

○加藤企画調整専門官 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。

委員の欠席等についてですが、本日、三日月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、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出席されております。

また、厚生労働省の事務局の一部も国会等の関係より、一部がおくれて出席となることをおわび申し上げます。

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、兼松副理事長、渡辺サブスペシャルティ領域検討委員会委員長が御出席されており、日本内科学会より宮崎先生、日本外科学会より小寺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。

（「異議なし」と声あり）

○加藤企画調整専門官 ありがとうございます。

以降の議事運営につきましては、部会長にお願いいたします。

また、撮影はここまでとさせていただきます。

遠藤先生、よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 皆様、よろしくをお願いいたします。

それでは、まず、資料の確認を事務局、お願いしたいと思います。

○加藤企画調整専門官 資料の確認になりますけれども、資料1「サブスペシャルティ領域の専門研修について」。

資料2「平成31年度専門研修募集におけるシーリング数について」。

以上が資料になります。

また、参考資料につきましては、参考資料1から4までは、毎回同じものを御参考としてお出ししておりますけれども、今回、参考資料5に関しましては、日本病院会より、アンケート収集結果をお出しいただいております。

また、参考資料6と7に関しましては、日本専門医機構より「サブスペシャルティ領域専門医制度認定のための基準」。そして「2019（平成31）年度 専攻医採用数」を御提出いただいております。

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。

それでは、部会長、引き続き、お願いいたします。

○遠藤部会長 資料は、よろしゅうございますか。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は「1. 専門医制度について」「2. その他」ということとさせていただきます。

まずは、議題の「1. 専門医制度について」。事務局から資料が出されております。資料1「サブスペシャルティ領域の専門研修について」。これについて、事務局から御説明をお願いしたいと思います。

○加藤企画調整専門官 それでは、資料1について御説明させていただきます。

資料1「サブスペシャルティ領域の専門研修について」をごらんください。

まず、2ページ目に、前回御議論いただいた内容をまとめさせていただいております。大きく2つに分けさせていただきまして、1点目に「サブスペシャルティ領域の在り方に関して」ということで御議論いただきます内容を簡単に御紹介させていただきますと、サブスペシャルティ領域に関しては、国民に役立つかどうかが一番大切と。

国民目線で見てもわかりやすいという当初の理念が達成できていないのではないかと。

サブスペシャルティの乱立を避けるべきである。

また、サブスペシャルティの基準が整備されておらず、特に幾つかの対象疾患が重なる領域や、国民にとってわかりにくい領域があって、それは、見直すべきではないかという御議論をいただきました。

また、2点目に「連動研修に関する懸念」が、何人かの構成員からございました。

そもそもサブスペシャルティの基準を明確にした上で、その後で連動研修が必要かどうかを判断すべきではないかと。

また、内科専門医の研修はどうしてもおろそかになってしまうのではないかと。

また、医師偏在を助長してしまう懸念があるのではないかと。

ジェネラルに診療できるということは大原則ではないかと。

また、サブスペに人気が集まり、総合内科などを目指す人はより減ってしまうのではないかとという懸念が示されました。

以降、サブスペシャルティに関連する資料をおつけしております。

3ページ目をごらんいただきますと、そもそもの専門医制度の議論の背景を再度お示しております。

専門医の質に関して、質を担保する必要があるのではないかと。

2点目に、国民にとってわかりやすい仕組みに、現状はなっていないのではないかと、すべきではないかという御議論がございました。

次に4ページ目をごらんいただきますけれども、こちら議論の前提になります基本領域とサブスペシャルティの関係性になりますけれども、前回は御議論いただきました、23診療科領域に関しましては、2018年度までに日本専門医機構で領域として認定されていたが、研修は未認定だったという領域で御紹介をさせていただいております。

右側でございますのが、二段階制のイメージ図になります。

5ページ目にありますのが、平成30年12月に専門医機構よりレビューシートが送られた各サブスペシャルティ学会等に関して、一覧表をお載せしております。

また、6 ページ目は、前回の資料になりますけれども、サブスペシャリティ23領域が、今、どのような領域が専門医機構として認定されているのか、また、連動研修はどのようなイメージであるのかということをお示ししております。

7 ページ目にございますけれども、こちら、地域医療提供体制への影響があるのではないかとということでイメージをお示しさせていただいております。

左側に、これまでの専門研修のイメージとして、基幹施設、連携施設等を回ることによって、3年間の基本領域の研修を行うということが専門医制度でのスタートの1つの条件となっております。

そして、右側が、今回、連動研修を導入されたときの考え得る影響ということで、例として内科、特にサブスペシャリティのS内科とさせていただきましたけれども、1つ連携施設にS内科の指導医がないことによって、もともと予定されていた連携施設への研修が行われなくなってしまうのではないかと、あるいは専攻医が専攻しなくなってしまうのではないかとというような懸念があるのではないかとということで、御意見をいただいております。

続きまして、8 ページ目にございますのは、基本領域及びサブスペシャリティ領域、特に23領域における診療科専門医の医師数になりますけれども、内科等から始まる基本領域と、その下にサブスペシャリティ領域で消化器や循環器内科などを並べておりますけれども、特に消化器内科や循環器内科に関しましては、基本領域のおよそ半分ぐらいの基本領域よりも、数としては多いということになりますので、地域医療提供体制にも十分に影響を与え得るのではないかとというのが今回の議論の背景にございます。

続きまして、9 ページに今回の医師法改正の内容を再度お示ししております。

医師法第16条の8にございますが、こちら基本領域に関して意見を、この10月に専門研修部会でも意見を集約して、日本専門医機構等に意見したところではございますけれども、16条の8に規定されておりますのは、医学医術に関する学術団体その他厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、または変更しようとするとき、括弧にございますのは、医療提供体制の確保に重大な影響を与える場合ということで、次のページにございます、厚生労働省令で定める場合としておりますけれども、この場合は、あらかじめ厚生労働大臣の意見を聞かなければならないということで規定されております。

この後、3、4、5で、都道府県へ意見を聞くこと、地対協の意見を聞くことというようなことが触れられておりますけれども、最終的に厚生労働大臣から各19の団体に意見を言わせていただいて、その後、反映いただくよう努めていただかなければならないということで規定されております。

次のページにございますが、厚生労働省令で定めております医師法施行規則になりますけれども、左側に意見を述べさせていただく対象がございますけれども、右側にどのような場合に意見を言うかということで、19条の3にございますけれども、医師の研修に関する計画、括弧にございますとおり、研修施設、研修を受ける医師の定員または研修期間に

関する事項が定められているものに限るということですので、今回、サブスペシヤルティ領域におきましても、こうした事項がある場合に関しては、医師法の16条の8の規定にのっとらないといけないということになります。

これまでの御説明を踏まえ、事務局対応案を11ページにお示しさせていただいておりますけれども、事務局対応案の1つ目にございますとおり、医師法に基づく、厚生労働大臣と都道府県に意見を聞くためのサブスペシヤルティ領域研修に意見するための情報が不十分であり、サブスペシヤルティ領域そのもののあり方についても、慎重かつ十分な議論が必要であるため、平成31年4月からの専門医機構認定の連動研修は開始を見送るべきではないかというのが事務局の提案とさせていただきます。

また、2つ目に、連動研修におきましては、サブスペシヤルティ領域の研修が基本領域の研修を脅かす可能性があると考えられるため、基本領域の研修を担保した連動研修のあり方について、検討・検証を要請してはどうかというようなことを2つ目に御提案させていただきます。

最後に、今後、専門研修部会においてもサブスペシヤルティ領域を含めた専門研修のあり方を見直すことについて、検討していくこととしてはどうかということでまとめさせていただきます。

説明は、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、ただいまの説明に関して、皆様から御意見、御質問等を承りたいと思えますが、その際、専門医機構あるいは内科学会、外科学会の参考人の方も必要であれば、挙手をしていただければ御発言はできると考えておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、いかがでございましょうか。

では、山口委員、どうぞ。

○山口委員 済みません、前回欠席いたしまして、意見書の形でしか出せなかったものですから、この間、いろいろと色々な御意見もお聞きしながら、ちょっと勉強をしてまいりまして、内科学会の方にも、機構にもお聞きしたいことがございます。

今回、参考資料6として出ています「サブスペシヤルティ領域専門医制度認定のための基準」という機構からお出しいただいているものを拝見いたしまして、基本的に「2. 基本領域の承認と同意」というところで、必須要件として、基本領域の承認と同意を必要条件とするということは、賛成したいと思っております。

そもそも専門の内容と対象の患者数がどれぐらいいるのか、そして、必要な専門医の数がどれぐらいで、指導医がどれぐらいいるのか、それから、研修施設の数ということをもって算定していかないといけないのではないかと考えている中で、例えば、今回、ほかのところの要件ですけれども、サブスペ領域の認知であったりとか、専門医の数であったり、あるいは専門研修施設の数とか、指導医の数とか、安定性とかというような、色々な基準がございますけれども、なかなか全てにフィットするような基準づくりは難しく、例

外を認めなければいけないような項目があるのではないかなと思っています。

例えばですけれども、小児のがんです。成人のがん患者が年間80万人ぐらい発病するとされている中で、小児のがんは年間2,500人ということになると、患者の数を見ると、圧倒的に専門医の数も少なくなってくるはずだと思うのです。

そんなことを考えると、例えば、都道府県全てという条件が、本当に現実的なのかどうかという問題があります。では、例えば、小児がんサブスペを、もし、認めないとなると、小児がんの専門医を目指す若いドクターたちが減ってくる。そうすると、小児の専門性の高い部分の医療が受けられなくなるというようなこともございますので、将来の医療ということを見越した上で考える必要があるのではないかと思います。

前回も、どうも老年内科のことについて反対する御意見もあったようですけれども、私の理解では、例えば、高齢者の糖尿病は一般の医師が診ることはできるけれども、老年内科は総合的に、予防も含めて、すき間の部分と言うのでしょうか、それを俯瞰した上で、アドバイスをしたり、各専門家にアドバイスをするような役割も担っておられるということです。特にフランスなどでは、1980年代からカリキュラムなどが策定されているそうですので、日本がどうもおくれをとったのではないかということも、私の理解の中ではございます。

そういうことからすると、将来の日本ということ考えたときに、どういう専門医を養成していく必要があるのかということが重要な視点ではないかということをおもっておりまして、例えば、ここの規定にあることの例外は、基本領域が必要性をしっかり認めて、例えば、なぜ必要なのかという理由を公表して、それを機構で認定する。それをきちんと国民にも公表していただく、そういう仕組みづくりにしないと、一定の基準だけで決めてしまうということに、私は限界があるのではないかと思っているのですけれども、そのあたり、どういう御見解かということをお聞かせいただきたいと思っております。

それと、そもそも認定要件を絞ることに私は無理があるような気がいたしまして、そこに合わせて認めてもらうがための作業を学会の方たちが、今、必死になってやっている。さらには症例の奪い合いみたいなことも起きているというようなことも耳にしています。

ですので、そうではなくて、これは、将来の日本の医療を担う人たちをつくる専門医制度ですので、そういったことを視野に入れて考えていかないと、将来の日本の医療が衰退するのではないかと、そういう懸念も感じているところでございます。

もう一つが、内科学会にお聞きしたいのが、3月18日付で、内科専門研修体制の堅持についてという文書が出されていて、私も読ませていただきました。

この中で、日本専門医機構が認定した15のサブスペシャルティ領域は、いずれも国民から必要とされるサブスペシャルティ領域であるということが書いてあって、これは、やはり、国民の立場というか、患者の立場から非常に気になった文言でございました。

国民から必要とされると、ここに明言されている国民目線というのは、どういう判断基準で、どんな意見を反映させて、この15を絞られたのか、ここに書かれた位置づけですね、

そのあたりを教えていただきたい。

大きくこの2点です。

○遠藤部会長 それでは、まず、専門医機構への御質問ですので、どなたかコメントをお願いしたいと思います。寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 今の点は非常に重要な問題で、サブスペシャルティ問題に関しましては、確かに、この要件に書いてあるように、かなりジェネラルにあるようなものに関して、まずは決めていますけれども、本質的な考え方は、ある程度総合的に考えて、こういう必須なものはあるけれども、全体としてどうしても国民が必要なものとか、そういったものはあって、先生がまさしくおっしゃった小児のがんであるとか、小児の外科もそうなのですけれども、これはそんなにいっぱいいるわけではないですし、かなり集約されている分野だと思えます。

ですから、この前も、たしか厚生労働省のほうでまとめたものの中の1つの分類の中にも、全体にいらなくてもいいけれども、ある領域には集中して集約されて、あるべきものもあるということなので、私たちも小児外科であるとか、小児がんとか、そういったものは、専門医制度としては重要なものとして、国民が必要とするものとして認めていくようなたてつけもしています。

ただ、やはり、ある程度制度のしっかりしているものであるとか、ということは、国民に対する1つの重要な問題がございますので、そういったものを担保した上で、1つの基準というのは示しております。ですから、必ずしも、それで奪い合いとか、そういうような形を私たちは助長しているわけではございません。

それから、先ほどおっしゃったように、高齢者の問題も、最近は非常に大きな問題になってきて、確かに、今のフレイルの問題であるとか、サルコペニアの問題とか、なかなか皆さんが、必ずしも触れていないような全体を埋めるような形のものというのは、国民も必要としておりますし、それから、将来の日本の医療の中では非常に重要な分野であるので、私は、そのことは考慮すべきだと思いますし、そういったことで、この前も宮崎参考人が、そういうことを御発言になったと思えます。

このことに関してレビューシートを一応まとめておきまして、その中で、いろんな分野のことが、それぞれの学会から一応示されておきまして、それは、先生おっしゃるように、いつかちゃんとした形で示しますけれども、きょうの段階で、ちょっと出し得ていないのですけれども、そこら辺のところの流れを、ちょっと先生のほうからお願いいたします。

○遠藤部会長 渡辺参考人、お願いします。

○渡辺参考人 機構の中で、サブスぺの領域の検討委員会の委員長を仰せつかっている渡辺と申します。

先生おっしゃるように、基準というのが、参考資料6にございますけれども、これは、基本的には、23に関しては、もう数年前に認められたもので、昨年7月から、私はこの検討委員会を担当いたしまして、何らかの基準をつくらなければいけないということに関

しては、そのとおりだということで、いろいろ議論をいたしまして、これができ上がりました。

おっしゃっているように、これが全てかと、これに当たらなければ全部だめだということではないと。それは、このページの一番上のフレーズの「認定について」というところの最後に書いてございますけれども、一つ一つに関して合致するかどうかの認定と同時に、判定は総合判定であると。

もう一つは、総合判定の理由というのは、そこにありますように、社会的な役割が非常に大きいというようなことであれば、そこはそれで認めていくと、小児のがんは1つの典型であって、小児の神経とか、循環器もそうかもしれません。小児科領域は、どうしても数は少ないと、それは当然考慮すべきだと考えております。

それから、いろんな基準の情報が足りないではないかという御批判が出ているのは承知しております。

ただし、23に関しましては、かつての一般社団法人の評価認定機構という時代から、高久先生の委員会の答申が出て、二段階制を基本にした新しい専門医制度と、第1期の理事会、池田理事長のときからずっと、そのときにもいろんな調査をしております。基準がどうなのだという点に関して、2期でもやりまして、それで認められてきたものであります。だから、以前の23も全く基準がなく認められたものではないかということは御承知おきください。

ただし、今回に関しましては、内科と外科だけではなく、将来的に小児科を含めたいろんな領域で認めていくときに、どういう基準が重要かということをもってつくったものだと思います。

理事長がおっしゃったように、数を満たすかどうか全てではないということは御承知おきいただきたいと思います。

それから、データに関しましては、既に昨年の12月にレビューシートというのを出しまして、もう90学会以上から返ってきております。一応、もうまとまってはいるのですが、もう一つは、2月22日の委員会の御意見を私も読みまして、各学会に、その後に追加の情報をくださるようお願いして、それもほぼ集まっております。きょうも出せたら出したかったのですが、まだ、一部少し精査をしなければいけない、確認をしなければいけないということで、きょうはお出ししておりませんが、それは、当然のことながら出ております。

それから、1期、2期の理事会のときの23をなぜ認定したかということに関しましても、議事録等には残っております。確かに、全体に公表しているわけではございませんけれども、そういうデータは当然集めて公表するつもりです。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、山口委員、できるだけ簡潔にお願いします。できるだけ多くの方の意見を聞

きたいと思います。

○山口委員 5ページのところにあるように、サブスペ領域は、関係しておられる方々は絶対必要だと皆さん思われていて、だから絶対に入りたいというようなことをおっしゃるのだと思うのですけれども、どういう理由で、それが認められたのかということ、透明性をもって公開することが、私はとても大事だと思っていますので、そこはしっかりしていただきたいということが一番の意見でございます。

○遠藤部会長 それでは、内科学会の宮崎参考人、お願いいたします。

○宮崎参考人 それでは、お答えいたします。

まず、最初に18日に同学会の矢富理事長の声明の内容は、連動研修についての問題が、前回、この部会で起こったということを受けて出したものでございます。

その中で、15の領域がどのように認められたかという御質問について御説明申し上げます。

まず、第1に、前回も少し申し上げましたけれども、内科学会の中には、サブスペシャルティというのが、現在、15ございます。それぞれの領域は、もちろん一斉に認めたわけではございませんので、その時代、その時代にだんだんと増加していったものでございます。

例えば、循環器内科というような内科のサブスペシャルティは、当初から既に確立している、すなわち、これらの領域は臓器別のサブスペシャルティというカテゴリーでございます。

内科学会という非常に広い範囲を受け持つ、内科のほうは大変広うございますので、そのような非常に広いところを局所的に深く掘り下げて専門化するというような概念でのサブスペシャルティというのは、当然のことですけれども、臓器別ということが、まず、最初に発生するわけでございます。

それらの臓器別のサブスペシャルティがずっと構成している途中で、例えば、感染症専門医など、例えば、私の個人的な説明、わかりやすい説明と思うのですけれども、例えば、昭和20年代に結核専門医というのができたとする、恐らく、国民の皆さんは、みんな受け入れたと思います。

しかし、そのような昭和20年代に起こった結核専門医が、もしいたとするならば、それは昭和30年、40年代には、もう要らないのではないかという意見も、また出たかもしれません。最近、またふえていますけれども。

そのように、社会が何を求めるかというのは、その時代によって若干考慮しなければならないことが当然あるわけです。

そういう中で、臓器別のサブスペシャルティからスタートして、例えば、最後に我々が認めているのは、消化器内視鏡専門医あるいはがん治療専門医というのを最近認めておりますけれども、これらを認めたという承認の方法としましては、社会にどの程度ニーズがあるか、それが専門医として、社会に対する責務として保障するという意味で、どういう

必要性があるのかどうかという立場で認めるような、新しいタイプの専門医制度、サブスペシャリティとして認めております。消化器内視鏡専門医については技術系というカテゴリー、今までの臓器別ではないという新たなサブスペシャリティという考えでございます。

どうしてそうしましたかという、例えば、消化器内視鏡専門医でありましたら、毎月内視鏡の検査を100万人しております。そのような非常に膨大な数の専門的な医療をしている先生方を野放しという、あれですけれども、一定の承認は必要であろうと、医療の質というのは、国民にとって非常に重要であろうという考えのもとに、そのような承認をしておるところでございます。

もちろん、消化器ですから、肝臓専門医だとか、消化器病専門医の中の、それぞれのインタラクションと申しますか、消化器内視鏡ばかりをやっているわけではありませんので、それを実行するためには、病態生理を理解するだとか、技術を身につけるとか、さまざまなことをしないと申せないので、その3つの学会と一緒にインタラクションをしながら育成していくという制度としてお認めしたわけでございます。

がん治療についても、近年、ノーベル賞で有名になりましたオプジーボというような、がん細胞の遺伝子系をもって診断する、あるいは治療をするという新しい概念、これは、科学の進歩に従って、そういう分野が出てくるということを見据えて、将来は、恐らくそれが主流になる可能性さえあると。

例えば、膵臓がんとか、臓器別のがんというよりは、最近、SSRISRISRISRIMSという、修復遺伝子の検査が強陽性であったら、どの臓器のがんであっても有効であるというような薬物さえ出ております。そのような薬物治療に関しては、従来の概念から大きく変化しているという時代を見据えて、その専門医は必要であろうと考えて認めたところでございます。

以上が、その認めるいきさつでございます。

○遠藤部会長 山口委員、いかがでしょうか。

○山口委員 今、伺っていると、やはり、国民目線というよりは、専門家の目線で選ばれたのではないかなという気がしますので、やはり、国民からわかりやすいサブスペ領域ということが必要ではないかなと、私は思います。

○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、山口委員から国民目線という言葉が出ましたけれども、私の場合は、市長会の代表ですから、国民の意見と思って聞いていただきたいと思います。

今、いろいろ説明がありましたけれども、まず、私は時間がかかり過ぎるのではないかなと思うのです。初期研修2年やって、それから、内科なり外科なり、基本領域を3年やって、その上で、サブスペで最低3年ですと、8年かかるのですね。医学教育は6年で、その上8年という、これは膨大な時間ではないかなと思うのです。

今、医療資源が足りないというのが地方はじめ日本全体の問題ですから、そのさなかに、

こうやって時間をかけていくということに対して、もっと工夫が必要ではないかと思うのです。それぞれの専門領域で、しっかり勉強した人、実績を積んだ人が必要だと、その意見はわかります。しかし、それだけで、果たして済むのかという問題ですね。

前に、この会で出たことがあると思うのですが、初期研修の中に基本領域の期間がある程度重複するという意見が出てきました。これは、その後、どうなっているのか。

それで、連動研修の話になっていきますけれども、私は、この連動研修についても、重複するような考え方であってもいいと思うのです。基本領域をしっかりやるという考え方もありますけれども、半面、時間がこれだけたってしまうということに対して、地方としては危機感を禁じ得ないという点からです。

これは、厚労省と機構と両方に聞きたいと思います。重複させるという考え方についてどうなのかということ。

もう一つ、これは重要なことなのですが、研修期間に地方にドクターを派遣するという話があったはずですが、この話がどうなっているのか、その観点がどうなっているのか、地方に派遣するから大丈夫だという、そういうような話を伺っていました。それがうまくいくかどうかは、また別として、それは基本的な考え方だったはずなのです。これはどうなっているのか、これも機構に伺いたいと思います。

もう一つ、これは、機構と厚労省両方に伺いたいのですが、サブスペシャルを後期研修医の専攻医の希望どおりに考えていいのかという問題です。

サブスペシャルも、例えば、心臓外科の先生が、そんなにいてもしょうがないと思うのです。私は、その必要量の検討も必要なのではないかと。希望だけでいってしまったら、これは、偏在というか、医療資源の有効的な活用にならないのではないかと。国民目線で果たしてどうなのかと。これは基本的なことなのですが、国民にわかりやすいようにサブスペシャルについても、しっかりと明示しないといけないという話です。どうですかね、一般の国民が、自分がどのサブスペシャルに該当するのか、果たして判断ができるか。

そういうことを考えると、私は、やはり基本領域のドクターが、最初に診てさしあげないと、振り分けはできないのだろうと思うのです。これは、前から言っていることなのですが、進歩している専門領域について、医学の進歩は大変結構だけれども、それが地域医療に全部当てはまるかということ、そういうものではない。

ですから、私は、全員が専門医にならなくても、しかるべき病院にそれなりの専門医がいればいいのではないかと。一般的には、内科領域であれ、外科領域であれ、トータルで診られる、この前、私は看取りができる医者と言いましたけれども、病院の当直ができるという言い方でもいいかもしれません。地域としては、そういうドクターがほしいのです。

これは、なかなかお答えも難しいと思いますので、これは、皆さんにも考えていただきたいというところにとどめますけれども、さっき言った3点について、時間がかかり過ぎるという問題、機構と厚労省、それから、研修をダブらせるという問題ですね。これは、機構について。

それから、サブスペシャルの必要数の議論が必要ではないかと、これは、機構と厚労省両方に、この際、ちょっとお話をいただきたいと思います。

○遠藤部会長 それでは、それぞれについてお答えをいただければと思いますけれども、時間がかかり過ぎる話というのは、連動研修と絡んだ話という理解で。

○立谷委員 連動研修もそうですし、初期研修と、その話はどこかにいつてしまっているのですね。

○遠藤部会長 なるほど、では、それも含めてということになりますので、それでは、渡辺参考人、どうぞ。

○渡辺参考人 論点は、よく理解できました。

時間に関しましては、これはまさに連動研修を認める大きな理由の1つです。そんなに時間がかかり過ぎないようにと。

というのは、内科系、外科系というのは、全員とは言いませんけれども、かなりの部分がサブスペシャルティまで進んで、でも、年をとったらもう一度ジェネラリストに戻っていくというような過程も、厚労省のデータ等でわかっています。50過ぎには、やはり診療所のお医者さんが多くなってくるということでもあります。

そのときに、ほかの診療科の場合の専門医は、サブスペシャルティがほとんどない診療科もございます。そういうのに比べまして、内科の場合は、外科の場合はどうしても時間がかかるので、一方で、内科も外科も人数が不足しているというのは、この間も厚労省からデータが出ていますので、そういうことを全体的に勘案して、とられる最良の方法というのが連動研修だと、私どもは思っております。

それから、初期研修の話に関しましては、内科でも外科でも、いわゆるウェブ上で症例を管理するという方法で、内科の研修でもJ-OSLERという方法は、初期研修の指導医がちゃんとしていけばという前提ですが、症例も組み込めるというようなことになっておりますので、初期研修は、基本領域、サブスペシャルティと連動することが可能なものを担保する方法としてJ-OSLERというウェブ上のシステムがあるとお考えいただければいいと思います。

それから、地方の派遣に関しましては、これまで余りプログラムの中では、ただ、数が余り多くはないのですけれども、地方の病院との連動ということは、これから先、考えていかなければいけないと思っておりますが、今のところ、それほど内科系、外科系のプログラムの中で、地方派遣がすごく多いというわけではない。ただ、内科の提出されたプログラムの中では、東京都のプログラムは、前の機構の副理事長の松原先生の計算では、3割、4割が他県に出ていくということがございまして、これから先は、むしろそういうことを推進しなければいけないだろうと思っております。

それから、診療科ごとの必要数に関しましては、先般、きょうも出てくるだろうと思っておりますが、必要数の計算というのが出ました。そういうものをもとにして、今までそういうものがなかったわけですけれども、そういうものをもとにして、我々も協力できることは

していくと。

地域に関する適正配分ということに関しては、できる限りですけれども、シーリングということ、今も現実に厚労省のほうの御要請でやっている、なかなか苦しいところもあるのですが、そういうことをやっているということでもあります。

それから、国民にわかりやすいというお話、診療体制ということですが、これこそが立谷先生がおっしゃったのは、二段階制というのは、そういうことなのです。

要するに、高久委員会で、基本的に日本の専門医制度は二段階制にしなければいけないという意味は、まずは、基本領域のお医者さんが診て、必要があれば、サブスペシャリティ領域に、場合によっては紹介する、コンサルテーションする、セカンドオピニオンを求めるといような意味の領域もあるわけです。ダイレクトに国民が全て、この診療科に行こうということを決断できない場合がかなり多いということですので、そういう意味では、二段階制の極意は、そこにあるのだと考えていただければと思います。

では、ジェネラリストがどのぐらいの数いて、サブスペシャリストが、どのぐらいの数必要なのかということに関しましては、今後、厚労省のほうも試算をされているようですので、そういうことを参考にして決めていかなければいけないだろうと思っておりますが、そういうふうな形で考えていただければ、サブスペシャリティ領域も必要ですけれども、ジェネラリストが、まず、基本だということ、それを具現化といいますか、制度上の具現化したものが二段階制度、現在、進めようとしているものだと考えていただければいいと思います。

○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。

○加藤企画調整専門官 御質問ありがとうございます。

1点目と3点目に関して、事務局より御説明させていただきます。

立谷市長御指摘の効率的な、要は、早く医師を養成すべきだということに関しましては、昨年の医師法改正におきましても、やはり、国会でも何度も議論されたことですので、我々としても取り組ませていただいています。

1つは、専門研修と臨床研修だけではなくて、やはり、医学教育の中から十分な臨床実習を充実させることによって、臨床研修を短くできるのではないかというような意見もいただいていますし、市長御指摘のとおり、臨床研修と専門研修の連動性、連結性というようなことに関しても御意見をいただいているところでございます。

こういった御意見を踏まえまして、我々は、昨年の11月に研究班を立ち上げまして、いかにシームレスな医師養成を達成できるかということで、到達目標に関しましては、医学教育の中での到達目標と、臨床研修における到達目標をかなり近いものにし、より効率的な研修、実習ができるように図っております。

いろんな評価方法もございますけれども、そういった研究班の取り組みを踏まえて、事務局としても取り組んでいきたいと思っております。

3点目のサブスペシャリティ領域における必要数に関してですが、昨今、基本領域における必要指数は、我々事務局としても出ささせていただきましたけれども、サブスペシャリティ領域の必要指数に関して議論が必要ではないかという声は、我々のところにも届いております。

ただ、これは数だけの問題ではなく、各サブスペシャリティ領域の医師が、どこまで診療、どこまで診療するのかと、基本領域あるいはジェネラリストがどこまで診て、サブスペシャリティ領域の医師がどこまで診るのかというような議論もあわせて行う必要がございますので、そういった範囲と数とをあわせて、今後、専門研修部会においても議論をさせていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今、いろいろお答えをいただいたのですが、私は、地方の医師確保というのが基本になると思うのです。連動研修の期間の医師確保や地方への派遣については、私は、これを東京から仙台に派遣しろと言っているわけではないです。同じ県の中で、例えば、渡辺先生も福島医大でずっと御活躍され、地方の医師不足に直面されてこられたと思いますが、同じ地域医療協議会の中の、同じグループの中で、果たしてどうやって連動研修の中で、地方への派遣というものが実現できるのか、このことの議論をしっかりとしないと、私は、ある意味では非常に危険な話ではないかと。時間がかかるのは困るけれども、そのことによって、地方がないがしろになったらいけないだろうと。このことが1つ。

それから、先ほど、初期研修と期間領域の研修をダブらせることについて、ウェブ上でありましたけれども、ちゃんと確立していないのが現状だと感じています。

ですから、みんなプログラム研修のほうにどうしても行ってしまう。その際に、ウェブ上での症例管理とか、実績の管理とかというのは基本になりますから、これが現況ではなされていないということを指摘したいと思えます。

このことを、しっかりやった上でないと、私は、いたずらに時間をかけるということについては異論があるということをお願いしたいと思います。

○遠藤部会長 よろしいですか。

それでは、関連で寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 これは、この前も宮崎参考人がお答えになったように、ウェブ上でJ-OSLERというのが走っておりまして、そこで症例管理がどのように行われているかということは、本当に時々刻々それがわかるような形をとっておりますし、外科はNCDでそれをとっているということですので、ウェブ上で、そういったことをとれるということは、もうあるので、もし、あれだったらどうぞ。

○遠藤部会長 では、宮崎参考人。

○宮崎参考人 立谷市長さんの指摘は、ごもっともだと思います。

内科学会としましては、若干の反省がございまして、従来の旧制度におきましては、要するに、最後のペーパー試験に合格すれば、資格を与えるという面があったかと思えます。

研修の実態が証明できないという部分があったかと思えます。

それに置きかわるものとしまして、今回、J-OSLERというウェブ上の登録システムを開発したわけですが、これは、まさに立谷市長さんが言われたように、何々しか診ない医者をつくるというのと真逆の方向性で制度設計をさせていただきます。

J-OSLERは、既に1年たちました。現在、10万件の症例が既に登録されております。10万件の症例が登録されて、そして分析が可能になっております。どの地域で、どの病院で、どの程度の症例が得られて、どういう研修をしているのかというのが同時性をもってわかります。

例えば、現在、長野県と山口県と静岡県がトップ3であります。それぞれ1専攻医当たり約50例の症例を入力しています。経験しているわけです。そして、経験して、なおかつそこに存在する指導医が、それを指導しているわけです。それが同時性をもってわかるということ、例えば、これを公表することによって、よりよい研修施設が、別に東京ではなくても、地方で熱意のある医師がいればできるということの専攻医の候補者に対してアピールになると思います。それは、幾つかの方法の1つですが、いずれにしても、確実に研修を管理するというシステムであるということ。

2つ目は、これを形式的に同時性をもって評価し続けていると、3年に一遍やるのではないのだということが2つ目であります。継続的に指導し続けているということが、いかに専攻医の質を上げるかということが、まず、間違いなく上がると思います。

3つ目が、JMECCという救命救急コースの中に、診断能力を育成するためのシナリオを含めたビデオを用いた講習会を必須化しています。

これは、まさに立谷先生が心配されているように、これは、難易性の救急疾患に対する講習でありますので、内科専門医を目指す者は、全ていざという救急の体験をしなければならないというふうに制度設計しております。

つまり、これは、もちろん全員がそうではないかもしれませんが、将来、仮にサブスペの専門医になったとしても、内科専門医の間に、みっちり救急に対する講習、要するに診断能力ということです。プライマリ・ケアで、確実に診断できる、あるいは体験するということによって、自分は、まず診ましようという医師がふえるのは確実に考えています。

そのことが、少なくとも、私は、専門医しか診ないという医者の減少につながることは確実に考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 では、簡潔にお願いします。

○立谷委員 これは、きょうの議論ではないのですけれども、専門医、特に基幹領域、基本領域などもそうなのですが、プログラム制とカリキュラム制の問題になるのです。

私は、カリキュラム制が基本であるべきだと思います。その上で、大学病院とか、基幹病院というのも選択肢であって、私は、その積み重ねと、それと診断能力、治療能力、

そういったものが判断されてしかるべきで、大学とか、そういうところでないと、専門医になれないということに、いろいろ危惧をしてきたのです。

これは、厚労省、このことについてどういうふうに考えるか、ちょっと話してください。

○遠藤部会長 事務局、コメントできますか。

○加藤企画調整専門官 カリキュラム制に関しましては、前回の第4回の専門研修部会でも御議論をいただきましたけれども、さまざまな専攻医がいらっしゃって、いろんな背景を踏まえた専門医制度であるべきだということに関しましては、立谷市長を初め、多くの方から御意見をいただいておりますので、そのような御意見に関しましては、我々からも専門医機構のほうにお伝えさせていただいておりますので、今後も機構とともに多くの専攻医が着実に専門研修を受けられるように、厚生労働省としても取り組んでいきたいと思っております。

○遠藤部会長 それでは、関連で渡辺参考人、お願いします。

○渡辺参考人 今の質問に関連いたしまして、カリキュラム制とプログラム制の問題でございます。

プログラム制の重要制に関しては、先ほど宮崎参考人からお話がありましたけれども、かつては、本当に内科もカリキュラムだけで、試験だけというような状態だったのを、やはり、育成的に経過を見ていくということが必要になります。

ただ、サブの連動性に関しまして、プログラム制でやることは、まず、ほとんどできないのです。なぜかといいますと、2つの時期的なプログラムをどうやってマッチさせるかというのは、ほとんど不可能なので、今、我々がつかんでいる範囲内では、サブスペシャリティ領域に関しましては、いわゆるカリキュラム制になっております。特に内科、外科もそうだと思いますが、内科、外科に関しましては、ジェネラルとサブスペシャリティとものを明確に、時間的に、領域的に分けられないというか、1つの病院の中でジェネラルをやる部分もある、サブスペシャリティをやる部分もあると、時間的にも空間的にも混合的な研修を行っていくということが特徴でありまして、多くの場合、サブは、少なくとも連動研修をやる場合は、カリキュラム制であるということでもあります。

あと、大学病院だけに固まるのではないかということなのですが、これは、内科学会からいただいたデータなのですが、実は、J-OSLERは、先ほどの初期研修に関しまして、症例登録は既に10万件とおっしゃっていましたが、1対2の割合で、1が初期研修です。初期研修の症例も1対2ぐらいで入っているということ。

それから、J-OSLERの登録症例が多い病院というのは、決して大学病院ではございません。上位20のうち、大学病院は3つぐらいしか入っておりません。地域で頑張っている病院が、むしろ一生懸命やろうということでもあります。

あと、外科のことを、小寺先生を差しおいて言うのは何ですが、私どもの病院の例を、同じ福島ということでお話がありましたけれども、むしろ、手術症例が非常に大事なのです。

相対的に大学病院というのは、医者の数と症例数の比率からいいますと、1人当たりの患者数は非常に少ない。だから、むしろ我々の病院は、医者が非常に少ないという利点があるのだと思いますが、手術症例が多いということで、むしろ、今、大学、その他の病院から、かなり回していただいて我々の病院は成り立っているというのが現状でございますので、その辺もちょっと、小寺先生、ちょっと追加をお願いします。

○遠藤部会長 小寺参考人、どうぞ。

○小寺参考人 外科のほうの状況もお話ししますと、外科専門医については、以前からプログラム制を組むということになっていたのでプログラム制を組んでございますが、これについても、ここでの議論を通して、柔軟にカリキュラム制で運営することも可能ということになっていまして、仕組みについては、今、機構のほうからも御指示をいただいているところであります。

それから、サブスペに関しては、全てカリキュラム制になってございまして、プログラム制でやっている基盤と、連動研修になっても決してそごが起きないようになっています。

外科のほうは、もう少しわかりやすいのは、手術だけが大切というわけではないのですけれども、やはり、手術症例数が1つのベースになってカリキュラムが決まっております。

これも、今、御紹介がありましたように、実は必ずしも大学病院が、症例数が多いわけではないということと、大学は学位の取得とか、研究もやりますので、実は症例の数の割に医者が大勢いるのですね。ですので、皆さん、地方の病院で、結構症例手術数を「稼いで」いるという実態もございます。もちろん、例外的に、例えば、心臓血管外科などは、どうしても設置している病院が少なく主に基幹病院に設置されていますので、そういう手術をこなさなければならない医師は基幹病院で過ごすことになるでしょうが、外科専攻医のうちのかなりの比率が消化器一般外科医でございまして、そういう先生方はたくさん手術を地方病院でも行っていると御報告いたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

少し違う方で、先ほど手を挙げられた、牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。

私の意見を言わせてもらいますと、まず、サブスペシャルティの位置づけですね。これは、先ほど二段階制とおっしゃっていますけれども、確かに今回示された23領域、これはある意味二段目として理解しやすいと、私は思います。

要は、これは何かというと、大学病院の診療科がそのままここに乘っかっているというようなイメージなのです。

ただ、そこから先、例えば、小児の白血病だとか、血液がんだとか、そういったさらに細かい領域になっていくと、同じサブスペシャルティとして同列に位置づけていいのかという点は疑問です。

ですから、そういった基本的な議論、まず、こういった議論がないままに、各学会がサブスペシャルティを認めてほしいというので認めていくような、今の実情に流されている

ようなあり方ということには、ちょっと疑問を感じます。

そして、現在の23領域までは、多分、国民目線というところから見ても、もう既に浸透していると思うのです。ただ、その先に行ったときには、必ずしもそうではない部分が出てくると思いますから、しっかりと何を、どの領域が国民から見えてわかると、要するに、国民がこういった病気のとときには、この専門医と、こういう治療を受けるのであれば、この専門医と、そういった目線から選べるような、そういったサブスペシャリティの決め方にさせていただきたいというのが、私の意見です。

後で病院会からのアンケートの説明の機会を与えていただけたらと思うのですが、今回の専門医制度になって、地域医療は既にかかなりの影響を受けている。立谷先生もさっきおっしゃっていましたが、ですから、そうであるがゆえに、この専門医制度になったら、従来と違うのだぞというガバナンスをしっかりと持っていただきたいというのが、まず、1点です。

あと、連動研修に関して、2つ目です。

専攻医が早く専門領域の研修を行えという気持ちは、大変よく理解できるし、ある部分はやむを得ないと。しかも、それがきょうの中で、カリキュラム制で行うということをお聞きして、ある意味安心しました。

先ほどから内科が少し話題になっていますけれども、実は、大学病院の内科というのは、総合内科というのが、いわゆる基本領域と違った各診療形態になっているのです。循環器内科があります、消化器内科があります、呼吸器内科があります。だけれども、内科という19領域に相当する基本領域の部分が抜けている。

各内科の医者というのは、実は、8ページに、それぞれの専門領域の医者の数が書いてありますけれども、実は、内科という基本領域の数というのは、サブスペシャリティの数を足したのとほとんど変わっていない。ということは、内科の専門医というのは、ほとんどの方がみなさんサブスペシャリティを持っていると、ダブって持っている方がいれば、その分だけ減る可能性はありますけれども、ですけれども、ほとんどサブスペシャリティを目指しているのです。

ですから、地域医療の中で必要なのは、内科専門医としてのマインドを持った医師ということが必要なわけで、このマインドをちゃんと養成していただきたいというのがあるわけですね。

その意味で、連動研修になって、早くからサブスペシャリティの医者ですよということだけを振りかざしているような医者には育ってほしくないというのが1つ。

さらに、先ほどから話題になっています養成数です。つくる数ですね。基本領域の数に関しては、一応、どれだけの数が必要だというのは、将来にわたって出ていますけれども、実は、特に内科、外科もそうですけれども、23領域のサブスペシャリティに関しては、同様に、地域に必要なという観点からの養成数というものもちゃんと把握して、それに沿った養成をしなければいけないだろうと、そういった観点からの議論もしっかりした上で進め

ていただきたいというのが、私の意見です。

○遠藤部会長 ちょっとお待ちください。

非常に重要な議論なので、議論が活発になっているのですが、実は、今回は事務局から、資料の11ページにあるように、事務局対応案というものが出ております。

これについて、当部会としては、どう対応するかということを決めなければなりません。そうしませんと、機構にとっても学会にとっても、その後の対応ができませんので、これに関連するお話も随分入ってはいたのですけれども、具体的な案が出ておるものですから、これについて、皆さん、どうお考えになるのかというようなこともお聞きしたい。むしろ、これを決めないと、きょうはまずいなということもあるものですから、ぜひ、その辺についてもお考えをおっしゃっていただきたい。

つまり、1番目は、さまざまな理由で、少なくとも平成31年4月からの専門医機構認定の連動研修は見送るべきではないかというのが1つ目の事務局案です。これをどうするか。

2つ目は、類似のものでありますけれども、基本領域の研修を担保した上で、つまり専門領域に特化せずに、ベーシックなものをちゃんとできるかどうかというあり方について、検証とか検討をしようというのが2つ目の案であります。

3番目は、もう少し幅広目で、サブスペシャリティの領域を含めた専門医研修のあり方について今後も検討していこうと、こういう話なのですが、当面、平成31年4月からの専門医機構認定の連動研修の開始を見送るべきではないかといった御意見がある。これについて、どうお考えになりますか。

それでは、まず、機構から寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 これは、非常に重大な問題なので、私ども機構の考え方としてお示しさせていただきますのですが、そもそも論が、先ほどお話がございましたように、機構ができた理由というのは、第三者的な機関として、それぞれが、皆さん勝手につくるものではないということから始まって、そして、また、質の担保もするというのをやって、そして、それに基づいた形でプログラムをつくっていただいて、そのプログラムに基づいて、今、進んでいると、この4月から既にプログラムが進んでいると。

その過程で、今まで、先ほどからお話がございましたように、やはり、専門医というのをできるだけ質を担保しつつ、早期に社会に送り出すというの、私たちの必要な使命だと思っております。

そういった意味で、連動研修というのを組み込んだ形のプログラムというものを、もう既に考えておりました、それが既に始まっているというところでございますので、連動研修ありきではなくて、先ほど来、お話がございましたけれども、基本領域でやっていることというのが、特に内科に関しましては、既にサブスペシャリティのことを幾つかやりながら、その基本領域でやっていくというのは内科の特徴ですし、外科に関しても、恐らく外科でいろんな症例を見ていくというときに、基本領域のところもやりながらというのは当然のことでございますので、そういったものが組み込めるような形で、先ほど言ったよ

うなウェブ登録という形でされているので、その中で、どれがどういうふうにして、次の段階に進んでいくかと、サブスペシャリティとして認められるのかというようなことをやっていく。

最終的には、その症例数がきちんと満たされないものは、サブスペシャリティを承認したことにならないので、その方たちは、もう少し長いことやっていただくこととなりますけれども、そういうような流れというのがつくられてきているので、私どもは、連動研修というのは、やはり、この段階からするべきではないかと考えていて、専門医機構としては、この4月から連動研修を始めていただけるようお願いしているというところでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局提案の資料の7ページに、この連動研修を行うことによって、連携先でも研修が不可能になるようなこともあるというような懸念が示されているわけなのですが、これは、実態としてどうなのか、あるいはこの懸念に対して、どういうふうにお考えになっているのかということも、もし、何かあればお聞きしたいと思います。

○寺本参考人 先ほどの図の中で、例えば、S内科が連携施設にないとかということがあって、本来行くべきところに行かなかったとかということは、先ほど、心臓外科とか、そういったところでは、そういったこともあると思いますので、そういったときに、その部分だけどこかに行くということはあるかもしれませんが、内科領域で、そのようなことが起こるとは、なかなか考えにくい、特殊なケースを除いては、なかなか考えにくくて、全くその病院にいないということはないと思います。

それから、ある程度、プログラムの中を見ながら、恐らく専攻医の方たちも、そのプログラムを選ばれると思いますので、そういった中では、まず、S内科の研修は、不可能な連携ということではないのではないかと考えています。

したがって、先ほど、渡辺参考人が答えたように、多くの病院は、あらゆるというか、内科に関して、23領域というか、十幾つですね、その領域に関しては埋められるぐらいのものを持っている病院がかなりあるということも確かだろうと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。そのように、事務局からの考えと、機構の考えをお聞きしましたので、それを踏まえて、これについてどう考えるかということになります。

それでは、先ほどお手を挙げになっておられたので、それでは、野木委員、お願いいたします。

○野木委員 基本的に、私のイメージとしては逆で、連動研修ありきではなくて、逆に、今までの研修をされて、次にサブスペシャリティに行かれたときに、優秀であれば、早く終わればいいのではないかなと逆に思います。

ですから、ここで、また、変な話で連動という形を連動ありきでつくるよりも、サブスペシャリティに行ったときに非常に優秀であって、ある程度できるのであれば、そこを連

動研修ではないですけれども、早目に切り上げるほうが混乱を招かないという気が、私はいたします。

それから、さっきから少し気になっていたのは、基本的には、内科等は、23領域はいいのですけれども、例えば、老年病などは、この間、立谷委員が言われましたけれども、老年期は、誰でも診るべきだろうと言われたのですけれども、私もそう思いまして、例えば、昔、CC医学会などは、精神科医が多かったのですけれども、内科医が入ってきて、小児科医が入ってきて、いつの間にかけんかが起こって、精神科が出されたら、必ず2つ乗ったら、そういうけんかが起こるのです、取り合いが起こる、だから、そこは基本的に消化器とか、国民にわかりやすい部分はいいのですけれども、それ以外の部分は、もう一回見直すべき部分があるのではないかと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

先ほど、お手を挙げた順番で、片岡委員、阿部委員でお願いします。

○片岡委員 ありがとうございます。

私も連動研修に関しまして、7ページと11ページを少し参考に述べたいと思うのですけれども、私は、やはり混乱は避ける必要がある。実際に、もう既にプログラム、制度に乗っている若手医師は、かなりの人数がおりますので、そういう意味での混乱は避けるべきかと思えます。

連動研修をするために、例えば、経験値が変状しないためのJ-OSLERというのが既に動いていてということで、これは非常にいいことだと思うのですけれども、それだけでは解決し得ない問題としては、やはり、地理的な変状とか、あるいは病院の規模、どうしても大きいところに来るのではないかとあたりは、これから解決が必要な部分ではないかと思えます。

そうした場合に、やはり、誰がどこに移動していったというのが、なかなかそれを正確につかむことが、本当に難しいことだと思うのですけれども、J-OSLERのような形で、どこで研修したかということのある程度明確に、リアルタイムで、それこそトラッキングできるようなシステムがあれば、そのあたり、実際に地域にどのように貢献しているかということも、少し明確な回答ができるのではないかと思います。

一方で、ただ単に、地域に若手が行けばいいのかというわけではないと思ひまして、結局、教育体制が担保できていないと、ただ行っただけということになってしまいます。

実際問題、なぜ、若手が大きいところに来るかというのは、外科とかは、確かに、オペがすごく小さいところではできないということもありませんから、規模で集まる部分はあるかと思ひますが、例えば、内科等であれば、いい指導医がいるところに来ると。

そのいい指導医というのが、必ずしも大病院である必要はなくて、地域の病院で、すばらしい指導医がいて、例えば、初期研修とかで、研修医が集まる病院というのがあつたのは事実でございますので、それであれば、例えば、地域医療提供体制というところとも連動

しながら、例えば、この地域のこの病院に、いい指導医を配置するとか、そういったような計画的なことも行政とどのように連携するかということもありますけれども、そういった戦略的という動きも、今後必要なのではないかと思います。指導医が非常に大事だと思いました。

連動研修に関しては、以上です。

それから、サブスペに関しまして、私は、今、挙がっている23領域、ある程度理解ができるし、歴史的な技術も踏まえてということでもいいかと思います。

先ほど、ちょうど老年医学に関しての御意見があったので、私はすごく大事な領域だと思っております。

ただ、例えば、サブスペなのだけれどもジェネラルというところで、少し理解が難しい面があるのかもしれないのですけれども、やはり、日本の課題ということを見ると、今後、高齢者医療に関してどう取り組むかということで、要するに、高齢者は、誰でもきちんと診られないといけないけれども、それは、リーダーとして、指導的な立場でということ、あるいは課題解決をよりしていける人材を養成するという意味では、とても必要なのではないかと思います。

あとは、ほかの諸外国では、既に、もう大分前から確立しているというところから考えれば、やはり、重要なのではないかと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました、阿部委員、どうぞ。

○阿部委員 私も地方の立場というか、国民の立場でもあるのかもしれないのですけれども、これからどういう医師が必要なのか、それから、量的にもどういう人たちを、どれぐらい育てていけばいいのかということは、しっかり考えて進んでもらわないと非常に社会は困ってしまうのではないかと思います。

前回、私は少し間をあけてしまったので大変申しわけないのですけれども、やはり、地域社会をどう維持するかという議論の中で、この医療体制の話は一番重要な課題であります。

そういう意味では、都道府県知事の意見もちゃんと聞いてもらうという形の位置づけになっているのだと思いますけれども、1つは、ほかの皆さんもおっしゃっていましたが、やはり、地域に必要なのは非常に細分化された専門知識というよりは、やはりジェネラルな知見を持った人たちが一定数、もちろん専門領域をどんどん突き詰めていくお医者さんも必要だと思いますけれども、しかしながら全体のパイを見たときに、どれだけそういう方たちが必要なのかというのは、しっかり考えていただくことが重要なのではないかなと思っています。

ですから、そういう意味では、国民が何を求めているかというのは、すごく専門性が高い人たちも、もちろん必要だとは思いますが、だけれども、今の地域医療の現状を見た

きに、一体、目指しているこの制度が適合しているのかというのは、しっかり考えていただくことが重要だと思います。

専門医研修のために、地域の医療体制が、がたがたになってしまうということは、絶対に避けてもらわなければ困ると思っています。

そういう意味で、連動研修の話も、7ページの一番したに問題提起があつて、私、ニュートラルに考えようと思つているのですが、先ほどの専門医機構のお話だと、ちょっとこういうことはまずないということだけで片づけられてしまうと、本当にそうなのかなという疑問が残ってしまうので、そこはもう少し具体的に説得力のある説明をしていただくことが必要ではないかと思うのですが、いかがなのでしょう。

○遠藤部会長 渡辺参考人、どうぞ。

○渡辺参考人 先ほどのお話を伺つておりまして感じたのは、連動研修が全てではないのです。それは、なぜかという、内科医というのは非常に多様なジェネラリストから、サブスペシャリスト、場合によっては、これは今回の制度の目的ではありませんけれども、研究医もいれば、しかも数がかなり多いです。内科学会の会員というのは十二万幾らおります。

その全ての方に対応できるような形で多様なシステムが用意されています。全て連動ではないです。ジェネラリストになりたければ、3年間やってやっても構わないということ。

もう一つ強調したいのは、専攻医が、もう既に募集で手を挙げている方がいらっしゃるという現実も考えておいていただいたほうがいいのではないかと思います。

もう一つ、専攻医に関して、彼らをもう少し信用してやってほしいと思っています。というのは、いろんな組み合わせで、彼らが自分の指導医としては、地域の中でこの方がいいと、そういうようなことを選ぶ、それで自分でプログラムをつくれるというのが制度設計の根幹だと思つております。

それから、地域にお医者さんを派遣することの担保として、これは、私も内科医なので、内科のことしかわかりませんが、連携施設は9割以上が400床以下の病院です。連携施設という診療所ですね、これは自治医大の方とか、そのほとんどがゼロ床です。それをどちらか1年以上は必ず行かなければいけないということは担保してあります。

したがって、たくさんのサブスペシャリティの症例が、レアなものに関しては、やはり基幹病院で、大学等々も含めてケアすると。1年以上は、必ずジェネラルをやらなければいけないというようなことで制度的には担保している。

ただ、ずっと大学でやりたい人がいても、それはプログラム制には合致しませんので、そこを押さえているということは御理解いただきたいと思つております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それで、事務局、どうぞ。

○加藤企画調整専門官 済みません、事務局から補足的な説明になりますけれども、これまでサブスペ、阿部知事がおっしゃいましたとおり、都道府県にとっては非常に大きな問

題だということに関しましては、昨今、やはり医師確保計画、そして、地域医療構想等、都道府県が医師確保で担う役割がますます大きくなっている中で、今回の医師法の改正におきましては、基本領域において、どこの地域で、どれぐらいの人数が、どれぐらいの間研修を行うのかということ、基本領域としては各都道府県に聞いた上で、意見を集約して日本専門医機構等に御意見をさせていただきました。

このサブスペシャリティ領域におきましても、同様に、先ほどの8ページにもごさいますとおり、かなり多くの医師が、そういうサブスペシャリティ領域で研修することは予想されておりますので、阿部知事の御懸念のとおり、やはり、どこで、どれぐらいの期間、何人がそこでサブスペシャリティの研修を行うのかということに関しては、都道府県の立場にも立って、機構からも情報提供していただかないといけないですし、法律的にもそうなっておりますので、まず、専門医機構として把握されているかどうか、その点、お聞かせください。

○寺本参考人 現状、まだ、サブスペシャリティが動いているわけではないので、あれですけれども、例えば、外科などでは、大体始まっているときに、大体どのサブスペシャリティに行くかということは把握されておりますので、それは、私たちも各領域から御報告をいただいております。

内科のほうも、各学会でそれを把握しておりますので、それを我々のほうに吸収していくという方向で考えておりますので、そのあたりの数字は、これから出てくるのだろうと思います。

○遠藤部会長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 済みません、ちょっとおくれて参りまして、議論とかみ合わない発言があったらお許しください。

今の点、我々は非常に重要だと思っております。実際、片岡委員からも御指摘がありましたように、我々も現場で、既に専門研修を始められている方のことを一番大事に考えなければいけないと思うのですが、やはり、今回の医師法、医療法改正の中で、今回の専門医制度が1年間立ちどまって考えることになったという原点を考えると、やはり、地域医療の影響というのがどうなっていくのかという評価は非常に重要だと思っております。

我々は、今、機構として数字を把握しておられるということなので、できれば、我々も早くそれを拝見したいですし、都道府県のほうにも、データをお示しして、影響についての意見を聞く時間はぜひいただきたいと思っております。

そこら辺のことがないと、我々は、国会で議決をいただいた法律を施行する立場にありますので、そういう責任からいって、こういったデータとか、もし、機構がまだお持ちでない、各学会がお持ちでということであれば、それは、早急に示していただけるのかどうか、いつ示していただけるのか、年度といたしましても、あと1週間とちょっとしかありませんけれども、本当にその期間で示していただき、かつ、我々が都道府県の意見を聞いてということができると、こういうことも考えていただいて御議論をしていただきたいと思います。

思います。それで、4月から始めていいのかどうかということの結論を、きょうは出し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、先ほど、お手を挙げておられました、初めての方から、では、山口先生、どうぞ。

○山内委員 私は、やはり、今、専攻医として始められている方々のお気持ちというのが非常に大事だとは思っています。

今、始めていて、それで、この連動研修のことに関してとか、非常にいろいろと情報があっち行ったり、こっち行ったりしているところを悩まれているとは思いますが、でも、連動研修に関しましては、例えば、今、これだけサブスペシャルティに関して、いろんな意見が出ていて、これをこの4月までにまとめて、あと、データも出さなければいけないという段階で、これを既に始めてしまうということのほうが、今の専攻医の方々にとっての不利益になると思いますので、例えば、私はそういった観点から、あと、地域医療のことから、この11ページの基本的な事務局の案に関しては、いずれも賛成をしたいとは思っています。

ただ、それにおいて、現在の専攻医の、今、専攻医1年目でまさにやって、これから2年目になる方々が、後で困らないように、例えば、これから何カ月、半年なりサブスペの議論をして、来年から連動研修のシステムがきちんと出たとしたときに、今、おっしゃっていただいたように、J-OSLERなり、NCEなりで、きちんと症例数はキープトラックできるので、それを後で認めてあげるということを保障していただいた上で、議論をきちんとすべきだと思います。

特に、7ページのところの地域医療に関しましては、先ほど寺本理事長が、S内科の指導医がいらないということはないのではないかとおっしゃいましたけれども、指導医に関する案件を寺本理事長も御存じだと思うのです。今、ただでさえ、最初の基本領域の指導医ということも非常に条件が厳しい上に、今度はサブスペの指導医というものも、各学会がかなり厳しい条件を出してきています。その中には、論文だとか、学会発表とか、そういったことがあって、連携施設において指導医を全てそろえるということは非常に難しいと思っています。

ですから、7ページの右の図のようにならないために、例えば、基幹と連携の中で、連携施設の中で、S内科の研修をやったときに、基幹の指導のもとに、それも認めてもらえるというような形を検討していただくとか、そういったことも考えていただきたいと思います。

それと一緒に、いつもお願いしているのですが、やはり、専門医の整備指針の中の21ページに、専門医の更新のことも書いてあるのですが、更新に関して、やはり、診療以外の学術、学会実績ということが、いつも非常に気になっておりまして、やはり、地域の病院で、こういったものの更新というものが大変になってきますし、特にサブスペ

の場合、専門医の更新とかに関しましても、学会ごとで、非常に学会活動を重視したような更新案件も出てきておりますので、その辺に関しても、いずれやはりきちんと議論を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。

では、まず、委員のほうを優先させていただきたいと思います。

では、山口委員、お願いします。

○山口委員 私も連動のことについては、あるとき突然出てきて、こういうのが始まります、もう予定されていますというような意見だったように思っています。

今、いろいろと御説明をいただきましたけれども、まだ、懸念が払拭されないということになって、ここで見切り発射のようにやってしまうことは、私も避けたほうがいいのではないかと考えます。

今、山内委員がおっしゃったように、そのかわり、1年間の分をしっかりと手当をしていただくということを前提にして、やはり、みんなが納得をして、それならば認めていいのではないかという方向性になってから、やはり、正式に始めるべきではないかということで、事務局案に賛成いたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、兼松参考人、どうぞ。

○兼松参考人 参考人の兼松です。

ただいま議論になっています、連動研修のところですが、これについては、基本学会であります、内科あるいは外科の学会におきましては、サブスペシャルティのところと、ずっと長年にかけていろんな制度設計をしてこられたと。それで、今になっているということでございます。

その連携というのは、サブスペと基本領域というのは、非常に密接にいつているのが現状ではないかと思えます。

そういうところから、お互いが連動研修をどのようにしていくかということも話し合いがなされて、一方のところを持つ、基本領域が持つ役割、例えば、そのところでは、医療安全とか、倫理面のことをやっていこうとか、サブスペのところは、さらにそれをアドバンスしたところの領域を受け持とうという役割分担もできているところでございます。

そのようにやってきておりますし、長年の積み重ねがあってここまで来て、学会は機構のほうから、23領域が認められたということで、連動研修をやろうということで、会員のほうにも通知されて、いろんな準備をしておられるとも聞いております。

そういうふうなところから行きますと、何とか専攻医の方々、これから専門医を取ろうという人たちが、やはり、こういうところに早く入って、その資格を得られるようにお認めいただければと思います。

もちろん、これは、スタートしましても、いろんなところの修正は加えていかなければいけないということはわかりますけれども、何とか、このところで見送るのではなくて、

ある程度、このところでスタートするということも考えていただければと思います。

○遠藤部会長 それでは、初めての方を優先させていただきます。

釜菴委員、それから、棚野委員、お願いします。

○釜菴委員 私は、この事務局対応の3つの案に賛成いたします。

今回の日本専門医機構のサブスペシャリティの認定の話であります。これは、法律が改正されて、法律に基づいて厚生労働大臣と都道府県の意見を聞く。これは、専門医機構も、それから各学会にも聞いていただくということで努力義務ではありますけれども、学会にまで聞いていただくという形の法律ができ上がっているわけです。

ですから、日本専門医機構のサブスペシャリティの認定に当たっては、それらの皆さんが十分納得した形でないと、これは認められないということについては、ぜひ御出席の全員に御理解を賜りたいと思います。

一方で、連動研修をやらなければならない。今、ちょうどその途中にある医師に対して、不利益があってはいけませんから、これは、もう既にお話が出ているとおり、しっかりと研修の履歴を残して、先々、日本専門医機構の認定のサブスペシャリティ領域となった段階で、それがまた生きるというふうに、ぜひしていただきたいと思います。

きょう、お示しいただきました参考資料6は、前回の専門研修部会で、私が寺本理事長先生にお願いをし、サブスペシャリティに関する整備指針が示されていないのではないかと。どうやって考えるのですかということで、多分、それも踏まえて、3月15日にお示しになられたものではないかと推測しております。

しかし、残念ながら、この基準では、例えば、きょうの資料の5ページにあります、これだけ多くのサブスペシャリティの領域をどのように選んで、日本専門医機構が認定なさるかというところが全く見えないと、私は思います。

ですから、それは、きょうの参考資料6の最後のところに、サブスペシャリティ領域の認定要件を示す。なお、認定に当たっては、各要件を満たすか否かの判定をもとにして、合議に基づく総合的な判断を行うと、これではちょっと関係者以外には了解が得られないのではないかと。

宮崎参考人から、先ほど御説明がありましたけれども、あれは学会の認定の基準であって、日本専門医機構のサブスペシャリティの認定の判断基準ではないというふうに思います。それは、山口さんや立谷先生からもお話があったとおりで、私は、そのことには全く同意いたします。

したがって、結論としては、きょうの事務局案に賛成申し上げます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

棚野委員、どうぞ。

○棚野委員 私も基本的には、今回、この対応案について、4月の新年度からは、やはり時期尚早、見送るべきだと思います。、そういう中で、今回、専門研修について出された

内容の中で、今後の議論のためにも確認しておきたいのですが、ただいまも少し出ていましたけれども、私は、「サブスペシャリティの乱立を避けるべきであり、また、国民にもわかりやすい形とすることが大切。」、

このポツと、次のポツ「専門医機構が認定する基準が整備されていない」という点から、どうしても、私自身が納得できておりません。5 ページに、102の学会等が載っており、辞退した学会を除くとなっているのですが、辞退した学会は、どのくらいあるのか、そして、将来は、この全てを認定していくという考えなのか、またはどうどのような基準で認定していくのかということについて、教えていただきたい

もう一点、連動の研修制度ですけれども、連携施設の中で、先ほどS内科の研修が不可能ということがあり、それは心配ない、あるとの議論がありました。純粹にお聞きしたいのですけれども、こうなったら大変だと思ってお聞きしたいのですが、医師の方が少なくとも、この連動研修を受けようとしたときに、まず、基幹施設というのが一番大事になってくると思うのです。そのときに、連携施設の情報はあるのか、ないのか。もし、あるならば、当然選ばないと思うのですけれども、いわゆる選択のあり方、少なくとも、それが無いとするのであれば、最初からそういう情報が、この基幹施設を選択するときになければならないのではないかとの思いがありますもので、お聞きいたします。

○遠藤部会長 専門医機構、どなたが、寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 5 ページに、非常に多くのところが示してあって、別に、これ全部を認めるという意味で出しているのではなくて、どの学会が、どういうレベルで、今、専門医をやっているのかということ、まず、調べてみようではないかということで、しかし、その前に、これに対して、機構としての専門医、サブスペシャリティに対する基本的な考え方というのを示した上で、こういうのを送りしています。

それで、レビューシートの中で、答えられるものを一応答えていただいて、現在、それをレビューしているというところがございます。

したがって、決して、それで認めていくのが百幾つもあるとか、九十幾つもあるとか、そんなことを言っているわけではなくて、可能性がある。例えば、先ほどの23領域の中には、小児がんというのは入っておりません。ですから、そういった意味では、そういったところがきちんとしているかどうかということを確認したい。

私としては、最終的に、これが機構として認められる、認められないということ、透明性をもって、ここでまたお示しするということは、当然、必要なことだと思います。

それから、私の言葉が少し悪かったかもしれないのですけれども、S内科がある期間にないという意味ではなくて、S内科のことができないようなプログラム、恐らく、今、おっしゃったような形で、連携施設や何かを選ぶ過程で、専攻医の方たちもごらんになっておりますので、そういうことを選ぶということできると、私はそういう意味で申し上げたので、もちろんない科もあるだろうと思いますので、決して、そういう意味で申し上げたのではないということ、釈明させていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 では、簡潔に宮崎参考人、どうぞ。

○宮崎参考人 ありがとうございます。

先ほどの議論の23領域について、内科学会としましては、お願いしたいことは、連動研修をお願いしたいということでございます。

と申しますのも、先ほども少し説明しましたが、歴史的な背景も含めて、相当慎重に内科学会としては、サブスペシャリティを承認したといういきさつがございます。50年、非常に長い期間にわたって形成されたものであるということをご理解いただきたいと思います。まさに、そのこと自体が、社会に対して密接に浸透したということの裏返しではないでしょうか。

その上で、さまざまな議論についてちょっとコメントをさせていただきますと、地域医療が悪化する懸念ということに、1年前に立ちどまったときに、内科学会も含めて、さまざまな工夫をいたしました。

例えば、S病院の話が出ておりますけれども、指導医がいないというようなところに対して、教育の質が保てないので当然ですね。内科学会としましては、先ほどのジェネラルな人がいないのではないかと御意見がございましたけれども、実はあります。総合内科専門医という3万5000人にわたる、内科認定よりも、よりシュペリエルや能力を持つ、総合内科専門医という資格を持つ一団がございます。

彼らは指導医の資格を与えてございます。これは、移行期についての話ですけれども、だから、スムーズに地域医療が悪化しないようにするため、十分な人数の指導医を各プログラムに配置できるような枠組みを提供してございます。五百四十何ぼのプログラムがございますけれども、指導医が不足して行けない、教育ができないというようなところは、恐らく日本中、全国、多分ないと思います。

なおかつ、連動研修というのは、必ずしも3年にしないといけないということではございません。研修期間は、最低限3年というルールのみでございます。具体的に、確かに4年という内科専門医のプログラムもございます。

地域医療を悪化させないためには、フレキシブルな対応が必要だということで、そのような制度設計にしておるわけです。地域医療が悪化しないようにするために、選択できるようにしているというのが、現在の新制度の設計になってございます。

ですので、その上で、長い歴史にわたって、23の領域をやってございますので、ぜひ、お願いしたいと思います。

○遠藤部会長 わかりました。時間がどんどんなくなりますので、まず、医事課長。

○佐々木医事課長 済みません、大変、先生方も貴重なお時間で、きょうは、議題ももう一つございますので、ぜひ、そちらも御議論いただきたいのですが、オブザーバーの先生方、参考人の先生方の御意見も大変有用だと思いますけれども、委員の先生方の意見で決めていただきたいと思います。

それから、やはり、事務局としても、今、根拠の持ったエビデンスベースの議論がで

きるような状況にあるかということのを少し考えていただくと、これは、もし、そうでないとおっしゃるのであれば、参考人の方々のお話、オブザーバーもお願いしたいのですが、私は、そういう状況にないと事務局は思っておりまして、このままで進めていくと、大変地域医療への影響について、自信を持って大丈夫というふうにはできないので、ぜひともそこは御理解を賜りながら、しかし、何人かの先生方の御意見に出ていましたけれども、やはり、今、実際に研修を受けられている方の不利益をどう回避するかということのをあわせて考えていくということのを前提で、もう少し立ちどまって議論をするべきではないかということではないかと思っておりますので、ぜひ、それで問題があるかどうかには絞って、時間も貴重な時間でございますので、結論を出していただけないかと思います。

○遠藤部会長 少し私にまとめさせていただけます。事務局原案というのは、簡潔に言えば、当部会では地域医療に及ぼす影響等々を十分議論しなければいけなくて、その内容を大臣を通して、機構や学会に伝えるということなのですが、事務局提案の1番目に書いてあることは審議のための十分な時間が確保されていない。つまり、機構からデータがまだ十分出てきていなかったというようなこと、そのような状況の中で、10日後の4月からの専門医機構認定の専門医研修において連動研修を開始するということのを認めていいのかどうか、そこは見送るべきではないのかというのが1番目の提案なのです。

2番目は、連動研修のあり方についてです。専門的研修が早期に行われるので基本診療科の基礎的な分野についておろそかになるのではないかとか、あるいは専門的分野の指導医が大病院に偏在しているので専攻医の地域偏在を招き、大病院に集中するのではないかとか、こういうような懸念について、ちゃんと検証をしていただきたいと。これは、機構にお願いをするということだと思いますが、そういう提案です。

3番目は、サブスペシャルティの領域をどう考えるかという議論は、まだくすぶっておりますので、そういうことも踏まえて、今後、この部会でも議論を進めていきたいと、これが事務局案です。さらに、皆さん方の御意見は、現在の専攻医あるいはこの4月から入ってくる専攻医に対しては不利益が生じないような、それなりの手立てを十分考慮してほしいと、いうことです。さて、この事務局案について、特段何か反論あるいは御意見のある方はいらっしゃいますか。

なければ、専攻医への不利益を回避するというのをに入れて、事務局原案を、この部会の結論ということにしてよろしければ、そのようにいたしますが、よろしゅうございますか。

(「異議なし」と声あり)

○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います。

それでは、関係の団体の皆様、いろいろとまたお願いをすることもありますが、ぜひとも、どうぞ、よろしくお願ひします。

それでは、大分時間も押しておりますので、類似の議題ではありますけれども、次の議題に移りたいと思ひます。

牧野委員から参考資料が出されておりますので、御説明をお願いします。

時間が押しておりますので、簡潔にお願いいたします。

○牧野委員 わかりました。

参考資料5を見ていただきたいと思います。

先ほど、課長のほうから、実際のデータがどうなっているのかということがありましたけれども、実は、このアンケートは、専門医制度が始まってから各病院が受けた影響を踏まえて、この専門医制度をどう見ているのかということをお病院内の各役員に聞いたものです。

スライドの5番目を見ていただきますと、わかりますが、病院規模は大体400床以上が半数になっております。

スライド6に行きますと、北海道、東北がやや少なく見えますけれども、全国の病院から回答をいただいております、実は、9割が臨床研修の参加病院、7割が後期研修の参加施設です。

まず、スライド10を見ていただきますと、初期研修医の増減です。これは、2017年と専攻医の制度が始まった2018年と両方見えていますけれども、この2年間で大きな変化はありません。

次に、スライドの17枚目を見ていただきたいと思います。

これは、各診療科ごとの専攻医、2017年は後期研修医ですけれども、この増減を見たものです。

この数は、回答した病院の合計ですけれども、後期研修医ですね、2017年に比べて専攻医、2018年は、ほとんどの診療科で減少しているということがわかります。

このアンケートに参加した病院は、大学病院以外で公的病院、私的病院が含まれております。ですから、いわゆる市中病院から卒後3年目の医師が減少したということが、この結果でわかるわけです。

ですから、既に、今回の専門医制度の開始によって、地域医療がかなりの影響を受けているということを示したものだと思えます。

スライド22以降は、ここから先は意識調査になります。

次に、スライド27を見ていただきたいのですが、この専門医制度でもって、医師の地域偏在、診療科偏在が進むかということに関しては、74%が進むだろうと、偏在の拍車を危惧しているということがわかります。

次に、30枚目に行っていただきたいのですが、これは、専攻医の給与に関する問いです。

基幹施設が払うのか、連携施設が払うのかという実態を見たものですけれども、一定のルールはないと。

スライド33ですけれども、専攻医の身分、処遇に関しての明確なルールがないということを示したわけですが、やはり、専門医機構が、もう少しリーダーシップをとって、こういった処遇を含めて考えていただけたほうがいいのではないかと出てきて

います。

次に、スライド36枚目、基本19領域の見直し、特に再検討が必要と考えているのが約85%。

スライド38、サブスペシャリティ領域に関しても、やはり、もう少しちゃんとした検討をしたほうがいいのではないかと、86%が感じているということになります。

あと、総合診療専門医の養成数についてですけれども、これもかなり意見が分かれています。あと、ダブルボードに関しても44になりますけれども、これもかなり意見が分かれていますということになります。

これは、私なりの解釈も入るのですけれども、総合的に患者を診る医師は、少なくとも3割以上は必要ではないかと、人によってはもっと多いと考えているのではないかと思いますけれども、これを内科専門医を持った人が、ちゃんと幅広くある程度診ていただければ、そんなたくさんの総合医は要らないと。

ところが、サブスペシャリティのその領域しか診ない医者がたくさんできてしまうと、この部分がより大きく必要だということで、この辺に関しては、まだ、皆さんの意見が統一できていないということになるのではないかと思います。

45番目、専門医機構には申しわけないのですけれども、やはり、問題があるのではないというのが約8割です。

46枚目、その理由としては、学会のほうばかり見るのではなくて、もう少し一般市民、病院とか、そういったほうも見ていただきたいということです。

47枚目、慌ててどんどん前に進むのではなくて、少し立ちどまることも必要ではないかということです。

このスライドにはありませんけれども、日本病院会の相澤会長からのメッセージなのですが、専門医機構で、この結果をお話ししたと思いますけれども、余りちゃんと取り上げていただけなかったということで大変残念がっていました。ぜひとも、こういった意見があるということも受けとめていただきたいということを申し上げたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

本来なら、これでまた皆さんの御意見をお聞きしたいところなのですが、時間が押しておりますので、次の議題と一緒に御質問を受けたいと思いますので、では、次の議題に移りたいと思います。

事務局から、次は、資料2でございまして「平成31年度専門研修募集におけるシーリング数について」。これを議題といたしますが、事務局から資料2の説明をお願いします。

○加藤企画調整専門官 ありがとうございます。

それでは、資料2「平成31年度専門研修募集におけるシーリング数について」を御説明させていただきます。

時間が押していますので、簡潔に御説明させていただきたいと思います。

まず、2ページ目をごらんいただきたいのですけれども、これまでシーリングの議論を

何度もさせていただいておりましたけれども、第3回の専門研修部会では、やはり東京への集中が、今、新専門医制度においても進んでいると。

2つ目にございますのが、五都府県ということで定めておりますけれども、この後、お示しします医師偏在指標に基づきますと、愛知県や神奈川県が医師多数県ではないというような事実もわかってまいりました。

3つ目にございますのは、厚生労働大臣の意見として、専門医機構により適切なシーリングのあり方の検討をお願いさせていただいております。

また、最後の点にございますのは、前回の専門研修部会においてですが、必要医師数、必要養成医師数に関する情報を提供させていただきましたが、こういったものをシーリングの根拠として採用すべきではないかという意見がございました。

3ページ目は、第3回の医師専門研修部会で日本専門医機構からお示ししているシーリングスケジュールではございますけれども、4月中には、各基本領域学会に対してシーリングの連絡をするということでございますので、議論が急務であるということかと思えます。

4ページ目に、これまでのシーリングのあり方をお示しておりますが、押し並べて五都府県に、一部の診療科を除く各19基本領域にシーリングをかけていたということが現状でございまして、5ページにございますとおり、神奈川県や愛知県に関しましては、医師多数県ではないので、こういったところにシーリングをかけるのはどうなのかというような議論があるかと思えます。

6ページ目にお示ししますのは、第3回の専門研修部会の資料でございまして、東京都に関しては、三師調査と同じような調査を行った場合においても、やはり、19.5%とやや集中しているような値が出てきたということを御案内しております。

8ページにございますのは、これは何度もお示ししておりますけれども、平成6年以降、診療科偏在というのが進んでいるのではないかというようなことで、こういったデータをお示ししております。

9ページ目以降は、医師の働き方改革で、非常にいろいろ議論が及んでおりますけれども、やはり、2024年以降、年960時間という時間外労働上限規制が適用されるということを前提に、いろいろ議論が進んでいるところではございます。

10ページ目が、各診療科別で、週当たり勤務時間60時間以上の病院、常勤勤務医の診療科別割合をお示しておりますが、診療科によって大きく異なると。

11ページ目に関しましては、こちらは一定の傾向がございまして、やはり、今、医師がふえている診療科においては、労働時間が短い傾向にあつて、労働時間が長いところは、医師が余りふえていないという傾向があるということ、関係性をもってお示しさせていただきます。

12ページ目に関しましては、端的に御説明させていただきますけれども、2024年度以降に960時間以下の時間外労働時間を適用されると。地域医療確保暫定特例水準におきまし

ても、1,860時間以下ということが、今、案として示されておりますので、13ページ目にご
ざいますとおり、1,860時間以上の医師が、今、2万人おりますので、そういった2万人を、
いかに1,860時間未満にしていくかということで、今後、さまざまな取り組みをしないとい
けないと。

その中で、診療科偏在あるいは地域偏在に関しても取り組む必要があるということを14
ページにもお示ししております。

2024年に施行されますけれども、2036年に暫定特例水準の適用が終了目標としておりま
すので、この約15年の間に、医師偏在対策に関しても、早急に取り組む必要があるという
ことが医師の働き方改革の議論の中でも共有されております。

そういった議論を踏まえまして、15ページ以降に、来年度のシーリングの提案というこ
とで、事務局提案をさせていただいております。

15ページにございますのは、前回お示しした必要医師数及び必要養成数をもとに、根拠
ある新しいシーリングの考え方を導入してはどうかということで、具体的なところは、次
のページでお示ししておりますけれども、ただし、3点目にございますとおり、今回、必
要医師数算出におきましては、総合的な診療領域である、救急と総合診療科においては別
途検討するというようになっておりますので、今回はシーリング対象から外したらどうか
ということで御提案をさせていただいております。

具体的なシーリングに関しましては、16ページにお示ししておりますけれども、この考
え方に関しましては、五都府県ということではなく、1にございますとおり、シーリング
の対象とする各都道府県の診療科におきましては「2016年医師数（仕事量）（A）」とご
ざいますけれども、これが足元の医師数になりますが、必要医師数（B）と（C）、2016
年の必要医師数と2024年の必要医師数を、足元の数が既に上回っている場合、これをシー
リングの対象としてはどうか。

そして、足元の数が、必要医師数よりも少ない場合、これは、シーリングの対象外とし
てはどうかということで、東京の麻酔科と東京の外科を、今回、例示として挙げさせてい
ただいておりますけれども、このようにシーリングの対象あるいは対象外を選別してはど
うかというのが1つ目の提案です。

2つ目は、シーリング数に関しましては、現行、足元2018年度の専攻医採用数をお示し
しておりますが、これは、アップデートされれば、2019年の平均でよろしいかと思いま
すが、必要養成数（D）にございます。2024年度の年間必要養成数との差分の20%を足元
の（E）から引くといったところが、シーリングの案として妥当ではないかということで、
この割合に関しましては、今回、事務局としては20%を御提示させていただいております
が、こういったところに関しては、議論が必要なところかと思えます。

続きまして、17ページですけれども、これは、また新しい事務局からの提案ですが、こ
れまでシーリングを行うことによって、都市部の近隣の県に歯科医師が行っていないでは
ないかと、医師少数県に行かないではないかというような議論がございました。

これに対して、今回、事務局として提案させていただいていますのは、シーリングがかかる対象の都道府県診療科におきまして、医師少数県と連携プログラムを組むことによって、医師少数県にも専攻医が行くようにしてはどうかというのが1つの事務局からの提案でございます。

シーリング対象の都道府県診療科から医師少数県へのほうに連携プログラムの打診をしていただいて、医師少数県のほうから連携プログラムの定員枠の提示をしていただくというような具体的なプロセスになるかと思えますけれども、こちらもシーリング対象の、今の年間養成数、現状の足元と必要養成数の差分の、ここでは10%とさせていただいておりますが、一定割合を連携プログラムに募集するというを必須とすることを提案として出させていただいております。

最後に18ページになりますけれども、医師少数県だけではなくて、少数県、多数県に当てはまらないところにも、これまで地域貢献率でも算出しておりましたとおり、各都市部から地域貢献をされていたわけですので、そういったものも十分保たれるようにということで、地域貢献率は20%以上をキープしてはどうかということを提案させていただいております。

19ページ、20ページが、地域貢献率の、これまでの実績になりますけれども、20ページでございますとおり、診療科別で大きな差がございますが、小児科、整形外科、産婦人科におきましては、東京都の地域貢献率が20%を超えているようなことから、今回、このような20%という数値を事務局提案としてお出しをさせていただきました。

説明は、以上になります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

なかなか複雑なところもありますけれども、いかがでしょうか。

それでは、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 この会議に来る前に、地方創生の協議をやってまいりました。これは、地方創生の努力を全く何もなくするものですね。一体厚労省は何をやっておったのだらうと言いたいわけです。

それで、8ページの資料を見ますと、専門医制度の議論が始まって以来、増悪しているのです。一体何をやっておったのかということ全国市長会として抗議を込めて、このデータに文句を言いたいと思います。

福島県と東京都は、約倍の差がある。これは地方創生以前の問題、福島県より悪いところもある。これが1つ。

それと、働き方改革で残業時間の上限を1,860時間とすることに、私は渋々、しようがないなと思いました。960時間にしたら、医師少数地域の地域医療は崩壊します。ですから、現実的に、地方創生という前に、医療体制がしっかりしていないところは、人は住めないですね。医療というのは、私は震災も経験してつくづく思いますが、電気とか水道とかと一緒にですよ。基本的な生活インフラです。そのことを踏まえて、このままでいいのかと、

シーリングぐらいの問題で済むのかということです。

特に、ここ数年間プロフェッショナル・オートノミーという建前で来ましたが、私は、国民医療の観点から、もっと地域の話聞いてもらいたい。専門家だけの話では済まない。専門家は、少なくとも地域医療を担当したことはないわけですから、そのことを申し上げたい。厚労省から一言コメントしていただきたいと思います。

○遠藤部会長 では、医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

御指摘いただきましたように、医師は臨時定員増などでふやしてきたわけですが、地域偏在、それから、診療科偏在というのは解消されていないということもございまして、法律、医師法、医療法の改正を行いまして、医師偏在対策等々を進めていくということになったわけでございます。

その経緯としまして、この部会もでき上がりまして、先ほど来、御議論がありましたように、専門医機構の研修や、各関係学会にも意見を申すというような体制になったわけでございますので、そういった反省を踏まえて改善してまいりたいと思います。

また、働き方改革に関しましても、地域医療を守るというのは大変重要な視点であるという議論で、今、進んでおりますので、また、そういった点につきましても、現場の病院等々への説明もありますが、やはり、地域の皆様へもちゃんと御説明をしながら、理解を得ながら進めてまいりたいと考えているところでございます。

○遠藤部会長 どうぞ。

○立谷委員 何度もしゃべって申しわけないですけども、これはしっかり対応してもらわないと、地域が崩壊します。今日は、地域医療という言葉が随分出てきましたけれども、その地域医療の責任を持っているのは、我々市町村長なのです。そのことを1つわかってほしい。

それから、宮崎先生はじめ、内科学会は、大変よくやってくれたと私は思っています。私は、あえてウェブ上でしっかりしていないのではないかと質問したのですが、こういうことなのです。

つまり、カリキュラム研修、プログラム研修の問題の中で、大抵の後期研修医がプログラム研修でないと取れないのではないかと思込んでいるところがある。それで、みんな東京に集中しているところがある。これは、全国的な傾向なのです。

先生に、これ以上何しろというわけではないのですが、ウェブ上でしっかり管理できるのだということを、もう少し後期研修医、特に初期研修医に知らしめてもらいたいのです。

というのは、こういう状態に、それぞれの地方が黙って見ているだけではなくて、地域枠という形の医学部卒業生を出すわけです。彼らをどうやって地方に取り込んで、彼らの将来をどうやって確立したものにしてあげなければいけないかということを考えないといけないのです。

そういった意味で、私はカリキュラム研修ということはずっと言っているのですが、

その立場で、非常にウェブ上での症例の積み上げというのは、私は有効な方向だと思いますから、内科学会も外科学会も、この会議で申し上げてきたこと、大変よくやってもらったと私は思っています。

ぜひ、それを若い医者たちに、これでいいのだということを宣伝していただく、知らしめていただく、その上で解消に向かっていっていただきたいと思いますので、これは、御要望です。

○遠藤部会長 医師不足対策は、多様な方法があるわけですがけれども、ここでの議論は、あくまでも専門医機構の研修の仕組みに関してということだけですので、その中で、今回は新しく、これまでと違うシーリングの考え方が、事務局から示されていると、必要医師数というコンセプト、これまでは、今までの専門医の数認定数をベースにしてシーリングをつくっているわけですがけれども、そうではないものの新しい提案が出された。それ以外にも、少し幾つかの附属がついておりますけれども、いかがでしょうか。

では、まず、山口委員どうぞ。

○山口委員 シーリングのことですけれども、今回、この資料の5ページに出てきているように、偏在ということで支障が出たことで、愛知県と神奈川県というのは、多数ではなかったと、こういうことが出てきておりますので、私は、15ページにある事務局からのシーリングの見直しをするということについては賛成です。

あとの案については、この短い時間で議論をするには、ちょっと複雑だと思いますので、きょうの時点で、私も判断することはできないかと思っています。

先ほどの連動もそうですけれども、機構にお願いしたいのが、ここで皆さんが情報を共有して、しっかり議論ができるように、長年やってきたというデータがあるのだとしたら、それを出していただきたい。そうでないと、言われても私たちは納得して議論ができないと思いますので、ぜひ、そこは今後、お願いしたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

一言、私から、先ほどのように、事務局原案を認めるか、認めないかというようなやり方は、多分、この時間では無理ですので、今、フリートッキングという形で、しかし、コンセプトは、基本的に必要な医師数というのを地域別に推計して、それをベースにシーリングを使うと、そういう考え方ができるどうかも含めて、機構に考えてもらいたいと、そういう流れを考えていただきたいと、そういうことであります。

それでは、牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 私は、このシーリングの考え方には賛成します。

というのは、やはり、将来の医師の需給予測、これを基にして、そして、働き方改革を踏まえて、どれだけの医師が必要なのかという観点から養成していくということがしっかりしなければいけない。これができないと、本当に地域医療が崩壊すると思います。

ここから先は、私の意見ですがけれども、すぐとは言いませんけれども、基本23領域サブスペシャルティですね、これもやはり同じように、必要数というのがあると思うのです。

ですから、いずれそこまで含めたシーリングを考えたほうがいいかなと、最後は意見です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、角野参考人、お願いします。

○角野参考人 考え方としては、これに示されたものでいいと思うのですが、やはり、もとになる数字が問題なのですね。今回、5ページにあるようなものが示されたときに、滋賀県ですけれども、びっくりしたのです。多数県、何でだと。

これは、相対的にこうなったというだけであって、絶対的なことを考えると、やはり、うちとしては完全に不足しているのです。かつて、今、言われたように、診療科ごとで見れば、もっと違ってきます。

もう一つ、この数字の出し方、これについても、県内で医師会を初めとして、多くのところが何かおかしいのではないかと、計算の仕方ですね、それは、十分みんな医療関係者が納得していないというのが1つあります。

ですから、みんながもう少し納得した数字でもって、考え方としては、今、示されたような、15ページのものですかね、それがいいのかなとは思いますが。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、お待たせしました、阿部委員どうぞ。

○阿部委員 基本的に医師の偏在の是正につながる方向でのシーリングは、しっかりかけてもらいたいと思っています。

都道府県によって、あるいは診療科によって、医師数が多い、少ないというデータを踏まえた上で、どういう都道府県をシーリングの対象にするかというのはしっかり考えてもらうということが重要だと思っています。

その上で、今回、16ページのところと、17ページのところで、どれぐらいシーリングをかけるか、偏在是正に資するようにするかというので、例えば、17ページのほうでいけば、差分の一定割合の10%となっていますし、16ページのほうは2割と、これは、例えばという形で書かれているので、ここは、まだこれからどうするかという話なのだと思いますけれども、私の立場から申し上げれば、これはまだ弱いのではないかと、もっとしっかり徹底して偏在是正していくのだということを出してもらえるような数字にしてもらうということが必要だと思いますので、少しそこら辺、前段の地域医療の議論もありますので、しっかり考えて対応をいただきたいと思っています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

直接関係するので、寺本参考人から、どうぞ。

○寺本参考人 私ども、これは非常に関係する問題なので、ちょっと発言させていただきたいのですが、私ども、昨年、この専門研修部会の中で、東京都に関しては5%の削減という御提言をいただいて、それを各領域にお願いして、5%の削減を今回させていただいて、ある程度御了解を得たところでございます。

その中でも、大分出た理由が、5%の根拠も余りはっきりしないわけですが、こういうふうにかけたことが、どういうふうに社会に対して影響を与えているかということ、もう少し検証した上で次の方法を考えるべきであろうということが、我々の議論でございました。

その中で、今回、こういうふうに出てきたことは、私たちも非常に喜ばしいことだと思っ、非常にありがたく思っているのですが、このようなデータが出てきて、それをいかにして、これから医師の中で生かしていくかということを検討していく段階に入ったという段階で、来年からそういうことをしなければいけないというのは、余りにも時期尚早な感じがいたします。

先ほども、委員からもお話がございましたけれども、私たちの中でも、大分皆さん御議論があつて、まだ疑問点がいっぱいあるという中で、こういうことでどんどん進めていくということになると、実は、一番関係するのは専攻医の方たちで、しかし、医師の少数区域は、専攻医だけの問題かということをよく考えておかないと、全てを彼らに押しつけるような形でやるというのは、私はいかがなものかという気がしておりますので、やはり、そのところは慎重にお考えいただきたいと思っておりますので、私どもは、何年間か見ていただいて、私たち、今、大体3年が基本的な研修の期間でございますので、そういった期間を見た上で考えていくというような方針で我々はいるわけですが、これは、大分違う流れになっております。

もちろん、地域に関する問題というのは、非常に重要な問題であるということは、共通して我々も意識を持っておりますので、十分こういったことも考えながらやっ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。

では、お待たせしました。釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 今、寺本先生がおっしゃったことは、私も全く賛成です。地域の医療を崩壊させないように、今回の専門医の仕組みをうまく調整していくというのは、ぜひやらなければいけないのですが、この専門医の問題をいろいろいじることによって、医師の偏在、診療科の偏在が全て解決するわけでは決してないので、そのところは、余りそのことに重きを置き過ぎると、これから研修を受けようという医師にとっては、シーリングをかけられるということの非常な苦痛を、日本医師会で全国回ってみますと、これから研修をなさる方々からは、すごくそのことを強く言われて、シーリングがかかるなどというのは、ちょっと前の先輩までは一切なかったのに、どうして、そんなに我々から不利益を被るのだということを強く言われます。

したがって、そのあたりをしっかりと説明しながら納得がいただける形の整理が必要で、そのためには、少し時間がかかると思います。

きょう、お示しになった案は、これまでにない、根拠に伴ったものという気はしますが、十分検証されていないので、関係者がよくこれを見て、そして、納得のいく、先ほどのお

話もありましたけれども、データが本当に、今、厚労省しか持っていないわけですから、その計算の過程が十分了解可能なものなのかということは、今後、しっかり検討していかなければならないと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに、それでは、棚野委員、どうぞ。

○棚野委員 この会議については、専門医制度の関係であると、十分わかっているのですが、その中で、地域の医師の偏在ですね。このことが、本当は我々にしてみると、実はとても大きな課題なのです。

今、立谷委員がお話した内容、私も全く同感でありまして、このことに関して、この専門部会では、なかなか難しいと思うのですが、私は、これは厚労省だけでは解決しないだろうと思っているのです。

きょうは、意見だけですけれども、文科省の企画官が出ておられますが、やはり、医師の偏在は文科省も一緒になって考えていただかなければならない大きな課題だと思っております。先ほど意見がありましたように、別な角度で地方の意見を文科省も聞き取る機会をつくっていただく、そのことによってお互いが努力することによって、地域の医師の偏在というものが解決していくのではないかと思っております。少し場違いなのですが、ぜひ、そういうことも検討していただければと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに、大体よろしゅうございますか。大体予定した時間を少しオーバーしておりますが、それでは、野木委員、お願いいたします。

○野木委員 これは、最後になるのですけれども、今後、サブスペシャリティを議論するのであれば、マイナーの先生も来ていただきたいと、内科、外科の先生にずっと来ていただいていますけれども、やはり、皮膚科とか、眼科とか、耳鼻科とか、精神科とか、そういうマイナーの先生の意見も少しお聞きしたいと思しますので、これはあくまでも要望です。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、大体御意見を承れたと思しますので、これにつきましては、今、幾つかの御意見も出ましたので、この議論を参考に専門医機構として御検討いただいて、その検討された考え方を、できれば、次回の当部会で開陳していただければと思っておりますけれども、そういう段取りでよろしゅうございますか。

ありがとうございます。では、そのようにお願いいたします。

それでは、今後の進め方について、事務局から何かありますか。

○加藤企画調整専門官 次回の部会の開催の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。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 よろしくお願ひします。

それでは、これをもちまして、本部会を終了したいと思います。

どうも長時間、ありがとうございました。