

○出雲臨床研修指導官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第4回「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。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席を賜り、誠にありがとうございます。

本日は、岡村委員は御欠席、釜范委員、木戸委員、清水委員、谷口委員、宮地委員、森委員はオンラインで御出席いただいております。

なお、花角委員につきましては、急遽御欠席となっておりますので、代理で新潟県保健福祉部長の中村様が御出席されると伺っております。

また、伊野委員については、少し遅れて出席される予定でございます。

また、オブザーバーといたしまして、オンラインにて文部科学省高等教育局医学教育課から堀岡企画官に御参加いただいております。

マスコミの方の撮影は、ここまでとさせていただきます。

それでは、以降の議事運営につきましては、国土部会長をお願いいたします。

○国土部会長 国土でございます。

今日から12月ということで、会議が立て込んで皆さん大変多忙だと思いますが、今日は御参加いただきましてありがとうございます。

それでは、まず事務局から資料の確認をお願いいたします。

○出雲臨床研修指導官 それでは、資料の御確認をお願いいたします。

事前に議事次第、資料1から5、参考資料1から3を配付しておりますので、お手元に御準備いただきますよう、お願いいたします。

不足する資料がございましたら、事務局にお知らせいただければと思います。

また、本日、オンラインで御参加いただいている委員及び参考人の方につきましては、御発言時以外は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。御発言の際は、Zoomサービス内の「手を挙げる」ボタンをクリックいただき、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をお願いいたします。また、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、引き続きお願いいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めたいと思います。

本日の1つ目の議題は「医師臨床研修制度の見直し（（基幹型臨床研修病院の指定の基準（年間の入院患者数）の在り方）の検討について」です。

資料1について、事務局から説明をお願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 よろしくをお願いします。

資料1でございます。

2ページをお願いします。

基幹型臨床研修病院の指定の基準（年間の入院患者数）につきましては、基幹型病院の指定の基準は様々ございますけれども、臨床研修省令でそのうちのひとつとして「臨床研修を行うために必要な症例があること」という規定がございます。

平成22年度からはここを少し具体化しまして、臨床研修省令の施行通知におきまして、入院患者の数については年間3,000人以上であることという規定を設けたところです。

※のところですが、これは平成22年度に導入したものですので、それ以前から指定を受けていた病院というものがございます。こちらにつきましては、平成23年度末までの間、3,000人未満であっても指定が継続されることになりました。

さらに、24年度からは、こういった従来からの指定病院については、3,000人未満であっても、実地調査を行ってしっかりした研修が行われているということが確認できれば、指定が継続されることになったところです。

平成27年度からはこの3,000人の基準を少し緩和しまして、2,700人以上の病院については、実地調査の結果、しっかりした研修ができるということであれば、基幹型病院として新規に指定できることにしたところです。

これらの結果、令和4年度の年間入院患者数が3,000人未満の基幹型病院は45あるという状況です。

この基準につきましては、地方公共団体、具体的には長崎県から緩和の要望が寄せられているところです。

要望の内容は、次の3ページです。

これは長崎県の資料ですが、長崎県には8つの二次医療圏があるということです。そのうちの7つの医療圏には既に基幹型病院を1つ以上置くことができているということですが、壱岐島がある壱岐医療圏にはまだ基幹型病院を置くことができていないということです。

壱岐医療圏の中心となる病院、長崎県壱岐病院の年間入院患者数が2,421人であり、2,700人に満たないので、今のままでは基幹型病院として指定することができないということです。長崎県としては、ここを緩和して基幹型病院としてぜひ指定をしたいということで要望が寄せられたところです。

この要望を踏まえ、政府内で検討した結果、令和3年の12月に閣議決定がなされまして、指定基準のこの部分についてはこの部会で検討して、令和5年度中に結論を得るようということになったところです。

4ページですが、長崎県自身もこれを全国一律に緩和することまでは求めておらず、⑤の留意事項の四角の中ですが、二次医療圏内に基幹型病院がない場合に限る、そういった部分的な緩和でいいので、ぜひお願いしたいということです。

5ページ、年間入院患者数別の基幹型臨床研修病院の数です。基幹型臨床研修病院は全部で1,028ありますが、年間入院患者数別に数を表したものがこちらのグラフです。基幹型病院の年間入院患者数の平均は9,165人です。基幹型病院というと年間入院患者数は1

万人ぐらいというのが相場のようなようです。そういった中で、こういった分布になっているということです。

6 ページ、7 ページが先ほど御紹介した3,000人未満の基幹型病院45病院のリストです。小規模ながら研修に取り組んでおられる病院であり、7 ページの下のところは平均2.8、1.9と書いていますが、令和5年度の募集定員の平均が2.8ですから、約3名の募集定員を各病院持っていて、実際の採用に結びついたのは1.9、約2名です。研修医を約2名育成しているというのが平均的な姿です。

8 ページ、これまでこの問題に関して各委員からいただいた御意見を列挙しています。

こういったことを踏まえまして、9 ページ、この問題に対する事務局案です。

まず、1つ目の○のところは、臨床研修の基本理念に掲げる「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付ける」ためには、基幹型病院は幅広く豊富な症例を持っているということが必要である。そういった体制を確保するために、基幹型病院の指定の基準の一つとして、この年間入院患者数を定めているところではあります。

こうした中、今回、離島を念頭に置いて要望が来ているわけですが、離島においては人口規模が小さいものの、地域の急性期医療が完結的であり、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病について、一般に、離島の中核的な病院であれば幅広く受け入れがなされていると考えられるために、年間入院患者数の基準を満たさなくとも、一定の条件を満たす場合には例外的に基幹型病院として指定する道を開いてはどうかということです。

その具体的な条件を2点考えておりまして、下の囲みのところではあります。

1つ目は、離島のみで構成される二次医療圏において、ほかに基幹型病院として指定を受けた病院がなく、先ほど離島内での中核的な病院と申しあげましたけれども、年間入院患者数と救急患者数が最大の病院であることを1つ目の条件としています。

2つ目は、都道府県知事が行う個別の現地調査等により、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修得することができると認められることとしてございます。

中でも特に御確認いただきたい事項として、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」という文書がありますが、その中で、研修医は2年間で29症候と26疾病・病態を必ず経験するようにとしています。本日の資料でも16ページ、17ページにそのリストをつけておりますがこれらの症例をその病院が持っているということをお示しいただくことが必要ではないかと考えております。

具体的には、研修医の研修記録、評価ツールであるPG-EPOCというものがありますが、そこで実際にこれらの症例をどれだけ提供したかということが確認できますので、その記録を基に実績を提出していただくことを考えています。

基幹型病院の指定に係る申請ですので、協力型病院として想定している病院もあるかと

思います。その協力型病院として想定している病院の実績と併せて、臨床研修病院群全体としてこれらの29症候、26疾病・病態を研修医にしっかりと提供することができるということを証明いただければ、この②を満たすとしてよいのではないかと考えています。

こういった2つの条件を満たす場合に限り、年間入院患者数が2,700人未満であっても、当然ほかの様々な指定の基準は全て満たしていただく必要がありますけれども、この部分については緩和して、新たに基幹型病院として指定することを可能としてはどうかという提案です。

資料1については以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

この件は、壱岐の特定の病院で非常にお困りで、それをどうするか、あるいは全体から見てルールをどうするかという2つの視点があるとは思いますが。確認ですけれども、現在、壱岐のこの病院は協力型で研修を受け入れているわけですが、どのぐらいの人数を受け入れているかというデータはありますか。

○錦医師臨床研修推進室長 この病院は長崎県から令和4年3月16日に長崎県対馬病院の協力型病院として指定されて、令和5年度から臨床研修を実施しているということでありまして、実際に対馬病院から何人派遣を受けているのかということについては、今、データを持ち合わせておりません。申し訳ございません。

○国土部会長 分かりました。

この件について御発言がありましたら、挙手をお願いいたします。

要望の中に、「医師の偏在の解消につながることを期待できる」というのは少し引っかかるのですが、宮地委員、どうぞ御発言ください。

○宮地委員 ありがとうございます。

私はこの案に関しておおむね賛成です。今回、あくまで離島に限定した議論ではあるものの、ただ、大原則として人口規模が小さいものの、地域の急性期医療が完結的であり、一般的な診療にて頻繁に関わる負傷または疾病を受け入れている場所というのを基幹病院としてオーケーとするという考え方自体は、離島だけではなく僻地や半島部などの場所でも当てはまる議論かなと思いますので、これを踏まえて、今後、離島ではなくても同じような状況での議論が拡張していく可能性もあるかと思いました。その際に今回の議論が一つの根拠になるとしますので、それを見越して、まずは離島に限定して小さくやってみて、検討すべき課題を把握していくという方向性であればよいのではないかと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

資料1に関して3,000人未満の基幹型研修病院について資料をよく見ると、長崎県で892人しか入院患者がない病院でも基幹型になっている事実はあるのですか。そう読んでいいのですか。

○錦医師臨床研修推進室長 そのとおりでございます。御指摘の病院は基準導入前に指定

を受けているということで、指定が継続されているということでございます。

○国土部会長 愛媛県も1,100人しか入院患者がない基幹型研修病院があります。そういう病院でも2名の研修を受け入れているという実績はあるということがあります。この問題は人数だけで議論していくと収拾のつかない問題にもなりかねないのですが、森委員、どうぞ御発言ください。

○森委員 ありがとうございます。

確認なのですけれども、基準がきちんと決められていて、その基準を満たさない場合というケースだと思うのですけれども、新たに①とか②とかという基準を増やすという意味ではなくて、個別に審査した結果、この①と②の状況から判断をして、個別にこれを認めるという姿勢でいいと思うのですが、そういう考え方でいいのでしょうかということが一つです。

というのは、先ほどもちょっと議論がありましたけれども、少しずつこういった考え方を緩めて広げていくというのはもちろん大切なことかもしれませんが、基準というのは、やはり最初にきちんと決めたものについて、そこが揺らいでしまうのは非常に危険なので、それはそれできちんと守っていただいた上で、個別にこういう審査をしたという積み重ねが大切だと私は思いますので、その辺りの確認でございます。

以上です。

○錦医師臨床研修推進室長 当然、他の指定の基準は緩めませんし、この2,700人という原則も維持したままでございまして、この①、②に当てはまると、個別に都道府県が審査をして判断した場合に、新たに指定するということです。個別に調査をして指定するということです。

○森委員 承知しました。

○国土部会長 重要な御確認ありがとうございます。

今回これをお認めしたとして、ほかの病院から我も我もと手が挙がるような形には恐らくならないだろうということではあると思いますが、事務局案について。

横手委員、どうぞ。

○横手委員 ありがとうございます。本当に必要なことなのだと理解いたしました。

これは基準の中にどのように記載されるのでしょうか。例外的な記述となるのか、附則となるのか、どのように。恐らく2,700名が決まったということが記述されるのは初めてなわけですね。その点、教えてください。

○錦医師臨床研修推進室長 この年間2,700人という基準は省令の施行通知で書いていますので、その記述は維持した上で、例外的にこの①、②の状況を満たす場合に限り、これの限りでないというような記述を施行通知に入れるということになるかと思えます。

○横手委員 分かりました。ありがとうございます。

○国土部会長 全国を見渡して、沖縄地区とか、ほかに該当しそうなところはないという理解でいいのですか。

○錦医師臨床研修推進室長 あくまで当室で確認した範囲ではありますが、今、基幹型臨床研修病院がない二次医療圏というのが53ございまして、これらのうち、離島のみで構成されている二次医療圏は、今回の壱岐を含めて6医療圏あると把握しておりますので、この6医療圏が候補になると思っております。

○国土部会長 では、ほかの5地区から申請がある可能性はあると。

○錦医師臨床研修推進室長 これらの地区からは具体的な要望は聞いておりませんが、この条件に当てはまるかもしれないという意味では6医療圏があるということです。

○国土部会長 分かりました。

ということなので、ここだけには限定されない可能性がありますが、木戸委員、どうぞ御発言ください。

○木戸委員 離島地域における現状と期待される効果の提案については、ある程度納得できる内容だと思います。ただ、地域医療確保ももちろん重要ではありますが、研修医にとって基本的な診療能力の習得につながる環境を確保することが一番優先することであって、もし今回例外的に一旦指定されたとしても、その後きちんと研修環境をモニタリングしていくことが大切だと思います。今回はあくまでも特例として考える必要があるとして、それなりのきちんとした条件をつけた上で考えていくという今回の事務局の提案に私も賛成です。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

委員の皆様からの御指摘を踏まえて、基本的には事務局案で進めていただくということによろしいでしょうか。

ありがとうございます。

錦さん、何かありますか。いいですか。

○錦医師臨床研修推進室長 今、先生方からいただいた御意見を踏まえて、具体的な制度設計をしてみたいと思います。

あと、今日御欠席の岡村先生からも、この案については賛成ということでコメントをいただいております。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、次の議題に移りたいと思います。議題2「令和7年度の各都道府県の募集定員上限について」に移りたいと思います。

事務局から資料2-1と2について説明をお願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 よろしくをお願いします。

「令和7年度の各都道府県の募集定員上限について」です。資料2-1からお開きいただければと思います。

まず、2ページです。

臨床研修医の募集定員についてということで、これは何度も御覧いただいている資料に

なりますけれども、臨床研修の必修化後、研修医が都市部に集中する傾向が続いたということで、平成22年度研修から国が各都道府県の募集定員上限を設定して、研修医の偏在是正を図っているということです。その経緯を書かせていただいている資料がこの2ページです。

こういった取組を部会の審議も経てやってきた結果、3ページですが、その効果が出てきています。緑色のグラフ、大都市部のある6都府県の採用人数の全体に占める割合は、徐々に下がってきている。逆に残りの41道県の採用人数の全体に占める割合が増えてきているということでありまして、一定の効果が出てきていると言えるのではないかと考えております。

この効果を別の切り口から見てみたものが4ページです。令和5年8月時点の医師偏在指標に基づいて、医師多数県16都府県と医師少数県16県を定義した上で、平成15年度まで遡って臨床研修医の採用人数の全体に占める割合がどう推移してきたかというのを見たものです。緑色の医師多数県のグラフは一貫して減ってきておりまして、医師少数県は逆に増えてきているということです。

こういった切り口からも、この偏在是正の取組の効果は一定程度出てきていると言えるかと考えております。

5ページから今回の具体的な計算の部分に入ってくるわけですが、全ての計算の基礎となるのが、今回、令和7年度の募集定員を決めようということですので、令和7年度にどれだけの方が臨床研修を希望されるのかということについて、推計しております。前年度と同じ計算式で機械的に算出しております。考え方としては、前年に行われるマッチングにどれだけの人数が参加しそうかということと、このマッチングに参加しない自治医科大学と防衛医科大学校の学生がどれだけいるのかという部分を足し上げて数字を出しています。その結果、1万540人という数字になっています。

これを前提としまして、6ページから具体的な計算の中身に入ってくるわけですが、令和7年度の各都道府県の募集定員上限の算出方法としまして、左上のところですが、先ほどの1万540人に1.05を掛けるということです。この倍率につきましては毎年度0.01ずつ減らしてきて、令和7年度は1.05にするというところまでが決まっているものです。ですので、1.05を掛けまして1万1067人という数字を出しています。この1万1067人を47都道府県に配分するということになるわけです。

そこで、各都道府県の募集定員上限の具体的な計算の方法を書いています。

まず、①の「基本となる数」という考え方で配る部分でして、これは、先ほどの1万540人全員が研修医になるわけではなくて、大体9割程度が実際に研修医になるということ踏まえ、その9割程度に相当する9,443人分をまず①「基本となる数」ということで配分しようということです。

そのやり方は2つございまして、Aの「人口」で案分するということと、Bの「医学部入学定員」で案分するということです。このA、Bのうち、大きいほうの数字を都道府県

の数字として、それを47都道府県分足し上げて、その数字でもう一度案分しています。そして、①の「基本となる数」とを算出する。要は9,443人を47都道府県に配分するということをしています。

その後、②の「地域枠による加算」ということで、地域枠入学者が確実に採用できるようにということで、その分を足し上げています。

最後に③の「地理的条件等による加算」として、(1)から(4)の観点で、地理的条件等が不利な都道府県に定員ができるだけ振り向けられるような措置をしまして、一旦数字を算出しています。

その結果、並行して資料2-2を御覧いただければと思いますが、この①から③の作業をした結果、この資料2-2の中ほどのところに⑤というところがございます。「基本となる数と加算の合計(仮上限)」というものです。各都道府県のこの数字がずらっと縦に並んでおります。一番下に1万1069とあります。先ほどの1万1067と違ってありますが、これは四捨五入の結果、このような数字になっているので、基本的には同じものと考えていただければと思います。

このように一旦各都道府県の数字を出すわけですが、資料2-1の6ページに戻っていただきまして、④の「激変緩和措置」をその後講じます。資料2-2の⑤の「基本となる数と加算の合計(仮上限)」が直近、令和7年度から見ると令和5年度の採用人数よりも少ない都道府県については、「令和5年度の採用人数」と「令和6年度の募集定員上限掛ける0.99」のうち、少ないほうの人数をその都道府県の募集定員上限とするということです。今回算出した結果が採用人数よりも下になってしまっているところは、その程度までは戻してあげようというようなことを例年やっています。

「令和6年度の募集定員上限掛ける0.99」、この0.99という部分はいまではなかったのですが、10月4日の部会でこのようにしてはどうかとお諮りして、お認めいただきましたので、0.99を掛けることとしております。

これをした結果が先ほどの資料2-2です。東京都を御覧いただければと思いますが、東京都は前年度1,280だったところが今回の仮上限1,219ということになりますけれども、この④の「激変緩和措置」を講じた結果、その右の欄に3つ行っていただくと48という数字があると思いますが、この48を足しまして1,267というのが東京都の仕上がりの数字となります。

同じくこの激変緩和措置を受ける都道府県があと2つございまして、一つは滋賀県です。滋賀県は116という数字であるところ、激変緩和措置の1を足して117。京都府は207と一旦なるところ、43人足しまして250という数字になります。

本来であれば、この④「激変緩和措置」までで計算は終わりということになりますが、今回は、更に補正的な加算を提案したいと考えております。

例に出して恐縮ですが、新潟県を御覧いただければと思いますが、新潟県は資料2-2の一番左の令和6年度の数字が229でしたが、今回機械的に計算しますと、⑤「基本



となる数と加算の合計（仮上限）」が199という数字になっています。これは13%の減少率になりますが、これはあまりに大きく減り過ぎていると考えております。研修医の採用活動が前年と比べてあまりに変わってしまうことは望ましくないと考えて、こういった都道府県につきましては、何らかの補正的な加算をしてはどうかと考えたところです。

何度も行ったり来たりで恐縮ですが、資料2-1の⑤が御提案の部分でございまして、先ほどの計算をした結果、各都道府県の数字が出てくるわけですけれども、募集定員上限の前年度からの減少率が過去3年間の全国の募集定員上限の減少率のうち、最大のものを上回る場合の加算ということを御提案したいと思っております。

これはどういうことかといいますと、基本的に全国の募集定員上限の総数というのは前年度から減るとというのが普通でありまして、その減り幅が過去3年間で最も大きかったもので3.2%減という数字がございまして、それを上回って今回減ってしまう都道府県につきましては、せめてその程度までは戻したほうがよいのではないかと考えたところです。3.2%減程度までは戻すべきではないかと。要は、前年度比96.8%までは保障してはどうかという御提案です。

先ほどの資料2-2の⑩、右から2番目の数字です。今申し上げた加算の数字を書かせていただいております。新潟県でいうと、23人これによって加算する、199足す23で222にする。ほかの都道府県にも行いまして、合計96人分の定員を追加配分して、最終的な仕上がりとしては一番右側の数字でございまして、全体で1万1164人の定員を配分した結果として一番右側の数字を出させていただいております。

なお、資料2-1の右のところに（注）と書いてございまして、令和7年度からは、各病院の募集定員を2人以上とするための加算は、当該都道府県の募集定員上限の範囲内で行うよう改めることとすると。これは、令和6年度までは、各病院に定員を配分した結果、1人になってしまう病院につきましては、国が示す募集定員上限にかかわらず、それとは関係なく、都道府県の判断で1人定員を加算し2人にすることができるという制度としていたところですが、10月4日の部会でこの廃止を御提案したところ、御賛同いただきましたので、令和7年度からは正式にそのように改めたいと考えておるところです。

資料2について以上です。

○国土部会長 詳細な説明ありがとうございました。

繰り返しになりますけれども、今回検討いただきたい変更点は④と⑤です。④については、10月の部会で0.99を掛けるということをお認めいただいたので、今回からこれを適用した。⑤というのは、さらに激変緩和の別バージョンということになると思いますが、そういうことで、かなりいろいろ考えられたなと感じます。事務局のほうで苦労されたのだと思いますが、この案についていかがでしょうか。

最終的な数と資料2-2の左端と右端を比べてみると、新潟県などは少しびっくりされるのではないかなという感じで動くのですが、全体としてはマイナスだけれども、県によってはちょっとプラスという県もある。そこら辺がすぐすつとは入ってこないところもある

りますが、非常に複雑な計算をやられているのですが、どうでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 少ないですけども、募集定員が結果的にプラスになっている都道府県もございます。

○国土部会長 そうなるところは、どちらかという実績がある県ということになるのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 そうとも言い切れないわけですけども、様々な計算の結果増えている都道府県も出てきているということです。

○国土部会長 いかがでしょうか。

新潟県の方、何かコメントはありますか。

○中村様 新潟県の福祉保健部長の中村でございます。御指名いただき、ありがとうございます。

今回のこの案に関しましては、前回示された④のところというものを維持したというか、ちゃんと配分が減るところの激変緩和というところで、今までは元に戻っていたところが、今回は数字として下がるような形で、結果として各都道府県に出されているということなので、偏在是正には一定の効果が見込まれるというようなことを考えており、我々としてこちらの案は賛成させていただきたいなと思っております。

ただ、前回の部会でも花角知事が参加して説明されたときに、年間の不足養成数というようなものがこれから、10月のときには後から提示されるというようなことで、不足養成数が提示されたものと今回の定員との不整合というものがあまりにも出てしまうと、それはよくないというようなことを前回花角より話させていただいたところがございます。そちらについて、今後不足養成数というところとしっかり整合というようなものを考えたりする必要はあるのだろうということは申し上げさせていただきたいということと、それから、不足養成数についても、今回新しく出た数が前のときの数字よりもかなり増えた県が、新潟県もかなり増えたのですけれども、ほかの県もあって、その解釈の仕方などがかなり難しいと思っております、そこはしっかり説明いただけるとありがたいと思っております。今回、この場ではなくて、都道府県に対して説明をしっかりといただけるとありがたいと思っております。

また、前回の部会で花角からも申し上げた話ですけども、全国の募集定員の上限については、総数の1.05倍まで引き下げてきたところではありますが、そもそも、国試の合否によって現在でも1,500人ぐらいまだ差が出ているというようなことがございますので、令和8年度の研修以降の募集定員の上限の算出方法につきましては、引き続きしっかりと見直しなどを御検討いただけると幸いです。

私からは以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

事務局、いかがでしょうか。不足養成数というのは何でしたか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。医事課の佐々木と申します。

今、中村部長から御質問いただいた件につきましては、医師確保計画を策定するに当たって、各県がどれぐらい医師を養成すべきかというような目安を示しているものですが、御説明に当たっては、確かに医事課とともに計画課でも主張しているものをしっかりと丁寧に正確に説明する必要があるかと思しますので、またその点は別途御説明させていただければと思います。

○国土部会長 あとは、1.05倍についてはどういう考えでしたか。

○錦医師臨床研修推進室長 令和7年度までに1.05にするということで、今回1.05倍で御提案しておりますけれども、それ以降どうするかということではありますが、募集定員倍率につきましては、30年3月のこの部会の報告書におきまして、2025年度、令和7年度ですけれども、1.05倍となるように圧縮する旨を記載いただいているということとともに、定員倍率の極端な圧縮というのは、採用実績数の減少ですとか、病院間の競争の低下、あと、アンマッチ率の増加を引き起こす懸念があると記載いただいておりますので、事務局としては、令和8年度以降この倍率をどうするかということについては、こういった御指摘も踏まえて、審議され、決定されるべきであると考えております。

○国土部会長 今日の議題ではないけれどもということによろしいですか。

釜菴委員、どうぞ御発言ください。

○釜菴委員 ありがとうございます。

今、事務局から御説明があった資料2-2に至るかなり複雑ないろいろな操作の結果、これが出てきているということはしっかり説明をされておられたと思います。

今、国土部会長からもお話がありました、1.05を令和7年までにやって、その後どうするかということは、また今後検討が必要だとは思いますが、これ以上によい案というか、どうすればよいかというのはなかなか難しいと私は感じています。というのは、これはあくまでも募集定員の上限でありますので、実際の試験の結果でまた国家試験に落ちてしまう人が一定出るわけですから、これ以上なかなか精緻にやっても難しいのではないかなとは思いますが。しかし、全体の傾向として、募集定員が非常に多くていろいろ混乱につながるという事態は一定程度解消されてきたと認識しておりますので、まずはこの形でやっていくことと、それから、既に十分分かりやすい御説明をいただきましたけれども、都道府県がこの経緯について十分理解をされるということがあれば、私はそれでよいのではないかと感じました。

この案に賛成申し上げます。以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかの委員の方。

木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 ありがとうございます。

これまで募集定員について様々工夫してきたことで、研修の場の地域偏在が目標に沿って着実に改善してきている様子が今回の資料でよく分かりました。

前回の部会で医師少数県での研修の満足度が比較的高かったというデータが示されましたが、適切な研修環境をきちんと担保した上で、こうやって地域偏在の解消を目指して、このように事務局案に沿って定員配分を考えていくのは私も賛成です。

あと、1つ確認なのですが、令和7年度から各病院の募集定員を2人以上とするための加算は、当該都道府県の募集定員上限の範囲内で行うように改めると今年度変更があるということですが、これによって実際の採用数などにどの程度の影響が見込まれるかについて、推定で結構ですので、分かる範囲で教えていただければと思います。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

御質問については、どこでしたか。これを最大限活用していた県が2つぐらいあったと思いますが、岡山でしたか。

○錦医師臨床研修推進室長 令和6年度の定員配分におきまして、この各病院の募集定員を2人以上とするための加算は合計48定員分使われている。要は48人上乗せして定員配分されているということございまして、こういった都道府県は基本的には採用率が高いところです。この48人分が影響を受けるということかと考えられます。令和6年度の数字を基にすれば、そのような影響があると考えております。

○国土部会長 どこだったのですかね。あまり特定の県を言うのは好ましくありませんが。

○錦医師臨床研修推進室長 資料2-2の左から1行目と左から2行目です。左から2行目の数字のほうが左から1行目の数字よりも多くなっているところがこの加算をしている都道府県ということです。北海道で言うと3人分これで上乗せをしているということですし、東京都は1人分、神奈川は1人分。

○国土部会長 京都もですね。

○錦医師臨床研修推進室長 京都は8人です。大阪も15人。兵庫も5人です。これらを上上げると、48人分上乗せされているということです。ほかにも岡山、愛媛です。こういったところは募集定員上限では足りなくて、加算すればその分基本的には採用に結びつく可能性が高いということで、そういったことをされているのだと思います。

○国土部会長 結果的に、例えば岡山が6人減ることになってしまうわけですね。この辺りがちょっと減ったなという印象を持たれるかもしれないですね。

○錦医師臨床研修推進室長 岡山でいうと、令和6年度は201人を結果的に配分していたところが、今回191になりますので、実質的な減としては10人分ということになっています。

○国土部会長 そういうふうに感じられる県が個々ではあるかもしれないということでもありますけれども、木戸委員、今の御回答でよろしいですか。

ありがとうございます。

横手委員、どうぞ。

○横手委員 横手でございます。御説明ありがとうございます。

本当に厳密、緻密に計画された内容に伴って検討されて、地域偏在にも効果があるとい

うことで、基本的に私も賛同させていただきますけれども、個人的な話で、私も所属する千葉県が6名減っているというところで、これを持ち帰ると何をやっているのだと怒られないかと心配しておりますけれども、基本的には①で決められた基本的にどこも低めの数に②から⑤を上乗せしていくという考え方だと思いますけれども、前年から変更になったのは、1.05は令和6年も令和7年も変わらない。減っているのですか。

○錦医師臨床研修推進室長 令和6年度は1.06、令和5年度は1.07でありました。

○横手委員 その部分が1つ減っているのと、あとは⑤の3.2%のところが変わったというのが今回の変更ですね。ですので、全体としてベースが減り、そこにどれだけそのときの状況によって上乗せされるかで公平にこれは決めているという理解でよろしいでしょうか。その点をぜひ説明してもらいたいと思います。

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。

個別の県で言うと、今回は減ったなと感じられるところがあるかもしれないので、そこは丁寧な説明が必要だと思います。

森委員、どうぞ御発言ください。

○森委員 ありがとうございます。

私だけ分かっていないのかもしれないのですが、今の1人のところに2人の場合は定員内に入れるということで、大分減るわけですね。特に関西から中国、四国の幾つかの県は大分減るのですが、それと先ほどの最大3.2%を超えないということとの関係はどうなるのでしょうか。私に分からないだけかもしれないですが、教えてください。

○国土部会長 そこは考慮されていますか。

○錦医師臨床研修推進室長 そこは考慮しておりません。資料2-2で言うと、①と⑤を比較して減少率が3.2%よりも超えている場合は加算をするということでありまして、左から2行目の各病院の募集定員を2人以上とするための加算をした結果としての病院募集定員合計のところとは関係がないということです。

○森委員 そうですよ。そうすると、京都、大阪などはかなり衝撃が大きいのではないかなと思ったりもしたのですが、その辺りは大丈夫なのでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 この各病院の募集定員を2人以上とするための加算の廃止自体は10月4日の部会でも御提案をしているところでありますし。

○森委員 それは分かっているのですけれども、実際に定員が。

○錦医師臨床研修推進室長 数字としては、資料2-2の左から2行目から一番右側の数字に減ってしまうということで、その落差が一番左から一番右側の落差よりも大きくなる都道府県が幾つかあるということですが、本来、「募集定員上限」ということで、国がこの部会の審議を経て数字を定めておりますので、基本的にはその範囲内で、地域医療対策協議会の協議を経て配分していただくという基本のところに戻っていただくということで、我々、そういった都道府県に対しては丁寧に説明をしてまいりたいと思っております。

○森委員 分かりました。

○国土部会長 鋭い御指摘でしたが、そこは入っていなかったのですけれども、これでお出ししてよろしいでしょうか。

全体としては御賛同いただいているように理解いたしました。

繰り返しになりますけれども、個別の県ではマイナスが大きいように感じられるところがあるかもしれませんので、いつもされていると思いますが、さらに丁寧な説明をお願いしたいと思います。

それでは、ほかに御発言がないようでしたら、今の御意見を踏まえながら、事務局の提案どおりと一応させていただいて、丁寧な対応をお願いしたいと思います。ありがとうございました。

それでは、次の議題に移りたいと思います。資料3の都道府県による令和6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。

○出雲臨床研修指導官 資料3は御報告事項になります。2ページ目を御覧いただければと思います。

令和2年度から、都道府県内の各臨床研修病院への募集定員配分につきましては、各都道府県において行われているという状況でございます。こうした中、令和6年度から開始する臨床研修につきまして、各都道府県が自ら所管する都道府県所管病院を含め、どのような臨床研修病院に定員配分を行ったかという状況に関して、都道府県所管病院、公立病院、大学病院ごとに取りまとめ、御報告する資料となっております。

令和6年度研修における都道府県所管病院の定員比率につきましては7.9%となっております。前年度から0.1%減少しているところでございます。また、公立病院の定員比率は全体で22.4%となっております。前年度と同率となっているところでございます。なお、大学病院の定員比率につきましては全体で38.6%となっております。前年度から0.6%減少しているという状況でございます。

3ページ目から5ページ目につきましては、それぞれ都道府県別にお示ししたものとなっております。

簡単ではございますが、資料3については以上となります。

○国土部会長 ありがとうございました。

ここからは報告事項でした。申し訳ありません。

これは各都道府県に定員の決定権を御委譲して、その後の定員の変動をフォローアップするという趣旨であります。表を見ますと、一番プラスで目立つのは宮崎県の2.8%、マイナスで一番大きいのは新潟県のマイナス3.8%ということで、全体で見たら大きな恣意的な動きはないだろうという理解だと思うのですが、何か御質問とかコメントがありましたらお願いします。

よろしいでしょうか。新しい制度に移行して、順調に実施されているという理解かと思えます。

ありがとうございました。

それでは、もう一つ、次の報告事項に移りたいと思います。

資料4、令和6年度基礎研修医プログラムの内定状況について、事務局から報告をお願いします。

○出雲臨床研修指導官 資料4の2ページ目を御覧いただければと思います。

令和4年度臨床研修から、基礎医学に意欲がある学生を対象とした臨床研修と基礎研究を両立するためのプログラムである基礎研究医プログラムを開始しているところですが、こちらの定員につきましては、一般の募集定員とは別枠の定員を設定いたしまして、一般のマッチングに先立って選考しているところがございます。

この基礎研修医プログラムの内定状況等について御報告する資料となっております。

2ページでございますが、令和6年度基礎研究医プログラムは31の大学病院において設置され、募集定員の総数は40名でございました。現時点において34名の応募があり、計25名が採用予定となっているところがございます。

毎年この時期に御報告している応募数、採用内定人数は、令和4年度が応募数24名、採用内定数24名、令和5年度が応募数30名、採用内定数20名でしたので、比較して増えてきているところとなっております。

4ページ目から6ページ目につきましては、基礎研究医プログラムに関する制度について資料をお付けしているところがございます。

続きまして、7ページ目を御覧いただければと思います。

こちらは、マッチングの対象外となる外国人留学生の内定状況についての御報告でございます。一昨年度の当部会において御審議いただきまして、令和5年度の臨床研修から、大学と派遣国政府との覚書等により、受入れ先の基幹型病院が決定されることとなっております。かつ、将来的に出身国に帰国するものとされている外国人留学生につきましては、通常のマッチングによらず採用できることとし、その場合は、各基幹型臨床研修病院の募集定員及び当該病院が所在する都道府県の募集定員上限とは関係なく受け入れることができることとさせていただきます。

令和6年度開始の臨床研修におきまして、こうした取扱いを受ける外国人留学生について該当がある場合には、各大学から御報告いただくこととしておりますが、国際医療福祉大学から、7ページ目に記載のとおり、計16名の報告があったところがございます。

資料4についての御報告は以上となります。

○国土部会長 ありがとうございました。

2点報告がありました。基礎研究医プログラムの内定状況、それから、マッチングの対象外となる外国人留学生の内定状況であります。

これについて御質問、コメントがありましたらお願いしたいと思います。

基礎研究医プログラムは3年目になりますね。24名、20名、25名ということで、フルマッチまではいきませんが、まずまずの応募数なのかなという印象を受けます。これ

から修了生が出る訳で、現時点では修了生がまだおりませんので、研修内容についてのフォローアップはこれからデータを収集していただくことになると思います。現時点ではこういうことということで御理解いただければと思います。

それから、外国人留学生につきましては、国際医療福祉大学からの報告はないということですよ。

○出雲臨床研修指導官 そのとおりです。

○国土部会長 私の記憶では、初年度は高木病院での研修者が多かったのですが、成田の大学病院本院のほうの定員が増えて、恐らく医療体制がだんだん整ってきたのかなと想像いたしますが、これについてはどういうフォローアップをする予定になっていましたか。

○出雲臨床研修指導官 こちらにつきましては、令和5年から研修されておりますけれども、まず、覚書のとおり、将来的に出身国に帰国されているかという点については、臨床研修修了後、フォローアップをするということになっております。

また、定員の外枠となっているということから、臨床研修を行う体制が適切に確保できているか、具体的には、研修医の受入人数に対する指導医の数や病床数、年間入院患者数に対する研修医の受入人数について確認しており、特段問題はないと承知しております。

○国土部会長 基本的な質問ですが、医師の勤務先の調査がありますよね。これは外国へ帰ってしまってもフォローアップはできるのですか。それは無理なのでしょうか。

○出雲臨床研修指導官 勤務先になりますか。

○国土部会長 勤務先でしたか。2年に1回やりますよね。医師の調査が。

○林医事課長 2年に1回、医師の方には法律上の義務を課している届出を出していただいております。外国にいらっしゃる場合について明確な定めがあるわけではなく、一般論として日本の法律がどこまで適用されるかということでありまして、外国にいらっしゃる場合にまで罰則をかけて義務を課すということはなかなか難しいのかなと思っております。明確に解釈を示しているわけではないですが、そういった中で、実態を把握できる範囲でやっていくということだと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

法律上はそうなのですが、できるだけフォローアップをお願いしたいと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、ありがとうございました。

議題のその他ということで、資料5について御説明をお願いしたいと思います。

○出雲臨床研修指導官 資料5につきましても御報告事項で臨床研修指導ガイドラインの改正の新旧対照表となっております。前回10月の部会において、木戸委員より御指摘いただきました働き方改革に関しまして、13ページ以降で修正していることを御報告させていただきます。

以上でございます。



○国土部会長 簡単に説明が終わってしまいましたけれども、前回、木戸委員から詳細な指摘をありがとうございました。それを反映する形での修正、赤字の部分が結構ありますが、委員の皆さんには事前に一応御覧になっていただいていると思いますが、木戸委員、何かコメントはございますでしょうか。

○木戸委員 ありがとうございます。

今回、この第5章の研修医の労務環境について、法令に基づいてしっかり書き込んでくださったことに感謝申し上げたいと思います。

医師の働き方改革はいよいよ来年4月に本格的に施行されますが、臨床研修に関わる方々、そして、研修医、医学生にとって、その内容の認知度は必ずしも高くありません。そこで、今回このようにガイドラインにきちんと記載していただくことで、指導医、研修病院の双方が労務環境に関して基礎知識をきちんと持った上で、研修できる環境を整えていただくという意識が高まることも期待されます。特に健康管理におきまして過労死などが起こりませんように、きちんと研修の質の向上だけではなく、ひいてはやはり患者さんの医療安全にもつながりますので、このようにガイドラインに書いていただいたこと、本当にありがとうございました。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

それでは、この修正をよろしく願いいたします。

それでは、今日は非常に順調に議論が進みました。委員の皆様御協力ありがとうございました。

それでは、今後の進め方について事務局から報告をお願いいたします。

○出雲臨床研修指導官 本日いただきました御意見を整理いたしまして、今後必要な検討を行ってまいります。

また、次回の部会開催日程については、改めて調整させていただきます。

○国土部会長 それでは、本日の会議は1時間で大体終わりましたけれども、非常に活発な議論をありがとうございました。

これで終了いたします。