了し、今度専門医研修に入ったのですけれども、振り返るとやはりスーパーローテは精神的に非常にきつかったと申しております。月替わりで全く環境が変わって、指導医も変わるというのは、どのぐらいの精神的・肉体的ストレスなのか我々も思いを致す必要があります。初期研修制度はよかれと思って始まったわけで、成功しているとは思いますがけれども、個人差はあると思えますけれどもこのような問題があり得ることを常に心に留める必要があるかと思えます。委員の皆様も同じ思いではないかと思えます。ありがとうございます。

それでは、事務局から今後の進め方について、御説明をお願いします。

○出雲臨床研修指導官 本日いただきました、地域における研修機会の充実に向けた取組等につきまして、御意見を整理いたしまして、今後必要な対応を行ってまいります。

また、次回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、活発な御審議をありがとうございました。

それでは、これで本日の医師臨床研修部会を終了します。ありがとうございました。