

第5回京都府地域医療支援センター運営会議 会議報告書

記

1 日時・場所

令和5年11月27日（月）14時～15時30分
京都府医師会館 211会議室

2 出席者

別添出席者名簿のとおり

3 議事概要

結果：今回の会議においては、委員から意見を聴く機会とし、来年1月中に開催予定である第6回京都府地域医療支援センター運営会議において、配分方法を決定する。

4 主な意見

(1) 令和7年度以降の初期臨床研修定員数について

- 最小定員保証について、京都府でいうと北部地域にも対象病院があるが、そういうところで1人で研修をするというのは辛いと思う。
- 最小定員は2名と国が決めていたのではなかったか。国としては1人での研修でもいいという考えか。1人で研修するというのは効果がない。1名枠で募集をかけると研修医が来ないという可能性があり、さらに京都府の定員が減りかねない。最低2名にしておくべきである。
- ● 最小定員保証は2名とされていたが、国の会議で医師の多い都道府県から医師が減らない原因の一つが外付けされている最小定員保証の加算部分であると議論された。最小定員を1名とするか2名とするかは都道府県の裁量という方向で進んでいると理解している。
国の議事録を確認したところ、元々は厚労省からお願いしていた2名という最低人数について、見直しもやむを得ないと厚労省から発言があった。最終的に省令がどうなるかは分からないが、今の国の議論では1名でも2名でもという方向で進んでいると理解している。
- 1人での研修は難しいと思う。かといってフルマッチするところから削ってフルマッチしないところに定員を与えるというのもナンセンスであり、どうすべきか難しい。どうやっても問題が生じるのでこれがいいというのは思いつかない。

- 関西は医師が多いという医師偏在に関するデータ自体に疑問はある。研修を考えると最低2名いた方がいいと思うが、大口の定員を減らして2名枠を増やした時に、フルマッチしなくて全体の定員数が減るということもあるかもしれないので、考えることが多く非常に難しい。
- 研修システムとして1名というのはうまくいかないのではないかと。
- 大学病院は初期研修医を研修して様々な地域に配っていくという役割もあるため、大口のところから減らすというのは問題がある。

また、令和8年度からのルールはそれ以上に深刻だと考える。そもそも医師偏在の問題を初期研修医で解消しようとするのは誤りである。まだまだ教育を受けるべき医師を医師少数区域に派遣することでその地域の医療が大きく向上するとも思えない。半年間遠隔地に派遣するときの転居費用や住宅手当は誰がどのように責任を持つかも問題となる。令和8年度の件についてはまだ時間もあるので、受け入れがたいという声を各地域から上げる必要がある。

現場と関係のないルールを作って大学や地域に下ろすことで研究力の大きな低下があるとして、日本医学会連合から文科省、厚労省、総務省に現在のシステムに対する提言を出す予定だ。
- ● 医師臨床研修部会の議事録は皆様にも目を通していただいて御意見をいただきたい。
- 2名でないと研修できないとは言い切れないが、募集時点で2名を1名にすると集まりにくいというのはあると思う。実際にはたすき掛けでの派遣によって研修医が1人になるというのは避けられるのではないかと。
- 令和8年度の方向性は、都市型と地域型に分かれた京都府医療の特徴に合わないものになっている。京都に残る医師が多い中で、京都出身の卒業生を外に出すというのは酷い選択になる。最小定員保証について従来通り定員枠外から8名というわけにはいかないのか。
- 研修は1名でも可能だと考える。令和8年度の地域派遣についても、初期研修医を医師の少ない地域に派遣するというのはミスマッチになる可能性もあり、極めて問題である。

最小定員保証について、2名定員でも1名で研修する可能性もあると考えて応募しているはずなので、1名では研修にならないということはない。むしろ研修医が多数いるところから引きはがす方がキャリアプランとしては問題があると考えます。

令和8年度以降の地域派遣も極めて問題である。派遣先は厳しいところばかりで、初期研修医を派遣しても、受入先にとって迷惑で、ミスマッチになるのではないかと懸念している。専攻医など4年目の医師の派遣等なら有効かもしれない。

厚労省の医師の充足している地域を減らしたいという方針が達成されるという意味ではこの制度変更は有効である。

- 1名で研修は難しく最低2名必要である。本当にその2名募集を維持すべきなのか、各病院で再考する必要がある。令和8年度からの制度について、派遣時期、研修医の将来の選択への影響、指導体制等、様々な問題があり、断固反対である。

京都府の臨床研修医の定員配分ルールのうち、専門研修プログラムで医師少数区域へ派遣した人数に応じて加算するシステムについて、無理やり医師少数区域に送っているのが現状であり、見直していただきたい。
- 2名定員病院のこれまでの受入数や、たすき掛けの受入数等のデータを見た上で、京都府下でのたすき掛けをやっているか等考えたい。
- 1人で研修は難しく、最低2名必要である。京都府が音頭を取って、たすき掛けをやっていく必要がある。令和8年度からの制度についてはどうすればよいかわからないのが現状である。
- 教育環境を考えるならば1人枠は避けるべきだが、環境のいいところから定員数を割くのも問題はある。たすきで2名体制を取れるのなら、1名枠でもいいと考える。令和8年度からの制度は何とか止めてもらえるよう京都府は国に陳情してほしい。2年間でしっかり教育してきた各プログラムに支障をきたす恐れがある。地域への派遣制度が運用される場合は、派遣先の病院と教育者同士の話し合いをして相手方を知らないと研修医を送れない。数合わせで送ることは絶対に避けなければならない。
- 北海道の一部では、冬は暴風雪が激しく、札幌から往復7時間ほどかかり、研修医や専攻医が1人でセンター長をしないといけないところもある。そのようなところに研修医を送って本当に大丈夫なのかと心配している。KMCCとしては研修医のスキルアップに繋がるかどうかを主眼にしないではいけない。人間関係の都合、かえって2名体制を嫌がる医師もいる場合もあるので、1名か2名かに拘らなくてもいいと考える。教育的雰囲気を作って土台を固めないと人を送っても長続きしない、定着しない。
- 研修医の教育を医師偏在対策に使うのは反対である。今回の11名減に加え、0.99という係数を考えると毎年2名ほど減っていくことになり、定員数については長い目で見ると相当な減少を覚悟しなければいけない。

令和8年度からの地域派遣について、これ以上定員が減らされるくらいなら、地域医療に貢献するという形でこれ以上の定数減を避けたい。優秀な教育体制を持つ京都府に人を集めて教育して地域に送る、家庭医療や総合診療を志す人の多い初期研修医を地域に送る意義も理解でき、国の制度に協力するのも仕方ないと考える。

最小定員保証について、本来2人体制を守るべきで、フルマッチできているところは守ってあげてほしいが、フルマッチできないところに大きな病院から定員を配分すると、欠員が出たときに府全体の定数がさらに減る悪循環になる。地域の病院と人気の高い病院が連携させるたすき掛けによって魅力を高める、フルマッチをさせていくというシステムが必要である。

- 2名体制が望ましいが、定員が1名であっても、先輩がいるので完全に1人研修というわけではない。1学年1人で研修をしたことのある病院にヒアリングをする過程があってもいいのではないかと。

フルマッチしている病院から減らすというのは望ましくなく、たすき掛けを活用していきたい。1名募集になりうる病院については研修プログラム改定の際に連携をしておくべきである。

初期研修医に地域医療を担わせるというのは、医師としてまだ単独で動くことが難しい、指導体制が不十分といった理由から、無理がある。専攻医以上が地域に動くというのは仕方ないが、初期研修医を動かすというのは反対である。
- 臨床研修部会では、医師少数区域の中でも、教育体制の優れた基幹病院で研修をするという話になっている。
- 定数を減らさないため、いかにフルマッチさせるかを考えたい。同学年より先輩がいる方が心強いと、1人でも研修はできる。研修医にとって重要なのは症例数であり、その病院で研修医がどれだけの症例数を経験できるのかというのを基に病院の定数を決めるべきだ。

初期研修医が医師の少ないところに派遣されるというのは問題外である。専攻医の派遣で十分であり、初期研修医の仕事ではないので猛反対すべきである。
- 定員が1名の病院を2名にするとアンマッチの可能性も高いので、たすき掛けで2名にすべきだ。令和8年度の制度について、専攻医だと青森市は派遣先として不可ということだったが、初期研修は構わないという理解でよいか。
- ● 今のところ詳細は示されていない。資料は現時点で示された情報を基に府で作成したものであり、確定的な情報ではない。
- 当院は2名定員の病院であるが、最初に割り当てられた定員数が2名で、良い研修制度を作っても2名以上にならない、できれば定員を増やしたい状況である。一昨年だと2名定員に対して16名受けに来ており、魅力がないから定員が少ないというのには誤解がある。

たすき掛けの研修医については1年目の研修医ばかりであり、2年目の研修医が1年目の研修医を見るという形がとれなくなるので、2年目の研修医も確保したい。研修医は仲間の多いところに応募しがちなため、1名定員は厳しく、2名を維持していただきたい。魅力ある病院から魅力のない病院に引きはがすというのは誤解である。
- 1名だから良い研修ができないということはない。過去に1名で研修をしたこともあったが、クオリティの高い研修ができていた。むしろ気の合わない人と2人になるくらいなら、1名研修も容認していいのではないかと。

令和8年度からの制度については、良い研修を作るために努力しているところに対して、頭数だけ足りればよいといった制度は受け入れられない。

- 1名だとアンマッチになりやすいという点からも、各学年2名いた方がよい。令和8年度からの派遣制度について、研修医を数合わせて派遣するような印象があり、医師少数区域で京都府のようなしっかりした研修教育ができるのか心配で、反対ではある。厚労省の方針に従うのであれば、医師少数の医療圏からではなく、医師多数の医療圏から派遣をお願いしたい。厚労省は地域で研修したものが地域に残りうるという考えのようだが、当院に来たからといって北部に定着する医師というのはそれほど多くないというのが実情である。
- DPCにおける特定病院群の要件には研修医の数が関与するが、研修医数を減らされると特定病院群の指定取得、保持が難しくなる点も京都府には考慮していただきたい。
- 医師偏在の解消を目的とするならば、入学者数とセットで動かすべきことである。大学の立場からすると、入学者数と卒後研修をコントロールされると大学の特徴を出しづらくなり、大学教育が破綻しかねない。厚労省の方向性に対して文科省は反対なのではないかと思う。府としては、厚労省と文科省で歩調を合わせてもらわなければ困る、今回の結論は留保すべきと国に提言できるのではないか。
- 2名枠について厳しいという意見もあるが、2名枠の病院は今回出席者数も少ない。京都府には2名枠の病院と1対1で話す場を設け、参考にしていただきたい。
- 令和8年度のことについては京都だけの問題ではないので、東京など同じく対象になっている他の自治体とも情報交換をして、どういった方策をとっていくか考えていただきたい。
- 京都大学では、たすき掛けの行き先は研修医自身が自由に選んでいるので、研修先を指示することはできない。1名になった病院に派遣するといった対応はできないのが現状である。大学が研修先を指定するプログラムを作ると、アンマッチの心配がある。
- たすき掛けについては府立医大も研修医が希望したところに派遣しているので、1年でも行きたいという魅力あるプログラムにしていきたい。
- 採用が1名となったからといって他病院から1名送って欲しいとは考えていない。