

○礒山企画専門官 定刻になりましたので、ただいまから令和6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。

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。今村英仁委員です。

○今村委員 おはようございます。

日本医師会のほうから、釜菴常任理事に代わりまして今村が担当させていただきます。

どうかよろしく申し上げます。

○礒山企画専門官 本日は、伊野委員、木戸委員、清水委員、宮地委員、森委員、岡村委員、谷口委員はオンラインで御出席いただいております。

また、横手委員の代理として、全国医学部長病院長会議の相良参考人に、花角委員の代理として、新潟県福祉保健部長の中村参考人に御出席いただいております。

また、オブザーバーとして、文部科学省高等教育局医学教育課から堀岡企画官にオンラインで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。

それでは、以降の議事運営につきましては国土部会長に申し上げます。

○国土部会長 皆さん、おはようございます。

本日も、お忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございます。

それでは、早速議事に入りたいと思いますが、まず資料の確認をお願いいたします。

○礒山企画専門官 それでは、資料の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、2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ますようお願いいたします。

それでは、部会長、引き続き申し上げます。

○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「広域型連携プログラムについて」であります。

資料1について、事務局から説明をお願いします。

○野口医師臨床研修推進室長 医師臨床研修推進室の野口と申します。

私から、資料について説明をさせていただきます。

資料1を御覧いただければと思います。

まず、1枚目でございますけれども、本年3月に取りまとまりました臨床研修部会の報告書の中の広域連携型プログラムの関係の抜粋になります。既に御覧いただいているところかと思いますが、一応関係部分を読み上げさせていただきたいと思います。

まず、○の2つ目でございますけれども、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、医師多数県における研修を中心としつつ、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は、双方の特性・魅力を生かした良質な研修を受けられる、キャリアの選択肢が広がる、自身の適性に気づく契機となる、といったメリットが考えられるということで、広域連携型プログラムの趣旨を書いているところでございます。

また、○の3つ目でございますけれども、このため、研修医本人が希望することを前提として、このような研修が受けられる機会を創設することとし、令和8（2026）年度以降は、医師多数県の募集定員上限のうち一定割合については、医師少数県等に所在する臨床研修病院において24週程度の研修を行う研修プログラムの募集定員に充てるものとするということを書いているところでございます。これを広域連携型プログラムと呼ばせていただいております。

○の4つ目のところ、「具体的には」ということですが、医師多数県のうち採用率が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%程度及び激変緩和措置による加算分の一部を、医師の確保が困難な地域、例えば、医師中程度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や、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臨床研修病院において24週程度の研修を行う研修プログラムの募集定員に充てるものとするということ書いております。

大まかな内容としてはこういったことが報告書で取りまとめられたところでございますけれども、この報告書の内容を踏まえまして、都道府県ともこれまで事務局にて意見交換を行ってまいりました。プログラムの詳細を今回、次ページ以降で事務局案としてまとめておりますので、本日はこの報告書の内容の具体化として、本事務局案が適切なのかどうかなどの観点からぜひ御議論いただければと思っておりますのでございます。

2ページを御覧ください。

こちらは広域連携型プログラムの趣旨をまとめた資料になります。報告書の内容を基に文章を少し書き下してまとめているところでございます。

内容としましては、太字のところがございますように、まず地域における研修機会の充実にとということで、医師少数区域など地域の医療現場を経験できる機会を充実する。

次に、複数の医療現場の魅力・特性を生かした充実した研修が可能にとということで、異なる医療現場を経験できる、地域における医療現場を経験できるということ。

また、研修医のキャリアの選択肢にとということで、異なる環境で医療に従事する中で、研修医の将来のキャリア検討の選択肢や自分の特性に気づく契機になる。

また、全国の臨床研修ネットワークの形成にとということで、異なる地域の臨床研修に関

するネットワークが形成され知見の共有等につながるといったことを書かせていただいております。

また、以上に加え、真ん中の辺りですが、本プログラムを通じて地域における医療のキャリアの選択肢が広がるなど、地域偏在対策に資するというところも記載をさせていただいております。こちらが簡単ですが趣旨をまとめた資料でございます。

3 ページを御覧いただければと思います。

ここからはプログラムの内容についてでございます。

まず「1. 対象区域」についてでございます。

連携元区域、これは研修医を送り出す側の地域になりますけれども、報告書の内容と同様に、医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県、ただし沖縄県は除くとしていただいております。

次に連携先区域、これは研修医を受け入れる側の地域になりますが、これについては医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県、医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域としております。ここは先ほど申し上げましたような報告書の内容と同様のものとなります。加えて、連携先区域の3つ目として、連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（対象人数の一部）というのを加えております。これは医師が少ない地域など、地方での研修の機会を確保するという観点から、連携元区域である医師多数県の医師少数区域も対象に加えたものでございます。

広域型連携プログラムを運用していく上で、医師多数県に一方的に負担がかかるのではなく、医師多数県、医師少数県双方にメリットがある仕組みとすることで、本プログラムが円滑に進んでいくものと考えており、こちらもお対象に加えております。

ただし、※の2つ目にもありますように、連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域については、人口30万人以上の二次医療圏は連携先区域から除くとしております。医師多数県内の比較的大規模な市同士での連携で研修が完結してしまうとプログラムの趣旨を損なうおそれもございますので、このような規定を設けてはどうかと考えました。

次に「2. 対象病院」についてです。

まず、連携元病院については、医師多数県の基幹型病院としたいと思っております。

そして連携先病院のほうですが、医師少数県等の機関型病院、協力型病院等としております。連携先での研修体制も整った病院に加えるという観点から、連携先病院には協力型病院だけでなく、基幹型病院も加えた形にしてはどうかと考えております。

次に「3. 対象人数」です。

こちらは医師多数県の募集定員上限の5%以上としております。

ただし、※の1つ目にありますように、連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合については、募集定員上限の5%のうち2%を限度とするとしてはどうかと考えております。これは5%の全てを医師多数県の医師少数

区域との連携プログラムにしてしまうと本プログラムの趣旨を損なうおそれがあることから、このような規定を設けてはどうかと考えました。

また、※の2つ目にございますように、報告書に記載もありました激変緩和措置適用都道府県の部分でございますけれども、ここについては5%にプラスして激変緩和措置に加算された定員数の2分の1を加えた数としてはどうかと考えております。ただし、制度の立ち上げ期における連携先病院確保の観点から、初年度はじめ当初の間はこの激変緩和措置の規定は適用しない形にしてはどうかと考えております。

4 ページを御覧いただければと思います。

「4. 時期・期間」についてでございます。

まず、プログラムの実施時期は原則として臨床研修の2年目と考えます。

また、プログラムの実施期間は24週又はそれ以上とするとしてはどうかと考えております。

これも報告書の内容を基本的には踏襲した形と考えております。

「5. 費用負担」についてです。

本プログラムは県をまたいだ取組となります。それに伴う費用も発生することになるため、国による支援を検討していきたいと考えております。

具体的には、例えば括弧のところにございますように、広域型連携プログラムを作成するプログラム責任者にかかる負担の部分でございますとか、研修医の移動に伴う旅費、あるいは連携先へ研修医が滞在する場合の負担などが考えられるところでございますけれども、これらについてはどういった支援があるか引き続き検討していきたいと思っております。

5 ページを御覧ください。

連携先病院間のマッチングの流れについてでございます。

この広域連携型プログラムは、異なる県の病院が連携してプログラムを作成する必要があることから、連携が円滑に進むよう、国が関わりながら連携が図られる流れをつくる必要があると考えまして、このようなものを作成いたしました。

まず、緑色の上の3行を御覧ください。こちらは医師少数県の連携先病院に関する部分でございます。まず厚労省のほうから医師少数県等に対して受入可能な連携先病院のリストアップをまずお願いしたいと思います。あわせて、単に病院のリストだけだとそれらの病院がどのような病院か分からないというところもございますので、どのような病院が分かるか、そういった情報を収集してもらうように、医師少数県のほうに依頼をしたいと思います。これらの病院のリスト、それから病院の情報を厚労省で取りまとめた上で、医師多数県に情報提供してはどうかと考えております。

真ん中のオレンジ色の行でございますけれども、こちらは医師多数県の連携元病院に関する部分でございます。これについても厚労省のほうから医師多数県に対して、連携元病院の選定をお願いしたいと思います。その上で、連携先病院のリストを頂いた上で、医師

少数県に情報提供してはどうかと考えております。

こういった情報を踏まえて、医師多数県、医師少数県の病院間または都道府県間で連携を図っていただければと考えているところでございます。

6 ページを御覧ください。

まず1. ですが、医師多数県の側の連携元病院の考え方というところでまとめました。医師多数県において、本プログラムの趣旨を踏まえた連携元病院を選定いただく必要がありますが、適切に選定いただけるように連携元病院の考え方を整理してみました。

まず、○の1つ目でございますけれども、医師多数県の連携元病院は、通常のプログラム、それから広域連携型プログラム、双方を安定的に実施できる研修体制を有していることが必要と考えます。そのため、研修体制の目安として、研修医募集定員の20名程度またはそれ以上ということが考えられるかと思えます。また、本プログラムの想定されるケースとして、研修医の方が大学病院等の連携元病院で専門分化した医療を学びながら、医師少数県等の連携先病院で、地域における研修の機会を持つというような形が考えられるかと思えます。このような形が、本プログラムの趣旨を踏まえると、実施する意義は大きいと考えます。これらに該当する病院が、本プログラムを積極的に実施する必要があるのではないかと考えます。

2つ目の○の部分ですけれども、上記に限らず、本プログラムの実施を希望する連携元病院があれば、実施する上での指導体制が充実していることは確認しつつも、連携元病院になることを妨げないと整理してはどうかと考えております。

2. が医師少数県側の連携先病院のリストアップについてでございます。

本プログラムを実施するに当たって、連携先に当たる医師少数県等の病院の取組が極めて重要になると考えております。そのため、先ほどの説明とも重複いたしますけれども、医師少数県側には受入可能な連携先病院をリストアップしていただく。また、連携元病院とマッチングがうまくいくように、連携先病院に関する情報を収集することを厚労省のほうから依頼したいと思えます。厚労省のほうから医師少数県に対して、一定数以上の受入可能連携先病院をリストアップするよう、あわせてお願いをしたいと考えております。

7 ページを御覧ください。

今申し上げました医師少数県側の連携先病院で情報収集をしていただきたい情報項目をまとめてみました。医師少数県の連携先病院としてこういった情報を収集してはどうかと考えております。

具体的には、まず全体というところですが、まずその病院がどんな強みや特色があるのかということが重要な情報かと思えますので、そういった情報が分かる資料、情報をいただきたいと思っております。

また、研修面については、多く羅列しておりますけれども、例えば受入可能人数がどれくらいなのか、研修医の受入可能時期がいつ頃か、研修に対応できる診療科がどのような診療科なのか、指導医の数がどれくらいいるのかをはじめとした研修に関する情報。また、

研修面の下のほうに書いておりますけれども、研修医への支援体制がしっかりしているのかどうか、例えばメンタルヘルスへの対応、こういったところをどういうふうにやっているのかというような情報も併せて提示をいただければと思っております。

加えて、下のほうに生活面と括弧で書いておりますけれども、宿舎や寮があるのかどうかの有無、それから住居、交通費の支援があるのかどうか、こういったところも大事なところかと思しますので、情報を提示いただきたいと思いますと思っております。

8ページを御覧ください。

最後に、スケジュールについてでございます。

報告書にもありましたように、令和8年度からこの広域連携型プログラムに基づく研修をスタートさせることを目指したいと思っております。そのため、来年度、令和7年度には研修プログラムを病院から都道府県に届け出いただくとともに、研修医の募集、マッチングが行えればと思っております。それに向けまして、本日の部会での御議論も踏まえつつ、早ければ来月にも都道府県に制度の説明やプログラムの作成の依頼を行えればと思っております。

3月の報告書の内容を踏まえたプログラムの詳細に関する事務局案としては以上になります。

今、冒頭のほうで御説明しましたが、対象区域、対象人数につきましては、3月の報告書を踏襲しつつ、全体として報告書より規模を絞り込んだ形で事務局としてはまとめております。制度初年度であることも鑑みまして、より円滑なプログラムをスタートできるよう、まずはこのようにある程度絞り込んだ形で制度をスタートさせてはどうかと考えているところでございます。

説明としては以上でございます。

○国土部会長 野口さん、ありがとうございます。

広域連携型プログラムというのは、昨年度、皆様に御議論いただいた、一つの大きなテーマです。今回はこれをディスカッションいただきますが、事前に委員の皆様や関係者には事務局から御説明いただいて、その意見も取り入れながら、個人的にはかなりよく練られた提案であると思っております。幾つか細かい検討事項はあるとは思いますが、まず委員の皆様から質問をまず受けていただいて、その後で御意見をいただきたいと思いますと思いますが、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。森でございます。

質問なのですが、ちょっと分からなかったのが、まだいまだに分かっていないのですが、2%の取扱いですが、5%のうちの2%が例えば日赤とかそういうところを対象にしているという理解でいいのかどうかということです。例えば大学の連携病院とか、そういうのはこれに相当するのか。この2%が、どこまでが2%なのかがよく分からなかったのが1点。

もう一つ、2つ目の質問は、募集をするとき前もってプログラムはできているのだけでも、募集は同時にするとすると5%、2%でぴったりいくのか、そこら辺は必ずしも募集した病院へ行くかどうか分からないということになるかと思うのですが、その辺りはどういうふうに解釈すればいいのですか。

以上です。

○国土部会長 どうぞ。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

まず、2%の扱いでございますけれども、各対象となる医師多数県の募集定員が決まるかと思えますけれども、その募集定員のうち2%に相当する部分については、医師多数県の中にある医師少数区域の病院と連携して、広域連携型プログラムとしても半年程度研修を置くような形で、プログラムを実施していただいても構わないというような形で考えております。

医師多数県の病院がどこが該当するのかというところ、これも基本的には各都道府県でどこの病院がというのを決めていただく形になると思うのですが、連携元病院については先ほど資料で御説明したような連携元病院の考え方を踏まえつつ、ある程度の募集規模があるとか、大学病院等の専門分化したところを実施しているなども踏まえつつ決めていただくような形になるかなと思っております。

それから、プログラムの割り振りですけれども、まず、来年の4月頃にそれぞれ病院においてプログラムを都道府県のほうに届け出ていただくということになるかと思えます。あわせて、例年ですと年末頃に令和8年度の各都道府県の募集定員を我々のほうで上限を決定させていただきまして、それを踏まえて各都道府県で必要な各病院へのプログラムの募集定員を割り振っていただくような形になるので、大体それが4月頃になるかなと思えます。時期としてはかぶるのですけれども、そういった時期にそれぞれプログラムの人数を割り振っていただくというのと同時に、並行してその病院でプログラムを作成いただくということになるかなと思えます。

ただ、4月に全て決定する形でやってしまうと間に合わないような形になるかと思えますので、説明会なども開かせていただきながら、なるべく早く各医師多数県のほうで、この広域連携型プログラムを実施する病院をどこにするかとか、どれくらいの人数をその病院に対応していただくかを整理していただきたいなと思っております。

説明が不十分であれば申し訳ございません。

○国土部会長 森委員、よろしいでしょうか。

それでは、順番に御発言いただきたいと思えます。

岡村委員、どうぞ御発言ください。

○岡村委員 私は、この広域連携型のプログラム、すごくいいプログラムだと思います。ぜひうまく運用されることを願っています。

質問ですけれども、1つは、連携元病院はプログラムを決められるのですよね。その場合、

マッチングの段階で応募する研修医はどこに連携先病院に行くかというのは分かった状態で応募するという事なのではないでしょうか。

○国土部会長 どうですか。

○野口医師臨床研修推進室長 今おっしゃったのは、研修医の方が応募する段階でというような意味でよろしかったでしょうか。

○岡村委員 はい。

○野口医師臨床研修推進室長 今、このプログラムの具体的な組み方はもうちょっと詰めたと思うのですが、基本的には各連携元病院のほうで広域連携型プログラムというものをつくっていただいて、どこの病院と連携するのかというのもある程度プログラム作成の中で整理していただいて、その情報を研修医を募集する段階で出していただいて、各研修医の方がこの病院の広域連携型プログラムに応募しようというような形になると思います。具体的にどの病院に何人配置するとか、そういったところは運用の部分でまだ決められておりませんが、連携元病院がどこで、その連携元病院はどこに病院と組むプログラムですよというのは分かった状況で応募していただくような形になるのかなと思っています。

○国土部会長 それに関連して私から追加の質問ですが、例えば東京に10人定員がある病院があったとして、そのうち3人をこの連携型にするとした場合、3人の募集（マッチング）は別にしなければいけないのか、あるいは10人採用した中で、途中で相談しながら10人の中から医師不足地域の研修に行きたい人を3人選ぶような運用にするのか、最初から行き先も含めてフィクストで、募集の段階でそこまで決めなければいけないのか、あるいはその辺についてはフレキシブルでよろしいのでしょうか。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

検討中ではあるのですが、今、室として考えているのは、通常のプログラムと広域連携型プログラムは別に募集する形になる。なので、募集する研修医の方は広域連携型プログラムに募集するという形にします。なので、全部一まとまりにして応募していただくという形は今、想定していません。その場合どうしても、実際に広域連携型プログラムに行きたかったのに全体のマッチングの中ではじかれてしまうということもあるので、広域連携型を希望する人は広域連携型プログラムにちゃんと募集してできるような仕組みにしたほうが、よりフェアなのかなと思っています。

その上で、広域連携型プログラムの中でいろいろな病院と連携するときにはどんなふうに連携するのか。連携先病院がA病院だったら、そのA病院だけでプログラム枠をつくるのか、連携型プログラムだけで一つの固まりにするのかはまだ決まっておませんが、これから詰めてまいりたいと思っています。

○国土部会長 私の病院ですと、例えば現在でも九州等へ短期間研修医を送っているのですが、募集の段階で決めているのではなくて、採用してから相談して、手挙げ方式で選択しておりますので、そういう運用とはちょっと違って来る可能性があるということ

ですね。

岡村委員、どうぞ続けてください。

○岡村委員 もう一点ですけれども、広域連携型の連携先の都道府県に偏りが出た場合に、例えばあまり人気がない都道府県があった場合に、その時点で例えば厚労省とかが何か対応して、広域連携のニーズをたくさん持っている病院に対して、ぜひどこどこ県に残ってくださいといった対応はあるのでしょうか。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

そこは我々も一定課題かなと思っておりませんが、そういう形で進めた場合、初年度ですので、連携元と連携先で合意をしながら、質の高い研修医の方のニーズのあるプログラムを作成することがまずは大事なかなと思っております。なので、国がこの県の病院はこの地域と連携してくださいみたいな差配をするということは、今の時点ではまだ考えておりません。ただ、そういった懸念もあるかなと思いますので、今後、制度がある程度軌道に乗ってきたタイミングで、さらなる改善の観点からそういった視点も含めて検討が必要かなとは思っているというのが今の私の認識でございます。

○岡村委員 ありがとうございます。

○国土部会長 非常に重要な点かと思いますが、マッチングという言葉が2つあるので混乱しそうですけれども、病院同士のマッチングというのは純粋なマッチングではなくて、病院同士でコンタクトを取り合いながら、送り先と送り元のペアを組み上げていくというイメージですね。ありがとうございます。

それでは、次は伊野委員、どうぞ御発言ください。

○伊野委員 ありがとうございます。

私も質問が3つあります。まず連携元の病院についてですが、基本的に手挙げで希望する病院がこのプログラムを立ち上げるという形になるのか、それとも医政局から指名されてしまうのか、という質問が1つ目です。

2つ目は、プログラム責任者は独立して立てなければいけないのか、という質問です。

まず、連携元についてはいかがでしょうか。

○国土部会長 どうですか。

○野口医師臨床研修推進室長 1つ目の御質問について、基本的には各都道府県で適切に御判断いただきながら病院を選んでいただくかと思っております。そのやり方については、先ほどの考え方にもありますように、ぜひやりたいと希望するところから採っていただく形もあるでしょうし、それだけではなかなかという場合があれば、今お示しいただいた考え方も踏まえながら、より趣旨に沿う病院を都道府県と病院で相談しながら決めていただくとというやり方もあるかなと思いますので、そこはいろいろなやり方があるかなと思っています。

○伊野委員 まだそこは確定していないと考えてよろしいでしょうか。

○野口医師臨床研修推進室長 基本的には、各都道府県において募集定員上限の5%にな

るように適切に連携元病院を選定いただくというのが前提で、その選び方については、希望するところを選ぶというやり方もあるでしょうし、病院間で相談して決めていくというやり方もあると考えております。

説明になっておりますでしょうか。

○伊野委員 ありがとうございます。

初めての試みなので病院の手挙げで、最初は5%に満たなくても徐々にそれを目指すというような形でやっていくのか、それともまず5%ありきなのか、どういうお考えなのかをお聞きしたかったです。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

ここについては報告書にもございますように、まずは5%を我々としては確保していくということを前提に、それぞれ募集定員を割り振っていただくことが基本かなと思っております。

ただ、先ほど私のほうで説明させていただいたように、初年度であるということもありまして、実施側の体制の難しさとか、ある程度軌道に乗るまでということもありますので、先ほど申しあげましたに例えば医師多数県の医師少数区域の一部については5%の中に組み込むことができるなどの配慮もしながら実施をしていくことを今、考えているところでございます。

○国土部会長 実際には都道府県に調整していただくという形になりますか。

○野口医師臨床研修推進室長 都道府県によるかとは思いますが、手が挙がって5%に行けば当然そういうのもあるでしょうし、なかなか難しいのであれば、都道府県のほうである程度この趣旨を踏まえて、こういったところにやっていただきたいという相談をするということもあるかなと思えます。

○国土部会長 もう一つの御質問、プログラム責任者についてはどうですか。

○野口医師臨床研修推進室長 基本的にはプログラムごとにプログラム責任者を置くということになりますので、広域連携型プログラムに対応するプログラム責任者を置いていただく必要があるかなと思えます。

そこについての負担みたいな話もございますので、先ほども少し申しあげましたが、何らかの財政面での支援ができないかということも併せて検討していきたいと思っております。

○伊野委員 ありがとうございます。

まさに私も聞きたかったのが費用負担のところです。先ほど御説明にありました研修医の旅費や、連携先の滞在などの負担は支援を検討となっておりますが、多くの病院が今、赤字でございますので、そういったご説明を受けると考えてよいかをお聞きしたいと思えました。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

検討と書かせていただいたのは、まだ確定しているものではないのでこういう書き方に

させていただきただけで、基本的にはそうなるように我々も努力をしたいと思っております。

○伊野委員 どうもありがとうございました。

○国土部会長 費用をどちらの病院が負担するかとかという問題も出てきますね。送り先なのか、送り元なのか。

それでは、清水委員、どうぞ御発言ください。

○清水委員 ありがとうございます。

質問が幾つかあるのですが、今のことに関係していましたが、補助金は現実的には年々減額されていると思うのですが、これでまた費用が増えてくると思うのですけれども、国家的には補助金を増やしていただける方向にあるのか。これから予算請求とかになるのかもしれないのですけれども、現実的には平成16年に始まった当初からすると半分ぐらいの補助金額になっていると思うのですが、またそこをさらに増やしていただかないと、各病院への補助金の分配金額が減ってしまうのが懸念されるのですが、いかがでしょうか。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

これについては我々もなるべく増やせるように、いろいろな形で頑張っていきたいと思っております。

今の時点では意気込みになってしまって申し訳ないのですけれども、ぜひ頑張っていきたいと思えます。

○清水委員 ぜひ努めていただきたいと思えます。ありがとうございます。

もう一つ質問をよろしいでしょうか。

○国土部会長 どうぞ。

○清水委員 2%と5%問題なのですけれども、1つは、5%というのは連携元病院から都道府県の連携先に派遣される研修医数全部の5%、つまり都道府県によっては8%があったり、3%があったりしてもいいのか。それとも、各都道府県が5%をキープするののかというのをお聞きしたいのと、2%というのも、同じ都道府県内で完結するのか、例えば東京の医師少数区域に神奈川から行ってもいいのかというのはどうなのでしょう。制度設計のほうでございます。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

1点目につきましては、基本的には都道府県ごとに5%と考えています。ですので、都道府県によって8%とか2%ということではなくて、各都道府県の募集定員上限の5%以上というのを考えております。

2点目については、その医師多数県の中の医師少数区域の中でプログラムをつくる場合については2%までオーケーですよというような形で考えていて、残りの3%程度以上については、今回示された連携先区域としての医師少数県等との連携プログラムをつくっていただきたいという形になります。

○清水委員 ありがとうございます。

先ほどの補助金の件に関連して、意見ですけれども、各都道府県にある医師少数区域の中でも、教育熱心な病院、例えば今、御参加いただいている新潟県などでも大変教育熱心な病院というのは、学生の地域医療実習、研修医の地域医療研修、専攻医のシーリングなどで結構もう目いっぱい、負担過剰になっているところも多いのではないかと推測します。私がお聞きしている限りはそういうところが結構あって、さらにそれ以上に受け入れるように県から言われたりすることになると、今まで一生懸命それに協力していた病院さんがさらに負担増になると思います。それ以上お願いするとしたらやはり補助金で対応していただくしかないかなと思うので、ぜひその辺は御考慮いただければありがたいかなと思います。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。補助金は必要ですし、一番大きなインセンティブというのは間違いないと思います。

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。

私、質問ではなくて意見になります。

私は今日、開始直後の臨床研修制度でもローテートした元研修医として、また医師少数区域で働く医師として3点発言させていただきたいと思います。

まず、この広域連携型プログラムの今の書きぶりからですと、研修医側から見たときに自分たちの真のメリットがどこにあるかというのはちょっとはっきりしないように思います。2ページ目に、複数の医療機関、現場を経験することの魅力とか、キャリアの検討や自分の特性に気づく契機といった言葉が並んでいるのですけれども、地域といっても実情は様々であるということも誰もが容易に想像できるわけで、ありていに申し上げると、ちょっと白々しく響くような感じもあります。国や県の都合で働く場所を決められるというシステムへの反発を招きかねないことが懸念されます。

医師偏在対策の一つとして、できる形で研修医も協力をしてくださいとストレートに言われるほうがまだましかなという気がいたします。その協力に対するインセンティブとして、都市部と地方部での複数の異なる医療現場を経験することに、ほかでは得難いどのような教育的なメリットがあるかと書いていただけるほうが、少しでも志がある層にはまだ響くのではないかなと思います。

第2ですが、このプログラムの期待するアウトカムが、微々たるものであっても、医師の少ない地域で働きたいという医師を少しでも増やすということにあるならば、絶対に必要なのは指導力の確保で、今、話題にも上がったのですけれども、ただでさえマンパワーが少ない中で管理業務と診療を行っている地域の指導医にこれ以上負担が加わると、地域の医療の崩壊と、研修医にとっては見知らぬ土地で十分な教育的なサポートを受けられないというトラウマになってしまう可能性があります。

本来、常勤の指導医数を増やすというのも医師が少ない地域では難しいので、例えば4

ページ目の「5. 費用負担」として、連携施設間でほかの病院や診療所の指導医がほかのところに定期的に外来指導や病棟指導に出向くといったマンパワーの共有体制をつくり、出向く際の費用といった形でお金が出るという形も一つあり得るのではないかなと思います。

最後です。6 ページ、7 ページ目の項目に関して、ホームグラウンドを離れた研修医に対して、メインの連携元の研修機関の研修担当者がメンターとして研修場所の移動に関係なく2年間通して困ったことやメンタルヘルスなどの問題を相談できる体制が取られることをぜひ必須としていただきたいと思います。

理由は、連携先にその体制があるということも大事なのですが、研修医にとっては慣れない研修先で一から関係性を構築しなければならない。そういう相手にメンタルやプライベートやキャリアなどの複雑な問題を相談するのは非常に難しいことです。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。研修医側の立場からの意見というのは非常に重要だったと思います。重要な意見ありがとうございます。

それでは、木戸委員、どうぞ御発言ください。

○木戸委員 ありがとうございます。

今回の広域連携プログラムは、医師偏在の是正において一定の効果が期待されるものではありますが、やはり医師偏在の是正を研修制度などの若手医師の養成や配置などの制度設計のみで進めていくことは適切でないという意見は、本部会でもこれまでも何回も出ていますし、私もそう思っております。

ただし、今回このプログラムの運用におきましては、この資料1の3ポツ目にありますように、「研修医本人が希望することを前提として」という文言がありまして、これが非常に重要かと思えます。このプログラムはむしろ都市部と地方という地域を越えたたすきがけプログラムと考えて、研修の選択肢がさらに広がるものとポジティブに考えても取りあえずはいいのではないかと思います。あくまでも押しつけにならないように、本人が積極的にこれがやりたいと思って選択できる魅力的なプログラムにできるか、それがこれがうまくいく一つの鍵となるかと思えます。

先ほど宮地先生がおっしゃったように、実際に離れたところで研修していく上で、費用負担の問題だけではなくて、いろいろな問題や悩み、そのときどこに相談したらいいか、そういったところの対応を研修医の立場に寄り添って環境整備していくことは本当に重要と私も思いました。

また、これは今回の議論と少し離れますけれども、地域を越えた連携という点で、将来的には逆に医師少数県のプログラムのほうにも、一定期間都市部の病院で研修できるようにするというので、地域交流を深めるということも将来的に考えていくべきで、それがかえって少数県のプログラムに研修医を集めることにつながる可能性もあるのではないかと思います。まずは多数県から少数県に送ることから始めて、だんだん交流を深め

ればいいかと思えます。

次に、医師不足地域の研修期間を24週程度としている点についてです。これは妥当ではないかと思えます。初期研修ではなく専門研修の話ではありますが、私ども産婦人科では、一定期間の地方研修が専門研修において必修となっており、私どもの施設でも半年から1年程度地方へ派遣をしているのですけれども、そうした経験からの話ですが、実際に派遣先の意見をお伺いしてみると、3か月程度では、ようやく慣れて、これからというときに終わってしまうので、できれば1年ぐらいという話もあるのですけれども、最低半年は必要ではないかという声が多く、実感としては、24週というのは妥当ではないかと思えます。

実際の派遣の状況ですけれども、行く前は行くのをためらっていた方も、戻ってくる時期になりましたら、逆にもう少し長くやりたいということもあるくらいで、行って見て地方の状況を知ると考え方は変わってくることもあり、いい経験になることもありますし、戻ってきてから一回り大きくなったように実感することも多く、もちろん派遣先の先生方が非常によくしてくださっているおかげもあると思えますけれども、多様な研修の場で経験することは、若手の方にとっては、やりようによっては大きな効果が得られると思えます。せっかくですので、この広域連携プログラムをしっかりと協議して、魅力あるプログラムづくりをしていくことが何よりも必要かと思えます。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。この制度の理念に関わるような重要な御指摘をいただきました。ありがとうございます。

それでは、中村参考人、どうぞ。

○中村参考人 中村でございます。よろしく申し上げます。

意見を言わせていただきますけれども、まず、医師少数県等で構成されます地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会からの提言を踏まえて創設することとされました広域連携型プログラムについて、地域での研修機会の充実が図られ、地域で活躍できる医師の養成に資するものとして評価をさせていただいております。

県をまたいだ連携につきましても、先ほど来からお話があったような、本県では連携関係にある県外病院とのたすきがけの臨床研修プログラムを特色の一つとしておりまして、今年度は15名が1年目の都市部の病院での研修を終えて、2年目に本県での研修を開始しているところでございます。

その経験をした臨床研修医からは、新潟県の病院で多くの症例を実践させてもらうことで、知識と経験の両方を鍛えられていると、本県での臨床研修を評価いただいているところでございまして、今回の広域連携型プログラムの実施に当たりまして、連携先としてしっかりと受入れの準備を進めるとともに、地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会の構成県等に積極的な受入れを呼びかけていきたいと考えております。これが先ほど来、お話があった受入れ側の体制のことですけれども、我々としてしっかりと受け入れていく

ような体制をつくりたいと考えております。

今回の案ですけれども、3月の報告書では、連携先は医師の少数県と中程度県の少数区域とされていたところですが、先ほど野口室長よりお話がありましたように、制度の初年度であるということも考慮された上で、募集定員上限の2%を限度として連携先を医師多数県の医師少数区域とすることも可能とされたところでございます。

多数県での連携先は、二次医療圏の人口でも制約がかけられていたところですが、昨年度の部会において花角知事より、募集定員の5%から今後増加させていくことも考えていただきたいと申し上げており、今後、運用状況を見ながら必要な見直しを行っていたらと考えております。

最後に、概要案の検討に当たりまして、厚生労働省から連携元の医師多数県、それから連携先の医師少数県の双方に対してヒアリングを行っていただいたと承知しております。その結果を踏まえまして、今、補助の話が出ていましたけれども、連携元、連携先で生じる負担に対して、それぞれの支援を検討することとされていることについて、感謝させていただきます。

本県では、臨床研修医を年々増やしている中で、研修医の執務スペース確保がかなり問題になっておりまして、やむなく図書室、それから院長室などを改修している病院もあると聞いております。この広域連携型プログラムも含めまして、臨床研修医の受入環境整備に対して、ハード・ソフト両面の御支援をお願いするとともに、引き続き、連携元、連携先それぞれに目配りいただきまして、丁寧な調整、それからきめ細やかな詳細設計をお願いできればと思います。

以上でございます。

○国土部会長 御意見ありがとうございました。

会場にいらっしゃる委員の皆様、御発言ありますでしょうか。

今村委員、どうぞ。

○今村委員 初の参加ということで、少し発言が今までの議論を踏まえたものでない部分があるかもしれません。その際は御指摘いただければと思います。

まず確認なのですが、5%の数字の意味です。先ほどからはっきりしないのが、5%は一つの目標なのか、5%は最終的にはマストとするのか、つまり義務化するのか、そこら辺が今までの発言では、義務なのか、それとも目標なのかははっきりしないのです。こちらはどちらでしょうか。

○野口医師臨床研修推進室長 そこら辺の御説明の仕方が不十分で申し訳ありませんでした。

基本的には、各都道府県に募集定員上限を我々が割り振らせていただくときに、その募集定員5%分は必ず広域連携型プログラムで実施していただくようにという形になりますので、基本的には5%分のプログラムをつくっていただかないと、その分、募集定員が減ってしまう形になるので、実質的には5%分をつくっていただくことが必要になる形には

なるかなと思っております。

○今村委員 ここが恐らくどの県も、一つの大きな課題だと思います。医師会としては、ここは現時点においてただの義務化が妥当かという、これは拙速過ぎるのではないのかと考えているところです。

その上で、その理由が、今までも委員の皆さんからも幾つかお話が出たと思いますが、初年度がとにかく一番大事な年になるのではないかと。初年度がうまくいかない、初期臨床研修医はこの5%の枠の中に入ったら最悪だよねという形になるでしょうし、初年度がうまくいって、帰ってきた方々がよかったよとなると、先ほどの木戸委員のお声でも出ていましたけれども、「最初はそこまで行く気はなかったのだけれども、行ってよかった」ということになり、次年度はさらに発展すると。

先ほど、下手な義務化は慎重に考えないといけないと言ったのは、義務化ですと取りあえず5%分はプログラムがきるのでしょうか、それこそ非常に考えられたプログラムとそうでないプログラムが混在することになり、とりわけ令和8年度からということになれば、多くのプログラムはとにかく国から言われたからそうせざるを得ないと。かつ、医師少数県における指導体制は脆弱なものがあって、そうすると三方がハッピーではなくて、三方が最終的にはアンハッピーになってしまっていて、結果長く続けられなくなるというのが一番問題になるのではないのでしょうか。

とにかく初年度が一番大事だと考えるならば、例えば新潟県さんのように、何年もかけて今のように受け入れる仕組みができていて、これをたった2年で、しかもまだそういった経験がないところでやれというのは、非常にリスクが高いと考えております。

まず、その部分かと考えています。

○国土部会長 ありがとうございます。5%をマストにすることについて、非常に慎重な意見をいただきました。

どうぞ。

○林医事課長 恐らく取りまとめに向けて、長くこの場で御議論いただいたことについての対応だと思いますので、振り返りだけさせていただきたいと思います。

今日、野口室長から御説明しましたけれども、1ページにあるものが取りまとめでして、取りまとめたときには、先ほども御説明したとおり、募集定員上限の5%及び激変緩和措置に係る加算分の一部ということで、例えば200人の定員のある地域だと、5%の10人だけではなくて、激変緩和措置による定員が措置されている場合には、そこにその半分ということで、また何十人かこのプログラムの対象にするという取りまとめになっておりました。

そこをまさに今、今村委員が御指摘のように、初年度なので円滑に、とにかくいいプログラムになるように始めようということで、そこを5%に圧縮をし、さらに多数県の中でいくということもできるような形にして、かなり圧縮をして始めるということで、御指摘を十分踏まえた形で今回御提案させていただいているものです。

もう一つ、その議論のときに大変キーになった情報が、13ページにありますけれども、

医師少数県に行くことでの研修は、医師多数県での研修と比べて、行ってみた方にとって満足度が低いのかということに関して言うと、2年の研修が終わった後にアンケートを取らせていただいているのですけれども、全体として見ると少なくとも満足度において遜色はなく、むしろ医師多数県の研修と比べて高めの数字が出ているというようなことがあります。まして、もちろん個別にはいろいろなケースがあると思いますし、いろいろな御意見はあると思いますけれども、決して医師多数県から医師少数県に行っていただく研修というのが、研修医の方々にとって結果的にデメリットになるような形にならないような運用ができるのではないかとこの議論をさせていただいております。

もちろん御指摘は御指摘のとおりだと思いますので、運用上の工夫でしっかりと満足いただけるプログラムにする必要はあると思っていますけれども、これまでそういう議論があったということをお紹介させていただくとともに、御指摘のような懸念について、できるだけそういった御懸念が生じないように、どう対応していくかということが大事ではないかと思っていますところでございます。

○国土部会長 今村委員、どうぞ。

○今村委員 いわゆる総論としては非常にいいと考えています。それだけに、これが長く続くために、本当に慎重に進めていかないといけない。

1点確認ですけれども、先ほどのお話では、5%分ぐらいだと今の段階でも十分にこのプログラム作成はちゃんとできるよと。各県に聞いてもそういう感じだということで決めたという5%と考えればいいのでしょうか。それとも、まだそこは分からずの5%なのか。というのが、これに関して拙速な進め方は医師多数県のほうでも非常に厳しいという意見が既に寄せられているので、それでこの点を特に質問と御意見させていただいたところで。

○林医事課長 多数県のほうでアンケートを取っていただいている県もあるやに伺っておりますけれども、私どもとして5%既に確保できるという何かエビデンスがあるということではございません。ただ、5%は相当少ない数字で、200ぐらいの定員の県がありますけれども、その5%で10人、さらに今回、2%を県内で使っていけると6人ということになりますし、もうちょっと大きい県、東京だと千何百人か定員がありますので、何十人単位だと思いますけれども、それぞれの病院に割り振ると、それより小さくしてしまうと、むしろ非常に細々としたプログラムが乱立してしまうことになりかねない数字だとも思っております。その辺りは十分にバランスを見ながら今回検討してきたところではございます。

○国土部会長 新潟県で既にたすきがけのような形で実際されているわけですし、それから、私どもの病院でも短期間ではありますが地方へ一定期間派遣している。今現在、実情で広域プログラム類似の研修がどのぐらい行われているかというデータみたいなものはありますか。これと全く同じ制度になっているかどうかは別として。野口さん、いかがですか。

○野口医師臨床研修推進室長 手元に数字はないのですけれども、今回我々のほうで基本的な考え方を示しました。募集定員は20名以上とか、大学病院とか、そういうのも踏まえながら、ある程度どういったところが該当するのか、また、そういったところが、たすきがけプログラムをどの程度やっているのかという情報はある程度我々も把握しつつ、今現状の既にやっているもので動かせるかどうかは我々もそこまで行かないかもしれませんが、上乘せ部分はあるかもしれませんが、ある程度そういうものも把握しつつ、検討してきたところでございます。

○国土部会長 大分時間が過ぎてきました。

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。

今、皆さんのお話を伺いまして、初期臨床研修制度が医師偏在にある程度資するということに関しては、広域連携プログラムは有用であろうと思います。ただ、これが本当に研修医の求めているものかどうかということを見ると、どうかというところがあります。

周辺の病院で聞いてみますと、基本的には地域の連携プログラムというのは同じ医療圏の中で連携をするか、同一県内での連携で対応しているということなのです。県外との連携をやっているところがあるかと聞いてみると、ごくまれにはそういったことはあるのですけれども、必ずしもそれはそのプログラムのメリットを考えて選択しているというわけではない場合もあって、こちらから広域連携プログラムを提供したときに、初期臨床研修医が選んでくれるかどうかというところについては疑問かなと思っています。

初期臨床研修は2年間しかありませんので、その中での研修の質を考えた場合に、24週という結構な期間でどういった研修をするかということについても決まったものがないので、初期臨床研修制度の中身といいますか、研修の質に影響しないかなと懸念します。

連携先についても、話がずれますけれども、働き方改革等でかなり現場への負担が大きくなっていて、ただでさえ医師少数県でしっかりした研修をやろうとすると、それなりに何らかのサポートなりマンパワーが必要だと思うのですが、そういう対応をできる病院というのはある程度限られてくる可能性があって、先ほどどなたかがおっしゃいましたけれども、偏りが出てくる可能性があるなというところも一つあります。プログラムを導入するに当たっての理由の中にたすきがけプログラムがあったからという理由であったり、先ほどの満足度の話もありましたが、もともとそういった研修を希望している人にとっての満足度は高いとは思いますが、全体で考えた場合にどれくらい満足度が高いとか、そういうプログラムを選ぶ理由になるかというところについてはよく考えなければいけないかなと思いますし、2年後に施行するとしても、その後の状況をしっかり見て、適宜修正できるような体制を取っていく必要があるのではないかなと思っています。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございました。

それでは、伊野委員、どうぞ御発言ください。

○伊野委員 ありがとうございます。

私もそこを懸念しておりまして、最初に手挙げなのか、5%ありきなのかをお聞きいたしました。今、先生方がおっしゃっていただいたように、こちら側は先ほどご説明いただいたように激変緩和措置の点数も入れないしと大変心配りをなさった上での措置ですが、受け取った側は、残念ながらそうはとらない、まだ手挙げするようなモチベーションの高い病院はそれなりのメリットも考えて研修医に良いプログラムを出すでしようが、マストになったから出さなきゃいけないと思う病院が後ろ向きにならないか、先ほど宮地先生がおっしゃったように、研修医の皆さんも後ろ向きにならないかと心配しています。

6か月という大変大きなプログラムなので、もし出来れば、今村先生がおっしゃったように、例えば、手挙げするのだとすればどのぐらいの病院が賛同するのかなどの情報をお持ちでしたら教えていただきたいと思います。そういった手がかりが、考える上で必要な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。

事務局、今の御質問には答えはありますか。

どうぞ。

○林医事課長 マネジメントから見ると確かに手間がかかることだと思いますので、病院がどんどんやりたいですと自発的に手が挙がるような性格のものではないと思います。そういう中で、制度としてこういうものをつくって、一定の数字も掲げてお願いするという事で、所期の効果を得ていくというふうに考えていく必要があると思います。手挙げでやりたい病院を待っていても、いつまでも進まないような性格のものかなと思っています。

○国土部会長 相良参考人、何か御発言はございますか。

○相良参考人 このシステム自体、私はいいかなと思っています。

1つは、内科学会の連携枠というのは、いわゆる地域のほうに行く連携枠をつくっていますので、いわゆる専攻医プラス地域連携枠の数をそのところでローテーションしてもらっているということがございます。そういう面では、いわゆる専攻の研修ができるという面では非常にいいシステムかなと思っています。

あと一つは、先ほど言われたいわゆる募集をするときに例えば連携枠という形でプラスした形で募集をするというのは、各病院がもし決まっているということであれば、それはいいのですけれども、ただ、恐らく年度ごとに変わってくると思うのです。そうすると、例えば特定の病院という形で募集することはできないので、そこは一つ難しいポイントかなと思っています。

例えば地域連携の中のこの病院には行きたい、けれども、ここには行きたくないというのは当然出てくると思いますので、そこで少し差がついてくる可能性はあるのかなと思っていますので、大きな枠の中で地域連携のそういうところのプログラムがあるよという形で

出されたほうがいいのかなどは思います。

24週間というのはある程度妥当なラインなのかなと思いますけれども、今、産婦人科プログラムとかいろいろなプログラムを含めて12週間という形になってはいますが、12週間でそのところがいわゆる教育としていいかというところ、多少少し短いというところがございますので、24週は妥当だと思いますが、そこには一つは指導医がしっかりとした指導ができる環境をつくっておくことが重要だと思いますので、そこがある程度担保された中での24週間ということになるかと思っています。

派遣するところがある程度のところで決まってしまうようにしないと、地域偏在という形での医療、要するに地域偏在が多くなっているところのごく一部だけが緩和されるというところにもならないような形でやっていかなければいけないと思いますので、例えば地域におけるそのところがどれだけカバーされる必要があるのかということを出しただけは重要なかなと思います。

例えば24週間はちょっと、12週だったらいけれどもというところも出てくる可能性もありますので、そのところがどうなのかなとも思いますし、あるいは、その地域の中で、例えばほかの病院とほかの病院との連携で12週、12週というのができるプログラムをつくってみても悪くはないのかなと思いますので、それも考慮していただければよろしいのかなと思います。

また、その中でいろいろと今、議論されておりましたけれども、研修医のローテーションしていくときのメンターはやはりしっかりしておく必要性はあろうかと思っていますので、あくまでもそこに行くということではなくて、基幹病院という形の中に、そこで研修をしたいということが入ってきているのが本論だと思いますので、例えば出て行ったときも当然その基幹病院がフォローはすると思いますけれども、ただ、出て行った中でもしっかりとした形、メンターがいるのだというところはより重要なポイントなのかなと思います。

ありがとうございました。

○国土部会長 ありがとうございました。

中村参考人、手短にお願いします。

○中村参考人 ありがとうございます。

医師少数県側の立場としまして、今、受入体制のお話がいろいろ出ておりましたけれども、今回の対象とされているところが、まさに採用率が低いところというようなことでございました。ただ、それはプログラムがもともとある中で、今、枠が埋まっていないところについて受け入れるということなのか、しっかり体制ができているところということをお前提として受入れをしていくということがこのプログラムの趣旨となっていると思いますので、気にされている指導体制であるとか、そういったものもこちらではしっかり確保できるという前提でこのプログラムをやらせていただくというようなことで考えておりますので、こちらについてはしっかりとほかの県も連携しながら呼びかけていければと思っ

ております。

○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。

皆様がお話しされていることにも似てるのですけれども、令和7年までは募集定員1.05倍が決まっていますが、実は令和8年は決まっていないと思うのです。広域連携型プログラムが全体の募集定員の中で決まるとしたら、もしそこがフルマッチしない場合、募集定員を何倍にするのかということにも関係すると思いますけれども、広域連携型プログラムが先ほどのように研修医のニーズにも合致しないとか、病院にはプログラムは何とかつくってもらっても、研修医がそれに応募しないとなった場合に、現実問題として5%にならないという可能性もあるかなと思うのですけれども、そういうときにどうするのか。強制的に割り当ててるのかなども、まだ制度上の問題点としては残っていると思います。その辺りをスケジュール上でいくと7月、8月ぐらいまでには決まらなければいけないと思うのですが、時間的に難しいかなと思っていました。

それから、どなたかがおっしゃいましたが、この制度の目的を研修医にも病院側にもちゃんと周知しないと、私自身は、臨床研修制度の中で医師偏在を解決させるのにはずっと一貫して反対の立場なのですけれども、制度として決まってしまった以上は、医師偏在の解消のためなのではなく、先ほども挙げていただきましたが、医師少数区域の医療を経験できる、体験できる貴重な機会であるというような目的意識をきっちりアピールしないと、これに募集する研修医はいないのではないかなと実は思うのです。

先ほど林さんがおっしゃってくださった資料1の参考資料部分の14ページとして、研修医のアンケートの結果を提示してくださっているのですが、少数ながら地域医療研修の期間を延長したいとか、医療資源の乏しい地域での診療体制を経験したいという方がおられるので、そういう方に対してアピールできるような制度の目的をきっちり提示しないと研修医さんたちは応募していないのではないかと思いますので、その辺ぜひこれからの制度の説明のときに御留意いただけるとありがたいかなと思います。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

今日は本当に活発な御議論をありがとうございます。

当初、よく練られた案だと私は発言しましたが、いろいろ問題点もたくさん御指摘いただきました。一番考えなければいけないのは研修を受ける研修医自身でありまして、彼らにとって良い制度でないと本末転倒になってしまうと思います。そういう視点をもう一回改めて考えて、5%をマストにするかどうか、これも非常に重要な論点だと思いますが、そこも含めて、今日は御議論いただきました。ここですぐ結論は出さないということにしたいと思います。事務局のほうで、もう一度今日いただいた御意見を踏まえて、最終的にどうするか検討いただきたいと思います。

そういう方向でよろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○国土部会長 御同意ありがとうございます。

今日は本当に活発な御議論ありがとうございました。

今日の議題は以上でございます。

今後の進め方について、事務局から説明をお願いします。

○礒山企画専門官 本日いただきました広域連携型プログラムについての御意見を整理し、今後、必要な対応を行ってまいります。

また、次回の部会開催日程については、改めて調整させていただきます。

○国土部会長 本日は、長時間にわたり、大変活発な御議論ありがとうございました。

それでは、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。