

○小作臨床研修指導官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから、令和7年度第2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。白旗久美子委員です。

本日は、伊野委員、片岡委員、木戸委員、白旗委員、谷口委員、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、花角委員の代理として、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。森委員は遅れてオンラインで御出席されると事前に御連絡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松本企画官にオンラインで御参加いただいておりますが、遅れて御出席されると事前に御連絡がございました。

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。医事課長の中田でございます。

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、国土部会長にお願いいたします。

○国土部会長 皆さん、おはようございます。本日も大変暑いですが、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、まず事務局から資料の確認をお願いいたします。

○小作臨床研修指導官 事務局でございます。

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から3、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。不足資料等がありましたら、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「手を上げる」ボタンをクリックしていただき、部会長の指名を受けた後にマイクのミュートを解除にして御発言をお願いいたします。また、御発言終了後は再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、部会長、引き続きよろしくをお願いいたします。

○国土部会長 申し遅れましたけれども、白旗委員、本日からということでよろしくをお願いいたします。もしよろしければ、一言お願いいたします。

○白旗委員 皆様、初めまして。長野県の飯田市にございます飯田市立病院で臨床研修センター長をやっております、白旗と申します。皆さんと御一緒できて本当にうれしく思います。よろしくお願いいたします。

○国土部会長 よろしくをお願いいたします。

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、「基礎研究医プログラ

ムの設置病院の要件について」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。

○小作臨床研修指導官 事務局でございます。

それでは、資料1「基礎研究医プログラムの設置病院の要件について」、御説明いたします。

1 ページ目を御覧ください。現状と課題ですが、基礎研究医プログラムは臨床研修と基礎研究を両立するため、令和4年度臨床研修から開始した制度になります。基礎研究医プログラムの定員は一般の募集定員とは別枠の定員を設定し、毎年度全体で40名としています。現状、基礎研究医プログラムの設置要件は過去直近3年間の研修医の採用実績が平均25人以上の大学病院が設けることができることとなっています。この設置要件に該当する病院数の推移等は下の表のとおりとなっており、平成30年度の制度検討時に比べて要件を満たす病院数というのが徐々に減少傾向にあります。

2 ページ目を御覧ください。こうした状況を踏まえ、対応案ですが、基礎研究医プログラム制度の有効活用の観点から、対象病院数を制度検討と同等のレベルに適正化してはどうかと考えております。具体的には、設置要件である直近3年間の研修医の採用実績が平均25人以上の大学病院について、採用実績を平均25人以上から平均20人以上とするとともに、年度によって対象病院が頻繁に変更しないよう直近3年間の平均から直近5年間の平均にしてはどうかと考えております。上記の設置要件で算定し直しますと、令和8年度・9年度の対象病院数は59病院となる見込みでございます。また、現状において応募者数や採用者数は募集定員の40名に達していないことから、対象病院の適正化を図った場合でも募集定員数との関係で大きな支障はないものと考えております。

今後の予定案としましては、本部会において御了承いただければ、省令施行通知の一部改正手続等を行いまして都道府県等へ通知したいと考えております。

3 ページ目以降は参考資料となっております。

説明につきましては以上となります。

○国土部会長 ありがとうございました。

基礎研修医プログラムは、基礎研究医が非常に減少している中でそれを何とか増やすことに資する制度ということで発足いたしました。御覧のように定員は満たしていないけれどもある程度一定数の若い方は入ってくださっているもので、制度そのものは存続できそうな感じではあります。そして、現状に合わせてハードルを少し下げるといいですか、採用実績を25人から20人にする、それから、直近3年間で直近5年間にするという御提案ですが、御意見、御質問はございますでしょうか。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 ありがとうございます。

昨年の本部会で示された令和4年度の修了状況を見ますと、その後も基礎医学研究に従事しておられる方が比較的高い割合であり、このプログラムが当初の目的にかなう成果を

上げてきていると思われました。

一方、大学の研究室のホームページでそこで行われている研究の魅力について語るとともに、併せてこの基礎研究医プログラムを紹介するという取組を行っているところも出てきており、そうやって基礎研究への間口を広げてこのプログラムが基礎医学の活性化に少しでもつながるのは大変望ましいことと思います。

そうした観点から引き続き有効性を検証しつつ、できるだけこのプログラムを維持・拡充していく方向性で、今回、設置要件を多少緩和して対象病院数を確保していくという事務局案に賛成したいと思います。

一方、昨年度の設定状況を見ますと、北海道、東北、そして北陸、四国には一つもこのプログラムがなくて、地域偏在があることを指摘させていただきましたけれども、臨床研修先として大学病院よりも市中病院を選択する割合が年々高まっている中で、地方の大学病院においては全体の研修医の確保自体がかなり難しくなっていると思います。この基礎研究プログラムの設置要件におきまして、研修医の採用実績という条件がある限り、地方の大学においてはなかなか設置のハードルが高いのではないかと思います。

そこで、地域偏在の観点から何点か確認したいことがあるのですが、まず資料の1ページ目で、対象病院数と申請病院数の間に大分乖離がありますけれども、現在、このプログラムがない地域で実は既に対象病院であっても申請していない大学もあるのか、また、今回設置要件を緩和した場合、そうした地域に対象病院が多少とも増える見通しなのかを伺いたいと思います。

また、研修医の採用実績が少ないところにももしこういった研究医プログラムを設置することは、全体の臨床研修の管理などにおいてやはり実際難しいものなのか、この採用実績ということをや要件とすべきかの妥当性について、もしお分かりになる範囲で結構ですので、お伺いしたいと思います。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

非常に重要な御指摘だと思いますが、回答はありますか。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

幾つか御質問いただきましたけれども、まず対象病院の中で申請病院に乖離があるということですが、御指摘のとおり、対象病院になっているけれども手を挙げていないという病院が幾つかあるというところは承知をしております。今回、特に対象病院を広げることによって、先ほど申し上げた地域の病院も対象に含まれるところも幾つか出てくるようですし、また、これまで対象であって、申請していたのだけれども対象が広まることによって申請できなかった地方の病院も、今回広がることによって対象になり得るということはあるかなと思って、そういった趣旨も踏まえて今回こういう改正をさせていただきました。

あと、採用数が少ない病院でこの対象にそもそも入れていない病院も制度発足当初から

幾つかございますけれども、一般プログラムの中においても基礎研究に従事する方々向けのプログラムをつくること自体は必修診療科などの必要な要件をクリアしていれば可能でございます、実際基礎研究医プログラムの対象にはなっていないのだけれども、独自に一般プログラムの中で研究医向けのプログラムを実施しているというところも一部我々も把握しておりますので、そういったプログラムも含めてぜひ我々としても推進していければと思っております。

○国土部会長 よろしいでしょうか。

今のことに関連して、最後に言おうかと思ったのですが、今の御提案の資料から分かった数字から見ると、大学病院の本院で20人以上研修医を採用しているところは59しかないということなのですね。そうすると、そのほかはどうなっているかという採用数が物すごく減っているわけですね。この研修制度が始まる前は医学部卒業後はまず自分の出身大学病院で1、2年研修してから外へ出るという流れだったと思うのですが、大きく若い人の研修の流れが変わったことがわかります。それは仕方がないとして、今日は資料を用意していただいていないのですが、大学病院（本院）別の採用数についてのデータをちょっと見せていただくと、たとえば東北地方のある大学では1学年100何十人卒業するところから採用枠を15人ぐらいまで減らしているのに実際マッチして採用されたのが1名という大学があることを知りました。

これはまた別の意味で非常に大きな問題かなと思っております。医師の地域偏在対策については別の委員会で木戸委員、今村委員とも御一緒しているのですが、地域枠で入ると当然ながら基礎研究で行く人がほとんどいないと想定されるわけです。そういう中で私の意見を申し上げると、今回はこれで多少緩和するのはいいのですが、もっと極端なことを言えば、この採用要件を取り払って、例えば今1名しか採用できていない大学でも基礎研究医を目指す人がいるのであれば、その受け皿を用意することも必要ではないかなとは個人的には考えております。

すみません、部会長が長く意見を申し上げましたが、以上です。

いかがでしょうか。今回は少し緩和するということで、もう少しこの制度を見守っていく、フォローアップするということでよろしいでしょうか。

相良委員、どうぞ。

○相良委員 今、国土先生が言われたのは非常に重要なポイントだと思います。確かに少ないところは少ないままで多いところは多い、どんどん増えてきているという状況だと思います。そういう中で、今回25名以上から平均20人以上とする中で多少増えてくるという面では改善されているのかなと思いますが、ただ、多いところはずっと多い中で集まっていく状況が続くということと、それから、どうしても集まらないところではそういうプログラムはできないというのが続きますので、そこは例えば高い意識を持っている人がいるところでも、本来であれば行きたいのだけれどもそれが無いのでほかに行くということがあるかもしれないということを考えますと、国土先生が言われたことの重要性というの

は示されているのではないかなと思いました。

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す。

今回どうするかというのはまだ時期尚早かと思いますので、私としては来年度以降に向けてそういう視点でもまた検討をお願いしたいと思いますが、伊野委員、どうぞ御発言ください。

○伊野委員 伊野です。

私も今の国土先生、相良先生と同意見です。ただ、そもそもこの制度が始まったときに、なぜこういった枠が定められたかという、従来の研修医の定員数以外で取れる人数なので、当初は、人数を得る目的に使用されては困るという杞憂もあって、枠組み込みで始まった制度だったと思いました。私もどうして40人に限るのでしょうかとお聞きした覚えがあります。ですから枠は外れますが、先ほどのご提言のように研究に対するマインドなどについてお聞きするのがいいと、お話を聞いていて思いました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。この制度の趣旨について御確認いただきましてありがとうございました。

この枠を使って別枠で多く採る大学があるかもしれないという懸念が当初あり、それを防ぐためのルールではあったのですが、そもそも1人しか採用できていない大学がある中でそういう議論はあまり意味がなくなってきたのかなと現状を見て感じております。

よろしいでしょうか。

では、今回はこの御提案ということについては御異議なしでよろしいでしょうか。

(異議なしの意思表示あり)

○国土部会長 ありがとうございました。

それでは、次の議題に移りたいと思います。次の議題は、「外国臨床研修病院の指定基準について」でございます。資料2について事務局から説明をお願いします。

○小作臨床研修指導官 事務局でございます。資料2の「外国臨床研修病院の指定基準について」、御説明いたします。

1 ページ目を御覧ください。現状についてですが、医師法に基づき厚生労働大臣の指定を受けた外国の病院で研修を受けた医師については、我が国の臨床研修病院で研修を受けた医師と同様に臨床研修を行ったこととしており、外国の病院での研修期間と国内の臨床研修病院での研修期間を合わせて2年以上研修を行うことで国内の臨床研修病院を修了したと認める手続を実施しているところでございます。国内病院の指定との違いにつきましては、外国病院の指定の効果（当該病院で臨床研修を修了した効果）というものは、申請した医師のみに及ぶこと、また、日本の臨床研修制度において必修となっている地域医療の研修は外国の病院で受講することは困難なため、外国の病院で研修を受けた医師は国内の受入病院等において1か月以上研修を受ける必要があることなどがございます。また、

外国臨床研修病院の指定の手続につきましては、受入病院からの申請に対して事務局において個別に審査・点検をし、その内容につきまして医師臨床研修部会において持ち回り等で御審議いただいて指定をしているところでございます。

続いて、2 ページ目を御覧ください。先ほど申し上げましたとおり、現状、外国の病院での研修期間と国内の臨床研修病院での研修期間を合わせて2 年以上研修を行うことが必要であります。日本国内の受入病院等で臨床研修を受ける期間は、現在、制度上最短で1 か月以上となっている状況です。このため、それぞれの国で医療保険制度等が異なる中、1 か月の国内の臨床研修で日本の医療保険制度や医療安全の下で基本的な診療能力を身につけることができるかどうか、この点から国内で臨床研修を受ける期間が最短で1 か月というのは十分かと考えております。

こうした点を踏まえまして、参考1 では、令和6 年度に外国臨床研修病院として指定した全9 件について、外国病院での研修期間と国内での研修期間を示しているものになっております。また、国内の複数の受入病院にヒアリングを実施したところ、指導医等の監督の下、日常診療を通じて日本での診療に慣れるという点では、最短で1 か月というのは短いのではないかと、また、国内で臨床研修を受ける期間が長くなることについては本人にとってもメリットがあると思うといった意見があったところでございます。

続いて、3 ページ目を御覧ください。こうした状況を踏まえまして、対応案になりますが、各国で医療保険制度等が異なる中、我が国の制度の下で基本的な診療能力を習得するためには、指導を受けられる環境の中で一定期間の研修が必要であると考えております。これは診療技能や手技等そのものではなく、日本の病院等における組織の中での診療業務の手順や方法、ほかの職種との関わり方や役割分担、地域の特性に応じた医療など、診療技能に付随する事柄について理解して慣れていくことが必要ではないかと考えています。

このため、外国の病院で臨床研修を受けた医師が国内の受入病院等で臨床研修を受ける期間については、例えば最短で半年以上としてはどうかと考えております。これについては日本の病院等における診療を理解し慣れるという観点から、現行の制度上、国内での研修期間が最短で1 か月というのは短く、また、半年から1 年程度は必要と考えるものの、一方で1 年以上とすると海外で既に2 年以上の研修や実務経験がある方にとってはトータルの研修期間が長くなることへの負担やキャリア形成への影響が大きいなど、このような観点を総合的に考慮しまして、国内での研修を最低半年以上としてはどうかと考えるものでございます。

また、国内での研修期間が延びることにより、外国人医師本人の日本での生活の準備や臨床研修後のキャリア設計、国内の受入病院側の準備などに一定程度影響することが想定されるため、十分な周知期間を設けてはどうかと考えております。具体的には、今後の予定（案）にありますように、本部会において御了承いただければ、省令施行通知等の一部改正の手続を行って、2 年半後の令和10 年4 月以降の外国臨床研修病院の指定申請から適用したいと考えております。

4 ページ目以降は参考資料となっております。

資料の説明につきましては以上になります。

○国土部会長 ありがとうございます。

外国臨床研修病院での研修を行った医師については国内での研修期間は最低 1 か月でよいという制度だったのですが、日本の医療制度、保険制度などに慣れていただくためには 1 か月では短いのではないかとということで御提案がありました。以前に 8 か月だったのを 1 か月にしたという経緯についてはちょっと私は分からないのですけれども、何か情報はありますか。

○野口医師臨床研修推進室長 過去の審議の資料を見ると、海外で長く研修を受けられている方もいる中で、必ずしも 8 か月やる必要がないのではないかと、最低限地方研修は必要だけれども、1 か月でも問題ないのではないかとという御意見がその当時はありまして、そのときはそれで変更がなされたところでございますが、今回、改めてもう一度検証し直した形でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

資料 2 の 2 ページにありますように、実例を見ますと外国で 6 か月の人もいれば、5 年 5 か月も医師として働いていらっしゃる方もいるという中で、どういう制度が本来の趣旨にのっとったものかという御議論になるかと思いますが、御意見、御質問はございますでしょうか。

宮地構成員、どうぞ。

○宮地委員 ありがとうございます。

1 か月では日本の医療保険制度を理解するには短いのではないかとという御指摘に関して、近年の医学教育の潮流であるアウトカム基盤型教育やコンピテンシー基盤型教育の観点から申し上げますと、重要なのは期間の長さそのものではなくて、あくまで学習成果がきちんと保証されているかどうかになるかと思えます。つまり、日本で 1 か月といっても非常に様々ですので、日本の公的医療保険制度を理解し、それを診療に適切に反映できるというアウトカムをどのように設計してどう評価するかというところが本質になってくるかと思えます。

その方法としましては、外来診療での直接観察ですとか、在宅訪問診療の同行の際に在宅医療における保険や介護保険の利用説明ができるかなどといったことを現場で観察する現場での評価なども挙げられますし、その期間で十分に達成できないということであれば、e ラーニングであったり、帰国後の補習をすとか、ケースレポートを組み合わせるといった方法で学習成果を確実に担保するということが幾らでも可能です。なので、1 か月が短いかどうか、あるいは何か月必要かという議論にとどまるだけではなくて、医療保険制度の理解をどう保証するか、そのための評価と補完策を制度としてどう組み込むかということが今後、検討していけたらいいなと思っております。

さらに付け加えると、それは海外で臨床研修をされた方に限った話ではなくて、現在の

制度設計ですと保険診療制度を理解することというのは日本の臨床研修を受けている方の到達目標に日本に限らず含まれていて、臨床研修の修了要件として必須ではあるものの、全国一律で評価基準があるわけでもなくて、各病院の研修管理委員会にその裁量が委ねられているという状況ですので、評価にこれだけばらつきがある中で、海外で研修された方だけを特別扱いして議論するということに関しても私は少し不透明感を覚えるところです。なので、臨床研修全体でこの評価の在り方という観点で議論することも重要かと考えます。

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。1か月では不十分で6か月ならいい、8か月はもっといいということはなかなか根拠として難しい、むしろアウトカムのほうが重要であるという御指摘だと思います。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 社会のグローバル化によって、外国人だけではなくて日本人であっても海外の医学部や海外での臨床研修をある程度受けてから日本で医師として働くことを希望することが今後、さらにまた増えてくる可能性があります。医療保険制度や社会文化的慣習がかなり異なるところで最短1か月の国内の臨床研修、それも地域医療研修だけで複雑な我が国の医療保険制度の運用や医療安全管理、それから他職種や患者さんとの関わり、特にチーム医療などを理解するのはなかなか実際難しいのではないかと私も考えます。

今回、期間を多少延長すること、時期の設定を半年程度とすること、そしてさらにある程度の周知期間を設けるという事務局案は妥当と私も思います。ただ、我が国の臨床現場の状況を熟知して活躍できる要件を習得する期間に関しては、環境やコミュニケーション能力など、個人差も相当あると思いますので、宮地先生が御指摘のように実際にはどのくらいの期間が妥当であるかに関しては、アウトカムの設定方法も含めて引き続き検証して、必要に応じてまたこの部会で再度検討していく必要があると私も思います。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。将来の検証について検討いただきたいと思います。

伊野委員、どうぞ。

○伊野委員 今、期間だけでなくというお話が出たので、お話しさせていただきます。基本的に今回の事務局案に賛成いたします。私も十分な期間は必要だと考えます。

それ以外に気になっていることがあります。これからは、国家試験の受験資格に、日本では、共用試験に合格していることが必須になります。それとの整合性をどうつけるのか。

また、今の時点では、研修期間しかわからないので、それが中断によるものかどうかは調べようがないとお聞きしましたので、それをどう考えるのか。

それから、以前、外国の医師の資格試験の受験にあたって話題になりました医学部の質保証についてです。単なる資格試験だけでは医師の資質というものは判断できないので、質保証が担保されている医学部の卒業生であることが言及されました。そういった観点をどう考えるのか。というところです。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

共用試験の話についてはこれから国家試験出題基準についてもまた再検討が始まると理解しておりますので、そちらとの整合性ということになると思います。それから、外国臨床研修病院の指定については、参考資料にあるようにある程度しっかり厚労省側でチェックしているという理解でよろしいですか。

ありがとうございます。

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。

大分話が広がってきたのですが、元へ戻したいのですが、先生方がおっしゃるようにアウトカムの検証はとても大事なのですが、何もかも国のほうから指標を出すというわけではなくて、それぞれ担当している研修施設といいますか、そういった病院それぞれがどういう努力をしているかということを確認にさせていただいて、それを評価するというほうが現実的なのかなと思って聞いていました。

行政的にこういったものを決めるときというのは、期間で決めるしかないのですね。なので、私は専門医機構にもいますけれども、こんなやり方で質が保てるのかというのが非常に疑問なことがいっぱいあるのですが、保つ方法はすごく難しくて、取りあえず期間で決めましょうと。その後、それが本当に有用だったかどうかを検証しましょうという方法しか実際には方法がありません。なので、こういうやり方しかしようがないのだろうなと思った上で賛成をいたします。

以上です。

○国土部会長 御発言ありがとうございます。

例えばこれまでの国内で2か月、3か月、12か月とか、研修された方へのアンケートというのはあまり意味がないでしょうか。短かった、長かったとか、いろいろ調査をするのはどうでしょうか。

○野口医師臨床研修推進室長 御指摘ありがとうございます。

今回、案として出させていただいてお認めいただいたとしても、おっしゃるとおりこの制度がちゃんと機能するのかとか、本当に趣旨に沿っているのかというのは我々もちやんとフォローしなくてはいけないと思っていますので、今日いろいろ出た御意見も踏まえて、必要な情報収集や改善は柔軟に行えればと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

片岡委員、どうぞ御発言ください。

○片岡委員 ありがとうございます。

私も期間に関しまして、事務局案に賛同いたします。

一方で、質をどう評価するかということに関して、先ほど厚労省の方からもコメントがありましたけれども、人数が非常に多いというわけではないので、やはりアンケートなり

何らかの評価を別枠で併せて検討していくということは非常に重要ではないかと思いました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

活発な御検討をありがとうございました。よろしいでしょうか。

事務局の提案についてはおおむね賛成という皆さんの御意見かなと理解いたします。その上で、今日いただいた御意見を参考に、今後のフォローアップ、必要なデータの収集をお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なしの意思表示あり)

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、次の議題に入りたいと思います。次は、議題3「広域連携型プログラムについて」であります。

それでは、事務局から資料3について説明をお願いします。

○小作臨床研修指導官 事務局でございます。

資料3の「広域連携型プログラムについて」、御説明いたします。

1 ページ目を御覧ください。広域連携型プログラムにつきましては、昨年6月と7月に本部会において御審議いただき、その後の取組に関する御報告と令和8年度の運用や令和9年度の方針について御説明させていただきたいと思います。

まず、広域連携型プログラムの概要ですが、医師多数県の基幹型臨床研修病院に採用された研修医が医師少数県等の連携先病院において半年以上研修を行うプログラムになります。対象人数は医師多数県の募集定員上限の5%以上とし、プログラムの実施時期は原則として臨床研修の2年目、実施期間は半年またはそれ以上という形にしております。

2 ページ目を御覧ください。広域連携型プログラムの大まかなスケジュールになりますが、昨年9月以降、医師多数県の連携元病院や医師少数県等の連携先病院の情報を収集・リスト化しまして、そのリストをそれぞれ多数県、少数県に交換するような形で厚生労働省からそれぞれの情報提供を行ったところでございます。このリスト等を参考に、各病院間でそれぞれ連携先病院、連携元病院に御連絡いただきまして、広域連携型プログラムの作成に向けたそれぞれの病院間の調整が行われ、令和7年4月末までに医師多数県の連携元病院からプログラムの届出があったところでございます。

続いて、3 ページ目を御覧ください。昨年6月と7月に本部会において御審議していただいた以降のこれまでの厚生労働省の取組になりますが、まず令和6年9月に医師少数県等の連携先病院の様々な情報を収集しましてリスト化をして、医師多数県の連携元病院に情報提供したところです。また、それとは逆に医師多数県の連携元病院の情報等も収集いたしまして、医師少数県等の連携先病院に情報提供したところでございます。

続いて、4 ページ目を御覧ください。令和6年12月には、医学生に対して令和8年度から広域連携プログラムが始まることについて、民間の医学生支援サービスを活用しまして

メール配信を行ったところでございます。また、令和7年1月には、広域連携型プログラムの作成・調整等に当たり病院間での円滑な調整や準備のための参考となるよう、広域連携型プログラムのQA集や臨床研修関係で活用できる補助金の概要などを事務連絡により周知したところでございます。

加えて、この時期には病院間での調整が一定程度進んできたことから、その時点におきまして今後もさらなる受入れ調整等が可能かどうかなど、令和6年12月時点の連携先病院の調整状況等を収集して、医師多数県等に情報提供したところでございます。

続いて、5ページ目を御覧ください。広域連携型プログラム作成に係る財政支援になりますが、令和6年度の補正予算において広域連携型プログラムの作成・調整を行うため、プログラムを設置する医師多数県の基幹型臨床研修病院のプログラム責任者等に係る人件費を計上しまして、今後、この補助金に係る交付の手続等を行ってまいります。

6ページ目を御覧ください。令和8年度の広域連携型プログラムの届出状況になります。プログラムの届出の期限となる令和7年4月末までに広域連携型プログラムを届け出た病院数は合計で61病院となり、定員数は138人となったところです。対象人数としては医師多数県の募集定員上限の5%以上としておりましたので、医師多数県の各都府県がこれを満たす形で定員設定を行っていただいたところでございます。

7ページ目を御覧ください。医師多数県の連携元病院から提出された広域連携型プログラムの届出書に記載のある連携先病院とその所在地を集計したものになります。複数の連携元病院が同一の病院を連携先として届け出ている場合もございますので、連携先病院数は重複がある延べ数となっておりますが、合計で210病院が連携先病院となっておりますところでございます。

続いて、8ページ目を御覧ください。広域連携型プログラムにつきまして、医師多数県の連携元病院に対して連携先の見つけ方や連携先病院の選定理由などについてアンケート調査を実施したところでございます。連携元病院の61病院から回答があり、結果は資料のとおりとなっておりますところでございます。

続いて、9ページから10ページ目になりますけれども、広域連携型プログラムについて、先ほどとは逆に医師少数県等の連携先病院に対して研修の実施時期や連携先病院で実施する研修内容、研修医への宿舍等への支援予定などについてアンケート調査を実施しました。連携先病院として手挙げした病院のうち143病院から回答があり、結果としては資料のとおりとなっております。

以上がこれまでの取組の御報告となります。

続いて、11ページ目を御覧ください。まず1つ目として、令和8年度臨床研修からの広域連携型プログラムの運用に係る取組案になります。令和8年度からの広域連携型プログラムにつきましては、令和7年4月末までに医師多数県の連携元病院の61病院からプログラムの届出があったところ、今後も病院間において個別具体的な調整があると考えられますが、実際の研修開始後の研修医への支援や良質な研修につなげるために、以下の事項に

ついて必要な準備や取組を行っていただくよう周知してはどうかと考えております。

まず、研修医への支援として、連携元病院に対しては指導医やメンターなどが研修医とウェブ面談等を行って、定期的なコミュニケーションを通じて研修生活などについての助言や精神面でのサポートなど継続的な支援を行うこと、連携先の病院に対しては、指導医等が研修医と継続的に十分な意思疎通を図り、定期的に研修の進捗状況を共有するとともに助言等を行うこと、また、研修医が孤立しないように、事務職などほかの職種も含めて積極的に研修医とコミュニケーションを取るよう促すこと、これらのことなどを周知していきたいと考えております。

また、病院間の連携として連携元病院と連携先病院それぞれの指導医やメンターなどが定期的にウェブ会議等を設けて、研修の進捗状況や研修医の様子、生活の部分について情報共有を行うなど、病院間で相互に緊密に連携することなどを周知していきたいと考えております。

次に、経費負担に係る国の支援につきましては、令和6年度補正予算において広域連携型プログラムの作成・調整等を行うため、プログラムを設置する医師多数県の基幹型臨床研修病院のプログラム責任者等に係る人件費等を計上して、こちらについては今後、補助金の交付に係る手続等を行ってまいります。

なお、令和8年度以降に生じる研修医の移動や滞在に伴う経費、連携先病院の指導経費などにつきましては、引き続き国による支援を検討していきたいと考えております。

次に、令和9年度の広域連携型プログラムの方向性になります。今回のアンケート結果からも連携先を見つけることが課題だったといったところがありましたので、令和9年度に向けての連携元・連携先双方の病院の基本情報や医師少数県等の病院における研修の魅力などの情報収集、これらの提供を行いつつ、医師少数県側からのアプローチを促すことなどにより円滑な連携に取り組むこととしてはどうかと考えております。

また、広域連携型プログラムにつきましては令和8年度開始のため、実際に研修がスタートしていないことから、令和9年度においても対象地域や募集定員の上限等の基本的な枠組みは前年どおりとしつつ、今後、実施状況を踏まえて実態把握や課題の検証等を行いながら必要な見直しを行うこととしてはどうかと考えております。

12ページ目以降は参考資料となっているところです。

資料の説明につきましては以上となります。

○国土部会長　ありがとうございました。

広域連携型プログラムというのは医師偏在対策として大変期待される新しい制度でありまして、この部会で御議論いただいてやっとスタートすることになります。まだマッチングの途中ではありますが、ここまで制度を整えていただいたという御報告でありました。

御提案についてはその後御議論いただくことにして、まずここまでのプログラムの現状について御質問、コメントがありましたら、お願いしたいと思います。

森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。

ちょっと確認だけですが、経費負担のところでも今、既に補正予算に計上している分があるのは分かったのですが、令和8年以降、御本人たちのものについては引き続き支援を検討すると書かれているかと思えますけれども、これは令和8年度の補正予算あたりには計上するということでしょうか。そういうつもりで引き続き支援を検討しておられるのか、補正予算にすること自体を検討しておられるのか、そこら辺がちょっと分からなかったので教えてください。

○国土部会長 どうぞ。

○野口医師臨床研修推進室長 令和8年度以降の予算につきましては、まだ具体的に政府の大きな動きの公表はございませんけれども、仮にそのような動きがあれば、我々としても必要な検討を考えていきたい。どういう形、本予算になるのか、補正予算かはありますけれども、いずれにせよ8年度以降の予算措置について検討していきたいという趣旨で書かせていただきました。

○森委員 ありがとうございます。

何らかの措置を考えているという感じで研修医等にお伝えをするということでもいいかなと思ったものですから確認しました。

○国土部会長 ありがとうございます。

原則として2年目ですので、令和9年以降、いろいろ経費が発生するということです。これについては引き続きフォローをお願いしたいと思います。

それでは、会場からまず相良委員、どうぞ。

○相良委員 ありがとうございます。

このプログラムは非常に良いとは思いますが、一つは例えば2年目でいくというところの絡んでくるのが専門医のところなのです。専攻医のところですね。実際に募集が始まるのは2年目になると思うのですけれども、そのところで例えば早く締め切ってしまう診療科等々は結構あるのです。そうすると、例えばローテーションしないで決めなければいけない問題が出てきますので、そこをどう考えていくのかということも一つの課題かと思います。

それとあと一つは、連携元と連携先のいわゆるコミュニケーションがしっかり取れていないと駄目だと思うのです。ここにもしっかりと連携を取っていくというところが書いてありましたけれども、それが例えばマッチングした後でということだけではなくて、そもそも連携先と連携元がある程度情報共有はしておかないと駄目だと思うのです。実際決まったからそれでどうなのか、行ってそれでそこを連携をしていくということは重要だと思うのですけれども、その前からその病院がどういう病院なのかというのは把握しておく必要があると思います。

したがって、行かされた感があるというのが出てきてしまうと、それは行く研修医にとっても非常にデメリットになりますので、こういう良いところに行くのだよという形での、

いわゆるある程度そういう形で行く環境をつくっていただきたいとは思いますが。

ですから、行くというのはすごく良かったね、あるいは行けて良かったという環境をつくってあげるということは非常に重要だと思いますので、そこら辺のところにはやはり連携先と連携元のそういう協力があってだと思いますので、そういうところも前もってそういう情報の共有はやっておく必要性があらうかなと思いました。

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す。

最初の御指摘は、専門医制度のプログラムに入るのに、この制度に入ってしまうと不利になるのではないかと。

○相良委員 そうです。

○国土部会長 そういうご懸念は確かにあるようにも思いますが、どうでしょう。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

当初の案としては原則2年目ということにさせていただいて、今、それでスタートさせています。ただ、原則とさせていただいたのは、確かに様々な事情で1年目にやったほうがいだろうと、特に我々が当初想定していたのは少数県側の受入れ体制を想定して前倒しで実施したほうがいいのではないかというので少し含みを持たせるような制度にさせていただいておりますけれども、今回、こういった御意見もありましたので、またそこは改めて我々のほうでも考えてみたいと思います。

○国土部会長 きめ細かい制度設計がさらに必要であるという御意見だと思います。

それでは、片岡委員、どうぞ御発言ください。

○片岡委員 ありがとうございます。

御説明いただきありがとうございました。京都大学医学部附属病院では、研修医にとって真に意義深い研修ができるという点と医師少数県への貢献という両方の観点から、東北地方との連携も含めた広域連携型プログラムの策定を行いました。学生への説明会も行いましたけれども、学生からはかなりポジティブな反応がありまして、国の課題を解決するための方策というのがこのように進んでいて重要であるとか、あるいは異なる医療課題を有する場で研修することの意義を高く評価する意見が多く出ました。まだマッチング途中なので、結果を見ないと確定的なことは申し上げられないですけれども、前向きに取り組んでいきたいと思っています。

先ほど来から御指摘があるように、連携は非常に重要だと思います。我々もまだ病院同士の連携というところからスタートしておりますけれども、先方の自治体様との情報共有等も進める必要があると思います。また、実際にプログラムに入って研修医のフォロー、それからサイトビジットという辺りはしっかり通してすごく重要だと思っているので、その辺はきっちりとやってまいりたいと思います。

それから、東北という観点では、すみません、先ほどの基礎研究プログラムのときに発言すべきだったのですが、例えば東北大学等すばらしい基礎研究医プログラムを有

していたのだけれども、設置要件の点で募集ができないといったジレンマもお聞きしましたので、今回の改定案については、一定の解決策になると思います。

以上です。ありがとうございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

定員は一応想定どおりつくっていただいたのですが、今、マッチングはオンゴーイングで中間発表もまだなので、どのぐらいの人気になるのかというのはちょっと気になるころではあります。京都大学の学生さんの反応が良かったというのは非常に明るいニュースかなと思いますので、ありがとうございました。

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。

引き続き情報収集と課題検証を行うという方向性についての事務局案に賛成です。

私が1点気になったのは、連携元病院のアンケートでは研修内容の調整が困難という回答が多かった一方で、連携先病院では特に困難がないという回答が最も多いというこのギャップが注目すべき点だと思いました。相良先生がおっしゃっているようにこれがコミュニケーションエラーの一端である可能性が高いと思ったからです。

連携元は例えば制度上の要件を満たすために研修内容を詳細に調整する責任を強く認識している一方で、連携先はその枠を提供するということ自体を協力だと認識しておられる場合、調整をするほど負担だとは感じていないという仮説も立ち得るかと思います。これはそもそも共有できる情報の量が少ないという今の現状では致し方ない部分もあります。この病院間の期待値や役割認識の非対称性があり得るということを認識し続けることがまず重要だと思いますし、それを解消するためには、やはり両者が共通の視点で研修内容を確認できる仕組みが必要です。

具体的には、プログラム設計における責任範囲の明確化でしたり、研修内容や研修の項目の整合性に関する共有ツールなども有効かと思います。また、今回、事務局の御提案の定期的なウェブ会議などによる合意形成の場を設けるということは非常に有効だと思います。

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。

どうでしょうか、事務局から具体的に対応可能でしょうか。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

まずは今回、アンケートという形で取らせていただきましたが、このアンケートの一つ一つについて具体的にどういう問題意識で書いたかということまでは情報を収集できていませんので、引き続きこういった情報を我々も深掘りして、改善策を考えてまいりたいと思います。

○国土部会長 よろしくをお願いします。

それでは、木戸委員、どうぞ御発言ください。

○木戸委員 広域連携プログラムは医師偏在対策、特に地域偏在対策の一つに位置づけられている重要なものであり、その効果が期待されていますけれども、研修医にとりましても、ほかの地域で生活しながらその地域の実情を知って、体験を通して医師としての幅を広げて研修内容を豊かにすることにつながれると思います。医学生にとって進路の選択肢がさらに広がったと前向きに考えていいと思います。

今回、このプログラムができることで、応募を増やそうとする取組を通じて医師少数県における全体的な研修環境の向上に結果的につながることも期待できると思います。今回の資料の7ページにあります地域分布を見ますと、大きな偏りも見られず満遍なく少数県での研修ができるように設置されていると思います。今回は初年度で注目されているところでもありますけれども、今後の展開を進める上でこのスタート時の体制というのは非常に重要で、一体どういう形になるのかと注目しておりましたが、国のほうでも連携先病院リストの作成など、設置に向けて様々なサポートを行い、アンケート調査で課題についても検討するなど丁寧にフォローしていただいておりますし、連携元・連携先の病院も、調整などにおいていろいろと御苦労されながらも、こうやって募集定員上限に達する数まで魅力あるプログラムがこれだけ作成されたことに関係者の皆様に感謝を申し上げたいと思います。

資料の11ページには研修開始後の研修医への支援や良質な研修につなげるための実施病院に対する取組についてもしっかりと作成されて示されておりますので、これをしっかりと実践していくことが何よりも大切だと思います。初年度におきまして実際どのくらいの応募があるかは注意深く見守る必要がありますけれども、このプログラムの研修効果を上げること、それをデータとして示していくことが、今後の展開を進める上で何よりも必要となりますので、国としてもせつかくのこの制度が建設的な方向に進むように引き続きサポートをしていただき、この部会でも検証・議論を進めていく必要があるかと思います。

私からは以上です。

○国土部会長 木戸委員、ありがとうございました。

新潟県の中村参考人、この現状について何かコメントがありましたら、お願いします。

○中村参考人 ありがとうございます。

今、発言をさせていただこうと思ったところでございまして、花角知事の代理で参加しております。よろしくお願いします。

この広域連携型プログラムですけれども、今回、連携元の都県の全てで募集定員上限の5%以上となる定員数が設定されているということ、それから、今もお話がありましたけれども、医師少数県側、受入れ側でも多くの病院が、210でしたか、連携先となっているような状況であります。これはもともと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制度化されて、構成県に積極的な受入れを呼びかけてきた中で、今回、このような新たな連携が生まれて地域医療を学んでいただける機会が増えていくということは大変意義があることだろうと考えておりまして、厚生労働省をはじめとした関係者の尽

力に改めて感謝申し上げます。

このような状況から、今回示されました運用に係る取組、それから令和9年度の方向性については基本的に賛同するものでございます。県として、これは新潟県としてですけれども、連携先病院の状況をしっかりとフォローしていきたいと考えております。

あと、中身のところで、11ページにあります令和8年度以降の研修医の移動・滞在に伴う経費や連携先病院の指導経費ですけれども、こちらも地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会からも広域連携型プログラムの連携先として研修医の派遣を受け入れる医師少数県等の協力型病院において生じる負担に対し必要な支援を行うことというのを要望させていただいているところなのですけれども、こちらは引き続き検討ということですので、何とぞ十分な予算の確保に努めていただきたいと思います。

また、広域連携型のプログラムだけではなくてちょっと広がってしまうのですけれども、臨床研修費等補助金というものがございしますが、こちらは例年、申請額の約7割程度しか交付されていないという状況でございますので、当該補助金が満額交付されるように所要の予算確保についても併せてお願いしたいというところでございます。

私からは以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

特によろしいですか。

コメントありがとうございました。

7ページの都道府県の分布を見ますと、これは定員ベースということになりますが、これは満遍なく行き渡ったなど見ていいのですかね、どうでしょうか。どういう指標がいいのかよく分からないのですが。

○野口医師臨床研修推進室長 どちらかというと、今回、連携元になる県は西側の県が比較的多くございましたので、全体としてどういうバランスになるのかというのは我々もよく注視して、と思っていたのですが、結論から申し上げますと、先ほども御意見があったように北海道から南の地方まで比較的分散されているような印象は持っております。

○国土部会長 県によっては多少凸凹がありますが、これでやっていただくということになると思いますが、我々としては次の部会がいつかちょっと分かりませんが、マッチングの結果でどうなったかというのをぜひお知らせいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

ほかに御発言はありますか。対策について、もう既に御意見もいただいておりますが、11ページの御提案について何かコメント、あるいは確認することがあれば、お願いします。

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。

今おっしゃった11ページについてですが、この継続した支援というのがとても大切だと思ひまして、ここに言及していただいているのは大変ありがたいことですし、この結果の

アンケートなどの検証をぜひまた継続的によろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

11ページは、継続した支援は当然なのですけれども、具体的にどうするかというのがまだ十分記載されていません。少し時間的には先になりますので、また具体化したところでここで御提示いただきたいと思います。

よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、事務局の提案につきましては賛同いただいたということで、これを基に必要な対策をお願いしたいと思います。また、先ほども申し上げましたように、まだ定員ができただけですので、今後、どうなっているのか、定員が充足するのか、マッチングの結果もぜひお知らせいただきたいと思います。

それでは、御提案どおりということで進めさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

以上で本日予定した議題は終了いたしますが、全体を通じて委員の皆様から御発言はございますでしょうか。よろしいですか。

ありがとうございました。

それでは、皆さんの御協力で大分早く終了いたしました。これで部会を終わりたいと思います。事務局からお願いいたします。

○小作臨床研修指導官 本日いただきました御意見を整理しまして、今後、必要な対応等を行ってまいります。

また、次回の部会の開催日程につきましては、改めて調整させていただければと思っております。

以上になります。

○国土部会長 それでは、これで終了いたします。ありがとうございました。