

○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。

委員の欠席についてですが、本日、新井委員から御欠席との連絡をいただいております。

また、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、よろしくお願ひいたします。

○桐野部会長 それでは、資料の確認を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。

本日、第1部の議事「基礎研究医の養成」ということで、資料1が数枚と、参考資料1並びに2を御用意しております。

不足する資料等ございましたら、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、議事に入らせていただきます。

本日の議題は、第1部と第2部に分かれております。第1部は「基礎研究医の養成について」、第2部は「臨床研修病院の新規指定申請等の審議について」ということであります。

それでは、1番の「基礎研究医の養成について」、まず事務局より説明をお願いいたします。

○加藤医師臨床研修専門官 よろしくお願ひいたします。

それでは、資料1をごらんください。「基礎研究医プログラムについて」になります。

2ページ目から4ページ目に、平成30年3月30日にまとめられた報告書の内容を掲載させていただいておりますが、これまでの議論を簡単に御紹介させていただきたいと思っております。

まず、2ページ目になりますけれども、問題意識としましては、これまで医学部定員が増加している中で、基礎医学分野におきましては、医師免許取得者の割合が相対的には減っている。絶対数としても横ばいであるという点と、論文数におきましては、途上国を中心に非常に取り組みが各国で強化されている中で、国際競争力が相対的に低下しているのではないかとこのところが、そもそものこの基礎研究医プログラムを議論するに当たっての背景になっておりました。

そんな中で、臨床研修が必修化される中で、基礎医学を今後学ぶ意欲がある方に対して、3つ目のポツになりますけれども、募集定員を一般の募集定員とは別枠とし、選考を一般

のマッチングと分けて実施することはどうかということで御議論いただきました。

3 ページ目に移ります。基礎医育成・研修コースということで、臨床研修2年間の中で、ある一定の期間を基礎医の育成の期間として研修いただくということを前提に、その設置要件などを、抽象的ではありますが、幾らか挙げていただきまして、こういった要件を満たせる大学に関しては、募集定員を原則1名、また研究環境が異なることなどを踏まえて、基準に応じて0から5名としてはどうかということで取りまとめいただいております。

なお、こうした議論の中で、最後のポツになりますけれども、臨床研修の到達目標が達成されないことはいかかなものか。その達成度に関しては、しっかりとフォローアップして達成度を示すべきではないかということをお議論いただきまして、最終的にポンチ絵としてまとめておりますのが、4 ページ目になります。

繰り返しになりますけれども、中ほど赤枠で囲まれております基礎医育成・研修コース、設置基準に関しましても幾らか挙げていただいております。マッチングに関しては、通常の募集定員の全体の枠とは別枠で基礎枠を設けるということが、報告書としてまとめられておりました。今回は、2022年度からの実施に向けて、具体的な要件などを御議論いただきたいと思っております。

5 ページ以降、事務局提案を4つほどさせていただいておりますけれども、これまで御議論いただいてきた内容に加えまして、前回の臨床研修部会でも御議論いただきましたように、定員に関しましては、各都道府県の定員は、ほかの一般の枠の定員と同様に、厚生労働省で分配の定員数というのは各都道府県に配分するものの、各都道府県の中での各大学に対する定員の配分に関しましては都道府県の権限となりますため、明確な基準を示す必要がございます。

そのため、ここから御説明します事務局提案1から4に関しましては、やや具体的過ぎるのではないかとこの基準もございまして、そういった趣旨で都道府県が各大学に配分しやすいようにということで配慮したつもりでございますので、そのような観点から御議論いただければと思います。

それでは、5 ページ目ですけれども、事務局提案1とございます。

まず、名称をこれまで「基礎医育成・研修コース」としておりましたけれども、前回御議論いただきました地域密着型プログラムなどの名称との統一性を考えまして「基礎研究医プログラム」として提案させていただいております。

また、これまでも大学病院での研修などを念頭に置いておりましたけれども、今回、改めまして、全国の大学病院での本院を基本的には想定し、また、臨床研修が十分に実施できるという要件を満たす一つの客観的な基準として、研修医の採用実績が平均25名以上を超える大学病院の本院に限ってはどうかということで提案させていただいております。

枠の下にございます参考大学病院数の2ポツ目になりますけれども、25名以上の研修医を採用している大学病院数は66、うち本院は57ということで、現行の基準におきましては、

平成30年時点で57の大学が対象になるということで提案させていただいております。

次に、6ページ目に移りますけれども、プログラムの設置要件（案）をお示ししております。どのような基礎医の研修をしていただくのがよろしいかということで御提案させていただいておりますが、具体的には下の4つのポツにまとめさせていただいております。

基礎医学系の教室をプログラムの開始時に決定させていただいて、オリエンテーションを行うこと。

また、選択研修期間のうち、16週以上、24週未満の基礎医学の教室に所属する期間を用意すること。

また、臨床研修修了時に、作成した基礎医学の英語論文を、研修管理委員会に提出すること。

臨床研修修了後に、プログラム修了者の到達目標の達成度と臨床研修後の進路を管轄する地方厚生局に報告すること。

ということで、プログラムの設置要件を提案させていただいております。

次に、7ページに移りますけれども、こちらは、臨床研修の総定員の中で、一般の枠とは別枠で設置することを検討しているため、総定員数を定める必要がございます。これまで具体的な各プログラムでの定員数は御議論いただいたものの、総数としてどの程度が適切なのかということは御議論されていなかったもので、今回、事務局提案としまして、点線の枠の下にございます、基礎医プログラムの全国の総定員は、直近3年の全国大学における基礎医学系大学院の医師免許を持つ博士課程入学者数の一定割合（10%）とすることはどうかということで提案させていただいております。

具体的には、平成28年から平成30年の入学者の平均は390名であり、その10%と設定し、39名という具体的な数値を御提案させていただいております。こちらは、考え方としましては、基礎医学、大学院に進む方も、一定の期間、臨床を終えてから入る方もいらっしゃいますし、そもそも臨床を行わずに基礎医学だけ行かれる方もいらっしゃいますので、そういった多様なキャリアなども勘案し、39とさせていただいております。この10%に対しては十分な根拠はございませんけれども、ここの「（参考）」にございますとおり、平成22年度から臨時定員増で、全国で基礎研究医枠ということで入学定員を定めている総数も、同様に40名ということも1つ参考にさせていただいた基準でございます。

次に、8ページ目に移りますけれども、各プログラムでの定員の設定基準についての考え方に関しまして、先ほど少し触れさせていただきましたが、各プログラムの募集定員を原則1名としておりますけれども、2ポツ目でございますとおり、最大5名までということで、今、御提案いただいておりますので、これを何名、定員を要求できるかということで、その基準案を示させていただいております。

下でございます6つになりますけれども、指導体制があるということを担保するため、全基礎系の教室における基礎医学研究歴7年以上の複数の指導者、キャリアパスを複数提示していること、学会発表の機会が用意されていることなどに関しましては、これまでの

取りまとめと同様の文言でございます。

具体的に今回お示しさせていただいているのが、研究に係る予算と成果に関しましてですが、予算に関しましては、年間受託している基礎医学系の科研費の予算が8000万円を超えていること。こちらは、文科省の情報を参考に、全国の大学のおよそ中間値を示させていただいております。

また、基礎医学分野におけるImpact Factor 15以上の論文が過去3年以内にあることということで、基礎医学分野での実績が相当程度あることということ、今回具体的な数字をもって示させていただいております。

また、臨床研究中核病院であることという6つを基準として、3つ以上満たしていないところはゼロ名、全て満たしているところは5名ということで、少し差分をつけた形になります。

こちらが事務局提案になりますけれども、9ページでございますのが、この事務局提案を施行通知に落とし込んだ施行通知案になります。

最後に、10ページ目になりますけれども、具体的なスケジュール案をお示ししております。現在、平成30年度2月末でございますけれども、今回の臨床研修部会をもって要件やプロセスの検討を終了し、来年、施行通知を発出することによって、各大学も準備する期間が得られるわけですので、2020年度の基礎医プログラムの提出締め切りを10月末とし、2021年度、黄色でお示ししています通常の臨床研修のマッチングの登録が6月でございます。

その前に、実際には基礎医プログラムの選考が行えるように、2020年度にまた戻りますけれども、まずは臨床研修部会で各都道府県の基礎医の定員枠の設定を行い、各都道府県におきまして地対協を経て、各大学への基礎医定員の配分を審議していただくというスケジュールでございます。最終的に2022年度の4月に研修開始を予定しております。

説明、長くなりましたけれども、以上になります。

○桐野部会長 では、今、説明いただきました件について、質問あるいは御意見がございましたらお願いいたします。

神野先生。

○神野委員 前回やった地域枠の学生のことに關しては、入学時に地域枠という宣言をしていることも絡んでおりますので、非常にわかりいいやり方だと思いますけれども、今度の基礎医に關して、もちろん20年先、30年先のノーベル医学賞を取る人をつくるというのは、国としては非常に重要な問題だと思いますけれども、例えば今までの臨床研修の流れと違うことがここにいっぱい書かれているわけです。プログラム開始時に教室を決定することということで、2年先の行くところをここで決定するというのは、今までの臨床研修ではなかったじゃないですか。

あるいは、臨床研修修了時に英語論文を必須化しているということも、2年間の臨床研修で日本語論文さえ必須化していない、ほかの研修医と明らかに差があるわけです。

あるいは、最後の設定基準のところに関しても、ここで科研費の話とかImpact Factorの話ということで、ある程度いいところにつけるといのはよくわかるのですが、今までの臨床研修のやり方、流れとは明らかに、これだけ違っていいのかというのは、ちょっと違和感を覚えるところがございます。一般の臨床研修医に対しても、あるいは非常に厳しい条件でここに来る方々に対して、もうちょっと納得の行く説明がきっと必要なのではないかなと思います、いかがでしょうか。

○桐野部会長 これは事務局からですか。お願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 御指摘いただきました事務局提案2に関しまして、プログラム開始時にオリエンテーションを行う際に、所属する基礎医学系の教室を決定するということに関しましては、今後、生涯所属する教室を決めるというイメージではなくて、もちろん同じ教室を選ぶ方もいらっしゃるかと思いますけれども、2年次の選択のときにどこの教室に所属するか。

いわゆる選択期間にどこの診療科を回るのかと同じイメージでございますので、その所属する基礎医学系の教室に関しては、臨床研修1年目の頭にある一定の期間を置いて、あらかじめ決めておいていただくということが必要なかなと思います。こちらは、4カ月から6カ月と非常に長い研修期間ですし、ある程度の準備が必要ですので、このような記載にさせていただいております。

3つ目でございます英語論文の提出に関しましては、既にいろいろと御意見をいただいております、ハードルが非常に高過ぎるのではないかと御意見もいただいておりますけれども、事務局としまして、これを入れさせていただいた経緯としましては、この基礎医プログラムを設置するからには何かしらの評価が必要ではないかというところから、今回、この英語論文というものを要件として課させていただいております。

確かに臨床研修修了時に英語論文が投稿済みであるということに関しましては、非常にハードルが高いという意見をもう既に幾つも頂戴しておりますので、例えば臨床研修修了の1年後あるいは2年後、こういった基礎医プログラムを卒業した医師がどれぐらい成果を上げているのか、一定ある程度評価するために提出いただくのを課してはどうかなと思っております。

最後に、Impact Factorといったものに関して、これまでの臨床研修の流れと大きく異なるのではないかと御指摘いただきましたが、今回、基礎プログラムに関しましては、もちろん15年以上ございます臨床研修の歴史の中で、基礎医学について取り扱うのは恐らく初めてだと思いますけれども、どのような研修環境が基礎医を育成するに当たって適切なのか。こちらは事務局内でも非常に議論してまいりまして、客観的に比較できるものは何なのかということで、幾つも案を挙げながら吟味した結果、こういったImpact Factorというものが客観性を持っており、そして皆さんに納得いただける基準なのではないかということで、今回提案させていただいた次第でございます。

○桐野部会長 神野先生、どうぞ。それから、岡村先生。

○神野委員 まさに私のような野に放たれた世代じゃなくて、今、現役の方あるいは元の方々にこの辺のイメージをぜひお聞きしたいなと思います。

○桐野部会長 岡村先生、それから、相原先生。

○岡村委員 このプログラムが考えられたきっかけは、現在、日本で基礎研究に進む人が少ないから、ふやそうという発想ですね。それなのに、なぜかこの案はハードルが高いものになっている。神野先生がおっしゃると、私も同じような感覚です。ですから、できる限り基礎に進む人を応援するような、プログラムにしたい。もちろんいい基礎研究医を育てないといけないというのはわかるのですが、養成する施設側の見た目と、希望する基礎研究に進みたい人の観点から見た場合とがあります。今回のこのプログラムは、普通の臨床研修とは別枠でということですね。

そうしますと、このコースに入った場合は、2年間研修が終わった時点で、英語のある程度質の高い論文を要求されるわけですが、もし自分がそのノルマのハードルを少しでも下げようと思えば、普通のプログラムで2年間のうちで16週から24週の間、基礎に行って、そういうノルマのないコースを私だったら選ぶのではないかという気がしますが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 これは、事務局から何か。

○加藤医師臨床研修専門官 実際、基準が厳しいという御指摘の中には2種類ございまして、厳しいハードルを研修医にかけているものと、施設要件として厳しいのではないかと、2つございまして、後者に関しましては、今回は限定的に39名ということで提案させていただきますので、これを何かしら客観的に線引きするための基準ということでございまして、こちらに関しては、先ほど申し上げましたとおり、例えばある都道府県に10、配分した定員を、2つ3つ大学がある場合は、どのようにそこから定員を配分すればいいのかということまで、具体的に定員として示さないといけないので、本当にごく客観的な指標が必要になるかと思えます。

そのための指標として、今回、Impact Factor、論文数と予算ということで客観的な指標をセッティングさせていただいたという次第ですので、この点はより透明性のある基準をつくるという意味で、我々としては非常に重要だと思っております。

前者の英語論文を2年間のうちに課すということに関しましては、先生おっしゃるとおり、これによって、これを選択しないという研修医がふえてはいけないというお考えは、我々としても理解できるところでございまして、何かしらうま味を我々としてもしっかり提示して、このプログラムが基礎医を目指す医師にとって有益になるように、厳しい部分だけではなくて、しっかりとした指導體制を提供していただけるように取り組んでいきたいと思っておりますので、2年のハードルが高いということに関しましては、先ほど申し上げましたとおり、少し先延ばしをして、最終的に臨床研修が終わった2年後でもいいですので、そういった一定の期間の中で成果を上げていただいたものに対して、我々としても成果を評価していけるようなシステムとしていければなと思っております。

○桐野部会長 相原先生、それから森先生、お願いします。

○相原委員 質問ですけれども、4ページ目に初期研修＋基礎研究と黄色で書かれている下に大学院入学と書いてあるのですが、別に大学院に入らなくてもいいわけですか、それとも大学院に入ることをもともと原則としているのでしょうか。ここをちょっとはっきりしておかないとまずいかなと思います。もし大学院に入ることを原則としているのであれば、当然、どこの大学院に入るか決まっているわけですから、先ほどの回答と合わなくなるのではないかということがまず1つ。

それから、2年間で英語のまともな論文が4カ月や6カ月で出るはずもないので、そこは今おっしゃったみたいに、ぜひ変更していただきたいと思います。大学院だったら、4年たって、やっと真っ当な論文が出るというのが普通ですから、小手先のものをつくって出られても困ってしまいますので、そこはお考えいただきたいというのが2点目。

それから、施設基準のところに科研費と書いてあるのですが、今、科研費はどんどんAMEDのほうに流れていますね。ですから、科研費及びAMEDの研究費とか、現状に合った記載の仕方にしていただいたほうがいいかなと思います。

○桐野部会長 何かありますか。

○加藤医師臨床研修専門官 1点目の大学院の入学に関しましては、これは今回、要件にはしておりません。参考資料にもおつけさせていただいたとおり、大学によっては臨床研修の間から大学院に入学できるようなプログラムをやっている大学もございますけれども、今回、このプログラムに関しては、大学院入学を要件とはしておりませんので、2年間で経験した基礎医学の研修の内容を踏まえて、別の大学院に入るということもあり得るかと思います。

2点目の英語論文に関しましては、先ほど申し上げましたとおり、今後検討してまいりたいと思いますし、3点目の御指摘、AMEDの研究費ということもおっしゃるとおりですので、記載ぶりを変更したいと思います。

○桐野部会長 森先生、どうぞ。

○森委員 大体同じような話ですが、一番基本的なことを1つお伺いしたいのですが、このプログラムは外出しでつくられるわけですね。外出しでつくられて、ここを出た人は臨床ができるのですか、できないのですか。

○加藤医師臨床研修専門官 臨床研修と基礎の研究を並行させるためのプログラムですので、もちろん臨床することはできます。

○森委員 そうすると、これは、例えば6カ月基礎へ行った場合は1年半で、ほかの人たちは2年やっているわけですね。その辺のところの問題は起きないかというのが1つと、だからハードルをちょっと上げたのかなと思って読んでいたのだけれども、うがった見方をしてしまえば、臨床をそんなにやりたくないから、基礎6カ月のところでのんびりしながら実験でもやってというコースを選ぶ人が出てきやしないか。要するに、基礎へ行かないような人がここを選ぶのではないかという心配があって、こういうハードルを上げたの

かなと読んだのだけれども、その辺を考えてやっているのかどうかというのが1つと。

それから、AMEDの件はそのとおりだと思うのですが、この投稿済みというのは、投稿済みとアクセプトとは全然違うと思うのです。だから、投稿してしまえばいいのだったら、いいかげんなものをどんどん出せばいいわけで。この辺ももうちょっとちゃんとした記載が必要ではないかと思いますが、どうでしょう。

○桐野部会長 お願いします。

○加藤医師臨床研修専門官 1点目の御指摘に関しましては、まさしくこれまでの議論でも御指摘いただいていたとおり、臨床研修のそもそもの目的は、この2年間でプライマリーケア能力をしっかりと身につけることである。それが達成されることが、このプログラムにおいても基本的な理念だと思いますので、それに関しては、最大6カ月間、基礎に従事しないといけないわけですから、御懸念のとおり、十分な能力が身につけているかどうか、これはしっかり見ないといけないと思っています。

記載させていただいたとおり、臨床研修の到達目標の達成度に関しましては、ほかの臨床研修医よりもより定期的に確認していく必要があると思いますし、最終的にこの基礎プログラムにいた人は、臨床研修の能力が低くないことをしっかりとこの部会でも見ていかないといけないと思っています。

1点目に関しまして、ごめんなさい。

○森委員 アクセプトかどうか。

○加藤医師臨床研修専門官 アクセプトはさすがに難しいだろうという議論でしたので、せめて投稿するぐらいのところまではという議論でしたが、これまでの議論のとおり、質の悪い論文を短期間で投稿することには余り意味がないという御指摘はごもっともでございますので、どういう記載ぶりが最適なのか、本日いただきました御意見に基づきまして再考したいと思います。

○桐野部会長 国土先生、どうぞ。

○国土委員 参考資料2にありますように、現在、例えばMD-PhDコースというものがありますけれども、東京大学では110人卒業して、私の記憶では毎年二、三人程度だと思います。そういう学生たちは、学生時代から基礎の教室に入って、実際にかんりのことをやっている優秀な学生が多いと思います。そういう学生が、この制度ができるこちらに移行する可能性はあるかなと思いました。ですから、そういう本当の基礎を一生懸命やっている学生を対象にした非常に限定的な制度にするのがいいのではないかと私は感じました。

それから、論文については、議論がありましたように、私は基礎の研究者じゃありませんけれども、論文の投稿までもいかないことも非常に多いと思うので、むしろ大学院に入ることを義務づけたほうがはっきりしているのかなと思います。

それから、質問は、9ページの条件が6つありますけれども、最初の3つはかなり定性的な条件なので、恐らく全部満たしていると考えたと、あとの3つをどのぐらい満たすかとなりますと、4番目の科研費ということになると、全国の大学の間値であれば、半分

の大学は、逆に言うとこれを満たすわけですから、1名枠を申請するとしたら、それだけで40を超えてしまうと思いますので、この39を上限とする制度設計が本当にうまくいくのかというのはちょっと疑問に思いましたが、いかがでしょうか。

○桐野部会長 どうぞ。

○加藤医師臨床研修専門官 御指摘の1つ目に関しましては、今、お示した6つの条件で出していただくのはあくまで申請数ですので、恐らく39を超えると思います。最終的にそこからふるいをかけるのは、8ページの点線の3つ目のボツにございますとおり、医学部の臨時定員における基礎医枠の設置状況、論文数、予算ということで、ここに記載しているものよりも高い基準で切っていくかといけないと思っています。

○国土委員 そうすると、もう少し数値的な、例えばImpact Factorの合計とか研究料総額とか、そういうものでだんだん切っていくようにならざるを得ないということが予想されるということですか。

○加藤医師臨床研修専門官 そういうことです。

○桐野部会長 清水先生、どうぞ。

○清水委員 昨年の報告書にも、この研究医養成の話が載っているのですが、今さらそれを覆すのは難しいのかもしれないですけども、そもそもこの臨床研修制度は、基本的な診療能力を身につけるということを理念にされているので、論文や研究の成果よりも、臨床研修の成果がきちんと担保されていることを成果にするほうが、私は妥当ではないかと思えます。おっしゃるように、6カ月で基礎系のちゃんとした論文が出せるかどうかという問題もちろんありますけれども、参考資料2の1枚目の上にありますように、平成20年に底値になった基礎系の大学院に行っていらっしゃる方もちょっとずつふえてきていて、平成15年レベルまで戻っているのではないかと思います。

ということは、臨床研修を経た方々も、基礎に興味をお持ちの方は、基礎系の大学院に行って、ちゃんとした基礎の学者になっているということを考えると、この制度をなくするのは今さら難しいのかもしれませんが、ちゃんと臨床研修が到達できていて、期待されている能力が獲得できていることをいかにして担保するかということを中心に考えたほうがいいのではないかと私は思います。そのために、例えば6カ月の研究成果がどのぐらいできていようが、それは個人にお任せでもいいのではないかと私は考えます。

その上で質問ですけども、例えば定員の外出しでつけた、この研究枠にアプライされた方が、途中で研究をやめたとなった場合はどうするのでしょうか。なにも研究をせず臨床を行ってもよいのでしょうか。

2つ目は、先ほどの全国の総定員を39名にした場合には、都道府県で幾つかの大学があったりしますと、一気に39を超えてしまうと思うのですが、早い者勝ちになってしまうのでしょうか。それとも、各県ごとに定員が新たに決められ、39名の定員が決められることになりますか。

3つ目の質問は、最初の資料の事務局提案の4の基礎医学研究歴7年以上の複数の指導

者（医師）というのは、医師の資格があって、基礎系の研究をしている方に限られる。その方々が、基礎科にしようが、臨床科にしようが、いいということになりますか。基礎医学系の診療科とは言いませんね。科目というのですか、ディシプリンにいればいいということでしょうか。その方は指導医の資格は要らないのでしょうか。

済みません、その3つをお願いいたします。

○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 まず、1点目に関しましては、先生御指摘のとおりでして、繰り返しになりますけれども、この基礎プログラムにおきましても、臨床研修の能力が十分に身につけているということを見ないといけないということは第一義的にございますので、もしこの39名で始めるのであれば、そういった方たちが到達能力に十分達しているのかということに関しては、まとめた上で、この臨床研修部会でも再度審議して評価していくべきかなと思っております。

かつ、その上で、この基礎プログラムの意味というか、導入することによるインパクトに関しましては、何かしらの評価を5年以内に行う必要があると思っておりますので、それに向けた評価のツールとして、この論文というものは、その一助になるのかなと思っております。

2つ目の、やめた場合の話ですけれども、プログラムが始まった上で、途中でやめられた場合は、4から6カ月の間、基礎をそのまま遂行しないとけないかということに関しては、議論があるところかと思っておりますので、そこに関しては、事務局で再度検討してまいりたいと思っておりますが、基本的な考え方からしますと、もともとは先ほど申し上げましたとおり、臨床研修として臨床能力をつけることが第一義的にございますので、その間、臨床研修のために臨床を行うことに関しては、問題がないのではないかなと思われまます。

3つ目の、定員39名に関しましては、この臨床研修部会でも各基礎医プログラムの申請が行われた後、我々として審議した後に、それぞれの基準に合わせた各都道府県の定員配分を行った後、それぞれ、都道府県において各大学に与えられた定員を再度大学に配分することになります。ただ、その配分するに当たって、恐らく都道府県では十分な基準がないと思っておりますので、あわせて臨床研修部会からも各大学への配分の基準をお示しする必要があるのではないかなと思っております。

以上になります。

○清水委員 基礎医学の指導者の定義についてです。

○加藤医師臨床研修専門官 ごめんなさい。基礎医学の指導者に関しましては、所属の問題に関しましては、これは非常に難しいと思っております、御存じのとおり、基礎医学で十分な成果を上げていらっしゃる方も、臨床系の教室に籍を置いていらっしゃる方もいるかと思っております。ここで記載させていただきましたのは、あくまで基礎医学研究歴が7年以上あって、指導できることを要件としておりますので、どこに籍があるのかということは、ここでは制限しておりません。

○清水委員 では、その指導は、基礎系の研究の6カ月分の指導ということですか。

○加藤医師臨床研修専門官 はい。基礎系での研究で、研修の間に十分な指導者がいるということをここで担保したいがために、こういった記載になっております。

○桐野部会長 相原先生。

○相原委員 今の関係ですけれども、医学部の基礎の教室は、医師免許を持っていない方、つまり基礎をしっかりと研究されていて研究者をやっている方たちがいらっしゃるのです、そういう場合も認めてもいいのではないかと思います。そもそも生理学の教授で医師免許を持っていない人なんて、たくさんいるのではないかと思います。

○桐野部会長 いかがですか。

○加藤医師臨床研修専門官 ここも事務局内でも議論があったところですが、ここで医師と入れたのは、臨床研修の中で、この段階では臨床と基礎医学と両方、どう両立させるか、あるいはどういうキャリアパスを描くのかと、まだ少し検討している中で、基礎を学びながら、どういうキャリアパスを描くのか、適切なキャリア相談に乗れるのも、MD、医師なのではないかという観点から入れてはいますけれども、御意見としては承りましたので、再度検討させたいと思います。

○桐野部会長 羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 医師臨床研修部会ですから、ここでの議論は医師としてに限ってでもいいのではないかと思います。

もう一つ、基礎系の研究が落ちている、数が減っている、途上国に抜かれているというお話ですが、研究対応国の予算も減っているし、教授であっても5年で見直すなど身分も不安定なので、落ち着いて研究ができません。ノーベル賞もかなり減ってしまうというおそれもあると思うので、その議論とはちょっと別だと思う。ここでしっかりやるべきことは、基礎研究医として行かれる方々が臨床家としてもある程度のことのできることを担保してあげるということを保障すればいいのではないかと思います。

○桐野部会長 そのほかございますか。

そもそも、基礎研究医養成の状況、参考資料のパーセントが漸増しているようなグラフがありますが、これは基礎系（MD）というところが恐らく400から390ぐらいある。これが少ないと。何か数値目標みたいなものがあるのでしょうか。どれぐらいだと適切であるという。今、医学修士で医学部の大学院に来る方も相当おいでになる。むしろ、そっちなほうが多いような数字になっていますけれどもね。

○荒木文部科学省企画官 これは、済みません、文科省の入学状況調査ということで、毎年4月、5月1日付のデータでございますけれども、直接の御質問の目標があるかという、目標があるわけではございません。現状としてのデータでございます。

○桐野部会長 国土先生、どうぞ。それから、神野先生。

○国土委員 9ページの条件の6番、臨床研究中核病院であることが本当に必要なのか。基礎ですので、この条件が本当に必要なのか、もう一回検討をお願いしたいと思います。

○桐野部会長 いかがですか。

○加藤医師臨床研修専門官 おっしゃっていることは非常によくわかります。検討させていただきます。

○桐野部会長 神野先生、どうぞ。

○神野委員 皆さんの御議論のとおり、医師免許を持っている人がどうあるべきかという話に最終的にはなるのではないかと思いますし、医師免許を持たせるときに臨床研修2年を必須化して、そしてプライマリがわかるようにするというのが原点だったはずなので、その人が途中で臨床に変わる、変わらないは別にして、医師免許を持っているというのは、厚労省で開業免許であると同っておりますので、その人が開業してもちちゃんと地域医療ができるかどうかという点だけで条件を考えていけばいいのではないかと思います。

だから、ここでちゃぶ台返しはしたくないですけれども、基礎のこの条件というのは、最初に申しあげましたように、ちょっと違和感があるだけ言わせていただきます。

○桐野部会長 森先生、どうぞ。

○森委員 全く同じ意見です。先ほど申しあげたように、現在でも2年間、臨床研修をやってから基礎へ行かれた方たちが私どもの病院の当直に来てくれたりする。臨床を2年やっているということで非常に役に立つのですね。そういう意味では、ここにあってこれをつくるというのは、基礎に行く人をふやすためだと思うので、そこで必要なのは臨床力をどう見るかということのほうはずっと重要で、そういう人たちが基礎に何カ月か行って、自分が将来基礎に行きたいという気持ちを育てていただく。

だから、そこに論文をつけたり、基礎にハードルを上げる必要は僕はなくて、そのかわり、1年半という短い期間で臨床力を上げなければいけないので、そっちのハードルが上がるほうが本当はスマートではないかと思います。

○桐野部会長 岡村先生。

○岡村委員 先ほどから科研費とかImpact Factorの話が出ていますがけれども、これは施設全体としての数字ですね。その研究を目指す人が所属する教室は、それだけの業績がなくてもいいということになってしまいますね。だから、先ほどからの議論を加えるとちょっと別かなと。

もう一つ教えていただきたいのですがけれども、臨床研究中核病院であることが一番ハードルが高いことになります。それを満たさないけれども、ほかの条件を満たしている場合は、3人までいいという計算になっているわけですね。

○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 今、岡村委員御指摘のとおり、このImpact Factor 15以上の論文が大学の基礎分野であるということ自体、その教室の質を評価して担保しているわけじゃないという御指摘はごもっともでございます。では、各教室ごとに定員を割り振るのかということになりますと、これはまた非常に難しい話になりますので、今回は、大学の基礎分野全体に応じて、押しなべてそういった能力があるのではないかとということで評価

させていただくことにさせていただきました。この点に関しましては御議論あるかと思えますので、また御指摘いただければと思います。

○桐野部会長 ほかにございますでしょうか。

医師免許を持っている、持っていないで影響があるというのは、今、どうなったかわかりませんが、昔、解剖3科、解剖学教室、病理学教室、法医学教室、ここと例えば分子遺伝学をやっているような教室とは大分性格が違うように思うのですが、この辺は議論されましたでしょうか。

○加藤医師臨床研修専門官 実際にこの4ページ目のポンチ絵にございます基礎系大学院入学者の赤枠に解剖学、生理学、生化学とかが羅列されている中でも、特に公衆衛生とか、今、御指摘いただきました解剖や生理などは大分性質が違いますので、そういった意味でもそれぞれの要件が、MDが必要なのかどうか、あるいはImpact Factor 15が適切なのかどうか、それぞれの教室の分野において、この基準が適切なのかどうかということは議論がございましたけれども、それぞれにおいて基準を設けるというのは現時点で非常に難しいということもございまして、基礎分野全体で通ずるような基準をとということで、今回、御提案させていただいた次第でございます。

○桐野部会長 清水先生、どうぞ。

○清水委員 ちょっと本筋から離れてしまって、マッチング枠の件に戻るのですけれども、先ほど途中でこの基礎研究医プログラムから離脱すると、大学の普通のプログラムと一緒にになってしまうという説明だったと思います。そうしますと、今、大学でフルマッチのところが少ないから、そんなことはないかもしれませんが、定員以上に応募者がいて採用されなかった方がいる場合、研究医に応募しておいて、途中で離脱すれば、その大学の他のプログラムと同等ということになってしまうというのはおかしいのではないかと思います。いかがでしょうか。

○桐野部会長 いかがですか。

○加藤医師臨床研修専門官 御指摘の点は検討しましたが、どのように対応していけるのか。また事務局でも検討してまいりたいと思います。

○桐野部会長 どうぞ、国土先生。

○国土委員 そういうモラルハザードみたいなものを防ぐためにも、大学院入学を義務づけて、大学院を非常に厳しく選別していただくほうが、多分安全だと思います。

○桐野部会長 相原先生。

○相原委員 書きぶりの問題だけなのですけれども、6つの条件のうちの1番目、全基礎系の教室において基礎医学研究者7年以上のと書いてあったので、各個別の基礎教室において7年以上の医師がいなければいけないのかと勘違いしたのですけれども、そういう意味では、先ほどの御説明ですと、全基礎系の教室をあわせた全体の判断ということなのですね。

○加藤医師臨床研修専門官 ここで記載させていただいたのは、研修医がどこの基礎系の

教室を選んだとしても、基礎医学研究歴7年以上の指導者から指導が受けられる体制を整備してほしいということです。

○相原委員 では、書いてあるとおりで、医師が全くいない基礎系の教室がある場合も考えていただきたいということを提案します。

○加藤医師臨床研修専門官 わかりました。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

御意見が少しとまりましたけれども、かなりいろいろな問題点が指摘されたので、これで実際に詳細な手続等の準備に入るというのは、もう一回ぐらい審議したほうがいいのかなと思いますが、事務局としてはどうお考えですか。

○岡部医師臨床研修推進室長 本日いただきました御意見、御指摘を踏まえまして、事務局のほうで1回整理させていただいて、必要に応じて、持ち回りにするのか、また部会を開催するのか、そこは部会長と御相談して進めていきたいと思います。

○桐野部会長 初期臨床研修制度で、2年間修了したら診療に従事する医師として認めるとというのが基本的趣旨なので、何人かの先生がおっしゃった初期臨床研修自体が実際に到達目標に達しているか、新しい到達目標の研修医ですから、それもちよっと考えていただいていたほうが、制度のリライアビリティとかも増すと思います。

そのほか、事務局が考えていただくための参考の御意見等。国土先生。

○国土委員 参考になるかどうか。

御存じの方もいらっしゃると思いますがけれども、東大であった私の経験としては、参考資料2の2番目のMD-PhDコースに入りますと、4年で1回退学するのです。退学して大学院に入学します。そして、4年間大学院をやってから復学します。再入学します。その後で2年下の学生たちと一緒にM3に入って、2年おくれて卒業する。その後、2年研修するというのを、これはかなり強いられている制度だと思いますので、基礎を目指す人たちに受け皿ができることは非常にいいことではないかなと私は思います。

以上です。

○桐野部会長 そのほか、何か御意見があれば。

この議論の中には、多分、研究者になるにしても、臨床医になるにしても、なるべく早くなつたほうがいいのだという議論と、十分時間をかけて人間的に成熟する時期に、きちんと段階を踏んでなつたほうがいいのだという議論と、いろいろあると思います。例えば、ノーベル賞を取られた山中先生なんか、ちゃんとお医者さんになってから研究者になられている。それでだめだったという話は聞いていないので、いろいろな議論があると思います。

そのほか、何かございましたらお願いしたいのですが、よろしければ事務局において検討していただいた上で、また後日、必要とあらば持ち回り、あるいはこの部会で検討していただくということをお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、続いて第2部として「臨床研修病院の新規指定等の審議等」を行います。
事務局は、資料等の準備をお願いいたします。

○大野臨床研修指導官 これより、非公開にて「臨床研修病院の新規指定等の審議等」を行います。メディアの皆様や一般傍聴の方におかれましては、御退室いただきますようお願いいたします。

よろしくをお願いいたします。