

○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。

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。

文部科学省医学局課からは、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、部会長にお願いいたします。

また、撮影はここまでとさせていただきます。

桐野先生、よろしくお願いたします。

○桐野部会長 それでは、よろしくお願いたします。

まず、資料の確認について事務局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。

1枚目は議事次第、続きまして座席表になります。

その後、資料1、ホチキスどめになっております。

そして、資料1-2、資料1-3、続きまして資料2になります。

その後、参考資料で、参考資料1～参考資料2、縦でホチキスを右どめしております参考資料3、左どめのパワーポイントの参考資料4、参考資料5は縦書きで右どめのホチキス、そして参考資料6-1、6-2、6-3と御用意してございます。

不足する資料等がございましたら、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、「1. 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」、2番が「地域医療の安定的確保について」です。

それでは、まず議題の1、「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」、資料1-1～1-3につきまして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 事務局でございます。それでは、資料1-1～1-3まで御説明させていただきます。

また、これから御説明させていただきます資料に関しましては、参考資料3になります厚生労働省令案に対応しておりますので、あわせてごらんください。

それでは、資料1-1から御説明させていただきます。

1-1のスライド1枚目でございます。左側に、前回の臨床研修部会で都道府県権限移譲に関しまして先生方からさまざまな御指摘をいただきましたので「課題」としてまとめております。

一番上でございますが、円滑な事務移管に向け、都道府県担当者の臨床研修制度及び事務の取り扱いについて十分な理解が必要ということで、実際の運用も含めて御懸念をいた

できました。

これに対して右側の「対応」案ということですが、厚生労働省としましては、赤字になりますが、事務説明会を複数回開催する予定になっております。来月にも、制度の概略ということで都道府県をお招きして御説明させていただきますし、より詳細に関しましては2019年5月に説明会を開催する予定になっております。

また、Q&A、FAQに関しましてもホームページで掲載する予定でおりますし、来年の夏ごとをめどに手順マニュアル等を、これまで厚生労働省がどのような手順でこういった業務をやってきたのかということマニュアルとしてお示しすることで、何とか都道府県にもこういった事務を遂行していただけるように、こちらからも支援していきたいと思っております。

2点目になりますけれども、質的なところ、調査などが大丈夫かということで御指摘いただきましたが、訪問調査の取り扱いに関しましては、これまで報告書をまとめていただくに当たりましてもBマイナスを含めるだとか、そういった御議論をいただきました。

そういった議論も踏まえまして、右側でございますが、今回、実地調査の規定を改めて整備いたしまして、その内容を都道府県と厚生労働省と相互に通知する規定を整備することといたしました。

また、質的なところに関しましては、引き続き都道府県にもJCEPなどのサーベイヤを活用していただけるように、こちらとしても都道府県に働きかけていきたいと思っております。

また、各厚生局に対して、都道府県からも必要な場合に求めをいただきまして、国から、そして厚生局から技術的助言を行うこととしております。

3つ目になりますけれども、左下になります。臨床研修や研修医の質にばらつきが生じないか。また、地対協におきまして恣意的な運用があり得るのではないかというような御指摘をいただきました。

こうした御指摘に対しまして右側でございますが、臨床研修病院の指定を行った場合や募集定員の設定に関しては、厚生労働大臣に通知をしていただく規定を整備することといたしました。

また、余りにもその恣意的な運用がされていて不適切だというふうに判断される場合には、次のスライドでございますとおり、地方自治法第245条の4等に基づきました技術的助言を行うこととさせていただきます。

次のスライドでございます地方自治法に関しましては、必要に応じ、その技術的な助言・勧告をどのように要求するか、そして是正の要求がどのようにされるかということをお示ししております。

資料1-1の説明は以上になりますけれども、資料1-2に移らせていただきます。「訪問調査等の見直しについて」になります。

これまで、法改正される前は訪問調査、実地調査、ともに国が実施主体となって行って

きましたので、この左側が現行になりますけれども、今後移行するに当たって2020年度以降は実施主体が都道府県になります。こちらは厚生労働省令で、訪問調査に関しましては実地調査ということで名称を統一することとしております。

ただ、調査を行う対象に関しましては引き続き同様でございます、2年連続入院患者数が3,000人を下回り、かつ研修医が在籍している病院に対して継続指定の訪問調査の対象になりますし、年間2,700人以上であって申し込みを行っていた病院に関しましては新規指定の実地調査の対象になります。

また、一番下でございますとおり、国も必要な実地調査を行えるような規定としております。現状の把握に努めまして、必要に応じて国が主体となって実地調査を行えるような規定を改めて設けております。

続きましてスライド2になりますけれども、訪問調査等に関しましてはこれまでも臨床研修部会で何回も議論していただきまして、報告書のほうにも概要としてまとめていただいております。赤字になりますけれども、これまでの総合評価3段階を4段階とし、次の調査において2回続けてBマイナスと評価された場合は原則指定取り消しの対象とするとさせていただいておりますし、訪問調査時に調査の対象となる項目を常時公表するというようにしております。

また、調査の対象に関しましては、一番下でございますとおり、書面調査の結果、2年以上基幹病院型の指定の基準、括弧になりますが救急医療を提供していること、CPCを適切に開催していること、医療に関する安全管理のための体制を確保していることなどを満たしていない疑いがある場合に関しまして、調査の対象となることになっております。

また、こういった議論をまとめましたのが次のスライド、省令（案）になります。「報告の徴収等」とございまして、改めましてこの2項になりますが、「都道府県知事は、臨床研修病院の指定を受けようとする病院又は臨床研修病院が法第十六条の二第三項各号に規定する基準に適合しているかどうかを確認するために必要があるときは、実地に調査することができる。」というふうにさせていただいております。

先ほどのスライドの右下にございました厚生労働省が行う実地調査に関しましても、この17条の3にございます、厚生労働大臣は必要があると認める場合、2行目になりますが、「臨床研修病院の開設者又は管理者に対して、当該者の同意を得て実地に調査を行い、若しくはその業務に関し所要の報告を求め、又は必要な措置をとるべきことを請求することはできる。」というふうにさせていただいております。

また、17条の4に、その調査などを行ったものに関しては、内容に関して相互通知することと定めさせていただきたいと思っております。

これまで御説明させていただいた内容を図示しましたのが、次のスライドの4ページ目、5ページ目になります。指定継続の訪問調査の方法と、継続指定及び新規指定の実地調査の方法ということでまとめさせていただいております。4ページ目のマル4が、都道府県が国の技術的助言に関して求めることというふうになっていることをお示ししております

し、調査結果はマル5になりますが、厚生労働省に実地調査の結果を通知することというふうに定めておりますので、そちらを反映しております。

また、こちらは「JCEP等」ということでお示しておりますが、やはりサーベイヤーの派遣依頼等も出していただくというようなことで定めております。

下の実地調査に関しましても右下にございます赤字になりますが、地方厚生局と都道府県が相互に内容を通知することというふうに定めさせていただいております。

資料1-2の説明は以上になりますけれども、資料1-3に移らせていただきます。こちらは「都道府県別の募集定員上限の見直しについて」ということで、前回報告書にまとめさせていただいたものを一部改編しております。

上に「2020年度研修まで」というふうにございますが、こちらはこれまでどおり「人口分布」「医師養成状況」、これは医学部の定員ですね。「地理的条件等の加算」がされてきたということお示ししておりますけれども、2021年度研修から赤字になりますが、特にマル2の「医師養成状況」に関しまして、人口分布による算出の1.2倍を限度とするということはこれまで御議論いただいたところでございますが、新たに事務局提案といたしまして「マル3 地理的条件等の加算」ということで、これまで「(b) 離島の人口」というものを勘案してまいりましたけれども、新たに厚生労働省需給分科会で医師少数区域ということを決めることになりましたので、こういった議論を踏まえ、臨床研修制度におきましても医師少数区域のほうに定員を幾らかではございますけれども、多く配分をするということで、換算のこの式に入れ込むということをご提案させていただきたいと思っております。

計算式の変更に関しましては以上になりますけれども、下のスライド2ページ目でございます医師少数区域に関しましては、昨日、需給分科会が行われまして、この医師偏在指標の算出に関しまして、算出方法は5要素ということで左にお示しておりますが、その右に帯状にございます青から赤になっておりますが、これに関しましては下位33.3%ということで昨日の需給分科会で合意されたところでございますので、こういった医師少数区域の指定に伴いまして、臨床研修制度における定員に関しても反映させていくということで予定しております。

次のスライド、3ページになりますけれども、「医師偏在指標を活用した医師偏在対策」としてさまざまな対策を挙げておりますが、今、申し上げましたとおり医師少数区域、医師多数区域の設定の項目にございます、赤枠で囲まさせていただきましたけれども、「臨床研修病院の定員設定」に関しましては、臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとなっている都道府県におきまして、まず厚生労働省から都道府県に定員数を配分するに当たって医師少数区域を勘案すること、そしてまた、各都道府県内における臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めるにおきましても、医師少数区域を勘案していただくということで提案させていただいております。

次のスライドでございますが、先ほどは都道府県ごとの定員の設定でしたけれども、臨床研修病院ごとにおける募集定員の設定に関しまして、2020年度研修まではこれまで厚生

労働省が行ってきました定員の配分に関してですが、こちらは各都道府県との基礎数の調整を行い、最終的な調整枠を各都道府県のほうで主に行っていただいていた経緯がございます。

その下にございます2021年度からに関しましては、各都道府県がその定員配分の権限を持ちますので、これに関しましても医師少数地域における定員の重点配置を項目として、審議事項の例として入れさせていただいております。

最後のスライドに関しましては、医師法の現在申し上げたところの該当箇所をお示しさせていただきます。

最後に参考資料3になりますけれども、厚生労働省令で先ほど御説明させていただいたところの該当箇所を簡単に御案内させていただきたいと思っております。

5 ページ目になりますけれども、上段の中ほどにございます「法第十六条の二第三項第四号の厚生労働省令で定める基準」ということで、臨床研修病院を指定を受けようとする病院がこの「法第十六条の二第三項第一号並びに第四号及び第九号に掲げる事項については、当該協力型臨床研修病院の状況を併せて考慮するものとし、研修協力施設と共同して臨床研修を行おうとする場合にあっては、第十六条の二第三項第二号並びに第四号、第七号、第十号及び第十四号に掲げる事項については、これらの号に係る当該研修施設の状況を併せて考慮するものとする」。

この条文に関しましては臨床研修部会での審議事項となっておりますが、これまで報告書等にまとめていただいた内容と一致している内容でございます。

また、一部削るとなっているところに関しましては参考資料5にもございますが、医師法のほうに記載されているものになりますので、抜け落ちているというわけではございませんので御理解をよろしくお願いいたします。

ほかは、これまでの指定権限等に関しましては厚生労働大臣となっていたところが主に都道府県知事ということで変更を加えております。

説明が長くなりましたが、以上になります。

○桐野部会長　どうもありがとうございました。

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、いろいろなことを比較的足早に御説明していただきましたけれども、質問や御意見をお願いいたします。

神野先生、どうぞ。

○神野委員　2点、質問させてください。

順番として資料1-2の右下の3ページのほうですけれども、都道府県知事と厚生労働大臣の関係ということであります。3ページの下にありますように、厚生労働大臣は「当該者の同意を得て実地調査を行い」ということなんですけれども、この都道府県をすっ飛ばして、あるいは都道府県が信頼できない場合に厚生労働大臣が調査を行うのか。都道府県との関係では、勧告して都道府県にやらせるのか、そうではなくてなぜ厚生労働大臣がここで横から待て、待てというふうに出てくるのかというところについて、その関係をも

う一回御説明いただければと思います。

それからもう一点でありますけれども、まさに昨日の医師需給分科会を受けて、資料1-3の1番目と2番目のスライドですが、2021年度から医師少数区域を加えるということは理解いたしました。

ただ、その下の2番のスライドで、医師少数区域の33.3%の医師、これは医療圏のように書いてありますけれども、1はあくまでも都道府県単位ですので、昨日の医師需給分科会の議論もそうだと思いますが、三次医療圏としてやるということを明確にしておいたほうがいいのかと思いますけれども、いかがでしょうかということでもあります。

○桐野部会長 事務局、お願いできますか。

○加藤医師臨床研修専門官 まず1つ目の御質問に関しましては、指定権限、そして定員の配置に関しては都道府県権限でございますので、あくまでもそういった調査に関しましては都道府県が行っていただくのが原則、基本とさせていただきたいと思っております。

ただ、十分に意思疎通ができない場合、あるいは何かしらの特別な事情で厚生労働省が行わないといけない場合に、こういった権限がないものの開設者、あるいは管理者に同意を求めて、同意を得た上で実地調査を行うというようなことを今回改めて省令として定めさせていただきたいと思っております。

前回の臨床研修部会におきましても、先生方から非常にいろいろな御意見をいただきましたので、総合的に判断しましてこういった厚生労働省が実地調査を行えるようにもしたほうが良いということが事務局からの提案でございます。

資料1-3に関しまして、医師少数区域に関しましては需給分科会で、三次医療圏で医師少数圏あるいは医師少数の三次医療圏ということの議論と、医師少数区域と、2つの議論がございましたけれども、今回こちらの定員配分に関しまして勘案するのは、後者の医師少数区域があることというふうにさせていただきます。都道府県で医師少数かどうかということではなくて、各県で医師少数区域があるかどうかをここで勘案して計算式に入りたいというふうに思っております。

○桐野部会長 よろしゅうございますか。

○神野委員 これは、議論したんですか。1番目の質問の特別な場合というのは何かということですが。

○加藤医師臨床研修専門官 特定の状況をそれほど想定しているわけではないですが、さまざまな状況を想定した上で、こういった国から実地調査を行わないといけないことが起こり得るのではないかとというような御懸念があったというふうに我々は理解しております。

○桐野部会長 羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 今の神野先生とも関係するんですけれども、これはそれぞれの病院の同意を得なければいけないんですか。当該大学で、県が認めているんだから国が文句を言う必要はないだろうと言われたら、国は、病院の同意がなかったとき何も言えないということにな

ってしまいますよね。

それだったら、県独自の臨床研修構想ができてしまうけれども、それは国として認めていいんですか。国全体で医師を育てていくというのに、県が自由にやっていいということになったら国としての統一性など質の保障ができなくなります。

今まで関東厚生局とか、国の厚生局はブロック制くらいのところでやっていたので、ある程度、公平感があると思いますけれども、県が独自でやってしまったら、例えば1県1大学とか、東京みたいに13、14とあるところ、あるいは大阪、神奈川みたいに4つ、5つあるところはいいですけれども、1県1大学で、その大学出身の先生が強い権限を持っていたら、何も文句を言えなくなっちゃうんじゃないですか。それでもいいということなんでしょうか。

○桐野部会長　いかがですか。

○加藤医師臨床研修専門官　事務局でございます。

まず、この17条の3に関しまして、同意を求めないといけないということに関しましては、これは指定権限と定員の配置の権限が都道府県にある以上、国がそれを超えて調査を行うということは法律上難しいものとされておりまして、あくまでも同意を得なければ、もちろん立ち入りするわけですので、何の権限も根拠もない中で立ち入りすることは難しいため、こういった同意を得ることが最低ラインということになっております。

それで、羽鳥先生が御指摘の、特に恣意的な運用に関しましてはもちろん調査も1つではございますが、資料1-1でございましたとおり、あくまでも都道府県はそのような恣意的な運用がないように我々は未然に調整していきたいと思っておりますけれども、それでも恣意的な運用が行われた場合に関しましては、地方自治法に基づく助言や是正の要求ということを最終的に我々が対応しなければいけない場合には、この法律に基づいて勧告や是正をしていくということで対応することを想定しております。

○羽鳥委員　ある県とか、ある府みたいに医療に特殊なお考えの尊重をされるところですね。自由診療制をもっとやれ、特区をつくって外国人医療をどんどん活性化して、地域の医療が壊れることもいわないような病院で臨床研修を任せてしまったら、全体の医療がおかしくなっちゃうんじゃないでしょうか。

○桐野部会長　事務局、いかがですか。

○加藤医師臨床研修専門官　繰り返しになりますけれども、あくまでもこの定員の配置に関してはどのように行うのが適切なのかということはマニュアルを含め、説明会を含め、国の考えとしてはしっかり示させていただきまして、地対協の中で十分な御議論をいただくものと思っております。

その上で、そういった定員の算出方法に関しましても国に提出していただくことになっておりますので、我々としてはどのような算出根拠で算出していただいているのかということも把握することはできますので、その把握した内容に基づきまして、繰り返しになりますけれども、最終的なところに関しましてはこの地方自治法での勧告や是正要求という

ことを国としては行っていかなければいけないと思っております。

○桐野部会長 森先生、どうぞ。

○森委員 今のお話で大体理解はするんですけども、今、羽鳥先生がおっしゃったように、地対協というのは非常に色がついているところがたくさんございまして、そこで議論というのは一方的な議論になることがほぼ確定しているので、その前の調整でかなりやらないとうまくいかないだろうと思われま。

それから、例えばBマイナスが2回続いたときには指定取り消しというふうにここに書いてあるんですが、取り消しは知事がやるわけで、それを厚生労働大臣に通知をするだけなんです。全て指定も通知、取り消しも通知なんです、そうするとこれは我々というか、このところにはどういう形でくるのでしょうか。こうなりましたという結果だけぽんとくるのか、それに対して国のほうとしては通知に対してどういうふう to 受けとめるのか。そこら辺を、ちょっと具体的に教えてもらえますか。

○加藤医師臨床研修専門官 基本的には、調査の内容に関しては全て御報告いただくことにしておりますので、その調査自体が適正であったものかどうかということはしっかり事務局で判断させていただきたいと思ひますし、必要に応じてこの臨床研修部会でも先生方からの御意見をいただいて適切に対応させていただきたいと思ひています。

○桐野部会長 河野委員、どうぞ。

○河野委員 2つほどお聞きしたいのですが、1つはただいまの御議論にも関連することなのですけれども、前ももちろん準備が必要ですが、スタートした後でやはり都道府県のものを見ていますと、これはちょっと言い過ぎかもしれませんが、いわゆる自治体病院というのはかなり厳しい状況がいろいろありまして、半端じゃない額の補助金の投入がありますし、医師確保もなかなか難しいという病院が少なからずあるんですね。

そういったところで、都道府県が主導していくということになりますと、何らかのバイアスをちょっと心配するところもありますので、何らかの定期的な評価、横並びのもちろん事務局がこれは問題があるというところでの整理をしてこの部会に出すというのも1つですけれども、やはり全体的な定期的な評価というのをこの部会もちゃんと目を通していくというような後のシステムですね。そういったチェックシステムが必要じゃないだろうか。

今お伺いしていると権限と、権限の移譲ですから、その権限に対しての都道府県での保障というものはかなりしっかりされている。それは当然かもしれないですが、それは翻つていうと、今までずっとこの部会が担ってきたいろいろな役割を踏まえますと、そのあたりの整合性をしっかりと確認する必要があるかと思ひます。

それから、もう一点ちょっと話が違ふんですけども、訪問調査のことでサーベイヤーの方々をお願いするということになりますと、卒後臨床研修評価機構のサーベイヤーの方々にお願いするというのは、1つ既にそういったシステムがありますので、これはいい案だとは思ふんですけども、ただ、卒後臨床研修評価機構のサーベイヤーの方々の評価

というのはどちらかというと形成的評価であって、これはまずいから落とすという評価よりも、問題があるとよくしていこうという考え方なんです。ですから、私も何度か受けましたけれども、非常に優しいといえますか、決して落そうというような感じではない。

そうしますと、今回のこういった訪問調査になりますと、より問題点を明らかにして、よりそれを正さなければいけない。よりよくすることには結果的にはつながるんですけども、そういうことは逆に言うとサーベイヤーの方々に対する研修体制といえますか、そういうものも今回の目的に沿ったサーベイヤーの育成ということも卒後臨床研修機構の方々をお願いをするといたしましても、国として考えなくてはいけないんじゃないだろうかと思えます。その辺は、いかがでしょうか。

○桐野部会長 事務局から、どうぞ。

○加藤医師臨床研修専門官 2点いただきましたけれども、確かに都道府県のほうに権限を移譲して、いろいろなものを報告していただくように今回の省令では定めておりますので、報告いただいた内容をどのように先生方とも共有させていただくのかということに関しては、事務局でもその手続論に関しまして検討してみたいと思えます。

2つ目に関しまして、JCEPでのサーベイヤーがどのような調査を行っていただくのか。今回、都道府県への権限移譲がございますので、それを踏まえてどのような点を見ていただくのかということに関しては、実際に今、調査をしている内容ももう一度精査した上で、JCEPのほうとも厚労省のほうで協議させていただいて、何かしら今回の権限移譲を踏まえたものに対応できるように取り組んでいきたいと思っております。

○桐野部会長 相原先生、どうぞ。

○相原委員 今の河野先生の御質問と関係するのですが、サーベイヤーの記載ところに「JCEP等」と「等」がついていますが、例えばある県が自分のところでサーベイヤーを育てることを計画した場合、そのサーベイヤー自体の質の担保というものは今後どのように考えていらっしゃるのでしょうか。

○桐野部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師臨床研修専門官 この実地調査を行った項目に関しましては、必ず全て報告していただくことになっておりますので、その報告書の中身を見ればおおよそどのような調査が行われたのかがこちらでも把握できるかと思っております。

ですので、御指摘のとおりですが、ただ、JCEP等とも話しておりますと、非常に準備も大変ですし、手慣れている人でないと十分な調査は行えないというような実態がございますので、簡単に都道府県が短期間に養成してサーベイヤーとして行えるものではない。なかなかそれは困難ではないかと我々は認識しておりますので、全く無理というわけではないですし、JCEPでないといけないわけではないですけども、しかるべき調査を行えるような体制をとっていただかないといけないということはしっかり都道府県にお伝えするとともに、調査内容に関しましてはしっかりこちらでも見ていってコミュニケーションをとっていききたいと思っております。

○桐野部会長 新井先生、それから金丸先生とどうぞ。

○新井委員 大体よく理解できました。お考えいただいていると思うんですけども、恣意的運用の話なのですが、これをどういうふうに国が知るかその方法について何か具体的に考えはあるのでしょうか。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 現在、地対協が取り組むべき協議事項というのは、この臨床研修以外も今回の偏在対策法案を経て非常にふえました。専門研修の定員も含めまして、キャリア形成プログラムの内容だとか、非常に協議する項目もふえまして、まさに地域医療に直結するような事項を協議していただくことになっておりますので、今後、先ほどの指標などに基づいた協議をしていただかないといけないですし、構成員の合意を得た協議結果の公表、協議プロセスの透明化ということも今後進めてまいりますので、議論の内容に関しても我々はしっかりと把握することができるということで、できるだけそういった恣意的運用に関しては我々としてもいち早く検知できるように努めてまいりたいと思っております。

○新井委員 例えば地対協の恣意的運用によって不利益をこうむったと思われるような施設があった場合、その施設が何か異議を申し立てられるようなシステムというか、仕組みがあっても良いように思いますが、いかがでしょうか。

○加藤医師臨床研修専門官 具体的に、恣意的運用で不利益をこうむられるケースとしては、定員が不当な理由で削減されるなどがまず初めに挙げられると思います。

それに関しましては、やはり適切な理由で算出根拠を都道府県に示していただく必要がございます、算出根拠を全ての県に提出していただくことになっておりますので、そこで我々は40の都道府県の算出根拠をしっかりと見て、またもし各病院から個別の申し出があった場合に関しましては、そういったものと照らし合わせて不当なものがないか、しっかり見ていくことかと思っております。

○新井委員 そういう仕組みがあったほうが、地対協も自己抑制的に自律的に運用されるんじゃないかとちょっと思います。

○加藤医師臨床研修専門官 ありがとうございます。

○桐野部会長 金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 先ほどの河野先生の意見に関連するところと重複するところなのですが、今の实地調査、評価のところではサーベイヤーの育成、質の担保というところがぜひ不可欠だと、同じ認識なんです、前回の研修部会でもまとめのときの議論の一つになったと思うのですが、これだけ踏み込んで評価をしていく。3,000人未満が集中的に本当に内容の濃い調査をいただいているのですが、3,000人以上であっても調査があったほうが望ましいのではないかとこのところが議論になった経緯があったと思います。

全ての臨床研修病院の一定の一律の評価ということが今後ぜひ望まれるのではないかと、それがあると、もちろんその前提はサーベイヤーの育成という質の担保をしながらですが、

そうすることが今の議論に相当保障していく部分で動くことにつながるのではないかと思います。いかがでしょうか。

○桐野部会長 この点はずっと議論していることですが、何かございますか。

では、事務局からお願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 調査に関しましては、まさしく3,000人という基準が妥当なのかどうかということはこれまでも御議論いただきましたけれども、まずは今回結論を出していただきましたBマイナスを設けて、しっかりと実際の支援の取り消しにつながるような調査を行っていくということと、調査に関しても項目をしっかりと定めて、ある程度、質の高い調査をしていただくということにまずは取り組んでいきたいと思っております。

その対象を広げるということに関しましては、先生御懸念のとおりマンパワーやサーベイヤーの数等々ございますので、まずは都道府県のほうに権限移譲をして、現行これまで国がやってきたことをまずは都道府県にしっかりとやっていただくことを確認した上で、今後その調査の対象を広げられるかどうかというようなことは、まさしくこの臨床研修部会でも御議論いただくことと思っております。

○桐野部会長 岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 今、Bマイナスの話が出たのですが、これまで3段階評価だったのが、Bプラス、Bマイナスということで一歩進んだと思うんですが、Bマイナスの評価の基準みたいなものがよくわからないんです。

それと、例えばですが、医師少数地域の病院だと、何となく都道府県の判断ではちょっと付度のような判断が入ってBプラスにしてしまうとか、そのような懸念があるのですが、実地調査に入った結果が全て上がってくるんですか。

○加藤医師臨床研修専門官 調査に関しては御報告いただくこととしておりますので、しっかりと我々がBマイナスに該当するかどうか判断できるような項目を定めた上で、その項目をしっかりと調査していただいた上で、我々は報告に基づいて、それが適切に運用されているかどうかを判断していく。

○岡村委員 その我々というのは、厚労省ということですか。こういった部会とか、そういうものでは出てこないんですか。

○加藤医師臨床研修専門官 全ての実地調査をこちらに上げられるかどうかということは、量などのもちろん時間的な制限もございますので、どのようなことをこういった部会に上げていくかに関しましては、事務局で一度考えさせていただきたいと思っております。

○桐野部会長 よろしいですか。

では、清水先生どうぞ。

○清水委員 何点かあるんですけども、今の項目についてですが、後ほど伺おうと思っていたんですけども、今まで入院3,000人未満の病院で私たちが実地調査に行って参りましたが、その項目は部会というか、厚労省が決められたものですよ。あれとはまた別のものをお考えになっているのか、それとも県ごとにそれはばらばらになるのか。県ごとの

実地調査の項目の統一化ということをお考えになっているのかをお聞きしたいと思います。
○桐野部会長 いかがでしょうか。

○加藤医師臨床研修専門官 調査項目に関しましては、一律厚生労働省のほうで定めたものを通知として出ささせていただきたいと思っていますし、これまでの調査項目を基本としつつ、改めて発出いたしますので、また項目に関しましてはB マイナスも定められることでもありますので、先生方からの御意見も伺いながら定めていきたいと思っています。

○清水委員 ありがとうございます。ぜひそうしていただきたいと思っています。それと同時に今、議論になっているように、例えば都道府県の同意を得なければいけないけれども、同意が得られなかったときは何もできないといった場合、部会で結果だけをきて、結果を世に通知するとはいえ、どのように通知するかということも決まっていなるとすると、今まで部会が綿々と議論してきたことが都道府県に全部移譲されて、ここでの議論と同じような質のものが担保されるか不安です。ぜひすばらしいことをやっていらっしゃる県に対してはポジティブなフィードバックを、そうじゃないところに関してはそうではないんだよということがフィードバックをかけられるような通知の方法というか、公知の方法をぜひ構築していただきたいと思うのが1点でございます。

2つ目の質問はそれと関連しますが、資料の1-2の5ページ目の右下の入院患者数にかかわらず実地調査が入るという図だと思いますが、昨年出ました報告書では第三者評価に関してはこれから強く推奨されるということで、5年後は義務化を目指していると思います。ここに書かれている実地調査は厚労省や都道府県が実地調査を入院3,000人未満であっても全ての臨床研修病院で進めるということでお書きになっているのかをお聞きしたいです。

それから、その同じ図で地方厚生局がされる実地調査と、都道府県がされる実地調査の内容はどのように違うのかということをお教えてください。

○桐野部会長 よろしく願います。ちょっとこの図は、よく説明していただかないとわかりにくいです。

○加藤医師臨床研修専門官 右下のところですけども、都道府県から矢印が出ている実地調査に関しましては、上のマル3、マル4にございますとおり、書面の結果、指定基準を満たしていない疑いがあるような場合等ということで行っております。

また、この左側の地方厚生局から出ている矢印に関しましては、スライドの1ページ目の右下にございますとおり、実施主体は国ということで、これは厚生労働省が必要と判断した場合に行う実地調査を指しておりますので、頻度としてはあくまでも都道府県から行う実地調査が主となることと思っています。

○清水委員 そうしますと、さっきのように同意が仮に得られなくても、都道府県に対しては実地調査が必要だと国が認めれば伺えるということになりますか。

先ほど、同意が得られないと何も都道府県には介入できないよとおっしゃったと思うんですけども。

○加藤医師臨床研修専門官 都道府県は、実地調査を同意なく行うことができます。国に関しましては、指定権限等がないため、実地調査を行う場合に関しましては同意が必要ということになります。

○国土委員 同意というのは、何の同意でしょうか？

○山科医事課長補佐 医事課長補佐でございます。

同意でございますけれども、実地に調査に入っていいということに関する同意でございます。

○国土委員 当該者は施設でしょうか、都道府県でしょうか。

○岡部医師臨床研修推進室長 施設でございます。施設が同意した場合に、国が実地調査をするということです。

○桐野部会長 よろしいでしょうか。

神野先生、どうぞ。

○神野委員 同じ話でぐるぐる回りますけれども、先ほど河野先生がおっしゃった国による都道府県のビヘービアのチェック体制というのはぜひ入れていただきたいと思います。

それから、きょうは公開なのですけれども、非公開のときに実際に過去に国がやった調査についての資料を私たちはいっぱい読ませていただきました。これは、地方厚生局がやった調査の資料として私たちは読ませていただきました。これは、地方厚生局がやった調査の資料として私たちは読ませていただいて、非常に的確な調査だったと思っていますのですけれども、あれは本当にとったら変ですが、地方厚生局の方がやったのか、JCEPさんに委託というか、お願いしてやったのか。その比率といいますか、今後のことがあるので、お聞きしたい。もしあれを地方厚生局さんが独自でおやりになったのであれば、あのノウハウをぜひ都道府県に地方厚生局からお出しになればよろしいんじゃないかと思えます。

○桐野部会長 清水先生、今のことに答えられますか。

○清水委員 地方厚生局さんが実際には行かれるんですけれども、厚生局さんにもノウハウや人材がない場合には、JCEPにサーベイヤー派遣の支援要望があります。JCEPからは手挙げ方式でサーベイヤーの募集があり、それに手挙げをして伺っています。ですから、例えば毎回3人くらいで、地方厚生局さんから2人、JCEPから1人くらいのメンバーで行っています。私が参りましたときは、そのような人数構成でした。

○桐野部会長 河野先生、どうぞ。

○河野委員 この資料1-2の今の御議論の5ページ目の下で、私もすごく気になっていたところです。

というのが、都道府県のところが指定継続等の観点からというと、外形基準的に読めるんです。それで、非常に本質的で、かつ難しいのが、厚生局の医療研修の質の観点から、これは非常に難しいところで、実際に今までは外形基準と合わせて見て、それでいろいろな微妙な研修医のインタビュー等々、全体を含めて何か補正するところがあればということとで点数が総合的につけられた部分もあろうかと思うんです。

そうしますと、指定基準継続として基準ということと医療研修の質というのは分けて評価ができるのかなという気もしますし、都道府県は外形基準的で厚労省が決めたこういったことを満たしなさいということクリアさえすれば、それが決して私は医療研修の質に直結するとも思えない部分がありますので、これが分けられること自体が妥当なんだろうかという気も、評価という意味でいたします。

そこのところが厚生局と先ほどの御議論ですけれども、都道府県とも分けられて、タイミングも違うというようなお話でしたから、その辺はいかがなんでしょうか。評価が分けられてできるのかということもあるんですが。

○桐野部会長　いかがですか。

○加藤医師臨床研修専門官　事務局としましては、御指摘のとおり形成的な評価と質の評価を分けて行うことは余り望ましいことではないと思っていますので、形成的な評価は都道府県が行う調査と、これまでどおりJCEP等に依頼したサーベイヤーによる質の評価に関しましても合わせてやっていただくように、こちらのマニュアル等もそのようなことでお願いしていきたいと思っています。

○桐野部会長　事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長　ちょっと補足させていただきますけれども、今回、医療法、医師法の大きな改正がございまして、偏在対策というか、そもそも大きな流れの中で、地域医療に関しては国が地域ごとの状況とか、そういったことを細かく把握して、箒の上げ下ろしまでそういうふうにして偏在対策するというのはもう無理なので、ちゃんと地域医療提供体制の責任を持っている都道府県にある程度権限を移譲してさまざまな偏在対策をやる。その中で、地対協できちんと関係者が合意をしていくこととか、医師少数区域というものを人口当たりという今までのような指標ではなくてきちんとつくっていくとか、そういう全体の大きな流れがあるわけです。

それで、法律が通った後、さまざまな施行で、いろいろな審議会で御議論するたびに実は毎回同じような御質問を受けるんですが、根本的には今までそういうことを担っていなかった都道府県がそういうことを突然渡されてできるのかというのが全体の御質問なんです。

それで、我々としては今、加藤のほうから御説明いたしましたとおり、例えば厚労大臣に恣意的な運用をされないように都道府県が事前に定員を設定したときはちゃんと報告することとか、基本的には臨床研修病院の定員も三者基準を私どもは定めますので、技術的に三者基準を定めたり、もっと言うと都道府県全体の枠は完全に国が定めることになっているわけです。その中で、恣意的な運用というのは原理的にはあり得ないことはないんですけれども、三者基準を決めたり、技術基準を決めたり、実地調査に関しても実質は実質がばらばらになるというのですが、今だって実質は地方厚生局がやっているわけで、地方厚生局ごとの質というのはあるわけです。

それで、それが都道府県に移管することで、さらにそういうことが広がるという心配は

あるんですけれども、そういうことがないようにJCEPの先生方に今後も都道府県は御協力をいただくような仕組みとかを我々は考えているので、我々はきちんと都道府県もそういうことができるように、その都道府県の中の医療政策人材の養成とか、そういうことに頑張っていきますし、そういう大きな流れの中で都道府県もきちんとそういうことができるような体制を我々は整えますので、そのように御理解いただければと思っております。

そういうふうにならないような仕組みというのは、国の中でもいろんな基準を都道府県で定めて、その定めている基準の中で都道府県が泳ぐような基準に全般的になっていますので、できると思っております。

また、実地調査に関しても、今いろいろ区分けの細かいところとか御質問されましたけれども、これは要は厚労大臣が、都道府県が実地調査が不十分だったりしたとき、もしものときの刀として用意しているもので、それは都道府県が最終的な指定権限というのを持っているんだから、都道府県は責任を持ってやるんです。やるんですけれども、それで万が一できなかったときはちゃんと厚労大臣ができますよという仕組みも整えていますので、そういうふうに御理解いただければと思います。

○桐野部会長 総論的な説明をいただきましたが、羽鳥先生どうぞ。

○羽鳥委員 きのうの医師需給分科会だって、2036年を目途としていろいろ仕組みをつくって医師少数区域の定義として、下から1/3、33.3という数字を出したけれども、でもこれだってちゃんと3年後、6年後に見直しますよということを宣言しているんですが、今度のこの医師臨床研修部会ではそういう見直しをちゃんとうたってはいいですね。

恐らく、都道府県は恣意的なことを必ずやってきます。これだけ大きな権限を与えられたら、うちでは独自の医学部をつくるぞと必ず言ってきます。そういう病院をつくらうとってきます。だから、国の事業でこういうことをやるんですから、やはりきちんと制限できるようにしていかないと問題はあるんじゃないかと思えます。

例えば、Bマイナスで出てきた。でも、地対協とか知事の権限で、これは形成的評価で明らかにBプラスでしようと言われたら、全部今までだめだったものが通ってっちゃうこともあり得るでしょう。

○堀岡医師養成等企画調整室長 繰り返しになりますけれども、都道府県だって行政なので、恣意的に都道府県知事がそんなことはできないと思っております。

○羽鳥委員 やります。

○堀岡医師養成等企画調整室長 もしやるのであれば、厚生労働大臣から実地調査に行きます。以上です。

○桐野部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 先ほどおっしゃった伝家の宝刀というのは、この図式でいくとどこに当たるのか教えてください。

○加藤医師臨床研修専門官 資料1-1の2ページ目のスライドにございます地方自治法になります。

それで、先ほど羽鳥委員から御指摘がございました見直しに関しましては、これまでどおり5年に1回、臨床研修制度に関しては見直しを引き続き行っていきますので、そういったところでも御懸念の点に関しましては御議論いただけるものと思っております。

○清水委員 いろんな評価の結果というのは、どの程度、公に公開されるものなのでしょうか。やはり、一般の目にさらされるということが都道府県にとってはとても怖いことだと思うんです。それを、できるだけ公表できるようにしたほうが正しい運用ができるかと思うのですけれども。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今のは、病院ごとの実地調査の結果とかを公表すべきという御意見ですか。

○清水委員 どういう判断で、都道府県が病院に対しての判断を下したのか、何から何まで細かくという意味ではなくて、大筋でもいいですし、そこは程度の問題はあると思うんですけれども、どういう判断で県がこ決めたのかということがわかるようになると、大変緊張感があると思うんですけれども。

○桐野部会長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 繰り返しになりますが、どういう評価でどういうふうにするべきという基準はもちろん国がこれからもきちんと定めるんですけれども、個々個別の病院がBマイナスとか、Cとかというのは、今までも公表はしていないわけです。

ですから、都道府県が恣意的なことをしていないという意味での病院の個別のものがわからないような形でのまとめ方というのは我々も考えますけれども、今までまず恣意的な運用されないようにさまざまな権限がそもそも地方自治法上用意されているというのは、もう一度役人的に御説明する一方で、そういう御心配があるということは事務局で踏まえて、病院名とそれの公表は難しいと思っておりますけれども、何か検討させていただきます。

○桐野部会長 国土先生、どうぞ。

○国土委員 恣意的な運用に関して、ある施設が不服であった場合、新井先生の質問にも関連しますけれども、どうすれば良いのでしょうか。多分、地方厚生局に相談すると思っておりますけれども、わかるようにしておいてあげないとちょっと不親切かと思っております。

それから、法律がよくわからないんですけれども、当該施設がもし拒否した場合は、厚労大臣が恐らく都道府県にその施設をもう一回やり直ささいというふうに命令するんじゃないでしょうか。そういうふうに思いますけれども、そういう理解で良いですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 万が一、当該医療機関が徹底的に拒否するようなことがあれば、それは地方自治法上の助言、勧告、是正などを求めて都道府県からいくとするんだと思います。

さらに、普通に考えて厚労省が実地調査にいきますよということを言って全面的に拒否するとすれば、厚生労働省は当然拒否されたということを公表することになりますので、どこまで強権的にやるのかというのはあるんですけれども、そういうことは普通はないというふうに考えております。

○桐野部会長 大分、予定された時間より過ぎてしまったのですが、多分いろいろな論点があると思いますし、国が相当詳細に基準を決められても、何となく国から見れば隔靴搔痒の感になる可能性もあるので、その辺のところはよくお考えいただきたいと思うのですが、何かこれだけということはございますか。

医政局長、お願いします。

○吉田医政局長 事務局の医政局長でございます。熱心な御議論、ありがとうございました。

本日、あるいは前回からの一連の御議論は、いわばこの部会の先生方にこれまで非常に丁寧に議論をし、質の確保という意味でみかじめていただいたこの臨床研修病院という仕組みを今回、先ほど担当室長のほうから申し上げましたように大きな流れの中で、都道府県単位における医療行政という流れの中での権限移譲ということをしたことに伴ういろいろな御懸念であり、あるいは積極的な、前向きな御提案だというふうに受けとめさせていただきました。

大きく2つあって、ここの委員の先生方からの御発言を借りれば、恣意的な運用とか、あるいは都道府県間におけるばらつきというものが生じるおそれは正直あると思います。それをどのように是正をし、あるいはもし起こった場合にどのように事後的にでも救済できるかというのが1つです。

もう一つは、全体の質の確保ということで、オールジャパンで上げてきたこれまでの取り組みが、都道府県に指定権限が起きることによって全体的な質の向上にマイナスになるのではないかと、あるいはそういう状況にあっても全体の質の向上に向けて取り組めるような仕組みを入れ込んでいくべきではないかという大きな御提言かと思えます。

いずれも本質的であり、我々としてもそこはきちんと受けとめた上で、具体的な仕組みとしてはきょう御説明をし、またこれからも幾つか、例えば見える化の話ですとか、サーベイヤーの品質の均てん化、あるいは向上というような御提案ですとか、そもそも都道府県レベルで行われるであろうこれからの業務運営を、全国という意味ではこの臨床研修部会を含め、どういう仕掛けで国としてウオッチをしていくかという御提案だと思いますので、今、御提案させていただいている仕組みは仕組みとして用意をし、その仕組みについて適正に都道府県現場において運営いただけるような工夫、取り組みもしながら、国の役割として権限は権限としておろした上で、その上でも先ほど清水先生からの御質問にお答えしましたように、最終的には地方自治法上のという仕組みもありますけれども、その法的な仕組み以上に、日々の運営の中において全体としてきょう委員の方々から御指摘いただきましたような御懸念や、あるいは危惧というものに対応できるような仕組みを運用として考えながら進めさせていただきたいと思えます。

○桐野部会長 ありがとうございました。

森先生、どうぞ。

○森委員 一言だけですが、今お話を伺ってちょっと安心をしておりますが、都道府県で

仕事をしている私たちから見ると絶対にできないと思っています。国が考えているような、そんなレベルではないです。ですから、よほど注意してかかっていたかかないと問題が露出してくるということだけ、一言つけ加えたいと思います。

○桐野部会長 ありがとうございます。

この件についてはまだあるかもしれませんが、今、森先生の御発言にありましたように、国と都道府県の役割についても注意深く準備を進めていただければありがたいと思います。今後、事務局で整理をしていただいて、必要な手続を進めていただくということになります。

それで、都道府県の役割ということになりますが、初期臨床研修制度自体はいずれにせよマッチング制度を採用する以上はどうしても全国区という側面もありますので、そういう両方の側面を見ながら今後やっていくことが必要ではないかと思います。

それでは、続いて参考資料3になりますが、「医師法施行規則及び医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令（案）」について、事務局よりお願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 参考資料3の説明をさせていただきたいと思います。

先ほど少し触れさせていただきましたけれども、基本的には今回の都道府県への権限移譲ということで、上段が改正後、下段が改正前となっておりますが、基本的に厚生労働大臣が指定してきたものに関しましては厚生労働大臣から都道府県知事ということで文言が変更しております。

5ページ目になりますけれども、先ほど御説明させていただきました第6条に関しまして、今回臨床研修部会での審議事項となっておりますので、この点に関しましては既に御議論いただいたものと思っております。

続きまして7ページになりますけれども、都道府県への権限移譲に伴いまして、先ほどの通知などに関してですが、7ページの第6条の2、「指定の通知」とありますが、「都道府県知事は、臨床研修病院の指定をしたときは、速やかに、その旨を構成労働大臣に通知するものとする。」ということで、通知義務に関しましては省令において定めております。

先ほどの議論と関連する箇所に関しましては、9ページにございます。9ページの後段にございます「定員の通知」に関しまして第16条、「都道府県知事は」から始まる文言でございますが、第16条の2に関しまして、「法第十六条の三第五項の規定により厚生労働大臣に対して通知する内容は、研修医の定員のほか、当該定員の算定方法も含むものとする。」というふうに、これまでの議論を踏まえて追加させていただいております。

主だった点は、以上になります。

最後の17ページに、権限移譲の施行に伴います経過措置に関しましては2に附則として定め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 今、御説明いただいた内容は先ほど御議論いただいたことも一部含まれてはおりますが、何か御発言、質問等がございましたらお願いをいたします。

この件については、先に進めてよろしいですか。

それでは、「医師法第16条2の第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令（案）」については、この形でよろしいということでございます。

これで、議題1の「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」、これはもっと時間をかけてやればいろいろあるのでありましようけれども、基本的な御議論はいただいたということでこの審議を終了させていただきます。

続いて議題の2、「地域医療の安定的確保について」、事務局から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たいと思います。資料2の「地域枠等限定選考について」になります。

こちらは、これまで臨床研修部会で何度か御議論いただきましたけれども、ページ番号1になります

報告書の内容に関しましては、4の「地域医療の安定的確保について」の「（2）地域枠への対応」の中でお示しさせていただいております。

主な議論はここにお示ししたとおりですけれども、下から3つ目の「○」にあります「このような状況を踏まえ、研修医が臨床研修終了後に出身地や出身大学の都道府県に定着することを促し、地域枠の医師が診療義務を課せられた地域で適切に勤務できるよう、地域枠や地元出身者等に対する臨床研修の選考については、地域枠の一定割合を上限としつつ、一般のマッチングとは分けて実施することとする」。

今回御議論いただく内容に関しましては、この報告書でまとめられた内容に関しましては、最後の「○」になります。

「また、地域枠だけを特別扱いすると適正な競争が行われないなどの意見があったことから」、太字になりますけれども、「当該都道府県において臨床研修期間中に従事要件が課されている者の2割以内とする」とともに」で、「地域医療を12週以上行うなど」、太字になりますが、「当該病院ごとの当該選考の募集定員は病院全体の募集定員の2割又は5名の少ない方以下とする。」ということ、この部会内におきまして全体を通じて2割、それぞれ都道府県で2割以内にするということ、そして選考に関しては地域医療を12週以上行うことと、また各病院においては2割、または5名の少ない方以下とするということ、これで議論をまとめさせていただいております。

これを踏まえまして、今回施行通知にどう反映させるかということで御議論いただきたいんですけれども、スライドの2ページ目でございます。後ほど、臨床研修アンケートの結果に関しては全体を少し御説明させていただきますけれども、今回地域枠ということで、全体と地域枠がそれぞれその後どのようなキャリアを築いていくのかということで、少し傾向が見えてまいりましたので、こちらをお示しさせていただいております。

特に、この地域枠の大学病院、大学病院以外ということで、6つバーがございます下2つになりますけれども、大学病院以外の病院に関しましては一番左にございます内科、そして赤、緑、紫の隣にあります少し薄い青で外科、そして一番右にございます総合診療ということで、いわゆる総合的に見られる診療科ですね。メジャーな科と言われておりますけれども、内科、外科、総合診療科を選択する医師が多いという傾向は、こういったアンケートの中でも見えてまいりました。

こういった現状を踏まえまして、今回これまでの報告書に合わせて、先ほどの医師少数区域における議論も加味した上で、ページ番号3になりますけれども、省令施行通知を御提案させていただきたいと思っております。

マル4になりますけれども、今回のその要件になります。地域密着型研修病院の關係の部分に関しまして、地域密着型臨床研修病院に認定するに当たっては、マル4の「当該病院の研修体制が充実していると認められること」の先ですね。医師少数区域における地域医療の研修が12週以上であり、臨床研修後も総合的な診療の研修が受けられる体制であること、地域医療の実践について指導できる指導医が配置されていること、勤務体制上、指導時間を十分に確保できること等が満たされていることを確認することとさせていただきます。

マル5に関しましては、報告書の内容と同様に、太字になりますけれども、「医師臨床研修マッチング協議会が実施する医師臨床研修マッチング前に行うこと」、いわゆるゼロ次マッチングということでお示ししております。

こちらを図示しましたのがページ番号4になりますけれども、あくまでも認定基準に関しましては都道府県に施行通知等でお示しさせていただきます。赤字が多いこの四角の中に例示として今、申し上げた医師少数区域における12週以上の地域医療研修、総合的な診療の研修が受けられる体制であること、地域医療の実践について指導できる指導医の配置が認定基準となるということを今回施行通知でお示しする。

かつ、マッチング等、制度がこれによって不公平が極力生まれまいというように、全体の各都道府県での2割以内、そして各病院におきましては2割または5名の少ないほうということで、地域枠など限定選考をこのように規定させていただいております。

また、5ページ目にはそのスケジュール感をお示ししておりますけれども、今回このような地域枠での特別な選考を行うことに関しましては、2022年度の研修開始の臨床研修医を対象にしておりまして、今回、一番上にございますとおり平成30年度の2月、3月ということで改正省令や施行通知を発出いたしますけれども、翌年はいわゆる準備期間、2020年度の10月末までにプログラム申請をしていただいて、2021年度に関しましては定員の設定を4月末までに行いますので、この地域枠等限定選考に関しましては5月に募集採用決定を短期間で行っていただき、そして6月に通常のマッチングが行われるといったスケジュール感で予定しております。

説明は、以上になります。

○桐野部会長 今、説明がありました地域枠学生の限定選考ということで、これについては何か御質問、御意見ございますか。

○金丸委員 そもそも確認なんですけど、地域枠の先生が卒業した後の姿としてこの枠組みの話だったと思うんですけども、以前、意見の交換があったように、全国の地域枠のありようが各都道府県で少し同じになっていない姿が今ありますよね。

これを、この制度が構築されてこれが進む前提としては各県、地域であって、地域のおりで、もしかしたらそれが望ましい姿かもしれませんが、その辺の整合性といえますか、地域枠そのものの整理といえますか、この辺はどういうふうに位置づけられるのか、あるいは今後それが検討されていくのかというのは、何かありますでしょうか。

○桐野部会長 事務局、ございますか。どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 恐らく、実は地域枠という言葉がちょっと混乱しておりまして、大学が独自に設定していただいている地域枠と、都道府県が奨学金をつけている配置とかを地対協などで御相談する地域枠というのが、結構混乱されているんですね。

それで、ここで言っている地域枠というのは都道府県が奨学金をつけている、いわゆる公的な地域枠のことでございまして、例えば旭川医大とか、すごい人数を地域枠としているのですが、あれは大学が独自にやっているものなので、そういう公的な都道府県とひもづけをした地域枠のことをここで申し上げているので、一応その用語としては我々混乱はしていないつもりでございます。

○桐野部会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 もしそういうことでしたら、お読みになるのはご存じのかたばかりではないので今の区別がちゃんとわかるように文章を書き加えていただかないと、「地域枠等」だけではやはり混乱を招くのではないかと思います、いかがでしょうか。

○桐野部会長 お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 御指摘ありがとうございます。わかりやすくさせていただきます。

○桐野部会長 そのほかございますか。

神野先生、どうぞ。

○神野委員 ここにある地域密着型の臨床研修病院は、先ほど御説明があった3ページのマル4にある条件だけであって、これ以外には何物でもないということでもよろしいでしょうか。例えば、公私の別とかは入っていませんよねということだけ確認したいと思います。

○桐野部会長 事務局、いかがですか。

○加藤医師臨床研修専門官 一応、厚生労働省で定めるところとしましてはこういった条件になりますので、あとは都道府県でどのように考えるかといったところは、指定権限は都道府県に移行しますので、都道府県の中で地域密着型病院がどうであるべきという議論はされ得るものと思っております。

○桐野部会長 どうもありがとうございます。地域枠等限定選考、地域密着型病院とはち

よっと違いますね。

では、どうぞ。

○国土委員 私が十分理解していないだけかもしれませんが、この地域枠というのは先ほど都道府県が支援している公的なものということですが、全体像としてはどのぐらいいらっしゃるのでしょうか。また、どういう分布になっているのでしょうか。東京都などはないのかもしれませんが、地域枠を指定しているその県の施設にということですね。

例えば、静岡県から援助を受けている学生は、静岡県の施設に行く場合だけこれが適用されるという理解でよろしいのでしょうか。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 4ページに毎年の推移を載せてもよかったんですけども、平成29年度で約800人、1割ぐらいの方がちゃんと都道府県との奨学金のひもづけという形の地域枠としていらっしゃいます。

それで、都道府県ごとに奨学金をそれぞれ条例をつくっていて、条件が微妙に異なるんですけども、例えば静岡県の奨学金を奨学資金として貸しているのに、他県に行ってもいいという条件にすることは余りないので、普通は静岡県内の病院に9年間ぐらい勤めることという要件になっていることが多くて、その中で例えば我々はキャリア形成プログラムというものをつくって、その9年間、学生がどういうふうに移動するのかをあらかじめ考えて、その学生に選ばせなさいということを行っています。

そのキャリア形成プログラムの大体多くは、例えば最初はやはり県立中央病院とか、大きな赤十字とか、もしくは民間のすごく大きな病院、もしくは大学で3年目とか4年目は修業して、ある程度、一人前になって専門医をとったりしたら、こういう医師少数区域の診療所とか病院に一定期間行ってほしいというようなプログラムになっているのが非常に多いパターンかと思います。

○桐野部会長 河野先生、どうぞ。

○河野委員 ちょっと確認させていただきたいんですが、今の常に地域枠の人数の厚労省から発表している数字がありますね。その人数が、今おっしゃられている定義の地域枠の人数ということで理解してよろしいでしょうか。

それで、地域枠といいましても、先ほどから話していたようにならつきがあって、県からお金が出ていたとしても選考の方法が全然違っていたりする。事前に地域枠で入試をやる場合と、それから入試が終わってから地域枠でやる場合と、そうしますと学生側のインセンティブが全然違うわけなんです。

ですから、極端な話が奨学金というようなニュアンスだけでとられてしまうと、もともと地域枠として入ってきた人と、後から決まった人では随分意識が違う。

でも、今の県からのお金をもらっているというのが一律そうであるという定義にしてしまいますと、大分、ある人にとっては有利にというか、少し甘くなるような印象もあるのですが。

○桐野部会長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 まさに先生御指摘の点は、実は医師需給分科会で大問題になったポイントでございまして、一部の千葉大とか東北大学とかで、地域枠として定員をふやしておきながら、普通に今、受験をして、その後に手挙げで地域枠に行ってもいい人というのを公募する形でやっているのです、何十人もふやしたのに地域枠が例えば3人しかいないとか、そういう状況になっているのが医師需給分科会で大問題になりましたので、今後は別枠に分けてしか地域枠というのは認めないということになっております。

ですから、先生が御懸念の入試の後に地域枠に興味のある人という形で奨学金の手挙げをする方式ということはもう存在しない。今後は文科省さんも御協力いただいて、事前に必ず別枠で入試をしてやるという方式に変わりますので、御懸念の点は今まではごもっともだったのですが、今後はそういうふうになっておりますので、モチベーションという意味でも地域医療に厚い意志を持った方がきちんと地域医療に入られるものという認識しております。

○桐野部会長 今のことを確認したいんですが、それはいつの入試からでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 32年の入試からです。

○桐野部会長 森先生、どうぞ。

○森委員 同じ質問です。

○河野委員 それは、もらった後のデューティーも大分前に調べたときに都道府県で違うんですね。そういうのも、今のお話の流れで、かつ均一化されるのでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 実はそれに関してはもう既に去年、奨学金というのは都道府県に基金を厚労省から配って、その中から奨学金の資金としていることが多いんですけども、その基金の使い方というものを厚労省のほうで通知しておりまして、例えば大体6年貸したらその1.5倍、つまり9年の義務をかけることですか、一定の休止、例えば出産とか、育児とか、海外留学とか、そういうときには休止できることとか、そういった大まかな条件というものを厚労省のほうで決めましたので、それも今は大体都道府県のほうでそろえられていると思っています。

また、その9年間の過ごし方も、キャリア形成プログラムの作り方が結構各都道府県でばらばらでございまして。非常に具体的にいうと、例えば専門医というのは多くの方が取りたいものだと思うんですけども、その専門医のプログラム等を余り配慮してなくて、例えば3年目、4年目ですぐに医師少数区域に行くようなプログラムとか、そういうものが散見されましたので、そういったキャリアに配慮したようなプログラムをつくるというようなことも別途通知しておりまして、今は地域枠の先生方もある程度、御理解いただけるようなプログラムが各都道府県できつつあると考えております。

○桐野部会長 河野先生、どうぞ。

○河野委員 そうすると、結論といたしましては、この地域枠という集団は前にいろいろ議論していたときと比べると一定の均一な集団で、それに対してのこの制度というふうに

理解してよろしいということでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長　そう考えております。

○桐野部会長　岡村委員、どうぞ。

○岡村委員　その9年間の従事条件なのですが、実際に地域枠で卒業して5年以上たっている人たちがたくさん出てきていると思います。それで、その地域枠でいながらも、初期研修の段階でドロップアウトする人、それから2年間終わってからかわる人、それから5年ぐらいたってからかわる人、いろいろいると思うんですが、その地域枠の人たちが9年までの間で、例えば5年目以降ぐらいでどのような診療科を選択してとか、そういう資料はあるんですか。

○加藤医師臨床研修専門官　まさしく次の臨床研修アンケートでその結果を、今のところ専門研修に何を選ぶのか、アンケートを行った時点で希望しているものに関してはアンケートを収集できておりますので、後ほど御説明させていただきたいと思います。

○桐野部会長　新井先生、それから羽鳥先生どうぞ。

○新井委員　前の議論にもありましたが、この制度は結局地域枠の学生が卒業して、本来の地域枠の理念にのっとった形で運用されることを目標として行われている訳です。ただ、実際に確信犯的にその地域枠から足抜けをするという医学部卒業生が出てきて、それをまた臨床研修病院のほうも受け入れてしまうという問題がある。確かこの会でも議論になったと思います。

研修を希望する医学部卒業生が地域枠の学生かどうか研修病院にしっかりと知らせていただくなどされていますが、いわゆる足抜けを許さない体制整備も必要だと思います。よろしくをお願いします。

○桐野部会長　それでは、羽鳥委員どうぞ。

○羽鳥委員　平成32年の入試から地域枠をきっちり分けるということで、それはすばらしいことだと思うんですけども、きのうも医師需給分科会で言ったんですが、幾つかの大学を訪れてお聞きすると、地域枠を希望する人が非常に少ない。それで、もしかしたら一般枠の人と地域枠と物すごい点数の開きが出てしまう可能性もありますよね。その場合は、どういうふうに教育をしていくか、どうお考えなのでしょうか。

○荒木文部科学省企画官　文科省でございます。今、御指摘のように各大学でどういうふうに地域枠を育てるかということで、地域に密着して今後仕事をしていただくために、特別に定員を認められているものでございますので、それをしっかりと貴重に扱うというのは各大学もその意識でやっていると思います。

その質の担保ということで多分、地域医療の魅力ということについては、地域枠の学生だけではなくてそれ以外の学生さんも含めてしっかり、大学も当然臨床の高度な技術だけではなくて地域医療への貢献というのも考えて、医学のコアカリキュラムはそういうふうなうたっております。

それを踏まえた形で、各大学がカリキュラムを組んで今やっているところでございます

ので、そこは大学の責任としてしっかりと教育を担う一つの大きな機関でございますので、質を底上げしていくということに尽きると思います。

ですので、成績が悪いから落ちこぼれという話ではなくて、そこは入っていただいてしっかりと質を上げていくことしかないのかなと思っております。

○桐野部会長 新井先生、どうぞ。

○新井委員 今のお話に関連するんですけれども、地域枠の学生が一般入試に比べてその成績が少し入学試験の時に低いということはもしかしたらあり得るかもしれません。ただ国家試験に受かるとか、卒業していい医者になるというのは、学生の医師になろう、地域医療に貢献したいというモチベーションが極めて重要だと思います。地域枠を真剣に考えている学生は、やはりそれなりにちゃんと成長してくれるという印象を持っています。どこでそのボトムラインを引くかというのはあるんでしょうけれども、その辺は大学がしっかりその人物を判断して入学させるということに尽きるのではないかと思います。

○桐野部会長 國土先生、どうぞ。

○國土委員 スライド5のスケジュールを拝見しますと、この特別枠の方は5月にはもう行く先が決まるという理解でよろしいのでしょうか。

○加藤医師臨床研修専門官 御指摘のとおりです。

○國土委員 最終学年の5月というのは、かなり早いなというのをちょっと感じるわけですが、その後に例えば御本人の気持ちが変わった場合は、通常のマッチングへの応募は認めないのでしょうか。

○加藤医師臨床研修専門官 その直後にマッチングの登録の時期がきますので、そのマッチングの登録期間が終わってしまいますと、もうマッチングに参加できないことになるかと思えます。

○國土委員 でも、できますね。そうすると、できるということですか。

○加藤医師臨床研修専門官 その細かい運用に関しては、まだ十分な議論はできていないのですけれども。

○國土委員 ちょっと決定時期が早いというのが気になりました。その後の勉強意欲にプラスになるのか、マイナスになるのかよくわかりませんが、そのような応募者の質の問題も含めて注視する必要があると思います。国試の合格率などは、この制度を始めるのであればモニターしていただきたいと思えます。

○加藤医師臨床研修専門官 承知しました。ありがとうございます。

○桐野部会長 いかがですか。地域枠の方々の国家試験の合格率のデータというのは、具体的なものはございましたか。何か悪くないというデータが。

○堀岡医師養成等企画調整室長 AJMCさんのほうで今、経年的に調査をしていただいております。少なくとも現時点までのところでは、むしろ地域枠の学生のほうが国家試験の合格率がということですが、国家試験の合格率が本当にいい質を担保しているかどうかというのはまた別の問題ですが、少なくともそこは地域枠のほうはずかながら今の

ところ高いという結果になっております。

○桐野部会長 ほかにございますか。

相原先生、どうぞ。

○相原委員 運用の細かいことはこれから決められると思うのですが、併願ということが気にかかります。実は、大学病院で研修したいのだけれども、受かるかどうかわからないから、B病院にも応募しておいて、大学病院に通ったら大学病院にこうという選択は結構あると思うんです。そういうことを認めるつもりなのでしょうか。

○加藤医師臨床研修専門官 事務局ですけれども、これまでそういった議論はまだなされていないのですが、この制度を設置した趣旨から考えますと、やはりそういった併願などは認めるべきではないというふうには思います。

○桐野部会長 いかがですか。この地域枠の限定選考は、2割または5名以下の少ないほうというふうに限定的に考えるということだったと思いますけれども、こういうやり方で実施していくということについてはよろしゅうございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、資料の2につきましてはこの方向性でよいということで御了承いただいたというふうに思います。

金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 私が知らないだけかもしれませんが、この決定で中身の入り口のところとか、卒業後のことはかなり精緻されていく部分があるんですが、そもそもこの地域枠の制度はいつまで続く見通しがあるのでしょうか。予定があるのでしょうか。これは、どこかで何かあるんですか。

○桐野部会長 それは、医師の需給に関する検討会でやっていると思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 官僚的なお答えになりますけれども、平成34年に今ある地域枠というのは全て一度期限がなくなって、根本的に考え直すというスキームが入っております。

それで、今、極端なことをいうと、東京都の地域枠でも、どの都道府県でも、大学と合意していけば地域枠というのは認められるスキームになっているんですけれども、それについて医師少数県と医師多数県という概念を医師需給分科会のほうでつくっておりますので、医師少数県に優先して地域枠というものの臨時定員を配分するべきではないかといった議論がまさにきのうもなされたところでございまして、34年以降の地域枠の仕組みについては、32年ぐらいまでにその方針も含めて議論されるという方向性でございまして。

○桐野部会長 よろしいでしょうか。そのほか、よろしいですか。

それでは、次に進めさせていただきます。細部につきましては、今後事務局で整理をしていただいて必要な手続を進めるということをお願いをいたしたいと思っております。

では、議題3「その他」につきまして、事務局から御説明いただきますでしょうか。

○加藤医師臨床研修専門官 それでは、「その他」に関しましては、お手元の参考資料6-1と6-2に平成30年臨床研修終了者のアンケート、指導医のアンケート、プログラム

責任者に対するアンケートの結果概要をお示ししておりますので、こちらの資料は膨大になりますけれども、現在御議論いただきました地域枠と、今後、平成32年から研修制度の見直しを行いますので、その見直しに関連するところを主に御説明させていただきたいと思っております。

それでは、6-1から入らせていただきます。

今回、臨床研修アンケートは、修了者に関しましては回収率81%ということになっております。こちらは、例年とほぼ同様でございます。

スライドは、主だったところだけポイントでお示ししますけれども、7ページになります。現在、地域枠の学生の状況に関しては都道府県によってまちまちだということで今、御議論いただきましたけれども、7ページは臨床研修地別の地域枠入学者の割合ということでお示ししております。ごらんいただきましたとおり、青が地域枠入学になります。例えば青森県や高知県に関しまして、青森県も69%と7割近いですし、高知県も47%と半数に近い割合で地域枠の医師が臨床研修をその当該都道府県で行っているということになりますので、こういった状況の変化も今後勘案しなければいけないことになるかと思っております。

少し足早に御説明させていただきますけれども、9ページですね。臨床研修のかなめとしてやはりマッチング制度がございますけれども、こちらは下に6つバーがありますが、下の3つバーの真ん中にごございます地域枠入学に関しましては、マッチングにより採用が90%とございますので、残り1割がどのように採用されているのか。これは、もちろんゼロ次マッチング導入前ですので、こういったところに関しては注視しないといけないかなと思っております。

次回以降の臨床研修アンケートに関しましては、アンマッチだったのか、それとも別の理由なのかということも詳しく見ていきたいと思っております。

続きまして、13ページ目のスライドになります。その後、臨床研修地、これも専門研修の議論にもなりますが、6つの円グラフがございますが、右下、このグラフはそれぞれの出身地、臨床研修地、希望勤務地というのは専門研修を受けるところと大まかに読みかえられると思うんですけども、それぞれが一致しているかどうかということを見ております。

右下にごございますところは、臨床研修地と希望勤務地、専門研修を行うところが一致しているかどうかですが、12.8%はそこから移動しているということになりますので、こういったところも今後検討して、地域密着型病院も連続した研修が行えるようにというような観点からは、こういったデータも見ていく必要があるかと思っております。

続きまして、17ページ以降は臨床研修前後で希望の診療科の変化をまとめておりますけれども、傾向は大きく変わらないものの、22ページになります。各診療科別で、研修前と後でそれぞれどれぐらいの希望する医師がいたのかということで、青で囲ってあるのが臨床研修開始前にその診療科を希望していた人数、そして赤枠のほうが臨床研修後になります。

すけれども、これまでの傾向と同じように、やはり内科に関しましては臨床研修後に少し希望者が減るといった傾向は続いております。

それに比べまして、25ページになりますけれども、産婦人科に関しましては研修前と後で減ってはいるものの、前年度比で比べますと1.0ポイントということで割格的にはふえている。これは、地域枠医師の中で産婦人科選考の特別枠などがあること等も影響している可能性があるかと思われまます。

そうした各診療科における臨床研修前後の希望者数を、こちらでお示ししております。

また、少し飛びますけれども、35ページ目以降は各臨床研修病院を選んだ理由を並べております。全体の理由に関しましては、多くの症例が経験できることや、プログラムが充実していること等が高い割合を示しておりますが、当然ではございますけれども、37ページにございますとおり、地域枠入学者に関しては出身大学であること、あるいは出身地であること等が挙がってきております。

また、39ページになりますけれども、こちらは臨床研修後に入局するかどうかということもアンケートでとっておりますが、全体に比べますと地域枠の学生は比較的に入局する方が多いというような結果になっております。

また、大学病院と大学病院以外の病院で傾向はもちろん違いますけれども、大学病院で研修した方の85%は入局するというようになっております。

赤字は、卒業した大学以外の医局ということで、これに関しては同一県なのか、他の県なのかということはこのデータからはわからないものの、こういった形で全体の傾向としては入居する方が地域枠の中では多いということが結果から見えてまいりました。

43ページになります。先ほど少し医師の中でもお示しましたが、地域枠入学者の中でどういったその後の専門研修を行う傾向があるかということをお示ししております。全体の傾向は、大きくは前のページと見比べていただきたいんですけども、少し薄い青が外科になりますので、1%ぐらい外科がふえているのと、産婦人科がやはり少し多いという全体的な傾向はございますが、大学病院と大学病院以外の病院においては、先ほど申し上げましたとおり主要な診療科を選ぶ方が多いということで、大まかな傾向が見えてまいりました。

続きまして、48ページ目以降が「診療能力等についての指導の有無と自己評価」ということで、今回は診療能力等の指導の自己評価が「1」または「2」ということで低かった方を、各項目を相対的に比べられるように並べております。

49ページになりますけれども、こちらはいろいろな能力の指導があったかどうか青になりまして、赤がその本人の自己評価になりますけれども、一番多いのは「科学的探究」ということですが、下から4番目でございます「一般外来における診療能力等」も指導の有無と自己評価、相対的にやはり悪いという結果になっておりますので、こちらに関しましては次回の臨床研修制度の見直しに関して一般外来は必修項目になっておりますので、十分に指導していただけるように、現在取り組んでおりますけれども、指導ガイドライン

等でしっかりと入れ込んでいくべき事項と考えております。

また、一番下にごございます「地域医療における診療能力」などに関しましても、自己評価は相対的にやや低くなっておりますので、こういったところに対してどう対応するかに関しましても、指導ガイドラインの中でも議論していきたいと思っております。

また、社会的側面に関しましても、一部、AMRや費用対効果等を研修すべきこととなっておりますが、具体的な研修の仕方等が示されておられませんので、こちらも同様に指導ガイドライン等で含めていくこととしております。

修了者アンケートに関しましては以上になりまして、次に資料6-2に移らせていただきたいと思っております。

こちらは指導医のアンケートになりまして、前半部分は各項目が指導できたかどうかの主だったところにごございますので少しはしょうらせていただきますけれども、こちらは回収率が2ページ目にごございますが、62.7%とやや低い状況でございますので、今後、より回収率を上げられるように事務局としても努めてまいりたいと思っております。

少し最初のほうは飛ばさせていただきます、43ページをごらんください。先ほど臨床研修の修了者に対して行ったものと同様の項目で、指導ができたか、できなかったのかということアンケートで聞いておりますが、こちらに並べたものが「1」「2」、余り指導ができなかったものに関して列挙させていただいております。

一番上にごございますのが、「地域医療における診療能力」に関して、指導できなかったとございますが、やはり臨床研修の主要な項目でございまして、「初期救急における診療能力」に関しましても比較的高い数字で余り指導できなかったというような回答もございますので、こういったところは今後議論すべき課題かなと思っております。

また、大学病院の上から3つ目、そして臨床研修病院におきましても上から4つ目の「一般外来における診療能力」に関しても、指導できなかったと回答される指導医の方が比較的多かったですので、こういったところも先ほど申し上げましたとおり、指導ガイドラインのほうで適切な指導が行ってもらえるように盛り込んでいきたいと思っております。

続きまして、資料6-3のプログラム責任者アンケートになりますが、こちらは比較的回収率が高く86.3%の回収率になっております。

スライドの4ページ目になりますけれども、こちらはこれまでも議論していただきましたとおり、第三者評価はやはり重要じゃないかということでこれまでも御議論いただきまして、これからは強く推奨ということで第三者評価を定めさせていただいておりますけれども、現状、「受けて結果を公表している」と「受けたが結果は公表していない」、青と赤を足し合わせても40%未満ということですので、こういった都道府県権限移譲もございましたので、第三者評価を強く推奨して、多くの目でそういった臨床研修病院が評価されるようにこれからも努めていきたいと思っております。

また、5ページ目にごございますが、昨今の働き方改革に関しまして、臨床研修医ももちろん労働者でございますので、プログラム責任者に関しましては、こういった労働基準法

に関して十分熟知している必要があるんじゃないかという観点からこういった項目を設けておりますけれども、「自院の36協定の内容」を把握している方は50%未満ということで、臨床研修医の責任を持たれるプログラム責任者に関しましても、十分にそういった内容を把握されていない可能性があるということと、「断続的業務に該当する宿日直の許可基準」に関しましても、それを熟知されている方は36%、あるいは32%ということで低い数字が出ておりますので、こういった項目に関しましては引き続きアンケート調査でどのような変化が見られるのか、働き方改革を行う中でフォローしていきたいと思っております。

説明は、以上になります。

○桐野部会長 6-4は、御説明はないんですか。

○加藤医師臨床研修専門官 最後のスライドは毎年のもものではございますけれども、それぞれの医学部卒業生がどのような動向であったのか。臨床研修1年目と、そして将来希望している都道府県はどこになるのかということのを都道府県ごとでお示ししておりますけれども、こちらは御参考にいただければと思います。

○桐野部会長 それでは、今、御説明いただいた資料について何か質問があればお願いをいたします。

○金丸委員 最初の参考資料6-1の43のスライド、「専門研修を行う分野（地域枠入学者）」ですが、この意味というところで一つの見方の確認なんですけど、そもそも地域枠、いわゆる奨学金を伴った部分を含めてなのですけど、それぞれの県で義務の中の領域を照らしながら、そこでこういう専門研修を受けるという一つ選択肢という姿とも読み取れるのか。つまり、それぞれの県のそれぞれのルールに沿った選択肢の姿もあらわしているとも見ることのできるのかなと思ったのですが、いかがでしょうか。もちろん、本人の選択肢ということではあるのですが。

○桐野部会長 これはいかがですか。

○加藤医師臨床研修専門官 たしか産婦人科、小児科に関しましては診療科を特定した地域枠というものはございますので、その分、幾らか産婦人科が多いというのはそういったところを反映しているかと思っておりますけれども、現在、専門研修に関しましては主要な8診療科に関しては各都道府県で2つ以上の専門研修プログラムを設けるということで、臨床研修医にとっては選択肢をそれぞれ持っているということではございますので、各都道府県において、あなたはこの診療科になりなさいということが明確に規定されているのは小児科、産婦人科以外では余り我々のところでは把握しておりません。

○桐野部会長 どうぞ、金丸先生。

○金丸委員 明確にはもちろん示しているところは恐らくないと思うんですが、ただ、地域枠の特別枠の先生だとは思いますが、義務の中の診療の勤務地という視野を照らしたときに、おのずとそこに行くにあっては、この領域がもしかしたら期待されているのではないかということも含めた選択肢の背景といいますか、今おっしゃった小児科と産婦人科はまさにそうなんですが、それがあらわれて、ある意味でこれはそのとおりになってきた

いる、好ましい姿として読み取れる部分はないのかなと思ったところなのですが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 それは非常に評価が難しく、鶏、卵があるので、要はもともと外科医になりたいとか、産婦人科医になりたいという人がその地域枠を志しているのかもしれませんが、なかなか評価が難しいんですけれども、制度的なことは今、加藤が申し上げたとおり、一部に産婦人科、小児科限定プログラムというのがありますので、そういうのでふえているというのと、あとはそもそも総合診とか、そういうものに憧れて医学部に入っている方が多いのかもしれませんが。ちょっとそこは事務局では分析し切れない部分ではございます。

○桐野部会長 確かに、これは診療科によってかなりの違いがありますね。そのほか、ございましたらどうぞ。

神野先生、どうぞ。

○神野委員 幾つか質問ですけれども、まさに今の話の43ページのところで堀岡室長もおっしゃったけれども、総合診療の話が結構一番下のところでふえているという話なんですけれども、同じ資料の中で前後の比較のものがありませんよね。内科で研修前後というものですが、これで総合診療というのはデータがあるのか、ないのか。是非教えていただきたい。

それから、同じ地域枠絡みの話ですけれども、最後の資料6-4で大学ごとに卒業生の動向がありますけれども、地域枠が今ふえているという中で、これはこの年の動向だと思うのですが、過去と比較したデータは、特に大きな違いが出てきたのかどうかというのをわかれば教えていただきたいというのが2つ目です。

それからもう一点だけ、これは質問じゃないんですけれども、32年から臨床研修のプログラムの見直しが入りますね。その中で、外来研修が必須化されるということで、それが恐らくこれからのこの外来研修をやっていないという人たちに大分影響しますよね。これは、確認だけであります。以上であります。

○桐野部会長 質問を2つ、よろしくをお願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 まず、1つ目の総合診療を希望する医師が前後を確認できるかということに関しましては今、事務局で確認しておりますが、可能であればぜひデータとして出させていただきたいと思っております。

6-4に関しましては、比較的都道府県にとどまる人数が相対的にやや少なかったという県は幾つかございますけれども、全体的な傾向として昨年と比べて、我々事務局の目で見たと、大きな傾向に変化はなかったところがございます。

ただ、ごらんいただければわかりますが、東京都に何%行けるのかといったところは出しておりますので、これは前回少し専門研修部会のほうにも出させていただきましたけれども、東京都に行っている人の割合というのは昨年に比べると全体的には多い。10%ぐらい多くなっているということは、前回こちらを算出したときに出てきたデータではござい

ます。

○神野委員 東京に行っているのが、ふえている。東京に集中しているということですね。

○加藤医師臨床研修専門官 はい。

あとは、総合診療科は前後で比較できるということですので、またお示ししたいと思います。

○桐野部会長 新井先生、どうぞ。

○新井委員 大変興味のあるデータだと思います。資料6-1で國土先生がいらっしゃるのですが、私が言うのもなんですが、外科は臨床研修前728で研修修了後587というデータ、これはさもありなんとおもいますが、やはり問題だと思います。私は脳外科で脳外科学会の新しい入局者をずっと経年的に見ると、初期研修制度が導入される前は300人を超えていたのですが、それ以降は240~250人ということで100人ぐらい減っています。医学部の定員がその間増えていることを考えると、率としてはかなり減っていると思います。

もちろん、それは我々の努力不足もあるのかもしれないけれども、ちょっと大げさに言えばこの研修制度が日本の医療供給体制にかなり大きな影響を及ぼしているということも言えます。そういう視点で少しデータを解析して、そこに何か問題点があるのであればそれを少し是正することも考えていただかないと、このままだと言うまでもなく外科医がどんどん減ってどうなるんだという話になってくると思います。その辺よろしく御検討いただければと思います。

○桐野部会長 國土先生、どうぞ。

○國土委員 新井先生、コメントありがとうございます。私も、それは感じておりました。

それにちょっと関連すると思うんですけども、男女比ですね。男女を区別したデータというのは20~21の2つの表だけですので、グラフ化したりしてもう少しわかりやすい解析をされたら、対策を考えるのにも参考になるのではないかと思います。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 例えば、研修後、他科へ移行した人数で麻酔科とかは非常に多いので、ひょっとしたら女性が多いのかもしれないとか、そういうことは確かに示唆されるので、今いただいたような御指摘を踏まえてやってみようかと思います。

外科に関しては、以前は非常にざっくりばらんにいえば、余り外科の状況を知らなくて入ったりする方も多かったかもしれない部分がありますけれども、本来、外科を経験しておもしろい、これは非常にやりがいがあることだと思って入る人も一定人数、必ずいるはずですので、そういった外科学会の先生方からの御議論なども踏まえて、去年、必修化というような方向でいきましたので、必修化してぜひ外科の先生方は外科のアピールをしていただいて、少しでもそういうふうなことに寄与すればと思います。

○國土委員 もう一つ気がついたのは、地域枠のほうで大学病院とそれ以外で比べてみて、外科の比率が随分違うなというのがちょっと目立ったんですけども、それについても何か理由があったら後で調べていただければと思います。

要するに、大学病院で研修した地域卒の人は、外科志望者がすごく少ないんです。それもちよっと目立ったので、何か分析できればお願いします。

○岡村委員 内科、外科、小児科ですね。その3つが大学病院では低くて、大学病院は皮膚科とか精神科とか、そういった科が多いですね。

○桐野部会長 診療科ごとの数の制御というのは日本はやっていませんので、なるようにしかならないというところがあって、これは本当はまずいんじゃないかとは思いますがけれども、現状ではそういうことです。何か御意見があればどうぞ。

岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 このアンケートの回収率が80%ということで、一見いいのかなという気はするんですが、実際、無回答という人も150人ぐらいいて、実際にはもっと下がりますね。それと、最初の地域卒入学者の割合についてとか、キャリアパスの関係とか、要するに資料の16まではほとんど別にアンケートじゃなくても厚労省が把握している数字じゃないんですか。出身地とか、地域卒の人数とか。

○加藤医師臨床研修専門官 出身地と医学部というのは、データとして我々は持っております。統計として、その情報を得る手段は今のところないかと思えます。

○岡村委員 医籍登録とか、保険医登録とかするでしょう。

○加藤医師臨床研修専門官 本籍地はございますけれども、生まれ育った出身地がどうかということは今のところ聞いていないかと思えます。

○岡村委員 そうなんですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 三師調査のほうで、大学とか出身地というのは実は次からとるようにしていますので、そういう意味では把握できるんですけども、ここでは臨床研修のそもそも希望がどうだったのか。そういうものとのクロス集計が非常に重要なので、その部分も一緒に調査票の中でとるというのもある程度重要で、その部分は大した手間ではないと思うので。

○岡村委員 資料の17以降に関しては、希望とかはわかりませんから仕方ないですが、そういう属性とかは簡単に把握していなければいけないんじゃないかと思うんです。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ひもづけで分析しないのであれば、少なくとも三師調査が返ってきた後は、三師調査の回収率のほうが高いので、ひもづけのクロス集計をしなければ、そういう意味では出身地と地域卒との関係とか、そういうものはできます。

○桐野部会長 羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 データベースをしっかりとつくりたいというのが、コンセンサスですね。ですから、ぜひここはしっかりやって、経過を追っていくということをやっていきましょうということですね。

○桐野部会長 何かコメントございますか。よろしいですか。

こういうものは、きちんとした正確なデータがあるか、ないかが本当に全体を左右しますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思えます。

そのほか、もしよろしければ、今後の進め方について事務局からお願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 本日いただきました御意見につきましては、事務局で整理させていただいた上で進め方を検討していきます。

次回以降の日程に関しましては調整の上、改めて御連絡させていただきます。

○桐野部会長 ありがとうございました。

なお、河野委員におかれましては、任期満了に伴いまして本日の部会が最後の御出席ということになります。

一言、御挨拶をお願いできればありがたいと思います。

○河野委員 河野でございますが、大変長いこと御指導いただきましてまことにありがとうございます。

10年ですが、10年前というとまだ私は千葉大学にいたころでございまして、医師の研修などにもかなり直接的に大学として携わってまいっていたときでございます。振り返ってみましてもいろいろな課題がございましたが、きょうも非常に盛り上がった議論がございましたが、権限の都道府県への移譲という今までにない非常に大きな変化がございますので、これもまた今までにない課題がいろいろ出てくるのかなと思いますので、何とぞよろしく願いいたします。期待をしております。

ただ、振り返ってみますと、大した意見も言わなくて恥ずかしいなという思いは強いんですけれども、長年にわたる御指導に感謝申し上げましてお礼とさせていただきます。どうもありがとうございました。

○桐野部会長 河野先生、まことにありがとうございました。

それでは、長時間にわたり御審議をいただきまして、どうもありがとうございました。本日の臨床研修部会はこれで終了させていただきます。

どうもありがとうございました。