

○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、新井委員から御欠席との連絡を受けております。

また、本日は、議題2「医師臨床研修制度の新たな到達目標・方略・評価について」に関し、「医師臨床研修制度の到達目標・評価のあ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、同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だきます。

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だいております。

○眞鍋文部科学省医学教育課企画官 (一礼)

○星臨床研修指導官 議事に入る前に、前回の会議以降に事務局に人事異動がございましたので、御紹介いたします。

医政局長に異動があり、武田医政局長が新たに就任いたしました。武田医政局長より一言御挨拶申し上げます。

○武田医政局長 医政局長の武田でございます。どうぞよろしく願いいたします。

平素より、医師臨床研修制度の推進には、皆様方大変御協力を賜りまして、まことにありがとうございます。

この医師臨床研修制度でございますけれども、平成16年度の必修化以降、平成22年度と平成27年度の2度にわたり制度の見直しが行われております。次回の制度の見直しは、平成32年度から適用することが予定されておりますが、既に、研修の到達目標や評価の在り方について、本部会の下に設置されたワーキンググループにおいて御議論をいただいているところであります。その後、当部会においても御議論いただき、本年3月の当部会で、到達目標についてはおおむね御了承をいただいております。

また、先日、医療従事者の需給に関する検討会の医師需給分科会を開催され、年末までに検討する医師偏在対策の主な論点について、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などについても御議論をいただいたところであります。今後、同検討会においては、年末に向けて、医師偏在対策の議論が本格的に進められることとなります。

このような状況を踏まえまして、当部会において、医師臨床研修制度全体の見直しについて、今後、本格的に御議論いただくこととなります。具体的な見直し内容としては、研修の到達目標や評価の在り方、必修科目の在り方やその内容、医師偏在対策、地域医療の確保の観点からの見直しなど多岐にわたるものでありまして、この医師臨床研修制度にとっても大きな転換期となるのではないかと考えておるところでございます。

先生方にはこのような大変な議論を行っていただくこととなりますので、なお一層の御協力・御支援を賜りますようお願いを申し上げ、私からの冒頭の御挨拶とさせていただきます。

ます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○星臨床研修指導官 続いて、医師臨床研修推進室長の岡部でございます。

○岡部医師臨床研修推進室長 (一礼)

○星臨床研修指導官 そして、私、臨床研修指導官の星でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

以降の議事運営につきましては部会長にお願ひいたします。

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 まず、資料の確認をお願いします。

○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。

クリップを外していただきまして、議事次第、座席表、資料1、資料2、資料2-2、資料2-3、資料2-4、資料3、さらに、参考資料1、参考資料2-1、2-2、2-3、2-4、3-1、3-2、3-3、参考資料4となっております。

不足してい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、引き続きよろしくお願ひいたします。

○桐野部会長 それでは、議事に入りたいと思います。

本日の議事は、

1. 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について
2. 医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価・方略について
3. 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臨床研修の在り方について」。事務局から御説明をお願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局、櫻本でございます。

資料1「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」をご覧ください。ページをおめくりいただきまして、右下のページ番号に沿って説明します。

2ページ目ですが、こちらは、9月13日に開かれました「医師需給分科会」での資料でございます。現在、こちらの分科会で、医師偏在対策について御議論いただいております。その中の1つに、臨床研修の在り方ということで、現状、課題と検討の方向性をまとめさせていただいております。

左側の「現状・課題」を見ていただきたいのですが、1つ目の「臨床研修病院の指定・募集定員設定」については、赤字部分のところで、「地域医療に責任を有する都道府県の関与が限定的」ということ。それから、下のところですがけれども、「研修医の地域定着」については、臨床研修の際に、出身県以外に出てしまうと、定着率が大きく低下するというので、こういった現状・課題がございますことから、右側に3点「検討の方向性」を

出させていただきます。1つ目、都道府県が臨床研修病院の指定・定員設定に主体的に関わり、格差是正を進める必要があるのではないか。2つ目、臨床研修病院の募集定員をさらに圧縮していく必要があるのではないか。それから、3番目、臨床研修修了後における、出身地や出身大学の都道府県への定着を図る必要があるのではないか。

こういった論点を出させていただきますので、本部会において、本日はこの3つについて御議論をいただきたいと考えております。

ページをおめくりいただきまして、3ページ目。こちらは都道府県の役割と都道府県への定着についてが論点となります。

4ページ目をおめくりいただきまして、こちらの資料は、都道府県ごとの人口当たり医師数とその増加率を示させていただきます。まず都道府県間に一定程度の格差があること、増加率についても差があることが見てとれるかと思えます。

次の5ページ目は、都道府県内の較差を示しております。例えば一番左上の北海道に関しては、二次医療圏当たりで、最大と最小の差が3.3倍あるということでございます。

続いて、ページをおめくりいただきまして、6ページ目。こちらは臨床研修病院と地域の定着率を示したものでございます。まず、初期研修を出身大学と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、すなわち一般的には3年目以降を大学と同じ都道府県で勤務する割合が85%と高くなります。一方で、大学と臨床研修が下にあるA県、B県のように別のところでやった場合、A県以外で働かれる方は84%でございます。

同じく、7ページ目をごらんいただきますと、こちらは出身地と大学と臨床研修の3つのパラメータで示しておりますけれども、全て同じA県であった場合、その後もA県に定着する割合が90%である一方、たとえ出身地と大学が一緒でも、臨床研修が別の都道府県であった場合、A県に定着するのは36%ということで、こちらをご覧くださいと、臨床研修を何県でやるかというのが1つ重要なファクターになることが見てとれるかと思えます。

続いて、ページをおめくりいただきまして、医師臨床研修費等補助金でございますが、こちらは、趣旨にございますように、臨床研修を行う病院に必要な支援を行うということですが、1つ、補助内容として、本年度の平成29年度からメニュー化したもので、研修医の地元定着対策がございます。こちらは、地元研修医採用等加算ですが、医師不足地域に所在する病院に採用された方で、同一都道府県内の医学部の卒業者等を対象として、指導医経費の加算を行わせていただいているところです。

9ページ目をご覧くださいまして、こちらが都道府県における関与の点になります。左の「現状・課題」の下段をごらんいただきますと、現在、「現状」のところ「都道府県が実施できる実効的な医師偏在解消のツールが少ない」と。特に、都道府県におかれましては、医師養成への関与が小さいことが指摘されております。

こういったことから、右側の「検討の方向性」の一番下側の赤で囲んであるところをご覧くださいなのですが、中長期的な医師確保対策となりうる医師養成に都道府県が関与

できる仕組みが必要ではないかと。こういったことが医師需給分科会で論点として挙げられております。

ページをおめくりいただきまして、10ページ目、11ページ目は現状の説明ですけれども、まず、現行の医師法上、臨床研修病院の指定は厚生労働大臣が行うことが法定されております。

続いて、現行の通知上、都道府県は、管轄する地域における各病院の研修医の募集定員について、必要な調整を行うことができるとされております。

続いて、11ページ目をごらんいただきますと、これは国と地方公共団体の責務ですが、現行の医療法上では、国及び地方公共団体は国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう努めなければならない、こういった責務が示されておりますので、今後、都道府県がこういった責務を果たすためにこういった役割を担っていくかということ、後ほど論点で示させていただきたいと思っております。

続いて、ページをおめくりいただきまして、12ページでは、別の論点になりますけれども、医師臨床研修マッチングの現状を示させていただいております。こちらは、先生方は皆さん御存知かと思うのですが、今のマッチングシステムでは、研修の希望者、いわゆる医学生と臨床研修病院側がそれぞれに希望順位を出して、アルゴリズムに従ってマッチングする。落ちた場合には2次募集に進む。こういったシステムでやっております。

ページをおめくりいただいて、13ページでは、地域枠とマッチングの関係性ですけれども、現行では、地域枠であったり、例えば地元出身者であっても、それ以外の方と同時にマッチングを実施させていただいておりますので、下のマッチングの現行の太郎さんと花子さんを見ていただきますと、太郎さんのようにC病院にマッチすればいいのですけれども、花子さんのように場合によっては、A病院、B病院全てアンマッチしてしまうと、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ことを示させていただいております。

例えば右側を見ていただきますと、自治医科大学や防衛医科大に関しては、実は、これはマッチングには参加せずに、マッチング前にそれぞれ個別に調整して決定しているということがございます。こういったことも踏まえまして、現在、地域枠の医師は以前と比べるとかなりふえているという現状があることと、後ほど論点で出させていただきますけれども、募集定員を一定程度圧縮していくと、こういったことになった場合、地域枠の方がマッチできない可能性があるということについてどう考えるか。こういったものも資料として出させていただいております。

以上を踏まえまして、14ページをごらんいただきますと、これは論点ですけれども、1つ目が、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、定着率が大きく低下すること。また、地域枠の医師が診療義務が課せられた地域で勤務できない可能性があること等を踏まえまして、1つ目、研修医の臨床研修修了後における、出身地や出身大学の都道府県への定着を図るために、地域枠の医師や地元の出身者等を対象とした選考を、一

般のマッチングとは分けて実施することについてどう考えるか。

2つ目。その際、相対的に医師不足でない例えば東京都のような都道府県や、人口に比べて医学部定員が少ない都道府県における取扱い等については、一律ではない慎重な検討が必要であることについてどう考えるか。

続いて、現状では、都道府県の関与が限定的であることと都道府県がより実態を把握していることを踏まえまして、都道府県が臨床研修病院の指定・募集定員設定に主体的に関わり、格差是正を進めていくために、臨床研修病院・大学病院の指定・募集定員設定を都道府県が行うこととすること等についてどう考えるか。

これが本日の論点でございます。

続いて、15ページ目を見ていただきまして、募集定員の説明をさせていただきます。

まず16ページ、現状でございますが、これまでの臨床研修部会で御議論いただきましたように、今後、平成32年度までに約1.1倍まで縮小させる。計算式については、真ん中に書いてありますので、省略させていただきます。

その結果として、17ページをごらんいただきますと、大都市部といわれる6都府県とその他の道県の相対比率については、平成22年に都道府県別の上限設定を入れた後、だんだん格差が是正されてきている状況でございます。

一方で、右のグラフを見ていただきますと、人口当たり医師数が横軸で、縦軸が採用率ですけれども、人口当たり医師数が多く、研修医採用率も高いような右上に当たるようなところもある一方で、逆に、両方とも少ないようなところが左下にあるようなところ出ているということで、まだまだこういった差があることが見てとれます。

こういったことから、18ページ目を見ていただきますと、右側の赤枠にあるように、募集定員をさらに圧縮していく必要があるのではないかという論点が需給分科会で示されたところです。

19枚目をごらんいただきますと、こちらは、仮に今の設定のまま定員倍率を平成32年以降を1.1倍で維持した場合にどうなるかという推計でございますが、これは倍率を変えませんが、6都府県と6都府県以外の割合はほぼ横ばいと40.7%と59.3%という見込みでございます。

ただし、これは、人口割合の比を見ますと、6都府県が36.7%で、6都府県以外は63.3%ですので、これと比べると研修医の比はまだ差があることが見てとれます。

一方、定員の倍率を極端に圧縮しますと、当然、採用実績数が確保できないということで、採用実績の減少とか、全ての病院が例えば研修医が来るような状況になりますと、病院間の競争の低下、あるいはアンマッチ率の増加を引き起こす懸念がございます。

こういった観点から、20ページ以降の資料ですけれども、そもそも募集定員上限、募集定員倍率を圧縮した場合どのような影響が出るかというものをシミュレーションしたのですが、まず20ページ目を見ていただきますと、これは募集定員上限の計算方法ですけれども、右半分にありますように、都道府県別の基礎数と調整枠の足し算で決まっており、

基礎数は左の①②③にあるような条件で決まりますので、募集定員倍率を変えても変えなくても、この基礎数は変わらない。一方で、右の募集定員倍率を下げると調整枠が減少することになります。そして、この調整枠自体は、各県の採用実績で案分することから、採用実績が高い都道府県のほうが募集定員倍率の影響を受けることが見てとれます。

それを具体的に示したものが21枚目でございます。これは各都道府県別の募集定員上限を棒グラフで示しているのと、折れ線グラフはマッチングの内定者を示しており、黒の斜線になっているところが調整枠です。これを見ていただくと、東京・神奈川等の都府県では、過去実績に応じて配分される調整枠の募集定員により、多くの研修医を採用しているということでございます。これが28年度の実績です。

ページをめくっていただいて、22枚目が仮に平成37年度に定員倍率を1.05倍までに圧縮した場合の推計です。仮に、採用者数の保障がなかった場合ですけれども、これを見ていただきますと、白いところがこの圧縮によって減少した定員数を示しておりまして、結果的には、青いといいますか色が塗ってある部分が37年度定員上限になるとご覧いただけたらと思います。

そうしますと、29年度のマッチング内定者数との関係を見てみますと、募集定員の設定においては、京都府が募集定員上限が平成29年度マッチング内定者数を下回るようになります。

ページめくっていただいて、23ページ。仮に、募集倍率を1.00倍にするという推計をした場合、また、採用者数の保障がないとした場合、こちらはご覧いただくとおり、東京・大阪・福岡・京都では、募集定員上限が平成29年度、今のマッチング内定者数を下回ることになります。正確に申しますと、この後、国試不合格者数が出ますので、採用実績については、東京都と京都府のみが実績を下回るようになります。

こういったことから、採用者数の保障について、どう考えるかということが1つ出てきます。

続いて、24枚目をごらんいただきますと、アンマッチ率の減少が懸念されますが、アンマッチ率と募集定員の倍率の比率を示したものが、こちらの折れ線グラフでございます。アンマッチ率はこういった方が多いかというものの内訳を見てみますと、実は、これは平均してアンマッチが高いというよりは、1病院のみであるとか、臨床研修病院のみ、あるいは、他大のみの方が圧倒的にほかと比べるとアンマッチ率が高いということがありまして、複数志望者とか自大のみの方は相対的にはかなり低いということがございますので、今後、募集定員を圧縮したとしても、マッチングの登録方法などを一定程度何らかのやり方を変えていくとか、介入するとか、情報公開していくとか、こういったことで一定程度の対応ができるのではないかという趣旨であります。

続いて、25枚目。最後、都道府県別の計算方法についてでございます。

先ほどの基礎数ですけれども、①と②にあるように、人口分布の案分が医学部の入学定員の割合のどちらか高いほうで案分することになっておりまして、医師養成状況すなわち

医学部の定員で案分しているところが27都府県ございます。

この内訳を見ていただきますと、26枚目ですが、各都道府県の緑色の濃い色で塗ってあるところが医学部入学定員で案分している都県ですけれども、採用実績を見ていただきますと、圧倒的に赤の四角で囲んである都道府県に関しましては、募集定員に対する採用率が低いところが見られます。

さらに、もう少し細かく27枚目で見ていただきますと、約6割が医学部定員の割合で案分しているというのが一番左のところ、この6割のところを見てみますと、仮に、人口割合で計算した場合の定員とこの医学部入学定員で計算した場合の定員の比をとってみると、1.2倍あるいは1.5倍になっている、1.2倍以上の定員増になっているところが約4分の3ございます。この4分の3の内訳を見てみると、まず右上のところですが、8割が募集定員上限よりも実際の募集定員を削減しているということで、これは国が配布している募集定員上限よりも少ない数で募集定員をしているということでございます。右下に関しては、約8割は研修医の採用率が70%未満で、それほど採用率が低いという状況ということで、一定程度必要以上の定員になっているという現状がこちらで見てとれるかと思えます。

ページをおめくりいただきまして、計算方法についての案ですけれども、もともと医師養成状況は、先生方御存知のとおり、医学部で医師養成をしている方々を、その土地といえますか、その都道府県で養成していくために、こういった制度をつくったわけですが、必要以上に配分されていることもあるということと、今後、例えば、さらに募集定員倍率を圧縮していきますと、よりいろいろなところで厳しくなってくるということもございますので、1つの案として、②の医師養成状況については、募集定員の増加については一定の上限を加えてはどうか。その分、下にありますように、地理的条件等、すなわち地方等に加算されるものについては、医師不足地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算は増加させる。こういった対応をしてはどうかということが案でございます。

以上を踏まえまして、最後、論点ですけれども、1つ目が、募集定員については、1)、2)にあるような状況を踏まえて、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について、どう考えるか。

2点目が、募集定員の圧縮については、採用実績数の減少やアンマッチ率の増加、病院間の競争の低下の懸念がありますので、これらを踏まえた対応とすることについて、どう考えるか。

それから、3番目については、募集定員上限の計算式について、医学部入学定員で案分している都府県では、人口分布で案分した場合の定員に比べて必要以上の定員増となることがあり、その結果、募集定員上限よりも実際の募集定員を削減させている県や、研修医の採用率が低い県があることを踏まえまして、医学部入学定員による募集定員の増加については一定の上限を加えること。そして、2つ目が、医師不足地域等へ配慮する観点から、

地理的条件等の加算を増加させることについて、どう考えるか。

こちらを論点として挙げ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 今、説明をいただきました最初の資料1の裏にありますカラーで刷ってあるところの3つの内容について検討していただくことになりますけれども、順番にやっていってもいいし、あるいは、御発言をいただいて、その内容から一つずつやっていってもいいと思いますが、何か御意見はございますか。

臨床研修医に関する都道府県の関与は、大体いろいろなところで進められていると思いますが、これについては、何か御意見はございますか。

神野先生。

○神野委員 14ページの論点に従っていけばよろしいでしょうか。

一番下にあります都道府県の募集定員に関わる話ですけれども、都道府県で協議会がありますね。恐らくそちらの役割としてはあるべきだと思うし、例えば地域医療構想とかそういう協議の場が幾つもありますので、それと同時かどうかわかりませんが、そういった協議会でその件は調整するというのはいりだと思えます。

正直、臨床研修医の定員に関しては、少なくとも私どもの県ではそんな協議した覚えがなくて、特に逼迫しているところに関しては協議すべきことではないかなと思えます。

もう一点よろしいですか。

○桐野部会長 どうぞ。

○神野委員 同じ14ページの上のほうの○の話ですけれども、出身都道府県で一般のマッチングと分けるかどうかという話ですけれども、これはなかなか難しいところがあって、以前も申したかと思えますけれども、地域枠の方だけをあんまり特別扱いすると、適正な競争というか、地域枠以外の方が弾き飛ばされる可能性があるやに思ってしまう。しかも、先ほど、後ろのほうの資料で、アンマッチの人は1つしかマッチングに応募しないという話がありました。恐らく全体の募集枠と実際の研修医数を見ると、どこの県もまだ多少余裕がありますので、言いたいのは、都道府県の中で、2番3番4番の順位をつけていただければ、今、都道府県の中で地域枠を吸収できる余力はまだあるのではないかなと私は思えます。

1つだけ、医師需給のほうでも意見書を出させていただきましたけれども、一部都道府県で、地域枠学生は公立病院でないとだめだという話がある県が幾つかございます。そういった意味では、きちんと地域医療を行っているという条件のもとで、公立病院以外に関しても、地域枠のマッチングあるいは仕事場としてきちんと明示していただきたいというのがお願いであります。

○桐野部会長 前に神野先生は覚えておいでになると思いますが、同じような議論をして、その議論を相当した上で現在の状況になっていると私は理解しているのですが、そのときの一つの議論として、地域枠とは何かというのがその当時は十分固まっていなくて、医学

部長・病院長会議の調査もありますけれども、類型が4つか5つぐらいはありましたね。

それから、確かに、今、神野先生もおっしゃったけれども、一部の県において、枠と採用実績との間が近づいてきていて、場合によっては、ここに書いてあるように、地域枠は、花子さんがA大学病院もB病院もだめと。ただ、もし、そのときに、地域枠は花子さんをAかBに入れるとすると、ノン地域枠二郎さんとノン地域枠三郎さんが泣かなければいけないということも起きてきますので、これは結構微妙な問題だと思います。

どうぞ、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 御意見ありがとうございます。

確かに、地域枠の学生がまるで理不尽に有利だったり、また、逆にそういう限定がかかり過ぎて、まるで差があるかのようなイメージになってしまうのは我々もよろしくないと思っていますところでございます。

一方で、地域枠の学生は、今、地域枠の仕組みが進んでおりまして、今どんどんふえてきておりまして、今1,900人ぐらい医学部定員からその上に増員していて、その人たちは基本的に地域枠でございますね。

一方で、部会長のほうから御指摘いただきましたとおり、この資料にございますけれども、例えば22ページなどをごらんいただくと、これは募集定員倍率を圧縮したときの推計でございますけれども、点線がマッチング内定者で、四角が定員上限でございますので、例えば奈良県とか熊本県とかそういったところはかなり定員と定員上限が逼迫している。これは都道府県の御努力もあると思います。できるだけマッチしていただけるようにと努力しているものがございます。

今申し上げることを申し上げますと、地域枠が非常にふえていて、さらに、そのマッチングの枠がだんだんこういうふうになっていくという2つの状況を踏まえますと、20人のマッチングの定員の中に20人全員地域枠のことをマッチングと分けて別に採るといようなことは確かにふさわしくないと思いますが、その中の一部の枠、例えば5人とか数人とかそういう枠をつくるということ。もちろん慎重に制度設計いたしますけれども、そういうことに関してはそういった御懸念がないような制度設計ができるのかなと事務局では考えております。

○桐野部会長 どうぞ、金丸先生。

○金丸委員 今の地域枠の話ですが、なかなかデリケートな難しい課題も包含しているとは思いますが、先ほど説明がありましたように、A県出身で、A県で卒業後初期研修をした人がかなり高い可能性で残るという一つのデータがあるということで、もともと地域枠というのは、そもそもその地域、各県において活躍を期待してということが入口の前提といえますか、条件として入学をしているということを見ると、いろいろな課題は、今、御説明がありましたようにクリアする努力をしていきながらも、向かうべき方向としては、今、事務局が提案していただいたような、地域枠の人がその圏域においてマッチングとい

うか、それができるような仕組みもあることが、結果的に地域枠の先生もスムーズに約束を果たしていくというか、志を果たしていく、そこにも添えるのかなとは思うのですけれども、いかがでしょうか。

○桐野部会長 岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 アンマッチの話が出ましたけれども、1つ大事なことは、地域枠の学生がアンマッチを悪用することがあります。あえてマッチをしない。あるいは、マッチングをわざと出さない。最終的にその県以外のところに行くという。そういったことを実際に目の当たりにしております。ですから、一般枠の学生もそうですけれども、少なくともマッチングのときに参加しない、出さないことはまずあり得ないというふうにしなないといけないと思います。

それから、先ほどの一般枠と地域枠のマッチングの時期をずらすことに関しては、おおむね賛成です。確かに、一般枠の学生が被害を被らないようにという配慮は必要だとは思いますが。

○桐野部会長 羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 金丸先生、岡村先生の御意見に賛成ですけれども、基本的に地域枠で出た人はその都道府県にとどまることが前提ですから、まず、そこは、はっきりと指定していただく。一般でマッチされる方は、今まで通りのマッチングシステムで決めていただく。都道府県で地域枠で入っていたら、その地域の余ったところに行ってもらおうとか、し差をつけるというのも大事ではないでしょうか。というのは、この前もありましたけれども、国公立医学部の入試においても地域枠の方が合格ラインに差があるという面もあると聞きましたので。

もう一つ、13ページのマッチングの仕組みの中でも、重みづけの工夫をすれば、地域枠の人たちで一般枠の人と同じマッチングシステムを利用可能なのかも検討していただけたらいかがでしょうか。

○桐野部会長 どうぞ、河野先生。

○河野委員 今までの議論に基本的に賛成なのですけれども、ただ、先ほどもあったように、マッチングの体制が各都道府県によって違っていて、最初のところで優遇的な措置をされている地域枠の人と、全くそうでなくて、後で入学してから手を挙げて地域枠というようにすることにする方もいられるわけですね。そうなりますと、採用のところ、一般枠の生徒とそういった意味での優遇性はないのですね。ですから、都道府県によってといいますか、マッチングシステムを踏まえて、今の枠の設定の仕方を考えないとならないと思います。マッチング枠だけが優先されるのもどうかなという気がいたします。

都道府県に残ってやるというのが前提で地域枠になったわけですから、最初の1次のところでは全く区別なくマッチングを行い、2次募集的なところで一定の枠を構成するのか。

ちょっと御質問したいのは、そういったようなアンマッチになってしまって、どのぐらいの人数がそれほどいられるのか。2次募集的なところでの補正で大体囲い込まれる規模

なのかということです。

○桐野部会長 どうぞ、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

いろいろな御意見をいただいているところですが、端的に申しますと、アンマッチというものはある一定の人数が資料24ページのとおりありますが、アンマッチのほうにやりますと、まさに岡村先生から御指摘いただいたとおり、マッチングで例えば都内の有名病院にまず出してみても、落ちたら、残念だけど、地域枠に従ってやってみるかというのを助長するので、そういう制度設計はあり得ないと思っております。こういうふうに地域枠をうまく活用するのであれば、マッチングと同時なり何なりということで枠を分けるというのはもちろんあり得るのですけれども、そういう制度設計でないと意味がないのかなと思います。

岡村先生から御指摘いただいた点は、この制度と、さらに、参考資料3-3に出させていただいておりますけれども、今回、そういう地域枠とか大学等の約束に従わないで関係のない臨床研修病院に行ってしまうということの問題を指摘していただきましたので、参考資料3-2、3-3で、医事課長のほうから厚生局長のほうに出させていただいた通知、その条件をちゃんと確認してからマッチングの順位をつけるようにというようなあわせ技でよりよい制度にしていけないかなと考えているところでございます。

○桐野部会長 神野先生、それから、相原先生。

○神野委員 5ページに、各都道府県における較差がありますね。これは県庁所在地が恐らく医師数多くて、それ以外は少ないというのが多くのところの地域における事例だと思うのですけれども、一番少ないところに臨床研修病院があるかどうかというのは問題になりますけれども、県庁所在地の大病院じゃないところは恐らく空いているはずですので、それこそ多くのところで地域枠に県が関係しているはずですので、先ほどの調整機能と同時に、県が関与して空いているところに回すというような割り振りでもよろしいのではないかなと思います。

○桐野部会長 その問題は私も非常に重要だと思うのは、4ページに、人口10万対医師数というのがありまして、この中で、東京、京都の次に徳島県が300人を超えるような非常に医師数が多いという表になっています。日本が目指しているのは300人と一応いわれていますけれども、それを達成しているわけですが、では、徳島県に医師偏在の問題がないかと言ったら、大いにあるのですよ。それは医師需給分科会でも資料が出されていたように思います。

したがって、徳島に医師がもっと必要だということになれば、偏在問題を一方で何らかの形で考えなければならぬと思います。徳島で地域枠の学生が研修するものの、ほとんど東部の物すごく医師の多いところで研修をするというのでは、何をやっているかわからないのですが、確かに徳島に定着するということはあるかもしれません。ただ、定着するという事だけ言うのであれば、地域枠の学生より徳島県出身者のほうがむしろよく定着

するというデータもあって、これはなかなか難しいと思います。

相原先生、どうぞ。

○相原委員 先ほどのアンマッチのお話ですけれども、地域枠の学生さんがアンマッチというのは、1つのところしか出してないとか違うところへ出したとかというのがあるのでしたら、まず地域枠の人に1つだけというのは絶対だめで、自分の大学は当然として、そのほかの地域の病院に幾つかも同時に出させることを義務化して、それでアンマッチがどうかというのをちゃんと見ていかなければいけないかなと思うのですね。好きなどころへ出していいという自由度がちょっと高過ぎるかなと思います。

それから、一般の学生さんは、地域枠の人がとった残りで分けるというのはさすがにないかなと思うので、先行して、先にとってしまってというのは問題が多いかなと思いました。

○桐野部会長 確かに、13ページの地域枠とマッチングですけれども、花子さんはどうしてC病院ではだめなのかという気はします。地域枠の人は、AとかBとかもつといいところに行って、C病院は見放すべきであるという議論になってしまって、それはおかしいと。C病院はちゃんと審査を通過して、臨床研修病院として名を挙げているわけですから地域枠の花子さんは、むしろ、マッチングのときに、ABCと全部候補に入れなさいというやり方もあるようにも思います。

ほかにございますでしょうか。

清水先生。

○清水委員 私も、今の段階で地域枠の方に先にマッチしていただいて、枠を占拠される方法は余り好ましくないかなと思っています。

先ほど説明がありましたように、地域枠の学生さんたちにフェアな、つまり、どこかの県から奨学金をもらっているながら東京の病院にアプライするということはしないようにという公知を今年からされていると思うので、その結果を見てから決めればいいのか、今の段階で拙速に決める必要はないかなと思います。

それから、募集定員も1.05にするとか1.1倍にするとかということはこれから決めることですので、今の段階で1.05になった場合、1.1倍になった場合を心配して、マッチングシステムを変えてしまわないほうがいいのではないかなと思っています。

○桐野部会長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 もうちょっとわかりやすく御説明しないといけないところもあったのかもしれないのですけれども、マッチングのシステム自体を何か根本から変えるようなことを御提案しているわけではありません。例えば、最初に私申しましたけれども、20人のある枠が、その病院が例えば強く希望すれば、20人全部地域枠で埋まってしまって、一般の枠組みの人がどうしようもなくなるというような制度をつくるつもりは全くなくて、あくまでもその病院が希望した場合に、しかも、全ての都道府県で認めるかどうかということも、全て地域の病院に認めるかどうかということもこれから制度設計の中

で細やかに議論しようと思えますけれども、極めて限定的に、地域枠の人が行き場がなくなる可能性がないように、むしろ配慮のものでございますので、その誤解だけがあるかなと思って、ちょっと御発言をさせていただきます。

○桐野部会長 マッチングシステムは割に合理的にできていて、何もえこひいきとかそういうのはなく中立的にやっていくのです。ただ、岡村先生がおっしゃったように、裏技を使うことができるのですね。例えば、非常に競争率の高いある病院だけに出して、結果は落ちるに決まっているので、落ちるに決まっているように出すと。それで、2次募集はちゃんとテーブルの下で握手がされていて、そこへ行くというようなこととか。地域枠の学生もそういう裏技を使う可能性がないとは言えないと思えます。

そういう裏技が通用するようなシステムはいいシステムではないので、正々堂々のやり方で決まっていくというやり方も考えないといけない。厚生労働省として、地域枠の学生の扱いにもう一工夫加えていただいて提案していただく必要があるかなと、今ちょっと御意見を伺っていて思いました。

どうぞ。

○武井医事課長 数々の貴重な御指摘ありがとうございます。

今、ちょうど座長にまとめていただいたので、私のほうからはつけ加えることは余りないのですが、現状を考えますと、例えば、地域枠の制度創設のそもそもの目的については、地域における医師の確保とか定着、これはしっかりと達成していく必要があると思えます。それから、地域枠の方々が、今後、どれくらいアンマッチで出てくるのかというのも一つの課題と考えており、花子さんがC病院に行くという選択肢はあると思えます。これを進めるためには、都道府県が今は限定的な関与ですが、今後、都道府県がしっかりと関与していくという方向性も大事かと思えます。今日いただいた点は整理して、また、工夫をしながら、先生方にお諮りして、いい解決策を見つけていきたいと思っております。引き続き、よろしく願いいたします。

○桐野部会長 岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 ぜひそうしていただきたいと思えます。

今までの議論が、主に2年間の初期研修に的が絞られているかと思うのですが、地域枠ということ考えた場合は、自治医大とかは基本的には9年ということになっています。そのときに、最初のスタートの段階で他府県に出ていくのは論外ですが、抜け道というか裏技を知っています。2年間だけはその県内で研修をして、3年目あるいは4年目か5年目ぐらいでうやむやにして約束を守らないと。前に、そういった枠の学生を採用する病院に対しては何らかのペナルティーをかけるという話があったかと思うのですが、それを9年間に適用していただければいいのではないかなと私は思っています。

○中島委員 地域枠ができた経緯と、そして、現在の地域枠の定義は一体どうなっているのかというのが、成文として欲しいので、次回お願いいたします。

○桐野部会長 岡村先生、どうぞ。

○岡村委員　こんな例があります。地域枠の学生だけれども、基礎医学に進みたい。そういった学生は本当はすごく大事にしたいのですね。ぜひともそうあってほしいと。だけど、9年間のそういう研修のノルマばかりになっているとよくないので、例えばある程度大学の基礎の教室に自分が将来行きたいところに行きやすいような環境というか、出張するときでも、比較的近くの病院にするとか、何かそういった配慮が必要だと思ふ。

もう一つは、専門医制度が今話題になっておりますが、地域枠の学生は専門医の取得の時期がどうしてもおくれる。それはやむを得ないことだとは思ふのですが、地域枠の学生には、逆に、ノルマばかりを押しつけるのではなくて、何か今後地域枠に進む学生、受験生がふえるような方法も考えないといけないのではないかなと思ふ。

○桐野部会長　清水先生、どうぞ。

○清水委員　蛇足かもしれないのですが、私も専門医との兼ね合いのことがとても心配で、今まさに専門医制度が変わる前に入学されて、変わった後の専門医制度に突入する学生さんたちは、自分が入学したときと状況が違うのではないかということになりかねないと思ふのです。彼らにどういうふうに説明をしていくのかということ、専門医制度はこのマターではないと思ふのですけれども、その扱いはとても大事だと思ふています。先ほどの地域枠の方たちの特別のマッチングにしても、それをこういうふうにつづろからしますので、そのつもりで奨学金をもらってくださいねというような公知は先に必要なのではないかなと思ふました。

○桐野部会長　ほかにいかがでしょうか。

(福井参考人着席)

○桐野部会長　きょうは、議論する内容は結構たくさんあって、1つは地域枠の学生とマッチングの問題、それから、今後の臨床研修病院の指定等について県の関与をどうするかという問題ですね。それから、全体の枠を1.1に縮めていくときに、各県の採用上限の算定方式をいろいろやりましたよね。難しい、何だかわからない式を。その数式を多少モディファイしないと、もし、倍率を1.1からさらに縮めていくと仮定すると、それを全然やらないと非常にへんてこな姿になるので、少し工夫する必要がある。つまり、修正が少し必要ではないかということなのですね。

都道府県の関与についてまだ御意見をあんまりいただけてないように思ふのですが、これは、都道府県が全て指定募集定員の設定等をやるということで、厚生労働省のこの会としては、どの程度何を関与するのかということについては、案としてはどういう素案をお持ちですか。

お願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官　御質問ありがとうございます。

まず、都道府県が指定するにしろ、募集定員を定めるにしろ、一定の基準はつくらないと。例えば、北海道と沖縄で臨床研修の質が全く違うとかということがあってはいけません。例えば基本的な指定基準とかそういったものは国で議論する必要があるのではない

かと考えております。

その上で、都道府県ごとに状況が違いますので、その範囲は満たしていただいた上で、それぞれの例えば募集定員とか、どういった病院を指定していくかというのを都道府県に判断していただくと、そのように考えておりますので、一つ一つの病院を、今のように一個一個全部決めるというよりは、基準枠で、実務的なものは都道府県というような考え方でいかがかというようにことを前提に考えております。

○桐野部会長 具体的に都道府県がどこまで、厚生労働省の検討会としてはどこまでというようなことが、まだきちんと文章としてできている状態ではないと思います。ただ、方向としては、今説明いただいたような方向であるということですが、これについてはよろしいでしょうか。

中島先生。

○中島委員 先ほども言ったように、地域枠の学生はどういう定義で、オーケーして入学しているかということがはっきりしてないと、県はちゃんとできないのですよ。県内にいたらどこにいてもいいのかという問題がありますけれども、そのことは多分今まで議論されていなかったのではないかと思うのですね。本当は、医師不足地域で仕事をしてもらいたいわけですね。それが本音でしょう。各都道府県の格差もありますけれども、県内の格差も大きいわけです。それをきちんと考えることと、もう一つは、医師自体がどんどん高齢化して辞めていっている。もう誰もいない地域もできてしまう。そういうことをどうするかという問題と並行して走っておられるのですよね。ぜひとも、その辺りを入れたものを出していただきたいと思います。

○桐野部会長 それは、例えばさっき徳島県のことを言いましたけれども、その県にたくさん医者を含めれば自然に問題が解消するというわけにはなかなかならないということは確かにあるのだらうと思います。

それでは、募集定員をさらに圧縮していくという話がございましたけれども、これについてはいかがでしょうか。

神野先生、どうぞ。

○神野委員 先に都道府県の話ですけれども、全体の募集定員等は、私は、国で一定の基準のもとで決めて、その中で、都道府県の中でどこの病院にどれだけ配分するかというのを都道府県で決めてちょうだいねというふうに私は解釈していたので、意見としても、そちらのほうがよろしいのかなと思います。

今度、募集定員の話ですけれども、実際に、前からこの部会で問題になっていた京都の話が出てくるわけですけれども、今回も京都がオーバーしそうだというところがあるわけですけれども、例えば、医師需給のところも研究者と臨床医と分けているように、今後、臨床の医者がどれだけ欲しいのかという話と、特に京都のようにIPS細胞とか試験管を振っている先生たちがどれだけ要る科のところと分けて考えないと、ちょっと余りにもかわいそうかなという気がするのです。基礎とか研究者と臨床医とか、その辺の医師の中身によ

って、また、多少の募集定員のモディファイが必要なのではないかなと思います。

○桐野部会長 そのほか、募集定員の総数の問題については、何か御意見はございますか。

どこかの資料にもありましたけれども、募集定員の採用実績と、それから、現実に各都道府県に存在する人口比率が必ずしもパラレルではないということがありましたけれども、確かにそうです。しかし、それだけではないということを多分神野先生はおっしゃったのだらうと思います。だから、その辺も十分加味できるようなシステムをつくっておかないと、例えば京都を一方向的に圧縮してしまうということが起これば、また、相当大きな問題になると思います。

河野先生、どうぞ。

○河野委員 募集定員の件と、先ほどのどこの県がコンダクトするというかという話も連動するところだとは思うのですね。今の先生のお話もそうだと思うのですが、研修病院の審査をいろいろやっていたときも、地域によって状況が非常に違います。かつ、あのときの申請の仕方ですと、病院側のスタンスで、協力病院なども全国に広がっていくとかいうような形あり、その病院の指導医になる地域主体の研修体制が必ずしもできてなかったと思います。ですから、そこにおいて県が関与して、地域の中で基幹型病院と協力型病院というような、地域の中での研修体制の見直しというようなことに関与する。病院側からだけの申請の仕方ではなく、県が指導をした上で、絵を描いた形での申請ということがあれば、もっとその地域内での研修体制がその地域にとっては有効な研修医の確保につながるだらうと思います。

そういった中で、定員の全体の枠も、人口との違い、現状では、まず現状を維持していかなければならないですから、現状の上での実績に対してという補正でいっていますけれども、本来、どの程度の人数がそういった中で必要なかという議論も踏まえて、最もその枠の中で効率的な配置というか、研修医の教育の能力も含めてですけれども、獲得して、その中で一体何人必要なかというふうな積み重ねも、実績だけではなくて、これから必要ではないのかなと。そういうことで、県がまず一定のデザインをつくっていくことは、今の議論の基本なのではないかなと思います。

○桐野部会長 相原先生。

○相原委員 一般病院で研修医をいっぱい集めているところは、それなりに相当の努力をしていい研修をするから人が集まるのですね。都会の真ん中にあるからではなくても、例えば山の中にあっても、いい研修制度があれば、しっかりそこへ人は集まると思うのです。ですから、例えばある田舎の病院が、研修医が集まらないから、県がそこへただ単に人を振ろうというのではなく、河野先生がおっしゃったことに通じますけれども、レベルを上げて、それにふさわしいだけのことをできるといえることを見込むから、しっかりそこに配分するように。県の方が、ここ少ないからこっちに回して、たくさん行っているところから減らしましょうでは、やはりこのシステムの意味がなくなるかなと思っています。

○河野委員 おっしゃるとおりで、そういった県の指導があったとしても、もし、そうい

った質の低下が総体的に明らかに違いがあれば、学生たちは行かないですよ。そこはある程度自然淘汰的な部分があるかとは思いますが。

○桐野部会長 羽鳥先生。

○羽鳥委員 初期研修医も後期研修医(専攻医)もそうですけれども、若い先生には臨床の腕を上げてほしいこともあると思うので、医療資源も乏しく、患者数も少ないところで臨床の腕をあげるのには酷な面もあると思います。本来は、そういう腕を確かにした人たちが地域に出る、へき地に行くとかということが最も望ましいと思うので、いわゆる適正配置につながるような、この県には何人とかいうのを決めてしまうのはよくないと思います。

○桐野部会長 そのほかはございますか。

金丸先生。

○金丸委員 本当に難しいことがいっぱいはらみ過ぎて、どの方向が一番いいのかというのはなかなかわかりにくいとは思いますが、一つの考え方としてですが、そこに花を咲かせるという考え方もやはりあっていいような気がするのですね。つまり、行った場所によって花が開いていく、そこにはまっていく。そこで活力を得て、そこでの技量を満たしていくというベクトルは何かあるような気がするのですね。だから、そこは評価のあるいは質というところを議論するときにも、おっしゃったような議論はなかなか難しいとは思いますが、そういう視点もどこかに持っていきながら、今、複雑な議論を整理していくというのがあるかとは思っています。

○桐野部会長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 都道府県にある程度臨床研修なりの権限という、今回の我々の提案は、先ほど櫻本が申したとおり、あくまでも一定の国の基準のもとで、例えばこういう地域でいい臨床研修病院があって、今までだともっと人数が田舎にあっても十分人気があって、いつもフルマッチしている、本当はもっと受け入れる余地があるというようなところに柔軟に例えば県がやるよということイメージしているのであって、先ほどのものと表裏なのではございますけれども、例えば恣意的にあそこは医師不足だからあそこを無理やり臨床研修病院に指定して、無理やり行かせようというようなことができる制度設計にするというような意図でやっているのでは全くなく、むしろ、柔軟に都道府県が考える、地域医療構想とかと連携した医療提供体制に資するようなものができるようにというものでございますので、国がきちんとそういったところの基準はお示しいたしますので、これで何か強制配置のようなことを考えているわけではないことは事務局のほうからはっきりと発言をさせていただければと思います。

○桐野部会長 岡村委員、どうぞ。

○岡村委員 他府県の状況はよくわからないのですが、実際、今、我々のところでは、地域枠の医師が、初期研修は大きな病院で、大学とほかにある大きな病院ですることになっています。3年目4年目では外へ出ますけれども、それも決してへき地ではなくて、300床ぐらいの規模のところへ出ている。実質的に一人立ちをして、へき地といわれるよう

なところで働くのは8年目9年目を想定しております。ですから、恐らく他府県もそういう状況ではないかなという気はするのです。

それから、定員に関しては、1.05という話があるのですけれども、もともと激変緩和措置というその辺があったのですけれども、やはり1.1ではちょっと不十分だと思うので、今、多分厚生労働省が考えておられる1.05という線は、私はリーズナブルな数字ではないかなと考えます。

○桐野部会長 全体の数をぎゅっと圧縮すると効果としては、これまでは大都市部から少し絞り出して追い出して、いろいろなところに行くようにしましょうという効果は確かにあったというか、放っておけば、全く自由放任にすればやたらと偏在してしまいますので、それは効果があったと思うのですが、今度は、それもあるかもしれないけれども、一部全く使われてないところは、少しならして、例えば上限が100あるのに、ずっと実績上40～50ぐらいのところは、ほんのちょっと上限を減らして、それをいろいろなところへ持っていけば、あんまり無理なくできる。もうすぐ1.1になるのかな。1.1から1.09、1.08、1.07ということは、ちょっとシミュレーションしないとわからないのですけれども、可能ではないかなと、前の1.1にするときいろいろ計算しましたけれども、そうかなと私自身は思います。

これについてはいかがですか。

1.1を少し圧縮する方向でいろいろな素案をつくることについてはよろしいですか。

それでは、資料1に関する議論は一応大体していただいたと思うのですが、結構重要な問題が入っているので、もちろん本日で全部決まったというわけでは全くありませんので、全体を見て、ちょっと言い残したなと思うことがあれば、何でも結構です。

清水委員。

○清水委員 ありがとうございます。

例えば6ページとか7ページ辺りで、臨床研修を実施した県に残る可能性が高い3年目というふうなことが根拠になって議論されていることがあるかもしれませんが、私の経験ですと、臨床研修をやった病院2年間で、3年目に新しく専門科を決めて、なおかつ病院もかわるといことは結構大変なので、3年目は臨床研修をやった病院に残り、2年から3年ぐらいやって、5年目とか6年目にその病院をあとにして、自分の行きたいところに行くという研修医たちが多いと思うのですね。そうすると3年目に残る数字を基準にすると、それは行き過ぎになってしまうかなという気がちょっとしています。だからといって、5年目6年目までトレースはできないかもしれないのですけれども、この数字だけをうのみにして議論するのはちょっと危険かなと思っています。

○桐野部会長 中島先生、どうぞ。

○中島委員 今の清水委員の意見に全く賛成ですけれども、その後5年目6年目、先のことを考えると8年目ぐらいまで本当にトレースできないのですか。できるのだったら、徹夜してでもデータを出してほしいと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 臨床研修アンケートで、地域枠かどうかということも複合してとれるデータの臨床研修アンケートにして、それだととれないです。

一応将来的なことを言いますと、今、医政局のほうでデータベースをつくろうとしておりまして、臨床研修のデータとか採用実績においては、要は、縦でつないで、医籍番号でつないで異動までとれるようなデータベースを構築しておりますので、将来的には、先生が今おっしゃられたような、清水先生からも御指摘いただいたような分析はできるようになります。なので、今この時点でこのデータでは、申しわけございませんが、そこまでの整理はできません。

○桐野部会長 清水先生。

○清水委員 参考までに、以前勤務しておりました聖隷浜松病院に、私がいた時分のころですけれども、80大学中の45大学ぐらいから研修に来ていたのですね。臨床研修修了後、5年目6年目ぐらいになると、ほぼ100%のこっていません。聖隷浜松病院には残らないですね。ほとんどの方が東京です。多分多くの地方の頑張っている研修病院もそういう傾向にあるのではないかなと思っています。

○堀岡医師養成等企画調整室長 アウトカムとして、3年目が正しいかどうかというのは、まさに先生がおっしゃるとおりなのですが、先生はほとんどおっしゃいますけれども、逆に、9割から減っていくというような推量もあり得ると思うのです。例えば、臨床研修でB県に出してしまうと、いきなり36%になって、ここからまたA県に戻ってくるという確率は非常に低い。具体例で言うと、例えば、出身で秋田大学へ行って、例えば臨床研修を東京でやったら。秋田・秋田・秋田で9割で、その後、5年目6年目に東京に行ってしまうというのは十分あり得ると思うのですけれども、90%と36%の差は、これは歴然たるものなので、臨床研修が非常に大きなファクターであることはこれで言えるのかなとは思っております。

○桐野部会長 資料1、ほかに何か御意見はございますか。

ちょっとゆっくりごらんになって。結構複雑なことがいっぱい書いてあります。

河野先生、どうぞ。

○河野委員 5ページ目の都道府県内での較差というのが地域でも出るのですが、全国でもそういった言い方ができるのか知りませんが、例えば、千葉県なんかを見ると、最大が安房というのは、これは亀田総合病院が安房にあるからですね。山武長生夷隅は病院がほとんどない地域です。ですから、地理的な状況、それから、時間がある程度かかった形での医療機関の配置、いろいろなことがこれを示しているのであって、単に、これで較差があるというのは、本当に医者がないというイメージだけでなく、もともとの受け皿の配置とか、病院がつくりづらいような、いろいろな地理的な状況がありますので、さっき先生が徳島のことをおっしゃられたのも、あそこも、たしか山とかいろいろな地理的な状況もあって、医療機関自体の分布がそうは均一にはいかないということもあるわけですよ。

地域較差というのが何か誤解されそうな気がします。

○桐野部会長 金丸先生。

○金丸委員 今、河野先生の御意見に関連して、私も全くそうですし、先ほど神野先生もおっしゃったのですが、そういうところにこそ県が主体的に関与というところに関わってくると思うのですね。各県の大学も、あるいは、頑張って医療人の育成に、県もそうですけれども、今相当エネルギーが入っていると思うのですね。そういった流れの中に今回示された役割分担といいますか、そういうことをしなければ、我々も変数が多過ぎて、県によっても違う、地域によっても、変数だらけの中で、そこを貫いて求めていく方向は、地域に偏在をなくしていくというベクトルを打ち立てるのは難しいですよ。そうすると、やはり県というところで主体的に関わっていくという今回の提案は、まさにそれに資していくのかなと改めて思っています。

○桐野部会長 ほかにございますか。

どうぞ、事務局。

○櫻本医師臨床研修専門官 先ほど御指摘いただきました都道府県内の二次医療圏での較差について、人口だけでやるとミスリーディングではないかという御指摘をいただきました。

今日の資料の9ページ目を見ていただきたいのですが、需給の資料でも出させていただいておりますように、まさに先生と同じような御趣旨で、右側の「医師の多寡を把握できる指標の導入」ということで、単に数だけではなくて、いろいろな要素を踏まえた上で医師が不足しているのか、あるいは、相対的に多いのか、そういったことを出せる指標を今検討させていただいておりますので、そういうところもブラッシュアップして考えていきたいと考えております。

○桐野部会長 最低患者流入・流出率のファクターを入れないと、これだけではわからないと思いますね。

ほかにございますか。

相当いろいろな御意見をいただいたと思うのですが、そうすると、きょういただいた御意見を厚労省側として、これを取り入れて、次のもうちょっと具体化したこういう紙が出てくると理解すればよろしいですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 はい。

○桐野部会長 これは結構重要な資料だと思いますので、もし御意見があればお願いします。

どうぞ。

○金丸委員 確認ですが、定員の設定のところ、先ほど説明があったのですが、例えば、1つの県でそこにある大学が募集定員というか定員枠を決めるときに、例えば実績を重ねてないから結局ふやせない。せつかく応募があるかもしれないけれども、ある年はふやせない。何かそういう計算というか、そういう仕組みはあるのでしょうか。それはないです

か。

○桐野部会長 各都道府県の個別の病院あるいは大学の定員ですね。

○金丸委員 大学は特にそうですが、僕はちょっと情報がなくて、知識がないだけなのかもしれません。

○堀岡医師養成等企画調整室長 申しわけございません。質問の意味をよく理解してないのかもしれませんが、大学で要はフルマッチしていて、もっと応募があるのに。

○金丸委員 うまく質問ができてなくて申しわけないと思うのですが、例えば、大学は、数としては50人も60人もあったらマッチして確保したいと。しかし、その枠を出すにももちろんある計算式の中では出せない。しかし、実際のマッチ率は低い。これは現実にあると思うのですが、そのはざまの中で大学は一生懸命頑張っているという姿はあると認識しているのですが、例えば何か大きなことがあって、大学に希望がふえていくベクトルが起こったときに、流れが起きたときに、その枠の流動性は、何かの仕組みとして、先ほど計算式がありましたよね。あれがベースということで現状あるということで、あれ以外にはないということによろしいのですか。

○桐野部会長 これは都道府県の調整枠でやれますよね。都道府県と協議した上で、都道府県がなるほどそれは増員が必要だとなったとすれば、調整枠を配分するということですね。

○金丸委員 ちょっと知識不足で、済みません。ありがとうございました。

○桐野部会長 全体の数の問題については、結構微妙な問題もあるので、算定方式をきちんとそれなりにこういうふうにやりましようとした上で、実際に、算定結果は、数まで出して、これでいいですかと言うともめるので、厚労省としても、全県、それほどひどいことにはならないと。例えば、今まで100と言っていたのを、95ぐらいまで減るけれども、こっちは十分余裕がある状態というぐらいのことかなと思いますけれども、もうちょっと減るかもしれませんけれども、そういう算定方式を考えていただいて、これはリーズナブルだなというところで、十分やれますよということだったら、1.1から下げていくということはあるかなと思います。この点いかがですか。

金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 済みません、繰り返しで。そういう意味でも28ページの募集定員上限の計算方式の案ですね。「地理的条件等の加算」は、これはいい位置づけでこれが効いてくるといいのかなとは思っています。

○桐野部会長 それでは、募集定員の計算方法については、今までどおりを基本的には踏襲するけれども、全国の医師養成、医学部の定員によって増加するのは、一定の上限を加える。それから、医師不足地域等を配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させるということで、算定方式を考えていただいて、こういう案ではどうですかということを示すということによろしいですか。

それでは、資料1はここまでにさせていただいて、続きまして、議題2「医師臨床研修

制度の新たな到達目標・方略・評価について」福井先生、よろしくお願いいたします。

○福井参考人 それでは、お手元の資料の2-1から2-4についての説明をさせていただきます。

9月21日の到達目標の見直しに関するワーキンググループで提出した資料でして、大まかな方向性としてはこの方向で、さらに緻密な到達目標・評価の票をつくっていくことになったものです。本日の医師臨床研修部会でも、御了承をいただければありがたいです。

最初に、資料2-1をごらんいただきたいと思います。

この中には、「Ⅰ 到達目標」と、4ページを見ていただきますと、「Ⅲ 到達目標の達成度評価（案）」を示しております。Ⅱが抜けていますが、これは方略でして、方略については、全体のまた、日を改めて、具体的な案を示したいと思っています。

最初に、レビューです。「Ⅰ 到達目標」は、A. B. C. に分かれています。最初のA. のところが1ページ目の下半分のところにありますが、4項目。これは主としてプロフェッショナルリズムに関する項目になっています。B. の「資質・能力」が9項目ございまして、これは1ページ目から、3ページ目の真ん中付近までに記載しております。それから、C. 項目が「基本的診療業務」で、これは2年終わった時点で、4か所での診療をほぼ任せられるという目標です。

この目標について、その評価の基本的な考え方ですけれども、4ページをごらんいただきたいと思います。4ページの上のところの8行の中に3項目を書いております。最初のパラグラフですが、各分野・診療科のローテーション終了時に、医師及び医師以外の医療職が、今から説明させていただきます資料2から4に相当する評価票のⅠ、Ⅱ、Ⅲを用いて、到達目標の達成度を評価して、その記録を研修管理委員会で保管する、というのが第1点目です。

第2点目が、到達目標の達成度については、少なくとも年2回、プログラム責任者、研修管理委員会の責任で、一人一人の研修医にフィードバックをしてほしい、というのが2項目めです。

3項目めが、今後内容がちょっと変わってくるかと思いますが、今から説明させていただきます評価票のⅠ、Ⅱ、Ⅲについて、2年間の研修終了時に、研修管理委員会で最終的に、それまでに研修管理委員会に集められた記録を用いて、研修を修了したと認定するかどうかを研修管理委員会で決めていただく必要があります。今後、評価票のⅠ、Ⅱ、Ⅲを全部まとめたような判定票をこれからつくって、それを次回にはお示ししたいと思います。

したがって、大きな流れは、評価票を用いてローテーションを終わるたびにこのような観察記録の評価票を出してもらって、それを研修管理委員会で保管して、少なくとも年2回、一人一人の研修医にフィードバックをして、それで、必要な改善点なり、研修のプログラムを個別に微妙に変える必要がある場合はそのようにしてもらおう。そのようなフィードバックをしてもらって、2年次終了時には、研修管理委員会でそのような記録を全部レビューした上で、終了判定をしてもらおうということを考えております。

資料2-2をごらんいただきたいと思います。

これには到達目標のプロフェッショナルリズムの4項目と、それから、「B-1 医学・医療における倫理性」「B-4 コミュニケーション能力」「B-5 チーム医療の実践」が入っております。このBの3項目については、医師以外の職種による評価もできる項目と考えまして、プロフェッショナルリズムの4項目に加えた評価票になっています。

それぞれについて評価を、これは「心配」または「ふつう」、「安心」、それから、観察することがなくて「評価できない」、それから、最後に、印象に残ったエピソードを記載してもらうというフォーマットを考えています。

上のほうの評価者名のところをごらんいただきますと、「医師」以外に、「他職種指導者」という項目がございます。特に、コミュニケーションとかチーム医療などについては、医師以外の職種からの評価が必要だと考えまして、このようなつくりになっています。

次に、資料2-3をごらんください。

これは、「B. 資質・能力」に関する評価で、いわゆるマイルストーンのような形になっています。評価をレベル1から4までしてほしい。レベル1は卒前教育のモデルコア・カリキュラムを到達したレベル、つまり、研修を始めるレベル、それから、レベル2が臨床研修の中間時点でまだ発展途上にあるというレベル、レベル3が終了時点で期待されるレベル、レベル4は研修修了時点で期待されるレベルを超えて、上級医として後進を監督できるレベルという、4段階を考えています。

ページをめくっていただきますと、「B-1 医学・医療における倫理性」でございますが、この中には、到達目標としては5つの下位基準（下位項目）を書いています。それぞれについて、レベル1は、卒前のモデルコア・カリキュラムですので、その内容を記述するだけでいいのではないかと今のところ考えています。レベル2が、下位基準の①のところだと「人間の尊厳と生命の不可侵性を尊重する」に対して、レベル2は「尊重の念を示すことができる」、レベル3は「尊重の念を示し、それに基づく行動ができる」、そして、レベル4は上級医として教育できるということで「モデルとなる行動を他者に示すことができる」といったようなレベルを考えています。

それぞれについて、「観察機会なし」という項目も設けております。

そして、下位項目の⑤の下に、全体として総合評価を必ずチェックしてもらうことを考えています。上の下位項目の①～⑤についてのチェックボックスは、場合によればしなくてもいいかなと考えておりますが、総合評価のところだけはお願いしたい。

その下にコメント欄がございます。いいところ、悪いところ書き込んでもらえればと思っております。

同じようなつくりで、B-2の「医学知識と問題対応能力」、B-3の「診療技能と患者ケア」など、9番目まで似たようなつくりになっております。最後の総合評価のところは、例えば、レベル2とレベル3の中間辺りというふうなところもチェックできるようなチェックボックスを設けています。

そして、資料2-4をごらんください。

これはいわゆるEPAといわれているようなアウトカム評価です。2年次終了のところで、必要ときに指導医に連絡がとれる状況下で一般外来を任せられることができる、病棟を任せられることができる、初期救急を任せられることができる、地域医療の中では枠組みを理解して医療・介護・保健に関わる種々の施設や組織と連携できる、という常態になってほしいというものです。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、指導医が求めに応じて対応できる状況下でできる。レベル3は、ほぼ単独でできる。レベル4は、後進を指導できる。その右側に、「観察機会なし」などを設けました。この資料2から資料4は、それぞれの分野、診療科のローテーションを終わるたびに出してもらおう。したがって、ローテーションした診療科によっては、当然ですけれども、初期救急の経験がないところ、または、地域医療の経験がないところもございますので、そここのところは「観察機会なし」ということになりますし、そういうローテーションの場所が比較的多いのではないかと思います。そういうのを全部まとめて、2年次終了の時点で、2月か3月になると思いますけれども、トータルとして研修管理委員会が、地域医療、初期救急、病棟、一般外来について、最低レベル3のところまで来ているかどうかという手順を判定してもらおう今のところ考えております。

以上です。

○桐野部会長 ありがとうございます。

御意見ございましたら、お願いします。

岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 教えていただきたいのですけれども、例えば、医師と他職種指導者というのがありますよね。そうすると、例えばどこかの科を回っているときに、技師さんとか看護師さん師長とかが書くということになるわけですよね。

○福井参考人 はい。

○岡村委員 これは、例えば、指導医が1つ書く、それから、例えば師長が書くという、そういうことを想定されているのでしょうか。

○福井参考人 はい。人数は何人以上というのはまだ案としては出しておりませんが、個人的には3人くらいは必要ではないかなと思っています。

ただ、医学教育分野の研究では、実は、外国では8名の評価が必要とされ、我々が日本で研究したときには、10名の評価があるとかかなり妥当性の高い評価ができるという結果にはなっています。ただ、1か所につき必ず8名以上とか10名以上はなかなか難しいと思いますし、また、医師以外の方からの評価も必ずしてもらう必要が、特に、資料2-2については、あると思いますので、そここのところは現実的な数を恐らくリコメンドするという形になるのではないかと思います。

○岡村委員 もう一つは、指導医は一番よくわかってないといけないので、指導医が例えば評価できないなんていうのにつけるのはおかしいですね。他職種の方だったらあり得

るけれどもということでしょうか。

○福井参考人 資料2-2に、あえて「医師」としか書かなかったのは、ちゃんとした資格のある指導医もいれば、資格を持っていない、いわゆる上級医で教える方もたくさんおられますので、できるだけそういう医師にも評価してほしいという意図から、あえて「医師」というひとくくりにしました。

○桐野部会長 河野先生、どうぞ。

○河野委員 ちょっと教えていただきたいのですが、資料2-2ですが、いろいろな他職種の方からもいただくというのはいい視点だと思うのですね。実際、うちの病院でも、できるだけいろいろな評価を聞いたりもしているのですが、そうすると、やはりばらつくのですね。立場が違っていると見ているところが違いますので、最終的にいろいろなのが出てきたときに、それをどう扱うのか、重みづけもないし、立場が違っても、その方の評価はある意味では正しいと思うので、それはいかがなのでしょう。

○福井参考人 そのこのところは、評価してもらう数がある程度ふやすう必要がありますし、それに、1人だけの評価が真実をあらわしているかどうかわからないものですから、2年間分全部集めて、最後のところでは、研修管理委員会としてトータルに評価してもらうということが必要だと思っています。評価はかなり主観的なところがございますので、評価自体がばらつくのは当然で、組み込み済みのことで、したがってできるだけ多くの方々からの評価をお願いしたいと思います。

○桐野部会長 相原先生、どうぞ。

○相原委員 教えていただきたいのですが、結果として、2年間終わるころに、その一人が2年間で成長していきますよね。人って、研修の最初と違って、一番最後のころには、どうにもならない、箸にも棒にもかからないのがお医者さんらしくなってというのはあるとは思うのですね。そうすると、最後のほうの研修のところに、例えば、コミュニケーションをよくとれるとか、いろいろ重みをつけるとか、そういう変化はなしで、ただ平均値をとって出すとかそういうわけではなくて、最終的には、全部を見て、これについてのこの人の最後の評価を1種類だけつくって提出するというところでよろしいのでしょうか。

○福井参考人 いろいろな診療科をローテーションしたものを全部恐らくテーブルに置いて、最後に研修管理委員会として判定票をつけてもらうことになるのではないかなと思っています。そうでないと、例えば1年目の5月ごろ回ったところの評価と、それから、2年目の1月ごろ回った評価とは同じ重みづけというのはあり得ないわけで、できるだけ2年の最終段階に近いところでの評価を重視することに当然なります。

問題は、地域医療と初期救急、一般外来については、どの時点で回るのかによって随分違ってくると思います。ですから、そのこのところの判定はかなり難しく、例えば、1年目の最後のところで救急を回った、地域医療は例えば2年目の最初に行ったという場合に、本当に救急と地域医療の2年終わった時点での能力を判定できるかどうかというのは、非常に難しいのですけれども、そのこのところは研修管理委員会としてトータルとして判定を

してもらふことに実際はなるのだらうと思います。

○桐野部会長 岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 研修医にはどのように伝えるのでしょうか。

○福井参考人 細かいところは詰めておりませんが、恐らくこれらをも全部オープンにして、研修医にはこのような評価がされるということを理解した上でローテーションしてもらふことに当然なると考えています。まだ具体的にそう決めたわけではございません。

ワーキングには、中島先生、清水先生、羽鳥先生、金丸先生、神野先生も入っておられますので、大部分の先生方は御存知の話ですので、何かつけ加えることがありましたら、ぜひ発言していただければと思います。

○桐野部会長 いかがでしょうか。

これは、主要形態としては紙ベースでやられる。それはそれぞれの研修病院が自分で工夫してくださいということですか。

○福井参考人 電子的なものをつくる方向で、話し合いが行われているところです。厚生労働省も恐らくその方向で考えてくれるものと期待しています。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局です。

電子化につきましては、例えばですけれども、まだ決まっておはりませんが、現在、EPOCというようなシステムが使われていますので、既存のそういったシステムを利用する方法や、改めてつくるのであれば、そういった方法もあるかもしれないのですけれども、そういったことを総合的に勘案しまして、平成32年の開始までに、電子化も含めてどういう方法があるかということもあわせて検討させていただいております。

○桐野部会長 そのほか、いかがでしょうか。

もし、ないようでしたら、引き続き、ワーキンググループで検討を続けていただくということでございますので、どうぞよろしく願いいたします。

どうもありがとうございました。

それでは続いて、議題の3「その他」に関して、事務局からお願いいたします。

○星臨床研修指導官 「臨床研修制度における地域枠医師への対応について（案）」という資料3をごらんください。

地域枠医師への対応については、3月の当部会で御議論いただいておりますので、その際に御議論いただいた内容に基づきまして、参考資料3-1にありますとおり、マッチング協議会で規約を改正していただき、参考資料3-2と3-3の通知を厚生労働省から発出し、今年度のマッチングから、資料3-1、3-2及び3-3の通知の対応を行っておりますことを御報告させていただきます。

また、3月に御議論いただいた際に、ペナルティーのかけ方については、改めてお諮りすることとされておりました。この点につきましては、ペナルティーは必要だという御意見が多かったところですが、段階的に考えてはどうかという御意見もあったというところですので、これらを踏まえまして、資料3の3の(2)にありますとおり、臨床研修病院が、従事

要件等に反する研修医を採用している場合、制度から逸脱した程度に応じて、当該病院に対する臨床研修費補助金を減額することとする。この減額には、募集定員の削減も含まれます。なお、減額を開始する時期については、十分な周知期間をとり、平成31年度とする、としてはいかがかと考えております。

なお、資料3の3の(1)にございますが、各都道府県は、研修希望者について、従事要件等と研修プログラムにそごがないことを確認し、その結果を毎年4月末日までに厚生労働省に御提出いただくこととしておりますので、その状況を含めて周知を行うことを予定しております。

以上、資料3の3(2)について、御意見をいただければと思います。

○桐野部会長 これは、前にも一度こういうことを議論して、それは実際にはこういう紙にはならなかったような気がするのですけれども、いかがでしょうか。

岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 臨床研修病院が従事要件等に反する研修医を採用している場合の減額というのですが、前にも意見を言ったかと思うのですが、お金で縛ることは余り効果がないと考えております。ですから、ペナルティーをかけるのであれば、研修医の採用定員を減らすとか、そっちのほうが効果があるのではないかなと思います。

○桐野部会長 そのほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 もちろん最後に「※」で書かせていただいていますとおり、「当該病院の募集定員の削減も含む」ということとしておりますけれども、減額というのもある程度効果があるとは思いますが、そちらも有効な政策手段だとは考えております。

○岡村委員 この「※」で募集定員の削減も含むと書いてあるけれども、どちらかという逆で、定員をまず減らすことが効果的だと考えます。減額ももちろん効果はあるかもしれませんが、とにかく労働力として見ている。だから、お金は別に構わないというスタンスの病院が、こういうことをするのではないかなという気がします。

○桐野部会長 確かに、裏技がかけられるようなのはなるべく避けていただきたいということだと思います。

金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 前回の議論をこういうペーパーで整理していただき、それを実際の行動として、文書等の発出も、大変望まれる姿なのかなと、改めて思いました。ありがとうございました。

○桐野部会長 羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 地域枠で応募した学生さんに対して、国の方で、2年毎の医籍登録や専門医のデータベースをつくられるということだったと思うので、地域枠マークをつけるとかそんなことはあり得るのでしょうか。地域枠で入られた方が義務年限をクリアしなかった時は

履歴書の中に「賞罰なし」の欄に印が付くような事は可能でしょうか？

○堀岡医師養成等企画調整室長 済みません。先ほど私が御説明したデータベースのことでしょうか。

○羽鳥委員 要するに、データベースをお考えになっているということですがけれども、その中に、その人を経年的に病院、科などを追跡していくわけですよね。だから、そのときに、地域枠の方が義務を果たさなかった時に、他者からみてわかるしくみが出来るのかという意味です。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今のところ考えておりません。

○神野委員 これは、確かに羽鳥先生がおっしゃるように、研修病院の罰則ばかりで、本人に対する罰則はないのですよね。そこのところを今おっしゃったのだと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 本人の罰則は、奨学金を返さないといけないという強烈的な罰則がかかりますので、あえて、それをやっても、何か無視をしてやるという裏技を防止するというのがこの技なので、本人は奨学金を返さなければいけないという、そこはそもそもかかるということです。

○岡村委員 奨学金といっても、例えば自治医大とかそういったところで、私学とかで、何千万という単位のお金を返さないといけないというところと、国公立なんかだったら、ほとんど授業料を返せというわけではないわけですから、それは、本人たちは何の被害も被らないというのは一つ覚えていただきたい。

もう一つは、例えばこんな例もありますね。実際に我々が経験していることなのですが、大学病院の関連病院に一旦入って、その後、また、その大学へ行くわけですね。そうすると、連座制みたいな、どこが減額にしても、定員削減なんかも、移られていった場合に、責任が曖昧になってしまう。それも注意していただきたいと思います。

○武井医事課長 多分いろいろなケースがあって、それを調べていきつつ、ペナルティの形もそれに合わせたような形で運用していくことかと思えます。

先生がおっしゃったケースは、今後しっかりとフォローをしていきたいと思えます。まずは、こういう方式で、先生がおっしゃったように、例えば、今、募集定員の削減が例示みたいにならざるにちょっと小さい字になっていますけれども、これを本文の中に入れて、削減をするということを記載する。併せて、補助金を減額するみたいに書くと、より明示的になりますので、そういった修文をすとかで対応することはできるかなと思えます。

後半、先生がおっしゃったように、我々もしっかりとフォローしたいと思えます。

○岡村委員 他にも、例えば、2年目の研修の最後3か月ぐらいのところではノイローゼになった。精神的に問題だといって休んでしまうわけですね。そうして、一応研修の条件はぎりぎり満たしているようにすれば、2年間の初期研修はできましたということになります。けれども、本人は病院へ出勤しない。もしくは、どこにいるかもわからない。でも、どこかの病院に実は働いている。そして、実はそれはある大学の関連病院で、その後、ほとぼりが冷めたところでそこに入る。

そういった複雑なケースのときに、今のようなペナルティーが、いろいろ考える人は考えるので、その辺のことも制度としてしっかりやっていただきたいと思います。

○桐野部会長 実際は結構複雑だということを、今、岡村先生がおっしゃったのだと思うのですけれども、県が、それぞれの県の地域枠の研修医をよくフォローして、今おっしゃったようなそういうことになってしまった研修医は、逆に、フォローしてあげないといけないので、杓子定規にやるのはやはり難しいのですけれども、県がよく状況を把握していれば、ここに書いてあることは実施できるのかなと私は思いますけれども、何か。

○金丸委員 地域枠の把握という視点ですが、このごろそれがとれたのですが、つまり、過去において、大学の中で一つの公平性というか差別という視点から明らかにできなかったという部分があった。県から見てもそれがわからない。大学はわかっているけれども、表現できない。しかし、その大学の中で地域枠の人にしっかりとそこら辺のアプローチもしくかったという実態も今まではあったのですね。これがこういうことを通して、もっとそれが開かれて、より望ましい姿でみんなが取り組めるということにつながっていけばいいのかなと思ったりもしたのですね。

○桐野部会長 今の問題は、結構難しい問題ですね。

清水先生、どうぞ。

○清水委員 地域枠によっては、研修期間の2年だけでなく、3年目4年目までかかる方もいらっしゃると思うのですけれども、そういう方に対して、1年目は何とかこのペナルティーでクリアしたけれども、3年目は余り関係ないというようなことになっちゃうのも大変だと思うので、県がちゃんと把握しておかなければいけないかなと思います。

岡村先生がおっしゃったように、大学によっては、それは公開しないということにもなっていたりもするのですけれども、こういう事実があるから、少なくとも大学もちゃんと把握して、県に報告してくださいというようなことをお願いするようになったらいいかなと思いますけれども、いかがでしょうか。

○桐野部会長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先ほど、金丸先生のほうからも御指示があったのですが、県は金を貸していますので、必ず1年に一度ぐらいは、少なくとも医者になった人は、「今どこであなたは働いていますか」という調査はしています。そうでないと、お金を返してもらわないといけないので、地域枠の奨学金を借りている医師のほうは必ず返しています。というか、その調査で返さなかったら、もう地の果てまで追いかけてちゃんと都道府県もチェックしていますので、大学からというよりは、都道府県は、お金を貸した人には、直接その医師の方に、個人からそういう情報はとっていますし、我々もその状況はある程度県から報告を受けて把握をしています。現在、勤務地が不明というような報告は我々にもほとんど挙がってきていませんので、ある程度県はきちんと把握しているというふうに厚生労働省としては認識しております。

○桐野部会長 金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 確かに、奨学金が絡んだ特別枠に関しては、県もちゃんと共有している。ただ、そうでない、先ほど中島先生のおっしゃったその辺があるのですが、そうでない地域枠も存在していて、そこはデリケートな内容で、まだ各県違っている部分があるのかもしれないと推察しているのですが、おっしゃったとおりですね。

○桐野部会長 河野先生、どうぞ。

○河野委員 今までの議論はそのとおりだと思うのですが、ただ、採る側の病院側のスタンスを考えますと、地域によってはかなり医師不足の中で必死になって確保ということに動いているところもあるので、それが「逸脱した程度に応じて」というニュアンスだと思うのですが、その状況の悪性度というか、病院側の事情も十分に勘案して、このペナルティーというのをしないと、削減されてしまうと、地域に対する影響が非常に大きいケースも出てしまうと思います。やってはいけないというのは、まず抑止力としてしっかり周知するということが大事ですが、その辺よろしくお願ひしたいと思ひます。

○桐野部会長 岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 多分違うと思ひますね。要するに、医師不足で困っているところの、へき地とかそこにとられるということは、結果的にはそれはむしろいいことと言ったら変ですが、むしろ、医師不足ではないところへ行ってしまふ。そっちを懸念しています。

○桐野部会長 相原先生、どうぞ。

○相原委員 地域でバーターということがあるのでしょうか。つまり、地域枠で入った人が、一般枠の学生と仲良くなって結婚する。一般枠の人は地元へ帰る。だけど、結婚するまで9年間待っててねというわけにはいかないと思ひますね。その異動する先がやはりあると思ひますよ。東京とかに行ってしまうというのはさすがに悪いなと思ひますけれども、要するに、医師不足のところへ一緒に異動するという場合は、何か配慮みたいなものがあるのでしょうか。相手方の県に言わせれば、お嫁さんを連れて帰ってきてくれて、医師不足が1人解消するというのはうれしい話ではあると思ひますけれども、そういうのは1つの例ですけれども、県同士のバーターがあり得るのかなとちょっと思ひますものから。

○桐野部会長 今まで、事例はありますか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 自治医大では、おっしゃるとおり結婚協定というのがあるのですが、済みません、厚生労働省からしたら、県と県がそれでいいと言えいいのではないですかとしか、ちょっと言いようがないところではございますが、我々が把握している範囲でそういう規程を言っている例は、今のところちょっと存じ上げないです。

○中島委員 資料3は(案)になっているのですが、もう発出したときさっき言われたように思ひますけれども、どうなっているのですか。

○桐野部会長 事務局、どうぞ。

○星臨床研修指導官 マッチングの際に研修医が病院に申し出てもらって、病院側も地域

枠かどうかを確認すること、都道府県がリストをつくって、それも確認に使うこと。都道府県がその事後を追いかけて調査するという事までは、7月末に通知を発出しております。

最後の3の(2)の部分だけです。このペナルティーの部分だけが、前回の議論ではペンディングになっておりましたので、この部分だけが(案)ということでございます。

○桐野部会長 いかがでしょうか。2

事務局としては、本日、一応お認めいただいて、この文書から(案)を取って有効にしたいというお考えですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 (首肯する)

○桐野部会長 今の御意見で、この(案)を取って、これでよろしいということであれば、御承認いただきたいのですが、まだ検討の余地が大いにあるということであれば、もう少し検討していただかないといけないかなとは思いますが、この件はいかがですか。

これにはたくさん書いてあるので、細かくいちいちきちっと見るにはもう少し時間がかかるような気がします。ちょっと待ってくださいね。

神野先生、どうぞ。

○神野委員 募集定員の削減ないしはなのか、orかandにするかぐらいですよ。ないしは補助金を減額するでしょうね、きっと。

○桐野部会長 ここはどう書くのですか。

○武井医事課長 多分、これは、and or になると思います。それだけの場合もありますし、両方コンビネーションでいく。それはまさしくこの書いてある「程度に応じて」ということと、悪性度など既存の制度を非常に悪用しているようであれば重くということになると思います。そのため、並列に書いて、「定員の削減・補助金の減額」ということで、両方オプションとして提示することが、今日の議論では望ましいと考えます。

○桐野部会長 清水先生、どうぞ。

○清水委員 そうしますと、「制度から逸脱した程度」は、誰が判断されることになりですか。厚労省が判断されるということですか。先ほど出たような、地域の事情とかということ余り考えずに。この部会にかけるといってもないとは思いますが、地域の事情も厚労省の中で解決して、厚労省が決めるということよろしいですね。

○桐野部会長 課長、どうぞ。

○武井医事課長 これは、一般的な補助金の取扱いに準じた形で、もし仮に進めると考えると、実情をその県ないしは病院のほうから聴取した上で、悪性度といいますか、実態を把握して、それに基づいて、お互い議論をしながら決めますので、一方的に決め打ちでやることはないです。

あと、必ず第三者というか、関係する人たちにも入っていただいて、その病院の委員会があるなら、その委員会の意見を聴いたり、決定プロセスの途中に県や厚生局が入っているケースも多いですので、そういう人たちからも意見を聴くということで、いろいろな

意見を聴いて決めていくということになります。

○桐野部会長 羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 医師のほうには特にしないということですね。地域枠応募医師に対して、学生さんに対してのペナルティーは、今回は求めないということですね。

○武井医事課長 今のところではないです。

制度の仕組みそのものにも関わってくると思うのですが、法律で決まっている研修は、この臨床研修だけです。さて、ペナルティについては、相当に重大なものがあれば、医道審というものもありますけれども、それは内容によるかと思います。通常の奨学金をもらった上での県との契約について、十分約束どおりっていないということですので、それは、その県の実情とか、本人の意見を聴いた上で、本人に対する注意はすると思いますが、公的な形での何らかの不利益処分は通常はないと思います。

○羽鳥委員 ただ、倫理的な面で、少しは心に痛みを感じてほしいので、何か1行ぐらい言葉があってもいいのではないのかなと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 厚生労働省から注意をするぐらいは、実質上、我々のほうから電話をして、そういうことぐらいはもちろん可能であるかもしれませんが、少なくとも行政がやるとなると、法的な裏づけとかそういうものが必要でございまして、地域枠というものは、県と奨学金とのあくまでも。その枠組みがですよ。倫理的な問題は別として、それは本来あってはならないものですが、例えば、何か我々のほうで、課長が申し上げたとおり、明確な不利益処分をやることに関しては、法的な根拠が必要だと思います。

○桐野部会長 ほかにいかがでしょうか。

岡村先生、どうぞ。

○岡村委員 僕は、羽鳥先生と同じ考えなのです。

例えば、先ほどの福井先生の評価などでも、それとは別に、そういう地域枠の制約を守っていないものであるとか、何とかそういうのが残るような、少なくとも厚労省の医師の登録票みたいなものがあるじゃないですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 医籍ですか。

○岡村委員 医籍ですね。それだって残せば残したほうがいいのではないかという気がします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ちょっと検討をさせていただきますけれども、非常に法的に微妙で、国がやる不利益処分ととらえられるものに関しては、厚生局なり我々のほうからそういうことはよくないのではないですかということ、あくまでもそういうことで申し上げることは可能だとは思いますが、何か明確に不利益となる処分をするということに関しては法的な位置づけが必要なことだと思います。

○桐野部会長 相原先生、どうぞ。

○相原委員 羽鳥先生や岡村先生のおっしゃることもわかるのですが、その状況が人によ

って余りに違うのですね。例えば、京大の教授をやっている先生でも、奨学金をもらって、本当だったら奨学金を返すまで大学とかどこかで勤務しなければいけないけれども、余りに優秀で、アメリカから引き抜かれて、奨学金のお金を返して行った。例えばそういう方がいらっしゃるのですけれども、そういう方に一生「あなたは悪いことをしました」みたいなマークがついて歩くというのはやはり問題だと思うのですね。

それで一方では、初めから地域医療とかそういうものをやる気がなくて、例えば防衛医大なんかはたくさんいますよね。もらった奨学金を一切手をつけずに全部ためておいて、外へ出たとたんに全部返して、よそへ行っちゃうという人たちが何人ももういますので、悪質度が違うと思うのですね。それをみんな同じように履歴に何か傷をつけるというのは私は賛成はできないなと思いました。

○桐野部会長 金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 これはなかなか難しいとは思いますが、振り返ってみると、入試の段階から違った形で入っている、そこが始まりだというところが、この地域枠は難しいところを持っていると思うのですね。極論を言うと、お金を返せばすむということではないのかなというところに何か行ってしまう部分があるわけですよね。そこが議論の難しいところかなとは思っています。

○桐野部会長 課長、どうぞ。

○武井医事課長 この議論は非常に重要で、皆さんおっしゃる点はそのとおりだと思います。これは1つの提案ですけれども、今回こういう形で何らかのペナルティーを課すというのがこの会でおおむねコンセンサスを得られつつも、具体的な話になると、やはりいろいろな意見が出てきます。こうした場合、基本的な方向性は今日皆さんから御意見をいただいたと思いますので、その方向で進めつつ、2、3年運用すると結果が出てきます。こうした実績を踏まえて、例えば悪質なケースについては、本人にさらに追加で何か記録に残すとか、その後の研修に何らかのメッセージを送るとか、いろいろなやり方があると思います。ですので、今日基本的な方向性を示すことができれば、運用実績を見ながら、また、追加で何らかの措置がとれるかどうかについて将来的に御検討いただくのはいかがでしょうか。

○桐野部会長 ありがとうございます。

私も1つ申し上げたいことは、変なことができないようなシステムをきちっと用意しておくことが大事かなと思いますので、マッチングのときに、例えば最も競争率の高いA県におけるA中央病院だけ、第1候補だけ自分が丸をつけるというようなことではなく、複数の候補に研修病院として選択するようなことを地域枠の研修医にはやってほしい。そういうことができるように工夫できるのかもちょっとお考えいただきたい。裏技がなかなかできないシステムを作っておくということが大事だと思います。

では、今、課長からまとめていただいたようなことでよろしいですか。

(「はい」と声あり)

○桐野部会長 では、そういうことで、この件につきましては、事務局案に基づいて実施していただきたいということでございます。

以上で、本日予定していた議題は終了いたしました。

もし、そのほかにございましたらお願いしたいのですが、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、事務局から何かございますか。

○星臨床研修指導官 本日いただきました御意見を整理し、議題1、議題2につきましては、改めてお諮りしたいと思います。

また、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 どうもありがとうございました。

それでは、本日の医師分科会医師臨床研修部会を終了させていただきます。

どうもありがとうございました。