



内の「手を挙げる」というボタンがございますので、クリックいただき、国土部会長の指名を受けた後にマイクのミュートを解除して御発言いただければと思います。御発言終了後は、再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、部会長、引き続きよろしくお願ひいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めてまいりたいと思います。

本日の議題は4つです。1つが「地域医療研修について」、2番目が「都道府県による令和3年度の臨床研修病院の募集定員について」、3番目が「令和4年度都道府県別募集定員について」、4番目が「臨床研修における働き方改革への対応」ということとなります。

それでは、まず資料1「地域医療研修について」、事務局より御説明いただいた後、本多参考人、吉野参考人、青木参考人より御意見をいただきたいと思ひます。

それでは、事務局よりお願ひいたします。

○佐野主査 事務局でございます。

それでは、資料1を御確認ください。資料1「地域医療研修について」という資料になります。

2ページ目を御覧ください。前回、9月4日の臨床研修部会におきまして、知事会等から、地域医療研修について、半年以上義務化していただきたいということに関する要望書に対しまして御議論いただき、2ページ目に記載させていただきましたような御意見をいただいております。

まず、シームレスな医師養成の進捗の観点から、1ポツ目になりますが、シームレスのための取組、いわゆる養成の観点と偏在対策に関して、混ぜて議論すると論点がずれてしまうのではないかと申した御意見や、次になりますが、Student Doctorの法的位置づけ等のシームレスな医師養成に向けた改革への取組につきましては、まだこれからといった部分もござい申しますので、きちんと機能するかは未知数であり、議論には早いのではないかと申した御意見。また、Post-CC OSCEに関しても議論が進められているところでございますので、この国家試験の改革が実現してから検討する案件ではないかと申した御意見をいただいております。

また、研修医の能力の観点につきましても、現在の2年間の研修を修了した医師でも、指導医がいないと診療を行うのは難しいと申したこと。せめて3年目以降の医師でないと、地域に貢献するという観点では意味がないのではないかと申した御意見をいただいております。

一方で、この制度改革への期待という点に関しまして、前向きに若い医師を活用していくことも必要ではないかと申した御意見をいただいております。

また、その他の御意見といたしまして、大学だけではなく、地域全体で医師を育てていくといった認識が必要という点で申したり、一番下になりますが、研修を受ける立場からの視点の議論も必要ではないかと申した御意見をいただいております。

今回、これに関しまして、3名の参考人の先生方にお越しいただいております、地域医療研修をそれぞれ受けていらっしゃる、一部の方に関しましては、その地域医療研修の指導にも当たられているということで、事務局のほうで指名させていただいております。

続きまして、3ページ目を御覧ください。地域医療研修の規定について、この地域医療研修という文言につきましては、一般的には、在宅などの患者さんに密着したような医療から、地方における一定規模の病院における研修など、ある程度幅を持った解釈がされ得るものと考えられますが、改めて、今の臨床研修における地域医療研修の定義について確認させていただきたいと思っております。

前回お示しさせていただいた資料を一部変更したのになります、まず基本理念といたしましては、臨床研修においては、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身につけることというのがありまして、そのための到達目標といたしまして、地域医療に関しましては、地域医療の特性や地域包括ケアの概念、多職種連携といった観点ということになっております。

その到達目標を達成するという点から、一番下の研修内容のところになりますが、赤字でハイライトしております。患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し、実践するという考え方に基づき、現在の基準といたしましては、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選択して研修を行うことという規定がなされております。

この規定に関しまして、4ページ目になりますが、平成16年の臨床研修制度開始当時のからの変遷について、まとめさせていただいております。

基本的には、平成16年開始当時より、この考え方が続けられておりまして、今回、令和2年度の制度の見直しにおきましては、次のページにお示しします臨床研修アンケートのデータなどに基づきまして、病院で行う場合は病床数200床未満ということで明記しております。

5ページ目は、その議論の際の資料の一部となりますが、右側が病床数に関する臨床研修アンケートのデータとなります。赤色が200床未満の病院、黄緑色が200床以上の病院となります。この200床未満の病院のほうが200床以上の病院に比べ、在宅医療や退院支援など、現在の地域医療研修の目的に合った研修がより多く行われているということで、この200床未満という基準が入ったと承知しております。

続きまして、6ページ目が本日の論点となります。

まず、地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みの理解、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織との連携といった、現在の地域医療研修の到達目標の達成の観点から、先ほど御説明させていただきました、現在の施設基準・期間について、どのように考えるか。

また、いわゆるStudent Doctorの法制化等で臨床実習が充実することによりまして、将来的に臨床研修1年目修了時の多くの研修医が、十分に地域医療に貢献できる臨床能力を

習得されていることを確認した上で、地域医療研修をより充実させる観点とともに、地域医療への貢献の観点も踏まえて、その研修の在り方を見直すこととしてはどうか。

さらに、その際、医療資源が比較的乏しい地域に所在する一般病院における研修で一定期間実施することも含めて検討することとしてはどうか。

さらに、具体的な手順といたしましては、まずは研究班などにおいて、地域における研修の目的や意義を再度整理し、それに応じた研修を行うべき地域・期間・研修内容・指導医の配置等について調査研究等を行った上で、改めてこの臨床研修部会において議論を行うこととしてはどうかということで、今回、事務局案として出させていただいております。

事務局からは以上になります。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、参考人の3人の先生方から順番に御意見いただきたいと思っております。

まず、本多参考人、御発言をお願いできますでしょうか。

○本多参考人 よろしく申し上げます。

では、お手元に地域医療研修についての資料があるかと思っておりますので、そちらを御覧いただきながら聞いていただければと思います。改めまして、聖路加国際病院の総合診療専門研修プログラム附属の本多さやかと申します。

2枚目に移ります。私は、2017年から東京北医療センターにて臨床研修を開始しました。1年目に1か月、2年目に2か月、青森県の六ヶ所村医療センターで地域研修を行いました。研修は、総合診療外来が中心で、2か月は病棟業務をしていました。ほかに希望すれば、訪問診療、産業医、健康診断などの業務をすることもありました。また、併設されている介護老人保健施設での実習や、村の資料館や主要産業の発電関係施設への見学なども、あらかじめ研修として組まれていました。

3枚目に移ります。この地域研修を通して、私は、医療資源の少ない環境で、いつ患者を専門科のある病院に紹介するかを適切に判断する難しさと重要性を学びました。また、患者や地域のニーズに合わせた医療を提供する必要性も身をもって学びました。この研修施設では、以前より地域研修として、地域卒や自治医大卒の研修や、青森県下の学生などを定期的を受け入れて、それぞれの研修医のニーズに応じた研修内容が整備されているような印象でした。私自身は、学生時代から総合診療科を希望していましたので、研修内容には満足しており、将来のキャリアの一つとして、地域で働くことにも肯定的になったように思います。

4枚目に移ります。地域研修の在り方についての知見ですが、十分な指導体制や研修医のキャリアを考慮したプログラム、研修医が保護されるプログラム、双方向の研修フィードバックというものがあることが重要なのではないかと考えています。研修医のキャリアに関しては、義務化が長期間になるほど、内科系や外科系や小児科、産婦人科など、それぞれの希望に沿った内容に合わせていくということが重要なのではないかと考えております。

す。

5枚目に移ります。医師少数区域で研修することに対する意見ですが、急性期以外の医療を経験するという意味では賛成なのですが、様々な診療科を希望している全ての研修医が、半年という長期間の義務化を受け入れて、かつ十分な指導ができる医療施設があるかということに関しては、疑問が残っています。現状も、例えば研修医の宿泊施設の不整備ですとか、通勤で2時間かけて車で通わなくてはいけないこととか、衣食住の配慮が足りないところがあると思いますし、またライフイベントに配慮した、例えば託児所はどうするのかということにも目を向けなくてはいけないのかなと考えております。

最後のページになりますが、地域医療研修で学ぶこととしては、コモンディージーズの診療や各医療圏によるニーズの違い、急性期以降のケア、退院後の予防などとなっています。知識だけでなく、実践を通して地域医療を知ることが最大の学びだと考えています。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

御質問があるかもしれませんが、3人の御発言が終わってからお願いしたいと思います。

それでは、続きまして、吉野参考人、よろしく願いいたします。

○吉野参考人 よろしく願いいたします。慶應義塾大学の吉野でございます。

私は、大学のいわゆるたすきがけのプログラムで初期研修を行いまして、東埼玉病院リハビリテーション科に派遣され、地域医療研修を行いました。回復期の病棟研修と、あとは総合内科の在宅診療を並行して行いました。私の地元も医療過疎地域で、現在も週末は在宅診療に従事しております。

私は、今回、大学所属の人間ということでお呼びいただいたと理解しております。慶應義塾大学病院は、充足率は高いのですけれども、自大学出身者の割合は非常に低い大学病院でございます。研修医の8割が他大学の出身者で、逆に当大学の卒業生のほとんどは市中病院での初期研修を選択しております。今回、私は、研修医とか学生の声聞いてまいりましたので、そちらを御紹介するという形を取らせていただこうと思います。

まず、研修医の声です。現行の地域医療研修では、まず1つは、地域医療研修先の自由度が低いという点で、都心での在宅診療を見るという形になることが多いという声がありました。

あと、市中病院で普通に病棟勤務ただけで、外来とか訪問診療などは特になかったという声もありましたし、逆に大学病院にいても、地域連携室の見学・体験などで、退院時の対応や、福祉関連制度の理解が進んだという声も聞かれました。

また、地域医療研修6か月という部分に関して提案し、さらに戦力として期待されるとした場合につきまして意見を聞いてみたところ、研修医として地域医療の戦力になれるかどうか不安であるということとか、また、例えばひとり立ちのスーパーバイズされない場面があった場合、つまり、その場に指導医がいなかった場合、自分の行為の責任を取ってくれるのかどうかということも心配であるという声も聞かれました。

次は、学生の声も紹介します。学生としては、勝ち取った初期研修先での研修期間が大幅に奪われるとか、2年目に半年の研修が入った場合に、後期研修に向けて人脈や専門性を形成する期間が半減するというのが非常に残念だという声も聞かれました。私個人としては、研修先を勝ち取ったという感覚があることに非常に驚いたところがございます。

併せまして、研修担当事務の声を聞いてみました。そうしますと、どうしても地域医師会の先生であるとか大学OB会に依存するので、派遣エリアが偏在するとか、また施設によって研修内容や教育ノウハウに大きな差が生じているようだということで、実務面でも様々御苦労されているという声がありました。

最後に、私見ですけれども、学生・研修医の能力、やる気、興味というのは非常に大きな幅がございますので、一律に半年というのはなかなか難しいのかなというところが1つございます。その上で、そもそも大学病院の全ての指導医が、地域包括ケアなどの制度を普段から活用しているとか理解していると言われると、そこもなかなかそうではないかもしれない。そういった意味では、大学としても教育体制には不備があるのかなと考えております。

ただ、逆に地域医療研修先としても、教育ノウハウにもいろいろあるのかなと。地域にあるから大丈夫というわけでもないのかなと思いますし、大学として、学生や研修医が、退院先の検討とか慢性期の外来に主体的に関われるような教育体制というのは、今後も考えていかなければいけないと考えております。

今回、様々な意見聴取をしてきた中で出てきたことに関して、ご提案という形で2つお示しさせていただきます。特に、都市部に存在する我々のような大学病院の研修医の地域医療の研修先につきましては、本来の初期研修とは別に、全国規模で派遣先を選べるような制度、マッチングとは言わないですけれども、そういったものがあってもいいのかなと。その地域医療の教育に熱心な施設様に、我々から派遣できる、全国から研修医が集まる制度があるといいのかなというのが1つ。

もう1つは、例えば大学病院の指導医が行っている外来パートを活用し、研修医が参加して継続的に患者さんを診ていく。4週間、まとめて外来研修の期間というのではなくて、継続的に研修医が外来を診ていくというのも、あってもいいのかなという意見もございました。

以上です。勝手ばかり申し上げましたけれども、こちらで私の発言終了とさせていただきます。ありがとうございました。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、最後に、青木参考人、よろしくお願いたします。

○青木参考人 よろしくお願いたします。私は、千葉県の医療法人SHIODA塩田病院で総合診療科部長をしている青木と言います。

私の履歴については、参考資料の1枚目にあるとおりです。ほかの皆様と違って、本当に現場たたき上げでずっとやってきています。前半部分が湘南鎌倉総合病院の救急総合診

療部ということで、ずっとER型の救急をやっていて、私、もともと滋賀県の田舎出身なので、将来は地域で働きたいと思ったところで、医師7年目から北海道の松前町立病院に移って地域医療をどっぷりやって、その後、長崎の上五島列島に行ったりということで、今の部署にいます。

今回、私のほうから話すポイントを最初にお伝えしようと思うのですが、現在、こういう経歴の中で、地域医療かつ医学教育というのがいいのではないかと。地域医療掛ける医学教育というのが、教育の場としては一番いいのではないかと感じていることと。地域研修ということの定義の一つに、リソースに限りがあるというのが1つのポイントではないかというのが1つ。併せて、指導者がいることというのは確かに必要なのですが、指導者を今から急増させることは難しいので、上手に指導体制を作ることが1つのポイントかなと思っています。

半年という期間については、確かに1施設でやる場合には長いという印象がありますが、そうすると、指導体制や指導の仕方を上手に作ることで研修医の満足度も上げることも必要ですし、現場で指導する先生方のサポートも必要ではないか。この5つになると思います。

1枚目にありますけれども、私は、徳州会病院のグループでしたので、初期研修のときの地域研修先は函館の共愛会病院で2か月です。その後、救急総合診療プログラムでしたので、また、島、喜界徳州会病院と伊良部徳州会病院にそれぞれ3か月ということで地域の研修をしております。

その島で感じたことと函館で感じたことで、よかった点、悪かった点を2枚目以降に記載しております。2枚目にありますけれども、初期研修の2年目、最後の2月、3月に私はくじに外れて函館共愛会病院になりました。神奈川からすると、函館というのは地域にあるという感覚ではありますけれども、実際に函館は都会です。函にありますように、共愛会病院から全て15分圏内に3つの病院があって、1つは3次医療病院でした。現場でやっていたことは、そちらにありますように、一般外来、救急対応、地域住民の健康相談会ということで、いわゆる国が定める地域研修の内容には即していたと思います。

ただ、3枚目にありますように、よかった点は、2か月という期間があったことで、1か月よりは慣れて、2か月目は仕事がしやすかった。それから、いろいろなことも学びやすかった。定期外来も、2か月あったので、1か月ごとに診る患者様などは、2回だけですけれども、診ることができたのかなというところがあります。そして、基幹病院とは全然違うスタンス、それから違う規模であることから、自分の病院のいい点や、逆に地域のよい点ということを比較して経験できたことは、初期研修の間によかったかなと思っています。

ただ、Not goodと書いていますけれども、地域感がなかった。これは、感想として地域感がなかったということですが、それを文字に起こして、私自身も考えたのですけれども、近隣に病院が多数あったことで、現場で自分で考える、振り返らないといけない、踏ん張

らないといけないというリソースがたくさんあることで、考える力というか考える負荷が余りかからなかったのではないかとこのころがあります。というのは、ほかの病院が3次を受けてくれるので、救急患者に関しても、プライマリ・ケア領域に関しても、患者さんがほかの病院を選ぶので、自分の病院に余り来なかったり、疾患の偏りがあったのかなという印象があります。

もう一つ、指導者からの振り返りが少なかったという点です。これについても、地域だと、指導者がいないという問題点は、多分全国であると思うのですが、ただでさえ現場の臨床で忙しい先生方に指導を求めるのは、なかなか難しい。ですので、私自身も困ったときには、基幹病院の先輩や、たまたま来ていた専攻医の後期研修の先生方に相談しながら、教育、それから知識についての振り返りをさせていただいたというところでカバーした。

それが2年目の2月、3月で、私は初期研修修了ということになったのですが、引き続き、4、5、6の3か月が基幹病院ではなくて、今度は南に行けということで、喜界徳州会病院に行きました。4枚目になります。4枚目でやったことは、内容は変わりません。ただ、リソースと場所が違うという違いがとても大きくて、むしろ私自身が地域医療や地域研修、地域での医学教育はとてもすばらしい場だなと感じたのは、その島で感じたことでした。

島限定というわけではありませんけれども、搬送先というところを書いていますが、搬送するには、どうしても時間の問題、コストの問題、患者さんの家族の負担といったところの、いわゆる机上でやるような家族とかの関係よりも、実践的に、この患者さんを今、タイミング的に送ることで、メリット、デメリットがどうなのかということを実際に真摯に考えないと困るケースがたくさんありました。なので、実力的には、まだ3年目の4、5、6なので、それほどあるわけではありませんが、物すごく現場で考えるということを経験者とともにすることができました。そういう意味では、リソースが限られているということは、研修医にとっては物すごい教育の場になるのかなと思います。

5枚目になりますけれども、先ほどの地域研修との違いということの後半部分になりますけれども、指導者からの振り返りがあったこと。それから、リソースが限られているため、搬送するかどうか悩ましい。それから、そのときの指導者は、標準的な医療の勉強もへき地にながらもさせてくれたということで、研修の満足度はとても高かったですし、そこで自分ができなかったことが明確になりました。将来的に私も地域で働きたいと思っていたので、自分が今、学ばないといけないことも島で感じて、持ち帰って基幹病院で研修したという次第です。

こちらには書いていませんけれども、5年目の夏に伊良部島に3か月行ったときには、喜界島のときからの成長具合を感じるすることができました。これは、初期研修とは離れていますので、今回は割愛します。

6枚目になりますけれども、一般的には地域で医療を学ぶこととなると、右上の丸で囲



んでいるところにあるのかなと思うのですけれども、この中で患者を主治医として診られる。これは、慢性期の疾患を診ることも確かにそうなのですが、限られた1か月、半年というところと言っても、外来で患者さんと接する機会が余らないと、現場の感覚としてあります。むしろ、ちょっとした急性期の患者さん、肺炎の患者さん、尿路感染症、骨粗しょう症の方の圧迫骨折といった方を、最初の初診から退院まで、退院のときには家族がいないから、どうやってこの方を施設に入れようかという一連の流れをやることにおいて、地域包括のことなどは普通に学べるのではないかと考えています。

7枚目になります。現在、私は医学教育を地域でやっています。北海道の松前のときにも、いい指導者の下で私も専攻医を卒業したレベルで研修医をしていましたが、そのときに発表した内容になります。研修医が求めていることは、地元密着の医療をやること。それから、孤立しない教育を受けられること。それから、生きた教育を受けること。それから、自主的に学ぶことが尊重される環境であること。それから、他施設で学ぶことでの振り返り。

この5点が抽出されまして、地域にいても教育が大切だということですし、教育のリソースをどういうふうに提供してあげるかということを手を上手に考えれば、観光地でなくても、有名でない土地であっても、上手に研修医を引き込むことができるのかなと当時、考えた次第です。

最後に、今は地域で働いている者ですけれども、指導する中で、総合診療や地域医療に興味のない研修医がたくさんいます。当然だと思うのですが、そういった研修医に対して、私自身が地域研修の意味づけをどういうふうに話しているかですが、彼らは、将来、都市部で働くことも多いですし、マイナー科の方は集約されるので都市部で働くと思うのですが、こちら側の送り出す側の気持ちを忘れないように、この1か月間頑張っただけとか、月に何回かという非常勤の形でも、地域の病院では助かるという地域側の気持ちが分かってもらえるような医者になってもらいたいということをメッセージとして伝えています。

あとは、実際のメディカルの面においても、合併症などがあるので、コモンディジェズだけは勉強しようねということを伝えてやっていますので、長期的な研修期間になるようであれば、そういった教育指導とモチベーションを上げるような言い方も必要なのかなと考えています。

以上になります。

○国土部会長 ありがとうございます。3人の参考人の先生方、本当に貴重な御発言ありがとうございます。

時間が余りないですけれども、参考人に何か質問のある委員、いらっしゃいますでしょうか。

○佐野主査 国土部会長、岡村先生が手を挙げていらっしゃるので、お願いします。

○国土部会長 では、岡村先生、お願いします。

○岡村委員 3人の先生方、とても貴重な意見をありがとうございました。大変勉強にな

りました。

これまで地域医療研修が平成16年から1か月だけだったのが、今、半年という案が出ていて、3人の先生方の話を聞いていると、半年の問題点を少し指摘されたように思います。例えば期間的には3か月という話は全く出てこないのですけれども、先生方は期間としてはどのようにお考えでしょうか。

○国土部会長 では、手短に御発言をお願いしたいと思います。

まず、本多参考人からお願いします。

○本多参考人 段階的にするのであれば、3か月からというのは妥当かなと思いますが、1か月と3か月の大きく異なるところは、ライフイベント、出産とか育児だと託児施設の問題がとても大きかったり、衣食住の関係で通勤にすごく時間がかかってしまう、宿泊施設がないということも負担になると思います。3か月、段階的にというのはありだと思います。問題点としてはそこまで変わらないのではないかと思います。

ありがとうございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

吉野参考人、いかがでしょうか。

○吉野参考人 一言で言うと、いろいろある、だと思います。6か月やりたいという声もありましたし、1か月もやりたくないという声もありましたので、どこまで必修として課すかという意味では、余り長い期間の設定は難しいのかなと感じております。

○国土部会長 ありがとうございます。

青木参考人、よろしくをお願いします。

○青木参考人 私も1施設で6か月というのは、限られた対象者になるかと思っていますが、もし6か月という期間を設定するのであれば、先ほどのように選択する3か月、3か月で、クリニックベースのところ、中小規模病院と分けることと。併せて、長期で出す以上は、大学や基幹病院の指導者との連携、もしくは指導者も一緒にそれぞれのクリニックや中小規模病院と教育する。預けるだけではなくて、教育を一緒にリソースを外に持っていかないと、現場は大変だと思います。

○岡村委員 ありがとうございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御質問のある委員の方、いらっしゃいますか。

では、神野委員、よろしくをお願いします。

○神野委員 3人の参考人の方、ありがとうございます。現場のお話がよく分かりました。

ちょっと意地悪な質問をさせていただきます。本多参考人と吉野参考人に質問させていただきますけれども、2人とも初期臨床研修で地域医療研修、非常に充実したものであるという印象を受けました。今は東京という大都市にいらっしゃるわけですが、この地域医療研修を通して、将来、地域医療をやりたいとか、そういうお気持ちは芽生えたのでしょうか。それとも、そこはそこという気持ちでしょうか。ごめんなさい、ちょっと意

地悪な質問ですけれども、いかがでしょうか。

○国土部会長 答えにくかったら答えなくても結構です。

○本多参考人 私は、愛媛県新居浜市というところの出身で、結構地域のほうなので、それもあって余り地域医療に抵抗がないことと。総合診療科プログラムでは、1年間の（音途切れ）で、再来年、地域医療の現場に1年間行くというところで、そういった地域医療に行く前に短期間経験できたということで、心理的なハードルが少し取れたと思いますし、総合診療シンポジウム、後期研修プログラムが終わった後に地元に戻るということも、少しイメージがついたかなと思います。

以上です。

○国土部会長 吉野参考人、お願いします。

○吉野参考人 私も新潟出身で、田舎生まれで、いわゆるお医者さんという診療所の先生というイメージの中で育ちましたので、そういった意味では、1か月の地域医療研修の前から地域医療をやりたいと思っておりまして、それこそ加藤室長と一緒に学生時代も地域医療の研修をするサークルに入っていたりしましたので、そういった意味では、元からという部分もあると思います。

なので今でも、家の近くとか大学の近くでパートというのではなくて、どこまでも行きますという気持ちで週末も在宅診療のパートもやっておりますので、自分のできる範囲でも継続的に関わっていきたいと思っておりますし、いつか大学での職がなくなる日があったら、いつでも新潟にもどこにでも帰って地域医療に従事したいという気持ちでおります。

ただ、逆に1か月もしくは半年で、もともとこういった気持ちがない東京生まれの人們が、果たして何か月やったら任期型でやれるようになるのかと言われると、こういった研修を何か月用意したらいいのかというのは、僕の中で答えはありません。もともとのモチベーションがかなり違うという印象は持っております。

○神野委員 ありがとうございます。無理やり決意させたみたいで申し訳ないです。

○国土部会長 青木さんも手を挙げていらっしゃるので、一言、手短にお願いします。

○青木参考人 すみません。

指導者の側としても、1つ意見を言わせていただきたいのですが、アーリーエクスプोजチャーはとても大切だと思います。学生だけでなく、初期研修医として地域で働いたという経験があるのとないのでは、全然違います。実際に都会出身の方が田舎で働くというのは、将来的にはかなり抵抗があるということもオーストラリアの発表でも出ていますし、私もオーストラリアのクイーンズランドで3か月、地域研修を見てきましたけれども、長期で学生や初期研修の間でやることは、将来的にパイを増やすという意味ではとてもいいですが、知識や技術を学ぶ期間は、ある一定期間は都会でしっかりと症例を浴びないと、地域の役には立たないということも事実だと思います。ですので、そこはバランスよく地域と都会での研修というものをうまく取り組むべきだと思っています。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

私から1つだけ本多参考人に質問があるのですが、女性のライフイベントという話をちょっとされたと思いますが、女性の場合、研修医の3割4割は女性だと思いますけれども、地域に半年行けと言われると困る女性はいっぱいいらっしゃるのではないかと想像します。そういう方に対して、もし3か月、6か月が義務化されたとしたら、どういう対応が必要だと思いますか。

○本多参考人 ありがとうございます。

私も、地元の愛媛県とか研修先の青森で思ったことは、地方の研修医ほど、卒業と同時に結婚したり、学生時代に結婚したり、初期研修中に出産・妊娠していたりという率が都会よりも高いと思うのです。その中で、地域医療を通して地域にずっと残ってほしいという思いがあるのであれば、その整備はすごく重要だと思います。それに関して、例えば保育園に入るのがすごく難しい地域もありますし、半年間、保育園を移動することは実質的に難しいところがとても多いと思うので、なるべくそういった方たちに優先的に自宅の近くに地域の研修先をあっせんするといった、例外的な柔軟な対策はすごく必要だと思っています。

○国土部会長 ありがとうございます。

時間がかかり押ししておりますが、どうしてもという委員の先生がいらっしゃったら、お一人だけお願いしたいと思いますが。それでは、清水委員のご発言を最後にさせていただきます。すみません。

○清水委員 恐れ入れます。ありがとうございます。

今日、参考人として御出席いただいた3人は、たまたまなのかどうか分かりませんが、地域における包括医療とか総合医療に携わっていらっしゃる方々ばかりで、恐らく研修医の頃、もしくは学生さんの頃からそういう道を志しておられたと思うのですが、臨床研修の2年間で理念にもありますように、一般的な診療とか人格のかん養とかを達成することが期待されます。その後3年以降に専門診療科を選ばれるような方々にとっても、2年間の研修で、2年目の地域医療研修を半年行うことで一般的な臨床能力の獲得は可能と思われますか。思われる方は、ちょっと手を挙げていただけますでしょうか。青木先生はそう思われるのですね。それはなぜでしょうか。青木先生、お話しいただけますか。

○青木参考人 ありがとうございます。

私、実際に大学の研修プログラムで来ている学生や研修医とか市中病院から来る研修医を多数見てきています。将来的に総合のことに興味がない子でも、地域で指導者がちゃんという。それから、指導体制が整っていれば、コモンディジェーズや、将来先生たちが外科系や内科で当直することに当たったとしても、困らないスキルを私たちは教えていますので、とても助かった、とても勉強になったと。最後の資料にあったように、彼は循環器希望なのですが、とても勉強になりましたと答えてくれています。

それは、皮膚科でも泌尿器でもみんなそうですけれども、それは指導の仕方次第だと思

いますので、指導体制がしっかり整えば、申し訳ないですが、大学の縦割りの教育よりは、横並びになるような地域の病院での研修のほうが、一般的なプライマリ・ケアの教育の場としてはいいと思います。

○清水委員 ありがとうございます。私もそれについては大賛成です。指導医とか指導者次第かなと思うので、ただ地域に放り出せばいいというわけではないということによろしいですか。

○青木参考人 指導医が少ないので、指導体制を上手に作るかどうかだと思っています。

○清水委員 そうですね。どうもありがとうございました。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、ちょっと時間の問題もありますので、まだお聞きしたいことがいろいろありますが、参考人の先生方はこれで終了したいと思います。本当にありがとうございました。

事務局、そういうことよろしいでしょうか。

○佐野主査 事務局でございます。

論点のほうについて御議論いただければと思います。

○国土部会長 それでは、参考人の先生方、ありがとうございました。

この問題については、前回もかなり議論いただきましたが、最初に事務局から説明いただいたとおりで、6ページ目の論点を見ていただきながら御発言をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○羽鳥委員 羽鳥です。よろしいでしょうか。

○国土部会長 どうぞ。

○羽鳥委員 今、3人の参考人の方々からのお話を聞いて、まさに地域医療に研修制度のかかわりが大きいことがよく分かったと思います。ただ、今、論点の2つ目のStudent Doctorの法制化、国民への説明など受入体制がまだでき上がっていないというのが事実だと思います。ここを目標に、10年後をめざしてさまざまな改定を行って進むならいいのですけれども、直ちにこれに向かって舵を切るのはなかなか難しいなと思います。

例えば、CATOのほうで、OSCE、CBT、模擬患者さんの話が出てきておりますが、CBTに関しては完成度がかなり高くなっていると思いますが、Post-CC OSCEはまだ完成していても思えませんし、模擬患者さんの育成も十分ではないと思います。ブロック拠点を作ってPost-CC OSCEをやると言っても、まだまだそのための準備がかなり必要だと思いますし、試験官となる大学の先生方があちこちに移動して面談を繰り返すというのは非常に難しいことだと思うので、その辺の体制を10年かけてしっかり組んでいくという態度でやっていくべきじゃないかと思います。

もう一点、初期研修の最後の半年で地域医療研修、医療資源の乏しいところへの勤務を義務化するという論調で議論が進んでいるような面もありますが、専門医機構のほうでは、専門医を取得後、次の更新の5年間の間で、いわゆる医療資源の少ないところでの病院勤

務を課すという議論もされています。森先生も神野先生も専門医機構の理事として御参加されているわけでありませけれども、そちらの議論のほうが地域の患者さんというか、国民の方々にとっては受け入れやすいのではないかと思いますので、それも併せて一緒に議論していただけたらと思います。

僕からは以上です。

○国土部会長 専門医機構でいろいろ議論があったのは、私も記憶がありますが、医者の育成と地域医療をリンクするのは、いろいろな反発があると思います。その中で、研修医のほうも、主役は研修医で、研修医をちゃんと育てることが目的であるのに、いつの間にかそれが地域にという。地域が困っていらっしゃるのも事実で間違いないと思いますが、そういう議論は常にあると思います。

それから、羽鳥委員の、性急に進めるべきものでもないし、進められるべきものでもないということはよくお分かりいただけたと思いますが、ほかに御発言ございますでしょうか。もし発言の御希望がありましたら、反応の「手を挙げる」というマークを押してください。

では、神野委員、お願いします。

○神野委員 よろしいでしょうか。

先ほど出ていた地域医療の定義を改めて読むと、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療。特に患者が営む日常生活というところですが、今、大病院だけじゃなくて、中小病院もミニ大学病院というか、専門医療ばかりやるという風潮にある中で、この患者が営む日常生活というのを地域医療研修の定義に挙げているところを改めて読むといいなと思っていますし、その理念がちゃんと伝わっているかどうかということが重要なのかなと思います。

さて、論点のほうですけれども、最初の○は現在の話ということで、現在の施設基準と期間についてどう思うかについては、今、お話があったように、現在はそれなりに機能しているのかなと私は思います。

2番目の未来の話としてのStudent Doctor云々の話でありますけれども、この前提になってくるのは、もちろん最初に挙げた前回の議論にあったように、医師の国試とか、さっきのOSCEとかCBTの話と全部リンクしてくる話なので、全部一緒に考えなければいけないというのが大前提であります。

ただ、1年目修了の研修医を地域医療に一定期間行かせる。6か月、あるいはさらにとこの話に関しては相当議論が必要だし、知事会等々からいろいろ御意見が出ているわけですが、どちらかというところ今の議論というのは、当直とか日直が1人でできるような、いわゆる戦力として求めているところもあるように思うわけでありませ。これは部会長もおっしゃったように、医師の育成と地域医療は違うわけでありませるので、戦力として求めるのではちょっと無理があるのではないかと思います。

先ほど青木参考人もおっしゃったような、アーリーエクスポージャーというか、地域医

療の魅力を見てもらうという視点も、地域医療研修で、兵隊と言ったら失礼ですけども、戦力として見るのは、初期臨床期間中は無理があるのではないかと思います。これが2番目と3番目の論点に対する意見でございます。

最後は、研究班ということでございますので、先ほど申しましたように、国試とかStudent Doctorを含めて、研究班で検討することに関しては賛成したいと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかの委員から御質問ありますでしょうか。

木戸委員、お願いします。

○木戸委員 ありがとうございます。

今回のコロナ禍で、地域医療研修が外部施設から断られてできなくなってしまうと、やむを得ず、院内でそれに代わる研修をせざるを得なくなっています。地域医療研修の存在意義が問われていると思います。先ほどの3名の参考人からだけでも、研修を受ける立場からの多くの示唆に富む意見や御提案がありました。特に地域医療研修先を全国から選べる仕組み作りというのが、今後求められていく取組ではないかと思います。

論点にありますように、研究班のほうでもう少しいろいろな調査をして、そのデータを踏まえた上で、こちらの部会できちんと議論するのが適切ではないかと私も思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

○佐野主査 事務局です。

伊野先生が会場で手を挙げていらっしゃるので、国土先生、指名をお願いします。

○国土部会長 では、伊野先生、お願いします。

○伊野委員 私も先生方と同じ意見です。また、先ほどの3人の先生方から大変貴重な示唆をいただいたと思います。これは研修なのです。教育なのです。ですから、地域偏在も大変重要なことではございますけれども、貴重な研修医の2年間のうちの半年をどう過ごすか。しかも、そこには到達目標をみすえた研修プログラムがあって、充実した指導体制があって、そして研修中のライフイベントに対しても、サポート体制も用意される必要があるでしょう。

多分、都市部より地域のほうが大変だと思いますが、そこを手つかずにして、この半年ということをどんどん進めていくのは、私も時期尚早だと思います。研修だということの原点に立ち戻って、研修医のプログラムとしての意味をまず初めに考えなくてはならないかと思いました。

それから、先ほど羽鳥先生からおっしゃられたように、Student DoctorのPost-CC OSCEは、今年初めて、2020年、正式に導入されたばかりで、まだまだ道半ばでございます。それは、大学病院として実感しておりますし、Student Doctorにしても、JACMEで卒前教育に国際基準が入って、教育期間の3分の1以上という実習期間についての基準が入り、やっ

と2年間となりました。ただ、内容を見ますと、全部が全部、参加型臨床実習にはなっていないところが多いです。ですから、そういったところの充実がまずあって、その後でこういったことをお話ししていただくのがよろしいと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御発言ありますでしょうか。

では、森委員、お願いします。

○森委員 ありがとうございます。

お三人の方、ありがとうございます。大変勉強になりました。

大事なのは、2年間のプログラムでなくて、外へ出すのかということで、3か月か6か月か分かりませんが、今のところは中でやるようなイメージです。中でやるとなると、これは例えば研修医の方たちのニーズといいますか、モチベーションといいますか、そういったものとマッチングができていくかどうか。全然別の問題になってしまっていて、プログラムに対してマッチングするのではなくて、地域へ出るときには、もう決められたところへ出ていくことになってしまうので、これはたまたま勉強になる人もいるだろうけれども、そうでない人も出てしまう。

そうすると、プログラムの外に出して、1年半の地域研修とは別に、地域の6か月の研修をやろうとすると、これは2回マッチングをやらないといけないという大変なことになるので、そのあたりをどうするのかということ、きちんと研究班で検討していただかないといけないのかなと思いました。つまり、プログラムの中か外かという問題。

もう一つは、地域とおっしゃっているけれども、地域医療、例えば私は名古屋ですが、愛知県というのはお医者さんの数が0.8以下で、実は医師不足県です。これも地域です。だから、それぞれの地域があって、人が多いとか少ないとか関係なく、お医者さんの数でいくとすればかなり違ってくるので、そのあたりの整理もちゃんとしないと、聞いていると、地域というのはすごく限局して聞こえるのだけれども、僕は日本中が地域だと思っているので、そこでどういう研修をしていくのかという視点を持たないといけないのかなと思っています。

その2点がちょっと気になりました。以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

長野県の牧参考人、何か御発言ございますか。阿部知事は、この問題について何かおっしゃっていますでしょうか。

○牧参考人 ありがとうございます。

今、話を聞かせていただいて、そもそもの枠組みの話から、いろいろな課題があるということはよく分かっております。ただ、前回も申し上げたとおり、私ども地域にとっては、医師不足というのは深刻な状況ですので、研究班において、また整理するということなので、地域で若いドクターが従事できるような枠組みをぜひともお願いしたいと思いま



す。

よろしく願いいたします。

○国土部会長 ありがとうございます。

○佐野主査 国土先生、事務局でございます。

新井先生が手を挙げていらっしゃるので、御指名お願いします。

○国土部会長 新井先生、お願いします。

○新井委員 すみません、余りお時間がないので恐縮ですが、地域医療の研修の問題点を、今日、3人の先生がいろいろ指摘されたと思います。指導体制の問題とか、女性医師のライフイベントの問題などであります。ですから、そこを研究班でじっくりと精査していただいて、その上で慎重に対応したほうがよろしいのではないかと思います。今、長野の方からお話があったように、地域の実情もよく理解するのですけれども、まず教育ありきでいかないと、大きく間違った方向に進むのではないかということをお慮いたします。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

いろいろな意見、ありがとうございます。今日は、3人の参考人の方に大変貴重な御発言をいただきました。

研究班を作っていただくということで、今日は、そこで検討していただくべきいろいろな論点を御発言いただいたと思いますので、それをまとめて、審議を引き続きこの本部会でも報告いただく、ということにしたいと思います。

私から厚労省にちょっと質問ですけれども、この研究班は、どういうスケジュールで、今、どこまで決まっているのかだけ教えてください。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

この研究班に関しましては、来年度以降の研究班でしっかり検討できる体制で取り組んでいただけたところをお願いさせていただこうと思っておりますので、また研究報告がまとまり次第、部会でも報告させていただきたいと思っております。

○国土部会長 もしよろしければ、検討の内容について、あるところで見せていただけると、我々も何か意見があるかもしれないと思いますので、よろしくお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 承知いたしました。

○清水委員 今の点で、すみません、清水ですが、私からも1点よろしいですか。

○国土部会長 どうぞ。

○清水委員 恐れ入ります。

私も、研究班で何をやるかというのが結構大事かなと思っておりました。何を調査すれば、将来的に地域医療のさらなる改善を行えるのかということは、とても大事だと思いますので、Student Doctorにしても、国家試験の見直しにしても、臨床実習から臨床研修のシームレスな医師養成というのが、全て緒についたばかりの状況で、調査する内容とか考えるべき内容というのを少し絞らないと、また分散するばかりではないかなと思っておりました。

ぜひ実際に始まる前に、こういう内容でいいかどうかということをおもにも御提示いただくと非常にありがたいかなと思います。

以上でございます。

○国土部会長 重要な御指摘です。私は、かなり控え目に言ったのですけれども、はっきり要請していただきありがとうございます。

○清水委員 すみません。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

本日、そして前回いただいた論点を中心に、事務局と研究班でたたき台を作成しまして、調査を行う前に、この部会でも先生方に再度御意見をいただきたいと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、この議題はここで一旦終了したいと思います。

議題の2「都道府県による令和3年度の臨床研修病院の募集定員設定について」、事務局から説明をお願いします。

○佐野主査 事務局でございます。

その前に、議題1が終了いたしましたので、参考人の3名の先生方はここまでということでお願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

(参考人退出)

○佐野主査 事務局でございます。

それでは、資料2を御覧ください。「都道府県による令和3年度の臨床研修病院の募集定員設定について」という資料になります。

2ページ目を御覧ください。既に御存じかと思いますが、医療法及び医師法の一部を改正する法律、平成30年度の法改正におきまして、真ん中の部分の赤字でハイライトしているところになりますが、臨床研修につきまして、臨床研修病院の指定の権限、及び都道府県内の定員の設定の権限が国から都道府県へ移譲されております。

3ページ目がその際の図になりますが、これの下半分になります。都道府県の定員調整、もともとは国によって行われていたものが、都道府県による募集定員の設定ということで権限が移譲されております。

その際に、4ページ目となりますが、平成30年の臨床研修部会の報告書におきまして、1点、懸念点・注意点といたしまして、研修の質の担保の観点から、国が臨床研修病院の指定・募集定員設定の状況を把握し、必要な対応を行うべきであるということ、都道府県による設定により、大きな偏りが出ないかどうかということについて確認を行うということが、報告書のほうで記載されております。今回、臨床研修病院の都道府県による設定につきまして、その定員配置の状況が出そろいましたので、確認をさせていただきたいと考えております。

5ページ目、6ページ目、7ページ目がその状況になりますが、5ページ目が大学病院の募集定員の設定につきまして、この列の一番右側のパーセントのところは大学病院の定

員の都道府県内の比率の変化、令和2年度から令和3年度の定員の変化となります。こちらにつきましては、大きく変わるような都道府県は特にないような状況になっております。

また、6ページ目、7ページ目、県所管の病院とか公的病院の募集定員の設定に関しても、目立って大きく割合が増えた都道府県はございませんでした。

これらを受けまして、8ページ目が論点となりますが、この都道府県内の臨床研修病院ごとの定員の設定につきまして、権限移譲後においても、令和3年度につきましては、おおむね大学病院や公的病院への定員配置の比率については横ばいであったことから、引き続き、今後も確認を継続していくこととしてはどうか。

また、今回は大学病院、県所管公的病院を確認いたしましたが、ほかにどのような点について留意することが望ましいか、もしございましたら、御意見をいただければと思います。

事務局からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ウェブで参加して思うのですけれども、本当は資料を画面共有に提示していただいたほうがいいですね。無理ですかね。正面の画面に。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

すみません、通信状況の関係で、これは共有すると少し遅くなるのではないかという懸念もございまして、今回は見送らせていただきましたが、今後もう一度、通信状況を確認して。

○国土部会長 皆さん、同じ資料を見ているのかどうか、心配になって、可能なら、ちょっとやってみてくれませんか。私も手元で何とか資料が見つかりましたけれども、いっぱい重なって。

○加藤医師養成等企画調整室長 承知しました。実行できるかどうか確認してみますけれども、次回以降はそのような対応にできるように努めていきますので、よろしく願いいたします。

○国土部会長 それは検討いただくとして、資料2の今の御説明ですが、都道府県に定員の配分を移譲した後の結果としては、大学病院とか地域の基幹病院への一方的な集中は起こっていないよさだという御報告だったと思いますが、御質問、御発言ありますでしょうか。

森委員、どうぞ。

○森委員 これは監視している形になっているのはよく分かったのですけれども、もし何かすごく大きな変動があった場合は、国のほうから強制力はあるのですかという質問です。

○国土部会長 いかがでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 これは、実は権限移譲に関して、この臨床研修部会でもテーマとして取り上げさせていただいたときに議論になったこととございますが、どういった事情でそのようなことが起きているのかということは、あくまで法律に基づかない形

で我々、都道府県と協議した上で、最終的にどうしても国から、この臨床研修部会としても、当該都道府県に対して意見をしないといけない場合に関しましては、技術的助言ということで意見するというので、これまでも議論させていただいておりました。

○森委員 技術的助言という範囲で述べるということなので、それがどのぐらいの効力があるかというのがちょっとよく分からないけれども、権限移譲してしまっているわけですから、これは例えば知事さんがぼんとはねてきたら、なかなか難しいのではないかとちょっと思いました。そのあたりは厚労省でよくお考えいただいて、よろしくをお願いします。

以上です。

○国土部会長 ここで皆さんの目に触れるということが重要ななと思っておりますが。

ほかに何か御発言ございますか。

では、言葉は悪いですが、この委員会で監視するというか、来年度もチェックするということにおいての何か注意点とか強調すべきことはございますでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 新井先生が発言を求められておりますので、指名をお願いいたします。

○国土部会長 はい。

○新井委員 新井でございます。

今、森先生が指摘されたことは、私もちょっと心配で、例えば県が恣意的な判断をしないかを心配します。そのようなことはないと思うのですが、そういったことがもしあった場合に、何らかの形でこの部会で介入するといったことがあっても良いとおもいます。

以上です。

○国土部会長 神野委員、どうぞ。

○神野委員 ありがとうございます。

この大学病院募集定員設定を見まして、昨年度と今年度はそんなに差がないことはよく分かりました。そういった意味では問題ないと思うのですが、例えば一番高い栃木県というのは、大学病院で74.7%の定員を持っているわけですね。一方で、お隣の茨城とか群馬へ行きますと27%と42%ということで、大学の定員はそんなに多くないということです。あくまでも定員ということですので、もしいろいろなデータを出すならば、実人数というか、定員はこうだけれども、本当に行った人は何人なのというのがあれば、ばらつきがどうだとかを見ることで、大学定員が多過ぎるのではないかという話ができるのではないかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○佐野主査 事務局でございます。

臨床研修病院ごとの採用人数のほうも、データとしては都道府県のほうから報告が来ていることになりますので、今後、そのデータの出し方については、引き続き検討させていただければと思います。

○国土部会長 見せ方がなかなか難しいかもしれませんが、検討をお願いします。確かに

御指摘のように、都道府県によって比率はかなり違いますね。たとえば74と14%。

ほかに何か御発言ありますでしょうか。ないようでしたら、引き続き、この点につきましては、この部会で確認を行うということで、この件については終了したいと思います。ありがとうございました。

次に、議題3「令和4年度都道府県別募集定員上限について」、事務局から説明をお願いします。

○佐野主査 事務局でございます。

それでは、資料3を御覧ください。「令和4年度都道府県別募集定員上限について」という資料になります。こちらに関しましては、次の募集に関する都道府県別の募集定員の上限について御議論いただきたいということで資料を出させていただいております。

まず、2ページ目になりますが、こちらはいつもお示ししている図になりますが、研修希望者に対する募集定員の倍率を年々減少させているということで、臨床研修医の地域偏在是正のため、こういった取組を行っているところでございます。

続きまして、3ページ目が令和3年度からの臨床研修医募集における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、昨年、この計算方法については、大きく見直しを実施したところとなっております。もともと平成30年の医師臨床研修部会の報告書に基づきまして、全体として大都市の都府県の募集定員を圧縮し、それ以外の募集定員を確保するという大方針に基づきまして、令和元年11月の医師需給分科会での議論も踏まえまして、本年1月の医師臨床研修部会におきまして、下半分に記載されております計算方法の見直しを行ったところとなります。

具体的には、人口分布と医学部の入学定員による算出につきましては一定の上限を設けまして、基本的には人口分布による算出の1.2倍までを限度とすること。また、地域枠による加算を追加することでしたり、都道府県ごとの偏在状況に合わせた加算を入れることといった見直しを実施したところとなります。本年度は、基本的にはこの見直した計算方法に基づき、令和4年度の定員について計算を実施しております。

4ページ目が、募集定員上限全体の数になります。こちらに関しましては、昨年度の定員から6年生の希望者の増加分でしたり、再希望者の減少分といったものを加味して、今年度の定員について計算を行っております。今年度の人数につきまして、一番下の1万1287人ということで、こちらを基に都道府県ごとの定員を計算させていただいております。

5ページ目となります。今回の細かい変更点について御説明させていただきますが、まず、地域枠の加算につきまして、昨年度に関しては都道府県が奨学金を貸与されている者の人数を用いて加算を行ってまいりました。一方で、今年、令和2年8月の医師需給分科会におきまして、今後の地域枠の定義というものが、この点線に囲まれている中の、例えば別枠方式により選抜されていることといったような要件を満たす者を、今後、地域枠として定義することが決まりましたので、こちらを満たす者というのも、今回の加算に加えております。

また、下半分の激変緩和のための措置についてという点になりますが、昨年の見直しにおきまして、定員数が急激に減少する都道府県に対する措置といたしまして、直近の採用実績と同数とするといった激変緩和措置を設けたところとなります。今回、この計算方法を用いることによりまして、令和4年度の定員が令和3年度の定員よりも多くなってしまいう都道府県が生じることから、もともと定員数の減少に対する激変緩和を行うという趣旨には反する状況が生じることとなっております。

そのため、激変緩和措置の趣旨を考慮いたしまして、下の点線の枠内ですけれども、計算の結果、募集定員上限が令和2年度採用実績に満たない場合、令和2年度の採用数の募集定員を上限とするというのが原則ですが、令和2年度の採用数が令和3年度の募集定員上限よりも多い場合におきましては、そちらの令和3年度の募集定員上限を当該都道府県の上限とするということで、変更点の案として書かせていただいております。

最終的に、令和4年度の定員については6ページ目にまとめさせていただいておりますが、昨年、倍率が1.09倍でしたので、今年は1.08倍ということで、倍率の変更を加えた上で先ほどの見直しを行って、計算させていただいております。

計算の結果につきましては、机上配付資料2の表を御覧いただければと思います。こちらは例年どおりの形式となりますが、一番右側の募集定員上限、赤線の枠内に囲まれた数値というのが各都道府県の合計ということで、最終的な計算結果になっております。途中の計算過程につきましては、その左側に記載しております。

簡単に御説明させていただきますと、まず5番の列が人口、7番の列が医学部定員の合計となります。9番の列がその人口と医学部定員、どちらか多いほう。ただし、人口の1.2倍を上限とするといった際の数になります。そちらを用いて基本の数となるのが10番の列になりまして、こちらがベースの値となっております。そこから、さらに地理的条件とか地域枠、医師の偏在状況などの計算を行った結果が21番、仮上限と書かせていただいておりますところとなります。そこから、先ほど御説明させていただきました先年の採用数等の保障ということで、補正を最後かけさせていただきまして、一番右側の赤枠内の数となっております。

なお、一番左側に番号を振らせていただいております。今回、こちらは机上配付資料となりますので、もし仮に個別の都道府県について御発言いただく場合は、この番号により御発言いただければと思います。

事務局からの説明は以上となります。

○国土部会長 これを見ながら、何か御発言ありますでしょうか。

○羽鳥委員 よろしいでしょうか。羽鳥です。

○国土部会長 羽鳥先生、よろしくお願ひします。

○羽鳥委員 机上配付資料のほうですけれども、計算式は大変難しいので、僕の理解が不十分なのかもしれませんけれども、大学が複数あるような地域だと、どうしても上限の制限に働くかと思ひます。実際には、多くの都道府県に卒業後、行っている方が多いところ

でも起こり得ると思うので、その辺について配慮してほしいという都道府県の会長先生方からのお話もありますので、例えば26番の都道府県ではどのように配慮されたのか。もしよろしければ、もう一度事務局から説明いただけますでしょうか。

○佐野主査 事務局でございます。

基本的には、全都道府県、同じ計算方式を取らせていただいておりますので、この26番が特にというわけではないのですけれども、機械的に計算した結果が21番の列になります。21番の列が、本来、この計算式で導き出される上限になります。激変緩和措置のために、昨年の採用数、すなわち、この表で言いますと4番の列の数とするというのが計算式となっております。ただし、先ほど申し上げました今年度の見直しに基づきますと、4番の列が2番の列を超える場合は、昨年、令和3年の上限ということで、2番の列の数を採用するといったことで、今回、一番右の赤枠に囲まれている最終的な定員の上限の数ということとなっております。

○羽鳥委員 すみません、もう一つ。この激変緩和は、いつまで続けていただけるかというのはあるのでしょうか。激変というと、普通は2年で終わりかなということもあるかと思うのですけれども、数年は続くと考えてよろしいと返事してよろしいですか。

○佐野主査 事務局でございます。

計算方法の見直しを次回行う際に、また改めて見直しを行うということかと存じております。現在、令和7年度までに段階的に倍率を1.05倍にしていくというところまで、その計算方法としては決まっていることとなりますので、その次のところを見直す際に再度検討していくものかと考えております。

○羽鳥委員 分かりました。

○国土部会長 個別の都道府県では、2つ医科大学があるのは、石川県、岡山県、京都ですけれども、石川、岡山はそれほど変わらないように思いますが、京都の定員が動くわけですね。

木戸委員から何か御発言ありますか。どうぞ。

○木戸委員 ありがとうございます。

定員の上限の決め方については、お示しになったところに、特に異論はございません。ただ、都市部から医師不足の地域に行くことを勧められても、今回はコロナの影響もありまして、医学生、特に流行地から病院見学をしたり、実習することがほとんどできなくなっています。また、県をまたいで見学とか面接に行くことすらも禁止されているところもあると漏れ聞いています。ウェブによる説明会や面接ということも工夫されていますが、全てではありません。マッチングで1回も現地に行ったこともない病院に就職するということで、不安に思っている医学生もかなり多いです。

定員がこうやって少なくなってしまって、選択肢が限られる中で、研修内容とか指導体制について、もうちょっと情報開示するかウェブを用いるなどの方法を工夫してあげることが、医学生にとって、より重要かと思えます。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御発言ございますか。よろしいですか。

この提案について、大きな反対意見とか問題提起はなかったと理解いたします。それでは、議題3につきましては、おおむねこの案で皆様のご了承をいただけたと思いますので、事務局提案のとおりとしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○国土部会長 ありがとうございます。

○佐野主査 事務局です。

伊野先生が最後、挙手いただいておりますので、伊野先生を御指名いただければと思います。

○国土部会長 御発言ください。どうぞ、失礼しました。

○伊野委員 申し訳ありません。

激変緩和で、だんだん縮小していかなければならないということはよく分かっておりますし、了解しているのですが、例えば産婦人科枠や小児科枠が、課せられているところがございます。ああいったものに対する配慮といったことはどうなのでしょう。それはそれで、また別の話になるのでしょうか。要は、20名以上のところは2名、2名で計4名、小児科が産婦人科枠となっているのですが、こうやって減っていきますと、その4名分を確保しなければならないので、一般の研修医の数を減らさざるを得ないというところも出てきておりますが、そういったところに関しての何か問題点というのは出てきておりませんか。

○国土部会長 いかがでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

御指摘のとおり、定員の倍率を小さくしていきますと、小児科枠、産婦人科枠というものに関しまして一定の制限がかかってくると思います。そのようなご意見があることは推察できるかと思えます。今後、この倍率をより小さくするに当たっては、そのような課題がより露出してくるかと思えますし、また診療科別の必要指数の計算におきましては、全ての地域において小児科が不足しているという計算結果ではございませんので、小児科と産婦人科の枠ということも、またどこかで見直しが必要になってくるかと思っております。これは、状況を見ながら、また議題とさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○国土部会長 伊野先生、よろしいでしょうか。

○伊野委員 ありがとうございます。

○国土部会長 ほかに御意見ないようでしたら、次の議題に移りたいと思えます。次は「臨床研修病院における医師の働き方改革への対応」ということですが、事務局から説明をお願いいたします。



○福田課長補佐 事務局でございます。

それでは、お手元に資料4「臨床研修病院における医師の働き方改革への対応」を御用意ください。現在、医師の働き方改革の推進に向けては、議論や検討を進めているところでありますけれども、それに関連しまして、臨床研修に係る部分について、特に御報告させていただくとともに、1点、御議論、御確認いただきたい点がございまして、この資料に基づいて御説明させていただきます。

2 ページ目を御覧ください。医師の働き方改革に関する検討会報告書に基づく臨床研修病院への対応ということで、この検討会報告書に基づきまして、本年1月に先生方に御議論いただきまして、点線の枠にあるところにつきまして臨床研修病院に周知したところでございます。

今回、特に確認させていただきたい点が赤い2つのところでございまして、1点は、臨床研修を念頭に置いた36協定の見直しを行うこと。2番目ですけれども、臨床研修医が研さんを行う時間についても、労働時間該当性を明確化するためにというところでございます。

3 ページ目を御覧ください。こちらが医師の働き方改革における臨床研修制度の対応スケジュール案でございます。

現在、2020年でございますけれども、青字の部分が先ほどのスライドで申し上げたところでございます。2024年から具体的な施行が始まるわけでございますけれども、それまでに当然準備が必要なわけでありまして、例えば時短計画の作成であったり、評価機能の受審など、必要な手続きを進めていくというところでございます。

今回、この部会において御議論していただきたい論点が、3枚目のスライドの下の四角で括られている部分でございます。2024年度から開始される時間外労働上限規制については、本年1月の当部会における議論も踏まえ、都道府県からC-1水準として指定を受ける医療機関は、2023年度に募集する臨床研修プログラムから時間外労働時間数を明示することとしてはどうか。これについて御意見、御確認いただきたいと思っております。

4 ページ以降が、先生方御存じの内容も多いかと思っておりますけれども、働き方改革の概要について、特に臨床研修の関係する部分について簡単に御説明させていただきます。

5 ページ目を御覧ください。2024年4月から具体的な施行が始まるわけでございますけれども、臨床研修医が該当するようなプログラムを有する病院については、C-1水準として特定されることとなります。これが真ん中の黄色のバーでございますけれども、年の総労働時間規制があると同時に、連続勤務時間の制限があったり、勤務間インターバルなどのセットで対応していくところでございます。

6 ページ目を御覧ください。2024年4月までの見通しでございます。先ほども申し上げましたけれども、2024年からの施行に向けて、時短計画の作成だったり、そのほか第三者評価を受けるような手続きがございますけれども、臨床研修プログラムにおきましても、真ん中あたりにございますけれども、時間外労働時間数の明示を義務化していくところでござ

ざいまして、この件について、先ほど申し上げましたとおり、御議論いただきたいと思っております。

7ページ目を御覧ください。これも制度の御説明ですけれども、A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関、全ての医師に適用されるわけではなく、指定される事由となった業務に従事する医師にのみ適用されることとなります。C-1水準でしたら、臨床研修に従事するお医者さんにC-1が適用される形でございます。

8ページ目、9ページ目、文字のスライドがございますけれども、10ページ目を御覧いただければと思います。B、連携B、C-1、C-2の適用対象機関につきましては、指定要件がございます。それぞれ、どの水準において、どの要件を満たす必要があるかということをお示ししたものがこのスライドでございます。C-1水準におきましては、○がついている部分について、指定要件として受ける必要があるところでございます。

11ページ目も御覧ください。これにつきましては、指定のフローでございます。

続きまして、12ページ目を御覧ください。

特にここで皆様にお伝えしたいところが、真ん中の協力型臨床研修病院の指定のところでございます。基幹型研修病院におきましては、研修期間中及びプログラム全体の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示することが必要でございますけれども、協力型機関におきましては、それぞれ基幹型臨床研修病院に報告するというプロセスが必要になります。

真ん中辺りを御覧いただければと思いますけれども、例えばC-1水準の指定を受ける場合、協力型の臨床研修病院においては、基幹型研修病院／基幹施設が申請に係る事務を代行することも可能としております。

また、真ん中辺りの下の欄を御覧いただければと思いますけれども、評価機能による評価の受審につきましては、協力型臨床研修病院におきましては、基幹型臨床研修病院／基幹施設が訪問評価を受ける場合であって、当該医療機関における研修期間が1年未満の場合には書面評価でも可能という形にしております。

時間の関係で13ページ目を飛ばさせていただきます。

14ページ目、15ページ目に関しましては、医師労働時間短縮計画の項目例を掲げているものでございます。

最後に、16ページ以降、関連する労働時間に関するデータを幾つか御紹介させていただきます。

17ページ目を御覧ください。このたび、C-1水準では、年の労働時間を1860時間としております。病院常勤勤務医の週労働時間につきましては、過去に2回調査しております。平成28年の調査におきましては、上位10%は大体1860時間換算になったところでございまして、令和1年の調査の上位10%は1824時間でございます。おおむね上位10%の水準としては、大きな変化はなかったと見るができるかと思っております。

18ページ目は、年代別あるいは診療科別のB水準、地域医療確保暫定特例水準を超える

医師の割合をお示ししたものでございます。

最後、19ページ目がJAMEPで西崎先生がやられております研究のデータを御紹介させていただきます。これは、「臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力との関連性に関する検討」についての御報告でございます。こちらの研究では、JAMEP、先生方よく御承知のことかと思えますけれども、基本的臨床能力の評価を測る試験と労働時間について検討していただいたものでございます。

26ページ目を御覧いただければと思います。これがこの研究の今回特に御紹介させていただくところでございますけれども、労働時間とテストスコアの関連を見たものでございます。C-5と書かれております週の労働時間が60から65時間のグループ、カテゴリーを基準とした場合の点数差について、お示ししたものでございます。これを見ますと、ここを基準とした場合、労働時間が少ないものに関しては、低いほうに点数差がある傾向が見られておりますけれども、一方で、労働時間が長くなっても、必ずしも点数差が上がっていないというところがファクトとして分かるところでございます。

当然、基本的な臨床能力を測る1側面を見るテストでございますけれども、労働時間が長ければテストスコアが上がるというものでは必ずしもないということの一部お示しした研究を御紹介させていただきました。

今後、働き方改革を進めるに当たっては、労働時間あるいは臨床研修医の先生方の臨床能力について御意見いただくことがあるかもしれませんけれども、こういった研究などの情報も注視しながら、働き方改革を進めることを見守っていきたいと思っております。

事務局から、資料4につきましては以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

まず、スケジュールの問題ですね。働き方改革のスケジュールを考えると、C-1水準の申請を1年前にやらなければいけない。このことは自明といいますか、ここで確認することによってよろしいかと思いますが、JAMEPのかなり興味深いデータの紹介もありましたけれども、委員の先生方から何か御発言、御質問ありますでしょうか。

これを見ると、C-1はC-2と多分連動すると思えますけれども、申請する病院は申請する。申請しない病院もある。そして、それをマッチングの前に公開して、C-1の病院を選ぶ人がいたり、A水準のままの病院を選ぶ研修医もいるだろうということですね。

それから、もう一つ言えることは、このJAMEPのデータが正しいとすれば、基本的にはA水準の範囲でしっかりやれば、初期研修医としては十分な臨床能力が得られるのではないか。それより長い人がだらだら長く働いているとは言いませんが、時間だけではないというか、時間を上手に使うような工夫も必要だろうというメッセージにも見えますが、いかがでしょうか。そんなことはないとか。

例えば、大学病院ご所属の新井委員と伊野委員がいらっしゃいますが、当然大学病院はC-1、C-2を目指すということで、何か手続上、問題があるとか、そういうことは現場から上がっていないでしょうか。

○新井委員 新井でございます。

研修医に対してC-1を選ぶべきなのかどうかというのが、まだ我々のところでも判断がついていません。例えば研修医に関してはAでもいいのではないかという意見もあって、議論を重ね結論を出していかなければいけないかなと思っています。手続上は大きな問題はないと認識しています。

○国土部会長 ありがとうございます。

私、先入観として、大学病院はみんなC-1を目指すのかなと思っていたりしたのですけれども、そうでもないということでしょうか。それは、むしろ建設的な方向なのかなと理解しますが。

○佐野主査 国土先生、伊野先生が手を挙げていらっしゃいます。

○国土部会長 はい。

○伊野委員 私も、こういった括りでは、臨床研修センターでまだ議論しておりませんが、総時間数よりも、当直帯だったり夜間帯だったりというものを織り交ぜて、幅広く研修していただくのが、彼らの能力が一番上がるような印象を持っております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

C-1を取って、目いっぱい1860時間働かせるという方向では断じてないということは、皆さん、共通の理解だと思えますが。

○新井委員 国土先生、いいですか。

○国土部会長 どうぞ、新井先生。

○新井委員 この参考資料に入っていると思うのですがけれども、研修の時間が長ければ長いほど教育効果が高いかということも必ずしもそうでないということも言えるようになります。一方であまにも研修の時間が短いと、これも問題と言えます。さっきの地域医療研修と同じですがけれども、教育という視点に立って判断するといった姿勢も必要なのではないかと思えます。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

○羽鳥委員 すみません、羽鳥です。よろしいでしょうか。

○国土部会長 どうぞ、羽鳥先生、お願いします。

○羽鳥委員 もちろん、大学の先生がC-1あるいはAでもいいと言うならいいですがけれども、昔、中学・高校の教育でゆとり教育をやって、ゆとり教育をやったがために日本の学生レベルが下がったと批判される方もあると思うのですがけれども、僕たちが研修医の頃は、ある意味で24時間ないし36時間連続勤務などの生活をしていましたが、今の研修医は、ある意味で生活も恵まれているし、お給料も恵まれている。まして、このように恵まれてしまうと、本当に一番鍛えなければいけないときに楽な思いをしてしまっていて、専攻医になりますと、生活も厳しくなるということも耐えられなくなってしまうのではないかと、

どこかでまた検証する場はありますか。

ここで議論することではないのかもしれませんが、5年後とか10年後に振り返り修正すること、提言できる場があるのでしょうか。

○国土部会長 事務局、答えられますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今回のJAMEPのデータを出させていただいたのは、一部の臨床研修効果という意味で、点数化したもので見ているわけでございますけれども、当然、特にC-1に関しましては、研修の質とともに、この労働時間を短くしていく取組が必要だということで、これは働き方改革の検討会の報告書でもそのような記載になっております。ですので、御指摘のとおり、研修の質もそうですし、今、御発言いただいたような医師としての素養のかん養など、様々な視点で、この研修制度に関しては評価していく必要性は当然あると思っておりますし、それがこの働き方改革の中でどのように変化していくのか。

我々は、定期的にこの臨床研修アンケートで、主観的な部分に関しましては、そこで一部見ているわけでございますけれども、先生方からどのようなインディケーターで、そういったところを見ていくべきなのかということも、また御意見いただきながら、この働き方改革の臨床研修制度への影響というものを、我々としても定期的に見ていくべきだと思っておりますので、またアンケートの結果なども含めて、この臨床研修部会で御報告を定期的にさせていただきたいと思っております。

○国土部会長 JAMEPの調査の内容を私は詳しくは知らないのですが、どちらかというと知識や臨床推論みたいなものの評価が主で、いわゆるスキルそのものを評価するものではないですね。ですから、スキルも大事かもしれないので、もう少しいろいろな多角的な見方が必要かもしれないと思いますが、これも何か研究班とかできるのでしょうか。かなり重要な問題だと思いますので、ぜひ検討いただきたいと思います。私どもの病院の臨床研修の責任者に聞いてみると、最近研修医をかなり早く帰してしまうので、数年前よりも明らかに臨床能力が落ちているような気がするということを聞いたことがあるので、ただ短くすればいいというものでもないということで、いろいろ考えなければいけない問題があると思います。

木戸先生、お願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 すみません、事務局ですけれども、追加的に効果検証という意味では、臨床研修アンケートやJAMEPもございまして、新たに今年度からの臨床研修制度においては、評価票が360度評価で加わっておりますので、そういったところも含めて、今後しっかり評価していくべきだと思いますので、すみません、つけ加えさせていただきたいと思っております。失礼しました。

○国土部会長 また御紹介をお願いします。

木戸先生、お待たせしました。

○木戸委員 C-1水準の上限が1860時間というのは、必ずしもずっとそれだけ長く働くと

いうわけではなくて、あくまでもピークで、それを超えないようにして違法にならないようにするという意味なのですが、まだまだ誤解している方は少なくないと思います。指導医も研修医も、このC-1水準について、健康確保措置も、初期臨床の場合はほかのレベルと違うのですけれども、それも含めて正しく理解していただく必要があると思います。初期研修医は、立場も弱く、時間外労働を指示されても断りにくい立場にあります。しかも、いろいろとローテートする中で、慣れない環境で人間関係を作って働くストレスは大変大きいもので、適切に心身を休めていただくことは、労務管理だけではなく、医療安全の観点からも大変重要なことだと思います。

今回、このデータにありますように、労働時間が一定以上長くなり過ぎても、テストスコアがよくなるというものは、大変重要なエビデンスではありますが、熱心で遅くまで残る人ほど、頑張っただけ勉強して点数がいいのかもしれないというバイアスも多少あるかもしれませんので、今後、引き続き慎重に検討する必要があるかと思っています。とにかく研修効果を最大にできるようになるように、引き続きデータを研究班などで集めて、医学生にもそれを公開して、自ら研修先とかプログラムを選択するようになることが重要ではないかと思っています。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

清水先生、ちょっとお待ちください。手続を前年にやることを促す、周知するのはもちろん必要だと思います。その周知の仕方も、C-1をやっておかないと困りますみたいな誤解をされないように、通知以外の何らかの情報をうまく提供すべきではないかと個人的には思います。

清水委員、よろしくをお願いします。

○清水委員 ありがとうございます。

事務局に質問ですけれども、4ページの対応スケジュール案の2022年に評価機能の受審というのがございますのと、それから、12ページのC-1水準対象医療機関の指定に係る整理で、先ほどの評価機能による評価というのが必須になっているわけですね。必須の評価を受審するというのは、各施設は御存じなのでしょうか。何か決まりがございませうでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

この評価機能を受審しなければならないということに関しましては、今後、医療法の改正をもって確定していくこととございますので、改めて通知等を通じて周知させていただきたいと思っておりますが、当然、準備期間等は必要ですので、今年度に関しましては、こちらにございますとおり、2020年度、まずは労働実態の把握をしていただくということで通知を昨年度末に出させていただきます。今後、時短計画を作成する。そして、評価機能を受審する必要があるということに関しましては、追って、通知をもって臨床研修病院全てに周知していくつもりでございます。

また、今、御発言いただきました、臨床研修医にも理解していただく必要もございまして、周知という観点で、プログラム責任者に関しても、この点、御理解いただく必要があるかと思っておりますので、プログラム責任者講習会なども通じて、こういった制度の正しい理解が普及するように、我々としても取り組んでいきたいと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

○清水委員 もう一点、これをお聞きしての質問、よろしいでしょうか。

○国土部会長 どうぞ。

○清水委員 研修病院、1080ぐらいでしたか、あると思うのですけれども、1年間で評価を終わらせるというのは、移行期間が何年間かあるとしても、結構大変じゃないかと思うのですけれども、何か具体的な方策、アイデアはおありでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。2022年に関しましては、2024年に向けて、このC-1だけじゃなくて、BもC-2も合わせて同時に受けないといけないという観点で、全て書面評価ということに2022年は予定しております。そして、その評価結果が十分じゃないところに関しましては、23年度に追加的に訪問調査ということも計画しているわけでございますので、実際の訪問調査が本格的にスタートするのは、23年度の一部と24年度以降ということになります。

なので、まず、22年度に関しましては、繰り返しになりますが、書面評価を受けていただくという形で、今、検討しております。全ての必要とされる臨床研修病院において、受審していただけるように工夫していきたいと思っております。

○清水委員 ありがとうございます。

○国土部会長 手続の懸念、清水委員から提示されましたので、それをぜひ御検討ください。

森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。

少し話がそれで申し訳ないのですが、現場の感覚を少しお伝えしたいのですが。私は精神科ですが、精神科病院協会というものがあまして、中小の病院が全国にたくさんあるわけですけれども、今、困っているのは、臨床研修が始まってから、若い先生方が非常に時間にシビアになっておられて、なかなか当直してくれない。募集をかけても、当直以外だったらやりますという形で常勤に応募する。

そうすると、どうしているかという、私たちみたいな年を取った院長とか理事長が週4日当直したり、そうやって潰して一生懸命やっているのです。若い先生たちは日勤だけで帰っていかれる。これが働き方改革としていいのかなとちょっと思いますので、現場はそのことで大変苦勞しているということだけつけ加えさせていただきます。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御発言ございますでしょうか。

○佐野主査 先生、岡村先生が挙手されています。

○国土部会長 岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 先ほどの羽鳥先生のゆとり教育の問題と、今の森先生の年配の者への負担ということにちょっと絡んでくるのですが、この資料4の18枚目のスライドを見ていただけますでしょうか。これを見ると、年代別で、まず平成28年と令和元年の差が、若い人たちの労働時間が減っているというのは分かるのですが、一方で、若干ですが、50代、60代、70代以上が増えているというのが1点。それから、診療科別で、ほとんどの科が平成28年に比べて令和元年は減っているのですが、救急は増えていると思います。

そうしますと、この部会としては初期研修について議論する場ではあるのですが、結局、初期研修医たちの労働時間が減ることで、無駄がなくなって、いい研修ができていればいいという観点はあるのですが、一方でどこかにしわ寄せが来る可能性がある。特に、専攻医レベルの人たち、あるいは上層部、高齢者、その辺の人たちの犠牲になっていったのではよくないと思うので、そのあたりの検証ということもちょっと見ていただきたいと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

いろいろな御発言がありましたので、この問題については事務局のほうで引き続き、働き方改革のいろいろな動きを情報収集していただいて、この委員会でもまた御報告をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。ありがとうございました。

以上をもちまして、本日予定していた議題は終了いたしました。

事務局のほうから追加で何かございますでしょうか。

○佐野主査 事務局でございます。

報告事項となりますが、参考資料2を御覧ください。昨年度、本部会におきまして都道府県の同意なく離脱した臨床研修医を採用した臨床研修病院についてということで、ヒアリング等を行ったところとなりますが、今年度につきましては、都道府県の同意なく地域枠を離脱した者はゼロ名ということで、今年度はヒアリング等を行わない予定であるということで御報告させていただきます。

また、参考資料3に臨床研修医アンケート、平成31年度のものをつけさせていただきますので、御参考としていただければと思います。

事務局からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

地域枠については、警告がかなり効いているということでしょうか。

以上でございます。委員の先生方から何か御発言ございますでしょうか。

特にないようでしたら、本日は長時間にわたり御審議ありがとうございました。

これで本日の「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」を終了いたします。ありがとうございました。