

○加藤医師養成等企画調整室長 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、まことにありがとうございます。

会議の前に、事務局で人事異動がございましたので、御紹介させていただきます。

このほど着任いたしました総務課長の佐々木でございます。

医師臨床研修推進室長の児玉でございます。

医事課長補佐の土岐でございます。

同じく医事課主査の佐野です。

加えまして、私加藤も医師養成等企画調整室長を拝命しましたので、引き続きお世話になります。よろしく願いいたします。

委員の欠席等については、本日、阿部委員、三日月委員、棚野委員、山口委員からは、所用により御欠席との連絡をいただいております。

なお、阿部委員の代理として、全国知事会長野県健康福祉部から徳本衛生技監が出席されております。

また、三日月委員の代理として、全国知事会滋賀県健康医療福祉部から角野理事が出席されております。

文部科学省医学教育課からは、荒木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、兼松副理事長が、日本内科学会より宮崎先生、日本外科学会より平野先生にお越しいただいております。

部会として、本日の審議に、参考人として御出席を承認いただきたいのですが、よろしいでしょうか。

(委員首肯)

○加藤医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

以降の議事運営につきましては、部会長をお願いいたします。

また、撮影はここまでとさせていただきます。

遠藤先生、よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、本日もよろしく願いいたします。

まず、資料の確認を、事務局よろしくお願ひします。

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、資料の確認をお願いいたします。

本日も、前回と引き続きペーパーレスを実践していくこととしておりますが、委員、参考人の先生方のお手元にはタブレットを御用意させていただいております。

お手元のタブレットから資料をごらんいただけますでしょうか。

本日の資料としましては、議事次第、座席表を資料0としてお示ししております。

また、議事にかかわる資料1～3の資料がございますが、資料1-1、1-2、1-3が各都道府県からの意見を集約して、大臣からの意見・要請案としてお示ししているもの

です。

資料2、資料3はそれぞれデータベース事業の件と従事要件が課されている医師の専門研修プログラムの採用についてというものを示しております。

また、これに関連する資料としまして、参考資料を1～6まで示しております。

不足等がございましたら、事務局のほうまでお申しつけください。

また、各都道府県からの意見としまして、紙にはなりますけれども、お手元に机上配付資料としてお配りしておりますので、適宜御参照いただければと思います。

それでは、部会長、引き続きよろしくお願いたします。

○遠藤部会長 それでは、議事に入りたいと思います。

本日の議題でございますが、3つございまして、議題1「2020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」、議題2「医師の地域的な適正配置のためのデータベース化事業について」、議題3「従事要件等が課されている医師の専門研修プログラムにおける採用について」の3つでございます。

まず、議題1につきまして、3つの資料が出されております。

1つ目が資料1-1「2020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」、資料1-2が「改正医師法第十六条の八及び九に規定されている厚生労働大臣から日本専門医機構への意見及び要請（案）」、及び資料1-3が「厚生労働大臣から各学会への要請・意見（案）」でございます。

事務局から、この3つについて説明をいただいて、その後、皆さんに御議論いただきたいと思っております。

それでは、事務局、よろしくお願いたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 よろしくお願いたします。それでは、資料1-1をごらんください。

「2020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」ということで、各都道府県の地対協を踏まえて御意見をいただきましたので、その意見を集約するような形でこの意見・要請案をまとめさせていただいておりますので、その背景とともに、この資料1-1で御説明させていただきたいと思っております。

まず、「1. 新専門医制度（シーリング）の背景」ということで、簡単にではございませんけれども、背景を再度振り返らせていただきたいと思います。

4ページ目になりますけれども、この専門医の議論自体、平成25年から始まっておりますが、一番下の赤字の部分でございますけれども、地域偏在と診療科偏在について制度内で配慮されるべきと当初よりまとめられておりました。

これに加えまして、5ページになりますけれども、医師法の改正で16条の8と9で厚生労働大臣より各都道府県の意見を集約する形で専門医機構及び各基本領域学会に意見・要請する規定が加わっております。

6ページになりますけれども、過去2年に関しましては、5大都市ということでシーリ

ングを行ってまいりまして、2019年に関しましては東京都のシーリングを5%削減するという方法をとっておりました。

そんなさなか、7ページになりますけれども、厚生労働省としましては、各都道府県の医師偏在指標を暫定値ではありますが公表しました。この中で、5大都市シーリングに入っておりました神奈川県、愛知県が医師多数県ではないことなどから、この5大都市シーリングに関しましては、その妥当性に関して疑問が付けられておりました。

8ページになりますけれども、過去2年の専攻医に関しまして、一定の検証を行ったところ、医師偏在指標が横軸となっておりますが、必要養成数と専攻医の割合を縦軸にしますと、1.0あるいはさらに直線が逆向きなのが理想的なのですが、この偏在指標が高いところほど専攻医が集まっているという状況がございまして、現在のシーリングのあり方ですと、偏在是正にはつながらない、あるいは悪化するという結果が見えてまいりました。

また、数だけではなくて、診療科偏在に関しましては、8ページ目に示されておりましたとおり、平成6年度以降進んでいるという状況は変わりございません。

9ページ目は、前回の専門研修部会でお示しさせていただいた経緯でございますけれども、10ページに簡略化しておりますが、都道府県の診療科別の必要医師数に基づいたシーリング案を提示させていただきました。2016年、14年の年間養成数と2018、19の採用数の差分の20%を除いた数を提案させていただいて、前回、日本専門医機構より提出いただいたシーリング案を部会で了承しておりました。

11ページ目でございますとおり、プロセスとしましては、専門研修部会が終わった後、日本専門医機構のほうでプログラムを認定して、7月中旬に都道府県のほうに送る予定になっておまして、この点、おくれたことに関しましては後ほど検証いたしますけれども、地対協を開いていただいて、知事からの意見の提出を9月4日までにしていただき、そして本日お示ししているというスケジュールでございます。

この後、専門研修部会の審議を経て、日本専門医機構の理事会を経て、専攻医の募集が9月下旬あるいは10月上旬にでも行われるというスケジュールでございます。

ここまでの背景でございますけれども、今回、前回お示しさせていただきましたシーリング案に対しまして、各都道府県で地対協で御議論いただいて、御意見をいただきました。その各都道府県別の内容はお手元の配付資料のほうにお示ししておりますけれども、共通する意見が多数ございましたので、その中で、今年度のシーリングに関しまして反映していただくべきではないかというものを事務局として13ページ目以降に案をお示しさせていただきたいと思っております。

まず、14ページ目になりますけれども、現行、地域枠の医師や自治医大の卒業生の医師もシーリングの対象ということで、明示的には出していないもののそういったルールでこれまでシーリングを出させていただいておりましたが、やはり各都道府県の中から、そもそも医師確保計画の中でも位置づけるものであり、医師少数区域への従事要件が課されて

いるような医師もおりますので、今回のシーリングに関しましては、特定の地域に従事要件が課されている地域枠医師及び自治医大卒業生をシーリングの別枠としてはどうかというのが案として一つお示しさせていただいております。

2つ目に、これまで前回の機構のシーリング案でも採用数が1や2の本当に小さいところに関しては年次変動などもあることから、最低5ということをお示ししていただきましたが、より少し大きな数でも、一つの診療科では、平成18年が5人で19年が12人というところもございますので、そのような年次変動の大きいところには、もう少し配慮が必要なのではないかという意見もございましたので、今回、意見・要請案②として、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は、過去2年の採用数の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意見・要請案を出させていただいております。

15ページ目、3つ目になりますけれども、各県内の医師少数区域で多く研修されるようなプログラムに対しても、より評価されるべきではないかという意見も多数いただきましたので、今回、地域貢献率におきまして、分子として算出するのがシーリング対象外の都道府県での研修機関という定義をお示ししておりましたけれども、これにA県の医師少数区域ということで、その県内の医師少数区域で研修する者に関しては、地域貢献率として勘案するというを案としてお示ししております。

この3つが、今年度の募集に関して、シーリングに関して反映していただき得るのではないかという意見でございます。

続きまして、17ページ目でございますけれども、そもそもの必要医師数に対する御意見もございました。上の点線でございますとおり、地域の実情に即した必要医師数の算出方法をとるべきという御意見がございまして、年齢構成の差があるのではないかと御意見や、特定の疾患群に関して、他県と異なる診療科になっている。これは具体的には透析などが、腎臓内科ではなくて泌尿器科が診ているという県がございまして、そういう実情は反映されるべきではないかという御意見がございました。

また、ある県の一部の地域は、完全に隣の県が見ている。それに両県も合意しているのだという県もございまして、そこに関しては勘案すべきではないかというように考えておりますので、こういったところは2021年度のシーリングに関する必要医師数の算出において、改めて地対協の協議の上で、御意見をお寄せいただくこととさせていただきたいと思っております。

また、下の点線でございますとおり、勤務医、開業医等、それぞれのバランス等も影響していて、特にシーリングがかかっているけれども医育機関で、とても実感が合わないという意見も多数ございました。

また、シーリングはサブスペにも影響するのではないかと御意見もございましたので、これらに関しましては、専門医がそもそも対応すべき医療需要は何なのかという検討を十分行った上で、日本専門医機構とともに対応について協議していきたいと思っております。

ここまでが、シーリングに対する意見を集約したものでございます。

続きまして、3番以降、今のプログラムの整備状況に関して、昨年と同じ視点で整備状況に関して幾つか分析しましたので、お示しさせていただきたいと思っております。

18ページ目でございますとおり、そもそも新専門医制度が始まるに当たって、地域医療への十分な配慮がされるべきということで、ここでまず一番初めにお示しさせていただいておりますとおり、何点かは合意事項として、整備指針に盛り込まれている事項がございますけれども、幾つか十分にプログラムに反映されていない点もございましたので、ここで分析させていただいております。

特に1枚目は、連携施設においては研修が3カ月未満にならないように努めるとございますけれども、実際に検証したところ、幾つかのプログラムにおいては3年間のうち1カ月だけ他県に行っている、他県の特定の病院で研修しているという者が散見されましたので、それに対する理由の分析といったことは今後、求めていく必要があるのではないかとということで提案させていただいております。

19ページ目でございますのは、各都道府県で2つ以上のプログラムを持つようにということで、これは350人以上の実績のある基本領域学会になりますけれども、この8領域に関しましては、全ての都道府県においてプログラムは2つということにしておりましてけれども、まだ実際に幾つかの都道府県においては、幾つかの診療科において2つ持っていないということがございます。

ただし、今回の都道府県の意見の中で、人口のボリュームが小さいので、うちは1つでいいのではないかとという意見もございました。そういったことに関しては、十分検証が必要だと思っておりますので、それぞれ個別の検証を行っていくのはどうかということで御提案させていただいております。

20ページ目に関しましては、これまでも何回か議論になってはございますけれども、そもそもプログラム制でございますので、プログラムの整備基準にも記載されてはございますとおり、年次で定められたプログラムにのっとり、計画的に移動して研修を行うということになっておりますが、現状、800ぐらいのプログラムで、2021年、22年、幾つかの機関において研修先が未定のものがございます。こういったものは、そもそものプログラム制として整備不十分であるため、基本的には募集を認めないこととすべきではないかとまとめさせていただいております。

22ページ目、前々回もカリキュラム制については議論させていただきましたけれども、現状、カリキュラム制度の整備状況というのは、機構の中でも御議論いただいているとは思いますが、ここに赤字でございますとおり、幾つかの診療領域におきましてはカリキュラム制ということでの整備基準を整備されていないという現状がございましたので、各都道府県の中でもカリキュラム制をしっかりと整備するようにと。地域枠の医師もございますので、いろいろな対象になるような人たちが非常に多いかと思っておりますけれども、このカリキュラム制の整備というものが一つ、要請としてすべきこととまとめさせていただいてお

ります。

23ページ目でございますとおり、日本専門医機構から厚労省へのプログラム提出の時期が、今回、専門研修部会で承認されたのは5月14日ではございましたけれども、非常におくれたというのが事実でございますので、実際に各都道府県で十分な議論をする期間がなかったという意見は多数いただきました。その点に関しましては、今後の課題としてもお示しさせていただいております。

以上、主立った意見はこのように1-1でお示しさせていただきましたけれども、参考は、これまでの議論の内容と算出方法について、参考資料として1-1の後段につけさせていただいております。

簡単に、1-2、1-3に関しても、今、御説明していない点に関してのみ御説明させていただきますので、資料1-2をごらんいただけますでしょうか。

1の(1)は今、3点御説明させていただいたとおりでございます。

1の(2)の2つ目のポツでございますとおり、意見の幾つかには、県ごとのシーリングでは、その周辺しか効果がないのではないかと。ブロックごとでのシーリングも検討すべきではないかという意見もございました。

また、その2つ下でございますとおり、シーリングの対象の診療科におきましても、外科、産婦人科、救急、総合診療に関しては、今、除かれているわけではございますが、その診療科において都市部への集中が起きているのではないかという意見もございましたし、加えて、シーリングの対象外にすべきではないかという両論がございましたので、この点、引き続き議論していただきたいという意見にさせていただいております。

さらに2つ下でございますけれども、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数長いということが御意見としてございましたので、こういったエフォートに関してどのように勘案するかということに関しては、今後、機構でも御考慮、御検討いただきたいと思っております。

全ては御説明できないのですけれども、シーリングに関しては、このような御意見がございました。

1の(3)に関しましては、今、プログラムの整備状況として御説明させていただいたとおりでございます。

1の(4)に関しましては、日本専門医機構のガバナンスに関しまして、機構への問い合わせに対応が不十分ではないかという意見も多数ございましたので、再度、ここで記載させていただいております。

2に、16条の9に関連するようなことに関しましては、カリキュラム制が主ではございますけれども、研修機会の確保という点からもカリキュラム制の整備を行い、かつ、専攻医が十分な情報を得られるように、情報発信をしていただきたいという御意見がございましたので、記載させていただいております。

資料1-3になりますけれども、これは各学会に対する意見でございます。3カ月未満

のプログラムがあるような診療科や各県に複数のプログラムを設けてないような県もございますので、その辺を再度、整備していただくよう、各学会に対してお願いさせていただいております。

資料については以上になりますけれども、先ほど知事会との意見交換会におきまして、一定のシーリングを図っているような都道府県の診療科が他県にプログラムを設置し、その連携施設の長期期間にわたるものが、シーリング対象になっている都道府県で研修するようなプログラムが見受けられるというような御指摘がありましたので、この点についてもあわせて御検討いただきたいと思っております。

説明が長くなりましたが、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、ただいま事務局の説明された内容につきまして、御意見、御質問等をいただければと思いますが、いかがでございましょうか。

それでは、宮崎参考人、お願いいたします。

○宮崎参考人 内科の参考人の宮崎でございます。

先ほどの説明の中で、地域貢献率の中で変更するというところで、県内の医師少数区域にも派遣することを計算式の中に条件として入れるというお話でしたが、県内の医師少数区域というのは、どうやって決めるのでしょうか。

ちなみにもう一つ、これは来年度からの適用でよろしいのでしょうか。

○遠藤部会長 事務局どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 医師少数区域に関しましては、暫定値ではございますけれども、もう厚生労働省のほうで公表しているものがございますので、各都道府県の中の二次医療圏で医師少数区域が定められておりますので、そこに合致するかどうかを現状ごらんいただくということになります。地対協等でも御議論いただけることかと思っております。

○宮崎参考人 わかりました。

具体的に言うと、今、大阪では連携施設の連携枠の確保のために、各5大学の先生方に集まっていただいて、どこに派遣するかというのを調整しつつあるところなので、できれば情報を早くいただきたかったということがございますので、お願いしたいところがございます。

○遠藤部会長 事務局、何かありますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 ちなみに、大阪は医師少数区域がございませんので、そこはまたぜひ御確認いただければと思います。

○遠藤部会長 ほかにいかがでしょうか。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 まず、一番議題に上がっている、資料1-1の14ページにあります地域枠や自治医大の枠などを外すということに関してなのですが、もともとシーリング数の計算に振り返ってみますと、シーリング数は地域での必要医師数ということで、そこから

の計算だったと思うのです。そうなりますと、必要医師数の計算に戻って、自治医大や地域枠で地域にいることになっている人はそこにいるということで、そこを引いた計算をしないと、グランドデザインが壊れてくるのかなと思ったのです。その点に関していかがでしょうか。

後で、議題3で出てきますけれども、例えば地域枠とか北海道から先生もいらっしやっていますけれども、例えば今回の資料3の9ページを見ていただきますと、例えば札幌医科大学は入学定員110名中90名が地域枠、旭川医科大学は入学定員122名中72名が地域枠ということで、地域枠を非常に多く持っているところもあって、それらを合算していくと、必要医師数というものが、その人たちを見込んでくるとなると計算が違ってくるのかなと思いましたので、もともと地域での必要医師数からシーリング数がかかってきていますので、そうすると、そこはプラスアルファに乗ってきてしまうというか、そのところのコンセプトは今、14ページのことを受けとめるというときで、どのように考えられますでしょうか。

○遠藤部会長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

御指摘のとおり、もともと必要医師数の計算には、どの枠で入学したかということに関係なく計算しておりまして、本来は含まれているものでございます。

ただし今回、地域からいただいた御意見の中では、地域枠、自治医大の卒業生に関しては、やはり地域で議論した上で、どこで勤務していただくとか、どういう診療科へ進んでいくかということ、基本的にはプログラムといいますか、キャリア形成を念頭に置きながら進めておりますので、来年度、急にその変更を強いるような政策的見直しというのは非常に対応が難しいという御意見が多々ございました。

ですので、本来であれば計算に入れてやるべきではありますけれども、今回は資料を見ていただきますとおり、地域枠だから単純にオーケーということではなくて、地域の議論の中で、そういった医師の少ない地域のプログラムで回っているような方については少し配慮が必要だろうということで、そこは丸ごと全部地域枠だったら外すということではなく、各都道府県の大学や自治体の関係者、それから医療関係者が入った協議体の中で、この地域枠の方については個別に検討していただいた上で除いていただくということを提案する予定でございます。

○遠藤部会長 山内委員、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、角野代理、お願いいたします。

○角野参考人 今の別枠の話ですけれども、そういうことは、来年度はとりあえずこれで行こうということでもいいのですか。

○遠藤部会長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 実は今回、機構への意見の中にもありますし、機構の中でも現在議論していただいておりますが、2021年度のシーリング、募集のやり方につきましては、検討



していくということになっております。ですので、そもそものシーリングの書き方、それから地域枠、自治医大医師の取り扱いについては、一括して議論していくという理解でございます。

○遠藤部会長 よろしいですか。

ほかにいかがでございましょうか。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 もう一点なのですけれども、今回の議論からかけ離れてしまうかもしれませんが、今の資料1-1の17ページで、主に専門医が対応すべき医療需要について十分な検討を行った上でということがあって、この項目に関しまして、今、例にも挙げていただきましたように、都道府県から提出された資料を1枚めくっていただいた秋田県のところが、透析を腎臓内科がやるか、泌尿器科がやるかということ为例に挙げられていましたが、そういったことも含めて、もともとの理想像は、透析はどこがやる、どこで教育するのがいいのかという理想像が、教育プログラムがあった上で、そのプログラムが提供されるところ、例えば腎臓内科がそれを担うのであれば、腎臓内科がやるべきだと。その地域にそれをやる人がどのくらい必要かという議論をそっちから起こしていくべきだと思うことが1点。

そうなってくると、今回ずっと保留になっていて、機構にもお聞きしたいのですけれども、こうなってくると、サブスペシャリティがどうなるかということに関して、以前、何回か前のときに、サブスペに関して議論があったと思うのですけれども、サブスペに関してどこまでどう整備されて、どうなっていくかということが、やはり地域の現場のところでは、患者さんあってのことですから、この病気は誰が見てどうするのかという疑問が出てきたときに、どうしてもそこのところとつながってしまうので、まずはサブスペに関しては、今後どういうふうになって、今はどういう状況にあるのかということが、どうしてもこの議論に影響してきてしまうのかなと思いましたので、今の状況を教えていただければとは思いました。

○遠藤部会長 それでは、寺本参考人、どうぞ。

○寺本参考人 寺本でございます。

サブスペシャリティに関しては、今、議論が進んでいるところでございますけれども、前回のときにもここで問題になりましたように、サブスペシャリティに関しての整備指針とかそういったものが十分整っていない状況であるということを踏まえまして、現在、宮崎参考人にも加わっていただいているのですけれども、サブスペシャリティに関する整備指針を整備しているところでございます。

ちょうど理事会でも、恐らく次回ないしは次々回ぐらいにでも、そのことに関しての主体的な議論がなされるやに思います。

サブスペシャリティに関してはいろいろな議論があるわけですが、明らかにこれは絶対に必要だというようなサブスペシャリティもありながら、一方で、議論のあるサブ

スペシャルティもあるということで、そういうところを少し整理しながら議論していく場を設けるということで、現在、そこを検討しているところでございますので、恐らく年内ないしは来年早々ぐらいには、そういったものに対しての方向性を固めていきたいと思っております。

先ほどおっしゃった透析の問題とかは、かなり限定された地域のある一つの特徴的な問題ですので、サブスペシャルティ全体として考えると難しいと思うので、またそこは特定問題として考えていきたい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。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 やはり機構がすごくいろいろなことをやらなくてはいけなくて、大変お忙しいとは思いますが、現行の専攻医の人たちが、もう既に始まっていて、サブスペのこともありますので、できるだけその辺も、あとこういった議論にもどうしても関与してきますので、またお教えいただければと思います。よろしくお願ひいたします。

○遠藤部会長 それでは、立谷委員、お待たせしました。どうぞ。

○立谷委員 先ほどの地域枠とシーリングの関係なのですが、北海道は地域枠が非常に多いということを私は初めて知ったのですが、地域枠で大学を卒業した皆さんは、できれば地域、それも医療の過疎とまでは言いませんけれども、比較的薄いところで、私は地域医療に従事しながらというイメージを、大抵の県の人たちは持っていると思うのです。

ただ、それと専門医研修ということを考えたときに、本来であれば、地域枠の人たちは地方に行って、地方で症例を重ねながら、研さんを重ねてとなると、いわゆるカリキュラム研修に相当するのが適切ではないかというか、そうあるべきであろうと私はイメージとして思っていたのです。

ところが、カリキュラム研修よりもプログラム研修を指向する人が多いというのが現実だとしたら、私は地域枠は、シーリングから外して考えたほうが適切だと思ってきたのは、地域枠で卒業した人たちは、どちらかというカリキュラム研修に合うだろうと。そういう目的に沿うだろうと思っていたのですが、現実としてはそうでないということだとしたら、私は地域枠の人たちをシーリングの枠から外して考えるのは、間尺に合わないというか、現実的ではないだろうと考えます。それが1点。

その点について、厚労省の考え方を聞きたい。

もう一つ、私はびっくりしてこの資料を見ているのですが、22ページにカリキュラム制度の整備状況ということで、内科も外科も未提出というか整備されていないということになっているのですが、私は今まで、この会場でいろいろ説明をしていただいて、J-OSLERというのは極めて優秀な制度だと思ってきたのです。やはりそうやって地域で頑張る医者たちのことを支援してあげないと、例えば福島県の浜通りは原発被災地でもありますから、あるいは宮城県津波被災地もありますし、そういうところでみずから頑張っている志のある医者たちのことを考えたら、そこだけではなくて、地域医療に従事している

医者というのはみんなそういうことが言えるのではないかと思うのですが、そういう人たちが報われる社会でなければいけないと思って申し上げてきて、そういった意味では、J-OSLERの制度は極めていい制度だと思ってきたのですが、未提出というか整備されていないのか、実際にそれが認められていないのか、これも厚労省に聞きたいと思います。

以上、2点です。

○遠藤部会長 それでは、事務局お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 まず、1点目に関しまして、地域枠の医師がカリキュラム制を好むのか、プログラム制を好むのかということに関しましては、現状、今の整備状況に関しまして、このようにお示ししているとおり、カリキュラム制が専攻医たちにとってわかりやすい制度として整備されていない状況ですので、今、どちらを選んでいるかということは、地域枠医師はどちらに向いているのかということを判断するには値しないと思っています。

都道府県からもいろいろ意見を聞きますけれども、やはり医師少数区域に5年目は行ってもらいたいのだということ、細かにいろいろと県の事情を勘案した研修をしていただくとなると、これもカリキュラム制しかほぼあり得ないと思いますので、我々としては、カリキュラム制をしっかりと整備することが、地域枠医師が十分な研修を得て、そして地域医療の医師確保計画に対しても資するものになると、これは確実にそうだと思っております。

2点目に関しましては、現状、この22ページにございますのは、前回、前々回、この専門研修部会でもカリキュラム制について御議論いただきまして、日本専門医機構のほうにもカリキュラム制を整備するよというところで強くお願いさせていただいて、機構のほうでも十分議論していただいたものだと思いますので、学会から未提出だという状況に関しましては、機構より少し御説明をいただければと思っています。

○遠藤部会長 それでは、寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 実は6月30日までにカリキュラム制についての整備状況をというか、整備されたカリキュラム制について提出いただくよという形でございました。

ただ、幾つかの科からは、御質問が幾つかございまして、その御質問の内容というのが、どういう項目をどういうふうに書けばいいのかということであって、決してカリキュラム制が全く整備されていないわけではないのですけれども、文書で起こした場合に、それをどのようにすればいいのかという御質問がございました。

そこで今、プログラム委員会のほうでは、原型を一応つくらせていただいて、それを各学会にお送りして、それに合わせた形を出していただくという形をとろうと思っておりますので、それをホームページにアップしようかなと思っております。

現在、提出済みのものに関しましては、こちらのプログラム委員会のほうでは審査をしているというところがございますので、これもおくられていることを私ども非常に恐縮に思っておりますけれども、現状としてはそういう状況でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 これは、私は非常に意外なのですけれども、この機構の制度が始まる時に、カリキュラム制とプログラム制の両方の制度が同時に走る、同時に行くのだということが前提条件だったのではないかと思うのです。

特に私が発言してきたことは、福島県なんかもそうだし北海道ももちろんそうなのですが、地域枠で頑張る学生、頑張って医者になった学生、初期研修を終わった学生が地域医療に貢献して、それで報われるような制度でないかということは何度か申し上げてきて、それに応えるのだという話だったのです。

私は外科学会、内科学会から、J-OSLERの制度でそこはしっかりやっていくのだということを知っていて、非常に心強く思ったのですが、それが整備されていないということは極めて遺憾です。これは機構のほうとしてもしっかりやっていただかないと、最初の前提が狂っていることになるのではないかと思うのです。

どこに問題があるのか、今、書類の問題等々言いましたけれども、現に地域枠で卒業した人たちが、我々は地域にいてもらいたいと思うのです。だけれども、それだと現実的にできないということになるのであれば、これは各県の担当者みんな首をかしげるといって、県民としては勘弁してくれということになると思うのです。

私は、J-OSLERの話は随分聞いてきましたから、機構としてしっかりやっていただかないといけないかと思います。

○遠藤部会長 宮崎参考人、どうぞ。

○宮崎参考人 内科学会のほうから御説明させていただきます。

カリキュラム制とプログラム制という2つの言葉がありますけれども、この辺の定義の問題はまず一つあると思うのですが、立谷さんの御指摘は、卒業して、過疎地というか薄いところに行かれた地域枠の先生方、あるいはその志のある先生方が、不利にならないようにするための制度であるということだと思うのです。

不利にならないというのはどういうことなのかというと、専攻医として十分な教育を受けて、その領域の医師としてすぐれた能力を育成する。専攻医ですから、初期研修2年が終わって、3年目の医者のことを今、言っているわけですから、そのようなお医者さんがどういう教育を受けるのか。ちゃんと地域によって立派な医療ができるような教育をしないといけないわけです。

そのための仕組みとして、どちらが適切なのかという立場からしますと、やはり教育をするための指導医が必要だと。過疎地になればなるほど、そのような指導医は多分いなくなると思います。これは矛盾だと思うのです。どちらをとりますかという話もあると思います。

そこで内科学会としましては、これは従来から、この新制度のずっと以前から、自治医大が登場したあの制度から、既に特別枠として、自分の意思とは無関係に都道府県には人

事権がありますから、必然的に地域に行ってしまうわけです。そういうところではなかなか教育が受けられないということのために、今で言う特別連携枠ですけれども、当時、自治医大スペシャルと言っていました。そういう施設に対しても教育ができるような仕組みをつくっております。

一定のルールを、親病院といいますか、上位に位置するような都道府県の基幹病院に週1回とか学習とか、さまざまな条件がありますけれども、そのような対策をとっております。それはJ-OSLERにおいて、明確にトレースできるような状況になっています。どのような教育を受けているのかということがわかるようになるわけです。

プラス、そもそもそういう特別連携枠というのは入っておりますので、最初に我々は説明したと思うのですけれども、今回の新制度において、これまで内科の研修が受けられなかった地域がほぼゼロになっています。当時は百何ぼ、できない二次医療圏が多々あったのですけれども、そのような地域における施設はすべてJ-OSLERの中に登録されているわけです。ですから、全然行ってもいけるわけです。今のプログラム制によってそれを検証できる制度によって、なおかつ地域において、それなりというか、ちゃんとした通常の教育も受けられて、なおかつ地域においても十分いけるのだという制度を今、とっております。

これをカリキュラム制に変えろというのは、どこを変えろというのかは、私は必要ないとは言いませんけれども、選択肢として、最初の専門医に対して、プログラム制をとりますか、カリキュラム制をとりますかということを提示した場合、どこが違うのかというのは非常に説明しにくいと思います。

おまけに、J-OSLERを使っていますので、途中で、例えばどこかの地域で別の病院に行ってくださいと言っても全然構わないわけです。今、登録していて、プログラム制で予定されたところ以外のところに行ってもトレースできますので、それは研修の期間に含まれることになります。

つまり、証明できるというか、データが残っていくということによって、そのような研修の質を担保しつつ、地域で働けるという制度が今の制度になっているという御理解をいただいたほうがいいのではないかと考えております。

○遠藤部会長 立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今、シーリングの話から、この議論に入っているのです。シーリングから地域枠を外すという議論をするときに、地域枠については、プログラムかカリキュラムか、地域に根差しているかどうかということを考えてときに、地域枠についてはシーリングから外して考えたほうがいいのかという議論なのだろうと思うのです。

ですから、色分けしないといけないのです。その色分けをしないままに、この地域枠をシーリングから外すということであれば、私は異論を唱えないといけないと思います。

もし、その議論で行くのだとしたら、私はカリキュラム制というものを明確に明示しないとこの考えは成り立たないと思うし、この厚労省の出している未提出という表を見た

きに、若いドクターたちが何と思うか。これはやはりイメージの問題というか、自分の将来をある程度、規制して考えてしまわざるを得なくなることはないかと思うのです。

それは自由に選択されてしかるべきだし、カリキュラム制とプログラム制の境目をちゃんとしろというほうが多分難しいのかもしれない。これは宮崎先生の話聞く中でずっと思ってきたことなのですが、プログラム制であっても地域貢献は十分できるようになってきているのだとしたら、私は、これを未提出という形ではなくて、どっちでもいけるのだということも含めて若いドクターたちに提示しなければいけないのではないかと私は思うのです。

シーリングに関連づけて議論するとしたらそういうことではないかと思うし、またそういうことであれば、私は地域枠もシーリングの対象に入っただけでしかるべきではないかと思えます。

よろしくをお願いします。

○遠藤部会長 釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 今の議論ですが、宮崎参考人からお話いただいたプログラムとカリキュラムの件については、プログラムに応募して採用されるというのが大体原則ですから、そうしますと、決められたプログラムにそのまま継続できないという人が出てきたときに、それをどういうふうにしきんと対応するのかという仕組みがよく見えないのです。

その部分で、例えば生活上のいろいろな条件等が変化したときに、対応できるし、プログラムをまた新たに換えればよいという形には大体なっているのですけれども、実際に専攻する医師と話をしてみると、必ずしもそのあたりの情報はよく伝わってなくて、例えば妊娠、出産などでやめた場合には、もう専攻医の研修をやめましょうということにつながりかねない面があるので、そうならないために、いろいろな救済というか、いろいろな選択肢があるのだということをお示しいただく意味で、私はカリキュラム制というのをしっかり整備しておくことは大事だと思います。その整備がまだできていないというのが、きょうの御説明にもあったところだろうと思います。

○遠藤部会長 宮崎参考人、どうぞ。

○宮崎参考人 今、御指摘の妊娠、出産、海外留学などさまざまなケースがございます。そのようなケースに関しては、寺本理事長が御説明したほうがいいのかもかもしれませんが、整備基準の中に記載してございまして、プログラム責任者によってそれをハンドリングするというのを記載してございます。そして、専攻医の研修がそこでストップするということはございません。

多分、釜菴さん、立谷さんなどがイメージとして持っておられるのは、新専門医制度の初期の段階で相当がちがちにつくったというイメージがあるので、その印象を持っておられるのかもかもしれませんが、途中でフレキシブルに対応するというスローガンのもとに、専門医機構の中では、そのような例外的なこと、あるいはイレギュラーなこと等々については、フレキシブルに対応するというのが文言として整備基準の中に記載されてございます。

○釜菴委員 それは私も承知しておりますが、実際に専攻する人たちに、そのことがよく伝わって、そして安心して研修が受けられるようになっていくかということ、そういうふうには思わないので、そこのところはまだ不十分だろうという指摘です。

○遠藤部会長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 今回の御指摘全体は非常に関連があると思いますので、少しお答えさせていただきます。

今回、地域枠、自治医大医師を対象下にするというのは、当然、全体の機構に対する提案と全部関連していると思っておりまして、今回、機構に対する提案の中にも、カリキュラム制をしっかり導入してくれと。これは専門研修部会、それから各地方団体から含めて、常に要望いただいている。まだ実現しておりません。これに関しましては、事務局としては大変重く受けとめておりまして、今、御説明がなされましたけれども、やはりカリキュラム制というものを導入するということを考えていただくということで再スタートを切ったという経緯もありますので、これは強く意見の中に入れるべきではないかという案として、事務局としては入れております。

そういったことを含めた前提で、全体として地域枠、自治医大の取り扱いということですので、いずれにしても、そういった全体的なパッケージとして捉えた上で、地域で地域枠の人を対象外とするかどうか、個々に議論していただくということが前提でございますので、単純に地域枠だから、自治医大だからシーリングを外すということではなく、そういったカリキュラム制を含めた全体的な意見の取り扱いの中で、このことを地域でもう一回、議論できるように制度を見直してくれというのが機構への要望という考えでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

こちら側に行きましょうか。片岡委員、野木委員の順番でお願いします。

○片岡委員 ありがとうございます。

私も地域枠、自治医科大学医師を別枠に考えていただきたいという提案については賛成です。

やはり各県としては、地域枠、自治医大卒業生については、地域医療対策協議会等も含めて、非常に精緻に、どのようなところに配置するか、県の医療事情を非常によく考えた上で、十分に計画を立てて対応されていると思います。そうなった場合に、シーリングで全体の人数が急に削減されるということになった場合に、例えば地域枠の卒業生を多く抱える県においては、地域枠以外の方がその県で研修するということが難しくなるとか、そういった影響も考えられますので、ここは、先ほど山内委員が御指摘されたように、全体の養成数を考えるときに、地域枠卒業生、自治医科大学卒業生の存在を加味してそこを考えていくというのは、先のこととしては必要だと思うのですが、少なくとも今年度に関して言えば、地域枠卒業生、自治医科大学卒業生を別枠と考えてほしいというのは、各県からの要望としても多く出ていると考えますので、それは私は賛成と考えております。

あと、カリキュラム制に関しまして、私も内科のプログラムに関しては、例えば岡山県の地域卒、自治医科大学卒の先生方も、プログラム制であっても十分に地域貢献もできるというところが両立できるようにつくられているということはよく認識しているのですが、ただ、それでもやはり選択肢がきちんと明示されている、カリキュラム制でもより柔軟な対応が必要になったときに、こういう方策もあるということが見えるということが大事だと思うので、そこはぜひ御検討いただけたらと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

野木委員、お待たせしました。

○野木委員 地域卒のことなのですが、ちょっと私はよくわからない部分があるのですが、地域卒が全体で900人、あと自治医大があるわけです。東京なんかでも地域卒の方はおられますよね。大阪も結構おられるということで、東京は多分、東京の地域卒ということではなしに、ほかの都道府県からの地域卒で入っておられるということですよ。ですから、地域卒はどのような人数がいるのか。

実質的に、例えば北海道が地域卒で何人、全国の大学に送っておられるのか。どれぐらいの人数を送っておられるのかという人数をある程度、把握しないと、東京だけこれだけいるから東京卒だって、東京卒なんか多分ないと思いますので、この東京の人たちはどこの枠組みで来られているのかというのをはっきりしないと、それぞれの地域の地域卒の人数がはっきり出てこない。それとシーリングとの兼ね合いを見ていかないと、地域卒の人は地域卒で出ているので、多分、地域に帰らないとだめだと思うのです。地域の許可があれば、一時的にほかの都道府県に行くということはあるかもしれませんが、地域卒の方は基本的には地域から出してもらっているもので、地域に戻らないといけないので、その人数を把握して、やはりシーリング数と考えると、それで本当に人数がおかしくなってしまう。極端なことを言ったら、地域卒が多いので、シーリングをぐっと減らさないといけないエリアが出てくるのではないかという気がするので、その辺の整合性をもう少し示していただきたいという気はしました。

○遠藤部会長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今の御指摘は、大変重要な御指摘だと思います。

実際、これは資料では大学別になっておりますので、東京の場合の地域卒という人数ではございません。各県、静岡だったりいろいろなところから預かっております。

そのときに、先ほど来、御説明しておりますが、単純に今回も地域卒であるから、自治医大であるからというのを対象外にするということではなく、これは医師会や病院団体、県庁、大学も参加している地域医療対策協議会という中で、個々の地域卒、自治医大の方については対象外にしようという議論をしていただく。つまりチェックしていただく。ですので、大学の裁量とか県庁の裁量だけで地域卒、自治医大の枠外になるということでは



なく、そういうお話し合いの中で一人一人取り扱いを決めていただこうと。

ですので、どういう診療科に行かれるのか、どういう回り方をされるのかによって、この人は対象、対象外というのは峻別があり得ると思いますので、そういう形で取り扱っていただけるようにというイメージで、提案は考え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。

それでは、牧野委員、徳本代理の順番でお願いいたします。

○牧野委員 牧野です。

今の地域枠の問題ですけれども、全国で非常に多くの地域枠があるというのはわかりました。ただ、私の知っている旭川医大もめちゃくちゃ多い数ですけれども、この中で、全てが医師の少数区域での勤務を義務づけられているわけではないのです。例えば道北、道東の中で仕事をすればいい。そうであれば、旭川市ですっと仕事をしていてもいいわけですよ。そういった地域枠もありますので、ここでの地域枠というのは、あくまでも医師少数区域で勤務をするということを前提にして考えなければいけないと思います。

その上で、この要請①の案には、私は賛成します。

あと、なぜ賛成するかというと、地域枠というのは、ある一定の地域でしか仕事ができない、よそに行ってはいけないという縛りがありますので、それが自分の進路を変える。進路というのは、進むべき診療科です。そこに影響を与えるのは、やはり学生にとっては酷だろうということがありますので、あくまでも、その地域の医者が少ないところで勤務をするということを絶対条件にして認めてもいいかなと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

徳本代理、お願いいたします。

○徳本参考人 今、御意見にありました要請案①の地域枠や自治医大卒業医師の件についてですけれども、これまで幾つか医事課長からも説明がありましたけれども、いわゆる資料1-2の機構に対しての意見及び要請には、地対協とかの関係について明示化されていないみたいなので、そこら辺も、今の医事課長の思いをしっかりとこの要請文に入れていただけたらいいと思います。

2つ目のシーリング5から10未満にというのは、基本的には大都市の田舎とかに影響が大きいのではないかと思うので、反対したい気持ちはあると思いますけれども、余り反対してもあれですので、しっかりと影響を経緯を見ていただけたらと思います。

3つ目のシーリング対象外の都道府県とA県の医師少数区域についてなのですけれども、これもシーリングがかかっている都道府県に影響のあるものなので、できればA県の医師養成区域を入れるのはやめていただきたいというのが、医師少数県の立場でございます。もし入れるということであれば、念のため確認ですけれども、これについては、医師少数スポットは対象にならないということはしっかりとこの場で確認させていただきたいと思います。

最後、資料1-2の2枚目の大学病院の件でございますけれども、こちらもいわゆる大

学病院といたしますか、医科大学、医学部等の複数ある都道府県において有利になる見直しだと理解をしておりますので、少数県としては非常に困る話だと思いますが、これをやるとしても、この見直しによって過度に、今までの医師少数多数の順位が大きく変わるとか、そういったことがないように十分配慮いただきたいということがまず1点。

研究・教育ということになっていきますけれども、例えば教育に着目した場合には、先ほどから出ています地域枠だとか、地域での義務従事のある学生の教育というのは、普通の教育よりも手間がかかりますので、そこら辺はどういうふうに評価するのかわかりませんが、教育という部分のエフォートとしては多目に見る必要があるのではないかと思います。

地域枠の学生に対しての教育というものを適正に評価していただければと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局からコメントを求めますか。よろしいですか。

○徳本参考人 大丈夫です。

○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 地域枠に関して、地域枠は地域のために働くことを目的につくられた制度でございますので、その方たちにシーリングをかけて云々というのは非常におかしな話だと私どもは以前から申し上げてきたことで、こういうことをしていただくことは非常に私としては大賛成でございますが、先ほどからお話に出ていきますけれども、それは地対協、地域の方々との協議の上で、この方がそれに資するというをお示しいただいた上で、私たちはそれを受け入れるという形で、もしそういう形で受け入れていただければそれが一番いいと思います。

もう一つ重要なことは、その問題は、地域枠とカリキュラム制が絡んでくるということになるので、カリキュラム制に関しては、先ほど来、未提出となっておりますけれども、内科学会とかそういうところはプログラム制を柔軟に対応して、カリキュラム制としているところが大部分あるということですので、恐らくそういった形なのですが、専攻医たちにとっては非常にわかりにくいというところがあるので、ちょうど今、機構の中で話をしているのですが、カリキュラム制というものをとることができる制度があるということをきちんとアナウンスメントして、こういうふうな形のものがカリキュラム制なのだということをきちんとアナウンスメントしようとして今、考えているところです。

実際、確かにカリキュラム制という制度があるのを知らなかったという方たちがいらっしやるので、そういう方たちのためにそういったものはつくっておくし、それから、カリキュラム制を選んだ方々がどういうふうな形で動いていくのかということも、それが追えるようなデータベースをつくっていかうかなと今、考えているところですので、今後、そういったところを整備していかうと考えております。

恐らく、カリキュラム制が未提出というところは、単純に私たちのところにまだ紙とし



これは、もうおかしい。どうしてもおかしいと思う。そこが、どこが悪いのかということ、関係されるところがしっかり協力なさって、そのデータが出てこないということでは議論にならないわけなので、そこはぜひ強く申し上げておきます。

それから、実際にシーリングということで、仮に合意ができた場合に、その数を実現するためにどうするか。これは専門医機構がなさるわけですが、具体的には、各学会にそれを指示なさるだろうと思います。その学会は、そのシーリングに合うような手当てをするわけですが、このやり方は、学会によってさまざまです。ですから、もともとプログラムの定員というのはしっかりした根拠に基づいて定員があるのだけれども、採用数をあらかじめシーリングに合うように絞ってしまう場合、採用を引き受けた上でいろいろ調整する、あるいはもっと少ないところをお願いするというような調整をするやり方もあるし、それは学会によって全くさまざまです。

一度、仮にプログラムの定員を下げられた場合に、今後はそれが復活できないという懸念もなきにしもあらずなのです。ここのところもとても大事なことで、たまたまこのプログラムはもともとのあれからかなり減らされていたものが、もうもとに戻すことができないという事態も非常に困るので、その運用については、私の承知する限り、まだ余りはっきりしていないように思います。

ですから、シーリングということで、皆さんの合意が仮に得られるのであれば、そのあたりのところがしっかりつまびらかになって、さっき申し上げたように、実際にそれを応募していく人たちに早く情報を与えてあげないと、これは非常にぐあいが悪いなと強く感じます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 時間がない中、済みません。

先ほど来のカリキュラム制の話に戻ってしまうかもしれないのですけれども、非常にカリキュラム制、プログラム制という言葉の弊害というか、それも考えていただきたいと思うのです。宮崎参考人におっしゃっていただいたことと、あと、立谷委員がおっしゃっているのは、結局、同じようなことを目指しているのですが、宮崎参考人も、例えばプログラム制だけれども、結婚や出産で引っ越さなければいけなくて、プログラムを移らなければいけなければ柔軟な対応をすとか、病気やいろいろな介護など休まなければいけなかったら、また違うところに行ってそういうことをすとか、そういったものを求めている、あとは地域枠の方々も、必ずしもその病院だけではなくて、ちゃんと教育ができるプログラムを10個ぐらいが群をなして、そこで回ってできるようなプログラムがちゃんとあればとか、目指していることは同じなのですけれども、そのところが非常に極端になっているのの一つあると思うのです。

実際に、本年2月25日の平成30年度第4回のこちらの委員会のほうでも、カリキュラム

制に関してはきちんとそこでディスカッションというか、資料2に資料があって、その時点でカリキュラム制は既に、内科が一番多くて24名応募が来ているということなので、先ほど立谷委員がおっしゃったように整備がされていないという言い方をすると、実際に考えてはられると思いますので、その辺のところは、ではカリキュラム制とって、どういふところまで整備というのを言うのかということも含めて、非常にその辺のところは混乱しているように思います。

片や、今回、専門医制度というのが起こったのは、あくまでも専門医として診療がきちんと一人でできるようなものを国民に担保するという目的がありますので、カリキュラム制だから、その病院に何カ月かずっと所属すれば、指導医もいなかったり、教育がきちんと担保されないところにいけばスタンプラリーのようにやっていって、それで専門医が取れるというものであっても困ると思うのです。

ですから、カリキュラム制はそういうものだと思ってしまうところもあれば、そうではなくて、その辺のところ言葉が極端になってしまうのかなと思いましたが、その辺のところをもう少し整備していただければなとは思いました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

まだ御意見はあるかと思えますけれども、大変重要な御指摘をありがとうございました。若干時間を押しているものですから、この議案につきましてはこのぐらいにさせていただきたいと思えます。

非常に重要な御指摘なので、今後、制度を進める上で、非常に重要な御参考にさせていただきたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

1つ決めておかなければいけないことは、資料1-2と1-3でございますけれども、それぞれ案でございますので、これはあくまでも一度ここで叩いて、固めないといけないわけでございます。1-3につきましては、各学会に対する大臣からの意見ということでありますので、これについては特段御意見はなかったと思えますので、これはこれでお認めいただいたというふうを考えさせていただきます。

1-2に関しましては、さまざまな御意見がありましたので、基本のところは大体お認めいただいていると思えますが、カリキュラム制と地域枠とシーリングの絡みでいろいろな御指摘があったものですから、事務局にどういう御意見があったかを整理していただきまして、それを見ながら、最終的にはこの案文につきましては座長預かりにさせていただきたいと思えますけれども、よろしゅうございますか。タイミング的にそうしないと、ちよつと間に合わなくなりますので。

(委員首肯)

○遠藤部会長 ありがとうございます。それでは、そのような対応をさせていただきます。どうもありがとうございました。

寺本参考人、どうぞ。

○寺本参考人 シーリングに関してなのでございますけれども、今回、医師必要数ということから

いろいろと計算されて、いわゆるたたき台という形で出てきたもので、まさしく型どおりで決められたところがあって、地域によっては、場合によっては非常に少数のところ、例えば皮膚科とか、精神科とかいうところでも、かなり過疎地でもシーリングがかかっている。

今までのあれを見ても、2年間とも3ぐらいであるのに、ここには5のシーリングをかけるという非常に不思議なことが起こっているわけで、やる気というか、士気を落とすということを考えると、私どもはあえてシーリングをかける必要はないのではないかと考えているので、この案に関しては、私はできれば今後考えさせ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。

事務局、何かコメントはありますか。

○佐々木医事課長 先ほど御指摘いただきましたように、座長と御相談しながら、また御確認いただきたいと思います。

その意見を踏まえまして、今、寺本参考人からお話がありましたが、今後、機構の中で、理事会でこの専門研修部会の大員からの意見につきまして議論いただいて、最終的に来年4月に向けた制度が決まるという手順になると思っております。

○遠藤部会長 そういうことで、よろしくお願ひいたします。

それでは、議題2に移りたいと思います。「医師の地域的な適正配置のためのデータベース化事業について」でございます。

関連する資料が資料2でございます。事務局から説明をお願いします。

○佐野医事課主査 それでは、資料2をごらんください。

今回、報告ベースの議題とはなりますが、厚生労働省で作成をしております医師のデータベースについて御議論をいただきたいと思いますと考えております。

2ページ目となりますが、まず、背景としましては、現在、2年に1度、全医師を対象に実施しております「医師・歯科医師・薬剤師調査」のデータでは、医師個人の勤務先の情報について、ワンポイントで把握することは可能なものの、出身大学や臨床研修、専門研修を実施した病院等を含め、医師の勤務先の情報を経年的に把握することは困難な状況となっております。

そのため、各都道府県がきめ細やかな医師偏在対策を立案することが難しい状況となっております。

そこで、平成29年度の予算事業において、医師個人の養成課程から勤務先の情報までを含めた医師のデータベースを作成し、平成30年8月に第1回目分を都道府県に提供しております。

その際に、専門研修に関する情報については、その時点においては日本専門医機構からの情報はございませんでしたため、掲載がされておりました。

今回、専門医機構のほうから、専門研修に関する情報提供がございましたので、既存の

データベースに専門医の情報をつけ加えたものを作成いたしましたので、御報告をさせていただきます。

具体的な記載項目に関しましては、3ページとなります。現在の移籍情報及び三師調査のデータで収集した情報に加え、今回、新たに一番下の※2に記載してありますような専門研修のプログラム名や基幹施設名、連携施設名等の情報が追加されることとなります。

流れ図としましては、4ページ目となりますが、今回のデータの整備により、医師免許取得時から臨床研修、専門研修及びその後の勤務状況について、昨年のデータ提供時には赤線で囲んだ部分に関しましては収載がされておりましたが、今回の追加により一貫した情報を都道府県が把握できるようになり、医師確保計画の策定に活用できるようになる予定を見込んでおります。

具体的な活用のイメージに関しましては、5ページとなります。例えば、地域枠の医師を対象としたキャリア形成プログラムにおいて、実際に勤務を行った病院を経時的に分析することで、どのようなプログラムとすれば、その後に県内の定着率が向上するかなど、プログラムの質の向上に寄与することは考えられます。

また、ほかの例としましては、下の活用例②となりますが、例えば、ある県において産婦人科医が必要となった際に、医師の勤務先の情報等を用いることでその件にゆかりのある医師を探すことは可能になり、都道府県が求める人材の確保が容易になることが期待されるなど、都道府県の医師確保のためのツールとしての活用が期待されております。

6枚目、7枚目は参考となりますが、三師調査の情報及び専門医機構のほうから提出いただいたデータにより収載がなされる情報の例示となりますので、御確認をいただけたらと思います。

8ページ目、9ページ目に関しましても御参考となります。これまでの日本専門医機構に対する補助金の状況ですが、本データベースの事業に関しましては、平成26年度より予算事業項目として組み込まれており、データベースの提供に向けて取り組みが行われてきておりました。

資料の10ページ目を御確認いただきたいと思います。現状の日本専門医機構から提供いただいたデータベースに関する問題点と、それに対する事務局からの対応案となります。

まず、今回1つ目の議題の際にも話が出てまいりましたが、日本専門医機構が提出しております一部のデータに関しましては、プログラム制においても研修期間の全期間にわたっての研修施設が同定されていない状態となっており、データベースとしての機能が不十分な状態となっております。

また、プログラム制とカリキュラム制が分かれておらず、正確な専攻医の分布の把握が困難であり、特に地域枠医師に関する情報が不十分な状態となっております。そのため、事務局案といたしましては、日本専門医機構に対し、プログラム制における研修病院の登録の徹底、及び実際にその登録どおりに専攻医が研修を行っているかを確認することのできるシステムの構築、さらに、カリキュラム制についても適切なデータベースを構築する

ことを依頼することを検討してはどうかと考えており、委員の皆様に御議論いただきたいと考えております。

説明は以上となります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

こういうデータベースの構築に関する提案ということですが、いかがでございましょうか。何か御質問、御意見はありますか。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 このデータベースをつくるというのは前からお願いしていたことでありますので、ようやく形になるということでありがたいと思います。

今回のデータベースをつくるに当たって、専攻医の先生、先ほどの地域枠のこともありますけれども、本来地域枠で登録していたような先生が何かの事情でそれを外れてしまったとか、そのような先生についてもフラグを立てるという仕組みをつくっていただくことでよろしいということですね。

もう一つ問題なのは、どこまで過去にさかのぼってそれをされるか、あるいは、これを宣言したら来年度から始めるか、その辺についてある程度明示してあげないと、そのフラグは永久に残るので、少し気をつけなければいけないのかと思います。

もう一つ、8ページ目の令和2年度の予算で、一番下の行ですけれども、2億1000万の概算要求をいただいています。総合診療医の養成に関する事業ということですが、これは総合診療医のデータベースをつくることも含んでいるということですのでよろしいでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、コメントをお願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 まず、1つ目ですけれども、地域枠をこのデータベースの中でどう位置づけるかということに関しまして、都道府県に我々が情報提供するものでございますので、基本的には誰が地域枠なのかということも都道府県が既に情報として持っていますので、それは照合していただけるものと思っております。

最後の総合診療医のデータベースに関しましては、まだ今後情報をいただきながら、我々としても検討していく事項と認識しておりますので、また情報を御提供いただければと思っています。

○遠藤部会長 羽鳥委員、よろしいですか。

ほかにいかがでございましょうか。

それでは、寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 このデータベースに関しては、私どもは非常に重く受けとめておまして、今後とも、これから医師がどういう動き方をするのか、どの地域にどういう専門医がいるのかは非常に重要な問題ですので、こういったデータベースをつくっていくということは非常に重要だと思っております。

今までのデータベースの中には、余り専攻医の動きというものが見えないものだったの



ですけれども、このたび各データベースの中にマイページというのをつくらせていただいて、それは専攻医自身が今、どこで、どういう研修を受けて、何カ月そこでやったかというものを全部入力していく画面でございますけれども、それはもう整備されて、今度の理事会で承認されれば、専攻医たちにそれを知らしめて入力していただく。したがって、どこから入力するかというのは、今年度のものはそこで入れていただかなければいけませんので、実際にそこから始まるとお考えいただいたほうがよろしいかと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

宮崎参考人、お願いします。

○宮崎参考人 質問なのですけれども、これは専門医の育成段階のデータベースという位置づけなのでしょうか。それとも、専門医を取得した後も、その専門医資格がどのように動くかということも含めてデータベース化しようということなのでしょうか。

もし後者だとした場合に、更新をしたかどうかという、専門医資格をどこまで維持しているかというデータはどうなるのでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 現状は、基本は専門医の取得年月日、最新更新年月などまで取得するようなたてつけになっていますけれども、現実的にそれが可能かどうかというところに関しては、日本専門医機構からお願いいたします。

○遠藤部会長 寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 それは一応、マイページから進んでいくことによって更新等々も登録できるようにする予定ではありますけれども、現状は既に学会専門医を取っていらっしゃる方が、ある一定の資格を得ている場合には、機構の専門医として認定されている場合もございます。そういう方たちのものをどのようにして整理するかというのは今、議論中でございますので、更新後のことに関してはまだたてつけがきちんとできているわけではないということです。

○遠藤部会長 よろしいですか。

ほかに何かありますか。大体よろしゅうございますか。

それでは、これについてはおおむね御了承いただけたということにさせていただきたいと思えますので、厚労省と日本専門医機構におかれましては、計画に沿って進めていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

最後の議題でございます。「従事要件等が課せられている医師の専門研修プログラムにおける採用について」、資料が出されておりますので、資料3を事務局から説明をお願いします。

○佐野医事課主査 それでは、資料3について説明をさせていただきます。

まず、2ページ目ですが、地域枠の現状に関して簡単に御説明させていただきたいと思えます。

地域枠に関しましては、地域医療等に従事する明確な意志を持った学生の選抜を行い、都道府県が設定する奨学金の受給を要件とし、平成22年度からは都道府県の地域医療再生計画等に基づき選抜枠の設定が行われてまいりました。

地域枠は、地域偏在や診療科偏在を調整する一定の機能を持つものであり、平成28年度以降、地域枠出身の医学生が新たな医師として勤務を行っており、地域医療への貢献がなされております。

一方、今後の地域枠の設定に関しましては、平成30年の医療法及び医師法の一部を改正する法律により、都道府県知事から大学に対して地域枠の設定・拡充の要請権限が創設されております。

流れ図にございますように、今後の医師の需給推計を踏まえ、将来時点における推計指数が必要指数に満たない二次医療圏を有する都道府県については、地域医療対策協議会で協議を行った上で、特定の地域における診療義務のある別枠方式による地域枠を大学に要請するという仕組みとなっております。

3 ページ目ですが、医学部全体及び地域枠の入学定員の推移となります。

赤の線が地域枠の定員となっており、平成20年度以降、地域枠の定員は急増しており、平成29年には地域枠の定員が1,674名まで増加しております。

4 枚目ですが、今後の地域枠に関する臨時定員増についてのイメージ像となります。将来的に医師の需給が逆転することが予想されることを踏まえ、令和2年度、3年度につきましては、原則、現状程度の医学定員をおおむね維持しつつ、令和4年度以降に関しましては、先ほど御説明をさせていただきました都道府県の要請権限に基づいて要請方針を見直す予定で議論が進められております。

5 ページ目は、平成30年度の医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要となりますが、赤字の部分に、地域枠に関する都道府県の要請権限の旨について記載がなされております。

6 枚目の資料ですが、これまで主に地域枠の数の話をさせていただきましたけれども、地域枠の中身の部分に関しましては、医師不足地域における医師の確保と、地域枠、医師個人のキャリア形成の両立を支援する制度を整備してありまして、その一環としてキャリア形成プログラムを策定しております。

都道府県が就学資金を貸与した地域枠医師等を対象とし、医師個人のライフイベントや海外留学等の自己研さんなどの事情を考慮しつつ、都道府県に対しても地域偏在に資する派遣を行うことができるようにプログラムを構築することを目的とした施策となっております。

イメージとしましては7枚目のスライドになりますが、地域医療介護総合確保基金を活用した地域枠医師等に対して、下の赤字で囲みましたが、枠内に記載してあるような項目の改善を促進し、原則、全ての都道府県においてキャリア形成プログラムの策定がなされることとなっております。

参考としまして8枚目に、秋田県のキャリア形成プログラムの例を示しておりますが、秋田県におきましては地域枠出身者が卒業後全員秋田県内で勤務しております。例えば、上から3番目のプログラムのように、プログラムの中で留学なども可能とするようなものも含め、医師個人の希望に配慮しながらも、県内の医療機関で勤務を行える環境が整えられております。

9枚目に関しまして、先ほどの議論でもごらんいただいたと思いますが、各大学別の地域枠の定員の一覧となっております。

以上が、今回の議論の前提となる地域枠に関する現状についての御説明となりますが、10枚目、11枚目が今回の議題の本題となります。地域枠を離脱した医師に関する資料となります。

まず、10枚目に関してですが、今年度、専門研修を開始する地域枠の医師が計736名おり、そのうち奨学金を貸与した都道府県が地域枠からの離脱を認めていないにもかかわらず、従事要件の県外で研修を行っている者が29名おり、うち20名は別枠方式の入学試験を経て医師となり、従事要件が課されているものとなります。

臨床研修に関しても同様の整理を行っており、参考資料6に資料をつけておりますが、臨床研修においてはこの不同意離脱者が5名でありましたことから、臨床研修と比較すると、専門研修における不同意離脱者は多い状況となっております。

また、本年7月の医道審議会医師分科会臨床研修部会における整理では、別枠方式で医学部に入学した地域枠医師は、仮に奨学金の返還がなされていた場合でも、地域で働くことを前提とした枠を1枠使用して医師になったという事情がございますので、道義的責任は残ると整理がなされ、都道府県の同意がなく地域枠を離脱した医師を採用した病院の採用は妥当ではないという結論が出されました。

それに基づき、臨床研修補助金の減額を含めた対応の検討がなされたところとなっております。

今回は専門研修における地域枠離脱者の採用に関する論点として、11ページにまとめさせていただきましたが、臨床研修と同様に専門医プログラムにおいても、採用に当たっては、特定の地域の従事要件等の有無を確認することとしてはどうかといった点でしたり、また、その確認のために都道府県が把握している情報を日本専門医機構に提供することとしてはどうか。及び、従事要件が課されている医師を当該都道府県との合意なしに、従事要件外の専門研修プログラムで採用できないようにすることを求めてはどうかといった点に関して、委員の皆様にご意見をいただきたいと考えております。

資料の説明は以上となります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。11ページが事務局の原案ということだと思いますけれども、これを中心に御意見をいただきたいと思います。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 私は全国市長会から代表して来ているのですが、全国市長会としては、この

地域枠の今後の地域に対する効果に非常に注目しております。

我々としては、この制度が今後とも継続するように要請していきたいと考えているのです。その上で、私は今まで政治的に地域医療にとってどうかという発言をしてきましたけれども、もう一つ、これは下手すると全部ぶち壊しになるのではないかと心配なのですが、無給医の問題があるのです。プログラム研修のシーリングをかけるような際に、引き取るべき教育機関で、専攻医の生活が保障できるのか。そこのところを注目していかなければならないと思っていますのです。

これはドクターの立場に立って、例えば今、示された秋田県の地域枠のキャリア形成プログラムは、多分安心だと思うのです。この人は無給医にならないと思うのです。ですが、私の知る限り、大学病院に所属しながら国民健康保険に入らざるを得ない人がいるのです。現実的にはそういう問題があるのです。

これは働き方改革が叫ばれる昨今で、いつまで許されるのだろうか。いずれ厚労省としては、医政局ではないにしても、総務課としては関係ないことはないかもしれませんが、いずれチェックされるだろう。チェックというか、社会的な検証を受けるべきだろうと思うのです。医者立場だけではなくて、医者としても多分そうせざるを得ないような立場の人が、そうせざるを得なくてやっているのかもしれないのだけれども、それは社会的にも許されないことだろうと思うのです。

その点、このプログラム研修の採用と、シーリングのかけ方と、無給医の問題について向き合う必要があるのではないかと。地域枠の場合はきっと安心です。

少ないですけども、初期研修の場合は手当をつけてくれたのです。しかし、それすらない現状が散見されるということに対して、言っただけ悪いですが、某大学の某マイナーな医局には、びっくりするぐらい医局員がいるのです。これでこの人たちはどうしているのかというと、大抵保険にも入っていない。それが現状なのです。こういうことが社会的に許されるのかどうかということは今後問題にしていかざるを得ないと思っていますのです。これは地域医療とはまた別の立場で、私は医者立場で申し上げているのですけれども、その辺の考えをお聞きしたいと思います。

○遠藤部会長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。私は働き方改革の担当もしておりますので、お答えしたいと思います。

実は先般、文部科学省の調査の結果が公表されまして、大学の中、いわゆる無給医といわれる、給料を十分もらっていないのではないかと医師についてまとめられたところでございます。

今、実はその調査自体が少し、質問の立て方も含めて若干曖昧な部分もありましたので、現在、再度の調査を行い、かつ、医療機関の中における対応を各大学において検討していると承知しております。

いずれにしましても、そういった大学の医師は忙しく働いておりますし、多数おります

ので、その方々が健康を確保しながら医療を守っていただくということが大事でございますので、それは当然、きちんとした給料をもらって勤務していただくということもあわせて議論されるべきと思っております。いずれにしましても文部科学省の追加調査の結果等を踏まえながら、連携して対応というのを検討していくことになるかと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

重要な課題ではありますが、今回の議題とは直接的には関係しない。間接的には関係あると思えますけれども、まずは本日、事務局から出されている事務局原案を中心に御意見等を承れればと思えますが、いかがでしょうか。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 先ほど、この地域枠に関して、9 ページ目の資料が出ておりますけれども、野木委員からも御指摘がありましたように、この大学でこの枠だけけれどもこれがどの県に行っているのかということと、地域枠は本当に非常に複雑なのです。

私は初期研修の採用試験の委員長をさせていただいておりますけれども、今となっては初期研修のことに限っては、その人がどういう地域枠というか、何年間、どこで何をしなければいけないと言われていたとか、そういった情報が今は手に入るように少しはなりましたので、きちんとした対応ができるようにはなってきましたけれども、地域枠と申しましても、条件としてどういうのがつけられているのか、初期研修は県外でやってもいいけれども、専攻医は県に戻らなければいけないとか、何年間、どこにいないといけないということも非常に複雑で、余りよくわからないので、とにかく都道府県がそういった資料をきちんと提示していただくのがまずは条件だと思います。それをもとに公平にやらなければいけないのに、ただ単に地域枠だということ、別に専攻医の研修は県外でもやってもいいのに、その人を落とすようなことになってしまっただけではいけないので、一つはそこをきちんとやってほしいということです。

あともう一点は、地域枠に関しましては、以前、医師需給分科会だと思いましたがけれども、それかこちらのほうで非常に話題になったと思うのですけれども、こういった、きちんと別枠方式で、奨学金とかも貸与されていて、あと、枠が別で入ってきている方と、実は枠は20とっていたのだけれども、別枠で応募した人が18人しかいなかった。ほかの2枠は普通に入ってきたのだけれども、あなたは地域枠としてその人を移すみたいな形のことでも、ずっと医学部の中では行われてきたという現状があります。そういった人たちが、結局、自分はそのつもりがなかったのにということにならないように、どういう枠で、どういう形になっているのかということで、全部が十把一からげに地域枠とは言えませんので、そのデータがきちんと得られるという条件においてであるならば、きちんと条件を持って入っている人たちは、地域枠の人たちも専攻医においては、それをちゃんと守っていかなければいけないとは思いますので、専攻医の採用においても、その縛りをつけることは賛成ではあります。

その意味で、1,674人も地域枠の方々がいらっしやって、ずっとここで議論しているのは、

専攻医制度において地域医療が崩壊するのではないかとということだったのですけれども、この1,674名がきちんと配置されれば、どれだけ地域の助けになるかわからないですけれども、そのデータも見せ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。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 今の山内先生の意見と同じです。9ページの表の地域枠の人、縛りのある地域枠と、縛りのない地域枠で、縛りのある地域枠でも幾つか類型化できると思うので、その類型をきちんと明示して、誰がどこそこの県に行ってどうなったかとか、あるいは、今の初期研修医と専攻医のときがどうなのかとか、その辺の明示をして、そして議論すべきだろうと思います。それが議論できたとしたら、11ページ目の論点はいずれも賛成であります。

そこで質問なのですけれども、4ページの図表に緑の恒久定員という枠がありますが、これはたしか医師需給分科会においては、もし地域枠の人がはみ出てきて、余りにも減らなかつたとして、万が一ふえたとしたら、この恒久定員の緑は減らすということを文科省のほうで認めたということがあったと思うのですけれども、その絵が抜けているのではないかと。いかにもこれは、恒久定員はそのまま残っていくような感じがあります。いずれは日本の人口が減っていくわけですので、医師総数を減らしていなければいけないという議論になったときに、今の働き方改革の話とか、医師少数区域に医師を多数配置することを求めるとか、いろいろなことが出てくると、どうしても医師総数はふえてくる議論になってしまいますが、それではきっと日本はうまくいかないのだと思いますので、この緑のところをもうちょっと減らすこともあり得る、点線もあり得るというような図表をつくっていただかないといけないのではないかと思います。

○遠藤部会長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 今の点に関しまして簡潔に御説明しますと、恒久定員、臨時定員というところで、どちらを減らすという議論ではなくて、4ページの資料にありますとおり、2022年、令和4年の地域枠に関しましては、医療法上の改正後の都道府県知事の権限に基づきまして、改めて要請をしていただくことになっております。

その中で臨時定員として地域枠を設定するのか、恒久定員の中で地域枠相当としてやるのか。これは各地域での話し合いということでございますので、そういう意味では、恒久定員を削るという表現というよりは、恒久定員の中で地域枠のような運用をするものが出てくるということはあると思うのですけれども、それは実際、これから働き方改革であったりとか、そういった意味での、そもそも医師総数をどうするかということを計算し直した上で議論するというもので、必ずしも恒久定員をどうこうするというところが決まっているということではないと思います。

○遠藤部会長 よろしいですか。

ほかにいかがでしょうか。

釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 きょう事務局から提案された論点の11ページの内容については、これが実現できれば私はとてもいいと思うのですが、きょうはせっかく知事会からもお越しいただいているので、実際にこの実務が円滑に行えるのかどうかというのは、地域枠の数がすごく多くなっている中で、都道府県が地域枠についてはしっかり入学の時点から把握して連絡をとり合っているという体制ができているところも多いのだらうと思います。そのあたりの状況をこの場で伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 まず、徳本代理、お願いいたします。

○徳本参考人 今の釜菴委員からの御質問でございますけれども、都道府県としましても、いわゆる従事要件の課されている医師については、しっかりと県内で従事していただくというのが大前提でございますので、このようなシステムをつくっていただくというのは歓迎するところでございます。

気になる点が1点あるのと、話が変わるかもしれませんが、1つ要望というものがあまして、気になる点は、本人の同意のもとと書いておりますので、同意がない場合は、そういった抜け道になってしまうのではないかと懸念が1点あります。

もう一つ要望とするのは、本日の対象とは違うのですが、いわゆる途中離脱者です。地域枠の離脱者に対しては、こういったシステムが全く効かないということで、本日の話とも違いますし、専門研修部会の論点ではないかもしれませんが、そういった人たちが、都道府県としてもキャリア形成プログラム等でしっかりと養成はしていきますが、入学時点でしっかりと将来、各都道府県で9年間なりの従事をするという意味表明をしておきながら、大学卒業後すぐに離脱するような医師については何らかの対応が必要なきにきているのではないかと懸念をさせていただいて、御検討いただければと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

角野代理、お願いいたします。

○角野参考人 地域枠については、各都道府県がもともと奨学金つきであるとか、そういう形でやっている場合が多いので、お金は出したけれどもそのまま逃げたというのは困りますから、かなりしっかりと、ずっと追いかけていますので、その点は大丈夫かと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

片岡委員、どうぞ。

○片岡委員 ありがとうございます。

10ページなのですが、地域枠の離脱者29名のうち、この離脱した内訳が書いてあるのですが、内訳として、結婚による配偶者へ他県同伴というのが合計12名で、29人中の12人、パーセンテージにすると41%ということで、これはかなり多い数字ではないかと思えます。

離脱をしないようにするというのは非常に大きい課題でありますけれども、地域枠としての義務を果たしたいけれども、ただ、結婚して、自分の人生をどうするかというあたりで、結婚前から物すごく悩む学生、あるいは若手医師も存在しています。

ですので、これは提案といいますかお願いなのですが、自治医科大学では結婚協定というのがあって、自治医科大学同士で義務がある者同士の結婚だと、相手の県に行ったとしても、それは認められるということになっていると思うのですが、なかなか地域枠ですと、地域枠同士が結婚するとか、そういったことはなかなか考えにくく、例えば、結婚した相手がどこの県の方であったとしても、相手が自県に来てくれたら、2人で勤務することになったら、一時期他県に行ったとしてもそのことを認めるとか、何らかのルールを少し考えていただいて、多分、1つの県だけで考えるとなかなか解決が難しい面があると思うので、全体として、できれば結婚による他県同伴による離脱というのが起こらないような、いい方法を御検討いただければと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 多分、日本の社会の中では、動かなければいけないのは女性ということがまだまだ多くて、男性が動いてくれる、男性がふえてくれれば、一緒についてきてくれている男性が多ければいいのですけれども、そういった意味で、その辺の配慮の対策は、なかなか今の自治医大の例とか、あとはアメリカとかでもそういう研修プログラムでペアードマッチというのがあって、もともとパートナーの人と一緒にペアで申し込めば、同じようなプログラムに配慮するようなマッチングの方法とかもあつたりしますので、そういう方法。あとは、これは医師需給分科会のほうで、地域に勤務することによる地域の認定というところでも話があったのですけれども、行きたいけれどもなかなか行けない場合もあるので、例えば、週末にお子さんを見てくれるとか、専門医を取った後でも、週末だったら地域の病院に行って女性医師が将来的に勤務できることで、ペイバックという言い方はおかしいですけれども、恩返しをするとか、あとは、そこまで長い目で見るとは大変ですけれども、県はそういう人をきちんと追いかけていますとおっしゃったので、追いかけていただいて、状況によっては、子育てが終わった後に地域に勤務することを考えると、そういう形のいろいろなフレキシビリティを考えていただけたらと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

いかかでございますでしょうか。

ここに書いてある内容は、基本的には御承認いただけるとしても、もっと細かい事情があるので、そこら辺は少し考えたらどうかということですね。そもそもどういう資格で入ったのかということもいろいろあるだろうし、条件を満たせないのはどういう事情なのかというさまざまな課題があるので、その辺のところはもう少し詳細に考えてほしいという



御要望だと思います。それについては大体御賛同いただけたと思います。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

それでは、幾つか御要望、御意見がありましたので、それらを踏まえて、もし修文が必要であればさせていただくということで、これもまた座長預かりにさせていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

(委員首肯)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、本日用意いたしました3つの議題は終了いたしました。

以上で本日の委員会は終了したいと思います。事務局、何かございますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 次回の部会開催日程につきましては、追って調整の上、改めて御連絡させていただきます。

よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、本日は長時間にわたりまして、積極的な御発言をいただきましてどうもありがとうございました。先生方、大変遠方からいらしている方もいらっしゃいまして、本当にありがとうございました。

加藤さん、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 委員の先生方のお手元にお配りしています机上配付資料は、この後、事務局で回収させていただきますので、お持ち帰りになりませんよう、よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、これにて本日の医師分科会医師専門研修部会を終了いたします。

どうもありがとうございました。