

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 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専門研修部会」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、誠にありがとうございます。

まず、委員の出欠等について御案内です。

本日、片岡委員、釜菴委員、野木委員、山内委員は、オンラインでの御参加となっております。

また、阿部委員、椎木委員、三日月委員は、所用により欠席の御連絡をいただいております。

なお、阿部委員の代理として、長野県健康福祉部から牧地域医療担当部長が出席されております。

また、三日月委員の代理として、滋賀県健康医療福祉部から角野理事がオンラインでの御参加となっております。

文部科学省医学教育課からは島田企画官がオブザーバーとしてお越しいただいております。

なお、本日は日本専門医機構より寺本理事長、今村副理事長にお越しいただいておりますが、参考人としての出席を御承認いただけますでしょうか。

(首肯する委員あり)

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 ありがとうございます。

では、撮影はここまでとさせていただきます。

以降の議事運営につきまして、部会長、よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 皆さん、こんにちは。本日もよろしくお願いいたします。

それではまず、資料の確認について、事務局からお願いいたします。

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 それでは、資料の確認です。お手元のタブレットから資料を御覧ください。

資料0、座席表、議事次第のほか、資料1、資料2-1、2-2、3-1、3-2、3-3、4-1、4-2、こちらが資料となります。

また、参考資料として1から6まで、机上配付として1から4まで、それぞれPDFで御用意しております。

不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

本日、オンラインで御参加の委員の皆様へのお願いとなります。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。また、御発言の際は、Zoomアプリサービス内の「手を挙げる」というボタンがございますので、クリックいただいて、部会長の指名を受けた後に、マイクのミュートを解除の上、御発言いただきますようお願いいたします。また、発言終了後はマイクを再度ミュートにさせていただくようお願いいたします。

また、本日、会場にお越しいただいております委員の皆様へお願いです。会場に設置されておりますスピーカー等の機器の物理的な距離、能力、それから、感染防止対策のために着用していただいておりますマスクによる影響もあると思いますが、会場側の音声がオンラインの委員の先生方に届きにくいといったようなお話を頂戴しておりますので、御発言の際には御留意いただけますよう重ねてお願い申し上げます。

それでは、部会長に引き続きよろしくお願ひいたします。

○遠藤部会長 先ほど、意見おありになる方の挙手の話が出ましたけれども、会場におられる方は従来どおり手を挙げていただければ結構でございますので、よろしくお願ひします。

それでは、議事に移りたいと思います。本日の議題は、1としまして、令和元年度厚生労働大臣の意見・要請に対する日本専門医機構の対応について、2. 令和3年度専門研修プログラムに対する厚生労働大臣からの意見・要請案、3. その他の意見・要請案ということでございます。

それでは、まず議題1でございますが、令和元年度厚生労働大臣の意見・要請に対する日本専門医機構の対応について、事務局より資料1をまず説明していただきたいと思ひます。続きまして、日本専門医機構の寺本参考人より資料2-1を御説明いただきます。その後、再度事務局より資料2-2を御説明いただきたいと思ひます。

それでは、事務局より説明をお願いいたします。

○佐野主査 事務局でございます。

それでは、資料1を御確認ください。まず、初めに令和3年度の専攻医募集のシーリングに係りますスケジュールについて、再度確認させていただきたいと思ひます。

2ページ目を御覧ください。2021年度の専攻医募集のスケジュール案といたしまして、まず、これまでの経緯ですが、3月27日に日本専門医機構の理事会におきましてシーリング案が決定されたのを受けまして、厚生労働省におきまして4月10日に、持ち回りですが、医事専門研修部会を開催いたしまして、そちらでこの3月27日に専門医機構の理事会で決定されたシーリング案について資料としてお出しをしたところと、委員の先生方に御意見をいただいたところと存じております。

その後、都道府県のほうにこのシーリングの情報及びプログラムの情報につきまして、7月下旬に情報提供を行いまして、都道府県の地域医療対策協議会において御議論いただいたところとなります。その議論をもとに各都道府県知事から厚生労働省のほうに御意見をいただいております、このたび、全都道府県より意見が集まってまいりましたので、この専門研修部会で御報告させていただきたいと考えております。

この後のスケジュールに関しましては、この専門研修部会の後、10月の専門医機構の理事会を経て、今年度に関しましては、11月上旬より専攻医の募集が開始される予定と日本専門医機構のほうから伺っております。

続きまして3ページ目になります。4月10日の専門研修部会におきましては、基本的に

は、2021年度のシーリングについては昨年同様の計算方法によるシーリングを行うということで、委員の先生からも御意見をいただいたところとなります。その際にいただいた御意見の中で、昨年度も、厚生労働大臣から日本専門医機構に対して意見・要請を医道審議会の意見を踏まえて行っていたところとなりますが、その対応状況について、まずはその検討状況及び結果について御報告をいただいた後、今年度に関してどのような意見・要請をするのかという議論をするべきだというような御意見をいただいております。そこで、今回、資料2-1で日本専門医機構の寺本理事長よりその対応状況等について御報告をいただきたいと考えております。

それ以降は参考資料となりまして、今年度のシーリングに係るこれまでの議論の資料をつけておりますので、適宜御参照いただければと思います。

事務局からは以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、寺本参考人、よろしく願いいたします。

○寺本参考人 それでは、この資料2-1に従った形で私たちの回答をお答えいたしたいと思っております。

これは医療体制の確保に重大な影響を与える可能性に関することとされた1の中の(1)ですね。これに対して、【回答】と書いたところが前回お答えしたところでございますが、その後いろいろと当機構のほうでも議論の末、これは当然のことでございますので、2020年度の採用につきまして、地域医療対策協議会から従事要件申請のあった専攻医に関しては既にシーリング対象外とさせておりまして、今後もこの方針は採用してまいります。これは従来からの当機構の方針でございますので、そんな形でいこうかと思っております。

それから、次のポチですが、過去の採用数が少なく、採用数の年次変動が大きい都道府県別診療科については、過去2年の採用数のいずれかが10未満である都道府県別診療科のシーリング数を、過去2年の採用数のうち大きいほうとする等、地域医療に重大な影響を及ぼさないよう一定の配慮をすることということでございますが、これも私どもの意見とほぼ一致しておりますので、青字のところの、過去2年の採用数のいずれかが10未満である都道府県のシーリング数は過去2年の採用数の大きいほうといたしております。

また、以前からこれは5以下のシーリングというのがありましたけれども、これに関してはシーリングをかけること自体が実情に余り沿っていないということから、外させていただくということにしております。

次のマルポチであります。シーリングの対象となった都道府県のうち、都道府県内に医師少数区域がある都道府県に対する一定の配慮のため、地域貢献率算定に当たっては、シーリング対象外の都道府県において研修を実施する期間に加え、都道府県内の医師少数区域において研修を実施する期間も考慮に入れることということになっておりますが、今回、もちろんこのことは同意見でございますので、同じ都道府県内の研修であっても医師少数区域での研修期間は地域貢献率の算出に組み入れさせていただくということで、いろ

いろと今算出をしているところでございます。

(2) のところの令和3年度以降開始の研修プログラムにおけるシーリング数に関するということ、マルポチでございますが、令和2年度のシーリング案では、連携プログラム制度が設けられたが、医師少数県との連携プログラム枠の拡大（都道府県限定分の増加）や、全ての医師少数県の連携プログラムへの参加、参加医師への支援を含むプログラム連携にするメリットの創設など、連携プログラムにより医師偏在解消が図れるよう制度設計を行うことということでございますが、これに関しては、私どももこのようなことを一応検討するというところで、これまで、昨年8月から専門医養成数に関する検討協議会を各領域学会と知事並びに町村会の方々とお会いしながら5度にわたって開催していただき、そういったことの御意見を伺いました。

令和3年度のシーリング案提案はそのような議論に基づいたものでございますが、その中で、遠方の医師少数地域と連携プログラムを組める基幹施設の情報はまだ十分でないということから、今後、当機構が基幹施設の情報収集並びに各領域学会への周知を図る連携施設のマッチングを検討させていただくということで、現在、各、特に東北ブロックであるとかそういうところでは、どのような基幹施設がこのマッチングを希望されるのかということについての問合せのフォームをつくっているところでございます。来年度にはできる限りこの形で動いていきたいと思っております。

それから、医師数と医師必要数の比である足元充足数について、ブロックごとで大きく異なることを勘案し、医師不足県が多数あるブロックにおいて専攻医が充足されるよう、偏在是正対策として適切なシーリングを設定することということでございますが、一応これは東北ブロックがそれに当たるのかということ、今申し上げましたような基幹施設と連携施設のマッチングというのを東北ブロックについては今検討しているということでございますし、これは一応そういうシステムをつくらなければならないということで、今現在そういうことをしているところでございます。

次のポチでございますが、令和2年度のシーリングによって、医師多数県への専攻医集中がどの程度改善・解消されたかを詳細に検討し、2021年度以降のシーリング設定に当たっては、医師偏在解消に実効性が十分に上がるよう制度設計を行うことということでございます。

これは実は前からこういったことをしようということで、この令和2年、今年の4月からウェブ上において専攻医の研修記録を記載するシステム、これはマイページと私たち呼んでおりますが、稼働いたしました。専攻医にはマイページの研修履歴を義務づけておりますので、今後はどの地域にどれぐらい専攻医が配置されているのかということがデータベース化されます。このデータを解析することによりこれまでのシーリングが医師偏在対策にどのような効果をもたらしたかということを検証することが可能となります。

しかしながら、現状においてマイページの記載がまだ十分でないということで、まだ十分な検討ができておりません。令和3年3月になりますと、2018年の専攻医の方々の記載

が完了するということになりますので、その時点で研修ができる。それから、何年間かしないと十分な研修になりませんが、そういったことを研修していくためのこういったデータベースを構築しております。

次の、周産期医療、救急医療等の政策医療並びに地域病院の医療提供体制を維持していくために不可欠な診療科の外科、産婦人科、救急科、総合診療科については、引き続きシーリングにおいて一定の配慮がされるべきであるという意見がある一方で、外科等を希望する医師が都市部に集中する結果となっていることから、専攻医が多い東京都等は、過去の採用実績を踏まえ、実績のシーリングを設定するなど、他の地域と区別して対策を講じるべきであるといった両論の意見があることから、引き続き議論を行うことで、これは今、機構内でも大きな問題になっておりますけれども、外科や産婦人科については、絶対数はある程度一定の増加をしているのですが、これは全体の専攻医の数からすると、その割合からすると、若干軽度な増加にとどまっているということ。

それからもう一つは、プログラムの離脱者が意外に多いということで、数としての増加傾向は認められていない。これは当機構のみで解決できる問題ではありませんので、行政を含め関係学会や関連団体と引き続いて協議していきたいと。これはいろんな要因があると思いますので、その要因を解決していかなければならないのではないかなと思っております。

現在のシーリングの対象とされている診療科においても、引き続きシーリングの対象科とすべきか、診療科の特性を考慮した上で、根拠に基づいた議論を行うこととされておりますが、この都市部で充足していても地方には極端な不足をしている診療科もあるわけですね。このような診療科で連携プログラムの運用をさらに強化していきたいと考えております。特にこれは内科系がそうだと思いますが、そういったところでは連携プログラム、できるだけ多く組んでいただきたいと思っております。

医療資源の少ない地域を専攻医が希望しない理由の一つに、地方での指導医不足があるということから、専攻医が医療資源の少ない地域で研修する場合は指導医とペアを組むという方法ですね。これは一部の領域学会では実施されております。このような取組を他の領域学会にも要請し、拡大していけるよう、今、検討しているところでございます。

大学病院の専門医は、教育や研究に従事している時間も相当長いので、専門研究における研究等の位置づけを検討し、信頼性の高いデータに基づいて教育や研究を維持するための必要な医師数について、専攻医の採用において考慮することということになっております。これに対して私どもとしては、研究医の養成というのは専門医の養成と並列して推進していかなければならない。そのために、令和3年度より「臨床研究医コース」を新設させていただいております。

コースは一応7年間として、その間に専門医と学位を同時に取得できるようなコースとしております。本コースの募集人員は地域医療に影響を及ぼさない程度の40人で開始して、状況を見ながら考えていくということで、これはシーリングの対象外と考えております。

シーリングの対象となっている基本領域に複数の基幹施設が存在する場合、早急に専門医機構が責任を持って学会に定員調整を指示するとともに、基幹施設ごとの定員調整を行う主体・時期・手法等の運用ルールを確立すること。その際には、地域貢献率が高いプログラムでより多くの専攻医が採用するルールとすること。

一応令和3年度のプログラムにおいては、領域学会からの提出時期をこれまでより早めるということによって、領域学会が都道府県や基幹施設との調整期間を長く取れるように配慮しております。また、私どもとしては今度のシーリングに関してはできるだけ早目に決定したいというのが私たちの希望でございます。

(3) 研修プログラムの内容に関するということと、プログラム整備基準に記載されているとおり、専門研修プログラムの全期間において研修先が計画されていることはプログラム制の前提であり、研修先が未定の期間があるプログラムについては、募集を認めないこと。

確かに、各領域学会には基本領域連絡委員会などを通じてプログラム制の基本的な考え方を再度周知するというにしております。というのは、一部のところ、お話ししてみると、このプログラム制が十分認知されていないところがございますので、そんなこともございましたので、ホームページ上でローテーションの予定の記入を促す動画を掲載させていただきました。これは稼働しております。令和3年度プログラムにおきましては、全てのローテーションを提出していただくよう各領域学会にお願いしておりますし、そのようなシステムを構築したところでございます。

連携施設に3カ月以上勤務しないことになっているプログラムが存在するため、各学会から提出されたプログラムが専門医制度整備指針、運用細則等に則っているか厳正に審査し、則していないプログラムについては認定を行わないこと。また、連携施設における研修期間が3カ月未満となることを認める場合の要件について明確に定めること。

一応整備指針が遵守できていないプログラムについては、プログラム検討委員会の中でも引き続きその理由を明確に求めて是正を促していくということで、幾つかの問題点もございますので、今、プログラム検討委員会の中ではサイトビジット等も今後していかなければならないのではないかと議論を今、しているところでございます。

基幹施設がシーリング対象外の都道府県に存在するプログラムにおいては、シーリングを有効に機能させるため、シーリング対象の都道府県に所在する連携施設における研修期間に一定の上限を設けること。

これも明らかにシーリングを開始するためと考えられるプログラムについては、整備指針をある程度改定も含めないとなかなか守ってもらえないのではないかとということで、今、整備指針自身の改定ということも含めて対応していきたいと思っております。

専攻医採用実績が350名以上の基本領域学会において、都道府県ごとに複数の基幹施設を設置しておらず、新整備指針運用細則が遵守されていない状況が見受けられる。県内で複数プログラムを持たないことについて、人口や病院数等の地域の実情及び教育レベル維

持の観点から検証を行うこと。

これも以前から指摘されていることですが、都道府県内の基幹施設の複数化につきましては、専攻医の選択肢の観点から必要であると考えられますが、都道府県によっては、指導医の不足などから、基幹施設の複数化ができないところもあります。その理由として、施設の複数化が専攻医の研修医にとって必ずしもよい結果をもたらさないのではないかということなので、そういう理由も含めて、これから複数化できていないところの検証をしていこうということをしております。

それから、プログラムどおりの研修を実施しているか、どの研修施設で研修しているか、確実にフォローアップできるシステムを早急に導入し、毎年十分な検証を行い、公表すること。

これも、先ほど申しましたとおり、令和2年度より専攻医がマイページでの研修履歴の記入を義務づけました。未記入の場合は、研修を修了できないだけでなく、認定試験を受けることができなくなります。したがって、マイページは確実に来年の3月には2018年開始の方々はするということになりますが、このマイページの運用によって専攻医の動向はシステム上で把握できるようになると私どもは思っております。

変わりゆく地域の実情に応じて、連携施設における研修は研修施設や期間の変更も期待されるため、専攻医及び研修施設の合意の下、地域医療対策協議会で議論し、専門医制度整備指針、運用細則、シーリング等の枠組みを超えない範囲で変更を可能とすること。

これは当然なので、当機構研修プログラム委員会でこれは検討させていただきたいと思っております。

研修プログラムの認定に当たっては、あらかじめ都道府県の地域医療対策協議会の意見を聞いた上で認定を行い、地域医療に配慮されたプログラムになるよう努めること。

これは、令和3年度のプログラムにおいては、領域学会からの提出は約1カ月早めるということによって地域対策協議会の開催時に間に合わせるよう配慮させていただいております。募集開始につきましても、昨年よりちょっと遅らせて調整できるよう、時間を少し取るように配慮させていただきました。

(4) でございますが、日本専門医機構のガバナンスに関することということで、マルポチですが、厚生労働省、都道府県、学会、専攻医を目指す医師等からの問合せに適切に対応するため、専用の担当者を置くなど事務機能を早急に強化すること。昨年も同様の要請を行ったが、改善が認められないため、可及的速やかな対応を講ずることとなっておりますが、当機構のガバナンスにつきましては、第三者機関による調査結果報告に基づきまして、各種改善を図ってまいりました。

具体的には、第三者機関から指摘されたのは、財務が非常に問題であるということで、財務の改善ということをまず図ろうということで、定款上で基金を募集できるようにいたしました。また、情報セキュリティ規定を整備、新規システムの稼働、それから、事務局員の増員などを行い、問合せ対応の迅速化などを行いました。

また、このたび、問合せに関する特別の窓口をつくって、その委員会をつくっておりますので、専攻医の方々の問合せに対して対応するシステムができ上がったということになるかと思えます。

専門研修プログラムの内容についての情報提供が遅く、都道府県での十分に確認する時間が確保できないため、シーリングの改定、学会及び基幹施設への周知、研修プログラム取りまとめ等について、スケジュールを明確にし、遵守することということでございますが、令和3年度開始プログラムについては、4月よりスケジュールを明確にして、今週の募集に向けたスケジュールに沿った運用をしてまいりました。また、事務局員を増員したことによって関連団体とのコミュニケーションを高められたのではないかなと私も思っておりますが、今後はさらなる円滑な運用を図ってまいりたいと思っております。

2. でございますが、研修の機会確保に関すること。(1)カリキュラム制について。各領域において、地域卒医師や育児や介護と両立する医師のために、カリキュラム制を整備する必要があるが、一部の領域においてはカリキュラム制が整備されていないことから、速やかに整備すること。また、カリキュラム制で研修が行える医療機関のリストを早急に整備し、各学会及び日本専門医機構のホームページ等で速やかに公開すること。

カリキュラム制につきましては、各領域学会にも整備を依頼し、各領域の基準が示されております。ほぼ整備されてまいりました。カリキュラム制の選択要件につきましても、既にホームページに掲載させていただき、運用開始させていただいているところでございます。

次のポチですが、シーリング対象の都道府県においても、出産や介護との両立のためカリキュラム制を選択する専攻医が適切に採用されるように、一定の仕組みを検討すること。

これに関しましても、基本領域連絡委員会などでカリキュラム制の整備を促し、ほぼ完了いたしました。今後は、カリキュラム制に関するFAQなどをホームページで公開してまいります。

(2)でございますが、基幹施設の認定基準について、都道府県ごとに複数の基幹施設を設置できるよう努力し、必要に応じて各学会のプログラム整備基準の再検証を行うこと。

これは引き続き基本領域学会に対しては都道府県に複数の基幹施設を設けるよう指導してまいりますということで、一応私どもとしての回答は以上でございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、また事務局のほうから御説明をお願いしたいと思います。

○佐野主査 事務局でございます。

それでは、資料2-2を御覧ください。資料2-2ですが、ただいま、寺本参考人より御説明いただきました資料2-1に関しまして、こちらの事務局のほうでワードの資料を整理させていただいております。

まず、一番左側の列に関しまして、昨年9月に厚生労働大臣から意見及び要請をしたもの、真ん中の列に関しまして、それに対する日本専門医機構からの回答、最後に右の列



に、今回、寺本理事長より御報告いただきました回答についての経過報告という形で並べてまとめさせていただいております。

また、こちらはなかなか厳密に分けられるものではないかもしれませんが、達成状況について対応済みのもの、現在検討が行われており、今後対応が進められる予定のもの及び今後具体的な検討が行われる予定のものという3段階といたしまして、事務局のほうで判定させていただいております。

まず、令和2年度開始プログラムのシーリングに関することに関しましては、先ほど寺本理事長に御説明いただきましたように、意見・要請に基づいたシーリングを用いまして、令和2年度の採用を行っていただいたところとなります。

次のページですが、令和3年度以降の研修プログラムにおけるシーリングに関することに関しましては、この下から2つ目の研究医に関しましては、今回、臨床研究医コースを設けるということで御対応いただいております。

また、そのほかの項目に関しましては、シーリングによる効果分析等の項目に関しましては、現在、日本専門医機構のほうで検討いただいております、今後対応が行われる予定となっております。

また、最後の3ページ目になりますが、研修プログラムの内容に関することに関しましては、後ほど資料3で今年のプログラムの状況も御報告させていただきますが、今後、日本専門医機構において対応について御検討いただく予定の項目が多くなっていると事務局としては考えております。

また、カリキュラム制に関しましても、昨年度からかなり進捗は見られますが、一部の領域においてはまだ整備がされていない状況も報告されておりますので、今後、御対応いただける予定と存じております。

事務局からは以上となります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいま、事務局と日本専門医機構の寺本参考人から御説明がありました。ただいまの内容につきまして、何か御意見、御質問等ございますでしょうか。ただいまの内容というのは昨年度の意見・要請に対する日本専門医機構の取組ということでございますけれども、何かあればお聞きしたいと思います。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

機構に2つ質問したいと思います。まず、先ほどの御説明の資料の中の資料2-1の4ページのところに、マイページというのを令和2年の4月から始められたということで、4ページのところには、このシーリングの効果検証をこのマイページを使うことによってできると御説明があって、研修の履歴については義務づけをしてデータ化するということですが、4ページには、現状ではまだ記載が不十分だと。ところが、8ページになると、義務づけたと書いてあって、これは本当の現状というか、最終的に記入するボリュ

ームとして、3年終わるときにまとめて書けるようなものなのか、随時書いてもらわないと、正しい情報ということで検証の材料にならないものなのか、その内容が分かりませんので、今、未記入が多くても、きっちり検証対象になるのかどうかということをお聞きしたいということがまず1つです。

それから2つ目として、前回のこの会議で臨床研究医コースというのをもう来年度から募集を始められるというようなことがございました。私もその後いろいろとお聞きしてきましたら、大学の関係者の方にしますと、今、それでなくても研究に取り組む医師が減っているところに、この専門医制度ができたことによってさらに減ると。なので、大学などでは歓迎なのだという話もお聞きするのですが、私は、今まだ専攻医になる人の選択肢に入っていないことを非常に懸念してしまっていて、前回から今までの間に若い人たちに対してこういうコースができたという周知をどれぐらい図ってこられたのか、その進捗状況を教えていただきたいことと、それから、受け入れ側である大学ですね。その大学に対して、こういうコースを始めたということがどれぐらい伝わっているのか。でないと、とりあえず40人ということですが、最初それが知られていなければ40人にも満たない可能性もあるのではないかなという気がしますので、その辺りの状況を教えていただければと思います。

○遠藤部会長 では、寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 1番目の未記入の件ですが、これは、残念ながら、2018年から始めた専攻医に関しては、記載していただかないとやはり修了要件になりませんので、ただ、でき上がったのは今年の4月ということですので、確かにどうしても現時点では未記入のところが出てくるのですが、私たちとしては、一応どこからどこまでを、これは日にちで入れていただこう、要するに、何月何日から何月何日まではどこでやった、そのことをそのところの指導医に関してアサインしていただくという形で進めていくので、後からでも一応記入は不可能ではないと考えておりますし、それは記入していただかないと私たちが修了要件として認められないので、それは3月までに必ず記入していただきたい。

したがって、今年中にそういう場合は認められませんよということを周知していこうかと考えています。専攻医には私たちの手落ちでそこまでできていなかったわけですから、それは認めていかなければならないと思いますので、できるだけそのようにしていきたい。

一方で、例えば外科とか内科というのはそれなりにウェブでそういうものは入力するものはございますので、それは随時入れているわけですね。ですから、そういったものと照合しながら見ていくということになろうかと思っております。

あと、研究医コースの件ですが、おっしゃるとおりで、期間が非常に短うございまして問題になっておりましたが、できるだけ早くということで、8月には一応ホームページ上で、こういったコースができたということで、募集も、9月の半ばにしようということにしています。今回のこういった研修部会が終わった後で募集が始まって、来月の10月の半ばまでに応募していただく。後ほどお話があるかと思いますが、各大学であ

るとかそういったところでのコースの依頼、要請、それは非常に多くございますので、恐らく大学等はある程度周知されたと思うのですけれども、専攻医と研修医にどれだけ周知されているかというのは、私ども、非常に不安ではあります。おっしゃるとおりだと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

○山口委員 前者のほうですけれども、シーリングはやはり本当に検証して、効果があるのかどうかというのが多分すごく多くの方が気になっているところだと思いますので、きちんと検証の材料になるようなデータ化というのを図っていただきたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 今までの説明等いろいろ聞いていまして、まず、マイページの話がありましたけれども、このマイページはクラウド上でしっかり管理するのだと。この話を私最初に申し上げたのは、カリキュラム制を基準にしてやらないと、プログラム制が絶対ということではいけないだろうということをずっと申し上げてきました。その地域の医師たちが必ずしも大病院でなければいけないということは、この地域医療の偏在問題なんかについて逆行することになりますので、この件について、このカリキュラム制がまだ完備されていないということもあると聞いています。

これは厚生労働省にぜひ申し上げたいのですけれども、これは、先ほどちょっと説明にありましたけれども、財源の問題でもあるのですね。人がいない、体制が整っていないということについては、厚生労働省がしっかり予算化してサポートしないと。私は、このカリキュラム制というのがしっかりしていないとおかしなことになると思うのですね。

ちょっと話が飛びますけれども、この機構の話を見ると、全く上から目線なのですね。こういう場合はカリキュラム制に移行することを認めてやると。しかし、プログラム制を強制するというか、それを前提に考えるのであれば、これは法律的な根拠が必要だと思うのですね。ですから、私は、若いドクターがどのようになるかということについて規制してはいかんと。だけど、教育的な見地からこの専門医制度というのを必ずしも否定するものではないのですけれども、だとしたら、これはどんな状況においてもしっかり研修ができて、つまり、不適合ということが存在すると思うのですね。適応しないということも存在すると思うのですよ。そういうところもしっかり考えていかないと。なおかつ、この地域医療ということを中心に考えた場合、そのプログラム制を大前提にするというのは、私はちょっと話がおかしいのではないかと考えているのですね。

そういった意味で、このカリキュラム制をしっかりしたものにするためには、やはり財源的な裏づけが必要だと思いますので、これは厚生労働省はしっかりと予算化していただきたい。これはどちらかというとも厚生労働省に申し上げたいことです。

それからもう一つ、これは機構の理事長にお聞きしたいのですが、この説明の中に、外科医で脱落する人がいると。外科医の専門医研修から脱落する人がいると。都市部に外科

医が集まって、その外科医も脱落する人がいるという記載がありましたけれども、お聞きしたいのですが、この脱落した人たち、どうなりましたか。どういうコースたどることになりましたか。それは、おまえたちは脱落したからもうだめだということではないと思うのですね。ちょっとそれを教えてください。

○遠藤部会長 厚労省に対する最初の、カリキュラム制の予算化、何かコメントありますか。なければ御意見としてお聞きしますが、では室長、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

まさしく、カリキュラム制、プログラム制も含めて、やはりそういうマイページでしっかり研修履歴を管理していただいて、そして偏在対策に対してもしっかり研修の材料にしていくということは非常に我々も重要だと思っております。そういった観点からも、専門医の認定支援事業で、我々、予算事業として御支援させていただいておりますので、その中でうまく活用していただければなとは思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、寺本参考人、よろしく申し上げます。

○寺本参考人 非常に残念なことに、確かに外科の専攻医等々で、いろんな理由で、先生おっしゃるようなパワハラであるかもしれないような問題があつて離脱するというので、こちらのほうに報告が来ているケースがございます。そういう場合にやはり専攻医が不利にならないようにということで、場合によってはプログラム移動をお勧めすることもありますし、それが不可能であればカリキュラム制に移行するというのも当機構としては認めておりますので、それは逐一、プログラム委員会と、それから、今度でき上がったコンサルテーションの委員会がございますので、その委員会で議論しながら、どう処置をしていくか、どのような方向性に持っていくかということは今議論しているところでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。立谷委員、よろしゅうございますか。

○立谷委員 ちょっと言わせてください。私は、このプログラムに適應しないケースというのはたくさん出てくると思うのですね。これは前にも言いましたけれども、お世話になった大学病院の場合、医局で、その指導者がみんな立派な人とは限らないですね。教授も含めてね。そういう選択のミスというか、甘さというか、そういうことは十分起こり得ると思うのですね。私、1割2割起こり得ると思うのですよ。そこで我慢しなければいけないということになりますと、昔の医局制度と変わらなくなっていくわけですよ。そういうことを避けるために、この臨床研修制度が始まったはずなのですね。ですから、私はある程度、この勉強というか、医師の訓練を志す医師たちにはある程度余裕を持たせた制度でなければいけないだろうと。

ですから、適應障害で具合が悪くなってもしょうがないということをお願いしたいのですが、ある程度、それぞれの入ったコースの中でやり直しがきくような、そのためにはやはりカリキュラム制度を前提にしなければいけないと思っております。

この離脱した方々のことも、離脱するだろうという人、たくさんいると思うのですね。そういう方々のこともひとつ考えて進めていかないと、私は何のためか分からない、そういう思いをしていますので、これはずっと前から申し上げてきたことなのですが、実際こうやって実例の話が出てきますと、しっかり対応していただきたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。それに関連しまして、寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 離脱と申し上げているのは、専門医の研修から離脱しているわけではなくて、そのプログラムから移りたいとか離脱したいという意味なので、それを私たちのところに相談にいらっしゃるので、その場合には、場合によってはプログラムの移動であるとか、場合によってはカリキュラム制への移動であるとか、そのようなことをお勧めするというで言っているのです、同じプログラムで本来ならばいかなければいけなくなっているところが、そういうことをしなかったというのを離脱と言っておりますので、専門医の研修を離脱したという意味ではございませんので、ちょっとそこだけ申し上げておきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、お待たせいたしました。角野参考人、お願いいたします。

○角野参考人 今回、それぞれ一つ一つの項目ではなくて、今回の回答をお伺いして全体的な話なのですが、ABCの領域のこれを見ておりますと、要は、領域学会としてさほど自分たちのそれぞれの独自の考えといいますか、そういうのに影響のない部分、あるいは機構だけで考えられるところ、こういったところは前進しているわけですね。そして、典型的なのはこの研修プログラムに関すること。そのように各領域学会が独自に自分たちの今までのスタイルというか、何かそういうのを守りたいような感じのところになると、途端に達成状況が悪くなるというような感じ。

この記載の内容を見ましても、表現の仕方がおもしろいのだが、学会に対して、Cがついているところというのは、お願いしていますとか、促していますとか、機構として非常に丁寧といいますかね。これは、機構が本当に今回いろいろこういった意見・要請に対して頑張っって何とかしようとして努力されているのは分かるのですけれども、そういったときに、もっと機構が領域学会に対して強くものが言えるといえますかね、それが必要なかなという気がしております。ですから、何かその辺りの工夫といいますか、が考えられるのかなと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御意見ではありますが、寺本参考人、何かあればお願いします。

○寺本参考人 どうもありがとうございます。機構としてもそういう形をとりたいと思うのですが、残念なことに、これは始まって3期目ということで、まだ完全な制度として、もう3年ですから定着したと言っていいと思うのですけれども、そういうことがあって、

今まではどうしても学会の御協力を大分得ないとできないという状況はすごくあったということがあるので、やはりお願いしながらやっていくというスタイルですけれども、これ、ある程度画一化されてきて、ちょうど昨年からは、定期的に各領域学会と会議を持つようなシステムにいたしましたので、大分意思疎通ができるようになって、その御意見を我々も聞くことができるし、それに対して学会もある程度それに対応できるというような関係ができ上がってきています。

特に来年は認定試験がございますし、それが済みますと、今度は更新要件とかそういった問題が出てきますので、学会との御相談がこれからますます必要になってくるという中で、やはり機構と学会とがある程度協力してやっていくという姿勢で、表現としてなっているということでございますが、恐らく学会としても、今の状況はだんだん分かってきているので、専門医機構との関係というのはそのような方向に持っていかなざるを得なくなっていくだろうとは認識していると私は思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

それでは、先ほど来お手を挙げておられます野木委員、いかがでしょう。

○野木委員 先ほど臨床研修医コースの話が出たのでちょっとお聞きしたいのですけれども、後で議論になるかもしれないですけれども、機構の寺本先生にちょっとお聞きしたいのです。今日の配付資料なんかで都道府県の意見も出ているのですけれども、賛成しているところが多いのは事実だと思うのです。でも、前回も出ましたように、シーリングの問題ですけれども、四国の県なんかでも一部は大賛成だと、自分たちのところにそういうの来てほしいというような意見も書いておられるところがあったと思うのですけれども、機構側としては、この辺のニーズ、実際ふたを開けば、東京都が30人、例えば京都5人、大阪5人というふうな臨床研修医コースになってしまうと、また市長さん等の不満が爆発するような気がするのですけれども、東京、大阪、京都、福岡、その辺りに集中するようなことはないような配慮はされているのでしょうか。

○遠藤部会長 寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 これ、集中するというのを避けるようにということはなかなか難しゅうございまして、やはり研究機関並びに大学の存在する場所というのはどうしても都市部に多くなっているということがありますので、現在40という数字を考えますと、それを各県平等にというわけにはなかなかいかないのではないかと私は思っています。もちろん、今回40名とした理由の一つは、その動きというか、動向というか、どういう方々がこれで応募してくるかということを見ながら、今後、どう調整していくかということは考えていると思っておりますので、今の御意見を参考にしながら、地域医療に対しても、地域のそういう研究機関に対しても配慮していくということはしていきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

○野木委員 そうすると、今年に関しては、東京、30名とかいう可能性もあるということですか。

○寺本参考人 現在の立てつけからいたしますと、応募者の数に応じて配分することになっておりますので、そして、応募者がそこを受験するといいますか、応募して、各大学で専攻していくということになりますので、どうしてもそれはちょっと私どもも制御できるような内容ではないので、今年状況を見ながら次のことを検討していきたいと考えております。

○遠藤部会長 よろしいですか。

それでは、お待たせしました。山内委員、どうぞ。

○山内委員 ありがとうございます。

私は2点御質問があります。まず1点目は、これは主に厚労省のほうにだと思っておりますけれども、マイページのことに関してですが、これが今後、初期研修医のそういった動向と紐づけするような、例えば、なかなか難しいかもしれませんが、マイナンバーカードで医者の初期研修医がどこの専攻プログラムに入ったかということが分かるようなデータベースができていくのでしょうか。

というのは、やはり専攻医の中での動きというもの、マイページは今、専門医機構がつくっているものなので、機構のほうで初期研修と関連したりするのでもいいかもしれませんが、そこだけの状況しか分からないということになります。初期研修医が、どこで初期研修をやった方がどういう専攻医のプログラムに入ったかということのデータとか、やはり今後きちんと紐づけをした形で分析していくことがとても大事だと思いますので、そういった計画が今後あるのかということ、主にこれは多分厚生労働省になると思いますが、1点目、お聞きしたいと思っています。

それから2点目は、これは主に機構のほうになると思っておりますけれども、今の資料の2-1の4ページ目のところにマイページのことが書かれておまして、どの地域にどのぐらい、要するに、専攻医の人たちが地域連携、連携の施設のところにどのぐらい行ったかということ、これを細かく今後分析していかれて、実際に地域に出すといった人たちがどのぐらい、どのように行っているのか、シーリングされている期間のプログラムからシーリングされていない地域の連携プログラムにどのぐらい行っているのかということを見ていかれると思うのですね。

その中であって、特に今年度に関しましては、新型コロナウイルス感染症のことで、実際4月の時点でかなり東京から地域の病院には断られてというか、動けなかったと思うのですね。ですから、そういった影響とかが今年度に関してはありますので、そこを加味した上での分析を行っていただきたいと思っております。

その2点です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。ではまず、厚労省として何かお考えがあるかどうかお聞きしたいと思います。

○佐野主査 事務局でございます。

医師のどこで勤務していたか、特に臨床研修、専門研修に関しての勤務先につきまして

は、医師データベースという予算事業の中で紐づけられるように現在データベースを構築しているところとなります。さらに、そのデータを都道府県のほうに、その都道府県が関係する部分だけになりますが、一部を切り取ってお渡しするという取組も開始しているところとなっております。

○遠藤部会長 では、寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 今の話ですけれども、マイページに関しましては、この前ちょっとデータベース検討委員会のほうでも行いまして、医籍登録番号でこれからは登録していこうということで、これからはしばらくの間はこの医籍登録番号でやりますので、これ、大体共通化されるのではないかと。一応、専門研修の間もそうですが、今後、その後のサブスペシャリティであるとか、更新の状況ですね。そういったこともデータベース化していこうと考えておりますので、専門医の方々がこれからどういうところでどのように働いていくのかということを追跡できるような状況をつくっていきたいということで、今そういう議論になっておりますので、先生のおっしゃるような形、初期のほうの臨床研修とは今関係づけられてはいないのですが、医籍登録番号で恐らく紐づけできるのではないかなと思っております。

それから、今、御指摘のありましたコロナの問題というのは非常に重大な問題で、私たちのところにも大分その問題が入ってまいりました。したがって、今、コロナでどうしても動けないという方々、移動できないという方々に関しては、コロナ、COVIDによってこういうことが起こったということマイページに記載していただくということを私ども要請しておりますので、この間に起こったことはこういう理由で行けなかったのだということが追跡できるようには一応しております。これはその方がちゃんと記載してくれているということが前提でございますが、一応私どものほうではそういうことを一斉メールで出してしておりますので、対応していただけているのではないかと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。山内委員、よろしゅうございますか。

○山内委員 はい、分かりました。1点、データベースのことですけれども、今、医師データベースもつくられるということだったのですけれども、とにかくデータベースをできるだけ一本化していただきたいというのが、やはり現場で入力する者にとっては、特に専攻医にとっては、こっちに入力して、あと外科だったら自分の書類のNCDも入力して、それでまたあっちにも入力してということが、本当に現場だとデータベース入力することが非常に苦痛になってきますので、皆さんが情報をきちんと得るためにもできるだけデータベースの、例えば医師のデータベースができたならば、このマイページと紐づけできるような、医籍登録番号で両方にあれしなくてもいいような形のものとか、そういったことを引き続き検討いただきたいと思います。ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、羽鳥委員、お待たせしました。

○羽鳥委員 資料2-2の一番右の項目、厚生労働省にお伺いしたいのですけれども、達



成状況、事務局の判定で×がついているのが6項目、それから△もたくさんありますけれども、何が△で、どんな理由で△なのか、あるいは、×だったら、これがだめだったら、この時期までにこうなさいとか、具体的なことを書いてくださらないとどうしていいかわからないではないかと思えますけれども、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

多分、羽鳥委員、今、御覧になられたのはちょっと案の段階のものだったので、最新のものは今のタブレットを御覧いただければと思えますけれども、資料2-2の1ページ目に、この達成状況についてということでABCの基準を記載させていただいております。Aに関してはもう既に対応済みで、もうこれ以上の対応は必要ないものというカテゴリーになっておりまして、Cが、具体的に検討が行われる予定のものということで、その間、中間的なものでございますが、Bが検討が行われており、今後対応が進められる予定のものということで、もう道筋がついているようなものをBとしております。そういった観点で、今回、ABCとして、事務局の案ではございますけれども、そういった形でお示しさせていただいております。

○遠藤部会長 羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 期限とかそういうのははっきり明示していない。

○加藤医師養成等企画調整室長 これは過去の意見ですので、正直、期限としては、基本的にはもう今日というか、1年後にはこれが達成されているものという見込みで我々としては期待していたところでございます。もちろん、所々の事情で実施できなかったものも当然あるかと思えますので、そこに関してはここで今回御説明いただきました。これを踏まえて今回改めて大臣から、様々、都道府県からの意見も踏まえて、状況も幾らか変化している部分もございますので、これまでの達成状況と、そして様々な御意見を踏まえて、今回この後御議論いただく今年度の大臣の意見・要請のほうにつなげていきたいと考えております。

○遠藤部会長 羽鳥委員、よろしゅうございますか。

ありがとうございます。まだ御意見おありになる方もいらっしゃるかもしれませんが、まだ大きなアジェンダが残っております。ただいま事務局から御説明ありましたように、今議論しておりますのはこれまでの対応についての御説明ということでありますので、重要なのはこれから令和3年度の専門研修プログラムに対する厚生労働大臣からの意見・要請案、これについて皆様で御審議いただきたいと思えますので、こちらに移りたいと思えます。

事務局より、資料3-1、3-2、3-3について説明していただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

○佐野主査 事務局でございます。

それでは、資料3-1を御覧ください。令和3年度専門研修プログラムに対する厚生労

働大臣からの意見・要請案という資料になります。

ページをおめくりいただいて、3ページ目になります。令和3年度開始の研修プログラムの、特にシーリングに関する意見案ということでスライドをつくらせていただいております。

まず、昨年度、この数字でいいますと1、2、3の項目、例えば地域枠医師をシーリングの対象外とすること、また、採用数が少ない都道府県に対する配慮を行うために、過去3年の採用数のいずれかが10未満である都道府県別診療科のシーリング数を過去の採用数のうち大きいものとするといった内容につきまして、厚生労働大臣から意見・要請を行い、専門機構のほうで対応を行っていただいたところとなります。

今回、4月10日にお示しいたしましたシーリング案に関しまして、都道府県に対して意見の照会を行いましたところ、4番目の内容の御意見をいただいております、今回、こちらのほうを、昨年1から3に加えて、追加で大臣からの意見・要請案に載せてはどうかということで記載をしております。

具体的には、現在のシーリングの計算のルールですと、平均の採用数が少ないにもかかわらず、単年度のみ突発的に採用数が多いような都道府県別診療科に対してシーリングがかかる仕組みとなっておりますので、過去3年の採用数の平均が5以下の都道府県別診療科に関しましてはシーリングの対象外としてはどうかということで意見案を作成しております。

続きまして4ページ目、令和3年度専門研修プログラムの整備状況ということで、先ほど専門医機構のほうから御報告いただいた内容と一部重複する点はございますが、御説明させていただきたいと思っております。

5ページ目となります。まず、現在の整備指針の規則によりますと、基幹施設の研修は6カ月以上という規則となっております。これに基づきまして各基幹施設がローテーションを作成しておりますが、例えばシーリング対象外の基幹施設におきまして、この基幹施設の研修は6カ月以上というルールにのっとり、シーリング対象外の施設で6カ月、その後、残りの2年半の期間に関して、シーリングの対象となっているような都道府県別診療科の病院におきまして研修を行うといったような、実質的にシーリングの機能を損ねるようなプログラムが見受けられる状況となっております。

そこで、意見案といたしまして、シーリング対象外の基幹施設のプログラムにおきまして、研修期間の大部分をシーリング対象地域における連携先で研修を行っているプログラムにつきましては、どの程度そのようなプログラムがあるのか、まず実態を調査すること、また、シーリングが適切に機能するように、先ほど寺本理事長も、整備指針の改定を含めてといったことをおっしゃっていただきましたが、その点含めて一定の上限を設けることを意見してはどうかということで事務局案を書かせていただいております。

続きまして6ページ目に関しまして、こちらは昨年に引き続いての内容となりますが、現在の整備指針におきましては、連携施設の研修期間が余りに短くなり過ぎないように、

「3カ月未満とならないように努める」ということで記載がございます。

昨年度も指摘させていただいておりますが、今年度におきましても、連携施設で3カ月未満しか研修しないプログラムが依然存在している状況となっております。また、特に昨年度の指摘もあってと思っておりますが、連携施設での研修がこの規則にのっとり、ちょうど3カ月のプログラムがかなり数が増えております。専門研修の期間として、そもそも3カ月という期間についても適切かどうか再検討を行うことということも去年の意見に合わせて、今年、意見を加えてはどうかということでも記載をしております。

続きまして7ページ目、都道府県におけるプログラム数についてということで、ある程度人数が大きい学会につきましても、各都道府県、原則2つ以上プログラムを用意するという規則となっております。こちらの真ん中の段に、昨年度、一昨年各都道府県におきましてプログラムが1つしかない都道府県の数に記載しております。今年度に関しましても、昨年度と同様、もしくは、場合によっては数が増えているような診療科もある状況となっております。

こういった都道府県別診療科に関しまして、各学会において事情を調査しているという報告もございますが、この点に関して、昨年も意見・要請したところでございますので、改めて医道審議会にその結果について報告を行うことということで意見案とさせていただきます。

続きまして8ページ目になります。こちら、昨年度も同様の指摘をさせていただいたところとなりますが、プログラムの中で未定の期間が存在するプログラムにつきましても、昨年度と比較しますと、その数自体は減ってきている状況となっておりますが、今年度も依然存在する状況となっております。

昨年度につきましても、この未定の期間があるプログラムについても最終的に採用が認められたようなプログラムがございましたので、今年度に関しては厳格に募集を行わないことということで意見案を出しております。また、今後、このようなプログラムで採用・募集が行われた場合には、その基幹施設名を公表することもあり得ることという形で意見案とさせていただきます。

続きまして9ページ目、カリキュラム制の整備状況に関しまして、昨年度も同様の資料を出させていただいておりましたが、昨年度と比較しますとカリキュラム制の整備指針に関する審査状況というのは進んでいる状況となっております。ただ、一部の学会におきましてはまだ整備指針が認定されていない状況となっております。

一方で、専門医機構の現在のシステムに登録されているカリキュラム制の採用状況につきましても、下の真ん中の列の数字になりますが、例えば内科などプログラムの整備指針が認定されていないにもかかわらず、実際にカリキュラム制で採用が行われているという状況が見受けられます。

実際、このような専攻医におきましても、このカリキュラム制における、例えば研修施設の要件であったり修了の要件など具体的な内容が不明瞭のままカリキュラム制の研修を開

始せざるを得ないという状況と考えられます。そのため、この登録システムの整備を踏まえてカリキュラム制を希望する専攻医に対して正式な制度、整備指針等々の整備を行うことというのを改めて意見・要請を行って、意見案として記載しております。

さらに最後の10ページ目になりますが、こちらは各基本領域学会から厚生労働省が直接聴取した内容となります。カリキュラム制につきまして、先ほど、例えば外科につきましては、専門医機構のほうには整備指針を出して認定されている状況ですが、外科の学会としてはカリキュラム制がまだ整備されていない、現在修正中という回答をいただいております。カリキュラム制で採用された人数につきましても、実際、専門医機構に登録されている人数と乖離がある学会が見受けられます。また、カリキュラム制の研修が可能な施設につきまして、公表状況につきましても各学会ごとまだばらつきがある状況となっております。

さらに、プログラム制の全期間において研修先が埋まっているもののみ認定を行うこととしているかという質問に対して、多くの学会が、全て研修先が埋まって、プログラムのみ認めているという回答をいただいておりますが、実際、専門医機構のほうに登録されたローテーションにおきましては、臨床検査のみ、そういう未定のプログラムがない状況で、ほかの学会は全て未定のプログラムが専門機構のほうに登録されている状況となっております。学会のほうの認識と、実際、専門医機構に登録されている状況というのは依然乖離がある状況となっております。

これらを踏まえまして、実際の意見・要請案につきまして、資料3-2を御確認ください。資料3-2ですが、まず、医療提供体制の確保に重大な影響を与える可能性に関することといたしまして、(1)、先ほど一番最初に御説明いたしましたシーリング、令和3年度のシーリングに関することということで記載させていただいております。

また、(2)令和4年度以降のシーリングに関することとして、先ほどスライドで説明させていただいたものに加えまして、少し細かいこととなりますが、例えば地域貢献率について正確なものを算出することだったり、また、実際に採用されたプログラムのみ地域貢献率も算出し、乖離がないか確認すること。また、(2)の3ポツ目になりますが、ブロック別の連携プログラムの設定についても引き続き検討するといった内容。さらに、4つ目のポツになりますが、シーリングの対象の診療科も再検討を行うことといったような内容を記載させていただいております。

続きまして、次のページの(3)研修プログラムの内容に関する点に関しましては、先ほどスライドで説明させていただいたとおりとなります。この(3)の最後の部分、次のページの(4)の上の部分になりますが、総合診療専門医に関しましても、キャリアパスを明確にするということで都道府県のほうからも意見をいただいておりますので、つけ加えさせていただいております。

(4)(5)につきましては、後ほど資料4を説明した後に御説明させていただきたいと思っております。

ページ進んでいただきまして、2番目、研修の機会確保に関すること、(1)カリキュラム制についてということで、こちらは昨年来指摘させていただいておりますが、先ほど申し上げましたとおり、いまだ整備指針が整っていない学会もありますので、早急に整えることといった先ほどの内容を書かせていただいております。

さらに、その(1)の3ポツ目になりますが、都道府県がキャリア形成プログラムを作成するに当たって施設の要件等の具体的な内容に関しまして、都道府県に対して周知を徹底することをつけ加えております。

続きまして資料3-3になります。こちらは厚生労働大臣から各学会に向けた意見になります。先ほど資料3-1で御説明させていただきましたとおり、各学会が未対応の部分につきまして、今回、意見・要請につけさせていただいております。全学会共通で、シーリング数を厳格に遵守することといった基本的な、昨年行った意見・要請をつけ加えた後、研修プログラムにつきまして未定のものを認めないことでしたり、3カ月未満のプログラムに関することなどを記載させていただいております。

また、机上配付資料1で、各都道府県からの意見に関してまとめさせていただいておりますので、適宜御参考にしていただきたいと思います。

事務局からは以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして、皆様方の御意見を聴取したいと思います、いかがでございましょう。

それでは、山口委員、お願いいたします。

○山口委員 山口でございます。

今、意見ということで、資料3-1を見ますと、3ページのところに意見案ということでシーリングのことについて4項目、非常に端的に書いてあって、昨年とほぼ同様、プラスアルファということですが、今回、都道府県の意見を聞いた上で大臣からの要請をするということで、都道府県から上がってきている意見について、ほぼ読んでみました。そうすると、かなり意見に違いがあって、やはりシーリングが多くかかっているところはシーリングに対しての反対意見というのが根強いですし、医師少数県に関してはやはりもっとシーリングを厳しくすべきだということで、決してこの4つの項目にみんなが納得しているわけではないのだなということを改めて感じています。

私自身も、医師の偏在問題というのを研修制度とか専門医制度によってそれだけで解決する問題ではないとかねてから思っています、やはりそこは分けて考えるべきだろうと。ただ、これだけ偏在が解消しない中で、こういう専門医制度のことについてもどうしてもその懸念があるので、やはり対策として講じていくしか、せざるを得ないのだなと思っています。

そんな中で、先ほどの御説明の中に、外科と産婦人科などでもシーリングはかかっていないにもかかわらず、数が増えてこない。一方で、一番数の多い内科医が余りにもシーリ

ングがかかっていることによって、シーリングを避けて、内科医をやめて、ほかの領域に行くような人が出てきているということを知りたく思います。そういうことに対して何か対策というのを既に講じていらっしゃるのかどうか。厚労省としてもですね。もしそうであれば、シーリングの結果というのは検証がこれからされていくことだと思うのですが、ぜひそういうことで随時見えてきた課題を明らかにしていただきたいと思っております。大臣から機構への要望の中に、今回のシーリングの結果を検証する中で見えてきた課題については随時明らかにして検討することというような項目を入れてはどうかかなということも1つ提案したいと思います。

そういう問題意識を持っている中で、医師少数県にとっては、私は、このシーリングということは進めていただきたいというような意見ではないかなと思っていたのですが、この委員の中に知事会の方が今日参考人でいらっしゃるの、参考人の方にお答えいただけるかどうか分からないのですが、今日の参考資料4のところ、知事会の中から「医師確保対策に関する意見書」というのが出ていまして、私はこの資料を読んでいたときにえっと思ったのが、最後のパラグラフのところ「医師の地域偏在、診療科偏在が依然続いていることや医師の働き方改革による影響を考えれば、単純に医師の需給推計や偏在指標などで医学部臨時定員増の減少、臨床研修の定員数の減少、専攻医定員数へのシーリング設定など、地方での医師確保の努力や取組を毀損し」と書いてあるんですね。これ、医師少数県の方にとっては逆行するようなことを書いていらっしゃるのではないかと、この文章の意図するところをちょっと明らかに、今回の参考資料に出されていますので、知事会に関係する方から、この意図を教えてくださいというのが2つ目です。

すみません。以上です。

○遠藤部会長 前半につきましては内容についての御意見ということですので、一通り皆さんからお受けしたいと思っておりますので、それについては御意見として承りました。2番目につきましては、知事会のこの文章の意図について、どなたか、御説明は可能でしょうか。

○山口委員 すみません。さっきの前半の、内科の数が減ってきていることについて何か対策を既に講じていらっしゃるかどうかということもちょっと確認したいと思います。

○遠藤部会長 それは事務局ですね。よろしいですか。

では、事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 今回の資料にはお示しできていないのですが、前回にお示ししています内科のトータルの数では内科は増えていますので、基本的に、一部の都道府県においては内科が減った、それはシーリングがかかったからなのかもしれませんが、減った部分があるかもしれませんが、トータルでは内科の数は、すみません、今、2019年採用数2794人に対して、2020年の採用数2923人ということでもかなり増えていますので、トータルの数では増えていると。地域偏在が、シーリングがかかったところに関してはもちろん幾らか抑えられたかもしれませんが、その分、今まで内科が少なかったところが増えた結果で、トータルでは増えているということになるかと思っております。

○遠藤部会長　そういう実態であるということですね。それでは、知事会についての何か内容のコメントについて。

では、これはまたでよろしいですか。今すぐお答えできる状態ではないかと思っておりますので、また何かあれば後ほどお伺いしたいと思います。

それでは、ほかの方も手を挙げておられますので、では、立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員　資料3-1の5ページ、不適切なプログラム制として挙がっていますけれども、言葉は悪いですが、これはシーリング逃れと受け取られても仕方がないと思うのですね。ですから、シーリングの対象外になっている病院もしくは医療機関もしくは地域に6カ月、残りの2.5年を恐らく医師過剰地域に行くのだらうと思うのですけれども、まず、ここで確認したいことは、これは厚生労働省に聞きたいことですが、このシーリングかける際に大前提となるのは、私は、このドクターたちの社会保障がちゃんとされるかどうかということだと思うのですね。

さっき、知事会の言葉の中にも、働き方改革も踏まえてという話が若干ありましたけれども、私は、このシーリングであれ、この専門医制度が、一極集中の挙げ句、ドクターたちの社会保障ができない、あるいは社会保障ができたところでごく僅かな給料しか与えられない。つまり、ワーキングプアの状態をつくるのでは話にならんと思うのです。これ以前の問題だと思うのですね。そういうことを厚労省として検証しないのかということですね。これは厚労省の皆さんにお聞きしたいことなのですね。

だとしたら、このシーリング対象外の医療機関もしくは教育施設というか、医療施設ですね、ここに6カ月、シーリング対象外のところに2.5年、これもひとつ検証しないといけないと思うのですね。シーリング対象外のところに行った人たちがその待遇どうだったのかと。そもそもこのシーリングをかける以前の議論になってくると思うのですね。これだけ言われていることなのですね。働き方改革と。ですから、私はその大前提がさっぱり議論されないというところに一つの大きな矛盾があると思っています。これは厚労省にお聞きしたいと思っておりますので、そここのところ、どのようにお考えなのか、ちょっと教えてください。

○遠藤部会長　ありがとうございます。では、事務局、お願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長　御質問ありがとうございます。今回の5ページのようなケースに関して、実態として非常に少ない給与でこの専門研修をされているという専攻医が幾らかいるということは、我々事務局のところにも声が届いております。働き方改革の観点から申し上げますと、2024年からのこの医師への適用に関しましては、専攻医に関してはC1水準ということで、960時間以上の時間外労働ができるというような制度設計を今検討しているところでございます。

ただし、これは当然専攻医が、プログラムでどれぐらいの勤務時間になるのかということから自ら選んで960時間を超えるということが大前提になっていきますので、その際には

どの医療機関でどれぐらいの時間外労働があるのか、そして、それには身分保障に関しても明示していく必要が当然あるかと我々は認識しております。これをどのようなプログラムごと、あるいはカリキュラムごとに日本専門医機構から専攻医に対して示されて、そして選択されていくのか。その制度設計がこれから極めて重要になってくると思いますので、立谷室長からも今御指摘いただいた点も踏まえて、我々の専門機構とも今後この点に関しましてどのように対応ができるのかということを取り組ませていただきたいと思います。

○遠藤部会長 立谷委員、いかがでしょう。

○立谷委員 了解です。ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。片岡委員、お願ひいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。

私も、資料3-1に関しての質問です。プログラムが提出された段階で様々な、こちらに例示されたような付記がある場合は認定しないといったような方向性で少し厳格に運用していくということに関しては、それは必要なことだと思います。

ちょっとお聞きしたいのは、これはあくまでもプログラムの計画ということになると思いますので、実態はどのように調査していくかということについて、もしお考えがあれば教えていただきたいと思います。今後、マイページがきちんと運用されるようになれば、それでリアルタイムで実態を把握できると思うのですけれども、例えば2018年からの専攻医の方はもう3年間の期間の修了ぎりぎりに入力がなされるということもあるかと思うのですけれども、実態として不備があった場合に、そのことで専攻医の方に、例えば認定しないとかそういったことがあると、それもいかがかとは思いますが、だから、今後の運用としましては、マイページに随時入力していったとして、例えば中間評価を行うとか、その前に何か改善の勧告をするとか、サイトビジットを行うとか。サイトビジットに関しては先ほど少し言及がありましたけれども、どのように実態を把握していくのかという辺り、もし何かお考えがあれば教えてください。

○遠藤部会長 ありがとうございます。どうですか。でも、事務局原案ですよ、取りあえずは。もちろん、機構から御発言あっても結構ですけれども。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今、片岡委員が御指摘されたような問題点は我々も感じているところでございまして、確かに今始まったマイページが研修修了時にまとめて入力でいいというような運用になりますと、それまで検証ができないと。これは1つ大きな問題点でございます。どこまで機構から専攻医に対して記入が今求められる状況なのかというような判断が伴いますので、我々としては当然早目に検証できるようにお願ひさせていただきたいところだと思いますので、実際の実現可能性も含めて機構から御発言いただければと思います。

○遠藤部会長 では、寺本参考人、関連でお願いいたします。



○寺本参考人 はい。基本的には、これはこの3年間の研修実績がない方を認定することはできないということは大前提ですので、一応それが記載されているということが前提になるわけですね。ただ、私たちの不備もあってそういうマイページができるのが今年になってしまったということがあって、これから遡って記載していただくということになりますので、ある程度の猶予を持って、私は、今年以内に必ず各専攻医に対して記載していかないと修了要件を満たさないというようなメッセージは流していかなければいかぬと思っていますけれども、その途中途中で実際記載されていない方々に対して周知をしていこうと考えています。

その3月の時点でそうでない場合には、一応今回、COVIDのこともあったりして試験も少しずれているところもございますので、その期間にできる限り、とにかく入れていただく。もちろん、その後の方々、2019年、2020年の方も当然のことですけれども、そういった形でできる限り入れていただく。それを前提とするということを専攻医たちには伝えていこうと私は思っております。残念ながら、これで認めますというわけにはなかなかいかないと思うので、やはり記載はきちっとしていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。片岡委員、よろしゅうございますか。

○片岡委員 はい。ありがとうございます。

○遠藤部会長 それでは、お待たせしました。釜菴委員、よろしくお願いします。

○釜菴委員 どうもありがとうございます。通信状況が極めて悪いのですが、私の声は聞こえておりますでしょうか。

○遠藤部会長 よく聞こえております。

○釜菴委員 画像は出しません。通信状態悪くなる可能性があるのです。

それで、今日の資料の3-1の9ページのカリキュラム制について伺います。立谷委員も御指摘のように、私も、このカリキュラム制という道をしっかり整備しておくことが今後の専攻医の研修にはぜひ必要だと思っております。この令和2年度の採用数の合計の149というのをどう評価するか。場合によってはもう少し増えてもよいのかなと思っておりますが、その中であって専門医機構が認定される各領域カリキュラム制整備指針が、領域ごとにほぼ同様の内容のものなのか、それともかなり領域によって差があるものなのか、その辺りをまず機構の御認識を伺い、今後の方向についてどうあるべきかを厚労省のお考えを聞きたいと思っております。よろしくお願いします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 カリキュラム制の整備指針ですけれども、これに関しては機構のほうで基となるカリキュラム制の整備指針をつくってございます。それに基づいた形で各領域学会がそこに数値なり何なりを入れていくというスタイルですので、形としては全く同一のものでございます。

ただ、その中に一部、どうしても書き切れなかったものがあって、例えば病理とかそう

いうところというのは1日単位で研修をやっているところもあって、それをどうカリキュラムとして評価するかというような辺りがちょっと記載し切れていなかったことがあって、例えば先ほど外科なんかでも修正中というのがありましたけれども、それが修正されていなかったというようなところもあって、一部滞っているところもあるかと思いますが、基本的には全部一緒でございます。

この前もこのカリキュラム制の認定を行っている際に、今、内科とリハビリは審査中になっていますけれども、うちの委員会の中で一応認定されましたのでいいのですが、ただ、それを審査している最中にやはりちょっとまだ不備があるのですね。そこを今度また修正した上で、また各領域学会にその修正したものを整備指針として出していただくというようなプロセスをとろうと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 カリキュラム制について御質問いただきました。事務局としましても、カリキュラムの対象として今考えられている、ライフイベントを迎えた、これは男性、女性に関わらない医師、そして、一番ポジションとして大きいのは地域枠の医師になります。今年の専攻医の1年目になる学年におきましても、およそ800人程度、そして、今の入学定員の中では17%が地域枠の医師になってきます。そうしますと、かなりの数の方が地域枠医師として、従事要件を持ちながらこの専門研修に取り組むということになりますけれども、卒業後は、地域枠の医師、キャリア形成プログラムということで、地域への貢献とともに研修を行うというようなことになっていきますが、研修の内容も、地域に出ていってどういうニーズがあるのかということも把握しながら研修することが非常に効果的だというような意見もある中で、残念ながら、カリキュラム制を選択している人たちがまだこれだけの数ということに関しましては、やはり周知に関してはもう少し徹底する必要があるというのと、都道府県からキャリア形成プログラムの提出を厚労省にもしていただいているわけでございますけれども、このカリキュラム制をうまく活用してこうというキャリア形成プログラムは少ないのが現状でございます。

これはやはり専攻医に対しても、そしてプログラム責任者や、その研修をする側の医師に対しても、そして、都道府県に対してもしっかりとこのカリキュラム制の制度の周知というのは非常に重要になってくると思いますので、今回の大臣からの意見・要請の中でも繰り返し、カリキュラム制については都道府県がキャリア形成プログラム作成するに当たりというような内容で、都道府県にとってもこのキャリア形成プログラム作成に当たって、カリキュラム制を活用していただけるような形で、日本専門医機構、そして学会からも情報提供していただければと思っております。

○釜菟委員 どうもありがとうございました。専門研修部会におけるこれまでの議論の中で、専門医機構からの御説明の中に、領域によってカリキュラム制に対する認識に温度差があると感じておりまして、寺本先生から、今、全ての整備指針は同等というお話があり

ましたけれども、実際の運用についてそれぞれの領域が同等に取り組んでいるかどうかについては機構としてもしっかり引き続き注視していただきたいことと、それから、事務局、厚労省においても、今の御説明は大変心強いものでありましたけれども、引き続きどうぞよろしく願いいたします。

私からは以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、お待たせいたしました。山内委員、お願いいたします。

○山内委員 ありがとうございます。

カリキュラム制に関して機構のほうに確認と質問ですけれども、先ほど立谷委員が御指摘されたように、もちろん最初からカリキュラム制を選ぶ方もいらっしゃると思うのですが、非常に大切なのは、プログラム制で一つのプログラムに入ったけれども、やはりそこで非常に苦しい思いをして、そのプログラムを移らなければいけないということ、合わなくてとか、いろんな事情があって、それで、その後はカリキュラム制に変わる、今までそのプログラムでやったものを、業績を持ちながらカリキュラム制としてやっていくという方もいらっしゃるという方に対してのレスキュー策として非常に大切だと思っているのですが、まず、機構のほうに御質問は、そういったことが整備指針のほうに書かれているのか。あと、今回出していただいたこの資料3-1の9ページのカリキュラム制の採用状況というこの数は、最初からカリキュラム制を選択されて採用した数なのか、それとも、途中から今のような形で、プログラム制に入ったけれども、何らかの事情や、例えば結婚とか、異動しなければいけないとか、そういったことで変わった人たちの数なども含まれているのかという、その2点を教えていただけますでしょうか。

○遠藤部会長 寺本参考人、いかがでしょう。

○寺本参考人 ちょっとこの数字を見ていて。最初のほうって何でしたっけ。

○山内委員 まずは、その数字でよろしいのですけれども、この数字は最初からカリキュラム制にしますと手挙げた人の数だけなのか、それとも、プログラム制に入ったけれども、途中で合わなくてカリキュラム制に変えたという方の数も含まれているのかということもまず教えていただけますか。

○寺本参考人 私も、この数字、今日見るのでちょっと分からないのですけれども、途中から入った方々に関してはここには入っていないのではないかと思うのですね。確かに先生がおっしゃるように、途中から入った方々がいるので、私たちも今、コンサルという、そういうメールアドレスで皆さん入っていただいて、その方は場合によってはカリキュラム制を選んだほうがいいのかとか、プログラムに移動したほうがいいのかとか、というようなことを今、サジェスチョンすると、リコメンデーションするというような形でとっております。ただ、その方たちをそれでは集積してここに入れているかということ、そうではないのではないかなと思います。

○遠藤部会長 山内委員、いかがでしょう。

○山内委員 分かりました。でも、今、コンサルという形で、例えば先ほど立谷委員が御指摘したように、プログラムに合わなくて、では今後どうするかという方に対してカリキュラム制に変わってということも、御相談することで、そういう道がきちんと確保されているということでもよろしいわけですね。整備指針にもそういった形でのカリキュラム制の活用も可能だということが含まれてくるということでもよろしいでしょうか。

○遠藤部会長 寺本参考人、いかがでしょう。

○寺本参考人 それはそのとおりでございます。ですから、今日後ほどまたちょっとお話ししますが、そういったケースが実際に生まれてきておまして、ただ、皆さんやはりなかなかその理由を明確には記載なさらないで、プログラムを移動したいというような言い方をされるので、私たちもその理由がよく分からなくて、やはりプログラムの移動がいいのではないかという話になるわけですが、人によっては、最初、2018年に始まった人が今からどこかプログラム移動するというのは非常にナンセンスな話なので、場合によってはその方たちはカリキュラム制を選択したほうがいいのではないかということで今やっているところですので、そういった形での移動というものはあり得ることだと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

まだ御意見あるかと思えますけれども、予定した時間をかなりオーバーしておりますので、それでは、事務局の原案でございますけれども、おおむねは、特段御反対はなかったと思えますけれども、幾つか重要な御指摘もありましたので、これの取扱いでございますけれども、もしよろしければ、事務局と相談しまして、部会長預かりという形で対応させていただければよろしいかと思えますけれども、いかがでございますでしょうか。御反対の方いらっしゃいますか。

よろしゅうございますか。

(首肯する委員あり)

○遠藤部会長 では、そのように対応させていただきたいと思えます。ありがとうございます。

それでは、次でございます。次は、議題3、その他の意見・要請案ということでございます。事務局から資料4-1を説明していただきまして、その後、寺本参考人から資料4-2を説明していただきたいと思えます。どうぞよろしくお願いいたします。

では、事務局どうぞ。

○佐野主査 事務局でございます。

それでは、資料4-1を御確認ください。その他の意見・要請案についてという資料になります。

まず1点目につきまして、先ほども少し議題に上っておりましたが、臨床研究医コースについてになります。こちらに関しましては、前回の審議会におきまして、日本専門医機構のほうから御報告いただいているコースの内容となります。臨床研究医コースといたし

まして、最初の2年間は臨床検査に集中して、その後、5年間に関しましては研究に従事するエフォート50%以上とするというコースの内容となっております。

4ページ目に、募集と採用についての詳細の資料も日本専門医機構からいただいております。こちらのコースにつきまして、前回の7月の審議会におきまして委員の先生方に御審議いただいたところと存じております。

その後、都道府県のほうにも同様の内容につきまして意見照会を行っております。そこから出てきた意見につきまして6ページ目にまとめております。基本的には、この研究医コースにつきましては、研究医の養成数を増やすことに関しましては地域医療の質にも非常に重要であるといったような御意見が多くございました。

ただ、前回の審議会で委員の先生方からも御意見いただいたように、今後定員を増やしていくに当たっては、地域医療へ悪影響を及ぼすことのないように留意していただきたいという御意見を都道府県のほうからいただいております。また、専攻医に対する医師会としての身分の保障についても検討することという御意見を都道府県のほうからいただいております。

こちらを受けまして、7ページ目ですが、前回、事務局の案として出させていただいたものとほぼ同様となりますが、臨床研究医コースの専攻医につきましては、シーリングの対象外となることから、今後の定員設定に関しましては慎重に判断すること。また、専攻医に対する身分の保障に関しては必須とすること。さらに、臨床研究医コースに係る情報提供に関しては丁寧に行うこと。こちらに関して今回の大臣からの意見・要請案に加えてはどうかということで案として出させていただいております。

続きまして8ページ目からになります。従事要件が課されている地域枠医師への対応についてということで、こちらも前回の審議会でお議論いただいた内容となります。都道府県の同意を得ずに地域枠を離脱した者が昨年より数は減っていますが、依然存在するという状況について、前回御報告させていただいております。

その際に、10ページ目となりますが、専門医機構における確認のみではどうしてもこういった事例は防ぎ切れないことから、都道府県に対して、日本専門医機構がこの従事要件の確認等、随時行う体制とする必要があるのではないかということで前回御議論いただいております。

イメージといたしましては、11ページ目となりまして、採用前、採用後、専門医の認定を行う前、随時確認を行うといったようなイメージとなります。

こちらにつきましても、12ページ目で都道府県から御意見をいただいております。おおむね御賛成の意見をいただいております。地域枠の同意について、都道府県の同意を行っていないものに関しましては専門医の認定を行うべきではないといった内容について、意見・要請してほしいといったような意見、また、そういった専攻医縦覧期間終了後に義務が履行されない場合につきましても、厳格な対応をすべきといったような御意見をいただいております。

13ページ目に、意見・要請（案）とさせていただいておりますが、こちらは前回御提示したものとはほぼ同様の内容となっております。

都道府県の同意を得ずに地域枠を離脱した者は、原則、専門医の認定は行わないこと、また採用プロセスや開始後に都道府県に同意を得ずに地域枠から離脱していないことを確認すること、また、採用研修開始後にそういったことが判明した場合におきましては、プログラム統括責任者が指導し、専門研修従事要件を満たした研修を行うよう努めること、ということで意見・要請案とさせていただいております。こちらの内容につきましては、先ほどの資料3-2にも同様な内容で記載させていただいております。

また、都道府県からの具体的な意見に関しましては机上配付資料2及び3にまとめてございますので、適宜御参照ください。

事務局からは以上になります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、寺本参考人、よろしくお願ひいたします。

○寺本参考人 それでは、資料4-2を御覧いただきたいと思います。先ほどお話ございました臨床研究医コースでございますけれども、これは7月31日に各領域学会お集まりいただき、そこである程度の御説明をさせていただいて、こういうコース、こういう募集の仕方というようなことを説明させていただきました。その後、各学会で検討していただき、研究医コースを募集していただいたということでございます。その期限を9月半ばとしておりましたので、一応全てのところから集まってまいりました。このグレーになっているところはこの研究医コースに関しては参加しないということでございます。

特に脳神経外科の先生とも大分話したのですけれども、脳神経外科は、カリキュラム制にすること自身がなかなか脳神経外科としてやりにくいということがあって、臨床検査が十分できないということなので、このコースには乗らないという御意見を伺っているのです、そういうところもあるということでございます。

多くの学会から一応こういったコースが出てまいりまして、全てで123コースですね。これを今度、研修医の方々にお示しして、そこに応募していただくというスタイルになりますので、それで一応私たちの計画としては、10月8日までに全部それを集計して、10月9日に大体それを発表するというような形をとりたいと思っておる、それが今の現状でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま御報告のありました内容について御意見等を承りたいと思います。いかがでございましょう。

牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。

1つ確認したいのですが、資料4-1の7ページですね。2番目のところに「専攻医が適切な環境で研修を行うことができるよう、給与の支給や社会保険への加入等、所属施設

において身分保障を行うことを必須とすること」と。これは大変重要だと思うのですけれども、逆にこう書き込まなくてはいけなかったということは、現在、不安定な身分のまま専攻医を続けている医師が少なからずいるとも見られるのですが、この実態は分かりますでしょうか。

○寺本参考人 少なからずかどうかはちょっと分からないのですが、先ほどのコンサルのほうに来た案件として、そのプログラムのところに書いてある給与と実際にいただく給与とに差があるというような苦情もありますので、そういった問題というのはこれからかなり重要な問題。私どもは今、ちょっとプログラムのほうでどういうことを要求しようかと考えているのですけれども、そういった身分保障、お給料も含めて、そういったこともプログラムの中にきちっと書き込んでいただこうかと今議論しているところです。これは各領域学会とも御相談して決めていくことになると思いますけれども、できるだけこういうことがないようにはしたいと思います。

ただ、今までそういうシステムがなかった大学とか、そういうところもございまして、こういったことをわざわざ言うことによって、ちょっと手を挙げられない大学も出てきたということかと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。ほかにございしますか。

どうぞ、羽鳥委員。

○羽鳥委員 臨床研究医コースについて、机上配付資料を見させていただくと、随分温度差があるなという、まず地域枠の人には認めるなとか、あるいは希望者がいれば全部認めるとか。あとは、シーリング枠内の専門医と何が違うかもっと明確にしろとか、意見はいろいろ出ているだろうなと思うのですけれども、今後の予定として、やはり多くの都道府県が心配していることは、この地域枠が余りにも過剰になって、いわゆるシーリングの機能を果たさなくなるのではないかなということもあるかと思うのですけれども、条件とか、何か縛ったほうがいいのか、その辺についてはどこかで議論する場があるのでしょうか。今回は40ということスタートするとしても、例えば来年80、再来年は120とかそういうことにならないようにしたほうがいいのか、それはそれでそういうことがあってもいいのかというのは、これは厚労省に聞いたほうがいいのかもかもしれませんけれども、よろしく願いします。

○遠藤部会長 では、事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございします。

前回の議論でも、まず、今回40人で始めてみて、それで反応というか、専攻医からどれぐらい応募があるのか。前回はまだコースとして手を挙げるところもどれくらいあるのか分からない状況でございましたので、そういった一通りの今回の募集を検証した上で、今後どのような人数が適正なのかということは議論するというようなお話でございまして、当然、来年以降もこのコースに関しましては、適正な人数と、そして、どの都道府県で設置していくのかということに関しましては、先ほど立谷委員からも御質問ございましたの

で、そういったところも含めて検証していきたいと思っております。

○遠藤部会長 羽鳥委員、よろしいですか。

それでは、お待たせしました、野木委員、どうぞ。

○野木委員 ありがとうございます。

ちょっとお聞きしたいのですが、臨床研究医コースの申請者数は、先ほど見ると120何名出ているわけですがけれども、これは大学も違いますし科も違いますし、この中から40名を選考するという形の理解でいいのかということと、その場合、どのような形で40名を絞っていくのかというのはちょっと分からないので教えていただきたいと思います。

○遠藤部会長 寺本参考人、どうぞ。

○寺本参考人 恐らくこれに対して今後研修医の方々から応募があるのではないかと。その応募数に応じた形で、例えば内科何名とか、外科何名とかいう形になるかと思えます。内科とか外科とかいうところは、そこから先は、あと、外科とかそういったところで中で決めていただいて、最終的な選考というのは、例えば大学なら大学で、この方なら採用できるのではないかと、要するに、7年間の間にそれだけの業績を出さなければいけませんので、そのようなことができるできないが恐らくあるかと思えますので、そのようなことを認定材料として決められるのだと。それを最終的には私たちは言いたかったような形になるかと思えます。

○遠藤部会長 野木委員、いかがでしょうか。よろしいですか。

○野木委員 はい。

○遠藤部会長 では、山内委員、お手をお挙げになっておられますけれども、よろしくお願ひします。

○山内委員 今回、この臨床研究医コースに関して、今年は、今から皆さんに知っていただいて応募を開始することなのですからけれども、やはり心配していますように、言葉は悪いですが、シーリング逃れになってしまわないかどうかということは非常に懸念点があります。やはり東京のプログラムに残りたいけれども、もう既に今年、ほとんどのプログラムで、専攻医の採用に関しては面接なども多分行われて、ほぼ内定しているようなところが多いと思うのです。そういった中で、やはり東京のプログラムでシーリングで残れなかったから、ではこの臨床研究医コースがあるから、そこに行こうという形での応募が起こってしまわないかどうかを非常に懸念しております。

ですから、特に今年はタイムライン的にもう既にほかのものが終わって、これからになるので、そういった形でのことになってしまうと、せっかくこの臨床研究をやりたい、研究に重きを置くコースなのに、本来のそういったものを目指す人でない方々が地域的にそこを選ぶがゆえに選んでしまうということが起こらないようにということを、せっかくのこのコースの意義を失わないためにも、そこの辺の配慮が非常に必要だと思います。

先ほど事務局が、今年の応募などを見て、40名のあれを増やすかどうか決めていくということでしたが、特に今年はそういった意味でこの臨床研究医コースのスタートが遅いで



すから、もう既に専攻医のところに残りたい地域に残れないから、ではこちらにという影響が今年は特にしやすいかもしれないということも考えた上での判断をしていかなければいけないと思っておりますが、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 ありがとうございます。これはある意味重要な御指摘だと思います。

寺本参考人、どうぞ。

○寺本参考人 今回、臨床研究医コースに関しまして、応募、募集の段階というのはあくまでも臨床研究医コースが先にあって、それがまず決まって、その後に、今度は来年度の専攻医の募集は11月ぐらいと考えておりますけれども、それぐらいに始まりますので、それに受からなかったから研究医コースという流れはなくて、研究医コースに入らなかった方はむしろ普通のコースのほうに入っていくという形になりますので、そういった懸念がないように、1カ月前にこちらをするというふうにしておりますので、まずその辺の問題は御心配にならなくてもいいと思うのですが、ただ、問題は確かに、おっしゃったとおりで、このシーリング逃れのためにとにかく行こうということはないではないと思います。

ただ、結局、それゆえに、ここの方々に関してはかなりハードルが高いというか、もしこれがこの7年間の間にそれだけの論文が出せないような状況であった場合には、その定員も減ってまいりますので、もともとの定員も減ってくるということを課すということにしていますので、手を挙げるのを逡巡するところもあるやに聞いておりますので、そういうハードルは加えているということでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、山口委員、どうぞ。

○山口委員 今の山内委員のお話の中に、都内でもう既に面接をして内定しているというお話があって、まだ応募が始まっていないのにそういう実態があるのかなあと。というのも、都道府県の意見を読んでも、そういうことを一部やっていると書いてあった意見があったのですね。現状、そういうことがあるのだとしたら、厚労省としてもそれはどのように考えているのかということと、機構としても、そういったことが認められるのか、阻止できないことなのか、ちょっとその辺り、明確にしていきたいと思います。

○遠藤部会長 どなたがしますかね。

では、事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

この問題に関してはもう既に昨年も御議論いただいたところでございますが、当然、募集が開始してから応募があるべきもので、このプログラム自体も今、地対協での議論を踏まえて最終的な決定を迎えるものでございますので、事前に定まっていないプログラムで内定をされているということは当然よろしくない状況でございますので、それが発生しないように取組というのは今後何ができるかということとは専門機構のほうにも御検討いただきたいと思っておりますし、我々もこの問題に関しては引き続き確認していく必要があるのかなとは思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。機構として何かございますか。

寺本参考人。

○寺本参考人 この問題、かなり難しゅうございまして、やはり大学を卒業した方々が臨床研修をやって、臨床研修をやった方々が専門医コースに入るということになると、今まで、例えば内科学会なんかで調査したケースを見ると、その流れが皆大体同じようにして動いていく。したがって、例えばA大学を出た方々は、やはりそのA大学系のところに行くケースが多くて、その方々が臨床研修もそうであって、その後もそういうことがあるので、前もってそういうことをするということはあろうかと思うのですね。

ただ、やはりそのところは今後できないような方法を考えようということで、今のやり方でやっていくとどうしてもその問題が起こってくる。ですから、ちょっと違った選考の方法をこれから考えなければいけないのですけれども、ただ、それはそう簡単にできることではないので、今ちょうど我々もそのような検討に入り始めたところです。ちょっとこれは難しい問題だなあと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

大体御意見は出尽くしたかと思しますので、この資料4につきまして、事務局原案につきましては、特に臨床研究医コースについてはいろいろありましたけれども、これは今後の運用についての御意見というふうな感じがいたしますので、厚労大臣からの要請案という点からでは、事務局原案に対してさほど問題はなかったと思しますので、これは事務局原案をお認めするという形でもよろしゅうございますか。

(首肯する委員あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。特段反対がないということなので、お認めいただいたとさせていただきます。

では、事務局としましては、所要の対応をお願いしたいと思います。

以上、予定しておりました議題は終了しましたけれども、皆様、ほかに何か御意見、御質問等ございますでしょうか。

寺本参考人、どうぞ。

○寺本参考人 1つ、急遽ここで御報告しておかなければならないことがございまして、御承知の方も多いと思えますけれども、関西のある診療科において、統括責任者並びに責任者にいろんな不祥事があって、その方たちが御退職されるというような事案がございました。昨日もこのプログラム委員会のほうで一応検討させていただいて、そのプログラムについては統括責任者並びに責任者がほぼいらっしゃらないということで、プログラムとしての認定は一応取り消そうかと考えております。

そこにいらっしゃる専攻医の方々から、これも実にメールで我々のところに来ているのですけれども、最初のうちは全然そういった理由だとかいうことをお示しにならないで、プライベートな理由でプログラムを移動したいということで来たので、私たち、つかめなかったのですけれども、このことが分かって、ああ、そういうことだということで、複数

来たものですから、その方たちの対応として、我々としては、先ほど御紹介のあったような形で、カリキュラム制に移ることがよろしいのではないかと。できる限り、その県は一応シーリングがかかっておりませんので、その県内の基幹施設で責任を持っていただいて、その方々をフォローしていただくという形で進めていくと。場合によって、カリキュラム制でありますので、その診療科においてはどうしても、例えば循環器系のものをやらなければいけないとか、小児のことをやらなければいけないということがあるために、ある病院に行かなければいけない、それがシーリングにかかることもあるのですけれども、それはやむを得ないだろうということで、カリキュラム制で柔軟に対応していきたいということで、一応明日また我々理事会でございますので、そこで御報告して、決定した上で、その施設に対してはそういう報告を申し上げようと思っておりますので、一応これはこの場で御報告しておきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御報告ということですが、何かあえて御質問等ございますか。

よろしゅうございますね。

そういう突発的なことも起き得るということでございますので、その一つの対応例ということだと思えます。ありがとうございます。

それでは、一通り終わりましたので、今後の進め方につきまして、事務局からお願いしたいと思います。

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 事務局でございます。

今後の進め方についてですが、本日の委員の皆様のお議論の上、御提案いただいたこと、了承していただいたことにつきまして、部会長の下で整理させていただき、省内手続を経て、専門医機構、また関係領域学会への通知を发出させていただきたいと思えます。

事務局からは以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、本日、長時間にわたりまして御審議に参加していただきまして、どうもありがとうございました。

それでは、これをもちまして、本日の「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を終了したいと思います。どうもありがとうございました。