

○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、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御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、荒木企画官に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、渡辺サブスペシャルティ領域検討委員会委員長が、また、日本内科学会より宮崎先生、日本外科学会より池田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の承認を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 それでは、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。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、資料の確認について、事務局からお願いしたいと思います。

○加藤企画調整専門官 それでは、資料の確認をお願いいたします。

本日より、本部会におきましてもペーパーレスを実践していくということにさせていただいております。委員と参考人の先生方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ればと思います。

資料0としまして、議事次第、座席表を御用意させていただいております。

本日の議事で使用します資料1、資料2-1、資料2-2、資料3が上から並んでいるかと思っております。

また、参考資料として1から9までございます。

また、今回阿部委員が御欠席ですので、参考資料9として長野県からの意見を参考資料としてごらんいただけるようになっております。

不足する資料等がございましたら、事務局にお申しつけください。

また、タブレットのふぐあい、使用の仕方などがございましたら、事務局にもお申しつけいただければと思います。

それでは、部会長、引き続きよろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、議事に移りたいと思います。

本日の議題は「1. 専門医制度について」「2. その他」ということでございます。

まず、議題の「1. 専門医制度について」、事務局から資料1「前回までの議論を踏まえた専門医の基本的な考え方について」、これを説明していただきたいと思いますので、よろしくをお願いします。

○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1「前回までの議論を踏まえた専門医の基本的な考え方について」というファイルを開いていただければと思います。

これまで昨年度、平成30年度に専門研修部会を5回開催してまいりましたけれども、サブスペシャルティあるいはシーリングなどの議論を委員の皆様にはしていただきました。サブスペシャルティ領域のあり方、あるいは連動研修に関する懸念等、まだまだいろいろな議題、課題が残っているわけではございますけれども、一度これまでの新専門医制度が設立された経緯等を振り返りつつ、基本領域、サブスペシャルティ領域、あわせて今後また検討していくべきではないかという御意見をいただいております。

その中で、一旦今回は専門医を検討するに当たっての視点ということで、3ページをごらんいただきたいと思いますが、今回専門医制度がこれまで議論されてきた背景を少し点線の中でお示ししております。3行目になります、専門医制度を持つ学会が乱立していることや、学会主導の専門医制度は患者の受診行動に必ずしも有用でない可能性があるのではないかということが指摘されておりました。

こういった指摘や昨今の医療政策の変化等も踏まえて、本部会におきましても、医師の専門性について、平成25年度に「専門医の在り方に関する検討会」というものがございまして、その取りまとめを参考に、これまで議論を積み重ねてまいりました。

専門医制度におきましては、日本専門医機構や各学会が研修の質の観点で制度設計されておりますけれども、専門研修部会におきましては、下記の視点から改めて議論することとしてはどうかということでまとめさせていただいております。

1点目に、やはり国民にとってわかりやすいものであること。つまり、患者が広告された専門性から受診すべき医師が判断できることが重要なのではないかとということで、患者にとってわかりづらい名称を避けるべきではないかというのが、一つの視点でございます。

2点目に、医療提供体制及びその計画に資するものであることということを述べさせていただいております。こちらは専門医に関しましては、医療提供体制内で一定の役割を果たすことが期待されるのではないかと、また、専門医制度の中でも、地理的偏在及び診療科偏在に対して是正に資するような制度であるべきではないかということで記載させていただいております。

こういった議論の背景につきましては、今回参考資料8にこれまでの議論のまとめとして、少しボリュームが多くなっておりますので参考にいただければと思いますけれども、お示ししておりますので、適宜御参照ください。

4 ページ目、こういった基本的な考え方からこれまでいろいろとサブスペシャリティあるいはシーリングなどにおきまして議論があったところに関しましては、今回基本的なスタンスに立ち戻って再考してはどうかということで、3 点お示しさせていただいております。

1 点目に関しましては、厚労省が専門医について議論する意義につきましては、各学会が医師の専門的な知識や技術習得に関しても、それをスペシャリストとして証明する専門医制度であることとは少し異なり、専門医が一定の質の専門的医療を、できる限り公平に国民に提供すること。これをプロフェッショナルと通常訳するのが適切かと思われまじけれども、それを保証することなのではないかというのが、基本的な考え方としてここで共有させていただければと思います。

2 点目に関しましては、これは更新制度なども視野に入れながらですけれども、実際の診療内容と保持している専門医の資格が一致することが原則なのではないかということをお示しさせていただきます。

最後に、これも今までサブスペシャリティの議論の中で少し触れさせていただいておりますけれども、希少疾患に対応する専門医に関しましては、県レベルでの養成が困難な専門医等は、その養成課程をブロック毎等で検討することとしてはどうかということで、今回3つの論点をお示しさせていただきます。

資料の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、ただいま説明がありました資料の内容につきまして、御質問、御意見等があれば承りたいと思います。いかがでございましょう。

徳本参考人、お願いします。

○徳本参考人 本日は、長野県は議会中ではございまして、阿部知事が出席できませんので、私が代理で発言させていただきたいと思っております。

本日の長野県の意見といたしましては、参考資料9に登録させていただいております。参考資料9に基づきまして、資料1 関係について、まずは御説明させていただきたいと思っております。

まず、資料1 関係の前に、国におきましては、昨年の法改正に伴いまして、地域の医師偏在の解消や地域医療の確保に向けた施策を推進していただいていることに感謝申し上げますとともに、今、医師確保計画というものを策定するように都道府県に指示が来ておりますけれども、これに関してかなり実態、いわゆる現場の相場観とずれている部分もありますので、しっかりと地域において議論させていただいて、それをまた国にお返しするという形にさせていただきたいと思っております。それに関してはしっかりと地域で合意を得たものとして、国としてそれに基づいた支援をお願いしたいと思っております。

それでは、参考資料9に基づきまして、資料1 関係について意見を述べさせていただきたいと思っております。

今回の資料1の4ページについて、意見でございます。まず、2ポツ目のところの実際の診療内容と保持している専門医の資格が一致することが原則ではないかということで、その下に（地域枠医師等については除く）と書いてありますが、念のためお願いするものでございます。例えば長野県におきましては、地域枠の医師の9年間の義務の間に専門医を取ることをよしとしておりまして、どの専門医というのも特段制限を設けていないところでございます。

ただ、専門医取得後に、一般内科だとか一般外科、もしくは総合診療、救急科といった医師の少ない地域で求められている診療科で診療していただくことをお願いしていますので、そういったことで、実際の持っている専門医の資格と診療内容が違ふことで、直ちに専門医資格の更新が不利益になるようなことがないよう、御配慮いただけたらと思います。これは念のためお願いするものでございます。

続きまして、3ポツ目の希少疾患に対しての県レベルではなくブロック単位ということでございますけれども、ブロック単位ということにこだわり過ぎますと、その医師少数の都道府県では、そういった診療が全く提供できないことも考えられますので、できれば全ての都道府県において、一定期間は連携病院として研修がなされるような御配慮をお願いしたいと思います。

資料1に関しては、以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それは御意見として承ればよろしいですか。事務局から何かコメントが必要ですか。

○徳本参考人 長野県からの強い意見ということでお聞きいただければと思います。

○遠藤部会長 わかりました。ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょう。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今の長野県の御意見の中にも出てきたのですけれども、地域枠のドクターの件が話題に上がったと思います。これは各県で地元出身の地域枠の先生方がかなり出てくるのですね。この先生方が専門医制度の中で置き去りにされるのではないかとということ、私は特に懸念したわけです。

カリキュラム制度ということについて私は随分主張させていただきましたけれども、地域枠の先生方が地域で地域医療に従事することになると、プログラム研修の機会とはほど遠い状況になるのです。むしろそういう状況で働いていただかないと、その地域枠の意味がないわけです。

そこで、カリキュラム研修の基盤をしっかりと構築していただきたいということを申し上げてきたのですけれども、やはり非常に難しいところがあるかと思っています。できればそれぞれの地域の大学にサポートするようなシステムをつくっていただけないか。これは地域医療の維持の観点から申し上げたいと思います。

さらに機構においても、そういう先生方に対するカリキュラム研修は基本となるべきこ

とになりますから、プログラム研修というのはどう考えても難しいのですね。例えば地方で地域医療に従事している医師がカリキュラム研修のクラウド上での症例の積み重ねとか、症例が適切な指導のもとに行われるということもまた難しくなってくる可能性も十分あるわけです。

したがって、症例の添削のような指導も含めた指導体制の構築がどうしても必要になってくるのではないかと。これは私個人の意見というよりも、全国市長会の地域医療に関する委員会でも指摘されており、全国市長会としての意見とさせていただきたいと思えます。せっかく地域枠が地域医療を支えるような仕組みとしているところを、専門医制度が逆行するようなことであってはいかぬとは思っています。むしろ積極的にそれを支えるような制度であってほしいということが一つ。

それから、それでもなかなか追いつかないような場合、これは医師会にお願いしたい件です。私は前から医師会の認定医制度というように、医師会が積極的に地域枠の先生方の教育課程に参加していただけるようなことを申し上げてきました。まもなく地域枠の先生方が、初期研修が終わって地域医療に参加することとなります。私の福島県でも、福島県というのはもともとドクターの少ないところなのですが、地域社会、特に原発被災地等々のことを考えると、極めて重要な問題になってくるのです。そのところは専門医機構としても、あるいは厚労省としても、医学部長会議でも考えていただければ、そして、日本医師会にもぜひお願いしたいと思っています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいまの話と関連いたしますか。

では、山内委員、どうぞ。

○山内委員 今、この専門医の検討に当たっての視点の中で、私が一つ重要で抜けていることがあると思いますのは、専門医自身の人たちがきちんとした医師になるための教育とこの体制、そのために専門医制度もできたと思うのです。専門医を取ったからには、その診療を一人できちんと、それこそ地域に行っても一人で見られるような資格というのが持つことが大前提においての専門医制度だと思うのです。

そういったことの中でバランスということで、今、立谷委員がおっしゃったことも非常によくわかるのです。地域医療の崩壊を招かないためにも地域のことも充足はさせなければいけないですが、気になったことが、地域の中で教育体制がないところもあって、そこででも専門医をちゃんと送ってほしいというところです。その教育体制のバランスは非常に難しいと思うのですが、地域にとっても地域枠の人たちがきちんと教育を受けて、その地域に戻って一人前にその地域を守れるような医師となってもらって、そう育てて戻ってきてくれるという考え方も一つはあるとは思っています。

もちろんその専門医の間に、教育体制もないけれども、地域にいてもらうという考え方も一つなのかもしれませんが、専門医の間にきちんと教育をしてもらって、一人前になって地域を担う人として戻ってきてもらって、地域を支えてもらうという観点も非常

に大事だと思っています。その点で、この視点の中で、専門医を名乗れる人たちが一人で、アメリカのボードなどはそういったレベルを目指して、ボードを持っている人は一人でもプラクティスができるという形のものを目指しているので、そこを目指していくのも専門医というものの一つの視点なのではないか。もしできたらその辺も検討していただけたらと思いました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、地域偏在の問題と専門医のクオリティーの問題だと思いますけれども、まず関連で専門医機構から御意見があれば。

○今村参考人 専門医機構の立場ということではなく、少し発言させていただきます。今の地域枠の先生方のキャリアをどう形成していくかという話は、医療法改正の中で、例えば医師不足地域に行っていただくときには、都道府県がしっかりとその先生のキャリアを形成することが重要な要素に入っている。そのキャリアの中には、当然専門医というものも入ってくると思います。ですから、例えば9年間の義務がかかっている、9年間ずっと教育の指導者がいないような地域に行かせっ放しにするなどはとんでもない話であって、例えば1年間はそういうところに行っても、残りはまた戻ってきて、しっかりと教育が受けられるシステムの中で、全体として医師不足地域でいわゆる地域枠の先生たちに活躍していただくことが大事だと思います。

つまり、キャリアの形成と勤務環境のきちんとした担保ということが、この地域枠の先生たちに保証されているということが基本的には前提だと思います。ただ、それが本当にできるかどうかというのはそれぞれの県、先ほど立谷先生からお話があったように、医師会だとか、大学だとか、県行政などがしっかりとその先生たちを守ってあげるということをしない限りは、なかなか実現できないと思っております。

○遠藤部会長 非常に重要なコメントをありがとうございました。

片岡委員、どうぞ。

○片岡委員 ありがとうございます。

私も地域枠の教育について一言述べたいと思うのですが、今まで幾つか御意見がありましたように、教育のレベルの保証というのは絶対的に必要なことで、医師不足地域だから教育は不十分でもやむない、それは違うと思っています。例えば内科学会などは、いわゆる医師不足地域での研修をして、そのプログラムの中できちんと研修を積めるようにといった工夫がなされておりますし、救急医療の専門医に関しても、特に地域枠医師がその地域での診療といいますか、義務を果たしながら専門医を取れるような少し工夫を凝らしたプログラムなどもつくっていく方向にございます。

カリキュラム制というのは一つの選択肢として重要ではあると思うのですが、教育体制をきちんと整えて、プログラム制の中でできるだけ地域枠、それから、自治医科大学卒業生の方がきちんとした内容の研修を受けられるという両面を整備すべきと思っています。

医師不足地域だから研修が不十分というのは、それはむしろフィールドとしては非常にたくさんの患者さん、いろいろな経験が積めて、しかも、かなり個々の責任が大きい中で診療をやっていくというのは環境としては決して劣るものではないと思いますし、指導医がその現場での指導が全ての病院できちんと配置することが難しいようであれば、さまざまな方策が考えられると思いますけれども、そこは大学としてもきっちりとバックアップをしていくことがとても大切だと思っています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

宮崎参考人、どうぞ。

○宮崎参考人 内科学会の現状を御紹介させていただきたいと思います。立谷先生からの地域枠で入った専攻医に対する教育という面についてのコメントでございます。

御存じのように、1年前から当学会においては、J-OSLERというウェブ上でデータを入力するというデータベースを構築しております、その分析が可能になっております。ここにそのデータが出ておりますけれども、専攻医1人当たりの研修した症例の数のデータであります。1位は長野県であります。2位が山口県、3位が鳥取県、静岡県と続いております。

このようなデータを見ますと、必ずしも都会にある研修施設で本当によい研修をしているかどうかは疑問でありまして、むしろ熱意のある地域にある病院、山口県ではある程度山口は大学がサポートしておりますけれども、地域によって研修の施設群がうまくいく、つまりよい研修がされているというデータが出ております。

このようなことがサンプルとなって、各地域でよりよい研修ができるような、そしてそれを確認することができるということが非常に重要ではないかと内科学会としては考えております。こういうデータがありますと、どこをどのように改善すればいいのかがわかってきます。現状の段階では立谷先生の御懸念はあろうかと思っておりますけれども、むしろ逆の方向に向いていく可能性がある。都会のほうによい研修ばかりが行って、それにつられて研修医が行ってという状況ではなさそうだというデータが出ております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

関連で何かございますか。

それでは、順番で、まず寺本参考人、それから、釜菴委員、お願いします。

○寺本参考人 どうもありがとうございます。

今の問題でございますけれども、今、宮崎参考人からお話ございましたが、J-OSLERのデータを見る限りは素晴らしいことが起こっている。ただ、その問題と立谷委員がおっしゃった問題でちょっと違うところがあるのは、非常に離れた場所で、なかなか指導医も十分ではない場所もないではない。だけれども、それに対して内科学会などは特別指導医等々を置いて、そして、大学とも連携して教育するような体制をつくっております。

そういう意味において、一番重要なことは、どの地域に行っても質の担保は必要なわけ

で、カリキュラム制が許されるというのは、あくまでもある症例数をどれだけの期間、その期間をある程度延ばしてもいいので、その期間にちゃんとした症例数を重ねることが必要になる。J-OSLERはその数値をちゃんと示せるので、この方に受験資格があるかどうかが見えるという意味で、私もこの前見せていただいて、非常にいいシステムだと思っております。そのような状況になっ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。

釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 先ほど、今村副理事長が発言をしていましたけれども、これまでの議論の中で、地域枠の方々为抓手研修ができるような体制をいろいろな構成員が全力で取り組んで、何とかよい研修ができるようにしよう。そのことについては、皆さん、異論はありえないと思うのです。ただ、一方で、そのような体制をとってもなかなか厳しい環境というのはまだ残っていて、それに対してどのようにするのかというのが、立谷委員が懸念をしておられたことであると私は感じます。

J-OSLERの仕組みは大変すぐれたものですが、指導医がどれだけそこにかかわるかということは、登録に当たっては非常に大事なことになってまいります。指導医が全然いないと、なかなかそれは難しいだろうと思うのです。ですから、そのあたりのところで、内科学会がいろいろ工夫して御苦労いただいていることも大変大事なことだろうと思いますが、地域枠の方々に为抓手研修をしていただく体制を整えるということは、まだまだこれから努力が必要なところだろうと思います。なるべく卒業後早い時期にしっかり一人前になって役に立つ医師を育てるということは、国民全体の希望ですので、なるべくそれを満たす形でどのようにやったらよいかと。

そういう中で、私もカリキュラムの仕組みのあり方というのが、もう少ししっかり議論されて、機構がお認めになるかなり特例措置ではなくて、もっとしっかりと皆さんが利用できるようなものになったらいいのではないかと思います。

私の今の認識では、プログラムというのは基幹研修施設があって、そこに採用されて、基本的にそのプログラムに乗って研修をしていく。一方で、カリキュラムの場合には、全体の習得すべき内容がしっかりとどの研修施設であるかももちろん認定が必要かもしれませんが、いろいろなところでやって、最終的に研修が終了すれば認められるということであれば、カリキュラムはプログラム制に比べて非常に劣っているということではなく、カリキュラムについてももう少し各学会がそれを充実させていただくようなことも考えていただくと、先ほどのいろいろな課題がもう少し解決に向かうのではないかと感じております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、まず寺本参考人、それから、渡辺参考人の順番でお願いいたします。

○寺本参考人 今のカリキュラム制において、各領域において、これについての整備というのは進めておるところでございまして、6月中には完成するというようにお願いしてお



ります。

そういった意味で、このカリキュラム制というものがある程度しっかりとした制度になる。そうすると、カリキュラム制を選んだ方が、決してプログラム制に劣るものではないということが絶対に必要なわけで、その方たちが資格を得た際に、プログラム制を得た方々と全く同等の試験をきちんと受けていただくことによって担保するというスタイルをとっておりますので、決してそれがすぐれたものだとか、劣ったものだとかというものではないということは御理解いただければと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

渡辺参考人、お願いいたします。

○渡辺参考人 先ほどから地域枠のお話が出ておりますが、地域枠の卒業生に関しましては、私自身はぜひ地域医療構想調整会議、県単位でいろいろな工夫をしていただくことが大事なのではないかと思っております。今回の法改正においても、厚労大臣、厚労省の御意見を伺うことと同時に、地方の地域医療構想調整会議の意見を伺うということがあります。私は立谷委員と同じ福島県なものですから、福島県の地域枠に関しましては県のほうで非常に考慮していただきまして、初期研修、それから、専門医研修が終わった後、例えば3年間、地域の主に僻地に赴任するシステムができております。

今後、7～8年たちますと、最大限、主に福島県立医大の卒業生の地域枠が年間150人ぐらいの規模で出てくるということがございまして、しかも、それは初期研修も専門医研修も後期研修も終わった人たちが出てくることになりますので、県のレベルでいろいろ工夫していただく、配慮していただくことによって、かなり乗り越えられるのではないかと思います。

カリキュラム制に関しましては、例外的というのは、基本領域に関しましては、いろいろな事情がある方はもちろんカリキュラム制でとにかくカリキュラムの到達目標をきちんと設定することによってできると思っておりますし、内科の場合は特別連携という形で行っております。サブスペシャリティに関しましては、ほとんどがカリキュラム制でございますので、連動研修を行うときもサブの部分に関してはカリキュラム制です。

現在、カリキュラム制に基づく研修、特にサブに関するものに関しては、診療の指針、制度の整備指針の中に余り書き込まれていないという御批判をさまざまところからいただいておりますので、現在、専門医機構の中ではそこに書き込むということ。それから、主にサブに関してですけれども、カリキュラム制における運用細則等々に関して検討しておりますので、次回、次々回等々のこの会議に提出させていただければと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。よろしく申し上げます。

事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先ほどから地域枠と普通のプログラム制と質が相反するような議論が行われていると思っておりますので、医療法、医師法の改正のその部分をどのように我々が手当てしたのか、若干今村先生から御紹介いただいていたのでございますけれども、

御紹介いたします。

まず、地域枠の医師について、その地域医療構想調整会議で、きちんとキャリアを考えてやっていくことが法律上うたわれておりまして、わかりやすく申しますと、例えば北海道では地域枠の学生に19パターンのキャリア形成プログラムを用意しています。その地域枠の義務を果たしながら、その専門医制度の専門医をきちんと取れるようにしてしまして、それは都道府県が質と地域枠の義務をちゃんと両立させるということに配慮しないとイケないとまずは思っております。

その中で、県によってはプログラムがない診療科とかもございまして、そういうときにカリキュラム制できちんと地域枠の医師が柔軟に質を損なうことなく専門医の資格を取れるようにすることが重要だと思っております。地域枠の医師がその義務を果たすことと専門医の質を上げることは、両立することは可能だと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今の議論に関連して、何かありますか。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 専門医機構のほうでも総合診療検討委員会委員長をしています。総合診療においては6カ月あるいはそれ以上の医師少数区域での勤務を求められているのでありますが、必ずしも3年間の中、あるいは3年の最初からそういうところへ行けということでは決してないわけである程度の臨床の腕を磨くために、最初のうちはしっかり内科系の研修もきちんとできることを前提にしています。

それから、いわゆるライフイベントとか、いろいろなことがあって、3年では無理だということであれば、4年かかっても、5年かかっても構わない。そういう意味では、カリキュラムと全く変わらないと思います。

もちろん、まだ総合診療における整備基準の中で十分カリキュラム制のことが書き込まれていないところもありますので、今、それを準備しているところでもあります。立谷先生が御心配になっているほど悪い状況ではないのではないかと私は思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

兼松参考人、お願いします。

○兼松参考人 私はきょうは参考人として参っておりますけれども、私が現在勤務しております長崎県の状況を、地域枠については長い経験を持った地域でございますので、御説明をさせていただきます。

長崎県におきましては、1970年代ぐらいから地域枠の学生の育成ということで、今までやってきております。その人たちは長崎県が主体となって離島医療圏の組合をつくりまして、そこから奨学金を出して、その人たちは医学部を卒業したら長崎県の離島で9年間のデューティーを果たすということをしているわけです。

そのような状況で来ていますので、長崎県の場合には、離島の医師、特に若い医師につ

いてはよく確保されているような状況であろうかと思えます。トレーニングも県の病院が中心となって責任を持ってやりますので、その人たちをいろいろな病院に回したり、あるいはセンター的な病院に出したり、大学病院で研修をさせたりということをやります。ですから、教育もある程度できていると思えます。

一つ問題なのは、離島医療圏というところに地域枠をかけているものですから、長崎県の中で離島のところには比較的医師が多いのですけれども、ちょっと離れた郡部になりますと、人がなかなか行かない。大学もそこには人事の派遣ができないということで、逆にそのようなところの格差ができているというのが一つ大きな問題かと思えます。

新しい専門医制度になってから、今プログラム制度をやっていて、多少困ったところでカリキュラムに移った例もあったかと思えますけれども、もう一つは、専門医のときにはいろいろな医師の少ないところで勤務してくれるのですが、デューティーが終わったとき、それから後、その人たちが残らないというところも地域にとっては非常に大きな問題で、そこら辺のところも今後の大きな課題としてあるかなと考えております。

以上です。

○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ということで、よろしゅうございますか。

では、資料1について大体御意見はいただいたということで、よろしゅうございますね。ありがとうございます。

続きまして、資料2-1と2-2に移りたいと思えます。こちらはシーリングの問題でございまして。資料2-1は「2020年度専攻医募集におけるシーリングの背景について」、資料2-2は「日本専門医機構の2020年度の専攻医募集シーリング案」ということであります。

それでは、まず資料2-1につきまして、事務局から説明をお願いしたいと思います。

続きまして、その後に専門医機構から、資料2-2について、寺本参考人から御説明をお願いしたいと思いますので、よろしく申し上げます。

それでは、まず事務局から説明をお願いします。

○加藤企画調整専門官 よろしくお願ひいたします。

資料2-1をごらんください。「2020年度専攻医募集におけるシーリングの背景について」というタイトルで資料をお示ししております。

前回の専門研修部会におきましても、このシーリングに関しましては、御議論いただいたところがございますけれども、改めてこれまでの議論の背景を少し振り返りながら、御説明させていただきたいと思えます。

2ページ目をごらんください。平成25年の専門医の在り方に関する検討会報告書におきましても、この当初から医師の地域偏在・診療科偏在は、近年の医療をめぐる重要な課題であり、専門医のあり方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない、また、園下でございます、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的としという

ことで、引き続き議論をしていくことがこの時点で確認されております。

これまで2年間、もう既に専攻医の募集を終えておりますけれども、3ページにございますとおり、平成31年度のシーリングにおきましても、平成30年度同様、5都府県に対して、一部の診療科は除かれておりますが、シーリングがかかっておりました。

これに対して、昨年度、厚生労働省では都道府県別の医師偏在指標を出しておりますけれども、そういった偏在指標におきましては、この5都府県の中で医師多数県に入らない県もあることが確認されたところから、シーリングに関してはより見直しが必要になるのではないかという御意見をいただいております。

4ページ目、これまでシーリングを行ってきたにもかかわらず、三師調査等の比較ではございますが、昨年度11月時点で東京都への専攻医の集中が少し加速しているのではないかというデータが確認されております。

5ページ目、以前より言われておりました診療科偏在に関しましても、平成6年度以降、その診療科偏在につきましても、その傾向に変わりなく、外科や産婦人科に関しましては、一時期その医師数自体が減るような時期もありまして、十分に今もふえていない現状がございます。

こういった背景の中、さらに昨年度におきましては、働き方改革の議論がされる中で、6ページ目に移りますけれども、週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合というものを示します。診療科の中でも外科、産婦人科等で非常に労働時間が長いことが明らかになってまいりまして、7ページ目におきましては、現在の診療科別の推移と診療科別の時間外労働の相関をお示ししております。やはりふえていない診療科で労働時間が長い、勤務時間が長いという傾向が見えてまいりました。こういったところから、診療科偏在に対しても十分なアプローチが必要ですし、働き方改革からもそういった診療科に特にアプローチが必要だというようなことが確認されております。

8ページ目、これまで医師が不足しているという議論もございましたけれども、マクロ需給推計におきましては、2036年におおよそ供給と需要のバランスがとれるのではないかと、その後、医師過剰な時代が到来するのではないかとということが現在議論されております。

こういった背景のもと、9ページ目以降は、前回の専門研修部会で事務局より御説明させていただいたものですが、需給分科会におきまして、各都道府県別診療科必要医師数を算出させていただきましたので、これに基づいて、エビデンスに基づくシーリングを行っていただくのがいいのではないかと議論をさせていただきました。

簡単に考え方を振り返らせていただきますと、2016年の一番左側に(A)(B)とございますけれども、足元の医師数が既に2016年の必要医師数、2024年の必要医師数を超えているようなところをシーリングの対象にすべきではないかということが一つ。

そして、シーリングにおきましては、必要養成数とこれまでの実績に基づいて計算すべきではないか。必要養成数とこれまでの実績の平均の差分の2割を減らした値を、シーリングの値としてはどうかということ事務局提案としてさせていただきました。

10ページ目、連携プログラムということで、シーリングをかけることによって、大きく一定の都道府県から専攻医が減るといような影響のことも検討しまして、こういった連携プログラムということで、シーリングの対象になるような県と対象外の県と、シーリングの対象外で50%以上の研修を行うようなことを要件とした連携プログラムを、激変緩和の一つの措置の仕方として事務局提案させていただいております。

11ページ目、こういった連携プログラムのほかに、これまで特に大都市におきましては地域貢献ということで、一部の診療科におきましては地域貢献率を算出して、特にその地域貢献率が下がらないような取り組みをしていただいていたと思います。今年度におきましても、この地域貢献率を、連携プログラムを特に行うような都道府県別の診療科におきましては20%以上、必ずそれをキープしていただくこと、かつ地域貢献率が高いプログラムを優先して定員を配置すること、そういった考え方を事務局提案としてさせていただきました。

これまでが前回御説明させていただいた内容ですけれども、12ページ目にもございますとおり、今回厚生労働省の提案を日本専門医機構で御検討いただきまして、資料2-2のとおり日本専門医機構案というものをまとめていただきましたので、事務局としましても、今回資料2-2でお示ししていただいたもので2020年度の専攻医募集を行っていただくのはどうかということで御提案させていただきます。

資料の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、資料2-2につきまして、寺本参考人から御説明をお願いしたいと思います。

○寺本参考人 どうもありがとうございます。

今御説明をいただきました、厚生労働省の算出した必要医師養成数のデータでございますけれども、これについては、この間、数回にわたって機構、理事会並びに関係の学会等とも相談しながら検討を進めさせていただきました。

その中で皆さんから出てくる問題は、厚生労働省の出した数字は非常に評価できるものであるということは確かなわけですけれども、一部においては中央診療部門であるとか、例えばこの前も精神科の問題が出ていましたが、救急措置入院とか、そういった問題についての議論が大分ございました。この数字だけで全部を議論することは難しだろうということで、我々としても数字がかなり今までの数字と違うということで、激変、それがもたらす現場の混乱ということも考えますと、少しそこにある一定の考え方を持たなければいけないだろうと考えております。

一方で、今、お話がございましたけれども、地域医療という問題もございますので、貢献し得る専門研修を構築する必要があるということなどから、専攻医不足の都道府県との連携プログラム、私どもは連携と言うべきなのか、専攻医にとってみれば地域研修と言ったほうがいいのではないかと私は思っているのですけれども、これは括弧で書かせていただきましたが、そういったプログラムを追加したものを日本専門医機構としてのシーリン

が案として提案させていただきたいということでございます。

ただ、都道府県限定分と書いてございますが、これは医師の充足数が低いところですね。80%未満というところに関しては、その部分にはさらに50%ぐらいの研修期間を設けていただきたいということを、この連携プログラムの中に組み込んでいただきたいということを言っております。

連携プログラムを追加するに当たって、専攻医の一部地域への集中に対する懸念に対応するという当初の目的を達成するために、シーリング対象となる都道府県別の診療科専攻医の上限は、現段階では専攻医採用数を原則超えないということをお願いしてまいりました。

3 ページ、これは具体的な数字になるわけでございますけれども、内科の例を示しておりますが、例えば東京都に関して言うと、先ほどの厚生労働省案では、一番左の赤い字の438というシーリング数になるわけですが、従来五百幾つとあった数字が、これはかなり大きな変化でございます。しかも、東京都は内科に関しましては充足率は極めて低い状況の中にあって、ある程度、連携プログラム数をこれに加える必要があるだろうということで、2割を加えるという形をとっておりますが、後ほどまた計算の仕方は申し上げたいと思います。

その中で、77というプログラム数にしておりますけれども、その中の5%に関して言えば、これは先ほど言った都道府県限定のということで、上のほうのピンクで書かれた数字が0.8未満のところがございます。秋田、山形、福島、茨城、埼玉、千葉、そういうところとの連携をできるだけしていただくということで、この5%は認めてよろしいのではないかと考えてございます。

次のページでございますが、これは先ほど厚生労働省のほうでもお話にありました、外科と産婦人科並びに病理、臨床検査、これはやはりシーリングの対象外とするということと、救急とか総合診療についても、これはこれから議論が必要ということで、2020年の専攻医募集においてはシーリング対象外とするということで、今回は考えさせていただきました。

5 ページ、地域医療に配慮する観点から連携プログラム、私は地域研修にこだわりますけれども、それと都道府県限定分ですね。それを定める。なお、地域研修プログラムの専攻医募集については、通常の募集と分けて募集する。これは分けてするということです。

連携プログラムでございますけれども、シーリング対象外の都道府県の施設において、50%以上の専門研修を行える環境が整った場合によろしいと。ただし、都道府県限定分に関しては、以下の条件ということで、先ほど申し上げました充足率が0.8以下のところと連携を行って、そこで50%以上の研修を行うということで、地域医療並びに医師不足の地域とのバランスをとるという形をとっていくということでございます。

先ほど申しましたように、これは6 ページになりますけれども、診療科の充足率というものがございます。例えば内科とか整形外科、泌尿器科、脳神経外科、これに関して言う

と、現状で充足率が100%未満であるという状況からすると、本来であればこれはこれからふえてもらわなければ困るところなわけでございます。これに関しては20%の地域研修プログラムを組んでいただいて、それを加えていただく。

100から150というのは、一応充足はしているのですけれども、今回非常に多くのところで大分数字の乖離がございますので、これに関しては15%、そして、150%以上のところは10%ということで、これを基本として行う。

上記、連携プログラムのうち都道府県限定分は5%とするということは、一応これが約束事でございます。

シーリング数の上限でございますけれども、これは今までの連携プログラムを組んだ上限をシーリング数にするわけですが、まだ非常にシーリング数が小さいところに関して言うと、過去2年の平均採用数と2019年の採用数のいずれか大きいほうという形をとっております。

シーリング数の下限、シーリングがかかったところに関しては、下限は5とするということになります。

先ほど御説明申し上げたのですけれども、7ページに具体例がございます。内科のところでございますけれども、内科は東京で438でございますが、その連携プログラムを77としております。しかしながら、先ほど申し上げましたように、その下のほうを見ていただきますと、438というシーリング数になるわけですが、連携プログラム数をこれに対して0.2、先ほど20%と申し上げましたけれども、そうすると87になる。これは足し算をすると今までの上限を超えていることになりますので、その分は2019年の採用数515を超えるということで、515を上限とするということになります。したがって、連携プログラムは10減少になりますので、87から10を引いた77ということになるわけでございます。

77のうち12に関しては、いわゆる都道府県限定のプログラムと考えるということで、こういったプログラムをこれから組んでいただくということで、大分複雑なことになって各領域大変だとは思いますが、働き方改革ということも非常に重要な観点ではございますし、診療科の偏在という問題も非常に重要だと私たちも認識しておりますので、そういった意味では、こういった形を提案とさせていただきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの2つの御説明に関しまして、御意見、御質問等をいただきたいと思っております。

まず、宮崎参考人からお願いします。

○宮崎参考人 内科の立場で発言させていただきたいと思っておりますけれども、まず、厚生労働省、それから、専門医機構から非常に精緻なデータを出していただきまして、論理的な議論ができるようになったということは大変重要なことで、敬意を表したいと思っております。

その上で、厚労省のデータによりますと、内科に関しては2024年までに1万4000名の内

科医が必要であって、2016年のデータからすると毎年、約3,900名の要請が必要とされる。したがって、全基本領域における内科専攻医の比率を現在の32%から40%の比率に上げないといけないというデータが出ております。

つまり、我が国の医療において2024年、ごく直近だと思えるのですけれども、そのわずか5年後の段階で高齢社会を支えるべき内科医が物すごく不足することがわかっている状態で抑制するというのと、もう一つは、地域偏在を是正するために都会への集中を避ける。この2つが非常に大きな矛盾というか、両立させるのが非常に難しい問題を同時に扱っているというのが今の議論かと思えます。

内科の立場としましては、当然ですけれども、自分が年寄りになったときに誰が見てくれるのということを考えますと、この明らかな不足が予測されている状態で、できるだけ日本全体としての数をとにかくふやしていただきたいということを大変希望するところがあります。

そういう中で、東京に関して言いますとシーリングは2018年で541という数字を出したわけですけれども、内科学会としましては、そのシーリングをかけたことによってどういう影響があったのかということアンケート調査いたしました。

そうしますと、内科を最初に希望すると答えた専攻医のうちの約500名、全部で2,790名ぐらいが内科を専攻したわけですが、それ以前に約500名の専攻医はマイナー科を希望すると答えています。つまり、東京を抑制することによって地方に行ったのではなくて、診療科を変えた。内科から別のマイナー系の診療科に変えたというアンケート結果が出ております。

ですので、私どもとしては、医師の少ない地域偏在を改善するようにこのシーリングが機能すれば大変いいことだと思うのですけれども、むしろそれが逆に診療科の偏在を助長しているのではないかという懸念も持っております。この辺はさらに精緻なデータとか調査が必要かと思うのですけれども、そういう問題もあるということをよく踏まえた上での議論をぜひお願いしたいと思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。

お待たせしました。釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 医師会としては、これから国家試験に合格して、臨床研修が終わって、専攻医をどうするかという、今まさにその立場にある方々の意見もきちんと述べなければならぬと思うのですが、1年前は全然別の仕組みで何の縛りもなかったのに、自分の年からは大きな縛りがかかるということに対しては、そのちょうど当事者になる方にとっては大変なストレスだろうなと思っております。

どうして我慢しなければならないのかという思いは当然持たれるわけですから、そのところは本来であれば周知期間をしっかりとって、よく説明して理解をしてもらってという手続が必要だけれども、一方で、非常に事態は切迫しているので、もう早く決めなければならないというところは、非常に矛盾しておる問題でありまして、そこについては、こ



の問題を議論する我々は常にそのことも頭に入れておかなければいけないだろうというふうに思います。

先ほど寺本理事長先生から、今回のこの仕組みについては非常によくできたもので、評価をする意見が多いという御説明がありましたが、私は、ちょっと評価のしようがないと思っています。これがどのようなものなのかというのは、全然検証のしようがないわけですね。

先ほどお示しいただきました、2-2の資料の7ページで東京のところを大きく御説明をいただきましたけれども、その上に埼玉県があるわけですが、埼玉県は、過去2年の専攻医の採用数平均が78、70と85だったわけです。そして、今回の推計式による必要数は364で、べらぼうに足りないわけです。しかし、埼玉の方々、現場で働いておられるの方々、いろいろな立場の方々にお話を聞いても、そんなに埼玉県でとんでもなく足りないという感じはなく、埼玉は埼玉で何とかやっていますよと。そういう御意見なのです。

ですから、今回出された数値は、それなりに理にかなった計算が行われているのかもしれないけれども、本当に十分現状を反映しているのだろうかということについては、検証のしようがないというところはずいぶん指摘をしておかなければいけないと思います。

もう一点は、仮にシーリングがかかるということになりましたと、それぞれの学会がプログラムごとに定員をまた手直しをしていくわけですね。過去の応募実績等も踏まえて手直しをしていくわけですが、この学会の行う数の調整の過程が、私はちっともよく見えないように思うのです。ですから、学会としては、きょうは内科学会、外科学会がお越しになっておられるので、御無礼かと思えますけれども、そこのところはやはりしっかりと内科、外科だけではなく各学会が、きちんとシーリングを実際のプログラムの定員に反映させるプロセスが、誰が見てもきちんと適正に行われているというふうにならないといけないだろうなと思っておりまして、そこは問題点として指摘をしておきたいと思っています。

そして、一方で、1回プログラムの定員が減らされますと、それを今度ふやすというのはどういう手だてがあるのだろうか。そこのところも現状では全く見えないわけです。ですから、今回、示された案は、これまでにない、これまでと発想が違うものであることは、私も十分承知をしておりますが、多くのいろいろな疑問点がまだたくさんあるということでは指摘をしておかなければいけないというふうに思います。

○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 ただいまの件なのですけれども、全くおっしゃるとおりであって、私たちもこの数字を見せられても、よく理解できない部分もあります。理事会でも、これを御説明いただいたのですけれども、まだ十分に理解できていない部分もございます。先ほども申し上げましたように、例えば中央診療部門とか、そういったところなどは非常に、これはどういう計算をしたのかをもう一回きちんと知りたいということもございます。

そういった意味で、今回は、一応ここはこの数字をもとにしてやっておりますけれども、

これから少し関係学会と機構とで協議体をつくっていったら、その中でこの問題も、厚生労働省のほうの方にも御説明をしていただきながら、計算し直すべきところはしていただいて、これよりはもう少し精緻な値に持っていくような努力をしながら、次のシーリングということも考えていく。そういったプロセスをこれから踏みたいと思っております。そうでないと、先ほどのような問題はかなり各学会それぞれ持っておりますので、やはり私は次のステップとして重要なことだと思っておりますので、今後そういった方向でいるということも御報告申し上げたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。

今、寺本参考人がおっしゃった医師の必要数の精緻化は絶対に大事なことだと思います。私は北海道にいまして、北海道は、実は麻酔医が多いということでシーリングの対象になっているのですね。現実と全然合わない。実感として合わない。多分、東京の先生方ほどの科にしても充足しているなどと全然思っていないのではないかと思います。ですから、これに関しては、実際に不足する医師、これから先、地域枠の先生方が出てくる、そうすると、多分、地域の医者数も変わってくる。そういったものも含めて、将来は少しずつ修正しながら運用しなくてはいけないだろうということだと思います。

一応そういったことが修正されるということをお話させていただきますと、やはりどの都道府県の先生方も、診療科も充足しているとは思っていないのですが、ただ、医師数が全国平均を大幅に下回っている地域は、そう考えると質も量も違うぐらいに足りないのだというふうに考えざるを得ないのですね。ということは、そういった県は将来地域医療そのものを守ることが難しいようなレベルということで、都会のほうの不足と、ちょっと質が違うのかなというふうにも考えます。

シーリングを何のために行うのかということ、原点に振り返って考えていきますと、医師の少ない診療科ですね。さらに地域、そういったところに医師の足を向けさせるということ。これが目的であるはずなのです。その効果がしっかりと出て、将来医師が少ない県、診療科に医師が充足されるような運用でなければ意味がないと思います。さらに専攻医の偏在だけではなくて、その先の医師の偏在そのものを是正する。そういったことを目指していかなければならないということだと思います。

そういった観点からいくと、上限を2019年の採用数としていると、多分、そういった補正はできないのではないかと。是正が本当にできるのかなというのが、ちょっと疑問として私は感じます。

もう一つ、連携プログラムです。連携プログラムは、厚生労働省案の中では、専攻医が終わった後、医師不足地域に行って研修をしたら、専攻医の後で、その地域でしばらく研修、勤務をしましょうということがたしか書かれていたと思うのですね。不足する地域の医者をカバー、補うという意味で、こういった取り組みは重要ではないかと思えます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

先ほどお手をお揚げになられた渡辺参考人、お願いいたします。

○渡辺参考人 先ほどの釜菴先生の、埼玉県は実感がないというお話だったのですが、私自身は、やはり東京が非常に多いと同時に、周辺地域が非常に少ないというのは、医療圏として東京と神奈川、埼玉、千葉等との県単位で扱うことが、ある意味でちょっと矛盾があるのではないかと考えています。といいますのは、埼玉、千葉に関しましては、東京へのアクセスが非常によろしい。逆に、県内でのアクセスは非常に悪いというようなことで、私も実は千葉県に住んでおったことがございますので、そちらのほうに医療のアクセスは行くということです。トータルで考えますと、厚労省の案は、もちろん完全ではないとは思いますが、そのほかのピンクのついたところは明らかに少ないというところがございますので、私は、県単位で計算した場合は実感を伴っているような気がいたします。失礼ですけれども、申しわけありません。

○釜菴委員 厚生労働省からの説明を伺うと、患者の流入・流出は十分考慮してこの数字を出してきている。流入・流出がしっかりと反映されていれば、ここまでのことにはならないのではないか。しかし、検証はできない。そういう状況でございます。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 常々必要医師数について御指摘をいただいているので、きちんと御説明させていただきますと、参考資料7に、いろいろ御指摘をいただいておりますので、計算法についてわかりやすく書いております。

といっても、精一杯わかりやすく書いたつもりなのですが、わかりづらいです。これを見てもぴんと来ないと思いますが、どういう計算をしているかということ、ざくっと言うと、例えば埼玉県内の病院の医療需要をつかまえて計算しているので、埼玉県内の医療需要、つまり、埼玉から出ていっている医療需要は、例えば東京だったら東京の医療需要で計算されているし、埼玉に働きに来ている人は逆に埼玉の医療需要で計算されているわけです。

先ほど釜菴先生から、三百八十幾つなどというとんでもない数字なので非常に実感と合わないというのは思うのですが、例えば埼玉と同じぐらいに必要な医師数と足元医師数が違う青森県を比較しますと、青森県の必要医師数を2024年までに達成しようとする、それはもうあり得ないことですが、毎年74人の内科の専門医が来ないと、専門医だけでは是正することはできません。青森県の今の内科の足元医師数は約880人で、埼玉県は4,000人です。4,500人近くいますので、実は同じスケールなのです。同じぐらい必要医師数が足りないところで、同じようなものを養成だけで補おうとすると、同じような養成数なのです。埼玉は物すごく図体がでかいので、380というあり得ない数字になりますけれども、そういう計算をしているというところがございます。

データについて、はっきり言って、DPCデータを使っていますけれども、膨大なデータですので、どのような形で信用していただければいいのかはなかなか難しいところがあるの

ですが、寺本先生のほうで来年度、さまざまな学会からの御意見を集約して、必要医師数をどのように計算するのかという議論をしていただけると聞いております。再来年度のシーリングに向けて、そのような議論に応じて我々はデータを提供して、必要医師数はこんな計算の仕方がより正しいのではないかとということで、プロフェッショナルの中で合意できていただけるのであれば、もちろん我々は、必要医師数の計算法を変えるということとは全くやぶさかではないので、ぜひプロフェッショナルの中で御議論をいただければというふうに思っています。

もう一つ、宮崎先生のほうから少し御指摘いただいた点でございますのは、今、我々が計算している、今の診療行為が変わらないという前提で内科が大幅に足りないというのは確かでございますけれども、今回の専門医機構さんのほうに出していただいている案は、外科と産婦人科医以外の全診療科にシーリングがかかっていますので、たとえ同じ東京でほかの診療科をやろうとしても、ほかの診療科もシーリングがかかっているわけなので、そういう意味では、診療科偏在の是正にはある程度の効果があるのかなと考えております。

厚生労働省としても、5年後に1,860時間以上働いている医師を全員なくさなければならぬというのは強い政策目標でございますので、地域偏在、診療科偏在を絶対に直していくという対策は必ずやらなければならないと思っておりますので、もし診療科偏在がこれよりうまくいかないようであれば、さらなる診療科偏在を是正する仕組みを専門医機構や各学会と御相談しながら検討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。

では、池田参考人。

○池田参考人 ありがとうございます。

内科の方の話が中心になりましたので、外科のほうからも少しコメントさせていただきたいと思っております。外科の方はNCDといいまして、日本の手術の97%をカバーできる登録制度をとっております。そうしますと、例えば愛知で年間幾つ手術があった。その地区の外科の専門医は何人。割り算をとってやりますと、意外と愛知は外科医一人当たりの手術が多く、外科医が少ない、そのような大きな都市でも東北ぐらい少ないということがわかります。

したがいまして、今、堀岡先生が御説明いただいたような、こういう非常に高等な割り算は、人口と医師数で計算されているわけでございますけれども、NCDは、幾つの手術をやった。それで医師が何人いる。そういう指標と厚労省の出す指標がマッチするかどうかとも検証可能と考えます。

そうしますと、手術に絡むわけでございますので、先ほど御指摘になった麻酔医の話も少しこれは何らかのヒントになってくるのではないかと思うわけでございます。外科学会といたしましても、厚労省と官民連携で情報を共有して、何らかのお役に立ちたいというふうに思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、先ほどお手をお挙げになられていた角野参考人、お願いいたします。

○角野参考人 私自身は非常に発言のときに迷うのです。それは何かというと、知事会として長野県と滋賀県の知事が委員として出ている。ということは、本来ですと、都道府県の意見をある程度聞いた上で発言すべきだと思うのですけれども、残念ながらそういうことができていないのですね。ですから、どうしても滋賀県、私の場合であれば滋賀県のことを中心で、そして、私自身ができる限り知ったところから集めた情報であるとか御意見、それをここで述べさせていただくということになるかと思えます。

そういった意見の中から出てきているのが、前回、私も言いましたが、まず、今回の医師多数県という相対的な出し方ですね。あれが偶然にも16番目、最後に滋賀県が入っていたわけですね。それだけ余計に関心があるわけですが、何で滋賀県が多数県になったのか。実態とは全然違う。我々の感じ方とは違うわけです。現実、あの数字が出たときに、県内のあるところからは、今まで医師確保をいろいろやってきたら、もうそこまでお金が要るのですか、県は力を入れるのですかと。そういうふうにもなってくるわけですね。でも、実態とは違うのも事実であります。ですから、相対的だということを言っているのですけれども、なかなか今後、医師確保では難しいなというのが一つあります。

今回のシーリングについても、確かに各県内、都道府県内の圏域ごとの格差は、ある程度県としても、責務の中で是正する必要はあるかと思うのですけれども、しかしながら、これも都道府県によって事情が違ふと思えますが、多くのところはどこかに医師というものは集中しています。滋賀県の話すれば大津。滋賀医大のある大津、そして、京都府立京都大学から近い大津。ここに医師は集中し、ここで医師が養成されるというパターンに大体なってくるわけです。どうしてもほかの県域は医師が少ない。そこで専門医がどれだけ養成できるかはなかなか難しいという状況があります。ですから、ある程度県がやることもありますけれども、そこにも限界があるというのが1つ。

それから、前段の話に戻ってしまうわけですが、根本的に医師の養成、教育は、我々としては、まず、大学が中心としてしっかりとすべきであろうということ。医師の配置は、これまで別の手だてで本来していくのが一番よかったのではないかと。ただ、今、たちまち不足している医師の地域、そこに医師を置くということで、地域枠とかいろいろやっているわけですが、そういった中で、その人たちへのキャリア形成と、医師不足地域での医師の充足を2頭立てで考えていくとなったときに、今回、割と、非常に精緻な計算と聞きますが、なかなかどこまで精緻、何をもって精緻というかわからない数字でもってシーリングをかけられたときに、確かに非常にたくさん医師のいる東京都とかだったら、シーリングがかかっても仕方がないなと思うのですけれども、いわゆる中途半端なところですね。滋賀県みたいに、こういったところが変にシーリングがかかってしまって、先ほどちょっとお話があったように、シーリングがかかったわ、次の年にそれだけ専攻医が来なかった。そして、それがだんだん小さくなってくると、もうまさにじり貧で、医師の確

保ができなくなってくるという状況があるわけです。

そして、これも滋賀県のことを言って申しわけないのですが、隣の京都の影響を非常に受けています。京都にシーリングがかかることによって、実はたすき掛けで結構境目の赤十字病院とか、あるいはうちの県立総合病院には専攻医が来ているわけですね。それが向こうのシーリングがかかることによって、こちらにも来なくなるということもあるわけです。そういう影響も出てきます。

もう一つは、数字的に出すのもあれですが、小児科で言えば、特に滋賀県の小児科は今回シーリングがかかりましたから、小児という小児科の特性がありますね。1つには小児救急です。今、県としても大学等々と小児科の、病院の小児科、小児科救急の集約も考えているわけです。そういった中で限られた人だけを集めてやっていこうというのだけれども、しかしながら、ここでシーリングがかかって、またこれがどんと減ってくるとなったら、まさに小児救急、小児科医の崩壊が起こってくる。同じようなことは周産期医療でも言えることかと。産婦人科は維持されたけれども、援護する医者が少なくなれば周産期医療は成り立ってこないわけですから、そういった意味でも滋賀県としては非常に辛いなどいうのがあります。

それから、先ほど内科のお話もありましたけれども、やはり地域医療を考える上では、内科というのは中心になってくるころかと思えます。また、救急医療においても同様です。そういったときに、重症患者を診療する病院勤務医の偏在是正に焦点を当てた対応を考えていく必要があるのかなと思えます。さまざま課題はあるわけですが、しかし、そういったことを言い出したのではもう切りがないし、みんながみんな納得できる方法などはなかなかないと思えます。

今までとにかく課題は皆さん、我々はみんな共有しているわけで、それについて誰も異論はないわけですね。こういう問題がある。それを何とかしようということで、今回、こういう一定方向が示されているわけですから、私としては、とにかく1回やってくるしかないのかなと。ただ、これでずっと続けられたら、5年、10年たって、やはりだめでしたねということでは、それから医師を養成しようと思ったら、倍ぐらい時間がかかるわけです。取り返しがつかなくなります。ですから、仮にこれでスタートするにしても、やはりしっかりした検証を1年、2年でやっていただいて、そして、またいい方向にどんどん変えていく。そこは確約というか、合意していただきたいなと思うところです。

以上です。済みません。長くなりました。

○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。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 いろいろ意見を拝聴していたのですが、まず、どんな地域であっても、東京であっても、自分のところの医師数が充足しているという実感を持っているところは多分ないと思いますよ。同じ福島県あるいは東北の中でも、ミニ一極集中という現象があるの

ですね。ですから、東京都と何々県というふうと比較することが果たして妥当かというのと、私は、そう言い切れるものではないと思うのです。同じ県の中にも医師の足りているところ、足りていないところ、相当な地域間格差があるわけです。

我々市長会としては、地域医療の最終責任といいますか、地域住民と直接向き合い、地域の医療体制を守っていかなければならない責任を負っているのは市長村長たちです。そのような意識でこの問題についてみんなで協議するのですが、やはりこれから、先ほど宮崎先生がおっしゃっていましたが、みとりのできる医者が絶対に必要なのですね。みとりのできる医者、それから、救急医療ができる医者。将来みとりができるかということと、たらい回しが起きないということなのです。

特に私は何回も言ってきましたけれども、外科医が減少している状況は非常に危険なことだと思っています。緊急手術のできない社会は恐怖社会ですから、その社会に突入しようとしているのです。ですから、やはり地域医療を支えるというのは、日常診療だけではなくていざというとき、あるいは人生の高齢化社会で末端に向かったときということを考えると、医師が相対的に少ないから、労働時間が過剰になっているのです。この7ページですね。7ページの産科、外科、小児科、内科。いずれも足りないというふうになっていますけれども、この4つの科。この科の先生方がふえてくれないと、過剰労働は解消されません。ただ、宮崎先生のお悩みもよくわかるのです。東京にシーリングをかけることによって、内科になろうとした人がそこに行かないで別の科に行ってしまう。

大変悩ましいことだとは思いますが、しかしながら、私は全体的に言うと、我々市長会としては、東京の一極集中についてはみんな、ふんまんやる方ないというのが実情です。特に地方の医師少数地域の市長たちにしてみれば、一体これは何なのだということなので、それは地域の、地方の意向というものを一つしんしゃくしていただきたいと思います。

このシーリングの件についてなのですが、私はこれで、果たしていいのかどうか。ひょっとしたら、もっとかけなければいけないのかもしれないのです。例えば外科医とか内科医とか、ゼネラルな医者はもっとふやさないといけないのではないかな。少子高齢化のことを考えたら、産婦人科、小児科が必要なのではないかな。ですから、果たしてこれでいいのかかわからないところがあります。しかしながら、これは試行錯誤でとりあえず歩きながら考えるということやっていくしかないと思いますね。そういった意味では、ひょっとしたらもっと必要なのかもしれないという議論も当然出てくるわけです。

外科、内科、いわゆるゼネラルについてはもっとふやさないと地域がもたないのではないかなと思っております、住民に直接接しているのは我々市長たちです。市長たちの意見としては、そういうことなのです。

それと、長崎県の話で、研修プログラムの中で離島を選択されるけれども、いわゆる郡部の地域社会がなかなか選択されない。それから、その後に残ってくれるかどうかかわからない。ですから、これはプログラムの組み方あるいは研修のあり方だけでは解決できない。もっと根本的な問題になるのではないかな。そういった意味では、何科を志望するかという

ことから考えていく必要があるかもしれない。学生もしくは研修医の希望だけを聞いておいたのでは、日本の医療は成り立たないのではないか。地域偏在も含めて、そういった意味では、専門医制度は教育を目的としたものであって、なおかつ、その中で地域偏在あるいは診療科偏在を是正するというのも必要なことではないかと思います。

とにかく前に向かっていくしかないのではないかと思いますので、地方の意見として聞い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。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、野木委員、徳本参考人、羽鳥委員の順番でお願いします。

○野木委員 ありがとうございます。

厚労省が出されたドクターの数については、1つの評価はできていると私は思うのですが、けれども、先ほども言われたように、どういう状況で医師がいるのかというところははっきり出さないと、ちょっと危険なことになってしまう。例えば精神科などがそうなのですが、けれども、充足しているといっても、専門医をとって、指定医をとったらみんな開業してしまうのですね。全然病院にはいない。でも、開業医はあふれかえっているという状況がだんだん出てきているのです。

それぞれのドクターがどういう状態にいるかということも議論しないと、この人数だけで計算している。それでしていくと非常に危険なことが発生する。医師の専門部会としては話がずれるかもしれませんが、それぞれのドクターの状況、どういう状況でおられるのかを見ながら考えないと、この数字だけをもって医師が足りないとか足りるとかというのは非常に危険な状態になってくると思うので、少なくとも開業医なのか、病院におられるのか、特に眼科、皮膚科などだったら開業がほとんどだと思いのですね。専門の病院は余りないですから、そうなってくると、それが本当にいいのかどうか、どのように是正されているのか。内科医でも大学病院におられる先生と別れてくると思うのですが、科ごとによっていろいろな状況が違うので、そこはもう少し考えてもらったほうが、よりいい数字になるのではないかと思います。これは要望ですけれども、よろしくをお願いします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、徳本参考人、お願いします。

○徳本参考人 それでは、全国38位の医師少数三次医療圏である長野県からの意見として、参考資料9に基づきまして意見を述べさせていただきますと思います。

資料2-2で、機構からの案として、3ページに例えば内科、東京都のシーリング案としてシーリング数438、連携プログラム数77、うち都道府県限定分として12という形で出ておりますけれども、例えば東京都の場合は、結局トータル515ということで、2019年の実績数と同じ形になるというところがございます。

そうしますと、515の専攻医を集めるということが、2024年の必要医師数が90と見積もっている中でかなり乖離があるのではないかということをお我々としては思っているところで、



そこに改善策として連携プログラムだとか都道府県限定分をつくっていただければおるのですけれども、ここの中でピンク色の立っている0.8以下のところに関して、やはり不足分を埋めるほどのものはないというのは、皆さん御理解いただけるかと思います。

そういったところで、長野県としては、シーリング数ですね。連携プログラム数も含めた上限をさらにもう少し厳格に運用していただく必要があるのではないかとということと、連携プログラムの、特に都道府県限定分の割合をふやしていただくことをお願いしたいというのが1点です。

参考資料の2ページ目に行きまして、そもそもこの議論のスタートでございますけれども、専攻医というのは、やはり将来の都道府県に残っていただく医師にかなり密接に関係していると我々は考えているところでございます。現状のシーリング、この状況では、そういった地域偏在が解消されないのではないかと。先ほど宮崎参考人等からもお話がありました診療科偏在の問題もありますけれども、まず、このシーリングの案では、地域偏在が逆に言うと、都市部に固定するような案になっているのではないかと考えているところでございます。

現在、各都道府県においては医師確保計画をつくっておりますので、それに基づきまして、例えば医師多数の三次医療圏におきましては、将来的にですけれども、シーリングをさらに厳格化するなど、もしくは医師少数都道府県にはこの連携プログラムの連携先として限定していただくとか優遇してもらおうとか、そういったことも将来的に御検討いただきたいと思っております。

長野県からは以上でございます。

○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。羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 参考資料の6を見ていただきますと、各科別の都道府県のシーリングが見えるわけです。

ごらんになってわかりますように、全体を見ていただきますと、西日本に多くシーリングがかかっているわけです。今まで5都府県、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡ということをやっていたのですけれども、今回、厚労案、専門医機構で修正した案、いずれにしても、西日本に多くのシーリングがかかっている。今回、この委員会で西日本の方は多くないので余り文句を言われなくてもいいかもしれませんが、例えばですが、京都大学などでは、西日本の多くの県に多数の医師を出しているわけですが、今回、そこへの配慮はなくして京都府にシーリングがかかっている。京都府にシーリングがかかったということは、そこにはかなり大きな影響が出るだろうということが予想されます。

そういうことで、先ほど皆様がおっしゃっていますけれども、この計算式はやはりどう見ても実感としてはそぐわないということもあると思っておりますので、もう少し皆で検討をすべきと思っております。

それから、前回の、前期の専門医機構のときには、とりあえず5都府県でやって数年、

3年ぐらいやって、果たして適正だったかどうかを検証してまた次へ行こうということだったと思うのですが、今回みたいに1年でまたかわる。そして、聞くところによりますと、次の三師調査によっては、またそれに基づいてこの数字も変わるということが言われますと、本当に安定した運営ができないということになると思います。

各研修の先生がどの科を選ぶかということ、自分の行きたいというところもありますけれども、やはり魅力的な科の教授がおられるところとか、そういうところへ行きたいという希望があると思います。ですから、そういう教授がおられるときは、たくさんの専攻医が集まるということもあると思うので、数字だけでは、計算式だけではなかなか決められないことが余りにも多いので、場合によっては現状を示すということだけで、シーリングは余りかけないほうが良いという案もきっとあるのではないかとこのように考えられます。その辺も一つ御検討いただきたいと思います。

ただ、立谷先生がこの議論でとりあえずやってみようとおっしゃったということは、〇〇の程少ない了承していただけるということなのだろうと思うので、ちょっと安心していきます。

○遠藤部会長 ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 幾つかの御質問にまとめて御説明をさせていただこうと思います。

まず、ちょっとわかりやすいところで、最後に羽鳥先生がおっしゃったので、ほかの先生もおっしゃっているのですが、御説明いたしますと、例えば今、京都府の例を出して、その連携先が減るのではないかとこのことをおっしゃっていましたが、そういうことは一切起きるはずのない制度設計だと思っております。例えばこれは京都府、今まで83人ということで、シーリング68ということになっておりますが、連携しなければその数を満たせないものが12だと思っております、この12に関しては、京都府以外の県、シーリングがかかっていない県に5割以上出さなければならないということなので、むしろ京都府が今までそういうものを出しているという実績があるのであれば、さらにそれが促進されるということ以外には考えられないと思っておりますので、そういうことがないような制度設計に日本専門医機構のほうできちんとしていただいたと厚労省は考えております。

また、滋賀県の御指摘をいただきました。滋賀県で実際に働いている方の実感としては確かにそういう感覚をお持ちのことでもあるのだと思いますけれども、割合とかで見るとわかりづらいのですが、例えば実数を申しますと、滋賀県で働いている小児科医の足元医師数は今、222人です。滋賀県内の病院で、医療機関で、要は、消費している医療需要で、現在、まさに小児科医をやっている人が、全員労働時間が60時間以下になったとしても、必要医師数で計算しているのですが、それが200人です。

一方、一番小児科医が足りていないのは青森県なのですが、青森県の医療需要を全て60時間以下の労働時間で満たすためには、小児科医が177人必要なのです。今、青森県にいる

のは129人です。つまり、青森県の小児科医は、最大限効率のいい医療をやっても60時間以上働くしかないのです。そういう意味では、確かに滋賀県もいろいろな地理的な事情とか医療機能のあれとかがあると思うのですが、やはり0.64の青森県とか0.71の福島県と、1を超えている滋賀県は、相対的に見るとやはり差があるのではないかというのが今回の厚労省の考え方でございまして、現在、例えば東京で働く先生も、長時間労働の先生はたくさんいらっしゃいますので、その先生たちが実感に合わないという御批判は、厚労省としてもきちんと受けとめなければならないと思っておりますが、相対的にデータで見ると、大変恐縮ですが、そういうことになるのかなと思っております。

もう一つ、開業医との関係を御指摘いただいたのですが、開業医について、我々は、開業医とその病院医師の労働時間という意味で、この足元医師数には反映させていただいておりますので、例えば開業医の先生の30時間労働と病院の先生の30時間労働が同じ質なのかとか、同じ医療の質への貢献なのかどうかということは、我々は今回のあれでは考慮しておりませんが、労働時間では考慮しているということを一応御説明させ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。

今の話についてでも結構ですし、別の議論でも結構です。いかがでしょうか。

それでは、宮崎参考人、お願いします。

○宮崎参考人 御説明ありがとうございました。

私、先ほど診療科の偏在と地域の偏在を同時に解決するのは非常に難しいということをお申し上げしましたが、その一つのデータといいますか、情報として、去年の全ての診療科にシーリングがかかっていなかった場合にアンケート調査をすると、もともと約3,200名の専攻医が内科を希望していたのが、ふたをあけてみると2,700人まで減っていて、500名はアンケートによるとマイナー系に流れたのではないかというデータを御紹介させていただきましたが、御説明で、全ての診療科にシーリングをかけて、どこかに必ず行かないといけないので、結局シーリングをかければマイナー系に流れることはあり得ないというふうに御説明がありました。

私、ちょっと気になるのは、専門医をとらないという選択肢をとる専攻医がふえるということはないのでしょうか。あるいは女性の医師がふえていることは確実なのですけれども、女性の医師のオプションとして、例えばマイナー系を選ぶということもあると思うのです。一方、先ほど上に4つあった内科と外科と産婦人科などは非常にハードワークで、なかなかそういうハードなところには行きたくないというような専攻医も多々あると思います。

専攻医の基準、彼らがどのような価値観で選ぶかということをお考えた場合に、必ずしもその数字どおりに動くとは限らないのではないかということをお危惧するところなのです。その点はいかがでしょう。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 まず、前半の御指摘につきましては、例えば東京の内科でシーリングがかかったので、皮膚科で、神奈川県で働こうということはあり得ると思います。ただし、そうしますと、例えば神奈川県の皮膚科の必要医師数と実労働の割合は0.97ですので、すぐに神奈川県が1を超えます。

我々、羽鳥先生のほうから、くるくる変えるのかという御指摘をいただいたところですが、この最新のデータの足元医師数は2年に1回必ず三師調査で診療科別に、都道府県別にわかるので、それに基づいて最新のデータでシーリングをどんどんかけ直していくことは、むしろ重要なことだと思っております。そういう動きがあった場合には、今度は神奈川県にシーリングがかかるわけですから、そういう動きはなくなるわけでございまして、結局そういうことが起きるわけでございます。

○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。

いろいろ重要な御指摘をいただいておりますが、今の点に関しまして、補足いたします。どのような形でシーリングをかけていくかということは、専門医機構の中で議論をいただきながらやっていただくことと理解しております。今の発言の趣旨は、仮に今の御懸念に答えるということであれば、最新のデータで見直しをしていくという方法があるのではないかということをおっしゃるまででございまして、本日、今回のやり方がいかにどうか十分検証すべきだという宿題をいただいているという認識でございますので、2021年度に向けてということになると思えますけれども、具体的には機構、関係学会と御議論しながらつくり上げていきたいと思っております。本日は、今回の案をどうするかということについて結論をいただければと思っておりますのでございまして。

○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 今、御意見をいただいたので、私は、堀岡先生がおっしゃってくださったことで非常に納得がいて、先が見えないなということをおっしゃっていただいていたので、ことしの専攻医だけがこの数でやられて、またという見切り発車でやるのかということになって、来年応募する専攻医だけが、先ほども御意見がありましたけれども、すごく不利になってしまっていると思っておりますので、私は反対に、これはアップデートされたデータで今後そうやっていくのだと。とりあえずことしはというのではなくて、そういった方針でやっていくのかどうかという先が見える、反対に専攻医の立場から言うと、今おっしゃったように、微調整をかけながら毎年の全国の医師の診療科偏在とか地域偏在を見ながらやっていく大前提なのですよということを言われれば、ことしの専攻医も、わかった、これに基づいてということになってくると思うので、反対に、大前提から決めていただきたいと思っております。

○佐々木医事課長 すみません。一からやり直すとかいうようなイメージにとられたかもしれませんが、基本的に何らかの形で診療科偏在を是正していかなければいけないという

ことについては、先生方も御理解いただいていると思います。

やり方について、関係学会がお持ちのデータなどを活用しながら、より精緻なものにしていこうという方向だと思います。ですので、2020年度の専攻医だけが、厳しい枠がはまるということではない。ただし、そのかけ方について、さらなる精緻な議論をしながら、よりよいものにしていこうという方向ではないかと理解しているところでございます。

○遠藤部会長 それでは、角野参考人どうぞ。

○角野参考人 済みません。先ほど室長の言われた小児科のことについてだけはしっかりと反論がありまして、単に数字だけで、確かに青森県等々が大変だというのは思います。滋賀県はそれよりましだからいいだろうという話は変だろうと。

自分の立場としては、やはり滋賀県の小児医療をしっかり守りたい。今で十分とは思っていません。そして、今のあの数字だけでは、現状をあらわしているかということ、決してそうではない。滋賀県は結構多くの病院があって、そこに2人、3人の小児科医が散らばっているわけですね。その彼らに24時間365日これから働き方改革がこうなってくる中で、救急をしろと言ったってできるはずがないわけです。

そうしたときに、これから我々としては、せめて1カ所に拠点病院をつくって7～8人は集めなければいけないのではないかとということをやろうとしているわけです。ところが、しかし、それをしたら次はどうなるかということ、病院は、ある院長さんが言いました。昼間は遊んでいるのではないかと。7人も8人も小児科医がいたって、そんなに忙しくないだろうと。夜だけのためにいたら赤字になるだけだと。小児科医はそんなにたくさん要らないのだというような考えの方もおられるわけです。

そういった中で集めようとしているわけです。そういったときに、診療報酬の問題もあって、そこらのこともちゃんと担保してくれないと、我々もなかなかできにくいところがある。そういう状況があるわけですね。かつ、小児科医がこれから減ってくるのだとなったら、とてもではないけれども滋賀県の医療は守れない。小児医療は守れないということなのです。それだけはちょっと一言。

○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ように思いますけれども、よろしゅうございますか。今までのお話を承りますと、2020年度の専攻医の募集につきましては、専門医機構が出された案についてはおおむね御了承いただけたように私は思います。ただ、条件がありまして、その計算方法等々につきましては、引き続き検討するというので、このことは事務局も専門医機構も御承諾されているということでもありますので、そういう条件のもとで2020年につきましては機構の案を御承認いただいた。こういう理解をしたいと思っておりますけれども、よろしゅうございますか。特段御意見はありますか。よろしゅうございますか。

(「はい」と声あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、そのようにさせていただきますので、専門医機構といたしましては、ぜひよろし

くお願いいたします。

それでは、次の議題でございますね。資料3「医師の働き方改革について」でございます。これについて、事務局から説明をお願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 資料3の働き方改革について御説明させていただきます。

医師の働き方改革につきましては、もうかなり報道もされているところでございますけれども、ことし3月に取りまとまりまして、本検討会で御紹介するのは初めてでございますので、その検討会の働き方改革の方向性及びCという研修という枠組みが働き方改革の中で明示されました。専門研修も関係するところがございますので、ここで細かい点まで御説明、御議論いただくことではないと思っておりますけれども、そのような論点があるという御報告をベースで御説明をさせていただければと思います。

資料3「医師の働き方改革について」でございます。もうかいつまんで御説明させていただきます。

医師の働き方改革に関する検討会というものが、さまざまな先生方に御参加いただいて、平成29年から平成31年までかなり多岐にわたるスケジュールで、労働時間の上限や医師の働き方、また、連続時間勤務制限などの働き方改革の方向性について御議論をずっと続けてきたところでございます。

資料がたくさんついているのですが、これは参考資料的に、もし御興味があればよく読んでいただければというものでございまして、端的に6ページでございます。今回、取りまとめた働き方改革は6ページがまさに結論でございます。2024年にA、B、Cという病院の枠組みになるというものでございます。基本的に医師はAという枠組み。つまり、一般労働者は休日労働込みで年960時間までが残業の上限に4月1日からなっておりますが、5年後からAという枠組みの勤務医が、多くは960時間までというのが基本でございます。

どうしてもそれが地域医療の観点からできない病院の例外としてBという枠組みが設けられておりまして、救急車1,000台以上を受けているなどのさまざまな病院、タスクシフトをしているなどの条件をクリアした病院がBという形で、下にあります連続時間勤務28時間、インターバル9時間という時間を確保した条件で、Bという形で残業時間の上限を1,860時間まで労使が合意した場合には、一部の医師について可能とするという枠組みをつくっております。

今回、専門研修部会と関係があるのはCという水準でございます。Bという水準は地域医療不可欠なものでございますが、Cという水準は研修のための枠組みでございます。ここにC-1、C-2というふうでございますけれども、C-1という形で集中的技能向上水準という形で、臨床研修病院や後期研修のプログラムを持つ病院を指定する予定でございます。これらにつきましては、上限が連続時間勤務28時間・インターバル9時間の義務は同じでございますが、1,860時間まで研修と労働を行うために許容されるということで、働き方改革の結論を得ておりますけれども、そのかわりにプログラムに36協定であり

得る残業時間の上限を明記するという事になっております。

そのため今後は、5年後からは初期研修医も後期研修医も、例えば何々プログラムは1,860時間の残業時間である。また、もう一つ違うプログラムだったら960のプログラム、もしくは残業時間がゼロのプログラムがあるかもしれない、自由な意思でプログラムを選んで研修をするということを担保した上で、もしたくさん研修をして、たくさんの症例を積みたいという場合には、1,860時間までが許容されるという枠組みになっております。そのため、今後準備しなければならないというところがございます。

最後に、これがどれぐらいのインパクトがある話かということをお説明するのに、8ページだけ御紹介いたします。現在の医師の労働時間につきましてのグラフでございますけれども、先ほど御説明した一般労働者と同じ年960時間以上働いている医師は、実は医師全体の40%を超える医師でございます、年間3,000時間を超える医師も約2%いるというのが、この労働時間の分布のグラフの結果でございます。なので、最高でも1,860時間までというのは、5年後までにはかなりの改革を伴うものでございまして、今回の診療科偏在・地域偏在の是正とも関係がある施策でございます。

今回、御提案というほどの御提案ではございません。最後、20ページ、適応に向けた臨床研修医制度、専門研修制度としての取り組みでございますけれども、2024年度から適応される時間外労働上限規制に向けて、C-1水準が適応される専攻医においても、日本専門医機構及び各学会に、今後の対応を検討していただくのはどうかと。

つまり、今、働いているプログラムの後期研修医が一体何時間の残業で働いているのか、きちんと労務管理をしていただくということとまずは始めていただくということが5年後の準備となりますので、そのようなことを準備していただくことを検討していただくことを御提案させていただきます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

このような勤務時間制限の話があるということの報告ですけれども、何か御質問はございますか。よろしゅうございますか。

それでは、そのような御報告があったということにさせていただきたいと思っております。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 総合的な今の話と、その前の話ともなるのですけれども、前々から地域医療調整会議というか、その会議の役割を、一度どういったことが実際に行われていて、実際にどのように働いているのかということの資料をいただいた、調べた資料をいただいたと思うのです。そのときに、実際にまだ働いていないところが非常に多くて、今回これだけこういう議論がされて、この間、医療法が改正されて、その会議での権威や会議での実務的なものの役割が非常に大きくなってきて、今どのような状況なのかということをもう一度お調べいただいて、御報告をさせていただきたいと思っております。

というのは、先ほど来議論がありまして、滋賀県のおっしゃることも非常によくわかる

のですけれども、では、実際、多いところが減らすな、減らすなとみんな言っていて、では、少ない青森県は、青森県も例えば弘前大学の外科とかは非常に努力されているのはわかるのですが、青森県が何をやっているのか。みんな青森県に人を出すために、それぞれの県が涙をのんで人を出すのに、青森県自身はどういう努力。もちろんされていると思うのですが、それがやはりわからないとみんなも納得ができないし、そのやり方がなかなか難しくわからないのであれば、そういったことも一緒に考えていかなければいけないと思いました。

もう一点は、医師の働き方改革においても、今おっしゃったように、それぞれの病院で努力をしていただきたいということなのですけれども、もうこれは病院単位での努力ではないと思うのです。これも地域医療協議会のなすべきことだとある程度は思っていて、例えば地域のほうで人が足りない病院で、この病院は働き方改革を守れているけれどもこの病院が守れていないのであれば、その人材のリロケーションとか、そういったものも将来的には考えていかなければいけないのではないかと思いますので、ぜひ現状というか、今後の見通しも含めたものをお知らせいただければと思います。

○遠藤部会長 どうぞ。

関連ですか、今村委員。まず、今村委員の御意見をお聞かせいただいた後に事務局から発言していただこうと思います。

○今村参考人 今、山内先生がおっしゃったことはとても大事で、地域医療対策協議会がどのように機能していくか。これは大変重要な役割を担っているので、やはりきちんと検証をしていく必要があるかと思えます。

働き方改革と偏在と地域医療構想と専門医の話は、厚労省が三位一体とおっしゃっているけれども、四位、全てがリンクしている話です。まさしく働き方が守られないような、勤務環境が非常に悪いところについては、しっかりとそれを地域医療対策協議会等が把握した上で、医療法の中で勤務環境改善支援センターと医師を派遣する地域医療支援センターは連携するということが記載されているので、勤務環境を改善していくためには、それが医師の不足が要因であれば、そこを手当てするためにしっかりと連携をしながら対応する。そういう仕組みになっていると理解しています。そういう議論はかなり働き方改革の中でも、個別の病院だけではなくて、地域全体で働き方を変えていかなければいけないのだというような議論がされておりますので、それが実行できるかどうかはまさしく地域医療対策協議会の役割が非常に大きいと思っています。

御指摘のその点は大変重要な点だという理解をしています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

協議会の実態についての報告を事務局にお願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今村先生は働き方改革も医師需給分科会もずっと出ているので、ほとんど説明していただいていたのですが、12ページをごらんいただけますでしょうか。



今回、地域医療確保暫定特例水準の適用フローという資料がございますけれども、都道府県の役割が明記されております。地域医療構想とか医療提供体制の効率的なものはもちろん都道府県の責務なのですが、都道府県のところの下の2個目を見ていただきたいのですが、医師勤務環境改善支援や医師偏在対策を有効に組み合わせた医療機関の支援で、医師の労働時間の実態把握を踏まえた医療提供体制の検討というものを都道府県にやっていただくということは、これは絶対に不可欠なことだと思っております。病院がいかに頑張っても、例えば非効率的な医療提供体制があったら、働き方がどうしようもならないという状況が必ずあるので、そこについてきちんとした形で関係者に御議論いただくということは絶対に不可欠だと厚労省も思っております。

これはまだ3月にまとまったばかりですので、それを踏まえた上で地域医療、まだ医療機関の中では労務管理で何時間働いているかも把握していない医療機関がたくさんございますので、そのような中で、まだ実効的にそういう議論がなされている地域医療調整会議は正直、少ないと思います。いずれにせよ、実態をちょっと、もちろん我々も調べて見て、出せるものがあれば出していきたいと考えております。

○遠藤部会長 よろしくお願いたします。

大体よろしゅうございますか。ありがとうございました。

大変活発な御意見を頂戴いたしました。本日の議論はこのくらいにしたいと思います。

今後の進め方について、事務局、何かございますか。

○加藤企画調整専門官 次回の部会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たいと思っております。よろしくお願いたします。

○遠藤部会長 それでは、長時間にわたりまして活発な御意見をどうもありがとうございました。

これをもちまして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。