

# 第10回京都府地域医療支援センター運営会議 議事概要

## 1 日時・場所等

令和8年2月24日（火）10時00分～11時40分 京都ガーデンパレス「祇園」

## 2 出席者

別添出席者名簿のとおり

## 3 主な意見 ○…委員 ●…京都府

### ①協議事項1

・意見なし

### ②協議事項2

#### (1) 評価指標の見直しについて

○新設指標の府内定着率について、臨床研修後に大学病院の専門研修プログラムに所属する場合と、大学病院以外の各病院のプログラムに所属する場合に分かれるが、どのように算出するのか。

●検討段階ではあるが、本府において各医師が所属する専門研修プログラムを把握することが可能であるが、具体的な配置病院は不明なため、各病院あて照会することを検討する。

○これまで、病院が努力をしても定員が減少する恐れがあったが、救急車の受入れ実績等を考慮していただくと、病院の実情に合った配分となるため賛成。

○NPO 法人卒後臨床研修評価機構（以下、JCEP）の認定についても必要な要素だと考えるため、本院も取得できるようにしたい。

○医師少数区域については、北部地域等と記載されているが、南部地域は対象とならないのか。

●現時点では、京都市内からのアクセスを踏まえ、北部地域を想定しているが、いただいたご意見は検討させていただく。

○臨床研修の質はどのように評価するのか。

●検討段階ではあるが、例としては、JCEP の認定を受けた病院の定員を増やすことや、入院患者の総数や救急車の対応経験数等で評価することを検討している。

○第三者機関である JCEP の認定を評価指標に加える点については、客観的な指標として良い。

- 医師偏在の是正に関しては、府北部のみでなく、南部の人口増加に係る医療需要についても考慮していただきたい。
- 府内定着率に関しては、専門研修プログラムの中で複数の病院で研修を行う場合があるため、京都府内の基幹施設の専門研修プログラムに所属しているかという考え方に統一いただきたい。
- 臨床研修医の定員が減少し、専門研修においてもシーリングがかけられている現状で、京都府内の若手医師が年々減少しているため、国への要望を継続的に行い、是正を図っていただきたい。
- 救急車の受入について、単純な受入件数では、人口の多寡の影響があるため、人口割等の補正が必要ではないか。
- 医師の働き方改革における特例水準の指定状況や勤務状況についても考慮いただきたい。
- 臨床研修の質を担保するためには指導医が必要だが、京都府内の指導医研修は他府県と比較して非常に少ないため、京都府地域医療支援センターとして、指導医研修会を増やすなど取り組んでいただきたい。
- 救急車の受入実績を算定するにあたり、対象人口を完全に算定することは非常に難しいため、明瞭な指標とさせていただく可能性もあるが、意見として承る。
- 今回提示いただいた評価指標の見直しには賛成する。
- 患者数や救急車の受入件数とあわせて、手術件数を指標に入れて良いのではないかと考える。
- 各指標の人口当たりでの算出が難しいのであれば、各病院の医療圏での貢献率も1つの指標になるのではないかと考える。
- 医師偏在については、臨床研修修了後、京都府内病院の専門研修プログラムに所属し数年後に府内に戻る場合もあるため、翌年のプログラムに所属する医師数だけでは、府内定着率の算定は難しいのではないか。
- 指導医の研修については、日本病院会等の各本部が実施しているため、受講は可能だと思う。
- 救急車の受入件数や入院患者数については、病院の規模にもよるので可能であれば研修医1人当たりの担当件数で評価するべきではないか。
- 基本的臨床能力評価試験という、研修医が年度当初と年度末に受験することで伸び率を評価できるという指標も今後取り入れて良いのではないか。

## (2) 最小定員保障の縮小について

- 民間病院の最小定員保障については何とか維持したいと考えている。
  
- たすき掛け研修で年間を通して2名を確保していただきたいが、途中で不在となる期間があるプログラムでは現場が非常に混乱するため、配慮いただきたい。
  
- 今回示した考え方としては、臨床研修医の定員は0名となるが、大学病院等からたすき掛けで派遣する案であり、派遣期間については調整、検討していきたい。
  
- 定員が1名ではなく0名となるのか。
  
- 厚生労働省の考え方では、臨床研修医が1名というの望ましくないため、1名でなく2名の定員としている状況であり、最小定員保障がなくなった場合、定員は0名とならざるを得ない。
  
- 臨床研修医の定員1名は不可という点は、再度厚生労働省へ確認するのか。
  
- 厚生労働省へは昨年度から繰り返し確認をしている。定員2名であっても結果的に1名しかマッチしなかったという例もあり、実態と乖離しているため、定員1名でも良いのではないかと要望しているが、厚生労働省の考え方に変更はない。
  
- 研修医の定員数が削られている中で、京都府内の配分を考える際に、定員数の多い病院から減らすのか、現状定員が2名の病院を0名にするがたすき掛け研修で研修医を確保するのか、どちらが良いのかということで、後者が今回の事務局の提案である。
  
- 定員数が0名となると、臨床研修指定病院でなくなる可能性があるため、定員数を1名とし、たすき掛け研修で1名派遣いただくことで常時2名を確保することは可能か。
  
- 研修医の定員が0名となったとしても、必ずしも臨床研修指定病院でなくなるわけではない。
  
- 厚生労働省は、1名募集することを認めていない状況であり、引き続き厚生労働省の考えを確認しながら、定員を1名残す余地があるかについては、国への要望も含めて検討したい。
  
- 最小定員保障を見直し、たすき掛け研修で研修医の確保を保障するのであれば、1名のみの派遣ではなく、必ず2名の派遣を保障する制度とするべき。
  
- 今回の指標案では、マッチング率が考慮されていなかったが、議論に当たっては今年度のマッチング率の実績を考慮しても良いのではないか。
  
- 現時点では、医師国家試験の結果が出ていないため、今年度のマッチング率の確定内容はない。資料に記載されているとおり、次回の運営会議では、マッチング率の実績データを用い

た議論は可能。

- 中間公表段階でのマッチング率は 98%となっている。京都府地域医療支援センターとしては、2次募集等によりフルマッチとなるよう、引き続き依頼しているところ。
- 定員の配分指標と同じく、事務局案のとおり救急車の受入件数や研修の質の面で判断いただきたい。
- 定員配分指標案、最小定員保障の考え方については賛成である。
- たすき掛け研修のプログラムを有する病院の定員配分を増やした場合に、学生に府内の病院が選ばれなくなる可能性を考慮すべきであり、魅力的なプログラム作りという点が重要。
- 最小定員保障の維持が難しく、集約化が必要という前提で議論が進んでいるが、地域偏在の是正は考慮しないのか。
- 地域偏在の是正については、定員の配分指標案で考慮している。
- 最小定員保障の見直しについては、医師多数区域の京都・乙訓医療圏の病院に限定している。
- 前回会議で、滋賀県からのたすき掛け研修で京都府内の病院で研修されている医師がいるという実態を聞いたが、実態の把握はしているか。
- 現時点では、把握していない。他府県からもたすき掛け研修を受け入れている病院については、京都府内の定員の配分が必要ない可能性があるため、調査が必要。
- 大規模病院のプログラムで1年間は小規模病院で研修するというプログラムと、小規模病院のプログラムで1年間は大規模病院で研修するというプログラムで、どちらが人気か現状を教えてください。
- 規模の大小ではなく、大学病院では専門性の高い研修を受けることができ、市中病院では初期的な診療能力を身に着けることができるという研修の組合せが、研修医にとっては魅力的であると思う。
- 京都府立医大では、2年間大学で研修するAコースとたすき掛け研修のBコースがあるが、後者が最も人気が高くなっている。京都府内に限らず他府県を含め、様々な選択肢があるということで、競争率が非常に高い状況。
- 京都府全体の定員数が減っていく中、最小定員保障を維持し、募集定員数が多い病院から減らしていくのか、募集定員数の多い病院に集約し、たすき掛け研修で派遣することにより、医療提供体制を支援していくのか、本日いただいた意見を踏まえ、引き続き事務局でブラッ

シュアアップし、再度議論いただきたい。

(3) 令和10年度以降の広域連携型プログラムについて

- 京都大学では府外連携分7名を担当しているが、非常に教育熱心で同プログラムでないと入れないような病院を派遣先としており、現時点ではフルマッチとなっている。
- 連携先での研修が半年では、十分な経験を積めるほどの期間とは考えにくいため、1年間の研修をお願いしたいが、今以上に制度を拡大しようとする中、何らかの支援策がなければ、連携元と連携先双方の病院への負担が大きくなっていくことを懸念している。
- 府内の連携枠は、充実した研修ができるということで学生からも人気が高いため、是非残していただきたい。
- 府外の連携枠については、遠方への引越費用の負担先が課題となっている。
- 研修期間については、6ヶ月以上と定まっており、派遣元派遣先双方の合意があれば、期間を延ばすことは可能。
- 府内の医師少数区域への連携枠については、削減するという議論が厚生労働省の審議会でないため、継続すると考えている。
- 引越費用については、当初の厚生労働省の制度説明会で、努力するという趣旨説明がなされていたが、新たな情報がわかれば共有させていただく。
- 当院では全研修医が2ヶ月程度、地域医療研修として地域の病院で研修しているが、広域連携型プログラムの定員が配分されると、この地域医療研修期間が短くなってしまう可能性がある。
- 医師少数区域の病院から派遣することはないようにしていただきたい。
- 地域枠や各自治体の奨学生等といった勤務地に制限がある医師を他府県へ派遣する場合、条例等に抵触する恐れがあるが、どのような整理となっているのか。
- 引越費用や下宿の違約金等の懸念事項は可能な限り取り除いた上で、きめ細かな制度設計にしなければ、混乱を招くのではないかと懸念している。
- 地域枠医師に関しては、臨床研修修了後から義務が発生する。臨床研修中は府立医科大学附属病院又は北部医療センターのプログラムに所属すれば良いということになっている。
- 広域連携型プログラムは、しっかりとした医師を育てるという研修制度の意義に反していると思う。今後派遣人数等が拡大する場合には、考え直すよう府から厚生労働省に対して要望していただきたい。

- 定員の少ない病院から府外へ派遣することは厳しいのではないかと。
- 医学部の入学者数が年々減少している中、府内の地域医療を守るため、地域枠の定員数は維持している。その中で、地域枠医師が広域連携型プログラムで府外へ派遣されることは、大学の地域枠に対する方針と大きくズレが生じるため、地域枠医師は府内の医師少数区域に派遣できるよう配慮いただきたい。
- 地域枠医師の研修期間中の派遣先については、府立医科大学の医師臨床研修センターの裁量によるところかと思うが、協力させていただく。
- 府内連携と府外連携の条件を整理いただき、指標等があれば良いのではないかと考える。
- 臨床研修全体の定員を算定する際に、広域連携型プログラムのアンマッチは対象外とするよう、厚生労働省へ要望いただきたい。
- 広域連携型プログラムのアンマッチに関しては、臨床研修定員数の算定対象外という国の保証がなければ、今後拡大し市中病院にも配置するとなったときに、各病院の負担が非常に大きくなるため、厚生労働省へ改めて確認いただきたい。
- 厚生労働省の説明では、初年度のアンマッチに関しては算定の対象外となっている。
- 地域の優れた教育を行う病院は限られており、全員がそのような病院で勤務できるとは限らない。持続可能な制度としていくためには、派遣先の症例数等を評価するといった根本的な部分を見直していかなければいけない。