

○大野臨床研修指導官 定刻になりましたので、ただいまから、「医道審議会医師分科会 医師臨床研修部会」を開催いたします。

本日は、先生方には御多忙のところ御出席を賜り、まことにありがとうございます。

まず初めに、新たに委員になられた先生方の御紹介をいたします。

国立研究開発法人国立国際医療研究センター理事長 國土典宏様。

○國土委員 よろしく願いいたします。記録によりますと、平成27年8月19日に外科学会理事長として、ここの会にヒアリングさせていただきまして、それ以来でございますが、よろしく願いいたします。

○大野臨床研修指導官 医療法人愛精会あいせい紀年病院理事長 森隆夫様。

○森委員 よろしく願いいたします。

○大野臨床研修指導官 事務局にも変更がございましたので、お知らせいたします。

吉田医政局長でございます。

○吉田医政局長 よろしく願いいたします。

○大野臨床研修指導官 迫井大臣官房審議官でございます。

○迫井大臣官房審議官 よろしく願いいたします。

○大野臨床研修指導官 佐々木医事課長でございます。

○佐々木医事課長 よろしく願いいたします。

○大野臨床研修指導官 加藤医師臨床研修専門官でございます。

○加藤医師臨床研修専門官 よろしく願いいたします。

○大野臨床研修指導官 委員の欠席等についてですが、本日御欠席の方はございません。

新井先生からは、所用により若干おくれて御出席、また神野先生からは所用により途中で御退席されるとの連絡をいただいております。

文部科学省医学教育課からは、荒木企画官にオブザーバーとしてお越しいただいております。

以降の議事運営につきましては、部会長をお願いいたします。

また、撮影はここまでとさせていただきます。

桐野先生、よろしく願いいたします。

○桐野部会長 それでは、まず、資料の確認について事務局のほうからお願いいたします。

○大野臨床研修指導官 それでは、資料の確認をお願いいたします。

お手元の資料をごらんください。

まず、1枚目、議事次第。

2枚目、座席表。

資料1-1 「平成32年度都道府県別募集定員上限について」、1枚です。

資料1-2、横になりますが、「研修医の募集定員・受入実績等の推移」

資料1-3 「都道府県別の募集定員上限（試算方法）」

資料1-4 A4縦になります。「平成32年度研修都道府県別募集定員の上限（案）」

資料2 医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要。これは、パワーポイント、2
アップでホチキスどめしている、カラーのものでございます。

参考資料1 が名簿

参考資料2 がことし3月に報告されました「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報
告書」

参考資料3 「臨床研修医の募集定員倍率」

参考資料4 「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」

参考資料5 「医師法（第5条関係）」

不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、部会長、引き続き、お願いいたします。

○桐野部会長 それでは、議事に入りたいと思います。

本日の議題は2つございまして、第1は「平成32年度都道府県別募集定員上限について」、
2番目が「医療法及び医師法の一部改正に伴う都道府県への権限移譲等について」という
ことでございます。

まず、議題1「平成32年度都道府県別募集定員上限について」を説明をいただいた後、
御意見をいただきたいと思っております。事務局よりお願いいたします。

○大野臨床研修指導官 それでは、御説明いたします。資料1-1「平成32年度都道府県
別募集定員上限について」です。

1番、平成32年度の日本全体の募集定員の上限の設定ですが、全体の募集定員につきま
しては、平成27年度の研修希望者の1.2倍とした後、段階的に縮小して、平成32年度は1.1
倍にすることとしておりました。これまで平成29年度は1.16倍、平成31年度は1.12倍と下
げてきて、平成32年度は目標とした1.1倍の設定を考えております。また、平成31年度の研
修希望者の推計と全体の募集定員の上限は、従来のとおり試算すると、資料1-2となっ
ております。

次の資料1-2をごらんください。上から3番目のオレンジ色の線になりますが、これ
が研修希望者の数で、前年度の実績等をもとに推計いたしますと、平成32年度、研修を希
望する研修希望者が、右側になります1万171人。これに1.1倍を掛けまして、定員募集は
1万1188人ということになります。そして、その前年度に募集定員の上限を配り切れなか
った分を加算いたしまして、平成32年度の募集定員の上限は、赤の点線、1万1924人とい
うことになります。

続いて、資料1-1の2に戻ります。平成32年度の都道府県別募集定員上限の設定です。
また、済みません、資料1-3をごらんください。都道府県別の募集定員の上限の計算方
法は、全国の研修医の総数を人口、もしくは医学部の入学定員の割合で按分して、その多
いほうの割合でさらに研修医の総数を按分したものに、地理的加算、条件等の加算を加え
たものを都道府県の基礎数とし、それに募集定員上限と基礎数の差を前年度の採用実績で
按分したものを、都道府県別の調整枠として加えたもの。その基礎数と調整枠を加えたも

のが都道府県別の募集定員の上限となる計算をしております。

具体的な計算は、次の資料1-4になります。済みません、ちょっと細かい数字になっております。32年度の上限のデータは1万1924となるように計算しております。資料1-4、人口と按分とを計算します。細かい計算があるのですが、それによって昨年よりも304人分少なくなります。その人数で計算させていただいております。

なお、済みません、何度も申しわけございません。資料1-1にお戻りいただいて、3番の御報告となります。医学部の新設に至っては、先ほど都道府県別の計算の中で医学部の定員ということをしてしておりますが、右側の欄外に※5、※6とありまして、こちらは宮城県と千葉県の東北薬科大学と国際医療福祉大学の分を、学部ができましたので、毎年少人数ずつふやさせていただいております。それも踏まえて計算させていただいております。

事務局の説明は以上となります。

○桐野部会長 ありがとうございます。

それでは、議題1「平成32年度都道府県別募集定員上限について」、御意見ございましたら、お願いいたします。

岡村先生、お願いします。

○岡村委員 資料1-4の今の都道府県別の増減の表があるのですが、※5と6の説明は、今、宮城県と千葉県に関しては新設ということで理解できるのですが、※7の京都に関しては、どういうことになっているか、説明をお願いいたします。

○桐野部会長 説明をお願いします。

○大野臨床研修指導官 済みません、失礼いたしました。※7の京都に対しましては、昨年から歴史的なところもあるということで、引き続き載せさせていただいているのですが、31年度の上限と募集定員の差のうちの32を優先配分して、その27を直近の採用分の計算、要は5人分になりますが、その差について、例年載せさせてさせていただいているのですが、ことしも5人分ということで追加させていただいております。

以上です。

○桐野部会長 京都はいろいろ経緯があって、全国の中で京都だけが例外的に非常に上限と実績とがギリギリの状態であったので、一番最初、たしか20を配分して、それから漸減していった、それは諸般の事情で委員の先生方が許容するというものであったと思います。この点について、何か御意見があれば、徐々に全体のレベルに近づきつつあるのではないかと思います。それはそれでいかがですか。

○大野臨床研修指導官 今、桐野部会長が言われたとおり、当初、27年ですが、ことし減らすということがありまして、5人分だけ追加させていただいております。

○桐野部会長 これは、歴史的な経緯でございます。これを許容するというものでお願いしてきたわけですけれども、よろしゅうございますでしょうか。よろしければ、今の岡村先生の御質問には答えたということですが。

そのほかに何かございますか。どうぞ、お願いします。

○相原委員 東京が64名少なくなっているのですが、これは計算の仕方の説明がつくものなんでしょうか。この64という数字がどうやって出てきたのか教えていただければと思います。

○桐野部会長 お願いいたします。

○大野臨床研修指導官 昨年までは右肩で上がっていたのですが、ことしは試算によるとマイナスになりまして、済みません、1-4、かなり小さいところですが、北は北海道から南は沖縄までということで、左側からいくと、31年度の募集の上限と31年度の定員ということになりまして、右に行ってもらおうと、人口分布と医師の養成数というところがありまして、こちらを都道府県の人口と全国の人口、都道府県の医学部の定員と全国の医学部の定員というのを割り返していただいて、どちらか多いほうを基礎数としております。

東京の場合ですと、969と1,439とありますので、医学部のほうが多い数字となりますので、1,439を基礎数としております。それに按分を掛けますと1,209人となりまして、それにプラス地理的加算ということで、東京ですと離島の人口であったり、高齢者であったりということを加味しますと、基礎数の上限1,226に、これも細かいのですが、1万171を按分しますと247ということでプラスされますので、1,473になるのですが、これは全体の数が減っている関係でございまして、都道府県ごとにすれば約1桁から2桁減っているところになるのですが、とりあえず単純に計算して、どの県も同等に計算すると、東京は去年の数よりも64人分減ってしまう。

ちなみに、今回の資料には載せていないのですが、去年の増加率としては、東京はプラス60人ふえているというところがありまして、比較するのはちょっと難しいのですが、昨年、一昨年と大体同等数ぐらいの募集定員の上限という計算をさせていただいております。

○桐野部会長 これは一応確認ですが、微妙なさじかげんというのはほとんどなくて、機械的に大体決まってしまうような数値であると理解しておりますが、そう理解すればよろしいですか。

○大野臨床研修指導官 こちらも例年同等の計算式を使わせていただいておりますので、そのまま出した数字ということになります。

○桐野部会長 よろしゅうございますでしょうか。

そのほか、何かこの都道府県別募集定員上限について、御質問、御指摘等ございましたら、お願いいたします。お願いします。

○金丸委員 今さら素朴な疑問で申しわけないです。例えば、資料1-4の右端の枠の3列目、32年度募集上限の、北海道461から沖縄の183まで出ていますね。これが30年度の計算に基づいた結果的な上限ということですね。ちなみに、これでいくと、医学部が県内1カ所で、医学部の卒業生の数を上回るというのは、仮に県内の医学部卒業生が全員希望した場合にも満たされないということになってしまうのですか。こんなことは、なかなか現実的にはありにくいことですが、例えばそういうことですか。

○桐野部会長 はい。

○大野臨床研修指導官 お答えいたします。

確かに先生のおっしゃるとおり、今までの国私との比を見ると、ある程度一定の合格率があるのですが、たまたま全てが100%ということはないと言えるのですが、例年の数字と換算させていただいて、この数字を出させていただいているということでございます。

○桐野部会長 神野先生、どうぞ。

○神野委員 あと、資料1-2の確認ですけれども、医学部定員は地域枠も含めて、どんどんふえております。今回、黄色とか紫とか赤が32年で下がっているということですね。これは、入学は増えているけれども、大学内で進級できない学生が増えているということですね。結構大きな数字かなと思うのですけれども、この辺の把握状況としてはどうなのでしょうか。

○桐野部会長 これは、どちらからお答えいただけますか。お願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 例えば、平成30年度の6年次は9,510人の在籍状況に対して、5年次は9,044人ということで、450人ぐらいの差があるということですので、そういった観点から多少の変動がこのように起きるということは、やむを得ないなと思っています。

○桐野部会長 どうぞ。

○神野委員 そうすると、医師不足で医学部定員をふやしたけれども、全然効果がないということになってしまうわけで、これは岡村先生もいらっしゃいますが、大学教育の話になってしまいますけれども、医学部定員を増やしたけれども、偏差値が低い人が入ってきたということになってしまうのですか。そういう短絡ではないと思いますけれども、そう読まざるを得ないのかなと思いました。

以上です。

○桐野部会長 お願いいたします。

○岡部医師臨床研修推進室長 補足になりますけれども、神野先生、御指摘のとおり、留年等々がございまして、32年度の研修希望者は下がったのですけれども、当然、留年していますから、その方が学年が1つ上がればふえるということで、その次の年の研修希望者は逆にふえるという調整が行われるということかと思えます。

○桐野部会長 400人が完全にドロップアウトしたわけではないという理解かと思えますが。

そのほかいかがでしょうか。

これは、1.2倍から1.1倍に、千葉は0.1刻みでずっとやってきて、一応の目標は到達したということで、今後はまた別途考えなければいけないと思いますが、幸いにして、現状は募集定員の上限の算定式について、そうもめないというか、これでやっていただこうと去年ぐらいからなってきたように思いますけれども、これでよろしゅうございますでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○桐野部会長 どうもありがとうございました。

「平成32年度都道府県別募集定員上限について」は、以上で審議を終了させていただきます。

続いて、議題2「医療法及び医師法の一部改正に伴う都道府県への権限移譲等について」、これも事務局より御説明をお願いいたします。

○加藤医師臨床研修専門官 御説明させていただきます。資料2「医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要」から御説明させていただきますと思います。

本医療法及び医師法の改正に関しましては、前回の第196回国会でこの法案が通過しまして、主に地域間の医師偏在解消を目的とした、この5つの項目に関して制度改正を伴う医療法・医師法改正となりました。

簡単に改正のポイントを御説明させていただきますと、1つ目に、医師少数区域等における医師を評価する制度の創設。2つ目に、都道府県における医師確保対策の実施体制の強化。3に、医師養成課程を通じた医師確保対策の充実。4に、地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応。5番目に、その他とさせていただいておりますけれども、地域医療構想などにおける都道府県知事への権限の追加ということで、臨床研修に関しましては、この3の医師養成課程を通じた医師確保対策の充実に盛り込まれております。医学部、臨床研修、専門研修、それぞれ少しずつ改正が加わっておりますけれども、下線にございますとおり、臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲が法律に明記されたこととなります。

次のスライドに移らせていただきますけれども、この3の部分を少し詳しく御説明させていただきますと思いますけれども、左上にございますとおり、基本的な考えは、医学部、臨床研修、専門研修を通じ、医師は自らが研さんを積んだ土地に定着するという考えに基づいて、今回、このような医師偏在対策を講じさせていただいております。

法律の内容に関しまして、臨床研修関係の見直しということで、マル2の赤字でございますとおり、都道府県知事が臨床研修病院を指定する。そして、マル3にございますとおり、都道府県知事は、都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとするということになっております。こちらは、マル2、マル3とも、2020年、平成32年になりますけれども、4月1日付の施行となります。

次のスライドでございますけれども、3と4で臨床教育研修病院の指定に関してと、募集定員の設定に関しまして、詳しく御説明させていただいております。

臨床研修病院の指定に関しましては、都道府県が格差是正を進めていくために、国が一定の基準などを示した上で、地域医療対策協議会の意見を聞き、臨床研修病院の指定を都道府県が行う仕組みを構築すべきとさせていただいております。

上にございますとおり、これまで厚生労働大臣が臨床研修病院の指定の権限を持っておりましたけれども、メリットの赤字にございますとおり、都道府県によりきめ細かい対応を可能にするため。また、都道府県が目指す医療提供体制の構築のために、今回、権限移譲を行うことにさせていただきました。

左側にございますとおり、臨床研修病院の指定に関しましては、医道審議会で見解をいただいた後、国が指定基準を定め、それを厚生労働省から各医療機関に周知する。医療機関から各都道府県のほうに申請を行い、地域医療対策協議会の意見を聞いて、都道府県知事が指定するという流れになります。

次のスライドに移らせていただきますけれども、こちらは臨床研修病院の募集定員の設定に関してです。青枠にございますとおり、各都道府県での上限設定というのは、これまでどおり厚生労働省で行っていく予定ですけれども、具体的には、今後、1.1倍を平成32年度に到達するというお話させていただきましたけれども、平成37年の1.05倍に向けて、今後も調整していくわけです。

方法としましては、右側の定員算定方法の変更ということで、こちらに関しては、今後議論する予定ではございますが、主に医学部定員数をベースにしている県に関しまして、例えば石川県など、医学部が2つあって、やや多いのではないかという議論はこれまでもございましたが、地域の医学部定員数をベースに0.7や0.8などの按分を行いまして圧縮することで、定員数を調整していくということを今後議論していきたいと思っております。

そのような議論で各都道府県の上限設定をした後、緑にございますとおり、都道府県内での定員調整を行っていただくこととなります。こちら、県内での医療の提供体制の現状にあわせて、どの病院にどれだけの定員数を配分するかということ、地対協を含めて県で検討いただくという改正の内容となっております。

次のスライドに移らせていただきますけれども、こちらは今後の移譲に関するスケジュールでございます。平成30年度に関しましては、緑の丸でお示しさせていただいておりますけれども、本日、12月の臨床研修部会で上限設定を行わせていただきまして、2月、3月の臨床研修部会で省令の改正案を御提示させていただきたいと思っております。

平成31年度以降に移らせていただきますけれども、オレンジの丸は、平成33年4月から研修開始をする研修プログラムに関連した事項でございますけれども、平成31年度中は新規指定の申請及び上限設定は国で行い、平成32年の4月に施行されますので、4月下旬にございます研修プログラム受理募集定員の設定を、赤字でございますとおり都道府県で行っていただくということになります。

青丸は、平成34年開始の研修プログラムに関してですけれども、平成32年10月に新規指定申請を都道府県で受理していただき、2月にございますとおり、新規指定の、こちらは今後また議論の予定がございますけれども、地域枠のゼロ次マッチングなどに関する地域密着型病院の指定に関しても、こちらも同様に都道府県で議論いただくという予定となっておりますので、お示しのとおり、平成32年度以降、この移譲が行われるということになります。

最後のスライドに移らせていただきます。権限移譲後の国と都道府県の役割分担ということで、下の表をごらんいただきたいと思いますけれども、国及び地方厚生局と都道府県がそれぞれどのような役割を持つかということでまとめさせていただいております。赤字

のところは今回の法改正に基づいて権限が移譲された部分になりますけれども、繰り返しになりますが、臨床研修病院の指定、取消、定員設定、及び年次報告の受理や研修プログラムの変更等の受理、指定継続に係る訪問調査や報告の徴収及び指示に関しましては、主に都道府県が担っていただく。

ただし、都道府県で十分にこういったことが行われ得るのかという御指摘もございますので、この※にございますとおり、国や地方厚生局は、必要に応じて地方自治法に基づいて技術的助言を行っていただくと整理させていただいております。

説明は以上になります。

○桐野部会長 ありがとうございます。

医療法及び医師法の一部改正に伴う都道府県への権限移譲。この権限移譲は、初期臨床研修に関してかなり大幅なものでございますので、この点について先生方の御意見を賜りたいと思います。

羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 スライドの緑の枠のところのマル1ですけれども、地対協の協議を経て、地域枠又は地元出身枠の創設、増加を要請できるとありますが、医師需給分科会では、平成34年ぐらいから医師数を減らすということを議論していますが、医師数を減らしながら地域枠をふやすということは、一般枠を減らすということですね。このことは全ての大学病院は、それはもう納得済みということではよろしいのですね。

○桐野部会長 これは、何か決まっていますか。

○羽鳥委員 定数を減らすという方向は決まっているでしょう。そうして、地域枠をふやすということは、一般枠を減らすということになります。

○桐野部会長 では、お願いいたします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

医師需給に関しましては、医師需給分科会というところで議論しているところでございます。御指摘のとおり、32年以降の地域枠のあり方については、1回、現状のものを含めて、再度、その時点で都道府県、大学等の要望を見て協議していくということで、そこは決まっております。ですので、全体としてふえるか、減るかということについては、現状ではまだ決まっておりません。

それから、もう一点、今、医師の働き方改革に関する検討会ということで、まさに労働時間規制のあり方を議論しておりまして、その全体的な仕上がりを踏まえて、もう一度改めて医師需給、医師数についても検討することになっています。そういういろいろな要素を加味した上で、全体的に医師数をどうするかということになっていますので、現時点で必ず減らすとかふやすということが決まっているかどうかということ、まだ少し議論する要素がふえてきているので、今の時点で絶対こうしますということがまだ言える段階ではないというのが正確な状況だと思います。

○桐野部会長 よろしゅうございますか。

そのほか。神野先生、どうぞ。

○神野委員 今まで、この医師臨床研修部会で、非公開でしたが、臨床研修病院の指定と指定解除ということを検討してまいりました。これが県に行くということがわかったわけですけれども、特に指定、取消に関して、これまで退院患者数3,000とか臨床研修医が3年でしたか、いなかったところに関して個別で検討しておりましたが、それが6のスライドを見ますと、その指定、取消に関しましても都道府県に移管されることになると思います。

ただ、一方で、5の上のほうにもありますけれども、地域密着型のいわゆる地域医療をやるための研修病院というの、また都道府県で指定する方向性と、外形基準を含めて、取消との齟齬がないかどうかということがちょっと気になるわけです。取消に関しては、外形基準を決めて、国がやるか、県がやるかは別にして、その通りにやるという方向性は変わっていないということによろしいでしょうか。

○桐野部会長 どうぞ。

○岡部医師臨床研修推進室長 神野先生、御指摘のとおり、指定権限、取消の権限は都道府県に移ります。その基準というのは引き続き国が定めるということになります。

○神野委員 基準は国が定めるのですね。

○桐野部会長 清水委員。

○清水委員 ありがとうございます。

今の点について、ちょっと確認させていただきたいのですけれども、今まで訪問調査は、地方厚生局さんとかが行かれていたと思うのですけれども、今度は地方厚生局さんからも行かなくなって、県の地域医療対策協議会さんから行かれることになるのだと思います。この間、Bプラス、Bマイナスという基準も決められているので、今までより厳しくなっているのですが、訪問調査になれていない方が行かれてBマイナスになって取り消しになることがあり得ると思いますけれども、その辺への厚生局さんからの指導とかトレーニングとか、そういうことのお考えはありますでしょうか。

○桐野部会長 これはいかがでしょうか。

○岡部医師臨床研修推進室長 先生、御指摘のとおりでして、指定、指定継続に係る訪問調査は、都道府県で行っていただくことになります。これまでは地方厚生局がやっていたわけですけれども、きょうの資料にもございますけれども、技術的な助言というのは権限移譲後もやっていくということですので、都道府県が難しくならないように、国としてもやっていきたいと思っております。

○清水委員 もし、そうされるのであれば、例えばある一定期間は部会に報告していただくとか、結果に妥当性があるのか、こちらでもう一度差し戻しということができるようしておかないと、地域医療対策協議会さんがなれるまでの一定期間は大変だと思いますが如何でしょうか。サーベイは、行かれたことがある方は御存じだと思いますが、とても大変です。事前準備もして行かなければいけないので、その辺はちょっと危惧されるのですが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 はい。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

実は、医療法、医師法の改正の議論、国会で御審議いただいている中で、実際に都道府県がきちんと権利移譲を受けた事業についてできるのかということについて御質問がございました。我々のほうも、先ほどの実際の訪問調査のやり方等々について、どのタイミングでというのは検討ですけれども、説明会というのですか、都道府県の担当者を集めて説明するというのは考えていこうと思っておりますし、また実際に都道府県が事務をどのような形でやっているかということについては、どういう形になるかは少し検討いたしますけれども、アンケートのような形になるのかどうかわかりませんが、状況については何らかの確認はしていこうと思っております。

それは、きょうまた御議論いただきまして、そういった視点も踏まえて、どういうことができるかを含めて、少し検討してまいりたいと思います。

○桐野部会長 金丸委員、それから河野委員、どうぞ。

○金丸委員 今の続きですが、このいただいたスライドの3にメリットが書いてあります。下にデメリットが書かれてあります。そこのところが議論が必要なところではないでしょうか。右上の権限移譲に伴ったところでは、今回、32年から研修制度が大きく変わっていく中で、部会報告の報告書にも今、Bプラス、Bマイナスであるとか、あるいは9ページの、3,000人以上であっても評価がこれから入ったほうがいいのか、さまざまに積極的な研修病院の評価を議論の末、こうやって第三者評価とか、10ページに盛り込んでいただいたところがあるわけです。

今回、法律の改正に基づいて、確かに権限移譲で県に移るということを前提とするにしても、資料2のスライド6に戻って、地方厚生局の訪問調査に関しては、県の対策協議会がいきなり変わって行なうということではなく、事前に説明会を実施するとの御説明がありました。しばらくの間は、国がこの改正に基づいて、むしろ、さらに厚生局の専門の方々の支援を深めていくベクトルが当然要ると思うのです。

その中で、本来の権限移譲に基づいた訪問調査が県に移行する中で、そこはぜひ必要ではないかと。ここは慎重に、ある期間、つまり極端に言えば共同で実施するとか、県と共同で作業する。県が技術支援を求めるという姿でなく、県と共同でそこは実施する。そして、そこに国がこれまで以上に、今度の研修部会報告に基づいた支援の強化ということを織り込んだ部分を強化しながら、ある期間動かすということが必要ではないでしょうか。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

○岡部医師臨床研修推進室長 本日の資料2の6ページのスライドの中で、真ん中ぐらいに報告の徴収及び指示、その3つ下に臨床研修の質の観点からの調査。これは、国と地方厚生局が◎がついているわけです。法律上は、臨床研修病院の指定権限、それから病院の募集定員というのは都道府県になるので、共同で実施することにはならないのですけれども、国としても必要な報告徴収とか質の観点からの調査は、都道府県と連携してやっ

きたいと思っております。

○桐野部会長 はい。

○金丸委員 確認ですけれども、ということは、共同で実施ということで理解してよろしいでしょうか。

○岡部医師臨床研修推進室長 病院の指定と病院の募集定員の設定は、共同ではなくて、都道府県にやっていただくことになります。

○金丸委員 評価のところですか。例えば、年間3,000人以上の臨床研修病院も評価が必要ではないのかという議論がありました。そのあたりのことです。

○岡部医師臨床研修推進室長 入院患者数年間3,000人という指定基準に合致しているか、していないか。それから、指定基準に合致していたとしても、課題があるような病院については調査が入ることにしております。そこは、調査のやり方については、指定に係る部分であれば都道府県になるのですけれども、臨床研修の実施に関して必要なことというのは、国が実施することを考えております。

○桐野部会長 河野先生、それから森先生でいいですか。はい。

○河野委員 ただいまの御議論に重複するところで申しわけないのですが、ここでも随分昔に議論があったのですが、研修医については、医師の配置という問題も微妙に絡んでくるわけですね。研修の質の問題と医師の配置の問題の絡みが、常に研修病院の指定のところにございました。今回、この県のほうに権限が移譲されますと、地域によっては医師不足等々の問題がございますから、研修の質という問題と医師の配置の問題となると、軽重というものが少し変わってくる可能性がある。それが今の皆さんの御議論だったと思うのです。

そうしますと、例えば横断的な全国一律のサイトビジットのシステム、例えばJCEPですか、ああいったものを使って横並びでどこかで把握させないと、県だけですと中立性の問題とか。指定基準を満たしていても問題、課題がある研修病院というのものがあるものですから、全国横並びの基準で、かつもうちょっとソフトな部分も含めた評価ができる基準という体制をちゃんとつくっておかないととならないと思います。この絵で見ると、都道府県においての訪問調査や権限が非常に強くなりますので。

皆さんの御意見を踏まえても、ちょっと危惧されます。

○桐野部会長 森先生、どうぞ。

○森委員 大きな話が違うわけではないのですが、混乱するので、ちょっと整理したいのですけれども、地域移譲というのは法律で定められると思います。ですから、法律で定められた事柄については、どうこうできるものではないと私は思います。この指定と取消と定員設定ということについては、都道府県が責任を持ちますよ。ただし、問題があれば口を出しますよという程度だと思います。

そのほかのことについて、この表を見ると◎のところは国が今までどおりやります。

※の技術的助言については、今、お話があったような問題だと思います。その部分を明

確にここに出していただいて、こういう形で助言をやりますよ、こういう形で指導を行いますよということがわかっていれば、ある程度こちらが読めてくる。今の話を聞いていると、何となく法律はできて、こういう移譲をします。移譲にはメリット、デメリットがあります。当たり前ですが、デメリットのところをわあわあ言ってもしょうがないし、メリットのところを言っても、これは法律になってしまったわけですから。

では、それをどう運用していくかというときに、今の話題でずっと行ってしまうと、何か経過措置みたいな形になってしまいますね。何となく法律ができていのに、経過措置で、その間は、話を何とかやって、自立させるまでは、国が協力しましょうというのは、ちょっとおかしな話で、きちんとした形で助言のシステムをきちんとつくっていく。フィードバックの仕組みをちゃんとつくっていくほうが、ずっと大事だと思います。なので、これは法で定められたことなので、どこまでが法で、どこまでが議論なのか。議論ができる範囲がどこなのかということを確認にされないと、余り意味がない議論になってしまうと思います。

よろしく願いいたします。

○桐野部会長 では、羽鳥先生。

○羽鳥委員 今のことに関してですけれども、臨床研修指定病院を知事がするという事ですけれども、多くの都道府県はニュートラルな知事さんでいいと思いますけれども、日本中で幾つかの県は知事が恣意的にここの病院を選ぶとか、そういうことが可能にならないように、すべきです。スライド3の国が指定基準を定めるとありますが、ここをしっかりと書き込んで、これを最低限守れていないようなところは、認めない。都道府県によって大きなばらつきが出てきます。知事さんというのはみんな12年ぐらいやるので、大きく変わってしまうので、その辺注意が必要だと思います。

○桐野部会長 ありがとうございます。

これは、初期臨床研修制度というのは、これまでは国が認定し、マッチングという全国システムを使って、研修医は研修先を決めていった。ある県がマッチングをやらないと言ったらどうなるのですか。

お願いします。

○佐々木医事課長 医事課でございます。

全体的な御指摘を少し整理しなければいけないと思いますが、この法的権限で申しますと、6ページに書いてございますとおり、年次報告、研修プログラム変更の受理であったり、指定とか、◎がついているところについては、都道府県の権限ということでございまして、その※になっているところについては、国が技術的助言ということです。

私が先ほど申し上げましたが、恣意的なという御指摘もありましたけれども、都道府県がきちんとその仕組み、国の基準どおり、いろいろな指定をするかとか。あと、今、御指摘があった、マッチングについては、従来どおりの方法は継続しますし、そういう意味では、この会でいただいた御懸念については、国のほうとしてきちんと確認するということはし

てまいりたいと思っております。いずれにしましても、都道府県に権限移譲されたことによって、研修をされる方々に対して、混乱することがあってはいけないと思いますし、御心配いただいたように質が落ちるとか、そういった偏った運営がされることのないように、技術的助言というのはきちんとしていきたいと思っておりますのでございます。

○桐野部会長 相原委員。

○相原委員 ただいまの先生方の御議論、もったいと思うのですけれども、都道府県の地域医療対策協議会のメンバーが、大学とか医師会とか、書いてございますけれども、これがニュートラルだとはとても思えないようなところもきっとあると思います。つまり、そこに加わっている病院の代表者は、自分のところの病院の利益を最優先するという考えも当然ありますので、例えば新しい病院を加える場合に、自分のところは当然不利になりますので、枠は決まっている上に新しい病院が参入してくれば、自分のところの病院に来る研修医の数が減りますから、いろいろ利害関係のもとで動くことが考えられるのですね。

公平な意見が言われているか。それによって県が指定しているかということに、もし疑義が生じた場合に、例えばある地域の病院がすごくいい研修プログラムで、こうやって地域の医師を育てていこうというときに、地域でとても力を持っていらっしゃる院長先生がいらして、研修医の配分を抑えるというようなことがあっては決してならないと思います。そういうときに、それを訴えられる窓口を厚労省のほうにつくっていただくことはお考えでしょうか。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

○岡部医師臨床研修推進室長 現行の仕組み上でも、御相談があれば国のほうで承るという仕組みにしておりますので、そうならないように対応していきたいと思っております。

○相原委員 そうすると、現場がおかしいと国が県に意見を言える権限があるということによろしいわけですね。県が決めたことについて修正を促すことができるということ。

○岡部医師臨床研修推進室長 口を出すというのはあれですけれども、技術的な助言というのは、法律上、権限として置いておりますので、そういう形でやっていきます。

○桐野部会長 岡村先生。

○岡村委員 先ほどから河野先生、相原先生が言われている危惧は、私も思います。

もう一つは、県をまたいでの協力型病院の立場が微妙になってくるのではないかと思います。いろいろな項目がある中で、臨床研修病院の指定、取消を県に移譲というのが決まっているならば、少なくとも年に1回は総合的に評価して、チェックする仕組みを国がやるようにしたほうが良いと思います。

○岡部医師臨床研修推進室長 これから法律改正を受けて、臨床研修に関する省令改正を事務局としてやっていくわけですが、その手続の中で、そういう形で都道府県から情報提供なのか、調査なのか、ありますけれども、都道府県からの情報というのは何らかの形で国のほうに出していくような仕組みをつくっていきたいと思っております。

○桐野部会長 国土先生。

○国土委員 ちょっと基本的な質問かもしれませんが、地域医療対策協議会は非常に重要になるわけですが、これについての要件を決めているのかどうか、あるいはメンバーについて何かチェックする仕組みがあるのかどうかと、現状、県によって準備の状況がいろいろ違うと思いますけれども、その辺について、どの程度把握されているのか、教えてください

○岡部医師臨床研修推進室長 地対協については、改正医療法の中で規定されていまして、実際の運用については、施行通知という形で都道府県には送付しております。そういう形で、どういう運用するかというのは、文書として定められております。

○国土委員 任命権は都道府県知事にあるのですか。

○岡部医師臨床研修推進室長 そうです。

○国土委員 各県の間でこぼこは、今のところ余り認識していない。体制というか、そういうものがあると思いますけれどもね。

○佐々木医事課長 各都道府県の地域医療対策協議会の運営については、これは従来から非常に活発にやっているところと、法律で役割は変わりましたが、設置もされていないところもあったのは事実でございます。ですから、地域医療構想で、年に3回ぐらい担当者に来ていただいて、研修を、やっております。その中で1枠いただきまして、医療法・医師法の改正の中身も既に御説明しておりますし、そういった形で機会を捉えて、制度の趣旨をきちんと理解しながら運営していただけるように、担当にはそういうレベルアップとか、そういうことをやってまいりたいと思っております。

○桐野部会長 羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 今回の国土先生の質問で、医道審議会の専門研修部会で問い合わせがあった。専攻医の募集をするに当たって、地域医療対策協議会の意見を聞かなければならないということで、47都道府県知事に聞いたのですけれども、「意見なし」というのが7つぐらいあった。でも、実際に医師会に聞くと、こんなにたくさんいろいろなことがあったのに、そんなものは聞かれた覚えがないということもあって、それは全然有効に機能していないと思うので、これから厚労省が頑張るということを信じたいと思います。

質問のほうに入ります。4ページ目の定員募集、定員算定の方法の変更ということで、真ん中の右側ですけれども、例として石川県を出されましたけれども、石川に2つの大学があって、今後、掛ける0.7を想定するということですから、先ほどの細かい資料の石川県を見ると、ことしは230で5人しか減らないということですが、先ほど0.7を掛けるということは、50も減る。激変緩和と考えているのですか。

○加藤医師臨床研修専門官 いえ、先ほどはあくまで例として挙げさせていただきただけですので、適切な数値が幾つなのかというのは、ここも議論させていただきたいと思えます。データに基づいて議論されるべきだと思いますので、よろしく願いいたします。

○桐野部会長 これは、前にも、この数で行った場合、有効に利用されないというか、実際の定員数との間に大きな隔たりがあるような場合に、これを今後どうしようかという議

論があったことは事実だと思います。これは一つの例示であって、こうすると決まったというものではないですね。

○加藤医師臨床研修専門官 ではないです。これまでの議論でそういった議論がございましたので、あくまで今後、圧縮していく方法の一つの例示として述べさせていただきます。

○桐野部会長 そのほかございますか。

金丸委員、どうぞ。

○金丸委員 今までの議論の延長の部分ですけれども、いわゆる法律は決まった。今後、改正省令、通知というところに入っていくという話がありましたね。今、議論していることが、つまり、骨格は法律ですが、具体的な改正は省令とか通知で行くわけですね。そうすると、先ほど言ったいろいろな意見、評価であるとか、ここに入ってくる余地というものはあるのでしょうか。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○岡部医師臨床研修推進室長 本日の先生方の御意見に基づきまして、臨床研修に関する省令改正を進めていきたいと思っております。評価とかになりますと、省令レベルではなくて、省令の施行通知レベルになってきますので、施行通知も同時に改訂していこうと思っております。御指摘の点、盛り込んでいきたいと思っております。

○桐野部会長 そのほか、いかがでしょうか。どうぞ。

○相原委員 地域協議会の中に入っている民間病院ですが、公立病院はいいと思いますが、民間病院の場合、知事のCOIの公開は求めますでしょうか。つまり、知事さんの後援会にはいっている方とか、いろいろいらっしゃると思っております。その辺のCOIの公開はあったほうがいいかなと思ったのですが。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○佐々木医事課長 基本的に、いろいろな病院なりを入れるときの一般的な方法としては、病院団体に推薦を求めるということが標準的なものであるかなと思っております。御指摘の点もどの程度具体的に配慮するかというところがありますけれども、幾つか、実際既に運用の原型があるところもありますので、そういった公平・公正な議論が必要であるということについては、この医療法・医師法改正の中でもさまざまな御指摘をいただいておりますので、公平・公正な議論につながるような形で運営していただくということは、どういう方法でお願いするかということはありませんけれども、従来もお願いしておりますけれども、今の御指摘にどういう形で対応できるか、少し考えたいと思っております。

○桐野部会長 そのほか、いかがでしょうか。

国が指定基準を定めるとなっていて、これはいろいろ定められると思っておりますが、従来の指定基準は、例えば3,000という基準であっても、それより下回る研修病院についても訪問調査をして、よければ認めるという非常に寛容な基準で国はこれまでやってきたと思うのですが、それはそれなりに訪問調査をして、きちんとしたチェックをした上で認めるとい

う歯どめがかかっていたように思います。

もう一方では、3,000以上の比較的大きなところは、全くチェックを受けずにずっとやってきたというのも大いに問題であって、認証評価みたいなことをやることを今後どうしても考える必要があるという議論まではして、それで県に移譲するという議論があったのですが、今、伺っている限りでは、認証評価の議論も今後していただいたほうがいいのではないかと感じました。私が言っているのかどうかわかりませんが、そのほかいかがでしょうか。

せっかく一定のレベルでやってきたものが、もし、この新しいやり方、世の中がこういうふうに進んでいる以上は、こういうふうにするのがよろしいのかと思います。仮にちょっとした不手際でぐじゅぐじゅになってしまったら、何のためにこの間、議論して努力してきたのかというのがわかりませんので、そこをぜひお願いしたい。

清水委員。

○清水委員 今、桐野先生もおっしゃったように、前回までの議論で3,000床未満のところについては、毎年、訪問調査に行くのに、3,000床以上の病院については、ノーチェックであるという点について、臨床研修病院の第三者評価が次の改訂で義務化する方向で検討することになっていると思いますけれども、第三者評価がいいのか、もっと別の今までの3,000床未満と同等に厚労省からの直接の評価のようなものが必要なのかという点も全然議論されていないと思います。

これから、その点について、県の指定基準、指定取消などで、どういうふうに整合性をとるかというところをちゃんと議論しないといけないのではないかと思います。それをどう議論していけばいいのか、そこは今はわかりませんが。

○桐野部会長 そのほか御意見ございますでしょうか。まだ時間はありますよ。何か御意見ございましたら。

羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 スライド5の真ん中、新規指定、地域密着型病院は、1回どこかで聞いたことがあると思うのですが、何か具体的なイメージがあれば、あるいはこの病院がまさにそれだなというのがあれば教えていただきたいです。どんなことをイメージされているのでしょうか。

○桐野部会長 事務局からお願いできますか。

○岡部医師臨床研修推進室長 5ページの地域密着型病院（仮称）は、ことしの3月に部会報告書をまとめていただいた中に出てくるものでございます。都道府県が認定する地域密着型病院の中では、マッチング前に採用決定を行うと、地域枠等限定専攻というのができるというのが部会の報告書に記載されております。

そういう形で、概念はこういったものですが、具体の手續については、省令も施行通知の中に記載されるものでございますので、次回以降の部会に臨床研修省令改正案や施行通知の改訂案について御議論いただければと思います。

○桐野部会長 臨床研修病院の取り扱い方が全く新しくなるという、これは2020年以降ということで理解すれば、まだ先はありますけれども、全くこれまでとは異なる取り扱いになるということで、臨床研修部会の手の及ばない世界になる可能性がありますので、これは臨床研修制度全体にかなり大きな影響を及ぼす改正になると思います。

全体、説明していただきました資料全体を見回して、どのようなことでも。

国土先生、どうぞ。

○国土委員 私はきょうからなので、基本的な質問で恐縮です。37年度、1.05倍になるという話ですけれども、これは3月30日の報告書にもちゃんと書かれています、法律にまで書き込まれているかどうかと。1.1倍でもかなり厳しいのかなと思っているのですけれども、実際、1.05倍にしていく、どういうディスカッションがあったか、少し教えていただきたいのですが。

○桐野部会長 事務局からお願いします。

○岡部医師臨床研修推進室長 1.05倍の倍率については、今回の改正法には、厚労大臣が都道府県ごとの募集定員を定めるということまでしか書いていません。1.05倍の議論ですが、ことしの3月におまとめいただいた部会の報告書に記載がございまして、その報告書をまとめるに当たりまして、事務局のほうで1.05倍にしたときの都道府県ごとの定員がどうなるか、シミュレーションをしております。それで、前年度の採用実績からすれば、現状の臨床研修の採用実績を下回るようなことにならないような形で、何とかシミュレーションできましたので、こういう形で1.05にすることを決めていただいております。

○桐野部会長 追加で私の記憶している限りでは、現在のマッチング制度では第1志望が80%、全くマッチしないアンマッチ率が5から6%ぐらいであり、もしそのまま推移できるのであれば、まだ倍率は下げられるという議論だったと思います。

○国土委員 ありがとうございます。

○桐野部会長 この報告書10ページを読むと、1.10倍でほぼ横ばいの見込みである。ということは、1.05倍というのは、かなり都市部の集中を下げることを意図しているというわけではないでしょうか。お願いします。

○岡部医師臨床研修推進室長 御指摘のとおりでして、現状の1.1倍のまま平成37年度までいくと、6都府県とそれ以外の県で開きが出ませんので、であれば、倍率を1.05にしようというのが部会での議論だったと思います。

○桐野部会長 そのときには、この右側のほうにあった、余り使われていない枠の部分が物すごくあるのだけれども、実際はそれよりかなり下回る実績のところについて、それを少し再配分するような工夫をしているということも、決まってはいいですよ。そういう議論があったように記憶しています。きょう、僕、発言し過ぎですね。ちょっと控えます。

岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 臨床研修病院の指定基準ですが、これは先ほどから3,000床であるとか病床数の基準が述べられていますが、給与についてはいかがでしょうか。以前、地方の県が研

修医を誘うために、給与がとても高いことがありました。それが問題になって、そういうことをするところにはペナルティーをかけるという話だったのですけれども、今回そういうことができるのでしょうか。

○桐野部会長 はい。

○岡部医師臨床研修推進室長 研修医の給与につきましては、現行の臨床研修の省令に指定基準の中にありまして、参考資料4が現行の臨床研修省令です。指定基準につきましては、参考資料4の3ページ、第6条第16号が研修医に対する適切な処遇を確保していること。この省令に基づきまして、省令施行通知の中で、研修医の給与については額を規定しております。一定の額という形にしております。

○岡村委員 上限みたいなものは決まっていますか。

○岡部医師臨床研修推進室長 たしか臨床研修補助金の中で、研修医に対して余りにも高額な給与を出しているところについては、補助金を減額するような規定があったと思います。そういう形で、余り過度な給与を研修医に対して払わないような仕組みはとっているつもりでございます。

○岡村委員 都道府県に移行したときに、それは国として把握できるのですか。

○岡部医師臨床研修推進室長 指定基準自体は引き続き国がやりますし、施行通知のほうも引き続きやっていきます。そして、臨床研修補助金は国がやっておりますので、引き続き今の仕組みを維持していきたいと思っております。

○桐野部会長 そのほかありますでしょうか。

河野先生、どうぞ。

○河野委員 先ほど申し上げましたけれども、研修病院の評価です。訪問調査は非常に大変な負担があるものですから、いつも議論があります3,000人以上のところは余り行っていない。そのぐらい負担があると思います。以前DPC評価分科会で日本病院機能評価機構のデータを診療報酬の評価に使えるかといった話がありましたが、日本病院機能評価機構は国の認定ではないので、診療報酬の機能評価制度には取り入れられないという話があったと思います。

今あるJCEPですとか、そういうものをうまく使えないかともいますが、。JCEPは日本病院機能評価機構と同じで、国の認定じゃないということになりますと、それをもとに研修病院の評価ということは難しいとなってしまうのでしょうか。○桐野部会長 事務局、お願いします。

○岡部医師臨床研修推進室長 現行、委員御指摘のとおりで、訪問調査についてサーベイヤという形で、国から委託になりますけれども、調査官のもとに訪問調査をしているところです。JCEPからの推薦に基づいて調査官については派遣しているところでして、こういう仕組みは、権限移譲後も都道府県が活用する形でできたらと考えております。

○河野委員 JCEPなどもうまく使ってやっているということですね。そうすると、日本病院機能評価機構の病院機能評価でも、どこもかなり幅広く行っていますけれども、そうい

うことも今後、可能ということなのでしょう。

○岡部医師臨床研修推進室長 サーベイヤーの活用の仕方をしっかり検討して、今と同じような形でできるような仕組みをつくっていきたいと思っております。

○河野委員 そうすると、先ほどもあったような、いわゆる3,000人以上の病院とか評価に行っていないところがありますが今後、全国的な標準のもとでの評価というのが必要かと思しますので、よろしく願いいたします。

○桐野部会長 そのほかございますか。

新井先生、どうぞ。

○新井委員 おくれて来て、申しわけございませんでした。

地对協の議論の中でメンバーの話が幾つかございましたけれども、そこを取りまとめる県の職員ということになると思いますが、事務のFDをぜひ図っていただかないと、そこが1つ県間格差の理由になるような気がいたしますので、よろしくお願い申し上げます。

よろしく願いします。

○桐野部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 全く違う話でもよろしいでしょうか。資料2の1ページ目の下の図の基本的な考え方の、医師は自らが研さんを積んだ土地に定着するというデータと、その右側の研修修了後の勤務地が、研修を修了したところに残りやすいというデータが何年か前に出されて、多分それが基準になっていると思うのですけれども、新しい専門医制度になってから、研修医たちの動きが全く変わっていると思うので、もしよろしければ、新しい専門医制度になってからどのように変わったかというのを、再度調べていただけると。静岡県は激変地域ですので、今までの値と全く違っていると思しますので、ぜひお調べいただけるといいかなと思います。

○桐野部会長 お願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 こちらに関しましては、毎年、報告させていただいております臨床研修アンケートの解析をちょうど今、行っておりまして、次回の臨床研修部会で、その臨床研修後の医師の動き、専門研修を開始するに当たって、どういう動きがあったのかをまとめて御報告できると思しますので、よろしく願いいたします。

○桐野部会長 もう少し時間はございますので、この資料2をごらんいただいて、何か疑問の点や指摘したいことがございましたら、お願いいたします。

清水委員。

○清水委員 たびたび申しわけありません。

2020年、平成32年から今回の新しいプログラムに変わると思うのですけれども、そのプログラムの改編が今、全国で行われていると存じますが、今回の改正に対しては、国に今までどおりに地方厚生局に届け出ることだと思ってしまうのですけれども、次の年からは県に届け出ることになりますね。県の方々が今のこの新しい制度、改編された制度についての理解をどの程度にされているのかというのが、とても疑問です。

というのは、いろいろなところで話をしている、県の関係者の方々がどれだけ御存じかというのをとても疑問に思うことがあるので、先ほど新井先生がおっしゃった、県の方のFDということも含めて、県のプログラムを審査される方々に対しての研修制度への周知ということも、ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

○桐野部会長 森先生、どうぞ。

○森委員 時間があるということなので、ちょっと違つた話かもしれませんが、清水先生がおっしゃったことに関連するのですが、データを毎年蓄積していかれるのはもちろんですが、詳細に中を見ていただかなければいけないと思ひます。例えば、今、専門医機構で東京にシーリングがかかっていますね。どういうことが起こるかという、東京の大学の中には、実は最初からこの大学に行きたいという話をしている、その大学がうちに来る前にいろいろ勉強していらっしやいというので、関連の地域の病院に行かせている。それで、次の専門医制度のときに東京に戻っていらっしやいとやっているとところが、実は結構あったのです。

ところが、専門医制度でシーリングがかかって戻ってこられないということになったら、それじゃ、ずっと東京にいますと、外へ出なくなつてしまつた。そういう減り方もあるし、その逆もあるのですけれどもね。なので、かなり細かく見ていかなければいけないので、1年2年の変動だけじゃなくて、かなり追つていかないと多分落ち着かないと思ひます。上がったり、下がったりします。静岡は、たしかずっと下がつてきてしまつているのは、いろいろな東京系列の病院が多いというのもあるのですけれども、その辺をどういうふうにするかというの、またいろいろな問題があるのですね。

なので、少し長い目で見ながら検討しないと、余りこころ変えらるとおかしなことが起こるので、注意していただきたいというのが1点ございます。

○桐野部会長 そのほか何かございますか。

国土先生、どうぞ。

○国土委員 専門医の話が出ましたので、私もちょっと質問なのですけれども、専門医でも地域の偏在を、その仕組みで是正すべきかどうかというのは大きな問題になっていますけれども、この初期専門医制度と専門医機構とのデータのやりとりとか、そういうものがやれているかどうか。専門医制度でも、私、外れましたのでわかりませんが、これから府県をまたいで、どんでんどういうふうに進んでいくのかということ調査していくと思ひますけれども、それにデータをお渡ししているかどうかというのは、いかがでしょうか。

○桐野部会長 森先生、どうぞ。

○森委員 これは僕が答えることではないのですが、ことしから医道審の中に専門研修部会ができました。だから、その専門研修部会は同じ医道審ですから、ここの医道審とのデータのやりとりを今後、きちんとしていくということだと思ひますが、そのあたり、どうなんでしょうか。

○桐野部会長 はい。

○加藤医師臨床研修専門官 特に、都道府県間での臨床研修医から専門研修への移動などを含めまして、これまでどのような移動があったのかなど含めまして、臨床研修アンケートのおおよそ概要は、これまでも結構詳しく報告させていただいておりますけれども、公開情報とさせていただいておりますので、今後、専門医機構等にも、そういったところを使っていただくというのが1つと。

今後の専門研修部会においても、臨床研修医アンケートは、まさに臨床研修2年目の3月にとっていますので、かなり正確な移動の情報が収集できております。そういったところは、今後、専門研修において、そういったシーリングの話なども議論されていますけれども、そこに十分活用していただけるようなデータも出てきておりますので、まさしく今後、専門研修部会や、あるいは専門医機構とも連携を行ってデータを共有していけるものだ、まさにそういう準備もしております。

よろしくお願いたします。

○桐野部会長 金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 済みません、今の専門医の話ですけど。ここでの議論と違うのかもしれませんが、念のため関連があるので確認なのですが。資料2の改正の概要の3の専門研修の表現に関係することになるのですが、今、都道府県では、この法律に基づいて地対協が改めて設置されようとして、医師確保計画が31年から動くことが始まろうとしているわけですね。その中で、医師のキャリア支援計画を都道府県が中心になって立てていくことになります。

その中で1つ鍵になるのが、日本専門医機構に所属する各学会が、総合診療所はかなり柔軟に対応する動きが整理されつつあるのですが、知らないだけかもしれないですが、ほかの18領域も地域枠・特別枠、あるいは自治医大等の、義務を負った中での専門研修が応援できるような動きというのは、どこかで動いているのですか。

○桐野部会長 森先生、御存じですか。新井先生、どうぞ。

○新井委員 今の新しい専門医制度は、御承知のようにプログラム制を原則にしていますけれども、地域枠の医師に対しては、カリキュラム制を柔軟に適用するということで、各学会は努力していると思いますが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師臨床研修専門官 まさしく10月に開催されました専門研修部会を経て、厚生労働大臣の意見として、専門医機構と18学会に、地域枠などが、女性のライフイベントなども含めて、カリキュラム制の必要性を改めて議論しておりますので、各学会にカリキュラム制を整備するということを厚生労働大臣名で要請させていただいております。

○桐野部会長 森先生、どうぞ。

○森委員 専門医機構での議論は、地域枠の議論をちゃんとしているわけでは全然なくて、地域枠の人をどうするかというのが出てきていて、そのカリキュラム制というのがもちろ

んその話になっているわけですが、地域枠そのものが余りにも多種多様で、捉え切れないのです。いろいろなタイプの地域枠があって、いつ地域に戻ってくるのやら、最初にいるのやら、何もわからないという状況の中でカリキュラム制だけを動かそうということになっているので、まず地域枠の整理をしていただかないことには、多分、機構の方では手に負えないと思います。

以上です。

○桐野部会長 金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 まさにそこなのです。県によって、本当にさまざま。そして、県の中でもいろいろあると思います。ただ、一方では、キャリア支援という観点から見ると、柔軟な部分が前提にないと、そもそも整理できない。非常にお互いがリンクしているところがあって、今、御回答いただいた加藤先生からあったように、国のほうから機構、各学会に、18領域全学会に、このことがまだメッセージとして届いていないか、あるいは本格的にそれを踏まえての動きがないのかなと思いました。この辺の進捗もあわせて確認していただくとありがたいなと思いますが。

○桐野部会長 森先生。

○森委員 先生のおっしゃるとおりでございます。ただ、例えば機構とか厚労省が何か申し上げて、最終的にプログラムを採択して、そのメンバーを集めるのはプログラム責任者といいますか、基幹施設なのです。基幹施設の例えば某大学の教授が、うちはこういうふうにやらないよと言ったらやれない状況が今、ありますので、それには罰則規定もなければ、強制力もないのですよ。なので、みんなが同じ方向を向くには時間がかかりかかるだろう。そのためには、地域枠などをわかりやすい形にいただかないと、なかなか議論にならないのではないかな。これは、私の個人的な感想です。

○金丸委員 ちなみに、外科学会とかはどんな動きをされているのでしょうか。

○国土委員 外科学会は、地域枠の議論は余りしていないと思います。まだ、私、理事会には出ていますけれどもね。

むしろ、ちょっとそれに関連して思ったのは、ことしはちょっと解消されましたけれども、去年、都道府県の中で、3年目の外科の専攻を開始する人が1名しかいない県が3つあったのです。それはどうなっているのか。その県は、恐らくそれぞれ100人以上の初期研修医がいたはずですね。だから、100人のうち1人しか外科にならないのか。その人もどこから来たのかということなので、データが出せるのであれば、恐らく初期研修をどこでやって、次にどこでスペシャリティごとにどういうふうに進むのか、本当はもう少し分析する必要があるのかなと思っています。

○金丸委員 まさに先生がおっしゃったように、森先生もそうなのですが、このメッセージが学会の本部に届いていくということがあれば、各県の教授の皆さん方は、今度は地対協の中で、プログラムの中で、それが柔軟にできるという判断を持たれると思うのです。そういう意味では、学会でそれが認識され、カリキュラム制の導入が各県のプログラムの

中で各領域からできれば、それを踏まえて柔軟なカリキュラムを入れた形での地域枠等の医師の支援、キャリア形成が確保できるのかなど、改めて思ったところです。イメージとしては、それでよろしいでしょうか。

○桐野部会長 羽鳥先生。

○羽鳥委員 地域枠に関しては、入学前に地域枠としてあらかじめ入試するところと。それから、入試は同じであって、入った後、地域枠に入る人。それで、そのときにお金を付与する人、しない人といいますけれども、いずれにしても地域枠を宣言している人、4つぐらいパターンがあるということはわかる。それで、ある国立大学は、25人の地域枠があっても、1名あるいは3名しか地域枠に行かなかったということもあるので、フォローは余りできていないのだろうなと思います。

あと、専門研修での地域枠、専門医の問題ですけれども、僕も森先生と神野先生と一緒に専門医機構の理事ですけれども、まだちょっと議論が足りていないなと思いますので、専門研修部会で首長さんから突っ込まれることは多いだろうなと感じます。

もう一つ、この初期臨床のマッチング協議会がありますね。マッチング協議会でちょっと気になるのは、厚労の方が出ていらっしゃらないでマッチング協議会をされているのですけれども、そこでは地域枠を分けて採るとか、そういう話が十分議論されていないように思うので、その辺も一緒に検討していただきたいなと思います。

○桐野部会長 議論が非常に広がってしまったので、またちょっと元に戻して、国と都道府県の役割についての議論でございますが、これは今回、いろいろな意見が出てきたわけでございますけれども、今回でこの都道府県の役割については、一応おしまいということでしょうか。

○岡部医師臨床研修推進室長 本日の議論を踏まえまして、次回以降の部会でも議論いただきたいと思います。

○桐野部会長 もう一回議論する機会は少なくともあると理解してよろしいですか。

○岡部医師臨床研修推進室長 具体の省令改正案も見ていただいて議論いただくことを考えております。

○桐野部会長 わかりました。

したがって、この都道府県の役割については、法令で決まっているものは我々が動かすことは全くできませんが、それをどのように実際に運営していくかについて、厚労省のほうで細かく決めていただくので、それを事務局において整理していただいた上で、手続を進めていただくということをお願いしたい。その点について、例えば臨床研修病院の認定の仕方などにもいろいろな問題が出てきましたので、よく御検討いただいて決めていただければありがたいと思います。

何か、これだけは言っておきたいということはいかがでしょうか。よろしいですか。

よろしければ、本日予定していた議題は以上のおりでございます。

そのほか、全体として御意見ございましたら、お願いいたします。

岡村先生。

○岡村委員 余り本質的じゃないのですけれども、平成34年とか記載されています。省令とかは元号表示というのはわかっていますが、来年、また元号が変わって混乱するのなら、西暦表示にして、元号表示は括弧して記載したほうが、グラフでの表示などもいいと思いますが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 その点は、役所全体で議論があるのではないのでしょうか。ない。

○佐々木医事課長 いずれにしましても、資料をわかりやすくという御指摘だと思いますので、いろいろと状況を見ながら適切に対応してまいりたいと思います。

○桐野部会長 よろしくをお願いします。

この問題についての今後の進め方について、事務局からお願いいたします。

○加藤医師臨床研修専門官 本日いただきました意見など、先ほど室長より御説明させていただきましたとおり、次回の臨床研修部会で具体を進めさせていただきたいと思いますので、そういった権限移譲も含めまして、今後、1月の議題を整理させていただきたいと思っています。

次回の日程については、調整の上、改めて御連絡させていただきます。

○桐野部会長 いろいろ御意見出していただきましたが、少し早目でございますけれども、以上で本日の審議を終わらせていただきます。

御多忙のところ御参集いただきまして、ありがとうございました。