

第7回京都府地域医療支援センター運営会議 会議報告書

1 日時・開催方法

令和6年6月24日（月）10時00分～11時30分 オンライン

2 出席者

別添出席者名簿のとおり

3 主な意見

- 医師が指導医講習会を受講していない医師少数区域の病院に数か月も研修医が派遣されるのは、研修医の指導という観点からよくない。
研修の要件を満たしている病院で研修できるのか厚生労働省（以下、厚労省）に確認いただきたい。
研修は教育のために行うのであり、医師偏在を解消する手段ではないということを強く厚労省に主張いただきたい。
- 制度の趣旨や受入可能な病院について、丁寧な説明を行うよう厚労省にお願いしている。
- 本府としても、臨床研修においては教育的な配慮が最も重要であるということをヒアリングで毎回厚労省に申し上げているところである。
- 最小定員保証については、現状を踏まえたうえで議論すべき。
京都府では大学病院の定員が都道府県の定員に占める割合（54.4%）が全国平均（39.1%）に比べ高いという現実についても議論すべき。
色々な病院が混在しているため、一定の評価基準を設けるべきだと考えている。
- 定員削減については、各病院の事情があるため、厚労省から案が示され次第、本会議において議論できればと考えている。
広域連携型プログラムについて、他府県との調整が必要になるため、派遣可能な病院のリスト等が示されないとマッチングするのは厳しいと考える。
広域連携型プログラムの募集定員上限の5%及び激変緩和措置による加算分の一部とは具体的に何名くらいを設定する必要があるのか。
- 広域連携型プログラムの定員は、激変緩和措置による加算分の一部が具体的にどのくらいか厚労省の方で固まっていないため、まだ具体的には分からない状況である。
- 広域連携型プログラムの定員が埋まるのか危惧している。
- 地域偏在問題を研修医に押し付けるのは不適切であり、派遣先の指導医もより負担が増えるのではないかと。
派遣先の候補となる都道府県及び病院とは現段階から話し合いを始めるべきではないかと。

- 確かに医師少数県等の話を聞いていないため、本当に歓迎してくれるのか疑問である。
- 連携先のリストが必要であり、連携先の病院でも研修の質が保証されるようにできるだけ早くから派遣先との連携を進めるべきである。
広域連携型プログラムの定員が埋まらなかったときの措置や派遣期間、住居の保証等について先行地域に伺いたい。
数年単位で広域連携型プログラムを実施する場合には、プログラムの効果や研修医に与える影響について検証するべきである。
大学病院の定員については、都道府県により大学病院の果たす役割が異なるため、単なる割合で語るべきではない。
 - 研修病院の質の担保については、リストも必要であり、厚労省に動きがない以上、府が先回りして質が担保できる連携先を見つけることが必要である。
令和8年度からのプログラム開始は現実的に不可能である。
定員割れの可能性は十分にあり、国試で落ちる場合もある。定員割れした場合のルールや罰則等が不透明である。
令和7年度に取り戻した3名の定員は他府県にしわ寄せが行ったのか。それとも、全国で3名定員が増えたのか。他府県に迷惑がかからないのであれば、今年度も是非とも厚労省へ要望に行っていたきたい。
- 他府県の状況までは把握していない。要望の結果、最小定員保証が内数とされたことを勘案して、激変緩和措置の一環として3名減少は免れたのだと考えている。府としてもできる限り要望していきたい。
- 広域連携型プログラムについて、都道府県同士の情報交換があればありがたい。
 - 広域連携型プログラムについてステークホルダーとなる医学生の意見を聞くべきである。
広域連携型プログラムの定員が埋まらなかった場合、派遣は強制となるのか。強制となる場合は派遣される医師の同意を得る必要があり、その手順を示していただきたい。
研修医の定員について、働き方改革の影響等についてデータを取り、定員を減らすことが困難であることをアピールしていくべきである。
多数県から医師を引っ張り上げるのではなく、中程度県から医師を引っ張り、多数県となるための努力を促すのが地域偏在対策の本来の姿である。
 - 地域偏在について、根本的な原因を検証せず、医師多数県から無理やり医師を引きはがす手法はいかがなものか。
医学部卒業生が保険診療から自由診療の分野に逃げている現状がある。自由診療への逃げ道を塞ぐとともに、女性医師の増加等に伴う多様な働き方について考えていくべきである。
広域連携型プログラムにおける派遣について検討しているところだが、複数人での派遣期間のシェアが不可能となると新たにプログラムを作成する必要があるため、派遣可能な病院及びその得意とする診療科等についてリストが欲しい。

研修医の派遣については、公平かつ平等な配分となるシステム構築をお願いしたい。
最小定員保証は制度が限界を迎えているため、廃止に向けて議論すべき。

- 医師偏在対策に研修医を利用するのは本質を見誤っている。
広域連携型プログラムにより見かけ上の医師偏在対策にはなるかもしれないが、研修医の数が増えたことで医師偏在対策ができたとは判断するのは大きな間違いである。
府内の医師偏在が解決して初めて府外の医師偏在対策が可能になるのではないかと。まずは、府内の医師偏在を解決するのが先決である。
- 医師の育成過程の初期段階で多様な経験をするのは悪いことではないが、6か月の派遣期間は長い。交渉の上、3か月ほどにはできないか。
視野を広げるために、医師少数県の医師が医師多数県の病院で勤務するシステムがあってもいいのではないかと。
最小定員保証は別の方法を考えるべき。複数の病院で連携し、研修医が一人とならないようなプログラム作りが必要である。
- 多様な経験を積むことが目的なら、代わりに医師少数県の研修医を引き受ける準備がある旨を厚労省に伝えた。
- 広域連携型プログラムの派遣先については、京都府主導で探していただけるとありがたいが、複数の病院でマッチングできるシステムがあればと思う。
ここ数年の厚労省の動きを見る限り、広域連携型プログラムの実施は決定的であるため、早急に準備を進めていきたい。
- 研修医の希望や指導医のチェック体制なしに広域連携型プログラムを推し進めるのは危険である。
医師の偏在対策を臨床研修医制度で行うのは本質的ではないため、今後も強く主張いただきたい。
令和8年4月を目途にプログラムを準備するならば、連携先との協議等、相当タイトなスケジュールとなる。魅力的なプログラム作成ができないと、定員割れの可能性もあり、更なる定員減少につながりかねない。
府内に3つの医師少数区域があることを考慮する必要がある。働き方改革と相まって、今後京都府でも厳しい医療提供体制が予想される。
最小定員保証は改良又は廃止の議論を進めるべきである。
- 最小定員保証が廃止に向かうことは仕方がないが、なるべく定員を保持していただきたい。
広域連携型プログラムは研修医の意見が放置されている。大半の研修医は広域連携型プログラムについて知らないはずであり、丁寧な説明が必要である。
京都府にしか住むことができないため、京都府で研修をしている医師も数多くいる。
地域枠の場合、キャリア形成プログラムで研修医は京都府立医科大学附属病院又は北部医療センターで勤務することが明記されている。もし地域枠も広域連携型プログラムの対象となる

なら、入学時から募集要項に記載しておく必要がある。

特例水準を適用している病院から特例水準なしの病院に研修医を送るのは働き方改革の観点からナンセンスである。

- 医学部生への丁寧な説明が必要だと、本府からも厚労省にヒアリングで毎回申し伝えている。
- 広域連携型プログラムは、別のプログラムを作成しないと難しい。
各研修医の地元の大学や出身地等を配慮し、連携先を決定する必要があるため、京都府が連携先をリストアップし、希望順位によってマッチングするような仕組みの方が、個別の病院間で連携するよりも効率的である。
京都府から派遣先に依頼していただければ、派遣先から交換で研修医を引き受けることも可能になるのではないかと。
連携先は岐阜県など京都駅から2時間ほどで行ける県もあるため、人気が出て取り合いにならないうちに連携先の確保に向けて動くべきである。
直近の採用人数が減少していくことは避ける必要があるため、最小定員保証は撤廃すべきである。
 - 2年目とはいえ、初期研修医が医師少数区域でマンパワーとして機能するか疑問である。
教育的観点から、広域連携型プログラムを推し進めることは反対である。
派遣先の情報がないため、診療科や特色等をまとめたリストが必要である。
 - 広域連携型プログラムの情報が確定しないため、現場は不安を抱えている。令和8年度からのプログラム開始は厳しいと現場は感じている。
広域連携型プログラムの定員割当てにあたっては、各施設の状況を丁寧に汲み取り、多大な影響が及ばないように配慮いただきたい。
東京、大阪、福岡、岡山の部局との連携を強めていただきたい。
 - 医学生目線で見たとときに、不安定で制度が分かりにくい広域連携型プログラムを敢えて選択するか疑問であり、マッチングの仕組みを工夫しないと定員割れが生じる可能性がある。
派遣時期が研修の後半となると、派遣元は最も教育が難しい研修の初期段階を終えた後に研修医を派遣することとなり、負担が大きい。
研修医の大半が大学病院に所属していることを考慮すれば、臨床研修が教育であることは明白である。もし、教育のために広域連携型プログラムが必要ならば、初期臨床研修の一部又は全部を6年間の学部教育に組み入れるべきである。
最小定員保証は一定の見直しが必要である。
 - 広域連携型プログラムの令和8年度からの開始は非現実的であり、反対である。
最小定員保証については、研修医が希望する病院で研修が受けられるように2名はなんとか保持していただきたい。また、2名が1名、4名が2名となると50%研修医が減ることになるという点も考慮いただきたい。

○ 広域連携型プログラムは反対だが、もし実施するなら過疎地域にある病院からは研修医を減らさないでいただきたい。

令和8年度からの広域連携型プログラム開始は非現実的である。それよりは、対象となる医師多数県の研修医定員を大胆に減らす方が現実的である。

医師の偏在を研修医の偏在と同一視していることが問題である。医師の定着のためには、地域ごとに医療を集約化することが必要である。

→● 京都府の医療体制にとって危機的な状況が続いているため、委員の皆様の意見を取り入れながらなんとか乗り切っていきたい。

委員の皆様自身も非常に影響力のある方々である。是非各学会や他の医師との交流の際に、京都府の主張も頭の片隅に置きつつ、御意見いただくようお願いしたい。

本日いただいた意見を参考にしつつ、京都府としての方針を固めていきたい。