

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「医道審議会医師分科会専門研修部会」を開催いたします。

本日、先生方には御多忙のところ御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

まず、委員の出欠につきまして御案内申し上げます。

本日、椎木委員、片岡委員、野木委員、山内委員はオンラインでの御参加となっております。また、阿部委員、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、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牧地域医療担当部長が出席されております。また、三日月委員の代理として、全国知事会滋賀県健康医療福祉部から角野理事がオンラインで御参加されております。

続きまして、文部科学省医学教育課から、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、大川理事に参考人として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。

(首肯する委員あり)

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 ありがとうございます。

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ので、よろしくお願いたします。

(カメラ撮り終了)

○遠藤部会長 皆さん、こんにちは。本日もどうぞよろしくお願いたします。

それでは、まず、資料の確認を事務局にお願いしたいと思っております。よろしくお願いたします。

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 事務局でございます。

それでは、資料の確認をお願いいたします。本日も当部会はペーパーレスを実践していくこととしておまして、委員、参考人の先生の皆様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御確認ください。

PDFファイルで資料0から資料1、2、3、参考資料1、2。また、机上配付として1枚、A3の資料を用意しております。不足等ございましたら、事務局にお申しつけください。

なお、ウェブで御参加の委員の皆様をお願いとなりますが、御発言されます際には、チャット機能から発言がある旨のコメントをお送りいただきましたら、部会長より指名するという流れを取りたいと思っておりますので、それまではマイクをミュートにして、ハウリング回避のために御協力をお願いいたします。

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っております。本日の議題は「1. 専門研修にお

ける研究医枠について」「2. 従事要件が課されている地域枠医師等への対応について」「3. その他」でございます。

まず、議題1の「専門研修における研究医枠について」、事務局より、資料1について説明していただきまして、続いて、日本専門医機構の寺本参考人より、資料2「日本専門医機構が設定する臨床研修医について」について御説明いただきまして、その後は皆様で御議論いただきたいと思います。その流れでよろしくお願いいたします。

それでは、事務局、どうぞ。

○佐野主査 事務局でございます。それでは、資料1を御確認ください。「専門研修における研究医枠について」という資料になります。

資料の2ページ目を御覧ください。専門研修における研究医枠について、これまでの議論についてまとめさせていただいております。

まず、平成25年のいわゆる高久報告書におきまして「研究志向の医師を養成する内容を盛り込むことも検討すべきである」とされておりました。一方、新専門医制度の整備指針の中では、現在の専門医制度において、研究を行う人材を養成することを念頭に置かれた枠組みが存在いたしません。そういったこともありまして、昨年度のシーリングの議論におきまして、研究医をシーリングの対象外とするべきといった議論もございましたが、導入が見送られたという経緯がございます。

また、本年1月の医師需給分科会におきまして、研究医の養成数を考慮した制度の構築に向けた検討を行う必要性について指摘がされております。

こういった経緯がございまして、日本専門医機構の内部で委員会が立ち上がっており、そちらで研究医養成の位置づけにつきまして一定程度の整理がなされましたので、本日、御発表いただく予定となっております。

3ページ目以降は参考資料に近い位置づけとなりますが、まず3ページ目につきまして、医学部の定員の中で、平成20年頃より臨時定員枠の中に研究医枠というものを一部設けております。

プログラムの内容といたしましては、大学ごとにと組は異なりますが、いわゆるMD-PhDコースやキャリア支援といったコースが用意されております。

また、4ページ目となりますが、臨床研修制度の中でも、令和4年度から基礎研究医コースというものが設けられる予定となっております。臨床研修を行いながら、基礎系の大学院に所属し、研究と臨床研修を同時に行う制度が設けられる予定となっております。

5ページ目に平成31年の通知がございまして、この中で、臨床研修を行う大学病院におきまして、こういった基礎研究医プログラムを設けることができるという旨を発出しております。

また、6ページ目となりますが、臨床研修における研究医枠の定員につきまして、基礎医学系大学院の博士課程の入学、また医学部の臨時定員で設けられている人数などを参考にいたしまして、約40人から開始される予定となっております。

7 ページ目が本日の論点になりますが、具体的な内容につきましては、これから日本専門医機構のほうから御説明いただきますが、研究医枠につきまして、地域医療提供体制への影響の観点からどのように考えるか。専門医機構のほうでも、臨床研修などに倣い、まずは40名からスタートするといったことで御説明いただく予定ですが、今後、データに基づき、養成数について検討するべきではないかといった点について御議論いただきたいと思います。

事務局からは以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、恐縮ですが、日本専門医機構から寺本理事長、御説明をお願いいたします。

○寺本参考人 ただいま御紹介賜りましたけれども、専門医機構としましては、昨年の医師需給分科会で、医師の働き方を考えた上でのシーリングの問題といったことは検討されてきたわけですが、昨年の8月ぐらいから数回にわたって基本学会とか理事の先生方にお集まりいただいて、このシーリングについていかが考えるかと。その中でかなり強く出てきたのが研究医の問題でございまして、このままずっと大学でもシーリングがかかっていくと、研究医が非常に少なくなってきた、我が国の研究力・教育に関しても非常に重要な問題で、研究・教育に関する人員が先行き厳しいという御意見がございました。

そんなことで、専門研修をする中でも研究医枠というものを考えたらいかがかという議論がございまして、研究医枠としてどのようなルールでやっていくのかということについて、ワーキングチームを作りまして議論していただきました。ワーキングチームのチーフが、今日、来ていただいている大川先生でございますので、今日は主として大川先生からお話しいただいて、また何かございましたら私のほうから説明させていただきます。

では、大川先生、よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 では、大川参考人、よろしく願いします。

○大川参考人 大川と申します。よろしく願いいたします。

資料2を御覧ください。ポンチ絵で御説明したいと思います。

今、寺本理事長からお話があったとおり、今までの臨床医学領域の研究に関しては、専門研修が終わった後に大学院に進学して、さらにアカデミア、主に大学病院あるいは大学ですが、自発的な就職に支えられているわけですが、実際には学会・専攻医ともインセンティブに乏しいという実態がございました。また、先ほど厚労省のほうからも説明がありましたとおり、基礎医学領域に関しては、新たな制度として基礎研究医コースというものが、一番下の図のような形で設定されることになりました。

今の専門医の診療科偏在あるいは地域偏在の議論では、タイムスタディーに基づいて数が決められているということですが、理事長から御指摘がありましたとおり、臨床研究力低下が一方で問題になってございますし、また臨床医学を教育するという面では、臨床医が中心にならざるを得ないという実態もございます。

そこで、ワーキンググループを立ち上げて検討した結果が次のものであります。今日、

御提案するのは、臨床研究医コースというものでございまして、従来のプログラム制あるいはカリキュラム制の専門研修とは別に、卒業後3年を過ぎてコースに入りますと、臨床についての研鑽は2年間です。その後はエフォートの50%以上を研究に充てるようなコースを立ち上げたらどうかという御提案でございます。

地域枠に従いまして、卒後9年間という形で一つの区切りを設けまして、その間に専門医資格、それから、大学院で言えば学位を取得できる形を目指しております。その後は、アカデミアにおける臨床教員等に就職していただくという形をとってございます。

研修システムは、後ほどまた詳しく御説明しますが、基本的には日本専門医機構が中心となって募集し、管理していくことになろうかと思っております。

ポイントといたしまして、基本領域を担う窓口となる学会と協議して、機構が定員をそれぞれ設定することにしたいと考えております。ただし、公平性を担保するために、基本領域ごとに最低1名の定員を設置しまして、先ほど厚労省からも定員は40名とお話しいただきましたけれども、残りの部分に関しては、希望者に応じて配分したらいかかかというのを考えてございます。

専門研修に関しましては、カリキュラム制で行って、各領域が定めた専門医として十分な研鑽を積むというのを、ここで担保したいということでもあります。

研究は、大学の大学院あるいは研究所で行いまして、コースに参加した者はFirst authorとしてSCI（サイエンス・サイテーション・インデックス）、いわゆる権威ある英文論文をその間に2本以上書いていただくということを義務化したいと考えております。この際、論文でもケースレポートというものがあるわけですが、これはこの数に含めないということを明示しております。

それから、プログラムの在籍期間中は、後半5年間のエフォート、先ほど申し上げたように、研究に50%以上割いていただくことを考えていますし、また、責任医療機関の給与規定によりまして、身分を保証するものにしたいと思っております。

もし、このコースの途中で、留年のいかんによらず離脱せざるを得なかった、きっちり終わることができなかった場合には、責任医療機関の定員を、このコースとともに、一般の専門研修に関しても減じるという策を講じたいと考えています。

2枚目でもう少し具体的なお話しをしたいと思っております。

先ほど申し上げたとおり、専門医資格を取得した後、このコースに従事している者が大学院あるいは研究所に所属して、一定期間、医学研究に従事する義務を課すことになっております。

それから、エフォート50%以上、SCI論文を2本以上というのは、ここに書かれているとおりでございます。

実際の応募と採用の流れですが、このあたりが今日議論いただかなければいけないことかと思っておりますけれども、複雑にならざるを得ないと思っております。1から12番まで振ってございますので、注意深く見ていただければと思います。基本領域ごとに窓口となる学会は、

例えば内科であれば内科学会がございますので、そこでコースの内容を検討していただいて、どこの医療機関をもって、このコースに割り振るかというのを学会とともに協議していただく、決めていただくことになろうかと思えます。

ただ、内容については、最終的には学会がどの大学を選ぶかということを決めていただかなければいけませんので、このあたりは機構と相談しながらやっていく。決まりました時点で、3番ですけれども、機構は、臨床研究医コースを希望する専攻医をHPで募集する。このアナウンスメントに関しては、当然ながら学会もやりますでしょうし、責任医療機関でもやっていただくことになろうかと思えます。

最終的に何名かが応募されると思えますが、4番目ですけれども、応募者数に応じて、先ほど申し上げたように、基本領域ごとにそこで定員を割り振るという形になります。

5番目ですが、その大学ごとに合格者を決定して、学会で数を調整して機構に報告していただく。機構から専攻医に対して、合否を連絡するという形を取りたいと思えます。

その専攻医は、コースを設置した責任医療機関で、当初は臨床研修を開始することになろうかと思えます。

2年間経過後に、コース内容に応じて研究を開始することになります。大学であれば、この時点で大学院に入学していただくことになろうかと思えます。

責任医療機関は、その都度の進捗状況を機構と共有することになっています。

10番目ですけれども、カリキュラム制で研修が進むわけですけれども、そのカリキュラムを達成すれば専門医資格が与えられることになります。

研究を大学院ですることが多かろうと思えますが、その大学院の規定の状況を満たせば学位が授与されて、7年間のコースに在籍することで、2本以上の論文をもって、最終的にはコースの修了を機構が確認したいと思っているところであります。この2本以上という本数ですけれども、大学院では、普通はこのSCI論文、1本で学位を取得できることが多いという状況でありますので、決して甘い条件ではありません。1本当たり、真面目に研究しても2年ぐらいかかりますから、2本というのは結構きっちりやらないと達成できない目標と思っているところであります。

今後のスケジュールとしては、8月にお認めいただければ、今年募集開始して、来年4月からスタートさせたいと思っております。ただ、この研究医コースというのは定員がかなり限られてございますので、希望者全員が必ずしも入れるわけではないと思っております。ですので、一般の基本領域の専門研修に先立ちまして、1か月ぐらい前倒して募集を開始して、仮にこのコースに漏れたとしても、一般の専門研修に進めるという制度設計をしたいと思っております。

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、いかがでございましょうか。御質問、御意見等をいただきたいと思えます。山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。御説明ありがとうございます。

基礎はコースができていくということですが、基礎にしても、臨床にしても、研究を行う人材というのは、養成していくことが大事だと私も思っています。

その上で、今の御説明に4点ほど質問させていただきたいのですが、今回、40名という定員を設定するというのですが、この40名というのは何に基づいて出された人数なのか、何か調査をされて、候補になるような方が40名ほどいるという確証が何かあるのかどうかということ、まず1つ目としてお聞きしたいと思います。

今、今後のスケジュールのところで、今年から開始されるというお話がございましたけれども、初期研修医が選ぶわけですので、コースの意義とか内容とか、どういう希望を持った人が対象になるかということも、まだ全く周知されず、初期研修医の選択肢の一つになっていない中で、もう始めてしまうということについて問題はないのかどうか、そのあたり、何か議論があったのかということをお教えいただきたいというのが2つ目です。

3つ目として、今でも研究と臨床をやっているドクターたちはいらっしゃるわけで、全く新しいことを始めるわけではない。そうすると、この日本専門医機構が認めるコースということが、専攻医にとってどんなメリットにつながるのかというのが3つ目です。

4つ目として、現在コースがないから、仕方なくという方もいるかもしれませんが、そうではなくて、専門研修を終えて、その後、研究に魅力を感じて大学院とか研究という人もいらっしゃると思うのです。そうすると、この資料2のプログラム制というところに書いてある、専門研修3～5年後にこのコースを取りたいという人たちの門戸が開かれているのかどうかという4点を教えていただきたいと思います。

○遠藤部会長 大川参考人、どうぞ。

○大川参考人 ありがとうございます。回答したいと思います。

40名という数字は、先ほど基礎研究のところでも40人という募集定員を設置していることと、基本領域は19ございますので、そこを網羅しなければいけないという2つの視点から、この数を設定したということになります。40で足りるのか、あるいは不足するのかは、今後経過を見ながら考えていきたいと思っています。

それから、スケジュール的に周知が不十分かもしれないということですが、これはそのとおりに思っています。ただ、一方では、臨床研究に対する制度設計が、今まで必ずしも十分できていなかったということで、各基本領域学会としては、気持ちの上では結構せているのです。実際、幾つかの学会の先生方からは、なるべく早く始めてほしいという強い要望を聞いておりますので、できる限り早くということで、来年から始めたいということにいたしました。先ほどの基礎研究医につきましても来年の募集になると思っておりますので、来年スタートということですから、いいタイミングではないかと思っています。

それから、このコースのメリット。それから、今までこういったものがなかったのかといいますと、もちろん御存じのとおり、専門研修を終えて専門医を取った者が大学院に入

学して、そこで臨床研究に従事するというのがこれまでの一般的なコースだったと思います。

ただ、一方で、専門研修に対するいろいろな規定がこれだけ厳しくなっていくと、今後、臨床研究に従事する若手の医師が減るのではないかという大きな危惧がございます。ですので、機構として、こういったものを制度化して存在を明確化することで、日本の臨床研究を支えたいと考えております。

それから、メリットというのは難しいのですが、規定の中に7年間の身分を責任医療機関に保証していただくという規定を設けましたので、大学院の間、はっきりした身分保証がない現状に比べれば、より安定した生活を基盤に研究に打ち込めるのではないかと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 どうもありがとうございました。

40名というのは、とりあえず40名ということで、流動的というか、様子を見ながら、そのあたりは変わっていくと解釈いたしました。ただ、この専門医制度というのは、専攻医の方たちがこれまで翻弄されてきたという経緯がございますので、もし本当に始められるとしても、混乱しないように、かなり丁寧な説明を、受ける側の方たちの気持ちということも大事にしていきたいということを切に思いますので、よろしく願いいたします。

○大川参考人 承知いたしました。

○遠藤部会長 ありがとうございました。

それでは、寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 これから専攻医になられる方たちにとって、これを知るか知らないかというのは非常に重要な問題ですので。今日、大まかの合意が得られた場合には、早速、ホームページでお知らせすることと同時に、各学会とも協議して、詳細をそこでお知らせする。学会と研修医の間というのは非常に密でありますので、そこはかなり速やかに行くのではないかと。したがって、8月中には皆さんに周知できるような方法をできるだけ構築したいと思っております。私どもも、実はそのことを非常に問題にしておりましたので、できるだけ速やかにホームページに立ち上げたいと思っております。

あと、40名という数字ですけれども、基本的に日本の研究を今まで支えている研究者というのは、大体6000名と言われているらしいです。その方たちは30年間ぐらい働くであろうということを考えると、年間200名ぐらいであろう。そういうことを考えると、基礎系、臨床系と考えると、それぞれ100名ぐらい必要になるのではないかと考えていまして、基礎と臨床が1対1になるとも限りませんので、それが本当に正しい数字かどうか。でも、全体として200名ぐらいというのが大まかな数字です。

ただ、それを一気に100名とやってしまうと非常に問題が起こり得るので、今回は40名ぐ

らいというところから始めようという、非常にアバウトな、根拠が余り十分でないものですけれども、その辺から考えてはどうか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。

では、立谷委員。

○立谷委員 基礎医学に行く人たちのことは、そもそもの議論だったのです。この専門医の議論が始まったときに、全ての医師は専門医にならなければいけないということに私は大変反発して、そんなことはできない。プログラム制についても、例えば女性医師が結婚した場合、どうするか。そもそもの発端だったのです。基礎系に行く人たちも臨床の専門医を取らなければいけないのか。それは義務づけるものではない。もし義務づけたら国会の問題になりますから、専門医機構の勇み足だったということだと思っておりますけれども、そのときからこの問題はあったわけです。

今、卒業したドクターに臨床初期研修を義務づけられていますけれども、義務づけられている初期研修を修了した人たちを、さらにどこまで縛るのかという問題です。今、40人の定員とおっしゃいましたけれども、基礎系に行く人は、少なくなっています。最初の趣旨からいったら、制限をつけることが果たして適切かどうか。40人以上いてくれば、本当にありがたいぐらいの気持ちでいるのです。ですから、ここはひとつ柔軟に考えていただいたほうがよろしいのではないかとというのが1点。そもそも論からの話です。

それから、今日、私、非常に明確な図示がされているなどと思って見ているのですが、資料2のプログラム制、カリキュラム制、臨床研究医とありますけれども、大学に入局した人は、ほとんど臨床研究をしながら専門医を取得することになるのです。ですから、私はカリキュラム制が基本になるのではないかと考えています。それでカリキュラム制を主体にしないで、ほとんどいないのではないかと考えています。それでカリキュラム制を主体にしないで、すべきであるということを目指してきたのですけれども、こういう形で明確にされていけば、私はそう窮屈な思いをしなくても済むのではないかと。こういうコースが明確にされていることについては、歓迎します。

ただ、基礎研究に行く人、基礎医学に行く人については、ある程度柔軟性を持たせて考えていくべきではなかろうかと思っております。これはそもそも論ということになりますけれども、以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

基礎研究の話は今回のテーマではないわけでありまして、それはそういうコースがあるということの説明がここに書いてあるだけであります。今回は、臨床研究の中の研究医を養成するという新しいプログラムの紹介でした。御意見を承りました。

何かコメントございますか。よろしいですか。はい。

○寺本参考人 今の基礎の問題と臨床研究の問題というのは、必ずしも完全に隔絶するものではなくて、我々もそうだったのですけれども、臨床研究をやると、どうしても基礎の教室に行って勉強せざるを得ない。そうこうするうちに基礎に行ってしまう人もいるわけ

です。最終的にアバウトというのはそういう意味で、ファジーな人たちは必ずいるわけなので、全体として200名いれば、日本の研究者としてサステナブルな状態になるのではないかというのを基本的な考え方で設定しております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

先ほど来、画面の向こうから何人かの方が手を挙げておられますので、順番でお願いいたします。

では、山内委員、お願いいたします。

○山内委員 ありがとうございます。

聖路加病院の山内ですけれども、1つ目の質問です。これは確認ですけれども、基礎医科系コースが40名というのが既に別枠であって、今回、機構が認める臨床研究医が40名ということによろしいかということの確認と。そうなりますと、この専門研修部会では、地域医療における人材ということをずっと話をしてきたと思うのですけれども、その点をどう考えていらっしゃるのかを知りたいという質問です。

今、寺本理事長のほうからも、将来的にはこれを100名とかに増やしていきたいということもありましたし、現段階で今年度、40名の臨床研究医枠を作るということは、例えば資料2、手順を詳しく書いてある3ページでいきますと、各19領域でどの領域かをまず決めてということですが、それがどこの大学とかどこの地域ということに関する配慮は全くなく決めていくと、40名が東京とか都市圏に集中することも起こり得るという認識でよろしいのでしょうか。

というのは、ここで皆さん方もずっと議論してきたように、例えば地域の外科の講座とかは一人二人の問題です。一人二人を確保できるか、1人も来ないか、ゼロになるかという地域がたくさんあることを今まで議論していながら、この40名の人たちが首都圏に集中してくる可能性ということはどう考えていらっしゃるのかということをお聞きしたいと思いました。

よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

当部会で議論することは、専門医制度でよい医者はどう作るかということではなくて、新専門医制度の発足に伴って地域医療にどう影響を及ぼすかということが基本的なミッションでございますので、そういう視点からの御議論をいただきたいということで、まさにこの視点から今、山内委員から御質問がありました。

その辺について、いかがでございましょうか。大川参考人。

○大川参考人 お答えしたいと思います。

地域医療に従事する視点と、もう一つは、先ほど申し上げたような臨床研究に従事する者も、これから先、減ってくる可能性が高いわけですね。ですから、臨床研究に従事する一定数、8000人あるいは9000人ぐらいの同じ学年のうちから、わずか数%の人間は研究の道に進むということを最初から明示してもいいのではないかというのが1つの考えであり

ます。

それから、もう一点ですけれども、首都圏に集中するのではないかというお話でしたけれども、これこそが機構と学会がそこに少し関与してレギュレートするということだと思います。自由に、野放図に、どこの大学でもこれを囲い込んでいいということでは決してないわけございまして、その点から、機構が今までのここでの御議論を踏まえて、当然ながら学会のほうに指導あるいは協議するということになろうかと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山内委員、何かコメントございますか。

○山内委員 座長がおっしゃったように、その点で、各県の募集定員を各診療科で一人二人の割合でどうするかということをやっていたような現状ですので、そこを十分御理解いただいた上で、そこは今回出された資料に配慮が書かれていなかったの、どうお考えなのか。もちろん、研究に従事する、研究したい方々にそういう機会、選択肢をきちんと与えてあげることというのは、この臨床研究医という制度は非常にすばらしいと思うのですけれども、その点をもう少し具体的に書いていただいたほうがいいのではないかなと思いましたが、よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御意見として承りました。

関連で、これは事務局にお尋ねしたいのですが、資料1の論点のところ「研究医をシーリングの枠外で採用可能とすることについてどのように考えるか」ということがありました。これについて余り具体的なお話がなかったように思うのですけれども、機構のほうからそういう要望があるという理解でよろしいですね。そうであれば、機構からちょっとお聞きしたいと思います。シーリングの枠外にするということです。

○大川参考人 これは、募集の形態あるいは研修の形態から、シーリングの中で、且つローテーションでプログラム制の下で回るのは現実的には不可能ということ。基本的には臨床研究をやる期間のほうの方が長いわけですので、臨床研鑽に関しては2年間ぐらいで、あとはカリキュラムをこなすような形での臨床研究をしていただきたいということで、シーリングの中に入って、そのプログラム制なりをこなしていくのは実質的ではないだろうということで、最初からシーリングの外に置いていただければと考えた次第です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

前から手を挙げておられた方で、片岡委員、お願いいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。

私も山内委員の意見と似ているのですけれども、この制度自体は非常にいい取組だと思うのですけれども、この40名をどのプログラムに割り振るかというのが、先ほどの資料2の2枚目のマル1として「コース内容の検討と責任医療機関の選定を行う」とさらっと書いてあるのですけれども、希望するプログラムは恐らく多いと思うのです。それをどのように、どのような基準で選定するのかということが非常に重要なのではないかと思います。

そこが明確でないと、先ほど山内委員が危惧なさったように、どこかに集中してしまう

といったことも起こり得るし、領域だけでも19ありますので、40名はかなり少ないのではないか。全国のプログラムが来たときに、どのようにそれを割り振っていくのかなという点、もしディスカッションがあれば教えていただきたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、大川参考人。

○大川参考人 ありがとうございます。

機関については、窓口となる学会と機構と医療機関の三者で十分なディスカッションをした上で定員を設定していくことになろうかと思います。たくさんの医療機関あるいは大学が手を上げるかどうか、ちょっと分からないと思っております。40名が少ないのではないかという御指摘ですけれども、少ないのだとしたら、逆に私どもとしては大変うれしい状況だと思います。

その割り振りに関しては、先ほどちょっと申し上げたのですが、各1名を保証して、19あって、こういったプログラムコースを提示して、たくさんの応募者がもし来たら、その数に応じて40名の残りの21を割り振ろうと考えている次第です。

実は、この基本領域の学会の中で事前に幾つかのお話しをさせていただいたわけですが、ある基本領域においては、このコースに乗れないかもしれないということも既に御意見としていただいておりますので、それぞれの領域ごとの専門医あるいは研究医の育ち方というのは、若干違ってくるところもあろうかと思います。今後、40名を超えてたくさんの応募者がいれば、それはその時点でまた考えていきたいということでもあります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、先ほど来、手を挙げておられます野木委員、お願いいたします。

○野木委員 山内先生、片岡先生がおっしゃったところと同じですけれども、総論的には反対しないのですけれども、各論で気をつけないと、先ほど言われたようなシーリング逃れが発現するのではないか。実際大学院に行っているのだけれども、ほかの医局に属しているみたいな、いわゆるシーリング逃れをやっているように見られる可能性はないのかという心配。

それから、更新研修のときに、この方々はどういう更新をどこで、どういうふうにしていくのか。例えば内科とか外科であれば、そこの更新研修を受けながら更新していくと思うのですけれども、こういうドクターは、例えば専門医を取ったとして、10年後、15年後に更新をどのような審査の下にやっていくのかというのがよく分からないのですけれども、教えていただけないでしょうか。

○遠藤部会長 それでは、大川参考人、お願いいたします。

○大川参考人 シーリング逃れにつきましては、責任医療機関に対して、きちんと管理していただくということと、機構にも学会にもその進捗状況を定期的に御報告いただくことでカバーしたいと思っております。仮に7年間で要件を満たさないような形で終わった場

合には、7年間終わってからではないですけれども、報告の内容によっては、コースからの離脱とかで十分な研修ができていないと判断された場合には、コースへの応募そのものを責任医療機関に対して止めること。

同時に、このコース以外に、一般の専門研修に関しても定員を設定しているところがほとんどだと思いますので、その定員を減じるなどのペナルティーを考えているところでもあります。それによって、シーリング逃れは絶対に許さないと考えております。

それから、更新研修ですけれども、資格を取った後も、エフォート50%以上と書いてございますとおりに、必ずしも臨床研究100%ではありませんから、一般の臨床にはタッチしていただく必要があると思います。その中で、多くの学会が行っているような集合型の研修に参加していくことは十分に可能だと思っておりますし、またコース修了後も、将来的には臨床の教員等と書かれておりますとおりに、ここでも臨床に従事する形になろうと思っておりますので、更新の研修は普通の専門医と同じように行っ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。

それでは、牧野委員、羽鳥委員、釜菴委員の順番でお願いします。

○牧野委員 ありがとうございます。牧野です。

研究者がだんだん減ってきているということは確かに問題で、これを確保することは重要なことだというのは理解します。ただ、もともとこの専門医制度ができる前は、我々医者、私もそうですけれども、研究し、臨床し、地域医療しという3つのことをやりながら、カリキュラム制の中で成長してきているわけですね。それが臨床のほうに軸足を移しましょうということ、いい専門医を育てましょうということ議論してきたのが、この専門医制度かと思えます。

その中で、この新しい研究優先枠といいますか、これを作るということは、当然ほかの臨床とか地域医療。このコースを専攻する人は、そちらのほうに何らかの犠牲を払いながら研究活動をしていくことになりますので、この40名という枠が適切かどうか分かりませんが、ある程度そこは理解、妥協できるとしても、これをどんどん増やしていくとなると、特に地域医療への影響がだんだん大きくなっていく。ですから、これを全てシーリング枠外でやっていきたいと思いますということに関しては、私としてはちょっと疑問を感じます。これに関して、何か。

○遠藤部会長 機構、何かございますか。寺本理事長。

○寺本参考人 もちろん、シーリングを逃れてという形で考えるのはちょっと困るわけですが、今までのプログラム制というと、どうしてもローテーションでいろいろなところに行かなければならないということが起こってくると、研究をしっかりとやる時間はかなり制限される。研究医を育てる上で、遅くなれば遅くなるほどいろいろな意味で問題が起こってくることは確かなことなので、そういった意味では、できるだけ早い時期から研究力をつけていくということは教育していくべきだと私どもは思っております。

そういった意味では、2年間の研修が終わって、さらに2年間専門研修をやっていただ

くこととなりますので、それでもどうかと思いますけれども、そこで臨床研究が本格的に始まるわけで、それからローテーションで云々という、これは臨床研究ができる環境ではなかなかない。

それと、数を余り増やすのは問題。先ほど申し上げましたように、どんなことがあっても、全体として研究する方が200名という数字を超えることはまず考えておりませんので、臨床研究医も可能性として100前後まであるかもしれないけれども、それ以上増やすつもりは全然ございませんので、そこまで多大な影響を与えるとは私どもは考えていません。これは、もちろん増やすときには、またここで議論していただかなければならないと思いますけれども、そういうふうを考えております。

○遠藤部会長 分かりました。ありがとうございます。

牧野委員から何かあれば。

○牧野委員 いえ、今のお答えで結構です。

○遠藤部会長 では、羽鳥委員。

○羽鳥委員 一番議論すべきことは、地域医療への影響ということだと思います。そういう意味ですと、現在、シーリングがかかるのは東京、大阪、京都、福岡、愛知という大都市圏で一流の大学があるところになるかと思っておりますけれども、シーリングのかかるところと、今回の臨床研究医枠と、多分重なるところが非常に多いと思います。

先ほど山内委員からもありましたけれども、19の基本領域で皆さん、一斉に手挙げして条件を各学会が選んでいくということになると、恐らく東京、京都、大阪とか、そういうところから埋まっていくとなると、最初の40という枠でも20は東京ということになる可能性は高いと思いますので、一つの県では、幾つ以上は認めないなどのルールをある程度決めておかないと偏ってくる可能性があると思います。

それから、上限としても、今は40でいいですけども、100、200ということになると地域医療への影響も大きいと思いますので、ある程度の目安も決めておいて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。

では、釜菴委員、お願いいたします。

○釜菴委員 釜菴です。

今まで皆様からお話が出ておりましたが、この専門研修部会で議論するのは、地域医療に対する影響がどうかということ、これは遠藤部会長がおっしゃったとおりであります。専門研修部会として、今回の仕組みはシーリングの対象から外すのだという合意が得られるかどうかが大変だと思います。趣旨からすると、私はシーリングの対象から外すべきだと思います。

さらに、人数について十分議論すべきで、山内委員がおっしゃるように、1人の専攻医を確保するのに四苦八苦している現実というのを踏まえなければなりません、一方で、

我が国の臨床研究のレベルをさらに高めていくために、ぜひ必要だということで、この仕組みを検討しているわけですから、シーリングというものは今回の仕組みに関しては外す、そこは考えなくてよいという形でないと、本来の趣旨に沿うものが作れないのではないかと私は感じます。

その上で、制度の細かいところをどのように決めていくのかということになりますと、それは本専門研修部会の意見は申し述べるかもしれませんが、本来は機構と学会、そして実際にそれに応募してくれる専攻医になろうと思っている方々の意向を踏まえて決めていくという整理が私はよいのではないかと思いますので、意見を申し述べさせていただきます。

○遠藤部会長 重要な御指摘、ありがとうございます。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。ありがとうございます。

そうしますと、基本的にこのようなコースを作ることについては。失礼しました。お手をお挙げになった山内委員、お願いいたします。

○山内委員 何度も申し訳ありません。

今、シーリングの枠にこの人たちが入ると、いいものが作れないという御意見だったのですけれども、それがどうしてなのかがよく分からないということで、その点をもう少し詳しく御説明いただきたい。シーリングの枠に入れておけば、何人増えても地域医療には別に影響しないのですけれども、シーリングの枠外になると、これが増えてくると非常に影響を及ぼしてくると思うのですね。

ですから、シーリングの枠から外すというのは反対側ですけれども、真ん中として、今シーリングがかかっているところに関しましては、例えばほかの地域での臨床研究医枠というのはプラスアルファでいいけれども、シーリングがかかっている地域の部門に対しては、その枠内でやるという真ん中の案というのも今あると思いました。そうしないと、これを理由に首都圏に集まってきてしまうという懸念は、学会と機構とで幾ら調整しても、首都圏に関連する先生方がどうしても多くなってしまいますので、そこに集まってしまうという懸念は捨てられないと思うので、シーリング枠内に入れたら何が問題なのかということと。

それから、シーリングの枠内に入れなくても、その中間案として、今シーリングがかかっている地域では、臨床研修医枠は、例えば東京にあるA大学が内科のプログラム専攻医の30名の枠を持っていたら、東京だったらシーリングがかかっているのも、30名の枠の中で臨床研究医枠を与えられたら、30から1枠でプラスアルファにもならない。けれども、シーリングがかかっていない地域の大学のほうで臨床研究医枠を作るとしたら、そこが30名枠だったらプラス1を作れるという形は考えられないでしょうか。そのところが懸念があると思いましたので、教えていただければと思います。

○遠藤部会長 これは、事務局から。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

山内先生、御指摘のとおり、これが地域医療にどのように影響があるのか。シーリングがかかっている都道府県に集まったときの影響などに関しては、十分な議論が必要だと思いますし、今後もフォローアップが必要かと思えますけれども、そもそものシーリングをかける根拠となっているのが、臨床医が都道府県によって臨床の需要においてどれくらい必要なのか。必要医師数に基づいて、今回算出しておりますので、医療需要に対する必要医師数を根拠にシーリングをかけているという観点からしますと、今回養成する臨床研究医がその後研究を中心にされる医師で、教員となる方もいらっしゃるということで、シーリングから別枠として扱うべきとさせて頂いております。

そうになっていく方々を、このシーリングの枠内にカウントとして入れるというのは、理屈上、無理があるかなと思っております。当然、その方々が研究に従事していかれる方々で、教育にも関与する方で、身分が担保されることが重要だと思っておりますし、その観点からしますと、今回の資料2の1ページの右下のポイントでございます、コース在籍中は、責任医療機関の給与規定で身分が保証されるとか、研究に専念できる環境もこの枠の中では担保していただけているということは、非常に重要なポイントだと思います。

いずれにせよ、こういった方たちのコースが将来的には研究を中心にされていくという認識でおりますので、そういう観点で我々、論点としてシーリング枠外でいいかということに記載しております。事務局としてもシーリングの枠外が妥当だという観点で我々としては見ておりますので、その点、御説明させていただきました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

もともとシーリングの算定根拠にしているのは、実際の医療サービスの提供ボリュームという形で考えているので、研究の方向に行くような方たちをそこにカウントする話では、そもそもないという話だったわけです。

よろしゅうございますか。どうぞ、山内委員。

○山内委員 今のことから言うと、先ほど言った基礎研究医コースの方々はそれでいいと思うのですね。ただ、臨床研究医コースの方々というのは、その算定の根拠のことに戻ってしまうと思うのですけれども、将来的にそこで専攻医をやった人が、その地域に臨床のマンパワーとして残るといった意味合いも含めて算定していると思うのですけれども、臨床研修の期間に、そこにいるマンパワーと言ったら失礼ですけれども、その人員としての意味合いもあるとしたら、臨床研究医の先生方は、少なくともエフォートの50%は研究をやりますけれども、臨床としての地域での貢献ということにも、その期間はカウントされるわけですね。

将来的に大学の教員になったとしても、先ほど見せていただいた基礎研究医は、もしかしたら全く患者さんは診ないかもしれないですけれども、教員になられたとしても臨床が全くゼロではないので、今の事務局からのお答えだと、基礎研究医のことであればそれは分かります。でも、これは臨床研究医ということなので、臨床もやって、エフォートの50%、研究にも時間を割くという意味合いの方々であるので、今の事務局のお答えではちょっと

違うのかなと思いました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

まず、牧野委員、それから医事課長、お願いします。

○牧野委員 牧野です。

この新しくできるコースに入る人というのは、かなり研究のほうに軸足を置いている医者だと思います。その意味で考えますと、専攻医をやっている間も地域医療にはほとんど貢献してくれないのではないかと。自分のスキル、専門医を取るための臨床は当然するでしょうけれども、それプラスアルファをしないで研究のほうにかなり力を入れるという格好ですので、この方たちを逆にシーリングの枠の中に入れてしまうと、その地域での地域医療に貢献してくれるという期待の持てない人を入れるということは、おかしくなりますので、シーリングの枠から外すことが僕は妥当だと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

様々な御指摘をいただいております。今の山内先生の御意見も踏まえまして、お答えいたしますと、この専門医制度のシーリングに関しましては、この専門研修部会でも議論いただきますが、当然関係する大学、学会等でもいろいろな議論が行われています。特に地方も含めまして、より精緻な推計というか、必要医師数を算出すべきということで議論も進めておりますが、今回の臨床研究医のコースも、ある種、精緻化の一つの対案として機構のほうで御検討され、そして、そういった臨床の部分でも完全に正確なものが出し切れていないという面もありながら、現状の研究を担っているという状況に若干補填といえますか、カバーするような方式として編み出されたということだと理解します。

ですので、様々な御意見をいただいておりますが、まずはこれをこういう形で40名ということで始めさせていただきながら、フォローアップもさせていただいて、適正な在り方。それから、まさに新しく始めるということですので、運用自体も慎重に、地域医療への影響も、またこの専門研修部会でもいろいろ御議論いただきながら、よりあるべき姿といえますか、適正なシーリングを含めた医師の確保に向かっていければと思っているところでございますので、事務局といたしましては、まずはこの形で一旦始めさせていただくということで、しっかりとフォローアップを、先生方も含めてやらせていただくということではいかかかと思っ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。

新しい試みでありますし、臨床研究を活性化させるための有力な方法であるということで、方針については基本的に賛成なわけですが、このシーリング等々、地域医療への影響というところについては、やってみなければ分からないところもあるので、とりあえず原案どおりやってみて、それはきちんとモニタリングしていこうという御提案ですが、それでも、何かございますか。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 先ほどの御説明を聞いていますと、応募されて、人数が分かってから割り振りという話だったのですけれども、手を挙げる専攻医の人は、どこで従事することになるかというのは事前には分からないということですか。さっきからシーリング逃れという話が出ているのですけれども、例えば自分は東京でと思っけていても、結果としては違う地域でないといけませんよということになるのか、そのあたりがちょっと分からなかったので、教えてください。

○遠藤部会長 寺本参考人。

○寺本参考人 基本的に考えているのは、領域学会でいろいろ相談しながら、例えば東京大学のコースで2人ぐらいとか、慶應大学で何人ぐらいという形で定員を設定して、そこに対して応募する。したがって、必ずしも全部が2人なら2人で成り立つわけではなくて、そこは場合によっては足切りというか、定員を切られてしまいますので、どこのコースに行くかというのは応募者が選ぶことになろうかと思ひます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

新しい方法なので、まだしっかり固まっていない部分もあるかと思ひますが、そういう意味で、応募される方たちの不利益にならないようにということが山口委員のおっしゃっていることだと思ひますので、御検討いただければと思ひます。

野木委員、どうぞ。

○野木委員 先ほども言いましたけれども、初めてのことなので、総論的には反対するわけではないのですけれども、シーリング逃れと言ひましたけれども、現実的にはこの部分でなくても、シーリング逃れが結構出てきているのです。例えば、九州の大学が九州の基幹病院になっているのですけれども、連携病院は全部東京、それも大学病院という事例も出てきているのです。そういう部分も知らんぷりしておいて、また新しいものを作るといふ形は余りよろしくない。

もし、こういうものを作るのであれば、先ほどからほかの先生がおっしゃっていますけれども、シーリング逃れの部分をしっかり取り締まって、それで新たに作るというのならいいのですけれども、片方のシーリング逃れを全部知らんぷりしておいて、また新しいものを作ってシーリングから外すとなると、大きな批判を受けるような気がするのですけれども、その辺はいかがでしょうか。

○遠藤部会長 大川参考人。

○大川参考人 研修プログラムについて、実際どこでやられているか、多分まだ全てをチェックできていない。これからそれを全てチェックして、仮に今、言っけていただいたように、九州の基幹施設で東京の大学病院で研修という事実があれば、これはモラルに反するわけですから、先ほど申し上げたような定員削減というペナルティーが今後、当然科されるべきだと私は考えています。ですから、専門研修そのものは3年目の途中ですけれども、まだオンゴーイングだということをお理解いただひて、一方では、こういった新しい臨床

研究に対する制度も立てなければいけないと思っておりますので、その両方をやっていく必要があるだろうと思います。

モラルのことにに関して、甘いと言われると、各学会、それぞれが考えていただくことでもあるかと思っておりますので、その辺は全体としてレギュレーションするだけではなくて、学会に対してもきっちりとした通達をすべきだと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。

事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 今、野木委員からのシーリング逃れなのではないかという御指摘は、事務局のほうにも幾つか声が届いているところでございますので、またどこかの専門研修部会で検証するような機会が必要なのかと思っております。

少し戻ってしまいますけれども、先ほどの山内委員の御指摘と我々の説明との解離は、臨床研究医コースの方たちが、その後どのような医師になっていくのかというところの認識のずれがあるかと思っております。きちんと固まっているわけではないと思っておりますけれども、機構としては、そういう方たちが臨床研究医コースを終えた後、どのような医師になっていくのかをどのようにお考えなのかを、この時点で一応確認させていただいておいたほうがいいかなと思っておりますので、今のお考えをお聞かせいただければと思います。

○遠藤部会長 重要だと思っておりますが、キャリア形成をどういうふうにご考えておられるかというのは、基礎ならはつきりしているわけですがけれども、臨床の中の研究を重点的にやった方たちがどういうふうになっていくか。大川参考人、どうぞ。

○大川参考人 先ほど来、臨床研究とは何ぞやという話もありますけれども、今、私自身は東京の大学病院に勤めておりますけれども、自分が学位を取った時代に比べますと、今は臨床研究の分野というのはかなり厳しいというか、例えばビッグデータを使う研究とか、今回のコロナもそうですけれども、臨床の片手間にはとてもできないような仕事がたくさんあります。そういったものに対して、今、臨床的な経験をもって、的確なリサーチクエスションを立てて研究を進めるということは、臨床で大学院へ行って学位をもらってということだけでは、多分足りないと思っております。

こういったトレーニングを積んだ上で、なおかつ、その先、数年にわたって御自分の研究を進めていくだけの力を持っていないと、ほかの欧米諸国には対抗できないのではないかというのが実感でありまして、そういう現場にいますと、こういうコースがない限りはとても厳しいかなと正直思います。ですから、そういうところで教員として働く場を設けていただくものと思っております。

○遠藤部会長 よろしいですか。ありがとうございます。

それでは、御意見が大体出尽くしたかと思っております。本日、様々な御意見が出ました。我々は、地域医療への影響という視点から、ここで議論するわけです。シーリングの問題、人

数の問題がまさにそうでした。これはやってみながら厳しくモニタリングして、今後どうするかを考えていくのが適切ではないかと思えますけれども、そういう対応でよろしゅうございますか。

(首肯する委員あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。特段御反対がないようですので、機構が提案された内容で進めさせていただきたいと思えます。もちろん地対協等の意見もまた聞かなければならなりませんし、また当部会でも随分いろいろな御意見が出ましたので、それらを含めまして、ぜひ御検討いただきたいと思いますと思えますが、基本的にはこの流れで進ませていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。

それでは、次、議題2「従事要件が課されている地域枠医師等への対応について」ということで、資料3を事務局から御説明いただきたいと思います。まさにシーリング逃れではないですけれども、逃れた人たちの話です。

○佐野主査 それでは、資料3を御覧ください。「従事要件が課されている地域枠医師等への対応について」という資料になります。

まず、2ページ目ですが、地域枠等の概要についてまとめさせていただいております。

特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠で、平成20年度以降、地域枠を中心に医学部の定員が暫定的に増加されております。

また、平成30年の医師法・医療法の改正に基づき、都道府県知事から大学に対する地域枠等の設定・拡充の要請権限が創設されております。

続きまして、3ページ目が現在の地域枠に関する年次推移になっております。平成20年頃から、徐々に臨時定員増によりまして地域枠の人数が増えておりまして、まさに専門研修を始めていく学年の医師に関しまして、地域枠のボリュームがかなり大きくなってきております。

続きまして、4ページ目が昨年の専門研修部会の資料となりますが、地域枠を離脱した方の中で、都道府県の同意を得ずに離脱した方が20名いたということで御報告させていただいております。

今年度の状況に関しまして、5ページ目になりますが、昨年20名だったところ、都道府県の同意を得ずに離脱した方は6名ということで、数としては減少しております。

ただ、まだ6名いらっしゃるということで、昨年も御議論いただきましたが、いろいろ課題も追加で見えてまいりましたので、6ページ目にまとめております。

昨年の議論の中で、地域への従事要件の有無を確認することとしてはどうかということで、専門医機構のシステム登録時に地域枠か否かを自己申告するようなシステムが設けられておりますが、5ページ目にありますように、今回、地域枠を離脱した方、自己申告では、地域枠かどうかということに対して「いいえ」と全員が答えているということで、十分に機能していない状況です。

また、一定の従事要件を課されている医師に関して、当該都道府県以外のプログラムでは採用できないこととしてはどうかといった御議論がございましたが、採用前にその確認を行うのみでは、地域枠の離脱防止は困難と考えられております。

具体的には、専門研修中に関しましては、従事要件を遵守しながら、ほかの都道府県で行ってもいいといったルールとなっている都道府県地域枠があるような状況。また、臨床研修と異なり、診療科に関して従事要件がかかっているものとかかかっていないものがありまして、診療科、地域の2つを確認しなくてはならず、採用する施設側も確認は困難であること。また、今回、いろいろな事例を集めてみたところ、都道府県との離脱の交渉が研修開始の直前、3月頃まで行われていて、採用時点では都道府県等に同意を得ていたものが、研修開始時点では同意が得られなくなっているというものがございました。

ですので、この研修プログラム開始後に関しましては、専門医機構が都道府県に対して、専攻医の従事要件の確認を随時行えるような体制とすることが必要ではないかと提案させていただいております。

また、本日の論点としては7ページになりますが、以下の点に関しまして、専門医機構等に意見することを念頭に、今後、地域医療対策協議会・都道府県の意見を聞いてはどうかということで、今後、都道府県の同意を得ずに専門研修を開始した者について、原則、専門医機構の専門医の認定を行わないこととしてはどうか。仮に認定する場合に関しても、都道府県の下承を得ることを必須としてはどうか。

具体的には、下記のようなプロセスを経ることにはどうかということで、システム登録時に本人の同意を取得した上で、地域枠離脱に関する都道府県の同意の有無について、日本専門医機構が都道府県に対して、専攻医募集時並びに研修開始後も確認を取ること。また、その過程におきまして、同意を得ていないことが判明した場合に関しましては、プログラム統括責任者が専門研修のローテーションにおいて、従事要件が守れるよう変更することも含めて配慮するよう努めることとしてはどうかと、事務局として提案させていただいております。

イメージとしては8ページ目になりまして、まず専攻医募集時に関しまして、専門医機構から都道府県のほうに従事要件の確認を行い、さらに専門研修開始後も常に都道府県に従事要件の確認を行って、専門研修修了後、確認した情報を考慮して、最終的に専門医の認定をするかどうかの判定を行うといった流れとなります。

また、参考資料といたしまして、10ページ目は、臨床研修制度においてはどのように確認を行っているのかという流れ図となります。

臨床研修制度の場合に関しましては、大学が都道府県からの情報に基づきまして、研修の希望者に対して地域枠か一般枠なのかということでIDを振っております。研修希望者は、それに基づきシステムに登録して、それを都道府県が確認するというプロセスを取っております。

専門研修の場合は、大学側で研修希望者にIDを振るとするのは、もう大学を離れている

研修希望者の方もいるので不可能であります。ですので、今回の提案に関しましては、この④に相当する箇所について、今回はマッチングシステムではなく、日本専門医機構のシステムとなりますが、日本専門医機構の情報を都道府県がきちんと確認するという部分を強化するといった提案になっております。

事務局からは以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの事務局からの御説明につきまして御意見等あれば承りたいと思います。いかがでしょうか。

まず、機構から伺いたいと思いますので、寺本参考人。

○寺本参考人 地域医療に従事する方たち、地域枠に関しては、当機構のほうでも入力する場所が一応あるのですが、かなりの方が間違えているというか、従事要件があるということを余り御存じなくて、相当の数の方が登録してくるのです。この前も従事要件のある方がどれぐらいかという、そのうち相当少ない数であることが分かってきて、専攻医の方たちで、自分は従事要件があるかどうか分からない人たちがかなりいらっしゃる。それは非常に問題だと思うので、それがきちんとなされなければならないということが1点と。

この6名の方がどういう方だったかは、後であれしたいのですけれども、その方たちが専門研修を始めてから、もし途中で認められないとすれば、これはかなり問題になると私は思っている。ですから、始めた直後ならまだしも、ここに書いてある2年目とか、それでまたチェックして、そのときにあなた間違っていますよとすると、その方の研修が極めて困難な状態になります。それは専攻医のためにならないので、そこはちょっと考えていただく。何しろ実際の研修が始まる前に、従事要件のある方たちをしっかりとつかんでいただくということが私は重要なのではないかと思いますので、そこをよろしく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。

今のことに関連して、事務局、何かありますか。はい。

○佐野主査 資料の説明が漏れてしまった点の補足だけさせていただきます。5ページの表の地域枠離脱者に関する事情の詳細について、配付資料にまとめさせていただいておりますので、参考にされて御議論をお願いしたいと思います。

○遠藤部会長 加藤室長。

○加藤医師養成等企画調整室長 今、日本専門医機構のほうで、従事要件がある方たちを捕捉し切れていないという御指摘がございました。確かに今の制度上、専攻医に関しては、臨床研修とまた違って、4年目や5年目になってから入ってくる方たちもいらっしゃる、どなたに従事要件があるかというのをつかみづらいというのが、よりあるのかなと思っております。そういった意味で、実際の専門研修プログラムを開始した後に判明して、直ちに専門医資格を与えないというのは厳し過ぎるという御意見があったと思います。

その点におきましても、7ページ目の論点の最後にございますとおり、研修開始後に都道府県の同意を得ていないことが判明した場合も、専門研修の従事要件を満たした研修を行うよう、プログラム統括責任者が指導し、ローテーションにおいて変更を含め配慮するよう努めるということで、事後的に研修の中で、再度従事要件が満たされるような取組をお願いするというを、今回事務局提案とさせていただきます。

従事要件とは異なるところでプログラムを開始するわけですので、直ちに返ることが困難な場合も当然あるかと思えますけれども、そこは専攻医の方たちと都道府県で十分協議していただいた上で妥協点を生み出していただいて、従事要件もしっかり満たしていただきながら、最終的には専門研修も充実したものになるような取組をしていただけたらなという考えで、今回、このような論点を記載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。

寺本参考人。

○寺本参考人 私が心配するのは、例えば2年目ぐらいでこういうことが判明したときに、それまで行っていた研修に関して認めていただけるような議論になるのかどうか。専攻医をそこまで一生懸命やってきたのに、突如として、あなたが今までやってきたことは無駄ですよとやられたら、これはかなりかわいそうなるので、そこをちゃんと担保してあげることが必要かと思うので、研修を無視しないでほしいということです。

○遠藤部会長 御意見として承りました。事務局は、そこは認めた上で、気がついた段階で地域に貢献するように指導してくださいということですね。

○寺本参考人 そういうふうにしていただければ。

○遠藤部会長 では、先ほど手を挙げておられたのは釜菟委員ですが、今のことに牧野委員は直接関係しますか。では、申し訳ありません、牧野委員、先に。

○牧野委員 専攻医の研修がスタートしてから駄目ですよと言うのは、かなり難しいと思うし、ここに書かれていますように、プログラム統括責任者が指導して何か変えようというの、現実的には結構難しいと思います。そうであれば、マッチングの前に把握できる方法を考えられないのかと思うわけです。例えば、初期研修であれば、マッチング用の参加登録IDは別にあるということになると思います。資料3の10ページにあるのですけれども、これは初期研修のときの登録IDですけれども、このIDが後々まで引きずっていけるものであれば、どのIDが地域枠のID、どのIDはそうでないIDと、この段階で色分けできるので、そういったものを利用することは考えられないのでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、どうですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 臨床研修に関しては、マッチング協議会というところが発行していて、その発行するに当たっての対して本人の同意等々も取っているわけですので、それを専門研修で機構に個人情報を渡して、IDをそのまま使うことに関しては、かなりハードルがあるのは確かだと思っています。牧野委員がおっしゃるように、できる

だけ事前に把握することが必要だということは、我々も重々承知しておりますので、本人の同意をどう取るのか、あらかじめIDの発行などを通じて、間違った研修先で研修しないようにできるかどうかについては、引き続き、その点に関しても我々は取り組んでいきたいと思えます。

○遠藤部会長　そういう人たちを入れないように、ちゃんと分かる情報を収集できるようにするということが大前提で、そちらを優先するということですね。

お待たせいたしました。釜菴委員。

○釜菴委員　釜菴です。

先ほどの御議論と関連するところですが、まず、従事要件あるいは地域枠の契約というのは、医学部に入学する時点で決まるわけですね。それを6年間の医学部在学中においては、この部会には知事さんも参加していらっしゃるけれども、それぞれの県でそれぞれの地域枠の学生さんとは緊密に連携を取って、意思の疎通をいろいろ図りながらやっていただいていると私は認識しております、それをしっかり6年間積み上げた上で、今度は臨床研修が始まるわけですね。マッチングの結果については、都道府県は当然しっかりと情報を持っておられるわけです。

ですから、専攻医の研修においても、都道府県との緊密な連携のもとで研修されなければならないと思えます。一方、専門医機構として私が承知している範囲でも、専攻医データベースの管理は大分精度が上がってきて、医籍登録番号できちんとひもづけもできて、今、どこで研修しているのかという情報も、以前に比べればかなり取り出しやすくなっているのではないかと思えます。

その情報と、都道府県のお持ちになっている情報がきちんとリンクすればよい話なので、そこはぜひその方向でさらに整備していただき、専攻医の従事要件がどうなっているのかをそれぞれの関係の方々で連携を取って、なるべく手間をかけずにきちんと情報を共有していただきたいなというのはお願いでございます。

どうぞよろしくお願ひいたします。

○遠藤部会長　ありがとうございました。

山口委員、どうぞ。

○山口委員　山口です。

離脱者の問題については、単にこういう離脱者だけではなくて、地域枠の理解がまだ不十分であった時期とか、それから大学の入学前の説明が不十分で、もっと緩いものだと思って入ってきた方たち。入ってみたら、想定していた内容と異なるということがあって、離脱したという人も中にはいらっしゃるということを聞いております。

ただ、今回の資料を拝見しますと、手挙げ方式が駄目ということになったので、これから地域枠というものがどういうものかということをしちゃんと理解して入ってくる人たちがほとんどになると思うのですが、今回地域枠かどうかということを知いたら、自己申告で「いいえ」とうそをついたというのは、確信犯というか、結構悪質だなと思ってい

ました。今回の論点に出てきているような、機構の専門医の認定を行わないというペナルティーも科さないで、なかなかなくなるのかという気がいたしました。

ただ、これについても、先ほどと同じですけれども、入学前に地域枠を選択することは、途中で離脱すると専門医機構の専門医の認定も行われなくなるのだということを十分理解してもらわないと、そんなことは知らなかったということになってしまうと、またもめることになると思います。これはいつから始めていくのかということも関係すると思うのですけれども、これから入学する人は、入学前にしっかり伝えることと。早い段階に始めるとすれば、今、地域枠の学生さんにかなり丁寧に周知していくということをやらないといけないのではないかと考えておりますので、そのあたり、事務局はよろしく願います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

何人か、遠隔の方からお手が挙がっているので、山内委員、どうぞ。

○山内委員 ありがとうございます。

寺本理事長が最初から懸念していらっしゃった専攻医の不利益、一生懸命頑張っていたのに、よく分かっていなくて、気がついてみたら何年かの努力が無駄で、自分がそういう従事要件がはっきりと分かっていなくて取れないということが起こらないようにしなければと思います。今、山口委員からもあったように、入るとききちんとした情報提供と、今、まさに学生の間でも、頻回の確認と、それを取る側もきちん分かるようなシステムを構築しない限りは、専攻医の不利益になってしまうので、それを徹底していただきたいということが1つと。

もう一つは、今回の机上配付資料の中で、都道府県が不同意の離脱者の6名の理由が書いてあるのですけれども、某地方大学の地域枠の別枠で入られた方が、例えば学生のときに見学に行って、シーリングがかかるような首都圏の大学の先生のその手術を覚えたいとか、その技術を覚えたい、その先生のメンターの下でやりたいという非常に強い希望があって、そこに行きたいという内容だったとする。

そういった形だとしても、その詳しい内容はどこまでディスカッションが都道府県と行われたのか分からないですけれども、そういう場合でも都道府県が不同意ということであるならば、都道府県が不同意として、その方が専攻医の資格が取れなくなるのは非常に大きなことなので、都道府県が不同意とすることの判断基準もきちん決めていかなければいけないのかなと思いました。

私から見れば、その方が将来的にメンターとしてついていきたい人に学生時代に出会って、どうしてもそこに行きたい。そこで勉強した後に、例えば何年間かはその地域枠で取っていただいたところで将来的には貢献するので、そうしてほしいといったこともあり得るのかなと思いましたので、都道府県が不同意とするところもしっかり決めていかないと、せっかく頑張った専攻医に専攻医資格を上げないというのは非常に大きなことなので、緻密に決めていかなければいけないということが意見でした。すみません。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、野木委員、お願いいたします。

○野木委員 ありがとうございます。

2点お聞きしたいのですけれども、山内先生がおっしゃったのとよく似ているのですけれども、例えば北海道の大学を出られて、たまたま御主人になられる方が鹿児島だった。一緒に行かれた場合、専攻医になれないということになれば、医師としての資格を剥奪ということを法律上できるのかどうか。機構が公益法人であれば、そういうことは通らないと思います。でも、一般社団なので何とか行けるのかなと思いますけれども、訴えられた場合、こういう論点の部分では裁判上、認められるのかどうかという心配を僕はしました。

それと逆に、離脱して、さっきの結婚された方が鹿児島に行って、別に専攻医にならなくていい。でも、例えば、皮膚科の医局に入れてもらって勉強して対応しました。それは別に問題ないのですか。教えていただければありがたいです。

○遠藤部会長 事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

地域枠の不同意離脱、同意離脱がどういう理由で起きているのかということについては、資料を御覧いただければ、様々な理由であることはお分かりだと思いますし、去年の専門研修部会でも結婚を理由に離脱するのはどうなのかという御議論もございました。これは、専門研修部会だけでなく、臨床研修をはじめ、需給分科会などでも議論されているテーマでございます。

御指摘のとおり、今の地域枠自体は各都道府県が定めた従事要件で、募集要項も全く異なるもので、様々な地域枠の方々がいるということと、様々な運用が各都道府県の判断でされているというのが現状でございます。今この時点で、この運用が厚労省として正しいかどうかというのは、ここで申し上げることはできないのですが、需給分科会の議論の流れの中では、そもそも地域枠がどうあるべきか、定義のし直しと、離脱に関する考え方というのは、今後議論していこう、ある程度考えを定めていこうということで御議論いただいております。

なので、その点に関しましては、需給分科会のほうでしっかり整理させていただいた上で、こちらの専門研修部会でも御報告させていただきながら、また専門医機構のほうにもしっかりお伝えすることで、運用を適正化していくように努め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。よろしいですか。

もうお一方、椎木委員が手を挙げておられます。椎木委員、お願いいたします。

○椎木委員 全国町村会副会長の椎木でございます。

医師不足が深刻化する中、中山間地域・離島などの条件不利地域を多く抱える町村会としましては、地域枠医師の活躍に大きな期待を寄せているところです。資料3の5ページ「2020年に専門研修に取り組む年次の地域枠医師の状況」によりますと、少数ではあるも

の、その地域に希望する診療科がないことなどによる、地域枠離脱者が出ています。こうしたことは、本来地域で確保できるはずの医師数の減少につながり、地域の医師不足に大きな影響を及ぼすことも懸念されます。地域枠離脱防止に向け、様々な対策を講じていただいているところではありますが、このような観点を踏まえた対策を引き続きお願いしたいと思います。

また、地域枠医師においても、地域勤務とキャリア形成が両立できる専門研修制度となりますよう、引き続き丁寧な議論をお願いいたします。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせいたしました。立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 今の町村会の話と重複するのですが、我々全国市長会は、この地域枠制度を存続するような運動をしてまいりました。これは、いろいろな議論があったのです。知事会の方ももちろんお話しなさっていますけれども、それ以上に、今の町村会のように、地域医療の現場は我々市町村です。この地域枠の制度を存続して、日本全体の医師のバランスの問題とか、問題はいろいろあるかと思えますけれども、東京一極集中、あるいは同じ県内でもミニ一極集中という現象がありますので、この地域枠に対する期待というのは非常に大きいです。

地域枠で入学するときには、相当な説明を受けているはずですが、現実的に、同じ大学の中でも地域枠に入ったグループと一般試験のグループとの間に断絶があるとも聞いています。その地域枠の人たちが、自分たちが地域枠に入ったということを理解できないはずがない。後から金を払えばいいだろうというのは、これはとんでもない話で、私立大学にお金を払って入るよりもはるかに安いですから、これは詐欺同然の行為。皆さん、優しい意見がいっぱい出ていますけれども、我々地方の現場からすればとんでもない。

今、6例を見ましたけれども、うそをついて専門医研修を受けるというのは話にならないと思います。仮に飲酒運転では処分期間として医師免許が停止になるのですから。この会議は、医道審議会でしょう。この議論で余り甘いことは言ってもらいたくないなど。我々、この地域枠の存続については、これからも声を大にして申し上げていきます。

それは非常に大卒な政治的な活動になりますが、それが実を結ぶように機構も頑張ってもらわないといけないのです。我々、地域医療を考える医療人たちや、関係者たちが、みんなで守っていかなければいけない制度で、みんなで活用していかなければいけない制度ですから、私は約束違反をするような者については、厳しく取り締まったほうがよいのではないかと、地域枠制度存続の提言者として申し上げます。

○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。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 立谷先生の鋭い意見に賛成ですが、臨床研修病院では、地域枠を離脱

した人は病院に対して罰則がありますね。病院を呼び出して、どういう理由かを聞く査問委員会みたいなものがありますね。そのぐらい厳しくやっているのです、地域枠を外れた方たちを扱った病院あるいはプログラム責任者に対しては、そういうことを罰するとは言いませんけれども、質問する場を作るということも設けてもいいのではないのでしょうか。これは提案ですけれども、よろしくをお願いします。

○遠藤部会長 ただいまの御意見に直接関係する御意見はございますか。現実的であるとか、ないとか。

医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 今回の御指摘でございますが、初期研修制度というのは法律に基づく制度でございます、かつ研修の病院に対する補助金というものは国のほうから出しているという関係でございます。ですので、研修制度、地域枠も含めてですけれども、そういった国の制度に対する適切な運用ということに対してお話を聞き、かつ補助金に対して、どの程度出すかという形で取り扱っているところでございます。

専門研修に関しましては、先ほど部会長からもお話ありましたが、地域医療の確保という観点で、国のほうで機構に対して御意見申し上げるという仕組みはございますけれども、基本的には専門医制度は専門医機構で運用されているものでございます。ですので、今の御指摘の内容について、専門医機構の中でどういうふうにするかについて御議論されるべきものではないかなと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。

牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 この問題は、実は2つのポイントがあると思います。

1つは、地域枠でありながら、縛りに従わずにここから勝手に動いてしまっているということ。これは、専門医機構のプログラムに参加する以前の問題です。専門医機構としては、そういう不正な申告で参加した人たちをどう取り締まるということと変ですけれども、そこにペナルティーを科すのかということ。これは、ちゃんと募集のルールの中に定めているのではないかと。そういった不正を隠して参加した場合には、専門医資格を与えないということを最初から書き込むぐらいのことをすることも必要かなと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○立谷委員 確かに牧野先生がおっしゃるとおりです。専門医機構で、離脱した約束違反のような人たちの専門医研修を認めないというのは当たり前の話。ですから、これは厚労省の方で初期研修をやらせないとか、極端な話、そのぐらいのことをやらないと。

話がちょっと変わりますけれども、今、新型コロナ対策として県の医療調整会議に入って、私はいろいろやっているのですが、常に思うのは、県に人事権がないのです。ここに

大きな問題があるのです。せめて、この地域枠の人たちだけでも、ある程度行政の縛りがかかってくれないと、それは専門医機構にある程度期待する部分があるのですが、そのとおりになかなかならない、難しいところがあります。そこで、私はやめましたよと、金を返して他の県に行くようでは話にならないですから、ここは厳しくしていただきたい。我々、地域の首長としてはそう思います。

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。

寺本参考人。

○寺本参考人 我々も地域医療を担うには、地域枠の方々が重要だろうとっておりますので、その点は非常に重要なものだと思っております。募集の折に地域枠という形で選ぶ方は選んでいただくという制度になっているわけです。そのことによって、離脱者というか、やめてしまった人はかなり少なくなっているのですけれども、このように最後まで虚偽の申立てをする方がいらっしゃる。ただ、聞いてみると、従事要件とは何ですかと質問してくる方も時々いるのです。そうすると、十分な説明をされていないというのが現実かなと思うので、そこはしっかりするべきだろうと思っております。

我々は、協議会とかから頂いたデータを基にして、最終的には地域枠のところを調整しながら、今回も採用しておりますけれども、それでもこのぐらいの数が出てくる可能性がある中で、そこは従事要件のある方たちを、専攻医もしくはもっと若いときからしっかりとお伝えすべきである。その上で、我々としても、立谷先生がおっしゃるように、それを破った人たちは認められなくなるかもしれない。我々の募集要項の最初のところに、地域枠が地域枠でない場合は、場合によっては認められないことがありますという文言を入れておりますので、それはきちんと守ってもらうというのが前提だと思います。

○遠藤部会長 どうぞ。

○立谷委員 今日の議論で、離脱者が今まで虚偽の申告をして、地域枠でない、「いいえ」と言ってお研修を受けた人たちが、例えば3年経ち、4年経って、あなたの研修は無しだよと言われたら、それは余りひどいじゃないかという意見もあった。しかしながら、1年ぐらいだったら言っても良いのではないかという話もある。ここは、法的な解釈が必要だろうと私は思います。生命保険の告知義務違反とは異なり、どこの大学で勉強し、どこの地域で就職するかという個人の問題だと訴えられたときに反論できるかどうかですね。これは医政局の仕事になると思いますが、法的に明確にして、その上で対応すべきだと思います。しっかりやっていただきたい。

○遠藤部会長 今村参考人、どうぞ。

○今村参考人 先ほど加藤室長から、地域枠の在り方の議論というお話がありましたが、医師需給分科会でもさんざんこの議論をし、現在も続けているところです。まさしく本人と大学だけの約束、それも口約束で説明を聞きましてというような話だと、私は聞いていなかったということになるし、法的にも何かあったときに耐えられないということで、第

三者が入った状況の中できちんと署名をした上で、納得して了解したということがあるからこそ、不適切な理由で離脱した場合には、それは問題だということになるのだと思います。

従来、各大学で独自にいろいろなやり方でやってきた地域枠の中で、今こういう状況があるので、今後の地域枠については、例えば説明するにしても、どういう説明をするのだということはある程度統一しておかないと、言った、言わないという話になってしまうので、そこはきちんと、これは医師需給分科会の中で議論するのだと思いますけれども、厚労省がしっかりした原案を作っていただいて、こういう説明を本人にする、こういう同意を本人からきちんと取る、第三者もそれを見ていたということをきちんと確認するようなものを作っていただきたいと思います。あえて申し上げました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御意見は大体いいですか。これは論点として、7ページに事務局提案が出ているわけですが、今回非常に多様な御意見が出て、むしろこれまでこの議論が余りされていなかったかなという気がするのですが、事務局案に対して、専門医機構としてはどこまで対応可能なか、あるいは委員の皆様としても、いろいろ御意見があるかと思います。この論点について何か御意見があれば承りたいと思います。いかがでございましょう。

では、理事長、どうぞ。

○寺本参考人 先ほど申し上げましたように、募集して最終的な採用が起こる。今、当初のあれからすると大分速やかになってきているのですけれども、2月ぐらいまでには採用決定しようかと思っています。その時点までに、従事要件のある方たちの情報をできる限り頂きたい。その従事要件に従った形で我々は開始することにしたい。先ほどちょっとお話がありましたけれども、ぎりぎりになって、3月。それでも、始まっていなければ何とかできると私は思いますけれども、始まってからはなかなか難しいので、できる限りそれまでにそろえていただくということはやるべきことじゃないかと思いますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

事務局にお聞きしたいのですが、今回、多様な御意見も出ました。論点について事務局からお話もありましたけれども、これはもう少し議論しますか。それともこの内容で行いますか。では、事務局、もう一度、この論点を説明してください。

○佐野主査 事務局でございます。

資料3の7ページ目になります。これから研修を始める方に関しましては、都道府県の同意を得ずに専門研修を行った者に関しては、専門医認定は行わないこと。また、仮に認定する場合も、都道府県の了承を得ることを必須とするということ。具体的にこれから行うことといたしましては、まず専門研修に応募する際に、システムに登録する際に本人の同意を取得する。さらに、その情報を日本専門医機構が都道府県に対して提示し、都道府

県が同意を得ていないかどうかというのを確認する。

さらに、研修開始後になります。研修開始後に分かった場合に関しましては、プログラム統括責任者が指導してローテーションの変更を検討することとしてはどうかという提案になります。

こちらを都道府県の地対協の意見を聞いて、最終的には専門医機構のほうに意見することとしてはどうかというのが事務局の提案でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。改めて説明していただきました。

いかがでしょうか。

○立谷委員 答えが出ているような、出ていないような。私は厳しくしてもらいたいと思います。ただし、法的に果たしてどこまで認められるかという問題があって、地域枠で入るときに書類を交わしていないということは、私は考えられないし、離脱するというのは、人としてどうかと思いますね。そういう方がさらにうそをついて入ってくるということになると、これは話にならないと思います。医師としての資質に欠けると思います。厳しくすべき。ただ、その厳しくすべきについては、法的な根拠がないと、ここで言っているようなことが実行できないと思います。そこは医政局で整理していただいて、その整理がつかなら、この方向でいいと思います。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 御議論ありがとうございます。

いろいろと御指摘いただきましたが、採用前にどれだけ丁寧に確認できるのか。そして、採用後にもし起きたときにどのように対処するのか。まず、2つ論点がございまして、後者に関しましては厳しく対処すべきだという御指摘ございましたけれども、まずは前者のほうで、採用前のプロセスの中で、いかに丁寧に従事要件がかかっている人たちを我々は把握して、事前に対応するかというのが最も大切だということで、寺本参考人からも御指摘いただきました。

このプロセスの中で応募があって、そして採用が完全に決定する前に確認する作業というのは、まず本人がそういう確認をしていいかという同意を機構が得ていただくということが非常に重要になってきますので、その同意を得た上で、我々は都道府県と照合作業をすることになります。今後この照合作業を十分に運用し切れるかということに関して、都道府県と今後協議してまいりたいと思います。

なので、本日御議論いただいた内容でできるだけ運用できるように、皆様方からいただいた御意見にある程度対応できるようなイメージはございますので、できるだけ御指摘いただいた内容を日本専門医機構と我々と、そして都道府県と意見をすり合わせながら実際に適切に運用できるように、これから調整してまいりたいと思いますので、また適宜御報告さ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。

そういうことでございますので、今後調整ということが当然ありますけれども、基本的

には提案事項にあります論点の内容については御同意を得たとさせていただきたいと思
います。事務局、よろしく願いいたします。機構のほうもどうぞよろしく願いいたしま
す。

本日予定しておりました議題は以上でございますけれども、何かほかにございますか。
よろしゅうございますか。ありがとうございます。

それでは、本日の部会はこれにて終了したいと思いますが、今後の進め方について事務
局からお願いします。

○西岡医師養成等企画等調整室長補佐 事務局でございます。

次回の部会開催日程につきましては、追って調整の上、委員の皆様方に御連絡させてい
たきますので、どうぞよろしく願いいたします。

○遠藤部会長 どうぞよろしくお願いします。

本日は、大変お忙しい中、御参加いただきまして、ありがとうございました。