

○星臨床研修指導官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「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。

本日、御欠席の委員はおられません。

岡村委員、神野委員からは、所用により途中で退席されるとうかがっております。

また、本日は議題3に関して、医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループでの議論を御報告いただくため、当ワーキンググループの座長で聖路加国際病院長の福井次矢先生に参考人として後ほどお越しいたします。

また、文部科学省医学教育課からは眞鍋企画官にオブザーバーとしてお越しいたしてあります。

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、よろしくをお願いいたします。

○桐野部会長 それでは、まず、配付された資料について、事務局よりお願いいたします。

○星臨床研修指導官 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、議事次第、その下に座席表、資料1-1、1-2、資料2-1、2-2、資料3-1、3-2、3-3、3-4、資料4、その下に参考資料1、参考資料2、参考資料3、参考資料4、参考資料5-1、5-2、5-3、参考資料6-1、6-2、6-3、6-4。この参考資料6-1～6-4は、最新の臨床研修修了者のアンケート調査結果等ですので、後ほどごらんいただければと思います。参考資料7、参考資料8、参考資料9。そのほか、配付資料が1部配付されております。

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、引き続きよろしくをお願いいたします。

○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. 地域における医師の確保・定着を進めるための方策について
2. 臨床研修病院の指定基準の見直しについて
3. 医師臨床研修制度の新たな到達目標・方略・評価について
4. その他

となっております。

まずは、議題1「地域における医師の確保・定着を進めるための方策について」、事務局から御説明を願いたいのですが、本日は議題も多く、よく議論していただくべき内容がありますので、その中で「出身地や出身大学の都道府県への定着に関する論点」、資料としては1-2に該当すると思いますが、これについては順序を逆にして、2の議論が終わった後でもう一度戻ってきて議論させていただきますので、よろしくお願ひします。

それでは、事務局からお願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 資料1-1「補足説明資料(1)(臨床研修病院の募集定員について)」という資料と、参考資料3「地域における医師の確保・定着を進めるための臨床研修の在り方」という資料をごらんください。

参考資料3につきましては、前回、御議論いただいたもので、資料1-1と関連するところは15ページ以降の「臨床研修病院の募集定員について」の部分でございます。前回こちらを議論いただきまして、臨床研修病院の募集定員の圧縮等についての方向性について御議論いただきましたが、今回資料1-1では、その方向性を踏まえまして、具体的にシミュレーションしたイメージを出させていただきます。

資料1-1の2ページですけれども、平成37年度に定員倍率を1.05倍にし、かつ、前は採用者数の保障がない場合ということでシミュレーションを出させていただきましたが、前年度採用者数の保障がある場合としまして、それから、医師養成数の評価を人口案分の1.2倍を限度とし、地理的条件等の加算を拡充しています。すなわち、医学部定員等による加算については、人口案分によるものの1.2倍を限度としてやってみた場合が下のグラフになりまして、青い棒グラフが平成30年度の現在の定員上限。それから、黒いところが平成37年度の定員上限、赤い折れ線グラフが平成29年度の採用者でございます。こちらがシミュレーションになりまして、見方としましては、赤と黒の差が平成30～37年度の増減となりまして、結果的に黒と赤の差を見ていただきますと、今の採用実績と平成37年度の定員上限の差が見られるようになります。

特徴としましては、幾つか医学部の加算が多いところは青と比べて黒が減っている状況でして、採用者数の保障をしたということで、例えば、前回話題になりました京都や東京につきましては、現在の採用者実績数を保障できるという数値になっております。

3ページ、これを踏まえて論点につきまして、臨床研修病院の募集定員について、人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い大都市圏の都府県がある一方、医師数が少なく研修医採用率も少ない県があること。募集定員倍率を平成32年以降も1.1倍に維持した場合、大都市圏の都府県とそれ以外の道県の採用実績の割合は、ほぼ横ばいの見込みであること等を踏まえ、地域医療の確保の観点から、臨床研修医の都市部への集中をさらに抑制していくために、臨床研修病院の募集定員を平成37年度に1.05倍となるようさらに圧縮させるとともに、特に大都市圏の都府県については、募集定員をより圧縮することとしてはどうかという論点を提示させていただきます。

以上でございます。

○桐野部会長 論点についてということで裏にまとめてございますが、この点について、御意見をお願いいたします。

神野委員どうぞ。

○神野委員 前回議論になった京都に対して、今回採用保障がある場合ということで配慮したということで、私はこの流れに賛同いたします。ただ、全体的に医学部卒業生は大幅

にふえていますので、東京と京都はそんなに定員がふえないということになりまして、多少偏在対策としてきているのかなと思いました。

以上です。

○桐野部会長 そのほかいかがでしょうか。

この提案は、これまで1.1倍を目指してやってきたのですけれども、それを今後さらに1.05倍を目指すということで、これは、以前の1.1倍にしたときの議論で1.1倍を当面の目標とするということになったわけですが、1.05倍ぐらいまでいけるのではないかという議論も、たしかあったように思います。いかがでしょうか。

岡村委員どうぞ。

○岡村委員 都市部のことですが、今、初期研修を対象にしているのですが、地方に比べると都市のほうが3年目で帰ってくる人が多く、都市が有利だと思いますので、都市部の圧縮というのはこれでいいかなと思っております。

○桐野部会長 そのほかいかがでしょうか。中島委員どうぞ。

○中島委員 青い線、黒い線、赤の折れ線グラフを見て不都合はないと思いますので、これでいいのではないかと思います。

○桐野部会長 ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。相原委員どうぞ。

○相原委員 私も先生方と同じ意見でございます。

○桐野部会長 ありがとうございます。

資料1-1については、さらに1.1倍から時間をかけながら1.05倍にしていくという案で問題ないのではないかという御意見だったと思いますが、よろしゅうございますか。どうもありがとうございます。

それでは、細部につきましては、事務局で整理していただくということで、この点については引き続き議論していただくことになると思います。今の議論につきましては、論点に書いてあるとおりに、平成37年度に1.05倍となるように圧縮していくということで、基本的には御了承いただいたということで先に進ませていただきます。

続きまして、議題2「臨床研修病院の指定基準の見直しについて」につきましても、事務局から説明をお願いします。

○星臨床研修指導官 続いて、臨床研修病院の指定基準の見直しについて、資料2-1、2-2により説明いたします。

まず、資料2-1をごらんください。「プログラム責任者について」でございます。前回の制度の見直しの際にプログラム責任者については、プログラム責任者養成講習会の受講を促進し、将来的に受講を必須の方向とする等プログラム責任者の育成を強化すべきであると報告書に記載されております。それを受けて、臨床研修の通知の中では、プログラム責任者は、研修プログラムの実施を管理し、適切な指導体制の確保に資するための講習会を受講していることが望ましいこととされております。

3 ページでございますが、直近の状況を見ますと、プログラム責任者養成講習会の受講の有無について、平成29年プログラム責任者アンケートでは、ほぼ9割の方が受講されているという状況でございます。

左下の講習会の効果を聞いている設問につきましても、医師臨床研修制度について理解が進んだ等の御回答をいただいております。また、右下の講習会を受講していない理由を見ると、指定基準では受講が望ましいとされているが義務ではないという方が多くおられる状況になっております。

ちょっと細かい話ですけれども、4 ページでございますが、プログラム責任者養成講習会の実施要綱をお出ししております。この中で6番の講習内容につきましても、次に掲げる項目の幾つかがテーマとして含まれていることということで、研修プログラムの策定、点検等抽象的な書き方になってございます。

5 ページは指導医講習会の開催指針でございますが、こちらを見ると、指導医講習会におけるテーマの部分で、研修プログラムの立案の中にテーマの例で、医療の社会性、患者と医師との関係等、詳細に記載されている状況になっております。

これらを踏まえて、6 ページのプログラム責任者に関する論点でございますが、プログラム責任者については、前回の見直しの際、プログラム責任者養成講習会の受講を促進し、将来的に受講を必須の方向とする等、プログラム責任者の育成を強化すべきとされており、また、プログラム責任者アンケートによると、実際にプログラム責任者の約9割が同講習会を受講していること、講習会の効果として、医師臨床研修制度について理解が進んだ等の回答が多いこと、講習会を受講していない理由として、指定基準では受講が義務ではないことが挙げられていることが認められるため、円滑かつ効果的な臨床研修を推進する等の観点から、先ほどのアンケートの回答の中で日程が合わず受講できないという方もおられましたので、受けていない方が即プログラム責任者になれないということがあっては困りますので、経過措置を講じた上で同講習会の受講を必須とすることとしてはどうかという論点を挙げさせていただいております。

もう一つでございますが、プログラム責任者養成講習会については、さらなる質の向上を図る観点から、よりきめ細かい開催指針等を定めることとしてはどうかというのを論点として挙げさせていただいております。

資料2-1につきましては、以上でございます。

引き続き資料2-2をごらんいただけますでしょうか。「基幹型臨床研修病院の訪問調査について」でございます。

2 ページでございますが、これも前回の見直しにおきまして、年間入院患者数3,000人以上の基準に満たない臨床研修病院においても、良質な研修が見込まれる場合には、訪問調査により評価する等の対応が考えられるということが言われておりました。臨床研修に関する通知の中でも、年間入院患者数3,000人以上の要件がクリアできないような病院については、訪問調査によって適切な指導体制が確保され、研修医が基本的な診療能力を習得

することができると思われる場合に限り、基幹型臨床研修病院としての指定を継続することとされております。

3ページでございますが、基幹型臨床研修病院の訪問調査に係る改善状況を見ると、繰り返しになりますが、現在、入院患者数が年間3,000人未満の基幹型臨床研修病院については、個別の訪問調査等により、適切な指導体制が確保され、かつ研修医が基本的な診療能力を習得することができると思われる場合に限り、基幹型臨床研修病院として指定を継続、または指定の可否を判断することとされております。

2つ目でございますが、訪問調査においては書類等による確認、研修医へのインタビュー等を行って、下の円グラフの各項目でございますが、例えば、研修を行うのに十分な症例や研修にふさわしい環境が整備されているかなど、5つの項目について基幹型臨床研修病院として適当であるか否かという視点から調査を行っております。

これまでの2回目以降の訪問調査を行った場合の結果を見ますと、特に上の3つ、臨床研修病院の指導・管理体制に関する事項について、調査の結果が悪化や変化なしとなっている項目が5割を超える状況となっております。

この評価の仕方については、右下にございますが、上の5つの各項目については3段階、A、B、Cで評価されておまして、それを受けて総合評価を行うわけですが、この総合評価については、全項目がA評価の場合にはAで、4年以内に再調査を行う。1つの項目でもC評価の場合はCとなって指定取り消しになります。AでもCでもない場合はBで、2年以内に再調査を行うこととなっております。

これらを踏まえて、4ページ目の論点でございますが、訪問調査の対象となる基幹型臨床研修病院における研修の質の向上を図るため、基幹型臨床研修病院の訪問調査に係る指定取消等について、以下の見直しを行うこととしてはどうかということで、1つ目でございますが、現状、総合評価においてA、B、Cの3段階となっている評価を4段階、例えば、A、B+、B-、Cといたしまして、B-と評価された病院については、次回の調査において続けてB-と評価された場合、原則、指定取消の対象とすることとしてはどうか。

3ページにございましたが、悪化や変化なしとなっていて、規模が小さくてもきちんと研修をやっていただいている病院がある一方で、指定基準をギリギリでクリアーして、ギリギリの状態を引き続き研修を続けるという病院もございますので、保留のような評価を設けて、改善が見られない場合には取り消すこととしてはどうかということでございます。

2つ目でございますが、現状、訪問調査の対象となる項目については公表しておりません。これでは自ら改善するのはなかなか難しいので、訪問調査時に調査の対象となる項目を常時公表することとしてはどうか。

3つ目でございますが、現状の訪問調査の結果について、各病院へのフィードバックを一般的には行っていない状況でございますので、医師臨床研修部会で訪問調査結果に対する意見を聴取いたしまして、その結果を基幹型臨床研修病院にフィードバックすることとしてはどうか。

以上、3つを論点として挙げさせていただいているところがございます。御議論いただければと思います。よろしくお願いたします。

○桐野部会長 どうもありがとうございました。

それでは、資料2-1、2-2に関して、御意見をよろしくお願いたします。

河野委員から。

○河野委員 プログラム責任者の講習会については前にも議論があって、必修化に私は賛成なのですが、講習会のプログラム責任者側での効果というのはあるのですが、研修医側の効果の評価はないのでしょうか。例えば、プログラム責任者の受講済みの人がいる、いないによって違うとか、そういう研修医側からの評価というのはないのでしょうか。

○桐野部会長 事務局お願いたします。

○櫻本医師臨床研修専門官 今、河野委員から御指摘いただいた点については、今年のアンケートではとっておりません。なぜかと申しますと、こちらはプログラム責任者に対して出したアンケートでございまして、プログラム責任者がどう思ったかというところを出させていただいております。来年度以降のアンケート等でどういったことが考えられるかということも含めて検討させていただきたいと思います。

○河野委員 講習を受けることによってプログラム自体の質が上がれば、恐らく研修医側の評価も連動して上がる、最終的にはそちらもつながると思いますので、それをお願いできればと思います。

それから、次の訪問調査につきましては御提案のとおりで、A、B、Cの3段階ですとどうしてもBの幅が広がりますので、B+とB-の2つに分けて次の評価につなげるというのは賛成です。

○桐野部会長 新井委員、お願いたします。

○新井委員 プログラム責任者の講習会ですけれども、もちろん方向性は賛成するところですが、必修化した場合には、会の開催場所やどのくらいの回数をやるのかを考えていただきたいと思います。また、聞くところによると、今は1泊2日での開催とのこと。その1泊2日を全員に強いるのはかなり負荷が大きいのではないかと思いますし、その辺をどう工夫したらいいのかという問題もあると思います。必修化はいいですが、現場に混乱が起きないようにしていただきたいと思います。

また、プログラム責任者が年度途中で異動になってしまうということもあり得るので、そのときどうするのかということについても配慮していただきたいと思います。

私からは以上です。

○桐野部会長 岡村委員どうぞ。

○岡村委員 過去に申し込んだが、受講者多数等により受けられなかったというのは、今は回数をふやして、それはもう解決しているんですね。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 4枚目に今の実施要綱等がございまして、例えば、原則とし

て1カ所1回当たり50人程度するといったことと、回数につきましても私の記憶では6回かと思うのですけれども、その程度年間やられておりますが、ただ、アンケートをとったのが今年ですので、平成29年度修了者ですから昨年のプログラム責任者からこういう回答があったので、それ以前ではそういったことがあったのかなど。あとは、開催日が平日で業務と重なるといった御意見もありますので、こういったことはどのように対応するかということも含めて検討させていただきたい点と、あとは、新井委員から御指摘ありましたように、途中でプログラム責任者が変わるといったことも考えられますので、論点で示させていただいておりますとおり、例えば経過措置を講じるでございますとか、変わった場合には何らかの対応ができないかということも含めて、運用の段階で検討させていただきたいと思います。

○桐野部会長 相原委員どうぞ。

○相原委員 今のお話とはちょっと変わりました、訪問調査に関する質問ですけれども、総合評価がB+とB-と記載されておりますが、具体的にどう違うように評価されているのか教えていただけたらと思います。

もう一つは、実際に今見込まれているB-、今の評価だとB-に当たるかなと思われるような病院というのは相当数あるとすると、相当数研修病院が減ってしまうので、その辺の見込みを教えていただけたらと思います。

○桐野部会長 事務局からよろしいですか。どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 御指摘ありがとうございます。現状では、臨床研修部会で資料等を提示させていただいて検討させていただいております、その際、非公開のものもございまして詳しくは申し上げられない点もございまして、現状ではA、B、C評価となっております、Cになると指定取り消しなのですけれども、Aですとかなりいい評価になって4年に1回の訪問調査になり、Bになると一応及第点みたいなイメージになるのですけれども、我々が指摘させていただいているのは、要するにBをとると、そのままずっと続いても特に問題なく継続になるということです。別にAになる必要がないということと、毎回Bのここで言う「変化なし」であっても、特段それが何らかのインセンティブですとか、ペナルティーになるわけではないということで、実情を見ますと、5割を超える方が悪化や変化なしとなっています。そういうことも踏まえて、B-という評価は何が違うかと申しますと、先ほど星が申し上げたように、保留評価に近いのですけれども、その年は一応いいのですが改編が見られないと次回は取り消しの対象となりますよというような形で4段階にしてはどうかということで考えております。

Cだと取り消しになりますけれども、現状どの程度B-やCがあるかというのは実際に訪問調査してみないとわからないのですけれども、対象として考えられるのは、例えば、ここで悪化とか変化なしというような評価がなされたところについては、その可能性は次回以降はあり得るかとは思っています。

以上でございます。

○桐野部会長 岡村委員どうぞ。

○岡村委員 これは研修病院自体の取り消しではなくて、基幹型病院としての取り消しですよね。

○櫻本医師臨床研修専門官 失礼いたしました。3,000人未満の基幹型病院のもので、協力型ということは当然可能になります。

○岡村委員 基幹型の基準を満たさなければ、一旦協力型におりてもらえばいいという意味で、研修できないわけではないと。

○桐野部会長 神野委員どうぞ。

○神野委員 プログラム責任者のほうは、この方向性で賛成いたします。ただ、研修医の働き方といいますか、あちこちで手に余る研修医で困っているという事例もありますので、特に平成27年適用からにあるように、指導医のあり方の中でコーチングやプロフェッショナルリズム、フィードバックといったような中身をきちんと充実させていただきたいという思いです。

それから、指定基準の話ですと、訪問調査は相当労力がかかるものだと思うのですが、3,000人未満の基幹型臨床研修病院ということになりますと、いろいろな病院があると思うのですが、中から小という病院が多くなってきたときに、ティーチングスタッフの人数や、積極的だった先生が急に辞めたとか、ティーチングスタッフが少ないだけのリスクが大きい病院になると思われまます。そのときに、Aで4年以内、Bで2年以内という間隔がどうなのかということがちょっと問題になるのかなと思います。

そういった意味では、これに加えて例えば、ティーチングスタッフが大きくかわったとか、科の再編があったとか何らかの変化があったときにも調査するような項目があったほうがいいのではないかと思います。

○桐野部会長 今の件はいかがですか。もし御意見をいただければ。

事務局どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 御指摘ありがとうございます。今、先生におっしゃっていただきましたように、3,000人未満、基本的には病床数でいえば小規模のところでございます。今おっしゃられたような原因があるかと思います。今回は我々4ページ目に出させていただいていますように、まず、訪問調査時の調査の対象となる項目を公表してはどうかということで、調査項目をまず明らかにするといったことと、フィードバックするということも考えておまして、調査項目を公表する段階でどういったものを調査するかといったところも含めて考えさせていただきたいと思います。

それから、A、B、Cの2年以内再調査、4年以内再調査の間隔につきましては、現時点ではこのようにやっておりますけれども、実際B-のときどうするかについては、先ほど申しましたような運用の段階で少し検討させていただきたいと思います。

○桐野部会長 神野委員どうぞ。

○神野委員 もし、可能であれば書類審査といいますか、何か変化があったときに書類を



出すようにといった義務づけがあってもいいのかなという気がいたしますが、いかがでしょうか。

○島田座長　お願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官　実施の受け入れ状況や審査のやり方等のキャパシティなども含めて、実際の運用を考えさせていただきたいと思います。

○桐野部会長　これは、これまでもそう毎回毎回大きく変えてきたということはないと思うのですが、確かに調査項目を常時公表するということはやってこなかったように思います。

それから、ついでですけれども、A、B+、B-、Cの評価基準は、そのときにこういうふうに評価しますよということをつけていただければいいかなと思いますけれども、そのほかがいかなのでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、臨床研修病院の指定基準の問題につきましても、方向性については御了承いただいたということで、今御指摘いただいた細部については、また事務局でよく練っていただくということでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、議題1「地域における医師の確保・定着を進めるための方策について」ということで、事務局から御説明をお願いいたします。

○櫻本医師臨床研修専門官　資料1-2、補足説明資料(2)をごらんください。あわせて、参考資料3の12ページ以降をごらんください。

こちらも前回、御議論いただきました地域枠とマッチングについての続きでございます。前回資料の論点については、参考資料3の14ページに書かせていただいております。

13ページの「地域枠とマッチング」を御提示させていただいた際に、前回具体的なマッチングの方法等について、事務局のほうで整理して御提示するよう御意見いただいたこともございまして、資料1-2で中身をまとめさせていただいております。

資料1-2の2ページですけれども、医学部入学定員と地域枠の年次推移を示しております。下にございますように、オレンジのところは地域枠で、平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員ということと、医学部定員に占める地域枠の数・割合も増加してきているということで、現在は平成28年で1,617人、17.7%でございます。

地域枠の定義について前回御指摘いただきましたけれども、地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的として学生を選抜する枠ということで、奨学金の有無を問わないというものでございます。

3ページと4ページが、実際の地域枠の導入状況を全大学でお示しさせていただいているものです。こちらをごらんいただきますと、79大学中、地域枠を設定しているのは90%に当たる71大学。そのうち地元出身枠を設定しているのは46大学で全体の65%。それから、大学が導入している地域枠のうち地元出身枠に当たるものは約半数の48%、1,617分の783ということでございます。以下、各大学が出ておりますので、御参照いただけたらと思います。

5枚目をごらんいただきますと、臨床研修を記した地域枠医師数の見込みを年次推移でグラフにしたものでございます。縦の棒グラフがそれぞれの入学年度を積み上げたものでして、8年たちますと臨床研修が終了しますので、その方々を平成28年度以降順次合計したものが赤の棒グラフでございまして、平成20年度以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が順次卒業しまして、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めているということで、平成29年では1,152人、平成36年には約1万人の9,676人が地域医療に従事する医師として増加する見込みでございます。

6ページが、いわゆる地域枠の概要でございますけれども、平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置づけた医学部定員増ということで、(1)と(2)にございますような学生の選抜枠でございますとか、都道府県が設定する奨学金の受給の条件ということで、一番下にございますような人数を地域枠として設定されております。

7ページをごらんいただきますと、地域と言いましても、いろいろな勤務要件がございます。まず、1)卒業後の勤務条件ありのところには、主に6年間の奨学金を受給して卒業後、当該都道府県内の地域医療に9年間程度従事という例でして、1、2は初期研修で従事要件がかかっていると。1は指定された緑の特定の病院。2に関しましては、県内の指定された医療機関の中から自由に選択すると。3に関しては、初期研修では勤務条件が入っておらず、研修後に地域医療に従事するといった条件です。

2)卒業後の勤務条件なしで、例えば地元出身者とか、出身地にとらわれない地域医療に従事する入学枠等がございます。

8ページは、平成29年度の臨床研修修了者アンケートで、全数ではないので数値というよりは割合を見ていただきたいのですが、回答者数6,442人で見たと、地域枠での入学者が8%、勤務地域・診療科を限定した奨学金の受給者が13.1%、それが両方とも地域枠での入学者かつ奨学金の受給者が318人ということになっております。

9ページは奨学金の支給元で、都道府県が71.5%、大学が9.3%出させていただいております。

10ページは、前回の部会で出させていただいたように、地域枠とマッチングの1つの課題を出させていただいております。赤字にございますように、地域枠の医師が、診療義務が課された地域での希望病院にマッチできない可能性があるということで、マッチングの例外では自治医科大学と防衛医科大学があるということで御提示させていただいた資料です。

11ページをごらんください。こちらが今回の地域密着型臨床研修病院（仮称）における地域枠等限定選考のイメージでございます。前回マッチングの中で一部を地域枠の方を対象としたものを設けることについて、どのように考えるかといった論点を出させていただきましたが、こちらは具体的なイメージでございまして、まず、黄色い四角の中を見ていただきますと、都道府県が地域医療対策協議会、例えば、大学や臨床研修病院、公的医療機関などが構成員として入っている協議会の意見を踏まえて、A～D病院があ

る中、例えば、B病院を地域密着型臨床研修病院として指定すると。指定されたところのマッチング枠については、通常のマッチング枠のうち赤い部分については、地域枠等の限定枠として設けてはどうかと。その対象としましては右上にございますけれども、地域枠等の限定枠の条件は、臨床研修の期間中に従事要件等が課されている方としてはどうかということで、右下にございますように、平成29年度ですと約800人、このうちの希望する者をマッチング枠の赤い部分の別枠として設けたらどうかと。病院の中でも、当然全数をやるわけにはいきませんので、募集定員の2割または5名の少ないほう以下といった、一部について別枠を設けたらどうかということです。

ただ、この病院枠ですけれども、全国ではどのくらいになるかをお示ししたのが右上の四角の中で、地域枠等の限定枠の条件は、従事要件が課されている者（地域枠等の2割程度）、例としては地域枠等の15名の場合、上限3名ということで出ささせていただいております。これにつきましては、考え方として指定基準にございますように、地域枠の方が希望した、例えばB病院の地域密着型臨床研修病院のようなところで研修ができるように、都道府県をあげて養成していくというという考え方から、指定基準については、例えば地域医療に配慮した研修プログラムを設けていただいて、具体的には地域医療の研修機関が6月以上といったものを設けた研修病院を指定していただいて、地域医療も志して将来、地域医療を担っていくような方は、こういったところで研修していただくようなイメージで11ページを作成させていただいております。

スケジュールが12ページでございます。地域枠等限定選考に関するスケジュールのイメージということで、都道府県が指定する地域密着型病院において、マッチングの前に募集定員の一部に限り地域枠等限定選考を実施ということで、5月のところを見ていただきますと、地域枠病院の限定選考を地域枠の研修希望者を対象に先にやっただいて、6月以降は通常のマッチングをしていただきますので、地域枠等限定選考で採用されなかった方も含めて6月以降にマッチング、その後は二次募集等を行うと、このようなスケジュール感をイメージしております。

13ページですが、論点について、出身地や大学所在地と異なる都道府県で臨床研修を行うと、出身地や大学所在地への定着率が大きく低下すること。また、現行のマッチングの仕組みでは、地域枠の医師が、診療義務が課されていた地域に勤務できない可能性があることなどを踏まえ、研修医の臨床研修終了後における出身地や出身大学の都道府県への定着を図るためにも、臨床研修期間中に従事要件等が課されている者を対象とした選考を、その一定割合を上限として、一般のマッチングとは分けて実施することとしてはどうかとさせていただきます。

以上でございます。

○桐野部会長 それでは、マッチングの仕組みに関する御提案だと思いますが、御意見をお願いいたします。

金丸委員どうぞ。

○金丸委員 前回からよく練っていただいて、きょうまた改めて説明をしていただいたのですが、前回も私は申し上げましたが、今日の医療崩壊をギリギリ支えたのは、自治医大の仕組みのおかげも相当あったのではないかと実感しています。さらに、2ページのグラフでも示していただいたように、地域枠の年次推移ですが、5ページの平成29年の1,152名が平成36年は9,676人、大きなマスとして世の中に活躍していく姿をシミュレーションできるわけです。しかし今まさに地域偏在、診療科偏在があります。そして、論点にも示されていましたが、出身地や卒業大学所在地と異なる都道府県で臨床研修を行うと定着率が悪い。そもそも地域に貢献するということを約束して入学を志して入っている先生ですから、その志とそれを支える仕組みとしても、マッチングは区別して自治医大と同じような扱いで位置づけることが、よりそれに資していく流れでわかりやすい仕組みではないかと思っています。

以上です。

○桐野部会長 そのほかいかがでしょうか。

岡村委員どうぞ。

○岡村委員 私も、よくできていると思います。地域枠の学生で地域でマッチできないことを防ぐとか、これまでの議論を反映していただいていると思います。

ただ、11ページの募集定員の2割または5名の少ないほう以下と、実際は大体こんなものかなと思うのですが、何か根拠はあるのですか。

○桐野部会長 事務局いかがですか。どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 2割と5名の少ないほう以下の明確な根拠と言われると、なかなか難しいのですが、医師需給分科会でも出たときに、神野委員などからマッチングとの公平性を十分担保するべきだという御意見をいただきまして、例えば、これが5割になるということになると、マッチングで大きな不公平が出るのかなということとバランスを考えて、2割もしくは5名以下という基準を示させていただいたところです。ですが、従事者要件にはまっている人の2割というのが、そもそも都道府県枠の上限なので、例えば、これで15名の場合3名という例を出させていただいておりますけれども、もちろんこれを超えることはそもそもできないので、5名もしくは2割というので十分賄えるのではないかと考えております。

○桐野部会長 そのほかいかがでしょうか。

神野委員どうぞ。

○神野委員 今ちょっと名前が出たのであれですけれども、資料1-1で平成37年に1.05倍にしたところで、いわゆる地域医療が大変だと言ったところは、平成29年採用に比べると定員が多いとするならば、地域枠学生も選ばなければ県内に勤められるはずなんです。そこをどうするかという話。

もう一点、今回御説明を伺って地域枠の学生さんたちは地域医療をやると志している。そのうちの2割だけがここにを入れて、残り8割が志しているにもかかわらず落ちこちてし

まったという話ですね。そこをどう説明するかということが必要なのかなと。2割に選ばれた人はいけれども、8割の選ばれなかった人たちは、せっかく志したのだけれども地域をやらなくていいよと言われぬような説明が必要なのかなと思います。私も地域枠の学生さんたちを地域に残すことは大賛成で、それが偏在対策だと思います。だから、地域医療対策協議会がどれだけ機能するかという話が、これからの大きな問題になってくると思いますけれども、特に県の役割だと思うのですが、地域枠の学生さんたちをきちんとフォローして、その人たちが最終的にどこを選択するかまでメンター的な役目を県ないしは対策協議会が担うほうが、より現実的なのかなと思います。

さっきの2割・8割の話を、残った8割の人たちにきちんと説明できる理由があるならば、これに特段反対するものではありません。

○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 3点御指摘いただいたと思います。前回どちらかという和我々は、アンマッチすることがあり得るということを中心に置いたような論点で出させていただいて、前回も同じ御指摘をいただいたと思います。我々はもちろんアンマッチの問題もあると思いますけれども、2割の人残った8割をどう考えるのかということも同じお答えになるのですが、どちらかという、例えば、その地域密着型臨床研修病院として限定枠をつくれる病院というのは、地域医療に配慮した研修プログラムをつくるのが前提としたい。そういう指定基準を我々はつくりたいと思っています。今でも、例えば自治医大の学生などは、県立中央病院とか離島の五島中央病院のようなところで臨床研修をして、その地域医療の枠で離島に行ったり、僻地に行ったりということを行っておりますので、それくらい地域医療を志す、地域医療をやりたいのだという学生が、むしろ選ばれて入るものだという位置づけで我々は考えております。だから、アンマッチを防ぐという観点はもちろんあるのですけれども、地域医療に高い志を持つ地域枠の医学生がより適切に地域医療に配慮した臨床研修ができる枠として、これを設けさせていただいてはどうかと今回考えているのが1点。

もう一つ、先生から前回も御指摘いただいた、都道府県が例えば医学生のうちから地域医療の重要性をきちんとフォローしたりするという、非常に重要な論点だと思いますので、地域医療支援センターの強化を打ち出しておりますので、その中でもきちんと医学生のうちから地域枠の医学生に対してどうフォローするかというものも、都道府県に対してさまざまな例を示していこうと思っております。

○桐野部会長 清水委員どうぞ。

○清水委員 いろいろお考えいただいてありがたいと思うのですが、2点ございまして、今御説明いただいた、1つの県の中に幾つB病院に相当する病院をおつくりになろうとするのか、それは県ごとに任されているのですよね。その病院がほかにマッチングする人もいるのに、地域医療研修を6カ月以上行うというのは、なかなか難しいのではないかと思います。例えば、地域医療プログラムをつくって、そこを募集定員の2割または5名の少

ないほうだけを採用するということだったらまだしも、そういうプログラムをつくってB病院の名乗りを上げる研修病院はどのくらいいるのかなというのがちょっと疑問に思うところでは。

2つ目は、現行でいろいろとアンプロフェッショナルなことをする学生がいるということが再三出てまいりましたけれども、今現在厚労省が提示してくださった案ではない振る舞いをする学生さんがどのくらいおられるのでしょうか。例えば、全国で現在の地域枠の仕組みのままこのマッチングシステムをしたら、ほとんどの地域枠の学生さんがこの枠組みにおさまるのでしょうか。この仕組みをつくったら、先ほどの11ページの地域枠等15名のうちの3名だけがB病院に入って、残りの12名はどこに行ってもいいよとなるわけですが、少なくとも県内の最初から指定されたところに行ってくれるようになるのか、そもそも出発点であったアンプロフェッショナルな行動をする学生さんたちの行動を押さえられるのかというのがちょっと疑問なのですけれども、その点についてはいかがでしょうか。

○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 まず、1点目についてですけれども、申しわけございません、我々の説明が悪かったようなのですけれども、B病院は全員地域医療のプログラムで募集しなければいけないということを考えているわけではありません。地域枠の2割分は少なくともこのプログラムでやるということを考えているのであって、マッチング枠も全員そのプログラムでしないといけないということまで考えているわけではありません。これは今でも例えば、産科・小児科プログラムなどで、産科・小児科に重点化したプログラムを別に募集する仕組みもございますので、それと同じ考え方で地域医療に配慮したプログラムというものもつくっていただいて、その定員の分は2割もしくは5名以下の枠でやっていただきたいということを考えております。

もう一つの、要は、ずるをする学生にどれだけ効果があるのかということ、マッチングとの公平性の担保も我々は考えた上で案をつくりましたので、それに対して100点のお答えという案ではないと考えております。ですが、まずはこれで始めさせていただいて、さらにどういう状況があるのかは検証を踏まえて、制度の是非も含めて将来的に考えていきたいと思っております。

○桐野部会長 今の続きですか。では、清水委員の後に羽鳥委員で。

○清水委員 申しわけございません。B病院の地域医療研修6カ月が2割または5名の少ないほうだけだということは理解いたしました。

ですが、2年目に6カ月のプログラムを地域医療で、自治医大の学生さんたちも2年間は研修病院の県立病院などに通常ローテーションされているわけで、地域に半年も行くわけではないですよ、そんなことできるわけがないのだから。なので、その枠としてマッチングしていただくのは構いませんけれども、6カ月の地域医療研修が必須というのは結構困難なのではないかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 それはバランス問題だと思いますので、先生がおっしゃるとおり6カ月がやり過ぎだとすれば、どれくらいかというのは、ぜひ御議論いただいて、これまた多分さまざまな意見があると思いますが、今とにかく義務でやっているのは地域の1カ月ですので、我々事務局は6カ月以上を提示させていただきましたが、それがやり過ぎだということであれば、例えば3ぐらいなのではないかとか、そういう御意見などをいただければ、事務局のほうで制度設計のときにきちんと検討したいと思います。

○清水委員 1点よろしいですか。たびたび申しわけありません。この後、議論になるかと思いますが、平成32年以降の制度で、例えば評価の方法などもちゃんとフィードバックされるよう変更されることになるとと思いますので、この仕組みをいつからつくるかによりますけれども、その状況で3カ月も可能かとお考えいただいたほうがいいのではないかと思いますので、その点も御考慮いただければと思います。

○桐野部会長 羽鳥委員どうぞ。

○羽鳥委員 地域密着型臨床研修病院というのは、今ある病院から選ぶのかと思いますけれども、これに選ばれるためにはどういう基準があるのか、そして、選ばれた病院はということが義務づけられるのか、あるいはインセンティブは何なのか、その辺少し明示していただけたらということが1つ。

それから、今1,600人の地域枠の方がいて、地域で割り振っていくと1つずつの病院ではそんなに数はふえないのかなと思いますけれども、ここに出ている例だと多分、人気がある病院で地域の病院、例えば、沖縄県立中部病院とかそういうことをイメージしているのかなと思いますけれども、そういうところで2割ぐらいは地域枠の人につくろうということだと思いますが、残りの8割の人はちょっと人気のない病院に行ってもらおうというイメージなのでしょうか。その辺をもう少し教えていただけたらと思います。

○桐野部会長 事務局どうですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 実は病院の基準については、もちろん事務局内では検討しておりますけれども、今、我々のほうで先生方にお示しできるほどの確度で申し上げることができるほどのものを行っているわけではありません。都道府県のどれくらいがその基準に当てはまるかということも慎重に検証してから打ち出さないといけないのですけれども、インセンティブといたしましては、まさに地域医療限定枠を持つことが大きなインセンティブだと思います。病院側としてもマッチングの前に地域医療に非常に熱意のある学生を数名とれるわけですので、それが大きなインセンティブに十分なるのではないかと考えているのが1点です。

もう一つは、繰り返しになるのですが、人気のない病院にほかの地域枠の人は流れるのかというか、これはどちらかという地域医療に熱い志を持った地域枠の学生が選抜されてその病院に行くという仕組みですので、いい方がこれに乗れて、B病院に選ばれなかった方はC、D、Aに流れるということで、お答えになっているかどうか難しいですが。

○羽鳥委員 地域枠のトップクラスの人が行くということですね。

○堀岡医師養成等企画調整室長 そのとおりです。

○桐野部会長 いかがでしょうか。岡村委員どうぞ。

○岡村委員 これは確かにB、C、Dの話があるのですけれども、病院を選ぶのはなかなか難しいなと思います。というのは、1つはなるべく研修を、どこで働くかは別として、地域枠と一般枠とが差がないようにしたほうがいいですね。そうでないと、例えば、地域枠の人たちが一般の人と違う研修をさせられるという形になると、結果的に地域枠の人氣がなくなってしまうというところがあるので、それを注意しないといけないなと思います。

例えば、地域枠の人たちからよく聞く不安は、専門医の取得が送れるというところがありますので、私たちはそんなことないよという感じで説明しているのですけれども、2年間のうち地域での研修期間6カ月以上というのは、ちょっと厳しいような気がします。

○桐野部会長 金丸委員どうぞ。

○金丸委員 先ほど清水委員からありましたが、自治医大卒の先生は初期の研修2年を終えたら地域に行くという大きな流れが歴史的にあります。したがって、2年間の間にジェネラルに、今から議論に入っていき全領域を必須として研修を終えて、3年目に活躍をするという姿になっています。したがって、選択はともかくとして、地域医療は1カ月という姿で組まれています。

ただ、志としては地域枠の先生とは重なる部分がありますので、この案の6カ月か3カ月かというのは、これから現実的な評価ということも先ほど清水委員がおっしゃった観点からも検討していただくとしても、地域枠が3年目以降どのような姿をしていくかという経験的な入り口という意味では、1カ月ではどうなのかなと。しかし、6カ月はちょっと長過ぎるのではないかな。3カ月なのか、2カ月なのか、そこら辺は事務局でも現実と照らして検討いただく範囲としていただければありがたいのが1点です。

もう一点確認なのですが、自治医大のマッチングの姿は、もちろんマッチングは乗っていません。これはマッチング枠外で行っているのか、枠の中に入っているのか正確に知らないのですが、そこはどうなっているのでしょうか。

○桐野部会長 自治医大はマッチング枠外です。

どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 お答えは外になりますけれども、10ページを見ていただくと、例外、自治医科大学と防衛医科大学校ということでマッチングに参加せず調整と書いてありますとおり、これについてはマッチング枠外になります。

○金丸委員 とうか、マッチング外なのですが、病院にとってのマッチング枠の中に入っているのかどうか。

○櫻本医師臨床研修専門官 入っておりません。

○金丸委員 例えば、資料の11ページのイメージ、B病院、選抜の病院だというイメージでとらえている御説明があったのですが、例えば、県内に1つではなく、複数そういう病



院があってもいいというとらえ方でよろしいのですよね。

○堀岡医師養成等企画調整室長 マッチングの枠の中の人数を配分するイメージであります。

○金丸委員 マッチングの枠というのは、例えばB病院のマッチング枠がありますよね。その枠の配分のイメージの1つで、例えばBが県内に複数あって、それも同じとらえ方、つまり県という見方をすると2割か5名以下で少ないほうということですから、10名ぐらいいいということもありということですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 すごく細かいことを言うと、例えば、今のB病院のマッチング枠が20だとすれば、4名がマックスになりますよね。16名が本来のマッチング枠で、4名がこれになるということを考えています。都道府県で複数あっても同じことです。つまり、本来のマッチング枠がふえるということ、指導医の数とのバランスとか、3,000人をどう考えるかという問題が生じるということでございます。

○金丸委員 わかりました。

○桐野部会長 いかがでしょうか。河野委員どうぞ。

○河野委員 地域での定着性を最優先して考えますと、今回のこういった案は非常によく練れていると思いますし、その場合にある一定の平等性というのはある程度押さえないと、これは動かないと思います。かつ、ちょっと語弊のある言葉になってしまうのですが、地域枠の人たちを優先するとなりますと、地域密着型臨床研修病院というのはある程度人気病院を指定しないと、きっと地域枠の人は余り人気ではない病院に行かされるのだということで悪循環になるので、そうすると、ここはちょっと言いづらいところではあるのですが、地域枠のとり方によるのですけれども、どこでも聞くのは偏差値が低いところがあるんです。そうすると本当に優秀な人たちで一番人気の病院に行きたいというものの抑制になってしまう可能性も若干ある。ですから、それは考え方で、地域枠として入った人は地域に残すのだという絶対的・政策的な視点を皆が納得して持つのであれば、偏差値と言いましても偏差値が医者資質を全て決めるわけではありませんので、1つの考え方だとは思いますが、ただ、今申したようなことは、よく話にも出るところでもありますので、病院側が欲しい医者という意味でのマッチングは若干問題が出てくるかなという危惧がちょっとあります。

○桐野部会長 いかがでしょうか。相原委員どうぞ。

○相原委員 私も、先生方の御意見に賛成なのですが、ローテートの中で地域の研修期間が3カ月、6カ月といろいろ御意見が出ていますけれども、これを入れたために一番人気の病院に人が集まらなくなるというのが危惧されるので、最大2カ月かなと思って聞いておりました。そうでないと、結局はいい病院に人が余り集まってこないという形になって、要するに、同じような研修がちゃんと受けられるのだということを担保してあげるほうがいいのかと思いました。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ちょっと誤解をされているのかもしれないですけども、今も例えば産科重視枠とか小児科重視枠というのは、普通のマッチングの人の枠の中で、どこを重点化するかというプログラムを選んで、それごとに募集は病院でされていますので、別にB病院だったからといって、マッチングの一般枠まで地域医療を長くするプログラムをつくることを義務とするつもりは全くありません。

○相原委員 それはわかっているのですけれども、地域枠の人たちが地域枠で選ばれているところに、特に長く行かなければいけないところを逆に選ばなくなるのではないかなというのがちょっと心配です。

これは余談なのですが、うちの病院の小児科・産婦人科枠は希望者がことしゼロでしたし、来年もゼロでした。普通の枠で回っている方たちは小児科・産科婦人科にたくさん入ってくれますけれども、決められた前期研修の枠にはむしろ選ばないんですね。

○岡村委員 全く同じです。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

マッチング制度というのは、波風を乗り越えて今はまあまあ順調に動いている制度で、地域枠の方々も基本、志望病院を第1志望、第2志望、第3志望、第4志望と書きさえすれば、神野委員もおっしゃったけれども、アンマッチになることは想定できないとまでは言えないけれども考えにくいんですね。だけれども、今提案されている2割の地域限定枠を創設するということについて、さらに御意見をいただきたいと思います。

新井委員どうぞ。

○新井委員 本質的な質問ではないのですけれども、指定病院というのは大学病院もあり得るのでしょうか。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 それは特に病院を縛っているわけではございませんので、大学病院もあり得ると思います。

○新井委員 例えば、現実問題として、県によっては全体の定数に満たないところもあるわけですね。そうすると、ある指定された病院の枠内で、今持っている枠を一部地域枠の定員に変更するというのをせずに、プラスアルファで今持っている枠が例えば20あれば、2をこの枠に認めるというのは、なかなか難しいですか。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今回、医師需給分科会でも参考資料3に書いてありますけれども、18ページをごらんいただくと、都道府県が臨床研修病院の指定や定員設定に主体的にかかわるという方向を打ち出しております。これはまだ方向を打ち出しているだけなので、どうなるかあれですけども、都道府県がある程度柔軟に、今よりも定員設定ができるという方向性を打ち出しておりますので、その方向性の中で都道府県がそういう判断をすれば、例えば、地域密着型に選ばれたところには、特別にマッチング枠定員にプラスして都道府県で調整できる枠を配分するという判断をするのであれば、もちろん国とし

て都道府県の判断に何か言うつもりはございません。

○新井委員 多分、そういうふうにしたほうが病院としても受け入れやすいのではないかと思いますので、ぜひ御検討いただきたいと思います。

○桐野部会長 岡村委員どうぞ。

○岡村委員 ちょっと整理なのですけれども、例えば、資料1-2の11ページのA大学、B病院、C病院というもので、例えばその県に20人の地域枠の人がいた場合に、B病院は最高5名ということになりますよね。例えば、地域枠の人たちはほかにA大学に10人、C病院で2人とか、D病院で3人というイメージでいいのですよね。

○堀岡医師養成等企画調整室長 そのとおりです。

○桐野部会長 河野委員どうぞ。

○河野委員 今さらお伺いしづらいのですけれども、実際、地域枠の人でこういった選考に寄らない限りアンマッチでその地域に残れなくなる数というのは、どのくらいなのでしょう。例えば、千葉県などですと、外れてしまっても大体千葉大学が少ないものですから、結局最後は大学病院でみんな吸収できてしまうんです。だから、うちで落とした場合も大学病院で拾ってくれるからいいよねという話をいつもしていて、余り県外まで行く話がないのではないかという気もするのですけれども、そこはいかがなのでしょう。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 前回同様の御指摘をいただきまして、現在、地域枠でアンマッチしている人がどのくらいいるかについて、全数調査はできなかったのですけれども、臨床研修アンケートでマッチングで採用されたか、マッチング以外なのか、これは二次募集なのか初めから参加していなかったかわからないのですけれども、それを調べてみました。当然、自治医と防衛医科大学出身者は抜いているのですが、それでも数名はいらっしゃいました。ゼロではなくて。ただ、その方々がその地域に今マッチできていないかという、最終的にはマッチしております。例えば、東京に従事する条件があれば、東京にマッチしている状況でした。そういう意味では、アンマッチ後に調整という範囲は現時点ではできているのかもしれないのですけれども、ただ、今の段階であっても希望の病院には行けなかったという方はいらっしゃいます。

これをどう考えるかというのは推測でしかないのですが、今後1.05倍にした目標を踏まえたと、先ほどの資料1-1に出させていただいたとおり、確かに都道府県ごとに違いまして、現状の採用実績と募集定員の枠に余裕があるところは、確かに先生方おっしゃるとおり、どこかに入るとは可能なのですけれども、例えば、東京とか京都というのは、ほぼフルマッチの状況にありますので、そういった方はあぶれる可能性が出てくるというところがございます。

したがいまして、今後1.05にどんどん狭めていき、かつ、地域枠の方がどんどんふえていくというようなことを考えると、現状でもいるアンマッチの数がふえていくことが予想されますので、その結果として、場合によっては希望のところに行けない、県外に行っ

しまうといったことが考えられます。特に今回御提示しているのは、地域医療に配慮した研修プログラムを考えた上でのマッチングですので、そういったところにマッチできずに、場合によっては余り地域医療を重視していない病院に入らざるを得ないとか、そういったことを防ぐという目的も1つございまして、今回の提案をさせていただいている次第でございます。

○桐野部会長 神野委員どうぞ。

○神野委員 結構本質で違うかもしれませんが、先ほどの11ページで、B病院が人気病院というのはわかるのですが、A大学も、C病院も、D病院も厚生労働省がきちんと認可した臨床研修指定病院ですので教育は担保されていますよと。なので、ここに行かせることが失敗して落ちてしまったみたいな感覚でものを言っただけでは、学生たちに申しわけないのではないかと思います。

○桐野部会長 御指摘のとおりだと思います。

そのほかいかがでしょうか。

今までのいろいろな議論のやりとりを伺っていると、基本的にはマッチング制度でいくのですが、やはり地域枠の方々が本当に地域医療に貢献できるようなシステムを一方で、ある程度ツールとして用意しておいて、1.05にだんだん絞っていくときに、こういうものがあるので何とかうまくいくという状況は想定できないことはないので、一種の保険のような制度かなという感じで伺っておりました。だから、基本は大部分についてはマッチング制度で、ただ、現状の計算で見ると160名が地域枠の限定枠で入っていくという形になるという提案だと理解しておりますが、何か御意見がございましたら。

また、新井委員からも指摘がありましたけれども、この枠の配分の仕方の決定は、それぞれの地域医療協議会がそれぞれの臨床研修病院と協議して、その結果をもって決めていくということですね。これは厚生労働省がこうだと言うわけではなく、それぞれの県の実情に応じて運用していただくということですね。

お願いします。

○武井医事課長 たくさん貴重な御意見をいただきまして、本当にありがとうございます。今日いただいた意見をある程度整理させていただくと、公平性の担保というところが非常に大きかったと思います。また、選択の自由といった観点も重要であり、例えば、B病院に行きたい方もいれば、大学病院に行きたいという方もいらっしゃいますので、個人の自由度をある程度広げるという意味においては、5割ないしは10割となると個人の選択の余地は少なることから、対応案として2割という提案をさせていただいております。一般枠の学生さんから見た場合、地域枠の割合が非常に高くなることに対しては、公平性の観点から意見が出る場所かと思っております。

あと、魅力的な地域枠にしていくというのも、県の行政担当者からすると非常に重要になり、これは病院側から見ても同じだと思います。ある病院に志の高い研修医が入ってくるとするのは、病院のモチベーションと関連し、研修医の側から見ると、自分が将来地域

に貢献できる病院で働けるということは本人のやる気にもつながると思います。そういう意味では、お互いにとって魅力的な地域病院になっていく、もしくは本人のやる気を刺激するような病院になっていくということも期待されますし、県が調整する枠の話もありましたが、より魅力的にしていくためには、例えば、2カ月、3カ月間地域医療を経験したら、その後、本人が総合診療などの研修を希望する可能性もあります。そういった研修を県が調整し、将来的にはキャリアの形成支援も県が積極的に関与していくということであれば、本人のモチベーションが上がっていくことが考えられます。

最後に、160人という数字については、全体の規模から言いますと、毎年マッチングに参加する9,000人、実際に入るのは8,000人規模からみると、僅かな割合であるといった点です。そのため、160人といった規模感を踏まえると、恐らくパイロット的、試行的にこういう制度を運用してみるということになります。さらに、先生方にその効果や実際の状況について御判断いただく時期が近い将来来ると考えております。以上を踏まえ、今回のご提案は、座長が言われたとおり、一つのツールとして考えることができ、このツールを使い地域医療に貢献しつつ、本人のモチベーションも上げ、魅力的な病院の研修づくりに貢献できる一つの方策と考えております。よろしくお願いたします。

○桐野部会長 ありがとうございます。

金丸委員どうぞ。

○金丸委員 今、武井課長様からおっしゃっていただいたとおりの整理で理解できますし、ぜひ進めていただきたいと思います。

○桐野部会長 清水委員どうぞ。

○清水委員 1点確認させていただきたいのですけれども、もし、こういう仕組みに変えるとしたら、いつごろからを予定されているのでしょうか。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○武井医事課長 準備期間も相当要りますので、やはり平成32年度ぐらいからが妥当ではないかと考えております。

○清水委員 こういう仕組みに変えるよということを入学前から知っていった方々でないと始められないかなと思うので、平成32年は早いのではないかなと思うのですが。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 これは別に地域枠の学生に何か新たな縛りをつけるものではないので、もちろんマッチングの準備期間として、例えば来年は無理ですし、これは早くやる話ですので、マッチング協議会とも詳細を詰めないといけませんと思いますが、入学時から公募するほどのものではないのかなと。平成32年から事務的には何とか可能だと思いますので、ぜひ平成32年からやらせていただきたいと考えております。

○桐野部会長 見直しの議論は、今回は平成32年と一応なっているんですね。

岡村委員どうぞ。

○岡村委員 平成32年でいいと思います。

○桐野部会長 金丸委員どうぞ。

○金丸委員 私も平成32年いいと思います。要するに、選択していくわけですから問題はないのではないかと思います。

○桐野部会長 清水委員。

○清水委員 2割なので全員が決まっているわけではない、これが嫌な方はそこに行かなければいいので、選択権はありますからというのは理解できます。でも、そのように縛っていくと、最近の学生さんたちは逃げていく方向に行くのではないかというのを危惧します。

○桐野部会長 中島委員どうぞ。

○中島委員 2割あるいは5名以下の少ないほうというように考えられて、全体の設計としてはよく考えておられると思います。ただ、2年の間に地域医療を6カ月は多いというのは皆さんと同じ意見で、その後のことを考えれば2～3カ月で十分ではないかと思えます。

これはどちらかというところ、地域枠の人に優先権を与えるわけであって、決して差別して下に落とすという話ではありませんから、入学のときどう言ったかというのは関係なくやれるのではないかと思います。

○桐野部会長 そのほかいかがでしょうか。

おおむねこの案を了承いただいたということによろしいでしょうか。ただ、ごく細部については多少まだ詰めないといけないことがありますし、実施が仮に平成32年ということでも、まだ時間もありますし、いろいろな意見がまた出れば議論になると思いますので、基本的には今御提案いただいた案を了承いただいたということによって先に進めてよろしいでしょうか。どうもありがとうございます。

それでは、ここで福井先生がおいでにならないと次にいけないので、議題4に飛びます。議題4については「その他」となっているので、この件について説明をお願いしますか。

○櫻本医師臨床研修専門官 議題4「その他」ですけれども、参考資料7をごらんください。「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会における議論」ということで、臨床研修ともかかわる議論を2枚目に書いてある検討会で議論させていただいておりますので、今の検討状況を御報告させていただいた後、御質問事項等がございましたら答えさせていただきたいと思えます。

まず、こちらは今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会ということで、検討課題として、地域医療に求められる専門医制度の在り方、卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方ということで、卒前教育から臨床研修も含めた卒後教育についての一貫した医師養成について議論をいただいております。

構成員に関しましては、桐野先生等々に御参画いただいているところでございまして、平成29年4月より開催しております。

3枚目以降ですけれども、今年10月20日に議論いただいた内容でして、「卒前・卒後の

一貫した医師養成の在り方」ということで、最初に、医学生の臨床実習における基本的行為ということで5～7枚目に提示させていただきまして、これは平成3年に厚生省健康政策局の臨床実習検討委員会で、前川先生が委員長としてまとめられたものですが、こちらで医学生の5年生が臨床実習中にやったときに、一定条件下であれば許容される基本的医行為というものを outsourcing させていただいております。水準1、2、3のとおり、水準1は指導医の指導・監視のもとに実施が許容される、水準2は状況によって許容される、水準3は基本的に許容されずに介助や見学にとどめるものとして outsourcing しておりますが、問題点としまして、平成3年ですので、今の医学の進歩等々を踏まえると少し状況が変わってきているのではないかとということが1点目。それから、これは一貫して医師養成ということで、卒前の医学教育の臨床実習をどうやって強化していくか。より参加型臨床実習を現実化していくかという観点から、水準1を見ていただきますと、データがあるわけではないのですが、現実問題として必ずしも実習で行われていないものもあるのではないかとという観点から、こちらについての見直しを進めてはどうかということがございます。

2番目の医師国家試験は、当部会の所掌ではないので簡単にさせていただきますけれども、9～13枚目で現状の国家試験の歴史や経緯、医師法に定められていることが出ております。

ごらんいただきたいのは16、17ページでして、国家試験改善検討部会の報告書ということで、主な論点と方向性ということで見直しが行われているのですが、右側の赤字のところですが、500題を約400題、一般問題200題を約100題ということで、主な論点と方向性の「1. 出題数について」に書かれているのですが、平成27年度より卒前教育において、いわゆるCBTの合格基準が統一化されまして、医学生の基本的な知識が担保されることを前提として、医師国家試験の出題数の見直しを行うといったことや、具体的な方向性として、出題傾向として臨床実地問題により重点を置くということから、一般問題については100題程度縮小してはどうかということで、国家試験は改革を行っております。

こういった報告を受けて17ページにございますように、医道審議会医師分科会の審議結果として、平成30年度の第112回医師国家試験からは総出題数が500題から400題に減り、より臨床実地問題にウエートが置かれたような出題形式で出ることになると。試験日数についても出題数の減少に伴い、3日間から2日間に少なくなるといった改革を行っているところでございます。

19ページの臨床研修制度も議論をさせていただいております、20～26ページは先生方全部御存じのことかと思っております。一度資料として outsourcing したものです。

37ページをごらんください。卒前のCBT・OSCEからモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、臨床研修の今後の改訂時期ということで出しておりますけれども、何点か課題がございまして、まず1つ目、卒前・卒後教育を検討する実施主体や改訂年度が異なっているということで、CBT・OSCEについては、位置づけは完全に医療系大学間共用試験実施評価

機構（CATO）の公益社団法人第三者機関で検討を行っていて、全く国家試験でもなく、モデル・コア・カリキュラムにも当然位置づけられていない状況で、CBT・OSCEが今、大学4年生でやられていると。モデル・コア・カリキュラムに関しましては、本日も御出席いただいておりますけれども、文部科学省のほうで検討を行っていただいております。医師国家試験、臨床研修については、法律に基づいて厚生労働省でやっているということがございまして、まず1点目としては、CBT・OSCEというものが現状、第三者機関で行われていることについて、ある程度オーソライズしたものにしていくことについてどう考えるかといった議論を提示させていただいております。

もう一つが、臨床研修部会ともかかわってくると思うのですが、近年の改訂年度ということで、縦に四角で囲ってありますけれども、見たとおりにバラバラでして、例えば、モデル・コア・カリキュラムと臨床研修もかなり近い内容をやることにはなりますけれども、改訂年度が必ずしも一致していないということで、例えば、モデル・コア・カリキュラムは平成28年度に終わっておりますが、こちらは平成32年度以降の改訂になるといった課題がございます。

以上を踏まえまして、39、40ページは参考資料ですけれども、41ページにございましており論点として、質の高い卒前の臨床実習及び卒後の医師臨床研修等をさらに推進していくために、今後どのような取り組みを進めていくか。例えば、現在、医学教育モデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、臨床研修については、それぞれ個別に検討が進められているが、医学の進歩や高等教育制度における医学教育のあり方も踏まえつつ、卒前・卒後の一貫した医師養成についての見直しを今後進めていくために、医学生が行える医行為の整理、最初に出させていただいた、通称前川レポートと呼ばれておりますけれども、そういった報告書についての整理・見直しといったものや、医学生の共用試験（CBT）のあり方、先ほど申し上げたような公的なものについて、どう考えるかといったところがございまして。それから、臨床実習、医師国家試験及び医師臨床研修のあり方といったものの論点。

2点目が、モデル・コア・カリキュラムと臨床研修の到達目標の内容の整合性や、これらの見直し時期について、どう考えるかということを出させていただいております。議論の方向性としましては、医学生が行える医行為の整理を行っていくことと、CBTの公的化を進めていくということ。2番目の見直し時期については、わかりやすくいうと同時改訂のような、同時にある程度整合性を持って進めていくべきではないかといった議論が進められております。

下の「資料1-4」と書いてあるものは、今日新井委員にも御出席いただいておりますけれども、AJMC会長の新井委員から、この論点について出していただいた提言でございまして、「卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言」ということで、CBT・OSCEを公的なものとする。あとは、診療参加型臨床実習の実質化を図り、Student Doctorとして学生が行う医行為を法的に担保する。国家試験を抜本的に見直す。

それを絵にしたものが下のページで、医師養成のための卒前・卒後教育ということで出



させていただいております。

以上でございます。

○桐野部会長 御説明いただいた件について、何か御質問ございますか。

新井委員どうぞ。

○新井委員 私が作成した資料が最後でございますが、これは誤解を招くといけませんので付言いたしますが、このポンチ絵でピンク色の四角で囲まれている、現在の臨床研修を1年卒前に前倒しと書いてございますけれども、これは今言ったCBT・OSCEを公的なものにし、かつStudent Doctorの医行為を法的に担保、さらに、国家試験を抜本的に見直すといったことが行われて、診療参加型臨床実習が実質化した場合に、この前倒しが可能になるという意味合いでございます。そうしますと、必然的に臨床研修の内容も大きく変わっていく必要があるという考え方でございます。追加で申し上げました。

以上です。

○桐野部会長 ありがとうございます。

御意見がないようでしたら、もとに戻って議題3をお願いしたいと思います。福井先生においでいただきましたので、議題3「医師臨床研修制度の新たな到達目標・方略・評価について」。まず福井先生から、それから、臨床研修制度に関する経緯について事務局からということで、まず、福井先生よろしくお願いたします。

○福井参考人 おそくなって大変失礼いたしました。お手元の資料3-1、3-2、3-3、3-4、参考資料8について説明させていただきます。

資料3-1につきましても、前回の会議でも説明させていただきました。到達目標がA、B、Cに分かれています。1ページ目に「A. 医師としての基本的価値観（プロフェSSIONナリズム）」が4項目。「B. 資質・能力」が1～3ページにかけて9項目ございます。「C. 基本的診療業務」がコンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、単独での診療を任すことができるという場面が4つ、一般外来、病棟、初期救急、地域医療という構成になっております。

本日は、4ページの説明をさせていただきたいと思います。このような目標を達成するための方略といたしまして、研修期間、臨床研修を行う分野・診療科、経験症候、経験疾病の4つの部分に分かれております。

最初に、研修期間でございます。

研修期間は原則として2年間以上とする。

協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、1年以上は基幹型臨床研修病院で研修を行う。なお、地域医療等における研修期間を、12週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができる。

これは、たすき型の研修を行っている特に大学病院で、2年目に行う場合、2年目の1年間の中の1カ月、2カ月を地域研修として外の病院に研修医を出している大学が多いも

のですから、今回はそういう大学でもこの文言でクリアーできるように、このようにつくりとしました。でも、基本的には、基幹型臨床研修病院で半分程度の期間は研修を行うのが正当ではないかと私は思っております。

2 番目の臨床研修を行う分野・診療科でございます。ここに8項目書き出しております。

1 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、一般外来での研修を含めること。

2 原則として、内科24週以上、救急12週以上、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療それぞれ4週以上の研修を行う。なお、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療については、8週以上の研修を行うことが望ましい。

3 原則として、各分野は一定のまとまった期間に研修

これは、ブロック研修という言葉で表しています。10月の4週間ずっと小児科といったタイプの研修です。

(ブロック研修)を行うことを基本とするが、救急については、4週以上のまとまった期間に研修を行った上で、週1回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修(並行研修)を行うことも可能である。

つまり、救急につきましては、4週間のブロック研修を行った後、残りの8週間分は毎週1日救急をやって、それを何カ月も続けるという形で8週間分救急をやるというタイプの研修でもよいという意味です。

なお、特定の必修分野を研修中に、救急の並行研修を行う場合、並行研修を行う日数は当該特定の必修分野の研修期間に含めないこととする。

これは1回読んだだけではわかりにくいと思いますが、先ほど申しあげましたように、例えば、内科の研修を行っている期間、1週間、5日間のうち、1日救急に出たとすると、内科の研修は1週間とは見なさず、0.8週になるという意味です。

4 精神科については、精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。

5 麻酔科における研修内容が救急における研修内容と同等の内容を含むときには、麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる。

6 地域医療については、原則として、2年次に行うこと。また、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うとともに、原則として初診患者の診療及び慢性疾患の継続診療を含む一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。さらに、病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。加えて、保健や福祉との連携を含む、地域包括ケアの実際について学ぶ機会を十分に含めること。

7 一般外来での研修については、ブロック研修又は並行研修により、4週以上の研修を行うこと。なお、受入状況に配慮しつつ、8週以上の研修を行うことが望ましい。

また、症候などの臨床問題を適切な認知プロセスを経て解決に導き、頻度の高い慢性疾患のフォローアップを行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初診患者の診療及び慢性疾患の継続診療を含む研修を行うこと。

- 8 選択研修として、保健・医療行政の研修を行う場合、研修施設としては、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、検診・健診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正施設、産業保健等が考えられる。

経験症候につきましては、以前お示ししたものと同じです。

経験疾病につきましては、前回お示ししたときから急性胃腸炎を新たに加えました。

次に、評価票についての説明をさせていただきます。資料3-2～3-4までですが、最初に資料3-2です。

到達目標の「A. 医師としての基本的価値観」の4項目と、「B. 資質・能力」の1、4、5につきましては、医師が評価するだけではなくて、一緒に働いている医療職、コメディカルの方、看護師を含めまして、医師以外の職種の方々からも評価をしてもらうのが望ましいと考えまして、合わせて7項目につきましては4段階評価をお願いしたい。これは誤植ですが、最初が「期待を大きく下回る」、それから「期待を下回る」「期待通り」「期待を大きく上回る」「観察機会なし」のいずれかをチェックしてもらう。そして下に「期待とは」という※がございしますが、研修終了時に期待される状態を「期待」と表現します。

そして、印象に残るエピソードがあれば記述してください。特に「期待を大きく下回る」とした場合は、必ず記入をお願いしますというつくりになっております。

資料3-3をごらんください。「B. 資質・能力」の9項目につきましては、まだこれは完成形でございませんので大変申しわけありません。研究班、ワーキンググループでの検討が続けられているものですが、このような形で、あとは文言の整合性をとっていくことになると思います。レベル1～レベル4で評価をしていただきたいというものです。

レベル1は、臨床研修の開始時点で期待されるレベル、つまり、医学部での学習が終わった時点のレベルということになります。レベル2が、臨床研修の中間地点で期待されるレベル。レベル3が、臨床研修の終了時点で期待されるレベル。レベル4が、上級医として期待されるレベル。そういう4つのレベルでの評価を考えております。

2ページ目ですが、「1. 医学・医療における倫理性」は到達目標の文章で、「診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する」。実はレベル3が、資料3-1の1～2ページにかけて、「B. 資質・能力」の「1. 医学・医療における倫理性」の一番下の行の文章が、今読みました「診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する」となっています。この中に、サブカテゴリーとしまして、2ページに1～5が目標として記述されておりますが、1～5ができれば研修目標を達成したということですので、研修終了時に期待されるレベルということで、レベル3のところはこの文章を記載しています。これに達しないレベルがレベル2で、これより上回って特に他の医師のモデルとなる、また上級医となる行動を実際に示すことができるレベルをレベル4にし

ております。

資料3-3の2ページの真ん中付近にチェックボックスがございますので、指導医にチェックボックスのどこかにチェックしてもらって、全てのローテーションが終わるたびに、この評価票を提出してもらい、これを研修管理委員会で2年間分集めてもらうこととなります。

資料3-4は到達目標のC、一般外来、病棟、初期救急、地域医療の4つの場面で、常に指導医がついていなくても、かなりの部分単独での診療を任せられるような能力を身につけてほしいというものです。C-1～C-4について、レベル1は、指導医の直接の監督のもとでできる、レベル2は、指導医がすぐに対応できる状況下でできる、レベル3が、ほぼ単独でできる、レベル4が、後進を指導できる。右端が印象に残ったエピソードがあれば記載してくださいということで、これら資料3-2～3-4までの3種類の評価票を研修管理委員会に集めてもらって、半年に1回はそれまでに集められている評価票を用いて研修医一人一人にフィードバックをかけてもらうと。2年目の最後で、全て集まった評価票をもとに到達目標を達成したかどうかを研修管理委員会で判定してもらう手順を考えております。

参考資料8でございますが、これは、ほぼ毎年2～3月にかけて2年次研修医のアンケート調査を行っておりまして、98種類の知識、技術、態度について「確実にできる、自信がある」「だいたいできる、たぶんできる」「できない」「自信がない」という4段階評価をしてもらっているものです。一番上を見ていただきますと、「術後起こり得る合併症及び異常に対して、基本的な対処ができる」という質問に「確実にできる、自信がある」「だいたいできる、たぶんできる」のいずれかにチェックをした研修医の割合、外科をローテーションした研修医の割合と、外科をローテーションしなかった研修医の割合で割ったオッズ比です。つまり、1より大きいと、外科を回った研修医のほうが外科を回らなかった研修医に比べて、術後起こり得る合併症及び異常に対して基本的な対処ができると答えた研修医割合が多いことを示します。つまり、外科、産婦人科をローテーションすると、ローテーションしなかった研修医に比べて、このような対処ができる、あるいは妊娠の初期兆候を把握できる割合が高くなっているわけで、ローテーションすることで、これらの知識、手技、能力が身につけていることを表すものです。

最初の表の下から2行目は「代表的な精神科疾患について、診断および治療ができる」。精神科をローテーションした研修医は、ほぼ2倍このような診断・治療ができるようになっているという数値を表します。したがって、外科、産婦人科、小児科、精神科などをローテーションすることで、ほぼ期待した能力がついていることを表します。

裏を見ていただきますと、小児科と精神科についてのオッズ比になっています。

こういうデータを見ながら、私たち研究班のディスカッションでは、現在の内科、救急、地域医療に加えて、外科、小児科、産婦人科、精神科も必修分野としたほうが、より幅広い診療能力が身につくのではないかと考えて、今回の提案を行っているところでござい

す。

以上です。

○桐野部会長 続いて、事務局からお願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 資料4「臨床研修制度に関する経緯」をごらんください。先ほど福井先生より、必修診療科について御発言いただきましたが、特にその部分の経緯について、簡単に触れさせていただきたいと思います。

2ページにございますとおり、昭和23年よりインターン制度の開始。昭和43年から臨床研修制度を創設ということで、当時は努力義務ということでした。そのとき指摘された問題点の1つとして、専門医志向のストレート研修中心で、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得が不十分ということで、御承知のとおり平成16年に必修化が始まっております。

3ページをごらんいただきますと、新制度が施行されまして臨床研修が必修化された後ですけれども、指摘された問題点として、例えば、専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられるといったような指摘をいただいております。平成22年度に研修プログラムの弾力化ということで、7科目必修から3科目必修+2科目選択必修へという見直しを行っております。

平成27年は、こちらに書いてある見直しをしております。

4ページは、必修診療科の見直しのイメージ例として提示させていただきました。平成16～21年度はこのような形になっておりまして、平成22年度に先ほどありましたプログラムの弾力化ということで、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科については選択必修で2科目ということでございまして、約12カ月程度の選択科目となっております。

今回御提言させていただいているのは、平成32年度以降7科目必修ということで、内科と救急の12週ということで、まず、月単位を週単位に変えさせていただいているということと、救急の12週につきましては4週まで麻酔科可ということ、外科、小児科、産婦人科、精神科については4週ずつで必修化。こうしますと、ちょうど選択科目がおおむね1年程度となります。外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療につきましては、4週ですと必ずしも十分ではないという今までのヒアリング等でも御意見がございまして、8週以上が望ましいということと、この中でいわゆる一般外来を4週以上含む、8週以上が望ましいということとまとめさせていただいております。

以上でございます。

○桐野部会長 ありがとうございます。

それでは、今、福井先生及び事務局から説明された資料に沿って御議論をお願いしたいと思います。

神野委員どうぞ。

○神野委員 資料3-1の一番最初の基本理念、医師法第十六条云々のところと省令のところにありますように、社会的役割、一般的な診療において頻繁にかかわるものに適切に

対応できる基本的な診療能力ということからすると、先ほど福井先生から出たオッズ比の資料からいたしまして、今回の見直し案、スーパーローテータ的に求めていくことに関して、大賛成いたします。

1つだけ福井先生に伺いたいのは、ブロック研修ですけれども、先ほど例として1.0でいきましたけれども、0.5でもあり得るということで、例えば外来0.5でもよろしいということですよ。

○福井参考人 それは各病院で判断していただければと思います。

○神野委員 それを確認させていただきましたので、賛成いたします。

○福井参考人 つまり、半日タイプのもの日は言うとも0.5ということですね。

○桐野部会長 羽鳥委員どうぞ。

○羽鳥委員 基本的に福井先生案に賛成いたします。神野委員がおっしゃったように、臨床研修の基本理念にのっとりということ、そして、到達目標・評価の在り方ワーキンググループでも、経験すべき症候・疾病を検討し、その後、必修科目をとらえるということとやってきましたので、ワーキンググループの一員として適切だと思います。

ただ、4週もしくは8週という限定的な期間における外科、小児科、産婦人科、精神科の研修が、また見学型に戻ってしまえば研修になりませんので、そうならないような工夫が必要だと思います。というのは、今回、一度3科目必修+2科目選択となった、平成21年2月に出た「臨床研修に関する意見のとりまとめ」という意見を見ると、科目数が多いと参加型にならない見学型になってしまうということを指摘されています。その辺の議論をきっちりしていただきたいと思います。

そして、系の研修がないために、外科のセンスのない医師もおり、外科研修は必須ではないかという指摘も重要だと思います。

先ほど新井委員がお示しになった医師養成のための卒前・卒後教育改革案と福井先生の案では微妙に違うところがあるので、この辺の整合性もつめていかなければいけないのと、最短コースで48週で2年目が残るわけですけれども、48週で新井委員が考えていらっしゃる2年目の専門研修に相当することができるのか、その辺の議論も必要だと思うので、慎重に議論していただきたいと思います。

○桐野部会長 新井委員どうぞ。

○新井委員 精神科などは実は当初の初期臨床研修が導入されたときに必修科目に入ったわけです。その実習が非常に空洞化したといったある意味手痛い経験を我々はしたのです。例えば、私どもの大学でも、これは診療教科に問題があったのかもしれないし、初期研修の理念が十分に理解されていなかったということがあるにしても、昼に病棟に行って患者さんと2~3時間話をし、それで一日の研修が終わってしまうといったことがあったと認識していますし、幾つかの大学でそういう事例が報告されています。ですから、今回精神科を入れるのであれば、内容をきっちりしていただかないと、若い医師が無駄な時間を過ごすことになりかねませんので、そこをぜひ明確にしていきたい。

今回は、精神専門外来あるいはリエゾンチームの研修を含むことと文言としてございますので、その辺は大いに期待したいところですが、例えば、緩和ケアに少し裾野を広げるといったことも必要なのではないかと思います。

一方で、精神科の内容を充実させればさせるほど、研修する施設が十分に足りるのかという危惧もございますので、その点は見通しを明確にしておいたほうがいいかと思います。

あと、産科に関しては、福井先生の御説明で特に触れられておられなかったのですが、先ほどの参考資料8で、妊娠の初期兆候を把握できるとありますが、これはある意味学生の臨床実習でもやっているはずのことですし、本来卒前にやっているはずですから、これを初期研修の一つのゴールにするというのはどうなのでしょう。産婦人科・産科をローテートすることによって、結局見学型で分娩に立ち会うだけで終わってしまわないかといった危惧もあります。ですから、先ほど羽鳥委員がおっしゃったように、ぜひ観察型といった形で終わらないような配慮をしていただきたいと思います。一方で、参加型にした場合、産婦人科で何を到達目標にするのかの議論もつめていただきたいと思います。

確かに、必修に入っていないから、そこに入局する医師が少ないから必修化にしろと、説明としては理解しやすいのですが、いかがなものかと思います。例えば、私は脳神経外科医ですが、ぜひ初期研修の2年間で脳卒中の初期治療に関しては全ての研修医に経験してもらいたいと思っていますが、だからといって脳神経外科を必修化にしろとは申し上げません。それは神経内科でもいいかもしれないし、救急でもいいかもしれないし、そういう発想で初期の臨床研修をきっちり、むしろ月数、週数で割り振るのではなく、どのような到達目標かを定めて、それに必要な研修を強いるという発想が必要ではないかと思います。また、私が問題だと思っておりますのは、2年目の選択科目で将来自分が選ぶ診療科に進むわけですが、そこで何をさせるのかが余りはっきりしていない。例えば、外科に行くから外科で研修する訳ですが、1年目の外科の専攻医の助手みたいにして使われるだけということもないわけではないので、この部分を明確に、何をさせるのか、何を修得してもらおうのかを示していく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○桐野部会長 ありがとうございます。

福井先生からお願いします。

○福井参考人 先ほどの精神科の研修についてでございますが、今回は資料3-1の4ページの4に書いてありますように、急性期入院患者の診療を行うのが望ましいとはしておりますけれども、マスト（必須）ではないと理解していただきたいと思います。精神科の専門外来と精神科のリエゾンチームでの研修は必ずやっていただいて、それに加えて、救急現場での精神科疾患の方を短期間でも診る、そういう機会はほとんどの研修病院であると思います。一晩とか2日、自殺企図、鬱病の急性期の方、統合失調症の方を診た上で精神科の専門病院に送るということが、ほとんどの急性期の病院で行われていると思いますので、できましたら、そういう患者さんを主として経験してほしいという意図です。5

ページに書いてあります経験症候の興奮・せん妄、抑鬱を最低限経験していただくためには、今までのような入院患者をかなりの期間診なくてはならないということは必ずしも必要としなくてもいいのではないかと考えて、このような文章にいたしました。

○桐野部会長 事務局から何かありましたら、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今、新井委員から御指摘いただきましたけれども、福井先生のワーキングでまとめていただいているのは、別に外科医が少ないから研修に入れるという考え方では全くなくて、あくまでも研修医が学んでほしい手技もしくは方略があって、それを達成するための手段として、どういうものがあるべきかということで議論が行われたと承知しておりますので、あくまでも一般的な総合診療能力を満たす医師はどういう能力が必要かということが原点でお考えいただいたと考えております。

○桐野部会長 そのほか御意見があれば。清水委員どうぞ。

○清水委員 4点ほどあって申しわけありません。まず、実際的なほうからですが、ワーキンググループのメンバーなので身内同士みたいな話になってしまうのですが、先ほど内科の一般外来の4週が必修になったかと思えますけれども、そうしますと、厚労省さんからの資料4の4ページ一番下は、内科外来が入っていないということでよろしいですか。実際には内科を24週以上で、それとは別に内科外来は4週要るのではないかと思います。それが1点目です。

○福井参考人 よろしければ1つずつ答えさせていただいたほうがいいのではないかと思います。

○桐野部会長 では、福井先生どうぞ。

○福井参考人 済みません、先ほどの説明がちょっとわかりにくい文章で終わってしまって恐縮です。一般外来については、内科や外科、それから小児科などでも、このような初診患者の診療と慢性疾患の継続診療を外来で研修できるのではないかと思いますので、その中に含めても構わない。別出しでやるほうが望ましいとは思っていますけれども、このような外来のブロック研修ができる総合外来みたいなところを持たない、特に、大学病院ではかなり難しいということを考えて、主として内科、小児科、外科になると思えますけれども、そういう診療科で、このような種類の一般外来の研修を少なくとも4週間お願いしたいという意味です。

○清水委員 そうしましたら、資料3-1の4ページの7、もし仮に一般外来でのブロック研修を4週やった場合は、厚労省の資料でいくと、どこがその4週に相当するのでしょうか。

○櫻本医師臨床研修専門官 選択科目の48のところを組み込む形になるかと思います。ブロック研修でやった場合には4週の外来が出てくるのですが、そうでなくても、例えば内科の中で4週相当とか地域医療のところでは4週相当の外来をやられましたら、そこはダブルカウントしていただくということになりますので、ブロックでやる場合には外でも結構ですし、そうでない場合、例えば週1だけやるという場合には、ダブルカウントし



ていただくという考え方でございます。

○清水委員 そうしますと、救急はダブルカウントはだめだけれども、内科であるならばダブルカウントがOKなのですね。

2つ目が、私が聞き漏らしたかもしれませんが、資料3-3の評価票はローテーションごとの提出とお聞きしたと思いますけれども、資料3-2と3-4の評価票は、どういうタイミングで提出するのでしょうか。

○福井参考人 資料3-2も3-3も3-4もローテーションが終わるごとに全部出してもらおうということです。

○清水委員 そうしますと、2点ありまして、資料3-4が仮に一般外来などでブロック研修した場合には、病棟とか初期救急の担当する場がないかもしれないので、資料3-4にも「該当なし」は要らないでしょうか。

○福井参考人 そうですね、実はさっき読んでいてそう思いました。

○清水委員 それがプラクティカルなほうで、もう一つは、資料3-4もローテーションごとに出すとすると、資料3-4はどちらかというとEPA的な評価だと思うのですが、資料3-3はマイルストーン的な評価なので、レベルが違う話だと思いますが、同じ土俵の中で評価することになった理由をお教えいただきたいと思います。

○福井参考人 医学教育学的にはそうかもしれませんが、評価しようと思えばできることで、同じ土俵に乗らないというところが現場の感覚とちょっと違うのではないかと考えているんです。切り口は違いますけれども、評価は可能ではないかと考えています。先生がおっしゃったようなことも随分、研究班では議論しました。

○清水委員 ありがとうございます。

○桐野部会長 相原委員どうぞ。

○相原委員 先ほどほかの先生もおっしゃられましたように、各1カ月で、小児科、産婦人科、精神科を回っていた時期が反省に立ってなくなって、また復活することについていろいろ御意見が出ていたのですけれども、一般外来4週以上を含む8週以上が望ましい、つまり外科が8週とか小児科が8週という意味だと思うのですが、「望ましい」と書いていると結局1カ月ずつでまた前の状態に戻りかねないので、例えば、この4科のうちの最低2つは8週間回るべきだとか、もうちょっときつい縛りをつけてもいいのかなと。

結局1カ月だけだと、前もあったのですが、計画だけというよりは、ものありかと動き方がわかった段階で次に行ってしまうと、その科のおもしろさもわからなければ、やる気も起きなくて全然無駄な時間を過ごしたという御意見が先ほども出ていましたけれども、それに近いものになりかねないので、そういう意味では、もうちょっと縛りをきつくして、せめて2つの科ぐらいはまともに回ってくるような形にするのも手かなと思いました。

○桐野部会長 どうぞ。

○福井参考人 大変貴重な意見だと思います。私も、個人的には2カ月ぐらいが望ましいのではないかと考えていますが、いろいろな意見がございまして、今のところはこういう

形になっています。もし、研修部会のほうで2カ月にすべきだという方向に意見がまとまるようでしたら、私は個人的には歓迎いたします。

○相原委員 済みません、全部と言うといろいろ問題があると思いますので、せめて2つとかそういう意味で、2科と言わせていただきました。

○桐野部会長 河野委員どうぞ。

○河野委員 資料4ですけれども、4ページの図を拝見いたしますと、平成22～31年のときには、専門性の研修も一定枠しっかりとうろうということで、その当時はたしか外科等々選択肢になったところも、選択必須科目でとれるという発想で、一番上の平成16～21年から変わったと思うんです。今回の絵を見ますと、そこのところは非常にうまく取り込まれていて、選択科目を月から週と置きかえることによって48週ということによって若干減っていますけれども、一定確保されているように見えるんです。ですから、今までの流れを踏まえた形で、選択必修を必修として取り込むとなるとこうなるのですが、その場合、外科、小児科、産婦人科、精神科が、もし8週となりますと、20週こちらに入り込んで、特定の形で8週にするというのも非常に微妙な議論になってくると思うので、全部8週にするとなると、20週減ってしまうとかなり選択必須科目がなくなってしまうと、先ほど申し上げた今までの議論の中の整合性の考え方は変わったのかちょっと疑問に思うのですが、それで、4週になったときの参考資料8ですけれども、これはローテートによって習得できる技能があるのだという一つの根拠だと思います。ここで1カ月以上回った場合と書いてあるものですから、そうすると4週で習得できるのか、あるいは8週じゃないと習得できないのかというのが、これだとわからないんです。ですから、もし4週間でこれだけの習得ができるのであれば、一つは4週を基盤にして選択科目の調整、例えば小児科を入れたければ選択科目でもっとできるわけですから、そういう選択もできると思うのですが、これはいかがなんでしょうか。

○島田座長 お願いします。

○福井参考人 確かに、1カ月ローテーションの研修医と2カ月以上の研修医との解析は部分的にはやりましたが、実は余り大きな変化はなかった。ただ、かなりの項目については長い期間やったほうが、さらによくなるというデータは全体的にはそうなのですが、ここに示してなくて恐縮ですが、そうではないものもあります。ローテーションは0か1かで大きな違いがあって、2、3となっても余り違いがないものと、やはり2カ月やると1カ月よりもずっとよくなるというものに分かれます。

○河野委員 そうしますと、先ほど申し上げたように、これも4週間、8週間で随分絵が違ってしまいうんですね。今お話しのようなことと言いますと、研修として最低必要な技能ということで考えた場合には4週でいだろうという結論なのか、ここに書いてあるように8週以上が望ましいという意味なのですから、研修医として最低限度の技能は4週でよろしいのでしょうか。

○福井参考人 今のところはそのように考えています。いずれにしても、外科、小児科、

産婦人科、精神科をローテーションするからといって、それぞれの分野の専門医になることを期待するか、または専門医になるだけの臨床能力をその期間に身につけるといっても、ではありませんので、あくまでもどの分野に進むにしても、最低限の知識と基本的な技量が身につけているかというレベルを想定しておりますので、2カ月、3カ月、それ以上ローテーションすることによって、それぞれの専門分野の先生方が期待するような高いレベルへの到達は想定していないのが事実です。

○河野委員 確認なのですが、そうすると、御提案いただいている4ページの絵の一番下で、もし8週ということになれば選択科目の中での4週プラスという理解でよろしいのでしょうか。

○福井参考人 そうですね、選択科目のところに入っていくプラスということになります。そこはそれぞれの病院のプログラムで、研修医の希望に配慮して決めていただければと思います。

○桐野部会長 そのほかいかがでしょうか。中島委員どうぞ。

○中島委員 確認なのですが、資料4の4ページで、各科4週とか12週と書いていますが、外科は4週以上と読んだらいいのですよね。「以上」が抜けているのですが、上に8週以上が望ましいと書いていますから、そういう意味だと思ったのですけれども。

○桐野部会長 事務局どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 そのとおりでございます。以上になった場合に、これは最低限を示しておりますので、先ほど福井先生より御説明がございましたように、例えば、8週が望ましい場合に、外科を8週やった場合には4週間は選択科目という形になります。それから、実は今でもプログラムごとに、例えば、外科は現状では選択の2科目となっていますけれども、外科3カ月を全研修医に必修といった形でやっているプログラムもございまして、我々の考え方としましては、その病院、病院に特徴があるかと思っておりますので、例えば外科が強いところ、産婦人科が強いところ、そういうところで研修医の希望や病院のプログラムの特色に応じた形で、それぞれの病院でつくっていただくということも手かなと考えております。

そうしますと、例えば、7科目のところである部分は長くなる場所もあれば、ある部分はミニマムな場所もあるというのもあり得るかと思っております。

以上でございます。

○桐野部会長 羽鳥委員どうぞ。

○羽鳥委員 相原委員がおっしゃったように、8週を2つ最低つくったほうが良いということを採用するとなると、残りが40週になります。専門医試験までに実質3年ないし4・5年満たせばよいところもあるし、早くから専門研修をして欲しいという事もあると推察します。眼科、皮膚科、耳鼻科とか幾つかの科では、40週でも専門研修1年目とみなしてよいかの議論も必要だと思います。

○桐野部会長 いかがですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 済みません、先に事務局から。あくまでも初期研修は法的な趣旨としまして、一般的な総合能力を持つ医師の養成を考えておりますので、結果的に選択科目で回ったものを症例として数えるかどうかというのは、国として関知するものではございませんけれども、基本的には、まずは一般診療能力の養成を原理として考えております。

○桐野部会長 中島委員どうぞ。

○中島委員 この臨床研修の期間がなぜ必要かというところを考えないといけないので、学部教育が本当にしっかり、理想としているようにやれるのであれば圧縮できるわけですよ。それぞれのところに本当にきちんとした評価、必要があれば落第もしてもらうという決意がないと、これはできないと思うんです。学部教育の中にはOSCE等も含みながら卒業試験があると。どうしても主体は知識を問うことになっている。ただ、知識を問うだけではだめなので、臨床に入っていく形を今考えてつくろうとしているわけですよ。これが本当にうまく回り出すまでの間、2年間で臨床医としての能力評価をちゃんとやらないといけないのではないかと私は思っています。

そのベースとなるのは、資料3-1の到達目標で医師としての基本的価値観であれば、利他的な態度、人間性の尊重とか、あるいは資質・能力でいえば医学・医療における倫理性、コミュニケーション能力、チーム医療の実践ですね。コミュニケーション能力がちゃんとないという場合には、イギリスなどでは卒業試験はありませんけれども、途中で落後させるんですね。そこまでのことをきちんと学部でやっていただく。そして、卒後臨床研修でもちゃんとやるということが、私は必要だと思います。次は専門医に進んでいきますので、それがないとだめではないかと、これは質問ではなくて意見です。

もう一つ、ぜひとも意見として言わせていただきたいのは、卒後の2年間の臨床研修期間は労働者として規定されている。これが間違いですよ。これがある限りは全然だめです。卒業試験を受けるために一生懸命勉強して、臨床研修に入った途端にホワンですよ、全然やる気がない。試験を受けて入ったら、あとはぼんやりしていていいという日本のシステムをそのままやっていることになる。それではだめだと思います。特に、精神科はホワンとしていていいと最も批判を浴びる科なのでございますけれども、それを改善するためにも急性期の患者さんを入院できちんと診ましようということを、「望ましい」という形ではありますけれども、入れたいということです。

○桐野部会長 大分時間が迫ってきましたけれども、議題3の焦点は、外科、小児科、産婦人科、精神科の必修化の問題であろうと思われま。この件については、なぜこういうふうにするのかとか、実際にどのようにやるべきなのかといういろいろな御意見があって、完全に煮詰まったとまでは言いがたいと思いますが、資料4の裏側を拝見しますと、最初にスーパーローテート方式、7科目必修でスタートした制度が、平成22年に弾力化ということで、ここには3科目必修と書いてありますけれども、実際には5科目必修ですよ、2つが選択ですから。ただ、5科目の中の麻酔科は救急の中で実習可能ということに一応

なっているので、4科目の中で2つ選んでいたような状態が、4つやりましょうということで大改革と言うべきかどうかというのはちょっとわからないけれども、リビジョンをしようということだと思います。

この方向で、つまり、7科目必修で選択科目48週残す案というのは、ちょっと妥協せざるを得ない面もあったということで、こうなっているのだと思いますが、あとは、これは最低限のレベルとして各プログラムでさまざまな工夫していただくということで、方向性としては7科目必修の方向で今後さらに検討するということがよろしいでしょうか。

金丸委員どうぞ。

○金丸委員 時間のない中済みません。今、部会長におまとめいただいたとおりで、そもそも基本理念ということが先ほど議論になっていますが、これに照らしても今のまとめで、改めてその方向で進めていただければありがたいと思います。

○桐野部会長 新井委員どうぞ。

○新井委員 私も、今の桐野部会長のおまとめで結構なのですが、ある意味本制度導入時に先祖返りするわけですから、その総括があって、今度は最初と違うのだということを確認に示していただかないといけないのではないかと思います。

○桐野部会長 今、羽鳥委員からも御指摘がありましたけれども、なぜこういうふうに変えるのかということに対するメッセージをどう表現するかということは結構大きな問題ですので、それはワーキングでもどのような言葉で説明するかを御検討いただければと思います。

時間が迫ってきましたので、本日はここまでにして、本日の御意見をもとに細部についてはワーキンググループで整理していただいて、引き続き議論を続けると。ただ、方向としては7科目必修の方向で議論していただくということでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

先ほど「その他」についてはやりましたので、本日の議題はこれで終了ですけれども、何か事務局からございますか。

○星臨床研修指導官 本日いただきました御意見を整理し、医師臨床研修制度全体の見直しに向けて、進め方を検討してまいります。

次回の部会開催日程につきましては、また改めて調整させていただきます。

○桐野部会長 きょうは長時間になりましたけれども、どうもありがとうございました。

以上で、終了させていただきます。