

○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6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、横手委員は御欠席、伊野委員、岡村委員、清水委員、宮地委員はオンラインで御出席いただいております。

また、釜范委員、谷口委員は急遽オンラインで遅れて御出席されるとの御連絡をいただいております。

花角委員におかれましては急遽御欠席となり、代理で新潟県福祉保健部長の中村様に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。

マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

(報道関係者退室)

○出雲臨床研修指導官 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、こんにちは。3月の年度末のお忙しい中、今日は雪も舞いましたけれども、御参集いただきましてありがとうございます。

本日は臨床研修部会報告書、最終確認の会議というふうに理解しておりますが、よろしくお願いたします。

○出雲臨床研修指導官 それでは、資料の御確認をお願いいたします。

事前に、議事次第、資料1、参考資料1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、事務局にお知らせいただけますようお願いいたします。

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

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してくださいようお願いいたします。

それでは、部会長、引き続きお願いいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めたいと思います。

本日の議題は、「医師臨床研修部会報告書(案)」についてであります。

資料1を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 それでは、御説明申し上げます。

これまで臨床研修制度の見直しに関して御議論いただいていたものにつきまして、事務

局として整理したものが資料1です。

お聞きいただき2ページからですが、「はじめに」という部分です。

2つ目の○、御案内のように医師臨床研修制度はおおむね5年ごとに見直しをしています。直近では、この部会において平成30年に報告書を取りまとめたところであり、この報告書に基づいて様々な改正を行って、令和2年度から新たな制度を適用しています。

今回の制度見直しについては、この30年の報告書において今後の検討課題とされた事項を中心にヒアリング等を行っていただき、議論を重ね、取りまとめをいただこうというものです。

3ページから、具体的な論点につきまして<現状・課題>、そしてそれを踏まえた<見直しの方向性>という構成で整理しています。

まず1点目が「臨床研修の到達目標、方略及び評価について」です。

こちらにつきましては、令和2年度から、従来の「臨床研修の到達目標」を改訂して「臨床研修の到達目標、方略及び評価」という文書を作成いただき適用しています。こちらにつきましてはシームレスな医師養成を図るという観点から、文部科学省で作成しております医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）と整合的なものとなるように作成をいただいたところです。

<見直しの方向性>ですけれども、この文書をどうするかということですが、現時点ではこちらの「臨床研修の到達目標、方略及び評価」に基づく臨床研修が開始されてから十分な期間が経過していないということで、まだまだその評価というのは困難な段階であろうということであり、今回の制度見直しのタイミングにおいては「臨床研修の到達目標、方略及び評価」については改訂しないこととすることが適切ということにしています。

ただ、この文書に基づき臨床研修を実施した結果がいろいろと蓄積されていますので、それをしっかりと整理して次の改訂につなげることが必要であるとしています。

医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され（令和4年度改訂版）というものが出来上がっておりますので、次に見直す際はこちらとの整合性を図るということを意識しながら作成することが必要であるとしています。こちらは3ページです。

4ページ、「2. 臨床研修病院の在り方について」ということで、まず1点目は「基幹型臨床研修病院の指定の基準について」です。

これは、前回の12月1日の部会で御議論いただいて御了承いただいた内容を整理していますが、まずは<現状・課題>のところからです。

基幹型臨床研修病院の指定の基準の一つとして、「臨床研修を行うために必要な症例があること」というふうな規定をしています。

2つ目の○ですが、平成22年度からここを少し具体化して、省令施行通知において入院患者の数については年間3,000人以上であることとしたところです。

3つ目の○。平成27年度にはこれを少し緩和して、年間2,700人以上であれば実地調査を

行ってしっかりとした研修が行われると認められる場合は基幹型病院として新規に指定できることにしたということです。

このたび、この取扱いについて緩和してほしいという要望が長崎県からあったところです。具体的には、離島に所在する病院を基幹型病院として新たに指定したいが、2,400人程度の年間入院患者数であるため、この部分を緩和してほしいという要望が正式に寄せられたため今回御議論いただいたということです。

5 ページで、それではどうするかということで〈見直しの方向性〉です。

離島を念頭においた要望でしたので、離島は一般に地域の急性期医療が完結的であるため、人口が少ない場合であっても一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病については島内の中核的な病院であれば幅広く受入れがなされていると考えられるのではないかと。

このため、離島においては入院患者の数が年間2,700人未満の病院であっても、例外的に一定の条件を満たす場合は基幹型病院として指定することが考えられるということで、具体的に2点整理したところです。

1点目は、離島のみで構成され、かつ基幹型病院が今はない二次医療圏に所在している病院であって、当該二次医療圏内において年間の入院患者数と救急患者数が最大のものであるということです。

2点目は、都道府県知事が行う実地調査等によって適切な指導体制が確保され、かつ必要な症例が確保されているなど、研修医が基本的な診療能力を修得することができると認められること。

この2つの条件を満たす場合に限り、2,700人未満の病院であっても新規に指定してよいのではないかとということです。

次に6 ページですが、「2) 小児科・産科特別プログラムについて」の扱いについてです。

〈現状・課題〉のところで、こちらのプログラムについては平成22年度からスタートしたものであり、募集定員が20人以上の基幹型病院にお願いしているものです。将来、小児科医、産科医になることを希望する研修医を対象とした小児科・産科特別プログラムを必ず設置していただくということにしたところです。

この特別プログラムについてはメリットも当然指摘されておりますが、一方で課題も指摘されているということで、3つございます。

1つ目は、小児科医・産科医になることを実は希望していないにもかかわらずこのプログラムに入ってこられる研修医が相当数存在する。これは、データ上、明らかになっています。

2点目は厚生労働省において小児科・産科特別プログラムにおいて実施すべき小児科及び産婦人科における研修の週数を定めてこなかったために、特別プログラムと言いながら研修の週数が最短の4週から最長の48週まで大きな格差があるということです。

3点目は、このプログラムのマッチ率です。小児科・産科特別プログラムのマッチ率が

通常のプログラムのマッチ率と比較して低くなっている、大都市部の6都府県を除いた地方部においては特に低くなっているという状況です。

最後の○。小児科と産科以外の診療科の医師が不足している地域が当然あるわけですが、例えば、小児科医よりも外科が足りないという状況のほうが深刻だと、そういった地域がある中で、この2つの診療科についてのみ特別プログラムの設置を義務づけることは整合性を欠くのではないかという指摘があったところです。

それではどうするかということで7ページになりますが、ただ、課題があるから廃止するというのは適当ではないということです。

その理由としては、特に小児医療や周産期医療は特別に医師偏在指標をつくったりして、政策的に医療の確保を図るべきものとして位置づけているところです。

こういった状況を踏まえると、臨床研修制度において特別プログラムを廃止してしまうことは適当ではないと考えたところです。

<見直しの方向性>です。このため、このプログラムについては先ほど申し上げた課題を踏まえた改善策を講じた上で継続することが適当ではないかということです。その改善策を3点書いています。

まず1つ目です。この小児科・産科特別プログラムで、小児科又は産婦人科をどれだけ研修しなければならないかという、その週数については、一般の研修プログラムにおいてもこの両科において最低4週ずつ行うことになっています。さらに、それぞれ8週以上の研修を行うことが望ましいと言っています。ですから、一般のプログラムでもそれぞれ8週ずつやることが望ましいと言っていることからすると、特別プログラムというからには、それをさらに踏み込んで12週以上とするということを決めてはどうかということです。

「これにより」ということで、真に小児科医又は産科医になることを希望する研修医が同プログラムを選択するよう誘導できればということです。通常のプログラムと変わらない4週であれば、本来、小児科医、産科医になるつもりがなくても入りやすい状況があったわけですが、12週とすることで真に望まれる方が入ってくるということになるのではないかと思います。

2点目。先ほど申し上げたマッチ率が低いことへの対応ということで、厚生労働省において関係学会と連携・協力して小児科・産科特別プログラムの好事例を収集して周知したいということです。このプログラムに入っていたいただいた方のその後のキャリア等について情報収集したいと思いますし、どういったプログラムが効果的だったのかということについても併せて収集して周知をする。それにより、各病院においてはこれを参考としてプログラムの充実、魅力の向上を図っていただいて、ひいてはマッチ率の向上につなげていくことが期待されるということです。

3点目。地域によって小児科医、産科医の不足の程度は当然異なるということ、その他の診療科の医師の不足のほうがより深刻な地域もあると考えられるわけです。

こういったことを踏まえ、募集定員が20人以上の基幹型病院が、小児科・産科特別プロ

グラムを設置することを原則とすると、ここは維持するとした上で、必修診療科のうちその病院が所在する都道府県において、不足している診療科の研修を重点的に行うプログラムに変更することを可能とすることということです。

例えば、うちの地域では外科のほうが小児科又は産科よりも深刻な状況であるということであれば「外科重点プログラム」に変えていただくとか、そういったことを可能にしてはどうかということなのです。

また、これについては、当然原則は小児科・産科ということですので慎重な対応が必要だと考えておりますので、当該変更については各都道府県がその病院の意向や地域医療対策協議会の意見などをお聴きいただいた上で決定することが適当であるとしています。

8 ページ。これは部会の先生からもお話しいただきましたが、この小児科・産科特別プログラムに入った際には小児科医、産科医になるという気持ちで入ってきていたとしても、各診療科をローテートした結果やライブイベントの発生等を踏まえ、希望する進路を変更することは十分にもあり得るわけです。これを一概に否定してはならないと考えておりますので、指導医においてはこの点について留意することが必要であるというメッセージを部会としてお出しただけならばということなのです。

9 ページです。「3) 臨床研修の質の維持・向上について」ということで2つ書かせていただいております、1つ目が「(a) 第三者評価」についてです。

ここは、基幹型臨床研修病院については症例そのものではないですけれども、省令の下の局長の施行通知において、「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」と書いています。

また、この部会が平成30年におまとめいただいた報告書の中では、「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。」と書いていますので、今回この取扱いについて御議論いただいたところなのです。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というところがございます。

3つ目の○ですが、ここが書面調査・訪問調査を行った上で臨床研修病院を評価しているということなのです。そして、一定の水準に達していると考えた場合はその病院を認定するということをしており、最新の数字で言いますと、基幹型病院全体の3割に相当する297病院を認定しているということなのです。

一方で、臨床研修の前の段階の卒前教育、医学部における卒前教育においては外部評価と言っておりますけれども、もう少し進んでいるという状況にございます。一般社団法人日本医学教育評価機構、JACMEという団体が外部評価を行っています。具体的には、世界医学教育連盟の国際基準を踏まえて評価基準を作成しており、これに基づいて書類の精査及び実地調査を行った上で評価をしている。その評価結果を踏まえて、ここもやはり認定をするということをしておりますが、全体の9割以上に相当する77大学が既に認定されているという状況です。

これを踏まえ<見直しの方向性>のところですが、今シームレスな医師養成を進めてい

くと言っているわけですがけれども、あまりに卒前、卒後でこの外部評価、第三者評価の取組に差がある状況というのは望ましくないであろうと考えまして、臨床研修においてもこれまで以上に第三者評価の受審を促進し、各基幹型病院における研修の質の維持・向上に努めていただくことが必要ではないかということです。

10ページです。これを全ての基幹型病院に義務づけるということまでは困難としています。

理由としては、やはり第三者評価を受審するとなると金銭的コスト、55万円がかかってまいりますし、何よりも人的コストが重いのではないかという意見が部会でも寄せられたところ です。

人的コストについては、第三者評価を受けるとなると訪問調査があるわけですので、その前に書類を作成しないといけませんし、訪問調査を行うサーベイヤーを迎えるための準備に相当苦勞するというような報告もあったところですので、こういったことを踏まえますと、現段階において全ての基幹型病院にこれを義務づけるというのは困難ではないかということです。

それではどうするかということですが、第三者評価の受審については引き続き基幹型病院の判断に委ねることとするものの、やはり一層の受審促進を図ることが望ましいというふうに加え、「厚生労働省においては」ということで当面、基幹型病院の半数程度が受審することを目標として、今3割と申し上げましたが、5割程度にすることを目標として以下のような方策を3点講じてはどうかということです。

1点目は臨床研修省令、先ほど省令の下の施行通知において受審勧奨しているということ を申し上げましたが、省令において第三者評価の受審とその結果の公表を努力義務として規定してはどうかということです。

医師臨床研修費補助事業というものがあり、今111億円の予算で臨床研修病院の取組を支援しているものがあるわけですが、この補助金を活用して第三者評価を受審して、その結果を公表する基幹型病院に対して何らかの金銭的なインセンティブを付与してはどうかということです。

最後は、国から各都道府県へのお願いということになりますが、各都道府県が基幹型病院に募集定員を毎年配分するわけですが、その際には第三者評価の受審状況を考慮していただくことを国のほうからお願いしたいと考えています。幾つかの都道府県では既にこういったことをやっておられますので、そこをモデルとして、全国的にこういったことを国のからお願いしてはどうかということです。

併せまして、JCEPに対しても幾つかお願いしてはどうかということです。評価の質の向上ですとか、病院の負担軽減に係る観点から3点お願いしてはどうかということです。部会でヒアリングを行っていただきましたけれども、その際に出た意見などを踏まえてこの3点にしています。

1点目は、訪問調査を行うサーベイヤーの質の向上を図っていただく必要があるという

こととともに、3割のところを5割に引き上げるということであれば人員も充実していただくことが必要ですので、そういったことを検討していただきたいということです。

あとは、今JCEPは1回認定すると4年後にまた更新ということでやっておりますが、部会でのヒアリングで病院のほうからもう少し、5年に1回とかでどうかという御意見もありましたので、4年間としている認定期間の在り方について御検討いただけないかということです。

また、各病院の規模や所在する地域等、「臨床研修病院」と一言で言ってもまちまちですので、そういった差異を踏まえた評価基準の在り方、少し柔軟性を評価基準に持たせてはどうか。これもあくまで強制するわけではありませんけれども、JCEPの中で御検討はいただきたいということです。

11ページですが、「(b) 国と都道府県の関係」ということです。

<現状・課題>ですが、これは御案内のように平成30年の医師法の改正によりまして、令和2年4月から国がそれまで持っていた臨床研修病院の指定権限等を都道府県に移譲したところ です。

<見直しの方向性>のところに書いていますが、今都道府県が臨床研修の質の維持・向上、中心的な役割を担っているということになります。厚生労働省においても都道府県と連携を図りつつ協力するよう努めることが必要であるということにした上で、このため、厚生労働省においては権限移譲してから4年ほどたっておりますので、各都道府県における臨床研修業務の実施状況の実態を把握した上で、把握した事実に基づいて都道府県と適切に連携・協力しまして、臨床研修の質の維持・向上に向けて取り組むことが必要であるとしています。こちらは11ページです。

12ページが「3. 地域医療の安定的確保について」。これは臨床研修医の偏在是正の取組について書いているところです。

初めの上4つの○は既に御案内の内容でして、平成22年度から研修医の偏在是正に取り組んでいるということです。そして、その取組の成果を数字で表しているというものです。

最後の○に書いておりますように、偏在是正の取組は御協力いただいた結果として着実に成果を挙げていると考えておりますが、医師少数県等からはさらなる取組の推進が求められているという状況でございます。

それではどうするかということで、13ページの<見直しの方向性>のところ です。

まず冒頭で少し原則的なことを書かせていただいておりますが、医師の偏在対策、これは当然ですが、臨床研修制度の取組だけで完結するものではないということです。医師養成過程全体を通じた取組が重要であるということとして、この点については今「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」というものを厚生労働省内に別途設けて、そちらのほうで検討を進めているという状況です。

ですので、この臨床研修部会としてはこちらの検討会における議論も踏まえつつ、今後臨床研修医の偏在是正の取組の部分について検討するとした上で、その部分の当面の取

組の方向性として以下3つ書いています。

1点目が（激変緩和措置の在り方について）です。

各都道府県の募集定員上限の決定に際して、一旦、算出した募集定員上限がその都道府県の直近の採用人数よりも少ない場合は、これは令和6年度までということですが、激変緩和措置として前年度の募集定員上限と直近の採用人数のうち、少ないほうの数となるまで募集定員上限を加算することにしてきたところですが。

しかしながら、このやり方では対象となる都道府県の募集定員上限が減少しないということがあったことから、見直しを求める意見が寄せられていたところですが。

そして、そういった御意見を踏まえ令和7年度から既に導入をしておりますが、募集定員上限がその県の直近の採用人数よりも少ない場合は、前年度の募集定員上限に0.99を乗じて得た数と、採用人数のうち少ないほうの数となるまで上限を加算することに改めたところですが。

最後の○です。令和8年度が次の算出の年度になるわけですが、令和8年度以降もこの措置の対象となる都道府県の募集定員上限が減少せず固定化することのないような形で、激変緩和措置については講じるべきであるとしています。

2点目が、（全国の総募集定員について）です。

全国の総募集定員は、ある年度にどれだけ研修希望者がいるのかということ推計した上で、その研修希望者数に係数、倍率を乗じて設定することにしてきたところですが。この係数、倍率については毎年度0.01ずつ縮小させてきまして、令和7年度は1.05にするというところまでが方針として決まっております、実際に1.05で計算して令和7年度は算出させていただいたということです。

この1.05の部分は今後どうしていくのかということについては、いろいろと御意見があるところですが。当然、1.04、1.03としていくというお立場の御意見、この係数についてはさらなる縮小を求める意見があります。

ただ、一方で、この部会が平成30年におまとめになった内容ですが、14ページですが、極端に縮小した場合は臨床研修病院間の採用に係る競争が低下する。極端なことを言うと、1倍にしてしまうと確実に研修希望者が来てもらえるという状況になるわけですが、それで本当にいいのかということだと思えます。

また、研修医マッチングにおけるアンマッチ者。10月末に研修医マッチングが一旦、決まりますけれども、その段階におけるアンマッチ者の割合が増えるということですので、それでいいのかというような御意見があったところですが。

ですので、令和8年度以降のこの係数、倍率の在り方については、これらの両方の御意見を踏まえて検討することが必要であるということです。

3点目が、（地域における研修機会の充実について）ということです。

こちらは、医師少数県等12県の知事で構成される知事の会が提言を出されており、その内容は、地域の医療機関で研修する期間を例えば半年程度確保できる制度に見直すという

提言です。この地域の医療機関というのは医師少数県等ということで捉えておりますが、そこに所在する医療機関で研修する期間を半年程度確保するといった制度に見直すべきであるという提言をいただいたところです。

医師多数県に所在する基幹型病院に採用された研修医が医師少数県に所在する臨床研修病院においても一定の期間研修することになるということですが、一定のメリットが考えられるだろうということです。

そういったことを踏まえ、最後の○のところです。10月の部会でおおむね方向性を御了承いただいた内容を書いておりますが、医師多数県のうち募集定員上限に占める採用人数の割合、採用率というふうに呼んでおりますが、要は医師多数県全てではなくて、医師多数県の中でも特に研修医を採用する力も強い、そういった全国平均以上の都道府県は当該都道府県の募集定員上限の5%程度、そして激変緩和措置で募集定員を加算している場合は、さらにその一部を広域連携型プログラムというものに充てていただけないかということです。

内容としては、募集定員上限の一部を医師の確保が困難な地域、例えば医師中程県のうち採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域ですとか、医師少数県のうち採用率が全国平均以下の都道府県に所在する「協力型病院」において24週程度、半年程度の研修を行うプログラム、「広域連携型プログラム」の募集定員に充てていただきたいということです。

15ページですが、広域連携型プログラムにおいて研修医を派遣する側の基幹型病院、こちらにおいては当然様々な負担が増すことになるわけです。このため、厚生労働省は適切に支援することが必要である。具体的には、先ほど申し上げた医師臨床研修費補助事業によって支援するというですとか、あとは協力型病院の候補となる病院を国のが見つけてきて情報提供することが必要であるということです。

また、この研修医の派遣を受ける側の都道府県ですとか協力型病院、こちらにおいても基幹型病院と協力して研修医の受入れに向けて必要な取組を実施していただきたいということです。

また、大事な点として3つ目の○ですが、広域連携型プログラムの研修医を募集する場合は、あらかじめこの研修プログラムがどういったものかということをお応募者に対して、研修希望者に対して丁寧に情報提供することが必要であるということです。

例えば、大阪のプログラムなので大阪で2年間研修できると思っているとそうではなくて、例えばですが、1年半が大阪で半年が新潟とか、そういった形になってきますので、そういったプログラムですよということをしっかりと説明した上で応募いただくような取組が必要ではないかということです。

この広域連携型プログラムについては、まだまだ詳細を詰めなければならないところがございますので、この部会において関係の都道府県の御意見も踏まえつつ、引き続き検討する。

ただ、あまりゆっくりもできませんので、できるだけ早期に形を固めて各都道府県に準備いただきたいということです。

16ページ、最後は「4. その他」です。

2つ書いていまして、1つが「基礎研究医プログラム」です。

こちらについては令和4年度からスタートしているものでして、臨床研修と基礎医学研究の両立を図るためのプログラムです。募集定員は40人ということで、今スタートしています。こちらについてはまだ卒業生、修了者が出ていないということで、なかなかプログラム全体の評価というのは難しいわけですが、今後出てまいりますので実施状況等を見させていただいて、募集定員40人というのも適切かどうかということも含めて、このプログラムの在り方を改めて検討することが必要であるとしています。

2)は「副プログラム責任者の資格」という部分です。

こちらは清水委員から文書でこの部分について御意見をいただいていたことを踏まえ、書かせていただいています。プログラム責任者については、令和2年度から「プログラム責任者養成講習会」の受講を必須にしたところ です。

ただ、20人以上の研修医が1つの研修プログラムに集まる場合は、プログラム責任者を支援する副プログラム責任者を置かなければならないとなっておりますが、この副プログラム責任者については、この講習会の受講は義務づけられていない、省令施行通知は何も言っていないという状況です。

<見直しの方向性>、この部分をどうするかということですが、やはり副プログラム責任者も重要な役割を担う方ですので、プログラム責任者養成講習会を受講することが望ましいぐらいのことは省令施行通知の中で書いてはどうかということです。

資料1について御説明させていただきました。御審議のほど、よろしくお願いします。

○国土部会長 錦さん、詳細な説明をありがとうございました。

内容が多くご説明に30分かかりましたが、振り返ってみますと、今年度はもう既に5回この部会を開催させていただいて、それぞれの課題についてディスカッションいただき、そのときの議論を踏まえてそのコンセンサスに近いものを事務局でまとめて文書にさせていただいたという理解でよろしいかと思えます。

委員の皆様から御意見をいただきたいと思いますが、項目別に順番にやりましょうか。論点が幾つかありますので、順番に御意見、あるいは質問、確認、コメント、何でも結構ですのでお願いしたいと思えます。それではまず「基幹型臨床研修病院の指定の基準について」ですね。最初の確認事項として、今回はまだ制度の改訂後4年目ということで大きな変革はないということをまず前提の理解として、各問題点について検討したということになるかと思えます。

そして、臨床研修病院の指定の基準については今、提案いただいたとおりであります。特に<見直しの方向性>としては1点、離島のみで構成され、かつ基幹型病院が存在しない場合の特例についての検討ですね。壱岐のほうからこういう御申請があつて、検討会で

はほぼよろしいのではないかという御意見が多かったのでこういう提案になっておりますが、この点についていかがでしょうか。

特に、反対意見とかございませんか。伺うところによると、これに該当する二次医療圏は5つくらいあるそうですが。

岡村先生、どうぞ御発言ください。

○岡村委員 岡村です。

この〈見直しの方向性〉は、すごく上手にまとめていただいていると思います。それで、まずそもそも二次医療圏というものを設定している意義というか、そういうことを考えると、臨床研修を行うために必要な症例があることというのは十分まず満たしていると思いますし、具体的に今回の長崎県の二次医療圏、ほかの離島で対馬とか五島がありますけれども、人口規模も同じようでありまして、それから私は壱岐病院のホームページとか見てみたのですけれども、十分な症例があると思いますし、今回ちょうど上限設定も大変リーズナブルだと思いますので、これでいいかと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

そういうことで、個別の事例として壱岐はよろしいのではないかということで皆さん御同意かと思えます。今後、ほかに該当する5か所くらいあるけれども、そこから出てくるかどうかは全く分かりませんので、そういう申請がほかにあった場合はまた個別に検討ということになるかと思えます。

それでは、この件についてよろしいでしょうか。

ありがとうございます。

では、2番目の「小児科・産科特別プログラムについて」であります。これについては〈見直しの方向性〉、7ページに3つございました。小児科・産科の研修期間を12週以上にすること、好事例を収集して周知すること、それから小児科・産科以外の診療科の特別プログラムへの変更も許容するという提案であったと思いますが、いかがでしょうか。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 重点とする診療科の研修期間を12週以上とするという、この設定には賛成したいと思います。少子化によって対象症例が非常に少なくなっている地域もありますので、4週間だけですと、せっかく御希望の診療科での研修をやってもあまり症例を経験できないまま、その診療科の面白さが分からないまま終わってしまう可能性があります。この12週という設定ラインはあまり長過ぎず、最低ラインとしては妥当と思われれます。

また、今回は小児科・産科の特別プログラムに限った話となっておりますけれども、全体のプログラムの中では外科重点プログラムとか、あとは地域の重点プログラム、いろいろな種類がほかにありますので、同様に今年度やりましたように、実際どのくらいの研修期間になっているか、そういった実態調査ですとか、関係団体のヒアリングですね、そういったものをほかのプログラムにおいても実施して、よりよいものに改善できるように次年度以降検討するべきかと思えます。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。12週以上というラインについては妥当ではないかというコメントだったと思います。

ちょっとウェブご参加の委員の挙手が先でしたので、順番にいきたいと思います。

清水委員、御発言ください。

○清水委員 ありがとうございます。

小児科・産科のみだけではない特別プログラムが許されたことで一歩、二歩進歩したかなと思うのですが、2点御質問がございました。

1点は、小児科・産婦人科特別プログラムと書いてあるのですが、実は全国には周産期プログラムという名称のプログラムが20個くらいあるのですが、その中にもいろいろな組合せがあって、小児科・周産期とか周産期・産婦人科とか、そういう場合は小児科も12週、産婦人科も12週など、両方が12週づつにすべきなのかどうかということが1点です。

2点目も一緒に申し上げてよろしいでしょうか。

○国土部会長 では、1点ずついきましょうか。

どうでしょうか。錦さん。

○錦医師臨床研修推進室長 周産期プログラムはいろいろあって、実質、産科重点プログラムとしてやっているところは産科の部分に12週にさせていただくということかと思いますが、内容によっては小児科・産科の双方を重点的にやるプログラムというものもあったりしますので、そういうプログラムのことと捉えた場合ということですが、その場合であっても小児科4週以上、産科4週以上というのは今、最低限やらなければならないとなっておりますので、そのいずれかを12週以上にさせていただくということを基本とした上で、実際に小児科・産科にどの程度割り振るかというのは、その周産期プログラムの狙いですとか目指すところを踏まえて各病院で御検討いただくところかと考えます。

○国土部会長 よろしいでしょうか。

○清水委員 ありがとうございます。

ということは、すなわち病院によっては小児科特別プログラム、産婦人科特別プログラムという2種類の特別プログラムを置くことも可能ということでしょうか。

それが次の2つ目の質問にもつながるのですけれども、2つ目の質問は、小児科、産婦人科以外の診療科が許されることになったので、地域によっては外科重点プログラムとか精神科重点プログラムというものも可能になるわけですが、その場合は外科、精神科も12週以上で組むということになるのでしょうか。そうすると、幾つでも組めてしまう気がするのですけれども、いかがなのでしょう。

○錦医師臨床研修推進室長 今のところ考えておりますのは、外科と精神科につきましては産科と小児科と同じ位置づけでありまして、4週以上やらなければならない。そして、8週以上が望ましいということになりますので、外科プログラムに振り替える場合、また精神科プログラムに振り替える場合は、同じく12週以上させていただくということが基本

になるかなと思っております。

○清水委員 そうしたら、特別プログラムは1プログラムの中に幾つでもいいことになりますよね。小児科特別プログラム、産婦人科特別プログラム、外科特別プログラムというのが可能になるということでよろしいですか。

○国土部会長 可能にはなるけれども、病院全体の定員は変わらないわけですよ。

○錦医師臨床研修推進室長 そういうことです。基本は募集定員が20人以上の基幹型病院は産科2人、小児科2人の特別プログラムをつくらなければならないということになりますので、例えば、小児科2人をやめて外科2人に置き換えるということです。その4人の部分を切り替えるということです。

○清水委員 その4人をどのプログラムに置き換えるかを決めるということですね。

○錦医師臨床研修推進室長 そうです。それで、1プログラム2人以上という縛りが別途ございますので、例えば、その小児科2人の部分をやめて代わりに外科2人に切り替えると、そういうような扱いになります。

○清水委員 分かりました。ありがとうございます。

私からは、以上でございます。

○国土部会長 順番にお願いしたいと思います。

では、新潟県の中村様よろしく申し上げます。

○中村氏（花角委員代理） ありがとうございます。花角知事の代理で出席させていただいております。よろしくお願ひいたします。

私からは小児科・産科特別プログラムについてなのですが、今もお話にありました都道府県の判断で、ほかの不足している診療科の重点プログラムに変更することを可能とするというような提案なのですが、知事会代表の花角知事の代理としての意見としましては、前回の部会の際にはほかの診療科も不足しているという声は確かにあったということですが、だからといって小児科・産科特別プログラムをほかの診療科に変更するというような議論はなかったのかなと思ってございます。

部会の議論の結果であるとか、そもそもこの制度が小児科・産科の医師不足の解消を目的として開始されたものであるということをお考えすると、ほかの不足している診療科へ変更することを可能とするのは飛躍があるのではないかというふうに考えております。

あとは、ほかの診療科への変更についてなのですが、都道府県が地域医療対策協議会等の意見を踏まえて決定することが適当ということですが、まさにどのような場合に変更が可能であるのかということであるとか、不足している診療科というのはどう捉えればいいのかという基準が具体的に示されていない中で、都道府県がその診療科の調整を行うというようなことは難しく、都道府県へ委ねることが適当なのかということについても、前回までのところでは議論がされていなかったというようなことございまして、小児科・産科特別プログラムの定員をほかの診療科に変更することについてはその是非から改めて丁寧に議論し、検討することが必要ではないかと考えています。

以上でございます。

○国土部会長 何かコメントありますか。

○錦医師臨床研修推進室長 詳しくこの部分は議論していなかったのではないかとこの御指摘に関しましては、6ページの最後の○で記載のような指摘がありましたので、これへの対応策として事務局として考えて今回御提案したという部分です。

こちらについては、どういった場合に振り替えられるのかということについては、基本は小児科・産科ということですので、小児・産科プログラムを設置することを原則としつつ、ということですので、基本はこれを残していただくということですが、それをやめてまで振り替えるべき事情、都道府県でつかんでおられるデータですとか、病院からのお話ですとか、あとは地域医療対策協議会での意見ですとか、そういったものを踏まえて小児科、産科医が足りない事情よりも、例えば外科の足りない事情のほうが上回るということや都道府県内で様々なデータを基に御議論いただいて、特に替えなければならない場合だけ替えていただくというようなことではないかと考えております。

まだまだ具体的に週数はどれだけあればいいのかとか、そういった部分も先ほど清水委員から御質問もあったぐらいですので、詳細については整理しまして、できるだけ早くお伝えしたいと考えているところです。

○国土部会長 これも、変更するかどうかは病院が判断して都道府県が承認するという手続になるのですか。

○錦医師臨床研修推進室長 今のところそのように、まず各病院の意向ありきと考えております。その提案を受けて都道府県で把握されているデータですとか、地域医療対策協議会の御意見ですとか、そういったものを踏まえて、例えば、確かに小児科よりもこちらの診療科のほうが深刻な状況にあるという場合に小児科の2人をやめて外科の2人に替えていただく、そういった判断をする。

いずれにしても、小児科・産科のほうが原則でありますので、基本はこのままやっただけということではありますが、そういった特段の事情がある場合は替えていただいても結構ということでありまして、都道府県を悩ませるためにやっているわけではなくて、その自由度を少し広げるということです。いずれにしてもしっかりと整理してお伝えしたいと考えているところです。

○国土部会長 変更は、気持ちとしては推奨するものではなく許容するということで、恐らく限定的に運用されるのではないかと私は想像いたします。私は外科医なんですけれども、外科の特別プログラムをただ作っただけでは全然希望者は来ません。希望者が来ないプログラムに切り替えても仕方ないので、病院でやはりいろいろな地元の情報を見ながら判断されることになるのではないかと想像いたします。ありがとうございます。

では、会場の森委員よろしく申し上げます。

○森委員 ありがとうございます。

今の件は私も同感でして、小児科・産科の特別プログラムについておまとめをいただい

たところで、ここに書かれていることというのは、その議論のときに小児科・産科だけではなくて地域によっては特別この診療科が少ないのだというような地域があるという問題が起こって、そういったことにも少しフレキシブルに対応できたらいいですねというくらいの感覚だなというふうに私は捉えておりますので、もう少し具体的などころははっきりお書きになったほうがいいかなと思って聞いておりました。

私からは7ページの注なのですけれども、これを拝見していて、ずっと注はどこから引いてきたかということが書いてあるんです。それで、例えば7ページの注の13ですが、「政策的に医療の確保を図るべきものとして位置づけられており」というのは医師需給分科会から出ていますよというのが分かるわけですが、その後、偏在指数という言葉が突然出てくるのですけれども、その注を読むと、偏在指標は93.6から171.0と突然数字だけ出てくるので、この所在地を書いておいたほうがよろしいかなと思います

以上です。

○国土部会長 いかがでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 注は全般的に見直しまして、丁寧に分かりやすく記載したいと思います。ありがとうございます。

○国土部会長 続きまして、伊野委員どうぞ御発言ください。

○伊野委員 私も先ほどの新潟県の中村様と同じ意見でして、診療科の医師の不足がより深刻な地域をフレキシブルにすること自体には賛成ですが、これを拡大解釈されて、何かその病院の特徴的なプログラムにすり替えられるようなことにならないように、と思っておりまして、具体的なある程度の枠をしっかりとめた上で始めるほうが安全ではないかと思った次第です。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

私は結構、性善説なんですけれども、そうではないこともあり得るかというところですが、錦さん。

○錦医師臨床研修推進室長 おっしゃるとおりかと思えます。安易な、その病院がやりたいということで切り替えられて一般プログラムに近いようなものをつくられるとか、そういったことは我々一切想定しておりませんので、そういった運用がなされないような枠組みを定めてお示ししたいと思います。ありがとうございます。

○国土部会長 手続は、繰り返しになりますが、病院が提案して都道府県も承認するということで、都道府県にもしっかりチェックしていただくという運用になるのかなというふうに想像いたします。

よろしいでしょうか。もし後で何かありましたら、もう一回ここに戻りたいと思いますので、次へいきたいと思えます。

次が、「第三者評価」についてであります。これにつきましては、いきなり全病院にマストにするのは時期尚早であるということで、これもかなり御議論いただきましたが、目

標としては半数程度の受審をまず目指そうということで、それができるような体制、あるいはインセンティブを考える。そして、JCEPに対しては10ページの下にあるようなことを検討いただくという提案でございますが、いかがでしょうか。

森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。

まとめ等には全く異議はございません。こういった第三者評価を努力義務にとどめていただいた点は、大変評価したいと思います。

と申しますのは、これは義務化すると、義務だから取るという姿勢になるからです。それで、本来こういうものというのは、自ら受審する必要があるということを理解して手を挙げてお金を払うべきものなので、私はそういう意味で、前向きな意味で努力義務というふうに考えております。

これは、ちょっと話がそれて申し訳ないのですが、同じような話として、第三者評価を入れるときというのは専門医機構でもそうなのですが、基準を厳しくするとその基準に合うようにみんな努力するのですが、現場からどんどん離れていく。現場の指導からどんどん離れていって、表面上は非常によくできた制度ができるのだけれども、現実は何も変わってないということがよくあるんです。

ここらの辺のことは私は一番大事なところだと思っているものですから、この文書については大変評価したいと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、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。

私は10ページ目の最後の○に関してですが、JCEPの自己評価と、それによる自己改善を求める文書というふうに理解しました。ヒアリングで何う限り、国内の根拠資料を踏まえた評価項目の妥当性や評価の透明性といった辺りは担保されているというふうに感じましたけれども、一方で、引き合いに出されているJACMEは組織体制、評価基準、評価方法などについてWFMEの査察を受けた上で2017年に外部評価機関として認定をするという、外部評価機関としての質が一定担保されています。

日本の卒後教育の認証評価もWFMEの求める基準にのっとなって進めていくのかどうかというのは、また今後の別の検討課題かと思えますけれども、少なくとも義務化するのであれば、その条件としてJCEPの評価能力やその方法に対する認証評価をどこか別な組織が、例えば、この部会はその役割なのかもしれませんが、そのような外部組織が明確な基準に従って評価をして、その質を担保するという構造を検討するということまで、もう一步踏み込んでいいのではないかと思いました。

以上です。

○国土部会長 これは非常に重要な御意見だと思いますが、錦さん、これについて何かコ

メントありますか。

○錦医師臨床研修推進室長 卒前におけるJACMEとWFMEのような関係が、今JCEPとWFMEの関係で築かれているかというところではないので、その部分をどうするのかということですが、御指摘はごもっともな部分があるかと思っておりますので、これは例えばということではありますが、定期的にJCEPの取組をこの部会に御報告いただいて部会から何らかコメントいただくとか、そういったことも工夫してやれるのではないかと考えております。JCEPの取組を何らかの形で見ていくというような視点は重要と考えております。

○国土部会長 現時点でJCEPに替わるような組織はないという現状もあるということですね。

私から、最後の4年間の認定期間ですが、4年と決めるのは今はJCEPですので、JCEPにこの部会としては5年にしてほしいとか、そう要望するという趣旨ではないということですか。

○錦医師臨床研修推進室長 ここに書いてあるのはそういう趣旨でありまして、「病院の負担軽減を図る観点から」と書いておりますので、普通に読んでいただくと4年よりは長くしていただくことを検討いただけないかということになるかと思えます。

○国土部会長 部会としてはそういう要望にするということでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 具体的に5年にすべきと書くか。そこも御議論かなとは思いますが、

○国土部会長 ちょっとぼかした書き方をしておりますが、清水委員に御発言をお願いしてもよろしいですか。清水委員、いかがでしょうか。

○清水委員 4年の理由でしょうか。

○国土部会長 この第三者評価全般、この項目についてでも結構です。何かありましたらご発言ください。

○清水委員 私としては、研修医指導を行う病院プログラムの質保証のために少しでもたくさんの方の病院さんに受審はしていただきたいと思っております。

2年だったり4年だったりしている理由は、研修医さんが2年ごとに修了するからだというふうに認識していました。多くの病院さんが2年たつと事務方さんもがらっと替わってしまったりするので、なかなかその継続性もないものだから、2年が適当なんだけれども2年では短いので4年となっていると認識しています。

昔は6年というのもあったのですがけれども、6年たつと本当にプログラム責任者も替わり、事務方も替わり、制度も変更されるなど、一切が替わっているということになってしまっているので、6年は長過ぎるため4年とし、その代わりにエクセレント賞というのを設けたと理解しています。そんなことでよろしいでしょうか。

○国土部会長 ありがとうございます。非常に具体的な御説明をありがとうございます。

偶数年のほうがいいのでしょうか。この部会としては、認定期間の在り方について検討くださいという依頼の仕方になっておりますので、もう一度、その実情に合わせた変更が

可能かどうか検討いただくということになるかと思えます。

それでは、第三者評価についてはこれでよろしいでしょうか。

ごめんなさい。岡村先生、釜菴先生と順番にお願いします。

まず、岡村委員どうぞ。

○岡村委員 岡村です。

第三者評価を受審する病院ですが、現状の3割をまず半数ぐらいに持っていきたいということなのですけれども、具体的に私が考えるのは、この基準の年間入院患者数3,000人未満の病院が現在45病院ぐらいあるということなのですが、特にそういう既得権というのは何ですけれども、一旦、基幹型になって、その後満たしていない現状を、そういった病院にとっても第三者評価のお墨つきをもらってきちんとした研修ができていたんだということと言う意味においても、そういった病院は努力義務以上にさせていただいたほうがいいのではないかと考えます。

○国土部会長 ありがとうございます。

これも重要な御指摘ですが、強く推奨すると何かありますか。錦さん、どうぞ。

○錦医師臨床研修推進室長 確かに、3,000人未満の病院はしっかりとした研修をしているんだということを外部に向けて証明する必要性がほかの病院よりは強いような気もいたしますが、都道府県の定期的な実地調査を受けて指定が更新されているということもありますし、あと、3,000人未満の病院というのは非常に小さい病院ですので、義務づけるとなると先ほど申し上げた人的コストの面とか、そういったところで負担が大きいかと思えますので、一律の義務づけとまではちょっと難しいと思いますが、もともと基幹型病院につきましては第三者評価の受審を強く推奨するというのが国の立場ですので、今回いただいたような御意見があったことについては都道府県を通じてお伝えすることはできるかと思っております。

○国土部会長 現状として、3,000人未満の病院の受診率というのは特に低いわけでもない。ほぼ同じ3割ぐらいということですか。

○錦医師臨床研修推進室長 そうですね。45病院中15病院が第三者評価を受けているということで、3割というところで全体と変わらないような割合でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、釜菴委員どうぞ。

○釜菴委員 今の御議論ですが、10ページの上から2つ目の○ですね。「引き続き、第三者評価の受審については、基幹型病院の判断に委ねることとするものの、より一層の受審促進を図る観点から」云々と書いてあって、ちょうどこの強度が、この強さぐらいが一番現状ではバランスが取れていると思えます。

それで、今、さらに第三者評価の受審が義務づけの方向にという御意見もありまして、その趣旨もよく理解はできるのですけれども、研修病院が非常にたくさん充実しているところと、必ずしもそうでもないところが地域によってありますから、先ほど新潟県からの

お話もありましたが、それぞれの都道府県が実情をよく把握する中で、段階を踏んで研修病院の研修レベルを上げていくということをむしろしっかり担保しないと、森先生が言われたように、その基準だけがかなり先走ると、それに合わせているのだけれども現実とは大分乖離してしまうというような状況が起こることを私も懸念しますので、まずはこの報告書の強度、強さでやっていくという段階ではないのか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。

続きまして、谷口委員どうぞ御発言ください。

○谷口委員 ありがとうございます。

私は、初期臨床研修の質ということを考えた場合には、やはり外部評価を受けるというのは非常に有用なツールではないかと考えています。

私の病院も今年の1月に再受審をしていますが、それをきっかけにして院内でいろいろ求められているものに関する情報を共有するとか、一緒に考えるとか、そういったプロセスが生まれてきますので、外部評価を定期的に行うということは非常に有意義だろうと思っています。

本来であれば義務づけもと思うのですがけれども、現状が3割ということであるとなかなか義務づけは難しいでしょうから、5割まで上げたいということで、それに対する何らかのインセンティブをつけるとか、促進するような仕組みをつくっていくというのが望ましいのではないかと思います。

期間に関してはやはり4年というのはちょっと短い感じがして、先ほど清水委員からその辺りの根拠がお話しされていましたが、できれば医療機能評価のように少し長めにして中間で何らかの書類審査をするとか、そういった工夫をすることによって間隔を延ばすということはできるのではないかと思います。またその辺りをJCEPで考えていただけるといいのかなと思います。

実は今年受審したときに、費用の上がる見込みがあるようなことを聞きましたので、その辺りも何らかの手当てをしないと、せっかく広まりそうな雰囲気逆行してしまうのかなとちょっと心配をしておりました。

以上です。

○国土部会長 貴重な情報、ありがとうございました。

清水委員、挙手されていますか。御発言ありますか。

○清水委員 ありがとうございます。

先ほどの岡村先生の入院患者3,000人未満病院のお話で、2020年改訂前までは厚生労働省さんで3,000人未満は必ずサイトビジットをしなければならないということになっていて、A、Bプラス、Bマイナス、Cというランクづけがされて、Bマイナスが2年続くと研修病院の指定が外されるという決まりがあったのですが、それが20年以降都道府県にいろいろな仕組みが移譲されていて、厚生労働省のこの臨床研修部会には結果が上がってこ

なくなっていました。ちょうどコロナ禍にもなって実際にどうなっているのか分かりませんが、3,000人未満は毎年義務づけられていると私は認識しておりますが、間違いはないでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 年間入院患者数が3,000人を下回る基幹型病院の継続指定につきましては、原則として2年ごとに実地調査を行うことになっていまして、2年連続3,000人未満であれば実地調査をしなければならないということになってございます。

それで、我々は確認してみると、コロナ禍ということもあってB、Cの都道府県も正直申し上げてあったところでもありますので、そういったところにつきましては実地調査を実施するように各厚生局を通じてお伝えはしたところでありまして、ここは引き続き確認していきたいと思っております。

○清水委員 私は年数については間違え発言をしましてすみません。サイトビジットによる確認はJCEPの評価とは別個に行われているということの認識でよろしいでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 各都道府県による実地調査ということでございます。

○清水委員 ありがとうございます。

○国土部会長 今の件は、次の11ページの「国と都道府県の関係」の中で、指定権限が都道府県に移譲されて4年たったところで実態把握という提案に関連すると思えます。ここに入りますか。その3,000人未満の病院のサイトビジットの結果は？

○錦医師臨床研修推進室長 そうですね。そういったことも含めていろいろと調査したい、まさに実態を把握したいと考えております。実地調査をどういう体制でどのような期間でどれだけの病院に対してやっているかも、その中に入るかと思えます。

○国土部会長 11ページに移りたいと思っておりますが、いかがでしょうか。実態把握ということで、まだ具体的にその項目はこれから決めるということですか。

○錦医師臨床研修推進室長 そうですね。病院から通常どのような問合せがあって、どのように対応しているのかということですか、あとは各県において臨床研修業務を行っている組織の体制ですか、地域医療対策協議会の開催状況やテーマですか、新規指定に係る書面調査や実施調査をどのように行っているのか、募集定員配分をどのような考え方で実際どう配分しているのか、一部把握している部分も当然、今もあるわけですが、もう少し整理して把握したいということです。

○国土部会長 ありがとうございます。

現状は皆さん御記憶のように、都道府県の各病院の定員がここ4年間どういうふうに変ったかというデータだけはこの部会で毎年報告されています。そこに恣意的な大きな変化はないだろうということだけはチェックしているという理解ですが、よろしいですか。

それでは、次に進みたいと思えます。「地域医療の安定的確保について」の部分であります。13ページの辺りでしょうか。〈見直しの方向性〉、激変緩和措置の在り方、全国の総募集定員、それから地域における研修機会の充実、広域連携型プログラムの設定ですね。13から15ページの範囲について御意見、コメント、質問がありましたらお願いします。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 この広域連携の半年間のプログラムですが、これは、以前あった広域の「たすき掛け」のプログラムと同じように思います。地域の制限なく始まった「たすき掛け」が、ある時期から、近隣、または同じ都道府県内に限ることを原則とする、という見直しがあったと思います。今回は、再度、広域の「たすき掛け」を認める方向となりますので、何故復活させることになったのかの説明の必要性を感じたのですが、いかがでしょうか。

○国土部会長 これはどうでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 今、臨床研修病院群につきましては省令の施行通知の中で、原則、同一の二次医療圏内、また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正当な理由があること、ということで幾つか列挙されているということです。基本的には同じ県内で行うというのが原則になっているということです。今回、この14ページに書いてあるような提言があったりということですか、医師少数県、医師多数県でそれぞれ研修するということに関するメリットですね。あとは偏在是正の必要性、そういったことに鑑みまして、このたび、もともと今の省令施行通知の同一の県内というところの例外として、1年半、医師多数県、半年は医師少数県というのを基本として、新たなプログラムの設定を認めていきたいということでありまして、この点について御議論をいただいていたところですよ。

ただ、やはりそのプログラムとして魅力的なものにならなければならないというのが前提ですので、単に派遣して終わりというわけではなくて、医師多数県、医師少数県のそれぞれのいいところが引き出されて、研修プログラム全体として研修医のプラスになるようなプログラムにさせていただくということが必要だと思いますし、そのための支援を国としてもするというのを15ページに書かせていただいているつもりです。

○国土部会長 昔のたすきがけというのは本制度当初のときのものでしょうか。ちょっと私も記憶が曖昧なのですが、伊野委員のご趣旨は、昔からの経緯に触れるべきじゃないかということでしょうか。

○伊野委員 はい。私も、何故そのような原則の縛りがついたのでかといった経緯は正確には存じませんが、当時の一臨床研修センター指導医として、他県とのプログラムを変更することになったことは覚えております。そういったことから、広域の「たすき掛け」が復活する経緯については説明があったほうがいいのではと思いますし、逆に、当時、同一都道府県内という原則を付けることについての議論があったのではと思いますが、そういった経緯についてはいかがでしょうか。

○国土部会長 この場で答えられる方はいらっしやらないかな。

○錦医師臨床研修推進室長 実際には私も詳しいところは承知しておりませんが、今、その省令の施行通知には、臨床研修病院群における緊密な連携を保つためには同一の都道府県に臨床研修病院群というのはあらねばならないということを書いてありますが、ただ、全てこれで限定しているわけではなくて、正当な理由があればそれも構わないというよう

なことは書いてありますので、その部分の一つとして今回、研修医の偏在是正の必要性ですとか、プログラムを医師多数県、医師少数県で組み合わせることのメリットとかがあれば、同一の県内でなくてもやれるということにするということかと思っております。

当時の具体的な経緯までちょっと把握しているものではありませんけれども、原則としては先ほど申し上げたようなことがありつつも。

○国土部会長 分かりました。いいでしょう。

ちょっと時間もありますので、一旦議論を止めたいと思います。この件は私としても個人的にはちょっと気になります。今回の取りまとめについてはこれでお認めいただいて、伊野委員の疑問について、また過去の経緯についてちょっと情報があれば次年度の本部会で共有したいと思います。よろしく願いいたします。

釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 手短に申し上げますが、医師少数県においては何とか医師研修を自分のところでやってほしいという御希望は非常に強い。それでまたこういうアイデアも一つ出てきたということで、書きぶりとしてはこれでとてもいいと思うのですが、一方で、医師の偏在是正の取り組みは研修が始まった若い人たちに多くの負担がいくということではなくて、医師全体として偏在是正に取り組むということがぜひ必要であって、現在研修をする方にとっては最も研修にふさわしい場所でやっていただきたいという大原則については、皆さん常に頭に置いていただきたいと思います。

以上です。

○国土部会長 これも、大変重要な御指摘だと思います。

13ページの上のほうに医師偏在の検討会のことも書いてありますが、そちらのほうでも検討しつつあるということだと思います。

清水委員、御発言ありますか。

○清水委員 手短に、5%がそれぞれの県のどの病院から何人分ずつをどこの県のどこ病院にという具体的な方策については、これから話し合われるということによろしいでしょうか。

○国土部会長 広域連携についてですね。

○錦医師臨床研修推進室長 プログラムの詳細はこれから詰めていきますし、具体的にどの病院にやっていただくかという部分については各都道府県が各病院、または各地域医療対策協議会の御意見も聞きながら割り振っていくというのが基本かと思っております。

我々としては、例えば、東京都さんに50人分お願いしますということでお伝えした50人をどの病院に割り振っていくかという部分については、都道府県のほうでお考えいただくということかと思っております。それ以外の全体のスキームについては、できるだけ早くこの部会でも御議論いただいて決めていただくということかと思っております。

○清水委員 ありがとうございます。承知いたしました。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御発言はございますでしょうか。

ありがとうございます。それでは、最後の「その他」という16ページの部分ですが、「基礎研究医プログラム」はまだ修了生が出ていないので引き続きフォローアップをする。

それから、副プログラム責任者にプログラム責任者養成講習会を受ける、受講を推奨するということではありますが、よろしいでしょうか。

それでは、全体を通じてもう一度、何かお気づきの点がありましたらお願いしたいと思いますが、よろしいですか。

堀岡さん、お願いします。

○堀岡オブザーバー 文科省でございます。

文科省で今、医学教育と研究の検討会というものをやっていますけれども、その中でもシームレスな教育というものは常々話題となっております。今回、医師法の改正も踏まえて診療参加型臨床実習を充実させていかなければならないと思っております。文科省としても様々な対策で診療参加型臨床実習をできるだけきちんとやっていきたいと思っております。

その場合、シームレスな臨床実習が充実したというふうになった場合には、もちろん今は参加型であるとは全然いえないわけですが、シームレスな医学教育の考え方に基づいて診療参加型臨床実習が充実した場合には、臨床研修制度の内容などについてもそれに基づいて次回以降検討していただければと思っております。これはお願いでございますけれども、よろしく願いできればと思っております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。そうしましたら、この会議に今後何か情報をいただけるということですね。

○堀岡オブザーバー 我々としても、参加型臨床実習を今後どうやっていくのかというのは調査などやっていくつもりですので、必要があればやっていきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○国土部会長 了解しました。次年度以降、よろしく願いいたします。

ほかはよろしいでしょうか。

清水先生、どうぞ。

○清水委員 すみません。省令のことじゃなくてもよろしいでしょうか。何かまとめに入ったみたいなので。

○国土部会長 まとめに入りますので、その前にどうぞ。

○清水委員 特に省令の中に記載していただきたいということではないのですが、今2020年から走っているプログラムで、救急分野と、それから一般外来研修については並行研修が可能なのですが、ダブルカウントができないという決まりになっています。したがって各病院がプログラムをつくる際にダブルカウントできない診療科や診療分野のローテーション中には期間を4週間からはみ出さなければならず、各病院さんは結構苦しんで

いるところだと思うんですね。

直接、到達目標や評価に関係するところではないので省令の中で検討することではないのですが、もしどこかでその件について御検討いただける機会がございましたら、各臨床研修病院のプログラムをつくる上で非常に楽になりますので御検討いただければありがたいと思います。

以上でございます。

○錦医師臨床研修推進室長 今おっしゃっていただいたのは、医師臨床研修のガイドラインにおける記載の関連ですね。そこで書いている部分でありまして、必修分野をブロック研修中に救急の研修を行う場合は必修分野の研修をやらないことになるので、その分、必修分野の日数をどこかで補填して追加してやらなければならないということですが、この点に関して、ダブルカウントを認めることでそれを不要にすべきではないかという御意見だと思いますけれども、その場合は必修分野の研修の日数が減ってしまうので、本当にそれでいいのかということも併せて考えないといけない。今後ガイドラインを改訂する際の論点として、その点は事務的に受け止めて検討させていただくということかと思えます。

○清水委員 よろしくお願いいたします。

○国土部会長 それでは、これは宿題ということでこれは承りたいと思います。

ほかに何か御発言ございますか。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 医療法改正に合わせて、このたび、医師臨床研修指導ガイドラインの第5章で、研修医の労務環境についても大幅に改訂がなされたことは10月の本部会でも報告がありました。そこでは、労務管理に関する基礎的な知識、研修医の労務管理についてかなりアップデートされています。

ただ、対象となる臨床研修医におきましてはC-1水準などの特例水準、あとは4月から始まる面接指導、勤務間インターバルなどについてほとんど知られていない状態です。

昨年、研修医の長時間労働による労災認定に関する報道が相次いだこともありますが、臨床研修医に自身の健康管理についてしっかりと知識を持っていただいて、それがやはり良質な医療の提供のために欠かせないことをぜひ周知するべきだと思います。

厚生労働省の労働基準局におきましては、本年度、都道府県による臨床研修医向けの医師の働き方改革セミナーの実施の支援事業を行っているということで、先日、2月9日ですけれども、全国で初めて群馬県で県内の1年目の臨床研修医を全員集めてセミナーを実施して、私もその講師として派遣されて群馬県のほうに伺ってまいりました。

臨床研修医の方は非常に熱心に聞いていただいて、受講後のアンケートでも働き方改革への理解とか法令について非常によく分かったという結果を得ています。

労働基準局の労働条件政策課において、こういったセミナーの開催の意向がある都道府県がもしございましたら、企画、講師派遣、資料提供などの支援を行うと承っております。ぜひこの機会に担当部局、都道府県で御関心があればお問合わせいただきたいということ

で情報提供させていただきました。

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。

木戸委員のおっしゃったことは大変重要な気がします、この働き方改革が4月から実施されることについては本報告書（案）では一言も触れていませんでしたか。

○錦医師臨床研修推進室長 そうですね。そこは、論点として取り上げられていなかったのです。

○国土部会長 「はじめに」の中でもいいと思うし、総論的でもいいと思いますけれども、何かやはり書き込んだほうが良いと思います。初期研修制度は変更後まだ4年であまり変わっていないんだけど、労働時間についての制度が変わることになります。外的条件の大きな変化ですので、そこは書き加えましょうか。

木戸先生にも御指導いただきながら「その他」か「はじめに」か、どこかに、具体的なことではないのだけれども、指導する側も指導される側も「働き方改革」についての十分な知識が必要だし、それを考慮して過労死などの不幸を防ぐための努力が必要だとか、そんなことを加筆しましょう。

○錦医師臨床研修推進室長 その辺りのメッセージの部分を加筆、検討させていただきたいと思います。

○国土部会長 これは重要な御指摘だったと思います。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

そういうことで、本日は大変活発な議論をいただき、基本的には事務局での取りまとめ案に御賛同いただきました。先ほど申しましたような加筆部分については、これから私と事務局で対応させていただきたいと思います。必要に応じて関係の委員の先生方に御連絡するかもしれませんが、それで修正、加筆したいと思います。それでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、事務局において必要な対応をよろしく願いいたします。

以上で、本日予定した議事を終了いたしました。御協力ありがとうございました。

今後の進め方について、事務局から説明をお願いいたします。

○出雲臨床研修指導官 本日、委員の皆様にご議論いただきました内容を踏まえ、報告書の公表に向けて必要な対応を行い、今年度中に取りまとめた上で報告書を公表予定でございます。

また、次回の部会開催日程については改めて調整させていただきます。

○国土部会長 本日は本当にありがとうございます。今年度最後の会議となり、また、報告書の取りまとめができましたこと、改めまして御礼申し上げます。

それでは、ここで局長から御挨拶をお願いしたいと思います。

○浅沼医政局長 医政局長の浅沼でございます。

オンラインでもあるので、着座で御挨拶をさせていただきます。

おかげさまで、6年ぶりの報告書案を取りまとめることができました。国土部会長をはじめ、皆様方には大変感謝と、または御指導をいただき、誠にありがとうございます。

本日の議論のとおりでございまして、研修制度の見直し等々に御意見を反映させていただきたいと思っております、例えば離島における臨床研修の在り方だとか、小児科・産科の特別プログラムのことだとか、幾つも御意見をいただきまして感謝をしている次第でございます。

その中で、医師の地域偏在、診療科偏在のことも、我々も厳しい、難しい時代になっているので、そうした課題にも立ち向かっていかなければいけないのですが、釜菴委員からもあったとおり、やはり大原則はこうした研修制度で対応するのではなく、医療の全体の中でやっていかなければいけないという御意見はごもっともだなと思っております。

研修は長い医師人生の最初の土台をつくる重要な2年間というふうに我々も踏まえておりますので、ゆえにいろいろな医療のことを経験してもらえるようなプログラムにすべきだと思います。それを、第三者評価も含めてきちんとフォローすることが大切だというふうに改めて認識しております。

なかなか第三者評価の必須化というのが厳しい現状ではありますけれども、できる限り受けていただけるような誘導だとか、あとは仮に受けていただかなくても全体のフォローアップ、ヒアリングだとか、我々のほうの調査だとか、そういったものもしっかり準備をして、また新たな数年間、この臨床研修制度を確認しながら進めていければと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

年度末なのでちょっと長めの挨拶をさせていただきましたが、部会長をはじめ、本当に先生方ありがとうございました。引き続きどうぞよろしくお願いを申し上げます、私からの御挨拶とさせていただきます。

これからもどうぞよろしくお願いいたします。

○国土部会長 浅沼医政局長、ありがとうございました。

それでは、本日の議題はこれで終了であります。本年度も皆様、本当に御協力ありがとうございました。

これで「医師臨床研修部会」を終了いたします。